

# 介護保険法をめぐる諸問題

阿 原 稔

## I. はじめに

昨年末、紆余曲折を経て成立した介護保険法は、西暦2000年4月から導入されることが決まっている。しかし、実施細目のかなりの部分が政令・省令に委ねられているため（厚生省は、できかぎり98年度中には全容を明らかにするというものの）、保険料や介護認定基準さえも曖昧なままになっている。したがって、今もって介護保険制度の具体像が見えにくい状況にある。国民皆保険や国民皆年金に継ぐ重要な「保険」制度の創設だけに、その内容と運用いかんによっては、これまでの福祉行政や老人・障害者福祉法制にかなりの変革をもたらす可能性がある。市町村など自治体が、実施対策を立てるように具体的基準・手続きなどを早急に公表・開示し混乱を避けるべきであろう。

予定では、1999年10月には約238万人にのぼる要介護認定が始まり、1999年1月から2000年3月にかけて介護事業計画策定・保険料率決定、そして同年4月に介護サービス開始となっており、残すところ一年余りとなった。運営主体である全国の市町村には、地方分権化を評価しつつも介護（態勢）基盤整備の財政措置と格差を危惧する声が依然として強い。実際、住民の関心や市町村の取り組みの姿勢を含め実施態勢にかなりの格差があるものと思われ、しかも財政力の弱い市町村ほど過疎化・高齢化が進み、要介護者が多い傾向にある。

報道によれば、2000年までに介護（態勢）基盤整備が可能とする市町村は24%に過ぎず、40%もの市町村が介護（態勢）基盤整備に不安を抱き、この状態ではたして住民のニーズに対応できるのかと困惑と懸念が広がっていることを伝えている。そしてそのような事情を受けて、先頃全国町村会が政府に実施の延期を緊急要望する一方、他方住民サイドの福祉行政を進める福祉自治体ユニットは（全国で138市町村が加入）介護の社会化を促進・実現するためにも予定どおりの実施を厚生大臣に申し入れるなど、市町村間の足並みの乱れも目につく。<sup>(1)</sup>

例えば、問題が再浮上している「家族（介護）への現金給付」一つをとっても、それぞれの市町村の事情と家族介護への思いを反映しているだけに、意見の一致はなかなか得られそうにない。この家族への現金給付については、法制定の際審議会で激論の末、報告書に賛否両論併記となった経緯がある。そしてそれを受け、離島・過疎地など特例を除き現金給付は行なわない旨、法定されたのである。

ところが最近、前者の全国町村会の一部や市長会が「有資格者の家族ヘルパーに現金給付」と厚生大臣に要望書を提出、過疎化が進む地域ではヘルパー不足のため家族介護に頼らざるを得ない特殊事情を認めるよう訴えたものといえよう。それに対し、後者の福祉自治体ユニットは、

「介護保険は家族介護から脱却するため、介護サービスを受ける権利を保障するもの。国や地方自治体は、介護（態勢）基盤を整備する義務がある。現金給付や家族ヘルパーは、介護を家族、特に女性に押しつける」ものである。そして、「現金給付・療養型病床群・巨大広域連合」を認めることは、市町村など各自治体の責任回避をもたらし、かえって介護（態勢）基盤整備を遅らせることになるとし、「介護基盤整備緊急措置法」の制定を国会と政府に要望したことが報じられている。<sup>(2)</sup>

確かに、介護保険法は、未解決の諸問題を積み残したまま見切り発車した感がいなめない。しかし、目下進行中の介護保険制度への賛否はともかく、今日何らかの公的介護保障制度が必要なことはおそらく誰も異論はないと思われる。安心できる老後保障、それは所得と医療の保障に加え「誰でも、いつでも、どこでも、必要な介護」を受けうることであろう。普遍性・権利性・公平性そして選択性が保障された「在るべき」公的介護保障制度を実現するためには、どのような理念と施策が必要なのであろうか。これまでの論議を振り返り、動きだした「介護保険制度」に関し、特に①公費負担方式と介護「保険」方式の相違点について、②介護「保険」方式で行なう場合の問題点について、そして③介護「保険」制度の課題について、検討したいと思う。

## II. 介護「保険」制度導入の背景と意義

### 一. 介護保険制度導入の背景

介護保険制度導入の意図は、主として新たな福祉財源の確保（巧妙な消費税の先取り）にあったことは言うまでもない。そして、家族介護の「社会化」の制度化である。

すなわち家族介護の「社会化」に一步踏み出さざるを得なかった背景には、第一に「介護地獄」とまでいわれる介護の深刻な実態がある。それは、高齢者が高齢者を介護する「老々介護」、介護疲れによる老人虐待や介護放棄そして疲労困憊による無理心中、また老親を抱え介護離職や遠距離介護そして介護離婚を余儀なくされるなど、介護にまつわる苦悩と悲劇には枚挙にこと欠かない。

第二は、法制の不備である。「社会的入院」や「越冬入院」など病院が治療ではなく介護や福祉サービスを担わざるを得ない矛盾、拘束と褥創に苦しむ「寝かせられ老人」の存在、スティグマ（恥辱の烙印）を払拭できない措置制度と要介護者の限定、市町村間の福祉サービスの不平等、家族介護と施設介護の不平等など、老人福祉法・老人保健法の下では深刻化する介護問題に適切に対応できないのが現実である。

第三に、超高齢社会の到来と要介護高齢者の急増である。98年版厚生白書によれば、わが国の高齢化は他国に例を見ない速さで進み、65歳以上の高齢者の総人口に占める割合は2000年には17%、2020年には21.3%、2025年には25.8%、そして寝たきり・痴呆・虚弱の要介護老人の数は、2000年で280万人、2010年で290万人、2025年には520万人にも達すると予測されている。

しかも、産業構造や社会構造の変化に伴い人口移動による過疎化が進み、核家族化や非婚・少子化など家族形態を含め家族の変容が著しい。65歳以上の高齢者の子供との同居率は次第に下がっ

ており、1980年で69%、1997年には52.2%である。また、高齢者だけの世帯が増加しており、高齢者の40%が一人暮らしか老夫婦のみで暮らしている。これは、①加齢に伴い誰もが要介護状態になりうること（介護リスクの一般化）、②長寿社会であり介護の長期化や重症化が避けられないこと、そして③家族の介護能力の一層の低下を意味している。

これらの現状を考えれば、高齢者介護をもはや家族介護のみに依存することは不可能である。まして、かつての家族制度をことさら美化し、家族による手厚い介護を求めたり、それを期待できる状況にはない。また、家族介護こそ日本の伝統であるという「日本的家族介護」はもともと神話にすぎない。<sup>(3)</sup> これまで、老妻と長男の嫁に忍従と犠牲を強いてきた家族介護も、今や一人娘や一人息子の肩にも担いきれない介護の負担が重くのしかかっている。ほとんど女性である家族介護者の経済的、肉体的そして精神的負担はもはや限界にあり、家族の人間関係を損ね家族崩壊の危機を孕んでいる。一刻も早い何らかの社会的支援や公的介護保障制度の導入が焦眉の課題であった。この急速な高齢化と要介護高齢者の増大そして介護の重圧は、これまでの高齢者福祉政策の抜本的見直しを迫ることとなる。

そして、1994年の高齢者介護・自立支援システム研究会報告書、1996年の老人保健福祉審議会の「高齢者介護保険の創設について」と題する最終報告書などを経て、国会に提案され、1997年成立したのが介護保険法である。

## 二. 介護「保険」制度導入の意義 —介護保険方式と公費負担方式—

介護「保険」制度導入の意義は、家族介護の社会化に先鞭をつけたことに尽きる。しかし、法の予定した家族の負担軽減と要介護者への必要な介護が提供されるか否かは実施後の検証に待たねばならない。そして、介護「保険」制度の導入に対し、推進論・消極的推進論そして慎重論が展開されてきた。各々の主張を検討し、介護「保険」制度の理論的問題点を考えてみたいと思う。

ところで、公的介護保障制度を実施する場合、公費負担方式と介護保険方式が考えられる。しかし、今回議論を詰めることなく「介護保険法」という名が示すように、介護保険方式が採用された。一般に両者の優劣を考える場合、普遍性・権利性・公平性・選択性がどのように確保されているかで論じられることが多い。

まず推進論の立場から「介護保険」論者は、公費負担方式より介護保険方式のほうが優れているとして次のように言う。介護保険方式は、①市場経済・自由経済のシステムに適合的であること、②特定の施策に充てられる保険料徴収のほうが国民の合意が得られやすいこと、③サービスの選択の保障やサービス受給の権利性と水準が高いこと、④給付と負担の関係が明確であること、そして⑤収支の均衡の観点からコスト意識が高まる、などをあげる。<sup>(4)</sup>

これに対し、慎重論の立場から「公費負担」論者は、①保険方式では保険料を負担できない低所得者が排除され、普遍性・権利性を確保できない。中低所得層に主として財政負担させる仕組みで公平性に欠ける。保険料の免除や生活保護も一定の基準を満たさないボーダライン層は放置されるしかない。また介護保険論者は、公費負担方式と措置制度を意図的に混同して批判するが

公費負担方式が必然的に措置制度になるわけではない。義務教育を見れば明白で、公費負担方式こそ真の普遍性・権利性が確保できる。②保険方式が、給付と負担の関係が明確なので公平で国民の合意を得やすいというのは誤解であり、錯覚である。年金などの所得保障の保険はともかく、医療や介護の現物給付型の保険では負担の程度が受益の程度に対応するという関係はありえない。なぜなら、保険料の拠出額に拘らず同じ疾病や要介護状態には必要な現物給付が原則だからである。③保険料負担と受益の対応が幻想であれば、保険料は「隠れた税」で国民年金の定額保険料やサラリーマンの報酬比例の保険料も徴収上限があり、低所得者に重く高所得層に軽い逆進税で公平性に欠ける。④選択性は、制度の設計次第で保険方式でなくても公費負担方式でも可能である。⑤介護保障目的税か調整的・補足的に消費税を財源とすれば、社会保険料に比べ消費税は定率で徴収上限もなく相対的に公平である、と。<sup>(5)</sup>

両者の大きな相違点は、普遍性と権利性そして財源調達の可能性をどう考えるかである。

第一は、普遍性に関わる保険料の払えない低所得層の問題である。介護保険論者は、保険料減免制度があるのに活用しないのは自らの意思で給付を受けないことを選択した結果である（自己責任）。むしろ、公費負担方式の所得制限のほうが制度的に一定の者を排除することになり問題だという。<sup>(6)</sup>しかし、この点は、公費負担論者が言うように保険料減免も生活保護も一定の基準がありボーダライン層は排除される。利用したくても利用できないのである。それに対し所得制限は（制限の線引が問題だが）、介護保険論者が認めるように給付の必要性の少ない高所得層だからこそ政策的判断で行なわれるのである。意思いかに拘らず制度上排除されても困らないのであり、給付が必要なのに排除される貧困層とは異なる。また、保険料滞納者には償還払いや給付の一時停止・制限などの罰則がもりこまれている。これも、保険方式であるがゆえの欠陥で介護サービスが必要な者を排除することになる。したがって、普遍性の点では、要介護者が全て給付の対象となる公費負担方式が優っていると言わざるを得ない。

第二に、介護保険論者は保険料拠出と給付の対応から権利性が明確という。しかし、公費負担論者が指摘するように、義務教育のように親の所得水準や負担の有無に拘らず保障されるのが真の権利性ではなかろうか。<sup>(7)</sup>逆に介護保険法では、65歳未満の第二号被保険者は加齢による一定の要介護状態でなければ、他の原因で要介護状態になっても保険料を拠出しながら給付の対象から外されるのをどう説明するのであろうか。結局、保険料拠出の有無は必ずしも権利性に直結せず、財源調達の問題に帰することになるのではないか。

第三に、コスト意識の問題と現実性の可否である。介護保険論者は、保険方式では常に収支均衡の観点から給付削減か負担増が考慮され、コスト意識が高くなる。また、目的が明確な介護保険方式のほうが合意が得られやすい。一方、公費負担方式では財源調達の具体案もなく無責任な給付改善に走りがちであり、増税案は今日の財政状況では非現実的であるという。<sup>(8)</sup>しかし、公費負担方式でも、目的税の枠内で給付が適切か否かを厳しくチェックすることは可能であり、必ずしもコスト意識が低くなるわけではない。また介護保障だけではなく、全国民対象の基礎年金・高齢者医療も加えた目的税であれば、老後保障が明確に確保され負担は合意されるのではなから

うか。高齢者の総合的生活保障制度が確立されるべきなのである。老後の年金・医療そして介護の不安も解消されず何のための増税なのか解からないからこそ、国民の合意が得られないのである。

この介護保険方式か公費負担方式かについて、論者によっては、①理論的優位性、②実現可能性、③保険と称しながら「社会」保険を根拠にかなりの税負担を行なう「日本型社会保険」の評価、④公的介護保障制度導入の必要性や緊急性、などについてそれぞれ力点の違いがあり、必ずしもどちらとも言えない場合が多い。

実際、公費負担方式の優位性を理論的にあるいは理想としては認めつつも、実現可能性を優先し介護保険論者に与した消極的推進論の立場がある。<sup>(9)</sup> それは、公費負担方式を導入できる強力な政治リーダーの欠如とか、介護保険でも次善の策として現状よりは良いとか、介護保険の税負担（1/2の予定）が医療・年金保険の税負担を上回ることを考えれば公費負担方式に一步近づいたとか、欠陥は5年後の見直しで改善可能、などとさまざまな理由づけによる現実的妥協である。いづれにしても消極的推進論は、実現可能な案・制度の導入を進め、まず家族介護の社会化に道筋をつけることを選択したといえよう。介護保険制度の是正や充実は導入後に行なえば良いとするものである。

またこれまでの社会福祉が、少数の「社会的弱者」を対象とした「与える」社会福祉だったのに対し、介護保険制度の導入によって全ての市民が利用可能性のある「選択・参加型」の社会福祉に転換する可能性を高く評価する考えもある。<sup>(10)</sup> 今後の社会福祉を「措置から契約へ」転換する流れは、介護保険に始まったことではなく既に児童福祉法改正に見られる。「契約」や「選択」の名の下に、生活自己責任や負担の強化が考えられていることを押さえておかねばならない。公費負担方式でも措置制度を廃し、全ての生活障害（ハンディー・キャップ）者を対象とした「選択・参加型」社会福祉制度はどれだけでも可能である。財源調達の手段（保険料か租税か）に給付の制度・性格が拘束される必要はなく、手段はあくまで手段なのである。

確かに、①何らかの公的介護保障制度の導入が必要であること、②わが国の社会保障制度が「日本型社会保険」中心に制度化されていることを考えると、介護保険方式のほうが実現性と整合性があったことは事実である。しかし慎重論者が指摘するように、いくら税の負担割合が高い「日本型社会保険」と言っても、保険はあくまで保険であり保険原理はなくならないのである。保険方式を採る以上、是正・改善には限界があると言わねばならない。<sup>(11)</sup>

したがって、老人医療制度の見直し（国民健康保険への健康保険・共済組合の財政調整の限界、老人保健制度の破綻）、保険料滞納・未納者続出の国民年金（基礎年金）の実態、後に見るように介護「保険」法であるがゆえの問題点が多に多いこと、実施後の要介護認定をめぐる混乱が予想されることなどを考えると、介護「保険」制度の導入は拙速に走りすぎたと思う。近い将来に、現行の老人医療や年金制度が保険方式から、公費負担方式を前提とした高齢者医療制度や基礎年金制度に転換せざるを得ない状況を見ると、公的介護保障制度も理論的にも政策的にも公費負担方式を選択すべきであったと考える。

### Ⅲ. 介護「保険」法の抱える諸問題

介護「保険」法であるがゆえに、①被保険者、②保険給付、③保険者、について保険原理から生じるさまざまな問題が内包されている。既に、多くの論者により指摘された介護保険法の問題点を改めて検討することとしたい。<sup>(12)</sup>

#### 一. 被保険者をめぐる問題

第一は、被保険者・給付原因の限定である。介護保険は、年齢・原因を問わず要介護状態を給付の対象とする介護制度ではない。「加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等」による要介護状態に限り給付の対象とする要高齢者介護制度である。したがって、65歳以上の第一号被保険者は要介護認定により原因を問わず給付対象となるが、40歳以上65歳未満の第二号被保険者への給付は、初老期痴呆、脳血管障害等の老化に起因する15種類の疾病（特定疾病）に限定されることとなった。<sup>(13)</sup> これは、①保険料を拠出し要介護状態になった場合でも原因により給付対象外とされること、②既存の障害者福祉法制が年齢・原因を問わないことと比較しても不合理さは否定できない。介護のリスク・ニーズからいっても、年齢・原因を問わず要介護状態を給付の対象にするべきである。

第二は、介護保険と措置制度との関係である。<sup>(14)</sup>

まず介護保険の給付対象者と給付対象外の者に区分される。前者は保険給付の範囲内で契約による介護サービスを受けるのに対し、後者は既存の障害者福祉法制の措置制度による介護サービスを受けることとなる。介護保険導入に伴い後者への介護サービスの低下が危惧される。一般に、措置制度による給付水準が保険給付を上回るとは考えにくいからである。双方の適用・運用を同一の市町村が行なうだけに現場の混乱が予想される。

次に、介護保険の給付対象者で支給限度額を超えるとされる介護サービスの取り扱いである。今までどおり措置制度の対象になるのか、あるいは自己負担でサービスを利用せざるを得ないのかが解からない。介護保険と措置制度の併給があるのか否かである。ないとすれば、介護保険の導入によりこれまでよりサービスが低下することになる。その意味で、若年障害者の介護サービスの取り扱いを早急に、介護保険に移行させるのかこれまでどおり障害者福祉法制で行なうのか検討されるべきであろう。そうは言っても、介護保険の性格・方式では若年障害者の多様なニーズの一部をカバーするだけであり、既存の障害者福祉法制との一元化はかなり難しいように思われる。同じことが、65歳以上の要介護高齢者にも当てはまる。すべてのニーズが介護保険の対象にならない以上、支給限度額を超えた介護保険の給付対象外の部分は、若年障害者と同じく障害者福祉法制の対象に残されるのか、否かである。市町村が、上乘せ・横出しサービスで行なうのか、とにかく措置制度との関係が明確でない。その意味でも年齢・原因を問わず介護を含めた全てのニーズを給付対象とする総合的な障害者福祉法が望まれる。

第三は、保険料徴収である。当初、第二号被保険者は20歳以上とされていたが、若年者層の保険料負担の難しさを考慮し40歳以上に改められた。それは、年齢・原因を問わず障害年金が給付

される国民年金（基礎年金）でさえ未納・滞納が続出していることで実証済みである。まして加齢に伴う特定疾病に限定されている以上、65歳になるまで保険給付の対象にほとんどなりえない若年層が保険料の拠出に合意するとは思えない。財源確保の意図を背後にいくら社会連帯を強調しても、給付対象の拡大が伴わなければ理解は得られない。

次に、保険料の額と徴収方法である。保険料の額については、保険料率は住民税非課税世帯主を基準に上下50%の範囲内で5段階に設定されているが、保険者である各市町村の介護水準と基準額が未確定なため、今尚定まっていない。また、第一号被保険者からの徴収は、一定額以上（当初、月額3万円を予定）の年金受給者から源泉徴収する（特別徴収）と、それ以外の者は市町村が直接徴収する（普通徴収）が予定されている。しかし、国保や国民年金の保険料徴収にさえ手をやいている市町村から、最も徴収しにくい低所得層を押しつけるものとの反発が強くだされた。その結果、年金からの天引対象者を当初予定の年金受給額月額3万円から1.5万円に拡大し、市町村の徴収対象者を当初の30%から20%に減らすこととなった。しかし市町村には、これまでの国保と国民年金の他にさらに難しい徴収業務が加わったことになる。おそらく、徴収は困難であろう。

第二号被保険者については、健保・共済・国保の医療保険料と一括して徴収される。したがってこれまでの医療保険料と同様に各保険間で負担の格差が生じることになる。

問題は、第一号被保険者の年金からの天引きの是非である。保険料減免制度があるにしても、わずかな年金からの天引と10%の利用者負担が課されては、要介護認定を受けた範囲内の介護サービスさえも利用できないのではなかろうか。一定額の負担のみで医師の判断で治療に必要な現物給付が受けられる医療給付と決定的に異なる点である。年金制度の見直しと絡んで、年金からの天引きは高い年金水準を切り下げる一手段とも考えられる。しかし、年金に生活費だけではなく医療費や介護費も含まれていると見なしうるだろうか。それが妥当するのは、極一部の高額年金受給者だけであり大部分の者は年金が生活費そのものであろう。<sup>15)</sup> 財源確保と徴収方法の簡便さのみが感じられる。

第四は、生活保護受給者の取り扱いである。65歳以上の者は第一号被保険者とされ、保険料は生活扶助により、利用者負担は新設された介助扶助で賄われる。これは、生活保護受給者を国保から外し医療扶助で対応している医療保険と比べれば、一步前進である。しかし、依然として国保から外される65歳未満の生活保護受給者とともに、これまでどおり生活保護行政の枠内で取り扱われる可能性が高い。医療給付や介護給付は、保険料負担に拘らず必要なサービスが提供されるべきもので、あえて別扱いにする理由はない。その意味でも、公費負担方式が選択されるべきであった。

## 二. 保険給付をめぐる問題

被保険者が保険給付である介護サービスを受けるためには、①市町村窓口への申請、②要支援認定・要介護認定、③ケアプランの作成、そして④介護サービスの利用、の複雑で繁雑な手続き

が必要となる。この受給までにどのような問題があるものであろうか。

第一は、要支援認定（Ⅰ）と要介護認定（Ⅱ～Ⅵの五段階）が公平に行なわれるか否かである。目下、全国一律の要介護認定基準（現在、視力・聴力など85項目の予定）を策定中だが、申請者間や市町村間でバラツキがでる可能性がある。申請者の住宅事情や家族構成など個別事情は考慮外とし、あくまで本人の身体・精神機能を85項目で判定することになっている。しかし、認定モデル事業の結果では、本人・家族からの聞き取り調査をした市町村の調査員の判定でかなりのバラツキがでたことが報じられている。<sup>(16)</sup> 日頃、本人に接している調査員は厳しい判定をする傾向にあったとされ、逆に情に絡んで反対の判定も考えうる。公平な判定・認定が確保できなければこの制度自体が問題となろう。

実際の認定は、調査員の訪問調査データをコンピューター処理（一次判定）し、各市町村の介護認定審査会が全国一律の基準に従い最終判定（二次判定）することになる。この判定手続きが極めて形式的・機会的に運用されると、介護という極めて個別性の強いニーズとの齟齬が生じ一次・二次判定への不服申し立てが殺到する可能性が強い。それは、介護認定審査会がどれだけ実質判断できるかにかかっている。現実には、一次判定資料等を3～4分程度で審査し、ほとんど一次判定どおりになることが予想されている。現に介護保険のモデルとされるドイツで大量の不服申し立てが行なわれている。しかも、厚生省は具体的な判定マニュアルを混乱を考え公表しない方針と伝えられる。ランクの高い判定を求めて個別に対応されることを危惧しているようである。はたして、問題の多い手続きで申請から30日以内に、適切な判定が可能なのであろうか。このような判定手続きが必要なのは、ドイツのように保険方式でかつ現金給付を認める制度の場合だけである。予定どおり現金給付を認めないのなら、医療における医師と同様に介護も担当者の判断で済むことである。<sup>(17)</sup>

第二は、要介護認定を受けた者はその認定ランクの支給限度額（Ⅰランク6万～Ⅵランク35万）の範囲内でケアプランを作成し、利用者負担10%を払い介護サービスを利用することになる。問題は要介護認定の妥当性の他に、①支給限度額で要介護者の介護ニーズを充足できるのか、②支給限度額を超えたサービスは全額自己負担となること、③介護サービスでは、営利企業の参入が認められているため個々のサービスごとに差額徴収の可能性があることである。提供されるサービスが「悪かろう高かろう」の悪質な業者は、いづれ市場から排除されるとはいっても限度がある。買い手市場ならともかく売手市場では高いサービスも利用せざるを得ないからである。さらに医療保険の診療報酬のように公定価格が決められていても不正請求が後を絶たないのに、介護保険の介護報酬は単なる標準価格にすぎず、過大に差額徴収されても拒めないことになる。

介護報酬の性格・算定基準、介護サービスによって要介護状態の改善や自立支援に成功した場合の介護成功報酬など、明確にされる必要がある。そのためには、省令への白紙委任ではなく基本的要件を法定し要介護者のサービスを受ける権利を担保すべきである。

いづれにしても、自己負担のできない低所得層は、要介護認定ランクが低いと保険料滞納のペナルティと合わせこれまでの措置制度によるサービスより悪くなる可能性がありうる。ただ、各



市町村は独自の判断により、地域の実情に応じて、第一号被保険者から徴収した特別保険料を使い支給限度額を超えたサービス（上乘せサービスという）と、市町村の一般財源を使い保険給付のサービスや保険給付の対象外のサービスを（横出しサービスという）市町村特別給付として行なうことが認められている。これをどのように実施するかは、各市町村の財政状況と介護態勢の整備状況そして市町村長の介護への姿勢如何にかかっている。したがって、各市町村により国保と同様に保険料の格差と、そのうえ介護サービスにも格差が生じることになる。その格差が大きければ、高負担低給付の市町村から低負担高給付の市町村に住民移動が起こっても不思議ではない。これらの問題を考えた場合、やはり要介護認定と支給限度額の制度そのものを廃止し必要なサービスを給付すべきと思う。

第三は、現金給付の可否である。

問題が再燃している「家族への現金給付」は、介護保険論議の最大の論点の一つであった。賛否激論を受け、被保険者に対しヘルパー・ディサービス・訪問看護などの現物給付に代わる現金給付をしないことが法定された。（但し、過疎地・離島など家族以外の外部サービスが受けられない場合は、例外的・補完的に現金給付が認められている。）

消極論者<sup>(18)</sup>は、現金給付を認め家族介護に依存することは、①介護の社会化に矛盾する、②市町村が「地域の特性」をタテに、介護の基盤整備や現物サービス供給体制を遅らせる、③適切なサービスか否か保障がなく確認もできない、④家族介護への郷愁が根強く、妻・嫁への無言の圧力となる、⑤現金の報酬により、妻・嫁への「おまかせ」傾向となり介護地獄の解消にならない、と。むしろ「現金出でて介護の社会化減ぶ」という。

これに対し、今回、一部市町村から被保険者本人への現金給付（事実上は家族介護者が受けとるのだが）はともかく、ヘルパー資格を持つ家族介護者への現金給付を認めるよう提案している。それは、家族介護者をヘルパーとして養成し人員確保を図り、他人ではなく家族介護を望む要介護者や家族の意向にそった市町村の苦肉の策でもある。これは、ヘルパーとして勤めている家族がサービス事業者から派遣されてきた場合や保母や教師が自分の子供を担当している場合と同様であると言うのが理由である。と言って、形だけの雇用契約で家族の介護を認めると現金給付化になってしまう。この問題につき厚生省は審議会へ再諮問したようだが、結局何らかの歯止め（例えば、市町村長が認定した者に限るとか、その市町村内の制度としてとか）を掛けたうえで一部について認めることになるのであろう。その場合、ヘルパー資格を持つ家族のみに限ると、資格の無い家族介護者と不平等にならないのであろうか。無論、保険給付は介護の質の保障が重要でヘルパーとしての技能・技術への支払いと割り切れれば別であるが。ただ、現実と同じ介護をしながらヘルパー資格の有無だけで現金給付が決定されることを介護の当事者が納得できるかは疑問である。介護労働として適正に評価し現金給付を認めるか、でなければ現金給付の対象にならない家族介護者に市町村独自の何らかの介護手当が支給される必要がある。

消極論者が、介護の社会化を進めて家族介護の悲惨な実態を一刻も早く解消すべきであり、その妨げになる現金給付に難色を示すのは無理からぬことである。しかし、保険給付として現金給

付を認めるか否かと、介護を誰が担うかとは別問題である。<sup>(19)</sup> 確かに、ヘルパーの確保や施設の整備が不十分なまま現金給付で済まされては介護からの解放はない。だが、現物給付を選択すれば一応受けうる体制であれば、保険給付として現物給付だけではなく現金給付も選択できるほうが良いのではなからうか。現物給付に限定すれば、他人が家に入ってくるという心理的抵抗感がある場合やヘルパーの経験を活かし家族が介護している場合など選択の余地がなくなる。現金給付も認めれば、要介護認定の支給限度額の範囲内で自由に両給付を組み合わせて利用できるからである。皮肉な見方をすれば、複雑な要介護認定が行なわれるのは、現金給付の選択に備える制度といえなくもない。

前述したが医療保険の現物給付は、医療保険証の提示のみで医師が必要と判断する給付（原則として、上限なし）が行なわれている。同様に、介護保険でも市町村自体あるいは指定を受けた介護サービス事業者が介護保険証を提示して介護担当者が必要と判断する介護サービスを受けうるはずである。なぜ介護ではそれが認められず複雑な要認定手続きを求めるのであろうか。担当行政職員の主観に委ねられていたこれまでの介護サービスに客観性を持たせ、標準化するためとの意見もある。しかし、要介護者の個別ニーズにかかわりなく形式的に6ランクに分け、支給限度額内のサービスでことたれりて良いのであろうか。日々介護に携わっている専門職員が、当該要介護者にどのようなサービスが必要か適切に判断することは可能なはずである。そして、介護給付の一つである高額介護サービス費を医療保険の高額療養費制度と同様に扱えば、一定の自己負担で要介護者のニーズを充足することができるのである。

#### 四. 保険者をめぐる問題

保険者たる市町村は、要介護認定と保険給付、保険財政の管理運営、そして介護保険事業計画を定め、介護サービスを供給するための人的・物的基盤の整備が義務づけられている。しかし、当初から多くの市町村では、介護保険が第二の国保になることを恐れ、導入には消極的であり保険者を引き受けることにも抵抗していた。実際、人口規模や財政規模も異なり、市町村によっては在宅サービスや施設サービスの基盤整備が進まず、今も40%もの市町村が基盤整備に不安を抱いている状況である。このままでは、保険料は徴収されても介護サービスが利用できない「保険あって介護なし」の市町村が続出する可能性がある。ただ、国の定める標準的サービスを提供する人的・物的資源がない市町村については、一定期間それを下回っても良いことになっている。最初から基準を満たさない市町村があることを想定し、特例を設けているのである。

そして、基盤整備の対策として、財政対策と広域化対策が行なわれている。

第一に、高齢化率の高い市町村の財政破綻対策として財政調整がある。各都道府県に財政安定化基金や広域化の一環として他の市町村との保険料水準・財政調整を行なう市町村相互財政安定化事業などがある。

介護保険の財源は、65歳以上の第一被保険者の保険料17%（2000年の高齢化率17%に合わせたもの）、第二号被保険者の保険料33%、公費50%（国25%・都道府県と市町村が12.5%）である。

これを、各市町村の高齢化率に応じ配分し高齢化率の格差を無くすことになる。しかし、介護保険サービスを既に上回るサービスを行なっている福祉先進市町村は、それを上乘せサービスか横出しサービスとして維持するか廃止するかを迫られることになる。これまでの予算配分を見直すことも含め、どのような福祉を築くかはまさに各市町村しだいである。例えば、高齢者福祉政策を介護保険制度に委ね、サービスも民間に任せる市町村も出てくる可能性がある。<sup>(20)</sup> 自分達がどんな福祉を望むのか、行政を動かし監視するもしないも住民の意思と参加にかかっている。

第二に、広域化である。現在行なわれている広域化には、①すべての事務を共同化するもの（保険料も同じ）、②一部の事務を共同化するもの（要介護認定のみ）、③都道府県に介護認定審査会を委託するもの、がある。

過疎化が進み医療や福祉の専門家を確保することが困難な市町村が広域化を図るのは当然であろう。ただ隣接市町村との比較や消極姿勢への住民批判を回避するために、財布も保険料も横並びにする安易な広域化が進んでいる。市町村が保険者とされたのは、地域の実情・特性に応じたきめ細かな介護サービスを住民に確保するためのはずである。また、広域化の適正規模とはどんな条件かは難しいが、巨大な広域連合（例えば、福岡県の120万規模）はあまりにも大きすぎ適切とはとても言えない。

広域にわたる要介護認定や保険料の形式的平等化を採るか、たとえ隣接市町村より保険料が高くても要介護者の個別ニーズに合ったサービスを望むのか、そして公私の役割分担をどのように考えるのか、これも地域住民の意思しだいである。換言すれば、介護保険によって、市町村・住民の意識が試されているのではなかろうか。

#### IV. おわりに — 介護保険法の課題 —

これまで見てきたように、介護保険法は、多くの問題を抱えている。それが、「保険」方式を採ったがゆえの問題であった。「日本型社会保険」と言われる医療・年金制度との整合性や新たな財源の確保から、介護「保険」になったにすぎない。保険方式が必ずしも普遍性・権利性・公平性そして選択性に優れているとは言えないし、公費（租税）負担方式が即、恥辱の烙印を伴う措置制度になるわけではない。したがって、介護「保険」法ではなく、普遍的な介護「保障」法もありえることをまず確認しておきたい。

さて、将来の立法論はともかく、「介護保険法」は、あまりにも、省令等に委任事項が多すぎて実体が曖昧である。<sup>(21)</sup> また、介護サービスを提供するための基盤整備から入らねばならないにしても、要介護認定・介護報酬・ケアプランなど実施してみなければ解からないことも多すぎるように思う。そして、何よりも給付対象者や給付内容が限定されすぎている。そして、手続きが複雑・繁雑であること、権利規定が不備であること、そして既存の法制との関連が曖昧であることなど、介護受給権が保障されているとは考えにくい。<sup>(22)</sup> 介護を必要とする者は、誰でも、いつでも、どこでも、簡単な手続きで、必要なサービスを、適度な負担で受けられて始めて介護保障に値する。その意味では、介護保険は欠陥が多いと言わざるを得ない。

介護保険法の制定を契機に、誰もが必ず通らねばならない老後を、どのように迎えたいのかを考える良い機会でもある。必要とする介護サービスが受けられるかどうか、住民一人一人の意識しだいである。基盤整備や介護サービスの内容が各市町村に大幅に委ねられている以上、住民が行政を動かしてできる限り理想的な介護制度を作るべきなのである。

再度、「介護保険法が市町村・住民を試している」ことを強調したい。

注1 北陸中日新聞 1998. 12. 3

2 同

3 岡本祐三「公的介護保険は正しいか」日本の論点96 468頁以下

4 堀 勝洋「介護保障を考える」日本経済新聞 1996. 10. 31

5 里見賢治 ①「論争・公的介護保障制度論」ジュリスト1094号 19頁以下 ②「介護保障を考える」日本経済新聞 1996. 11. 1

6 堀 前掲

7 里見 前掲 ①21頁

8 堀 前掲

9 樋口恵子 ①「少子高齢社会と福祉」軍縮問題資料No.218 44頁以下 ②「公的介護保険はどうあるべきか」日本の論点97 476頁以下

10 岡本前掲

11 里見 前掲 ②

12 岩村・河野・本沢「鼎談 介護保険法」ジュリスト1131 10頁以下、ここでは介護保険法に関するほとんどの問題点が論議されている。

朝川知昭「介護保険法創設のねらいと概要」ジュリスト1131 28頁、池田 省三「社会福祉政策を転換する介護保険」ジュリスト1131 34頁以下、佐藤・河野編「介護保険法」。

13 北陸中日新聞 1998. 5. 12

14 岩村他 前掲 24頁、里見 前掲 ①21頁

15 一円光弥「介護保険制度の構想と運営」ジュリスト1094 16頁以下

16 朝日新聞「平成患者学 介護保険制度」1998. 2. 16. によれば12人が93人を対象に判定したところ12人全員が一致したのは15人のみ16.1%にすぎない。同様に7人一致18.3%、6人一致20.4%、5人一致7.5%と報告されている。

17 二木 立「公的介護保険はどうあるべきか」日本の論点97 480頁以下

18 樋口 前掲 ①49頁

19 岩村他 前掲 22頁

20 池田 前掲 39頁

21 この点を指摘するものに、阿倍 和光「介護保障と介護保険」282頁（河野・菊池編「高齢者の法」）

22 この介護受給、不服申し立て制度、ケアプラン作成・サービス事業者との紛争、保険給付、他の法制との関係など本来論ずべき問題に触れることができなかった。他日を期したい。