

介護保険制度における権利に関する考察 (その1)

——社会福祉における権利と連帯・3——

見 平 隆

I はじめに

介護保険法(平成9(1997)年 法律123)により2000年4月1日から始まった介護保険制度は、それまでの日本における社会福祉サービスのあり方を根底から転換させる制度になった。介護保険制度の成立は社会福祉事業法(昭和26(1951)年 法律45)の改正を始め、障害者自立支援法(平成17(2005)年 法律123)の制定等、社会福祉関係法令の新設、改正は、それまで提供されていた措置制度による福祉サービス(社会福祉事業で提供されていた介護サービスを含む)が、「自己決定」と「自立・自立支援」をキーワードにする契約利用制度への転換を促した。

この21世紀の大転換は、国民一人ひとりの「責任」と国民相互の「連帯」を強調しながら、国による国民生活の具体的方法と内容への政策的介入が強化されたものとみることができる。社会福祉は国による国民生活への一定の介入をもたらすものであり、その社会的状況によって介入の程度や方法、内容は変化するものであるが、国民の私生活に関する権利性に対して過剰な介入となる可能性を秘めたものであるともいえる。それは、2006年4月から改正施行された介護保険法の中で介護予防が強調され、具体的な実施展開の手法である「介護予防ケアマネジメント」により、国民の生活のあり方を「自己決定」という名目のもとに「制度」が左右す

る内容にまでなっているとみることができる。

また、国民の健康維持と現代病予防を目的として、介護予防をはじめとする「健康」の保持という大義のもとに健康増進法(平成14年(2002)年 法律103)が、前年に政府が策定した医療制度改革大綱の法的基盤として制定されている。健康増進法第2条(国民の責務)では、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」とし、健康維持を国民の義務として、自治体や医療機関などに協力義務を課すなど、国民の健康を国の「責任」のもとに置こうとする法となっている。これは、介護保険法第4条(国民の努力及び義務)において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」という条文と符合する。健康増進法の施行にともない、従来の老人保健法に基づく健康診断事業は廃止され、かわりに65歳以上を対象にした介護予防健診が2006年度から開始され、市町村は特定高齢者把握事業を義務として行い、国の基準に該当するものに対しては介護予防事業を行うことが定められた。さらには、特定健診

事業によりメタボリックシンドローム該当者ないしは予備群を発見し、彼らに対して特定保健指導を行うことが求められることとなった。

医療費をはじめとする社会保障給付費の抑制は、現在の日本が解決しなければならない課題の一つであるとしても、介護保険制度により拓かれた、国民生活のあり方への介入は、国民の権利性、とりわけ「自己決定の権利」に対する課題を提起していると考ええる。介護保険制度は日本の社会保障制度の転換を牽引した制度である故に、介護保険制度における権利について考察することは、極めて重要であると考ええる。国による国民生活への介入という、権利を巡る問題について点検し、社会福祉の制度と実態から共同体(倫理共同体)のあり方を考えるうえで、介護保険制度が包含する問題を、制度全体からだけでなく、制度の仕組みを構成し、具体的手法としてすすめられるケアマネジメントをとおしても点検することは意味あるものと考ええる。

II 介護保険制度の背景と成り立ち

1 社会保障制度審議会勧告等に見る介護保険制度の前提

1997年12月17日に介護保険法が公布され、2000年4月1日から施行された。介護保険制度は、第二次世界大戦後50年間にわたって日本の社会保障について理論的および制度的側面を支えてきた社会保障制度審議会が示した集大成のスタートであり、かつ、社会保障制度審議会そのものが一つの役割を終えたことを象徴するものであった。

社会保障制度審議会は、社会保障制度審議会設置法(昭和23(1948)年 法律266)により内閣総理大臣の諮問機関、総理府の附属機関として1948年に設置されたもので、その

役割について同法第1条で「社会保障制度審議会(以下審議会という。)は、内閣総理大臣の所轄に属し、社会保障制度につき調査、審議及び勧告を行うものとする。」、同法第2条で「審議会は、自ら、社会保険による経済的保障の最も効果的な方法につき、又は社会保険とその関係事項に関する立法及び運営の大綱につき研究し、その結果を、国会に提出するように、内閣総理大臣に勧告し、内閣総理大臣及び関係各大臣に書面をもって助言する任務及び権限を有する。」、同条第2項で「内閣総理大臣及び関係各大臣は、社会保障に関する企画、立法又は運営の大綱に関しては、あらかじめ、審議会の意見を求めなければならない。」と規定されていたが、2000年9月14日第540回総会で「新しい世紀に向けた社会保障(意見)」を決定し(同日内閣総理大臣に提出)、翌年の省庁再編を迎えてその主たる役割を終えた。

社会保障制度審議会は、1949年5月に第1回総会を行い、日本における社会保障制度の確立が必要であること、具体案を示すことなどを示し、運営、総合企画、社会保険、社会医療、公的扶助の5小委員会を設置した。そして、7月の第4回総会において「健康保険等の給付費に対する国庫負担の件」、9月には「生活保護制度の改善強化に関する件」を決定し、11月には「社会保障制度確立のための覚え書」を決定して、日本の社会保障制度確立のための第一歩を踏み出した。この覚え書きには「社会保障制度は、憲法が保障する基本的人権を尊重し、国民の生活権を確保するために、全国民にひとしく老齢、廃疾、失業、疾病、障害、死亡、出産等に伴う困窮に対し経済的保障の途を講じ、国民生活の不安を除去して社会秩序を維持し、もって民主主義社会の理想を実現せんとするものである」と示されており、当時の時代背景も

あって経済的保障による生活権の確保という限定的なものであったと見ることができるが、「生存権」が論議されている中で「生活権」を前面に打ち出したこと、「社会保障」を「国民生活の不安を除去して社会秩序の維持」して民主主義社会の実現をめざすとしたことは極めて先駆性があったといえる。

もちろん、覚え書きに至るまでには、1946年2月に連合国総司令部（GHQ）による「社会救済（Public Assistance）」指令などに表れている、GHQの社会保障に関する原則的な考え方が前提となっていたとみることができるが、同年3月に設置された社会保険制度調査会の「現行社会保険制度の改善方策」答申、翌1947年10月答申「社会保障制度要綱」を基礎と見ることができる。この要綱は、「憲法第25条の、国民の健康で文化的な最低生活を保障するためには、現在の社会保険制度や生活保護制度等では、不十分であり、このためには新しい社会保障制度の確立が必要である。」とし、さらに「この制度の確立は経済再建の基本的条件の一つである。」と明示していた。そして、最低生活を保障するための総合的な社会保障制度と任意の私的保険の利用を示唆したり、均一給付と全国民による所得比例拠出を提案していたが、この要綱は政府にとりあげられることにはならなかった。同年12月にアメリカ社会保障制度調査団はこの要綱を批判的に調査検討し、報告書としてGHQに提出し、翌1948年に「社会保障制度への勧告」として公表された。この勧告は「ワンデル報告書」と呼ばれ、社会保険制度の整備のほか、社会保障制度の企画・立案に関して勧告を行う機関の設置が示されており、社会保障制度審議会の設置へとつながっていった。

社会保障制度審議会の「1949年覚え書」が

下敷きとなって、1950年10月に「社会保障制度に関する勧告（1950年勧告）」が提出され、第二次世界大戦後の日本の社会保障の基礎構造が構築されることになった。「1950年勧告」では、「保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ」として、「自らをしてそれに必要な経費を齎せしめるところの社会保険」を中心にして、公的扶助制度は補完的制度として位置づけ、社会福祉などの各制度別に政策の方向を体系的に示した。社会福祉については、「国家扶助」の適用を受けている者や身体障害者、児童など援助育成を必要とするものが自立できるよう必要な生活指導、更生補導や援助育成を行うこととしていた。「1950年勧告」で、社会保障の国家責任と新しい社会保障制度のあり方について、国民の自主的責任の観念を害することがあってはならないとして、自己責任を基本とした相互扶助を打ち出したことは、その後の社会福祉基礎構造改革の論拠ともなった。第二次世界大戦後の民主主義確立期において、国民の社会を構成する成員としての連帯性が形成されることを求めたものであったが、社会情勢の変化は国家に対する国民の権利性を強く主張する側面も見せていた。

社会保障制度審議会は、多くの勧告や建議、意見、申し入れなどを行ってきたが、「1950年勧告」のほか、1962年の「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」と1995年の「社会保障体制の再構築（勧告）—安心して暮らせる二十一世紀の社会を目指して—（平成7年勧告）」の「総合勧告」は、日本の社会保障全般の舵を大きく切ったものであった。とりわけ「平成7年勧告」は措置制度から契約利用制度へと社会福祉の基礎構造を大転換するものであったが、その布石は1985年の「老人

福祉のあり方について（建議）」にあった。翌1986年には「社会福祉施設への入所措置事務等の団体委任事務化に係る改正案要綱」が答申され、1990年4月に「地域における社会福祉の基盤整備を促進するための関係法律の一部を改正する法律案（仮称）要綱」の答申がされた。前年の1989年には、厚生省（当時）所管福祉関係三審議会（中央社会福祉審議会、中央児童福祉審議会、身体障害者福祉審議会合同企画分科会が、「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）」を厚生大臣に提出し、福祉サービスの一般化・普遍化、施策の総合化・体系化の促進などを柱とし、市町村の役割重視、民間福祉サービスの育成などをすすめ、在宅福祉サービスなど福祉サービス利用の選択幅の拡大などを図って新たな社会福祉を展開していくことが重要であるとしたことが、少なからず影響を与えたと考えられる。

1990年6月29日には「老人福祉法等の一部を改正する法律」が公布された（福祉8法改正）。同年は「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が開始され、日本の社会保障体制は急速な転換を始めることになった。「老人福祉法等の一部を改正する法律」は「福祉の措置」が機関委任事務から団体委任事務へと転換するだけでなく、国と都道府県、市町村の役割と責任の変化をもたらすものであり、地方自治体への権限委譲と財源の縮小を併せもつものであるとともに、在宅福祉サービスと施設福祉サービスの市町村レベルにおける総合的、一元的な運営実施体制を整備しようとするものでもあった。貧困対策から独立した領域の高齢者福祉対策として制定された老人福祉法（昭和38（1963）年 法律133）に象徴される社会福祉の変遷の着地点に具体性をもたらしたことであった。

高度経済成長下の1973年に「福祉元年宣言」とともに70歳以上高齢者の医療費支給制度を取り入れた老人福祉法の改正は高齢化率が欧米諸国に比べて依然として低い日本であったが、社会保障関係費は飛躍的増大となった。そして、同年、第4次中東戦争をきっかけに起きたオイルショックによる経済マイナス成長は、それまですすめられてきた社会保障政策の全面的見直しを求め、「福祉見直し論」が台頭することになった。「福祉見直し論」は「日本型福祉社会論」となって、1979年に「新経済7か年計画」が閣議決定された。「新しい日本型福祉社会の創造」の構想は、①欧米型福祉国家の否定、②自助努力および家庭による扶助の重視、③地域における相互扶助の重視、④民間および市場システムの重視を打ち出し、社会保障施策は自助努力や相互扶助などが機能し得ない場合の補完的役割として機能させることとした結果、高齢社会に向かっての施策は育児や介護の非社会化へと方向付けられ、福祉サービス受給者は「受益者」とされることになった。受給者から「受益者」への転換は、福祉サービスが依然として限定的であったにもかかわらず、国民は権利性を持たないまま「受益者負担」という形で福祉サービスの購入を求められることになった。また、自助努力を強いられることになったことは、「1950年勧告」からの流れを下敷きにしながらも「行財政改革」による歳出抑制を主眼としたものであり、国による国民生活への介入が生活保障のための資力調査などにとどまらず、生活における選択を強制する側面、いいかえるならば権利性の否定も垣間見えた。

1982年に老人保健法（昭和57年 法律80）が制定され、老人福祉法に基づく高齢者医療費支給制度は終了し、医療費の一部負担制度が復活したが、一方で40歳以上の者への保健事業

が規定され、緩やかではあるものの社会福祉関係各法で規定されている要措置者以外の国民の生活に対する国・地方自治体の介入が制度上認められたことになったといえる。

2 新介護システムに向けての背景

1980年代の日本は経済危機を脱出し、GNPも世界のトップレベルの「経済大国」となったが、高齢化の進展は加速度を増していった。高齢化社会到達から25年たった1995年には高齢社会へ突入し、世界でも類をみない短期間で高齢化と長命化はすすんだ。一方、出生率と出生数の減少も拍車がかかり、世帯の小規模化は、「新経済7か年計画」で強く求めた自助努力と家庭による扶助、地域における相互扶助の低下を招き、就業構造の変化もあって、高齢者介護は社会問題化することになった。1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、再び介護の社会化へと転換していくことになったが、そのためには社会構造の変化に対応して、「1950年勧告」に象徴される社会保障体制の再構築が必要であった。

1990年の福祉8法改正は在宅福祉サービスと施設福祉サービスの一元化を図ろうとするものであったが、家庭の介護力低下は、介護を必要とする高齢者の自己決定を超えて施設入所を促進する結果となった。ゴールドプランは市町村による在宅福祉対策の緊急整備を目指しながらも「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進から施設の緊急整備をすすめたが、潜在化していた家庭内介護問題が表面化することで施設数の絶対数が不足していったため、抜本的な対応が急務であった。また、措置制度のもとでは介護を必要とする当事者の選択に基づく権利性は否定され、国・地方自治体による生活への介入が成立要件であったことから、行政の政策上の判断に

左右されるものとみることができる。

1990年からは高齢化率はさらに急上昇となり、国民生活基礎調査などによる介護を必要とする高齢者の将来推計は、1993年に200万人、2025年には520万人になると予想され、経済政策の観点からでも対応が急がれた。欧米諸国においても高齢化の進行と社会保障の対象の拡大の問題は深刻であり、イギリスにおいては1988年グリフィス報告によりコミュニティケア推進の方針が示され、1990年に「国民保健サービスおよびコミュニティケア法」が制定されるに至っていた。コミュニティケア法は、①地方自治体によるニーズ判定～フォローアップのケアマネジメント実施義務、②サービスの民間委託化と競争原理を柱にしており、ニュー・パブリック・マネジメント理論（New Public Management：新公共経営理論）による主体規制の緩和（市場原理の導入）、利用者主権（選択、自己決定）、情報開示の徹底などを基本的な考え方として、公的部門に民間的経営手法や競争原理を導入することで、サービス全体の質の向上や事業の効率性を追求する考え方を具体化したものであったが、コミュニティケアを支える仕組みであり、サービス提供の手法として導入されたケアマネジメントは、介護や援護という生活手段を必要とする者の権利性を前提としたものであった。ドイツではおよそ20年にわたる討議を経て、1994年5月に介護保険法が公布され、1995年1月1日から施行された。

また、1960年代に北欧から始まり、世界中に広がったノーマライゼーション思想は、スウェーデンやノルウェーでは障害者施設の解体だけでなく、すでに高齢者も含む総合的な「脱施設化」をすすめており、スウェーデンでは生活手段としてのサービスの程度を計る「ニーズ判定」も当事者の生活に対する指向と自己決定

を前提としたものであった。

このような状況の中、厚生大臣の私的諮問機関である「高齢社会福祉ビジョン懇談会」は1994年3月に「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」を発表した。世帯構造や就業構造の変化に対応した社会保障制度の再構築が必要であり、その柱は、「公正・公平・効率的な社会保障制度の確立」であり、「自助・共助・公助による地域保険医療福祉システムの確立」であった。そして、「新ゴールドプランの策定（施設・在宅サービスの大幅改善）」、「21世紀に向けた安心できる介護システムの構築」などをはじめ、給付と負担のあり方についても「公民の組合せによる適正給付、適正負担（具体的には国民選択）」や安定財源確保のための社会保険料中心の枠組みの維持、受益者負担については負担ルールを確立することなどを求めている。「国民誰もが安心できる活力ある福祉社会の建設」を掲げていたが、国民に自助努力を強く求める「1950年勧告」を前提としたものとみることができ、給付と負担についての国民による選択を求めているものの、それは負担と給付以外の選択を排除したうえでの、強制された選択に他ならないとみることができる。

さらに、厚生省の高齢者介護対策本部に設置された私的研究会「高齢者介護・自立支援システム研究会」は、厚生大臣の諮問機関である老人保健審議会をとびこえて、1994年12月に「高齢者介護・自立支援システム研究会報告—新たな高齢者介護システムの構築を目指して—」を発表した。研究会報告は、①サービスの選択、②サービスの一元化、③ケアマネジメントの確立、④社会保険方式の導入の4つを柱とする新介護システムを提案した。この内容は、「日本型福祉社会」の政策方針と真向から対立する北欧型福祉サービスの導入を提案したものであ

り、「サービスの選択」という自己決定を基礎とするものであったが、ゴールドプランの行き詰まりの打開と社会保障制度の再構築に不可欠なものとして、財政上の裏付けとともに一気に展開していった。同日、大蔵・厚生・自治の3大臣合意による、「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直しについて」（新ゴールドプラン）が発表された。新ゴールドプランは、当面緊急に行うべき高齢者介護サービスの基盤整備目標の引き上げと、今後とり組むべき高齢者サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組みを設定して、1999年度までに財源の確保方策も含めて具体的施策の実施を図ることとして、2000年を新介護システムの転機とすることを事実上宣言したものであった。

新ゴールドプランは、「当面」（1999年度末まで）の整備目標として在宅サービス、施設サービス、マンパワーの養成確保を掲げたが、在宅サービスでのホームヘルパーの整備をゴールドプランの10万人に対して17万人に増員するなど在宅重視を示しているようにみえるものの、特別養護老人ホームをゴールドプランの24万人分に対して29万人分へ増床することや寮母・介護職員を20万人確保することなど、基盤整備における施設の位置は引き続き重視されていた。

しかし、今後取り組むべき高齢者サービス基盤の整備の中で明らかにされたものは、新介護システムの4項目の基本理念であった。基本理念の第1は、「利用者本位・自立支援」であった。この「利用者本位」はあくまでも国や地方自治体、サービス提供者の立場からみたものであり、「自立支援」も主体である高齢者自身による自立志向を国や地方自治体、サービス提供者が「支援」という立場を表しているが、この段階では、まだ高齢者の意思と選択を尊重

するということであり、サービスの利用提供関係においては、主権者としての高齢者がサービスを利用して自律した生活を構成するという権利性が明確に示されているとはいえないものであった。

基本理念の第2は、「普遍主義」であり、支援を必要とする高齢者に対しては所得や家族形態にかかわらず必要なサービスを提供するというものであった。これは、1947年答申「社会保障制度要綱」にもりこまれていた均一給付を思い起こすものであるが、そのことは、新介護システムが租税方式ではなく社会保険方式という、負担と給付の権利性を明確にした形態をとることを意味していたと考える。

基本理念の第3は、「総合的サービスの提供」であった。介護の高度化や複雑化、複合化している高齢者のニーズに対応するためには、従来いわれてきた連携ではなく、総合化、統合化されたサービス提供が必要となってくる。そのため、自発性によるサービス調整ではなく、制度的に強制しうる仕組みがなければ、サービスの総合的提供の実現は見えてこない。また、当事者である高齢者の立場から考えるならば、自分自身の心身の健康と生活に関わる対応に統一性がなければ、生活自体がもつ総合性、統合性を維持継続することは困難である。生命の維持という側面だけでサービス提供が行われるならば、個人生活形態に関する自己決定権や生命・身体に関する自己決定権など自律性が損なわれることもあるだろう。サービス提供者側から見れば、医療・療養上の問題の一面があったり、環境上の問題があったりしたとしても、当事者にすればそれぞれ個別に対応するものではなく、自分の生活に表れている複合的な問題であるだろう。

基本理念の第4は、「地域主義」であった。

住民である高齢者にとって身近な地域である市町村を実施責任の基本とすることで、きめ細かなサービスを提供できるとしていたが、都市部と中山間地域においては、共同体の構成員数をはじめとして、すでに大きな地域間格差が生じていることから、必要なサービスを確保すること自体が困難な状況であった。国の経済政策による都市部への人口集中化が自助努力や家庭内、地域内での相互扶助を解体させていった結果に介護問題が社会問題化していったことを考えるならば、地域の再構築なしでは連帯を実現することはできないだろう。また、多様な社会サービスを利用して生活を営むことが物理的に制限されている地域には、民間および市場システムによる福祉・介護サービスの展開は望むことはできないため、たとえ社会保険による財源が新たに生まれようとも地域間格差を解消するための特別の対応がない限り、サービス基盤整備そのものを満たすだけの財源は保障されることはないであろう。また、マンパワー養成も就労基盤が十分でなければ、選択できるサービスを高齢者が選択する支援体制を確保、維持することにはつながらないであろう。

したがって、地域主義という鍵により共同体的連帯の再構築を図るものであるとするならば、自律性を保障する地域のあり方がマクロレベルで問われることになるため、地域をどのように形成していくのか、あるいは維持していくのかということにおいても国の政策上の課題が生じることとなり、地方への「権限委譲」は国の責任を放棄した結果となってしまう、自律性のある自立を実現し維持していくうえでの連帯が構築されないことになるではなかろうか。

しかし、いずれにしても社会との関係の中にあって地域に従前とは異なる共同体的連帯を構築しなければならない状況に至っていたこと

は、社会保障制度の基礎構造を含めた改革が必要になっていたということであった。

3 「平成7年勧告」と介護保険制度

1993年2月、社会保障制度審議会は「社会保障将来像委員会第一次報告—社会保障の理念等の見直しについて」を公表した。1991年から検討がすすめられてきた報告の内容は、社会保障の理念等の見直しの必要性和、今後の審議に向けての共通認識を示すというものであった。この中で、日本の社会保障制度の対象者が「1950勧告」当時の生活困窮者から国民全般に及ぶようになったことや、国民ニーズの高度化・多様化、人口の高齢化、家族・地域の変化などにふれ、社会保障の負担のあり方や公私の役割のあり方などについて、社会保障制度自身を変えていく必要があることを明らかにした。これまでの社会保障制度が果たしてきた役割の評価として、社会保険制度等により生活の全面にわたる安定や、貧富の格差縮小と低所得層の生活水準の引き上げ・安定、社会保障により経済の安定発展に寄与してきたことなどをあげ、急速な高齢化・少子化の進展や家族機能等社会構造の変化、経済の低成長、国際化の進展などによる社会・経済の急速な変化に対応するためには、社会保障に関連する制度等と相互に役割分担と連携を図り、総合的にその推進を図っていくこととした。

そして、その基本理念は、「自立と連帯」であり、社会連帯は世代間連帯を含むものであった。そして、長期的に安定した基盤の確立に向けて、①普遍性、②公平性、③有効性、④総合性、⑤権利性の「5原則」に基づいて施策を展開する必要があるとした。社会保障をめぐる公私の役割については、報告では「国民も自らの生活の維持・向上について基本的に第一次的責

任があり、自助努力と高齢化に伴う負担増に対する相応の負担をしていかなければならない。また、ボランティア活動に参加する等地域における相互の助け合い活動に積極的に関わっていくことも重要であり、公的責任として、福祉の心をはぐくむ福祉教育や地域におけるネットワークづくり等各種の基盤整備を図る必要がある。」「社会保障の多くは、従来家族が担ってきた扶養や世話の機能を、核家族化などによる家族機能の低下などに対応するものとして整備されてきた。今後、公的責任として行っていかなければならない部分が増大していくが、家族による世話を全面的に公的責任に切り替えるというのではなく、家族による介護を公的に支援し、高齢者等ができる限り在宅で生活できるようにしていく必要がある。」として、自助と家庭内扶助を前面に打ち出し、国家責任はあくまでも補完的役割であることを強調していた。報告の中で社会保障を「国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民に健やかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える制度」と定義していることから考えるならば、その実態はある面では「1950年勧告」よりも後退したとみることができる。

さらに、国民の権利としての自律性に対して、生活のあり方や地域における共同体的連帯の構築に関して国あるいは地方自治体が積極的に介入を図る、個人の存在に関わる自己決定への社会政策的関与が示され、個人と「社会」「地域」ならびに「地域社会」との関係を拘束的に誘導する法規定の策定などを予見させている。

翌1994年9月には「社会保障将来像委員会第二次報告」が公表され、21世紀へのグランドデザインとして、4項目の課題を示した。第1は、すべての国民が社会保障の心、自立と連帯の気持ちを強く持つこと、第2は、高齢者と

若年世代の将来への不安に対処すること、第3に、利用者の必要、選択に応じた社会保障制度を展開すること、第4に、地域住民の立場に立った現場での総合的対処を行うことであった。第1の課題については、連帯とは財源配分の重点移行など、負担と給付が必ずしも一致するのではなく、これまでの権利性についての考え方の修正に理解を求めていることや、社会保障料は共同連帯の拠出金であり、介護サービスの供給体制を充実させるために社会保険化すべきであることを強調しており、「国民の理解・合意を深め」ること前提として、選択を迫ったものであると考えることができる。第2の課題については、世代間の不安の内容の違いはあるが、老後の要介護状態への不安の解消のほか、社会保障財源の調達にあたって勤労世代に負担を集中させないなどにより世代間連帯から生じる不安への対応も含まれていると考える。第3の課題は、国民各自が最適であるとするサービスを選択する権利を尊重するというものであるが、措置制度のもとではニーズの多様性に対応するサービスの種類や内容、程度の決定の根拠を明確にして国家責任の下でサービス提供することが現実的にはできないこと、サービスの自由化においてはサービスを利用する主体者の自律性、自己決定に委ねられなければならないことがあげられる。第4の課題は、医療供給体制やサービス供給体制の整備とネットワーク化や、在宅サービスが提供されやすいような物理的、環境的要件の整備があげられる。

そして、介護保障の確立として介護保険制度を設けることにより、「権利であるという意識で利用者が介護サービスを受給できるようになること」、サービスの選択によりサービス供給者間の競争が強まることでサービスの量的・質的向上が図れることや、施策間の利用者負担の

不均衡是正が図れることなどの利点を強調する一方、過剰利用を防ぐことで保健財政上破綻せず保険料も国民が負担に耐えることが可能な仕組みにすること、ニーズ評価やサービス決定方法については全国統一された「科学的・客観的基準」を作成することなどが明らかにされた。サービス選択にあたっては、その権利性がいわれながらも、「パイの配分」として総量の中での配分と社会的に合意された範囲内での自己決定の権利の行使であったが、措置制度のもとでサービスの客体として強制的選択を求められていたことからみるならば、「科学的・客観的基準」の範囲内という一定の要件のもとではあるが、サービスの主体者としての権利性が確保されたともいえることができる。

社会保障将来像委員会報告とその後の検討、審議を踏まえて、1995年7月、社会保障制度審議会は「社会保障体制の再構築に関する勧告—安心して暮らせる二十一世紀の社会を目指して—」内閣総理大臣に手交した。勧告の内容は、「1950年勧告」から続いてきた日本の社会保障の理念と原則を転換するものであることが示され、「国民が社会保障についてよく知り、理解し、自らの問題として受け止め、社会保障に積極的に参画していくことが大切である。」と共同体的連帯の必要性を強調していた。「社会保障将来像委員会第一次報告」で示された「社会保障推進の5原則」をはじめとして、低経済成長のもとでの現状の分析や改革の具体策は社会保障全体について多岐にわたって詳細に提言されていたが、マスコミの反応は「公的介護保険」の創設を主にとりあげるなどしており、勧告が企図した国民の共同体的連帯を構築するための価値意識の醸成に向けた取り組みは個別の施策においてすすめられていくこととなった。

「平成7年勧告」は、経済的状況や政治的状

況などもあって国民の共同体的価値意識、自由主義的理解も未成熟であった「1950年勧告」においては想定していなかった社会情勢に至ったことから、第二次世界大戦後50年間にわたり持続してきた日本の社会保障制度における基礎構造と制度的枠組みを大転換したものとみることができるが、「自助・相互扶助（共助）・公助」の理念的基底は転換されることなく、制度的枠組みの再構築の軸足を生存権保障にみられるような公助重視から自助・共助重視へと移動させたこと、その根拠を自由主義的理解の醸成に求めたことにより、全体像が「日本型福祉社会」から大きく転換したように見えると考えることもできる。また、サービス利用における自律性、権利性と自立性を強調したことにより、これまでの社会保障の考え方との「ちがいが」際だったとみることもできる。

1996年6月、社会保障制度審議会は「介護保険制度大綱」を答申し、翌1997年12月に介護保険法（平成9（1997）年 法律123）が公布（2000年4月1日施行）され、国民一人ひとりも時代状況の変化に対応する選択が求められることになった。

Ⅲ 介護保険制度における権利性

1 介護保険制度の目的にみる権利性

介護保険制度は「平成7年勧告」に示された内容を具体化するものであったとみることができるが、ここでは、介護保険制度にどのように権利性が組み込まれているのかをみていきたい。

介護保険法（以下「法」という。）第1条は、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看

護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」は目的であり、国が行うべきことを規定しているが、その前提には、介護を必要とする者が「有する能力に応じ自立した日常生活を営む」ことや「国民の共同連帯」がある。

「自立した日常生活を営む」ことの保障について、まず「自立」についての定義をどのように考えればよいのかということがあげられる。法制定以降、社会福祉関係各法において「自立」ということばが目立ってきているが、自立概念は必ずしも明確にされているとはいえない。国（公）による生活への介入を必要としない状態を前提にするならば、一人ひとりがどのような状況にあったとしても自助による生活の確保を求めることになるが、「有する能力に応じ」ということにより「能力の所与性」の範囲において可能とされる状態を前提とするならば、「自立」は社会の構成員としての責務を果たすこと、自分自身の生活の維持・向上を図るという責任をどのように果たすことを求めている状態であるだろう。「生活を営む」ということに着目するならば、過去の判例などから、立法に対する政治的・道義的義務として、保障の具体化は国（政府）の裁量に委ねられていると考えることができる。「必要な」サービスについても、「要介護度」に対応した保険給付限度額の設定の範囲内でサービスに係る給付は、最低限度のサービスを保障するとしても、それは

合理的であったとしても客観的な水準により算定されるものとみることができないだろう。社会保障制度審議会勧告などから考えるならば、介護保険法による生活の営みの保障は国や地方自治体の法的義務を表しているものではなく、介護を必要とする者全般は生活の保障に対して給付請求権をもつとはいえず、あくまでも自立を自律的に図ろうとする者が対象の前提となり、かつ、保険給付の要件を満たしている者が対象であるとみることができる。したがって、法に基づく給付請求権は広く国民にあるとは考えられないであろう。

「国民の共同連帯の理念」については、「平成7年勧告」の中でも強く示されているものであり、個人の主体性、主権が確立されていくことは歴史的必然性であるが、個人化の進展は社会的連帯が同時に構築されていかなければ、社会そのものが成り立たなくなってしまうだろう。社会を個人と個人の関係性でとらえるならば、個々の自立性を前提にしたうえで社会秩序を形成していくことは社会保障の前提と考える。その際、地域間、男女間、職種間、階層間などの格差は社会連帯を拒む要因となり、「公平性」は重要な鍵となる。「世代内の公平」は共同体的価値意識の醸成や格差解消を図る制度の構築などにより確立されていくことは考えられるが、「世代間の公平」はさまざまな課題を含んでいる。人口構造の変化にどのように対応できるか、世代間の所得移転の範囲の課題、世代間の責任をどのように考えるかなどがあげられる。介護保険制度においては、40歳以上が被保険者としており、根拠の一つには老人保健法（昭和57（1982）年 法律80）において40歳以上の被保険者が医療以外の給付の対象になっていることをあげることができるが、背景には「世代間の公平」の問題があると考えられる。

介護保険制度が医療制度改革との関係で説明されることも多いが、高齢者は医療リスクが高く、長命化による医療費の増大は社会保障制度そのものを財政的に左右する問題であり、介護保険制度創設の背景には社会福祉制度と医療制度の再構築が企図されていること明らかである。これに対して世代間扶養を求めるならば、現世代（前世代）から次世代への責任を転嫁していくことに他ならず、かつての家族内での扶養関係と同様に考えることはできない。また、障害者自立支援法（平成17（2005）年 法律123）との関係から進展していない20歳以上40歳未満の障害者への介護保険制度の適用も「介護」という視点でのくくりから考えることもできるが、20歳以上の者を被保険者とすることで「世代間の公平」を実現する上での必然性として登場しているとみることができるため、「公平性」の課題を整理することめきでは、単なる財政上の問題だけに矮小化されると考える。したがって、社会連帯についての共同体的価値意識が醸成されていないならば、世代内の範囲を可能な限り拡大しながらも「世代間の公平」を図るバランスが必要であるが、将来への含みをもっている。

このことを考えるならば、現在の介護保険制度の被保険者である現世代内だけの公平性や再分配についての議論だけでなく、次世代との世代間移転の課題として公平性などについて明らかにする必要があるだろう。

法第2条（介護保険）は、具体的目標を示しているが、第4項で「第1項の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されなければならない。」としており、在宅生活が前提であり施

設生活は例外とみることができる。これは憲法第13条の「生命、自由及び幸福追求」の権利を基礎としてとみることができる。

介護保険制度における権利性に関わる問題としてもっとも注目されたのが、法第4条（国民の努力及び義務）である。「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。 2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。」と規定しており、自助努力を前提にした制度であることがわかる。自助努力を国民の義務とすることで主体者としての責任を果たせるようにすることが制度の役割（国としての責任）であるとして、法的権利性を構成する条件を備えることを全面に示しているとみることができる。サービス利用は被保険者の責任の範囲であり、選択性を示しているものの強制された範囲内での選択に過ぎず、給付は選別主義であることをとおして権利を特定化するものとみることができるため、権利性が保障されていると考えるには不十分である。そのうえ、第3条（保険者）で実施責任を市町村にすることで、あくまでも被保険者がその責任を果たし、保険者と被保険者の関係を支える枠組みをつくるのが国の責任であり、具体化は行政の裁量の範囲内であるとの意図がみえてくる。また、第2項については、前述した社会連帯を構築する上での「世代間の公平」などの課題がある。

法第4条を具体化するためには、資源の有限性からくるサービスの効率的、効果的配分をど

のようにするかであり、新たな資源開発、資源の創出が求められることになるが、それらは利用する被保険者である一人ひとりの国民自身で選択できる範囲を超えており、地域間格差の中で財源確保も制限されている保険者である市町村より、むしろ、国（行政）の裁量責任の範囲内で対応すべきことと考える。そのため、サービス利用については、居宅介護支援（ケアマネジメント）というあらたな手段によりサービス内容に関わる権利の範囲にとどめることで、国の責任を回避することはできないであろう。

2 制度の構成にみる権利性

社会保険の構成の中には被保険者があるが、法第10条は被保険者としての「資格取得の時期」、法第11条は「資格喪失の時期」、第12条が「届出等」となっており、権利性に関係してくる手続きが規定されている。法第10条で、資格取得は①医療保険加入者が40歳に達したとき、②40歳以上65歳未満の医療保険加入者または65歳以上の者がその市町村の住民になったとき、③40歳以上65歳未満の住民が医療保険加入者となったとき、④住民が65歳に達したとき、となっていて、社会保険の性格上から任意性はないため、介護保険実施上の手続きや具体的行政行為の中で権利性をどのように展開するのかをみていかなければならないだろう。また、被保険者が保険給付を受給するにあっては、法第25条（受給権の保護）および第26条（租税その他の公課の禁止）で受給権を保護し、介護保険の給付は一身専属のものとしている。

社会保険の構成上、保険事故の認定と給付内容・方法における権利性は不可欠であることから、法ではそれらについて規定している。法第19条は、保険事故の認定（要介護等認定）

に関して「介護給付を受けようとする被保険者は、要介護者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について、市町村の認定（以下「要介護認定」という。）を受けなければならない。」として、給付請求権を制限している。また、法第20条および法第21条で、他制度あるいは第三者の行為により介護給付・予防給付に相当するものを受けることができるときはその限度において給付を行わないとしている。また、法第28条は保険事故の認定（要介護等認定）の更新について規定している。権利性の継続は、保険事故に係る状態の継続中に限られており、その期間については「有効期間」として保険者である行政の裁量の範囲内にある。

そして、保険事故の認定（要介護等認定）に関して、法第22条では不正利得の徴収などについて、「偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた者があるときは、市町村は、その者からその給付の価額の全部又は一部を徴収することができる。」2 前項に規定する場合において、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護又は介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション若しくは介護予防短期入所療養介護についてその治療の必要の程度につき診断する医師その他居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、施設サービス又は介護予防サービス若しくはこれに相当するサービスに従事する医師又は歯科医師が、市町村に提出されるべき診断書に虚偽の記載をしたため、その保険給付が行われたものであるときは、市町村は、当該医師又は歯科医師に対し、保険給付を受けた者に連帯して同項の徴収金を納付すべきことを命ずることができる。」としている。その対象は第一に不正受給をした被保険者であり、第二に保

険事故の認定の根拠となった診断書に記載した医師などが連帯して責任を負うとしている。これは、保険事故の認定（要介護等認定）に関わる調査の実施責任は保険者である市町村にあり、認定調査員は市町村の職員またはみなし職員であるが、医療系サービスの受給については他法との関係からも被保険者自身による選択の権利は制限されていると考えられるからであろう。

なお、保険事故の認定（要介護等認定）にあたっては、法第27条第6項で「認定審査会は、前項前段の審査及び判定をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査及び判定に係る被保険者、その家族、第3項の主治の医師その他の関係者の意見を聴くことができる。」として、権利性を保障しているが、当事者である被保険者が意見聴取についての権利があるということではなく、認定審査会の判断の範囲内で反射的にあると理解する。また、法第37条で、介護給付等対象サービスの種類について意見をつけることができるとされており、保険者である市町村はサービス利用にあたって認定審査会の意見にもとづき介護給付等対象サービスの種類を指定できることになっているため、被保険者の自己決定にすべてが委ねられていることにはなっていない。介護保険制度がサービスの選択性、自己決定の権利の上に成り立つのであれば、被保険者が選択できる情報の提供は必要であっても、権利の制限が恣意的に行われる可能性をもつべきではないであろう。もちろん、被保険者が判断するにあたっては当事者が主体的に選択できるように適切な情報の提供と、サービス利用に生じる的確な予測がなければ、かえって介護保険制度の趣旨を損なうことになるが、市町村によるサービスの指定がたとえ認定審査会の意見に基づくものであるとしても、そ

の場合には、被保険者の権利性を制限する介入であることから、その根拠をどのようにして明確にできるのか、また、被保険者がその指定を強制された選択として受け入れるのではなく、主権者として選択できる方途が必要であろう。

なお、保険事故の認定（要介護等認定）などは行政処分であるため、行政不服審査法（昭和39（1964）年 法律160）との関係で審査請求に関する条文ももりこまれている。

法第8条および法第8条の2には給付内容・方法についてその定義として規定しているが、法第8条第21項で「居宅介護支援」について要介護者からの依頼を受けるという方法をとっているため、要介護者の権利性が損なわれるとするならば、それは相互の契約に係る問題に矮小化されることになり、行政責任の及ばない範囲におくことができるという問題がある。そこで、担当する介護支援専門員の養成を含めた技術の担保をどのようにするのかというところに権利性の保障について課題も生じると考える。また、介護予防にあたっては、法第115条の38との関連性の中で地域包括支援センターの「地域支援事業」があり、要支援者のサービス利用の選択にあたって一定の制限が行われている。保険事故を予防するという観点から行政裁量の範囲内とするならば、要介護となった場合の結果としての責任をどのようにとらえるのかという問題もある。これらのことについては、手段としてのケアマネジメントの技術的方法も含まれた課題であるので、介護保険制度におけるケアマネジメントの権利性の中で考察したい。

給付の内容・方法に関係することであり、選択に必要な情報の提供ということから、介護サービス事業者が行っているサービスの内容等を調査し、客観的情報（基本情報及び調査情報）をインターネット等により公表する「介護

サービス情報の公表」が法第115条の29に規定されている。情報開示を標準化し、サービス利用者に情報を公表することによりサービス選択（契約）を前提に、選択を支援するための環境を整えることで介護サービスに係る市場原理を適正に機能させることを目的としているが、その情報がサービスの内容、実態にどのように関係があり、それが自分自身の生活の維持・向上にどのようにつながっていくのかということを見えなければ、情報としての意味を見いだすことはできない。介護保険の給付を必要とする者は、情報から判断するための知識と能力を有しているとは限らない。標準化された情報は、それ自体客観性があるというものの、個々の要介護者等に適しているかどうかの判断はできないであろう。主権者である要介護者等の権利性を保障しようとするのであれば、その情報をもつ意味を当事者に明らかにする必要があるだろう。

IV おわりに（ケアマネジメントにおける権利性と介護サービス選択の権利に関する課題にむけて）

本稿では、介護保険制度を構成する基盤とその背景を概観して権利性についてみてきたが、介護保険制度は権利について社会保険の制度的課題から考えるべき課題と、重要な柱であるケアマネジメントの制度的位置づけと具体的方法から考えるべき課題がある。とりわけ、2006年改正は「持続可能な制度」や「社会保障の総合化」、「予防重視型システムへの転換」などを掲げて、「介護予防プラン作成業務」を中心とした「介護予防ケアマネジメント」などが導入された。資源の有限性を理由に給付制限など権利の条件や範囲に関して脆弱性のあった法的権

利に対して、ケアマネジメントというあらたな手段により自らの生活に関わる権利をうちだしていた介護保険制度が、真に権利性を保障する制度として成熟してきたのか、また、自己決定の権利を「公共の福祉」とは異なる次元からとらえることができるようになるのかということについて、ケアマネジメントに対する考察は重要であると考ええる。他者の支援に依存して自律性のある自立（依存的自立）を考えると、自己決定できるかどうかではなく、自己決定できる環境、状況をどのように創出し、支援するかという問題に転換することでなければ、生活そのものが問題となるだろう。また、専門家と称される他者がどのように判断するのかという他者の決定に依拠することになることなどの問題も包含している手段について、検討を加えたい。介護保険制度発足当初は「ケアマネジメント」について合意されてきたとはいえず、介護支援専門員も技術的側面（社会福祉援助技術や介護、看護など療養に関する技術、機能回復など）に拘泥してきた部分も少なからずあったが、介護予防が前面に打ち出される中、「目標指向のケアマネジメント」のもつ権利性に関する課題を明らかにする必要があるだろう。専門職の判断に依拠する場面が多くなるほどクライアントの生活や判断に介入する場面も増加することを考えると、クライアントの判断や自己決定に対して安易に「専門性」が主張されることになるならば、クライアントの権利の範囲が不当に制限されることになっていくだろう。

引続き、ケアマネジメントにおける権利性と介護サービス選択の権利に関する課題について考察したい。また、社会福祉における権利について、道徳的権利と法的権利の視点からの現実社会に対する検証をとおして、共同体（倫理共同体）的連帯の再構築につながる理念と方法の

あり方を考えていきたい。共同体（倫理共同体）的連帯については、かつて東京帝国大学法科大学長で帝国学士院院長、枢密院議長でもあった穂積陳重が、著書「隠居論」において、高齢者に対する扱いを5段階（食老、殺老、棄老、隠居、優老）で説明しているが、優老の内的要因は高齢者を敬う心を持つものが多くなることによって可能となり、外的要因は生活資料の充実や平和生活の発達、慣習の勢力が必要であるとした。外的要因は社会の経済的発展にとどまらず、共同性を体現した連帯の構築が不可欠であるとみることができる。経済的発展がすすむことにより高齢者自らが隠居するという習俗が生まれることで、他者依存性を前提にした自己決定が内的要因を促すこととなるとみることができる。さらに穂積は、共同体（倫理共同体）における「老人権」の考えを展開した。「社会の一員が自然の経過に因る生理上の衰弱の為に自活力を失ふに至るとき、その社会に向かって生活の資料の給付を要求することを得るは社会の性質より來たる権利なり。社会は無組織なる人類の群衆に非ず組織あり、目的ある一體なるを以て、其全體は其の一部を支へ、其一部はその全体を支へて其存在を完うすべきものなり。」この考えは、あらためて今日の社会のあり方、共同体（倫理共同体）的連帯を示唆するものと考えられる。

引用文献

- ・総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障制度審議会五十年の歩み」法研（2000年）
- ・穂積陳重「隠居論」穂積奨学財団出版（1915年：1978年日本経済評論社復刻）

参考文献

- ・総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障の展開と将来」法研（2000年）
- ・総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障制度審議会五十年の歩み」法研（2000年）
- ・柴田嘉彦「日本の社会保障」新日本出版社（1998年）
- ・小田兼三「コミュニティケアの社会福祉学—イギリスと日本の地域福祉」勁草書房（2002年）
- ・Norman Barry, 斎藤俊明・高橋和則・法貴良一・川久保文紀訳「福祉—政治哲学からのアプローチ」昭和堂（2004年）
- ・古川孝順・副田あけみ・秋元美世編著「現代社会福祉の争点 下 社会福祉の利用と権利」中央法規（2003年）
- ・介護支援専門員実務研修テキスト編集委員会編「改訂 介護支援専門員実務研修テキスト」（財）長寿社会開発センター（2006年）
- ・介護支援専門員実務研修基本テキスト編集委員会編「四訂 介護支援専門員基本テキスト」（財）長寿社会開発センター（2007年）
- ・秋本美世「社会保障法と自立—自立を論じることの意義—」社会保障法第22号7-14頁, 日本社会保障学会, 法律文化社（2007年）
- ・西村健一郎「社会保障法」有斐閣（2003年）
- ・西村健一郎・岩村正彦・菊池馨実「社会保障法」有斐閣（2005年）
- ・西原道雄編「社会保障法(第3版)」有斐閣双書(1987年)
- ・橋本宏子「社会福祉サービス法と自立—一個人と国家をつなぐ架橋の発見とその構築—」社会保障法第22号15-27頁, 日本社会保障学会, 法律文化社（2007年）
- ・伊東周平「福祉国家における権利と連帯の法社会学」法社会学50号19-30頁, 日本法社会学会, 有斐閣（1998年）
- ・和田仁孝「構造変容と法・権利および連帯」法社会学50号56-64頁, 日本法社会学会, 有斐閣（1998年）
- ・古川夏樹「社会福祉事業法等の改正の経緯と概要」ジュリスト1204号, 有斐閣（2001年）