

## 社会保障制度改革の現状と公的介護保険制度

### The position of Long-Term Care Insurance in the Structural Reform of Social Security

丹 下 晴 喜  
Haruki Tange

#### 《要 約》

「少子化」「高齢化」の進行のなかで、現在、社会保障制度の各分野において改革が進行中である。本稿では、これらの制度改革を念頭におきながら、先行的に導入される公的介護保険制度の問題点と意義について検討した。公的介護保険は、負担における個人主義の導入、財源における消費税方式導入の可能性、措置制度の解体、営利企業の参入、従来の社会保障の原理的転換という点で、社会保障制度改革の第1歩としての意義をもっている。

#### はじめに

本稿の課題は、現在進行中の社会保障制度改革を念頭に置きながら、それらの改革のなかで先行的に導入される公的介護保険制度の意義について明らかにすることである。

現在、介護保険制度は、一方で2000年4月からの実施を直前にひかえ、要介護認定などの準備作業が行われている。しかし他方で、第1号被保険者保険料の凍結や介護を担っている家族に対する慰労金の給付が決定され、「介護保険制度の根幹に関わる修正」として、批判がまき起こっている。

保険料徴収の凍結や家族慰労金の給付などの提案は、制度直前における修正という点で保険者としての地方自治体行政の現場に混乱をもたらし、現行制度での実施を求める声を大きくしている。また、介護保険制度そのものが既に議論の段階から実施の段階へ移行しており、それにどのように対応するかが現場の問題関心であり、介護保険制度そのものに対する総合的批判は、前述の保険料徴収凍結や慰労金給付の政治的決定と同一視される傾向にあるように思われる。しかし本稿で述べるように、介護保険制度は、現在進行中の社会保障制度改革のモデル的意味をもって先行的に実施

されようとしており、その内容を検討することは現時点においても重要な課題である。

本稿においては、現在進行中の社会保障制度改革について、まず、医療制度の改革と年金制度の改革の議論の現状を紹介し、次にすでに実施段階にある介護保険制度について検討を加えたい。そして、医療保険制度・年金制度における改革と介護保険制度を比較検討するなかで、社会保障制度改革の意味を問うこととしたい。

#### 《1》医療・年金に関する制度改革 の現状

##### 1. 制度改革の背景

##### ——「高齢化」と「少子化」の現状

現在の社会保障制度改革をめぐる議論は、医療・年金・福祉という三つの分野で、給付と負担の現状および制度改革の方向に関して行われている。それぞれの分野の改革は、第1にそもそも社会保障とは何かという観点から、そして第2に、社会保障制度における負担と給付が経済に与える影響という観点から、統一的に検討しなければならない。

ここでは、このような観点を念頭に置きながら、とりあえず各分野における改革の背景から検討をはじめたいと思う。

まず、社会保障制度の変革を迫っているといわれている「少子化」「高齢化」の現状を簡単に確認しておきたい。

戦後わが国は、疾病構造が感染症中心から慢性疾患中心へと変化するなかで、医療体制の整備や医療技術の向上、保健事業の推進を行い、1997年の平均寿命は、男性で77.19歳、女性で83.82歳と、世界最高水準となってきた<sup>注1</sup>。

他方、晩婚化や出産・育児を困難にする社会環境を背景とした「少子化」の進行も著しく、これを合計特殊出生率<sup>注2</sup>でみると、1997年度現在では1.39となっており人口を維持するのに必要な水準である2.08を大幅に割り込むという状況である。

このようななかで人口減少と高齢化の急速な進行（高齢人口比率における分母の縮小と分子の増大）がみられ、65歳以上の高齢人口の全人口に占める割合は、1997年の15.7%から2050年には32.3%に上昇するとされ、国民の3人に1人が65歳以上の高齢者になると予測されている。

注1 『平成11年度版 厚生白書』96～100頁。なお、1995年から2000年までの世界全域の平均寿命は、推計値で男性63.4歳、女性67.7歳で未だに70歳に満たない状況である。

注2 15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に子供を生むとした場合の子供の数。『平成11年度版 厚生白書』242～243頁。

注3 『日経新聞』1999.01.22。

注4 国民医療費における老人医療費の割合が約3割にのぼるものの、高齢化そのものは医療費膨張の最大の要因ではない。すなわち、96年度の国民医療費伸び率5.6%の内訳は、「人口増」「高齢化」「診療報酬・薬価基準改定」「その他」などで、このうち高齢化の寄与度は1.7%にとどまっている。伸び率への寄与度の最大のものは「その他」という曖昧なカテゴリーで一括されているものであり、この部分を厚生省は「自然増」としている。内実については同省も把握しきっていないようであるが、薬の投薬過多や高価な薬の使用増による薬剤費の膨張、検査機器の使用増が含まれているようである。『日経新聞』1999.07.31および『急がれる抜本的医療保険制度改革』（1999.08.19、日本総合研究所調査部）を参照されたい。

人口減少と高齢化率の上昇は、「高齢世代を現役世代がいかにして支えるのか」という問題として提起され、自然現象である加齢そのものが高齢化にかかわる社会問題であると捉えられ、これを支えなければ社会の崩壊に繋がりがかねないとする「高齢化社会＝危機」論が説得力をもって展開されている。そして、このような議論によって、これまでの社会保障制度が揺さぶりを掛けられるとともに、その改革による持続可能性が問われることとなっている。

## 2. 医療保険制度とその改革方向

### (1) 高齢者医療費とその負担

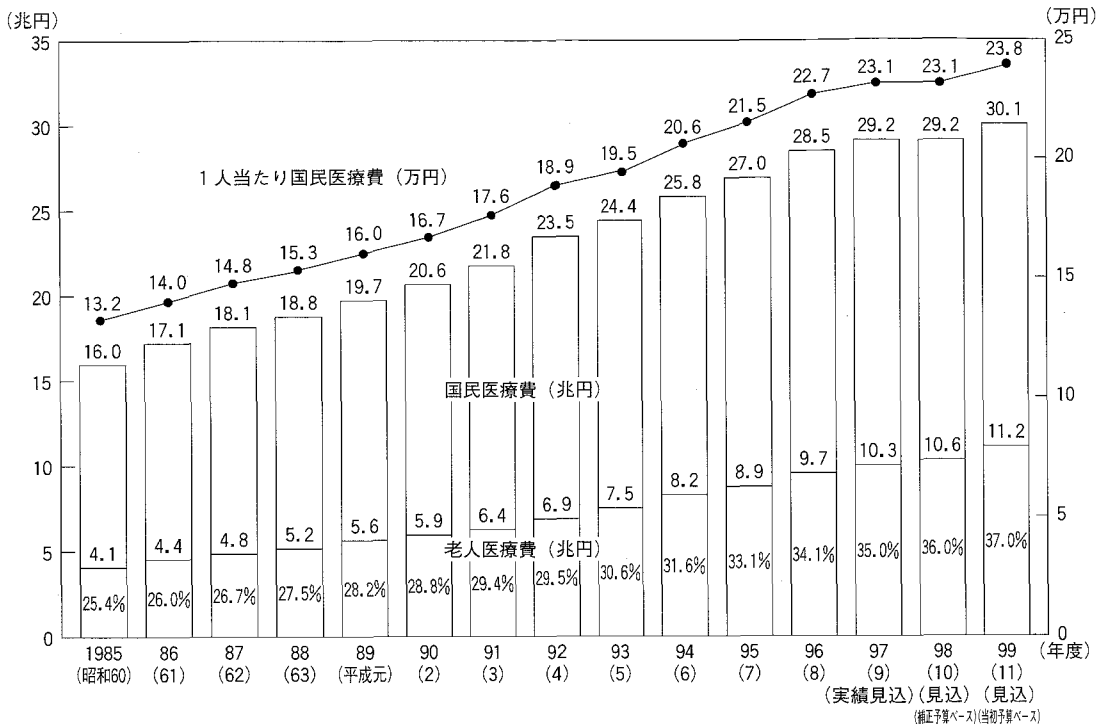
さて、問題をより具体的なレベルに進め、高齢者の医療と介護の改革の根底にある老人医療費について見ておこう。

図1-1は、この間の国民医療費の推移をしめたものである。また、表1-1は、対前年度伸び率を示したものである。最近の厚生省の発表によると、98年度の国民医療費は、前年度比0.2%増の29兆2,000億円となっており、99年度については前年度比3.0%増の30兆1,000億円にのぼるという推計結果が示されている<sup>注3</sup>。

このような国民医療費の伸びのなかで、70歳以上の老人医療費は、99年度の推計においては、前年度比6.2%増の11兆2,000億円、全体の4割弱を占めるに至っており、したがってこのような伸びを示す老人医療費をどのように処理するかが、介護保険制度の導入や医療保険制度改革の前提となる問題意識となっている<sup>注4</sup>。

ところで、老人医療費のなかで、コスト面できわめて割高であるとされているのが「社会的入院」の現状である。社会的入院とは、治療の必要がないにも関わらず、家庭の事情その他で半年以上にわたり一般病院にとどまっている高齢者の状況をさすものである。厚生省はその数を約10万人と推計しており、入院患者にかかる費用は月額約45万円にのぼるとされている。この額は老人保健施設や特別養護老人ホームの月額約27万円を大幅に上回り、国や健康保険組合の医療保険財政を圧迫しているというわけである。図1-2は、「社

図1-1 国民医療費の推移



(出所) 『平成11年度版 厚生白書』より

表1-1 対前年度伸び率

	1989年度 (平成元)	90 (2)	91 (3)	92 (4)	93 (5)	94 (6)	95 (7)	96 (8)	97(実績見込) (9)	98(見込) (10)	99(見込) (11)
国民医療費	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	2.2	0.2	3.0
老人医療費	7.7	6.6	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	2.7	6.2
国民所得	6.9	7.3	5.0	1.7	0.9	0.4	1.9	2.7	-0.2	-2.4	0.1

(注) 1. 老人医療費の下のは老人医療費の国民医療費に対する割合である。

2. 平成9年度は実績見込、平成10年度、平成11年度は見込である。そのためこれらに係る諸率は今後変わる場合がある。

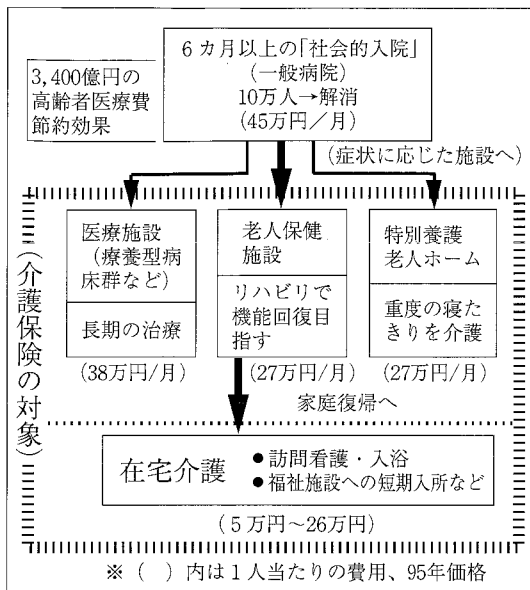
(出所) 『平成11年度版 厚生白書』より

注5 『日経新聞』1997.11.20。なお、介護保険制度が実際に医療費を抑制できるかどうかには多くの疑問がある。第1に社会的入院の医療費とされるものは、実際は急性期入院も含めた老人入院患者総数の平均で過大評価であり、また6ヶ月以上の長期入院の老人患者の医療費は35.6万円程度になること。第2に、特別養護老人ホームの費用は介護のための経常費額で過小評価であり、施設の原価償却費、医療費、自治体の上乗せ・超過負担費用を含めると、都市部で40万円程度になることなどである。二木立「医療費をめぐる『常識』のうそ」(『エコノミスト』第74巻第50号、1996.11.26)を参照されたい。

会的入院」解消のプロセスを示したものであるが、医療と福祉を分離によって社会的入院を解消し、医療費抑制を行おうということが、後に述べる介護保険制度創設の大義名分となっている注5。

さて、このような高齢者の医療費は、医療保険制度の現状においてどのように支えられているのか。日本の医療保険制度は、民間企業のサラリーマンや公務員およびそれらの家族を対象とする被用者保険と自営業者とその扶養家族、被用者保険の退職者とその扶養家族を対象とする国民健康保険という二つの制度に分けられる。さらに、こうした制度とは別に、70歳以上の高齢者を対象とし

図1-2 「社会的入院」解消のプロセス



（出所）『日経新聞』1997.1.20より

た老人保健制度が創設されている。

老人保健制度とは、老後においても健康を保持し、かつ適切な医療を受けられるように、壮年期からの疾病の予防から治療、リハビリテーションまでの総合的な保健医療サービスを提供するとともに、老人加入率の違いによる各医療保険制度間の負担格差を調整し、老人の医療費をすべての国民が公平に負担することを目的として、1983年2月に創設されたものである。

現行の制度では、老人医療費の11兆円2,000億円のうち、高齢者本人の負担（外来時の窓口負担・入院時一部負担・入院時給食費一部負担）を除いた残りの部分が、公費や医療保険によって支えられている。すなわち、公費の負担部分は、国が3分の2、都道府県が6分の1、市町村が6分の1をそれぞれ支出し、各種医療保険の負担部分

は、公務員とその家族が加入する共済組合（1,158万人）が約6,000億円を、大企業サラリーマンとその家族が加入する健康保険組合（3,198万人）が約1兆5,000億円を、中小企業のサラリーマンと家族が加入する政府管掌健康保険（3,821万人）が1兆9,000億円を、以上の公的保険に加入していない住民が加入する国民健康保険（4369万人）が2兆2,000億円を、それぞれ拠出しているのである。

おおまかに計算すると、高齢者は、病院窓口と保険料で15%を支払い、現役世代の保険料負担が39%、公費で46%を賄うという構造になっている。

国民医療費の増大とそれに占める老人医療費の割合の大きさ、そしてそれらを支える仕組みとしての老人保健制度という文脈のなかで、医療保険制度の問題点は、健保組合に加入する大企業サラリーマンと高齢者の負担をめぐる対立という形で現れている。すなわち、大企業サラリーマンの場合は診療費と薬剤費合計の2割を、家族の場合は3割を窓口負担しなければならないのに対し、高齢者は老人保健制度によって1回530円（1ヶ月で5回目以降は無料）の定額負担となっており、また、健保連全体の1999年度の収支は過去最悪の4,00億円近い赤字となることが予想され、赤字組合数も85%に上るという状況が生じているのである<sup>注6</sup>。

## （2）医療保険改革をめぐる議論

以上、高齢者の医療費に関わる負担問題であるが、次にこの問題をめぐる医療を供給する側と医療保険制度の保険者の側の間での対立について見ておこう。

医療保険制度改革の出発点は、1997年8月、自民、社民、さきがけの3党からなる与党医療保険制度改革協議会での合意である<sup>注7</sup>。その基本的内容は、第1に、出来高払いである現在の診療報酬の仕組みに、病気ごとに支払い額を一定とする定額払い制度を導入・拡大すること。第2に政府が定めた公定価格より実際の仕入れ価格が低いため生じる薬価差益を解消するため、薬価制度に基準

注6 このような事態のなかで、健康保険組合連合会（健保連）は、負担増に抗議し、7月5日から16日までの間、拠出金の納付の一時停止に踏み切った。『朝日新聞』1999.07.05。

注7 与党医療保険制度改革協議会『21世紀の国民医療——良質な医療と皆保険制度確保への指針』（1997.08.29）を参照されたい。

表 1-2 医療保険改革の主な論点

	現行制度の問題点	健保連の主張	医師会の主張
診療報酬	診察や検査が多いほど病院の報酬が増える	どのような治療をしても1回当たりの診療報酬を一定とする定額制を慢性病や症状が比較的安定した高齢者に導入	必要十分な治療や検査ができなくなる恐れがある
2000年4月からの診療報酬の水準		10%の引き下げ	人件費上昇などを踏まえ引き上げ
薬価制度	病院の薬の仕入れ値は医療保険から支払われる薬代より安いため差益が生じる	市場平均価格を薬の公定価格にして差益を解消	差益の解消に賛成だが薬剤管理の技術料を診療報酬に反映させる
高齢者医療	現役世代に比べて自己負担が軽い	患者にかかった医療費の1割程度を負担してもらう月間の自己負担の上限は高く設定	患者にかかった医療費の1割程度を負担してもらう月間の自己負担の上限額は低く設定

(出所) 『日経新聞』1999.11.18より

額を設け、それ以上は患者の負担とする薬の上限価格制度（日本型参照価格制度）を導入すること。第3に高齢者を対象にした独立の医療保険制度を増設し、医療費抑制のため高齢者本人負担を定額制から定率制に変更すること、などである<sup>注8</sup>。そして現時点の医療保険制度改革では、薬価基準、診療報酬体系、医療供給体制、高齢者医療制度の4つが、改革議論の柱となっている。

この指針は、97年9月の健康保険法改正での患者窓口負担の引き上げに対応して、医療システムの高コスト構造の是正を優先するという考えに基づいたものであった。現行の薬価制度では、薬の公定価格である薬価<sup>注9</sup>と医療機関が実際に購入する際の実勢価格の差である薬価差益（年間1兆3,000億円）が、中小企業としての医療機関へ流れ経営資源となるという、不自然な仕組みが成立していた。

そしてこれは、一方で保険料における労使折半の負担を通じて日本資本主義における労働力再生

産費を押し上げることにつながり、他方で保険への公費支出を通じて政府の財政負担を増大させることになっていた。特に財界の立場からすれば、この制度の維持はメガコンペティション時代の競争力阻害要因であった。医療保険制度改革は、自民党が支持基盤としていた日本医師会との調整を進めながら、この分野での労働力再生産費を規定する部分についての削減をはかり、医療費負担の問題を解消しようとするものであった。

しかし、医療における高コスト構造の是正は、日本経営者団体連盟と健康保険組合連合会、日本労働組合総連合、厚生省、自由民主党、日本医師会、国内の製薬業界あるいはアメリカ政府とアメリカの製薬業界を巻き込み激しく議論されることとなり、特に表1-2のような健保連と日本医師会の間で激しい論争となっている<sup>注10</sup>。

まず、1999年度予算編成段階で、自民党は日本医師会の要求をのみ、70歳以上の高齢者の薬剤費の一部負担の免除を決定した。「負担の軽減」を大義名分として行われたこの決定は、高齢者の薬剤費急増をもたらし、それによって医療機関が潤う一方で、高齢者医療を財政的に支える健保組合は拠出金の増額をせまられることとなり、企業経営やサラリーマンの負担を増大させることにつな

注8 『日経新聞』1997.08.30。

注9 現行制度では、2年に1回、個々の薬の流通価格を調べ過重平均を計算し、この価格を一定の幅（現在は5%）を上乗せした金額を公定価格としている。

表1-3 これまでに出ていた薬価改革案

	上限（参照）価格制度	現物供給制度	自由価格制度
価格決定の方法	効能が同じ薬をグループ化し、医療保険から支払う上限を決める	医療保険の運営者の委託を受けた第三者機関と薬品メーカーが価格交渉し、一括購入	製薬業者が自社の製品価格を自由に決める
患者負担	上限価格の超過分は患者が全額負担、下回る分は定率負担	医療保険の運営者と患者の調整で決定	医薬品の市場価格の一定割合
主な長所	高価な薬剤の使用抑制	医療機関が交渉に関与せず、薬価差益解消	新薬開発を促進
主な短所	新薬開発意欲を阻害する	流通システム構築に膨大な費用	患者負担の増大の恐れ
提唱者	厚生省	日本医師会	国内外の製薬業界

（出所）『日経新聞』1999.4.14より

がった。この結果、健保連、日経連、連合が共同戦線を組み、自民党に対してして薬剤費のあり方を含めた抜本的改革の実現を要請、健保連は拠出金不払いを決定し、老人保健制度に揺さぶりを掛

注10 それぞれのアクターの主張と対立点については、より詳しい分析が必要である。なお、広井良典氏は、公的年金について、「首相直属の経済戦略会が改革案を示したかと思うと、厚生省からは全く異なる改正案が提出されるという、見方によっては異様ともいえる状況」を指摘し、「要するに、厚生省ないし政府が社会保障の各制度の改正案を企画立案し、審議会の議論などを通じてコンセンサスをえて、それが実行にうつされる、という戦後一貫して続いてきた政策決定のパターンが、基本的にどこかうまく機能しなくなっているのである。」という構造的な問題を指摘している。『日経新聞』1999.06.12「社会保障改革を問う（中）介護、老人医療と統合」を参照されたい。

注11 「参照価格制」が白紙撤回される背景に、医師会による圧力の他に、首相の訪米対策という側面があった。米政府は電気通信と並んで医薬品・医療機器の市場開放を要求しており、これに対する態度表明という点で、自民党、医師会、厚生省が「自由価格制は拒否」の一点で一致したのであった。『日経新聞』1999.04.19を参照されたい。

けるという状況となったのである。

さらに論点は上限価格制度（日本型参照価格制度）をめぐる評価へと移行した。この制度は、ドイツの参照価格制度を参考に、厚生省によって提案され、健保連・日経連・連合によって支持されたものであった。これは、効能が同じ薬をグループ化し、その平均価格（基準額）を支払う薬代の上限にする制度で、平均価格を超える高価な薬を処方する場合は超過分を患者負担とする制度である。このことで、高齢者医療費の負担を軽減するとともに、医師による高価な薬の処方を抑制しようとしたのである。

上限価格制度は、前述の97年与党医療保険制度改革協議会の指針に沿って提案されたものであったが、1999年4月の自民党医療基本問題調査会・社会部会合同会議において、法案作成前の説明段階で白紙にもどされ、同時に、日本医師会提案の「医薬品現物供給制」や、アメリカ政府ならびに製薬業界が推す「自由価格制」のそれぞれについてもいったん否定されることとなった<sup>注11</sup>。なお、これまでに出た薬価改革案については表1-3を参照されたい。

その後、自民党医療基本問題調査会・社会部会は、1999年7月29日、以下の方向で医療保険制度

改革の基本方針を確認した。第1に、高齢者の対する現行の医療費定額負担（1回530円、月5回目からは無料）を改め、1割を超えない程度の定率負担を求める一方で、自己負担額に上限を設け、負担が現状に比べて大きく増えないようにするということである。事実上の定額制の維持である。

第2に、70歳未満の患者は、通院時、医療費の2～3割を自己負担するとともに、薬の種類に応じた薬剤費を別途負担していたが、この別途負担を廃止するということである。

第3に、問題の薬価制度改革であるが、これについては自民党の改革案では、薬価の算定方式を見直し、薬価差益の解消をめざすとされている。具体的な案はこの時点では提起されていないが、現行制度を基本として、流通価格の過重平均に対する上乗せ幅をなくす方向で検討が進んでいる。このような形で薬価差の解消をめざすものの、それによって浮いた医療保険の財源は、医療機関の診療報酬の上乗せに回すことが検討されて

おり、薬価見直しに反対する日本医師会の同意を得ることがねらいと見られる。

最後に、高齢患者負担が医療費総額の8%、高齢者医療費の15%にとどまり、残りを公費と拠出金で賄っている高齢者医療制度の枠組みについてである。これは、(1)高齢者だけの独立した医療保険を設立し、費用の9割を公費で賄う、(2)サラリーマンは退職後も現役時の医療保険にとどまる、という二つの案が、厚生省の諮問機関である医療保健福祉審議会で検討されているが、結論はでない。

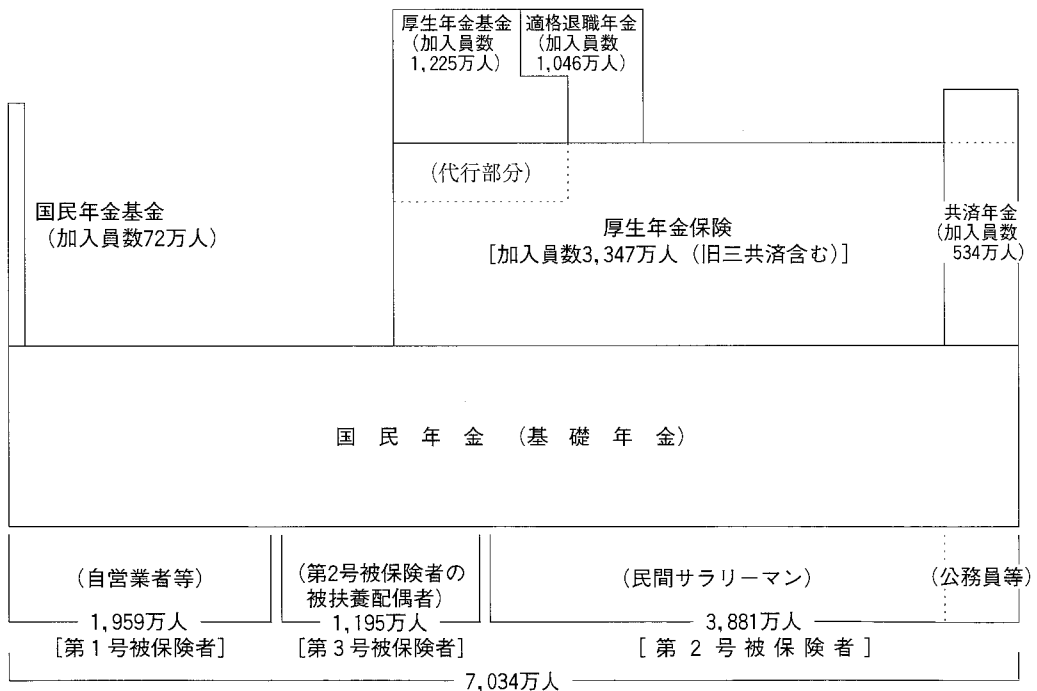
以上、医療保険改革については、一方で高齢者の医療費の負担の大きさが主張されながら、制度改革については諸々の政治的圧力のなかで方向が明確には決定されていないという状況である。

### 3. 公的年金制度とその改革方向

#### (1) 公的年金制度の概要

次に、年金制度改革についてである。日本の年金制度は、図1-3によって示されるような仕

図1-3 年金制度の体系（1998年3月末現在）



（出所）『平成11年度版厚生白書』より

組みをとっている。つまり、20歳以上60歳未満の全ての国民は、それぞれの就業状況に応じて第1号から第3号までの被保険者に分けられる。第1号被保険者とは、自由業や自営業などで働いているものおよびその配偶者、あるいは学生・無業者などである。第2号被保険者とは、民間企業のサラリーマンや公務員であり、最後に、第3号被保険者とは、第2号被保険者の扶養家族となっている配偶者である。

第1号被保険者と第3号被保険者は国民年金に加入することになり、第2号被保険者は厚生年金、共済組合などの被雇用者保険に加入し、これをおして国民年金にも加入することになる。すなわち、日本の公的年金制度は、1階部分といわれる国民年金部分で国民皆年金を実現しているとされる。

国民年金は、給付にあたっては基礎年金と称され、その計算方法は全ての被保険者に共通で、加入月数に応じて給付額が多くなる。しかしこの給付額は、最高の40年継続加入でも月6万6,625円であり、これを補う付加的な年金（2階部分）として、第1号被保険者の場合、国民年金基金に任意で加入することができ、また第2号被保険者の場合、民間企業のサラリーマンは厚生年金に、公

務員は各種共済年金に加入することになっている。

以上が日本の公的年金制度であるが、このほかに3階部分と呼ばれるものとして、国が運営する厚生年金の年金給付を一部代行し、企業や業界の特性を生かし上乗せして支給する厚生年金基金や税制適格年金などの企業年金がある。この厚生年金基金への加入員は、厚生年金と基金に同時加入することとなる<sup>注12</sup>。

ところで、国民年金の保険料は、第1号被保険者の場合、個人を単位として、毎年上昇する定額の保険料（1998年度は月1万3,300円）を納付する。これに対して、第2号被保険者の場合は、1階・2階部分両方の保険料を労使折半することになっており、月収やボーナスに保険料率を掛けた額（1998年度は月収の17.35%、ボーナスの1%）の半が給与から天引きされることになっている。

なお、第3号被保険者については、現行制度では保険料支払いを免除され、また基礎年金の給付に必要な費用の3分の1は国庫で負担されている。

## (2) 公的年金制度の財政問題

このような日本の年金制度はどのような問題に直面しているのか。まず第1に、国民年金制度の「空洞化」問題である。厚生省・社会保険庁の集計によると、98年度末の国民年金保険料の未納率（速報値、2年以内の滞納を含む）は23.4%と前年度に比べて3ポイント悪化し、過去最悪を更新している。保険料を免除される低所得者の数も98年度末で約400万人に到達し、「国民皆年金」の名目と実態の乖離が進行している。未納者の増加は公的年金への不信を加速し、さらに未納者を増やすという連鎖を生みだしており、また世代間扶養方式という年金財政の破綻が生じつつあるとされている<sup>注13</sup>。

また、国民年金制度は、結婚し専業主婦になるか働き続けるかといった女性の選択において中立的ではない、ということも大きな論点となっている。これは、第3号被保険者が保険料支払いの点

注12 現在の経済不況とそれにともなう運用利回りの低下を背景として、企業年金制度の維持は、企業に対して大きな負担をもたらすことになり、企業年金の改革、特に公的年金代行部分の返上や「日本版401K」の導入が議論されている。しかしこの点については別稿において議論したい。

注13 『日経新聞』1999.10.16。日本の公的年金制度は、この賦課方式によって運用されている点にひとつの特徴がある。賦課方式とは、現役世代がおさめたの料によって、現在の高齢者に給付される年金を賄う方式である。これは、公的年金制度以前において、大家族制のもとで子である勤労世代が親である高齢者を扶養してきたというあり方を、核家族制の進展のもとで、社会的に行う方式で、世代間の所得分配と理解できる。この方式と対比される年金制度の運営方式が積立方式である。これは個人が現役時代におさめた保険料を、高齢世代になってから受給する方式で、貯蓄に準じるものである。



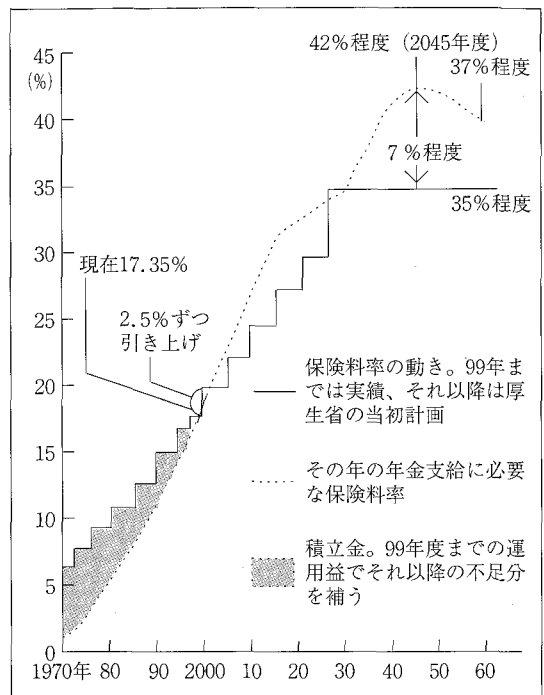
で優遇されていることや、専業主婦が離婚した場合や働く女性が夫と死別した場合、年金給付において不利な状況が生じることなどを背景としている注14。

第2に、国民年金の上乗せ部分としての国民年金基金についてである。国民年金基金は、公的年金の一貫として、サラリーマンの厚生年金などに対応するものと位置づけられている。国民年金基金の総資産額は1兆800億円であるが、今年度3月時点で、将来の年金給付に対する時価試算の積立不足は100億円にものぼっている。これは、厚生省によって決められた年金資産運用益の想定利回りである予定利率（4.75%）よりも実際の運用利回りが大きく減少したこと（98年度は3.22%）を原因としている。基金側は厚生省に予定利率の引き下げを要望しているが、これは掛け金の引き上げに繋がることになる注15。

第3に、厚生年金の問題である。99年度における厚生年金の保険料収入は、年金給付など支出を1兆5,000億円下回る見通しとなっている。図1-4は、厚生年金の保険料率と支給総額をあらわしたものであるが、厚生省の推計によると、99年度の国庫負担を含む保険料収入は24兆6,000億円と98年度見込み額に比べて6,000億円減少し、はじめて前年度を下回ることになった。

他方、国民年金など他の制度と収支調整した実質支出額は、新たに年金を受ける高齢者の増加にともなひ26兆1,000億円となり、前年度より1兆円増加する見通しとなっている。厚生省の予想

図1-4 厚生年金の保険料率



（出所）『朝日新聞』1999.7.16より

では、収支の逆転は2001年であったが、昨年、政府が景気低迷を理由に4月から保険料引き上げを凍結したため、保険料収入が2兆1,000億円減収となり、これまでの予想より2年はやく収支が逆転することになった注16。加えて、リストラで社員数が減少したこと、保険料の算定基準となる月収を削減する動きが広がっていることが、このような事態の原因として挙げられる。なお、赤字については、当面、99年までの積立金の運用収入で埋め合わせられる注17。

### (3) 制度改革の現段階

公的年金制度は、以上のような財政問題をかかえており、この問題の解決は、今年度の年金制度改革をめぐる議論で重要な課題となった。年金制度改革の内容について見てみることにしたい注18。

まず、現在給付している年金額の抑制である。これには3つの方法が検討されている。第1に、公的年金の受給者全員が影響をうけるものとし

注14 本稿では詳しく触れないが、この第3号被保険者が保険料支払の負担から免れているということは、「性別役割分業世帯」を過度に優遇する政策であるとして、年金改革の議論のなかで大きな論点の一つとなった。塩田咲子「国民年金第3号被保険者問題とは何か」（『世界』1999年3月号、岩波書店）あるいは『日経新聞』1999.07.04を参照されたい。

注15 予定利率は、5年前基金財政の再計算の際、利回り悪化を理由に0.75%引き下げられた。その結果、掛け金は15%上昇した。『朝日新聞』1999.11.21。

注16 『日経新聞』1999.05.26。

て、現役世代の賃金増加に連動して年金額を増やす「賃金スライド」の停止である。現行制度では、厚生年金・国民年金とも年金額は現役世代の賃金増と物価上昇の両方に連動して上昇するようになっているが、これを物価上昇分のみの加算に限定しようというものである。ただ、激変緩和のため、現行水準の8割以上の水準を確保するように調整するとされている。

第2に厚生年金の給付水準の引き下げである。厚生年金のうち、現役時の賃金水準に応じて金額が決まる「報酬比例部分」の5%カットが検討されている。既に受給している年金額は減額しないよう経過措置がとられるが、この減額が適用されることで、現役世代の手取り賃金に対する比率は62%から59%に低下することになる。

また、現行の制度では、65歳以上の会社員は保険料を負担せず満額の年金を受給しているが、この階層に対して保険料の負担を求め、さらに給与と報酬比例部分の合計が月額37万円を超える場合、月収の増加額の半額ずつ報酬比例部分の年金から減額するという「在職老齢年金制度」の導入が検討されている。

第3に、厚生年金支給開始年齢の引き上げにともなう「部分年金」の段階的廃止である。厚生年金の受給者は、現在、60歳から満額の年金を受け

取ることができるが、1994年の前回制度改革において、2001年度からは定額部分の支給開始年齢が段階的に引き上げられ、2013年度には65歳支給になることが決定されていた。60歳前半の人は満額年金を受け取る年齢になるまで報酬比例部分（部分年金）だけを受給する予定だったが、この部分年金も、2013年以降、段階的に廃止されることが検討されている。なお、希望すれば60歳から本来の満額年金の約7割に減額した年金を受け取る途も残されているが、この場合は、生涯減額された年金を受け取ることになる。

次に保険料負担について見ておきたい。保険料そのものについては、厚生年金・国民年金とも、次の制度改革まで現行水準で凍結するとされている。ただ、厚生省の試算では、保険料を5年間凍結した場合、ピーク時の厚生年金保険料は、基礎年金の国庫負担率が現行（3分の1）のままなら27.6%になるとされており、基礎年金の国庫負担2分の1への引き上げやその財源をどうするか（社会保険方式か、税方式か）をめぐって議論が行われている。

また、保険料納付の仕組みについても見直しが行われようとしている。現行の厚生年金の保険料は、月収から17.35%（労使折半）、ボーナスから1%（同）を徴収していた。これは、年収に占めるボーナスの比重が高い大企業サラリーマンにとっては負担が軽く、比重が小さい中小企業サラリーマンにとっては重いという問題を持っていた。これに対して今回の改革では、2003年度からボーナスを含めた年収（総報酬）の一定割合を保険料として徴収する方式に切り替える。ボーナスを対象とする分を考慮し、保険料は17.35%から13.58%に引き下げるが、12ヶ月分の報酬を10としてボーナスが3（月数にして3.6ヶ月分）以上のサラリーマン階層については、この制度によって負担が増加することになる<sup>注19</sup>。

以上、これまで医療と年金の分野における改革について詳しく見てきた。これらの分野の改革はすでにその基本的方向は明確ではあるものの、法制化の段階でさまざまな勢力の間の利害対立になかある。また、この議論のなかでたとえば、現在の

注17 公的年金の積立金（98年度末で約140兆円）は全額が年金特別会計から国の資産運用部に預託され、財政投融资の原資となっている。厚生省所管の特殊法人である年金福祉事業団は、この積立金の一部を改めて資金運用部から借り入れ、信託銀行や生命保険会社に資金運用を委託し、債券や株式に投資している。近年、株式・債券市場の低迷や円高による外貨建資産の目減りで運営収益が悪化し、資金運用部からの借り入れ金利と逆ざやが生じたため、98年度末の資産運用累積赤字は、時価ベースで1兆2,381億円となっている。『平成10年度資金運用事業の概要』（年金福祉事業団1999.07.29）を参照されたい。

注18 今時年金をめぐる議論においては、公的年金改革とともに、厚生年金基金などの企業年金の改革も問題となっている。ただ、この問題については、紙幅の関係で別稿で議論することとしたい。

社会保険制度をそのまま継続するか、税方式を採用し、財源を消費税や目的税などにもとめるか、また特に年金制度では世代間扶養を維持し、賦課方式による運営を継続するのか、それとも積立方式に移行し、自己責任の原則を強化するのか、などの対立が存在している。

現在の社会保障改革をめぐっては、多くの論点が存在するが、以下では、この社会保障改革において先行的に実施された公的介護保険制度を取り上げ、その意義および他の制度改革との関連について議論したいと思う。

## 《2》高齢者福祉改革とその意義 ——公的介護保険制度を中心に——

### 1. 公的介護保険制度の創設

#### (1) 公的介護保険制度とは

まず、介護保険制度そのものについて、簡単に見ておきたい。図2-1は、この制度の概要をあらわしたものである。この制度は、高齢化社会の到来と要介護者の急増のなかで、介護を家族、特

に女性に押しつけることが、「介護地獄」と呼ばれるような事態をうみだしていること、あるいは医療機関への「社会的入院」の増大のなかで老人医療費が急増し、既に見たような国民負担が拡大してきたこと、などを理由として、政府の社会保障制度改革の第1歩として創設されたものである。

同制度では、市町村および特別区を保険者＝実施主体とし、65歳以上の高齢者層を第1号被保険者に、医療保険に入っている40歳以上65歳未満の中高年者を第2号被保険者としている。

この制度では、利用者の負担は1割で、給付の財源は公費50%（国が20%、調整交付金平均5%、都道府県・市町村が各12.5%の負担）、第1号被保険者17%、第2号被保険者33%の割合で負担することになっている。

保険料は、65歳以上の第1号被保険者は所得に応じて市町村毎に設定され、年額18万円以上の年齢（退職）年金受給者は年金から天引き（特別徴収）され、それ以外は個別に徴収（普通徴収）される。40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、医療保険の算定方法により各医療保険制度毎に設定され、労使折半で医療保険料に上乗せして徴収される。国民健康保険に加入している自営業者は、半額、国が負担することとなっている<sup>注20</sup>。なお、後者に対する給付は、老化によって介護を必要とするようになったと認定されるものに限定される。

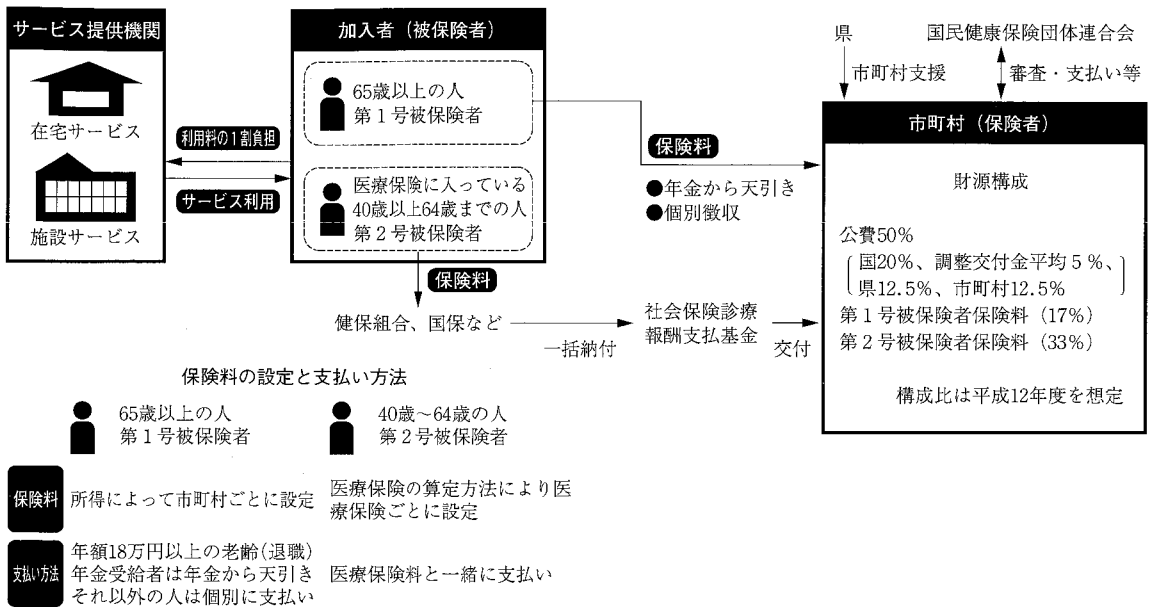
また、この制度を利用するには、市町村および特別区が設置する介護認定審査会（これは「都道府県に委託可能」とされている）に申請を行い、要介護認定を受ける必要がある。要介護認定とは、高齢者の状態を、日常生活に支援が必要で機能訓練ができる要支援から、痴呆や寝たきりなど常に介護が必要な最重度まで6つの段階にランク付けする作業である。なお、この要介護認定において「自立」と判定された場合、申請は却下されることになり、介護保険から支出される介護報酬を利用した介護サービスを受けることはできない。

このような要介護認定をもとに、在宅サービス

注19 このような納付方式は、労働力流動化にむけて導入が行われている退職金前払い制度とのあいだに矛盾した状況を生み出すことになる。すなわち、退職金は代替ボーナスに添付されて支払われることになるので、この分だけ保険料の企業負担が増大することになるのである。『朝日新聞』1999.07.16。

注20 第1号被保険者の介護保険料の額については、各自治体で試算が行われている。日本経済新聞社の調査によると、各市町村の保険料見直しには、全国で五倍以上の開きがあり、都市部でも最低と最高で二倍近くの差があるとされている。厚生省は、保険料の全国平均が「2800円から3000円」（宮下創平厚相）としているが、以上のように格差は大きく、「格差はとても是正できない」（全国市長会鶴見順社会文教部長）との声もある。『日経新聞』1999.04.08および1999.07.17。なお、厚生省は99年07月26日に第1号保険者保険料の全国調査中間集計を発表し、介護保険料の全国平均は2,885円になるとし、最高額と最低額の格差は、およそ4.4倍になるとした。『日経新聞』1999.07.27。

図2-1 介護保険制度の仕組み



（出所）愛媛県社会福祉協議会「介護保険 ゆとりある介護をめざして」による

か施設入所かが決められ、たとえば、在宅サービスを利用する場合、要介護度に対応してサービスを受けられることになる。なお、利用に際しては、提供されるサービスにかかる費用の1割分を自己負担しなければならない。

以上、介護保険制度の基本的仕組みであるが、この制度は、従来、公費（税）方式で行ってきた介護保障を、社会保険制度に転換することで、介護において生じる問題を解決しようとする点に特徴がある。厚生省や介護保険支持者によれば、介護保障を社会保険方式で行うことには、(1)社会保険方式の方が給付と負担の対応関係が明確であること、(2)利用者の選択によるサービスの利用が可能になること、(3)社会保険方式の方が権利性が明確であること、(4)介護の財源を全て税に頼ることは増税を意味し、国民の理解を得がたいこと、等の利点があるとされている。

## (2) 「措置」から「契約」へ

ところで、この介護保険制度を理解する上で、重要なのが「措置」から「契約」への転換ということである。従来の福祉制度は「措置」制度であ

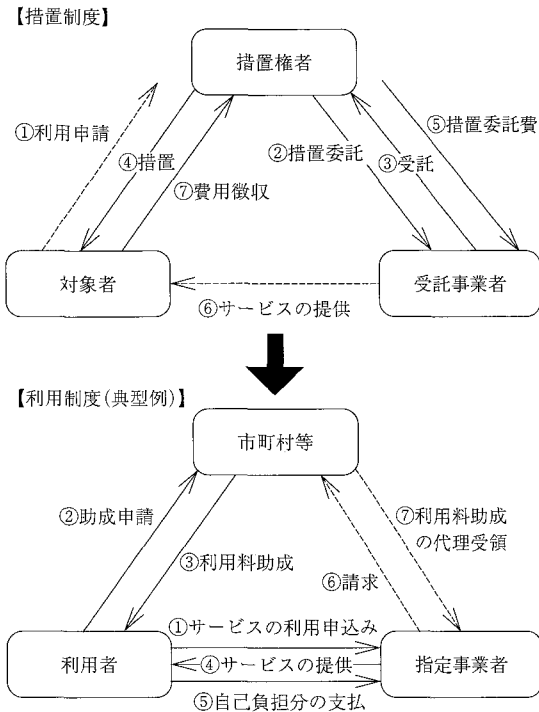
り、介護の現状におけるさまざまな問題の根元として批判なされ、これを基本的なターゲットとして改革が進められてきた。介護サービスは、それまで行政機関が高齢者に与える「措置」から、高齢者が事業者を選び直接「契約」をして購入するものへと大きく転換することとされた。

このような措置制度について、図2-2を参考に詳しく見ておきたい。現行の老人福祉法に基づく措置制度では、介護が必要となった高齢者は、介護サービスをうけるために措置権者である市町村に対して施設利用の申請を行う。市区町村は、申請者のニーズや所得を調査し、法が定める要件に当てはまるかどうかを判断する。

措置の必要性が決定された場合、措置権者は、受託業者である社会福祉法人に介護サービスの供給という「措置」を委託し、その費用として「措置委託費」を支出することになっている。

この制度では、利用者は措置という行政処分（施設への「収容」）の対象者であり、サービスの種類や提供機関を自由に選択できず、社会福祉法人は措置の受託業者として税制上の優遇や補助金を得ることができるが、非営利団体や民間企業は

図2-2 福祉サービスの利用制度化の概念図



(出所) 平成11年1月27日 全国介護保険担当課長会議資料、介護保険制度施行準備室監修パンフレットによる

このような事業に自由に参入できないことになっている。このようなことから、介護保険制度の創設による契約制度への移行が議論されたのである。

介護保険制度では、「要支援」あるいは「要介

護」と認定された被保険者は、ケアマネージャーの協力を得て、あるいは彼らに依頼して、表2-1のように要支援や要介護度のそれぞれに対応した保険給付額の上限の範囲でサービスを組み合わせ、介護サービス計画（「ケアプラン」）を作成する。このケアプランが市町村に届け出された段階で、介護サービス現物給付の要件が成立する。そして、サービス提供機関である指定業者とのあいだで、ホームヘルプや訪問入約などの利用契約を取り結び、サービスを受け、自己負担分の支払いを行うと同時に、市町村に対して助成申請を行い、介護保険から介護報酬が指定業者に支払われることになるのである。措置費として受託業者に支払われていた公費は解体され、変わって介護報酬が指定業者に支払われることになる。また、介護サービス事業への参入が規制緩和され、事業者間の競争原理が働き、効率的なサービス供給が行われるとされている。

ところで従来の制度における「措置費」とはどのようなものであるのか。図2-3は措置費の内訳をあらわしたものであり、また表2-2は、愛媛県にある職員64名（正規職員60名、パート職員4名）、入所者80名の身体障害者養護施設に支払われている一人当たり一ヶ月間の「措置費」の金額構成を示したものである。

これによると、1名の入所者に対して1ヶ月の人件費が225,600円、管理費が19,400円、医師人件費加算が3,900円、総額310,415円の事務費が支給されており、これに生活費59,510円をはじめその他諸費が加算された額が「措置費」の総額となり、これが入所者人数分交付されていくことになる。措置費は全て税金で、負担割合は国が2分の1、市が2分の1（町村の場合は、都道府県が4分の1、町村が4分の1）の負担となっている。この措置費こそが、従来の制度の財政的基礎であり、この部分を解体し、介護保険制度における介護報酬へと転換することで、介護サービス提供事業の参入を可能にし、事業者間に競争原理によってサービス給付の効率化を図ることがめざされたのである<sup>注21</sup>。

介護保険では「措置」から「契約」へというこ

注21 この転換について岡本祐三はつぎのように述べている。『ここで強調しておかなければならないのは、これまでの行政による措置制度——社会不安の要因となる特定少数の困窮した市民を行政の権限で収容する——という消極的な方法ではなく、幅広い市民が誰でも使える、個別市民の要求に積極的に応えようとしていることである』。岡本祐三「介護保険制度の以後とケアマネージャーの役割」（岡本祐三・池田省三編『からだの科学臨時増刊 介護保険元年2000ケアマネージャーと自治体の役割』）による。また、以上の考えを体系的に述べたものとして、池田省三「社会福祉政策を転換する介護保険」（『ジュリスト』1998.04.01）がある。

表2-1 介護度別サービス質平均月額とサービスのめやす

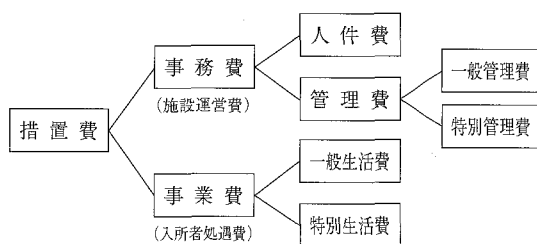
介護度	サービス費	サービスのめやす
要支援	6万円	週2回の日帰りで通うサービスを利用する
要介護1	17万円	毎日、ホームヘルパーなど何らかのサービスを利用する
要介護2	20万円	週3回の日帰りで通うサービスを含め、毎日何らかのサービスを利用する
要介護3	26万円	<ul style="list-style-type: none"> <li>●夜間(または早朝)のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2回のサービスを利用する</li> <li>●医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する</li> <li>●痴呆の人については、週4回の日帰りで通うサービスを含め、毎日サービスを利用する</li> </ul>
要介護4	31万円	<ul style="list-style-type: none"> <li>●夜間(または早朝)のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2～3回のサービスを利用する</li> <li>●医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する</li> <li>●痴呆の人については、週5回の日帰りで通うサービスを含め、毎日サービスを利用する</li> </ul>
要介護5	35万円	<ul style="list-style-type: none"> <li>●早朝、夜間のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日3～4回程度のサービスを利用する</li> <li>●医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する</li> </ul>

注) ●介護保険制度のサービス額は、平成10年度の単価にもとづく推計です。

●介護報酬の額はこれから決められるので、この額がそのまま介護報酬の額になるわけではありません。

(出所) 図2-2に同じ

図2-3 措置費の内訳



(出所) 図2-2に同じ

とを基軸にしながら、制度にかかわるさまざまな理念の変更がはかられている。

注22 以下の叙述については伊藤周平氏の業績に多くを学んだ。「介護保険と社会保障のリストラ」(『世界』1999年36月号)および「連載 介護保険と社会福祉①～⑩」(『賃金と社会保障』第1227号～1250・51号)。

## 2. 社会保障制度における公的介護保険制度の位置

### (1) 公的介護保険制度の問題点

以上、介護保険制度の概略を見てきたが、この制度の創設が現在進行中の社会保障制度改革にとってどのような意味を持っているかを見るために、まず、この制度そのものが持っている問題点を明らかにしておきたい<sup>注22</sup>。

まず、公的介護保険制度には負担という点で多くの問題点がある。第1に、保険料の年金からの天引きという問題である。既に見たように、65歳以上の第1号被保険者は、年金額が年額18万円(月額1,800円)以上の場合、保険料は年金から天引きされ、それ未満のものは個別に徴収されることとなっている。

第1号被保険者の保険料は、事業主負担や公費負担がなく、所得段階別とはいえ定額負担であり、高齢で低所得の人ほど負担が重くなる形と

表 2-2 平成10年度身体障害者更正援護施設事務費等単価（改定）一覧表

（平成10年4月以降適用）

施設種別	施設名	階級	定員	級地区分	事務費										一般生活費			期末一時扶助			
					一般事務費単価				施設機能強化推進費加算	通所授産施設重度加算	民間施設給与等改善費				合計	生活費	地区別冬期加算額				
					人件費	管理費	医・件費加	小計			人件費加算率	金額	管理費加算率	金額					その他加算率	金額	小計
身体障害者療護施設	Ｓホーム	D	80	丙	円	円	円	円	円	円	%	円	%	円	%	円	円	円	円	円	
					255,600	19,400	3,900	278,900	—	—	9	25,101	2	5,578	5	836	31,515	310,415	59,510	2,230	5,170

身体障害者 療護施設	Sホーム	D	人	丙	円	円	円	円	円	円	%	円	%	円	%	円	円	円
					255,600	19,400	3,900	278,900	—	—	9	25,101	2	5,578	S 0.3	836	31,515	310,415
																	59,510	2,230
																		5,170

（1）民間施設給与等改善費のその他欄 S：管理費スプリンクラー設置加算 管：管理費特別加算

（2）下段の単価は、重度加算の対象となる重度身体障害者のみに適用のこと。

（出所）S ホーム提供資料による

なっている。低所得を理由とした保険料の減免は原則として認められていないことからすれば、第1号被保険者にとっての保険料負担は、年金給付額の実質的引き下げである。

第2に、このような保険料負担が今後ますます増大するという問題である。介護保険制度では、条例による保険料減免分の補てん、未納者の保険料分、資料料が行う特別給付や保健福祉事業費等は、第1号被保険者の保険料のみで賄う仕組みになっており、したがって未納者の増大や市町村の独自事業は保険料の増大につながる。

また、この制度においては、介護報酬の水準を高く設定しなければ営利企業を含む事業主体の参入が期待できない。しかし介護報酬の引き上げは保険料の引き上げに連動している。さらに言えば、保険料は、第1号被保険者の場合は3年ごとに、第2号被保険者の場合は毎年、見直し引き上げられていくことになっている。

第3に介護保険のサービスを利用する場合の利用者1割負担の問題である。これについても低所得を理由とする減免を認められていない。このような利用料の応益負担は、一方で利用者にその能力を超えた負担を強いることになり、他方で負担ができないものは、事実上、サービスの利用から排除されるという問題が生じる。

さらには、利用者自らがサービス利用を抑制せざるを得ないということも考えられる。またこの1割負担に加えて、介護保険制度のもとでは、食費、日常生活費も自己負担となるため、施設入所者の利用負担は大幅に拡大する。

次にサービス利用に関わる問題点である。第1に、介護保険制度の基盤整備が不十分であり、「保険あって介護なし」の状態が継続する可能性が強いということである。厚生省は、介護保険制度実施の前提条件として、2000年3月を目標にしたサービス整備計画、いわゆる「新ゴールドプラン」（新高齢者保健福祉推進10カ年戦略）を進めてきたが、この目標達成が多くの自治体で困難となっている。

特に問題なのは、介護保険制度の中心となるはずの在宅サービスの遅れである。たとえば、在宅サービスの柱となるホームヘルパーは、1999年3月時点で、新ゴールドプランの目標値の90%以上を達成している県は全国で10県しかないという状況である注23。

第2に介護サービスの質の低下と福祉労働者のリストラ、パート化が進行しているということである。介護サービスは人件費の固まりであり、質の確保と効率性の確保を両立させることは難しい。

厚生省は、介護サービス供給における常勤職員整備の要件を大幅に規制緩和し、サービス事業者の指定基準を低く設定しており、このことで福祉労働を、女性主体の安価な労働力になわせようとしている。さらに、在宅サービス事業に対する補助制度を、これまでの人件費補助方式から事業費補助方式に転換することで、福祉労働の労働強化を図ろうとしている注24。またこのことで、従来、常勤ヘルパー主体で家事援助サービスを中心に事業を行ってきた社会福祉協議会などは軒並み赤字化し、また自治体直営の事業の廃止、不補充、人員削減などが行われてきている。

注23 『朝日新聞』1999.03.28。

第3にサービスを受ける前提となる要介護認定において、公平な認定が行われるかどうかという問題である。認定の最大の問題は、相当な事務量が予想される認定作業を30日以内という限られた期間に、非常勤の委員で構成される介護認定審査会で適切に処理することが、物理的に難しいということである。

要介護認定は、コンピューターによる第1次判定の結果とかかりつけ医の意見書をもとに、審査会が第2次判定を行い、認定された人は各区分に応じた上限付の保険給付の受給資格を得るというものである。このような認定作業においては、コンピューターによる第1次判定と要介護の現実に大きなギャップが生じ、第1次判定と第2次判定がくい違うという問題が生じたが、厚生省は、22項目にわたる変更不適当事例を示し、「しぼり」をかけることで第2次判定を限りなく第1次判定の追認に近づけようとする方策を採っている。このようななかで、要介護認定は、サービスが不足しているもとでの給付制限の手段として機能しているのである。

最後に、これまでの施設サービスの変化についてである。介護保険制度においては、在宅サービスだけではなく、施設サービスにおいて大きな変化が見られるが、深刻な問題は、老人福祉法にもとづいて運営されてきた福祉施設としての特別養護老人ホームが、「終のすみか」としての生活施設から退所を前提とした通過施設、単なる介護施設に変化することである。

現在の措置にもとづく入所者には5年間の経過措置があるものの、要介護認定において「自立」

や「要支援」に判定されれば、施設サービスは利用できないことになる。さらに入所者については、それぞれに対応した「退所プラン」が作成され、機能訓練の成果によって要介護度が低くなると退所しなければならない。また、入所者が入院した場合、現状では3ヶ月までなら措置費が支払われ、籍は特別養護老人ホームに残るものの、介護保険制度成立後は入院者は医療保険へ移行しなければならない、したがって退所が求められることになる。

施設運営の立場から見ると、介護保健制度では、介護報酬は、要介護度に応じて支払われることになるので、要介護度の高い高齢者を入所させなければ経営が成り立たないという問題も生じる。しかし、これは、人数配置の現状を前提とすれば職員の労働強化につながる。厚生省は、在宅への移行を促進するため、介護保険制度実施後、ホームの建設を抑制する方針であるが、在宅サービスは施設サービスの代替ではなく、また在宅サービスの水準が低いもとは施設サービスから在宅サービスへの移行は困難である。

## (2) 社会保障制度改革と介護保険制度

介護保険制度そのものの問題点について見てきたが、最後に、この介護保険制度の創設は、社会保障改革にとってどのような意味を持ったのかということ述べて、結びとしたい。

まず、負担という点での介護保険制度の意義である。現在、既に見たように医療保険制度や年金制度における改革が進行しているが、健康保険の場合、保険料の負担は依然として世帯主の負担となっている。また年金制度においては、日本版401kの導入において負担の個人主義の導入が行われようとしているが、現在の年金制度においては、第3号被保険者問題にみられるような世帯主義が残存している。女性は被保険者なのか、被扶養者なのかという点では、これらの二つの制度は依然として曖昧なままである。

介護保険制度においても、企業の社員や家族が加入する健保組合や政管健保の保険料徴収については、保険料総額を40～64歳の社員本人だけで分

注24 これまでの人件費補助方式では、常勤ヘルパーには年額で約349万（1997年度）、非常勤ヘルパーについては時間給で身体介護1400円、家事援助930円の補助が出されていた。これに対して事業費補助方式では、常勤・非常勤の区別をなくし、直接のサービス提供時間に応じて補助金を交付する出来高払い方式となっている。この方式では、記録や調査、30分以内の移動時間には補助金は出ない。



担、給与天引きで支払う世帯主義を採用している。

しかし、このような徴収方法では、医療分と介護分を合わせた額が月収にしめる割合（保険料率）の上限を定めた法律に抵触する健保組合・政管健保が多くなり、この結果、厚生省は、介護保険料を医療保険料とは別枠で徴収することを認める方向となった。

また、厚生省は、負担層の拡大による一人当たり負担の軽減のため、本人が40歳未満でも、配偶者や家族に40～64歳の扶養家族がいる場合は組合の規約で定めれば徴収を認める、会社役員など65歳以上の社員でも、40～64歳の扶養家族がいれば保険料徴収を可能にする、保険料を定額で設定する健保組合の場合は国民健康保険と同様に40～64歳の扶養家族人数分を徴収することを認める、などの方向にある。世帯主義は、その運用段階で個人主義への移行を図られているのである。

この意味で、介護保険制度は、社会保障制度における世帯主義を個人主義に転換するという点で、先行モデルなのである。

第2に、社会保障における財源問題との関わりでの介護保険制度の意味である。介護保険制度は、保険制度という名称ではあるが完全な社会保険方式ではなく、その財源に半分の公費が投入されている。制度設計上は、保険料の未納者を保険給付の対象から排除する選別性の強いものになっているにもかかわらず、財源に半分もの公費が投

入されているのは、社会保障の財源を公費すなわち消費税に求める方向に含みを残したものであるということができる。将来的に高齢化が進行すれば、保険料負担と同様、公費負担部分も増大することになるから、消費税引き上げの口実としての意味をもつことになるし、また介護保険制度が保険制度として行き詰まりを見せた場合、究極的には公費方式への全面的移行も可能である。この意味で、現在、社会保障の財源を税にもとめるか保険に求めるかの議論における、試行的実験の意味を介護保険制度は持っている。

第3に、社会保障、特に社会福祉における「措置制度」解体の第1歩としての介護保険の意味である。措置制度については、措置費の削減を目的に、1990年代前半より保育所の措置制度をなくし契約制に移行することが検討されていたが、これは強行な反対のなかで挫折した。この結果、厚生省は、老人福祉施設にターゲットを移し、併せて老人保健制度の改革を同時に行うために、介護保険制度の創設が課題にのぼった。介護保険制度の創設によって、社会福祉における基礎構造改革の条件が整備されたということである。

第4に、社会保障の階層化にむけた介護保険制度の意味である。介護保険制度では、介護報酬が低く押さえられた場合、直接的なサービス提供事業では営利企業は収益を挙げることができない。しかし、図2-4のような保険給付の対象である

図2-4 上乘せサービス、横出しサービス

↑ 保 険 給 付 額 ↓	上乘せサービス ホームヘルプサービス 週4回			
	保険給付 (要介護度2の人の例)		横出しサービス	
	ホームヘルプサービス	週3回	配食サービス	週3回
	訪問看護	週1回	外出介助	週1回
	デイサービス	週3回	日常生活用品の購入	
	ショートステイ	2カ月に1回7日	家電製品の購入	
	← 保険給付の対象となるサービス →		← 保険給付の対象外のサービス →	

(出所) 伊藤周平「介護保険と社会福祉」(『賃金と社会保障』第1237号) より

給付の上限を超えるサービス部分（「上乘せ」サービス）や介護保険の保険給付の対象とならないサービス（「横だし」サービス）を認め、これらのサービスを利用した場合には、保険外負担としての利用者の全額負担、サービス価格も自由設定としている。このことは、医療保険においては保険診療と保険のきかない自由診療との組み合わせが原則的に禁止されている（混合診療の禁止）ことからすれば規制緩和であり、社会保障制度の階層化によって営利企業に利潤追求の場を提供するという点で、重要な意味を持っているのである。

最後に、介護保険制度は、社会保障や社会福祉の考え方や基本原則の根本的転換をもたらすものである。既にみたように介護保険制度は、きわめて選別性、排除性の強い制度である。介護保険制度においては、給付と負担の対応関係が明確になり、利用者の選択権が保障され、そのことで権利性が明確になるとされた。しかし、社会保険制度における権利性とは、保険料を支払った人のみに適応される商品所持者としての権利性にすぎない。

これに対して現代の社会保障は、全ての人がある人権としての社会保障の権利として確立されており<sup>注25</sup>、また憲法において単なる生理的な最低生活保障のみではなく、「健康で文化的な」、個人の尊厳の理念に基づいた生活保障を行うことが規定されている。公的介護保険における権利性とは、このような社会保障の権利性を突破し、社会保障を商品経済的な権利性に置き換え、同時に、保険料や利用料を払っていない人に対する劣等処遇を合理化しようとしている。

## むすびにかえて

以上、社会保障制度改革の現状を念頭に置きながら、公的介護保険制度の問題点とその意味について検討してきた。介護保険制度はすでに2000年4月から実施段階にある。しかし、これまで見て

きたように、それは「見切り発車」と言うだけでなく、社会保障制度におけるこれまでの到達点をさまざまな意味で切り崩す側面を持っている。

また、現在議論が行われている医療保険制度改革と年金制度改革においても、介護保険制度において問題とされた論点が幾度となく浮かび上がってくるものと思われる。その意味で、実施段階においてどのような問題が生じるかということについての点検と同時に、介護保険制度そのものに対する検討・批判は必要な課題となっている。そして、このためにも、戦後の社会保障の到達点は何かとすることを議論していく必要がある。

注25 小川政亮『人権としての社会保障原則』（ミネルヴァ書房、1985年）を参照されたい。