

介護保険と低所得者対策

—ドイツの介護保険給付と租税給付の関係を参考として—

本 沢 巳代子*

(筑波大学社会科学系教授)

1. はじめに

わが国の介護保障制度は、老人福祉法の歴史的展開から見てもわかるように、親族扶養ないし世帯単位を前提にした家族介護をベースとし、要介護者に家族がいて一定の収入があれば社会的支援は必要がないものと考え、専ら身寄りのない貧しい要介護者を対象に租税財源により実施されてきた。他方、新たな介護保障システムとして採用された介護保険制度は、年金制度の充実により、要介護者本人に保険料の負担や給付費の一部自己負担ができる経済力があることを前提としたものである。したがって、租税財源による老人福祉施策から介護保険制度に転換するにあたっては、一方では年金収入や財産が十分でないために、介護保険の保険料および利用者負担の支払いが困難な低所得者のための費用負担システムが必要であり、他方では介護費用の一部しかカバーしない介護保険の制度設計のもと、保険給付ではカバーされない要介護者の必要な介護ニーズに対応するために、ニーズ度を指標とした補充的な支援・介護システムの構築、その利用料を自己の年金収入や財産では十分に賄うことのできない者のためのフレキシブルな費用負担システムの構築が必要となる。

これらの費用負担システムの検討にあたっては、介護保険の保険財政の中で対応できるのか、租税財源による新たな対応が必要か、そのさい保険財政に投入されている公費負担部分のあり方を見なおす必要はないかについても考えてみる必要があると思われる。このような観点から、本稿では、まず、わが国の介護保障制度の歴史的展開と費用負担のあり方、介護保険制度における保険料と利用者負担をめぐる低所得者対策について概観する。その上で、わが国の介護保険制度のモデルになったと言われるドイツの介護保険制度¹⁾とこれを補充する低所得者のための租税給付、とくに保険給付と相互補完関係にある介護扶助、

*1953年生まれ。76年関西大学法学部卒業、83年同大学大学院法学研究科博士課程後期課程単位取得退学、博士（法学）。関西大学法学部非常勤講師、財団法人比較法研究センター研究員を経て、87年大阪府立大学経済学部講師、91年同大学同学部助教授、97年教授。2001年より現職。専門は、民法、社会保障法、ドイツ法。日本社会保障法学会理事、日本家族〈社会と法〉学会理事、東京都社会福祉審議会委員、大阪府総合計画審議会委員。主な著書は、『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』（単著、日本評論社、1996）、『離婚給付の研究』（単著、一粒社、1998）、『テキストブック・社会保障法』（共著、日本評論社、1998）、『介護保険サービス完全ガイド』（監修、高橋書店、2001）、『ソーシャルワーカーのための法学』（共編著、有斐閣、2002）。

1) ドイツの介護保険制度について、詳しくは、本沢巳代子『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ—』（日本評論社、1996年）48頁以下参照。

入所施設のホテルコストを含め保険給付の対象外である衣食住に関する住居手当および生活扶助、保険給付の対象外である入所施設の投資コストに関していくつかの州により導入されている介護住居手当等の個別促進策、さらに年金改革による年金給付の削減に伴って2003年から実施される租税財源による基本保障としての高齢・障害年金補充給付について概観する。そして、ドイツにおける社会保険制度と租税給付制度の重層的な相互補完関係のあり方をもとに、租税の有効かつ効率的運用の観点から、わが国の介護保険と低所得者対策のあり方について検討するとともに、社会保険財政への租税財源の投入の功罪、基盤整備のための補助金制度のあり方などについても若干の検討を加えてみたいと考えている。

2. わが国の介護保障制度の歴史的展開

わが国の介護保障のあり方は、戦前の救貧制度の流れをくむ福祉制度のもと、非常に限定された租税財源の枠の中で、公的セクター主導の福祉施策の一つとして展開されてきた。その結果、介護サービスは、家族介護を期待できない身寄りのない哀れな低所得者のための制限的な福祉施策として実施されてきた。しかし、このようなワンパターンの制限的な福祉政策の押し付けは、家族形態の多様化、高齢化、少子化、女性の高学歴化と就労率の増加など、社会の変化に対応することはできなかった。このような状況のもと、介護保障は、制限的な福祉施策から一般市民を対象とした市民福祉へと変化し、具体的な整備目標値を掲げたゴールドプランの作成、市町村への権限移譲、高齢者保健・福祉計画の策定など、新たな高齢者福祉政策が推進され、一定の成果を上げてきた。もっとも、急速な基盤整備のために投入された多額の補助金が不正に流用されたり、福祉理念の欠如した名ばかりの社会福祉法人が乱立したりするなどの弊害も引き起こすことになった。

いずれにしても、歴史的に制限的な福祉施策として展開されてきた介護保障制度のもとでは、限られた租税財源によるがゆえに、介護サービスの内容や提供機関、対象者の優先順位を行政が決定する「措置」として実施され、利用者の主体性や選択権を保障するものとはなっていなかった。租税財源による介護保障が「措置」と密接不可分でないこと、すなわち利用者の自主性や自己決定と矛盾するものでないことは、イギリスや北欧諸国における介護保障制度の現状を見れば明らかである。しかし、歴史的にも制度的にも、租税財源と言えばイコール「措置」を意味することになるわが国の状況のもとでは、高齢化の進展による急激な介護ニーズの増大と多様化に応え得る新たな介護保障システムを確立することは、租税財源によるシステムを維持したままでは難しい側面があった。さらに、人気を誇った細川内閣が、消費税に代わる国民福祉税の導入に失敗した段階で、将来増大する社会保障給付費の財源を間接税により確保することが難しくなり、結果的に租税財源の拡大により新たな介護保障システムを構築することも難しくなってしまった。

このような状況のもと、①急激な介護ニーズの増大に対応するためには、短期間に介護サービスの供給量を拡大する必要があること、②要介護者および介護家族の介護ニーズの多様化に対応するためには、その主体的な自己決定によるサービス選択を可能にする必要があること、③多様な介護ニーズに対応するためには、多様な介護サービス提供者および施設設置者の参入を可能にする必要があること、④高齢化によりさらに深刻化する老人医療費の削減のために、医療保険制度をベースとする老人医療の給付の一部を介護保険制度に担わせる必要があることなど、従来の租税制度に代わる新たな介護保障制度は、これら種々の要件を満たすものであることが必要とされた。その結果、保険料の支払いを前提に給付請求権の権利性を明確化しうること、介護サービスと直結させることにより新たな介護市場を形成し、それによって多様

な事業者等の参入と介護サービスの量的拡大を同時に実現しうること、現物給付型の医療保険制度との整合性を保つことができることなどの点から、ドイツの制度をモデルとした介護保険制度が新たに導入されたのである²⁾。

3. わが国の介護保障制度と費用負担のあり方

(1) 介護保険制度導入と費用負担に関する議論

1995年2月に介護保険制度の導入問題について審議を開始した老人保健福祉審議会は、1994年12月に提出された高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書を受けた厚生省の意向に沿った形で、社会保険方式イコール現物給付型短期保険を当然の前提として、65歳以上の高齢者のみを給付対象とした老人介護保険の議論を展開した。しかし、モデルとされたドイツの介護保険は、保険料のみを財源とし、年代に係わらず所得のある国民を被保険者として保険料徴収をしている点でも、要介護状態の発生原因や年齢に係わらず障害児や障害者も給付対象者としている点でも、現物給付を原則としつつ現金給付の選択を可能としている点でも、また年金保険の場合と同様に5年の資格期間を設けている点でも、賦課方式と積立方式、短期型保険と長期型保険、現物給付型保険と所得保障型保険の性質を併せ持つものになっていると言える。

医療保険のような賦課方式による現物給付型短期保険と、年金保険のような賦課方式と積立方式を併用した所得保障型長期保険とでは、同じ社会保険と言っても性質は異なっている。それにもかかわらず、これらを単純に社会保険方式の名のもとに一括して、公費方式や民間保険方式と比較して社会保険方式の利点を強調する老人保健福祉審議会の審議のあり方を見ると、賦課方式による現物給付型短期保険以外の費用負担の可能性を真剣に検討したのか、果たして疑問である³⁾。これらの費用負担方式の特徴とその長短については、周知のように、ドイツでは20年以上に及ぶ議論が積み重ねられ、種々の社会情勢等との関係から、賦課方式を中心に積立方式を併用した現物給付型社会保険の方式が結果的に採用された経緯がある⁴⁾。

(2) 税方式と保険方式

税方式による介護保障制度は、保険方式のように予め保険料を拠出することを前提とせず、介護を必要とするものに対し、その必要に応じて法定された範囲で介護サービスを提供するものであり、イギリスや北欧諸国で採られている方式である。個々人のニーズに応じて介護サービスを提供するため、地域住民に身近な行政主体が地域の租税収入と介護ニーズを勘案しつつ自主的に運営するものとなる。そのためには、行政権限ばかりでなく財政的にも地方分権が実現されていること、租税の収支が地域住民に見えやすく情報公開されていること、民間事業者等も含めた介護サービスの効率的な提供システムが、公的責任のもと地域で形成され運営されていること等が必要である。

保険方式は、社会生活上発生しうるリスクを想定し、そのリスクを被保険者間で分散するための手法である。予め定められた保険事故が発生した場合に一定の保険給付を支給することを約束し、被保険者が予め一定の保険料を拠出したことを条件に保険給付を支給するものである。保険事故の発生の有無やその程度を予め定められたルールに従って認定し、その結果予め約束されていた保険給付が支給されることにな

2) わが国における介護保険導入議論の展開について、詳しくは、本沢・前掲書（注1）104頁以下参照。

3) 老人保健福祉審議会による高齢者介護の費用保障方式に関する議論について、詳しくは、老人保健福祉審議会中間報告『新たな高齢者介護システムの確立について』（ぎょうせい、1995年）を参照されたい。

4) ドイツの介護保障をめぐる議論の展開について、詳しくは、本沢・前掲書（注1）40頁以下参照。

る。保険事故が発生したさいの個々人の具体的・個人的ニーズや生活状態に左右されることはなく、合理的・機械的である。しかし、それは個々人のニーズに応じた細やかな対応ができないことを同時に意味するものでもある。

保険方式の中でも、民間保険の場合には保険料と保険給付の関係が最もシビアに運用されるため、保険事故発生リスクの大小、保険契約により予め定められた保険給付の支給金額によって、保険料の価額が変わることになる。すなわち、民間の介護保険の場合には、高齢者になり介護リスクが高くなればなるほど保険料が高くなり、また保険事故が発生している場合には保険加入できないことになる。したがって、民間保険は、アメリカにおけるように、保険加入できない低所得者や高リスク・高負担となる高齢者に対する救済策を講じない限りは、介護保障制度の中心的役割は担えないことになる。

(3) 社会保険方式

オランダやドイツのような社会保険方式の場合には、同世代ないし異世代間の社会的な連帯により、保険料は保険事故発生リスクの大小にかかわらず、強制加入させられた被保険者が給与や年金など経済的な負担能力に応じて負担すればよく、保険料を負担できない低所得者に対しては保険料の減額や免除を行うこともできる。また、保険給付は支出した保険料の価額にかかわらず、保険事故のレベルに応じた基本的な給付を予め法定しておくことができ、すでに保険事故が発生している場合にも保険加入を認め、定められた保険給付を支給することができる。もっとも、社会保険も保険であるから、保険料と保険給付の収支はバランスが取れていなければならない。とくに高齢化・少子化の進んだ社会では、保険料を負担可能な範囲に納めるために、保険給付に一定の制限を課して支出を抑制したり、保険給付のために不足する保険財源を税金で補填したりしなければならないことになる。

社会保険が最も自然に運営されるのは、民間保険と同様、金銭給付においてである。金銭給付型の保険の場合、被保険者が保険者に対し保険料を支払い、保険事故の発生により保険給付としての金銭給付を受け取る。保険料も保険給付も金銭であり、当事者の法律関係も保険者と被保険者だけである。保険者と被保険者の法律関係は、保険料も保険事故も保険給付も法律により定められた公法上の給付権利義務関係ということになる。

これに対し、現物給付型の社会保険の場合には、被保険者は保険者に対し保険料を支払い、保険事故の発生により保険給付としてサービスそのものの提供を、保険者からその提供を包括的に委託された保険給付提供機関から受けることになる。すなわち、その法律関係は、①保険者と被保険者＝公法上の給付権利義務関係、②保険者と保険給付提供機関＝公法上の契約関係、③保険給付提供機関と被保険者（受給権者）＝私法上の契約関係の三種類あることになる⁵⁾。そして、③の私法上の契約関係を②の公法上の契約内容によって、ある程度コントロールできるのが、現物給付型社会保険の特徴である。モデルとされたドイツの介護保険では、少なくとも現物給付についてはこのコントロール機能は明確であり⁶⁾、実際にも保険給付である介護サービスについて、保険者は被保険者に対して、その経済性ととも質の保証責任を負うものと法律上明記されている⁷⁾。

5) 現物給付型社会保険の当事者の法律関係については、本沢巳代子「措置の対象から契約の主体へ－特集民法のなかの人間－」法学セミナー44巻1号(1999年)57～58頁を参照されたい。

6) ドイツの介護保険の法律関係については、本沢・前掲書(注2)72頁参照。Gerhard Igl, Das neue Pflegeversicherungsrecht, C.H.Beck 1995, S.86ff.

7) ドイツの介護保険者である介護金庫の質の保証責任、および質の保証を実現するためのMDKの審査手続きと基準について、詳しくは、本沢巳代子「メディカルサービスによる介護サービスの質の審査」国民生活センター『介護サービスと消費者契約』(国民生活センター, 1999年)149頁以下を参照されたい。

(4) わが国の介護保険の方式は？

わが国の介護保険の給付は、法定された介護サービスに利用された費用を充当するための金銭給付であり、純粋な意味での現物給付とは言えない側面がある。さらに、保険者と保険給付提供機関の関係は、公法上定められているものではあるが、しかし、前掲の現物給付型保険における②公法上の契約関係にあるとは言いがたいものになっている。すなわち、公法上の契約の内容となる介護報酬基準は厚生労働省が定めることとされ、契約の相手方選択に関しても、厚生労働省の定めた指定運営基準に従って都道府県が行うものとされ、さらに契約内容の実行にかかわる介護報酬の審査・支払いおよび介護サービスに関する苦情は、都道府県単位で設置された国民健康保険団体連合会が行うとしているからである。このように、わが国の介護保険制度は現物給付型社会保険とは言い難いものであり、大幅な公費の投入による財政運営によって保険としての性格さえも歪められており、どのような法的性格を持つ社会保険制度であるか、必ずしも明確ではない。

それはともかく、介護保険も社会保険として位置付けられている以上は、保険料の支払いを前提に、保険事故の発生により、予め法定された定型的給付を支給することを原則とするものである。このような介護保険を介護保障制度の中心に置くというのであれば、個別ケースにおける個々人の必要な介護ニーズに対応するために、租税財源による柔軟な補充的システムの構築が必要となる。これは、単に保険方式か税方式かといった介護保障制度の財政調達やパターンリズムの問題ではなく⁸⁾、保険方式と税方式のそれぞれの長短を上手く組み合わせて、要介護者の尊厳と自己決定を実現する介護保障のツールとして効率的かつ有効に活用することを意味する⁹⁾ものである。そして、それは、保険者としての市町村の役割と、租税財源により老人保健福祉行政を司る行政機関としての市町村の役割を明確に区別した上で、両者を有機的に結合し、より充実した介護保障制度を確立させることをも意味するのである。

しかし、わが国の介護保険は、国民健康保険をベースとしているため、公費は保険料と保険給付の収支バランスを崩す形で保険財政に直接投入され、社会保険の欠点を補うために、個別の介護ニーズや費用負担ニーズに対応できる柔軟な税方式による補充システムは十分に確立されてはいない。むしろ、それは、保険財政への公費支出により国や地方自治体が行政責任を果たしているかのような幻想を与えるとともに、保健福祉行政の担い手である市町村が、介護保険の保険者として給付提供の責任を果たしさえすれば行政責任を果たしているとの勘違いを生じさせる原因にもなっている。介護保険は介護保障制度のベースではあっても、介護保障制度から少数の低所得者を締め出すための手段ではない。

4. 第一号被保険者の保険料と利用者負担をめぐる諸問題

(1) 第一号被保険者の保険料をめぐる諸問題

そもそも第一号被保険者について個人単位で保険料を徴収しようという介護保険の制度設計は、年金制度の成熟によって各人に老齢年金があることを前提にしたものであり、今後さらに深刻化する高齢社会の中で脅威的存在である団塊の世代を支えることを考えて設計されたものと言える。そうであるならば、老齢年金や給与からの保険料の天引き徴収ができ、保険給付の恩恵にあずかる確率の低い若年の第一号被保

8) 河野正輝「社会保障法の目的理念と法体系」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第1巻・21世紀の社会保障法』（法律文化社、2001年）18頁。

9) 江口隆裕「社会保障の財政」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第1巻・21世紀の社会保障法』（法律文化社、2001年）147頁。

険者と第二号被保険者については、比較的短期間の資格期間を設けた長期積立型保険とすることも考えられて然るべきであったと思われる。その場合には、年金制度との関係から老齢年金が少額であるために保険料の徴収が難しく、しかも保険給付を利用する確率の高い80歳以上の高齢者については、初めから被保険者の対象範囲から除外し、税方式により介護サービス（介護保険給付相当レベル）を提供するという暫定措置の対象にすることもあり得たはずである。

それはともかく、少額の年金収入しかない第一号被保険者からも保険料徴収をしなければならない市町村は、2000年10月からの保険料徴収を前にかなりの戸惑いを覚えたのは当然であろう。厚生労働省の示した定額保険料の基準額の算定方法と、それを基準とした所得別の五段階方式の保険料設定方法では、その日の生活にも窮しているが、しかし生活保護は受けていない所謂ボーダーライン層が、第二段階（世帯全員が住民税非課税）の保険料額になってしまうからである。このような状況を前に、まず高額所得者層から高額な保険料を徴収することで基準額を引き下げる六段階方式が提案された（横浜市など）。

このほか、条例により保険料の減免措置を定めることのできる市町村は、その権限の範囲内で、第二段階までの低所得者のために独自の減免措置を打ち出した。一つは神戸方式と呼ばれるもので、保険財源の中で第二段階の低所得者層のうち家族等により扶養されていない者につき、その保険料を第一段階の保険料に減額するというものである。これは少額でも保険料を徴収するという意味では、保険制度の理念を貫こうとするものである。これに対し、第二段階までの低所得者の保険料を一般租税財源により免除したり減額したりする市町村も少なくない。後者のような方法を採用することは、保険制度の維持という意味でも、租税財源の有効活用と言う意味でも好ましいことではない。しかし、先にも指摘したように、第一号被保険者の範囲の設定それ自体に問題があるから、このような好ましくない減免措置も、制度全体の見直しに対するインパクトとして評価することもできないことはない。

さらに、第一号被保険者の保険料をめぐっては、月額15000円未満の年金収入しかない者からも保険料を徴収すること、五段階の保険料設定について、本人の所得のみならず世帯員の収入を考慮していることによっても問題が生じている。厚生労働省の説明によれば、月額15000円の年金ではそもそも生活はできないから、誰かに扶養されているはずであり、保険料も扶養者に支払ってもらえば良いというのである。第一号被保険者については、個人単位の保険であると言いつつ、保険料徴収の段階になると急に世帯単位となり扶養者の懐を当てにするのである。被保険者資格も受給者資格も個人単位と言うならば、保険料の徴収も個人単位として設計するののであれば一貫性はないし、もし世帯単位で保険料徴収をするのであれば、世帯の合計収入による保険料計算が必要となろう。実際に、第一号被保険者本人に収入がなく市民税が非課税であっても、同居する子にわずかばかりの収入があり市民税が課税されていれば、世帯収入が高齢者世帯より少ない場合でも、第一号被保険者の所得段階は三（本人が住民税非課税）とされ基準額相当の保険料が徴収されることも生じている¹⁰⁾。

いずれにしても、第一号被保険者についても年金収入があることを前提に個人単位で保険料を徴収するというのであれば、ドイツのように年金額に応じた定率保険料とすべきであろう。また、保険料の負担能力について扶養義務関係や世帯を云々するとしても、夫婦相互間に限るべきであろう。第一号被保険者

10) 筆者が大阪府の介護保険審査会の公益委員として、保険料の賦課決定に係る審査請求事例に係った経験からすると、世帯単位で課税・非課税を捉えることによって、通常の高齢者世帯が所得段階二となるのに対し、子と同一世帯に属する収入のない高齢者は所得段階三となり逆転現象が生じる。また、市民税の非課税と減免との違いはわかりにくく、減免の結果として税を納付しなくても良い場合でも所得段階四となる。さらに、老後の生活を考えて自宅を売った代金で高齢者向き住宅を購入した場合、合計所得金額に特別控除前の譲渡所得が含まれるとして所得段階五とされるなどの矛盾が生じている。

の保険料を定率保険料にできない理由として、厚生労働省は、成年子による扶養も含め、年金収入以外の高齢者の所得把握が困難であることを挙げている。しかし、成年子による扶養といいながら、成年子が高齢者と同一世帯で生活している場合にだけ保険料額の算定にあたって考慮するというのは、公平性の観点からも公正性の観点からも首肯できるものではない。また、高齢者が所有するかもしれない資産等から生じる配当収入や不動産収入などの把握が困難であるからといって、年金額に対する定率保険料の適用を否定する明確な根拠とはなりえないであろう。個人情報保護に配慮した上での国民総背番号制の導入などを含め、課税の個人単位化との関係、課税の公平・公正・明確性の確保との関係を視野に入れつつ、課税制度をベースとした社会保険料徴収制度を抜本的に見直すべき時期にきているのではないだろうか。

(2) 利用者負担をめぐる諸問題

受給権者が保険給付として介護サービスを利用した場合、介護サービス費の割を自己負担しなければならない。その理由について、厚生労働省は、受益に応じた公平な負担および濫用を防ぐためのモラルハザードの必要性を強調する。しかし、要介護認定が適正に行われ、要介護度によって利用できる保険給付の限度額が定められている介護保険の場合には、出来高払いの医療保険のような濫用の危険性はなく、むしろ適正手続きにより確認された受給権を実現するために、受給権者が給付限度額まで自由に保険給付を利用できるようにするべきであろう¹¹⁾。とくに一割の利用者負担が、受給権者の保険給付利用を阻害しているとすれば、そしてその傾向が低所得者により強く現れているとすれば、受給権の保障の観点から大いに問題である¹²⁾。

(3) 生活保護受給者の保険料と利用者負担をめぐる諸問題

介護保険の保険料徴収や給付条件に関する第一号被保険者と第二号被保険者との異なる取り扱い、生活保護の受給者について新たな問題を生じさせている。第二号被保険者は医療保険の加入者とされているため、国民健康保険の被保険者から除外されている生活保護受給者は、介護保険の被保険者からも除外されることになる。その結果、65歳以上の生活保護受給者は第一号被保険者となり、その保険料は生活扶助として支給され、保険給付を利用した場合の利用者負担は、新設された介護扶助として支給される。これに対し、40歳以上65歳未満の生活保護受給者は、第二号被保険者となることはできないが、介護保険事故に相当する加齢による要介護状態が発生した場合には、新設された介護扶助の対象として、介護保険のサービスに相当する給付を自己負担なしで受けることができるのである。しかし、このように介護保険において生活保護の受給者を年齢により差別的に取り扱うことは、原因が国民健康保険法にあるとはいえ問題である。ちなみに、ドイツでは、社会扶助給付受給者の医療保険および介護保険の保険料は社会扶助機関により負担されることになっており、また介護保険の被保険者資格に年齢による区別はないから、このような問題は生じないことになる。

11) 利用者負担に対する批判について、詳しくは本沢・前掲書(注2)140頁以下参照。

12) 厚生労働省の全国介護保険担当課長会議資料「1. 介護保険制度の実施状況について」によれば、利用者アンケート調査の集計結果、現在介護保険のサービスを利用していない者の今後のサービス利用に関する意向調査で、「利用者負担(総費用の10%)が払えない」と回答した者が3%いたとのことである。割合から見れば、3%は僅かな数値ではあるが、しかし利用者負担ゆえに必要な介護サービスを利用できない者がいること、それ自体が大きな問題である。ちなみに、ドイツの介護保険には利用者負担というものはなく、受給権者は、現物給付だけでも、現金給付だけでも、あるいは現物給付を一部利用して残りは現金給付で受け取るという方法でも、要介護状態に従った給付を限度額まで目一杯受給することができるようになっていく。

5. ドイツの介護保険制度下における租税給付のあり方

(1) 介護保険給付と介護扶助

ドイツでは、歴史的に福祉サービスは社会福祉団体を中心に民間主導で展開されてきた。したがって、施設介護も在宅介護も利用者との間で締結された契約に従って提供され、その対価として利用者が支払うべき利用料は全額自己負担を原則としてきた。しかし、介護施設の入所費用には、介護費用ばかりでなく、ホテルコストや投資コストも含まれており、多くの入居者が自己の年金や財産だけでは入所費用を負担できず、連邦社会扶助法による介護扶助ないし生活扶助の支給を受けざるを得ない状況にあった。このような状況のもと、とくに高齢化による要介護者数の増加、介護施設の入所費用の高額化に伴って、介護扶助に関する財政支出は急激に増加した。そのために社会扶助の担い手である州や郡・市といった地方自治体の財政が圧迫され、抜本的な解決策が連邦に求められたことが、介護保険導入の直接の原因になったと言われている¹³⁾。

連邦社会扶助法は、一般的な生活援助にかかわる扶助として、衣食住にかかわる生活扶助や就労のための労働扶助を規定するほか、特別な生活状態における援助として、生活基盤の創設と保証のための扶助、予防的保健扶助、疾病扶助、家族計画扶助、妊産婦扶助、障害者のための社会的統合扶助、全盲扶助、介護扶助、家政の継続執行扶助、特別な社会的困難克服のための扶助、ならびに所得・財産条件に依拠しない老人援助を規定している（連邦社会扶助法27条以下）。介護扶助など特別な生活状態における援助の場合には、別居していない夫婦の収入は、法定の基本額および宿泊費ならびに世帯主の生活扶助にかかわる通常基準の80%の家族付加給付を加えた収入限度額を超える限りで考慮されるにすぎず、生活扶助の支給要件（同法11条）よりも大幅に緩和されている（同法79条以下）¹⁴⁾。

介護保険と介護扶助の関係については、介護保険の給付条件よりも介護扶助の給付条件のほうが緩和されている（同法68条1項）ため、介護保険の給付対象とならない者（介護等級ゼロの者および保険未加入者）も、保険給付と同様の在宅介護や介護施設入所などの現物給付、また在宅介護の場合に介護者が確保できる限りにおいて現金給付としての介護手当ての支給を受けることができる（同法68条2項、69条a）。介護保険給付を受給している者についても、保険給付の対象とならない者についても、介護扶助のニーズとして、日常生活に必要な行動の支援、部分的または全面的な代替、これらの行動の自立性確保に必要な見守りや指導が条文上明記されており（同法68条4項）、保険給付ではカバーされない上乗せ横だし給付も、必要な限りにおいて介護扶助によりカバーされることになる¹⁵⁾。

介護保険の導入によって、介護扶助の受給者数は着実に減少している。連邦政府が連邦議会に提出した2001年3月15日の「介護保険の展開に関する第2報告書（Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drucksache 14/5590）」によれば、在宅または入所施設において介護扶助を受給

13) 本沢・前掲書（注1）35頁以下参照。

14) 2001年7月にハンブルク州の社会扶助担当者から受けた説明によれば、重度の要介護状態にある夫を妻が在宅で介護している場合における介護扶助の計算にあたっては、法定基本額（施設入所者および在宅の重度要介護者については1582マルク、通常の場合には1056マルク）に妻の家族付加給付額（440マルク）と家賃（適切な範囲内であれば、原則として全額）を加えた金額を超える収入の70%の額から、現存する債務の返済に必要な金額や健康のために必要な特別食の金額（医師の証明が必要）などの支出を控除した金額が、夫婦の収入と認定される。なお、成年子の扶養能力については、4万マルクまでの預貯金の保有が認められており、夫婦と未成年の子の生活費のほか、債務の返済や子の保育料などの支出も考慮した上で判定されるとのことである。

15) 介護保険と介護扶助の関係について、詳しくは、前掲書（注1）99頁以下を参照されたい。

している者の数は、94年にドイツ全体で年間平均約56万人であったが、98年には約29万人に減少している。もっとも、そのうちの約10万人は社会保険の介護給付に加えて介護扶助を受けている者であり、その数はほとんど変化していない¹⁶⁾。しかし、とくに高額な利用料の支払いを必要とする介護施設入所者については、今後さらに介護施設の入所費用が高騰することを考えれば、介護扶助の重要性は今後再び高まってくると言われている。

(2) 介護保険と要介護者の居住保障給付

介護保険は、要介護者ができるだけ自主的な自立した日常生活を営めるよう援助することを目的としている。したがって、介護保険給付の中では、訪問介護が最も優先され、訪問介護で十分な介護が保証されない場合には、部分的施設介護（デイケア、ナイトケア）や短期入所介護により訪問介護を補い、それでも十分な介護が保証されない場合に、初めて入所施設における介護を受けられることになっている。この介護保険の目的を達成するためには、介護保険給付の支給だけではなく、在宅で生活し続けられるように住居を確保すること、介護保険給付としての住宅改造にとどまらず、高齢者の状況に適した住居の紹介・仲介を行うこと、介護施設への入所が必要になった場合に介護スペースを確保することが必要であり、さらにこれら住居等の確保に必要な費用を援助することが必要になってくる。

一般的な居住保障給付として、住居手当法（Wohngeldgesetz）は、適切かつ家族に適した住居を経済的に保障するために、連邦と州が半々で財政負担をする住居手当として、借家の場合には家賃補助、自己所有住宅の場合には負担補助が支給されると規定している（住居手当法1条1項）。家賃補助の申請は、借家人・借家類似の継続的居住権の所持者、ホーム法¹⁷⁾の意味におけるホーム入居者などである（同法3条2項）。住居手当の支給額の計算にあたっては世帯員（3親等内の親族）の年取と数・居住地・住居面積・家賃の高さなどが勘案される（同法2条）。ただし、連邦社会扶助法による生活扶助受給者については、管轄の社会扶助機関が世帯員の数に従って定額の住居手当を職権により支給することになっている（同法1条2項、32条）。

在宅介護の継続のためには、住居手当の支給による家賃補助のほか、社会扶助法の特別な生活状態における扶助として、家政の継続執行のための扶助が役立つことになる。すなわち、世帯の誰も家政を執行することはできないが、家政執行の継続が必要である場合には、扶助を受けることによって施設入所が回避または延期されうるときに限り、家政の継続執行のための扶助が一時的に支給されることになっており（連邦社会扶助法70条1項）、世帯員の施設短期入所の方法も認められている（同法71条）。

さらに、高齢者の居住保障に貢献しているものとして、連邦社会扶助法の特別な生活状態における扶助である老人援助（同法75条）を挙げることができる。すなわち、高齢者は、その所得や財産如何にかかわらず、高齢者のニーズに応じた住居の調達と維持に必要な援助、高齢者の身の回りの世話に資する施設への入居に必要な援助、とくに適切なホームスペース調達のための援助を受けることができるのである。単なる入所施設に関する相談・助言や情報提供だけでなく、高齢者のニーズに適したホームスペースの確保、さらに高齢者の有する請求権行使のための援助として、介護保険給付ばかりでなく、介護扶助、入所施設のホテルコストに対する経済的援助としての住居手当や生活扶助に関する相談・助言も行われている。

16) 98年には、介護保険の給付を受けている者のうち付加的に介護扶助の支給を受けている者の割合は、訪問介護の場合には5%、施設介護の場合には25%弱であった。介護扶助受給者の状況について、詳しくは、連邦政府の介護保険第2報告書43頁以下参照。

17) ホーム法は、入居者の変更や数に左右されることなく高齢者・要介護者・成年障害者に住空間を引渡し、身の回りの世話と給食を提供する施設に適用される（ホーム法1条1項）。

(3) 投資コストと州の個別促進策

介護保険の導入によって社会扶助の財政負担が軽減されることになった各州は、保険給付の提供に必要な介護サービスの基盤整備について責任を負うものとされた（社会法典第11編9条）。この基盤整備の促進策は各州の州法により定められており、その投資促進の方法は非常に異なっている¹⁸⁾。例えば、バーデンヴュルッテンベルク州やバイエルン州では、介護施設等の新設・拡大・改造に必要なコストの一定割合を州が負担する方法を採っている。これに対して、ハンブルク州やニーダーザクセン州などいくつかの州では、介護施設等の新設・改造補助とは別に、投資コストの個別的促進策として、介護保険法上利用者に負担を求めることができるホーム経営継続のために必要な投資コスト（社会法典第11編82条3項、4項）について、これを自己負担できない入居者のために、租税財源による個別給付の支給が行われている。このような個別的促進策は、個々の施設入居者について直接効果を発揮しうる点において、使途不明金等の発生の可能性を含む施設の建設費や改造費に対する補助金制度よりも、確実な租税効果を期待できるとの評価もある。

具体的には、ハンブルク州では、介護保険施設に入所して終日処遇を受けている要介護者は、介護施設の継続的運営に必要な投資コストについて、自己の所得および財産によりこれを負担できない場合、社会扶助の支給を回避できる限りにおいて、所得に依拠した個別的促進としての補助を受けることができるとされている（州介護法12条）。これに対して、ニーダーザクセン州では、継続的介護のための入所施設設置者は、要介護者が社会扶助の受給者となることを回避できる限りにおいて、入居者にかかわる補助を受けることができるとされている（州介護法13条）。すなわち、投資コストの個別促進策としての補助の支給対象者は、ハンブルク州では要介護者本人、ニーダーザクセン州では施設設置者とされているのである。もっとも、いずれにしても、補助の支給のために行われる収入調査にあたっては、原則として社会扶助法の規定が準用されるが、しかし、子の扶養義務は考慮されないこととされている。このような子の扶養義務を考慮しない取り扱いは、子の扶養義務を支給要件とする社会扶助に対する精神的抵抗を回避することを目的としているが故のものである。

(4) 高齢ニーズに対する所得保障

ドイツでも、高齢化・少子化の進展の中で老齢年金受給年齢の引き上げや給付の切り下げが行われている。そのような状況のもと、老齢年金に関する情報を早期に提供し、国民が自ら高齢期に備えて財産形成するよう促すために「法定年金保険の改正および資本カバーされた老齢準備財産促進のための法律（老齢財産法）（Altersvermogensgesetz vom 26.6.2001, BGBl. I S. 1310）」が制定された。2003年1月1日に施行される同法第12章「高齢および稼働減少のさいのニーズに対する基本保障に関する法律」は、自己の収入および財産により自らの生活費を調達できない65歳以上の定住者および障害者に対して、その申立により、保険料に依拠しないニーズに基づく基本保障を給付し、連邦社会扶助法による生活扶助または特別な生活状態にある場合の扶助を受給しなければならなくなる事態を回避することを目的としている（同法1条、2条）。このような租税財源による基本保障の新設は、社会扶助給付に対する精神的な抵抗に配慮したものであるとされている。

ニーズに基づく基本保障に含まれるのは、連邦社会扶助法に従った生活扶助に関する世帯主の通常基準に15%を付加した金額、宿泊と暖房の費用（施設入所者については、管轄地域内の単身世帯の光熱費・暖

18) 各州の投資促進策については、連邦政府の介護保険第2報告書141頁以下に紹介されている。

房費込みの家賃を基準とした支出額)、適切な疾病保険料および介護保険料、本法の目的達成に必要な役務給付である(同法3条)。基本給付の支給のために行われる申請者の収入および財産の調査にあたっては、連邦社会扶助法が準用され、配偶者および内縁配偶者の収入も上記のニーズ額を超える限りにおいて、申請者の収入として算入される。しかし、子の扶養義務については、年間総収入が10万ユーロ以上ある場合にのみ考慮されるにすぎず、しかも子の収入はこの限度額を超えていないものと推定される扱いがなされている(同法2条)。すなわち、基本保障については、原則として子の扶養義務は考慮されないということである。

この基本給付は、障害年金および老齢年金の受給者が社会扶助を受給しなければならなくなる事態を回避するためのものであるから、基本給付の管轄機関であり社会扶助の管轄機関でもある郡または市(同法4条)、および障害年金・老齢年金の管轄機関である年金保険者は、申請権者を支援するとともに、相互に情報を交換し協力し合うよう求められている(同法7条)。さらに、郡または市は、本法の要件に該当する社会扶助受給者等に対して、基本給付の支給要件と手続を示した上で申請書を送付すること、年金保険者は、年金の受給権者に対して、本法の基本保障の手続きに関する情報を提供し助言するとともに、年金額が連邦社会扶助法81条1項の特別な生活状態における扶助に関する基本額を下回る場合には、基本保障の申請書を送付することを求められている(同法5条)。

6. わが国における重層的な介護保障システムの構築のために

少子高齢化の進む厳しい財政状況のもと、介護保険制度をベースに高齢者の介護保障制度を考えるにあたっては、①個々の高齢者が公的年金制度の充実により一定水準の老齢年金を有することを前提に、老齢年金からの保険料徴収に依拠して、個々の高齢者に保険給付としての基本的介護を保障すること、②家族介護や地域の介護力を社会的資源として制度上どう位置付けるかを考慮しつつ、広く一般に保険給付として合理的・機械的に保障すべき基本的介護の種類・内容・程度を定めることが、基本原則としてまず確立されることが必要である。その上で、③一定水準に満たない老齢年金しか持たない高齢者の保険料支払いをどうするか、老齢年金以外の収入や財産の取り扱い、扶養義務者や同一世帯で生活する者の収入の取り扱いをどうするか、保険料の減免との関係からも基本的な考え方を定めておく必要がある。すでに述べたように、わが国の介護保険は、②の保険給付については個人単位を強調しつつ、①③の保険料の徴収や減免に関しては、世帯単位を併用している。とくに、世帯単位の併用による矛盾は、同一世帯で生活する者が配偶者か成年子かで区別していないためにより拡大している。今後は年金制度がさらに充実し、年金の個人単位化が進むことを考えれば、保険料についても個人単位化の徹底を図る必要がある。とくに扶養義務者である成年子のうち同居する者にのみ負担を強いるような世帯単位の併用は、公平・公正の観点からも排除していくべきである。成年子は第二号被保険者として保険料を支払うことによって、すでに介護保険法上要求される義務は果たしているからである。

つぎに、介護保険の保険給付により保障された基本的介護でカバーされない個別ニーズについて、どの範囲のどの種類のニーズをどの程度さらに社会的に保障する必要があるか、そのさいの費用負担をどうするかについて検討しなければならない。そのさい、介護を必要としている本人の年金収入や財産による費用負担をどの程度まで期待すべきか、また期待できるのか、あるいは扶養義務者や同居親族の介護負担や経済的負担をどの程度まで期待すべきか、また期待できるのかについても、基本的な考えを定めておく必要がある。とくに、定型的・機械的な保険給付で賄えない個別ニーズに応じて、よりフレキシブルな補充給

付を税方式によりどう効果的に組み合わせるのかを考えなくてはならない。わが国の介護扶助は、生活保護受給者の介護保険給付相当給付および第一号被保険者の利用者負担をカバーするためのものであり、このような補充給付にはなっていない。ドイツの介護扶助給付は、生活扶助よりも緩和された条件のもと、行政機関が個別ニーズに応じて上限額なしに支給決定するものであり、わが国における従来の老人福祉サービス、あるいは障害者のために新たに導入される支援費制度に近いものといえる。すなわち、ドイツの介護保障制度は、わが国の介護保険制度、老人福祉サービスないし支援費制度、生活保護制度が相互に補い合う重層的構造になっているのである。

このようにドイツの介護扶助は介護保険給付を税方式により補充するものではあるが、社会扶助給付としての補足性原理のもと、受給には心理的抵抗を伴うことも否定できない。それゆえ、ドイツの年金改革による年金額の減少に合わせて、高齢期のための財産形成に対する優遇措置とともに新たに導入される税方式の基本給付、すなわち緩和された収入審査基準に従って個別ニーズに合わせて医療・介護保険料も含めて支給される所得補充給付の制度が2003年から施行されることになっている。今後わが国においても、年金改革により年金給付を切り下げざるを得ない状況にあることからして、年金受給者の医療・介護保険の保険料負担および利用者負担を検討するさいには、この税方式による基本給付の考え方は大いに参考になるものであろう。とくにこの給付は基本給付であり、救済的なものではないから、高齢者に強い抵抗感を感じさせる成年子の収入審査をできるだけ回避しようとしていることに注意すべきであろう。また、介護保険の本来の目的である在宅促進のためには、入所施設介護に実際にかかる費用に対して不均衡なわが国の利用者負担のあり方は見直さざるを得ない。その見直しにあたっては、ドイツの施設入所者に対する住居手当制度や諸州の投資コストに対する個別促進策が参考になるとと思われる。これらの税方式による給付は、施設入居者の入所費用にかかわるニーズに応じて支給されるため、一般的な補助金の方式などに比べても、租税投入による直接的・効率的効果を期待できるものといわれているからである。

こうした中間的な税方式による給付制度の導入は、わが国における生活保護受給に対する国民の抵抗感に配慮するという観点からだけでなく、租税財源のより直接的かつ効率的な活用という観点からも、保険財政への租税財源の直接投入との関係を含めて、改めて検討してみる必要があると思われる。確かに厚生労働省のいうように、租税の投入により保険料の金額は低く抑えられるが、しかし介護保険の財政支出が市町村の一般会計から出ているために単年度方式で運営され、それゆえに当該年度の介護保険財政が黒字であったとしても、それが積立金として翌年度以降に繰り越されていないという弊害も生じている。介護保険制度施行後2年で赤字会計の自治体が390にもものぼっていることからして、2002年度には第一号被保険者の保険料を引き上げざるを得なくなる自治体が多く、そのための費用補填が問題となってくるであろう。このように短期間に保険料の引き上げの必要が出るような制度は、制度の安定性からしても問題である。保険料だけで運営されているドイツの介護保険においては、制度導入後7年を経ても、また単年度赤字が出ても、保険料引き上げの必要が生じていないこと、むしろ収支がわかりやすいために各保険者の節約努力が反映されやすいことを考えれば、またわが国の将来の高齢化を併せて考えれば、わが国の介護保険財政のあり方については、社会保障制度全体の見直しの中で、改めて考え直してみる必要があるのではないだろうか。