

## 2005年介護保険法改正の立法政策的評価

大阪大学大学院人間科学研究科教授

堤 修 三

### はじめに

2005年に成立した改正介護保険法の本格施行から1年余が経過しようとしている。市町村や介護サービスの現場は、少しは落ち着いてきたのだろうか。施行の当初、多くの現場が手探りのような状態で突合せざるを得なかったようだが、その原因は何だろう。

その理由としては、介護保険法の改正が多岐にわたり、具体的な内容の全体像がなかなか明らかにされなかったということもあるが、本当は、改正の狙いが今ひとつ明確でない事項があったり、建前の説明とは別に本音の狙いがある改正内容があったりして、法改正の‘意味’を‘了解’することが難しかったということが、最も大きいのではないか。筆者は社会保険制度の企画立案や立法業務に携わった経験があるが、今回の改正介護保険法の内容を見ると、何のためにこのような改正したのか、もっと別のスマートな方法があったのではないか、こんなことまで法律にする必要はなかったのではないか…といった疑問を感じるところが少なくない。

本稿では、改正介護保険法の実施状況がほぼ明らかになってきた現段階において、改めて改正条文を読み直し、主として立法政策的観点から、いくつかのポイントに絞って、介護保険法2005年改正の評価を試みてみたい。

### 実態のないサービスメニューの追加

改正法の眼目の第1は、介護予防重視型システムへの転換である。法律の構成上も、従来の介護サービスに「介護予防」の語を付した新しいメニューが合計16種類も追加され、給付体系自体から二本立ての構成となっている。だが、介護サービスと予防サービスとはメニューを別にするほど、その内容が截然と区別されるものであろうか。法2条が「前項の保険給付（注：介護給付・予防給付）は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう…行わなければならない」としているとおりに、要介護状態であっても、予防に配慮したサービス提供は必要であり、両サービスは連続的と考えるべきではないのか。また、要介護状態・要支援状態という対象者の状態も、改正後の要介護認定と要支援認定において基本的には同一のロジックが使用されていることに示されるように、人間の状態のことであるから当然ではあるが、連続的である。

とすれば、わざわざ保険給付をダブル・メニューとしなければならない必然性があったかどうか、大いに疑問である。具体的なサービスを見ても、例えば、訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護とはどこが違うのだろうか。後者については「介護予防を目的として」行われるとされているが、介護予防サービスの指定基準に示されている介護予防訪問入浴介護の「介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」を仔細に読んでみても、介護予防を目的として行うには具体的にどのようにすればいいか、一向に明確でない。通常の訪問入浴介護と異なるのは、

要介護でない分、手間が掛からないからであろう、必要なサービス従事者の数が1名以上でいいとされており、それに伴い、報酬額も低く設定されているだけである。結局、要支援1・2の者に対する介護報酬を引き下げることが狙いだったと理解するしかないが、それならば、介護報酬上、そういう手当てをすればいいだけの話であって、実態もないのに介護予防訪問入浴介護という別のメニューを設ける必要はなかったのではないか。

今回の改正全体を通じていえることであるが、政策担当者は極めて機械的な人間観に立って、制度設計をしているように感じられる。対象者が要介護状態あるいは要支援状態にあるといっても、個別の状態は対象者によって千差万別である。したがって、それに必要なサービスの種類も多様であり、同じサービスであってもその提供内容や方法は対象者によって異なってくるであろう。介護というものがその対象者の生活全体をカバーするものである以上、そして、対象者の状態や環境が一つとして同じものがありえないという人間の個性・多様性を前提とせざるを得ない以上、制度内容をどんなに細かくしても対象者のすべての状態に完全に対応することは不可能なのだ。とすれば、対象者の個別の多様な状態への対応は、基本的には現場のサービス提供者に任せるほかない。サービス提供の方法論において明確な違いがなく、また、市場にサービス提供の実態もないにもかかわらず、観念的にサービス類型を作って並べるのは、あたかも組立てられたもののように要介護者・要支援者のニーズを分解できるという、機械的な人間観に基づくもののように感じられる。超高齢社会において大量に発生する要介護・要支援者のニーズに対応するため社会保険という大量処理の方法を採用しつつ、極めて多様で個性の強い対象者の介護ニーズにどう対応するか、これは介護保険の制度化における最大の問題の一つであった。介護保険は類型としては介護サービス費用のファイナンスをする制度<sup>[1]</sup>であり、現場にサービスを直接届けて管理するサービス給付の制度ではない。とはいえ、ファイナンスをする上でサービス提供に関する一定の枠組みは必要である。居宅サービス費の

支給限度額を導くための要介護認定基準・ケアマネジメント・提供実態に合わせたサービスメニューの類型化などは、必要な止むを得ざる割切りとして導入されたのである。したがって、制度上の枠組みはできる限り少なくし、現場における対応のアロウワンスを残しておいた方がいいことは、要介護・要支援ニーズの多様性・個別性を考えればいうまでもない。このような意味でも、介護予防をダブル・メニューとしてサービス類型を細分化したことには疑問が残るのである。

## 分りにくい地域包括支援センター

今回の改正で市町村の担当者を一番泣かせたのは、地域包括支援センターであろう。スタートしてから1年近くたった現在でも、指定介護予防支援の事務に追われて他の事業に手がつけられないという市町村も多いようだ。地域包括支援センターは、地域における関係者の包括的なネットワークをベースに、予防給付に係る指定介護予防支援のほか、介護予防事業のマネジメント（以下、介護予防マネジメント）、虐待防止や権利擁護を含む総合相談・支援事業、包括的継続的ケアマネジメント事業を、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの3職種協働により行うものと説明されている。パソコンの作図機能を駆使した説明図もたくさん作られているが、しかし、それらの説明で地域包括支援センターが何たるかを明確に理解した人は少ないのではないか。

地域包括支援センターが分りにくいのは、指定介護予防支援という給付事務とそれ以外の介護予防マネジメントや総合相談・支援、包括的継続的ケアマネジメントの業務—いわば2種類の異質の業務がセンターの事業として同居させられていることが第1の理由であろう。しかし、より本質的には、これらの1つ1つの事業は何と理解できるにしても、それらを統合するセンターの基本理念が明確に示されていないことが最大の問題であると思われる。

まず、給付事務とそれ以外の業務の並存については、指定介護予防支援と介護予防マネジメントを一体的に実施するというのは理解できるにしても、他

の2つの事業と並存させる必然性はどこにあるのだろうか。介護予防を徹底するには予防給付より前に行う介護予防事業も大切であり、そのためには市町村に保健師を配置して、それを担わせることが必要である。総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントも是非とも全国の市町村で実施させたい。これらは地域包括支援センターで包括的に行うべきである。しかし、介護予防マネジメントや総合相談・支援、包括的継続的マネジメントの業務は介護保険の給付を行う上で必須の事務ではないので、それだけでは法律上地域包括支援センターを全市町村に設置させることは難しい。他方、介護予防マネジメントは保健師が指定介護予防支援と一体的に行うのが望ましい。そこで、指定介護予防支援という給付事務（これは、いうまでもなく、保険制度にとって不可欠の事務である）を行わせることにすれば、地域包括支援センターを全国の市町村に設置させることができるのではないか。推測に過ぎないが、ざっとこんな議論を経て現在の姿にたどり着いたのではなからうか。問題は、なぜ、そうまでして「地域包括支援センター」という機関を法律上設けなければならないかであるが、その是非については後述する。いずれにせよ、地域包括支援センターの事業に給付事務を加えた以上、実務的にそれが優先されるのは当然であり、そのために、それ以外の業務が進められないという今日の状況は、予想されたところというべきであろう。

それでは、指定介護予防支援およびこれと一体的に行われる介護予防マネジメントは別として、総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントを中心とした地域包括支援センターであったなら、その基本理念はどのようなものであったと考えることができるだろうか。それらの事業は、給付事務や保険料関係事務のように保険者として当然に行わなければならないものではない。だが、地域の介護問題に適切に対応するには、保険者は保険者として当然に行うべき事務を行うだけではなく、被保険者＝住民のために、後見的な立場に立って、彼らの苦情や相談に応じて必要なアドバイスをしたり、適切なケアマネジメントが行われるよう地域のケアマネージャー

に指導助言を与えたりすることが必要であろう。すなわち、地域包括支援センターは介護保険の保険者として市町村が果たすべき‘被保険者支援機能’を担うものと考えれば、そのイメージが明確になってくるのではないか<sup>[2]</sup>。医療保険の保険者においても同様であるが、とりわけ保険給付だけではすべてのニーズに対応し得ない介護保険においては、保険者たる市町村は狭義の保険者事務だけではなく、‘護民官’として被保険者＝住民に対する支援機能を担うことが期待されているといえるだろう。

このように地域包括支援センターを市町村保険者としての被保険者支援機能を担うものと捉えれば、指定介護予防支援（これと一体的に行われる介護予防マネジメントも同様）についても、すべて保健師が作成するという建前にこだわる理由はない。一般のケアマネージャーが作った介護予防サービス計画を保健師が専門的な立場から指導助言するということが十分であろう。介護給付の居宅サービス計画について主任ケアマネージャーが指導助言するのと同じように考えればよいのである。現在の仕組みの下でも、地域包括支援センターは介護予防サービス計画の作成を一般のケアマネージャーに委託し、保健師がそれをチェックするということにすれば、指定介護予防支援の業務も実質的に被保険者保険者の後見的業務とすることが可能である。それによって、利用者が要支援状態から要介護状態になっても、同じケアマネージャーが一貫してケアマネジメントに携わることができることとなろう。ケアマネジメントの本質からすれば、この継続性を確保することの方がよほど大事である。そういう観点からは、一般のケアマネージャーに対する介護予防サービス計画作成の委託を8件に限定する必要はない。そもそも、指定介護予防支援に限って地域包括支援センターの保健師が担当しなければならない理由もそれほど明らかとはいえない。ケアプランを給付化し、一般のケアマネージャーに委ねた精神とはあまりにも差がありすぎるのである。措置への逆行といわれても止むを得ないだろう。指定介護予防支援には専門知識が必要というのであれば、ケアマネージャーに一定の追加的な研修を受けさせ、その者を‘予防支援専



専門員’とした上で、予防支援専門員のみが介護予防サービス計画を作成できることとしても良かったのではないか。

以上、地域包括支援センターという制度を前提に、その基本理念を保険者の被保険者支援機能を担うものとして考察してきたが、翻って考えれば、重要なのは保険者がそういう機能を果たすことであって、‘地域包括支援センター’という機関を設けること自体は本質的なことではない。保険者の被保険者支援機能に基づく事業という意味では、地域包括支援センターの事業とされているもの以外にも、現に地域包括支援センターとは関係なく市町村が行っている事業の中に、そのような事業と考えて差し支えないものがあるだろう。とすれば、法律上規定すべきだったのは、「保険者は被保険者支援機能を果たすべし」という趣旨であり、地域包括支援センターの設置ということではなかったのではないか。法律上は、「市町村は、被保険者の適切なサービス利用を確保するため、被保険者からの介護に関する相談に応じること、居宅サービス計画および介護予防サービス計画の作成に関し介護（予防）支援専門員に必要な助言を与えること、その他必要な事業を行うことに努めるものとする。」といった内容の条文を書けば足りたのである。このような規定は、現在の地域支援事業の条文と一部重なるかもしれないが、保険給付を補完するため市町村が行うべき事業（介護予防事業）と被保険者支援機能として市町村が行うように努めるべき事業とは、区別して規定することが望ましい。被保険者支援機能として考えられる事業は様々であるから条文に列挙する事業は例示に留め、それぞれの市町村が実情に応じ何が必要な事業であるかを考えて工夫しながら実施することが適当だからである。また、その方が自治事務としての介護保険に相応しいだろう。もちろん、このような規定を参考に、市町村が保険者の被保険者支援機能を踏まえた様々な事業を実施し、それらを担う機関を地域包括支援センターと称することは全く自由である。

このように指定介護予防支援の業務を担わせることによって市町村に地域包括支援センターの設置を実質的に義務付ける方法は、地方自治の観点からも

問題が多いと思われるが、そもそも行政のスリム化が言われている今日、〇〇センターといった機関の設置でもないのではないか。そんなことにも配慮したのか、地域包括支援センターは、直営でも委託でも良いこととされている。おそらく従来の在宅介護支援センター（老人福祉法上は老人介護支援センター）の規定に倣ったのであろう。これは、直営を主張する職員組織とそれを嫌う旧自治省との間に立った妥協の産物であったと記憶しているが、結果として、その制度上の位置づけが曖昧になったことは否めない。地域包括支援センターは、その機能面と制度的位置づけの両面で分かりにくいものになってしまったのである。

## 制約される選択の自由

介護保険が大方の国民に比較的好感を持って迎えられたのは、それまでの措置制度では認められていなかった‘サービスを選択する自由’が利用者に認められたということが最も大きな要因であろう。在宅サービスは言うまでもなく、‘施設か在宅かも選べます’というのが謳い文句だったからである。だが、2005年改正で、この選択の自由はかなり制約を受けることとなった。

まず、予防給付のケアマネジメント（指定介護予防支援）については、前述のとおり、地域包括支援センターが担当することとなり、しかも、その設置は市町村の一定の圏域ごととされたことから、被保険者は必然的に自らの住所地を管轄する地域包括支援センターでそれを受けるしかない。介護給付のケアマネジメントにおいては、同一の居宅介護支援事業所であってもそこに所属するケアマネージャーの中から自分の担当者を選ぶことができたが、地域包括支援センターの保健師では、それもできないだろう。加えて、介護予防マネジメントは指定介護予防支援と一体的に行うとされていることから、当然、そちらのマネジメントに関しても住所地の地域包括支援センターという以外の選択肢は用意されていない。さらに、介護予防事業のサービス提供事業者は市町村から委託を受けた事業者とされているが、介

護予防事業のサービス提供と予防給付のサービス提供は一体的連続的に行われるべきだということになれば、被保険者が選べるはずの予防給付のサービス事業者についても選択の自由が実質的に制約されるおそれがある。このように、新しい予防給付については、介護予防事業との一体的連続的運用により選択の自由が狭まって措置的なものとなってしまったが、これを被保険者＝住民はどう受け止めるだろうか。介護予防事業においてハイリスクグループに該当すれば、自ら申請などしていないにもかかわらず、介護予防プログラムへの参加を勧められることなどと相俟って、介護保険は‘みんなで作る’ものから‘行政が行う’ものになってしまうような気配である。

地域密着型サービスについても、同様の制約がかかってくるおそれがある。地域密着型サービスについては、市町村がその区域をさらに細かく分けた圏域ごとに介護保険事業計画において必要整備量を定めるとされていることから、圏域ごとに限られた事業者しか参入できないこととなる可能性が大きい。そうなれば、利用者が事業者を選択できる余地は実質的に著しく狭まってしまうだろう。また、市町村によっては、1つの圏域に所在する地域密着型サービスの利用を当該圏域の住民に限定するケースもあるかもしれない。これらの選択の自由の制限は、選択と競争によるサービスの質の確保向上という目的にも反する。住み慣れた地域でサービスを利用できるようにするというねらいを制度的に担保しようとするあまり、事業者の自由な参入を制限して未整備圏域へ参入を促すこのような仕組みが案出されるのだが、医療計画でも用いられているこの社会主義的方法は本当に所期の効果をあげることができるのだろうか。選択の自由を制限し、サービスの質の確保につながるという副作用の方が全体としては大きいのではなかろうか。

地域密着型サービスの創設は、住み慣れた地域でのサービス利用ということのほか、当該サービス事業所の指定監督の権限を市町村に付与し、市町村の介護保険財政に関する自律性を高めるというもう1つのねらいもあったのだが<sup>[3]</sup>、同じ趣旨の改正が、

従来型の介護保険施設等の指定について「都道府県は市町村の意見を求めるものとする」という改正であった。また、都道府県介護保険事業支援計画に定めるサービスの総量規制の対象に介護専用型特定施設入所者生活介護が加えられたのも、それが介護保険財政に与える影響を踏まえたものである。このように介護保険施設や施設系在宅サービス（グループホームや特定施設）についての量的規制が強化されるに伴い、都道府県や市町村によっては、制度上認められている範囲を超えて、例えば一般の有料老人ホームなどについても、事実上の参入規制を行っているところもあると聞く。これらの制度上・事実上の施設系サービスの参入規制がもたらすものは何だろうか。

在宅重視というのは確かに介護保険の基本原則の1つであるが、高齢単身者や高齢者のみ世帯の増加、家族介護力の低下が続いている状況では、施設系サービスのニーズはむしろ増え続けている。施設入所待機者が相変わらず増えていることはその端的な証左であろう。そういう状況であるにもかかわらず、施設系サービスは費用が嵩むからという理由で、そのニーズに正面から向かい合おうとしない姿勢を取り続けていいものだろうか。おそらくニーズがある以上、脱法的な施設まがいの在宅サービス（病室のような部屋しかないアパートの入居者にアパート設置者と提携するサービス事業者が在宅サービスを限度額いっぱい外付けで提供する形態）が横行するに違いない<sup>[4]</sup>。

しかし、そういうことよりも深刻な問題は、介護保険料を納めているにもかかわらず施設系サービスを利用できない被保険者において、事実上の掛け捨て感やたまたま施設系サービスを利用できている人との不公平感が募り、介護保険制度自体への信頼を損ねるおそれがあるということである。保険である以上掛け捨てになることがあることは当然の前提であるし、常に必要なサービスが受けられるとは限らないということも現実的には止むを得ないことであるが、介護保険の場合、それが深刻な問題となるのは、介護リスクには医療リスクと異なり交替可能性がないということによる。すなわち、傷病になると

いうリスクは、不治や難治の場合もあるが、基本的には治癒する可能性があるということであり、それが医療保険の前提となっているのである。ある年は健康で保険料は掛け捨てになったが、翌年は病気になって保険料以上の給付を受けるかもしれないから保険料を納めようというのが、医療保険を支えている被保険者の素朴な心理であろう。だが、介護リスクの場合、いったん要介護状態となれば、普通は最後まで要介護状態のままであり、要介護者の立場とそうでない者の立場が交替するということはない。その意味で、介護保険の場合は、医療保険のように毎年保険契約への加入をリセットしているといった説明は困難なのである。むしろ介護保険は、年金のように長期的に人生のリスクに備えるという側面を持っており、その限りで、医療保険のような‘掛け捨てあり’で割り切ることは難しい。とすれば、介護保険に対する被保険者の参加（保険料の納付）を維持していくためには、少なくとも要介護状態になった場合には必要なサービスを受けることができるということが強く担保されなければならないのである<sup>[5]</sup>。保険料を納め続けてきたにもかかわらず、要介護状態となって施設系サービスを受けないという切実な状況になったときに、実際に受けられる施設系サービスがないということは、いわば詐欺に近いものというべきであり、それが一般的な事態ということになれば、被保険者＝国民の介護保険に対する信頼は一気に崩れてしまうおそれがある。とりわけ、介護保険では在宅サービスも施設サービスも選べますと説明してきたことからすれば、なおさらであろう。重度者優先ということは止むを得ないとしても、一定の要介護度以上で自宅での介護が困難な者に対する施設系サービスの保障については、今のような頑なな姿勢ではなく、以上のような介護保険の特性を踏まえて正面から取り組む必要がある。そのためには、施設系サービスと居宅系サービスの介護報酬のバランス（例えば、要介護度ごとに施設・在宅を問わず介護報酬を在宅の支給限度額で揃える、あるいは、施設系サービスの場合、効率的なサービス提供を考慮して在宅の支給限度額から一定割合の割引をするなど）を取ることも検討す

べきであろう。‘選択の自由’という価値はそこまでしてでも守るべき価値なのである。

## 地方の事務の国家事務化

介護保険法は地方分権の試金石といわれたとおり、市町村の保険者事務を中心として、すべての事務が自治事務として構成されている。しかし、実際の運用を見ると、要介護認定事務が典型であるが、「厚生労働省令で定めるところにより」、「厚生労働大臣が定める基準に従い」行うこととされているので、法定受託事務と変わらなくなっているものも多い。要介護認定に関しては、制度創設時において、他の市町村の認定と異なると不服申立の頻発を招くおそれがあるからという理由で、市町村長から全国統一的な基準の策定が強く求められたという経緯があり、そのようなことになっているのであるが、今回の改正では、本来は任意の事務まで事実上実施が義務付けられ、国家事務化する傾向が見受けられる。

第1が、介護支援専門員に関する改正である。今回の改正で、介護支援専門員の試験に合格し、研修を終了した者は「厚生労働省令の定めるところにより」都道府県知事の登録を受けることができ、登録を受けた者は都道府県知事に介護支援専門員証の交付を申請することができるという規定が設けられたが、これも「できる」と規定することにより、都道府県に事務の実施を義務付けるものではないという体裁を取りながら、都道府県知事に登録し介護支援専門員証の交付を受けた者でなければ介護支援専門員として活動できないこととして、事実上、都道府県に事務の実施を義務付けることとなっている。また、都道府県知事は介護支援専門員実務研修受講試験の問題作成・合格基準の設定の事務を厚生労働大臣の登録を受けた試験問題作成機関に行わせることができるとの規定も設けられたが、これも、現状追認とはいえ、本来は都道府県の事務であるものを事実上、国レベルに引き上げるものである。このような地方の事務の事実上の国への引き上げをどう理解すべきだろうか。従来の地方と国の事務配分に観念的に過ぎた部分があったと考えるべきか、それとも



国の抜き難い地方不信により事務配分の骨抜きが行われていると捉えるべきか、見方は様々であろう。このケースは、介護支援専門員という介護保険の基本をなす制度に関する事務であるから、一定の現実的妥当性は認められるかもしれないが、次の「介護サービス情報の公表」制度に伴う都道府県事務の創設はどうであろうか。

今回の改正で創設された介護サービス情報の公表制度は、介護サービス事業者に都道府県知事に対する介護サービスに関する情報の報告を義務付け、それを受けた都道府県知事が行う調査・公表、介護サービス事業者の処分、市町村長への通知などからなっている。この都道府県知事の事務は介護サービス事業者の指定事務等と同様に自治事務のほうであるが、報告の対象となるサービスの種類、報告を行う時期・方法、報告すべき情報の内容については、政令や厚生労働省令で定められることとされており、要介護認定の事務と同様、国の関与が強いものとなっている。介護サービス情報の公表に関する都道府県の事務は、上記の介護支援専門員に係る事務と異なり、従来は制度上全くなかった事務を新たに創設するものであるが、果たして新たに創設するだけの必然性、それも国の関与が極めて強い事務として創設する合理性があったのだろうか。国の説明によれば、介護サービス情報の公表制度は、従来の介護サービスの自己評価・外部評価あるいは第三者評価とは異なり、利用者に介護サービス事業者を選択する上で必要な情報を提供し、その適切な選択を通じサービスの質の確保向上を図るものであるとされているが、自己評価・外部評価あるいは第三者評価の事業が省令や通知レベルで行われているのと比較して、より簡単な仕組みである情報の公表制度が法律に基づかなければならないとは考えにくい。現に、事業者から介護サービスに関する情報を集めて公開していた地方自治体も存在していたのであるから、法律の根拠がなくとも実施できなくはないのである。とすれば、法律の根拠を設け、その具体的な内容を国が詳細に定める必要性はさらに希薄であろう。どのような事業者にどんな内容の情報を公開させるかは、地域の実情に応じ、それぞれの地方自治体が決める

こととしても差し支えはないはずである。要介護認定や介護支援専門員に関しては、その基本的な重要性にかんがみ、自治事務であっても国がある程度詳細なルールを作ろうとすることは理解できるが、介護サービス情報の公表制度の場合はそこまでする必要はないのではないか。あえて言えば、利用者のサービス選択に資するために事業者が介護サービス情報を公表させるのは、地域包括支援センターに関して述べた保険者の被保険者支援機能に基づく業務と考えるべきであり、その意味では、市町村（あるいはその意を受けた都道府県）が行うことが望ましい事業の1つとして例示する程度で十分だったのである。地方分権とは、法律上地方自治体が行う事務を自治事務にすれば済むということではない。地方自治体が、法の目的に照らし住民の福祉にとって必要なことは何か、何をすべきかを自ら考え、それを実行することにこそ、本質がある。そのためには、国は制度上必須のこと以外はできる限り関与しないことが大切である。法律上どうしても必要なこと以外は規定しないこと、仮に法律上規定する場合でも、例示するにとどめたり、大まかなルールのみを定めたりすることによって市町村の工夫の余地を残すことが望ましいことを、国の立法担当者は肝に銘ずべきであろう。「立法の過剰」は社会保障の通弊であり、その専門家支配に繋がるものであることを忘れてはならない。

## 保険料で賄う限界

新たに市町村が行うこととなった地域支援事業は、実施が義務付けられている①介護予防事業および②包括的支援事業（介護予防マネジメント・総合相談・支援、包括的継続的ケアマネジメント）と、③任意実施とされている事業（介護給付費の適正化事業、虐待防止・権利擁護事業、介護方法の指導等介護者支援事業、その他介護保険運営の安定化・被保険者の日常生活支援事業）とからなり、①の事業については第2号保険料も含む保険給付費と同様の財源、②および③の事業については（第2号保険料を除く）国・地方の公費と第1号保険料からなる財源

によって賄われることとなっている。なお、市町村が行うことができる保健福祉事業に関する規定も存置され、介護予防のために必要な事業や介護者支援事業などが地域支援事業と重複する形で例示されている。

これらの規定を見て第1に感じるのは、介護予防事業の財源は保険給付費と同じ構成とされているにもかかわらず、介護予防事業が介護予防サービス（予防給付）とは別に、「事業」として構成されたのは何故かという疑問である。給付と事業とは、前者は個人を名宛人とする個別の権利に基づくもの、後者は実施する主体が中心で個別の権利に基づかないものという違いがあるが、予防給付と介護予防事業の場合、給付と事業の違いは本当に明確にあるのだろうか。介護予防マネジメントと指定居宅介護支援は一体的に行われることが強調され、また、それらに基づく介護予防サービスと介護予防事業もおそらく一体的に行われるだろうことを考えれば、必ずしも明確ではないのではないか。しかも、市町村の現場から聞こえてくるように、介護予防事業の対象者が意外に少なく、多くの者は既に要支援の認定を受けているとなれば、なおさらである。

社会保険であることの基本に立ち返って考えれば、保険料財源を義務的な支出の費用に使う場合、それは給付として構成するのが原則である。言葉を補えば、給付として構成できる範囲で保険料を財源とすることが認められるのである。これは、強制加入の社会保険においては、被保険者は自分に給付が戻ってくるという前提に立って保険料を拠出しているからであり、例外的に給付以外の事業に保険料が使われるとしたら、被保険者自身が特別にそれを了承している場合に限られるべきなのである。すなわち、保険料を充てる「事業」の実施は保険者の任意とするのが筋である。とりわけ、事業を実施する市町村とは直接の関係のない被保険者が拠出する第2号保険料を財源とする場合は、この制約は格段に強くなるであろう。また、「事業」に対する支出は給付費と異なって支出範囲が曖昧であり、無駄遣いに繋がりやすいことも忘れてはなるまい。にもかかわらず、このような財源構成による地域支援事業を制度化せ

ざるを得なかったのは、国の財政再建に向けた予算制約の中で従来の老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業の補助金などを維持することが困難となり、それに変わる市町村向けの財源が必要であるという事情があったからであろうが、それにしても、まだ効果に関し議論が残っている介護予防事業のために第1号保険料はおろか、第2号保険料まで注ぎ込むことには首を傾げざるを得ない。

第2の問題は、介護予防事業以外の包括的支援事業についても実施が義務付けられ、第1号保険料と公費が充てられることである。第2号保険料を投入するのではないので、当該市町村だけの問題ではあるが、それでも、介護予防マネジメント・支援とそれに基づき行われる介護予防事業の財源が異なるのは何故か、総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントに第1号保険料・支援が投入される理由は何かといった問題は残る。特に、前述のように総合相談・支援や包括的継続的ケアマネジメントを市町村保険者の被保険者支援機能に基づく事業と考えた場合、その費用に第1号保険料を当然のように投入することは疑問である。やはり任意実施として、保険者の判断という手続きを経るべきだったのではなかったか。

## おわりに

2005年の介護保険法改正は、改正点が多岐にわたることもあり、極めて掴みどころのない改正であった。といっても、改正を貫いていた重要な契機が国の財政制約であったことは否定できないところであろう。保険料の長期的な見通しが示され、その負担の重さが強調されてはいたが、本当のところは将来の保険料負担よりも直近の国庫負担が問題であったことは間違いない。しかし、ストーリーとしては、長期的な負担の限界を論拠として介護予防の重要性を主張し、足元の国家財政の急迫を理由に施設のホテルコストの自己負担化や介護報酬の抑制を図るというものであった。ホテルコストの自己負担化が前倒しで実施されたことは、この間の事情を物語るものである。また、長期的な観点からの予防対策と当



面の財政対策という組合せは、2006年の医療制度改革の構図とも共通するものであった<sup>[6]</sup>。今回の改正は基本的にはこのような絵柄ではあったのだが、それを政策として見映えが良く前向きの改正であるかのように印象付けるため、本稿で述べてきたとおり、改正内容がいたずらに複雑化し、かつ、技巧的になった側面があったように思われる。それは、法律レベルにとどまらず、介護報酬や指定基準レベルでも同様であり、一層、顕著であった。だが、ファイナンスの制度である介護保険制度をどれほど精緻<sup>せいじ</sup>に動かしても、現場のサービスや利用者の行動パターンが目論見どおりに変わるとは限らない。本当は、制度はできる限りシンプルにして、被保険者・住民が参加しやすい制度の基本構造を守ることが大切なのだ。財政的に厳しい状況にあるのであれば、技巧を凝らした政策に訴えるよりも、給付を抑制するか負担を増やすか、率直に訴えるべきではないだろうか。国の財政が苦しいことは国民誰しもよく分かっている。今回の介護保険法改正は、厳しい財政状況において採るべき政策の姿勢に反省を迫るものであったといえるだろう。

【マッセOSAKA研究紀要 第10号（平成19年3月発行）より転載】

## 注 釈

[1] 医療保険における療養の給付と療養費の支給の場合も同様であるが、サービスの給付とサービス費の支給とでは、理論的には、前者は市場におけるサービス提供の実態の有無に関わらず、保険者（あるいはその委託を受けた者）がサービスそのもの、すなわち現物を提供するという前提に立っているのに対し、後者は市場においてサービス提供の実態があることを前提として、そのうち一定の要件に合致するものの費用（現金）を支給するという違いがある。健康保険法において当初、療養の給付を担当する機関の筆頭に保険者が設置する医療機関が掲げられていたのは、その前提を明確に示すものであろう。このような意味で、介護保険法において介護サービス費の支給という方法が採られたの

は、介護サービスの提供が市場において行われる実態があるという前提に立っているのである。

[2] 説明によっては、地域包括支援センターの最も重要な機能は、地域の保健医療福祉関係者のネットワーク（地域包括支援ネットワーク）を構築することであるといわれることがある。そういうネットワークの重要性自体は理解できるが、それは、関係者による不断の人間関係の構築・更新に基づくものであり、地域包括支援センターを作ればできるというものではないし、地域包括支援センターの事業実施の前提または結果であることはあっても、事業そのものではない。あえて言えば、「地域包括支援センター運営協議会」がそれに近いかもしれないが、運営協議会を作ることが地域包括支援センター設置の目的であるとは本末転倒である。

[3] 保険者の事業者に対する権限が強化され、サービスの供給量をコントロールすることができるようになって、介護保険財政の自律性が確保されること自体は悪いことではない。医療保険において保険者の給付費に対するコントロールの機能・権限が弱すぎることは夙に指摘されてきたところである。しかし、その場合に注意しなければならないことは、給付に関する権限を持った保険者が、保険財政の安定を考えるあまり給付費抑制一辺倒となって、サービス受給者の立場を二の次にしがちなことである。それを避けるには、保険運営に対する被保険者の関与において、保険料納付者とサービス受給者という被保険者の2つの立場を公平に扱うことが欠かせない。被保険者参加による保険運営といってもこのバランスが取れていなければ、真に当事者が参加する保険とはいえないからである。

[4] この施設まがいの在宅サービスの場合は、あくまで住居であるから、訪問看護や訪問介護のサービス提供中以外の時間における事故については、アパート設置者もサービス事業者も責任を負うことはない。

[5] このような介護リスクの特性を考えた場合、サ

ービス受給者があまりに限定されることは危険である。保険料が掛け捨てになる可能性の大きいことを考慮すると、むしろ広く薄く給付が行われることが望ましいという面もある。また、同じことの裏返しとして、保険料はできるだけフラットである方が被保険者の理解を得やすく、保険料水準自体も高いと思われるようになっては好ましくないということになる。介護保険料が市町村国保の保険料と比べ比較的フラットな構造となっていること、給付費の半分は公費で、30%を超える割合で現役世代からの保険料が一律に投入されることにより、保険料が高くなり過ぎないようにしていることなどは、このような介護リスクを踏まえた工夫なのである。

- [6] 介護保険の名誉のために付言すると、予防対策の重視のねらいが長期的な給付費の抑制ということにあることは事実であるとしても、法律構成の上では、あくまで「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資する」ことが目的であって、介護費用の適正化そのものがねらいとされているわけではない。この点、特定健診や保健指導が医療費適正化の手段の1つと位置づけられている2006年医療制度改革法とは異なる。