

介護保険におけるサービス受給の権利性の法的検証と課題

有 馬 晋 作

（大口市役所企画調整室長・本学非常勤講師）

Legal Inspection and Problem on the Right of receiving Service in Public Care Insurance

Shinsaku ARIMA

はじめに

- 1 介護保険採用の理由
 - 2 介護保険の仕組みと課題
 - 3 サービス受給の権利性の法的検証
 - 4 サービスの質確保の権利性の検証
 - 5 過疎地域での課題—低所得者対策—
- おわりに

はじめに

近年の高齢化の急速な進展にともない、介護保障の必要性に関する国民的な合意がほぼ形成され、制度の仕組みについて、これまでの租税負担による措置制度を支持し、それを国民の権利として確立しようとする立場と、新たに社会保険方式を導入して確立しようとする立場があったが、最終的には社会保険方式である介護保険が2000年4月から導入されることになった。

この介護保険採用の大きな理由のひとつに、介護保険は従来の措置制度に比べサービス受給の権利性が高まるという主張があった。本稿では、この主張を、介護保険におけるサービス受給及び質の確保に関する権利性として法的に検証・考察するとともに、低所得者のサービス受給の権利性に実質的に影響を与える保険料・利用料の負担について、低所得者が多いとされる過疎地域の課題として考察したい。

1 介護保険採用の理由

介護保険という社会保険が採用されたのは、従来の福祉分野において租税を財源として行なわれてきた措置制度と比較して、社会保険方式の方が、サービスの利用手続きや供給、財源のあり方等においてメリットが多いと考えられたことなどによる。¹⁾

例えば、厚生省は、従来の高齢者福祉制度の問題点として、①市町村がサービスの種類・提供機関を決めるため利用者がサービス選択をすることができない、②所得調査が必要なため利用に当たって心理的抵抗感がともなう、③市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるた

め競争原理が働かずサービス内容が画一的になりがち、④本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担となるため中高所得者（退職サラリーマン層）にとって重い負担となると指摘していた。²⁾

これに対して、厚生省は、長寿化が進んだ今日では誰でも要介護状態になる可能性が高いという「介護リスクの一般化」から、社会保険の仕組みがなじみやすいとした上で、介護保険のメリットとして、①受益と負担の関係が明確な保険料の導入により高齢化の進展に伴って急増する必要な財源を安定的に確保できること、②医療・福祉・保健のサービスの総合化が図れること、③所得に関係なく利用の普遍化が図られること、④サービスの利用が契約となるため利用者による選択が可能となること、⑤保険料の見返りとして利用者が権利としてサービスを受給できること、⑥多様なサービス事業主体の参入による競争で量的拡大と質向上が図れることをあげていた。³⁾

これらのメリットのうち本稿では、⑤保険料の見返りとして利用者が権利としてサービスを受給できること、⑥サービス事業者間の競争でサービスの質向上が図れることを中心に、サービスの受給と質確保の権利性を考察する。また、低所得者のサービス利用の権利性に対する実質的な影響が大きいと考えられる保険料・利用料の負担も、低所得者が多い過疎地域の課題として考察するが、その前に介護保険の仕組みと一般的に指摘されている課題をみてみたい。

2 介護保険の仕組みと課題

(1) 介護保険の仕組み

まず、介護保険の仕組みを簡単に見てみたい。

介護保険は、実施主体である保険者を市町村及び特別区とし、保険料を負担する被保険者は40歳以上の強制加入とする社会保険制度である。サービス利用の手続きは、65歳以上の1号被保険者（45～64歳は2号被保険者）が要支援または要介護状態になると、市町村に申請し、要支援または要介護（5段階）認定を受けて、ケアプランを作成した上で、支給限度額の範囲内で1割の利用料を負担してサービス事業者から介護サービスを受けることができる。

受けられる介護サービスは、図表1のように訪問介護（ホームヘルプサービス）、短期入所（ショートステイ）、日帰り介護（デイサービス）等の在宅サービスと、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設等に入所する施設サービスに分けることができ、従来の高齢者福祉に老人保健サービスなどが加わった総合的な内容となっている。

サービス提供体制は、規制緩和の流れもあって、在宅福祉を中心に従来の社会福祉法人、医療法人のほか民間企業やNPOなど多様なサービス供給主体の参入により、サービス基盤を整備しサービス量の拡大を図ろうとする考えがある。そのため、都道府県知事が、サービス事業者の申請に基づき審査し、厚生省が定めた一定の指定基準を満たす場合、指定サービス事業者として指定することになっている。

次に、介護保険の財政を見てみたい。

介護保険の運営に必要な財源については、まず被保険者の保険料で50%を負担し、残りの50

%を、国2分の1、県・市町村それぞれ4分の1ずつ負担することになっている。保険料は、40歳から64歳までの2号被保険者は加入する医療保険から、65歳以上の1号被保険者は、年金が月15,000円以上の場合、年金天引き（特別徴収）になっており、月15,000円未満の場合は市町村が直接徴収（普通徴収）することになっている。また、保険料は実施主体である市町村毎のサービス供給可能量で決まり、1号被保険者の場合、全国平均月28,885円となっている。⁴⁾

図表1 保険対象サービス一覧

	在宅サービス	施設サービス
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問介護（ホームヘルプ） ●訪問入浴 ●訪問看護 ●訪問リハビリテーション ●日帰りリハビリテーション（デイケア） ●居宅療養管理指導 （医師・歯科医師による訪問診療など） ●日帰り介護（デイサービス） ●短期入所生活介護（ショートステイ） ●短期入所療養介護（ショートステイ） ●痴呆対応型共同生活介護 （痴呆性老人のグループホーム） ●有料老人ホーム等における介護 ●福祉用具の貸与・購入費の支給 ●住宅改修費の支援（手すり、段差の解消など） 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） ●介護老人保健施設（老人保健施設） ●介護療養型医療施設 <ul style="list-style-type: none"> ・療養型病床群 ・老人性痴呆疾患療養病棟 ・介護力強化病院（施行後3年間）
要支援者	●同上（痴呆性老人のグループホームを除く）	* 要支援者は施設入所できない

出典：厚生省介護保険制度施行準備室監修・増田雅暢著『わかりやすい介護保険法』（1998、有斐閣）p20

ちなみに、介護保険は、法案の段階で医療費の伸びと保険料徴収の低迷で赤字となっている国民健康保険のように「第二の国保」となるとの強い導入反対論が市町村から出されたため、市町村への財政支援のために、都道府県の財政安定化基金による貸付や財政調整交付金の制度なども設けられている。⁵⁾

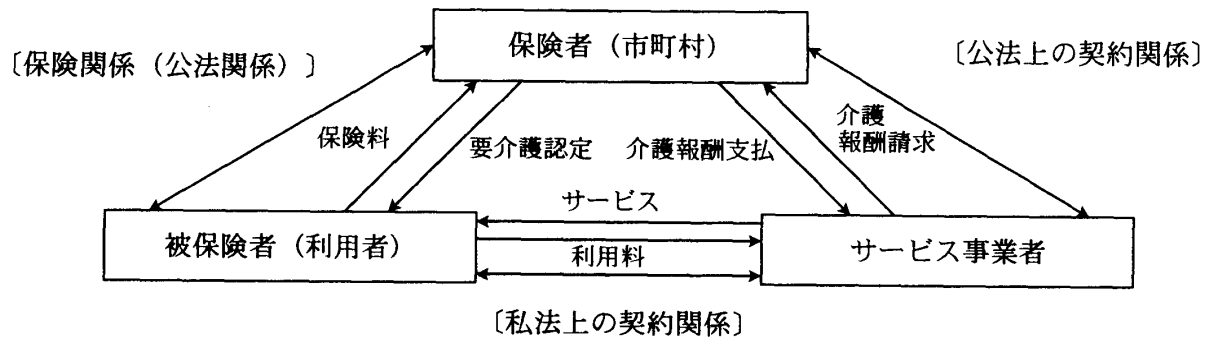
次に、このような仕組みを持つ介護保険における法律関係を概観したい。

保険料の支払いを前提とする介護保険は、年金制度の充実により高齢者にも一定の所得が保障されることを前提に、高齢者を一律に社会的弱者とみなすのではなく、保険料拠出に基づく給付請求権の主体として、また多様なサービス事業者の提供するサービス等を選択する契約の主体としてみている。⁶⁾

まず、保険者と被保険者との間には介護保険法に基づく保険関係つまり公法関係が存在し、被保険者は保険者に保険料を支払う義務がある一方、保険者に対して要支援または要介護認定（行政処分）を求める権利（申請権）があり、認定を受けると保険給付を求める権利が生じる。さらにサービスを利用する場合、要支援または要介護認定を受けた被保険者とサービス事業者との間には、サービス利用契約つまり私法上の契約関係が締結される。⁷⁾ また、保険者とサービス事業者との間

は、被保険者へのサービス提供に対し保険者は介護報酬を支払うという公法上の契約関係といえる。なお、都道府県知事によるサービス事業者の指定は、一定の基準を満たすとの条件のもと、提供したサービスが介護保険の給付対象となり、その経費を保険者に請求できる権利を得るといふ公法上の契約関係と解することができる（図表2）。⁸⁾

図表2 介護保険での法律関係



ところで、前述したように利用者とサービス事業者の間は、私法上の契約関係となっているが、実際は当事者が契約内容を自由に定めることはできず、サービス内容や介護報酬などは介護保険法や政省令等で基準が定められ、契約内容が間接的に制約・統制されることになる。このように、利用者とサービス事業者間にある私法上の契約関係を、市町村（保険者）または都道府県知事とサービス事業者の間の公法上の契約の内容によって、ある程度コントロールでき、このコントロール機能により一定のサービス水準つまり質の確保が制度的に可能となるために、多様な事業主体の提供する介護サービス等を活用することが可能になったといえる。⁹⁾

（2）介護保険の課題

前節で、介護保険について法的なものも含め、その仕組みを見たが、社会保険制度自体が本来抱える問題点として、導入前から、①社会保険であるので介護サービスを受ける権利が保険加入者に限定される。②保険料の未納や滞納問題が引き起こされる恐れがあり、低所得者にとって過重な負担にならないか。③市町村にとって介護保険財政が赤字となる「第二の国保」になる恐れがある。④保険料が強制的に徴収されるが、サービスの基盤整備は大丈夫か、いわゆる「保険あって介護なし」にならないかが指摘されていた。¹⁰⁾

以上の問題のうち、①は社会保険がもともと持つ「排除原理」であるが、介護保険は強制加入であるため加入者は全ての国民に及ぶとして改善されているといえるが、そのために②の保険料の未納や滞納の問題が生じる恐れがある。また、③の赤字になる恐れについては、現時点で今後どのように推移するか明らかではないが、前述の特別な財政支援措置が設けられている。なお、老人保健施設やデイケアなどが介護保険に統合されたため、老人医療費拠出金の負担により赤字に悩む国民健康保険の収支改善が期待される。④のサービス基盤整備については、民間事業者の参入が難しいと予想される過疎地域では特に問題となる恐れがある。

以上、介護保険における法的な関係も含め仕組みと課題をみたが、課題のうち②の保険料の未納や滞納の問題が生じる恐れがあるという課題は、サービス受給の権利性に関係し山間部や農業地帯の

ため支給額が少ない国民年金加入者が多く住む過疎地域で生じやすい課題であるので、本稿で最後に詳しく考察したい。

3 サービス受給の権利性の法的検証

サービス受給の権利性について、まず介護保険導入前の状況を高齢者在宅福祉を中心に見てみたい。

介護保険導入前における在宅福祉の利用者へのサービス提供は、市町村が実施主体で国庫補助事業で運営されており、その根拠となる老人福祉法10条の4が市町村は措置できるという「できる」規定であることなどから、法令に申請権があるとは認められず、不服申立てや取消訴訟の規定もなく、そのサービス受給の権利性は、かなり希薄であった。さらに、特別養護老人ホームなど老人福祉施設への入所決定などの措置は行政処分であり、国民にとっては反射的利益で権利でないというのが行政解釈であった。¹¹⁾

これに対し厚生省は、措置制度では権利性が低い、介護保険は保険料の見返りとして被保険者が権利としてサービスを受給することができ国民の権利性が高いとし、この主張を介護保険採用の大きな理由のひとつとしていた。

実際に介護保険では、要介護認定の申請は介護保険法で規定（27条）され、明確に申請権として認められたほか、不服申し立て（183条）と取消訴訟（196条）が規定され、権利性が措置制度に比べると格段に高まったといえる。

このように要介護認定をめぐる権利性は確立されているが、本稿では、権利性の、よりミクロ的な検証として、前述の厚生省の主張である「保険料の見返りとして権利としてサービスを受給できる」ということについて法的に検討してみたい。

この主張は、具体的には、介護保険における保険者と被保険者との法律関係は保険関係という公法関係により、保険者は保険料を支払う義務があるのに対し、市町村から要介護認定を受けた保険者は、当然、支給限度額までサービスを受ける権利が生じるので、従来の措置制度よりは権利性が高まると解するものであろう。

したがって、この点について、①支給限度額までサービスを受給する権利が生じるかどうか、②支給限度額を設定する際の課題という2つの問題に分けて、以下、詳しく考察したい。

（1）サービス受給の権利性

被保険者が要介護認定を受けると支給限度額までサービスを受給する権利が生じるかどうかは、保険者である市町村の側から見ると、実質的には、保険者たる市町村は、要介護認定を受けた被保険者に対し、支給限度額までサービスを提供する義務が生じるかということである。さらに、これは、保険者と被保険者間の法律関係は公法関係と解されるので、仮に市町村が支給限度額を下回るサービスしか提供できない場合、被保険者が保険者である市町村に対し違法として損害賠償を求めることができるかという法的課題として考察できる。そこで、実際、このように解することができるかどうかを在宅福祉を例に考察してみたい。

例えば、介護保険法では、「市町村は、要介護認定を受けた被保険者のうち居宅において介護を受けるものが、……居宅サービスを受けたときは、当該居宅要介護被保険者に対し、当該指定居宅サービスに要した費用について、居宅介護サービス費を支給する。」（41条1項）と定めている。これは、要介護者となった被保険者がサービスを利用したときには、被保険者（利用者）は事業者や施設に対していったん費用を全額支払い、その後、保険者である市町村から被保険者が費用の償還を受けるという「償還払い」が本来の方式であることを示している。しかし、指定事業者を被保険者が利用する場合は、サービス利用時に被保険者（利用者）は一定の利用者負担（1割）を支払うだけでサービスを利用できるという「現物給付」の方式を取り、残りの費用を指定事業者が市町村に請求できる仕組みになっており、これは民法上の代理受領の考え方を適用している。したがって、介護保険では、サービス事業者や施設は都道府県知事の指定を受けることが一般的なので、被保険者（利用者）はサービスを現物給付の方式で利用することが通例となる。¹²⁾

結局、最終的には、被保険者（利用者）がサービスを実際に利用した場合にのみ、それに要した費用をサービス事業者や施設に対し支払うというのが、保険者である市町村の法的責任ということになる。このことは、市町村にサービス提供の義務はないと解することができる。ましてやサービス基盤整備の不足で被保険者（利用者）が支給限度額までのサービスを受けられない状態になっても、保険者である市町村は損害賠償をする必要性や、代わりに現金支給をする必要性もないと解されよう。¹³⁾

このようになるのは、保険者たる市町村と被保険者の法律関係が前述したように公法関係であって、給付の仕方つまり具体的な請求権のあり方が法で定められ、その具体的な請求権が本来「償還払い」となっているからである。そこで、このような被保険者の権利性が希薄になるような規定の仕方が、憲法25条の生存権に抵触しないかという問題点が生じる。

この点に関しては、現在、社会保障制度の定め方については、最高裁は立法府に極めて広い裁量が認められているとしている（例えば「堀木訴訟」最大判昭57. 7. 7、「塩見訴訟」最大判平1. 3. 2）。学界でも必要最小限の生存にかかわる場合は、立法府の裁量の幅が狭くなり厳格な合理性の基準が適用されるが、より豊かな生活保障の場合は、広汎な立法裁量が認められ、ゆるやかな審査基準（明白性の原則：立法府の判断が著しく不合理であることが明確でないかぎり合憲であるとする）が妥当するといった説き方が有力である。¹⁴⁾

したがって、前述のような規定は立法府の裁量内で違法ではないといえよう。ただ、従来から、厚生省は介護保険は保険料の見かえりとして国民の権利性が高まると主張していることから、少なくとも支給限度額のサービスを提供できない場合は、現金支給を本来は検討すべきといえよう。¹⁵⁾しかし、現金支給はサービスの基盤整備を遅らせたり、介護者を介護に縛りつける恐れがあるとして従来から根強い反対がある。このため、現金支給が許されないというのであれば、筆者が別途論じたように¹⁶⁾ 過疎地域などサービスが不足しやすい地域では、サービス基盤整備のための直接的な施策である国による補助制度創設が期待される。

（2）支給限度額設定の課題

65歳以上の被保険者が介護サービスを受けようとするときは、被保険者は市町村による要介護

認定の決定に基づき、認定の各段階に応じた支給限度額の範囲内でサービスを受給できる仕組みになっている。要介護認定の手続きは、①被保険者の保険者たる市町村への申請、②市町村による訪問調査、③介護認定審査会の審査・判定、④市町村による要介護認定と被保険者への通知という過程をとる。また要介護認定では要介護度が判定されるが、要介護度は生活の一部について部分的に介護が必要な状態（要介護度1）から、過重な介護が必要な状態（要介護度5）までの5段階で、これに要支援が加わり、それぞれに支給限度額が設定されている（図表3）。¹⁷⁾

図表3 要介護度と支給限度額

要 介 護 度	要 介 護 認 定 基 準	支給限度額（円）
要 支 援	1日あたり30分未満であって、全体の介護の時間が25分以上か、または洗濯・掃除などの家事援助や機能訓練の合計が10分以上である状態	62,000
要 介 護 1	1日あたり30分以上50分未満である状態	166,000
要 介 護 2	1日あたり50分以上70分未満である状態	195,000
要 介 護 3	1日あたり70分以上90分未満である状態	268,000
要 介 護 4	1日あたり90分以上110分未満である状態	306,000
要 介 護 5	1日あたり110分以上である状態	358,000

出典：厚生省老人保健福祉局介護保険施行準備室監修『いま、はじまる介護保険』（2000、厚生省広報用パンフレット）p4. 6

このように保険給付を受けるための前提として要介護認定が必要であるが、認定の公平・正確性確保のため、コンピューターによる判定をもとに全国共通の審査基準やマニュアルのほか合議的機関である介護認定審査会が設置され、不服立てや取消訴訟の規定も整備されている。ただ痴呆性の高齢者の要介護度が低くなるなどという問題点が既に指摘され、厚生省は改善の検討に入っている。¹⁸⁾

このような要介護認定が導入された理由は、介護保険制度のもとで、真に介護サービスの必要者がその必要に応じて適切な介護が受けられるようにするとともに、制度の適切で効率的な運営を確保し保険料など国民の負担が重くなりすぎないためといえる。¹⁹⁾ また、このような仕組みは、上限が定められていない、いわゆる出来高払いの医療保険と比べると、支給限度額が設けられていることから「過剰供給（利用）抑制」の考え方があるといえよう。

つまり、支給限度額とは、政府が国民に保障する介護サービスのナショナル・ミニマムといえ、この限度額をどの程度に設定するかは、経済・財政の状態や国民の合意のもとで決められていくといえる。²⁰⁾

例えば、介護保険法では保険給付のサービス水準を「（要介護者が）有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう」（1条）とか「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮しなければならない」（2条3項）と定めている。

しかし、この自立した日常生活を営むことができるサービスの水準とは、自立的生活が完全に実現可能な程度までの保障なのか部分的保障なのか、必ずしも明確でないといえる。²¹⁾ この点について、厚生省は、広報用のパンフレットで、介護保険で受けられるサービスについて、「介護が必要

になっても、できる限り住み慣れた自宅で、自立した生活ができるよう、必要な福祉サービス、医療サービスを総合的に受けられる仕組みを目指しており、特に在宅サービスについては、高齢者夫婦世帯でどちらか一人が寝たきりになっても、自宅で暮らし続けるようなサービスの水準を目指し充実を図る。」と説明している。この説明からは、少なくとも1人の介護者がいることを前提とした自立した生活であり、独居老人が要介護状態になっても在宅で最後まで暮らしていける水準ではないといえよう。

そして厚生省は、サービスの具体例として、一番重い要介護5の訪問型で、毎日朝夕2回の巡回型訪問介護（25分程度の身体介護）、毎日昼1回の訪問介護（30分以上1時間未満の家事援助）、週2回の訪問看護、週1回の訪問リハビリを受けることができ、そのほか短期入所が6か月に6週間受けられるとなっている（図表4）。^{22）} ちなみに、このサービスは、介護保険導入前に国が積極的に進めた深夜・早朝に短時間巡回型の身体介護を行う24時間対応ヘルプサービスの水準には達していないといえよう。

図表4 サービスの具体例（要介護5・訪問型）

訪問型 通所サービスの利用が不可能な場合（訪問サービスによる組み合わせ）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)
	訪問看護					訪問看護	
午後	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	
			訪問リハ				
	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)	(巡回型)
短期入所6ヶ月に6週							

出典：ぎょうせい編『介護保険の手引』（1999、ぎょうせい）P89

このように介護保険法では具体的なサービス基準を明記せず、支給限度額の設定を厚生大臣に委ね（43条2項）、厚生大臣は支給限度額を定めようとするときは、あらかじめ審議会の意見を聴かなければならない（43条6項）としている。^{23）} つまり、国民の介護保障のナショナル・ミニマムのサービス基準といえる支給限度額は厚生省令で定めるため、国民の権利擁護という面では、法で定めるのに比べ権利性が希薄になるといえよう。

また現行の介護保険法では支給限度額以上のサービスとして、保険対象となるサービスの量を増やす「上乘せサービス」や、保険対象外のサービスを提供するという「横だしサービス」を、市町村の判断で実施することを認めている。ただし、これらのサービスに必要な財源は、その市町村に

住む65歳以上の被保険者の保険料でのみ賄うとしている。²⁴⁾つまり、支給限度額以上のサービスについては、そこに住む高齢者自らが全額負担し合う仕組みとなっている。

なお、市町村の介護保険事業計画の策定・変更に当たっては、策定委員会に被保険者代表が参加したり被保険者の意見を反映させるための措置を講ずることになっているが、²⁵⁾上乗せ・横だしという基準以上のサービスを、その市町村に住む高齢者自らが全額負担し合う仕組みは、地方分権の流れのなかの自己決定・自己責任の考え方に基づくものともいえよう。しかし、サービスの充実には保険料の引き上げを伴う仕組みとなっている。そのため、住民の幅広い支持が必要といえる。従来のアンケート調査の結果では、高齢者は住みなれた地域や家庭でより長く住みつづけたいという意思が強い一方、加入している年金で支給額の差が大きく高齢者の所得格差があるため、サービス充実による負担増について高齢者に幅広い支持を得ることは容易でないとも考えられる。

したがって、市町村には、知恵と工夫を生かした独自のサービス提供が求められるわけであるが、財政力と意欲のある市町村にとっては、住民にとって必要な介護サービスを個性的・弾力的に作り上げ充実を図ることができるため、介護保険制度はかなりメリットがあるものともいえる。一方、過疎地域の市町村では、コミュニティ機能は都市部に比べ高いものの、なにぶん人的・社会的資源が絶対的に不足し財政力も弱いので、市町村独自のサービス展開や充実も難しいのが実情である。今後の急速な高齢化に対応するには、過疎市町村は、高齢者の保険料負担を考慮しつつ他の施策の優先順位を見直してサービス充実を図る必要性が出てくるといえる。このような状況から、財政力が著しく弱く住民の負担能力も低い過疎市町村には、国による財政的支援が望まれるところであるが、本稿の最後に述べるように、介護保障充実のためには、将来、現行の財源構成の見直しも必要になる可能性もあると考えられる。

4 サービスの質確保の権利性の検証

サービス受給の権利性に続いて、サービスの質確保に関する権利性について考察したい。

この点について、従来の措置制度による委託方式の欠点としては、毎月一定の収入が確保され競争も無く経営が安定しているため、サービス提供機関の経営努力がなされにくいシステムで、サービスの質向上はサービス提供者の善意と行政監査によるしかないという指摘があった。²⁶⁾

これに対し、介護保険は、一定の基準を満たした民間企業やNPOなど多様なサービス事業者の参入が期待され、利用者の選択に伴う競争を通じて、サービスの効率性と質の向上が図られるというものである。²⁷⁾しかし、営利追求のためにコスト削減などでサービス内容が低下したり不公正な取引が生じる恐れや、要介護者の自宅や施設の居室で第三者に見えない形で個別にサービスが提供されるという閉鎖性による質低下が生じる恐れもある。²⁸⁾

介護保険におけるサービスの質確保に関する法的仕組みをみると、一定のサービスの質を、サービス事業者の指定基準である人員や設備、運営基準などで確保することになり、指定後は調査などを通じた指導や指定基準を満たさなくなったこと等による指定取消²⁹⁾によって質の確保を図ることになる。

介護保険法（73条）では、サービス事業者は、指定基準に従い適切なサービス提供と自らの質

の評価、またサービスを受ける立場に立ってサービス提供するよう努めると定められている。例えば、訪問介護（ホームヘルプサービス）の指定基準を例にあげると、そのなかの運営基準でサービスの質確保については、図表5のように規定している。

図表5 訪問介護の指定基準（運営基準）

（指定訪問介護の基本取扱方針）

第22条 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（指定訪問介護の具体的取扱方針）

第23条 訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次の掲げるところによるものとする。

1 指定訪問介護の提供に当たっては、次条第1項に規定する訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。

2 指定訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明する。

3 指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

4 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

このように介護保険では、サービスの質確保のため、サービス事業者に対する指定基準、調査、指定取消の制度が整えられているが、さらに、介護サービスに関するトラブルは、できるだけ早い段階で簡潔に処理されるのが望ましいため、苦情処理制度が、市町村と、介護報酬の支払いに関し市町村からの委託を受ける都道府県の国民健康保険連合会（以下「国保連」という）に設けられている。

この苦情処理制度について、在宅福祉を中心に、その他のルートを含め具体的にみると、まず、サービス事業者は、苦情受付窓口を設置して、利用者からの苦情に対し迅速かつ適切な対応をとるよう義務付けられている。次に、ケアプラン作成機関である居宅介護支援事業者は、ケアプランとそれに盛り込んだサービスに対する苦情に対応するとともに利用者の国保連への苦情申し立てを援助する立場にある。

また市町村は、保険者としての責任もあり、苦情処理の第一次的窓口と位置付けられるとともに、前述したように、介護報酬の支払い業務を通して事業者の情報も持っている国保連にも苦情処理制度が設けられている。その手続の具体的流れは、市町村の場合、市町村職員が必要な調査をして指導や助言を行なうが、国保連の場合、苦情処理委員（弁護士や学識経験者など）が調査の必要性や内容を審査し、調査が必要となれば文書または直接事業者から聞き取りなどの調査を行ない、その結果に基づいて事業者への指導・助言を行なう。なお、結果は文書で事業所に通知され、処理期間は原

則60日以内となっている。

これに対しサービス事業者は、市町村及び国保連の指導や助言に従って必要な改善を行なう義務がある。これに従わなかったり指定基準に違反しているなど悪質な場合は県に通報され、県は調査をして指定取消しを含む処分をすることができる。³⁰⁾

ちなみに、2000年4月から6月まで全国の国保連が受け付けた相談件数は1,528件で、苦情件数は134件となっている。苦情申し立ての内訳は、サービスの質（25%）、従事者の態度（13%）、管理者等の態度（25%）、説明・情報の不足（3%）、具体的な被害・損害（13%）、利用者負担（12%）、契約・手続き関係（7%）、その他（2%）となっており、老人保健施設、訪問介護、特別養護老人ホームの順で多く、都市部で多く地方では少ないという傾向があった。³¹⁾

ところで、従来の高齢者在宅福祉における措置制度での委託方式では、本来、調査や監査権限は都道府県が有し、市町村の場合には、委託元としての責任に基づく権限で調査を行なうことができた。ただ、これまでの市町村のなかには、委託を民法上の請負契約と解し市町村による委託先への指導責任を十分認識していない例もみられ、委託先への監査など指導が不十分になりやすかったといえる。

これに比べ、介護保険において市町村は、苦情処理の第一次的窓口と位置付けられるとともに、その他の機関による多様なルートの苦情処理制度が整備されたのは、利用者の権利擁護という面で高く評価されるものである。ただ、サービス事業者の指定は、例えば社会福祉法人の認可より緩和された行政処分で、かつ指定基準はミニマムの基準で後述するように具体的に定められていないことから、苦情処理に伴い行われる市町村の行政指導が、どこまでサービス事業者に強制力があるかは疑問のあるところでもある。特に、市町村の苦情処理が効果的となるためには、市町村職員も専門的知識が必要となり資質向上が課題になるといえる。

また、前述した指定基準（図表5）のなかのサービスの質に関する規定（23条3項）は「適切な介護技術をもってサービスの提供」という文言であり、行政指導の根拠とするためには抽象的であるといえる。そのため、平成8年度から国庫補助事業で実施されている「在宅福祉サービス評価事業」などを参考に具体的な基準を示す方策もあろう。なお、技術的に指定基準に定めることが困難であれば、要綱などで別途定めて行政指導の基準とする方法もあるが、要綱は行政内部での効力があるだけで事業者への強制力の点では落ちるといえる。また、サービスの質を画一的に具体的に示すことが難しいのであれば、市町村においても国保連のように専門家による委員会を設置し、一定の手続きを経て指導するような手続規定を設ける方法もある。

さらに、介護保険が本来目指しているように、事業者間の競争を促進しサービスを改善するためには、利用者が各事業者のサービス内容を比較できることが必要であり、そのためには、第三者機関によるサービス評価を行ない、いつでも利用者に情報提供できるような仕組みを作る方法もある。³²⁾

5 過疎地域での課題—低所得者対策—

前章で、介護保険におけるサービス受給の権利性を、法的によりミクロに考察し、市町村には支給限度額までのサービス提供義務がなく、支給限度額は法でなく厚生省令で定めるため、国民の権利擁護という面では権利性は希薄になると述べたが、厳しい財政状況の中、従来の制度に比べると一定の権利性を保障し利用に関し普遍的といえる介護保険制度が成立したのは、高く評価するものである。

しかし実際、サービスを利用するには、保険料と利用料の負担が必要で、この負担をしなければ実質的にサービスを利用できない仕組みになっている。³³⁾ 特に、過疎地域では山間部や農村地帯が多いため、年金収入がかなり少ない高齢者が多いという実態がある。このような過疎地域の状況を考えると、介護保険のもつデメリットとして指摘した低所得者にとって保険料や利用料という負担が大きいということを、どう改善するかという課題が生じる。以下、この点について考察したい。

(1) 保険料

介護保険は、年金制度などの充実により高齢者にも一定の所得が保障されることを前提に、高齢者を一律に社会的弱者とみなすのではなく、保険料拠出に基づく給付請求権の主体として、また多様な事業者の提供する介護サービス等を選択する契約の主体としてみている。³⁴⁾

確かに、高齢者世帯は平均的にみれば1人当たり消費水準は現役世帯と遜色なく、住宅など資産保有は倍以上の水準である。しかし、高齢者の間の所得・資産格差は、現役世代の場合に比べるとかなり大きいという特色がある。³⁵⁾ 例えば、年金の受給額（1997年度末）をみると、厚生年金の受給者769万人（男性525万人、女性244万人）の平均受給額は17万2,128円（男性20万1,634円、女性10万8,682円）であるが、国民年金の場合、受給者1,328万人（男性517万人、女性811万人）のうち年金額月4万8,000円未満が44.8%、6万円未満が58.7%となっており、女性の場合4万8,000円未満が過半数の54.1%となっている。その他、老齢福祉年金の場合、月額2万から3万の間の低水準の年金受給者は4割を占めているとされる。³⁶⁾

特に山間部や農村地帯等である過疎地域では、農業者で国民年金のみの加入者も多く、女性の高齢者は当初国民年金が任意加入であったこともあって、加入年数も短く年金額がかなり低いのが実態である。

このような状況を配慮してか、介護保険でも所得に応じて保険料を段階的に設定し、低所得者ほど保険料が低くなる所得段階別保険料が導入されている。それは、市町村ごとの保険料を基準額として、生活保護受給者や老齢福祉年金受給者は50%、世帯全員が住民税非課税は75%、本人が住民税非課税は100%、本人が住民税課税で所得金額250万円未満は125%、本人が住民税課税で所得金額250万円以上は150%の保険料を支払うというものである。³⁷⁾ さらに、選挙対策と批判されたが、自民党の強い主張により、介護保険導入を控えた1999年11月5日に、政府は円滑実施特別対策と称して、①1号被保険者の保険料を当面半年間徴収せず、その後1年間は半額にする。②以前からホームヘルプサービスを利用していた低所得者には利用負担を3年間3%

に軽減する、③2000年度に介護保険の給付を受けなかった低所得者に上限10万円の家族介護慰労金を2001年度に支給するとした。³⁸⁾

このように減額措置も図られ凍結されていた保険料が、2000年10月から徴収されることになったが、サービスを使っていないのになぜ支払うのかといったような問い合わせや市町村による直接徴収で未納が生じている。³⁹⁾ また、保険料の額や納め方に不満がある場合は、要介護認定の不服申立てと同じように都道府県の介護保険審査会に審査請求できることになっているが、実際に高齢者が集団で不服申立てをしている例がみられる。⁴⁰⁾

そのため、市町村では「収入の少ないお年寄りから徴収できない」、「保険料に見合う介護サービスがない」などの理由で保険料を減免する動きがみられ、全国で86市町村が保険料を低所得者に対し独自に減免しようとしており、そのうち27は全額免除若しくは全額助成を予定している。⁴¹⁾ このような動きは全国約3200市町村のごく少数ともいえるが、厚生省は、介護保険の「皆で助け合うという趣旨に反し、保険制度としてなりたたなくなる」という趣旨の危機感を示し、減免分を一般会計から補てんする市町村には介護保険財政が赤字になった場合は、財政安定化基金の交付を減額する方針である。⁴²⁾

この保険料の減免は、社会保険の社会的連帯に基づく相互扶助という理念の趣旨に反するとして反対する見解⁴³⁾ もみられる。高齢者には年金収入以外の収入・資産や扶養義務者による支援もあり得ることから、現在のような市町村の一律の減免措置は逆に不公平になる恐れもある。したがって、本来は、福祉政策の一環として、所得・資産調査など審査を伴う特別措置として別途助成するような方法を検討すべきではなかろうか。なお、このような特別措置は、低所得者が多い過疎地域の市町村で、その必要性が高くなるが、過疎市町村は財政力が弱いので財政的な支援が望まれるところである。

（2）利用料

次に、利用料に関する課題をみてみたい。1割負担の利用料についても負担が大きいということで、低所得者を中心に利用の抑制が行なわれ、当初、多くの自治体で在宅福祉のサービス提供体制が十分でないのに、介護保険導入当初に懸念されたサービス不足が顕在化しないのは、この利用抑制が原因との分析がある。⁴⁴⁾

例えば、全国の居宅介護支援事業者へのアンケート調査（417事業者2000年6月実施）によると、支給限度額に比べ実際の利用状況は低く、6割以下が70.4%で、3割以下と大幅に下回っているのが35.7%となっている。⁴⁵⁾ さらに、制度開始後3か月間の介護保険の給付状況を見ると、施設偏重の傾向がくっきり現われ、総額8000億円のうち7割までが施設への給付で、在宅サービスの支給限度額の消化率は平均43%であった。厚生省は全く利用しない人も含めて利用割合の見込みは当初から33%であり、「ほぼ予想通り」としている。⁴⁶⁾

サービス受給の権利性でいえば、利用料という自己負担を考慮しての利用抑制が問題といえる。しかし、利用抑制が生じているという指摘がある一方、サービス量が減った場合で負担能力がないとして利用を手控えたのはごく少ないとの調査⁴⁷⁾ もある。どのくらいの人々に影響しているかは明確ではないが、従来の措置制度が予算の制約もあり低所得者を中心にした利用状況だったのに比べ

ると、介護保険では、支給限度額を下回っているものの従前に比べると全般的にはサービスの利用が増えるとともに、⁴⁸⁾ 中高所得者において利用が伸び利用の普遍化が図られているといえる。ただ、前述したように年金収入のみで、その額も、かなり少ない高齢者には影響を及ぼしているであろう。

この対策としては、介護保険では高額介護サービス費の上限額を設けており、世帯全員が住民税非課税の場合は月額24,600円、老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の場合、月額15,000円が利用料の上限となっている。また、社会福祉法人のサービスを利用する場合、利用料軽減の補助制度もあり、前述のこれまでホームヘルプサービスを利用していた人は、3年間3%の利用料負担となる。⁴⁹⁾

このような特別な措置が取られているが、利用料の趣旨はサービスを利用する人とししない人との間の負担の公平性確保やコスト意識を持たせ費用の効率化を図ることを目的としているが、⁵⁰⁾ それはもともと医療保険のように適正負担とともに過剰利用（供給）の抑制を目的としているとしたら、介護保険では既に要介護認定を伴う支給限度額が設けられていることから、過剰利用の防止は十分なされているといえる。したがって、低所得者におけるサービス利用の実質的な権利性確保という観点からも、減免措置は特に問題はないといえよう。

おわりに

介護保険は、要介護認定を伴うが支給限度額というサービス提供基準を明確化するとともに、介護保険法において要介護認定の申請（27条）と認定への不服申立て（183条）や取消訴訟（196条）を明確に規定し苦情処理制度の充実も図られ、国民の介護サービス受給に係る一定の権利性が実現されたといえる。

ただ、法的によりミクロに考察すると、市町村には支給限度額までのサービス提供義務はなく、国民にとって介護保障のナショナル・ミニマムといえる支給限度額も法でなく厚生省令で定めるため、サービス受給の権利性は希薄になるともいえるが、全般的には、従前に比べ利用状況は向上し実質的にサービス利用の普遍化が図られたといえる。ただ、低所得者には保険料や利用料の負担が利用抑制につながる恐れもあり、サービス受給の権利性に実質的に影響を与えることもある。しかし、厳しい財政状況の中、従来の制度に比べると一定の権利性を保障し普遍的といえる介護保険が成立したのは、十分評価されるものである。

ところで、そもそも社会保障におけるセーフティーネットの機能は垂直的な所得再分配の手段としての福祉と、水平的な所得再分配としての社会保険の二重の機能があるとされる。そして後者の社会保険では、もともと保険料を負担できない低所得者層が排除される恐れがあるので、本来は、これを補完する垂直的所得再分配が必要とされる。その代表的なものが生活保護制度である。しかし、この生活保護制度が家族の扶養義務を優先する補足性の原理や、貯蓄・資産の要件、さらに心理的抵抗感で十分機能しないことが多々ある。⁵¹⁾

このように生活保護制度が十分機能しない以上、本来、取るべき政策とは、現行の国民基礎年金の水準を、税方式で少なくとも生活保護の水準までには引き上げるという年金制度の改正であろう。しかし、このような政策は必要な財源も大きく各政党も様々な主張⁵²⁾をしている。したがって、こ

の政策の実現困難な場合は、低所得者への保険料や利用料の減免・免除の特別措置はやむを得ず、実際、一定水準の特別措置が取られているのが現状である。

ただ、一層の措置を図ろうとすると、当然のことながら相当の財源が必要である。さらに、現在、低いサービス利用を前提に保険料が算出されていることを考えると、これらの特別措置や本稿で述べた改善策を行うとサービス利用が促進され、また高齢化も一層進むので現在の仕組みでは将来保険料が倍増するとも予想される。このような場合、被保険者の負担軽減のため、現行の50%が保険料という財源構成を税、特に国費中心に移行する必要性が生じる可能性がある。しかし、現在の厳しい財政・経済状況や今後の急速な高齢化に伴う労働生産人口の相対的かつ絶対的減少を考えると、安易に企業や現役世代にその負担を求めることは難しく、求める財源としては消費税や相続税が適当との指摘⁵³⁾もみられる。一方、現在の景気が良くならないのは本格的に個人消費が伸びないため、その原因には将来の不安、老後の不安が原因との分析もある。

ところで、今回の介護保険の導入により、国民の高齢者福祉への関心が一挙に高まるとともに、総合的サービスとケアマネジメント等の採用により、旧措置制度では必ずしも十分把握されていなかった介護保障の対象となる高齢者の数やそのニーズ、必要なサービス量と必要な経費、さらにその課題について、各市町村及び全国レベルで総合的・具体的に明らかになったのは大きな成果といえる。今後は、いかに改善し、どの水準まで国民の介護保障を充実させるかについて、他の政策の優先度や財源（税）の公平性を十分考慮して国民の合意形成が図られることを期待したい。

【注】

- 1) 橋本泰子・竹内孝仁・白澤政和監修『海外と日本のケアマネジメント』（2000、中央法規）P16
- 2) ぎょうせい編『介護保険の手引（平成11年版）』（1999、ぎょうせい）P13。例えば④の例として、サラリーマン世帯（年収800万円）で老親が平均的な老齢厚生年金受給者の場合、特別養護老人ホームの本人負担は月14,9万円、扶養義務者の負担月4,1万円で計月19万円にも及ぶ。
- 3) 橋本・竹内・白澤前掲書（注1）P16、17、大野吉輝著『社会保障政策論』（1999、勁草書房）P229～232。メリットのその他のまとめ方として、厚生省は、①介護サービスの給付は社会保険のシステムになじむこと、②サービスの選択の保障やサービス受給の権利性が高いこと、③給付と負担の関係が明確であること、④多様な主体の参入によるサービスの質の向上をあげている〔厚生省介護保険制度施行準備室監修・増田雅暢著『わかりやすい介護保険法』（1998、有斐閣）P7、8〕。
- 4) 以上の介護保険の仕組みと財政：有馬晋作拙稿「介護保険におけるサービス基盤整備の仕組みと方策」鹿児島県立短期大学地域研究所『研究年報』第30号（2000年3月31日）P41～44参照
- 5) 佐藤進・河野正輝編著『介護保険法』（1997、法律文化社）P54
- 6) 本沢巳代子「民法のなかの人間—福祉—」『法学セミナー』No. 529（1999年1月号、日本評論社）P57
- 7) 前田雅子「介護保障請求権についての考察」旬報社編『賃金と社会保障』No. 1245（1999年3月上旬号、旬報社）P24参照
- 8) 本沢前掲論文（注6）P57参照。この都道府県知事によるサービス事業者の指定（70条）の法的性格は、

あくまで当該費用の一部が介護保険の給付対象となるサービス事業者であると同時に、これに同法の規制が及ぶという「確認」であるという見解〔前田前掲論文（注7）〕や、「行政処分」または「公法上の契約」か「準委任」といえるという見解〔佐藤・河野前掲書（注5）P87, 106〕がある。

9）本沢前掲論文（注6）P58参照

10）大野前掲書（注3）P233、佐藤・河野前掲書（注5）P100参照、里見賢治・二木立・伊東敬文著『公的介護保険に異議あり〔もう一つの提案〕』（1996、ミネルヴァ書房）P54。ちなみに大野氏は、市町村国民健康保険では1997年度の保険料収納率は92.38%、都市や大都市のなかには収納率が90%以下もあると指摘しており、厚生省も介護保険について「低所得者の保険料や利用料の負担の問題や保険料の未納・滞納問題という公費方式にない課題が生じる」と述べていた〔厚生省・増田前掲書（注3）P8〕。また、厚生省によると1999年度の国民健康保険の財政状況は、一般被保険者分について繰越金などを除いた単年度経常収支が赤字だった市町村は、前年より150増え全体（3,245）の約6割に相当する1,967自治体が赤字となった。原則70歳以上の高齢者の医療費を賄う「老人保健拠出金」の支出が3,063億円（14%）の大幅増となった一方、保険料収入が891億円（3.1%）の増にとどまったのが主な原因であるとしている〔南日本新聞2000年12月6日〕。

11）厚生省社会局老人福祉課監修『改訂・老人福祉法の解説』（1982、中央法規出版）P89, 90参照。有馬晋作拙稿「高齢者在宅福祉における権利性実現の課題と対策—ヘルパー派遣訴訟からの考察—」鹿児島県立短期大学『商経論叢』第51号（2001年3月）参照

12）厚生省・増田前掲書（注3）P21

13）同様の見解：介護保険給付は、被保険者と事業者との間でサービス利用契約が結ばれて初めて（しかも事業者）に契約締結義務がない点に留意）利用の対価である費用の9割を要介護度に応じて支給する金銭給付であると解釈せざるを得ない。そして、準委任契約がないということは、保険者は個々の要介護被保険者に対して介護サービスそのものを給付する義務を負わず、サービス実施をめぐる法律関係の当事者ですらないことを意味する。……介護保険の介護保険者が介護サービスを給付することを免れるということは、高齢者介護サービスについては、社会福祉事業法5条の「公的責任」の中身が、サービス給付義務及びこれに伴う費用支弁ないし負担義務から、保険給付という形をとるサービス費用一部助成義務と変容することを意味する。保険者としての保険給付以外に、介護保険のもとで国・地方公共団体の果たすべき役割として残されるのは主に、指定事業者に対する規制監督（介護保険法76、77条等）と、サービス供給基盤整備である。もっとも、これらを個々の要介護被保険者に対する法的義務として理論構成することは、現時点では容易ではない〔前田前掲論文（注7）P24〕。

14）内野正幸著『（新版）憲法解釈の論点』（1997、日本評論社）P101, 102, 165

15）同様の主張：現金給付がないことは、サービスを利用する者と、しない者との不公平が生じる。家族介護のサービスでも要介護状態という保険事故が発生していたことに変わりはないのに、家族介護者の保険料を掛け捨てのように扱い、その拠出金を一方的に公的サービスの利用者に振り分けるのは極めて不合理といえる。保険制度を採用する以上、やはり現金給付を組み入れるべきである〔大野前掲書（注3）P234〕。

16）有馬前掲論文（注4）参照

17）厚生省・増田前掲書（注3）P37

18）厚生省介護保険制度施行準備室監修『いま、はじまる介護保険』（2000、厚生省広報パンフレット）P4、南日本新聞2000年6月17日、なお介護認定審査会への審査請求が2000年6月末現在、全国で

321件あり、採決の出たケースのうち申し出が認められたものが45件、却下3件、棄却83件になっている〔南日本新聞2000年8月1日〕。これは、従来の措置制度では、不服申立てが、ほとんどなかったことと比べると、介護保険により住民からの権利主張が容易になったからとも説明でき、住民の権利性が高まっていると解することができる。

19) ぎょうせい前掲書（注2）P24、54

20) 同様の見解：三浦文夫・橋本正明・小笠原浩一編『社会福祉の新次元—基礎構造改革の理念と針路—』（1999、中央法規）P63、65

21) 同様の主張：佐藤・河野前掲書（注5）P70

22) 厚生省前掲広報パンフ（注18）P5、10

23) 佐藤・河野前掲書（注5）P64、70

24) 厚生省・増田前掲書（注3）P48

25) 厚生省・増田前掲書（注3）P83

26) 京極高直著『介護保険の戦略』（1997、中央法規）P52

27) 厚生省・増田著（注3）P94

28) 伊東周平著『介護保険』（1997、青木書店）P175、大野前掲書（注3）P232、21世紀政策研究所編『21世紀日本における高齢者福祉のあり方と介護保険』（1999、21世紀政策研究所）P9参照

29) 全国初の指定取消は、栃木県、熊本県の各1件の訪問介護事業者が、2000年11月13日に取消処分を受けている。その理由は、無資格のヘルパーを使っていたケースである。なお今回の取消処分のきっかけとなったのは、県や市町村に利用者の苦情が相次いだことだった〔シルバー新報2000年11月17日〕。

30) 南日本新聞2000年10月16日「介護保険Q&A」鹿児島県社会福祉士会・久永繁夫、東和冲、厚生省・増田前掲書（注3）P102、ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編『2000年改定版・ホームヘルパー養成研修テキスト・3級課程』（2000年、長寿社会開発センター）P28、52、53参照。なお、行政によるサービスの指導については、市町村は介護保険法23条、都道府県については法76条のほか83条などが根拠規定で、指定基準では訪問介護の場合35条で規定されている。

31) 環境新聞社編・シルバー新報2000年12月8日

32) 一部の自治体は、既にサービス選択のための評価方法策定に取り組んでいるが、厚生省でも2000年11月に「介護保険サービスの選択のための評価の在り方に関する検討会」を立ち上げ、高齢者がより良いサービスを選択できるように、わかりやすい「チェックリスト」を作成するとしている〔シルバー新報2000年1月19日〕。

33) 具体的には、保険料滞納者には強制的な保険料徴収を行う滞納処分（法144条）のほか、①保険給付を現物給付から償還払いに変更する措置、②保険給付の一時差止め措置、③保険給付から滞納保険料を相殺する措置がある〔厚生省・増田前掲書（注3）P71〕。なお老人福祉法では措置制度が残っており、やむをえない事情等一定の条件で措置制度を利用してサービスを受けることができる。

34) 本沢前掲論文（注6）P56

35) 八代尚広「セーフティネットの視点から見た社会保障のあり方」全国社会福祉協議会編『月刊福祉』2001年1月号（2000、全国社会福祉協議会）P13、14

36) 旬報社編『賃金と社会保障』No. 1268（2000年2月下旬号、旬報社）P64、芝田英昭著『これ

からの社会保障』（1999、かもがわ出版）P 33

37) 厚生省前掲広報パンフ（注18）P 13。なお、市町村は当初想定し得ない災害などで一時収入が減った場合、条例で保険料を減免できるという規定が法にある（142条）〔ぎょうせい前掲書（注2）〕。

38) 山口定・神野直彦編著『2025年日本の構想』（2000、岩波書店）P 294

39) 鹿児島市では、2000年8月21日に保険料が天引きとなるとして、市内約72,000人に納入通知書を発送したところ、23日までに511件の問い合わせがあった。また、普通徴収16,322人のうち19.1%の約3,000人が、納付締め切りの10月末で未納となっており、その理由は納付書や督促状に気づかなかった、知らずに捨てた、支払い義務を知らなかった、保険料を払いたくないなどであるとされる〔南日本新聞2000年8月24日、12月20日〕。なお、全国レベルでのアンケート調査（日本世論調査会2000年10月実施1,925人回答）をみると、65歳以上の高齢者が払う全国平均月2,900円の保険料は高いと思うかとの質問に対し50.5%の人が妥当と回答しているが、37.9%の人が高いとし保険料の負担が大きいとの声が約3分の1に及んでいる〔南日本新聞2000年10月8日〕。

40) 日本経済新聞2000年9月24日、なお、平成12年10月15日、金沢市では高齢者29人が保険料の軽減や取消しを求め集団で審査請求を行なっている〔南日本新聞2000年10月16日〕。

41) 南日本新聞2000年9月30日「核心評論—介護保険スタート半年—」、11月12日（共同通信社調査）

42) 南日本新聞2000年9月14日、11月19日

43) 例えば「所得の低いお年寄りから徴収しにくいという空気が広がり、減免を決めた市町村が増えつつある。負担軽減に取り組む自治体の考えは理解できなくもない。だが、これでは応分の負担で高齢社会を支え合うという制度の根幹を揺るがしかねない。安易な減免措置は介護保険を壊してしまう危険性をはらんでいる。健康保険や年金と同様、保険料方式を根付かせることが肝心だ。」〔南日本新聞2000年10月1日「介護保険半年」と題する社説より〕。そのほか、「安易な発想で減免が実施されるとすれば、世代間や地域間での相互不信が発生し、制度そのものを根底から揺るがしかねない。」との主張がある〔南日本新聞2000年9月30日「核心評論—介護保険スタート半年—」共同通信内政部編集委員〕。

44) シルバー新報2000年6月9日

45) 日本経済新聞2000年6月30日。また全国の居宅介護支援事業者のアンケート調査（シルバー新報2000年4,5月実施、843事業者、ケアプラン作成実績計約43000件）によると、「計画策定にあたっての利用者の反応はどうか」という問いに対し、「利用者の負担を考えて枠一杯利用しない人が多い」が63%と多く、逆に「限度額一杯にサービスを利用したいという人が多い」だけを回答したのは全体の9%にとどまっている。その他28%の主な記入例は、「どちらもある」、「従来どおりのサービス提供を望む人が多い」、「現状から考えていく人が多く限度額はあとからついてくる感じ」、「サービス不足で枠一杯利用したくてもできない」、「負担能力の点で限度額に遠く及ばない」があげられる〔シルバー新報2000年6月9日〕。

46) シルバー新報2000年11月17日

47) 鹿児島県は介護保険導入前からの利用者1,336人を対象とした調査を行なっているが、その結果、3月までのサービス利用と現在（2000年6月）までの利用料を比べると、「従来どおり」が最多で54%を占め、「減った」というのは14%、「増えた」のは32%となっている。減った理由は、「自己負担が増えたため」が56%、「3月までがサービス過剰だった」が11%、「その他」33%で、負担が増えたためと答えた人の

理由をみると「負担がもったいない」が5割を越え、「負担能力がない」が4割弱（全体の2％）であった〔南日本新聞2000年6月22日〕。このデータからみると、自己負担を考慮して利用を従来に比べ減らしたのは全体の7.8％（上記の「減った」×「自己負担が増えたため」：14％×0.56で算出）で、この程度、利用抑制が生じているとも推測できる。

48）厚生省の調査によると、介護保険によるサービス量の変化は、増えた62.7％、変わらない23.6％、減った13.7％となっている〔厚生省老人保健福祉局監修『なるほど・あんしん介護保険（広報用パンフ）』（2000、長寿社会開発センター）P10〕。

49）厚生省前掲広報用パンフ（注18）P6

50）厚生省・増田前掲書（注18）P62

51）セーフティ・ネットの機能の解説：八代前掲論文（注36）P13, 14。なお生活保護の最低生活基準は70歳以上の一人暮らしで月額84,000～109,000円程度であるが、年金額がこれに達しない人も多いのに、世間体が悪いとか預貯金や土地があると受給資格がないとの理由で生活保護を申請しない人も多いとされる。介護保険では、このような低所得者も年金が月15,000円以上あれば年金から保険料が天引きされ、国民保険のように滞納という手段もないため、その影響はかなり厳しいとされる〔朝日新聞2000年9月17日〕。

52）年金に関する各政党の主張は、自民党は社会保険方式の堅持の立場で政府とほぼ同じ立場であり、国民基礎年金の国庫負担の引き上げを検討している。民主、保守、自由、社民が保険料から税方式への転換を目指す。保守、自由は消費税の福祉目的税化を掲げ、小さな政府を念頭におき財源の制約で年金額を抑制することもありえる一方、社民は年金額の充実を主張している。各党の主張に対し政府は「基礎年金の税方式は技術的に困難」とし「政治は国民に負担増を提示できるのか」という懸念も示している〔毎日新聞2000年6月11日の記事等〕。

53）国民基礎年金の税方式による充実として指摘されたものであるが、消費税は貯蓄や投資に課税しないので経済阻害度が最も小さく、現役世代だけに負担を押しつけがちな所得税や年金保険料とも違うとされる〔高山憲之「公的年金制度—残された課題と将来展望—」全国社会福祉協議会編『月刊福祉』2001年1月号（2000、全国社会福祉協議会）P29, 30〕。その他、消費税、相続税、環境税が適当とする見解もある〔広井義典「社会保障改革の全体ビジョン」全国社会福祉協議会編前掲書P56〕。