

3.2 和田勝氏（国際医療福祉大学大学院 教授）

<介護保険検討に至る背景>

和田：新しい介護システムを考えた直接のきっかけは高齢者医療費の問題だった。医療費だけではなく、特養、ホームヘルプといった福祉分野でも財源的な制約がきつく、伸ばすことが出来ない状態だった。ゴールドプランを契機に施設整備に対する一定の財源配分は得られたものの、運営費、措置費はシーリングの対象となっているから、予算の配分に見合った伸びは確保できるにしてもニーズにあった整備はできなかった。

また、2つの制度体系は、理念もシステムも利用手続きも異なっている。医療費は自分で選び自分で使えるようにしている仕組みであるのに対し、福祉制度は行政処分という性格を持つ措置制度で、利用料も違う。片方は定額の負担で、もう片方は所得に応じた負担である。

これでは、ホワイトカラーOBの家庭にとって事実上福祉サービスは使えないものになってしまう。それで医療サービスの方を使っているというのが、私たちの問題意識であった。しかし、さまざまな制度上の不均衡がある中で、急速に介護サービスの需要の増加が見込まれており、これをどうにかしなくてはならなかった。そこで提供されているサービスの質も高めなくてはならない。質を上げながら、量を増やすとなると金がかかる。若干期待したのは国民福祉税だった。しかし、このアイデアはつぶれてしまった。税率を引き上げるといふ話にはそうそう展望が見えない。この状況の中で新しい財源となると、保険という形しかなかった。

実務的に見ると、介護保険制度は実は初めから決め打ちに近い発想として頭にあった。平成4、5年ぐらいから動き始めていた。細川連立政権が出来る前後にゴールドプランは動き出していただけども制度的限界は出てきていて、新しい財源をどう手当するかという問題意識が強くなっていた。そんな時期に細川政権が出来て、やがて福祉税構想が頓挫し、自社さ政権ができた。

DPI 日本会議：税財源が頓挫したから、ということか。

和田：それも大きなきっかけだったが、そもそも税財源でやるのがいいのかという議論もある。税率とか、目的税にするかどうか大きな議論になるし。目的税にすると税率引き上げの最終責任は厚生省になるかもしれない。そんなことを大蔵省が簡単にOKするはずがない。

やはり必要な基盤整備をしながら、となると、ある程度こちらサイドの考え方を反映しやすい保険料のウェイトを増やす方がいいと思った。

DPI 日本会議：ホワイトカラーOBが使えないというのは応能負担だからということか。

和田：特養、ホームヘルパーの制度の前身は、養老施設・奉仕員だった。昭和38年

の老人福祉法以前の養老施設は低所得層のみを対象にしていたが、高度経済成長以降、一定の収入はあるけれども要介護で常時介護体制が取れない人も増えてきて、そういう人も対象にすべきということ老人福祉法による仕組みができた。この仕組みでは、養老施設を3つに分解している。ひとつはそれまでの延長である養護老人ホーム。これをどうするかは今も課題である。

2 つめの特養については所得のある方も使えるようにしたという点で一步踏み出した。収入のある人に全部税金でやるのはおかしいということで、応能負担が入った。しかし、利用のきっかけが措置、行政処分という点でスティグマ的な点は強く残っていた。昭和52年から56年まで三重県庁で老人福祉の担当課長をしていたが、ある町長は母親が大変ということで、当時県内でまだ少なかった特養を作った。しかし、実際のところ町長は「私が母親をそんなところに入れたら、親不孝者と言われ、次の選挙に出られません」と言っていた。そんな意識を山間部のみならず、都市部の皆さんも持っていた。必要であったが、意識の面、そして負担の両面でホワイトカラーはなかなか使えなかった。

当時の日経連の高齢者、医療、社会保障の責任者も、肉親の介護問題で大変強くこの問題を意識されていた。その方がこの分野のリーダーであったことから、比較的冷静に、自分たちの問題だという意識を持ってもらっていた。そうした意識を持つ人がかなりおられた。この点が今回の後期高齢者医療問題とかとは違う。

3 つめは軽費老人ホーム。お金はあるけれど、自分でいろいろ選びたいというニーズがあることを前提に作った。今のケアハウスの前身。これとは別に福祉施設ではない有料老人ホームがある。

そういう形で制度ができたが、残念ながら税財源ですべてやっていたので、施設整備の伸びは「対前年〇パーセント」という伸びにしかない。だから、どこの地域でも施設整備がなかなか進まなかった。この問題は、ゴールドプランである程度展望が開けた。課題は運営費だった。運営費がそれに伴って伸びる見通しでない限り建物ではできない。利用の実態を見てみると、ホワイトカラー層、つまり中高所得層が医療費を使い、低所得層が老人福祉サービスを使っている。それぞれに大変な問題があり、何かせねばならない、というのが直接的な鍵だった。

こういった制度をやろうとすると、保険制度を導入すると公的責任の後退ではないかという批判が容易に想像できた。私が当時言っていたのは、制度的な枠組みをしっかりとつくるのが公的責任であって、費用負担は別のコンセンサスを得るべき話だということ。間違いなくこのサービスを維持することで介護サービス費用は確実に増える。その増え方はこれまでの国費の伸びに比べて遙かに高い伸びをするだろうとあちらこちらで言ってきた。結果的にそのようになっている。

DPI 日本会議：公的責任の後退論と、介護保険に一定公費を入れるというのは、かなり議論があったのか。

和田：児童家庭局の企画課長を平成3年、4年頃やっていた。そのころ、保育所問題があった。三重県庁で保育所担当課長もしていたが、保育所も措置制度でやっていて

問題があることを経験していた。行政の都合で利用する保育所を決めるものだろうか、お母さんの通勤圏と全く違うところだったり、妹はこっち、兄はこっちといった具合になっているという実態もあった。負担の問題は別としても利用する人のための制度にするためには、本人に選ばせるしかないのではないかということで議論をはじめた。自分の後任者が提案しようとしたところ、自治労の猛反発があった。結果、具体的な提案に行く前につぶれた。安易に、十分な整理なしに出すと序盤戦でつぶされてしまう。説明の仕方、提案の仕方など、制度の枠組みづくりには相当準備をかけなくてはならない。

21世紀福祉ビジョンが大内厚生大臣時代に作られたが、その中に新しい高齢者介護システムという言葉を書き込み、それをきっかけにして研究会を作った。それが直接的な介護保険へのスタートだった。自分としては、保険料財源を引っ張り込むしかないと思っていた。しかし、保険制度というのを初めから言ってしまうと、序盤戦でやられてしまうので、高齢者自立支援システム検討会という形にした。まず理念をしっかり提示していくのがいいということだった。

これは、高齢者医療と福祉の制度の問題を検討するということではじめた。マスコミの人も気づいていて、「保険でしょ？」と聞いてくるが、はっきりさせないまま引っ張った。システム検討会の報告でも最後までそのあたりははっきりと書かずに、最後に選択肢のひとつとして出ている程度にした。

<2号被保険者>

和田：与党の中ではそもそも介護保険に反対の声は少なかった。ただ、保険料を負担したら必ず見返りがあるべきという原則論、つまり給付なしで金だけを払うのは保険といわない、という声がなかなか沈静化しなかった。これを言っていたのが伊吹文明氏。伊吹氏は家族介護の問題ではなくもっぱら、「保険あって給付なし」はおかしいと主張していた。

もう一つの声は20歳から負担するかどうかの問題。すでに当時、国民年金未納の問題は深刻になり始めていたときだった。ごく若い人たちが見返りもないのに払えないという議論があった。未納・滞納の問題と原理的な考え方が結びつくと、何かの給付なしに対象にするのは無理かということになった。結果、妥協するだけ妥協して走り始めた。

1号被保険者と2号被保険者を区別するという考え方は最初からあった。1号は給付と負担が一致する。2号は負担だけという議論になっていた。わたしは40歳で行こうと考えた。自分たちから言うのはこれまでの経緯もあったので、親しい議員から言ってもらった。こういう動きになったのは検討プロセスの中間以降。2号被保険者の支給対象になるものとして、年齢が高くなると病気・障害につながるものを探した。

DPI日本会議：では、最初から加齢に伴う疾病というのを入れようという考えがあったのか。

和田：保険あって給付なしという頑固な若干名の意見を尊重しなくてはいけなかった。何歳であってもよかった。年齢幅を広くして支える人が増えれば、高齢者1人あたりの負担は減る。20歳というのの意味はない。健康保険と同じように被用者で割り切るのもひとつの考えとしてあった。人によっては15歳でも20歳でも、25歳でも被用者になりうる。しかし、これはこれで不公平という意見もあった。割り切って20歳にして、保険料も年金に比べればまだ少ないから怒られないだろうということを考えたが、結局給付なしというわけにはいかなかった。

40歳なら制度が持つ、持たないということではなく、出発時点では妥協しなくてはいけなかった。ただ、理念的に見れば、高齢者の介護を社会全体で支えるということだから、1人あたりの負担を考えると広げた方がいい。広げると給付の議論が出てくる。障害部門はしかし、乗ってこないわけだから、5年後の見直し課題ということにした。5年後見直しは元々障害者との関係整理のために入れたもので、予防給付の見直しのためではなかった。

事務局サイドとしては20歳以上を対象とすることが頭にあって、40歳はあくまで経過的なものと捉えていた。20歳、あるいは40歳から一部介護保険サービスを入れる、どちらの道をとっても、障害者福祉行政との関係を整理しなくてはならない。すると、介護サービスとして書いてあるものは介護保険で、それ以外の自立支援サービスのものは障害者福祉行政、公費を財源としてやる、といった荒々の思いつきの整理は当時もやっていた。

<老人病院をどうするか>

和田：精神病院の扱いはどのように議論されたか、という質問があるが、少なくとも介護保険制度を作る側からは積極的にはそういう議論はしなかった。老人病院は、議論をするそもそものきっかけだった。費用の割にはサービスの質に問題があり、利用者の生活の改善にはあまり役に立っていなかった。だいたい入院日数が長く、費用はかかる。そして処遇には問題あり、だった。

老人病院に入院させる、させないは本人の意思もあるが、最終的には病院側の判断。ベッドを開けておくと収入にならないから、空けないように長く入院させる。必要でない人も入れておく。入院する側のニーズとマッチするという現状もあった。役所側の発想として、誰かに介入させなくてはならなかった。つまり入院手続きをチェックする仕組みを作ること。健康保険法では平成4年頃まで、入院は保険者の承認制だった。それが行政の簡素合理化の一環でいつの間にかなくなっていた。これがいい判断であったかどうか。本当は間違いだと思う。

空いたベッドがあるから、いつまでも入れておくと、家庭の事情で置いておいてほしいというのも出てくる。つまり、医療のニーズとは関わりのない事情が出てくる。だから、要介護認定の網にかぶせた方がいいのではないかと考えた。その客観的ニーズを評価してふさわしい処遇を決めた方がいいのではないかと考えた。しかし、これも行政権限でやると、おかしいから市町村長が決めるのではなくて、第三者委員会による合議制にした。

特養のニーズもそうだ。三重県時代に、「今度ベッドが空いたから手のかからない人を回してほしい」なんて意見が出てくる。役場の側は、「町長の選挙の時にがんばってくれた人だから」なんて声が出てくる。要するに判断の透明度が低い、個人の意見で動くところが大きかった。そこで、第三者機関による判定が必要となった。家庭によっては閉じこめられていた状況もあったと思われるので、オープンにさせていく場面が必要という理由もあった。

＜予防給付＞

和田：保険というのはある一定のリスク、つまり保険事故に対して出される。その保険事故というのは、誰にでも生じるリスクであって、しかし、いつどこで誰に生じるかははっきりしない。確実にあるけれども、いつどこであるか分からないものに対して、みんなで金を出し合って、リスクヘッジをする、費用負担分散をする仕組みだ。そういうものにふさわしいものでないと、本来は保険に馴染みにくい。幅広く利用するような基盤整備を必要とするものは、本来は馴染まないのであろう。また、予防もそう。現実には事故が発生したときに手当てするのが保険なわけだから、予防は本来保険には馴染まない。したがって、医療保険の分野でも予防的なものは保険給付には入っていない。健康指導とかは付帯的な位置づけになる。

介護保険制度を作るときには、介護費用の膨張をできるだけ押さえる、要介護状態になるのを遅らせる、というのは保険制度にとってメリットがあるし、自立支援という観点から見れば、要介護にならないよう予防すること自体が命題である。であるから、介護保険制度当初から、予防を位置づけようという意識があった。要支援者は要介護者ではない。要支援者というカテゴリーを作り、要支援者に対して保険給付を行う。これを介護給付に対して予防給付と法律用語で読んでいる。

率直に言えば、前回の改正で新予防給付となっているのは、説明のための説明で、本質的には何も変わっていない。保険給付という意味からいうと、後退しているかもしれない。予防給付も個々の自治体の判断に任せて予算の裁量の範囲内でやることになるわけだから、熱心にやるところ、やらないところ、財政の差によってどんどんばらつきが大きくなっていくのではないかと。2006年改正は、予防給付の面からいうと後退の側面がある。

DPI 日本会議：この予防給付が大切と思ったのはどの時点か。

和田：制度を作るときから。もともと医師会との話の中で、地域リハビリテーション体制をやりましょうという話があった。それを担うのは地域の開業医ではないかという意見だった。医師会に反対されると介護保険はできない。医師会の力は昭和50年代に比べれば大分低下してきているが、それでも、平成のはじめなら医師会がそっぽを向くと全く話が進まない状況があった。

予防給付をやってみたら、結局、電動ベッド、一部電動車いすの利用に偏り、それ

がエコノミークラス症候群の原因となっているのではないかという批判も出た。これは責められやすいところだった。そして、費用の伸び、保険者間の格差も大きかったということもあり、ブレーキをかけるということであの改正に結びついたと思う。そこは評価が分かれる。

<税と保険の違い>

和田：税財源に移行していったら、財源も交付金・交付税でということになると、ここに十分財源配分されるかどうか分からない。要支援者に対する給付金の枠に入れておけば、使えば必ず後から税金がくっついてくる。つまり、従来の福祉の仕組みと保険の仕組みは違うということだ。介護保険も医療保険もどちらも見積もりはする。見積もりに合わせて国庫負担を見込んで予算計上をする。昭和 50 年から平成のはじめにはゼロシーリングの時代に入っており、いろんな適正化努力をしているが、実際にその通りになる保障はない。増えれば、後で決算時に穴埋めをする。なので、医療費を小さく見積もっておいてその分を福祉に回してあげるといってもできる。

財務省だって事情は分かっている。そこから先は説得力の話になる。最近の話で言えば、ジェネリック医薬品がある。今まで数量ベースで 17%、金額ベースで 6%というのを、年次計画を立てて 3 割に上げる。そうすると国庫負担がこれだけ減るということで予算計上をする。しかし、これは見込みというより希望。この希望を前提に予算計上をする。最後にふたを閉めるという段階では、たとえば今月（9 月）の請求は翌年 1 月ぐらいに確定する。最後に決着するのは 2 年後。2 年後の決算はマスコミも国会議員も関心がない。予算の時は熱心だが、決算には熱心ではない。ロッキード、グラマンのころとか昔は、決算委員会には存在感のある委員会だったが、今は違う。保険の場合は、予算を組むときにできるだけ小さく見積もるいわゆる「真空切り」ができる。法律に一定の割合を負担するとあればそれはやらないといけない。年度途中であれば、予備費を充当するとか、それでも足りないときは 2 年後の決算で補填する。

ところが、税でやるとなると、あらかじめ作った税の範囲でしかやらない。施設整備費なら、前年の 2% 増しとかいう形で作るが、できあがった翌々年はこれの運営費分しか計上しない。つまり、数年前に作った整備のもので運営費が決められる。途中で、補正で、というのは減多にやらない。昔よく景気対策とかで、急に公共事業費が出るときにその一部として施設整備というのは何回かあった。自分が三重県庁にいたときも 2 回あった。そうすると、年度途中でも追加的な枠が増えることもあるが、一般的には年度当初に建てた枠の中でしか動かない。ニーズのコントロールは予算を組むときに行われてしまう。具体的な地域のニーズと違って、あらかじめ組んだものでしか動けない。

そういうことを考えると、介護サービスも医療サービスと同じ枠に入れておいた方がニーズの変化に柔軟に応じることができる。従来のものと違う主体にもサービス参入を認めたが、そうしたサービス提供者は、サービスを使えば必ずお金が流れてくる仕組みがあるのだから、参入しないはずがない。

共同生活支援は、特養という仕組みだけではどうにもならないということもあって、

グループホーム的なものや小規模な有料老人ホームで介護体制を整えたものも給付対象とした。地域にたくさん必要な人がいて、作れば使えますよ、という仕組みを入れた。これは単純な税方式ではできなかったかもしれない。

もちろん、税方式でやるとすれば、基盤整備的なもの、まちづくり的なもの、予防サービス体制の基盤整備はできたかもしれない。先ほど述べたように保険事故、保険料財源の使い方としてはこれらの支出は不適当だろう。健康保険事業でも保養所や人間ドックは付帯的なサービスであり、それぞれの保険者の選択で任意にやるかやらないかが決まる。事業主と労働者の合意が成り立てばどうぞやってください、という性格のものだ。

＜ケアマネジメント導入＞

和田：高齢者で判断できない状態になっている人も多いし、家族のサポートも期待できないような人もいる。本人の利益を代弁する人が必要だった。本来ケアマネジャーはそうした考えに基づいていた。それを制度的に裏打ちするのが要介護認定審査会。それも恣意的に行われてはならない。しっかり基準を作ってもらわないと市町村も困る。「これは国が決めた基準だから」と言えるものができるとうい町村長会などは言っていた。

DPI 日本会議：ソーシャルワーカーが判断して、というのは困るということだったのか。

和田：ソーシャルワーカー、つまり役場の担当者が一人で判断するのは止めてくれ、と考えていた。客観的で合理的な基準を作ってくれないと困ると厚生省も市町村も思っていた。大量に事務、給付管理が発生するというところもあるので、できるだけコンピューターを全面的に使う、ということから生まれたのが 81 項目のマークシート。機械的判断になじまない場合があるので、主治医が意見書を作るというのは医師会からあった提起だった。

DPI 日本会議：介護保険のある程度のイメージができる前の段階では、医師会の反応はどうだったか？

和田：医療費の財源が本当に必要でないものに食われているのはどうかしなくてはならないという意識はあったと思われる。そういうまっとうな判断もあった。医師会自身、開業医のあるべき姿をどうするかという議論もあった。そういう意味でははじめから拒否的な議論をしていたわけではなかった。向こうに旧知の人がいたことも大きかった。議論をする度に議事録を交換した。

DPI 日本会議：当初「ケースマネジメント」であったものが「ケアマネジメント」になったが、それはどういう議論でそうなったのか？ ケースマネジメントはソーシャ

ルワーク、つまり社会福祉系の人間がメインにやる感じである一方、ケアという言葉になると医療が介入してほとんど医療が食ってしまうという思いがはじめにあったのではないと思うが。

和田：どう呼ぶかというのはいろいろあった。ケースという言葉として冷たい感じがした。その人の必要としているサービス、ケアは何か、それがあって初めて自立ができる。いろんな必要とされるサービスをマネジメントするということで、ケアマネジメントという言葉になった。

自分たちは用語にはそこまで付度しなかった。いろんな自立するサービスの組み合わせをマネジメントする、という発想が素直なのではないかと。どういう専門職がそれをするかというのは次の議論であって、そのあたりだと社会福祉士があってもいいかという感じもするが。今もそれに近い実態があるが、社会福祉士は名存実亡だ。「社会福祉士でなくてはならない」と書いた瞬間に動かなくなる。

社会福祉士会や介護福祉士会といったところからも、ほとんど批判や反論はなかった。だからずっと流れていった。それが逆によかった。全員参加の精神がないとこの制度は動かない。みんな自分が当事者だといかに思ってもらうかが大切だ。介護保険は自分が参加した、自分の考え方が完全ではないにしろ反映されたと思わせた点が、それまでの一連の社会福祉を含めた政策と大きく違う点だ。

DPI 日本会議：医療は医師に診断権があり、医師がサービスを提供する。介護保険は、市町村のところで認定の枠組みがあって、その後ケアマネジメントがあって、サービスが使われる。ケアマネージャーに裁量権を提供することは無理なのか。

和田：理念としてはそれが一番のぞましい。しかし、平成8年頃の議論ではこれができる人がどれだけいるのかということになる。「ざっと4万人は必要かと思うが、今は一人もいません」という状況だった。「権限が広い」と言ったら、とたんに成り立たなくなる感じがした。ケアマネージャーの中立性、独立性の問題とか、権限、すなわち実際にどれくらいコントロールできるか、限度額の設定も審査会だけでなくケアマネージャーに一定の裁量を認めてはどうかとか、いろいろな議論があり得ると思うが、この時点ではまず枠組みを作ることが第一であった。今の仕組みも医師から見れば医師の裁量権の侵犯だという意見もあったわけだから、そこを黙ってもらうだけでも大変だった。結果、ケアマネージャーはいろんな職種の人になれることにした。

DPI 日本会議：そうすると、とりあえず標準化と中立性と客観性という枠組みをとりあえずつくるのがあって、その枠組みの中身は後付けで考えるということだったのか。

和田：まず船を出さないといけない。いつまでも岸のこっち側にいて、内輪もめをやっていたらいけないということ。あとは運用の話だ。

＜認定基準＞

DPI 日本会議：客観性を担保するための尺度として、もともと「時間」しかないというようになっていたのか。他にも考えていたのか。

和田：時間しか素材がなかった、というのが正しい。北海道でケアマネジメントにつながるような発想で実地調査をやった。そのときに、ストップウォッチを手に調査をした。そうしたものの報告が出だしたのが、1996年ごろか。何もないのだから、ダメだとも言いにくい。一日の時間帯でこの程度の人であれば、この程度のサービス時間が必要というのが実証的に出された。これはわかりやすく説得的、かつ一部客観的であった。認知症などの細かい部分は心配であるとされたが、そうした欠点は、2000年まで補正されないままやってみたら、結構問題となった。そこでこんどは苦勞して直してもらった。

DPI 日本会議：「時間」を尺度にするとと言っても、施設内の時間計測であって、在宅ではああいう風には出にくいのではないか。

和田：北海道では在宅ベースで部分的にやっていた。他にないからこれでやってみようかということだった。もちろん、当時の特養の入所でも判定基準はあったが具体的ではなく、抽象的、文章的であった。数字で見ることができるというのは大蔵省と話をすると役に立った。フィーリングで言っている限り、なかなか計算がたたない。「こういう人たちがざっと何人います、そうするとこれだけのサービスが必要だから費用はこれだけになります。しかし多くの方は外部のサービスを使うことにまだ抵抗感があるからサービス利用率はこれぐらい、だから予算はこれぐらいになります。時間が経つにつれだんだん利用率が上がっていくでしょう。それを織り込んで費用推計をすると平成8年で2兆数千億だったのが、使えば必ず払われることが分かればサービス提供者も増えてくるから次第にニーズに近づいていって、2005年にはこれぐらい、2010年にはこれぐらいになります」という具合に推計をした。今もだいたいそれは当たっている。

当時は大蔵省と厚生省はいい関係だった。大蔵省主計局の社会保障予算担当者はこっちにがんばってほしいという姿勢だった。大蔵省の上からは「切れ」と言われていたが、そのときの担当者はいい人でこちらに対して「武器をくれ」という態度だった。

DPI 日本会議：個人の支給量を決定するときに、介護認定の時間を単位にした数字で一定の限度額を決めないと、現場が安心できないということがあったのか。

和田：それぞれの国で予算の組み方とか、政府と政党との関係など別の要素が絡む。必要なニーズの量を的確に把握してそれをどう充足するかを考えるのが財政法の大原則。青天井で何もしないに使っただけ払うというのは財政運営はできない。どうしても一定の予測を立てて、それに見合うものをしていく。これは自治体でも同じで、

「つかみでやります。あとは決算で処理します」とはなかなか言えないのではないかな。見込みを立てて、確実性の高いことをする。

また、財源には税・保険料を問わず利用者以外の負担が相当あるわけで、そういう人たちの理解と共感を得るためにも一定の合理的な目安が必要である。その目安に基づいて計算してみたけれど充足しないということで限度額を上げるとかいうのは、実施のプロセスにおける適切な政策判断の話であって、目安は必要である。そうでないと負担者が納得しない。介護保険では限度額は一応設定するけれど、限度額を超えたサービス提供も、地域の特別な事情によるのであれば全国の負担ではなくて、その地域の中の合理的な判断で設定できる。つまり、1号保険料だけでやるのであれば、上乗せ横出しを認めているということである。

＜市町村が保険者に＞

DPI 日本会議：3つの案を厚生省が提示し、結果としてA案（実施主体・保険者共に市町村）をベースに、被保険者の年齢を40歳からにすると言う形になったが、どういう議論がなされたのか。また、市町村単位で保険を運営するメリットは何か。

和田：実際にはA案しかなかった。ただ、1つの案だけを出すと「厚生省の出したものにOKを言うだけの組織か」と言われてしまうので、議論のために3つ並べた。こちら、聞かれれば「A案がよいのでは」と言っていた。

市町村単位にしたのは、本来の保険給付のレベルをどうするかと関係がある。我々は高めの水準をめざしていた。その上で、地域の特有・個別のサービスが何かあれば、あるいは、24時間・夜間緊急対応をするのであれば、地域独自にやっていただいてよいということにした。全国の共通のものしかできないという風にするのはおかしいと考えた。

要介護度5で30万円を想定していたが、当時の全国のホームヘルプの水準で言えば数倍以上だった。今から見ると、まだそれでも不足、というかもしれないがその当時は相当高い水準を初めから言っていた。要介護度1、2程度のもので当時の自治体はやっていなかった。

都道府県単位の保険は初めから考えていなかった。地方分権論議も起きていて、自治省も地方分権で何かをやるときに格好の素材だった。地方分権をやっている局からはエールが送られているのが分かった。

DPI 日本会議：当初から地方分権を意識していたということか。

和田：地方分権論議をやるのに介護保険は格好の素材と踏み込んでいた。当時の自治省行政局の担当者が広域連合をしゃかりきにやっていたが、1例を除いてどこでも使っていなかった。広域連合を活用できるとあって、反対していた人も沈静化した。もう一つは住民基本台帳番号。これも当時は抵抗感が強かった。

どうやって全国市長会や町村長会に納得してもらうか。「地方自治法の大原則から

見て、市町村は介護保険をやるためにあるのではないか。社会福祉が本来の役割なのだから、市町村の存立そのものに関わるのではないか」と言ったら、「できないものではないんだ」ということを言われた。

先ほどの認定の話については、「客観的な仕組みを作って、市町村が困らない仕組みを作るようにしますから。悪いのは国だと言ってもらえればいいですから」ということで要介護認定の仕組みを作った。

財源を見れば、困っているところほど楽になる仕組み。「A市で払ってもらった2号保険料がB村で使ってもらえるんですよ。今は、自分のところの税金でしかやっていないでしょ、国庫補助で金をつぎ込んでいるでしょ」と説得したところ、「役場では認定できる人はいないよ」と反論された。そこで、「では広域連合を使えばどうでしょう」と持ち出した。

実際には広域連合が使われる過程で、市町村行政の大部分を占める医療や福祉を周辺自治体が一体となってやっていくようになった。そういうことをやるのが町村合併を進める上で良い地ならしになるではないかとも説得した。

大原則から見れば市町村でやるしかない。個別の市町村ができないのはいろんな形で支える。そこで「重層的な支援」という造語を作った。

DPI 日本会議：サービスの実施主体が市町村だというのは賛成だが、保険者が市町村というのは保険事故のリスクの分散から考えた場合、特に過疎の高齢者が多い自治体だと、どうしても1号被保険者に負荷がかかるようになってしまう。スケールメリットは考えなかったのか。

和田：だから2号被保険者が必要になってきた。2号被保険者の存在によって、東京など都市部の若いサラリーマンの保険料が高齢者の多い町村部のサービスに使われる。2号被保険者の問題は、もともと財源調整から考え出されたもので、サービス利用からではなかった。

町村長会もいろんなことを言っていたが、基本的には賛成だった。いかに町村側の実務の負担を少なくし、財源基盤を安定させるかという条件闘争を彼らはやっていた。いつも反対の声を上げるのだけれど、本音はできたらいいなと思っているのではないかと、自分は楽観的に捉えていた。

<ドイツ介護保険との相違>

DPI 日本会議：同時期に、ドイツでも介護保険が議論されていたが。

和田：一部のドイツに熱心な方は詳しく思ったと思うが、ドイツでやっているからうちも、というのではなく、日本の介護保険はもっぱら日本固有の事情と言っている。

ドイツの介護保険論議を見てみると、東西ドイツ統合に伴って低所得失業者が多い地域を抱え込んだ連邦政府において、公的扶助費を中心に費用負担が増加したという背景がある。これをどうやって軽減するか。あるいは東ドイツ地域をいかに救済して

いくつかという流れの中で急激に議論が進んだ。20年議論しているといわれているが、実際には最後の数年で、ドイツ統合に伴ってバタバタと議論が進んだ。

連邦政府が負担していたものを、州政府に切り替えた。また保険制度を導入することで事業主負担も導入して、連邦政府支出を抑えようとした。事業主の納得を得るために休日を1日削減することで折り合った。

制度というのは理念先行ではなく、その地域の実態や困惑している問題をどうクリアしていくかを工夫していく歴史なのではないかと思う。

<障害者施策と介護保険との関係>

和田：障害者福祉との関係をどうするかははじめから意識している問題ではあった。障害者福祉制度も行政処分によって行われ、税財源で賄われ、負担も応能負担の仕組みになっている。終戦直後は皆貧しくて、特に障害を持っている人は社会的に大変厳しい状況におかれていた。利用者全て税金でカバーして全て負担した。救護施設の利用者でも精神障害者はたくさんいた。それがだんだん中途の災害で障害者になる方も増えてきて、だんだん応能負担の範囲も広がってきた。

高齢者介護という視点からはじまりはしたが、要介護者は高齢障害者ということでもあるわけだから、当然障害者施策をどうするかは議論になった。ただ、先ほども述べたが、前の年に保育所問題であえなく自爆しているというのがひとつ、もうひとつは、当時の社会・援護局は大変無責任、丁寧に言えば非常に慎重だった。議論になかなか乗ってこなかったのが現状だった。介護保険制度はファイナンスの制度なので、障害者福祉サービスはどうあるべきかという議論があって、理念が決まらないと、合わせることはできない。しかし、議論をしてくれなかった。こちらも「高齢者介護対策本部」として、急激に膨張するサービスを担うべきシステムをどうするかを考えているわけで、そもそも若年障害者をどうするかは主題ではなかった。

だんだん介護保険構想が現実味を帯びてきて、いいサービスを利用するなら負担をしていいという人が8割、9割となってきた。すると、今度は障害者福祉団体が心配しはじめた。自分たちは取り残されるのではないかと、高齢者の財源ばかりが増えるのではないかと。一部の人はぜひ、介護保険構想に乗りたいたいと言ってきた。こういった方々はその時点でのサービス費用、予算に不満を持っておられて、乗りたいたいと言っていた。しかし、全体としての議論は、特に公的責任の後退や理念の違いの点において、そこまで熟していなかった。わたしとしては若年障害者問題を考えると、この際すっきりと高齢者介護だけに割り切るのがいいと思っていた。そういうことをベースに与党と議論していった。

<支援費制度の評価>

和田：支援費制度は自分が厚労省を離れてからの動きだった。

検討段階から議論のとらえ方が狭く、これはダメと思った。利用手続きとか理念を変えるのは重要だが、その辺は介護保険論議の中で消化されてきている議論であった。

もっと早くにやっておくべきであったことだったと思う。出遅れたものが出てきたという印象を持つ。

問題は、枠組みを動かせば、費用が変動することだ。シーリング予算の中で、この部分の手当てなしにやっているのが問題という印象を持っていた。補正を組んだりかして対応したから、予算額が前から増えているように見えるけれど、当初予算で見るとほとんど同額で推移している。財源の手当てをしないまま見かけを動かすのは愚策だと思う。これが混乱の要因だ。

利用契約方式を取り入れれば当然需要は増える。介護保険の場合は同時に入り口をコントロールした。客観化をできるだけしようということで、要介護認定の基準や利用プロセスにおけるケアマネジャーの関与などを仕掛けた。財源の手当てにしても、介護保険の場合、当初予算の増に合わせて、保険料収入があるわけだから2倍に増える。

一方、支援費は財源のめどを立てないで、理念だけで動かした。限度額を設定する仕組みを作るのがいいかどうかは議論があるが、行政官なら考えるべきだった。限度額をどの水準にするか、適正利用を担保するためのサポートの仕組みをどうするかなどは一定考えるにしても、全く青天井で何もしない現場にゆだねるのは負担者が納得しないし、財政的に行き詰まるのではないかという予測を自分たちはした。

理念はよし。方向はよし。ただ、議論するのであれば、支援費制度論議の時に介護保険との関係整理の議論もやるべきであった。そこをやらずに理念だけ完成させて、構造改革と言っても、ちっとも構造改革になっていない。

DPI 日本会議：今から思えば、発足前から懸念されていた問題が出て来た、ということなのだろうが、なぜ障害保健福祉部は問題を分かっているがそのまま突き進んだと考えるか。

和田：介護保険は各局横断的に人を集めて専従スタッフを確保して準備をしたが、支援費の方は障害保健福祉部の中だけでやって、老健局や他の部局とは薄い繋がりがしかなかった。

DPI 日本会議：介護保険がスタートする段階では、5年後見直し時には障害者福祉がどうなっているというイメージを持っていたのか。

和田：ひとつは第1号被保険者を20歳以上からにする。裾野を広くすると同時に、「加齢に伴う云々」ではなくて年齢制限を取り払っていただろう。公費でやるものとして、街づくり、雇用関係のサポート、障害者住宅など。人体に直接触るものは保険でやるというのが典型的な整理。

児童をどうするかは分かれ道だった。育成医療とか、重症心身障害児関係は保険に入れてもいいかと思っていた。

ガイドヘルプとか移動支援は公費でやったらいいかと思っていた。直接身体に触るサービスは介護保険で考えておいて、社会参加的な、あるいはその基盤的なものは公

費でやっていく。ガイドヘルパー、盲導犬、聴導犬といったものは公費で共通の社会インフラとしてやっていくのがいい。

DPI 日本会議：たとえば高齢者がそうしたサービスを使いたいといったときは、どうするのがよいと考えていたか？

和田：それは公費でやったらいい。介護保険は身体に直接触るものという位置づけをして、医療サービスを除く。家事援助は密接不可分のものとして介護保険に入れる。こういうのが典型的な整理ではないか。

こういった議論を支援費制度の時にやっておくとよかった。省内であんなに不協和音が聞こえていいのかなという議論の仕方だったから、案の定うまくいかなかった。支援費制度をやるときに視野を広くやればよかったのではないかと当時から思っていた。

DPI 日本会議：支援費を考えずに、2005 年改正でそのまま若年障害者を乗せる方向でいたのを、社会・援護局が走ってしまったのでずれた、ということか？

和田：当時の戦略ミスだったと思う。それが尾を引いている。

(了)

3.3 田中耕太郎氏（山口県立大学 教授）

＜社会扶助＞

田中：社会扶助法は日本の生活保護法と基本的なところが驚くほど似ている。そもそも第1条で日本国憲法25条に当たる、人間の尊厳というドイツ基本法第1条を引っ張ってきている。

2条は後置性と訳したが、補足性の原理が示されている。自分で働いて収入を得られる人はまずそれに拠りなさい、他の人からの援助が期待できる人はそれを優先して投入しなさい、社会保険とかさまざまな他法給付がある場合にはそれを優先しなさい、家族間の支えがある場合には私的扶養を優先させなさい。その上で、必要なニーズに満たない場合には、その足りないところだけをカバーしますという基本原則を示している。

3条の個別性の原則とは、日本では必要即応の原則に当たる。社会保険、たとえば年金は一般的な生活水準を想定して、基礎年金なら6万いくらか決められているが、あくまでも公的扶助の命は個別性の原則。一人ひとりのニーズに即して、その足らざるところを過不足なく補うということだ。

なかなか難しいのは、この原理をどう調整するかということ。ニーズは個別にバラバラで運用するのではなくて、客観性、公平性を担保するために基準で測る。他方でこれは決して形式的、画一的なものに流れないようにあくまでも一人ひとりのニーズに即応した個別の対応ができるように、ということで必要即応の原則が書かれている。この2つは根本的に矛盾する。だからこそ、本来の趣旨に添った運用ができるように、ということで日本の場合はケースワーカーを置いている。

ドイツでも同じような議論があって、個別の項目の中に一時金の項目があるが、最近の改正で大幅にとりやめて、包括化して基準の中に入れた。というのは、個別の一時金でやっていくと、認める、認めないでかなり煩雑になるし、紛争も非常に多い。ある程度のものは基準額の中で受給者が選ぶ方がいいだろうということで、基準額を少し引き上げて、一時金の項目をかなり削減した。

しかし、基準の方を明確にすればするほど、個別のニーズが拾えなくなるから、どこまで個別化するのか。個別化すると、運用担当者や自治体によって違ったりしてくるので公平性を担保できない。公的扶助の個別性という生命線と、みんなが納得できて透明で公平なものでないといけないという基準への要請をどこで塩梅させるか、ドイツの議論を見ていても、日本と構造的には共通の悩みというか課題をもっている。

社会扶助法は、今述べた全体に共通する基本原則のあとに、生計扶助、つまり日本の生活扶助に当たる一般的に所得がない人に対する生活保障がくる。生計扶助に続いて、年金改正でいったん切り離された高齢・障害時の基礎保障が社会扶助の一部として再び取り込まれたものが規定されている。これは一般の生計扶助の高齢者・障害者バージョンということになる。中身としては生計扶助とほとんど変わらない。求償を制限するなど、生計扶助と違うところだけが書いてある。扶助の基準とかは生計扶助

と全く同じである。社会扶助法 5 章から 9 章までが、医療、障害、介助といった特別な事情にある人の特別なニーズに対応した扶助となる。

ドイツの社会扶助は、日本と異なり基本的に自治体行政である。ドイツには 16 ほどの州があるが、この州の下に、基礎自治体として市と郡（いわゆる町村）がある。社会扶助のうち、一般的な生計扶助は基本的に市と郡が実施し、州が応援する形を取っている。

特別扶助、つまり障害者統合扶助や介護扶助は、市や郡の単位では小さすぎる。特別扶助は、州が決定する広域運営主体が運営している。州によっては州自体がなっているところもある。ある州では 2 つとか 3 つとかに分けて日本で言う広域連合みたいなものを作ってやっているとところもある。社会扶助の運営自体を地域運営主体（市と郡）で担う部分と、それから広域運営主体で担う部分の 2 つの担い方がある。

DPI 日本会議：州はアメリカみたいに憲法を持って独立しているのか。

田中：州憲法を持っている。ドイツは日本の明治時代とほぼ同じ時代まで、諸侯に分かれていた、非常に地域性の強い国である。今でも北と南とでは気質も違う。

社会扶助も自治体ごとに中身が違う。州ごとに社会扶助の州法が作られていて、そこで基準単価などが決められている。地域運営主体にも広域運営主体にも基本的には連邦政府の金を一切入れていない。連邦は枠組法を作っているだけである。

州によって社会扶助の受け止め方も違う。北部は重工業地帯で産業労働者が多く、伝統的に SPD（社会民主党）が強いし、逆に南部のバイエルンは伝統的にカトリックの保守地盤で、保護率は北部の方が高い。北部の保護率が高いのは、産業構造が重厚長大で、斜陽産業が多いため。また政権が社民党だったので、社会扶助に関する問題にも敏感だったということもあるだろう。逆に南の方は、昔は農業地域で貧しかったのだが、自動車や IT が活発になりこの 30 年ほど経済的にも豊かになったし、失業率も低い。また、保守的な地盤なので社会扶助に対するスティグマが強い。

日本は先進国でもまれなぐらいの集権国家なので、公的扶助では 7~8 割を国が費用負担している。このように 1 億人の規模で全国統一の基準でやっている国はおそらくない。アメリカでも福祉の問題は州以下のレベルで扱う。日本では戦後の憲法 25 条の問題もあって、国の責任、国の財政負担というのを正面からやってきた。それを踏まえて運営基準も国が一律に決めている。

他に両国で違う点は、日本は申請保護だが、ドイツは職権で原則行われるところだ。ただし、本人の意に反してまでは適用しないと言っているから、極端に違うわけではないと思う。そうは言っても出発するアプローチが行政の責任から出発するのか、申請から出発するかは違う。やはり、それが保護率の違いに現れるのだと思う。

DPI 日本会議：高齢・障害時の基礎保障は日本の基礎年金と比べてどうなのか。

田中：これは基本的には生活保護。ドイツにはそもそも基礎年金という概念がない。

年金は給与の代替という概念であるので、給与が低い人や女性の年金の問題が非常に大きくなっている。就労がなかったり就労が中断している人の場合、どうしても無年金や低年金になる。障害者や高齢者で低年金・無年金で、その上貯金もなくて生活保護の保護基準に満たない人に対して、基礎保障はその間を埋める。だからこれは生活保護である。ただし、求償権は制限されている、扶養義務者への求償が制限されているというだけの違い。

DPI 日本会議：日本と比べて、ドイツにおいて生活保護のイメージはどういうものなのか。

田中：一般的にはスティグマがあるので、日本に近いイメージと考えられる。介護保険の時の議論でも、ずっと職業生活をしてきて社会あるいは経済に貢献してきた人が高齢・障害などで介護が必要になったとたんに社会扶助に依存するのは適切ではない、という意見があった。しかし、受給率が高い。従来の高受給率の原因は、高失業率。長期にわたって失業した人が失業扶助だけでは足りずに社会扶助を二重に受給していた。彼らのようなグループともうひとつ、日本で言えば措置にあたる障害統合扶助や介護扶助の人たちがいる。日本で言う、生活保護の人と措置の対象者を合わせたものが社会扶助受給者である、ということを理解しないと比較はできない。

DPI 日本会議：18歳未満で障害者になった人は、基礎年金がない以上、すべて基礎保障の対象になるということか。

田中：生まれつきの障害者は30万人ぐらい。就労していれば基礎保障は給付されないし、家族の扶養義務はないが一定の財産を持っている場合もやはり基礎保障の対象にならない。基礎保障受給者の人数は64歳まで（高齢者を除いた数）が30万人ぐらい。中途障害の人は障害年金や労災がある可能性が高いので、あまり該当しない。そう考えると基礎保障受給者の多くは生まれつきの障害者であろう。

<社会扶助制度の再構築>

田中：まず自助という概念があり、そして最後の受け皿として社会扶助が位置づけられている。ドイツはその間に、社会保険が発達している国なので、互助の仕組として社会に共通のリスクに備える仕組として社会保険が中間に位置し、目が粗いけれども有効なネットとして機能している。社会扶助は日本の生活保護と同じように最後のセーフティネットの位置づけである。

社会扶助そのものは包括的な、原因を問わず最後のところで最低生活を保障する仕組みだが、こういうひとつの最後の網だけでセーフティネットを構築しても機能しないという考え方が90年代以降強くなってきた。

最初に分離されたのが亡命申請者である。ナチスの経験もあったので基本的には政治亡命を寛大に受け入れるスタンスを取っているが、東欧の政情不安が原因で政治亡

命が増えてきて、財政負担が大きくなっていた。そこで、自国民に対する保護とは分けていかないといけないという認識が出てきて、社会扶助の体系から亡命者が外された。給付条件も、扶助の中身自体も厳しくなっている。たとえば、医療扶助は人道的にやむを得ないものに限っている。

次に大きな動きになったのは、介護が必要で社会扶助が必要になった人たちの増加。これに対しては介護保険という特別な体系を作った。

また、労働能力を稼得能力があるものとないものとで分けていこうという動きがあった。具体的には失業問題が背景にある。ドイツの20年来の社会政策の大きなモチベーションは失業問題をどう扱うかにある。80年代からほぼ10%を超える失業がなかなかカバーできない、景気が良くなっても失業率が改善しないという悩みをドイツは抱えてきた。雇用なき成長という大きな悩みを抱えていて、若者を中心とした長期の失業が改善されない。彼らをいかにして職業生活にインテグレートしていくかが大きな課題になっている。失業保険が切れた後、彼らは失業扶助という税金によるシステムから受け取るが、これがなかなか機能しない。長期にわたってこれに依存する。労働能力はあるけれど就労できない人の問題が大きな課題になっている。

労働能力がある人となない人で分けていこうということで、高齢者・障害者、つまりリハビリテーションによって職業生活への復帰が期待されない人たちについて、別途に高齢及び障害時への基礎保障制度が2002年にできた。これは2001年年金改正の中で作られた。給付水準は社会扶助そのまま。ミーンズテストも残っている。ただし、民法上は直系血族者に扶養義務があるが、高齢者が子どもに求償するのをいやがって社会扶助を利用しないまま貧困という問題（「恥ずべき貧困」）があったので、一定の高所得者を除いて求償権を制限するという点が異なる。稼得収入、社会保険収入、資産などを投入して最終的に足りない分をカバーするという補足性原理は維持されているが、求償の範囲が制限されるという形。これが果たして年金なのか社会扶助なのかというのはドイツでも学問的に議論もないわけではなかったが、最終的には全額租税を使っているのだから、社会扶助に位置づけられることになった。

一方、求職者基礎保障は、失業者問題を解決するためのハルツ法改革という、失業問題、雇用問題を解決するための大きな改革が4次にわたって行われたが、その中のひとつとして出てきた。連邦雇用庁が行っていた失業扶助の仕組みと社会扶助の仕組みを一本にして、雇用体系に移して彼らを社会扶助から外していった。労働能力のある人に対しては、雇用生活へのインテグレーションを中心にした職業訓練や支援などを行う。このスローガンは「支援と要求」という、就労生活への復帰を応援しましょうというものである。就労できるにもかかわらず個人的な理由で就労しない人については、給付額をだんだんとカットしていくという、促進策と制裁をセットにして、長期の失業者たちを就労生活に戻していこうというものだ。他にも一定の訓練に参加しないとか、参加できるのにいかないとか、共通のゴールを作ってそれを履行できない場合にも給付額をカットする。アメリカのワークフェアのような発想だ。

失業問題を巡って、社会保険料を抑制するためのさまざまな改革が10年ぐらい行われている。政権交代があっても基本的なスローガンのひとつはドイツに企業立地、つまり雇用を確保する、そのために雇用コストを下げていくというのがあった。特に

雇用コストに付随する社会保険料負担を企業が半分持つので、そのコストを下げていくことが重要になる。それによって経済成長があっても雇用が進まないという現状を改善していくというのが産業界のみならず、労使の枠を超えて共通の社会政策を決めていく契機になった。20年近く、ドイツの社会保険は年金が20%弱、健康保険が15%、雇用保険が今はぐっと下げて4%。合わせて40%ほど。1人あたり100の賃金を払うとしたら、140のコストがかかる。そのうち、半分は本人負担なので、100の賃金を払うと企業負担は120になる。こうしたコストを抑えていかないと、企業は人を雇わない。

DPI 日本会議：社会扶助から労働行政に変えると、当然市町村の負担は減る。労働行政になるということは連邦政府に移ると考えていいのか。

田中：労働系統の財源は連邦政府。ただ、この給付は、生活費的なものは市町村が持つということで、費用分担している。この費用分担を巡って、どこまでが市町村なのかもめている。

枠組みとしてはダイナミックな転換であって、本来の社会扶助に残る人はほとんどいなくなった。長期にわたって稼得が難しい高齢者と障害者が外れ、長期失業者も外れた。そうすると、一時的な病気のために働けないとかいう方だけなので、統計的にはぐっと減っている。これは扶助を受ける人がいなくなったのではなくて、カテゴリーが変わっただけだということに注意しないといけない。

このように制度が変化しているので、経年的な統計を取ってもなかなか読みにくい。高齢・障害時の基礎保障は社会扶助の中に入ったので、統計的に現れるが、長期失業者対策の方は社会扶助から外れたので社会扶助統計に出てこない。

DPI 日本会議：労働能力というが、高齢でも労働能力がある人はいるのではないのか。

田中：これは完全に年齢で切る。障害も障害という概念で割り切る。なぜ別にしたかという、就労にカムバックして就労自立することが期待できないから。若い、就労能力のある人への対応とは全然違う。

DPI 日本会議：この障害者というのは手帳、証明書を持っている人のことか？

田中：そうだ。ただしこれはミーンズテストつきなので、収入があれば該当しない。

＜特別扶助＞

田中：社会扶助体系の中には、生計扶助とは別に、特別な生活状況にある人たちに対する社会扶助、日本でいえば措置に近い概念がある。日本は児童福祉法であったり身体障害者福祉法であったり、それぞれ措置という格好で位置づけられている。老人ホームも、もともとは生活保護の施設の一つであったが、生活保護法から幹は引きずり

ながらも枝分かれしていった経緯がある。なので、措置の概念とか応能負担とかは、公的扶助の原理とか色彩をもっている。

ドイツの場合は、社会扶助の中にそうしたサービスが残っている。ただし、ミーンズテストを判断する際の所得とか資産投入条件が一般よりも緩やかになっている。このように、特別な介護とか障害とか、生活を困難にするプラスアルファの特別な事情がある場合には、社会扶助の中にある介護扶助や医療扶助、障害者統合扶助などが使える。これらは日本の生活保護の他人介護料加算とかとは異なり、介助等の特別な目的のための費用を賄うものとして完全に別のものとして作られている。これは日本と言う生活保護の費用というよりも措置費を全部含んだ概念に相当するので、日本で比較するときは措置費を頭に置いて議論しないといけない。

日本では医療扶助が生活保護の半分以上を占めているが、ドイツは原則的には社会扶助から疾病金庫の保険料負担をするので、社会扶助が医療の現物給付を持っていることはほとんどない。なので、ドイツの場合は医療扶助の金額は少ない。2006年1年間の特別扶助の受給者総数109万人で、うち医療扶助は6万人だけである。金額ベースでもそうだが、小さな役割しか果たしていない。

特別扶助の中心は圧倒的に障害統合扶助と介護扶助である。介護保険ができるまでは介護扶助がわずかにトップだった。介護保険導入で大きく減ったので、今は障害統合扶助が特別扶助の中で最も多くなっている。ドイツでも在宅やグループホームなどとも言われているが、質量共に施設が介護扶助でも障害者統合扶助でも多い。

障害者統合扶助受給者が64万人。うち、作業所（認可された障害者向けの作業所）への給付が22万人。「社会における生活に参加するための給付」が40万人で、その中身は補助具・各種療法、特別支援教育（12万人）、実践的な知識・能力を獲得するための援助、世話つき居住環境における自分で決めるための援助（実質的には施設）など、施設利用者が中心である。

金額で見ても、障害者統合扶助は総額で118億ユーロ、介護扶助も減ったとはいえ、31億ユーロ。この2つがダントツに多い。特別扶助全体で204億ユーロなので、半分以上が障害者統合扶助に使われている。介護保険が始まるまでは、介護扶助の方が若干多かった。

運営主体別に見ると、障害統合扶助は、広域運営主体が90億ユーロに対して、地域運営主体が27億ユーロと、広域運営主体が多くを占める。介護扶助は逆に、地域の方が多。

<介護扶助と介護保険>

田中：介護保険自体も実は高齢化が進んでいる。ドイツの施設療養は契約型である。契約型で施設に入るということは、選択と決定があるということでもあるが、費用は原則として自己負担となる。ドイツは年金も最初に作った国で水準も低くはないが、日本円で換算してだいたい40万円ぐらい入所施設費用がかかる一方、平均的な年金が20万円ぐらいだから年金だけでは足りない。そうすると、預貯金などを取り崩して費用を払っていく。最終的には持ち物を全部はたいてしまう。そこで初めて社会扶助、