

高齢者介護と福祉・医療の財政

中西啓之

1、救済的福祉行政と老人福祉

(1) 戦前の日本の老人福祉行政の性格

日本の老人福祉行政は、長い間、救済的な性格を脱皮できなかった。日本で最初につくられた公立の老人施設は、1872（明治5）年創設の東京市養育院であったが、この施設は主として行き倒れの病人を収容する施設であった。その前年の1871（明治4）年に、災害救済のための「窮民一時救助規定」および離散窮民の行旅病者を救済する「行旅病人取扱規則」が制定され、そのための施設が必要になったからである。通常は、高齢者の介護は家族の責任であるというのが長い間の常識であって、高齢者の施設は家族のない不幸な人たちを「収容」するものでしかなかった。この性格は、戦後のつい最近まで続いていた。

1929（昭和4）年の救護法の制定は、戦前の社会福祉の歴史において、画期的な意義をもつものとされている。それは、第1に、「わが国古来の美風である隣保相扶の情誼を重んじながらも、その根本思想を社会連帯の観念において公的義務主義を確立したこと」、第2に、「立法の形式としては各種の要救護者を包含する総合主義をとっているが、同時に、①救護機関に委員制度をとり入れたこと、②救護施設に民間社会事業を認めたこと、③救護の種類を（イ）生活扶助、（ロ）医療、（ハ）助産、（ニ）生業扶助の4種にわけたこと、④救護の方法としては、居宅主義を原則とし、これと並んで収容救護と委託救護を認めたこと」があげられている。⁽¹⁾

この救護法は、それまでの恤救規則（明治7年制定）を改革してつくられたもので、その体系のなかには、「痲疾、老衰、疾病、幼弱者をもって、救済の対象とし其の資格範囲を拡張すること」とされており、いわゆる老人もその対象になっていた。こうした救護法の制定・実施により、東京市養育院における在院もしいに長期化し、処遇も改善の方向に向かった。また東京のみならず、大都市を中心に養老院も増大してきた。しかしその救護の制限は厳しく、貧困であっても、65歳に満たないものや、13歳以上の少年、乳児以外の幼児を養育する母親、医療費は払えなくても辛うじて生活している病人なども、救護の対象から除かれ、またその第2条には、「救護ヲ受クベキ者ノ扶養義務者扶養ヲ為スコトヲ得ルトキハ之ヲ救護セス」として、扶養義務者が扶養できるときには、その対象にならなかった。

表1は救護法が制定された1932年当時、の被救護者のうちわけであるが、69歳以上の老衰者

表1 1932年当時の被保護者の割合 (%)

65歳以上の老衰者	29.6
13歳以下の幼者	44.5
妊産婦	0.7
不具痲疾	6.5
疾病傷痍	13.6
精神耗弱または身体虚弱	4.5
幼者哺育の母	0.6

(出所：『講座・社会福祉2
社会福祉の歴史』64頁)

(今日の用語で表現するならば要介護者)が29.6%をしめている。このときの救護の対象者は全体で10万1992人であり、扶助の内容としては、生活扶助、医療、助産、生業扶助などであるが、これらの救護者の約3分の1は、救護施設に收容されて、救護をうけた。⁴²⁾

こうした戦前の救護法に象徴されている、救貧的な福祉の実態は、戦前のみならず、戦後の憲法の制定によって、理想的には改革されたにもかかわらず、実態としては長く存続し、福祉というのは、ごく限られた貧しい層のみを対象にするものであると考えられてきたのであり、それが「お上のお世話になるのは恥ずかしい」という一般の感情、意識を絶えず再生産してきたのである。

(2) 戦後の福祉法制の改革と老人福祉

戦後になり、旧生活保護法(1946年9月)、児童福祉法(1947年12月)、身体障害者福祉法(1949年12月)のいわゆる福祉3法の制定および、社会福祉事業法(1951年3月)の制定などにより、福祉法制の近代化がすすめられた。当時の厚生省当局は、社会福祉事業法の制定の意義をつぎのように説明していた。

第1に、社会福祉事業の新しい概念を規定したこと、第2に、社会福祉事業の公共性を規定し、慈善行為や慈善事業を止揚したこと、第3に、公私の完全分離を規定したこと、第4に、社会福祉行政の近代化をはかったこと、第5に、社会福祉事業の民主化をはかったことである。⁴³⁾ ここでいう「新しい概念」については、同法の第3条に、基本理念として、「国、地方公共団体、社会福祉法人その他社会福祉事業を経営する者は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように、社会福祉事業その他の社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施に努めなければならない。」という規定を定めた。そして社会福祉の公共性を明確にし、社会福祉法人への措置委託という制度を明らかにした。

戦前から1950年代の初めまでの時期は、戦後の改革期とされているが、この時期の特徴としては、GHQの強い影響のもとに、理想的、法制的な民主化、近代化がすすんだにもかかわらず、戦前の救貧的な福祉の実態は変わらず、日本の福祉はきわめて低劣な水準におかれており、理念と現実とのズレは大きなものであった。この低劣な福祉の水準はその後、公務員労働運動の発展や住民運動の広がりのおかげで画期的な改善がなされたのであるが、なおヨーロッパの先進国に比べて、低劣な水準を克服してはいない。

さらに担当者の意識としても、改革の高揚した時期には、理念としては革新的な考えをうちだしていた面もあったが、他方で現実の対応としては、戦前の治安対策的、「社会政策」的な面が強く出ていた。それは、当時の厚生省担当官のつぎのような言葉にもあらわれていた。「蓋し、当時の急務は何よりも社会秩序の破綻を未然に防止することにあつた。」「若し生活保護法がなかったなら、……極めて脆弱であつた当時の社会秩序を必ずや破綻させずにはおこなつたに相違なかつた。」⁴⁴⁾

50年代の終わりには、国民皆保険（1958年）および国民皆年金（1959年）の制度が確立されたが、それに続いて、60年代には、精神薄弱者福祉法（1960年）、老人福祉法（1963年）、母子福祉法（1964年）が制定され、従来の福祉3法に代わって、福祉6法の体制がつくられた。これは、高度成長のもとでの、地域と家族の解体がすすむなかで、旧来のような救済的で低劣な水準の福祉の体制では、対応できなくなったことを示している。すなわち老人福祉の分野でいえば、老人福祉法の成立以前は、一般の高齢者への独自の老人施策といえば、老人クラブへの助成ぐらいのものであり、その他は、すべて貧困老人に対する生活保護法による扶助と低所得で身寄りのない人たちに対する特別養護老人ホームへの入所措置であった。戦前の救済的な福祉の実態が少なくとも老人福祉に関するかぎりは続いていたのである。これは、児童福祉行政が戦後の保育所の拡充を求める住民の運動と自治体の努力によって、しだいに、前近代的な性格を脱皮していったのと対照的である。老人ホームへの入所は低所得で、身寄りのない低所得の高齢者に限られ、一般には、高齢者の介護は家族の責任であるとされており、国民もそのように受け止めていた。

2. 医療施設が介護の担い手に

(1) 地域・家族の解体と介護問題

1955年から73年にいたる日本の高度成長は、急激な地域の変化を促進した。1950年代から73年にいたる期間、日本経済は平均10%の経済成長を続けた。このスピードは、欧米の先進国に比べても、きわだって高い成長率であり、その結果大量の若年労働力が農村を離れ、

都市に移住した。第1次産業の人口が減少する度合いを比較すると、日本の場合、表2のように、1953年から1968年まで、の15年間に、19%減少している。これは、アメリカの場合、約20%程度減少するのに40年、ドイツの場合は60年、フランスの場合は109年かかっているのと対照的である。いかに日本の変化が急速であったかが分かる。

表2 第1次産業就業人口の変化の比較

日本	38.8% (1953年)	→	19.8% (1968年)	15年で19%減
アメリカ	40.2% (1900年)	→	17.5% (1940年)	40年で22.7%減
ドイツ	39.9% (1895年)	→	18.4% (1955年)	60年で21.5%減
フランス	37.9% (1856年)	→	17.8% (1965年)	109年で20.1%減

戦前についてはマクミラン社『歴史統計』により作成し、戦後については日銀統計局『国際比較統計』による。
(出所：中西啓之『日本の地分自治』209頁)

その結果、農村から若者は脱出し、農村に残った人びとが高齢化した結果、全国の農村における高齢世代の人びとの割合は急速に上昇することになった。高度成長時代に農村にのこった人びとは、今では60歳、70歳を越えるようになっている。徐々にこれらの人たちは現役をしりぞき、世代交代すべき時期に入っている。後継者が少ないというのは今の農村の深刻な問題であるが、他方で高度成長期に都市に出た若者達は、70年代、80年代に、自分の親の老齢化という問題に直面し、介護という問題につきあたった。都市に出て核家族化した所帯にとって、介護の

必要な老いた父や母を引き取ることは、いろいろな条件からして困難が伴う。第1は住宅問題の壁である。日本の住宅は狭いうえに、部屋が少ない。子供は受験勉強に明け暮れている。自宅で寝たきりの高齢者を介護するスペースはない。第2には、介護の人手がない。大家族のときには、介護は当然家族の責任とされていて、いわゆる「嫁」といわれた主婦に負担はかかっていたが、それでも主婦以外に援助する人たちが同居、ないしは近所に住んでいた。核家族化した場合、主婦も子育てが一段落すると働きに出ることが多く、介護には大きな犠牲がともなう。

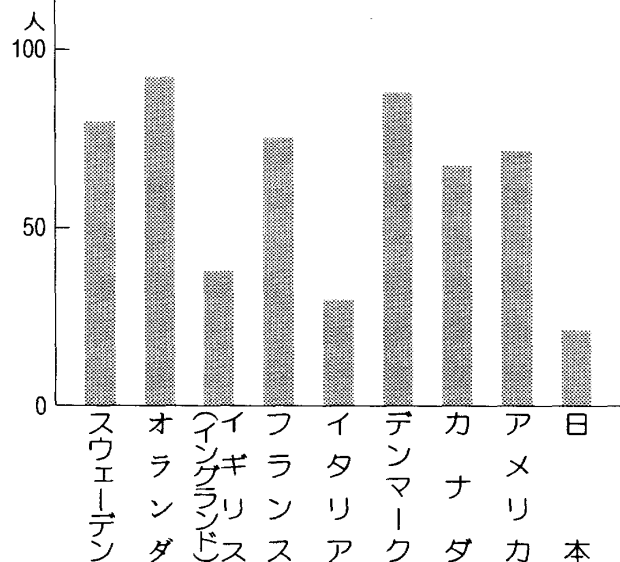
しかも日本における老人福祉施設の実態は前節でのべたように、戦後も長い間救済的なものであって、低所得で身寄りのない人しか老人ホームには入所できなかった。したがって日本の老人ホームそのものが、極端に少なかった。図1は1970年代終わりの頃の世界の老人ホーム定員数の比較であるが、日本はデンマーク、スウェーデン、オランダなどの福祉先進国は言うにおよばず、アメリカ、カナダ、フランスなどに比べても数分の1といった程度の施設しか整備していなかったのである。

そこで、やむをえず、両親の介護に直面した都市の住民は、病院を利用したのである。1958年の国民皆保険の実現の後、1973年に医療保険制度が改正され、健康保険の家族と国保加入者(本人、家族)への7割給付が実現し、かつ70歳以上の高齢者については、3割の患者負担分を政府の負担で無料にするという制度が実現した。この制度は岩手県の沢内村で、1960年から実施していたが、その後70年代に入っ

て、東京、大阪、京都などの都府県であいついで実施に移され、それが政府をも動かして、70歳以上の高齢者に対する老人医療費支給制度を実現させたのである。

しかし病院に入院させるということは、必ずしも高齢者の介護にとってよいことではなかった。日本の病院は、もともと結核やその他の伝染病を治療するか、あるいはそれ以外の場合は、短期の疾病を治療する場であって、高齢者に対して、介護やリハビリを行う体制は確立していなかったからである。したがって高齢者を受け入れて適切なリハビリや運動をさせるようなスペースも設備もなかったからである。病院にいったん入院するとベッドに寝かされたままになり、そのまま身体機能が退化して、ほんものの寝たきりになってしまうという結果になる場合が多かった。とはいえ、病院のほかに行くところがなかったので、やむなく多くの高齢者が病院を利用するようになった。

図1 1980年当時の老人ホームの定員の国際比較 (人口1万人当たり)

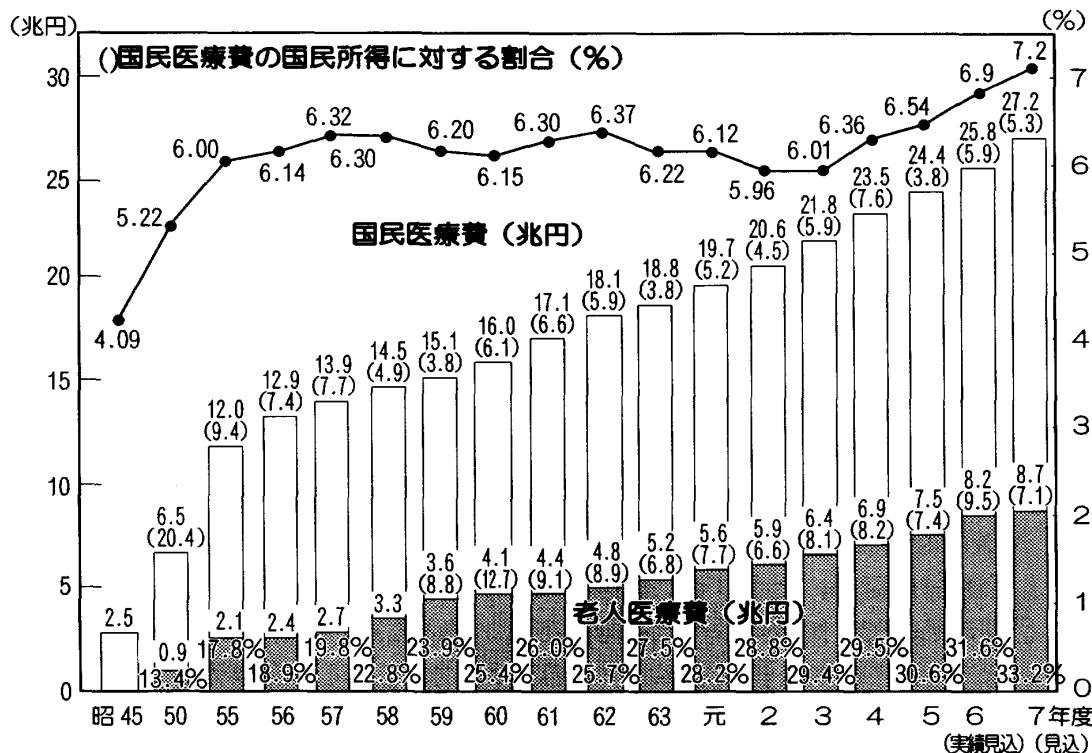


二木立・上田敏『世界のリハビリテーション』
(1980年)より作成。
(出所：大橋隆憲他『図説・日本の社会福祉』)

(2) 高齢者の入院と医療費の増大

日本における老人福祉の貧困が、多くの高齢者を病院に入院させたのであるが、その矛盾が財政面でまず現れてきた。国民医療費における老人医療費の割合が70年代以降、年々増大してきたのである。図2にみられるように、1975年当時、国民医療費における老人医療費の割合は、13.4%であった。それが1980年には、17.8%になった。以後年々上昇を続け、1995年には、33.7%になった。1999年には37%になると見込まれている。

図2 国民医療費と老人医療費の推移（1975～1995）



注：1. 昭和58年1月以前の老人医療費は、旧老人医療費支給制度の対象者に関わるものであり、この前後年は単純に比較できない。
 2. ()内は、対前年度伸び率(%)である。
 3. 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。
 (出所：『財政構造改革白書』)

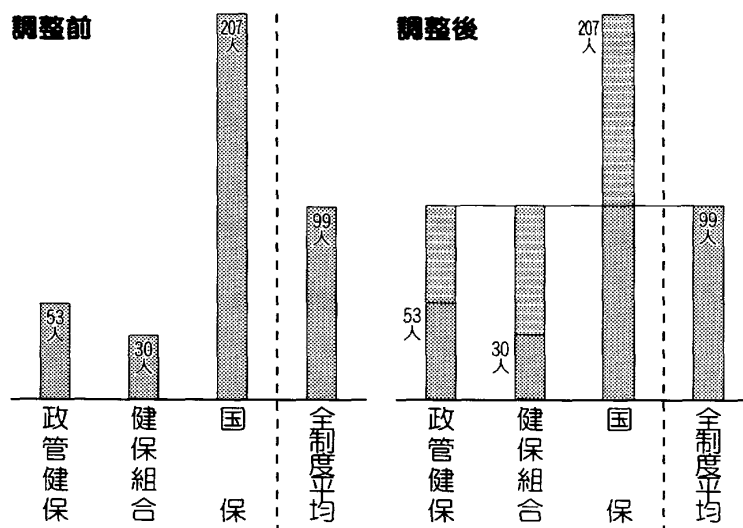
この老人医療費の上昇に対していかなる対策を講じるかということが、その後の厚生省の医療政策と福祉政策の基本となった。まず行われたのが臨調行革路線のもとでの、老人保健制度の創設と、老人医療費の一部負担制度の導入であった。1982年に制定されたこの法律（老人保健法）の第1条は、つぎのようにそのその目的を規定していた。「この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。」すなわち単に治療のみならず、予防、機能訓練などの保健という視点をうちだしたのである。

この法律によって、初めて一般の高齢者を対象とした予防やリハビリの施策を行うという政策が提起されたのであるが、それは高齢者への負担制度の導入と抱き合わせでだされてきた。そしてこの法律の本命は高齢者本人の負担を含む医療

費の負担制度の導入であった。老人保健法では、70歳以上の高齢者を対象に、国民健康保険、あるいは他の医療保険に加入していることを条件にして医療費の負担の条件が定められている。83年の施行以後、何度も部分的に改正されてきたが、現在では、老人の患者が負担する一部負担金を除いた部分について、国が10分の2、地方公共団体が10分の1（都道府県及び市町村がそれぞれ10分の0.5）を負担し、医療保険各法（国保、政管健保、組合健保）の保険者が10分の7を負担するとされている。

各保険者の負担割合は、当初は各保険に加入している70歳以上の高齢者の加入割合に応じて負担するとされていたが、そうすると、国保が圧倒的に多くなる。図3のように、96年度の実績によると、1000人当たり、国保が

図3 保険者の搬出金算定方式
〔平成8年度実績、1000人当たり老人加入者数〕



207人、政管健保が53人、組合健保が30人と

注：各保険者は、実際に加入する老人の割合を問わず、同じ割合の老人が加入していると仮定して搬出金を算定する。
（出所：『保険と年金の動向』'98年版）

いう割合になる。そうすると国保の負担がきわめて多くなり、国保財政悪化の原因になるので、財政調整方式が導入され、加入者按分率を乗じて調整されるようになった。この加入者按分率が100%になると、すべての保険者は、同じ割合で高齢者が加入しているという想定でもって医療費の負担が算定される（図3）。加入者按分率は表3のように、発足当初は50%であったが、しだいに引き上げられ、90年度以降、100%になった。ただし各保険者の一人当たりの医療費が全国平均に比べて一定の率を超える場合は、基準を超える医療費を調整対象外にするという措置がある。また拠出金の算定に用いられる老人加入率については上限および下限がもうけられている。従来この上限は20%、下限は1%であったが、95年に上

表3 加入者按分率の推移
（単位 %）

昭和57年度	58	59	60	61 (法改正前)	61 (62年1月~)	62~ 平成元	2~	
	50.0	47.2	45.1	44.7	44.7	80.0	90.0	100.0

出所：図3に同じ

表4 老人加入率の上限及び下限の推移
（単位 %）

	~平成6年度	7	8	9	10~
上限	20	22	24	25	30
下限	1	1.4			

出所：図3に同じ

限は22%に（98年以降は30%に）、下限は1.4%に改定された（表4）。このように、各保険者が拠出する医療費の算定方法は複雑である。最近の老人医療費の負担の状況は表5のようになっている。

老人本人の一部負担については、発足当初は外来400円/月、入院300円/日

(2ヵ月限度)であったが、表6のように、しだいに引き上げられ、97年の改正により、外来500円/1回(ただし最高4回までで1ヵ月2000円を上限とする)、入院1000円/日(97年)、1100円/日(98年)、1200円/日(99年)となり、さらに、入院については、2001年以降も2年に1度引き上げられることになっている。こうした高齢者の医療費の自己負担は、所得の低い高齢者にとっては、大きな負担になっている。その後さらに改悪され、2000年には定率上限負担の上限を設けた上で定率1割負担の制度が導入された。

表5 老人医療費の負担の状況

(単位 億円、%)

	平成5年度('93)		6 ('94)		7 ('95)		8 ('96)	
	金額	割合	金額	割合	金額	割合	金額	割合
総数	74,511	100.0	81,596	100.0	89,152	100.0	97,233	100.0
公費	22,623	30.4	24,913	30.5	27,310	30.6	30,088	30.9
国	15,081	20.2	16,609	20.4	18,207	20.4	20,058	20.6
都道府県	3,771	5.1	4,152	5.1	4,552	5.1	5,015	5.2
市町村	3,771	5.1	4,152	5.1	4,552	5.1	5,015	5.2
保険者	48,772	65.5	52,891	64.8	57,215	64.2	62,078	63.8
被用者保険	31,520	42.3	33,905	41.6	36,732	41.2	39,925	41.1
政管一般	14,650	19.7	15,841	19.4	17,343	19.5	18,933	19.5
組合	12,258	16.5	13,146	16.1	14,085	15.8	15,258	15.7
69条の7	33	0.04	30	0.04	30	0.03	28	0.03
船保	143	0.2	147	0.2	152	0.2	154	0.2
共済	4,436	6.0	4,741	5.8	5,121	5.7	5,552	5.7
国保	17,252	23.2	18,986	23.3	20,483	23.0	22,153	22.8
患者負担	3,118	4.2	3,792	4.6	4,627	5.2	5,067	5.2

資料 厚生省「老人医療事業年報」

(出所：図3に同じ)

表6 老人医療費本人負担分引き上げ推移

	83年より (制度発定)	86年より	92年より	93・94年より	97年より
外来	400円/月	800円/月	900円/月	1000円/月	1回500円 (月4回を限度)
入院	300円/日	400円/日	600円/日	700円/日	
	(2ヵ月を限度)	(限度を撤廃)			97年1000円/日 98年1100円/日 99年1200円/日

注) 95年・96年は定率制導入で外来が若干引き上げられた。2000年にはさらに新しい負担制度に変えられた。
『保険と年金の動向』'98年版より作成。

(3) 老人病院と診療報酬体系の改革

老人医療における一部負担の導入は、老人の受診抑制が狙いであったといわれている。これは、国民医療費にしめる老人医療費を削減するという政策のの一環であったが、老人保健法の制定によるもう一つの改革は、特例許可老人病院の制

度化と、診療報酬における老人特別掲載診療報酬制度を設けたことであった。すなわち83年の老人保健法の施行のさい、特例許可老人病院について、「主として老人慢性疾患の患者を収容する病室を有する病院」（65歳以上の入院患者が全体の70%をしめる）について、医療法に基づく医師、看護婦の特例許可制度が設けられたのである。一般の病院については、医療法によって、入院患者100人当たり医師6人、看護婦40人～28人が必要とされているが、特例許可老人病院の場合は医師3人、看護婦17人（うち10人は准看）でよいという措置がとられた（表7）。また70歳以上の入院患者が60%以上をしめていても、一定数の看護婦が確保できず、基準看護をとれない場合には、特例許可外老人病院とされた。特例許可外老人病院の場合も、一般病院よりも医師や看護婦の数がさらに少なくてもよいとされた。

表7 医療施設別人員体制

（入院患者100人当たり）

施設類型	一般病院				老人病院								老保 人険 施	特 養 老 ホ ー ム	別 護 人 ム	ア メ リ カ ナ ン ホ ー ム		
	基本看護科病院				その他看護科病院													
マンパワー	特Ⅲ類	特Ⅱ類	特Ⅰ類	基 本	I 類	老 特 Ⅰ	人 例 類	老 特 Ⅱ	人 例 類	老 定 Ⅰ	人 額 類	老 定 Ⅱ	人 額 類	特 許 可	例 外			
医 療 数	6	6	6	6	6	3	3	3	3	3	3	3	3	3以下	1	(1)非常	非常勤	
看護婦・高看	25 ～20	20 ～16	17 ～14	10	13 ～10	7	7	7	7	7	7	7	7	7以下8程度			3	10.4
准 看	15 ～20	12 ～16	11 ～14	15	7 ～10	10	10	10	10	10	10	10	10	7以下				
補助者・介護者	10	8	6		5	18	13	25	20	13	以下	20	22	29.8				
看護・介護要員計	50	40	34	25	25	35	30	42	37	30	以下	28	25	40.2				
円	5590	4520	3770		2820	2740	3080	2680	まる めて 5730	まる めて 5730		1400	患者1 人月額 28 万 程					
看護収入(1日)	5940	4440	3690															
他																		

注) 高看：准看：補助者の比率は当面4：4：2で良いこととされてきたが、最近本則の5：3：2にするように行政指導が強められている。
（出所：相野谷安孝『国が医療を捨てるとき』84頁）

老人病院の制度化と同時に実施された老人特別掲載診療報酬の制度というのは、表8に示されているように、一般病院の入院患者とは別建ての診療報酬が適用されるという制度であって、医療行為に対する報酬の算定が年齢と入院期間によって、一般病院よりも低くなるという制度である。表8において、「入院時医学管理料」という項目があるが、これは、病院に対して支払われる基本的入院費にあたるものである。69歳以下の一般病院における診療報酬も、2週間を超えると1週間以内で入院している場合の63%に減少することが読み取れる。つまり一般病院においても、長く入院すればするほど、医療機関に収入が入らないというしくみがつくられていることが分かる。現在ほとんどの医院で入院は2週間以内になっているのはそのためである。老人病院の場合は、まず一般の場合よりも絶対的に報酬の単価が低いことが分かる。特例許可老人病院の場合は、1週間以内の入院の場合でも、一般病院の約56%である。特例許可外の場合は51%になる。さらにこれが1カ月を超えると減少していく。1年を超えるとさらに減少する。⁶⁾ この診療報酬については、その後若干改正されているが、基本的構造は変わらず、病

院経営に大きな影響を与えてきた。

こうして正規の医療保険からの収入が減少するため、老人病院では、お世話料という名の保険外負担を利用者からとってきた。この保険外負担がいくらかということについて、かつて1992年に二木立氏が独自に調査を行ったことがある。⁶⁾ その調査によると、1991年度の全国平均が6万5744円となった。首都圏（東京、神奈川、埼玉、千葉）の場合には、さらに高く、9万4593円に達していた。全国平均の場合でも、保険外の負担に法定の自己負担（当時で1万8000円/月）と差額ベッド代などを加えると、実質の自己負担は、8万8400円に達し、実質自己負

表8 老人医療の診療報酬（1990年当時）

		一般診療報酬 (69歳以下)	老人特掲診療報酬				
			一般病院	特例許可	許可外	定額	
入 入	入院時医学管理料	1W以内	425	420	} 235	} 215	} 235
		1W~2W	408	406			
		2W~1M	270	270			
		1M~2M	200	202	} 192	} 190	} 192
		2M~3M	182	188			
		3M~6M	131	134	113	126	133
		6M~1Y	103	110	113	106	113
		1Y~1.5Y	86	91	} 82	} 78	} 82
		1.5Y~2Y	87	87			
		2Y~	85	84			
看 料	基準看護病料	基本看護料	1日につき 282	1日につき 282 (6カ月内) 272 (6カ月超)	な し		看護料・検査料・投薬・注射料は、 「入院医療管理料」に包括化 (69歳以下にも適用)
		特Ⅲ	277 (20日以内)				
			267 (20日超)				
			170 (30日以内)				
			162 (30日超)				
		特Ⅱ	95 (40日以内)				
			89 (40日超)				
I類	134	134 (6M内) 124 (6M超)					
の 他 病 地	その他看護料	140		140			
	特例Ⅰ 特例Ⅱ	な し		168 128	な し		
注 射 料	皮 静 点	17	17	} 20	手数料はなし		
		26 75	26 20				
検 査 料	検 体 検 査	尿一般便	25 (1回10ごと)	入院の場合は入院時医学管理料に含まれる			
		尿蛋白		特例許可老人病院等基本検査料			
		尿糖					
		血比重					
		末梢血					
		腫瘍マーカー	計65 (1回ごと)	80 (月1回のみ)			
		心電図	1回ごと	月に1回まで			
		超音波	1回ごと	1回ごと1年以上の入院は3カ月に1回 月1回まで1年以上の入院は3カ月に1回			
		精密眼底	1回ごと	1回ごと但し1年以上の入院は3カ月に1回			
		処 置	じょく創	近似処置料として 16~200	1回21点 入院が1年を越えると範囲、回数に関わりなく上記点数のみ	1回25点	1回21点

(出所：相野谷安孝『国が医療を捨てるとき』76頁)

担率は20%をこえるとされていた。このように、老人病院への入院も多額の負担をとらなければならないが、それにもかかわらず、老人病院の数は増大していった。それは高齢化の進行による要介護者の増大と福祉政策の貧困によって、外に行き場がなかったからである。

1985年当時、70歳以上の高齢者の入院患者は、約50万人とされていた。そのうちの約半数にあたる25万人が6カ月以上の長期入院患者であった。これら長期の入院患者を老人病院への入院に転換させ、そこでの医療従事者の数を削減して効率化をはかると同時に、保険外の負担を発生させざるをえないしくみをつくりだし、実質的な介護の費用の保険外の負担のシステムをつくりだしたのである。1997年現在、老人病院の病床数は、17万3073床になっている。

老人病院の制度化と同時に、厚生省は新しく老人保健施設をつくりはじめた。1987年に、厚生省の国民医療対策本部の中間報告が提出され、中長期的に、病院の体系を一般病院と慢性病院に区分すると同時に、老人保健施設を整備することが提起された。老人保健施設は、1986年の老人保健法の改正で、その創設が提起され、同年の医療法の改正によって、制度化された。

老人保健施設について、厚生省はその創設の趣旨のなかで、「医療ニードと生活ニードの両方に応える施設が求められているため、老人病院と特別養護老人ホームとの中間に位置する新しい型の施設」とのべていた。この施設は、医療と福祉との中間という意味のみならず、治療を受けて症状が固定し、在宅に復帰することを前提にして、一定の限られた入所期間を想定しているという意味でも中間施設というふうには呼ばれている。すなわち病状がほぼ安定期に入り、治療よりもむしろ看護・リハビリを中心に医療ケアと生活サービスを必要とする人たちを対象にして、一定の期間入所させる。また在宅で療養している人たちに対しては、在宅サービスを行うという機能をもっている。基本的には、在宅を想定した施設であって、特別養護老人ホームのように、生涯その施設に入所していることを想定してはいない。しかし実際には、行き場のない人が入所しているケースがあり、現場では退所をめぐる苦慮することがある。この老人保健施設は、短期間のうちにかなり多く建設され、99年度中には、入所定員が28万人になると見込まれている。

こうして老人病院と老人保健施設という医療法によって規定された医療施設が、特別養護老人ホームという老人福祉法によって設置されている福祉施設とならんで、介護施設としての機能を実質的に担うという構造がすすんできた。これは当然のことながら、医療費の増大をもちよるのである。医療費の増大は、医療費に対する国庫負担の増大を促進する。高齢者の数が増大するにしたがって、この医療費はますます増大する。そこで医療費の増大を防ぐために、厚生省はあの手この手でもって、高齢者の医療費の負担制度を導入し、また診療報酬制度を改定して、実質的な自己負担を強めたのであるが、それでも国民医療費は年々増大を続けた。そこで、これを解決すべき「妙手」として考えられたのが介護保険の制度であった。

3. 福祉の普遍化と福祉制度の改革

(1) 80年代の福祉の国庫負担の削減

一方福祉の分野では、福祉6法の体制のもとで、もっとも早く救貧的な実態を打破したのは、児童福祉の分野であった。戦後早くから保育所の増設を求める国民の運動は広がった。その結果保育所の数は画期的に増大した。1950年当時、公立、私立を合わせた認可保育所の数は3684カ所、入所措置児童数は、23万6327人であったが、それから30年経過した1980年（この年が措置児童数のピークで以後は減少）には、保育所の数は2万2047カ所、入所措置児童数は、198万669人に達した。30年の間に施設数は約6倍に、入所措置児童数は約8倍強になったのである。こうした拡充によって保育所は旧来の救貧施設という実態を乗り越え、所得のいかんにかかわらず、誰でも利用できる地域施設に転換した。ところがそれが保育の財政需要を高め、それに対応するために保育制度の改革が提起されることになった。福祉制度の改革はまず保育制度から始まったのである。

表9 1976年から86年への10年間の保育料の変化（東京及び政令市）

	1976年度			1986年度		
	保育料上限額		国基準に対する減免率	保育料上限額		国基準に対する減免率
	0～2歳	3～5歳		0～2歳	3～5歳	
札幌市	16,000円	※ 9,560円	45.6%	50,230円	26,050円	42.0%
東京23区	5,000	2,300	75.0	41,800	※ 13,400	49.8
川崎市	5,600	3,900	70.7	37,000	18,600	(0～2歳)50.0 (3～5歳)30.0
横浜市	19,600	11,000	50.0	38,700	18,300	40.0
名古屋市	14,000	8,600	55.5	44,100	18,900	43.5
京都市	14,400	8,600	49.9	36,900	17,800	40.2
大阪市	18,000	9,800	44.7	49,000	※ 20,000	28.0
神戸市	19,000	10,000	55.3	49,500	21,500	32.8
北九州市	20,000	11,200	31.0	49,800	22,400	20.0
福岡市	18,310	10,750	35.2	46,370	18,430	20.0

注)・減免率は国基準による徴収金基準額に対して各市の徴収基準による実際の徴収額(予算額ベース、ただし東京は23区のみ85年の決算額)を差し引いた金額の割合。
 ・※は3～5歳児の保育料が3歳児と4・5歳児の保育料にさらに区分されている自治体で、上記は4・5歳の保育料である。
 (出所：中西啓之『やさしい保育行政のはなし』48頁)

第1の動きは、保育料の引き上げであった。表9は1976年当時の大都市の保育料上限額と1986年のそれとを比較したものである。1976年に、東京23区では、ゼロ歳から2歳までの児童の保育料上限額は、5000円であった。それが10年たった1986年には4万1800円にはねあがった。10年間で、8.36倍になったのである。他の都市でも同じような引き上げがなされている。これは保育所の利用者の増大に対して負担を増大させるという対応をしたことを示している。負担の増大は、保育所の利用を抑制する。いつでも、誰でも、負担にならない利用料でという福祉国家の原則は、まず保育料の引き上げから崩されていった。ついで、老人福祉

施設や障害者の施設にもこの利用料の引き上げはひろがっていった。

第2の動きは、保育所を含めた福祉施設への国庫負担金の削減であった。戦後の福祉6法の体制のもとで、福祉の費用については、その8割を国庫で負担するという財政制度が確立していたが、80年代の後半、臨調路線にもとづいて、福祉の国庫負担を削減するという政策がとられた。まず1985年に、生活保護費、保育所措置費、老人福祉施設保護費などについて、従来の8割の国庫負担を7割に削減するという措置がとられた。ついで1986年から3年間、これを5割にするという措置がとられ、さらに89年になると保育、老人福祉については5割を恒久化し、生活保護費については、7割5分にするという措置がとられた。これは削減分を一般財源化するということであったが、実質的には削減を意味していた。

第3の動きは、福祉制度を基本的に改革していこうとする動きであり、ここで従来の措置から契約へという改革の方向が出されてきたのである。この改革もまず保育制度の分野から始まった。1992年の暮れに、93年度の予算編成をめぐる、公立の保育所の職員の人件費に対する補助を削減するという案が出されたが、各方面の反対にあって実現せず、93年に入って、保育問題検討会が設置され、保育制度の改革についての論議が行われた。この保育問題検討会の論議は紛糾し、94年に入って、両論併記の報告がだされたが、ここで、一定の所得以上の保護者は、保育所と直接契約するという契約方式の構想が登場した。しかしこれは結局実現することにはならなかった。いったん挫折した厚生省は体制をかためなおし、財政の削減はしないまま、1997年に児童福祉法の改正を行い、措置という表現を法の規定から外し、保護者が保育所を「選択」という規定に改正した。

こうした経過を経て、社会福祉制度の基本的な改革をめざす社会福祉基礎構造改革の提起がおこなわれ、1999年の4月に社会福祉事業法等一部改正案大綱が提出された。社会福祉基礎構造改革の提起の基本的な内容は、第1に、措置制度の解体とそれに代わる利用契約制度の導入であり、第2には、民間企業を含む多様な事業主体の参入を促進するという2点にしばられる。これを中心にして、細かな改正がつけくわわる。措置制度から契約制度への改革は、戦後確立されてきた、公的保障制度の全面的な改革であり、公的な責任と公的な財政保障の制度を改変しようとするものであった。⁷⁾

(2) 福祉8法の改正とゴールドプラン

90年代の終わりの介護保険法の制定・実施と福祉の構造改革にさきだって、80年代の終わりから90年代の初めにかけて、福祉8法（老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法）の改正とゴールドプランの策定が行われた。この改革は、前節でのべた80年代半ばの福祉関係の補助金の削減に続いて行われた。まず89年に社会福祉関係三審議会の意見具申「今後の社会福祉のあり方について」（89年3月30日）が出された。

この意見具申は、補助金の削減とその恒久化の後に提起された。その提起のなかで「社会福祉の新たな展開を図るための基本的な考え方」として、①市町村の役割重視、②在宅福祉の充実、③民間サービスの健全育成、④福祉と保健・医療

の連携強化・総合化、⑤福祉の担い手の養成と確保、⑥サービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報提供体制の整備の六点が提起された。この提起をもとに「90年改革」^⑧といわれる福祉8法の改正が行われるのであるが、今日提起されている介護保険制度の実施と福祉の基礎構造改革と重ね合わせて考えると、この提起が何を意味していたのかが明確になる。

この時点で、厚生省は明確に福祉を旧来の救済的な低所得者のための福祉から、国民一般を対象とした福祉サービスの供給（普遍的福祉）へと切り換えていくことをめざしたにちがいないと思われるのである。前節までにのべたように、福祉の分野のなかで、保育については不十分ではあるが、低所得者のための福祉から一般の国民を対象にした「普遍的福祉」への転換を事実上とげていた。しかし老人福祉については、いまだ低所得者のための福祉という実態が色濃く残っていた。それは福祉サービスの施設が圧倒的に不足しており、供給体制が整備していなかったからである。そこで高齢者のための福祉サービスの供給体制を整備することと合わせてこの提起がなされた。厚生省は89年3月の社会福祉三審議会の意見具申に続いて、同年の12月に、「高齢者保健福祉10カ年戦略」（ゴールドプラン）をうちだした。この計画は、1990年から99年までの10カ年のうちに、在宅サービスと施設サービスの双方について、その基盤整備を行うという計画で数値目標をかかげていた（表10）。すなわち在宅サービスについては、ホームヘルパー10万

表10 ゴールドプランとその推移状況

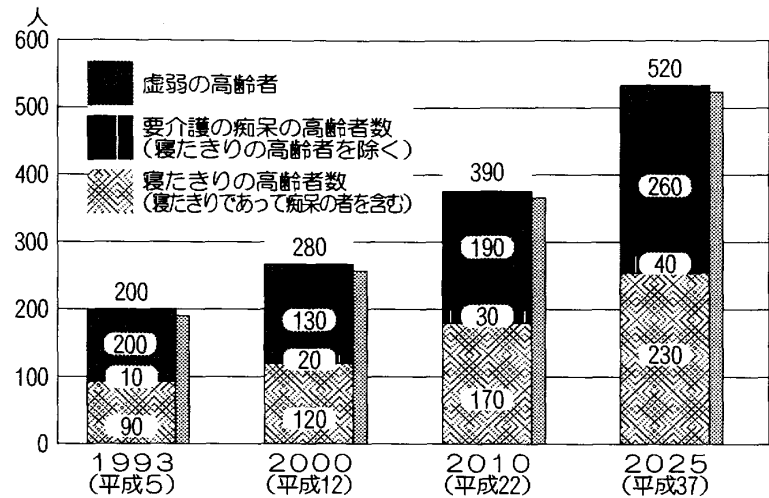
区分	年度 (ゴールドプラン前) 1989年予算	旧ゴールドプラン (目標値)	新ゴールドプラン	97年末実施	99年度予算
ホームヘルパー	31,405 ^人	100,000	170,000	137,000	178,500
ショートステイ	4,274 ^床	60,000	60,000	44,000	63,000
デイサービス・デイケア	1,080 ^{カ所}	17,000	17,000	9,616	17,150
在宅介護支援センター	—	10,000	10,000	4,155	10,000
訪問看護ステーション	—	—	50,000 ^{カ所}	2,559	5,000
特別養護老人ホーム	170,019 ^床	290,000	290,000	263,000	300,000
老人福祉センター	150 ^{カ所}	280,000	280,000	181,000	280,000
ケアハウス	200 ^人	100,000	100,000	29,529	83,400
高齢者生活福祉センター	—	400 ^{カ所}	400	227	600

（『厚生白書』平成11年版及び各年版より作成）

人、ショートステイ5万床、デイサービスセンター1万カ所、在宅介護支援センター1万カ所などが掲げられ、施設サービスについては特別養護老人ホーム24万床、老人保健施設28万床、ケアハウス10万人、高齢者生活福祉センター400カ所などが目標として掲げられた。この計画は94年末に「新ゴールドプラン」として、目標値がさらに引き上げられ、その整備が促進された。この計画の実現のために、厚生省は予算措置を講じ、表10のように、99年には、いずれの目標についても、達成あるいは超過達成するという予算をくんでいる。この計画によって、わが国の高齢者福祉の基盤整備がすすんだことは確かである。ホームヘルパーについてみると17万人の目標を超過達成し、99年度には、17万8500人になると見込まれている。ゴールドプランをたてた89年当時のヘルパーの人員が3万人程度

であったから、画期的に増員されたことはまちがいない。ただしその多くは正規の常雇いではなく、不安定な雇用の形態が多い。これは福祉のマンパワーの質の問題として考えねばならない問題である。施設整備の面で、特別養護老人ホームは、89年

図4 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計



資料：厚生省推計

(出所：『平成11年版厚生白書』)

当時17万床であったのが99年には30万床になると見込まれている。老人保健施設は、89年当時150カ所2万7081床しかなかったのが、99年には28万床が整備の見込みである。ケアハウスはといえば、89年当時は200人分しかなかったが99年には8万3400人分が整備される見込みである。この10年間の高齢者福祉の基盤整備は、戦後のどの時期よりも急速にすすんだ。とはいえ2000年には、寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の数は280万人になると推計されているから(図4)、必要に比べるならば、依然として不足していることも確かである。急速な高齢化がすすむのに追いつかない。しかし問題は単に数だけではない。福祉の基本的な性格が変化し、サービスの供給にともなう負担の問題が新たな大きな問題になってきたのである。

(3) 在宅福祉の法制化と市町村への移管

高齢者に対する福祉サービスの供給基盤の拡大は一定程度すすめられ、それまでの低所得者を対象とする救貧的な性格を実質的に脱皮する方向に向かったが、さのさいいくつかの難問につきあたった。第1は、いくら急速にサービスの基盤を整備しても、需要に追いつくほどには整備できていないという問題である。ゴールドプランが99年度の見込み通りに実現したとしても、特別養護老人ホームの定員が30万人、老人保健施設の定員が28万人、これに療養病床群とされる老人病院の病床数18万を加えても76万人分しか施設はない。ところが2000年の要介護の高齢者は280万人と見込まれている。施設でケアできるのはその27%でしかない。結局73%は在宅で介護ということになる。そうすると在宅福祉に本格的にとりくまない限り、福祉の普遍化は実現できない。そこで従来の施設福祉を中心にした福祉のあり方を変更して、大幅に在宅福祉を整備することによって平仄を合わせることが考えられた。これが三審議会の意見具申でいうところの「在宅福祉の充実」である。そして福祉8法の改正により、ホームヘルパー、デイ・サービス、ショートステイなどの在宅福祉サービスが「居宅生活支援事業」という形で法制化された。そして従来の施設福祉を中心とした福祉の体系が変更されて、

在宅福祉サービスと施設福祉サービスの二本立てにされたのである。

第2の問題は、従来のように少数の低所得者を対象にする福祉とはちがい、全国津々浦々にサービスの供給体制をととのえねばならない。従来の福祉サービスの供給は、少数の特殊な人びとへのサービスであって、その多くは府県の施設として整備されてきた。これを市町村に整備させることによって、その基盤を広げ、かつ市町村にサービスに伴う負担の責任を負わせるという方向が明確にされた。これが「在宅福祉及び施設福祉サービスの市町村への一元化」であり、老人ホーム等への入所の決定権限なども、福祉8法の改正により、都道府県から町村に委譲されたのである。

第3の問題は、いかにしてサービスの供給体制を整備していくかということである。市町村が責任をもつとしても、財政基盤の弱い市町村のみで、膨大な需要に応える施設の整備や在宅福祉サービスの供給を担うことは難しい。そこで民間のサービス供給を大幅に導入していくことが考えられた。これが三審議会がのべた「民間福祉サービスの健全育成」であった。しかし当面市町村がその気になって、基盤の整備を推進しなければそれさえも実現しない。そこで、福祉8法の改正によって、すべての都道府県とすべての市町村に老人保健福祉計画の策定を義務づけ、そのサービス供給の体制を促進していくことをはかったのである。

第4の問題は、医療と福祉の関連についてである。すでにのべてきたように、戦後の高齢者の介護は70年代以降、事実上その多くは在宅の家族と医療機関によって担われてきた。これが老人医療費の急激な上昇をもたらしたのであるが、高齢社会への移行に備えて医療費の増大を抑制するためには、医療から福祉への移行をすすめねばならない。そのもっとも大きなものは、現在医療法によって設置されている老人病院、老人保健施設にかかる医療費をどのようにして抑制するかということである。合わせて福祉の基盤整備をすすめ、かつその運営にさいしては公費の支出を抑制する装置をつくらねばならない。この難問を解決すべく登場したのが介護保険の制度であった。

4. 介護保険の制度と財政問題

(1) 介護保険の創設とその動機

1997年12月に介護保険法が成立し、2000年度からの施行が決定された。すでに99年の10月から要介護の認定のための作業が開始された。介護保険制度の創設を直接うちだしたのは、1994年の「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告（厚生省委託研究）であるが、それ以前から、この制度の創設につながる考え方は提起されていた。例えば1986年に出された厚生省の「高齢者対策企画推進本部報告」においては、保健医療と福祉サービスの連携による各種の社会資源の整備と効率的な活用が提起され、施設入所中心から在宅の介護機能の強化、在宅サービスシステムの確立、市町村におけるサービスの一元化などが提起された。

1987年の厚生省の「国民医療対策本部」の中間報告においては、高齢者の医療のあり方を抜本的に見直し、在宅の保健医療サービスの供給を中心に、病院、中間施設、在宅の療養におけるケアをあげており、家族介護を中心に、その支援と

して、訪問介護、地域のケアシステムの充実をあげていた。これらの報告は直接介護保険制度を提起したものではないが、後の介護保険につながる考え方をうちだしたのであった。

そのもっとも強い動機は、すでに前節までにのべてきたように、医療費の増大、特に高齢者の医療費の増大をいかにして抑制するかということであった。高齢者の医療費に関わる国の財政負担には、国民健康保険に対する国庫負担金と老人保健制度における国庫の負担金とがある。国民健康保険に対する国庫の負担は、99年度の予算において、国民健康保険助成費が約3.1兆円、老人医療給付費等が約2.3兆円ある。これを合計すると、約5.4兆円になる(表11)。これは社会保障関係費全体(約16兆円)の33%になる。しかも将来高齢化がすすむにしたがって、これはますます増大していく経費である。この問題、すなわち経費の増大にどう対処するかどう問題を解決するのか。ひとつの解決の方法は、増大に対応した予算措置を講じ、現在の制度を維持しつつ、公的福祉を拡充していくという方法である。現在の福祉の制度は、憲法と社会保障制度審議会の50年勧告にもうたわれているように、公的責任のもとに、公的な財政の保障をもって、福祉サービスを供給することを原則としている。そこで、現在の制度のまま、特別養護老人ホームを増設し、また在宅のサービスを拡大するならば、北

表11 老人福祉費と国民健康保険の国年支出

	99年度予算額 (当初)	98年度予算額 (当初)	増 減
老人福祉費	2,819,643	2,652,511	167,132
1. 老人医療給付費等	2,294,423	2,219,215	75,208
2. 臨時老人薬剤費等 特別給付金等	79,912	—	79,912
3. 老人保護費	445,307	433,296	12,011
国民健康保険助成費	3,165,658	3,211,674	△46,016
1. 指導監査委託費	946	1,043	△97
2. 療養給付費等補助金	176,268	186,066	△9,798
3. 老人保健医療費 搬出金補助金	128,241	112,363	15,878
4. 国民健康保険 特別対策費補助金	11,350	11,350	0
5. 国民健康保険連合会補助金	8,915	7,903	292
6. 療養給付費等負担金	1,452,254	1,462,871	△10,612
7. 老人保健医療費 搬出金負担金	797,613	829,649	△32,036
8. 財政調整交付金	391,388	393,016	△1,628
9. 老人保健医療費 搬出金財政調整交付金	199,403	207,412	△8,009

(99年度予算より作成)

欧的な福祉にしだいに近づいていく。ところがそのためには、社会保障関係費を画期的に増大させねばならない。これは1982年に第2次臨時行政調査会が提起した基本答申において否定された。第2臨調は、「活力ある福祉社会の建設」という基本理念をうちだしたが、それは福祉に公的な財源を充てることを否定したのである。

福祉が一部の低所得者を対象にした、救済的なものにとどまっているときには、公的責任、公的保障の原則をかかげていてもよかったのだが、これが一部の低所得者のみならず一般の広範な国民を対象にして適用されるということになると、年々社会保障関係費は増大する。すでにそれは、福祉関係費の増大と同時に、医療費の増大という形で、70年代から進行してきたのであった。福祉の貧困が医療施設の利用を促し、それが医療費の国庫負担を増大させた。そこで医療制度の改革と不可分の関係で、福祉制度の改革と、介護保険制度の創設がすすめられた。

(2) 介護保険制度と負担の問題

戦後の福祉制度は、公的責任のもとに、公的な財政保障によって、基本的には無料ないしは低廉な負担でサービスを供給するというのがその制度の建前であった。しかし福祉制度に保険の制度を導入することによって、その性格を基本的に改革しようとするのが介護保険制度の実現と福祉の基礎構造改革である。この制度は国民に何をもたらすのか。

まず第1にかかってくるのが保険料の負担である。介護保険の制度は、40歳以上の国民がすべて被保険者となって保険料を負担し、保険料と公費負担、利用者負担をもって介護の費用をまかなうという制度である。被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満）に分かれ、第1号被保険者の場合、保険料は、従来平均2500円たされてきたが、99年7月に厚生省が発表した試算では、2885円になった。ただし、これは全国の平均額の試算であって、各市町村によって異なってくる。全国町村会の調査によると、月額3000円以上になると回答した町村は半数を上回っている。高知県の鏡村では、一人あたり平均約6000円になると試算されている。保険料は所得に応じて基準額の1.5倍から0.5倍まで5段階の応能負担になる。介護保険法では、「市町村は条例で定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し又はその徴収を猶予することができる」（第142条）としているが、厚生省は、これを「天災」など特別の場合に限るとしていた。しかし99年の国会で、経済的理由も減免の対象になることを表明した。また第1号被保険者の保険料は、一定の所得階層（年金受給者の80%）以上は年金から天引きされる。減免措置がどのように定められるかは、自治体にゆだねられているが、いずれにしても低所得階層に負担が重いものになることは予想される。

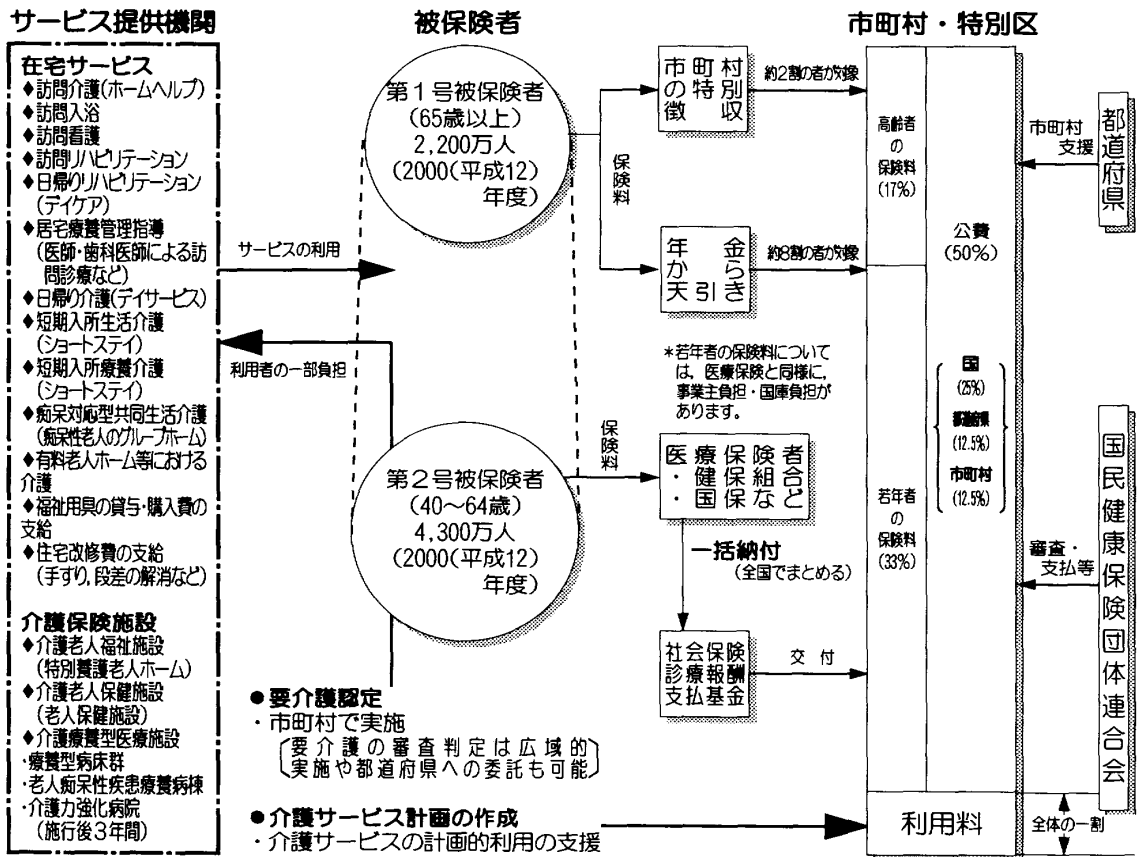
第2号被保険者の保険料は、健康保険料に上乗せされて、労使折半で、本人負担分が徴収される。従来第2号被保険者の保険料は2600円と試算されてきたが、99年7月の厚生省の発表によると、政管健保が3003円、組合健保が3960円とされた。

この保険料は、従来の年金や健康保険の保険料以外にかかるのであるから、あ

る種の増税といってもよいであろう。特に低所得者にとっては、この保険料の負担は重い。これは従来国保料の負担が重くて、滞納が発生していることからよく分かる。

第2に利用料の負担がかかることである。介護の費用は、図5のように、全体にかかる経費からまず1割の利用者負担を差し引き、その残りの50%ずつを公費と

図5 介護保険制度のしくみ



(平成11年版『厚生白書』に手を加えて作成)

表12 介護給付の限度額 (1999年現在の資料)

居宅介護サービス			月額	金額
要	支	援	月額	6.4万円
要	介	護 1	月額	17.0万円
要	介	護 2	月額	20.1万円
要	介	護 3	月額	27.4万円
要	介	護 4	月額	31.3万円
要	介	護 5	月額	36.8万円
施設介護サービス (要支援の人は受けられません) <平均概算>				
介護福祉施設 (特別養護老人ホーム)				32.5万円
介護保険施設 (老人保健施設)				35.4万円
介護型療養施設 (療養型病床群など)				43.1万円

(出所: イマジン自治情報センター編『介護保険制度』、1999年より)

保険料でまかなわれる。サービスの経費は、表12のように、月額限度額が試算されている。この試算によると、在宅サービスの場合には、もっとも低い限度額が月額6万円（自己負担額は6千円）、最重度（複数）の場合で29万8000円（自己負担は約3万円）と試算されている。施設サービスの場合、月額平均費用が特別養護老人ホームで29万3000円とされているが、これは平均の数値である。この1割、すなわち約3万円が利用料としての自己負担額になるが、実際には、これにプラスして月額2万3000円程度の食費が必要になるから、これを加えると月額の負担は5万3000円程度になる。さらにこれに日常生活費が加わり、合計8万円程度の負担になる。伊藤周平氏によると、現在の特別養護老人ホームに入所している人のうち、この額を払えそうにない人は全体の7割にのぼるであろうとのべている。⁹⁾ 従来低所得者に対しては、無料ないし、低額の負担が原則とされてきたが、介護保険制度に移行することによって、この負担に対する減免措置がどの程度とられるのかということが、重要な問題になる。

(3) 介護保険への移行と自治体の福祉行政の水準

介護保険への移行にともなうもう一つの重要な問題は、これまで維持してきた自治体の福祉行政の水準がどうなるのかということである。介護保険の実施にともなって、要介護の認定が行われることになる。介護保険が適用されるためには、まず本人あるいは家族が市町村に申請を行う。すると担当職員（市町村職員あるいは介護支援専門員）が本人への訪問調査を行い、その結果をコンピューター処理をし、1次判定の結果を出す。ついで医師による2次判定の結果がだされ、介護認定審査会にかけられて審査される。審査の結果どのレベルの介護が適用されるかが決定される。もし自立と認定されると、介護は適用されなくなる。

伊藤周平氏は、現在デイサービスを利用している高齢者のおそらく3割、多い地域では5割ぐらいの人は自立と認定されるであろうとのべている。¹⁰⁾ そうすると介護保険のうえでは、それらの人たちは、サービスを受けられなくなる。そこで本人がサービスを希望しても、「自立」と認定された場合、どのような対応をするかということが実施の責任をもっている市町村に問われることになる。市町村が「自立」と認定された人へのサービスを打ち切ってしまうと、高齢者はそれまでのサービスをカットされることになるから、制度上の議論はともかく、本人にとっては、サービスの後退になることは確かである。

同じことは、特別養護老人ホームに入所している人についてもいえる。「自立」と認定されると、本人が入所を希望していても、退所しなければならなくなる。厚生省はこうした事態を予想し、5年間という経過期間を設定し、5年以内に退所するという規定を設けている。しかしいずれ退所しなければならないことには変わりはない。さらに大きな問題は介護保険の給付の水準とこれまでの自治体の在宅および施設でのサービスの水準に格差がある場合である。例えば介護保険の給付は、最重度の場合でも30万円弱であるが、東京都の品川区の場合、最重度の場合、44万円から45万円程度かけているとされている。もし介護保険の実施にもなって、その水準が切り下げられるならば、住民にとっては、大変なサービスの後退になる。施設の場合も、入所していて、判定の結果大きな負担がかけられてくる

と、5年という経過期間を待たずに退所ということになりねない。

介護保険の限度額を上回る経費をかけてきたということは、自治体の福祉行政の水準が介護保険の水準よりも高いということを意味している。自治体がその水準を介護保険のいかににかかわらず維持するという方針を堅持するならば、施設からの退所や給付の引下げにともなう負担の増大を防ぐことができる。鷹巣町(秋田県)は、1993年に全国で初めて24時間のホームヘルプサービスを始めたところとして知られているが、ここの岩川町長は、介護保険が実施されても、対象外になる人やあるいは介護保険の給付限度額以上のサービスを受けている人に対し、極力負担を増やさずに、現在のサービスが続けられるように町独自の対策をとるという方針を明らかにしている。「まず理想の福祉があり、それに介護保険をどう絡ませるかだ。介護保険で不足すれば、必ず町が負担する。」とのべている。¹¹⁾

しかし多くの自治体は、財政危機のもとで、介護保険の実施を契機に、行政の合理化、リストラをすすめたいという立場にたっている。例えば東京都の場合、現在月額5万5000円の手当てを寝たきりの高齢者に対して給付しているが、介護保険の導入を機に、見直したいという方針をもっている。そうすると、本来高齢者の福祉を増進すべき介護の政策がかえって福祉の後退をもたらすという皮肉な結果をもたらすことになりかねない。二木立氏は、「介護保険がわが国の社会福祉制度の根幹である低所得者「優先」の措置制度を解体し、中所得者「中心」の保険制度に再編成する「第一歩」になる」とし、その結果「低所得者にとっては、介護保険は現行措置制度の「改悪」以外のなにものでもない」とのべている。¹²⁾ このような性格の介護保険の実施は、低所得者を含む多くの人権を侵害するという結果をもたらすことが予想される。その基本的な問題は、福祉や医療をめぐる財政問題から出ているのである。

(本稿は大学院の共同研究費による川上則道教授との共同研究によるものである。)

注)

- (1) 仲村外編『講座・社会福祉・2—社会福祉の歴史』、有斐閣、1981年、61頁～62頁。
- (2) 前掲書、65頁。
- (3) 前掲書、86～87頁。
- (4) 前掲書、90頁。
- (5) 中西啓之「国民医療費と公的財源」、『国学院経済学』、第40巻、第2、第3合併号 1992年、参照。
- (6) 二木立『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、1992年、198～230頁「老人病院等の保険外負担の全国調査」。
- (7) 「社会福祉基礎構造改革」については、垣内国光「社会福祉基礎構造改革とは何か」、『賃金と社会保障』、No.1250、99年5月下旬、6月上旬合併号所収、において、的確な批判がなされている。
- (8) 武田宏『高齢者福祉の財政課題』、あけび書房、1995年、にこの間の経過はくわしくのべられている。
- (9) 伊藤周平「総検証・介護保険法案衆議院審議」、『賃金と社会保障』、1997年8月下旬、第1208号。
- (10) 伊藤周平『出直せ！介護保険』、自治体研究社、1999年。
- (11) 『自治日報』、1999年10月1日、第2978号。
- (12) 二木立「介護保険と『保健・医療・福祉複合体』」、『経済』、1999年3月号No.42。