

介護保険制度の12年・その主要な改革と変容 (上)

石橋敏郎

今任啓治

- I はじめに
- II 介護保険制度における普遍主義の再検討 (以上、本号) 今任啓治
- III 介護保険法2011 (平成23) 年改正と報酬体系の改定 石橋敏郎
- IV おわりに

I はじめに

介護保険法が制定されてから今年(2012(平成24)年)で15年目、施行されてから12年目を迎える。介護保険は、高齢者介護という社会福祉サービスを社会保険方式で行なうという日本では初めての制度であったため、実施前は、うまく機能するかどうかについて不安や戸惑いの声のほうが大きかったように思う。介護保険料拠出に理解が得られるかどうか、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どうか、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どうか、「保険あって介護なし」になるのではないかと、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と、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低下が起るのではないかと、措置制度から契約制度へと移行するとしても、契約にうと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どうか等々、不安材料は挙げればきりが無いほど多数にのぼっていた。しかし、ごく大雑把な見方ではあるが、多少の混乱はあったとしても、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きているとあってよいであろう。しかし、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きている。利用者の増加は、当然にして、介護保険財政を圧迫させる。

2010(平成22)年度介護保険事業状況報告(2012(平成24)年6月29日公表)によれば、制度実施後の2000(平成12)年末では218万人だった要支援・要介護認定者は、

2010（平成22）年度には506万人（約2.3倍）、1ヶ月あたりの平均サービス受給者数は、2000（平成12）年4月の149万人に対して413万人（約2.8倍）と年々増加しており、それにもなって、介護保険の総費用（事務コストや人件費は含まない）は、2000（平成12）年度の3.6兆円から7.9兆円（2.2倍）まで膨らんでいる。今後、介護保険を取り巻く状況としては、75歳以上の後期高齢者の人口に占める割合は増加していき、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認知症高齢者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。

介護保険制度がこのまま安定的に運営されていくのか、介護保険制度の持続可能性はその大半を財源の確保にかかっているととっても過言ではない。財源確保の方法としては、おおまかにいえば次の3つのことが考えられる。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利用所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、経費の無駄を省くこと、③できるだけ要支援・要介護状態にならないように健康維持に努めてもらうという3つの方法である。介護保険法は、おおよそこの3つの方向と、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。

本稿は、大きく分けて、2つの部分から成り立っている。前半は、2005（平成17）年改正と、ユニット型個室の推進政策によって、いまや所得の高い高齢者しか利用できないような状況、あるいは、施設側が高所得高齢者を優先させるような状況が起きているのではないかという問題提起の部分である。近代的な社会福祉制度は、低所得者しか利用できなかったような旧来の救貧政策の一環としての高齢者福祉サービス（選別主義）から脱して、所得の多寡にかかわらずニーズがあれば誰でも利用できるという「普遍主義」に立脚しているのが特徴であるにもかかわらず、別の意味で、最近では、所得の多寡がサービスの受給にかかわってくるような選別主義への逆もどりが進んでいるのではないかという批判的見地からの検討である。これも介護保険財政の窮状からくる費用自己負担政策のひとつと見るべきものであろうか。

後半の部分は、介護保険制度発足から12年目を迎えて、介護保険制度がどのように改善されてきたのか、過去の改正の内容をその問題点を踏まえたうえで、主として、直近の2011（平成23）年の改正に焦点を当てて検討しようとする部分である。過去3回の改正のうち、2008（平成20）年改正は、民間事業者コムスの介護報酬不正請求事件を受けて、その防止対策として、国・都道府県・市町村の事業者本部への立ち入り調査権、是正勧告・是正命令権、指定・更新の拒否権等を盛り込んだ介護事業運営適正化のための改正であるので、本稿では考察対象とはしないこととした。本稿では以下の2回の改革を取り上げて紹介と検討を行なう。

①2005（平成17）年改正⁽¹⁾

予防重視型システムの確立（新予防給付の創設、地域支援事業の創設）

施設給付の見直し（介護保険3施設の居住費と食費を自己負担とする、低所得者の負担軽減

を図るため新たに補足給付を設ける)

新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスの創設、居住系サービスの充実、地域包括支援センターの設置）

サービスの質の確保・向上（介護サービス情報の公表、サービスの専門性と生活環境の向上、ユニットケアの推進、ケアマネジャー資格の更新性の導入）

負担のあり方・制度運営の見直し（第1号保険料の見直し、要介護認定の見直しと保険者機能の強化）

② 2011（平成23）年改正⁽²⁾

医療と介護の連携の強化等（地域包括ケアシステムの構築、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）

介護人材の確保とサービスの質の向上（一定の研修を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施、介護事業所における労働法規の遵守の徹底、介護サービス情報公表制度の見直し）

高齢者の住まいの整備等（サービス付き高齢者向け住宅の供給を促進）

認知症対策の推進（市民後見人の育成・活用など高齢者の権利擁護の推進）

特に2011（平成23）年改正では、新たに「地域包括ケアシステムの構築」が改革の目玉として提示されている。施設依存から脱皮して、たとえ重度の要介護状態であっても在宅でケアできるシステムの構築は、介護保険法の理念からいっても、また、介護保険財政の面からいっても推奨される政策であろう。「社会保障・税一体改革大綱」（平成24年2月17日閣議決定）でも、「地域包括ケアシステムの構築」が政策目標として掲げられており、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組むとの政府の姿勢が打ち出されている。

いずれにせよ、介護保険制度は、要支援者・要介護者の着実な増加の中で、より質の高いサービスの提供とそのため的人的・物的基盤整備と資質の向上という要請と、他方で、それを可能にするための財源確保と給付の効率化という2つの要請のなかで揺れ動いてきた。今後、介護保険制度を将来にわたって安定したものにするためにはどうすればよいのか、持続可能性をかけていま真剣な議論と思い切った改革が求められている。

(1) 2006（平成18）年4月1日施行。ただし、施設給付の見直しについては2005（平成17）年10月1日施行。

(2) 2012（平成24）年4月1日施行。ただし、介護療養病床の廃止期限の猶予、介護福祉士の資格取得方法の見直しの延期については、公布日施行。

（石橋敏郎）

II 介護保険制度における普遍主義の再検討

1 選別主義から普遍主義へ

介護保険法は、2000（平成12）年4月1日の施行から、10年以上が経過した。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供給が決定されるので、そのやり方は選別主義的な方法であり、要援助者の選択権や申請権・受給権などの権利保障がされていないという批判が出されていた。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、普遍的にサービスの受給が可能になる点で優位であると主張されてきた。このような考え方に沿って、1990年代後半以降、社会福祉サービスの供給体制、給付の構造、公的責任の範囲など、措置制度の全体にわたって基本構造を大きく変えるための社会福祉基礎構造改革が進められてきた。そして、社会保険方式の是非はもとより、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、多くの論点があり、実にさまざまな議論が行なわれたが、高齢者福祉分野の改革の先駆けとして、介護保険法が成立・施行されたのである。

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ている⁽³⁾。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の関係で測定され、サービスは行政によって選別された高齢者に対して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、サービス利用者について、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、介護保険では本人の決定に委ねることを原則としている。さらに、費用負担についても、一律1割の利用料を徴収し、所得で選別する応能負担は採用していない。つまり、ニーズ判定、サービス提供、費用負担の面で、普遍主義に徹しようとしているのである。

堤は、『介護保険の意味論』において、「介護保険制度に限らず、世の中の仕組みはそれなりの理由に基づきつくられている。しかし、いったんできあがってしまうとたいいていの場合、そういう理由は制度の外装によって見えなくなってしまう。」と述べている。そこで、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2012（平成24）年に改正が行なわれたが、はたして字義どおり「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証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を普遍主義の視点から検討するものである。

2 2005(平成17)年の介護保険制度の改正

(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%)も増加した(表Ⅱ-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%)増加した(表Ⅱ-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高くなっている。そして、第1号被保険者に占める第1号認定者の割合は、2000年度の11%から2004年度の15.7%へと増加した。

(表Ⅱ-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

(出展: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」)

(表Ⅱ-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

(出展: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」)

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%増と大幅な増加となった(表Ⅱ-3)。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(表Ⅱ-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。

(表Ⅱ-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

(出展: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」)

(表Ⅱ－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

(出展: 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」)

介護保険制度は、施行後5年をめどとして、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おかれている。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、議論がスタートした。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、が挙げられた(図Ⅱ－1)。

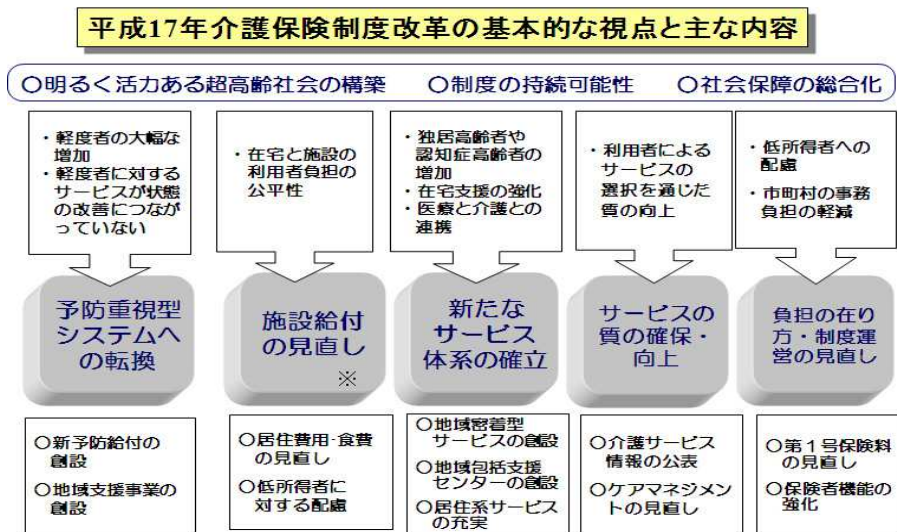
一方、制度創設時から検討課題とされた「被保険者・受給者の範囲」の問題については、学識者など拡大に積極的な意見と経済界など消極的な意見の両論が対立したままであったため、その部分については継続検討課題とされた。

この問題に関する審議会の審議は、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。

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日に参議院構成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たのである。

(図Ⅱ - 1)



※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。

(出展：「介護保険制度の概要」厚生労働省パンフレット)

(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ったと同時に、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、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、生活保護受給者は個室入所の対象外としたものである⁽⁴⁾。

低所得者への配慮自体は必要であるにしても、そこに保険料財源が投入されていることは、部分的とはいえ、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る。厚生労働省の「介護保険制度改革の概要」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資料としているが、その事例の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ことも紹介されている(表Ⅱ-5)。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を守り、その原則に拠りがたい部分は、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⁽⁵⁾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。

特別養護老人ホームにあって、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である。「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、・・・(中略)・・・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といえる⁽⁶⁾。」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施設となり制度の理念を侵害するものとなる。

(表Ⅱ－５) 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
<p>居住費・食費、給付限度額を超える部分は、自己負担が原則。</p> <p>低所得者については、州の社会扶助(公費)が支給される。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>施設における居住費・食費は自己負担が原則。</p> <p>低所得者については社会扶助から支給。</p>	<p>施設における居住費・食費は自己負担が原則。</p> <p>低所得者には家賃補助等を支給。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>

(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 -」)

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。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、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)では、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手元に残るように公費負担が導入されている(7)。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(8)。

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。「基本方針」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。

3 特別養護老人ホーム利用者の現状

(1) 福岡県内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、特別養護老人ホーム（以下「特養」と略記）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、本論分の契機が、「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、問題意識に沿って、選択と選別の視点を中心に分析を行なった。

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。その結果は次の通りであった。

今回の調査において、入所者の平均介護度は3.8で、重度者（要介護4、5）が全体の64.3%を占め（表Ⅱ-6）、特養入所者が重度化していることがわかった。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、低所得者層が多いことがわかる（表Ⅱ-7）。これらの事実から、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証された選択権が行使できているかどうかについて、事実関係を検証してみよう。

（表Ⅱ-6） 入所者の状況

介護度	1	2	3	4	5	合計	介護度
新型	41	65	142	168	172	588	3.62
従来型	113	297	640	987	1,007	3,044	3.81
合計	154	362	782	1,155	1,179	3,632	3.80

（表Ⅱ-7） 入所者の所得状況

負担限度	生活保護		第1段階		第2段階		第3段階		第4段階		合計	
新型	0	0%	4	0.7%	379	64.5%	104	17.7%	101	17.2%	588	100%
従来型	234	7.7%	123	4.0%	1,561	51.3%	465	15.3%	661	21.7%	3,044	100%
合計	234	6.4%	127	3.5%	1,940	53.4%	569	15.7%	762	21.0%	3,632	100%

まず、今回の調査において、サービス提供者による利用者への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%の施設で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（表Ⅱ-8）。「経済学的に考えると、非対称情報の存在（入所希望者の経済状況）を施設側が排除するために選別を実施しているともいえる。では、非対称情報の存在をなくすため、あるいは非対称情報の存在の影響力を弱めるためには、どのような対策が考えられるのであろうか。

(表Ⅱ－８)

	する		しない		無回答		合計	
新型	9	81.8%	2	18.2%	0		11	100%
従来型	30	60.0%	18	36.0%	2	4.0%	50	100%
合計	39	63.9%	20	32.8%	2	3.3%	61	100%

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、入所者が決定される。「優先順位決定基準」は、不適切な裁量が行わ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つているとすれば、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、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ないための、抑止力となるであろう。

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、非対称情報の存在による影響力を弱めることができると考えられる。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。

(表Ⅱ－９) 補足給付・生活保護対象者の増加は、経営上問題となるか

	なる		ならない		無回答		合計	
新型	8	72.7%	1	9.1%	2	18.2%	11	100%
従来型	24	48.0%	20	40.0%	6	12.0%	50	100%
合計	32	52.5%	21	34.4%	8	13.1%	61	100%

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(表Ⅱ－7)。改正介護保険法によって、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補足給付制度が設けられた。

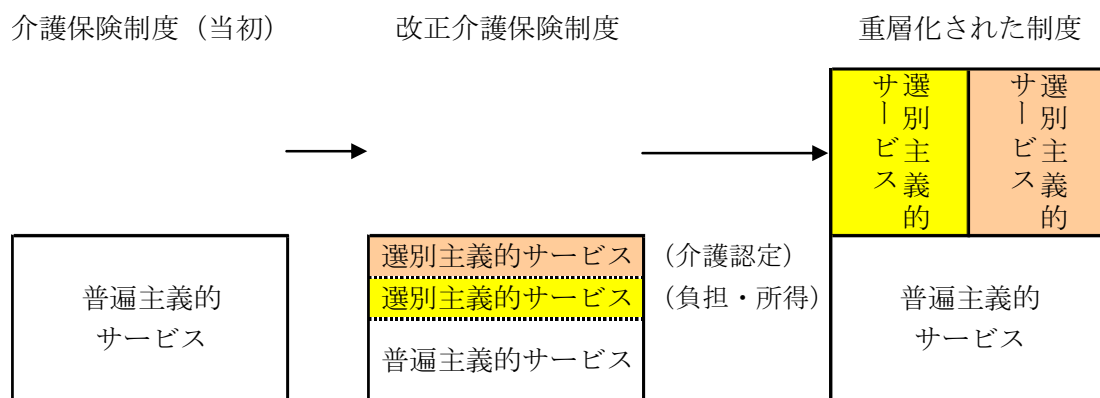
そもそも、介護保険は、「要介護」という保険事故への備えとして、負担と給付が明確であり、一律1割負担であるという応益負担であるため、普遍主義的であるといわれてきた。しかし、補足給付は、低所得者への救済策であるため、負担と給付にアンバランスが生じ、これにより応能負担化している。また、補足給付には、基準額が設定されており、基準額を上回るものについては施設負担となることから、前述のとおり、施設による選別が行われることとなった(表Ⅱ－8, 9)。結城は、「本来介護保険は『社会保険』であつて、純粋な『福祉制度』や『保健制度(老人

保健制度)』ではない。しかし、年々、そうした『老人福祉』『保険制度』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。」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、仕方がないのではないかという議論がある。そこで、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ことになってくる⁹⁾。介護保険制度を考えた場合、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、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。(図Ⅱ-2)

なお、費用負担限度対象の第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。

(図Ⅱ-2)



(出典：筆者作成)

介護保険からの補足給付は法的に限定されているのであるから、特養は自動的に持ち出しを余儀なくされるのであって、食費と住居費に関しては赤字となることは間違いない。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。特養の経営上、食費と住居費に関してサービスの向上により利益を上げることはできず、赤字となることがあらかじめ決まっているといつてよい。事例によれば、負担限度対象者がいなければ、約3億3千万円の収入があるにもかかわらず、59名の負担限度対象者が入所しているために、実際の収入は約2億9千4百万円となり、約3千6百万円を施設が負担している。しかも、約4千万円が補足給付として介護保険から給付されている。

介護保険制度は、利用者の選択権を保証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。また、介護保険制度の変貌は、前述のとおり施設からの逆選択を生み出したのである。施設は、経営を継続しなければならないが、そのために、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（表Ⅱ-8）。

（表Ⅱ-10）待機者の状況

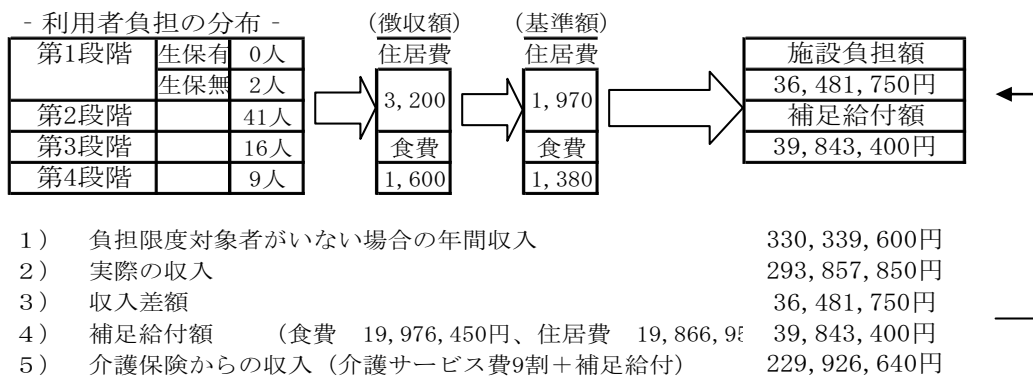
	施設数	定員	待機者数	定員比
新型	11	610	1,492	2.45
従来型	50	2,879	6,951	2.41
合計	61	3,489	8,443	2.42

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（表Ⅱ-10）、サービス提供量の不足が、特養における逆選択の背景にもなっていると考えられる。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（表Ⅱ-11）。

（表Ⅱ-11）2000年4月以降の措置入所受け入れ実績はあるか。ある場合はその人数は何名か。

	施設数	人数
新型	1	1
従来型	12	36
合計	13	37

【事例】 新型特養・入所者68名・住居費3,200円・食費1,600円
 （要介護1：2名、同2：6名、同3：18名、同4：20名、同5：22名）



* 計算根拠

- 1) (住居費3,200円+食費1,600円+介護サービス費1割負担) × 68名
- 2) (住居費1,970円+食費1,380円+介護サービス費1割負担) × 59名
 + (住居費3,200円+食費1,600円+介護サービス費1割負担) × 9名

	住居費	人数	食費	人数
第1段階	1,150円	2	1080円	2
第2段階	1,150円	41	990円	41
第3段階	330円	16	730円	16

2011（平成22）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、福岡県においては110万人を超えている。この人たちは、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、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かせるものである。このことについては、介護保険制度と福祉の措置制度の関係が、運用面で曖昧にされているため、公的責任という意味において、重要な意味を有すると考えられるが、今後の研究に委ねたい。

（2）利用者負担の在り方

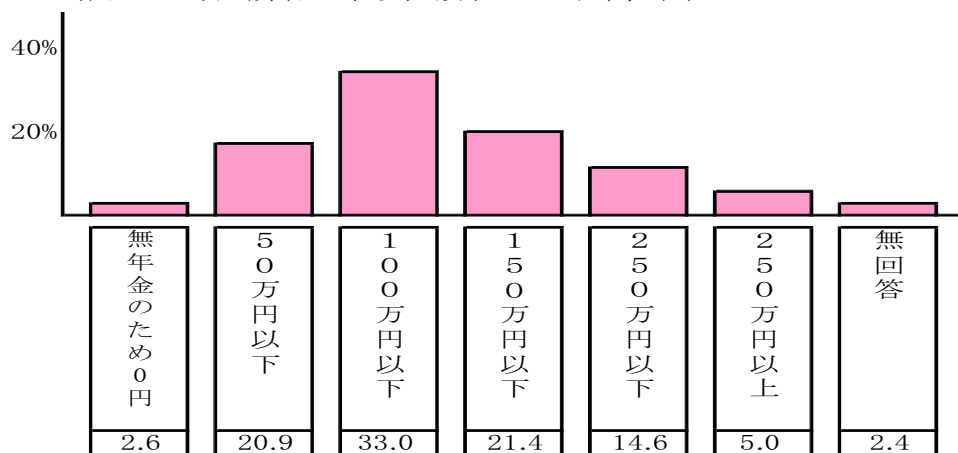
要介護者および家族等の経済状態と本来利用すべき介護サービスとの相関関係については今回調査できなかったが、2010（平成22）年3月に発行された「要介護者の状況に応じた適切なサービスの提供と利用者負担の在り方についての調査研究報告書」が、詳細な調査報告を行なっている。特養入所者の経済状況と負担に関する部分を抽出すると、次のとおりである。

① 入所者の年収総額の分布は、100万円以下が56.5%で、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（Ⅱ-12、13）。

② 入所者の77.7%が世帯分離をしている（Ⅱ-14）。

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割のうち、家族・親戚等の補助を受けている比率は、86.4%である

（表Ⅱ-12）入所者の年収総額（N=2249/単位%）



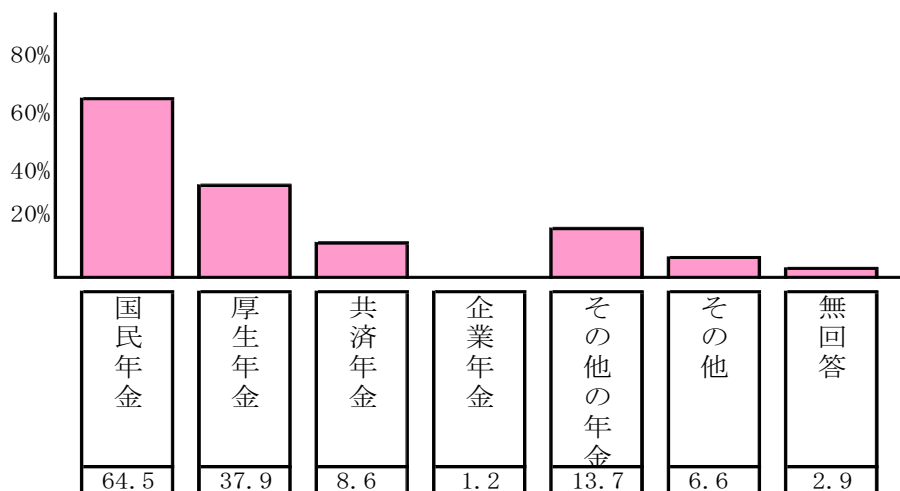
（出典：要介護者の状況に応じた適切なサービス提供と利用者負担の在り方
調査研究報告書 2010年 全国社会福祉協議会 10頁）

特養入所者の経済状態は、低水準である。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。このことから、特養入所者では、住居費・食費が自己負担となってしまうとなると、施設利用の継続が困難と思われるもの、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ものが多いことが推測される。

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、補足給付の対象とするケースが多い。いわば経済的問題から、希望するか否かを問わず住民表情の世帯分離が行なわれているわけであるが、これは、世帯・

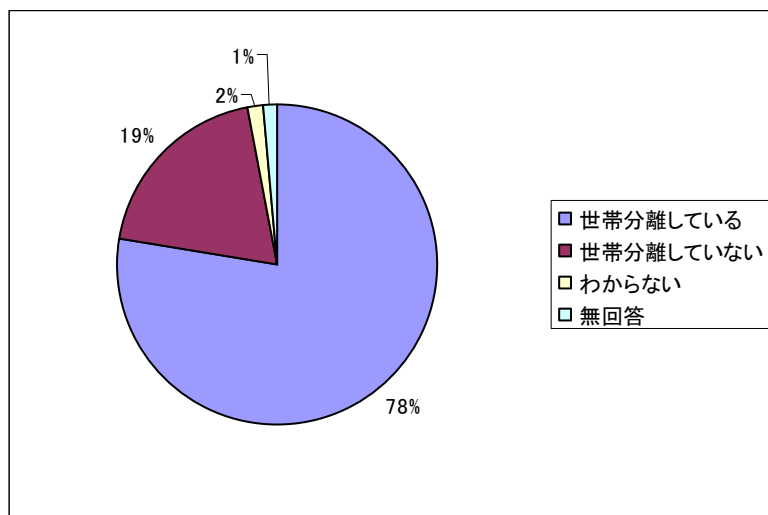
家族のあり方からすれば、望ましくないのではないか。住民基本台帳法の規定からすれば、特養に入所して、そこに生活の本拠を設けるのであれば、住民票を本人のみ移して、世帯分離となるのは当然かもしれない。しかし、このとき、施設入所の費用や生活費を、本人・家族が工面しあっているのであれば、生計の同一性の観点から、本人の住所と家族を分けて世帯分離をするのは、一概に適切ではないのではないだろうか。見解の分かれるところであろう。

(表Ⅱ - 1 3) 収入の種類 (N=2249/単位%)



(出典：前掲書 10頁)

(表Ⅱ - 1 4) 世帯分離の有無 (N=2249)



(出典：前掲書 12頁)

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多くおこっている実態は、感心できることではない。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ため、ここに矛盾があり、補足給付の受給のためだけに世帯分離が行なわれる理由がある。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があらためてわかった。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わけである。

これら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、特養の利用が可能な条件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、前述のとおり明らかになったように、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して、条件整備をすることが重要である。

(3) 介護保険制度の現状 - アンケート結果より -

本節では、前節のアンケート調査結果をもとに、選別主義的な措置制度から、普遍主義的な介護保険制度へ転換することによって、①介護サービスへのアクセスと選択の自由性、②費用負担の不公平性と低所得者対策、③サービス利用における心理的抵抗感、の3点について、どのように変化するかを検証することにする。また、特養の二面性についても論ずる必要があると考える。

まず、「介護サービスへのアクセス権と選択の自由」についてである。措置制度のもとでサービスを利用する場合は、市町村が介護サービスを必要であると判断した場合に、サービスの提供機関・内容等を決定するという方法をとっており、現実的に利用者がサービス提供機関や内容を選択することは難しかった。これに対して、介護保険制度では利用者が直接サービス提供機関や内容を選択し契約できるようになった。しかし、「介護サービスへのアクセスと選択の自由性」を再度検討してみると、介護保険制度でなくとも措置制度下であっても、利用の仕方を改善すれば可能なのではないかと思えるのである。

つまり、サービスの内容・提供機関が自由に選べるかどうかということは、措置制度か契約方式かという問題ではなく、サービスの質と量の問題であると言いたいのである。サービスの提供量が多い状態であれば、措置制度においても、サービスの内容・提供機関を自由に選ぶことは可能である。しかし、逆にサービスの提供量が十分に整備されていない状況で、契約方式にふみきったとしても、入所できないわけであるから、選択権が保証されているとはいえない。いいかえれば、サービス供給量が多ければ、措置制度でも契約方式でも、利用者の意見を反映させる形で、サービスの内容・提供機関の選択が可能となるであろうが、逆に、サービスの供給量が少ない場合においては、契約方式では逆選択が生じる危険性を含んでいる。

2点目の「費用負担の不公平性と低所得対策」について、措置制度のもとでは、利用者負担は本人と扶養義務者の所得によって決まってくるため、高い利用者負担を支払わなければならなくなる一方で、高所得階層の利用が進まない状況があった。また、施設サービスにおいては、さまざまな施設に入所・入院している同じような要介護状態にある者が、施設ごとに支払う利用者負担が異なっていたことも問題であった。

このような問題を解決すべく、介護保険制度においては、利用者負担が応能負担から応益負担へと変わり、その結果、中高所得階層の負担は軽くなったが、逆に低所得階層には重い負担となる状況が生み出されてしまうこととなった。もともと中高所得階層の利用者負担が重く、他の階層との不公平を生み出していた点は問題であった。にもかかわらず、介護保険制度では、それまで低所得階層に考慮されていた負担が重くなり、補足給付制度はあるものの、新たな複雑化した不公平感を生み出す結果となった。このままでは、介護が必要になった場合においても、金銭的な面で安心して生活を送ることができないというような結果に終わってしまうことも考えられる。

そして3点目は、「サービス利用における心理的抵抗感」である。公費運営の措置制度から、拠出制の社会保険方式を基礎とした介護保険制度に移行することで、給付を受けるために保険料を払っているということから、権利意識が生まれ、それがひとつのきっかけとなり、サービス利用において、心理的抵抗感が薄れるということは考えられる。しかし、逆に保険料を払えないボーダー層や、生活保護制度の適用を受けている低所得階層には、介護保険制度がなおスティグマを再生産するきっかけとなる可能性が残っている。また、第2点目の問題とも絡んでくるが、利用者負担を払えないことからサービス利用への抑制がかかり、低所得による新たなスティグマを生み出してしまう可能性も無視できない。

措置制度と介護保険制度を比較した場合、両制度においてさほど優劣の差はなく、両制度のどちらにおいても、その対策が必要とされたのは、介護サービスの量的・質的拡大である。しかし、介護保険制度導入過程における各報告書は、特に措置制度における問題点を取り上げ、介護保険制度が導入されれば多くのメリットがあるかのような論調で記述されていたが、この背景には、今後の社会保障の方向性として、高齢者を被保険者として位置づけるという目標が置かれていたのである。つまり、介護保険制度は、社会保険方式を高齢者対策に導入するひとつの突破口であったのではないだろうか。

施設整備のあり方についても、言及しておく必要がある。「個人の尊厳の確保」という点において、個室ユニット化の推進に反対するものではない。しかし、わが国では、ユニットケアを推進するにあたって、ケアの方式は北欧諸国から移入されたものの、費用面での施策はあまり移入されてこなかったといえよう。こうしたことから、ユニット型個室利用に対する費用面からの敬遠が起こっているとも考えられる。

こうした状況からわが国の方向性を考えると、特養の施設種別については、多様な選択肢、すなわちユニット型個室一辺倒ではなく、経済状況によっては従来型多床室も選択できるスタイルの方が現実的と思われる。すべての人にユニット型個室の利用を保障できる費用体系や施設整備の仕組みが整えられるのであれば別であるが、国・自治体・介護保険者の財政状況を勘案すればそれが非現実的であり、これを実行しようとするれば、利用者の負担を強いらなければならないという結果になるくらいなら、利用者の経済的実態にあった現実的な施設整備の方向性を描き、ニーズに応じた多様な選択肢を準備することの方が望ましいことであろう。この場合においても、個室ユニット型における個別ケア、居住空間を生かす工夫が「新しい多床室」として実践されることを期待したい。

次に特養の特殊性について、言及しておく必要がある。特養は、法律上は介護保険制度におけるユニバーサル・サービスを期待されている施設だが、現状では低所得者に対する支援の役割も

期待されている。ここにひとつの矛盾がある。ここでユニバーサル・サービスというのは、全ての対象者に対し同じ条件で共通のサービスを提供するという意味である。現在の介護保険は、全ての高齢者に対し共通の自己負担（1割）を求めるという応益負担を原則とし、要介護ごとに共通のサービスを提供している。介護保険制度が導入される以前は、介護サービスの提供にあたっては、所得水準に応じた費用が徴収されるという応能負担を原則としていた。この点で、介護保険が導入される以前は低所得者に対する配慮があった。しかし、現在の介護保険制度には、低所得者に対するこのような配慮はない。

一方、特養はユニバーサル・サービスと低所得に配慮するという意味での福祉政策を混在させている。そもそも、民間が運営する有料老人ホームやグループホームと比べ、特養の利用料金は非常に低い。特養に入所希望が集中するのは、24時間のサービス体制が保障されていることとともに、その利用料金の安さにある。特養は、入所に際し低所得者に対する配慮が制度化されているわけではないものの、利用料の安さという点で低所得者に対しより配慮されているといえる。実際、事例が示すように特養入所者における市町村民税非課税の割合は約8割に達している。

特養の二面性は法律上の規定とも関係している。というのは、特養は介護保険施設であると同時に、社会福祉法と老人福祉法に基づいており、法律上は第1種社会福祉事業でもある。また、民間が有料老人ホームやグループホームを運営することができるのに対し、特養の運営は自治体か社会福祉法人に限定されている。社会福祉法人は税制上、様々な優遇が認められており、また、特養の建設にあたっては国や自治体から多額の補助を受けることができる。「福祉政策」が要求される根拠もこの点にある。このような、老人福祉法下の特別養護老人ホームと、介護保険法下の指定介護老人福祉施設という二面性が、施設従事者の心労と混乱を招いているともいえる。

4 2012（平成24）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、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）を延期することは公布日施行とされ、その他は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。

そこで、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が、今回の改正において、普遍主義がどのように変化したのかを検証してみよう。今回の改正は、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。特に、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」と「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」ことと、介護報酬の改定（特別養護老人ホームを中心に）について普遍主義の観点から検討することとする。

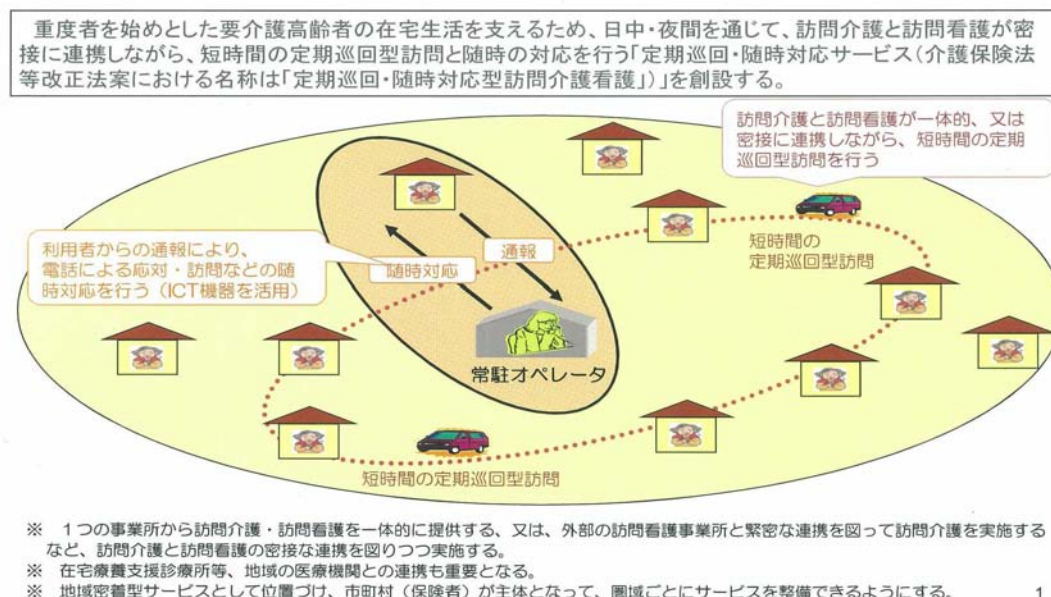
(1) 定期巡回・随時対応型訪問看護介護

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。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、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」の二つの類型に定義される。

法改正で、この「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させるための措置と考えられる。また、普及のため必要と市町村が判断した場合、都道府県知事を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、訪問回数を減らすような事態も生じかねない。そして、「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Ⅱ-3)

定期巡回・随時対応サービスについて



(出典：厚生労働省パンフレット)

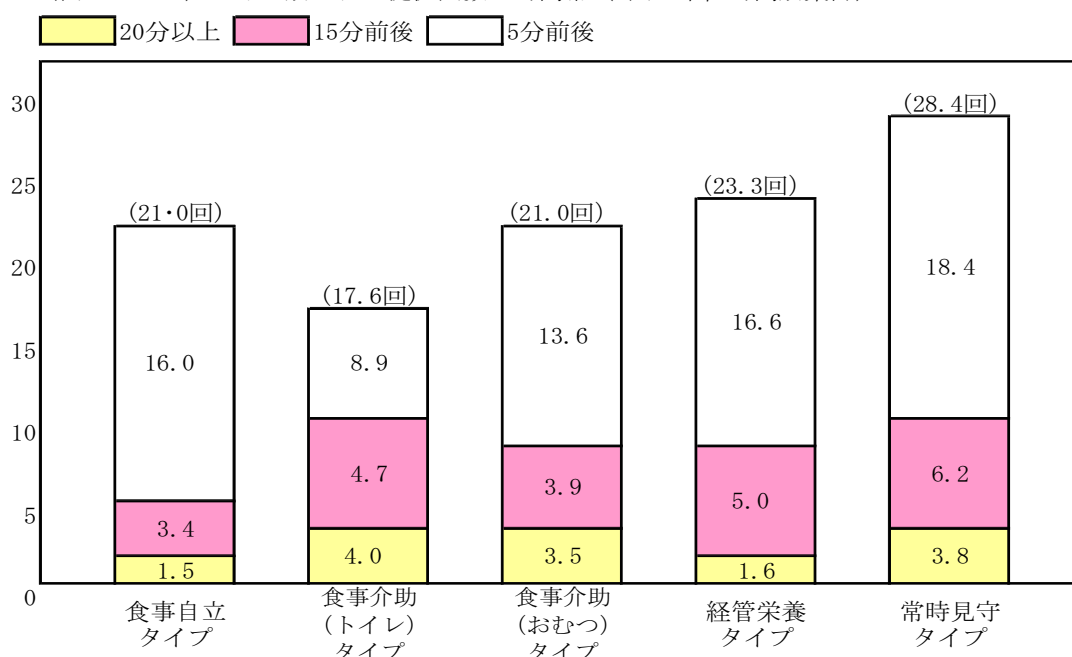
改正の趣旨には「重度者をはじめ要介護高齢者の在宅生活を支えるため」としているが、「24

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、一人の要介護者に対し、一日当たり17.6回～28.4回である(表Ⅱ-15)。大方一時間に1回の訪問が必要である。はたして「包括定額払い」のシステムで、重度の単身者に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。

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することは、利用者にとって事業者を選択する余地はない。介護保険制度は、市場原理を導入して、サービス供給量が大きく増加した。今回の場合、わざわざ新たな事業を設ける必要はなく、どうしてもというのであれば、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と考える。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、事業者間が競争することによってサービスの向上も図られるであろう。それに、市町村による市場原理への介入も防げ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、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)を創設すべきではないのではないだろうか。

(表Ⅱ-15) 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」23頁)

(2) 予防給付と生活支援サービスの総合化

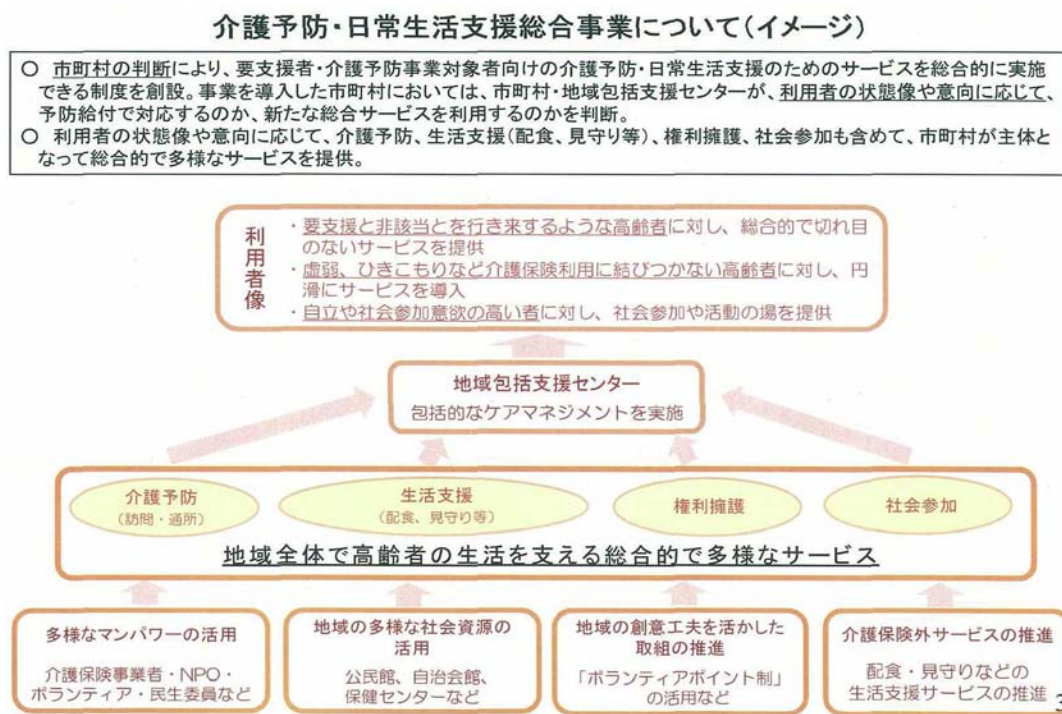
今回の改正で今後の在宅サービスの現場に大きな影響を与えると思われるもう一つが、「介護予

防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」という。）である。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。

「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が定めるもの（介護予防サービスを受けているよう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。

（図Ⅱ－４）



（出典：厚生労働省パンフレット）

介護保険制度は、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られるとされてきた。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が、「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できなくなるのである。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、利用者の状態像に応じて、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決定することであり、利用者の選択権はないのである。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されないこと、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と考えざるを得ないのである。結局は、要支援認定者の介護予防訪問介護や介護予防通所介護を自立・非該当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給付削減策ではないかという疑念だけが残る。

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が介護保険法に集中する流れが、今回の改正において促進されているという危惧を感じざるをえない。

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、の三点を意味する。「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、介護保険制度導入時の「利用者本位・利用者の選択権保障」を侵略し、措置制度への回帰とも受け取れる。

（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年ごとに見直すとされており、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。（表Ⅲ-16）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、本年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、単位数がより低く設定されている。

なお、社会保障審議会介護給付分科会においては、単位数の設定では、多床室には室料分も報酬に含まれるとして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、今回の決定となった。

(表Ⅱ-16) 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)

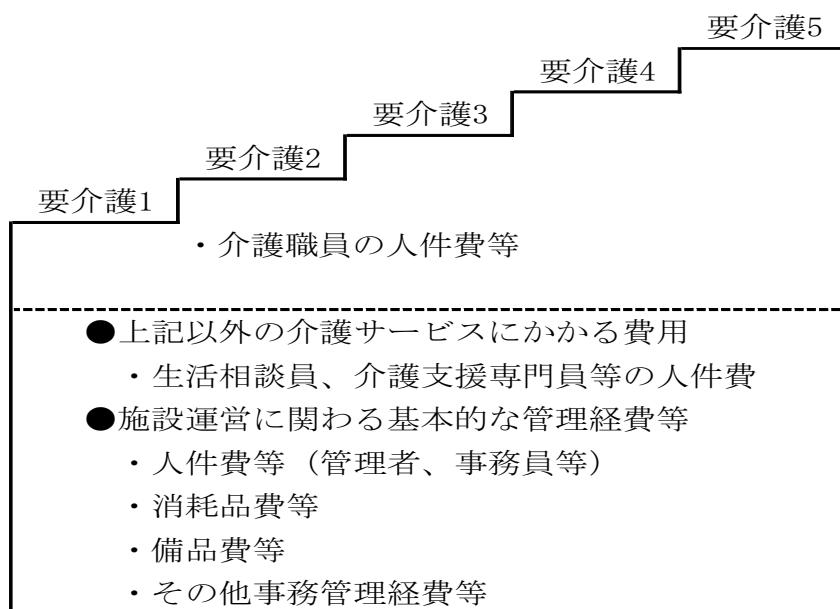
介護報酬とは、①事業者が利用者（要介護者又は要支援者）に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われる報酬のことをいう、②介護報酬は、介護サービスの種類ごとに、サービスの内容又は要介護度、事業所・施設の所在地に応じた平均的な費用を勘案して決定する、③介護報酬の基準額は、介護保険上、厚生労働大臣が審議会（介護給付費分科会）の意見を聴いてさだめる(10)、と定義されている。また、特養における介護報酬設定のイメージは、介護度に応じて変動する介護職員・看護職員の人件費等と、固定的な介護サービスにかかる費用と施設運営に関わる基本的な管理経費等で構成されている（図Ⅱ-5）。

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、多床室の報酬が2012（平成24）年4月1日を境に、単位数が異なることである。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ものであ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性にかけてといわざるを得ない。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に、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、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と考えざるを得ない。

(図Ⅱ－5) 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)

介護給付分科会において、特養の収支差率が高い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、介護保険制度導入時には経営の効率化を促したはずである。収支差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ろう。

いづれにしても、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放置されたままになっているのである。

5 介護保険制度の論点

介護保険制度の導入により措置制度から契約制度への転換が行なわれたが、この移行については様々な問題がある。主要な論点として2つある。一つは、公的責任論の後退ということである。

「措置」という制度は、憲法25条における生存権の保障を、具体的な福祉の仕組みの中で実現したものであり、戦後の福祉制度はまさにこの「措置」を基軸に展開されてきた。これにより全国いかなる施設でも、ナショナルミニマムとしてのサービスの内容と水準が確保され、施設経営の安定化が図られたという点で、措置制度の功績は大きい。また、福祉を真に必要とする優先度の高い人々が、サービスを享受できるという点でも、評価できよう。公的責任の面からみても、措置制度のもとでは、全額を公費で賄い、利用者は収入に応じて費用を負担するという、いわゆる「応能負担」の原則がとられてきた。これらをもみても公的責任は、極めて明確といえる。

これに対して、契約制度という仕組みのもとでは、「公的責任を果たす」とは具体的にどのようなことを意味するのだろうか。基礎構造改革をめぐる議論のなかでは、憲法第25条における生存権の保障だけではなく、憲法第13条、第14条の規定も「公的責任」の根拠となりうるとの主張がなされた。具体的には、公的費用のあり方のみならず、サービスの供給量の確保やサービス水準の確保・人材の質の確保も当然にして公的責任であり、こうした基盤整備を抜きにして、財源問題についてだけ公的責任を云々するのはおかしいといった議論がこれにあたる⁽¹¹⁾。しかし、たしかに市民権の保障を意味する憲法第13条、第14条は重要な権利規定ではあるが、まずもって生存権を基盤とした上で、それに加えて市民権的な権利を保障するということが、「公的責任を果たす」ということの本来の意味なのではないだろうか。本論文で取り上げた事例からも明らかのように、特養における措置入所者の数は、極めて少ない。このことは、本来行政の措置として行なうべきものまで介護保険制度で賄おうとするという、行政側の意図の反映ではないだろうか。これでは、公的責任の放棄といわれてもやむをえないであろう。

生存権を含む社会権を保障するものとしての公的責任のシステムは、貧困や失業など社会的要因が背景にある問題については、個人の責任や個人の努力だけでは解決できない、という社会的認識のもと形成されてきた。その一つが、措置制度である。基礎構造改革が依拠する価値観は、第25条の生存権よりもむしろ、第13条、第14条の幸福追求権などの、個人の諸権利の尊重を重視するもの、といえるのではないか。

介護保険制度のもとでの「施設」を念頭においた場合、公平性とか公正さの価値は、市場原理のもとでの一般的な自由契約だけで実現することは難しい。本論文の事例からも明らかのように、介護保険法の改正以降、低所得者層が経済的理由によって選別を受けているという現状がある。これは基本的には公的責任のもとで解決すべき課題として、議論すべきであろう。基礎構造改革をめぐる議論のなかでは、「生存権保障だけが公的責任の果たし方ではなく、サービスの供給量の確保やサービス水準の確保も公的責任である。」などという主張がなされた。しかしながら、在宅重視の政策のもとで、施設の定員数の増加が困難な現状では、介護保険制度により介護ニーズをすべてカバーするのではなく、老人福祉法、さらには生活保護法など、他の法律の利用を含めて複合的な形で介護保障を図っていくことが必要であろう。これは、どのように自らの生活をかたちづくっていくかというテーマであり、そもそも市民が取り組むべき問題のはずである。

もう一つの論点は、普遍主義をめぐるものである。介護保険制度の創設時の理念は、「介護の社会化」であるが、制度が依拠する普遍主義の原則とは、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。そして、介護保険制度は、まさにこの普遍主義に徹しようと意図されたものであった。しかし、本論文で述べたように、住居費・食費の利用者負担や、低所得者救済としての補足給付導入などの2005(平成17)年の制度改正と、ユニット型個室の推進政策によって、利用者の選別化や応能負担化が進み、介護保険制度は、むしろ選別主義的な方向へと変化してしまったといえる。本論文での事例分析からも明らかのように、こうした選別主義化は、具体的には、①施設入所にあたって、利用者が、経済的な理由で選別を受けていること、②サービスの内容と量は、本人の決定に委ねるとしているが、施設入所を希望しても、施設定員が少ないために入所できないこと、③補足給付を受けるために、疑似世帯分離が行なわれていること、④住居費・食費が利用者負担となり、一律1割の負担原則が崩れ、また、補足給付制度によって所得に応じた応能負担の原則が導入されたこと、などの点を指摘できる。

まず、①の利用者が逆選択を受けている点についてであるが、その背景要因としては、施設運営上赤字を出すことができないため、やむを得なく施設側が高所得者を選択しているという側面と、個室化の推進により住居費が高額なものになっており、低所得者が利用できないという側面の2つがある。こうした現状を改善していくためには、所得に関係なく入所できるような介護保障制度が必要である。それが不可能である場合は、従来型との間の選択が可能となるような施策を行なうべきであろう。さらに、施設入所者の介護度がますます重度化しているなか、果たして寝たきりの入所者の介護は個室でなければならないのかという問題は、今後十分議論していく必要がある。2011(平成23)年11月に、筆者が韓国の老人福祉施設を訪問した際、館長が説明の中で「個室は一つもありません。寝たきりになっても、人の気配があることが大切です。そんな人々を何で一人ぼっちにできましょか。」と発言したことが、強く印象に残っている。もちろん、このように主張するからといって、筆者は、多人数部屋においても「個人の尊厳」が確保されなくてはならないということを否定するものではない。

次に疑似世帯分離をめぐる問題がある。それは、利用者本人だけでは利用料の自己負担分を賄うことができず、家族が負担しているケースが多いという問題である。その背景には、補足給付の対象は、世帯収入に基づくかたちで決定されるため、入所者を世帯分離して単身世帯とすれば、補足給付の対象となるためである。普遍主義か選別主義か、という問題についての議論のなかでの中心的な論点は、ミーンズ・テストは是か非か、という点にあった。そしてそのなかでは、ミーンズ・テストは、必然的にスティグマをとみなざるをえないという点から否定的評価をされてきた。しかし、世帯分離をしなければ施設利用ができない要介護者が多数存在することと、世帯分離をしなくても利用料負担はできるが、補足給付の制度があれば利用したいという希望者が存在すること、などの点を考慮すれば、①ミーンズ・テストによって人々ほどの程度スティグマを感じるのか、②低所得者の人々にスティグマを与える要因として、ミーンズ・テストほどの程度重要であるのか、といった点について、さらなる調査を行なっていくことが必要である。なぜならば、ミーンズ・テストの有無にかかわらず、補足給付や生活保護などの援助を受けたいと思う者

にとっては、スティグマのさほどの影響は生じないであろう、と推測されるからである。

6 小括

石橋敏郎は、介護保険制度の問題点として、「あくまでも介護保険は、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なう制度と理解すべきだからである。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おこなう（例えば地域支援事業は介護保険財源の3%内の予算で行なわれている）ことについて、すっきりした説明をすることは難しい⁽¹²⁾。」と指摘している。こうした文脈からみた場合、補足給付についても、地域支援事業と同様に、生活事故に遭遇した者に対する給付ではなく、低所得者に対する援助であるため、介護保険制度がカバーすべき範疇ではないと理解できる。この点について、石橋はさらに、「生活保護法の住宅扶助、介護保険施設入所中の低所得者に対する部屋代の補助（補足給付）も含めて、住宅保障については、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すべしである⁽¹³⁾。」と論じている。

本来、社会福祉制度で対応すべきものは、介護保険から切り離して、行政サービスに委ねるという整理をしておかないと、倫理的にも財政的にも極めて危険な問題が生じるおそれがある⁽¹⁴⁾。

本論文では、介護保険制度について、利用者負担に焦点を当てつつ、普遍主義の視点から検討をおこなってきた。その結果、2005（平成17）年、2012（平成24）年の介護保険制度改正によって、制度の選別主義化が進んだことが明らかとなった。今後、このような選別主義化を是正していくためには、ティトマスが提案しているように、「普遍主義的な給付・サービスの基盤を確立したうえで、さらにとりわけ不利な状況におかれている集団、地域、社会的カテゴリーに対して優先的に資源・サービスを分配する『肯定的差別』の施策⁽¹⁵⁾」を、積極的に推進すべきである。もちろん、制度自体を改正する前に、介護保険制度で対応できなくなった事象については、まずもって社会福祉法や生活保護法など既存の法制度の適用を検討すべきであろう。そのことが、公的責任の履行につながると考えられる。さらに、既存の法制度が適用できない場合は、石橋が指摘するように、新たな法制度の整備が必要であろう。具体的にいえば、現行の補足制度を介護保険制度から切り離すとともに、生活保護法や社会福祉法による補完を優先し、できない場合についてのみ、新たな法整備を行なうべきである。いずれにしても、高齢者介護の問題については、まずは介護保険制度という普遍主義的サービスを基礎に据えたいと、選別的サービスをその上に積み上げていく、という重層的介護保障が必要である。

あえて付け加えるが、措置制度は、対象を社会的弱者（貧困者、要援護者）に絞って、行政の側からの一方的行政処分を通して救済しようとするものであり、その点では公的責任が明確であるといえる。しかし、本論文は、高齢者の介護問題を措置制度で対応したほうがよいと主張するものではない。国民の共通問題である介護については、やはり給付と負担が明確であり、かつ、普遍主義に徹している介護保険制度によって保障していくべきであろう。しかし、介護保険制度を持続可能な制度とするためには、財政面からの対応策だけでなく、低所得者を排除しないような普遍的制度であることが信頼性を高めていくことになるし、結果的にそのことが制度の持続性につながっていく。低所得者への救済対策は、要支援・要介護者への生存権の保障であり、この

対策は公的責任で行うべきであるということを明確することが本論文の趣旨である。そのことを最後に付け加えておきたい。

-
- (3) 池田省三『介護保険 - 福祉の解体と再生』(中央法規、2011年) 2頁
 - (4) 五石敬治『現代の貧困 ワーキングプア』(日本経済新聞出版社、2011年) 323頁
 - (5) 堤修三『介護保険の意味論』(中央法規出版、2010年) 83頁
 - (6) 堤(注19)、前掲書、126頁～127頁
 - (7) 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』(国立社会保障・人口問題研究所 No.164 Autumn 2008年) 34頁
 - (8) 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』(国立社会保障・人口問題研究所 No.164 Autumn 2008年) 59頁
 - (9) 古川孝順・庄司洋子・定藤丈弘編『社会福祉論』(有斐閣、1993年) 251頁
 - (10) 「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、平成18年10月 1頁
 - (11) 小笠原祐次、福島一雄、小國英夫編著「社会福祉施設」2004年 278頁
 - (12) 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) 12頁
 - (13) 石橋(注26)、前掲書、12頁
 - (14) 池田(注17)、前掲書、214頁
 - (15) 平岡公一「普遍主義 - 選別主義の展開と検討課題」『社会政策の社会学』社会保障研究所編 東京大学出版会 1989年 102頁

(今任啓治)

(未完)

石橋敏郎(熊本県立大学総合管理学部教授)

今任啓治(社会福祉法人至誠会福祉会理事統括施設長)

12years of The Long-Term Care Act—It's Reforms and Deterioration

Toshiro Ishibashi, Keiji Imato