

介護保険法が担う「介護」に関する考察
－英国法の展開を踏まえて－

A study of CARE defined by Long-Term Care Insurance Act.
- in reference to be enacted a new legislation in UK, Care act 2014.

筑波大学審査学位論文（博士）

2017

岡 田 治 夫

筑波大学大学院
ビジネス科学研究科 企業科学専攻

【 目 次 】

	頁
第1 はじめに	1 ~ 8
(1) 目的	1
(2) 先行研究の評価	5
(2) 構成	7
第2-1 介護に要する費用をどのように賄うのか	9 ~ 36
(1) 介護対策検討会報告書と高齢者保健福祉推進十か年戦略	9
(2) 「日本型福祉社会論」の展開とその特徴	14
(3) 介護の社会化と介護の専門性	21
(4) 介護の社会化と財源の確保	23
(5) 消費税の目的税化とその影響	28
(6) 小括	35
第2-2 どのような介護を誰が担うのか	37 ~ 87
(1) 介護保険法の目的	37
(2) 介護保険制度創設時の議論	40
(3) 被保険者と受給との関係	49
(4) 介護保険制度が担う「介護」と家族介護	53
(5) 介護保険制度における介護サービス契約の位置づけ	57
(6) 小括	84
第3 英国において、介護はどのように賄われ誰が担うのか	88 ~ 225
(1) 社会福祉 (Social care) と保健医療 (Health care) の制度の概要	88
(2) 金融危機以降の介護等を含む社会福祉 (Adult Social care) の現況	92
(3) 介護サービス市場 (Care Market) の特徴とその変遷	135
(4) 新たな介護費用負担 (Care Funding) を巡る議論	149
(5) 社会福祉関連法 (Adult Social Care law) の展開とその限界	178
(6) 新たな立法措置 (Care act 2014) と従前の判例の位置づけ	189
(7) 小括	222
第4 介護保険法が担う「介護」に関する考察 －英国法の展開を踏まえて－	226 ~ 233
参考文献	i ~ ix

第1 はじめに

(1) 本論文の目的

平成12（2000）年に施行した介護保険法は、高齢者介護を社会全体で支え合う仕組みとして、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を導入した。いわゆる介護保険制度が開始した。しかし、制度の開始が決まっても、介護を保険で対応することの抵抗感が一部には残っていた。介護保険法の施行直前に政権内部から「子どもが親の面倒を見るという美風を損なわないよう配慮が必要だ。家族のきずなどお年寄りの精神的な幸せを無視した機械的な対応は好ましくない¹⁾」とする批判があった。この介護保険制度の抵抗感に対して、「裏返すとそれは、いかにこの制度が斬新な発想に満ち、潜在的に大きな変革の契機を秘めたものであるかの証左といえる²⁾」とする指摘がある。

介護保険制度の“斬新さ”は、社会保険方式の導入によって、税を財源として地方自治体が必要なサービスを選定する仕組みから、保険料の対価として給付を受ける仕組みに移行したことにある。言い換えれば、介護保険制度は、介護を必要とする者に自ら必要なサービスを選んで利用する権利を与え、利用者本位となることを目的としている。特に1割の利用者負担は、所得にかかわらず、受益に応じた負担を基本としている。また、地方自治体は新たに保険者としての役割を担うことになった。特に保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定する必要がある。介護保険制度の成否は、地方分権の試金石となった。

つまり、介護保険制度の特徴の一つに、地域ごとに異なった保険料の水準を条件に、利用者は、所得状況に左右されずに、給付を受けることができる点があった。しかし、近年の見直しでは、保険料を一律に抑制することを目的として、所得状況に応じて利用者負担の引き上げが実施されている³⁾。利用者負担は、受益に応じた負担から、「保険料水準の上

¹⁾ 「介護保険制度の再検討で一致 自自公政策責任者が会談」朝日新聞朝刊東京本社版1999年10月07日2面。自民、自由、公明三党の政策責任者会談の記者会見での自民党の亀井静香政調会長の発言。なお、亀井発言を受け、介護保険法の円滑な実施に向けての特別対策として、第1号被保険者の保険料に対する施行から半年間の免除及びその後一年間の軽減措置、医療保険者に対する財政支援、低所得者に対する利用者負担の軽減措置、家族介護支援対策事業等が実施された。

²⁾ 岡本祐三「介護保険制度と福祉改革～介護・福祉の社会化・分権化がもたらすもの～」月刊福祉2000年4月号（2000）20頁。

³⁾ 平成26年6月に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、平成27年8月1日から一定以上の所得のある利用者負担を2割に引上げた。また、平成29年6月に制定された「地域包括ケアシ

昇が見込まれる中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、検討しなければならない課題であり、その際、負担能力に応じた負担となるように見直しを行うという方向」に改められた⁴。

これまでの介護保険制度の改正も、増大する保険給付費を抑制し、制度の持続可能性を高めることを目的に行なわれてきた。初めての抜本的な見直しは、当初予定していた制度開始5年後に行われた。この見直しは、予防重視型システムに転換を図ることが目的であった⁵。さらに10年後に地域包括ケアシステムの実現を図るための見直しが行われた。いずれの見直しも、給付抑制の効果は、将来的な見込みに止まるものであり、利用者負担に直結するものではなかった。

制度施行から15年目を迎えて、「受益に応じた負担」から「負担能力に応じた負担」に介護保険制度を書き直したことは、直接的には社会保障と税の一体改革による消費税の引き上げに伴う代償として措置されたものである⁶。社会保障と税の一体改革では、社会保障財源に占める税の多くを国債で賄っているために、将来世代への負担の先送りとなることが問われていた。将来世代に負担を先送りしないためにも、現役世代に「負担能力に応じた負担」を求めることとしている。しかし、能力に応じた負担とは何か。能力に応じた負担を定義しない限り、利用者負担の引き上げは、なし崩し的に行われかねない。また、能力には、所得だけではなく資産を含むか否かが問題となる。

例えば、社会保障・税一体改革による要請によって、介護保険施設等の食費・居住費を補填することを目的とした、低所得者向けの補足給付制度の要件に資力調査を加えたことは、初めて所得以外の要素を加味することを被保険者に求めたものとして、注目に値する。今後の資産要件のあり方次第では現役世代の貯蓄行動にも大きな影響を与えかね

システムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、平成30年8月1日から2割の自己負担者のうち、特に所得の高い層の利用者負担を3割とすることとしている。

⁴ 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成28年12月9日公表）29頁。

⁵ 介護保険法規研究会監修『新しい介護保険法』（中央法規出版、2005）7頁。改正の骨格として5つの柱（①予防重視型システムへの転換、②利用者負担の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤制度運営・保険料の見直し。）を掲げている。

⁶ 「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」（平成25年8月21日閣議決定）により、「一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し」について検討を加え、必要な措置を講ずることとされる。

い。特に資力調査の対象に持ち家を含めるべきか否かが焦点となる。なぜなら、不動産の流動性には地域差があることを踏まえたとしても、住宅は最も基本的な資産の一つだからである。

一方、英国でも、介護に要する費用をどのように賄うのかが問題となっていた。2017年6月に実施された英国下院議員選挙では、当初、英国のEU離脱を争点として、保守党が圧勝すると見込まれていた。しかし、選挙の結果は、予想を覆して、保守党の獲得議席は単独過半数を割ってしまった。保守党が議席を減らした要因は、必ずしもEU離脱だけが争点となったわけではなく、むしろ保守党が公約に掲げた介護負担の見直し策が、利用者負担の増加につながり、認知症税（Dementia Tax）として大きな批判を受けたことであると指摘されている⁷。

英国では、介護費用は全額自己負担であることが原則である。公的な支援は、もっぱら介護費用を自己負担で賄えなくなった者を対象とする。だが、具体的な対象の範囲は、同じ税を財源としながらも医療と比較すると非常に狭く曖昧であり、基本的には地方自治体の裁量に基づくことになる。近年では、英国政府からの歳出削減の圧力により、公的な支援の対象は、より重度の要介護者に限定される傾向にある。加えて、資力調査を伴うため、多くの者が自費で介護費用を賄うか、もしくは家族介護に依存する状況に陥っている。特に問題となるのは、介護施設に入所せざるを得ない状態にもかかわらず、持ち家の資産価値のために、資力調査によって公的な支援の対象から外されてしまうことである。これらの多くの者は、自らの所得や貯蓄額だけでは入所費用を賄うことができないために、持ち家を売却することによって、必要な費用を捻出しなければならない。このことは、若年期から徐々に形成してきた資産が、自分の意思を超えた、高齢期の予期せぬ出来事によって奪われてしまうことを意味している。さらに、原則無料で医療を提供する“National Health Service”（国民保健医療サービス、以下「NHS」という。）との負担の不均衡が、多くの不満を招いている。

2017年6月の選挙に向けて公表した保守党の公約は、現行の制度について、どこに住んでいるか、持ち家はあるか等によって、受けられる介護やその費用が左右されるために、

⁷ Frances Ryan (2017), “The ‘dementia tax’ mess shows how little May thinks of disabled people”, the guardian, Thursday 25 May 2017, Available at: <<https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/may/25/dementia-tax-theresa-may-prime-minister-disabled-people>> (accessed 08/2017).

公平ではないと否定的である⁸。現行の制度を見直すために、資力調査の限度額を100,000ポンドに引き上げる代わりに、在宅介護を受ける場合にも、施設に入所するのと同様に、資力調査の対象に持ち家を含むことを提案した。なお、持ち家は、その資産価値を生前の間だけ担保することができる仕組み（Deferred Payments）を通じて活用することを想定している。この仕組みが、認知症税と呼ばれ、保守党に対する批判につながった。そもそも同様の仕組みは、2010年英国下院議員選挙において、当時の与党労働党が公約に掲げていた。その時、死税（Death tax）と呼称され批判を受けた労働党は、野党に転落した。

英国では、介護費用負担の問題について、わが国の介護保険法の施行以前から具体的な議論が始まっていた。15年を超える長い議論を経て、新たな介護費用負担の仕組みを導入することを目的として、2014年5月にCare act 2014が制定された。同法は、「介護に要する費用の支払いを目的に、高齢者が自宅を売却する必要がないことを保証するために、長期介護の費用負担に関する改革を立法化⁹」したものとされる。しかし、2017年6月の選挙に向けて公表した保守党の公約は、保守党政権が自ら提案した同法の制定意義を否定するものであった。

現在の英国型福祉国家の姿は、必ずしもわが国の「模範」となるようなものではない。例えば、英国の高齢化率は、わが国と比較すると未だ低く、EU加盟国の中でも若い国に位置する¹⁰。しかし、2017年6月の選挙では、高齢者介護の問題の優先順位は必ずしも低くないことが証明された。振り返れば、英国の経験は、時代に応じて、わが国に様々な示唆を与えてくれた。戦後すぐに現れた英国の姿は、羨望の的であった。1942年のベバリッジ報告を引用した労働党のスローガンである「ゆりかごから墓場まで」“*From the cradle to the grave*”は、福祉国家を代表するものとなった。だが、1970年代に現れた英国は、社会保障費が増大する一方で、産業の国有化による国際競争力の低下とスタグフレーションの進行に侵されていた。その姿は、英国病と揶揄され、日本型福祉社会論を支える反面教師となった。しかし、その後の英国は、「小さな政府」の代表格として現れ、民間の経営理念や

⁸ Conservative and Unionist party (2017), “Forward Together: The Conservative Manifesto”, Available at: <<https://www.conservatives.com/manifesto>> (accessed 06/2017).

⁹ Her Majesty the Queen and Prime Minister's Office, 10 Downing Street (2013), “*Queen's Speech (8 May 2013)*”, pp 54-57, Available at: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/197434/Queens-Speech-2013.pdf> (accessed 01/2017).

¹⁰ See Office for National Statistics (2015), “*Annual Mid-Year Population Estimates, 2014*”. によると英国の平均年齢は、1974年から2014年までの間に33.9歳から39.9歳に上昇したが、EU全体の平均年齢42.2歳を下回る。

手法を導入した新公共経営（New Public Management）の旗手であった。特に1990年のコミュニティ・ケア改革によってケアマネジメント、サービスの購入と提供の分離等を取り入れる姿は、先進的なものに映った。一方、新たな介護費用負担の仕組みを導入するまでに、15年を超える歳月を必要としたことは、どのように評価すべきなのだろうか。

わが国と英国とでは、介護費用負担のあり方について、社会保険方式と原則自己負担という決定的な違いがある。しかし、わが国の介護保険制度が「負担能力に応じた負担」へ転換を強いられているのは、介護保険財政の半分を税が占めているためであり、介護に要する費用をどのように賄うのかという問題を考察するにあたって、原則自己負担でありながらも、公的な支援は税を財源とする英国の仕組みが参考となる。そして、介護費用負担のあり方の問題を考察することは、必然的にどのような介護を誰が担うのかという問題を提起することになる。言い換えれば、公的な介護と家族介護との役割分担のあり方が問われている。

本論文は、わが国の介護保険法が担う「介護」を考察することによって、社会は介護をどのように評価すべきかを再考する一助となることを目的とする。この目的のために、英国の取組みから示唆を得ながら、わが国の介護保険制度が直面する課題を明らかにし、介護保険制度の役割を論じるものである。

（2）先行研究の評価

介護保険法の制定を契機として、高齢者介護に限らず、成人の障害者を含めた公的な介護の問題は、社会福祉や医療とは別の問題として、独立して論じられるようになった。日本社会保障学会編『講座社会保障法第4巻医療保険法・介護保険法』は、医療保障法と並ぶものとして、介護保障法を、社会保障法を構成する法の一つに挙げている。介護保障法とは、「疾病、障害や高齢等により日常生活に支障があり、あるいはその恐れのある者に対して必要な身体的な、精神的そして生活上の介護サービスを、国民の権利として保証する法の体系」である¹¹。そして、介護保障法の中核に介護保険法が位置付けられている。

同書では、介護保険法が創設された目的の一つに、介護の社会化があることを指摘している。介護の社会化には、様々な意味があるが、その一つとして、「供給側の社会化を図ることを直接に目的とするものではなく、社会保険の技術をもって公的に介護費用を保障

¹¹ 国京則幸「医療保障法の体系と構造 - 権利論の視点から」日本社会保障学会編『講座社会保障法第4巻医療保険法・介護保険法』（法律文化社、2001）14頁。

することにより需要の側の社会化を進める」という意味がある¹²。この意味から考えると、介護の社会化を目的とした介護保険法は、多様なサービスの供給主体による競争を前提として、措置から契約への転換を図ったものとされる。そして、契約を通じて介護を含めた福祉サービスを利用するあり方を、行政規制の関係から論じたものが、福祉契約論である¹³。社会福祉基礎構造改革を契機に、契約に基づくサービスの利用の拡大によって、利用者の権利を保障するために、福祉サービスの特性に応じた契約規制の必要性が求められている。

一方で、介護保険法は、社会福祉関係の法律の一つとしても位置付けられている。日本社会保障学会編『新・講座社会保障法第2巻地域生活を支える社会福祉』では、従来の社会福祉サービスの提供関係を抜本的に変更した「社会福祉法制の構造改革」として、介護保険法の創設を挙げている¹⁴。そして、「高齢者の地域生活支援の残された課題」に、家族介護者等による介護の法的評価があることを指摘している¹⁵。特に介護手当の是非に関する問題は、介護保険制度の検討段階から議論¹⁶になっており、介護保険によって介護手当を支給することは家族介護を固定化させるとの懸念があった。この懸念に対して、増田雅暢氏は、「実際の介護者の意識・行動の分析を無視した情緒的な観念論」であると批判している¹⁷。

しかし、介護保険制度は、わが国の介護保障法の中核を占めているものの、介護の全てを賄うものではない。例えば、介護保障法の体系から、「社会保険方式の介護保険を介護保障制度の中核に置くというのであれば、基本給付を上回る個別の介護ニーズについて

¹² 増田幸弘「介護提供体制の組織と構造 サービスの質を保障する視点から」日本社会保障学会編『講座社会保障法第4巻医療保険法・介護保険法』（法律文化社、2001）190頁。

¹³ 岩村正彦「第2章社会福祉サービス利用契約の締結過程をめぐる法的論点—社会保障法と消費者法との交錯—」岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』（信山社出版、2007）20頁。

¹⁴ 品田充儀「社会福祉法制の構造と変容」日本社会保障学会編『新・講座社会保障法第2巻地域生活を支える社会福祉』（法律文化社、2012）42頁。

¹⁵ 阿部和光「高齢者・養護者の地域生活支援」日本社会保障学会編『新・講座社会保障法第2巻地域生活を支える社会福祉』（法律文化社、2012）303頁。

¹⁶ 介護保険制度創設に係る審議会等の議論の経緯は、介護保険制度史研究会他『介護保険制度史—基本構想から法施行まで』（2016、社会保険研究所）に詳しい。なお、介護保険法案の審査の状況は、当時の担当参事官が執筆した藤浩他「介護保険法案の作成をめぐって」法制研究66巻4号1791-1831頁（2000）を参考とすることができる。

¹⁷ 増田雅暢『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』（法律文化社、2003）162頁。

は、一方では民間保険をはじめとする自助努力によることとしつつ、他方では自己負担できない低所得者の介護ニーズに個別に柔軟に対応できる公費方式の制度によりこれを補うというのが、本来の介護保障制度の在り方ではないだろうか」という問題点が提起されている¹⁸。

本論文は、上記の問題意識を引き継ぎながら、先行研究では明らかにされなかった、介護保険制度が介護を再び個人の負担能力の問題に回帰させる構造的な問題を抱えていることを論じるものである。この際、英国における介護費用負担に関する議論¹⁹から示唆を得ることによって、わが国の介護保険制度の役割とその課題を提示することとしたい。

(3) 本論文の構成

本論文は、わが国の介護保険制度が直面する課題が、近年の社会保障と税の一体改革のもとに、介護を再び個人の負担能力の問題に回帰させ、介護保険制度創設の目的の一つである「介護の社会化」から逸脱してしまう恐れがあることを明らかにし、次の二つの論点から考察を進めるため、以下の構成をとっている。二つの論点とは、一点目は介護に要する費用をどのように賄うのかということ、二点目はどのような介護を誰が担うのか、ということである。

ア 介護に要する費用をどのように賄うのか

最初に介護に要する費用をどのように賄うのかという論点について、「日本型福祉社会論」から消費税の導入に係る議論を整理した上で、税だけを財源とせず、社会保険方式を必要としたことを論じる。

イ どのような介護を誰が担うのか

次にどのような介護を誰が担うのかという論点について、介護保険制度の創設時の議論を整理した上で、介護保険制度は、家族介護の位置づけを欠いたために、介護に占める保

¹⁸ 本沢巳代子「介護保障法の体系と構造——権利論の視点から」日本社会保障学会編『講座社会保障法第4巻医療保険法・介護保険法』（法律文化社、2001）150頁。

¹⁹ 英国の公的介護費用負担に関する近年の議論の概要を論じたものとして、伊藤善典「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革-責任と公平を巡る17年間の議論-」海外社会保障研究 Winter 2016 No.193 があるものの、新法の制定に至る全体像を俯瞰した研究は少ない。

険給付の内容及び水準を位置づけることができなかつたことを論じる。その際、介護サービスの契約化について、その内容を規制する合理性をどのように担保するかを検討する。

ウ 英国において介護はどのように賄われ、誰が担うのか

さらに 2008 年の金融危機以降の英国、特にイングランドの高齢者介護の現況を踏まえながら、なぜ新たな介護費用負担の仕組みが必要とされたかを論じる。その際、介護費用負担の問題は、社会福祉 (Social Care) と保健医療 (Health Care) の二重構造に起因した、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立があったことを明らかにする。また、新たな介護費用負担の仕組みの導入とともに、新法の制定が必要とされた背景とその影響を論じる。

エ 介護保険法が担う「介護」に関する考察 — 英国法の展開を踏まえて

最後に、論点の取りまとめを行った上で、介護保険制度の基本と役割に立ち返り、英国の取り組みを参考として、わが国の介護保険制度が直面する課題への対応策を三点提案する。一点目は、税と社会保険料の役割分担を確立することである。二点目は、地域と利用者が主体的に介護サービスを決定できる仕組みとすることである。三点目は、要介護者と家族介護者に対するニーズ評価を実施することである。これらの改善点は、いずれも介護保険制度が地方分権と利用者本位の仕組みに立ち返ることを必要とするものである。

第2-1 介護に要する費用をどのように賄うか

(1) 介護対策検討会報告書と高齢者保健福祉推進十か年戦略

介護保険法は、当初より制度開始5年後に抜本的な見直し¹を行うことが定められていた。具体的には、5つの柱（①予防重視型システムへの転換、②利用者負担の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤制度運営・保険料の見直し）に沿って順次制度改正が行なわれた。この見直しの効果もあって、平成18（2006）年度には、施行後一貫して増加し続けた一人当たりの介護給付費は初めて減少²に転じ、新規に参入する事業者数も抑制³された。給付が増加したことは制度が定着したことの裏付けであり、また給付の増加を適正な範囲で抑制することは制度の持続可能性を高めることに寄与することでもある。この意味で、介護保険制度は要介護状態を保険事故とする社会保険の一つとして機能することができると考えられた。しかし、制度の持続可能性を高める効果は一過性のものでしかなかった。その後、一人当たり給付費は増加に転じた⁴。特に一貫して増加傾向にあった受給者数及び給付費総額は、平成18（2006）年度と比べて1.5倍にも達した。

また、介護報酬の不正請求を契機として、介護保険制度は予期せぬ見直しに迫られた。事業者の不正防止を図ることを目的に、業務管理体制の整備を義務付ける等の「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案」が平成20（2008）年5月に成立した。同時期には、介護従事者等の処遇の改善に資するための施策のあり方に検討を加えることを規定した

¹ 介護保険法附則第2条は、次のとおり規定している。「介護保険制度については、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配意し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金（その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料（地方税法の規定により徴収する国民健康保険税を含む。）又は掛金を含む。）の負担の在り方を含め、この法律の施行後五年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする」。

² 「平成18年度介護保険事業状況報告（年報）」（平成20年7月2日厚生労働省老健局公表）によると、第1号被保険者1人あたり給付費（介護給付・予防給付）は219千円であり、対前年度比2.2%減少した。

³ 「平成18年介護サービス施設・事業所調査結果（概況）」（平成19年11月30日厚生労働省統計情報部公表）によると、各介護サービスの中で最も多い訪問介護事業所数は20948事業所（前年比2%増）であり、平成17年の増加率（平成16年比19%増）と比較すると微増である。

⁴ 「平成26年度介護保険事業状況報告（年報）」（平成28年9月7日厚生労働省老健局公表）によると、第1号被保険者1人あたり給付費（介護給付・予防給付）は、254千円であり、対前年度比1.4%増加した。また、1か月平均の受給者数は503万人、給付費総額は8兆9,005億円にも達する。

「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立し、その後、「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律」に置き代わった。これらの法律が制定された背景には、介護報酬の水準の動向が、事業者の経営と介護労働者の処遇に影響を及ぼしたことが関係している⁵。

介護報酬は、今まで5回にわたって改定されてきたが⁶、プラスになったのは介護人材の確保が焦点となって以降の2回のみである⁷。直近の平成27（2015）年度では、一転して全体がマイナス改定になる中で、介護職員処遇改善加算が拡充措置された。しかし、仮に介護報酬の水準を引き上げたとしても、不正を行う事業者は存在するし、結果的には非効率的な事業者を保護してしまう可能性もある。さらに、保険料の増額に直結することになる。介護報酬額の単純な引き上げは避けるべきであると考え、介護人材の確保の観点から、引き下げにも限界があることには留意する必要がある。

近年の見直しでは、更なる給付の効率化・重点化と併せて、次々と利用者負担の引き上げが実施されてきた⁸。政府は、利用者負担の引き上げの理由を世代間・世代内の公平性の確保と制度の持続可能性のためであると説明している。特に財政制度等審議会では、「負担能力に応じた公平な負担」を求めることが適当であると明言している⁹。しかし、介護保険制

⁵ 第45回社会保障審議会介護給付費分科会（平成19年12月10日）にて行われた、「介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム」の報告では、介護報酬の水準のみでは介護事業の経営や介護労働者の処遇に係る問題の根本的な解決につながらないと指摘している。しかし、介護報酬の水準が介護事業の経営及び介護労働者の処遇に影響を与える要因にならないということではない。

⁶ 介護報酬は、平成15（2003）年度に-2.3%、平成18（2006）年度に-0.5%のマイナス改定が続いたが、平成21（2009）年度に3%、平成24（2012）年度に1.2%のプラス改定となった。しかし、平成27（2015）年度には一転-2.27%のマイナス改定を措置した。

⁷ 平成20（2008）年10月31日に政府が公表した「生活対策」（「新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」）によると、平成21（2009）年度に介護報酬を3%上げると提言しており、以降2回の介護報酬の改定ではプラスとなった。

⁸ 平成26（2014）年介護保険法改正によって、平成27年8月から、一定所得（年金収入280万円又は合計所得160万円）以上の層の負担割合を2割に引き上げるとともに、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付制度の要件に資産を加えた。さらに、現役並み所得者（課税所得145万円以上）の自己負担限度額（高額介護サービス費）を37,200円から44,400円に上げた。そして、平成29年に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会に提出し、平成30年8月から、2割負担者のうち特に所得の高い層（年金収入等340万円以上）の負担割合を3割に引き上げるとともに、平成29年8月から、2号被保険者からの介護納付金の算定を加入者割から総報酬割に移行する予定である。

⁹ 財政制度等審議会財政制度等分科会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日公表）。

度は、「負担能力に応じた公平な負担」をどこまで求めることができるのだろうか。

介護保険制度が導入された目的の一つに、「介護の社会化」がある。「介護の社会化」とは、三富紀敬氏によると「介護保障の制度化を巡る議論において登場し広がりを見せた比較的新しい概念」である¹⁰。例えば、『現代社会福祉辞典』（2003）では、「介護の社会化」を「家庭のなかで行われてきた介護を社会全体で担うこと。介護を社会的に支える一つの方策として介護保険制度がある」と定義する¹¹。そして、「介護の社会化」には二つの意味がある。一点目は、介護を外部からサービスとして受け入れることである。二点目は、介護費用を社会全体で賄うことである。介護保険制度は、この二つの意味を含めた「介護の社会化」を実現することを目的として創設された。したがって、「負担能力に応じた公平な負担」を求めるところを目的として、利用者負担の引き上げによって、利用できるサービスを制限することは、介護保険制度を導入した目的の一つである「介護の社会化」からの逸脱を促すものではないか。

ここでは、介護に要する費用をどのように賄うかという論点を検証する。すなわち、「日本型福祉社会論」から消費税の導入に係る議論を整理した上で、税を財源とはせず、なぜ社会保険方式を導入する必要があったかを論じる。

介護保険制度の創設を巡る動きの始まりは、平成元（1989）年まで遡らなければならない¹²。この年の12月、旧厚生事務次官の懇談会として設置された介護対策検討会が報告書を取りまとめた。この報告書は、「中長期的視点に立って、介護対策を進めるにあたっての基本的考え方とめざすべき方向を示したもの」であるとされる。具体的には、「今後構築する介護サービス供給体制は、国民にとって『どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを、安心して、気軽に受けることができる』ような体制をめざすべきである」として、介護の方法、供給のあり方、人材育成、費用負担等の包括的な提言を行っている。そのうち、特筆すべき提言をあげると、まず、介護サービスの内容については、要介護者の自立を助け、生活の質を高めることができるよう、自らの残存能力を最大限に活用しようとする要介護者の努力を支援するものであるとする。この場合の介護は、要介護者の生活環境、心身の状況等

¹⁰ 三富紀敬「介護の社会化論と介護の歴史認識再考」『立命館纏済学』第59巻第6号立命館大学経済学会（2011年）152頁。

¹¹ 秋元美世他『現代社会福祉辞典』有斐閣（2003年）。

¹² 増田雅暢『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』（法律文化社、2003）23頁。組織的及び人的に検討体制を整備したのは、旧厚生省内に高齢者介護対策本部及び事務局を設置した、平成6年4月である。

を踏まえた、自立意欲と残存能力を引き出すものであって、専門的な知識と技術に支えられたものであると定義している。次に、介護サービスの供給体制については、利用者の多様、かつ、高度な需要に迅速に対応するとともに、利用者の評価を通じてサービスの質を確保する見地から、利用者サービス供給者との契約によるサービスの利用を拡大するべきであるとする。同時に、地域に応じた取組みを図るために、在宅福祉サービスと施設福祉サービスの提供を一元化し、市町村を中心として施策を展開すべきであるとする。特に在宅サービスは、夜間、緊急時等の対応を可能とした「24 時間安心できる体制」を目指すべきであるとする。そして、費用負担の在り方については、家族介護に係る手当の支給は、必ずしもサービスの供給と結びつくものではなく、給付要件の設定によっては寝たきり状態の解消につながらない等のため慎重に検討すべきであるとする。その上で、今後増大する介護に要する費用をどのように賄うかについて、社会保険の導入の可能性を指摘している¹³。

この報告書は社会保険の導入の可能性を指摘したに止まり、保険事故の考えに馴染むのか、給付の範囲をどう設定すべきか、現金又は現物給付のいずれを採用すべきか等の論点については整理していない。しかし、少なくとも社会保険の導入の意義の一つを、単なる財源確保だけではなく、「例えば一般財源を用いて公的サービスを提供する現行制度に必然的に伴う諸問題の解決を図る」こととして捉えている。具体的には、急速な人口の高齢化に伴い、いわゆる「寝たきり老人」と「在宅痴呆老人」を中心とした要介護者が急増すると見込んでおり、主に高齢者を念頭に置いた当時の介護対策に関する現状とその課題を分析している。そして、現行の対策は、施策のメニューは出揃っているとしても、サービスの供給量、質及び供給のシステムのいずれにおいても介護の需要に応えるには問題があると指摘しており、中でも在宅サービスが普及しない原因の一つに利用者の心理的な要因をあげている。つまり、「老親の介護は家族が行う」という意識が根強く、公的サービスの利用に抵抗感が生じているため、介護の需要が潜在化しており、例え顕在化したとしても施設サービスでしか代替できない状態にまで追い込まれてしまうということである。加えて、未だに「介護は家族が行ってきたのだから素人でも十分できる」といった考え方が根強く、サービスの質の向上

¹³ 「介護対策検討会報告書」（介護対策検討会平成元年 12 月公表）の指摘事項は、次のとおりである。「財源は公費とするのか保険料中心とするのかというような単なる財源調達問題にとどまらず、例えば一般財源を用いて公的サービスを提供する現行制度に必然的に伴う諸問題の解決を図るため、利用者自らの判断によるサービス購入とその購買力をつけるための費用負担制度の導入というような形で、サービス供給や所得保障等の在り方と一体的に論じられているのが一般的であり、そのような観点から社会保険方式を導入すべきとの意見もある」。

を図ることが難しいという問題も生じている。また、サービス供給のシステムについては、措置制度が抱える次の四つの問題点を指摘している。一点目は、勤務時間、即応性等において的確に対応できていない実情があること、二点目は、比較的所得の低い層に対して優先的にサービスを提供してきた結果、誰もが受けられるサービスとして一般化するに至っていないこと、三点目は、サービスを利用するにあたって、直接行政の判断を経なければならぬため、需要に対応し難いこと、四点目は、利用者の評価が反映し難いことである。以上のように、サービスの供給量、質及び供給のシステムの問題点は複合的なものであり、この報告書が示した方向性は、平成6（1994）年3月に高齢社会福祉ビジョン懇談会が取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」において受け継がれることになる。

そして介護対策検討会報告書と同時期に、高齢者保健福祉推進十か年戦略（以下「ゴールドプラン」という。）が策定された。このゴールドプランは、介護サービスの整備量に関する具体的な数値目標を設定した10年間の計画であり、総事業費は6兆円に上る。それは、従来の施設サービスを中心とした整備から、在宅サービスの充実の優先を図ったものである。また、政策的には、家族による介護から家族以外の者による介護サービスを利用した「介護」を目指す方向に転換をしたものであるとの指摘がある¹⁴。さらに、ゴールドプランを制度的に裏付けるとともに、旧厚生省の福祉関係三審議会合同企画分科会によって3月に意見具申された「今後の社会福祉のあり方について¹⁵」によって示された方向性を踏まえた、「老人福祉法等の一部を改正する法律案」（いわゆる福祉関係8法改正¹⁶）が平成2（1990）年6月に成立した。この法律の制定により、在宅福祉サービスの位置づけの明確化、特別養護老人ホーム等の入所措置の町村への権限委譲、老人保健福祉計画作成の義務付け等が図られることとなった。この法律改正の大きな柱は、市町村を中心とした福祉サービス体系を確立しようとするものであった¹⁷。なお、家庭奉仕員¹⁸を改め、新たに規定した「居宅介護

¹⁴ 江口隆裕「第1章高齢者介護と社会保障」石川恒夫他編『高齢者介護と家族—民法と社会保障法の接点—』（信山社出版，1997）15頁。

¹⁵ 旧厚生省に設置された、中央福祉審議会、身体障害者福祉審議会及び中央児童福祉審議会の福祉関係三審議会合同企画分科会をいう。

¹⁶ 老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法（現知的障害者福祉法）、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法（現社会福祉法）、老人保健法並びに社会福祉・医療事業団法（現）の一括改正法をいう。

¹⁷ 伊達卓三他「特集・老人福祉法等（福祉関係八法）改正案について厚生省三課長に聞く」月刊「福祉」1990年7月号21頁【旧厚生省老人福祉課長発言】（1990）。

¹⁸ 旧老人福祉法第12条の規定に定める老人家庭奉仕員であって、老人の家庭を訪問して老人の日常生活上の世話をを行う者をいう。

等事業」として位置づけることとなった。特に「居宅」という広範な概念を老人福祉法に位置づけたことは大きな意義を有するとする指摘がある¹⁹。

以上によって、介護サービス提供の仕組み及びその基盤整備について、一定の整理が図られたものと考えられる。介護対策検討会報告書が取りまとめられ、ゴールドプランが実現された背景には、高齢化の進展による、いわゆる「寝たきり老人」の増加に伴い、家族介護に過大な負担が生じていること等があげられる。しかし、直接的には同年4月に実施された消費税の影響が大きい²⁰。特にゴールドプランは、「消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進める」として、7月に実施された参議院選挙における与党の大敗を契機に行われた消費税の見直しの一環として、大蔵、厚生及び自治の3大臣の合意により策定されたものである。具体的には、12月に自由民主党が「消費税の見直しに関する基本方針」を決定し、消費税の用途の明確化及び高齢化に対応した公共福祉サービスの充実を図ることとしたため、財源に裏打ちされた計画的な整備を示す必要があった。

したがって、消費税の導入が介護サービスの基盤整備に大きな役割を果たしたと言っても過言ではない。だが問題は、消費税という新たな財源を有しながら、なぜ介護対策検討会報告書は新たな社会保険の導入の可能性を言及せざるを得なかったのか。そして、現実に社会保険として制度化されることになったのか。その理由を知るためには、消費税導入前の「日本型福祉社会論」の形成状況を振り返る必要がある。

(2) 「日本型福祉社会論」の展開とその特徴

昭和48(1973)年に、老人医療費の無料化及び年金の物価スライドが始まった。一般的には、この年を福祉元年と呼ぶ。そして、福祉2年は来なかったと続く²¹。同年、第4次中東戦争が始まり、石油ショックによる激しいインフレーションが生じた。このため、翌年には、戦後初めて日本経済はマイナス成長²²を経験した。高度経済成長期が完全に終わりを告げ、その代償である公害が表面化する一方、核家族化及び高齢化が進展し、人口構造に変化が生じ始めた。日本型福祉社会論の奔りとされる²³、昭和50(1975)年に刊行された『生涯

¹⁹ 伊達・前掲注(17)32頁【厚生省老人福祉課長発言】。

²⁰ 増田・前掲注(12)28頁。

²¹ 孝橋正一編著『現代『社会福祉』政策論』(ミネルヴァ書房,1982)2頁。

²² 日本は第1次石油危機を迎え、昭和49年の経済成長率は-1.2%を記録する。

²³ 堀勝洋「日本型福祉社会論」季刊社会保障研究17巻1号37頁(1981)。

設計計画—日本型福祉社会のビジョン』(村上泰亮他著)は、当時の国民の「不安感や危機感の原因」が日本社会の構造にあることを明言した²⁴。

同書では、次の五つの柱からなる「生涯設計〈ライフサイクル〉計画」が求められていると結んでいる。つまり、第一の柱は、「誰でも、どこでも、いつからでも学べる教育制度を提唱し、それに対応すべき労働慣行の新しいあり方を提案」することである。第二の柱は、「誰でも努力すれば家を持てる制度」の創設である。第三の柱は、「誰でもナショナル・ミニマムを保障される社会保障制度を提言し、従来の社会保障制度の体系化と充実を具体的に提案すること」である。第四の柱は、「誰でも安心して老後を送れる社会の具体的な条件を描き出す」ことである。そして、究極的には、「強い、安定した個人」を新しい社会の人間像として目指すことをあげている²⁵。

上記の提言は次の認識を前提としている。つまり、日本社会は、今までは近代化を目標として欧米諸国を追従してきたが、すでに比較可能な側面では昭和40年代中頃に欧米諸国と同様の水準に達しており、今後は自らの判断により「新しい社会の姿を模索しなければならない段階」を迎えているというものである。そして、この「新しい社会の姿を模索」することは、福祉社会における「福祉」を定義することと同義であると捉えている²⁶。

同書が提案した「強い、安定した個人」とは、近代私法が想定する人間像と同義である。

²⁴ 村上泰亮他著『生涯設計計画—日本型福祉社会のビジョン』(日本経済新聞社, 1975) 8頁。同著では次の三点の問題点を指摘した。「第一は、戦後の経済発展の成果が、住宅問題の解決、老後や病気などに対する社会保障の充実など、私たちの福祉を向上させる仕組みとしてうまく結実していないことである。第二は、とくに四十七年秋からの大インフレーション以降、地価や建築単価が急騰し、その反面で不時の出資や老後に備えた貯蓄金が目減りしているため、自家取得の予定、子女育英の夢、老後の計画など、人生の生活設計が根底からゆらいでいることである。第三は、私たちの寿命が延び、反面子供の数は減って末子が社会に巣立つ時期は早まるなど、ライフサイクルは大きく変わっているが、それに対応して定年の延長などの労働慣行の改善が図られず、老後の生活に不安を残していることである」。

²⁵ 村上・前掲注(24) 101頁。

²⁶ 村上・前掲注(24) V~VI頁。「この提言の考える『福祉』とは、生涯〈ライフサイクル〉のあらゆる段階において、経済的・社会的な不安を除くための十分な体系的保障を与え、それによって一人一人の自助の営みを容易にすることである」。さらに、「より具体的にいえば、この計画は、一方において、高齢者、老人、身障者など社会的弱者の生活安定を保障し、さらに世代間、個人・企業間の相互扶助の関係を、家庭内と社会の双方で再構築することを意図している。しかし他方においては、教育や就業の機会、自家取得の機会など、従来不均等になりがちであった機会について、その平等を人々に与え、生きがいを求めて行われる国民一人一人の自助努力を積極的に助ける」。「そこでは、日本社会の特徴、たとえば家族中心の発想や持家志向なども、はっきりと選択できるように工夫されている」。

それは、「十分な知性と意志を備え、自立的に自己の運命を切り開いてゆく人間²⁷」であつて、「強く、賢い人間²⁸」と言われている。しかし、この法概念の人格は、あまりにも抽象的なものであったため、現代法は一定の修正を加えている。その修正は、現実の不平等さに応じた具体的な人間像として捉えることにより、一律に平等に扱うのではなく、むしろ弱者に対する保護に軸足を移すようにすることである²⁹。同書の提言する人間像も同様であり、自助努力を促す仕組みが機能するか否かを見極めるためには、必ずしも抽象的な人間像だけでは捉えきれない現実に対処できることが求められている。この現実に対処するためには、同書が捉えている「ナショナル・ミニマム」の水準について検討する必要がある。

同書はまず、三つの生活不安を挙げている。一点目、はインフレーション等によって、労働力を有するものでさえ、貯蓄が目減りして「安定した生涯設計の可能性を奪われている」ことである。二点目は、核家族化の進展等により世帯規模が縮小しているため、「家族の防衛機能を弱体化」させていることである。三点目は、平均寿命の伸長化等により要介護者への処遇が低下していることである。この生活不安に対処するにあたり、我が国の社会保障制度は、「昭和四十六年に児童手当が創設されることによって、形式的には全分野を網羅したといってもよい³⁰」が、「それぞれの社会保障の水準は、ナショナル・ミニマムの確保にほど遠い³¹」と述べている。そのため、まず年金制度を、続いて医療制度を改善し、最後に一番立ち遅れている福祉サービスについては、施設収容中心主義を改め、居宅サービスの拡充を図り、施設か在宅かではなく、両者が選択できる水準まで向上することを提案している。その基本的な考え方は、「(1) 目標水準をナショナル・ミニマムの確保に定め、(2) 給付の配分は費用の負担能力ではなく、ニーズの緊急度を基準とし、(3) リスクの事後的対応よりは予防的対応を重視し、(4) 弱者の保障費用を強者が賦課方式で負担し、安易な財政負担を避け、(5) 諸制度間の格差を是正して統一的な保障体系の確立をめざすこと³²」であると指摘している。

同書が示す「ナショナル・ミニマム」の目標水準が妥当であるかを見極めることは困難であるが、当時の水準がナショナル・ミニマムの確保にほど遠いという指摘は注視する必要がある

²⁷ 星野英一「私法における人間」芦部信喜他編『岩波講座基本法学 1-人』（岩波書店、1966）139頁。

²⁸ 星野・前掲注（27）138頁。

²⁹ 星野・前掲注（27）156頁。

³⁰ 村上・前掲注（24）65頁。

³¹ 村上・前掲注（24）65頁。

³² 村上・前掲注（24）65頁。

ある。これは、「バラマキ福祉」という批判とは一線を画すと考えられる³³。

しかし、以上の文脈は、「日本型」であることが強調されることによって、別の意味を持つ政策方針として掲げられることになる。そこでは、「日本社会の特徴」は選択肢の一つではなく、基調となっている。昭和 54 (1979) 年 5 月に発表された『新経済社会七カ年計画』では、「新しい日本型福祉社会の実現」は、「経済各部門の不均衡の是正」、「産業構造の転換とエネルギー制約の克服」に続く、三つの柱の一つに位置づけられている³⁴。

この政策指針は、「福祉切り捨て」という批判を招くこととなるが、日本型福祉社会論については、それを推進する立場から批判する立場まで様々な意見が唱えられていた³⁵。堀勝洋氏は、昭和 54 (1979) 年 8 月に発表した自由民主党の『研修叢書 8 日本型福祉社会』を参考に、それを推進する立場の特徴を次の七点にまとめている³⁶。一点目に欧米型福祉国家の否定、二点目に自助努力の重視、三点目に家庭による福祉の重視、四点目に地域社会における相互扶助の重視、五点目に企業福祉の重視、六点目に民間の活力及び市場システムの重視、七点目に社会保障施策は自助努力や家庭福祉等が機能しない場合の補完であるとするものである。堀勝洋氏は、自助努力の重視等の特徴は必ずしも日本だけのものではなく、また、その特徴を強調することが利点になるか否かは個別に見る必要があり、あくまで選択肢を提示することが最適であるとする結論を導いている³⁷。

³³ いわゆる福祉国家批判の主たる論として、グループ一九八四編『日本の自殺』（PHP 研究所、1976）がある。同書は、福祉そのものが自助努力を妨げると主張する。（尹文九「日本における福祉文化の形成とその変遷過程－「日本型福祉社会」論を中心に」筑波法政 22 号 164 頁（1997）。）

³⁴ 経済企画庁『新経済社会 7 カ年計画』（1979）11 頁。日本型福祉社会の目標は、次のとおりである。「欧米諸国へキャッチアップした我が国経済社会の今後の方向としては、先進国に範を求め続けるのではなく、このような新しい国家社会を背景として、個人の自助努力と家庭や近隣・地域社会等の連帯を基礎としつつ、効率のよい政府が適正な公的福祉を重点的に保証するという自由経済社会のもつ創造的活力を原動力とした我が国独自の道を選択創出する、いわば日本型ともいふべき新しい福祉社会の実現を目指すものでなければならない」。

³⁵ 堀・前掲注（23）37 頁。堀勝洋氏は、「日本型福祉社会論」を、「日本型福祉社会推進論」、「日本型福祉社会分析論」、「日本型福祉社会批判論」に分けて論じている。そのうち、村上泰亮他著『生涯設計計画－日本型福祉社会のビジョン』、経済企画庁『新経済社会 7 カ年計画』及び自由民主党『研修叢書 8 日本型福祉社会』を「日本型福祉社会推進論」として分類している。しかし、村上泰亮他著『生涯設計計画－日本型福祉社会のビジョン』と、経済企画庁『新経済社会 7 カ年計画』及び自由民主党『研修叢書 8 日本型福祉社会』では、現状の「福祉」水準の分析、「日本型」の捉え方等が異なることは留意する必要がある。

³⁶ 堀・前掲注（23）38 頁。この場合、「日本型福祉社会推進論」を指す。

³⁷ 堀・前掲注（23）50 頁。

ここで注目すべきは、自助努力、家族扶養等が機能しない場合の補完として、社会保障制度が位置づけられていることである。戦後の社会保障制度の対象が、まだ選別主義と普遍主義の解釈の間で揺れ動いているところ、ニーズや政策の優先順位を見極めることなく、選別主義から普遍主義への移行を急ぎすぎたため、バラマキ福祉と批判される一因を呼んだという指摘がある³⁸。堀勝洋氏も、普遍主義に対する批判があることを指摘している³⁹。特に日本型福祉社会論の背景には、「我が国社会保障水準の向上」、「高齢者社会における負担への危惧」と並んで、「財政危機による福祉見直し」からの要請があった。つまり、財政的な観点からも、社会保障施策を補完的措置と捉えることは日本型福祉社会論の基盤をなしているということである。

いわゆる普遍主義とは、給付に関して要件を定めないことであり、特に所得を要件としないことをいう。したがって、基本的には所得を給付要件としない仕組みである社会保険は、普遍主義である。結果として十分な所得及び資産を有する者までも給付対象に含まれることになる。これに対して、公的扶助は、給付に関して一定の所得要件を課していることから、選別主義である。公的扶助の受給にはスティグマを伴う可能性があり、要件を満たしていても申請しないことがある。つまり、現状においては、選別主義を採用する給付は限られてきており、「社会福祉についても所得要件が外されて、その代わり利用者負担が課される方向にある」と指摘されている⁴⁰。だが、問題は利用者負担をどのように求めるかである。つまり、前述した介護対策検討会の報告書において指摘されたとおり、措置制度下では、急速な需要増に即応できないため、サービスの供給量が限られてしまう。この場合に、利用者負担が応能負担⁴¹に基づくものであれば、所得の多寡と併せて措置権者がニーズを判断することから、結局は低所得者にサービスの利用が限られてしまうことになり、対象を実質的に狭めてしまうという意味で選別主義的な給付になると考えられる。サービスの受給について、保険料の拠出という対価性に基づく社会保険に比べて、職権主義に基づく反射的利益に過ぎ

³⁸ 孝橋・前掲注(21) 35頁。

³⁹ 堀・前掲注(23) 44頁。

⁴⁰ 堀勝洋『社会保障法総論第2版』(東京大学出版会, 2004) 48頁。

⁴¹ 江口隆裕「社会保障の財政」日本社会保障学会編『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) 161頁。「租税を財源とする社会扶助にあたっては、実質的公平が強く求められるため、利用者負担についても負担能力に応じた応能負担が基本となる。このため、利用者からの費用徴収については高所得者ほど重く、低所得者ほど高くなるように設定され、究極的には選別的主義的なミーンズ・テスト(資力調査)に行きつくことになる」と指摘している。

ないとする措置制度⁴²が、利用者の権利性に乏しいと指摘される所以でもある⁴³。

措置制度に関する抵抗感は、選別主義に伴うスティグマとして現れることになる。しかし同時に、措置制度は、「公的責任の証⁴⁴」であるとも認識されていた。介護保険制度創設の議論が具体的に始まる時期⁴⁵に該当する、平成6（1994）年1月に保育問題検討会が取りまとめた報告では、措置制度を根本から見直す必要があるとする意見と維持すべきであるとする意見に分かれたまま、両論併記されることになった。前者は、措置制度そのものに、利用者ニーズに即応した的確なサービスを供給することが困難であるとする構造的な限界が生じていると指摘した。その上で、保護者が希望する保育所との契約により入所できる「直接入所制度」を導入すべきであると提案している。これに対して、後者は、措置制度の縮小は、公的責任の放棄につながることであり、そもそも保育所が利用しにくいのは、措置制度が硬直化し、措置費の水準に問題があるためであると指摘する。この報告書における措置制度の見直しと公的責任の有無を関連付ける主張については、軽費老人ホーム、老人保健施設など契約に基づくサービスであっても、「公的な負担がなされているのであり、措置でなければ公的な負担はなされないというのは誤りである⁴⁶」との批判がある。しかし、当時は、措置制度に対する抵抗感と公的責任の証とのジレンマは大きく、税を財源とする限り、ニーズの有無ではなく、所得の再配分を基調とする仕組みにせざるを得なかったと考えられる。

高齢者以外の福祉サービスが、税を財源とした措置制度から契約に基づく利用に移行するには、平成12（2000）年の社会福祉基礎構造改革⁴⁷において導入された支援費制度まで待たなければならない。支援費制度は、サービスの利用に係る費用の支給について、基本的に

⁴² 堀・前掲注（40）211頁。保育所の入所申請について、保育の措置に伴う反射的利益に過ぎないとして、不措置決定に伴う損害賠償請求を棄却した判決（東京地判昭和61年9月30日判例時報1218号93頁）がある。

⁴³ 西村健一郎『社会保障法』（有斐閣、2003）499頁。

⁴⁴ 例えば、措置制度とは、旧身体障害者福祉法第17条の5第2項の規定に基づき、市町村が、障害の種類及び程度、介護を行う者の状況、支援費等の受給状況、利用に関する意向の内容、本人の環境並びにサービス提供体制の整備状況を勘案して、支給決定を行う仕組みとして、公的責任の証とされた。

⁴⁵ 増田・前掲注（12）87頁。

⁴⁶ 堀・前掲注（42）。

⁴⁷ 西村・前掲注（43）450頁。平成10（1989）年6月に旧厚生省に設置された中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会が取りまとめた「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」に基づき、平成12年（2000）年5月に「社会福祉の増進のための社会福祉事業等の一部を改正する法律案」が成立した。この改正において最も重要な事項は、身体及び知的障害福祉サービスの利用について、支援費制度が導入し、措置を中心とした制度から当事者間の契約に基づく制度に転換を図ったことである。

は所得の多寡にかかわらずニーズに応じて給付がなされる仕組みだった⁴⁸。だが、その仕組みは、利用者負担が応能負担に基づくものであったこと、財源構成が裁量的経費である国庫補助方式であったこと等のため、膨張する経費に耐え切れない地方自治体が続出し、サービス水準に地域間格差が生じてしまった⁴⁹。地域間格差の是正のため、支援費制度を見直すことにより、平成 17（2005）年 9 月に、利用量に応じた定率の利用者負担（応益負担）、義務的経費である国庫負担方式等に改めた「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」、いわゆる障害者自立支援法が制定された。

しかし、障害者自立支援法に対しては、憲法第 25 条等の規定に違反することを理由に、全国的に国等を相手として訴訟が提起された。これを受けて、平成 22 年 1 月 7 日に障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国（厚生労働省）との間で、同法を廃止する旨の基本合意がなされた。これを受けて、国は、利用者負担を応能負担に戻した⁵⁰。さらに、「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」を制定することにより、障害者自立支援法を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」、いわゆる障害者総合支援法に改称した。この改正によって、同法が目的とする「自立した日常生活」という言葉は、「基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活」に置き換わった。

この背景を理解するためには、支援費制度の見直しにおいて、介護保険制度との統合の議論があったことを踏まえる必要がある⁵¹。介護保険制度との統合の議論の過程では、社会保険方式の場合、拠出を条件とすること、給付内容と負担水準が連動すること等により、必要なサービス量が確保できないとの批判があった⁵²。この意味では、社会保険方式にも選別主

⁴⁸ 旧身体障害者福祉法第 17 条の 5 第 2 項の規定は、市町村は、障害の種類及び程度、介護を行う者の状況、支援費及び支援費以外のサービスの受給状況、利用に関する意向の具体的な内容、環境並びに提供体制の整備状況を勘案して、その支給の要否を決定する旨を定める。

⁴⁹ 人口 1 万人当たりの訪問介護に係る支援費支給決定者数は、都道府県別に最大 7.8 倍の地域間格差が生じていた。

⁵⁰ 障害者総合支援法の制定に先立って、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成 22 年 12 月 10 日法律第 71 号）が成立し、障害者自立支援法は、「その有する能力及び適性に応じ」、家計の負担能力その他の事情をしん酌することを原則とすることに改められた。

⁵¹ 社会保障審議会障害者部会は、平成 16 年 7 月に「今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）」を取りまとめ、「介護保険制度の仕組みを活用することは、現実的な選択肢の一つ」とする認識を示した。

⁵² 原田啓一郎「移動介護量の一律上限を定めた要綱に基づく障害者支援費の支給決定の違

義的な要素がある。したがって、最終的には選別主義と普遍主義の対立は相対化することになり、相互に補完することが可能であると考えられる。しかし、当時においては、措置制度に対する抵抗感と公的責任の証とのジレンマは決定的なものであったといえる。

(3) 介護の社会化と介護の専門性

江口隆裕氏は、「介護の社会化」には二つの意味があると指摘する。つまり「介護サービスを家族以外の者が行うという意味での『社会化』と、介護サービスに要する費用を高齢者本人及び家族以外の者が負担するという意味での『社会化』⁵³」である。

なお、江口隆裕氏は、前者の意味での「介護の社会化」について、「介護サービスの外部化を制度として確立しようとする場合」において、家族による介護を前提とした水準である「家族介護補充説」と在宅においても施設と同水準の介護を保障する「介護完全外部化説」のどちらを保証すべきか、その是非を論じている。しかし、この論点は、もっぱら後者の意味での「介護の社会化」において生じるものである。確かに、二つの意味での「介護の社会化」は複合的な側面を負うこともあるが、あくまでも高齢者本人及び家族のみによって費用を賄う場合には、「家族介護補充説」と「介護完全外部化説」は当事者の任意の選択に基づくものとなる。これに対して、高齢者本人及び家族以外の者が負担する場合には、保障の程度をどうすべきか、という社会連帯に基づく費用負担の問題が顕在化することになる。したがって、もっぱら前者の意味での「介護の社会化」の論点は、介護そのもの専門性と家族以外の者が行う場合における質の担保にかかっており、社会的に認知された資格化が要件とされるものである。ただし、この資格化が業務独占を伴うものであれば、保障の程度は必然的に「介護完全外部化説」を採用することとなる。この場合においても、後者の意味での「介護の社会化」の是非を別個に整理する必要あるが、二つの意味での「介護の社会化」が複合的な側面を負うことは明らかであるといえる。

法性」賃金と社会保障 1439 号 20 頁 (2007)。「支援費制度では、法律上、明確な上限が規制されていないので、理論的には障害者のニーズに応じた支援費の支給が可能であり、上限を設定することにつき、法は予定していない」と指摘している。判例では、支援費の支給決定について、勘案調査の結果に基づいた上で、いかなる場合にいかなる支給量を定めるかにつき、身体障害者ごとに個別に判断することを求めているものと解釈した。なお、事案そのものについては、訴えの利益が失われたとして却下した。(東京地判平成 18 年 11 月 29 日賃金と社会保障 1439 号 93 頁)。

⁵³ 江口・前掲注 (14) 33 頁。

ところで、日本型福祉社会論は在宅福祉を重視して整備したとする指摘がある⁵⁴。しかし、いかに基盤整備を進めたとしても、措置制度に伴う選別主義的な給付に基づいたものであることには変わらない。そのため、もはや「日本型福祉社会論」が前提とした家族では介護そのものを担いきることはできなかった。例えば、昭和 53 (1978) 年の厚生白書は、老親と子供との同居を「福祉における含み資産⁵⁵」と位置づけている。この利点として、子育て支援、親の介護等の世代間の相互扶助、生活技術の伝承等を上げている。しかし、10 年後の昭和 63 (1988) 年の厚生白書は、「介護する家族にとって経済的、精神的、身体的に少なからぬ負担を及ぼすに至っている⁵⁶」と指摘している。この差を生み出したのは、単に核家族化が進展しただけではなく、昭和 53 (1978) 年の厚生白書が、介護は誰もが担えるものではなく、なりつつあるという視点を欠いていたためである。

このような介護を担う職種の専門性については、昭和 62 (1987) 年 2 月に日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会が提言した「社会福祉におけるケアワーカー (介護職員) の専門性と資格制度について」によると、次のとおりである。「ケアワーカーの専門性は従来、家事労働の延長であるかのように思われ、非専門的な領域としてとらえられがちであったが、現在の高度技術社会において、家事労働自体も急激に変化しており、科学化、社会化の傾向が強まりつつある」。この中で、「ケアワーカーの専門性はまず、社会福祉に働く者としての倫理性や、自らの役割認識、さらに社会福祉制度への理解を前提として、現在の家政学などの成果を十分組み入れた家事援助、個々の高齢者の自立や病状など個別に対応できるような介護、さらに医療関係者とチームワークを組めるだけの教養を必要とするものである。しかもそれらが一人ひとりの個別性に依拠して総合化され、総合的に活用されるという点もつばら問われる力量であり、その意味においてそれはいわば専門分化した専門性ではなく、諸科学を応用、総合する中で、直接、生命と生活にかかわる専門性として、位置づけられなければならない性格のものである」と言及する。

そして、同年 3 月に福祉関係三審議会合同企画分科会によって、社会福祉士及び介護福祉士の資格化の必要性を意見具申した「福祉関係者の資格制度の法制化について」に基づいて、5 月には「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定された。なお、これらの職の専門性については、名称独占とされただけであって、医師のように業務独占とはされていない。これは、

⁵⁴ 堀・前掲注 (23) 48 頁。

⁵⁵ 昭和 53 年厚生白書 (1978)。

⁵⁶ 昭和 63 年厚生白書 (1988)。

業務独占を有した場合、民法の扶養義務とも関係するところ、家族等が直接要介護者の介護を担えなくなることは現実的ではないと考えられたためである。しかし、日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会の提言では、ケアワーカーが担う専門性には、介護及びそれとは明確に区別された上で家事援助も含まれているが、社会福祉士及び介護福祉士法に規定される介護福祉士の定義⁵⁷では、家事援助の位置づけが不明確であった。また、医療法に規定される医療⁵⁸のように、介護そのものを規定する法規定は未だに存在しない。

介護そのものの定義は曖昧なまま、介護の社会化は、税財源に基づいた介護サービスに要する費用の社会化の是非に関する議論に傾斜することになる。

(4) 介護の社会化と財源の確保

福祉水準の引き上げは、「消費税との関連において政治問題化」され、「常に消費税問題と引き換えにいわば税制改革を合理化するための手段として用いられてきた⁵⁹」と指摘されている。

消費税の導入を巡る動きの始まりは、昭和 52 (1977) 年 10 月に政府税制調査会が取りまとめた「今後の税制のあり方についての答申」に端を発する⁶⁰。この答申では、「今後一般的な税負担の増加を求める方策としては、最終的には、広く一般的に消費支出に負担を求める新税を導入することを考えざるを得ない」との考えを示した。そして、昭和 53 (1978) 年 12 月には「昭和 54 年度の税制改正に関する答申」を取りまとめ、新税の骨格を示すこととなった。これを受けて、内閣では、翌年 1 月の「昭和 54 年税制改正の要綱」において、「一

⁵⁷ 社会福祉士及び介護福祉士法第 2 条第 2 号の規定は、介護福祉士を、一定の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者とする旨を定める。なお、第 48 条第 2 項の規定は、名称独占に関する旨を定める。

⁵⁸ 医療法第 1 条の 2 の規定は、医療について、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならないこと、また、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない旨を定める。

⁵⁹ 江口・前掲注 (11) 15 頁。

⁶⁰ 森信茂樹『日本の消費税：導入・改正の経緯と重要資料』（納税協会連合会，2003）7 頁。

般消費税（仮称）については、昭和 55（1980）年度中に実現できるよう諸般の準備を進める」ことを閣議決定した。しかし、結局は導入を見送られ、12 月には国会において「財政再建に関する決議」がなされた。この決議では、「昭和 55 年度に導入を検討してきたいわゆる一般消費税（仮称）は、その仕組み、構造等につき十分に国民の理解を得られなかった。したがって、財政再建は、一般消費税（仮称）によらず、まず行政改革による経費の削減、歳出の削減合理化、税負担の公平の確保、既存税制の見直し等を抜本的に推進することにより財源の充実を図るべきであり、今後、景気の維持、雇用の確保に十分留意しつつ、歳出・歳入にわたり幅広い観点から財政再建策の検討を進めるべき」ことを政府に求めた。

昭和 56（1981）年には、「増税なき財政再建」が内閣の方針として打ち出され、第二次臨時行政調査会が設置された。なお、昭和 58 年（1983）年のこの調査会の答申では、租税負担及び社会保険料負担の合計額の国民所得に対する割合である「国民負担率」を 50%以下に止める必要があると指摘した。その後も国民負担率を 50%以下に抑えることが政策目標として採用されるようになる⁶¹。しかし、国民負担率に上限を設けることは、租税と社会保険料は目的が異なること、国民負担率から給付率を差し引く必要があること、国民負担率の向上に伴う弊害について検証がないこと等の批判がある⁶²。

ところで、この間の税制改正では、物品税の課税対象の拡大が図られた。しかし、政府税制調査会が昭和 58（1983）年 11 月に取りまとめた「今後の税制の在り方についての答申」において、物品税の課税対象は実態に対応できなくなっているとの考えが示された⁶³。

昭和 61（1986）年 10 月に政府税制調査会が「税制の抜本的見直しについての答申」を取りまとめ、「現行物品税等に代えて、広く消費一般を原則的に課税対象とし、逆に課税しないものを掲名する方式の新しいタイプの間接税を間接税制度の中核に据えることが最も適切である」との考えを明らかにした。この答申では、所得水準の大幅な上昇と所得分布の平準化が進み、社会福祉水準は主要諸外国に劣らないものとなっており、社会生活全体の均質化傾向に大きく寄与しているところ、「税負担の垂直的公平の確保（所得再分配）から水平的公平の確保や勤労意欲との関係等多面的に広がってきており、社会共通の費用を賄うた

⁶¹ 平成 9（1997）年 12 月には、国及び地方の財政赤字を加えた「国民負担率」が 100 分の 50 を上回らないよう抑制する旨を規定した財政構造改革の推進に関する特別措置法（第 6 条第 1 項第 6 号）が制定された。しかし、翌年 12 月には財政構造改革の推進に関する特別措置法の停止に関する法律が制定されることになった。

⁶² 江口・前掲注（41）150 頁。

⁶³ 森信・前掲注（60）11 頁。

めに国民がより幅広く公平に税負担を分かち合うことが強く求められてきている⁶⁴」として、税制改正の必要性を示した。

翌年1月に政府はいわゆる売上税法案を国会に上程したが、一度も審議されることなく、国会の閉廷とともに廃案となった。しかし、政府・与党は直間比率の是正を含め所得・消費・資産等の間で均衡のとれた安定的な税体系を早期に構築することで一致し⁶⁵、経済の活性化に配意しつつ、長寿・福祉社会をより確実なものとして維持していくことを目的とした税制のあり方について、昭和62年（1987）年11月に政府税制調査会に対して諮問した。

昭和63（1988）年4月に政府税制調査会は、昭和61（1986）年10月の答申を踏襲した⁶⁶「税制改革についての中間答申」を取りまとめた。この答申においては、税制改革の必要性として、現行の税制体系の「ゆがみ」とともに、本格的な高齢化社会の進展に目を向ける必要があると言及している。具体的には、高齢化の進展等に伴い、現行制度を前提にした場合、給付とともに負担も増加が予想されることから、勤労世代に税負担が偏ることにより、納税者の重圧感・不公平感が深刻化すると指摘している。しかし同時に、税制改革にあたっての基本的な考え方においては、「将来の具体的な国民負担の水準については、結局は国民が必要とする公共サービスの水準と裏腹をなすものであり、受益と負担のバランスを眺めつつ、その時々的情勢の下で、国民的な選択が行われるべき」ものとしつつも、国民負担率の上昇は極力これを抑制していくことが必要であるとの考えも示している。

同年7月には消費税の導入を含めた税制改正関連六法案が国会に上程された。なお、国会審議と関連して、10月には旧厚生省及び旧労働省が「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」を取りまとめることとなった。社会保障その他福祉に関する施策の推進について基本的な考え⁶⁷を示すとともに、介護サービスの基盤整備について

⁶⁴ 森信・前掲注（60）131頁。

⁶⁵ 森信・前掲注（60）211頁。昭和62年10月政府・与党首脳会議決定「税制の抜本的改革に関する基本方針」をいう。

⁶⁶ 森信・前掲注（60）211頁。

⁶⁷ 「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（昭和63年10月厚生省及び労働省公表）における基本的な考えは、次の三点である。「①高齢者が保護や援助の対象としてだけでなく、その豊富な人生経験や知識、技能をいかし、社会に貢献できる一員として、社会参加できるよう、必要な機械の提供と環境の整備をはかる。②自立自助の精神と社会連帯の考え方にたち、国民の基礎的ニーズについては公的施策をもって対応し、国民福祉の基盤の充実を図るとともに、多様かつ高度なニーズについては個人及び民間の活力の活用を図る。③人口高齢化の進展等に伴い、長寿・福祉社会を実現するための国民負担は、長期的にはある程度の上昇は避けられないが、経済の発展、社会の活力を損なわない程度にとどめる」。

は、昭和 75 年度を目途として、ショートステイ 5 万床、ホームヘルパー 5 万人、デイサービスセンター 1 万か所、特別養護老人ホーム等の定員約 50 万人程度の数値目標を初めて定めることとなる⁶⁸。しかし、この基本的な考えは、次の二点が不明瞭であった。一点目は、「国民の基礎的ニーズ」には一般的な高齢者が必要とする介護サービスは含まれるのかということ、二点目は、経済の発展、社会の活力をそこなわない程度とは、具体的にどの程度の国民負担率であるかということである。これらの観点は、いずれも福祉水準と消費税との関連を問うものであるが、具体的な関連性は不明瞭なまま、この法案は最終的に 12 月に成立した。その結果、平成元（1989）年 4 月 1 日から消費税が導入されることになった。

このように消費税導入の趣旨は、一般消費税（仮称）の挫折を踏まえて、当初、税の直間比率の是正等を含めた所得・消費・資産等の間で均衡のとれた税体系を構築することに重きをおいていたが、次第にこれと併せて、高齢化の進展等により増大する社会福祉等に要する歳出に対応することが主張されるようになった⁶⁹。そして、後述する通り、ついに国民福祉税の創設の趣旨においては、「個人所得課税を軽減し、間接税に重点を移した税制に改革し、活力のある高齢化社会を実現することが喫緊の課題である」として、税制改革と「活力ある高齢化社会の実現」が直結することになった。しかし、そもそも消費税は逆進性を有するとともに、当時社会福祉等に特化した目的税ではなかった。もっとも消費税の逆進性については税体系全体の中で考慮する必要がある。また、当面の逆進性を配慮するために歳出面において、ゴールドプラン等の社会福祉関係諸費に優先的に投入されたことは前述したとおりである。ただし、税を財源とする限り、福祉サービスの提供は、ニーズではなく所得の再配分を基調としたものになることには留意する必要がある。

その後、非課税範囲の拡大等を図るため、平成 3（1991）年 5 月に「消費税法の一部を改正する法律案」が成立するが、財政事情の悪化、高齢化の進展等による社会保障に要する費用の増大等から抜本的な税制改革の機運が高まることになる。一方で、平成 5（1993）年 7 月に衆議院選挙が実施され、日本社会党、新生党、公明党、日本新党、民社党、新党さきがけ、社会民主連合及び民主改革連合による非自民連立政権が発足し、政権交代が実現した。政府税制調査会では、11 月に「今後の税制のあり方についての答申」を取りまとめ、消費税について単一税率を基本に税率を上げる必要性を指摘した。政府税制調査会とは別に、平成 6 年（1994）2 月に、細川総理によって消費税を廃止して国民福祉税を創設することを含

⁶⁸ 江口・前掲注（14）14 頁。

⁶⁹ 増田・前掲注（12）27 頁。

む「税制改革草案」が公表された。この草案において、国民福祉税は「高齢化社会においても活力のある豊かな社会を享受できる社会を構築するために充てる」ことを目的とする税であること、「福祉ビジョン」の作成、ゴールドプランの見直し等が含まれた。結局、「税制改革草案」は数日後に撤回されることになる。なお、税の一般的な原則と異なった、課税客体と関係のない名称を有する国民福祉税であっても、どのような経費に充てるか明確性を欠くため、いわゆる特定の歳出に充てる目的税ではないとされる。

そして、3月には旧厚生大臣の私的諮問機関として設置した高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン」を取りまとめた。このビジョンは、「21世紀における社会保障の全体像と主要施策の進むべき方向」を示し、現行の「5：4：1」となっている年金、医療、福祉等が占める社会保障給付に係る割合を「5：3：2」に転換することを提言している。また、高齢者介護については新ゴールドプランを作成するとともに、21世紀に向けた介護システムの構築を提言している。さらに、政府税調が6月に取りまとめた「税制改革についての答申」は、活力ある高齢化社会の実現を目指し、バランスのとれた安定的な税体系を構築するという観点に止まらず、本格的な高齢化に伴って必要となる国民負担の増加への適切な対応、税制体質の改善等に関する諮問に対するものであり、地方消費税の創設を含む消費課税の充実等を提言した。

一方、平成6（1994）年7月、自由民主党、日本社会党及び新党さきがけによる3党の連立政権が発足し、政権交代がなされた。政府は、10月には消費税率を3%から5%に引き上げること等を内容とする税制改革関連法案を国会に提出し、同法案は、翌月に成立した。ただし、この税制改革では、先行する減税と社会保障支出の増加によって、国民負担はほとんど変化しないと説明された。なぜなら、消費税率の引き上げ等に伴って生じた4.4兆円に対して、所得税・個人住民税の減税に3.5兆円、相続税の減税に0.3兆円、社会保障支出の増加に0.5兆円の合計4.3兆円が減税等に措置されることが決まっていたからである。このうち、社会保障支出の増加として、年金の物価スライドに伴う経費に0.1兆円、社会福祉に要することのできる経費に0.4兆円を割り当てることになった。この消費税引き上げに伴って生じた予算によって、平成5（1993）年度中に全ての地方公共団体が策定することとなる老人福祉計画の集計を踏まえた、新ゴールドプランを作成することになった。なお、同法付則には、平成8（1996）年9月30日までに社会保障等による費用の財源を確保する観点、行財政改革の推進状況、租税特別措置等及び消費税に係る課税適正化の状況、財政状況等を検討し、必要がある場合は見直す旨が規定された。このため、平成7（1995）年12月に政府

税調が取りまとめた「平成8年度の税制改正に関する答申」の補論において、社会保障については、新たな高齢者介護システムとして社会保険方式の導入の議論を注視する旨が記載された。さらに、平成8(1996)年6月に政府税制調査会によって「消費税率に関する意見」が取りまとめられ、社会保障全体の費用は今後確実に増加することに伴い公費負担も増加するため、更なる効率化・適正化が不可避であるとの認識が示された。内閣は、この答申を踏まえ、消費税率を変更しない旨を同月に閣議決定した。

その後、消費税は福祉目的税化が図られることになり、平成10(1998)年11月に連立与党内において、「消費税は、その用途を基礎年金、老人医療及び介護のための福祉予算に限定する」ことが合意された。平成11年度一般会計予算の一予算総則には、消費税の用途は、基礎年金、老人医療及び介護に限定する旨が規定された⁷⁰。福祉目的税化は、いわゆる法律によって用途を規定した目的税ではなかった。目的税とすることに、12月に政府税制調査会が取りまとめた「平成11年度の税制改正に関する答申」は、財政の硬直化を招くこと、受益と負担の直接的な対応関係を見出し難いこと等を指摘している⁷¹。

このように国民福祉税の創設等を契機にして、社会保障のあり方と税制改正とは一体的に議論されはじめるが、平成6(1994)年の政権交代に伴い、歳出と歳入は別個に議論されることとなり、税制改革と一体となった社会保障に係る財源論は「一応の終止符が打たれることに⁷²」なった。結局、これらの税制改革は、所得及び住民税の減税に合わせた消費税率の引き上げに終わり、新ゴールドプランの作成に併せた新たな介護サービスの基盤整備をもたらすことになったものの、措置制度の見直しなどの一般的な介護需要に対応する新たな財源の確保とはなりえなかった。しかし、消費税導入の一連の動きは、新たな「社会保険制度導入という政策誘因のひとつとなっている⁷³」との指摘がある。

(5) 消費税の目的税化とその影響

ゴールドプランの策定を始めた消費税を巡る議論は、「介護サービスの外部化の問題と介護費用の社会化の問題とが明確に区別されることなく渾然一体となって議論されていく誤りを犯すことになる⁷⁴」。つまり、高齢者介護のための制度として、どのような制度が適

⁷⁰ 森信・前掲注(60)97頁。

⁷¹ 森信・前掲注(60)543頁。

⁷² 江口・前掲注(14)24頁。

⁷³ 増田・前掲注(12)14頁。

⁷⁴ 江口・前掲注(14)15頁。

当かは、財源論だけで片付けられるものではなく、「高齢者の介護ニーズに応えやすく、高齢者が利用しやすく、しかもその負担について合理性のある制度としてどのような制度がふさわしいかという関連からの議論があまりにも欠如していた⁷⁵⁾」との指摘がある。ここでいう「介護サービスの外部化」とは介護サービスの基盤整備のことであり、「介護費用の社会化」とは介護サービスの利用に係る費用負担のことである。確かにこれらの一連の議論では、ようやく平成6(1994)年3月に策定した「21世紀福祉ビジョン」において、21世紀に向けた介護システムの構築を提言しているが、数値目標に基づく介護サービスの基盤整備のみを主眼としていた。介護サービスの利用を公費によって支えるのであれば、平成元(1989)年の介護対策検討会報告書が指摘するように、「例えば一般財源を用いて公的サービスを供給する現行制度に必然的に伴う諸問題の解決を図る」ことが必要であった。

もちろん、これは消費税の導入に係る議論に限った問題ではない。そもそも社会保険方式を中心に整備されてきた、わが国の社会保障制度のあり方が、いわば普遍主義と選別主義との間で「ゆらぎ」があることに起因していると考えられる。この構造は、社会保険方式と公的扶助との給付のあり方の違いに置き換えることができる。すなわち、社会保険方式は、保険料の拠出を条件として、社会化されたニーズである保険事故に基づいて給付を行うのに対して、公的扶助は、税を財源としているため、所得の多寡と併せたニーズに基づいて給付の是非を判断することになる。そして、公的扶助の給付のあり方は、同様に税を財源とする福祉サービスにも当てはまる。つまり、措置制度は、行政機関が所得の多寡と併せてニーズを判断するため、一般的に受給権が保障されているわけではなく、したがって、所得によってサービスの利用が制限されることになる。しかし、専門化された介護に係るニーズは、もはや特別な低所得世帯のみに生じるものではなくっており、行政機関が一定の裁量で対象者を選別するという措置制度の前提が崩れることになる。だが、措置制度は「公的責任の証」でもある。措置制度の見直しは、利用者の権利性が乏しいということと、公的責任の担保というジレンマで立ち往生せざるを得ない。結局、税を財源とする福祉サービスであって、契約に基づくサービスの利用に移行することになるのは、平成12(2000)年の社会福祉基礎構造改革によってである。ただし、それ以降も応能負担であるべきか否かに関する利用者負担の議論は続き、現在もまとまる気配はない。

消費税の導入を巡る前述の動きがなければ、介護サービスの基盤整備を計画的に推進す

⁷⁵⁾ 江口・前掲注(14)26頁。

することは困難であったと考える。そして同様に、消費税を財源とした、介護に係る需要を支える恒常的な仕組みを構築することは困難であったとも考える。なぜなら、需要と供給に対応した仕組みとするためには、行政機関の裁量で対象者を選別するのではなく、契約に基づくサービスの利用に移行する必要があるからである。そして、税を財源とする限り、契約方式を採用するためには、利用者の権利性に乏しいとされる措置制度の見直しが避けて通れなかった。しかし、措置制度の見直しは、当時、保育問題検討会の議論を例として、公的責任の担保とのジレンマで立ち往生せざるを得なかった。この意味で、平成元（1989）年に取りまとめた介護対策検討会報告書が、介護に係る社会保険の可能性に言及していることは、税財源に基づく新たな制度の構築の困難性を如実に示していると考えられる。結果論から言えば、高齢者介護に社会保険方式を導入することによって、税を財源とした契約方式に移行するための措置制度の見直しは、先送りされることになった。すなわち、措置とするか、契約であるべきかという問題を、税か保険料かという財源論にそらすことによって、あたかも保険だから契約であるべきだという既定の事実のようにみせかけたのである。

社会保険方式の採用は、単なる財源の確保に止まらず、契約に基づく介護サービスの利用に移行するために決定的な役割を果たした。しかし、介護保険制度は、純然たる保険料だけで賄っている訳ではない。介護保険制度の財源構成の半分は税であるため⁷⁶、国の財政規律とは無縁ではなかった。

そして、さらなる消費増税の動きとともに、社会保障との一体改革は、再び議論の俎上に上ることになる。注視すべきは、平成 24（2012）年 8 月に成立した消費税法等の改正によって、消費税の社会保障財源化が明確に打ち出されたことである⁷⁷。特に消費税の国税分は、社会保障目的税化され、旧来の高齢者 3 経費（基礎年金、老人医療及び介護）から社会保障 4 経費（年金、医療、介護及び子育て）に用途を拡大することとした。また、引上げ分の地方税分（地方消費税及び消費税に係る地方交付税率分の総額）は、地方単独事業を含めて、その用途を明確にすることとした。なお、社会保障との一体改革は、基礎年金の国庫負担を

⁷⁶ 介護保険制度の財政は、保険料と税を折半する形で運営されている。その大まかな構成比は、第 1 号保険料が 21%を、第 2 号保険料が 29%を、市町村と都道府県がそれぞれ 12.5%を、国が 25%を担う。

⁷⁷ 「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律」の制定に基づき、消費税法第 1 条第 2 項の規定は、消費税の収入については、地方交付税法に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとするを定められた。

2分の1に引上げることに伴う財源確保を主な目的としていたことから、いわゆる「社会保障の充実」に向けられる費用は、1%（2.8兆円）程度であるとされる。ただし、社会保障4経費に係る総額が消費税の税収額を凌駕しているため、「社会保障の充実」という主張は、詭弁であると言わざるを得ないのである⁷⁸。もはや消費税の目的税化が、財政の硬直化を招きかねないといった議論さえ陳腐なものとなった。

なぜ消費税の社会保障財源化が必要であったのか。結論から言えば、社会保障経費の削減が、国の財政規律にとって、最優先事項だからである。江口隆裕氏によれば、「社会保障財源の多くを公費に依存するということは、保険料財源を中心とするはずの社会保険制度が国家の財政規律に従属する可能性を拡大することを意味し、これは、社会保障政策が財政政策に支配されることにつながる⁷⁹」のである。ここでは、実際の公費の負担割合の引き上げの有無よりも、特定の財源の用途を限定することによって、これに係る支出を制御する意図があると読み替えることができる。

つまり、この消費増税と社会保障財源化の動きは、従来とは異なり、単に税制改革を実現するだけではなく、社会保障財源化を通じて、社会保障経費を抑制することを目的としている。今までのゴールドプラン等の社会保障の充実策は、消費税の導入と関連して、しばしば税制改革を合理化するための手段として用いられてきた。しかし、今回の消費税の社会保障財源化は、単なる消費増税の実現のための手段ではない。むしろ社会保障財源化の意図は、その増収分を社会保障経費に振り分けることを条件に、経費全体の抑制を図ることを目的として、制度改正に影響を与えることにある。

消費増税と社会保障財源化の発端となったのは、平成20（2008）年1月に内閣官房に置かれた「社会保障国民会議」である。その最終報告書（平成20年11月4日公表）では、「社会保障の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策に関して、それぞれの課題や改革の方向性、将来必要とされる財源の規模」を明らかにするとして、数ある財源の中でも特に消費税率換算を用いて、必要な公費を試算した⁸⁰。ただし、「医療・介護サービスのあるべき姿を実現するという観点」から見積もりを行なうものとして説明されていた。

⁷⁸ 2017年度時点で、社会保障4経費に係る総額は37.8兆円である。これに対して、地方消費税1%を除いた引き上げ後の消費税の税収見通しは25.2兆円である。

⁷⁹ 江口隆裕『変貌する世界と日本の年金 - 年金の基本原則から考える』（法律文化社、2008）196頁。

⁸⁰ 特に医療・介護費用に関する試算では、2025年に追加的に必要となる公費財源を消費税率換算で3%から4%に見込んでいる

消費増税の動きが具体化したのは、社会保障と税制改革を一体的に検討することとした平成 22（2010）年 12 月 14 日の閣議決定に基づいて、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）が取りまとめられたことである。そこでは、「社会保障の充実策は、年金国庫負担 2 分の 1 の恒久化を含め、消費税率の引上げによる安定財源の確保が前提であり、社会保障の機能強化や安定化を図るためにも、それに見合う安定財源を着実に確保」することが言及された。特に現状を維持するだけでも消費税率の引上げが避けられないとの主張から、消費税の社会保障財源化が打ち出された。社会保障財源化の目的は、「社会保障国民会議」報告書で言及された「あるべき姿を実現するという観点」よりも、「2020 年度までに基礎的財政収支を黒字化する等の財政健全化目標を達成する」ことが優先された。

社会保障・税一体改革の特徴は、工程ごとに法制化を図ったことにある。まず社会保障・税一体改革大綱を受けて、平成 24（2012）年 8 月に「社会保障制度改革推進法」が制定され、制度ごとの改革の基本方針が同法に明文化された。特に介護保険の給付の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする保険料負担の増大を抑制することが定められた。

制度の具体案は、同法第 9 条に規定される社会保障制度改革国民会議において審議された。この結果を踏まえて、第 4 条の規定は必要な法制上の措置を講じることを求めている。そして、平成 25（2013）年 12 月に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が制定され、制度ごとに講ずべき改革の骨子が定められた。

社会保障制度改革国民会議報告書（平成 25 年 8 月 6 日公表）では、「地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題」と前置きした上で、制度の持続可能性を高めるため、社会保障制度改革推進法第 7 条の規定に基づき、二つの観点から検討を進めることとした。一点目は、給付の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図ることである。具体的には、予防給付の見直しのほか、一定以上の所得のある利用者負担の引き上げ、世代内の公平の確保の観点から施設入所に係る補足給付の要件に資産を勘案すること、中重度者を中心とした特別養護老人ホームの重点化を図ること等である。二点目は、保険料に係る負担の増大を抑制することである。具体的には、低所得者の第 1 号保険料の軽減措置の拡充、第 2 号被保険者の介護納付金の総報酬割等である。これらを併せて、必要な法律案を、平成 26 年の国会常会に提出することを目指すこととした。

この法案の提出に向けて、厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会は、平成 25 年 12 月 20 日に「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめた。この部会では、すでに一

体改革において決定されてきた事項を追認し、それに沿って制度設計が議論された。例えば、予防給付の見直しでは、訪問介護・通所介護を個別給付から地域支援事業に移行させること、特別養護老人ホームの入所者を要介護3以上に限定すること、一定以上の所得のある利用者負担の割合を2割とすること等が提案された。例えば、補足給付制度を「経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ」と定義し、一定の資産保有者や別世帯に負担能力のある配偶者がいる者を対象とすることを、在宅との公平性の確保の観点から、「可能な限り是正」することが必要であると主張した。しかし、資力調査を要件に加えること理由を補足給付制度の「福祉的な性格」のためと説明するが、この説明によって、どのように資産を把握すべきか、なぜ不動産を資産にみなさないのか等の疑問の全てが払拭されたわけではない。

なぜなら、介護保険制度は、生活保護世帯をも内包する社会的な連帯の理念に基づくものであって、医療保険制度よりも広い保険料の納付の義務を課しているからである。例えば、生活保護制度では、介護保険料と自己負担分を別途措置しており⁸¹、保険料の対価として給付を受けるにあたり、勘案すべき事項には自ずと限界があることを証明している。したがって、補足給付制度の福祉的な性格を強調するのであれば、資力調査を要件として、介護保険制度とは別の枠組みで考えることが適当と考える。むしろ、曖昧な理由のままに資力調査を要件とすることは、保険料の拠出を前提とした介護保険制度では、かえって不公平感を助長し、制度全体に対する信頼を損なうことになりかねない。

社会保障・税一体改革による見直しは、保険料の高騰と増加する給付の抑制を図るため、応益性から能力に応じた負担に舵を切ることで一貫しており、今後の制度改正においても堅持されることになる。例えば、平成28年12月9日に取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」では、現役並み所得者の利用者負担を3割に引き上げること、第2号被保険者の介護納付金の総報酬割を導入すること等が提案された。特に「預貯金など資産に着目した利用者負担の拡大を検討すべきかどうかは、引き続き議論を重ねる必要がある」との指摘があったことは、「福祉的な性格」を理由とした資力調査の導入が制度全体に波及する危険性があることを示している。

ここで確認すべき点は、「介護の社会化」の実現にあたって、介護保険制度は何を基本として創設されたかということである。介護保険制度が基本としたのは、どのようなサービスを供給するかについて、地域が決定すること及び利用者の選択を通じて、サービスの質の向

⁸¹ 65歳以上の生活保護受給者の場合、介護保険が優先して適用される。このため、自己負担分は介護扶助から、介護保険料は生活扶助によって措置される。

上を図ることである⁸²。すなわち、地方分権と利用者本位の仕組みとすることである。

介護保険制度の基本に従えば、保険料の水準は、自ずとサービスの種類と供給量に応じて決定されるはずである。利用者負担は、可能な限り、応益性に配慮した単純な仕組みの中で決定されるべきであり、あくまで個人の負担能力ではなく、ニーズによって、必要な介護が担われることを前提として、介護費用を地域社会全体によって賄うことを踏まえなければならない。しかし、社会保障と税の一体改革では、介護費用を個人の負担能力の問題に回帰させ、「税の公平性」の理念のもとに個人の担税力に応じた負担を求めるように、ニーズよりも所得や資産に重きをおくことを目的とした制度改正が図られることに繋がっていった。

以上、社会保険方式の採用から消費税の社会保障目的税化までの歩みを考察してきたが、これによって、社会保障と税の一体改革の歩みが目指すところは、介護保険制度が導入された目的の一つである「介護の社会化」からの逸脱を促すものではないか、という本論文の冒頭の問いを改めて確認することができる。

⁸² 介護保険制度史研究会他『介護保険制度史－基本構想から法施行まで』（社会保険研究所、2016）288頁。「地方分権」を基本として、負担（保険料）と受益（サービスの水準）の対応関係を重視した制度設計は、介護保険制度の基本方針の一つとされる。したがって、地域のサービスの格差を無視した全国一律の保険料負担は、あり得ない選択であったと指摘される。

(6) 小括

本論文は、社会保障と税の一体改革を始めとした制度改革に繋がる動きが、介護保険制度を導入した目的の一つである「介護の社会化」からの逸脱を促すものではないか、という問題意識から始まった。つまり、近年の見直しによって、サービスの決定は、個人のニーズよりも所得や資産に応じたものとなり、介護を再び個人の負担能力の問題に回帰させようとする恐れがある。このような懸念が生まれる余地があることは、介護保険制度が構造的な問題を抱えているためではないのか。このことを証明するため、まず介護に要する費用をどのように賄うのかという論点を検証した。すなわち、「日本型福祉社会論」から消費税の導入に至る議論を整理した上で、なぜ社会保険方式を導入する必要があったかということ論じた。

検証の結果、介護に要する費用をどのように賄うのか、という問題に対して社会保険方式を採用したことは、所得の多寡に関係なく、契約に基づいて、介護に係るニーズに必要なサービスを利用できるように、需要と供給に対応した仕組みとするためだった。しかし、介護保険制度は、その財源の半分は税であることから、国の財政規律の観点と無縁ではいられない。特に消費税の社会保障財源化によって、全国一律に保険料の上昇を抑制し、個人に負担を求めるよう制度改革が図られることに繋がっていった。

今回の消費増税の動きは、従来とは異なり、単に税制改革を実現するだけでなく、社会保障財源化を通じて、社会保障経費を抑制することを目的としている。今までのゴールドプラン等の社会保障の充実策は、消費税の導入と関連して、しばしば税制改革を合理化するための手段として用いられてきた。しかし、今回の消費税の社会保障財源化は、単なる消費増税の実現のための手段ではない。むしろ社会保障財源化の意図は、その増収分を社会保障経費に振り分けることを条件に、経費全体の抑制を図ることを目的として、制度改革に影響を与えることにある。そして、その見直しの方向性は、介護を再び個人の負担能力の問題に回帰させようとするものである。

例えば、社会保障と税の一体改革の要請による介護保険制度の見直しの一つとして、補足給付制度に資力調査を要件に加えることになった。その理由は、補足給付制度の福祉的な性格にあると説明されるが、この説明によって、不動産を資産としてみなさないこと等の疑問の全てが払拭されたわけではない。むしろ、曖昧な理由のままに資力調査を要件とすることは、保険料の拠出を前提とした介護保険制度では、かえって不公平感を助長し、制度全体に対する信頼を損なうことになりかねない。

「介護の社会化」の実現にあたって、介護保険制度が基本としたのは、どのようなサービスを提供するかについて、地域が決定すること及び利用者の選択を通じて、サービスの質の向上を図ることである。すなわち、利用者本位の仕組みと地方分権のことであり、介護費用を地域社会全体によって賄うことを踏まえなければならない。しかし、社会保障と税の一体改革では、介護費用を個人の負担能力の問題に回帰させ、「税の公平性」の理念のもとに個人の担税力に応じた負担を求めるように、ニーズよりも所得や資産に重きをおくことを目的とした制度改正が図られることに繋がっていった。

社会保障と税の一体改革の歩みが目指すところは、介護費用を個人の負担能力の問題に回帰させ、介護保険制度が導入された目的の一つである「介護の社会化」からの逸脱を促すものではないか。それは、介護保険制度が、制度の基本と矛盾するような懸念を生じさせる余地がある構造的な問題を抱えているということができる。このため、介護保険制度創設の議論を念頭に、どのような介護を誰が担うかという観点から、介護保険制度の構造的な問題を検証する必要がある。

第2-2 どのような介護を誰が担うのか

(1) 介護保険法の目的

介護保険法第1条⁸³は、制定の目的を規定しており、制度の概要を端的に表している。

第一に、要介護状態となる原因を「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等」に限定する。しかし、「加齢」に伴うものと伴わないものという「疾病等」の定義は非常に曖昧なため、年齢によって二重基準を定めている。まず、65歳以上の者については、要介護状態となるのに原因を問わないこととしている。これに対して、40歳以上65歳未満の者については、医療保険加入者であって、かつ、特定の疾病によって要介護状態となることが必要とされる。なお、40歳未満の者については、「疾病等」が生じないものとして制度設計されている。

被保険者の範囲もこれと同様に、前者を第1号被保険者として、後者を第2号被保険者として分類し、保険料の算定、賦課等の方法を別に定めている⁸⁴。なお、第2号被保険者を医療保険加入者に限定したのは、介護保険制度の創設によって、従来医療保険によって賄われていた介護サービスが代行されることにより、保険料の軽減が図られるためであるとする指摘がある⁸⁵。しかし、この指摘は、第2号被保険者は、第1号被保険者と比べて保険事故との関連性が低いにもかかわらず、拠出した保険料に見合う給付であると説明することを補完する理由とは言い難い。

第二に、介護が必要となる状態である保険事故については、「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」と定めている。具体的には二つの保険事故を設けている。一つは、要介護状態であり、入浴、

⁸³ 介護保険法は、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、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旨を規定する。なお、この条項は、平成17(2005)年介護保険法改正によって、尊厳を保持する旨が加筆された。

⁸⁴ 第1号被保険者の保険料は、所得段階別の定額保険料であって、3年ごとに保険者である市町村が条例により定めることとされる。また、第2号被保険者の保険料は、各医療保険料の算定方法に基づき、全体として第1号被保険者の平均的な一人当たりの保険料と同水準となるよう定めることとされる。なお、第2号被保険者の保険料は、地域包括支援事業のうち包括的支援事業に要する費用等には組み入れない。

⁸⁵ 増田・前掲注(12)99頁。

排泄、食事等の日常生活の基本的な動作について、継続して常時介護を要すると見込まれる状態であって、かつ、要支援状態を除いた一定の区分に該当するものをいう。もう一つが、要支援状態であり、入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作について、継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資すると見込まれる状態、又は、継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、一定の区分に該当するものをいう。

第三に、保険給付については、「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」ことを定めている。具体的な保険給付は、次の三点である。一点目は、要介護者を対象とした介護給付である⁸⁶。二点目は、要支援者を対象とした予防給付である⁸⁷。三点目は市町村特別給付であって、保険者が条例を定めることにより行う独自の給付である。これらのサービスの一部については、相互の代替性の有無等を考慮した区分ごとに支給限度額が定められており、この範囲内で被保険者は任意に介護サービスを組み合わせて利用することができる。

以上を踏まえると、介護保険法上の要介護状態において必要とされる「介護」とは、入浴、排せつ、食事等の狭義の介護だけではなく、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を含めた、高齢者を対象とする保健医療サービス及び福祉サービスであるといえる。だが、この定義は、特別な技能等を必要としない日常生活支援から専門職のみが担うことのできる医療までを含めた広範な概念である。したがって、介護の専門性については、社会福祉士及び介護福祉士法の制定によって一定程度認められることになったが、介護そのものの定義については、介護保険法の制定によって明確化された訳ではない。この問題は、特に家族が担う介護と訪問介護の範囲の解釈に軋轢を生む結果となった。

生活援助中心型の訪問介護は、身体介護中心型と異なり、基本的には「利用者が1人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合⁸⁸」に限定されている。この場合、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得な

⁸⁶ 居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、居宅介護住宅改修費、高額介護サービス費、居宅介護サービス費、施設介護サービスの支給等の種類のサービスがある。

⁸⁷ 介護予防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、介護予防サービス計画費、特定入所者介護予防サービス費、高額介護予防サービス費、介護予防福祉用具購入費等の種類のサービスがある。

⁸⁸ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19

い事情により、家事が困難な場合も含む⁸⁹と解釈されている。これには二つの理由があると考えられる。一点目は、個別給付である訪問介護の効果が給付を受けている者以外にまで波及することを避けるためである。二点目は、調理、洗濯等の家事はそもそも家族が行うべきものという考え方が前提にあり、生活援助は例外的な措置であるためである。この給付の是非については、保険者によっては、同居家族がいないことを要件として、その取扱いを解釈することがあった⁹⁰。このため、厚生労働省が平成 19（2007）年 12 月に「同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に介護給付の支給の可否を機械的に判断しないようにされたい」とする事務連絡⁹¹を発出する結果になった。この事務連絡の趣旨は、被保険者の個別性に配慮するよう求めたものである。しかし、個別性に重きをおく余り、給付の選別化につながった場合、措置制度と同様にスティグマを生じさせる危険性がある。給付の普遍性を担保するためには保険者の裁量の範囲は必要最小限に止めることが望ましい。一方で、現実の必要性に柔軟に対応するためには、保険者が一定の裁量の余地を有するべきであるとも考えられる。いずれにしても、このような事態を招いた直接の要因は、平成 17（2005）年介護保険制度改革における議論の影響である⁹²。この議論を保険者が給付を抑制しようと過大解釈した結果が、訪問介護を選別主義的な給付に変質させることになったと考えられる。しかし、これは要因の一面に過ぎない。より根本的な原因は、保険者及び被保険者の双方が、訪問介護が担う範囲について共通理解を欠いていたためであると考えられる。

号) 注 3 の規定は、単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族と同居している利用者であって、この家族等の障害、疾病等の理由により、この利用者又はこの家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる要介護者に対して行われるものをいう。）を行った場合に算定する旨を定める。

⁸⁹ 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年 3 月 1 日付老企 36 号厚生省保健福祉局企画課長通知）。

⁹⁰ 第 2 回社会保障審議会介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム（平成 19 年 11 月）資料では、平成 18 年 4 月以降、身体介護中心型の利用は従前と大差がないのに対して、生活援助は急激な減少を示していることが明らかになった。

⁹¹ 「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて」（平成 19 年 12 月 20 日付各都道府県介護保険主管課宛厚生労働省老健局振興課事務連絡）。

⁹² 「介護保険制度の見直しに関する意見」（社会保障審議会介護保険部会平成 16 年 6 月公表）は、訪問介護について、「利用者自ら実施できるにもかかわらず、掃除、調理等を利用者に代わって実施する『家事代行型』については、自立支援の観点から、給付の対象、期間、方法について見直しを検討する必要がある」と指摘した。これを受け、平成 18 年度介護報酬改定では、生活援助中心型の訪問介護を 1 時間以上の定額報酬制とした。

どのような介護を誰が担うのかという問題は、家族介護の位置づけを含めた、介護保険制度の基本的なあり方に関係するところではあるが、法文上の解釈のみでは明確ではない。この点について、介護保険法第2条の規定は、保険給付にあたって、次の三つの配慮事項を定めている。一点目は保険事故の状態の維持又は改善とともに医療と連携を図ることである。二点目は利用者の選択に基づき事業者等からサービスを提供されることである。三点目は給付の内容は残存能力を活用した在宅での生活を可能とすることである。同条の規定は、一見ただけでは、誰に求めた配慮なのかを判別することは難しい。ただし、この配慮事項を定めた同条第1項の主語は「介護保険」を置き、続く第3条は「市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保険を行うものとする」と規定している。少なくとも保険者を拘束する趣旨であることは明らかである。だが、法の総則に規定されている意義を重視すると、むしろこの配慮事項は、単に保険者だけではなく、国民、国及び都道府県並びに医療保険者や事業者も射程に入れた規定であると考えられる。

この配慮事項を求めた背景を探るためには、介護保険制度創設時の議論の経緯を再確認する必要がある。当時公表された各種報告書を参照しながら、以下、検討を行う。

(2) 介護保険制度創設時の議論

ア 21世紀福祉ビジョン

介護保険制度の創設にむけた具体的な動きの始まりとして、平成6(1994)年3月に旧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が取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」がある⁹³。前述したとおり、このビジョンは、国民福祉税の創設と関連付けられているが、その本来の目的は「21世紀における社会保障の全体像と主要施策の進むべき方向」を検討したものである。そのうち、21世紀に向けた介護システムの構築については、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」として、施設、在宅を問わず高齢者の状態、ニーズ等に応じて必要なサービスが受けられることを基本的視点として示している⁹⁴。

⁹³ 増田・前掲注(9) 87頁。

⁹⁴ 「21世紀福祉ビジョン」(高齢社会福祉ビジョン懇談会平成6年3月公表)は、基本的視点について次の五点を指摘する。「①医療・福祉を通じて、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステム、②高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型システム、③多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスを提供されるようなシステム、④増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム、⑤施設・在宅を通じて費用負

この基本的視点の考えは、平成元（1989）年の介護対策検討会報告書で示された方向性を踏まえたものであるといえる。このビジョンは社会保険方式の採用については明言していないが、「福祉サービスの一般化、普遍化という要請に適切に応えていくことが必要」であるとの認識を示すとともに、財源の確保という観点からは、「租税負担と社会保険料負担の関係については、制度に対する貢献が給付に反映されるという点で、受益と負担の関係が最も明確である社会保険料負担中心の枠組みは、社会保障の対象が普遍化されてきていることなどを考えると、今後とも、基本的に維持する必要」があると提言している。なお、この時点では、社会保険ありきではなく、消費税率の引き上げ次第だったとする指摘がある⁹⁵。しかし、すでに所得の多寡ではなくニーズに基づいて介護サービスを供給できる仕組みの必要性は、昭和 61（1986）年 6 月に閣議決定された「長寿社会対策大綱」においても指摘されていた⁹⁶。だが、この仕組みを実現するには単に財源問題だけではなく、措置制度が抱える構造的な問題を解決する必要があることは、前述したとおりである。つまり、これらを踏まえると、給付対象の普遍化が原則となる社会保険という枠組みが必然的に浮かび上がることになる。

イ 社会保障将来像委員会第二次報告

介護保険制度の輪郭が明確になるのは、社会保障制度審議会⁹⁷社会保障将来像委員会が 9 月に取りまとめた「社会保障将来像委員会第二次報告」であった。この報告書は、「21 世紀福祉ビジョン」とは別の観点から、21 世紀に向けた新しい社会保障像を示し、初めて介護保険制度の必要性を提言したものである⁹⁸。そこでは、「わが国の保健医療や年金は、他の先進諸国に比べて遜色のない水準に到達しつつあるといえる。しかし、社会保障制度の中でも高齢者・障害者の介護や育児などへの支援は、年金や医療に比べて著しく遅れており、今後の人口高齢化・少子化の中で、この分野での施策の充実に重点的に取り組むことが大切である」ことを指摘している。さらに、「老後の生活費や医療・福祉サービスなどに要する費用

担の公平化が図られるようなシステム」。

⁹⁵ 増田・前掲注（12）8 頁。

⁹⁶ 「長寿社会対策大綱」（昭和 61 年 6 月 6 日閣議決定）は、「介護サービスに要する必要については、所得の如何にかかわらずニーズを有するすべての者を対象とする施策の一般化に伴い、受益と負担能力に応じ、利用者負担の適正化を図る」旨を言及する。

⁹⁷ 社会保障制度審議会とは、内閣総理大臣の所管に属し、社会保障制度につき調査、審議及び勧告を行う機関であり、平成 12 年の省庁再編とともに廃止された。

⁹⁸ 江口・前掲注（14）26 頁。

というとき、公的な費用だけでないことも注意しておく必要」があり、「こうした私的な費用と公的な費用の間には、相互に密接な代替的關係が認められる。従って、国民費用負担という場合には、公私の費用を併せて考えるべきである」とも指摘している。新たな社会保険制度を創設するためには、国民負担率という概念に懐疑的な態度を示す必要があったと考えられる⁹⁹。その上で、この報告書は、「長寿社会にあっては、誰もがかなりの確率で要介護状態になる可能性がある。しかも介護サービスの費用をすべて個人で負うのは難しい。したがって負担の不均衡を是正し、介護サービスの供給体制を充実するため介護費用について社会保険化すべきである」と提言している。

具体的には、「介護保障とは、寝たきりなど生活上手助けを行う家族の生活を守るために、その者が必要とする介護サービスを負担能力に妨げられずに受けられることを保障し、加えて供給量と質的水準の確保を行う公的施策である」と定義し、その供給について、「当面の基盤整備は一般財源に依存するとしても、将来的には、財源を主として保険料に依存する公的保険を導入する必要がある」としている。その理由の一つに、ニーズの増大に対し、量的拡大、質的向上を図っていくことに国民の合意が得られやすいことをあげている。なお、そのあり方は、「利用者にとって選択が可能になり、供給者間の競争を強め、サービスの量的拡大とともに質の向上を図る」とともに、「過剰利用を防ぐことと、今後増大する給付に対して、保険財政上破綻せず、保険料も負担に耐える仕組み」に留意するよう指摘している。

所得の多寡によらず、一般化された介護ニーズに応える仕組みを構築するために、社会保険方式を採用する必要があったことは、消費税の引き上げの議論の終結を待たずとも明らかである一方で、給付の普遍化には「過剰利用」の懸念が付きまとう。しかし、社会保障将来像委員会第二次報告は、「介護保障」に占める公的保険の導入の範囲を明言しなかった。しかも、介護ニーズは高齢者のみに生じるものではなく、日常生活と密接に関わるものでもある。対象者の範囲を見定め、介護の専門性をどのように担保するかについては、社会保険方式を採用する際の最も大きな課題であった。

ウ 高齢者・自立支援システム研究会報告書

同年 12 月に旧厚生省に設置された高齢者・自立支援システム研究会が、「新たな高齢者介

⁹⁹ 平成 9 年に制定された財政構造改革の推進に関する特別措置法第 6 条第 1 項第 6 号において、国及び地方の財政赤字を加えた国民負担率に関する規定が導入されたが、翌年執行停止される。

護システムの構築を目指して」を取りまとめ、具体的な社会保険方式の導入を提言した。その意義は、高齢者自身によるサービスの選択に資するものであること、権利性が明確なため利用にあたっての心理的抵抗が少ないこと、保険料の負担とサービスの受給の対応関係が明確であること、応益負担の導入が適切であること等であると指摘している。

この報告書は、まず、介護サービスの基盤整備とは別に「国民誰もが身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるようなシステム」の構築の必要性を指摘している。また、「高齢者の自立支援」を掲げており、それを「介護の基本理念として、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること」と定義している。この理念は、平成元（1989）年の介護対策検討会報告書が定義した「介護」と同義である。ただし、高齢者介護は、対象者数が少なく、かつ、期間も短かった「最期を看取る介護」から、対象者数が多く、期間も長く、さらに必要とする内容にも困難性が伴う「生活を支える介護」に変質したと、この報告書は明言している。そのため、家族に依存し続けることはすでに限界であって、専門職が行う介護に比べて非効率的でもある。しかも、これらの介護を担う大半は女性であることから、当人にとっても負担は過大であり、今後の労働市場における制約要因となる可能性がある」と指摘している。

すなわち、「わが国の現状は、社会的な介護コストの規模という観点からも、また、国民経済的な資源の適正配分や負担の公平の観点からも大きな問題を有している」。しかし、高齢者介護の中心的な役割を担うはずの措置制度は構造的な限界が生じている。さらに、この弊害は、「社会的入院」という形で、本来医療が担うべきでない負担を医療保険制度に生じさせる結果となっている。つまり「介護サービスは、高齢者の残存能力の維持・向上を図るとともに、その生活全体を支援するサービスであり、基本的には疾病の治療を目的とする医療サービスとは様々に異なる面」があり、「入院治療を必要としない高齢者をこのような形でカバーすることは、医療本来の機能を歪め兼ねないし、高齢者介護によって医療保険制度が実質的に変容し、本来予定していない分野にまで医療資源が投下されることは」問題であると指摘している。また、年金についても、老後の生活の確保の上で有効に活用されないことを問題点として指摘している。

新たな高齢者介護システムの基本的な考え方として、予防とリハビリテーションの重視、高齢者自身による選択、在宅ケアの推進、利用者本位のサービスの提供、社会連帯による支えあい、介護基盤の整備及び重層的で効率的なサービスを提言している。中でも、在宅ケアの推進については、「家族による介護については、制度的にも適切に評価されるべきである」

とともに、一人暮らし、高齢者のみの世帯であっても、希望に応じて可能な限り在宅での生活ができるよう支援するため、「24 時間対応を基本としたサービス体制の整備が求められている」と指摘している。また、家族介護の評価の必要性については、外部サービスを利用している場合の公平性の観点、介護に伴う支出の増加等の経済的面を考慮すべきであり、本人、家族等の選択の幅を広げることからも意義があるとしている。しかし、一方で、適切な介護サービスの提供を担保する必要があるほかに、家族介護の固定化、要介護者の状態の悪化等を進める懸念も指摘している。なお、現金支給の対象を、要介護者又は家族のどちらにすべきかについては断言しなかった。また、この時点では、要介護認定とケアマネジメントの関係性は不分明であったとの指摘がある¹⁰⁰。

エ 社会保障制度審議会勧告

社会保障制度審議会は、平成 7（1995）年 7 月に「社会保障体制の再構築～安心して暮らせる 21 世紀の社会を目指して～」を取りまとめ、内閣総理大臣に勧告した。この勧告は、昭和 25（1950）年に行った「社会保障制度に関する勧告」に次ぐもの¹⁰¹とされ、自ら「社会的激変が展開し進行しようとしている 20 世紀末の状況を見すえ、21 世紀の社会保障のあるべき姿を構想し、今後我が国社会保障体制の進むべき途を示したもの」と位置付けている。その内容は、基本的には介護保険制度の導入を提言した点においては、前述と同様の内容である。しかし、この勧告では「介護保障」の定義は示されなかった。

平成 6（1994）年の社会保障将来像委員会第二次報告では、「介護保障」を「寝たきりなど生活上手助けを行う家族の生活を守るため」と定義した。これに対して、高齢者・自立支援システム研究会報告書では、介護の基本理念を「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援する」と定義した。結果として、両報告書は、介護の座標を家族に置くべきか、本人に置くべきかで見解が相違することとなった。確かに、大概の場合は家族と本人の間には相反する利害関係はないといえるかもしれない。しかし、家族には扶養義務が生じる。本人が望む介護と家族が望む介護のあり方は時として対立することになる可能性がある。その主な事項は、本人は在宅を望みつつも、家族は施設入所を意図している場合である¹⁰²。保障の方法、程度等を含めた家族介護との関係から誰のための

¹⁰⁰ 介護保険制度史研究会他・前掲注（82）77 頁。

¹⁰¹ 江口・前掲注（14）27 頁。

¹⁰² 「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」（内閣府政策統括官（共生社会政策担

介護なのかという本質的な問題について、この勧告は、公的介護保険の導入を提言しているながらも、結果として立ち入らなかった。

オ 老人保健福祉審議会報告

(ア) 中間報告

同月には旧厚生省の老人保健福祉審議会が「新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）」を取りまとめた。この中間報告は、「公的責任を踏まえ、適切な公費負担を組み入れた社会保険方式によるシステム」の構築を提言している。

(イ) 第二次報告

さらに、平成 8（1996）年 1 月には「新たな高齢者介護制度について（第二次報告）」を取りまとめた。第二次報告は、中間報告を取りまとめた後から、介護給付、制度及び基盤整備に関する 3 分科会を設置して議論を進めてきたところ、介護サービスの具体的な内容、水準、利用手続やその実現のための介護サービス基盤の整備のあり方に関する主要な事項について取りまとめたものである。したがって、未だ検討段階のものであるが、介護サービスの具体的な内容及び水準が初めて明らかになった報告である。

具体的には、介護サービスの対象について、加齢に伴う障害等により自力で日常生活を送ることが困難で、介護が必要な状態にある高齢者であると定義した。その際、「いわゆる虚弱老人についても、寝たきりの予防や自立支援につながるよう、必要なサービスを提供する」とした。なお、若年障害者については、従前の障害者施策の枠組みで対応することを基本としながら、その枠組みから外れているため、介護保険の対象とすることが適当な場合に保険給付を行うとした。

次に保険給付の内容については、高齢者の生活全般を支える観点から、ホームヘルプサービス、デイサービス、リハビリテーションサービス、ショートステイ、訪問看護サービス、福祉用具サービス等の在宅サービスの対象範囲について述べている。なお、早朝、夜間及び深夜における巡回サービスについては、在宅における 24 時間対応の可能性を視野に入れるため、その普及を図る必要があると指摘した。また、いわゆる虚弱老人に対しても、高齢者の置かれた状態を勘案し、リハビリ等と組み合わせる上で給付決定することが重要である

当) 平成 18 年 10 月公表) は、6 割の高齢者は介護が必要になっても、在宅での生活を継続することを望んでいる。

と留意しながら、家事援助サービス等の寝たきりの予防や自立の支援につながるような必要なサービスを提供すべきであると指摘している。さらに、保険給付の水準については、「新ゴールドプランを踏まえつつ、全国を通じて確保すべき新しい制度にふさわしい水準を目指すことが適当である」とするサービスモデルを示した。しかし、この水準には、直ちにすべてが実現されるものではないこと、各地域における基盤整備の進捗度、財政全体の状況等に応じて段階的に引き上げていくこと等を留意する旨が指摘された。一方、このサービスモデルに対して、「全国を通じ、公的給付は基礎的なサービスとしナショナル・ミニマムとして保障していく水準に設定すべきである」とする意見もあった。施設サービスについては、適切な介護サービスの提供を行う体制を整えているものとして、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等の3施設を提示した上で、将来的には各施設の機能及び特性を生かしながら一元化を目指すべきであると提言している。なお、有料老人ホーム等については、「高齢者が自ら費用を負担して選んだ特別の住居」であることから、在宅サービスを提供すべきであると指摘している。

第二次報告書で示したサービスモデルの水準は、「ナショナル・ミニマム」を超えるものであるといえる¹⁰³。ただし、この水準であっても、家族が介護を行うことを前提に、これを支援するものとして在宅サービスの拡充を意図しているとの指摘がある¹⁰⁴。

(ウ) 最終報告

そして、老人保健福祉審議会は4月に最終報告書を取りまとめたが、関係者の利害が対立したため意見の一致をみることはできなかった¹⁰⁵。具体的な答申は、旧厚生省に試案の作成を要望し、試案をまとめて取りまとめることとした。

最終報告書は、医療・福祉制度の総合的見直しの必要性として、いわゆる高齢者の「社会的入院」の問題、老人医療費の増大及び介護サービスの基盤整備に係る財政負担の過大を指摘している。その上で、高齢者自身及び若年者が費用負担する社会保険への転換、高齢者自らの意思に基づく選択による介護サービスの利用、高齢者の自立支援及びその状態に応じた適切な介護サービスの効率的な提供、医療保険、老人保健及び社会福祉制度の是正、安定的な社会保障制度の構築を目的とした制度設計等を提言している。

¹⁰³ 江口・前掲注 (14) 29 頁。

¹⁰⁴ 江口・前掲注 (14) 35 頁。

¹⁰⁵ 江口・前掲注 (14) 30 頁。

具体的には、現行制度の問題点について、次の三点を指摘している。一点目は介護サービスが利用しにくいことである。二点目は介護サービスの基盤整備が量的及び質的に不十分なことである。三点目は社会保障全体としての運営が非効率なことである。これらの問題点を解決するために、高齢者介護に対する社会的支援、高齢者自身による選択、在宅介護の重視、予防・リハビリテーションの充実、総合的、一体的、効率的なサービスの提供、市民の幅広い参加と民間活力の活用、社会連帯による支え合い、安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮の七つの事項を基本的な目標として掲げた介護保険制度を提言している。この目標は、介護保険法第2条に規定された配慮事項の核を成しているといえる。

また、介護保険制度の対象、保険給付の内容及び水準は、第二次報告と同様であるが、新たに在宅サービスと施設サービス別に要介護度に応じて給付額を設定することを提言している。在宅サービスの給付額は、「要介護高齢者の平均的な生活実態を踏まえ、地域差等を考慮しつつ要介護ごとに想定される各サービスの費用額に基づき設定する」とする。一方、施設サービスの給付額は、一日当たりの定額を設定するとされた。

しかし、家族介護に対する現金支給については、結論を得るに至らなかったと結んでいる。加えて、制度設計については、最終報告書でありながら各論が併記されることになった。介護保険制度は、医療保険とは別体系とする案と医療保険と一体化する案があったが、前者を採用して議論が進められた。そのうち、保険者については、介護サービスの給付決定等を行う給付主体と、保険料の徴収、管理等を行う財政主体に分けて考えられるが、前者は市町村が適切であるとの意見が多数を占めたが、後者は市町村を基本する案と国を基本とする案に分かれた。また、被保険者については、受給者の範囲と一致させることを基本的な考えに置きながら、社会的扶養、世代間連帯等により若年者にも負担を求めることが相当であると提言した。この提言は、そもそも被保険者と受給者を分けるという考えに基づいている。しかし、若年者の範囲については、保険給付の対象とした上で20歳以上にすべきか、自らの老後及び老親の介護が身近となる40歳以上にすべきかで議論が分かれた。さらに保険料の徴収については、医療保険者がその加入している若年者の数に応じて分担金を納付する案が示されたが、「介護保険制度の給付が行われることにより医療給付費の負担が軽減される側面がある一方、老人医療費拠出金負担が医療保険財政に与えている影響に鑑み、老人保健制度の基本的見直しがない限り、介護保険制度の安定が確保できないのではないか」という意見があった」とするに止まった。

以上が最終的な報告の内容であるが、当初、老人保健福祉審議会では、次の四点を議論す

ることとされていた。一点目は介護サービスの相談、利用、調整体制、二点目は介護サービスの内容、三点目は家族介護、四点目は介護に関する人材の確保等である¹⁰⁶。このうち、介護サービスの調整体制に関する議論の取りまとめが困難になったため、家族介護の位置づけはおざなりな形になった。特に介護手当の支給の是非を財政論的な観点に問題を収斂させたことは、その導入を消極的にした理由の一つとしてあげられる。つまり、財政的な見地からは、介護保険制度の導入によって、従来の老人福祉と老人医療の分野を統合し、全体としての国庫負担の効率化が図られることに意義を見出しており、介護手当によって新たな財政負担を強いることに懸念が生じていた¹⁰⁷。しかし、財政負担に関する懸念に答えようとした余り、最終報告書は家族介護と介護サービスとの整合性をどのように図るかという問題を置き去りにする結果となった。

カ 老人保健福祉審議会及び社会保障制度審議会の答申

そして、旧厚生省は同年5月に「介護保険制度試案」及び「介護保険制度修正試案」を老人保健福祉審議会に提示した。これを踏まえ、「介護保険制度案大綱」を老人保健福祉審議会及び社会保障制度審議会に諮問し、答申を得た。

具体的には、保険者を市町村とするとともに、被保険者の範囲を、介護ニーズは中高年期にも生じること、一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることを理由に40歳以上とする。そのうち、65歳以上の者を第1号被保険者に、40歳以上65歳未満の者を第2号被保険者に分類し、後者については、社会的扶養の観点から費用を負担するとともに、給付の対象を老化という観点から原因を特定することとした。当初、市町村からは、給付主体と財政主体を分離するよう強く主張されていたが¹⁰⁸、その後、地方分権の試金石として捉えられるようになり、介護保険制度の創設を契機に新たな地方自治創設を目指そうとする動きにつながった¹⁰⁹。この答申では、「地方分権」を基本として、保険料は市町村単位でサービス水準に応じて設定することが確認された。

¹⁰⁶ 増田・前掲注(12) 178頁。

¹⁰⁷ 増田・前掲注(12) 178頁。

¹⁰⁸ 介護保険制度史研究会他・前掲注(82) 201頁。

¹⁰⁹ 介護保険制度史研究会他・前掲注(82) 445頁。介護保険制度の創設を契機に基礎自治体の役割を問い直し、新たな地方自治創設を目指そうとする動きが、1997年11月の福祉自治体ユニットの結成につながった。

また、家族介護に対する現金給付は、原則として行わないものとした。さらに、第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、両者の一人当たりの負担額が同水準となるように設定するとともに、医療保険者が第2号被保険者の保険料を各保険者に一括納付することとした。これにより、介護サービスの提供体制に関する議論は一通りの結論を得ることになった。

(3) 被保険者と受給との関係

このように介護保険制度は、老人保健福祉審議会では審議を取りまとめることができなかったため、旧厚生省に一任する形で作られたといえる。つまり、その内容の大部分が、一定の意見の一致をみることはなく、なお議論の余地があったものといえる。しかし、介護を高齢者の問題として捉えることは、平成元（1989）年の介護対策検討会報告書からの一貫した見解である。したがって、介護保険制度を、短期保険であって、要介護者の範囲を「加齢による疾病に伴う介護」として高齢者に限定することには、若年障害者の位置づけの問題を孕みつつも、異論はなかったと考えられる。しかし、社会保険方式の特徴の一つである給付と負担の明確化の観点からみると、高齢者以外の者が保険料を拠出する根拠を失うことになる。確かに社会保険は強制保険であるため、世代間における社会連帯の観点から負担を共有し得る。だが、税と異なり、社会保険料の負担を求めるためには、間接的ではあっても、その拠出に見合う給付に相当する理由が必要である。その主な理由について、老人保健福祉審議会では次の二点を指摘している。

一点目は、介護保険料の賦課、徴収等に係る仕組みを医療保険料と一体的に運用することを理由にする。従前の医療保険料を医療と介護に置き換えることによって、その負担水準を据え置くことを意図したものである。そのためには、介護保険制度の創設の意義を、医療保険制度改革の一環に位置付ける必要があった。平成元（1989）年の介護対策検討会報告書、平成6（1994）年の21世紀福祉ビジョン及び高齢者・自立支援システム研究会報告書が提言した「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」とは、介護サービスの量的拡大を指向しており、いわゆる「社会的入院」の解消は副次的なものであった。同様の方向性は、平成7（1995）年の老人保健福祉審議会中間報告においても明言していた。しかし、平成8年（1996）年の老人保健福祉審議会最終報告書では、「社会的入院」の是正を図り、老人医療の増大を抑制することにその主眼がおかれることになる。介護保険制度の創設が単に新たな保険料の負担を伴うものではなく、第2号被保険者にと

っては、医療費抑制が図られ、その分の医療保険料の増加を回避する見込みを表したものである。しかし、この医療費削減効果は一過性のものであったことはすでに明白である¹¹⁰。また、社会的入院は現在に至っても解消されないままである。したがって、第2号被保険者にとって、もはや介護保険料は、実質的にも医療保険料とは別個の負担である。しかしながら、給付との関連性は第1号被保険者と比較して低いままであり、給付を条件とした理由は第2号被保険者に保険料を求める根拠にはなり得ない。

二点目は、社会的扶養の観点から費用を負担することを理由にする。介護保険制度案大綱は、「40歳以上になると一般的に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まる」ことを理由とする。江口隆裕氏によると、社会的扶養とは、家族内扶養と対になる概念であり、租税、社会保険料の負担等を通して社会構成員が高齢者の生活を支える費用を負担する仕組みである¹¹¹。第2号被保険者の拠出は、第1号被保険者になった場合に反映されるわけではないこと等から、年金制度よりも社会的扶養の観点が強いといえる。

しかし、この社会的扶養と家族内扶養の関係は明確ではない。社会的扶養を要請するためには、扶養義務の範囲を確定することが必要である。この場合、日常生活に密接に関連する介護を扶養義務の範囲として捉える場合、社会的扶養によって担われる「介護」は代替性を有するものなのか。それとも補完的なものなのか。これは、介護保険制度を設計する上でも重要な事項であるといえる。したがって、家族内扶養と社会的扶養を単なる選択の問題として捉える前に、両者の範囲を明確にする必要がある。

家族間には扶助義務又は扶養義務が課されている。この義務の程度は、対象者によって異なるとする学説が有力である¹¹²。このうち、夫婦間及び親の未成年に対する扶養義務は、特に程度の高い義務として生活保持義務が課されている¹¹³。

これに対して、それ以外の特に成年に達した子の親に対する扶養義務等は、相対的に程度

¹¹⁰ 増田・前掲注(12) 135頁。当初、第2号被保険者の介護保険料は、従来の医療保険料の水準の枠内に収まるものと見込まれていたが、介護保険制度導入時の平成12(2000)年を除いて、国民医療費は毎年1兆円以上増加しており、その削減効果はすでに相殺されてしまっている。

¹¹¹ 江口・前掲注(14) 5頁。

¹¹² 大村敦志『家族法第2版補訂版』(有斐閣, 2004) 250頁。

¹¹³ 夫婦間においては、一般的には協力義務が課されているが、どちらか一方が困難な状態に陥った場合には、緊急性が高く具体的な扶助義務が発生する。また、親は、未成年の子に対する監護及び教育の義務が課されており、扶養は監護の主たる内容であると解されている。(大村・前掲注(112) 100頁)。

の低い義務として生活扶助義務が課されている。このため、大村敦志氏は、高齢者の「介護問題を社会保障によりカバーしようという基本的な考え方自体は積極的に受け止めるべき」であり、「成年者は自分の生活について責任をもつ、それができない場合には国家が援助するというのを基本的な考え方とすべきだろう¹¹⁴」と指摘する。この指摘は、社会的扶養を要請する理由の一つであるが、基本的には扶養義務の範疇に介護を捉えている。扶養義務の程度によって介護に係る社会的扶養の内容・程度が左右されることになる。

他方、山脇貞司氏は、家族介護を扶養義務ではなく、黙示的に有償性の介護サービス提供契約を締結していると指摘する¹¹⁵。扶養義務は、具体的には金銭扶養又は引取扶養の履行によって果たされるが、金銭扶養が原則である¹¹⁶。たとえ引取扶養を求められても扶養義務者には、同居する義務は存在せず、当事者の同意によってのみ可能とされる。その際、介護を扶養義務ではなく契約関係に位置づけることは、家族介護に対する「社会的かつ経済的な評価¹¹⁷」を可能とするものであるとされる。しかし、この指摘においても、生活保持義務を有する者については、「身分関係の違いによって介護の法的構成の扱いに差がある¹¹⁸」とする。介護の位置づけは、結局は扶養義務の程度によることになる。

財政的な観点からみると、社会的扶養の程度は、第2号被保険者の介護納付金の総報酬割の導入によって、より色濃くなる見通しである。制度発足当初、第2号被保険者の保険料は、給付との牽連性が低いこと等を考慮した上での加入者割だった¹¹⁹。もっとも第1号被保険者を含めて介護保険料の対価性は、年金制度と比べて、必ずしも明瞭ではない。なぜなら、被保険者個人にとって、保険料の納付が保険給付の絶対的な要件とはならないからである。むしろ制度全体から保険と給付の牽連性を担保しているといえる。保険料の性格は税に近づいており¹²⁰、消費税の社会保障目的財源化と併せて、社会保険と税の境界が曖昧になりつつあることを示している。

社会的扶養によって、「介護」はどのように担われるのか。検討段階のサービス水準は、

¹¹⁴ 大村・前掲注(112) 330頁。

¹¹⁵ 山脇貞司「介護保障と家族」日本社会保障学会編『講座社会保障法第4巻医療保険法・介護保険法』(法律文化社, 2001) 221頁。

¹¹⁶ 内田貴『民法IV [補訂版] 親族・相続』(東京大学出版会, 2004) 298頁。

¹¹⁷ 山脇・前掲注(115) 222頁。

¹¹⁸ 山脇・前掲注(117)。

¹¹⁹ 介護保険制度史研究会他・前掲注(82) 304頁。

¹²⁰ 江口・前掲注(79) 196頁。同書では、非対価性を強めつつある傾向を社会保険料の租税化と指摘する。

高齢者・自立支援システム研究会報告書等では、在宅においても「24 時間対応を基本としたサービス体制」として想定されていた。しかしながら、平成 8 年（1996）年の老人保健福祉審議会最終報告書が示したサービス水準においては、早朝、夜間及び深夜における巡回サービスの普及に関連して、在宅における 24 時間対応の可能性を視野に入れるとの指摘に止まった。この指摘によると、介護保険制度の給付水準は、家族介護を前提としたものであり、家族介護補充説を採用していると考えられる。一方、施設に入所した場合は、必然的に介護完全外部化説が適用されることになる。つまり、介護保険制度は当初よりこの矛盾を孕んだ制度であった。

平成17（2005）年度の介護保険制度改正では、在宅と施設サービスの公平性を図るため、食費及び居住費が保険給付から外された¹²¹。加えて、居宅として解釈されている有料老人ホーム等の施設における居室に養護老人ホーム等を加えることにより、居宅の概念の拡大を図った¹²²。一方、医療療養病床と介護療養病床では、医療の必要性の高い患者と低い患者が混在しており、その差異が明確ではなかったため、後者を廃止し介護療養型老人保健施設等に転換することが決定された。しかし、平成23（2011）年の介護保険法改正によって、この措置は平成29年度末まで延長されることになった¹²³。その後の見直しにおいて、入院生活が長期にわたり、実質的に生活の場になっている実態を踏まえた新たな施設類型を創設するとともに、有料老人ホーム等において外部の機関から医療が提供される類型が提案された¹²⁴。

だが、むしろ食費及び居住費を保険給付から外すことにより、在宅と施設介護の水準の相違を明確にしてしまったといえる。特に介護保険施設と特定施設入居者生活介護の位置づ

¹²¹ 例えば、介護保険法第 41 条第 4 項に規定する居宅介護サービス費の額に、食事の提供に要する費用その他の日常生活に要する費用を除く旨が規定された。

¹²² 介護保険法 8 条第 2 項の規定は、「訪問介護」とは、要介護者であつて、居宅（老人福祉法第 20 条の 6 に規定する軽費老人ホーム、同法第 29 条第 1 項 に規定する有料老人ホーム（第 11 項及び第 19 項において「有料老人ホーム」という。）その他の厚生労働省令で定める施設における居室を含む。以下同じ。）において介護を受けるもの（以下「居宅要介護者」という。）について、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であつて、厚生労働省令で定めるもの（夜間対応型訪問介護に該当するものを除く。）をいう旨を定める。

¹²³ 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律法附則第 130 条の 2 の規定により、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）を改正し、現在存在する介護療養型医療施設は、廃止期限を 6 年間延長することとした。

¹²⁴ 「療養病床の在り方等に関する議論の整理」社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会意見書（平成 28 年 12 月 20 日公表）。

けは曖昧になった。老人保健福祉審議会最終報告書では、有料老人ホーム等は、自己の選定による住居のため、在宅サービスのみを保険給付の対象とすることを意図していた。なお、介護老人福祉施設は、重度の要介護者を優先的に入所させることが定められたため¹²⁵、差別化を図ることは可能であると考えられる。ただし、特定施設入居者生活介護を始めとした居住系サービスについても総量規制を導入することによって¹²⁶、任意に利用することは難しくなると考えられる。この場合、家族介護補充説を採用する在宅介護を、利用者が選択することは、その生活自体に「金銭的評価に代えがたい価値を認めている¹²⁷」ためと考えることが必要とされる。

（４）介護保険制度が担う「介護」と家族介護

在宅と施設介護の公平性を図るには、家族介護に対して社会的に正当な評価を付与することが必要である¹²⁸。家族介護を評価する方法としては、現金を給付する介護手当が想定されるが、その目的等に応じて対象者、水準等が異なる。増田雅暢氏は、介護手当を要介護者本人に対するものと介護者に対するものに大別した上で、次のとおりに目的ごとに類型化した¹²⁹。まず、要介護者本人に対するものとして、一点目は慰藉、激励等を目的としたもの、二点目は保険給付以外の介護費用の補填を目的としたもの、三点目は自らの裁量に基づく介護サービスの利用に資することを目的としたもの、四点目は施設・在宅サービスの受給者との均衡を図ることを目的としたものに分けることができる。次に、介護者に対するものとして、一点目は慰労、激励等を目的としたもの、二点目は保険給付以外の介護費用の補填を目的としたもの、三点目は介護労働に対する対価を目的としたもの、四点目は介護に伴う逸失利益の補填を図ることを目的としたものに分けることができる。

¹²⁵ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）第 7 条第 2 項の規定は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない旨を定める。

¹²⁶ 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 314 号）は、平成 26 年度目標値の設定について、居住系サービスのこの市町村における利用者数の合計数の、市町村における要介護 2 以上の認定者数に対する割合を 37%以下にする旨を定める。

¹²⁷ 江口・前掲注（14）36 頁。

¹²⁸ 江口・前掲注（14）36 頁。

¹²⁹ 増田・前掲注（12）162 頁。

介護手当の支給の是非は、当初から議論があった。平成元（1989）年の介護対策検討会報告書では、介護手当について、必ずしもサービスの供給と結びつくものではなく、給付要件の設定によっては寝たきり状態の解消につながらない等のため慎重に検討すべきであるとして、消極的な評価を示した。これとは反対に、平成6（1994）年の高齢者・自立支援システム研究会報告書では、外部サービスを利用している場合の公平性の観点、介護に伴う支出の増加等の経済的面を考慮すべきであり、本人、家族等の選択の幅を広げることからも意義があるとして、積極的な評価を示した。

両報告書で介護手当の是非が分かれたのは、制度設計の違いによるためであると考えられる。前者の報告書は、地方自治体の単独事業として実施されていた介護手当を国の制度とするという文脈で議論しており、単独の制度として想定していたため、介護手当の支給が介護サービスの利用を抑制することにより、介護サービスの基盤整備の妨げになり得る懸念が強かった。他方、平成6（1994）年の高齢者・自立支援システム研究会報告書は、介護保険制度の枠組みに位置づけられていたため、介護サービスの利用の抑制の可能性があったとしても、介護サービスの利用者と家族介護を要する者との公平性を図るためには、制度内で両者を評価することが求められることになる。ただし、この報告書は、支給対象を要介護者と介護者たる家族のどちらにすべきかについては議論があると指摘した。

平成8年（1996）年の老人保健福祉審議会最終報告書では、介護手当については、積極的な評価と消極的な評価の両論が併記されることとなった。積極的な意見は次の三点をあげている。一点目は、高齢者、家族等の選択を重視し、介護サービスの利用者との公平性等を考慮する必要があることである。二点目は、現実には家族の介護を望む高齢者が多く、また家族が介護を担っている等の実態があることである。三点目は、保険料に対する見返りとして必要性を有することである。一方、消極的な意見は次の四点をあげている。一点目は、家族介護が固定化され、特に女性が拘束される恐れがあることである。二点目は、高齢者の自立を阻害する恐れがあり、家族にとっても負担が過重になり、介護の質が担保できないことである。三点目は、サービスの拡大が図られなくなる恐れがあることである。四点目は、財政的な負担が増大することである。なお、仮に介護手当を支給する場合には、「被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる」と指摘している。介護手当に関する最終的な評価は、同年の介護保険制度試案によって、現物給付を優先したため、「家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わないもの」とすることになった。

介護手当の支給は、介護サービスの利用か家族介護かという二者択一が前提となってお

り、「当面は現金給付を行わず、介護サービス基盤の充実を優先することとした政府・与党案の選択は、相応に合理的なもの¹³⁰」とする指摘がある。しかし、増田雅暢氏は、介護手当が家族介護を固定化させる懸念に対して、「実際の介護者の意識・行動の分析を無視した情緒的な観念論¹³¹」であるとして退けている。加えて、介護手当の給付方法を工夫することにより適切な介護サービスを担保できること、懸念された介護サービス量は充実してきたこと、現物給付よりも財政負担は軽くなることから、介護手当に対する批判は論拠に乏しいと批判している¹³²。むしろ、被保険者及び保険者による主体的な運営、無報酬が基本である家内労働の社会的評価の付与、在宅介護の支援、経済的効果の発現等を理由に、介護手当の創設を提言している¹³³。

例えば、介護手当を介護保険の保険給付の一つとして位置づけた場合、その対象は被保険者である要介護者が基本となる。またその内容は、前述した介護手当の種類のうち、他の保険給付と比較考慮すると、次の二点が適切であると考えられる。一つは、自らの裁量に基づく介護サービスの利用に資することである。この場合、家族介護補充説又は介護完全外部化説のいずれを採用するかは別にして、介護サービスの利用に要する費用と基本的には同額を支給する必要があることになる。もう一つは、施設・在宅サービスの受給者との均衡を図るものである。この場合、介護完全外部化説の採用を前提にすると、施設等における介護サービスに要した費用と基本的には同額を支給する必要があることになる¹³⁴。つまり、これらの手当の目的は、前者は介護サービス利用者と家族介護を要する者との公平性を、後者は施設介護と在宅介護との公平性を図るものである。したがって、保険給付の一つとして介護手当を位置づけることの意義は、公平性の観点から介護保険制度の整合性を図るためということになる。すなわち、介護手当の導入することは、介護そのものの定義とともに、介護保険制度が担う「介護」と家族介護との関係を明確化にすることでもあった。

しかし、介護保険制度は介護手当を制度として何ら位置づけなかった。その理由は給付の現物化を優先させたためである。ところで、介護保険制度は現物給付の仕組みをとっていない。ただし、保険者が一定の条件を満たす被保険者に代わって事業者が費用を支払うことに

¹³⁰ 江口・前掲注（14）38頁。

¹³¹ 増田・前掲注（12）162頁。

¹³² 増田・前掲注（12）186頁。

¹³³ 増田・前掲注（12）191頁。

¹³⁴ 実際には事務費を控除するため、介護手当の額は介護サービスに係る給付額と比べて低額となると考えられる。

より、被保険者に対する給付とみなす代理受領に基づき、事実上は給付を現物化しているといえる。だが、原則は償還払いによる現金給付を採用している。これは、介護保険制度が保険給付に加えて保険給付外サービスとの併用を可能とするため、現物給付化によって混合診療を禁止している医療保険制度¹³⁵と差別化を図ったとする指摘がある¹³⁶。このため、法律の仕組みでは現物給付を原則としていないことから、現金給付として介護手当を保険給付に位置づけることは、理論上可能であったと考えられる。

もちろん介護手当の導入の是非を論じるためには、より多角的な視点が必要である。むしろ制度施行前には、現金給付化との関連で、同居家族に対して、家族が自ら訪問介護を提供することを保険給付とすることができるかが議論となった。特にこれを基準該当サービスとして認めることは、実質的に介護手当に相当することになるため、制度設計において同居家族に対するサービスの提供は基本的には否定的であった。結果として、事業者による訪問介護だけでは必要なサービスが確保でき場合にのみ、同居家族を介護する時間が訪問介護としての全時間の2分の1を超えないことという、非常に限定された枠組みでのみ可能となった¹³⁷。しかし、介護保険制度が認めたくなくとも家族介護は現に必要とされている。一方で、介護手当を認めてしまうことは、家族介護を促すものとして捉えられかねない。つまり、家族介護が訪問介護に従事する時間の合計の2分の1を超えないという制限は、この二律背反から生まれた妥協の産物なのである。

わが国の介護保険制度の最終的な議論のまとめの中では、介護そのものの定義を欠いたまま、家族介護の評価に関する議論は置き去りにされていたことが明らかになった。それでは、介護保険制度は、どのような介護を誰が担うことを想定して設計されたのか。

介護保険制度が担う「介護」と家族介護に代替性が認められるのならば、家族介護も同様に介護保険制度において正当な評価を付与する必要がある。しかし、介護保険制度は、家族介護を評価する手立てを有さなかったため、介護保険制度が担う「介護」は、家族介護との代替性を認めず、むしろ家族介護を補完するものとして位置づけることができると考える。そして、介護そのものの定義が明確化されなかったことにより、家族介護との関係において、

¹³⁵ 国は「個別的には、保険診療に該当するものであっても、これに保険診療に該当しないものが加わって、一体として『療養の給付』に該当しないことになれば、個別的にみれば保険診療であるものについても、『療養の給付』を受けられないと解すべきである」と主張する。(東京地判平成19年11月7日判例タイムズ1261号121頁。)。なお、この判決は、個別的にみれば保険診療であるものは「療養の給付」を受けられると解する。

¹³⁶ 増田・前掲注(12)105頁。

¹³⁷ 介護保険制度史研究会他・前掲注(82)512頁。

介護保険制度は常に過剰利用のリスクに曝されることになる。

過剰利用のリスクに対して、介護保険法第2条の規定は、保険給付の配慮事項として、一点目に要介護状態の維持又は改善を、二点目にサービスの効率化を、三点目に自立支援を定める。しかし、家族介護の位置づけを欠いたために、要介護状態の維持又は改善及びサービスの効率化が自立支援とどのように結びつくかについて、その相互の関連性が不明瞭となっている。例えば、自立支援は、その効果を曖昧にしたまま、保険給付の内容及び水準を正当化する概念として位置づけられている¹³⁸。つまり、介護保険制度は、一方で自立支援の効果を評価することは困難であるとしながら、他方で介護は自立支援に必要なもののみを担うという矛盾に陥ることになった。

ところで、前述したとおり、社会保険方式の採用は、単なる財源の確保に止まらず、契約に基づく介護サービスの利用に移行するために決定的な役割を果たした。その目的は、市場原理により介護サービスの量的な拡大及び質の向上を図ることであった。ただし、介護サービスの利用を契約に位置づけることは、介護保険制度との関係において、どのような介護を誰が担うのかという観点から一種の制約が生じることになる。

(5) 介護保険制度における介護サービス契約の位置づけ

ア 制度的契約における介護サービス契約の位置づけ

介護保険制度が担う「介護」は、介護サービス事業者等¹³⁹が提供するサービスを、利用者がこの事業者等と締結した契約、すなわち「介護サービス契約」を通じて利用することにより、初めて現実のものとなる。この介護サービスを、直接に報酬単価¹⁴⁰によって評価するも

¹³⁸ 平成16年度末を終期とする「ゴールドプラン21」後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討することを目的とした厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会が、平成15年6月に取りまとめた「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」は、「介護サービスの質を示す『自立支援の効果』については、未だ評価を行う具体的な尺度は研究段階にあることから、サービスの質に関する客観的な情報は十分提供されているとは言い難い状況にある」としつつも、「介護保険は、高齢者の自立支援のための『ニーズ』に対して標準的なサービスを保証するものであり、介護保険で給付されるサービスがカバーする『高齢者の介護ニーズ』とは、『利用者が主観的に求めるもの』ではなく、介護認定やケアマネジメントを通じた利用者の状況等に関する専門的評価に基づいた『自立支援に必要なもの』でなければならない」とする。

¹³⁹ 指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者をいう。

¹⁴⁰ 厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成12年厚生省告示第22号）は、1単位を10

のが介護報酬基準¹⁴¹である。介護保険法は、介護報酬基準を、介護サービスの種類ごとに、その内容、利用者の要介護状態、事業所等が所在する地域等を勘案して算定される平均的な費用の額に関する基準であると定義する¹⁴²。なお、介護サービス事業者等が保険給付の代理受領を行う場合は、指定基準¹⁴³に照らした、保険者による審査を要する。

円として、サービスの種類に応じて地区ごとに加算する割合を乗じたものを単価とする。

¹⁴¹ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第20号）、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）、指定介護予防サービスに要する費用の基準（平成18年厚生労働省告示第128号）指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）及び指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第129号）その他保険給付に必要な額を定める基準をいう。

¹⁴² 例えば、介護保険法第41条第4項の規定は、居宅介護サービス費の額を、次の二つの居宅サービスの区分に応じる額とする旨を定める。一つは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション及び福祉用具貸与これらの居宅サービスの種類ごとに、この居宅サービスの種類に係る指定居宅サービスの内容、この指定居宅サービスの事業を行う事業所の所在する地域等を勘案して算定されるこの指定居宅サービスに要する平均的な費用（通所介護及び通所リハビリテーションに要する費用については、食事の提供に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。）の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現にこの指定居宅サービスに要した費用の額を超えるときは、この現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。）の百分の九十に相当する額である。二つは、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び特定施設入居者生活介護これらの居宅サービスの種類ごとに、要介護状態区分、この居宅サービスの種類に係る指定居宅サービスの事業を行う事業所の所在する地域等を勘案して算定されるこの指定居宅サービスに要する平均的な費用（食事の提供に要する費用、滞在に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。）の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現にこの指定居宅サービスに要した費用の額を超えるときは、この現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。）の百分の九十に相当する額である。

¹⁴³ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）、指定居宅支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）、指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第42号）指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）、指定地域密着型介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）及び指定介護予防支援事業の人員及び設備並びに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）のうち、事業者及び施設の指定並びに介護老人保健施設の許可に係る

ただし、介護サービスの質の評価は、介護報酬や指定基準のみによって担われるものではない。サービスの内容そのものはもとより、利用者の意向に対する配慮、事業者の管理体制の整備等を、第三者評価等によって多面的に評価する必要がある。だが、第三者評価の結果と利用者が望むサービスは必ずしも一致しないとする指摘がある¹⁴⁴。介護サービスの評価が主観に左右されやすいことを示しているため、客観的に望ましい介護を一言で表すことは困難である。もっとも、正確な情報を基に判断することが可能であれば、利用者自らが適切な介護サービスを選ぶことは最も合理的な評価の方法である。介護保険制度は、介護サービス事業者等の競争を通じて、サービスの量的拡大とともに質の向上を図ることを意図していた。この競争原理を支える要因は、契約によるサービスの利用を可能にしたことである。この契約化の流れについて、内田貴氏は、「契約は、市場における経済活動を媒介する法制度であり、そのような法制度としての契約は、市場が成立していなかった領域に市場を創設する手段として用いられる¹⁴⁵」と指摘する。したがって、介護保険制度を機能させるにあたって、利用者が自らにとって適切な介護サービス事業者等と介護サービス契約を締結することが最も重要になる。

ところで、介護サービス契約は、消費者契約の一つである。消費者契約とは、消費者と事業者との間で締結される契約である¹⁴⁶。消費者契約法は、特に消費者の利益に配慮するため、主に次の二点の措置を講じている。一点目は、事業者の一定の行為により消費者が誤認し、又は困惑した場合に、契約の申込み又はその承諾の意思表示を取り消すことができることである¹⁴⁷。「消費者契約の場合、長期的・継続的な関係が形成されており契約か

事項その他これに関する事項を定める基準をいう。

¹⁴⁴ 例えば、第三者評価について、「認証や格付けといった評価は、利用者にとってはわかり易い情報とはなるが、認証や格付けを行った評価の尺度は、基本的にはそれぞれの評価主体が定めているので、開示情報の利用者が求める評価内容と必ずしも一致しない」との指摘がある。(介護サービスの質の評価に関する調査研究委員会『利用者による介護サービス(事業者)の適切な選択に資する情報開示の標準化について中間報告書』39頁(社団法人シルバーサービス振興会, 2004))。

¹⁴⁵ 内田貴『制度的契約論—民営化と契約』(羽島書店, 2010) 4頁。

¹⁴⁶ 消費者契約法第2条第3項の規定は、「消費者契約」とは、消費者と事業者との間で締結される契約をいう旨を定める。

¹⁴⁷ 消費者契約法第4条第1項の規定は、消費者は、事業者が消費者契約の締結について勧誘をするに際し、この消費者に対して次に掲げる行為をしたことにより、次の二点に関する誤認をし、それによってこの消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときは、これを取り消すことができる旨を定める。一つは、事業者が重要事項について事実と異なることを告げ、消費者がこの告げられた内容が事実であるとの誤認した場合である。二つは、事業者が、物品、権利、役務その他のこの消費者契約の目的となるものに関し、

らの離脱が難しいということは少ない。それゆえ、トラブルに直面した消費者としてはこの事業者との関係を継続するよりもこれを解消したいと望むことが多い¹⁴⁸」ため、消費者が一方的に契約を取消すことができるとするものである。二点目は、事業者の損害賠償の責任を免除する条項その他の消費者の利益を不当に害することとなる条項の全部又は一部を無効とすること¹⁴⁹である。約款によって、契約の主な目的の他に、違約金、免責等の

将来におけるその価額、将来においてこの消費者が受け取るべき金額その他の将来における変動が不確実な事項につき断定的判断を提供し、消費者がこの提供された断定的判断の内容が確実であるとの誤認した場合である。

また、消費者契約法第4条第2項の規定は、消費者は、事業者が消費者契約の締結について勧誘をするに際し、この消費者に対してある重要事項又はこの重要事項に関連する事項についてこの消費者の利益となる旨を告げ、かつ、この重要事項についてこの消費者の不利益となる事実（この告知によりこの事実が存在しないと消費者が通常考えるべきものに限る。）を故意に告げなかったことにより、この事実が存在しないとの誤認をし、それによってこの消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときは、これを取り消すことができる旨を定める。ただし、この事業者がこの消費者に対しこの事実を告げようとしたにもかかわらず、この消費者がこれを拒んだときは、この限りでない。

さらに、消費者契約法第4条第3項の規定は、消費者は、事業者が消費者契約の締結について勧誘をするに際し、この消費者に対して次の二点の行為をしたことにより困惑し、それによってこの消費者契約の申込み又はその承諾の意思表示をしたときは、これを取り消すことができる旨を定める。一つは、この事業者に対し、この消費者が、その住居又はその業務を行っている場所から退去すべき旨の意思を示したにもかかわらず、それらの場所から退去しないことである。二つは、この事業者がこの消費者契約の締結について勧誘をしている場所からこの消費者が退去する旨の意思を示したにもかかわらず、その場所からこの消費者を退去させないことである。

¹⁴⁸ 大村敦志著『消費者法第3版』（有斐閣、1997）56頁。

¹⁴⁹ 消費者契約法第8条第1項の規定は、次の五つの消費者契約の条項は、無効とする旨を定める。一つは事業者の債務不履行により消費者に生じた損害を賠償する責任の全部を免除する条項である。二つは、事業者の債務不履行（この事業者、その代表者又はその使用する者の故意又は重大な過失によるものに限る。）により消費者に生じた損害を賠償する責任の一部を免除する条項である。三つは、消費者契約における事業者の債務の履行に際してされたこの事業者の不法行為により消費者に生じた損害を賠償する民法の規定による責任の全部を免除する条項である。四つは、消費者契約における事業者の債務の履行に際してされたこの事業者の不法行為（この事業者、その代表者又はその使用する者の故意又は重大な過失によるものに限る。）により消費者に生じた損害を賠償する民法の規定による責任の一部を免除する条項である。五つは、消費者契約が有償契約である場合において、この消費者契約の目的物に隠れた瑕疵があるとき（この消費者契約が請負契約である場合には、この消費者契約の仕事の目的物に瑕疵があるとき。次項において同じ。）に、この瑕疵により消費者に生じた損害を賠償する事業者の責任の全部を免除する条項である。

また、消費者契約法第9条の規定は、次の二つの消費者契約の条項は、この各号に定める部分について、無効とする旨を定める。一つは、この消費者契約の解除に伴う損害賠償の額を予定し、又は違約金を定める条項であって、これらを合算した額が、この条項において設定された解除の事由、時期等の区分に応じ、この消費者契約と同種の消費者契約の解除に伴いこの事業者が生ずべき平均的な損害の額を超える場合、この超える部分である。二つは この消費者契約に基づき支払うべき金銭の全部又は一部を消費者が支払期日

様々な付随的事項が構成されるが、消費者にとって、それは交渉の余地のないものとして扱われることが多いことから、一定の契約内容を強制的に修正させるものである。

なぜ消費者の利益に配慮する必要があるのか。消費者とは、個人のうち、事業として又は事業のために契約の当事者となる場合を除いた者とされる¹⁵⁰。消費者は、次の四点の特性を有するとの指摘¹⁵¹がある。一点目は、商品等に関する十分な情報を有していないこと又は情報を十分に評価することができないことである。二点目は、十分な交渉力を持たないことである。三点目は、外部からの影響を受けやすいため、常に合理的な行動をとることが困難なことである。四点目は、回復困難な損害を受けやすいことである。消費者契約法は、これらの格差を是正し、消費者と事業者が対等な関係を維持することを目的する。

介護サービス契約は、単なる消費者契約ではない。介護サービスそのものの性質に内在する制約のため、消費者契約法の措置だけではなく、指定基準等によって、契約内容は一定の規制を受けることになる。その制約とは、「特定の当事者の契約関係でありながら、一方当事者が、同様な契約を結んでいる他の当事者や、まだ契約関係にない潜在的な当事者への配慮を要求されるような性質¹⁵²」である。内田貴氏は、この種の契約を制度的契約と位置付けている。制度的契約は次の四つの特徴を有する¹⁵³。一点目は個々に異なる条件の契約を締結することは、正義公平に反するとされることである。二点目は、平等に差別なく提供しなければならないことである。三点目は、契約の拘束力が正当性を得るためには、潜在的な利用者が直接又は間接的に契約の内容等の決定に参加できる仕組みを確保す

(支払回数が二以上である場合には、それぞれの支払期日。以下この号において同じ。)までに支払わない場合における損害賠償の額を予定し、又は違約金を定める条項であって、これらを合算した額が、支払期日の翌日からその支払をする日までの期間について、その日数に応じ、この支払期日に支払うべき額からこの支払期日に支払うべき額のうちすでに支払われた額を控除した額に年 14.6%の割合を乗じて計算した額を超える場合、この超える部分である。

さらに、消費者契約法第 10 条の規定は、民法、商法その他の法律の公の秩序に関しな規定の適用による場合に比し、消費者の権利を制限し、又は消費者の義務を加重する消費者契約の条項であって、民法第一条第二項に規定する基本原則に反して消費者の利益を一方的に害するものは、無効とする旨を定める。

¹⁵⁰ 消費者契約法第 2 条第 1 項の規定は「消費者」とは、個人（事業として又は事業のために契約の当事者となる場合におけるものを除く。）をいうと定める。なお、消費者契約法に規定する「消費者」には、営利及び非営利を問わず、法人、任意団体、個人事業者等を除外したため、より広い消費者の定義として、「営業と直接には関係しない目的のために行為する者」とする指摘がある。(大村・前掲注 (148) 25 頁)。

¹⁵¹ 大村・前掲注 (148) 21 頁。

¹⁵² 内田・前掲注 (145) 57 頁。

¹⁵³ 内田・前掲注 (145) 86 頁。

る必要があることである。四点目は、手続の透明性が確保されており、かつ、サービスの提供者が説明責任を負うことである。

しかし、制度的契約は、具体的にどのようにその契約関係が成立しているのかを明らかにしていない。特に個別に契約内容を交渉する余地がなければ、利用者は介護サービス事業所等を選択することのみによって評価せざるを得ない。だが、その正当性、つまり規制の合理性は契約内容の決定に参加する仕組みを確保することによって担保される必要がある。指定基準等はその合理性を如何に担保しているのか。このことを検証するためには、介護の特性に配慮した介護サービス契約の概念を再構築することが必要である¹⁵⁴。

イ 福祉契約における介護サービス契約の位置づけ

介護サービス契約は、学説では福祉契約の範疇に位置づけられている¹⁵⁵。福祉契約とは、「事業者と利用者が締結する、福祉サービスの供給を内容とする契約が広く含まれる¹⁵⁶」ものとされる。そして、福祉契約の特性に応じた解釈又は立法論を提示することを福祉契約論という¹⁵⁷。福祉契約論は、介護保険制度の創設、社会福祉基礎構造改革等によって、措置制度から契約に基づくサービスの利用に移行したことを主眼に検討することを目的とする。したがって、福祉契約論の対象は社会福祉事業を主としており、社会的弱者の支援に関する契約全般を射程に含めた議論ではないとする指摘¹⁵⁸がある。

福祉契約論の意義については、次の二点が指摘¹⁵⁹される。一点目は、社会福祉の領域において、実務的、制度的及び理論的に契約法及び消費者法を浸透させることにより、詳細を検証することである。この検証は、福祉契約の生成が措置制度からの移行に伴うという観点に基づくものである。二点目は、商取引及び消費者契約一般においては関与されない配慮の必要性を検証することである。この検証は、必要な量を公平かつ迅速に供給するという、福祉に要求される観点に基づくものである。つまり、福祉契約は消費者契約の一つ

¹⁵⁴ 岩村正彦「第2章社会福祉サービス利用契約の締結過程をめぐる法的論点—社会保障法と消費者法との交錯—」岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』（信山社出版、2007）20頁。

¹⁵⁵ 本沢巳代子「社会福祉と契約『総論』」社会保障法第19号95頁（2004）。

¹⁵⁶ 笠井修「福祉契約と契約責任」新井誠他編『福祉契約と利用者の権利擁護』（日本加除出版社、2006）24頁。

¹⁵⁷ 丸山絵美子「第3章ホーム法契約規制論と福祉契約論」岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』（信山社出版、2007）53頁。

¹⁵⁸ 丸山・前掲注（157）61頁。

¹⁵⁹ 丸山・前掲注（157）61頁。

として、特に情報の非対称性及び交渉力の格差を有し、かつ、附合契約であることが指摘されている¹⁶⁰。しかし同時に、一般的な消費者契約とは異なる観点を考慮する必要があると考えられる。なぜなら、契約からの解放が問題そのものを解決せず、金銭的な損害賠償では原状回復することが困難であるためだからである。また、利用者の理解力が不足していることに加えて、介護を要する状態は日々変化することから、予め具体的な債務を確定することが難しいことも考慮する必要がある。

消費者契約法の規定を上回る特別な配慮が必要な場合は、契約の目的、種類等に応じた個別法が制定されることになる¹⁶¹。個別法は、私法的効力により契約内容を直接的に規制するものと、行政処分等により実質的に契約内容を規制するものに分かれる。福祉契約についても、一定のサービス水準を確保することを目的として、契約内容を直接に規制する特別法の制定の必要性が指摘される¹⁶²。しかし、一方で特別法の制定は慎重であるべきとする指摘もある¹⁶³。

慎重を要する理由として、理論的検討が不十分であり、まずは法解釈による問題解決を図る必要があるとする指摘がある¹⁶⁴。検討すべき事項の一つは、福祉契約が対象とする範囲を確定させることである。福祉契約論が検討対象として主眼におくのは、社会福祉基礎構造改革等によって契約に基づくサービスの利用に移行した社会福祉事業である。したがって、福祉契約を「介護保険制度において社会福祉事業者を中心とした介護保険事業者と利用者との間で締結される契約、支援費制度において社会福祉事業者と利用者の間で締結される契約、地域福祉権利事業ないし福祉サービス利用援助事業における基幹社協などと利用者との間で締結される委任ないし準委任契約¹⁶⁵」と定義することは、福祉契約論の生

¹⁶⁰ 岩村・前掲注（154）30頁。

¹⁶¹ 例えば、宅地建物取引業法第35条の規定は、宅地建物取引業者に一定の事項を記載した書面を交付して説明する義務を課す旨を定める。また、旅行業法第12条の4の規定は、旅行業者等に一定の事項を記載した書面を交付して説明する義務を課す旨を定める。

¹⁶² 丸山・前掲注（157）60頁。例えば、日本弁護士連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会では、契約書の作成義務、不当勧誘禁止、不公正契約及び不意打ち条項の禁止、解釈準則の設定、重要事項記載文書の交付並びにそれに係る説明及び同意を得る義務、不当条項の無効、保険及びそれを上回る部分の料金設定の明示並びに料金の上限の設定、解除解約等を規定した「福祉サービス法」の制定を提言する。（日本弁護士連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会『契約型福祉社会と権利擁護のあり方を考える：高齢者・障害者主権の確立のために』130頁（あけび書房、2002））。

¹⁶³ 小西知世「第1章契約による福祉と事業者の応諾義務－医師の応招義務を類比して－」新井誠他編『福祉契約と利用者の権利擁護』（日本加除出版社、2006）22頁。

¹⁶⁴ 小西・前掲注（163）22頁。

¹⁶⁵ 本沢・前掲注（155）95頁。

成の理に適っていると考えられる。しかし、福祉サービスの利用に係る契約に重きをおく場合、一部の社会福祉事業のみを対象とすることは妥当ではなく、「福祉サービスの給付を目的とする契約を福祉契約とするならば、社会保障とは無関係に成立する有料老人ホーム入居契約や認可外保育施設との保育契約などもこの中に含まれる¹⁶⁶」と定義することもできる。つまり、論者によって福祉契約の対象が異なることになる。検討対象を見定めることなく、福祉契約論の是非を論じることは、「おそらくあまり実のある議論とはならないだろう。というのも、契約の性質・内容・あり方は、例えば当事者の属性の違いに呼応して、質的に大きく異なっているからである¹⁶⁷」という指摘がある。より重要なことは、福祉契約の対象が契約内容を規制する正当化の根拠となり得ることである。

介護付終身利用権型有料老人ホームの入居等に係る契約を対象に、法的性質、契約内容の開示及び情報提供、入居一時金の性質、精算及び保障、クーリング・オフ、体験入居、解約、契約内容の改訂、居住の権利及び第三者の対抗等を論点としたものとして、ホーム契約規制論がある¹⁶⁸。丸山絵美子氏は、ホーム契約規制論は検討対象が明確であって、その妥当性は未だに有しながらも、福祉契約論の生成により、「立法論を視野に入れた規制の切り口の設定が難しくなった¹⁶⁹」と指摘する。当初有料老人ホームの入居等に係る契約は、軽費老人ホーム等に比べて、「民間経営者が参入し、契約内容設計における自由度が高く、倒産といった事態も生じていた¹⁷⁰」こと等から、契約を規制する必要性が検討されていた。しかし、有料老人ホームが介護保険法第8条第11項に規定する特定施設に位置づけられたことから、ホーム契約規制論は、他の特定施設である軽費老人ホーム及び適合高齢者専用賃貸住宅¹⁷¹、介護老人福祉施設等を含めた上で、福祉契約論と交差しながら、規制の必要性を再構築する必要がある。つまり、契約内容を規制する個別法を制定するにあたっては、正当性が問われることになるが、ホーム契約規制論は、規制の対象が公的な給付又は社会福祉事業とは直接に関連しないため、なぜ特別に契約内容を規制する必要がある

¹⁶⁶ 原田大樹「福祉契約の行政法学的分析」法制研究 69 巻 4 号 69 頁（九州大学，2003）。

¹⁶⁷ 小西知世「福祉契約の法的関係と医療契約」『社会保障法第 19 号』（日本社会保障法学会編，2004）102 頁。

¹⁶⁸ 丸山・前掲注（157）43 頁。

¹⁶⁹ 丸山・前掲注（157）52 頁。

¹⁷⁰ 丸山・前掲注（168）。

¹⁷¹ 介護保険法施行規則第 15 条に規定する、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）第 4 条の規定により登録されている賃貸住宅のうち、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届け出られているものをいう。

るかを精査しなければならない。これに対して、福祉契約論は、「必要性に応じた平等かつ迅速なサービス提供への要請とそれを確保する諸手当の必要性」から、「少なくとも、社会福祉事業として法律に位置づけられ、あるいは公費の投入が認められる」ことが、契約内容を規制する正当性になり得ると指摘する¹⁷²。したがって、福祉契約論は、規制の対象がそのまま契約内容を規制する正当性を保証することになる。

しかし、福祉契約論は二点の問題がある。一点目は、社会福祉事業であることがその正当性を保証するに足りるのかということである。つまり、それぞれの社会福祉事業と契約内容の規制の必要性との関係を改めて証明する必要があるのではないか。社会福祉事業の経営者は、社会福祉法によって、情報提供、利用契約の申込み時の説明、利用契約の成立時の書面交付及び誇大広告の禁止が義務付けられている¹⁷³。だが、社会福祉法の規定を直接の根拠として、利用者が契約の取消し等を行うことは想定されていない¹⁷⁴。また、同法は総則的な規定を置くに過ぎず、各社会福祉事業の趣旨はそれぞれの根拠法に基づくため、制度によって規制の必要性は異なる。二点目は、「公費の投入」とは何かということである。「公費」には、税及び社会保険料が含まれると想定できるが、その違いはこの制度の骨格を形作っている¹⁷⁵。また、「投入」のあり方についても、現物給付構成と現金給付構成の違いは、当事者間の契約構成に大きく影響するものである¹⁷⁶。このため、それぞれの差異を一括りにすることは妥当ではなく、契約の内容を規制する正当性を得るために

¹⁷² 丸山・前掲注(157) 65頁。

¹⁷³ 社会福祉法第75条第1項は、社会福祉事業の経営者は、社会福祉事業において提供される福祉サービスを利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない旨を定める。また、第76条の規定は、社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあつた場合には、その者に対し、この福祉サービスを利用するための契約の内容及びその履行に関する事項について説明するよう努めなければならない旨を定める。さらに、第77条の規定は社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、一定の事項を記載した書面を交付しなければならない旨を定める。なお、第79条の規定は、社会福祉事業の経営者が、その提供する福祉サービスについて広告をするときは、広告された福祉サービスの内容その他の厚生労働省令で定める事項について、著しく事実に相違する表示をし、又は実際のものよりも著しく優良であり、若しくは有利であると人を誤認させるような表示をしてはならない旨を定める

¹⁷⁴ 社会福祉法には、契約の取り消し、無効等を私法上の効力に関する規定はない。

¹⁷⁵ 介護保険制度創設の理由の一つに、税を財源とすることに根本的な課題があったためであることは、前述したとおり。

¹⁷⁶ 療養を保険給付とする医療保険制度の場合、保険者と医療機関の間に公法上の契約関係が存在するが、費用負担を保険給付とする介護保険制度の場合、保険者と介護サービス事業者等の間には契約関係は存在しない。

は、更なる検討が必要となる。

福祉契約論を正当化するためには、規制の対象とする範囲とともに、利用者像を確立することが必要である。福祉契約を締結する者は、「必要な判断能力を欠くおそれのある人々¹⁷⁷」である。一般的な消費者についても限られた情報量と交渉力によって判断をすることになるが、一定の情報収集能力は有している。これに対して、福祉契約を締結する者は、将来に向かって情報収集能力が欠ける恐れがあるため、判断能力の程度によって特別な支援が必要となる。しかし、福祉サービスの利用者を一般化することは可能なのであろうか。福祉サービスを利用するにあたって、まず判断能力が欠けている者は、成年後見制度を活用することができる。そのうち、身寄りのない者については、市町村長が成年後見制度の利用の申し立てを行うか、入所の措置を講じることとなる。次に、判断力が不十分な者は、地域権利擁護事業を利用することができる。それ以外の者は、介護保険制度の場合、居宅介護支援を利用することができる。もっとも、自ら居宅サービスの利用に係る計画を策定することもできるが、このような者は一般的な消費者が有する判断能力と相違ない判断能力を有するといえる。つまり、福祉サービスを利用する者であっても、判断能力の程度は千差万別であり、必要な配慮のあり方はそれぞれ異なる。このため、福祉契約論が抱える利用者像は広範にわたることから、さらなる検討が必要である。

極論すれば「契約は、利用者に必要なときに必要な質・量のサービスをもたらすことができるのだろうか¹⁷⁸」という自己撞着を抱えることになる。したがって、結局、福祉契約論によって、個別の福祉制度の枠組みから独立して、契約内容を規制する正当性を確立することは困難であるといえる。これに対して、福祉契約は「それを支える行政過程の中に組み込まれて初めてその役割を果たすことができるものである¹⁷⁹」とする指摘がある。つまり、行政基準との関係性の上に福祉契約が立脚すると考えるのであれば、福祉契約論の検討対象は制度の枠組みごとに定義する必要があることになる。したがって、福祉契約論の観点から、介護サービス契約を、介護保険制度と関連のある限りにおいて論じる。

ウ 介護保険制度における介護サービス契約の位置づけ

¹⁷⁷ 小西・前掲注（167）104頁。

¹⁷⁸ 小西・前掲注（163）15頁。

¹⁷⁹ 原田・前掲注（166）766頁

介護保険制度において、介護サービス契約は、どのように位置付けられているのか¹⁸⁰。

介護サービスを利用するにあたって、被保険者資格以外に一定の要件が必要となる。それが要介護認定である。要介護認定は、「申請に基づく行政行為¹⁸¹」のうち、「保険者がその責任と権限に基づき、被保険者が要介護状態にあるかどうかというのを一定の基準、全国一律の基準であるが、その基準により確認する行為¹⁸²」であるとされる。したがって、「給付決定は福祉サービスの必要性に基づくサービス費用保障の上限額の決定であり、具体的にどんなサービスを誰から提供してもらうかについては後続の福祉契約に委ねている¹⁸³」ことになる。つまり、措置制度が「福祉サービスの必要性と給付するサービスの内容とを一体的に決定¹⁸⁴」していたのに対して、介護保険制度は「ニーズの認定と給付内容の形成を分離した¹⁸⁵」と指摘される。なお、要介護認定の審査及び判定に際して、要介護認定審査会は、保険者に対して次の二点の意見を述べることができる¹⁸⁶。一点目は、被保険者の要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養に関する事項である。保険者は、この意見に基づき、被保険者に給付する介護サービスの種類を指定することができる¹⁸⁷。「法律上は原則利用者によるサービス選択の自由ということであるが、特に療養上の観点から必要がある場合については、サービスの種類を指定できるという例外的な規定

¹⁸⁰ 原田大樹氏は、「福祉契約を素材に契約と行政法システムとの連携を分析することを目標として」、保育入所契約、介護保険サービス利用契約（介護契約）及び支援費方式に基づく契約（障害福祉契約）に検討対象を限定した。その上で、保育入所契約は現物給付であり、利用者側と行政が契約を締結することに対して、介護契約及び障害福祉契約は費用保障であること、給付決定と契約関係が分離していることから、後者を検討の中心に添えている。（原田・前掲注（166）769頁。）しかし、介護契約及び障害福祉契約においても、前者は社会保険方式に対して、後者は税を財源としている。これは、給付に上限を設けるか否か等で、制度設計が異なることになる。このため、介護契約及び障害福祉契約においても、制度ごとに検討対象を分けることが必要である。

¹⁸¹ 原田・前掲注（166）777頁。

¹⁸² 遠藤浩他「介護保険法案の作成をめぐる」法制研究 66 巻4号 1791頁（2000）。

¹⁸³ 原田・前掲注（166）779頁。

¹⁸⁴ 原田・前掲注（183）。

¹⁸⁵ 原田・前掲注（183）。

¹⁸⁶ 介護保険法第27条第5項の規定に規定する、認定審査会が市町村に意見を述べるのできる事項は次の二点である。一つは、この被保険者の要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養に関する事項である。二つは、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス又は指定施設サービス等の適切かつ有効な利用等に関しこの被保険者が留意すべき事項である。

¹⁸⁷ 介護保険法第37条第1項の規定は、保険者は介護給付等対象サービスの種類を指定することができる旨に基づく。なお、「基本的には理由が療養上の理由ということで医学的な観点からの必要性ということに限られている」との指摘がある。（遠藤・前掲注（182）1818頁。）

188」とされる。一方、「サービスの必要性の認定という要介護認定の性格を超えるものであり、要介護認定とは別の行政行為¹⁸⁹⁾」とする指摘がある。二点目は、介護サービスの利用に関して留意すべき事項であり、被保険者の保険証に記載されることになる。介護サービス事業者等は、サービスの提供の際、審査会の意見に配慮しなければならない¹⁹⁰⁾。

また、利用できる介護サービスは、予め都道府県又は市町村の指定を受けた介護サービス事業者等に限られる。介護サービス事業者等の指定は、「事業者あるいは施設が設備とか人員の基準を満たしているかどうか、言い換えるとその提供するサービスの質、あるいは量というものも一部入るが、そのサービスが介護保険給付の対象としてふさわしいものであることの確認行為¹⁹¹⁾」であるとされる¹⁹²⁾。

指定基準の役割は、参入条件の均一化及び明確化を図ることにより、介護サービス事業者等の参入意欲を高めるとともに、一定の水準に満たない介護サービス事業者等を市場から排除することにより、サービスの質を担保することができると指摘される¹⁹³⁾。指定基準の内容は、基本方針、人員に関するもの、設備に関する基準及び運営に関するものによって構成される。このうち、運営に関するものは、事業所の管理のあり方に関するものと介護サービスの内容に関するものが混在している¹⁹⁴⁾。

188 遠藤・前掲注(182) 1815頁。

189 原田・前掲注(166) 785頁。

190 介護保険法第73項第2項の規定は、この認定審査会意見に配慮して、この被保険者にこの指定居宅サービスを提供するように努めなければならない旨を定める。

191 遠藤・前掲注(171) 1802頁。

192 これは、医療保険者と保険医療機関との関係とは異なる。医療保険制度の場合、保険医療機関の指定は、「国の機関としての知事が第三者である被保険者のために保険者に代わって療養の給付、診療方針、診療報酬など」を内容とした、医療機関との間で締結する「公法上の双務的付従的契約」であると解されていた。(大阪地判昭和56年3月23日判例タイムズ436号74頁。)一方、近年では、保険薬局の指定を「保険医療機関又は保険薬局の指定は、厚生労働大臣が、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により、この申請に係る病院若しくは診療所又は薬局と全ての健康保険の保険者との間にこの保険者が管掌する被保険者に対する療養の給付に係る契約関係を包括的に成立させる形式的な行政行為」と解している。(東京地判平成24年11月1日判時2225号47頁。東京高判平成25年6月26日判時2225号43頁。)

いずれの見解を採用する場合でも、介護保険制度との違いは、保険給付の性質に基づくものである。つまり、医療保険制度の場合、保険者は、第三者である被保険者に現物給付を行った保険医療機関に対する対価の支払いという債務が生じる。これに対して、介護保険制度の場合、指定という行政行為により、介護サービス事業者等は単に被保険者の代わりに保険給付を請求できる立場を確認されるに止まり、介護サービス事業者等と保険者の間には契約関係は存在しない。

193 原田・前掲注(166) 785頁。

194 例えば、指定訪問介護事業所に係る運営に関する指定基準のうち、事業所の管理のあ

また、指定基準とは別に、介護サービス事業者等は、提供するサービスの内容及びこの事業所等の運営状況に関する情報のうち、利用者の選択支援に必要となる「介護サービス情報」を、都道府県知事に報告することが義務付けられている。「介護サービス情報」は、基本情報と調査情報によって構成されており、後者については、必要に応じて都道府県知事の調査を経ることになる。「介護サービス情報の公表」制度の目的は、要介護者等が適切かつ円滑にこの介護サービスを利用する機会を確保することである。なお、あくまで客観的な情報を公表することを意図するため、この調査においては、マニュアル、記録等の整備状況を確認するものであり、サービスの質は問わないこととされる¹⁹⁵。したがって、指定基準が介護サービスの水準を定めるものに対して、「介護サービス情報」は、指定基準を上回る取組み等を可視化し、介護サービスの内容を標準化することにより、介護サービス事業者等と利用者間の情報量の格差を縮減することに資するものとなる。

指定基準及び「介護サービスの情報の公表」制度は、実質的に契約内容の規制に大きな役割を果たしている。しかし、その規制のあり方については、福祉契約論の観点から次の二点が問題として指摘されている¹⁹⁶。

一点目は、指定基準等に私法上の効力が及ばないことである。この点について、指定基

り方に関するものとして、「身分を証する書類の携行」(第18条)、「指定訪問介護の基本方針」(第22条第2項)、「管理者及びサービス提供責任者の責務」(第28条)、「運営規定」(第29条)、「勤務体制の確保等」(第30条)、「衛生管理等」(第31条)、「秘密保持」(第33条第2項)、「広告」(第34条)、「居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止」(第35条)、「苦情処理」(第36条第1項、第3項、第4項、第5項及び第6項)、事故発生時の対応(第37条第1項及び第3項)、「会計の区分」(第38条)及び「記録の整備」(第39条)がある。その他は、具体的な介護サービスの内容に関するものである。このうち、契約の締結過程に関するものとして、「内容及び手続の説明及び同意」(第8条)、「サービス提供困難時の対応」(第9条)、「受給資格等の確認」(第11条)がある。また、締結内容として、「要介護認定の申請に係る援助」(第12条)、「心身の状況の把握」(第13条)、「居宅介護支援事業者等との連携」(第14条)、「法定代理受領サービスの提供を受けるための援助」、「居宅サービス計画に沿ったサービスの提供」、「居宅サービス計画等の変更の援助」(第17条)、「サービスの提供の記録」(第19条)、「利用料等の受給」(第20条)、「保険給付の請求のための証明書の交付」(第21条)、「指定訪問介護の基本方針」(第22条第1項)、「指定訪問介護の具体的取扱方針」(第23条)、「訪問介護計画の作成」(第24条)、「同居家族に対するサービス提供の禁止」(第25条)、「利用者に関する市長村への通知」(第26条)、「介護等の総合的な提供」(第29条の2)、「秘密保持」(第33条第1項及び第3項)、「苦情処理」(第36条第2項)、事故発生時の対応(第37条3項)がある。

¹⁹⁵ 古都賢一他『利用者のための「介護サービス情報の公表制度」とは～「介護サービス情報の公表」制度に関する普及啓発シンポジウム講演録～』(シルバーサービス振興会、2007) 37頁。

¹⁹⁶ 原田・前掲注(166) 785頁。

準等による契約内容の規律化が実質的な効力を及ぼすためには、行政機関によるきめ細かな監査等が機能していることを条件とする。介護保険法は、指定基準の取消し及びその効力の停止に関する一定の要件を規定している¹⁹⁷。これらの要件に該当しているか否かを、指定権者は監査を実施し、従業員に対する事情聴取等によって証明しなければならない。なお、利用者に具体的な損害が発生しているか否かは問わないため、被害を未然に防止する趣旨からは有効な措置であると考えられる。

しかし、取消処分等の決定にあたって、原審が決定した指定取消処分の執行停止を認めた即時抗告事件の判決¹⁹⁸は、「本件取消処分の根拠法文の内容は、価値的規範要素が含まれており、相手方の一連の行為がこの条文に規定する事由に該当するか否か、仮に該当するとして取消処分が適切であったか否かについて」、さらに審理を尽くすべきであると解した。また、同居家族に指定訪問介護サービスを提供したこと等による指定取消処分の取消請求事件判決¹⁹⁹は、指定取消処分の要件に該当するためには、「指定居宅サービス事業者が、単に運営基準の定めに違反しただけでは足りず、当該指定居宅サービス事業者について、運営基準の定めに従った適正な指定居宅サービスの事業の運営を期待できないような事情が生じたことを要するもの」と解した。つまり、指定権者は、取消処分等の要件を機械的に判断するのではなく、一定の裁量に基づいてこの決定を行うことが必要になる。利用者に対して発生した事故について、指定基準は、それが賠償すべき事由であれば速やかに損賠賠償を行う旨を定めるのみであることから²⁰⁰、当事者間にその賠償に争いがある場合には、指定権者は、取消処分等の判断が困難となる。個別に異なる損害を、最も適切な方法によって埋め合わせるためには、当事者間の争いに委ねるしかない。

¹⁹⁷ 指定取消し等の要件は、次のとおりである。一つは、申請者等に関するものであり、一定の刑事罰等の執行等を受ける場合である。二つは、指定基準に関するものであり、人員等配置基準に満たすこと、設備及び運営基準に従った適正な運営をすることができなくなった場合である。三つは職務忠実義務に違反した場合である。四つは介護報酬の請求に不正がある場合である。五つは従業員が指定権者の命令を応じない等の場合である。六つは不正な手段により指定を受けた場合である。その他、一定の法律に基づく命令等に違反した場合、介護サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした場合等である。また、介護サービス情報に関する報告の拒否及び虚偽の報告を行ったことについて、その是正命令等に従わなかった場合である。

¹⁹⁸ 広高判岡山支部平成 20 年 4 月 25 日裁判所ウェブサイト。

¹⁹⁹ 東京地判平成 20 年 1 月 25 日ウエストロー・ジャパン。

²⁰⁰ 例えば、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第 37 条第 3 項の規定は、指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない旨を定める。

この場合、利用者は債務不履行又は不法行為に基づき損害賠償を請求することになる。債務不履行であれば、介護サービス事業者等が、具体的にどのような債務を負い、不完全履行であったのが争点となる。また、不法行為であれば、介護従事者が具体的な状況のもとでどのような予見可能性の存在を前提に、結果回避義務を負っていたのが争点となる。指定基準は、行政処分の要件を定めたものに過ぎないため、直接にこの内容がそのまま債務となることにはなり得ない。また、介護サービス情報の内容が、私法上の効力を有するためには、住宅性能評価書²⁰¹と同様に契約書に添付する等により、契約によって生じる債務とする措置が必要となる。さらに、介護従事者等が負う結果回避義務の水準は、この職業の特性を基準に要求されることになる。

二点目は、指定基準等によって契約内容を定型化させることは、利用者の意向に配慮することが困難になるということである。一見すると、指定基準等には、私法上の効力が及ばないことと矛盾するように考えられるが、指定基準等に係る違反を行政処分の対象とすることによって、実質的に契約内容の規律化を図っていることに留意する必要がある。例えば、指定基準は、利用料等の受領について、利用者負担額の他に、指定訪問介護事業者は通常の地域以外の提供に要した交通費の支払いを受けることができる旨を規定する²⁰²。この反対解釈によれば、介護サービス事業者等は、指定基準に定めた利用料以外の費用に係る額を利用者に請求することができないことになる。したがって、保険給付以外の家事

²⁰¹ 住宅の品質確保の促進等に関する法律第6条の規定は、次の三つの事項について定める。一つは、住宅の建設工事の請負人は、設計された住宅に係る住宅性能評価書（以下「設計住宅性能評価書」という。）若しくはその写しを請負契約書に添付し、又は注文者に対し設計住宅性能評価書若しくはその写しを交付した場合においては、この設計住宅性能評価書又はその写しに表示された性能を有する住宅の建設工事を行うことを契約したものとみなす。二つは、新築住宅の建設工事の完了前にこの新築住宅の売買契約を締結した売主は、設計住宅性能評価書若しくはその写しを売買契約書に添付し、又は買主に対し設計住宅性能評価書若しくはその写しを交付した場合においては、この設計住宅性能評価書又はその写しに表示された性能を有する新築住宅を引き渡すことを契約したものとみなす。三つは、新築住宅の建設工事の完了後にこの新築住宅の売買契約を締結した売主は、建設された住宅に係る住宅性能評価書（以下「建設住宅性能評価書」という。）若しくはその写しを売買契約書に添付し、又は買主に対し建設住宅性能評価書若しくはその写しを交付した場合においては、この建設住宅性能評価書又はその写しに表示された性能を有する新築住宅を引き渡すことを契約したものとみなす。なお、これら三つの事項は、請負人又は売主が、請負契約書又は売買契約書において反対の意思を表示しているときは、適用しない。

²⁰² 例えば、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第20条第3項の規定は、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護サービスの提供に係る利用者負担の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる旨を定める。

援助を利用する場合、指定訪問介護を行う訪問介護員以外の者によって担われる必要がある。当該規定の趣旨は、ともすれば介護サービスを必要とする者に対してサービス提供者が優位な立場にある傾向に鑑み、不当な利用料の請求から利用者を保護するものであると考えられる。しかし一方で、介護サービスを基礎とした多様なサービスのあり方を妨げる結果につながる可能性もある。そもそも介護保険制度は、保険給付外サービスとの併用を意図していたところ、指定基準に定める利用料の受領は、併用されるこのサービスに非効率的な提供を強いるものとなる。

利用者の判断能力等を考慮した上で、当事者間の対等性に配慮することを意図して、契約内容を規制する必要がある一方、契約内容は当事者間の合意に基づき自由に定めることができるとする原則がある。この点について、「契約による福祉は、自己矛盾を多分に抱えた制度である²⁰³」とする指摘がある。結局のところ、契約は、利用者とサービス提供者間の対等性をもたらすための手段として導入されたが、現実の当事者間の情報量、交渉力等の格差に対処するには、一定の制限を手段に課さなければならない。また、この問題にはもう一つの側面も含まれている。その側面とは、どのような方法によって契約の内容の規制を実現すべきか、ということである。指定基準等は、消費者契約法のように強行法規としての性格を有するものではなく、あくまで指定取消等の行政処分の適用対象とすることで実質的に契約内容の規律化を図るものである。この場合、指定基準及び介護報酬基準は、介護サービスの水準及び評価について、一律にその内容を規制するものである²⁰⁴。そして、指定基準等の策定は、保険者、介護サービス事業者等及び利用者とは直接の接点のない行政機関に一任されているが²⁰⁵、そこに合理性は担保されているのだろうか。

²⁰³ 小西・前掲注(163) 14頁。

²⁰⁴ 「介護サービス情報の公表」制度は、介護サービスの内容の標準化に資するものではあるが、一定の内容を強制するものではないことから、指定基準及び介護報酬基準とは趣が異なることに留意する必要がある。

²⁰⁵ 例えば、介護保険法第41条第5項の規定は、居宅介護サービス費の額を、厚生労働大臣が定めようとするときは、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない旨を定める。一方、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例によって定められる。これは、地方分権改革の一環である義務付け・枠付けの見直しによって、従来厚生労働省令で定められたものを都道府県に権限移譲したことによる。具体的には、平成23年4月28日に制定された「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第37号)第18条の規定による介護保険法の改正に基づく措置である。しかし、都道府県がこれを条例で定めるにあたって、人員、設備、運営ごとに、厚生労働省令で定める基準に従うもの、標準とするもの、参酌するものに応じなければならない。なお、介護保険法第74条第4項の規定は、介護報酬と同様に、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければなら

医療保険制度の場合、指定を厚生労働大臣が第三者のためにする公法上の契約²⁰⁶であると捉えることによって、保険医療機関は被保険者に対して療養の給付を行う債務を、保険者は保険医療機関に診療報酬を支払う債務を負うことになる。もしくは、保健医療機関及び保険者との間に、被保険者の療養の給付に係る契約関係を包括する形式的な行政行為と解されている。そこには当事者間の合意が存在すると推測できることから一定の合理性を有すると考えられる。また、診療報酬額については、健康保険法の診療報酬体系が、手続上、診療報酬に利害関係を有する各界の意見及び公益を十分に反映させ、その調和を図りつつ、公正妥当な診療報酬が定められていることから、一般の自由診療の報酬額の算定基準としても合理性を有すると判決²⁰⁷は解している。

一方、介護サービス事業者等に対する指定は、行政機関が行う確認行為の一つである。また、保険者は、あくまで要介護認定者等に対して一定の要件のもとに金銭給付を行う債務を負っている。したがって、介護サービス事業者等、保険者、被保険者が相互に関連性がない中では、指定基準等が介護サービス契約の内容を実施的に規制する合理性を見出すことは困難であると考えられる。なお、被保険者からの介護給付費不支給決定処分の取消請求について、取消処分を行政処分と解する判決²⁰⁸もある一方、介護サービス事業者等からの介護給付費支払請求については、処分性を有しないものとして解する判決²⁰⁹がある。特に後者の判決は、介護報酬基準の位置づけについて、次のとおりに解している。指定居宅サービスの対価を、介護報酬基準に委ねている場合には、ケアプランにおいてサービスの種類、内容、回数等が定められると、その対価がこの基準によって自ずと定まる仕組みになっており、介護サービス事業者等は、介護報酬基準と異なるサービスの対価を定める自由はないことになる。しかし、いかなるサービスをどの程度利用するかは、指定居宅介護支援事業者が居宅要介護者の同意を得て作成するケアプランにおいて定められるのであるから、ケアプランに基づいて締結された契約の内容が法令等によって定められているということとはできないとするものである。つまり、少なくとも介護サービスの対価を介護報酬基準に委ねるといふ黙示の包括的な合意が、介護サービス事業者等と利用者間にあつたと推定する必要がある。しかし、当該判決では、その合理性をどのように担保するのかについ

い旨を定める。

²⁰⁶ 前掲注（192）。

²⁰⁷ 東京地判平成元年3月14日判例タイムズ691号51頁。

²⁰⁸ 前掲注（199）。

²⁰⁹ 高松高判平成16年6月24日判例タイムズ1222号300頁。

ては明確には述べていない。

利用者は、一定の制限の範囲内から介護サービスを選択し、介護サービス契約を締結することになるが、契約内容は指定基準等によって実質的な規制が図られている。しかし、指定基準には私法上の効力が及ばないので、規制の合理性を担保することが困難である。

つまり、わが国における介護保険制度を概観すると、厚生労働大臣が保険給付の算定基準等を定め、保険者が被保険者に対し保険給付を行い、介護サービス事業者等が介護サービスの提供を担う仕組みであるといえる。この点について、指定基準等の策定が厚生労働大臣に一任されているのは、介護保険制度に係る費用の一部を国費が占めているためであると考えられる。しかしながら、この三つの主体は、有機的に連動する仕組みを欠いているため、孤立しており、ともすれば被保険者の権利が不安定にならざるを得ない。

カ 介護サービス契約における介護事故の位置づけ

介護サービス契約内容をどのように確定させるべきか。この問題は、いわゆる介護事故において、介護サービス事業者等の安全配慮義務及び注意義務が問われる場合に顕在化する。つまり、この義務の高度化が、「現実の介護現場における介護水準との大きな乖離を招く恐れがある。政策論としては、資格制度・配置基準などの改善がなされるべきであろう²¹⁰」とする指摘がある。したがって、この義務に応じた報酬を得られなければ介護サービス事業者等は介護保険市場からの撤退を余儀なくされる。

介護事故とは、「要介護者を現に介護しているか、もしくはその管理下において何らかの世話をすべき状態にあるなかで発生した予想外の事態²¹¹」をいう。したがって、一律に介護事故が発生したことのみをもって、介護サービス事業者等に責任があるとはいえない。介護事故を介護サービス契約にどのように位置付けるかが、問われている。

介護サービス契約は、準委任契約²¹²の一つであって、一定の行為を目的とする行為債務²¹³であり、結果に向けて最善の努力を行うことを内容とする手段債務²¹⁴である。この場

²¹⁰ 菊池馨実「高齢者介護事故をめぐる裁判例の総合的検討（２）」賃金と社会保障 1428号 54頁（2006）。

²¹¹ 品田充儀「第8章福祉契約と契約当事者—介護事故における損賠賠償の法理」新井誠他編『福祉契約と利用者の権利擁護』（日本加除出版社，2006）165頁。

²¹² 内田貴『民法Ⅱ第2版』（東京大学出版会，第2版，2007）271頁。

²¹³ 内田貴『民法Ⅲ第3版』（東京大学出版会，第3版，2005）15頁。

²¹⁴ 内田・前掲注（213）130頁

合、債務不履行による損害賠償の要件²¹⁵は、次の三点である。一点目は債務不履行の事実があること、二点目は帰責事由があること、三点目は損害の発生に因果関係があることである。つまり、介護事故が発生した場合、介護サービス事業者等が、具体的にどのような債務を負い、不完全履行²¹⁶がであったのかが争点となる。債務が確定することによって、自ずと帰責事由及び損害との因果関係が明らかになる。介護サービス契約の本旨は、介護サービスの提供を事業者等に委任することであるが、この際、受任者は善管注意義務を負うこととされる。善管注意義務とは、受任者と同様な職業・地位にある者に対して一般的に期待される水準の注意義務であり、報償が低廉な場合は高度な注意義務に対する期待を含まない趣旨があるとする指摘がある²¹⁷。また、介護保険法第74条第6号の規定は、介護サービス事業者等に、要介護者の人格の尊重及び職務忠実義務を課している。ただし、介護サービス事業に特に問われているのは、介護サービス契約における安全配慮義務である。そもそも安全配慮義務とは、「ある法律関係に基づいて特別な社会的接触の関係に入った当事者間において、この法律関係の付随義務として当事者の一方又は双方が相手方に対して信義則上負う義務として一般的に認められるべきもの²¹⁸」である。介護事故において、安全配慮義務違反を契約の本旨とするか、契約に付随する義務であるかは判断が分かれている²¹⁹。この点について、「高齢者介護施設・事業者の負うべき債務を結果債務と手

²¹⁵ 内田・前掲注(213) 126頁。

²¹⁶ 内田・前掲注(213) 111頁。

²¹⁷ 内田・前掲注(212) 273頁。

²¹⁸ 最判昭和50年2月25日民集29巻2号143頁。

²¹⁹ 例えば、通所介護の利用契約を締結した上で、このサービスを利用していたところ、昼寝から目覚めてすぐに段差から転倒したことに伴い利用者が負傷したことにつき、債務不履行に基づく損害賠償請求の一部が認容された判決(福岡地裁平成15年8月27日判例時報1843号133頁。)では、通所介護契約には、事業者が利用者の状況を把握し、自立した日常生活を営むことができるよう介護を提供するとともに、事業者が認識した利用者の障害を前提に、安全に介護を施す義務を有するところ、転倒の予見が可能であったにもかかわらず、昼寝から目覚めた際に必要な介護を怠った過失によって損害が生じたことを認定した。一方、通所介護の利用契約を締結した上で、このサービスを利用し、その際利用者自らでトイレを行う旨の希望があったため一人で向かわせたところ、トイレ内において転倒したことに伴い利用者が負傷したことにつき、債務不履行に基づく損害賠償請求の一部が認容された判決(横浜地裁平成17年3月22日判例時報1895号91頁。)では、通所介護契約上、介護サービスの提供を受ける者の心身の状態を的確に把握し、施設利用に伴う転倒等の事故を防止する安全配慮義務を負うところ、利用者を説得して、利用者が便器まで歩くのを介護する義務があったというべきであり、これを怠ったことは安全配慮義務違反によって損害が生じた旨を認定した。

前者の判決では、安全に介護を施す義務の位置づけが明瞭ではないが、後者の判決では、安全配慮義務を契約上の本旨として明確に位置づけている。

段債務のいずれとみるにせよ、利用者の安全を配慮する義務は給付義務そのものであるから、労災事故や学校事故で用いられる『安全配慮義務』と当然に同様の法的性格を有するものとして論じることが適切か否かについては、今後さらに慎重な検討を必要とする²²⁰」との指摘がある。しかし、いずれの場合であっても、指定基準等を充足したことをもって、介護サービス事業者等の免責とはならない²²¹。なお、施設の目的等によって要求される義務の程度は異なると考えられる²²²。

また、介護サービス事業者等は、介護従事者等による不法行為に基づく損害について、使用者責任を負うことになる。不法行為は、故意又は過失を要件の一つとするものであるが、介護事故については、主に介護従事者等の過失が問われることになる。一般的に過失とは、「結果回避義務違反をいうのであり、かつ、具体的状況のもとにおいて、適正な回避措置を期待しうる前提として、予見義務に裏付けられた予見可能性の存在を必要²²³」とされる。つまり、介護従事者が、具体的な状況のもとでどのような予見可能性の存在を前提に、結果回避義務を負っていたのかが争点となる。介護従事者等が負う結果回避義務とは、一般人と比べて相当高度な注意義務である²²⁴。介護従事者等の全てが一定の資格を有するわけではなく、期待される能力に差が生じていること等から、一律に同様の義務を負っているとは限らない。つまり、「諸事情を総合考慮し、看護師、介護福祉士等その資格に相応した専門的見地からその裁量的判断を適切に行い、選択した方途を実行することが求められる²²⁵」とする判決がある。しかし一方、「介護サービスの利用者は、資格の有無にかかわらず、対価を得てサービスを提供している以上その従業者が一定の専門性をもっており、安全性は確保されているという期待を抱くのは当然であろう²²⁶」とする指摘があ

²²⁰ 菊池・前掲注（210）53頁。

²²¹ 品田・前掲注（211）172頁。

²²² 医療機関ではないケアハウスが、治療を必要とする緊急事態性及び病院に搬送する必要性を判断することは困難である旨を認定した判決（名古屋地判平成17年6月24日賃金と社会保障1428号59頁。）がある。

²²³ 東京地判昭和53年8月3日判例タイムズ365号99頁。

²²⁴ 例えば、短期入所生活介護の利用契約を締結した上で、このサービスを利用していたところ、食事介助の際に誤嚥が生じたことに伴い利用者が死亡したことにつき、不法行為に基づく損害賠償請求の一部が認容された判決（名古屋地判平成16年7月30日賃金と社会保障1427号54頁。）では、こんにやく等は、嚥下障害を有する者には向かない食物であり、これを食べられるにあたっては細心の注意が必要なところ、利用者の口の中及び嚥下動作の確認をする注意義務を怠っていたことは「不法行為法上の過失」と認定した。

²²⁵ 東京地判平成12年6月7日賃金と社会保障1280号14頁。

²²⁶ 品田・前掲注（211）178頁。

る。さらに、介護サービス事業者等が施設を有する場合、土地工作物等の使用者責任を負うこともある²²⁷。

以上を踏まえると、安全配慮義務又は注意義務の水準は、施設ごとに具体的な状況によって異なるといえる。これらの義務は何を求めているのか。それは介護サービス事業者だけの問題であるのか。内田貴氏は、「安全配慮義務は、労働者の労務提供の場所や、学校のようにある程度の危険を伴わざるをえない『場』を提供している主体に、そこで生じた人身に対する事故被害についてコストを負わせ、それを保険で分散する役割を担わせるとともに、以後の安全対策のためのインセンティブを与える制度として理解することができる²²⁸」と指摘する。不法行為に基づく損害賠償の目的も同様であって、事後的に被害者を救済するとともに、将来の不法行為の防止を図り、この防止に係る費用を保険によって分散させることを意図している。この点について、介護保険制度は、まさしく介護サービスの提供に係る費用を社会的に負担することを目的としている。しかし、指定基準等による全国一律の基準では、個別具体的な安全配慮義務及び注意義務を適切に評価することができないと言わざるを得ない。

カ 介護サービス契約と保険者の役割

他方、わが国における介護保険制度の保険者はどのような役割を担っているのか。まず措置制度から地方自治体の役割はどのように変質したかを確認することが必要である。

措置制度の法的構造は、次のとおりである。「①私人の申出を契機としつつも、行政が、その一方的決定によってサービス提供の要否を決定する。②サービスの提供を要する判断をした場合、行政が、施設や在宅サービス提供者、およびサービスの内容を一方的に

²²⁷ 例えば、介護老人保健施設の入所者が、自室に置かれていた簡易式トイレを掃除しようと、施設内の汚物処理場に入ろうとした際に、出入り口の床の仕切りにつまずき転倒したことに伴い重傷を負ったことにつき、債務不履行及び民法 717 条による損害賠償責任請求の一部が認められた判例（福島地判白河支部平成 15 年 6 月 3 日賃金と社会保障 1351・52 号 117 頁。）では、介護老人保健施設は、「身体機能の劣った状態にある要介護老人の入所施設であるから、その特質上、入所者の移動ないし施設利用等に際して、身体上の危険が生じないような建物構造・設備構造が特に求められている」として、この施設は「転倒等の危険を生じさせる形状の設備」であることを認定した。なお、この場合の相当因果関係については、簡易式トイレの清掃に関する介護マニュアルにより、介護老人保健施設には簡易式トイレを定時に清掃する義務を有していたところ、この義務を行ったためこの事故が発生したことを認定した。

²²⁸ 内田・前掲注 (216)。

決定する。③以上の決定に従い、行政は、自ら、あるいは、施設等に委託して、サービスを提供する。④サービス利用者（被措置者）・扶養義務者の費用負担の要否、および負担額は、所定の基準に依拠して、行政が一方的に決定する。⑤利用者等の費用負担にかかる部分を除いて、行政が、サービス提供者に措置費として支弁する²²⁹。つまり、措置は行政処分の一つであり、どのようなサービスをいつ誰に提供すべきかについては、措置権者の一定の裁量に委ねられている²³⁰。この場合、措置権者は、決定によって対象者に措置を行う義務を負うが、民間事業者に委託した場合であっても、その義務を免れることはない²³¹。このため、措置権者と委託先事業者間には公法上の契約関係が生じることになるが、委託先事業者と利用者間には、契約上の関係にはないとする指摘²³²がある。いわゆる公的機関に措置義務があることから派生する「反射的利益」である²³³。したがって、一般的に委託先事業者は、利用者に対する不法行為責任のみを負う。だが、実際には、事案に応じてその責任のあり方が異なる場合がある²³⁴。つまり、委託先事業者及び措置対象の関係は、法的に不安定な構造であり、事案に応じて、措置権者及び委託先事業者双方がこのサービスの提供に責任を負う可能性があるといえる。

介護保険制度において、介護サービス事業者等及び利用者間には契約関係が生じることが明確である。しかし、介護保険制度の保険者は、給付責任を有するが、提供される介護サービスに対して直接に責任を負わない²³⁵。なお、給付責任とは別に、保険者及び都道府

²²⁹ 岩村・前掲注（154）30頁。

²³⁰ 例えば、老人福祉法に基づくホームヘルパーの派遣について、申請権を否定し、申請内容どおりの決定が成されなかったとしても申請の一部を拒否する行政処分と解することはできないとする判例（大阪地判平成10年9月29日賃金と社会保障1245号30頁。）がある。

²³¹ 加藤智章他『社会保障法第2版』（有斐閣，2003）219頁。

²³² 矢島里絵「第6章福祉サービスの紛争解決」日本社会保障学会編『講座社会保障法第3巻社会福祉法』（法律文化社，2001）136頁。

²³³ 厚生省社会局老人福祉課監修『改定老人福祉法の解説』（中央法規出版社，1984）89頁。本書では、旧老人福祉法第11条に規定する老人ホームへの入所等の措置について、希望者からの請求権に基づくものではなく、公的機関に措置義務があることから派生する「反射的利益」であると解説する。

²³⁴ 例えば、保護者と措置委託先である児童福祉施設との間には、措置権者を通して「私法上の委託契約関係」が成立していると解する判例（大阪高判昭和55年8月26日判例時報997号121頁。）がある一方で、措置委託先である児童療護施設の注意義務違反を前提として、国家賠償法第1条1項の規定に基づく措置権者に対する損害賠償請求を認めたことを理由に、民法709条の規定に基づく被用者個人及び同法715条の規定に基づく使用者に対する損害賠償責任を否定する判例（最一小判平成19年1月25日判例時報1957号60頁。）もある。

²³⁵ 原田啓一郎「第12章福祉契約における介護保険の保険者責任—保険者機能論の視点か

県は、それぞれ指定を行った介護サービス事業者等に対して、指定の取り消し等を行う責任を有する。しかし、「保険者の指定事業者に対する監督権限不行使による損害賠償責任の適否」については、行政機関の自由裁量に属する事項であるため、裁量権の濫用といえる程度に不合理な場合に限られる一方、不適切な事業所を指定した場合、指定権者に対する損害賠償責任の余地があるとする指摘がある²³⁶。ただし、いずれにしても、保険者に対して、実際のサービス提供に係る過失責任等を問える余地はほとんどない。したがって、介護サービス事業者等のみが、介護サービスの提供に係る損害賠償責任を負うことになる。この点について、「行政処分たる措置決定によりサービス受給にかかる権利関係が設定され、直接的な契約関係は存在しないとの理解が一般的であった措置制度下での福祉サービス利用者－施設・事業者の関係（少なくともいわゆる特別な社会的接触の関係にはあるといえよう）と、介護保険下での介護サービス提供にかかる契約関係を念頭においた場合、同法制定による「契約化」が当然に同一の介護事故事案に関する施設・事業者の責任の範囲の拡張をもたらしたとは直ちには言えないように思われる²³⁷」との指摘がある。

確かに、措置制度から介護保険制度に移行したことに伴い、過失等の範囲が広がったとは限らない。なぜなら、委託先事業者は、措置権者から求償権を行使される可能性があるからである。つまり、損害賠償責任の要件は異なるが、事業者等に要求されるサービスの質の水準は、実質的には同様である。しかし、措置権者とは異なり、保険者は次の二点の給付責任のみを有することに留意する必要がある。一点目は被保険者に対する保険給付の支給である。二点目は、代理受領を行う際の介護サービス事業者等に対する保険給付の審査及び支払である。つまり、保険者は、介護サービスの提供に係る責任だけではなく、地域の保険料を決定する役割を担っているものの、介護サービスを独自に評価する仕組みを有していない²³⁸。

介護サービス契約は、保険給付の要件となるものである。具体的には、保険給付の請求

ら」新井誠他編『福祉契約と利用者の権利擁護』（日本加除出版社，2006）259頁。

²³⁶ 原田・前掲注（235）269頁。

²³⁷ 菊池馨実「高齢者介護事故をめぐる裁判例の総合的検討（1）」賃金と社会保障1427号41頁（2006）。

²³⁸ 厚生労働大臣が認めた場合における夜間対応型訪問介護及び小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型サービスに要する費用の額（平成19年厚生労働省告示第212号）の規定に基づき、一定の要件を満たした場合に一定の単位数を市町村が独自に加算することはできる。

にあたっては、介護サービス契約が有効に成立したことが前提であるとする判決²³⁹がある。また、指定基準は、介護サービスの提供の開始について利用者の同意を得なければならない旨²⁴⁰を規定している。したがって、介護サービス契約の締結と保険給付を受けることは、連動した関係にある。つまり、介護サービス契約は、指定基準に定められたサービス水準を原則として、介護報酬基準によって算定された費用に基づき、介護サービスの提供を受けることを内容とする。そして、介護報酬基準は、指定基準に定めた以上又は未満の職員の配置等について、個別に加算及び減算を行う仕組みとなっている²⁴¹。ところで、介護保険制度はそれとは別に、価格による介護サービス事業者等の競争を想定している。つまり、割引制度を認めることによって、介護サービスの提供に要した費用が介護報酬基準によって算定した費用を下回る場合は、これを採用する²⁴²。ただし、この仕組みを採用する介護サービス事業者等は少なく、現状では価格による競争は機能していない²⁴³。このため、利用者は、介護サービスの質が高く、かつ、それに係る費用を抑えた事業所等を選ぶことはできないという実態にある。

利用者自らがよりよいサービスを提供する介護サービス事業者等を選ぶことは、介護サービスの量的な拡大及び質の向上に最も資するものである。利用者の選択によって、結果的に質の低い介護サービス事業者等は淘汰されることになり、自ら創意工夫を図る介護サービス事業者等はこの事業を拡大することができる。しかし、利用者の選択は、利用者が

²³⁹ 東京地判平成 20 年 2 月 22 日裁判所ウェブサイト（平成 18（行ウ）173）。

²⁴⁰ 例えば、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第 8 条の規定は、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第二十九条に規定する運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、この提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない旨を定める。

²⁴¹ 例えば、加算については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表訪問介護注 7 に規定する厚生労働大臣が定める者等（平成 12 年厚生省告示第 23 号）の要件を満たす者に対して、2 名の訪問介護員によってサービスを提供することにより、100 分の 200 に相当する単位によって算定される。また、減算については、別表訪問介護注 6 に規定する厚生労働大臣が定める者等（平成 12 年厚生省告示第 23 号）によってサービスを提供することにより、100 分の 70 に相当される単位によって算定される。

²⁴² 例えば、介護保険法第 41 条第 4 項各号の規定は、介護報酬基準により算定した額が現にこの指定居宅サービスに要した費用の額を超えるときは、この現に指定居宅サービスに要した費用の額とする旨を定める。

²⁴³ 「介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査について－居宅サービスを中心に－」（公正取引委員会平成 14 年 3 月公表）では、9 割の介護サービス事業者等が介護報酬と同額に設定しているとの結果がある。

正確な情報を得るとともに、適切に情報の内容を評価できることが前提となる。この点について、「介護サービス情報の公表」制度は、介護サービス事業者等及び利用者間の情報の非対称性の解消に一定の役割を果たしている。一方、介護サービスの内容の制度的評価はもっぱら介護報酬基準に委ねられている。したがって、介護報酬基準の妥当性が介護サービス事業者等の生殺与奪を握ることになる。だが、この基準の策定は、厚生労働大臣に一任されており、介護サービス事業者等はもとより、保険給付を行う保険者及び保険料を納付する被保険者が関与することはできない。保険者が市町村として関与できるのは、一定の条件のもとに、地域密着型介護サービス事業者を指定するか否かの観点のみである。

ところで、いわゆる施設・居住系サービスの指定にあたっては、それが介護保険事業支援計画によって定められた必要定員総数を上回る場合、都道府県はこれを拒否することができる。また、地域密着型の施設等における市町村の指定も同様である。総量規制の合理性については、居住系の施設が突然廃止された場合、利用者は行き先がなくなり、路頭に迷うことになるが、他の居宅系のサービスは、突然廃止されたとしても、路頭に迷うような弊害は生じないからとする判決がある²⁴⁴。なお、同判決では、市町村介護保険事業計画には、法的拘束力があるとはみなさないものとされる。

しかし、在宅サービスの指定の拒否を保険者が求める場合、介護保険事業計画の位置づけは重要な観点となる。なぜなら、訪問介護及び通所介護の指定にあたって、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の推進を図るため、介護保険事業計画に定める見込量を上回る等の場合に、市町村は都道府県に協議を求めることができるからである²⁴⁵。都道府県は、市町村の協議の結果を踏まえて、当該指定の拒否又は指定にあたっての条件を付すことができる。さらに、市町村が地域密着型通所介護の指定を拒否できる仕組みも導入されることになる²⁴⁶。しかし、あるサービスの普及を優先させるために別のサービスの参入を許さないこと、その是非を保険者は判断できるのだろうか。

²⁴⁴ 名古屋高判平成 21 年 7 月 15 日裁判所ウェブサイト（平成 21（行コ）2）。

²⁴⁵ 介護保険法第 70 条第 7 項の規定に基づき、市町村長は、都道府県知事に市町村介護保険事業計画の見込み量を上回る場合等に協議を求めることができる。都道府県知事は、この協議に基づき、指定の拒否又は条件を付すことができる。

²⁴⁶ 介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会平成 28 年 12 月 9 日公表）。答申では、小規模多機能型居宅介護等の普及の更なる推進の観点から、市町村協議制の対象サービスの範囲を拡大し、短期入所生活介護も対象とすること、小規模多機能型居宅介護等の普及のために必要があり、一定の条件を満たす場合には、市町村が地域密着型通所介護サービス事業所の指定をしないことができる仕組みを導入することを提言する。

指定の拒否等の拡大は、利用者の選択に委ねることよりも、新規参入を抑制することに主眼を置いており、介護サービスの質は、選択を通じた競争よりも供給量を維持することによって担保される。参入規制は、健全な競争環境を阻害する恐れがあることと紙一重である。

さらに介護予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への移行によって、保険者の関与の割合が増加する傾向にある。制度発足当初、要介護と要支援状態における保険給付の差は、介護保険施設を利用できるか否かであったが、近年の見直しの方向性は、介護予防給付の縮小と地域支援事業の拡大、施設機能の重点化を進め、対象の絞り込みが行われつつある。その意図は、予防支援の取り組みを広げ、制度全体の持続可能性を高めることにある。しかし、複雑な制度設計は、利用者から選択の機会を奪い、保険者及び都道府県の管理・監督部門の拡大を許すことになる。介護保険の過剰利用リスクが常に問われ続けている²⁴⁷。

過剰利用リスクの要因の一つとして、介護保険制度が、当事者のニーズを評価して、その結果を反映させる仕組みを欠いていることを指摘することができる。この点について、高齢者・自立支援システム研究会報告書の報告書では、ケアマネジメントはあくまで契約方式を補完する役割を位置づけるに止まり、要介護認定との関係は不分明なままであった。その後、要介護認定は、客観的な指標をもとに当事者の状態を確認する行為として、ケアマネジメントは、サービスの利用にあたっての仲介役として役割分担が図られた。ただし、その前提として、利用者自らがニーズを判断しサービスを選択できなければならない。しかし、近年の見直しによって、更なる給付の効率化・重点化が進み、利用者が自らサービスを選択する余地がなくなれば、当事者のニーズは、要介護認定とケアマネジメントの狭間に置き去りにされかねない。

都心部の高齢化の進展等による介護サービスの供給量の不足は、利用者が自らサービスを選択する余地がなくなることによって拍車をかけている。介護サービスの供給量の不足に対して、特に東京都特別区では、地価が高く用地の確保が困難なことを理由として、地方に特別養護老人ホームを設立しようとする動きがある。その利用にあたっては、住所地特例制

²⁴⁷ 前掲注（246）。答申では、要支援・要介護度に応じて、利用者負担に違いを設けることについて、「あれば便利」程度のサービスは介護保険給付から除外すべきであるなどの理由から肯定的な意見があった一方で、状態改善への意欲を削ぐこと、要介護状態の重度化につながる恐れがあるとの意見の対立があることを指摘しており、そもそも要介護度と利用者の状態、要介護度と支援の困難性は必ずしも一致しないなどの意見もあった。すなわち、制度施行後15年以上を経過したにもかかわらず、軽度者に対するサービスの評価は未だ定まっていない。

度の活用を前提とする²⁴⁸。だが、指定基準を根拠として、介護老人福祉施設の利用を特定の市町村の住民に限定させることは介護保険法に反していると指摘する判決がある²⁴⁹。したがって、入所判定において、特定の地域の住民であることのみを理由に優先的に取り扱うことは許されないと解される。ただし、「介護保険事業支援計画で明記しつつ、老人福祉圏域をまたぐ形で整備数の調整が行われた上で、入所の際に一定程度配慮されるような運営を行うこと」は、「個別の施設が特定の地域の住民のみに入所を限定し、それ以外の住民を排除する場合とは異なり、許容される」との指摘がある²⁵⁰。しかし、法的拘束力を有さない介護保険事業支援計画によって、このような配慮が可能であるかは疑問が残る。

都市部の高齢者を地方で受け入れるためには、まず老人福祉圏域内及び圏域間の調整を第一として、それが困難な場合にのみ、都道府県域を超えた施設等の需給体制を検討する必要がある。だが、入所の判断にあたっては、重度の要介護者を、本人の意思を無視して、家族や地域から切り離してしまうことがないように特段の配慮を講じることが求められている。そうしなければ、都市部の高齢者に地方への移住を強いる結果となる。

あくまでも介護保険制度は、介護サービス事業者等と利用者との間に、直接的な契約関係があることを基本として、利用者が自らニーズを判断し、サービスを選ぶことに重きをおく仕組みである。ところが、介護サービス契約の内容は、もっぱら厚生労働大臣に一任された指定基準や介護報酬基準に委ねられていることから、介護サービス事業者等、利用者、保険者を含めた当事者が関与できる余地は極めて限られているため、時に利用者の契約内容を不安定な地位に置くことになる。特に家族介護者を含めて当事者が第一に何を希望しているか、要介護認定とは別にニーズを公的に評価する仕組みを欠いていることによって、介護保険制度は、その理念の一つである利用者本位とは異なって、利用者の選択を犠牲にした上で、なし崩し的な給付の効率化・重点化が進められる恐れがある。

²⁴⁸ 平成 27 (2015) 年度改正介護保険法では、サービス付き高齢者向け住宅を新たに対象に加えるとともに、その対象者は、居住地の市町村が指定した地域密着型サービス等と地域支援事業を利用することができることとした。

²⁴⁹ 津地判平成 14 年 7 月 4 日判タ 1111 号 142 頁。指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 (平成 11 年 3 月 31 厚生省令第 39 号) 第 4 条の 2 の既定は、指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない旨を定める。これを根拠に、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない」と判示する。

²⁵⁰ 「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」(都市部の高齢化対策に関する検討会平成 25 年 9 月 26 日公表)

(6) 小活

社会保障と税の一体改革の歩みが目指すところは、介護費用を個人の負担能力の問題に回帰させ、介護保険制度が導入された目的の一つである「介護の社会化」からの逸脱を促すものではないか。介護保険制度は、このような懸念が生じる余地がある構造的な問題を抱えているといえる。

前章では、介護に要する費用をどのように賄うのかという論点を検証した。すなわち、社会保険方式を採用したことは、所得の多寡に関係なく、契約に基づいて、介護に係るニーズに必要なサービスを利用できるように、需要と供給に対応した仕組みとするためだった。そして、介護の社会化の実現にあたって、介護保険制度が基本としたのは、どのようなサービスを提供するかについて、地域が決定すること及び利用者の選択を通じて、サービスの質の向上を図ることである。すなわち、地方分権と利用者本位の仕組みである。

以上の点を踏まえて、本章では、介護保険制度創設の議論を念頭に、どのような介護を誰が担うかという観点から、介護保険制度の構造的な問題を検証した。

当時の議論を振り返って明らかになったことは、介護保険制度を最初に提言した社会保障将来像委員会第二次報告では、給付の普遍化に対する「過剰利用」の懸念はあったが、「介護保障」に占める公的保険の導入の範囲を明言しなかったことである。対象者の範囲を見定め、介護の専門性をどのように担保するかについては、社会保険方式を採用する際の最も大きな課題であった。

本章では、第2号被保険者と介護手当に関するその後の議論に焦点を当てた。

第2号被保険者が保険料を拠出する理由については、第一に医療費の抑制を図ることが指摘されていた。しかし、この医療費削減効果は一過性のものであった。むしろ第二の理由として、社会的扶養の観点から費用を負担することが、現在でもその理由として用いられている。しかし、給付との関連性が薄い中で保険料を拠出することは、消費税の社会保障目的財源化と併せて、社会保険料と税の境界が曖昧になりつつあることを示している。

次に、施設と在宅介護の公平性を図るには、家族介護に対して社会的に正当な評価を付与すべきとの議論があった。そもそも介護保険制度の給付水準は、家族介護を前提としたものであり、家族介護補充説を採用していると考えられる。一方、施設に入所した場合は、必然的に介護完全外部化説が適用されることになる。つまり、介護保険制度は当初よりこの矛盾を孕んだ制度であった。介護手当の導入は施設と在宅介護の差を是正させることが目的だった。しかし、介護保険制度は、給付の現物化を優先させることを理由に、介

護手当を制度として何ら位置づけなかった。なぜなら、家族介護を現に必要とする一方で、介護手当の導入を認めてしまうことは、本人の意思に反した家族介護を促しかねないとの懸念が勝ったためである。

わが国の介護保険制度の最終的な議論の取りまとめの中では、介護そのものの定義を欠いたまま、家族介護の評価に関する議論は置き去りにされていたことが明らかになった。介護保険制度が担う「介護」は、家族介護との代替性を認めず、むしろ家族介護を補完するものとして位置づけることができると考える。そして、介護保険制度は、家族介護を補完するものとして、常に過剰利用のリスクに曝されることになる。

一方、社会保険方式の採用は、単なる財源の確保に止まらず、契約に基づく介護サービスの利用に移行するために決定的な役割を果たした。介護サービスの契約化は、市場原理により介護サービスの量的な拡大及び質の向上を図ることが目的である。もっとも介護サービス契約は、介護サービスそのものの性質に内在する制約のため、契約の内容に一定の制約を受けることになる。利用者は、個別に契約内容を交渉する余地がないために、もっぱら介護サービス事業所等を選択することのみによって評価せざるを得ない。つまり、介護サービス契約は、介護サービス事業者等と利用者間で締結された契約ではあるが、保険給付を受けることが前提となるため、契約内容は、当事者間の黙示の合意によって、指定基準等に委ねられていることになる。しかし、指定基準等の策定は厚生労働大臣に一任されているところ、その合理性を担保する根拠が明確ではない。

指定基準等による契約内容の規制は、福祉契約論の観点から次の二点が問題として指摘されている。一点目は、指定基準等に私法上の効力が及ばないことである。二点目は、指定基準等によって契約内容を定型化させることによって、利用者の意向に配慮することが困難になることである。この問題は、いわゆる介護事故において、介護サービス事業者等の安全配慮義務及び注意義務が問われる場合に顕在化する。なぜなら安全配慮義務又は注意義務の水準は、施設ごとに具体的な状況によって異なっているため、指定基準等による全国一律の基準では、安全配慮義務等の介護サービス事業者等が負う債務を適切に評価することができないからである。

他方で、保険者は、措置権者とは異なり、介護サービスの提供に係る責任を有していないだけでなく、介護サービスを独自に評価する仕組みも有していない。なぜなら、介護保険制度は、利用者の選択を通じて、介護サービス事業者間の競争を促すことによって、サービスの質の向上を図る仕組みだからである。すなわち利用者が自らのニーズを判断す

る利用者本位を基本としている。しかし、近年の見直しの方向性は、利用者の選択に委ねることよりも、新規参入を抑制することに主眼をおいている。特に利用者が自らサービスを選択する余地がなくなれば、当事者のニーズは、制度の狭間に置き去りにされかねず、利用者の権利を不安定な地位におくことになる。

以上を踏まえると、わが国の介護保険制度の構造的な問題は、介護に占める保険給付の内容及び水準をどのように確保すべきか、という視点を欠いたまま、社会保険料と税という性質の異なる財源を組み合わせたために、消費税の社会保障財源化とともに、国の財政規律の観点から、制度の基本と矛盾しながらも、なし崩し的に給付の効率化・重点化が進められていくことにある。

このような傾向はわが国独自のものといえるのだろうか。例えば、ドイツにおける介護保険制度は、保険料を固定し、その保険料から得られる収入の範囲内で給付を行う仕組みであり、要介護に対する基礎的な保障を行うことを目的とする²⁵¹。すなわち保険外サービスの利用を前提とした、必要とする介護の全てを賄うものではないといえる。これに対して、わが国の介護保険制度は、基本的には保険料と給付水準は連動する仕組みであり、理念として介護全体のニーズを担うものとして設計された点が異なる²⁵²。「わが国において一般に広まっている評価、すなわち『ドイツの介護保険制度が日本法の法である』との評価は極めて不正確な誤解である²⁵³」との指摘がある。

むしろわが国の介護保険制度が「負担能力に応じた負担」へ転換を強いられているのは、介護保険財政の半分を税が占めているためであり、介護に要する費用をどのように賄うのかという論点を考察するにあたって、原則自己負担でありながらも、自己負担で賄えない者を対象に、税を財源とした英国の公的な支援の仕組みが参考となる。特に英国では、高

²⁵¹ 松本勝明『ドイツ社会保障論3』（信山社出版，2007）130頁。

例えば、ドイツの介護保険制度では、保険給付を、在宅介護、部分入所介護及び短期介護、終日入所介護の三つに分類しており、そのうち在宅介護は、現金給付である介護手当を選択することができる。そもそもドイツの介護保険制度は、要介護に対する基礎的な保障を行うことを基本として、特に入所介護の場合は必要な費用を軽減することに目的を止めている。すなわち必要とする介護の全てを賄うものではないことを明確にしているため、むしろ家族介護を多面的に支え、いかに施設介護との均衡を図るかが重要な観点であった。

²⁵² 森周子「メルケル政権下の介護保険制度改革の動向」海外社会保障研究 Spring 2014 186号36頁（2014）。

²⁵³ 倉田聡「第4章ドイツの介護保険法における介護規制」岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』（信山社出版，2007）69頁。

齡者介護の公的な支援の範囲を見直すことは、常に保健医療との対比によって問題とされてきており、どのような介護を誰が担うのかという論点を考察するにあたって、英国の変革に向けての経緯は、わが国のあり方を再考する一助となりうる。

第3 英国において、介護はどのように賄われ誰が担うのか

(1) 英国の社会福祉 (Social care) と保健医療 (Health care) の制度の概要

ア 英国の社会福祉制度

英国において、高齢者介護は、原則的には社会福祉の領域の問題であるが、一部、保健医療の領域に跨がる場合もある。社会福祉と保健医療に要する費用は、原則的に税によって賄われる。そもそも英国では、「社会保障費の多くが税金によって賄われ、そのことが英国の社会保障の規模を低位に保つ一つの理由となっている」との指摘がある¹。ただし、社会福祉と保健医療は同じ税で賄われているにもかかわらず、社会福祉は地方自治体が、保健医療は国が直轄するNHSが別々に担っているため、社会福祉と保健医療の制度間に大きな隔たりが生じている²。

地域の社会福祉サービスの提供責任は、地方自治体の組織の一つである社会サービス部が負っている。高齢者介護は、社会福祉サービスの対象に含まれているため、地方自治体の社会サービス部は、高齢者介護サービスの確保に対して、第一に責任を負うべきとされる。英国では、わが国の介護保険制度のように、高齢者介護に特化したサービスが提供されているわけではない。このため、本論文では便宜上、地方自治体の責任に属し、高齢者、障害者等に対する介護サービスを「介護を含む社会福祉」と呼ぶこととする。

介護を含む社会福祉に要する費用は、主に国からの補助金と地方税によって賄われている。なお、補助金の大部分が用途を特定しないものであるため、介護を含む社会福祉に要する費用をどの程度確保すべきかについて、地方自治体は自ら判断しなければならない。

¹ 一圓光彌「イギリスにおける社会保障と税制」健保連海外医療保障 No.90, 2011年6月(2011年)9頁。なお、英国の社会保障制度全体を論じたものとして、武川 正吾、塩野谷 祐一編『イギリス(先進諸国の社会保障)』(東京大学出版会, 1999年)、社会保障研究所編『イギリスの社会保障: 社会保障研究所研究叢書 18巻』(東京大学出版会, 1987)、一圓 光彌『イギリス社会保障論』(光生館, 1982年)等がある。また、英国の社会制度史を時系列的に論じたものとして、樫原朗『イギリス社会保障の史的研究』〔I〕～〔V〕(法律文化社, 1973, 1980, 1993, 2005)がある。

² 平部兼子「イギリスの介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』(法律文化社, 2014)23頁。なお、英国の社会福祉政策を論じたものとして、1990年代のコミュニティ・ケア改革の前後については、平岡公一『イギリスの社会福祉と政策研究—イギリスモデルの持続と変化』(ミネルヴァ書房, 2003)が詳しい。または、2000年代のブレア労働党の医療・社会福祉政策については、伊藤善典『ブレア政権の医療福祉改革—市場機能の活用と社会的排除への取組み』(ミネルヴァ書房, 2006)がある。さらに、公的介護費用負担に関する近年の議論の概要を論じたものとして、伊藤善典「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革—責任と公平を巡る17年間の議論—」海外社会保障研究 Winter 2016 No.193がある。

ただし、地方自治体の財政は、国からの補助金に依存しているため、英国政府が主導する緊縮財政の影響を受けやすく、慢性的な財源不足に陥っている。そして、慢性的な財源不足によって、地方自治体は、提供するサービスを削減することに迫られている。その理由として、地方自治体が提供するサービスは、税を財源とするために、社会保険方式に比べて、もともと負担と給付の牽連性が薄いこと、さらに自主財源が乏しいことから、慢性的な財源不足であっても、住民に新たな税負担を求めることができないためと考えられる。従って、地方自治体は、サービスの効率化、縮減等によって対応するしかない。

次に、介護を含む社会福祉について、地方自治体が提供するサービスは、在宅サービスと施設介護の二つに区分することができる。在宅介護サービスには、訪問介護、通所介護、配食、移動支援等があり、どのようなサービスを提供するかは、地方自治体の裁量に委ねられている。在宅介護サービスを利用する場合、申請者は、現物サービスを受ける代わりに、金銭給付を受けて、自ら事業者等と契約してサービスを購入するダイレクト・ペイメント（Direct Payments）方式を採用することもできる。一方、施設介護は、生活支援を主とする介護施設（Residential home）と看護付き施設（Nursing home）とに分けることができる。なお、地方自治体が提供できるのは生活支援を主とする施設である。看護付き施設は、NHSが提供するサービスの一つであり、原則的に地方自治体が提供することはできない。ただし、両施設の大部分が、営利・非営利の民間団体の設立主体によって占められており、生活支援と看護付きの両者を兼ねる施設も少なくない。一般的に、介護施設の料金は、滞在費、介護費用及び看護費用に分類されている。このうち、看護費用は、原則的にNHSによって負担されることとなる。

地方自治体が提供するサービスの受給資格の有無は、ニーズ評価と資力調査によって判断される。ニーズ評価とは、申請者の要介護状態を四段階に区分した上で、申請者にどのようなサービスが必要かを判定する仕組みである。要介護度の判定は、英国政府の定めた基準に基づいて実施されるが、四段階のうち、どの段階の要介護者に受給資格を付与するかは、地方自治体の裁量に委ねられている。財政状態が悪化している自治体は、受給資格の基準を厳格化することによって、公的な支援の対象をより重度の要介護者に集中させる傾向がある。

ただし、要介護状態が認められたとしても、資力調査によって、一定額以上の資産を保有すると判定された者は、公的な支援を受けることができない。特に施設介護の場合、資力調査の要件に持ち家を含むことから、入所費用を捻出するために、持ち家を売却せざる

を得なくなる場合が少なくない。

したがって、英国では、介護費用は全額自己負担が原則であって、公的な支援は、自ら介護費用を負担できない重度の要介護者のみを対象とした選別主義的なものに止まっている³。また、介護費用をどのように負担すべきか、という問題では、後述するNHSとの比較が、必ず議論の遡上にあがることになる。

イ 英国の保健医療制度

保健医療を担うNHSは、全額自己負担が原則である介護を含む社会福祉の領域とは対照的に、受診時、原則として費用負担なしで包括的医療サービスを、全ての人に平等に提供することを原理とする普遍主義的な制度である⁴。NHSは、主として税によって運営されているが、NHSの歳入の概ね2割程度は、国民保険料と患者負担（外来処方薬と歯科治療の定額負担）によって占められている。NHSも、税方式で運営されているため、財政の影響を受けやすく、医療サービスの質の確保とそのための予算確保という難題に悩まされ続けてきたとの指摘があるが⁵、1997年の労働党政権以降、保健医療費はむしろ安定し増加傾向を辿っている。

NHSにおける医療サービスは、一次医療（Primary care）と二次医療（Secondary care）に分けることができる。患者は、医療機関を受診する際に、まず一次医療としての総合医（General Practitioner）の診察を受けなければならない。なお、国民は予め自分が属する総合医に登録をしなければならない。総合医の診察によって、さらに専門的な治療が必要とすると判断された場合、患者は、二次医療としての病院等の医療機関を総合医から紹介されることになる。なお、救急医療の場合を除いて、病院等の医療機関を受診するには、必ず総合医の紹介が必要となる。したがって、総合医は二次医療のゲートキーパーとしての役割を担っていることになる。

一次医療と二次医療に明確に区分するNHSの組織は、サービス提供責任を負う機関と、実際にサービスを提供する機関に大別することができる⁶。サービス提供責任を負う機関

³ 伊藤善典「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革-責任と公平を巡る17年間の議論-」海外社会保障研究 Winter 2016 No.193、54頁。

⁴ 国京則幸「イギリス国民保健サービス利用の法的構造」静岡大学法政研究第14巻3・4号（2010年）249頁。

⁵ 井上恒男「イギリスの社会保障と税制、財政対策議論」健保連海外医療保障 No.110, 2016年6月（2016年）18頁。

⁶ 国京・前掲注（4）249頁。

は、サービス提供機関と契約、協定等を締結することによって、地域のサービスの確保に責任を負う。他方、総合医、病院等のサービス提供機関は、サービス提供責任を負う機関と締結した契約、協定等に基づき、具体的なサービスを提供する。

具体的には、NHS本体から一定の独立性を持ったプライマリ・ケア・トラスト（Primary Care Trust）がサービス提供責任を負っており、一次医療の確保として、各地域の総合医と、二次医療の確保として、病院等と契約、協定等を締結して、予算管理を行っていた。プライマリ・ケア・トラストは、NHSの官僚主義を廃することを目的とした2012年の制度改正によって廃止され、プライマリ・ケア・トラストが担っていた役割は分担されて、関連機関に委譲されることになった⁷。

プライマリ・ケア・トラストの廃止によって、新たに設立された組織の一つが、クリニカル・コミッショニング・グループ（Clinical commissioning groups）である。クリニカル・コミッショニング・グループは、総合医、病院の専門医、看護師等で構成され、従前のプライマリ・ケア・トラストが担っていた二次医療機関に対する予算管理等を行なうものである。なお、各地域の総合医と契約を締結して予算管理を行なう、一次医療の確保の役割は、上部機関であるNHSコミッショニング委員会（NHS Commissioning Board）が担うことになった。

また、プライマリ・ケア・トラストが提供していた地域保健サービスは、地方自治体に委譲されることになった。具体的には、地域保健サービスに従事する保健師、看護師等が、総合医と連携して、訪問看護師による訪問、保健指導、看護の提供等を実施する。

以上のように、NHSは、受診時、原則として費用負担なしで、包括的医療サービスを提供する全国共通の制度であるのに対して、介護を含む社会福祉は、自ら介護費用を負担できない重度の要介護者を主な対象とすることを基本とするが、具体的に誰を対象とするかは、地方自治体ごとにばらつきが生じる仕組みとなっている。

このように介護費用は、病院と介護施設によって大きく異なり、また、住む場所によってもサービス提供に格差が生じることになるため、NHSと地方自治体は、入退院時に適切な連携を図ることが求められた。特に2012年の制度改正では、保健医療と社会福祉の統合を図るために、地域ごとに保健福祉向上委員会（Health and Wellbeing Board）を設立し、各地域の実情に応じた戦略を策定することとされた。クリニカル・コミッショニング・グ

⁷ 国京則幸「NHS改革のもう1つの側面—法学からの考察」健保連海外医療保障 No.104, 2014年12月（2014年）16頁。

ループスは、保健福祉向上委員会の戦略を踏まえて、二次医療の確保を行うことになる。そして、NHS側の制度改正とは別に、地方自治体側でも介護費用負担の問題を抜本的に改正する取組みが、2015年から順次始まるはずであった。

(2) 金融危機以降の介護を含む社会福祉 (Adult Social care) の現況

ア 社会的入院 (Bed-blocking) とケアの包括化 (Integrated care) の動向

上述のように、英国の介護を含む社会福祉にとって、2015年は、大きな変革を伴う年になるはずだった。なぜなら、高齢者介護の公的な支援のあり方の見直しを図るために制定された新法 (Care act 2014) が、2015年4月から順次施行されることになっていたからである。特に介護に要する負担をどのように賄うかという問題は積年の課題であった。この課題に対応するために、新法は、新たな介護費用負担の仕組みを定めることになった。そして、新たな仕組みは、当初、2015年から施行準備に取りかかり、翌年4月から本格的な実施を予定していた。

しかし、2015年の英国下院議員選挙の直後に、新たな介護費用負担の仕組みの実施を、2016年4月から2020年4月に延期することが発表された⁸。新たな介護費用負担の仕組みとは、主に介護費用のキャップ制 (Cap on care costs) の導入のことである。介護費用のキャップ制とは、個人が自分の介護のために支出する額に上限を設ける仕組みであり、従来の公的な支援に資力調査を要する仕組みを抜本的に改めたものである。この新たな介護費用負担の仕組みの施行が見送られたことは、果たして施行準備の期間を設けただけなのか、それとも、今までの議論が振り出しに戻ることになるか。いずれであるかによって、今後の英国の高齢者介護の公的な支援のあり方は、大きく左右されることになる。

今や英国、特にイングランド地域の高齢者介護は、重大な岐路に立たされている。社会的入院 (Bed-blocking) の動向は、高齢者介護の現状を最も顕著に表している。なぜなら、社会的入院の増加は、地域が必要な介護を支えることができない指標として認識されているからである。そして、社会的入院は、NHSの予算を圧迫する要因の一つとなっている。

社会的入院の解消は、古くて新しい問題である。すでに1960年代の精神病床の削減計画によって、社会的入院が問題となっていることを確認することができる。社会的入院の間

⁸ See Secretary of State for Health (2015), “Letter from Rt Hon Alistair Burt MP (15 July 2015): delay in the implementation of the cap on care costs”, Available at: <<https://www.gov.uk/government/publications/delay-in-the-implementation-of-the-cap-on-care-costs>> (accessed 01/2017).

題の本質は、保健医療と社会福祉の適切な連携の欠如にある。保健医療と社会福祉の適切な連携の欠如に関する最もわかりやすい指標が、病床数の削減である。精神障害者の地域移行の可否よりも、精神病床の削減そのものが目的となっていたのである。そして、病床数の削減に向けて、次第に焦点は入院期間が長期化する要介護状態の高齢者に向けられるようになった。つまり、より多くの高齢者の退院を促し、病床数の削減に繋げることが目的となった。事実、イングランドの病床数は、一貫して削減し続けている。2002年度に約18万4千床あった病床数は、2015年末には約13万床にまで減少した。病床数の減少の大部分を占めているのは、長期療養を必要とする病床である。特に老人病床数は、比較可能な1980年代の後半から2000年代にかけて、半数以上が削減された。他方、急性期病床数の削減は2割に止まる。社会的入院の解消は、政権交代を経ても変わることのない政策目標となった。

ただし、総病床数の減少によって、特に急性期病床の稼働率は急激に高まっており、2015年末には約9割にまで達している⁹。このため、地域によっては、利用可能な病床を探すことが困難な状況にあることから、救急患者を搬送する弊害となっている。もはや社会的入院の動向は、特定の病床数の増減では把握できなくなっている。

【表1】イングランドの病床数の推移

	1987	1992	1997	2002	2007	2009
病 床 数	297,364	232,201	193,625	183,826	160,891	158,461
急性期病床	127,616	112,862	107,807	108,706	101,644	100,867
老人病床	53,273	40,346	30,240	27,973	20,730	20,889
精神病床	67,122	47,308	36,601	32,753	26,929	25,503
学習障害病床	33,421	18,519	8,197	5,038	3,147	2,809
周産期病床	15,932	13,167	10,781	9,356	8,441	8,392

出典：『Average daily number of available beds, by sector, England, 1987-88 to 2009-10』 Department of Health (2010), “Beds Time Series – 1987-88 to 2009-10”.より作成。

限りある病床を有効に活用することができなければ、救急搬送に支障をきたすことにな

⁹ See NHS England (2016), “Average Daily Available and Occupied Beds Timeseries”, Available at: <<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>> (accessed 01/2017).

る。さらに近年では、直接的な病床数の削減よりも、むしろ入院する必要のない高齢者の遅延退院（Delayed discharge）、あるいは介護への移管の遅延（Delayed transfer to care）への対応が政策課題となっている。問題は、いかに高齢者を病院から介護施設を含めた地域に移行させることができるかという観点から、高齢者の退院促進の責任の一端が地域の介護サービスの供給責任を担う地方自治体にあるとされた点である。高齢者の退院促進を図るため、Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003 が制定され、地域において必要な介護を提供できる体制ではないことを理由に退院が遅れた場合には、地方自治体は NHS に遅延費用を支払わなければならないことになった。すでにスウェーデンのエーデル改革等で先行して実施された手法を参考としたものである。この制度の導入によって、遅延退院件数は 2001 年の 5,396 件から 2005 年の 1,804 件に 67% 減少した。遅延退院件数の改善が証明するように、NHS と地方自治体が協働する枠組みは、退院の促進に関する一定の評価を得た¹⁰。

しかし、状況は変わりつつある。2015 年 10 月の一般病床（Acute）の退院遅滞日数は、10 万 4,090 日であった。2010 年 10 月の 5 万 8,362 日と比較すると、およそ 2 倍近く増加した。退院遅滞が発生した理由の多くが、地域の介護サービスの供給不足に起因するものである¹¹。総待機者 5,328 人のうち在宅介護を理由とする者（Awaiting care package in own home）は、941 人であり、最も大きな割合を占めている。退院遅滞日数の増加によって、NHS は年間約 3 億ポンドの損失を被ることになると推計され、最終的には地方自治体が退院遅滞費用を弁償することになる¹²。

【表 2】 NHS イングランドの退院遅滞日数の推移（各年 10 月現在）

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
退院遅滞総日数	113,246	116,878	116,881	123,852	142,927	160,094
一般病床	58,362	64,459	70,875	78,487	96,564	104,090
その他病床	54,884	52,419	46,006	45,365	46,363	56,004

出典：『Delayed Transfer of Care, NHS Organisations, England, August 2010 - December 2015』 NHS England (2016), “Delayed Transfers of Care”より作成。

¹⁰ 井上恒男「病院ケアから地域ケアへ—英国の高齢者退院促進政策に学ぶ—」同志社政策科学研究 10 巻 2 号 (2008) 113 頁-125 頁。

¹¹ See NHS England (2016), “Statistical Press Notice-Monthly Delayed Transfers of Care Data, England, December”, Available at: <<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/delayed-transfers-of-care/delayed-transfers-of-care-data-2015-16/>> (accessed 01/2017).

¹² NHS 病床の一日平均費用は、260 ポンドであり、これに退院遅滞日数を乗じる。

地方自治体は、増加する介護の需要に対応できていない。2014 年度中の地方自治体に対する介護サービスの申請数は、184 万 6,000 件であった¹³。そのうち、132 万 7,000 件の申請は高齢者であり、全体の 72%を占めている。ちなみに、退院に伴う申請数は、33 万 3,000 件であった。これらの申請に対して、地方自治体が適切に応じることができた割合は約 4 割に止まる。52 万件の申請は、「提供できるサービスがない」“*No services provided*” と分類され、全体の 28%を占めている。また 57 万 5,000 件の申請は、「他の支援を案内」“*Signposted to other support*” と分類され、全体の 31%を占めている。すなわち、およそ半数以上の申請に対して、公的な支援は届かなかったことになる。

すでに指摘したとおり、保健医療と社会福祉が相互補完的な関係にあることは論を待たない。すなわち、適切な介護が受けられなければ、要介護者は、いずれ救急医療を要することになり、かえって費用が過大に転ずることになる。また逆に、要介護者が必要な介護を受けることができれば、救急医療を要せずに、むしろ全体的な負担は抑制される¹⁴。

全体的な負担の抑制を図るために、英国政府は、保健医療と社会福祉の更なる連携の確保を目的とした Better Care 基金 (Fund) の活用を推奨している。Better Care 基金は、保健省 (Department of Health) と地方自治省 (Department for Communities and Local Government) が主導して、縦割りの弊害が生じていた NHS と地方自治体間の予算を共同化する取り組みである。具体的には、広域的自治体に設けられた 151 の保健福祉向上委員会¹⁵が、NHS の承認を経て、Better Care 基金を活用するための実施計画を策定することになる。そして、NHS から承認された計画に基づき、保健福祉向上委員会は、Better Care 基金から、地方自治体又はクリニカル・コミッショニング・グループスに対して必要な事業費を助成する。NHS の承認を得るためには、Better Care 基金に係る計画に入院日数及び遅延退院件数の減少を位置づけることが条件となる¹⁶。特に基金のうち 10 億ポンドは、緊急入院 (Emergency hospital

¹³ Health and Social Care Information Centre (2015), “*Community Care Statistics, Social Services Activity, England - 2014-15*”, Available at: <<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB18663/comm-care-stat-act-eng-2014-15-rep.pdf>> (accessed 01/2017).

¹⁴ See Richard Humphries et al. (2016), “*Social care for older people -Home truths*”, The King’s Fund.

¹⁵ 保健福祉向上委員会 (Health and wellbeing boards) とは、Health and Social Care Act 2012 第 194 条の規定に基づき、各広域的自治体及び単一自治体に設立され、保健福祉の向上及び健康格差の是正を目的として、地方議員、自治体幹部、NHS 関係者等によって構成される。

¹⁶ Department of Health, the Department for Communities and Local Government (2016), “*Better Care Fund, Policy Framework 2016/17*”, P16, Available at: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/490559/BCF_Policy>

admissions) の減少件数によって配分が決まる仕組み (Payment for performance) である。

当初、英国政府は、Better Care 基金を 38 億ポンド相当の規模になると公言していたが¹⁷、最終的には 53 億ポンドにまで拡大する見込みである。このうち、19 億ポンドは NHS から拠出されるため、英国政府は、地方自治体に対する資金の移転と同様のものとして捉えている。しかし、国立監査局 (National Audit Office) は、Better Care 基金に関する英国政府の見方を楽観的過ぎる (Over-optimism) と批判する¹⁸。なぜなら、いわゆる医療と福祉の包括ケア (Integrated care) の費用対効果は、具体的な方法や事例を含めて、まだ確立されていないため、地方自治体の財源不足を埋めるものではないからである¹⁹。

そもそも Better Care 基金の導入の最初の目的は、地方自治体の財源不足を補填し、介護サービスの供給体制の整備を進めることにあった。しかし、Better Care 基金の開始の間際に、緊急入院の減少件数を達成目標に加えたことが、地方自治体の財源不足を問題とすることよりも、いかに NHS に寄与させるかに問題を矮小化させることにつながった。だが、地方自治体には新たな目標に答える余力はない。国立監査局は、介護サービスの供給に対して、すでに 21 の地域は根本的なリスクを抱えていると警告している²⁰。

以上、英国の高齢者介護が重大な岐路に立たされている中で、新たな介護費用負担の仕組みの実施は、なぜ延期されたか。その理由を探るために、まず高齢者人口の増加に加えて、地方自治体に対する厳しい歳出削減の圧力があったことを確認したい。

イ 将来人口推計と高齢化の進展

(ア) 英国の将来人口推計

他のヨーロッパ諸国と同様に、英国も人口の高齢化に対応しなければならない。そして、高齢化は今後も進展する見込みである。ただし、高齢化の速度は比較的緩やかなままであり、日本とは異なり、人口減少の局面を迎えるには至らないと考えられている。

具体的には、英国の総人口は、2014年時点で約6,410万人であり、2027年には7,000万人を超える見込みである。以降、英国の人口は一貫して増加が見込まれている。なお、自然増は17万1千人であり、移住者は32万9千人である。2017年には、自然増の23万1千人に対

Framework_2016-17.pdf> (accessed 01/2017).

¹⁷ HM Treasury (2013), “*Spending Round 2013*”, Cm 8639, Para 1.30.

¹⁸ See National Audit Office (2014c), “*Planning for the Better Care Fund*”, HC 781, Para 2.4.

¹⁹ *Id.*, Para 3.8.

²⁰ *Id.*, Para 3.3.

して、移住者は22万6千人に止まる。しかし、2029年には、自然増は17万9千人に止まり、移住者は18万5千人を維持する見込みである。以降、自然増が減少傾向にあるのに対して、移住者の人口規模はそのまま維持される。このため、100年の人口推計の期間内で、英国の人口が減少することは想定されていない。人口推計は、移民政策が大きな影響を与える。移民の定住化は自然増を促すが、その規制は高齢化の進展を早めることになる²¹。

一方、65歳以上の人口は、11,407千人である。2014年の時点で高齢化率は、約17.7%になった。第二次世界大戦後の最初の人口ピラミッドである1946年から1947に生まれた世代は、すでに2012年中に65歳に達している。次なる人口のピラミッドである1960年代生まれの世代は、2030年代に70歳を迎えることになる。さらに平均余命（Life expectancy）も高まり、イングランドではおよそ半数以上の死亡年齢は、80歳を超えると予想されている²²。しかし、65歳以上の平均余命は、今後、急激な伸長は見込まれていない。

25年後の2039年の総人口は、約7,400万人に達すると推計されるが、並行して高齢化も進展することになる。この時期の65歳以上の人口は、1,805万3千人であり、総人口の約4分の1を占めると見込まれる。しかし、老齢年金の対象年齢は、段階的に引き上げられることから、高齢層の割合は22%に止まる。なお、一般的に定年制度が存在しない英国でも、高齢者の就労率は低い。例えば、イングランドとウェールズの65歳以上の者が何らかの経済活動に従事している割合は、1割程度である。一方、65歳以上75歳未満に限った層では、経済活動に従事している割合は16%に達し、2001年の2倍にまで上昇した²³。老齢年金の対象年齢が段階的に引き上げられることと相まって、65歳以上の者が労働市場に与える影響は、今後も高まる見通しである。

²¹ 英国が EU から離脱し、入国管理を厳格化することは、人口推計に少なからぬ影響を与える恐れがある。しかし、その影響は未知数のため、ここでは考慮しないこととする。

²² Public Health England (2016), “Recent Trends in Life Expectancy at Older Ages: Update to 2014”, Available at:
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499252/Recent_trends_in_life_expectancy_at_older_ages_2014_update.pdf> (accessed 01/2017).

²³ National Statistics (2013), “What Does the 2011 Census Tell Us About Older People?”, Available at:
<<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/census/2011-census-analysis/what-does-the-2011-census-tell-us-about-older-people-/what-does-the-2011-census-tell-us-about-older-people--short-story.html>> (accessed 01/2017).

【表3】英国の人口推計の推移（単位：千人）

	2014	2019	2024	2029	2034	2039
英 国	64,600	66,900	69,000	71,000	72,700	74,300
15 歳以下人口	12,200	12,700	13,100	13,100	13,200	13,200
生産年齢人口	40,000	42,000	43,000	44,200	44,300	44,600
老齢年金対象人口	12,400	12,200	13,000	13,600	15,200	16,500
イングランド	54,300	56,500	58,400	60,200	61,800	63,300
15 歳以下人口	12,153	12,741	13,105	13,118	13,188	13,219
生産年齢人口	40,022	41,993	42,981	44,240	44,293	44,585
老齢年金対象人口	12,421	12,193	12,950	13,631	15,240	16,480
ウェールズ	3,100	3,100	3,200	3,200	3,300	3,300
15 歳以下人口	555	564	572	569	572	567
生産年齢人口	1,868	1,923	1,932	1,956	1,919	1,899
老齢年金対象人口	669	653	683	706	771	814
スコットランド	5,300	5,400	5,500	5,600	5,700	5,700
15 歳以下人口	911	922	931	926	929	924
生産年齢人口	3,377	3,478	3,492	3,525	3,457	3,419
老齢年金対象人口	1,059	1,028	1,092	1,145	1,273	1,359
北アイルランド	1,800	1,900	1,900	2,000	2,000	2,000
15 歳以下人口	384	396	399	388	379	373
生産年齢人口	1,144	1,188	1,202	1,224	1,208	1,196
老齢年金対象人口	313	310	338	363	413	453

出典：National Statistics (2015), “2014-based National Population Projections”より作成。

※老齢年金対象人口とは、Pensions Act 2014 に基づく老齢年金の受給対象年齢（State Pension Age）以上の人口をいい、男女共に段階的に 68 歳まで引き上げられる予定である。具体的には、2014 年から 2018 年にかけて、女性は 62 歳から 65 歳に、2019 年から 2020 年にかけて、男女共に 65 歳から 66 歳に、2026 年から 2028 年にかけて 67 歳に、2044 年から 2046 年にかけて 68 歳に達することが想定される。

(イ) EU 諸国との比較

EU 諸国の中では、英国はまだ若い世代の多い国に含まれていることが確認できる。EU 全体の平均年齢は、2014 年時点で 42.2 歳であり、1994 年から 2014 年にかけて 6 歳上昇した。これに対して、英国の平均年齢は、39.9 歳であり、同時期に 3.7 歳上昇したに止まり、EU 全体の平均を下回る値である。なお、平均年齢が最も高い国はドイツであり、同時期に 7 歳以上も上昇したドイツ、フランス、英国及びイタリアの人口を合算すると EU 全体の人口の半数となる約 54%を占めている。最も人口規模が大きいドイツと、最も小さいマルタの約 40 万人を含めて、EU 加盟の 28 か国の人口規模は様々であるが、15 か国が前年と比較して増加している²⁴。このうち、自然増のみによって人口が増加した国は、アイルランドだけであるが、フランス及び英国は移住者より、自然増の方が大きく寄与している。反対に、ドイツ及びイタリアは自然減を移住者によって補っている。

【表 4】平均年齢の比較（1994年と2014年）

	1994 年		2014 年		増加（歳）
	人口	平均年齢	人口	平均年齢	
EU-28	480,700,00	36.2	506,824,500	42.2	6.0
ドイツ	81,206,000	38.0	80,767,500	45.6	7.6
フランス	57,991,000	35.6	65,835,600	40.8	5.2
イタリア	57,119,000	38.2	60,782,700	44.7	6.5
英国	57,736,000	36.2	64,308,300	39.9	3.7

出典：『Table 1: Demographic balance, 2013 (thousand)』 European Commission (2015), “Demography Report- Short Analytical Web Note 3/2015”. より作成。

人口の年齢別構成割合から確認できることは、EU 諸国では、ドイツが 14 歳以下の割合が最も低く、イタリアが 65 歳以上の割合が最も高いことである。また、フランスは、従属年齢の割合（15-64 歳人口に占める 14 歳以下及び 65 歳以上の人口の割合）が最も高い。

一方、英国は、14 歳以下の割合がフランスに次いで高く、65 歳以上の割合は、一千万以上の人口を要する 4 か国のうちでは最も低い。しかし、1 人暮らしの割合自体が低いにもかかわらず、このうち 65 歳以上の占める割合は、EU 全体の平均値 41.8%を上回る 46%であ

²⁴ European Commission (2015), “Demography Report- Short Analytical Web Note 3/2015”, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

る²⁵。これは、フランスの 41.3%を上回り、イタリアの 48.3%に次ぐものである。これに対して、ドイツは、1人暮らしの割合そのものが比較的高いが、このうち 65 歳以上の占める割合は 33.4%に止まる。英国では、若年期と比較して、高齢期の一人暮らしが顕著である。

【表 5】年齢別人口構成の割合

	人口	14 歳以下 (%)	15-64歳 (%)	65歳以上 (%)
EU-28	506,824,500	15.6	66.0	18.5
ドイツ	80,767,500	13.1	63.4	20.8
フランス	65,835,600	18.6	63.4	18.0
イタリア	60,782,700	13.9	64.7	21.4
英国	64,308,300	17.6	64.9	17.5

出典：『Table 4: Population age structure by major age groups, 1 January 2014』 European Commission (2015). より作成。

さて、将来人口推計による今後の見通しにおいても、英国は、EU 諸国の中では比較的若い世代の多い国として位置づけられる。20 世紀の多くの場面で、スウェーデンの平均年齢が最も高かったが、21 世紀の中頃までにはドイツがそれにとって代わることになる。この間、平均年齢の上昇が最も高い国は、イタリアである。英国は、最も平均年齢の上昇が少ない国として数えられる。

²⁵ Eurostat (2015), “People in the EU: who are we and how do we live? - 2015 edition”, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

【表 6】平均年齢の推移と予測（2020年以降は人口推計によること）

	1960	1980	2000	2020	2040	2060
EU+4	31.5	32.4	37.1	42.2	46.3	47.2
ドイツ	34.8	36.6	39.8	47.8	50.4	50.8
フランス	33.0	32.2	37.3	41.4	43.6	44.5
イタリア	31.2	34.0	40.1	46.2	49.3	50.2
英国	35.6	34.3	37.5	39.9	41.8	42.3

出典：『Table 1: Median age on 1 January of selected years』 Giampaolo LANZIERI (2011), “*The greying of the baby boomers - A century-long view of ageing in European populations*”. より作成。

大戦終結直後のベビーブーム世代の高齢化（The greying of the baby boomers）は、全てのEU諸国にとって避けることのできないものであるが、その進展状況によって、6つに区分することができる²⁶。一点目は、1990年代には比較的高齢であったが、将来人口推計上では若い国として区分されるものであり、中央及び北ヨーロッパに位置する国々である。英国、フランス等がこれに含まれる。二点目は、スウェーデンである。当初は、最も高齢化が進んだ国であったが、将来人口推計期間中に最も若い国の一つになると見込まれる。三点目は、ドイツとイタリアであり、一貫して高齢化の進展が見込まれている。四点目は、比較的緩やかに高齢化すると見込まれる国々であり、地域的な特性はない。五点目は、西ヨーロッパに位置する国々であり、当初は比較的若い国であったが、将来人口推計期間中に高齢化の進展が著しい国々である。六点目は、アイルランド、キプロス及びアイスランドであり、将来人口推計期間中に最も若い国の一つとして数えられる。ただし、これらの推計は、移民政策のあり方によって左右されるものであり、例えば、全ての人口の流出入を規制した場合、高齢化は速度を増して進展すると予想される²⁷。

²⁶ Giampaolo LANZIERI (2011), “*The greying of the baby boomers - A century-long view of ageing in European populations*”, Eurostat – Statistics in Focus no.23.

²⁷ *Ibid.*

【表 7】 65歳以上の人口構成の割合（2020年以降は人口推計によること）

	1960	1980	2000	2020	2040	2060
EU+4	9.6	12.5	14.5	19.1	25.6	29.3
ドイツ	11.5	15.7	16.2	23.0	31.7	32.8
フランス	11.6	14.0	15.8	20.2	25.6	26.6
イタリア	9.3	13.1	18.1	22.3	29.8	31.7
英国	11.7	14.9	15.8	18.7	23.2	24.5

出典：『Table 3: Percentage of population aged 65 years and over on 1 January of selected years』
Giampaolo LANZIERI (2011). より作成。

（ウ）介護需要の将来予測

したがって、英国は、他の EU 諸国と比較すると、20 世紀までは高齢化が進展していたが、今後はその速度が緩やかになると見込まれる。結果的には EU 諸国の中でも若い世代の多い国に位置づけられる。しかし、このことは、何の対策もなしに介護の需要が解消できることを意味しない。むしろ高齢化の進展とともに介護が必要な人口は増加し、これに伴って公的な支援の必要性も高まると予想される²⁸。

例えば、イングランド地域では、2035 年までの 65 歳以上人口の増加率は 50%であるが、男性の平均寿命の伸長により、85 歳以上の人口の増加率はその 2 倍以上に達すると見込まれる。85 歳以上の人口の増加は、65 歳以上の人口の増加率を上回って、介護の需要が高まることを意味する。しかし、介護サービスの利用者数が、介護の需要に単純に合致するわけではない。その代わりに、家族介護（Informal care）を受けている者は、2015 年に 220 万人に上ると推計される。現在の傾向が続けば、2035 年には 350 万人に達すると見込まれている。ただし、この推計は、配偶者及びその子どもが介護を担うことを見込んでいるが、特に親の介護をその子供がどこまで引き受けるかは、将来的には不確定な要素が多い。

²⁸ Raphael Wittenberg and Bo Hu (2015), “Projections of demand for and costs of social care for older people and younger adults in England, 2015 to 2035”, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.

【表8】 イングランドにおける介護が必要な高齢者人口の見通し（単位：百万）

	2015	2020	2025	2030	2035
日常生活に支障を有する者	2.89	3.25	3.69	4.22	4.77
特に介護を要する者	1.15	1.30	1.49	1.73	1.99
介護サービス利用者	0.6799	0.7658	0.882	1.0321	1.1951
ダイレクト・ペイメント	0.0455	0.0508	0.0569	0.0663	0.0744
在宅等介護（公的受給者）	0.2113	0.2390	0.2809	0.3357	0.3937
在宅等介護（自己負担者）	0.0939	0.1049	0.1155	0.1300	0.1395
施設介護（公的受給者）	0.1721	0.1871	0.2084	0.2281	0.2571
施設介護（自己負担者）	0.1571	0.1840	0.2203	0.2720	0.3304

出典：『Figure 1 Projected number of disabled older people in England 2015-2035』 and 『Table 1: Projected number of older people using social care, 2015-2035, England, under base case assumptions, in thousand persons』 Raphael Wittenberg and Bo Hu (2015) “*Projections of demand for and costs of social care for older people and younger adults in England, 2015 to 2035*”. より作成。

介護の需要が高まることに伴って、高齢者向け介護サービスの費用がGDPに占める割合は、2035年までに約6割増加する。このうち、公的な支援に要する費用は、約2.5倍に達するが、自己負担額よりも約24億ポンド下回る額と推計されている。その主な要因は、自己負担による介護施設の入所者数が2倍以上に増加するためである。これを自己負担者（Self-funder）という。一方、公的な支援の受給者の増加率は、5割未満に止まる。また、在宅介護サービスの公的な支援の受給者は、自己負担者の約3倍以上に達する。在宅と施設介護の自己負担者数の違いは、自宅を所有する高齢者の割合が増加することに伴い、介護施設に入所する場合に、資力調査（Means-testing）によって公的な支援の対象から外されることが多くなるためである。

【表9】 イングランドにおける高齢者向け介護サービスの費用の推計（単位：10億ポンド）

	2015	2020	2025	2030	2035
総支出	16.2	20.1	25.7	33.1	42.4
対GDP比	1.02%	1.13%	1.29%	1.47%	1.68%
公的支援	6.9	8.4	10.7	13.6	17.5
在宅等介護	2.6	3.3	4.4	5.5	6.8
施設介護	3.2	3.8	4.6	5.5	6.8
ニーズ評価	1.1	1.3	1.7	2.1	2.7
公的利用者負担	2.5	3.0	3.5	4.2	5.0
自己負担	6.8	8.7	11.4	15.4	19.9

出典：『Table 2: Projected expenditure on social care for older people, 2015-2035, England, under base case assumptions, in £bn at constant 2015 prices』 and 『Table 3: Projected net public expenditure on social care for older people, 2015-2035, England, under base case assumptions, in £bn at constant 2015 prices』 Raphael Wittenberg and Bo Hu (2015). より作成。

英国の高齢化の進展は、他のEU諸国と比較すると今後は高齢化の速度が緩やかになると見込まれるが、急増する高齢者介護の費用をどのように賄うかという問題に、英国は無関心でいることはできない。次に、人口の変容が過去にどのような影響を与えたかという観点から、過去10年におけるイングランドとウェールズ地域の高齢者人口の推移を確認したい。

(エ) 過去10年の高齢者人口の変容とその影響

イングランドとウェールズ地域における2011年の65歳以上の人口は、約920万人であり、総人口に占める割合は16%である。2001年の約830万から約100万人増加したが、総人口に占める割合は同程度である。このうち、85歳以上の人口は、約125万人であり、2001年の101万人から25%程度増加した。特に男性の平均余命の伸長が大きな影響を与えた。

一方、65歳以上の者が世帯主となる世帯数は、約610万世帯であり、総世帯数の約26%を占める。なお、65歳以上の人口の約3割は一人暮らしであるが、第二次世界大戦によって生じた寡婦の減少等により2001年の34%から減少している。また、このうち460万世帯は持ち家に住んでおり、その割合は2001年の約68%から約75%に増加している。持ち家の取得率は住宅ローンを返済した60歳以上で最も高くなる傾向にあり、高齢化の進展とと

もに全体的な割合も増加している²⁹。このうち、85歳以上の住宅資産の保有率が低下しているのは、介護施設に入所するために、持ち家を含む資産を処分せざるを得なくなったことによるものと推定される。

【表10】高齢世代における住宅資産の保有率（単位：％ 2011年）

	持ち家	抵当権付き	公営住宅	民間賃貸	その他
65 - 74 歳	69	11	14	4	2
75 - 84 歳	70	7	17	4	2
85 歳以上	64	5	22	4	4

出典：『Figure 8: Percentages of older age group populations living in private households, 2011, England & Wales』 National Statistics (2013), “What does the 2011 Census tell us about the “oldest old” living in England & Wales?”. より作成。

また、退職した高齢世帯の平均的な可処分所得は、17,700 ポンドである³⁰。これは、1977年の2.5倍に相当し、現役世代の所得が経済状況に左右されるのに対して、毎年増加傾向にある³¹。所得の構成要素のうち、私的年金が最も伸びており、1977年の18%から40%に増加した。このため、公的年金の受給額は1.9倍に増加したが、各種公的手当を含めた所得に占める割合は、1977年当時の約65%から半分にまで減少した。また、公的年金の対象年齢は引き上げが予定されており、所得に占める割合は今後も低下する見込みである。併せて、所得の格差は1977年の3.2倍から3.8倍にまで拡大しており³²、高齢期の所得保障は厳しさを増している。

他方、生涯に亘る資産形成状況については、男性は45歳から64歳までの層が最も高く、総計して8,090億1,600万ポンドに達する³³。これに対して、女性は65歳以上の層が最も高く、総計して6,344億6,700万ポンドに達する。65歳以上の平均的な保有資産額は、27万

²⁹ National Statistics (2013), *supra note 23*, P10.

³⁰ National Statistics (2012), “Income of Retired Households 1977-2010/11”, Available at: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_284355.pdf#search=%27Income+of+Retired+Households+19772010%2F11%27> (accessed 01/2017).

³¹ 現役世代の可処分所得は、35,000ポンドであり、1977年の2倍である。ただし、平均的な可処分所得の増加率は、世帯構成数に大きく関係しており、現役世代の世帯構成員数が著しく減少傾向にあることも一因とされる。

³² 最も所得の格差が拡大したのは1991年の4.8倍であり、これ以降、縮小傾向にある。

³³ HM Revenue & Customs (2012), “UK Personal Wealth Statistics: 2008 to 2010”, A National Statistics Publication.

3,771 ポンドである。これは、総じて現役世代の時の資産形成が反映されており、稼働できなくなる高齢期の資産活用を想定している。

しかし、介護の需要の高まりにもかかわらず、介護施設（Care home）に入所している高齢者は 29 万 1 千人であり、2001 年の 29 万人から入所者数にほとんど変化はない。65 歳以上の人口が 11%増加したことを考慮すると、人口に占める入所者の割合は低下しており、入所者の平均年齢も上昇している。

【表 1 1】介護施設に入所している高齢者の数と人口に占める割合（単位：千人）

	2001 年	2011 年	差
65 歳以上	290 (3.5%)	291 (3.2%)	1 (-0.3%)
85 歳以上	164 (16.2%)	172 (13.7%)	8 (-2.5%)

出典：『Table 3: Changes in the resident care home population of men aged 65 and over in England and Wales, 2001 to 2011』National Statistics (2014), “Changes in the Older Resident Care Home Population between 2001 and 2011”. より作成

人口に占める入所者の割合が低下していることを説明する主な要因は、家族等による介護（Unpaid care）の増加である³⁴。2011 年には、10 人に 1 人にあたる約 580 万人の家族等が何らかの介護を担っている。2001 年と比較すると約 60 万人増加しており、人口の増加率を上回る伸びである。また、女性に偏りがあることが特徴である³⁵。家族等から介護を受ける要介護者の状態は、重篤化している。週 50 時間以上を介護に従事した家族等は、140 万人にも上る。2001 年と比較して 27 万 1,649 人増加した。最も懸念されるのは、介護者の健康状態である。週 50 時間以上を介護に従事した者は、それ以外と比べて、女性は 2.7 倍、男性は 2.4 倍も、「健康状態が悪化」 “ [Not Good] Health ” していると回答している。介護者の健康状態の悪化は、要介護者の状態の悪化にもつながり、共倒れの危険性を孕んでいる。

³⁴ See National Statistics (2014), “2011 Census analysis: Unpaid care in England and Wales, 2011 and comparison with 2001” Available at: <<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/2011censusanalysisunpaidcareinenglandandwales2011andcomparisonwith2001/2013-02-15>> (accessed 01/2017).

³⁵ See National Statistics (2013), “Inequality in the provision of unpaid care in England and Wales” Available at: <<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/census/2011-census/detailed-characteristics-for-local-authorities-in-england-and-wales/sty-unpaid-care.html>> (accessed 01/2017).

高齢化の進展等により介護サービスの需要が高まりつつある中で、なぜ依然として家族等による介護に過大な負担がかかっているのか。その要因には、金融危機以降の歳出削減の圧力によって、地方自治体のサービス供給能力に重大な支障をきたしていることが考えられる。必要なサービスを受けられなければ、要介護者だけではなく、介護者の状態の悪化を招き、結果として、緊急入院（Emergency hospital admissions）を要し、NHSの予算を圧迫することにつながる。

ウ 金融危機以降の財政状況

（ア）金融危機の直接的な影響

英国は、1992年から2007年までの16年間にわたって、実質GDPが平均して毎年3.3%増加するという成長を達成していた³⁶。しかし、2008年秋に発生した世界的な経済・金融危機（いわゆるリーマン・ショック）の影響が直撃し、英国の経済成長率は2008年第2四半期にプラスから前期比▲0.6%に転じ、2009年には前年同期比▲5.6%にまで落ち込んだ。2013年同期には、金融危機以前の水準を回復し、緩やかな成長を達成している。

【表12】実質GDPの推移（単位：百万ポンド，第2四半期）

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
実質GDP	420,031	396,514	403,217	409,994	414,099	423,282	436,128	446,446
前期比	-0.6	-0.2	0.8	0.3	-0.2	0.6	0.8	0.6
前年同期比	1.2	-5.6	1.7	1.7	1.0	2.2	3.0	2.4

出典：National Statistics (2015), “Time series related to Gross Domestic Product (GDP)”. より作成。

この間、英国政府は、2008年11月に総額200億ポンドを超える規模の経済対策を実施することを公表した³⁷。この経済対策の実施のため、1998年以降順守してきた、景気循環を通じた二つの財政規律（Code for Fiscal Stability）を保留することにした。二つの財政規律とは、公的部門の借入を投資目的に限定し、人件費等の経常的歳出は税収等の経常的歳入により賄うこととした「ゴールデン・ルール」（Golden rule）と公的純債務残高の対GDP比を40%以下の水準で推移させる「サステナブル・インベストメント・ルール」（Sustainable investment

³⁶ 財務省財政制度等審議会「海外調査報告書」（平成26年7月公表）47頁。

³⁷ HM Treasury (2015a), “Pre-Budget Report November 2008 -Facing global challenges: Supporting people through difficult time”, Cm 7484, Para 2.102.

rule) である。これらの財政規律を棚上げし、景気循環が調整された後に財政収支の改善に取り組むことを新たに定めた。

英国政府が取った景気浮揚策は、付加価値税を一年間 2.5%に引き下げ、公共投資を前倒しして執行する等の財政政策に重きをおいたものである。景気浮揚策により、幾分か経済状況を改善させる効果を生んだが、税収の落ち込みも相まって、財政収支が急激に悪化した。もともと労働党政権下では、2000 年以降に公的機関の支出総額が GDP に占める割合は拡大しており、2009 年度には約 47%にも達した。

したがって、安定的な経済成長と並行して、財政再建は、2010 年 5 月に誕生した保守党と自由民主党の連立政権が最初に取り組まなければならない課題であった。

【表 1 3】 公的債務残高の推移（単位：10 億ポンド）

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
歳入総額	360	384	400	402	426	456	489	525
歳出総額	349	369	392	423	460	496	535	562
財政赤字	-11.2	-15.6	-7.3	20.3	33.4	39.6	46.4	36.5
公的債務残高	360.2	327.6	328.7	357.7	393.6	451.5	496.2	532.2
対 GDP 比	34	30	29	30	32	34	35	36

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
歳入総額	550	566	528	563	593	600	619	639
歳出総額	591	640	680	706	707	726	720	738
財政赤字	40.8	74.3	152.2	142.3	114.4	126.3	100.6	98.0
公的債務残高	569.9	695.0	887.2	1082.7	1181.7	1288.4	1389.6	1489.6
対 GDP 比	37	49	62	69	72	76	78	80

出典：National Statistics (2015), “The debt and deficit of the UK public sector explained”, and, “Summary of Public Sector Finances, November 2015”. より作成。

(イ) 財政再建と歳出削減

2010 年 10 月に発表された「歳出計画」(Spending Review 2010)³⁸では、GDP に占める公

³⁸ 歳出計画 (Spending Review) とは、政府が予算の優先順位を評価して各省庁別のおよそ 3 年間の歳出の見通しを決定するものであり、2 年ごとに見直される。1998 年の労働党政

の支出の割合を、2006年度の水準に戻すことを目標とすると表明した³⁹。具体的には、2014年度までに年間810億ポンドを削減する見通しが示された⁴⁰。

ところで、英国の予算は、支出管理の方法によって、二つに区分される。一点目は、政府機関別に歳出の限度額が割り当てられる省庁別管理予算 (Departmental Expenditure Limits) である。省庁別管理予算は、歳出計画の対象となり、複数年度にわたって弾力的に歳出を管理することを意図するものである。二点目は、年度管理予算 (Annually Managed Expenditure) である。年度管理予算は、各省庁の裁量の余地は少なく、外部的な要因から影響を受けることが多いために複数年度の管理が困難なものである。年金や利払い等のいわゆる義務的経費がこれに該当する。前者と後者の割合は、およそ6対4で推移している。

さらに省庁別管理予算と年度管理予算の二つの区分を横断して、予算の性質の違いから、経常的予算 (Resource budget) と資本予算 (Capital budget) に分類することができる。まず、経常予算とは、各省庁がそれぞれ政策目的を適えるために歳出を管理するのに必要な費用であり、人件費、賃料、資産保有等が含まれている。次に、資本予算とは、投資的な支出に加えて、資産の売却、貸出等から生じる収入から構成されている。

権によって導入された。すなわち、計画期間中の3年目と次期計画の初年度が重なるように見通される。しかし、Spending Review 2004は、計画期間を一年間延長した上で、2007年に包括的な歳出計画 (Comprehensive Spending Review) を策定した。これは、労働党政権下において、首相が交代することが予定されたためである。したがって、歳出計画は、新たな内閣の青写真を描くものとして活用される。ちなみに保守党と自由民主党の連立政権が発表した Spending Review 2010は、2011年から14年までの4年間、つまり次期の下院議員選挙までの期間を対象としている。

³⁹ HM Treasury (2010), "Spending Review 2010", Cm 7942, Para 5.

⁴⁰ *Id.*, Para 1.10.

【表 1 4】英国政府機関等の歳出総額（単位：百万ポンド）

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
総管理歳出 Total managed expenditure	707,118	706,577	720,856	722,348	735,533
公的部門経常支出 Public sector current expenditure	634,115	641,810	650,700	660,004	668,645
経常的省庁別歳出限度額 Resource DEL	346,072	340,984	338,555	338,731	333,629
経常的省庁別各年度管理歳出 Resource departmental AME	167,242	250,628	260,090	289,095	253,676
経常的その他各年度管理歳出 Resource other AME	120,800	50,198	52,055	32,178	81,340
公的部門投資的支出 Public sector gross investment	73,003	64,767	70,156	62,344	66,888
投資的省庁別歳出限度額 Capital DEL	49,816	42,338	38,961	41,664	44,985
投資的省庁別各年度管理歳出 Capital departmental AME	3,764	2,525	3,589	-6,211	5,667
投資的その他各年度管理歳出 Capital other AME	23,187	22,429	31,195	20,680	21,903

出典：『Table 1.1 Total Managed Expenditure, 2010-11 to 2015-16』 HM Treasury (2015), “Public Expenditure Statistical Analyses 2015”. より作成。

前政権から始まった歳出の見直し計画は、当初、省庁別管理予算のみを対象としていた。しかし、2010年の計画では、初めて年度管理予算を含めることとし、このうち、所得保障（Social Security）、税額控除（Tax credits）及び公共部門雇用者年金（Public service pensions）の削減に取り組むことになった。特に社会福祉手当関連支出額は20%以上の削減が行なわれた⁴¹。また省庁別管理予算では、NHSや政府海外援助費（ODA）除く全ての分野で、各省で平均して約19%の削減が見込まれた。

一方、英国政府は、介護を含む社会福祉の分野には、四年間で20億ポンドを追加投資することを表明した。このうち、10億ポンドは地方自治体向けの補助金に含まれているため、地方自治体のサービスを削減する必要性はないと、英国政府は説明する⁴²。しかし、地方自治体向けの補助金は、用途を限定させる政策目的型（Ring fencing）の Personal Social Services 基金（grant）として交付されたものを、一般補助金（Local government

⁴¹ HM Treasury (2013), *supra note 17*, Para.1.6. 世帯給付に上限（Household benefit cap）を設けるとともに、普遍的給付（Universal Credit）制度の導入等により、2014年度までに180億ポンドを、2015年度にさらに36億ポンドを削減することになった。

⁴² *Id.*, Para 2.14.

formula grant) に組み替えたものである⁴³。一般補助金への組み替えの目的は、使途を地方自治体の裁量に委ね、より一層の効率化を推進することであった。

地方自治体向けの補助金は、2010年度の285億ポンドから2014年度に229億ポンドまで減額され、28%以上が削減される見通しである。このうち、およそ70億ポンドの政策目的型補助金が一般補助金に組み替えられた。さらに、英国政府は、追加的に補助金を交付することと引き替えに、地方税 (Council tax) の税率の凍結を地方自治体に求めた。追加的な補助金は、2014年度までに総額28億ポンドに達する見込みであるが、地方自治体の歳入不足を埋め合わせるものではなかった。

(ウ) 新たな財政規律の確立

2015年10月に発表された「歳出計画及び予算編成方針」(Spending review and autumn statement 2015) は、経済状態が好転したことにより、財政収支を改善させることに主眼をおいた⁴⁴。具体的には、2019年度までに約10億ポンドの財政黒字を達成し、公的債務残高の対GDP比を減少させ、これを新たな財政規律として確立することとした。ちなみに、財政規律は、不況下においては保留されることになるが、不景気を脱すれば再び機能し始める仕組みである。

財政基盤を確立するためには、すでに2014年予算において、およそ財政黒字の8割を歳出削減によって、2割を税制改革によって実現する見通しであることを明らかにしていた⁴⁵。したがって、今後も厳しい歳出削減は継続されることになる。つまり、財政黒字を達成するためには、需要に見合った供給量を確保するのではなく、むしろ限りある財源の範囲内で必要とされるサービスを選別しなければならない。特に「2015年の歳出計画」では、「より高い賃金、より低い税負担と福祉給付⁴⁶」 “higher wages, lower taxes and lower welfare” を標榜しており、具体的には就労世代を対象とした手当の凍結等の制度改正によって、2020年までに120億ポンドを削減する見通しである⁴⁷。さらに社会福祉手当関連支

⁴³ *Id.*, Para 2.41.

⁴⁴ HM Treasury (2015c), “Spending review and autumn statement 2015”, Cm 9162, Para 1.27.

⁴⁵ HM Treasury (2014), “Budget 2014”, HC 1104, Table 1.2.

⁴⁶ HM Treasury (2015c), *supra* note 44, Para 1.5.

⁴⁷ HM Treasury (2015b), “Summer Budget 2015”, HC 264, Para.1.136. 120億ポンドの削減は、就労世帯の給付及び地方住宅手当 (Local Housing Allowances) の4年間の凍結、公営賃貸住宅の1%の削減、社会福祉手当の世帯上限額 (Household benefit cap) の削減、税控除並びに普遍的給付 (Universal Credit) 制度の改革によって捻出される予定である。

出に上限額 (Welfare cap) を新たに設定するとともに、全国生活賃金 (National Living Wage) の導入と所得控除 (Income tax personal allowance) の拡大を図ることとした。

ちなみに全国生活賃金とは、25歳以上で週35時間以上働いている労働者を対象に、これまでの最低賃金 (National Minimum Wage) に代わって適用される時給であり、2020年までに7.2ポンドから9ポンドまで引き上げられる予定である。中間層の収入層の6割に匹敵するものと見込まれる。また、所得税の基礎控除額を10,600ポンドから最終的には12,500ポンドまで拡大するとともに、その最低税率の課税対象の上限を5万ポンドまで引き上げることとしている⁴⁸。この結果、2,900万人に肯定的な影響があるとされる。

また、社会福祉手当関連支出に設けた上限額 (Welfare cap) には、介護手当 (Attendance Allowance)、介護者手当 (Carer's Allowance)、所得補助 (Income Support) 等を含んでおり、公的扶助等の約56%が対象となる。すでに2014年予算にて導入されていたが、この上限額の目的は、財政基盤の強化と説明責任の向上であると説明している。つまり、これらの現金給付は、年金等と同様に複数年の管理が困難な年度管理予算に位置づけられているが、その対象、効果等が異なるものを一緒くたにして支出総額に制限を設けたことは、低所得者層に影響を与えることを厭わず、財政規律を維持するという強い意志の表れであった。しかし、「2015年の歳出計画」では、当初3年間は、この上限額を超過してしまうということが明らかになった⁴⁹。ただし英国政府は、2020年度までの計画期間中に整合性をあせることができると説明する⁵⁰。

一方で、NHSと介護を含む社会福祉の費用の確保には、特段の配慮が講じられている。しかし、費用の確保の方法は、前者と後者では大きく異なる。NHSは、220億ポンドの効率化と引き換えに、2015年度の1,010億ポンドから2020年度までに1,200億ポンドに増額されることが約束されている⁵¹。一定の予算規模が確保されたNHSに対して、介護を含む社会福祉は、その費用を確保する手段として、地方自治体に地方税を2%まで引きあげる裁量を与えることとしている⁵²。加えて、Better Care基金を活用し、15億ポンド相当の価

⁴⁸ *Id.*, Para.1.117.

⁴⁹ *Id.*, Para.1.69. 福祉関係の現金給付関連予算の新たな削減見通しのため、予算責任局 (Office for Budget Responsibility) が「2014年秋の予算編成方針」(HM Treasury, (2014) “Autumn Statement 2014”, Cm 8961, London: The Stationery Office) によって設定した上限額 (Welfare cap) は、年度ごとにことなるが、2020年度には1,149億ポンドに収めるよう改められた。なお、変動枠 (Forecast margin) として2%以内の超過は認められる。

⁵⁰ HM Treasury (2015c), *supra* note 44, Para 1.46.

⁵¹ *Id.*, Para.1.97.

⁵² HM Treasury (2015b), *supra* note 47, Para.1.247. 仮に全ての地方自治体がこの措置を講じた

値を創造することを表明する。なお、Better Care 基金とは、保健医療サービスを含めた包括ケア（Integrated care）を推進することを目的としている。「2013 年の歳出見通し」

（Spending round 2013）において導入が表明され、NHS と地方自治体の両者が拠出して創設された。その額は 53 億ポンドに上り、2017 年度には既存のプログラムに代わる新たな実施計画を策定して 2020 年度の活用を予定している。Better Care 基金の措置によって、全国生活賃金の導入に伴う人件費の増加に対応し、90 万人に上る介護労働者の待遇が改善され、必要な労働力の確保に繋がると英国政府は説明する⁵³。

（エ）地方自治体向け補助金の削減

地方自治体の裁量的な経費を支える英国政府の補助金は、61 億ポンド削減される見込みである。補助金に代わって、地方税等の割合が高まることになり、2019 年度には地方自治体の自主財源は、63 億ポンド増加することを想定している。しかし、実質ベースで見れば、地方自治体の一般的歳入額は、1.7%の減少である⁵⁴。2010 年度から 2015 年度までの歳出の削減規模には及ばないが、地方自治体の財政状況は、さらに厳しい立場に追い込まれる。また、公衆衛生部門に係る補助金の一般財源化等により、引き続き、地方自治体に対する権限と財源の移譲は推進されることになる。

【表 1 5】 イングランド地域の地方自治体の一般補助金の見通し（単位：百万ポンド）

	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
一般補助金	11,500	9,600	7,400	6,100	5,400
自主財源	28,800	29,000	31,500	33,600	35,100
合計	40,300	38,600	38,900	39,700	40,500

出典：『Press release : Local government funding at the Spending Review 2015』 Department for Communities and Local Government, HM Treasury (2015). より作成。

特に英国政府と折半している事業所税（Business rate retention）については、事業所税の全額を地方自治体に移管することが表明された。地方自治体に移管した結果、新たに 130 億ポンド相当が地方自治体の自主財源に加わり、例えば地方経済の活性化を目的に、地方

場合、20 億ポンドの予算が確保されると見込まれる。これは、高齢者を対象とした 5 万人以上の介護施設入所者又は 20 万人以上の在宅介護受給者に匹敵する。

⁵³ *Id.*, Para 1.108.

⁵⁴ *Id.*, Para 1.241.

自治体の裁量により、事業所税を低くすることが可能となる。ただし、地方自治体間の財政力調整機能は、英国政府によって保たれる見込みである。すなわち、地方自治体の裁量に委ね、より一層の効率化を推進するために、2010年以降、「政策目的型」補助金を一般補助金に組み換えてきたが、今後は補助金そのものの一般財源化が図られることになる。

このように財政基盤の変革を迫られている地方自治体は、一般的にどのような役割を担っているのか。連邦制とは異なった英国の地方自治の仕組みを確認する必要がある。

エ 地方政府の組織と役割

(ア) 地方政府に対する権限委譲

英国 (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) は、その名が示す通り、イングランド、スコットランド、ウェールズ及び北アイルランドから構成される連合王国である。近年の権限移譲の推進により、イングランドを除いた地域では独自の議会を有しており、地域事情に即した固有の政策を展開している。このため、権限移譲の方法は、地域によって異なることになる。

英国の社会保障は、所得保障 (Social Security)、保健医療 (Health Care) 及び社会福祉 (Social Care) の大きく3つに分類することができる⁵⁵。まず所得保障及び保健医療の分野は、国が事業を直轄する。ただし、保健医療はNHSにその運営が委ねられており、イングランド、スコットランド、ウェールズ及び北アイルランドの地域ごとに4つに分割して設立し、独立して予算を編成しサービスの内容を決定することができる。一方、介護を含む社会福祉の分野の実施主体は、第一に地方自治体に属する。

しかし、問題は、どの地方自治体に責任があるかということである。英国の地方自治は、歴史的な変遷から形成されてきたため、地域によって階層制が異なり、所掌する事務も様々である。特にスコットランド、ウェールズ及び北アイルランドの地方政府 (Local government) は、英国議会からの権限移譲によって設立されたことから、一般的な地方自治体 (Local authority) とは異なるものとして位置付けられている。介護を含む社会福祉の分野は、いずれの地域においても原則的には移譲された権限内に含まれている。まず各地方政府の権限移譲の程度を確認することが必要である。

⁵⁵ 社会保障研究所編『イギリスの社会保障：社会保障研究所研究叢書 18 巻』（東京大学出版会、1987）31 頁。

(イ) スコットランド地方政府

まず、最初にスコットランドでは、Community Care and Health (Scotland) Act 2002 の制定によって、イングランドとは対照的に、高齢者の介護費用の無料化 (Free personal care) を標榜している。介護費用の無料化を可能にしたのは、1997年の住民投票の結果により、スコットランド議会 (Scottish Parliament) が、Scotland Act 1998 に基づき、国防、外交等を除く包括的な立法権限を有しているためである。これに対して、英国議会は、同法に明示された事項の権限のみを留保 (Reserved matters) することができる。なお、執行機関として、スコットランド政府 (Scottish Government) を置いている。また、一層制を採用しており32の単一自治体 (Unitary Authority) がある。所掌する事務は、イングランドの地方自治体と同様である。

(ウ) ウェールズ地方政府

次に、ウェールズは、スコットランドと比較すると、英国政府の政策と親和性が高い。2014年に制定されたSocial Services and Well-being (Wales) Act 2014 は、イングランドを主な対象としたCare Act 2014と基本的な目的を共有するものである。しかし、同法は、介護を含む社会福祉の分野において、初めてイングランドから完全に分離された立法として位置づけられる。最も大きな相違は、Care Act 2014 が成人のみを対象とするのに対して、同法は、子どもを含めていることである。このことを可能にしたのは、スコットランドとは異なり、段階的に一定の制約のもとで立法の制定権限が移譲されたことにある。

ウェールズでは、Government of Wales Act 1998 による住民投票の結果に基づき、1999年7月にウェールズ議会 (National Assembly for Wales) が設立された。当初、同法が明示する20の分野のみを対象として、第二次立法 (Secondary Legislation) の制定権限が付与された。このため、引き続き、英国議会在が第一次立法の制定権限を有することから、スコットランドの場合を立法的分権 (Legislative devolution) と呼ぶのに対して、執行的分権 (Executive devolution) と呼ばれた。しかし、Government of Wales Act 2006 の制定により、限定された分野のみの立法権限 (Assembly Measures) が付与されたが、法案ごとに英国議会の同意を必要とした。その後、2011年3月に実施された住民投票の結果に基づき、ウェールズ議会は、英国議会の同意を要しない立法権限 (Acts of the Assembly) が移譲されることになった。ただし、依然として、英国議会は全ての分野の留保権限を維持してい

ることに加え、ウェールズ議会の立法権限は特定分野に限られているため、包括的な権限移譲とはいえない。なお、執行部門は、当初ウェールズ議会内に設置されていたが、2007年5月に議会と分離した行政機関として、ウェールズ政府（Welsh Assembly Government）が設立された⁵⁶。また、一層制を採用しており、22の単一自治体（Unitary Authority）がある。所掌する事務は、イングランドの地方自治体と同様である。

（エ）北アイルランド地方政府

最後に、北アイルランドは特殊な事情を有する。その管内の地方自治体の権限は、他の地域と比較すると狭い範囲に止まっており、英国議会から任命された委員会が教育、社会福祉等のサービスを提供している。特に2009年に設立された保健・社会福祉委員会（Health and Social Care Board）は、NHSに介護を含む社会福祉の役割を付加したものと位置付けられる。なお、2015年4月に実施された地方自治体再編によって、従前の26の地方自治体（District）は、11に統合されることになった。これに加え、都市計画、道路管理等が北アイルランド地方政府から地方自治体に移譲されることになった。

このような事態に至ったのは、英国との統一を主張するユニオニストと、独立を主張するナショナリストの対立が長きに渡って続いたため、英国議会から北アイルランド政府に対する権限の委譲が進まなかったからである。すなわち、アイルランド共和国の独立以降、北アイルランド政府による統治（1921年から1972年及び1999年から2002年）と英国政府の統治（1972年から1999年及び2002年から2007年）が交互に繰り返されてきた。2007年5月に再び北アイルランド政府（Northern Ireland Executive）による統治が再開された。

1998年のベルファスト合意（Belfast Agreement）に基づく住民投票の結果、北アイルランド議会（Northern Ireland Assembly）が設置されたが、IRAの武装解除が問題となり、内閣は1999年12月まで発足できなかった。そして、2002年10月にIRAの問題が再燃し、北アイルランドの自治権は停止され、英国政府機関である北アイルランド省がその権限を引き継いだ。その後、Northern Ireland Act 2006 の制定に基づき、北アイルランド議会によるセントアンドルーズ合意（St Andrews Agreement）の承認を経て、2007年5月に再び北アイルランドの自治が始まった。なお、北アイルランド議会に移譲した権限は、外交、防衛、出入国管理等の除外事項（Excepted matters）と、海域・空域管理、国際貿易と金融サービス

⁵⁶ Wales Act 2014 第4条第11項の規定により、Welsh Government に改称された。

等の英国議会の命令（Order）を要する留保事項（Reserved matters）以外の全分野に及ぶ。

（オ）中央機関としての英国政府

このように権限の委譲は進んだが、依然として中央機関としての英国政府の支出の割合は圧倒的である。イングランド地域を含めた地方政府の支出の割合は、全体の4分の1にも満たない。

【表16】英国公的機関等の総支出：2010年度から2014年度まで（単位：百万ポンド）

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
中央政府	526,446	534,255	555,373	557,986	568,958
地方政府	178,893	173,685	169,949	169,541	170,681
その他	9,479	7,365	7,553	7,363	8,260
中央銀行引受	-7,700	-8,728	-12,019	-12,542	-12,366
合計	707,118	706,577	720,856	722,348	735,533

出典：『Table 1.15 Total Managed Expenditure by spending sector, 2010-11 to 2014-15』 HM Treasury (2015), “Public Spending Statistics release: July 2015”. より作成。

また、英国政府と地方政府では所掌する事務は完全に役割を分担している。英国政府が直接的に担うサービスは、NHS、福祉手当及び年金、軍事等である。一方、地方政府の支出は、初等中等教育、社会福祉等に限定されている。さらにその大部分は、英国政府からの補助金に依存していることが現実である。ほとんど唯一の自主財源である地方税が、英国全体の歳入に占める割合は5%である。問題は、地方政府向けの補助金が縮減していく中で、地方税の税率が凍結されることによって、必要なサービスを削減せざるを得なかったことである。これらの点を踏まえた上で、次にイングランドの地方自治体の組織と財政状況を確認したい。

オ イングランドの地方自治体の組織と役割

（ア）一階層制と二階層制

イングランドには444の地方自治体が存在するが、一階層制と二階層制が混在している。もっとも英国の地方自治体は、憲法によって地方自治の本旨が保障された日本とは異なり、原則として、英国議会が制定する法律により個別に授権された事務のみを処理でき

るものとされてきた。法律で授権された範囲を超える行為は、権限逸脱（Ultra Vires）の法理により違法になる。しかし、Local Government Act 2000 に基づき、地方自治体は、地域社会及び住民の福祉の増進に関する経済（Economic Well-being）、社会福祉（Social Well-being）及び環境（Environmental Well-being）の三分野の政策を一定の制約の下で裁量的に実施する権限が与えられた⁵⁷。さらに、この権限に代わって、2011年に制定された Localism Act 2011により、法令で禁止されない限り、個人が行い得る全ての事項を実行可能とする包括的権限（General Power of Competence）が付与された⁵⁸。

しかし、どの事務を担うかは地方自治体によって異なっており、イングランドの地方自治体の形態は、三つの地域によって区分することができる。

一点目は、ロンドンを除く六つの大都市圏（Metropolitan）に存する地方自治体である。具体的には、北西部のマンチェスター（Greater Manchester）、マージーサイド

（Merseyside）、北中部のサウス・ヨークシャー（South Yorkshire）、北東部のタイン・アンド・ウィア（Tyne and Wear）、中部のウェスト・ミッドランズ（West Midlands）及び北部のウェストヨークシャー（West Yorkshire）の地域が該当する。これらの地域には36の大都市圏自治体（Metropolitan District）があり、一層制によって運営されている。

二点目として、大都市圏以外の地域（Shire）では、広域的自治体（County）と基礎的自治体（District）の二階層制によって運営されている。広域的自治体では、教育、介護含めた社会福祉等のサービス全般を担っており、基礎的自治体は住宅等の限定された領域を受け持つことになる。なお、一部の地域では、大都市圏自治体と同様に一階層制の単一自治体（Unitary）に委ねているところもある。

三点目として、ロンドン地域では、32の特別区（London borough）とシティ（City of London）によって、ほとんどの行政サービスが賄われている。しかし、これらの地域を管轄するより広域的な自治体として、特別法である Greater London Authority Act 1999 に基づき、大ロンドン市（Greater London Authority）が設けられている。大ロンドン市は、もっぱらロンドン全域の公共交通、都市開発等の企画調整を行っているが、別に5つの実務的な機関（Functional

⁵⁷ Local Government Act 2000 第2条第1項の規定により、イングランド及びウェールズ地域のほぼ全ての地方自治体は、経済（Economic）、社会（Social）及び環境（Environmental）に関する福祉（Well-being）の推進又は向上（Promotion or improvement）に係る権限を付与された。

⁵⁸ Localism Act 2011 第1項の規定により、地方自治体は、個人が一般的になしうる全ての活動（To do anything that individuals generally may do）に関する権限を付与された。

Body) を管轄する⁵⁹。これらの実務的な機関を合わせて、GLA グループと呼称される。つまり、ロンドンの統治構造は、二階層制によって運営されているが、行政サービスの比重は基礎的自治体に置かれ、その性格は大都市圏自治体に近似している。

これらの地方自治体とは別に、大都市圏以外の地域では、教会の布教のために設けられた教区に起源を持つ行政区 (Parish) が設けられている。その数はおよそ 9,000 に近い。大都市圏でも一部設けられているが、全体の 5% にも満たない。行政区 (Parish) は、地域共同体的な性格を持つ法律上の準自治体 (Sub-principal) と位置づけられており、地域を代表するとともに、限られた範囲の行政サービスを提供する。また、これらのサービスは、地域で負担することが原則であり、地方税に付加して徴収される財源、いわゆる課税徴収命令 (Precept) によって賄われている。

⁵⁹ 大ロンドン市の実務的な機関は、ロンドン市長公安室 (Mayor's Office for Policing and Crime)、ロンドン消防・危機管理計画局 (London Fire and Emergency Planning Authority)、ロンドン交通局 (Transport for London)、ロンドン・オリンピック・レガシー開発公社 (London Legacy Development Corporation) 及びオールドオーク・パークロイヤル開発公社 (Old Oak and Park Royal Development Corporation) に分けられる。

【表 1 7】 イングランドの地方自治体の数と規模（2014 年 4 月 1 日現在）

	地方自治体		行政区 (Parish)
	数 (%)	人口 (百万) (%)	数 (%)
非大都市圏	349 (79)	33.8 (63)	8,572 (97)
大都市圏	56 (13)	11.6 (22)	231 (3)
ロンドン	39 (9)	8.4 (16)	2 (<1)
合計	444	53.9	8,805

出典：『Table 1.3a: Size of local government at 1 April 2014 - England』 Department for Communities and Local Government (2015a), “Local Government Financial Statistics England No.25”. より作成。

つまり、イングランドにおいて、介護を含む社会福祉を担うことのできる地方自治体は、大都市圏自治体と非大都市圏の広域的自治体である。なお、ロンドン地域のみは、基礎的な自治体によって担われている。これらを総計すると 152 の地方自治体がある。

【表18】 イングランドにおける地方自治体の所掌事務の範囲

	大都市圏	非大都市圏			ロンドン地域		
	District councils (36)	Unitaries (56)	District councils (201)	County councils (27)	City of London (1)	GLA (1)	London Boroughs (32)
教 育	○	○		○	○		○
道 路 管 理	○	○		○	○	○	○
交 通 計 画	○	○		○	○	○	○
公 共 交 通		○		○		○	
社 会 福 祉	○	○		○	○		○
住 宅	○	○	○		○		○
図 書 館	○	○		○	○		○
余暇・娯楽	○	○	○		○		○
環 境 衛 生	○	○	○		○		○
ごみ収集	○	○	○		○		○
ごみ処理	○	○		○	○		○
建 築 申 請	○	○	○		○		○
長 期 計 画	○	○		○	○	○	○
警 察					○	○	
消 防 ・ 救 急				○		○	
課 税 収 納	○	○	○		○		○

出典：『Table 1.2a: Local authority responsibility for major services in England』 Department for Communities and Local Government (2015). より作成。

※ 表中以外にも、特定の目的のために設立された事務組合（Single purpose authority）が存在する。非大都市圏では、警察又は消防・救急のみを担う事務組合が55団体組織されている。また、大都市圏でも公共交通、ごみ処理、警察又は消防・救急のみを担う事務組合が20団体組織されている。さらには、ロンドン地域では、ごみ処理のみを担う事務組合が4団体組織されている。これらの団体は、複数の自治体の地域を跨って事務を担う。この他に9つの国立公園と The Broads 公園及び Lee Valley 公園には、それぞれ事務組合が設立されており、公園の維持管理とその活用に関する権限を有する。

(イ) 地方自治体の財政構造

地方自治体に権限を委ね、その裁量権の範囲を広げることは、単に行政サービスの充実を図るだけではなく、2010年の政権交代以降、地方自治体の財政責任の明確化を通じて、歳出の削減につなげることを意味するものである。

「2010年の歳出見直し計画」(Spending Review 2010)では、今後4年間のうちに、地方自治体向けの補助金を28%削減するとともに、年間70億ポンドの使途制限を撤廃することを発表した。2013年度におけるイングランド地域の地方自治体の歳出総額は、1,566億ポンドに抑えられた。2010年度の歳出総額は1,700億ポンド相当であったことを踏まえると、地方自治体の活動は限られた範囲に止まらざるを得なかったことが理解できる。

ところで、英国では、複式簿記・複会計制度及び完全発生主義を採用しており、地方自治体の会計は、経常歳入会計(Revenue Account)及び資本会計(Capital Account)の二つに区分することができる。経常歳入会計が、一般的な行政サービスに資する経費を計上するのに対して、資本会計は、土地の取得、道路及び建物の整備等によって社会資本を形成する。その収入は、借入金と英国政府からの特定目的補助金が過半数を占めるほか、経常歳入会計からの繰入金をもって賄われている。この2つの会計は、財源を含めて明確に区分されている。例えば資本会計から経常歳入会計に繰り入れることは禁じられている。

また、経常歳入会計は、さらに一般経常会計(General fund revenue account)、住宅会計(Housing revenue account)及び商業会計(External trading services revenue account)に細分化されている。一般経常会計は、主に地方税及び英国政府からの補助金で充当されるが、利用料及び手数料の収入については、対応する科目と相殺された形で計上される。他二つは原則的に賃貸料、手数料等の収入により賄われる。

【表19】 イングランド地域の地方自治体の歳出総額（単位：百万ポンド）

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
経常歳入会計	146,494	146,408(R)	139,455(R)	134,862	136,792
一般経常会計	138,541	138,233	130,697	127,247	128,940
住宅会計	4,326	4,278	4,535	4,089	4,236
商業会計	903	838	815	791	773
その他	2,724	3,060	3,408	2,736	2,842
資本会計	21,362	23,146	20,032	18,931	19,662
その他	581	393	403	223	168
合計	168,437	169,947(R)	159,891(R)	154,016	156,622
収入	162,250(R)	165,207(R)	159,643(R)	155,306	157,554
欠損	-6,187(R)	-4,740	-248	1,290	932

出典：『Table 1.5b: Summary of expenditure and income (excluding double counting of flows), England 2010-11 to 2013-14』 Department for Communities and Local Government (2015a), “Local Government Financial Statistics England No.25”. より作成。

【表20】 イングランド地域の地方自治体の歳入総額（単位：百万ポンド）

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
地方税等	47,024	47,328	47,899	48,771	57,319
うち 地方税	25,633	26,254	26,451	26,715	23,371
事業所税	—	—	—	—	10,719
手数料等	12,859(R)	12,597	11,991	12,201	12,695
政府補助金等	102,961(R)	107,341	101,800	97,692	90,982
うち 歳入支援金	4,501	3,122	5,873	448	15,175
事業所税交付金	19,515	21,517	19,017	23,129	—
その他	12,272	10,535(R)	9,995(R)	8,842	9,253
合計	162,250(R)	165,207(R)	159,643(R)	155,306	157,554
補助金等依存度	63%	65%	64%	63%	58%

出典：『Table 3.2a: General fund revenue account: outturn 2009-10 to 2013-14 and budget 2014-15』 Department for Communities and Local Government (2015). より作成。

なお、一般経常支出（Current Expenditure）から利用料及び手数料の収入を控除したものが、純経常支出（Net Current Expenditure）である。さらにここから、英国政府からの補助金のうち、集会的対外財源（Aggregate External Finance）以外の特定補助金を控除し他の会計の繰越金を加えたものが経常歳入支出（Revenue Expenditure）として扱われる。なお、集会的対外財源以外の特定補助金とは、住宅手当（Housing Benefit）の給付等のための事務を地方自治体が受託した場合に発生する収入をいう。このため、純経常支出は地方自治体の動向を捉えるのに、経常歳入支出は地方自治体の財政構造を捉えるのに最も主要な指標とされる。なお、集会的対外財源以外の特定補助金を控除したものが、純歳入支出（Net Revenue Expenditure）である。

地方自治体の財源は、英国政府からの補助金に依存しているが、数少ない自主財源として、資産に課税する税があり、居住用資産を対象とする住民税（Domestic Rate）と事業用資産を対象とする事業税（Non Domestic Rate）に分けられていた。このうち、住民税は、1990年に人口割によって算出される人頭税（Community charge）に取って代わられたが、1993年にこれを廃止し、資産と世帯構成の両方の性格を勘案させた地方税が導入された。他方、事業用資産を対象とする事業税は国税化され、これを英国政府が定める配分方式に基づき地方自治体に譲与されることになった。しかし、2012年12月に制定された Local Finance Government Act 2012 では、事業税の半分を地方税化し、地方自治体が保持すること（Business rate retention）が可能となった。

地方税は、居住に供されている資産を一定の基準のもとに評価し、これに応じて毎年度地方自治体が必要とする額を満たすよう税額を決定する仕組み⁶⁰であり、成人2人の居住を基本とする。したがって、居住する者が3名以上の場合であっても税額は変わらず、一方居住する者が1名の場合は減免措置が取られる。しかし、地方自治体が決定できる税額の範囲は限定された（Capping）ものに止まる。地方税の導入当初は、英国政府が地方自治体の予算の伸び率を制限する性格のものであったが、Local Government Act 1999の制定によって、税の増加率に上限を設定するものになった⁶¹。2010年の緊急予算の中で、地方自治体に奨励

⁶⁰ 地方税（Council Tax）の課税にあたって、評価された資産は、8つの価格帯（Bands）に分類される。それぞれの価格帯の税額の比率は、Local Government Act 1999の規定に定められているが、最終的な税額の決定は、原則的に地方自治体に委ねられている。具体的には、8つの価格帯のうち、最も標準的なDの価格帯の税額を決定した上で、これにそれぞれの価格帯に応じた税額の比率を乗じることにより、課税額が算定される。

⁶¹ Local Government Act 1999 第30条及び附則第1条の規定により、財政年度ごとに、地方税の増加率の上限（Limitation of council tax and precepts）が定められた。

したのは、この地方税の税率を凍結することであり、これを実施した地方自治体には、英国政府が減収分を補填することとした。さらに 2011 年に制定された Localism Act 2011 では、英国政府は毎年度地方税の引き上げ率を決定し、地方自治体がこれを上回る場合は、住民投票を実施しなければならないことが定められた⁶²。一方で、英国政府は、「2015 年の歳出計画」において、地方税の増加率の上限である 2%に加えて、地方自治体の裁量により、介護を含む社会福祉に支出することを条件に、さらに 2%の引き上げを許容することを表明した。

【表 2 1】 イングランド地域の地方自治体の経常歳入支出（単位：百万ポンド）

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
地方税	26,254	26,451	26,715	23,371	23,964
事業所税	—	—	—	10,719	11,331
財源割合	25.2%	26.6%	28.4%	35.4%	36.8%
政府補助金	57,657	56,237	46,765	64,578	61,312
うち 特定補助金	45,750	45,502	41,820	41,760	40,805
事業所税交付金	21,517	19,017	23,129	—	—
中央政府依存度	75.9%	75.8%	74.2%	67.0%	63.9%
合計	104,256	99,278	94,148	96,419	95,943(R)

出典：『Table 5: Financing of revenue expenditure, England, since 2010-11』 Department for Communities and Local Government (2015b), “Local authority revenue expenditure and financing in England: 2014 to 2015 final outturn”. より作成。

- ※1 政府補助金には、地方サービス支援金（Local Services Support Grant）、特定補助金（Specific grants inside AEF）、歳入支援金（Revenue Support Grant）及び警察補助金（Police Grant）が含まれる。2013 年度以降、特定補助金には、公衆衛生補助金（Public health grant）、地方税支援金（Local council tax support grant）及び事業所税交付金（Central share of non-domestic rates）が含まれる。
- ※2 特定補助金は 2011 年度の 455 億ポンドから 2012 年度に 418 億ポンドに減額された。主に Dedicated Schools Grant の減少であり 326 億ポンドから 301 億ポンドに減額した。
- ※3 地方税には、2013 年度以降、地方税支援金（Local council tax support grant）が含まれなくなり、政府補助金に移管された。

⁶² Localism Act 2011 第 72 条及び附則第 6 条の規定により、住民投票の実施（Arrangements for referendum）が義務付けられた。

カ 金融危機が与えた地方自治体に対する影響

金融危機を乗り越えることを目的に、英国政府が行った大幅な歳出削減は、地方自治体にどのような影響を与えたか。英国監査局によると、地方自治体は否応なくその役割と構造を変化せざるを得なくなったと指摘する⁶³。地方自治体を取り得る選択肢は必ずしも多くはない。その選択肢は、地方税又は利用料からの収入を拡大すること、積立金を活用すること、もしくはサービスを縮小させることである。これらを組み合わせながら、「前代未聞」(Unprecedented cut) と形容された⁶⁴歳出の削減に対応しなければならなかった。

英国監査局は、2010 年度から 2015 年度にかけて、地方自治体に対する補助金等が実質 37.3%減少になったと推計する⁶⁵。特に政策目的型補助金の 9 割が廃止され、その多くが一般補助金に組み込まれた。一方で、目的を特定した他の財源からの移転は、NHS からの拠出金によって設立された基金を例に増える傾向にある。これらは必ずしも地方自治体の裁量が完全に及ぶわけではない。

歳出削減の幅は、地方自治体間によって格差が生じており、特に都市部とそれ以外では対照的である。例えば、最も削減の割合が大きかったのは、大都市圏自治体であり、それは 2010 年からの 5 年間で 40.8%に達すると推計される。これに対して、非大都市圏の広域自治体 (County councils) は、32.8%に止まる。しかも、大都市圏自治体の歳出削減は 2010 年からの 2 年間に集中して実施されており、履行時期にも差があった⁶⁶。

なお、政府補助金、地方税、利用料等の収入を鑑みた地方自治体の「財政力指数」(Spending power) は、2015 年までに 25.2%減少したと推計される。ただし、非大都市圏の広域的自治体の指数は、20%未満の減少に止まっているのに対して、大都市圏自治体は 30%の減少にもものぼる。この要因には補助金の収入に依存している割合が影響していると考えられる。大都市圏自治体の歳入に占める補助金の割合は 5 割を超えているのに対して、非大都市圏の広域的自治体は 3 割程度に止まっていた。

地方税は、2011 年度以降、その税率を凍結した場合に英国政府から補助金によって補填

⁶³ National Audit Office (2014a), “*The Impact of Funding Reductions on Local Authorities*”, Para.1, Available at: < <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/Impact-of-funding-reductions-on-local-authorities.pdf> > (accessed 01/2017).

⁶⁴ Local Government Association (2013), “*The story so far*”, P13.

⁶⁵ National Audit Office (2014b), “*Financial sustainability of local authorities 2014*”, HC 783, Para.1.4. 2010 年の「歳出計画」(spending review) では、2014 年度までに約 26%の削減目標を掲げていたが、さらに 2013 年度予算において 1%を、加えて 2013 年の「歳出計画」において 2015 年度に 10%の削減を行うことを表明した。

⁶⁶ National Audit Office (2014), *supra note 63*, Para 1.5.

される仕組みが導入された。しかし、その補助金は、一般的に物価の上昇率を下回っており、その額は2014年度には当初の約6割程度にまで落ち込んだと指摘された⁶⁷。また、この間、英国政府が定めた増加率の上限を超えて、地方税の税率を決定した地方自治体はなかった。したがって、地方税の収入は安定している一方で、政府補助金の収入が大きい地方自治体は歳出削減の影響が大きくなる。すなわち、事業所税の移管と併せて考えれば、今後、地方自治体はその財政責任が問われることになり、一層の不確実性が増すと指摘される⁶⁸。

また、利用料等の収入も地方自治体の重要な財源の一つであるが、近年120億ポンドの間で推移している。ただし、一部のサービスについては、可能な限り、利用料等の収入によって支出を賄おうとする意図がある。例えば、介護の高齢者向けサービスに係る利用料等の収入額は、2013年度に21億88百万ポンドに達しており、2009年度の19億35百万ポンドから一貫して増加する傾向にある。

なお、短期的な財政難に対応するためであれば、積立金を取り崩すことにより、サービスの縮減を避けることも理論上可能である。しかし、前述したように、地方自治体の財政の不確実性は増している。加えて、地方自治体は、歳入の欠陥を埋めるために債権を発行することができないため、むしろ積立金を増加させる傾向にある⁶⁹。

地方税、利用料又は積立金のいずれも歳入の欠陥を埋めることができない。唯一の選択肢は人件費及び運営費を削ることであるが、それは地方自治体が提供するサービスを縮減させることにつながる。しかし、サービスを縮小するとしても、どのように優先順位をつけるかが問題であった。

地方自治体には法律によって提供すべき義務が生じるサービス（Statutory services）がある。一方、図書館等のより広範な地域住民に関わるサービスは裁量的なものと位置付けられる。しかし、その区分はしばしば不明確なものでもある。例えば、裁量的なサービスを優先的に削減することは、広い意味での介護予防を妨げることになり、その線引きは困難であるとの指摘がある⁷⁰。もっとも介護を含む社会福祉は、ごみの収集及び処理と同様に、地方自治体が最優先して守るべきサービスの一つである。2014年度までの5年間で介護を含む社会福祉に要する支出は、9%の削減に止まっている。むしろ児童福祉（Children's Social care）は7%増加した。これらの支出は地方自治体の中でも比較的にな大きな比重を占めている。

⁶⁷ *Id.*, Para 1.13.

⁶⁸ *Id.*, Para 1.11.

⁶⁹ *Id.*, Para 1.26.

⁷⁰ *Id.*, Para 2.6.

【表 2 2】 イングランド地域の地方自治体の純経常支出（単位：百万ポンド）

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
教 育	45,283	40,219	37,134	35,881	34,477
道路・交通	5,669	5,381	4,823	4,795	4,537
社会福祉	21,062	21,160	21,136	21,480	22,587
うち					
18歳未満	6,654	6,423	6,612	6,915	8,091
18歳以上	14,408	14,738	14,524	14,565	14,496
保健衛生	—	—	—	2,508	2,737
住 宅	21,032	21,868	22,744	23,007	22,965
文化・環境等	10,676	9,742	9,407	9,176	8,915
警 察	11,948	11,650	11,337	10,920	10,889
消防・救急	2,165	2,118	2,119	2,089	2,045
庁舎管理	3,608	3,342	3,412	2,845	3,068
そ の 他	-267	-267	-193	146	157
差 額 調 整	64	6	22	39	28
合 計	121,240	115,219	111,941	112,885	112,404(R)

出典：『Table 3.2a: General fund revenue account: Outturn 2009-10 to 2013-14 and budget 2014-15 (a)』 Department for Communities and Local Government (2015a), “Local Government Financial Statistics England No.25”. より作成。ただし、2014-15年は、『Table 2: Net current expenditure by service, England, 2013-14 and 2014-15』 Department for Communities and Local Government (2015b), “Local authority revenue expenditure and financing in England: 2014 to 2015 final outturn”. より作成。

- ※1 教育関係支出は、2011年度及び2014年度に多くの学校が中央政府から拠出されるアカデミーに移行したため、前年と単純に比較することはできない。
- ※2 18歳以上の社会福祉は、2011年4月よりNHSではなく、保健省（Department for Health）から学習障害（Learning Disability）関係の補助金が直接地方自体に交付されることになったため、前年と単純に比較することはできない。なお、2011年度に交付された額は、およそ12億ポンドである。
- ※3 Health and Social Care Act 2012の制定により、2013年度に地方自治体に課された公衆衛生に係る義務に伴う財源の移管のため、前年と単純に比較することはできない。

ただし、この傾向は長くは続かない。全体の削減額に占める介護を含む社会福祉の割合は、2010年度年から2011年度にかけて15%程度でしかなかったが、2013年度から2014年度にかけて約40%を占めるほどになった⁷¹。当初最も多くの削減の割合を占めていた都市開発予算は、6%程度でしかなくなった。介護を含む社会福祉は、引き続き、歳出削減の対象となり、住民に直接的な影響が生じかねない恐れがある。

英国監査局によると、すでに2010年度以前から介護サービスの供給量は減少傾向であった⁷²。このため、金融危機以降の歳出の削減のみが要因であるとは断言できない。ただし、最も削減の割合が大きかったのは2011年度から2012年度の期間である。そして、より特徴的なのは、サービスの価格水準の推移である。サービスの価格は、もともと給付の重点化によって上昇傾向ではあったが、金融危機以降、下落に転じていた。地方自治体が歳出削減に対応するために、サービスの価格を抑制していることが考えられる。しかし、この価格の抑制にも限界が生じているため、さらなる供給量の削減を強いられることになる。

すなわち、金融危機以降の大規模な歳出削減は、地方自治体に、財政的な破綻を回費するために、自ずと提供すべきサービスの取捨選択を強いることになった。しかも今後も英国政府が主導する歳出削減が継続され、地方自治体の財政はさらに不確実性が増すことになる。財政の不確実性の増加は、地方自治体が一層の需要が高まることが予想される介護のサービスの供給に対応できなくなることを意味している。そして、それは、本来あるべき供給水準と実際の拠出額との間で生じた差額として、いわゆる不足額（Funding Gap）という形になって問題が明らかになる。

キ 介護を含む社会福祉の財政危機

2013年度の介護を含む社会福祉の歳出規模（Gross total cost）は、約194億ポンドである。このうち、利用者負担等を除いた支出総額（Gross current expenditure）は、約172億ポンドであり、その半分を高齢者介護に費やしている。

⁷¹ *Id.*, Para2.8.

⁷² National Audit Office (2014a), “*Adult social care in England: overview*”, HC 1102, Para 1.29.

【表 2 3】 イングランド地域の社会福祉関連の支出総額（単位：千ポンド・名目）

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
全 体	16,075,810	16,806,658	17,039,750	17,228,995	17,159,339	17,249,383
6 5 歳 以 上	9,076,046	9,389,080	9,442,438	8,916,588	8,852,010	8,847,181
ニ ー ズ 評 価	1,029,016	1,056,578	1,058,419	1,024,829	991,435	982,263
施 設（看 護）	1,424,831	1,421,631	1,429,692	1,381,648	1,368,758	1,414,163
施 設（居 住）	3,308,438	3,431,839	3,434,328	3,304,571	3,343,032	3,303,710
施 設（そ の 他）	56,887	70,361	85,640	104,668	136,330	149,616
ダ イ レ ク ト ・ ペ イ メ ン ト	182,440	250,352	290,216	329,988	379,365	408,945
訪 問 介 護	2,022,861	2,118,722	2,139,076	1,911,749	1,832,169	1,816,722
通 所 介 護	381,631	377,874	359,750	313,586	287,309	268,038
訪 問 ・ 通 所 ※	..	2,496,597	2,498,826	2,225,335	2,119,478	2,084,760
住 宅 改 修	141,341	140,431	148,012	144,827	154,897	153,763
配 食	86,995	81,942	75,445	61,640	51,546	42,141
そ の 他	285,472	278,214	255,223	225,461	194,212	203,503
相 談 支 援	156,133	161,136	166,637	113,622	112,958	104,317
身 体 障 害（18-64）	1,558,652	1,646,788	1,660,955	1,576,824	1,565,210	1,589,014
知 的 障 害（18-64）	3,807,216	4,012,436	4,188,881	5,165,806	5,231,826	5,375,054
精 神 障 害（18-64）	1,161,727	1,215,307	1,218,133	1,153,455	1,134,858	1,111,597
難 民	31,875	34,991	28,886	20,040	12,777	11,681
統 括 ・ 管 理	57,143	59,289	61,122	48,726	54,874	50,008
そ の 他	383,150	448,767	439,336	347,557	307,784	264,847

出典：『Gross Current Expenditure by client type and service England, 1994-95 to 2013-14』 Health and Social Care Information Centre, (2014), “Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs, England - 2013-14, Final release”. より作成。

地方自治体は、金融危機以降の英国政府からの歳出削減の圧力を受けていたにもかかわらず、概ね社会福祉関連の支出総額を維持してきた。社会福祉関連の支出総額は、イングランドの地方自治体 152 団体が支出した額に限られるため、自らの資力によって介護サービスを購入した額、つまり自己負担者が支出した額は、社会福祉関連の支出総額には含まれない。介護施設入所者の約 45%は、全額自己負担によって入所費用を賄っており、約 17 万人

と推計されている。なお、在宅介護サービスを全額自己負担で受けている者は、家事援助等を含めると 27 万人に上ると推計されている。自己負担者と家族等介護の増加は、地方自治体が必要な介護費用を賄うことができないことを意味している。つまり、地方自治体は、金融危機以降、社会福祉関連の支出総額を維持しているように見えているものの、本来あるべき供給水準と実際の拠出額との間で生じた差額として、いわゆる不足額が拡大していることから、高齢者介護の需要の高まりに対応できていないとされる。

この不足額は、どこまで拡大しているか。地方自治体の歳出削減のための効率化は、ある意味で中央官庁 (Whitehall) よりも優れていると評されるが、効率化の努力にも限界がある⁷³。全国地方自治体協会 (Local Government Association) とイングランド地域の地方自治体の社会サービス部門責任者会議 (Association of Directors of Adult Social Services (以下、「ADASS」という。)) は、2013 年度のサービスの水準を確保するためには、2015 年度の地方自治体の予算が 58 億ポンドの不足額が生じると見込んでいる。地方自治体の財源不足はますます進行し、もはやサービスの効率化だけでは、地方自治体は財源不足に対応できないと警告する⁷⁴。

地方自治体にとって、財政基盤の安定化は最優先事項であり、社会福祉関連の歳出削減も例外ではない。しかし、給付の重点化等による社会福祉関連の歳出削減は、地方自治体の財政基盤の安定化に資することになる一方で、社会福祉関連の不足額を拡大させることにつながる。社会福祉関連の不足額が生じていることは、本来地方自治体が必要な介護を提供すべき対象であるにもかかわらず、自己負担者、家族介護者等のいわゆる未対応者 (Unmet need) の存在を認めていることと同意である。未対応者の存在を前提とするあり方は、介護を含む社会福祉を担う地方自治体の責任が問われることになる。

英国政府は、2011 年度から 2014 年度までの期間に、NHS からの資金移転を含めて総額 72 億ポンドを、社会福祉関連に追加投資することを約束していた。しかし、追加投資を含めても、地方自治体の社会福祉関連予算は人口の高齢化と物価の上昇に対応できないことが明らかであった。地方自治体は、すでに他の行政サービスを圧縮するとともに、必要とする介護費用の効率化、縮減及び利用料の増加によって、35 億 3 千万ポンドを削減したと推計されている⁷⁵。この額は、当時の社会福祉関連予算額の約 26% に相当するものであり、新たに需要を取り込む余地がないことを示している。

⁷³ Local Government Association, Association of Directors of Adult Social Services (2014), “*Adult social care funding: 2014 state of the nation report*”, London: Local Government Association, P8.

⁷⁴ *Id.*, P 9.

⁷⁵ *Id.*, P 11.

例えば、新規申請者は増加傾向にあるにもかかわらず、ニーズ評価の対象者は減少傾向にある。増大する需要に対して、地方自治体を取り得る数少ない選択肢の一は、公的サービスの受給要件の厳格化である。比較的穏和な受給要件を採用していた地方自治体の数は、2010年の約3割から2014年には1割未満となった。結果として、公的サービスの受給者は、約127万人まで減少した⁷⁶。なお、公的サービスの受給者数の減少に対して、ADASSは、あくまで統計上の評価でしかないことを主張する。つまり、現実には多くの要介護者は、見守り等の一般的なサービス（Universal service）を受けているため、単純に公的サービスの受給者の減少だけを取り上げて、地方自治体の責任の問題にすることはできないとする。しかし、受給要件の厳格化は、単に問題を先送りしたにすぎず、必要なサービスを受給できないことにより、かえって要介護度の悪化を招く恐れがあることは否定できない。

全国地方自治体協会によると、介護を含む社会福祉の不足額は、2015年までの5年間のうちに約50億ポンドにまで拡大した推計する⁷⁷。このうち少なくとも25億ポンドは、文化事業等の他の行政サービスを圧縮することで対応しなければならなかった。しかし、文化事業等の他の行政サービスは、広い意味で福利の向上（Well-being）に資するものであり、介護予防に効果があるものも含まれる。他の予算の流用は、より重度の要介護者にサービスを集中させるための苦肉の策でもあるが、後述する英国政府の方針の一つである早期介入と予防と逆行するものである。

介護を含む社会福祉とは対照的に、NHSは予算の拡大を保障されていた。NHSの予算は、2010年度の975億ポンドから2015年度には1,164億ポンドに19.3%増加した。ただし、NHS病院（Trusts）の経営は赤字に陥っていることに留意する必要がある⁷⁸。NHS病院の赤字の要因は様々に考えられるが、少なくとも医療と介護は相互依存（Interdependencies）の関係にあり、短期的な財政の安定化を図る地方自治体の動向が影響を与えていることは否定できない⁷⁹。例えば、地方自治体の歳出削減が、必要な介護を受けることができないために、要介護状態の悪化により緊急入院せざるを得ない状況をもたらしていることである。

したがって、今まで以上にNHSと地方自治体が適切な連携を図らなければならない。そ

⁷⁶ *Id.*, P 14.

⁷⁷ Local Government Association, Association of Directors of Adult Social Services (2015), “*Adult social care, health and wellbeing: A Shared Commitment*”, London: Local Government Association, P 10.

⁷⁸ National Audit Office (2014d), “*The financial sustainability of NHS bodies*”, HC 722, Para 1.8.

⁷⁹ Local Government Association, Association of Directors of Adult Social Services (2014), *supra* note 73, P 24.

これは単に高齢者の遅延退院の件数を減少させるだけではなく、緊急入院を伴う救急医療に係る要因を未然に防ぐ必要がある。このため、介護予防により多くの投資する必要がある。しかし、地方自治体と NHS の拠出により創設された **Better Care** 基金は、介護を含む社会福祉に係る不足額の埋め合わせとともに、遅延退院の件数減少等の新機軸に対応することを期待されているが、二兎を追うことは容易ではない。

全国地方自治体協会は、高齢化の進展、全国生活賃金の導入等により、介護を含む社会福祉の不足額は、2019 年度までにさらに毎年平均して約 7 億ポンドが生じると予想する⁸⁰。2010 年度以降の不足額を総計すると約 79 億ポンドに達する見通しである。介護を含む社会福祉の不足額が拡大しているため、全国地方自治体協会は、介護費用のキャップ制の施行を延期することとした英国政府の発表を歓迎している。介護費用のキャップ制の施行を延期したことにより、2019 年度までに生じる新たな不足額は 29 億ポンドから 17 億ポンドに縮小すると見込んでおり、全国地方自治体協会は、短期的に制度の安定化に資すると説明する⁸¹。しかし、介護費用のキャップ制の施行の延期は、100 万人以上の要介護者のニーズを未対応のままにすることを、暗黙のうちに承認するという自家撞着に苦しむことになる⁸²。特に介護サービス供給量の縮小化は、究極的には虐待事案の発生を招く遠因になる⁸³。

以上のとおり、介護費用のキャップ制の施行が延期された直接的な理由は、地方自治体の財源不足にあったと結論することができる。もっとも施行が延期された新たな仕組みは、介護費用のキャップ制だけではない。

地方自治体の財源不足の影響は、特に介護施設に入所している自己負担者に過剰な負担を強いる結果を招いている。このため、介護費用のキャップ制とは別に、新たな介護費用負担の仕組みを導入することによって、自己負担者に対する過剰な負担を是正することが期待された。しかし、その一方で、介護サービス市場 (**Care Market**) に甚大な影響を与えかねないことが懸念されていた。それは、英国政府に新たな介護費用負担の仕組みの導入を躊躇させることになった。

⁸⁰ Local Government Association, Association of Directors of Adult Social Services (2015), *supra* note 77, P 13.

⁸¹ *Id.*, P 14.

⁸² *Id.*, P 11.

⁸³ *Id.*, P 24.

【表 2 4】 イングランド地域の地方自治体の社会福祉の動態①

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
新規申請者	2,041,705	2,115,185	2,159,125	2,086,500	2,076,230	2,162,825
要ニーズ評価	1,084,430	1,089,675	1,044,895	1,003,005	967,175	994,330
初期対応のみ	957,275	1,025,510	1,114,225	1,083,495	1,109,055	1,168,495
ニーズ評価完了	692,645	699,195	660,530	606,790	603,250	598,905
18歳 - 64歳	197,865	211,830	206,415	193,045	190,680	191,500
65歳以上	494,785	487,365	454,110	413,750	412,565	407,410

出典：『Gross Current Expenditure by client type and service England, 1994-95 to 2013-14』 Health and Social Care Information Centre (2014). より作成。

【表 2 5】 イングランド地域の地方自治体の社会福祉の動態②

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
サービス受給者	1,781,525	1,698,005	1,574,590	1,462,290	1,328,095	1,273,280
在宅（通所含む）	1,537,380	1,464,140	1,340,095	1,231,395	1,102,150	1,051,540
施設（介護のみ）	222,010	214,950	213,235	213,105	209,170	204,090
施設（看護含む）	97,045	90,220	87,610	86,440	86,710	79,885
うち						
65歳以上	1,215,575	1,147,695	1,064,475	991,230	895,940	853,615
在宅（通所含む）	1,015,975	957,585	872,825	802,280	711,730	672,085
施設（介護のみ）	172,980	167,435	166,820	166,930	164,220	160,745
施設（看護含む）	87,490	81,670	79,465	78,475	78,925	77,300

出典：『Gross Current Expenditure by client type and service England, 1994-95 to 2013-14』 Health and Social Care Information Centre (2014). より作成。

(3) 介護サービス市場 (Care Market) の特徴とその変遷

ア 民間主導の介護サービス市場の形成

英国監査局は、近年の介護サービス市場 (Care Market) の展開が、地方自治体の役割を変化させたと主張する⁸⁴。その変化とは、地方自治体の役割が、直接的にサービスを管理・提供する立場から、一定の成果 (Outcomes) を達成するために地域の介護サービス市場を監督する主体に移行したというものである。

地方自治体の役割の変化に直接的な影響を与えたのは、1990年 NHS 及びコミュニティ・ケア法 (National Health Service and Community Care Act 1990) の制定に繋がったコミュニティ・ケア改革である。コミュニティ・ケア改革は、地方自治体にいわゆる「条件整備」(Enabler) としての役割を課すことにより、介護サービスの供給主体として、公的団体 (Public sector) よりも営利企業を含む多様な団体の参入を促し競争を促進させた⁸⁵。

ただし、直接的に営利企業を含む多様な団体が参入する発端となったのは、1979年に誕生した保守党政権が推進した社会保障改革にまで翻ることができる。特に Supplementary Benefit (Requirements) Regulations 1980 の制定により、生活支援を主とする介護施設の入所費用を、民間団体が経営するものに限って、居住費用に係る公的扶助 (Board and lodgings payments) によって支給することが可能となった。この影響は甚大であった。1975年当時、195,100床の介護施設 (Residential home) のうち、地方自治体が直接経営していた施設は6割以上を占めていた。しかし、1983年から1985年にかけて、民間の介護施設数が6割増加した。公立の介護施設数が減少する一方で、1985年から1990年にかけて、民間の介護施設数の増加率は8割にも達した。民間の介護施設は、当時の高齢化率によって予測される需要を上回る速度で拡大したと指摘される⁸⁶。公的扶助を活用した民間の介護施設の拡大は、在宅介護を志向する動機を弱めることにつながり、コミュニティ・ケア改革によって「逆選択」(Perverse incentive) と批判されることになった。ただし、結果として、公的扶助の活用は、営利企業を含む民間団体の参入を促す契機となり、介護施設数は全体

⁸⁴ National Audit Office (2011), "Oversight of user choice and provider competition in care markets", HC 1458, Para 6.

⁸⁵ See Care Quality Commission (2015), "Market Oversight of 'difficult to replace' providers of adult social care: Guidance for providers", P4, Available at: <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_market_oversight_full_guide_providers.pdf> (accessed 01/2017).

⁸⁶ Peace, Sheila M (2003), "The development of residential and nursing home care in the United Kingdom", P 23, In: Katz, Jeanne Samson and Peace, Sheila M. eds, "End of Life in Care Homes: a Palliative Approach" Oxford: Oxford University Press, pp. 15-42.

的に増加していた。

コミュニティ・ケア改革は、介護施設数の増加傾向に転機をもたらした。介護施設の数、1975年当時の約1.5倍にまで拡大した1990年の321,200床を頂点に減少に転じた⁸⁷。介護施設の数が増大した主な要因は、公的扶助を伴う入所判定が、あくまで資力調査の要件に基づき、地方自治体を実施する介護のニーズ評価を実施しなかったことにある。特に公的扶助は英国政府の予算に属するため、地方自治体にとっては、財政面で在宅介護推進する積極的な動機が見いだせなかった。結果として、同一の施設内に、公的扶助受給者、地方自治体からの公的サービスの受給者と自己負担者が混在することになった。

コミュニティ・ケア改革では、公的扶助の財源の一部を地方自治体に移譲することによって、在宅での継続的な生活を支援することを目的として、地方自治体に、公的サービスの決定にあたって、ニーズの評価を伴うケア・マネジメント (Care management) の実施を求めた。コミュニティ・ケア改革の結果、相当数が在宅介護に移行したと推定され、特に公立の介護施設数の減少は著しく、民間の介護施設数は微増に止まった。なお、1980年代には介護施設のみが民営化の対象となったが、在宅介護を含めたサービスの民営化が進行したことを、コミュニティ・ケア改革の成果の一つとする指摘もある⁸⁸。ただし、全額自己負担で介護費用を賄う者、いわゆる自己負担者は、依然として地方自治体のニーズ評価の対象から実質的に外されていた。

一方、看護付き施設 (Nursing home) の数は、1980年代から1990年代を通じて劇的に増加した。具体的には、生活支援を主とする介護施設と看護付き施設の数比率は、1985年当時およそ7対1であったが、1990年には3対1となった。看護付き施設が増加した要因は、減少した長期療養病床の代替となったことにある。このため、看護付き施設の数、減少傾向にある介護施設と異なり、1997年の224,400床を頂点に安定して維持している⁸⁹。

現在、生活支援を主とする介護施設が減少する一方、看護付き施設と在宅介護事業者 (Domiciliary care agencies) の増加傾向は、ますます顕著になっている⁹⁰。また、2010年度

⁸⁷ Peace, Sheila M (2003), *supra* note 86, P 24.

⁸⁸ *Id.*, P 24.

⁸⁹ *Id.*, P 25.

⁹⁰ See Care Quality Commission (2016), “*THE STATE OF HEALTH CARE AND ADULT SOCIAL CARE IN ENGLAND 2015/16*”, P 64, Available at: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/561731/State_of_Care_15-16_print.pdf> (accessed 01/2017). 2010年9月から2015年3月にかけて、介護施設

の介護サービス市場において、民間部門が占める割合は、施設と在宅介護を併せて8割にも達する⁹¹。地方自治体直営の施設は、1992年以降、約105,000床から約30,000床にまで減少した。なお、介護サービス市場の価値は、約230億ポンドと推定されている。介護サービス市場の価値の内訳は、施設関連が140億ポンドであり、このうち、民間部門は100億ポンドが占めている。在宅介護関連が90億ポンドであり、民間部門は40億ポンドを占めている。また、自己負担者が占める額は、施設と在宅介護を併せて約63億ポンドにも達する⁹²。

近年の介護サービス市場の展開は、民間部門の拡大によって形成されたことは明らかである。しかし、民間部門の拡大は単純に公的責任の縮小を意味するものではない。新法（Care act 2014）は、地方自治体に、公的サービスの受給者だけでなく、自己負担者にも安定的なサービスを確保する役割を新たに課した。なぜなら、自己負担者は転じて、公的サービスの受給者になり得るからである。要介護状態の悪化と金銭的な破綻を防ぐために、自己負担者が適切な情報に基づいて必要なサービスを受けることは、地方自治体にとっても一層重要となる。

イ 市場監督の枠組み（Market Oversight Scheme）の導入

営利企業を含む民間部門の参入に道が開かれたことは、多様な介護サービス市場の形成に資することでもあるが、その反面で事業の失敗（Business failure）により常に市場からの撤退のリスクに曝されることが懸念されている。もっとも、個別の事業者の撤退の是非は、地方自治体が評価することではなく、市場が判断することになる。地方自治体には、代替的なサービスを紹介する等の方法により、可能な限り、要介護者及びその家族に事業者の撤退の影響を及ぼさないことが求められている。事実、毎年100を数える民間団体の経営する介護施設が、新規参入と撤退を繰り返しているが、地方自治体は概ね適切に対応していた⁹³。なお、地方自治体の対応策の一つとして、1990年NHS及びコミュニティ・ケア法第47条

（Residential home）は13,681施設255,289床から12,379施設239,307床に減少した。一方、看護付き施設（Nursing home）は4,387施設205,375床から4,698施設224,754床に微増した。また、在宅介護事業者（Domiciliary care agencies）は、5,780事業者数から8,219事業者数に激増した。

⁹¹ National Audit Office (2011), *supra note* 84, Para 1.6.

⁹² *Id.*, Para 5.

⁹³ Department of Health (2012d), “*Market Oversight in Adult Social care: Consultation*”, Para 48.

第5項の規定⁹⁴により、ニーズ評価を実施することなく、緊急的かつ一時的に要介護者を保護することができる。

他方、保健医療・介護を含む社会福祉などの Health and Social Care Act 2008 第8条に規定される活動に従事する全ての事業者は、ケアの質評価委員会（Care Quality Commission）に登録した上で、介護の質と安全性に関する基準に合致することが求められている。この基準は、財政の実行可能性（Financial viability）の確保を含めているが、必ずしも市場の価値を図るものではない。ケアの質評価委員会は、あくまで介護そのものの評価に特化されており、事業者の経営基盤まで監視する役割はなかった。

ところで、介護のサービス事業者の登録制度は、介護サービス市場の展開とともに形成されてきた。最初に Nursing Homes Registration Act 1927 の制定により、初めて看護付き施設が定義され、民間の経営する施設に対する登録と検査が制度化された。また、Nursing Homes Act 1975 の制定により、これらの権限は NHS の傘下にあたる保健医療当局（Health Authority）に委譲された。

一方、生活支援を主とする民間の介護施設の監督権限は、地方自治体の社会サービス部門が有していた。1948年国民扶助法（National Assistance Act 1948）第26条は、1968年の改正を経て、地方自治体からの委託主体を営利企業にまで拡大した。Registered Homes Act 1984 の制定により、看護付き施設と同様に、一定の規模の民間の介護施設も、保健医療当局に登録し監査を受けることが義務となった。しかし、あくまでもその権限は両者に属するものであった。したがって、生活支援を主とする施設が看護を伴ってサービスを提供するときは、地方自治体の社会サービス部門とともに、看護付き施設として保健医療当局の登録と監査を受けなければならなかった。

地方自治体と NHS で監督権限を分担していた事態を一変させたのは、Care Standards Act 2000 の制定によってである。同法は、介護サービスに係る全国最低基準の策定とともに、事業者に対する登録・監査機関を一元化した全国介護基準委員会（National Care Standards Commission）を設置することを規定した。Care Standards Act 2000 の制定によって、従前からサービスの提供・購入・監査を一手に担っていた地方自治体は、監査分門から手を引くこ

⁹⁴ 1990年 NHS 及びコミュニティ・ケア法第47条第5項の規定は、対象者が緊急を要する場合に、地方自治体が、事前のニーズ評価を実施せずに、一時的にコミュニティ・ケア・サービスを供給又は手配することを妨げるものではないと定めている。

とになった⁹⁵。また、対象となるサービスには、地方自治体が運営する介護施設、在宅介護サービス等も含まれた。加えて、看護付き施設と生活支援を主とする施設を総称して介護施設 (Care Home) と定義し直したことは、介護のニーズが長期・複雑化し、地方自治体と NHS の境界を跨ぐ民間の介護施設が増加したためと考えられる。

その後、全国介護基準委員会は、Health and Social Care Act 2003 の制定によって、社会福祉監督委員会 (Commission for Social Care Inspection) に組織が改変され、地方自治体の社会サービス部門の評価を新たに担うことになった。また、保健医療委員会 (Healthcare Commission) が設置されることにより、医療分野の監督等を担うことになった。なお、精神保健分野については、精神保健法 (Mental Health Act 1983) に基づく精神保健委員会 (Mental Health Commission) があった。ケアの質評価委員会は、社会福祉監督委員会、保健医療委員会及び精神保健委員会の機能を統合し、私的・公的を問わず、医療・介護の分野を切れ目なく安全にサービスが提供できるよう、サービスの質を担保することを役割とした⁹⁶。

そして、ケアの質評価委員会は、Care Act 2014 の制定によって、新たな役割を担うことになった。新たな役割とは、代替的なサービスが存在しないほど、当該地域において優越的又は支配的な地位にある事業者 (Difficult to replace) の財務内容を監視することである。その目的は、該当する事業者の撤退の可能性をいち早く察知しなければならないことである⁹⁷。すなわち、ケアの質評価委員会は、事業者の撤退の可能性を察知した場合、速やかにかつ適切に地方自治体にその旨を通知することになる。ケアの質評価委員会の通知を受けて、地方自治体は、該当する事業者の撤退に備えて、予め代替的なサービスを準備することになる。

したがって、事業者の撤退に伴う代替的なサービスの補完 (Continuity of care) は、引き続き、地方自治体の責任のもとで実施することになる。Care Act 2014 は、公的サービスの受給者であるか否かにかかわらず、事業者の撤退に備え、地方自治体に必要な介入 (Step in) を求めている。一方、ケアの質評価委員会は、あくまで事業者の撤退に備える地方自治体を補完する役割が期待されており、これを市場監督の枠組みという。

市場監督の枠組みのもとでは、ケアの質評価委員会は、介護の質とともに、事業者の財務内容を評価することに責任をもつことになる。事業者の財政基盤の悪化は、介護の質の低下

⁹⁵ 岩間大和子「イギリスにおける介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開」レファレンス 657 巻 (国立国会図書館, 2005) pp 6-37。

⁹⁶ 白瀬由美香「イギリスの社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度－『ケアの質委員会』による質の保証の意義と課題－」季刊社会保障研究 48 巻 2 号 (2012) pp 175-185。

⁹⁷ Care Quality Commission (2015), *supra note* 85, P6.

を招くことになり、事業者の財政基盤の安定化と介護の質の維持は通じていると考えることができる。問題は、市場監督の枠組みがなぜ必要とされたのか、ということである。

ウ 大規模介護施設事業者の破綻とその影響

市場監督の枠組みの導入は、近年の介護サービス市場の動向を受けた、英国監査局からの提言に基づくものである⁹⁸。具体的には、事業者の撤退に伴い必要なサービスを確保することができなくなった場合に、全国及び地方の両面で利用者を保護する仕組みを、英国監査局は英国政府に求めたものである。そして、その引き金となったのは、当時英国で最も規模の大きな介護サービス事業者の一つである Southern Cross が倒産した事件だった。

2011年当時、Southern Cross は、イングランドで最大の高齢者向けの介護施設を運営していた事業者である。英国全体で752の介護施設を運営し、約31,000人の高齢者の介護を担っていた。その最大の事業者が経営難に陥り、最終的には介護サービス市場からの撤退を余儀なくされた。

Southern Cross 倒産の経緯を振り返ると、まず、ロンドン証券市場(London Stock Exchange)で同社の株価は、2010年1月を頂点として急落した。その株価は、2011年6月には10分の1以下になり、資金調達が事実上困難になった⁹⁹。保健省は、同事業者の倒産の理由について、複雑な要因が幾重にも重なったためであると説明する¹⁰⁰。ただし、Southern Cross の経営モデルは、経済状態が一度悪化に転じれば、大きなリスクを負うものであった。具体的には、セール・アンド・リースバック (Sale and Lease Back) の手法を用いた事業の拡大が、金融危機を引き金とした経済状態の悪化と歳出削減の影響を受けて経営を行き詰まらせた¹⁰¹。当時、Southern Cross は、他の同事業者よりも賃貸契約が多いこと、1床ごとの収入が低いことが指摘されていた¹⁰²。特に高止まりする賃貸料と入所者の減少により資金不足に陥り、施設を維持することができなくなった。また経営状態が悪化した同時期に、一部の入所者の死因が不明となったことから虐待の事案の発生が明らかになった。経営環境の悪化

⁹⁸ National Audit Office (2011), *supra note 84*, P 11.

⁹⁹ Health and Social Care Information Centre (2014), “*Care Quality Commission: The Stability of the Care Market and Market Oversight in England*”, Para 3.1, Available at: <<http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/201402-market-stability-report.pdf>> (accessed 01/2017).

¹⁰⁰ Department of Health (2012d), *supra note 93*, Para 54.

¹⁰¹ Health and Social Care Information Centre (2014), *supra note 99*, Para 6.3.2.セール・アンド・リースバックとは、所有する物件を貸手に売却し、貸手から当該物件の売買代金を賃貸料として受ける取引をいう。

¹⁰² *Id.*, Para 3.11.

が介護の質に影響を与えることを証明するものである。

地方自治体にとって、Southern Cross の倒産の是非よりも、むしろ約 31,000 人の高齢者の介護が保障されなくなることが問題となった。最も現実的な解決策は、同社が経営していた介護施設を、可能な限り、円滑に他の事業者に移譲させることである。しかし、他の事業者に移譲するためには、債権者と利用者のみならず、英国政府及び全国の地方自治体に加え、一定規模以上の全ての介護サービス事業者と連携を図ることが必要であった。

結果として、他の事業者に移譲させることは比較的円滑に実行され、利用者に対する影響を最小限のものに食い止めることができたこと、保健省は評価している¹⁰³。Southern Cross の経営していた施設のうち、241 施設は HC-One に、140 施設は Four Seasons に移譲された。また、その他の施設も様々な事業者に移譲されたが、イングランドの 1 施設とスコットランドの 2 施設のみは、移譲先が見つからず、閉鎖に追い込まれた¹⁰⁴。

しかし、Southern Cross の倒産の事案は、幸運に恵まれたものにすぎない。関係者の努力にもかかわらず、その結果を保証するものは何もなかったからである。保健省は、この点について、法的な手段を取るすべがなかったことを認めている¹⁰⁵。初期の段階において、事業者の経営状態を把握し、必要とされる代替的なサービス補完（Continuity of care）を準備すべきであった。特に事業者の規模に応じて、英国政府、地方自治体及びケアの質評価委員会の役割分担が不明確であったことが課題であった。Southern Cross の倒産の事案は、その結果が幸運であっただけで、倒産自体は例外なものではないとする指摘がある¹⁰⁶。経営モデルの多様化により、資産の流動化は一層進むことが予想される。健全な競争を阻害しないことを条件に、事業者の経営状態を適切に把握しつつ、あらゆる事態に備えることが、市場監督の枠組みを導入した目的の一つである。

特に近年、介護サービス市場を構成する事業者の変化は加速化している。先細りする介護施設市場では、家族経営型の施設と大規模な事業者が経営する施設との二極化が進展している。Southern Cross の倒産を前後として、大規模な事業者の再編が行われ、もはや営利であるか非営利であるというよりも、プライベート・エクイティ・ファンド（Private Equity Fund）の活用が焦点となっている¹⁰⁷。

¹⁰³ Department of Health (2012d), *supra note 93*, Para 55.

¹⁰⁴ Health and Social Care Information Centre (2014), *supra note 99*, Para 3.13.

¹⁰⁵ Department of Health (2012d), *supra note 93*, Para 57.

¹⁰⁶ Health and Social Care Information Centre (2014), *supra note 99*, Para 3.1.2.

¹⁰⁷ Health and Social Care Information Centre (2014), *supra note 99*, Para 6.3.1. プライベート・エクイティ・ファンド（Private Equity Fund）とは、ある企業に投資をして、企業価値を高

先細りする介護施設市場に対して、在宅介護サービス市場は拡大の一途を示しており、大規模事業者の市場占有率も上昇傾向にある。寡占状態とまではいい切れないが、その割合は25%程度であり、介護施設市場以上に二極化が進展していると指摘される¹⁰⁸。

しかし、短期的な市場の出退場だけを取り出して、介護サービス市場の不安的化を指摘することはできない。健全な競争を促すことは、サービスの質の向上に直結する。問題となっているのは、公的サービスの受給者と自己負担者が、不健全な形で共存しているために、介護施設の健全な競争を促すことできないことにある。

個々の介護施設によって状況は異なるが、入所者のうち、公的サービスの受給者が占める割合は、概ね40%から60%程度であり、それ以外の者は、全額自己負担によって介護費用を賄っている。いわゆる自己負担者である¹⁰⁹。近年の地方自治体の歳出削減によって懸念されているのは、公的サービスの受給者を対象とした、地方自治体から介護施設に支払われる委託費の不足分を、自己負担者の入所費用に転化していることである。この懸念に対して、Care act 2014のもとでは、当事者の申し出により、地方自治体の介護手配義務の対象に新たに自己負担者を加えることによって、公的サービスの受給者と自己負担者との間で生じる入所費用の差を是正することとしている。しかし、地方自治体の介護手配義務の対象に自己負担者を加えることとした新たな仕組みは、介護費用のキャップ制と同様にその施行は延期されることになった¹¹⁰。

めた後に売却し利益を得ることを目的とした投資ファンドをいう。

¹⁰⁸ National Audit Office (2011), *supra note 84*, Para 3.9.

¹⁰⁹ Department of Health (2012d), *supra note 93*, Annex B.

¹¹⁰ Care Act 2014 第18条第3項の規定は、自己負担者の求めに応じて、地方自治体にニーズへの適合義務を定めていることから、地方自治体は同条第1項に規定する公的な支援の受給者と同等の水準の価格でサービスを仲介することになる。

【表 2 6】 英国における介護施設及び在宅介護事業者の変遷

介護施設事業者 (2010.12-11.1)	施設数	床数	在宅介護事業者 (2010.12-11.1)	取引額 (百万ポンド)	市場 占有率
Southern Cross Healthcare	732	38,719	Allied Healthcare Group	153	3.0%
BUPA Care Homes	303	21,088	Carewatch	128	2.5%
Four Seasons Health Care	353	17,955	Nestor Healthcare Group	107	2.1%
Barchester Healthcare	203	11,786	Mears Group	101	2.0%
Anchor Trust	96	4,265	Care UK	83	1.6%
European Care Group	93	4,075	Housing 21	74	1.4%
Care UK Ltd	77	3,601	Enara Community Care	53	1.0%
Craegmoor Ltd	184	3,441	Lifeways Community Care	46	0.9%
Caring Homes Ltd	117	3,422	City & County Healthcare	34	0.7%
MHA Care Group	74	3,405	Sevacare	26	0.5%
合計	2232	111,757	合計	805	15.7%

介護施設事業者 (2013.12-14.1)	施設数	床数	在宅介護事業者 (2013.12-14.1)	取引額 (百万ポンド)	市場 占有率
<u>Four Seasons Health Care</u>	510	25,964	<u>Allied Healthcare</u>	335	6.6%
BUPA Care Homes	302	21,562	<u>Carewatch</u>	142	2.8%
HC-One	240	12,721	Mears Group	137	2.7%
Barchester Healthcare	216	12,704	<u>Care UK</u>	113	2.2%
<u>Care UK</u>	132	6,710	<u>City & County Healthcare</u>	112	2.2%
Orchard Care Homes	113	5,955	<u>Lifeways Holdings</u>	105	2.1%
Methodist Homes	92	4,713	Housing 21	95	1.9%
<u>Priory Group</u>	217	4,413	MENCAP	93	1.8%
Anchor Trust	96	4,360	MiHomecare	93	1.8%
European Care Group	89	4,012	Bluebird Care	70	1.4%
合計	2,007	103,114	合計	1,295	25.5%

※下線の事業者は、プライベート・エクイティ・ファンド（Private Equity Fund）を活用。
 出典：『Comparing the largest ten UK Registered Care Home Providers by homes and beds from 2010-2013』 and 『Comparing the largest ten UK Independent Homecare Providers, from 2010-2013』 Health and Social Care Information Centre, (2014), “Care Quality Commission: The Stability of the Care Market and Market Oversight in England”. より作成。

エ 自己負担者の存在とその影響

自己負担者の定義は様々であるが、自己負担者には二つの意味があるとされる。一点目は、公的サービスの受給基準 (Eligibility criteria) に該当しないか、もしくは資力調査の結果によって公的サービスの対象から外れたために、自ら介護サービスに要する費用を賄わなければならない者である。二点目は、ダイレクト・ペイメント¹¹¹方式を活用して、必要なサービスを直接購入している者である。ここでは、価格決定能力の大きさを勘案して、前者を自己負担者として位置づける。もちろん、個人予算¹¹² (Personal budgets) 制度の全面化とともに、ダイレクト・ペイメントの活用が浸透するならば、両者の境界は更に曖昧になることが予想される。しかし依然として、両者の違いは決定的であるとする指摘がある¹¹³。

したがって、自己負担者とは、自らの資力で介護サービスに要する費用を賄わなければならない者であり、何らかの理由により、公的サービスを受給できなかった者でもある。

公的サービスを受給するためには、要介護者は、ニーズ評価を受けるものとされる。地方自治体は、ニーズ評価の結果に基づいて、公的サービスの受給基準に該当するか否かを判断しなければならない。Care Act 2014 制定前、地方自治体は、各自の判断で公的サービスの受給基準を厳格化することによって、重度の要介護者に資源を集中することができた。地方自治体ごとに異なる基準のあり方は、地域格差 (Postcode Lottery) と呼ばれた。しかし、Care Act 2014 のもとでは、全国統一的な受給基準 (National eligibility criteria) を定めることとされており、地域格差を是正することが期待された。ただし、全国統一的な受給基準は、単に従前の基準を厳格化したものに容認を与えたに過ぎないことが懸念されている。

受給基準に該当することは、適格者 (Eligible needs) として、自分のニーズを公に認知させたことを意味する。ただし、サービスの提供にあたって、地方自治体は、公的に支援する

¹¹¹ Department of Health (2016), "Care and support statutory guidance", Para 12.1, Available at: <<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>> (accessed 01/2017). ダイレクト・ペイメント (Direct Payments) とは、個人の選択と自己決定 (Choice and Control) を拡大することを目的に、地方自治体が必要なサービスを提供又は手配することに代えて、要介護者が自ら調達するために相手方と金銭的な支払いを可能とする仕組みである。

¹¹² Department of Health (2016), *supra* note 111, Para 11.3. 個人予算 (Personal budgets) とは、要介護者のケア・プランと連動しながら、ニーズ評価に基づいて必要と推定される額を明らかにするものであり、個人が拠出すべき額もここに含まれる。Care Act 2014 第 26 条の規定によって、初めて法定の制度として導入された。

¹¹³ Putting People First Social care consortium (2011), "People who Pay for care: Quantitative and Qualitative Analysis of Self-funders in the Social Care Market", Institute of Public Care: Oxford Brookes University, P56.

か否かを、資力調査の結果によって判断することになる。具体的には、介護施設に入所する場合、持ち家を含めた資産が 23,250 ポンド以上を保有している場合、公的な支援を受けることはできなくなる。

資力調査を要件とすることは、高齢期において、多くの者が必要な介護サービスを自らの資力によって賄わなければならないことを意味する。だが、自己負担者が、資力調査の結果を理由として、地方自治体にサービスの手配義務を生じる適格者から外れるとは言い切れない。なぜなら、法は、介護施設の提供義務について、「介護と配慮」(Care and attention) に欠けている者を対象として定めるのみであって、財産要件を絶対的なものとはしていないからである。法の規定は、地方自治体には必要な介護を手配する義務があり、あくまでも当事者に支払い能力 (Person's ability to pay) に応じた負担を求めているだけと解することができるからである¹¹⁴。しかし、現実には、判断能力に欠けている等の理由がない限り、地方自治体は自己負担による介護には介入しないことから、自己負担者は個々に介護施設と契約を結ばざるを得ない。ほとんどの地方自治体は、自己負担者の人数さえも把握できていないために、自己負担者の動向は未知数と指摘される¹¹⁵。

ただし、介護サービス市場に与える自己負担者の影響は、近年大きくなっていることが明らかであり、自己負担者の存在を無視することはできない。英国監査局による費用推計によれば、保健医療関係が約 1,023 億ポンドであり、障害関連手当 (Benefits) は 282 億ポンドである。これに対して、利用者負担を含めた地方自治体の社会福祉関連費用は、191 億ポンドに止まる¹¹⁶。一方、自己負担者が必要なサービスを購入した費用は、102 億ポンドと推計される。自己負担者の人数は 33 万 9,000 人と推計され、介護施設入所者全体のおよそ半数に迫る者が自己負担者であると指摘される¹¹⁷。

さらにいわゆる家族等による介護を費用に換算すると、おおよそ 1,000 億ポンド近くにも達すると指摘されている¹¹⁸。なお、例えば、介護者手当の受給者は、2013 年 3 月現在 54 万 5,000 人にのぼる。介護者手当とは、週 35 時間以上を家族等の介護に従事した低所得者に給付されるため¹¹⁹、就労に代わる所得保障の一部としての役割を担うとともに、公的サービス

¹¹⁴ 国民扶助法第 22 条 (Charges to be made for accommodation) を参照。

¹¹⁵ National Audit Office (2014a), *supra* note 72, Para 2.19.

¹¹⁶ *Id.*, Para 1.5.

¹¹⁷ *Id.*, Para 1.9.

¹¹⁸ *Id.*, Para 1.6.

¹¹⁹ 介護者手当 (Carer's Allowance) は、週 35 時間以上の介護を提供し、収入が 110 ポンドに満たない者を対象に、週 62.10 ポンドを支給する制度である。被介護者と血縁関係であ

の代替としての役割を期待されている。家族介護の全てを公的サービスで賄うことは、膨大な財政負担が伴うことから現実的ではない。しかし、必要なサービスを縮減することは、要介護者とその介護者が共倒れする危険性につながることを見過ごすことはできない。共倒れする危険性を回避し、在宅介護を推進するために、Care Act 2014 は、要介護者と同様にその介護者に対しても、アセスメント (Carer's assessment) の実施と必要なサービスの提供を、地方自治体の義務として新たに位置付けている¹²⁰。

アセスメントの実施を介護者固有の権利として認めることにより、介護者の存在は公に認知され、レスパイトケア等のサービスを受けることができるが、Care Act 2014 は、具体的にどのようなサービスを提供すべきかを明示しておらず、地方自治体の裁量に委ねている。唯一、運転免許証の取得等、直接的に介護者を利するサービス以外については、利用者負担を求めないことが定められている¹²¹。

介護者が要介護者の介護を担えなくなった時、莫大な介護費用を負担するリスク (Risk of catastrophic care costs) は急激に高まることになる。なぜなら、介護施設に入所する場合、在宅介護と異なり、持ち家の資産価値によって、公的な支援の要否を左右されるからである¹²²。

したがって、自己負担者の問題が焦点となるのは、在宅よりもむしろ介護施設に入所する場合に多い。Care act 2014 のもとでは、当事者の申請に基づき、自己負担者に対しても、地方自治体は必要な介護の手配義務を負っているが、地方自治体の手配した介護費用は、自己負担者がその全額を賄うことになる。つまり、地方自治体は、仲買人 (Brokering) としての役割が期待されることになる¹²³。しかし、自己負担者に対する地方自治体の介護手配義務の実施は、介護施設に入所する場合に限って、介護費用のキャップ制と同様に、2020年4月まで延期されることになった。延期した理由について、保健省は、介護サービス市場に与える潜在的な影響を検討するために時間が必要であると説明する¹²⁴。

前述したとおり、介護施設の入所にあたっては、公的サービスの受給者と自己負担者との間で価格差が生じており、一部の事業者では、価格差を自己負担者に補填させていることが

る必要はないが、学生や年金受給者は対象から外される。したがって、この受給者が、家族等による介護 (Informal care) の全体を表すものではない。

¹²⁰ Department of Health (2016), *supra* note 112, Para. 6.16.

¹²¹ *Id.*, Para. 8.49.

¹²² *Id.*, Annex B: Treatment of capital.

¹²³ *Id.*, Para 10.16.

¹²⁴ Department of Health (2015), *supra* note 8.

指摘されている¹²⁵。これは、当該地域内で地方自治体が価格決定能力を有する優越的な地位を利用した値引き（Bulk purchase discounts）交渉の成果の一つといえるが、個人として交渉せざるをえない自己負担者に過剰な負担を強いている側面がある。Care act 2014 のもとで、地方自治体の介護手配義務の対象に新たに自己負担者を含めることによって、公的サービスの受給者と自己負担者との間で生じている価格差を是正することが期待された。しかし、地方自治体が緊縮財政にある状況で、予定通りに施行すれば、介護サービス市場に重大な影響を与えることは明らかであった。なぜなら、地方自治体の購入価格では、介護施設を運営する事業者のいくつかは生き残ることが難しいと指摘されており¹²⁶、サービスの質の格差を助長させる恐れがあるからである。つまり、介護施設は、一握りの裕福な者のみを対象とした施設と、公的受給者を中心とした施設に二極化してしまうことによって、ティトマスが批判するように、サービスの二重基準が構築され、公的な支援は「二流の市民のための二流のサービス」になる可能性がある¹²⁷。

ところで、地方自治体は、持続可能で質の高い介護サービス市場の形成を促すために、Care act 2014 のもとで適正な市場形成（Market shaping）義務を負っている¹²⁸。ただし、保健省は、地方自治体が適正な市場形成の義務を負っていることをもって、単純に地方自治体が市場価格よりも有利な価格で購入することを批判するものではないと説明する¹²⁹。なぜなら、地方自治体は、最小の経費で最大の効果を挙げるよう納税者に対する説明責任（To ensure value for tax payers' money）を有しているからである。例えば、地方自治体が介護施設と委託契約を締結する際には、費用対効果を踏まえて成果を目に見える形で示さなければならない。その際、価格は最も理解を得やすい指標となる。

他方、適正な市場を形成するためには、地方自治体は、実売価格（Actual costs of care and support）を踏まえることも求められている。実売価格を踏まえることは、地方自治体が地域内の価格決定において優越的な地位にあることから、より広い視野で健全な事業者の育成に配慮する必要があることを示したものである。

¹²⁵ National Audit Office (2014a), *supra note 72*, Para 2.13.

¹²⁶ Health and Social Care Information Centre (2014), *supra note 99*, Para 7.5.

¹²⁷ R.M.ティトマス（三浦文夫監訳）『社会福祉と社会保障：新しい福祉をめざして』（東京大学出版会，1976）159頁。

¹²⁸ Department of Health (2016), *supra note 112*, Para 4.1.

¹²⁹ Department of Health (2015), “Letter to the Chair of the Health Committee (29 July 2015), Available at: <<http://www.parliament.uk/documents/commons-committees/Health/Correspondence/2015-16/Letter-from-Secretary-of-State-for-Health-to-Chair-dated-29-July-2015.PDF>> (accessed 01/2017).

つまり、地方自治体は、一方で納税者に対する説明責任を果たすこと、他方で実売価格を踏まえることの、二兎を求めることが必要とされる。このことを踏まえた上で、地方自治体に期待されている役割は、自己負担者を含めた介護サービス市場全体の適正化を図ることにある。しかし、現状では、地方自治体は、歳出削減の対応に追われており、公的な支援の受給者と自己負担者との価格差を埋めることはできない。

したがって、自己負担者に対する地方自治体の介護手配義務と、介護費用のキャップ制の仕組みの完全な施行が延期された要因は、地方自治体の財政状況がまだ金融危機の影響から脱しきれず、厳しい歳出削減の状況にあることに加えて、自己負担者に過剰な負担を押し付けていた歪な市場構造に甚大な影響を与えかねないという懸念があるためであると結論することができる。

ところで、そもそも英国は、なぜ新たな費用負担の仕組みを必要としたのか。次に、介護費用の無料化（Free Personal Care）の是非を中心とした議論の経緯を論じる。

(4) 新たな介護費用負担 (Care Funding) を巡る議論

ア 介護に要する負担をどのように賄うか

(ア) 社会福祉と保健医療の二重構造

英国の介護費用負担のあり方は、長い間見直しに迫られていた。多くの議論の結果、Care act 2014 の制定によって導入された新たな介護費用負担の仕組みは、前述したとおり、予定していた 2016 年 4 月の施行から 2020 年 4 月まで延期されることになった¹³⁰。

なぜ英国は新たな介護費用負担の仕組みを必要としたのか。英国の高齢者介護に関する公的な支援において最も問題となったのは、資力調査の是非である。高齢者介護の議論の中でよく引き合いに出されたのは、介護施設に入所する費用を捻出するために、持ち家を売却せざるを得ないことである。持ち家を売却することは、住み慣れた場所を離れて、どこかの介護施設に入所せざるを得ない状況に置かれた時に、初めて公的な支援が差しのべられることを意味する。言い換えれば、公的な支援の対象が非常に限定されているために、介護を必要とする多くの人々は、公的な支援を受けられないままに孤立し、重度化する危険性に曝されているのである。

特に利用者負担の有無の観点から、NHS と対比させることによって、保健医療と社会福祉の制度の違いは際立ったものとなる。しかも医療と介護の境界線はそれほど明確ではない。ニーズだけに着目すれば、適用される制度によって、利用者の処遇に決定的な差が生じることを合理的に説明することはできない。サービスの決定において重要視されるのは、個人が何を望むかよりも、何の制度が適用されるかという観点である。英国において、介護に要する負担をどのように賄うかという問題を考えるためには、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立があることを踏まえなければならない。

もっと広い視野から俯瞰して見れば、福祉国家を 3 つのクラスターに分類するエスピ
ン・アンデルセンの指摘がある¹³¹。もっとも、英国の福祉国家のあり方は、クラスターの

¹³⁰ See Secretary of State for Health (2015), "Letter from Rt Hon Alistair Burt MP (15 July 2015): delay in the implementation of the cap on care costs", Available at: <<https://www.gov.uk/government/publications/delay-in-the-implementation-of-the-cap-on-care-costs>> (accessed 01/2017).

¹³¹ エスピン - アンデルセン (岡沢 憲英・宮本 太郎訳) 『福祉資本主義の三つの世界』 (ミネルヴァ書房, 2001) 8 頁 - 31 頁。ここでは福祉国家レジームの類型によって三つのクラスターに分類するものである。一点目は、自由主義的な福祉国家体制である。このレジームでは、給付の対象は、低所得で、通常は労働者階級の国家の福祉に依存する層である。アメリカ、カナダ、オーストラリア等が例としてあげられる。二点目は、保守主義的

どれにも属さないとの見方もある¹³²。しかし、エスピン・アンデルセン自身は、中産階級からの給付の普遍化の要請に対応するものとして、英国型福祉国家の特徴を、「国家は最低限の普遍主義を維持しつつ、より高度な福祉を求める社会階層が増大してくことに対して市場にその対応を委ねる¹³³」ものであると指摘している。エスピン・アンデルセンの定義に従えば、高齢者介護の公的な支援のあり方の見直しにおいても、給付の普遍化に対して、国家は最低限の普遍主義に止めようとする力学が働くことになる。

さらに、近年の地方分権化の動きが、高齢者介護の公的な支援のあり方に対する地方自治体と国との対立を深めることになった。特にスコットランド地方政府が、介護費用の無料化を標榜する独自の枠組みを構築したことは、介護費用の無料化を否定する英国政府の方針と真っ向から衝突した。新たな介護費用の仕組みに関する議論で問われていたことは何か。以下、戦後の英国型福祉国家の起源に立ち返ることから検証を始める。

(イ) コミュニティ・ケア (Community care) 改革とその課題

介護に要する費用をどのように賄うかという議論が本格的に開始されたのは、1997年以降であるとの指摘があるが¹³⁴、最初に現在の英国の社会福祉の方向性を決定したコミュニティ・ケア改革に至る経緯を確認したい。

英国型福祉国家形成の起源は、1948年まで遡ることができる。この年、Beveridge 報告書¹³⁵を基礎とする1948年国民扶助法の制定により、国に公的扶助 (Social Security) の支給責任を課す一方で、地方自治体に介護を含む社会福祉の供給主体を委ねる体制が確立した。加えて、1946年 NHS 法 (National Health Service Act 1946) の施行により、全国共通の医療給付制度、いわゆる NHS が開始された。ここに英国型福祉国家の基本的な枠組みが構築された。すなわち、国と地方自治体との間で形成された、保健医療と社会福祉の二

な福祉国家体制である。給付の対象は、職業的な地位の格差の維持を主眼とする。これは市場に依存した福祉を国家の責任へと置き換えていこうとする過程のなかで生み出されたと指摘される。オーストリア、フランス、ドイツ、イタリア等が例としてあげられる。三点目は、社会民主主義的な福祉国家体制である。普遍主義の原理と労働力の脱商品化が新中間階級にまでその効果を及ぼしている。このため、二重構造が生みだされることを容認しないと指摘される。北欧諸国が例としてあげられる。

¹³² 平岡 公一『イギリスの社会福祉と政策研究——イギリスモデルの持続と変化』(ミネルヴァ書房, 2003) 318 頁。

¹³³ エスピン・アンデルセン (岡沢・宮本訳)・前掲注 (131) 28 頁。

¹³⁴ 伊藤 善典「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革-責任と公平を巡る 17 年間の議論-」海外社会保障研究 Winter 2016 No.193、54 頁。

¹³⁵ See William Henry Beveridge (1942), "Social Insurance and Allied Services", Cmd.6405.

重構造である。国は、前者をニーズに応じた普遍的な (Universal) 制度として、NHS によって具現化した。その一方、後者は、地方自治体を供給主体として、資力調査に基づく選別主義的 (Selective) な給付とした。この構造が、公的な支援の対象を実質的に線引きすることになり、その境界線の定義によって、個人と国家の負担割合が決定されることになる。

保健医療と社会福祉の二重構造は、両制度がどのように機能するかよりも、むしろ両制度の分断に焦点が当たるようになる。特に NHS の財政を圧迫する長期入院患者の存在が問題となった。長期入院患者の減少を図るためには、入院患者を病院から地域へ円滑に移行することが必要となる。英国政府は、特に医療的な処置を要しない入院患者を在宅に移行させること、すなわち社会的入院の解消を目的として、コミュニティ・ケア政策を推進することとした。

コミュニティ・ケア政策は、すでに 1960 年初頭にその兆候を見出すことができる¹³⁶。英国政府は、精神障害者の長期入院を解消することを目的として、『A hospital plan for England and Wales¹³⁷』を策定し、精神病院のベッド数を 10 年間で半減させることを目標に掲げた。1970 年のいわゆる Seebohm 改革¹³⁸は、コミュニティ・ケア政策の計画的な推進を図るために、地方自治体の組織を改編させるものだった。Seebohm 改革は、地方自治体の社会福祉に対する責任を明確にすることを目的に、Local Authority Social Services Act 1970 の制定を通じて、地方自治体に高齢者、児童、障害者等の福祉部門を統合した対人社会サービス部 (Personal Social Services) を創設させることにつながった。さらに、1972 年に公表された白書『National Health Service Reorganization—England¹³⁹』に基づいて、National Health Service Reorganisation Act 1973 を制定し、地方自治体から公衆衛生部門 (Local Health Authority) を NHS の地方機関 (Regional Health Authority) に移行させた。NHS は、病院、一般医を含めた保健医療を一元的に管理する体制を整備することになった。しかし、Seebohm 改革を始めとした一連の改革は、保健医療と社会福祉の分断を一層際立せることになった。保健医療と社会福祉の分断のために、1977 年に NHS と地方自治体が連携して早期退院の促進を図ることを目的とした共同財政 (Joint-Finance) 制度が導入された。

¹³⁶ 平岡・前掲注 (132) 64 頁。

¹³⁷ See Ministry of Health (1962), “A Hospital Plan for England and Wales”, Cmnd.1604.

¹³⁸ See Seebohm Report (1968), “Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services”, Cmnd.3703.

¹³⁹ See Secretary of State for Social Services (1972), “National Health Service Reorganization - England”, Cmnd.5055.

共同財政制度とは、地方自治体の事業のうち、早期退院に資するものに対して、NHSが必要な費用を補填する仕組みである。これ以降、様々な形でNHSと地方自治体間の財源の移譲・共有化を図る動きが現れることになる。

1981年に英国政府が公表した白書『Growing Older¹⁴⁰』は、初めて高齢者福祉を主題として策定されたものである。この白書は、「コミュニティにおける介護は、漸次コミュニティによって担われなければならない」(Care in the community must increasingly mean care by the community)ことを標榜し、公的機関が担う役割を家族介護に対する支援に重きをおくことを表明した。1979年に誕生した保守党によるサッチャー政権が、公的機関の役割の見直しを推進し、特に地方自治体に歳出の削減を強く求めたことに関連したものである。NHSの予算を圧迫する長期入院患者の解消とともに、地方自治体の歳出の抑制を図るためには、家族介護の役割に頼らざるを得なかったのである¹⁴¹。

しかし、事態は予期しない展開を迎える。予期しない展開とは、長期入院患者の受入れ先に、民間の介護施設が選ばれたことである。民間の介護施設が増加したことは、家族介護のみでは、必要な介護を賄えなかったことを表している。また、民間の介護施設が選ばれた要因に、低所得者向けの補足給付(Supplementary Benefit Payment)制度が、入所費用を賄う形となったことがある。特に1983年に地域ごとに補足給付の基準額を決定することを可能としたことが、民間の介護施設への入所を促すことになったとの指摘がある¹⁴²。

長期入院患者の受入れ先の問題に対する懸念を示したのは、1986年の監査委員会による報告書¹⁴³であった。この報告書によって、監査委員会は、コミュニティ・ケア政策の構造が在宅介護よりも施設を優先させる逆選択を生じさせているとして、コミュニティ・ケア政策の抜本的な見直しを英国政府に要求した。この監査委員会の報告書を受けて、英国政府は、Roy Griffithsにコミュニティ・ケア政策の見直しを委任し、1987年に報告書『Community Care: Agenda for action¹⁴⁴』(以下「Griffiths報告書」という。)を公表した。

Griffiths報告書の目的は、コミュニティ・ケア政策の現況を調査した上で、公費をより効率的に活用する方法を提案することであった。Griffiths報告書が言及するところによると、「コミュニティ・ケアは機能していない。例えるなら、それは全ての者が遠い親戚にあたる

¹⁴⁰ See Department of Health and Social Security (1981), "Growing Older", Cmnd.8173.

¹⁴¹ 平岡・前掲注(132)67頁。

¹⁴² 前掲注(141)。

¹⁴³ See Audit Commission (1986), "Making a Reality of Community Care", London: HMSO.

¹⁴⁴ See Roy Griffiths (1988), "Community Care: Agenda for Action", London: HMSO.

のに、誰の子供でもないことと同様である」(Community care is a poor relation; everybody's distant relative but nobody's baby) とのことである。つまり、コミュニティ・ケア政策は、責任の所在が曖昧であることに加えて、サービスの提供が断片的であるために、政策の成果が十分に享受されていないというものであった。

コミュニティ・ケア政策の問題に対して、Griffiths 報告書は、地方自治体に、区域内のニーズを評価し、政策の優先順位と目標に対する責任を負わせることを提案した。つまり、地方自治体は、サービスの供給を直接に担うのではなく、サービスの供給を仲介し管理するものとされる。具体的には、地方自治体は、国から予算の一部を移管される代わりに、当事者の介護のニーズを評価した上で、必要なサービスを決定する役割を担うことになる。その際、必要なサービスは、可能な限り在宅での生活が維持できるように、営利企業等を含めた多様な主体から選択することを求めた。Griffiths 報告書の提案したコミュニティ・ケア改革は、施設に偏重した介護のあり方を見直し、在宅介護の推進を促すことを意図していた。

Griffiths 報告書を受けて、英国政府は、白書『Caring for People¹⁴⁵』を公表した。この白書は、六つの鍵となる概念を示している。一点目は、人々が可能な限り在宅の生活を継続できるようにサービスの展開を図ることである。二点目は、介護者の支援を優先的に実施することである。三点目は、適切なニーズ評価とケア・マネジメントによる質の高いサービスを実現することである。四点目は、活力のある民間のサービスの発展を促すことである。五点目は、各種事業の成果について、関係機関の責任を明確にすることである。六点目は、費用対効果を最大にするために効率化を推進することである。六つの鍵となる概念を達成するために、この白書において、英国政府は、Griffiths 報告書の主な提案事項を受け入れることを表明した。ただし、地方自治体に移管する財源は、財源の用途を特定しないこととした。

コミュニティ・ケア改革の主要な目的は、ニーズ評価に基づいて、公的な支援の優先順位を決定することである。ただし、限られた予算の中で公的な支援の対象を選別するだけでは、必然的に公的な支援の枠組みから外れる者を生じさせる。ニーズ評価によって、手続きの透明性が向上したにもかかわらず、公的な支援の決定は不満を一層高めることになった。結局のところ、コミュニティ・ケア改革は、サービスの購入と決定の過程に多大な影響を与えたが、抜本的な解決には及ばなかったとの指摘がある¹⁴⁶。つまり、ニーズ評価に基づく公的な

¹⁴⁵ See Department of Health and Department of Social Security (1989), "Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond", Cm.849.

¹⁴⁶ Derek Wanless et al. (2006), "Securing Good Care for Older People", King's Fund, P14, Available at: <<https://www.kingsfund.org.uk/publications/securing-good-care-older-people>>

支援の優先順位を決定することは、コミュニティ・ケア改革の到達点の一つであるが、その限界を示すものでもあった。

そもそもコミュニティ・ケア改革が必要とされたのは、長期入院患者の受入れ先に介護施設の入所を偏重させる二つの要因があったからである。一点目の要因は、地方自治体が公的扶助を活用して、民間の介護施設への移行とその拡大を図ったことである。二点目の要因は、NHS が、早期退院の受け皿として、看護付きの施設の活用を促したことである。コミュニティ・ケア改革は、介護施設の入所を偏重させる要因を解消させることにはならなかった。むしろコミュニティ・ケア改革の一環として、公立施設の民間への移行を推進するために導入された、居住費用を補填する公的扶助（Residential Allowance）の要件は、民間の介護施設の入所を必要としたために、介護施設の入所を偏重させる流れに拍車をかけることとなった¹⁴⁷。

社会的入院の解消において、地方自治体とNHSは共犯関係にある。なぜなら、早期退院を目的に要介護者を地域に移行させることは、社会福祉と保健医療との境界線を書き換えることを意味するからである。このため、本来ならば、社会的入院の解消を図るために、地方自治体とNHSには適切な連携が必要とされる。しかし実際には、社会的入院の解消は、NHSが担ってきた負担を誰に肩代わりさせるかという問題に矮小化してしまった。特に慢性的な財源不足に悩まされてきた地方自治体は、退院患者の処遇を、公的扶助の活用か自己責任の問題として昇華してきた¹⁴⁸。結果として、民間に広く開放された介護施設が退院患者の受け皿となった。

ニーズに応じてサービスが拡大することは歓迎すべきである。しかし、新たな需要によって生まれた市場は、後述する王立委員会によって批判されるように、行き場を失った高齢者が「何を必要とするか」よりも「何をもち支払われるか」を基準として形成されたものである¹⁴⁹。この新たな市場は、豊かな高齢者が増えたことの証左でもある一方、平均寿命の伸張により要介護のニーズが複雑化・長期化し、地方自治体が対応できないことを示している。

(accessed 01/2017).

¹⁴⁷ Royal Commission on Long Term Care for the Elderly (1999), “*With respect to old age: long term care – rights and responsibilities*”, Para 6.28.

¹⁴⁸ Derek Wanless et al. (2006), *supra note* 146, P15.

¹⁴⁹ Royal Commission on Long Term Care for the Elderly (1999), *supra note* 147, Para 4.24.

イ 介護費用の無料化 (Free Personal Care) とその限界

(ア) 社会福祉の第三の道 (Third way for social care)

持ち家等の資産を保有しながらも年金等の収入が少ない高齢者 “*Asset rich, Income poor*” の増加によって、従来の社会福祉の観念が揺らぎ始めている¹⁵⁰。

1997年5月の総選挙で、労働党は18年ぶりに政権を奪回した。この選挙において、労働党は、長期介護に関する検討を進めることを公約に掲げた¹⁵¹。その公約では、従前の保守党の政策は、民間保険の活用と介護施設の民営化を教条的に進めただけで機能しなかったと批判する。労働党は、公私の役割を複合しつつ、地方自治体の自主的な展開を尊重すべきであると主張する。その上で、王立委員会を設置し、高齢者の長期介護に係る公平な費用負担によって運営される制度の検討を委ねることとした。

英国政府は、1998年に白書『*Modernising Social services*¹⁵²』を公表した。この白書では、コミュニティ・ケア改革の継続性を確認する一方で、重要な転換が試みられたとの指摘がある¹⁵³。具体的には、この白書は「社会福祉サービスは、全ての人のものである」(Social services are for all of us)と明言した上で、「社会福祉の第三の道」(Third way for social care)を探求するため、過剰な民営化(Privatisation)と画一化(One size fit all)を見直すことを主張している。さらに、予防とリハビリテーションを推進し、従来の重度の要介護者に限定した政策の変更を示唆した。そして、Stewart Sutherlandを筆頭とする「高齢者の長期介護に関する王立委員会」(Royal Commission on Long Term Care for the Elderly)が設置され、1999年に報告書『*With Respect to Old Age*』(以下、「Sutherland 報告書」という。)が公表された。

Sutherland 報告書は、「現在の制度の本質的な部分に混乱と不確実性が存在する」と指摘した上で、主に二つの事項を提案した。一点目は、「長期介護(Long-term Care)に要する費用は、日常生活費(Living costs)、住居費用(Housing costs)及び対人介護(Personal care)に分類すべきである。そのうち、対人介護は、ニーズの評価を受けた後に、万人が利用することを可能とし、これに要する費用は一般財源から拠出されるべきである。したがって、残りの費用については、稼得能力に応じた自己負担の対象となる¹⁵⁴」というものである。いわゆ

¹⁵⁰ 伊藤 善典『ブレア政権の医療福祉改革—市場機能の活用と社会的排除への取組み』(ミネルヴァ書房, 2006) 14頁。

¹⁵¹ See Labor Party (1997), “*New Labor: because Britain deserves better*”.

¹⁵² See Department of Health (1998), “*Modernising social services: promoting independence, improving protection, raising standards*”, Cm.4169.

¹⁵³ Derek Wanless et al. (2006), *supra* note 146, P16.

¹⁵⁴ Royal Commission on Long Term Care for the Elderly (1999), *supra* note 147, Para 4.24.

る介護費用の無料化を実現する仕組みを掲げた。二点目は、“*National Care Commission*”を新たに設立することである。この機関は、人口動態を観察し、制度の透明性及び説明責任を確保し、消費者の利益を代表し、全国的な目標値を定めることを目的とする。しかし、介護費用の無料化に対して、少数の委員は、莫大な費用が伴うこと等を理由に、現在の資力調査の要件を緩めた上で、看護ケアのみを対象に自己負担の無料化を図ることを主張した。

なぜ Sutherland 報告書は、介護費用の無料化を提案したのか。そして、賛否両論が併記されるに至った経緯は何か。以下、その概要を論じる。

(イ) Sutherland 報告書

Sutherland 報告書は、NHS の業績評価の指標の一つである早期退院の加速化が、意図しない影響をもたらしたと指摘している。その影響とは、早期退院の促進が、高齢者に持ち家を売却させ、介護施設に追いやることの一因となったことである。この結果、住み慣れた地域との関係が突然に途切れたまま生涯を終えることになる。その様子は、「あたかも我々の視界から、そして社会からも高齢者を排除するものである」と批判する¹⁵⁵。

公的な介護に関して、最も優先して検討すべき課題の一つは、個人と国家の適切な費用負担のあり方である。例えば、65 歳以上の介護施設の入所が必要とされる者は、男性が 5 人に 1 人、女性が 3 人に 1 人の割合で見込まれる。しかし、多くの者は事前に必要な費用を備えられなかったことから、身内から在宅介護を受けることを余儀なくされている。このため、長期介護に対しては、年金とは性質が異なる、予測不可能な費用に対処するための給付が必要になると指摘している¹⁵⁶。当然ながら他の場合と同様に自己責任で賄うべきであるという考えもあるが、Sutherland 報告書は、自己責任の方法を支持せず、ある程度リスクを共有化させる仕組みが不可欠になることを明言した¹⁵⁷。

Sutherland 報告書は、リスクの共有化を検討するにあたって三つの方法を取り上げている¹⁵⁸。一つ目は、民間保険の加入を促進させることである。ただし、この方法は、未加入を許容する余地を残すため、一定の所得階層には国がその保険料を補填する必要がある。二つ目は、民間保険の加入を義務づけることである。ただし、この方法もまた、保険料の拠出又は適切な給付が保障されない所得階層には、国がその代替策を用意することが必要

¹⁵⁵ *Id.*, Para 1.6.

¹⁵⁶ *Id.*, Para 3.2.

¹⁵⁷ *Id.*, Para 3.5.

¹⁵⁸ *Id.*, Para 3.9.

である。三つ目は、国がある種の保険又は給付を提供する方法である。この方法は、市場の失敗を回避することを目的としたリスクの普遍化の概念に基づくものである。

民間の保険が適切に機能するためには、それが合理的な消費者の選択に基づくことが必要とされ、その前提として、正確な情報の開示が不可欠となる。しかし、長期介護は、医療のそれ以上に不確実な情報に曝されるため、リスクは共有化よりもむしろ細分化され、不公平感を増長させる恐れがある。したがって、リスクを普遍化させることが最も重要であり、そのためには、NHSと同様に国が給付を保障する方法が適当であるとする¹⁵⁹。

そして、Sutherland 報告書は、現在の制度が信頼を失いつつあることを指摘する¹⁶⁰。長期介護を国が保障してくれるという誤った認識があるため、人々は政府に裏切られ、資産の償却を求められることに罰せられたという感情を抱くことになる」と説明する。

Sutherland 報告書はまず、NHS が急性期病床に資源を集中することを理由に、長期介護を要する高齢者の受入れを拒否している疑いが消えないと批判する¹⁶¹。しかし、問題の要因は、NHS の責任だけではない。特に公的な介護の受給基準に地域格差が生じている中で、地方自治体を実施する資力調査が、現役世代から蓄積してきた資産を奪い、低所得者に貶めるものとして、根強い不満を生んでいることも要因の一つである。

例えば、介護施設に入所する場合、所得の面については、いわゆる小遣い“*Pocket Money*”として、入所者の手元に一定額を保障する仕組み（*Personal Expenses Allowance*）がある。一方、資産の面については、保有する額が 16,000 ポンド（当時）以上の者は、その費用の全額を負担しなければならない。ただし、10,000 ポンド（当時）に満たない者は、その資産は考慮しない。なお、保有する額がこの間の者は、「みなし所得」“*Tariff Income*”として、250 ポンドあたり 1 週間に 1 ポンドの収入があるとみなされる。すなわち、保有する資産額が目減りするにつれて、負担すべき額が低減する仕組みであるが、多くの場合、公的な支援を受ける時には、すでに資力調査を要さない状態であると指摘される¹⁶²。

このため、Sutherland 報告書は、資力調査の要件の緩和、看護ケアの無料化等、現行の制度を改善する方法を提案する。特に NHS との整合性を図るためにも、現在の制度を「正当化又は擁護することはできない」と指摘する¹⁶³。

¹⁵⁹ *Id.*, Para 3.15.

¹⁶⁰ *Id.*, Para 4.34.

¹⁶¹ *Id.*, Para 4.8.

¹⁶² *Id.*, Para 4.15.

¹⁶³ *Id.*, Para 6.22.

しかし、資力調査の要件の緩和等の方法は、いずれもその恩恵を受ける者は比較的少数に止まる。「公平で実務的に唯一可能な方法は、公的な支援を今よりも普遍的なものにすること」、特に「現在の制度ではあまり想定されていない、比較的中程度（Modest）の者」を対象に含めることが必要であると指摘する¹⁶⁴。

具体的には、施設介護に要する費用を、生活費、住居費及び対人介護費の三つの要素に分解することを提示する¹⁶⁵。なお、対人介護費とは、障害（Disability）又は虚弱（Frailty）により予期せぬ形で必要となる介護を担う費用であり、家事援助とは別のものとして扱われる。一方、生活費及び住居費は、介護の必要性とは関係なく、在宅ではこれらの費用を自ら賄うことが基本とされる。現在の公的な支援は、この三つの要素を区別せずに、混然一体として費用を算定していることを問題視する。

以上を踏まえて、Sutherland 報告書は、看護ケアを含む対人介護費のみを無料化する、いわゆる介護費用の無料化を前提として¹⁶⁶、生活費及び住居費に係る資力調査の要件を緩和する「共同型拠出制度」“Co-payment”を提案した¹⁶⁷。

介護費用の無料化の実現が、過剰な需要を喚起する恐れがあることは、Sutherland 報告書の中でも懸念されたが、「需要が増加する否かを明言することは難しい」ことを認めた上で、介護費用の無料化による資源配分は、最も効果的な方法であることを強調した¹⁶⁸。

結論として、Sutherland 報告書には、介護費用の無料化の賛否両論が併記されることになった。少数の意見は、特に高齢人口の拡大と生活水準の向上によって財政負担が過大になること、支払能力を有する者が自ら拠出する誘因を弱めることを懸念している¹⁶⁹。

反対論者の意見では、介護費用の無料化の実現は、最も公的な支援を必要とする人々の犠牲の上になり立った、裕福な層を優遇する制度であると批判する。このため、「第一に、政府は受け入れ可能な最低水準の介護の費用を推計すること。第二に、国によって負担されるべきものと個人が賄わなければならないものを決めること」により、「高齢者の尊厳の確保」と「公費の制約」との緊張関係を解消する必要があると指摘している¹⁷⁰。介護費用の無料化は、あたかもキメラのような存在である¹⁷¹。それは、需要の増加を賄うた

¹⁶⁴ *Id.*, Para 6.27.

¹⁶⁵ *Id.*, Para 6.29.

¹⁶⁶ *Id.*, Para 6.32.

¹⁶⁷ *Id.*, Para 6.38.

¹⁶⁸ *Id.*, Para 6.62.

¹⁶⁹ *Id.*, Note of Dissent Para 7.

¹⁷⁰ *Id.*, Note of Dissent Para 9.

¹⁷¹ *Id.*, Note of Dissent Para 18.

めに費用が過大になるか、または、それを賄えないために人々の期待を裏切ることになるか。おそらく両方の問題が同時に生じ、再び「不満の冬」を迎える恐れがあることを懸念する。

以上のSutherland報告書を受け、英国政府は、介護費用の無料化を採用すべきかについて、否が応にも選択をせざるを得ない状況に陥った。

(ウ) スコットランド地方政府の選択

介護に要する費用をどのように賄うかという問題は、介護費用の無料化の是非に焦点が絞られた。注意すべきは、英国政府とスコットランド地方政府で見解が分かれた介護費用の無料化の是非は、選別主義の維持か、給付の普遍化かという二項対立論的な問題ではなく、むしろ「Free Personal Care」という言葉が与える印象の問題でもある点である。

英国政府は、2000年に『The NHS Plan: The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care¹⁷²』を公表し、Sutherland報告書の提案事項のうち、介護費用の無料化を拒否する意思を表明した。その一方で、病院と同様に介護施設における看護ケア費用の無料化には同意を示した。看護ケア費用の無料化によって、3万5千人の看護付き施設入所者の年間負担額が5,000ポンドにまで軽減される見込みである¹⁷³。なお、看護ケアとは、「登録看護師がケアを提供、委任及び監督した時間に係る費用」(Costs of registered nurse time spent on providing, delegating or supervising care)と定義される¹⁷⁴。しかし、その解釈は、絶えず対人介護と緊張関係にあり、客観性を保つことが困難になる恐れがある。また、従来の費用負担に関する原則を変更するものではないとの指摘がある¹⁷⁵。

介護費用の無料化を拒否した理由について、英国政府は、膨大な費用が生じる一方で、必ずしもサービスの質の向上には繋がらないためと説明する¹⁷⁶。具体的には、誰がその費用を担うかという単なる負担の転化に問題が矮小化される恐れがあること、また、すでに自己負担を免除されている低所得者よりもむしろ裕福な層を優遇する結果となることを指摘する。英国政府は、むしろより多くの人々が自立した生活を維持できるように支援すべき

¹⁷² See Department of Health (2000), “The NHS Plan: The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care”, Cm 4818-II.

¹⁷³ *Id.*, Para 2.11.

¹⁷⁴ *Id.*, Para 2.9.

¹⁷⁵ 平岡・前掲注(132) 127頁。

¹⁷⁶ Department of Health (2000), *supra note* 172, Para 2.6.

であると主張する¹⁷⁷。しかし、このような英国政府の態度は、Sutherland 報告書の有志委員から、改革の趣旨を希薄化させるものであるとの批判を招いた¹⁷⁸。

一方、スコットランド地方議会では、Community Care and Health (Scotland) Act 2002 を制定し、2002 年 7 月から 65 歳以上の高齢者を対象に、介護費用の無料化を実現することにした。ただし、Sutherland 報告書の提案に対するスコットランド地方政府の当初の反応は、英国政府と同様に懐疑的なものであった。しかし、地方分権化の進展が状況を変えた。スコットランドでは、介護費用の無料化の実現を地方分権化の重要な試金石と捉え、自由民主党、スコットランド国民党及び労働党の一部がこれを支持するようになった。特に労働党と連立政権を構成していた自由民主党が強く推薦していることは、スコットランド地方政府の決定に大きな影響を与えた¹⁷⁹。

そして、2000 年 11 月に、スコットランド地方議会の保健医療及びコミュニティ・ケア委員会 (Health and Community Care Committee) は、介護費用の無料化の実現を支持する報告書を公表した¹⁸⁰。議会の意向を受けて、スコットランド地方政府は、2001 年 7 月に、Care Development Group を設立し、9 月に報告書『Fair Care for Older People¹⁸¹』を公表した。この報告書は、スコットランドにおける介護の供給の枠組みを示したものであり、特に「介護のあり方を変える」“*Changing the balance of care*” を標榜して在宅介護の推進を目的とした。特に高齢者向けサービスの多くが、公的な資金によって介護施設の運営に費やされていることを問題とする。しかし、実務においては、介護費用の定義が曖昧であるために、その正確な意味が問われた。管内の地方自治体の中には、独自の解釈を採用する地域もあるとの指摘がある¹⁸²。

スコットランドの事例は、英国の各層に波紋を投げかけた。特に英国政府は、究極の地域格差になると批判した。一方、地方分権化の象徴的な政策となると評価する声もあった

¹⁷⁷ *Id.*, Appendix 1.

¹⁷⁸ 伊藤・前掲注 (134) 162 頁。

¹⁷⁹ Helen Dickinson and Jon Glasby (2006), “FREE PERSONAL CARE IN SCOTLAND”, P5, in Derek Wanless et al. (2006), *supra note* 146.

¹⁸⁰ See Scottish Parliament (2000), “16th Report: Inquiry into the delivery of community care in Scotland”, Edinburgh: Scottish Parliament.

¹⁸¹ See Care Development Group (2001), “Fair Care for Older People”, Available at: <<https://www.scotland.gov.uk/health/cdg>> (accessed 01/2017).

¹⁸² David Bell and Alison Bowes (2012), “FREE PERSONAL CARE IN SCOTLAND, (ALMOST) 10 YEARS ON”, P 91, in Douglas Wolf and Nancy Folbre ed., “Universal Coverage of Long-Term Care in the United States -Can We Get There from Here?”, PP 79 - 102, Russell Sage Foundation, Available at: <<https://www.russellsage.org/publications/universal-coverage-long-term-care-united-states>> (accessed 01/2017).

183. このうち、最も多く懸念されたことは、スコットランドへの移住者が増加することであった。しかし、実際には有意な傾向は現れなかった。その理由として、農村地帯 (Rural area) の生活に対する抵抗感があったこと、政策の継続性に信憑性が低かったこと等の指摘がある¹⁸⁴。

スコットランド地域における介護費用の無料化の仕組みは、地方自治体に利用者負担の徴収を禁じるとともに、スコットランド地方政府がその部分を補填するものである¹⁸⁵。この枠組みは、施設と在宅介護に大別することができる。なお、Sutherland 報告書は若年者を含めることを提案したが、スコットランドでは 65 歳以上の高齢者のみを対象とする。

在宅介護は、ニーズ評価に基づいて、個別に必要なサービスが給付される一方で、施設介護は、定額が給付される仕組みである。具体的には、まず、介護施設に入所した場合には、1 週間あたり一律 145 ポンドを支給されることが基本となる。また看護ケアを必要とする場合には、65 ポンドが追加支給される。一方、日常生活費及び居住費は自己負担によって賄う必要がある。この場合、スコットランド政府の支援を受けて介護施設に入所した者は、英国政府から支給される介護手当等の受給対象から除外されることになる。例えば、看護付き介護施設に入所した場合、1 週あたりの平均的な費用 500 ポンドのうち、スコットランド地方政府から 1 週間あたり一律 145 ポンドに加えて 65 ポンドが追加されることから合計 210 ポンドが支給されるため、利用者は 290 ポンドを自ら負担することが必要となる。しかし、イングランド地域では、看護ケアの無料化に加えて、各種手当を含めると、1 週あたり約 180 ポンド相当が支給される。このことから、スコットランドとの地域差はあまりないと捉えることも可能である。したがって、介護費用の無料化を巡る議論は、その言葉が与える印象に左右されているとの指摘がある¹⁸⁶。

ただし、施設から在宅介護に誘導する政策的な目標は、一定の成果をもたらしたと考えられる¹⁸⁷。例えば、高齢者の入院患者数は、2003 年から 2008 年の間に約 4 割減少し、退院遅滞件数も約 9 割減少した。一方、同時期の介護施設の入所者数は 4%が減少し、対人

¹⁸³ Helen Dickinson and Jon Glasby (2006), *supra note* 179, P 6.

¹⁸⁴ David Bell and Alison Bowes (2012), *supra note* 182, P 93.

¹⁸⁵ Community Care and Health (Scotland) Act 2002 第 1 条第 1 項の規定 (Regulations as respects charging and not charging for social care) は、地方自治体が対人介護 (Personal care) を提供した場合、これに係る利用者負担を課すことを禁じている。

¹⁸⁶ Helen Dickinson and Jon Glasby (2006), *supra note* 179, P 9.

¹⁸⁷ David Bell and Alison Bowes (2012), *supra note* 182, P 94.

介護の受給者は、約7割増加した。このうち、1週あたり10時間以上の受給者が約3割増加したことは、重度の要介護者の在宅での受け入れが進んでいることを示している。

しかし、対人介護の提供時間が約2割増加したにもかかわらず、地方自治体のサービスの供給量は約7%減少した。このことは、家事援助等の対人介護以外のサービス（Non-personal social care）が削減されたことを意味している¹⁸⁸。すなわち、家族介護の依存度は、以前よりも高まったとも推測できる。

以上を踏まえた上で、介護費用の無料化をどのように評価すべきだろうか。特に留意すべきは、「診断上の平等」と資源の再配分の公正性の観点である¹⁸⁹。前者の観点からは、介護費用の無料化の導入によって、NHSとの比較の下、公的な支援の格差を是正することを目的とすることになる。しかし、後者の観点からは、高所得者の優遇と低所得者の犠牲のもとに制度が成立しているという批判が可能となる。この二つの観点は、トレードオフの関係にみえる。ただし、現実に懸念されることは、Sutherland 報告書の少数の委員が指摘したように、中間所得層に対して過大な負担を強いる一方で、不十分な供給がかえって、制度全体に対する不満を招く結果になることである。

スコットランドの取組みに対して、財政負担を恐れる英国政府は、早期退院の一層の促進を図るため、NHSからの支出の移転によって対応しようとした。しかし、その一方で、Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003の制定により、地方自治体は、退院遅滞が生じた場合の費用を補償させられることになった。

(エ) 社会福祉（Social Care）の存在意義

英国政府は、2005年に緑書『Independence, Wellbeing and Choice¹⁹⁰』を公表し、今後15年間の展望を明らかにしようとした¹⁹¹。この緑書では、自己決定権の拡大、革新的な支援の展開、コミュニティ機能の開発、従事者の技能の向上等を今後達成すべき目標に掲げた。

ここでは社会福祉とは何かが問われている。この緑書では、介護を含む社会福祉について、日常生活を支えることにより、社会の一員としての役割を担うためのサービスを提供するものとして、そこに自ら介護費用を賄う者も含むことを言及している¹⁹²。その上で、社会福

¹⁸⁸ *Id.*, P 95.

¹⁸⁹ *Id.*, P 87.

¹⁹⁰ See Department of Health (2005), “*Independence, Wellbeing and Choice: Our vision for the future of social care for adults in England*”, Cm. 6499.

¹⁹¹ *Id.*, Para 2.3.

¹⁹² *Id.*, Para 3.1.

社を例外的な場合に提供される「公的支援」 “*Formal Models*” と恒常的に担われる「家族介護」 “*Informal Care*” に区別した上で、後者を社会の基礎的価値を占めるものとして、奨励し推進すべきであると主張している¹⁹³。

さらに、英国政府は、2006年に白書『*Our health, our care, our say*¹⁹⁴』を公表した。そこでは、多くの者が自立を望んでおり、自己決定権の拡大とニーズに即した柔軟なサービスの展開により、質の高い支援のあり方の確立が求められているため、この白書は、予防を重視し、個人がより多くの決定に関与できる仕組みの必要性を訴えている。最も重要とすることは、保健医療と社会福祉の実務的な包括化を推進し、「介護と支援」 “*Care and Support*” に「新たな戦略的な方向性」 “*New Strategic Direction*” を与えることである¹⁹⁵。なお、初めて白書に「介護と支援」という概念が登場した。その意味は、保健医療と社会福祉の両面から、全ての人が自活できるように支えることであるとされる。その上で、NHS と地方自治体の基礎的価値は、この原則を具体化することにあると指摘する¹⁹⁶。すなわち、前者の保健医療には、支払い能力に関わりなくサービスを公平に提供することにあるとされ、後者の社会福祉には、多様な選択肢を示し、質の高いサービスと自己決定権の拡大にあるとされる。

そして、この白書は、社会福祉が価値を十分に発揮していないことを問題視して、四つの主要な目標を定めている¹⁹⁷。一点目は、早期介入と予防を推進することである。二点目は、多様な選択肢を提供することである。具体的には、ダイレクト・ペイメントの更なる活用を促し、試験的な個人予算制度を導入することである。三点目は、地域格差を解消し利便性を向上させることである。四点目は、長期介護を要する者に資源を集中させることである。

これらの目標は、民間の機関である King's Fund が 2006 年に Derek Wanless を筆頭として発表した『*Securing Good Care for Older People*¹⁹⁸』(以下「Wanless 報告書」という。)によって、結局のところ従前から繰り返された主張の焼き増しに過ぎないと批判された¹⁹⁹。

むしろこの白書で注目すべきは、「社会福祉は普遍的なサービスではない」(Social care is not a universal service) ことを明確にした点にある²⁰⁰。白書は、介護を含む社会福祉に対す

¹⁹³ *Id.*, Para 3.3.

¹⁹⁴ See Department of Health (2006), “*Our health, our care, our say: a new direction for community services*”, Cm. 6737.

¹⁹⁵ *Id.*, Para 1.5.

¹⁹⁶ *Id.*, Para 1.2.

¹⁹⁷ *Id.*, Para 1.3.

¹⁹⁸ See Derek Wanless et al. (2006), *supra note* 146.

¹⁹⁹ *Id.*, P 20.

²⁰⁰ Department of Health (2006), *supra note* 194, Para 4.5.

る不満の高まりは、地方自治体が決定する受給基準の不明瞭さに要因があると分析し、「現在の歳出の範囲内で医療と介護サービスの改善が十分に可能である」と主張する²⁰¹。これに対して、Wanless 報告書は、白書の見解とは異なり、社会福祉が財源不足という致命的な欠陥を抱えていることを明らかにした。以下、その後の英国政府の決定に多大な影響を与えることになった Wanless 報告書の概要を論じる。

(オ) Wanless 報告書

Wanless 報告書は、いわゆる Baby-Boomer（1945 年から 54 年の間に出生した層）世代が退職に向かう 2026 年を目途にして、イングランドにおける高齢者の介護に必要な費用を見積もることを目的とした。それは、必然的に「将来、どのような社会福祉を実現すべきか」を問うことになる²⁰²。

イングランドでは、120 万人を超える要介護者が公的な支援の対象とされているが、他に在宅で家族介護に依存する者もいれば、いわゆる自己負担者として、介護施設に入所する者もいる。その際、住み慣れた地域を離れて、持ち家を手放さざるを得ないことは、大きな苦痛を伴う。

近年、英国政府は、利用者の選択の機会を増やし、早期介入と予防により自立を促すことを目標とする。しかし、Wanless 報告書は、現状はこれに合致していないことを明らかにした。例えば、高齢者の多くは、可能な限り、住み慣れた地域で介護を受けたいと要望しているにもかかわらず、地方自治体の歳出の約 6 割を施設関連の費用が占めていること、利用者数の減少の一方でサービスの提供時間が増加していること等を挙げている。すなわち、公的な資源の配分が、重度の要介護者に集中しているために、介護を必要とする多くの人々は、公的な支援の枠組みから排除されていると指摘する²⁰³。

資力調査を要件とした現行の仕組みは、多くのニーズ未対応者（Significant unmet need）を生み出し、今や社会福祉に対する不満は急速に拡大している。加えて、高齢化の進展により、介護の需要は今後一層高まることは明らかである。特に留意しなければならないのが、Baby-Boomer 世代の抱く期待が、従来とは異なる点である²⁰⁴。Baby-Boomer 世代は、与えられるものを待つだけでなく、積極的に意見を表明し、選択の機会の確保とその向上を求め

²⁰¹ *Id.*, Para 4.16.

²⁰² Derek Wanless et al. (2006), *supra note* 146, P 1.

²⁰³ *Id.*, P 58.

²⁰⁴ *Id.*, P 32.

ている。地方自治体は、Baby-Boomer 世代の期待に応えつつ、サービスの量と質の向上に取り組まなければならない。

このような展望をもとに、Wanless 報告書は、現在の制度の有効性を検討したところ、重大な欠陥 (Significant shortfall) があること、そしてその主な原因は、財源不足 (Limited funding and other resources) にあることを主張する²⁰⁵。

高まる不満と需要の中で、介護を含む社会福祉に期待されるもの (Aims of social care) は何か。それは、可能な限り、住み慣れた地域で介護を受けられることである。Wanless 報告書は、二段階に分けて、社会福祉の具体的な成果を評価することを提案する²⁰⁶。一点目は、安全な暮らしと対人介護の充足 (To Live in safety and to satisfy personal care needs) を保障するものである。二点目は、これに加えて福利と社会参加の向上 (Enhancing Well-being and social inclusion) を図るものである。一般的には、予算規模を拡大すれば、より多くの成果を達成することが期待できる。しかし、限られた予算の中では、費用対効果を勘案しながら、これらの成果を最大限に享受できる水準を見極める必要があると主張する。

Wanless 報告書は、2026 年に高齢者を対象とする介護に必要な費用の水準を推計した。現行の資力調査を要する費用負担の仕組みを基礎として、公費と自己負担額を総計した三つのシナリオを想定した²⁰⁷。一点目の現行サービスモデル (Current service model) は、現在のサービス水準を基本とした推計である。これによると、総費用は、101 億ポンドから 240 億ポンドになり、2002 年と比較して 139%の増加が見込まれる。このシナリオは、2026 年の高齢者人口の増加のみを考慮して算定されたものである。

二点目のモデルは、中核的な事業 (Core business) として、対人介護をより高い水準で実現した場合の推計である。これによると、総費用は 122 億ポンドである。このうち、ニーズ評価等の管理費用を除いた介護のみの支出額 (Care-only expenditure) は 111 億ポンドである。2026 年には 295 億ポンドまで増加し、対 GDP 比は 2002 年の 1.3%から 2.0%に拡大する見込みである。このモデルは、日常生活動作 (Activities of daily living) を改善に要する費用を、費用便益分析を踏まえた上で、年間最大 20,000 ポンドと仮定している。Wanless 報告書では、この水準を経済的に正当化されたサービスの「ベンチマーク水準」 (Economically-justified 'benchmark' levels of services) と定義する²⁰⁸。「ベンチマーク水準」に、社会参加の向

²⁰⁵ *Id.*, P xxii.

²⁰⁶ *Id.*, P 181.

²⁰⁷ *Id.*, P 182.

²⁰⁸ *Id.*, P 192.

上に要する費用を加えた場合の推計が、三点目の福利向上モデル (Well-being) である。このモデルによると、総費用は、130 億ポンドから 313 億ポンドになり、対 GDP 比は 2002 年の 1.4%から 2.0%に増加する見込みである。

これらの推計を基に、Wanless 報告書は、現在の仕組みでは、経済的に正当化できるはずのベンチマーク水準を達成できていないことを指摘する²⁰⁹。少なくとも社会が NHS と同等の成果を期待する場合には、将来的に対 GDP 比 2.0%程度の支出を必要とするが、その際には、受給基準 (Eligibility criteria) を拡大し、より普遍的な制度に近づけることが前提となる。なぜなら、「費用負担の方法を選択することは、社会福祉の受給者数とその総額に多大な影響を与えることになる。」からである²¹⁰。

しかし、どのように負担を分かち合うべきか。Wanless 報告書は、リスクを共有化する仕組みの一つとして、社会保険の導入を検討した。ここでは、社会保険を個人の拠出を条件として、客観的な指標に基づいて受給資格を決定する仕組みであると定義する²¹¹。この仕組みでは、資力調査を要せず、家族介護の状況も考慮されない。しかし、社会保険方式の給付の水準は、理論的には実際に必要な費用を下回る場合があることを指摘する²¹²。この場合、自己負担又は公的扶助によって補完する必要がある。

このことを踏まえた上で、Wanless 報告書は、税を財源とする「ベンチマーク水準」を実現するための三つの費用負担の方法を比較検討した。一点目は、協働型 (Partnership) モデルである²¹³。このモデルは、利用者負担のない最低限の介護を保障 (Free-of-charge minimum guaranteed amount of care) した上で、国が予め決定した個人の拠出を組み合わせた仕組みとである。この場合、最低限の介護によって「ベンチマーク水準」の 66%を、残りを個人の拠出によって賄うことができる。二点目は、介護費用の無料化 (Free Personal Care) モデルである²¹⁴。このモデルは、利用者負担なく「ベンチマーク」水準の介護を保障する仕組みである。三点目は、有限責任型 (A Limited Liability) モデルである²¹⁵。このモデルは、一定期間のみ資力調査に基づく負担を要求されるが、その後は、利用者負担なく「ベンチマーク水準」の介護を実現する仕組みである。

²⁰⁹ *Id.*, P 208.

²¹⁰ *Id.*, P 222.

²¹¹ *Id.*, P 224.

²¹² *Id.*, P 234.

²¹³ *Id.*, P 288.

²¹⁴ *Id.*, P 277.

²¹⁵ *Id.*, P 276.

いずれの方法が最も適正に費用を拠出できる仕組みなのであるか²¹⁶。三つのモデルのうち、最も低廉な仕組みは、有限責任型モデルである。このモデルの総支出額は、現行の資力調査を要する仕組みと同額の 124 億ポンドのままである。なぜなら現行の仕組みと受給対象数が変わらないからである。公費が占める額は、約 62 億ポンドから増加 74 億ポンドに増加する見込みである。次が協働型モデルである。このモデルでは、受給対象者は 150 万人にのぼり、現行制度と比較して 45%の増加が見込まれる。総支出額 137 億ポンドのうち、公費は 97 億ポンドに増加するのに対して、自己負担額は 40 億ポンドに止まる。最後に、最も支出が高くなる仕組みは、介護費用の無料化モデルである。このモデルは、総支出額は 149 億ポンドのうち、122 億ポンドを公費が占めることになる。

Wanless報告書は、三つのモデルの中で、協働型モデルを最も推奨する。その利点として、資力調査を要しないこと、最低限の介護を保障すること、高齢期に備えた貯蓄を促すこと、費用対効果に優れていること、資産の売却を強制されることがほとんどないこと、制度が持続可能であること等を挙げている²¹⁷。一方、介護費用の無料化モデルも、協働型モデルと同様に、資力調査によって十分な支援を受けられなかった中間層を救うものであると評価している²¹⁸。しかし、公的な支援の必要のない高所得層までもその対象に含むため、費用対効果の観点から、このモデルには否定的である。ただし、協働型モデルも、総支出額の増加のため、財政の負担論は避けられないことを懸念している。

Wanless報告書は、民間団体の立場で、介護に要する費用をどのように賄うかという問題に対する論点を洗い出した。問題はどのようにして新たな制度を具体化するかにあった。

ウ 新たな介護費用負担 (Care Funding) の仕組みの導入

(ア) 介護費用の無料化の挫折

Wanless 報告書が明らかにしたことは、介護を含む社会福祉に内包する問題が、単に資力調査の是非に止まらず、財源不足に由来することであった。財源不足は、もはや英国政

²¹⁶ *Id.*, P 257. この推計は、それぞれのモデルに応じて、2004 年度の物価水準から 2002 年のニーズ評価等の管理費用を除いた支出額を算定したもの。例えば、対人介護をより高い水準で実現した二点目のシナリオ (Core business) に要した費用は、111 億ポンドから 124 億ポンドに算定し直される。

²¹⁷ *Id.*, P 285.

²¹⁸ *Id.*, P 286.

府でさえ否定することのできない事実となった。そして、給付の普遍化に向けて、大きく舵が切られることになった。

英国政府が2009年に公表した緑書『*Shaping the Future of Care Together*²¹⁹』は、新たな財源が必要なことを明らかにしている。この緑書では、NHSの対になるものとして、新たに“*National Care Service*”制度の創設を表明した。これは、必要とする「介護と支援」を、誰もが受けることが可能となる普遍的で持続可能な制度であると説明される²²⁰。その目的は、公平性（Fair）、明解性（Simple and easy to understand）、負担可能性（Affordable）、サービスの普遍性（Universal）及び個別化（Personalised）にある。

この緑書は、現在の介護を含む社会福祉の仕組みが不公正であると指摘する²²¹。特に資力調査と地域格差の存在が、その仕組みに重大な欠落を与えている。その上で、地方自治体の財政状況は一層の激しさを増し、早期介入と予防の推進を目的とする政策の転換に弊害を生じさせている。加えて、人口構造の変化は、英国の将来に重い負担を投げかけている。「現行の制度は、多くの場合、限られた資源を有効に活用していない」ことを明言する²²²。

だが、一般的な介護にどの程度の費用が想定されるのか。65歳以上の要介護者が必要とする平均的な費用は30,000ポンドと試算される²²³。しかし、実際には、30,000ポンドを必要とする者は少ない。平均的な費用が1,000ポンドを下回る割合と50,000ポンドを上回る割合は、それぞれ2割程度である。特別な介護を必要とする者とそうでない者との間では、大きな差が生じている。特に長期入所者が負う費用は、100,000ポンドにまで達する場合がある。したがって、誰も個別に必要な費用を予め見通すことはできないのと同様に、「介護と支援」を必要とする者を線引きすることはできない。この緑書は、必要な介護費用を賄うためには社会がより多くを拠出するべきであると主張する。このため、平等で公平な新たな介護費用負担の仕組みが必要であると提言する。

この新たな仕組みとして、この緑書は、三つのモデルを検討対象として提示する²²⁴。一点目は、協働型（Partnership）モデルである。このモデルは、基本的な介護に要する費用の一部を国が負担する仕組みである。その割合は、4分の1から3分の1程度であり、所得水準に応じて自己負担も変わることになる。二点目は、保険型（Insurance）モデルである。この

²¹⁹ See Department of Health (2009), “*Shaping the Future of Care Together*”, Cm. 7673.

²²⁰ *Id.*, P 11.

²²¹ *Id.*, P 8.

²²² *Id.*, P 9.

²²³ *Id.*, P 14.

²²⁴ *Id.*, P 17.

モデルは、政府が民間保険の加入を推進する仕組みである。三点目は、包括型 (Comprehensive) モデルである。このモデルは、所得水準に応じて予め一定額を拠出することを条件に、介護費用の無料化を実現する仕組みである。この緑書は、協働型のモデルを基本とすることを提案している。なお、協働型のモデルの導入にあたっては、介護費用が高額となった場合の補完的な仕組みが必要なことを説明している。

この緑書に引き続いて、下院議員選挙の直前となる 2010 年 3 月に、英国政府は、白書『Building the National Care Service²²⁵』を公表した。そこでは、“National Care Service” 制度の構築にあたって、協働型モデルではなく、包括型モデルを採用して、介護費用の無料化の実現を目標とすることを明らかにした²²⁶。ただし、具体的な拠出額の水準のあり方は、新たに設ける第三者委員会にその検討を委ねることとした。

“National Care Service” 制度とは、社会保険方式が内包する原則を取り入れながら、公正な制度を確立し、NHS と同様の理念によって運営されるものと説明される²²⁷。具体的には、次の六つの原則に基づくこととなる。一点目は、普遍性 (Be universal) であり、全国統一の受給基準の確立を目的とする。二点目は、自己負担の無料化 (Be free when people need it) であり、支払能力ではなくニーズに基づいたサービスの提供を目的とする。三点目は、協働性 (Work in partnership) であり、全ての関連機関が連携して応答すること目的とする。四点目は、自己決定権の確立 (Ensure choice and control) であり、自尊心を高めることに全ての価値を置くことを意図している。五点目は、家族、介護者及び地域生活の支援 (Support family, carers and community life) であり、介護者が潜在的な能力を十分に発揮できるように寄与することを意図している。六点目は、利便性の向上 (Be accessible) であり、制度の理解の促進を図ることである。

“National Care Service” 制度の創設は、段階的に進められるはずであった。しかし、野党の賛同を得られなかったために、来るべき選挙の結果に左右されることになった。すでに英国政府は、この白書の公表に先立って、在宅の重度の要介護者を対象として、介護費用の無料化の実現を目的とした Personal Care at Home Bill を議会に提出していた。さらに、受給資格基準の全国統一化とともに、2年間介護施設に入所する者を対象に介護費用の無料化を実現することを目標とした。これらの取組みが実現した後に、次の議会の任期中に給付対象

²²⁵ See Department of Health (2010a), “Building the National Care Service”, Cm. 7854.

²²⁶ *Id.*, P 5.

²²⁷ *Id.*, P 7.

の更なる拡大を図る予定であった。その上で、2015年以降に適切な費用負担のあり方を決定するものとした²²⁸。しかし、その年の下院議員選挙の結果、労働党は敗北を喫し、“*National Care Service*”制度の構想は何一つ実現することなく頓挫してしまった。しかし、選挙の結果は、新たな介護費用負担の必要性が否定されたことを意味するものではない。

2010年5月6日に行われた英国議会下院議員選挙の結果は、保守党に307議席をもたらし、労働党を抑えて第1党に躍り出た。しかし、その獲得議席は、下院の過半数にあたる326議席に至らなかったことから、どの政党も政権を担うことができない状態（Hung parliament）に陥った。このため、保守党は、第3党の自由民主党と協議を進め、連立政権を樹立することで合意を得ることができた。ここに10年間続いた与党・労働党からの政権交代が実現することになった。

政権を奪還した保守党は、必ずしも自らの公約の実現を図ることに固執せず²²⁹、連立政権の樹立を最優先に捉えた。それは、選挙直後に行われた女王演説（2010年5月25日）において、新政権の認識が、次の通りに示されたことにより明らかになった²³⁰。

「英国政府は、社会福祉（Social Care）の改革の必要性は急務であると認識している。それは、個人とその介護者が決定できる範囲を拡大し、彼らとその家族が直面している負担を和らげることである。これは、今日の社会が直面する偉大な挑戦の一つである。

英国政府は、独立した委員会を設立する予定である。この委員会では、持続可能で責任ある長期介護の費用負担のあり方について検討する。それは、家族及び介護者の役割が重要であることを考慮した上で、個人と国家の間に公平な協力関係を確保するものである。この報告書は年内に公表する予定である。

英国政府はまた、改革の歩みを進めるため、断固とした措置を取るだろう。それは、高齢者及び障害者が必要な介護を受けられるとともに、彼らがより多くの選択肢の中から自分のニーズに適合できるように、自ら管理することである。具体的には次のとおりである。

・サービスは、全ての地方自治体で導入される個人予算制度に伴い、個人のニーズに適合させること

²²⁸ *Id.*, PP 8-9.

²²⁹ House of Commons Library (2013), “*Social care reform: funding care for the future*”, SN/ SP/ 6391, P 5.

²³⁰ Her Majesty the Queen and Prime Minister's Office Prime Minister's Office, 10 Downing Street (2010), “*Queen's Speech (25 May 2010): Social Care*”, Available at: <<https://www.gov.uk/government/speeches/queens-speech-social-care>> (accessed 01/2017).

・予防サービスは、退院後等に必要とする場合、人々が自立して自宅で暮らすことを支援するため、保健医療と社会福祉機関が協働して提供すること。

・介護者は、家族等の介護を提供するために、要介護者と同様に自分のニーズのためにダイレクト・ペイメント等の支援策を講じられること。」

女王演説の内容は、保守党と自由党の連立政権の樹立における合意文書に沿って取りまとめられたものである。その文書では、「我々は、年内に報告書を取りまとめるため、長期介護に関する委員会を立ち上げる。そこでは、Derek Wanless によって提案された協働型 (Partnership) モデル及び入所者の資産を保護するための任意保険の枠組みを含めて、様々な方法を検討するものである」と記されている²³¹。

新たに政権を担う保守党の問題意識は、これまでの議論の考え方を踏襲するものといえる。具体的には、制度の改革が急務であること、サービスの選択の幅を広げること、保健医療との統合を推進すること等を掲げている。新政権は、保守党が選挙で公約した One-off Premium 制度²³²の導入を見送るとともに、具体的な制度の設計を第三者に委ねることにした。事実上、前政権が提案した“National Care Service” 制度の創設を撤回し、介護費用の無料化の実現に否定的な Wanless 報告書に立ち戻ることを暗示している。新政権の真価は、増大するニーズに対処するためにどのような制度を実現すべきか、という観点から試されることになった。

(イ) 介護費用のキャップ制 (Cap on Care Cost) の導入とその施行の延期

連立政権の合意文書に基づき、長期介護の費用負担のあり方を検討することを目的として、新たに設立された Care and Support Commission は、2011 年 7 月に報告書『Fairer Care Funding²³³』(以下、「Dilnot 報告書」という。)を公表した。

Dilnot 報告書は、社会福祉と「介護と支援」の関係性について、次のように言及している。

²³¹ Her Majesty the Queen and Prime Minister's Office Prime Minister's Office, 10 Downing Street (2010), “*The Coalition: our programme for government*”, P 30.

²³² Conservative Party (2010), “*The Conservative Manifesto 2010, INVITATION TO JOIN THE GOVERNMENT OF BRITAIN*”, P 48, Available at: <<https://www.conservatives.com/~/media/Files/Manifesto2010>> (accessed 01/2017).

²³³ See Commission on Funding of Care and Support (2010), “*Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*”, Available at: <<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221130239/http://www.dilnotcommission.dh.gov.uk/our-report/>> (accessed 01/2017).

「社会福祉は、全ての世代の身体的・精神的な要因又は高齢により、必要となる介護や家事を支援するものである。それは、雇用、教育、余暇等が得られるような援助である。すなわち、全ての人々が良い社会関係を築けること、また社会参加を完全なものにすることを目的としている。そして、社会福祉は、NHS、公的扶助、住居及び保健医療を含む、『介護と支援』の大きな枠組みの一部を構成するものである」とする²³⁴。社会福祉が目標とするものは、人々の福利向上（Well-being）を確立させることと、あらゆる世代が必要な支援を受けながらも尊厳をもって扱われることにあるとする²³⁵。

社会福祉の目標を達成するために、Dilnot報告書は、次の三つの事項を基本とすることを掲げている。一点目は、高額な費用負担が伴う介護のリスクから人々を守ること、二点目は、全ての人が必要な負担を賄えるように支援すること、三点目は、「介護と支援」に係る全ての要素をよりよく統合させることである。この三つの事項を踏まえた上で、高額な負担が伴う介護のリスクを共有化することを目的として、個人が生涯にわたって支出する介護費用に限界を設けること、いわゆる介護費用のキャップ制の仕組みを提案した。

Dilnot 報告書は、基本的に今までの議論を引き継いでいる。つまり、介護を含む社会福祉に対する拠出が不十分であること²³⁶、また高額な負担が伴う介護のリスクに個人が対応できないこと²³⁷から、これまでの制度はもはや持続可能性が担保できないと批判し、「早急な改革が必要」（Urgent need of reform）であると主張する。Dilnot 報告書が示した改革の方向性は、個人と国家が公平に負担を分かち合うことを前提に、「社会福祉により多くを拠出する必要がある」（Need to spend more on social care）というものである²³⁸。

介護費用のキャップ制の仕組みを提案するにあたって、Dilnot 報告書は、主に二つの方法を予め検討した。一つ目は、民間の保険会社に委ねる方法である。しかし、民間の保険会社を採用する方法は、不確定要素が多いことから、介護のリスクを全て包括することが困難であるため、実際にはこの方法を採用する国は存在しないと指摘している²³⁹。二つ目は、社会保険方式を導入することである。社会保険方式は、介護のリスクの全てを包括することが可能となるが、莫大な費用が必要となることに加えて、運用の柔軟性に欠けるため、実際にはこの方法を採用する国では、負担の増加と給付の削減に直面しており、人々を再び高額な費

²³⁴ *Id.*, P 4.

²³⁵ *Id.*, P 20.

²³⁶ *Id.*, P 14.

²³⁷ *Id.*, P 11.

²³⁸ *Id.*, P 8.

²³⁹ *Id.*, P 30.

用のリスクに曝す危険性がある²⁴⁰。したがって、Dilnot 報告書は、社会保険方式の基礎理念を取り入れながらも、国と個人が介護のリスクを適切な方法で共有化することによって、持続可能な制度を構築する必要があると主張している。

以上を踏まえた上で、介護の社会化を実現するものとして、介護費用のキャップ制の仕組みが提案された。だが、生涯に亘って個人が支出しなければならない費用とは一体どの程度のものか。Dilnot 報告書は、この上限額を 35,000 ポンドと設定することを提案する²⁴¹。ただし、若年層と高齢者とは、稼得能力や財産形成に差があることを踏まえてなければならない。このため、Dilnot 報告書は、一定の年齢層に区切って、上限額を定める必要があるとする²⁴²。具体的には、40 歳を一つの区切りとすることを提案しており、40 歳に達した者は 10,000 ポンドを、50 歳に達した者は 20,000 ポンドを、60 歳以上 65 歳未満の者は 30,000 ポンドを、65 歳以上の者については最大の 35,000 ポンドを、上限額として設定する。

また、この上限額に至る過程では、引き続き、資力調査を伴う公的な支援も必要とされる。Dilnot 報告書は、資力調査の基準となる額を、現行の 23,250 ポンドから 100,000 ポンドまで拡大することを提言している²⁴³。その理由として、現行の水準では、必要な介護費用を賄うために、持ち家を処分せざるを得ない危険性が拭えないことを指摘している。併せて、介護費用の後払い制度（Deferred Payments）の運用に地域間の差が生じていることから、全国統一的な運用の必要性を訴えている²⁴⁴。

他方、入所者の日常生活費は、在宅との公平を図るために、自らその費用を負担することが原則であるとされる。ただし、Dilnot 報告書は、日常生活費と介護に要する費用との区別が明瞭ではないことを指摘している²⁴⁵。介護費用のキャップ制の仕組みが適切に機能するためには、日常生活費の範囲を確定することが必要であると提言している²⁴⁶。例えば、一般的な高齢者の生活費が年間 7,000 ポンドから 10,000 ポンドであることを目安に、日常生活費に上限を設けることを論じている²⁴⁷。

なお、介護費用のキャップ制の仕組みを導入する前提として、Dilnot 報告書は、現行の受給資格基準のうちの重度（Substantial）を標準に、受給資格基準の全国統一化及びその透明

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ *Id.*, P 22.

²⁴² *Id.*, P 23.

²⁴³ *Id.*, P 25.

²⁴⁴ *Id.*, P 41.

²⁴⁵ *Id.*, P 25.

²⁴⁶ *Id.*, P 26.

²⁴⁷ *Id.*, P 38.

性の向上を求めている²⁴⁸。また、Dilnot 報告書は、社会福祉と保健医療を一つの制度に統合することはできないが、少なくとも社会福祉と保健医療との制度間の著しい格差 (Cliff Edge) を解消することが必要である主張する²⁴⁹。制度間の著しい格差を解消するためには、特に疾病等の治療の結果として、必要となる介護費用を NHS から支出する仕組みである“NHS Continuing Health Care”の支給要件の透明性を確保することを求めている²⁵⁰。

Dilnot 報告書を踏まえて、英国政府は、2012年7月に白書『Caring for our future: reforming Care and Support²⁵¹』及び『Caring for our future: progress report on funding reform²⁵²』を公表した。この白書は、優先的に早期介入と予防に資源が投入できるように、公的な支援の枠組みを再設計することを目的としている²⁵³。具体的には、受給資格基準及びニーズ評価の統一性の確保、個人予算制度²⁵⁴の法律上の整備等を実現することによって、地域格差の是正と自己決定権 (Personalised) の拡大を図るものである。

早期介入と予防を重視する主張は、従前の白書でも繰り返されてきたが、この白書は、介護費用のキャップ制の導入を肯定的に評価していることが特筆すべきである。ただし、介護費用のキャップ制の具体的な上限額の設定は、検討の余地があることを指摘している。たとえば Dilnot 報告書が提案した額を上回ったとしても、Dilnot 報告書の主旨を棄損するものではないことを言及するに止まっている²⁵⁵。

最終的に英国政府は、2013年2月に介護費用のキャップ制の受け入れを表明し、自己負担上限額を 75,000 ポンドに設定することにした²⁵⁶。英国政府が設定した 75,000 ポンドは、Dilnot 報告書が提案した 35,000 ポンドを上回る額であり、要介護者にとって厳しい選択を迫るものである。一方、資力調査の基準となる額は、Dilnot 報告書が提案した通り、23,250 ポンドから 123,000 ポンドまで引き上げられることになった。介護費用のキャップ制の導入費用は、年間約 10 億ポンドを必要となる見込みである。英国政府は、この導入費用の財源

²⁴⁸ *Id.*, P 47.

²⁴⁹ *Id.*, P 57.

²⁵⁰ *Id.*, P 58.

²⁵¹ See Department of Health (2012a), “Caring for our future: reforming care and support”, Cm. 8378.

²⁵² See Department of Health (2012b), “Caring for our future: progress report on funding reform”, Cm. 8381.

²⁵³ Department of Health (2012a), *supra* note 251, P 63.

²⁵⁴ Department of Health (2016), *supra* note 112.

²⁵⁵ Department of Health (2012b), *supra* note 252, Para 4.1.

²⁵⁶ See Department of Health (2013), “Press release (11 February 2013): Landmark reform to help elderly with care costs”, Available at: <<https://www.gov.uk/government/news/landmark-reform-to-help-elderly-with-care-costs>> (accessed 01/2017).

に、2015年度から3年間にわたり相続税の上限額を325,000ポンドに据え置くこと、年金制度改革によって生み出される余剰金を充てることを決めた。

しかし、その後、英国政府は、介護費用のキャップ制の受け入れを一端見送り、2020年4月まで延期することを表明した。介護費用のキャップ制の施行を延期した理由として、英国政府は、全国地方自治体組合から要請があったこと、民間の保険市場の展開が十分ではないこと等から、施行準備のための体制を整備し直す必要性を説明した。ただし、介護費用のキャップ制が予定通り施行できるかは、今後の下院議員の選挙の結果如何によっては、依然として予断を許さない状況にある。

(ウ) 新たな介護費用負担の仕組みの必要性とその意味

英国が新たな介護費用負担の仕組みを必要としたのは、当初、資力調査の是非が問題とされたからである。例えば、介護施設に入所する費用を捻出するために、持ち家を含む資産を売却せざるを得ないことに不満が高まっていた。資力調査の問題に対して、抜本的な解決を図る方法の一つが、介護費用の無料化である。介護費用の無料化は、限りなくNHSと同様の仕組みに近づけることを理想としている。

しかし、介護費用の無料化は、社会保障財源の多くを税金によって賄ってきた中で、特に介護費用を原則自己負担化してきた英国型福祉国家のあり方から大きく乖離するものである。なぜなら、英国にとって、介護に要する負担をどのように賄うかという問題は、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立があるからである。介護費用の無料化を巡る議論は、結局のところ、NHSと異なり、「社会福祉は普遍的なサービスではない」という振り出しに戻る結果になる。介護費用を無料化するか、それとも全額自己負担を維持するかという問いは、必然的に英国型福祉国家の役割そのものを問い直すことになる。

福祉国家の役割について、エスピン・アンデルセンは、福祉国家そのものが、「純粋な所得分配上の役割を演じる一方、多様な方途で階級や地位を形成」し、自由主義国家では、「社会プログラムが正真正銘の困窮者を第一に対象とし、貧困者（福祉国家に依存している）と中産階級（主に市場の民間保険に加入している）との二重構造」を創出することを指摘している²⁵⁷。特徴的なスティグマを伴う資力調査でさえ、「自由主義的社会政策においては残余

²⁵⁷ アンデルセン（岡沢・宮本訳）・前掲注（131）65頁。

的な要素」とされる²⁵⁸。なぜなら、自由主義的社会政策の核心は、「市場の階層性を再生産」し、その帰結として、「個人の自己責任と二重構造との奇妙な混合物²⁵⁹」を構成することにあるからである。

このエスピン・アンデルセンが定義する自由主義的社会政策を採用する国の一つが、英国である。したがって、社会政策の核心に「市場の階層性を再生産」があるという定義から考察を進めると、英国の介護費用負担の問題は、資力調査によって、持ち家を含む資産の売却を強いられた結果、中産階級を「貧困者」に貶めることにあると考えられる。一方、介護費用の無料化は、富裕層を「貧困者」と同列にして扱い、富裕層を優遇した不条理な仕組みとして映る。すなわち、高齢者介護の公的な支援のあり方は、「市場の階層性を再生産」するのではなく、今まで築き上げた階層性を崩すことが問題となっているのである。

英国の保健医療と社会福祉の分水嶺は、費用負担のあり方にある。前者は、全体の費用の適正化が絶えず問い直されるのに対して、後者は、個人がどこまで負担を担えるのかを公費の適用の判断基準とする。したがって、社会福祉に要する公費は、限りなく縮減されていく傾向にある。NHS が是としていた給付の普遍化は、社会福祉の分野では否定されることになる。しかし一方で、英国政府は、中産階級からの給付の普遍化の要請を全て無視することはできない。中産階級からの要請に対応する英国の特徴は、前述したとおり、「国家は最低限の普遍主義を維持しつつ、より高度な福祉を求める社会階層が増大してくことに対して市場にその対応を委ねる」ものである。介護費用のキャップ制の仕組みは、この最低限の普遍主義を維持しようとする力学の中で、極めて限定的に給付の普遍化の要請に応えたものである。その隠れた意図は、「市場の階層性を再生産」することに主眼をおいている。

ただし、介護費用のキャップ制は、言い換えれば、介護費用の無料化と全額自己負担化との現実的な妥協の産物でもある。このため、介護費用の無料化と全額自己負担化との狭間で、今後も介護費用負担のあり方は揺れ続けることになる。介護に要する負担をどのように賄うかという問題は、結局のところ、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立があること踏まえなければならない。

もっとも、介護に要する費用をどのように賄うのかという問題は、介護施設への入所が必要な重度の要介護者を対象とした、極めて限られた領域で考えられてきた。新法の制定が必要とされたのは、新たな介護費用負担の仕組みの導入に加えて、戦後の社会福祉の総決算を

²⁵⁸ アンデルセン（岡沢・宮本訳）・前掲注（131）72頁。

²⁵⁹ 前掲注（258）。

図ることを目的に、1948 年国民扶助法を抜本的に改正するためであった。施設と在宅介護の不均衡を是正するため、新法の制定にあたって問われていたのは、どのような介護を誰が担うのかという問題である。

(5) 社会福祉関連法 (Adult Social Care law) の現代化とその定義

ア どのような介護を誰が担うのか

新たな介護費用負担の仕組みを立案する過程では、資力調査の是非、公私の役割分担等も議論されてきたが、主に焦点が当てられてきたのは、介護施設に入所する費用をどのように賄うかという問題であった。一方、介護を含む社会福祉に対する英国政府の方針は、コミュニティ・ケア改革を代表に、在宅介護を推進することには変わらない。在宅介護を推進するために、多くの白書は、早期介入と予防を重視する政策に転換する必要性を提言してきた。したがって、英国において、介護に要する費用をどのように賄うかという問題は、介護施設への入所が必要な重度の要介護者を対象とした、極めて限られた領域で考えられてきた。むしろ英国政府の関心事は、どのような介護を誰が担うのかという観点から、在宅介護の推進を目的に、早期介入と予防を重視する政策転換を図ることにあつた。

早期介入と予防を重視する政策転換において、最も大きな障壁となつたのは、施設と在宅介護の不均衡を容認しかねない従来の法律の構造である。新たな介護費用負担の仕組みを導入するとともに、従来の法律の構造を見直すために、新法の制定が必要とされた。

英国政府は、Andrew Dilnotを筆頭とする新たな介護費用負担に関する第三者委員会の検討と平行して、独立した機関である立法委員会 (Law Commission) に法律案の草稿の検討を進めさせた²⁶⁰。二つの異なる委員会がそれぞれ検討することは、介護の問題を政策的な面と法律的な面に分けることを意図していた²⁶¹。政策的な問題とは、長期介護に係る費用負担 (Funding of long-term Care) を見直すことにあつた。一方、法律的な問題とは、施設と在宅介護の不均衡を是正するために、従来の法律の構造を見直すことによって、社会福祉に関連する法律を現代化 (Modernisation) することにあつた。

立法委員会は、2008年に報告書『Adult Social Care Scoping Report²⁶²』を公表した後に、英国政府から最終報告書の前倒しを要請された。その理由は、2011年中に議会に法律案を提出するためであった²⁶³。英国政府の意向を受けて、立法委員会は、法律案の草稿の作成には関与しないこととし、2011年3月に最終報告書『Adult Social Care (LAW COM No

²⁶⁰ Law Commission は、Law Commissions Act 1965 に基づいて設立された独立機関である。その役割は、公平性 (Fair)、現代化 (Modern)、簡素 (Simple) 及び費用対効果 (As cost-effective as possible) の観点から、各種の法律の見直しに係る草稿を提言することである。

²⁶¹ Law Commission (2011), “ADULT SOCIAL CARE (LAW COM No 326)”, HC 941, Para 1.12.

²⁶² See Law Commission, (2008b), “Adult Social Care Scoping Report”.

²⁶³ Law Commission (2011), *supra* note 261, Para 1.7.

326)』を公表した。最終報告書では、社会福祉に関連する法律を簡素化 (Simplification) し統合 (Consolidation) することによって、新たに単一の法規を創造すること (Establishing a unified adult social care statute) を提案している²⁶⁴。

社会福祉に関連する法律、最終報告書が示す「社会福祉関連法」 (Adult Social Care Law) とは、一体何を指すのか。英国の法律には、社会福祉関連法等の名を冠する法律も、社会福祉を明確に定義する法規範も存在しない。いわゆる社会福祉関連法とは、第二次世界大戦終結後の 60 年を超える年月の中で成立した、社会福祉に関連する法律を総称するものとして扱われる。社会福祉関連法の数はおよそ 30 を超えるとも指摘される²⁶⁵。しかし、社会福祉の定義は明確ではないため、法律の正確な数を規定することはできない。そして、社会福祉関連法は、それぞれの法律が体系化されないままに乱立し、多くの点で重複と反復を繰り返す、矛盾を孕んだ構図にある。社会福祉関連法が置かれた構図の有様は、さながら「混乱したパッチワーク」 (Confusing patchwork) と形容されている²⁶⁶。

立法委員会は、介護を含む社会福祉に、「特別な支援を有する者を対象に、地方自治体の責任のもとに供給される介護と支援」 (Care and support provided by local social services authorities pursuant to their responsibilities towards adults who need extra support) とする暫定的な定義を与えることを試みたが、最終報告書ではあえて介護を含む社会福祉を定義しないこととした²⁶⁷。なぜなら、社会福祉の対象には、高齢者、身体・知的・精神障害者だけではなくその介護者やサービス提供者にまで及ぶ場合があること、また、社会福祉の意味には、ニーズ評価やダイレクト・ペイメント等、サービスの提供に至る仕組みを含むこと等により、社会福祉という言葉の用法が安定しないからである。最終報告書は、社会福祉関連法を厳密に定義することによって、既存の解釈に欠落や齟齬が生じる危険性を指摘している²⁶⁸。

だが、社会福祉関連法の問題は、言葉の定義だけではなく、社会福祉関連法の複雑な構図のために、利用者の権利を阻害しかねない恐れがある点にある。

例えば、コミュニティ・ケア・サービス (Community Care services) という用語は、1990 年 NHS 及びコミュニティ・ケア法 (NHS and Community Care Act 1990) 第 46 条第 3 項²⁶⁹に規

²⁶⁴ *Id.*, Para 3.6.

²⁶⁵ Law Commission (2010), “ADULT SOCIAL CARE Consultation Paper”, Consultation Paper No 192, P viii.

²⁶⁶ Law Commission (2011), *supra note 261*, Para 3.2.

²⁶⁷ *Id.*, Para 1.5.

²⁶⁸ *Id.*, Para 2.2.

²⁶⁹ 1990 年 NHS 及びコミュニティ・ケア法第 46 条第 3 項の規定は、“コミュニティ・ケ

定するとおり、1948年国民扶助法（National Assistance Act 1948）第3章²⁷⁰、1968年保健サービス及び公衆衛生法（Health Services and Public Health Act 1968）第45条²⁷¹、2006年NHS法（National Health Service Act 2006）第254条²⁷²及び附則第20条並びに1983年精神保健法（Mental Health Act 1983）第117条²⁷³の規定に基づいて、地方自治体が提供するサービスであると定義される。コミュニティ・ケア・サービスを利用するにあたって、利用者が申請要件を確認するためには、少なくとも四つの法令に参照しなければならない。また、1990年NHS及びコミュニティ・ケア法には直接的には引用されていないが、上記の四つの法律以外にも障害者の在宅福祉の権利を保障する1970年慢性疾患及び障害者法

（Chronically Sick and Disable Person Act 1970）第2条²⁷⁴の規定を考慮に入れる必要がある場合もあるため、利用者は、時々で変化する複雑な法律の解釈に悩むことになる。

立法委員会が提案したことは、法律の複雑な構造によって不安定な地位にある利用者の権利を確立するために、社会福祉関連法の現代化を図ることである。社会福祉関連法の現代化にあたって、最も優先したのが関連する法律の簡素化と統合を進めることであった。

ただし、社会福祉関連法の簡素化と統合とは、単に既存の法律の整理・合理化を図るだけではなく、必然的に社会福祉とは何かを問い直すことに等しい。新法の制定にあたって問われていたのは、どのような介護を誰が担うのかという観点から、在宅介護の推進を目的に、早期介入と予防を重視する政策転換を図ることである。そもそも社会福祉関連法が、「混乱したパッチワーク」と形容される状態になったのは、施設と在宅介護の不均衡

ア・サービス”とは、地方自治体が、次の法律（1948年国民扶助法第3章、1968年保健サービス及び公衆衛生法第45条、2006年NHS法第254条及び附則20条並びに1983年精神保健法第117条）に基づいて提供又は手配するサービスをいうと定めている。

²⁷⁰ 1948年国民扶助法第3章の規定は、地方自治体サービスとして、施設の提供に関する義務や視覚障害者、聴覚言語障害者及び身体障害者等のための福祉の手配について定めている。

²⁷¹ 1968年保健サービス及び公衆衛生法第45条の規定は、地方自治体が高齢者の福祉の増進を担うことを定めている。

²⁷² 2006年NHS法第254条第1項の規定は、地方自治体社会サービス部は、附則第20条に規定する条件に基づき、母親のケア、予防、ケア及び退院後のケア並びに家事援助及びランドリー・サービスを自ら提供することができると定めている。

²⁷³ 1983年精神保健法第117条第2項の規定は、地方保健当局及び地方自治体社会サービス部は、関連する機関と協力して、本法が適用される人を対象に、必要がないと認められるときまで、退院後のケア（After-care）を提供しなければならないと定めている。

²⁷⁴ 1970年慢性疾患及び障害者法第2条の規定は、福祉サービスの提供として、1948年国民扶助法第29条に規定するサービスを提供する地方自治体は、同条が適用される通常の居住地を有する者のニーズに適合するために、一定のサービスを手配しなければならないと定めている。

を容認しかねない従来の法律の構造に要因があったからである。

イ 1948年国民扶助法（National Assistance Act 1948）の脆弱性

戦後から断片的に展開してきた社会福祉関連法は、量の膨大さと内容の複雑さのために、専門家ですら完全に把握することは困難であると指摘される²⁷⁵。

社会福祉に関連する法律が芽づる式に増えていった要因は、施設と在宅介護の不均衡をもたらした1948年国民扶助法の構造にある。同法は、戦後の労働党政権が導入した福祉国家の形成に係る最も重要な法律の一つであり、地方自治体が介護を含む社会福祉の供給責任となることを定めたものである。特に施設介護を提供する同法第21条の規定は、最後のセーフティ・ネットとしての役割が期待されている²⁷⁶。ちなみにBeveridge報告書が指摘する「5つ巨人との戦い」Five “giant evils” のために制定された4つの法律のうち、現在でも効力を有する法律は、同法のみである。

同法は、施設介護に偏重していると指摘される²⁷⁷。制定当初、同法が想定していた対象は、障害や加齢等を理由にして生活に困窮した低所得者であった。同法の適用が問題となる領域は、家族等が介護を担えなくなった後に、地方自治体と当事者だけが関係する狭い世界の話だった。しかし、高齢化とともに社会福祉の概念が一般化するにつれて、介護等のニーズは複雑化・長期化することによって、同法の射程は伸長していった。この間、施設よりも在宅介護を重視する政策に転換が図られ、当事者との関係は多様化した。在宅介護の推進にあたって、民間事業者だけではなく、介護者や自己負担者までも関係者に含まれるようになった。このように施設介護を重視していた制定当初の価値観は反転したにもかかわらず、同法の基本的な構造は、長い間改められなかった。

1948年国民扶助法が抱える基本的な構造の問題とは、施設と在宅介護の義務の強度の差である。施設と在宅介護の義務の強度の差は、地方自治体に課された義務の違いとして、いわゆる具体的な義務と一般的な義務の差として現れるのである。具体的な義務とは、地方自治体が住民からの申請等に応答する義務を負っていることである。一般的な義務とは、地方自治体が施策として実施する義務を負っているもの、申請に応答する義務は生じないものである。

²⁷⁵ *Id.*, Para 1.3.

²⁷⁶ Law Commission (2010), *supra note* 265, Para 7.10.

²⁷⁷ *Id.*, Para 7.27.

地方自治体は、制定法によって様々な義務と権限を与えられるが、その与えられた義務と権限の態様は一律ではない。特に地方自治体に課された義務は、ある一定の基準を満たした者に発生する具体的な義務と、住民全体に責務を有する一般的な義務に区分される。前者の義務は、申請者が地方自治体に履行を権利として主張することができるため、後者と比べて本質的に義務の強制性は強まるものと解されている。

1948年国民扶助法は、同法第21条第1項の規定によって、18歳以上の者に対して、高齢、疾病、障害等を理由として（By reason of age, illness, disability or any other circumstances）、必要な「介護と配慮」（In need of care and attention）を欠いている場合（Not otherwise available to them）に、住居施設（Residential accommodation）を提供する義務を地方自治体に課している。同項の規定は、具体的な義務と解されている。地方自治体は、同条の履行にあたって、財政事情を理由に斟酌する余地を与えられていない。このため、同法第22条の規定は、対象者の支払い能力を考慮した上で、施設の利用に係る費用の徴収を地方自治体に義務づけている。

一方、同法第29条第1項の規定は、視覚・聴覚言語障害者（Blind, deaf or dumb）、精神疾患（Mental disorder）、その他実質的かつ恒久的な障害（Substantially and permanently handicapped）を有する者の福祉の向上（Promoting the welfare）に関する一般的な施策の実施を、地方自治体に義務づけている。地方自治体は、同条第4項各号の規定によって、対象者に在宅福祉サービスの提供を求められている。同条の規定は、住民全体に責務を有する一般的な義務と解されており、地方自治体は、同条の履行にあたっては、費用対効果を勘案することができる。地方自治体が利用者に負担を求める場合、Health And Social Services And Social Security Adjudications Act 1983 第17条の規定に基づくことになるが、施設介護と異なり、利用者負担の徴収が義務づけられているわけではない。

このような1948年国民扶助法が抱える在宅介護の脆弱性を補完するために、社会福祉関連法は展開されてきた。例えば、ある条件の下で、在宅介護の一般的な義務を具体的な義務に読み替えることによって、社会福祉関連法は対応してきた。しかし、社会福祉関連法が展開してきた歩みは、一様ではない。特に過去に制定された法律との整合性を欠いたままに、新たな議員立法（Private Member's Bill）が制定されてきたことが、混乱に拍車をかけているとされる²⁷⁸。

²⁷⁸ *Id.*, Para 3.7.

また、英国政府は、地方自治体向けに、多くの社会福祉関連法のガイドラインを発出しているが、法律の解釈の違いによって、地方自治体と英国政府の関係を一定の緊張状態に置いている²⁷⁹。なぜなら、地方自治体は、法律によって、自らの裁量によって行使できる権限（Power）を付与されているところ、Local Authority and Social service Act 1970 第7条第1項の規定に基づいて、英国政府がガイドラインを公表した場合、適切な理由がない限り、地方自治体は同ガイドラインを順守する義務を負うことになる。しかし、同ガイドラインの多くは、同条の規定に基づいて公表されたものではなく、実務的な見解を整理したものとして扱われている。したがって、社会福祉関連法の実施は、地方自治体の裁量に負うところが多いことから、一部で地域格差が生じる一因となっている。

ウ 社会福祉関連法の展開とその限界

1948年国民扶助法の制定から約20年後、1968年保健サービス及び公衆衛生法は、地方自治体の権能を拡張することを目的として成立した。同法第45条の規定は、地方自治体に、高齢者の福祉の増進のための（For promoting the welfare of old people）権限を付与している。高齢者の福祉の増進とは、具体的には、配食、娯楽等のサービスを提供することである。同条が規定する「高齢者」（Old people）の定義は存在しないが、同条が対象とする者は、1948年国民扶助法には縛られないと解されている。なお、同条の規定は、地方自治体に裁量権を与えるに止まっているため、1948年国民扶助法に直接的に影響を与えるものではない。

その後、議員立法によって制定された、1970年慢性疾患及び障害者法は、1948年国民扶助法の見直しを意図した初めての法律だった。同法は、障害者に対して、在宅福祉サービスの供給を基本的な権利として保障することを目的としている。同法の目的は、施設介護を中心としたセーフティ・ネットとしての役割を期待されている1948年国民扶助法のものとは対照的なものである。同法第2条の規定は、在宅福祉サービスの提供を定めた1948年国民扶助法第29条の規定を、障害を有するためにそのニーズに適合することが必要な場合に、具体的な義務を伴うものとして読み替えることを求めている。したがって、同項の規定は、1948年国民扶助法第29条の規定の読み替えの適用の可否を判断するために、黙示的にニーズ評価の実施することを、地方自治体に求めていると解されている。

一方、1946年NHS法（National Health Service Act 1946）第22条の規定により、地方自治

²⁷⁹ *Id.*, Para 1.12.

体の公衆衛生部門（Local Health Authority）は、妊産婦（Expectant and nursing mothers）のためのケアを提供する義務があった。また同法第 28 条の規定は、地方自治体に、予防、療養及び後療法（Prevention of Illness, Care and Aftercare）を目的としたサービスの提供、同法第 29 条の規定は、家事援助に係る権限を付与していた。1946 年 NHS 法が地方自治体に課した義務と権限は、1977 年 NHS 法（National Health Service Act 1977）の制定によって 1946 年 NHS 法が廃止されても、同法附則第 8 条の規定により、NHS に移管されずに地方自治体に残された。しかし、同条第 3 項の規定は、地方自治体に家事援助（Home help）の提供の義務を新たに課したことにより、1948 年国民扶助法等で規定する在宅福祉サービスの一部と重複する結果になった。

さらに、精神保健法第 117 条の規定は、保健医療機関とともに地方自治体に、精神障害者を対象とした退院後のケア（After-care）を義務づけている。しかし、具体的に退院後のケアとは何を指すのか、同法は退院後のケアの定義を規定していないために、1948 年国民扶助法等で規定するサービスの一部と重複するものと解されている。ただし、同法に基づく措置は、強制性を伴うため、利用者に負担を求めることはできない点に他法との違いがある。

ところで、Housing (Homeless Persons) Act 1977 制定は、いわゆるセーフティ・ネットの役割を定めた 1948 年国民扶助法の基本的な性格に変化をもたらした。旧同法第 21 条第 1 項第 b 号の規定は、もともと生活困難者等に一時的な住居施設（Temporary accommodation）の提供を地方自治体に義務づけたものであったが、Housing (Homeless Persons) Act 1977 附則によって、生活困窮者に対する住居の提供が地方自治体から住宅当局に移管されたため、1948 年国民扶助法第 21 条の規定は、単に貧困を理由にするものではなく、介護と配慮を要件として（In need of care and attention）、障害者及び高齢者に施設介護を提供する義務を定めた最も基本となる規定となった。

他方、在宅福祉サービスの進展は、ニーズ評価を明確に位置づけることを必要とした。議員立法によって制定された 1986 年障害者（サービス、相談及び代理）法（Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act 1986）は、障害者を対象にして、代理と評価（Representation and Assessment）、情報提供及び相談支援（Information and Consultation）等を地方自治体に義務づけるものである。特に同法第 4 条の規定は、1970 年慢性疾患及び障害者法第 2 条の規定では曖昧であったニーズ評価の実施を地方自治体に課している。地方自治体は、障害者及び介護者の申請により、ニーズ評価の実施の義務を負うことになる。しかし、申請者自身が予め同条の権利を知っていることが前提であるために、不完全な制度

(Unsatisfactory mechanism) と評価されている。

ニーズ評価の実施をより一般化したものが、1990年 NHS 及びコミュニティ・ケア法である。同法は、英国政府が初めて主導して社会福祉関連法の抜本的な見直しを図ったものである。同法第3章の規定は、公的機関、民間及びボランティア団体によって提供されるコミュニティ・ケア・サービスの評価を包括的に定めたことに特徴がある。同法の制定は、地方自治体の従来役割を見直し、サービスの提供主体の如何にかかわらず、最も効果的かつ効率的な方法で、コミュニティ・ケア・サービスを促進させることを目的の一つとしていた。特に同法第46条の規定は、地方自治体にコミュニティ・ケア・サービスの供給に係る計画 (Local authority plans for community care services) の策定を義務づけたことによって、地方自治体の役割の転換を促している。

ニーズ評価の結果を地方自治体の決定に反映させるものとして、同法第47条第1項の規定は、地方自治体に、ニーズ評価の実施とともに、その評価に従ってサービスを提供することを義務づけている。つまり、地方自治体は、いわゆるゲートキーパーとしての役割を期待されている。なお、同条第2項の規定は、障害を有している場合、1986年障害者（サービス、相談及び代理）法 (Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act 1986) 第4条²⁸⁰に規定する申請があったものとしてみなすことを定めている。また、同条第5項の規定は、緊急性を要する場合は、ニーズ評価を要しないことが定められている。

これらのニーズ評価の仕組みの一般化は、今まで黙殺されてきた介護者の権利に焦点を当てることになった。すでに1986年障害者（サービス、相談及び代理）法第8条の規定により、地方自治体は、必要なサービスの提供を決定するときは、その介護者の能力を考慮する義務 (Duty of local authority to take into account abilities of carer) を負っている。同条の地方自治体に課した義務を、介護者の権利として明確化させたものが、議員立法によって制定された Carers (Recognition and Services) Act 1995 である。同法第1条の規定は、1990年 NHS 及びコミュニティ・ケア法第47条第1項第a号に基づくニーズ評価を実施するとき、要介護者の介護者は自身の能力を評価することを、地方自治体に求めることができると定めている。しかし、同法が定める要件は、要介護者のニーズ評価の実施が前提とされる。したがっ

²⁸⁰ 1986年障害者（サービス、相談及び代理）法第2項の規定は、障害者のニーズを考慮する義務として、障害者等が申請した場合、地方自治体は、慢性的疾患及び障害者法第2項第1号に従って、同条に規定するサービスが障害者のニーズに適合するか否かを決定するものと定めている。

て、要介護者がニーズ評価の実施を拒んだ場合には、これに伴い介護者は自身のニーズ評価を申請する権利を失うことになる。

介護者のニーズ評価を権利として確立されたものとして、Carers and Disabled Children Act 2000 第 1 項の規定は、要介護者のニーズ評価の実施にかかわらず、介護者アセスメントを固有の権利 (Right of carers to assessment) として保障している。また、同じく議員立法によって制定された Carers (Equal Opportunities) Act 2004 第 1 条の規定は、地方自治体に対して、介護者に自身の権利を知らせることを義務として負うことを定める。また同法第 2 条の規定は、Carers (Recognition and Services) Act 1995 第 1 条の規定に基づく介護者アセスメントを実施する際には、仕事、教育、訓練等の介護者の希望を考慮することを定めている。同法の制定によって、介護者の権利は、介護そのものの役割に加えて、自身の社会参加にも配慮されることに拡張された。

以上のように、社会福祉関連法の展開には限界が生じていたことは明らかだった。なぜなら、多くの法律が制定されたが、1948年国民扶助法の基本的な構造を改めなければ、利用者の申請に混乱をもたらし、地方自治体間でも異なる解釈が生じるようになったからである²⁸¹。社会福祉関連法を単一の法規にまとめることは、新たな介護費用負担の仕組みを導入することと同様に急を要するものだった。

²⁸¹ Law Commission (2011), *supra note* 261, Para 5.32.

(参考) 社会福祉関連法 (抄)

○1948年国民扶助法 (National Assistance Act 1948)

第 3 章 地方自治体サービス (Local Authority Services)

施設の提供 (Provision of Accommodation)

第 21 条 施設の提供に関する地方自治体の義務 (Duty of local authorities to provide accommodation)

第 1 項 この章が規定するところに従って、地方自治体は、大臣の承認及び指令の範囲内で、下記に定めるものを手配しなければならない。

(a) 年齢、疾病、障害又はその他の事情を理由にして、他の方法では得ることのできないケアと配慮を必要とする 18 歳以上の者のための居住施設

(aa) 他の方法では得ることのできないケアと配慮を必要とする妊婦、育児中の母のための居住施設

(b) 削除

第 1A 項 ~ 第 2 項 略

第 2A 項 地方自治体が、第 1 項に規定する施設の提供を目的に、ケアと配慮を他の方法では得ることのできないか否かを決定する場合に、第 22 条に規定する利用者負担の算定に係る保有資産額を下回るときは、対象者の資産を考慮しないものとする。

第 2B 項 略

第 3 項 削除

第 4 項 ~ 第 7 項 略

第 8 項 1977 年 NHS 法のもとで提供される必要があるか又はその承認があるか、若しくはこの章に規定がない場合には、地方自治体にこれらのサービスを要求すること又は承認を与えることができない。

第 22 条 施設利用に伴う負担金の請求 (Charges to be made for accommodation) 略

第 23 条 提供される施設の管理 (Management of premises in which accommodation provided) 略

第 24 条 施設の提供に係る当局の責任 (Authority liable for provision of accommodation) 略

第 25 条 削除

第 26 条 慈善団体によって管理される施設の提供 (Provision of accommodation in premises maintained by voluntary organisations) 略

第 26A 条 特定の事例に関する同章の施設の提供に係る権限の除外 (Exclusion of powers to provide accommodation under this Part in certain cases) 略

第 27 条 削除

第 28 条 削除

福祉サービス (Welfare Services)

第 29 条 視覚・聴覚言語障害者及び身体障害者等のための福祉の手配 (Welfare arrangements for blind, deaf, dumb and crippled persons, etc)

第1項 地方自治体は、大臣の承認及び指令の範囲内で、地方自治体の管内で通常居住する者を対象に、18歳以上の視覚・聴覚言語障害者、精神疾患、疾病、傷害、先天性変形、その他大臣が定めるところによる障害のために実質的かつ恒久的なハンディキャップのある者の福祉を増進するための手立てを講じなければならない。

第2項 ～ 第3項 削除

第4項 第1項の規定するところに不利な影響を与えることはないことを条件に、地方自治体の手配すべきものは下記に定めるとおりとする。

- (a) 情報提供
- (b) 自宅等の改修及びその他用具の提供
- (c) ワークショップ及びワークショップに従事する人のためのホステル
- (d) 在宅ワークに関連したサービス
- (e) 就労の生産物の販売の促進
- (f) 娯楽等の提供
- (g) 第1項に規定するサービスを受ける者の分類別登録の収集及び維持管理

第4A項 略

第5条 削除

第6項 次の事項に該当する場合には、前述した規定は及ばないものとする。

- (a) 略。
- (b) 1977年NHS法又は1947年NHS（スコットランド）法のもとで提供される必要があるサービス

第7項 略

第30条 障害者福祉のための慈善団体（Voluntary organisations for disabled persons' welfare）略

第30A条 調査（Research）略

第31条 削除

地方自治体間の財政調整（Financial adjustments between Local Authorities）

第32条. 地方自治体間の提供される施設等及び居住地の調整（Adjustments between authority providing accommodation, &c., and authority of area of residence）略

地方及び中央機関（Local and Central Authorities）

第33条 略

第34条 削除

第35条 ～ 第36条 略

○1968年保健サービス及び公衆衛生法

（Health Services and Public Health Act 1968）

第45条 地方自治体による高齢者の福祉の増進（Promotion by local authorities, of the welfare of old people）

第1項 地方自治体は、大臣の承認及び指令の範囲内で、高齢者の福祉増進のための手立てを講じるものとする。

第2項 削除

第3項 ～ 第4B項 略

第5項 1948年国民扶助法は、この条文と関連してその効力を発揮するものとする。

(a) ～ (c) 略

第 6 項 ～ 第 8 項 削除

第 9 項 ～ 第 11 項 略

第 12 項 削除

○ 1970 年慢性疾患及び障害者法
(Chronically Sick and Disable Person Act
1970)

第 2 条 福祉サービスの提供 (Provision
of welfare services)

第 1 項 1948 年国民扶助法第 29 条に規定するサービスを提供する地方自治体は、同条が適用される通常の居住地を有する者のニーズに適合するために、次の全て又は一部を手配しなければならない。

- (a) 在宅における実務的な支援
- (b) 娯楽並びに、図書館、テレビ等
- (c) 外注して利用できるレクチャー、ゲーム又は娯楽若しくは教育のための支援
- (d) 前号のサービスに参加することが可能となる外出支援
- (e) 住宅改修等の支援
- (f) 休暇習得の促進
- (g) 配食サービス
- (h) 電話の使用を可能とする特別な支援等

この場合、1948 年国民扶助法律第 35 条第 2 項の規定並びに 1970 年地方自治体社会保障法第 7 条第 1 項の及び同法第 7A 条の規定に従うことを条件として、1948 年国民扶助法第 29 条のもとでサー

ビスを手配することを、地方自治体の義務とする。

第 2 項 削除

○ 1986 年障害者 (サービス、相談及び代理) 法 (Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act 1986)

第 2 項 慢性的疾患及び障害者法第 2 項に規定するサービス : 障害者のニーズを考慮する義務 (Services under s. 2 of the 1970 Act: duty to consider needs of disabled persons)

次の者が申請した場合、地方自治体は、慢性的疾患及び障害者法第 2 項第 1 号に従って、同条に規定するサービスが障害者のニーズに適合するか否かを決定するものとする。

- (a) 障害者
- (b) 障害者を公的に代理する者
- (c) 第 8 条に規定する状況下で障害者に介護を提供する者

○ 1990 年 NHS 及びコミュニティ・ケア法
(NHS and Community Care Act 1990)

第 46 条 コミュニティ・ケア・サービスのための地方自治体の計画 (Local authority plans for community care services)

第 1 項 各地方自治体は、

- (a) 大臣令によって定める施行日以降の期間内に、該当する地域のコミュニティ・ケア・サービスの提供の準備及びこれに

関する計画を策定すること

(b) ～ (c) 略

第 2 項 前条の規定の実施にあたっては、地方自治体は、下記の機関に意見を求めること

(a) 当該地方自治体の圏域を所管する保健当局

(b) 削除

(c) 地方住宅当局

(d) 慈善団体又は私的な介護者

(e) その他大臣令で定める者

第 3 項 この条文が定める“地方自治体”とは、大都市圏自治体、ロンドン特別区又はシティをいう。また、“コミュニティ・ケア・サービス”とは、地方自治体が、下記の法律に基づいて提供又は手配するサービスをいう。

(a) 1948 年国民扶助法第 3 章

(b) 1968 年保健サービス及び公衆衛生法第 45 条

(c) 2006 年 NHS 法第 254 条及び附則 20 条

(d) 1983 年精神保健法第 117 条

私的な介護者とは、介護を提供することを目的に雇用されていない者をいう。

第 47 条 コミュニティ・ケア・サービスのためのニーズ評価 (Assessment of needs for community care services)

第 1 項 地方自治体は、コミュニティ・ケア・サービスを手配又は供給すべき者がそのサービスを必要とすると考える場合に、

(a) コミュニティ・ケア・サービスに係るニーズ評価を実施すること

(b) ニーズ評価の結果に従って、コミュニティ・ケア・サービスを必要とするか否かを決定すること

第 2 項 前項に規定するニーズ評価の際に対象者が障害者であると判明した場合には、地方自治体は、

(a) 1986 年障害者 (サービス、相談及び代理) 法第 4 条に規定する申請があったものとみなすこと

(b) 対象者に前号の権利がありそれを実行することを知らせること

第 3 項 ～ 第 8 項 略

(6) 新たな立法措置 (Care act 2014) と従前の判例の位置づけ

ア Care act 2014 の制定とその概要

2012年7月に、英国政府が Care and Support 法案草稿を公表し²⁸²、新法の制定に関する英国議会の議論が本格化することになった。同年11月には、英国議会上下両院合同委員会が、Care and Support 法案草稿を対象とした立法前調査の実施を開始した。そして、翌年3月に、上下両院合同委員会の立法前調査の結果をまとめた報告書『Draft Care and Support Bill Report²⁸³』が公表された。上下両院合同委員会は、この報告書の中で、Care and Support 法案草稿に対して107項目の修正等を英国政府に求めた。英国政府は、報告書『The Care Bill explained Including a response to consultation and pre-legislative scrutiny on the Draft Care and Support Bill²⁸⁴』を公表し、上下両院合同委員会の同法案草稿に対する修正等の要求に対する受諾の可否を回答した。立法前調査を経て、英国政府は、最終的な法案の作成に至った。

2013年5月9日に、英国政府は、Care 法案を議会に提出した。Care 法案の議会提出に先立って行われた女王演説では、この法案が意図するものは、「介護に要する費用の支払いを目的に、高齢者が自宅を売却する必要がないことを保障するために、長期介護の費用負担に関する改革を立法化する」ことであることが示された²⁸⁵。Care 法案は、上院の審議を経て、同年10月30日に下院に到達し、翌年の5月14日に Care act 2014 として制定された。

なお、Care act 2014 は、上記の社会福祉関連の規定の他に、2005年から2008年にかけて不審死が多発した Mid-Staffordshire 病院事件に関する Francis 機関の調査報告書²⁸⁶に基づく措置、ケアの質の基準 (Care standards) の確立に関する規定を含んでいる。同法第2章の規定は、病院及び介護施設を対象として、財政面を含めた評価・格付け (Ofsted-style Rating) の仕組みの導入とケアの質評価委員会の監督権限の拡大を定めている。さらに、同法は、医

²⁸² See Secretary of State for Health (2012), “Draft Care and Support Bill”, Cm. 8386. この草案には、Care act 2014 第2章に規定されるケア (Care) の質の基準に関する部分に該当する部分は規定されていなかった。これは、2013年2月に公表された Robert Francis 機関による Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust 事件調査報告書に基づく箇所である。

²⁸³ See House of Commons and House of Lords: Joint Committee on the Draft Care and Support Bill (2013), “Draft Care and Support Bill Report”, HL Paper 143.

²⁸⁴ See Secretary of State for Health (2013), “The Care Bill explained Including a response to consultation and pre-legislative scrutiny on the Draft Care and Support Bill”, Cm 8627.

²⁸⁵ Her Majesty the Queen and Prime Minister's Office, 10 Downing Street, (2013), “Queen's Speech (8 May 2013)”, at pp 54-57, Available at: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/197434/Queens-Speech-2013.pdf> (accessed 01/2017).

²⁸⁶ See Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry (2013), “Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry”, HC 898-I-II.

療従事者等の訓練、調査等を担うことを目的に、特殊法人（Non-departmental public body）として、イングランド保健教育機関（Health Education England）及び保健調査機関（Health Research Authority）を新たに設立することを定めている。

同法を構成する5つの章のうち、第1章（Care and support）の規定が、介護を含む社会福祉の新たな枠組みを定めている。以下では、第1章の規定の概要を記述する。

Care act 2014 第1条から第7条までの規定は、地方自治体の一般的な責務（General responsibilities of local authorities）定めている。地方自治体は、住民に対して必要な情報を提供するとともに、介護と支援の包括化（Integration of care and support）、サービスの質の向上及び供給の多様化（Diversity and quality in provision of services）を担うことになる。特に重要となるのは、地方自治体に従うべき原則として、全て個人の福祉の向上（Individual's well-being）に資することを定めている点である。

次に、第8条の規定は、ニーズの適合方法（How to meet needs）を例示している。第8条の規定を基本として、第9条から第41条までの規定は、具体的な介護サービス等の供給に係る手続きを定めたものである。特に介護者のニーズに対する適合義務（Meet a carer's needs for support）、全国共通の受給資格基準の導入（Eligibility criteria）、介護費用のキャップ制等は、単に従前の法規範を統合するだけでなく、新たな仕組みとして導入されている。

さらに、第42条から第47条までの規定は、地方自治体に、高齢者等の安全確保（Safeguarding of Adults）の義務を課すことを定めている。また、第48条から第57条までの規定は、介護サービス事業者が事業を継続できなくなった場合に、地方自治体が当該事業者の利用者が必要とする介護を確保する責任を負うこと、ケアの質評価委員会が一定規模以上の事業者を監督する義務を負うこと等を定めている。なお、第58条から第80条までの規定は、障害児等が成人に達した場合の円滑な移行方法等の技術的な事項を定めている。このうち、第73条の規定は、介護サービス事業者が Human Rights Act 1998 の対象となることを明記している。すなわち、介護サービス事業者の行為の違法性は、最終的には欧州人権裁判所（European Court of Human Rights）で問われることになる。

イ 新たな介護を含む社会福祉（Adult Social Care）の供給に関する枠組み

（ア）立法原則としての Well-being 原則の確立

新法の制定において、立法委員会が最初に提言したことは、社会福祉関連法の簡素化及び統合を図ることを目的に、様々な法律を貫く立法原則を打ち立てることであった²⁸⁷。新法は、単に関連する法律を整理・統合するだけでなく、1948 年国民扶助法と一線を画すことが求められた。新法の制定意義は、Care and Support 法案草稿の前書きで大臣が述べるところによると、「この法案は、単なる関連法規の整理・統合以上のもの、つまり、法が機能するための『構造改革』を成し遂げた」ということである²⁸⁸。この『構造改革』の成果の一つが、立法原則の確立である。

保健省の通知によると、当事者の福祉向上（Well-being）を図ること、これを Well-being 原則という²⁸⁹。Well-being 原則は、Care Act 2014 第 1 章の規定に基づく、地方自治体の全ての決定に適用される。例えば、情報提供、相談支援、ニーズ評価、ケア・プランの策定等において、当事者の福祉向上を図ることを考慮に入れなければならない。当事者の福祉向上を図ることとは、具体的には、当事者にとって日常生活上の重要な事項に対して成果を出すこと、すなわち当事者のニーズと目標（Needs and goals）を達成することであるとされる²⁹⁰。

同法第 1 条第 2 項の規定は、Well-being 原則の概念を定めており、Well-being 原則には、個人の尊厳、身体的及び精神的な健康並びに幸福感、虐待及び無視からの保護、日常生活の管理、仕事、教育、訓練及び娯楽への参加、社会的及び経済的福利、家庭内、家族及び個人的な関係性、住まいの快適性並びに社会的貢献が含まれると定めている。なお、同項の規定は、あくまで例示的なものであり、個別の状況に応じて重要性は異なるとされる²⁹¹。さらに、Well-being 原則は、個人の権利として直接的に保障されるものではないが、司法の場を通して間接的な実効性を得ることが期待されるものである²⁹²。

Well-being 原則の中核にあるのは、個人の自立した生活（Independent living）に配慮することである。保健省の通知は、Well-being 原則が、国連障害者権利条約（UN Convention on the Rights of People with Disabilities）第 19 条の規定と親和性があり、より具体化したもので

²⁸⁷ Law Commission (2011), *supra note 261*, Para 4.16.

²⁸⁸ Secretary of State for Health (2012), *supra note 282*, P5.

²⁸⁹ Department of Health (2016), *supra note 111*, Para 1.2.

²⁹⁰ *Id.*, Para 1.1.

²⁹¹ Secretary of State for Health (2014), “*Care Act 2014 EXPLANATORY NOTES*”, Para 60.

²⁹² *Id.*, Para 57.

あると説明している²⁹³。個人の自立した生活に配慮する Well-being 原則を具体化するために、同法第 2 条の規定は、早期介入と予防を重視することを定めている。

ただし、同条の規定は、地方自治体が、具体的にどのようなサービスを誰に提供すべきかを定めていない。保健省の通知では、改善や予防の可能性に関係なく (Wherever possible)、地方自治体が対象に応じて幅広い活動を実施することを想定している²⁹⁴。地方自治体の活動は、対象に応じて、三段階に区分される。最初は、未だニーズが具体化していない者を対象として、一次予防／福祉向上の推進 (Primary prevention/Promoting wellbeing) に取り組むことである。次に、ニーズの悪化の危険性がある者を特定した上で、二次予防／早期介入 (Secondary prevention/Early intervention) に踏み込むことである。最後に、医療的な措置を伴うニーズの悪化を最小限に止める三次予防／公式的介入 (Tertiary prevention/formal intervention) に至ることである。

早期介入と予防の取組みは、地方自治体のみによって担われるものではない。同法第 3 条の規定は、保健医療との統合を求めており、クリニカル・コミッションング・グループ等に関連機関に対して、Well-being 原則を踏まえた上で必要な場合に、地方自治体と協働することを定めている²⁹⁵。

英国議会は、Well-being 原則の導入に肯定的な評価を示した。そして、Well-being 原則を担う対象に英国政府を加えることを提案した²⁹⁶。この提案に対して、英国政府は、第一に責任を負うべき地方自治体の責任が曖昧になることを理由に拒否を示した²⁹⁷。したがって、Well-being 原則は、地方自治体によって主体的に具現化されるべきものとなる。

(イ) ニーズへの適合 (Meeting needs) と介護者支援 (Carer's needs for support.)

新法への移行にあたっては、重要な概念が加わった。その概念とは、ニーズへの適合と介護者支援のことである。保健省は、ニーズへの適合という概念を、サービスの提供 (Providing services) という従来の用語を意図的に変更することによって、単なるサービスの組み合わせ

²⁹³ Department of Health (2016), *supra note* 111, Para 1.18. 国連障害者権利条約第 19 条の規定は、締約国に対して、障害者の自立した生活及び地域社会への包容のための効果的かつ適当な措置をとるよう求めている。

²⁹⁴ *Id.*, Para 2.4

²⁹⁵ Department of Health (2016), *supra note* 291, Para 67.

²⁹⁶ Joint Committee on the Draft Care and Support Bill, (2013), *supra note* 283, Para 83.

²⁹⁷ Secretary of State for Health (2013), *supra note* 284, P 61.

せ以上に広い意味を持つと説明している²⁹⁸。Care Act 2014 は、要介護者ニーズへの適合を地方自治体に義務づけているが、その際、地方自治体に、既定のサービスを提供するだけでなく、どのようにして要介護者のニーズに適合させるかを問いかけている²⁹⁹。すなわち、地方自治体は、サービスの提供にあたって、施設か在宅介護のいずれか選択するという二項対立を克服することが求められている。

また、保健省は、介護者支援という概念を、ニーズへの適合の対象に、要介護者だけではなく、その介護者を新たに含めることによって、介護者自身がサービスを受けることを初めて介護者固有の権利として認めたものと説明している³⁰⁰。Care Act 2014 は、介護者自身のレスパイトケアのために、要介護者にサービスを提供する場合、介護者に利用者負担を課すことを禁止している³⁰¹。英国では、介護者支援のために新たな費用負担が生じることの懸念よりも、むしろ介護者の能力を活用することに期待している。例えば、保健省は、家族介護者が担っていた介護を全て公的サービスで代替した場合、日常的に介護者を支える費用よりも過大となることを指摘している³⁰²。このため、地方自治体は、介護者に対するニーズ評価、いわゆる介護者アセスメントでは、介護者の介護の技量等だけではなく、介護者の生活に及ぼす影響を考慮した上で、介護者が仕事、教育、訓練、娯楽等の活動に従事できるように支援することによって、介護者をパートナーとして位置づけている³⁰³。介護者支援は、介護者の生活を支えながら、介護者の能力を活用しようとする方向に、公的な支援のあり方を変えるものである。

ただし、ニーズへの適合という概念の定義は、法律上、ニーズへの適合の方法が例示されるに止まっている。同法第 8 条の規定は、ニーズに適合するための方法として、施設介護、在宅介護、専門家の助言、福祉用具等の貸与、情報提供及び相談支援を、例として定めるだけである。なお、同条第 2 項の規定は、ニーズへの適合を、サービスの手配・提供又はダイレクト・ペイメントの活用によって実現することを定めている。

英国議会では、ニーズへの適合という概念について、従来の規範から大きく逸脱したものとして混乱をもって受け止められた³⁰⁴。このため、上下両院合同立法前審査では、第 8 条が

²⁹⁸ Department of Health (2016), *supra note* 111, Para 10.10.

²⁹⁹ *Id.*, Para 1.9.

³⁰⁰ *Id.*, Para 2.16

³⁰¹ Secretary of State for Health (2014) *supra note* 291, Para 152.

³⁰² Department of Health (2016), *supra note* 111, Para 6.17

³⁰³ *Id.*, Para 6.18

³⁰⁴ Joint Committee on the Draft Care and Support Bill (2013), *supra note* 283, Para 167.

規定する事例が、地方自治体の活動を制限するものではないことを明確にすることを求めた。これに対して、英国政府は、通知等によって配慮すると回答した³⁰⁵。

地方自治体に要介護者に対するニーズへの適合の義務が生じる場合を具体的に定めたのは、同法第 18 条の規定である³⁰⁶。同条の規定に基づく地方自治体の義務は、相手方たる要介護者にとっては権利となる。同条の規定は、1948 年国民扶助法第 21 条第 1 項及び第 2 項並びに第 29 条第 1 項、1968 年保健サービス及び公衆衛生法第 45 条第 1 項、1970 年慢性疾患及び障害者法第 2 条第 1 項等の規定を単一の枠組みに統合したものである³⁰⁷。

また、地方自治体に介護者に対するニーズへの適合の義務が生じる場合を具体的に定めたのは、第 20 条の規定である。特筆すべきは、第 18 条第 7 項の規定によって、介護者によって要介護者のニーズが適合される場合は、地方自治体の義務が免責されることが定められており、介護者支援が優先することである。

なお、Care Act 2014 は、適合すべきニーズである「介護と支援」とは何かを具体的に定義していない。同法第 18 条の規定は、法の適用対象を「介護と支援」のニーズを有する者 (Adult has needs for care and support) と定めるだけで、施設と在宅の区別なく、事由も問わないこととされる。一方、旧法の規定では、施設と在宅介護の適用対象は、それぞれ別に規定されていた。特に 1948 年国民扶助法第 29 条第 1 項の規定が、在宅介護の適用対象を疾患ごとに列挙して定めていたことは、新法とは対照的である。

しかし、Care Act 2014 が定める「介護と支援」は、施設介護の適用対象を定めた 1948 年国民扶助法第 21 条第 1 項に規定する「介護と配慮」(Care and attention) を否定するものではない。むしろ「介護と配慮」を内包するものとして、「介護と支援」を位置づけることが相当であると考えられる。

「介護と配慮」とは、単に貧困 (Destitution) を理由するだけでなく、複合的な要因によ

³⁰⁵ Secretary of State for Health (2013), *supra* note 284, P 68.

³⁰⁶ 地方自治体に居住地があることを前提にして、Care Act 2014 第 18 条第 1 項の規定は、介護費用のキャップ制の上限額に達していない者を、同条第 5 項の規定は、すでにこの上限額に達した者を対象とする。このうち、同条第 1 項から第 4 項までの規定は、四つの要件を定め、いずれかに該当しなければならないとする。一点目は、同法第 14 条の規定に基づく利用者負担を課せられない場合である。二点目は、負担能力評価の結果、一定額を下回っている場合である。三点目は、この評価の結果が上回った場合に、要介護者がこれを求めた場合である。四点目は、意思能力に欠けていて (Lacks capacity)、代理する者がいない場合である。特に第 18 条第 3 項の規定は、従来曖昧であった自己負担者に対する地方自治体の介護調整義務を定めたものとして特筆される。

³⁰⁷ Department of Health (2014), *supra* note 291, Para 137.

って住居施設 (Residential accommodation) を必要とすることである³⁰⁸。判例は、「介護と配慮」を見守り (Looking after) と解している³⁰⁹。見守りが意味するものは、介護よりも広い概念 (Wider concept than “nursing or personal care”) であり、家事全般から自傷行為を防ぐことまでを含むが、全てをリスト化することはできないとされる³¹⁰。

したがって、「介護と支援」は、施設と在宅を区別しないため、旧法のもとで施設を対象に判例が言及する見守り以上の意味を持つニーズと解される。特に Care Act 2014 の Well-being 原則に照らすと、「介護と支援」のニーズは、個人の自立した生活を支えることに留意して判断する必要がある。

(ウ) 新たな介護費用負担の仕組み

新法の制定によって導入された新たな介護費用負担の仕組みの一つが、介護費用のキャップ制である。その施行は、2020年4月まで延期される見通しであるが、具体的な開始時期 (Commencement) は、Care Act 2014 第 127 条第 1 項の規定による大臣令で定める (Secretary of State may by order appoint) 必要があるため未定とされている³¹¹。

介護費用のキャップ制は、前述したとおり、Dilnot 報告書が提案した仕組みを踏襲したものであり³¹²、最も基本となるのは、Care Act 2014 第 15 条第 1 項の規定である。同項の規定は、介護費用のキャップ制の上限額を超過した場合 (Exceeds the cap on care costs)、地方自治体は、第 14 条の規定に基づく利用者負担を課すことはできないと定めている。

この場合の費用とは、同法第 18 条の規定のもとで地方自治体が適合義務を負うことになり、いわゆる公的なニーズに伴って発生するものである。そして、公的なニーズに伴って発

³⁰⁸ Law Commission (2010), *supra* note 265, Para 9.77.

³⁰⁹ *R. (on the application of M) v Slough Borough Council*, [2008] UKHL 52, Para 33. ジンバブエからの移民であるMが、HIVに罹患していること、住居がないことを理由に National Assistance Act 1948 第 21 条第 1 項第 a 号の規定に基づく請求を、地方自治体が棄却したことの司法審査を求めた事例である。争点となったのは、「介護と配慮」(Care and attention) を要するか否かである。控訴審では、当該請求は認められたが、最高裁では、医療の面では NHS が、住居の面では住宅当局が責任となること、さらに特段見守り等を要しないことを理由として、地方自治体の供給責任を否定した。

³¹⁰ *Id.*, Para 32.

³¹¹ 施行が延期されている間、Care Act 2014 第 124 条 (Power to make transitional etc. provision) の規定に基づく大臣令 (The Care Act 2014 (Commencement No. 4) Order 2015) 第 5 条 (Transitory modifications pending the commencement of section 15 (cap on care costs)) の規定によって、他の条項において、介護費用のキャップ制に係る要件を無効化するよう一時的な調整規定が置かれた。

³¹² Department of Health (2014), *supra* note 291, Para 5.

生じた介護費用は、同法第 15 条第 2 項の規定により、個人予算制度の中で特定され積算される。介護費用が上限額に達した場合に、費用が確定された “*accrued costs*” として、以後利用者負担が請求されないことになる。なお、同条第 6 項の規定により、この積算額には光熱水費等の日常生活費 (Daily living costs) は含まれない。したがって、第 7 項の規定に基づき、地方自治体は、必要があれば費用が確定された後も日常生活費を請求することができる。

介護費用の上限額を決定する場合、英国政府は、同条第 4 項の規定により、年齢層ごとに異なった額を定めること (Specify different amounts for persons of different age groups)、また特定の範疇の者の負担を要しないと定めること (Specify zero as the amount for persons of a specified description) ができる。具体的には、18 歳に達した時点ですでに受給資格を有する者は、費用が確定されたものと見なされる。なお、第 16 条の規定により、イングランドの平均収入額等を鑑みて、英国政府は介護費用の上限額を調整しなければならない。

英国議会は、介護費用の上限額の決定の際に、議会の関与を必要とする肯定的決議手続³¹³ (Affirmative Resolution procedure) を要することの明確化を求めた³¹⁴。これに対して、英国政府は、介護費用の上限額を初めて設定する場合及び平均収入額以外の理由で変更する場合には、議会の肯定的決議手続の対象となることを表明した³¹⁵。

なお、介護費用のキャップ制以外にも、Care Act 2014 は、より公平で明瞭な枠組みの中で、当事者の支払能力に応じた負担 (To pay what they can afford) を求めることを意図して、介護費用負担の仕組みを改めた³¹⁶。

このうち、最も大きな変更があったのは、利用者負担の仕組みを全国共通にしたことである。同法第 14 条第 1 項の規定は、要介護者又はその介護者のニーズに適合するために、地方自治体に利用者負担を課す権限 (Power of local authority to charge) を与えている。旧法の規定では、1948 年国民扶助法が、施設入所者にのみ、支払い能力に応じて入所費用を徴収することを地方自治体に義務づけていた。Care Act 2014 は、施設と在宅とを区別することなく、利用者負担を課すべきか否かを、地方自治体の裁量に委ねた。

ただし、地方自治体が費用徴収権を行使する場合には、Care and Support (Charging and

³¹³ 命令 (Order)、規程 (Rule)、規則 (Regulation) 等の委任立法の承認の方法には、Legislative and Regulatory Reform Act 2006 第 15 条の規定に基づき、議会の肯定的決議を必要とする「肯定的決議手続 (affirmative resolution procedure)」と、否定的決議がなければ成立する「否定的決議手続 (negative resolution procedure)」の 2 種類がある。

³¹⁴ Joint Committee on the Draft Care and Support Bill (2013), *supra note* 283, Para 37.

³¹⁵ Secretary of State for Health (2013), *supra note* 284, P 56.

³¹⁶ Department of Health (2016), *supra note* 111, Para 8.2.

Assessment of Resources) regulations 2014 に従う必要がある。そして、利用者負担の決定は、Care Act 2014 第 17 条に規定する負担能力調査の結果に応じた額となる。保健省は、Care Act 2014 のもとでは、施設と在宅介護に左右されることなく、全国共通の枠組みの中で費用負担を分かち合うことになったと説明する³¹⁷。

しかし、具体的な費用の算定方法は、ほとんど旧法のものとは変わらない。利用者負担額は、資産と所得の両方で判断され、提供されるサービスが、施設か在宅かのいずれかによって、費用の算定方法が変わるのである。

費用の算定にあたって、まず考慮しなければならないのは、保有する資産額である。一定の資産額 (23,250 ポンド) を保有する者には、地方自治体は、当事者の申請がない限り、ニーズへの適合義務を負わない。一方、保有する資産が別の一定額 (14,250 ポンド) に満たない場合、公的な支援を提供するにあたって、資産は考慮されない。さらに、この中間値にある者は、みなし所得として、保有する資産額が前期の一定額 (14,250 ポンド) を 250 ポンド超過するにつき毎週 1 ポンドの負担が課される³¹⁸。なお、資力調査の要件は、法令により最低限の水準を定めたもののため、これを下回る基準を設定することはできないが、地方自治体の裁量により、要件を緩和することができる。一方、在宅介護の場合は、資産要件には持ち家は考慮されないこととされる。保健省の通知では、地方自治体は、可能な限り、在宅での生活を維持できる施策を推進するよう求めている³¹⁹。

さらに、介護施設の入所者の所得のほとんどは、利用者負担額に算定されるが、地方自治体は、必要な負担額を算定するにあたって、個人的な支出に対応するものとして、いわゆるお小遣い分 (Personal expenses allowance) を必ず手元に残すよう配慮しなければならない。一方、在宅介護の場合、最低所得が保障 (Minimum income guarantee) されている。地方自治体は、在宅での生活を維持することを奨励するため、地域の介護施設の料金設定を考慮した上で利用者負担額を決定することが求められている³²⁰。

一見すると、Care Act 2014 施行後も資力調査を基本とする選別主義的な構造は変わらないように見える。その構造は、NHS が前提とする普遍主義とは正反対のものである。新法が明確にしたことは、公的な支援の対象は、低所得者に限ったものではないことである。判例は、1948 年国民扶助法 第 21 条第 1 項の規定の性格は、生活困難者等に一時的な住居施

³¹⁷ *Id.*, Para 8.4.

³¹⁸ 例えば、保有する資産額が 18,250 ポンドの場合、週あたり 16 ポンドの負担となる。

³¹⁹ Department of Health (2016), *supra note* 111, Para 8.7.

³²⁰ *Id.*, Para 8.48.

設の提供を地方自治体に義務づけた同項第 b 号の規定の廃止によって、根本から規定し直されたものとして位置づけている。すなわち、貧しい者も富める者も同等のサービスを受け権利を有するが、費用負担だけは当事者の支払能力に応じたもの (Expected to pay what they could, up to the full cost if they could afford it) になることを判示した³²¹。したがって、Care Act 2014 第 18 条第 3 項が規定するように、自己負担者の求めに応じて、地方自治体に介護の手配義務を課したことは、判例が示した原則を明確にしたものであると考えられる。

以上のように、Care Act 2014 の制定は、戦後の社会福祉関連法の総決算を図るものであったが、一方で旧法と変わらない点も明らかにする必要がある。特に次の二つの問題に絞って、従前の判例から旧法と変わらない点を検証する。一点目は、保健医療と社会福祉の境界線である。二点目は、本人の希望とニーズ評価との関係である。

ウ 新法 (Care act 2014) と従前の判例の位置づけ

(ア) 保健医療と社会福祉の境界線

① 境界線の画定

保健医療と社会福祉の境界線を、法がどのように規定しているのかという点は、近年、裁判の争点の一つとなっている。特に不満の温床となっているのが、“NHS Continuing Healthcare” という仕組みであり、裁判で問題となるのは、“NHS Continuing Healthcare” の受給資格の有無である。この制度は、18歳以上の者に、NHSが単独 (Solely) の責任の下に、障害、事故又は疾病 (Disability, accident or illness) を事由とした継続的な一連の医療的処置 (A package of ongoing care) を供給するものである³²²。例えば、退院後の療養、慢性的な疾患の治療が必要な者に対して、NHSは、在宅又は施設を問わず (No limits on the settings)、介護を含めた病院外の全てのサービスを供給する。このサービスに要する費用は、原則的にNHSが負担するため、利用者負担は生じないことになる。ただし、“NHS Continuing Healthcare” の受給対象者は、あくまでニーズ医療が最も優先される場合に限られており、いわゆる一次的医療ニーズ “Primary health need” がある者でなければならない。そして、法は、地方自治体に対して、NHSとの重複することを避けるため、一次的医

³²¹ M v Slough Borough Council (2008), *supra* note 309, Para 14.

³²² Department of Health (2012c), “National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care”, Para 13, Available at: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213137/National-Framework-for-NHS-CHC-NHS-FNC-Nov-2012.pdf> (accessed 01/2017).

療ニーズを有する者に関連したサービスの提供を禁止している。

英国型福祉国家の黎明期、いわゆるベヴァリッジ (Beveridge) 体制が確立された当初、保健医療と社会福祉の境界線は自明の理であった。保健医療と社会福祉の境界線は、明文化するまでもなく、1948年国民扶助法と1948年NHS法によって自ずと規定されていた。それぞれの法律が規定する目的、対象者、給付内容等によって、保健医療と社会福祉の境界線を説明することが可能だった。この二つの法律は、1948年7月5日の同日に施行された。

NHS法が、1977年と2006年に抜本的な改正が図られたのに対して、1948年国民扶助法は、Care act 2014 の制定に至るまで、原則的に制定当時のままであった。この間、NHSは、待機患者リストの減少という極めて政治的な問題 (Political issue) に対処するため、療養病床の削減を進めてきた。療養病床の削減の結果として、要介護者の退院後の生活を保障するのは、引き続きNHSか、それとも社会福祉を担う地方自治体か、介護等の責任主体が問われることになった。NHSと地方自治体のいずれかを判断する基準として、一次的な医療ニーズの有無を見極めることが必要となった。つまり、一次的な医療ニーズを有していることが、NHSからサービスを提供される “NHS Continuing Healthcare” の受給要件となる。保健医療と社会福祉の境界線は、むしろNHSから規定されてきたことになる。

一次的な医療ニーズを定義する法律はないが、NHS がサービスを提供する場合、National Health Service Commissioning Board and Clinical Commissioning Groups (Responsibilities and Standing Rules) Regulations 2012 第21条第7項によると、看護等の保健医療サービスを必要とする場合であって、次の二点を考慮しなければならないことが定められている。一点目は、地方自治体に提供責任がある施設に付随的又は補助的なもの以上であること (More than incidental or ancillary to the provision of accommodation which a social services authority is under a duty to provide) である。二点目は、社会福祉サービスの提供に係る優先的な責任を有する地方自治体に期待される範疇を本質的に超えること (A nature beyond which a social services authority whose primary responsibility is to provide social services could be expected to provide) である。

この二点は、次の四つの指標に基づいて、総合的及び相互補完的に評価する必要がある³²³。一点目は、本質性 (Nature) であり、ニーズの特徴を評価する。二点目は、強度 (Intensity) であり、ニーズの継続性、深刻性及びその質を評価する。三点目は、複合性

³²³ *Id.*, Para 36.

(Complexity) であり、複数のニーズの接点、境界性及びその範囲を評価する。四点目は、予測不可能性 (Unpredictability) であり、ニーズの将来的な悪化を評価する。

これらの四つの指標に基づいて評価した結果、対象者のニーズが地方自治体の提供責任を量的にも質的にも凌駕する場合に、“NHS Continuing Healthcare” が提供される。以上を踏まえた上で、Care act 2014の制定が、保健医療と社会福祉の境界線に、どのような影響を与えたかを論じる。

② Care act 2014 の制定が与える影響

結論から言えば、Care act 2014は、保健医療と社会福祉の境界線に変化が生じないように極めて慎重に立案された。保健省の通知では、Care Act 2014 の制定によって、保健医療と社会福祉の境界に係る地方自治体の責任は、変化が生じないことが明言されている³²⁴。なぜなら、保健医療と社会福祉の境界線は、政策的に決定されてきた一方で、判例の展開によっても規定し直された経緯があるからである。このため、Care Act 2014 は、判例を踏まえた上で、保健医療と社会福祉の境界線を改めて立法化したことになる。

保健医療と社会福祉の境界線を具体的に規定しているのは、地方自治体とNHSとの併給調整を定めたCare Act 2014第22条の規定である。同条の規定は、地方自治体の提供責任のうち、保健医療サービスを除外すること (Exception for provision of health services) を定めている。地方自治体は、同条第1項の規定により、2006年NHS法に基づいて「必要とされる」 (Required to be provided) サービスの供給を、次の二点の場合を除いて禁止している。一点目は、提供するサービスが地方自治体の提供するサービスに付随的又は補助的な場合である。二点目は、提供するサービスが本質的に地方自治体の提供責任に適う場合である。つまり、前述したとおり、この二点の条件に合致する場合以外は、地方自治体は看護等の保健医療サービスを提供してはならないことになる。これを「量と質のテスト」 “Quantity and quality test” と呼ぶ。「量と質のテスト」は、上述した二点の条件に従って、サービスの供給量と質の両面から、地方自治体の提供責任を明らかにするものである。このテストは、判例によって確立されたものであり、初めて法律に位置づけられた。

もっとも“NHS Continuing Healthcare” の定義を法律上に規定したものはない。保健省は、2006年NHS法第1条の規定により、予防、診療、処置等を含めた包括的保健医療サー

³²⁴ Department of Health (2016), *supra note* 111, Para 15.36.

ビス (Comprehensive health service) を継続的に増進する義務を負っている。包括的保健医療サービスとは、同法第3条の規定によると、入院、救急医療、看護ケア等が明記されており、“NHS Continuing Healthcare” も同条の規定に含まれていると解されている³²⁵。

したがって、“NHS Continuing Healthcare” が対象とする範囲は、NHS法ではなく、実質的にCare Act 2014第22条の規定に応じたものになる。すなわち、法は、NHSがサービスを提供するにあたって、地方自治体が原則的に提供してはならないことの証明を求めている。なぜなら、法は、保健医療と社会福祉との間にサービスの空白地帯 (Gap) が生じることを避けるために、NHSと地方自治体との間にサービスの重複 (Overlap) が生じるように規定したからである。この方法は、逆説的ではあるが、地方自治体の提供責任を明らかにして、NHSとの境界線を確定することにより、どのような場合であっても、NHSと地方自治体のいずれかがサービスの提供責任を負うことになる。

なお、“NHS Continuing Healthcare” とは別に、Care Act 2014 第22条第3項の規定は、介護施設において登録看護師から提供されるケアを、地方自治体の提供責任から除外することを定めている。同項の規定によって、登録看護師から提供されるケアに要する費用は、NHSが負担することとなる。この制度は“NHS-funded nursing care” と呼ばれる。“NHS-funded nursing care” の対象は、“NHS Continuing Healthcare” の受給資格がない者であって、看護ケアを必要とする者である。具体的には、一律週112.00ポンド (2015年度現在) が給付される。ただし、2007年10月1日以前から適用対象となっていた者は、ニーズに応じて3段階 (Low, medium and high) に評価されており、最も高い層の者は154.14ポンドの給付を受けている。しかし、後述する判例のとおり、一次的な医療ニーズに基づく“NHS Continuing Healthcare” の受給資格と整合性が明確ではなかったため、現在では一律の評価に改められている。なお、Care Act 2014 第22条第3項の規定は、旧Health and Social Care Act 2001 第49条の規定を置き換えたものである³²⁶。旧法の規定では、登録看護師から提供されるケアには、ケアの計画、監督及び委任 (Planning, supervision or delegation of the provision of care) を含むことが定められており、新法でも同様である。

地方自治体とNHSとの併給調整を定めたCare Act 2014 第22条第1項の規定は、1948年国民扶助法第21条第8項及び第29条第6項の規定を置き換えたものである。1948年国民扶助法第21条は、地方自治体に障害者、要介護者等を対象とした施設を提供する義務を課してい

³²⁵ Department of Health (2012c), *supra* note 322, Para 18.

³²⁶ Department of Health (2014), *supra* note 291, Para 158.

る。また、同法第29条は、地方自治体に在宅福祉を振興する権限を与えている。両条文には、それぞれNHSが提供するものを適用除外にすることが定められている。

ただし、同法第21条と第29条では、NHSが提供するものを適用除外にする規定の方法が、若干異なる。その違いは、前者の規定が、「承認又は必要とされる」(Authorised or required to be provided) サービスを対象としているのに対して、後者の規定は、NHS法のもとで「必要とされる」(Required to be provided) サービスのみを対象としている点である。すなわち、法律上の文言では、同法第21条が対象とする介護施設の方が地方自治体の提供責任の範囲は狭まり、NHSの裁量の余地が残されていた³²⁷。ただし、実務上では相違はなく、同法第21条と第29条の違いの不明瞭さが、法的安定性を損なうとの指摘もあった³²⁸。このため、旧法から新法への移行の過程において、同法第21条と第29条の規定を統合し、旧法に規定されていたNHS法のもとで「承認された」(Authorised to be provided) という文言を削除することによって、Care Act 2014 第22条は規定された。新たに規定したCare Act 2014 第22条は、NHS法のもとで「必要とされる」(Required to be provided) サービスのみを適用対象外として定めた。

英国議会では、旧法に規定されていたNHS法のもとで「承認された」(Authorised to be provided) という文言を削除する改正が、裁判所の法解釈に影響を与えることを懸念していた³²⁹。旧法と新法では重要な違いが二点ある。一点目は、判例で示された「量と質のテスト」を在宅においても適用することを明確化したことである。二点目は、施設介護の地方自治体の提供責任の除外範囲を変更したことである。Care Act 2014 第22条の規定は、保健医療と社会福祉の法的な境界線に意図しない影響を与え、ひいては“NHS Continuing Healthcare”の間口を狭める危険性があると指摘する。

英国議会の懸念に対して、保健省は、保健医療と社会福祉の法的な境界線を変更させる意図はないことを強調している。むしろ旧法の規定を複製し引き続き従前と同様のあり方(Replicated and to continue to work as before)を明確にするものであると回答した³³⁰。次に、Care Act 2014に規定されることになった判例がいかに確立されたかを検討する。

(イ) “NHS Continuing Healthcare”に関する二つの判例からの検討

³²⁷ Law Commission (2010), *supra note* 265, Para 9.66.

³²⁸ Law Commission (2011), *supra note* 261, Para 11.12.

³²⁹ Joint Committee on the Draft Care and Support Bill (2013), *supra note* 283, Para 57.

³³⁰ Secretary of State for Health (2013), *supra note* 284, Para 79.

① R. vs. North and East Devon Health Authority, ex parte Coughlan³³¹事件

A 事件の概要

この事件は、重篤な障害を負っているCoughlan 婦人が、イングランド南西部に位置するデヴォン（Devon）地域のNHS地方当局を相手に、「終の住処」"home for life" の確保とこれに伴う必要なサービスの提供を求めたものである。

Coughlan 婦人は、1971年の交通事故により、四肢麻痺と排尿の障害を負った。特に呼吸器の疾患と神経性の頭痛に苦しんでいる。当初、婦人は、Newcourt病院に入院していたが、1993年に他の7人の障害者と一緒にMardon Houseに移った。そこは、長期的な看護ケアを専門とする施設であった。その際、Coughlan 婦人は、そこが「終の棲家」となることを当局から約束された。しかし、経費の高騰と政策的な転換を理由に、1998年10月にMardon Houseの閉鎖が決定された。この決定は、今まで担ってきたCoughlan 婦人の看護ケアをNHSから地方自治体に移管させることを意味するものであった。この点について、Coughlan 婦人が裁判所に司法審査（Judicial review）を求めた。

原審（High Court）は、Mardon Houseの閉鎖に係る決定の破棄を命じた。その理由は、次の三つの点からなる。一点目は、Coughlan 婦人に対する約束を破ることを正当化するための、いかなる公共の利益も存在しないこと。二点目は、Coughlan 婦人のニーズ評価は、結果が予め仕組まれた不当なものであること。三点目は、看護ケアは、全てNHSが単独でその責任を担うものであり、地方自治体に移管する余地はないことである。この原審の決定に対して、NHS当局が控訴した。

B 判旨

控訴棄却。NHSのみが看護ケアの供給責任を負うわけではない。したがって、法が許す範囲で、NHS当局は、Coughlan 婦人の看護ケアの提供責任を地方自治体に委ねることができる。ただし、次の二つの場合に該当しなければ、地方自治体が看護ケアを提供することは違法となる。一点目は、地方自治体に提供責任のある介護施設に付随的又は補助的なものであることである。二点目は、地方自治体の提供責任に本質的に適っていることである。Coughlan 婦人が必要とするサービスは、この二つの場合には該当しない。

³³¹ See *Coughlan & Ors, R vs. North & East Devon Health Authority [1999] EWCA Civ 1871*.

C 判決の検討

原審及び控訴審の判決ともに、Coughlan 婦人の看護ケアを NHS が担うべきであるとする結論は同じである。しかし、両判決は、看護ケアの提供責任に関する解釈に相違があった。その相違点とは、控訴審（Court of Appeal）が、看護ケアを NHS が単独で担う点は否定し、地方自治体にも提供責任があることを明確にしたことである。

なお、本件では、政策的な変更によって損なわれた個人の正当な期待（Legitimate expectations）は保護されるべきかという行政法上の論点も争われた³³²。つまり、Mardon Houseの閉鎖の決定に対して、「終の住処」を確保するというNHSとの間に交わされたCoughlan 婦人との約束は、保護すべき正当な期待に値するかという問題である。この問題は、従来と比較して司法審査の範囲が拡大しつつあることに留意する必要がある。なぜなら、行政機関の決定は、Human Rights Act 1998 第3条第1項の規定により、欧州人権条約（Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms）に適合するように制定法を解釈することが求められているからである。ただし、本件では、あくまで看護ケアの位置づけに焦点を当てて検討を行なう。

控訴審では、本件の根本的な問題は、地方自治体が看護ケアを提供することが、法に適合しているか否かにあると指摘している³³³。地方自治体が看護ケアを提供することの適法性を検討するにあたって、1990年NHS及びコミュニティ・ケア法の制定に伴うNHSの政策的な転換は、NHSが担ってきた入院患者等の介護等の責任を、地方自治体に移管させたことを踏まえる必要がある。

当時の保健省の通知では、看護ケアをストマ等の「専門性を有するもの」“specialist”と「一般的な看護ケア」“general nursing care”に分類し、後者を地方自治体がサービスを購しそれを提供できるものと示した。なお、前者については、一次的な医療ニーズを有する者として、引き続きNHSが供給する。1996年4月に退院した患者にもNHSが必要な費用を支弁する仕組みとして明確化したものが、“NHS Continuing Healthcare”である³³⁴。

³³² 伊藤行紀「英国における司法審査基準の変容」駿河台大学比較法研究所紀要 16号（2007年）PP121-199。裁判所の裁量権の判断の余地について、いわゆる伝統的な“Wednesbury”原則の下では、行政機関の悪意や不誠実さを排除することを目的に、不合理性（Unreasonably）を基準にして極めて限定的に運用されていた。本件では、権限の乱用（Abuse of power）を根拠に、公益性との比較考慮の上で、個人の正当な期待が法的に保護されるべきと認めるに至ったことは、特筆すべき点であった。

³³³ *Coughlan vs. North & East Devon Health Authority, (1999), supra note 331, Para 1.*

³³⁴ *Id.*, Para 10.

法的な観点から検討すれば、地方自治体が看護ケアを提供できる余地は少ない。1948年国民扶助法第21条第1項の規定は、地方自治体に介護施設等の提供を義務づけたものであるが、具体的にどのようなサービスを提供するかは、英国政府の裁量に委ねられていた。

しかし、コミュニティ・ケア改革以降、地方自治体は、単なるサービスの提供者ではなく、より主体性と戦略性をもった存在になることが期待された。Community Care (Residential Accommodation) Act 1992 第1条第1項の規定により、1948年国民扶助法第26条第1B項の規定が追加され、地方自治体は、民間の看護付き介護施設サービスを購入することが可能となったことが大きい。さらに、1990年NHS及びコミュニティ・ケア法附則第5条第3項の規定により、1948年国民扶助法第21条第8項の規定に次の文言が追加された。その文言は、「1997年NHS法の下で承認又は必要とされる」(Authorised or required to be provided under the National Health Service Act 1977) サービスの提供を地方自治体に禁じるものであった。この結果、同項の規定は、「1997年NHS法の下で承認又は必要」としない看護ケアを地方自治体が提供できるという反対解釈を可能とする余地を与えた。

控訴審は、原審と異なり、1948年国民扶助法の各規定を総合的に解釈することにより、地方自治体は、NHSと競合しない限りにおいて、保健医療サービスを提供することが可能であり、看護ケアもこれに含まれると解釈した。

1977年NHS法第1条の規定は、包括的保健医療サービスを全国規模で中断なく展開すること、さらにこれを無料で供給することを英国政府に義務づけている。包括的保健医療サービスの具体的な範囲は、同法第3条第1項各号の規定によって、必要とされる全ての合理的な要件を満たしたと考えられる範囲において (To such extent as he considers necessary to meet all reasonable requirements)、病院、救急医療等が規定されている。判決によると、包括的保健医療サービスの中には、看護ケアも含まれると解されている³³⁵。ただし、全ての看護ケアを、NHSが単独で担わなければならないわけではない。当然ながら、NHSは、同法第1条の規定に留意しつつも、何をどれだけ供給するかについて、現在の経済状況を考慮して決定することができる。例えば、NHSは、看護ケアの供給を減じる判断をすることができる。この場合、同条に規定する「必要とされる全ての合理的な要件を満たしたと考える範囲」に該当しないことが条件になる。言い換えれば、一次的な医療ニーズを有しないことである。したがって、地方自治体が看護ケア提供するためには、同条の規定と競合

³³⁵ *Id.*, Para 24.

しないことが求められている。

だが、具体的にどのような場合に地方自治体は看護ケアを提供することができるのか。本件は、地方自治体が看護ケアを提供する基準を、初めて明示したものとして特筆に値する。地方自治体が看護ケアを提供できるか否かの基準は、サービスの量と質の観点から判断することが必要とされる。前者は、地方自治体に提供責任のある介護施設に付随的又は補助的なものである必要がある。後者は、地方自治体が提供責任を有しており、本質的に地方自治体の提供責任に適っている必要がある³³⁶。判決は、サービスの量と質の観点から、地方自治体に看護ケアを提供する余地があるかを判断した結果、Coughlan 婦人はこの基準に該当しないと結論した。

また、この判決では、NHSは、包括的保健医療サービスを全国規模で間断なく展開するという一般原則を逸脱しない限りにおいて、一定のサービスを削減する判断の余地があることを認めている。しかし、単純に地方自治体はその空白を埋めること理由として、NHSが後退することは許されないこと (He cannot decline simply because social services will fill the gap) にも言及している³³⁷。

② R on the application of Grogan v Bexley NHS Care Trust and others³³⁸事件

A 事件の概要

本件は、重篤な障害を負っているGrogan 婦人が、ロンドン都市に位置するベクスリー (Bexley) 区域のNHS地方当局を相手に、“NHS Continuing Healthcare” の提供を求めたものである。Coughlan³³⁹事件を判例として、新たに制定されたHealth and Social Care Act 2001 第49条の規定に基づき、NHSが提供を担う登録看護師から提供されるケアの取り扱いの判断を裁判所に求めたことが、本件の特徴である。

Grogan 婦人は、当時65歳で多発性の硬化症を患っており、さらに排尿と認知機能に障害を負っていた。しかし、NHS地方当局は、ニーズ評価の結果、Grogan 婦人を“NHS Continuing Healthcare” の受給資格に該当しないと判断した。ただし、Health and Social Care Act 2001 第49条の規定に基づき、Grogan 婦人は、いわゆる “NHS-funded nursing care” として、登録看護師から提供されるケアのみをNHSから提供されることになった。

³³⁶ *Id.*, Para 30.

³³⁷ *Ibid.*

³³⁸ *See Grogan, R v Bexley NHS Care Trust & Ors [2006] EWHC 44 (Admin).*

³³⁹ *See Coughlan v North & East Devon Health Authority (1999), supra note 331.*

“NHS-funded nursing care”を受給するために、Grogan 婦人のニーズ評価を実施したところ、Grogan 婦人の看護ニーズは、看護ケア評価基準（RNCC :registered nursing care contribution）の中位と一部上位の区分に該当するものであった。

Grogan 婦人は、明らかな看護ニーズを有するにもかかわらず、NHS当局が一次的な医療ニーズを適切に評価していないとして、裁判所に司法審査を求めた。

B 判旨

破棄差し戻し。Grogan 婦人の“NHS Continuing Healthcare”の受給資格に係る評価をやり直すために、NHS当局の決定を破棄し、差し戻しを命じる。なお、Grogan 婦人のニーズ評価を実施する場合は、次の三点の事項を考慮に入れなければならない。一点目は、どの評価を実施すべきかを特定することである。二点目は、旧Health and Social Care Act 2001 第49条の規定の適用に先立って、法的な観点から地方自治体が看護ケアを供給することができるか否かを検討することである。三点目は、地方自治体が看護ケアを許されない場合には、Grogan 婦人は、“NHS Continuing Healthcare”の受給資格に該当することを第一に検討することである。

C 判決の検討

判決では、Grogan 婦人に看護ケアを提供する責任は、法的な観点からNHSと地方自治体のどちらにあるのかを判断することが求められている。このため、Coughlan事件が重要な判例になるとの見解を示した³⁴⁰。ただし、Coughlan事件では、一次的な医療ニーズの有無を決定することによって、看護ケアを含めた全ての介護を誰が提供するかを判断できた点が、本件とは異なる。つまり、Coughlan事件では、一次的な医療ニーズを有する場合には、NHSが提供責任を有し、一次的な医療ニーズを有しない場合には、地方自治体が提供責任を有することになった。

しかし、本件では、制度改正により、旧Health and Social Care Act 2001 第49条の規定に基づき、登録看護師から提供されるケアは、NHSが提供することになった。このため、対象者が、一次的な医療ニーズを有しない場合に、対象者の介護の提供責任が地方自治体にあるが、一定の看護ケアはNHSから供給されることになる。したがって、看護ケアの提供

³⁴⁰ *Grogan, R v Bexley NHS Care Trust & Ors (2006)*, *supra* note 338, Para 11.

責任は、概念として3つの選択肢が生じることになる。一点目は、“*NHS Continuing Healthcare*”に基づき、NHSが単独で提供責任を有する場合である。二点目は、いわゆる“*NHS-funded nursing care*”を適用して、NHSと地方自治体が共同で提供責任を有する場合である。三点目は、登録看護師から提供されるもの以外の看護ケアのみを必要とする場合である。この場合、地方自治体が単独で提供責任を有する余地がある。

本件は、看護ケアの提供責任が、NHSと地方自治体が共同で有する場合に該当する。本件で争点となったのは、比較的高度な看護ケアが必要とされる場合に、“*NHS Continuing Healthcare*”の受給資格との整合性をどのように図るかという点である。

NHS当局は、“*NHS Continuing Healthcare*”と“*NHS-funded nursing care*”は全く異なる概念であると主張する。前者は、Coughlan事件で示された判例に従って、一次的な医療ニーズの有無を判断することが求められている。後者は、一次的な医療ニーズを有さない者を対象として、看護ケアの必要性のみを判断することが求められている。したがって、対象者は、二段階に分けてニーズ評価を実施されることによって³⁴¹、“*NHS Continuing Healthcare*”の受給資格に該当しない場合に、改めて“*NHS-funded nursing care*”の必要性を判断されることになる。

判決では、NHS当局の主張を退けた³⁴²。その理由は、看護ケアの必要性の判断は、“*NHS Continuing Healthcare*”と“*NHS-funded nursing care*”とでは実質的に同様のものであり、改めてニーズ評価を実施する意味がないからである。このため、“*NHS-funded nursing care*”の評価区分に従って、看護ケアのニーズが最も高いと評価された者と、“*NHS Continuing Healthcare*”の受給資格者とを区別することはできないとした。結論として、判決は、Grogan 婦人に“*NHS Continuing Healthcare*”を提供しないとしたNHS当局の決定を破棄し、改めて検討し直すことを命じた。

本件では、一時的な医療ニーズとは一体何かが争われることになったが、判決ではそれを明確化できなかった。判決は、“*NHS Continuing Healthcare*”の適用範囲を恣意的に解釈することによって、地方自治体が供給することが法的に許されるものと、NHSが供給すべきものとの間で、潜在的な空白（Potential of gap）が生じる恐れがあると指摘するに止まっている³⁴³。しかし、NHSは、本件の判決を受けて、“*NHS-funded nursing care*”の評価区分

³⁴¹ *Id.*, Para 49.

³⁴² *Id.*, Para 50.

³⁴³ *Id.*, Para 107.

を、三段階（Low, medium and high）から一律の評価に改めたことから、本件の判決が世論に与えた影響は大きいと考えられる。

（ウ）二つの判例からの検討

二つの判例から読み取れることは、保健医療と社会福祉の法的な境界線が、ニーズの違いによって形成されたものではなく、あくまで人為的に線引きされたものと考えられることができる。しかも、新法は、保健医療と社会福祉の法的な境界線を可能な限り維持しようと慎重を期して立案された。

いわゆるCoughlan事件とGrogan事件で争点となったのは、法的な観点から地方自治体が看護ケアを提供できる余地があるかということである。両事件においても、裁判所は、その範囲は極めて限定的ながらもそれを肯定した。しかし、それはサービスの空白が生じないこと、地方自治体がそれを埋めることを理由に、NHSを後退させないことが前提となる。ただし、そこには政策の方向性と裁判所の判断の間に溝があることが確認できる。つまり、政策的には、NHSと地方自治体のいずれかがサービスの空白を埋めることによって、その線引きを変更しようとするのに対して、裁判所は、極力NHSを後退させないことに判断の指標を置いていることが判例から確認できる。

（エ）本人の希望とニーズ評価との関係

① ニーズ評価の位置づけ

サービスの決定に関して、本人の希望が財源不足等の公共の利益と競合する場合、ニーズ評価は、本人の希望とどのように折り合いをつけるべきであろうか。

要介護者のニーズを評価することは、いわゆる社会福祉の枠組みの中でも法的権利の核心で、決定的な要素（Core legal right and a crucial feature of adult social care）と位置づけられている³⁴⁴。したがって、ニーズ評価は、新法の規定の中でも最も重要な事項の一つであるとされる。なぜなら、ニーズ評価それ自体が、サービスの一種であり、他の全てのサービスの間口になるからである。さらに、ニーズ評価の結果は、公的な支援の判断要素となり、ケア・プランの策定のための手段ともなる。

ただし、ニーズ評価に重きを置きすぎることは、対象者の絞り込みとサービスの定型化

³⁴⁴ Law Commission (2011), *supra note* 261, Para 5.3.

をもたらす恐れがあるため、当事者によるサービスの選択とコントロールを旨とする当事者主義（Personalisation）の側面から疑問が呈されている³⁴⁵。特に介護予防等の一般的なサービス（Universal services）は、適切な情報提供や助言を確実に提供しなければならない一方で、広く門戸を開放すべきであり、必ずしも予め対象者を限定する必要性はないところ、ニーズ評価は、あたかも地方自治体に対象者の絞り込みとサービスの定型化に対する免罪符を与えてしまうことが懸念されている。

ニーズ評価に重きを置きすぎることに対する懸念がありながらも、地方自治体は、ニーズ評価を無視して、サービスの提供を決定することはできない。そして、地方自治体の決定は、どの程度までニーズ評価の結果に拘束されるのかという問題がある。地方自治体の決定が、ニーズ評価の結果に拘束されるのであれば、本人の希望をニーズ評価にどのように位置づけるかは、公共の利益と直結した重要な観点となる。

地方自治体の決定は、どの程度までニーズ評価の結果に拘束されるのかという問題を検討するにあたって、ニーズ評価の重要性に関する解釈は、基本的には旧法の下で形成された英国内法の判例と欧州人権裁判所の解釈を踏まえる必要がある。なぜなら、Human Rights Act 1998 第6条第1項の規定は、欧州人権条約に適合しない公的機関（Public authority）の行為を違法と定めているため、公的サービスの受給権について、欧州人権裁判所で争われる事案が急増したからである³⁴⁶。このため、英国の最高裁（Supreme Court）の判決は、欧州人権裁判所の解釈によって覆される場合が少なくない。

② Care act 2014 の制定が与える影響

1990年NHS及びコミュニティ・ケア法第47条第1項の規定は、在宅介護に係るコミュニティ・ケア・ニーズ・アセスメント（Assessment of needs for community care services）の実施義務を地方自治体に課している。同項の規定は、介護サービスの必要性（In need of any such services）が認められる場合（Where it appears to）、当該アセスメントを実施し、その

³⁴⁵ *Id.*, Para 5.5.

³⁴⁶ 中村民雄「欧州人権条約のイギリスのコモン・ロー憲法原則への影響—「法の支配」の変不変」早稲田法学 87 卷 3 号（2012 年）PP 651-691。当初、英国では、欧州人権条約の理念は、全てコモン・ローが保護する自由権のリストを暗黙裡としていたと考えられていた。しかし、1980 年代半ば以降から、英国政府の違法性が問われる事件が増加した。このため、国内実施法の制定の必要性が高まり、1977 年の総選挙で労働党は、Human Rights Act 1998 の制定を公約に掲げた。この時のスローガンは、「権利の里帰り」（Bringing Rights Home）であった。

結果に基づき、必要な支援を提供することを求めている。このうち、要介護度の認定にあたっては、保健省の通知³⁴⁷に基づき、重篤（Critical）、重度（Substantial）、中度（Moderate）及び軽度（Low）の四つの段階に分類される。ただし、地方自治体は、四つの段階のうちどの段階の要介護度を基準にして、公的な支援の対象とするかについて裁量を有していた。この受給基準の決定に際して、地方自治体は、地域の財政状況、要介護者の見込み数及び介護費用を考慮する（Councils should take account of their resources, local expectations, and local costs）ことが認められていた³⁴⁸。

なお、コミュニティ・ケア・サービスとは、同法第46条第3項に規定するとおり、1948年国民扶助法第三章、1968年保健サービス及び公衆衛生法第45条、精神保健法第117条等の規定に基づき地方自治体が供給するサービスをいう。ただし、1948年国民扶助法第21条の規定に基づく入所の措置は、地方自治体の財政事情が考慮される余地はほとんどないことから、ニーズ評価に係る保健省の通知には依拠しないものとして解されている³⁴⁹。

さらに、1990年NHS及びコミュニティ・ケア法第47条第2項の規定は、コミュニティ・ケア・ニーズ・アセスメントを実施した結果、一定の障害を有する者に対しては、1986年障害者（サービス、相談及び代理）法第4条の規定に基づく申請があったとみなすことを求めている。なお、同条の申請があった場合、対象者には、1970年慢性疾患及び障害者法第2条第1項の規定に基づく在宅福祉サービスが提供される。

ただし、1970年慢性疾患及び障害者法第2条第1項の規定に基づくサービスを提供する場合、地方自治体は、対象者のニーズを把握することが前提であると解されている。なぜなら、同項の規定は、一定のニーズを有するものを対象としているからである。もっとも一定の障害を有する者は、1986年障害者（サービス、相談及び代理）法第4条の規定によるニーズ評価の実施を、直接、地方自治体に求めることができる。しかし、なぜ法はこのように書き分けたのか、また実際のどの程度の意味があるのか、この点を明確には説明できないとの批判がある³⁵⁰。

³⁴⁷ See Department of Health (2010b), “Prioritising need in the context of Putting People First: A whole system approach to eligibility for social care -Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care, England 2010”, Para 54, Available at: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113155.pdf> (accessed 01/2017).

³⁴⁸ *Id.*, Para 44.

³⁴⁹ Law Commission (2010), *supra note* 265, Para 7.7.

³⁵⁰ *Id.*, Para 7.37.

このように旧法の規定は、複雑に入り混じったものではあるが、対象者は、原則としてコミュニティ・ケア・ニーズ・アセスメントを受けることが必要となる。したがって、受給資格を有しないと評価された者、コミュニティ・ケア・ニーズ・アセスメントを受けない者等は、地方自治体から必要な情報提供及び助言さえも得ることが難しかった。さらに、自己負担者の位置づけもまた不明瞭であった。法律の文言上、自己負担者は、ニーズ評価の実施を否定されないと解されているものの、ニーズ評価を実施した自己負担者の位置づけが不明確であることから、地方自治体から門前払いされていた³⁵¹。

Care Act 2014の規定は、地方自治体に二段階の義務を課している。一段階目として、地方自治体は、一般市民を対象として、必要な情報と助言を提供する一般的な義務を負っている。二段階目として、地方自治体は、ニーズ評価の対象者に対して、具体的な義務を負っている。これによって、地方自治体は、ニーズ評価の実施に捉われることなく、より広い層に対して、介護予防等の必要な情報提供及び助言を提供することができる。

具体的には、Care Act 2014 第2条の規定は、地方自治体の決定に、介護予防 (Preventing needs for care and support) に資することを求めている。また、同条第3項の規定は、要介護者及びその介護者に対して必要な情報と助言を提供 (Providing information and advice) するための体制の整備を、地方自治体に義務づけている。この義務は、一般的な施策の実施を求めるものであり、特定の者が権利として地方自治体の行為を請求できるものではない。

Care Act 2014 第9条の規定は、ニーズ評価の実施を定めている。同条第1項の規定は、要介護のニーズが認められる場合に、地方自治体にニーズ評価の実施を求めている。なお、同条第3項の規定は、ニーズ評価の実施にあたって、受給資格を有するか否か、対象者の所得・資産の保有状況等によって左右されないことを明記している。

ニーズ評価の結果に基づいて、同法第13条第1項の規定は、いわゆる受給資格の有無を決定することを地方自治体に義務付けている。同条第7項に規定する受給基準は、Care and Support (Eligibility Criteria) Regulations 2015 に基づく全国一律の最低受給基準となる。このため、旧法から新法へ移行することによって、地方自治体が有していた受給基準を決定する裁量の余地はなくなることになる。

なお、同条に規定する受給基準に合致した場合、第17条第1項の規定に基づき、地方自治体は、利用者負担を徴収するにあたって、対象者の所得・資産を評価しなければならない

³⁵¹ Law Commission (2011), *supra note* 261, Para 5.26.

い。すなわち、旧法の規定に基づくニーズ評価から、所得・資産の保有状況に関するものが切り離され、かつ自己負担者もニーズ評価の対象とすることが明確になった。そして、第18条第1項の規定は、地方自治体に、対象者のニーズに適合する義務を課している。同条第3項の規定は、自己負担者が、地方自治体にニーズへの適合を求めることができることを定めている。

ただし、全国一律の受給基準が定められたとしても、地方自治体は、受給資格者にどのようなサービスを提供するかについて、広範な裁量権を有することは、旧法から新法へ移行したことによって変わるわけではない。なぜなら、ニーズへの適合を定めたCare Act 2014 第8条第1項の規定は、その事例を示すに止まっているからである。しかし、新たに定められたニーズへの適合という概念は、既存のサービスを前提にせず、対象者のニーズ評価に基づいた措置が求められるため、地方自治体の判断がより問われることになる。

以下、旧法の判例に沿って、ニーズ評価は、本人の希望とどのように折り合いをつけるべきかについて、検討する。

(オ) McDonald vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea³⁵²事件の検討

① 事件の概要

本件は、移動に介助を必要とするMcDonald婦人が、ロンドン中心部に位置するケンジントン及びチェルシー王室特別区を相手に、夜間の訪問介護の削減に係る違法性を訴えたものである。最終的には、最高裁の判決を不服として、英国を相手に、私生活の尊重に係る権利侵害が欧州人権裁判所にて争われることになった。

McDonald婦人は、1999年9月に脳卒中を患い、左半身の硬直が残り歩行が困難となった。当時56歳のMcDonald婦人は、その後、転倒により入退院を繰り返すことになる。2006年4月に2回目の大きな転倒から障害が悪化し、同年8月まで再入院を余儀なくされた。今まで彼女の同居人であるMcLeish氏が日常的な介護を担っていたが、彼自身も体調を崩し入院した。退院後、McLeish氏は、McDonald婦人とは別に住むことになった。しかし、この頃、McDonald婦人は、神経因性膀胱 (Neurogenic bladder) により、夜間に2回から3回程度の排尿を要することから、自室では室内便器 (Commode) を置いていた。McLeish氏は、McDonald婦人の夜間の介助を担うため、週に3回彼女の自宅に泊まっていた。

³⁵² *R (on the application of McDonald) vs. Royal Borough of Kensington and Chelsea*, [2011] UKSC 33.

直ぐにMcDonald婦人は、3回目の大きな転倒により再入院し、2007年3月に退院した。この間、王室特別区は、2007年1月22日から2月9日にかけてニーズ評価を実施した。McDonald婦人の要介護度は、「重度」(Substantial need)と判定された。また、McDonald婦人とその同居人であるMcLeish氏が、失禁パッド(Incontinence pads)の使用に拒絶感があることが記録されていた。

退院直後から、王室特別区は、週70時間の夜間の訪問介護を含む暫定的なケア・プランを提供した。これがニーズ評価に基づく公式のケア・プランとして策定されたのは、2007年4月27日のことである。McDonald婦人の要介護の状態は、「夜間に排泄の介助が必要」(Assistance with toileting, when it's required during the night)であることが明示された。

2008年1月8日のケア・プランの見直しでは、McDonald婦人の要介護度は再び「重度」と判定されたが、その要件は夜間の排尿管理を支援する必要(Needs assistance to manage continence at night Substantial Need)を認めるに止まり、室内便器(Commode)の使用を明確には位置づけなかった。このため、その後のケア・プランの見直しでは、室内便器を使用した場合の夜間のMcDonald婦人の要介護度を「中度」(Miss McDonald needs assistance at night to use the commode Moderate Need)に判定することがあった³⁵³。

2008年2月19日から29日にかけて実施したニーズ評価では、「McDonald婦人は、失禁パッドの使用を望まない」(Ms McDonald does not wish to use incontinent pads and sheets)ことが明示され、室内便器を使用した場合の夜間の要介護度は改めて「重度」(Miss McDonald needs assistance to use the commode at night Substantial Need)と判定された。この結果は、2008年7月2日から10月28日にかけて実施したニーズ評価でも同様であった。特筆すべきは、解釈に幅を持たせた前回の認定よりも意図的に踏み込んだ内容となった点である。

しかし、ニーズ評価とは別に、2008年10月17日に実施したMcDonald婦人との面接を踏まえて、当局は、11月21日付けで、夜間の訪問介護の代わりに失禁用パッドを用いることにより、週70ポンドから週450ポンドに削減できる旨を通知した。ただし、11月17日付けのケア・プランでは、2008年7月のニーズ評価に基づいて策定されているため、McDonald婦人のニーズを「夜間の室内便器の使用に支援が必要」(Assistance to use the commode at night)と表現しており、週70時間から減少したものの、週5日の夜間の訪問介護を受けていた。なお、その後、夜間の訪問介護は段階的に縮小されていく。2008年12月から暫定的

³⁵³ McDonald vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea (2011), *supra* note 352, Para 45.

に週4日に変更され、2011年9月にこれらの措置は全てなくなった。

王室特別区は、一方では夜間の訪問介護の削減を提案しながらも、他方ではそのニーズを認める矛盾した決定を行った。これに対して、原告は、2008年12月22日に王室特別区の違法行為に係る司法審査を求めた。

原審（High Court）は、2009年3月5日に原告の主張を退ける判決した³⁵⁴。その理由は、McDonald婦人の真のニーズは、夜間の排尿行為に係る安全性の確保であり、必ずしも夜間の訪問介護に固執することはないというものであった。すなわち、地方自治体には、ニーズ評価を文言通りではなく幅をもって解釈することが可能である旨を判示した。一方、控訴審（Court of Appeal）は、2010年10月13日に基本的には原告の主張を退けるものの、一部王室特別区の違法行為を認めることになった³⁵⁵。それは、夜間の訪問介護の削減を事実上決定した2008年10月からニーズ評価が見直される2009年11月までの期間についてである。McDonald婦人は、控訴審の決定を不服として、上訴した。

なお、控訴審の審査中に行った2009年11月のケア・プランの見直しでは、McDonald婦人の要介護は「重度」（Substantial need）のままであったが、失禁用パッド（Incontinence pads）を用いる方向性が示された。続いて、2010年4月のケア・プランの見直しでも同様の見解が示されるとともに、将来の要介護度の悪化に備えて、介護付き住宅（Extra Care Sheltered Housing）に入居する選択肢が提示された³⁵⁶。

② 判旨

請求棄却。2009年及び2010年のケア・プランの見直しで実施されたMcDonald婦人のニーズ評価は、国内法に明確に反するものではない。また、王室特別区の決定は、McDonald婦人の尊厳の確保に特別な注意を払っており、欧州人権条約第8条の規定に違反していないとする控訴審の判決を支持するものである。また、王室特別区の決定が、たとえ同条約第8条第1項の規定に反する疑いがあったとしても、同条第2項の規定に基づき、McDonald婦人のニーズと、王室特別区の経済的福利（Economic well-being）や他の利用者との公平性等を天秤にかけると、王室特別区の決定は正当化されるものである。

³⁵⁴ *McDonald, R (on the application of) vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea [2009] EWHC 1582 (Admin)*, Para 36.

³⁵⁵ *McDonald, R (on the application of) vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea, [2010] EWCA Civ 1109*, Para 58.

³⁵⁶ *McDonald vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea (2011)*, *supra* note 352, Para 11.

③ 判決の検討

A 原審（High Court）と控訴審（Court of Appeal）の判決の経緯

原審及び控訴審の判決は、*R v. Gloucestershire County Council ex parte Barry*³⁵⁷事件を先例として、地方自治体がサービスの供給を決定する際に、その地域の財政状況、実現可能性等の地域資源（Resources）を考慮することができることを踏まえたものである。しかし、原審と控訴審で評価が分かれたのは、*R v. Kirklees Metropolitan Borough Council ex parte Daykin*³⁵⁸事件の解釈である。この事件では、本人が在宅での生活を継続することを望んでいたにもかかわらず、地方自治体が費用対効果等の観点から施設に入所させることを決定したことを違法と判断した上で、裁判所自らが本人のニーズに最適な方法を判断することができるとした。

原審では、この判例を参照して、ニーズ評価を文言通りではなく、McDonald婦人の真のニーズを解釈し、夜間の排尿行為に係る安全性の確保にあると判断した。これに対して、控訴審では、この判例は、あくまで地方自治体が本人のニーズ評価を実施していない場合の緊急的な措置であり、本件では適用できないと判断した³⁵⁹。本件では、「夜間の室内便器の使用に支援が必要」（Assistance to use the commode at night）というニーズ評価に基づいてケア・プランが策定されており、これを無視した王室特別区の決定を違法と判断した。あくまでニーズ評価は地方自治体の責任のもとに実施されるものであり、裁判所がそ

³⁵⁷ See *R v. Gloucestershire County Council ex parte Barry* [1997] AC 584. グロスターシャー州（Gloucestershire County Council）から訪問介護を受けていた者が、英国政府の歳出削減を受けて、サービスを縮減した地方自治体の決定の取り消しを求めたところ、棄却された事案である。

この判決では、Chronically Sick Disabled Persons Act 1970 第2条の規定は、単なる努力目標（Target duty）ではなく、具体的な義務（Specific Duty）であるにもかかわらず、地方自治体の財政事情等を考慮する余地を認めている。しかし、その裁量の範囲は極めて限定的なものである。特に財源不足を理由とした不履行は許されないと解されている。（Law Commission (2010), *supra* note 265, Para 7.33）

³⁵⁸ See *R v. Kirklees Metropolitan Borough Council ex parte Daykin* [1998] 1 CCLR 512. この事件では、在宅の障害者が2階に移動することができないため、リフトを設置するか又は1階部分を改造することが望ましい旨の勧告を医師から地方自治体を受けていた。本人も在宅生活を継続することを望んでいた。しかし、地方自治体は、費用対効果等の観点から施設に入所させることを決定した。この点について、判決では、地方自治体はニーズ評価を実施していないため、決定は違法であり、裁判所が自ら本人のニーズに対して最も適切な手段を判断することができるかと判示した。

³⁵⁹ *McDonald v Royal Borough of Kensington & Chelsea* (2010), *supra* note 355, Para 36.

の是非を判断するものではないことを示した。ただし、実際には、暫定的に夜間の訪問介護の提供は継続されているため、違法性は阻却されるとした。

また、王室特別区の決定を違法と判断したのは、2008年10月から2009年11月までの間に限定される。その後、2009年11月のケア・プランの見直しによって、McDonald婦人のニーズ評価も同様に再考されたものとして扱うことができるとした。このため、失禁用パッドを用いる方向性が示された2009年11月及び2010年4月のケア・プランの適法性を認めた。

控訴審の判決では、王室特別区は、McDonald婦人の要望に注意深く慎重に対応してきたが、「その福祉が限られた財源によって支えられている全ての利用者の利益に適うよう行動する責任もある³⁶⁰」 (However, it is responsible also for acting on behalf of the interests of all the clients whose welfare it supports with the use of limited resources) ことを認めている。

B 最高裁 (Supreme Court) の判決の検討

原告の意向に反して、地方自治体は、サービスを削減することができるのか。特に王室特別区が裁判で主張するように、金融危機の影響から地方自治体の財政状況は急激に悪化する中で、個人の権利はどこまで尊重されるのかが争点となった。

2011年7月6日の最高裁の判決は、控訴審の判決を支持するものであった³⁶¹。評決の内訳は、1名が反対意見を述べ、他の4名が大筋で賛意を示した。

最高裁の判決では、論点が四点あった³⁶²。一点目は、2009年及び2010年のケア・プランの見直しの適法性である。二点目は、欧州人権条約第8条の規定に対する地方自治体の違反、三点目と四点目は障害者差別禁止法 (Disability Discrimination Act 1995)³⁶³ 第21条の規定及び同法第49条の規定に係る地方自治体の違反の有無についてである。

一点目は、ケア・プランの見直しには、McDonald婦人のニーズ評価も含まれており、改めて別に実施する必要性はないとするものである。二点目は、王室特別区の決定が、たとえ同条約第8条第1項の規定に反する疑いがあったとしても、同条第2項の規定に基づき、その決定は正当化されるというものである。

三点目と四点目は、障害者差別の是正の観点からのものである。障害者差別禁止法第

³⁶⁰ *Id.*, Para 57.

³⁶¹ *Id.*, Para 26.

³⁶² McDonald vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea (2011), *supra* note 352, Para 5.

³⁶³ Disability Discrimination Act 1995 は、Sex Discrimination Act 1975、Race Relations Act 1976 等を統合して、新たに制定された Equality Act 2010 に編入された。

21B条の規定は、一般に供されるサービス等を障害者が利用する場合に不可能又は不合理を生じないよう合理的な措置を講じることを、公的機関に義務づけている。判決では、王室特別区は、障害者が利用する場合に不可能又は不合理を生じるような措置は講じておらず、たとえそれが疑われる場合であっても、同法21D条第5項に規定する「法の目的を達成する手段と比較考慮」(Proportionate means of achieving a legitimate aim) ことによって正当化されるとした。また、同法第49A条の規定は、公的機関に、不法な差別の根絶、機会の平等の促進、社会参加の奨励等の必要性を考慮する義務を課しているところ、判決では、本件に適用することは的外れであるとして退けた。

一方、反対意見は、Hale判事が述べた³⁶⁴。Hale判事は、1970年慢性疾患及び障害者法第2条第1項の適用の可能性から、王室特別区の決定を批判した。同条の規定は、ニーズ評価を通して、一定の障害者に対する在宅福祉サービスの調整に係る義務を、地方自治体に課したものである。Hale判事は、同条の規定に基づき、地方自治体は二つの観点から対応する必要があると指摘した。一点目は、障害者がどのようなニーズを持っているかである。二点目は、障害者のニーズに適合させるのに必要なのは何かである。Hale判事は、王室特別区が、この二つの観点を混合しているために、室内便器の使用と安全性の確保という次元の異なる問題を同列に置いて評価していると指摘する。このため、Hale判事は、王室特別区の決定は、当事者のニーズに適合しているとは言い難いと主張した。

Hale判事の主張は、夜間の訪問介護の削減に関する王室特別区の決定の違法性を訴えたものである。Hale判事の主張は採用されなかったが、最高裁の判決は、控訴審の判決に従って、王室特別区の決定のうち、ニーズ評価に無視してなされた2008年10月から2009年11月までの期間の違法性を認めた上で、この違法性は、欧州人権条約第8条第2項の規定によって、正当化されるというものであった。しかし、欧州人権条約第8条第2項の規定によって、どのように違法性が阻却されるかは、欧州人権裁判所の解釈に委ねられている。

(カ) MCDONALD vs. THE UNITED KINGDOMの事件³⁶⁵の検討

① 事件の概要

英国最高裁は、王室特別区のMcDonald婦人に対する夜間の訪問介護の削減の決定が、た

³⁶⁴ McDonald vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea (2011), *supra* note 352, Para 61.

³⁶⁵ See MCDONALD v. THE UNITED KINGDOM -4241/12- Chamber Judgment [2014] ECHR 492.

とえ違法であったとしても、欧州人権条約第8条2項の規定により正当化されると判示した。McDonald婦人は、この英国最高裁の判決³⁶⁶を不服として、2012年1月に英国政府を相手にして、同条約第8条（私生活及び家庭生活の尊重についての権利）の規定違反を、欧州人権裁判所（European Court of Human Rights）に訴えた。

② 判旨

一部容認。McDonald婦人に当局が週703ポンドから週450ポンドに削減できる旨を通知した2008年11月21日からケア・プランの見直しを行った2009年11月4日までの期間、王室特別区の決定が欧州人権条約第8条の規定に違反することを宣言する。上記以外の期間の原告の主張は認められない。英国政府に、違法状態にあった期間に特例的に夜間の訪問介護を受けていた事実を考慮して、損害金1,000ユーロと裁判費用等を含む賠償金9,500ポンドを原告に支払うこととを命じる³⁶⁷。

③ 欧州人権裁判所（European Court of Human Rights）の判決の検討

欧州人権条約は、1950年11月4日に署名され、1953年9月3日に発行した。世界人権宣言における自由権の集団的保障を確保するための手段として、欧州評議会（Council of Europe）加盟国を対象として、實際上EU全構成国が加入している。同条約のもとに設置された欧州人権裁判所は、国家間だけではなく、個人が国家を相手にした申し立ても受け付けており、圧倒的に後者が占める割合が多い。欧州人権裁判所の判決は、加盟国に対して法的拘束力を有しており、あたかも最終審であるような役割が期待されている。

本件で争点となった同条約第8条³⁶⁸第1項の規定は、個人を対象として、私的及び家庭生活（His private and family life）、住居並びに通信（His home and his correspondence）が尊重される権利を保障することを定めている。ちなみに、同条約は、いわゆる自由権を中心に

³⁶⁶ See McDonald vs. Royal Borough of Kensington & Chelsea, (2011), *supra* note 352.

³⁶⁷ *Id.*, Para 63.

³⁶⁸ 欧州人権条約第8条（私生活及び家庭生活の尊重についての権利）第1項の規定は、すべての者は、その私的及び家庭生活、住居及び通信の権利を有すると定めている。これに対して、同条第2項の規定は、この条約の権利の行使にあたっては、法律に基づき、かつ国の安全、公共の安全若しくは国の経済的福利のため、また、無秩序若しくは犯罪防止のため、健康若しくは道徳の保護のため、又は他の者の権利及び自由の保護のため民主的社會において必要なもの以外のいかなる公の機関による干渉はあってはならないと定めている。

規定されているが、近年、第8条1項の保障の対象として、国家の積極的義務（Positive obligation）が適用されるかが問われている。例えば「私的及び家族生活」の尊重については、単なる公権力による恣意的な介入からの保護だけではなく、国家が必要な措置を講じよう請求する権利も含まれると解されている³⁶⁹。なお、本件の欧州人権裁判所の判決では、類似の判例³⁷⁰を参照して、国家の積極的義務を問うことなく、同条約第8条第1項の規定に基づき、「私生活」の尊重の侵害に該当するかを判断できるとした。

同条第1項の規定に対して、同条第2項の規定は、同条第1項が保障する権利の行使にあたって、法律の基づくところにより、国の経済的福利の追求（Economic well-being）、公共の安全性の確保（Public safety）、国家安全保障（National security）、秩序の維持若しくは犯罪抑止（Prevention of disorder or crime）、健康若しくは道徳性の確保（Protection of health or morals）、又は第三者の権利及び自由の保護（Protection of the rights and freedoms of others）を目的として、民主的な社会に必要なもの（Necessary in a democratic society）について、同条第1項の適用を除外することを定めている。同項の規定は、国家に広範な裁量権、いわゆる「評価の余地」“Margin of appreciation”を与えるものである³⁷¹。特に限られた資源をどのように配分するかは、社会全体の利益を勘案する必要がある。英国の最高裁の判決では、王室特別区の決定が、原告の利益と地域全体の介護の供給責任を有する地方自治体の意図を十分に比較考慮した上で決定しており、著しい財源不足の中で、いわゆる「評価の余地」を超えないと考えられていた。

しかし、欧州人権裁判所の判決では、McDonald婦人に当局が週703ポンドから週450ポンドに削減できる旨を通知した2008年11月21日からケア・プランの見直しを行った2009年11月4日までの期間を、英国内法の観点から違法状態にあったとして認定した³⁷²。その上で、欧州人権裁判所は、同条約第8条第2項に規定する「法律の基づく場合以外」（Except such as is in accordance with the law）との文言に反していることから、王室特別区の決定が

³⁶⁹ 渡辺 豊「欧州人権裁判所による社会権の保障：規範内容の拡大とその限界」459頁。一橋法学7巻2号（2008年）447頁-487頁。

³⁷⁰ Louisa WATTS vs. the United Kingdom - 53586/09 [2010] ECHR 793, Para 98. この事件では、現在入居していた施設が閉鎖することに伴い、別の介護施設に移行することが、心身に重大な影響を与える恐れがあるため、その決定の取り消しを求めたところ、判決はこれを棄却した。この判決では、積極的義務（Positive obligation）は、施設の閉鎖に伴うリスクを最小化するような取り組みがない場合に、これが問われることになる旨とした。

³⁷¹ MCDONALD vs. THE UNITED KINGDOM (2014), *supra* note 365, Para 54.

³⁷² *Id.*, Para 58.

同条約第8条の規定に違反することを宣言し、英国に賠償を求めた。

つまり、2008年11月21日から2009年11月4日までの期間は、英国内法に依拠していないため、同条第2項の規定による除外を適用することはできないが、それ以降の期間については、英国内法にも合致した決定であることから、同条第2項の規定違反を明白に証明することはできないとするものである。したがって、2009年11月4日以降の原告の状態は、それ以前と同様に「私生活」の尊重が侵害されたものであることを暗示している。この点において、同条約第8条第1項の規定違反を否定した英国の最高裁の判決と異なることに注視する必要がある。

(キ) 二つの判決からの検討

ニーズ評価は、サービスの決定において、本人の希望を叶えるために決定的な役割を負う。なぜなら、地方自治体は、ニーズ評価を無視して、サービスを決定することはできないからである。このため、ニーズ評価の結果に基づくサービスの決定は、本人の希望と財政状況等を天秤にかけることを意味しない。

地方自治体が財政状況等を勘案できる余地は、欧州人権裁判所の判決によると、あくまで国内法に合致することが必要であるため、ニーズ評価の時点でしか残っていない。特に旧法から新法に移行した結果、地方自治体は、全国一律の受給基準に基づいて、受給資格を決定しなければならないことは、地方自治体の裁量を拘束するものである。また、旧法では財政状況等を勘案できる余地は、施設か在宅介護によって大きくことなっていたが、新法では、施設か在宅介護であるかにかかわらず、ニーズ評価において、個々の状況に応じて異なるものと考えられる。したがって、英国法は、意図しない形であっても、地方自治体の決定において、ニーズ評価に相当の重みを与えていることが確認できる。

このため、安易な財源不足を理由とした不履行は許されないものと解される一方で、地方自治体には、全体の利用者のために、ニーズ評価において個人の意向と折り合いをつけることが求められていることは、Care Act 2014 の制定においても変わることはない。

(6) 小括

英国において、高齢者介護は、原則的には社会福祉の領域の問題であるが、一部、保健医療の領域に跨がる場合もある。社会福祉と保健医療を含めて社会保障費の多くが、原則的に税によって賄われており、税であることが英国の社会保障の規模を低位に保つ一つの理由と指摘されている。ただし、社会福祉と保健医療は同じ税で賄われているにもかかわらず、社会福祉は地方自治体が、保健医療は国が直轄する NHS が別々に担っているため、社会福祉と保健医療の制度間に大きな隔たりが生じていることが問題となっている。

英国では、介護費用は全額自己負担が原則であって、公的な支援は、自ら介護費用を負担できない重度の要介護者のみを対象とした選別主義的なものに止まっている。介護費用をどのように負担すべきか、という問題では、地方自治体ごとに支援のあり方に格差が生じていることに加えて、特に介護施設に入所する場合、入所費用を捻出するために、持ち家を売却せざるを得なくなる場合が少なくないことに不満が生じている。また、病院に入院した場合には、原則として自己負担が生じず、NHS から全国共通で包括的医療サービスを提供されるため、適用される制度によって著しく異なる支援のあり方が、高齢者介護の公的な支援に対する不信感を広めている。

高齢者介護の公的な支援のあり方を見直すため、新たな介護費用負担の仕組みの導入を決定し、新法（Care act 2014）を制定した。新たな介護費用負担の仕組みの一つとして導入された介護費用のキャップ制とは、個人が自分の介護のために支出する額に上限を設ける仕組みであり、従来の公的な支援に資力調査を要する仕組みを抜本的に改めたものである。しかし、介護費用のキャップ制は、当初の予定とは異なり、2020年4月までその施行が延期された。この新たな介護費用負担の仕組みの施行が見送られたことは、果たして施行準備の期間を設けただけなのか。それとも、今までの議論が振り出しに戻ることになるか。いずれかによって、今後の英国の高齢者介護のあり方は、大きく左右されることになる。

本章では、新たな介護費用負担の仕組みの施行が見送られた要因として、第一に指摘したことは、高齢者介護を担うはずの地方自治体が、増加する需要に対応できていないことである。なぜなら、高齢化の進展とともに、地方自治体に対する金融危機以降の英国政府の歳出削減の影響が大きいからである。英国政府の方針は、地方自治体向けの使途の制限のある補助金を撤廃した上で、地方自治体の財政に占める補助金の依存度を引き下げるとともに、将来的には地方税等の決定権限を委ね、どのようなサービスを実現するかについて、地方自治体に裁量権を拡大させることにある。しかし、現実には、英国政府の歳出削減によって、地

方自治体の「財政力指数」は著しく減少し、特に大都市圏自治体の財政に決定的な影響を与えた。地方自治体は、財政的な破綻を回避するために、提供するサービスの一部を縮減せざるを得なかった。全国地方自治体協会は、高齢化の進展、全国生活賃金の導入等により、さらに将来的な不足額は拡大すると予想する。2010年度以降の不足額を総計すると、2019年度までに約79億ポンドにも達する見通しである。

第二に指摘したことは、新たな介護費用負担の仕組みの導入によって、介護サービス市場（Care Market）に与える影響が甚大になることである。先細りする介護施設市場では、家族経営型の施設と大規模な事業者が経営する施設とで二極化が進展しており、金融危機以降の地方自治体の歳出削減によって、介護施設の経営は不安定化している。特に実際の入所費用と地方自治体からの委託費との間に差額が生じている介護施設では、この差額の不足分を自己負担者に転嫁していると指摘されている。新たな介護費用負担の仕組みのもとでは、地方自治体からの委託費の不足分を自己負担者に転嫁することができなくなるため、経営が困難な状況に追い込まれることになる。介護施設は、一握りの裕福な者のみを対象とした施設と、公的受給者を中心とした施設に二極化してしまうことによって、ティトマスが批判するように、サービスの二重基準が構築され、公的な支援を「二流の市民のための二流のサービス」にする恐れがある。

したがって、新たな介護費用負担の仕組みの施行が見送られた要因は、第一に地方自治体の財源不足により高齢者介護の需要に答えられていない状況にあること、第二に介護サービス市場に与える影響が甚大であることが考えられる。

本章では、次に、なぜ新たな介護費用負担の仕組みを必要としたのかという点について、資力調査の是非が問題となったことを指摘した。資力調査の問題に対して抜本的な解決を図るために、Sutherland 報告書は、介護費用の無料化を提案した。しかし、英国政府は、介護費用の無料化の仕組みを拒否した。なぜなら、介護費用の無料化は、社会保障財源の多くを税金によって賄ってきた中で、特に介護費用を原則自己負担化してきた英国型福祉国家のあり方から大きく乖離するものだからである。

英国にとって、介護に要する負担をどのように賄うかという問題は、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立がある。介護費用の無料化を巡る議論は、結局のところ、NHS と異なり、「社会福祉は普遍的なサービスではない」という振り出しに戻る結果になる。介護費用を無料化するか、それとも全額自己負担を維持するかという問いは、必然的に英国型福祉国家の役割そのものを問

い直すことになる。

英国の保健医療と社会福祉の分水嶺は、費用負担のあり方にある。社会福祉に要する公費は、限りなく縮減されていく傾向にあり、NHSが是としていた給付の普遍化は、社会福祉の分野では否定されることになる。しかし、このような現行の制度に対する不満が限界に達していたため、新たな費用負担の仕組みの導入が急務とされた。最終的に新たな介護費用負担の仕組みの一つとして導入された介護費用のキャップ制は、税を財源としながらも、社会保険方式の理念を取り入れ、介護費用を無料化するのではなく、介護費用の個人負担額に上限を設ける仕組みである。介護費用のキャップ制の導入の意義は、英国の社会福祉の分野で、極めて限定的に給付の普遍化の要請に応えたことにある。

ただし、介護費用のキャップ制は、言い換えれば、介護費用の無料化と全額自己負担化との現実的な妥協の産物でもある。このため、介護に要する費用をどのように賄うのかという問題は、介護費用の無料化と全額自己負担化との狭間で揺れ続けることになる。

もっとも、英国において、介護費用負担の問題は、介護施設への入所が必要な重度の要介護者を対象とした、極めて限られた領域で考えられてきた。新法の制定にあたって問題となっていたのは、新たな介護費用負担の仕組みを導入だけではなく、むしろ早期介入と予防を重視する政策転換において、最も大きな障壁となった 1948 年国民扶助法の構造である。

1948 年国民扶助法が抱える脆弱性とは、施設に偏重した在宅介護との不均衡な取り扱いである。この脆弱性を補完するために、多くの法律等が制定されてきた。しかし、これらの法律の展開には限界が生じていた。なぜなら、多くの法律が制定された結果、利用者の申請に混乱をもたらし、地方自治体間でも異なる解釈が生じるようになったからである。新法（Care Act 2014）の制定は、単に既存の法律の整理・合理化を図るだけではなく、必然的にどのような介護を誰が担うのかという問題を問い直すものであった。

新法（Care Act 2014）の制定にあたって、特筆すべきは、立法原則を打ち立てたことである。具体的には、当事者の福祉向上を推進させること、これを **Well-being** 原則として規定した。地方自治体の全ての決定は、**Well-being** 原則に基づき、個人の自立した生活を支えることを第一に考慮しなければならないことになった。また、新法への移行にあたっては、重要な概念の更新が行われた。ニーズへの適合と介護者支援である。ニーズへの適合という概念は、サービスの提供という従来用語を意図的に排したものであり、より広い意味を持つ。地方自治体は、既存のサービスを前提とせず、当事者のニーズに適合するようにサービスを手配しなければならないことを定めたものである。加えて、介護者支援を介護者固有の権

利として認めたことは、在宅介護を重視することを明確にする意図があった。その意図は、介護者の生活を支えながら、その介護の能力の活用しようとする方向に、公的な支援のあり方を変えるものである。

しかし、新法の制定によって、全てが改められたわけではない。特に保健医療と社会福祉の境界線は、判例に沿って、従前の仕組みを維持しようとする慎重を期して立法化したことが確認できる。また、サービスの決定には、ニーズ評価が決定的な役割を負うことも変わりはない。地方自治体は、ニーズ評価を無視して、安易に財源不足を理由とした不履行は許されないものと解される。

英国にとって、どのような介護を誰が担うのかという問題は、在宅介護を推進するために、公的な支援のあり方を早期介入と予防を重視する政策へと転換を図り、要介護者とその介護者の自立した生活を支えることを目的とするものである。

ただし、英国では、公的な支援が税を財源とする限り、英国の社会保障の規模を低位に保つことの理由となっていることは指摘した。特に介護費用負担のあり方は、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立から、今後も介護費用の無料化と全額自己負担化との狭間で揺れ続けることになる。このため、英国において、高齢者介護の公的な支援のあり方は、個人の負担能力の問題に矮小化してしまう恐れがあることを指摘することができる。

第4 介護保険法が担う「介護」に関する考察－英国法の展開を踏まえて－

1 わが国において、介護はどのように賄われ、誰が担うのか

本論文は、社会保障と税の一体改革を始めとした近年の見直しは、介護保険制度を導入した目的の一つである「介護の社会化」からの逸脱を促すものではないか、という問題意識から始まった。つまり、サービスの決定は、個人のニーズよりも所得や資産に応じたものとなり、介護を再び個人の負担能力の問題に回帰させようとする恐れがある。このような懸念が生まれる余地があることは、介護保険制度が構造的な問題を抱えているためではないのか。このことを証明するため、一点目に介護に要する費用をどのように賄うのかという論点を、二点目にどのような介護を誰が担うかという論点を検証した。

最初に介護に要する費用をどのように賄うのかという論点について、「日本型福祉社会論」から消費税の導入に至る議論を整理し、社会保険方式の導入の必要性を検証した。

社会保険方式を採用したことは、所得の多寡に関係なく、契約に基づいて、介護ニーズに必要なサービスを利用できるように、需要と供給に対応した仕組みとするためだった。そして、「介護の社会化」の実現にあたって、介護保険制度が基本としたのは、どのようなサービスを提供するかについて、地域が決定すること及び利用者の選択を通じて、サービスの質の向上を図ることである。

次に、どのような介護を誰が担うかという論点を検証するため、介護保険制度創設時の議論を整理し、介護保険制度と家族介護との関係性を論じた。

当時の議論を振り返って明らかとなったことは、介護そのものの定義を欠いたまま、家族介護の評価に関する議論は置き去りにされていたことが明らかになった。家族介護を評価する手立てを有さなかったため、介護保険制度が担う「介護」は、家族介護との代替性を認めず、あくまで家族介護を補完するものとして位置づけることができると考える。そして、介護保険制度は、家族介護との関係において、常に過剰利用のリスクに曝されることになる。

一方、社会保険方式の採用は、単なる財源の確保に止まらず、契約に基づく介護サービスの利用に移行するために決定的な役割を果たした。しかし、介護サービス契約は、介護サービス事業者等と利用者間で締結された契約ではあるが、保険給付を受けることが前提となるため、契約内容は、当事者間の黙示の合意によって、指定基準等に委ねられていることになる。しかし、指定基準等の策定は厚生労働大臣に一任されているところ、その合理性を担保する根拠が明確ではない。特に保険者は、措置権者とは異なり、介護サービス

の提供に係る責任を有していないだけでなく、地域の保険料を決定する役割を担っているにもかかわらず、介護サービスを独自に評価する仕組みを有していない。介護サービス契約の内容が不明瞭であるままならば、自らのニーズに応じたサービスを選択するという利用者の権利を不安定な地位におくことになる。

以上を踏まえると、わが国の介護保険制度の構造的な問題は、介護に占める保険給付の内容及び水準をどのように確保すべきか、という視点を欠いたまま、社会保険料と税という性質の異なる財源を組み合わせたために、消費税の社会保障財源化とともに、国の財政規律の観点から、制度の基本と矛盾していても、なし崩し的に給付の効率化・重点化が進められていくことにある。

2 英国において、介護はどのように賄われ、誰が担うのか

英国において、高齢者介護は、原則的には社会福祉の領域の問題であるが、一部、保健医療の領域に跨がる場合もある。社会福祉と保健医療を含めて社会保障費の多くが、原則的に税によって賄われており、税であることが英国の社会保障の規模を低位に保つ一つの理由と指摘されている。ただし、社会福祉と保健医療は同じ税で賄われているにもかかわらず、社会福祉は地方自治体が、保健医療は国が直轄する NHS が別々に担っているため、社会福祉と保健医療の制度間に大きな隔たりが生じていることが問題となっている。

本論文では、新たな介護費用負担の仕組みの施行が見送られた要因として、第一に指摘したことは、高齢者介護を担うはずの地方自治体が、増加する需要に対応できていないことである。地方自治体が需要に対応できないのは、高齢化の進展とともに、地方自治体に対する金融危機以降の英国政府の歳出削減の影響が大きいからである。第二に指摘したことは、新たな介護費用負担の仕組みの導入によって、介護サービス市場に与える影響が甚大になることである。特に先細りする介護施設市場では、家族経営型の施設と大規模な事業者が経営する施設とで二極化が進展しており、一部の施設では経営が困難な状況に追い込まれることになる。

次に、英国がなぜ新たな介護費用負担の仕組みを必要としたのかという点について、資力調査の是非が問題となったが、介護費用の無料化を実現することはできなかったことを指摘した。なぜなら、英国にとって、介護に要する負担をどのように賄うかという問題は、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立があるからである。新たな介護費用負担の仕組みの一つとして導入された

介護費用のキャップ制は、言い換えれば、介護費用の無料化と全額自己負担化との現実的な妥協の産物でもある。このため、介護に要する費用をどのように賄うのかという問題は、介護費用の無料化と全額自己負担化との狭間で揺れ続けることになる。

最後に、英国が社会福祉関連の新法を制定するに至った経緯を検証した。英国において、新法の制定が求められたのは、新たな介護費用負担の仕組みの導入よりも、むしろ早期介入と予防を重視する政策転換において、1948年国民扶助法の構造が最も大きな障壁となったためである。1948年国民扶助法は、施設と在宅介護の不均衡をもたらしたため、この脆弱性を補完することを理由に、多くの法律が制定されてきた。しかし、これらの法律の展開には限界が生じていた。なぜなら、数多くの法律が制定された結果、利用者の申請に混乱をもたらし、地方自治体間でも異なる解釈が生じるようになったからである。このため、既存の法律の整理・合理化を図った上で、新法である Care Act 2014 の制定が必要とされた。

もっとも、Care Act 2014 の制定は自ずと、どのような介護を誰が担うのかという問題を問い直すことでもあった。すなわち、Care Act 2014 の制定によって明らかになったところによると、英国にとって、どのような介護を誰が担うのかという問題は、在宅介護を推進するために、公的な支援のあり方を早期介入と予防を重視する政策へと転換を図り、要介護者とその介護者の自立した生活を支えることを目的とするものである。

ただし、英国では、税を財源とすることが、英国の社会保障の規模を低位に保つ理由となっていることは指摘した。特に介護費用負担のあり方は、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立から、今後も介護費用の無料化と全額自己負担化との狭間で揺れ続けることになる。このため、英国において、高齢者介護の公的な支援のあり方は、個人の負担能力の問題に矮小化してしまう恐れがあることを指摘することができる。

3 わが国の介護保険法が担う「介護」に関する考察

介護保険法が担う「介護」とは何か。本論文で指摘したが、介護保険制度は、家族介護を評価する手立てを有さなかったため、介護保険制度が担う「介護」は、家族介護との代替性を認めず、あくまで家族介護を補完するものとして位置づけることができると考える。そして、介護そのものの定義が明確化されなかったことにより、家族介護との関係において、介護保険制度は常に過剰利用のリスクに曝されることになる。

介護保険法では、過剰利用のリスクに対して、保険給付を行なう際の三つの配慮事項が定

められている。一点目は要介護状態の維持又は改善とともに医療と連携を図ること、二点目は利用者の選択に基づき事業者等からサービスが提供されること、三点目は給付の内容・水準が残存能力を活用して在宅での生活を可能とすることである。本論文では、三つの配慮事項が、家族介護の位置づけを欠いたために、要介護状態の維持又は改善及びサービスの効率化が自立支援とどのように結びつくかについて、その相互の関連性が不明瞭となっていることを指摘した。

一方、英国でも、新法の制定にあたって、介護を含む社会福祉とは何かが問われた。議論の取りまとめでは、介護を含む社会福祉を厳密に定義することによって、既存の解釈に欠落や齟齬を生じさせる危険性があることが懸念された。そして、介護を含む社会福祉を定義する代わりに、立法原則が導入された。これによって、地方自治体は、Well-being 原則に基づき、個人の自立した生活を支えることを第一に考慮した上で決定しなければならないことになった。

翻って、「介護の社会化」の実現にあたり、わが国の介護保険制度が基本としたのは、どのようなサービスを供給するかについて、地域が決定すること及び利用者の選択を通じて、サービスの質の向上を図ることである。また、介護保険制度は、単なる財源の確保に止まらず、契約に基づく介護サービスの利用に移行するために決定的な役割を果たした。その目的は、市場原理により介護サービスの量的な拡大及び質の向上を図ることであった。

介護保険法は、保険給付の配慮事項として、この制度の基本となる利用者本位の仕組みと地方分権を定めていると解することができる。なぜなら、過剰利用のリスクに対する保険給付の配慮事項は、介護保険法第3条第1項の規定により、原則的には介護保険を行う市区町村に求めたものであり、この配慮事項のうち、同法第2条第3項の規定は、市区町村が行なう介護保険の「保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」ことを定めているからである。つまり、同項の規定によって、介護サービスの提供は、多様な事業者の中から利用者の選択に基づくこととされ、その際、保険給付を行う介護保険の実施主体は基礎自治体であるという制度の基本が具現化されている。

介護保険法が担う「介護」を考察するためには、このような介護保険制度の基本に立ち返ることが必要である。その上で、英国の取り組みを参考として、わが国の介護保険制度が直面する課題への対応策を提案することとしたい。

(1) 税と社会保険料の役割分担を確立させる必要性

わが国の介護保険制度が直面する課題とは、近年の社会保障と税の一体改革のもとに、介護を再び個人の負担能力の問題に回帰させ、介護保険制度創設の目的の一つである「介護の社会化」から逸脱してしまう恐れがあることである。

この点について、英国の取り組みを例にとれば、税を財源とする限り、国の財政規律の影響を受けることは避けられない。もっとも英国では、介護費用負担のあり方は、社会福祉と保健医療の二重構造に起因した、地方自治体と国、選別主義と普遍主義という二つの価値観の対立から、今後も介護費用の無料化と全額自己負担化との狭間で揺れ続けることになる。

翻って、わが国が介護保険制度を創設したことは、普遍的な給付として、介護サービスを保証する一定の財源を確保したものであるとして評価できる。歴史のみれば、医療と福祉の狭間に埋もれていた介護に光を当てるものであった。しかし、介護に占める保険給付の内容及び水準をどのように確保すべきか、という視点を欠いたまま、社会保険料と税という性質の異なる財源を組み合わせたことにより、国の財政規律の観点優先され、サービスの決定は個人のニーズよりも所得や資産に重きをおくことになり、その給付の普遍性が修正されようとしている。

特に資力調査を要件とすることは、持ち家の取り扱いが大きな議論となった英国を参考にすれば、慎重を期す必要がある。英国では、高齢期の資産は、今までの人生の積み重ねのものであるため、持ち家を資力調査の対象とすることは、まるで社会から罰せられているかのような不信感を生じさせている。したがって、わが国でも、曖昧な理由のまま、資力調査を要件とすることは、制度全体に対する不信感を助長させる危険性がある

一方で、制度の持続性を高めるためには、増加する介護保険財政に対応していかなければならない。ここでは、どのようなサービスを提供するかについて、地域が決定するという理念に立ち返ることを提案する。英国でも、地方自治体に地方税の決定権限を委ね、どのようなサービスを提供するかについて、地域が決定する仕組みに移行しつつある。介護を保障する役割は地域に最も身近な地方自治体が担うべきとする方向性は、わが国も英国も同様である。費用負担を含めて、地域がより主体的に決定する仕組みとすべきである。

わが国では、具体的な方法として、税と社会保険料の役割分担を確立することが必要と考える。例えば、英国のように、税を財源とする介護は、重度の要介護を保証することに重きをおくべきではないか。給付と負担の関係が明確な社会保険料を財源とする介護は、その地

地域の保険料水準との兼ね合いで、どのような介護を担うかを地域が決定できる仕組みとすることが考えられる。

(2) 地域と利用者が主体的に介護サービスを決定できる仕組みの必要性

地域が、どのような介護を担うかを決定できる仕組みとするためには、保険者が、指定基準や介護報酬基準策定の役割を担っていかなければならない。なぜなら、サービスの質とその対価を決定することは、保険料の水準に直結するものだからである。

まず介護サービス事業者と利用者間で締結される介護サービス契約の位置づけを明確化することが必要である。介護サービス契約については、指定基準等に私法上の効力が及ばないこと、指定基準等によって契約内容を定型化させることは、利用者の意向に配慮することが困難になることが問題点として指摘されている。特に介護サービス事業者等が担う安全配慮義務及び注意義務の水準は、施設ごとに具体的な状況によって異なっているため、指定基準等による全国一律の基準では、安全配慮義務等を適切に評価することができないことを、本論文では確認した。

しかし、英国の例を参考とすると、指定基準や介護報酬基準の策定を全て地方自治体が担うことも、介護サービス事業者等と利用者間の契約に委ねることも現実的ではない。なぜなら、保険者としての地方自治体は、その地域内で圧倒的な価格決定能力を有するからである。その結果、低廉な報酬を押しつけられた事業者は、その差額を保険外利用者や保険給付の対象とならない居住費に上乗せして請求する可能性がある。また、利用者が介護サービス事業者と対等な立場で契約を締結することは、情報の非対称性、交渉力の格差等により、非常に難しい状況にある。あるいは、介護保険の指定を回避し、保険外利用者に特化したサービスを指向する可能性があることも否定できない。その結果、英国と同様に、サービスの二重基準が構築され、わが国の介護保険制度は「二流の市民のための二流のサービス」になり下がる恐れがある。

ここでは、指定基準等の私法上の位置づけを図り、介護保険制度に関わる各主体が有機的に連動しながら、被保険者の契約内容を確立しようとする仕組みを提案する。例えば、介護サービス事業者と利用者間の契約には、消費者契約法とは別に、事業者からの解約の申し出を禁じる等の指定基準の内容を契約内容に反映させる法律を制定した上で、費用については、都道府県単位で締結される大枠の合意を踏まえ、市区町村と事業者が最終的な取り決めを行うことが考えられる。

さらに、大規模な介護サービス事業者が破たんした場合、単一の地方自治体だけでは対処できないことは、わが国のコムスン事件¹や英国の Southern Cross 事件²からも明らかである。例えば、英国では、ケアの質に係る評価委員会が大規模介護サービス事業者の財務内容を評価し、その破たんに備える仕組みを創設した。わが国においても、地方自治体の指導監査等を補完し、全国規模の公的機関として、大規模介護サービス事業者の財務内容等を監督できる仕組みが必要と考える。

(3) 要介護者と家族介護者に対するニーズ評価の必要性

最後の論点は、施設と在宅介護の公平性を図ることである。前述したとおり、介護保険制度の給付水準は、家族介護を前提としたものであり、家族介護補充説を採用していると考えられる。一方、施設に入所した場合は、必然的に介護完全外部化説が適用されることになる。介護保険制度は当初よりこの矛盾を孕んだ制度であった。

この矛盾を是正するためには、家族介護に対して社会的に正当な評価を付与すべきとの議論があった。介護手当を制度として位置づける方法もあったが、これを認めることは、家族介護を推奨するものと捉えられかねないとの強い懸念があった。しかし、介護そのものの定義を欠いたまま、家族介護に対する評価を与えないことは、介護保険制度が担う「介護」が、家族介護を補完するものである限り、給付の普遍化に対して、常に過剰利用のリスクに曝されることになる。

介護保険の過剰利用リスクに対して、近年の見直しの方向性は、給付の重点化・効率化を進めることにある。特に介護サービス事業者等の指定拒否の権限を拡大することは、利用者の選択に委ねることよりも、新規参入を抑制することに主眼をおいている。サービスの質は、選択を通じた競争よりも、供給量の調整によって担保することを意味している。

¹ 株式会社コムスンは、訪問介護サービス事業の最大手であり、約6万人の利用者がいた。同社の事業所は、監査により、一部雇用の実態がないことから不正な手段によって指定を受けたことが明らかになったため、全ての新規指定及び更新ができなくなり、事業を譲渡せざるを得なくなった。この際、同社は、同一資本グループ内に事業を譲渡することを発表した。厚生労働省の行政指導によりこれを断念し撤退した。

² Southern Cross Healthcare は、1996年に設立され、最盛期には750の介護施設を有し、約3万人の入所者がいた。2004年に投資会社に経営権を獲得したことにより、セール・アンド・リースバックを基本にして、事業を拡大した。しかし、金融危機の影響により、同社の株価は大暴落し、リース契約を維持することができなくなったため、施設ごと新たな所有者に移譲されることになった。その後、同社は倒産した。

しかし、複雑化する制度のあり方は、利用者がサービスを選択するという前提を無視している。わが国の介護保険制度は、利用者の選択を通じて、ニーズを実現することを前提とした仕組みである。なぜなら、要介護認定は、客観的な指標に基づいて要介護度を判定する仕組みであるのに対して、ケアマネジメントは給付管理に止まっているからである。つまり、わが国の介護保険制度は、当事者のニーズを評価して、その結果を反映させるための公的な関与の仕組みを欠いている。利用者の選択の機会が十分保障されない限り、当事者のニーズは、要介護認定とケアマネジメントの狭間に置き去りにされかねない。

更なる給付の重点化・効率化のために、利用者の選択を犠牲にするのであれば、別の仕組みで利用者の意向を制度に組み込む必要がある。例えば、英国では、地方自治体がサービスを決定するにあたって、ニーズ評価の結果が絶対視される。なお、利用者が主体的にサービスを選択する場合は、ダイレクト・ペイメントを活用することになる。英国のニーズ評価は、当事者のニーズが公に認知される仕組みであり、このニーズに適合するために、様々なサービスの活用が検討される。このニーズへの適合は、新法の制定によって、既定のサービスのあり方を前提としないことになった。このため、当事者のニーズをいかに汲み取り、どう評価するかが問われている。

また、英国では、初めて介護者に対する公的なサービスの受給権が認められた。介護者のニーズを評価して必要なサービスにつなげることは、介護手当とは別の形で、家族介護に対して社会的に正当な評価を付与することである。この介護者アセスメントの実施にあたって、最も考慮すべきは、介護が介護者の能力を超えたものになっていないか、介護者が日常生活で成し得たいことができているか、介護者の生活に及ぼす影響はどの程度のものかという点である。具体的には、介護者が仕事、教育、訓練、娯楽等の活動に従事できるように、適切なサービスのもとで介護者を支えることである。

この介護者支援について、英国では、新たな費用負担が生じることの懸念よりも、むしろ介護者の能力を活用することに期待している。例えば、家族介護者が担っていた介護を全て公的サービスで代替した場合、日常的に介護者を支える費用よりも過大となることを指摘している。介護者は、介護を担う地方自治体のパートナーとして位置づけられており、介護者支援に利用者負担を課すことは慎重であるべきだとしている。

わが国においても、介護保険制度の給付水準が、家族介護を前提としたものである以上、家族介護に対して社会的に正当な評価を付与すべきである。介護手当という方法が、本人の意思に反して、家族介護を推奨するものと捉えられかねないとの強い懸念に答えられない

のに対して、直接的に家族介護者の意向を踏まえて支援する方策によって、この懸念を払拭することができるものと考えられる。

具体的には、地域支援事業の中で実施するか、個別給付として位置付けるかの問題はあるとしても、家族介護者に対するニーズ評価を制度に組み入れ、その結果に基づいて、家族介護者に対するサービスを提供することを提案する。

以上の三点が、英国の取り組みを参考として、わが国の介護保険制度が直面する課題の対応策である。これらの改善点は、いずれも介護保険法の基本となる地方分権と利用者本位の仕組みに立ち返り、社会は介護をどのように評価すべきかという観点から、介護保険制度の役割を再考することを求めるものである。

参考文献一覧

芦部信喜他編『岩波講座基本法学 1-人』（岩波書店，1966）。

新井誠他編『福祉契約と利用者の権利擁護』（日本加除出版社，2006）。

石川恒夫，吉田克己，江口隆裕編『高齢者介護と家族—民法と社会保障法の接点—』（信山社出版，1997）。

一円光弥『イギリス社会保障論』（光生館，1982）。

伊藤 善典『ブレア政権の医療福祉改革—市場機能の活用と社会的排除への取組み』（ミネルヴァ書房，2006）。

井上恒男『英国所得保障政策の潮流：就労を軸とした改革の動向』（ミネルヴァ書房，2014）。

岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』（信山社出版，2007）。

内田貴『民法Ⅱ第2版』（東京大学出版会，2007）。

内田貴『民法Ⅲ第3版』（東京大学出版会，2005）。

内田貴『民法Ⅳ〔補訂版〕親族・相続』（東京大学出版会，2004）。

内田貴『制度的契約論—民営化と契約』（羽島書店，2010）。

江口隆裕『社会保障の基本原則を考える』（有斐閣，1996）。

江口隆裕『変貌する世界と日本の年金 - 年金の基本原則から考える』（2008、法律文化社）。

江口隆裕『「子ども手当」と少子化対策』（法律文化社，2011）

大村敦志『消費者法第3版』（有斐閣，1997）。

大村敦志『家族法第2版補訂版』（有斐閣，2004）。

介護保険制度史研究会他『介護保険制度史—基本構想から法施行まで』（2016、社会保険研究所）。

介護保険法規研究会監修『新しい介護保険法』（中央法規出版，2005）。

戒能通厚編『現代イギリス法事典』（新世社，2003）。

檜原朗『イギリス社会保障の史的研究〔Ⅰ〕』（法律文化社，1973）。

檜原朗『イギリス社会保障の史的研究〔Ⅱ〕』（法律文化社，1980）。

檜原朗『イギリス社会保障の史的研究〔Ⅳ〕』（法律文化社，1993）。

檜原朗『イギリス社会保障の史的研究〔Ⅳ〕』（法律文化社，1993）。

檜原朗『イギリス社会保障の史的研究〔Ⅴ〕』（法律文化社，2005）。

加藤智章他『社会保障法第2版』（有斐閣，2003）。

君村昌，北村裕明編著『現代イギリス地方自治の展開：サッチャリズムと地方自治の変容』（法律文化社，1993）

グループ一九八四編『日本の自殺』（PHP 研究所，1976）。

小堀眞裕『サッチャリズムとブレア政治：コンセンサスの変容，規制国家の強まり，そして新しい左右軸』（晃洋書房，2005）。

社会保障研究所編『イギリスの社会保障：社会保障研究所研究叢書 18 巻』（東京大学出版会，1987）。

孝橋正一編著『現代『社会福祉』政策論』（ミネルヴァ書房，1982）。

東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家』（東京大学出版会，1988）。

中西優美子『EU 法（法学叢書）』（新世社，2012）。

西村健一郎『社会保障法』(有斐閣, 2003)。

二宮 元『福祉国家と新自由主義 イギリス現代国家の構造とその再編』(旬報社, 2014)。

日本社会保障学会編『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)。

日本社会保障学会編『講座社会保障法第 3 巻社会福祉法』(法律文化社, 2001)。

日本社会保障学会編『講座社会保障法第 4 巻医療保険法・介護保険法』(法律文化社, 2001)。

日本社会保障学会編『地域生活を支える社会福祉 (新・講座 社会保障法)』(法律文化社, 2012)。

増田雅暢『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』(法律文化社, 2003)。

増田雅暢編『世界の介護保障』(法律文化社, 2014)。

平岡 公一『イギリスの社会福祉と政策研究——イギリスモデルの持続と変化』(ミネルヴァ書房, 2003)。

古都賢一他『利用者のための「介護サービス情報の公表制度」とは～「介護サービス情報の公表」制度に関する普及啓発シンポジウム講演録～』(シルバーサービス振興会, 2007)。

堀勝洋『社会保障法総論第 2 版』(東京大学出版会, 2004)。

松本勝明『ドイツ社会保障論 3』(信山社出版, 2007)。

村山泰亮他『生涯設計計画—日本型福祉社会のビジョン』(日本経済新聞社, 1975)。

森信茂樹『日本の消費税：導入・改正の経緯と重要資料』7 頁 (納税協会連合会, 2003)。

山下茂『英国の地方自治: その近現代史と特色』(第一法規, 2015)。

アンドリュー スティーブンズ (石見豊監訳)『英国の地方自治—歴史・制度・政策 単行本』(芦書房, 2011)。

ジュリアン・ルグラン（郡司篤晃監訳）『公共政策と人間：社会保障制度の準市場改革』（聖学院大学出版会，2008）。

R.M.ティトマス（三浦文夫監訳）『社会福祉と社会保障：新しい福祉をめざして』（東京大学出版会，1976）。

Audit Commission (1986), “*Making a Reality of Community Care*”, London: HMSO.

Care Development Group (2001), “*Fair Care for Older People*”, website at <https://www.scotland.gov.uk/health/cdg>. (accessed 01/2017).

Care Quality Commission (2015), “*Market Oversight of ‘difficult to replace’ providers of adult social care: Guidance for providers*”, website at https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_market_oversight_full_guide_providers.pdf. (accessed 01/2017).

Care Quality Commission (2016), “*THE STATE OF HEALTH CARE AND ADULT SOCIAL CARE IN ENGLAND 2015/16*”, website at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/561731/State_of_Care_15-16_print.pdf. (accessed 01/2017).

Commission on Funding of Care and Support (2010), “*Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*”, website at <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221130239/http://www.dilnotcommission.dh.gov.uk/our-report/>. (accessed 01/2017).

Conservative Party (2010), “*The Conservative Manifesto 2010, INVITATION TO JOIN THE GOVERNMENT OF BRITAIN*”, website at <https://www.conservatives.com/~/media/Files/Manifesto2010>. (accessed 01/2017).

Derek Wanless et al. (2006), “*Securing Good Care for Older People*”, King's Fund, website at <https://www.kingsfund.org.uk/publications/securing-good-care-older-people>, (accessed 01/2017).

Douglas Wolf and Nancy Folbre ed., “*Universal Coverage of Long-Term Care in the United States - Can We Get There from Here?*”, Russell Sage Foundation.

European Commission (2015), *“Demography Report- Short Analytical Web Note 3/2015”*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat (2015), *“People in the EU: who are we and how do we live? - 2015 edition”*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Department for Communities and Local Government (2015a), *“Local Government Financial Statistics England No.25”*, website at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/444993/2904001_LG_F_web_accessible_v0_2_final_.pdf. (accessed 01/2017).

Department for Communities and Local Government (2015b), *“Local authority revenue expenditure and financing in England: 2014 to 2015 final outturn”*, website at <https://www.gov.uk/government/statistical-data-sets/local-authority-revenue-expenditure-and-financing-england-2014-to-2015-individual-local-authority-data-outturn>. (accessed 01/2017).

Department of Health and Social Security (1981), *“Growing Older”*, Cmnd.8173, London: HMSO.

Department of Health and Department of Social Security (1989), *“Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond”*, Cm.849, London: HMSO.

Department of Health (1998), *“Modernising social services: promoting independence, improving protection, raising standards”*, Cm.4169, London: HMSO.

Department of Health (2000), *“The NHS Plan: The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care”*, Cm 4818-II, London: HMSO.

Department of Health (2005), *“Independence, Wellbeing and Choice: Our vision for the future of social care for adults in England”*, Cm. 6499, London: HMSO.

Department of Health (2006), *“Our health, our care, our say: a new direction for community services”*, Cm. 6737, London: HMSO.

Department of Health (2009), *“Shaping the Future of Care Together”*, Cm. 7673, London: HMSO.

Department of Health (2010a), *“Building the National Care Service”*, Cm. 7854, London: HMSO.

Department of Health (2010b), *“Prioritising need in the context of Putting People First: A whole system approach to eligibility for social care -Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care, England 2010”* website at

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113155.pdf. (accessed 01/2017).

Department of Health (2012a), *“Caring for our future: reforming care and support”*, Cm. 8378, London: HMSO.

Department of Health (2012b), *“Caring for our future: progress report on funding reform”*, Cm. 8381, London: HMSO.

Department of Health (2012c), *“National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care”*, website at

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213137/National-Framework-for-NHS-CHC-NHS-FNC-Nov-2012.pdf. (accessed 01/2017).

Department of Health (2012d), *“Market Oversight in Adult Social care: Consultation”*, London: HMSO.

Department of Health (2016), *“Care and support statutory guidance”*, website at

<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>. (accessed 01/2017).

Health and Social Care Information Centre (2014), *“Care Quality Commission: The Stability of the Care Market and Market Oversight in England”*, website at

<http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/201402-market-stability-report.pdf>. (accessed 01/2017).

Health and Social Care Information Centre (2015), *“Community Care Statistics, Social Services Activity, England - 2014-15”*, website at <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB18663/comm-care-stat-act-eng-2014-15-rep.pdf>. (accessed 01/2017).

HM Revenue & Customs (2012), *“UK Personal Wealth Statistics: 2008 to 2010”*, A National Statistics Publication.

- HM Treasury (2010), *“Spending Review 2010”*, Cm 7942, London: HMSO.
- HM Treasury (2013), *“Spending Round 2013”*, Cm 8639, London: HMSO.
- HM Treasury (2014), *“Budget 2014”*, HC 1104, London: HMSO.
- HM Treasury (2015a), *“Pre-Budget Report November 2008 -Facing global challenges: Supporting people through difficult time”*, Cm 7484, London: HMSO.
- HM Treasury (2015b), *“Summer Budget 2015”*, HC 264, London: HMSO.
- HM Treasury (2015c), *“Spending review and autumn statement 2015”*, Cm 9162, London: HMSO.
- House of Commons and House of Lords: Joint Committee on the Draft Care and Support Bill (2013), *“Draft Care and Support Bill Report”*, HL Paper 143.
- Katz, Jeanne Samson and Peace, Sheila M. eds (2003), *“End of Life in Care Homes: a Palliative Approach”* Oxford: Oxford University Press.
- Law Commission (2010), *“ADULT SOCIAL CARE Consultation Paper”*, Consultation Paper No 192.
- Law Commission (2011), *“ADULT SOCIAL CARE (LAW COM No 326)”*, HC 941, London: HMSO.
- Local Government Association, Association of Directors of Adult Social Services (2014), *“Adult social care funding:2014 state of the nation report”*, London: Local Government Association.
- Local Government Association, Association of Directors of Adult Social Services (2015), *“Adult social care, health and wellbeing: A Shared Commitment”*, London: Local Government Association.
- Ministry of Health (1962), *“A Hospital Plan for England and Wales”*, Cmnd.1604, London: HMSO.
- Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry (2013), *“Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry”*, HC 898-I–II, London: HMSO.
- National Audit Office (2011), *“Oversight of user choice and provider competition in care markets”*,

HC 1458, London: HMSO.

National Audit Office (2014a), "*Adult social care in England: overview*", website at <https://www.nao.org.uk/report/adult-social-care-england-overview-2/>. (accessed 01/2017).

National Audit Office (2014b), "*Financial sustainability of local authorities 2014*", HC 783, London: HMSO.

National Audit Office (2014c), "*Planning for the Better Care Fund*", HC 781, London: HMSO.

National Audit Office (2014d), "*The financial sustainability of NHS bodies*", HC 722, London: HMSO.

National Audit Office (2014e), "*The Impact of Funding Reductions on Local Authorities*", website at <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/Impact-of-funding-reductions-on-local-authorities.pdf>. (accessed 01/2017).

National Statistics (2012), "*Income of Retired Households 1977-2010/11*", website at http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_284355.pdf#search=%27Income+of+Retired+Households+19772010%2F11%27. (accessed 01/2017).

National Statistics (2015), "Annual Mid-Year Population Estimates, 2014" website at <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/2015-06-25>. (accessed 01/2017).

Public Health England (2016), "*Recent Trends in Life Expectancy at Older Ages: Update to 2014*", website at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499252/Recent_trends_in_life_expectancy_at_older_ages_2014_update.pdf. (accessed 01/2017).

Putting People First Social care consortium (2011), "*People who Pay for care: Quantitative and Qualitative Analysis of Self-funders in the Social care Market*", Institute of Public Care: Oxford Brookes University.

Raphael Wittenberg and Bo Hu (2015), "*Projections of demand for and costs of social care for older*

people and younger adults in England, 2015 to 2035”, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.

Roy Griffiths (1988), “*Community Care: Agenda for Action*”, London: HMSO.

Royal Commission on Long Term Care for the Elderly (1999), “*With respect to old age: long term care – rights and responsibilities*”, London: HMSO.

Richard Humphries et al. (2016), “*Social care for older people -Home truths*”, The King’s Fund.

Secretary of State for Social Services (1972), “*National Health Service Reorganization - England*”, Cmnd.5055, London: HMSO.

Secretary of State for Health (2012), “*Draft Care and Support Bill*”, Cm. 8386, London: HMSO.

Secretary of State for Health (2013), “*The Care Bill explained Including a response to consultation and pre-legislative scrutiny on the Draft Care and Support Bill*”, Cm 8627, London: HMSO.

Secretary of State for Health (2014), “*Care Act 2014 EXPLANATORY NOTES*”, London: HMSO.

Seebohm Report (1968), “*Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*”, Cmnd.3703, London: HMSO.

Scottish Parliament (2000), “*16th Report: Inquiry into the delivery of community care in Scotland*”, Edinburgh: Scottish Parliament.

William Henry Beveridge (1942), “*Social Insurance and Allied Services*”, Cmd.6405, London: HMSO.

2017年筑波大学審査学位論文（博士）

印刷日：2017年10月16日

題名：介護保険法が担う「介護」に関する考察
－英国法の展開を踏まえて－

提出者：筑波大学大学院ビジネス科学研究科
企業科学専攻

岡田 治夫 （学籍番号 201045023）