

介護費用の社会的負担制度のあり方を求めて

(介護費用の社会的負担制度のあり方検討委員会中間報告書)

平成元年3月31日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

はじめに

今日、高齢化社会の進展にともない、ねたきりや痴呆などの要介護者が増大している。これらの要介護者は、特別養護老人ホームや老人保健施設、病院、在宅における介護など、多様な形態で介護を受けている。これを介護費用の面からみると、社会福祉施設の場合は公費としての措置費、老健施設や病院は社会的負担としての保険制度、そして、家庭介護は個人負担というようにさまざまな形態であり、また、要介護者をかかえる家族の費用負担額も区々になっている。

本検討委員会は、今後ますます増大する要介護者の介護費用を、誰が、どのように負担すべきか、その現状と課題を明らかにしたうえで、基本的考え方を整理し、あるべき対応を探ることを目的に、全社

協社会福祉研究情報センターを事務局として昨年11月より検討をすすめてきた。

本中間報告は、介護費用の社会的負担制度について一定の方向を取りまとめたものというよりも、本検討委員会および関係各方面において、今後、介護費用の社会的負担制度について本格的な議論をするための基礎資料として取りまとめたものである。このため、報告書では、これまでの委員会における議論の整理や介護費用負担の現状を明らかにするとともに、既存の文献資料リスト等を掲載している。

この報告書が、介護費用の社会的負担制度のあり方を検討するうえで、いささかでも貢献することになれば幸いである。

老人介護に関する費用 - 検討の範囲と方向 -

1. 介護費用研究の意義

平均寿命の伸長と総人口に占める高齢者の比率が増大するにつれ、老人政策のなかでも「いきがい」の問題などが注目されること自体は意義深いことであるが、当面の緊急性からいえば、老人自身やその

家族の努力によっては日常の生活を営むことのできない、いわゆる「要介護老人」に対する政策の確立が優先されるべきであろう。

「老人介護」という場合の「介護」については、たとえば、特別養護老人ホームの入所要件として、「身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受ける

ことが困難なもの」(老人福祉法第11条第1項第3号)という場合に用いられてはきたが、最近まで一般にはなじみの薄い概念であった。しかし、「社会福祉士及び介護福祉士法」(昭和62年法律第30号)の成立にともない、介護を専門とする職種について、はじめて法制的な位置づけが行われ、「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護」を行う(同法第2条第2号における「介護福祉士」の定義)とされてから、介護概念は次第に市民権を得つつある。

わが国においては、老人介護費用に関するまとまった研究の蓄積は少ない。従来から老人介護政策の重点が特別養護老人ホームの建設におかれ、その道用費用については、公的資金を基本とするいわゆる「措置費」に依存することとしてきたこともその一因であり、また、在宅介護サービスを含む老人介護に関するサービスが、まだ十分社会化されてこなかったところにその基本的な理由がある。老人介護費用を検討するにあたっては、老後の生活の実情把握と、これに対応する社会的制度としての介護サービスの確立、老人介護サービスを国民経済全体のなかで位置づけること、個別の老人介護サービスのコスト、介護費用の公私分担のあり方についての概念整理が必要であり、これらの結果を踏まえることによって老人介護費用の社会的な分担方法に関する選択肢を整理することが可能である。本研究では、個々の領域について結論づけることを急がず、これらの広汎な問題群を総合的に概観し、今後の研究課題としてどのような検討方向があるのかを整理することに目標を限定した。

2, 社会的制度としての介護サービスの確立

厚生省は、老人介護の形態が「家族内扶養から社会保障制度としての世代間扶養への変化の途上にある」(1)と整理しており、今日では家庭介護のみに依存することには限界のあることが共通の認識となったといつてよい。

社会的な制度としての介護サービスが確立するための前提条件としては、

- 高齢期における医療費用の保障
- 高齢期における在宅保障

高齢期における経済的生活の保障、とくに寡婦となったあとの生活の保障が重要である。

このうち、医療費用の保障については、昭和58年から老人保健制度が創設され、高齢期については社会保険制度を基礎としながらも、より安定した財源を意図した公的制度によることとされているので、今後はこの制度の運営に留意することによって対応できることとなった。

住宅保障については、わが国の在宅政策が長く持家主義によってきたこともあって、社会化が遅れ、とくに都市部における高齢期の住宅事情は劣悪なものがある。一般市民の住宅事情の水準の低いことは、老人の在宅介護サービスを普及する前提条件を欠くこととなり、施設における介護サービスの物理的水準を押し下げる結果ともなっている。ここでは、社会政策としての在宅政策として、その位帯づけを早急に行う緊急性のあることを指摘するに正めたい(2)。

老後生活の社会的対応の中心としての公的年金制度については、昭和61年から施行された大幅な改革によって全国民を統一的に把握する制度として再発足し、公的年金の財政基盤の安定が図られた。現在、次期財政再計画期にあたり、支給開始年齢の引き上げを内容とする改革案が論議されている。したがって、公的年金制度の今後の焦点は、長期的な年金財政の安定をどう図るかに絞られてきたといつてよいが、わが国の公的年金制度の水準は、世代によって大きく相違していることに留意する必要がある。すなわち、老齢福祉年金世代、経過的年金世代および基礎年金世代のそれぞれによって年金水準が相違しており、たとえば、老齢福祉年金世代にあつては、特別養護老人ホームに入居するとしても全額を措置費に依存せざるをえなかった。他方、将来、基礎年金に報酬比例年金および個人年金の加わるようになる世代にあつては、多様な介護サービスのメニューのなかから選択的に購入する経済的基盤ができることになる。

公的年金の水準が現役の勤労所得の70%にも相当するレベルとなっている西ドイツのような場合においても、女子の年金額はかなり低いことにより(3)、ナーシングホームの料金を負担できない場合があり、公的扶助の支援に依存することになっている。

今後は、公的な制度の補完としての私的な保障のメニューが、個人年金や流動資産（貯蓄、株式等）、固定資産（土地、家屋等）と、多様に備えられることになろうが、寡婦となった場合の女性の所得を保障する方策がより強化される必要がある。この点で注目されるのが、アメリカにおける相続制度との比較において、民法上の妻の相続分についての規定を見直すべきとの提案である（4）。

3. 老人介護サービスの費用を考える3つの側面

老人介護費用の問題が大きな検討課題となってきたのは、まず、国民経済的にみた場合の社会保障費用の将来のあり方と関連している。次いで、老人介護サービスを社会化した場合のコストについての実情認識が求められる。最後に、これらの状況を踏まえて、必要となる介護費用の公私の分担に関する問題の整理が必要となる。従来、これらの3つの諸側面を整理のうえ検討されてこなかったように思われる。

(1) 老人介護費用のマクロ的な考察

昭和61（1986）年度における社会保障給付費は、38,6兆円（国民所得比：14.6%）に達しているが、今後、年金制度の成熟化にともなう年金給付費の増大や高齢化の進展にともなう医療・福祉サービスの給付費の増大により、平成12（2000）年度においては105兆円 - 120兆円程度（国民所得比：21.2% - 23%程度）に、平成22（2010）年度においては195兆円 - 240兆円程度（国民所得比：26% - 29%程度）まで増加するものと推計されている（5）。

このことは、わが国より高齢化のすすんでいるヨーロッパ諸国における社会保障給付費の現状をみても容易に想定できることであって、老人介護費用の問題はこのような社会保障費用全体の増加傾向にどのように対応するかという文脈において大きな課題となってきた。

わが国の介護サービスは、しばしば施設サービスに偏重していると指摘されることが多い。平成元年度政府予算案においては、老人福祉施設保護費負担金が2085億円であり、在宅介護サービスの中心的な費用である家庭奉仕員派遣事業については180億円

となっている。たしかに、この2つを並列的に対比した場合には、施設介護サービスに対して在七介護サービスが若しく催少であるが、問題は、施設介護サービスの拠点である特別養護老人ホームの整備率は65歳以上人口の1%杜度に過ぎず、ヨーロッパ水準（3~5%）に比較してもまだかなり低付二にあるという事実である。わが国の場合には、ヨーロッパにおけるナーシングホームの機能を、一般病院、老人病院、それに新しく創設された老人保健施設なども事実上担っているから、これらを含めた施設介護サービスの整備状況を点検する必要があるが、専門職による24時間の介護サービスを受けるという意味での施設介護サービスの整備は、今後も当分そのピッチを落とすわけにはいかない。

往々にして、在宅介護サービスの方が経費的において要上がりであるために推進するという議論が行われるが、これまでの実証研究によれば、そのように断定することはできない（6）。もちろん、住み慣れた環境のまま老後を過ごすという意味での在宅介護サービス優先の原則を書定するものはいないだろう。ショートステイ事業やデイ・サービス事業のように介護施設を拠点としながら、在宅の老人の介護サービスを行うものへと政策的な力点がおかれるようになり、さらに、平成元年度予算案において提案されているホームヘルプサービスを、特別養護老人ホームに委託するという方式が普及する（7）ことになれば、従来からの「施設サービス・在宅サービス二分論」は実質的な意味を失うことになる。

(2) 介護サービスのコスト

介護サービスを在宅および施設に共通した社会的なシステムとみることになれば、サービスのために必要となる経費についても、共通の認識ができるようになる。

まず、サービスが行われる場所に関する費用については、将来的には在宅政策の延長として把握することが实际的であろう。当面は、施設サービスの場合と同様に在宅における介護を行うための前提条件となる住宅整備や福祉機器サービスの整備についての費用を、投資的な経費として見込むことを点検してみる必要がある。

介護サービスの実質的な要素としては、専門的介護サービスを行う人件費が挙げられる。平成元年度

予算案において、ホームヘルパーの費用を従来のように一律とせず、介護中心型（年額239万円）および家事援助中心型（同161万円）とすることによって、介護サービスの専門性を高めようとする方向がとられた（8）ことを評価したい。今後、ソーシャルワーカー、訪問者護婦等関連する専門職とのチームプレーによる在宅介護サービスの展開が要請されるので、これらの専門職の経済的処遇と関連づけていくことが必要になる。

施設サービスについては、老人病院における医療、老人保健施設における処遇および特別養護老人ホームにおける入所の3つのサービス形態が併存する時代が当面継続するものと予想されるが、これらのサービス間におけるコストと利用者の負担分との関連について合理的な説明が求められるとともに、将来は、これらを統合するサービス体系が確立してこよう。

（3）介護費用の公私分担についての概念整理

わが国においては介護費用の負担について、施設サービスと在宅サービスを統合的に把握することが不十分であったが、老人ホームにおける入居者の費用負担が昭和55年度より開始され、ホームヘルプサービスが昭和57年10月から低所得階層以外をも対象とされるなど、次第に所得水準に応じた入居者負担の方向が確立してきた。

わが国と同様の社会保険システムを基調とする社会保障制度をとっているフランスの場合には、施設でのサービス利用料は、高齢者自身によって支払われており、この人所費用が不足する場合には社会扶助費が支払われ、この場合にも施設の選択権は高齢者である（9）。このフランスの場合には、施設の利用料金自体にかなりの幅がある。イギリスにおける最近の調査によると、イギリスでも施設サービスの料金設定にはかなりのばらつきがあり、その基準については公的な介入が行われている（10）。

わが国においては、施設サービスを受ける者への国の負担率が1/2である（県が1/4、市が1/4）のに対して、在宅サービス（ホームヘルプサービス）の場合の国の負担率が1/3であった（県が1/3、市町村が1/3）が、平成元年度予算案においては、ホームヘルプサービスについても施設サービスの場合と同様の負担比率とされたことは、介護サービスを施設

・在宅同様の視点で把握するものとして評価される。

わが国の老人ホームの場合をみると、地域から寄付金などは一般的には低調である。しかし、テレビのキャンペーン番組（日本テレビによる24時間特別番組『愛は地球を救う』）によって、多数の市民から寄付が寄せられている。アメリカのような公的サービスの不十分な国においても、企業から地域の福祉サービスへの寄付が行われているが、今後は、このような公的なルート以外に社会から必要な経費を募る方法にさらに工夫が行われてよいように思われる（11）。

4. 老人介護費用の社会的な分担方法に関する選択肢

老人介護費用に関する上記の3つの側面を踏まえて、社会的な制度としての介護サービス費用の分担方法について、どのような選択肢があるかを整理する必要がある。

（1）基礎的経費

老人介護に関する専門職の養成・研修に関する費用や老人介護に関する基礎的な研究への投資については、公的な資金による援助が期待される。昭和63年度補正予算による在宅介護を振興するための事業（社会福祉・医療事業団への100億円の追加出資）は、民間部門によっては負担できないものを公的に負担していくことをねらったものとして評価したい。

厚生省において検討中の国立長寿研究組織の創設など、老人問題に関する総合的で基礎的な研究機関の必要性が高まっており、また、各地域においても大学の研究機関を中心とした研究のネットワークの形成が急がれる。アメリカの国立老人研究所（NIA）のように、老人問題において国際協力を推進していくこともこれからの課題である。

（2）投資的経費

老人介護サービスの拠点としての老人ホームの役割が改めて注目されているが、在宅の老人に対する介護サービスを含むデイ・サービスなどの施設整備、その前提となる土地の取得、および修繕・改

築、設備資金などの投資的経費については、社会資本としての位置づけを明確にし、引き続き公的な補助あるいは政策的な金融措置などの誘導的な方策によって支援していくことが期待される。

(3) 医療費

老人の介護サービスと密接に関連するものとして、医療費用がある。しかし、医療費用については、すでに社会保険制度を基盤としつつも、高齢期における保健・医療に関する予防・治療・リハビリテーションの費用を総合的に負担する制度として老人保健制度が発足しており、この老人保健制度のなかで対応することが望ましい。

老年期における医療のあり方については、厚生省および日本医師会の共同作業によりガイドラインづくりがすすめられており、老年期における医療の実践経験を集約する努力が行われていることに注目したい。

(4) 介護費用

介護費用をどのように負担していくのかについては、国際的にも検討がはじまったばかりである。アメリカのように社会保障制度における公的サービスの未発達な国においては、老人の介護費用をどのような社会システムによって調達するかは、目下の緊急の課題であり、市場機能に全面的に委ねるのではなく、なんらかの公的なシステムを確立するための模索が続けられている(12)。介護費用の問題を明確にするための前提として、介護サービスを運営するものと介護費用の負担をするものとを切り離して整理することが必要である。

介護サービスの運用者

介護サービスについては、わが国では特別養護老人ホームが中心であったが、今後は、介護サービスの派遣拠点としての役割を含め、より多様な運営形態が生ずることになる。

介護サービスの負担者

どのような介護サービスの運営形態がとられても、サービスを選択するのはサービスを受ける老人自身であることは、市場経済の消費者としての当然の権利であろう。したがって、現在のように家族の資産との関連でサービスの種類が決定されたり、入居者に対する措置費が直接

施設に支払われるというシステムは改められることになる。

介護サービス負担の方法

わが国と同様、社会保険方式による社会保障制度をとっている西ドイツにおいては、老人介護費用をどのようなシステムにおいて負担していくかが論議されてきた。その一つの回答が公的な健康保険制度に在宅介護給付を導入する方式である(13)。

このほか、税制上の優遇措置(税額控除)によって実質的に負担を軽減する方法(平成元年度においてもこの方式による軽減額に著しい改善が図られた)や追加費用の支田(介護手当、介護年金)という方式などが考えられる。

(5) 生活費

公的な介護サービスを受ける場合においても、日常生活に必要な経費については、公的年金などの所得保障制度あるいは個々人の資産運用によることになる。

5. 介護費用問題を超えるもの

老人介護費用の調達については、先進各国の高齢化社会においても模索の段階であるが、国際的な視野でみた場合に、わが国の場合には介護費用の問題のほかに、社会全体における介護問題への認識において基礎的な反省をしておく必要があるように思われる。

その第一は、介護サービスに従事する専門家の社会的な地位の向上である。今般の両福祉士制度の発足により、将来への布石が打たれたが、この制度の意図した介護従事者の地位の向上という観点での政策努力が、今後も継続されることを切に望みたい。

第二に、資格制度による社会的な位置づけの強化によっても、現実の労働市場において介護従事者を確保することは容易なことではない。公的な介護サービスとしては最も進んだ国の一つとしてつねに挙げられるスウェーデンの最近の事情をみても、一般市場における好況によって介護サービスの従事者の不足が顕著であるという(14)。

ヨーロッパ社会とわが国とを対比して目立つのは、公共的なサービスに従事するものの比率が少な

いことと、他方で、必ずしもその重要性が認められないサービスについての過剰があるように思われる。たとえば、ゴルフのキャディ、エレベーターガール、電車の改札といった職種はヨーロッパにおいては見受けられない。

今後は、高齢化の先進国のとっている介護政策に学ぶと同時にこのような側面についても国民的に考えておく必要がある。

いずれにしても、介護費用の公的システムが整備されたとして、結局は介護サービス従事者の確保が緊急の課題となることは必至であり、各地域ごとに、医療・看護職の掘り起こし、青年期における取り組み、ヤングオールドの参画、主婦層のパート勤務のシステム化など、多様な方法が探られなくてはならないだろう(15)。

【注】

- (1) 厚生省編『厚生白書』(昭和63年版, 厚生統計協会) p. 24
- (2) 古瀬徹「在宅福祉展開の条件」(『社会事業研究所年報』1988年, 日本社会事業大学社会事業研究所)
- (3) 古瀬徹「西ドイツの年金」(『日本社会事業大学紀要』1989年)
- (4) マーサ・N・オザワ/木村尚三郎/伊部英男編『女性のライフサイクル/所得保障の日米比較』(東京大学出版会, 1989年) p. 92
- (5) 前掲白書, p. 47
- (6) 二木立『リハビリテーション医療の社会経済学』(勤草書房, 1988年), PP. 98-120.
スウェーデンについて, Stig Berg et al. . In -stitutional and Home - Based Long - Term Care
ence・The Gerontologist, Vol. 28, No. 6, 1988・pp. 825 - 829が興味深い分析を行っている。
- (7) 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人福祉課『全国老人保健福祉関係主管課長会議資料』(1989年3月1日) p. 3およびp. 15 前掲(2)におけるデンマークの動向参照。
- (8) 前掲厚生省資料, PP. 3 - 4。
- (9) 村松祥子「高齢者福祉サービス」(社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会, 1989年, 第11章) p. 301
- (10) Jonathan Bradshaw & Ian Gibbs . Public Support for Private Residential Care . Gower Publishing, England . 1988 .
- (11) 伊部英男「企業は地域活動に参加せよ」(サンケイ新聞, 1988年11月25日, 『正論』)
- (12) Gary M. Nelson . Funding and Monitoring Social Services for the Elderly . Ed . Abraham Monk . Handbook of Gerontological Services . Van Nostrand Reinhold, New York, 1985 . pp . 568 - 591 . なお, Nancy Eustis, Jay Greenberg , Sharon Patten . Long - Term Care for Older Persons : A Policy Perspective . Brooks / Cole Publishing, California, 1984 .
- (13) Bundesrat . Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen . Drucksache 555 / 88 . 1988 . 11 . 25 . 本報告『西ドイツにおける介護費用負担制度の現状およびわが国における介護費用負担制度のあり方について』参照。なお, 山崎春彦「社会保険による介護への対応」(『社会保険旬報』第1636号1988年12月11日)は, 具体的な提案を行っている。
- (14) 竹崎孜「スウェーデンの最近の社会保障事情」(『海外社会保障情報』No. 85 Winter 1988)
- (15) 古瀬徹「老人介護政策の展望」(『週刊社会保障』1988年12月5日)

西ドイツにおける介護費用負担制度の現状およびわが国における介護費用負担制度のあり方について

本章では、まず従来西ドイツにおいて議論されてきた介護費用の負担問題とその解決策、具体的には

社会保険を活用した介護費用の調達についてその経過と諸提案を検討する。

次に、そのような西ドイツにおける介護費用の財源調達と高齢者に対する在宅サービス供給体制および施設サービスの施設体系、整備状態とわが国における供給体制の現状、問題点とを比較し、介護の社会保険化がどのような意義をもつのかについて若干の考察を行い、わが国における選択を考える。

1. 西ドイツにおける介護費用負担問題とその解決策

西ドイツではおよそ1970年代の中頃から、施設における介護負担の問題、社会扶助における施設介護費負担の問題などが指摘され、その解決策についてさまざまな提案がなされてきた。介護費用を誰がどのように負担するのかという提案である。1974年には、ドイツ高齢福祉評議会が介護費用をすべて公的 disease 保険で支弁すべきであるという提案を行った。さらに、1976年には民間非営利福祉六団体の一つである労働者福祉団が、施設入所にかかわる費用について、生活分（住まいと賄い）については本人負担あるいはそれが不可能であれば扶養義務者ないし社会扶助より充当し、介護費用部分については公的 disease 保険が、その他のサービス給付については社会扶助によって経費をまかなうという提案を行った。このような状況のなかで、1977年に、連邦青少年家庭保健省が州政府と共同し、訪問および施設介護サービスとその財政に関する調査研究を開始した。その後、ドイツ公私福祉連盟（わが国の全国社会福祉協議会に相当）も同様の提案を行った。それ以外にも、1982年にはノルドライン・ウェストファーレンリッペの社会扶助広域事務組合が既存 disease 保険を活用した公的介護保険を提唱した。また、1983年には市町村会や民間福祉団体連合会や公私福祉連盟などが、この介護費用の財源問題について政府に取り組みを求めた。

このように、さまざまな団体、社会扶助関係機関が介護費用の負担のあり方について問題提起を行ってきたが、このような介護費用の問題がクローズアップされてきた理由はそもそもは次の二点にあった。

第一に老人ホームに入所する際の入居費が高く、全額支払える高齢者は3分の1から4分の1にすぎないこと。その結果、その不足分は社会扶助が充当

していること。1974年の施設法以来、処遇水準の改善や施設整備がすすみ、その結果、施設経営コストは上昇することになったが、とくに近年では人件費の高騰も加わり、通常の年金生活者では到底支払える水準を越えているのである。

第二に、そのような不足分は社会扶助制度から充填されるが、その結果、社会扶助の支出項目のうち、介護にかかわる費用が社会扶助総支出のうち3分の1を占めるにいたったことである。西ドイツにおける社会扶助制度は、生計費補助という、いわゆる公的扶助部分と、特別な生活状態に対する扶助に分かれており、後者は経済的な要援護性ではなく、さまざまな理由によって日常の生活に不都合が生じる人に対し、サービスないし現金、さらに現物を給付しようというものである。つまり、サービスのための給付、さまざまな福祉サービスの裏付けとなる制度となっており、いわゆる狭義の生活保護制度とは異なるのである。

しかしながら、西ドイツ社会扶助には後置性、すなわち社会保険などの他の給付の活用を求め、その後社会扶助の給付を行うという原則が定められている。西ドイツは周知のように社会保険を中核とする福祉国家を形成しており、通常であれば社会的リスクは社会保険の網によって保障されるはずである。その意味で、社会扶助制度はパーソナルサービスの重視という点もあるが、レジデュアル（残余的）なものである。しかるに、このように社会扶助の項目において介護関係支出が総支出額の3分の1を占めるという事実は、社会的リスクに対する「制度的」保障たる既存の社会保険諸制度に問題があるということであり、なおかつ、社会扶助制度のもついわゆるレジデュアル性から逸脱した状態に社会扶助制度があるということでもある。そして、この社会扶助の総支出の3分の1を介護関係費が占めるという事実自身に、介護の問題が偶発的かつレジデュアルなリスクではなく、集合的すなわち社会に一般的なリスクであるという証左ともなっているのである。

このように二つの点から施設を中心とした介護費用の負担問題が福祉関係者や社会扶助関係者などによって問題視されてきた。そしてこのような問題の解決策として、すでに述べた介護費用を社会保険財源から充当するという提案などが行われてきた。

しかし、近年、介護に関する費用負担の問題は、たんに上で述べたような老人福祉施設を中心とした費用問題に限定されない意味を含むようになってきた。それは従来の議論に加え、次のような意義を介護をめぐる議論のなかに見出したということである。

第一に、高齢者社会のもたらす社会保障費負担の問題である。具体的には医療費とくに入院費の伸びが近年著しく、その原因は高齢者の増加に求められている。したがって、病院等の医療施設への長期入院を是正し、できるだけ在宅で看護・介護され得る高齢者については退院をはかり、在宅療養が行えるようにすることが政策目標となっている。第二が要介護老人の在宅化である。西ドイツにおける高齢者向け施設として、介護老人ホーム、老人ホーム、老人住宅などがある。それらはいずれも特別視されるようなものではなく（とくに1974年の施設法以来）、ごく普通の高齢者が入居する利用施設となっている。しかしながら、高齢者が従来慣れ親しんだ環境のなかで生活を送ることが望ましいことも事実である。それは健康にのみあてはまることではない。たとえ要介護状態であろうとも、しかるべき外部のサービスを受けるなりして在宅のまま老後生活を送ることが望ましいと考えられるのである。

このように高齢化にともなう医療費問題から、要介護・安着護老人の在宅処遇化が奨励され、また福祉の観点からも、施設よりも在宅でという方向性が明確に打ち出された。その結果、先の2点に加え、介護費用の問題は在宅との関係で議論されるにいたったのである。

これらの状況を図示すると図1のようになる。

以上が、西ドイツの介護をめぐる問題と関連する諸制度のあり方、次に今回連邦政府が選択した一応の結論である。それらを要約すると次のようになる。

介護と介護費用に関する議論は、最初は施設を中心とした介護費用の負担問題、社会扶助の支出の問題であった。しかし、それに加え、医療費対策から、さらに要介護老人の在宅処遇化を望ましいとする傾向から、在宅処遇のための支援・促進策としての介護サービスおよびその費用負担問題として介護財源を検討するということになったのである。それによって今回の連邦政府の選択は当初の問題の直接

的解決ではなく、後二者にむけた解決となった。

ところで、そのような介護に関する問題状況も、それらをめぐる環境、すなわち高齢化率や医療保険や福祉制度のあり方、保険料負担の程度、施設体系のあり方、さらに具体的には在宅支援施設の充足度や費用負担構造などわが国とかなり異なっている。それらは前の図式の「解決のための制約条件」のところで明らかであろう。つまり、西ドイツ的狀況下における今回の介護保障のもつ意味と機能は、わが国とは多少異なるということである。そうであるなら、たとえ今回の連邦政府の選択が上でみたものであったとしても、多岐にわたった選択枝のなかの一つとして検討すべきであって、その選択のみをみて、わが国への導入を検討・評価することは適切ではない。介護保険に関するさまざまな提案を検討し、分析することのほうが、わが国の今後の介護費用負担のあり方を検討する場合重要であろうし、実り豊かであろう。

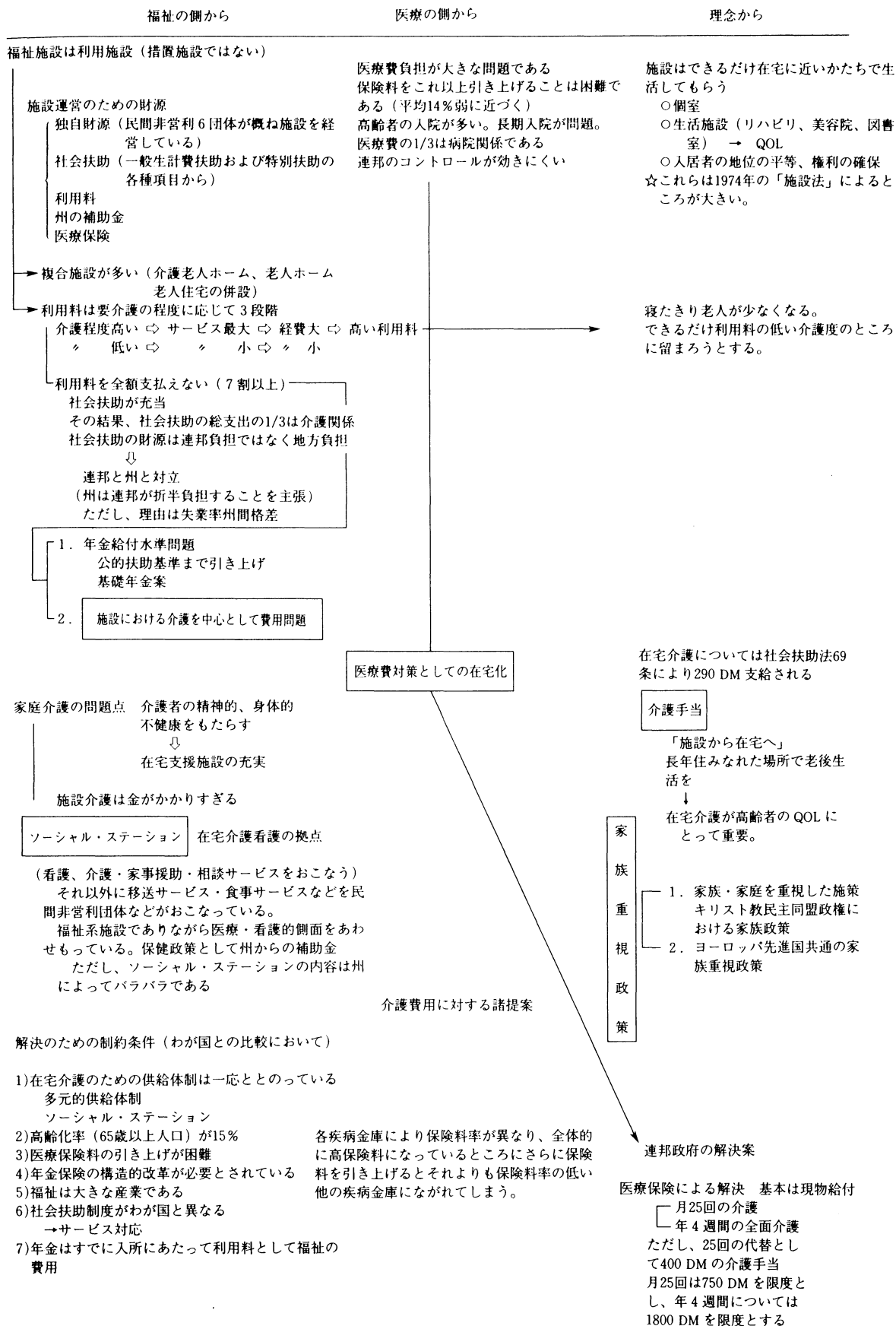
2. 西ドイツにおける介護費用の負担に関する諸提案

西ドイツにおける既存案を整理すると次のようになる。

- A. 年金保険をつかった介護保険給付
社会保険方式
- B. 医療保険をつかった介護保険給付
社会保険方式
- C. 医療保険の機構をつかった介護保険給付
社会保険方式
- D. 介護法（連邦政府の資金を用いて）税方式

このなかで多くの提案はBからDにいたるものである。その理由として、A案「年金保険制度を用いた介護保険給付」の場合、すでに介護老人ホーム、老人ホームの施設体系から、給付される年金が活用されており、結果的に福祉の領域の財源として機能していることがあげられる（一般にヨーロッパ先進国では、施設入居にあたって利用料としての年金の活用が求められている。しかし、万一それで足りない場合には一定率、ないし一定額については利用料支払いから控除ないし、還付される）。また、わが国の新年金制度体系のように基礎年金部分たる被用者の国民年金は、夫婦ともに個人単位で給付さ

図1 西ドイツにおける介護をめぐる条件と問題状況



れるわけではない。したがって、わが国では年金を用いた介護給付の選択の余地があるものの、西ドイツでは被保険者本人に対する給付にするのか、被保険者の配偶者が要介護状態になった場合の取り扱いをどうすべきなのか、さらに本人に対する給付なのか介護者に対する給付なのか整理すべき課題が多い。さらに西ドイツの年金制度はすでに高齢者が医療保険制度に対し、保険料支払いを個人ベースでも、制度ベースでも行っており、医療制度に対しすでに財政的な貢献がなされている。

以上の理由からA案については、それほど十分な検討は行われなかった。

B以降については、かなり綿密な検討が行われている。Bの医療保険を使った介護給付は、既存の疾病金庫の保険給付のなかに新たに介護給付を加えるというものである。この案では現行医療保険制度の給付拡大によって在宅介護のためのサービス費用を支払えることになるが、施設には介護給付は適用されない。そのため施設介護をめぐる問題の直接的解決にはならない。また、既存の医療保険の被保険者が適用になるので、それらの者については自動的に適用されるが、既存公的 disease 金庫に加入していない人びとがもれてしまう。さらに先に述べたように保険料率をこれ以上あげると、他の医療保険へ移動してしまう恐れがある。このB案は保険給付を拡大し、在宅についてだけ給付を行うということであるから、連邦政府の解決案に近い。

C案はB案と医療保険に接近した介護保障である。しかし、C案では事務について既存の疾病金庫を用いるが、既存疾病金庫 = 医療保険のなかの保険給付の拡大として問題を解決するのではなく、介護保険として別建てで成立させようというものである。それによって全国民に対し強制加入を行うことも可能であるとしている。これについては連邦公私福祉連盟案が該当する。この福祉連盟案については後に述べよう。

このようにA案、B案、C案はそれぞれ社会保険方式によるものである。稼得期における保険料の積み立て、ないしは賦課方式の長期保険 = 年金保険によって（高齢障害給付）、また医療・保健関連の社会的リスクの分散としての短期保険 = 疾病保険によって（看護・介護の中間領域として、また医療保険における医療給付ないし現金給付として）介護給付

を行うことは、ともに社会保険としての理論的妥当性を有し、介護のみを自己責任の原則とすることは、他の給付の事巾と比較したとき説得力をもたないといえよう。また、社会保険は原則として労使折半であることから、介護に関する給付についてすべて事業主負担が期待できる制度となっている。

D案は税方式によるものである。介護法という新法によって、連邦と州が共同して資金を調達し、補助金により介護給付の価格を大多数の高齢者が支払える程度に下げようというものである。この方式は施設介護の費用問題に対し、とくに貢献できる案といえよう。

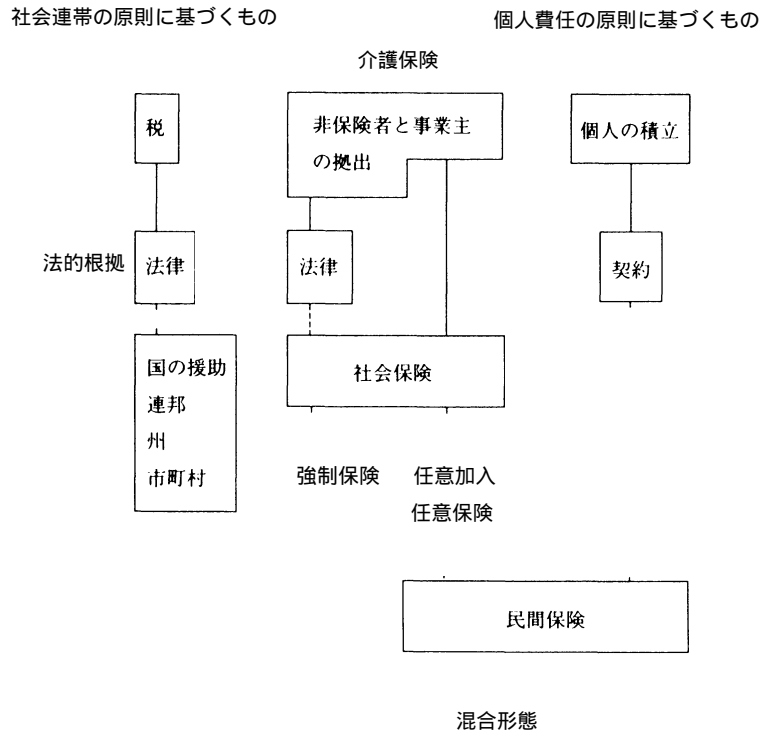
しかし、このD案を採用するならば、莫大な費用がかかることが予想される。社会扶助は従来から州などによる地方負担が原則であり、連邦の負担はない。したがってこのD案は連邦に介護に関する財源について応分の負担を求めたものであり、連邦としては社会扶助の地方負担に関する抜本的な見直しに結びつくものとして避けたい案である。

さて、このような介護負担に関する案は、図示すれば図2のようになろう。A案からD案まではいずれも社会連帯の原則に基づくものである。すでに述べたように要介護という状態は社会的リスクとして個人では十分対処できない問題となりつつある。したがって、要介護状態とそれとともに金銭およびサービスに対するニーズについて社会的に保障するということは社会的合意となっている。しかしながら、たとえば、年金制度が公的年金（基礎部分と所得比例部分）を基礎にしつつも、基金や企業年金、さらには個人年金によって将来に備えることはならぬ問題はないし、積極的に推進されることであるように、介護についても、そのような上乘せ部分は作り得るのである。

これは、図2の右端の部分であり、具体的には生命保険や民間疾病保険が相当する。これについて簡単に説明してみる。

将来に対する個人の積み立てとしての民間生命保険の場合、1986年9月以来、連邦保険監督庁の認可により発売されている。介護の認定は医師が行うが、その認定の基準となる要介護の定義は、疾病・身体の障害・衰弱により日常の生活動作が円滑にできないために他人の援助なしにはかなりの範囲で従来の生活が営めないという状態となっている。

図2 介護費用に関する構造



出典：栃本一三郎「西ドイツにおける介護施策と介護費用の負担問題」 社団法人全国社会保険協会連合会「医療保険制度のあり方等に関する調査研究」208頁

給付は住宅・施設を問わず、また介護者が専門家であろうが、家族、知人であろうが給付が行われる。給付の内容は介護年金と死亡一時金、老齢年金である。介護年金は介護の程度に応じて支給され、老齢年金は85歳以上の高齢者に健康状態とは無関係に支給される。さらに一般の生命保険と同様、配当もできることになっている（ただし、保険料に対する税制上の優遇措置はない）。

民間疾病保険による介護保険は、介護を疾病の特定ケースとみるので、家庭で介護されていても、実際にコストという形であらわれない限り給付されない。あくまで、医療にかかる費用の支弁としての保険なのである。なお、ソーシャル・ステーションと施設介護の場合では給付率は異なり、また、医療保険であるから介護状態の発生後も保険料を継続して支払う必要がある。

民間保険による介護商品のうち、年金保険によるものはわが国の郵政省簡易保険局で検討されたものと類似している。

なお、これらの民間生命保険ならびに疾病保険による介護保険商品は、それほどの売り上げを示してはいない。また、わが国においてもこれらと同様な商品が開発されているが、繰り返し論じているように、西ドイツではすでに介護サービスの供給体制は一応整備されており、わが国のようにこれから整備するわけではないこと、さらに施設体系のあり方と費用徴収システムがわが国と異なっていることから、これら民間保険といえどもわが国とは完全に機能が異なっている。

次に、先のC案の代表として、かつ介護に関する費用負担について、最も包括的であるドイツ公私福祉連盟案について概要を述べてみよう。この介護保険案は、西ドイツにおける議論のなかで最も現実的であり、大きな役割をはたしたものであり、さらにわが国の今後の選択を考えるうえで多くの政策的インプリケーションを含むものである。

(1) 介護保険は事務について医療保険組合と結び付ける

そもそも要介護状態は医療・健康の要サーピスの状態と連続する側面が多い。また、實際上、要介護状態の重度化と疾病罹患率は相関しており、密接に結びつく領域なのである。

既存保険組合に結びつけることによって適用事務等、事務上の新たな経費や手間が省ける。被保険者の範囲や拠出義務等準拠可能な部分が多いのである。

疾病保険の給付として傷病手当金の継続給付があり、これらも介護保険の給付の考え方として参考になる（わが国のような老人保険制度がないので）。

介護に関する保険給付を行うとしても、既存の疾病金庫の資産や収入を損なうことがあってはならない。つまり、疾病金庫内で独立した事業として行い、別会計とすべきである。

() 適用の範囲

公的疾病保険の強制適用ないし任意適用者すべてを介護保険の被保険者とする。

() 給付要件

給付の請求権は要介護の状態が存在したら発生する。通常の生活における日常的、規則的な反復動作に障害が生じたり、疾病によってかなり範囲にわたって看護や介護を常時必要とする時、請求できる。

この要介護の定義は社会扶助法69条（家庭内介護手当）および連邦戦争犠牲者援護法35条の規定とほぼ同様である。

最低15年間の保険料支払い期間が給付の条件、さらに申請前の直近5カ年のうち36カ月保険料を納付していること。

ただし、経過措置として、現行公的疾病保険加入者はその加入期間を介護保険の加入期間としてみなす。

配偶者に対する適用は被扶養者として適用給付は申請主義

() 要介護の際の給付

A 家庭内介護

家庭内介護が施設介護に優先されるべきである。

定額の介護手当を介護ニーズの程度によっ

て三段階設定し給付を行う。三段階の基準は連邦戦争犠牲者援護法による。

介護程度 月額 342DM

介護程度 月額 581DM

介護程度 月額 824DM

介護手当は毎年調整し、給付はとくに施設介護を回避するために優遇されるべきである。また手当は経活状態と関係づけて給付されるべきである。

介護手当が支給されても、なおかつそれ以上に専門的な介護が必要な場合、社会扶助関係から補完的給付を行うこと。

B 施設介護

施設における給付は、できるだけ実際に施設において介護関係で支出した実際額に近づけて標準額を設定する。ただし、それぞれの施設の人尿費用とは直接関係させずに一般基準額とする。

介護にかかる費用の実費ではなく、見積もり額として支給する。

介護等級により介護単価を段階的にすることも考えられる。

介護単価の改定は賃金協約で定められた人権費、物価上昇等を勘案しつつ行われるべきである。

介護単価は直接、間接に介護にかかる支出の3分の2程度、少なくとも5分の3を下回ることがないように設定されるべきである。

ホテルコスト（日常生活費）は要介護者の収入や資産によって賄われるべきである。ただし、必要があれば社会扶助による。

C 給付期間

介護ニーズがある期間

D 他部門給付との関係

介護保険給付が社会扶助に先行、その他の給付は介護保険の給付に先行

医療との関係

医療上の看護は介護保険の対象とはせず、従来どおり疾病保険の規定を拡大すべきである。

在宅で介護をおこなう親族に対し、家庭介護期間を年金払い込み期間としてみなす。また、税制上の優遇措置を行う。

保険料拠出は労使折半とする。

3. わが国の選択

以上1, 2において西ドイツの介護をめぐる制度的基盤、介護費用の保障に関する問題状況とその解決策について簡単にみてきた。施設における負担問題や社会扶助の問題から発生した介護保険の構想が、在宅化や医療費問題のなかで比重が移っていったということが明らかであろう。それは、たとえば、今回の政府が選択した在宅支援策として4週間の完全介護が介護老人ホーム等でのみ適用され、病院系の短期ステイは認めないというところにも現れている。

それでは、今後わが国が高齢化社会となり、要介護の問題が最も国民生活にとって重大な問題となることが予想され、もはや避けて通れない社会政策の課題となった今日、ただちに何をなすべきかについて、西ドイツの議論を念頭に置きつつ考えてみよう。断るまでもなく、たんに西ドイツの供給スタイルや解決策を是とし、そこから学ぶということが目的ではない。わが国の抱える問題点を浮き彫りにするための準拠枠として、さまざまな課題を見落とさないために西ドイツの例を手がかりに若干の考察を行おうとするものである。

さて、介護の問題はサービスの提供の面でも、費用負担の面でも、さらにマンパワーの面でも最も重大な問題となる。しかも問題は長い時間をかけてではなく急激なスピードで高齢化がすすみ、さらに人びとの生活スタイルがかなり変化しつつあるという状態のなかで選択を迫られているということである。とくに人びとの生活スタイルが各年齢コーホート間で遠いが顕著でないなら、その対応は現在の高齢者に対するサービスや高齢者および家族の意識を基礎として将来を想定することが可能である。しかし、もし仮に各年齢コーホート間で、生活スタイルや意識が大幅に変化することが予想されるなら、現在を基準として判断することは問題であろう。現在がそのような社会変動期にあるということは多くの識者が認めるところである。また、高齢者の介護に関するさまざまな問題は、複数の年齢コーホートにまたがるという世代間の関係を含み、さらに当事者である新たな高齢者自身のサービスに対する選択は、現在、要介護期・虚弱期を迎えている高齢者と

は異なる生活歴をもつことから、当事者の主体的な選択にまかされるべきである。利用者主権に立ち、そのような選択に対応した施策の積極的な構築が今後望まれるのである。この点は他の行政領域ですすでに当然のこととなっている。

このような観点にたったとき、今後の介護をめぐる施策を、現在の給付やサービス、そして実際の介護の現状の積み上げからのみ判断していくことは、確実ではあるものの、いずれ不十分であったことが明らかとなるであろう。

以下、わが国が介護に関する費用負担の方法を選択するにあたって留意しなければならない点について簡単に記してみよう。

わが国の今後の社会サービス、ここでは要介護や虚弱高齢者に対するサービスがどの程度充実するのかについて社会的合意は具体的には示されていない。しかし、各種調査で将来に対する介護不安が大きいということはよく論じられている。

ここで、第一の選択として、「貧しい社会サービス」を選択するのか、「豊かな社会サービス」を選択するのか、という基本的な選択がある。もちろん、一般的には後者を良いものとし、最初から前者を選択するものは多くないであろう。しかし、財源問題や費用負担、さらに、経済とのかかわりやマンパワーの確保などを考えると、また、現在の在宅サービスの利用度などを考えると、前者の選択も現実的な選択と呼ばれるかもしれない。しかし、ここで後者の「豊かな社会サービス」というのは次の条件を満たすものとして“豊か”としたのである。

それは、

1) 豊かなサービス

イ) ほぼいつでも - 要介護状態は24時間である
ロ) どこでも - サービスに対するアクセスが地域で極端に変わらない

ハ) だれでも一利用にあたって、同居世帯において主たる介護者や従たる介護者の存在によって利用に制限が加えられたりしない

介護等ニーズに対するサービスの種類や回数について低所得であるために、また逆に高所得であるために利用できないということがない

ニ) 購入価格は多くの人が利用可能な価格で
ホ) 自由に選択できる形で(多元的に)

へ) 質の確保

を内容とするものである。イ) からへ) までを満たすものが豊かなサービスの内実である。一方、「貧しい社会サービスとは」、イ) からへ) までの条件を欠くサービスである。利用できる時間が限られていたら、地域によってまったくサービスを受けることができないサービス過疎地とサービス過剰地に分かれてしまったら、なるほどサービスは存在していても、高額で多くの人の手に入らないとしたら、それらは豊かなサービスとはいえない。もちろん、これらのサービスが無料で提供されたり、サービスの提供量が無尽蔵でなければならないということここでは意味しない。そのようなことは現実的ではないし、そもそも介護にかかわるサービスの特性についての理解が十分とはいえない。そこにはこれからの介護サービスを利用しようとする高齢者はある程度豊かになりつつあるという前提がある。またその豊かさの意味は購買力という経済的な意味での豊かさだけではない。高齢者は従来依存的な存在とみなされてきた。しかし、今後の高齢者は自発性と自律性をもった高齢者であり、自己に対するコントロールを維持しようとする存在である。そのような年齢コーホート集団に高齢者がとってかわられるということである。従来、価格が低廉であれば、サービスの浪費を誘うということがいわれた。しかし、疾病にしる、要介護状態にしる自ら望んだ状態ではない。疾病やねたきり等の要介護状態は自律性が損なわれた状態であり、サービスなどを利用して自律性を維持しようとするものの、自律性を放棄する方向には向かわないと思われる。利用できるものであったらいくらかでも利用するといったサービスの浪費は現在考えられているほどには起こりにくいのではない(ここでは自己決定性が脆弱となる痴呆等については除外している)。

もし、この議論が理想的というなら、医療等における需要と供給の調整の技術を利用し、需要の抑制をはかることも可能であろう。医療については自由診療と社会保険診療報酬による供給体制によって、先の豊かなサービスのそれぞれの条件はほとんどは達成されている。その上で需要サイド・供給サイドの両面から調整がはかれつつある。もちろん、このような自由経済体制におけるあり方に対し、計画化の立場から資源の有効活用という観点からの異論

がだされるかもしれない。しかし、もし仮に後者の立場をとるなら先の豊かさの各条件と抵触することになる。

いずれにせよ、豊かなサービスを選択しても需給の調整は可能である。

このようにして豊かなサービスをめざすのか、計画化され選別された虚弱・要介護老人に対する最小限のサービスをパターンリスティックに提供する方向をめざすのかという選択を行わなければならない。そして前者を選択するならばそれを可能とするような財源を必要とし、また、それらが運営されるような財源調達の方法を検討しなければならない。

4. 政策インプリケーション - 福祉の構造改革

革

豊かな社会サービスを選択することがあたらしい未来を拓く

もし、仮に前者、豊かな社会サービスの実現をめざす方向を選択したとする。その場合、財源として期待できうるのは税、社会保険、および個人の家計から支払われる利用料ないし積み立てである。そのうち税に関しては消費税の導入によって多少の影響を受けるかもしれない。しかし、消費税は福祉目的税ではない。それゆえ狭義の福祉領域への財源としては消費税の導入の見返りとしてしか期待できない(ただし、老人保健制度、および国民年金については事情が異なるであろう)。また、税によって社会サービスの供給体制を整備し、その運営コストを賄うとしたら莫大な財源が必要になる。そのようなゆとりを税に求めることは現実的ではないし、現在すでに問題視されつつある措置制度等社会福祉関係の公費負担の仕組みを、時代に即応するよう改めることがそのための前提とされよう。

このように考えてくると、豊かな社会サービスを構築するためには、なんらかのかたちで社会保険制度を活用することがむしろ現実的であることが理解できる。

それでは、社会保険の仕組みを活かして豊かな社会サービスを実現するとして、その際、何に留意すべきか、検討してみよう。現在社会保険からは直接的には介護等に結びつけた給付は行われていない。しかし、もし社会保険的な形で現物給付ないし、現

金給付を行うとしたら次に述べるような観点から検討されるべきであろう。なお、介護に関する保険財源の活用の具体的な検討については別稿にゆずる。

第一に、西ドイツにおける例から理解できるように供給体制がすでに整備されている西ドイツに比し、わが国では、供給体制の基盤がまだ確立していない。次にわが国では老人保健制度が存在するという点である。以上を出発点として、以下に

- A) 福祉の領域の改革につながるのか
- B) 医療の領域の改革につながるのか
- C) シルバーマーケットにとってプラスとなるのか

という点に着目し、これらにどうこれから検討される介護保障が波及し、影響を与えるのかについて例示しよう。なぜ、このような手続きが必要かといえ、たとえば単に現金給付を介護者の慰藉として行うのでは、豊かな社会サービスを築くことにはならないし、また福祉の領域での改革や医療の領域での改革につながらないからである。もちろんそのようなことをめざさないということであれば話は別である。

そもそも、1)「豊かな社会サービス」を構築することを選択するという判断自身が、A)福祉の領域の改革につながるであろう。

この福祉の改革につながるということでは、以下、

- 2) 社会的入院を減らすことができるのか
- 3) 措置制度、措置費の体系を時代に対応したかたちに直す、ないし別の代替制度に変更するような効果を生むのか
- 4) 年金の有効利用につながるのか
- 5) 年金の役割を見直し、給付体系の変更に影響を与えるのか
- 6) 公的扶助制度の見直しに連鎖するのか
- 7) 福祉系老人福祉施設に体系に変化を及ぼせるのか
- 8) 施設介護と在宅介護の負担の公平につながるのか
- 9) 福祉施設への入所と医療系施設への入所との負担の公平につながるのか
- 10) 福祉施設に経営管理や効率性といったマネジメントの要素をふやせるのか(経営努力や質の確保が反映する体系)

といった点に社会保険を用いた介護費用負担制度が影響を及ぼしうる可能性がある。

次に、B)医療の領域の改革につながるのかについては、西ドイツの例でも示されているように、高齢者にかかわる医療費問題の解決として、介護の保険給付、在宅介護が奨励されている。この点も、わが国が介護に関する保険給付を検討する場合、非常に大きなポイントとなるであろう。つまり、介護の保険給付は、

- 11) 医療費の適正化につながるのか
- 福祉の領域と同様に
- 12) 社会的入院を減らすことができるのか
 - 13) 老人保健制度を拡大する方向に向かうのか
 - 14) 福祉施設への入所と医療系施設への入所との負担の公平につながるのか

という観点から検討されるべきであろう。なお13)についてAの領域にも波及するであろう。

最後に、西ドイツの例や近年のわが国の施策の方向からみて、今後民間営利、非営利の供給体制が社会福祉サービスの供給体制の一翼を担うことは間違いない。また、介護保険等金融商品についても同様である。そこで、

- 15) シルバー・ビジネスの購買力を高める、ないし育成する方向に機能するのか
 - 16) 年金の役割の見直し、給付体系の変更に影響をあたえるのか
- 等が課題となろう。

以上、介護の保険給付をどのような形で行うのかという具体的な検討を離れ、介護保険給付の他制度にあたるインパクトについて、いくつかの例示を行った。これらの若干の考察から理解できるように、介護費用を社会保険的な仕組みから給付する、つまり年金保険や医療保険(老人保健制度を含む)を活用する、ないしはそれ以外の方法によって介護手当を支給するという構想は、きわめて大きな意義をもつ可能性が含まれている。介護に関する費用負担問題について、いわばかつての福祉年金的なものにしてしまうのか、そうではなく21世紀のわが国を豊かで積極的な福祉社会にするためのフロンティアとするのかという選択がいま問われているのである。

介護における公私の役割分担

1. 「介護」に関する検討課題

高齢化社会の到来とともに、高齢者に関する問題がさまざまな観点から大きく検討されるようになった。

ここで検討しようとしている課題は、「介護」に関する望ましいあり方である。それは換言するならば、「介護に関する公私の役割分担」に関する事柄という内容である。さらに、細かく述べるならば、行う検討は、「介護」というもの（サービスが中心となるが、もちろんサービスだけではない）を必要とする高齢者に対して供給する場合に、その供給のあり方として、公私の役割分担をどうするのかということと、その「介護」を利用する場合に実際にかかる費用（本人が負担する額ではなく、「介護」を提供する際に実際にかかる額）を、誰にどのように負担させるのかということ、その二つの事柄の考察である。

前者の検討は、「介護」というサービス（サービスだけではないが）を供給する際に、私的、すなわち民間に任せるのか、それとも、公的機関が運営するのか、という課題を考察することである。これは、視点を変えれば、「介護」に関する民間のシブサービス（サービス）のあり方に関する検討でもある。

後者の検討は、費用負担に関する公私の役割分担をどうするのかということであり、提供される「介護」が公私のいずれから行われようとも、その際に要する費用について、利用者である高齢者自身が、または、その高齢者の身内が負担するのか、それとも、何等かの保険システム（これにも公私がある）のなかで処理するのか、あるいは、租税等を財源とした公的財源を使用するのかという課題を考察することである。

以上に簡単に述べた事柄が、本章で検討しなければならない課題である。それを一言で述べるとするならば、「介護に関する公私の役割分担」ということになるであろう。

2. 「介護」に関する定義

さて、このような課題を検討しなければならないとするならば、まずもって「介護」という言葉で包摂される範囲を明確にしておかなければならないだろう。さもないと、「介護に関する公私の役割分担」の論議が曖昧なものとなり、実り豊かな結論が得られないであろう。どのような状況の高齢者を対象として、どのようなサービス（サービスだけではないが）を提供することを「介護」と呼ぶのだろうか。

「介護」という場合には、中心的にはおそらく「ねたきり状態」および「痴呆状態」にある高齢者を念頭におき、その高齢者が日常生活を過ごすのに必要としながらも、自分だけでは不十分となってしまう各種サービスを指すものと定義できるだろう。代表的なものとしては、そうした高齢者が要する食事に関するサービス（給食・食事の際の世話）、入浴に関するサービス、排泄にとまなうサービス（排泄の際の世話）、その他日常動作にどもなう世話等々があげられるが、その内容はここにあげたものに留まらない。また、少し範囲を広げるならば、「ねたきり状態」「痴呆状態」になくとも、虚弱な高齢者の場合には、また、ある程度健康であっても、高齢であるのに単身で暮らしている高齢者の場合には、そうした「介護」の適用対象にはいつてくるかもしれない。

3. 「介護」と在宅サービスとの関連について

上記のような状態（「ねたきり状態」「痴呆状態」、および、「虚弱な状態」「単身状態」）にある高齢者に対する各種サービスを考えるとき、厄介な難しい問題がでてくる。それは、上記の各種サービスが、その上に乗っかる形となる。その基本にある住宅の問題である。もし基本にある住宅の問題をまったく無視して、その上に乗っかる上記の各種サービスだけを取り上げて、その供給体制・費用負担のあ

り方だけを検討するのであるならば、難しさもはなはだしいものとはならない。しかし、高齢者に対する「介護」というときには、当該高齢者のおかれた住宅状態というものを切り離して、まったく無視してもよいというものでもない。現に、「介護」が行われる一つの場となっている「老人福祉施設」は、「特別養護老人ホーム」、「養護老人ホーム」、「軽費老人ホーム」のいずれにおいてであれ、また、「老人保健施設」において行われているサービスは、住宅、すなわち、施設、ということと切り離せないものとなっている。

もちろん、ショートステイ事業やデイ・サービス事業を前提として行われている「在宅サービス」であれば、上に乗っかっている各種サービスだけを取り上げて、その供給体制・費用負担のあり方だけを検討することができそうである。

しかし、自宅で「在宅サービス」を享受している高齢者の場合、どのような形であれ、住宅に関しては、私的に負担していることとなる。上記の各種サービスに加えて、住宅サービスも享受していることとなる。このような状況を念頭におくならば、「介護」という事柄の下に、「施設サービス」と「在宅サービス」とを総合的に見る視点がどうしても必要となってこよう。

今述べたように、「介護」の問題を考えるにあたって、住宅に関する考慮事項がどうしても必要となってくるが、その点に関しては今回は以上に言及した事柄程度に留めて、以下の部分においては、ひとまず施設サービスと在宅サービスとの事柄には目をつぶって、施設サービスに関しては、上記の各種サービスが住宅サービスをともなったものとして、在宅サービスに関しては、上記の各種サービスだけを対象として、検討対象とする。

4. 「介護」の供給体制に関する公私の役割分担

ここで、わが国において実際に行われている「医療供給体制」「医療保障制度」を思い出してほしい。病院・診療所の運営形態としては、公私の両方が存在している。確かに、医療費の負担の面では、公的医療保険ということで、強制的に保険料を拠出させて、それを財源として、実際にかかった医療費のかなりの部分を当該保険で負担している。また、

ものによっては租税を財源とする公費で賄われている。したがって、各個人は、運営形態が公私のどちらであろうと、診療を病院・診療所で受けると、受益者としてその費用の一部を負担するものの、かなりの部分を公的医療保険あるいは公費負担、すなわち、公的負担で賄ってもらう。このように、現行医療保障制度の面、すなわち、費用負担の面では、公的負担（比率をどの程度にするかということに関する議論はあるが）が基本となっている。それは、費用負担の面において、そのように公的負担にすることがいくつかの根拠から要請されるためである。

一方、供給体制については、私的形態を基本としながらも、そのなかにあつて、公立の供給システムがいくつか存在している。これにもいくつかの根拠が考えられるであろうが、その一つに、次のことがあると思われる。供給体制を私的にすべて委ねると、民間による経済合理性・効率性ということできくつかのメリットが生かされるが、その反面、経済合理性・効率性の追求ゆえに、地域によっては、その住民に十分な医療サービスが供給されない事態が生じてしまう。公的医療保険制度が完備されているゆえ、適正な診療を行う限り、病院・診療所は、たとえ患者が貧しくとも、適正な診療を行ったことに要したフローとしての経費は保険の方から保障される。だが、病院・診療所を維持していくためには、ストック面におけるさまざまな経費を要するため、そうした病院・診療所がうまく運営されていくためには、そのことを可能にするに足る十分なニーズ・需要が必要とされる。ということは、それに対応した十分な人口が必要とされる。もしそれに足るだけの人口がないとするならば、いくら公的医療保険制度によって適正な診療を行ったことに要したフローとしての経費が保障されるにしても、経営が成り立たなくなるか、あるいは、十分な利潤が得られない可能性がでてくる。ということは、そのような地域に民間の病院・診療所が進出することはない。結果的に、その地域の住民に十分な医療サービスが供給されなくなる。逆に、十分な人口がある所では、公的医療保険制度が適正な診療を行ったことに要したフローとしての経費を必ず保障してくれるゆえ、すすんで民間の病院・診療所はその地域に進出するであろう。ある基準に基づいて、社会の構成員（国民）によって、人びとに必ず保障されるべきである

とされている量・質の医療サービスに関しては、すべての個人に等しく保障されなければならない。公的医療保険制度による費用負担面での扱いもそれを求めてのものであるが、今述べてきたように、地域によっては、それだけでは駄目であるから、そうした費用負担面での考慮に加えて、供給面での公的介入が必要となってくる。現行の病院・診療所の設立形態において、民間に加えて、公的なものが必要とされる根拠の一つとして、今述べたようなことがあげられる。

以上、医療を例にして述べてきた事柄を、そのまま「介護」の問題に適用することができる。供給体制の公私という問題は、上で述べた点（これは、決して無視することのできない大きな考慮事項であるが）を抜きにするならば、つまり、自由放任にしておいても、ニーズ・需要として生じてくる必要な当該「介護」を私的形態が十分に供給してくれるならば、その根拠から公的介入する必要性はまったくない。

ただし、そのような状況にあっても、別の根拠から公的形態の必要性が、また、私的形態の活動に対する公的介入の必要性が、生じてくる。

前者の議論については省略して、後者についてだけ述べておこう。基本的に私的形態でもって供給をさせるのだが、「介護」を受ける高齢者の立場・知識といったことを考慮して、監督・規制といった手段を用いて、公的介入を行うというものである。その場合、確かに公的介入の根拠は「介護」を受ける高齢者のためということでは十分な意味があるのだが、この公的介入はやり方を一つ間違えれば、私的形態の活動に基づくメリットをまったく歪めてしまう可能性もあるゆえ、その点に注意すべきであろう。

以上が、「介護」の供給体制に関する公私のあり方についての簡単な考察である。

上に示した施設サービスのうちどれをどの程度、また、在宅サービスのうちのどれをどの程度、すぐ上で述べてきた根拠に基づいて、公私に役割分担させることが妥当なのかについては、今後の検討が期待される。

5. 「介護」の費用負担に関する公私の役割分担

次に、「介護」に関する費用負担に関する公私の役割分担について検討することとしよう。提供されるサービスが公的形態から供給されようが、それとも私的形態から供給されようが、その際に実際にかかった費用を誰にどれだけ負担してもらおうかという事柄がここでの検討課題である。いくら公的形態の供給するサービスの提供を受けても、その費用をまったく私的に負担させることも可能である。だから、費用負担に関する公私の問題とこれまでに述べてきた供給体制の公私の問題とは別問題である。しかし、次のことに注意しなければならない。それは、前述したように、公的形態の供給機関がもし民間がそこに進出しないために設立されたとなれば、利用に関するフローの費用を私的に負担させるにしても、ストックまで含めてすべての費用を負担させてしまうならば、料金は著しく高いものとなる。もしそのようにするならば、個人はそのサービスを購入しなくなるであろう。それでも購入するとなれば、何も公的に設立させなくとも、民間の機関が自発的に進出してくるであろう。おそらく、それほど、利用料金が高くなると、その地域の個人は当該「介護」サービスを購入しなくなるであろう。ということは、その地域の個人は、ある基準から保障されるべきであるといわれている「介護」サービスを楽しむことができないこととなる。これは、問題である。だから、そのような場合には、たとえ利用料金を利用者負担させるにしても、すべてではなく、ある部分に限定しなければならない。

さて、費用負担を利用者にまったく求めないか、あるいは、求めるとしても、その一部とするならば、それ以外の部分は公的負担ということになる。一言で「公的負担」といっても、それには、公的保険というシステムを用いた方法と租税を財源とした方法というように二つ考えられる。さらに、公的保険システムといっても、現行の医療保険を用いるやり方と現行の年金保険を用いるやり方という二種類がある。

このように、費用負担のやり方はいくつかの方法があるが、その問題を考える際に重要だと思われるのは、利用者本人（高齢者）あるいはその家族が

その利用という享受を受けながらも、それに必要な費用の一部分だけを負担し、それ以外を他者に負わせることにどのような根拠があるのか、そして、それに基づいて、他者への費用転嫁をどこまで求めてよいかを検討することである。

そうした事柄を検討するためには、実際問題として、「介護」サービスを構成している各々のサービスを別個に分けて扱うことは難しいであろうが、「介護」サービス全体を一般的に論ずるのではなく、個々の「介護」サービスについて、その性質の上から、「公平」という基準に立って考えることが大切である。この場合、「公平」は二つの意味をもっている。

一つは、利用する人がその利用量に応じて負担するのが「公平」であるという受益者負担の原則に基づく公平観である。

もう一つは、国民であるならば、この社会に生きていく際に、当然の権利として、社会の構成員によって容認された高齢者のためのある種類の「介護」サービスのある量・質は保障されるべきであるという考え方に基いて、高齢者がそれを負担能力によって制約されずに等しく利用できることを「公平」とみなす公平観である。

この二つの公平観は当然衝突する。「介護」サービスの種類によって、また、同一の「介護」サービスであっても、その量・質によって、どちらの公平観をより重視すべきかが異なってくる。その程度ということとは、必ずしも経済学者が断定するような普遍的な事柄ではない。要するに、社会を構成している各構成員、すなわち、国民が定めることなのである。それは、社会を構成している各個人が社会における「高齢者」という存在をどのように捉えているか、また、それとともに、社会の経済状態がどのような状態にあるのかという事柄に依存している。

社会を構成している各個人（高齢者以外）が社会における「高齢者」という存在をどのように捉えているかは、以下に列挙するようなさまざまな視点から把握されるであろう。まず、両親・祖父母のような身内としての「高齢者」という存在に対する視点から、また、自分もいずれは年取るゆえ、将来の自己の姿であるという視点から、および、たとえ身内ではないにしても、社会における「高齢者」に対する理解をもった視点から、さらには、自分とはまっ

たく関係のない赤の他人という冷ややかな視点から、社会を構成している各個人（高齢者以外）がどのような視点から社会における「高齢者」という存在を捉えるかによって、高齢者が要する「介護」サービスをどの程度まで利用者の負担能力によって制約されずに利用させるかが異なってくる。

そして、もう一つ重要な事柄は、社会の経済状態である。これは、社会を構成する各個人（高齢者も高齢者以外も）の経済状態がどうなっているかという検討である。「高齢者」に対する捉え方であるが、もし単純に高齢者が相対的に貧しく、若年者が相対的に豊かであるとするならば、「高齢者」に対する理解が深いことに基づいて、高齢者の自らの負担能力に制約されずに「介護」サービスを利用できるという程度が大きくなって、決して問題にはならないであろう。しかし、もし現実社会において、高齢者にも若年者に比して相対的に富裕な者がいるとするならば、「高齢者」に対する理解が深いことによって、高齢者が自らの負担能力に制約されずに「介護」サービスを利用できる程度が大きくなるならば、それはそれで良い面をもつ反面、その結果として、利用者として十分な負担能力を持ちながらも、それを自己負担しないで、その分を相対的に富裕でない若年者が負うということになるので、これは別の意味の「不公平」を招くこととなる。ゆえに、高齢者およびそれ以外の個人がおかれた経済状態ということは、この問題を考慮するに際して、決して無視することのできない重要な点なのである。

だから、中立的にこの問題を考えるとするならば、社会における「高齢者」という存在を決して冷やかに捉えるのではなく、理解を持ちながら、また、若年者の将来の姿というように捉えるが（この捉え方は保険に強制加入させるための説得的な根拠となりうる）、しかし、高齢者の負担能力（公的年金をはじめとした高齢者の経済状態）を正しく把握し、あわせて、高齢者以外の人びとの経済状態も把握し、もし利用者の負担能力によって制約されずに高齢者が「介護」サービスを利用できる程度を大きくさせるとするならば、高齢者以外の人びとにどのような負担が及び、その結果、彼等の経済状態がどのように変化するかということを探る必要がある。この辺の事柄となると、経済学者の領域となってくる。そこで、以上のような考察を行った上で、「介

「介護」サービスの種類によって、また、同一「介護」サービスであれば、その量・質に応じて、利用者に自己負担させる部分と何らかの方法に基づく公的負担によって利用者以外の個人に負担してもらう部分との間に線を引かなければならない。

さて、ここで必要という事柄に関して目を向けておこう。必要は、二つに分けて考えなければならない。

(1) 第一は、高齢者として、現在のこの社会に生きる人間として、ある基準から、当然に必要であると社会の構成員（つまり、国民）によって認められた特定の量・質の「介護」を必要とすることであり、それは、ニード、あるいはニーズ、という言葉で呼ばれるものである。

(2) 第二は、高齢者がより豊かにより快適に高齢期の生活を行っていく上において、「介護」を必要とするということであり、それは、ダイヤモンド、あるいは、需要、という言葉で呼ばれるものである。必要という言葉のなかにはこの二つの意味が含まれている。

(1)のニード、あるいは、ニーズ、というものについては、の公平観が重要であり、(2)のダイヤモンド、あるいは、需要、というものについては、の公平観が重要である。

ここでいう(2)の要素の強いサービスについては、なるべく自己負担の要素を大きくする必要がある。それに対して、(1)の要素の強いサービスについては、なるべく公的負担の要素を大きくする必要がある。

ただし、難しいことは、実際の介護サービスをどのようにきれいに両方に区別できるかどうかという点である。

さて、もし区別できるとするならば、ある部分を公的負担に求めるようになる。公的負担といっても、その財源を租税に求める方法と、保険に求める方法とでは、その根拠は当然異なってくる。さらに、保険にするにしても、「介護」サービスの供給に要する費用の援助ということを保険システムに入れるには、実際的にどちらの方がやりやすいかという技術的な問題は別にしても、医療保険と年金保険のどちらでやるかということに関しては、保険理論の面で改めて検討を行わなければならない。

6. 「介護」の費用を「公的医療保険」で賄う場合と「公的年金保険」で賄う場合との比較

ここで、もし「介護」サービスの費用を公的保険というやり方で負担させる場合のことに関して、若干考察してみよう。上記のごとく、その際、医療保険で行うやり方と年金保険で行うやり方という二種類がある。この二つの間にはどのような違いがあるのか、そのことについて、簡単に検討してみよう。

われわれはとかく「医療保険」というと、現物給付という点を強調して、その点で年金保険と異なってくると思いがちである。もちろんその点は確かにそうなのだが、現物給付といっても、医療保険システムが患者に医療サービスを提供してくれるわけではない。そうした供給は、いうまでもなく、病院・診療所が行うのである。医療保険はあくまでも患者（被保険者およびその家族）に供給された診療に要した費用を負担するにすぎない。そうした点に着目するならば、医療保険も年金保険と同様に現金を給付する（直接・間接という違いがあるが）ということを行っているのである。ただし、給付される相手が被保険者本人および家族ではなく、彼等に診療を供給した医療機関という違いがある。さて、なぜ、このような事柄を述べるかということ、医療保険・年金保険の両方を結果的に現金を保障するというように統一的に捉えた上で、両者の相違点を明確にしたいがためである。

ならば、その相違点とは何か。前述したように、確かに相手は医療機関ではあるが、医療保険はかかった医療費を保障するというものである。年金保険は年金という形で所得を保障するというものである。さて、ここで重要なことは、医療保険においては、医療費の保障という形で給付されるものが、保険料を拠出したというその一つの実事だけに依存しており、その拠出額にはまったく依存していないことであり、さらに、その医療費の保障という形で給付されるものが実際に要した医療費（それがどのような額になろうとも）の一定割合について必ず保障されるということである。つまり、保障される額は、医療給付率（9割あるいは7割）に実際に要した医療費を乗じたものということとなる。医療給付率（9割あるいは7割）が固定されていても、実際

に要した医療費が上昇すれば、保障される額も当然上昇する。これは、医療というそのものの特殊性から、それを保障することが必要であるというところからきているのであろう。また、それに加えて、高額医療費の保障もある。そうした褒章は、医療保険が傷病というものの発生をリスクと考えているため、病気に罹った個人とそうでない個人とを比較するならば、拠出額に違いがないゆえ（もちろん被用者の場合には所得による相違はあるが）、保険的には必ずしも公平ではない要素も指摘される。ただし、これは所得の低い人にも十分な医療保障をしようとする意図からやむを得ない面もあるが。

一方、年金保険は高齢ということをリスクと考えており、そのリスクの発生した個人に、事前に拠出したその拠出額に依存した年金額の保障を行うものである（2階建部分を含めて）。そうした高齢というリスクは、今日では、平均寿命の伸長によってほとんどの人が等しく経験するようになってきている。年金保険の場合、保障される額は、医療保険と二つの点で異なっている。一つは、過去の拠出額に依存する部分があるということである（2階建部分において）。もう一つは、年金額もインフレーションや一般生活水準の上昇に応じて大きくなっていくゆえ、時系列的に見るならばその額は上昇していくものだが、ある一時点で捉えるならば、定まった算定式に基づいた額だけが各個人に保障されるゆえ、それは、医療保険が実際にかかった医療費に依拠して、いい方が悪いが、医療であるゆえ、医療給付率を前提としつつも、無制限に保障することとは違っている。

さて、もし「介護」サービスに要する費用を公的保険で賄うとするならば、上記してきた事柄から、どちらの形態の方が妥当であろうか。

検討すべき点は、「介護」サービスに要する費用を保障する場合、その額を拠出額に依存させる必要があるのか、また、保障額に制限（上限）を設けたり、一定額の保障ということにするのか、それとも医療保険における保障のように、医療給付率（9割あるいは7割）を固定させても、その比率の下で要した費用についてはすべて必ず保障するのか、という事柄である。こうした検討課題は、結局、現行の医療保険方式をとるのか、それとも、年金保険方式をとるのか、という事柄につながってくる。もちろ

ん、これとは別に、現在ある公的保険制度を前提として、そこに新たに「介護」サービスに要する費用を公的保険で保障するとなれば、技術的にどちらの方がやりやすいかという重要な検討課題もある。現時点ではこれらすべてに解答をみいだすことは不可能であり、今後さらに検討をすすめていくことが求められる。

介護費用にかかわる最近の動向

厚生省は労働省と共同で、第113回臨時国会に「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（福祉ビジョン）を提出した。同福祉ビジョンでは、とくに今後の本格的な高齢化社会に向けての在宅福祉サービスの大幅な拡充が重要であるとの認識のもとに、高齢化社会における老人福祉施策の充実強化の方針とその整備目標を明らかにした。

その後、消費税導入の国会審議に関連して政党間で在宅老人福祉施策の拡充について協議がなされた。このことは在宅老人福祉施策の充実が大きな焦点となっていることを表している。

ここでは、この政党間の協議以降、さまざまな動きがあった在宅老人福祉対策について概観する。

1. 在宅老人福祉対策の緊急整備と内容改善

在宅老人福祉サービスの緊急整備にあたり、平成元年度はたんに量的な整備にとどまらず、家庭奉仕員派遣事業の補助率の引き上げと手当の改善、デイ・サービス事業の運営内容の多様化、ショートステイの利用料の改善等の内容改善を行うことにより、市町村の整備や利用者の利用が促進できるような措置がなされた。

この背景には、さきに述べた政党間協議で、家庭奉仕員派遣事業、デイ・サービス事業、ショートステイ事業のいわゆる在宅3本柱といわれる事業について、今後3年間で緊急整備を行うといった政策合意がなされたことがある。

自民党が「基本的にその方向で実施する」と回答した在宅3本柱の目標

家庭奉仕員派遣事業 平成3年度

50,000人
 ショートステイ事業 平成3年度
 10,000床
 デイ・サービス事業 " 2,500床

(1) 家庭奉仕員派遣事業

家庭奉仕員の増員

家庭奉仕員派遣事業について、下表のとおり平成元年度において、2万7105人から3万1405人に4500人の増員が行われることになった。

	昭和63年度 (1988年度)	平成元年度 (1989年度)	平成12年度 (2000年度)
家庭奉仕員数	27,105人	31,405人	50,000人
予 算 額	9,008百万円	17,986百万円	

(注)平成12年度の数値は、「福祉ビジョン」に示された目標数値

(参) 家庭奉仕員派遣事業の内容改善

今後、高齢化社会に向け、家事援助にとどまらず、ねたきり老人の介護援助の充実が大きな課題となっている。

このため家庭奉仕員の手当額に対する国庫補助については、従来、業務内容にかかわらず、一律同額であったが、介護中心型のサービスは家事援助中心型のサービスに比べ、専門性が要求される等の理由から、ねたきり老人等の介護を行う場合の家庭奉仕員の手当額に対する国庫補助については、大幅な改善が図られることになった。

一方、利用者負担額については、介護中心型の場合も家事援助中心型と同じ額としている。

昭和63年度 平成元年度
 1,574,819円 介護中心型 2,398,472円
 家事援助中心型1,610,981円

補助率の引き上げ

家庭奉仕員派遣事業はデイ・サービス事業、ショートステイ事業とならんで、在宅福祉施策の中核的事業であり、今後さらに充実を図ることが必要であることから、今回の補助率の見直しの一環として、平成元年度に国の補助率を1/3から1/2に引き上げ、都道府県および市町村の

負担は、それぞれ1/4とすることになった。

(2) デイ・サービス事業

デイ・サービス実施箇所数の増設

デイ・サービス事業について、下表の通り平成元年度において、630力所から1080力所と450力所の増設が行われることになった。なお、福祉ビジョンでは、将来的には小規模も含め1万力所程度を目標に整備をすすめることが示されている。

	昭和63年度 (1988年度)	平成元年度 (1989年度)
箇 所 数	630力所	1,080力所
予 算 額	4,633百万円	9,201百万円

デイ・サービス事業の内容改善

平成元年度においては、デイ・サービス事業の運営内容について、現行のデイ・サービスセンターを基本として、利用者のうちねたきり老人等が一定割合以上のデイ・サービスセンターを重介護型、利用者が主に虚弱老人であるデイ・サービスセンターを軽介護型として区分し、下表のように三類型に多様化することになった。

	事 業 内 容
	生活指導、食事、入浴、機能訓練
	生活指導、食事、入浴、機能訓練
	生活指導、食事

(3) ショートステイ事業

ショートステイ用ベッドの増設

ショートステイ事業について、下表の通り平成元年度において、2374床(対象人員4万9795

	昭和63年度 (1988年度)	平成元年度 (1989年度)	平成12年度 (2000年度)
対象ベッド数	2,374床	4,274床	50,000床
予 算 額	648百万円	1,235百万円	

(注)平成12年度の数値は、「福祉ビジョン」に示された目標数値

人)から4,274床(同11万1423人)と,1,900床の増床(同6万1628人増)となった。

ショートステイ事業の内容改善

ショートステイ事業の利用料について,従前は介護疲れ等の私的理由については,全額自己負担となっていたものを,平成元年度より,病氣,冠婚葬祭等社会的理由と同額の利用料とすることに改められることになった。

また,一定規模(20床)以上のショートステイ事業を行う特別養護老人ホームに送迎用バスおよび運転手を配置すること,新たに特別養護老人ホームを整備する場合には,原則として必ず一定規模のショートステイ専用ベッドの整備を行うことになった。

私的理由による	昭和63年度	平成元年度
利用料(1日当たり)	5,200円	1,890円

2・臨時福祉特別介護給付金の支給等について

(1)臨時福祉特別介護給付金の支給

今般の税制改革における消費税の導入にともない,老齢福祉年金,特別障害者手当の受給者等の生活の安定と福祉の向上及び低所得者の在宅ねたきり老人等に対する在宅介護の支援をするため,臨時特例の措置として,昭和63年度補正予算成立後,臨時福祉特別給付金の支給を行うこととし,さる1月19日「臨時福祉特別給付金支給要綱」が閣議決定された。

この発端は,昨年,野党が消費税の国会審議に関連して,政府に「3年間緊急増進計画の実現までのつなぎの措置として,年収300万円以下の世帯のねたきり老人に対して月額5万円の老人介護手当を支給」することを要求したことにある。

これに対し,政府は,対象人員が不明であること,2年間のつなぎ措置としても莫大な予算を必要とすること,等の理由から,平成元年度予算編成までに両党間で協議すると回答。その後の協議の結果,低所得者等に対する措置として昭和63年12月22日,自民党と公明・民社党間で臨時福祉給付金の支給が,また,自民・公明両党間で臨時介護給付金の支給がそれぞれ合意されたものである。

臨時福祉特別給付金の概要

1 臨時福祉特別給付金の種類

- (1)臨時福祉給付金
- (2)臨時介護福祉金

2 支給対象者

- (1)臨時福祉給付金(約420万人)
 - ア 老齢福祉年金,特別障害者手当,原爆諸手当等の受給者
 - イ 市町村民税非課税世帯に属する70歳以上の者
- (2)臨時介護給付金(約20万人)
 - 市町村民税非課税世帯に属する在宅ねたきり老人等,特別障害者手当等の受給者

3 支給額

- (1)臨時福祉給付金 対象者1人につき1万円
- (2)臨時介護福祉金 支給対象者1人につき5万円

(2)在宅介護を振興するための事業について

昭和63年度の補正予算では,在宅介護事業の振興をはかるため,社会福祉・医療事業団に100億円の追加出資を行い,その道用益をもって在宅介護事業の充実を図るために,必要な事業を行うことになった。

これは,社会福祉・医療事業団法第21条第1項第8号に基づく厚生大臣の認可業務として,

- ア 在宅事業者,在宅介護者等に対する介護技術等の指導・情報提供
- イ 介護機器等のレンタルの普及と各種機器等の開発促進普及事業の実施
- ウ 各地域における先駆的で独自の在宅サービスのモデル研究・評価事業
- エ その他在宅介護の普及向上に資する事業の在宅介護事業振興のための事業を行うものである。

3・平成元年度税制改正

昭和63年12月30日に公布された税制の抜本改革法(昭和63年法律第107号から第112号まで)及び平成元年度の税制改正において,ねたきり老人等にかかわる所得税控除額の引き上げなどが,次のように行われた。

(1) 所得税における所得控除額の引き上げ

今回の税制の抜本改革法においては、ねたきり老人等に関する所得税の所得控除額が、昭和63年80万円から平成元年120万円に引き上げられた。

ねたきり老人等（70歳以上）を同居して扶養している場合

昭和63年	平成元年
80万円	120万円

(2) 住民における寝たきり老人等にかかわる所得税控除額の引き上げ

税制の抜本改革法における所得税の改正を踏まえ、住民税におけるねたきり老人等への所得控除額についても、現在（抜本改革後ベース）の72万円から91万円に引き上げることとされた。（平成2年度から実施）

ねたきり老人等（70歳以上）を同居して扶養している場合

抜本改正	平成元年度改正
72万円	91万円

(3) 在宅療養の介護人に関する費用に係わる医療費控除の適用

平成元年度の税制改正において、医療と一体的に提供される在宅介護サービスについて、その介護人に要する費用を医療費控除の対象とし、その周知・徹底を図ることになった。

なお、これまでは、保健婦、看護婦、準看護婦又は特に依頼した者による療養上の世話が医療費控除

の対象であり、病院に入院中の付添看護は対象となっていたが、在宅療養についての扱いは統一されていなかった。

〔解説〕介護費用の社会的負担制度をめぐる論議

1. はじめに

介護費用の社会的負担制度のあり方をめぐる論議が活発になっている。その主な論点は、(1) 介護需要の増大とそれに対応する介護サービスの未整備状態の問題、(2) 医療・保健・福祉の入所施設間、あるいは在宅と施設間の費用・サービス内容の制度的アンバランスの問題、(3) 介護あるいは介護費用とは何かといった、介護そのものを医療、看護といかに区別するのか等の問題、そして、(4) そうした介護費用の調達をめぐってどのような制度、水準を考えるのかといった具体的な財源確保、給付方法、水準に関する問題、さらに(5) 介護費用によって形成される新たな介護サービス供給体制の整備の問題まで及んでくる。とくに費用調達方法をめぐっては、医療保険制度、年金制度による新たな介護給付や新たな社会保険制度による介護給付、そして私保険による介護給付などが、それぞれの長所、短所をめぐって幅広い論議がされている。

こうした介護給付をめぐる論議は、国会においても、今般の税制改革における消費税の導入にともない活発に行われたが、その結果は、臨時福祉特例給付金という老齢福祉年金、特別障害者手当の受給者等の生活の安定と福祉の向上、及び低所得者の在宅ねたきり老人等に対する在宅介護の支援のための臨時特例の措置にとどまった。今後、新たな議論が行われることは必至であろう。

また、厚生省内の議論は、一部に報道はあるが、現状は不明確である。ただし、厚生省の中堅職員による厚生省政策ビジョン研究会の「変革期における厚生行政の新たな展開のための提言」（63・1）においては「超高齢化社会が到来しても、国民が老後の不安なく明るい生活を過ごせるためには、年金を使って介護サービスや医療サービスを受けられるようにしたり、医療サービスと介護サービスの一体化をはかるなど、これまで別々に考えられていた年金、

(参考) ねたきり老人等の所得控除

区 分	個人住民税	所 得 税
扶養控除合計	62万 72万 91万	62万 72万 91万
扶養控除	28万 30万 30万	33万 35万 120万
扶養控除の老人割増	適用無 適用無 適用有	適用無 適用無 適用有
同居老親加算	適用無 適用無 適用有	適用無 適用無 適用有
同居特別障害者加算	8万 14万 21万	14万 20万 30万
特別障害者控除	26万 28万 28万	33万 35万 35万

個人住民税：消費税法等税制抜本改革前 改革後 平成元年度改正

所 得 税：消費税法等税制抜本改革前 国会における修正前 修正後

介護費用の社会的負担制度のあり方を求めて

ねたきり老人にかかわる所得控除の改正（所得税）

（現行 政府案）

	同居特別障害者 扶養控除		同居老親等扶養 控除
	14万 20万		7万 10万
一般の扶養控除		老人扶養控除	
33万 35万		39万 45万	
特別障害者控除			
33万 35万			

	ねたきり老人 別居・扶養	ねたきり老人 同居・扶養	健康な老人 別居・扶養	健康な老人 別居・扶養
（現行）	66万	80万	39万	46万
（政府案）	70万	90万	45万	55万

（現行 政府案 修正）

	同居特別障害者 扶養控除	（修正内容）
	14万→20万 →30万	額を10万円上積み
	同居老親等扶養 控除	新たに適用を認める
	7万→10万	
	老人扶養控除	新たに適用を認める
	39万→45万	
	特別障害者控除	
	33万→35万	

	ねたきり老人 別居・扶養	ねたきり老人 同居・扶養
（現行）	66万	80万
（政府案）	70万	90万
（修正）	80万	120万

ねたきり老人にかかわる所得控除の改正（個人住民税）

（現行 政府案）

	同居特別障害者 扶養控除		同居老親等扶養 控除
	8万 14万		4万 7万
一般の扶養控除		老人扶養控除	
28万 30万		29万 35万	
特別障害者控除			
26万 28万			

	ねたきり老人 別居・扶養	ねたきり老人 別居・扶養	健康な老人 別居・扶養	健康な老人 別居・扶養
（現行）	54万	62万	29万	33万
（政府案）	58万	72万	35万	42万

（現行 政府案 平成元年度改正）

	同居特別障害者 扶養控除	（修正内容）
	8万→14万 →21万	額を7万円上積み
	同居老親等扶養 控除	新たに適用を認める
	4万→7万	
	老人扶養控除	新たに適用を認める
	29万→35万	
	特別障害者控除	
	26万→28万	

	ねたきり老人 別居・扶養	ねたきり老人 別居・扶養
（現行）	54万	62万
（政府案）	58万	72万
（修正）	63万	91万

医療，福祉政策の統合化が必要である」とし，介護費用をめぐっての新たな制度に関する提言がなされている。

介護手当の実態については，全国社会福祉協議会・全国民生委員児童委員協議会が行った「市町村における介護手当実施状況一介諸手当実施状況調査結果（ ）（ ）一」（62・12）によって，一部の自治体以外は介護者への慰労金的なレベルの給付しかなくされていないことが明らかにされている。

介護費用制度をめぐる基本論議としては，西川藤三「特に費用負担の視点から介護問題を考える（上・中・下）」（『厚生福祉』時事通信社，62・12・19-12・26），沢村幸生「介護費用をどう調達するか - 西川論文の継承と進化を目指して -」（『厚生福祉』時事通信社，63・6・29）及び，西ドイツにおける介護費用制度と日本への導入をめぐる古瀬徹，栃本一三郎の一連の論文があげられる。

西川論文は，年金制度を活用した公的介護給付を支給する仕組みの導入を通して，現在の医療，保健，福祉サービスの再体系化を試みたものである。とくに，医療関与という視点から要介護老人への対応の現状や問題点の分析を行い，医療，保健，福祉の各入所施設の関係や在宅との比較を行っている。そこでは，老人保健施設と特別養護老人ホーム，シルバーサービスの利用者負担のアンバランスな問題から生じる不都合など，後述のような諸問題が指摘されている。

また，実際に介護手当を支給する場合の制度として，医療保険，年金制度の2つを想定して検討しているが，医療保険の仕組みにおいては自己負担が比較的安く，この構造から脱皮することが困難であり，財源確保が難しいという点や，供給主体が医療法人等に限定されて，民間活力の導入がしにくい点などの理由から，年金制度による介護給付制度の必要性を提案している。

これに対し，沢村論文は，西川論文で提起された問題を引き継ぐ形で，その展開を試みたものであり，（1）老人ホームと病院・老人保健施設との役割分担を医療の関与の度合いのみで整理しても良いか，（2）介護に要する費用の自己負担を当面どう求めるか，（3）社会保険システムで給付する介護加算の水準をどうみるかという三点にわたって疑問を提起し，議論の整理を行い，新しい介護費用負担の体系を提

唱している。

こうした介護問題は，先進諸国において共通の福祉課題となっているが，そのなかで，とくに介護費用に関する議論，制度がすすんでいる西ドイツを参考として，介護費用問題の研究がすすんでいる。

とくに，古瀬徹，栃本一三郎らは，医療保険法大改正の過程で行われた西ドイツの介護費用をめぐる議論の分析を行うとともに，西ドイツとわが国の相違を踏まえ，わが国にそれがどう適用されるのか等の研究を行っている。昭和59年6月，西ドイツ公私福祉連盟（日本の全社協にあたる）が提案した老人介護費用に関する単独の社会保険システム等は注目されるところである。

このほか，本報告の参考資料のとおり多くの重要な研究論文，調査等があるが，ここでは，西川，沢村の論文を中心として解説を行いたい。その際，その内容を解説するために次の表を作成したので参照されたい。

- （西川 ）要介護老人入所施設の対比
- （西川 ）医療関与の度合いからみた整理
- （西川 ）介護財源としての医療保険と年金制度
- （沢村 ）扶養機能の補完・代替関係からみた介護費用負担
- （沢村 ）自己負担・介護加算の考えの比較
- （沢村 ）新しい介護費用負担の体系

2. 要介護老人入所施設の対比

西川論文では高齢化社会の問題意識として，次の二つのことがあげられている。一つは，高齢化にともなう世代間の経済的扶養の問題であり，もう一つは，介護問題である。経済的扶養については，公的年金制度の整備や先の年金制度改革による制度体系の再整備を経て，基本的見通しがついているが，介護問題については逆に，困難さを増す傾向にあるという。そして，介護問題は今の仕組みのなかでは市場機構になじまないもので，一義的には，行政責任において対応されなければならないとしている。このような問題意識を背景として，今後の介護費用負担の問題に焦点をあて，議論が展開されている。

西川論文は，まず，施設入所と在宅の要介護老人への対応の現状や問題点の分析を行っている。その

うち、施設入所について整理したものが「(西川) 要介護老人の入所施設の対比」である。これは、老人保健施設と特別養護老人ホーム、シルバーサービス(有料老人ホーム)を対比したもので、それぞれの施設の背景、対象、体制、機能、入所の法形態、利用者負担、問題点、課題等についてさまざまな検討がなされている。

そして、こうした検討のなかから、特に利用者負担のアンバランスな問題から生じる不都合や、対象老人が老健施設と特養との間で区別できないことから生じる競合関係、老健施設乱立による財政的危機の可能性、特養の低所得対策イメージ、処遇の一律性と費用負担の仕組みの矛盾等の問題点が明らかにされ、その結果、現在の措置費体系が限界にきているのではないかと指摘がなされている。また、入所と在宅の利用者負担の不整合状態から、今後、在宅介護が期待できないという問題点も指摘されている。

3. 医療関与の度合いからみた費用負担のあり方

在宅あるいは施設入所の問題を取り上げる場合、医療・福祉・保健の総合的対応が求められている。それを検討する際に対象老人への医療関与の度合いから整理する必要があるとし、その視点から病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの対象、現状、費用、自己負担の程度、問題点、課題について整理し、医療・福祉・保健の各施設の役割分担や自己負担のあり方を明らかにしようとしたものが、「(西川 2) 医療関与の度合いからみた整理」である。

整理の視点は、前述のように医療関与の度合いによるが、その度合いは高い方からA、B、Cの三つの整理されている。すなわち、急性期の治療の必要なもの(Aレベル)は病院が担当する。急性期を脱しているが医師の管理下で常時医療的なケアが必要な要介護状態の者(Bレベル)は、老人保健施設が担当する。節目ごとの往診程度の医師の関与があり、あとは医師の指示に下の定期的な訪問看護があり、あわせて介護者がいれば在宅でも療養が可能である程度の者、またはそれよりも医療の必要性の低い要介護状態の者(Cレベル)については、特別養護老人ホームにより対応するという整理が妥当であ

るという。

医療費は、医療関与の度合いに応じて支払われるのであり、一義的には老人病院と老人保健施設は医療費により賄われる。この場合の自己負担額は、老人病院、老人保健施設、そして費用徴収の対象となる負担能力のある者については特別養護老人ホームという順で大きくなることになる。

しかし、現実には表(西川)のとおり、自己負担の程度がABCそれぞれ不整合な状態にあり、実際の医療関与の度合いとはまったく異なっており、混乱をきたしていることである。このなかでは、老人保健施設の場合には月5万円程の負担で、かつ行政の認定行為を条件としないで入所できる利用施設が定着するかといった疑問も提示されている。これは結果として在宅サービスとの均衡を欠き在宅介護が期待できないという問題や、老人保健施設がCレベルの老人をカバーすることになると財政が困難になるという問題点が指摘されている。

特別養護老人ホームの負担の形態については、原則利用料の体系に改めるとともに、その負担額は、現行で考えられている老人保健施設の自己負担額5万円の倍額以上、少なくとも月10万円強とすべきであること、また、費用負担は、特別養護老人ホームの医療費以外の処遇費用つまりおおむね月20万円のうち、介護の直接処遇経費を除いた部分、すなわち介護体制のない軽費老人ホームの一人当たり処遇経費月12万円程度は自己負担とし、月20万円との差額8万円程度を施設、在宅福祉を通じて介護の費用負担として公的に賄うべきであるとしている。

4. 介護財源としての医療保険と年金制度

実際に介護手当を支給する場合、いくつかの制度が想定される。ここでは医療保険、年金制度の二つを想定し検討している。これを整理したものが「(西川の介護財源としての医療保険と年金制度)」である。

介護手当の財源として医療保険を中心に据えて対応した場合、多くの問題が考えられる。

例えば医療保険の仕組みにおいては自己負担が比較的安く、この構造から脱皮することが困難である。供給主体が医療法人等に限定されて、民間活力の導入がしにくい。利用施設というのはもはや医療

機関とは言えないので、老人保健法に位置づけることができないという自己矛盾等がある。

結論としては、医療費財源で運営される老人保健施設の対象はBレベルのねたきり老人に限定されるべきであるとされている。

逆に年金制度による介護財源については、かなり可能性がある。西川は年金制度を活用した公的介護保険の試論というのを展開しているが、結論からいっても、「措置費以外の仕組みで月8万円もの公的な給付を行える方式は社会保険システムをおいてない」と断言している。

年金制度を導入した場合のメリットは、月8万円程度の社会保険給付を個人に支給し、それを超える部分について年金その他の自己負担という構成にすれば、それにより自由契約の介護施設を基本とする施設体系へ転換させることが可能である。また、社会保険方式という個人に対する給付の仕組みを取ることから住宅のねたきり老人に対しての給付が可能となり、施設と在宅との費用負担の均衡がとれる。独自の介護保険制度を別途に導入することなく年金制度の体系に位置づけること、また、国民全体をほぼカバーすることができる。給付財源についても、トータルで考えれば重い負担にはならない。国民年金制度の目的を少し広げ、新しい体系として同制度に介護給付を加算することも考えられる。このように、西川は多くのメリットをあげている。

5. 扶養機能の補完・代替関係からみた介護費用負担

沢村論文は西川論文の問題提起を引き継ぎ、発展させる目的で善かれたものである。

沢村は、西川論文への疑問として次の3点あげている。一つは「老人ホームと病院、老人保健施設の役割分担を医療の関与の度合いのみで整理していいのか」という疑問である。医療関与の度合いという視点については評価しつつも、ここでは、「家庭における扶養機能」との補完・代替関係によって役割分担を整理し、費用負担問題を検討することが必要であるとしている。

したがって、「(沢村) 扶養機能の補完・代替関係からみた介護費用負担」では、医療関与の度合いというよりも、家庭扶養機能の代替補完という視点

で、病院・老人保健施設・老人ホームにおける介護費用の負担を検討している。

それぞれの施設の機能をみるならば、病院は、医療サービスの提供、すなわち老親扶養という家庭機能の補完であり、老人保健施設は、急性期を脱した高齢者が再び家庭に戻るまでのリハビリテーションを行うこと、すなわち家庭の代替機能を相当程度含むものとなっている。そして、老人ホームはまさに家庭の代替に当たる。このほか、費用の内訳では、純粋な医療費なのか、生活費的な部分なのか、管理的費用なのか等々の分類がなされ、また、問題として費用負担と実際のサービスの内容が必ずしも一致していないし、その議論も十分なされていない点が指摘されている。

6. 自己負担・介護加算の考えの比較

「(沢村) 自己負担・介護加算の考えの比較」は沢村の第二、第三の疑問点に当たるものである。第二は介護に要する費用の自己負担をどう求めるかということである。西川論文では当面あるいは将来具体的にどういうふうに自己負担を求めるのか明示されていないことから、その点を詰める必要があると指摘し、例えば老齢福祉年金世代はどうか、基礎年金世代はどうか等について、具体的な提案をしている。

そして、第三の疑問点として、社会保険システムで給付する介護加算の水準をどうするかという点をあげている。西川は介護手当月8万円という水準が提示されているが、これは年金制度を活用した社会保険システムで支給するという点であり、実質的には第3の社会保険システムで支給するという点になる。そこで、沢村は「現行年金制度の加算として考えることが妥当ではないか」とし、基礎年金が5万円強であることを考えると、加算制度としては均衡上、月5万円程度が一応の限度であろうと述べている。

7. 新しい介護費用負担の体系

最後に「(沢村の新しい介護費用負担の体系)」は、これまで西川論文への疑問にからめて提起してきた論点を整理し、新しい介護費用負担の体系を提

案したものである。

入所の場合、生活的な費用、管理的な費用に分け、生活的な費用の場合は、在宅者とのバランスを考慮し、高齢者自身が年金から支払うことが必要で、生活費の増分としての介護加算は月5万円程度とする。管理費的費用としては扶養義務者が負担するのが好ましいとし、扶養義務者が負担できない場合は高齢者自身が年金や資産を活用して支払う。いずれも不可能な場合には公費による費用負担を当てる。

在宅介護の場合には入所者とのバランスを考えて管理費的費用相当額を税制上、相続上考慮する必要がある。また、医療の場合なら食費等の生活的な費用は自己負担にすべきである。管理費的費用についても居宅において行われたサービスに相当するものは自己負担とし、純粹の技術料医療費については、保険料で支払われるべきであると提案している。

(沢村Ⅲ)

新しい介護費用負担の体系

- 生活費的費用
 - (1)高齢者自身が年金から支払う（在宅者とのバランス）。

●入所

- (2)生活費の増分としての介護加算は、月5万円。
- 管理費的費用
 - (1)扶養義務者による支払い。
 - (2)扶養義務者による負担が期待できない場合は、高齢者自身の老齢年金及び土地等の資産活用。
 - (3)(1)(2)のいずれも利用できない場合にかぎり公費による費用負担を充てる。

●在宅介護

負担の公平上からも管理的費用相当額を税制上あるいは相続上、何らかの形で経済的に評価。

⇒課税所得がある者については、課税所得から控除。

⇒フロー所得が少ない者については、相続税の控除、優先的相続を認める。

●医療（入院費用）

生活費的費用——自己負担

管理費的費用（居宅において行われる程度のサービスに相当するもの）——自己負担

純粹技術料——保険料

(西川Ⅰ)

要介護老人入所施設の対比

	老人保健施設	特別養護老人ホーム	シルバーサービス (有料老人ホーム)
背景	(1)病院治療はもはや必要でない段階にいたっても、家庭介護の受け皿がないために老人が病院にとどまっているという現象の常態化。		(1)現行措置費体系の限界 (2)年金制度の充実等にとまなう高齢者の購買力の高まり。
対象 施設体制 機能等	(1)対象 病院での治療は必要ないが、リハビリ、看護および介護を中心とした医療ケアを必要とするねたきり老人等を対象としている。 (2)施設体制 施設体制は医療施設のカテゴリーに位置づけられ、看護・介護体制は、	(1)対象 老人福祉法にもとづく福祉施設であり、家庭介護が困難になったねたきり老人の介護を行う。したがって、もし家庭に介護体制があれば家庭にいることのできる程度のねたきり老人を対象としている。 (2)施設体制	市場機構をベースとする自由契約による施設サービスであり、全額自己負担により高齢者が入居。

	<p>福祉施設たる特別養護老人ホームより看護職が多く、介護職が少ない。</p> <p>(3)機能 機能面では家庭と病院の中間的なもの。</p>	<p>医師は嘱託でよいほか、若干の看護婦が配置されるにとどまり、大部分は寮母職と呼ばれる介護要員が配置されている。</p> <p>(3)機能 治療の対象というよりも日常生活を送る老人に着目して自立援助に重点をおく一方、地域に開かれた生活の場として施設づくりを目指すよう取り組まれてきた。ねたきり老人の生活のあり方という視点に立ち、できる限り日常生活の延長の場において処遇される。</p>	
入所の法形態	医師の判断を経れば、契約。	措置（知事または市町村長による行政処分）	自由契約
利用者負担	(1)5万円程度（老人保健法から月20万円程度の医療費が支払われるため。）	(1)費用徴収は、入所者及び扶養義務者が能力に応じて負担（扶養義務は最高月20万円全額。本人は最高月12万円を徴収する。サービス内容は、最低基準をベースとした一律の内容とされており、費用徴収の多寡で処遇に差を設けない。）	(1)全額自己負担。通常月20万円から30万円の利用料のほかに、高額の入所金が必要とされる。
問題点課題	<p>(1)状態が変化する老人が入所すれば、特別養護老人ホームとの競合関係になる。⇒本人の費用負担レベルが異なるため混乱。</p> <p>(2)特別養護老人ホームとの制度上、実態上の関係。</p> <p>(3)本当に家庭復帰を志向した中間施設としての機能がもてるか。</p> <p>(4)もし老人保健施設が乱立すれば、トータルとしての医療費は増大する。</p> <p>(5)日常性からの隔離。</p>	<p>(1)つくった分だけ需要が生ずる構造である。</p> <p>(2)実際は、低所得者世帯(深刻なもの)を優先している。低所得者対策のイメージから抜け出せない。(逆に言えば、深刻にならなければ措置しないということ)</p> <p>(3)市場機構の下での生活が一般化しているなか、処遇の一律性と費用負担のしくみから生じる制度的矛盾がある。</p>	<p>(1)シルバーサービスに携わる者の倫理の確立とサービスの質の確保、さらに通常の消費者保護以上の配慮。</p> <p>(2)価格が一般サラリーマンからみれば高すぎる。</p>

介護費用の社会的負担制度のあり方を求めて

	自由な選択のメニューが必要。 (4)以上のことから、現行措置費体系は、必ずしも十分に国民のニーズを受け止められているとはいえない。	
--	--	--

(西川Ⅱ)

医療関与の度合いからみた整理

	A (高)	B (中)	C (低)	備 考
医療関与の必要性の度合い(対象)	急性期の治療の必要なものを対象。	急性期を脱しているが医師の管理下で常時医療的なケアが必要な要介護状態の者を対象。	節目ごとの往診程度の医師の関与があり、あとは医師の指示の下の定期的な訪問看護があり、あわせて介護者がいれば在宅でも療養が可能である程度の者、またはそれよりも医療の必要性の低い要介護状態の者を対象。	*Cレベルの老人を受け入れる施設体系としては、公的に給付される介護費用月8万円および措置費が支弁される特別養護老人ホームに加えて、公的に給付される介護費用月8万円以外は全額自己負担とする自由契約の利用施設を導入する。
施設	病 院	老人保健施設	特別養護老人ホーム	
現 状	A、B、C各レベルの者がいる。	BレベルだけにとどまらずCレベルの者が多くなる可能性が高い。	現在おおむねCレベルの者が入所している。	
費 用	医療費によって賄われる。	医療費によって賄われる。入所老人一人当たり月25万円 (うち自己負担5万円、残りは老人保健法にもとづく老人保健施設療養費=医療費)	措置費によって賄われる。入所老人一人当たり月20万円 別途医療費一人当たり月2～3万円	
自己負担額の程度	低	中	高(費用徴収の対象となる負担能力のある者)	
問題点課題等		(1)月5万円程度の負担で、かつ、行政の認定行為を条件としないで入所できる利用施設が定着することへの疑問 ⇒在宅介護との均衡を欠き、在宅介護が期待できなくなる。 (2)Cレベルの老人のほとんどをカバーすれば、財政維持が困	(1)遺留品・資産⇒本人からの費用徴収の強化 (2)ねたきり等のCレベルの要介護老人の施設処遇を行う場合、負担の形態を原則利用料の体系に改めるとともに、その負担額は、現行考えられている老人保健施設の自己負担額5万円の倍額以上、少なく	

		<p>難。(一般会計・措置費から保険料財源の特別会計へ切り替える意義はあるが……)</p> <p>(3)Cレベルのねたきり老人を施設処遇する場合の標準的な自己負担水準を検討する必要。</p>	<p>とも月10万円強とすべきである。</p> <p>(3)自己負担+適正な公的介護給付⇨私的介護保険の普及の可能性</p> <p>(4)Cレベルのねたきり老人の介護の費用負担は、特別養護老人ホームの医療費以外の処遇費用つまりおおむね月20万円のうち、介護の直接処遇経費を除いた部分、すなわち介護体制のない軽費老人ホームの一人当たり処遇経費月12万円程度は自己負担とし、月20万円との差額8万円程度を施設、在宅を通じて介護の費用負担として公的に賄う。</p> <p>(5)低所得の自営業者を含めて月12万円の自己負担が困難と認められる者は従来通り特別養護老人ホームに措置し、公的に給付される介護費用月8万円以外の自己負担相当額の全部または一部を措置費で賄う形にすれば大きな混乱はない。</p>
--	--	---	--

(西川Ⅲ)

介護財源としての医療保険と年金制度

* Cレベルのねたきり老人について月8万円の介護費用を公的に負担できる体系を構築するには……

	医 療 保 険	年 金 制 度
前 提	<p>(1)高齢化社会に向けて財源確保の見通しが持てること。</p> <p>(2)一般サラリーマンのニーズにこたえるために所得制限制度を前提としない仕組みであること。</p> <p>(3)今後の介護のあり方から考えて在宅介護に対しても給付できるものであること。</p> <p>(4)効率的で多様な民間活力の導入が図りやすいものであること。</p>	
基 本 的 考 え 方 課 題	<p>(1)国民皆保険、皆年金体制下で、国民の所得水準の分散の幅も小さく、現在のところ子の扶養意欲がいちおう維持されているわが国においては、月8万円程度の社会保険給付を個人に支給し、その余を年金その他の自己負担という構成にすれば、それにより自由契約の介護施設を基本とする施設体系へ変換させることが可能である。</p>	

介護費用の社会的負担制度のあり方を求めて

		<p>(2)社会保険方式という個人に対する給付の仕組みをとることから、在宅のねたきり老人に対しても給付が可能となる。</p> <p>(3)施設と在宅の費用負担の均衡がとれ、従来強く指摘されてきた入院したり施設に入所した方が安くつくという問題点が解消される。</p> <p>(4)介護の費用負担のカテゴリーとしては、医療保険制度よりはむしろ年金制度サイドに属するものとして整理できる。</p> <p>(5)老齢基礎年金の受給資格を満たしている者が要介護状態に陥ったら、保険給付として介護費用を給付する方式をとることにより、わざわざ独自の介護保険制度を別途に導入することなく年金制度の体系に位置づけることが可能である。</p> <p>(6)国民年金制度の目的を少し広げて、新しい体系として同制度に位置づける。⇒①現金給付、もしくは②指定介護機関によるサービスを受けたとき介護給付を同機関に支払い、現物給付化する。</p> <p>(7)(カバー率)全国民に老齢基礎年金が確立されており、問題は少ないと思われるが、保険料滞納による無年金者については施設入所をせざるを得ない場合は、介護費用を含めて措置費制度によることとなる。</p> <p>(8)(給付財源)現在の年金財政との関連でどのような負担の余地があるか。⇒トータルで考えれば重い負担とはならない。</p> <p>(9)将来の年金の給付水準を下げ、目的税と関連させてでも介護給付を導入する必要性がある。</p>
<p>問 題 点</p>	<p>(1)医療保険の仕組みにおいては、自己負担が比較的低く、この構造から脱皮することは困難。</p> <p>(2)療養費(医療費)を支給することは、基本的には医療ケアに必要な費用を賄うという発想⇒利用者の自己負担分以外の部分の増加圧力が極めて強まる。</p> <p>(3)老人保険施設は医療機関として位置づけられており、その供給主体は医療法人等に限定され管理者も確保しなければならない。⇒民間活力の導入がしにくい、今後予想される大量の介護需要に適切に答えられるか懸念される。</p> <p>(4)わが国における介護サービスの基本的な方式については、老人保健施設の体系を導入したことにより社会保険システムをベースとした利用型施設により対応する事実上の一步を踏み出したといえる。したがって、Cレベルのねたきり老人を対象として一人当たり月8万円程度の療養費の支給される利用施設介護施設を、老人保健</p>	<p>(1)年金給付は、保険事故が発生した際の従前の稼得能力の喪失に着目したものであるという一定の保険事故の発生にともなう支出増に対する面を有する介護費用は、一義的にはなじみにくい。(しかし、一級の障害年金については二級の障害年金に比べて障害度合いが重いために必要な経費増に対応して額が増やしてあるように、介護費用に着目した給付を体系に織り込む手がかりがないわけではない。)</p>

	施設と別に導入できないかが問題であるが、そのような新しい施設体系はもはや医療機関とはいえず老人保健法に位置づけることができないという自己矛盾に陥らざるをえない。	
結 論	(1)医療費財源により運営される老人保健施設の対象はBレベルの寝たきり老人に限定されるべきである。	(1)措置費以外の仕組みで月8万円もの公的な給付を行いうる方式は社会保険システムをおいてない。

(沢村Ⅰ)

扶養機能の補完・代替関係からみた介護費用負担

*「家庭における扶養機能」との補完・代替関係によって役割分担を整理してみるという形で費用負担面の整理を考える(生活費、管理費の区別に焦点をあてるのは施設入所の場合と在宅介護の場合との費用負担上の均衡を考える上で必要なため。)

	病 院	老人保健施設	老人ホーム
機 能	医療サービスの提供=老親扶養という家庭機能の補完	急性期を脱した高齢者が再び家庭に戻るまでの間における広義のリハビリテーションにあり、家庭の代替機能を相当程度含む。	家庭の代替
費 用 内 訳	a 純粋な医療費 b 生活的な部分(食費等)	a 生活費的費用 b 管理費的費用 c 「純粋」医療費	a 通常家庭で生活する場合にも当然必要となる生活費的費用 b 管理的費用
問題点	費用とサービスの内容が、ただちには結びつかない。	医療的必要の薄くなった利用者を長期にわたって「生活保障するために」入院させ続け、その費用を医療給付という形でカバーしなければならない理由は極めて乏しい。	費用負担上は、家庭機能のどの部分をどのように代替するのかという議論はなされていない。

(沢村Ⅱ)

自己負担・介護加算の考え方の比較

	西 川	沢 村
介 護 費 用 の 自 己 負 担 の 考 え 方	(1)高齢者の自己負担(月12万円)を基軸として、月8万円の介護給付を社会保険システムで行う。 (2)当面相当部分の高齢者は措置制度で対応しつつ、時間をかけて利用型施設中心の体系に移行させる。	(1)老齢福祉年金世代——ただちに利用者負担を求めるのは無理(措置制度=介護費用の公費による現物給付) (2)基礎年金世代——利用者負担を前提とした施設利用体系。 ①食費等の純粋生活費部分については年金等による費用負担が可能かつ適正である。 ②レンタル料等の生活費の増分についても社会保険を導入し相互扶助していく仕組みを導入。 ③現行年金制度における保険料の上乗せに加え、63歳以降の継続加入を図る既存の枠組みを最大限に利用する。
介 社 護 会 加 保 算 除 の シ 考 ス エ テ 方 案	特別養護老人ホームの所要経費 生活費 月12万円 介護に要する費用 月8万円 ↑ 年金制度を活用した社会保険システムで支給=実質的に第3の社会保険システム	(1)介護のための給付を現行年金制度の加算として構成することの方が費用の徴収、給付の支払い等の面からも現実的である。 (2)基礎年金が月5万円強であることを考えると、これらに対する「加算」制度としては均衡上月5万円程度が一応の限度。