

## 「普遍主義」から見た日本の介護保険制度の再構築

今任 啓治

### 論文要旨

日本の介護保険制度は、1997年12月に介護保険法が成立した後、準備期間を経て、2000年の4月から実施に移された。その目的は、主に家族が担っていた介護を社会的な制度で支える「介護の社会化」、さらには「高齢者の自立支援」、「利用者本位の制度作り」等にあった。

制度のもとでは、利用者は市町村に申請し、要介護認定を受け、要介護度に応じたサービスを選択できる。当初は、要介護度1から5の5段階で構成されていたが、その後の改正により、要介護状態になるのを防止するための要支援給付1と2が設けられ、現在では全7段階となった。保険者は、市町村とされ、65歳以上を第1号被保険者、40歳以上65歳未満を第2号被保険者として、各々から保険料が徴収される。サービスを利用する際の利用者負担は、家族の状況や個人の収入にかかわらず、一律1割負担の応益負担であった。財源は、国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%、保険料50%の割合で構成された。

しかし、以上のようにスタートした介護保険制度であるが、その後、財政的な逼迫等を背景に度重なる法改正が行われた結果、制度の性格には大きな変化が生じている。介護保険制度の理念それ自体を変えていくような、質的な改革が行われたのである。本論文は、この重要な変化を、元来普遍主義的な性格を有した制度の、選別主義的な方向性への変化として位置付けるとともに、将来的にのぞましい改革のあり方として、普遍主義に則った制度の再構築の必要性を提起するものである。ここでいう「普遍主義」とは、ニーズ（この場合は介護）が存在する場合は、年齢や所得に関係なく、同一の利用料のもとに同一の

サービスを受給する、という理念であり、「選別主義」とは、サービス受給要件として、資力調査を伴っていたり、利用料が異なっていたり、年齢も含めてサービス受給者を特定の集団に限定する、という理念をさす。

先行研究における普遍主義 - 選別主義に関する議論は、それぞれの定義づけに関するものが中心であった。また、介護保険制度に関する研究は多数あるが、普遍主義 - 選別主義を考察軸として論じたものはほとんど存在しない。ここに、本論文の独創性、研究意義が存在する。

本論文は、全六章から構成される。

まず第Ⅰ章では、介護保険制度の変容を分析するうえでの分析枠組みとなる、普遍主義と選別主義に関する先行研究を検討するとともに、その定義づけを行う。「普遍主義」については、いくつかの定義がある。しかし、本論文では、平岡公一による定義、すなわち、必要のないところにサービス給付を行う必要はないため、「ニード判定(要介護認定)を行ったうえで、必要なものに資力調査をせずに給付を行うこと、所得や年齢等によって対象を限定しないこと、利用者負担については給付対象者に制度上の制限がないこと」という定義を基本に据える。

第Ⅱ章では、介護保険制度の現状について、認定者数と利用者数、介護費用と保険料、被保険者・受給者の範囲、要介護認定制度、等の点に関しての詳細な考察を行う。この点に関して、とりわけ重要なのは、要介護(要支援)認定者数とサービス受給者数の大幅な増加と、それに伴う介護費用の急増である。その結果、介護保険制度は財政的に逼迫することになり、こうした現状が、度重なる法改正の背景に存在している。

続く第Ⅲ章では、介護保険制度が創設された歴史的経緯を考察するとともに、それが普遍主義的な性格を持った制度として発足した点を述べる。高齢者の介護について歴史的・沿革的にみると、介護保険制度導入前には、いわゆる「措置制度」がとられてきたが、高齢化の進展にともなう要介護者の増加、社会的入院者の増加等による高齢者に

関する医療・介護支出の急増を背景に、2000年に介護保険制度が導入された。

制度は、①65歳以上を第1号被保険者、40歳以上65歳未満を第2号被保険者として保険料を徴収し、②要介護認定を受けた者に対してはサービス内容を自己決定できるサービス受給権を保障する、③サービス利用については一律1割の自己負担とする等の点で、所得や扶養関係等による選別は一切行わず、ニーズ判定、サービス提供、利用者負担の面ですべての高齢者に同じ基準を適用する、普遍主義的な制度となっていた。

第IV章では、創設以降行われた度重なる介護保険法改正について、主に2005年、2011年、2014年に行われた三回の改正を中心に分析を行うとともに、その結果、開始当初は普遍主義的な性格を有していた制度が、徐々に選別主義的な方向性へと変化していく過程を記述する。まず2005年度改正の内容は、①新予防給付の創設と地域支援事業の創設、②施設給付の住居費と食費の個人負担化と補足給付の創設、③地域密着型サービスと地域包括支援センターの創設、等であった。これにより、介護サービスへのアクセスと選択権の自由が制約される事態が生じたり、利用者負担についても所得によって差が出たりする結果となった。

2011年度の改正では、定期巡回・随時対応型訪問看護介護事業と介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）が、新たに導入された。この総合事業は、介護サービス事業ではなく健康増進事業であるため、介護保険制度で行うことが適切か否か、という点で問題があり、また運用面では運営基準や給付額、利用料も市町村で決定されるため、行政主導の仕組みであり、利用者本位の制度とは言えないものだった。

2014年には、①特別養護老人ホームの入所要件を要介護3以上に重点化し、②一定所得以上の利用者負担を2割に増額し、③所得段階別介護保険料を従来までの6段階から9段階に見直す、などの改正が行われた。これにより、特別養護老人ホーム利用についての選択権が大

幅に縮小されるとともに、同一の介護サービスを受けながら、所得によって利用料が異なることになった。また所得段階別保険料については、政府による低所得者層の負担軽減を図るという説明とは裏腹に、実質的には低所得者層の方が収入対比で見ると高い保険料を支払っている点が明らかとなった。

以上のように、介護保険制度は、導入当初の普遍主義的な制度から、改正のたびごとに選別主義的な制度へと、大きく変容してきた。

第V章では、普遍主義—選別主義という分析視点から、日本、ドイツ、韓国という三か国の介護保険制度の国際比較を行う。まず、保険料の徴収方法については、ドイツと韓国では、介護保険料は医療保険料と一緒に徴収するため定率制がとられているが、日本は所得段階別定額制をとっている。この制度のもとでは、所得の高低により保険料率に差が出るため、一種の資力調査に基づく格差が発生する。その結果、日本の制度では低所得者の収入対比負担率が結果的に高くなっている。この点では、ドイツ・韓国の方が普遍主義的といえる。給付の対象者については、ドイツでは年齢制限がなく、日本と韓国は65歳以上の者か65歳未満であれば特定疾病の者でなければサービス利用ができない。日本と韓国の制度は、この点では普遍主義とは言えない。サービス利用料については、ドイツは保険給付範囲内であれば無料、韓国は20%または15%となっており、普遍主義的である。日本では所得に応じて1割または2割負担となっており、所得の高低を調べる一種の資力調査が行われるため、普遍主義的ではない。また、低所得者に対する保険料・利用料減免制度については、ドイツ・韓国が公費負担であるのに対し、日本の場合は介護保険財源から支出しているため、給付に差が生じている。この点からも、日本の制度は普遍主義から外れているといえよう。

最後の第VI章では、今後の望ましい改革の方向性として、保険料と被保険者・受給者の範囲、要介護認定制度と予防給付、利用者負担と補足給付、という三点について、普遍主義に則った介護保険制度の再

構築を提起する。制度の再構築にあたり、本論文では以下の五点を提言する。①40歳以上、65歳未満の者は特定疾病等でなければ介護保険の対象者とはならないという現行の給付要件を撤廃したうえで、被保険者を20歳以上とし、給付の対象者は0歳以上とする、②介護保険料については、現行の所得段階別保険料を廃止し、所得対比「定率制」とし、低所得者への減免制度は介護保険法第142条に則り保険者が行う、③予防給付と総合支援事業等は公費で行うことが原則であり、介護保険給付の対象外とする、④利用者負担は一律15%とし、段階的に20%まで引き上げる、⑤補足給付は介護保険の対象外とし、生活保護制度によりカバーするものとする。

2018年の介護保険法改正案をみると、「地域包括ケアシステムの深化・推進」と「介護保険制度の持続可能性の確保」を2本柱とし、このうち前者では、「地域共生社会」に向けた取組の推進を謳っている。具体的には、介護保険サービス事業者が、障害福祉サービスの指定を受けやすくする等の措置により、基準緩和を行おうというものである。たとえば、介護保険の通所介護と障害者福祉の放課後デイサービスの一体的提供を図る。これにより、従来まで、特定疾病以外の障害者は介護保険サービスが受けられなかったものが、障害者でも介護ニーズがあれば介護保険サービス事業所が提供するサービスを受けることが可能となる。このことは、まさに、本論文で結論付けた「介護ニーズ」判定を受けた者は、等しくサービスを受けることが出来ることへの、すなわち普遍主義的な制度の再構築への第一歩といえる。この点で、本論文の提言の実現可能性が薄いという批判は当たらない。