

## 論 説

### 介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察

田 中 きよむ

#### I 問題の所在

現在、2000年度からの施行をめざした介護保険法案が国会で審議されているが、この法案にいたる介護保険構想をめぐるのは、賛成論（介護システムとしての保険方式支持派）と反対論（措置制度等による税方式支持派<sup>1)</sup>）を両軸とした盛んな議論が展開されてきた。

しかし、両派それぞれが推進か抑止かという立場に固執するあまり、どちらの方式にも存在するはずの長所・短所が公平かつ客観的に検討されにくくなっている。これに対し、本稿は、どちらの方式をも絶対視することなく、両方式の各々の方向性を追求した場合、それぞれにどのようなメリットがあり、また、どのような点が課題になるかという観点から、将来にむけた介護システムのあり方を探ろうとするものである。それが、活発な論争を生産的に生かしてゆくことにもなる、と考える。

考察の進め方としては、まず、従来の措置制度と介護保険構想それぞれの基本的特徴をおさえる（第2節、3節）。その場合の特徴とは、絶対的な意味ではなく、相対的、傾向的な特徴である。そして、どのような意味で相対的であり、なおかつ、基本的な特徴として残るといえるのかは、両制度をめぐる諸論点を掘り下げて吟味するなかで、詳しく裏づけてゆきたい（第4節）。さらに、その検討過程で浮き上がる政策課題を踏まえつつ、保険方式あるいは税方式それぞれの方向性を追求する場合の展望を集約する（第5節）。いずれの方向を追求するにしても、デ・メリットを完全に払拭できない限り、最善のシステム

を描くことは難しいにせよ、デ・メリットを極小化してゆくための次善の方向性を探してみたい。

## II 従来の措置制度の基本的特徴

「措置」の語義は、一般的、日常用語的意味では、「とりはからって始末をつけること。処置。」となっており<sup>2)</sup>、何らかの処置的行為一般を抽象的に指し示すものでしかない。

しかし、法律上の用語としては、「ある問題に対する対策、施策等その問題を処理するためにとられるもろもろの手段をまとめていう場合が多い」とされている<sup>3)</sup>。とくに、「措置制度」と言われる場合の「措置」は、社会福祉上の行政専門用語として用いられることが多い。たとえば、老人福祉法第10条の3では、「市町村は、65歳以上の者であつて、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものが、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、最も適切な処遇が受けられるように居宅における介護等の措置及び特別養護老人ホームへの入所等の措置の総合的な実施に努めなければならない。」と規定されている<sup>4)</sup>。つまり、生活援護を必要とする人に対し、行政庁が責任をもって居宅または施設で適切な援護を受けられるようにすることを意味しており、これは社会保障に対する憲法上の公的責任に由来している。

そして、そのような行政責任を担保する形で、措置に伴う費用の相当部分を公的に負担する義務が法定されている。具体的には、特別養護老人ホームへの入所措置に伴う費用の場合、その基準費用（利用者負担である費用徴収基準額を除き、市町村等の超過負担を考慮に入れない）の50%を国、残りの50%を市町村または都道府県で負担しなければならない。ただし、施設入所措置への国庫支出金が、定率負担義務を伴う国庫負担金であるのに対し、在宅福祉措置へのそれは、50%以内の裁量的な国庫補助金である、という違いがあり（都道府県の場合も、同様に裁量的な可能規定となっている）、それだけ義務性が弱くなっている。

以上のように、措置制度は、高齢者（または障害者）にそくして言えば、介

護ニーズを伴う要援護状態にある人に対し、とくに施設入所手段により、公的な行財政責任においてケアすべきことを法制化したものと言うことができる。

このような意味内容をもつ措置制度の積極面は、なによりも、国民の文化的生存権に対応する国の社会保障責任を（対応関係については議論があるが）個別具体法によって現実化させる制度的手段の主要な一環を担ってきたところにある。高齢者・障害者福祉にそくして言えば、措置制度は、身体的・精神的障害により生活困窮状態ないし社会的に不利な状態にある人々の人権が脅かされることのないよう、公的責任において具体的に配慮することを制度的に担保するものであり、福祉政策を通じた人権保障という意味で重要な役割を担ってきた。とくに、費用徴収面において、応能負担制をとることにより、低所得であるがゆえに介護サービスを受けられないことのないよう、一定の配慮をすることによって、低所得者をも包み込むという意味での普遍的な介護保障を指向するシステムであった<sup>6)</sup>。その点で、措置制度は、心身的にも、経済的にも二重に生活力が弱くなっているクライアント、つまり最も福祉ニーズの強い人々に対して、より包含性を発揮しうるシステムと言える。同時に、障害者も高齢者も、同じく措置制度内部に組み込むという意味での包括性もある。

一方、そのような措置制度にも、基本的なウイークポイントがある。それは、一つには、クライアント側からみて、福祉給付を受ける権利が個別法制度上、明確にされていないことである。たしかに、憲法25条は、1項で国民の生存権を定めただけで、2項で国（および、その委任を受けた地方公共団体）の社会保障責任を定めているが、その個別具体立法である老人福祉法等では、行政庁の措置責任が示されているだけで、要援護老人等の福祉サービス給付に対する権利が明示されていない。

たとえば、老人福祉法では、市町村に対し、居宅や老人ホームでの措置の総合的实施義務（10条の3）、在宅福祉措置の権限（10条の4）、老人ホームへの入所措置義務（11条）を課したり与えたりしているが、クライアントが施設福祉や在宅福祉を受ける権利規定はない。また、異議申立に関する固有の手続きも定められていないので、福祉給付の可否等の決定に関して異議がある場合は、別の法律によって行政不服審査請求または行政訴訟を起こさなければならない。

このように権利性が明確に規定されていないため、社会福祉措置により介護サービス等を受けることは、行政責任行為の結果として国民が受ける利益にすぎない、とする「反射的利益」説が行政解釈としては有力となり（法学界では多数説ではないが）、政府や関連審議会としても、それを根拠とした政策運営を導きやすくなる。もっとも、憲法25条1項の生存権規定から社会福祉サービスに対する権利性が導かれなければならないし（ただし、プログラム規定説が判例的にも有力に立ちはだかっている）、老人福祉法2条でも「老人は…生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」というように基本理念としては一定の権利性が示されてもいるし、介護サービス等の給付決定プロセスも、実際には、クライアント側の申請を起点に置いている。しかし、クライアント側が積極的に給付を求めたり、給付内容について積極的に意見を述べてゆく拠り所としての具体的な権利性が個々の老人福祉法制度等のなかに確保されてはいない。そのような権利性が弱いということは、行政庁の裁量の余地が大きくなり、権力性が強くなることを意味する。

権利性の弱さに関連するもう一つの難点として、措置制度等による税方式には、財源の増大に制約や反発がつきまとうとすることがある。利用者負担金を別とすれば、措置に要する費用は租税収入等による公費負担となっているため、施設福祉や在宅福祉を充実させようとするれば、その運営費の増大は一般財源からの支出の増大に直結する。これには、当然、政府・大蔵省から制約がかけられるし、現に、1980年代後半から、措置費国庫負担率の大幅な引き下げによって自治体に犠牲が強いられてきた。また、他の歳出費目の削減が行われないなかで、介護サービス等を絶えず充実させてゆこうとすれば、それは増税に結びついてゆく。しかし、少なくとも用途が担保されない増税には、とくに日本の場合、政治不信とあいまって、強い抵抗がつきまとう。

もう一つ、要援護高齢者の心理に照らして、無視できない難点として、措置制度の場合、給付決定に際して、家族等の状況や本人・扶養義務者の所得が調査される、ということがある。家族等で介護できないかどうか、ということと、費用徴収に関連して所得調査（源泉徴収票、確定申告書控、収入・課税証明書等の提出）が行われるわけであるが、プライバシーとの兼ね合いの問題がある。

現行の費用徴収制度を前提とする限り、低所得者であっても、福祉サービスが受けられるようにするためには、所得調査が避けられないが、これには一定の抵抗感がつきまとうであろう。しかも、本人の収入ばかりでなく、家族の納税額も調べたうえで、両者から費用徴収が行われる。生活保護では、資産調査とその活用指導がスティグマを植え付けるとして問題になっており、所得調査中心への切り替えが提起されたりしていることに照らせば、問題性はより小さいであろうが、無視できない難点であろう。また、家族等の介護力を行政が一方的に追求することは、選択性の論点を別にすれば、家族を介護に縛り付けることに結びつきやすく、家族介護の限界性が表面化している社会状況に照らし、問題がある。

### Ⅲ 介護保険構想の基本的特徴

1996年11月、法案として提出され、1997年5月現在も審議中の介護保険構想は以下のような概要になっている<sup>61</sup>。

- ・ 保険者：市町村および特別区
- ・ 被保険者：第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満）
- ・ 財源：公費負担＝給付費のうち、国20％、都道府県12.5％、市町村12.5％。  
ただし、国は、さらに財政調整費用として、市町村に対し、5％相当額を交付する。  
保険料（給付費の45％相当）、「利用者負担金」（同10％相当）。
- ・ 保険料の徴収方法：第1号被保険者＝市町村による普通徴収、または年金保険者による特別徴収。  
第2号被保険者＝医療保険者による徴収。
- ・ 認定手続：被保険者は介護給付を受けるに際し、市町村またはその委託を受けた都道府県に置かれる介護認定審査会から、要介護認定または要支援認定を受けなければならない。

- ・ 給付内容：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・リハビリ，短期入所介護，福祉用具貸与等の居宅介護サービス。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における施設介護サービス。  
(なお，給付形態はサービス・現物給付であり，直接的な現金給付は含まれない。)
- ・ 給付制限：保険料を滞納している要介護被保険者は，災害等の特別の事情がある場合を除き，保険給付率を切下げられるか，保険給付の全部または一部が一時差し止められる。
- ・ 審査請求：保険給付または保険料徴収に関する処分不服がある者は，各都道府県に置かれる介護保険審査会に審査請求することができる。
- ・ 施行期日：西暦2000年4月1日

以上のような概要をもつ介護保険構想であるが，個々の論点に即して税方式との比較検討を行うに先だって，基本的特徴を挙げておこう。

介護保険の積極面としては，保険方式であるがゆえに，サービスの負担と給付の関係が個別契約的性格をもち，それゆえに，給付に対する権利意識をより強くもてる，ということがある。つまり，介護保険の場合，個々人が自分の給付を受ける代価として予め保険料を個人的に（いわば，自分のために）支払っている，という意識をより強くもてるために，介護サービスの供給と需要の関係が，市場での商品の売買に似た疑似市場的な性格をもつ，ということである。それは，権利意識というよりも，交換意識という方が適切かもしれないが，いずれにせよ，サービス給付を受けるにあたって，上下関係意識（いわば，国に面倒をみてもらっている，というような意識）を，税方式ほどには強くもたなくてすみ，サービス給付をより積極的に求める意識が生まれやすい。確かに，財源の半分程度が公費で担われているため，純粋な保険ではなく，それだけ給付と負担の関係も曖昧になるが，部分的にせよ，自分の給付のために前もって自己責任で貢献していることは，給付資格を疑似市場的な感覚で認識しやすい。

もう一つの長所としては，財源が担保されやすい，ということである。介護

サービスの財源が税収による一般財源に依存していると、その時々を経済情勢や政治的、行政的スタンスによって財源およびサービス水準の確保や充実が不安定になりやすく、また増税手段に訴えれば反発を招きやすい。しかし、介護保険であれば、部分的にせよ、保険料という特定財源が、その他の歳出費目からの影響を受けずに確保され、また、保険契約を履行するためには、残りの公費負担も応分に行わざるをえない、という行政庁への強制力がより働きやすい。そして、個々の国民からみても、自分の介護給付という具体的な利益のために、保険料を拠出するのであるから、保険料引き上げに対しても、比較的合意しやすい（いわば、個々の国民の利己心に訴えやすい）。

さらに、実際のサービス給付に際しての利用者負担は応益負担原則に基づくために、所得調査に伴う抵抗感を払拭するという課題のみに限定すれば、それをクリアーすることができる、という長所ももつ。

一方、介護保険にも、基本的な問題点がつきまとう。権利意識（交換意識）がより強くなるだけに、クライアント側が見込む給付内容・水準（給付の可否をふくむ）と実際の給付との間にかい離が生じる場合、（現にドイツで認定却下や異議申立が頻発したり、サービス水準の格差が生じているように）それだけ摩擦は大きくなる。介護保険料という具体的な用途をもつ費用を徴収しておきながら、それに応じるサービスが整備されなければ、一般財源であれば通用するような「ごまかし」は通じにくくなり、政治不信はより先鋭な形をとって現れ、制度そのものが揺らぎかねない。介護保険を首尾よく軌道にのせるようなサービス水準の確保がかなり疑問視されている現在、そのような懸念は十分にある。

いま一つの懸念は、制度離脱者が発生しやすい、ということである。自己責任原則が強くなるために、保険料や利用者負担金が払い切れない（または、払おうとしない）場合には、受給資格を損・喪失したり、実際のサービス受給に際してそれを断念することが起こりやすくなる、ということである。給付と負担がある程度、対応関係をもつために、需要が増大したり、給付水準を引き上げることになれば、保険料や利用者負担金の引上げが誘導されやすいが、低所得者ほど、そのような動きについてゆけなくなる。低所得者のためだけの福祉



でなく、すべての人を視野に入れる、という意味での普遍的な制度をめざそうとするのが、介護保険構想の底流を流れる一つの論理になっているが、逆に、心身面でも経済面でも二重にハンディのある人々が排除されることになれば、最も公共サービスへのニーズの強いクライアントが漏れる、という重大な意味で、普遍性が損なわれ、自己責任原則に耐えうる人々にとっての普遍性（言い換えれば、選別性）が強くなる。それに関連して、介護システムの契約的性格が強くなるために、生存権保障の観点から行政庁が責任をもって、生活力の弱い高齢者の生活を保障しなければならない、という公的責任性が弱まる（いわば、介護システムの社会保護的性格が弱まり、市場性が強まる）。

さらに懸念される問題として、制度運営に伴う行政コストの増大が挙げられる。後述のように、保険法案では給付対象者が細かく限定されるため、その限定作業に伴う差別化コストや取引（交渉）コストの増大が予想されるうえ、保険料の徴収に伴う管理コストも高まる。そのようなコストが高くなるほど、制度運営の効率性は損なわれてゆく。

#### Ⅳ 保険方式および税方式をめぐる諸論点の検討

前節までで、従来の措置制度および介護保険構想の基本的特徴を論じてきたが、以下では、個々の論争点に即して、介護システムを保険方式または措置制度等の公費負担方式によって運営してゆく場合のメリット、デ・メリットをより掘り下げて検討し、各々の方向で介護システムを構築してゆく場合の課題を浮き上がらせたい。

##### (1) 権利性と権力性について

介護保険推進派の立場からすれば、従来の措置制度は、クライアントの権利性が弱く、入所等の措置がそれだけ行政権力的な性格の強いものであったことが、それへの批判の根拠の一つを構成している。

たとえば、厚生省に設置された高齢者介護・自立支援システム研究会は、措置制度に関して、「その本質は行政処分である」こと、「今日では、高齢者を



『措置する』、『措置される』といった言葉そのものに対して違和感が感じられる」こと、「利用者にとっては、自らの意思によってサービスを選択できないほか、所得審査や家族関係などの調査を伴うといった問題があり」、「被保険者がサービスを積極的に受ける権利を持つ社会保険に比べると、国民のサービス受給に関する権利性について大きな違いがある」ことを指摘している<sup>7)</sup>。

また、岡本祐三は、「『措置制度』は、市民のニーズそのものの有無、あるいは必要なサービスの質も量も行政側の一方的な論理で決めてしまえる構造になっている。『措置』とは本来的に『行政処分』のことだからである」とし<sup>8)</sup>、「高齢者自身がサービスというか処分を受ける資格があるかどうかは、一方的に行政が決めるという枠組みは動かない」「市民の側からその行政処分を請求する、あるいは処分を受けるということではできない」と断じている<sup>9)</sup>。さらに、「市民側から気軽に社会サービスが利用できるようにするためには、『措置制度』のように、『資産調査』や『家族調査』などといった、利用意欲を阻害する一気おくれさせる手続きはあってはならない」としたうえで、社会保険方式であれば、「利用者側の選択による契約関係だけになるから、所得調査も家族調査もない」し、「保険料を支払っている加入者には、必要時かならずサービスを提供しなければならない（『反対給付』）という、強い約束の世界が成立する」と述べている<sup>10)</sup>。

このような措置制度批判ないし介護保険支持論に対しては、措置制度ないし税方式を支持する立場から、反論が展開されている。

たとえば、成瀬龍夫は、「措置」という言葉自体は変化していないものの、それが戦前の警察行政的な性格から戦後、人権保障の性格を意味するもの（行政機関が人権保障措置について公的責任を具体的に負う）に転換したことに注意を払うべきことを指摘したうえで、措置認定の所得条件から家族を切り離したり、施設選択の自由やサービス内容への請求権を公的に認めたりすれば、措置制度を大きく改善できる、と主張している<sup>11)</sup>。また彼は、措置制度には、市町村や民間施設の超過負担問題などの改善課題があることを指摘しつつも、それが廃止されれば、「わが国の社会福祉事業の最低基準維持や地域格差の是正、民間経営の安定化といったナショナル・ミニマムの機能を果たす制度がなくな

り、「国民の権利を保障する公的な制度や条件を基本的に失ってしまう」とも述べている<sup>12)</sup>。

また、武田宏は、権利性が十分に確保されなかったのは措置制度自体の欠点ではなく、厚生省が予算やサービスの充実を怠り、地方行政もそれに追随して、住民に対して総合的に相談にのるための職員配置を怠ってきたからであり、住民がサービスにアクセスするための手続きの権利や施設の経営に参加する権利などを明確にする必要がある、と主張している<sup>13)</sup>。

このように、措置制度を擁護する論者は、不十分な権利性を措置制度固有の問題とする批判を不当としつつも、権利性を明確にする必要性は認めている。そのような必要性は、措置制度、保険方式いずれを支持するかということから離れて、社会保障法研究者からも指摘されてきた。たとえば、荒木誠之は、福祉措置が受給者の拠出を前提せず、社会保険のように給付・反対給付の連鎖がないために、受給権が当然の論理として出てこないとして、サービス給付権の不明確さを立法上の問題とする<sup>14)</sup>。介護保険推進の立場に立つ堀勝洋も、措置制度に関しては、措置対象者に請求権があるかどうかが社会福祉法上、明文化されていないとして、明確化することを求めている<sup>15)</sup>。また、秋元美世は、戦前の福祉観を引きずる反射的利益論が克服されなかった原因を資源の有限性や行政裁量の存在に求めつつ、資格認定の問題と給付内容の問題を制度的に区別することにくわえ、手続き的な面での権利確保やオンブズマン制度の活用によって克服しうることを示唆している<sup>16)</sup>。

法学界では、社会福祉法の解釈上、行政庁に措置が義務づけられている以上、その対象者に措置を請求する権利がある、というのが多数説であり、反射的利益説は行政解釈でしかない<sup>17)</sup>。それにもかかわらず、法運用上、行政解釈が有力化し、一定の権力性が表出しているという現実がある。このような相反する法解釈が生じるのは、憲法25条各項と福祉法との非対称性に原因があると考えられる。つまり、25条2項に謳われた国の社会保障推進責任は社会福祉各法に措置責任という形で具体化されている反面、同1項に謳われた健康・文化的な生活権は、その「最低限度」の部分が限定的に抽出される形で、生活保護法のなかでこそ受給や異議申立に関する可能規定として具体化されているもの<sup>18)</sup>、

その他の社会福祉法のなかでは具体的な権利性として明文化されなかったところに問題がある。そこで、解釈論争の余地を残さないために、権利性を明確化する必要性が論じられるようになっていく、と見ることができる。

一方、介護保険については、それを全面的に批判する里見賢治が、利用者のサービス選択可能性は、公費負担方式か保険方式かによるのではなく、サービスの供給量が十分かどうかに関し、それが十分であれば措置制度等の公費負担方式でも選択性は確保されると述べたうえで、介護保険が保障する権利性は保険料を払った人にもみ当てはまる制限的な権利性でしかなく、そうでない人にかえてスティグマを感じさせる、と論じている<sup>19)</sup>。

サービスが十分に整備されなければ、いずれの介護システムであろうと、実質的な選択性が制約されるという里見の主張は説得的であり、権利性が乏しいという介護保険論者からの批判に対しても一定の有効な反論となる。もっとも、それは、厳密には権利実現に際して生じる問題であって、そもそも受給権を求めてゆく際の基本的な手続きのプロセスにおいて、その請求根拠が制度的に明確に確保されていない、という現行制度固有の問題は残る。そして、そこに生じる権力性がサービス整備の遅滞を正当化することにもなる。また、保険方式が排除性をもつことも見過ごせない重要な問題であり、それは別に検討を要するが、しかし、保険料を納付した者がもつ、保険契約を前提とする権利要求（交換要求）が、税方式のもとでの権利要求に比べて表出しやすいものであることは否めないだろう。なぜなら、後者の場合、権力性というものと正面から交渉を構える姿勢が必要であり、それがクライアントの心理的負担として大きくのしかかるのに対し、前者の場合、疑似市場的なルールにのっとって、いわば、契約相手に、その当然の履行を求めるものであり、負担・給付の直接的対応を楯にとりて請求できる、という心理的強みが生じるからである。

現行のシステムが権利性を十分に確保しておらず、それを法制度上、申請権等の形で明確にすべきだ、という指摘は、現行の措置制度を改善するうえで重要であるが、かりに、それが実現したとしても、やはり、保険方式にくらべて、請求力の発揮しやすさという点で劣るであろう。なぜなら、請求権があるといっても、それは法律上の権利であって、法理念にむけた訴えになるし、また財源

を税金によっているために、どうしても、いわば公的に保護してもらう、という感覚が拭えないし、さらに現行の措置制度のもとでは、所得調査や家族調査に一定の抵抗感がつきまとい、それが申請意思にマイナス影響を与えることも否めないからである。そのことは、制度上、権利性が確保されている生活保護法制のもとでの権利要求が困難をきわめ、行政権力との交渉のなかで疲弊してしまうクライアントが多いという現実にも照らしても、言えることである。これに対し、保険方式の場合、保険料の有効的納付が権利性に直結し、権利を理念的に訴えるというよりも、拠出責任を果たしたことに対する見返りを当然の交換要求として、市場での消費に似た感覚で請求することができるし（市場アナロジーによる交換的権利性）、措置制度のもとでほど、権力性や恩恵性を意識せずに済む。

さらに、措置制度を支持する論調が、結局は「集権的パラダイム」に依拠している、という新藤宗幸の批判がある。つまり、措置制度に固執することが、国家の後見性に基づく集権的行政体制への肯定的評価につながり、市民の自治と参加による福祉の「分権的パラダイム」への指向を拒むことになる、というのである<sup>20)</sup>。措置制度を擁護することが、擁護者の意図は別にしても、集権的な行政機構を多かれ少なかれ正当化することになり、少なくともその存在を前提することになることは否めず、その限りで新藤の批判は精鵠を射ている。また、「集権的パラダイム」は、今日の分権化の流れにもそぐわない。

しかし、新藤も認めているように、福祉のナショナル・ミニマムに関して、何らかの国家責任の必要性は残るであろう。それは、地方公共団体が最低水準の福祉施策すら実施していない（または、できない）場合、その底上げに向けた支援・調整・指導が必要になるからであり、そのような意味での制限された国家責任が確保されなければ、最低限の人権さえ脅かされることにもなりかねないからである。もっとも、財政的にも行政的にも、すべての自治体が十分に自律能力をもつようになれば、それに応じて国家の役割は可及的に縮小してゆくであろうが、そのような現実的条件が成熟していない間は、福祉水準を維持させるという意味での国家責任は依然として問われ続けなければならないだろう。なお、新藤が批判の対象にしている成瀬龍夫ら福祉財政研究者が、同時に

住民・地方自治尊重の立場に立つ論者であることを考え合わせると、本当に「分権的パラダイム」への指向を拒んでいるのかは慎重な検討を要する<sup>21)</sup>。むしろ、地方に財政的な裏付けが十分でない現状では、措置費を通じた国家責任をはずすことに強い危惧を表明しているとも見ることができよう。

以上、みてきたように、現行の措置制度のもとでは、明確に権利性が確保されておらず、少なくとも法制度上の改革が求められよう。一方、保険方式の場合、契約によるため、疑似市場的な世界が成立し、いわば心理的負担感を伴わない交換要求という形で、また、所得調査や家族調査という権力性を感じさせる手続きを経ないで、給付を求めることができる。もっとも、保険方式のもとでも、制度改正というチャンネルを通じて期待利益（いわば予定していた交換要求）が侵されることがある。それは、たとえば、年金制度改革によって給付水準の切り下げや支給年齢の繰り延べが行われていることにアナロジーを求めることができる。また、保険料を将来にわたって払い切れない（いわば、交換能力をもち得ない）人々が出てくることも無視できない。それらの点で、保険方式がもつ権利性も慎重に捉えてゆく必要がある。さらに、次にみるように、介護保険構想（法案）を実務的なレベルで検討してみると、保険方式の強みと考えられる経済的権利性が、不満の増大に結びつく可能性も否めない。

## (2) 給付決定のあり方の問題

介護システムの基本的構造としての権利性や権力性について論じてきたが、それと関連しつつも、それとは別に検討すべき実務的なシステム運用上の問題として、給付決定プロセスのあり方の問題がある。

措置制度のもとでは、たとえば特別養護老人ホームへの入居を希望するクライアントの場合、市町村の福祉事務所または高齢者福祉担当部課へ申請し、高齢者の心身の状態のほか、本人の収入および扶養義務者の所得税納税額、家族の介護力などが調べられ、最終的には市町村の入所判定委員会が入居の可否を決定し、認定されれば、待機者名簿に登載される。このように実務的には、本人の申請を起点にしてサービス給付決定プロセスが動き出すとはいえ、措置権限が市町村にあるため、申請から先は、行政処分となり、クライアントはプラ

イベントに関わることをいろいろ調べられたあげく、一方的な入所決定を待つだけの存在になる。

このようなシステムをふまえて、保険論者の措置制度批判が展開されるわけだが、一方、介護保険法案で構想されている給付決定プロセスはどうなっているだろうか。

介護保険給付を求めるクライアントは、保険者である市町村に申請を行い、それを受けて、市町村が設置する介護認定審査会（または市町村の委託を受けて設置される都道府県介護認定審査会）が給付の可否と要介護度（給付限度額）を審査・判定する。それを受けて、クライアントは、自らの意思でサービスの種類および提供機関を選択できるが、どのようなサービスを受ければよいかわからない場合、ケアプラン作成機関に依頼して、クライアントと相談しつつ、必要なサービス・パッケージを作成してもらうこともできる。なお、介護認定審査会による要介護認定等に不服がある時は、都道府県に設置される介護保険審査会に審査請求できる。

サービスの種類および提供機関についての本人の選択を制度的に認めたくえ、異議申立についても制度内に具体的に確保されており、その限りで、現行の措置制度にくらべて、具体的手続き面での権利性も大きい。ただし、公的老人ホームの場合、現行措置制度の下でも、どの市町村でもほぼ共通する申請マニュアル（「老人ホーム入所申請の手引き」）が用いられており、その運用過程で、特定の老人ホーム1ヶ所（または、空き定員の生じた任意の老人ホーム）について、希望を出せることになっている<sup>20</sup>。異なる点は、介護保険の場合、保険給付が被保険者の選択に基づくことが法律上明記されるうえ（法案2条3項）、原則的に、市町村の役割は認定審査会を通じた認定業務に特化してゆくことになり、サービス選択は施設との契約関係に依存してゆくことになるという点にある。また、従来、曖昧になりがちであった個々のクライアントの要介護度判定やサービスプランがシステム化されることによって、介護の科学性、専門性がレベルアップする可能性もある。さらに、認定審査においては、家族の介護状況が考慮されず、要介護者の心身状態のみで判定することとなっている。

しかし、第一に、要介護認定の段階において、ドイツに実例をみるように、



給付申請を却下されるクライアントが増大する可能性がある。介護保険推進論のなかには、医療保険のアナロジーで、保険証さえあれば自由に介護を受けに行けるかのようなイメージをもたせかねない論調も見られるが、認定というフィルターを通すことが医療保険と異なることを銘記する必要がある。そして、この市町村認定審査会は、客観的な要介護認定を行う建て前になっているが、実際には、当該市町村の財政状況やサービス整備状況、サービスの需給関係などから影響を受ける可能性がまったくないとも言えないだろう（ドイツでは、相対的に財政力が低く、サービス整備が不十分な旧東ドイツ地域で却下率が高い<sup>251)</sup>。やはり医療保険のアナロジーで、認定審査会が過剰認定するのではないかというモラル・ハザードが懸念されることがあるが、同時に、本来、介護の必要な人にとって適切な量のサービスが受けにくくなる（過少認定）のではないかという「モラル・ハザード」が発生する可能性も同様にある、とみるのが公平であろう。たとえば、斉藤慎は、6段階の要介護度に応じた認定の困難さにより、「医療分野におけるかつての『社会的入院』と同様に必要以上の認定がなされかねない」と述べているが<sup>252)</sup>、逆に必要以下の認定もなされかねない。そのことは斉藤が主張するように段階区分を減らしたとしても起こり得る（ドイツでは3段階である）。なによりも、医療保険の場合、認定を受けずに病院にアクセスできるのに対し、この介護保険構想の場合、認定を通じて保険者がサービス供給をコントロールすることが可能であるわけだから、その点に注意してゆく必要がある。

クライアントは、保険料を負担しているがゆえに、経済的な意味での権利意識が強くなり、認定審査会との間の摩擦もそれだけ大きくなりうる。そして、クライアントからみたニーズと認定との間に隔たりができるほど、クライアントにとって、市町村に対する不満は大きくなる。もっとも、不服申立の権利が制度内に確保されることによって、ある程度それへの対応ができるが、都道府県の審査会が唯一の苦情処理機関であることには異論がある<sup>253)</sup>。また、認定審査会の必要性自体やケアプラン作成機関との位置づけを問う声もある<sup>254)</sup>。

第二に、サービスの選択性がどこまで保証されるのか、という問題がある。法案37条1項によれば、市町村は、要介護等の認定に当たり、被保険者が受け



ることのできる居宅サービスまたは施設サービスの種類を指定することができることになっている。これでは、在宅介護を望むクライアントが療養型病床群に入院せざるをえないようなことが起こるのではないかと、という指摘がある<sup>27)</sup>。もっとも、同条2項によれば、指定を受けた被保険者は、サービスの種類の変更を申請することができることになっている。いずれにせよ、市町村が指定権限を発動すれば、サービス選択の幅が行政の枠組みのなかに押し込まれ、狭くなる可能性がある。

以上のように、保険方式の場合、経済的にみたクライアントの権利意識が高まり、交渉力が強まる、というメリットがある反面、実務的な給付決定プロセスを検討すると、市町村による認定審査・判定やサービス指定が不満の増大に結びつく可能性も残しており、少なくとも住民との意思疎通が図りやすく、取引費用を抑制するようなシステムにすることが課題となる。

なお、実務的プロセスとして、ケアプランの作成をシステム化することによって介護の専門性、科学性を高めたり、クライアントが自発的意思やケアプラン作成機関との合議によりサービスを主体的、自律的に選択できるようにすること、また給付認定に際して家族の介護状況を前提にしないことは、介護保険固有のメリットとは言い切れず、措置制度等の税負担方式のもとでも実現可能であり（現に、ケアプランはすでに作成、活用されている）、税負担方式を追及する場合でも、改善課題となる<sup>28)</sup>。

### (3) 給付対象者の範囲の問題

現行の公的介護システムは、障害者福祉政策または高齢者福祉政策として、担当行政部局や全体的な政策体系は異なるものの、年齢に関係なく同じ措置制度という枠組みのもとで、施設福祉または在宅福祉サービスを供給している。その限りで、措置制度は、給付対象者を包括的に捕捉している。

これに対し、介護保険法案では、加齢に起因しない障害をもつ者は保険給付の対象外としたうえで、被保険者は40歳以上とされ、さらに、65歳以上（第1号被保険者）と64歳以下（第2号被保険者）に分かれる。同時に、この年齢層が給付対象者となる。老人保健福祉審議会最終報告（「高齢者介護保険制度の

創設について」1996年4月22日）では、65歳以上の高齢者を被保険者としたうえで、高齢者介護の社会化は家族にとっても受益となることから、社会的扶養や世代間連帯の考えに立って、若年者にも負担が求められるとしていたが、保険料負担および受給者を20歳または40歳以上にすべきだ、という意見も付記されていた。結局、与党内などで、負担と給付が結びつかないと若年者の理解が得られないのではないか、という懸念が強まり（老健審報告でも付帯意見として示されていた）、親の介護が身近に感じられ、本人も加齢による障害が発生する可能性が高まる40歳以上で負担と給付のバランスをとることになった。

65歳以上の場合、要介護状態であれば、その原因が問われないのに対し、64歳以下の場合、加齢に伴う障害（初老期痴呆など）を原因とする要介護者であることが要件となっている。このような内容をもつ介護保険は、実質的には、高齢（または加齢）介護保険とでもいうべきもので、その点では一貫性がある。しかし、40～64歳の場合、加齢に伴う障害とそうでない障害との区別を厳密に行うためには相当の行政コストがかかるうえ、同じ負担をしながらたまたま交通事故等により障害をもった後者にとっては不満が大きくなるだけに、認定審査会との間でトラブルが発生することは容易に予想され、その場合の交渉コストもかかる。ドイツでは要介護状態でさえあれば年齢や障害原因が問われないのに対し、日本の場合、あくまで加齢に伴う障害に給付対象を限定しようとしているために、実務現場では制度運用に相当の負担がかかることになる。そのような差別化を行うことには、批判も強い<sup>29)</sup>。また、被保険者を40歳以上に限定し、若年者を除外すれば、被保険者グループが小さくなるために、一人当たりの保険料負担もそれだけ大きくなり、それでも負担を抑えようとすれば、財源面で不安が生じることになる。

反面、被保険者をたとえば20歳以上に引き下げた場合、保険料支払意思の問題が残るし、支払能力の問題もある。前者に関しては、保険料納付期間が給付にメリットとして反映するような仕組みが必要ではないか。というのも、傷病リスク（医療保険）や退職リスク（年金保険）に比べれば要介護リスクが相対的に小さいことは否めず、若年者ほどインセンティブが必要になるからである。滞納に応じて給付を削減しようとする法案のペナルティ措置だけでは十分なイ

ンセンティブになりにくい。くわえて、負担実績の長さが給付上積みとして反映する、という面もあった方が、経済的なインセンティブを与えやすく、納得を得やすいのではないか。後者に関しては、国民年金で学生の保険料滞納者が多いことに照らしても、20歳以上でも定職に就いていない者は免除すべきだろう。

加齢に起因しない障害をもつ40～64歳の者が給付対象外とされたのは、障害者福祉政策が障害者プランなどの形で、介護をふくめた総合的な生活保障体系として展開されているため、介護のみに保険を導入することはその総合性を損なうことになる、というのが表向きの理由になっている（老健審報告でも、そのような意見が示されている）。しかし、医療、教育、雇用、所得保障、社会参加などの政策体系とならんで、介護については介護保険で対応しようとするのがなぜ無理なのか、という根拠が弱いし、高齢者にも介護以外の政策体系が実施されてきている。それに、よく指摘されるように、一方で権利性や選択性を高めるために介護保険を導入しようとしながら、他方で障害者は措置でよいとするのは、論理的に矛盾している。また、保険料を支払い保険給付を受ける者に比べ、税金によって措置される障害者に心理的コンプレックスが生じかねないし、将来的に負担を理由とした給付格差が生じないとも限らない。逆に、施設介護（老人ホーム）を別としても、在宅介護（ホームヘルプ）の場合、障害者が65歳になっても措置制度で対応できるのであれば、障害者が保険料を支払う意思にマイナス影響を与える。さらに、障害原因を問わない障害者措置制度があるにもかかわらず、障害をまだもたない40～64歳の者に、敢えて、加齢に伴う障害に対する保険給付だけに備えて、保険料を支払わせる動機づけが弱い。もっとも、保険料を滞納している場合、65歳になってから老人ホームなどの高齢者施設を利用する際に、給付が制限されるという制裁措置があることが、かろうじて彼らを保険制度につなぎとめる役割を果たすことになるが、それでは権力性を多少なりとも帯びた制度という印象を与えることになる。

このように、給付対象を年齢や障害原因で細かく区別することは、混乱や矛盾を生み出し、介護保険論者が強調する普遍的な介護保障という理念にもそぐわなくなるし、行政管理上のコストが高くなり、制度運用の効率面にも問題を

生み出す。現行の措置制度が税負担方式としては制度的な一貫性を保っているように、保険方式を迫及する場合にも、制度的な一貫性が求められよう。法案の付則2条では、「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」を含めて一般的な制度検討を行い、必要に応じて見直しを行うことと、となっているが、再検討が急がれるべきだろう。

#### (4) 給付内容の問題

給付内容の問題に関しては、介護保険推進論のなかでも議論が対立している、現物（サービス）給付か、現金給付か、という論点に焦点を絞って検討してみたい。

現行の措置制度のもとでは、制度内給付として、現金給付は採用されていない。ただ、市町村の単独事業としては、月額5,000円程度を軸に多少のバラツキはあるものの、多くの自治体で介護手当の給付が行われている<sup>30</sup>。

介護保険構想においても、老健審の審議経過のなかでは現金給付について積極的な意見もあったが、法案のなかでは採用されていない。老健審での議論は最終報告のなかで紹介されている。現金給付に消極的な意見理由としては、家族（とくに女性）介護が固定化されるおそれ、高齢者の自立を阻害するおそれ、サービスの拡大を図れなくなるおそれ、などの懸念が指摘されている。積極的な意見理由としては、外部サービス利用者との公平性を確保する必要があること、家族介護を望む高齢者や現に家族で介護しているケースが多いという現実を無視できないこと、などが指摘されている。ここで示されている意見に、現金支給の是非をめぐって各方面で論議されている主要な論点がほぼ集約されているとみることができる。

結論を先取りすれば、公平性および選択性に配慮しつつも、介護保障という制度目的を維持する観点から、被保険者本人には現金給付に代えてバウチャー（利用券）のオプションを用意しつつ、家族が介護する場合には、それを応用して介護報酬を受けられるようにすべきだ、と考える。いわば、バウチャーの要介護者、介護者別の機能的応用案が代替案として考えられる。

現金給付の是非が議論される場合、給付対象が家族（介護者）か要介護者本

人か、という区別が整理されず混同したまま議論されることが多い。しかし、保険方式を採用する前提に立つと、この違いは重要である。保険方式のもとでは、原則として給付対象を本人に限定すべきである。なぜなら、保険方式のもとでは、できる限り負担と給付の関係が明瞭でなければ制度の存立意義が損なわれることになるからであり、そして、保険料を負担するのは契約手続き上、被保険者本人であるからである。ただし、現金給付のオプションを設けると、介護サービス利用や家族への介護報酬に生かされず、個人的消費や貯蓄に回され、介護保障という制度目的が損なわれるおそれがある。また、現金給付では、その給付額が介護サービス利用や家族への介護報酬に向けるうえでどれほど役立つのかがわかりにくい。さらに、家族介護の報酬に用いられたとしても、家族介護が固定化される、という反論が予想される。そこで、現金給付に代えてバウチャーを発行するようになれば、それらの懸念は基本的には解消する<sup>31)</sup>。しかも、要介護者の自立やサービス拡大を阻む、という現金給付反対意見にみられる懸念もなくなるだろう。ただし、バウチャーに、十分なサービス選択性と信用力が担保されていなければならない。

一方、現金給付賛成意見にみられるように、要介護者やその家族が家族介護を望む場合、それをどう考えるのか、という問題がある。要介護者やその家族が、外部サービスを利用できる場合でも、あえて、家族介護を望んでいるにもかかわらず、家族が介護に固定されるのはよくない、といって政策的に抑え込むのは、権力的な統制につながり、国民の価値判断の自由を損なうことになる。また、現状および予定されているサービス整備水準では、介護ニーズに応えきれないケースが確実に出てくる<sup>32)</sup>。そこで、家族介護を認めつつ、家族が適切な介護補償をされるようにすることが課題になる。

このことは、家族への介護報酬をどう考えるのか、という問題につながってくる。しかし、保険方式を採る以上、給付は直接的には被保険者本人に対して行われるべきである。かりに、家族に現金給付が行われるとしても、家族の誰が介護者であるのか、という判断が行政側からは難しく、給付を介護者本人にリンクさせるににくい。そこで、介護休業制度を活用し、介護者が休業した場合、その制度を通じて現金給付するようになれば、介護者を特定しつつ、介護報酬

を提供できる<sup>33)</sup>。その際、バウチャーをあらかじめ、クライアント側にとっても現金化可能なものにしておき、被保険者（ないし、その代理人）がそれを介護休業制度（雇用保険）の方へ預託したうえで、家族介護者が現金受給できるようにする（代理人に関しては、家族から独立した専門的な代理人制度を設ける課題がある）。そして、介護休業制度独自の賃金補償は、バウチャーの価値で不足する部分を機会費用として給付する<sup>34)</sup>。介護休業制度は介護保険と同じく1999年度から実施されるので、タイミングも合う。一方、介護者が、勤めに出ていない専業主婦のような場合、被保険者（ないし代理人）は介護者を指定したうえで、介護保険者にバウチャーを返還し、介護者が現金給付を受けられるようにする。このようにすれば、被保険者の給付処分権を確保しつつ、介護目的にリンクした現金化が可能となるし、被保険者とその家族が外部サービスを利用したくない、または、利用できない場合、利用者との公平を図りつつ、家族介護を選択できる。

さらにいえば、バウチャーを家族介護者自身が必要時に自分のものとして利用できるように、要介護者から譲渡されうるようにすることも考えられる。その場合、バウチャーは要介護者名義の利用券から介護者名義の仮利用券に転換されるものとし、介護者自身が要介護認定を受けた時点で本利用券として発効するものとするのである。

なお、このように、要介護者とその家族の選択性や介護報酬を保障することは、措置制度等の税負担方式の場合でも可能であり、その方式を追及する場合の改革課題となる。

#### (5) 介護と医療の関係について

厚生省が介護保険が導入しようとした背景には、医療保険の財政負担を減らそうというねらいもあった、と報じられている<sup>35)</sup>。近年の景気低迷による賃金伸び悩みや被保険者の減少による保険料収入の伸び悩みと、他方での老人医療費等の医療費増大によって医療各保険は財政事情を悪化させている。とくに、日本の場合、入院期間が欧米諸国に比べて長く、その原因の一つとして、在宅・施設福祉でフォローされない多くの高齢者が社会的入院の形で病院に滞留



しているという事情がある。

したがって、介護保険が導入され、介護シフトが起これば、医療保険財政の悪化は多かれ少なかれ緩和される。社会的費用という観点でも、すでに多くの指摘があるように、入院医療費は介護福祉費用に比べて割高であるから、入院から介護へのシフトが起こっても、医療保険で負担していた経費がそのまま介護保険の負担になるわけではなく、介護保険が負担する経費は割安になる。同時に、社会福祉サービスで対応されるべき高齢者が医療保険の適用を受けるという矛盾をなくし、医療と介護の本来の目的に応じた区別を行うことができ、そういう意味でも、合目的な資源配分を行うことにもつながる。そして、何よりも高齢者自身にとって、病院という特殊な制約のある環境のもとで長期間、暮らすよりも、適切なケアを受けつつ、在宅や生活施設で暮らすことができるならば、生活の満足度は高まるだろう。もっとも、これらのことは、介護保険の導入によってのみ、もたらされるメリットではなく、現行の措置制度のもとでも、十分な在宅・施設福祉サービスが供給されれば、高齢者の状態に応じた医療から介護へのシフトは起こりうるし、逆に、その供給が不十分であれば、介護保険制度のもとでも、介護シフトは起こらないだろう。

また、施設福祉に関して、介護保険がどのような施設をカバーするか、ということも、医療と介護の区別を進めてゆけるかどうかを見るうえで重要である。法案によれば、「介護老人福祉施設」（特別養護老人ホーム）、「介護老人保健施設」（老人保健施設）、「介護療養型医療施設」（療養型病床群）が施設サービスを提供する保険対象施設となっている。このうち、3つめの範疇に、医学的管理のもとに介護を行う老人病院が含まれる。しかし、療養型病床群を介護保険の対象施設に含めることは、「社会的入院を是認」することになる、という批判がある<sup>36)</sup>。老人病院を介護保険適用施設として前提することは、それだけ在宅・施設福祉の拡張を妨げる、あるいはその不足を合理化することにもなり、社会的入院の解消につながりにくい。その場合、ファイナンス面で、医療保険の財政負担がそれだけ軽くなり、介護保険に負担が転嫁されるだけで、入院治療を必要としない高齢者が病院のなかで暮らす、という事態は変わらない。せめて、療養型病床群への介護保険適用を暫定的な時限措置にとどめたい。



療養型病床群の存在に依存しない形での在宅福祉と老人ホームのサービス整備を急ぐべきだろう。もとより、医療と福祉の間でのそのような適切な資源配分は、措置制度等の税負担方式を迫及する場合でも、課題となる。

なお、措置制度から保険方式への転換を図るのが介護保険構想の趣旨である以上、厳密には、従来の措置制度の枠内にない老人保健施設を介護保険の適用施設にすることについても、疑問がある。

介護保険と医療保険に関して、年金保険をも視野に入れつつ、相互に財政調整を行ったり、保険料徴収や給付に関して一体化させてゆくべきだ、という考えもある<sup>37)</sup>。しかし、そのような社会保険の一体化は、各保険制度の自律性を損なって制度間のもたれあいを生み出したり、各保険独自の制度目的を曖昧にしたりするおそれがある。そして、なによりも、保険のメリットとして強調される契約の権利性（給付の期待利益）が、財政事情等により、「調整」の名のもとに、希釈化されやすくなる。負担と受益の対応関係の明確化が保険方式のメリットであるとすれば、各保険制度の混合化によって、それを曖昧にすべきではなく、何のために何を負担するか、という国民の選択性を保証すべきだろう。

#### (6) 給付対象者の費用負担の問題

従来の措置制度の場合、介護給付対象者の負担は、一般的な税負担を別とすれば、直接的には利用者負担金だけであり、それが、受給者本人および家族から収入ないし所得税納税額に応じて費用徴収され、徴収基準額を除く措置費を国と地方公共団体で折半負担してきた。このように措置にかかる経費の主要部分を公費で賄い、利用者負担についても応能負担であったので、低所得者にとっても比較的、給付を受けやすいシステムになっていた。

このような負担システムに対しては、保険方式推進の立場から、中高所得者にとって負担が重く、それが老人ホームよりも老人保健施設や病院を選択することにもつながっている、という批判がある<sup>38)</sup>。これに対しては、それは措置・税負担方式固有の問題というよりも、費用徴収のあり方に問題があった、という税方式支持者からの反論がある。すなわち、職員人件費等をも含む措置費全

額徴収を原則とし、しかも本人のみならず扶養義務者からも徴収していることに問題があるという指摘<sup>39)</sup>や、低額均一料金制に早急に改めるべきだ、という主張<sup>40)</sup>がある。

たしかに、措置制度のもとでも、費用徴収のあり方を、中高所得者にとっても負担過重にならないよう改善すれば利用しやすくなり、税方式を追及する場合の課題となる。しかし、徴収限度を緩和したとしても、煩瑣な所得調査には抵抗感が残るだろう。また、低所得者でも払えるほどの利用料で統一することは財源不足の問題を引き起こす可能性からみて現実的とは言えない。そこで、中高所得者の負担が過大にならないよう適度に上限を抑制しつつ、すぐ後に述べるように簡略な応能負担方式を採用ことが考えられる。なお、現行の措置制度のもとで、低所得者にとっても払いやすい利用料になっているとは言い切れず、94年度の徴収基準改定によって低所得者への徴収が重点的に引き上げられ、月3万円の対象収入でも2万円もの費用徴収が行われ、利用しにくくなっている。同様に、改善が求められよう。

介護保険構想の場合、公費負担を別とすれば、利用者負担金にくわえて、当然、保険料が直接的な費用負担項目に加わってくる。保険料は制度実施後数年の当面、平均月額2,500円(95年度価格で物価上昇分を除く)程度となる。2号被保険者(40~64歳)のうち、被用者は労使折半して医療保険料に上乗せ、天引き徴収され、自営業者等の国保加入者は公費と折半しつつ国保料とともに納付する。したがって、後者の場合、滞納が発生する可能性がある。

1号被保険者(65歳以上)の場合、年金から天引き徴収(特別徴収)されるか、それが難しい場合、国保料へ上乗せして納付する(普通徴収)が、後者の場合、滞納が発生する可能性がある。いずれにせよ、折半負担はなく全額自己負担となる。ただし、段階別保険料が設定され、厚生省モデルでは、老齢福祉年金受給者が基準額の0.5倍、住民税非課税(世帯)が0.75倍、同(本人)が基準額、住民税課税者が1.25倍、1.5倍の2段階、合わせて5段階が想定されている<sup>41)</sup>。しかし、実質本人負担でみれば、2号者が折半負担により平均1,250円となるのに対し、1号者のうち、それと同負担であるのは最初のランクの老齢福祉年金受給者のみであり、それ以外はより多くの負担となり、3ランク目

以上は1号者の2～3倍もの負担となる。低所得者の集中する1号者が、就労者の集中する2号者よりも負担が大きいのは問題である。

そこで、1号者は、2号の自営業者等と同じく公費との折半負担にすることが考えられる。そのうえで、低所得者に配慮しつつ滞納を防ぐ意味で、全被保険者対象に所得段階別の簡略化した応能負担方式を採用することが考えられる。その場合、措置制度の扶養義務者への費用徴収基準を準用して、住民税非課税、住民税課税（均等割のみ課税、所得割り課税）所得税非課税、住民税・所得税課税、といった数ランクに分けることが考えられる（措置制度の場合は、さらに所得税課税者のなかで14ランクに細分される）。こうすれば、1号者の負担問題に対処しつつ、全被保険者のうち低所得者への配慮を行うことができる。しかも、課税か非課税かというレベルでの応能負担であるので、詳細な所得調査を必要としないために、生じうるスティグマないし抵抗感を回避しやすいうえ、行政コストも節約できる。

介護保険のもう一つの直接的負担として、利用者負担金がある。これも従来の措置制度に比べて、介護給付費の一律1割負担になることで、大きな変更点になる。とくに施設入所の場合、それにくわえて食費等日常生活費が給付から全額外されるので、特別養護老人ホームでは、あわせて月額8～9万円の自己負担となって現行の平均4万数千円の2倍程度になり、国民年金だけの収入（同じく4万数千円程度の受給平均額）に頼っているような高齢者の場合、入れなくなるのではないかと、という声が多く福祉現場から挙がっている。従来ならば、応能的利用者負担であったために、まがりなりにも年金収入で賄えたが、今度は応益負担が貫かれるために、払い切れなくなるケースが出てくる。介護保険推進論者は、低所得者・少数者本位のサービスから多数市民を対象とする普遍的サービスへの転換を説くが<sup>42)</sup>、低所得と障害という二重のハンディをもち、最も福祉ニーズの高いクライアントを遠ざけるような「普遍的」サービスであれば、問題が大きい。しかも、低所得者は高齢者の少数派であるわけでもない。

そこで、措置制度や介護保険料に関わってすでに述べたように、利用者負担金に関しても同様に、適度の上限を設けたうえで、簡略な応能負担方式を採用

することが考えられる。その際、食費等日常生活費も給付対象に含めることになる。すると、在宅とのバランスを失するという反論が予想されるが、それは、配食サービス、日常生活用具給付事業、住宅改造貸付制度等の在宅サービスを充実させつつ、負担面でバランスをとることによって対応できる。なお、筆者が高齢化進展地域の60歳以上全員を対象にアンケート調査した結果、保険料のみならず利用者負担に関しても、応能負担を支持する声が圧倒的に強かった<sup>43)</sup>。

### (7) 財源調達・調整の問題

措置制度では、利用者負担金を別とすれば、大部分の財源を一般税によって賄っているために、とくに、税収の自然増に期待できず、かつ歳出費目間の調整によって社会福祉に傾斜的な資源配分がなされない限り、増大するニーズに合わせて在宅・施設福祉サービスを充実させてゆくためには、増税に訴えざるをえない。

そこで、増税に訴えたとしても、政府の増税目的の声明と実際の歳出との間に整合性を保証するための国民のチェック機能がよほど成熟していなければ、増税への反発が絶えずつきまとい、ブレーキがかかりやすい。政治不信を云々する以前の問題として、日本のように巨大な国家機構と人口をもつ国において、福祉ニーズに機敏に対応しつつ財源を確保してゆくうえで、集権的な行財政機構のもとでの一般税徴収は有効に機能しにくい。

一方、保険方式のもとでは、負担と給付の対応関係が直接的になるために、財源調達を行いやすい。というのは、市場での商品売買のアナロジーにより、契約によって見返りが担保されているため、いわば個々人の利己心に訴えるかたちで、保険料の徴収や引き上げを説得しやすくなるからであり、制度改正という名のもとで期待利益が損なわれない限り、制度への信頼もつなぎとめられるからである。ただし、この負担と受益の対応関係に関しては、保険料支払に比例してサービス給付が増えるわけではなく、「負担なき受益は排除する」という意味での対応にすぎない、という里見賢治の批判がある<sup>44)</sup>。たしかに、厳密な意味での対応関係はない。したがって、保険方式を迫及する場合には、すでに述べたように、保険料支払期間を考慮に入れた付加給付を行う必要があり、

給付上限額を引き上げるなどのかたちで対応する必要がある。要援護高齢者の増大によって介護問題が普遍化しているといっても、老齢年金保険のように納付条件を満たす限り一定年齢に達すれば全員に給付されるものではなく、また医療保険のもとで傷病を負う確率に比べても、要介護リスクの確率がかなり低いことを考えると<sup>45)</sup>、(とくに20歳以上を被保険者とする場合)なんらかのメリット制によってインセンティブを補強する必要性が一層でてくる。

保険料による財源調達の方が税方式よりも進めやすいかどうか、に関しては、里見賢治と高木郁朗との間で論争が行われた。高木が、「消費税の増税と組み替えによる福祉財源化の道は、あらかじめ閉じられている」として、公費負担の優位性を認めつつも介護保険を現実的な選択とするのに対し<sup>46)</sup>、もし増税が閉ざされているのであれば、保険料負担でも新たな追加という点では同じこと、介護保険でも財源の半分は公費だが、その説明がつかない、といった里見からの反論が行われた<sup>47)</sup>。両者の論争のこの論点に関する限り、筆者は里見の反論に異議がある。上述のように厳密な負担・受益関係にないとはいえ、保険方式では負担と受益が被保険者と保険者との個別契約関係の枠内でリンクしているのは否めず、税方式(とくに一般税)のように、国民全体と国家との公約的關係の場合に比べてより対応関係が強い。したがって、保険料負担の方が合意を得やすい。また、財源の半分を公費によっていることは事実だが、財源全体を公費で賄うのに比べて公費負担が半減しているので公費負担は導出され易く、また、保険契約の前提として公費が制度的に組み込まれているのであるから、契約履行のためには公費支出が義務的経費として不可避となり、そのための財源捻出であれば合意を得やすい。さらに、税源の十分な分権化のうえで、住民と自治体という、より小さな単位で保険運営を財政自治的に行えば、議論を尽くしやすく、公費支出部分の合意形成はいっそう図りやすい。

なお、里見賢治は、一般税を介護保障の財源と考えているのではなく、直接税財源の介護保障財源化、消費税の介護保障目的税化、企業負担の介護保障特別税の新設、という形での独自の目的税案を提案している<sup>48)</sup>。目的税によって介護財源を特定化すれば、税負担の目的が明確になるため、国民の合意は、一般税に比べて得られやすい。その限りで、公費負担方式を迫及する場合には、



前向きに検討されるべき提案である。ただ、その場合でも、負担と給付の関係が個別契約関係として成立せず、国民全体と政府との約束であるため、個別利益にダイレクトに訴えにくいという難点は依然として残る。また、高木が示唆するように、里見の提案には分権化の視点がない<sup>49)</sup>。これに対し、里見は、市町村の運営責任と財源保障の国家責任は両立すると述べているが<sup>50)</sup>、財政的な分権化も行ったほうが、市民コントロールが介護システムの行財政に一体的に届きやすくなり、より民主的な運営を行いやすい<sup>51)</sup>。

財源調達に関連する問題として、政府間・自治体間財政調整の問題がある。措置制度のもとでは、措置費のうちの市町村負担について、自主財源で賄えない部分は、地方交付税交付金によって補填されるか、地方債の発行によって賄う、という一般的調整手段をあてにするしかない。上述のように、市町村の自律性を高め、民主的な運営を行うためには、税源の委譲により、自治体の財政自主権を確保することが課題となるだろう。

これに対し、保険法案では、国負担25%のうちの5%の調整交付金、都道府県に設けられる財政安定化基金（国、都道府県、市町村で等分拠出）、さらに市町村相互安定事業により、高齢化の進んだ地域や財政力の小さい地域への政府間・自治体間再分配が行われる仕組みが保険制度にビルト・インされている。その限りでは、交付税のような一般財源をあてにするのに比べて、特定財源が確保されている点で、制度の自律的安定性が期待できる。しかし、それがうまく機能しない限り、国保にみられるように、かえって財政不安を引き起こす。財政調整が首尾よく機能しない場合、調整システムの再検討を要する。また、介護保険単価を上回る総単価、認定対象外者へのサービス費、給付対象外のサービス費に関して生じる超過負担や、保険事務費（保険特別会計外の市町村負担）の増大に対する不安の声も挙がっている<sup>52)</sup>。保険単価に実勢価格を反映させてゆくことのほか、単独事業費が過大になるようであれば、保険給付対象サービスの見直し（拡張）も課題となるし、場合によっては、保険事務費についても特別会計内への繰り入れが課題となりうる。

### (8) サービス基盤整備と計画推進の問題

保険方式にせよ、措置制度等の税方式にせよ、サービスを実施してゆくための基盤整備は、さしあたり新ゴールドプランが立脚点となる。しかし、その2000年の目標水準は、施設サービスは完備予定にあるものの、在宅サービスについては、要介護高齢者の40%程度に対応するものでしかない。そして、そのプランの達成さえ危ぶまれている。要介護高齢者の福祉サービスに対する認知度、経験度が高まるにつれて利用意向は年々高まるであろうし、とくに介護保険の場合、保険料負担による権利意識の醸成が相乗して、潜在的需要がいつそう喚起され易い。その場合のトラブルをできるだけ回避するためにも、基盤整備が着実に推進される必要がある。その意味では、基盤整備責任を法律上明確にすることも課題となるだろう<sup>53)</sup>。

地方レベルの老人保健福祉計画の策定の結果、国レベルのゴールドプランが修正され、新ゴールドプランが策定されたように、保険法案の場合、市町村介護保険事業計画の策定（措置制度を前提すれば老人保健福祉計画の見直し）が、地域からニーズを拾い上げてゆくうえでの重要な鍵となる。そして、それが、厚生省も認める新ゴールドプランの上方修正に影響を与えてゆくことになる。

この事業計画の策定にあたっては、老人保健福祉計画策定時の教訓が生かされねばならない。すなわち、国の策定マニュアルに依存しつつ行政担当部局内だけで数合わせ的な策定をしたり、コンサルタント会社に委託してしまったりしては、地方自治、住民自治が形骸化することになる。ニーズ調査から計画策定に至るプロセスにおいて、介護家族や福祉・医療現場職員を中心とする地域住民の参画、意見反映が十分に保障されなければならない<sup>54)</sup>。そして、国や都道府県は、市町村への指導・監督を通じた干渉はできるだけ避け、市町村の自主性の確保に努めるべきだろう。

財政的には、従来の措置制度の場合、利用者負担を除けば、国が50%、都道府県が25%、市町村25%（ないし50%）、という運営費用の負担割合であったが、保険法案の場合、保険料負担が50%になる結果、国が25%、都道府県と市町村がそれぞれ12.5%ずつの負担となるために、公費負担は2分の1から4分



の1に軽減する。したがって、それによって浮く経費を基盤整備に回すようにすれば、基盤整備の推進に弾みがつく。また、税方式を追及する場合でも、税源を分権化することによって、市町村が財源不安を緩和しつつ、基盤整備に取り組みやすすることがある。それは、従来の措置制度のもとでの市町村の超過負担への対応にもなり、また、自治体が地域の実情に合わせて政策立案を柔軟に行いやすすることにもつながる。老人保健福祉計画の達成を困難視する多くの自治体にとって財政難がネックとされてきたことに照らしても<sup>59)</sup>、このことは重要である。

## V 介護システムの展望

これまで、措置制度と介護保険をめぐる諸論点を検討してきたが、以上の考察から明らかなように、税方式と保険方式のどちらが絶対的に優れている、というわけでもなく、いずれの方式にもメリット、デ・メリットが見られる。そこで、以下では、これまでの考察をふまえ、それぞれの方式を介護システムとして追及する場合、どのようなことが課題になるか、という観点から展望を示してみたい。

### (1) 税方式の課題と方向

税方式は、これまで措置制度によって代表されてきた。そして、その措置制度は、憲法の25条を個別法制度によって具体化する際、国家責任の具体的存在形態を規定するシステムとして、福祉各法の中心に位置づけられてきた。その意味で、措置制度は、憲法25条の2項を具体化し、福祉政策の推進に対する国家責任を明確化するものであった。それは、貧困や生活問題を個人の責任として放置することを許さず、社会の責任で対応すべきことを約束させるものであり、介護が社会問題化している今日において、国家（および、それに委任された地方公共団体）の役割の重要性を明確にするうえで意義は大きい。

反面、憲法25条1項に込められた国民の側の健康で文化的な生活に対する権利性は、「最低限度」の部分に限定的に取り出される形で、生活保護法のなか

では一応確保されているものの、老人福祉法等の社会福祉法のなかでは明示的に具体化されなかった。したがって、多くの指摘があるように、措置制度を維持する場合でも、公共責任とならんで国民の福祉給付に対する権利性を明確にする法改定作業が求められる。

しかし、たとえ、法理念として権利性が唱われたとしても、生活保護法にその類例をみるように、措置制度のもとでは、保護されている（している）、という恩恵的な感覚が、クライアントの側にも行政の側にも残るであろう。市場社会に住む我々にとって、市場での交換関係が経済的な権利性として、法の建て前としての権利性よりも強く日常意識に作用するために、負担と給付に一定の対応関係がある、という認識がもてなければ、権利意識が醸成されにくい。

したがって、税方式を追及する場合でも、目的税化によって、負担・給付の対応関係がより認識しやすくするとともに、行財政の分権化によって、住民が自分達で負担しあって給付を作り出している、という感覚をもちやすくする必要がある（その場合、最低限度の行政単位をどう措定するか、という問題も検討せざるをえなくなるだろう）。そのことによって、意識のうえで住民と自治体が対等に近づくことになり、ニーズを率直に表明しやすくなるとともに、増税に対しても、負担目的を認識しやすくなり、小さな行政単位のなかでは合意形成も図りやすくなる<sup>56)</sup>。

さらに、システム運営上のより具体的な課題として、要介護度に応じてサービスの種類・内容を自己決定できるようにすること、介護の専門性・科学性を高めること、給付認定・内容への異議申し立ての手続きを具体的に制度内化すること、流動化可能なパウチャー等によって要介護者とその家族の選択の余地を確保すること、費用徴収によって低所得者、中高所得者の双方がサービスにアクセスしにくくならないよう徴収基準や徴収対象者を見直すこと、サービス基盤整備の一層の推進を図るとともに、その計画プロセスにおいて住民の参画や幅広い意見収集を行えるようにすることなどが挙げられる。

## (2) 保険方式の課題と方向

保険方式のもとでは、保険料を有効に納付することが権利性の発生に直結し

てゆく。その場合、クライアントは、代金を前払いしておいた商品を受け取りに行く消費者の市場感覚に類似した感覚で、給付を当然の要求として押し出しやすいくなる。介護保険法案の場合、公費が半分投入されること、保険が賦課方式であるため保険料に比例して給付が増加する仕組みになっていないことにより、負担と受益の対応関係は厳密ではない<sup>57)</sup>。しかし、税方式のように（とくに、一般税の場合）、負担と受益の関係が国民全体と国家の公約的な関係のなかに拡散してしまい、その対応関係が認識されにくいのに比べれば、被保険者個々人と保険者との個別的な契約関係が維持されており、個々人は自分の負担と受益の関係をその個別に特定された関係のなかに見いだすことができる。したがって、自分の負担が個別の利益としてペイ・バックされてくる、という交換関係を自覚できるのであるから、負担の増加にも一定の限度内で応じようとする利己心が働き、その合意が得られやすい。そして、公費負担部分も、その個別契約を遂行するための義務的経費としてリンクしてくるのであるから、保険料部分とあいまって財源が担保されやすくなるというメリットもある。

保険方式では経済的な権利性が強まる反面、それだけに、サービス供給が必要に応えられなければ、摩擦はいつそう大きくなる。したがって、保険によって掘り起こされる潜在的需要に応じうるだけのサービス基盤整備が求められる。保険料という新規財源が供給に対して呼び水効果を発揮することも考えられるが、基盤整備責任の明確化とともに、ランニングコストの公費負担軽減分をイニシアルコストに回すことによって基盤整備に拍車をかける必要がある。

経済的な権利性の強さがシステム運用の段階で不満やトラブルの増大につながらないようにすることも、制度への信頼性を維持して運営を安定化させるうえで重要である。給付決定のあり方に関しては、認定審査会に、住民との意志疎通を十分に図れる柔軟でオープンな性格をもたせるべきであるし、また、保険者にはサービス種類の指定権限を与えるべきでない。保険者が指定権限を多用すれば、基盤整備が進みにくくなる。給付対象者に関しても、年齢や障害原因によって細かく差別化することは、スティグマを植え付けたり、支払意思にマイナス影響を与えるうえ、運営コストも差別化に伴って増大する。障害原因を問わず、年齢を引き下げたうえで、学生を免除したり、メリット制を取り入

れるような工夫が必要である。給付形態についても、前述のように、バウチャーをオプション化すること等によって選択肢を広げるべきである。被保険者の費用負担に関しては、低所得者の集中する高齢者層にかえって負担が重くなるという問題に対処すべきである。そのうえで、全階層に簡便な応能制を取り入れることにより、低所得者に配慮しつつ、所得調査に随伴しうる抵抗感をも緩和する、という方向が考えられる。

[付記] 本稿の脱稿に差しかかる頃、社会政策学会第94回大会で報告の機会を与えられたうえ、里見賢治氏（大阪府立大学）、二木立氏（日本福祉大学）、武田宏氏（日本福祉大学）から貴重な御批判および御助言をいただいた。原稿締切との関係もあり、十分に吸収できなかったこととおわびするとともに、感謝申し上げたい。

## 注

- 1) 税方式支持派のなかには、必ずしも措置制度を支持していない論者もいるので、保険方式に対して批判的な見解を検討する場合でも、そのような意味での税方式支持派の見解が含まれていることを断っておく。
- 2) 新村 出編『広辞苑』第四版（岩波書店）による。
- 3) 内閣法制局法令用語研究会編『法律用語辞典』（有斐閣）による。
- 4) 高齢者以外の社会福祉分野でも、たとえば現行児童福祉法24条では、「市町村は、…保護者の労働又は疾病等の事由により…児童の保育に欠けるところがあると認めるときは、それらの児童を保育所に入所させて保育する措置を採らなければならない。」と規定されているし（ただし、現在審議中の法改正案は、保育の公的責任を維持しつつも、「措置」の文言を削除している）、身体障害者福祉法第17条の2では、「市町村は、身体障害者が、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、最も適切な処遇が受けられるように居宅における介護等、身体障害者更生援護施設への入所等の措置の総合的な実施に努めなければならない。」と規定されている。
- 5) 後述のように、応能負担という枠組みは維持しているものの、近年、低所得者を中心に費用徴収が強化されるようになっており、現行の費用徴収制度が低所得者にとっても問題がないわけではない。
- 6) 介護保険法案要綱および法文本体全文は、『資金と社会保障』No.1193・1194（1997年1月合併号）、同No.1196（1997年2月下旬号）の2回に分けて掲載され

ている。

- 7) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの構築をめざして～高齢者介護・自立支援システム研究会報告書～』（ぎょうせい、1995年）pp.13-14
- 8) 岡本祐三（『医療と福祉の新時代』日本評論社、1993年）の追録論文「高まる介護保険への期待」p. 5
- 9) 岡本祐三「なぜ公的介護保険なのか」（同監修『公的介護保険のすべて』朝日カルチャーセンター、1995年）p.43
- 10) 岡本祐三『高齢者医療と福祉』（岩波書店、1996年）p.150, 151, 155
- 11) 成瀬龍夫「介護システムと措置制度改善の課題」（『福祉のひろば』64号、1995年）pp. 45-46
- 12) 成瀬龍夫・小沢修司・山本隆・武田宏『福祉改革と福祉補助金』（ミネルバ書房、1989年）p. 17
- 13) 武田宏『高齢者福祉の財政課題』（あけび書房、1995年）pp. 135-136  
また、田村和之も、保育所に関して、そのサービスが行政の設定した一定のパターンに限定されている、という措置制度改革論からの指摘に対して、その原因が市町村による入所措置にあるというより、機関委任事務時代の厚生省の市町村に対する厳しい指揮監督や、団体委任事務化以後の厚生省通達による監督・規制に原因があるのであり、厚生省の監督・規制の緩和と市町村の自主性の確保によって改善されるであろう、と述べている（田村和之「措置制度改革論と行政責任」『都市問題』第85巻第6号、1994年、p.35）。
- 14) 荒木誠之『社会保障法読本（改定版）』（有斐閣、1987年）p.231, 254, 255
- 15) 堀勝洋『福祉改革の戦略的課題』（中央法規出版、1987年）pp.232-233, 同「措置制度の意義と今後のあり方」（『月刊福祉』1994年4月号）pp.14-15
- 16) 秋元美世「措置制度の諸問題－『反射的利益論』と権利性の確保をめぐる－」（『社会福祉研究』第66号、1996年）
- 17) このような法解釈上の議論を詳細に検討したものとして、前掲・堀勝洋『福祉改革の戦略的課題』pp.201-231を参照。なお、岡本祐三は、権利性が認められない根拠として、行政解釈による反射的利益説のみを持ち出しているが（前掲・岡本『高齢者医療と福祉』p.150, 同「なぜ公的介護保険なのか」『[論争] 高齢者福祉－介護保険でなにが変わるか－』からだの科学臨時増刊、1996年、p.51）、それは法解釈上は多数説ではなく、数ある解釈の一つでしかない。もっとも、実際の政策運営を担う行政庁がそれを採用していることの意味は重い。
- 18) 25条1項と2項を峻別したうえ、1項を生活保護立法のみに対応させる解釈には法学界で批判が強く、また「最低限度」の意味内容がどの程度、行政・立法裁量に帰属するかについても議論がある（芦部信喜『憲法』岩波書店、1993年、pp. 200-203）。いずれにせよ、福祉給付に対する権利性が生活保護法以外の福祉法で明

確になっていない以上、現実には、「最低限度」がかなり限定解釈されて具体的法制化されていることがうかがえる。

- 19) 里見賢治「新介護保障システムと公費負担方式」(同共著『公的介護保険に意義あり—もう一つの提案—』ミネルヴァ書房, 1996年) pp. 52-54。これとはほぼ同旨の主張を展開しているものとして、芝田英昭「社会保険と措置制度から社会保障財源を考える」(同編著『幸齢社会への挑戦』かもがわ出版, 1996年) pp. 81-85がある。
- 20) 新藤宗幸『福祉行政と官僚制』(岩波書店, 1996年) 第3章, 5章
- 21) たとえば、新藤が参照している前掲『福祉改革と福祉補助金』のなかでも、成瀬は、「これまでの地方自治体や民間社会福祉事業の自主性を阻害してきた中央集権的な福祉補助金の欠点にも目を向けて、公的責任と自主性の結合を保障する福祉財政システムのあり方なども、検討される必要がある」(p.18)と論じている。
- 22) その限りで、前述のように、高齢者介護・自立支援システム研究会が、その報告書で、「自らの意思によってサービスを選択できない」と言い切っているのは、実態からみて正確な表現とは言えない。
- 23) 1994年に介護保険法が成立し、95年から施行されているドイツでは、給付申請却下率が95年12月末時点で29.6%に達し、不服申立は8万件を越えているが、却下率の最も高いベルリン州(47.3%)と最も低いバーデン・ヴュルテンブルク州(25.2%)との間に大きな格差が生じているという(三石博之「ドイツ介護保険施行後一年を振り返って」『NHK社会福祉セミナー』1996年, 本沢巳代子『公的介護保険——ドイツの先例に学ぶ』日本評論社, 1996年, pp. 84-88)。そして、そのような地域格差が生じる原因の一つとして、サービス水準や財政上の格差の存在が指摘されている(『朝日新聞』1995年12月13日付「先行ドイツの実情」)。
- 24) 斉藤慎「医療システム改革と介護のあり方」(『経済セミナー』No. 506, 1997年) pp. 30-31
- 25) 河野正輝は、フォーマルな不服審査手続きに乗りにくい日常的な苦情を簡便な手続きで処理できるようにしたり、オンブズマン制度を導入したりする必要性を指摘している(河野正輝「介護保険法の基本的枠組みと介護保険法の課題」日本学会議社会法学研究連絡委員会編『高齢社会と介護システム』尚学社, 1997年, P. 27)。より具体的には、「介護の社会化を勧める1万人市民委員会」が、市町村ごとに介護保険運営委員会(被保険者から選出される男女同数の委員によって構成される)を設置し、そこに苦情処理機関を置き、被保険者からの申立を受け付けて調査を行い、必要に応じて保険者やサービス提供者に勧告を行えるようにすべきだ、と提案している(同会発行『介護保険法案に市民修正を』1997年)。また、宮武剛は、「介護保険審査会が行政面の唯一、最終の不服審査だけに、その前段の市町村・介護認定審査会における再審査を簡単な手続きで容易に受けられるようにすべきだ」と提案している(宮武剛『「介護保険」のすべて』保健同人社, 1997年, p.114)。



- 26) たとえば、斉藤義彦は、「医療には要介護認定のようなものはない。例えば病院に入る前に『医師の診察・治療を受けるべき人かどうか』を認定されたりはしない。そんなことをしていたら死んでしまうこともある。この『要介護認定』が必要なかどうかも含めて議論が必要だろう」と述べている（斉藤義彦『そこが知りたい公的介護保険』ミネルヴァ書房、1997年、p.183）。また、高齢者介護制度研究会（東京市町村自治調査会）は、ケアプラン作成の際に対象者の健康状態等を把握して要介護度を明らかにし、審査会がそれを承認するようにした方が効率的だとして、認定より先にアセスメントとケアプラン作成を行うべきことを提案している（高齢者介護制度研究会『介護保険と自治体負担—公的介護保険制度の課題と提言—』大成出版、1997年、pp. 24-25）。伊藤周平も、要介護認定がなく、ケアマネジメントだけですませているオランダの介護保険の例などを挙げつつ、要介護度と必要サービス量の判断をケアマネージャーに一元化することを主張しつつ、要介護認定を制度化する場合でもケアマネジメントを認定審査よりも先行させるべきことを主張している（伊藤周平『介護保険—その実像と問題点』青木書店、1997年、pp. 205-207）。もっとも、ケアマネージャーに実質的権限を持たせる場合にも、客観性や公平性を確保する課題が残る。
- 27) 先述の「1万人市民委員会」は、そのように指摘したうえで、当該条項を廃止するか、時限規定にすべきことを提案している（前掲『介護保険法案に市民修正を』pp. 8-11）。
- 28) このような実務プロセスに関して、岡本祐三は、介護保険の「要介護認定」が従来の「措置判定」と異なることのなかに、世帯状況と無関係に判定を行うことや、利用者によるサービス提供者等の選択可能性を挙げているが（前掲『高齢者医療と福祉』pp. 165-166）、それらは、措置制度等の税負担方式のもとでも実現可能なはずである。その場合の世帯状況に関して、それを家族による介護状況の意味に限定しても妥当なことであるし、家族の所得状態という意味でも、家族からの費用徴収を廃止すれば、可能である（措置制度を維持する立場から従来より主張されている）。選択性の拡大は、行政関与の制限とサービス基盤拡張の下で可能となる。
- 29) 高齢者介護研究会（前掲書 p. 15, 63）、斉藤義彦（前掲書 pp. 223-237）、「介護の社会化を進める1万人市民委員会」（前掲書 pp. 12-15）は、いずれも、普遍的な給付をめざす観点から、障害原因を制限せず、また、被保険者を20歳以上に引き下げることを主張している。
- 30) 介護保険導入に伴って、厚生省は市町村の独自給付としても現金給付を認めていないので、従来の介護手当も廃止される可能性がある。相野谷安孝『医療と介護—いま、何が問われているか』（同時代社、1997年、P. 134）を参照。
- 31) 堀勝洋は、本人給付と介護者給付を区別したうえで、前者に関し、在宅介護の場合、サービスとのリンクを確保するうえで現物給付が望ましいとしつつも、パウチャー方式をとることも考えられる、としている（堀勝洋『介護費用の財源政策』



- 社会保障研究所編『社会保障の財源政策』東京大学出版会、1994年)。また、老健審報告のなかでも、バウチャー利用を検討すべき意見があったことが紹介されている。さらに、八代尚宏らは消費者主権の観点から現物給付を問題視しつつも、公共・民間サービスの購入に用いるバウチャーを現実的選択肢の1つととらえている(八代尚宏・小塩隆士・寺崎泰弘・宮本正幸「介護保険の経済分析」経済企画庁経済研究所、1996年)。
- 32) ドイツでは、給付開始当初、現金支給選択派が8割もしめた理由として、適切なサービスが見当たらない地域が多いことや、家族介護の希望が根強いことなどが指摘されているが、その後、サービス選択派が増えつつあるという(宮武剛・前掲書 p. 212)。日本の場合、選択ニーズ調査の結果による限り、現金給付のオプションを設けたとしても、現金給付選択派は少数派にとどまり、サービス(現物)給付選択派が多数派を占める可能性もある(拙稿「高齢・過疎化進展地域の高齢者の経済的生活実態と福祉ニーズ」『高知論叢』57号、1996年、pp. 59-60 参照)。
- 33) 堀勝洋は、介護者への現金給付に関して検討に値するものとして、介護休業制度の活用を示唆している(堀勝洋「介護保険をどう考えどう進めるか」『社会保険旬報』No. 1860、1995年)。本稿は、それをバウチャーと結びつけつつ活用することを提起するものである。
- 34) 介護休業制度(1995年成立)では、賃金補償の規定がなく、施行日までに検討するとしつつも、育児休業制度(1991年成立、95年全面实施に伴い、従前賃金の25%が雇用保険から給付される)なみになることが見込まれているが、育児休業制度の給付水準自体が低い(例えば、スウェーデンの場合、育児休業については75~85%の所得補償が行われるし、介護手当についても75%の所得補償が行われる。健康保険組合連合会編『社会保障年鑑1996年版』pp. 276-282 参照)。せめて、日本でも、健康保険(傷病手当金)や雇用保険(基本手当)なみに60%程度の賃金補償が行われなければ、休業期間中、介護や育児に専念しにくいのではないか。
- 35) 『朝日新聞』1995年7月27日付。
- 36) 高齢者介護制度研究会は、そのような批判のもとに、療養型病床群については、給付対象から外すか、居住環境をふくむ介護の質を確保することを義務づけるよう提言している(前掲『介護保険と自治体負担』p.34)。
- 37) 八田達夫・八代尚弘「社会保険制度改革への経済学的アプローチ：総論」(『日本経済研究』No. 33、1996年) 宮島洋・山崎泰彦・八代尚弘「公的介護保険への期待と疑問」(前掲『論争』高齢者福祉)
- 38) 伊原和人「新しい高齢者介護システムづくりにむけて」(前掲『公的介護保険のすべて』) pp.30-31
- 39) 武田宏・前掲 pp. 134-135
- 40) 里見賢治・前掲書 pp. 57-59
- 41) 宮武剛・前掲書 pp. 141-142

- 42) たとえば、京極高宣『介護革命』（ベネッセコーポレーション、1996年）p.148, 岡本祐三・前掲『高齢者医療と福祉』p.149
- 43) 前掲・拙稿 pp. 56-59
- 44) 里見賢治・前掲書 p. 55
- 45) 寝たきりと痴呆を合わせた要介護高齢者の発生率では、65～69歳で1.5%、70～74歳で3.5%、75～79歳で6.5%、80～84歳で11.5%、85歳以上で24%と見込まれている（『厚生白書』平成8年度版、p. 117）。
- 46) 高木郁朗「書評：『公的介護保険に異議あり』」（『賃金と社会保障』No. 1175, 1996年4月上旬号）
- 47) 里見賢治「高木郁朗氏の批判に答える」（『賃金と社会保障』No. 1179, 1996年6月上旬号）
- 48) 里見賢治・前掲「新介護保障システムと公費負担方式」。同様に目的税化を主張するものとして、伊藤周平・前掲書 pp. 215-219を参照（ただし、伊藤は、利用者負担を設けない、としている）。
- 49) 高木郁朗・前掲
- 50) 里見賢治・前掲「高木郁朗氏の批判に答える」
- 51) このような国と地方の税源配分の見直しや、政省令・通知による国の自治体統制の廃止によって、福祉行財政の分権化を主張するものとして、たとえば新藤宗幸・前掲書 pp. 187-192を参照。また、政府の地方分権推進委員会も、現在のところ（1996年12月提出の「第一次勧告」）行政面に関する限り、国の統制色を緩和する方向で勧告を行っており（もっとも、「第一次勧告」が「中間報告」と比べても後退している部分があるという指摘がある。加茂利男「中間報告・第一次勧告を振り返って」自治体問題研究所編『地方分権への提言』自治体研究社、1997年参照）、近く提出が予定される財政面を含む「第二次勧告」が目ざされる。なお、朝日新聞社による全国の都道府県知事及び市区町村長対象のアンケート調査によれば、93%の首長が地方分権の必要性を認め、79%の首長が、権限、財源移譲に対応することが可能（「徐々になら対応できる」64%を含む）と答え、さらに、地方分権で一番早く実現すべきものとして「国の補助金の整理・合理化と地方税財源の充実」を挙げる首長が74%と最も多い（『朝日新聞』1997年4月4日、5日付）。
- 52) 高齢者介護制度研究会が、このような超過負担等をふくむ経費を特定地域にそくして詳細に試算している（前掲書 pp. 9-14, 43-57）。
- 53) 河野正輝（前掲書 p. 19）によって指摘されている。
- 54) 「介護の社会化を進める1万人市民委員会」は、被保険者から委員構成される「介護保険運営委員会」を設置し、それが計画案を審議すべきことを提案している（前掲書 pp. 4-7）。その場合でも、委員会は、シンポジウム、ヒアリング、情報通信等を通じて広く住民の意見を吸収すべきだし、また計画案の策定以前のニーズ調査の段階からコミットしてゆく方が効果的だろう。さらに、委員会以外の地域福祉

オンブズマンやボランティア団体等の多様な住民団体による、計画とその実施プロセスに対するチェック活動の展開も期待されよう。

- 55) 高知県内市町村の計画作成担当者へのアンケートでは、82.9%の自治体が実現困難と答え、その最大の理由として、「財源対策が保障されない」が73.6%に達している、という(藤岡純一「計画についての行政担当者の見方」同共編著『高知の高齢者と保健福祉』1997年、pp. 31-32)。
- 56) なお、税方式に関わって、広井良典はそれを介護とともに高齢者医療にも適用し、若年者の医療については保険方式で純化させることを提案している(広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、1997年、pp. 74-80)。その場合も、税負担のあり方が問題となる。とくに医療に関し、老人保健拠出金との代替で保険料は減少するといっても、老人医療の税負担は増えるが、若年者にとって明らかに受益の発生しえない負担増が合意されるか、という問題もある。
- 57) 民間保険であれば、このような厳密な関係が成立するであろう。しかし、民間保険は任意加入であるため、保険会社はその希望とは裏腹にハイ・リスクグループを被保険者として集めてしまうという「逆選択」の問題が他方で生じる、という指摘がある(八田達夫「公的な介護保険が必要となる理由」同共著『福祉は投資である』日本評論社、1996年を参照)。もっとも、その前提には、任意加入者が介護リスクを予想できる人々に集中するということがあるわけだが、そのような予想可能性が常に現実的であるとは言い難い。むしろ、年齢に応じて、または、加入者が比較的少ないことによって高くなる保険料(逆選択の結果とは限らない)に応じられない人々がより多く出現する、ということがポイントであろう。