

貢献原則の緩みと その先に来るもの

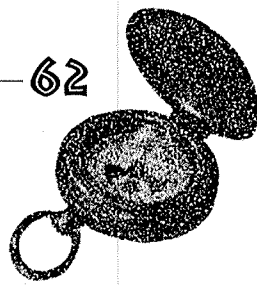
大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

総選挙を意識してか、あるいは政権交代をにらんでか、最近、政府や与党から打ち出される政策には、ポピュリズムの匂いがする。社会保障の分野を見ると、社会保障審議会年金部会に出された「低年金・低所得者に対する年金給付の見直し」に関する案や新経済対策に盛り込まれた介護報酬上げのための公費投入などがそうである。これらの中には社会保障の大前提である貢献原則の緩みを窺わせるものがあり、看過できない問題を含んでいる。

前者については、①低年金者に対する最低保障年金の給付、②著しく所得の低い単身高齢者等に対する加給金の支給、③拠出時の保険料軽減分への公費支援、④税方式への移行の各案が示されている。③に近い方法は国保で採られている。国保では応益割に対する軽減制度が設けられ、その分は公費で支援するとされているが、保険料拠出さえあれば一律に給付が行われる医療保険と、拠出に応じて給付水準が決まる年金では、事情が違ふ。両制度では、貢献原則の働き方が異なるのである。保険料を軽減した分を全額公費で支援し、満額年金を支給するという政策は、年金保険が拠って立つ貢献原則に真に向から反する。誰でもまともに保険料を払おうという気持ち失せてしまうに違いない。低年金者の底上げを図るのであれば、貢献原則に反しないよう、

軽減された保険料の残りをすべて公費支援するのではなく、保険料十公費の水準が保険料水準に比例するように仕組むほかあるまい（拙著「社会保障の構造転換」112頁参照）。もちろん、その場合の公費負担は、軽減保険料との関係で決められた割合により、給付時に行われる。②の受給時の所得水準を年金額に反映させる方法は、生涯設計の基礎となるという長期保険のそもその前提を覆すおそれがある。人々は、所与の年金水準を前提として生涯設計をするからである。また、これを保険料充当分で行うのであれば、貢献原則にそぐわないことになるほか、国庫負担分で行うとすれば、受給時に高所得である者にまで国庫負担を行うのかという基礎年金の国庫負担の在り方にまで遡る議論が出てこよう。

後者の介護報酬上げのために投入される公費財源は、報酬上げに伴う保険料の引き上げを抑制するために用いるという。かつて民主党が国会に提出した法案は、公費を直接に特定の介護事業者に交付することにより、保険料はおろか、利用者負担金にも反映させないというウルトラCの方策であったが、今回の方法も、保険料水準には反映させないという点で、やはり社会保険の貢献原則を緩めることになる。サービス購入の費用に充てるための保険料でありながら、サービス水準の引き上げに必要な貢献（保険料の引き上げ）を回避するものだからである。だが、この保険料負担増の抑制効果は3年間しか持続せず、24年度以降の3年間の保険料負担の増加額は今回の増加抑制分を加えたものとなるから、保険料負担額の大幅増加を避けるため、24年度以降も同様の公費支援措置を採ろうということになるおそれがある。結果として、公費負担の割合はなし崩し的に法定の割合より高くなるだろう。そうなれば、特段の「経済対策」がない限り、高まった公費割合を背景として国・地方の財政制約による給付費抑制が一段高いレベルで継続することになる。



貢献原則の緩みと その先に来るもの (その2)

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

先月に引き続き貢献原則について考
えることにしたのは、二つの政策の動
きと一つの論文を知ったからである。

政策の動きの第1は、無保険状態の
子どもに対し国保保険証の交付を認め
るという行政指針である。国保保険料
を滞納している世帯に属する児童に対
する「温情溢れる措置」ではあるが、
滞納者に対する短期保険証への切り替
えや資格証明書の発行により、貢献原
則の徹底（保険料納付と受給権の対応
の厳格化）を進めてきた流れに逆行す
る面は否定できない。「子どもの貧困」
に対応しようという政策意図は理解で
きるが、苦しい中でも保険料を納付し
ている他の被保険者の納得を得ること
ができるのだろうか。また、なぜ子ど
もだけで、障害者や高齢者には同様の
措置を講じないかとの疑問も上がって
こよう。無保険状態の解消をするので
あれば、保険料相当分の金銭給付をす
るが筋である。今回の方針は、政策と
して安易なばかりでなく、医療保険制
度に深刻な後遺症を残すおそれがある。

第2の政策は、介護保険料を年金か
ら天引きするという原則の転換を検討
するというニュースである。介護保険
が円滑に実施できた最大の要因のひと
つは保険料の年金天引きであった。法

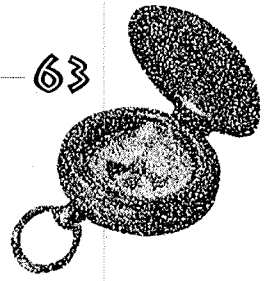
案の国会審議段階では年金額36万円以
上とされていた天引き対象が市町村長
の強い要望を受けて18万円まで引き下

げられたことは記憶に新しい。また、
介護保険料には国保保険料と異なり、
貢献原則を徹底させるべき特段の事情
もある。それは要介護状態となるのは、
疾病であれ事故であれ、一定の治療期
間を経た後であるという現実である。
そのような要介護状態となる時期の特
徴を知れば、介護保険料を払い始める
のは、せいぜい要医療状態になってか
らでも遅くはないという身勝手な被保
険者が出てくるかもしれない。そのた
め介護保険料の滞納がある場合には、
時効期間経過後であっても、滞納保険
料額を償還払いの給付額から控除する
という従来なかった措置が講じられて
いる。このような要介護状態の特性に
鑑みれば、保険料の年金天引きは介護
保険制度に不可欠の仕組みなのであ
る。

報道によれば、この方針は後期高齢
者医療の保険料の年金天引きの取扱
いに引きずられたものだという。筆者は、
後期高齢者医療が独立制度となった場
合、介護保険は後期高齢者医療と共倒
れになるおそれがあると憂慮していた
が、もし、この方針どおりとなれば、
保険料の年金天引きの廃止という一穴
から、その心配が現実のものとなるか
もしれない。

論文とは、「週刊社会保障」の10月
13日号に掲載された「社会保障におけ
る保険料—私的権利に接合する義務と

社会連帯的義務—」という早稲田大学
の久塚純一氏の論文である。久塚氏は、
現実の社会保障制度は、保険料負担に
ついて一方では「個々人の権利と接合
した義務」であるかのように表現し、
他方では「個々人の権利とは結びつか
ない社会連帯的義務」であるかのよう
に表現していると捉え、にもかかわらず、
多くの人々は保険料を「私的な権
利」に属人的に接合する「私的な義務」
として語るようになっていくという。
論文は、現行制度においては給付と保
険料は属人的に連続した権利と義務と
して結びつけられてはいないとして、
これからは保険料を私的権利に接合す
る義務として構成するのではなく、社
会連帯的義務として再構成すべきだと
主張する。保険料を私的権利に接合す
るものと捉えたと「払っただけの元が
取れるのか」という発想を生むという
懸念は理解できなくもないが、年金や
医療保険を通じて言える保険料の本質
は、（保険料納付の多寡に関係付けら
れる場合であろうとかなろうと）保険
料拠出という貢献をした者のみが保険
給付を受けられるという一点にあるの
であり、これを社会連帯的義務という
理解の下に緩めてしまつては、そもそ
も社会保障とは言えなくなる。経済学
者と異なり、保険料と税の違いに敏感
なはずの法学者から、このような議論
が出てくるのは驚きというほかない。



介護保険の9年

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

介護保険がスタートして9年近くが過ぎ、4月から10年目に入る。介護報酬が2回連続でマイナス改定されたこともあり、介護現場の人離れが進み、ケアの質と場所ではないという危機的状況になりつつあったが、今回のプラス改定で何とか崩壊の一手手前で踏みとどまったというところだろうか。今回の報酬改定では種々工夫も凝らされているようであるが、さらに複雑さを増した感否めない。特に、介護職員の処遇改善のための各種加算は、趣旨は諒としても、最近のように人材の流動性の激しい状況下では、結果として一時的な意図せざる不正請求の原因となるおそれがあるのではないかと。また、改定項目のなかには、通常のサービス料金として考えた場合に利用者に請求できるか、利用者に引き上げについて納得してもらえない説明ができるか疑問に思われるものも見受けられる。制度の複雑化を防ぐとともに事業者を報酬依存体質にしないためには、そういった視点からの吟味も必要であろう。

それはともかく、介護保険の9年を振り返ってみるとそのブレの大きさは驚くばかりだ。2000年に順調にスタートを切ったかに見えたものの、2回の報酬改定のほか、05年の法改正も将来の保険料引上げを抑制するとの名目で実質的に厳しい内容となった。結果として介護現場の荒廃を招いた挙

句、今度は「安心と希望の介護ヴィジョン」を策定しましたというのでは片腹痛いというほかない。だが、保険料水準は市町村の介護保険事業計画委員会で被保険者も参画して議論し、市町村議会でも決められるのであるから、国の将来水準についてあれこれ心配するのは余計なお世話だったと言うべきではなかったか。法改正のねらいは実質的には短期的な国庫負担の抑制だったかもしれないが、国庫負担も市町村において給付と負担の関係を基に決められた保険料水準にリンクするのであるから、国の姿勢はもつと中立的であつてよかつたはずである。

制度上の給付抑制に加え、財政負担を意識した地方レベルでの給付の厳格化や事業者の参入制限の強化もあったのだろう。市町村によってはかなりの財政余剰が出たところもあると言ふ。だが、要介護認定を受けながら、希望する施設入所が叶わず、十分な在宅サービスを受けられない人が多くいる状況を考えるとあまりにもチグハグではないか。医療保険の受給権が医療機関に受診したと同時に具体化されるのと異なり、介護保険の受給権は市町村の要介護認定によって発生することを考えると、認定を受けながら希望するサービスを受けられないという事態は保険料を納めた者から見れば詐欺のようなものだろう。こういう事態が

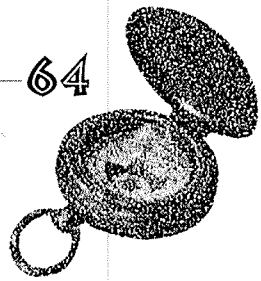
続けば、保険料を納めれば必要なサービスが受けられるという介護保険の謳い文句も嘘となり、保険料の納付意欲にも悪影響を与えるに違いない。

ところが、一部の市町村ではこの財政余剰を踏まえ、次期の保険料を引き下げるところもあると言ふ。事業者の厳しい参入制限が行われているなかで、要介護認定を受けながら希望するサービスを受けられない人にどう説明するのだろうか。保険料が安くなるから我慢しなさいとでも言うのだろうか。

だが、こんな市町村の姿勢も責めればかりはられない。介護報酬引上げのための20年度補正予算において、国みずから、それが保険料引上げに繋がらないような措置を講じたからである。

さらに、4月に保険料や介護報酬の改定が実施されれば、多くのマスコミは「またまた負担増」だと書き立てることだろう。国民の多くも、人材確保やケアの質の向上とは切り離して、政治は非情だと受け取るかもしれない。

介護保険の眼目は、住民みずからが身近な市町村で望ましいサービス水準とそれに必要な保険料水準を熟議のうえに決めるところにある。住民が参画する介護保険事業計画委員会はその重要なツールであった。保険料や利用者負担の前に躓きがちな大衆デモクラシーの隘路を突破するには、この介護保険の原点に戻るしかない。



無名で有用の人々 有名で無用の人々

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

出口の見えない世相では、人々の不満の捌け口は自分たちの身近にいて自分たちとは少し異なる対象に向かいがちである。19世紀後半の西欧におけるユダヤ人迫害がそうだったなどと歴史年表を紐解かなくとも、最近のわが国における官僚バッシングを見ればよい。公務員制度改革が与野党間の争点となり、その激しさが競われることにより、一層の拍車がかかっている。企業人も同様であるが、公務員は官僚機構の一員として行為するにもかかわらず、あたかも一人一人が絶大な権力を振るっていたかのように、名指しにされ、個人の責任が追及されるのだ。しかし、官僚とは本来、無名(匿名)の人なのである。例えば、通達は* *局長という職名で発するのであり、* *局長○○○○という個人名では発翰することはない。官僚は有名(顕名)の人となることを断念し、無名の存在であることに耐えつつ、日々の仕事が生世の中の現実と直接関わっていることに密かな喜びを見出すのである。そのような意味で自分が有用な仕事をしているとの思いが彼らを支えている。

もちろん、有用とは言っても組織において為すべきことは大きな流れの中で概ね決まっており、上位者となって権限が与えられても、自分の判断で左右できることは世に思われるほど多くはない。大体は隙間のような問題ばかりである。

りである。にもかかわらず、自分に大きな権限があると思いついで、本来許される隙間の範囲を超えることをしようとする世の中に大きな迷惑を及ぼすことになる。

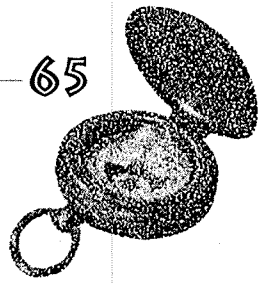
他方、官僚を有名の人にしておいて、その個人責任を明らかにできるようにすることも考えられないことではない。上位者を政治的任命にするのである。それは官僚機構の大きな変革となるに違いない。プラス面だけでなくマイナス面も含めて、国民が慎重に選択すべき問題であろう。

これに対し、大学教員は有名(顕名)の人である。匿名で論文を書くなどということはありえない。しかし、論文を書くこと自体は現実社会の何かの決定に直接結び付いてはおらず、その意味では無用のことである。自分の興味のあることを自分の名前で書いて、それが直ちに有用であるなどという、旨い話があるわけではないか。大学教員は自分の仕事が無用であることに耐えなければならぬのだ。

しかし、大学教員として人の子である。無用であることに耐えられない人もいる。そんな人はどうするのだろうか。有名(顕名)であることに支えを見出し、それにこだわるうとするかもしれない。議論のための議論を展開し、有名の人であり続けようとするだろう。あるいは、有用たらんと欲し、政府の

審議会などに積極的に参加して政府の政策にコミットする人もいる。その結果は、研究者としての自由な立場の喪失である。いずれも無用の人である大学教員の振る舞いとしては、あらまほしきものとは言えない。

文芸評論家の唐木順三に「無用者の系譜」という名著がある。「身をえうなき者に思いなして、京にはあらじ、東の方に」下つた伊勢物語の主人公・在原業平からはじめて、著者は、空也・一遍・親鸞・道元などの遊行者・聖、さらには江戸期の数多の妙好人たちへと「無用者の系譜」を辿っている。彼らに共通するのは、現実世界への断念や諦念に立つて、「捨てること」「とられること」により、佛と一体となった自分を見いだしていることである。一遍「身をすつるすつる心をしてつれば、おもひなき世にすみぞめの袖」、道元「ただし心をもてはかることなかれ、言葉をもていふことなかれ。ただわが身をも心をも放ち忘れて、佛の家になげ入れて、佛の方よりおこなはれて、之に従いもてゆくと、力をも入れず、心をも費やさずして、生死をはなれ佛となる」といった言葉に、その思いを窺い知ることができる。大学教員も無用者の自覚を持って自在の仕事をし、それが万一、有用に繋がることがあれば、得難い僥倖と考えるべきだろう。



次期介護保険法改正の視点

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

介護報酬の改定も終わり、介護保険制度の焦点は21年度を中途として行われる法改正に移ってきた。前回の法改正の羅針盤となったのは、2003年6月に厚生労働省の高齢者介護研究会がまとめた「2015年の高齢者介護」であった。それは、15年までの65歳人口と高齢化率の伸びが15年以降と比べて際だって高いことから、15年の高齢者像を描いて、それに相応しい介護の在り方を探るといふ視点に立っていたが、次期法改正はどのような視点に立とうとしているのだろうか。後期高齢者が急増する2025年の高齢者像を描いて、それを前提とした制度を目指すということだろうか。

だが、このような問題設定の仕方には疑問がある。前回同様、将来の保険料増を抑えるため、今のうちから様々な費用抑制策を講じるべしという方向になるおそれが大きいからである。介護予防により介護費用の増加を抑制するという名目で行われた前回改正は、結局は給付の縮小と事務の煩雑化を招いてしまった。足下の国庫負担抑制を意識した介護報酬の引き下げもあり、介護現場の荒廃に繋がってしまった前回の轍を踏んではなるまい。介護保険が賦課方式の短期保険である以上、将来の給付と負担の在り方は、その時点で被保険者自身が判断すれば済むことであって、人間の限られた想像力の範

围で今からあれこれ考えること自体、詮無いことである。トレンドの延長上に描かれた未来によって現在を縛る愚を繰り返すべきではあるまい。

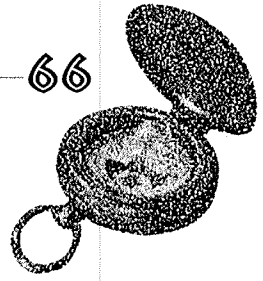
それでは、次期法改正はどのような視点に立つべきか。前回の改正法附則に謳ってある被保険者および保険給付を受けられる者の範囲について検討することは当然であるが、施行後10年の反省に立てば、介護保険が給付と負担が見合う仕組みとしてしつかり機能しているかを検証し、さらに有効に機能しうるシステムとするにはどうすべきかを考えるべきであろう。というのは、最近の市町村の姿勢を見ていると、保険料の抑制に気を取られるあまり、給付抑制に走って、自ら要介護認定をした者がたくさんいるにもかかわらず、それらの者の多くを施設への入所や十分な在宅サービスの利用ができないままにしているからである。

第1号保険料の水準は給付費用の見通しと合わせて介護保険事業計画作成委員会において議論されることが通例であるが、同委員会はどのような委員構成で、どのような審議が行われているのだろうか。

給付と負担の水準を当事者たる被保険者が参画して決定するという介護保険の趣旨を徹底するには、介護保険事業計画作成委員会を、要介護認定を受けていない被保険者と要介護認定を受

けている被保険者またはその家族である被保険者が同数ずつ参加し、それと学識経験委員を加えて構成される介護保険運営委員会に改組することが適当であろう。被保険者を、要介護認定を受けている者といない者の2つのグループに分けるのは、要介護状態が固定的であるため、この2つのグループの利害が対立しがちだからである。

介護保険運営委員会とは別に、介護サービス事業者を中心に構成される地域介護サービス協議会を制度化することも検討すべきである。地域包括ケアシステムを確立するには、サービス事業者の連携が欠かせない。今後は、介護サービス事業者が開業する場合には、単に自らのサービスに責任を負うだけではなく、地域の介護サービスについては、面的な責任も負うとの考え方に立つのである。介護サービス事業者は、医療サービス事業者とともに、一種の当事者自治の組織として権限と役割を付与された同協議会に参加し、地域包括ケアシステムの確立に責任を持つことになる。そして、このような被保険者自治/当事者自治が効果的に機能するために、次期法改正では極力、制度の簡素化を図ることが重要である。古人も「大国を治むるは、小鮮を烹るが若し」（『老子』第60章）、「大国を治めて数し法を変せば則ち民はこれに苦しむ」（『韓非子』解老篇）と言っている。



要介護認定と継続する人生

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

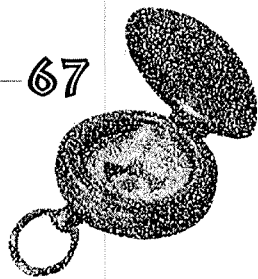
前回の要介護認定基準改定の際には、新たな基準で認定された要介護度がそれまでの要介護度より低くなり、サービス量を減らすことを余儀なくされたという例があった。それもあつてか今回の要介護認定基準の見直しについては関係者の関心も高いようである。

介護保険が短期保険であることからすれば、要介護認定基準の改定を諸般の事情に応じて事業計画期間ごとに行うことも考えられなくはないが、実際の改定は、ケアの現場における直近の実態を新たなタイムスタディ・データによって認定基準に反映させるために行われている。要介護認定のロジックが、現場における介護の手間のかげり方から帰納的に要介護度を導くものである以上、進歩し変容するケアの思想や技術を適切に反映させる必要があるからである。結果として新しい認定基準によれば要介護度が変わることも当然に起こりうる。理論的には確かにそうなのだが、前回改定の際に生じた事態を考えると理屈通りには行かない。要介護者の人生はそれまでの生活を引きずっており、短期保険だからと言つておつ切りにはできないからである。

ここに介護保険の短期性と要介護状態の長期性の矛盾がある。継続する人生を前提とすれば、この矛盾は、要介護状態の長期性の方に引き寄せて緩和するほかない。ひとつには、要介護認定基準の改定において、要介護認定基準時間に応じ各要介護度を区分する際、できる限り従来の要介護者の範囲と異ならないようにすることである。もうひとつは、改定された要介護認定基準による判定の結果、それまでの要介護度より低くなつてしまふ者については、従来の要介護度を維持することである。すなわち、旧措置入所者には要介護でなくとも経過的に特養ホームへの入所が認められたように、要介護認定基準改定においても、何回目かの更新までは、新認定基準による判定如何にかかわらず、旧認定基準による要介護度とする経過措置を制度化するのである。

今回の要介護認定基準の改定に伴う調査票の記入方法の見直しにより特記事項として記入すべき内容が増え、その分、第二次判定の役割が重要性を増すことになった。とすれば、客観的な第二次判定がより強く求められることになるだろう。従来から第二次判定の際は日常生活自立度や認知機能の評価などを補完的に使用することとされているが、これは第二次判定のバラツキを小さくするための手法に過ぎない。それでは、第二次判定が依拠すべき客観的な尺度とは何なのだろうか。介護の手間のかかり具合という要介護度の定義からすれば、その尺度は現場における介護の実践の実態の中にしかない。そして、神ならぬ人間の身では、介護の実践を全体として直観的に把握することはできない以上、その実践の実態はタイムスタディによるデータとして把握するほかないのである。当初はタイムスタディ・データの中から選ばれた「状態像の例」が第二次判定の際に参照すべきものとして掲げられていたが、その後、この「状態像の例」は廃止されてしまった。その背景にあったのは、要介護認定制度の定着により関係者の間に要介護度の相場観ができてきたことから、「状態像の例」などなくとも、前述のバラツキ縮小の手法を講じれば、第二次判定の実務上問題は生じないとの判断である。

だが考えてみれば、これは不思議なことではないか。すなわち、それは審査員の頭の中に、タイムスタディ・データとは独立に要介護度を判定する超越的尺度があることを意味するからである。とすれば、「状態像の例」なき第二次判定の方法は要介護認定のロジックから逸脱してしまうことになりはしないか。「状態像の例」は、神のみぞ知る不可視の客観的要介護度がタイムスタディ・データを介して垣間見えたという類のものであつたが、そういう「神の現れ」を消してしまった結果、要介護認定は出られぬはずのアイシンユタインの宇宙から彷徨い出てしまったのである。



介護保険サービスの〈断念〉

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

要介護認定基準の見直しが今回ほど国民の関心を集めたことはなかった。特に認知症の家族を介護している人々を中心に、認定調査項目の取捨選択をめぐり、自分たちが介護している高齢者の要介護度が軽く判定されるのではないかと懸念が強かったようである。このような懸念に対し、要介護度は文字どおり介護の必要性＝介護の手間のかかり具合のことであって、要介護者の心身状態の重篤度とは一致しないことと説明しても容易に理解してもらえない。それほど、重篤度＝要介護度という図式は根強いのである。

介護家族の間に要介護度Ⅱ重篤度という理解が根強いことの背景には、心身状態がこれほど重篤な要介護者をこれまで以上に懸命に介護しているのに、それが要介護認定ではきちんと評価されないとの思いがあるようである。おそらくそこには、要介護認定基準が評価しようとする介護の手間のかかり具合と、家族が家族として行っている介護の手間のかかり具合との間に大きなギャップがあるのであろう。

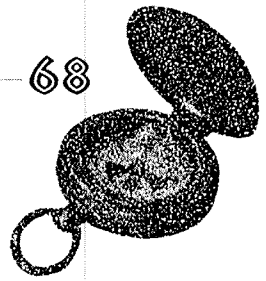
要介護認定基準が評価する介護の手間のかかり具合とは、特養ホーム等における専門の介護職員による、ある意味では仕事として割り切った介護の手間のかかり方であるのに対し、家族介護の場合は、家族であるがゆえにほぼ終日そばに居て、要介護者の僅かな変化

にも敏感に対応し、きめ細かな介護をしている、そんな介護の手間のかかり方である。加えて、介護家族には、家事の合間ですら目を離せないという緊張感や専門職にとってはどうということのない医療的措置も行う責任の重さなども、介護の手間を、単なる時間では測ることできない、より重いものと感じさせているだろう。

それでは、このような介護家族が感じていた介護の手間のかかり具合をすべて要介護認定基準に反映させるようにすべきなのであろうか。この問題を考えるためには、要介護認定が何のために行われるかという基本に立ち返ることが必要である。要介護認定は、介護保険がカバーする介護サービスを制度上どの程度提供すべきか判断するための手続きであり、家族が家族として行うべき介護がどれくらいなのかを判断するためのものではない。すなわち、専門の職員が仕事として提供すべき介護サービスの量を決定するための基準なのである。だからこそ、要介護認定基準の基礎となるデータとして、特養ホーム等の制度的空間で専門の介護職員が行っている介護サービスの提供時間が採られているのだ。とすれば、家族が感じている介護の手間のかかり具合を直ちに要介護度に反映させることは、要介護認定基準の任務を超えることになる。

もちろん、家族が大きな手間だと感じていた介護を類型化することにより、それを介護保険サービスのメニューに取り入れることは考えられる。例えば、認知症高齢者の見守りを何らかの形でサービス化するなどである。しかし、家族介護のすべてを介護保険サービスとしてメニュー化することはできない。家族介護の個別多様性・無定量性から言って、それは本質的に類型化に馴染まないからである。

ということは、家族介護をすべて介護保険サービスで置き換えることは、たとえ支給限度額の上限がなかったとしても、そもそも不可能だということの意味する。(私自身もそう説明したことがあるが)「介護は専門家に、家族は愛情を」というキャッチフレーズは不正確だったのである。換言すれば、施設入所であれ、在宅サービスの利用であれ、介護保険サービスの利用は、家族が行ってきた24時間継続するきめ細かな介護を断念するということなのだ。実際、介護保険サービスを利用する要介護者にとっても、またその利用を勧める介護家族にとっても、それは「断念」を伴う決断なのである。「介護の社会化」とは、家族介護の完全な置き換えはできないという「断念」を別の言葉で表現したものとすべきかもしれない。



制度は現場を変えられるか

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

厚生労働省が「地域包括ケア研究会」の報告書をまとめたところを見ると、介護保険の次の改正が目指すのは「地域包括ケアの構築」のようである。だが、介護保険という制度を動かすことによって現場に地域包括ケアを構築することが本当にできるのだろうか。「地域包括ケアの構築」は介護保険制度改正という方法によって目指すべきものだろうか。

こう言ったからといって、地域包括ケアは目指すべき目標ではないと言わない。地域包括ケアという考え方は、具体的には地域包括ケアの在り方は、地域の実情に応じ、区々であるに違いない。それは、それぞれの地域で介護や医療・生活支援に取り組んでいる人々にとどのような人々がいるのか、それらの人々同士はどういう関係にあるか—といった状況によって決まるからである。とすれば、次期制度改正で国が「地域包括ケアの構築」の旗を振ったからといって、全国各地で地域包括ケアが立ち上がるというものでないことは明らかであろう。もし、国が律儀に地域包括ケアを構築しようと思えば、あるいは少なくともそれに向けて積極的に取り組んでいる姿勢を見せる必要があると考えれば、そのための新たな制度・政策メニューを用意しようとならずである。しかし、本来、介護サ

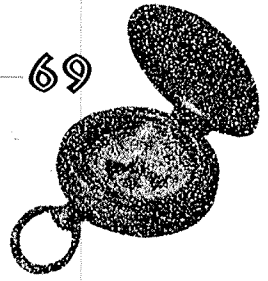
ビス費用のファイナンスの制度である介護保険の制度を動かすことで、現場に地域包括ケアを構築するというのは容易なことではない。一律に流れやすい国の制度では弾力的に地域の実情に応じることが難しいし、それをしようと無理をすれば制度は複雑になり、現場はかえって動きづらいうことになるからである。

そう考えていくと、制度を動かすことによって現場を作ったり変えたりすることができるといふ発想自体に問題があるのではないかと見えてくる。現場は、国が作った制度の枠組みを踏まえ、それぞれ主体的に地域の実情に応じたケアを行っていく、国は、現場が創意工夫しながらケアの実践ができるよう、制度のメンテナンスを上手に行っていくことなのだ。制度をいじって現場を動かそうというのは、政策担当者が陥りがちな設計主義という宿痾かもしれない。

それでは、次期介護保険改正で国が取り組むべき真の課題は何か。最近の報道を見ると、介護保険に対する国民の理解が10年経ってもほとんど行き渡っていないことを痛感する。すなわち、給付と負担が見合いの関係にあり、被保険者自身がその見合いの関係の中から負担水準を選択するという介護保険の仕組みについての無理解である。保険料引き上げは反対、介護報

酬引き上げで利用者負担が重くなった、しかし介護職員の処遇は改善してほしいという声はその現れであろう。国や自治体の対応も、このような国民の理解に沿うかのように、限度を超えた介護報酬の引き下げや給付抑制をし、その矛盾が大きくなると今度は安易な公費負担投入を行うという具合に極めてチグハグである。

このような悪循環を断ち切って介護保険を再建するには、給付と負担の関係を被保険者住民自身が選択するという介護保険の原点を確認し、それを活性化するほかあるまい。手始めに介護保険事業計画委員会がきちんと機能しているか、そのメンバーはどういう構成となっているか、被保険者・利用者（家族を含む）が中心的メンバーとなっているか、保険料水準決定の審議はどのような方法で行われているか、給付と負担の関係が明示された複数案の中から選択されているか、などを全国的に調査してみたらどうだろう。被保険者・利用者の選択が審議の過程にしっかりと組みこまれている、モデルとなる委員会があれば、それを広く紹介することもよい。また、それらのモデル例を参考に委員会の審議運営ガイドラインを示すことも考えられる。そのうえで、4月号でも触れた介護保険事業計画委員会の介護保険運営委員会への改組も検討されるべきである。



やさしさは〈断念〉の 後遺症である

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

6月号の本欄で「介護保険サービス
の〈断念〉」という文章を書いたが、介
護保険は自らの任務を放棄するのかと
誤解された人もいられるかもしれないので、
少し補足しておきたい。

医療サービスと異なり、在宅介護サ
ービスについては、必要十分な程度を客
観的に定めがたいことから、基礎的
と言いか標準的と言いかは別にして、支
給限度額の範囲でカバーされるのは必
要なすべてではなく、部分的なもので
しかないというのは当初からの理解で
あった。筆者が比喩的に、介護保険で
カバーするのは半分、次の25%は市町
村の取組みで、最後の25%はボランテ
ィアも含む地域住民の力と言っていた
のは、そういう意味である。ここでは、
家族の行う介護は介護保険サービスや
その他のサービスで置き換えることが
可能であるとの前提に立っていた。

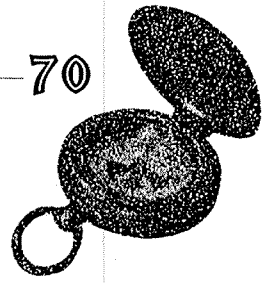
しかし6月号では、今回の要介護認
定基準の見直しを巡る介護家族の対応
を見て、家族の介護と介護保険サ
ービスにおける介護の手間のかかり具合は
質的に違うものであって、施設サ
ービスであっても、すべてを代替できるも
のではないという、従来とは異なる認
識を述べた。家族のいわばウエットな
「世話」を、仕事として専門職が行
う、いわばドライな「介護」ですべて置き
換えられるというのは幻想なのである。
介護保険サービスが家族の「世話」の〈断

念〉であるという意味は、要介護者本
人・世話をしてきた家族、そして介護
サービスの専門職の誰もが〈断念〉を
するということである。介護保険サ
ービスを利用することは、それまで世話
をしてきた家族や家族の世話を受けて
きた要介護者本人にとって大きな〈断
念〉であり、介護サービスの専門職は、
家族と同じ「世話」はできないと断念
したうえで、本人や家族の〈断念〉を
受け止めなければならぬのだ。

仕事として介護サービスを担う人び
とには、「自分たちは家族と同じような
世話はできない、(しかし)・・・」と
心に期すものがあるはずである。介護
職の専門性はいまだ確立途上にあるが、
その底には、このような〈断念〉があ
り、そこから出発してこそ介護職の専
門性もあるのではないかと思う。〈断念〉
した後に介護職の胸の底に残っている
のは、それでも人の世話をするのが好
きだという初発の思いであろう。パン
コンのキーを叩いているより、人と触
れ合っていたいという介護職の思いは、
何かのためとか、自分を含む誰かのた
めといったものではなく、無意識に近
い領域から湧き上がる、いわば即自的
なものである。やさしさは〈断念〉
の後遺症である」とは、そのかみの学
生たちのフレーズであるが、彼らがこ
のフレーズに込めたのは、「僕たちは〈断
念〉などはしてはいない、僕たちの〈や

やさしさ〉は初発の意志の形を変えた現
われに過ぎない」ということではなかつ
たか。とすれば、介護職の初発の思い
こそが彼らを支え続けるのである。

社会的に提供される介護サービスは
家族の世話を完全に代替するものでな
いからと言って、家族は自宅介護を何
が何でも続けるべきだと言いたいわけ
では、もちろんない。独居や老老・認
知介護も珍しくない今日、家族による
自宅介護は限界に近付いている。介護
保険は、家族が崩壊したり共倒れとな
らないよう制度化されたのであるから、
施設入所も含め、利用できるサービス
は積極的に使うべきであるし、「保険
あつてサービスなし」とならないよう、
国や地方自治体は制度の安定的な運営
と基盤整備に万全を期さねばならない。
経済発展が半ば必然的にもたらす、
栄養水準の向上と医学医療の進歩に伴
う長命化、少子化・核家族化などによ
る家族介護力の低下は、介護の社会化
を不可避のものとした。その流れをと
どめることはできないだろう。社会的
に提供される介護サービスですべて
がカバーされないことから、家族介護
を理想化する風潮がまたぞろ出てくる
かもしれないが、いずれ人々は新しい
事態に適合した精神の持ちようとき
方を獲得するに違いない。そうなった
とき、介護サービスの専門性が改めて
問われることになるだろう。



拠出原理と擬制の効用

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

「例外のない原則はない」と言われるが、「原理」を例外は認めないものとした場合、社会保障、あるいは社会保障の原理とは何だろうか。原理に反する例外が認められていることはないだろうか。

社会保障の原理は、「必要の原理」である。貧困であれ、障害であれ、要介護や要医療の状態であれ、老齢による稼働能力の減少であれ、必要のない者に社会保障の給付が行われることはあり得ない。かの定額給付金が所得制限なしにすべての人びとに支給されるのであれば、社会保障的な政策ではなく、景気対策だったのであり、高所得者は対象外とするのであれば、社会保障の色彩を持った政策と理解すべきものだったことを思い起こせばいいだろう。また、全く無条件にすべての国民に一定の金銭給付を行う純粋なベーシックインカムは、必要原理を満たさないものと言わなければならない。ベーシックインカムが高所得者にも支給されることを、単純に必要な原則の例外で済ませるわけにはいくまい。

論者によつては、生活保護の補足性原理を捉えて、自らの努力を前提とするものであるから、ここに貢献原則の働きを見る者もいるが、むしろ、これは必要原理による対象を正確に限定す

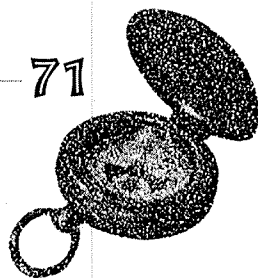
るための装置と考えるべきだろうか。

それでは、社会保障における原理としては、社会保障全般に適用される必要原理のほかは何があるだろうか。所得比例保険料に対応する一律給付（厚生年金保険料と基礎年金給付・健康保険料と医療を受ける機会の平等な提供）を考えると、「貢献」が原理として貫徹していると言いはれない。おそらく社会保障の原理として残るのは、貢献原則のコアとしての拠出原理であろう。すなわち、保険料を拠出した者にのみ受給権を認めるといふ、拠出と給付の1対1対応のルールである。

それでは、現在の制度は拠出原理が貫徹しているだろうか。国保において、先の国会で通った保険料滞納世帯の子どもへの保険証交付や、災害などで一時的に負担能力がなくなった世帯に対する保険料免除は、確かに拠出原理に沿っていない。これを、特別な配慮に基づく例外と扱って、「拠出」も原則であつて原理ではないと考えるべきだろうか。災害による一時的な保険料免除は被保険者間の連帯の範囲内と言えなくもないが、これも含めて、公費による保険料手当を別途支給し、それを保険料として納付する形を採ることによって、拠出原理を貫徹する方がい

今日、この方法を活用することにより、拠出原理を維持しつつ皆保険体制を守るべきであろう。

被保険者期間内に拠出がないにもかかわらず、受給資格が与えられる20歳前に障害認定を受けた者に支給される障害基礎年金は、保険契約前の事故に給付を与えるものであり、拠出原理からはかなり距離がある。障害者の所得保障に大きく貢献している制度ではあるが、それを理由に拠出原理の例外としていいものだろうか。元々、20歳以上を被保険者とする老齢年金のスキームに障害年金を乗せることが無理であつたとは言え、その途を選択した以上、拠出原理をクリアする方法を考えるべきであろう。例えば、20歳前に障害者となった者には、20歳3月から障害基礎年金を支給することとしてはどうだろうか。3か月の被保険者期間内に最低限の保険料拠出を求めるとともに、20歳3月に障害認定があつたと看做するのである。もちろん、その3か月間の保険料負担が困難な者には、公費による保険料手当を支給してもよい。トリッキーな方法との印象を持たれるかもしれないが、法を守るためには「嘘の効用」（末広殿太郎）ということもある。拠出原理の例外は社会保障の崩壊につながるのだから、このような便法も許容されると考えるが如何。



被爆者問題によせて

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

敗訴が続いていた原爆症認定訴訟に
関し国は、8月6日、熊本地裁判決に
ついて控訴しないことを表明し、この
問題の終結に関する基本方針に係る確
認書に調印した。問題の終結自体は飲
迎すべきこととして、なぜ国の敗訴が
19回も続くまで訴訟が長引いたのか、
原爆投下から64年が経過した今日にお
ける訴訟終結の意味は何かを考えるこ
とは無駄ではあるまい。

現在の被爆者援護法の前身となる旧
原爆医療法が制定されたのは昭和32年
である。既に戦傷病者等の援護に関す
る法律が成立しており、昭和29年には
第5福竜丸事件もあって原爆症に苦し
む被爆者への関心が急速に高まってい
た。問題は厚生省の中でどの局が原爆
医療法を所管するかであった。戦後処
理という観点からは援護行政（当時は
引揚援護局、後に援護局）として対応
することも考えられなくはないが、国
が使役した軍人軍属と同列に扱ふこと
は、それが国家補償に基づくものであ
るだけに採りえない。そこで原爆の放
射能に起因する健康被害の救済という
観点から、あえて当時の公衆衛生局が
担当することとされたのである。

普通の意味での公衆衛生とは言い難
いが、衛生行政として取り組む以上、
被爆者援護も科学的根拠に基づいて行
うことが要請される。とりわけ、原爆

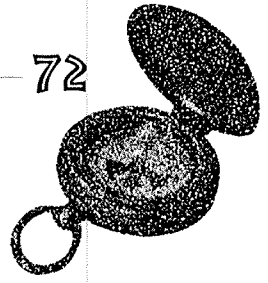
の放射能に起因するという条件は、他
の一般被災被害者と区別する唯一のメ
ルクマールであるため、医学的厳密さ
が要求されたのはある意味で当然のこ
とであった。国が19回敗訴しても容易
に方針転換できなかったのも、4月か
ら実施された原爆症の新しい審査方針
で放射性に起因するという条件が付さ
れていたのも、結局はこの衛生行政と
いう縛りがあったからである。しかし、
裁判では国際的に科学的な根拠がある
とは認められない脳梗塞・骨粗鬆症か
らひざの関節症まで「放射線に起因」
とされ、これを国としても受け入れた
以上、今後、被爆者対策を衛生行政と
して進めて行くことは難しくなつたの
ではないか。

今回の確認書に基づく被爆者対策が
衛生行政の外に出るとすれば、はたし
て国の行政の中でどのように位置づけ
られるのであるうか。東京や大阪など
への大空襲の被災者による訴訟も提起
されていることも考えると、その整理
は容易ではない。

それはさておき、裁判を提起した原
告たちの思いはどこにあったのだろう
か。原爆症と認定されて医療費の補填
や手当の受給などの経済的メリットを
得ることが目的だったのだろうか。そ
れもあるだろうが、戦後すでに60余年
生きながらえてきた彼らにとって、同

じように被爆したのに、無惨な姿で死
んでいった人がいる一方、自分たちは
生き延びてきたという事実が根っこに
あるのではないか。すなわち、国によ
り原爆被爆者と認定されることにより、
彼らは、地獄絵のように死んでいった
人々とようやく繋がることのできるの
だ。そうである以上、被爆との因果関
係は明らかでなくとも、それと思しき
何らかの傷病があれば十分ではないか
となるのだろうか。

こうして死んでいった被爆者と繋
がった生存被爆者の思いは次にどこに
向かうのだろうか。その先にあるのは、
非戦闘員への無差別爆撃という戦時国
際法違反を犯したアメリカやそれを招
くような無謀な戦争を引き起こした日
本国家の責任とは何かという問いであ
ろう。彼らが裁判を起こしてまで、そ
の思いを訴えようとした奥底には、多
くの国民を無惨な死に追いやつたあの
戦争の清算が十分行われていないとい
う不全感があると思われるからである。
とすれば、国は遺伝子レベルの健康被
害がある被爆者とそうでない一般戦争
被災者を聖別する論理を採り続けるで
あろうが、被爆者たちの問いかけは一
般戦争被災者の思いに通底することと
なるだろう。



強くはないが〈個人〉である

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

私たちの社会は自由な個人からなる社会である。もちろん、それは近代の市民革命によって勝ち取られた原理であり、民法においては私的自治の原則、刑法においては故意または過失責任の原則であらわされ、憲法においても基本的人權として宣言されている。

そこでの個人は、自らの人生に責任を持ち、自由な意思により理性的な自己決定ができる主体である。近代ヨーロッパで成立した個人像が純化されたものであるが、その原型はブルジョワジーであり、その家長としての個人であった。恒産のある強い個人と違ってよい。だが、その後の産業化・都市化の進展は、恒産も無く、核家族のみの個人を大量に生みだし、そういう個人もこの市民法原理で規律されることとなった。

そして今、本当はそれほど強いとは言えない個人が、強い個人を前提とした様々な現代社会の仕組みや実態の中で、軋み喘いでいるように思われる。かつては、結婚は親たちが決め、仕事も代々のそれを受け継ぐ中で人生の行程が決まりその中で生活も保障されていたが、現代の個人はすべてを自己決定し、人生のあらゆる事態に合理的に備えることが求められる。自己実現という観念に呪縛され、自分らしく人生のあらゆるステージで自己決定をしな

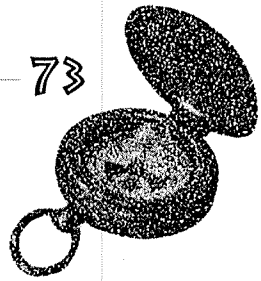
ければならない重さに多くの人が生き辛さを感じているのではないか。さらに、近年の強い個人を前提とする新自由主義的改革によって行われた労働規制の緩和は、安定的な就労の基盤を崩し、個人の弱さに急速に拍車をかけている。社会保障は、自由で自らの人生に責任を持つてはいるが人生の全てを予測し合理的に対応できるほど強くはない個人を前提として、その生涯設計を基礎づけるという役割を担っている。しかし近年の改革により、その機能は大きく減殺されつつあり、それを押し戻そうと、自由で主体的な個人を前提とする制度から、弱い個人のために国家が主体となつて行つた制度への逆行とも言える提案まで主張されている。

他方、個人の弱さが多くの人々に感じられるのとは逆に、様々な社会的事件に対する個人責任の追及がバッシングと言われるほど過剰な様相を呈しつつある。小坂井敏晶が「責任」という虚構で論じたように、業務上過失の罪はほとんど結果責任と言えるほど拡大され、神ならぬ人間に神と同等の理性（注意力・未来予測力・判断力）を求めるところのごとくである。そこでは責任の前提としての〈意思〉は限りなく希薄化しており、意思に基づく〈責任〉は虚構に過ぎないと小坂井は述べる。個人は、自らの弱さを感じさせられる一

方で、社会的には極めて強い個人であることを求められるという逆説的な状況に置かれている。

各人は理性的な自己決定ができるはずだという建前は、臨床現場における様々な倫理問題の前提ともなっている。インフォームド・コンセント、リビング・ウィルなどは、そんな個人を前提としているが、果たして人は必要な情報を十分に咀嚼し、常に合理的な自己決定ができるのだろうか。M・ギャリソンが述べるのとおり、自己決定と言っても、自分に心地よい情報を基に思い込みや感覚だけで行っている場合も多いのではないか。状況に応じて心変わりする自己決定も多いだろう。家族や裁判所が本人の意思を推測し、自己決定を代行することも極めてあやふやと言わねばならない。

このように現代社会における個人は、自由な意思により理性的な自己決定ができる強い存在とされているにもかかわらず、生身の人間としてそれほど強くはなく、むしろ弱い存在であり、この間で引き裂かれている状況にある。人間が強くはない存在であるのなら、より強い理性的な判断のできる、国家や共同体などの第三者がそんな人間を嚮導すべきなのだろうか。だが、それは近代が獲得した〈自由な個人〉は放棄されざるをえないのである。



介護保険のなかの〈異物〉

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

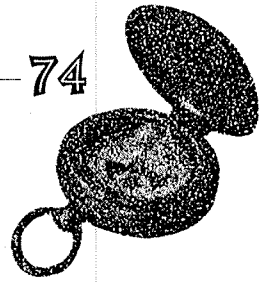
介護保険はもちろん社会保険制度ではあるが、典型的な保険の考え方は異なる成分が含まれている。一つは、介護保険のようなサービスの保険においては、必要に応じた受給権が所得とは無関係に一律に保障されるべきであるにもかかわらず、介護保険財源により低所得者だけに、あるいは低所得者に対し一般より手厚く行われる給付のことである。所得段階に応じて保険料が賦課される介護保険の場合、とりわけ給付の一律性は強く要求される。そうでなければ、高所得者に二重の負担・低所得者には二重の優遇となつて、公平性に疑念が持たれるからである。保険制度に紛れ込んでいる福祉的配慮とも言えるだろう。その例の第1が、市町村民税非課税者にその所得状況に応じて支給される特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）である。平成18年4月から実施された施設の居住費等を入所者の負担とする制度改正に伴い、低所得者の負担軽減のために導入されたものであることはまだ記憶に新しい。第2が、これは医療保険に就いて当初から制度化されていたものであるが、高額介護サービス費の限度額について低所得者に対し一般より低い限度額を設定している制度である。

典型的な保険の考え方に収まらないもう一つは、地域支援事業の必須事業

の財源に第1号保険料（介護予防事業には第2号保険料も）が注ぎ込まれることである。本来、保険料は個人向けの給付に充てられるという前提で徴収される。被保険者もそういう理解で保険料を納めている。したがって保険給付ではない地域支援事業の財源に保険料を充てることは、いわば目的外使用なのである。保険の「給付」ではなく「事業」の財源に保険料を充てたいというのであれば、個々の被保険者において被保険者の了解を得るべきであろう。事業の実施が被保険者の任意であれば、「被保険者の了解を得る」という条件を満たしていると言つてよい。しかし、地域支援事業の必須事業化は、被保険者の意思を無視して、国が一方的に介護保険料の目的外使用を制度化したものに他ならない。厳しい財政状況の下で、それまでの「介護予防・地域支え合い事業」補助金を事実上維持するために採られた苦肉の策であることは理解でき、保険料の使い方として問題があることは確かであろう。

こんなことを今頃書いてるのは、平成20年度と21年度の補正予算で採られた3年間にわたる介護職員の処遇改善のための措置の後始末を考えているからである。20年度分の半額と21年度分の全額が介護保険財政の外付けとされ、その限りでは保険料や利用者負担に

響かないこととされたが、3年後に同様の補正予算を組めるとは限らないし、それが無い場合、引き上げた介護職員の給与を下げることもできないとすれば、それらの額は介護保険財源のなかに組み込まなければならぬ。しかし、従来の財源割合のまま飲みこむとすれば、そのうちの保険料分は通常の保険料引き上げ幅に上乗せされ、保険料の大幅引き上げとなるおそれがある。政治的には極めて厄介な問題となるだろう。かといって、財源割合を変更し、国の負担割合を引き上げるのも問題である。今後、国の財政引き締めにより強まるであろう給付抑制圧力が、その分、倍加するからである。そこで、20年度分の補正予算による国費分を介護保険財源に置き換える代わりに、上記の〈異物〉の保険料部分を公費負担とし、それによって保険料の引き上げ幅を圧縮することとしてはどうか。介護職員の人件費は介護サービスの対価を構成するものであり、それは当然、利用者負担や保険料に反映されるべきものであるが、それを避ける形にしてしまったことは、全く愚かな方策であった。そんなことはせずに、素直に介護報酬を引き上げていけばよかつたのだが、このように、かえって高くつく結果になってしまうことも、今となってはやむをえない。



〈地域主権〉と社会保障

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

内閣府に地域主権戦略会議が設置された。(地域主権)とは従来の主権概念からすれば乱暴な用語法だが、それくらい地方を中心に考えるべきだという主張なのだろう。

財源も含む究極の地方分権が成就した段階で、障害者や児童など公費財源による福祉制度について、国が特に法律でもって給付の種類や内容・程度を定める必要性はあるだろうか。地方自治体が必要な事務事業を均しく行える条件は揃っているのだから、国が特別の制度を作り、全国的な一律の実施基準を定め、それを担保するための国庫補助を行う必要はないだろう。地方自治体が住民や当事者の意見を聴いて必要な給付を必要な範囲で自由に行うところ、あるべき地方自治の姿というわけである。現在のように一定割合の国庫負担がある制度では、地方自治体が給付水準などを自由に決めると、例えば富裕な団体が独自に行う高水準の給付のために、国民の税財源が偏った形で使われるという不公平が生じるが、国庫負担のない制度ではそういう問題が生じる余地もない。

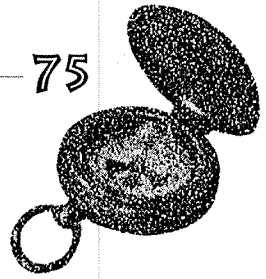
その結果、地方自治体によっては、極めて低レベルの障害者・児童福祉しか選択しないところも出てくるだろう。それも住民デモクラシーの結果であると言えるかもしれないが、国に社会福

祉の向上・増進の責務を課している憲法25条2項との関係を考えると疑問がなくてもない。その条項を踏まえ、国は福祉の給付について全国的な実施の義務を定めることまでは許容されようが、憲法が92条で地方自治の本旨に言及していることからすれば、その内容や程度はかなりの幅を持ったものとすべきだろう。このような地方分権の時代における国の役割は、全国の地方自治体の優れた取り組み事例を収集し、それを全国に紹介し、広げていくという(煽り・唆し)の機能が中心となるに違いない。

それでは、介護保険の場合はどうだろうか。究極の地方分権が成立したら、すべての費用を保険料で賄う純粋型の地域保険とすることができるだろうか。税源移譲が進んで地方の(一般会計の)財政力格差は是正されたとしても、高齢化率や住民の所得分布の違いは厳然として存在するから、給付費の差を保険料にそのまま反映させるわけにはいまい。とすれば、現在の2号保険料による高齢化率調整や国の調整交付金による後期高齢者割合・所得分布状況の調整の必要性は今後も変わらないし、その前提としての給付メニューや介護報酬も国が統一的に決めるはかない。

それでは、それらを維持したまま市

町村保険者の自治を拡充することは可能だろうか。現在、市町村保険者が自主体的に判断できるのは、事業計画等によるサービス供給量のある程度のコントロールとそれを前提とした保険料水準の決定のみである。しかし(地域主権)というのであれば、それを一歩進め、介護保険の給付率も市町村が7割から9割の範囲内で自由に定められるようにしたらどうか。もちろん、給付費の財源構成は給付率がどうであれ従来と変わりはない。これによって、市町村は給付水準と保険料水準の両方をにらみながら、両者のバランスを取った合理的な選択ができるだろう。また、現行給付率9割を維持するにしても、それぞれの給付率に応じた保険料水準のシミュレーションを被保険者に示すことによって、保険料水準の妥当性に対する理解を深める効果も期待できる。7割給付でも9割給付でも市町村には同様の国庫負担や2号保険料が行くことは従来の給付費中心の発想からは理解しづらいかもしれないが、保険料と利用者負担に関する地域住民の判断を第一義に考えるという(地域主権)の発想に転換すれば、採り得る考え方はないだろうか。劇薬かもしれないが、次期法改正の際のメニューの一つとして検討してみたら如何。



損得勘定と納得感情

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

民主党がマニフェストに後期高齢者医療制度の廃止を掲げたことを受け、その後継制度の在り方について検討する会議が厚生労働省に設けられた。同会議には検討に当たったの基本的な考え方として、6つのポイントが示されたが、そこから何か具体的な制度イメージが導き出せるだろうか。

①で後期高齢者医療制度を廃止、③で同制度の年齢で区分するという問題を解消するとして、以上、事務当局も説明しているとおり独立制度は外れるだろう。④の市町村国保の負担増に配慮するは当然のこととして、⑤の高齢者の保険料が急増加したり、不公平なものとならないようにするということの意味は何なのだろうか。後期高齢者医療制度の保険料と比べてなのか、何歳であれ新しい制度の対象となった高齢者についてそれ以前と比較してということなのか。②の「地域保険としての一元運用」とは何を意味し、その「第一段階として」とはどんな形なのだろう。マニフェストでは、「被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元運用を図る」とあったが、いつから順番が入れ替わったか。「段階的統合」は先延ばしになったのか。⑥の市町村国保の広域化と高齢者医療制度改革はどんな関係

にあるのか。

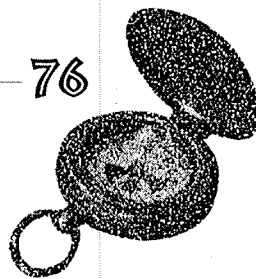
これらの6つのポイントから導かれる新制度のイメージを独断と偏見をもつて推測すれば、後期高齢者医療費について原則5割の公費と残りを保険者間での加入者数による負担調整で賄おうという制度であろう。これに後期高齢者広域連合を衣替えして国保の広域連合とすることや被用者保険内の財力に応じた負担調整を絡ませることも考えられる。

この制度イメージは実務的には破たんが少なく、短期間で実施に移すには好都合な案かもしれない。それもそのはず、基本的には2002年10月に当時の坂口厚労相が公表した私案(実質的には厚労省事務当局案)と同じだからである。政治主導を強調する民主党政府が担ぐには疑問符のつく、手垢のついた官僚主導の案という印象は否めないが、より本質的な問題は、後期高齢者医療制度の唯一と言っても良い手柄、すなわち高齢者自身に僅かであっても保険料負担を求めるといふ高齢社会に不可欠な仕組みが無くなってしまふことである。介護保険に続いて後期高齢者医療が成し遂げた達成を反故にしてしまふのは歴史の後退というほかない。

どのような制度案が検討されるに

ても、大切なことは高齢者の医療費をどう負担するかを、損得勘定で判断するのではなく、その負担に皆が納得できるかどうかを基本に議論することであろう。高齢者医療費の問題が10年以上も議論されて容易に成案が得られなかったのは、議論が関係団体の損得勘定を中心に行われてきたからである。「正論を險しき顔で説かるも理解と納得は同一ではない」のだ(2009/12/21朝日歌壇から。横濱市の水口信静さん作品)。

その意味では、今回の会議では保険者団体による損得勘定ばかりの議論とまらないよう注意する必要がある。保険者は保険財政に責任を負う法人として合目的に行動するからである。社会保険の基礎にある連帯感情を持つのは個々の被保険者であって、保険者が連帯感情を持つことはあり得ない。「負担の公平」といった正義の観念を振りかざされても、被保険者が納得しなければ、制度は長続きしないのである。また、保険者間の負担調整で高齢者医療費の問題に対応することは、被保険者が自らの給付と負担の関係を考えるという社会保険の本質を曖昧にし、保険者がその機能を発揮する余地を少なくするだろう。やはり被保険者個人が納得して直接負担する仕組みを考えるべきなのである。



色はないが意味はある

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

もちろん、お金についての話である。経済学者はお金に色はついていないと見る。彼らは、それによって社会の既成観念の裏を搔き、物事の意外な風景を見せてくれる。「色のないお金の動き」として掘むことで、制度や慣行が実際に果たしている機能を正しく評価できることは多い。

しかし、社会の制度や慣行は意味の体系でもある。お金の色としては変わりなくとも、各制度や慣行においてお金の付与されている意味が異なることは、当然、あり得るはずだ。

例えば、保険料も税も負担するお金としての違いはないが、それぞれの制度の中で持たされている意味を考えれば同じとは言えないだろう。給付と1の関係にある保険料と、そういう関係がない税とは負担する者にとって別様の意味を持つことは明らかだ。しかし、エコノミストの多くは税も保険料も同じだと見る。

税と保険料はいずれも同じ方向を向いた金銭の移転であるが、方向を異にする場合でも、お金の色は同じであるとして、2つが同一レベルで捉えられることがある。税における所得控除と税による現金給付がそれである。今までも児童手当の給付を充実させるための財源を扶養控除の縮小により捻出するとの議論はあったが、今回の民主党

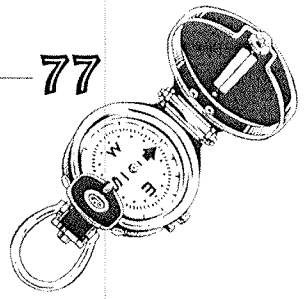
のマニフェストに盛り込まれた子ども手当においても、その財源として配偶者控除や扶養控除の廃止が掲げられ、予算編成過程で大きな論議となった。控除の効果が課税所得のある者にしか働かないとして、「控除から手当へ」を支持する人もいる。だが、扶養控除が課税世帯に対する税額を減額することにより、事実上、現金給付と同じ経済的效果を有するからといって、それを廃止して同等の現金給付に置き換えることに何も問題はないのだろうか。

所得税制において基礎控除・配偶者控除・扶養控除などの基礎的な人的控除が認められている理由を考えてみよう。これらは、所得のうち、納税者自身およびその者が扶養する配偶者や子どもなどの生活に必要な最低限の費用はその者の手元に残し、その金額を超える所得から公共の費用を拠出して貰うと考える方に立っている。所得の一部の処分権を国民に留保して、その全額を課税対象としないのは、個人の責任と自由の分野を尊重し、その上で公共への貢献を求めるということだろう。これを逆にして、国民の所得から直ちに税の拠出を求め、然る後に必要な最低限の費用を給付することにすれば、個人が自らの所得で生活を支える余地を狭むことなく、国家が個人の生活に直接の責任を負うことになるのではない

か。お金に色はないと見れば経済的には同じかもしれないが、国家と個人の関係という意味では重大な違いである。子ども手当の財源に配偶者控除(こ

の廃止と子ども手当の支給は対応関係がないので元々問題であった)や扶養控除の廃止を謳った民主党のマニフェスト作成者は、それによる国家と個人の関係の変容と意味を十分理解し、その上で政策として打ち出したのであるうか。あるいは、全国民を対象とする無条件のベーシック・インカム(BI)の提唱者は、基礎控除や配偶者控除・扶養控除などのすべての基礎的な人的控除を廃止して、国家が国民ひとりひとりの生活に直接向き合うことに何の疑問も、もつと言えば鬱陶しさや圧迫感を感じないのだろうか。

BI論者は格別、民主党の政策を見ると、子ども手当だけでなく、農家への戸別所得補償や高校教育無償化などが並んでおり、国家が個人を対象として普く現金給付をすることに躊躇はないようである。だが、個人の生活がそんな形で国家権力に直接支えられることに危険はないのか。現金給付を行う国家と個人の自由や権利を抑圧できる権力を持つ国家とはコインの裏表であるのに、生活や福祉となれば国民が国家権力の怖さに無頓着になるのは不思議な現象である。



憲法の中に在る矛盾

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

日本国憲法は、近代市民法原理に基礎に置きつつ、ワイマール憲法で初めて成文化された社会権規定も盛り込んだ現代的憲法である。だが、この2つの異質な原理——市民法原理と社会法原理は憲法の中で調和的・整合的に存立しているだろうか。

具体的に言えば、憲法25条1項は「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めるが、それを実現するため、市民法的な原理——例えば憲法13条の生命・自由および幸福追求に対する権利、29条1項の財産権を侵害することがある場合、これらはどう整合的に解釈されるのかという問いである。

社会保険は強制加入を原則とし、それを担保するために保険料の強制徴収もできることになっているが、それは憲法の財産権を侵害することにならないのか。租税であれば憲法30条に納税の義務が謳ってあるが、納保料の義務の定めはない。確かに、憲法29条2項には「財産権の内容は、公共の福祉に適合するように、これを定める」とあるが、果たして社会保険の存在は「公共の福祉」のためにあるのか、まずは加入する個人々人のためにあるのではないか、保険料の徴収のような積極的侵害までこの条項でカバーできるのか、29条3項の「正当な補償」が必要とは

ならないか——といった疑問も出てくる。

あるいは、公衆衛生の観点から行われる義務的な予防接種、蔓延のおそれのある感染症患者や自傷他害のある精神病患者に対する強制的な入院の措置は、憲法13条の生命・自由および幸福追求に対する権利を侵すものではないか。この権利は「公共の福祉に反しない限りにおいて、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」とされているから、公衆衛生の名のとおりに、公共の福祉のための合理的制限と言えるかもしれないが、予防接種に伴う被害のように具体的な損害が発生する場合はもちろん、これらの措置により生じる無形の権利侵害について「公共の福祉」の一語で片づけてよいのかという不安全感は残る。

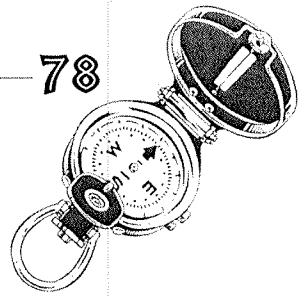
また、純粹の市民法原理に基づく条項ではないが、憲法92条にある「地方自治の本旨」との関係では、地方公共団体が中心となる社会福祉に関する事業は、どの程度まで地方団体ごとの違いが認められるべきかという問題もある。今後、地域主権の掛け声の下に地方団体への財源移譲が進み、その財政基盤が確立されれば、国が補助金・負担金などを交付する必要はなく、どれくらいのレベルで社会福祉の事業を実施するか、場合によれば事業を実施す

るかしないかも含めて、地方団体の判断に委ねていいではないかという議論が出て来るだろう。地方団体における住民の民主的統制が行き届いていれば、国があれこれ介入する必要はないはずだというわけである。地域主権の下で、国の社会福祉政策は存在し続ける余地はあるのだろうか。

これら3つの分野における憲法条項間の矛盾を解く手立てはないものだろうか。

切り札と言えるかどうかは別として、憲法25条2項にその役割を託すことを考えてみたい。同項は「国は、すべての生活部面について、社会福祉・社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」と定める。「社会保障」は「社会保険」の謂と解されているから、同項の趣旨を社会福祉・社会保険・公衆衛生に関する国の責務を定めたものと解し、前記の3つの問題についての調和点を見出す根拠と位置付けるのである。

憲法25条1項は衆議院修正で追加されたもので、元々は2項だけだったことを考えると、同項を「ドイツ連邦共和国は、民主的で社会的な連邦国家である」と規定するボン基本法20条と同様に、福祉国家を基礎づける条項と捉えることもあながち不自然ではないと思われる。



気がつけば〈北欧型福祉国家〉?

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

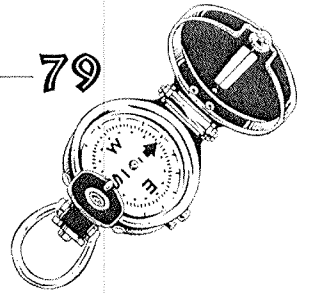
「気がつけば騎手の女房」というのは作家吉永みち子のデビュー作だったが、その伝でいけば、日本も明確な目的意識を持つことなく制度改革を重ねてきた結果、いつの間にか北欧型の福祉国家への道を歩んでいるように見える。しばらくすると「気がつけば北欧型国家」になっているかもしれない。ここで言う北欧型福祉国家とは、普遍的・一元的な租税財源による政府主体の制度イメージであるが、日本の社会保障の歴史を緋けば明らかのように、無意識のうちには北欧型の方に舵を切ったのは、与野党攻防という政治的ダイナミズムの所為だった。

わが国は、自民党という包括的な保守政党の下で福祉国家システムを作り上げてきたが、その自民党も野党に攻め込まれると、相手の主張に合わせ税財源による大盤振る舞いの選択をしたのである。昭和40年代後半の革新自治体全盛期における老人医療費の無料化がその典型であるが、最近の政権交代の予兆に怯えた与野党が採った後期高齢者医療や障害者自立支援法・介護保険に対するなりふり構わぬ公費投入も同様である。また、結果として膨れ上がった公費は強い財政制約となり、その抑制のため制度間の財政調整という形で事実上制度の一元化が進んだと見ることもできる。

福祉国家の類型を、北欧を典型とする社会民主主義・ドイツやフランスが代表例である保守主義・アメリカに見られる自由主義の3つに分けたのは、エスピン・アンデルセンであった。その分析については、彼の脱商品化概念では脱商品化以前の状態で置かれていた女性のケア労働が抜け落ちてしまうとか、日本などの福祉国家を捉えきれないといった批判があったようであるが、それらの議論はさておいても、脱商品化↓政府によるサービスという方向性を軸とする彼の類型論には違和感を禁じえない。そこには、社会保障に関して国家(政府)と国民はどのような関係にあるのかあるべきかという視点はなく、社会保障を普遍的に提供すると意図からか、政府の役割が重視され、それを国民が自らのものとして作り上げるといふ見方が含まれていないからである。その結果、政府(中央・地方)の役割が大きい北欧型の方が、それがあまり大きくない独・仏や政府の関与がほとんどないアメリカより望ましいとなっているのではないか。また、社会民主主義・保守主義・自由主義というネーミングも、それぞれに固有のイメージが付着しているため、人々の自由な判断を曇らせてしまうおそれがある。

福祉国家を論じるのであれば、社会保障も統治システムの一環である以上、国家(政府)と国民がどのような関係の下にあるかという観点から、各国の福祉システムの位置関係を測る物差しを考えるアプローチが有益ではないだろうか。具体的には、政府が直接に税財源で給付を行うのか、中間団体として保険者が保険料で給付するのか、現物サービスは政府が提供するのか、市場における提供に委ねるのか、中央政府と地方政府はどのような関係に立つのかといった観点から、国家(政府)と国民との距離や政府の主導性の程度に応じた物差しによって各国の福祉システムの位置関係を捉えるのである。もちろん、その目盛りが国家の方に寄っているから良いとか、良くないといったようなことではない。そのような物差しを当てながら、国家(政府)と国民がどのような関係性の下にある福祉システムを目指すのか、明確な目的意識をもって議論することが大事なのである。

現に北欧福祉国家が立派に存立している以上、それを目指してはいけないということではない。しかし、かつて攻め込まれた自民党が渋々ながら採った政策や政権を取った民主党が政権維持のために選択する政策の結果、「気がつけば北欧型国家」となるような、統治システムに関する明確な目的意識のない選択だけは避けるべきである。



介護〈保険〉は理解されたか

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

介護保険も新しいディケイドに入つたからか、これまでの10年を振り返り、これからの進むべき方向を提起する論評が目につく。それらを読んで感ずるのは、介護〈保険〉を理解してもらうのは容易ではないということである。介護保険の仕組みについての知識はかなり行き渡つたと思われるが、それが〈保険〉であるということについての理解は未だ十分とは言えないようだ。

その一つは、要介護認定制度不要論である。例えば、社会学者の上野千鶴子さんは、同制度を廃止し、サービス量を決定する権限をケアマネジャーに与えるべしと主張する(『月刊介護保険』2010年3月号)。医療保険では治療に当たる医師に医療サービスの内容を定める権限があることに倣おうというのだろうか。だが、医学医術の長い歴史を通じて確立し、制度上も6年間の大学教育を経て業務独占の国家資格が与えられている医師と、学問として未確立である上に専門資格とは言えないケアマネジャーを同列に扱うことは、残念ながら困難である。

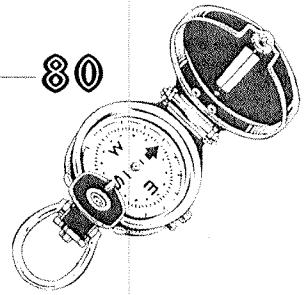
また、社会保険・私的保険を問わず、保険給付を受けたという者がその要件に該当するか否かについては、当然のことながら、保険者が判定しなければならぬ。ノーチェックで申請者の言いなりになって、本来の要件に該当

しない者にまで給付をすることは、他の善良な保険料負担者の利益を損なうからである。では、公的医療保険では、その判定が治療に当たる医師に委ねられているのはなぜか。保険者に専属の医師や看護師を配置して(要医療認定に当たらせる場合、彼らが主治医の見解と異なる判定をして不測の事態を招いたらどうなるだろうか。保険者はその責任を問われるに違いない。とすれば、〈要医療認定〉は主治医に委ねるほかないのである。医療保険に〈要医療認定制度〉がないのは、このような医療の特性による。その意味では、要医療認定制度のない医療保険の方が特殊例外的なのである。したがって、現在の要介護認定制度を廃止しても、要介護認定の必要性に変わりはなく、結局、それは保険者の内部手続きとして残ることになる。その場合、ケアマネジャーは市町村の職員となり、現在の要介護認定基準は彼ら職員のマニュアルに変わるだけのことである。行政の肥大化と手続きのブラックボックス化をもたらす方法より、透明性に富む現在のシステムの方がずっとマシではないか。

障害者自立支援法の見直しに押されてか、利用者負担も応能負担にすべきだという意見もある(『ケアマネジャー』2010年3月号「介護保険って!」)

無署名)。これも、介護保険が〈保険〉であることを忘れた議論である。障害者福祉サービスの用に公費財源の場合、受給者の負担能力を考慮することに合理性はあるが、保険制度でもそれをしたら、保険料と保険給付の両方が負担能力に応じたものとなって、実質的に累進的な負担関係となってしまう。それでは、特に高額な保険料負担者の納得を得ることが難しくなり、強制加入が揺らいでしまうだろう。

それでは、介護保険に1/2の公費が投入されていることをもって利用者負担を応能制にする理屈は成り立つだろうか。介護保険の公費負担は、高齢者の相互扶助を社会全体で支援するという観点から一律に行われるものであり、低所得者に対する福祉的な観点からのものではない以上、その理屈は成り立たない。もし、公費財源によって応能的な利用者負担を実現するのであれば、高所得の高齢者に対する福祉的配慮は必要なしとなって、それらの者には公費負担は行われず、その給付率は保険料部分に見合う5割となるだろう。しかし、現行制度の平等な給付からこのような制度への移行に賛成する人がいるだろうか。低所得者への対応は、現在の高額介護サービス費に加え、社会福祉法人による無料低額事業の拡充強化により行うのが筋である。



子ども手当を巡る不誠実

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

子ども手当は、福祉元年の老人医療費無料化と並ぶ戦後社会保障における最大の愚策である。否、老人医療の無料化が受療を促進し、長寿化に貢献したことを考えると、それ以上かもしれない。少子化の歯止め効果が上がるとは考えにくいからである。

それにしても子ども手当を巡る議論の何と不誠実だったことだろう。制度立案までに、所得制限を付すかどうかで議論は二転三転した。結果として、大金持ちにも支給されることとなったが、そういう人に子ども手当を受け取る〈必要〉があるのだろうか。これが現物サービスであれば、大金持ちであってもニーズがないとは言えない。別途、負担能力に応じた費用徴収はあるかもしれないが、現物サービスが必要であることは確かだからである。しかし、大金持ちに現金給付である子ども手当の〈必要〉があるとは考えられない。彼らとて現金への〈選好〉があるとは言えるだろうが、子育て費用に充てるだけの十分な所得がある彼らに、その〈必要〉はないのである。

その意味で、年金のように拠出に基づくものでもないのに、必要のない者にまで支給する子ども手当は厳密な意味での社会保障とは言えない。こんなお荷物をわざわざ社会保障予算で抱えることはなかったのだ。おかげで後々、

他の分野の予算制約が強まることは間違いない。そんな子ども手当であるから、漠然とした説明だけで、少子化対策の効果も経済対策としての見通しも明確に示されることはなかった。これだけの巨費を使う制度について、これほど不誠実な態度があるだろうか。

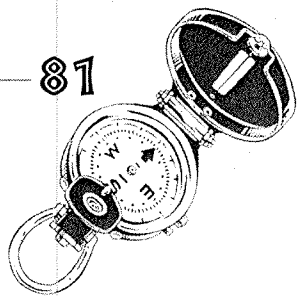
学界にも子ども手当に関し不誠実としか言いようのない姿勢を示した人たちがいた。ベーシックインカムを支持する研究者の一群である。彼らは、所得制限なしの子ども手当をベーシックインカムへの第一歩とみなして、歓迎する姿勢を示したのである。しかし、子ども手当とベーシックインカムとは、政策目的もそれを支える哲学も全く異なるものではないか。ベーシックインカムの導入を主張するのであれば、堂々とその必要性・妥当性を主張すべきであって、子ども手当で国民に免疫を付けてベーシックインカム導入の下地を作ろうというのは、裏口入学のように不誠実な政策提言の態度とは言えない。

私は、3月号の本欄でも触れたように、国家が、所得税の基礎控除や配偶者控除・扶養控除を廃止して、国民が自らや家族を養うための所得まで召し上げ、ベーシックインカムを支給するということに、国家と国民が異常に接近する怖さを感じる一人である。しかし、そんなことを危惧する意見は多く

はない。扶養控除の一部を廃止する子ども手当についても、それ自体を問題視する意見はあまり見当たらなかった。国家が国民に金を配るといふ政策には誰しも反対しにくいものと見える。それかあらぬか子ども手当の法案には与党のほか、公明党や共産党も賛成に回ったようだ。この分では、ベーシックインカムの導入計画が究極の全国民買収法案として提出され、多くの政党の支持を得るかもしれない。

恒久財源の目的が立たない子ども手当は、とりあえず平成22年度単年度の制度としてスタートした。しかも従来の子童手当はそのまま残し、その上乘せ分という変則的な形である。平成23年度の満額支給についても財源確保は難しいと予想されることから、保育所運営費補助金などと併せ、市町村への一括交付金として支給されることになるかもしれない。そうなれば〈保育を受ける権利〉の保障はますます曖昧になってしまつたらう。

幕末の反幕派のマニフェストは〈尊王攘夷〉であった。しかし、攘夷が不可能と知った彼らは権力を握るとあり、そのマニフェストを撤回し、開国に転じたのである。民主党も政権交代が明治維新に匹敵するといふのなら、問題の多い子ども手当は根っこから見直したら如何。



個室ユニットケアを巡る 3つのがっかりと1つの夢

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

介護保険スタート直後に導入された特養ホームの個室ユニットケアが今、危機に瀕している。特養の個室化は長年の懸案であったが、それを実現できたのは、介護保険という新しい舞台と故・外山義京都大学教授の深い人間理解に基づく理論と実証研究であった。外山先生はスウェーデンのグループホームの調査を踏まえ、プライベートゾーン・セミプライベートゾーンからセミパブリックゾーン・パブリックゾーンに至る4つのゾーンが設定された特養を設計し、空間が人間に与える好影響を実証されたのである。多床室の入所者と比較して、個室ユニットの入居者がいかに自分らしさと家族との絆を取り戻しているか、先生の調査研究の結果は極めて説得力に富んだものだった。

2002年当時、厚生労働省で介護保険を担当していた私は、外山先生の理論と実践に深い感銘を受け、財務省や関係議員を説得して個室ユニットの導入に踏み切った。議員の中には、個室ユニットと多床室の一体整備でも良いのではないかとという意見もあったが、個室は贅沢なのではなく、人間誰しも個室に住むのが本来なのだと言ったことを覚えている。それは、外山理論が「個であって孤ではない」という人間観に基づくものである以上、例外を認める余地のない全面的な方針転換

だったのである。

ところが、10年目にして個室ユニットに対する揺り戻しがきているようだ。わが国の福祉水準もようやく福祉先進国の背中が見えるところまで来たのに、これでは福祉後進国に逆戻りである。残念至極としか言いようがないが、私がかかりしたのは、それらの動きが介護保険や高齢者福祉を支えるべき足元から出ていることである。

第1に、当の特養関係者の中に「多床室でも良いケアを実践している施設がある」として、個室ユニットに限定する必要があるとの意見を言う者がいることである。特養経営者などの組織の代表であった参議院議員も国会でその趣旨の質問をしている。しかし、これは論理のすり替えではないか。多床室でも優れたケアを実践している施設は個室ユニットになれば、さらに優れたケアを行うことができるからである。そのような認識の施設経営者にはケアの質の向上を語る資格はない。特養経営への民間参入が叫ばれている今日、個室ユニットケアを推進するという民間企業がでてきたら、多床室容認の社会福祉法人は低レベルのケアを行うとのレッテルが貼られるに違いない。

2番目は、地方自治体である。今回の逆流の震源地は、関東地区の都県市であったが、その言いは、特養の待

機者が多いにもかかわらず、より多くのスペースを要する個室ユニットでは整備が進まない、個室ユニットでは利用者負担が高く、低所得者が入居できないというものである。今までサービスの基盤整備を怠ってきた都県市が言うのも噴飯ものであるが、仮にそういう要素があるにしても、だからと言って個室ユニット原則を緩めるという理由にはならない。特養の整備や利用者負担の軽減が必要であれば、そのために地方自治体として独自の工夫をすべきであるし、それで足りなければ国に、施設サービスの基盤整備や利用者負担の軽減を求めるのが筋だからである。

それらを棚に上げて、彼らを持ちだすのは地方分権の御旗である。地方が多床室でも良いというのなら、国はそれを認めるべきであると言ふ。しかし、要介護高齢者が最期までの長い年月を過ごす生活の場が個室であるべきだといふのは、かつては知らず、今日では個人の権利の域に達している。今どきの学生や社員、看護師などの寮を見ても、それは明らかだ。すでに憲法13条や25条1項によって裏打ちされるに至ったこの基本的な権利^{なごしる}というべき権利が地方自治体の判断によって蔑^{なごしる}にされていないはずはない。

これに対し、「地域主権原理主義者」は、そういう地方自治体の判断も、そ

んな首長や議員を選んだ住民の選択の結果であり、それらを通じて住民は成長するのだと主張するかもしれない。だが、その主張は憲法には国民主権の条項があつて、代表選出の民主的手続きさえ守られていれば、基本的人権の保障規定は要らないと言うのと同じではないか。憲法13条・25条1項に個人の権利保障の条項があり、また、憲法25条2項には社会福祉の向上増進に関する国の責務が規定されている以上、「地域主権原理主義者」の主張は極めて危険と言つはかない。

第3は個室ユニットケアを推進すべき厚生労働省である。平成21年度の補正予算に基づき都道府県に設置される介護基盤緊急整備のための基金の使途に關し、ユニット型施設以外の施設整備が容認されたのが、その第一歩であつた。さらに、本年3月に内閣から提出された「地域主権推進一括法案」において、保育・介護・福祉施設（Gも含む）の居室定員は「参酌すべき基準」とすることを認めてしまい、多床室容認の動きに竿をさしてしまった。その結果、「従うべき基準」である居室面積などと異なり、居室定員は地方自治体の判断に委ねられることになるのである。だが、居室定員が1人であることと2人以上であることは本質的に違う。それを連続した数字と見てしまふ

とは何というお粗末。個室ユニットケアの思想は厚生労働省においてさえ徹底されていなかったのである。こうなれば、新築特養の個室原則を指定基準上明確にするとともに、地域主権推進一括法案の該当条項を修正した上、新築の一部個室ユニット型特養に対する個室ユニット報酬の支払いを認めない方針を断固貫徹して、その汚名を雪ぐほかあるまい。その上で、次期改正においては特養整備と個室ユニットの利用者負担の在り方を根っこから再検討すべきである。

特養がレガシーホームにならず、ほぼすべてが個室ユニットとなつたとして、将来、高齢化のピークが過ぎて高齢者人口が減少に向かうとき、それはどんな施設になるだろう。個室ユニットの特養を高齢者だけでなく、若者の共同生活の場として活用することを考えてはどうだろうか。もちろん、若者が高齢者のケアを手伝うことがあつてもよいし、それがケアや人の最期について考える契機となることの意義も大きい。私は、個々人がバラバラになつてしまつた現代社会において、若者たちが個室ユニットでの共同生活を通じて人との繋がりを取り戻す術を身につけるようになることを期待したい。将来の若衆宿としての個室ユニット、それが私の夢である。

年金制度がよくわかる！ 制度改正もしっかりフォロー！！

月刊

年金時代

- 毎月1回1日発行
- 1部 495円（送料76円）
- 年間購読 5,940円

※消費税込みの価格です。

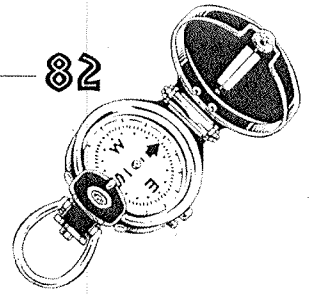
年金を中心に社会保険の現状や動きをわかりやすく解説。より詳しく年金制度を知りたい方にお勧めの月刊誌です。

見本誌を贈呈します。公社製ハガキで下記宛にご請求ください。

発行／(株)社会保険研究所

〒101-8522

東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル ☎03(3252)7901(代)



何ともみみっちい政治主導！

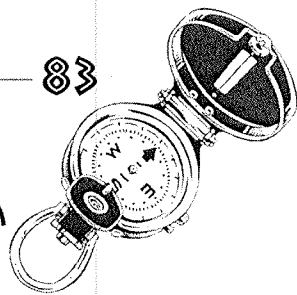
～高齢者医療制度改革中間取りまとめ案を読んで～

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

7月下旬、厚労省の高齢者医療制度改革会議が中間取りまとめ案を発表した。政権合意や民主党のマニフェストを踏まえて、後期高齢者医療制度を廃止する・年齢で区分するという問題を解消するといった6つの原則が提示され、それに沿って取りまとめられた案である。だが、読んだ限りでは、従来の制度をできるだけ変えないという観点から、無理やり6つの原則の枠内に収まるかのように考えられた官僚的パッチワークという印象はぬぐえない。それもそのはず、6原則なるものが政治的な注文に止まり、政治家として医療保険のあるべき姿に関する哲学を示したものでなかったからだ。政治家から基本的な哲学が示されない以上、官僚が既存制度の枠内での辻褃合わせに終始するのは当然であろう。他の項目はともかく、後期高齢者医療制度の廃止という民主党のマニフェスト自体は、私は正しかったと評価する。それは、後期高齢者を別扱いすることによって、高齢者保険料の引き上げや公費・現役からの支援金の増額の困難から、給付費に対する強い抑制圧力を招き、長期的に〈姥捨て山〉になることが不可避だからである。そして、複雑骨折をしなければならぬ高齢者医療の在り方を根本から議論するには、政権交代はいい機会となるはずだった。では、この案は

このような〈姥捨て山〉懸念を払拭し、高齢者医療が在るべき姿に立ち戻る道筋を示すものとなっているだろうか。確かに後期高齢者医療制度は廃止され、その被保険者は従来の健保・国保に復帰することにはなっている。しかし、その多くを占める国保に戻った後期高齢者には都道府県単位で一律の保険料が設定されるという。しかも、同時に設ける高齢者医療費の保険者間調整の仕組みとして示されている①案では、1割分の高齢者保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、残りを現役世代の加入者数に応じて支援することになっている。これではまるで〈姥捨て山〉を国保に作るだけではないか。同時に示されている②案では、1割分の高齢者保険料は高齢者の給付費だけに充てられるのではなく、各国保の全体の収入とするとされており、①案のような〈姥捨て山〉の色合いは薄れているが、となれば、そもそもなぜ予め高齢者保険料を1割分と決め、さらにそれを都道府県単位で設定するのかという疑問が出て来よう。ここには、高齢者の給付費について、財源も含め完全に別扱いとする考え方と完全には別扱いとせず負担の公平だけを実現しようとする考え方の2つの異なる発想の錯綜と混乱がある。これについて、取りまとめ案は国保の都道府県単位化の第

一步であると説明する。一般の法改正で導入した都道府県の「広域化等支援方針」に基づく取り組みを進めたいうえで、全年齢を対象にした都道府県単位化を図るのだそうだ。だが、国保の現状からすると都道府県単位化は言うは易く実行は難い。それが実現するまでの間、同じ国保の被保険者でありながら、高齢者とそれ以外の者の保険料が異なることをどう説明しようというのか。また、仮に全年齢層の都道府県単位化が実現しても、その保険料は給付費の1割分とされていた高齢者保険料と同じとなる保証はない。都道府県単位化によって高齢者並みの保険料になるという多くの人々の期待は裏切られるだろう。それにしても、どうしてこんな二進も三進もいかない仕儀になってしまふのか。言うまでもなく、6原則の第5項（高齢者の保険料が急増したり、不公平なものにならないようにする）を守ろうとするからである。市町村国保の都道府県単位化を進めるとしても、その躰の石となるおそれのある高齢者の別建て保険料は、既に後期高齢者となった者に対する経過措置を講じたうえで、いったん廃止し、年齢とは関係なく広域化に向かって正面から歩を進めるべきだろう。基本哲学なしの制度改革であるから、拙速はなおのこと禁物である。



私たちは今どこに立っているか

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

各時代を生きている人々にとつて、
〈今〉は常に時代の転換期かもしれない
が、そうであっても、〈今〉がどうい
う時代なのかを知っておきたいという気
持ちは誰にもある。さて、私たちは今
どういう時代にいると考えたらいいだ
ろうか。

一つは、労働が崩壊し続けている時
代に在るということである。正確に言
えば、〈労働の神話〉と言うべきかもし
れない。18〜19世紀にかけて成立した
〈労働〉の観念は、市民法的契約観念に
基礎を置くものであるにもかかわらず、
職人的製作者のイメージを労働に付与
することにより、それが個人の自己実
現や社会的つながりをもたらしものと
考えられた。また、企業をミニ社会と
みなす考え方もあり、それは労働を企
業への帰属による忠誠・誠実・保護な
どの権利義務関係と考えるドイツ的伝
統や、会社を(ムラ)に代わる共同体
のように捉えた日本人の企業観に典型
的に現れていた。各種の労働保護や社
会保険は、これらを背景に、表面的で
はあっても市民法原理に基づく労働観
念に一定の修正を施すものであった。

しかし、今徹底した市場化やグロー
バル経済の進行によって、これら(労働)
が縛られていた外被が剥がされ、労
働は、契約によって売買される生産の
ための労働力商品に過ぎないという本

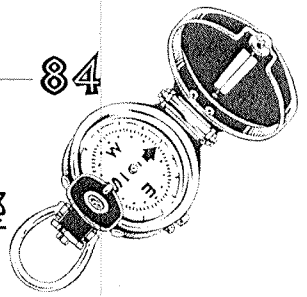
来の姿をあらわにし始めている。非正
規労働者はもちろん、正規労働者も含
めてK・ポラニーがブレイクの詩篇か
ら引用した「悪魔の硬き臼」に投げ込
まれつつある。このように従来の労働
の意味が空無化しているとき、私たち
は〈労働〉の再生を目指すのか、〈労働〉
に代わる何かを見つけ出すべきなのか。
それは可能なのか。従来の労働に依拠
してきた社会保険のしくみはどうすべ
きなのか。

第二は、ほぼ90年ぶりに陥ったデフ
レの時代であるということである。供
給超過の状態は、それに物価や賃金水
準をアジャストするため大きな社会
的犠牲を強いる。とりわけ、賃金水準
は下方硬直性が強いために、多くの失
業者を生み、組織力のない社会的弱者
を苦しめる。アジャストの時間をいか
に短くして、社会的犠牲を最小に抑え
るにはどうしたらよいか。当時はケイ
ンズ政策という処方箋が一応はあった
が、確立した福祉国家とそれに伴う巨
額の財政赤字、経済・金融のグローバ
ル化による一國の経済政策の限界など、
状況はより困難なように見える。

社会保障制度は今まで、インフレに
ついては何とか対応してきたが、デフ
レへの対応の経験は乏しい。年金にお
ける貸金・物価スライドの在り方、特
に既裁定年金の水準をどうするかは問

題となるだろう。賃金水準が下がる中
での診療報酬や介護報酬などの調整も
問題である。いわば制度的・政治的下
方硬直性のあるこれらの公定価格とそ
れより早く調整が進む賃金水準との調
整はいずれ避けて通れないと思われる。

三つめは、政治の機能不全が続いて
いることが挙げられる。1924年の
加藤高明憲政党内閣の成立に比せられ
る昨年の政権交代であったが、鳩山内
閣の迷走で大きく期待が外れ、この夏
の参院選による衆参両院のねじれで、
一層の混迷に陥りそうな気配である。
加えて、今まで政治の下支えをしてき
た官僚システムも傷んでおり、かつて
のような役割を果たせそうもない。も
ちろん、この問題は前の二つと比べれ
ばむしろマイナーである。衆議院第一
党の総裁であった原敬が政友会内閣を
組織した時代から、日本の議会政治は
貴衆両院のねじれで苦しんできたし、
原敬が貴族院の多数会派「研究会」と
提携して(両院縦断)を実現したように、
衆参両院のねじれについても何らかの
政治的打開策が講じられるだろう。た
だ、その際、ドイツの大連立によって
実現した医療保険改革に見られるよう
に、多数派形成のため、社会保障にとつ
て筋の通らない政策的妥協が行われる
ことにならないか、大いに心配なところ
である。



個室ユニットケアの逆流・遺響

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

関東地区の都県から広がった特養ホーム多床室容認の動きも、一部妥協はあったが、厚生労働省の個室ユニットケア堅持の基本方針が示され、後は介護報酬などでどう担保されるかに焦点が移ったようである。

今回の騒動を通じて感じたことは、一部の地方自治体・特養ホーム経営者をはじめとする福祉関係者・要介護高齢者の家族において措置的発想がいかに根深いかということだった。介護保険は高齢者自らが要介護状態に備えるという思想に転換したものであるのに、彼らは相変わらず、要介護高齢者は誰かが面倒を見なければならぬ客体であるという発想から脱却できていないのだ。

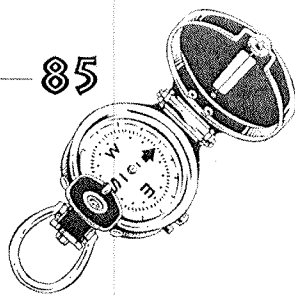
審議会における議論の過程で私が首を傾げたのは、全国老人クラブ連合会から出された意見書だった。同連合会事務局長名で出された意見書は、選択の幅を広げるといふ理由から、地方自治体が多床室の整備を進めることを是認するかのような内容だったのである。その理由が利用者負担にあるとすれば適当な軽減方を講じることで済むはずなのに、それが講じられるまでの間は多床室の新規整備を進めても良いと受け取られる意見の背景には、個室ユニットが最善とは言えないとの思いがあるようだ。この感覚は多くの旧来

の福祉関係者に共通のものだが、多床室で排泄の世話をされるのは嫌だという人間の素朴な感覚からはかけ離れている。選択の座標軸は、自尊の感情を持った普通の個人の意識に置くべきであり、重度の者に対する効率的ケアとあった理由で判断すべき問題ではない。この意見書を読むと、全国老人クラブ連合会が高齢者の意見ではなく、施設経営者の本音を代弁しているのではないかとこの錯覚に襲われる。

もうひとつ気がかりなのは、地域主権と介護保険が本当に両立するかという問題である。介護保険は市町村が保険者とされているが、第2号被保険者の保険料は全国一律の単価で全国の医療保険者に賦課され、各市町村に一律に交付される以上、それを財源とする給付も全国的な均一性が要求されるはずである。第2号被保険者は、どの市町村でも少なくとも質的には同じ給付が行われるとの前提で保険料を拠出しているからだ。仮に、地方自治体により個室ユニットであったり多床室であったりしたら、第2号被保険者は話が違おうと言うだろう。自分の親には個室ユニットに入所してもらいたいと思つて、仕送りのつもりで第2号保険料を拠出したのに、地方自治体によってはそれが叶わぬとなれば、保険料拠出意欲は著しく減退するに違いない。

多床室を整備する地方自治体には第2号保険料を払わないという（逆・ふるさと納税）を認めるべしとの意見も出てこよう。介護保険は、市町村では完結せず、第2号保険料によって全国レベルで一体化されている保険なのである。とすれば、地域主権一括法案において居室定員が参酌すべき基準とされてもよかつたのは、特別養護老人ホームではあつても、介護老人福祉施設ではなかつたのではないか。

この地域主権一括法案で話が複雑になつた嫌いはあるが、今回の混乱のきっかけを作つたのは、平成21年度補正予算の執行に関して全国介護保険担当課長会議で示された「地域の実情を踏まえて、ユニット型施設以外の施設も含めて整備するという判断もある」との方針だった。個室ユニットケア推進という基本方針を覆すような、このような会議資料がなぜ示されたのか、その経緯は明らかではない。全国に混乱をもたらした会議資料を誰がどのような思惑から作成したのか、役所の幹部はどこまで知っていたのか、それとも幹部の明確な指示の下に作られたのか、政府は、これらの事情についてしっかりと調査し、その結果を公表すべきである。原因が究明されれば、当然、その責任が問われ、再発防止策が講じられなければならない。



介護保険を支えるトリアーデ、しかし兵站が弱い

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

介護保険という構築物を真に支える仕組みは何か。それは①要介護度別支給限度額（とそれを導くための要介護認定）による適正な給付の確保、②1号保険料の年金天引きと2号保険料の医療保険者徴収による保険料の確実な収納、③調整交付金による調整後の保険料所要額に基づく1号保険料の設定と財政安定化基金による一般会計繰り入れ封じで確保される保険財政の自律性の3つである。このトリアーデは、三角錐のように給付—保険者—保険料という基本構造をしっかりと支えている。

まず、医療サービスのように患者の症状によって提供すべき内容が一義的に決められず、決めることが出来る専門家もいない介護サービスにおいては、何らかの客観的な指標で要介護者を区分し、その状態像に応じて適当と思われる標準的なサービスモデルから一定のサービス利用量の枠を設定することは不可欠である。それが①の要介護度別支給限度額である。要介護者の個別事情については、その枠を前提にケアマネジメントにより対応される。

②と③は、介護保険特有のものではないが、介護保険を地域保険として制度化する以上、市町村国保の二の舞としないためには欠かせない仕組みであった。介護保険の成功で、この2つは、後期高齢者医療制度に見られるごとく、

地域保険の標準装備となっている。

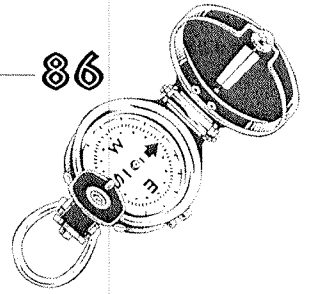
しかし、これらの3つが介護保険を支えていることに無知な人たちが、それぞれを否定するかのような提案をして、介護保険を壊そうとしている。その第1が、要介護認定を廃止し、支給額の決定をケアマネジャー、あるいは彼/彼女を中心とするケア会議に委ねるべしという主張である。論者は、措置のユートピアがどこかにあるとまだ信じているようだ。要介護度別支給限度額が財政的見地からする給付抑制の防波堤としての機能を果たしていることをご存じないらしい。第2は、後期高齢者医療制度と同様、1号保険料の年金天引きを被保険者の選択制にすべしという意見である。これは、後期高齢者医療制度スタート後、同制度の取り扱いの変更により、現実の危険となりかけたが、市町村の強い反対で沙汰やみとなった。第3は、③の仕組みがあるにもかかわらず、給付と保険料の関係を正面から受け止めようとしていない人たちが主張する議論、例えば、保険料を上げないで介護職員の処遇を改善せよ、保険料を上げないために公費負担を拡大すべしという議論である。そうなれば、給付と保険料の対応関係は曖昧となり、拡大した公費による給付抑制を招き寄せることだろう。

これらの無理解に対しては、介護保

険制度における3つの仕組みの意味を粘り強く説明し、理解を求めるほかない。安易な妥協は蟻の一穴となって介護保険の崩壊に直結するからである。

しかし、介護保険はこの3つの仕組みを守ってさえいけば安泰というわけではない。高齢化の進展に伴い増加する給付費を賄う兵站の仕組みが必ずしも強くないからである。

介護保険の財源は、保険料と公費がそれぞれ半分ずつとされている。保険料の兵站は、被保険者に③の仕組みが理解されれば滞らずに行われる可能性があるが、公費については、その保証はない。財政当局が、被保険者の意向とは関係なく、公費負担を抑えるために給付費を抑制すべしと主張するからである。これでは、被保険者が給付と負担の関係を真剣に考えて保険料を決めても、無関係なところで給付の抑制が進んでしまう。特に、予算に関するペイ・アズ・ユー・ゴー原則が制度ごとに適用されると、介護報酬の引き上げなどは政策増であるとして、その適用対象となり、何らかの給付カットと対でなければ実現できないこととなる。被保険者が保険料を負担するのがペイなのだから、決められた割合の公費は素直にゴーするのが筋であるのに、それが守られないようでは、介護保険は瘦せ衰えていくばかりであろう。



給付と負担、さあどうする!!……?

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

11月の末に出された介護保険部会の意見書は両論併記も多いが、次期改正の論点はほぼ示されたと言つてよい。しかし、注目したいのは、その前に出された財政影響試算である。ここに厚生労働省の本音とそれに基づく改正のフレームがほぼ示されているからだ。

6月の閣議決定に基づく予算のペイ・アズ・ユー・ゴー原則を前提とすれば、介護報酬の改定は介護職員処遇改善交付金を介護報酬に組み込むほか、ユニット型個室の居住費軽減などを行うのが精いっぱい、しかも、それも第2号保険料の総報酬割をしなければ無理、というのが国庫負担から見えてくる構図である。公費負担割合の拡大などトンデモナイという試算もご丁寧に付けられている。利用者負担の増が世間を賑わしているが、それは大した額ではなく、本命が総報酬割にあることは明らかだ。これを財務省的に超訳すれば、介護職員処遇改善交付金は介護報酬改定の先取りだったのであり、さらにそのツケは健保組合と共済に回させてもらいましたということだろう。さあ、国民の皆さん、どうする！利用者負担増を抑えたかったら、健保組合などに持たせるしかやりようがありませんぞ！

だが、この脅しはペイ・アズ・ユー・ゴー原則の理不尽を言うには中途半端である。利用者負担の引き上げは特定

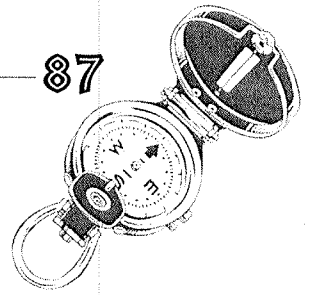
の者に限定されているし、負担能力に応じた第2号保険料も被用者保険だけが対象だからである。利用者負担の引き上げを全階層にわたって行うとともに、市町村国保の第2号保険料についても負担能力(住民税の旧ただし書き所得など)に応じた負担にすれば、国庫負担をさらに減額(特に国保調整交付金の減額幅は大)でき、さらなる介護報酬の改善が実現できるのである。

他方、第1号保険料についてはどうか。第1号保険料を5000円に抑えたとしたら、財政安定化基金や準備基金の取り崩しや利用者負担の引き上げが必要になるという試算が示されている。だが、これも基金の取り崩しという遣り繰りが大半で、利用者負担引き上げの効果は僅かである。厚生労働省の本音を意識すれば、皆さんが保険料は5000円が限界だと言われるから、第5期は遣り繰りでその範囲に抑えませんが、これは今回限りで、第6期はそれがそのまま跳ね返って5000円を越えるのは必至ですよ、今から覚悟しておいてください、ということだろう。

このような次期改正のフレームが突き付けられたことを我々はどう受け止めるべきだろうか。国庫負担はともかく、第1号保険料水準については介護保険の主人公である第1号被保険者自身はどう考えるかが何より重要だろう。

彼らが5000円を超える保険料でも負担するので充実したサービスがほしいと考えるか、サービス水準は下がってもいいから保険料を低くすべきだと考えるかが、まずは基本ではないか。それが問われることなく、国から保険料水準のフレームが示され、それに対して彼らが受け身の立場で、介護職員の処遇改善や限度額の引き上げが必要だ、しかし保険料や利用者負担増はすべきでない、その代わりに国庫負担を引き上げると主張するのを見ると、(みんな支える介護保険)はこんなものではなかったはずだという思いがする。

介護保険がスタートして10年余も一度、(みんな支える)という原点に立ち戻り、その中心は第1号被保険者であることを基本に据えて、制度運営・審議会議論のあり方を見直すべきではないか。その意味で、今回の財政影響試算の提示は、中途半端な面があるとはいえず、一歩前進と言つてよい。審議会ではこの試算を叩き台に全体のフレームについてもっと議論すべきであった。個別の内容の賛否を言い合うだけでは審議会の意味がない。国庫負担の増額という逃げ道はないことが明確に示された以上、第1号被保険者を代表する委員が中心となって、第1号保険料の水準と給付のあり方について正面から議論すべきだったと思う。



読書感想文 ～社会保障の正義とは何か～

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

「これからの『社会民主主義』を語る」というどこかで聞いたようなサブタイトルの付いた著作『荒廃する世界のなかで』においてトニー・ジャットは、社会民主主義が作った福祉国家システムの恩恵を受けたはずの世代が新自由主義やグローバルイズムの潮流に乗って、それを安易に否定した結果、不平等社会という20世紀が克服した社会問題を再び招き寄せってしまったと嘆いている。福祉国家システムに問題が全くなかったわけではないにしても、「過去の欠点について詫びることを減らし、その実績について、もっと自信をもって語る必要が」とあると言っ。

確かに私たちは制度の危機を言い募るばかりではなく、もっと私たちの達成に自信を持つていいのかもしれない。だが、今日の日本でも労働規制の見直しに反対したり、企業の社会保障負担を軽減しようという勢力は厳然と存在する。彼らに対し、福祉国家や社会保障の正当性をどう理解させたいのだろうか。ジャットは、不平等の拡大が社会的軋轢を呼び起こして社会の安定を損ねることを指摘すると同時に、我々が生まれながらのアリストテレスとしてプロプライアティー（妥当性・礼節）であることを強調している。

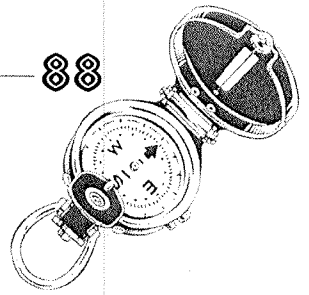
マイケル・サンデルが『これからの正義の話しよう』で言及したいいくつ

かの立場を当てはめれば、ジャットは、平等化による社会の安定という功利主義的説明をしつつも、基本的にはコミュニティリアンと言っていいだろう。実際、累進課税やさまざまな社会保障制度は国家という共同体を前提にして初めて成り立つから、彼がコミュニティリアンであることは不自然ではない。したがってジャットは、近代を特徴づける個人主義—分割不可能な主体・独立の人格・何ものにも縛られない自己・自尊不羈の市民についても一定の注釈を付けている。現代の個人主義が言及しているのは（無線時代に特有の、接続された孤立状態）に過ぎないと言っのである。

確かに究極の個人主義とも言うべきリベタリアンの世界では福祉国家や社会保障は成立しにくい。しかし、だからと言ってジャットが主張するように国家の機能を再強化しさえすればいいのだろうか。現実の福祉国家にさまざまな型があるように、最終的な基盤は領域的な国民国家であるにしても、社会保障と国家の関係には、国家が直に国民に向かい合うものから、国家は一步退いて市民社会における人々の取り組みを促し、支える体のものまで多様なかたちがあり得る。それらの中には、個人の在り方を抜きにしては考えられないものもあるだろう。

ジャットは、アメリカで言うリベラ

ルも社会民主主義の一つであるとするが、サンデルが紹介するJ・ロールズのリベラルは近代的な意味での自由な個人にこだわるのであるから、社会民主主義であつても、国家を前面に出し、個人を背景に引っ込めるわけにはいかない。少なくとも福祉国家や社会保障の正当性に疑問を呈する者を説得するには、それらの者が経済的自由主義をベースにする以上、やはり自由な個人から出発して、その正義を明らかにすべきであろう。もちろんロールズも、格差が認められる場合の条件として再分配が行われていることを挙げる程度で、具体的な社会保障制度の在り方にまで言及してはいない。しかし、現実に存在する制度を考えれば、自由な個人を前提とするとは言つても、おそらく累進課税や社会保険への加入義務・所得比例保険料などは、国民国家や中間的な共同体を前提にしなければ正当化できないだろう。その意味では社会保障はコミュニティニズムから自由ではありえない。コミュニティニズムを援用しつつ、限界まで自由な個人をベースに組み立てること、これがリベラルの立場からの社会保障の正義論の基本であろう。その場合の個人は（孤立状態にある個人）ではなく、当然（他者とともにある個人）であるが、では（他者とともにある個人）とは何だろうか。



ストライクゾーンいっぱいの介護保険

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

介護保険のことを考えてきて最近づくづく思うのは、介護保険が（社会保険）としてストライクゾーンのギリギリいっぱいのところにあるということである。もう少し外に逸れたらボールになってしまふ、そんな切ない位置に介護保険は立っている。

もちろん、ストライクゾーンに収まるような工夫はしてあるが、それを知らない人によって攻められれば、簡単に崩壊してしまふ脆さを介護保険は持っているのだ。

脆さの原因の第1は、要介護というリスクの特性である。要介護リスクには通常、加齢に伴って発生するという、要医療リスクとは異なる特徴がある。実際、介護保険の構造は（高齢者介護保険）なのだ。40歳以上の者の要介護リスクにも対応する形を取りつつ、実際は社会的支援の機能も持たせるといふ2号保険料の仕組みは、要介護リスクの特性に応じた苦肉の策である。

要介護リスクは要医療状態を経た後にはか生じないことも、その特性の一つである。このリスク特性に起因する問題は、医療保険から独立した制度とした結果、介護保険料が医療保険料とは別に設定徴収されることになって、いっそう顕著になった。

第2の要因は、要介護状態の特性である。要介護状態は、要医療状態と異

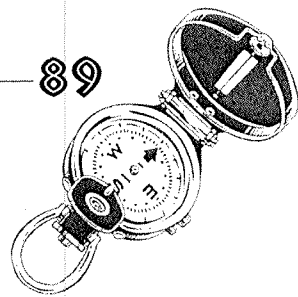
なり、治癒することがない。当然、要介護状態になった者は最期までその状態が続く。要介護者とそうでない者との間に交替可能性はない。その結果、要介護者はずっと受給権者であり続けるが、そうでない者には保険料を負担するばかりと受け取られる。いずれも要介護者になるかもしれないこと、明日風邪をひくかもしれないことを比べれば、説得力に差があるのは否定しがたい。介護保険は掛け捨て感の大きい保険なのである。給付費のすべてを保険料で賄うとしたら、到底、その不満には耐えられまい。50%という社会保険としては限界的な公費負担もそれを踏まえたものである。また、給付対象が比較的広く設定されている、保険料の所得比割合がそれほど大きくない、さらに保険料は年金から天引きされることといったことも、掛け捨て感が大きいことへの配慮と考えられる。加えて定率の利用者負担は、医療保険以上に受給者と保険料負担者のバランスを取るという意味合いがある。

脆さの第3の要因は、要介護状態の程度を客観的に把握し、個々の要介護者にもっとも適当な介護サービスは何かを決める客観的な方法が確立されていないことである。介護は日常生活全般に関わるから同列には論じられないが、この点も、医師の医学的判断に依

拠できる（せざるを得ない）医療との大きな違いである。このため、介護保険では要介護者向けに通常行われるサービスをメニュー化し、どのサービスをどれだけ利用するかは利用者任せられている。むろん、無闇に高額な保険料負担は被保険者の理解を得られないし、公費負担にも限界がある以上、サービス利用に一定の枠を設けることは避けられない。そのための仕組みが、要介護度別の支給限度額であり、それを導くための要介護認定制度である。

第4の原因を挙げるとすれば、介護サービスが、苦痛や危険を伴うことが多い医療サービスと異なり、多くは便利で苦痛もない（快適とさえ言える場合もある）ことである。その結果、介護サービスは多ければ多いほど良いとなりがちである。介護サービスの利用・提供の両面で節度が求められる所以である。支給限度額が設けられていることに加え、利用者の定率負担があるのは、そんな介護サービスの特性に基づいている。

このようにガラス細工にも似た脆さを抱えた介護保険であるから、これからも続く給付費の増加に対応しつつ制度を健全かつ安定的に維持していくことは容易なことではない。関係者には介護保険を優しく丁寧に扱っていただきたいと願うばかりである。



熟議の前に必要なこと

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

国会のねじれ状態の中で与党サイドやメディアを中心に〈熟議の国会〉ということが言われている。その焦点の一つとなっているのが、「社会保障と税の一体的改革」である。

だが、今日のような国民各層の利害代表からなる議会において〈熟議〉が成り立つのだろうか。S氏の言うように大衆民主政下における議員は、個別利害を代表する組織政党の一員として行動せざるを得ない以上、公開の議場では建前の主張を繰り返すほかなく、到底〈熟議〉には至らないのではないか。

いや、〈熟議〉によってルソンの言う一般意志には至らずとも、密室による調整も含め、議会において利益相互間の妥協ができれば十分だとR氏は言うかもしれない。熟議は、議会という場だけでは困難であるとしても、メディアも含めたより広い公共空間では可能であるというH氏のような議論もある(以上、長谷部恭男「憲法とは何か」による)。さらには、議会も含めた公共空間における討議は、ツイッターなどの方法により集約される一般大衆の欲望を基礎に行なわれてこそ人民の一般意志に近づくことができるという、近年A氏が展開している主張もある。

だが、〈熟議〉がどのように成立し得るかを考える前に、そもそも議論される提案がしっかりと熟慮されたもので

あるかどうかの問題ではないか。少なくとも社会保障に関して提案されるものを見る限り、思いつきや一知半解の熟慮されたとは思えないものがほとんどである。そういう提案は互いに隔たりが大きく、一致点を見出すことが困難なばかりでなく、提案者も自らの一知半解ぶりが暴かれるのを恐れていたずらに自説に固執するに違いない。逆に言えば、熟慮された諸提案はおのずと収まるべき範囲内に収まっており、合意に至る可能性も高いのだ。

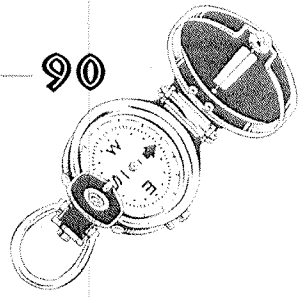
では、熟慮をする上で求められるのは何か。それは言葉の定義から導かれるとおり〈時間〉をかけることである。人の思考が発酵し熟すためには、ワインと同様、時間が必要である。ITによって短縮できるのは、検索や演算の時間であって、思考が発酵する時間は短縮できないのだ。だが、時間さえかければ良いというものでもない。高齢者医療制度の議論は10年以上も続けたが、それは迷走に終始し、出来上がった制度は持続可能性に欠けるものでしかなかった。

社会保障制度を考えるときに大事なことは、その基本設計思想をしっかりと確認することだろう。第一に重要なのは、公助に基づく行政的な給付方式を採るか、できる限り自助と共助を基礎とする社会保険中心で行くか、換言す

れば、北欧型か、独仏型か(あるいはアメリカ型)のどれをイメージするかということである。また、社会保険方式による場合、雇用労働者を基本に据えるか、雇用形態に関係なく普遍的な制度を目指すのかも重要だ。この選択は、現在の雇用形態の多様化・流動化・不安定化をどう捉えるのかという問題と密接不可分である。終身雇用・年功序列ではなくとも、引き続き常用的雇用労働が中心となる社会を前提とするか、それは過ぎ去ったものと考えるか、言い換えても良い。さらに、社会保険制度を具体的に設計する場合、対象となるリスクの特性等を踏まえて制度構造を考えることも肝要である。

社会保障の基本設計思想を確認する上で欠かせないのが、歴史的考察である。制度がどのような背景や経緯の下で作られたかを理解することで、現在も変わらないものは何で、その後の社会変化で現状にはそぐわないものは何かを明確に見分けることができるだろう。多くの場合、現在も変わらないものが、扱えるべき基本設計思想を体現しているはずである。

こうして熟慮を経た社会保障の構想は、利害関係や国家福祉主義・市場主義のイデオロギーからも自由であり、熟議によって無理なく合意に達することができると思うのだが……。



事業者公募制の意味するもの

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

国会に提出された介護保険法の改正案に定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスに関する事業者の公募制が盛り込まれ、同時にそれらと競合する可能性のある居宅サービスの指定に関し市町村長と都道府県知事が協議する旨が規定された。地域密着型サービスの公募制は昨年11月の介護保険部会の意見書でも触れられており、さしたる異論もなかったと聞くが、本当に問題はないのであろうか。

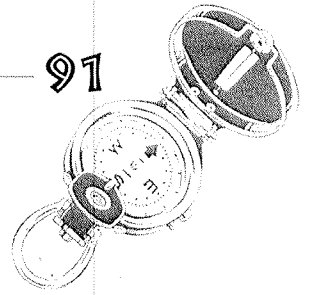
事業者指定制が行政法学で言う縛束行為であつて法令で定める要件を満たせば行政庁は裁量の余地なく指定しなければならぬのに対し、事業者公募制の場合は、公募条件の設定次第では、行政庁の裁量の余地が大幅に認められることになる。公共工事で喩えれば、一般競争入札が指名競争入札、あるいは随意契約に変わると言つてもよい。それにより、本社がその市町村に所在するとか、事業者がその市町村の福祉行政に協力した実績があるなどの条件を付加することにより、行政庁が事実上自由に事業者の選定を行うことも可能になるだろう。そこから事業者と行政庁の不適切な関係や場合によれば不正事件につながるかもしれない。少なくとも事業者が、措置受託事業者のようになり、利用者ではなく行政庁の方を向くようになるだろう。

しかし、それよりも問題なのは、指定制から公募制に変わることによって、事業者の自由参入が阻害され、利用者の選択と事業者間の競争によるサービスの質の確保・向上ができなくなるおそれがあるということである。介護保険が営利企業も含めた事業者の自由参入を認めたのは、それによるサービスの確保とともに、選択と競争によることであつた。政府は、公募制により、事業者に対する行政庁の監督が行き届き、サービスの質の確保・向上につながると言うに違いないが、介護保険のねらいは、利用者にサービス事業者の選択を認め、それに応えようとする事業者間の競争という市場の自生的な働きによってそれを実現することにあつたはずだ。

また、公募制導入に伴つて制度化される公募対象サービスと競合するおそれのある居宅サービスの指定に関する市町村長と都道府県知事の協議は、この利用者選択と事業者間競争の枠組みをいっそう狭めることになるだろう。都道府県指定事業者は公募制を採用した市町村の区域での活動が制限される一方、その区域の公募事業者は独占的活動が保証されることとなり、被保険者は選択の自由を奪われることになるからである。一定のサービス見込み量

を前提条件に公募する以上、行政庁としてもその条件を確保する責任があるという発想に基づくものだろうが、自由な市場に規制を導入すれば、それを維持するために次々と規制を強化する羽目になるという典型である。見込み量まで定めて公募したにもかかわらず適当な事業者が得られない場合、市町村は自らサービスを組織しなければならなくなるが、そのようにして介護保険によるサービスは措置時代と同様の行政主導型になつていくのであろうか。

介護保険も、医療保険と同様、公的なファイナンスの制度と準市場における自由なサービス提供・利用を組み合わせるといふ選択をした。公的にファイナンスするのであれば、サービスも公的にコントロールしなければ間に合わないにもかかわらずである。無理をしてまでそういう選択をしたのは、市場の自由と福祉システムを両立させようということであつたが、それを可能にしてきた経済の成長が期待できなくなった以上、もう二兎は追うことはできないのであろうか。医療サービスにおいても、地域医療計画による行政コントロールを強化する方向にある。自由と福祉の両立というわが国の医療／介護保険の挑戦を簡単に諦めるのはどうかと思うが、さて読者諸賢の判断は如何。



社会保険の6原則

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

租税原則なるものがある。アダムスミスやワグネル、マズグレイブラが提唱した租税原則が有名だが、租税と同様、社会保険についても原則を立てることはできるだろうか。以下に、関係者諸賢の議論に供するため、私が考える社会保険の6原則を掲げる。

第1原則は貢献の原則である。保険料の拠出をした者のみが給付を受けるといういわば保険としては当たり前のことである。20歳前の障害基礎年金、第3号被保険者の基礎年金（運用3号はこの虎の尾を踏んでしまった）はこの原則を逸脱するものであるし、国保や介護保険において低所得者に対する保険料の恒常的免除が許されないのはこの原則に忠実だからである。また逆に、保険料拠出という貢献をしたのに給付という見返りがないことも許されない。高所得者にとって介護保険の補給給付はこれに当たるだろう。なお、言うまでもないが、この原則は貢献の量が厳密に給付の量に反映することまで求めるものではない。

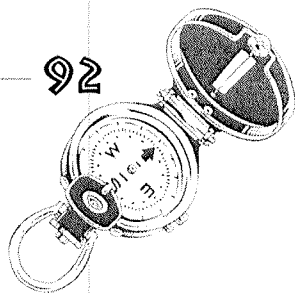
第2原則は、相関の原則とでも名付けようか、給付水準と保険料水準が相関的な関係にあるということである。より高い給付水準を求めるのであれば保険料水準も高くなるという関係が制度の中にきちんとビルトインされていなければならない。裁量的な公費負担

でその関係を曖昧にすることは、この原則を歪める結果となるし、保険料水準が保険者の給付費水準以外の要素も含めて決まる仕組み（例えば、国保の保険料水準は医療費水準のほか、被保険者の所得水準に応じて決めることとされ、それで足りない分は調整交付金によって帳尻が合わされる）も問題である。この第2原則から、給付水準と保険料水準は受給と拠出の両方に関係する被保険者の参加により決定されるべきという第3原則も導かれる。介護保険の事業計画委員会における被保険者参加にその萌芽が見られる。

第4原則は、保障の原則である。社会保険の給付水準が保険料水準との相関で定められるとしても、それが生活上の必要に対応するものである以上、その水準は（保障）の名に値するものでなくてはならない。健康保険の給付率が7割を下回らないとか、モデル年金の所得代替率の下限が5割とされているのは、この原則の現れである。第5原則は簡素明瞭の原則である。あらゆる制度はそうあるべきであるが、被保険者が参加して給付水準と保険料水準を決めるためには、被保険者にも十分理解できるよう制度が簡素明瞭であることが重要な前提となる。第6原則は恒久安定の原則である。社会保険が国民の将来の生活設計の基礎であるこ

とからすれば、制度が頻繁に変わることは好ましくない。中途半端な改正はしない方がましなくらいである。3年ごとの介護保険事業計画の改定に合わせて法律改正まで行うことが慣行化しているのは如何なものか。以上の6つのほかにも原則となりそうなものがある。（公平）（衡平）も守るべき原則であるが、法に基づく制度である以上わざわざ挙げるまでもあるまい。これらの原則は、制度の実施設計における原則であり、実務の運用に当たっては正確・迅速・説明・効率などの言葉で表現される別の原則があるだろう。

制度の実施設計上の原則があるとすれば、制度の基本設計の際に準拠されるべき原則もあるはずである。そこでは、①制度の対象が社会保険の対象とすべきリスクであるか、②リスクの特性に相応しい保険制度の類型であるか（短期保険かと長期保険か、独立型か否かなど）、③保険集団の設定は、大数の法則を満たすと同時に、連帯の観念が及ぶ範囲であるか、④保険集団が2以上になる場合、保険者相互間で給付および保険料水準に大きな格差が生じないかなどが、その論点となるだろう。また、中央または地方の政府が自ら保険者となるか、政府からは離れた民間的組織の保険者とするかも、思想的には大きな違いである。



ふるさとに住み続ける権理

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

東日本大震災の復興を巡ってエコタウンとか、コンパクトシティといったビジョンが語られている。だが、それは本当に被災者の心に届いているのだろうか。被災者の反応を見てみると、皆さんがいかにも自分達の家郷の地に愛着を持っており、そこから離れたいという強い思いを持っているかを感じる。政治のリーダーは「皆さんがふるさとに住み続けることができるよう、政府は全力を尽くします」ということを先ずしっかりと伝えるべきだったのだ。人々が父祖から受け継いだ土地や家で暮らし続けることは私たちの人生の営みの基本的なあり方である。それによってこそ、それぞれの家や土地のしきたりや伝統が、ひいては文化が形成され継承されていくからである。これを「ふるさとに住み続ける権理」と名付けよう。それは利益というより人間にとつての理なのである。

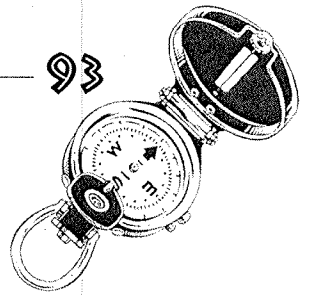
東日本大震災の復興が「ふるさとに住み続ける権理」に基づき行われるとしたら、それは被災者自身が主人公になつて行われなければならない。ふるさとにどのようなに住み続けるかを決めることも当然、その権理に含まれるからである。その意味では、「ふるさとに住み続ける権理」は住民自治と同じ根を持つ。しかし、だからと言ってそれは「地域主権」の主張と完全に一致す

るものではない。「地域主権」論者には二つのタイプがある。一つは、地方自治は民主主義の学校であると原理主義的に信じている人たちである。彼らは、例えば高齢者や障害者の健康で文化的な生活を脅かすような首長や議員がいれば、次の選挙で落とせばよいと言う。そのプロセスこそが民主主義だというわけである。だが、障害者などの少数者の意見が選挙で多数の支持を得る保証はないし、それまで彼らは厳しい状況に置かれ続けるのである。もう一つは、生活を営む地域を市場における選択と同視する市場原理主義者たちである。彼らは、ある自治体が高齢者や障害者に冷たい施策を行うようであれば、市場で別の商品を選ぶように、福祉が充実している別の自治体に移ればよいと言う。しかし、それこそが「ふるさとに住み続ける権理」がノンを突きつける中心点なのである。

では、このような二つのタイプの原理主義者に対し、「ふるさとに住み続ける権理」が対抗する根拠となるものがあるだろうか。その有力候補は憲法25条2項であろう。国は、すべての生活部面において社会福祉や公衆衛生の向上増進に努める義務がある以上、国民がどの地域に住んでも、その保健福祉の水準が一定以下に下がらないよう、行政的財政的に下支えをしなければならない。

ばならないと解するのである。

4月末、法律名などに修正はあったが、「地域主権改革一括法」が成立した。この結果、特養ホームやグループホームを含む福祉施設の居室定員に関する国の基準は参酌基準とされて、地方の判断により、個室ではなくとも（10人部屋でも）整備が認められることになった。保育所などの通所施設とこれら入居施設との違い、保険制度による施設可否かの違いを捨象したあまりに乱暴な割り切りというほかない。また、他には公営住宅入居の収入基準も参酌基準とされた。地域から低所得者をできるだけ追い出したい、あるいは他地域からの流入を抑えたいという自治体は、収入基準を極端に低くし名目だけ最低辺の者を受け入れる形にするかもしれない。かくして地域主権一括法の運用次第では、「ふるさとに住み続ける権理」は守られないことになるだろう。こうなれば、住民や利用者、被保険者が地方自治体を厳重に監視し、「ふるさとに住み続ける権理」の実現を迫るほかない。それにしても、国の対応はいかにもチグハグではないか。地域主権改革一括法では国民生活に直接関わる基準の参酌基準化を許す一方、地方の自主性に任せればよいことまで制度化し、必要以上に制度を複雑にしているからである。



日本に一つだけのHMO

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

今年国民皆保険50年ということで、関係の雑誌で特集が組まれているほか、関連する著作の刊行も続いている。その中で注目すべきは島崎謙治による『日本の医療・制度と政策』（東京大学出版会）であろう。そのなかで、島崎は、

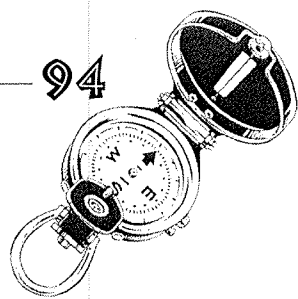
わが国の医療制度の際立った特徴として「①職域保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険、②ファイナンスと（医療保険財政）は「公」、デリバリー（医療供給）は「私」中心のシステム、③フリーアクセスの尊重」の3点を挙げている。これはこれで間違いではないが、皆保険体制の下で日本の医療制度が成り立ってきた構造という観点から、私の考える3つの特徴を以下に示して議論に供したい。

まず、フリーアクセスは、自由開業制（「私」中心のデリバリー）を認める以上は必然的に尊重せざるを得ないのであり、その意味で「私」中心のデリバリーと一体となった特徴と考えてよい。ファイナンスは強制加入や保険料の強制徴収を伴う社会保険システムにより「公」的に行われているが、日本の特徴は、島崎も指摘するとおり、それをかなり律儀な形で社会保険化していることであろう。すなわち勤労収入があるという現実を前提にすることができ、被用者保険のほかに、生活保護は受けていない以上、なにがしかの

所得はあるはずだという推定の上に、換言すれば保険料負担能力があるとは確認できない人までも対象に国民健康保険を制度化している点である。これはかなり無理をした皆保険の制度化と言つてよい。

最後の特徴は、医療保険給付の全国的統一性である。保険医療機関に支払われる診療報酬は戦後、一貫して厚生（労働）大臣が決めてきたほか、保険診療を担当する保険医療機関は2000年度からすべて厚生労働大臣が指定することになった。また、給付率も制度を問わず2003年度からすべて7割に統一されたことは記憶に新しい。アメリカのHMOなどに見られるように、給付率や給付範囲を保険者が決めるのはもちろん、医療サービスを担当する機関も、そこに支払われる診療報酬も保険者と医療機関の取り決めによるのが保険の原型であった。それと比較して見ると、日本の医療保険において制度や保険者が分立していると言っても、それは負担面についてのみであって、給付面は既に完全に一元化されているのである。かつて外資系医薬品メーカーの人から「日本は巨大な一つのHMOではないか」と言われたことがあるが、半分は当たっている。日本は、医療制度の最大の関心事である医療費のコントロールを厚生労働大臣

が全国一本の診療報酬によって行ってきた。厚生労働省の「医療費の将来見通しに関する検討会」で明らかになったとおり、この診療報酬によるコントロールは4～5年のタイムラグをもつて、医療給付費の伸びが経済成長のトレンドを大きく上回らないようにしてきたのである。「公」のファイナンスの下で「私」中心のデリバリーを行うとすれば、このようにマクロの診療報酬改定幅によって財源とのバランスを取るほかない。以上要すれば、日本の医療は①かなり無理をした形ではあるが二元的な皆保険体制を敷き、保険集団の実態に応じた保険料調達を行う一方、②医療供給では自由開業制を認め、それを前提にフリーアクセスを保障するとともに、③この公的な費用調達と自由なサービス提供の間を、全国統一の医療給付の方法、就中、マクロの診療報酬改定という枠組みによって調整してきたのである。だが、現在のようなデフレ経済下では、医療保障の機能を守りつつ保険料水準と医療給付費のバランスを取ることは一層難しくなり、厳しい財政事情では、医療給付費に占める国庫負担の大きさから、医療給付費の抑制がさらに強く求められるだろう。現在のスキームを守りつつ、皆保険の内実を維持するため、今、われわれにできることは何だろうか。



人と市民の介護保険

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

1789年のフランス革命の際のいわゆる人権宣言の正式名称は「人および市民の権利宣言 (Declaration des droits de l'homme et du citoyen)」である。この〈人と市民の使い分け〉につき、樋口陽一はその著『憲法という

作爲』で、それは、権力をわがものにしてしようという〈市民〉の権利と、その権力からの自由を執着する〈人〉の権利の相互依存と緊張の関係を示唆するものであると述べる。すなわち、市民の意思に基づくものとして国家権力が編成されるや否や、統治の主体とそれを生み出した市民は分離し、市民は統治の客体としての人ととの間で、相互依存と緊張関係に立ち戻ると言うのだ。

実際、いわゆる人権宣言では、〈人〉は自由と自然権の享有が保障されるのに対し、〈市民〉は総意の表明たる法の作成に協力し、公職に就任し、租税を分担するとともに、租税の必要性を確認し、その使途を追及し、租税の内容を決める権利を有するとされている。

フランス共和国思想の神髄とも言うべき〈人と市民の使い分け〉であるが、これを介護保険にも当てはめて考えたらどうだろうか。市町村が公権力によって保険料を徴収し必要な者に保険給付するという側面を強調すると、介護保険は市町村の君主国であり、被保険者はその〈臣民〉ということになろう。

他方、被保険者代表が介護保険事業計画委員会に参画し、保険料についても審議するという側面に焦点を当てると、介護保険は被保険者という〈市民〉からなる共和国と考えることもできる。

では、多くの被保険者やサービス事業者の意識はどちらなのだろうか。多くの被保険者が給付は不十分だと言い募りつつ保険料の引き上げには反対するというのでは、その意識は未だ君主国と裏腹に、市町村や政府の関係者には介護保険を自らが統治する国であると思っている節が見受けられる。

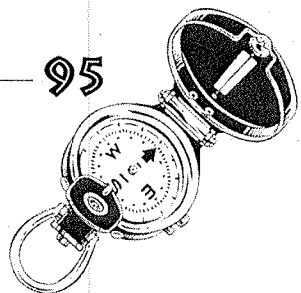
しかし、被保険者が自分分は統治される臣民であるという意識しかもっていないのでは、介護保険という国の存続発展は覚束ないだろう。介護保険がこれからも増える介護サービスのニーズに対応していこうとするならば、給付と保険料の関係をしっかりと理解し必要な給付のためには必要な保険料負担をしようという被保険者が〈市民〉である共和国に転換しなければならぬ。そのためには、被保険者の〈市民〉としての自覚を促す見地から制度運営のさまざまな局面においてその参画を進めていくことが必要であろう。介護保険の給付率と保険料率を被保険者が参加して決定することも検討されるべきである。また、政府も、制度運営とサー

ビス提供にすべて責任を持つかのような、従来の統治者目線を捨てて必要がある。もつとも今回の法改正内容を見ると、政府は相変わらず統治者目線のままのようだが……。

1789年の人権宣言が〈人〉を自然権の享有主体として位置づけていたように、介護保険の共和国においても〈要介護状態にある者〉の尊厳が保持されるよう、必要なサービスが給付されるべき旨が謳われている。では、人間の尊厳に悖る処遇がされている施設や在宅サービスは絶対にならないといえるだろうか。居室のドアやカーテンを開放したままだったり、一室に男女を混住させたり、拘束まがいのことをしていたりといった施設は本当にもう姿を消したといえるだろうか。そんな施設が絶対にならないとはいえないようであるし、昨年、個室ユニットから多床室への逆流の動きがあったことから見ても、関係者はまだまだ措置時代の意識を脱却し切れていないように思われる。

そういう関係者は統治者たる君主の下僚といふべきであり、介護保険の共和国の住民には相応しくない。

〈人〉の尊厳を守るケアのために行う〈市民〉としての負担。介護保険の共和国は被保険者、要介護者という緊張に満ちた往還において成立しているのである。



高齢者医療費を公平に支えるという〈理念〉

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

民主党の公約であった後期高齢者医療制度廃止後の後継制度の骨格は昨年、末の改革会議報告で明らかにされたが、平成24年度実施に向けた道程は見えてこない。それはさておき、後期高齢者医療とは一体、何だったのだろうか。75歳以上の者を独立させて保険を構成するという、保険の原理からすれば常識外れの設計を正当化する際に用いられたのは①後期高齢者には長期療養中や要介護状態の者が多いという心身の特性がある、②後期高齢者に自ら保険料を負担してもらおうとともに、高齢者医療費を国民が公平に支えるという説明だった。しかし、①を明らかにするために設けられた後期高齢者の診療報酬は制度発足後すぐに末期相談料が凍結されたほか、それ以外も制度廃止を待たずに平成22年度改定の際に全廃され、②のうち不評を買った健保被扶養者であった後期高齢者の保険料徴収も半年間凍結され、その後も導入の趣旨をほとんど否定するような9割減額という特別対策が行われた。結局、残ったのは医療保険者の支援金を通じた国民が公平に支える。仕組みだけである。しかも協会健保の国庫補助財源を確保するため、その後、被用者保険の支援金を負担能力に応じて算定する臨時の措置まで講じられている。

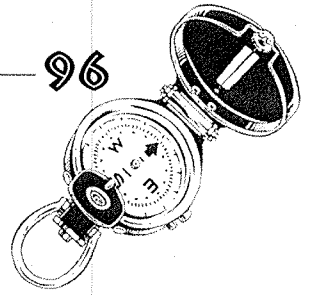
改革会議の報告は、このような制度

発足後の経験を踏まえ、国民（と言っても74歳以下の者）が高齢者医療費を公平に支えるという〈理念〉のみを制約した案と言えらる。公費の投入方や支援する側の範囲に違いがあるとはいえず、これは前期高齢者医療にも共通する〈理念〉である。だが、高齢者医療費を国民が公平に支えることは、本当に国民皆保険における〈理念〉なのだろうか。高齢者のための費用を国民が公平に支えるという〈理念〉は、賦課方式の年金制度の理念ではあっても、アメリカのように高齢者の医療制度しか存在しない国であれば格別、すべての世代を対象とする医療保険にとつて本当に〈理念〉なのか。制度の在り方に沿って考えてみよう。

仮に、国民全員を完全に一本化した制度が存在するとしたら、全国民がお互いを公平に支えるのであって、高齢者だけを公平に支えるという〈理念〉が出てくる余地はない。それなら現在の日本のように被用者保険と地域保険の二元的な制度体系の場合はどうか。就業年齢の制約がある被用者保険とそれのない地域保険の間で高齢者の加入割合の違いによる医療費負担の不均衡が生じる以上、強制加入の制度において、それを放置することはできない。しかし、そのことは高齢者医療費を国民が公平に支えるという〈理念〉に直

結するのだろうか。現在の二元的皆保険の精神から生じる要請は、それぞれの保険者が存続できるよう、社会的許容範囲を超える限度で、医療費負担の不均衡は是正されるべきであるということとどまる。その方法は、保険集団の再編や国庫補助であろうし、それらとの役割分担に基づく保険者間財政調整のこともあろう。

もし、高齢者の加入割合による医療費負担の不均衡の違いは完全に是正すべきだといふのであれば、それは全世代の加入割合の違いについても当てはまる。さらに、所得捕捉の問題に目をすれば年齢構造の是正にとどまる積極的理由もないから、後期高齢者支援金に総報酬割が導入されたように、財政力の格差も調整すべきことになるだろう。そうならば、保険料の円滑な納付を確保するため、集団の経済的社会的な実態に合わせて保険を組織するという二元体系の発想自体も否定されかねない。行き着く先は、全国民を通じて医療保険の一本化である。すなわち、高齢者医療費を国民が公平に支えるという〈理念〉は、制度を一本化するべしという主張と同義なのである。だが、冷静なリアリストは知っている、一本化された制度は柔軟な保険料調達力に欠け、必要な医療給付費を賄うにも窮するであろうことを。



ナショナルミニマム以下のシビルミニマム

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

当時私はまだ学生だったが、1960年代末の東京都政は輝いて見えた。美濃部都知事があのネッチャリした声で〈シビルミニマム〉を都政の政策公準にすると説明したとき、新しい時代の幕が開くような気がしたものである。シビルミニマムはビヴァリッジなどが用いたナショナルミニマムに示唆を得て作られた和製英語であったが、1968年末に発表された東京都の中期計画の理論的枠組みとして用いられて以来、一躍有名になったことは周知のとおりである。このシビルミニマム思想の中心人物であった松下圭一によれば、現代の都市型社会では市民は公共政策による生活最低条件「シビルミニマムの公共整備なくして生活できない。市民の〈生活権〉は社会治療・社会資本・社会保障の3領域にわたるシビルミニマムを政策公準に設定して始めて実効性を持つ」という。これに対し、国の政策公準であるナショナルミニマムは「全国一律であるため低位平準化をもたらすし」、「市民からの距離が遠いため状況変化に対応できず時代錯誤となってしまう」が、シビルミニマムを政策公準とする自治体は「地域個性を生かしながら多様な政策開発を国のナショナルミニマムを超えて」行うことができる」と強調する。そこでは「国に対して政策先導をなしうる制度・政策の開発」

が行われるとされる。

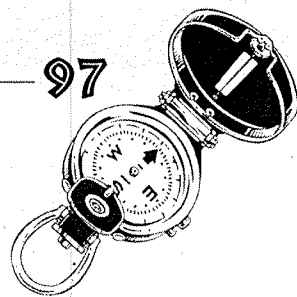
今は懐かしいシビルミニマムのことを書いたのは、その中心的な発信源であった東京都が特別養護老人ホームの居室定員を4人以下にするという独自の基準を発表したからである。国の参酌基準は個室ユニット型とされているのに、それをかつての相部屋に戻そうというのは、何という時代錯誤であろう。国がまだ4人部屋を基準としているときに、都が個室ユニットを独自基準として打ち出すのであれば立派なシビルミニマムの実践であろうに、どうやら東京都はシビルミニマムの本旨を十分理解していないらしい。

そう言えば、シビルミニマムの設定とは、松下圭一によれば「当時、保守・革新の政党に共通するバラマキ主義、また保守・革新の市民運動に共通するモノトリ主義に、市民生活基準という〈合意基準〉ないしルールの導入を提起する」ものであったが、その後、東京都が行ったことは国の反対を押し切つて強行した老人医療費の無料化というバラマキだった。東京都は当時からシビルミニマムの思想を本当は理解していなかったのかもしれない。老人医療費の無料化は、国もそれをそのままの形で後追いするという失策をしてしまったが、東京都はそれによって浮いた財源で対象年齢を65歳に引き下げる

ことまでしたのである。もちろん高齢者にも適切な負担を求めるといふ見直しも東京都独自にはできず、老人保健法の制定という国の対応に追随するという形でしか実現できなかった。結局、東京都の老人医療費無料化は今日まで続く国保財政の窮迫を招く契機となり、さらには現下の国家財政の危機の遠因の一つともなったのである。

その後も東京都の高齢者対策は在宅寝たきり老人手当（5万円）の支給といったバラマキ政策が中心であり、結果として特養ホームなどの基盤整備が遅れることとなった。また、介護保険発足時には、社会福祉法人が慈善的見地から行う特養ホーム等の無料低額事業を営利企業にも認めるといった珍妙な独自政策を打ち出したこともある。

個室ユニットケアは日本の福祉がようやく到達した世界標準である。それは誰だつて他人と同じ部屋で排泄の世話などされたくないという人間として当たり前の気持ちを尊重しようとする。そのような世界標準を否定し、個人の人格を認めないような相部屋特養の新設を進めようとする都市に二度目のオリンピックを開催する資格などない。それとも、相部屋特養の新設は、日本経済のダイナモである東京都には要介護高齢者など居てはしくないというメッセージなのだろうか。



〈社会連帯〉の消失

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

最近の日本社会についての愚痴ではない。改正になった障害者基本法の話である。改正前の同法6条1項に「国民は、社会連帯の理念に基づき、障害者の福祉の増進に協力するよう努めなければならない」とあり、2項に「国民は、社会連帯の理念に基づき、障害者の人権が尊重され、障害者が差別されることなく、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加することができ、社会の実現に寄与するよう努めなければならない」とあったのが、改正後はあつさり「国民は基本原則（注：基本法の内容）にのっとり、第1条に規定する社会の実現に寄与するよう努めなければならない」とされてしまったのである。もちろん、その第1条にも〈社会連帯〉の話は見当たらない。

この改正は、改正前の条文では障害者を除く国民が障害者のために一方的に協力すると読めてしまうという批判を踏まえたものであり、その限りで批判者の意図は十分に理解できるし、国民が協力するという書きぶりも適切とは言いがたい。しかし、障害者も含む国民が、社会連帯の理念に基づき、障害の有無にかかわらず共生できる社会を実現するために努めるべきであると規定することまで否定する必要があつたのだろうか。現に障がい者制度改革推進会議でも北野誠一委員がそのような

改正意見を述べている。

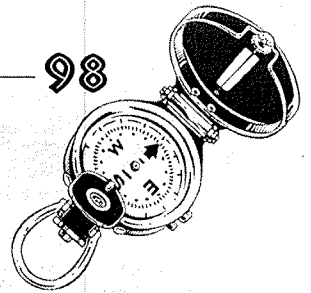
〈連帯〉という言葉は、20世紀初頭にブルジョワが〈連帯主義〉を唱えるなど、主にフランスの共和派が好んで用いられ、現在では社会保障を基礎づける理念の一つとして取り上げられている。わが国にでも昭和34年の国民年金法で「国民の共同連帯」が初めて用いられ、その後、介護保険法や高齢者医療確保法にも登場しているほか、障害者基本法や障害者雇用促進法・身体障害者福祉法などにおいては「社会連帯」が使われている。「国民の共同連帯」が社会保険を基礎づける色彩が濃いのに対し、「社会連帯」は社会保険以外の法領域で用いられることが特徴的であるが、一般的にはより広く社会政策全体の原理として理解されていると言っている。

しかし、憲法25条1項で生存権が謳われているにもかかわらず、なぜ社会政策を支える原理として殊更に〈社会連帯〉が取り上げられるのだろうか。それは、社会政策の実現には何らかの負担が必要である以上、保険料や租税である、障害者雇用納付金である、あるいはその他の無形の負担である、それらを統一的に根拠づける原理が求められるからである。世界の中心で自分には生きる権利があると叫んだところで、それを実現するための負担のシテムがなければ、その権利は空文に終

わつてしまふのだ。

障害者も年金保険や医療保険においては既にその共同連帯に参加している。そうであれば、社会保険も含む障害者施策全般を基礎づける原理として、障害の有無を問わず、すべての国民による〈社会連帯〉があるのは当然のことだろう。障害者が自立し、社会参加できるようにするには社会全体の支援が不可欠である。それを具体的に実現するための理念として〈社会連帯〉には捨てがたい意義があつた。〈連帯〉がフランス共和派の発想であつたことから明らかのように、連帯の主体は自立した市民である。障害者も本来的な意味で自立した個人であり、障害者施策はその自立を全うするために行われると考えれば、障害者も含めたすべての国民による〈社会連帯〉は何らおかしくない。そのような市民の〈社会連帯〉に基礎づけられない障害者施策は、専ら国家による権利の付与や実現に回収されてしまうおそれがあるだろう。

以上の観点からすると、残る問題は、障害者雇用促進法の取扱いである。特に障害者雇用納付金の仕組みを残すとしたら、〈社会連帯〉の理念を鍛えなおして、その根拠とするほかあるまい。差別禁止法制では、形式的なペナルティ以上のものを課す論理は出てこないからである。



介護保険の辞典

大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三

【自立支援】介護保険の中心理念の1つ。国民は、要介護者となっても進んで適切なサービスを利用し、その有する能力の維持向上に努める（法4条1項）ことが求められ、それを前提に、

要介護者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう必要な介護保険給付が行われる。したがって、その目的も要介護者が自立しようと努力することを支援するものである。これは、措置が行政庁により一方的に行われるものだったことと比べれば大きな発想の転換であったが、要介護者が残存能力の維持向上に努めるべきことまで法で定めてあるのはやや鬱陶しい感じがしなくもない。

【利用者本位】これも介護保険創設時の理念の1つ。利用者主義ではないところに、吉野作造の民本主義のような趣がある。法2条3項に「被保険者の選択に基づき」とあるので、保険給付の選択権が被保険者にあることは明らかであるが、利用者本位と取って制度側に立ったような言葉遣いがされたのは、多くは便利で快適なサービスである介護サービスが自立支援に繋がらない形で使われる可能性を危惧したのであろう。認定審査会がサービス利用に關して意見を述べることができるようその表れである。利用者本位は制度理念であるだけでなく、サービス事業者にも求められる。しかし、措置制度の

発想から脱却できない特養ホーム経営者は、多床室を容認するなど、この理念を理解していないようだ。

【在宅重視】これも介護保険の重要なテーマの1つであり、法2条4項にその旨の規定がある。同項にいう居室とは必ずしも自宅に限らず、グループホームなども含まれるから、これは特養ホームのような施設サービスは好ましくないとという方針の表明となっている感がある。だが、ケア付き住宅に24時間訪問サービスがあれば個室ユニット型の特養ホームの機能に代替することができののだろうか。地域包括ケアの真価が問われるところである。

【選択の自由】これも介護保険創設の際に喧伝されたキャッチフレーズであった。利用者本位の項で触れたとおり、法2条3項に定められているが、施設サービスは総量規制で相変わらず多くの待機者がいるし、居宅サービスについても地域密着型では事業者の公募制により事実上の地域独占が出現しそうで、このキャッチフレーズも現在では色褪せて来た感がある。

【予防給付】予防といっても健診のように元氣な人が対象のではなく、要支援状態にある者を対象とするものである以上、軽いといええ保険事故に対応する保険給付である。したがって、最近よく耳にする要支援廃止論の根拠は、保険の本質論ではなく、制度の維

持可能性に求めるべきである。なお、この給付の一部を市町村の判断により地域支援事業のなかで実施することも認められるようだが、地域支援事業では具体的な個人を名宛人とする権利ではなく、市町村によって権利であったりなかったりすることはどう考えてもおかしい。

【保険者】介護保険の保険者は市町村とされている。保険者であることのメルクマールは必要な保険料水準を決定し、被保険者に賦課する権限にあるから、1号保険料の決定賦課を行う市町村が保険者であることは間違いない。では、2号保険料の決定賦課を行う保険者は誰なのだろうか。形式的には各医療保険者が行うが、これは徴収代行と位置づけられており、実際、支払基金から通知された介護納付金を賄うために2号保険料を機械的に賦課徴収するだけである。支払基金は国から示された基礎係数により介護納付金の額を計算して各医療保険者に通知し、国も全国の市町村から報告を受けた給付費総額を基に基礎係数を算出するだけであるから、いずれも保険者ではない。とするとは2号保険料水準を事実上決定しているのは全国の市町村の集合ということになる。こうして見ると介護保険は、上半身は市町村ごとと別々であるが、下半身は全国一本の制度なのである。