

介護保険の基本問題

山崎 泰彦

I はじめに

介護の社会化が緊急の課題であることは、専門家のみならず国民的にも幅広い合意を得ているといつてよい。ここ数年の議論は、その手法と具体的制度設計のあり方をめぐるものであった。手法については、今日なお租税負担方式か社会保険方式かという論争があるが、審議会をはじめとして大勢は社会保険方式を採用することでほぼ落ち着いた。筆者もかなり早い時期から社会保険方式を提唱してきた¹⁾が、その根拠は、社会保険方式の理論的な優位性というよりも現実の政策課題に対応する上で、わが国では社会保険方式がベターだと考えたからである²⁾。

現在の議論は、具体的な制度設計をめぐるものである。通常国会の会期末直前の6月17日の与党合意事項では、「関係者の意見を踏まえつつ、要綱案を基本として、懸案事項についての解決を図りながら、必要な法案作成作業を行い、次期国会に法案を提出する」としている。だが、与党が掲げた懸案事項のみならず、与党間で合意を得たとされる介護保険法案要綱案（以下、要綱案とする）の基本そのものにも、なお検討を要する問題が残されているように思う。また、介護保険の創設は、21世紀の少子高齢社会に向けての社会保障の構造改革にも資するものでなければならないが、そのような観点からも多くの課題が残されている。

そこで本稿では、制度設計の枠組みや費用負担、それに社会保障改革との関連等を中心に、要綱案

と筆者の提案を対比しながら、介護保険のあり方を論じてみたい。

II 制度の枠組みと保険者

筆者は、昨年2月に老人保健福祉審議会の審議が始まった際に試案を提案し、各論の審議が始まる直前には制度設計のあり方について論じた³⁾。なお、この試案は、関係団体の提案とともに審議会の検討の俎上にものせていただいた。

筆者の提案の趣旨は、地域特性を反映できる地域保険システムと全国民レベルの世代間扶養システムを結合し、新たな社会保険システムとして介護保険を構築するものであった。既存の社会保険との関連でいえば、国民健保と基礎年金の長所を融合したシステムで、サービスの主な利用者である高齢世代には地域保険方式、これを支える現役世代には基礎年金方式を組み込むものである（表1参照）。

地域保険方式のメリットは、サービス供給体制の整備状況や住民の意向等の地域特性を反映できることで、地方分権の推進、地方自治の確立の流れにも沿う。

一方、基礎年金方式のメリットは、まず全国民レベルの世代間扶養のシステムであるため、地域間の高齢化率等の不均衡要因の影響を受けないこと、また高齢者を支えた実績に基づいて受給権を取得するから、権利・義務の関係が個人レベルで明確になり、世代間扶養の考え方を制度的にも担保できることにある。

要綱案と筆者の提案の一致点は、市町村を保険

表1 公的介護保険の基本構想(試案)

1. 体系	地域保険のシステムと世代間扶養のシステムを結合した独自の介護保険
2. 保険者	市町村
3. 被保険者	20歳以上の全国民
4. 介護給付	(1)給付形態 現物給付を基本に、家族介護には現金給付 (2)受給資格 現役時代に一定の加入期間を有する要介護老人 (施行時の高齢者等には経過措置を設ける) (3)供給機関 民間事業者を含む介護保険指定機関
5. 費用負担	介護保険料(50%) + 公費(50%) (1)介護保険料 ①高齢世代(65歳以上)は市町村ごとに決定 ②現役世代(20~64歳)は全国一律に決定 ③保険料の徴収は既存の社会保険機構を活用 (2)公費負担 国・都道府県・市町村 (3)財政調整 ①現役世代の保険料はプールし、老人数を基準に市町村へ配分 ②国と都道府県負担の一部は、市町村の財政力に応じて配分

資料：山崎泰彦「公的介護保険、負担公平に」『日本経済新聞(経済教室)』1995年2月15日付(朝刊)。

者とする地域保険方式を基本にしていることである。一方、相違点は、要綱案が医療保険方式を選んだことで、その違いは特に現役世代の関わり方において顕著である。社会連帯の観点から現役世代の負担を求めるという理念には変わりはないのだが、医療保険方式ではたして安定した制度運営が可能だろうかという疑問がある。この点に関しては、以下のIIIで述べる。

要綱案は市町村を保険者としたが、与党合意にある「解決すべき懸案事項」のなかで「安定した財政運営と市町村における円滑な事務が執行できる制度となるよう努める」としているように、市町村の基盤強化が最大の課題になっている。国民健保の運営で苦勞している市町村にとっては「第2国保」化の懸念があるからである。

だが、要綱案は、現在の国民健保に比べると、財政面でも事務処理面でもはるかに進んだ重層的な市町村支援体制を整えている⁹⁾。

国レベルでは、年齢構成や被保険者の所得水準等の構造的格差要因については、現役世代に係る負担(給付財源の50%)のすべてと国庫負担の一部(給付財源の25%のうちの5%)を調整財源とすることにより、ほぼ完璧な財政調整を行う。都道府県レベルでは、連合組織(国民健康保険団体連合会)において、保険料基準の設定、財政調整、介護サービス提供機関の調整などを共同で行うほか、要介護認定についても連合組織に委託できることとしている。また、保険料の徴収も、第1号被保険者については、原則として年金から特別徴収し、第2号被保険者についても医療保険の保険者を通して徴収する。

残された最大の課題は保険料の未納者問題への対応であるが、公費で補填するなどの小手先の安易な対応は避け、国民健保・国民年金にも共通する問題として、後述するような筆者の提案も含めて本格的な対応策を検討する必要がある。

その他、市町村サイドからは家族介護に対する現金給付の要望があるが、仮に国の制度として組み込むことについて合意が得られないのであれば、地域住民の判断に委ねるといった保険者の自由度があってもよいのではないだろうか。

さらに、地域保険としての発展を図る上では、地域ごとに「介護保険運営協議会」を設け、委員については利用者や女性の枠を十分に確保するなど、住民や利用者の意向を十分に反映させる仕組みを制度化することも課題になる。なお、池田は筆者の提案をさらに発展させて、サービスに対する市民のクオリティ・コントロールを機能させていく仕組みとして、「運営協議会を被保険者の議会的存在とするとともに、苦情処理機関として、資料請求権、立入調査権、勧告権、公表権を与える方法も検討されてよいのではないだろうか」としているが、検討に値する提案である⁹⁾。

III 医療保険方式と年金保険方式

1 無保険者問題：保険者責任と個人責任

要綱案は、既存の社会保険から独立した独自の介護保険を提案するものであるが、原理的には医

療保険方式を基本とするものである。それに対して、筆者の試案のような年金保険方式を組み込むべきだという提案は、関係団体のなかでは健康保険組合連合会のみであった⁶⁾。

医療保険は定期保険（掛け捨て保険）だから、過去の加入実績とは無関係に受給権が与えられる。高齢化に伴って、年金だけでなく医療でも世代間扶養の色彩が強まっていると説明されている。全体の資金の流れはその通りだが、医療保険の場合、高齢者を支えたという実績は、個人的にもまた保険者としても残らない。傷病にかかってから加入しても間に合うし、自費で医療を受けた後で加入して療養費払いにより給付を受けることも可能だから、フリーライダーの発生が避け難いのが医療保険である。

特に問題は国民健保である。国民年金ほどではないにしろ、国民健保でも相当な保険料の滞納がある。それにもかかわらず医療給付に事実上制限がないのは、納付しない被保険者ではなく、徴収しない保険者に責任を負わせているからである。結局、財政上の処理は、国民健保では滞納分を加入者の保険料に転嫁したり一般会計で穴埋めし、健康保険や厚生年金では保険料に転嫁しているのである。平成6年度の収納率は、国民健保（市町村）93.3%、政管健保98.1%、厚生年金98.4%で、程度の差はあれ被用者の保険・年金でも同じ問題がある。

一方、国民年金では、未加入者や保険料の滞納者には、受給権が与えられなかったり、年金額が減額される。つまり、被保険者個人に責任を負わせていることになる。そのため、フリーライダーは生まれませんが、無年金者や低額年金の受給者が発生するという問題がある。

被保険者レベルでみれば、医療保険は極めてルーズであるが故に無保険者が生まれず、年金保険は極めて律儀であるが故に無年金者が生まれることになる。

介護保障の普遍化を図る上で、社会保険方式の致命的欠陥として無保険者問題が論じられてきたのは、多くの論者が年金方式をイメージしていたからである。しかしそれは、現役世代に負担を求

める以上、当然にそれが将来の受給権に結びつくものとする健全な常識を反映した議論である。医療保険方式で世代間扶養の理念を貫くことには相当な無理がある。そのことは、老人保健制度の行き詰まりでも明らかである。被保険者なり保険者の老人医療に対する貢献（拠出実績）が老後の医療給付に反映されるのであれば、制度間調整をめぐる議論も随分違っていただけない。

年金方式については、過去の加入実績が給付額に反映するので要介護状態に応じた保障を要する介護給付には馴染まないといわれるが、はたしてそうだろうか。老齢給付はその通りだが、障害・遺族の基礎年金については、加入期間の要件はあるが年金額は同一で、しかも障害基礎年金は障害等級に応じて支給される。障害基礎年金の給付体系の基本は、法案での要介護状態に応じた介護給付と変わらない。例えば、障害基礎年金の方式を採用し、被保険者期間の3分の2の加入を要件に、要介護老人に要介護状態に応じて現物または現金の介護給付を行うこととすればよい。

要するに、医療保険と年金保険の本質的な違いは、受給要件として過去の加入実績を問うか否かのみなのである。

ただし、将来に向かって時代の変化に即応して制度を見直していくという機動性とか弾力性という観点からすれば、医療保険方式の優位性が決定的である。年金保険方式では、長期にわたる契約関係が成立するから、大幅な契約変更には制約がかかるし、少なくとも相当な期間の経過措置を伴わざるをえない。一方、医療保険方式では、短期（一時点）の契約関係にすぎないから、契約変更は比較的容易で、極端な場合は経過措置なしで制度を廃止することも可能である。要綱案の介護保険であれば、将来、経過措置なしで租税負担方式に切り替えることもできるのである。

2 被保険者の範囲

医療保険方式は、被保険者が将来ではなく現在の不安を共有することによって成り立つものであるから、保険事故の発生の可能性のない者を被保険者とするわけにはいかない。要綱案は、加齢に

伴う特定疾病による要介護者に対する給付を用意することにより、辛うじて40歳以上65歳未満の現役世代を第2号被保険者とする根拠を得た。

だが、この年齢層でのリスクの発生率は極めて少ないから、医療保険と違って大半の者は掛け捨てになる。したがって、保険方式とはいうものの第2号被保険者の保険料は、限りなく租税(目的税)に近い性格のものになる。さらに、加齢に伴う要介護者和其他の障害者を区別することにも、相当な困難を伴うという問題もある。

社会連帯という理念と財政の安定化の観点からすれば、本来は年金と同様に20歳以上を被保険者とすべきだろう。その場合、20歳以上の者全員に給付を用意する必要があるから、障害者の福祉サービスと共通する部分を取り込まざるをえない。仮に法案が原案通りに成立したとしても、早い時期の改正になろう。

一方、年金方式であれば高齢障害と若齢障害の双方にスムーズに対応できる。もともと、年金は高齢期の不安に対して若齢期から備えると同時に、若齢期の障害や死亡の不安にも対応できる柔軟な仕組みになっている。20歳以上の学生を強制適用にしたのも、老後の保障の充実とともに突発的な障害の不安に応えるためであった。

3 医療保険方式と滞納問題への対応

現在の医療保険方式を基本原理にした介護保険であれば、事実上、無保険者問題は解消される。だが、個人レベルの給付と拠出(権利と義務)の関係を見れば、介護保険のみならず医療・年金保険ともに安定した発展は難しいのではないだろうか。

要綱案が医療保険方式を採用するに至った決定的な理由は、第2号被保険者の保険料の徴収を行う上で、国民年金では滞納者とは別に未加入者が相当数存在すること、加入者についても収納率が国民年金よりも国民健保のほうが相当に高いこと、たとえ滞納者がいても保険者に責任を負わせることができる(つまり医療保険の保険者から介護給付費納付金を100%確保できる)、ということであったからに違いない。だが、このことが保険者

として予定した市町村を躊躇させる最大の理由になった。

考えられる対応策は、保険料の徴収力の強化と滞納者に対する給付制限である。後者の給付制限について、要綱案では「所要の規定を設けること」としており、これに関連して国民健康保険法の一部改正として、「保険料を滞納している世帯主等に対する措置を強化すること」としている。筆者は、現在の国民健保の規定よりも相当に制限を強化する必要があると考えている。

だが、規定を設けることと実際の運用は必ずしも一致しない。国民健保では、保険者は災害その他特別の事情がないのに保険料を滞納している世帯主については、被保険者証を返還させ、被保険者資格証明の交付による現物給付の償還払い化、償還払い化した保険給付の一時差し止めができることになっているが、実施例は少ない。それに、医療保険は年金と違って、長期にわたる加入記録を管理するシステムになっていない、という制約もある。退職者医療の対象者も年金の加入記録に依拠しているのである。

滞納者に対する給付制限以上に重視すべき課題は保険料の徴収力の強化である。これは国民健保と国民年金にも共通する課題であるが、納付督促、納付組織の育成強化、口座振替の推進、専任職員設置、滞納処分等の現在の取り組みには限界があるだろう。筆者のかねてからの提案であるが、滞納者に対しては、生命保険料控除の適用除外、運転免許証の交付・更新の差し止め等の踏み込んだ措置をとるべきではないだろうか⁷⁾。この提案が実行されれば、保険料の収納率が飛躍的に上がるだけでなく、国民健保と国民年金の事務費の大幅な削減も可能になる。行政改革の一環としても検討すべき課題である。

IV 費用負担

1 費用負担の構造

介護保険は、既存の医療と福祉の介護関連部分を統合し、社会保険方式によりサービスを提供するものである。

現行制度の問題点としては、制度が分断されていることにより、利用者負担や自由契約と措置という利用方式の違いがあり、サービスの利用が歪められていることが指摘されていた。

その他に、費用負担の違いにも大きな問題があった。入院・入所施設の給付財源としての国庫負担と地方負担についてみると、国庫負担は医療＞福祉で、地方負担は医療＜福祉という不均衡がある。このため、福祉サービスを推進するほど地方の負担が重くなり、国の負担は軽くなる。つまり、地方の側にとっては、福祉よりも医療に委ねたほうが財政負担は軽くなるという、福祉サービスの拡充を阻害する費用負担の構造になっている。

これは、一般的には福祉よりも医療のほうが費用が高くなる他に、老人医療における国庫負担の割合が極めて高いためである。ちなみに、1995年度予算ベースの筆者の試算では、老人医療（給付費）に占める国庫負担は、医療保険の拠出金に含まれる国庫負担分を合わせると、全体で36%、介護重視医療部分のみだと44%にもなる。それに対して、地方負担は、全体で11%、介護重視医療部分でも17%にすぎず、国と地方が各々50%負担する福祉の費用負担との間に大きな不均衡がある。提案されている要綱案は、費用負担構造の一元化という観点からも高く評価されるものである。

さらに、介護保険の創設の狙いには、租税負担よりも社会保険方式のほうが「負担と給付の対応関係が明確であり、負担に対する国民の理解を得やすい」⁹⁾という理由も挙げられていた。

現状では、福祉部門は給付財源の全額を公費で負担している。一方、医療部門も公費負担割合が高く、筆者の試算（1995年度予算ベース）では、一般医療で46%（国36%、地方10%）、介護重視医療部門では61%（国44%、地方17%）が公費負担になっている。その結果、介護保険に移行する介護重視医療部門と福祉部門を合わせた公費負担割合は実に83%に達している。

介護保険では、要綱案に基づく事務当局の財政試算によれば、公費負担割合が57%（1999年度）～56%（2010年度）になる。老人医療と同様に第

2号被保険者のうち国民健保と政管健保の被保険者に係る拠出金には、医療と同様の国庫負担が行われるからである。なお、現行の介護重視医療部門に比べて公費負担割合が若干低くなっているのは、公費負担割合が50%である第1号被保険者が医療保険から独立した被保険者になるからである。また、将来的に公費負担割合が若干低下するが、それは高齢化の進展に伴い第1号被保険者割合が上昇することによる。

だが、いずれにしても、社会保険方式のイメージに反して、財源的には相当に公費負担に依存した介護保険制度が創設されようとしているのである。筆者は、介護保険の発展を図る上で、財政当局からある程度自立した財政基盤を確保することが望ましく、日本的な事情を踏まえても公費負担割合は原則50%程度にとどめる必要があると考える。そのためにも、第2号被保険者の保険料負担については、後述するように基礎年金方式を採用することが望ましい。

2 事業主と第1号被保険者の負担

要綱案は、第2号被保険者の保険料について、医療保険各法の規定によることとして、医療保険の保険者を通して徴収することとした。つまり、被用者は労使折半を原則とすることと、国民健保と政管健保にはそれぞれ50%、16.4%の国庫負担を行うものである。

これに対しては、経営者側から事業主負担をめぐって批判がある。「一定年齢以上のすべての個人を被保険者とする保険であるので、介護保険料は個人負担が基本であり、事業主の負担は企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきである」¹⁰⁾という意見である。さらに、社会保険料負担の増大が産業の空洞化を促進する危惧も語られるようになった。

事業主負担のあり方は、社会保険の国庫負担論や性格に密接に絡む問題である。

既存の社会保険をみると、基礎年金では、国庫負担は一律に給付費の3分の1がつき、自営業者と被用者の間の違いはない。そして、3分の2の保険料負担（拠出金）分については、自営業者と

被用者は同一であるから、自営業者は被用者本人の2倍の保険料を負担していることになる。したがって、年金における事業主負担は従業員の負担を軽減する役割にとどまる。

一方、医療保険では、国民健保に50%の国庫負担があるが、これは健康保険の事業主負担に見合うものとされている。だが、これを経営者側からみると、事業主負担によって国民健保の国庫負担の肩代わりをさせられていることになる。老人保健の拠出金をめぐって、健康保険と国民健保の間で争いが絶えないのは、そのような事業主負担の性格が深く関わっているからである。この医療保険の費用負担方式をそのまま介護保険で採用しようとしているのであるから、経営者側からクレームがつくのは当然である。年金ではそのような争いは皆無である(図1参照)。

被用者の保険・年金に事業主負担があるのは、職域保険としての特性によるものである。提案されている介護保険は地域保険であることから、基礎年金と同様な費用負担方式を採用し、事業主負担については従業員支援として位置づけ(この場合、負担割合は労使の協議で決めてよい)、自営業者等については低所得者対策としての国庫負担に限定するのが妥当ではないだろうか。

結局、要綱案での第2号被保険者の費用負担は、現行の老人保健制度の拠出金の費用負担方式と同じ仕組みになった。そのため、被用者グループ内の保険者間の報酬や扶養率の違いによる構造的な不均衡要因は、介護保険でもそのまま引き継がれることになった。

その他、要綱案では、世代間・世代内の負担の

公平化を進めるため、第1号被保険者の全員から保険料を徴収し、かつ所得段階別保険料とすることとした。だが、負担の公平化を進める上では、課税ベースである「所得」の見直しも課題になる。現状では、公的年金等控除などの優遇措置があるため、厚生年金の老齢年金の受給者であっても、所得税課税対象者は約2割にすぎない。優遇税制を見直すか、それができないのであれば少なくとも社会保険料の算定にあたって控除を外し、年金額比例的な保険料とすべきであろう。そのことは、国民健保の財政基盤の強化を図る上でも検討すべき課題である。

なお、要綱案では、第1号被保険者の保険料については、地域(市町村)別保険料とすることとしている。これについて、全国町村会は、「少なくとも都道府県単位で同一とすること。また、これに対応して、給付水準の均衡化を図ること」¹¹⁾を要望しているが、同一都道府県内にあってもサービスの供給水準やサービスの利用状況、それに予防的な事業に対する取り組みの違いもあるのだから、それらの差異を反映する「同一基準」は当然のこととしても、「同一保険料」は給付と負担の関係からみてかえって不公平である。これは、国民健保でも同様であって、保険料の標準化の対象はあくまでも構造的な不均衡要因に限定すべきであろう。

3 個人単位と世帯単位

保険料に関して、要綱案は65歳以上の高齢者の全員を第1号被保険者として適用し、個人単位化を図ることとした。

現行制度では、被用者の保険・年金は世帯単位で、国民健保・国民年金は個人単位である。被用者世帯の場合、被保険者が報酬に応じて保険料を負担し、被扶養者の個別の負担はない。一方、自営業者世帯は、世帯員も被保険者として個別に保険料を負担する。ただし、被用者世帯の年金の場合、保険料の納付を要しないのは被扶養配偶者のみで、学生等の他の被扶養者は個別に保険料を納付するから、医療保険との間で不整合な点もある。

要綱案では、被用者世帯の老人の被扶養者扱い

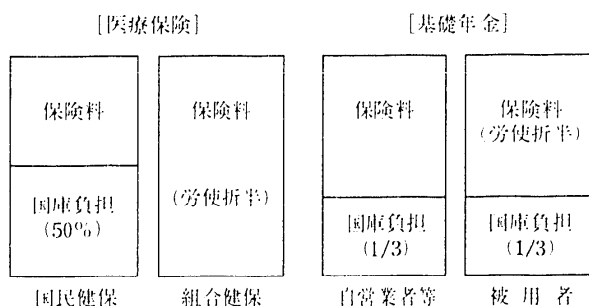


図1 社会保険の費用負担

をやめて、完全に個人単位化する。高齢者にも応分の財源負担を求めることと、被用者世帯と自営業者世帯の公平化の観点からの提案である。後者に関しては現行制度では、被用者世帯の高齢者は年収180万円未満であれば健康保険の被扶養者としての認定を受けるため、それよりも低所得であっても個別に保険料の負担を求められる自営業者等との間に不均衡があることによる。

だが、第1号被保険者の個人単位への切り替えに伴って、他制度や介護保険の第2号被保険者との新たな不均衡が発生する。将来的には、制度や年齢を問わず、適用と費用負担を個人単位化することになろう。

被扶養者の保険料負担のあり方をめぐる議論の発端は、1985年の年金改正であった。この改正で、被用者の妻には個別の保険料の納付なしで基礎年金を支給することとした。これに対して、働く女性との間で不公平を生むこと、健保や税制でも同様な問題があり、女性の就労を阻害する要因にもなっているという指摘が行われるようになった。介護保険をめぐっても、高齢社会をよくする女性の会は、世帯単位から個人単位への切り替えを要望していた¹²⁾。

筆者も長期的な方向としては、育児や介護等により就労が抑制されている場合以外は、被用者世帯でも個人単位化を図るべきで、次の年金改正の大きなテーマだと考えてきた¹³⁾。だが、それに先立って、介護保険で高齢者の個人単位化を図るのであれば、現役世代についても、年金・医療保険に共通の課題として、同様な観点からの見直しが必要なのではないかと考えている。

V そ の 他

1 給付形態

給付形態のあり方も大きな論点であったが、介護保険制度案大綱では、家族介護に対する現金給付は原則として当面行わないこととしている。それは、①現金給付は家族介護を固定化する、②高齢者の自立意欲を阻害する、③サービスの拡大が遅れる、④費用の増大につながる、等が懸念

されているからである¹⁴⁾。

一方、ドイツと同様に、現物給付と現金給付の選択制を求める意見も根強い。①高齢者や家族の選択の重視、②サービス利用者との公平性の確保、③家族介護を望む高齢者も多く、家族介護のケースが大半で、家計の支出も増える、④保険料負担に対する見返りとして現金給付が必要だ、という意見である¹⁴⁾。

現物給付に限定すると、例えば介護職の従事者が職を辞めて親の介護に専念した場合、家族介護だから給付はない。他人の親を介護すれば報酬が得られ、自分の親だと無償労働になるという問題にどのように対応すればよいのだろうか。家族介護の評価という観点からも、現金給付による補完が不可欠であろう。現金給付の弊害も理解できるが、仮に合意が得られないのなら、最終的な判断は、市町村ごとに住民の判断に委ねることとしてはどうだろうか。なお、現金給付の場合、家族の有無による不公平を解消するためには、支給対象は家族介護者ではなく、要介護老人とすべきである。

2 介護報酬と老人保健の再編成

介護と医療の連携と適切な役割分担も大きな課題である。特に、一般病院に長期入院している老人の処遇改善と介護費用をどうするかは最も難しい問題であろう。

現状では、介護を重視すべき要介護老人の多くが医療機関、それも一般病院に入院している。本来、一般病院は急性疾患に対応するものであり、介護・生活支援の場としては不適切である。また、老人病院や老人保健施設では定額払い化が進み、1995年度末で原則として付き添いが廃止された。だが、その反面、大都市部ではそれらの病院・施設の供給が進まない、大都市部の病院で法外な保険外負担が徴収されている、重介護老人が排除されがちだという問題もある。

これらの問題は、地域的・個別的供給コストを無視した現行の診療報酬体系に起因するものである。

介護費用の大部分は人件費である。その費用に

相当な地域差がある以上、報酬に地域差を導入しなければ、大都市部での介護施設の供給や法外な保険外負担の解消は進まない。報酬に地域差を設けることは、当然、地域別保険料の設定に連動する。その意味でも保険者は市町村でなければならない。同様に、重介護老人のケアを保障するには、要介護状態に応じて介護報酬に差を設けなければならない。

幸い要綱案では、要介護状態や地域等に応じた介護報酬を支払うこととしているから、以上の問題は大きく改善されよう。今後は、一般病院の相当な部分を介護を重視した施設に転換し、介護保険の対象施設を拡大することが急務である。

さらに、介護保険と整合性を図る方向で老人保健制度を全面的に見直す必要がある。老人の一部負担や保険料負担にとどまらず、現行の拠出金方式による財政調整方式についても、解体・再編成が不可避であろう。

注

- 1) 山崎泰彦「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。同「高齢社会と介護保障政策」『季刊・社会保障研究』第26巻4号、1991年3月。
- 2) 山崎泰彦「新介護保障システムの課題」『共済新報』第36巻6号、1995年6月。
- 3) 山崎泰彦「公的介護保険、負担公平に」『日本経済新聞(経済教室)』1995年2月15日付(朝刊)。同「介護保険：制度設計の論点と方向」『GP net』第42巻6号、1995年10月。
- 4) 池田も財政問題を理由とする市町村の反対には根拠がないとしている(池田省三「公的介護保険法案をつぶしたのは誰だ」『Ronza』第2巻8号、1996年8月)。
- 5) 池田省三「サービス提供のネットワーク型シ

- ステム」『月刊福祉』第79巻10号、1996年9月。
- 6) 健康保険組合連合会「高齢者介護保険制度に関する考え方」、1996年3月21日。
- 7) 山崎泰彦「どうする国民年金」『毎日新聞(日曜論争)』1992年11月22日付(朝刊)。同「年金改革と財政基盤の強化策」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』、東京大学出版会、1994年。
- 8) 全日本自治団体労働組合は、国民健保、国民年金、介護保険の保険料をセットで徴収し、未納に対する強制徴収策と、生命保険料等の税控除等の適用除外などペナルティを科すべきだとしている(全日本自治団体労働組合「高齢者介護保障の確立へ：公的介護保険の創設に向けて(討議資料)」、1996年8月)。また、国民年金の空洞化対策としては、日本労働組合総連合会も筆者とほぼ同様の提案をしている(日本労働組合総連合会「1996～97年度の政策・制度要求と提言」、1996年6月4日)。
- 9) 老人保健福祉審議会「新たな高齢者介護システムの確立について(中間報告)」、1995年7月26日。
- 10) 老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」、1996年4月22日。併せて、以下の2つの文献も参照されたい。日本経営者連盟社会保障特別委員会「高齢者介護についての基本的考え方(中間報告)」、1995年9月。関西経済連合会「新たな公的介護制度に関する意見」、1996年4月3日。
- 11) 全国町村会「介護保険制度について」、1996年7月31日。
- 12) 高齢社会をよくする女性の会「あらたな公的介護システムに関する要望」、1995年7月10日。
- 13) 具体的には、事務的な効率性と負担の公平性の観点から、被用者年金の保険料率を単身者と有配偶者の間で差をつけ、有配偶者が実質的に配偶者分の保険料を負担するのが現実的であろう(山崎泰彦「年金改正と21世紀への課題」『今日の生活と社会保障改革』、啓文社、1995年)。
- 14) 老人保健福祉審議会、前掲書。
(やまさき・やすひこ 上智大学教授)