

# 高齢者介護とソーシャル・ガバナンス

田川 佳代子\*

## ガバナンスとソーシャル・ガバナンス

2005年の介護保険法改正において、介護保険法に「地域包括ケア」の理念が規定、創設された。それは、行政・民間事業者・住民の三者が、行政のコーディネートのもとで連携してサービスの提供体制を整え、総合的に地域福祉を構築していくことを目標像とする。重要な点は、社会を政治社会（権力機構）と経済社会（市場）の2面からではなく、政治社会・経済社会・市民社会の3面でとらえていく変更が、介護保険制度には仕込まれているということである（西村淳 2017: 90-1）。

坪（2016）は、福祉国家と福祉社会のあいだに「福祉市民」をさしはさむ「福祉追求の3層モデル」を提示している。そのモデルは、シティズンシップを実効化する制度の領域としての「福祉国家」、シティズンシップを体現する存在（主体）の領域としての「福祉市民」、この福祉市民が織りなす行為の領域としての「福祉社会」の3層から構成される。そのほうが現代シティズンシップ論の要請に適うとされる（坪洋一 2016: 296）。

西村（2017: 91-2）は、社会福祉の利用関係と公的責任の所在の変化を指摘する。行政がニーズのある者を施設に措置する行政処分という縦の関係から、サービスの利用者と事業者との契約関係、地域住民間の互助、その連携を行政が支援するという横の関係へと変化している。また、公的セクターによる直接給付から、規制や計画等の多様な政策手段を用いてサービス供給の条件整備を行うことへ、公的責任の所在も移行してきている。このような現象は「政治学において公共政策について『マネジメントからガバナンスへ』と

して論じられてきている」（西村淳 2017: 92）が、社会福祉では十分に論じられていないと指摘される。

宮本（2005: 5）は、「ガバナンスとは、多元的、重層的、組織的構造であると同時に、これに働きかけ各次元をむすびつけながら新たな構造を形成していく能動的な営為でもある」と説明される。それをふまえ、「ソーシャル・ガバナンスは、これまで福祉や雇用の領域において基軸的な役割を果たしてきた福祉国家体制が揺らぐなかで浮上してきた、新しい統治のシステムである。」と同時に、「市場原理主義的なガバナンス像へのオルタナティブ」として用いられるが、「基本的にはいまだゆくえの定まらぬ、生成途上のシステム」と位置づけられる。

まず、医療介護の質に対するガバナンスについて、スコットランド政府 NHS 医療介護理事会による取り決めがある。「スコットランドにおける医療介護の質に対するガバナンス—取り決め合意—」では、スコットランドにおける医療介護サービスを見渡し、計画、供給、支持に関わるすべての関係者は、ガバナンスを進め、医療介護サービスの質の向上、実現、推進に必要な改善を行うことを確実にする役割をもつことが明記される。医療介護の質に対するガバナンスは、臨床、財政、スタッフ管理、情報の確かさの4つの領域をカバーする。ケアの行動、研究、教育のガバナンスは、4つの領域に横断的に埋め込まれ、統合される。ケアの質の向上、安全、効果、クライアント中心のケアに絶えまなくコミットメントしていくことを支え、確実にするために、広範な脈絡で質のガバナンスを確実にするよう、すべての関係者が、向上、確かさ、改善を間断なく行っていくシステムである。

他方、ソーシャル・ガバナンス論は、齋藤 (2010: 169) によれば、1990年代以来、「大きな政府」対「小さな政府」といった二分法的統治システム論に対するオルタナティブとして論じられてきた。新たな社会的ニーズや問題の対処をするのに、限界のみられる行政国家や中央集権システムに代り、営利・インフォーマル・行政・ボランタリー (民間非営利) の各部門を有機的に組み合わせ、多元主義によって超克することを主張する。自発的なインフォーマル (コミュニティ)・ボランタリー部門が外延的に拡大することによって、従来 (中央) 行財政部門が担ってきた社会統合機能を代替していくことがその主張の中心軸にある。「統治の主体が“自立した市民の積極的な参加システム”である点において、新保守主義と対峙している。」(齋藤忠雄 2010: 169) と述べられる。

川口 (1999: 14-7) は、「福祉国家モデル」から、「福祉多元主義モデル」、あるいは「福祉ミックス・モデル」への移行は世界的動向であり、日本でも介護保険導入に先立ち紹介されてきたが、その議論には、重大な誤りがあることを指摘する。ヨーロッパの福祉ミックスの議論では、供給を多様化しても、財源の公的責任は維持される。しかし、日本では、供給の多様化が、財源の多様化と結びつけられ、公的責任の回避であると批判が生じる。また、非営利・協同組織を抜きにした供給の多様化では、結局、市場と家族を中心とするインフォーマルな供給にしかならず、「参加する福祉」、「創る福祉」とはまったくあい反する方向であることが指摘される (川口清史 1999: 14-7)。

神野 (2004: 4) は、ソーシャル・ガバナンスを、「市場の失敗」と「政府の失敗」を、市場領域の拡大によらず、市民社会を強化することによって克服しようとする戦略と位置づける。また、ソーシャル・ガバナンスはグラスルーツであり、社会システムの自発的協力による社会統合でなければならない、と述べて、財源節約のために、上からパブリック・セクターがボランタリー・セクターを活用するのは、政府による支配であって、ソーシャル・ガバナンスではないといわれる (神野直彦 2004: 11)。

また、神野 (2004: 11-3) は、スウェーデンを例にとりあげ、人々の所有欲求を満たすことが優先される社会と、人々の存在欲求を満たすことが優先される社会とでは、実現する介護が異なると述べる。存在欲求を犠牲にして所有欲求が優先される社会では、企業がビジネスとして請け負い、提供される介護サービスを、

受身の消費者として購入する。反対に存在欲求を重視する社会では、人生をともしてきた人々の協力や人間的ふれあいによって質の高いサービスの提供が行われる。ソーシャル・ガバナンスは、所有欲求の充足ではなく、存在欲求を充足する「質と協力の社会」を築くことであるといわれる (神野 2004: 11-3)。

高齢者介護を見渡し、振り返り、その質の向上、確かさ、改善を確実にしていくシステムとしていくために、多元的、重層的、組織的構造であり、能動的営みであるガバナンスと、分権、市民の社会参加の構図であるソーシャル・ガバナンスについて、すでに様々に検討されてきている議論から多くを学びながら、高齢者介護という関心に引き寄せて、検討したいと思う。高齢者介護は、臨床的であると同時に、政治的である。単に、行政手続きだけでは、対応することのできない側面がある。一度つくられた制度のもとで実際に行われている現実の複雑な交互作用のある政策と実践の状況を捉えるために、ガバナンス、そしてソーシャル・ガバナンスを探求していく。この関心をふまえ、高齢者介護の状況について、既存の調査や研究をもとに振り返り捉え返すことにする。そして、市民の力を、有力な方法として用いるオランダの例を交え、考察を行うことにする。

### 高齢化と介護の社会化

内閣府による『平成30年版高齢社会白書』によれば、2017年現在における65歳以上の高齢者人口は3,515万人、総人口に占める割合 (高齢化率) は27.7%を占める。また厚生労働省『平成29年国民生活基礎調査の概況』によれば、2017年6月1日現在における全国の世帯総数は5,042万5千世帯で、65歳以上の者のいる世帯は2,378万7千世帯 (全世帯の47.2%) となっている。世帯構造をみると、「夫婦のみの世帯」が773万1千世帯 (65歳以上の者のいる世帯の32.5%) で最も多く、次いで「単独世帯」が627万4千世帯 (同26.4%)、「親と未婚の子のみの世帯」が473万4千世帯 (同19.9%) となっている。

高齢者人口の増加によって課題とされるのが、高齢者介護の問題である。高齢者世帯や高齢夫婦世帯の増加は、高齢者介護の担い手となりうる家族介護者の減少や1人の介護者にかかる負担の増加を意味する。介護政策は、これまで家庭内介護を担ってきた女性の介護負担を軽減し、労働市場への参加や、介護サービスの市場化を促し、いわゆる「介護の社会化」を進めよ

うとしてきた（中村・菅原 2017; 新見 2018）。

「介護の社会化」は、1つはそれぞれの家庭内の私的扶養から社会的連帯による介護費用の負担へ、所得の移転が行われること、もう1つは家族による介護から社会的に供給される介護へ、サービスとして購入するものとしていくことが含まれる。そこで「介護サービスを委ねられる市場の誕生・発展」は不可避なものであり、市場創設のために、現物給付が選択された経緯がある（中村・菅原 2017: 49）。実際には、供給サイドの整備は急速に進み、介護需要も急増した。

厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）』によると、65歳以上の第1号被保険者数は、介護保険開始当初、2000年度末時点で、約2,242万人であったが、最近の2017年度末時点で、約3,488万人（1.6倍）に達した。要介護・要支援認定者数は、2000年度末時点の256万人から2017年度末時点の641万人（約2.5倍）に上昇し、1カ月平均の介護サービス受給者数は、2000年度末に196万人、2017年度末には、544万人（約2.8倍）に増加している。要介護者等は、第1号被保険者の18.4%を占めており、2000年に介護保険制度が導入されて以降、介護の需要は急速に拡大したと考えられる。

介護保険サービスの急拡大に対して、政府は、財政抑制を、介護保険制度改革の主要課題として位置づけてきた。すなわち、①介護報酬のマイナス改定、②費用のかかる施設介護の総量規制、③要支援者への利用制限、④行政による管理・監督・規制の強化等、である（鈴木 2016: 37）。これまで6回の介護報酬の改定のうち、3回のマイナス改定が行われてきた。2003年度改定-2.3%、2006年度改定-0.5%（2005年10月改定分を含めると-2.4%）、2015年度改定-2.27%となっている。2005年改正から、軽度者への介護保険給付を予防給付に変更、施設入所における食費・居住費の自己負担化（ただし、補足給付による軽減措置導入）、特定施設の総量規制を開始し、給付の抑制を行ってきた（鈴木 2016: 27）。

2014年改正では、要支援者の予防給付のうち訪問介護と通所介護を切り離し地域支援事業へ移行、特別養護老人ホームの新規入所者を要介護3以上に限定、一定の所得のある利用者の自己負担を1割から2割に、一定額の資産保有者を補足給付の対象外に、すべての市町村への介護予防・日常生活支援総合事業の創設義務化を行った（鈴木 2016: 27）。

## 家族介護と介護サービス

厚生労働省の「国民生活基礎調査」は3年に1度大規模調査を実施する。それに含まれる介護の状況に関するデータによれば、主な介護者に占める家族（同居・別居）の割合は、依然として高いことが示される（新見 2018: 22-3）。2001年の78.6%（要介護者等と同居している家族等介護者が71.1%、別居の家族等介護者が7.5%）から、2016年の70.9%（要介護者等と同居している家族等介護者が58.7%、別居の家族等介護者が12.2%）へ、7.7%減少した。同居・別居の内訳からみると、要介護者等と同居している家族等介護者は12.4%減少したが、別居の家族等介護者は4.7%増加した。一方、事業者が占める割合は、2001年では9.3%、2016年では13.0%、3.7%増加した（「平成13年国民生活基礎調査の概況」および「平成28年国民生活基礎調査の概況」）。介護保険制度が導入され18年が経過したが、高齢者介護における家族による介護の占める割合は7割と依然として高く、家族が高齢者介護の主たる担い手であることがわかる。

新見（2017）は、高齢者介護が家族介護者の精神的・身体的健康などに及ぼす負の影響について指摘している。厚生労働省『平成25年国民生活基礎調査』の「介護の状況」から、同居の主な介護者について、日常生活での悩みやストレスの有無をみると、「ある」は男性62.7%、女性72.4%、女性が高くなっている。日常生活での悩みやストレスが「ある」と回答した者の悩みやストレスの原因をみると、男女ともに「家族の病気や介護」が72.6%、78.3%と高くなっている。新見（2017）は、高齢者介護が、介護サービスを利用することで、そういった負の影響が軽減される効果は、決して十分とはいえないと述べている。

重度の要介護者が在宅介護を継続するには家族による介護が不可欠であり、介護保険のサービスはその補完的なものと位置づけられている。しかし、家族介護者にかかる過重な介護負担によっては、在宅介護が破綻することも考えられる。木曾（2014）は、家族介護者支援の制度を設計・導入すべき時期にきている、と訴えている。

岸田・谷垣（2007）は、現在の在宅サービスが対応できていない介護負担要因とその大きさを調べた。要介護者の不適応行動が激しい場合に、事業者側の都合で、ショートステイの利用が手控えられていること、介護の負担となる要因として、夜間の介護、要介護者と主介護者の関係が良くないこと、介護者の自覚症状

の数、家事負担などがあげられている。特に、身体障害が軽く認知症が重い場合や、身体障害が重く認知症が軽い場合は、介護負担感が高いということが指摘された(岸田・谷垣 2007: 30)。

在宅介護のニーズと介護サービスを結びつけるのは、サービスの購入や消費という視点だけでは不十分である。介護の状況における負担感の強いケースほど、対話や人間関係の調整が求められる。しかし、介護保険ではそうした行動に携わるインセンティブが組み込まれておらず、事業者は手控える傾向があり、サービスにつながらない。

中井(2014)は、要介護(要支援)と認定された高齢者のうちの19.5%が介護サービスの未利用者である現状と要因を分析した。その結果、介護保険制度における介護サービスの利用制限、加齢や疾病による活動意欲の低下、介護保険制度に対する理解不足以外に、社会関係の希薄化、性的役割分業などの社会的役割規範といった要因が影響を与えていることを指摘している。

齋藤(2012)は、介護保険サービス未受給者数の存在する原因について4点指摘している。認定を受けたとしても、①保険料の滞納によりサービスを利用できない、②利用料が負担できない、③要介護者自身あるいはその家族が希望するサービスを利用できない、④ケアプランが作成できない、ということを受け、介護保険制度が、要介護者が必要とする介護保険サービスを提供できているかを問うている。また、介護保険サービスを必要としているにもかかわらず、サービスを受けられていない人がいるとすれば、制度における社会的排除であるとして見直しを求めている。

介護サービス事業者が増えても、要介護者自身やその家族が希望するサービスを利用できていなかったり、ケアプランが作成できていなかったり、在宅サービスが対応できていない介護の状況が存在する。要介護認定で要介護と判定が出て、サービス受給資格が付与されても、それがサービスと結びつく保証があるわけではなく、未利用ケースについて、保険者から何らかのアプローチが行われるわけでもない。サービスと結びつかなくても、本人の意思、自己による責任、家族による対応というかたちで処理される。そうしたケースのなかには、介護以外の問題としてアルコール依存症、家族関係の破綻など、他の原因が含まれるケースも存在すると考えられる。機関間の連携が不足していることもある。地域包括ケアといわれるが、具

体的、個別的に必要なとされる介護サービスが確実に提供されることが保障されているわけではない。

### 地域の状況

「地域包括ケア」は、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供することができるよう、市町村が責任主体となって、その地域の実情に応じ、施策間の有機的な連携を進めるものである。中学校区を1圏域とし、居住する高齢者に対して、行政や医療機関、介護事業者以外に、一般企業、高齢者本人を含む地域住民、NPO・ボランティア団体や自治会といった住民組織などの多様な主体との連携を積極的に組み入れていくことを推進する。しかし、行政や民間事業者に代わるサービス提供主体として、住民組織の妥当性は、組織としての持続可能性、運営体制、責任能力といった組織基盤の観点から疑問視されている(星 2015: 132)。

住民組織のなかでも地域の互助を支えてきた町内会・自治会など地縁を基盤とする組織(地縁団体)の弱体化、加入率の低下、相互扶助機能の低下傾向は予想されている(星 2015: 135-37)。星(2015: 140)によれば、町内会・自治会の4割で高齢者に対する見守りや声掛けなどが行われているが、専任チームを設立し、電話・家庭訪問による安否確認や食品・生活必需品の定期買い出しを行うなど積極的に高齢者福祉を実施している町内会・自治会は全国的に少ない。介護保険制度導入の背景の一つに、地域における互助機能の低下があり、財政逼迫を理由に、非営利性に着目し、再び互助へ依存を高めることは、介護保険制度の創設の目的と矛盾するのではないかと指摘する(星 2015: 140)。

介護保険がもたらした影響のひとつとして、介護サービスの利用者と地域の人たちの関係の希薄化があげられる。それまで地域住民が担ってきた助け合い活動のうち、介護の活動を介護保険制度に移行し、介護保険制度に組み込まれない部分は住民福祉活動として残された。結果として、介護保険制度による報酬部分と住民の助け合い活動が分離し、全体として小地域福祉活動は衰退してきたと考えられる。

福祉に対する責任が国家から地方自治体に移転し始める90年代以降、地域福祉は、福祉政策の中心に位置付けられ、住民参加の必要性が提唱され、地域にお

ける市民参加のあり方も多様化した。朴（2007）は、佐藤（2006）の市民参加の類型に依拠し、政策形成モデルにおける市民参加に関しては、課題設定や政策立案の段階における市民参加が大半を占め、政策決定や実施および評価における住民参加は未成熟であることを指摘している。また右田（2005: 24）の地域福祉における参加の分類、すなわち、①自助的な協同活動への参加、②援助・サービスの供給活動への参加、③政策決定・計画立案への参加、④組織的圧力行動への参加の分類をもとに、在宅福祉サービスの担い手としての参加が強調、要請されている傍らで、それぞれの参加のレベルの間に対立が潜んでいることに注目した。市民の間においても、サービス利用者としての市民とサービス提供者としての市民、政策決定へ参加する市民と圧力行動へ参加する市民、そこには利害関係上の異なる立場となる可能性が十分に含まれる点を指摘している（朴姫淑 2007: 154）。

### 選別主義、普遍主義

介護保険制度では、従来の選別主義から普遍主義へ福祉の転換を図ることがめざされた。選別主義は、行政処分としての措置であり、家庭機能の社会的補助・補完として位置づけられる。世帯・家族の所得、世帯構成と介護の必要性を調査・判定し、経済的理由や病気や障害、日中独居など介護に欠ける世帯と行政が判断して措置が行われた。そのため低所得者層が優先的に措置される傾向にあった。一方、介護保険制度は導入に際し、普遍主義をかかげ、「誰でも、どこでも、ニーズに応じてサービスを受けられる」と謳った。被保険者個人への支援として、サービスを自由に選択して、本人が契約をする。所得や家族の状況にかかわらず、要介護・要支援認定によってサービスが利用できる、中間所得層に利用しやすい設計といわれてきた。

だが調査の結果からは、所得階層、世帯構造別世帯属性によってサービスの利用状況に影響がみられる。泉田（2008: 340）によれば、同じ要介護度でも所得の低い高齢者の方が施設サービスを利用する割合が高いこと、所得の高い者よりも所得の低い要介護高齢者の方がより高い割合で施設サービスを利用していた。また、未利用者、在宅サービス利用者の1年後、4年後時点でのサービス利用の変化について検定を行い、所得による差は検出できなかったとされる。

中村・菅原（2017: 128-9）は、ほとんどの年度・

要介護度において、所得区分1の利用額が大きいことを指摘している。全額保険給付となる生活保護の影響とみられる。さらに、区分2, 3のような低所得者も利用額が大きく、高額介護サービス給付の影響とみられる。相対的に高い所得層において利用額が増加する。これらの結果、中間に位置する所得区分で利用額が小さくなっているU字型分布が、どの年度・どの要介護度でも一般的にみられると指摘している。

鈴木（2016）は、介護サービス市場を民間に開放し、供給量を拡大する試みに対し、「非市場」的な、保険原理・市場原理の活用からかけ離れた政策手段は、介護保険を「福祉へ帰還」、「措置へ先祖返り」させるものであると批判している。

### 分権

介護サービス供給は分権の理論から捉えられる。小笠原（2002）によれば、理論的には3つの「分権」に整理される。1つは「社会福祉実施にかかる費用負担やサービス供給手続きにおける国と地方自治体との権限の配分関係の見直し」、「政府間分権」である。2つめは、「福祉サービス供給における官から民間への権限のシフト」である。3つめは、「福祉サービスの実施における個人の決定権を重視する個人への分権」である（小笠原 2002: 170）。

分権について、村田（2014: 31）は、1つめを、「地方分権改革に伴う補助金や事務権限の見直しを通じた、集権から分権という政府間関係の変化」、中央政府から地方政府への「政府内分権」とした。2つめは、「メゾレベルにおける福祉供給システムの福祉多元化や規制緩和に伴う『自治体内分権』」と捉える。3つめは、「専門職主体の援助から利用者への『個人の分権』」と捉え、「措置からサービス利用契約制度への転換は、利用者にサービスの選択権や自己決定権を付与し、主体的な市民としての権利を保障することになった」と述べる。

介護保険制度におけるサービスの供給手続きは、要介護認定の基準、給付範囲の設定、介護報酬の設定、サービスの種類、事業者指定基準など、厚生労働省によってコントロールされている（岡崎 2007: 25）。

しかし、介護保険制度におけるサービス基盤、サービスの質、介護保険料など、市町村間格差の広がりが見えつつある。第7期計画期間における各都道府県第1号被保険者平均保険料基準額（平成30～32年度）月額の高額な都道府県は、沖縄県6,854円、大阪

府6,636円、青森県6,588円、和歌山県6,538円、低額な都道府県では、埼玉県5,058円、千葉県5,265円、茨城県5,339円、静岡県5,406円である。第1号保険料の分布（平成30～32年度）保険料基準額・高額保険者は、福島県葛尾村9,800円、福島県双葉町8,976円、保険料基準額・低額保険者は、北海道音威子府村3,000円、群馬県草津町3,300円で、3倍もの開きがある（厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会資料）。財政的基盤が弱い小規模の保険者ほど、65歳以上高齢者が多く、保険料が高額になる傾向がある。

各自自治体で市民の意向を介護保険に反映する特色のある介護保険計画をつくるということの限界や、医療・介護において地域性をより重視するならば、どのような組織が保険者機能を担うのか、保険者にどのような機能を付与すべきかをもう一度検討すべきであるという主張もなされる（中村・菅原 2017; 鈴木 2016）。

保険者の財政状況が認定率や利用率の変化に影響を与える研究結果も示されている。清水谷・稲倉(2007)は、日本の公的介護保険制度の一大特徴を「集権的かつ分権的」なアプローチと捉える。その下で、要介護認定や介護サービスの利用が、保険者の事情、特にその財政状況によってどの程度影響されているのか、市町村レベルのデータを用いて定量的に検証した。その結果、公的介護保険制度の導入から時間が経過するにつれて、保険者の財政状況が認定率や利用率の変化に影響を与えるようになり、財政状況の悪化している保険者は要介護認定を厳しくしたり、利用者数を抑制していることがわかったとされる。全国で統一的に運用されるはずの要介護認定が、被保険者の状況だけでなく、保険者の財政状況によっても影響されることが示され、保険者の財政状況の相違が、実際の利用にも影響を及ぼす可能性が指摘された。

官から民へ、介護サービスの市場化、民間参入規制緩和、住民参加が進められてきたが、公的部門、ボランティア（非営利）部門、営利部門、インフォーマル（家族を中心とする）部門の異なる4部門は、対等な協働関係ではない。営利部門の成長発達に比べて、ボランティア（非営利）部門、インフォーマル（家族を中心とする）部門は衰退している。在宅福祉サービスの担い手としての参加が要請されてきたが、政策決定・計画立案への参加や組織的圧力行動への参加は低調である。

措置からサービス利用契約制度への転換により、サービスの自由な選択や、利用者の主体的な権利を保

障すると謳われてきた。しかし、実際には、市場で契約をする消費者としての自己責任が前面に押し出され強調されている（岡崎 2005: 32）。

### オランダにおける市民の力

オランダのソーシャルワーク学界では、アクティヴ・シティズンシップをベースとした実践について語られる（Van Ewijk 2018: 81）。福祉国家の劇的变化とともに、政府自らが「市民の力」を呼びかける。市民の力とは、市民が自ら主導権を握り、必要に応じ政府自治体や機関、企業の助けを借り、自分たちで社会や地域の問題に取り組む能力のことをいう。アクティヴ・シティズンシップには、市民と組織、政府自治体が協働しながら、社会生活に参加すること（それを学ぶこと）、そして社会的な生活環境をつくることが含まれる（Postma, Dirk., 2013, *Bijlage Actief burgerschap en burgerparticipatie*）。

市民主導の新たなスタイルは、政治的・イデオロギー的な動機ではなく、地域での実際的な参加という動機から生まれ、暮らしている地域をより住みやすい場所にしたい、周囲の人たちの何かに役に立ちたいという思いから具体的に表されてきたものとみられる。

市民の力を語るときには、市民と組織、そして政府の間のバランス配分について話しあわれる。市民が主導権を取ることができる余地のあることや、市民が主導権を取ることが促されることで、市民は「活力」を取り戻していくことができる。福祉の関係団体は、政府から事業を請け負うというだけの組織から脱却し、市民からの課題を請け負う組織へと姿を変えていくことが要請される。市民の力を活性化し、市民のために役立つ組織やネットワークを築いていくことが試されている。アクティヴ・シティズンシップが行われるには、市民が横並びのなかで、互いに対し説明責任を持つことができるよう、コンピテンシーを高めることが課題とされる。市民を導き、支え、能力を獲得することができるには教育が必要とされ、公共の機関（政府自治体、組織、団体）は、市民に向けて、参加と関与、挑戦と支援、そして促進の機会を準備していくことが行われる（Postma, Dirk., 2013, *Bijlage Actief burgerschap en burgerparticipatie*）。

オランダでは、2007年に「社会支援法」(Wmo)が施行され、その目的は、個々の人々が、できる限り長い期間、自宅で自立した生活を送り、社会に参加することができるようにしていくことを進めるものであ

る。2015年の法改正では、地元のコミュニティや市民団体、家族が、社会的ケアに対する責任を負うということが明記された。その一方で、オランダの介護保険と言われてきた「特別医療費補償法」(Awbz)は廃止されることとなった。「特別医療費補償法」から「社会支援法」への移行は、ほとんど市民の抵抗なしに受け入れられたといわれる(Tonkens 2011: 56)。「特別医療費補償法」の法的枠組みでは、個人の資格・権利の付与について述べられていたが、地方自治体の責任で行う「社会支援法」には、個人の資格・権利は言及されない。この権利の実質的な縮小によるマイナス面の緩和に、インフォーマル・ケアやボランティアが期待された。オランダでは、行財政を含め、問題の解決にあたり、市民の「舵取り」に委ねることは一つの有力な方法とされている。

一例として、「オーデンセの家」は、軽度の認知症の人々とその介護者が自発的に集う場所である。認知症の診断時はそれほど特別な世話や専門職の介護は必要でないかもしれないが、認知症という診断を受け、それにどう向き合っていけばよいかは、相談や支援を必要とする。そうした本人や介護者の不安やニーズを受けとめて、それまでの生活を維持し、自分らしく過ごすことのできる場所が、行政、専門職や事業者によるサービスではなく、住民の主体的な活動として創り出された(2012年ワーヘニンゲン)。住民どうしの気遣いや配慮、個人の尊厳や誇り、その人らしさが大切にされる。心地よさと休息、暖かさと活気、尊重と安全、熱心なインフォーマル・ケアの核には、市民の主導性がある。この市民の主導性によって創出されるケア、財政も含め政策決定に市民が責任を引き受けていく積極的な社会への参加の在り方は、それまでの社会保障と引き換えに、市民が手に入れたものである。

## まとめ

「地位から実践へ」「権利から義務へ」「法から倫理へ」「縦の関係から横の関係へ」と表現される、シティズンシップの「徳倫理的(市民共和主義的)転回」とでもいべき変化(坏洋一 2016: 24)は、高齢者介護の政策や実践の文脈においても認められる。

要介護認定の結果、介護給付の受給資格が与えられても、実際の介護サービスの提供と直結するのではない。介護サービスを提供する事業者と利用者との間で契約を交わし、自己負担も支払うことでサービスは開始される。介護保険料が納付されていることも求めら

れる。法的な地位よりも、むしろ市民としての責任や義務が重視される。要介護・要支援とならないための介護予防や健康増進の取組みへの参加、互助への協力も強調されてきている。

行政の措置による縦の関係は控えられ、行政から民間事業者への事業委託も進み、市民の間でサービス利用者とサービス提供者という関係が広がっている。事業の指導監督においても、民間事業者への委託が進められている。本人を含む地域住民、家族、ボランティアなどの横の関係における責任の在り方が問われるように変化してきている。

日本の高齢者介護では、市場原理主義的なガバナンスが支配的で、そのオルタナティブは生成途上といえる。介護サービス市場は拡大したが、市民社会の強化は課題である。

サービスの受益者という権利や資格を付与される行政依存の地位や資質から、自律的で責任を持つ、コミュニティに能動的に参加する実践や活動主体へ、教育や福祉において構想される市民像も変化してきている(吉田 2011)。従来の福祉国家の限界を乗り越えていくには、そうした人々の能力を高めるための教育の機会をつくり、提供していくことが、今後、重要となると考える。

## 付記

本研究は JSPS 科研費18K02109 の助成を受けたものです。

## 注

\* 愛知県立大学教育福祉学部教授

## 文献

- 坏洋一 (2016) 「福祉国家の目標をめぐる今日的議論：現代シティズンシップ論からの示唆」『季刊・社会保障研究』 Vol. 51, No. 3.4, 287-296.
- 神野直彦 (2004) 「第1章第1節 新しい市民社会の形成—官から民への分権」神野直彦, 澤井安勇編著『ソーシャル・ガバナンス 新しい分権・市民社会の構図』東洋経済新報社, 2-16.
- 星貴子 (2015) 「地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応」『JRI レビュー』日本総合研究所, Vol. 6, No. 25, 131-155.
- 泉田信行 (2008) 「介護サービス利用に対する所得の影響—施設介護サービスを中心に—」『季刊・社会保障研究』 Vol. 43, No. 4, 327-342.
- 川口清史 (1999) 『ヨーロッパの福祉ミックスと非営利・協同組織』大月書店

- 岸田研作・谷垣静子 (2007) 「在宅サービス 何が足りないのか? 一家族介護者の介護負担感の分析」『医療経済研究』Vol. 19, No. 1, 21-35.
- 木曾琢真 (2014) 「『高齢家族を介護する』ことの現実と政策課題」エコノミスト Eyes, みずほ総合研究所, 1-3.
- 厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会資料1 「介護分野の最近の動向等について」(第74回)平成30年7月26日 [https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000338521.pdf]
- 厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定)』(平成13年3月分) [https://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1-1303.html]
- 厚生労働省『介護保険事業報告の概要』(平成30年3月暫定版) [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/m18/dl/1803a.pdf]
- 厚生労働省『平成29年国民生活基礎調査の概況』「IV介護の状況」 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa17/dl/02.pdf]
- 厚生労働省『平成28年国民生活基礎調査の概況』 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf]
- 厚生労働省『平成25年国民生活基礎調査の概況』「介護の状況」 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf]
- 厚生労働省『平成13年国民生活基礎調査の概況』「III3主な介護者の状況」 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/3-3.html]
- 右田紀久恵 (2005) 『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房
- 宮本太郎 (2005) 「序章 ソーシャル・ガバナンス—その構造と展開—」山口二郎, 宮本太郎, 坪郷實編著『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』ミネルヴァ書房, 1-23.
- 村田文世 (2014) 「地方自治体を取り巻く2つの「分権」と公私協働—社会福祉における市民原理と市場原理の相克—」『社会福祉』第55号, 29-44.
- 内閣府『平成30年版高齢社会白書』「高齢化の状況」 [www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/pdf/1s1s.pdf]
- 中井良育 (2014) 「介護保険制度における介護サービス未利用者についての考察」『同志社政策科学院生論集』Vol. 3, 39-56. [https://ci.nil.ac.jp/naid/120005366099]
- 中村二郎・菅原慎矢 (2017) 『日本の介護: 経済分析に基づく実態把握と政策評価』有斐閣
- NHS Scotland (2013) Governance for quality healthcare in Scotland-an agreement. [https://www2.gov.scot/Resource/0042/00427583.pdf]
- 新見陽子 (2018) 「高齢者介護の負担: 家族介護者の睡眠への影響に焦点をあてて」『季刊 個人金融 2018春』22-33.
- 新見陽子 (2017) 「家族が抱える高齢者介護の負担: 現状と課題」AGI Working Paper Series Vol. 2017-11, 1-14. 公益財団法人アジア成長研究所
- 西村淳 (2017) 「市民社会と地域福祉: 社会福祉と参加の制度史再考」『年報公共政策学』11, 77-96. [http://hdl.handle.net/2115/65712]
- 小笠原浩一 (2002) 「補論 基礎構造改革と分権化」小笠原浩一・武川正吾編『福祉国家の変貌: グローバル化と分権化のなかで』東信堂, 169-183.
- 岡崎裕司 (2005) 「基礎構造改革と自治体福祉計画」『社会福祉学部論集』創刊号, 31-43.
- 岡崎裕司 (2007) 「社会福祉の準市場化と市場個人主義をめぐる理論的検討」『社会福祉学部論集』第3号, 21-38.
- 朴姫淑 (2007) 「地域福祉における住民参加の課題—秋田県田鷹巣町の高齢者福祉政策から—」『ソシオロギス』No. 31, 152-169.
- Postma, Dirk(2013) Bijlage Actief burgerschap en burgerparticipatie, MOVISIE. [https://www.bodyofknowledge sociaalwerk.nl/sites/default/files/uploads/bijlage\_actief\_burgerschap.pdf]
- 斎藤忠雄 (2010) 「福祉国家論の時代文脈」新潟大学『経済論集』第90号, 151-174.
- 齋藤立滋 (2012) 「参加保障型社会保険の研究—日本の社会保険の機能不全要因とその解消に向けて—」『大阪産業大学経済論集』第13巻第1号, 55-71.
- 佐藤徹 (2006) 『地域政策と市民参加: 「市民参加」への多面的アプローチ』ぎょうせい
- 清水谷論・稲倉典子 (2007) 「公的介護保険制度の運用と保険者財政: 市町村レベルデータによる検証」『会計検査研究』第34号2006年9月『一橋大学機関リポジトリ』 [http://hdl.handle.net/10086/14549]
- 鈴木亘 (2016) 「介護保険施行15年の経験と展望: 福祉回帰か, 市場原理の徹底か」RIETI Policy Discussion Paper Series 16-P-014, 独立行政法人経済産業研究所, 36-7.
- Tonkens, Evelien (2011) The embrace of responsibility: Citizenship and governance of social care in the Netherlands, Edited by Janet Newman and Evelien Tonkens, *Participation, Responsibility and Choice: Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*, Amsterdam Unoversity Press, 2011, 45-65. [http://hdl.handle.net/11245/1.364615]
- Van Ewijk, Hans(2018) *Complexity and Social Work*, Routledge.
- 吉田正純 (2011) 「『実践・実質』としてのシティズンシップ教育への転換: 総合的な学習と生涯学習を架橋する論理」『京都大学生涯教育学・図書館情報学研究』10, 61-73. [http://hdl.handle.net/2433/139414]