

介護の社会保険化

— その社会保障法学からの考察 —

荒 木 誠 之

要 旨

法改正によって、老人に対する介護サービスが老人福祉法による措置制度から社会保険法による保険給付に変更されたが、それは介護サービスの性格・目的の変更をもたらすものではなく、生活障害保障としてよりよい方式を選択したものである。しかし、制度の構成や運用の前提条件には問題も少なくない。また、介護保険法の制定と実施は、社会保障制度全般の改革への第一歩としての役割を担っている。したがってこの保険制度を、その本来の目的にそって機能させるような検討が必要である。

一 はしがき

1 わが国の老人介護の社会的供給制度は、昭和38（1957）年の老人福祉法による福祉措置によって、きわめて不十分ながら基礎ができた。それから40年目の平成9（1997）年に介護保険法案が医療保険改正法案と共に国会に上程された。介護保険の創設は医療保険の改革と密接な関連をもって構想されたものであったが、後者は国会を通過し、前者は継続審議とされた。同年暮れの国会において若干の修正を経てようやく介護保険法が成立した。介護制度改革が日程に上って以来、数多くの関係諸団体の意見、関連審議会の答申、厚生省の試案、国会に上程された法案等が出され、制度の骨格はほぼ固まってきたといってよい。その間に、世論も多大な関心を示して盛り上がり、専門家の論議もかつてないほど多彩に展開された。

2 本稿は、やがて実施移される介護保険について、社会保障法の見地から

制度の主要な点について考察を試みようとするものである。立案から法案審議の過程で論議が集中した具体的事項をについては、すでに多くの研究があり、それ自体を本稿の主題とするつもりはない。ここでは、介護保険法に含まれる諸問題をひろく視野におさめながら、社会保障法の観点から注目すべき問題点のいくつかについて、考えてみたいと思う。

主要な論点は、つぎのようになるであろう。第1に、介護の社会的供給が老人福祉法による措置から社会保険法による保険給付に変わることによって、提供される介護の法的性格や機能にいかなる変化が生じるか、である。変化があるとすれば、それはいかなる性格の変化であるかが問題となろう。もし、さしたる変化もないとすれば、保険化の意義はどこにあるのか、が問われなければならない。

第2に、第1の論点とからんで、介護の受給権にどのような変化をもたらすか、が検討事項となる。介護が社会保険給付になるのであるから、措置によるそれと手続きや形式が違ってくるのは当然であるが、そのような技術的な側面のみではなく、受給権の実質にいかなる変化を生じるかが問題となる。

第3に、介護保険が他の社会保険、とくに医療保険とくらべて、どのような共通性と独自性をもつか、が重要な関心事となる。それは、さきに述べたように、介護保険の導入が医療保険改正と密接な関連をもって進められてきたこと、両者ともに対人サービスの社会保険であることによって、政策上のみならず法理的にも明らかにしておかねばならない。

第4に、介護保険の出現は社会保障法全体にとって、どのような影響を及ぼすか、という法体系上の問題がある。そこには立法政策上の考慮も当然に絡んでくるが、意識すると否とにかかわらず、介護サービスの社会保険化は、必然的に従来の社会福祉サービスの法に影響をおよぼすのはもちろん、間接的には社会保障法の各領域にも少なからぬ波及効果を及ぼすであろうことは、容易に予測される。介護保険法の実施を目前にひかえたいま、以上のような問題意識をもって、社会保障法学からの考察を行うことは、意味のないことではあるまい。

二 制度転換の背景

1 介護サービスの再検討が政策課題となったのには、その背景にいくつかの要因があった。もっとも大きな要因は、介護そのものというよりは増大を続ける医療保険制度の財政負担問題であり、とくに医療保険を基盤として運営されてきた老人保険制度への実態批判であった。

周知のように、老人保健法は、老人医療無料化のもたらした実態の批判の上に形成された。国民健康保険の受診にあたっての3割自己負担を、老人福祉法による福祉の措置として肩代わりしたのが、いわゆる老人医療の無料化であった。それは、低所得の老人に医療へのアクセスを容易にした点では、大きな進歩であった。しかしその反面でいわゆる濫診濫療の傾向をもたらし、また老人の社会的入院の増加も老人医療無料化の一側面といわれてきた。社会的入院とは、本来は福祉施設または自宅で介護を受けるべき要介護者の老人が、病人として医療機関に入院している状態をいうのである。この社会的入院を、すべて老人医療の無料化の結果とみるのは必ずしも適当ではない。むしろ介護施設の絶対的な不足、在宅介護に対するホームヘルパー供給体制の不備、介護施設である特別養護老人ホームについての古い考えからくる偏見等がおもな要因であったというべきである。だが、現実には老人医療に要する費用が年々増大し、医療保険からの老人医療への拠出が健康保険や共済組合の財政を圧迫するにつれて、老人医療を含めた医療保障制度全般の抜本改正が、政策課題となり、その過程で介護保険創設への動きが現れてきたのであった。

この医療保険の財政問題から派生した介護保険という観点からすれば、介護保険法の成立は医療保険制度のいわば適正化の一手段であったとも言えない。たしかにそのような政策意図が働いたことは、否定すべくもない。その背景を考えると、介護保険の実施が医療保険とその上にある老人保健の運営や実態にどのような変化をもたすかが、重要な関心事となるのである。

他方で、介護サービス自体の目的や機能の見地から検討し、介護保険にその改革を期待する動きもあった。そこには、従来の老人福祉法による介護サー

ビスに対する根強い批判があった。介護サービスは、福祉事務所長の措置として行われてきたが、その措置内容が介護ニーズに適したものでなく、また、そもそも介護サービスの提供が質量ともにひどく貧弱であると不評であった。この批判を考慮して厚生省はいわゆるゴールドプラン（老人保健福祉10か年計画）を策定したが、それも現実のニーズ充足するに足たりるものではなかった。老人保健法及び老人福祉法による市町村の老人保健福祉計画を背景として新たに策定された新ゴールドプランでは、かなりの改善が盛り込まれたが、なお供給体制として不十分であることには変わりにはなかった。また、介護について、老人福祉法の措置では受給権が不明確であり、措置で決められるものをそのまま受けるほかはないのが実態であった。要介護者の老人やその家族は、介護の提供を社会保障の権利の一つとして要求できる地位におかれてはいなかったのである。

2 これと関連する問題として、福祉サービスの受給について、その権利の不明確さが指摘されていた。これは、主として社会保障法学の観点から提起されていた問題である。前述のように、福祉サービスの請求に対して、行政庁に明確な履行義務が課されておらず、多くの場合「することができる」という文言の規定であり、いくつかの義務付け規定がある場合でも、その義務内容は明確に定められてはいなかった。一例をあげれば、要介護老人の特別養護老人ホームへの入所について、福祉事務所長は法的にこれを義務付けられているが、個室に入居させるか否かは、所長の裁量に委ねられていた。また、特別養護老人ホームがつねに満室であるため、必要があっても即座に入所ができず、1年またはそれ以上待たねばならないのが通例であった。これが、いわゆる社会的入院を一般化した1つの条件ともなっていた。要するに、このような福祉サービスについての受給権の不明確さは、社会保障の他の分野には見られない現象であり、社会福祉法制に特有の欠陥ともいえるべきものであった。それは制度本来のあるべき姿ではなく、現実のサービス供給態勢の貧弱さに妥協した結果にほかならなかった。そうだとすると、福祉サービスの受給権を確立するには、制度の在り方を根本的に見直さなければならな

かった。介護サービスの社会保険化によって、この点の改善を期する方向が出てきたのも、しぜんの流れであった。これまでの社会保険法においては、被保険者の受給権が不明確でどのような給付を受けられるか解らない、という事態はありえないからである。

3 以上が介護サービスの社会保険化を推進した主要な条件であったが、他方でそれに対して批判的な見解もあった。それは、保険者になると予定される市町村の側からの運営上の危惧と、保険制度には介護提供上の限界があるとする専門家からの批判が、主要なものであった。市町村では、国民健康保険の保険料収納率の現状からみて、さらに介護保険料を徴収することは現実には困難との予測、介護保険の財源確保についての不安があった。保険批判論者は、保険制度では保険料の滞納や不払いが多くなり、低所得者の切り捨てになる危険性があり、そこに制度の運営上の問題が生じると論じた。

また、保険制度を採用するとき、被保険者の範囲をどうするかが、保険料負担と関連して問題となった。そこでは、介護の対象を老人に限定するのか、要介護者一般を対象にするのか、という問題もからんでくる。前述の老人医療との関連からみれば、老人介護を保険事故とする方向に傾くが、要介護者は老人にかぎられるわけではなく、若い障害者も介護を必要とする。保険方式ではなく財源をすべて国公費でまかなう制度にすれば、この問題はおきないが、その財源をいかにして調達するかという別の問題がある。このように社会保険方式の是非をめぐる賛否両論がたかわされたが、それも公的介護制度の理解を深めることになった。批判論も制度運用において活かされることになろう。

このように、世論の沸騰するなかで法案の国会審議が進められたが、世論の大勢は批判と危惧を感じながらも、社会保険方式による新しい介護サービスの制度化に、現状からの脱皮を期待したのであった。介護サービスの質量ともに貧弱な状態が、深刻な社会問題になっていたからである。

三 介護の社会保険化の意義

1 老人介護が、家族内での扶養から社会サービスへ転換されたのは、老人福祉法の制定によってであった。同法は、行政庁による措置として、老人介護サービスを定めた。介護サービスは制度体系としては社会福祉の領域に位置づけられたのである。ところで、社会保障法の体系を制度体系に沿って理解する立場では、社会福祉法と社会保険法とは別個の体系に属する法領域としてきたから、その見地からすれば老人福祉法による介護は福祉サービスであって、社会保険給付とは異なった独自の目的と性格を持つものと解されよう。少なくとも論理的には、そうなるであろう。

介護保険法の成立によって、介護が福祉の措置から社会保険給付へ転換したことを、前述の社会福祉法と社会保険法を法体系として区別する立場では、どのように理解するのであろうか。少なくとも現在のところ、この点について明確な説明はなされておらず、もっぱら法の具体的内容についての検討に関心が向けられている。しかし、介護の社会保険化という現象を単に政策の変化とみて、その法的意義について基礎的検討をおろそかにするならば、介護保険法の目的や機能の理解は行き届いたものにならないであろう。そのような意味で、介護サービスの福祉措置から社会保険給付への転換の意義を、社会保障給付という観点に立って検討してみよう。

社会福祉法の規定する福祉サービスは、その目的及び機能からいって、心身の機能喪失によって生じる生活上のハンディキャップに対する保障、すなわち生活障害への保障である。その点では、傷病による心身の一時的機能の消失に対する保障である医療サービス（それは対人サービスの一つである）と共通の目的・機能を有する。私見によれば、社会福祉の措置は医療保険の給付と同一の法的性格と機能をもって生活障害給付の体系に属するものである。それが制度上で無拠出の福祉サービスとされるか、拠出制の社会保険給付とされるかは、目的実現にあたっての手段選択の問題にすぎないのである。このような見解はつとに筆者の強調してきたところであり、介護の社会保険化はその一つの実例にすぎないのであって、社会的給付としての介護がそ

の目的や性格、機能を本質的に変えるものではない。従来の制度論に依拠する社会保障法体系論によれば、社会福祉法と社会保険法とは峻別され、両者は相互に独自の原理に立つもののごとくであった。その見地からすれば、介護の福祉措置から社会保険給付への転換は、論理必然的に介護の原理や性格の転換に導くはずである。その見地からの介護保険法の基本的な把握が提示されるならば、学問的にもまた実務的にも有益であろう。

2 介護の社会保険化は、保険の技術を使った制度構成をとるから、そこには社会保険特有の技術にかかわる法的問題が生じる。それは、保険関係の当事者、保険給付の内容と供給体制、保険財源の調達等である。そこには、従来の措置制度には無かった新たな法的局面があり、また、その法的局面をどのように規定するかによって、介護の社会的給付のありようも決まることになる。それは、医療保険が従来提起してきた諸問題とつながるものがあるだろう。それは後に検討するとして、ここではまず、介護の社会保険化にあたってとられた立法上の選択について、社会保障法の見地からの検討をしてみよう。

保険関係の構成は、基本的に国民健康保険及び国民年金のそれが原型となっている。すなわち、保険者は政府ではなく市町村であり、国保と同一である。被保険者についてはいくつかの案があったが、最終的には40歳以上の全国民とした。そして、被保険者を年齢によって1号と2号に区別するのは、国民年金の被保険者の区分に前例がある。国民年金の場合は、職業による分類だが、介護保険では年齢による区分の差があるにすぎない。このように見ると、介護保険法の構成には既存の社会保険法の経験が大きく作用していることを知るのである。

保険関係上の問題としては、被保険者の範囲が論議の焦点となった。当初の政府案では20歳以上としていたのであるが、若年者の関心の薄さ、そこに伴う保険料滞納問題等が考慮されて、40歳以上を被保険者とする案に落ち着いたのであった。これは介護保険を高齢者介護に限定し、若年の障害者を除外することにほかならず、その理論的必然性はないに等しい。要するに、あたらしい法制度の円滑な実施のために、政策的に中高年者以上を取り込んだ

にすぎない。高齢者以外の要介護者には、福祉法による措置が存続することになるが、生活障害に対する給付としての介護の目的、性格に本質的な差異があろうはずもない。そこにあるのは政策的かつ技術的な選択にすぎない。社会保険と社会福祉を法体系上区分する学説ではともかく、私見によれば、今次の立法上の選択は法案への反対を回避するための過渡期なものとするほかはない。論理的にはすべての要介護者を包括した制度へ転換すべきものである。おそらく法実施後しばらくたてば、制度はその方向へ進むか、同様な制度を別に創ることになろう。

保険給付の内容についても、多くの議論があった。その一つは、家庭内での家族による介護に対して、金銭による保険給付をすべきか否かであった。介護の社会的供給体制が不備な状況下で、家庭の主婦に介護の責任が大きくなかっているのは周知のことであるが、これを保険給付の対象とするかについては、賛否両論があった。そのいずれにもそれなりの合理的理由はあるが、現行法が家族介護への現金支給を否定したのも、過渡的な措置としての選択である。まずは介護の現物給付の定着をはかることを優先させ、家族への現金給付はその上での方策としたものである。それも全く選択の問題で、論理的な必然性によるものではありえない。

3 介護の給付について注目されるのは、要介護の認定と保険給付の内容である。現在のところ、その基準は明示されていないが、これが制度の基本的な部分となるはずである。それを法規で明示しないまま、したがって保険給付と保険料についても明示規定がなく確定しないまま法律が制定されたところに、介護給付への社会的ニーズの深刻さと同時に、制度に内在する問題の複雑さが示されていた。端的にいえば、制度の肝腎な点は法律によらず政令等の行政命令に委ねてしまったのである。これは従来の社会保険法には例を見ないところである。とはいっても、およその基準や目安は審議会等の論議の過程から推定されるのであるが、立法の在り方としてはやはり問題といわなければならない。それは、従来の行政庁の措置による介護サービスと本質的には変わらない行政主導型ではないか、との批判は避けられないであろう。

介護保険法が成立した段階では、いったいどのような介護が提供され、どのような負担をしなければならないか、法は沈黙していたのである。この問題は、医療保険との対比において後にまた検討する。

保険給付としての介護は、かならずしもすべて公的な機関や従事者をつうじて行うのではなく、民間の事業をも供給体制の一環に組み込んでいる。いわゆる民活方式を織りこんだ新ゴールドプランが、介護保険の実施の裏付けに予定されている。民間活力の利用を主眼とする新プランが介護保険の支えとされているのである。したがって、介護保険の実施によって介護供給体制がいくらか改善されるとすれば、それは主として民間の施設と従事者によって担われる部分によってであろう。介護の供給の充実は当然のことであるが、民間事業がその大部分を占めるという事態になると、そこにまた別の問題も出てこよう。介護の質の低下、施設や従事者の都会への集中、事業の営利性への傾斜等が、民活を主体としてきた医療保険の経験からも予測されるところである。

保険の費用については、国・公費で50%をまかなうことを法定したが、保険料率または保険料額については規定がない。定額制にするかどうか、未定である。保険の支出総額は要介護の認定と密接に結びつく問題であるから、それが決定しない段階では保険料も決めようがないのである。このように見えてくると、介護保険法の制定は、まずは介護の社会保険化に踏み出すことに主眼があったと評すべく、これをテコにして保健・医療・福祉の改革に進む政策の第一歩と位置付けられているようである。

四 介護保険と医療保険

1 介護と医療は、生活障害に対する保障として共通の目的と機能を持っている。それは、介護が福祉措置として行われようと社会保険付の方式をとろうと、変わるはずはない。21世紀初頭に発足が予定されている介護保険法の運営を考えると、これまでの医療保険の経験に学ぶべきところが少なくないであろう。その具体的な問題は他の機会にゆずるとして、ここでは介護保

険と医療保険とを対比しながら、社会保険法における介護保険法の特質という観点から若干の考察を試みたい。

これまでのところ、介護が医療機関で提供されてきたという事実がある。いわゆる社会的入院はその典型的な例であり、そうでなくても老人医療の現場では医療と介護とが結びついているのが実態であった。要介護者が疾病にかかり、または慢性疾患の患者が要介護者となることは、日常起きることであって、医療機関において看護婦あるいは付添い人等によって介護も行われてきたのであった。その経験を背景に、また、介護についての医学的知識や訓練に裏打ちされて、介護も医療職の守備範囲にあるという意識はかなり強いものがある。それは、あながち職業的縄張り意識のあらわれとばかり言いきれないであろう。医療職にある人びとが介護サービスに従事すること自体を一概に否定または制限すべき理由はない。問題は医療と介護との本来の機能分化と相互の関連態様にある。この問題には、かつて議論された医薬分業の問題と一派通じるものがある。

介護保険法が実施に移されるとき、医療と介護の接点は従来以上に多くなる。そして医療と介護が同じく社会保険として並立することになるから、この両者がそれぞれ本来の目的と機能を維持しつつ、どのようにして有機的連携を保って老人の生活障害保障の実を上げるか、が問われることになる。介護保険法の成立は、これまでやや不透明であった医療と介護のあいだに一線を画し、制度上からも両者の相互独自性をハッキリさせた。いまや介護保険法を医療保険法と対比して、介護サービスの特質がどのような形で制度構成に現れているかをあらためて考える時期になっている。

2 保険関係についてみると、介護保険法の保険者は市町村及び特別区である。これは国民健康保険法および老人保健法と同様で、その前例に従ったものといってよかろう。とくに老人保健法との密接な関連を意識したものと思われ、それは立法政策としては妥当な選択といえよう。

被保険者の範囲は、議論の焦点の一つとなったところであるが、結局のところ40歳以上とし、65歳以上の第1号とそれ未満の第2号とに区分した。こ

の被保険者の区分は、老人保健法の対象者の区分を想起させるものがある。ここにも、介護保険制度と老人保健制度との関連性がうかがわれる。40歳以上という年齢は、後者では中年以後の疾病予防、前者では拠出による介護受給権の取得、という差異はあるが、ともに高齢期に特徴的なニーズである老人医療と老人介護との関わりが想定されているのである。介護についての被保険者範囲の設定は、さきに見たように理論的には問題なしとしないが、制定された規定に即していえば、介護保険と老人保健とを密接に関連づけて運営する方向が見てとれる。その延長線上に、介護保険と老人保健を統合して老人介護・保健制度へもっていく政策の可能性も、場合によってはありえよう。しかしその前に、介護と医療との固有の意義と特質を制度上で明確にすることが先決問題であり、その点をあいまいにしたままの整理統合は、いたずらに制度上の混迷を深めるにすぎないであろう。

介護保険法は保険給付について「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、又は要介護状態となることの予防」と定め、医療との連携を十分配慮すべきことを規定（2条2項）する。また、医療保険者の介護保険事業への協力を要求（6条）している。ここでも、介護保険と医療保険との密接な制度的関連性が規定上にも明示されている。そこで問題になるのは、まず介護の認定である。

医療保険の医療給付においては、給付の要否についてとくに認定手続きは必要とされていない。傷病にかかり医療機関にいけば、面倒な手続きなしに必要な医療をうけられる。入院については、保険者がその必要を認めたときとなっているが、実際上は医師の判断で入院が行われ、特別な手続きは必要とされてはいない。介護の給付においては、法が要介護の認定につき詳細な規定をおいた。したがって医療給付と介護給付とは受給の手続きがちがっている。おそらくその主たる理由は、傷病についての医療の要否と程度については、医師の判断にまかせても問題は少ないが、要介護状態についてはその実態からいって、保険給付の要否とその程度に専門的な判定が必要と見たのであろう。このような給付手続きの上の差異は、それ自体としては不合理とは

いえない。

要介護の認定にあたって、保険者である市町村は認定申請者の主治医に対して、障害の原因である傷病の状況等につき意見を求めることになる。この意見は認定審査会に通知される。このように介護保険の給付の第一段階である要介護の認定手続きにおいて、医療保険の診療を担当する医師が参加する。さらに、介護認定審査会は保健、医療の学識経験者を含んで構成されるから、要介護の認定において医療関係者は事実上決定的な役割を担うことになる。要介護の認定基準はやがて明示されるであろうが、基準の具体的な適用に当っては医療関係の委員の意見が決定的ともいうべき重みを持つであろうことは疑いない。要支援認定についても、同様のことがいえる。ケアプラン及びケアマネジメントの作成・運用においても、同様な傾向が予測される。それが、介護保険の運用において医療保険とどのようにかわるか、注目すべきところである。

保険給付の内容は、それぞれの法が医療と介護サービスを規定している。そして、いずれも実際的には現物給付であり、受給に当たって定率の自己負担（医療保険では2割または3割、介護保険では1割）をしなければならぬ。このように保険給付についての発想には、医療保険と介護保険との間に共通したものがみとれる。ただ、医療給付の担当者と介護給付の担当者は基本的には区別されているが、介護施設サービス給付になると、老人福祉施設のほかに老人保健施設及び療養型医療施設も介護実施の機関とされている（介護保険法48条1項）。したがって介護サービスを行う施設としては、従来の医療施設、とくに老人医療の施設が転用されることになり、そこでも介護と医療とが実際上かかわってくる。そこには、現在の介護施設の絶対的不足を補うという現実の作用もあるが、他方で、医療機関の側からの介護分野への積極的な進出気運が高まっている。医療と介護との制度的区分をふまえたうえでの両者の有機的連携が期待されるのであるが、他面では、従来の社会的入院に類した制度的歪みが形をかえて残存する可能性がないとはいえない。

保険の費用についてみると、介護保険の費用調達方式は国民健康保険のそれとよく似ている。保険料の財源に占める割合は半分程度で、あとは国公費でまかなう仕組みである。したがって、介護の社会的提供は介護保険という社会保険の形をとりながらも、実質は公費による社会サービスに接近している。1号被保険者の保険料は国民健康保険と同じ方法で徴収される。これは、介護保険の対象が65歳以上の老人であることから、そのほとんどが国保の被保険者であるという実態をも考慮したものであろう。被用者である2号被保険者の保険料は、健康保険や共済組合等の医療保険の保険者を通じて徴収される。要するに、保険料の徴収も医療保険の徴収ルートを利用した形になっているのである。こうみえてくると、介護保険と医療保険（とくに国民健康保険）さらに老人保健の3者の結びつきは、歴然たるものがある。

生活障害に対する保障としての医療と介護には、それを担当する専門従事者が不可欠である。医療の分野ではこれまでの制度実績によって、医師、看護婦等の専門従事者の職業上の実績と社会的認知が確立している。これにくらべると、介護の分野では社会福祉士、介護福祉士の制度は法定されたが、いまだ名称独占の段階にすぎず専門職としての独占性は認められていない。同時に、それらの専門職としての社会的認知も希薄である。これは、介護サービスがこれまで従事者の明確な資格要件を定めず、またその専門的教育や訓練をほとんどしなかったことの結果でもある。介護の現場では、社会福祉士ないし介護福祉士の有資格者はいまだ少ない。従事者の労働条件は医療従事者のそれと比較して、格段の差異がある。それが、介護保険の実質に影響しないはずはなく、また医療に対して介護がその本来的独自性と対等性をふまえた有機的関連を確保する上で、さまざまな障害をもたらす可能性をはらんでいる。

3 以上に見てきたように、介護保険法と医療保険法とはそれぞれ独自の目的と機能を担いながら、密接な関連性を持って運用されるたてまえである。両者がともに生活障害に対する保障給付法として、共通の特質を持っていることがその基礎となる。社会保障給付としての介護の性格は、それが社会福

祉法上の措置であろうと社会保険法上の保険給付であろうと、変わるものではない。ただ、給付の技術的な側面において、措置制度と保険制度とでは違いがあり、それが給付される介護の内容に影響を及ぼすことはありうる。介護保険法の制定も、この技術的な点を活用して介護の量的、質的充実を計ろうとするものとされており、またそうならなければ新立法の意味はないに等しい。

介護の社会的給付が社会保険化されたことによって、介護を医療との関連において考えることが、理論的にも实际的にも必要かつ容易になった。そのことによって、福祉サービスとしての介護にまわりついてきた救済的発想、権利性の希薄さが克服されるならば、社会保障給付としての介護の新たな進展に資することになる。またそのように制度の方向を展開させる努力をしなければ、介護保険法の制定は財政対策の一形態に終わることになる。

五 社会保障制度に及ぼす影響

1 介護保険が実施されるとき、それは社会保障制度全体に少なからぬ影響を及ぼすことになる。そこでまず、介護自体のもつ本来の性質と、福祉措置から社会保険給付への制度的転換、この2つの側面について基本的な理解をしておかねばならない。

これまでの社会保障の制度体系としては、社会保険、公的扶助、社会福祉、公衆衛生の4つの分野に区別し、その中心に社会保険をおくのが一般的な認識であった。そして、老人介護は老人福祉法による福祉サービスであって、社会保険とは異質のものという考え方が一般的であった。これは、たんに制度構成論にとどまらず、社会保障の法的把握においても一般にとられていた見解であった。新立法により、介護の供給を措置による福祉サービスではなく社会保険で給付することになったが、制度理論に立てば、介護が福祉の垣根をこえて保険の領域に移動したと解するばかりではない。そのように、介護供給が制度的な区分を越えて移動するということは、社会保障の制度的法体系理論では、どのように説明されるのであろうか。筆者はつとに、社会保障法

を所得保障法の体系と生活障害保障法の体系から成るとの見解を採ってきた。要約すれば、介護サービスは医療とともに心身の機能喪失（医療は傷病による短期的な、介護は高齢や傷病の治癒後その他の長期的な）に対する保障として共通する性格と機能をもつ。医療及び介護の社会的供給を、社会保険の方式で行うか財源を国公費でまかなう社会サービスにするかは、手段の選択の問題であり、それによって給付の目的、機能が変更されるものではない。たとえば、医療給付がいまの社会保険からイギリスのようなNHS方式に変わったとしても、医療給付の目的や機能が本質的に変化することにはならないのである。このような私見に立てば、介護が措置制度から社会保険制度に変化しても、介護給付の本質にはいささかも変更はないのである。変化したのは、介護給付の手段であり、そこには保険方式がベターだとする政策的な判断が働いているのである。その意味では、措置方式をとらずに全額を国公費でまかなう制度の選択も当然にありえたのである。

介護給付の社会保険化は、私見からすれば法理的には当然に予測されえた1つの方向である。現実的必要におされた結果、社会保障の原理・体系を無視して、介護が社会福祉制度から社会保険制度へ逸脱し越境したのではないのである。

問題を具体的に考えてみよう。介護保険の成立によって、いわゆる「社会的入院」の解消が期待されている。社会的入院とは、病人としては本来入院の必要のない要介護者が、病院に入院している状態をいう。その場合、入院者は患者として医療保険の給付対象とされ、そこでは介護よりも診療が主体となる。その弊害は周知のところであり、社会的入院抑制の政策がとられてはきたとはいえ、いまなお残っている。介護保険が実施されると、医療保険と介護保険が並立することになり、制度的にも医療と介護の区別が明確になり、現場でも医療と介護との線引きがハッキリできるだろうと期待されている。ケアプランの作成、ケアマネジメントの運営にそれが求められている。同時に、介護施設とマンパワーの充実が、この線引きと連携を裏付ける条件となる。その延長線上に、老人医療制度の見直し、さらには医療保険制度全

般の改革（その1元化を含めて）も展望される。

そもそも、医療と介護は社会保障の要保障事項としては、共通する要素もっている。それは、両者ともに心身の機能を喪失した状態への保障手段である。医療の対象となる傷病では、この機能喪失が短期間に治癒により回復するのに対して、介護の対象となる寝たきりや痴呆状態は、機能喪失が長期にわたり、また根本的な回復は困難、という相対的な差異があるにすぎない。前者には医療による治癒が、後者には介護による生活サポートが、必要かつ適切な生活保障給付として提供されなければならない。この両者は、生活障害に対する保障として非金銭的給付を内容とする点で共通しており、したがってまた、医療から介護への移行や介護から医療への移行も、無理なく自然に行われうるものである。この両者に共通する性格と機能のために、これまで「社会的入院」を広がらせる条件ともなっていた事実は否定できない。

2 老人介護が社会保険化されるとき、社会福祉の他の分野、すなわち児童、身心障害者などにたいする介護、これに類する世話が、措置制度のままに置かれることは、理論的な根拠によるのではない。老人介護が差し迫った問題だから、ともかくそれを社会保険として取り上げた、というのが実態である。介護保険の構想が発表されたとき、その対象になぜ障害者を含めないかが問われたことであった。結局のところ、「老人」の介護が緊急の事態なので、とりあえずそれ以外の人は除外したにすぎない。しかし、介護が措置制度から社会保険へ変えたことにメリットが実証されるならば、老人以外の人びとに対する措置制度を保険化することも、考えられないことではない。すぐにその方向に進むかは別として、老人介護の社会保険化は、他の福祉法による措置制度の運用と将来について、何らかの影響を及ぼすことは確かである。

3 老人への介護が社会保険化されるとき、社会福祉の他の分野、すなわち児童、身心障害者などに対する介護や世話は措置制度に残されることになる。それは、理論的根拠があつてのことではなく、老人介護の充実が社会的に切実な問題となったからに他ならない。老人介護の社会保険化にメリットがあるならば、他の要介護者にこれを拒む理由は薄弱である。障害者への介護が

すぐに社会保険化されないにしても、将来これが介護保険に組み込まれる可能性はおおいにありうる。現にドイツでの先例もある。また、介護以外の福祉サービス分野においても、介護の社会保険化の及ぼす影響は少なくないであろう。

老人世帯が要保護者の大部分をしめる生活保護法も、介護保険が実施されるようになれば、そのままでもいいのか、という見直し論も出てこよう。周知のように、生活保護世帯は保険料拠出が期待できないとして、医療保険から除外されている。その例にしたがえば、介護保険でも被保護世帯は適用からはずされることになろう。高齢者を多数含む生活保護世帯では、介護の必要性は一般世帯よりも切実である。したがって、生活保護の制度に介護扶助をあらたに設けるか、介護保険を保護世帯にも適用するか、の方策がなければならない。後者を採るとすれば、それは必然的に医療保険にも同様な手段が必要となる。このように、介護保険は生活保護制度の在り方にも関連するところがあり、場合によっては生活保護制度自体の見直しに進む可能性をはらんでいる。

以上に見てきたように、介護保険法の成立と実施は、社会保障制度全般に多大の影響を及ぼすことは明らかである。これを足がかりにして、社会保障全般の改革を展望する見方も出されている。社会保障の改革をどのようにするか、これは超高齢化社会を見通し、所得保障と生活障害保障とのバランスを含めて制度全般を再検討することであり、介護保険の成立はその一つの契機となるのは確かである。

(註)

- 1 社会福祉を低所得層への施策とみる見解は、社会保障制度審議会の社会保障勧告（1950年）および同審議会の社会保障推進勧告（1962年）にも現れている。後者では社会福祉政策を「国および地方公共団体が低所得者階層に対して積極的・計画的に組織的な防貧政策」とし、福祉制度は「一定条件にある低所得階層の権利として確保される方向に

- 進まなければならない」と述べた。その背景には、戦前の救貧制度からの沿革と戦後の財政事情による制約があった。その点につき荒木誠之「社会保障法における社会福祉」法政研究 50 巻 1 号 16 頁以下。
- 2 朝日新聞の 47 都道府県の担当者（課長級）へのアンケートによれば、新ゴールドプランが達成されたとしても、「うまく機能する」と答えたのは 7 府県にとどまり、保険の実施により需要がふくらみ、新プランの水準では対応できないとみるのが大半であった（97 年 12 月 27 日西部版朝刊）。また同紙の社説（96 年 9 月 6 日西部版）では、新ゴールドプランでまかなえるのは 2000 年の在宅介護サービスの必要量の 3 分の 1 程度と予測した。
 - 3 国民皆保険体制になっても、区域内に医療機関がないため国民健康保険の実施を延期せざるをえない村が現れた。保険証が紙切れ同然になることを避けるには、法律上の強制設立も猶予せざるをえなかったのである。介護保険でも、程度の差はあっても似たような状況が起きる可能性が予想され、また、保険財政の面でも赤字化のおそれがあり、国民健康保険の二の舞になりはしないか、が危惧された。このような市町村の批判や危惧を反映して、老人保健福祉審議会の最終報告でも、統一した見解を出しえなかったのである。
 - 4 介護制度の保険方式についての批判につき里見健治「論争・公的介護保障制度論」ジュリスト 1094 号 19 ページ以下、里見健治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』等。批判論についての反批判として京極高宣『介護保険の戦略』163 頁以下。
 - 5 国民健康保険では、保険料の収納率は 92%前後が一般であり、国民年金では 3 人に 1 人は滞納者という説もある。すこし古いが 1992 年の調査では、約 190 万人が未加入者、200 万人以上が未納者となっている。その大部分が都市部に集中している（星野順「厚生・国年の現状と課題」週刊社会保障 1850 号 60 頁）。
 - 6 日本世論調査会の調査（1994 年 12 月実施）によれば、厚生省の介護保

険の案に賛成が 85.6%で、介護保険に反対は 8.6%すぎなかった。しかし、求められるサービスの内容についてみると、ホームヘルパー・訪問看護婦の増員が 53.4%、特別養護老人ホームの増設が 38.0%、ショートステイとデイケアセンターの普及が 28.9%で、介護保険の導入は 25.9%にすぎない。これをみても、介護保険そのものというよりは、介護サービス充実の手段として介護保険が期待されていたことがわかる。

- 7 荒木誠之『社会保障の法的構造』29 頁以下、同『社会保障法読本』245 頁以下に私見を展開している。筆者が制度論に依拠する法体系論をとらない理由は、それが積極的な根拠をもたず、したがって制度の変化によって動揺を免れないからである。介護の法制度についていえば、いまは社会福祉法の体系におき、介護保険法が成立すると社会保険法に位置付けるのは、あまりに形式的・便宜的であって、理論的根拠は薄弱である。
- 8 制度構成を基礎とした社会保障の法体系論の主なものを年代順に挙げると、佐藤進『社会保障の法体系・上』131 頁以下、舛井常喜『社会保障法』78 頁以下、高藤昭『社会保障法の基本原理と構造』51 頁以下がある。ただし舛井説は、社会保障法の基本的なとらえかたにおいて、私見とあまり違いはないようである。
- 9 老人保健福祉審議会の答申では、被保険者を 65 歳以上としており、中年以上の者からの拠出を求める意見もあった、と述べている。厚生省の案では、当初は被保険者の限定をしていなかったが、のちの試案では、65 歳以上を第 1 種、40 歳以上を第 2 種の被保険者として、若年層を除外した。これは、若年者を加えることに対する反対論を考慮したものであることは明らかである。
- 10 立法例としてドイツの介護保険法が、家族介護に対して現金給付を行っている。その概要につき手塚和彰「ドイツ介護保険法の成立と展開」(下) ジュリスト 1084 号 90 頁以下、本沢巳代子『公的介護保険』

68 頁以下。

- 11 新ゴールドプランが法の実施の裏付けになるとされているが、それに対する世論の評価につき註（2）参照。
- 12 老人保健法では、医療の給付対象は 70 歳以上であるが、疾病予防の保健事業の対象は 40 歳以上とした（20 条）。この 40 歳以上という年齢区分が、介護保険法の被保険者の区分と一致しているのは、たんなる偶然ではあるまい。
- 13 療養型病床群は 1993 年の医療法改正で認められたものであり、一般病院に比べて医師、看護婦の数が少なく看護補助者（介護人）を多くになっている。介護に重点をおいた医療機関であるが、生活の場としての設備は貧弱である。介護保険法はこれを指定介護療養型医療施設（107 条）として転用することにした。指定にあたっては、生活の場としての機能を重視すべきであるが、食堂、ふろ場、談話室、リハビリ訓練室等のない病院では、名ばかりの介護施設にすぎなくなる。診療所にもこの指定を認めようという議論もあるようだが、かりに過渡的な措置としても疑問が多い。
- 14 社会福祉士と介護福祉士の資格、業務等に関する法は平成 5（1997）年に制定された。1998 年現在で資格取得者数は、社会福祉士の 10,365 人、介護福祉士の 113,508 人である。この現状では、質のよい介護の提供は期待すべくもない。
- 15 最近比重をましてきた登録型ヘルパーの研修または訓練の実態については橋本宏子『福祉行政と法』50 頁以下。そこでは、登録ヘルパーがかならずしも十分な研修を受けないまま、常勤のヘルパーと同質の場合によってはそれ以上の業務をになっていると指摘されている。
- 16 ベバリッジ報告『社会保険及び関連サービス』（Social Insurance and Allied Services.1942 p.7 et sec.）山田監訳 13 頁以下をはじめとして、わが国の社会保障制度審議会の社会保障勧告（昭和 25 年）、最近の介護保険関係の諸審議会答申に共通して見られる考え方である。

- 17 荒木誠之『社会保障の法的構造』48－51 頁。
- 18 介護保険法の制定にともなって、児童福祉法による児童の保育所への入所は、従来の措置方式を変更して、実質的には児童の保護者と保育所との契約による方式(同法 24 条)とした。この入所手続きの変更は、他の福祉サービスにも同様に採用されることになるから、福祉サービスといえば行政庁の措置、というこれまでの観念は大きく変わることになる。
- 19 1993 年の統計によると、生活保護世帯に占める高齢者の割合は 43.3% である。人口構造の高齢化が進むにつれて、この比率が高くなるのは必然的である。介護保険の制度も、高齢化の進展によっては根本的な再検討の時期を迎えるかもしれず、その場合、生活保護制度との関連も当然に問題になろう。