

公的介護保険と社会福祉事業改革の課題

八代尚宏

はじめに

2000年は、公的介護保険の施行と社会福祉事業法の改正など、戦後半世紀間の経済社会の発展に取り残された社会福祉分野に、ようやく改革の第一歩が踏み出された年として大きな意義がある。しかし、急速な高齢化の進展等、社会環境の変化に対応した高齢者介護を構築するためには、なおいっそうの改革が必要とされている。これは、①サービス供給面の効率化、②給付保障の重点化、③負担者の範囲拡大とその公平化、等に集約される。

第1に、公的介護保険が必要とされたことは、平均的な所得水準の向上と高齢化の進展の下で、介護サービス消費者の範囲が大幅に拡大し、過去のような少数の低所得層を主たる対象とした公的福祉制度では対応できなくなったためである。これは改正社会福祉事業法における「保護から契約」への転換に見合っており、行政処分の対象者ではなく「消費者」に向けた多様な質の「介護サービス」供給のためには、福祉サービスの供給主体を公的部門や社会福祉法人だけでなく、民間企業も含めた多様な経営主体の参入が大きな前提となる。これは公的介護保険では、在宅サービス分野に限定すれば実現したものの、介護サービス市場の核となる施設介護面では、いぜんとして社会福祉法人と民間企業との間の設備補助金や介護報酬額の格差は大きく、対等な競争条件とはなっていない。

第2に、高齢者介護サービス供給面の改革に見

合った所得保障面の充実である。これを介護保険のような社会保険方式で行うことのコスト・ベネフィットについては、それと密接に関連する高齢者医療や、公的年金、生活保護等、他の所得保障制度との整合性についても考慮しなければならない。また、給付と負担の公平性の観点からは、現行のような被保険者・受給者が、年齢や要介護の原因等によって分断されていることの妥当性がある。また、家族介護給付の位置付けについての評価も欠かせない。

最後に、公的介護保険の施行は、それ自体だけでなく、今後の高齢者医療や福祉分野の将来の改革を先取りした面も大きい。現行の公的介護保険自体には、さまざまな問題点があるものの、今後の社会保障制度改革の核として高齢化社会の活性化をもたらすことに意義がある。

I 経済社会環境の変化

福祉分野に限らず、半世紀以上前の経済社会的構造を前提として成立した現行の制度は、長期的な環境変化のなかで様々な矛盾が累積している。将来の介護サービスを始めとした福祉分野の構造改革の方向を考える上での対立の多くは、その前提となる経済社会構造変化についての認識の違いに基づく面も大きい。

第1に、人口高齢化の意味である。高齢者の人口全体に占める比率がまだ小さく、且つ戦前生まれの貧しい層がその大部分を占めていた時代に創設された社会保障制度を、戦後生まれの豊かな「団塊の世代」が高齢者となる時代に、そのまま

維持していくことはできない。65歳以上の人口が全体の4分の1以上を占める2020年や、それが3分の1に達する2050年の高齢社会では、高齢者の能力や所得面での多様性を重視する必要がある¹⁾。高齢化の進展は、介護サービス需要者の長期的な拡大を意味するが、同時にその主たる負担者である勤労人口が、少子化によって減少することがより重要である。日本の出生率は、静止人口を保障する水準よりもはるかに低いが、それだけでなく、過去の出生率が、常に公式見通しを下回って推移していることがより大きな問題である²⁾。この「少子化のリスク」を考慮すれば、人口変化にできるだけ中立的な社会保障制度の確立が基本となる。高齢社会の負担を税や賦課方式の社会保険料で賄うためには、課税ベースとして賃金だけでなく年金も含めることや、個人消費をその対象とすることは、その一例である。

第2に、経済成長減速の意味である。日本の所得水準は、すでに90年代初めには、先進国のなかでもトップに近いところまで高まっており、今後、人口の高齢化や経済活動の国際化のなかで、潜在成長力が長期的に減速することは避けられない。それにとまなう税収の伸び悩みを前提とすれば、過去の高い成長期のように、財政に全面的に依存した高齢者介護システムのリスクは大きい。これは公的福祉で、制度的には無料の介護サービスが保証されていても、現実にはその受給のために長い待ち行列を必要とするのでは、大部分の要介護者にとって意味はないからである。介護保険への移行によって、保険料や自己負担分が増えるという批判があるが、大部分の現在待ち行列で全額自己負担の者にとっては、逆に大幅な負担減となるという両面を評価しなければならない。公的責任で普遍的に保障される介護サービス供給の範囲を明確に定めることが、介護リスクの社会的分散のために不可欠となる。

第3に、家族機能の変容である。伝統的な社会では老後の生活保障の主役は家族が担っていたが、これが次第に失われるなかで、家族介護が受けられにくい要介護者が公的福祉の対象となるという前提があった。この典型的な例が1970年代に唱

えられた「日本型福祉社会」であり、欧米社会と比べて強固な日本の家族機能を活用することが、その大きな柱のひとつとされていた。しかし、高齢者介護に家族が主たる責任を担うという前提は、介護に要する平均期間の長期化や親子同居率の低下等、経済社会環境の変化のなかで、大きく変化している。他方で、高齢者の生活水準は傾向的に向上しており、すでに現在の高齢者世帯の所得・資産水準は、平均的には勤労世代と遜色ない。とくに、その家族数の違いを考慮した1人当たり消費水準では世帯平均を上回っており、資産面では倍以上の水準となっている(表1A)。この傾向は、戦後生まれの「団塊の世代」が70歳に達する2020年頃には、いっそう促進される。

これらの社会環境の変化に対応した構造改革の基本的な方向のひとつは、高齢者を一律に「保護すべき存在」という前提で、政府が画一的な給付を提供する公的福祉の形態から、介護サービスを個人の選択範囲の広い「消費」として位置付けることである。こうした介護のサービス消費化への批判としては、低所得者層が排除される危険性があげられる。しかし、低所得者層を基準に介護サービスの価格を設定することは、それ以外の所得層の過剰消費を引き起こす。介護サービスの価格は需給均衡を前提として設定し、公的保険の枠内

表1 高齢者世帯の経済的地位

A 高齢者(世帯主65歳以上)世帯の所得・消費・貯蓄の比較
(全世帯平均=100)

	1974年	1984年	1994年
世帯所得	95.0	84.3	76.8
世帯員当たり消費	89.9	99.3	108.8
貯蓄残高	178.7	177.0	217.1

出所)「全国消費実態調査」。

B 高齢者(世帯主60歳以上)世帯所得の分布(年収,万円)

	平均値	中位値	比率	ジニ係数
全世帯平均	625	520	0.83	0.392
高齢者世帯	538	370	0.69	0.472
うち 雇業者世帯	732	597	0.82	0.391
自営業世帯	649	490	0.75	0.437
無業世帯	246	200	0.81	0.409

出所)「国民生活実態調査(1992年)」により作成。

でミニマム保障を確保するとともに、低所得者層に対しては、保険料や利用者負担を公的に助成する制度の確立が前提となる。社会保険では、介護リスクの分散機能と所得再配分機能との分離なしには、財源難から供給割当というこれまでの福祉政策の欠陥を繰り返すことになる。

高齢者世帯の特徴としては、その所得・資産格差が世帯平均と比べて著しく大きいことがあげられる。このため、高齢者を一律に豊かとも貧しいとも見なすことは正しくなく、多様性の大きな存在として取扱う必要がある(表1B)。現行の社会保障制度は、もっぱら勤労世代から高齢者世代への所得移転に依存しているが、高齢者の能力や経済力の多様性に注目すれば、これに高齢者世代内の所得再配分メカニズムを組み合わせて、低所得水準の高齢者に焦点を当てた本来の福祉政策が必要とされる。

上記の視点は、すでに現行の公的介護保険に取り入れられている面もある。まず、65歳以上では、その年齢にかかわらず、個人として保険料やサービスの利用者負担を必要とする制度の導入は、将来の公的年金や医療保険改革の先取りといえる。また、これは低所得者への保険料減免措置と合わせて、実質的な高齢者世代内での所得再配分メカニズムの導入と見なすことができる。また、介護保険料や利用者負担の支払能力に欠ける者に対しては、別途、生活保護制度のなかにそうした個人負担を肩代わりする「介護扶助」制度も設けられた他、地方自治体でも独自の低所得者への支援政策が採られている。これは生活保護世帯が医療保険の被保険者とはなれず、別個に医療扶助の対象となっていることと比較すれば、大幅な改善といえる。

II 介護サービス供給面の改革

1 介護保険の経済的影響

公的介護保険は、従来の公的福祉を市場で購入できるサービスへと転換させる点で、経済活動に対して、様々な経路から大きな影響を及ぼすものと考えられる。

第1に、民間介護サービス産業への需要の拡大であり、これが産業間の波及効果を通じて経済活動を拡大させる効果である。この場合、労働集約的なサービス主体の介護分野では付加価値比率が高く、所得増加効果では公共事業と遜色ない大きさとされている(岡本・八田・一圓・木村1996, 大守・田坂・宇野・一瀬1998)。もっとも、この効果は、短期の需要制約経済下で発揮されるものであり、長期的に見れば供給制約がより重要な高齢社会では、むしろ従来からの公的部門と比べた民間部門のサービス生産性の相対的な高さがより重要な要因となる。このプラス効果がどこまで発揮されるかは、今後の市場競争の促進度合いに依存する。

第2に、家庭内労働の市場化を通じた労働供給の増加効果である。すでに家族内部の要介護者の存在が、親子の同居確率を高め、既婚女性の就業確率を有意に引き下げる要因となることは、いくつかの研究で示されている³⁾。高齢者を家族だけで介護するのではなく、市場サービスを受け入れることが公的介護保険で促進されれば、これまで介護のために家庭内にとどまっていた家族労働の市場化を促す要因となる。これは労働供給制約の強まる今後の日本経済では大きな効果をもつ。もっとも、他方では、ホームヘルパーの増加など在宅介護サービスが充実すれば、要介護者の介護場所が施設から在宅へとシフトすることで、逆に家族の就業率引き下げの可能性もあるが、この場合でも、デイケアサービスの充実、保育所と同様に就業率にプラス効果が検証されている(大日1999)。

第3に、介護保険の費用を賄うための税・社会保険料負担の増加である。介護保険をはじめ社会保険料負担は、それに見合った将来の年金給付や医療・介護サービスと結びついていることから、その負担面だけの大きさに拘るべきでないという見方もある。しかし、個人にとって社会保険料は強制的に徴収される点では税金と同じであり、経済行動に及ぼす効果の大きさでは、任意の消費支出とは明らかに区別される。国際的に見た国民負担率と経済成長との間には単純な負の相関関係が

見られないが、それは経済成長率の基本的な要因は、貯蓄・投資率や労働供給等であることを考慮すれば不思議ではない。そうした主要な経済変数を所与とした場合の限界的な効果について見れば、国民負担率の上昇は経済成長とマイナスの関係が見られる(八代1999a)。このため、介護保険だけで介護サービスの全ての費用を賄う仕組みではなく、家族による任意の消費である介護サービス購入との組み合わせが必要とされる。

2 企業参入規制の問題点

介護保険の経済効果は、民間サービスがどこまで競争的な形で供給されるかに大きく依存するため、今後の規制改革の効果が重要なものとなる。従来の公的福祉では、公的部門や社会福祉法人が介護サービス供給の担い手であり、企業はその下請け的な役割にとどまっていた。これが介護保険では、措置制度から自由契約への潮流のなかで、民間企業の参入が容認されたことが大きな特徴である。しかし、公的介護保険の以前から、社会福祉事業法では、第一種(福祉施設)と第二種(在宅・通所施設)の間では規制の度合いに差があり、施設介護への企業参入は全面的に禁止されていた。このように介護サービス費用の大きな部分を占める施設介護の主たる供給者として、社会福祉法人という特殊な形態の非営利法人が主役を担っていることが、事業者間の健全な競争を通じた「介護サービス市場」の発展に大きな制約となっている。

この背景には、営利を追求する企業に介護サービス供給が委ねられれば、自立性に欠ける要介護者の利益が損なわれるという「企業参入規制」の前提がある。しかし、他方でいわゆる「非営利」の事業者であれば、福祉分野のサービス供給面での高い倫理性と利他主義が保証されているわけではない。現行制度の下での介護サービスの質が、企業と社会福祉法人のどちらの方が高いかという単なる比較論ではなく、介護分野でのプロフェッショナルリズムへの信頼性が、企業参入の禁止という供給制限で社会福祉法人を守ることで、果たして高められるか否かが大きなポイントとなる。

本来、「営利行動」とは売上高と費用との差の最大化と定義されるが、非営利行動について、そうした明確な行動原理はない。福祉分野についての非営利性とは、単に「要介護者への奉仕」というあるべき精神論にとどまっており、これを担保するための制度的な制約要件としては、社会福祉法人の組織財産の経営者個人への帰属の禁止しかない⁴⁾。このため、現実には人件費等の経費の形での実質的な利益配分や、別途の収益事業や経営者が兼業する事業への利益の移転、経営者の世襲等、様々な形態での利益処分を防ぐことは、事実上困難である。

福祉・医療分野への企業参入に対する反対論として、税や社会保険料を財源とする公費が結果的に配当の形で、外部の投資家に流出することや、株主配当のために利益追求を強いられることが望ましくないという見方がある。しかし、配当は実質的に資金調達のためのコストであり、銀行借入れや土地・建物の賃貸料と同じ要素費用である。現行法では、社会福祉法人が銀行から資金を借り入れることや、不動産会社から土地・建物を賃借することについての規制はないが、銀行借入れと株式発行による資金調達とは、間接金融と直接金融との違いに過ぎない。また、株式会社に義務付けられている経営内容についての情報公開も、社会福祉法人には不要であり、単に政府が形式的な財務監査を行っているという以外の組織的な規制に乏しい。このように、現行の社会福祉法人の「非営利性」とは、組織の具体的な形態に基づくものではなく、単に経営者のモラルに全面的に依存している精神論に過ぎない面が大きい。

他方で、競争的な市場において企業が利益を追求するためには、消費者の要望に沿ったサービスの提供が不可避である。これは、社会福祉法人の運営では、監督官庁の書類審査が主で、施設入居者の要望が反映されるような仕組みは考慮されていないことと対照的である。一般に、「企業の利益追求が利用者にとって害」という論理は、独占的な市場や利用者の選択能力の欠如を、その暗黙の前提としているが、そうした状況の下での弊害は、形式的に非営利の事業者であっても大差はな

い。本来、「消費者」である要介護者の利益は、経営形態の差を問わず、多様な事業者間の競争を通じた選択肢の多さによって守られるとすれば、むしろ市場の競争状態を高めることの方がより重要である。このためには、経営内容の情報公開を義務付けるとともに、企業の参入抑制よりも、むしろそれを促進することの方が、消費者の利益にとってより効果的である。

3 社会福祉法人の改革

社会福祉法人は公共性の高い社会福祉事業を行うことを目的に設立された非営利の特別法人である。地方自治体が施設整備のための補助金や措置費を投入する見返りに、公的機関に準じた詳細な設置・運営規制が設けられている⁵⁾。この内、公的福祉時代の措置費は、介護保険では施設介護報酬に置きかえられたが、施設整備費の少なくとも4分の3を補助金に依存する制度は、改正された社会福祉事業法でも変化はない。

社会福祉法人の形態上の大きな問題点は、それが非営利性を維持するために、経営者が民間人でありながら「所有権の不明な法人」と化していることである。すなわち、経営者は土地・施設費の4分の1を寄付するという建て前から、その投下資本を回収することは許されない。これは、施設経営の持続性を保証するためとされるが、他方ではいかなる状況でも倒産のリスクがない施設では、経営の意欲も能力もない事業者が淘汰されず、要介護者の利益に反する場合も多い。いわば、自立的な事業活動を妨げる数多くの規制の代償として施設補助金を得る仕組みは、最小のコストで消費者の満足度を高めるという効率的な経営を促すインセンティブに欠けている。

仮に、現行の社会福祉法人という中途半端な存在を、政府の設備費への出資分を株式化した持ち株会社の形態へと転換すれば、効率的な運営が可能となる。まず、民間事業者の出資分に相当した所有権が明確になるとともに、経営の自由度が高まる。他方、政府もその出資金の所有権を保全することで、公益性の観点から、株主の権限に基づき、必要に応じて経営者の交代を迫ることができ

る。さらに、診療報酬のように、介護報酬の内にも設備償却費用も含めることにより、消費者の満足度が高い効率的な経営を行っている法人ほど、多くの設備資金を蓄積でき、それを投資に向けることで、いっそう多くの消費者が利用できるというダイナミックな効率性を持てる。

こうした社会福祉法人の改革ができれば、現行制度では、社会福祉法人だけに限定されている地方自治体からの施設補助金を、経営主体の差ではなく施設介護サービスの質的水準にリンクして配分することが、異なる介護施設入居者間での公平性の観点からは望ましい。社会福祉事業法改正における措置から契約への転換は、消費者である要介護者の選択を基本としている。そうであれば、営利・非営利を問わず、事業倒産等の際の入居者利益確保のための仕組みを事業者に義務付けるための制度作りを行う必要があり、そのための基本は、むしろ多様な供給主体の参入促進である。

III 公的介護保険の改革

高齢者介護制度を、措置制度を通じた保護から消費者選択に基づく契約へと変革すること自体に賛成する場合でも、それを社会保険ではなく税方式で行うべきという立場があり、これは将来の制度見直しに関するひとつの争点となっている。

公的介護保険の意義は、高齢者福祉の改革にある。これは、①公的福祉では、事業者を補助することで間接的に消費者にサービス提供の仕組みであったものが、介護保険給付の対象は個人であり、それによって消費者選択に基づく介護サービス需要が可能となったこと、②これに対応して、供給面では企業を含む多様な経営主体の参入が自由化されたこと、③介護報酬価格は公定であるが、介護保険の給付サービスと自己負担による上乗せ・横出しサービスの購入との組み合わせ（混合介護）が容認されたことから、事業者間でのサービスの質の面での競争は促進される余地が大きい。

1 社会保険方式の意味

もっとも、上記のような改革は、一般財源に基

づく財政方式であっても理論的には可能である。税方式と比べた社会保険の意義としては、給付と負担の明確化があげられる。しかし、雇用者以外の者を対象とした社会保険では、法律上は強制加入でも事実上の任意加入である。仮に生涯の大部分に国民健康保険料を負担せずとも、高齢になって疾病リスクが高まってから加入することも可能である。その点では、むしろ国民健康保険の財源も強制的な税の方が効率的である。これは年金給付から保険料が源泉徴収される介護保険でも、基本的には同じであり、税方式との違いは小さい⁶⁾。それではなぜ現行の税方式の公的福祉の改革ではいけなかったのだろうか。

それは、第1に、現行の福祉制度改革には時間がかかりすぎるといふ政策担当者の戦術論であり、社会保険の形態を取ることで、実質的に「保護から契約」への移行を円滑に行う迂回作戦といえる。これは、現に、介護保険と同趣旨の福祉の基礎構造改革に対して根強い反対があることや、形式的には措置制度は廃止されたものの、実質的に措置制度時代と大差ない保育所など児童福祉の実態と対比すれば、社会保険方式の便宜性は明らかである。保育所への公的助成は、いぜんとして個人単位ではなく組織単位で、しかも民間企業に比べて社会福祉法人優先のままであることから、消費者選択の自由度は限られている。また、これは、介護保険の財源の半額が公費負担であり、やはり公費負担である介護施設整備費を加えれば、一般財源からの補助が財源の半分以上という奇異な社会保険制度であることにも反映されている。

第2に、社会保険料という介護サービス供給拡大のための新たな財源が確保されたことである。本来、税でも保険料でも強制的に徴収される点で、国民負担としては大差がないが、一般財源と比べて特定の福祉支出とリンクしている財源の透明性が、一般に受け入れ易いことのひとつの要因である。その意味では、社会保険料と福祉目的税とは、課税ベースの差を除けば大きな違いはない⁷⁾。それにもかかわらず、現実には、ガソリン税等の例外を除けば、目的税を忌避する財政当局の行動を前提とすれば、社会保険の形式を採用することで「介

護の社会化」のための財源を確保することは、現実的な政策といえる。なお、社会保険方式は、公的福祉時代には無料でサービスを受給できた低所得層にとっては負担増というデメリットという批判もあるが、これは同時に受益者の範囲が拡大するメリットとも合わせて評価しなければならない。限られた財源を用いた公的福祉の手法は、特定の幸運な受益者には形式的な設置基準に基づく「高い質のサービス」を供給する半面、そのためには長い待ち行列をとまなう「割当方式」であり、その受給基準に恣意的な政治的介入が結びつく場合も多かった。

第3に、医療保険改革との結びつきである。高齢者医療と介護との間には密接な代替関係があるにもかかわらず、利用者が自由に保険給付を活用できる医療と、財源制約から供給が厳しく制限されている介護分野との不均衡から、治療を必要としない要介護者の入院が生じていた。これは医療費の増加だけでなく、病院の居住スペース制約から要介護者の生活水準を引き下げるなど、非効率的な資源配分の典型例となっていた。こうした医療と介護分野の不均衡是正のためには、それらの財政方式が社会保険と税方式に分離されているよりも統一化されている方が、より効果的といえよう。もっとも、介護保険の設立だけで社会的入院が解消されることは困難であり、現状では、要介護認定で介護施設に入居できない場合に、病院への需要シフトが生じる可能性は残されている。救急医療や急性症以外の医療サービスに関して、一定の「ゲートキーパー」機能を設けるなど介護保険とのアクセス均等化が医療保険改革に求められる。もっとも、介護保険の実現と同時並行的に行うことが予定されていた医療改革は先延ばしにされたことから、現実には高齢者の医療と介護との整合化はいつそう困難なものとなっている。

2 介護報酬体系の問題点

公的介護保険の下では、公的福祉時代のように、介護サービスの需給を公的部門が管理するのではなく、市場で調整されることになるため、その価格設定が重要となる。介護報酬は、保険給付の対

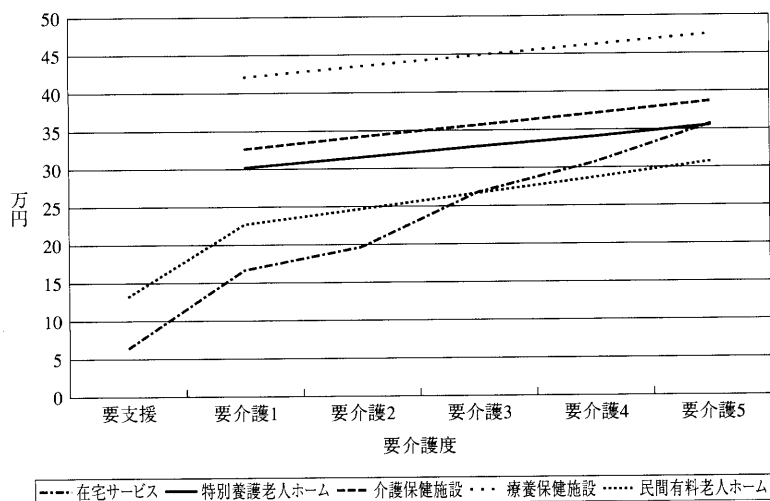


図1 介護保険の報酬体系 (月収換算額)

象となる介護サービスの単価を個々に設定するもので、医療保険の診療報酬に相当している。しかし、異なる点としては、出来高払方式ではなく、個々に認定された要介護度に応じて報酬支払い限度額の上限が設定されていることで、むしろ老人保健制度における医療費の定額払いに近い面もある(図1)。この介護報酬の設定が、必ずしもコストに見合ったものではなく、介護サービスの公的福祉時代との連続性が維持されていることに大きな問題点が残されている。

第1に、個人の要介護度と介護報酬との関係である。在宅介護では、要介護度と給付限度額とはほぼ比例しているが、施設介護では要介護度5の限度額は、同一の水準の1-2割増に過ぎず、介護コストの違いに対応するものとはなっていない。介護施設側が要介護者を選択できなかった措置制度と異なり、自由契約の介護保険制度では、施設側が介護コストの低い軽度の要介護者を集めることが有利となり、その結果、重度の要介護者が在宅介護にシフトさせられる危険性がある。公定の介護報酬は、できる限り市場での介護コストに見合ったものでなければ、「契約による介護の社会化」は実現できない。

第2に、在宅介護に「要支援」という曖昧な要介護度のランクを設けたことである。これは介護

サービスよりも家事援助を主体としたもので、給付額も少ないが自己負担も同様に低いため、事実上、広範囲の65歳以上を対象とした「第二の年金」化するおそれがある。これは、公的福祉時代に、家族の援助を欠く低所得層に限定された「福祉サービス」が、そのまま介護保険の受給者にも適用されたものといえる。こうした「家事援助」に対しては、本来、普遍的な需要があることを考慮すれば、リスクをカバーすべき「介護保険」の対象としてはふさわしくない。従来、低所得高齢者を対象とした「公的福祉」の内容を、全て介護保険に持ちこむことには大きな問題がある。

第3に、施設介護面での設置主体別の格差である。企業等が経営する民間有料老人ホームは、在宅介護に準じた「特定施設」として、はじめて認知されたものの、同一の施設介護サービスの報酬額について、特別養護老人ホームと民間有料老人ホームとの間に平均約7万円(月)もの格差が生じている。これは後者が「自宅」であるため、食費や住居費が含まれないためという説明があるが、寝たきりになれば退去を求められる場合もある民間有料老人ホームと比べて、「終の住処」である筈の特別養護老人ホームが、なぜ「公営住宅」と見なされ、ホテルコストの徴収対象とならないことの根拠は不明である。措置ではなく自由契約を

原則とする介護保険の下では、同一の施設介護サービスへの報酬は、経営主体の差なく等しいことが、対等な競争条件を確保するための大前提となる。

3 介護保険における被保険者の分断問題

介護保険の給付と負担の制度上の大きな問題として、被保険者・受給者の範囲が細かく分断されていることがある。第1に、65歳以上と40-64歳という二つの年齢層の分断であり、これは要介護のリスクが年齢に大きく依存するため、若年者には「受益なき負担」を求められないという論理によるものとされる。しかし、これは現に障害年金を除けば高齢者だけが受益者の公的年金や、60歳以上が3分の2の医療費を使っている医療保険でも同様であり、介護保険に特有な問題ではない。むしろ介護保険では、要介護者本人だけでなく、その家族の介護リスクの分散が目的であることから、医療保険以上に若年層の利益は大きいといえる。また、形式的に被保険者と受給者とを対応させるために設けられた、40-64歳についての「加齢に基づく要介護者」の給付条件はきわめて曖昧であり、恣意的な給付制限となっている。

第2に、要介護の「原因による分断」に関連するものである。本来、老齢を原因とする要介護の必要性を、事故や疾病による心身障害者とをあえて別個の制度に分けなければならない理由はない⁸⁾。これは様々な既得権に配慮した面も大きい。心身障害者も共通の介護保険の下で、必要に応じて生活保護制度と同様に、政府が保険料や利用者負担分を負担することや、職業訓練等、個別・追加的な支出を一般財源から賄うことは可能である。

第3に、雇用者と自営業等とは、40-64歳では健康保険組合や国民健康保険等、異なる医療保険毎に分断されている。本来、白紙の上に描くことのできた公的介護保険が、歴史的な経緯を持つ年金や医療保険と同様に、こうした制度間の利害関係を継承したことは問題であり、65歳以上の被保険者と同様に、個人単位で共通の制度への統合が将来の課題である⁹⁾。

以上のように、年齢、原因、職業等の差による要介護者間の分断をなるべく避け、基礎年金と同様に、20歳以上の国民を対象とする統一的な制度とすることが、介護サービス改善のカギとなる。

4 家族介護給付の意味

介護保険に対して、それが家族の自律的な介護機能の発揮を阻害するという批判がある。これは、本来、高齢者介護を家族内で行うか、それとも市場サービスで代替するかは、個々の家族の自主的な判断に委ねられるべきものが、社会保険である介護保険に強制加入させられることによって、医療保険の場合とは異なり「受益なき負担」となるためである。こうした介護保険のもつ、介護サービス市場化への政策的なバイアスを防ぐためには、ドイツの介護保険でも採用されているように、家族の介護サービスも介護保険給付の対象とすることがあげられる。この場合、現金給付は、家庭内介護のために就労を犠牲にする家族への補償として、市場と家族内介護サービスに関する消費者選択に関して制度的な中立性を確保する手段となる。

なお、こうした論理の背景には、要介護者の消費者としての自立性と、家族がその世帯員の利益を代表して行動しているという暗黙の前提がある。これは、従来の公的福祉の下では、その財源はサービス供給者に給付（機関給付）され、要介護者はその反射的な利益を受けるに過ぎなかったことに対して、介護保険給付は要介護者に直接給付され、それを原資に本人がサービスを購入するという違いがある。従って、家族への現金給付は、家族介護への対価であり、市場の介護サービスとの代替性が保証されていると考える。

現実には、介護保険制度に家族への現金給付を含めることに対して強い反対論があるが、これは上記のような前提を否定することから始まる。第1に、家族給付は、「強すぎる日本の家族関係」からの女性の解放を妨げるという立場であり、その意に反した家族介護の強制を防ぐためには、政府による介護社会化への政策イニシアティブが不可欠とする。第2に、家族内の生産・消費行動の

共通性を前提とすれば、介護サービスを目的とした現金給付が、必ずしもその本来の目的のためには使用されず、要介護者の利益が犠牲にされる危険性である。この場合、ホームヘルパーが密室の家庭内に入る介護の社会化へのインセンティブを制度的に促進する必要がある。第3に、市場で購入される介護サービスと異なり、その質が必ずしも担保されない家族に同じ介護報酬を与えることへの危惧である。

上記の点に配慮して、現行制度では、家族への現金給付の条件を厳しく定めている。まず、離島や過疎地など、介護サービスが著しく不足している地域で例外的に認めることや、その場合でも、家族がホームヘルパー資格を有すること、等の二重の条件が付加されている。他方、これとは別個の制度として、介護保険を利用せず、家族介護を選択した場合に、要介護度4以上で低所得世帯に限り、一般会計から年間10万円の支給がなされる介護慰労金制度が設けられている。

家族介護への現金給付を介護保険の内にどのように位置付けるかは、要介護者の介護サービス選択に関する消費者主権についての前提に依存する。仮に、家族が要介護者の利益にそった行動をしていないとすれば、児童福祉法と同様に、「介護に欠ける要介護者」を行政的に救済することが必要となる。しかし、こうした事態はあくまでも例外であり、現金給付の有無にかかわらず別個の手段で対応することが必要となる。こうしたセフティネットの上に、家族が要介護者の利益の代理人であるという前提の下で、家族の自立的な選択を基礎とする介護保険制度を構築するとすれば、一定の制約条件の下で、現金給付の選択肢を許容することが望ましいといえる¹⁰⁾。

5 医療保険改革へのインプリケーション

公的介護保険は、後送りされている医療保険改革の方向について、多くの示唆を与えることができる。

第1に、老人保健制度の改革である。現在、健康保険組合から老人保健制度への拠出金が大きな負担となっていることから、これを一般財源に基

づく独立の制度に置きかえるという提言が有力である。しかし、これは公的福祉の介護保険化といわば逆方向への改革であり、社会保障政策としての整合性を欠くものとなる。高齢者医療は疾病リスクが大き過ぎるために保険原理にはなじまないという論理については、現行のような無制限の医療給付を暗黙の前提としている限り、それは税方式に変えても解決できる問題ではない。また仮に、税方式での高齢者医療制度の暗黙の前提が、一定枠の財源の範囲に医療給付を抑制することであれば、それは介護保険の要介護認定に対応するゲートキーパー機能を医療保険にも導入することで対応可能である。いずれも医療給付の抑制を前提としているのであれば、それが公的部門と保険者のいずれがより効率的に行えるかが、真の争点となる。この点、介護保険で導入された退職後の高齢者も生涯被保険者で保険料負担という制度は、医療保険でも同様に適用が可能である。老人保健制度の対象者を退職前の健康保険組合に帰属させ、公的年金と同様に、被保険者と受給者とが生涯、同じ保険制度に属することで、保険者が保険給付内容をチェックする方式が、社会保険間の整合性という観点からは望ましい。

第2に、従来、医療分野では禁止されていた保険診療と自由診療との組み合わせ（混合診療）である。これは公共性の高い感染症や事故・急性症を除き、高齢化社会で急増する「日常生活の延長」に近い軽度・慢性症について、介護保険で導入された「混合介護」の考え方を導入することである。これによって、公定の保険診療報酬体系の下でも、一定の範囲内で、サービス価格に基づいた消費者の選択肢を拡大させることができる。

第3に、多様な供給主体の参入である。介護分野では在宅介護サービスに限定されてはいるが、社会福祉法人以外の民間企業の参入が容認された。他方、医療分野でも在宅看護サービスには企業の参入がすでに認められているが、これを少なくとも検査等の医療周辺業務にもさらに広げていくことが望ましい。例えば、高価な検査機器を診療所毎に整備するのではなく、欧州のように医師の指示に基づき、民間の検査所等を活用することで、

設備の効率化を図る余地は大きい。医療サービスの供給を、実質的には個人企業である医療法人の形態に限定することは、大規模な投資資金を必要とする現代の医療サービスの効率性を損なうものとなる。

おわりに

公的介護保険には、社会福祉事業改革と合わせて、高齢化社会に対応した福祉分野改革の柱となることが期待されている。65歳以上人口が、全体の3分の1を占める高齢化のピーク時には、高齢者を特別視するシステムは維持できない。個人の年齢にかかわらず、介護を必要とする層に対して、効率的なサービスを供給するためには、画一的な公的部門ではなく、多様性に富んだ市場の活用が不可欠となる。公的福祉から公的介護保険への転換は、その第一歩であるが、さらに多くの課題が残されている。

在宅介護と対照的に施設介護分野では、大部分の施設整備費の補助を受け介護報酬面で優遇された社会福祉法人が独占的な地位を占めており、消費者の選択肢は限定されている。社会福祉法人の倫理性だけに全面的に依存した現行制度よりも、多様な経営形態の事業者間の活発な競争の方が、消費者としての要介護者保護のためには、より効果的であり、それをいっそう保障するために、種々のセフティーネットティーを構築する必要がある。

公的介護保険には、公的福祉時代からのしがらみがいぜんとして残存しており、介護サービスのなかに従来の公的福祉の要素が混在されている面がある。垂直的な所得再配分的手段としての公的福祉と、水平的な介護リスクの再配分である介護保険との区別が肝要である。このため介護報酬について、要支援部分の自己負担比率を高める一方で、重度の要介護者については逆に引き下げるなど、本来の介護リスクへの対応に重点を置くことが課題となる。また、効率的な高齢者医療・介護サービス充実のためには、介護保険で実現した改革を、医療保険にも導入することが大事であり、

公的介護保険が社会保険改革の契機となることが期待される。

注

- 1) すでに労働市場では、個人の職業能力の差にかかわらず、一定の年齢になれば一律に解雇を強制される定年退職制を「年齢差別」として禁止する提案がある。これと同様に、社会保障・福祉分野でも、個人の年齢だけを基準として、負担と受益を機械的に定めている現行制度の見直しが必要とされる。
- 2) 出生率低下の主因としての女性就業率の高まりについては八代(1999a)参照。
- 3) 岩本(2000)によれば、要介護者1名の発生により、介護者0.1名が就業を断念するという関係が見られる。
- 4) 社会福祉法人と同様に「非営利」と称している医療法人に関しては、この組織財産の個人への帰属禁止という最低限度の規制すらもなく、実質的には外部への利益配当ができない個人企業と同じ組織形態に過ぎない。このため現に医療法人は、税法上では企業として取り扱われている。これは米国の非営利病院が、収入の一定割合を医療扶助に向けてという明確な行動原理に基づいて定義されており、それを条件に所得課税を免除されている制度と対照的である。
- 5) これは公的な助成金を、個人財産に帰属し得る企業に向けてることを禁じた憲法上の制約とされるが、これに対しては、法律上での手続きさえ明確に定めれば可能という判例もある。また、現に公的助成の対象である認可保育所への民間企業の参入が容認されたことは、介護施設についても同様の解釈が可能であることを示唆している(八代(2000))。
- 6) 逆に、税を財源とし国籍要件だけで受給できる公的年金制度であっても、満額給付のためには、一定年数以上の国内居住を要件とする場合には、社会保険方式と同様に給付と負担との間に対応関係が見られる。
- 7) 税と社会保険の課税ベースの差に関して、社会保険料は賃金に比例した企業・雇用者の折半で負担されるため、企業利益だけに課せられる法人税と比べて、赤字法人であってもその負担は免れない雇用税に等しく、企業倒産や産業空洞化を促進させるという批判がある。これに対しては、①事業主負担の社会保険料等のプリンジベネフィットは、実質的に賃金の一部であり、究極的には労働者にも一部転嫁されること、②企業利益に比例した法人所得税の大幅な引き上げの方がむしろ生産性の高い企業の海外移転を促進する要因であり、利益以外の外形標準課税のひとつである雇用税は課税ベース拡大に貢献

すること、③仮に消費税に財源を求めても、それは物価上昇を通じて賃金上昇に結びつくことから、やはり企業負担増には変わりはないこと、等の反論がある。

- 8) なお、長期の施設介護を必要とする精神障害者等を介護保険に含めれば、介護保険財政が悪化するという反論もあるが、それは該当する一般財源の移転で対処すべき問題である。
- 9) 自営業と雇用者との制度統一化の最大の妨げとなった点が、介護保険の事業者負担分の取扱いであった。これは形式的には企業の負担であっても、賃金コストの一部であることには変わりなく、実質的にはその大半が労働者に転嫁されると考えれば意味のないものである。また、年金や医療保険でも問題となっている無業の配偶者の保険料が他の雇用者の負担に帰されている不公平を防ぐためにも、当初から自営業と同じ個人単位が必要であった。
- 10) 例えば、ドイツの例のように、現金給付を介護費用の半分の額にとどめることや、それが適正に活用されているためのモニターを実施することが考えられる。仮に、重度の要介護者の介護保険利用が、その給付水準の高さにもかかわらず、1割の自己負担のために活用され難いとすれば、要介護者の家族は、暗黙の内に現物給付よりも現金給付をより重視していると見られる。

参考文献

- 岩本康志(2000)「要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化」, KIER ディスカッションペーパー No. 0002。
- 松本勝明(1998)『社会保障構造改革』, 信山社出版。
- 厚生省社会援護局(1998)『社会福祉基礎構造改革の実現に向けて』, 中央法規出版。
- 岡本祐三・八田達夫・一圓光彌・木村陽子(1996)『福祉は投資である』, 日本評論社。
- 大守 隆・田坂 治・宇野 裕・一瀬智弘(1998)『介護の経済学』, 東洋経済新報社。
- 大日康史(1999)「介護場所の選択と介護者の就業選択」『医療と社会』第9巻第1号。
- 八代尚宏・小塩隆士・井伊雅子・松谷萬太郎・寺崎泰弘・山岸祐一・宮本正幸・五十嵐義明(1996)『高齢化の経済分析』, 経済企画庁経済研究所。
- 八代尚宏(1999 a)『少子・高齢化の経済学』, 東洋経済新報社。
- (1999 b)「介護保険の課題」, 『日本経済新聞(経済教室)』1999年4月13-18日。
- (2000)「福祉の規制改革」八代尚宏編『社会的規制の経済分析』, 日本経済新聞社。
(やしろ・なおひろ 上智大学教授)