

人間福祉研究  
第3号/2000年度

日本からのメッセージ

## 日本の高齢者の介護問題と介護保険

～介護者と被介護者(高齢者)双方の幸福を求めて～

くり き たい こ  
栗 木 黛 子

### 〈解説と要旨〉

解説：2000年10月28日、マレーシアペナン州で「第8回アジア4カ国女性友好交流会議」が開催された。「高齢女性の人権と介護」のテーマのもとにマレーシア、中国、韓国そして日本からの報告が行われた。私は日本代表として本年4月に発足したばかりの介護保険について報告した。

「アジア4カ国女性交流会議」は神奈川県が姉妹都市であるマレーシアペナン州、中国遼寧省、韓国京畿道に呼びかけ、1993年の神奈川会議から始まったものである(担当は神奈川県県民部人権・男女共同参画課)。今年は第8回となり、4カ国を2回したところである。NPO組織である「かながわ女性会議」は当初から神奈川県のよびかけに応じ、会議の開催運営に協力してきた。今回、私はかながわ女性会議会員として参加したものである。

今年のテーマ「高齢女性の人権と介護」に関連して、4カ国の高齢化率(65歳以上)についてみると、日本の16.2%(1998年)に比して、中国7.04%(1997年)、韓国6.5%(1997年)、マレーシア4.4%(1991年)である。そして高齢者に関係の深い老人保健(公的医療保険)あるいは公的年金制度は韓国が1980年代に皆保険体制(医療)を整備したところであり、他の2カ国はこれから整備を目指すところにある。介護については家族介護がなお当たり前の状況で公的介護保険については関心は薄いようである。しかしながら3カ国とも産業の近代化はそれぞれのペースながら進行中であり、いずれは介護の社会化も社会的課題となるであろう事は明白である。こうした認識のもとに、私は2000年4月に発足したばかりの日本の公的介護保険がアジア各国の参考になるであろうと考え、制定の背景ならびに制度内容、今後の課題について報告したものである。以下はその報告文であるが、公式の報告書は英文のため、かながわ女性会議前代表房野桂氏による英訳も添付させていただいた。

なお、会議での報告は時間の制約もあり、又、外国人対象という点からも簡潔なものとなった。補強の意味で注を参照いただきたい。ただし、介護保険の制度内容については文献や資料も多数出回っているので、ここでは控えることとする。

要旨：世界の国々と同様、日本でも家族介護が長い習慣として続いて来た。高齢者は長男と同居し、長男の妻つまり嫁が舅と姑の介護をするというのが日本の特徴といえることができる。しかし日本の近代化は高齢化・核家族化を進行させ、老々介護・高齢者虐待・高齢者の自殺など家族介護の破綻を物語る社会問題が多発することになった。行政サービスも公的年金保険や老人保健制度と共に老人福祉サービスを提供してきたが、量的不足が著しく、特別養護老人ホームは2年待ちという実情であった。

今年4月から実施された公的介護保険は家族介護から社会的介護への切替えを宣言したものである。(介護保険制度のしくみは略) 制度としての未熟さは言うまでもないが、今後とも成熟へ向けての努力が続けられねばならない。その際、行政の取り組みだけではなく、市民と行政の連携がより大きな効果を発揮するであろう。

### 〈キーワード〉

介護保険、家族介護、社会的介護、市民参加

## 1 はじめに

間もなく、私達は、新しい21世紀を迎えようとしています。20世紀までに人類が成し遂げた進歩を更にすすめて、21世紀が世界の人々にとって一層幸福な時代になって欲しいと思います。

高齢者の介護問題は、高齢化の進展と共に遅かれ早かれ世界共通の重要課題であることは言うまでもありません。特に女性は、歳をとっていずれ被介護者の立場になるというだけではなく、多くの場合介護者でもあります。アジアの女性がこのように一堂に集まって、介護者と被介護者そして女性の幸福をもとめて、シンポジウムを開催することの意義は大きいと考えます。短い時間ではありますが交流を深めたいと願っています。

私の役目として、日本の高齢者介護の現状と課題について報告させていただきます。特に、日本の高齢者介護につきましては今年は記念すべき年となりました。今年の4月から「介護保険制度」が発足したのです。後ほど詳しくお話いたしますが、日本の全高齢者を対象にした公的な介護保険制度です。この介護保険制度を中心に、こうした制度を必要とするに至った日本社会の介護事情も含めて報告いたします。日本の状況を出来るだけ理解していただき、交流の広がりの一助になれば幸いに思います。

## 2 家族介護から社会的介護への道のり

### 2. 1 現代日本と家族介護

日本では長い習慣として高齢者は長男が同居して扶養し、高齢者の介護は嫁（長男の妻）がするものということが続いてきました。こうした家族介護の習慣は前近代の農業社会の時代に定着したのですが、近代になって100年以上も習慣として続いてきました。

しかしながら近代化の進展は、家族介護に様々な矛盾や破綻をもたらすことになります。近代産業の発展は、農業を縮小させる一方で都市の拡大や労働者の増大を進行させます。いわゆる核家族化・高齢化・女性の就労増大などの近代化がもたらす社会変化は次第に家族介護の破綻現象を生み出すことになります。

たとえば、核家族化についてみると、高齢者と子との同居率は減少傾向をたどり、現在約50%です。欧米では殆ど20%以下、北欧ではゼロに近いということですから、日本で

も今後も同居率は低下していくでしょう。一人暮らしの高齢者もすでに15%に達しています。「一人暮らしで寝たきり」という高齢者の例も少数ですが報告されています。一人暮らしの親の介護の為に離れて暮らす娘や嫁（息子の妻）が毎日通って世話をしたり、時には電車に乗って通う例もあります。

高齢化も介護問題の要因です。日本は世界一の長寿国となり、平均寿命は男性77.2歳、女性84.0歳（1998年度）です。90歳以上は58万人です。13年前（1985年）は18万人でしたからこの間で3倍以上になりました。長寿はおめでたいことであることはいうまでもありませんが、他方で介護期間も長期化しています。最近日本では「高齢者虐待」が取り沙汰されるようになりました。高齢者虐待とは介護の関連では、（1）暴力、（2）言葉で罵るなど、（3）心理的無視、（4）必要な介護をしない、（5）年金を渡さないなどの経済的虐待などが挙げられます。長期に孤独な介護を背負わせられた介護者（妻、娘、嫁など）が疲れ果てて虐待行為に至ると思われます。

さらに高齢化は「老老介護」といわれる現象も生み出しました。例えば90歳代の夫を80歳代の妻が介護している事例や90歳代の親を70歳代の娘や嫁（息子の妻）が介護している例が増えています。老老介護が過酷であることは言うまでもありませんが、時には心中事件や自殺といった悲劇の原因にもなっています。

日本では女性の就労率は高まる傾向にあります。しかし娘や嫁（息子の妻）が親や義理の親の介護のために退職する例は数知れずあります。また、息子が転勤になっても嫁である息子の妻は親の介護の為に実家に残り、息子が単身赴任する例も少なくありません。

日本で長く長く近代社会以前から続けられてきた家族介護つまり「親の介護は子供がするもの」と思い込んできましたが、ここに来て一番良い介護の方法ではないという事になってきたようです。では、私達はこれから高齢者がもっと増える21世紀にかけて、どういう方法で介護をすれば、高齢者が安心して暮らし、そして若い世代も安心して親の老後と付き合えるかを考えて行かなければならないでしょう。

## 2. 2 介護をめぐる行政サービスの経過

### 1. 「国民皆保険」と「国民皆年金」による医療と所得の保障

日本の行政サービスによる高齢者対策を簡単に紹介しておきたいと思います。日本では1958年に全国民が加入する医療保険制度が実施されました。このような赤ちゃんから高齢者まで全国民が加入する医療保険制度を「国民皆保険」と言っています。1961年には年金保険制度も始まりました。これは高齢者全員が年金を受け取ることを目指した制度で

す。「国民皆年金」と言っています。「国民皆保険」も「国民皆年金」も全国民を対象に、国民が収入に応じて負担する保険料と公費（税金）を財源にして、政府が管理する社会保険です。このように日本では高齢者についてみると、必要最低限の医療費と年金（つまり生活費）は社会保険で公的に保障するという枠組が用意されています。勿論、これらが完璧なものではなく、例えば医療保険の赤字問題を始め、女性に多い生活できない低い年金額など将来の課題が山積していることも付け加えておきます。さらに、今後高齢者が増えて行く中で、これら社会保険の財源をいかに確保するかが大問題となっています。国民が負担する保険料の引き上げや年金の引き下げなどが話題になっていて、21世紀の宿題は決して容易ではありません<sup>1)</sup>。

## 2. 介護サービスの提供は「老人福祉法」で

ところで、日本の医療保険では介護サービスは給付されず、1964年に制定された老人福祉法が今年の3月までは提供してきました。この場合必要な費用は基本的に税金で賄われました。こうした介護サービスを利用できるのは行政が決める基準に当てはまる一部の高齢者に限られていました。例えば家族環境に恵まれない一人暮らしの高齢者とか低所得で家族の経済的支援が受けられない高齢者が重点とされてきました。したがって大多数の高齢者の介護は子がするものという家族介護の習慣が相変わらず続いていたわけです。しかし、社会の変化とともに介護問題が一部の人々の問題から、国民の広範な階層に拡大し始めたことは既に説明した通りです。

1970年代後半になると、医療保険の赤字問題が老人医療費をめぐって発生し始めますが、その原因の一つといわれたのが高齢者の「社会的入院」です。これは、例えば脳溢血で入院し後遺症で要介護状態になった高齢者が入院治療の必要がなくなっても退院できず、長期入院が続く状態をいいます。退院したくても、介護できる家族がいない、あるいは老

---

1) 社会保険はその原流を少なくとも17世紀イギリスの労働組合（友愛組合）の救済活動にさかのぼることができる。19世紀ドイツの首相ビスマルクが国家制度として社会保険を初めて導入したことは周知のところである。財源、つまり負担と給付の関係からみた社会保険の特徴は、保険原理を活用し、加入者全員が負担する保険料を資金とする助けあい（所得再配分）の仕組みである。

したがって、社会保険において「国民皆保険」や「国民皆年金」は全国民が加入し、全員が保険料を負担することが原則である。しかしながら所得格差が存在するかぎり、誰がどの位負担し、誰がどの位給付を受けるか、つまり所得再配分のあり方について保険原理との間に矛盾を生じることとなる。

現在進められている社会保障改革で議論が分かれている「保険か福祉か」あるいは「保険形式か税方式か」という点はいずれもこの矛盾をめぐるものである。

ちなみに、現行の日本の社会保険はいずれも保険料のほかに税金も財源の一部として投入されており、保険原理はこの意味で変型しているが、戦後の社会保障制度の世界的動向も同じである。今後とも社会保障改革のあり方については、所得階層の実態を踏まえた負担と給付の議論がのぞまれる。

人ホームもすぐには入れない、在宅の介護サービスも充分でないというためです。近年では老人病院の入院患者のうち4割は「社会的入院」という見方もあるほどです。医療保険の赤字問題が介護保険が登場する一つの背景となったことは周知のところですが。

### 3. 民間セクターの状況

行政サービスとの関連で、民間セクターの状況について触れておきます。

このような公的な介護サービスの不足を何とか解消しようと、1980年代に入ると、主婦を中心として介護サービスを提供する市民参加の非営利活動が都市を中心に登場してきます。安い料金で利用できるのも中間所得層の高齢者にとっては比較的気楽に利用し易いものでした。1997年度の全国社会福祉協議会の調査では全国で1,183団体とされています<sup>2)</sup>。

日本では介護ビジネスは全くの未開拓分野でした。ただ、戦前からの「看護婦家政婦紹介所<sup>3)</sup>」がありますが、利用料が高く一般家庭で利用し易いというものではありませんで

---

2) 福祉サービスにかかわる住民活動は1960年代から始まる。地域住民、なかでも子育て後の主婦の社会参加による活動が中心となって広がる。当初は無償のボランティア活動であったが、そのうちに有償活動が広がっていき、住民参加型福祉活動として定着していく。有償といっても時給600円から800円程度で高齢者など利用者にとって手軽な料金であった。1999年にはNPO法も制定され、2000年施行の介護保険では、非営利団体も介護サービスの担い手として正規に認知されることとなった。住民参加型福祉活動の意義としては、第一に、公的サービスの補充機能、第二に、住民主体による地域社会づくりの機能にあると考える。住民活動の展開過程については一事例であるが、『市民ヘルパーの泣き笑い』近代出版、1997を参照いただきたい。

3) 家政婦あるいは看護婦家政婦紹介所の歴史は、戦前までに遡るものの、戦後に限ると1947年の職業安定法の有料職業紹介事業の一つに規定されたことに始まる。

戦争未亡人の救済策としての役割も担い、労働行政において婦人職業補導所を通じての職業訓練として家政婦の養成もおこなわれた。家政婦は一般家庭で家事あるいは子どもや病人の世話に従事したが、一部には企業に採用され、福利厚生の一つとして従業員の家庭に派遣されたりもした。これは企業内ホームヘルプ制度といわれ、労働省婦人少年局の指導により1960年に制度化されている。

労働行政として展開された家政婦および看護婦家政婦紹介所の厚生行政との接点の一つは1959年以降の「国民皆保険」体制のもとでの病院付添婦の主要な供給源であったことであろう。病院付添婦は労働基準法の適用も受けられず、国民皆保険体制をいわば底辺から支えたと言えよう。二つ目は東京都のホームヘルプ事業の家政婦紹介所への委託（1973）である。

1996年の病院における付添廃止は家政婦や家政婦紹介所にとって大打撃であり、そのため失職した家政婦や廃業した家政婦紹介所も少なくなかった。他方で労働省の救済策も講じられ、家政婦紹介所の一部は2000年施行の介護保険の指定事業者への切り替えが進められたところである。最近の動向については「家事介護サービスにおける家政婦紹介所の役割」財形福祉協会、2000年3月を参照されたい。

ところで家政婦あるいは病院付添婦の労働内容が現在の介護と同一と云えるのかどうか議論のあるところかもしれない。しかしながら、上記の経緯およびホームヘルパー（訪問介護員）がいまだに利用者から家政婦と同一視されることが少なくない点などをみても、現在の介護あるいは介護労働の前史として家政婦および家政婦紹介所を位置づけるべきであろう。さらに労働行政とくに職業訓練との接点にも目を向ける必要があると考える。

した。

#### 4. 介護保険制度の登場

政府は1989年になって、ようやく新しい介護制度に取り組み始めました。10年の準備期間を費やして、今年(2000年)4月、公的な「介護保険法」が施行されたわけです。高齢者関連では年金保険、医療保険(老人保健)に次いで3つめの社会保険という事になります。

ちなみに、介護の必要な寝たきり高齢者は介護保険発足直前の1999年度で約120万人です。この人たちがどこで介護されているかを見ると、特別養護老人ホーム24万人、老人保健施設15万人、老人病院18万人という定員数からみると、在宅で一部福祉サービスを受けたり、家族の介護を受けている寝たきり高齢者が70万人以上ということになります。介護保険の狙いは、在宅の寝たきり高齢者全体にもっと十分な介護サービスを提供できるようにするとともに、特別養護老人ホームの入所待機者や社会的入院の解消ということになります。加えて、寝たきり予備軍である要支援者にも生活支援サービスを提供し、寝たきりを予防することも含まれます。

### 3 公的介護保険の意義と概要

#### 3. 1 介護保険のめざすもの

日本で長く続いてきた家族介護という方法は今や破綻を来し、必ずしも良い介護の方法ではなくなってきました。では家族介護に変わる介護の新しい方法とはどのようなものなのでしょうか。それは結論的には社会的介護ということになります。家族介護を社会的介護に置き換えるにあたって、大きな違いの一つは、お金の問題です。家族による介護はお金を払う必要のない無償の労働ですが、社会的介護はお金を払わなければ利用できない有償の労働ということになります。ホームヘルパーの賃金などの介護に必要な費用を誰かが負担しなければなりません。介護費用の負担の仕方にはいくつかの方法がありますが、大きく分けると2つの方法があります。一つは、一人ひとりの高齢者が自分の懐からお金を払って介護サービスを買う方法、2つめは、公的な制度で保険料や税金として社会全員がお金を出し合って基金をつくり、介護が必要になった人に基金から費用負担をして介護サービスを提供するという方式もあります。言い替えれば、一人一人が自分の介護費用を

自分の財布から負担するか、社会全体が大きな一つの財布を用意し、皆で広く浅くお金を出し合うのがいいのか、どちらがよいのでしょうか。日本の公的介護保険は後者の方式です。国民的助け合いのしくみということができます。低所得や重介護の高齢者でもお金の心配が軽減されますが、他方で保険料負担についての社会全員の合意が必要となります。

このように、介護保険の目的は、これまで前提とされていた家族介護を軸とする介護のあり方を社会的介護（社会全体で介護を担うこと）を軸とする方向へと置き換えることです。それは、誰もが、必要な時に、適切な介護が受けられるような仕組みをつくることです。ただし、お断りしておきたいのは、では介護保険施行後は家族は高齢者の介護をしなくてよい、あるいはするべきではないというような受け取り方は誤解だという点です。介護の社会化の目的はあくまでも介護者や被介護者の介護をめぐる悲劇の解消です。介護保険のもとで、高齢者と家族がたとえ離れて暮らしていても互いに安心して心を通わせあい、支えあっていくことには変わりないと思います。

### 3. 2 介護保険のしくみ

介護保険が発足して半年余りですが、制度のしくみの概要を紹介します。

#### 1. 実施主体（保険者）

住民に最も身近な行政単位である市町村が直接の保険者で介護サービスの内容や保険料を決めることになっています。ただし、介護保険法を始め制度の大枠については国が基準を設けています。

#### 2. 財源

給付費のうち10%は利用者負担とし、残りの50%を保険料で、50%を公費（税金）で負担します。初年度の総費用は4兆3千億円といわれています。この金額は現在の老人医療費は約10兆円ですからその4割にあたることになります。また老人ホームやホームヘルプサービスの費用である老人福祉費（老人福祉サービス給付費）は約1兆円ですからその約4倍にあたります。

#### 3. 加入者（被保険者）

40歳以上の全国民が加入し、全員が保険料を負担します。そして介護が必要になった時には費用の1割分を負担するだけで介護サービスを受けることができます。

#### 4. 保険料

保険料は一人平均月2,500円（概算22.7米ドル）程度ですが、所得によって1,000円

(概算9.1米ドル)位から4,000円(概算36.4米ドル)程度まで5段階の差が設けられています。

## 5. 介護サービスの種類

大別すると、在宅サービスと施設サービスがあります。介護保険の目的は在宅サービスを重点的に整備することで介護サービスの充実をめざす点にあります。在宅サービスはホームヘルプサービスをはじめとして14種類のサービスがありますが、食事サービスや移送サービス<sup>4)</sup>が含まれていないことは問題です。施設サービスには特別養護老人ホームのほか老人保健施設と療養型病床群といわれる老人病院も含まれます。

## 4 介護保険の今後の課題

介護保険が発足して半年余りが経ちました。何はともあれ、日本の全高齢者を対象にする公的介護保険が無事に発足できたことは歴史的な進歩の確実な一步であると思います。

しかし他方で、介護保険の問題点は数限りなく指摘されています。制度発足前は反対論や実施延期論も決して少なくありませんでした。今後とも介護保険を「介護を必要とする誰もが、必要な時に、適切な介護が受けられるような仕組み」により高めていくための継続的努力が求められることは言うまでもありません。以下では基本的な課題を3点述べたいと思います。

1. 厳しい保険財政のもとで、負担と給付のバランスをどうするか議論が大切。介護保険の財源は10%の受益者負担以外は保険料と税金が半々づつとなっています。なお所得格差が大きく、「国民皆年金」とはとっても月3万円足らずの高齢者も存在するなかで、特に女性に多い低所得層にとってその負担が大きすぎるということが問題

---

4) 食事サービスと移送サービスが介護保険の在宅サービスから欠落している点については早くから批判されていたところである。食事サービスについて言えば、病院入院や施設入所では1日3度の食事提供は当然であるのに比べれば、介護保険でも施設と在宅の格差は解消しなかったと言わざるをえない。報酬の低さが指摘されている家事援助の軽視とも関連していることも強調しておきたい。

移送サービスも在宅サービスから欠落しているが、最近の新聞報道によるとタクシーによる通院介助を訪問介護として認めることで厚生省と運輸省の合意が成立したとのことである。

ちなみに食事サービスも移送サービスも行政サービスの遅れた分野でボランティア活動や非営利活動が支えてきたという経緯が共通している。



として出てきています。保険料負担のほか、受益者負担が低所得層に対してサービスの利用抑制作用を及ぼしかねないのです。個々の高齢者の経済事情にかかわらず、必要なサービスが受けられる制度にしていくことが目標ですが、そのためには誰がどのように財源を負担していくのか国民的課題です<sup>5)</sup>。

2. ホームヘルパーや施設の介護従事者の労働保障の問題は質の良いサービス確保の条件の一つですが、厳しい財政事情とも関連して、ヘルパー等の労働保障は厳しいと言わざるをえません。

従来から介護の分野では病院の付添いや老人ホームの寮母として中年女性が大勢働いていました。特に資格の必要もなく、賃金も単純労働並でした。さらに近年の動きとして先に市民参加の非営利活動として触れたように、子育て後の主婦が半分ボランティア半分仕事という形で在宅の高齢者の介護の手助けをするようになりました。主婦達の多くは経済的には夫の扶養家族で、仕事は不定期で手当額も低く、彼女達の収入は小遣い程度でした。彼女達の働きは公的サービスの不足を補い、地域の高齢者を支える助け合いの役割を果たしていました。

今後介護保険のもとで、介護を家族の役割から社会の役割へ転換していくためには、働き手がきちんと仕事として働ける労働条件を整えることが不可欠です<sup>6)</sup>。

ところが、介護保険の介護報酬そのなかでも家事介護の単価は、ボランティア並の低さに抑制されており、このままでは介護労働が新たな低賃金職種となりかねないという問題を含んでいます。

---

5) 公的介護保険は65歳以上のすべての被保険者から保険料を徴収することにした点で保険原理を貫いたといえる。生活保護受給者には保護費に保険料分を上乗せ支給してまで保険原理の貫徹にこだわったのである。他方で40～64歳のサラリーマンの専業主婦を事実上保険料負担の対象外としたのは一貫性を欠くと言わざるをえない。

このため生活保護すれすれの低所得者で年金が月3万円程度しかなくても月千数百円の介護保険料を負担しなければならない。横浜市などのいくつかの市町村では独自に減免制度を設けるところが増えていく。さらに、新聞報道によると、10%の利用者負担ができず、事実上の利用抑制が生じていると言われ、この点でも市町村に利用者負担の引き下げ等の検討が迫られる事態にある。

6) 福祉職場は従来からいわゆる3K職場の一つに数えられてきたが、残念ながら現在でも変わらない。筆者も参加した最近の実態調査でも重労働とその割に低い賃金であった。詳しくは「介護サービス科修了者の職場への定着」財形福祉協会、2000年3月を参照されたい。

介護保険が従来の福祉労働の低条件と非営利活動の低コストを克服し、介護労働を一人前の社会的労働として位置づける役割を果たすのか、あるいは介護労働を低賃金重労働のままで低コストを計るのか大いに関心を持たざるをえない。

労働条件の改善は当然のこととして保険財政に波及し、国民の負担増を招くことになる。介護保険制度によって利用者の介護保障と従事者の生活保障は車の両輪であるとの認識のもとに国民的合意が求められる。

3. 最後に、未熟で問題点だらけの介護保険をより良いものにしていくために継続的市民参加を重視したいと思います。

介護というものは、そもそも大変個別性の強いものだと思われます。疾病や障害の種類や程度は一人一人異なるように、介護のニーズも一人一人異なります。そのような介護を介護保険という一つの制度でやろうというのですから、そもそも無理な話かもしれません。

しかしながら、介護という重い労働負担や費用負担を一部の人にだけ集中するのではなく、国民が全体で浅く広く負担していこうという限り、公的介護保険は有効な方法です。今後は介護保険をよりよい利用しやすい制度にしていくために、市民と行政との連携が継続していく必要があると思います。

市民の役割は、なによりも生活者としての視点を貫くことが大切です。当事者としてあるいは当事者に身近な者として介護保険のあり方を見定めて行く必要があります。この役割はさしあたり女性が中心になるのですが、男性の参加が求められることはいうまでもありません。

行政の基準や採算性よりも先ず高齢者の介護ニーズに目を向け、地域で暮らす高齢者の生活の自立を真にサポートできる介護保険の実現が目標となります。

## 5 むすびにかえて

ここにお集まりの皆さんを含め、アジアには数多くの国があり、それぞれ歴史も文化も異なります。介護のあり方、抱えている問題状況も異なると思います。しかし共通していると言える点は、早かれ遅かれいつかは家族介護から社会的介護への道を歩まねばならないということではないでしょうか。社会的介護のあり方としてどのような方式を採用するかは、それぞれの国独自の選択ということになります。歴史的文化的要因とともにその国の国民の意志の反映でもあると思います。

周知のように北欧諸国は全額国庫負担による福祉制度で介護サービスを提供しています。オランダやドイツに続いて日本も社会保険方式で介護サービスが提供されます。北米では貧困層や一部の高齢者には公的な介護サービスが提供されるもののかなり制約があり、介護サービス市場が広く発達しているということです。北欧方式は社会全体で一つの大きな財布を持つのに比べ、北米は個々の高齢者が自分の財布から介護費用を支払う方式です。日本は両者の中間に位置するとも言えるかもしれません。

私達はこのような交流の場を通じて、情報交換と相互理解を深め、それぞれの国で介護者と被介護者双方の幸福をもたらすような社会的介護のあり方が実現できるよう協力していきたいと願います。

(2000年10月28日)

<参考資料>

1. 『世界の社会福祉 3 アジア』編集委員会代表, 仲村優一・一番ヶ瀬康子, 旬報社, 1998.
2. 小島蓉子・岡田徹編著『世界の社会福祉』学苑社, 1994.
3. 阿部志郎・井岡勉編『社会福祉の国際比較』2000.
4. *Annual Report on Health and Welfare, 1998-1999* (Social Security and National Life) Ministry of Health and Welfare, Kokunai kosei Jigyodan.
3. 『介護保険法』『介護保険法施行規則』厚生省。
4. 『介護保険制度の施行準備の概要について』その他, 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室, 平成11年9月17日。
5. 『介護予防・生活支援対策の一覧』厚生省, 平成12年3月16日。
6. 『介護保険の施行状況について』厚生省介護保険制度実施推進本部, 平成12年7月31日。

## Well-being of the Cared and the Care Givers

Prof. Taiko Kuriki  
Kanagawa Prefecture, Japan

A Message from Japan:

### **Care for the Aged and the Long-term Care Insurance System in Japan**

#### **1. Introduction**

The 21st Century is right in front of us. I hope we will be able to further advance what human beings have achieved by the 20th century and promote human well-being for all in the new century.

It is needless to say that the care for the aged will be one of the most important issues worldwide with the progress of aging society. Women in particular are not only care givers in many cases but also will be among the cared when they grow old. I think it is very significant that Asian women meet together and hold a symposium like this to discuss women's well-being, especially well-being for elderly women. I would like to take this opportunity to promote friendly relations among us, though it is only for a short period of time.

I would like to tell you about the present situation of the care for the aged in Japan as well as the challenges facing us. The year 2000 is a memorable year to us, for the Long-term Care Insurance System has been implemented in Japan since April, 2000. This is a public system which covers all the elderly people in Japan. I would like to elaborate on the care situation of Japanese society which has required and resulted in such care system. I hope you will understand the situation in Japan and that your understanding will contribute to promoting our friendship.

#### **2. A Way from Family Care to Social Care**

##### **2.1 Modern Japan and Family Care**

It has been a time-honored practice in Japan that the eldest son lives with his elderly parents and gives financial support to them, while his wife cares for them. This practice took root in the pre-modern agricultural society and has been kept on for more than 100 years.

However, the progress of modernization brought various inconsistencies and failures on family care. The development of modern industries caused agriculture to reduce, while it caused expansion of cities and increase in industrial laborers. Social changes which

modernization brought, such as the trend towards the nuclear family, aging and increase in employed women, gradually gave birth to the phenomena of failures in family care.

For example, as for the trend towards the nuclear family, the percentage of elderly people living with their children tended to decline and the present percentage is 50%. In Western countries the percentage is usually lower than 20% and in Nordic countries the percentage is almost 0%. Therefore the percentage in Japan will surely decline in the future. Elderly people living alone already amount to 15%. A few cases of elderly people who not only live alone but bedridden are reported. When occasion demands, daughters or daughters-in-law (sons' wives) visit their parents daily to take care of them, sometimes by train.

Aging is another factor of care issues. Japan has become a longest-lived society in the world and the average life expectancy was 77.2 years for men and 84.0 years for women in 1998. Those who were over ninety amounted to 580,000. Since the number of those people was 180,000 in 1985, thirteen year ago, it was tripled during those 13 years. Although longevity is a matter for congratulation, it contributes to extending the period of caring for the aged. Recently in Japan, "abuse of elderly people" is talked about. It includes (1)violence, (2)verbal abuse, (3)psychological neglect, (4)neglect of care, etc. It is supposed that care givers (wives, daughters , and daughters-in-law) who are "care-worn" after a long period of solitary caring which they are forced to shoulder abuse the elderly people they are taking care of.

Moreover, aging gave birth to a new phenomenon which is called "elderly-elderly care." For example, the cases are increasing where a wife in her eighties cares for her husband who is in his nineties or a daughter or a daughter-in-law in her seventies cares for her parent or parent-in-law who is in his/her nineties. It is needless to say that elderly-elderly care is a severe phenomenon, and it sometimes results in the tragedies of suicides of the care givers or mass suicides of the care givers and the cared.

In Japan the percentage of employed women tends to increase. However, there are many daughters and daughters-in-law (sons' wives) who quit their jobs in order to care for their parents or parents-in-law. There are also many cases where a son is transferred to another office but his wife has to stay with his parents to take care of them, and the son takes the new post in another city leaving his families behind.

People in Japan have taken it for granted for a long, long time that "children should take care of their elderly parents" but it has turned out recently that this is not the best way of caring for the aged. It is expected that the number of elderly people will increase rapidly over the 21st century. Now is the time for us to think what is the best way of caring for the aged, how elderly people can live with the feeling of security, and how the younger generation can live comfortably with their elderly parents.

## **2.2 Process of Public Care Services for the Elderly**

### **1. Guaranteeing Medical Services and Income through "Universal Insurance System" and "Universal Pension System"**

Let me introduce to you the public care services for the elderly in Japan. In 1958 the medical

insurance system was implemented which insured all the Japanese citizens. The medical insurance system which covered from babies to elderly people was called "the Universal Insurance." The pension insurance system was implemented in 1961. The system aimed that all the elderly Japanese citizens were entitled to receive a pension. Therefore it was called "the Universal Pension." Both "the Universal Insurance" and "the Universal Pension" are social insurance administered by the Government and supported by insurance premiums paid by individual citizens in accordance with their income level and public fund (taxes). In this way a framework is prepared for the elderly in Japan which guarantees publicly the minimum medical expenses and pension (living expenses) through social insurance. I'm not saying that these systems are impeccable but I have to add that there are innumerable problems to solve including the deficit of medical insurance and extremely small amount of pension for women which can hardly guarantee their living. The big problem is how to secure financial resources to cover all the elderly people increasing in number. Raising the amount of premiums people have to bear and lowering pensions are being discussed and the pending questions for the 21st Century are not easy.

## **2. Providing Care Services through the "Welfare Act for the Elderly"**

Care services were not provided through medical insurance system in Japan and they had been provided through Welfare Act for the Elderly until March this year. In this case, necessary expenses were basically covered with taxes. These care services were available to only a part of elderly people who came under the categories set by the Government. Those categories included those who lived alone without family, those who lived with low income family without financial support, etc. Therefore, the time-honored practice of family care had been kept and children had been expected to take care of their elderly parents. However, as I said before, with the progress of aging society, care issue is no longer a matter of limited number of people but it has become a matter of majority of people in all strata of society.

In the latter half of 1970's 'red-ink' finance of the medical insurance system started to become visible. One of the reasons was "social hospitalization" of elderly people. For example, those who are sent to hospital because of cerebral hemorrhage and are certified for being in the condition requiring the services because of its aftereffect cannot be released from the facility even when their conditions have improved to require no more care. This phenomenon is called "social hospitalization," which is caused by the difficulty in being admitted to homes for the aged and insufficiency of in-home service supply system. In recent years it is estimated that 40% of long-stay patients belong to "social hospitalization."

## **3. Situation of Private Sector**

In 1980's non-profit groups consisting of citizens, mainly of housewives, to provide care services started to emerge in cities. Middle-income elderly people could easily make use of the services, because they were available at low rates. According to a survey conducted by the National Social Welfare Council, the number of such groups nationwide was 1,183 in 1997.

In Japan care business was a totally unexplored field. We have "Nursing and Housekeeping Services" from prewar days, but their rates are high and not affordable to ordinary families.

#### **4. Emergence of the Long-term Care Insurance System**

The Government started to consider adopting the new Long-term Care Insurance System in 1989. It took them 10-year-preparatory period and the Long-term Care Insurance Law was enforced in April, 2000. This was the third social insurance following the pension insurance and the medical insurance (for the aged).

The number of bedridden elderly people requiring care services was 1,200,000 in 1999, just before the long-term care insurance system was implemented. Judging from the capacities of institutions, that is, 240,000 at special nursing homes for the elderly, 150,000 at health service facilities for the elderly, and 180,000 at geriatric hospitals, over 700,000 bedridden elderly people were cared at home utilizing welfare services in part. The aims of the long-term care insurance system is to provide bedridden elderly people with more sufficient in-home care services and to decrease the number of those who stand by at home before being admitted to the special nursing homes for the elderly and to decrease the cases of "social hospitalization." In addition, it includes providing care services for those who require care and who are likely to become bedridden, and preventing them from becoming bedridden.

### **3. Significance of the Public Long-term Care Insurance System and Its Outline**

#### **3.1 Aim of the Long-term Care Insurance System**

The practice of family care which has been kept for a long time in Japan is now on the verge of collapse, and it is not the best way of caring for the aged any longer. What is the new way that replaces the old one? It may be given as a conclusion that it is what is called social care. The big difference between family care and social care is in a matter of money. Family care is supported by unremunerated work for which you don't have to pay, while social care is supported by remunerated work for which you have to pay. Someone will have to bear the cost required for the care including wages for home-visit care providers (home helpers). There are several ways to bear the cost of the care, but there are two ways if you classify them roughly. In one way, each elderly person pays out of his/her own pocket and buys care services. In the other way, all the members of the society contribute money as premiums or taxes to raise a fund and the fund bears the cost of providing services for those who require them. In other words, each person pays the cost out of his/her purse or the entire society prepares a big purse and everyone in the society contributes to it. Which way do you prefer? Japan has adopted the latter way for its public long-term care insurance system. The system can be called a collaboration mechanism of the entire society. Even the people with low income or requiring long-term care services don't have to worry so much about how to raise money, but on the other hand it is necessary that the entire society agrees on the premium payment.

In this way, the aim of the long-term care insurance system is to replace family care which was a precondition of the care for the aged with social care which is supported by the entire society. It is to establish a mechanism in which adequate services are available at anytime, anywhere and to anybody. I would like you to remember that it does not mean that family members do not have to care for their elderly parents or they should not be involved in caring for the aged. The aim of socialization of the care is to eliminate tragedies involving the care givers and the cared. Under the long-term care insurance system, elderly people and their families are expected to live as ever with the sense of security and understand each other, even if they live separately.

### **3.2 Overview of the Long-term Care Insurance System**

It has been about six months since the long-term care insurance system was implemented and I would like to give you the overview of the system.

#### **1. Insurer**

Municipality, which is the closest administrative unit to people, is the insurer of the long-term care insurance, and it makes a decision what kind of services it offers and fixes premium for insured people. However, the Government establishes standards for the basic framework of the system.

#### **2. Structure of Fund Source**

The users are required to bear 10% of the service cost for long-term care. A half of the rest of the expenditure is borne by the premium payment of the insured and the other half is borne with public fund (taxes). It is said that the total expenditures for the first year amount to 4,300,000,000,000 Yen (Approx. US\$39,091,000,000). Since the present medical expenses amount to 10,000,000,000,000 Yen (Approx. US\$90,909,000,000), the amount represents 40% of the medical expenditures. Since the welfare expenses for the elderly including expenses of nursing homes and home helpers amount to 1,000,000,000,000 Yen (Approx. US\$9,091,000,000), the amount is four times as large as the welfare expenses for the elderly

#### **3. Policyholders (Insured People)**

All citizens of age 40 or older are policyholders and bear insurance premium. They are entitled to receive care services at low cost whenever they need them.

#### **4. Insurance Premium**

The monthly premium is an average of 2500 Yen (approx. US\$22.73) per person. It is graded from 1 to 5 in accordance with the income level and ranges from 1,000 Yen (approx. US\$9.10) to 4,000 Yen (US\$36.40).

#### **5. The Contents of the Care Services**

The services are roughly divided into two: in-home services and institutional services. One of the aims of long-term care insurance system is to enrich the content of services by putting emphasis on in-home services and strengthening them. There are 14 kinds of services including home visit care, but it is a problem that meals on wheels and transportation services are excluded. Institutional services include health service facilities for the elderly



and geriatric hospitals called sanatorium type wards besides special nursing homes for the elderly.

#### **4. Challenges Facing the Long-term Care Insurance System**

6 months have passed since the long-term care insurance system made a start. In any case, it is a historical leap of progress that the public long-term care insurance system covering all the elderly people nationwide could start.

However, on the other hand, numerous problems concerning the long-term care insurance are pointed out. Before it started there were not a few objections to it and some insisted postponing its implementation. It is needless to say that we will have to continue our efforts to enhance the quality of the system so that anyone requiring long-term care can receive adequate service at any time. I would like to discuss 3 basic challenges we will have to deal with.

1. It is important to discuss how to keep a balance between burden and provision. The fund source of the long-term care insurance system is burden on the users (10% of the service cost), insurance premium (45 % of the service cost) and public fund (45% of the service cost) . However, income differentials are big and some elderly people, especially women, get less than 30,000 Yen (approx. US\$280.00) per month, though "universal pension" is advocated. The problem is that the burden on the users is too heavy for those people. They could refrain from utilizing the services because they have to bear 10% of the service cost in addition to the insurance premium. One of the objectives of the system is to provide necessary services irrespective of the financial situation of an individual elderly person. It is a national problem who will bear the expenditure and how will it be borne in order to achieve this objective.
2. Job security of home helpers and care providers is one of the prerequisites to quality care service provision. However, it is very difficult because of the severe financial situation.

In the field of care in the past many middle-aged women were employed as attendants at hospitals or matrons at nursing homes. They didn't need any qualifications but their wages were the same level as those of unskilled laborers. Recently housewives have started after childcare to help the care for the aged, half as their volunteer work and half as their jobs. Many of these housewives were their husbands' dependents and their work was irregular and their income was as low as pocket money. However, their work has supplemented public services and played the role of cooperation in the community in supporting the elderly people.

In order to replace the role of families as care givers with the role of the entire society from now on, working conditions of the care givers must be improved so that they can work with the sense of security.

However, care service reward in the long-term care insurance system, especially the unit

price of in-home services is set low. It is feared that care giving will be a new low-income type of job.

3. Finally, I would like to stress the continuous participation of community residents in improving the long-term care insurance system which is not yet fully developed and has full of drawbacks. Just as kinds and degrees of diseases or disabilities vary from person to person, care needs also vary from person to person. It may be asking too much to cover all those needs within one system.

However, as far as the entire society, not a part of people, is ready to bear the heavy burden of labor and cost of the care, public long-term care insurance system is an effective way of caring for the aged. Continuous cooperation among citizens, Government and municipalities is required to make the services available and accessible.

The role of the citizen is to carry out their perspective of daily life. It is necessary for them to make sure, as care givers and the cared, of how long-term care insurance system should be. The central role will be played by women for the time being, but it is needless to say that men also should be involved in it as well. Our goal should be to pay more attention to the care needs of the elderly than to administrative standards or payability and to realize a system which can really support the life and independence of the elderly in the community.

## Conclusion

There are many countries in Asia including the four countries which have participated in this program today, and each has different history and culture. I suppose you will have different problems in different situations concerning the care for the aged in your country. However, what we have in common is that sooner or later we all must replace family care with social care. Each country should choose what system of social care she should adopt. The choice will reflect the people's will as well historical and cultural factors.

As everyone knows, all the expenses of long-term care services are borne with public fund under the welfare system in Nordic countries. Following the Netherlands and Germany, Japan is also providing services under the social insurance system. In North America although public long-term care services are provided for poor people and part of the elderly people, there are many restrictions and long-term care service market has widely developed. Under the Nordic system the entire society has one big purse, while under the North American system each elderly person pays the cost of the care out of his/her own purse. Japanese system is between the two.

I hope we will share information and deepen mutual understanding through this exchange program and realize ideal social care for well-being of the cared and care givers in each country.

Thank you..