

---

【特集】日本の社会保障：動向と現在(3)

---

# 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化

伊藤 周平

---

- 1 問題の所在 高齢者福祉サービスの構造変化
- 2 高齢者福祉政策の貧困 1980年代の政策動向
- 3 福祉改革の展開と介護保険法の成立 1990年代の政策動向
- 4 老人福祉措置制度のもとでの高齢者福祉サービス
- 5 介護保険による高齢者福祉サービスの構造変化
- 6 今後の課題

## 1 問題の所在 高齢者福祉サービスの構造変化

1990年代後半から、社会保障構造改革、とりわけ社会福祉の分野では社会福祉基礎構造改革と称して進められてきた社会福祉制度の再編は、福祉サービスの供給体制、サービス給付や財政の構造、公的責任のあり方などに大きな構造変化をもたらした。こうした社会福祉制度の再編は、現在の小泉内閣の構造改革路線のもとでも進められているが、その内容は、第1に、福祉分野への公費支出、特に国庫負担の抑制、第2に、応益（受益者）負担を原則とする利用者負担の強化、特に高齢者をターゲットにした負担増、第3に、福祉事業の営利化の推進と同事業からの公の撤退に要約できる。

そして、これらの内容を先がけ的に実現しているのが、2000年4月から実施されている介護保険制度である。同方式は社会保険方式を採用し、高齢者からも保険料を徴収するとともに、サービス事業者と利用者との私的なサービス利用契約に基づいて民間事業者中心にサービスを供給し、しかも利用者負担に関しては応益負担を採っており、従来の高齢者福祉措置制度から最も大きな構造転換が行われたサービス利用方式といえる。

本稿では、高齢者福祉サービスについて、1980年代以降の政策動向を辿り、2000年の介護保険法施行後の高齢者福祉サービスの供給体制などの構造変化を考察し、その特徴と問題点を明らかにする。そのうえで今後の高齢者福祉制度再編の課題を提示してみたい。なお、2001年1月の中央省庁の再編で、厚生省は労働省と統合され、厚生労働省（以下「厚労省」と略）となったが、2000年までの政策動向についてみる場合には「厚生省」の名称を使用する。

## 2 高齢者福祉政策の貧困 1980年代の政策動向

### (1) 戦後日本の福祉の到達点 「福祉元年」

ねたきりや何らかの障害のために、介護サービスなど何らかの福祉サービスが必要な高齢者の増大は、すでに、1960年代後半ごろから目立ちはじめていた。高度経済成長の中で、平均寿命が伸び、高齢化が進み始めた時期である。食事や生活環境の変化によって、疾病構造が変化し、医療技術の進歩もかさなって、重い障害を持ったまま自宅で生活する高齢者が増えていった。同時に、この時期を通じて、核家族化が進み、伝統的な家族扶養のあり方が大きく変化し、家族介護は、その基盤を失っていった。多くのサラリーマン家庭では、無理して住宅を購入したはいいが、住宅は狭く、ローンの支払い、子供の教育でお金がかかる。共働きも増加し、日中は誰も家にいない。とても高齢の親と同居して、親を介護するだけの余裕はないというのが現実であった。

こうした中、1963年に老人福祉法が制定され、在宅のねたきりの高齢者などに介護サービスを提供する老人家庭奉仕員（のちのホームヘルパー）が制度化された。戦後まもなくに制定された生活保護法（1946年、のち1950年に現行法に改正）、児童福祉法（1947年）、身体障害者福祉法（1949年）に、この時期、知的障害者福祉法（1960年）と老人福祉法、さらに母子福祉法（1964年、のちに母子及び寡婦福祉法）の制定が相次いで加わり、福祉六法体制がととのった。とはいえ、ホームヘルパー（以下「ヘルパー」という）の数や予算は微々たるもので、その派遣対象も、当初は生活保護世帯などに限られていた。施設に関しては、社会福祉施設緊急整備計画などによって老人ホームの増設が進んだが、増大する需要に追いつける水準にはほど遠かった。1980年時点で、日本の老人ホームの定員は、デンマークやオランダの8分の1、アメリカの3分の1の水準でしかなかった。

もっとも、1960年代半ばには、各地で、いわゆる革新自治体が生まれ、自治体の先駆的政策を国が後追いするという構図がみられた。特に、岩手県沢内村ではじまった高齢者の医療費負担の無料化は、東京、大阪の革新自治体でも実現され、1972年の老人福祉法の改正で、翌1973年から、全国で70歳以上の老人医療費支給制度として実施された。同年は、年金の給付額引き上げも行われたこともあって、「福祉元年」と称された。

### (2) 「日本型福祉社会」論の登場

しかし、「福祉元年」は「福祉二年」を迎えることなく終わってしまう。1973年秋の石油危機を境に高度経済成長が終わり、低成長の時代に入ると、政策的に社会保障制度の拡大に歯止めがかけられるようになってきたからである。

特に、1970年代末に政府が打ち出した「日本型福祉社会」論は、高福祉高負担型の北欧型の福祉国家を否定的に捉え、個人や家族の自助努力と近隣・地域社会の連帯を強調するもので、老親などの介護も家族責任とされた。家族介護は、嫁や娘といった役割への期待のもと、特に女性によって無償で担われるため、家族介護が主流である限り、公費でサービスを整備する必要性は減り、その分だけ公費支出が節約できたわけである。

従来の施設中心主義から在宅福祉への転換が強調されたのもこの頃からである。北欧で生まれた

## 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化（伊藤周平）

ノーマライゼーションの思想は、どんなに障害が重くても、また介護が必要になっても、普通の生活を自宅で続けられるように援助する方が、より人間的な福祉という考えだったが、日本では、その前提となる公的な在宅サービスの整備の必要性が看過され、「施設から在宅へ」の名のもと、公費節約のために、在宅介護（公的サービスが十分でない状況では、ほとんど家族介護を意味する）を奨励する在宅福祉の思想へと歪められた。1978年にはショートステイ、1979年にはデイサービスが制度化され、現在の在宅サービスの枠組みができあがるが、量的にも質的にも、とても十分なものとはいえなかった。

1980年代に入ると、「日本型福祉社会」論に基づく政策が本格的に展開されていく。1981年に発足した第二次臨時行政調査会にちなんで、臨調・行革路線ともいわれるこの政策は、福祉への公費支出（以下「福祉費」という）の抑制・削減を進め、その結果、福祉施設やホームヘルプサービスなどの在宅サービスは大幅に不足することとなった。家族介護がその基盤を失っていたにもかかわらず、長期化、重度化していく高齢者介護を家族（多くの場合、女性）に担わせてきた高齢者福祉政策の貧困と歪みは、高齢者の虐待、介護疲れによる殺人や心中など、「介護地獄」とまでいわれる悲惨な状況を生み出した。

さらに、こうした状況下で、医学的には病院への入院治療の必要がないのに、在宅サービスや老人ホームなどの施設が不足しているため、やむにやまれずという形で、高齢者が施設代わりに病院へ入院する、いわゆる「社会的入院」が増大していく。本来福祉で対応すべき高齢者介護を、高齢者福祉の貧困ゆえに、医療が肩代わりしていったのである。しかし、もともと日本の病院の多くは、結核などの治療か、短期の疾病の治療用につくられてきていたため、高齢者に対して十分な介護や看護を行う施設も人的体制も整っていなかった。病院に入院した高齢者は、劣悪な療養環境の中、人手不足のため、ベッドにねかせきりにさせられ、「抑制」という名の unnecessary 身体的拘束、ひどい場合には、薬による行動の抑制を受けることもあった。とはいえ、病院を出ても行き場がない高齢者や共倒れが確実な家族にとっては、こうした人権侵害に当たる状況も甘受せざるをえなかった。

### （3）福祉の民活路線と福祉費抑制政策の展開

1980年代半ばごろになると、政府の側でも、さすがに家族介護への依存に限界があることが認識されるようになり、「日本型福祉社会」という言葉はあまり用いられなくなった。もっとも、福祉費抑制という政策の基本方針が変更されたわけではない。公費の増大にも家族介護にも限界がある。そこで注目されたのが、企業などが行う民間サービスであった。この頃から、民間活力と競争原理の導入という名目で、民間サービスの後押しと在宅サービスの民間委託が積極的に推進され、福祉の民活路線が定着する。また、行政主導でボランティア育成策も推進されるが、そこには善意による無償活動に公的サービスの肩代わりをさせ、公費を節約しようとする政策意図があった。

そして、今度は、将来の「少子・高齢社会」へ対応するための福祉改革という名目で、厚生省主導で、公費負担、特に国庫負担の抑制が、さまざまな形で試みられる。具体的な抑制策として採られたのは 国の措置基準を低く抑え、措置費を節約する。利用者からの費用徴収（利用者負担）を強化する。国庫負担率を減らすという3つであった。

については、例えば、特別養護老人ホームの人員配置基準は、施設職員の配置が入所者4人に

対して1人という低水準のまま据え置かれてきた。そのため、多くの自治体では、国の基準に上乗せした独自の補助を行ってきた。特に東京都では、独自の補助で、ほぼ入所者2人に職員1人という国基準の倍近い職員配置が可能になっていた(ただし、こうした自治体の独自補助は、介護保険導入を契機に各地で打ち切られている)。

の利用者負担の強化は、1980年8月の老人ホームの費用徴収制度の改定がその先駆けだった。この改定で、住民税すらも免除になっている高齢者も費用徴収の対象となり、利用者本人の費用徴収額が措置費支弁額(月24万円)に満たない場合には(大半の入所者がそうであったが)、その扶養義務者からも利用料を徴収する方式が導入された。その後、改定のたびに老人ホームの利用者からの費用徴収は強化されていった。また、ホームヘルプ派遣事業についても、1982年の派遣事業運営要綱の改定で、ヘルパーの派遣対象が、生活保護世帯、所得税非課税世帯から所得税課税世帯に拡大されたのに伴い、課税世帯に対して有料制が導入された。その結果、ヘルパーの派遣を辞退する高齢者世帯が全国各地で続出した<sup>(1)</sup>。それでも介護保険の導入までは、ヘルパーの利用世帯の8割以上は住民税非課税世帯などのため、利用料は無料だった。

そして、の直接的な国庫負担率の切り下げは、1980年代半ばに実行される。まず、1985年度に、生活保護費や老人福祉施設措置費などの福祉措置費について、それまで8割だった国庫負担率を7割に削減する措置がとられ、翌1986年には、向こう3年間に渡って、さらに5割に切り下げられた。さらに、3年間の期限が切れた1989年には、もとにもどすどころか、生活保護などに関する国庫負担は7.5割に、福祉措置費については国庫負担を5割にすることが、各法律の本文が改定された上で、恒常化された。1989年といえば、バブル経済の時期で、好景気を反映して、税収がのびていたにもかかわらず、福祉に対する国庫負担を削減する政策がとられたのである。

### 3 福祉改革の展開と介護保険法の成立 1990年代の政策動向

#### (1) ゴールドプランから新ゴールドプランへ

一方、1989年4月には「高齢社会に備えるため」との名目で、消費税が導入された(しかし、実際に高齢者福祉のために使われたのは、その税収のうちのわずか数%程度にすぎなかった)。この消費税導入に対する厳しい世論への懐柔策として、1989年12月に「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」いわゆる「ゴールドプラン」が打ち出された。これは、1990年から10年間で、ヘルパー10万人を確保することなどを掲げた高齢者福祉サービスの整備計画であった。消費税導入との取引に使われたという経緯もあり、急ごしらえの計画という性格はまぬがれなかったが、目標値を定め、一定の予算を組んで高齢者福祉サービスの整備をはかる計画の策定は、ある意味で、従来の家族依存型の高齢者福祉政策に限界があることを政府の側でも認識したものといえる。

また、1990年の福祉関係八法の改正によって、特別養護老人ホームなどの施設入所の措置権限が

(1) この有料化によりヘルパーの派遣を辞退した世帯は、高齢者の場合には有料対象世帯のうち31.6%にのぼったとの指摘がある。河合克義・小川栄二「地域福祉における費用徴収問題」小川政亮・垣内国光・河合克義編著『社会福祉の利用者負担を考える』(ミネルヴァ書房、1993年)60頁参照。

## 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化（伊藤周平）

町村に移行され、サービスの提供主体が市町村に一元化された。そして、在宅サービスが「居宅における介護等の措置」という形で法的に位置づけられるとともに、計画的に供給体制を整備していくため、都道府県と市町村に対して、ゴールドプランの自治体版である「老人保健福祉計画」の策定が1993年3月末までに義務づけられた。

さらに、1994年12月には、ゴールドプランを全面的に見直し、1995年度から1999年度までの後半の5年間で達成すべき目標値を引き上げた「新ゴールドプラン」が当時の大蔵・厚生・自治三大臣による合意で策定された。各自治体の計画の目標値を積み上げたものが、その目標値とされ、具体的には、ホームヘルパー17万人、特別養護老人ホーム29万人分の確保などとなっていた。とはいえ、この目標値の水準は、例えば、ヘルパーでは、デンマークの1990年時点の水準の4分の1以下にすぎなかったし、特別養護老人ホームにしても、全国で何万人にも及ぶ待機者を解消するには程遠かった。しかも、ヘルパーに関しては、自治体の老人保健福祉計画の段階では、常勤の目標値とされていたのが、新ゴールドプランの段階で、財政難を理由に非常勤も含めて17万人（当初は20万人）という目標値となった。

加えて、サービスの整備状況には、明らかに格差があった。特別養護老人ホームについては、巨額の予算が注ぎ込まれ、社会福祉法人が同ホームを建設する場合の建設費用の2分の1を国が、4分の1を都道府県が補助する仕組みがつくられ、整備が進んだ。同時に、このころから福祉施設が利権の巢窟となり、補助金を目当てにした悪質な業者の参入が目立つようになる。ハード面での箱物の増大の一方で、施設職員の配置基準は、あいかわらず低いままで、施設職員の待遇の改善もなかなか進まなかった。

## （2）ヘルパーのパート化の進展と自治体間格差の拡大

在宅サービスの中心となるヘルパーも、先の1982年の運営要綱改定で、ヘルパーの勤務形態の「原則的に常勤」の規定がはずされて以降、非常勤（パート）化が急速に進んだ。しかも、ヘルパーは安上がりな主婦のパートで確保すればよいという厚生省の方針（それ自体、女性労働や介護労働に対する差別的評価に基づくものだが）のもと、常勤3割、非常勤7割の積算で、ホームヘルプ事業に対する国の補助予算が組まれ、補助基準自体も低く抑えられてきたため、ヘルパーの低賃金・不安定雇用が常態化し、特に事業者の名前を登録し、仕事を割り振ってもらい、実働分の給与を受け取る「登録ヘルパー」が多数を占めるようになった。登録ヘルパーは、常時仕事が入る保証はなく、登録先との関係も多様な形をとっているため、身分保障がきわめて不安定で、また大半が自宅から直接利用者宅を訪問し、自宅に戻る「直行直帰」という形をとっており、ヘルパー同士の横のつながりもなく、引き継ぎも十分できないありさまだった。

ヘルパーの労働条件の改善に関しては、1995年8月に、当時の総務庁行政監察局が、当時の厚生省と労働省に対して勧告を行っていたが、その後も改善は進まず、介護保険の導入後は、パートを前提とした介護報酬設定や営利企業の参入によって、さらに悪化している<sup>(2)</sup>。ヘルパーの大半が低賃金で、身分も不安定なパート職で、十分な人材が確保でき、十分なサービスが提供できるわけが

(2) 拙著『介護保険を問いなおす』（ちくま新書、2001年）第5章参照。

ない。厚生省の方針は、非常勤や登録ヘルパーをとにかく増やして、新ゴールドプランの目標値を形式的に確保すればよいというもので、全くの机上の数合わせにすぎなかった。

何よりも、先にみた高齢者福祉費における国庫負担の削減やヘルパーへの低い国の補助基準などのため、自治体の超過負担、持ち出し分が増大していった。そもそも、常勤ヘルパーについての国の基準は、1992年の改定までは、諸手当も定期昇給・昇格も、社会保険の雇用主負担分もないという劣悪なもので、実態に合わせて、常勤ヘルパーを雇用しようとするれば、自治体が多くの上乗せ負担をせざるをえなかった。しかし、1990年代に入り、自治体財政が急速に悪化し、こうした自治体の超過負担分が各自治体に重くのしかかるようになり、自治体間のサービスの格差が目立ってきた。

この時期、ホームヘルプ事業の外部委託化も進む。1988年までは、ヘルパーの委託率は30%台で、ヘルパーの約6割は自治体の常勤ヘルパーであったが、それが1996年には、委託率は90%に達した。そして、その最大の委託先は、1990年代以降、事業型社協として、在宅サービス事業を積極的に受託してきた社会福祉協議会であった。

### (3) 措置制度廃止論の台頭

しかし、高齢者福祉費は、高齢化の進展とゴールドプランによるサービスの整備などが重なり、増え続け、その5割を占める国の負担総額も、1991年には、1984年の国庫負担率削減前(8割)の水準を回復した<sup>(3)</sup>。そして、このころから、措置制度の廃止を視野にいれた福祉改革が頭をもたげてくる。福祉サービスの整備や供給に関して、国が財政責任を含めて公的責任を負う措置制度を存続させているかぎり、とくに今後の高齢化の進展にともなう高齢者福祉サービスの拡充と福祉費の膨張は避けられないことが、政府や厚生省の側に明確に意識されるようになったからである。

まず1992年12月に、1993年度予算に関して、当時の大蔵省と厚生省が、保育所措置費の1200億円の国庫負担分を削減するという案を打ち出した。1993年には、保育所入所の措置制度をなくし、契約制に転換しようとする「保育サービス法」の制定構想が明らかになった。これらはいずれも、強硬な反対にあい、実現できなかったが、当時の厚生省は、この失敗を教訓に、保育サービスに比べて数は少ないが、高齢化の進展によるサービスの整備と財政負担の増大が確実な、そして措置制度廃止への批判勢力が弱い高齢者福祉サービスの部分から措置制度解体を押し進める方向に方針転換したと考えられる。老人福祉措置制度にターゲットを絞り、その解体をねらった介護保険制度の導入である。

同時に、民間サービスも事業としての見通しが確立できなかった。在宅サービスでは、1989年より、営利法人も自治体からの委託を受け、ホームヘルプ事業を行うことができるようになったが、委託費が低く抑えられていたため、訪問入浴などを除いて、赤字運営が続いた。また、有料老人ホームなども、多くの高齢者にそうした高いサービスを購入する購買力はなく、利用層が限られていた。結局、採算が合わず、サービス事業から撤退する業者が相次いだ。福祉の民活路線も行き詰まり、これにバブル経済の崩壊も重なって、企業の側も戦略の転換を迫られた。そして、その活路は、奇しくも、行政からの委託ではなく、企業が自ら事業者となり、そのサービス提供を社会保険方式

(3) 武田宏『高齢者福祉の財政課題』(あけび書房、1995年)133頁以下参照。

## 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化（伊藤周平）

で公的にバックアップしていく介護保険制度の創設という厚生省の構想と同じ方向に求められることとなる。

さらに、この時期、老人医療費の増大とそれに伴う老人保健拠出金の増大により国民健康保険をはじめとする各医療保険の財政悪化が目立ちはじめてきた<sup>(4)</sup>。そうした中で、老人医療費に含まれている介護色の強い部分の給付（この部分は公費5割となっていた）を介護保険の給付のような形で、老人保健制度から切り離せば、各医療保険の負担が少しは軽くなる（少なくとも、財政破綻は先送りできる）と考えられた。まさに「行き詰まりをみせている老人保健法の延命策」<sup>(5)</sup>として介護保険が構想されてくるのである。

## （4）介護保険法の成立と社会福祉基礎構造改革

1994年3月、当時の厚生大臣の諮問機関の高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン 少子・高齢社会に向けて」と題する報告書をまとめた。その中で、介護問題に一項目を設け、介護問題が国民の老後の最大の不安要因となっているとした上で、現在の介護サービスが不足していることを認め、ゴールドプランの目標値の引き上げを提言した。同時に、介護施策の充実には間接税（消費税）を充てていくべきだとした。つまり、「21世紀福祉ビジョン」がまとめられた1994年はじめごろまでは、厚生省の構想では、介護サービスなどの高齢者福祉サービスの財源は消費税に求められていたのである。

介護保険の構想が急浮上してきたのは、当時の細川内閣のもとで、消費税を国民福祉税と名を変え、税率を7%に引き上げるという構想が、あえなく挫折した1994年2月以降のことである。消費税率の引き上げが、国民の強い批判を呼んだことを目の当たりにした厚生省は、介護保障の財源を消費税から社会保険料に求める方向に方針転換したと考えられる。先にみたように、介護保険が提言されてくる政策的な背景も十分にあった。同年4月のドイツでの介護保険法成立もその追い風となった。

こうして、1994年9月、当時の社会保障制度審議会に設置された社会保障将来像委員会が、社会保障制度の見直しに関する「第二次報告」を発表し、その中で介護保険の構想を初めて公式に明らかにした。同年12月には、厚生省内に設置された高齢者介護・自立支援システム研究会が「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告を発表し、やはり介護保険制度の創設の必要性を強調した。

こうした介護保険構想を受けて、1995年7月に、社会保障制度審議会が33年ぶりに勧告を発表し、介護保険制度の創設を提言した。次いで、老人保健福祉審議会が「中間報告」と「最終報告」を提

(4) 1983年にはじまった老人保健制度は、70歳以上の高齢者を対象に医療給付を行うもので、財政的には高齢者の自己負担分を除いた老人医療費（1999年度で約11兆円で、国民医療費約30兆円の3分の1を占めるに至っている）の7割を健康保険などの各医療保険からの拠出金、残りの3割を公費（国2割、都道府県と市町村で1割）でまかなう仕組みとなっている。そして、加入者按分率が100%とされた1990年ごろから、老人保健拠出金の増大による健康保険組合などの財政悪化が目立ってきた。

(5) 滝上宗次郎『福祉は経済を活かす』（勁草書房、1995年）147頁。

出し、厚生省を中心に法案がまとめられていった。1996年の通常国会への法案提出は見送られたが、同年11月の臨時国会に提出され、2度の継続審議を経て、1997年12月に介護保険法が成立し、2000年4月から施行されている<sup>(6)</sup>。

また、1997年には、改正児童福祉法が成立し、翌1998年4月から保育所入所について、従来の措置制度からの転換が行われた。これは保護者が希望する保育所を市町村に申込み、市町村が入所の要否を判定し、入所の場合には市町村が保育サービスの提供義務を負う方式である。さらに、2000年の身体障害者福祉法等改正で、障害者福祉についても2003年4月から支援費制度への転換が予定されている。これは利用者が指定事業者 서비스에申込みを行うとともに、市町村に支援費の支給を申請し、それに応じて市町村が支援費の支給決定を行い、支給決定を受けた利用者が指定事業者のサービスを利用した場合に、市町村が指定事業者に対しサービス費用から利用者負担分(応能負担となる予定)を控除した額を支給する方式である。

保育所方式を除いて、従来の福祉サービス供給に国や自治体が責任を負う制度からサービス費用の保障について責任を負う制度への構造転換がはかられたといえ、今後、保育所方式もこうした公的責任の転換を含む構造転換(例えば、パウチャー方式の導入など)がはかられる可能性が高い。同時に、医療制度改革においても、介護保険の給付構造をモデルに、医療保険の給付範囲の縮小と患者負担の増大が進められつつある。

#### 4 老人福祉措置制度のもとでの高齢者福祉サービス

##### (1) 措置請求権を認めた場合のサービス提供関係

以上、介護保険制度導入までの高齢者福祉サービスの政策動向を概観してきたが、つぎに高齢者福祉サービスが、そのサービス提供体制、給付構造、公的責任にわたって介護保険法施行後、どのように変化したかを検討する。まず介護保険法施行前の老人福祉法(介護保険法施行で改正される以前のそれをさして、以下「旧老人福祉法」という)、いわゆる老人福祉措置制度のもとでの高齢者福祉サービスの実態について整理しておく。

老人福祉措置制度のもとでのサービス供給関係は、サービス利用者のサービス受給権、もしくは請求権(措置請求権)を認めるとするならば、次のように構成される。

措置権者である市町村は、ホームヘルパー派遣などの具体的な申請を受け、措置決定を行うが、その前提として、市町村のケースワーカーなどによる当該申請者の訪問調査が行われるのが通常であった。その際、介護保険のように明確にケアマネジメントと定義されることはなかったものの、申請者や家族の意向を聞き、当該申請者の心身状況や生活環境、経済状況を考慮し、特別養護老人ホームなどへの入所措置の場合は、国の通達による入所判定基準に沿った形で、各市町村に設置されていた入所判定会議などで最終的な入所決定がなされ、ホームヘルプサービスをはじめとする在宅サービスの場合は、国の事業運営要綱に定められた基準をもとに、各市町村が定めた運営要綱や派遣基準などに基づいて、サービスの提供とその内容が決められていた。

(6) 介護保険法施行までの経緯に関しては、前掲『介護保険を問いなおす』第2章参照。

## 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化（伊藤周平）

以上のようにして市町村の措置決定が行われると、当該申請者（以下、サービス受給者の意味で「受給者」という）に給付請求権、具体的にはサービス請求権や施設入所請求権が発生することとなる。現実には、在宅サービスのように、市町村がサービスの実施を民間事業者に委託している場合が多かったが、受給者の市町村に対する給付請求権は、委託により消滅するわけではなく、市町村と委託事業者の間には「第三者のためにする契約」が成立し、これに基づいて、受給者は市町村に対してだけでなく、当該事業者に対してもサービスの請求が可能であったと考えられる。つまり、市町村（措置権者）、事業者、受給者の三者間に給付請求権の実現に向けた契約関係が成立していたといえる。

こうした解釈に立てば、介護保険導入など近年の一連の福祉改革をさして使われる「措置から契約へ」という言説も不正確ということになる。これらの改革は、サービス提供の仕組みを受給者と行政との契約関係から受給権者と事業者・施設との私法上の契約関係へと移行させるものと理解されるからである。実際、先進的な福祉サービスを実践してきた福祉関係者の間では、措置制度は、憲法に基づいて国や自治体が国民と行う一種の契約制度で、支援が必要な人々の生活を保障する制度と理解されていた。

## （2）行政解釈に基づいた場合のサービス提供関係

これに対して、行政解釈は、措置を職権的、一方的な行政処分とし、サービスの利用はあくまでも反射的利益で、措置請求権を認めない立場をとっており、前述のような申請権や契約関係の成立を認めていなかった。ただ、行政実務では、特別養護老人ホームなどの福祉施設の入所申し込みはもとより、ホームヘルプサービスなどの在宅サービスの利用についても、市町村に申請書を提出する手続きがとられている場合が多く、特別養護老人ホームの入所申し込みが、申請者の希望を書いて行われていた自治体もあった。その意味で、申請権の存在を窺わせる規定がなくとも、旧老人福祉法は申請と応答の仕組みを前提にしており、施設入所だけでなく、在宅サービスの措置も含めて措置請求権が認められると解するのが、実態にあった解釈ではなかったか考える。

しかし、結局、介護保険法施行で老人福祉措置制度が実質的に廃止されるまで、措置＝職権主義的、一方的行政処分という行政解釈は変えられることはなかった。前述のような申請の実態があったにもかかわらず、行政解釈では、それらも市町村の職権発動の契機や情報収集の手段として説明され、あくまでも職権主義の枠内の問題とされてきた。一方で、市町村が職権主義的に措置入所等を行わなければ、本人の生活が保障されないようなケースもあり、その意味では、措置には緊急性を契機として行われる職権措置と申請に基づく措置とが併存し、先の行政解釈は、緊急性の高い場合の職権措置に該当する解釈とみることも可能だったのではなからうか。現実には、介護保険法施行後も、前者の意味で理解される職権措置は老人福祉法上存続している。

## （3）老人福祉措置制度のもとでの高齢者福祉サービスの実態

もっとも、老人福祉措置制度のもとでは、圧倒的なサービス資源の不足という状況下で、個々のニーズをもつ高齢者に高齢者福祉サービスが十分保障されてきたとはいえない。

ホームヘルプサービスを例にとれば、同居の家族がいるという理由で利用ができないなど、さま

ざまな制約があり、特に中高所得層の人は、サービスの選択や利用を実質的に阻まれてきた（そのことが、それらの人が介護保険の導入に大きな期待をいだき、支持してきた一因でもある）。言い換えれば、老人福祉措置制度のもとでは、緊急性の高い要介護高齢者や低所得者に優先して高齢者福祉サービスが提供されていたといえる。しかし、それはサービスの量が圧倒的に不足している状態では、ある意味でやむをえないことであった。希少なサービスは、それが希少であるがゆえに、サービス給付へのニーズが切迫し、サービス提供がなければ生存権の保障すら困難な人（例えば、低年金で、ひとり暮らしの重度の要介護高齢者など）に優先的に分配せざるをえないからである。

サービス資源の制約で、つまりサービスが不足しているがゆえに、必要な高齢者に十分な高齢者福祉サービスが保障しえないという問題は、老人福祉措置制度の構造的な問題ではなく、外在的な問題であり、介護保険制度に移行したところで、十分なサービスが整備されないかぎり解決しえない問題である。むしろ応益負担原則や契約原理の徹底によって、後述のように、介護保険法のもとでは低所得者や重度の要介護高齢者など最もサービスを必要とする人々にサービスが行き渡らなくなる事態を招いている。

何よりも、措置制度では市町村の措置行為を基軸にしながら、国や自治体の施設等の最低基準の遵守監督義務、サービス提供義務や措置費用の負担義務が制度的に担保されていた。国や自治体のサービス提供の公的責任が明確にされていたともいえる。また、措置制度のもとでは、前述のようにサービス給付へのニーズが切迫し、緊急性の高い人に対しては、優先的にサービスを提供し、施設入所を可能にしていた。在宅の場合には、緊急性の高い人にすら十分なサービスを提供することができず、多くの場合、施設入所等で保障がなされていたが、サービスがある程度整備されていた自治体では、多様な保健福祉サービスを組み合わせることで、在宅生活が可能であった重度の要介護高齢者もいた。

さらに、少なくとも措置制度のもとでは、基本的なサービスの未整備の状況に対しては、憲法25条（とくに2項）違反を問える余地があった<sup>(7)</sup>。そうした責任が問われることを回避するために、行政解釈は、あえて実態を無視してまでも、職権主義的解釈に固執し続けたと推測される。同時に、サービス資源の制約はあったが、高齢者個人個人のサービスを必要とする多様な状況の変化に合わせて、サービスの変更が可能であったし、その過程で、高齢者のサービス選択や意見表明の機会などが保障される余地もあった。

## 5 介護保険による高齢者福祉サービスの構造変化

### (1) 介護保険の保険給付の特徴(1) サービス費用の支給

では、介護保険法施行により高齢者福祉サービスはどのように変化したのであろうか。

介護保険の保険給付の一般的要件は、被保険者であること、市町村の行う要介護認定・要支援認定（以下、両者を一括し「要介護認定」という）を受け、要介護・要支援状態にあると認定されること。の被保険者であっても、介護保険料を滞納している場合には、給付制限がなされるの

(7) 同旨として、菊池馨実『社会保障の法理念』（有斐閣、2000年）195頁以下。

## 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化（伊藤周平）

で、介護保険料を払っていることが必要となる。また、の要介護認定は、被保険者が介護保険の給付を受ける要介護・要支援状態にあるか否かを確認する行為で、市町村の行う（行政）処分とされている。さらに、保険給付を受けるには、要介護認定で、要介護・要支援状態と判定された後、介護サービス計画（以下「ケアプラン」と総称）を作成し、それを市町村に提出することが必要となる。

こうした介護保険の給付の第1の特徴は、医療保険の「療養の給付」のように、現物給付の形ではなく、サービス費用の支給という現金給付の形態をとっている点にある。

介護保険法による保険給付は、被保険者が要介護状態にある場合の介護給付、被保険者が要支援状態にある場合の予防給付、さらに要介護状態の軽減や悪化の防止、要介護状態になることを予防するために市町村が条例で独自に定める市町村特別給付に大別できる。このうち、介護給付として居宅介護サービス費の支給など9種類の給付が、予防給付として居宅支援サービス費の支給など7種類の給付が定められている。そして、居宅介護サービス費であれば、訪問介護（ホームヘルプサービス）など給付対象となるサービスが列挙され、それぞれのサービスに対応して、例えば訪問介護費などの介護報酬単価が設定されている。なお、予防給付には施設サービス費はなく、また、介護支援専門員による居宅介護（支援）サービス計画費は10割給付で、利用者負担はない。

ところで、介護保険法には現物給付を原則とする旨の規定がないうえに、例えば、居宅介護サービス費の支給を定めた同法41条1項は「市町村は、要介護被保険者（要介護認定を受けた被保険者）のうち居宅において介護を受けるものが、指定居宅サービス事業者から指定居宅サービスを受けたときは、当該居宅要介護被保険者に対し、当該居宅サービスに要した費用について居宅サービス費を支給する」と規定しており、各保険給付の内容が費用支給の形態をとっている。これは、例えば、医療保険の「療養の給付」について規定する健康保険法43条が「被保険者ノ疾病又ハ負傷ニ関シテ…療養ノ給付ヲ為ス」となっているのと明らかに異なる条文の体裁である。つまり、厳密に言えば、介護保険の保険給付は、医療保険の「療養の給付」のように、サービスそのものの現物給付ではなく、サービス費用の償還払い方式による金銭（現金）給付といえる。

ただ、現実には、例えば、同法41条6項などで、要介護被保険者（以下、本稿では、介護保険法に従い、要介護認定で支給資格ありと認定された被保険者の総称として使う）が指定事業者等からサービスを受けた場合には、保険者が介護報酬単価として定められるサービスの費用の9割を、要介護被保険者に代わって、指定事業者等に支払うという形をとるため、保険給付の受給者（要介護被保険者）にとっては、サービス給付と同様の効果をもたらす。しかし、この場合も、保険者がサービス費用（9割）を要介護被保険者に支給し、要介護被保険者が自己負担分（1割）と併せて指定事業者等に費用を支払うという形態が基本とされ、保険者から指定事業者等にサービス費用を直接払うという代理受領方式は便宜的な方法とされている。

## （2）介護保険の保険給付の特徴（2） 支給限度額 の存在

第2に、介護保険の給付には、居宅介護サービス費等について要介護度ごとに支給限度額が設定されており、いわば定額給付になっている。

医療保険の給付は、医師が必要と判断した医療行為は、すべて保険給付の対象とすることを基本

としており、保険給付部分と保険外の自由診療部分を組み合わせる、いわゆる混合診療は原則禁止されている。これは「必要なものすべてを給付する」という社会保障の基本原則に基づくと同時に、患者の支払能力によって医療サービスに格差が生じることを防ぐという平等原則に基づくものでもある。

これに対して、介護保険の場合は、介護保険法の給付対象となるサービスと私的な自由契約によるサービスとの併用、いわゆる混合介護が認められている。そして、上記の支給限度額を越えたサービスの利用は、全額自己負担となる（後述する生活保護の介護扶助のカバーする範囲も支給限度額の範囲内に限られる）。しかも、この支給限度額は、重度の要介護者が家族介護に頼らずに、在宅で生活していける水準ではない。高訴訟の第1審判決（金沢地判平成11年6月11日、『賃金と社会保障』1256号38頁）は、重度の障害者の介護保障のためには、少なくとも月72万円相当の介護費用が必要であると認めているが、介護保険の給付水準は、最重度とされる「要介護5」でも月約36万円で、その半分の水準でしかない。つまり介護保険の給付水準は、明らかに無償の家族介護を前提としているのである。

そのため、家族介護が全く、もしくはほとんど期待できず、重度の障害があり、多くのサービスを必要とする独居の要介護高齢者やいわゆる「老老介護」の高齢者世帯にとっては、保険がきかないサービスが大量に発生し、膨大な保険外負担（自己負担）が必要となるため、在宅介護が困難になる。そして、介護保険下では、そうした人々の生存権保障の選択肢としては施設入所しか残されていない。現実には、介護保険法施行後、施設志向が強まり、特別養護老人ホームの入所待機者が激増している大きな原因がここにある。

厚労省が介護保険の給付水準をこの程度に抑えたのは、介護保険料が高水準になるのを防ぐという政策的判断からである。だが、それは施設入所の需要を拡大し、施設増設への圧力を強め、かえって介護保険料引き上げの必要性を高める結果をもたらしている。しかも、在宅サービスの利用者で支給限度額一杯にサービスを利用している人は少なく（平均の利用率は、支給限度額の4割程度）、支給限度額以上のサービスを利用している人に至っては利用者全体の2%弱にすぎず、自費でのサービス利用や混合介護の拡大による介護市場の創出という政策目的は崩れ去っている。

### （3）介護保険法のもとでのサービス提供関係

次に、介護保険法のもとでのサービス提供関係を検討すると、介護保険法では、被保険者が保険者（市町村）に保険料を支払い、保険事故（要支援・要介護状態）が発生すれば、要介護認定で受給資格ありと認定されることで、要介護被保険者に保険給付の受給権が発生する。そして、ここでのサービス提供関係としては、保険者と要介護被保険者、要介護被保険者とサービス提供機関である指定居宅サービス事業者や介護保険施設など（以下「指定事業者」と総称）、保険者と指定事業者という関係が考えられる。

の保険者と要介護被保険者との間には、公法上の給付権利義務関係が成立していると解される。後者は前者に対し、要介護認定の結果に基づいた保険給付を請求する権利があるが、この給付請求権は、要介護被保険者が指定事業者との間にサービスの利用契約を結び、実際にサービスを利用してはじめて現実化する（保険者にサービス費用の9割の支払義務が生じる）。その意味で、要介護

## 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化（伊藤周平）

被保険者は、サービス請求権を保険者である市町村に対してではなく、指定事業者に対して有しているといえる。要介護被保険者と指定事業者との間には、私法上の契約関係が成立していると解される。要介護被保険者は利用者として、当該契約に基づき指定事業者に介護サービスを請求する権利があり、指定事業者は同契約に基づきサービスを提供する義務を負う。この関係は私法上の債権債務関係と考えられ、民法の法理が適用されることとなる。

問題となるのは、の保険者と指定事業者との法律関係である。介護保険法にはサービス提供の委託を定める規定はなく、両者の間に公法上の準委任契約などの契約関係の成立を認めることは難しい。この点、ドイツの介護保険制度が、保険者である介護金庫が事業者や施設などの保険給付提供機関と介護委任契約を締結し、介護報酬も州の介護金庫が各事業者と協議して決めて介護報酬契約を締結する形をとっているのと大きく異なる。ドイツの場合は、保険者である介護金庫と事業者等の間には介護委任契約と介護報酬契約に基づく、公法上の契約関係が存在しており、保険者の保険給付に対するコントロール、保険者のサービスの質の保障責任は明確である（同責任は法律上明記されている）<sup>(8)</sup>。

これに対し、指定事業者の指定基準や介護報酬基準は厚労省が決め、指定事業者の指定・監督権限は都道府県にあり、さらに介護報酬の支払いも都道府県単位の国民健康保険団体連合会に委託して行われている。保険者である市町村は、保険給付の給付水準や介護報酬を協議して決められないどころか、保険給付提供関係である指定事業者の指定・監督権限すらもない。市町村は、要介護被保険者が指定事業者とサービス利用契約を結び、現実にサービスを利用した場合に、サービス費用の9割を要介護度別の支給限度額に応じて、指定事業者に支払うだけで、サービス提供についての法律関係の当事者ではない。

こうしたサービス提供関係は、現行の医療保険制度に類似している。医療保険制度でも、保険者が被保険者に療養の給付を行うが、実際の給付は都道府県知事から指定を受けた保険医療機関が行っている。そして、この場合も、診療報酬は実質的に厚労省が決め、保険医療機関の選択は被保険者に委ねられており、保険者の機能も脆弱である。ただ、医療保険制度では、医師のサービス提供義務が明確で（医師法19条1項に、医師の診療義務が明記されている）、まがりなりにも混合診療は原則禁止され、サービス提供の非営利の原則や医療サービスの現物給付という原則は崩されていない。一方、サービスの提供や質の確保を国・自治体が公的責任で行うことを基本としてきた従来の老人福祉措置制度からすれば、サービス提供関係に公的機関である市町村が全く介在しない（むしろ指定居宅サービス事業者として営利法人が介在する）構造は、大きな転換であるといっていよい。

## 6 今後の課題

以上のような介護保険法による高齢者福祉サービスの構造変化は、現物サービスの給付からサービス費用の給付（それも10割ではなく、9割）への転換、それにとまなう国や自治体のサービス提

---

(8) 以上のドイツ介護保険法の特徴に関しては、本沢巳代子「介護保障法の体系と構造」日本社会保障法学会編『講座社会保障法 医療保障法・介護保障法』（法律文化社、2001年）151頁以下参照。

供責任からサービス費用補償責任への公的責任の矮小化と要約することができるだろう。もともと、戦後の日本では、福祉サービスは本質的に現物給付で行われるものであり、人的・物的サービスそれ自体が、公的責任において供給されるものと考えられてきた。そして、日本国憲法25条にいう社会福祉の公的責任は「社会福祉サービスの供給自体を国家の責任において保障するものとして理解されてきた」<sup>(9)</sup>といえる。介護保険法施行に代表されるこの間の社会福祉基礎構造改革は、こうした社会福祉の原則を転換し、福祉サービスを商品として市場において購入し、その費用の一部を補填する利用方式への構造転換をはかるものであったといえる。

しかし、問題なのは、介護保険法や社会福祉基礎構造改革が強制的に創設しようとしている「共同連帯の理念」(介護保険法1条)の社会的基盤そのものが、まさに、現在の構造改革によって崩されつつあるという点にある。社会福祉基礎構造改革の名のもとに進められている福祉供給の公的責任の放棄と市場原理の導入は、福祉サービスの受給における不平等や格差を拡大することで、こうした社会的基盤の崩壊に拍車をかけている。

例えば、介護保険のもとでは、被保険者の保険給付の受給権は、被保険者が指定事業者と私法上のサービス利用契約を結び、それに基づいて、サービスを利用した場合にはじめて現実化するが、その利用できるサービスの内容や量は、高齢者本人もしくは世帯の支払能力によって決まり、相応の利用者負担が困難な人やサービス利用契約を結べない人(低所得の高齢者、要介護認定で「自立」と認定された人、判断能力が衰えているにもかかわらず、何の援助もなく放置されている高齢者など)は権利主体にすらなれない<sup>(10)</sup>。こうした不平等が放置され、階層化が進展していけば、分断された個人は、自分とは別の空間を生きる人々に想像力を働かせることがますます困難となる。そうした社会にはもはや「共同連帯の理念」の契機を見いだすことは不可能である。

現実に、介護保険の導入により、負担増やサービス利用抑制などの苦境に立たされている人々が、低所得者や高齢者であるためか(逆に中高所得者は負担減になっている)、介護保険法に対する国民運動的な規模での批判は、今のところまき起こっていない。私見では、少なくとも、「共同連帯」を育む社会的基盤を崩壊させないためには、福祉供給における公的責任を明確にし、公的サービスを拡充していく方向がめざされるべきと考える。

(いとう・しゅうへい 九州大学大学院人間環境学研究院助教授)

(9) 橋本宏子「福祉の権利」『賃金と社会保障』1289・1290号(2001年)55頁。

(10) 拙稿「介護保険の給付と介護サービス請求権」『賃金と社会保障』1316号(2002年)55頁以下参照。