

「普遍主義」から見た日本の介護保険制度の再構築

はじめに	1
第Ⅰ章 介護保険制度における普遍主義論	4
第1節 考察軸としての普遍主義論	4
第2節 日本における「普遍主義-選別主義」論	6
第3節 介護保険制度と「普遍主義-選別主義」論	12
第4節 小括	20
第Ⅱ章 介護保険制度の現状	26
第1節 認定者数と利用者数	26
第2節 介護費用と保険料	27
第3節 被保険者・受給者の範囲	28
第4節 介護保険制度改正の経緯	29
第5節 要介護認定	34
第Ⅲ章 介護保険制度の創設過程と制度の概要	37
第1節 老人福祉措置制度における介護サービス	37
第2節 介護保険制度導入の背景と動向	45
第3節 介護保険制度の創設	70
第4節 小括	77
第Ⅳ章 介護保険制度改革の推移とその変容	80
第1節 2005(平成17)年の介護保険法改正	80
第2節 特別養護老人ホーム利用者の現状	87
第3節 2011(平成23)年介護保険法改正と介護報酬改定	95
第4節 2014(平成26)年介護保険法改正	104
第5節 小括	122
第Ⅴ章 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度比較	126
第1節 ドイツ介護保険制度と普遍主義論	126
第2節 韓国介護保険制度と普遍主義論	144
第3節 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較	157
第Ⅵ章 持続可能な介護保険制度の再構築	180
第1節 保険料と被保険者・受給者の範囲	181
第2節 要介護認定と予防給付	186
第3節 利用者負担と補足給付	187
おわりに	192

はじめに

介護保険制度は、1997（平成9）年12月に介護保険法などの関連法案が成立した後、準備期間を経て、2000（平成12）年4月から実施された。この介護保険は、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続く日本で第五番目の社会保険制度として制定されたが、それは、これまでの家族による介護から、社会全体で支える介護への転換、いわゆる「介護の社会化」をめざすものであった。すなわち、毎月所得に応じた保険料を拠出することによって、被保険者が要介護状態に陥った時には市町村に申請し要介護認定を受け、各自の要介護度に応じた一定の介護サービスを利用者の選択で利用することができる仕組みである。要介護度は5段階に分かれており、さらに要介護になるのを防ぐための要支援が設けられたため、実質的には6段階でスタートした。保険者は、市町村とされ、65歳以上が第1号被保険者、40歳以上65歳未満が第2号被保険者とされ、各々から保険料が徴収される。サービスを利用した場合の利用者負担は、家族の状況や個人の収入等にかかわらず、一律1割の応益負担である。財源は、国が25%（「施設」等は20%）、都道府県が12.5%（「施設」等は17.5%）、市町村が12.5%、保険料50%の割合で構成されていた。

当初、このような形でスタートした介護保険制度であったが、実施後18年を経て、制度の持続可能性も含めてそのあり方が問題となっている。65歳以上の第1号被保険者の数は、制度創設当初の2165万人から、2015（平成27）年4月末には3308万人に、要介護認定者数も、218万人から同年4月末には608万人へと増加し、これに伴い、介護保険にかかる費用も当初の3.6兆円から2013（平成25）年度の9.2兆円へと、2倍以上の伸びとなっている。

こうした保険財政の窮迫を背景に、介護保険は改正のたびに、保険

料の高額化と一部自己負担の強化を繰り返してきた（当初の1割自己負担から一定所得者以上は2割の負担へと改正され、さらには3割負担案が浮上してきている）。ごく最近では、軽度の高齢者に対する訪問介護のうち掃除や調理といった家事援助サービスは、介護保険の対象から除いて自己負担させるといった方向まで打ち出されている。また、2017（平成29）年3月までに、要支援者に対する訪問介護と通所介護を介護保険から切り離して、市町村が行う地域支援事業（新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」）へ移行させるという地方分権の動きも加速化してきている。

こうした改正の動きに対して、石橋敏郎は、「給付の抑制、財源の確保を直接に意識した財政改革だけではなく、これまでの社会保障の目的や理念そのものを変えていくような質的な改革を含んでいるとみられるものも見受けられる」⁽¹⁾としたうえで、「最近の社会保障制度の改革は、社会保障財政の窮迫が背景にあるとしても、単なる財政的措置としての改革という説明だけでは十分理解することができない部分が含まれている。そこには、われわれがこれまで抱いてきた従来型の社会保障の考え方、理念、目的、そういったものに対する変革を含んでいるといわなくてはならない。ひょっとすると、なかには、生存権（憲法25条）を基礎とする社会保障の権利を揺るがすような改革が含まれているのかもしれない」⁽²⁾と警鐘を鳴らしている。

社会環境の変化、経済的動向、高齢化の進展などの要因に合わせて、介護保険制度も時代にあったものへと変革されていくのは当然だとしても、ここ18年間の改革を見る限り、そのつど負担増や経費削減といった方法で制度の立て直しを図ろうとする財政抑制策ばかりが目につき、そこには将来を見通した改革視点や改革をリードしていくような首尾一貫した理念というものが存在しなかった、とあってよい。

そこで本論文では、「普遍主義-選別主義」という古くから議論されてきた福祉サービス評価の基本的理念に今一度立ち返り、これを制度見直しの視点に置くことにより、介護保険制度の変容を分析すること

を試みた。ここでの「普遍主義」とは、一言で言えば、ニーズ（この場合は介護）のある者は、年齢や所得に関係なく同一のサービスを受けることができるという理念（概念）であり、これに対して、「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、利用料が違っていたり、年齢も含めてサービス受給者が特定の範囲の者に限定される、とする理念（概念）をさす。

こうした分析を行う理由は、何をもって普遍主義というのか、どういう条件やカテゴリーが付けば、その制度は選別主義になるのかについてのより厳密な議論はもちろん行わなくてはならないが（この点は後述する）、より明確かつ基本的な理念を考察軸に据えることにより、これまで多くの論者がそれこそばらばらな視点から行ってきた介護保険制度改革に対する評価を一定の枠組みのなかに取りまとめ、さらには、持続可能性も含めてこれからの望ましい介護保険制度のあり方について、明快で一貫した制度考察と統一的な論理展開ができるという点にある。

より具体的には、普遍主義に徹した制度としてスタートした介護保険制度が、その後の度重なる改正によって、次第に選別主義化してきている点を明らかにするとともに、当初と比べると制度が一層複雑化し、国民に分かりにくくなっている現状を指摘し、今後は普遍主義的な方向性への制度の明確化・簡易化を目指すべきであるという主張を展開したい。すなわち、普遍主義に則った介護保険制度の再構築を提起するものである。

(1) 石橋敏郎、角森輝美、山田綾子、今任啓治、緒方裕子「保健・医療・福祉における社会保障制度の変容（上）」『アドミニストレーション』第22巻第1号 2015（平成27）年11月 熊本県立大学総合管理学会 3頁

(2) 石橋敏郎、角森輝美、山田綾子、今任啓治、緒方裕子 同上書 4頁

第 I 章 介護保険制度における普遍主義論

第 1 節 考察軸としての普遍主義論

2000（平成12）年4月に施行された介護保険制度は、高齢者介護という社会福祉サービスを社会保険方式で賄うという日本では初めての制度であったため、実施前は、十全に機能するかどうかという点に関して、不安や戸惑いの声のほうが大きかった。介護保険料拠出に対しての理解が得られるか否か、要介護認定→ケアアセスメント→ケアプランへと至るケアマネジメントが円滑に運営できるか否か、スムーズな運用のために不可欠とされる人材や施設が確保できるのか否か、「保険あって介護なし」という状況に陥るのではないか、市場原理を導入した場合、採算の取れない郡部にはサービス事業者が進出してこないのではないか、また、競争が激しくなるとコスト削減のためにサービスの質の低下が起るのではないか、措置制度から契約制度へと移行するとしても、契約に疎い高齢者にどうやって対等な立場で契約を締結させることができるのか、国民健康保険財政の赤字で悩んでいる市町村を、さらに赤字体質が予想される介護保険の保険者として位置づけることは適切か否か等々、不安材料は挙げればきりがないうほど多数にのぼっていた。

しかし、全体として、多少の混乱はあったものの、介護保険制度はほぼ順調に運営されてきており、年数の経過とともに国民のなかに制度が次第に浸透し、いまや完全に認知されている。その反面、予想をはるかに上回るスピードで要支援者・要介護者の数（特に後期高齢者の要支援者・要介護者の数）が増加し、それとともに利用者の数も急激に増加している。利用者の増加は、当然ながら、介護保険財政を圧迫させる。厚生労働省によれば、人口に占める75歳以上の後期高齢者の割合は、2055（平成67）年には25%をこえる見込みであること、65歳以上の高齢者のうち、特に認知症高齢者の数が増加していくとみられること、世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫

婦のみの世帯が増加していくこと、首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進むことなどが予想されており、それに対応する費用としては、2025（平成37）年には、現状維持ケースで19兆円（5.3倍）、在宅充実ケースでは23兆円（6.4倍）が必要であると予測されている。

介護保険制度をこのまま安定的に運営することが可能か否かという点、すなわち、介護保険制度の持続可能性は、その大半が財源の確保にかかっているといっても過言ではない。この財源確保の方法としては、主に以下の3つが考えられる。①保険料、一部自己負担を含めて被保険者・利用者の負担を増やすこと、②利用者にとって必要ではない、あるいは効果が薄いと思われる給付を削減・廃止したり、経費の無駄を省いたりすること、③できるだけ要支援・要介護状態にならないよう健康維持に努めてもらうこと、という3つの方法である。介護保険法は、おおよそこの3つの方向のもとに、そして介護従事者の確保と資質の向上、施設・在宅を問わずサービスを提供できる基盤の整備に向けて、過去3回の改正を重ねてきた。

とりわけ、3度目の改正である2014（平成26）年度改正では、主に①要支援者へのサービスの見直し、②一定以上の所得を有する者への利用者負担の見直し、③補足給付については資産を勘案する等の見直し、④施設サービス受給者の支給対象の見直し（原則として施設は要介護度3以上の高齢者が利用）、の三つが行われた。このような改革については、財政の窮迫が背景にあるにしても、生存権（憲法25条）を基礎とする社会保障の権利を揺るがすような改革が含まれている、と危惧する意見もある⁽¹⁾。

本論文において、介護保険制度の持続可能性を検討する上で、「普遍主義」論をとりあげるのは以下の理由からである。福祉政策を客観的に評価し、分析しようとする研究関心の萌芽は、1980年前後の三浦文夫らによる社会福祉政策研究に求められる。そして、「普遍主義 - 選別主義」概念は三浦が取り上げて以来⁽²⁾、1980年代における現

実の社会福祉の政策と実践に対して、一定の影響力を持ってきた⁽³⁾。さらに、1980年代末から1990年代にかけては、社会福祉制度改革の基本テーマとして、「社会福祉サービスの普遍化・一般化」に焦点が当てられた。高澤は、これを「普遍主義的社会福祉の展開が、社会福祉行政の所掌領域の拡大とその全国民的基盤の存在証明、あるいは社会福祉行政のもつ共同社会的公共性の確立と、スティグマの払拭に大きな役割を果たした。」⁽⁴⁾として評価している。このように、「普遍主義-選別主義」概念は、わが国の福祉政策論の初期から今日にいたるまで、一貫して議論の焦点となってきた⁽⁵⁾。概して、この普遍主義-選別主義論は、主として社会福祉の領域での議論とみなされ、社会福祉以外の領域では、とくに社会保険=普遍主義とみなす傾向が強かった。たとえば星野は、本来なら社会保険も視野に入れて幅広く議論されるべき普遍性-選別性の政策論議が、わが国の狭い社会福祉学には欠落してきたと批判している⁽⁶⁾。

従来は老人福祉の領域で扱われていた介護は、社会保険(介護保険)で扱われるようになった以上、これからの普遍主義-選別主義論は、社会福祉の領域を超えて、社会保険を含む社会保障のレベルでの議論にまで高める必要がある。たとえば、介護保険制度の変容は、普遍主義の視点から理解可能であり、介護保険制度改革の望ましき将来像を論ずるにあたって、普遍主義という視点は有効である。

以上の理由から、本論文では、この「普遍主義」を考察軸として位置づけ、それに基づいて介護保険制度の変容過程を明らかにするとともに、その持続可能性を検討したい。その意義は、これまでの社会政策論としての「普遍主義」ではなく定義づけられた「普遍主義」から、介護保険制度という社会保障分野の一部を考察する点にある。しかし、そのためには、考察軸としての「普遍主義」の厳格なかたちでの定義が必要である。この点については、次節以降で論ずる。

第2節 日本における「普遍主義-選別主義」論

里見によれば、日本の社会福祉は、社会保障制度審議会による「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」（1962（昭和37）年8月22日）を契機に、その対象を主として低所得層に限定する段階から、必ずしも低所得層に対象を限定しない段階へと移行し始めた。そして、本格的な社会福祉の対象の拡大を、1980年代以降としている⁽⁷⁾。

また、彼によれば、いわゆる「福祉見直し」論の登場に始まる1970年代後半以降現在にいたるまでの時期に、日本の社会福祉一般に影響を与えた理念型としては、「ばらまき福祉批判」「福祉見直し」論を直接に継承する選別主義的な「日本型福祉社会」論の潮流と、ノーマライゼーションの理念にもとづく普遍主義的な福祉への潮流の二方向が存在した⁽⁸⁾。

たとえば、中央社会福祉審議会「当面の在宅老人福祉対策の在り方について（意見具申）」（1981（昭和56）年12月10日）においては、ホームヘルプサービスの派遣対象世帯を低所得世帯から一般世帯（所得税課税世帯）に拡大することが提起され、これを受けて「老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱」の改定が翌年10月から実施された。こうした対象の拡大をさして、社会福祉の一般化・普遍化とみなす立場もあるが、①対象世帯の拡大は、応能負担型の有料制と引き換えに実施されたこと、②実施にあたっては、その家族が老人の介護が行えないような状況にある場合に限るという条件が付けられていたこと、などの点を勘案すれば、一般化への過程に入りつつあるとはいえるものの、選別的要素が多分に含まれており、普遍化とまではいえない。

いずれにせよ、一番ヶ瀬康子が、この時期をとらえて、「かつての選別主義的な社会福祉から普遍主義的社会福祉への転換そして抜本的な制度改革がなされようとしている」と指摘しているように、普遍主義－選別主義の視点は、社会福祉を含めてこの時期の社会保障の変遷を分析するにあたっての、重要な理論軸として位置づけることができる⁽⁹⁾。まず本章では、この普遍主義とその対極にある選別主義について、す

なわち、わが国の「普遍主義-選別主義」論について、概念整理を行いたい。

(1) 日本の社会保障論における「普遍化」

わが国における社会政策の「普遍化」論は、社会保障や福祉サービスの制度改革の方向性に関係しながら展開された。⁽¹⁰⁾すなわち、改革による、選別主義である「公的扶助」から、普遍主義である「社会保険」への移行である。他方で、普遍主義をめぐる議論を、資力調査・所得調査、あるいは必要判定の有無や形式に焦点を当てることによって、対象選別の方法論へと焦点化させる傾向もあった⁽¹¹⁾。

このように、近年の社会福祉改革をめぐる議論のなかでは、現在の社会福祉の基本原則を示す概念として、あるいは社会福祉の今後の進むべき方向性を示す概念として、「普遍主義」の概念がしばしば用いられるようになってきている。たとえば、1950年代から1970年代初頭にかけて、生活保護法が「福祉六法」の中に新たに加えられるようになったことや「国民皆保険・皆年金」が導入されたこと等を筆頭に、資力調査のない福祉政策の拡大、および国民一般を社会保障の対象にしていく傾向をとらえて、「普遍化」と呼ぶ場合がこれにあたる⁽¹²⁾。さらに、1980年代から90年代には、基礎年金制度の導入、あるいは社会福祉関連八法改正や社会福祉基礎構造改革による「措置から契約へ」および「扶助から保険へ」という変化があったが、これも社会保障の「普遍化」の推進として位置づけられている。また、介護保険制度や障害者に対する支援費制度も、介護サービスの「普遍化」をスローガンに導入されている。古川は、社会福祉が「貧困者に対する施策」から「貧困者のためだけでない施策」へと変化したことを「普遍化」と呼び、こうした「普遍化」が著しく促進されたのは、1980年代の一連の「福祉改革」の展開過程であった、と指摘している⁽¹³⁾。

以上のように、わが国の社会保障行政や社会保障制度審議会等における議論の中では、戦後以降一貫して国民一般を対象とする「普遍主

義」が支持され、資力調査がなく国民一般を資格要件にするという意味での「普遍主義的」な社会保障制度が目指されてきた。そして、それを実現するための方法として、「社会保険」という方式が導入されてきた。

(2) 普遍主義 - 選別主義の二分化

では、「普遍主義」と「選別主義」は、これらの議論の中で、どう定義付けられてきたのであろうか。三浦は、普遍主義を「福祉ニーズを有するものは誰でも福祉サービスを利用できる」体制であるとし、選別主義を「ニーズ以外に所得や年齢等によって対象者を限定する」体制である、とした。さらに、その中でとくに個別的ミーンズ・テストを課するものを「救貧的選別主義」、それ以外のものを「一般的選別主義」として区分している⁽¹⁴⁾。

また、里見は、普遍主義および選別主義をめぐる議論には、以下の二つの次元があると述べている。第一の次元は、「同じニーズがあっても年齢等の要件を設定して給付対象から排除する場合がある」、「ニーズがある者であっても対象を限定するのが選別主義であり、限定しないのが普遍主義である」とするよう、社会保障給付の対象者をどの範囲で認めるかという制度上の原理として、選別主義-普遍主義を用いる場合である⁽¹⁵⁾。第二の次元は、「個々の給付の設計原理として、選別主義か普遍主義かを問うだけではなく、福祉制度の在り方として選別主義か普遍主義かを問う次元の問題である」とするよう、社会保障の将来像を描く際に、普遍主義-選別主義を用いる場合である⁽¹⁶⁾。さらに里見は、利用者負担の有無や低所得者のための減免措置の扱いをめぐる理論的な研究を行っており、普遍主義 - 選別主義という二分法を、問題となった事項別に、より「厳密化」させる形で議論を進めている⁽¹⁷⁾。

また、三浦と里見の議論では、「普遍主義」の中身を問う際に、資力調査をどのように考えるかという点に焦点が当てられている。里見は、

資力調査を「必要のないところにサービス給付を行うことはない」という前提で理解しており、実質的に判定が行われても、それは選別主義ではないとする。しかし、所得保障の場合、必要のないところに給付を行うことも可能である。里見は、こうした場合、必要の確認を行うことそのものが普遍主義を損なうことになりかねないとしている。

(3) 普遍主義 - 選別主義の定義

これに対して、選別主義の対概念としてではないかたちで普遍主義をとらえようとする試みは、平岡にみられる。平岡によれば、普遍主義の概念は、以下の3つに分類できる。第一は、「すべての者が平等に拠出し、すべての者が平等な給付を受ける平等な資格を持つように社会サービスの基礎を組織する原理」という、ティムスに依拠した定義であり、それに該当しない場合を「選別主義」とするものである。第二は、この厳密な定義を緩和したものであり、「資力やニードに関わりなく特定のカテゴリーに該当する者が全員受給できる場合を『普遍主義』、個別的な資力調査もしくはニード・テストを受けなければならない場合を『選別主義』とする定義である。第三は、「給付・サービスの受給に際して個別的な資力調査を受けなければならない場合のみを『選別主義』、その必要がない場合を『普遍主義』とする定義である⁽¹⁸⁾。

平岡が主張するように、本論文も、この第三の定義を議論の出発点に置くべきである、とみなす。その理由は、以下に述べるように、他の定義にはそれぞれ問題があるからである。

第一の定義は、平等拠出と平等給付をもって普遍主義と称するもので、具体的な例としては、「ベヴァリッジ報告」にいう公的年金制度における「均等拠出・均等給付原則 (flat rate system)」がある。しかし、平等拠出を条件の一つとしていることにみられるように、平等なものであれ不平等なものであれ、個別的拠出を条件とする限り、その制度のもとでの給付は、拠出したメンバーに限定されることになり、

普遍主義とは異質な原理と考えられる。

第二の定義（資力調査やニード・テストの有無を基準とする分類）の問題点は、ニード・テストの存在をもって一般的な選別主義とする点にある。社会福祉サービスに限らず医療サービス等を含めて、現物給付の場合には当該ニードがあるから給付されるのであって、ニード不在のところに給付する必要はない。その意味で、普遍主義-選別主義の区別基準は、とくにサービス等の現物給付の場合、ニードのみを要件として給付するのか、それともニード以外の要件をも条件として給付するのか、という点にある。したがって、ニード・テストをもって一般的に選別主義とするのは妥当ではないと思われるが、ニード・テストが差別的・屈辱的な方法でなされる場合は、利用者に明らかに恥辱（スティグマ）を感じさせることになるため、選別主義となる点は明らかである。すなわち、ニード・テストのあり方が問題となるが、一般的に言えば、普遍主義-選別主義のいずれのシステムであってもニードの存在は前提であるため、この第二の定義は採用しがたい。

なお、社会福祉サービスに関して、以上のように、ニード不在のところに給付する必要はないとする議論をたてると、そこからいくつかの問題が、普遍主義-選別主義の問題とは別に派生してくる。たとえば、高額所得者に社会福祉サービスや児童手当、年金などを給付する必要があるかという問題である。高額所得者の場合、これらのサービス給付や現金給付がなくても困ることはないという理由から、たえずこの種の問題が蒸し返されてくるのであるが、これについては、教育や環境サービスが所得の高低によって区別されないように、福祉についても同じ原則を貫くべきである、という点を確認しておきたい⁽¹⁹⁾。

さらにいうと、たとえば障害があり障害者福祉サービスへのニードがある場合、高額所得者だからといって排除する理由はなく、当然に給付を受けることに問題はない点は明らかである。

以上のように、第一、第二の定義には、それぞれ問題が存在する。したがって、本論文では、第三の定義を採用する。すなわち、①ニー

ドの把握を行い、ミーンズ・テストは行わないこと、②ニードのある者への給付は、資力や年齢等によって特別の集団に限定して給付を行わないこと、③利用者負担について、給付対象者に制度上の制限がないこと、等である。以下、平岡の議論に依拠しつつ検討を加えることにする。

第3節 介護保険制度と「普遍主義-選別主義」論

前節で述べたように、里見によれば、普遍主義-選別主義の概念は、福祉サービスの対象者を規定する制度設計上の原理としてのそれと、社会福祉の理念にかかわる原理としてのその二つの次元を有する。以下、これら二つの原理について、里見の議論を依拠にしつつ検討を加える。

(1) 制度設計上の原理

第一の次元は、福祉サービス等の対象者を規定する制度設計上の原理として普遍主義-選別主義をとらえる場合である。この場合、ニードがある者であっても対象を限定するのが選別主義であり、限定しないのが普遍主義である。その対象の限定に使われるのが資産調査（ミーンズ・テスト）や所得調査であるが、それ以外にもニードがあっても年齢等の要件を設定して給付対象から排除する場合があります、それも多くの場合、選別主義に分類される。

たとえば、現行介護保険制度においては、第二号被保険者に関して、介護ニードがあっても16種類の「特定疾病」による要介護者にのみ保険給付を限定しており、また40歳未満の者については、介護ニードがあってもそもそも保険給付の対象とならないとする制度設計がとられている。その結果、65歳未満の障害者は、「特定疾病」による要介護者以外は保険給付の対象外となるので、保険適用から排除されている。このように、資産調査・所得調査以外に、年齢等の要件を設定する場合にも選別主義の定義が当てはまる。ただし、たとえば一定年

年齢層を対象とする義務教育の場合のように、年齢要件がただちに選別主義に結びつかないものもある⁽²⁰⁾。

この点に関して、里見は、選別主義は、資産調査等によって貧困者・低所得者を特定し、そこに対象を限定することによって、スティグマをとみなわざるをえない形のものと、年齢等によって特定の集団に限定して給付を提供するというように、同じニードをもつ集団の者があっても給付から除外する形のものの、2種類に区分することが必要であるとしている⁽²¹⁾。なお、三浦は、このスティグマの相違にもとづいて、救貧的選別主義と一般的普遍主義という概念区分を試みている。

(2) 福祉の理念にかかわる原理

普遍主義-選別主義の概念に関する第二の次元は、個々の給付の設計原理として選別主義か普遍主義かを問うだけではなく、福祉制度全体のあり方として選別主義か普遍主義かを問う次元の問題である。

今日では選別主義から普遍主義への移行が時代の趨勢であるが、そのことは、すべての給付を普遍主義によって構成することを意味するわけではなく、選別主義的な給付も一部残らざるをえない。したがって、原則として普遍主義型の給付が主流となる体制が、福祉理念としての普遍主義と定義できよう。そして、これら時代の理念としての選別主義から普遍主義へと移行する際の課題とは、福祉サービスに歴史的につきまどってきたスティグマをいかに取り除き、社会保障給付を市民の権利としていかに位置づける、という点にあった⁽²²⁾。

この点に関して、里見は、「選別主義の時代には、まず自助が優先され、その意味で社会保障は『自助の補完』でしかなかったが、普遍主義が展望される時代には、それは『自助の前提条件』をなすものとなる。いわば、『自助の補完としての社会保障』の段階から、『自助の前提としての社会保障』への移行といえよう。福祉理念としての普遍主義は、いわば『自助の前提としての社会保障』を物質的基盤とするのである。」⁽²³⁾と述べている。

前述のように、池田は、介護保険制度を普遍主義に徹しようとした制度であると評価しているが、現行介護保険制度においては、年齢等によって特別の集団に限定して給付を与える仕組みになっていることから、池田のいう「普遍主義」は、制度設計上の原理としての普遍主義をさすものではない。しかし、現行介護保険制度は、サービス利用にあたって所得要件・家族要件を設けずに、同一レベルの介護ニーズを有する者に同一レベルの介護サービスを保障することになっており、その意味では、「普遍性」が現行介護保険の制度設計の特性の一つである点は疑いない⁽²⁴⁾。すなわち、福祉の理念にかかわる原理として、普遍主義を理解すべきである。

(3) 普遍主義-選別主義と利用者負担

平岡も述べているように、イギリスにおける普遍主義-選別主義論の中では、低所得者への利用者負担の減免やいわゆる「応能負担」型の利用者負担を選別主義に分類するのが一般的だが、給付対象者に制度上の制限がない場合には、利用者負担があっても普遍主義とする理解の方が一般的といえる⁽²⁵⁾。

福祉サービスの利用にあたっての利用者負担の導入・強化策は、利用者の主体性に基づいた説明が背景にある。たとえば、1979（昭和54）年11月20日の中央社会福祉審議会「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに係る費用徴収基準の当面の改善について」が、その例である。この報告は、老人ホームの入所措置に要する費用の徴収について、老人福祉法第28条「都道府県及び市町村の長は、当該措置に係る者又はその扶養義務者から、その費用負担に応じて、当該措置に要する費用の全部又は一部を徴収することができる」とする規定に対して、「入所者本人及びその扶養義務者」として、双方から徴収することを提案したものであり、「又は」から「及び」への取り扱いの変更は、翌年、法改正なしに実施された。その際、報告は、入所者本人からの費用徴収の強化について、老人ホーム入所者が「応分の費用

を負担することは、自立意識を醸成し、さらに施設を生活施設として発展させていくための方途の一つとして多大な役割を有するものと考ええる。」として、これを正当化したのである。

また、1981（昭和56）年12月10日の中央社会福祉審議会意見具申「当面の在宅老人福祉対策のありかたについて」は、それまで所得税非課税世帯に限定されていた老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）の派遣を所得税課税世帯にも拡大すると同時に、「その利用者層を課税世帯に拡大していくにあたっては、利用者がその負担能力や受益量に応じて、応分の負担をする制度の導入は避けられないと考える。このような負担制度の導入は、福祉サービスについて利用者の側から主体的に利用するものであるという認識を醸成する役割を果たし、更に社会的公正の確保及び制度の恒久的かつ安定的発展、維持につながるものと考ええる。」とした。そして、利用者負担は、実際に翌年から実施された⁽²⁶⁾。

この点について、三浦は、「このことは必ずしも選別主義的体系の克服と結び付けて費用負担が主張されずに、もっぱら年金等の成熟による負担能力の増加と自立意識の向上という観点から、費用徴収方式の改正を主張している。」⁽²⁷⁾と評価するとともに、「もちろん普遍主義体制への転換によりサービス費用は、利用者が能力に応じて負担するという原則は確立されたが、しかしその負担額・負担方式等については、それに加えていくつかの政策的視点が導入されなければならない。」⁽²⁸⁾と続けている。さらに、「選別主義的サービスのもとにおいてサービスの受け手に貧困の烙印をし、しかも無料サービスの提供は、サービスの受け手に慈恵思想を植えつけ、屈辱感を与えかねないのである。その意味で社会福祉サービスの普遍主義化とともに、その費用負担ができる条件を作り出していくことが大切であり、とくに高齢社会における社会福祉にとって重要な課題となる。」と述べ、無料化＝選別主義、有料化＝普遍主義として、費用負担を積極的に普遍主義として位置づけている。

類似する主張は、「厚生白書」にも見られる。たとえば、1985（昭和60）年度版では、「サービスの多様化や対象の拡大によって、福祉サービスの供給に要する費用とその負担のあり方について様々な問題が生じてきており、負担の公平の観点あるいはサービスの効果的、効率的な提供の観点から課題の解決が求められている。（中略）その第一は、サービスの利用者は受益の程度と負担能力に応じて適正な費用負担をするという考え方を確立することである。」として、サービスの多様化や対象の拡大は、応能負担とセットで考えるべきである、としている。原則無料のサービスは、義務教育をみれば明らかなように、必ずしもスティグマを持つものではない。スティグマが発生する要因は、無料サービスか否かではなく、選別主義的サービスか否か、によるのである⁽²⁹⁾。

したがって、いわゆる「応能負担」型の利用者負担については、その負担能力を判定するために所得調査を必要とするため、普遍主義ではなく選別主義として位置づけるべきである。三浦らが主張するような、無料化＝選別主義、有料化＝普遍主義として、費用負担を積極的に普遍主義ととらえる考え方は、利用者負担を「主体性」や「自立意識」と結びつけて主張するものであり、自己負担できないものは「主体性」や「自立意識」を持たなくてもやむをえないという認識を背景とするため、スティグマの発生は避けられず、選別主義といわざるをえない。

では、定額制・定率制の利用者負担についてはどうであろうか。里見は、所得調査を必要としないという意味では、それを必要とする応能負担型のそれよりも、定額または定率の利用者負担の方がはるかに良い点を指摘している⁽³⁰⁾。しかし、負担の高さがどの程度であるか等によって、あるいは適切なかたちでの利用者負担の減免制度があるか否か等によって、サービス利用を抑制しなければならない場合も存在するため、定額負担または定率負担をすべて普遍主義と位置付けることは困難である。たとえば、定額・定率制の利用者負担が、一般的に

利用を妨げない程度に低いものであり、それでも支払えない低所得階層に配慮する自己申告による減免制度が用意されている場合は、厳密な意味での普遍主義には抵触する。しかし、これは利用者のサービス利用を制約しない措置であるため、普遍主義的の制度に含めて理解することが可能である。他方、利用者負担の額がかなり高く、減免制度も整備されていない場合には、負担が障害となって利用抑制を生じるため、選別主義的な制度といわざるをえない⁽³¹⁾。

(4) 普遍主義-選別主義と社会保険

平岡は「日本では、社会福祉以外の分野では、普遍主義 - 選別主義論はほとんど展開されていない。」⁽³²⁾と指摘している。平岡とは異なる観点からであるが、星野も「本来なら社会保険をも視野に入れて幅広く議論されるべき普遍性対選別性の政策論議が、わが国の狭い社会福祉学には欠落してきた。」⁽³³⁾と批判している。以上のように、これまでは、普遍主義-選別主義にかかわる議論は社会福祉の分野に集中しており、普遍主義-選別主義の立場から社会保険をどのように位置づけるかに関する議論は、あまり行われてはこなかった。

しかし、現在では、普遍主義-選別主義論を、社会福祉の領域を超えて、社会保険を含む社会保障のレベルでも議論しなければならないことは、公的介護保障の社会保険（介護保険）への移行によって、明白である。なぜなら、従来老人福祉の分野で扱われてきた介護が、社会保険（介護保険）の対象となったからといって、介護サービスという給付の性格それ自体は変わらないからである。

「普遍主義-選別主義」と社会保険について、たとえば、平岡は「社会保険を中心とする普遍主義的の制度によって国民生活の最低保証をしようとするベヴァリッジの構想」⁽³⁴⁾と述べ、年金保険や失業保険を普遍主義的の制度として位置づけている。また、正村も、「これまでの日本では、失業保険、年金保険、医療保険などの社会保険制度は、基本的には普遍主義の原理に従って構築されてきた」⁽³⁵⁾と述べている。

すなわち、「社会保険＝普遍主義」とする認識は一般的なものである。

では、社会保険が普遍主義的な制度とされるのは、なぜだろうか。その理由は、年金やサービス等の受給にあたっては、資産調査や所得調査が必要とされないからである。たとえば、堀は「普遍主義が所得又は資産の有無又は多寡によって受給者を制限しないことであるとすると、このような選別主義的なミーンズ・テスト（所得制限又は資産制限）を伴わない社会保険方式の方が優れている」⁽³⁶⁾として、主として給付の点から社会保険を普遍主義ととらえている。このように社会保険については、給付の点に関する批判的な議論は少ない。

他方で、拋出や負担といった点については、多くの議論が存在する。社会保険の特質は、保険料の負担（拋出）を条件に社会保障給付を提供する点にあり、この立場を貫けば、保険料を負担できない低所得階層は、原則として社会保険の給付を受けることができないため、社会保障の対象からは排除される。この点について、里見は「社会保険が、たとえ全住民を対象として制度設計されている場合でも、保険料を払えない低所得階層を排除せざるをえない排除原理を固有にもつ以上、実質的には全住民の加入する制度にはなりえず、普遍的とはいふことができないであろう。」⁽³⁷⁾と指摘している。

これに対して、堀は「普遍性-選別性の基準はミーンズ・テスト（資産調査）の有無であって、保険料テストをもって区別の基準とするのは論者の勝手だが、そのような解釈は歴史的にはほとんどない。」⁽³⁸⁾と、反論している。両者の議論の相違は、「所得テストは、給付対象として低所得者を選別し、保険料テストは排除対象として低所得者を選別するかどうか」という点にあるが、スティグマを伴う点については同一といえる。どちらかといえば、低所得者を給付から排除する保険料テストの方が、実害性の高い選別主義といえる。

また、堀は里見の排除原理について「社会保険が内包する社会性原理（扶助原理）にもとづき保険料のきめ細かな減免制度を導入すれば、排除原理は解決できる」と主張するとともに、きめ細かな減免制度に

もかかわらず、保険からの脱落者を生じざるをえない場合について、「低所得者に対する適切な保険料の減免の制度がありながら保険料を納めないのは、その者自らの意志で給付を受けないことを選択した結果といえる」⁽³⁹⁾として、保険料を納めない者を給付から排除することを当然視しているが、疑問が残る。

以上のような社会保険の限界性（拋出＝給付）に関しては、社会保険でカバーできない部分については社会扶助で対処することが可能であるため、全体として問題はないとする見解がある。基礎的なニードについては社会保険で対応し、特殊なニードについては扶助で対応とする考え方に依拠するものであろうが、この説については、サービスの二重基準との批判がありうる⁽⁴⁰⁾。

（５） 介護保険制度における普遍主義論の意味

以上、先行研究における普遍主義-選別主義の検討を行ってきた。高澤が「もともと社会福祉論で主張される普遍主義は、実施原理であることよりも目標原理ないし基本原理であることが多く、また福祉政策のすべてが、完全にフラットな普遍主義の原則にもとづいて実施されているという実体的現実はない。」⁽⁴¹⁾と指摘しているように、厳密な意味での普遍主義を充たす社会保障制度は、世界的に見ても存在しない。

では、介護保険制度を普遍主義の視点から検討する意味はどこにあるのであろうか。2000（平成12）年に施行された介護保険制度は、過去3回の改正が行われたが、改正されるたびに複雑化し、理解困難な制度となっている。池田省三が普遍主義を徹底化させた制度として評価した現行介護保険制度が、その後の改正でどのように変化したのかを検討することは、とりもなおさず普遍主義的な制度がどのように選別主義化したかという点について検討する作業にほかならない。財源論を優先すれば、選別主義的要素が強くならざるを得ない。そうした現在の介護保険見直し論に対して、厳密な意味での普遍主義的な

制度を構想することによって、持続可能性を有した制度の再構築を提起しうる、というのが本論文の主題である。また、「普遍主義-選別主義」論の一層の深化により、普遍主義的な介護保険制度を確立するための具体的条件を、政策論的課題として提起することが可能となる。

第4節 小括

介護保険制度は、社会保険方式を採用しているが、普遍主義の視点からみると、保険料、一部利用者負担、適用対象者、給付内容等について、様々な問題点を有する。このうち、保険料の減免や補足給付をめぐる問題点は、介護保険財政と直結している。低所得者対策の財源を社会保険料に求めれば、保険料の減免等が社会保険制度の論理からは直ちに導かれないため、それを正当化することが必要となる。他方、税を財源とするのであれば、保険料の減免等の適用を認める要件の設計はどうあるべきか、について論じる必要がある。

補足給付については、憲法と関連した問題として論議する必要がある、との指摘もある。また、補足給付は、所得・資産要件を伴う給付であるが、その財源の半分程度は保険料によって賄われている。こうした制度の下では、社会保険制度における保険料拠出＝保険給付の原則からみると、保険料を強制的に徴収されながらも、所得の多寡や資産の多寡によって、補足給付を受けることができない被保険者が存在することになる。換言すれば、保険料として徴収した資金に、保険給付として還元されない部分が含まれることを意味する。

そもそも、介護保険制度の財政運営のために、各公的医療保険の被保険者から介護保険財源として納付金が徴収されており（介護保険法第150条）、それが交付金として各市町村（保険者）へと配分されている（介護保険法第160条第3項）。この納付金は、元をたどれば、介護保険の第二号被保険者、各公的医療保険の被保険者が負担する保険料であるから、この保険料には、被保険者に直接には還元される可能性のない部分が含まれる。したがって、上述した問題と同じく、社会

保険として構築されている介護保険制度のもとで、給付と関連性のない、あるいは関連性が弱いにもかかわらず、保険料という負担が課されている現行の第二号被保険者の存在を、果たして正当化することが可能か否かについて、法的説明が必要であるとの指摘もある⁽⁴²⁾。これらの法律上の問題については、さらなる議論を待ちたい。

また、エスピン・アンデルセンは、普遍主義を社会連帯を形成する原理として位置付けており、連帯して市民の地位・便益・責任・権利を分かち合うための原理として普遍主義があるのであり、これをもとに現在の社会保障制度における資格要件や人間理解を再考する必要性がある点を指摘している⁽⁴³⁾。すなわち、普遍主義をめぐる議論は、社会政策における給付方法や給付内容という技術的な議論にとどまらず、資格要件もしくは人間理解についての議論へと深められる必要がある。とりわけ、日本の「普遍主義 - 選別主義」論においては、給付方法や給付内容と資格要件の区別、あるいは対象と資格要件の区別が未整理であり、また、それらの議論が単純化されたかたちで『制度的再分配モデルか残余的モデルか』あるいは『保険か扶助か』という二分論と関連付けられている。さらに、資格要件を論じる際も、資力調査のみに焦点化されすぎている傾向があり、国籍や居住、セクシャリティ、家族形態などの文化的多様性、もしくは人間像にも視野を広げつつ、対象と資格要件に関する前提を再考すべきである点が見落とされている⁽⁴⁴⁾という指摘もある。

このように介護保険制度と普遍主義については、様々な指摘がある。30年以上も前に大河内一男は、次のように論じている。「社会保障のそれぞれの分野は、・・・それを最も必要とするところに重点的に投入し、その緊急度の低いところを勇気をもって切りとらなければならないのに、それができないで画一的な小刻み福祉のその場凌ぎのつぎはぎに終始しているのが日本の現実だといっている。だから各種の社会保険にしても公的扶助にしても、制度端末の手直しだけが年々繰り返され、所得の再配分効果は消え去ってしまい、たとえ社会保障関係の

基本的法制の定めは存在しても、それは数限りない政令や通牒やでござった返し、山のような解釈例記と、それで足りないところは日本的な『行政指導』がものを言うのなら、ことからの在るべき理念と骨格とは見喪われてしまうことになる。」⁽⁴⁵⁾。

本章は、普遍主義-選別主義論に関する議論を展開することそれ自体が目的ではない。むしろ、介護保険制度を普遍主義の視点から検討を加える前提条件として、その定義付けを試みたものである。今後は、これまでの検討から、介護保険制度を福祉の理念にのっとりた普遍主義の制度として理解し、平岡のいう第三の定義、すなわち、必要のないところにサービス給付を行うことはないため、「ニード判定を行ったうえで、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」を手がかりに、介護保険制度と普遍主義に関する議論を進めていきたい。なぜなら、その議論を深めることにより、度重なる改正で複雑化した介護保険制度を簡明化することができ、大河内のいう介護保険制度のあるべき理念と骨格の再確認が可能だからである。そして、こうした作業が、さらには、持続可能な介護保険制度に向けた政策立案へと繋がっていくであろう。

-
- (1) 石橋敏郎、角森輝美、山田綾子、今任啓治、緒方裕子、紫牟田佳子、木場千春、坂口昌宏、堀江知加「保健・医療・福祉における社会保障制度の変容（上）」『アドミニストレーション』第22巻第1号 熊本県立大学総合管理学会 2015（平成27）年11月 4頁
 - (2) 三浦文夫『増補 社会福祉政策研究 - 福祉政策と福祉改革』（1987（昭和62）年 全国社会福祉協議会 207頁）は、新たな社会福祉の制度的枠組みを示す概念として「普遍主義的社会福祉体制」という概念を提示し、その概念を「社会福祉的ニードが生じた場合に、誰でもが自由に必要な社会福祉の施設やサービスを楽しむ体制」と規定し、それが社会福祉におけるナショナル・ミニマム（社会福祉ミニマム）の実現を意味するものであると主張している。
 - (3) 平岡公一「普遍主義 - 選別主義論の展開と検討課題」社会保障研究所編『社会政策の社会学』1989（平成1）年 東京大学出版会 94頁

- (4) 高澤武司『社会福祉のマクロとミクロの間』1985(昭和60)年 川島書店 41頁
- (5) 杉野昭博「福祉政策論の日本的展開 - 「普遍主義の」の日英比較を手がかりに」『福祉社会学研究』2004(平成16)年5月 福祉社会学学会 58頁
- (6) 里見賢治「社会福祉再編期における社会福祉パラダイム」阿部志郎・右田紀久恵・宮田和明・松井二郎編『講座 戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望Ⅱ思想と理論』2002(平成14)年 ドメス出版 105頁～106頁
- (7) 里見賢治 同上書 74頁
- (8) 里見賢治 注(6) 前掲書 73頁
- (9) 里見賢治 注(6) 前掲書 74頁
- (10) 平岡公一 「普遍主義 - 選別主義の再検討」『イギリスの社会福祉と政策研究』2003(平成15)年 ミネルヴァ書房 236頁～238頁
- (11) 金子充、堅田香緒理、平野寛弥「社会政策における『普遍主義』の再検討 - シティズンシップ論の視角から」『理論第3分科会報告レジュメ』2009(平成21)年 日本社会福祉学会第57回全国大会
- (12) 杉野昭博 注(5) 前掲書 54頁～55頁
- (13) 古川孝順『社会福祉学序説』1994(平成6)年 有斐閣 298頁
- (14) 三浦文夫『社会福祉政策研究 社会福祉経営論ノート』1985(昭和60)年 全国社会福祉協議会 201頁
- (15) 里見賢治 注(6) 前掲書 88頁～89頁
- (16) 里見賢治 注(6) 前掲書 93頁
- (17) 里見賢治 注(6) 前掲書 77頁、100頁～101頁 「所得調査による選別はなくても、ニード・テストによって受給者が選別される場合は、選別主義なのか普遍主義なのか、あるいはサービス受給に対して利用者負担が発生する場合や低所得者のための減免措置はミーンズ・テスト付給付としてみなすべきではないか」といった論点が提起されている。
- (18) 平岡公一 注(10) 前掲書 236頁～237頁
- (19) 里見賢治 注(6) 前掲書 75頁～78頁
- (20) 里見賢治 注(6) 前掲書 91頁～93頁
- (21) 里見賢治 注(6) 前掲書 93頁
- (22) 里見賢治 注(6) 前掲書 93頁～95頁
- (23) 里見賢治 注(6) 前掲書 95頁
- (24) 平岡公一「介護保険制度の創設と福祉国家体制の再編 - 論点の整理と分析視角の提示 - 」『社会学評論 Vol.49』1998(平成10)年 日本社会学会 395頁
- (25) 平岡公一 注(3) 前掲書 88頁 「イギリスの普遍主義 - 選別主義の概念のとらえ方で注目すべきもう一つの点は、サービス費用の料金(利用者負担)の支払いの際の(低所得者の)減免制度、応能

負担制度も「選別主義」とみなすと考え方が比較的一般化しているという点である。・・・日本では普遍主義的サービスを「応能負担」と結び付ける考え方が有力であるが、イギリス的な考え方からすれば、そのようなサービスは、必ずしも普遍主義的とはいえないのである。」

- (26) 里見賢治 注(6) 前掲書 97頁～98頁
- (27) 三浦文夫 注(14) 前掲書 211頁
- (28) 三浦文夫 注(14) 前掲書 211頁
- (29) 里見賢治 注(6) 前掲書 100頁
- (30) 里見賢治・二木立・伊東敬文共著『介護保険に異議あり』1996(平成8)年 ミネルヴァ書房 57頁～59頁
- (31) 里見賢治 注(6) 前掲書 100頁～101頁
- (32) 平岡公一 注(3) 前掲書 98頁
- (33) 星野信也 「狭隘な社会福祉学」『週刊社会保障』第1969号 1997(平成9)年 35頁
- (34) 平岡公一 「普遍主義と選別主義」大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政』1991(平成3)年 法律文化社 91頁
- (35) 正村公宏 「日本経済の変化と社会福祉」『社会福祉研究』第65号 1996(平成8)年 9頁
- (36) 堀勝洋 『現代社会保障・社会福祉の基本問題』1997(平成9)年 ミネルヴァ書房 83頁
- (37) 里見賢治 注(8) 前掲書 111頁
- (38) 堀勝洋「社会保障と社会福祉の原理を考える」『社会保険旬報』1998(平成10)年5月1日号 10頁
- (39) 堀勝洋 同上書 10頁
- (40) 平岡公一 注(34) 前掲書 84頁「選別主義を批判するもう一つの論拠として、貧困・低所得者を対象とする公的サービスと、支払い能力のある者のための(営利的)民間サービスという二重構造が成立すると、サービスの二重基準(double standard)が成立し、公的サービスは必然的に二流の市民のための二流のサービスになり、そのことがまたスティグマ付与機能を持つという点が指摘されることがある。」
- (41) 高澤武司『現代福祉システム論』2000(平成12)年 有斐閣 123頁
- (42) 岩村正彦「社会保障の財政」岩村正彦・菊池馨実編『社会保障研究』(2013(平成25)年8月 信山社)は、社会保険制度のなかに、所得要件付き給付や資産要件付き給付を設けることは、憲法第25条2項が認める立法府の裁量権の逸脱・濫用に当たらないか、保険給付との牽連性がないにもかかわらず、その財源に充てるために「保険

料」として強制徴収することは憲法 29 条及び憲法 19 条に違反しないかと、問題提起している。

(43) Gosta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press UK 2008 p25-p26

(44) 金子充、堅田香緒理、平野寛弥「社会政策における『普遍主義』の再検討 - シティズンシップ論の視角から」『理論第 3 分科会報告レジュメ』 2009 (平成 21) 年 日本社会福祉学会第 57 回全国大会

(45) 大河内一男「社会保障論の論」『季刊社会保障研究』第 18 卷 1 号 1982 (昭和 57) 年 3 頁

第Ⅱ章 介護保険制度の現状

本章では、普遍主義―選別主義論の視点から介護保険制度の変容を分析するにあたっての前提として、介護保険制度の現状についての詳細な考察を行う。まず、要介護（要支援）認定者数および利用者数から、みることにしよう。

第1節 認定者数と利用者数

第1号被保険者の数は、2000（平成12）年4月末の2,165万人から2015（平成27）年4月末には3,308万人に達し、介護保険制度創設時の約1.53倍となっている。こうした第1号被保険者の増加とともに、要介護（要支援）認定者数も2000（平成12）年4月末の218万人から2015（平成27）年4月末には608万人に達し、約2.79倍になっている。それにともない、第1号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合も11.0%から17.8%と増加した。とくに75歳以上の後期高齢者における認定率は、6.5%から11.5%となっており、約1.8倍増加している。

では、サービス受給者の数は、どう変化したのか。2000（平成12）年4月末時点で149万人（施設サービス52万人、居宅サービス97万人）だった受給者数は、2015（平成27）年4月末には511万人（施設サービス90万人、地域密着型サービス39万人、居宅サービス382万人）となり、約3.43倍に増加した。受給者数のなかには、施設サービス、地域密着型サービス、居宅サービスの一部重複利用があるものの、居宅サービス利用者は3.94倍と著しく増加している（図表2-1）。

このように、要介護（要支援）認定者数とサービス受給者数の増加率は、第1号被保険者数の増加率を大幅に上回っている。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2025（平成37）年には、

第1号被保険者数は3,658万人に達し、国民の約3人に1人が第1号被保険者という状況になる。また、65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者は、2012（平成24）年の462万人から2025年には700万人となり、20%を占めるとの推計もある。他方で、65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が25%を占め、世帯の在り様も大きく変化すると考えられている⁽¹⁾。

(図表2-1) 対象者・利用者の増加

65歳以上被保険者の増加	2000年4月末	2015年4月末
第1号被保険者数	2,165	3,308
要介護(要支援)認定者の増加	2000年4月末	2015年4月末
認定者数	218	608
サービス利用者の増加	2000年4月末	2015年4月末
居宅サービス利用者数	97	382
施設サービス利用者数	52	90
地域密着型サービス利用者数		319
計	149	511

(単位は万人)

出典:厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割」
をもとに、筆者作成

第2節 介護費用と保険料

介護保険給付費の50%は、65歳以上の高齢者(第1号被保険者)と40～64歳(第2号被保険者)の人口比で按分した後、保険料としてそれぞれ賦課する形をとっており、残りの50%を国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%の割合で負担している。ただし、施設給付費については、国が20%、都道府県は17.5%である。

介護費用は、2000（平成12）年に6.3兆円であったのが2016（平成28）年には10.4兆円と1.65倍になっており、2025年には約20兆円になると推計されている⁽²⁾。保険料は、3年度ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額に基づき、3年間

を通じて財政の均衡を保つよう設計されることになっているが、第1号被保険者の保険料の全国平均額は、2,911円から5,514円と1.89倍の伸びとなっている。なお、介護保険料は、所得段階別定額制をとられ、3年ごとの見直しが規定されているが、2020（平成32）年には6,711円、2025年は8,165円になると推計されている。これは、制度創設時からすると、2.8倍にも達する（図表2-2）。

（図表2-2）介護給付と保険料の推移

事業運営期間	給付(総費用額)	平均保険料	介護報酬の改定
2000年度	6.3	2,911	
2001年度	3.6	2,911	
2002年度	5.2	2,911	
2003年度	5.7	3,293	▲2.3%
2004年度	6.2	3,293	
2005年度	6.4	3,293	▲1.9%
2006年度	6.4	4,090	▲0.5%
2007年度	6.7	4,090	
2008年度	6.9	4,090	
2009年度	7.4	4,160	+3.0%
2010年度	7.8	4,160	
2011年度	8.2	4,160	
2012年度	8.8	4,972	+1.2%
2013年度	9.2	4,972	
2014年度	10.0	4,972	+0.63%
2015年度	10.1	5,514	▲2.27%
2016年度	10.4	5,514	
2017年度		5,514	
2020年度		6,711	(予想値)
2025年度		8,165	(予想値)

（給付は兆円、保険料は円単位で表示）

出典：厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割」
をもとに、筆者作成

第3節 被保険者・受給者の範囲

2014（平成26）年度の介護保険事業状況報告年報によれば、第1号被保険者数3,302万人に対し要介護（要支援）認定者数は592万人であり、認定率は17.9%である。他方で、第2号被保

険者については、4,247万人に対して要介護（要支援）認定者数は14万人であり、認定率は0.4%に留まっている⁽³⁾。2016（平成28）年介護保険財政の予算ベースでは、第1号保険料収入は2.1兆円（22%）、第2号保険料は2.7兆円（28%）である。

第1号被保険者の約1.3倍のウエートを占める保険料を納付する第2号被保険者の認定率は、0.4%にとどまっている（図表2-3）。介護保険制度において「被保険者・受給者の範囲」をどうするかは、当初から大きな論点であった。2004（平成16）年12月10日の社会保障審議会介護保険部会による『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見⁽⁴⁾でも、被保険者・受給者の対象年齢の引下げについて議論されている。しかし、今後円滑な制度改革を図ることが重要であり、社会保障制度の一体的見直しの中で、その可否を含め国民的な合意形成や具体的な制度改革案についてできる限りすみやかに検討し、結論を得るとして、結論が先送りされ、現在まで見直しはなされないままにとどまっている。

（図表2-3）介護保険制度の被保険者と認定者

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
受給要件	要介護・要支援状態	特定疾病による要支援・要介護状態
認定者数	592万人 (65～74歳):75万人 (75歳以上):517万人	14万人
認定率	17.9%	0.4%

（認定率＝認定者数/被保険者数×100）

出典：「平成26年度介護保険事業状況報告書」参照 筆者作成

第4節 介護保険制度改正の経緯

次に、これまでの制度改正の経緯について、振り返ってみたい。介護保険制度の導入に当たっては、保険者のあり方、被保険者の範囲、要介護認定の手続き、保険料の水準、低所得者対策、サービス基盤の

整備、財源構成など、多くの論点について実にさまざまな議論が行われ、その結果、高齢者福祉分野の先駆けとして、介護保険法が成立・施行された⁽⁴⁾。介護保険制度は5年ごとに見直すこととされており、2008（平成20）年のコムスン事件による法令順守体制の強化を含めて、全4回の改正が行われてきた。以下、それぞれの改正の概要について述べることにする。

（1） 2005（平成17）年改正

2005年度改正の内容は、①介護予防の重視（要支援者への給付を介護予防給付に、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施、包括的支援事業などの地域支援事業の実施）、②施設給付の見直し（介護保険3施設の食費、住居費を保険給付の対象外に、低所得者の負担軽減を図るための補足給付）、③地域密着型サービスの創設・介護サービス情報の公表・負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の見直し、等であった。

議論がスタートしたのは、2004（平成16）年5月の社会保障制度審議会介護保険部会の設置からである。この社会保障審議会における議論は多岐にわたったが、16回にわたる審議を経て、2004（平成16）年7月に『介護保険見直しに関する意見』と題する報告書にまとめられた。その概要は以下のとおりである。

まず、「制度見直しの基本的視点」として、①制度の持続可能性、②「明るく活力ある超高齢社会」、③社会保障の総合化、が掲げられた。そのうえで「制度見直しの具体的内容」については、①給付の効率化・重点化、②新たなサービス体系の確立、③サービスの質の確保・向上、④負担のあり方の見直し、⑤制度運営の見直し、の五点が挙げられた。

他方、制度創設時から検討課題とされた「被保険者・受給者の範囲」の問題については、学識者など拡大に積極的な意見と経済界など消極的な意見の両論が対立したままであったため、継続的な検討課題とされた。この問題に関する審議会は、9月から再開されたが、意見対立

はその後も解消せず、12月10日にとりまとめられた『「被保険者・受給者」の拡大に関する意見』においては、「制度の普遍化の方向を目指すべきであるという意見が多数であった」としつつも、「介護保険制度の普遍化に関しては、(中略)その可否も含め国民的な合意形成が必要であり、具体的な制度改革案について、できる限り速やかに検討を進め、結論を得ることが求められる」とする内容にとどまった。

施設給付については、食費・住居費が利用者負担になったことと、それにともない低所得者救済策として特定入所者介護サービス費(以下「補足給付」と略記する)が導入されたことに関して、①施設が高所得者を優先させるような状況が起きているのではないか、②補足給付を受けるために疑似的な世帯分離が行われているのではないか、等の問題提起がなされた⁽⁵⁾。また、補足給付は低所得者救済策であるから、介護保険制度で賄うのは疑問である、地域支援事業は健康増進事業であるから、介護保険制度ではなく行政がやるべきである、等の意見もあった⁽⁶⁾。

(2) 2011(平成23)年改正

2011年における主な見直しの内容は、①地域包括ケアの推進(24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設、介護予防・日常生活支援総合事業の創設、介護療養病床の廃止期限の猶予)、②介護職員によるたんの吸引等、③地域密着型サービスの公募・選考による指定の可能化、各都道府県の財政安定化基金の取崩し、の三点であった。厚生労働省はこの改正により、「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される『地域包括ケアシステム』の実現に向けた取り組みを進める」との説明を行っている。

これに関しては、まず、①「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」について、一定の地域を丸ごと特定の事業者任せるとは、利用者にとって事業者を選択する余地がなくなることになるのではな

いか、②「包括定額払い」のシステムのため、重度の要介護者に十分な介護サービスの提供が行われるだろうか、といった疑問が呈されるとともに、従来通りサービスを自由に選択できるほうが理に適っている、といった意見が出た⁽⁷⁾。

総合支援事業に関しては、2012（平成24）年3月13日の厚生労働省老健局長の都道府県知事宛通達により、「総合事業は、要支援者及び二次予防事業対象者（第一号被保険者のうち要介護者又は要支援者以外の者であって、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められるものをいう。以下同じ。）に係る事業並びに一次予防に係る事業により構成すること。」とされた。これは、健康な65歳以上の高齢者ができるだけ要支援・要介護にならないような健康のための維持事業を介護保険で行なうというものである。

この改正については、本来公的責任において行われるべき高齢者福祉が、介護保険制度に集中する流れが促進されている、とする危惧もあった⁽⁸⁾。

（3）2014（平成26）年改正

2014年における改正の主な内容は、①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護の連携、認知症施策の推進等）、②全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）の市町村が取り組む地域支援事業への移行、③低所得者の第1号被保険者の保険料の軽減割合の拡大、④一定以上の所得のある利用者の自己負担の引き上げ、⑤施設サービスの重点化、の五点であった。

まず、低所得の第1号被保険者の保険料軽減策として、保険料の段階が従来の6段階から9段階に見直された。その結果、年金収入80万円以下の方は、従来の5割軽減から7割軽減と負担が軽減された代わりに、現行6段階の一部の方は、5割増から7割増と負担増になった。この改正については、従来から、要介護状態が比較的長期間、固定的に継続し、医療給付のような受給の交替可能性がない介護保険の

場合には、高所得者層に極めて高い保険料を求めると、彼らの保険料
拋出意欲が阻害されてしまう恐れがある、との指摘がなされた⁽⁹⁾。

利用者の自己負担については、合計所得金額160万円（単身で年
金収入の場合は年金収入280万円）以上の者については、2割負担
となった。これは、介護保険制度の利用者負担割合が、所得水準にか
かわらず一律1割とする応益負担から、応能負担への変化した、とも
位置付けられる、大きな改正である。また、補足給付についても今回
の改正では、その支給要件について、所得のほか資産の状況も考慮す
るとし、給付の抑制策を進めた。

さらに、施設サービスの重点化を推進するとして、特別養護老人ホ
ームの入所要件を原則要介護3以上とし、特例的に入所を認める場合
は、市町村の判断によるとして、入所の決定は要介護者の希望優先で
はなく、行政の決定するところとなった。

このように、2014（平成26）年の改正は、普遍主義的な介護
保険制度をより選別主義的な制度へと方向転換するような、大幅かつ
制度の質的な変更をとまなう改正であった⁽¹⁰⁾。

（4）介護基本報酬の改定

市町村は3年を1期とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに
介護基本報酬の見直しを行うこととされている。これまでの改定過程
を振り返ると、2003（平成15）年－2.3%、2005（平成
17）年－1.9%、2006（平成18）年－0.5%、2009
（平成21）年＋3.0%、2012（平成24）年＋1.2%、2
014（平成26）年は消費税率引き上げに伴い＋0.63%、そし
て2015年（平成27）年－2.27%、と推移している。

これらの数値は平均値であり、サービス別ではかなり異なった経緯
になっている。介護基本報酬は、事業者が提供する介護サービスの対
価として支払われるものである。したがって、介護基本報酬の公定価
格の高低は、事業者にとっての収入の増大、あるいは減少を意味する。

同時に、介護基本報酬の高低は、介護費用全体の増減にもつながり、さらに、保険料の増減、利用者負担の増減にも影響を及ぼす。そのため、介護基本報酬は、事業者、保険者、利用者の立場から、非常に高い関心が向けられる⁽¹¹⁾。

また、介護基本報酬の低減化が図られてきた一方で、認知症の受け入れや医療体制の整備、重度な利用者の受け入れ、介護職員の処遇改善等に対応することに対しては、特別の加算を設け個別に対応してきたので、基本報酬＋加算という2階建ての報酬構造が定着してきた。この点に関して、要介護度が改善した場合の評価を介護基本報酬あるいは加算項目等に導入することを議論する必要があるのではないか、という意見もあった⁽¹²⁾。

第5節 要介護認定

介護保険のもとでは、被保険者が介護保険の給付を受けるためには、保険者である市町村に申請し、介護が必要な状態であることとその程度について認定を受けなければならない。これを要介護認定（制度）という。この要介護（要支援）認定は、市町村の職員による訪問調査の結果などにもとづくコンピュータによる1次判定と、保健医療福祉の専門家からなる介護認定審査会において1次判定の結果と主治医の意見書を踏まえて行われる2次判定の2段階のもとに実施される。市町村は、この認定審査会の判定に基づき、要介護（要支援）認定を行う。

介護認定の意味は、介護ニーズの判定であり、要介護者の家族や家屋などの個別事情は考慮されない。すなわち、家族が負う介護負担リスクではなく、保険料を負担する被保険者の要介護状態だけに着目して、保険給付が行われる。

しかし、施設サービス（介護老人福祉施設）については、サービス提供者が入所の受入を判断する材料としての「入所判定基準」については、要介護者の家族や家屋などの家族が負う介護負担リスクが点数

化され、優先名簿が作成されている。他方で、2014（平成26）年の改正により、要介護2以下の者は、たとえ優先名簿が上位であっても市町村の了解を得なければ、入所が認められないこととなった。これは、入所待機者の解消と介護老人福祉施設の重点化推進を目的とするものとはいえ、介護保険制度で謳われた利用者の自由な選択による契約制度が認められない場合もありうるという、大きな制度転換といえるだろう。

(1) 厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成27年度」 37頁

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha.pdf>（2016(平成28)年7月19日閲覧）

(2) 同上書 38頁

(3) 厚生労働省「平成26年度介護保険事業状況報告書」

<http://mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirae/jigyo/14/dl/h26gaiyo.pdf>（2017（平成29）年2月19日閲覧）

(4) 石橋敏郎・今任啓治「介護保険制度の12年・その主要な改革と変容（上）」『アドミニストレーション』第19巻第1号 2012（平成24）年11月 熊本県立大学総合管理学会 65頁

(5) 石橋敏郎・今任啓治 同上書 74頁～75頁

(6) 石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」『ジュリスト』NO.1433 2011(平成23)年において、「あくまでも介護保険制度は、要介護という生活事故に遭遇した者に、事後的に自立支援のための給付を行う制度と理解すべきである。要介護状態という事故が発生していないのに、介護保険財源から予防のための給付を行うことについて、すっきりした説明をすることは難しい。」とし、「生活保護法の住宅扶助、介護保険入所中の低所得者に対する部屋代の補足(補足給付)も含めて、住宅保証については、低所得者に重点をおいた

社会手当制度としての『住宅手当』という統一した制度のもとで保障を図るようにすべきである。」と論じている。

- (7) 石橋敏郎・今任啓治 注(4)前掲書 79頁～80頁
- (8) 石橋敏郎・今任啓治 注(4)前掲書 82頁
- (9) 堤修三『介護保険の意味論』 2010(平成 22)年 中央法規出版 95頁
- (10) 石橋敏郎・角森輝美・今任啓治・山田綾子・紫牟田佳子「介護保険制度の新たな展開(上) - 2014年改正を中心として -」『アドミニストレーション』第21巻第1号 2014(平成 26)年 11月 熊本県立大学総合管理学会 19頁
- (11) 石橋敏郎・角森輝美・山田綾子・今任啓治・緒方裕子「保健・医療・福祉における社会保障制度の変容(上)」『アドミニストレーション』第22巻第1号 2015(平成 27)年 11月 熊本県立大学総合管理学会 19頁
- (12) 石橋敏郎・角森輝美・山田綾子・今任啓治・緒方裕子 同上書 22頁

第Ⅲ章 介護保険制度の創設過程と制度の概要

介護保険法が、2000（平成12）年4月1日に施行されてから、15年以上が経過した。介護保険制度が施行されたことで、高齢者介護をめぐる思想は、「選別主義」から「普遍主義」へと大きく変化したといわれる⁽¹⁾。措置制度のもとでは、目的が貧困者の社会的救済に置かれ、その貧困度は基本的に所得と扶養との関係のもとに測定され、サービスは行政によって選別された高齢者にのみ提供されてきた。これに対して、介護保険制度は、貧困度と関係なく、介護を必要とする高齢者すべてに社会サービスを提供しようとする制度として設計されている。介護保険制度にあっては、行政は、サービス利用にあたり、所得や扶養関係、社会環境による選別は行わず、サービスの内容と量についても、提供者側が一方的に決定していた措置制度時代と違って、本人の決定に委ねることを原則としている。

本章は、この介護保険制度創設の背景と政策過程について、考察することを目的としている。そして、成立した介護保険制度の概要について述べたうえで、それが普遍主義に則った制度である点を明らかにする。

第1節 老人福祉措置制度における介護サービス

まず本節では、改正前の老人福祉法、いわゆる老人福祉措置制度のもとでの給付構造とサービス提供関係について、考察したい。

（1）老人福祉措置制度の概要

介護保険法の施行（2000（平成12）年4月）による改正前の老人福祉法のもとでは、「福祉の措置」（第10条の3以下）という規定があり、それにもとづき介護保険法の給付対象となるような介護を必要とする高齢者（以下「要介護高齢者」と略記する）に対し、特別養護老人ホームの入所やホームヘルプサービスの提供などが行なわれ

ていた。こうしたサービスの給付形態は、措置制度と呼ばれる。

戦後の日本の社会福祉制度の枠組みを形成したとされる GHQ（連合国軍総司令部）の 1946（昭和 21）年の指令「社会救済」(SCAPIN775) は、社会福祉における無差別平等の原則、公的責任の原則、必要充足の原則を打ち出したが、これらの原則は、1950（昭和 25）年の改正生活保護法と 1951（昭和 26）年の社会福祉事業法において法文化された。

とくに社会福祉事業法は、社会福祉事業を第 1 種社会福祉事業と第 2 種社会福祉事業に区分し、それぞれの事業を限定列挙することにより、その範囲を明確化した点に特徴がある。そして、第 1 種社会福祉事業については、その提供するサービスの内容が、利用者の生命や人権にかかわる性格を有しているため、その経営主体を国、地方公共団体、社会福祉法人に限定している。ここにいう「社会福祉法人」とは、社会福祉事業を行なうことを目的として設立された法人であり、事業に必要な資産を備え、都道府県知事の認可を受けることを設立の要件としている。本質的に非営利の社会福祉事業を行なう法人として、他の公法人よりも厳しい規則が課される一方で、社会福祉法人が行なう社会福祉事業に関しては、非課税措置などの税制上の優遇措置が講じられている。

そして、社会福祉法人制度の確立により、主に慈善事業から出発した民間事業者が、公の支配に属すると解されることで、慈善・博愛の事業に対する公金の支出を禁止する憲法第 89 条後段と抵触することなく、措置委託費や建設補助金の交付対象となることが可能になった。この方法をとることにより、政府の側は、民間事業者を社会福祉法人として取り込み、公立施設や公的サービスの不足を補完することができ、民間事業者の側も、公的補助を受けることで経営の安定を確保することができた。

その後、1960 年代の高度経済成長の時期には、生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法に加え、知的障害者福祉法（当時は精神

薄弱者福祉法。1999(平成11)年に名称変更)、老人福祉法、母子福祉法(後に母子及び寡婦福祉法)があいついで制定され、「福祉六法」と呼ばれる社会福祉法制が確立した。

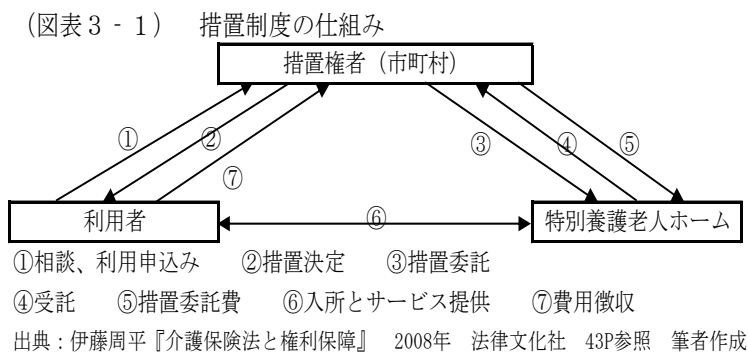
これらの社会福祉法制は、高齢者や障害者、児童などの対象者別に立法化されており、それぞれの法律ごとに、前述の老人福祉法のように、「福祉の措置」という規定がおかれ、それにもとづいて、サービスの給付が行なわれていた。「福祉の措置」とは、措置権者である行政機関(市町村)が、具体的な給付対象者について法律の要件を充足しているかどうかを判定したうえで、どのような財やサービスを提供するかを決定し(措置決定)、提供を行う仕組みとして定義されている。

給付の内容は金銭などの場合もあるが、大半はケアや援助などの非金銭的サービスの提供であり、医療保険の療養の給付と同様、現物給付が原則とされた。これらの社会福祉立法を根拠にした行政機関(市町村)による福祉サービスの給付は、措置決定から、それにもとづいて行われる福祉サービスの給付に至るまでの一連の行為そのものが「措置」と呼ばれたことから、全体の過程が「措置制度」と称されてきた。

こうした措置制度の意義は、以下の3点に要約できる。第1に、措置制度は、憲法第25条にもとづき、高齢者や障害者など何らかの援助や支援を必要とする人(以下「要支援者」と略記する。)に対して、国や自治体の責任で、必要な支援や福祉サービスを現物給付する仕組みであり、それにより要支援者の生活は保障された。第2に、措置制度のもとでは、財政責任を含めた公的責任が明確化され、社会福祉法人に対して財政的に安定した措置委託費が支弁されるようになり、福祉サービスにとって最も重要なサービス提供の安定性と継続性が確保された。第3に、措置の最低基準が低く抑えられたとはいえ、所得に応じた応能の利用者負担と最低基準の設定により、少なくとも要支援者の負担能力にかかわらず、全国共通の福祉水準が確保され、すべての要支援者にその基準でのサービス提供が保障された。

(2) サービスの給付と財政の構造

措置制度のもとでの具体的なサービス利用の仕組みを、特別養護老人ホームへの入所を例に図解すると、以下のようなになる(図表3-1)。



特別養護老人ホームは、65歳以上の高齢者で、心身の著しい障害のため常時の介護を必要とし、かつ居宅で介護を受けることが困難な者が入所する老人福祉施設とされ、入所を希望する高齢者は、市町村に入所申し込みを行い、各市町村が、国の通達による入所基準をもとに、本人の心身の状況や家族状況などを総合的に判断し、入所判定会議などを経て、入所を決定する方式をとっていた。

特別養護老人ホームの経営については、社会福祉法（旧社会福祉事業法）のもとで第1種社会福祉事業とされ、その経営主体は、国、地方公共団体、社会福祉法人に限定されている（介護保険法施行後も同様である）。もっとも、国、地方自治体の直営による運営が多数を占める保育所などと異なり、特別養護老人ホームの場合は、国や自治体の直営によるものは少なく、多くが民間の社会福祉法人が市町村長の委託を受けて経営する形をとり、運営費は国や自治体から措置委託費として社会福祉法人に交付される仕組みとなっていた。

措置制度の財政構造をみると、措置権者が措置入所やサービスの提供を行なった場合にかかる費用は「措置費」と呼ばれ、その費用は公

費でまかなわれた。具体的な負担割合は、国が2分の1、都道府県が4分の1、町村が4分の1（市の場合には、都道府県負担分がなく市が2分の1）となっていた。措置費は、大きく分けると、①施設職員の人件費や施設管理費などにあてられる事務費、②入所者や利用者の生活費などの「事業費」、の二つに区分されていた。

また、施設や居宅サービス利用者（要介護高齢者など）からも費用徴収が行なわれていた。当初の費用徴収に関する考え方によれば、それはあくまでも特別な場合に限定されており、福祉に関する費用（措置費）は全額公費で負担することが原則とされていた。この点は、1962（昭和37）年8月の社会保障制度審議会（当時）の「社会保障制度の総合調整に関する基本方針についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」（以下「62年勧告」と略記する）においても、確認されている。「62年勧告」では、社会福祉における公的責任、とくに財政責任の立場から、社会福祉の費用は、「原則として受益者に負担させるべきではなく国と地方公共団体が負担すべきこと」とされていた。

しかし、1980年代に入ると、福祉における財政責任の縮小を進める政策動向を反映し、利用者からの費用徴収が強化された。1981（昭和56）年の特別養護老人ホームの費用徴収制度改訂は、その先駆けといえる。この改定では、自立助成や在宅者との均衡を根拠に、収入額から租税や社会保険料などの必要経費を控除した「対象収入額」により負担能力を認定する収入認定方式が導入され、住民税が非課税である低所得者の入所者も費用徴収の対象となるとともに、入所者本人の費用徴収額が、措置費の合計基準額（月額24万円）に達しない場合には、扶養義務者からも費用徴収する（この場合は、前年度の課税額を基準に費用徴収する税制転用方式による）、いわゆる「二本立て方式」が採用された。その後、改定のたびに老人福祉施設入所者からの費用徴収は、強化されていった。

また、ホームヘルプサービスについても、1982（昭和57）年の

派遣事業運営要綱の改定で、ヘルパーの派遣対象が所得税課税世帯に拡大されたのにもない、課税世帯からの費用徴収が導入された（この場合は、本人、扶養義務者ともに税制転用方式を採用）。その結果、ヘルパーの派遣を辞退する利用世帯が続出した。

障害者福祉分野でも、1984（昭和59）年に身体障害者福祉法が改正され、その第38条に施設利用費用負担の規定が設けられた。同年は健康保険加入者本人にも1割の一部負担が導入されるなど、福祉のみならず医療分野においても、患者負担の強化が行われている。

以上のような経緯を経て確立された、老人福祉措置制度のもとでの費用徴収制度の特徴としては、以下の3点を指摘できる。

第1に、費用負担については、法律上は「その負担能力に応じて」とされ、支払能力に応じた応能負担が、原則とされてきた。負担能力の認定方法については定めがなく、行政の通達などに委ねられていたが、前述のように、扶養義務者については、税制転用方式が用いられ、高齢者本人から徴収する際は、収入認定方式をとる形態が一般的だった。ただし、後述の「全額徴収原則」のもと、本人だけではなく、扶養義務者からも徴収する制度であったため、とくに中間所得層の扶養義務者にとっては、高額の負担となっていた。費用徴収の強化は、費用徴収制度の実態を、高齢者本人や扶養義務者にとって、もはや本人の負担能力に応じた負担（応能負担）とは呼べないほどに、変質させてしまった。

第2に、費用徴収の額は「当該措置に要する費用の全部又は一部」と規定されていたが、行政では、措置に要する費用の全額を本人または扶養義務者から徴収することを原則とし、本人等の負担能力に応じて、段階的に費用の軽減ないし免除を行なう、いわゆる「全額徴収原則」がとられていた。しかし、措置に要する費用には、人件費を含めた事務費も含まれるわけで、それを公的負担とせずに、本人や扶養義務者からの徴収対象に含めることは、憲法第25条に反するとの指摘もなされていた。憲法第25条や社会福祉各法の理念・原則に照らせば、

社会福祉の費用負担は公的責任で行われる、と解釈されるため、全額を本人またはその扶養義務者から徴収する全額徴収原則は、法の解釈としても無理があった。

第3に、高齢者本人のみならず、扶養義務者も費用徴収の対象とされてきた。扶養義務者からの費用徴収については諸説あるが、扶養義務者に負担を負わせること自体に、問題がある⁽²⁾。

(3) 老人福祉措置制度のもとの介護サービスの実情

措置制度のもとの、措置決定後のサービス提供関係についてみると、措置権者である市町村が、民間事業者・施設（主に社会福祉法人）に委託して、サービスを提供するケースが多かった。具体的には、市町村は、要介護高齢者などからホームヘルパー派遣等の申請を受け、措置決定を行なうが、その前提として、市町村のケースワーカーなどによる訪問調査が行なわれるのが一般的だった。介護保険法が規定しているような、明確なかたちでのケアマネジメントが定義されていたわけではないものの、とにかく申請者や家族の意向を聞き、申請者の心身状況や生活環境、経済状況を考慮し、ヘルパー派遣の判断をすることになっていたのである。また、特別養護老人ホームなどへの入所措置の場合は、国の通達による入所判定基準に照らして、当該申請者が要件に適合しているか否かを各市町村に設置されていた入所判定会議が決定することになっていた。また、ホームヘルプサービスをはじめとした居宅サービスの場合は、国の事業運営要綱に定められた基準をもとに、各市町村が定めた運営要綱や派遣基準などにもとづいて、サービスの提供およびその内容が決定された。

サービスの提供関係については、以下の二通りの解釈があった。一つは、措置制度は、憲法にもとづいて国や地方自治体が国民と行なう一種の契約制度であり、その契約に基づいて支援が必要な人々にサービスが提供されるという解釈である。これに対して、行政解釈がとっていたのは、措置制度は行政庁による職権的、一方的な行政処分であ

るという立場だった。後者の立場に立てば、申請者からの措置請求権は認められないので、そもそも契約関係が成立しないこととなる。確かに、行政庁が一方的に職権をもって措置入所を行わなければ、本人の生存が保障されないようなケースもありうる。その意味では、措置には緊急性を契機として行なわれる職権措置と、申請にもとづく措置とが併存し、行政の解釈は、緊急性の高い場合の職権措置に該当するとの解釈も可能だった⁽³⁾。現実には、介護保険法施行後も、老人福祉法のもとに、前者の職権措置は存続している。

仮に、措置制度のもとでサービス請求権を認めるとしても、要介護高齢者に限っていえば、サービス資源の絶対的不足（すなわち特養施設の絶対的不足）という状況のもとでは、個々の要介護高齢者が介護サービス請求権を行使できるような環境にはなかった。たとえば、特別養護老人ホームの入所要件に該当していたとしても、施設不足や満床のため、空きが出るまで措置決定を留保するなどの運用が行なわれたり、ホームヘルプサービスについても、同居の家族がいるという理由で利用できなかつたりするなど、さまざまな制約があった。とくに、中高所得層に属している者は、扶養義務者からも高い費用徴収がなされたことが障害になって、サービスの選択や利用を実質的に拒まれてきた。

換言すれば、老人福祉措置制度のもとでは、緊急性の高い要介護高齢者や低所得者に対してのみ、優先的に介護サービスが提供されていたのである。しかし、サービスの供給量が不足している状態では、それはある意味でやむをえないことであった。なぜなら、希少なサービスは、それが希少であるがゆえに、サービス給付へのニーズが切迫している者、あるいは、低年金で一人暮らしの重度の要介護高齢者などに優先的に分配せざるをえないからである。こうしたサービス資源の絶対的な不足によって、サービスを利用できないという事態は、なにも老人福祉措置制度それ自体がかかえる問題ではなく、介護保険制度に移行したとしても、生じる問題である。すなわち、十分なサービス

体制が整備されていない限り、基本的には解決しえない問題といえる。

しかし、問題点は多数存在したものの、措置制度のもとでは、市町村の措置行為を基軸にしながら、国や地方自治体に対する最低基準の遵守監督義務が規定されていたし、サービス提供義務や措置費用の負担義務も法律によって制度的に担保されていた。すなわち、サービス提供についての国や自治体の公的責任が明確化されていたのであり、その意味では、必要なサービス体制さえ整備されていれば、介護サービス請求権が認められる余地はあった。

また、老人福祉措置制度のもとでは、前述のように緊急度に応じて優先的にサービスを提供したり、要介護高齢者の個別的・具体的状況に合わせて、サービスを変更したりすることが可能である、という利点があった。

しかし、老人福祉措置制度のもとでは、制度上サービスの請求権が認められていたにもかかわらず、サービス資源の制約があったため、職権措置が優先された結果、緊急度が低い申請者（受給者）にとっては、サービスの選択の余地はなかった。

第2節 介護保険制度導入の背景と動向

ではなぜ、高齢者介護に関して、従来の措置制度をわざわざ解体し、それを社会保険方式に変更する必要があったのか。厚生省（当時）の高齢者介護対策本部が配布しているパンフレット『介護保険のポイント - 介護保険制度案 Q&A』には、冒頭の「いま、なぜ介護保険制度が必要なのですか。」という質問に対して、「今後、高齢化の進展に伴って、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増えることが見込まれています。また、介護が必要な期間が長期化したり、介護する家族の高齢化などが進んだりしており、家族による介護では十分な対応が困難となってきました。こうした中、今日、介護問題は、国民の老後生活最大の不安要因となっています。」と記されている。

たしかに、高齢化が急速に進展していること、それに伴って、寝た

きりや認知症などで介護を必要とする高齢者が増加していることは、客観的な事実である。介護問題の背景には、高齢化・少子化による人口構造の変化があることは間違いない。ただ、厚生省（当時）のこの説明では、なぜ介護保険制度が必要であるか、についての十分な解答にはなっていない。国民の老後生活上の最大の不安要因である介護問題は、なにも社会保険方式でなくとも、公費（税）方式を充実させるという形でも解決できるからである。

公費方式ではなく、あえて社会保険方式の介護保険制度でなければならぬ理由は何か。厚生省（当時）のパンフレットには、さらに、「高齢者介護に関する現行の制度は、医療と福祉の縦割りの制度となっており、サービスが自由に選択できない、サービス利用時の負担に不公平が生じている、介護を理由とする長期入院（いわゆる社会的入院）等医療サービスが不適切に利用されている等の問題が指摘されています。こうした不安や問題の解消を図り、今後、急速に増加することが見込まれる介護費用を将来にわたって国民全体で公平に賄う仕組みの確立が求められています。」と記されている。すなわち、公費方式、特に、措置制度では、現在の介護問題への対応には限界があること、将来的に、介護費用の増加が見込まれるため、税金だけでは賄いきれず、保険料という形で新たな負担を求める社会保険の介護保険制度が必要であること、などが理由とされている。本当にそうであろうか。本節では、この点を明らかにするために、介護保険制度導入以前の高齢者介護の状況と介護保険制度導入までの過程を、検証したい。

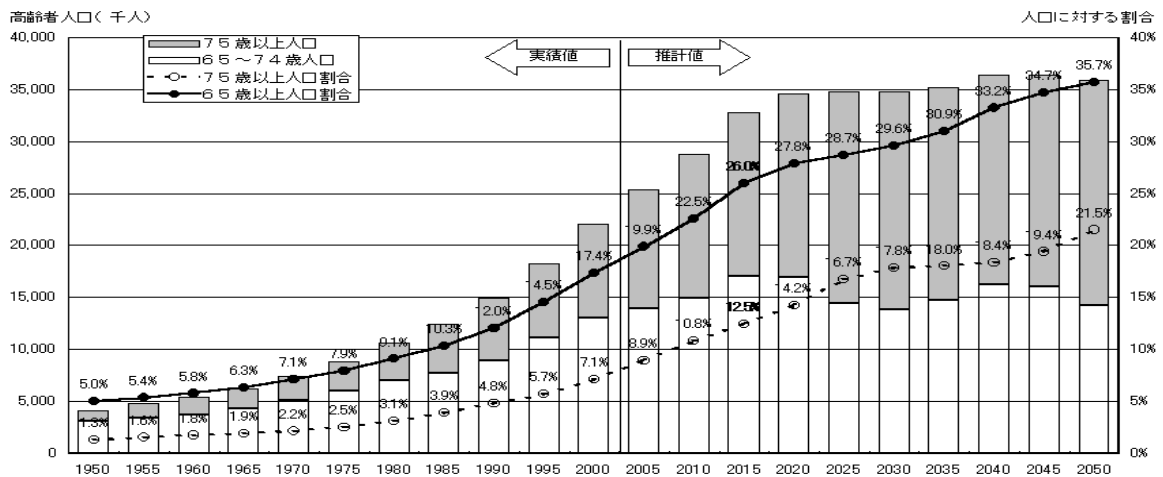
（１）高齢化の進展と要介護者の増大

日本の高齢化率は、1970（昭和45）年に7%に達し、1994（平成6）年には14%、さらに2025（平成37）年には、25%以上になると予測されていた（図表3-2）。

日本の高齢化の特徴として、高齢化の速度が速いこと、75歳以上のいわゆる後期高齢者の急速な増加が予想されること、があげられる。

たとえば、高齢者の人口比率が7%から14%になるまで要した期間をみてみると、フランスでは130年、スウェーデンでは85年となっているのに対して、日本の場合には、わずか24年となっている。

(図表3-2) 高齢者人口(65~74歳、75歳以上)とその割合



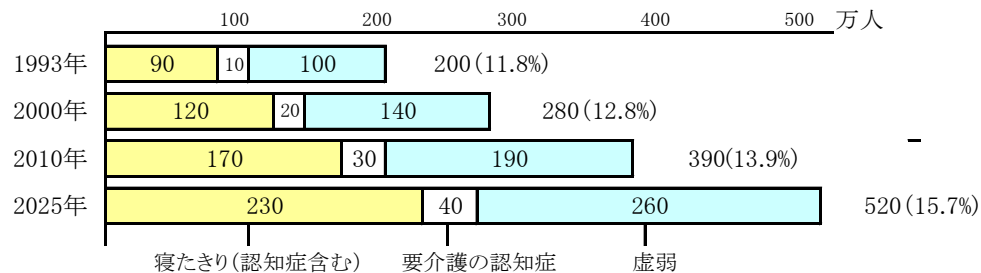
出典：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」

また、1990(平成2)年には65歳から74歳の総人口に占める比率は7.2%、75歳以上の後期高齢者が4.8%であったのに対し、2015(平成27)年には、それぞれ11.3%、14.5%になると予想されている。もちろん、4人に1人が高齢者といっても、全ての高齢者が要介護状態になるわけではない。問題は、要介護高齢者がどのくらい増加するか、である。厚生省(当時)の推計によれば、1993(平成5)年現在で、寝たきりや認知症などのために介護が必要な65歳以上の高齢者は、200万人とされていた(図表3-3)。

その内訳は、寝たきりの高齢者が90万人、虚弱の高齢者が100万人、認知症の高齢者が10万人となっていた。65歳以上の高齢者の総人口が1700万人だから、65歳以上の高齢者のうち、要介護状態にある人の比率は11.8%となる。これだけをみれば、決して高い比率とはいえない。しかし、2010(平成22)年には、要介

護の高齢者の数は、390万人に達すると推計されていた。

(図表3-3)寝たきり・認知症・虚弱高齢者の将来推計



出典:伊藤周平『介護保険-その実像と問題点』青木書店 1999年 19頁 参照筆者作成

さらに、高齢化の進展に伴って、要介護高齢者が65歳以上の高齢者人口のなかで占める比率も、2000(平成12)年の2.8%、2010(平成22)年には13.9%、ピークに達する2025(平成37)年には15.7%に上昇する。さらに介護・看護している人(一人の要介護者に複数の介護者を含む)まで考えると、その数は、1991(平成3)年10月現在の推計で357万人、15歳以上の人口に占める割合は3.6%に達する。家族の介護のために退職する労働者も、年間8万人にものぼり、その9割が女性である。このように、高齢化の進展に伴って、介護は国民にとって深刻な問題となってきたのである。

「国民生活基礎調査」(1995(平成7)年)によれば、在宅の寝たきり高齢者の主な介護者で最も多いのは「子の配偶者」(大半が嫁)の34.2%、ついで、「配偶者」の27.0%、「子」20.2%となっている。また、介護者の高齢化が進んでおり、寝たきり高齢者の主な介護者の年齢層も、50歳代が28.1%、60歳代が28.3%、70歳以上が24.2%を占め、半数以上が60歳以上となっている。介護労働は、要介護の高齢者が重度であればあるほど、精神的にも肉体的にも過酷なものとなる。そして、過酷な労働は、介護者へ重い負担をかけ、介護疲れから要介護者が放置されたり、虐待を受けたりす

るケースが増えていた。介護者の方が先に過労で倒れたりする場合も多く、介護や病気を苦にした自殺や殺人事件も後を絶たなかった。実際、1995(平成7)年の統計によると、年間の65歳以上の高齢者の自殺者数は、全自殺者数の25%(約5500人)を占め、その原因も「病苦」が突出している。また、特に女性の高齢者の自殺率が、他国と比較してかなり高くなっている。さらに、家族の介護のために退職したり、結婚を断念したりというように、介護者自身の生活維持も困難になっている。虐待や放置を受けている高齢者は、人間としての尊厳を奪われてしまっており、献身的な介護を続けている介護者は、自分の労働の権利や幸福追求権といった、基本的な人権が侵害されてしまっていた。

他方、特別養護老人ホームは、いかなる状況に置かれていたのだろうか。厚生労働大臣が定める「施設最低基準」によると、居室定員は、養護老人ホームは1室に2人以下、特別養護老人ホームは1室に4人以下とされている。そのため、多くの特別養護老人ホームでは、入所者は4人部屋での雑居生活を余儀なくされていた。住民票まで移して、終の棲家と覚悟して入所したホームが、雑居部屋である。それぞれ異なった人生を歩んできた高齢者が、いきなり雑居形態の居室で同室になるわけだから、性格や生活環境の不一致のため、日常の些細なことでトラブルが起こることもありうる。雑居によるストレスは、精神衛生上も好ましいものではない。こうしたストレスが認知症を進展させるともいわれているし、一人が風邪などにかかると、同室の人にうつる危険性も高い。

さらに、介護職員の基準が低いため、介護の人手も慢性的に不足している施設が多く、入所者に対する食事・排泄といった基本的な介護だけで精一杯という状況が未だ続いていた。また、夜勤の場合には、一人で30人以上の高齢者の介護を引き受けなければならない施設もあった。こうした状況のなかで、介護度の高い高齢者を入所させると、介護力不足で特別養護老人ホーム自体がパニック状態になるため、自

治体によっては、病院が受け持っている重介護患者は別ファイルにして、最初から入所対象者にしないところもあった。入所者自体が年々高齢化し、重度の介護が必要になっているという現実があるにもかかわらず、それに対応できないとの理由で、施設の側でも入所者を選別せざるをえない状況が生じていた。

他方で、入所者からの費用徴収は、1984(昭和59)年から大幅に強化され、その額は毎年のように値上げされてきた。『介護保険のポイント』(前掲)によると、たとえば、あるサラリーマンの親が特別養護老人ホームに入所し、扶養義務者であるそのサラリーマンの年収が800万円、入所した本人の年金が月18万円とした場合、本人から14.9万円、扶養義務者である子供から4.1万円の費用徴収がある。これは極端な例で、65歳以上の高齢者で月18万円もの年金を受給している人は少なく、月3万から4万円という額が平均だった。そのため、入所者本人からの平均的な費用徴収額は、月4万円程度であった。

また、費用徴収基準では、入所者の手元に月1万円程度残ればよいという考え方にもとづき、年収12万円以上の人からも費用徴収を行っていた。以前は、年収が27万円以下の入所者は費用免除の対象者だったが、年収12万0001円から14万円の人でも、毎月1000円を徴収するようになった。こうした低所得者からも費用徴収する制度のために、入所する必要があるにもかかわらず、辞退するケースが生じていた。

特別養護老人ホームは満室で入所できず、家族でも面倒をみきれない場合、要介護高齢者は、病院を施設代わりに利用する、いわゆる「社会的入院」を余儀なくされた。厚生省(当時)の「患者調査」(1995(平成7)年)によれば、65歳以上の高齢者で病院に6ヶ月以上長期入院している人は、約28万人にのぼり、その何割かは、社会的入院と推計された(厚生省(当時)の推計では約10万人)。社会的入院を余儀なくされた高齢者は、病院側や看護職員の都合で「抑制」という

名のもとに身体を拘束されたり、ベッドに縛りつけられたりといった行為を受けるケースもあった。なかには、身体拘束ではなく、精神安定剤や睡眠薬などの薬物を投与されて、寝かせきりにされているケースもあった。しかし、このような人権侵害があるにもかかわらず、それが表面化することは稀だった。医師に対する患者という弱い立場から、さらに、病院を追い出されれば行き場がなくなるという高齢者とその家族の弱い立場から、「抑制」などをやむをえない措置として、本人も家族も医者や看護職員すらも不問に付していたのである。

また、医療法や厚生省令に定められた病院の職員定数が少なすぎることも、要介護高齢者を拘束する原因だった。1948(昭和23)年の看護基準が半世紀近くを経ても改定されず、診療報酬についても、高齢者や長期入院患者の場合は低く抑えられているため、手がかかる重介護の高齢者は敬遠され、その結果、入院を拒否されたり、病院をたらい回しされていた。これらの要因が複合的に重なり合って、患者の深刻な人権侵害を生み出したのである。

他方、特別養護老人ホームは、いかなる状況に置かれていたのだろうか。厚生労働大臣が定める「施設最低基準」によると、居室定員は、養護老人ホームは1室に2人以下、特別養護老人ホームは1室に4人以下とされている。そのため、多くの特別養護老人ホームでは、入所者は4人部屋での雑居生活を余儀なくされていた。住民票まで移して、終の棲家と覚悟して入所したホームが、雑居部屋である。それぞれ異なった人生を歩んできた高齢者が、いきなり雑居形態の居室で同室になるわけだから、性格や生活環境の不一致のため、日常の些細なことでトラブルが起こることもありうる。雑居によるストレスは、精神衛生上も好ましいものではない。こうしたストレスが認知症を進展させるともいわれているし、一人が風邪などにかかると、同室の人にうつる危険性も高い。

さらに、介護職員の基準が低いため、介護の人手も慢性的に不足している施設が多く、入所者に対する食事・排泄といった基本的な介護だ

けで精一杯という状況が未だ続いていた。また、夜勤の場合には、一人で30人以上の高齢者の介護を引き受けなければならない施設もあった。こうした状況のなかで、介護度の高い高齢者を入所させると、介護力不足で特別養護老人ホーム自体がパニック状態になるため、自治体によっては、病院が受け持っている重介護患者は別ファイルにして、最初から入所対象者にしないところもあった。入所者自体が年々高齢化し、重度の介護が必要になっているという現実があるにもかかわらず、それに対応できないとの理由で、施設の側でも入所者を選別せざるをえない状況が生じていた。

他方で、入所者からの費用徴収は、1984(昭和59)年から大幅に強化され、その額は毎年のように値上げされてきた。『介護保険のポイント』(前掲)によると、たとえば、あるサラリーマンの親が特別養護老人ホームに入所し、扶養義務者であるそのサラリーマンの年収が800万円、入所した本人の年金が月18万円とした場合、本人から14.9万円、扶養義務者である子供から4.1万円の費用徴収がある。これは極端な例で、65歳以上の高齢者で月18万円もの年金を受給している人は少なく、月3万から4万円という額が平均だった。そのため、入所者本人からの平均的な費用徴収額は、月4万円程度であった。

また、費用徴収基準では、入所者の手元に月1万円程度残ればよいという考え方にもとづき、年収12万円以上の人からも費用徴収を行っていた。以前は、年収が27万円以下の入所者は費用免除の対象者だったが、年収12万0001円から14万円の人でも、毎月1000円を徴収するようになった。こうした低所得者からも費用徴収する制度のために、入所する必要があるにもかかわらず、辞退するケースも生じていた。

特別養護老人ホームは満室で入所できず、家族でも面倒みきれない場合、要介護高齢者は、病院を施設代わりに利用する、いわゆる「社会的入院」を余儀なくされた。厚生省(当時)の「患者調査」(199

5(平成7)年)によれば、65歳以上の高齢者で病院に6ヶ月以上長期入院している人は、約28万人にのぼり、その何割かは、社会的入院と推計された(厚生省(当時)の推計では約10万人)。社会的入院を余儀なくされた高齢者は、病院側や看護職員の都合で「抑制」という名のもとに身体を拘束されたり、ベッドに縛りつけられたりといった行為を受けるケースもあった。なかには、身体拘束ではなく、精神安定剤や睡眠薬などの薬物を投与されて、寝かせきりにされているケースもあった。しかし、このような人権侵害があるにもかかわらず、それが表面化することは稀だった。医師に対する患者という弱い立場から、さらに、病院を追い出されれば行き場がなくなるという高齢者とその家族の弱い立場から、「抑制」などをやむをえない措置として、本人も家族も医者や看護職員すらも不問に付していたのである。

また、医療法や厚生省令に定められた病院の職員定数が少なすぎることも、要介護高齢者を拘束する原因だった。1948(昭和23)年の看護基準が半世紀近くを経ても改定されず、診療報酬についても、高齢者や長期入院患者の場合は低く抑えられているため、手がかかる重介護の高齢者が敬遠され、その結果、入院を拒否されたり、病院をたらい回しされたりしていた。これらの要因が複合的に重なり合って、患者の深刻な人権侵害を生み出したのである。

では、病院での入院費用は、どの程度の額だったのだろうか。70歳以上の高齢者が病院に入院した場合、老人保健制度のもとでは、定額で1日710円、1ヶ月だと2万1300円になる。1994(平成6)年に入院時の食費も自己負担となってから、1日760円、1ヶ月で2万2800円となり、合計で4万4100円が、法令で定められている自己負担となっている。しかし、実際には、多くの老人病院で、この法定負担のほかに、保険外負担として月額平均7万円もの負担を患者側に強いていることが、毎日新聞の調査で明らかにされている(1996(平成8)年3月19日朝刊)。保険外負担の名目は、おしぼり代や寝間着リース代などで、首都圏では保険外負担だけで月10万円以

上にもなる病院もあり、経済的に余裕のない人は、社会的入院すらできない状況が生じていた。実際、保険外負担の支払いが不可能な生活保護の患者は敬遠されるため、首都圏の老人病院では、病床の一定率（1割程度）しか生活保護の患者は受け入れない「生保1割枠」を設けるところもあった。厚生省(当時)は、こうした保険外のヤミ負担を禁じていたが、ヤミ負担分は診療報酬では不足する介護費用(人件費)等に充てられており、診療報酬が低いなかでは、病院によってはヤミ負担を患者からとらなければ、経営自体が成り立たないところも多かった。そのため、保険外負担は、ほぼ黙認されていた。

以上のように、介護問題はあっという間に深刻化し、介護の現場はもはや放置できない状況まで追いつめられていた。たしかに、公費方式ではもはや、こうした介護問題には十分対応することは不可能だった。しかし他方で、社会保険方式の介護保険制度を創設すれば、介護問題の現状が改善し、問題が解決されるということでもなかった。そもそも、こうした介護問題が生み出され、深刻化してきた原因はどこにあるのか。これまでの介護政策を振り返ることから、なぜ介護問題が生じたのか、という点について検証したい。

(2) 高齢者への介護政策

日本では、高齢者や障害者の介護は、長い間「家事」と同一視されていたため、家族、特に女性が担うものである、という考えが支配的だった。したがって、日本では、介護サービスを公的に提供するという「介護の社会化」の思想は極めて希薄であり、福祉国家といわれる他の先進諸国と比較して、介護や育児に対する公的な福祉サービスの整備は決定的に遅れてきた。しかし、寝たきり高齢者の増加など介護問題それ自体は、すでに1960年代後半頃から表面化しはじめていた。たとえば、1968(昭和43)年に全国社会福祉協議会が行った「居宅ねたきり老人実態調査」では、在宅の70歳以上の寝たきり高齢者が、この時期すでに20万人近くも存在していた点が明らかにさ

れている。

他方で、この時期をつうじて、三世代同居の減少や核家族化、サラリーマン化が進み、伝統的な家族扶養のあり方は大きく変化し、家族介護は、その基盤を失っていった。1963(昭和38)年に老人福祉法が制定され、寝たきりや虚弱の高齢者に対して、自宅に出向いて家事、介護などのサービスを提供する老人家庭奉仕員(ホームヘルパー)が制度化された。しかし、ヘルパーの数や予算は微々たるものにとどまっていた。さらに、ホームヘルパーの利用は、当初は生活保護世帯に、それ以降は低所得の高齢者に限られていた。施設については、社会福祉施設緊急整備計画などにより、老人ホームの増設が進んだが、それも増大する介護需要に相当する水準ではなかった。

他方で、1960年代半ばには、各地で革新自治体が生まれ、それら自治体の福祉政策を国が後追いするという構図がみられた。特に、1969(昭和44)年に美濃部都政のもとで実現された老人医療の無料化は、1972(昭和47)年の老人福祉法の改正によって、翌年から全国レベルでも実施されることとなった。年金制度改革もおこなわれ、不十分ながらも社会保障制度が整い、社会保障関係の予算も伸びて、1973(昭和48)年は「福祉元年」と称された。

しかし、1973(昭和48)年秋の石油危機を境に、高度経済成長が終焉し、低成長の時代に入ると、「福祉見直し」論や「日本型福祉社会」論が台頭し、社会保障制度の拡充に歯止めがかけられるようになった。なかでも、「日本型福祉社会」論は、高福祉高負担型のヨーロッパ諸国の福祉国家を否定的にとらえ、個人や家族の自助努力と近隣・地域社会の連帯を強調するものであり、老親などの介護は家族の責任であるから、公的なサービスに依存せず、家族、特に女性が担うべきものだ、とするものだった。換言すれば、福祉支出の抑制を目的に、家族介護が奨励されたのである。

また、北欧で生まれた「ノーマライゼーション」の思想に代表される施設介護から在宅介護へと移行すべきである、との思想も、この頃

からである。これは、高齢者や障害者を閉鎖的な施設に集めて介護するという従来の発想を批判し、いかに介護が必要でも、普通の生活を自宅で続けられるように援助するほうが、より人間的な福祉である、とする思想だった。この思想は、介護の社会化、すなわち公的な在宅サービスの整備を前提条件としていたのであるが、しかし、日本における在宅福祉の思想は、公費を節約するために、家族介護を奨励するものへと歪められた点が重要である。1978(昭和53)年にはショートステイ、1979(昭和54)年にはデイサービスが制度化され、現在の在宅サービスの枠組みができあがるが、進むかに見えた介護問題への政策的な取組は、この時期を境に大きく後退してしまう。

1980年代に入ると、以上のような『日本型福祉社会』論にもとづく政策は、本格的に展開される。1981(昭和56)年に発足した臨時行政調査会にちなんで、臨調「行革」路線ともいわれるこの政策は、医療や福祉に支出する公費を可能な限り縮小することを基本方針にしていた。とりわけ重点が置かれたのは、福祉部門に対する国の財政負担(国庫負担)の縮小である。以上の方針のもと、1980年代を通じて、医療・福祉支出の抑制と削減がなし崩し的に進められた結果、老人ホームなどの老人福祉施設やホームヘルパーなどの在宅サービスの整備は進まず、その量は圧倒的に不足する。また、介護など本来福祉領域で扱うべきものを医療に転嫁・代替させる政策がとられた。公的な介護サービスの整備ではなく、こうした医療による福祉代替政策が進められたのは、医療への投資は、医薬品産業や医療用機器産業などを育成、発展させることができたのに対して、対人サービスが中心の介護は、企業育成には適していなかったからである。そして、医学的には病院への入院の必要がないのに、在宅サービスや老人ホームなどの施設が不足しているなどの理由で、高齢者が施設代わりに病院へ入院するという、日本特有の「社会的入院」が増大していった。

いずれにせよ、高齢化と核家族化が進展するなか、家族介護がすでにその基盤を失っていたにもかかわらず、政府や厚生省(当時)は、

介護は家族の責任だと位置づけてきた。また、介護問題は、家族介護、もしくは医療による代替政策で解決できるとし、福祉支出を抑制し、公的な介護サービスの拡充を怠ってきた。むしろ、公費削減のために、家族による介護を奨励する政策がとられたのである。

他方、民間活力と競争原理の導入という名目で、民間営利サービスの後押しと在宅サービスの民間委託が積極的に推進され、福祉の民活路線が定着した。1985(昭和60)年、厚生省(当時)内にシルバーサービス振興指導室が設置され、1986(昭和61)年には「長寿社会対策大綱」が閣議決定された。この頃から、高齢社会に向けて将来性のあるビジネスとして、シルバー産業がにわかに注目を集め、有料老人ホーム建設に営利企業が大量に参入してきた。また、1987(昭和62)年に厚生省(当時)所管の公益法人「シルバーサービス振興会」が結成され、同年7月に同省(当時)は、老人福祉課長名で全国の自治体に、「シルバーサービス振興会の認定したシルバーマークの交付を受けた業者に、在宅サービス事業などを極力委託するよう配慮されたい。」と指示する通達を出している(1997(平成9)年1月撤廃)。同年、「ホームヘルパー派遣事業運営要綱」が大幅に改定され、ホームヘルプ事業の委託先が一定の条件を満たす民間業者にまで拡大された。

この時期から、来るべき高齢化社会に向けて、公費負担、特に、国庫負担の抑制と削減が、さまざまなかたちで試みられた。顕著な例が、生活保護費である。1980年代に入ると、厚生省(当時)は、いわゆる「123号通知」を根拠に、「適正化」という名目で、生活保護行政の引き締めを強化した。生活保護の申請の拒否や生活保護支給の打ち切りが各地でおこなわれたのである。その結果、1980年代後半から、生活保護受給者は大幅に減少し、生活保護費も削減された。

生活保護以外の福祉サービスについても、公費削減策が強化された。通常、措置制度の仕組みをとっている福祉サービスへの国庫負担を減らす方法としては、①国の措置基準を低く抑え、措置費を抑える、②

利用者からの費用徴収、いわゆる利用者負担を強化する、③国庫負担率を減らす、という3つの方法が存在する。

第1の措置基準の据え置きについては、特に社会福祉施設の運営費の8割を占める人件費を抑えるため、厚生省（当時）は、一貫して職員の配置基準を低いまま抑えてきた。たとえば、特別養護老人ホームでは、施設職員の配置基準は入所者4人に対して1人のまま据え置かれてきた。そのため、自治体や社会福祉法人が現場の実情に応じて、国の基準より多い職員を配置しようとするれば、その部分は自治体や社会福祉法人の超過負担になる構造であった。また、特別養護老人ホームの事業費も生活保護基準を算定の基礎としているため、運営自体が厳しい状況にあった。

第2の利用者負担の強化については、1980（昭和55）年8月の老人ホームの費用徴収制度の改定が、その先駆けだった。前節で述べたように、その後、老人ホームの入所者からの費用徴収は強化されていく。ホームヘルプ事業についても同様であり、1982（昭和57）年の「ホームヘルパー派遣事業運営要綱」の改定により、ホームヘルパーの派遣対象が、生活保護世帯、所得税非課税世帯から所得税課税世帯にも拡大されたのに伴い、課税世帯に対する有料制が導入された。また、この改定では、ホームヘルパーの勤務形態の「原則的に常勤」の規定がはずされ、これ以降、ホームヘルパーの非常勤化が進んだ。

有料制の導入当初は、費用徴収基準の区分は所得税課税世帯については2ランクであったが、1992（昭和57）年からは5ランクになり、生計中心者の前年度所得額が1万円以下の低所得の世帯からも1時間あたり250円の料金を徴収することとなった。

第3の方法である国庫負担率の大幅な引き下げについては、1980年代半ばにおこなわれた。政府は、1985（昭和60）年度予算において、社会福祉関係の補助金をはじめとする国庫補助金が5割を超える補助金と負担金について、その1割削減を実施した。補助金削減は、1985（昭和60）年度単年度限りとされていたが、1986（昭

和61)年の「補助金等の臨時特例等に関する法律」で、1986(昭和61)年からむこう3年間にわたって、大規模な補助金削減をおこなうことが決定された。特に、児童福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法の入所措置などの国庫負担率は、5割まで切り下げられた。

さらに、3年間の期限が切れた1989(平成元)年には「国の補助金等の整理及び合理化並びに臨時特例等に関する法律」が制定され、生活保護や児童扶養手当に関する国庫負担は7.5割に、特別養護老人ホームなどの措置費については、国庫負担を8割から5割にすることが決定された。他方で、1986(昭和61)年には「地方公共団体の執行機関が国の事務として行なう事務の整理及び合理化に関する法律」、いわゆる「機関委任事務の団体事務化法」が成立した。これは、従来、国の機関委任事務としておこなわれてきた社会福祉事務の多くを地方自治体の団体事務とすることを骨子とするもので、児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法の4つの法律にわたる17項目が、自治体の団体事務とされた。

戦後、社会福祉行政は、国の事務とされ、機関委任事務として、国の強い統制のもとに地方公共団体が実施を担当してきた。福祉サービスの地方分権化という理念からみれば、この改革は大きな前進であったが、実際には団体事務に伴う財政的な裏付けはなされず、国の福祉サービスに対する責任や財政負担を自治体に転嫁するものにほかならなかった。その意味で、これも公費、特に国庫負担削減の一環としておこなわれた改革であったといえる。

他方で、医療による福祉の代替政策も行き詰まっていた。高齢化の進展と高齢者の社会的入院の増加が重なり、老人医療費を中心に医療費が高騰したからである。これに対して、厚生省(当時)は、診療報酬を低く抑えることで、医療費を抑制する政策をとった。1978(昭和53)年におこなわれた改定まで、毎回ほぼ10%以上のアップがはかられてきた診療報酬であるが、1981(昭和56)年6月の改定を最後にその後10年間にわたって、ほとんど引上げられなかった。し

かし、最低でも、一般の賃金上昇率や消費や物価指数の上昇を反映した診療報酬の引き上げがはかられなければ、医療機関の経営は困難になる。

また、老人医療の無料化が国にとって大きな財政負担になったため、1982年に老人保健法が制定され、翌年から老人保健制度が導入された。これによって、老人医療の無料化が廃止され、高齢者も定額の自己負担をすることになった。そして、それまで公費でまかなわれていた老人医療費の3割を公費で、あとの7割を他の医療保険からの拠出金でまかなうという、現行の老人医療負担の仕組みが導入された。さらに、老人医療費を抑制するため、70歳以上の高齢者に関して、一般患者より低い別建ての診療報酬制度が適用されることになった。

その後も、医療改革の名のもと、患者負担分を増大させ、国の負担部分を抑制する政策が進められていった。1984(昭和59)年には、健康保険の被保険者本人に2割負担が導入され、国民健康保険への国庫負担率が削減された。1985(昭和60)年には、全国的な病院のベッド数の削減を目標にした「地域医療計画」の作成を都道府県知事に義務づける、医療法の改正(第1次改正)がおこなわれた。同時に、国公立医療機関・療養所の廃止、移転統合、民間への経営譲渡といった計画が発表された。1986(昭和61)年には、老人保健制度の高齢者の自己負担が引き上げられ、国民健康保険の保険料滞納者に対する保険証の取り上げなどの制裁措置を盛り込んだ国民健康保険法の改正がおこなわれた。特に、この制裁措置は、国民健康保険の被保険者でも、保険料の滞納があれば、保険証が渡されない、とする厳しいものだった。

さらに、1988(昭和63)年の診療報酬改定では、長期入院者を減らすために、入院患者に関して支払われる「入院時医学管理料」などに対して、入院期間が長くなればなるほど診療報酬が低くなる逓減制が導入された。逓減制は、一般病院、老人病院に共通して導入されたが、老人病院の場合には、慢性患者が対象とみなされて、診療報酬

自体が一般病院より低く設定され、入院期間が長い患者には、さらに低い診療報酬が適用されることとなった。

こうした仕組みのもとでは、病院は、診療報酬の低い高齢者や長期入院患者を多くかかえているほど、赤字となる。結果として、要介護高齢者の入院が拒否される、長期入院の患者が退院を強制される、といった例が多くみられた。しかし、在宅サービスや老人ホームなどの施設が整備されていない状況での強制的な退院は、行き場のない高齢者をつくり出し、高齢者が病院を転々とするなどの、医療現場の混乱状況をもたらすこととなった。これらは、厚生省（当時）が、公的な介護サービスの充実で社会的入院を減らす抜本的な解決策を怠り、短絡的な医療費の抑制政策に終始した結果であった。

（3）介護保険制度導入の背景と要因

しかし、以上のような公費抑制政策や、短絡的な医療費抑制政策によっては、深刻化する介護問題に十分に対処することはできなかった。その結果、1990年代に入ると、介護問題はますます深刻化し、もはや放置できない状況となった。政府は、ことさらに高齢化の危機をあり、高齢化社会への対処や高齢者福祉を増税の口実に用いた。1989（平成元）年4月には「高齢化社会に備えるため」という名目で、消費税が導入された。しかし、この消費税導入には世論の厳しい反対が存在したために、それに対する対応策として打ち出されたのが、1989（平成元）年12月の「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」、いわゆる「ゴールドプラン」だった。これは、1990（平成2）年度から10年間で、ホームヘルパー10万人、ショートステイ5万人分、デイサービス1万ヶ所、在宅介護支援センター1万ヶ所、特別養護老人ホーム24万人分などの整備を掲げた、高齢者福祉サービスに関する計画だった。目標値を定め、福祉サービスの整備に多額の公費を注ぎ込むこの計画の策定の背景には、従来の家族依存型、公費抑制型の政策が破たんしたとの、政府や厚生省（当時）の側の認識があった。

以上の背景から、1990(平成2)年の福祉八法の改正によって、特別養護老人ホームなどの施設入所の事務が市町村に移行され、サービスの提供主体が一元化された。そして、計画的に供給体制を整備するために、都道府県と市町村に対して、「老人保健福祉計画」の策定が義務付けられた。1994(平成6)年3月末までに揃った全国の老人保健福祉計画の目標値の集計結果は、ゴールドプランの目標値を大幅に上回るものだった。したがって、1994(平成6)年12月になると、ゴールドプランを全面的に見直し、1995(平成7)年から1999(平成11)年までの後半の5年間で達成すべき目標値を引き上げた「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略の見直しについて」、いわゆる、「新ゴールドプラン」が大蔵・自治・厚生の大蔵大臣による合意で策定された。その内容は、ホームヘルパー17万人、ショートステイ6万人分、デイサービス・デイケア1.7万ヶ所、特別養護老人ホーム29万人分、老人保健施設28万人分などとなっていた。

財政面についていえば、1995(平成7)年度から1999(平成11)年度までの総事業費は、ゴールドプランに関する部分も含めて、9兆円を上回る規模だった。その内訳は、国の負担が4兆円、都道府県と市町村の負担が4兆円、施設建設時の設置者の負担などが1兆円、である。1994(平成6)年度までの総事業費が約5兆円だったため、その年で倍近くになっていた。また、新ゴールドプランのなかには、目標値の修正だけでなく、24時間巡回ホームヘルプサービスや特別養護老人ホームの個室化の推進などの新しい施策が盛り込まれた。

この新ゴールドプランについて、1995(平成7)年に日本弁護士連合会が行った調査によると、回答した7割以上の自治体が、目標年度までの達成は困難である、としていた。では、施設サービスについてはどうか。特別養護老人ホームについては、1995(平成7)年10月1日時点で、全国に3200カ所、約22万人の入所者があり、目標値である29万人の3分の2以上を達成していた。また、1995年度以降は、一人あたりの居室面積の基準が従来の2割増しの10.

6平方メートルとなり、個室も増えつつあった。

老人福祉施設の整備が進んだのは、新ゴールドプランによって、巨額の予算が投入されたためである。特別養護老人ホームの建設費の2分の1を国が、4分の1を都道府県が補助するという補助金の仕組みが構築され、また都道府県によっては上乘せ補助をるところもあったため、施設の新設が進んだのである。1991(平成3)年に290億円だった特別養護老人ホームの国庫補助総額は、4年後には753億円と倍以上になった。しかし、建設補助制度のもとで、ハード面の「箱モノ」は増えたが、ソフト面、たとえば施設職員の配置基準は低く抑えられたままであり、職員の待遇改善も進まなかった。

他方で、在宅サービスの整備は遅れていた。特に、在宅サービスの要であるはずのホームヘルパーの確保と定着をめぐる問題は、深刻だった。市町村が老人福祉計画を策定する際に、ヘルパー数算定の基準として厚生省(当時)が示した参考基準では、ヘルパー派遣数は週3回から4回であり、重度の要介護者が家族介護に頼らず、在宅で生活することは不可能だった。くわえて、自治体による老人福祉計画の段階では、常勤ヘルパーの目標値とされていたものが、それを集計した新ゴールドプランの段階では、非常勤ヘルパーも含めて17万人という目標値へと変化していた。

その後、1992(平成4)年には「看護師等の人材確保に関する法律」が制定され、翌年の1993(平成5)年には、厚生省(当時)が「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を策定した。それに伴い、常勤のホームヘルパーの公的補助(国が2分の1、県市町村が2分に1を負担)も引き上げられ、年間給与は、1996(平成8)年で337万円となった。しかし、ホームヘルプ事業に対する国の補助基準は、非常勤7割、常勤3割で計算されたため、ヘルパー1人当たりで換算すれば、国の補助単価は、1997(平成9)年度予算で年間61万円にすぎなかった。国は在宅サービス事業の2分の1を負担しており、常勤換算なら1人当たり173

万円の国庫補助が必要であるから、100万円以上減額されている計算になる。また、ホームヘルプ事業の国庫補助の単価には、1982（昭和57）年より時間単価が、1989（平成元）年からは「事業委託基準単価」が導入されたため、地方自治体による常勤ヘルパーの採用は阻害された。以上のように、新ゴールドプランによるヘルパーの確保をめぐる目標値の実現が困難な最大の要因は、医療・福祉支出の抑制、特に、国庫負担の抑制という政策の方針が変更されておらず、国庫補助が十分ではない点にあった。

たしかに、バブル崩壊後の税収の落ち込みは深刻であり、公的な福祉サービスを拡充するための財源調達は、容易ではなかった。くわえて、高齢化に向けた準備のために導入された消費税だったが、新ゴールドプランなど的高齢化対策に対して割り当てられた金額は、1990（平成2）年から1996（平成8）年までの期間で、消費税収約47兆円のなかの3兆3000億円にすぎず、これは全体の約7%にすぎなかった⁽⁴⁾。以上のように、国の予算配分方式によっては、厚生省（当時）が、新たな介護政策のために大幅な予算の増額を勝ち取ることは困難だった。その結果、高齢者介護政策のための財源を、租税ではなく、自主財源である社会保険料に求めることになったのである。また、先述のように、福祉措置費において国庫負担分が削減されたことによって、国家財政の抑制が目指されたが、1990年代に入ると、高齢化の進展とゴールドプランによる特別養護老人ホームの増設などが重なり、老人福祉措置費は増大の一途をたどった。その結果、1991（平成3）年には、国庫負担額は1984（昭和59）年の国庫負担削減前の水準まで回復した。この点も、一般財源に依拠しないかたちでの介護保険の財源検討がはじまる契機となった。

実際、措置制度の廃止による国庫負担の削減という方針が浮上しはじめたのは、この時期である。まず1992（平成4）年には、1993（平成5）年度国家予算について、保育所措置費である1100億円分の国庫負担の削減案が打ち出された。続く1993（平成5）年に

は、保育所における措置制度を撤廃し、契約制へと変更することを目的とする、「保育サービス法」の制定に向けた動きが明確なものとなった。両者はいずれも実現にいたらなかったが、厚生省（当時）は、この失敗を教訓に、まずは保育所に比べ数の少ない特別養護老人ホームなどの老人福祉施設から、措置制度の解体を推し進める方針に転換したといえる。

公的なサービスが、財政的な理由を背景に伸び悩む一方で、民間サービスはどのような状態だったのか。臨調「行革」路線のもとでは福祉の民活路線が推進されたが、これも期待されたほどは伸長せず、その結果、民間福祉サービスの事業としての見通しは立たなかった。福祉民活路線の基本的な戦略は、公的サービスの利用者負担を引き上げることにより、民間事業者に対して採算の見込みを提供し、事業としての進出の契機を生み出そうとする点にあった。しかし、利用者負担の引き上げは、公的サービスの利用を抑制するとともに、民間サービスを含むサービス利用全体にも抑制効果を及ぼした。すなわち、福祉の民活路線も行き詰まったため、戦略の転換を迫られることになったのである。そして、その活路は、民間事業を社会保険方式によって公的にバックアップするシステムである、介護保険制度の創設という方向に求められることになる。

他方で、医療保険制度はいかなる状況にあったのか。1995（平成7）年度の国民医療費の推計は、約27兆円にのぼっていた。とりわけ、老人医療費の伸びは顕著であり、その額は約8.7兆円、国民医療費全体の32%を占めるまでになっていた。国際比較的な見地に立てば、日本の国民医療費の水準は、先進諸国の間ではむしろ低いほうに属する。しかし、老人医療費の増大は、老人保健制度への拠出金を負担している組合健康保険などの赤字をもたらしていた。同制度は、誕生から10年余りで、財政的に行き詰まり始めていたのである。

また、主に市町村を保険者としている国民健康保険は、老人保健制度が抱える矛盾や高齢化の進展の影響により、財政的に深刻な状況だ

った。この国民健康保険の保険料については、①収入、資産に応じて支払う「応能」負担の所得割、資産割と、②受益によって支払う「応益」負担の被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせ採用している市町村が圧倒的多数を占める。保険料は市町村によって異なるが、1994(平成6)年度平均で、被保険者1人につき年額約6万5000円、一世帯あたりでは平均15万円にのぼった。そのため、収納率は年々低下し、1994(平成6)年度で93.3%となった。また、保険料の未納者は、1993(平成5)年の厚生省(当時)の調査で、約13万世帯、30万人にのぼった。

国は、以上のような状況にある国保に対して、医療給付の2分の1、低所得者に対する保険料軽減分の2分の1を負担していた。他方で、市町村は年間あたり3271億円を支出し、一般会計から2585億円を繰り入れて補填していた(1994(平成6)年度)。しかし、それでも赤字に陥る市町村が続出する状態にあったのである。老人医療費の増大が、それに追い打ちをかけた。以上のように、国民健康保険や老人保健制度の財政的危機を背景に、老人医療費に含まれている介護色の強い部分を、介護保険のような形で老人保健制度から分離すれば、その負担が軽減されるという発想が生まれる。すなわち、介護保険制度は、「老人保健法の延命策」としても、構想されてきたといつてよい。

もちろん、医療保険制度や老人保健制度自体の改革も、試みられた。まず、1990(平成2)年4月の診療報酬改定で、看護・検査・投薬・注射などの処理を「入院医療管理料」として一括して支払う「定額制」が、特例許可老人病院(患者6人に対して介護職員1名以上の職員体制)に対して導入された。これが、「入院医療管理料承認病院」、いわゆる「介護力強化病院」である。この「定額制」方式のもとでは、きめ細かな看護や介護が診療報酬に取り込まれることにより、その質の向上が期待された。しかし、病院にとってみれば、いかなる看護・介護をおこなっても診療報酬が同一であれば、手のかからない患者を入院させた方が利益になる。その結果、重度の介護が必要な人々の入院が

拒否される、または退院を強制される、といった事態が生じた。

さらに、介護施設の不足を補うために、1992(平成4)年の第2次医療法改正により、慢性疾患の長期療養患者の病室面積を一般病室よりも広くし、リハビリテーション施設や食堂、浴室を備えた「療養型病床群」と呼ばれる病院の創設が認可された。しかし、療養型病床群には、完全型と転換型の二種類が存在しており、後者は前者と比較して、患者1人当りの居室面積が小さい上、施設面でも談話室、食堂や浴室が伴わなくてもよいなど、必ずしも療養環境が整備されてはいなかった。また、既存の病床を改造して、完全型へ転換するには、大幅な増改築と多額の資金が必要であるとの理由から、その8割が転換型のままであった。

また、1994(平成6)年6月には、健康保険法の改正により、入院時の病院給食が自己負担となった。しかし、糖尿病の食事療法をみれば明らかだが、病院給食が治療サービスの一環である点は明白である。さらに、この改正では、病院の付き添い制度を1996(平成8)年3月までに廃止することが決定した。多くの中小病院では、不足する看護体制をカバーするために、患者が付き添いをつけてもよいことになっていた。患者は付き添い費用をいったん病院に支払い、その後医療保険に請求すれば、「付添看護療養費(付添看護料差額)」として、大半が還付されていた。この制度が、看護・介護体制を充実し、患者と家族の経済的負担を軽減すべきである、との理由から廃止されたのである。この廃止により、国は年間1000億円の還付金が削減可能である、とされていた。しかし、その結果、付き添いをつける場合には、全額自費負担となったため、患者や家族の経済的負担は増大した。

さらに、厚生省(当時)は、病床数の削減による医療費抑制策を進めた。すなわち、入院できるベッド数自体の削減による、高齢者の社会的入院や入院患者の減少、そしてその結果としての医療費の抑制である。医療審議会は、1995(平成7)年8月23日に、医療計画見直しの際のガイドラインを答申し、これにもとづいて、厚生省(当時)

は、各都道府県に対し一般病床を10%縮減するよう指示した。しかし、以上のような病院のベッド数の減少によって、手のかかる重介護の高齢者は、施設にも入れず、社会的入院もできず、在宅に追いやられてしまう結果、家族介護の負担は、ますます重くなる危険性があった。

これまでの日本の介護政策を振り返ると、介護問題が深刻化した背景には、措置制度それ自体の問題ではなく、その措置制度に対して、十分な福祉予算を投入してこなかった政策の存在があった。すなわち、介護や医療をめぐる問題をもたらしたのは、臨調「行革」路線以降継続的にとられてきた、医療・福祉への公費支出（特に国庫支出）の抑制政策に他ならない。日本の社会保障費は、高齢化が進むにつれて、年金・医療・老人福祉に要する費用を中心に増大し、1994（平成6）年度には60兆円を超過した。しかし、社会保障給付費の9割は、年金給付と医療費であり、「その他」にあたる福祉部門の給付費は、対国民所得比でわずか1.8%にすぎない。国民所得に占める社会保障給付費の割合も、スウェーデン53.4%、フランス37.7%、ドイツ33.3%、イギリス27.2%、アメリカ18.7%に対して、日本は15.2%と最低だった（図表3-4）。

(図表3-4) 社会保障給付費(対国民所得比)と老年人口比率の国際比較

国名	社会保障給付費 の対国民所得比	老年人口比率 (65歳以上人口比率)	社会保険給付費 の対国民所得比	老年人口比率 (65歳以上人口比率)
	1993年度	1993年	1997年	1997年
日本	15.2	13.6	17.8	15.7
アメリカ	18.7(1992年度)	12.7	-	12.7
イギリス	27.2	15.8	-	15.8
ドイツ	33.3	15.1	-	15.4
フランス	37.7	14.5	-	15.7
スウェーデン	53.4	17.6	-	17

出典:伊藤周平『検証 介護保険』2000年 青木書店 270頁

たしかに、ますます高齢化が進展し、介護費用の膨張が不可避であ

る以上、新たな負担を国民に求めざるをえない点は事実だった。しかし、増税、とりわけ消費税の引き上げに対しては、国民の反発が大きい（また、政府には、消費税を福祉目的だけでなく、別の用途に用いたい、との思惑もあった）。しかし、社会保険料という形で国民に負担を求めれば、厚生省（当時）にとっては自主財源となり、予算折衝の必要性自体が存在しなくなる。さらに、①社会保険は複雑であり理解が困難なため、保険料等の操作が容易である、②老人福祉措置費と老人医療費の膨張に対処する必要がある、③老人保健制度の再建が必要である、④可能であれば、全額公費で賄われている措置制度を廃止したい、といった要因もあった。以上の背景から、厚生省（当時）は、介護保障を社会保険方式でおこなう新しい介護システムである介護保険制度の創設を提言した、とあってよい⁽⁵⁾。

世論の支持もあった。実際、1995（平成7）年9月に総理府（当時）が実施した世論調査では、「高齢者介護のための新しい制度の創設を支持するか。」という問いに対する回答の内訳は、「賛成」が46.7%、「どちらかといえば賛成」が35.6%であり、「新制度創設支持」の割合は82.3%に達した。また、介護サービスを充実させるために、税金や保険料の費用負担が「ある程度増加してもかまわない。」との回答も、50.2%と過半数を超え、「負担は現状程度、必要費用は自己負担」の24.5%を大きく上回る結果となった。

さらに、翌1996（平成8）年2月に実施された朝日新聞の世論調査でも、「公的介護保険」に60%が賛成し、反対は29%という結果だった。調査では、高齢者介護のための保険料を負担することに対しては、84%が「当然だ」・「仕方がない」と回答している。また、自分や家族の介護について「不安を感じている」人の割合が79%に達し、65%が高齢者の介護は「社会全体で考える問題」と答えるなど、多くの人々が介護問題を切実に受け止めている状況を読み取ることができる。同年9月に公表された読売新聞の全国世論調査でも、「公的介護保険」について、国民の8割が関心をもち、導入に賛成する割合が7

4%にのぼるなど、介護問題への国民の関心の高さが反映された結果が示された。

また、政治状況についていえば、いわゆる自社さ連立政権のもとでは、政権の維持を確保する手段として、福祉の充実を訴える必要性が存在した。幸いなことに、政権与党の中心には、村山富市、橋本龍太郎などのいわゆる厚生族議員が存在していた。個人としても、村山富市、伊藤茂などのように、身内の介護ニーズを有する議員が数多く存在した。また、橋本龍太郎のように、義母が長期にわたって入院療養していたケースなど、介護を自らの問題として実体験している議員も多数存在した。

こうした世論調査の結果や政治状況も、介護保険制度創設提言の大きな背景要因になったのである。

第3節 介護保険制度の創設

前節では、介護保険制度導入の背景と、導入にいたる動向について考察してきた。介護保険制度をめぐるのは、さまざまな立場から、多様な議論が展開されてきた。しかし、国会での法案審議や、その後の実際の介護保険法施行までの見直しの議論も含めて、制度の本質にかかわる議論や、それに基づく見直しは、ほとんど行われてはこなかった。そして、この点こそ、介護保険制度が実施されて15年が経過した現在、その理念と現実とのギャップに多くの国民が戸惑いを感じている、そして制度への不安や不信が次第に広まっている要因となっている。

以上の背景から、本節では、介護保険制度の理念と、それをめぐる議論の再検討をおこない、制度の本質を明らかにするとともに、その後の制度改正の背景と変遷を検証する素材としたい。

(1) 介護保険制度の理念と本質

厚生省（当時）の説明によれば、介護保険制度導入の目的は、家族

介護に大きく依拠した従来の仕組みから「介護を社会全体で支える仕組み」への転換、換言すれば、「介護の社会化」の実現にあった。では、制度は、それが目標として掲げるこの「介護の社会化」を実現するものだったのか。たとえば、介護保険の給付水準では、重度の障害を持つ高齢者が、在宅で家族介護に頼らずに生活を維持していくことは困難である。その意味では、介護保険のもとでも、家族介護に大きく依存する構造は、措置制度とほとんど変わらない。

実際、介護保険制度で最も多くの介護サービスの利用を想定されている「要介護5」の人でも、保険給付における訪問介護の派遣時間は、月80時間程度にとどまる。「要介護5」の人は、自力で寝返りも出来ない重度の障害をもつ高齢者と想定されるが、そうした人が、家族介護に依存せずに在宅生活を維持していくためには、1日3回の食事提供を考えると、少なくとも1日あたり4時間（月120時間）の訪問介護派遣が必要である。しかし、介護保険の提供するサービスは、重度の障害をもつ高齢者が最低限必要と想定されるサービス量の、3分の2程度の給付水準でしかない。

厚生省（当時）が、介護保険の給付水準をこの程度に抑制した最大の理由は、家族介護に全く依存しない社会的介護の仕組みを社会保険方式のもとに設計した場合、保険料負担が相当な額に達するため、それに対する国民の大きな反発が予想され、介護保険制度の導入自体が困難になることを恐れたからである。実際、厚生省（当時）が介護保険料算出の根拠としていた介護費用の推計は、2000（平成12）年度で約4.2兆円であったが、介護費用全体の推計は、同年度で約7.7兆円となっており、残りの約3.5兆円は、家族介護分として家族が無償で行なうものと想定されていた。

いずれにせよ、介護保険の給付水準は、重度の障害をもった人が、全く家族介護に依存せずに、在宅で生活が可能な水準ではなく、明らかに無償の家族介護を前提とした家族介護を補完する程度の水準でしかない。こうした給付水準の設定は、「保険給付の内容および水準は、

被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように配慮されなければならない」(第2条4)とする介護保険法の規定にも違反している。

以上のことから、介護保険制度導入の目的とされてきた「介護の社会化」などの理念は、あくまでも名目にすぎず、その真のねらいは、老人福祉措置制度の廃止による公費支出の削減と医療保険財政の建て直しにあるとあってよい。老人福祉措置制度に関しては、1985(昭和60)年までは、国庫負担は80%であったが、1989(平成元年)年には50%に削減され、さらに介護保険制度では25%(そのうち5%分は調整交付金のため、実質は20%)となっている。地方自治体の負担も、都道府県と一般市町村が25%から12.5%へ半分となる。その削減された分が、保険料や利用料のかたちで、新たに国民の負担に転嫁されるわけである。

また、医療保険財政に関していえば、これまで老人保健制度の仕組みのなかで、医療保険が負担してきた介護色の強い訪問看護や老人保健施設などでのサービスを、介護保険の給付に移すことにより、公的な医療費負担の軽減が可能となる(図表3-5)。

(図表3-5) 介護保険導入による財政負担割合の変化(利用者負担を除く)

老人福祉	国 1/2	地方 1/2	
介護保険	国 1/4	地方 1/4	保険料 1/2
老人保健	国 1/3	地方 1/6	保険料 1/2 (拠出金)

出典：筆者作成

すなわち、「介護の社会化」の理念が一人歩きしたために、本質的な議論には至らなかったが、介護保険の構想は、あくまでも財政的見地から出てきたもので、その本質は、福祉・医療への公費負担、特に国庫負担を削減し、福祉サービスを保険給付化、商品化することによって、

福祉・医療事業の営利化を進めようとするものに他ならない。

他方、介護保険制度の設計に関する議論、すなわち、これまで公費（税）方式で行ってきた社会福祉の財源を社会保険方式へと変えることの是非や、介護保障を税方式で行うべきか、あるいは社会保険方式で行うべきか、という点については活発な論争が展開され、最終的には介護保険という社会保険方式のもとに一応の決着がついたのである。

この社会保険方式を採用することの長所、あるいはその論拠とされるものを整理すると、以下の4点にまとめられる。すなわち、第1に、社会保険方式のほうが負担と給付の対応関係が明確であること、第2に、利用者の選択によるサービスの利用が可能になること、第3に、社会保険方式のほうが保険料を払ったという事実にもとづく権利性が明確なこと、第4に、介護保障の財源をすべて税に頼ることは増税を意味し、国民の理解を得にくいこと、の四点である。

まず、第1の論拠についていえば、今回の介護保険制度では、被保険者の約9割の人は保険料を負担するだけで、なんら給付が受けられないと推定されている。「負担と給付の対応関係」を、保険料の負担をした以上、確実に何らかの給付が期待できるという意味に解するのであれば、そうした対応関係は、ほとんど存在しない。他方で、介護サービス給付を受けた場合、一律1割の負担であると解するならば、そうした対応関係は存在するし、明確でもある。いずれにしても、第1の論拠は、誤解をまねきやすい表現といえる。

第2の論拠は、利用者の選択権の保障に関するものであるが、前述のように、従来までの公費方式の措置制度のもとで、利用者がサービスを選択できなかったのは、サービスの量が圧倒的に不足していたためである。公費方式をとろうが、社会保険方式をとろうが、サービスが不足していれば、利用者はサービスの選択などできないのは当然である。従って、社会保険方式であるからといって、利用者の選択による、サービス利用の可能性が確約されるとはいえない。しかし、これを、社会保険方式であれば、被保険者が、介護サービスの内容とサー

ビス提供事業者を自由に選択できる契約システムが採用しやすいという意味に解するならば、一応の理解はできる。

第3の論拠についていえば、厚生省（当時）は、これまでの措置制度では、サービス利用に際して所得調査などがあり、スティグマや心理的抵抗をともなっていたが、社会保険方式である介護保険制度のもとであれば、これらは払拭され、サービスの利用が容易になる、と主張している。しかし、後述するように、制度の改変により、本人の支払能力がサービスの利用水準に対して影響を及ぼすようになったために、サービス計画の作成や施設入所の相談の際に、利用者負担が可能かどうかの聞き取り（もしくはそれに類した調査）がおこなわれているのが現状である。なによりも、利用料負担の不可能な低所得者は、生活保護に依存するしかなく、詳細な所得調査を経てからでなければ、介護保険のサービスが利用できなくなる。すなわち、サービス利用に対するスティグマや心理的抵抗は残ったままである。

以上のように、第一から第三の根拠は薄弱であるため、社会保険方式をとることの唯一の論拠となりうるのは、増税だと国民の合意が得られないという第4の消極的理由でしかない。本来は公費方式の方が妥当だが、増税に対する国民の理解が得られないため、現実的な選択として社会保険方式を採用せざるをえないという、いわば「次善の策」として介護保険を支持する立場である。

（2） 介護保険制度の特徴

2000（平成12）年4月以降施行された介護保険制度は、行・財政改革、規制緩和・民間活力の活用、地方分権という、社会経済の構造改革の第一弾として、位置づけることができる⁽⁶⁾。この制度を、以前の日本の社会保障制度と比較すると、以下のような諸特徴を挙げることができる。

① 介護サービスを公的な社会保険方式のもとに提供する

今後確実に増加が見込まれる介護費用を、将来にわたって安定的に

確保するため、国民の連帯・相互扶助にもとづく「社会保険方式」により対応する。それは、保険料負担と給付・サービスとの対応関係が明確なことから、国民の理解と納得が得やすいであろう、との思惑からである。介護サービスの提供と利用の財源は、従来までは、公費財源による福祉の措置制度と医療保険者との共同事業という性格を持つ老人保健制度によって二元的に賄われていたが、これにより統一された。

- ② 介護サービスを利用する高齢者の視点に立った制度とする
介護保険制度のもとでは、利用手続き・利用料体系・財源負担の仕組みも統一され、高齢者自身によってサービスの種類・内容や提供事業者などについての選択がおこなわれるようになるため、介護サービスを利用者本位である。
- ③ 市町村が、介護保険制度の実施運営にあたる保険者になること
介護サービスは高齢者の居住する地域を基盤において展開されることが適当であるため、介護の保険者には、円滑かつ適切に運営がなされるよう財政的・実務的な様々な支援措置を講じていくことを前提として、介護の保険者は市町村とされた。これにより、地方分権という大きな流れが加速された。
- ④ 高齢者をすべて「被保険者」と位置づける（第1号被保険者）。
被用者保険におけるような「被扶養者」制度をなくし、すべての高齢者を初めて被保険者として位置づけた。
- ⑤ 現役世代、すなわち、40歳以上65歳未満の者を第2号被保険者として位置づけ、世代間連帯と支援の観点から保険料を負担するものとして位置づける。保険料負担については、40歳以上の国民は1人あたり同額を負担するという考え方を基本としており、保険料総額に占める第2号被保険者グループと第1号被保険者グループの負担総額の割合は、それぞれの人口比によるものとされた。これは、将来、高齢化が進んだ場合でも、現役層1人あたりの負担額が高齢者よりも重くなりすぎないようにする仕組みであり、老人保健

制度の拠出金制度の欠陥を是正したいという考えによるものである。また、第2号被保険者への保険給付は、加齢に起因する特定の疾患によって要支援・要介護の状態となった場合に限定しておこなわれるとされた。

⑥ 無所得、低所得者も免除なく被保険者とする。

国民健康保険と生活保護との適用関係とは異なり、低所得者、無所得者もすべて介護保険の被保険者とする。また、生活保護制度において、サービス利用時の一部負担について「介護扶助」を創設するとともに、介護保険料の生活扶助への加算措置がとられた。

⑦ 医療保険と異なり、「要支援者」が制度化され、予防給付が提供される

医療保険の給付は、情報の非対称といった医療サービスの特性、患者の利益等を考慮して現物給付を原則としている。しかし、要介護者の自立した生活の支援を目的とする介護サービスは、利用者本人の選択にもとづく多様なものであることから、保険給付のサービスとそれ以外の自費負担によるサービスとを組み合わせる利用することが可能なくみとなった。これは、多様な介護ニーズと社会的費用負担との調整を図るものであり、利用者の視点に立った仕組みといえる。

⑧ 市場機能・民間活力の活用、規制緩和を大きく推し進める。

従来までの市町村長による「措置委託」を廃止するとともに、利用者自身の選択にもとづくサービス提供事業者との「契約」関係に改めた。また、民間事業者や非営利組織などの多様な供給主体の参入を認めることにより、サービス提供量の拡大を促すとともに、利用者によるサービス選択の幅を広げた。

⑨ 給付費の2分の1を公費負担とする。

福祉の措置制度については全額公費負担（利用者的一部負担を除く。国がその2分の1）、老人医療費については公費が3割（国がその2分の1）を負担しており、介護保険に公費が導入されないと国

の責任と役割が後退する、といった反対論を回避する必要性、保険料水準が負担能力を超えて高くなりすぎないように抑制する必要があること、地域間格差を是正する必要性から、新たな介護保険制度の創設にあたってはその給付費における公費負担を2分の1とする。

⑩ 介護サービスの基盤整備が国のリーダーシップのもとで一体的・計画的に進める。

介護の社会化をさらに進めるとともに、「保険あってサービスなし」といった状況に陥らぬように、介護保険法と同時に制定された「介護保険基盤整備法」にもとづき、特養などの介護施設、ホームヘルパーなどの人材養成を計画的に進める。厳しい財政状況であったが、その所要額が確保された。

以上のような、介護保険の制度上の特徴としては、給付と負担の関係や利用者の選択権の視点から、普遍主義に徹した制度設計となっている点を指摘できる。20年以上前に、「日本の場合はイギリスと違って、利用者負担の側面に関する普遍主義 - 選別主義論が欠落しているということである。すなわち、サービス供給における普遍主義原則の採用に伴って、負担能力に応じてサービスの費用を利用者が負担するという主張が一般化している。」⁽⁷⁾と指摘されていたが、介護保険制度においては、利用者は一律1割を負担することとしたことによって、従来の応能負担は応益負担へと転換され、負担の側面からも普遍主義に徹した制度となった。また、国の責任と役割も明確だった。

第4節 小括

本章で述べてきたように、介護保険制度の導入以前の「要介護者」に対する社会福祉サービスは、福祉の措置として給付されていた。この措置制度の意義は、①国や自治体の責任において、必要な福祉サービスを現物給付するため、公的責任が明確であること、②財源が公費であるため、安定性と継続性が確保されること、③サービス水準の高低はあるにしても、全国共通の水準が確保され、その基準でのサービ

スの提供が保障されたこと、等があげられる。他方、サービスを利用できる者は、緊急性の高い要介護高齢者や低所得者に限定されていた。

これに対して、介護保険制度は、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要支援・要介護と認定された者に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割の負担とする、など、ニードが存在する者についていえば、負担と給付の両面で普遍主義に徹した制度ということができる。

しかし他方で、第2号被保険者は、ニードの判定を受ける際に特定疾病によるニードが受給条件となっており、①（第1号・第2号）被保険者間でニード判定条件が一律でないこと、②（第2号被保険者に関して）保険料負担に対して受給率が低いこと、などの課題も存在する。また、ニード判定基準に関していえば、要介護に可能な限りならないようにする予防給付まで、ニードの対象にする点（要支援）についての議論があまり行われてはこなかった。筆者は、「ニードの存在しない者に対しては給付を行うべきではない」との立場をとるが、介護保険制度におけるニードとは何か、その範囲を明確にしなければ、論者ごとに異なる対象について論議することになり、今後混乱を生じる可能性がある⁽⁸⁾。

(1) 池田省三『介護保険論-福祉の解体と再生』 2011（平成23）年
中央法規 2頁

(2) 伊藤周平『介護保険法と権利保障』 2008（平成20）年 法律文
化社 45頁

(3) 伊藤周平 同上書 50頁

(4) 毎日新聞 1996（平成8）年3月24日 朝刊

(5) 伊藤周平『介護保険 その実像と問題点』 1999（平成11）年 青
木書店 65～67頁

(6) 和田勝編『日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究 介護保

- 除制度の政策過程』 2007（平成 19）年 東洋経済新報社 32 頁
- (7) 平岡公一「普遍主義-選別主義の展開と検討課題」社会保障研究所
編『社会政策の社会学』 1989（平成 1）年 東京大学出版会 95
頁
- (8) 坂田周一「社会政策と租税支出-ティトマス『社会福祉の社会的
分業』60 周年に寄せて-」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』
第 17 号 2015（平成 27）年 47 頁

第IV章 介護保険制度改革の推移とその変容

介護保険法は、5年ごとに見直すこととされており、2005（平成17）年と2011（平成23）年、そして2014（平成26）年に大きな改正が行なわれた。そこで本章では、改正の内容は「利用者本位の仕組み」となっているのか、利用者のサービス選択の保障や権利擁護が十分に行なわれているのか、低所得者の介護サービス利用を費用負担の関係から制限していないか等、社会保険方式採用の趣旨に鑑みて、特別養護老人ホームの事例を中心に、介護保険法の改正内容を「普遍主義」の視点から検討してみたい。すなわち、度重なる改正によって、制度が普遍主義的な性格のものから、選別主義的な性格へと変化している点を、明らかにしたい。

第1節 2005（平成17）年介護保険法改正

（1）背景と経緯

介護保険制度の導入以来、第1号被保険者（65歳以上の被保険者）数は、制度実施1年経過後の2000（平成12）年4月末の2,165万人から、2004（平成16）年6月末の2,459万人へと、294万人（約14%）も増加している（図表4-1）。また、要介護（要支援）認定者数も、2000（平成12）年4月末の218万人から、2004（平成16）年6月末の394万人へと、176万人（約80%）増となっている（図表4-2）。要介護度別に認定者数の状況を把握すると、特に要支援や要介護1など比較的軽度の認定者の構成比が高いとともに、その増加率も非常に大きくなっている。そして、第1号被保険者に占める要支援・要介護認定者の割合は、2000年度の11%から2004年度の15.7%へと増加している。

(図表 4-1) 被保険者数の推移

	2000年4月末	2003年4月末	2004年6月末
被保険者	2,165万人	2,398万人	2,459万人

出典: 社会保障制度審議会資料「介護保険制度の見直しについて」 <http://www.>

[whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1](http://www.whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1) (2017 (平成29) 年2月20日閲覧)

(図表 4-2) 介護認定者数の推移

	2000年4月末	2003年4月末	2004年6月末
認定者数	218万人	348万人	394万人

出典: 社会保障制度審議会資料「介護保険制度の見直しについて」 <http://www.>

[whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1](http://www.whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1) 2017 (平成29) 年2月20日閲覧)

つぎに、介護サービス利用者数は、2000 (平成12) 年度と2004 (平成16) 年度の比較では、全体で72%増、居宅サービスで94%増、施設サービスで27%増の大幅な増加となった(図表4-3)。

(図表 4-3) サービス利用者数の推移

	2000年4月	2001年4月	2002年4月	2004年4月
居宅サービス	97万人	142万人	172万人	231万人
施設サービス	52万人	65万人	69万人	76万人
合計	149万人	207万人	241万人	307万人

出典: 社会保障制度審議会資料「介護保険制度の見直しについて」 <http://www.>

[whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1](http://www.whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1) (2017 (平成29) 年2月20日閲覧)

また、介護保険の総費用は、開始年度(2000年度)の実績値3.6兆円から、2005 (平成17) 年度の予算案では6.7兆円へと、3兆円を超える急激な増加となっている(図表4-4)。しかし、この推移は、介護保険立案段階の将来推計の数字とほぼ一致している。総費用ならびに給付費は、年率10%を超える高い伸びを示しており、これに伴って、第1号被保険者に対する保険料も第1期事業期間(2000年~2002年)から第2期事業期間(2003年~2005年)において、約13%上昇した。受給者1人当たり費用額を2002 (平成

14)年4月審査分と2005(平成17)年4月審査分で比較すると、居宅サービスの費用額が増加する一方、施設サービスの費用額はわずかながら減少していることがわかる。

(図表4-4) 介護費用の推移 (兆円)

	2000年度 (実績)	2001年度 (実績)	2002年度 (実績)	2003年度 (補正後)	2004年度 (予算)	2005年度 (概算要求)
総費用	3.6	4.6	5.2	5.7	6.1	6.7
給付費	3.2	4.1	4.7	5.1	5.5	6

*2000年度は11ヶ月分

出典: 社会保障制度審議会資料「介護保険制度の見直しについて」 <http://www>

[whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1](http://www.whlw.go.jp/singi/2004/09/s0929-1) (2017(平成29)年2月20日閲覧)

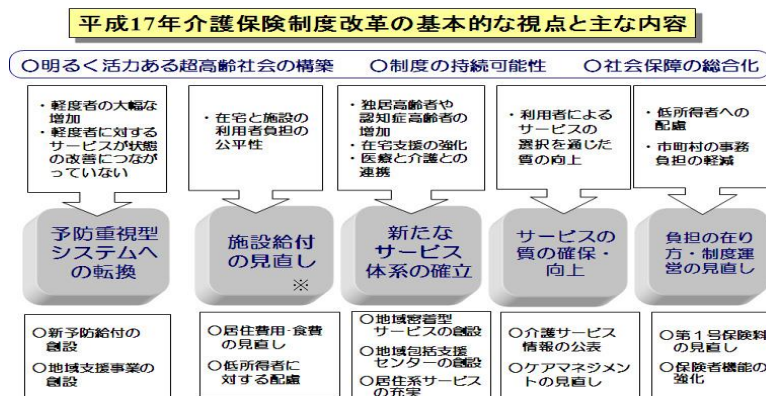
介護保険制度には、施行後5年をめぐりとして、制度全般について再検討を加え、所要の見直しを行なう規定が設置されている。この5年後の制度見直しを検討するため、2004(平成16)年5月に社会保障制度審議会介護保険部会が設置され、議論がスタートすることになった。社会保障審議会における議論は多岐にわたったが、16回にわたる審議を経て、2004(平成16)年7月に「介護保険見直しに関する意見」と題する報告書がまとめられた。その概要は次のとおりである。

まず、「制度見直しの基本的視点」として、①制度の持続可能性、②「明るく活力ある超高齢社会」、③社会保障の総合化、が掲げられた。そのうえで「制度見直しの具体的内容」については、①給付の効率化・重点化、②新たなサービス体系の確立、③サービスの質の確保・向上、④負担のあり方の見直し、⑤制度運営の見直し、等があげられた(図表4-5)。

他方、制度創設時から検討課題とされた「被保険者・受給者の範囲」の問題については、学識者などが主張する被保険者拡大に積極的な意見と経済界などが主張する消極的な意見の両論が対立したままであったため、その部分については今後の継続的な検討課題とされた。この

問題に関する審議会での議論は、9月から再開されたが、意見対立はその後も解消せず、12月10日にとりまとめられた「『被保険者・受給者』の拡大に関する意見」においては、「制度の普遍化の方向を目指すべきであるという意見が多数であった。」としながらも、「介護保険制度の普遍化に関しては、(中略)その可否も含め国民的な合意形成が必要であり、具体的な制度改革案について、できる限り速やかに検討を進め、結論を得ることが求められる。」という内容にとどまった。

(図表4-5)



※平成17年10月施行。他の改正については平成18年4月施行。

出典：厚生労働省「介護保険制度の概要」<http://www.whlw.go.jp/topics/kaigo/>

gaiyo/k2005 (2017(平成29)年2月20日閲覧)

こうした審議会の意見や与党の論議を踏まえ、厚生労働省は、2005(平成17)年2月8日に「介護保険法の一部を改正する法律案」を第162回通常国会に提出した。その内容としては、2004(平成16)年7月の社会保障審議会が提出した「介護保険見直しに関する意見」と題する報告書の内容どおりであった。このほか、「痴呆」の名称が「認知症」へ変更された。また、「被保険者・受給者の範囲」については、附則に、「社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しを併せて検討し、2009(平成21)年度をめどとして所要の措置を講ずるものとする。」旨の規定が置かれた。

改正法案は、2005(平成17)年3月22日の衆議院本会議で趣旨説明が行なわれ、25日に衆議院厚生労働委員会に付託され審議が行なわれた結果、一部を修正のうえ5月10日に衆議院本会議において、自民・公明・民主の賛成多数によって可決された。その後、5月11日に参議院本会議で趣旨説明、12日に参議院厚生労働委員会に付託され審議が行なわれ、6月22日参議院本会議において、自民・公明・民主の賛成多数によって可決される。

(2) 主な改正点—特別養護老人ホーム関連を中心に

2005(平成17)年改正で、施設の住居費・食費が利用者負担となると同時に、低所得者への配慮措置として補足給付制度がもうけられた。また、2005(平成17)年9月には、生活保護受給者の個室入所に関しては、厚生労働省から「保護費で対応しなくても入所が可能な場合については、入所を認めて差し支えない」とする通知が発せられた(社援保第0930002号)。これは「もし、保護費を使うのであれば入所を認めない」という意味であり、事実上、生活保護受給者を個室入所の対象外としたものである⁽¹⁾。

生活保護受給者の個室入所の問題は置くとして、低所得者への配慮自体は必要である。しかし、部分的とはいえそこに介護保険料財源が投入されていることは、利用者負担が応能負担化することを意味し、その点では問題があろう。厚生労働省の「介護保険制度改正の概要」によれば、ドイツ・イギリス・アメリカ・スウェーデン・デンマークの事例を紹介し、住居費・食費を個人負担とするための根拠資料としているが、その事例でも低所得者への対策としては、全ての国において公費となっている点が紹介されている(図表4-6)。本来、このような福祉的措置は公費を財源として行なうべきであり、保険制度として行なう給付は保険の原則に沿った給付に限定されるというのが筋論であろう。そして、その原則に抛りがたい部分は、公費による福祉的措置で対応するという、役割分担を明確にすることが介護保険制度の理

念遵守と制度維持にとって重要である⁽²⁾。

(図表 4-6) 施設入所者の利用者負担 (欧米諸国)

ドイツ	イギリス	フランス	スウェーデン	アメリカ
居住費・食費、給付限度額を超える部分は、自己負担が原則。	施設入所については、一定上の所得・資産を有するものは全額自己負担。	施設における居住費・食費は自己負担が原則。	施設における居住費・食費は自己負担が原則。	メディケアでは一定期間しか支給されず期間経過後は全額自己負担。
低所得者については、州の社会扶助(公費)が支給される。	低所得者については、サービスに要する費用の全部又は一部を地方自治体が負担。	低所得者については社会扶助から支給。	低所得者には家賃補助等を支給。	自己負担できないと認められる場合はメディケイトで対応。

出典：厚生労働省「介護保険制度改革の概要 - 介護保険法改正と介護報酬改定 -」 <http://www.whlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603> (2017(平成29)年2月20日閲覧)

本論文がとりわけ焦点を当てる特別養護老人ホーム(以下「特養」と略記する)にあって、介護保険制度の改正と同様に重要な懸案は、2002(平成14)年度から推進されている個室ユニットケアの問題であった。ユニットケアは、故外山義教授がスウェーデンにおける取組を参考に、高齢者が自らの個としての尊厳を守りながら集団で生活する方法として提唱されたもので、個室ユニットケアは、憲法第25条の「健康で文化的な最低限の生活」を保障すると同時に、憲法第13条の「個人の尊重」の理念にも立脚している仕組みである⁽³⁾。個室ユニットケアの導入は、ケアの側面からすれば納得できるものである。しかし、利用者の選択によってサービスが受けられる利用者本位の介護保険制度を打ち出すのであれば、低所得者に対する所得保障が担保されなければ、個室ユニットは支払能力のあるものだけの限定的施設となってしまう、制度の理念を侵害するものとなる。

池田は『介護保険論』において、「要介護高齢者の急増に驚愕して、高齢者の尊厳を踏みにじるように多床室型特養の建設に走ろうとする自治体があるが、すべてを国家(行政)に求めるというパターンリズムの体質である。」と論じるが、そうとも言い切れないところがある。なぜなら、後述するように、実践の場では経済的理由で利用者がサー

ビス提供者から選別を受けており、個室入所が難しい中で、やむを得ず多床室の建設を進めているのであって、むしろ誰でもが個室に入所できないことのほうが非難されるべきである。

スウェーデンでは主要な高齢者の「特別な住宅」(介護が必要な高齢者のための介護サービス付き住宅であり、老人ホームに代わって導入されたもの)について、社会サービス法により「全ての利用料を支払った後、生活費が残らなければならないこと」を制限事項の一つとして位置づけ、実際に介護費用や住宅家賃を徴収したあとに一定額の最低費用額が入所者の手元に残るように公費負担が導入されている⁽⁴⁾。また、デンマークにおいても、高齢者住宅・プライエボーリ(老人ホームの建設が中止されて以降の介護の必要な高齢者のためのケア付き住宅)を利用する高齢者には家賃補助があり、収入が年金のみであっても必要な費用を支払った後、収入の15%程度が手元に残るように配慮されている。入居時には家賃の3～4ヵ月分の一時金(Inskud)を支払うが、これについても公的貸与制度がある⁽⁵⁾。

介護保険制度の改正は、高齢者介護の環境変化のみならず、民営化・規制改革・財政改革などを柱とした、2001(平成13)年7月の「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」(いわゆる「骨太の方針」)の影響を受けることとなった。この「骨太の方針」は、日本経済の再生シナリオとして、社会経済システム全般にわたる構造改革の必要性を指摘し、この中には、①民営化・規制改革、②チャレンジャー支援、③保険機能強化、④知的財産倍増、⑤生活維新、⑥地方自立・活性化、⑦財政改革、の7つの改革プログラムが盛り込まれた。社会保障に対しても、制度の持続性を高める観点から、民営化・規制改革・競争原理の導入による構造改革をめざすとされた。また、財政改革では、プライマリーバランスの黒字化を目標に、歳出削減策として、2001(平成13)年から2005(平成17)年の5年間で1.1兆円の社会保障費を抑制する方針が採られたのである。

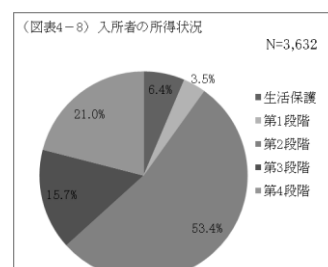
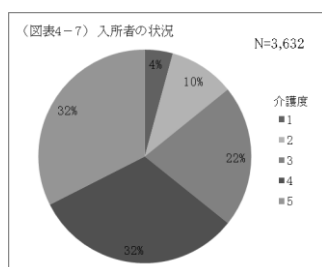
第2節 特別養護老人ホーム利用者の現状

(1) 福岡県内の特別養護老人ホームアンケート調査結果から

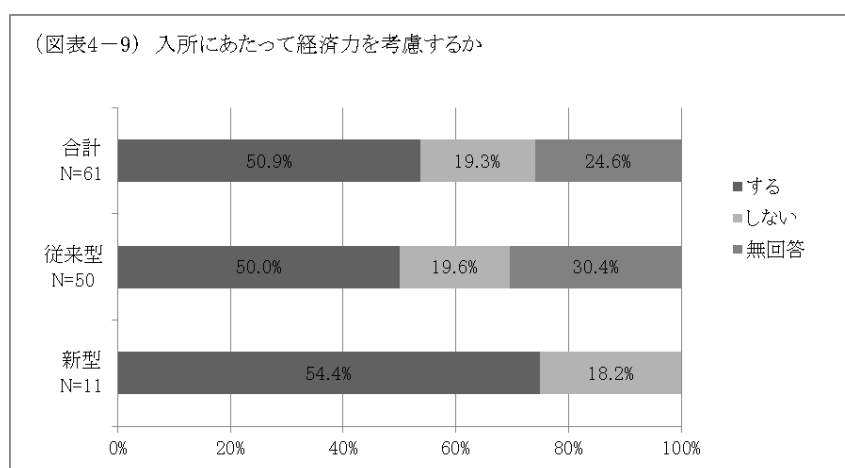
本節では、主として、「特養」における給付と利用者負担の現状をとりあげ、2005（平成17）年介護保険制度の改正と2002（平成14）年からの個室ユニット化推進によって、普遍主義がどのように変貌したかを明らかにする。アンケート調査は、利用状況と個人負担を中心に行なった。また、本論文の契機が、「利用者の選択権が保障されているはずの介護保険制度において、利用者が選別を受けているのではないか。」という問題意識であることから、これに沿って、選択と選別の視点を中心に分析を行なった。

具体的には、2010（平成22）年度九州社会福祉施設名簿（九州老人福祉施設協議会発行）から、福岡県内205施設の特養に郵送でアンケート調査を行い、62施設（回収率30.2%）から回答を得た。調査期間は、2011（平成23）年6月20日から同年7月31日までである。その結果は以下の通りである。

今回の調査において、入所者の平均要介護度は3.8で、重度者（要介護4、5）が全体の64.3%を占めており（図表4-7）、特養入所者が重度化していることが明らかとなった。また、経済的な状況については、負担軽減対象者が全体の79%を占め、特養入所者には低所得者層が多いことがわかる（図表4-8）。これらの諸点に基づき、サービス提供者と利用者との関係について、介護保険法によって保障された選択権が行使できているかどうかについて、事実関係を検証することにしたい。



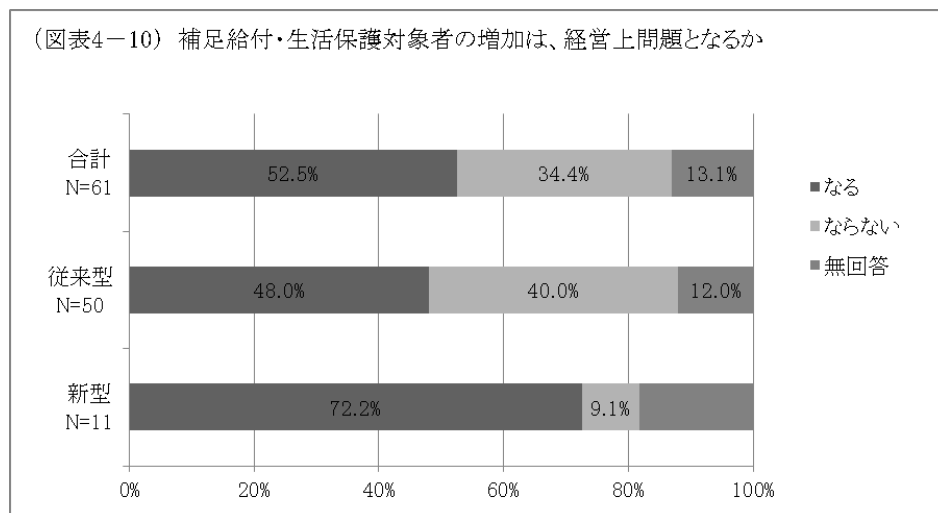
まず今回の調査において、サービス提供者による利用者に対する逆選択の存在が明らかになった。介護保険制度導入にあたって、「利用者は、本人の意思によって自由にサービスが選択できる」と謳われていたが、現実的には、新型特養で81.8%、従来型特養を含めても63.9%の施設において経済的理由によって、サービス提供者による選別が行われているのである（図表4-9）。では、サービス提供者による選別を防止するためにどのような対策が考えられるのであろうか。



特養の入所にあたっては、施設ごとに決定された「入所順位表」によって、入所者が決定されることとなっている。入所順位は、「優先順位決定基準」にもとづいて、第三者を含めた施設ごとの入所判定委員会において決められており、その優先順位に従って入所者が決定される。「優先順位決定基準」は、不適切な裁量が行使される余地をできるだけ少なくするために設けられたものであり、同基準に入所希望者の経済的理由は含まれていない。

福岡県では、入所判定会議において入所順位決定後、「入所順位表」を福岡県高齢者支援課まで報告することとなっている。しかし、あくまでも「入所順位表」の提出であり、その後の履行状況がその通りに行われているかどうかについては、監督官庁が関与することはない。

したがって、もし入所にあたり、低所得者が経済的理由によって選別を受けているような事態があるとすれば、そのような事態にならないように、監督官庁は、「入所順位表」の履行状況を把握し、もし、それに従った入所決定が行われていないとすれば、これを正すように指導する必要がある。そうすることによって、低所得者が不利益を受けるのを防ぐことができる。また、もう一つの手立てとして、「入所順位表」の公開がある。「入所順位表」の情報を公開することによって、非対称情報による影響力の存在を弱めることができる。ただし、「入所順位表」には、公開するには不適切な情報も含まれており、公開する内容や方法は慎重に検討されるべきである。



次に明らかになったのは、補足給付の問題である。入居者の80%強が、第3段階までの低所得者であり補足給付の対象者である（図表4-8）。補足給付は、もともとは、介護保険法改正によって、住居費と食費が保険給付の対象外となったため、低所得者を救済する目的で設置された。そもそも、介護保険は、「要介護」という保険事故への備えとして、負担と給付が明確であり、一律1割負担であるという応益負担であるため、普遍主義的であるといわれてきた。しかし、補足給付は、低所得者への救済策として設けられたので、これによって負担

と給付にアンバランスが生じ、この点については応能負担化していると言わざるをえない。また、補足給付には、基準額が設定されており、基準額を上回るものについては施設負担となることから、前述のとおり、施設による選別が行われている。

結城は、「本来介護保険は『社会保険』であって、純粋な『福祉制度』や『保健制度（老人保健制度）』ではない。しかし、年々、そうした『老人福祉』『保健制度』といった機能や役割は介護保険制度に統合されてゆき、それが高齢者施策の大部分を担うものとなっている。典型的な事例が、特別養護老人ホームにおける『補足給付』や『地域包括支援センター』『介護予防』である。これらは本来『老人福祉制度（低所得者対策）』であり、『保健制度』としてあるべきシステムである。」⁽⁶⁾と指摘している。

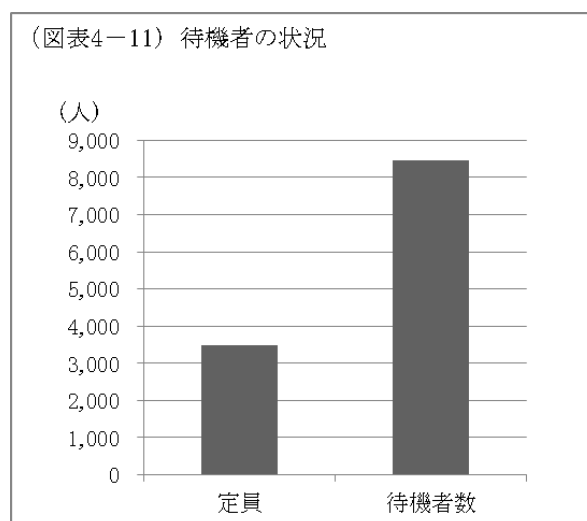
介護保険制度における補足給付は、ほかの方法よりも現実的であるため、この制度は仕方がないのではないかとする議論もある。この場合、ティトマスの配分原理の重層化によって選別主義と普遍主義のそれぞれの限界の克服をめざすという提案が、重要な意味を持つてくる⁽⁷⁾。すなわち、介護保険制度が本来責任をもつべき範疇から外れたものに対しては、選別主義といわれる制度を、たとえば「生活保護」や「老人福祉制度」を、介護保険制度の上に積み重ねていき、それらを含めて全体としてサービス供給を確保し、配分の有効性を高めていくことが重要である、とする提案である。こうした提案によれば、費用負担限度対象となる第1～3段階については、介護保険から事業者側に「補足給付」が支払われる。補足給付の額は、あらかじめ定められた「基準費用」から入所者の自己負担分を差し引いた額である。

介護保険からの補足給付は法的に一定額に抑えられているので、実際にはそれ以上の費用が必要となる場合には、特養は自動的に持ち出しを余儀なくされるのであって、その結果、食費と住居費に関しては赤字となることが避けられない。特養への入所者は施設側と入所者との契約を原則としているが、実際にはここに市場原理は働いていない。

すなわち、特養の経営上、食費と住居費に関してはサービスの向上という要請が働くのであり、ここを安くあげることで利益を確保することはできない。生活保護受給者に対する特養の経営数値は赤字となることがあらかじめ決まっているといっている。

介護保険制度は、利用者の選択権を保障するものとしてスタートしたにもかかわらず、制度改正により食費と住居費を保険給付対象外としたことによって、応益負担から応能負担へと変貌したといっている。また、こうした介護保険制度の変容は、前述のように、現実には施設からの逆選択を生み出すことになった。経営の継続のために、半数以上の施設が、利用者を選別せざるをえない状況が生まれているのである（図表4-9）。

いまや、特養の待機者は、定員の2.4倍に達しており、措置時代と同様に、サービス提供量の不足は明らかであり、サービス提供量の不足が、特養における逆選択の背景要因にもなっている（図表4-11）。また、福岡県における措置入所者は、2000（平成12）年4月から2011（平成23）年3月までの11年間で、13施設37名であった（図表4-12）。



(図表4-12) 2000年以降の措置入所受入実績

	施設数	人数
新型	1	1
従来型	12	36
合計	13	37

福岡県では、2011（平成23）年10月1日現在の住民基本台帳に基づく65歳以上の高齢者が、110万人を超えている。この高齢者の人たちは、アンケート結果をみてどう思うであろうか。本来、低所得者に対する福祉の措置として市町村が対処すべき事柄を、現在のところ、介護保険制度で対応しているのではないかという疑念を抱くのではないか。介護保険制度と福祉の措置制度の関係が、運用面で曖昧になっているため、公的責任の果たし方という点で問題があるのではないかという疑問を抱かざるを得ない。

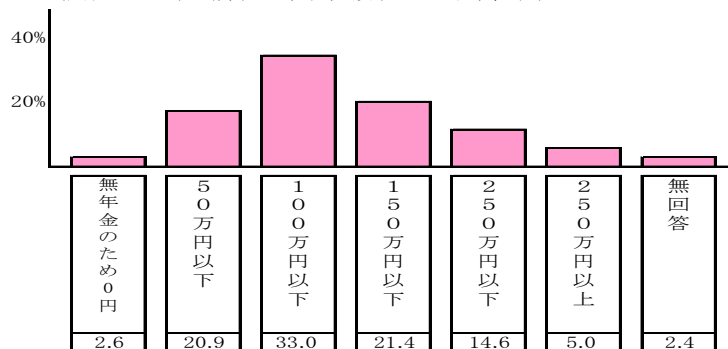
（2）利用者負担の在り方

要介護者および家族等の経済状態と、本来利用すべき介護サービスとの相関関係については、今回調査できなかったが、2010（平成22）年3月に全国社会福祉協議会から発行された「要介護者の状況に応じた適切なサービスの提供と利用者負担の在り方についての調査研究報告書」が、この点についての詳細な調査報告を行なっている。ここから、特養入所者の経済状況と負担に関する部分を抽出すると、以下とおりである。

①入所者の年収総額の分布は、年収100万円以下が56.5%であり、収入の種類では国民年金が64.5%で、受給額が少ない入所者が多い（図表4-13、14）。

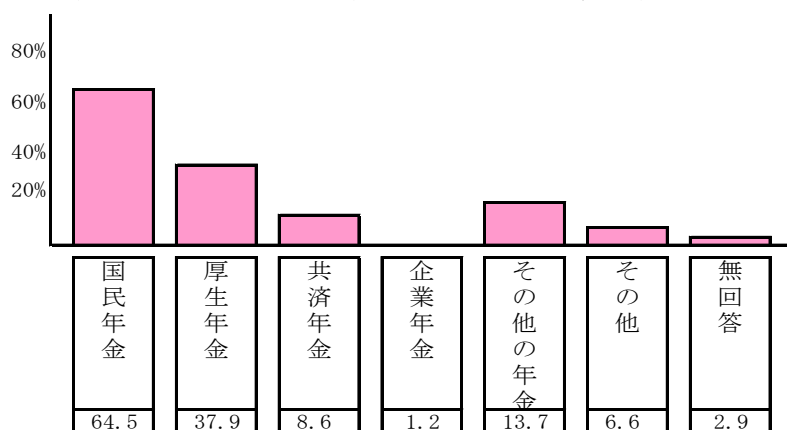
②入所者の77.7%が世帯分離をしている（図表4-15）。入所費用全額を賄えるのは全体の7割で、入所者の収入では不足が生じる3割のケースのうち、家族・親戚等の補助を受けている比率は86.4%である。

(図表4-13) 入所者の年収総額(N=2249/単位%)



出典：要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担の在り方について調査研究報告書 2010年 全国社会福祉協議会 10頁

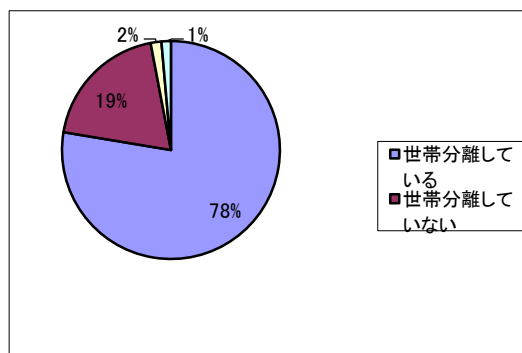
(図表4-14) 収入の種類(N=224)



出典：要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担の在り方調査研究報告書 2010年 全国社会福祉協議会 10頁

このことから、特養入所者の経済状態は低水準であることがわかる。被用者年金を受給しているものは多くなく、老齢基礎年金が生活の糧であるものが多数である。したがって、特養入所者の住居費・食費が自己負担となってしまうと、施設利用の継続が困難と思われる者、あるいは、生活保護受給を求めなければ生活破綻をきたすと想定される者が多くなることが推測される。

(図表 4-15) 世帯分離の有無 (N=2249)



出典：要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担の
在り方に関する調査研究報告書 全国社会福祉協議会 12頁

次に世帯分離の実態について検証してみると、特養入所者においては、高齢者自身の収入の低さから、入所を契機に世帯分離をし、補足給付の対象となるケースが多い。いわば経済的問題から、実際に希望するか否かを問わず住民票上の世帯分離が行なわれているわけであるが、これは、世帯・家族のあり方からすれば、望ましいとはいえない。住民基本台帳法の規定からすれば、特養に入所して、そこに生活の本拠を設けるのであれば、本人のみ住民票を移して、世帯分離するのは当然かもしれない。しかし、このとき、施設入所の費用や生活費を、本人と家族とで工面しあっているのであれば、生計の同一性の観点から、本人の住所と家族を分けて世帯分離をするのは適当ではない。

いずれにしても、こうした観点を度外視して、補足給付のみを目的として、世帯分離を行なわなければならないことが数多く生じている実態には、問題がある。いうまでもなく、これは、補足給付が世帯収入を基準としていることに起因する。介護保険制度では、被保険者は個人を単位にしている。しかし、保険料の負担や補足給付の有無・給付額は、世帯収入をもとに算定されることになっている。ここに矛盾があり、それが補足給付の受給のためだけに世帯分離が行なわれる要因になっている。本来は、個人を単位に被保険者を規定する原則がある

のであれば、補足給付についても、個人の収入をもとに判断がなされるべきであろう。

また、施設入所にかかる費用を家族または親戚が補填しているケースも多いことも明らかとなった。実際には、家族の生活を犠牲にしながら、介護サービス費用を負担しているという、介護保険の理念とは相反する事態となっているケースが少なくないのである。

これらの問題に対する今後の方策として、家族の経済的負担を求めなくても特養の利用が可能となるような条件整備を検討する必要があるだろう。このとき基本となる考え方として、被用者年金受給者をモデルとするのではなく、前述のように、老齢基礎年金のみの受給者が多数存在するという現状を前提にして、基礎年金受給者をモデルとした条件整備をすることが必要である。

第3節 2011（平成23）年介護保険法改正と介護報酬改定

2011（平成23）6月22日に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され、これによって、介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法などの一連の法律が改定された。介護療養病床の廃止期限（2012（平成24）年3月末）を猶予することと、介護福祉士の資格取得方法の見直し（2012（平成24）年4月実施予定）を延期する事項については、公布日施行とされ、その他の項目については、2012（平成24）年4月1日施行となった。政府は、今回の改正により「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される『地域包括ケアシステム』の実現に向けた取組を進める。」と説明している。

前回の改正によって普遍主義であったはずの介護保険制度が、選別主義化して、公的責任が希薄化していることを指摘した。そこで、今回の改正についても、普遍主義がどのように変化したのか（あるいは、しなかったのか）という点について検証してみたい。この改正は、厚

生労働省の概要説明によれば、①医療と介護の連携強化、②介護人材の確保とサービスの質の向上、③高齢者の住まいの整備等、④認知症対策の推進、⑤保険者機能の充実、⑥保険料の上昇の緩和、の6点とされている。この節では、特に、①政府が今回改正の目玉とする「地域包括ケアシステム」に関連した「単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスの創設」、②「保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする」こと、③介護報酬の改定（特別養護老人ホームを中心に）の3つの事項について、普遍主義の観点から検討することとする。

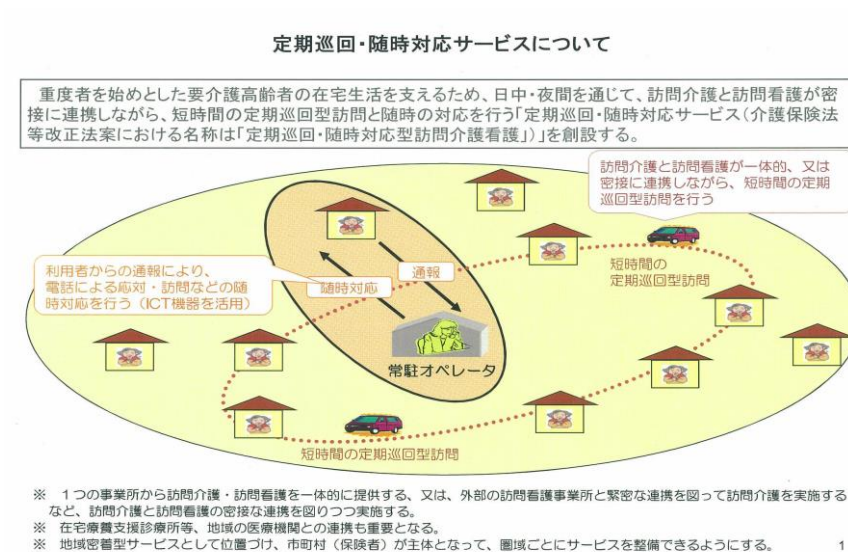
（1）定期巡回・随時対応型訪問看護介護

今回の改正で「地域包括ケアを支える基礎的サービス」として新たに登場したのが、「定期巡回・随時対応型訪問看護介護」である（図表4-16）。このサービスは、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が緊密に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行なう「定期巡回・随時対応サービス」である。さらにこのサービスは、一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」と、事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」の二つの類型に分類される

今回の改正で創設された「定期巡回・随時対応型」など、地域密着型サービスについては、自由参入の原則から「公募・選考」による指定が可能である、と変更された。一定の地域を丸ごと特定の事業者任せ、移動コストの縮減や利用者確保を図るための措置といえる。また、普及のため必要であると市町村が判断した場合、都道府県知事が行なう訪問介護事業者等の指定に制限をかける「事前協議制」も導入された。介護報酬については、要介護1から要介護5の要介護者を対象として、「包括定額払い」となっており、訪問回数の最低基準等の制

限はないため、定額払いとなれば訪問回数を減らすような事態も生じかねない。「定期巡回・随時対応型」を利用した場合、同種の既存サービスである訪問介護、訪問看護は利用できないこととなっている。

(図表 4 - 1 6)

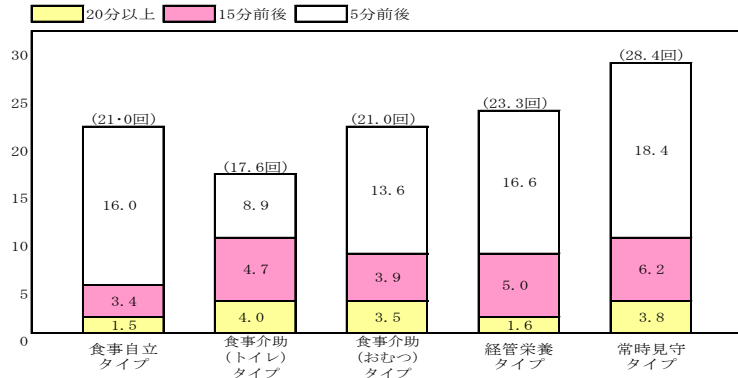


出典：厚生労働省「定期巡回・随時対応サービスについて」 [http://whlw.go.jp/file/06-](http://whlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf)

[Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf](http://whlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf) (2017(平成29)年2月20日閲覧)

改正の趣旨は「重度者をはじめ要介護高齢者の在宅生活を支えるため」としているが、「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書」によれば、特養におけるサービス提供回数は、1人の要介護者に対し、1日当たり17.6回～28.4回である(図表4-17)。そうであれば、重度の在宅要介護者については、大方一時間に1回の訪問介護あるいは訪問看護が必要であると予測されるため、はたして「包括定額払い」のシステムで、重度の単身者に対する十分な介護サービスの提供が可能であろうか。特に、自宅での食事介助や入浴介助など手間と時間がかかる介護や、日常生活に欠かせない家事を担う生活援助は、訪問介護のヘルパーでこそ提供できるものではないだろうか。

(図表4-17) タイプ別のケア提供回数全時間帯 (1回の単位時間別集計)



出典：日下部雅喜『改正介護保険緊急解説』 2011年 日本機関紙出版センター 23頁

在宅において、要介護者が訪問介護をはじめ多様な種類のサービスを様々な事業者から選択できることこそが、介護保険制度の理念であったはずである。一定の地域を丸ごと特定の事業者任せるということは、利用者にとって事業者を選択する余地がないことを意味する。介護保険制度は、市場原理の導入によって、サービス供給量が大きく増加したことはわかる。しかし、そうであれば、今回の改正のようにわざわざ新たな事業を設ける必要はなく、定期巡回加算あるいは随時対応加算として現在の事業所に介護報酬として加算すれば事足りるのではなかったか。加算をつけることによって、利用者は選択の幅が広がるであろうし、事業者間で競争することによってサービスの向上も図られる。くわえて、市町村による市場原理への介入も防止できるのではないだろうか。

高齢者介護や福祉においては、実践の場においてニーズの高いものや真に実践できるものを制度化することが重要であり、制度を複雑化したり、実践の場で大きな疑問が生じたりするような制度（事業）を新たに創設すべきではない。

(2) 予防給付と生活支援サービスの総合化

今後の在宅サービスの現場に大きな影響を与えると思われるもう一つの改正が、「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」

と略記する)である。これは、厚生労働省の説明では、「市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設。事業を導入した市町村においては、地域包括支援センターが利用者の状態や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断する。」とし、「利用者の状態や意向に応じて、介護予防、生活支援（配食、見守り等）、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供する。」としている。

この「総合事業」を導入するかどうかは市町村の判断とされ、その運営基準や給付額、利用料も市町村の決定に委ねられている。また、「総合事業」を実施する場合は、

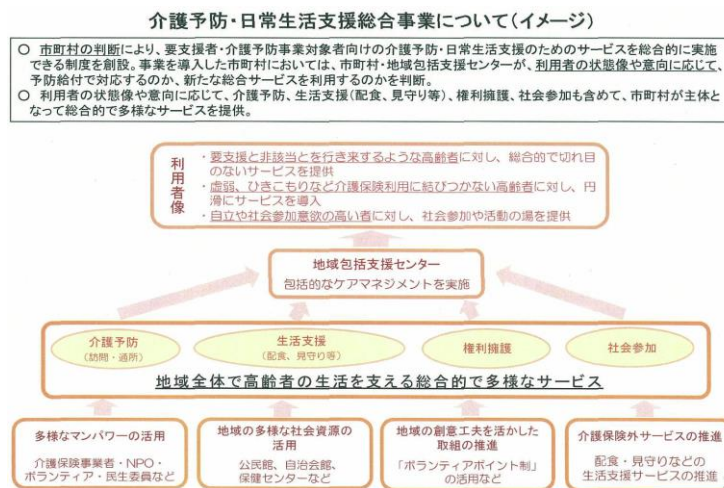
- ① 居宅要支援被保険者に対して、介護予防サービス等のうち市町村の定めるもの（介護予防サービスを受けている要支援者は同じ種類のサービスは除く）を行なう事業。
- ② 被保険者（第1号被保険者及び要支援者である第2号被保険者に限る）の地域での自立した日常生活の支援のための事業であって、介護予防事業及び①の事業と一体的に行なわれる場合に効果があると認められるもの。
- ③ 要支援者（介護予防支援を受けているものを除く）に対し、①、②の事業等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行なう事業。

の3点を一括して行なうことが要件とされている。

介護保険制度のもとでは、保険料を負担することによって、介護事故が発生した場合は被保険者の自由な選択によって介護サービスを受けることができるとされてきた。従って、要支援と判定された場合は、ケアプランにもとづき、介護保険給付で介護予防訪問介護や介護予防通所介護を利用することができた。しかし、「総合事業」においては、利用者がメニューの選択をすることが不可能となる。対象となる要支援者は「市町村・地域包括支援センターにおいて、本人の意向を最大限

尊重しつつ、利用者の状態に応じて、適切なケアマネジメントにもとづき判断する。」とされており、最終的には市町村・地域包括支援センターがサービス内容を決定することになっており、利用者に選択権はない。しかも、「総合事業」は地域支援事業に位置づけられており、保険給付ではないため、①介護予防事業の介護予防プランが不要になること、②ケアプラン料が保険給付となっていないことなどを考えると、現在の要支援者に対するようなケアマネジメントが保障される可能性は少ない。結局は、これまで要支援認定者が利用してきた介護予防訪問介護や介護予防通所介護を、これからは自立・非該当高齢者が利用する訪問サービスや通所サービス等の地域支援事業に移し替えるというだけのことであり、単なる給付削減策ではないかという疑念だけが残る。

(図表 4 - 1 8)



出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて」 <http://www.whlw/go.jp/file/06-seisakujouhou-1230000-Roukenkyoku/0000088323.pptx> (2017(平成 29)年 月 20 日 閲覧)

また、2012年(平成24)年3月13日の厚生労働省老健局長の都道府県知事宛通達によれば、事業の構成について、「総合事業は、要支援者及び二次予防事業対象者(第一号被保険者のうち要介護者又は

要支援者以外の者であって、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められるものをいう。以下同じ。)に係る事業並びに一次予防に係る事業により構成すること。」とされている。このことは、健康な65歳以上の高齢者ができるだけ要支援・要介護にならないような健康のための維持事業を、介護保険で行なうというものである。

介護保険の理念は、要支援・要介護状態になっても、安心して生活できるようにすることであって、そのために被保険者は保険料を支払っているのである。高齢者の健康増進事業は、あくまでも公衆衛生の分野であり公的責任で行なうべき事業であろう。先にも指摘したが、本来公的責任において行なわれるべき高齢者福祉事業が介護保険法のなかに流入するという方向が、今回の改正においても促進されているといえる。

介護保険制度が依拠する普遍主義の原則とは、主に、①所得や扶養関係、社会環境によって利用者の選別をおこなわないこと、②サービスの内容と量については、利用者本人の決定に委ねること、③費用負担については、原則一律1割利用料徴収とし、所得で選別する応能負担をとらないこと、の3点を意味する。「介護予防・日常生活支援事業」においては、利用の決定権は市町村・地域包括支援センターにあり、この点だけを見ても、介護保険制度導入時の「利用者本位・利用者の選択権保障」を侵害するものであり、ややもすると措置制度への回帰とも受け取られかねない。

(3) 介護報酬の改定—特別養護老人ホームを中心に

介護報酬は、3年ごとの見直しが決まっており、2012(平成24年)4月1日実施分については、1.2%のプラス改定とされているが、介護職員処遇改善交付金相当分の2%を差し引くと「マイナス0.8%改定」となっている。特養については、ユニット型個室を推進する政策的な観点も踏まえ、特に多床室の基本単位が引き下げられた(図表4-19)。

(図表4-19) 介護福祉施設サービス費の改定

改正前	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室	589	660	730	801	871
多床室	651	722	792	863	933
多床室(新規): 2012年4月以降新設施設					
ユニット型個室	669	740	810	881	941
ユニット型準個室	669	740	810	881	941
改正後	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室	577	647	719	789	858
多床室	630	699	770	839	907
多床室(新規): 2012年4月以降新設施設	623	691	762	831	898
ユニット型個室	659	729	802	872	941
ユニット型準個室	659	729	802	872	941
増減	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室	▲12	▲13	▲12	▲12	▲12
多床室	▲21	▲23	▲22	▲24	▲26
多床室(新規): 2012年4月以降新設施設					
ユニット型個室	▲10	▲11	▲8	▲9	0
ユニット型準個室	▲10	▲11	▲8	▲9	0

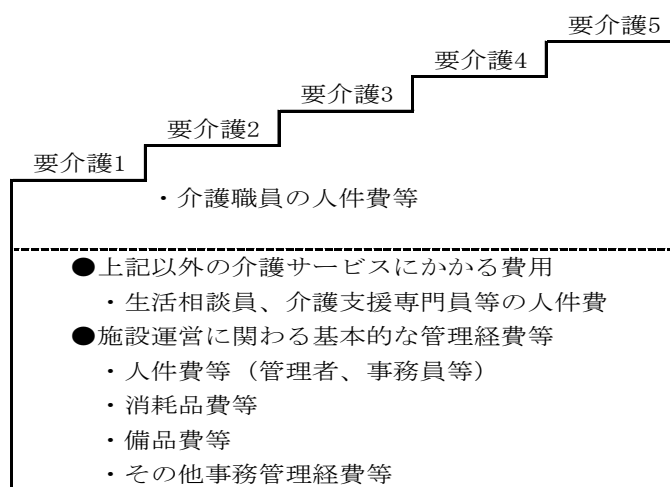
出典: 筆者作成

たとえば要介護5の場合をみると、2012(平成24)年4月1日以前に整備された施設では、1日当りの単位数は26単位減の907単位となった。一方、従来型個室では13単位低い858単位、ユニット型個室及びユニット型準個室では単位数の増減はなく、941単位となっている。また、2012(平成24)年4月1日以降に開設する多床室を対象とする「介護福祉施設サービス費(Ⅲ)」が創設された。これは、ユニット型個室を推進する政策的な観点から、単位数をより低く設定したものである。なお、社会保障審議会介護給付分科会では、単位数の設定に関しては、多床室には室料分も報酬に含まれるとして、建設工事費が下がっている状況や収支差率なども勘案した議論がなされ、今回の決定に至っている。

介護報酬については、①事業者が利用者(要介護者又は要支援者)に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われる報酬のことをいう、②介護報酬は、介護サービスの種類ごとに、サービスの内容又は要介護度、事業所・施設の所在地に応じた平均的な費用を勘案して決定する、③介護報酬の基準額は、介護保険上、

厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いてさだめる、と定義されている⁽¹⁰⁾。また、特養における介護報酬設定のイメージは、介護度に応じて変動する介護職員・看護職員の人件費等と、固定的な介護サービスにかかる費用と施設運営に関わる基本的な管理経費等で構成されている（図表4-20）。

（図表4-20）施設サービスの介護報酬設定のイメージ



出典：「第1回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」資料

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/s1005-4.html>（2017（平成29）年2月20日閲覧）

今回の改正を上述の基準に照らして検証してみよう。まず、2012（平成24）年4月1日を境に、多床室の報酬の単位数は異なっている。一般的には運営基準が同じであるならば、同一のサービスが行なわれるから、単位数も同じでなければならない。たとえ介護報酬の基準額は、厚生労働大臣が審議会の意見を聴いて定めるとしても、多床室の建設を抑制し、ユニット型個室の建設を推進したいからといって、今後建設される多床室の単位数を下げるというのであれば、介護保険制度の根幹である介護報酬への信頼を大きく損なうことになる。利用者からみた場合、運営基準が同じで部屋構成も同じであるにもかかわらず、建設時期が違うだけで負担額が異なるのでは公平感にかけるといわざるをえない。制度の持続性を謳うのであれば、まずもって制

度の信頼を裏切るような改正を行なわないようにすることである。

次に、多床室だけが大幅な報酬減となった理由として、介護報酬には室料分も含まれるとしているが、もしそうであれば室料分を介護報酬から除外し住居費として利用者負担としたうえで、改めて単位数を提示すべきであろう。なぜならば、介護報酬の考え方は、あくまでも定義にあるように介護度に応じて変動する介護職員・看護職員の人件費等と、固定的な介護サービスにかかる費用と施設運営に関わる基本的な管理経費等で構成されているからである。ここにも、ユニット型個室推進の考えかたが反映されているのではないか。

介護給付分科会において、特養の収支差率が高いから（要するに特養は儲けているから）介護報酬を下げるべきであろうという議論があったが、厚生労働省は、介護保険制度導入時には「経営の効率化」、すなわち施設がやり方を工夫して利益をあげるような努力を促したのではないか。収支差額率が高いことが要因で介護報酬の引き下げが行なわれるのであれば、サービス提供者の経営効率化意欲は損なわれるであろう。そして、収支差率によって介護報酬が左右されるのであれば、厚生労働省は定員別・設立年次別・イニシャルコスト別等の適正収支差率を提示すべきである。

いずれにしても、これまでの介護報酬の改定や制度の改正をみると、介護保険財政の抑制を背景にした制度の複雑化という外装整備だけが目立ち、制度がかかえる基本的な問題が議論されずに放置されたままになっていると言わざるをえない。

第4節 2014（平成26）年介護保険法改正

厚生労働省は、2014（平成26）年3月25日に特養への入所を希望している待機者が、3月の集計で約52万7千人に上ったと発表した。そのうち入所の必要性が高い要介護4及び5は21万8千人で、また在宅の申込者は約8万6千人となっている。また、食事や排せつに介助が必要な要介護3～5の中重度者は34万4千人で、待機

者全体の3分の2を占めている。

待機者の数は、2009（平成21）年12月の前回集計よりわずか5年間で約10万人増えたことになる。入所者数の枠は、2009（平成21）年時点から7万4800人分増えてはいるが、それ以上に待機者が増えた格好となっているのである。高齢化が急速に進行するなか、政府は、施設入所から在宅介護への移行を促しているが、特養での介護を望む家族や高齢者がいまだに多い点を考慮すると、在宅介護が十分ではなく、とてもこのままでは在宅で介護するのに必要なニーズを満たすことができていないと高齢者も家族も考えていることが示された。政府が進める施策と高齢者や家族が望んでいることとのギャップが、浮き彫りとなった格好である。

このような状況下、2014（平成26）年6月18日に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下「医療・介護総合確保推進法」と略記する）が可決された。野党からは、法案が多数の法律を束ねていることについて、国会軽視だとする批判が衆参両院で噴出し、また参議院では配布資料にミスが出て審議日程が遅れる事態となり、厚生労働省が糾弾される場面もあったが、最終的には22項目にも及ぶ附帯決議をつけて法案は成立となった⁽⁹⁾。

制定当初より、介護保険法附則第2条は、施行後5年をめどに、障害者福祉施策や医療保険制度との整合性などを勘案して、被保険者・保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容・水準、保険料負担の在り方など、制度全般にわたる「必要な見直し等の措置」を行うと定めている。今回の介護保険法の改正も、この見直し規定にもとづくものであるが、たとえ「他の制度との整合性を勘案して制度の見直しを図る」目的をもっていても、多数の法律の関連部分を集めて束ねたような法案の形式をとっていることについては、法律個々の条文の審議が十分なされていないのではないかという疑念が残る。国会でこの点についての批判が噴出したことも理解できよう。

医療・介護総合確保推進法成立までの経過を若干遡ってみると、2013（平成25）年12月5日に、概ね2017（平成29）年までの社会保障制度改革の道筋が定められたプログラム法案（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」）が策定された。プログラム法案における介護保険制度に関する記述については、①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し、②要支援者への支援の見直し、③一定以上の所得を有する者への利用者負担の見直し、④補足給付についての資産を勘案する等の見直し、⑤施設サービス受給者の支給対象の見直し、⑥低所得者の保険料負担の軽減等の事項について検討し（法第5条2）、その措置は2015（平成27）年を目途に講ずるとしている。そして、そのための法律案を、2014（平成26）年の通常国会に提出するとしている（法第5条3）。社会保障審議会介護保険部会は、これらの項目について検討した結果を「介護保険制度の見直しに関する意見」として2013（平成25）年12月20日に提出した。本法案は、この意見に沿った内容となっている。

医療・介護総合確保推進法のうち、介護保険法の一部改正については、①居宅サービス等の見直しに関する事項、②施設サービス等の見直しに関する事項、③費用負担の見直しに関する事項、④地域支援事業の見直しに関する事項、⑤介護保険事業計画の見直しに関する事項、などがある。改正の趣旨説明では、「高齢化の進展に伴い、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加が見込まれる中、急性期の医療から在宅医療、介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保する必要があるという観点から、地域において効率的かつ質の高い医療体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するものである。」⁽¹⁰⁾と謳っている。

しかし、今回の介護保険法の一部改正の内容から見る限り、2000（平成12）年4月の介護保険法施行前に、しきりにいわれた「介

「介護の社会化」や家族の負担軽減といった宣伝文句はすっかり影をひそめ、介護給付費の増大をどう抑えるかという、財政抑制の論理が最優先されたような改正となっている。2005（平成17）年10月から、介護保険施設における居住費・食費を保険給付から外すための介護報酬の改定が行われ、個室ユニット型の特養が推進されるなか、施設入所者の負担は増大している。そこで、本章では、今回の改正に盛り込まれている施設サービス等の見直しと費用負担の見直しについて、前者、特に特養に関する見直しを中心に、いくつかの論点について考察してみたい。

（1）施設サービス等の見直し

介護サービス給付抑制策として、医療・介護総合確保推進法第5条は、介護保険法の一部を以下のように改正するとしている。介護保険法第8条第21項に規定する「特別養護老人ホームに入所する要介護者」について、「厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な者として厚生労働省令で定める者に限る。」と限定することによって、特養の入所要件の厳格化を進めている。つまり、居宅において日常生活を営むことが困難な者と認められない場合、具体的には要介護3以上の重度者でなければ、特養の入所要件を満たさない。

日常生活を営むことが困難な者としては、①知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難なこと、②家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠なこと、③認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要なこと、などが挙げられているが、詳細については今後検討することとなっている。

もちろん、軽度（要介護1・2）の要介護者については、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与のもと、特例的に入所を認めるという例外措置は設けられている。しかし、特養入所者を原則として要介護3以上

とした背景には、入所を希望している待機者の数が52万人を上まわっており、そのうち要介護3以上が65%以上を占めているという点が挙げられよう。

① 特養入所までの流れ

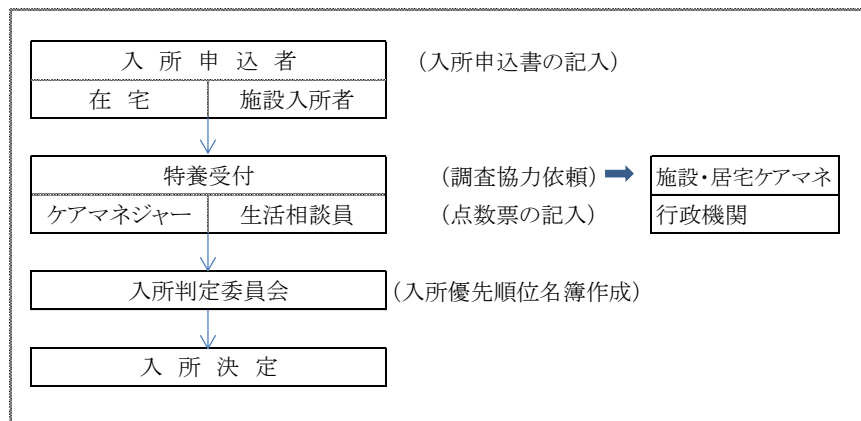
特養は要介護被保険者であれば入所できる施設であり、介護保険制度導入時における運営基準では、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護老人福祉施設サービスの提供を拒んではならない。」

(運営基準第6条2)、とされていた。その後、特養入所待機者の増加にともない、入所についての透明性や公平性が求められるようになったことから、2002(平成14)年に運営基準の一部改正が行われ、「指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超過している場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護老人福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。」(運営基準第6条3)という項目が追加された。

これを受けて、2002(平成14)年8月7日に技術的助言として、「指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について」が、厚生労働省老健局計画課長名で発出され、これに基づいて都道府県においては、入所指針と入所基準が作成され、入所判定委員会が入所基準に基づいて決定された入所優先順位名簿をもとに、施設が入所を決定することとなった(図表4-21)。

入所判定基準は、都道府県によってその内容は異なるが、概ね、①本人の状況(介護度等)、②介護者等の状況、③介護サービス等の利用状況、④その他(待機期間・住所地・特記事項等)を点数化した形で策定されている。従って、点数の高い者ほど優先順位が高くなり、その順番で名簿が作成されている。ただし、介護者による虐待・介護放棄が認められ緊急の保護を要する場合、災害時、その他特段の緊急性が認められる場合は、優先的に入所させることとしている。

(図表4-21) 入所申込の流れ



出典:筆者作成

介護保険法では、「介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」と略記する）に関し、必要な保険給付を行うものとする。」（介護保険法第2条）とされており、これはあくまでも要介護状態等に対する給付を規定した法律である。すなわち、要介護者・要支援者本人の要介護状態等に注目した給付であることが明記されている。しかし、それにもかかわらず、2002（平成14）年度の運営基準の改正にみられるように、介護者等の状態や待機期間・住所地等の要介護者本人の状態とは関係のない要素を入所判定基準に反映するのは、要介護者の選択権を狭め、介護保険本来の目的から逸脱しているのではないか。

また、施設サービス提供者は、入所評価基準に則って入所判定委員会において作成された入所者優先名簿に沿って、入所を決定している。すなわち、現在でも、要介護度の高い高齢者が優先されるような仕組みになっているのである。したがって、わざわざ、要介護3以上を入所の条件にするような法改正は、制度をますます複雑にするだけで、必要ないのではないか。

今回の改正は、既に入所している者には適用されず、また、要介護1・2の高齢者であっても、特養以外での生活が著しく困難と認めら

れる場合には、特例的に入所が認められるとされている。そのため、現状とそれほど大きな差がなく、今回の改正によっても実際には大きな混乱は生じないという意見や、要介護2の認定は地域差があり、地域によって認定される要介護度が異なっている場合があるので、入所の可否に差異が起りかねないなどの指摘もある⁽¹¹⁾。

特例的に入所を認める場合には、市町村の判断が必要となる。すなわち、要介護者の希望ではなく、行政に決定権が委ねられることになり、従来の措置制度への回帰とも捉えられる。また、今後、特養の入所者を重度者へ重点化していくためには、特養の入所優先順位について再検討する必要がある。たとえば、福岡県は、入所判定委員会を4月と10月の年2回以上開催することを要請している。そのため、入所条件の厳格化が2015（平成27）年4月から実施されるとすれば、新たな入所指針及び入所基準を早急に示さなくてはならない。

従来から、法改正や介護報酬改定などの場合、その詳細がサービス提供者へ通知される時期は、施行までの期間が極端に短い場合が多く、そのため、改正ごとに現場に混乱をもたらしてきた。特に、今回のような入所待機者に直接影響を及ぼすような改正では、早期の告知と十分な説明期間および準備期間が必要である。さもないと、被保険者を軽んじているといわれても仕方ない。いずれにしても、現場に混乱を生じさせないような対応が必要である。

② 特養入所待機者の状況

特養入所待機者は、2009（平成21）年の42万1千人から2014（平成26）年には52万4千人へと、この5年間で約10万人増えており、そのうちの約6万人が在宅生活者である。また、在宅生活者のうち要介護4・5の人々は、2009（平成21）年から約2万人の増加となっており、要介護3を含めると59%を占めている（図表4-22）。全体では、要介護3以上は34万5千人で約65%を占めている。

(図表4-22) 特別養護老人ホームの入所申込者の状況

単位:万人

		要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	2009年	13.2	11.0	17.9	42.1
		[31.2%]	[26.2%]	[42.4%]	[100%]
	2014年	17.8	12.6	21.9	52.4
		[34.1%]	[24.1%]	[41.8%]	[100%]
在宅の方	2009年	7.7	5.4	6.7	19.9
		[18.2%]	[12.9%]	[16.0%]	[47.2%]
	2014年	10.7	6.6	8.7	26.0
		[20.4%]	[12.7%]	[16.5%]	[49.6%]
在宅でない方	2009年	5.5	5.6	11.1	22.3
		[13.0%]	[13.3%]	[26.4%]	[52.8%]
	2014年	7.1	6.0	13.2	26.4
		[13.6%]	[11.4%]	[25.3%]	[50.4%]

(注)2009年度は12月集計、2014年度は3月集計

出典:平成26年3月25日付厚生労働省老健局高齢者支援課「Press Release」

1頁・4頁を参照し筆者作成

では、これら重度（要介護3以上）の要介護者は、この5年間に優先的に特養に入所できなかったのであろうか。2009（平成21）年から2014（平成26）年の5年間に特養の入所者数は、約6万人増加している。そのうちの9割以上が重度の要介護者であるため、この間の入所者のほとんどが重度の者と判断してもよい（図表4-23）。もちろん、入所中に要介護度が上がったということもあろうが、要介護1・2の入所者数の増加は1割にも満たないのである。

今回のように軽度者が入所できないという制度改正を行えば、要介護度の高い入所待機者の入所については、入所期間の短縮が見込まれよう。この議論の前提には、最も入所の優先順位が高いと考えられる入所待機者、要介護4・5でかつ在宅で生活している要介護者をまず優先的に特養に入所させようという意図がある。2014（平成26）年の調査結果によれば、優先順位の高い高齢者の数は8.7万人であり、入所待機者の16.5%を占めている（図表4-22）。

(図表4-23) 特別養護老人ホーム利用者数比較(人)

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
2009年	6	12,435	38,521	93,638	140,208	140,821	425,629
2014年	0	14,820	42,101	102,629	161,720	164,714	485,984
増減	-6	2,385	3,580	8,991	21,512	23,893	60,355
増減者比率		4%	5.9%	14.9%	35.6%	39.6%	100%

(注)2009年、2014年とも5月のサービス受給者数

出典:介護保険事業報告書月報より筆者作成

(図表4-24) 入所の必要性

	人数	割合
現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要	907人	11.3%
入所の必要はあるが、最大1年程度現在に生活維持可能	2,252人	28.2%
1年以上、現在の生活継続可能	2,760人	34.5%
特別養護老人ホームでの生活は難しい	342人	4.3%
現在不明のため、判断できない	1,493人	18.7%
無回答	244人	3.1%
合 計	7,998人	100.0%

出典:医療経済研究機構『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書』2011年3月 45頁

では、この約8.7万人の入所待機者は、「真に特養への入所が必要な人」なのであろうか。2011(平成23)年3月に医療経済研究機構がまとめた「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究」(以下、「調査研究」と略記する)によれば、「真に特養への入所が必要な人」⁽¹²⁾は、入所待機者の10%強である。仮に2014(平成26)年度の待機者数に当てはめた場合、「真に特養への入所が必要な人」は、5万2千人ということになる。

この真に入所が必要な人は入所待機者の1割、5万2千人程度であるという根拠は、上記の「調査研究」における3つの調査結果からの結論である。1割とされた根拠は3つある。すなわち、一つ目は、施設サービス提供者が判断した入所待機者に占める「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要」と判断された割合が11.3%となっていること(図表4-24)、二つ目は、入所申込者のなかで、ベッド

の空き状況や待機状況に関係なく、施設が優先して入所させるべきと考える人の割合が、10.8%であること（図表4-25）、三つ目は、入所申込者が答えた「すぐにでも入所が必要」と答えた人の割合が11.5%であること、の三点である（図表4-26）。これらがほぼ一致した数字であることから、「調査研究」では、真に入所が必要とされる高齢者の割合を1割と結論付けている。

（図表4-25）「優先して入所させるべき」と考える人の割合（1施設当り）

1施設当り 入所申込者 ①	1施設当り 優先して入所させるべき人 ②	入所申込者に 占める割合 ①/②
220.0人	23.9人	10.8%

出典：医療経済研究機構『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する研究報告書』2011年3月 63～64頁参照筆者作成

また、この調査研究では、在宅で生活している要介護4・5のうち「すぐにでも入所が必要」と答えた割合は20.3%であり（図表4-26）、この結果からいえば、要介護4・5の在宅生活者のすべてがすぐに入所が必要であるとはいえない。また、逆に、入所申込者のなかですぐにでも入所が必要と考える待機者をみると、要介護1～3の入所待機者のうち7.2%を占めており（図表4-26）、軽度者にも特養入所の必要性が高いと考えられる者が一定程度存在することがわかる。

このように、要介護度の重い、軽いにかかわらず、すぐにでも入所が必要と考えられる入所待機者がいることについては、施設サービス提供者側と入所申込者側の両者の間ではその認識は一致している。すなわち、今回の改正において重度者が原則的施設入所者であり、それ以外の軽度者の施設入所については、例外という扱いは適当ではない。また、軽度者の間にも特養入所のニーズはあると考えられることから、介護度の高さだけで判断することは不適切であろう。こうした制度設計の変更は、介護保険給付費を抑制し、制度維持を図るためとはいえ、

被保険者の選択権をますます侵害することになるため、その納得は得られないのではないかと。さらに、要介護2以下の在宅生活困難者の居場所の確保と、そのような者に対する保険者による「在宅での生活継続の仕組み」づくりが、急がれるところである⁽¹³⁾。

(図表4-26) 居所、要介護度別の入所者の必要性

居所	要介護度	入所の必要性						合計
		すぐにも入所が必要	1年程度現在の生活が可能	1年以上現在の生活が可能	特養での生活困難	現状不明判断不可	無回答	
自宅計	要介護1～3	150人 8.2%	525人 28.7%	829人 45.3%	23人 1.3%	251人 13.7%	51人 2.8%	1829人 100%
	要介護4～5	203人 20.3%	394人 39.4%	214人 21.4%	29人 2.9%	132人 13.2%	29人 2.9%	1,001人 100%
	計	353人 12.5%	919人 32.5%	1,043人 36.9%	52人 1.8%	383人 13.5%	80人 2.8%	2,830人 100%
自宅以外計	要介護1～3	147人 6.4%	532人 25.3%	975人 42.6%	68人 3.0%	507人 22.2%	58人 2.5%	2,287人 100%
	要介護4～5	374人 15.1%	718人 29.0%	631人 25.3%	199人 8.0%	471人 19.0%	83人 3.4%	2,476人 100%
	計	521人 10.9%	1,250人 26.2%	1,608人 33.7%	267人 5.6%	978人 20.5%	141人 3.0%	4,763人 100%
合計	要介護1～3	297人 7.2%	1,057人 25.7%	1,804人 43.8%	91人 2.2%	758人 18.4%	109人 2.6%	4,116人 100%
	要介護4～5	577人 16.6%	1,112人 32.0%	845人 24.3%	228人 6.6%	603人 17.3%	112人 3.2%	3,477人 100%
	計	874人 11.5%	2,169人 28.6%	2,646人 34.9%	319人 4.2%	1,361人 17.9%	221人 2.9%	7,593人 100%

出典：医療経済研究機構『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する研究報告書』

2011年3月 50頁

③ 利用者負担の見直し

ア 今回の改正内容

介護保険制度の利用者負担割合は、所得水準にかかわらず1割であり、この割合は制度創設以来据え置かれてきた。しかし、今回の改正によって、「第1号被保険者であって政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である要介護被保険者が受ける次の各号に掲げる介護給付について当該各号に定める規定を適用する場合においては、これらの規定中「百分の九十」とあるのは、「百分の八十」

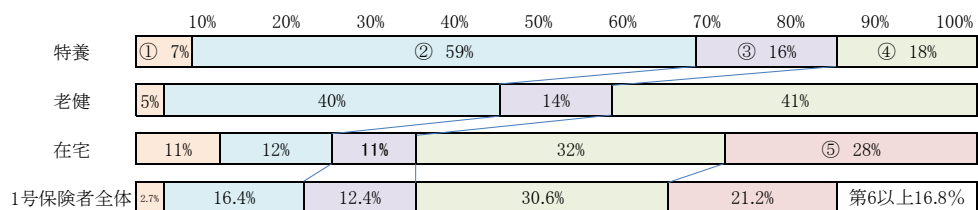
とする。」（第49条2）という条項が新設された。すなわち、一定額以上の所得がある者については、利用者負担を2割にするというものである。また、一定額以上の所得の線引きについては政令事項であり、今後定められることとなっているが、厚生労働省は、合計所得金額160万円（単身で年金収入の場合は年金収入280万円）以上とすることを予定している。

高額介護サービス費に関して、現行の一般区分（37,200円）のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者については、44,400円に引き上げる予定である。施行は、前年度所得の補足の関係で、2015（平成27）年8月としている。これらの改正・変更は、制度全体が「応益負担」から「応能負担」へと移行していく転換方針の起点といえる。

イ 入所者の状況

2010（平成22）年の「介護サービス施設事業所調査」によれば、特養入所者の82%が低所得である段階1～3に属しており、第1号被保険者全体の31.9%と比較して、特養では低所得者の占める割合が非常に高いことがわかる（図表4-27）。

（図表4-27）介護保険サービス利用者等の所得段階別割合



①＝第1段階、②第2段階、③第3段階、④第4段階、⑤第5段階

出典：平成26年7月28日「全国介護保険担当課長会議資料」参照 筆者作成

厚生労働省は、要介護者の所得は、被保険者全体の所得分布と比較しても低いため、被保険者の20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは特養入所者の5%程度と推計している⁽¹⁴⁾。

また、利用者負担が2割になったとしても、特養については要介護度別の平均費用からみて、ほとんどの入所者が高額介護サービス費に該当することとなるので、入所者の自己負担の伸びが抑えられるとしている（図表4-28）⁽¹⁵⁾。そうだとするならば、利用者負担を2割に引き上げる今回の改正措置の、財政面での寄与は少ないということになる。

(図表4-28) 一月当り平均費用額と高額介護サービス費(特養)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均利用額	218,300	240,000	258,900	279,800	298,500
現行利用者負担	21,830	24,000	25,890	27,980	29,850
2割負担の場合	37,200	37,200	37,200	37,200	37,200

(注) 高額介護サービス費限度額は、一般限度額を採用

出典:2011年度「介護給付費実態調査報告書」参照 筆者作成

利用者の自己負担に関しては、2005（平成17）年改正で施設における食費と住居費が保険給付の対象外となった結果、1割の利用者負担は、直接的な介護サービス受給のための費用に限定されることになった。介護保険が社会保険であるため、負担能力に応じた保険料の拠出を求めることは仕方ないとしても、サービスを受給した場合にも負担能力に応じて一部負担金に差を設けることは、その負担感からサービス受給を手控えることにつながるのではないか。また、社会保険契約に基づく衡平の観念を超えるものと考えられるという意見もある⁽¹⁶⁾。いずれにしても、高い保険料を払ったうえに、受ける給付はかえって少なくなるとういうのでは、被保険者として納得できる内容ではない。

今回の改正では、介護サービス費の利用者負担について、高い保険料を払った者の方が自己負担率が高くなるという二重高額負担構造になっている。厚生労働省は、特養の入所者の5%程度に対してしか影響はないと説明するが、影響の多少が問題ではなく、介護保険制度導

入時に謳われた、「貧困度に関係なく一律 1 割」とする普遍的な制度設計が、財政抑制政策のもとに大きく変わろうとしていることに問題の核心がある。また、社会保険の原則を考慮すれば、あくまでも保険料によって所得の再配分がなされるべきであり、保険事故が生じた時点で利用料に差をつけることで再配分機能を効かせることは、理論上好ましくないのではないだろうか。

ウ 費用負担の見直し

利用者の自己負担に関して、2005（平成17）年改正で施設における食費と住居費が保険給付の対象外となったため、住民税非課税世帯入所者に対して、施設利用の食費・居住費を補てんするための補足給付が設けられた。今回の改正では、補足給付の支給要件について、所得のほか資産状況も考慮し、偽りその他の不正行為によって補足給付を受けた場合、市町村は、その給付の価額に加え、その価額の2倍に相当する額以下の金額を徴収することができるものとされた。

厚生労働省は改正の理由として、補足給付は「福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。」⁽¹⁷⁾としている。

改正の内容は、①一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超）がある場合には、補足給付の対象外とし、その判定は本人申告制とするも、不正受給に対しては加算金を設ける、②世帯分離後も配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外とする、③補足給付の支給段階の判定にあたっては、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する、の3点である。

預貯金の確認に関しては、本人の申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し、あらかじめ金融機関への照会について本人の同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を利用して、金融機関への照会を行うとともに、不正受給の際の加算金規定を設けるなどして適切な

申告を促す仕組みとしたいとしている。不動産についてもこのような仕組みを考慮すべきではないかという意見もあったが、市町村において不動産担保貸付の業務を委託することができる外部の委託機関を確保することが必要であることなどから、今回は見送られることとなった。

確かに、過去には、預貯金があるにもかかわらず、現在の所得が少ないために負担の減額を受ける者がいるという批判も少なからず存在した。また、遺族年金や障害年金は、受領しているにもかかわらず非課税であるため、それが所得算入から外れていることに対しては、疑問を持つ者も多かった。あるいは、特養入所にあたっては、利用者負担減額適用を受けるため、あえて世帯分離を擬制的に行ったりするケースもあった。今回の補足給付の要件の追加策は、これらの問題の解決策として、行われることになったといえる。

他方で、2011（平成23）年3月末の補足給付認定者数は、特養約30万人、介護保険施設全体で103万人に達し、給付費は食費・住居費合わせて特養1630億円、全体で2843億円になっており、特養における補足給付の対象者は、入所者数の80%を超えている。このことから、今回の補足給付の適用基準の厳格化は、給付の抑制策といえる。全国社会福祉協議会の報告書によれば、入所者の77.7%が世帯分離をしており、施設入所を契機に世帯分離をして、補足給付受給の対象となっているケースが多い⁽¹⁸⁾。しかし、これはいかにも擬制的なやり方である。

いずれにしても、補足給付についての問題は、補足給付が世帯収入を基準としていることに起因する。本来は、個人を単位に被保険者を規定する原則から、補足給付についても、個人の収入をもとに判断されるべきであろう。従って、今回の改正のように、世帯分離後も、配偶者に課税対象となる収入があれば、補足給付の対象外とする措置については疑問が残る。

今後は、家族に経済的負担を求めなくても、特養の利用が可能にな

るような条件整備を検討する必要がある。さらに、条件整備をするにあたっては、老齢基礎年金のみの受給者が多数いるという現状を前提にすることが重要である。補足給付には、所得段階別に基準額が設けられているが、実際には、施設側は、居室の状態あるいは食事の内容等により、その金額を超える居住費、食費を設定している場合が多い。したがって、補足給付の対象者を受け入れると、補足給付基準額と施設が設定する金額との差額は、サービス提供者の負担となる⁽¹⁹⁾。そうであるとすれば、施設側は、自己の持ち出しを避けるために、負担ができる利用者を意識して選別し、入所させるというような事態も起こりうる⁽²⁰⁾。所得の多寡にかかわらず、特養サービスが受けられるという介護保険法の普遍主義を維持するための措置が求められる。

また、今回の改正では障害年金や遺族年金も勘案されるが、市町村はこれらの非課税収入を把握する権限やノウハウがなく、実務面での課題が残るといふ指摘がある⁽²¹⁾。また、社会保険原理の観点からすれば、そもそも定型的な拠出に基づき、定型的な給付が受けられるのが社会保険制度の特徴である。そうであるとすれば、2割の利用者負担を含めて今回の見直しは社会保険原理を放棄し、措置制度に逆行するのに等しいとの指摘がある⁽²²⁾。その他、食費や居住費は本来、介護保険制度で対応するものではないとの指摘もある⁽²³⁾。また、補足給付については、一般財源（公費）で補うべきところを中途半端に社会保険で対応しており、それにもかかわらず資産だけはチェックするという木に竹を接ぐようなことを行うという点で問題が生じているとの指摘もある⁽²⁴⁾。

（２）低所得者の保険料軽減拡大措置

第1号被保険者の介護保険料は、現在の全国平均月額4972円から2025（平成37）年には月額8200円程度になる見通しである。介護保険制度の持続可能性の確保のために、保険料上昇を可能な限り抑えるため、所得の高い人や資産のある人の利用者負担を増大さ

せ、保険料負担感の大きい低所得者には保険料を軽減する対策の強化が求められてきた。社会保障制度改革国民会議においても、低所得者対策として公費を導入し、それ以外の保険料財源で調整できるところは保険料アップで調整すべきとの議論が展開されてきた。

2014（平成26）年改正では、従来の第1号被保険者の保険料段階は、国基準が6段階の設定となっていたが、所得水準に応じてきめ細かな保険料設定を行うため、また、多くの自治体で特例第3段階・特例第4段階の設定や、本人課税所得層が多段階化している現状を踏まえ、標準の段階設定が現行の6段階から9段階に見直された。今回の改正は、給付費の5割の公費拠出に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大するというものである。

具体的には、新第1段階で標準保険料の0.3倍、新第2段階で0.5倍、新第3段階で0.7倍とし、それぞれに別枠公費による軽減を図る一方で、新第9段階では標準保険料の1.7倍とするなどより応能的な負担とする設計となっている。この指標に基づいて厚労省が試算したところによれば、全体の33%にあたる世帯非課税対象者（現行第1段階から第3段階）は、新第1段階から新第3段階に属し、約30%を占める世帯課税・本人非課税対象者（現行特例第4段階と第4段階）は、新第4段階と新第5段階に、残りの37%にあたる本人課税対象者（第5段階と第6段階）は新第6段階から新第9段階に、それぞれ属することになる（図表4-29）。すなわち、年金収入80万円以下の方は、現行の5割軽減から7割軽減と負担が軽減される代わりに、現行第6段階の一部の方は、5割増から7割増と負担増になるのである。

市町村によっては、高所得者の保険料高負担を求めるような、より細かな所得段階を設定しているところもある。例えば、福岡県介護保険広域連合の場合であれば、所得段階は16段階に設計されており、合計所得金額が440万円以上の方は、基準額の2.2倍の保険料を負担することになる（図表4-29）。

(図表4-29) 所得段階別保険料比較

課税状況区分	収入額と合計所得金額区分	基 準		福岡県介護保険広域連合	
		段階	率	段階	率
本人、世帯員全員が市町村民税非課税	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者	第1段階	0.45	第1段階	0.45
	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下	第2段階	0.75	第2段階	0.75
	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が80万円を超え120万円以下	第3段階	0.75	第3段階	0.75
本人が市町村民税非課税 (世帯の中に課税者がいる)	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下	第4段階	0.90	第4段階	0.90
	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が80万円超	第5段階	1.00	第5段階	1.00
本人が市町村民税課税	合計所得金額が120万円未満	第6段階	1.20	第6段階	1.20
	合計所得金額が120万円以上150万円未満	第7段階	1.30	第7段階	1.30
	合計所得金額が150万円以上190万円未満			第8段階	1.40
	合計所得金額が190万円以上240万円未満	第8段階	1.50	第9段階	1.50
	合計所得金額が240万円以上290万円未満			第10段階	1.60
	合計所得金額が290万円以上320万円未満	第9段階	1.70	第11段階	1.70
	合計所得金額が320万円以上350万円未満			第12段階	1.80
	合計所得金額が350万円以上380万円未満			第13段階	1.90
	合計所得金額が380万円以上410万円未満			第14段階	2.00
	合計所得金額が410万円以上440万円未満			第15段階	2.10
合計所得金額が440万円以上	第16段階			2.20	

福岡県介護保険広域連合は33市町村で構成されており、介護保険料は市町村を3グループに分けたグループ別保険料を設定しているが、倍率は統一されている。
出典：福岡県介護保険広域連合平成28年度介護保険料決定通知書参照 筆者作成

所得再分配や保険財政の観点からは、高額所得者にはもっと多く負担させるべきだという意見もあるが、しかし、要介護状態が比較的長期間、固定的に継続し、医療給付のような受給の交替可能性のない介護保険の場合には、高所得者層に極めて高い保険料拠出を求めると、その保険料拠出意欲が阻害されてしまう恐れがある⁽²⁵⁾。

他方、介護保険料を所得対比の比率でみた場合は、基準額の第5段階（第4段階を含む）で保険料率が一番高く、第9段階では3分の1以下の負担率となっている（図表4-30）。

(図表4-30) 所得段階別保険料率 (単位：%)

課税状況区分	収入額と合計所得金額区分	基 準		福岡県介護保険広域連合	
		段階	率	段階	率
本人、世帯員全員が市町村民税非課税	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が50万円	第1段階	5.96	第1段階	5.18
	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が100万円	第2段階	4.96	第2段階	4.32
	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が120万円	第3段階	4.14	第3段階	3.60
本人が市町村民税非課税 (世帯の中に課税者がいる)	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が50万円	第4段階	11.91	第4段階	10.37
	公的年金等収入額と合計所得金額の合計額が80万円	第5段階	8.27	第5段階	7.20
本人が市町村民税課税	合計所得金額が100万円	第6段階	7.94	第6段階	6.91
	合計所得金額が130万円	第7段階	6.62	第7段階	5.76
	合計所得金額が170万円			第8段階	4.74
	合計所得金額が220万円	第8段階	4.51	第9段階	3.93
	合計所得金額が250万円			第10段階	3.69
	合計所得金額が300万円	第9段階	3.75	第11段階	3.26
	合計所得金額が330万円			第12段階	3.14
	合計所得金額が360万円			第13段階	3.04
	合計所得金額が400万円			第14段階	2.88
	合計所得金額が430万円			第15段階	2.81
	合計所得金額が470万円			第16段階	2.70

(出典：筆者作成)

第5節 小括

介護保険法が社会保険方式を採用したのは、従来の措置に対して、とくに普遍性の面から社会保険方式の優位性が主張されてきたからである。措置制度のもとでは、あくまでも行政側からの行政処分としてサービスの決定がされるので、そのやり方は選別主義的な方法になりがちであり、要援助者の選択権・受給権といった権利保障がなされていないという批判が存在した。これに対して、社会保険方式は、社会保険料負担と給付の関係が明確であり、所定の保険事故が生じた場合、所得の多寡にかかわらず、普遍的にサービスの受給が可能になる点で優位性がある、と主張されてきた。このような考え方に沿って、介護保険法が成立・施行されたのである。

その後、2005（平成17）年度の見直しにより、①施設サービス費については、食費と住居費が保険給付対象外となり、②予防給付の区分が新たに設けられるとともに、③地域包括支援センターが創設された。さらに、食費と居住費が個人負担となったことにより、低所得者対策として補足給付の制度も同時に施行された。これらの見直しについては、介護予防は保険事故の対象ではないのではないか、補足給付は低所得者への救済策であるから、保険で対応すべきではないのではないか、地域包括支援センター事業は、公的責任において行うべきものではないか、といった指摘がなされたが、本質的な議論までにはいたらなかった。

2014（平成26）年の改正では、施設サービス利用者を重度者に限定する目的で、特養入所者は要介護3以上とし、軽度者については市町村が入所の可否を決定することとなった。このことによって、介護保険制度の根幹である契約方式が崩れ、被保険者の選択権が狭められるなど、措置制度への回帰が生じつつある。また、利用者負担を一部2割とすることによって、介護保険制度が謳った一律1割負担という普遍的な制度設計をも侵食されることとなった。加えて、補足給

付にいたっては、資産を勘案するなど、ミーンズ・テストの復活、さらには選別主義の復活ともいえる内容となっている。

このように、今回の改正は、普遍主義的な介護保険制度をより選別主義的な制度へと方向転換するような、大幅かつ、制度の質的な変更をとまなう改正であるといわざるをえない。本章で指摘した、①施設サービスの受給決定について、市町村の関与は適切か、②介護サービス費の利用者負担について、高い保険料をはらった者の方が自己負担も高くなるという二重高額負担構造になっているが、社会保険原理に照らして適切であるか、③補足給付は、福祉的性格を有すると厚生労働省は認識しているが、介護保険からの支出は適切であるか、④補足給付について、扶養者の資産を勘案しミーンズ・テストのような仕組みを実施することは、介護保険法の目的と理念にかなったものであるか、などの論点について、本格的な議論が求められるところである。

-
- (1) 五石敬治『現代の貧困 ワーキングプア』2011（平成 23）年 日本経済出版社 323 頁
 - (2) 堤修三『介護保険の意味論』2010（平成 22）年 中央法規出版 83 頁
 - (3) 堤修三 同上書 126 頁～127 頁
 - (4) 奥村芳孝「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』No.164 Autumn 2008（平成 20）年 国立社会保障・人口問題研究所 34 頁
 - (5) 松岡洋子「デンマークの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』No.164 Autumn 2008（平成 20）年 国立社会保障・人口問題研究所 59 頁
 - (6) 結城康博『日本の介護システム-政策決定過程と現場ニーズの分析』2011（平成 23）年 岩波書店 193 頁～194 頁で、「介護予防・生活支援事業は、在宅高齢者保健福祉推進を踏襲する形で 2000（平成 12）年から実施されたものであるが、小泉政権下の財政見直しで廃止さ

れたため、代替として地域支援事業が介護予防・在宅支援センター（地域包括支援センターへ移行）といった事業を行う受け皿として介護保険制度に組み込まれた。また、補足給付は居住費・食費が個人負担となったため、支払えない者に対する補足として給付するものであり、低所得者救済策まで介護保険で補っている。」と指摘している。

- (7) 古川孝順・庄司洋子・定藤丈弘編『社会福祉論』1993（平成 5）年 有斐閣 251 頁
- (8) 介護保険法第 41 条第 5 項
- (9) 地域介護施設整備促進法、医療法、介護保険法、保健師助産師看護師法、など 19 の法案がセットで提出された。
- (10) 厚生労働省老健局「介護保険最新情報」Vol. 380 2014（平成 26）年 6 月 2 頁
- (11) 江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報 No. 2554 2014（平成 26）年 1 月 1 日 31 頁、結城康博「介護保険部会を振り返って（下）－介護保険法改正のゆくえを考える」『介護保険情報』 2014（平成 26）年 2 月 43 頁～44 頁
- (12) 「調査研究」によれば、「真に特養への入所が必要な人」とは、施設の判断による 2 つの観点、①「優先して入所させるべき」と考える人、②入所を待てる期間から判断する入所の必要性、から判断した人のことをいう。
- (13) 要介護者の介護について、介護保険制度がない米国においさえ、オルソン等が「長期介護の議論を絞る時には、虚弱老人のニーズのみならず本人の自己決定を優先することも考えておかなければならない」として、ニーズと自己決定権をキーワードに挙げている
Laura Katz Olson, *Public Perceptions of Long-Term Care*, Edited by Cynthia Massie Mara and Laura Katz Olson, *Handbook of Long-term Care Administration and Policy*, CRC Press 2008. 3 P21
- (14) 厚生労働省老健局『介護保険制度の改正案について』 2014（平成 26）年 2 月
- (15) 現行の高額介護サービス費の限度額は、37,200 円となっている。仮に、要介護 3 の者が 2 割負担になった場合、現在の平均負担額 25,890 円から 51,780 円を負担しなければならないことになるが、実質は限度額である 37,200 円を支払うこととなる。
- (16) 今任啓治「最近の介護保険法改正の方向性とその課題について」『アドミニストレーション大学院紀要』第 11 号 2014（平成 26）年 3 月 熊本県立大学 63 頁
- (17) 「全国介護保険担当課長会議資料」2014（平成 26）年 7 月 28 日

149 頁

- (18) 「要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担のあり方に関する調査研究報告書」 全国社会福祉協議会 2010（平成22）年
- (19) 特養の場合、補足給付の基準費用額は、日額で食費 1,380 円、居住費は、多床室 320 円、従来型個室 1,150 円、ユニット型個室 1,970 円である。例えば、従来型個室居住費 1,500 円、食費 1,500 円の特養であれば、居住費で 350 円、食費で 120 円が施設の負担となる。
- (20) 石橋敏郎、今任啓治「介護保険制度の 12 年・その主要な改革と変容（上）」『アドミニストレーション』第 19 巻 1 号 2012（平成 24）年 11 月 熊本県立大学総合管理学会 10 頁 参照
- (21) 宮武剛「介護保険改正 大幅見直しに戸惑いと反発」『健康保険』2014（平成 26）年 2 月 49 頁
- (22) 江口隆裕 注（11）前掲書 31 頁
- (23) 小山剛「『地域包括報酬』の導入で地域包括ケアの実現を」『月刊介護保険』No. 210 2013（平成 25）年 8 月 17 頁
- (24) 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要—被用者保険に対する評価等が不可欠（座談会）」『週刊社会保障』No. 2578 2014（平成 26）年 1 月 6 日 34 頁～35 頁
- (25) 堤修三 注（2）前掲書 95 頁

第V章 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度比較

ドイツでは1994年に介護保険法が成立し、翌年から実施された。日本では、このドイツの介護保険制度を参考に議論が行われ、1997（平成9）年に介護保険法が成立し、2000（平成12）年から実施された。そして韓国では、ドイツと日本両国の介護保険制度、とくに日本の制度を参考に検討が進められ、2008年に介護保険制度が創設された。このようにドイツにおける介護保険制度の創設を契機に、日本と韓国においていわば連鎖的に介護保険制度が創設されたのである。

しかし、一口に介護保険制度といっても、ドイツ、日本、韓国のそれぞれの国における、制度創設の背景や法制定に至る政策過程、制度の具体的内容を詳細に検討してみると、類似点もあるが相違点も多い。それは、他国の制度が自国の制度創設のヒントになっているものの、それぞれの国の高齢化や高齢者介護の実態、社会経済状況、社会保障制度の歴史やその現状の違いから、最終的には各国が自らの国の状況に適合した制度を創設しているからである⁽¹⁾。しかしながら、相違点はあるものの、政策過程に対する先行する他国の制度の影響は明白であり、さらに制度創設後も、他国の介護保険制度の実施状況が自国の制度を見直す際の参考になっている。

以上の視点からみれば、日本、ドイツ、韓国3か国の介護保険制度を比較考察することは、単に制度の比較という面ばかりではなく、これからのわが国の制度改革に向けての示唆を与えてくれるのではないだろうか。本章では、これら3か国の介護保険制度創設の背景、制定までの政策過程、制度内容について、普遍主義の視点から比較考察を行いたい。

第1節 ドイツ介護保険制度と普遍主義論

第1項 ドイツ介護保険制度の概要

ドイツの介護保険は、社会法典第十一編に定められており、そこでは公法上の法人である介護金庫により実施される公的介護保険だけではなく、法律上の加入義務を伴う民間介護保険についても規定されている。ドイツでは、この両者を通じて、広範囲な国民を対象に要介護となった場合の介護保障が行われている。

(1) 基本原則

社会法典第十一編においては、①自己決定、②在宅介護の優先、③基礎的保障、④予防及びリハビリテーションの優先、⑤自己責任の5つが、公的介護保険にかかわる基本原則として規定されている。

具体的にいうと、第一に、介護保険による給付は、要介護者が人間としての尊厳にふさわしい自立した、かつ、自律的な生活が送れるよう援助するものでなければならないと定められ、要介護者は、施設及び各種サービスの中から自分が利用するものを選択することができる。「自己決定」を基本原則としている。第二に、要介護者ができる限り長く家庭的な環境に留まれるよう、在宅介護を優先的に支援することを旨とし、その目的にかなうように給付を行う。第三に、介護保険の給付は、在宅介護の場合には家族等による介護を補完するものとし、入所介護の場合には介護のために必要な費用を軽減することを制度の趣旨とすること、すなわち、要介護者が必要とする介護のすべてを保障するものではなく、要介護者を支援する基礎的な保障を行うものとされている。第四に、要介護状態の発生防止、克服、軽減及び悪化防止のため、予防及びリハビリテーションの適切な措置が講じられなければならない。第五に、被保険者は、予防及びリハビリテーションへの参加等を通じて、要介護状態の発生防止、克服、軽減及び悪化防止に努めなければならない。すなわち、自己責任が求められる。

さらに、ドイツでは、子供が親を扶養する義務についても規定されている。規定では、介護保険では、要介護である親の子供の生活経費、自身の子供（26歳以下）の養育費などを控除後、単身で1, 440

ユーロ、子供はいないが配偶者がいる場合は2, 450ユーロ以上の収入があれば、親に対して経済的な支援の義務がある。他方、生活保護の規定では、同様に控除後の年収が10万ユーロ以上であれば、支援の義務があるとしている。

このように、ドイツの介護保険制度は、子供が親を扶養する義務を規定し、まず年老いた親に対する子供の介護を前提にして、そのうえで在宅介護を優先的に支援することを目的とした制度である。

(2) 被保険者

ドイツの介護保険制度は、公的医療保険の加入者全員が加入する公的介護保険と民間医療保険会社加入者が加入する民間介護保険から構成されており、公的医療保険未加入者であっても民間介護保険への加入が義務付けられている。警察、軍人、郵便・鉄道公務員疾病金庫の構成員などは、疾病リスクに対する特別の適用を受けることができるため、公的医療保険にも民間医療保険にも加入していないが、民間の介護保険に加入することが義務付けられている。

公的医療保険では、労働者、職員であって、その年間労働報酬が保険加入限度額を超えない者、失業手当等の受給者、公的年金の受給者などが強制被保険者となっており、その配偶者又は子であり、その収入が平均報酬額の七分の一を超えない者が家族被保険者とされている。そして、これらの者は介護保険においてもそれぞれ強制被保険者及び家族被保険者となっている。また、日本との比較でいえば、ドイツの介護保険は年齢による区分がなく、子供でも対象になる点が特徴である。この点について、松本は、「社会扶助が負担する介護費用を軽減することを達成するために、できるだけ広範囲の国民を介護保険法の定める介護保険又は民間介護保険の対象に取り込もうとする立法者の意思を反映したものである。」⁽²⁾と述べている。

(3) 保険者と保険料

介護保険の保険者は、自主管理原則に則って運営される公法上の法人である介護金庫と定められている。この介護金庫は、医療保険の屋根の下を借りて制度を創設するという介護保険の考え方に沿って、公的医療保険の保険者である疾病金庫に設置されており、その組織は、疾病金庫の組織が兼ねている。

保険料は医療保険の保険料と一緒に徴収されるが、負担は労使折半である。しかし、介護保険の保険料を労使折半にすることについては、介護保険の導入前から、年金保険や医療保険においてすでに高い社会保険料率を負担している企業経営者側からの強い反発があった。結局、介護保険料は労使折半するものの、それと引き換えに休日を1日削減する、という妥協案が成立した。その意味では、ドイツの介護保険料は、厳密に言えば労使折半ではないという見方もできる⁽³⁾。保険料率は法で定められており、2015年1月以降は、総所得の2.35%である。ただし、子のいない公的介護保険の加入者は、2005年1月1日から0.25%の保険料が加算されている。

なぜ、子のいない公的介護保険の加入者の保険料が加算されたのか。それは、2001年4月3日、連邦憲法裁判所が、保険料算定ルールについて憲法上問題がないかどうかを検証し、賦課方式による公的介護保険の保険料を決める際には、子の養育による親の貢献を保険料においても考慮すべきであるとして、現行の保険料率の算定方式に関して違憲判決を下したからである。判決理由は、以下のように要約できる。

「連邦憲法裁判所は、被保険者の高齢化によるリスクをカバーする資金賦課方式の社会保険制度においては、保険に加入している親の養育の功績は、この制度が機能するために重要な意味を持つと理由づけている。大部分の保険適用時に、賦課方式は次世代の保険料に頼らざるを得ない。これから育っていく世代、つまり現在の子どもは、将来は『高齢者』のために強制保険に加入して保険料の負担を引き受け、集団的な資金調達義務を課せられる。それによって子どものいない被

保険者は、保険の適用を受ける際に、保険料を義務づけている他の被保険者による養育業績の恩恵を被ることになる。その一方で子供のいる被保険者は、養育のために消費と資産形成を諦めるという不利益を被っている。子供の養育により、被保険者である両親は、公的介護保険に二重の貢献をしていることになる。すなわち、保険料を支払うだけでなく、制度の維持に欠かせない次世代育成という貢献を果たしているのである。

これを考慮すると、保険料の等しい負担は、子どもを養育する者が保険に支払う総額と、子どもを持たない者の金額との間に明白なアンバランスを生む。子どもを世話するあるいは養育する被保険者が子供のいない被保険者と同額の保険料を払うだけで、被扶養の世帯員も給付を得られるという点で、一定の補償は成立する。だがこの恩恵により、養育の業績によりもたらされる次世代育成の貢献が完全に報いられることにはならない。⁽⁴⁾

(4) 給付

ドイツにおける介護保険給付の目的は、介護費用の全額を賄うことではなく、家族が提供する介護に関して、その費用の一部を補充する程度の給付を提供するだけか、または、施設介護の費用負担を軽くする点にある⁽⁵⁾。

要介護者に対して行う給付は、①在宅介護、②部分入所介護（デイケア・ナイトケア）及び短期介護（ショートステイ）、並びに、③終日入所介護、の三つのグループに分類される。このようにドイツの介護保険においては、デイケア・ナイトケア並びにショートステイの給付が、在宅介護及び介護ホームにおける終日入所介護とは異なるグループに属する給付として整理されている点で、日本の介護保険制度とは異なる。

その理由としては、①デイケア及びナイトケアの対象者は生活の本拠が自宅にある要介護者であるが、これらの給付は、要介護者の居宅

ではなく部分入所介護施設で提供されること、②デイケア及びナイトケアは、終日ではなく、一日のうちの特定の時間帯においてのみ行われる点で、終日入所介護とは異なっていること、③ショートステイは、終日入所介護施設で行われるものであるが、要介護者は一時的に居宅を離れるに過ぎず、その点において、部分入所介護との共通性を有していること等が挙げられる。

このほか、ドイツの介護保険は、要介護者に対する給付だけでなく、在宅の要介護者を介護する家族等に対する給付を行っている点、すなわち、現金給付である介護手当を支給している点においても、わが国の介護保険とは異なる。

(図表5-1) ドイツ介護保険の給付内容の概要

(単位：ユーロ)

給付の種類		要介護度0	要介護度I	要介護度II	要介護度III
在宅介護	現物給付(限度額) (月額)	231	468 (689)	1,144 (1,298)	1,612 【1,995】
	現金給付(月額) (介護手当)	123	244 (316)	458 (545)	728
施設介護(月額)		-	1,064	1,330	1,612 【1,995】
代替介護(限度額) (年間4週間まで)	親族による場合	120	235(305)	440(525)	700
	その他の場合	1,612		1,612	
ショートステイ(月額)		1,612		1,612	
デイケア・ナイトケア(月額)		231	468(689)	1,144(1,298)	1,612
介護補助具		40		40	
住環境改善措置		4,000 {16,000}		4,000 {16,000}	

(注) 2015年1月改定。要介護度0とは、要介護と評価されなかったが認知症患者のように日常生活が著しく制限されている場合。要介護度Iと要介護度IIの欄の()内は認知症がある場合、要介護度IIIの欄の【】内は、特に重度な場合である。「代替介護」とは、家族介護者が休暇や病気等で介護に支障が生じた場合、代替の者が行うという給付である。住環境改善措置の欄の{ }内は、複数人が居住する場合。

(資料) 森周子「ドイツ介護保険の現状と課題」『介護保険白書』(2015)より

出典：増田雅暢『介護保険の検証』2016(平成28)年1月 法律文化社 170頁

① 在宅介護

在宅介護について、日本の介護保険と大きく異なる点として、ドイツでは介護手当と称される現金給付を選択することができる点があげられる。日本では家族介護者の負担軽減を重視することとし、そのため現物給付が原則になっているが、ドイツでは家族介護者の介護労働

に報いるために現金給付を受給することが選択でき、さらに、現物給付と現金給付の両方を組み合わせることもできる。例えば、要介護Ⅲの要介護者が月額480ユーロ(上限額1612ユーロの29.77%)に相当する現物給付を受ける場合には、それと併せて511.27ユーロの介護手当(要介護Ⅲの現金給付の70.23%)を受け取ることができるようになっている(図表5-1)。また、家族が介護を行った場合、現金給付(介護手当)を受け取るだけでなく、介護を行った期間が年金給付計算に反映されるなど、他の社会保険制度上の配慮もなされている。その他、介護休暇も設けられるなど、単なる現金給付だけでなく、家族介護が他の制度にも反映されるような総合的な仕組みとなっている点も、見逃すことができない⁽⁶⁾。

② 部分入所介護及び短期介護

要介護者は、在宅介護が十分に確保されない場合又は在宅介護の補完もしくは強化が必要な場合に、デイケア施設又はナイトケア施設において、部分入所介護サービスを受けることができる。

ただし、介護現物給付にくわえてこの給付を受ける場合には、要介護度に応じて受給限度額が定められている。例えば、要介護Ⅲの要介護者が750ユーロに相当する現物給付と併せて930ユーロに相当するデイケアを受けた場合には、費用の合計額1680ユーロが上限額1612ユーロを超えることになる。このような場合は、介護現物給付の費用が優先給付され、残りの862ユーロ(1612ユーロ-750ユーロ)がデイケアの費用として給付される。従って、残りの68ユーロは、要介護者の自己負担となる。

③ 入所介護

要介護者は、在宅介護又は部分入所介護が不可能である場合、あるいは、特別の事情により在宅介護または部分入所介護が考えられない場合には、介護ホームでの終日入所介護を受けることができる。この

場合、要介護度に応じて定められた上限額（図表5－1）までの給付を受けることができるようになっており、介護に関連する費用等での上限額を超える場合には、その費用は要介護者自身の自己負担となる。また、食費及び住居費も、要介護者自身が負担しなければならない。

④ 介護者に対する給付

ドイツでは、介護保険の重要な原則である在宅優先を実現するための方策の一つとして、家族等が自ら進んで要介護者の介護に取り組もうとすることを促進するため、在宅等で介護する家族等の介護者に対して、以下のような特別の給付を行っている。

第一に、家族等の介護者であって要介護者を居宅で週14時間以上介護する者に対して、①労災保険、②年金保険、③雇用促進などの補償が行われている。

介護活動の際の介護に起因する労働災害は労災保険の対象となるが、その際の労災保険料は家族介護労働者からは徴収されないことになっている。また、家族介護者は年金保険の強制被保険者となるが、その年金保険料は介護金庫の負担となっている。ただし、介護しながら週30時間以上の就労を行っている介護者は対象外である。そして、家族が介護を終了して職業生活に復帰しようとする際に職業再教育を受けられる場合には、生計手当を受給することができる。

第二に、介護金庫による無料の介護講習の実施である。この講習では、家族及びボランティアとして介護する者を対象に、介護専門職が、在宅での介護の軽減及び改善に役立つ知識を教授している。

第2項 介護保険の導入の背景

ドイツにおいては、要介護者のリスクに対する保障のあり方をめぐって、1970年代の初めから20年以上にもわたり様々な議論が続けられてきた。また、介護保険法の制定に際しても、介護保険制度に

における使用者の保険料等の負担の増加などに関して激しい意見の対立が見られた⁽⁷⁾。

本項では、ドイツにおける介護保険導入の背景を中心にその概観を行う。

(1) 要介護者をめぐる状況

ドイツでは介護保険法案が提出された時期、要介護者は165万人である、と推計された。そのうち120万人は居宅で生活し、残りの45万人は介護ホームに入所していた。また、要介護者のうち124万人は60歳以上、58万人が80歳以上の高齢者であった。さらに高齢化が進展し、80歳以上の高齢者も増加することから、20年後には140万人が居宅で、50万人が介護ホームでの介護が必要になると推計された。

国民の多くは、要介護状態になった場合でも居宅で生活することを希望していた。しかし、現実には、生活条件や家庭関係の変化により、小家族や単身世帯が増加するとともに、女性の社会進出が進んでいた。そのため、大家族時代には家族により家庭で行われてきた介護が今後とも従来どおり行われると期待することは困難になってきた。

実際に、居宅での介護を担う家族は、毎日の介護のために多くの時間を割かねばならず、また、介護に携わる期間も長期に及んでいた。したがって、要介護者が希望どおり引き続き居宅で生活できるようにするためには、専門的な介護サービスの確保と併せて、家族が介護によって受ける精神的・肉体的な負担、就労活動の制約、余暇時間の制限などの不利益に対する配慮が必要となってきた。

(2) 介護サービスの状況

在宅介護、訪問看護などのサービスは、主に民間団体または地方自治体により設置されたソーシャルステーションが行っていた。また、ソーシャルステーションが提供するサービスの費用は、様々な主体に

よって負担されていた。たとえば、医療保険の給付として行われる在宅介護及び訪問看護のための費用は、医療保険の保険者である疾病金庫が負担するが、医療保険の対象とならない給付及びその他の社会給付の対象とならないサービスについては、要介護者本人が負担しなければならなかった。要介護者がその費用を負担しきれない場合には、社会扶助が代わってそれを負担した。

しかし、ソーシャルステーションのサービスに対しては、①主として重度の要介護者を対象としていること、②夜間や休日のサービス提供が十分でないこと、③家庭でのサービス時間が短すぎることに、④対象地区およびサービス提供時間帯についてのソーシャルステーション間の調整が行われていないこと、などの多くの問題点が指摘されていた。

ソーシャルステーションのほかに、介護サービスを提供する民間介護サービス事業も、疾病金庫との間で契約を締結することにより、医療保険の給付として、疾病金庫の費用負担による在宅介護や訪問看護を実施することができた。しかし、民間介護事業所からは、疾病金庫の定めた契約締結の条件が厳しすぎるといった不満があがったり、また、事業所の経営赤字を公的な助成や寄付などにより埋めることができなかつたりする、という経営上の問題も指摘されていた。

要介護者は、介護保険導入前においても、介護ホームと直接契約することで入所することができた。しかし、その場合の費用は、入所者の全額負担であった。介護ホームの平均的な利用料は高齢者の標準的な年金額を上回っており、くわえて、介護ホームの利用料金が年金額の上昇を上回って増額されたため、多くの場合、要介護者またはその家族が介護ホーム利用料の全額を自ら負担することは事実上困難な状況にあった。そのため、多くの入所者は社会扶助の給付を受けなければならなかった。

(3) 要介護リスクに対するその他の社会保障制度

要介護者の介護リスクに対しては、①労働災害もしくは通勤災害又は職業病により要介護状態となった被用者に対しては労災保険からの給付、②戦争犠牲者については、在宅介護手当の給付や、入所介護の場合の介護費用及び食費及び住居費の負担、③官吏等又はその配偶者もしくは給付対象となる子が要介護者となった場合には、補助給付、などの特定の要介護者を対象とした個別の給付、が行われていた。

しかし、要介護の原因や対象にかかわらない一般的な要介護リスクを保障する制度は存在していなかったため、要介護者とその家族は、多くの場合、要介護状態に伴い発生する負担や費用の全額を自己負担しなければならなかった。それでも対応しきれない場合には、わが国の生活保護に相当する制度である社会扶助による給付を受けることができた。

このように、介護保険の実施前には、一般的な要介護リスクに対する包括的な保障を行う制度は存在していなかった。日本では、介護保険導入以前から要介護状態にある高齢者全般を対象に在宅介護及び入所介護の給付を行う制度が設けられていたのに対し、ドイツでは、要介護のリスクに対しては、まずは要介護者自身やその家族が自己責任で対応することが基本となっていたのである。

第3項 要介護認定と介護給付補完法

(1) 要介護認定

介護保険における要介護者とは、疾患または障害があるため、規則的に繰り返される日常生活上の活動をする場合に、継続的に相当程度の援助を必要としている者をいう。継続的に援助を必要とする状態とは、法で規定された活動に関して、少なくとも6カ月間にわたり援助を要する場合を指し、6カ月未満の場合、介護保険給付受給権は発生しないことになる。

日常的、規則的に繰り返される生活上の活動は、15種類の基本的介護と6種類の食事から構成されている(図表5-2)。したがって、

ここには列挙されていない活動、例えば一般的な監護や予防措置などは、介護等級の調査の際には考慮されない。

(図表 5-2) 日常的、規則的に繰り返される生活上の活動一覧

基本的介護	身体の手入れ	洗浄、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、トイレの使用
	食物摂取	食物を小さく切る、摂取できるようにする
	移動	起床・就寝、衣服の着脱、起立、歩行、階段の昇降、住居への出入
家事		買物、食事の支度、部屋の掃除、食器洗い、シーツや衣類の交換・洗濯、暖房

出典:和田勝編著『日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究 介護保険制度の政策過程』2007(平成19)年9月 東洋経済新報社 166頁

提供される給付に関しては、要介護状態に応じて3段階の等級に区分されている(図表5-3)。基準となるのは、身体的介護、栄養補給及び移動において必要な援助、およびその種類、頻度、ならびに所要時間である。また、すべての介護等級において、家事援助の必要性が前提とされている。ただし、家事援助だけが必要な場合、あるいは45分未満のごくわずかな基本的介護が必要な場合は、介護保険の給付対象とはならず、これに関して必要な援助を受ける場合には、全額自己負担となる。

要介護の認定手続きに関しては、被保険者の公平な取り扱いを担保するという観点から、要介護の要件が満たされているか否か、また、いずれの要介護度に該当するか、についての専門機関である医療保険のメディカルサービス(以下「MDK」と略記する)の審査が必要とされている。この要介護認定においては、医学に関する知見のみならず、介護に関する知見も必要であることから、MDKの職員である介護専門職や、介護に関する経験のある医師などが審査に携わっている。また、MDKの業務には、ケアプラン作成も含まれている。ケアプランでは、基本的介護と家事の分野について必要な援助、補助具、技術的援助の

情報、リハビリ措置の可能性、要介護状態の今後の推移予想、再調査の必要性についても取り扱われる。

(図表 5-3) 要介護度区分

	介護の分野及び頻度	必要介護時間
要介護度Ⅰ	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、1又は複数の分野の最低2つの活動について、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低90分 うち基礎介護に 45分以上
要介護度Ⅱ	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、異なった時間帯に最低3回の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低3時間 うち基礎介護に 2時間以上
要介護度Ⅲ	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低5時間 うち基礎介護に 4時間以上

出典：松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ-介護保険-』
2007（平成19）年11月 信山社 4頁

我が国では、要介護認定は保険者である市町村の認定審査会において決定されるため、保険者の意向が反映されやすく、公平性が担保されていないのではないかと、という疑問が生じやすい。他方ドイツの要介護認定は、保険者と関係のない審査機関において決定されるため、保険者の意向が反映されることもなく、公平性が担保されているといえてよい。

また、要介護者の実質的権利の確保の観点から、ドイツでは要介護認定にとって決定的な意義を有する要介護状態の意義及び等級について法律で規定されているため、もしそれに不満がある場合にも法的救済を求めやすい⁽⁸⁾。

(2) 介護給付補完法

要介護認定では、日常生活活動との関連性が問われるため、たとえば、認知症患者や知的障害者及び精神障害者の場合等、具体的な日常

生活活動とは関連しない一般的な見守りや世話が必要であるにもかかわらず、そうした必要性は従来までは考慮されなかった。そのため、それらの者に対しては、介護保険による給付が行われない、あるいは十分には行われないという問題が生じていた。

そのため、一般的な見守りや世話が必要な要介護者に対する給付の改善を目的とした介護給付補完法が2001年12月に制定され、一般的な見守りや世話に対する相当のニーズを有する在宅の要介護者に対しては、介護保険の給付として新たに年間460ユーロの追加的金銭的援助が行われることになった。ただし、要介護の定義はそのまま給付の改善のみを行ったため、一般的な見守りや世話に対する相当のニーズを有するにもかかわらず、それに対する援助の必要性があると認定された要介護者を除いては、依然として介護保険による何らの給付も受けられないままの状態にある要介護者が存在する。

この問題を根本的に解決するためには、要介護の概念そのものの見直しが行われなければならないであろう。この点については、我が国の要介護認定においても同様の問題が存在する。わが国では、要介護度の認定に際しては、その要介護者に対してどの程度の介護サービスが必要でそれはどの程度の時間がかかるかという基準でカウントするため、一般的な見守りや世話を相当するニーズは要介護度の判定には反映されない。そのため、認知症などの要介護者の要介護度は低く判定される傾向にある。しかし、要介護認定の対象となる援助の範囲を拡大することは、結果として、介護保険の給付費支出の増加をもたらすことになる。それは、ひいては保険料の上昇につながるもので、実現には相当の困難が予想される。

第4項 介護保険改革と課題

(1) 保険料率の改正

介護保険制度の将来的な財政安定化のためには、まず保険料率を引き上げて収入を増やすことが考えられる。しかしながら、ドイツでは

社会保険料率の負担が重いことが、実質的な人件費を上昇させて、そのことが介護従事者の雇用の足かせになっているとみなされているため、社会保険料率を引き上げることは当初から難しいと考えられていた⁽⁹⁾。

そのため、ドイツの介護保険料率は、制度創設時より、長らく1.7%のままで据え置かれてきた。2005年に初めて介護保険料率は一部引き上げられたが、それは、前述のとおり特殊な理由によるものであった。すなわち、介護保険料率を算出する際に、育児費用を考慮しないことは基本法（憲法）に反するという判決を受け、子どもを育てている者との違いを設けるために、子どものいない者の介護保険料率が引き上げられたという事情である。具体的には、23歳以上65歳未満の「子供のいない被保険者」から、0.25%分の追加保険料が徴収された。この増収効果により、2006年度からは単年度で黒字となり、積立金も増加している。

（2） 2008年の介護保険改革

2008年度改革の主な内容は、①給付上限の段階的引き上げ、②介護ホームにおける認知症ケアの改善、③介護支援センターの設置、④包括的な介護相談（ケースマネジメント）の導入、⑤保険料率の引き上げ、等であった。

まず、認知症ケアの改善策については、完全入所施設及びショートステイ施設に、ホーム居住者のためにケア従事者（ケアアシスタント）が配置されることになった。これは職員配置を充実させることによって、認知症の要介護者に対するケアの改善を図ろうとするものである。

介護支援センターの設置と包括的な介護相談の導入については、ともに在宅ケアの強化を図る施策として設置されたものである。従来のドイツの介護保険には、日本のケアマネジャーのような専門職は設置されておらず、ケアマネジメントが制度化されていなかった。今回の改革により、保険者である介護金庫は、要介護状態にある被保険者に

対してケースマネジメントを提供することが義務付けられた。ケースマネジメントを行う介護相談員は、介護支援センターに常駐することになる。この点について藤本健太郎は、「ケースマネジメントは日本のケアマネジメントに類似し、介護相談員の役割は日本の地域包括支援センターの相談員とケアマネジャーの役割を合わせたものと似ているという印象を受ける」⁽¹⁰⁾と評している。

このような給付の改善や新規事業を行うための財源を確保するために、保険料率が引き上げられた。具体的には、従来1.7%の保険料率だった者は1.95%となり、子どもがおらず従来1.95%の保険料率だった者は2.2%へと引き上げられた。

(3) 2012年の改革

2012年改革では、在宅の認知症要介護者に対し、介護保険の現金給付及び現物給付が引き上げられた。従来までいわゆる要介護0として要介護状態として認められなかった者が、月額120ユーロの現金給付もしくは月額上限225ユーロの現物給付が受けられるようになった。また、従来も要介護状態と認められていた在宅の認知症要介護者の場合、要介護1で月額305ユーロの現金給付もしくは月額上限665ユーロの現物給付、要介護2では月額525ユーロの現金給付もしくは月額上限1250ユーロの現物給付が受けられるようになった。

認知症要介護者に対する給付に関するこれらの改善策は、現行制度の枠内での対応を前提としたため、わずかの金銭的な援助を行うという追加的な給付を導入するにとどまっており、問題解決に向けた取り組みの第一歩を踏み出したに過ぎないといえる⁽¹¹⁾。

(4) 今後の課題

高齢化の進展に伴い、引き続き要介護者の増加が見込まれる中、将来の介護保険給付の増大に向けて、介護保険財政の安定をいかに図る

かという点は、ドイツにおいても同様に将来的な課題となることが予想される。

他方で、新しい動向として、わが国のケアマネジメントに類似したケースマネジメントや介護相談員、地域包括支援センターに類似した介護支援センターなどの取り組み等が導入されることになった。我が国のケアマネジメントや地域包括支援センターの仕組みが、ドイツにおいても参考にされるようになってきているということである。日本とドイツがそれぞれの長所を評価して、制度改革につなげていくような双方向の関係になることができれば、今後の介護保険改革においても相乗効果が期待できるのではないだろうか。

両国の共通の課題としては、「要介護概念の見直し」が挙げられる。ドイツの介護保険における要介護の概念は、具体的な日常生活活動における援助の必要性との関連を前提としており、身体的要介護状態を原因とした援助の必要性を重視したものになっている。そのため、認知症要介護者、知的障害者及び精神障害者等については、要介護認定においてその援助の必要性が適切に考慮されておらず、その結果、要介護と認められない、あるいは、低い要介護度に区分されているといった批判がある⁽¹²⁾。

我が国とドイツの被保険者の範囲は異なっており、要介護度の認定基準も異なる。わが国では、40歳以上65歳未満の被保険者は特定疾病による要介護状態の場合のみ給付の対象となることについて、負担と給付の関係から問題があるという指摘がなされている。また、認知症要介護者の介護認定において、ドイツの場合と同様に、低い介護度に区分されてしまうという見方もある。

これらの問題の根本的な解決のために、要介護の概念そのものを見直し、コミュニケーション及び社会的な世話、見守りなどの必要性も考慮に入れて、要介護の有無及び要介護の程度を判断する方向で改革案が検討されることを期待したい。

成清は、ドイツの介護保険制度を検討したうえで、我が国の介護保

険制度に関して、介護の実態になじむための条件として、「わが国の介護保険の被保険者に若年層が含まれていない。このことは、若年層にとって保険料の支払い義務もなく、ただボランティア等で老人福祉分野に参加する以外、原則的に介護保険制度並びに介護保険サービスの実態に触れることがなく、従って、関心を持つことが実質的に不可能となる。また、若年層が被保険者として加入しないのは介護に対する意識の希薄化のみならず、若年層が加入しないため社会保険財政基盤の脆弱化と世代間の意識格差が生じることとなる。ドイツ同様若年層（20歳以上）も被保険者とすべきであろう」⁽¹³⁾と、提言している。

ドイツの介護保険制度は、年齢に関係なく要介護状態と認定されれば、介護保険の給付を受けられる点において、普遍主義的である。他方我が国の場合、第1号被保険者が65歳以上、第2号被保険者は40歳から64歳までとしているが、64歳以下の被保険者は、特定疾病以外での要介護状態では介護保険の給付を受けることができない。この点について、被保険者でありながら、給付から除外される点において、選別主義的であるといわざるをえない。被保険者である以上、要介護状態に至った要因に関係なく要介護状態であれば給付が受けられることが、介護保険の本来の姿ではないだろうか。

また、この点と関連して、我が国の介護保険法第7条には、要介護状態及び要介護者の定義がなされており、そこでは「障害」、「日常生活における基本的な動作」、「厚生労働省令で定める期間」、「介護」、「介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分」といった部分についての具体的な表記が法律上存在していない。これらは、法律ではなく、省令や通達・告示によって具体化されているのである。

前述したように、ドイツでは、「要介護」の定義を見直すことなく、一般的な見守りや世話に対する相当のニーズを有する在宅の要介護者に対して、介護保険の給付として新たに年間460ユーロの追加的な金銭的援助が行われることになった。要介護認定基準は、直接、介護サービス受給権とかかわってくる問題であり、今後、認知症要介護者

が増加すると見込まれる中、一般的な見守りや世話を含めて、「要介護」の定義を議論し直す必要がある。幸いにも、わが国では法改正議論を行う必要がないため、厚生労働省がその気になればいつでも実現可能である。いずれにしても、被保険者・受給者の範囲については、介護保険制度導入時からの懸案事項であり、もはや、先延ばしせずに早急に論議を進めていく必要がある。

第2節 韓国介護保険制度と普遍主義論

第1項 韓国介護保険制度の創設背景

日本において介護保険制度創設の検討が始まった1994（平成6）年の高齢化率をみると、14%台と比較的に高かったが、韓国において介護保険制度の創設が検討された時期の2000年の高齢化率は、7%を少し超えたという状況だった。この段階で介護保険制度の創設が検討されたのは、少子化と高齢化の進行が世界で最も早いという事情から、間近に迫っている本格的な少子高齢社会を見据えた早期の政策決定であった⁽¹⁴⁾。

介護保険制度の創設背景や理由について、金英俊は「少子高齢化の進展、高齢化に伴う医療費の増加、家族構造の変化に伴う社会的価値観の変化」を挙げている⁽¹⁵⁾。また、金英俊は「2001年8月15日、当時の金大中大統領は介護保険制度の導入を示唆し、引き続き2003年2月に就任した盧武鉉大統領も2002年大統領選挙中介護保険制度の導入と実施を公約していた」として、社会的な背景に加えて政治的背景が大きく影響したと述べている⁽¹⁶⁾。

また、金貞任は、「速いスピードで高齢化社会から高齢社会になると推測されている人口構成の変化と家族を取り巻く環境、社会保障制度の問題に直面していること」を述べたうえで、人口の高齢化とともに、「認知症・片麻痺などの要介護者の増加とそれにとまなう社会保障支出の増加、あるいは高齢者に対する介護給付は、生活保護層または低所得者に限定され、それ以外の階層に属する高齢者の介護は、主に家

族に強いられている」と述べている。くわえて、「先家族、後国家の高齢者介護システムでは、家族の保護と同時に、その家族の自立性を尊重することが難しい部分がある」とし、「家族介護を中心とする介護サービスの限界以上に、家族の保護・自律性の危機を明確に示している。」⁽¹⁷⁾と述べている。

先行研究によって明らかにされた介護保険制度創設の背景を、徐東敏・近藤克則は「世界最速の高齢化速度、家族介護の限界、介護施設の供給不足と不均衡、そして従来 of 社会保障制度の限界」と整理している⁽¹⁸⁾。すなわち、社会経済状況の変化や既存の社会保障制度の限界に対処する必要性が、介護保険制度導入の背景要因である、としている。しかし、これらの要因だけでは、なぜ高齢化率が低い韓国で社会保険方式の介護保険制度が創設されたか、という疑問に対する十分な答えとはなっていない。

この点について、徐東敏・近藤克則は「韓国の政治体制が5年任期制の大統領制であることが無視できない。つまり、公的介護保険制度を導入するという盧武鉉大統領の選挙公約とイニシアティブが、制度導入論議が進められた重要な要因である」⁽¹⁹⁾としている。また、社会保険方式の制度を創設した背景については、「介護保険制度を設計する段階で、最も注目し、最も多くの情報を集めたのは、日本の介護保険制度についてである。その理由は、日本の介護保険制度が海外の介護保障制度のうち、社会保険方式として直近に成立した制度であること、2006（平成18）年の制度改革過程を通じて有用な情報を提供していたこと、韓国の関連する社会保障制度が、日本の制度と類似していることも大きい。」⁽²⁰⁾と述べている。

以上の点から、韓国の介護保険制度が創設される過程においては、大統領の選挙公約やトップダウン・イニシアティブが非常に大きな影響を与え、社会保険方式による制度設計においては、社会保障制度が類似する日本の介護保険制度についての研究成果が反映されているといえよう。

さらに認識しておかなければならないのは、韓国の介護保険制度が志向している本来の目的についてである。韓国の介護保険法第1条は、「高齢や老人性疾患によって日常生活を一人で遂行し難い高齢者等に提供する身体活動または家事支援等の長期療養給付に関する事項を規定し、老後の健康増進及び生活安定を図り、その家族の負担を減らすことで国民生活の質の向上をはかる」として、家族の負担を減らすことを明記している。丁炯先は、この点について、「介護を担当してきた女性が生産部門に転換されれば、社会全体に便益の増加をもたらすことが期待できる」⁽²¹⁾として、介護保険導入の効果を指摘している。他方、朴保善は「韓国は儒教思想の影響により家族内での介護責任を優先視しており、家族内での介護が不可能な場合のみフォロー的なものとして介護保険制度を利用するという『元家族保護・後社会保障』の考え方が基本にある」⁽²²⁾としたうえで、韓国の介護保険制度に対して「すべての人を対象としない選別的な性格を有する制度である」⁽²³⁾と批判している。

運営方式を社会保険方式とすることに対する国会での議論では、社会保険方式への反対意見と、保険方式を借りた税方式であるという厳しい批判があったが、政府は一般財政からこれ以上財源を使うのは困難な構造であるので、健康保険と同様に社会保険方式のほうがサービスを現実的に早く提供することができること、社会保険方式であれば、法で定めている保険事故が発生した場合、権利としてサービスを受け取ることができることなどの理由から、社会保険方式の採用を進めることになった、という説明を行っている⁽²⁴⁾。

第2項 韓国介護保険制度の概要

韓国の介護保険制度の概要に関する先行研究の中では、金貞任によるものが詳細に検討を加えている⁽²⁵⁾。本項では、この点について、彼の先行研究に依拠しつつ普遍主義論の視点から検討を加えたい。

(1) 保険者と被保険者

韓国の介護保険制度における保険者は、既存の国民健康保険公団(以下「保険公団」と略記する)であり、この機関は、国の保健福祉家政部(日本の厚生労働省に相当)によって設立され、同部が監督・指導する準政府系機関である。韓国の医療保険制度では、2000年7月に自営業者等の国民健康保険と被用者の健康保険とが統合されたが、その保険者が保険公団である。

保険公団は、被保険者の資格管理、保険料の徴収、認定調査、要介護認定、標準長期療養利用計画書(ケアプラン)の作成および交付、介護給付費の審査及び支給、事業者指定などの業務を行う。保険料の徴収は、健康保険料に上乘せして徴収し、年金から天引きされることはない。保険料を年金から天引きしないのは、高齢者の大部分に国民年金の受給資格がないという背景がある。また、保険公団が保険者である理由としては、市郡区の福祉行政の地方分権が進展しておらず、保険者としての実績が無いことにくわえ、市郡区の財政格差が大きく、不満の対象となりやすい保険料の市郡区間の格差をなくすことなどがあげられる⁽²⁶⁾。

被保険者は、20歳以上の国民健康保険の被保険者、被用者健康保険の被保険者である。日本では最少年齢区分が「40歳以上」となっている。これに対して、20歳以上とする韓国の方が最少年齢が低く、被保険者年齢幅が広い。日本と韓国の被保険者の年齢区分の違いを考慮すれば、制度の名称に関しては、多少の違和感を覚える。なぜならば、被保険者を40歳以上とする日本が「介護保険」という名称を使い、被保険者を20歳以上とする韓国が「老人長期療養保険」としているからである。

(2) 要介護認定と介護給付の内容

介護保険給付の対象者は、65歳以上の要介護高齢者と認知症、脳血管障害、パーキンソン病などを主とする24の老人性疾病をもつ2

0歳以上65歳未満の者のうち、6カ月以上にわたって日常生活活動を一人で行うことが困難な者、とされている。なお、65歳未満の障害者については、老人性疾病をもたない限り給付対象から除外される。

65歳未満の者で老人性疾病を有さない者を給付の対象から外すことについては、「介護など療養サービスを要する者に、年齢を理由としてサービス提供を制限することは、時代の流れと異なり、給付対象者を『高齢者』や『老人性疾患者』に限定しないで、全国民を給付対象者にすることで、負担主体と給付対象者を一致させる必要がある」⁽²⁷⁾などの批判もあった。しかし、最終的には、全国民を対象にした場合、財源調達、受給者の評価、選定などの管理上の問題が発生しうるとの理由から、65歳未満で老人性疾病をもたない者を給付の対象から外すこととなった⁽²⁸⁾。

要介護認定の手続きにあたっては、主治医意見書を添えて保険公団の窓口申請する。意見書にかかる費用は、一般階層が10分の2自己負担、生活保護者は無料となっているが、その費用は国と市町村が担う。日本の介護保険制度のような市町村単位での保険制度の財政運営は困難であるとの判断から保険公団が保険者となっているが、一部の認定調査や事業管理など現業レベルでの業務は基礎自治体である市町村が担うという二重構造になっている。保険制度の財政運営を市町村に一任した結果として、保険財政の膨張を招いた日本の介護保険制度の運営上の問題を参考にして、保険公団の業務内容を保険財政に直接かかわるような事業、すなわち、被保険者の管理、保険料の徴収、介護サービス計画の策定、介護給付費の審査及び支給などに限定したといえる⁽²⁹⁾。

申請を受けた保険公団は、職員を利用者宅に訪問させ、申請者の要介護状態を調査する。調査項目は94項目あり、日本の74項目に比べて多い。日本と大きく異なる点は、要介護者の心身の状況だけでなく、介護者の有無や要介護者が置かれている住居環境も評価項目に含まれていることである。調査項目は94項目であるが、コンピュー

タによる一時判定に使われる項目は心身の機能にかかわる52項目であり、残りの42項目は標準ケアプラン作成の参考資料として用いられる。調査結果は、申請書と主治医の意見書とともに市郡区に設置されている長期療養等級判定委員会（以下、「判定委員会」と略記する）で審議される。判定委員会は、医療関係者、社会福祉士、行政職員、学識経験者等の15名の委員で構成されており、要介護認定の可否および介護等級等を審査・判定する。

要介護認定にあたっては、心身の機能にかかわるもの以外に42項目にわたって調査がおこなわれるが、その内容は、支援状態や住居環境など、についてである。これは、介護保険法第1条における「家族の負担を減らすことで国民生活の質の向上をはかる」という目的条項を反映したものである。

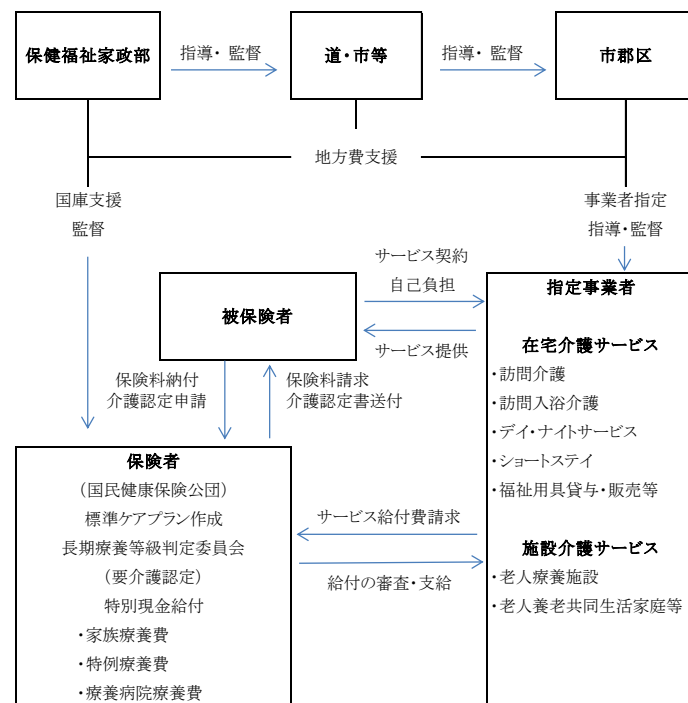
審査結果を通知する際に、認定区分が1等級から3等級に該当する者には、要介護認定証・標準ケアプランを送付することになっている。韓国は、ケアマネジャー制度を導入しておらず、保険公団の職員がケアプランを作成する仕組みである。ケアマネジャー制度の導入については、賛否両論あったが、日本のケアマネジャー制度において、所属事業所のサービス利用の偏重（利益誘導）などに問題がある点や、韓国では在宅サービスの種類が単純でサービス対象者が少ないこと、介護財政が充分でない点などから、ケアマネジャー制度の導入は行われなかった⁽³⁰⁾。

保険給付の内容は、施設サービス、在宅サービスと特別現金給付から構成される。まず、施設サービスは、老人療養施設と老人療養共同生活家庭（グループホーム）に区分される。介護保険制度施行前は、老人療養施設（入所介護施設）である無料施設、軽費施設、有料施設と老人専門療養施設（医療措置を実施）、有料老人専門療養施設があったが、介護保険制度導入とともに老人療養施設に一本化された。

つぎに、在宅サービスは、訪問介護サービス、デイ（7：30～19：30）・ナイトサービス（～22：00）、ショートステイサービ

スから構成される。訪問介護サービスの給付は、要介護者の認定度にかかわらず訪問回数と利用時間によって給付が決められている。デイサービスは、介護認定度によって給付が異なる。ショートステイサービスは、利用限度は1回目が90日であり、1年間で180日利用できる。

(図表 5 - 4) 韓国の介護保険制度の流れ



出典: 林春植、宣賢室、住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開』2010年 ミネルヴァ書房 21頁 参照筆者作成

家族手当は、日本の介護保険制度にはない給付である。その構成は、特別現金給付、家族現金給付と療養病院介護費からなる。特別現金給付は、山・漁村地域の住居者、あるいは要介護者が精神障害や伝染病などで家族が介護を提供する際に支給される。家族現金給付は、家族と別居家族がヘルパーの資格があり、家族の要介護高齢者に対してサービスを提供したときに支給される。療養病院介護費は、老人専門病院と老人療養病院に入院した要介護者の付添手当であるが、介護保険

財政などを理由に現在は保留となっている（図表 5 - 4）。

（3）サービス利用と利用者負担

要介護高齢者が、要介護認定区分によって利用できるサービスの種類と量は異なる。介護保険サービスは、ケアプランを中心に提供され、1 等級から 3 等級の者は介護保険サービスを利用できるが、サービス事業所と契約を締結する必要がある。サービスの給付について、1 等級と 2 等級は在宅サービスと施設サービスが利用できるが、3 等級では認知症高齢者のみ施設入所が可能である。4 等級（等級外）であっても、認知症高齢者は 2012 年 7 月より 3 等級とみなし、在宅サービスの利用が可能となった（図表 5 - 5）。

施設サービスの受給資格について要介護度によって区分した背景について、金貞任は、「介護サービスのインフラ整備が不十分であるため、症状が重い者を対象に優先的にサービスを提供する必要がある」⁽³¹⁾ ためとの指摘を行った。

（図表 5 - 5）介護度判定別サービス利用

区分	1等級(要介護5)			2等級(要介護4)			3等級(要介護3)			4等級(等級外)	
	療養	専門療養	在宅	療養	専門療養	在宅	療養	専門療養	在宅	施設	在宅
区分	○	○	○	○	○	○	△	△	○	×	×
支給限度額	1,149,300	1,443,600	1,140,800	1,009,800	1,306,500	971,200	870,600	1,169,100	814,700		
現金 家族 療養病院	150,000 200,000			120,000			110,000				
福祉用具購 入・レンタル	900,000										

注：単位はウォン、支給限度額・現金支給額は月額、食費・日常生活費用は全額自己負担

出典：金貞任「韓国の介護保障」『世界の介護保障』2014年4月 法律文化社 147頁

保険給付の水準についてであるが、1 等級についてみると、月額で療養施設の利用限度額が 1 1 4 万 9 3 0 0 ウオン、在宅サービスの限度額が 1 0 9 万 7 0 0 0 ウオン、家族介護費（現金給付）は 1 5 万ウオン、福祉用具購入・貸与費用は 9 0 万ウオンとなっている（図表 5 - 5）。在宅サービスの訪問介護は、9 0 ～ 1 2 0 分未満が 2 万 1 3 6

0ウオン、120～150分未満が2万6700ウオンとなっており、訪問入浴は1回あたり7万1290ウオンとなっている。訪問看護は、30～60分未満が3万5310ウオン、60分以上が4万3260ウオンである。また、1日当たりのデイサービスは4万580ウオン、ショートステイが4万2490ウオンとなっている。次に、日本の介護保険制度にはない家族ヘルパーのサービス給付限度額は、36～86万ウオンであり、別居家族ヘルパーのサービス給付限度額は56～86万ウオンである（図表5-6）。

(図表5-6) 1日当り介護報酬

(単位:韓国ウオン)

区 分		1等級	2等級	3等級
在宅	デイサービス	40,580	36,970	43,260
	ショートステイ	42,490	38,860	35,230
施設	療養施設	38,310	33,660	29,020
	専門療養施設・	48,120	43,550	38,970
	グループホーム			

出典:金貞任「韓国の介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』

2014年4月 法律文化社 148頁

では、サービス利用者の利用料はどうなっているのか。サービスを利用した場合、施設サービス利用は20%、在宅サービス利用は15%の自己負担となっている。さらに低所得者に対しては、国と自治体は、低所得層の自己負担の50%、生活保護者の自己負担の全額を負担する。このことに関して、金貞任は「生活保護者は、サービス事業所とサービス種類を選定し、人間として尊厳を受けながら無料でサービス利用ができるので、不名誉や屈辱を引き起こすようなスティグマがなくなるのが期待される。」⁽³²⁾として評価している。

低所得者層のサービス利用料に関して日本の介護保険制度と比較してみると、韓国の場合は、公的責任が明確である。何故ならば、日本の場合は、低所得者に対する補足給付などの低減対策を公費ではなく介護保険財源のなかで解決する仕組みとなっているためである。

(4) 財源構成

介護保険料の財源は、保険料、公費負担、利用者の自己負担金で構成されている。公費負担については、国と自治体が総費用（必要財源）の20%の範囲内でそれぞれが負担するとしているが、その負担割合は明確にはされていない。その理由については、「自治体の財政負担能力にバラツキが大きいため、自治体の負担割合を明記した場合、財政負担できない自治体が発生するという問題があるからである」⁽³³⁾とされている。

(図表5-7) 介護保険制度の財源構成

	在宅介護(%)	施設介護(%)
公費負担	20	20
介護保険料	65	60
利用者負担	15	20
総費用	100	100

出典: 林春植、宣賢奎、住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開』
2010年 ミネルヴァ書房 34頁

長期療養保険料（以下「介護保険料」と略記する）は、医療保険の被保険者が負担し、その総費用に占める割合は、公費負担と利用者負担を除いた60～65%（施設介護の分は60%、在宅介護の分は65%）である（図表5-7）。保険料の賦課方式と算出方式は、韓国では年齢にもとづく第1号と第2号の被保険者区分がなく、20歳以上の医療保険の被保険者は、自分の収入に応じて賦課される医療保険料に介護保険料率を乗じた保険料を負担する。ただし、職域保険に加入している被用者は労使折半で保険料を負担するので、本人の介護保険料率は半分となるが、自営業者等の地域保険加入者の場合は、本人が保険料率分を全額負担することとなっている。なお、被用者等に扶養される高齢の被扶養者には介護保険料の負担はない。この点についても日本と異なる。

被扶養者たる高齢者は、なぜ介護保険料を負担しないでよいのであろうか。前述したように韓国の介護保険料は、医療保険料に介護保険料率を乗じて徴収されることになっている。子どもに扶養されている高齢者等は現に医療保険料を払っていないため、自ずと介護保険料も負担しない。しかし、扶養されていない高齢者は自分で医療保険料と介護保険料を負担する。また、年金制度が未成熟であるため、保険料徴収の対象となる高齢者の年金からの天引きは行われない。なお、障害者および生活保護受給者は保険料が全額免除される。

日本と韓国の介護保険制度は、社会保険方式を採用しているが、財源構成からみると、介護保険料の徴収方法等や減免制度などに相違がみられる。これらの点について、以下若干の考察を試みる。日本における介護保険料は、所得段階別に定額で設定されており、制度改正のたびに、所得段階が細分化され設定額も上昇している。被保険者にとっては、複雑でわかりづらく、所得段階別で区分するために実質的にはミーンズ・テストが行われているといってもよい。その点韓国の制度は、所得に関係なく保険料率が一定であるため判りやすく、ミーンズ・テストの必要性もないことから、より普遍主義的であるといっても良い。

しかし、被扶養者たる高齢者には介護保険料の負担がない一方で、他の高齢者は自分で負担しなければならないことについては、拠出を前提とした給付が原則である社会保険方式からすれば、公平性に欠ける。また、障害者や生活保護受給者は保険料が全額免除されることについては、負担と給付の視点からは疑問の残るところではあるが、財源の60～65%が公費であり、福祉の観点からは理解できる。

第3項 韓国介護保険制度の課題

韓国の介護保険制度の実施にあたっての問題点としては、準備期間が短期間であり、財政が不十分であるため課題も山積しているが、主に以下の三点を指摘できる。

第1点は、保険者が保険公団であるため、介護サービスの利用から排除される階層について、保険者と自治体の役割が明確化されていないため、それらの階層が介護サービスの利用から取り残される可能性がある点である。たとえば、ケアプランは保険公団が一方的に通知するため、申請者と家族の状態や要望が無視されかねない仕組みになっている。かりに、要介護認定者からニーズを満たすだけのサービスがないことを理由にした不満が噴出する場合、保険者は市町村のサービス未整備を理由に、これに対して市町村は財政が不十分であるためサービスの量と種類の準備が困難であるとの理由から、お互いが責任転嫁する可能性がある。また、介護支援専門員制度がないため、定期的なケアマネジメントもできない。

保険者が保険公団に一元化されていることによる弊害について、「日本では、市町村・特別区が保険者であり、地域の実情に応じたきめ細かなサービスを提供しているが、韓国では保険者が全国組織となっている。このような状況下で、果たして地域住民のニーズを的確に把握したうえでのサービス提供が可能であるか、疑問が残る」⁽³⁴⁾との指摘もある。

第2点は、負担と給付についてである。20歳以上の現役世代からも介護保険料を徴収しているが、サービス利用は、中重度の高齢者に限定されており、軽度の高齢者と65歳未満の被保険者は事故などにより障害があっても老人性疾病でなければサービス利用ができない。日本においても、40歳から65歳未満の被保険者は、特定疾病以外の理由による要介護者はサービス利用が認められていない。同じように保険料を払いながらサービス利用については世代間に不公平があるという事態は、制度の維持可能性に危機をもたらす可能性があるのではないだろうか。特に今後、要介護者の増加が見込まれ、介護保険料の増額も必要になってくる。そうした場合に、利用する可能性が低いにもかかわらず、保険料を強制的に徴収される者の納得が得られ続けられるかどうか、は疑問である。

第3点は、在宅介護サービスが維持できるような対策の必要性である。韓国では、従来まで、入所施設に親を入れると「不孝者」視される傾向がみられた。他方、在宅サービスについては、中間階層以上が有料サービスを利用する傾向があり、訪問介護などの外部の人が自分の家に入ることについての抵抗感は少ない。しかし、入所施設の方が在宅介護よりも利用しやすいことがわかれば、施設入所待機者が後を絶たなくなる。そうならないためにも、要介護高齢者が在宅での生活を維持できるような、在宅サービスの整備が重要である。

以上、韓国の介護保険制度を概観してきた。金貞任が指摘しているように、組織運営上の問題、負担と給付の問題、そしてサービス基盤整備の問題などの課題もある。最後に、負担と給付の問題について、普遍主義の視点から考察することによって、まとめとしたい。

里見は、制度設計上の原理として、ニードがある場合にその対象を限定しないものを普遍主義と定義づけている⁽³⁵⁾。韓国の介護保険制度では、20歳以上の者から保険料を徴収しているが、保険給付の対象者を中重度の要介護高齢者に限定し、また軽度の高齢者と65歳未満の者については、介護ニーズがあってもそもそも保険給付の対象とならないという制度設計がなされている。したがって、資産調査や所得調査は行われずにしても、受給者に年齢等の要件を設定していることから、選別主義の制度に該当する。

日本の介護保険制度においても、40歳以上の者から保険料を徴収しているが、65歳未満の保険給付対象者は特定疾病による要介護者に限定されており、年齢の差はあるが韓国と同様の年齢等の受給要件設定がなされており、選別主義に該当する。

また、サービス利用料の負担に関して、韓国の介護保険制度は、低所得者については50%を、生活保護者については100%を公費で賄っているため、そこに資力調査が発生し、一見選別主義のようではあるが、①社会保険としての支払いではないこと、②サービス利用にあたってスティグマがあるとは考えにくいことから、普遍主義的であ

る。なぜなら、日本の補足給付は、介護保険制度のなかで保険料財源も使ったうえでの軽減策であるが、韓国の制度は介護保険制度外で明確に公費負担として位置づけているからである。普遍主義の視点から見た場合、利用料に関しては、日本の介護保険制度の方が、選別主義的といっても良い。

第3節 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較

第1項 介護保険制度創設の背景

(1) 高齢化の進展や家族構造の変化等による課題

ドイツ、日本、韓国の3か国に共通する介護保険制度創設の背景として、①人口の高齢化と少子化、②要介護高齢者の急増、③家族介護力の低下、④老人医療費の膨張、⑤家族の変容、⑥社会的介護サービスの未整備等があげられる。ただし、日本においては、すでに「ゴールドプラン」から「新ゴールドプラン」、「ゴールドプラン21」によってサービス基盤はかなり整備されていた状況であった。

3か国において介護保険制度創設の検討が始まったときの高齢化率をみると、ドイツは15%台(1990年)、日本は14%台(1994(平成6)年)と比較的高かったが、韓国は7%(2000年)を少し超えた時点であった。ドイツと日本に比べて韓国の高齢化率が低いにもかかわらず、この段階において韓国で介護保険制度の創設が検討されたのは、少子化と高齢化の進行の度合が世界で最も早いという事情から、直近に迫っている本格的な少子高齢社会を見据えての政策決定であったと考えられる(図表5-8)。

(図表5-8) 主要国の人口高齢化速度

	日本	韓国	ドイツ	中国	アメリカ	フランス	スウェーデン
高齢社会到達所要年数	24年	18年	40年	25年	72年	115年	85年
高齢化社会(7%)到達年度	1970年	2000年	1932年	2001年	1942年	1864年	1890年
高齢社会(14%)到達年度	1994年	2018年	1972年	2026年	2014年	1979年	1975年

出典: 林春植、宣賢奎、住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開』2010年6月 ミネルヴァ書房

123頁参照 筆者追加修正

ドイツでは、1991年時点での要介護者数は165万人であり、そのうち120万人が在宅、45万人が介護ホームに入所していた。また、要介護者のうち124万人は60歳以上、58万人が80歳以上の高齢者であった。さらに、高齢化が進展し、2010年には140万人が在宅で、50万人が介護ホームでの介護が必要になると見込まれていた。他方、要介護者の在宅介護は主にその家族により担われていたが、家族規模の縮小、単身世帯の増加、女性の社会進出の拡大、家族の介護負担の増大等から、家族による介護が難しい世帯が増加し、専門的な介護サービスに対する需要が増大していた。

日本では、1994（平成6）年に高齢化率が14%を超え、高齢社会の仲間入りをするとともに、高齢化率が7%から2倍の14%になるのにわずか24年間しか経過しなかったという急速な高齢化の存在があった。1993年頃の在宅の要介護高齢者数は約100万人であるが、在宅の約32万人の寝たきり者を介護する者の85%は女性であり、全介護者の約32%が要介護者の子どもの配偶者が介護をしているという状態であった。そのうえ、ドイツと同様に家族規模の縮小や女性の社会進出の拡大、高齢者夫婦のみ世帯の増加による介護者の高齢化の問題から、家族による介護は物理的にも精神的・肉体的にも困難なものとなっていた。

韓国においても、介護保険制度創設の理由の第一には、高齢化の進展と要介護者の増大にともなう介護ニーズの増大や家族介護の限界があげられる。ただし、高齢化率の観点からみると、2000年に高齢化率が7%を超えて高齢化社会に入るというように、ドイツや日本と比較すると、高齢化率ははるかに低かった。しかし、韓国では2017年には14%を超えると予測され、いわゆる高齢化の倍化年数は17年間と日本の24年間よりも短く、先進諸国よりも急速に高齢化が進む点に特徴があった。また、2020年には15.6%、2030年には24.3%と予測されている一方で、要介護高齢者数は、2003

年時点では約59万人であるのが、2010年には79万人、2020年には114万人と予想されていた。

(2) 社会保障制度その他の課題

以上述べてきたように、高齢化の水準では各国異なっている。しかし、高齢化の進展にともなう要介護高齢者の増大や家族による介護の限界という理由については3か国とも一致している。しかし、それだけで介護保険制度の創設に至ったわけではない。それぞれの国が、要介護者に対する介護保障に関する社会保障制度の在り方に問題をかかえており、そのことが介護保険制度の創設へとつながったのである。

まず、ドイツにおける要介護リスクに対する保障制度についてみてみよう。要介護リスクに対しては、①労働災害もしくは通勤災害又は職業病により要介護状態となった被用者に対しては労災保険からの給付、②戦争犠牲者については、在宅介護手当の給付や、入所介護の場合の介護費用及び食費及び住居費の負担、③官吏等又はその配偶者もしくは給付対象となる子が要介護者となった場合には、補助給付などの特定の要介護者を対象とした個別の給付が行われていた。

しかしながら、要介護の原因や対象にかかわらず一般的な要介護リスクを保障する制度は存在していなかったため、要介護者とその家族は、多くの場合、要介護状態に伴い発生する負担や費用のすべてを自ら負わなくてはならなかった。それでも対応しきれない場合には、わが国の生活保護に相当する制度である社会扶助による給付を受けることができた。

このように、介護保険の実施前には、一般的な要介護リスクに対する包括的な保障を行う制度は存在していなかった。日本では、介護保険導入以前から要介護状態にある高齢者全般を対象に在宅介護及び入所介護の給付を行う制度が設けられていたのに対し、ドイツでは、要介護のリスクに対しては、まずは要介護者自身やその家族が自己責任で対応することが基本となっていたのである。こうした状態を改善す

るために、要介護者に対する介護サービスの提供や介護費用の負担軽減を図るための公的な仕組みとして介護保険制度の創設が検討されたのだった⁽³⁶⁾。

次に、韓国における要介護リスクに対する保障制度については、どのような状況であったのだろうか。韓国では、第二次世界大戦後の長年の軍事政権下における経済優先政策により、先進諸国に比べて医療保険や年金などの社会保障制度の整備がかなり遅れていただけでなく、社会福祉サービスの基盤も遅々として進まなかった。

例えば、日本では「国民皆保険・国民皆年金」は1961年に実施されたが、韓国では「国民皆保険」は1989年実施、「国民皆年金」は1999年実施であった。また、老人福祉法の制定は1981年であり、在宅老人福祉が制度化されたのは1993年の老人福祉法の改正によってであった。老人居住福祉施設、老人療養福祉施設、老人余暇福祉施設、老人在宅福祉事業所などの公的福祉施設が運営されてきたとはいえ、高まっている高齢者の需要を満たすには不足していた。特に、慢性疾患などの長期療養のための施設は絶対的に不足しており、老人性疾患を専門的に治療する公式な福祉医療施設は介護保険制度の創設以前には存在しなかった。

他方、介護保険制度創設以前は、韓国でも要介護者の増加とともに在宅介護サービスへの需要が高まり、在宅介護サービスの拡充が急ピッチで進められてきた。しかし、サービス提供事業者の絶対数が不足しており、在宅介護サービスの量的整備には限界があった。そのため、サービス提供は限定的であった。また、日本と同様に、韓国では公的扶助の対象となる貧困層と、民間企業が提供する高価な有料サービスを利用する富裕層との間には、膨大な中間所得層が存在していた。すなわち、中間所得層が利用できる介護サービスが存在しなかったのである。多くの税金を払っている中間所得層の権益保障と一般的なサービス提供という視点から、介護保険制度の創設は国民的要望となった⁽³⁷⁾。

日本の場合、介護保険制度の導入前に老人福祉制度や障害者福祉制度によって、要介護者に対する介護サービスの提供が行われていた。しかし、急速に人口高齢化が進む日本では、特に高齢者介護をめぐって従来の制度による介護サービスの提供の限界および介護サービスの財源確保が問題とされた。

まず、高齢者介護に対しては、老人福祉法にもとづく老人福祉制度と老人保健制度にもとづく老人医療分野によって対応されてきたが、それぞれ改善すべき課題をかかえていた。老人福祉制度では、措置制度にもとづき介護サービスが提供されていた。そのため、サービス利用にあたって市町村の所得調査やニーズ判定等を前提としているなど、利用手続きが煩雑なことや、利用者がサービスの種類や提供機関を選択できないこと、福祉サービスは低所得者が利用するものというイメージから心理的な抵抗感があることなど、さまざまな問題点が指摘された。

老人医療については、1980年代頃から、いわゆる老人病院等における要介護高齢者の入院や1980年代後半に創設された老人保健施設への入所サービスにより、要介護高齢者の介護ニーズに対応してきた。しかし、医療の必要性がない介護を理由とした病院への長期入院は、要介護高齢者に対する適切な介護サービスの提供という視点からも、国民医療費の適正化という視点からも問題があった。また、福祉制度と医療制度との間で、利用者負担の水準や利用手続きについて不均衡が生じていた。

以上のように、日本における介護保険制度導入の背景には、①硬直的な措置制度に代わる利用契約制度を確立する、②社会的入院の解消とともに医療保険と介護保険の役割分担を図る、③介護費用を広く国民全体で負担するために介護保険料という新たな財源の仕組みを創設する、等の理由が存在した。

以上、介護保険制度創設に至る背景を詳細に考察してきたが、ドイツ、日本、韓国の3ヶ国は、高齢者関係の医療・福祉制度の歴史やあ

り方の相違から、それぞれ独自の課題を抱えており、その解決方策として介護保険制度の創設を選択したといえるのではないだろうか。

第2項 介護保険制度の内容比較

(1) 名称と概念

これまで「介護保険法」と記述してきたが、正式名称は3か国で異なる。すなわち、ドイツでは「要介護のリスクの社会的保護に関する法律」、日本は「介護保険法」、韓国では「老人長期療養保険法」である(図表5-9)。ドイツの法律名には「老人」という表記がなく、保険給付対象者を高齢者に限定していない。日本の法律名にも対象者を限定する表記はないが、実際の制度運用では給付対象者を高齢者に限定し、40歳未満の若年障害者を除外しているため、ドイツとは名称は類似しているが給付対象は一部異なる。

この点と関連して、増田雅暢は、日本は制度設計時に給付対象者を将来的に年齢にかかわらず要介護者全般へ拡大することを意図していたため、法律名に「老人」または「高齢者」を表記しなかったと指摘している⁽³⁸⁾。他方、韓国では法律名に「老人」と明記し、保険給付対象者を高齢者だけに限定しており、ドイツに比して限定的な適用となっている。

(図表5-9) 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較

	日 本	ドイ ツ	韓 国
名称	介護保険法	要介護のリスクの社会的保護に関する法律	老人長期療養保険法
法律制定年月日	1997年12月	1994年4月	2007年4月
法律施行期日	2000年4月(保険料徴収、在宅・施設サービス同時実施)	1995年1月(保険料徴収)、1995年4月(在宅サービス)、1996年7月(施設サービス)	2008年4月(要介護認定申請等)、2008年7月(保険料の徴収・介護給付の提供等)
制度の建て方	独立型・地域保険型	医療保険制度活用型	医療保険制度活用型
保険者	市町村(施行時点では約3,300 現在は約1,300)	介護金庫(全国で280)	国民健康保険公団(全国で1)
被保険者	40歳以上の医療保険被保険者 (65歳以上を境に第1号・第2号被保険者と区別)	公的医療保険加入者	国民健康保険の加入者
給付対象者	原則として高齢者	全ての年齢の要介護者	原則として高齢者
要介護度	7段階(要支援2段階と要介護5段階、施行時は6段階)	3段階(「特に重度」を加えると4段階)	3段階(中・重度)
判定機関	介護認定審査会の判定、1次判定は、コンピュータ判定	MDK(疾病保険のメディカルサービスの判定)	等級判定委員会の判定、1次判定は、コンピュータ判定)
サービス利用方法	ケアマネジャーによる介護計画作成等のケアマネジメントを経て事業者と契約	(日本のようなケアマネジャーによるケアマネジメントはない)	(日本のようなケアマネジャーによるケアマネジメントはない)
保険給付内容	在宅・施設サービス、地域密着型サービス、予防給付	在宅・施設サービス(医療系のサービス除く)	在宅・施設サービス、特別現金給付
現金給付 (家族介護の評価)	なし	介護手当、代替介護手当	島・僻地等で家族療養費付添看護費
要介護認定者数	約506万人(2013年3月) (全高齢者の17%)	約238万人(2011年)	約32.5万人(2012年5月) (全高齢者の5.7%)
利用者負担	原則10%(ケアプラン作成等は無料) 施設入所の食費と宿泊費は、給付対象外	なし。ただし、保険給付は定額制で、越える部分は自己負担。施設入所の食費と宿泊費は自己負担	在宅給付は15%、施設給付は20%、施設入所の食費と宿泊費は給付対象外
財源構成	利用者負担以外は、公費と保険料で2分の1負担。公費は、国と地方が50%づつ(居宅介護給付の場合)1号保険料は保険者ごと相違。2012年度の全国平均約4,972円、2号保険料1.55%(協会けんぽ)	全て保険料負担。保険料率は全国一律1.95%、子のない被保険者は2.2%(被用者は労使折半、自営業者や年金受給者は全額自己負担)	利用者負担以外は、公費と保険料負担。国庫負担は、保険料負担の20%相当額。保険料水準は2011年時点で、5,100ウォン。被用者の場合、医療保険料の一定割合(2010年は6.55%)

(出典:増田雅暢編著『世界の介護保障』2014(平成26)年4月 法律文化社 201頁)

（２） 保険者

韓国では、医療保険制度の運営全般を担っている保険公団が保険者となっており、被保険者の資格管理、保険料の徴収、認定調査、要介護認定、標準長期療養計画書の作成及び交付、介護給付費の審査及び支給、事業者指定など介護保険制度にかかわるほぼすべての実務を行っている。ドイツでも、医療保険の保険者である疾病金庫に併設される介護金庫が、保険者である。介護金庫は、疾病保険のメディカルサービス（MDK）を通して認定調査、要介護認定を行うとともに、保険料の徴収、介護給付等の業務を担当している。

ドイツと韓国の共通点は、既存の医療保険者が介護保険の保険者になっており、介護保険業務もかねている点である。しかし、同じ医療保険制度活用型の制度設計でありながら、ドイツの場合には、疾病金庫として全国で166の介護金庫が存在（2010年現在）するのに対し、韓国の場合には保険公団が全国唯一の保険者となっている。

他方、日本はその両国とは異なり、医療保険とは別個に制度が創設され、保険者は市町村という独立型・地域保険型の建て方になっている。日本の場合には、医療保険制度において市町村が保険者となっている国民健康保険制度の歴史的存在があるので、介護保険の保険者となることには違和感はない。しかしながら、市町村保険者の最大の課題は、規模の小さな市町村では、財政面や事務処理面でも運営が困難という点であり、このため、制度発足当初から地方自治法上の広域団体の活用等により、保険者の広域化が図られたり、国・都道府県さらには医療保険者・年金保険者のさまざまな支援が組み合されたりした制度となった。

（３） 被保険者

ドイツと韓国では、公的医療保険の被保険者が介護保険の被保険者となっている。韓国の場合、子どもに扶養されている高齢者等には保険料負担がなく、日本と異なり、年齢や職業による被保険者の区分は

ない。日本では、第1号被保険者を65歳以上の者、第2号被保険者を40歳以上65歳未満の医療保険加入者として、65歳を境に被保険者が2種類に分けられている。保険料の算定および徴収方法は保険者ごとに異なり、第1号被保険者は本人と世帯の課税状況や前年の所得金額に応じて市町村が段階的に設定し、特別徴収または普通徴収の方法で徴収される。

日本では、第2号被保険者の場合は、国民健康保険加入者は所得や資産に応じて世帯ごとに算定された保険料を介護保険料と医療保険料を合わせて国民医療保険料として世帯主が納める。健康保険・共済組合保険加入者は、給与および賞与に応じて医療保険ごとに介護保険料率が設定される保険料を医療保険料に合わせて納める。この際、保険料は給与および賞与から一括徴収されるシステムになっているが、保険料の半分は事業主負担となっている。なお、被扶養者は、加入している医療保険の被保険者が負担するため、保険料を納める必要はない。

わが国では、介護保険制度導入時からドイツや韓国同様、被保険者の範囲について40歳以下に拡大すべきという論議があったが、若い世代への新たな保険料負担の是非や保険料を折半負担する経営者等の同意が得られず、未だ実現には至っていない。ただし、介護保険財政に対する懸念と年齢区分のないドイツや韓国の現行システムを考慮すると、将来的に被保険者と給付対象者の範囲拡大は不可避である。

(4) 給付対象者

ドイツでは、介護保険の給付対象者の範囲に年齢区分はなく、要介護状態になれば子どもでも高齢者でも保険給付の対象者となるが、日本および韓国では、基本的には65歳以上の要介護高齢者が保険給付の対象者となる。日本では、40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合、特定疾病による要介護状態の場合にしか介護保険給付の対象とはならない。交通事故による要介護状態等、特定疾病以外の理由による要介護状態の場合には、障害者福祉の対象となる。この点は韓国

でも同様であり、認知症や脳血管障害など24の老人性疾病をもつ20歳以上65歳未満の者は給付対象者となる。

この点と関連して、日韓両国では、介護保険給付対象外とされている障害者を、介護保険制度の給付対象者に包括することについての議論が生じている。また、保険料を納めながら特別の疾病以外の要介護者が保険給付対象者から除外されていることについても、負担と給付の整合性が課題となっている。

(5) 要介護度と要介護認定

ドイツの介護保険制度では、要介護者とは、日常生活活動を行うにあたり継続的に（最低6カ月）に相当程度の援助を必要としている者とされている。要介護と認定されるためには最低1日90分の援助を必要とし、そのうち身体介護等の基礎介護の時間が家事援助の時間を上回る必要がある。要介護度は3段階（介護等級Ⅲより重い「特に過酷」を含める場合は4段階）に分かれている（図表5-10）。

(図表5-10) ドイツ・日本・韓国の要介護時間等による要介護認定区分

ドイツ		日本		韓国	
要介護度	要介護時間	要介護度	要介護時間	要介護度	要介護時間
		要支援1	25分以上32分未満		
		要支援2	32分以上50分未満		
		要介護1	32分以上50分未満		
		要介護2	50分以上70分未満		
介護等級Ⅰ	90分以上	要介護3	70分以上90分未満	3等級	55点以上75点未満
介護等級Ⅱ	180分以上	要介護4	90分以上110分未満	2等級	75点以上95点未満
介護等級Ⅲ	300分以上	要介護5	110分以上	1等級	95点以上

注: 要介護時間を基準にすると、ドイツの介護等級Ⅰは日本の要介護4、介護等級Ⅱは日本の要介護5に相当する。

出典: 林春植、宣賢奎、住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開』2010年6月 ミネルヴァ書房 131頁

日本と比較すると、要支援者や要介護1または2の軽度者は除外されるレベルとされ、要介護者の範囲が狭い。要介護認定は、メディカルサービス(MDK)の審査を経て、介護金庫が要介護の有無および要介護度を決定する。2011年末の受給者数は232万人であり、全人

口の2. 8%となっている。

日本の介護保険制度でも、要介護とは6カ月以上にわたって常時介護が必要な状態にある者としている。要介護と認定されるためには、保険者が行う要介護認定を受けなければならない。それは、訪問調査による74項目の調査結果をコンピュータで処理することにより推計される要介護認定基準時間等にもとづき判定される1次判定と、専門委員で構成する介護認定審査会において1次判定の結果に主治医の意見書等を加味して判定される2次判定とに分かれ、2次判定の結果が最終結果となる。要介護度は、要支援1と2、要介護1～5の7段階である。

日本では、ドイツや韓国に比べ、要介護者の適用範囲が広く、要介護2以下の軽度者も給付対象に含まれる。ただし、要支援者には給付制限があり、介護予防サービスのみ利用できるが、施設サービスを利用できない。例えば、福祉用具貸与に際しても一部の用具は利用できない。ちなみに、2011（平成23）年3月末現在で、要支援・要介護者は506万人であり、そのうち受給者数は413万人となっている。高齢者全体の約17%が要支援・要介護者である。

韓国における要介護の定義は、ドイツや日本とほぼ同様である。要介護認定の手続きは、日本の制度と類似しており、保険者の訪問調査による52項目の調査結果をコンピュータ処理して得られた1次判定の結果を、保険公団の支社に設置された等級判定委員会で2次判定し、最終結果を得る。ただし、訪問調査では、要介護者の心身の状況だけでなく、介護者の有無や要介護者が置かれている住環境も調査することになっており、それは94項目にもものぼる⁽³⁹⁾。

要介護度は1等級（最重度）、2等級（重度）、3等級（中重度）の3段階となる。このように要介護者の範囲を限定していることから、2012年5月現在で、要介護者は32.5万人、高齢者全体の約6%であり、日本と比べると数・割合とも小さい。

(6) 保険給付

ドイツにおける介護保険給付は、在宅介護、部分入所介護（デイケア、ナイトケア）及び短期介護（ショートステイ）、終日入所介護（介護ホームへの入所）の3種類に大別される（図表5-11）。在宅介護では、現物給付として介護事業所の介護職員により提供される身体介護や家事援助サービス、介護補助具の支給、住宅改造への補助がある。日本の居宅サービスと異なり、医療的なサービスは含まれていない。

また、日本と異なる最大の点が、現金給付である介護手当の支給である。現物給付を選択するか、介護手当を選択するか、は要介護者自身の決定にゆだねられている。くわえて、現物給付と介護手当を組み合わせ受給することも認められている。さらに、在宅介護優先の考え方から、在宅で介護する家族等の介護者に対する給付がある点も特徴的である。また、一定の介護時間を満たした介護者に対して、労災保険の適用や介護金庫による年金保険料の代替負担、介護講習の実施等の対応がある。このように、家族介護者に対して現金給付と社会保険を適用することの意味は、家族の無償労働を有償化した点にある。家族介護を有償の社会的労働と位置付けたという点は、ドイツの介護保険の画期的なところといえる⁽⁴⁰⁾。

日本の介護保険給付は、要支援者には予防給付、要介護者には介護給付と分けられ、予防給付では介護予防に力点をおいたサービス内容となっている。サービス種別では、居宅サービスと施設サービス、さらに2005（平成17）年の改正で導入された地域密着型サービスに分かれる。居宅サービスは、訪問介護や訪問入浴介護、訪問看護、デイサービス、デイケア、福祉用具貸与、住宅改修費補助等13種類も数にのぼる。施設サービスは、特別養護老人ホームや老人保健施設など3種類の介護保険施設への入所がある。2014（平成26）年の制度改正により、特別養護老人ホームの入所要件が要介護3以上とされ、重度者を優先することとされた。地域密着型サービスは、認知症グループホームなど市町村単位で事業者を指定できるサービスで6

種類がある。

そのほかにも、利用者の心身の状況や本人・家族の希望などを踏まえ、介護サービス計画を作成し、サービス提供事業者等々の連絡調整を行うケアマネジメントとして、要介護者を対象とする居宅介護支援と要支援者を対象とする介護予防支援がある。

日本の保険給付の特徴としては、①数多くの種類のサービスがあること、②福祉・医療面双方の介護サービスを受給できること、等があげられる。ただし、家族介護者に支給されるドイツや韓国のような現金給付は存在しない。現金給付に関しては、日本でもその創設をめぐって活発な議論が展開されたが、女性に家族介護労働を固定化してしまう等の理由から、創設が見送られた。日本の特徴としてもう一つあげると、ドイツと韓国にはない前述のケアマネジメントシステムが存在する、という点がある。

他方で、韓国の介護保険給付には、在宅介護サービス、施設介護サービス、特別現金給付の3種類がある。在宅介護サービスとして訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、デイ・ナイトサービス、ショートステイ、福祉用具貸与・販売等があり、施設介護サービスとしては老人療養施設、老人療養共同生活家庭等がある。また、特別現金給付として、家族療養費、特例療養費、療養病院療養費がある。現在は、介護サービス事業者が不足する離島・僻地の居住者、あるいは要介護者が身体障害、精神障害、感染症等により他人との接触を忌避するなどの事情でやむを得ない場合、その家族に支給される家族療養費のみが保険給付となっている。ドイツの介護手当にも類似しているこの現金給付は日本にはないものである。

(図表5-11) ドイツ・日本・韓国の保険給付

ドイツ		日本		韓国		
在宅介護	現物給付(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護など) 現金給付 代替介護 介護補助器具 住宅改造補助 介護講習 介護者の社会保険	居宅介護	介護給付	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 住宅改修費支給 居宅介護支援	在宅介護	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 デイ・ナイトサービス ショートステイ 福祉用具貸与・販売
			介護予防給付	介護予防訪問介護 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 介護予防特定福祉用具販売 介護予防住宅改修費支給 介護予防支援		特別現金給付
		地域密着型	介護給付	夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	特別現金給付	
介護予防防	介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護					
部分施設介護 完全入所施設介護 障害者援助の完全入所施設介護	デイケア ナイトケア ショートステイ	施設介護	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設	施設介護	老人療養施設 老人専門療養施設 老人療養共同生活家庭	

注:日本の保険給付では、「居宅介護支援」と「介護予防支援」をケアマネジメントとして別区分する場合があるが、本書では便宜上居宅介護サービスに含めている。また、上記以外に、市町村が独自に行う「市町村特別給付」(紙おむつ支給、移送サービス、配食サービス)、特定高齢者(高齢患者)向けの「地域支援事業」(介護予防、包括的支援事業など)、「保健福祉事業」(介護者教室、健康づくり事業など)がある。

出典:林春植、宣賢室、住居広土編著『韓国介護保険制度の創設と展開』2010年6月 ミネルヴァ書房 133頁

(7) 保険給付水準と利用者負担

要介護度別の給付額（利用限度額）を比較すると、日本の保険給付額の水準が、ドイツや韓国に比べてかなり高いことがわかる。最も重い要介護度でみると、在宅介護の要介護5の上限が月額36万650円である日本に対し、ドイツは27万9,300円と約10万円程度低い。韓国はさらに低く、最も高い給付水準である1等級の施設介護の給付額が16万3,240円にすぎず、日本の半分程度の水準である（図表5-12）。

(図表5-12) ドイツ・日本・韓国の要介護度別保険給付額の比較

要介護度	日 本		ド イ ツ		韓 国	
	在宅介護	施設介護	在宅介護	施設介護	在宅介護	施設介護
要支援1	50,030円	-	-	-	-	-
要支援2	104,730円	-	-	-	-	-
要介護1	166,920円	187,500円	-	-	766,600 (76,660円)	-
要介護2	196,160円	207,300円	468	1,064	903,800	-
要介護3	269,310円	228,600円	1,144 (160,160円)	1,330 (186,200円)	964,800 (96,480円)	1,439,700 (143,970円)
要介護4	308,060円	248,400円	1,612 (225,680円)	1,612 (225,680円)	1,044,300 (104,430円)	1,561,200 (156,120円)
要介護5	360,650円	268,200円	1,995 (279,300円)	1,995 (279,300円)	1,185,300 (118,530円)	1,682,400 (168,240円)

(注) ①2015年時点の数値。ドイツ数値の単位はユーロ、韓国の数値の単位はウォン。カッコ内は日本円換算。

1ユーロは140円、10万ウォンは1万円として計算。

②在宅介護の場合、月額給付上限額を示す。なお、利用できるサービスの種類は各国で異なることに注意。

③日本の施設介護の数値は、特養(ユニット型個室)の場合。韓国の施設介護の数値は、老人両施設の場合。いずれも1日当りの報酬を30日換算。

④ドイツの数値は、要介護1から要介護3までの数値を便宜的に日本の要介護2から要介護4の段階に、さらに「極めて多くの介護が必要となる特別のケース(特に重度)」を日本の要介護5の段階にあてはめている。

⑤韓国の数値は、1等級(一番介護度が高い)から5等級までの数値を便宜的に日本の要介護5から要介護1の段階にあてはめている。

出典：増田雅暢『介護保険の検証』2016(平成28)年1月 法律文化社 170頁

このような給付額の差は、保険給付水準の根底にある理念の相違によるものである。ドイツの場合には、介護保険給付は、在宅介護の場合は家族等の介護を補完するもの、施設入所介護の場合は介護のために必要な費用負担を軽減することを目的とした基礎的な保障を行うものとして、位置付けられている。したがって、保険給付は在宅介護や施設入所介護に要するすべての費用をカバーするものではなく、その

一部を保障するものとなっている。なお、保険給付で不足する費用については全額自己負担となるが、保険給付の受給に限っては利用者負担なしである。ただし、施設入所の際の食費と宿泊費は自己負担となっている。

他方、日本と韓国では、保険給付に対して自己負担を伴う制度となっている。日本ではサービス利用料の原則 1 割が自己負担であり、韓国では在宅給付サービスはサービス利用料の 15%、施設給付は 20%が自己負担となっている。日本と韓国両国とも、施設入所の際の食費と宿泊費は給付対象外で自己負担である。また、両国とも保険給付を超えた上乗せサービスの利用もできるが、その際は全額自己負担となる。ただし、日本では、高額介護サービス費により、一定額以上は償還される。ちなみに、日本にしか存在しないが、ケアプランを作成するケアマネジメント費用には、利用者の自己負担がない。

韓国では、利用者負担の軽減や在宅優先の考え方から、在宅給付の自己負担の割合を施設給付より 5%低く設定している。この点については、多くの待機者をかかえる日本の特別養護老人ホームの状況を鑑みて、韓国は日本から学び、施設介護の利用を抑制する政策をとったのではないだろうか。

(8) 介護保険の財源

ドイツの介護保険財政は、すべて保険料負担で賄われている。被用者の場合には、被保険者と使用者が折半で負担する。保険料率は、1.95%であるが、子どものいない 23 歳以上の被保険者は、保険料率が 0.25%上乗せされており、この部分は被保険者が単独で負担する。

日本の介護保険財政は、利用者負担と保険料と公費負担の組合せで、利用者負担を除く保険給付部分を保険料と公費負担で半分ずつ負担する。保険料負担は、第 1 号被保険者と第 2 号被保険者の人口比で按分して負担する。2016（平成 28）年度予算案では、保険料部分の

うち22%を第1号被保険者全体で、28%を第2号被保険者全体で負担することになっている。第1号被保険者の保険料は、所得段階別の定額とされており、2016（平成28）年には、市町村平均値で5,514円となっている。なお、第1号被保険者の保険料負担水準は、市町村保険者ごとに異なる。第2号被保険者の保険料は、収入の約1.58%（協会けんぽの場合）であり、被保険者と事業主とが折半して負担する。

韓国介護保険の財源も日本と同様に、公費負担、保険料負担と利用者負担で構成されている。公費負担のうち国庫負担は、介護保険料収入額の20%に相当する額とされ、日本の水準よりは低い。2010年時点での負担割合は、保険料62%、公費負担（国及び地方公共団体）25%、利用者負担13%となっている。保険料負担は全国一律の決定方法であるので、日本のような市町村間の保険料格差は生じない。また、保険料は2011年時点で、1世帯当たり月額平均でサラリーマンは5,132ウォン、自営業者は4,712ウォンであり、サラリーマンの保険料率は、医療保険料の一定割合としており、2012年で6.55%となっている。

日本では、65歳以上の高齢者でも第1号被保険者として保険料を負担するが、ドイツと韓国では子どもに扶養されている場合、保険料の負担義務がないことも相違点である。

以上、ドイツ、日本、韓国の介護保険制度の内容を比較してきたが、類似点がある一方で、多くの相違点があることも確認することができた。そこで、3か国の比較から、日本の介護保険制度に対する示唆となる点について、①制度の持続可能性、②制度の簡素化、③家族介護への評価、の3点に絞って考察を行い、本章の締めくくりとしたい。

日本の介護保険は、ドイツや韓国の介護保険と比較をして、保険財政の肥大化という構造的問題をかかえている。保険給付の対象範囲が要支援1から要介護5までと広範囲であること、それにより要介護者等の数が大変多いこと、要介護度に対応した保険支給額の水準が高い

ことが、その理由である。こうした構造的問題にメスを入れない限りは、財政問題からくる制度の持続可能性の不安が常につきまとうことになる。

まず、わが国の介護保険制度においては、保険給付対象者の範囲が広く、要支援・要介護者が多く、保険給付も高い反面、被保険者の範囲は40歳以上に限定されている。高齢化の進展にともなう要支援・要介護者の増大、保険給付の増大が見込まれているにもかかわらず、保険財政を支える被保険者、とくに40歳以上65歳未満の第2号被保険者は減少していく。したがって、保険料負担、公費負担の増大にどう対応していくかという点が、今後の介護保険運営の最大の課題とならざるを得ない。

すでに、2005（平成17）年の制度改正において、介護予防を重視するシステムへの転換を図ることとして軽度者への給付抑制等の措置を講じているが、それだけでは不十分である。また、給付面では、保険給付水準の見直しや、保険給付対象者の見直し等が必要である。他方、収入面での拡大策も必要であり、現行制度下での公費・保険料負担の増大のほか利用者負担の引き上げ、保険料負担の拡大のための被保険者の範囲の拡大や公費負担拡大を図るための、新たな税財源の検討が不可避であろう。

これまでも指摘されてきた、①要支援は介護保険の対象事故の範疇か否か、②40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、保険料支払い義務はあるものの、特定疾病以外の要介護では介護保険給付対象外とされることは正当か否か、③制度導入当初からの懸案事項である被保険者を20歳以上とすることは正当か否か、という点についての本格的な議論が、早急に行われるべきである。

つぎに、日本の介護保険制度の仕組みが、ドイツや韓国と比較して非常に複雑なものになっている点が重要である。たとえば、被保険者は2種類に分かれ、保険給付の範囲や保険料設定・徴収等がまったく異なるものとなっている。具体的には、65歳以上の生活保護の被保

護者は、第1号被保険者と位置づけられているが、40歳以上65歳未満の被保護者は第2号被保険者とはならない点等があげられる。

サービス利用にあたって、ケアマネジメントの仕組みを導入しているが、これは利用者に対して総合的な相談・援助・サービス提供という利点がある反面、ケアマネジャーの資質次第では、一面的なサービス提供になる可能性もある。また、介護給付のケアプランは居宅介護事業者の担当であるが、予防給付のケアプランは地域包括支援センターが担当する。このように日本の制度は精巧にできているといえるかもしれないが、被保険者や利用者にとっては理解が難しい複雑な仕組みといえる。事務的コスト面からは、独立型の社会保険方式であるために、他の2国よりは高い。

三点目に、家族介護への評価という観点について、情緒的な反発やサービス拡大を意図した事業者の反対、財政当局の保険財政拡大への恐れ等を背景に、要介護者本人や家族介護者の立場に立った議論が不十分であった点を指摘できる⁽⁴¹⁾。

ドイツでは、介護保険の基本原則として、自己決定、在宅介護、基礎的保障を掲げており、こうした観点から、外部のサービスを選択するのか家族等の介護を選択するのか、については要介護者の自己決定とし、家族等の介護を選択する場合の保険給付として介護手当を制度化している。また、家族等の介護が介護者の多大な負担とならないよう、現物給付との組合せや、介護者に対する社会保障面での給付等の支援策を講じている。介護手当に対する保険給付額は現物給付より低いため、介護手当の選択者が多いことは結果的に保険財政の負担増大を抑制する効果を及ぼしている。

日本の場合には、居宅介護の給付をすべて外部の事業者の現物給付としていることから、コスト高のサービスとなっている。そのため、費用節減を図るために介護報酬を減額した場合、サービス事業者の人材確保やサービスの質の確保をめぐる問題が生じてくる。介護分野の人材確保難が顕在化していることもあり、このままでは、財政問題は

かりでなく人材問題からも日本の介護保険制度は危機を迎えることになろう。ドイツなどの介護保障システムにみられるように、家族等による私的介護（インフォーマルケア）の制度的な評価や、その質の確保について、検討すべき時期にきている⁽⁴²⁾。

-
- (1) John Creighton Campbell, Naoki Ikegami and Soonman Kwon, "Policy Learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the republic of Korea", *International Social Security Review* • October 2009 63p-80p
 - (2) 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ-介護保険-』2007（平成19）年 信山社 3頁
 - (3) 藤本健太郎「ドイツの介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障』第2版 2014（平成26）年 法律文化社 59頁～60頁
 - (4) 和田勝編著『日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究 介護保険制度の政策過程』2007（平成19）年 東洋経済新報社 236頁
 - (5) 瀧澤仁唱「ドイツ介護保険の現状と課題」『医療・福祉研究 No. 9』1997（平成9）年 40頁
 - (6) 藤本健太郎 注(3)前掲書 63頁
 - (7) 松本勝明 注(2)前掲書 29頁
 - (8) 津田小百合「ドイツ介護保険制度の法的構造」『社会保障法』(18) 2003（平成15）年 日本社会保障法学会 107頁～109頁
 - (9) 藤本健太郎 注(3)前掲書 66頁
 - (10) 藤本健太郎 注(3)前掲書 69頁
 - (11) 松本勝明 注(2)前掲書 205頁
 - (12) 松本勝明 注(2)前掲書 204頁～205頁
 - (13) 成清美治「介護保険制度に関する一考察-ドイツ介護保険の功罪」『福祉研究』第92号 2003（平成15）年 日本福祉大学社会福祉学会 15頁

- (14) 宣賢奎「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」『共栄大学研究論集』第8巻 2010（平成22）年3月 3頁
- (14) 金英俊「韓国の介護保険制度」『太成学院大学紀要』第12巻 2010（平成22）年3月 117頁～121頁
- (16) 金英俊 同上書 122頁
- (17) 金貞任「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』No.167 2009（平成21）年 67頁
- (18) 徐東敏、近藤克則「韓国の老人長期療養保険制度の成立背景と特徴 - 日韓比較の視点から」『社会政策』第1巻第3号 2009（平成21）年 86頁
- (19) 徐東敏、近藤克則 同上書 86頁～87頁
- (20) 徐東敏、近藤克則 注(18)前掲書 87頁
- (21) 丁炯先「韓国の『老人長期療養保険制度』に関する検討」『日本社会福祉大学社会福祉論集』第116巻 特集号2 2007（平成19）年12月 25頁
- (22) 朴保善「韓・日の高齢者の状況をめぐる比較に関する一考察」『四天王寺大学大学院研究論集』第6号 2011（平成23）年 75頁
- (23) 朴保善 同上書 75頁
- (24) 孫珉潯「韓国・老人長期療養保険制定の過程分析」『佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科編』第38号 2010（平成22）年3月 25頁
- (25) 金貞任「韓国の介護保障」『世界の介護保障』2014（平成26）年 法律文化社 134頁～153頁
- (26) 丁炯先 注(21)前掲書 25頁
- (27) 金貞任 注(17)前掲書 144頁
- (28) 丁炯先 注(21)前掲書 30頁
- (29) 丁炯先 注(21)前掲書 30頁
- (30) 林春植、宣賢奎、住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開 - 介護保障の国際的視点 - 』 2010（平成22）年 ミネルヴァ書房

22 頁～23 頁

- (31) 金貞任 注(25)前掲書 147 頁
- (32) 金貞任 注(25)前掲書 149 頁～150 頁
- (33) 林春植、宣賢奎、住居広士編著 注(30)前掲書 33 頁
- (34) 林春植、宣賢奎、住居広士編著 注(30)前掲書 143 頁
- (35) 里見賢治は「資産調査等によって貧困者・低所得者を特定し、そこに対象を限定することによって、スティグマをともしなわざるをえない選別主義と、年齢等によって特定の集団に限定して給付するもので、同じニードをもつ集団の者があっても給付から除外する選別主義の二種類に区分することが必要である」としている。「社会福祉再編期における社会福祉パラダイム」阿部志郎・右田紀久恵・宮田和明・松井二郎編『講座 戦後社会福祉の総括と二十一世紀への展望Ⅱ 思想と理論』2002（平成 14）年 ドメス出版 93 頁
- (36) 増田雅暢「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」増田雅暢編著『世界の介護保障』2014（平成 26）年 法律文化社 194 頁
- (37) 林春植・宣賢奎・住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開－介護保障の国際的視点－』2010（平成 22）年 ミネルヴァ書房 9～10 頁
- (38) 増田雅暢 注（36）前掲書 200 頁
- (39) 訪問調査項目は 94 項目であるが、コンピュータによる 1 次判定の対象となる項目は、心身の機能にかかわる 52 項目とされている。
- (40) 林春植・宣賢奎・住居広士編著 注（37）前掲書 132 頁
- (41) 増田雅暢 注（36）前掲書 209 頁
- (42) 「現行の介護保険制度において、ドイツの介護保険の現金給付と類似の現金給付を行っているユニークな地方自治体として、秋田県上下阿仁村がある。介護保険法第 42 条第 1 項に基づく特例居宅介護サービス費として、自宅において要介護 3 から要介護 5 の人を就業しないで介護している世帯に対して、一定額（要介護 5 の場合、月

額 12 万円、自己負担額や業務委託料を控除すると 10 万 2 千円を上限) を支給する。事業者の介護サービスとの併用も可能。2008 年から実施し、2015 年 6 月現在で 19 名の利用者がいる。現行制度でも現金給付を実施することができるという好事例である。」増田雅暢『介護保険の検証』 2016(平成 28)年 1 月 法律文化社 181 頁

第VI章 持続可能な介護保険制度の再構築

まず、普遍主義の定義について確認しておこう。第I章で論じたように、福祉サービス創設時期には、福祉サービス受給者は低所得者に限定されていた。すなわち、当初は、サービスの受給に際して個別的な資力調査（ミーンズテスト）を受けなければならない場合を「選別主義」、そうでない場合を「普遍主義」という単純な二分論が用いられてきた。しかし、現在の介護保険制度を、選別主義-普遍主義という視点から見る場合には、このような単一の指標は意味をなさない。もちろん、ニードの所在が前提であるが、ニード・テストが差別的・屈辱的な方法でなされる場合は、明らかに恥辱（スティグマ）を感じさせることになるため選別主義となるなど、資力調査の有無は現在でも通用する基準の一つではある。

わが国の介護保険制度は、要介護認定審査というニード・テストはあるものの、それは資力調査や家庭環境調査などを含むものではなく、当該高齢者が介護サービスを受ける必要があるかどうかの身体的・精神的要介護度判定であって、しかも、その方法は屈辱的なものとはいえない。そして、要介護というニード要件が満たされた場合には、個別的な資力調査などを受ける必要なく介護サービスを受給できるため、普遍主義に立脚した制度といえる（ただし、わが国の介護保険制度は、要介護というニードが存在しても年齢等の要件を設定して給付対象から排除する場合があるため、一部選別主義に分類されるところもある）。保険料や利用者負担の定額制・定率制についても、資力調査を要しないという意味において、普遍主義といえよう。

しかし、現行介護保険制度は、このような資力調査の有無だけで判断できるような単純な制度ではない。保険料負担、一部負担金、被保険者の範囲、給付内容・水準、要介護認定、予防給付、低所得者対策等、各分野にわたって、それぞれ別々の指標によって「普遍主義」か「選別主義」かの評価を行わなければならない。すなわち、どのよう

な制度が「普遍主義」であるかどうかの評価のためには、個々の項目（保険料、一部負担金、被保険者の範囲等）に含まれる指導原理を明らかにして、その指導原理との関係で「普遍主義」といえるかどうかという判断が必要になる。

これまで、普遍主義の視点からわが国の介護保険制度はもちろんのこと、ドイツや韓国の制度についても検討してきた。そこで、課題とされた、①保険料と被保険者・受給者の範囲、②要介護認定と予防給付、③利用者負担と補足給付、の3点について検討を加え本論文のまとめとしたい。

第1節 保険料と被保険者・受給者の範囲

（1）被保険者・受給者の範囲

介護保険制度において「被保険者・受給者の範囲」をどうするかは、当初から大きな論点の一つであった。審議会や与党内で論議が重ねられた結果、老化に伴う介護ニーズに応えるとする現行の枠組みが取りまとめられた。その理由としては、老化に伴う介護ニーズは高齢期のみならず中高年期にも生じ得ること、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族の立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まること等があげられた。併せて、法施行後5年を目途として制度全般に関して検討を加え、必要な見直しを行うことを定めた介護保険法附則第2条において「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」が検討項目の一つとして具体的に掲げられることとなった。

介護保険法の制定にあわせて、身体障害者福祉法等の中に介護保険制度による給付と障害者福祉制度による給付との調整規定が設けられ、両者に共通するサービスについては、介護保険制度から優先して給付されることとなった。これは、高齢者・障害者の介護サービスについては介護保険制度を優先して適用するという趣旨のものであった。その結果、高齢者・障害者の大半は介護保険制度のサービスを利用して

いる状況である。ただし、障害者については、介護保険制度にはないガイドヘルプ（外出支援）などの障害者福祉サービスを利用できるほか、全身性障害者については、障害者福祉制度から必要なサービスを提供できることとされている。

他方、65歳未満の者の中には、要介護状態であるにもかかわらず、公的サービスを受けられないケースが存在する。例えば、高次脳機能障害や難病にともなう身体等の障害、成人期以降に発生した知能の障害を有するものについては、障害福祉各法による「障害者」と認められず、福祉サービスの対象とならない場合がある。介護を必要とする理由や年齢の如何を問わず普遍的に介護サービスを提供する制度が存在しないことから、こうした「制度の谷間」の問題が生じている。

被保険者・対象者の範囲については、2004（平成16）年12月20日社会保障審議会介護保険部会が『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見」として、取りまとめを行っている。その内容については、具体的な論点整理がなされてはいるが、提言あるいは結論までには至らず、今後も継続的に議論していく必要性を述べるにとどまっている。その後、「被保険者・対象者の範囲」については、今日に至るまで放置された状態が継続している。

そこで、普遍主義の視点からこの問題について検討を加えてみたい。現行の制度は、第2号被保険者においては、介護ニーズがあっても16種類の特定疾病による要介護者だけを適用対象としており、また、40歳未満の者については、介護ニーズがあっても保険給付の対象とならないという制度設計がなされている。特に、保険料を拠出している第2号被保険者にとっては、不満の残るところではないだろうか。この点については、老化に伴う介護ニーズは高齢期のみならず中高年期にも生じ得ること、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族の立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まるといった点が指摘されてきたが、法制度の背景理由としてはあまりにも情緒的に思われる。

以上の点からみて、40歳以上の被保険者については、まずは特定疾病という障壁を取り払い、介護ニーズのある者全てを受給者とすべきである。同じく保険料を拠出しているのに、65歳以上は疾病の原因を問わず介護保険給付が受給できるのに、40歳以上はそれが受けられないというのは「普遍主義」に反する。次に、第Ⅱ章で述べたように、同じニーズをもつ集団があっても、年齢によって給付の対象から外すことは「普遍主義」とはいえないことから、将来的には、受給者の範囲は0歳以上とすべきであろう。介護を必要とする者であれば、年齢や要介護状態となった原因によって給付の有無や内容に差異が生じないような制度、即ち「老化にともなう介護ニーズ」に対応する現行の老人向け介護保険制度から「全国民の普遍的な介護ニーズ」に対応する介護保険制度へと改正していくことが、「普遍主義」から見た将来展望であろう。第Ⅴ章で述べたとおり、ドイツの介護保険制度においては、被保険者の範囲には、年齢や障害種別による区別はない。

なお、このような将来展望を描くとすれば、現行の介護保険制度と障害者総合支援法との統合問題まで話が及ぶことになるが、その点については、別の機会に論ずることにしたい。ただ筆者が、障害者制度との適用関係をどうするかという課題については、就労支援や社会参加など介護以外のニーズに対しては障害者制度を利用し、両者に共通するサービスについては介護保険制度を優先するという、組合せの仕組みにより柔軟に対応できるのではないかという考えを持っている点だけを述べておきたい。

(2) 介護保険料

保険料を負担する年齢をどう考えるか、という問題は、介護保険財政の点から重要な課題である。なぜならば、対象年齢を引き下げるとは、支え手である被保険者を拡大することになり、制度の安定性という面からみてプラスに作用することを意味しているからである。この点については、介護保険制度が「全国民の介護ニーズ」に応える制

度となるためにも、対象年齢を引き下げるべきと考える。

これまでの議論では、①完全失業率が平均的な水準に近いことや、フリーターの数が増加することなどを勘案すれば、30歳以上が適切である、②仕事を有している者の割合が25歳以上になると高まることや、大学・短大を卒業する年齢などを勘案すると、25歳以上が適切である等の意見があるが、筆者は20歳以上とすることを提案する。その理由は、20歳以上が成人の年齢であり、親権者等の同意なく法律行為の主体となるためである。

他方で、第2号被保険者の範囲を拡大することについては、「ひとつは世代間の移転がさらに拡大し世代間格差がさらに広がる、もうひとつは負担のみで原則給付がないという仕組みが保険原理と整合的ではないという点で、若年層の負担を拡大する方向性については慎重になるべきである。」⁽¹⁾として、批判的な意見もある。しかしながら、特定疾病を外し、ニードのある者全てを給付の対象とすれば、これらの指摘はあてはまらないであろう。

次に、現在の保険料は所得段階別に設定されており、2014（平成26）年には、第1号被保険者について低所得高齢者の保険料軽減強化を目的に、その保険料基準額に対する割合を現行の0.5から0.45に引き下げる改正が行われた。第9段階の被保険者は1.7倍となったが、第IV章で考察したように2.2倍となる保険者もある。基準額に対する比率としてみた場合と、実質所得に対する保険料負担率は同一であろうか。たとえば、年間所得80万円超の者を基準額の年間保険料66,168円とした場合、保険料負担率は8.27%であり、年間所得300万円の者であれば、年間保険料は112,485円となり保険料負担率は3.75%となり、低所得者の負担率の方が高いことになっている。低所得者の保険料軽減強化を謳って保険料額を低減するとしているが、収入に対して保険料負担率が高所得者よりも高いのであれば、実質的には重い負担を強いられていることになる。

このように、所得段階別保険料徴収方式は、所得段階を区分する際

にミーンズ・テスト（資力調査）が行われることと、収入に対する保険料負担率に不均衡が生じていることから、選別主義的と考えられる。従って、現行の所得段階別保険料方式を廃止し、所得の高低にかかわらず、それぞれの実収入に対して同じ保険料率を掛け合わせて保険料を決定する、いわゆる「収入対比定率制」とすることによって、より普遍主義的な制度への転換が図られるべきであると考えられる。

この点と関連して、介護保険料徴収の減免・猶予についてふれておかなければならない。介護保険法第142条は、「市町村は、条例で定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、またはその徴収を猶予することができる。」と規定している。この点は、保険料の減免を保険者の自治事務として明定化したものとして理解できる。すなわち、介護保険法は、所得段階別保険料でもなお対応しきれないような低所得者からの保険料徴収について、保険者の減免という自治事務によって対応するとしている⁽²⁾。しかし、現行法上は「保険料の設定や減免は保険者が決定できることになっているが、介護保険導入直前に、政府によって決定された保険料の徴収延期や、利用料の自治体判断での減免に反対する厚生労働省の介入など、保険者の自律性は大きく制限されている。」⁽³⁾との指摘がある。

他方で、都市自治体の立場から、減免の問題は国の責任で解決すべき事項であり、保険者が単独で介護保険料の減免をするのは差し控えるべきであるという保険者の意向も垣間見える⁽⁴⁾。以上のような低所得層に属する被保険者にかかわる国と保険者の対応から、介護保険法が保険者による減免制度を準備しているにもかかわらず、実際には低所得者に対しては保険料の段階別を政令で細分化することで乗り切ろうとする姿勢が見てとれる⁽⁵⁾。介護保険料は定率制にして、低所得者への減免等については、介護保険法に則り保険者が条例を制定することが、負担の公平の観点からも求められるところである。

また、介護保険法の制定にあたり、保険料の設定について考慮されたのは、被保険者のうち市町村民税が課税されている者は1/4にすぎ

ず、3/4にも上る市町村民税非課税者についてどのように負担能力を判定するかという問題に対応するため、個人単位の保険料徴収原則を一部修正し、世帯による負担能力を加味する方法が採用された点である⁽⁶⁾。この点については、介護保険料はあくまでも被保険者個人の義務とすべきであり、世帯主や配偶者に連帯納付義務を求めるべきではない、と考える。

第2節 要介護認定と予防給付

市町村が行う要介護認定は、介護サービスが受けられるのか受けられないのか、受けられるならどの段階の介護給付が受けられるのかを判定する仕組みである。この要介護認定次第によっては、介護給付額が大きく違ってくる。また、要介護認定は、全体の介護保険財政支出も左右する。まさに介護保険の根幹をなすプロセスとあってよい⁽⁷⁾。

介護保険法では、日常生活において介護を必要とする状態を意味する要介護認定（介護保険法第27条）と、日常生活に見守りや支援を必要とする状態を意味する要支援認定（介護保険法第32条）の2種類の認定が別々に規定されている。すなわち、介護保険法は、要介護だけでなく要支援も介護保険の範疇であるとしている。要介護認定は基準時間で区分され、基準時間は32分以上50分未満であって、認知症機能低下と状態不安定のいずれにも該当しない場合は要支援2、上記のいずれか又は両方に該当する場合は要介護1と区分される。要介護・要支援の定義については、それぞれ介護保険法第7条第1項、第2項に規定されているが、その内容は厚生労働省令の区分によるとされている。

要介護認定については、2006（平成18）年の改正において、要介護1について「状態の維持・改善可能性」の審査判定を追加で行って、これをもとに2つに分割することになり、要支援が1と2に区分された。しかしながら、今日まで、要介護認定の審査項目についての議論が行われることはなかった。要介護認定は、介護保険の根幹を

なすプロセスである以上、「要介護・要支援」の定義とその判定基準は公正かつ公平になされる必要がある。しかし、現実には、同じような要支援・要介護状態であっても、それを要支援2とするか、要介護1とするか、要介護2とするかという場合に、市町村ごとにかなりあいまいな判定がなされているという現場の声がある。普遍主義の視点からも、ニードの判定の正確化・平準化が要請される場所である。また、介護保険制度導入の目的や理念と照らし合わせても、認定の間口を広げるような曖昧な基準を設けるべきではない。

今後、要介護の審査項目について十分な議論がなされることが前提ではあるが、介護保険の要介護認定は、要支援判定を外して、今後は要介護認定に限定するという改革も視野に入れるべきではないだろうか。これまでの改正の内容をみると、地域支援事業や地域包括ケアシステムの導入など、健康な高齢者と要支援高齢者を一緒にした生活支援サービスが導入されている。すなわち、介護保険給付の条件である要介護認定の必要がない高齢者も含めたところの地域健康福祉事業までもが、いまや介護保険制度の中に取り込まれてきている。地域の高齢者の健康づくりは重要な政策ではあるが、しかし、介護保険制度が本来予定していた介護サービスとは大きくかけ離れた政策といえる。このような広義の解釈をみとめる潮流を止める意味からも、要介護認定を、今後は、市町村でばらつきのないような公平な、あるいは標準化されたものへと修正をしていくことを提言したい。したがって、要支援者に対して給付されている介護予防給付は、介護保険の給付対象外とするべきである。

第3節 利用者負担と補足給付

(1) 利用者負担

第IV章で述べたように、介護保険制度創設以来据え置かれていた利用者負担1割が、2014（平成26）年の改正によって、一定額以上の所得のある者については、利用者負担が2割となった。利用者の

自己負担に関しては、①負担能力に応じた保険料の拠出を求めることは仕方がないが、サービス利用についても支払い能力に応じて負担額に差をつければ、その負担感からサービス受給を手控えることになる、②社会保険契約に基づく衡平の観念を超えるものである、などの指摘があった⁽⁸⁾。

このように、サービス利用負担額を所得によって差をつけるということは、本論文の主題である「普遍主義」の視点から許されることであろうか。第I章では、サービスの受給に際して個別的なミーンズ・テストを受けなければならない場合は選別主義とするという点を確認した。また、同じサービスを受けながら、負担額が異なるのは公平性に欠けるという批判もある。

そこで利用者自己負担の意味について、ここで再確認しておく必要がある。利用者自己負担は、一般的に「濫給防止」が目的であるといわれてきた。しかし、利用者自己負担の額が大きくなれば、もはや濫給防止ということより、社会保障財源への寄与という要素が強く表れることになる。そして、利用者負担方式としては、定額制と定率制がある。どの程度の負担が適切かという議論は後述するとして、2015（平成27）年8月から一定の所得以上の要介護高齢者に対して、これまでの自己負担額1割が2割へと引き上げられたことの是非を論じておかななくてはならない。

「普遍主義」の観点からみれば、保険料を拠出した者は、その拠出額にかかわらず、対価として同一の介護サービスを受けられるというのが原則である。高い保険料を納めた者は良いサービスを受け、保険料の低い者は別種のサービスを受けるというのは「選別主義」の典型例であろう。そう考えると、保険料を拠出した被保険者のなかに、1割自己負担の者と2割自己負担の者がいるということは、特定の範疇の人たちのサービス受給に新たな負担や条件を課すものであり、所得による「選別」が行われているといわざるをえない。ここが保険料負担と違うところである。保険料はまさに財源への貢献という要素を有

しており、そこでは高額所得者が結果的に高い保険料を支払うこと(保険料率がどの程度が適切かの議論はあろうが)にたいしては、「普遍主義」に反するという批判はおそらく出てこない。しかし、金額がいくらであろうと、いったん保険料を拠出した以上、その後の受給については要介護状態という条件以外は何らの条件も課さないというのが「普遍主義」の前提である。2割自己負担はこの点で問題である。

したがって、可能な限り公平性を保ちながら普遍主義を実現するために、まずはサービス利用負担を一律15%とし、段階的に20%まで引上げることが提言する。負担を一律に求める点で、ミーンズ・テストは発生しないため普遍主義といえる。また、同一サービス・同一負担となり公平性も保つことができる。他方で、経済的に15%や20%の負担がはたして可能であろうかと疑問視するむきもあるであろう。この点について、たとえば土居丈朗は、利用者負担増と高齢者世帯の負担能力の関係について、①世帯主が65歳～69歳の世帯では、その約8割で金融純資産が300万円以上になっていること、②第6期から利用者負担が2割になる高齢者世帯の大多数で、負担増にはなるものの、利用者負担額増には対応できるとして、一律20%負担にすることを容認している⁽⁹⁾。なお、負担できない者への対応は、介護保険制度ではなく生活保護や社会福祉制度等でなされるべきである。

(2) 補足給付

2005(平成17)年の介護保険法の改正によって、施設サービスにおける食費と住居費が保険給付の対象外となったため、低所得者への補てんを目的とする補足給付が設けられた。2014(平成26)年の改正では、①預貯金が単身で1000万円以上、夫婦で2000万円以上ある場合は対象外とする、②世帯分離しているが配偶者が課税されている場合は対象外とする、③非課税年金(遺族年金・障害年金)を収入として勘案する、など給付要件が変更となった。補足給付については導入当初から、①低所得者対策であるから介護保険制度の

取り扱う範囲ではない、②補足給付を受けるために疑似的な単身世帯が増加している、③サービス提供者側からの選別が行われている、等の指摘があった。

普遍主義の視点からみた場合、現行の補足給付は是認しうるものであろうか。最大の問題は、現行補足給付は介護保険財源の一部を用いて実施されているという点である。介護保険法が食費や居住費を支給対象に含めていた時ならば、低所得者も含めて食費・居住費は介護保険財源から支出されるのは当然であろう。しかし、それがすべての施設入所者の自己負担となった現在、低所得者だけに以前の制度と同一の取り扱いがなされることの正当化は困難である。まして、預貯金が単身で1000万円以上、夫婦で2000万円以上ある場合は補足給付の対象外とするという今回の措置や、これに不動産の保有も勘案しようという提案（継続審議になった）を見ると、補足給付要件はまさしく生活保護給付要件たるミーンズ・テスト（資力調査）に極めて近い制度といわざるを得ない。

ミーンズ・テストの類似物をともなう現行の補足給付制度は「選別主義」であって、「普遍主義」ではない。従って、補足給付は介護保険制度の給付から除外することを提案する。その場合、これら低所得者を放置することになるのではないか、という反論もあるであろう。しかし、これらの反論者は、介護保険制度が保険事故にあった時にその保障をする社会保険制度であって、低所得者を救済するための制度ではない点を再確認すべきである。その上で、低所得者でも安心して介護が受けられるように、生活保護や他の社会福祉制度での補完ができないかを議論すべきである。

(1) 加藤久和「介護保険制度の現状と課題」財務省財務総合政策研究所編著『超高齢社会の介護制度－持続可能な制度構築と地域づくり』2016（平成28）年 中央経済社 33頁

(2) 菊池馨実『社会保険の法原理』2012（平成24）年 法律文化社

193 頁

- (3) 高橋万由美「多元的福祉と当事者選択の拡大－介護保険・保育における多元的福祉へ向けた条件整備の状況」武智秀之編『福祉国家のガバナンス』 2003（平成 15）年 ミネルヴァ書房 216 頁
 - (4) 小西啓文「介護保険法における保険者自治と国の関与－保険料の減免・助成制度に焦点をあてて」大曾根寛・金川めぐみ・森田慎二郎編『社会保障法のプロブレマティク－対立軸と展望』 2008（平成 20）年 法律文化社 160 頁
 - (5) 菊池馨実 注（2）前掲書 195 頁
 - (6) 菊池馨実 注（2）前掲書 191 頁
- 介護保険法は、第 132 条 2 において世帯主の連帯納付義務を、同条 3 において配偶者の連帯納付義務を定めている。
- (7) 齋藤義彦『ドイツと日本「介護」の力と危機－介護保険改革とその挑戦』2012（平成 24）年 ミネルヴァ書房 27 頁
 - (8) 今任啓治「介護老人福祉施設の変容」石橋敏郎、角森輝美、山田綾子、緒方裕子共著「保健・医療・福祉における社会保障制度の変容（上）」『アドミニストレーション』第 22 巻第 1 号 2015（平成 25）年 11 月 20 日 熊本県立大学総合管理学会 27 頁
 - (9) 土居丈朗「介護保険の利用者負担のあり方」加藤久和、財務省財務総合政策研究所編著『超高齢社会の介護制度－持続可能な制度構築と地域づくり』 2016（平成 28）年 中央経済社 85 頁

おわりに

本論文では、普遍主義-選別主義の概念を抽象的に定義するのではなく、現実の介護保険制度を対象にしながら、保険料、一部自己負担、被保険者、給付内容、補足給付といった制度の重要な柱を、その給付の性格を基本に置きつつ、「普遍主義」の視点から個別的に検討してきた。そして、前述のとおり、「普遍主義」の視点からの介護保険制度の維持のために、①特定疾病等の給付要件を撤廃した上で、被保険者を20歳以上とし、給付の対象は0歳以上とする、②介護保険料は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介護保険給付対象外とする、④利用者負担を一律15%とし、段階的に20%までとする、⑤補足給付は介護保険の対象外とする、の5つの改革の必要性を提言した。

このような普遍主義-選別主義の個別的な解釈・適用は、その解釈が適当か否かという問題は置くとして、まずどの程度、理論的・現実的に意味があるのか、疑問があるかもしれない。里見賢治は、「厳密な意味での普遍主義を充たす制度は、日本の社会保障制度においてはこれまでのところ存在していないことは明らかである。」⁽¹⁾と指摘している。この点について筆者は、本論文で試みたように、いまだに「普遍主義」という理念ないし概念は重要な価値判断基準であり、それに沿った介護システムを構想すること、すなわち普遍主義型の制度を構想することが、持続可能性のある介護保険制度の構築に向けた代替的提案として現実に有効であると考え、これまで論を進めてきた。21世紀の社会保障には、「普遍性」をキーワードの一つとして展開することが求められていると考えたからである。なお、このように主張することは、社会保障の全制度を普遍主義でもって再編成することを意味しているわけではない。一般的にいえば、普遍主義を中心としながら、それに選別的な制度(一般選別主義的な制度)を組合せることが目標となる。

この点と関連するが、「サービスの二重基準」についても述べておかなければならない。平岡公一は、以下のように述べている。「貧困・低所得者を対象とする公的サービスと支払い能力のある者のための民間サービスという二重構造が存在すると、『サービスの二重基準』が成立し、公的サービスは必然的に『二流市民のための二流のサービス』になり、そのことがまたスティグマ付与機能をもつという点が指摘されることがある」⁽²⁾。本論では、普遍主義の視点から上記5点の提言を行った。このなかでは、従来の介護保険制度の給付対象から除外される部分については、他の制度との組合せによって補うことを提案したが、それはティトマスの指摘する「サービスの二重基準」を想起させるものではなく、全く異質のものであると考えたからである。それは、社会保険制度としての介護保険制度という制度の本質から見た提案であり、介護保険制度の本来の目的からニードを厳格に適用した結果である。あくまでも支払い能力で判断したものではないのであるから、「サービスの二重基準」には該当しない。

ティトマスは、普遍主義-選別主義の問題について、結論的に次のように述べている。「個人的ミーンズ・テストによることなく、特定のカテゴリーや集団や地理的領域のニードの基準の上に立って、社会権として与えられる選別的サービスが、その内部に、またその周辺に発展され、受け入れられるような価値及び機会の基礎的枠組みを提供するためには、一体、どんな下部構造をもつ普遍主義的サービスが必要であるかという問題である。」⁽³⁾と。そして、「それゆえ、イギリスにおいては、貧困の問題、民族的統合の問題、さらに社会的ならびに教育的不平等の問題に対する答えは、普遍主義的サービスの下部構造において他には存在しえないのである。これが不可欠の土台である。その土台の上に、また、その周辺に、われわれの理論をうちたてなければならない。」⁽⁴⁾。

介護をめぐる保険料や税の負担を抑制するためには、給付を重点化、効率化することが不可欠であろう。ただ、給付を抑えても介護の質を

落とさない工夫は必要である。軽度者への介護サービスに対しては、重度化を防ぐ効果についての検証が不十分であること、要介護認定の制度を高めること、介護サービスに質を標準化することなどに向けて、本提言を契機に、安定した介護保険制度の確立のために、今後一層論議が進むことを期待したい。

また、介護保険制度は、医療その他の社会保険制度だけでなく、公的扶助、社会福祉、公衆衛生といった分野と深いかかわりをもっている。本論を契機に介護保険の提供するサービスと、医療、社会福祉サービス、生活保護制度、健康づくりといった予防対策とをどのように組み合わせて、効果的な総合的介護サービス体系を構築していくのか、という点、すなわち、今後、社会保障体系の中での介護保険制度の位置づけと総合的支援について議論が展開されていくことを期待したい。

以上、本論では、「普遍主義」を考察軸として介護保険制度の再検討を行うとともに、その再構築に向けた提言を行った。このような提言は、絵に描いた餅のようなものであり、実現可能性が薄いという批判もあるかもしれない。しかし、2018（平成30）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、「地域包括ケアシステムの深化・推進」において、「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易くしたりして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ものである。

これまで、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られることになるのである。このことは、まさに本論で結論付けた「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第1歩といえるのであって、提言の実現可能性が薄いという批判は当たらないことを申し添えておく。

-
- (1) 里見賢治「社会福祉再編期における社会福祉パラダイム」阿部志郎・右田紀久恵・宮田和明・松井二郎編『講座 戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望Ⅱ 思想と理論』 2002（平成 14）年 ドメス出版 115 頁
 - (2) 平岡公一『イギリスの社会福祉と政策研究』 2003（平成 15）年 ミネルヴァ書房 249 頁～249 頁
 - (3) Richard M. Titmuss, *Commitment to Welfare*, George, Allen & Unwin LTD 1976 p.122
 - (4) Titmuss, *ibid.*, p.123

【参考文献】

- 池田省三『介護保険論-福祉の解体と再生』 2011（平成23）年 中央法規
- 伊藤周平『介護保険法と権利保障』 2008（平成20）年 法律文化社
- 石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」『ジュリスト』No.1433 2011（平成23）年
- 石橋敏郎・今任啓治「介護保険制度の12年・その主要な改革と変容（上）『アドミニストレーション』第19巻第1号 2012（平成24）年 熊本県立大学
- 石橋敏郎・角森輝美・山田綾子・今任啓治・緒方裕子・紫牟田佳子「介護保険制度の新たな展開（上）－2014年改正を中心として－」『アドミニストレーション』第21巻第1号 2014（平成26）年 熊本県立大学
- 石橋敏郎・角森輝美・山田綾子・今任啓治・緒方裕子・紫牟田佳子・木場千春・坂口昌宏・堀江知加共著「保健・医療・福祉における社会保障制度の変容（上）」『アドミニストレーション』第22巻第1号 2015（平成27）年 熊本県立大学
- 今任啓治「最近の介護保険法改正の方向性とその課題について」『アドミニストレーション大学院紀要』第11号 2014年3月 熊本県立大学
- 岩村正彦「社会保障の財政」岩村正彦・菊池馨実編『社会保障研究』2013（平成25）年8月 信山社
- 大河内一男「社会保障論の論」『季刊社会保障研究』第18巻1号 1982（昭和57）年6月
- 江口隆裕「介護保険制度改正のねらいと課題」『社会保険旬報』No.2554 2014（平成26）年
- 奥村芳孝「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』No.164 Autumn 2008（平成20）年 国立社会保障・人口問題研究所
- 加藤久和「介護保険制度の現状と課題」加藤久和、財務省財務総合政策研究所編著『超高齢社会の介護制度－持続可能な制度構築と地域づくり』 2016（平成28）1月 中央経済社
- 金子充、堅田香緒理、平野寛弥「社会政策における『普遍主義』の再検討－シティズンシップ論の視点から」『理論第3分科会報告レジュメ』 2009（平成21）年 日本社会福祉学会
- 菊池馨実『社会保険の法原理』 2012（平成24）年6月 法律文化社
- 金英俊「韓国の介護保険制度」『太成学院大学紀要』第12巻 2010（平成22）年
- 金貞任「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』No.167 2009（平成21）年
- 金貞任「韓国の介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障』2014（平成26）年 法律文化社
- 金道勳「韓国介護保険制度の内容と構造に関する考察」
- 五石敬治『現代の貧困 ワーキングプア』2011（平成23）年 日本経済出版社
- 厚生労働省老健局「介護保険最新情報」Vol.380 2014（平成26）年6月
- 厚生労働省老健局『介護保険制度の改正案について』 2014年2月
- 小西啓文「介護保険法における保険者自治と国の関与－保険料の減免・助成制度に焦点をあてて」
- 大曾根寛・金川めぐみ・森田慎二郎編『社会保障法のプロブレマティク－対立軸と展望』 2008（平成20）年10月
- 小山剛「『地域包括報酬』の導入で地域包括ケアの実現を」『月刊介護保険』No.210 2013年8月
- 齋藤義彦『ドイツと日本「介護」の力と危機－介護保険改革とその挑戦』2012（平成24）年2月 ミネルヴァ書房
- 坂田周一「社会政策と租税支出－ティトマス『社会福祉の社会的分業』60周年に寄せて－」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』第17号 2015（平成27）年
- 里見賢治「社会福祉再編期における社会福祉パラダイム」阿部志郎・右田紀久恵・宮田和明・松井二郎編『講座 戦後社会福祉の総括と二十一世紀への展望II 思想と理論』2002（平成14）年 ドメス出版
- 里見賢治・二木立・伊東敬文共著『介護保険に異議あり』1996（平成8）年 ミネルヴァ書房
- 杉野昭博「福祉政策論の日本的展開－「普遍主義の」の日英比較を手がかりに」『福祉社会学研究』2004（平成16）年5月 福祉社会学会

宣賢奎「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」『共栄大学研究論集』第8巻 2010（平成22）年
「全国介護保険担当課長会議資料」2014年7月28日

徐東敏、近藤克則「韓国の老人長期療養保険制度の成立背景と特徴－日韓比較の視点から」『社会政策』
第1巻第3号 2009（平成21）年

孫珉滢「韓国・老人長期療養保険制定の過程分析」『仏教大学大学院紀要社会福祉学研究科編』第38号
2010（平成22）年

高澤武司『社会福祉のマクロとミクロの間』1985（昭和60）年 川島書店

高澤武司『現代福祉システム論』2000（平成12）年 有斐閣

高橋万由美「多元的福祉と当事者選択の拡大－介護保険・保育における多元的福祉へ向けた条件整備の状況」
武智秀之編『福祉国家のガバナンス』 2003（平成15）年4月 ミネルヴァ書房

瀧澤仁唱「ドイツ介護保険の現状と課題」『医療・福祉研究 NO.9』1997（平成9）年 医療・福祉問題研究会

津田小百合「ドイツ介護保険制度の法的構造」『社会保障法』（18）2003（平成15）年 日本社会保障法学会

土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「全面総報酬制導入とともに支援金等上限の議論が必要－
被用者保険に対する評価等が不可欠（座談会）」『週刊社会保障』No. 2578 2014年1月6日

堤修三『介護保険の意味論』2010（平成22）年 中央法規出版

丁炯先「韓国の『老人長期療養保険制度』に関する検討」『日本社会福祉大学社会福祉論集』第116巻
特集号2 2007（平成19）年

成清美治「介護保険制度に関する一考察－ドイツ介護保険の功罪」『福祉研究』第92号 2003（平成15）年
日本福祉大学社会福祉学会

藤本健太郎「ドイツの介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障』第2版 2014（平成26）年 法律文化社

朴保善「韓・日の高齢者の状況をめぐる比較に関する一考察」『四天王寺大学大学院研究論集』第6号
2011年 四天王寺大学大学院

平岡公一「普遍主義－選別主義論の展開と検討課題」社会保障研究所編『社会政策の社会学』1989（平成元）年
東京大学出版会

平岡公一「普遍主義－選別主義の再検討」『イギリスの社会福祉と政策研究』2003年 ミネルヴァ書房

平岡公一「介護保険制度の創設と福祉国家体制の再編－論点の整理と分析視角の提示－」『社会学評論Vol. 49』
1998（平成10）年 日本社会学会

平岡公一「普遍主義と選別主義」大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政』1991（平成3）年 法律文化社

古川孝順『社会福祉学序説』1994（平成6）年 有斐閣

古川孝順、庄司洋子、定藤丈弘編『社会福祉論』 2002（平成14）年

星野信也「狭隘な社会福祉学」『週刊社会保障』第1969号 1997（昭和62）年

堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』1997（平成9）年 ミネルヴァ書房

堀勝洋「社会保障と社会福祉の原理を考える」『社会保険旬報』1998（平成10）年5月1日号

正村公宏「日本経済の変化と社会福祉」『社会福祉研究』第65号 1996（平成8）年

増田雅暢「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」『上智大学社会福祉研究』第32号 2008（平成20）年

増田雅暢「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」増田雅暢編著『世界の介護保障』第2版
2014（平成26）年 法律文化社

松岡洋子「デンマークの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』No. 164 Autumn 2008（平成20）年
国立社会保障・人口問題研究所

松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ－介護保険－』2007（平成19）年 信山社

三浦文夫『増補 社会福祉政策研究－福祉政策と福祉改革』1987（昭和62）年 全国社会福祉協議会

三浦文夫『社会福祉政策研究 社会福祉経営論ノート』1985（昭和60）年 全国社会福祉協議会
宮武剛「介護保険改正 大幅見直しに戸惑いと反発」『健康保険』 2014年2月
森詩恵、藤澤宏樹「韓国介護保険制度の創設のその現状」『大阪経大論集』第61巻第2号 2010（平成22）年
山路憲夫「韓国『老人長期療養保険』と日本の介護保険との比較」『白梅学園大学・短期大学紀要45』
2009（平成21）年
結城康博『日本の介護システム-政策決定と現場ニーズの分析』 2011（平成23）年 岩波書店
結城康博「介護保険部会を振り返って（下）－介護保険法改正のゆくえを考える」『介護保険情報』
2014（平成26）年2月
「要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担のあり方に関する調査研究報告書」
全国社会福祉協議会 2010年
林春植、宣賢奎、住居広士編著『韓国介護保険制度の創設と展開－介護保障の国際的視点－』
2010（平成22）年 ミネルヴァ書房
和田勝編著『日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究 介護保険制度の政策過程』2007（平成19）年
東洋経済新報社

Laura Katz Olson, *Public Perceptions of Long-Term Care*, Edited by Cynthia Massie Mara and
Laura Katz Olson, *Handbook of Long-term Care Administration and Policy*, CRC Press 2008
Gosta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalis*, Polity Press UK 2008
Richard M. Titmuss, *Essays on the WELFARE STATE*, George Allen and Unwin Ltd London 1963
Richard M. Titmuss, *Commitment to Welfare*, George Allen and Unwin Ltd London 1976