

高齢社会と介護保障政策

——社会保険システム主体の総合的政策の提案——

山 崎 泰 彦

I 社会保険のフロンティアとしての 介護保障

皆保険・皆年金の達成とその後の給付改善によって、わが国の社会保障は所得保障と医療保障に関しては、国際的にも決して遜色のない水準に達した。こうして、かつての老齢や疾病による生活不安に代わって、今日、国民の最も切実な不安は、寝たきり・痴呆等の際の介護の問題に移りつつある。21世紀の超高齢社会の安定を図るには、従来の所得保障と医療保障に「介護保障」を加えた3本柱の社会保障の確立を急がなければならない。

現状では、この介護ニーズに対する対応は病院等の施設ケアに偏り、しかも年々施設依存度が高まる傾向にある。多くの人々が在宅ケアを望んでいるにもかかわらず、在宅ケアが進まない主要な原因は、施設・在宅間で費用負担に著しい不均衡があることと、在宅サービスが著しく立ち遅れているからである。

この問題に対応するには、施設・在宅間での費用負担の均衡を図るとともに、資源配分を施設から在宅へシフトさせなければならない。この政策課題の設定には、さしたる異論はあるまい。議論が分かれるとすれば、そのための政策手段である。

従来の論議の延長線上で考えられる政策手段は、施設対策としては、入院時の一部負担の引き上げ（特に長期入院について老人保健施設や在宅との均衡を図る観点にもとづく大幅な引き上げ）であろう。しかし、これについては、低額年金の存在がネックになるとともに、政治的にも合意を得る

ことは困難な状況にある。また、在宅対策としては、公費を主体とする在宅福祉サービスの充実であり、平成2年度に始まった「高齢者保健福祉推進10か年戦略」を柱とする飛躍的な拡充が期待されている。しかし、量的に拡大するばかりか質的にも多様化する介護ニーズに幅広く対応するには、福祉システム主体の対応では限界がある。こうしたなかで、近年は民間部門の役割が期待され、行政面でもその指導・育成策が講じられつつあるが、公的システムの基盤を欠いたままでは、同様に限界があるろう。

本格的な政策手段として本稿で提案するのは、社会保険システムを主体とした総合的介護保障制度の確立である。社会保障の手段としての社会保険システムの有効性については、もはや異論のないところであろう。保険的手法は、①自助と連帯という福祉社会の理念に即応していること、②受給者の尊厳を確保できること、③高い拠出意欲と給付水準を確保しやすいこと、④国の財政に対して比較的中立で安定した運営が可能になること等において、幅広い国民のニーズに対応するうえでは、社会保障のもうひとつの政策手段である公費を主体とする福祉・扶助的手法と比較しても、多くの優位点が認められる。

社会保険は、社会連帯の理念にもとづき、国民の幅広い共通の生活不安を保険事故として組織化するものである。寝たきり・痴呆等の高齢障害は、今や国民の普遍的でかつ最も切実な不安である。しかも、「誰も好んで寝たきり・痴呆になるのではない」のであって、発生の不確実性・偶発性という点でも十分に保険事故としてカバーし得る。

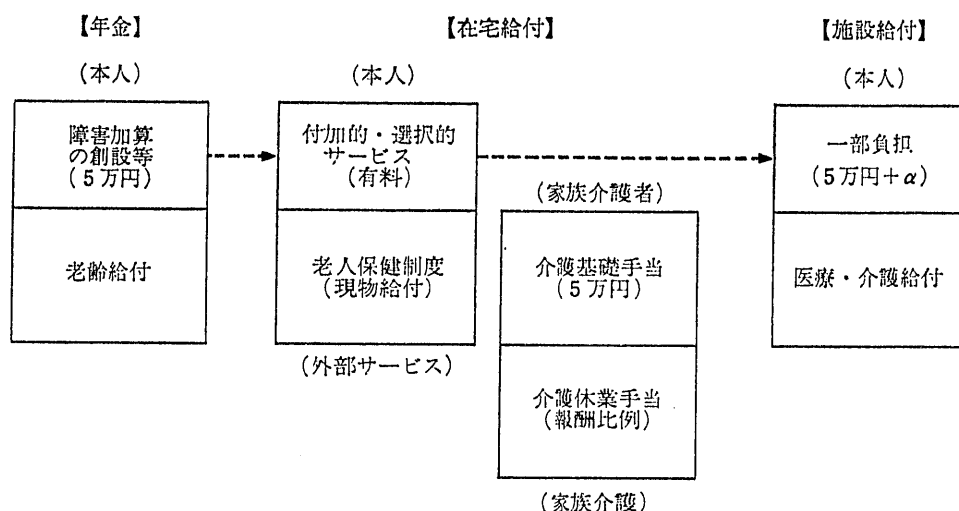


図1 社会保険主体の介護保障

その意味では、高齢障害への対応は高齢社会における社会保険のフロンティアなのである。

以上の観点から、本稿は、わが国の実情に即した社会保険システムを主体とした介護保障政策について提案するものであるが、その概要は図1の通りである。

II 年金制度等による介護保障

- (1) 老齢基礎年金等の受給権者が寝たきり・痴呆等の介護を要する障害老人になったとき、基礎年金制度の給付として月額5万円程度の高齢障害加算を支給する。
- (2) 代替案①：老齢福祉年金等の経過年金の基礎年金化（平成元年度価格で月額5万5,500円）と高齢障害加算の創設（月額2万3,000円程度）を組み合わせる。
- (3) 代替案②：現行の特別障害者手当の支給要件を緩和し、公費により月額5万円程度の手当を支給する。
- (4) 上記の(1)及び(2)の給付に要する費用は、保険料財源の他に国庫負担の重点的配分を行う。
- (5) 施設・在宅間の費用負担の均衡を図るとともに、在宅ケアを促進するため、病院（長期入院）、特別養護老人ホーム等の施設の入院・入所者については、年金等の改善分を一部負担・利用料の引き上げに充てる。一方、在宅

の障害老人は、年金等の改善分を外部の付加的・選択的サービスの購入費用に充てることとする（基礎的・標準的サービスについては老人保健制度により現物給付を行う）。

1. 高齢障害加算（月額5万円程度）の創設

現行の年金制度では、65歳前に発生した若齢障害には障害年金が支給され、しかも1級障害（介護を要する重度の障害）であれば障害基礎年金および障害厚生年金ともに、2級障害（老齢年金相当額）の25%増の障害年金が支給される。この25%増には、十分ではないにしても介護にともなう支出増が考慮されているとみてよいが、65歳以後に発生した高齢障害には障害年金は支給されず、障害者の所得保障体系上の不均衡が生じている。

一方、老齢年金については、被用者の年金はかなりの水準に達しているが、自営業者等の年金の水準は低く、将来にわたって介護サービスの購買力に乏しい。

ちなみに、昭和63年度の老齢福祉年金は月額2万7,500円にすぎず、国民年金の旧法拠出制年金も平均月額2万9,656円であり、老齢福祉年金と大差ないほどに低い。旧法拠出制年金が低いのは、加入期間が短いという基本的な理由のほかに、保険料滞納期間を有する者が少なくないこと、繰り上げ減額支給の選択者が多いこと、等によるものである。

表 1 老齢年金の受給者数・年金額
(平成元年3月末)

	受給者数 (再掲: 75歳以上) (万人)	平均年金月額 (円)
国民年金	727 [252]	29,582
旧法拠出制年金	674 (252)	29,656
老齢基礎年金	53 —	28,643
老齢福祉年金	130 [130]	27,500
厚生年金	418 [77]	132,444
旧法厚生年金	343 (76)	129,717
旧法船員保険	8 (1)	182,998
新法厚生年金	68 —	140,587
共済年金	206 [33]	180,550
合 計	1,481 [492]	...

(注) ① 通算老齢年金および通算老齢年金に相当する新法の老齢・退職年金を除く。

② 共済年金の75歳以上受給者数33万人は推計値。

(資料) 社会保険庁「事業年報」、国家公務員等共済組合連合会「事業統計年報」。

現状では、このような経過年金（国民年金の旧法拠出制年金および老齢福祉年金）の受給者が老齢年金受給者数の54%と過半数を占めている。特に、寝たきり・痴呆等の高齢障害の発生率が高まる後期老年層についてみれば、78%という圧倒的多数が経過年金受給者なのである（表1参照）。

このような状況は、年金制度が成熟する将来においてはある程度改善されようが、それでも介護ニーズに幅広く対応することは困難である。経過年金の受給者は消滅するとしても、新法の老齢基礎年金は満額で月額5万5,500円（平成元年度価格）であり、しかも実際の支給額は、旧法と同様に滞納期間のある者や繰り上げ減額支給の選択者の存在により、かなり低水準になるとみられるからである。それに、もともと老齢基礎年金の水準は、基礎的な日常生活費のみをカバーする水準として設定されており、介護費用は考慮されていないのである。ただし、平成元年の年金改正によって、平成3年度から国民年金基金の制度が発足するから、遠い将来においては若干改善されようが、それでも任意加入制であることからすれば、さほど大きな期待はできない。

高齢障害加算は、老齢基礎年金の受給権者（旧法の拠出制年金および老齢福祉年金の受給権者も含む）であることのほか、自立を促すため原則と

して、通院・通所・訪問等によるリハビリテーションを受けることを要件として支給することとする。その他、障害認定の適正な運用が不可欠の条件になろう。なお、介護を必要としない程度にまで障害が緩和した場合には、高齢障害加算は支給停止または失権することとなるが、その場合には健康保持にともなう費用として健康管理手当の支給を検討すべきであろう。手当の額は高齢障害加算よりも低くて当然であるが、原爆被爆者の健康管理手当の額（平成元年度で月額2万8,400円）等がひとつの目安になろう。

老齢福祉年金の受給権者に対する高齢障害加算の支給は所得制限もやむを得ないが、20歳前障害等による障害基礎年金と同様に緩和することを検討すべきであろう。無年金者については福祉的措置により対応することとする。なお、現行の障害年金等についても、高齢障害加算の創設との均衡を図る観点から、所要の改正を行う必要がある。

高齢障害加算の額は、老人保健施設の利用料との均衡を図ること、および特別養護老人ホームの介護費用のかなりの部分をカバーする水準として、月額5万円程度とすべきであろう。なお、年金の拠出意欲を確保する観点を重視すれば、定額ではなく、老齢基礎年金等の額にリンクさせることも考えられる。

高齢障害加算は介護にともなう費用に着目して支給されるものであるから、当然、入院等によって施設で介護中心のケアを受ける場合には、これを一部負担・利用料として本人が負担すべきである。

このうち入院の場合の一部負担額は、現行の入院時の一部負担（1日400円、月1万2,000円、昭和61年改正以来据え置き）をそのままとすれば月額6万2,000円（5万円＋1万2,000円）となるが、少なくとも昭和61年以後の年金改善等に見合った引き上げは必要であるから、「5万円＋1万2,000円＋ α 」とすべきであろう。これにより、病院→老人保健施設→在宅への費用負担でのインセンティブが組み込まれることになる。

特別養護老人ホームへの入所については、長期的には現行の措置制度から自由契約制度に改める

必要があると考えるが、当面、措置制度を残すとすれば、「5万円+ α 」の負担となる。ここで、「 α 」は現行の費用徴収基準による負担となる。これにより、特別養護老人ホームの入所者についても、特養→在宅への流れを促すことが可能になる。

高齢障害加算はあくまでも介護を要する障害に対して支給されるものである。仮に介護を要しない長期入院・入所者が存在するとすれば、これらの者はもっぱら生活の場として病院等の施設を利用しているのであるから、従来の年金等の所得からこれらを支払うべきであろう。

以上を整理すれば、入院の場合の費用負担は表2のようになるが、このような費用負担の体系を完成させるためには、一般病院についても、病院の施設体系を医療中心と介護中心の病院・病棟に分化させる必要がある。

月額5万円の高齢障害加算の支給に要する現時点での費用は、対象者数が120万人では7,200億円（5万円×12月×120万人）、60万人では3,600億円となる。これは、昭和63年度の福祉年金を含む年金給付費18兆6,118億円の2～4%に相当する。

ここで、対象者数120万人は、各種調査・推計による現在の寝たきり老人と痴呆老人を合わせた数である。しかし、両者にはかなり重複があるとみられるし、例えば「寝たきり」としてカウントされている特別養護老人ホームの入所者の相当数は実際には寝たきりではない、という状況もある。対象者数60万人というのは、そうした事情を勘案して、大ざっぱに120万人の2分の1としたものである。

上記の費用の全額を仮に保険料で賄うとすれば、

表2 入院時の一部負担

	一部負担	要介護者	介護不要者
短期入院 (医療中心)	α	—	—
長期入院 (介護中心)	5万円+ α	障害加算支給	障害加算なし

(注) ① α は医療の一部負担（現在月額1万2,000円）である。

② 在宅で高齢障害加算を受給していた者が入院した場合には長期入院と同様の一部負担とする。

基礎年金拠出金算定対象者数が平成2年度で約6,000万人であるから、被保険者1人当たり年額6,000～1万2,000円（月額500～1,000円）の負担になる。しかし、現行制度では、基礎年金は3分の1、旧法の経過年金等についてはより高い国庫負担率（福祉年金は全額）になっていることを勘案すれば、高齢障害加算についても同様に国庫負担の手厚い配分を行う必要がある。

年金だけでみれば以上のような給付増になるが、障害老人の多く（寝たきり老人では約6割）は入院・入所しており、この老人分については一部負担・利用料負担による医療給付費等の節減により完全に相殺される。さらに、社会的入院・入所が大きく是正されるとすれば、医療給付費の節減が年金の負担増を上回るという総費用の節減効果さえも期待できるのである。

2. 経過年金の基礎年金化と高齢障害加算の創設の併用（代替案①）

前述したように、現在の高齢者、特に後期老年層の多くは月額3万円程度の経過年金の受給者である。これでは、基礎的日常生活費を賄うにも不足し、ましてや介護費用を賄うことは到底無理である。

経過年金の水準の低さについては、拠出と給付に一定の関連をもたせるという昭和60年改正前の年金制度の思想のもとでは、やむを得ないものであった。しかし、昭和60年改正で基礎年金が導入され、年金制度の思想も大きな変化を遂げた。基礎年金の思想は、拠出原則を基本にしながらも、それが及び難い部分については拠出期間と同等の価値を認めるもので、旧法の障害・母子福祉年金は基礎年金に裁定替えされ、旧法の拠出制の障害・母子年金の額も基礎年金と同額に改定された。だが、旧法の老齢年金には基礎年金の思想は及んでいない。これはおそらく、理論的に明確な根拠があったというよりも、年金財政上の観点からの政策的な割り切りであったように思われる。

基礎年金の思想を完結させるには、旧法の老齢年金についても、加入可能年数の概念を用いて基礎年金化を図るべきであろう。その際、年金財政

面への配慮、介護対策としての観点等を考慮すれば、後期老年層に限って基礎年金化するという考え方もあろうが、いずれにしても保険料財源のほか、国庫負担の重点的配分が必要であろう。

具体的な年金額の引き上げ幅は、老齢福祉年金は平成元年度価格で月額2万7,100円（5万5,500円－2万8,400円）、10年年金は2万1,783円（5万5,500円－3万3,717円）等となる。

このような経過年金の引き上げを図るとすれば、新設する高齢障害加算の額は月額2万3,000円程度としてよい（老齢福祉年金の受給者は合計で5万円程度の引き上げ）。

これは(1)の提案の代替案として提案するものであるが、基礎年金の思想を貫徹することができ、併せて介護対策にも大きく資するというメリットがある一方、経過年金の受給者の多さからして、当面しばらくの間は相当な費用を要するという財政上の難点がある。ただし、経過年金の受給者はしだいに減少し、将来は消滅するものであるから、長期的な費用としては(1)よりもかなり少なくなるということも十分に考慮されてよい。

3. 税方式による特別障害者手当の改善（代替案②）

以上の(1)と(2)は、いずれも年金制度の改善による安定した所得の確保により、介護保障の改善を図ろうとするものであるが、そのほかに税方式による手当の改善による対応策も考えられよう。

現行制度では、税方式による障害にかかわる手当として、特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当があり、いずれも公費（国4分の3、地方4分の1）を財源に所得制限を条件として支給されている。このうち特別障害者手当は、日常生活に常時特別介護を要する在宅の20歳以上の重度障害者を対象にするもので、福祉施設の入所者や病院・診療所に継続して3ヵ月を超えて入院するに至ったときは支給されない。支給額は平成元年度で月額2万2,250円である。ただし、障害認定の要件が厳しいこともあり、受給者数は昭和63年度末で6万9,415人にすぎず、そのうち65歳以上の老人は約半数程度とみられる。

この特別障害者手当の支給要件を緩和し、寝た

きり・痴呆等の高齢障害老人に幅広く支給することとすれば、(1)および(2)の提案に代わる役割を担うことが期待できよう。

特別障害者手当による介護保障の改善には、所得制限による給付の重点化が可能になるとか、地方負担をともなうことによる障害認定の適正な運用を促す効果を期待できるというメリットがある。しかし、その反面で、介護保障の長期的発展を図るうえでは、公費に全面的に依存することによる財政の制約が最大の難点になるろう。

III 老人保健制度による介護保障

- (1) 老人保健制度を拡充し、在宅の障害老人に対して、訪問診療・訪問看護等の医療サービスと介護サービスを一体的・総合的に供給する。
- (2) 法定給付の範囲は基礎的・標準的なものとし、一部負担は無料または現行の外来の医療給付と同様に利用を抑制しない程度の低額とする。付加的・選択的なサービスについては原則として全額利用者負担とする。
- (3) 新たに導入する在宅サービスの財源については、従来の老人保健制度よりも公費負担の割合を高めることとする。
- (4) 在宅サービスの供給主体として、医療機関の他、福祉施設、第三セクター、民間事業者等による在宅サービス機関を設置し、医療に係わるサービスについては医師の指示を受けてサービスを供給することとする。

在宅ケアを拡充するには、施設と在宅間の費用負担の均衡を図るとともに、在宅サービスの供給量の拡充と質の向上を図る必要がある。

障害老人のケアについては、医療と福祉の一体化・総合化が今後の目指すべき方向であることは改めて論ずる必要はあるまい。老人保健法による老人保健施設はまさにその理念にもとづいて導入されたものであるし、近年の老人診療報酬の改定においてもケア重視の改定が行われてきている。さらに、医療法の改正案では、病院の施設体系を

「特定機能病院」と患者の生活的側面を重視し、必要な医療と介護等の適切なケアを提供するための病床群としての「療養型病床群」とに分化することとしている。

このように、既に病院等の施設内では、老人保健（医療保険）制度による医療と福祉の一体的・総合的供給が進んでいるのであるが、在宅では、両者は制度的に分断され、連携の推進を課題とするにとどまっている。医療サイドでは不十分ながら訪問診療・看護サービス等が行われてきているが、介護に関してはあくまでも福祉サービスの領域とされているのである。しかも現状では、福祉サイドの市町村のホーム・ヘルパー派遣事業にしても、事実上、低所得・1人暮らし老人中心である。

在宅ケアの本格的展開を図るには、病院等の施設と同様に在宅においても、老人保健（医療保険）制度を通して、基礎的・標準的な訪問診療・看護・介護サービス等を一体的・総合的に供給する必要がある。また、そのことによって初めて、施設と在宅の間でのサービスの継続性を効果的・効率的に確保することが可能になる。

法定の在宅サービスの範囲は、基礎的・標準的サービスにとどめざるを得ない（急性期や重介護を要する障害老人については施設ケアに委ねざるを得ない）が、現行の老人保健制度で既に実施されている訪問診療、訪問看護、デイケア、訪問リハビリのほか、これまで福祉制度による供給に限定されていたホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、日常生活用具の給付等についても、一定の基準（回数・時間・金額等）にもとづいて法定給付として供給することとする。

利用者の費用負担は、法定給付については、施設・在宅間の均衡を図り、在宅ケアを推進するという観点から、無料化するかまたは利用を抑制しない程度の軽費にとどめることとし、法定給付の対象外の付加的・選択的サービスについては、原則として全額利用者負担とする。このような形で法定給付と法定外給付の費用負担の調整は、健康保険法における特定療養費制度（高度先進医療や特別の病室の提供を受けた場合等）において既

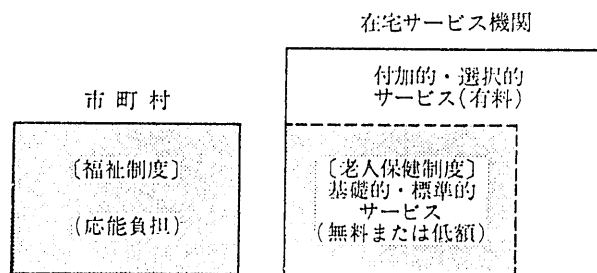
に行われているものであり、本提案はこれを在宅サービスにまで拡大するものである。

なお、老人保健制度の実施主体である市町村や各医療保険制度の保険者等が、地域や職域の特性に応じて、法定給付に上乘せする形で単独事業あるいは保健施設事業を行うことは大いに推奨されよう。

新たに導入する在宅サービスの財源については、公費負担率を従来の老人保健制度での負担率以上に高めることとする。これは、本提案が従来の公費主体の福祉サービスによる供給を大幅に取り込むことになることから当然であり、これにより財政面からも医療と福祉の一体化が図られることとなる。

最大の課題は、在宅サービスの供給量の飛躍的な拡大と質の確保・向上である。そのためには、供給主体を医療機関のほか、福祉施設、第三セクター、民間事業者等に拡大し、多様な供給主体の多元的な育成・整備を図る必要がある。具体的には、サービスの質を確保するうえで必要な一定の要件を満たした公私の機関を在宅サービス機関として指定するとともに、民間事業者等については公的機関との財政基盤の均衡を図る観点からの援助措置（公的資金の低利での融資、税制上の優遇、助成等）を行うこととする（図2参照）。なお、在宅サービス機関のサービスのうち、医療にかかわるサービスについては、医師の指示を受ける必要があることはいうまでもない。

このような供給主体の拡大により、競争原理によるサービスの質の向上を促すことができるほか、シルバー産業の積極的な参入と長期的発展の基盤が確保され、社会福祉士や介護福祉士等の福祉



（注）横軸：サービスの種類、縦軸：サービスの量・質。

図2 在宅サービスの供給主体の拡大と費用負担

マンパワーの市場の拡大にも大きな役割を果たすことになるだろう。

なお、在宅サービスは、障害者対策の拡充・均衡という観点から、障害老人に限らず、若齢障害者にも同様に提供されるべきである。

IV 介護基礎手当・介護休業手当の創設

- (1) 家族介護者に対して、全国民共通の介護基礎手当を支給するとともに、介護者が被用者である場合にはこれに上乘せして介護休業手当を支給する。
- (2) 手当の月額、基礎手当5万円程度、休業手当は報酬比例とする。
- (3) 財源は、基礎手当は保険料+国庫負担、休業手当は保険料のみとする。

本格的な在宅ケアの展開を図るうえで併せて考慮すべきことは、世帯間の受益の均衡である。〔年金制度等による介護保障〕は、家族介護の有無にかかわらず、障害老人に対して現金を支給するものであるから、世帯間の受益の均衡は図られている。しかし、〔老人保健制度による介護保障〕の受益は、「家族介護力の乏しい世帯」>「家族介護力のある世帯」となり、また「家族介護力のある世帯」の間でも「介護サービスの利用に積極的な世帯」>「介護サービスの利用に消極的な世帯」となり、受益の不均衡が発生するばかりか、場合によれば現状以上に不均衡が拡大する恐れさえある。これは、外部サービスの必要度が必ずしも偶発的とはいえない本人・家族関係に依存するからであり、一般的には、都市>農村という不均衡が発生しよう。

世帯間の均衡を図るためには、老人保健制度による介護給付に併せて、家族介護世帯に対する積極的な支援策を講ずる必要がある。この支援策を欠いた介護保障の拡充は、家族扶養・介護の減退を促進するばかりでなく、結果的にしる家族扶養・介護にペナルティーを課すことにもなり、社会的にも容認されない。

家族介護世帯では、①障害老人に対して外部

サービスに代わる家族サービスがほとんど無償に近い低価格で提供されていることになり、かつ②家族介護者の稼得機会を制約していることにもなる。①については、〔年金制度等による介護保障〕で障害老人に対して支給される現金給付によって、障害老人が家族サービスを購入するということになるだろう。したがって、ここでの提案は②に対する対応策として提案するものである。

介護基礎手当は家族介護者共通の基礎給付である。基礎手当の額は、最低賃金（平成元年度で月額約10万円）や被用者保険の標準報酬等級の下限（健康保険では月額6万8,000円、厚生年金保険では8万円）が一応の目安になるだろうが、そのほかに、就業者の税負担や勤労経費、非就業者についての家族手当の支給、家族介護世帯に対する税負担の軽減等を総合的に勘案すれば、おおむね月額5万円程度になるだろう。

介護休業手当は、被用者が介護のために休業したときに支給することとする（賃金が支払われている場合は賃金が一定額以下であることを条件とし、手当と賃金の差額を支給する）。休業手当の日額は、傷病手当金、出産手当金、失業給付等の他の現金給付の支給率との均衡を図ることも併せて考えると、〔標準報酬日額×60%－基礎手当日額〕とするのが妥当な水準であろう。月額では、基礎手当を5万円とすると、仮に標準報酬月額が20万円であった介護者の休業手当は7万円、基礎給付と併せて12万円となる。

費用の負担は、他の社会保険と同様に保険料と国庫負担とで賄うというのが現実的であろう。その場合、国庫負担は基礎手当に重点化するのが当然であるが、国の財政や給付水準等を総合的に考慮すると、老人保健制度や基礎年金制度と同様に、基礎手当についても拠出金方式で保険料財源を求める必要があろう。その他、すでに一部の地方自治体で実施している介護手当をこれを吸収するという観点に立てば、老人保健制度と同様に地方負担を部分的に導入することも考えられよう。

実施主体は、基礎手当は市町村となるだろうが、休業手当は健康保険または雇用保険のシステムを活用するのが現実的であろう。

なお、老人介護と同様な性格を有する育児についても、同様な観点から積極的な支援策を講ずる必要がある。

V 公民ミックスによる政策の総合化

以上、本稿では、21世紀の超高齢社会の最大の課題になりつつある介護対策、そのなかでも特に重点が置かれている在宅介護対策の拡充のために、社会保険システムを中核とする介護保障政策を提案した。一見、このような公的部門の大幅な拡充は、民間部門の領域を縮小させることになるのではないかと懸念されるかもしれないが、決してそうではない。むしろ本提案が実行に移されれば、民間部門に委ねられるべき領域が確定するとともに、シルバー産業の参入・発展の基盤が確保され、介護対策の飛躍的な拡充という国民的課題に向けて、より高いレベルでの公民の協調関係の確立が可能になる。

これまでの介護対策は、長い間事実上、福祉行政による対策に限定されてきた。この福祉システムの特性は、行政がサービス供給の要否と供給内容を決定し、費用は利用者の負担能力に応じて徴収する、という措置制度を基本に置くものであった。このシステムの問題点として指摘されてきたことは、①サービスの自律的拡充のメカニズムが欠如していること、②サービスの内容が硬直的・画一的で最低基準にとどまりがちであり、利用者側の意向が反映し難いこと、③非効率的で費用が嵩むこと、④応能負担であるため、利用者は無料（公費負担）で利用できる低所得者に偏り、費用徴収の対象になる一般階層の利用が進まないこと、等であった。

これらの福祉システムの問題点には、公的システムのもとでは避けがたいものもあるが、そのことをもって公的システムを全面的に否定することはできない。普遍的な対応の可能性、財政基盤の安定性、一定のサービスの質の確保等は、公的システムの基盤を欠いては極めて困難である。一方、公的システムに対置される市場システムには、一般的には、きめ細かい良質のサービスが効率的に

供給されるという長所が認められるが、その反面で、料金が高額化する、サービスの質のバラツキが生じやすい等の問題点があり、市場システム主体では国民の幅広い介護ニーズに効果的に対応することが困難であることも明らかである。

課題は、普遍化する介護ニーズに幅広く対応できる全国民ベースの新たな公的システムを構築し、この公的システムを基盤として積極的に市場システムの導入を図りつつ、両者の長所をミックスした協調的な介護保障の拡充を目指すことである。

本提案での従来の福祉システムに代わる社会保険システムを主体とする介護保障プランでは、〔年金制度等による介護保障〕により、介護需要の組織化を通して利用者の安定的購買力を確保し、〔老人保健制度による介護保障〕により、利用者 と供給者の間での契約関係によるサービスの自律的拡充のメカニズムを組み込むことが可能になる。さらに、本提案のもとでは、シルバー産業の参入等による市場システムの積極的な活用により、きめ細かい良質のサービスの効率的な供給とシルバー市場の飛躍的な拡大も可能になろう。

最後に、本提案での介護保障政策において期待される民間部門のかかわり方について、その基本的な事項について述べておこう。

まず、〔年金制度等による介護保障〕では、これを補完する形での民間の介護保険等による上乗せ給付が期待される。その場合、民間の介護保険等の給付を受ける障害老人が病院等の施設に入院・入所した場合には、付加的・選択的サービスの購入費用に充てることができる。民間のケアつき老人ホームに入所した場合も同様である。在宅においても、老人保健制度による基礎的・標準的給付を超える付加的・選択的サービスの購入費用に充てることができる。

また、〔老人保健制度による介護保障〕では、民間事業者が在宅サービス機関を設立し、老人保健制度による在宅サービスの供給を行うことが可能になろう。その場合には、付加的・選択的サービスを対象とする介護保険の現物給付さえも可能になり、競争原理による質の向上も期待できる。また、民間の有料老人ホームの入居者は、外部の

公的サービスを利用できるから、入居費用の軽減を図ることができる。

しかし、このような形で民間部門がその特性を生かし、総合的介護保障の一翼を担うには、何よりも本稿で提案するような公的システムの再構築が前提となることを改めて強調しておきたい。

〔付 記〕 本稿は、生命保険文化センターの平成元年度委託研究報告書「新介護保障プラン」（平成2年

3月）をもとに、若干の手直しをしたものである。

なお、本稿脱稿後の平成3年1月末、老人保健制度の改正案が関係審議会に諮問された。改正案では、老人保健制度上の事業として新たに老人訪問看護制度を創設することとしているが、これが制度化されれば、在宅ケアの供給主体の拡大・多様化と医療・福祉サービスの総合化の道が開かれ、本稿で提案している〔老人保健制度による介護保障〕の実現に向けて、大きな礎石を築くものとなろう。

（やまさき・やすひこ 上智大学助教授）