

目 次

第1講	社会保障の規制緩和と介護保健（法文学部法政策学科教授 飯田泰雄）	1
第2講	成年後見制度と地域社会の役割（法文学部法政策学科教授 緒方直人）	9
第3講	介護を巡る事故・紛争事例と利用者の権利擁護・権利救済 （法文学部法政策学科助教授 西田和弘）	25
第4講	介護保健財政の現状と課題（法文学部法政策学科助教授 松田典久）	35
第5講	少子・高齢化社会における保健医療福祉サービスの実態 （医学部保健学科助教授 岩瀬義昭）	47
第6講	少子・高齢化対策と自治体行政 ―福祉オンブズマンを手がかりとして― （法文学部法政策学科教授 土居正典）	55
第7講	高齢化社会における自治体と住民の関わり方 （法文学部法政策学科助教授 下井康史）	69

社会保障の規制緩和と介護保険

鹿児島大学法文学部法政策学科 飯田 泰雄

【目次】

はじめに

1. 「規制緩和」とは？
2. 社会保障構造改革
3. 社会保障構造改革の第一歩としての介護保健
4. 医療保険の抜本改革
5. 社会保障構造改革の問題点

おわりに

はじめに

現在日本の社会では、少子高齢化が急激に進み、これに対応するために様々な対策がとられていて、介護保険もその一つです。このような少子高齢化にむけた改革は、社会保障の分野でも介護保険に限りません。先の国会でも、医療保険の改正がなされ、サラリーマンの自己負担が2割から3割に引き上げられ、老人医療の自己負担も引き上げられました。その最大の理由が老人医療費の増大による保険財政の危機です。また、2002（平成14）年4月から診療報酬の改定が行われ、180日をこえる入院の場合の入院基本料の一部を特定診療費としました（180日を超えて入院した場合は、これまでより3～5万円の負担増になります）。これは、社会的入院をなくすために患者負担を増やすというのですが、保険でできる医療と保険の利かない医療を同時に行うことができるという混合診療の禁止の例外を増やしたものです。

それでは、そもそも、混合診療は何故禁止されたのでしょうか？ もし混合診療が自由にできるようになったら、高度の医療や高価な手術は保険が利かないということになりかねず、その自由診療部分の費用を払えない患者は、そのような治療を受けることができなくなり、お金のある人だけが十分な医療を受けられるということになります。つまり所得の大小によって受けられる医療に差別が作りだされ、お金が有るかないかで命に差別を持ち込むことになるからです。しかし、厚生労働省や財界で主張されている「社会保障構造改革」では、「公私の適切な役割分担」ということで、混合診療を拡大することが目指されています。ところが、介護保険では、「混合診療」ならぬ「混合介護」がむしろ原則になっています。介護保険では、要介護度ごとに限度額が設定されていて、これをこえる介護サービスは自分で全額支払って自由診療ならぬ自由介護サービスを買うことになっているのです。その意味では特定診療費の拡大や混合診療の解禁は、介護保険ではすでに実現していて、今回の診療報酬の改定による180日をこえる入院の入院基本料を特定診療費化することは、介護保険のやり方を医療保険に導入したものとと言えます。後に詳しく述べる「社会保障構造改革の第一歩としての介護保険」というのはこのようなことをさすのです。

1. 「規制緩和」とは？

次に「社会保障構造改革」と「規制緩和」の関係ですが、「社会保障構造改革」の中身をひとことでいえば「膨れ上がる社会保障、社会福祉のニーズに対して、これを公的な責任で受け止めることをやめて（自助、共助にゆだねる）、同時に福祉、医療などの領域を大規模に規制緩和して、サービス提供を市場化する」というものと見ることができます。つまり、後半が規制緩和ということですが、それは前半の社会保障の権利を実現する国家の責任の放棄と表裏一体のものでありますから、「社会保障構造改革」というのは、「社会保障の規制緩和」と言い換えてもそれほど意味は変わらないのです。

最近「構造改革」という言葉が政治や経済に関し頻繁に使われていますが、その意味するところは必ずしも明確とはいえません。しかしその主要な内容の一つが「規制緩和」であることは間違いありません。「規制緩和」（規制撤廃あるいは規制改革といわれることもあります）とは、法律等で規制されている企業の経済活動を、規制を廃止ないし緩和することによって自由にするということです。

「規制」とは、事業の開始や活動等について法律等で規則をつくり、企業の活動を制限することですから、「規制緩和」とは、それらの制限を廃止ないし緩和して、企業の自由な経済活動を復活し、自由な市場経済を再現することを意味します。しかし、「規制緩和」の意味を考えるためには、そもそも「規制」が何のために行われてきたのか、そしてそれが誰のために「緩和」されるのかを考える必要があります。

さて、「構造改革」は、社会保障の分野でも進められており、その重要な内容の一つが「規制緩和」です。社会保障は、もともと自由な企業や市民によって行われてきた経済活動という訳ではありませんから、社会保障をできるだけ市場経済にあわせて、企業活動の場として再編成することが、社会保障の「規制緩和」ということになります。したがって、「社会保障構造改革」の主な内容も、このような性格のものとして理解することができます。

規制緩和と社会保障の関係について、ちょっと別な観点から考えてみましょう。法律の世界では、「市民法と社会法」ということがいわれます。「市民法」とは、対等平等な（この対等平等というのは、形式的なもので実質的なものではありません）市民同士の関係の法律で、例えば契約関係などを規律する法律である民法が代表的なものです。例えば、使用者と労働者の関係は、誰にも雇用契約を結ぶことを強制されず、労働者も賃金が安すぎると思えば辞めればいいのでその意味では対等平等です。しかし、実質的には使用者の方がずっと強いので放置しておくとも悲惨な労働条件が広がってしまいます。そこで国家が（法によって）規制を加え（例えば週40時間労働——労働基準法）、労働者の生存権を実現したのです（憲法第28条）。「市民法」の世界では、生活は自己責任が原則ですが、世の中には、個人の責任に帰することのできない生活上の困難というものがたくさんあります（疾病、老齢、失業、貧困）。そこでこれらについても国家による生存権の保障がなされるようになったのです（憲法第25条）。これらのいわば「市民法の修正としての社会法」ということからいえば、社会保障法もちろん社会法に属するものです。そして社会法を規制緩和するということは、社会法をなくしてもとの市民法に戻すということに他なりません。

2. 社会保障構造改革

厚生省（現在は厚生労働省）は、1996（平成8）年頃から社会保障構造改革をすすめるといってきました。その大きな改革の方向は、次のようなものです。

第一は、社会保障の制度横断的な再編成等による全体の効率化です。厚生白書の言葉を引用すれば、「これは、経済・財政面の制約が強まる中、多様な需要により適切に対応するサービス体制を確立し、老後の不安等の解消を図るとともに、安全網（セイフティネット）としての社会保障にすき間や無駄、重複が生じないようにするという観点に立って、必要な制度の再編成等を行い、社会保障全体として、需要に対応しつつも効率化を図るもの」ということになります。

確かに、日本の社会保障は大変継ぎはぎだらけで、問題が多い制度です。例えば医療保険を例にとれば、国民健康保険、組合健康保険、政府管掌健康保険、公務員共済保険、私学共済保険などに分かれ、さらに老人保健制度があり、給付水準もバラバラです。しかし社会保障構造改革のねらいは、これらを低い水準にあわせて給付水準を下げるのが目指されているのです。今回の健康保険法の改正でサラリーマンの本人負担を3割にしたのは、国民健康保険にあわせたということでもあります。また、年金保険についても1999年の再計算期に国民年金（基礎年金）だけにして厚生年金は全廃する（必要なら個人で民間の保険に入る）というのが5つの選択肢の1つとして示されていました。これらは、公的な責任の後退ということでもあります。

第二に、個人の自立を支援する利用者本位の仕組みの重視です。同じく厚生労働省の言葉によれば、「これは個人の自立を支援する仕組みを重視する見地から、情報開示等を進めることにより個人が良質なサービスを適切な費用で選択できるようにするものである。この場合、障害や要介護の状態になってもできる限り住み慣れた地域で自立した生活を送れることを重視する観点から、在宅医療・介護をはじめとする多様な需要にきめ細かく対応するサービス提供体制の整備につとめ、家族とともに、あるいは一人暮らしや高齢者のみの世帯でも、できる限り在宅生活が可能となるよう、その自立を支援していく利用者本位の仕組みづくりを目指すものである」ということになります。

個人の自立を支援するということはとても大事なことです。しかし、介護保険もそうですが、措置制度を契約制度に置き換えることが、主な内容となっています。措置制度から契約制度への転換についてはあとで述べるように様々な疑問があります。

また、在宅重視ということが施設をつくらないことの口実とされ、介護保険でいえば、全国の特別擁護老人ホームに10万人といわれる待機者をつくっているのです。

第三に、公私の適切な役割分担と民間活力の導入の促進ということです。厚生省によれば、「保険医療・福祉分野において、民間事業者が成長していることも考えあわせると、今後は、基礎的・基盤的な需要に対しては公的に保障し、その上乘せについては個人が自由に民間サービスを選択することが可能となるようにするなど公私の適切な役割分担を図るとともに、民間活力の導入を促進する観点から、規制緩和を推進し、競争を通じて、より良質なサービスが受けられるようにしていくべきであると考えられる」とされています。

これが、まさに社会保障の規制緩和の方針です。公私の適切な役割分担とは、公的な責任の後退（縮小）ですし、民間活力の導入とは、社会保障・社会福祉分野の市場化です。

最後のところで検討するように、社会保障・社会福祉分野が市場原理で運営される、つまり営利追求の場となることは、様々な弊害を生み出しかねません。

第四が、全体としての公平・公正の確保です。「これは例えば、高齢者の経済状況をみると、ばらつきはあるものの、年金の成熟化等に伴い、平均的には高齢所を世帯主とする世帯はそれ以外の世帯と比較して世帯人員1人当たりでは所得金額・可処分所得とも大差がなく、貯蓄・資産の保有状況においてはむしろ高齢者を世帯主とする世帯はそれ以外の世帯を上回っているようになってきている。このような高齢者の所得等の状況を踏まえると、高齢者世代と現役世代の間の均衡や、資産を持っている人と持っていない人との間の均衡なども考慮しながら、給付と負担の公平・公正を図っていくことが必要である」と厚生労働省はいいます。

これは、高齢者金持ち論です。つまり、高齢者も年金などの収入や預貯金もあり、決して社会的弱者ではないのだからそれ相当の負担もしてもらおう、という訳です。しかし、経済的に裕福な高齢者がいることは確かですが、国民年金の平均受給額は月5万円に満たず、高齢者世帯の4分の1は年収200万円以下です。このような高齢者からも介護保険は保険料をとり、この介護保険に倣って、医療保険の抜本改革では高齢者からも保険料をとる制度をつくらうとしています。

厚生労働省は、介護保険を社会保障構造改革の第一歩として位置付け、老人福祉と老人医療に分かれている高齢者の介護に関する制度を再編成し、効率的で利用しやすく公平・公正の確保された統一的かつ重層的な社会保障構造改革の具体化であるとし、介護保健につづけて医療、年金、福祉の各分野における改革を提起しているのです。

3. 社会保障構造改革の第一歩としての介護保険

先ずはじめに、みなさんよく御存じとは思いますが、介護保険の仕組みを簡単に見ておきましょう。介護保険とは、高齢になって誰かの手助けがなければ生活できなくなったとき、その介護サービスの費用を社会保険によって賄うという制度です。その意味では、病気になったときの医療保険の役割とよく似ています。40歳以上の人が被保険者となり、原則として65歳以上の人でなければ保険の給付は受けられません。要介護状態というのは、高齢者の障害者といってもいいのですから、65歳未満の人でも障害者であれば保険の給付対象とするということも考えられるのですが、日本の介護保険は高齢者に限定しました。費用負担の関係は、全体の1割を利用者が負担し、残り9割の内の半分を国と市町村で負担します。あとの半分を被保険者、つまり40歳以上の国民が保険料として納めます。

介護保険の医療保険と最も異なる点は、保険証一枚あればいつでも、医者にかかる医療保険と違って、要介護認定を受けて、要支援以上の判定を受けなければなりません（40歳から64歳までの人は、そもそも介護保険証も渡されませんし、アルツハイマーのような老人性の病気の場合を除き介護保険の対象となりません）。

もう一つ医療保険と違う点は、要介護度ごとに支給限度額が設けられていることです。医療保険には原則として支給限度額がありません。(いわゆる出来高払制で、これが医療費高騰の一つの原因とされています。)しかし、介護保健では支給限度額があり、それが足りないときは、自分のお金で補う(つまり混合診療ならぬ混合介護)が原則となっているのです。

介護保険の従来からの社会保障と比べた特徴をあげると、

第一に、介護サービスを受けるのに利用料が必要で、しかもそれが定率であることです。(応能負担から応益負担へ)

応能負担とは、支払能力に応じて負担するということです。つまり支払能力が小さければ少なく、所得が多ければ多く負担するということです。税金は、その累進性がずいぶん少なくなりましたが、一応、応能負担です。それに対して、応益負担は見返りに受ける利益に応じて負担するということから、所得の多い人も所得の少ない人も、寝たきりになったときに受ける介護サービスは同じだとすれば、同じだけ負担すべきだということになります。介護保険の保険料は収入に応じた5段階になっていますが、逆進性があります。また利用料は、1割ですから、所得のいかんにかかわらず同額でまさに応益負担です。そのぶん低所得者に不利になります。

ところがこの応益負担の原則が老人医療にも取り入れられました。これも社会保障構造改革の第一歩としての介護保険の原則が老人医療にとり入れられたということでしょう。

第二に、従来、福祉サービスとして給付されていた老人介護サービスは措置制度であったのに、介護保険のもとでは医療保険と同様に契約制度になったことです。(措置制度から契約制度へ)

措置制度とは、福祉サービスなどを福祉事務所が支給することを決め、その費用(措置費)を公的に負担する制度です。この措置制度については、様々な批判が寄せられています。いわく、「措置=行政処分」であって、権利の保障がない、お仕着せのサービスで選択ができない、所得調査があってスティグマを伴う、サービスが画一的になりがち、中間所得層に重い負担などです。しかしこれらは根拠が薄弱です。これらの逆が契約制度のメリットで、対等な契約関係ですから所得調査もなく、スティグマを伴わず、サービスを受けるお年寄りの権利性も明確で、サービス選択もでき、逆にサービス提供者は、競争の中でよりよいサービスを提供しなければ生き残れないので、競ってよいサービスを提供するようになる。さて、そのように理屈道理行くのでしょうか。

第三に介護サービスを受ける前に、介護を受ける必要があるかどうかの検査を受ける必要があること。(要介護認定)

日本の医療は、保険証一枚でどこの病院でもかかれる(アクセスがよい)のが特長といわれますが、これが受診を増やしているという批判もあります。しかし、介護保険では、介護サービスを受ける前に要介護認定という関門があり、ここで要支援以上(施設介護については要介護度1以上)の認定を受けなければ、サービスを受けることができないので

す。

第四に、支給限度額が（要介護度ごとに）あることです。（包括払い）

支給限度額を医療保険にも導入しようとする動きがあります。高血圧なら高血圧とい病気の場合は、何点という包括払いにすれば、総医療費が安くなるというのです。しかし介護保険の場合でも、寝たきりの独居老人の場合35万円分の介護サービスではとても足りません。多分、70～80万円分くらいのサービスを必要とするでしょう。しかし、現に必要とするサービスを積み上げてその出来高で払うのではなく包括払いになると実際にはいくら懸かるかとは関係なく35万円しか保険からは支払われませんから、35万円を超えた部分（35～45万円）は、（35万円の1割の3万5千円の他に）自己負担となります（混合介護）。

第五に、保険によるサービスの提供と私費によるサービスを一緒に受けることができることです。（混合介護）

混合介護の問題点は、お金の有る無しが受ける介護の料と質をきめるということです。もちろん、贅沢をいえばきりが無いということもありますが、介護保険が始まる前に、先進的自治体では、寝たきり老人の在宅介護で現に70～80万円相当の介護サービスを提供していたところもあったのですから35万円分の介護サービスが在宅寝たきり老人の介護に十分とはいえません。しかしお金がなければ、家族介護で補うほかないのです。また、家族介護もなければ、在宅で介護を受けることができず施設に入らなければならなくなります。選択の権利とか、在宅重視とかノーマライゼーションのかけ声はどこにいったのでしょうか。

第六は、営利企業も在宅介護サービスの提供が認められることになったことをあげることができます。（民間活力の導入）

措置制度から契約制度に変更するのは、画一的サービスや競争がないためにお役所的なお仕着せのサービスを、市場の競争的な企業による良質なサービスに置き換えなければなりません。そこで、民間の営利企業（株式会社）が参入しなければならないということになります。医療においても、現在では、個人経営か医療法人という非営利的な経営ですが、これでは効率的経営はできないとして株式会社の病院経営への参入が、骨太の方針などでは主張されています。

これらの特徴は、社会保障の構造改革の方向性とよく合致していることがわかります。

4. 医療保険の抜本改革

他方、医療保険についても1980年代から高齢者医療費の増大に対処するために、老人医療費の抑制のためのさまざまな方策がとられてきましたが、介護保険導入後の2001（平成13）年6月の「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（いわゆる「骨太の方針」）は、医療制度の改革として、診療報酬の包括払・定額払制、株式会社による医療機関の経営、保険者と医療機関の直接契約制などの保険者の権限の強化、混合

診療の自由化等などの内容の医療制度の改革を打ち出しました。

1990年代からの医療制度の改革やこの骨太の方針の内容から見ると、「基礎的・基盤的な需要に対しては公的に保障し、その上乘せについては個人が自由に民間サービスを選択することが可能となるようにするなど公私の適切な役割分担を図るとともに、民間活力の導入を促進する観点から、規制緩和を促進し、競争を通じて、より良質なサービスが受けられるように」するという方針が貫かれているのがわかります。

5. 社会保障の規制緩和の問題点

介護保険を第一歩とする社会保障構造改革は、さらに社会福祉基礎構造改革、年金改革など社会保障全体に押しおよぼされようとしています。

この社会保障構造改革の考え方は、「国民はおおむね豊かであり、自立した市民である。確かに一部には貧しい人もいるかもしれないがその人たちのためにはセイフティネット（安全網）としての生活保護がある。だから公的な社会保障は基礎的・基盤的のものに限ってよい。それ以上のところは自己責任で、自分のお金で医療や介護などのサービスを買えばよい。そしてそのようなサービスを提供するのは、国や自治体などの公的機関や公的機関の委託を受けたものではなく、民間の株式会社などの営利企業の方が効率的である。そのような営利企業からの買う福祉、買う医療の方がお役所のお仕着せの福祉や、医療よりも市民の選択の権利をはじめとする社会保障の権利の確立にも資する」といったものでしょう。

ここにいくつかの問題があります。

まず第一に、生活保護は、本当に頼りになる安全網か、ということです。生活保護を受けている人の何倍もの人々が、生活保護基準以下の収入で暮らしているという現実があるのです。

第二に、公的な保障を限定して、それ以上のものは自己責任とするということは、それ以上の部分は私費で買う（私的な保険に入るのも私費で買うのと同じである）しかありません。そうするとお金のない人はその部分の医療や福祉を受けられないことになります。すべての国民に健康で文化的な最低限度の生存を保障した憲法のもとでお金の有る無しで命を差別することが許されるはずがありません。

第三に、社会保障の分野は、そもそも営利企業の活躍に適した分野といえるでしょうか。社会保障・社会福祉の分野は、ほとんど人間のサービスで成り立っていて、効率を追求して省力化すればただちにサービスの質が低下するような分野が多いのです。このようなところでは、民間活力の導入はよほど周到な「規制」を準備しないとサービスそのものの質を低下させることとなります。

第四に、医療にしろ、介護にしろサービスの売買（契約制度）ということになると、一般的にサービスの買い手たる市民の方が立場が弱いものです。しかも痴呆高齢者の場合が典型的であるように、判断能力すら十分ではありません（意思能力の欠如、無能力者）。べつの講で述べられるように、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などではまったく不十分です。

おわりに

社会保障制度審議会は、1995（平成7）年7月に政府に対して「社会保障体制の再構築」という勧告を行いました。これが介護保険をはじめとする社会保障構造改革のはじまりということもできます。その中で、「社会保障制度は、みんなのためにみんなで作り、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない。これこそ今日における、そして21世紀における社会保障の基本理念である」と述べられています。この「みんな」の中には、国や地方自治体や企業は含まれているのでしょうか。

自助や共助は美しいことばです。しかし、自助や相互扶助が限界に来たところに社会保障が出現したことを忘れてはなりません。憲法25条の生存権の保障こそ社会保障の目的であり、それは財政危機だからといってないがしろにしてよいものではありません。国民の社会保障を受ける権利の実現は、「予算の有無によって決定されるものでなく、むしろこれを指導すべきもの」（朝日訴訟第一審判決）なのですから。