

## なぜ介護保険制度を縮小すべきか

水橋宏大

### 要旨

本稿は社会保障を必要最小限とするための第一歩として、介護保険制度における要支援の廃止を提言するものである。日本は長期にわたり社会保障の給付拡大が続いているが、政府による給付の拡大は「家族のあり方」や「自分の生き方」といった個人の自由を制限するだけでなく、「自分のことは自分でやる」という自立心をも失わせる。例えば、高齢化と家族介護への不安を解消するために創られた介護保険制度では、40歳からの強制加入や賦課方式、価格の統制や公費の投入などによって個人の生き方への介入が行われ、手厚い支援が個人や家族で備え、地域で助け合う力を弱めている。しかし、本来の社会保障は政府からの支援ありきではなく、個人の努力と家族や地域で助け合うことが基本である。そうであるからこそ、まずは自立した生活を送ることができる人を対象にした要支援の廃止が必要であり、公的支援に頼らない家族や地域のネットワーク作りが求められる。

【キーワード】 社会保障、介護保険制度、要支援、自由、自立心

### 目次

はじめに

#### 1 節 個人の自由を制限している介護保険制度

- 1 項 介護保険制度の創設理由とその問題点
- 2 項 自由を奪う強制加入と賦課方式

#### 2 節 人から自立心を奪う介護保険制度

- 1 項 シルバー民主主義によって高まる社会保障への依存
- 2 項 低価格によって起こる介護保険制度への依存
- 3 項 価格の統制によって失われる自立心
- 4 項 自立心を失った先にある全体主義

#### 3 節 介護保険制度の縮小を検討する

- 1 項 介護保険制度に要支援は必要か
- 2 項 要支援がない地域の事例

おわりに

### はじめに

日本では長らく社会保障の給付拡大が続いてきたが、本来政府による社会保障の給付は必要最小限でなければならない。なぜなら、社会保障の給付拡大は、各人がそれぞれ持つ自分自身の生き方や家族のあり方、老後の計画などにまで政府が介入することを意味し、

その結果、個人の自由が制限されてしまうからである。また、手厚い保障が「自分の人生の責任は自分で取る」という自立心を弱め、自らの生命を政府に左右されることにもなるからである。それはすなわち、政府の権限が限りなく大きくなる一方で、個人の自由が限りなく小さくなる社会主義への道を日本が歩んでいるということに他ならない。実際、社会保障が拡大したことで、政府による個人への介入が進み国民の自立心は弱くなっている。

それをよく表しているのが 2000 年から始まった介護保険制度である。介護保険制度は高齢化への対応と家族介護の不安解消を目的とした福祉政策だが、そこでは政府による個人への介入が顕著となっている。例えば、40 歳になると強制的に加入させられ、加入後は生涯にわたって保険料を支払い続けなければならない仕組みとなっていることだ。本来、保険に加入するかしないかを決定するのは政府ではなく個人でなければならないが、介護保険制度は政府の強制力によって、個人がすべき人生の選択に足を踏み入れているのである。特に 40 歳から 64 歳の人たちは、強制的な加入に加え、支払った保険料が現在の高齢者にそのまま使用されるため、稼いだお金をどのように使うかを定める個人の自由が完全に無視された状態となっている。

また、それが国民の自立心を弱めていることは「介護サービスが充実するなら介護保険料や税金が上がっても仕方がない」という声に端的に表れている。換言すると、いくら介護保険制度を充実させても介護サービスの拡大を求める声は止まないということだ。一度福祉のうまみを知った国民は無限に要求を拡大するので、介護保険制度を充実させ続けると「介護は家族ではなく国がやるもの」という意識となり、自分自身で備えることや家族、隣近所で助け合う力を弱めることにつながる。そして、介護保険制度の充実を求め続ける人たちは、介護保険制度に頼らざるを得なくなり、いつの間にか介護サービスを提供する政府や地方自治体に自分の生命を握られた状態となってしまう。

このように、個人の自由な意思が制限され、政府に自分の生命が左右されてしまう状態になってしまうことこそが社会保障が拡大することの最も危険な理由である。

したがって、本稿では社会保障の拡大によって個人の自由と自立心が失われることを止め、現在の行き過ぎた社会保障を必要最小限の姿へとするための一つの過程として、介護保険制度における要支援の廃止を提言する。要支援とは、基本的に自力で日常生活を送れるが、今後本格的な介護を受ける可能性があるため、掃除など身の回りの支援や、リハビリによる運動機能の回復が必要だと判定された状態のことである。基本的に自力で生活を送れる人に対して公的支援を行うことは、公的扶助は「ミニマム以上であってはならない」<sup>1</sup>という社会保障の基本から反しているため、要支援をなくすべきだと考える。

これまで、介護保険制度に関する課題を解決するために様々な角度から提言がなされてきたが、そのほとんどは少子高齢化や財政状況から見たものである。「介護予防を強化して介護保険給付を抑制すべき」(厚生労働省 2019) という意見や「介護保険制度を持続させる

---

<sup>1</sup>山本 (2019) 20 頁『福祉国家亡国論』山本は福祉国家へと傾倒する自民党の議員でありながら、自由主義経済思想をもとに社会主義や全体主義と戦った。

ためには市場原理を徹底すべき」(鈴木 2016)など、介護保険制度に必要な提言ではあるが、これらは介護保険制度が存在し続けることを前提としたものとなっている。そのため、本稿のように社会保障は必要最小限であるべきで、介護保険制度が個人の自由や自立心を失わせるものだという点から制度そのものの存在意義を論じたものはない。

そこで本稿は、社会保障は必要最小限であるべきということを念頭に置き、現在の介護保険制度が個人の自由と自立心を失わせるものであることを立証した上で、要支援の廃止を提言する。1節では、国民のために創られたはずの介護保険制度が、個人の生き方に介入し国民の自由を制限する制度となっていることを明らかにする。2節では、なぜ介護保険制度が国民の自立心を失わせることになったのかを明らかにし、自立心を失った社会の危険性を論じる。3節では、1節と2節で明らかになったことを踏まえ、要支援という仕組みが必要最小限を超えた保障であることを示し、要支援をなくすべき正当性を論じる。

## 1 節 個人の自由を制限している介護保険制度

### 1 項 介護保険制度の創設理由とその問題点

介護保険制度が創られたのは、介護の負担を社会全体で支え合う仕組みを導入するためである(介護の社会化)。介護保険制度が創設される2000年以前は家族による介護が主流だったが、高齢化の進展や核家族化等による社会環境の変化によって様々な問題が発生したため、介護を社会全体で支え合うべきだという声が大きくなっていった。その当時、問題となっていたのは、「家族介護の担い手である女性を介護から解放すること」、「老後の最大の不安は介護だという声をなくすこと」、「介護を理由とする長期入院によって医療サービスが不適切に使われている状況を改善すること」、「市町村が介護サービスを決定し、利用者に選択の余地がない措置制度を改めること」といった介護そのものへの不安や制度の不備に関するものであった。加えて、世間に強烈な印象を与えたのが介護殺人や老夫婦による介護心中、老人病院の介護環境が劣悪、といったセンセーショナルな話である。このように、個人の問題だと考えられていた介護が社会問題化してきたことで、政府はその対応策を求められたのである。

そこで政府は、高齢者福祉に関する様々な対策を講じてきた。代表的なのは、1989年に制定されたゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十か年戦略)と5年後の1994年に制定された新ゴールドプラン(新高齢者保健福祉推進十か年戦略)である。これらは高齢化への対応と介護保険制度の導入に向けて施設やヘルパーを充実させるためのもので、これまでの家族による介護から社会的な支援へと変化する大きなきっかけとなった。

また、1994年から本格的に介護保険制度の議論がなされる中で論点の1つとして挙げたのが安定した財源を誰からどのような形で集めるかという点である。この当時、バブル崩壊による税収の落ち込みと、高齢社会が進むことで起こる社会保障費の拡大が懸念され

ており、国庫負担をいかに軽減するかが焦点となっていた。そのため、社会保険料収入という新たな財源を確保し、国庫負担を軽減させられる社会保険方式の導入が決定されたのである。しかし、当時の村山内閣下で決まった消費税の3%から5%への引き上げに加え、新たに社会保険料の負担を課すことは、国民からの反発を招くため介護保険制度の財源を公費（税金・国債）50%、保険料50%とすることで財源問題に決着をつけたのである。そして、自らも老化に起因する認知症や脳卒中によって要介護状態になる可能性が高くなること。自らの親も介護を要する状態になる可能性が高まる時期であり、老後の不安の原因である介護を社会全体で支えるためという理由によって、40歳以上を介護保険制度の加入者とし、40歳から64歳の現役世代と65歳以上の高齢者から徴収することとなったのである。<sup>2</sup>しかし、介護保険料収入だけでなく公費を投入して運営することや現役世代からも保険料を徴収し、支え合いという言葉で高齢者にかかる費用を現役世代が負担することは保険の原則に反している。（これらの点については後で述べる）

こうして、介護の社会化を目指し様々な議論の末に1997年に介護保険法が国会で可決され、2000年からスタートした介護保険制度には大きく2つの問題がある。1つは、あくまで家族の問題である介護を政府の力、すなわち介護保険制度によって解決しようとしたことで、個人の自由を制限する仕組みとなってしまったことだ。具体的には、40歳になると強制的に介護保険への加入が義務付けられるという点と賦課方式による保険料の徴収である。もう1つは、介護保険制度ができたことで政府への依存心が強くなり人々の自立心を弱めてしまったことである。それでは、次項から個人の自由と自立心を重んじる立場から介護保険制度について論じていきたい。

## 2項 自由を奪う強制加入と賦課方式

ここでは、40歳での強制加入と現役世代が高齢者に仕送りする形を取る賦課方式について述べる。この2つに共通する問題点は、本来各人が自由に設計できるはずの人生計画に政府が介入していることである。政府の介入によって個人の自由が制限されるのだが、自由が制限された状態とは、各人が持つ考え方や計画、行動を誰かの勝手な都合によって強制されている状態を指す。

では、なぜ介護保険制度が個人の自由を制限していると言えるのだろうか。その理由はそもそも「保険に入らない」という選択肢が国民にないからだ。介護保険は高齢者本人やその家族が老後のリスクに備えるためのものだが、どのように備えるかは各人の自由である。例えば、民間の保険会社から介護保険を購入する、家族に面倒を見てもらう、近所の

<sup>2</sup>しかし、これは表面的な理由である。三原（2020.4.1）によると、制度創設に関わった厚生省（当時）幹部は「介護保険の立ち上げを優先するという判断から、あえて深追いしないこととして問題を後に残した」と証言し、当時の担当者も「突然40歳になった」と述べているとのことである。

人と互いに気に掛け合う、趣味のサークルや宗教などに所属して人間関係を作る、さらには自分でお金を貯金してそれを老後の備えとするなど様々な選択肢が考えられる。このように選択肢がいくつもあるにもかかわらず政府は強制力を働かせて加入させているのである。しかし、人は政府に強制されなくともリスクに備えて自分の頭で考え、自分に最適な選択をしようと行動するものであるため、政府の行動は度が過ぎている。

もちろん、介護保険制度に加入していても民間の保険に加入することはでき、家族に面倒を見てもらうことも可能だ。しかし、公的保険に入っているのであれば、わざわざ保険会社の商品を買う必要や家族や地域での人間関係を作る必要もなく、むしろ利用できるものは利用しておこうという気持ちになるのが自然である。そのため、様々な選択肢があっても老後の備えは介護保険制度に限定されることになるだろう。さらに、強制的な加入ということは、否応なしに介護保険料を徴収されるためその人の将来の人生設計や家族のあり方、子供の教育などで自由にならない部分が出てくる。このことから、政府が個人や家族に介入して自由を制限していると言えるのである。

しかし、多くの研究者は介護保険制度が政府による介入であり、自由を制限していることに触れることはほとんどなく、介護保険制度の評価としては一定の成功を収めたと主張することが多い。<sup>3</sup>確かに、家族の介護は決して楽なものではなく、肉体的にも精神的にも厳しい面があるため介護保険制度を利用することで救われた人がいることは事実だろう。

だがそれが、政府の強制力によって国民の自由が制限されることを無視して良い理由にはならない。現に一部の利用者にとって良かったとしても、本来家族の問題であった介護を社会の責任とし、介護保険サービスを利用することのない40歳～64歳の現役世代を巻き込んでいることを考えると介護保険制度が成功を収めているとは言い難い。もちろん、制度を利用していることが悪いわけではなく、政府の強制力が働くことで、自分自身ですべき人生の決断が政府によってなされていることが問題なのである。つまり、個人の自由が政府に制限され、自分自身で意思決定ができないということは、政府の権限を強め、国民を統制する全体主義への道を歩むことに他ならないのである。

次に、賦課方式が政府による個人への介入である理由を述べたい。賦課方式が個人への介入だと言えるのは、現役世代の意思に関係なく政府の強制力によって現役世代から高齢者へと所得の移転が行われるからだ。本来、保険は掛け捨てであろうと、積立であろうと何かあった時に自分が使える私有財産である。しかし、現役世代は介護保険料を支払っているにもかかわらず、基本的には65歳以上にならないと介護保険サービスを利用することができない。その支払った保険料は現在の高齢者が利用する介護保険サービスの支払いに消えてしまう。つまり、現役世代は40歳で公的介護保険に加入してから自分が利用できる65歳になるまでの間、自分の意思に関係なく保険料を徴収され続けるだけでなく、保険を使うことさえできないのである。

このように、政府が個人の財産を奪うことを正当化できるのは、「世代間の支え合い」や

---

<sup>3</sup>三原 (2020.4.1)

「格差是正」を達成し平等を実現するという目的があるからだが、ここに政府の強制力を働かせ、目的を達成するためなら手段を選ばない社会主義的な考えが潜んでいる。そして、このような社会主義的な考え方を基にできている介護保険制度は保険とは呼べない。なぜなら、介護保険制度は所得の強制移転である賦課方式を採用しているが、保険には病気やケガなど同じリスクを抱える人たちでお金を出し合うという保険の原則があるからだ。また、今の制度では支払った保険料を自分で使うことができない実質上の税金となっており、リスクの異なる人や介護と関係のない人たちから保険料を徴収することに正当性はないのである。

実際、賦課方式によって行われる世代間の助け合いは、国民で公平な負担をするという介護の社会化で目指したものとかけ離れた姿となっている。これを次の表から確認したい。

表1 介護における生年別1人当たりの受益と負担

(万円)

生年	生涯保険料+自己負担(1)	生涯介護給付(2)	受益(2)-(1)
1950	210	280	70
1955	249	251	2
1960	289	226	-63
1965	306	204	-102
1970	311	184	-127
1975	307	166	-141
1980	299	149	-150
1985	287	135	-152
1990	273	121	-152
1995	257	110	-147
2000	240	99	-141
2005	225	89	-136
2010	211	80	-131
2015	196	73	-123

鈴木亘ほか(2012)「社会保障を通じた世代別の受益と負担」より作成

この表からわかるのは1950年から1955生まれでは生涯に受け取る給付費の総額がプラスとなるが、1960年以降に生まれた人は給付されるより負担額が多いということだ。また、1950年以前に生まれた世代のデータが載っていないが受益額がさらに大きくなっていることは間違いないだろう。しかし、今の高齢者が大きな利益を得る一方で、特に重たい負担を強いられるのが働き盛りで、子育て世代でもある1975年～1990年代に生まれた30代と40代の層だ。子供の教育費や習い事、将来への備えやローンなど何かとお金がかかるこの世代が賦課方式による打撃をもろに受けているのである。

このように、賦課方式は個人への介入によって私有財産を奪い、現役世代と高齢者との間に大きな格差を生み出したのである。

以上のことから、介護保険制度にある強制加入と賦課方式が個人の自由を制限していることが明らかとなった。しかし、多くの方は介護をはじめとする社会保障の拡大は自分たちのためになると錯覚しており、自分たちの自由が制限されていることに気づいていない。これは、「自分のことは自分でやる」という自立心が失われ、人生の責任を政府に預けてしまっているからである。この自立心を失わせる理由が社会保障の拡大にあるのだが、2節では、介護保険制度がなぜ自立心を失わせるのかを明らかにし、自立心が失われた社会の姿を通して社会保障拡大の危険性を述べていく。

## 2 節 人から自立心を奪う介護保険制度

### 1 項 シルバー民主主義によって高まる社会保障への依存

本節では、公的制度が人々の自立心を失わせ政府への依存を強くする理由、また、介護保険制度が介護サービスを提供する介護事業者の自立心を失わせること、そして、自立心がなくなった先に待つ全体主義の危険性について論じる。

まず自立心とは何かを確認しておきたい。ここで言う自立心とは「政府からの社会保障に安易に頼ろうとせず、自分でできることは自分しようとする心」のことである。しかし、多くの方は自分が生活をしていて政府に頼っている、あるいは依存していると思うことはほとんどないだろう。

日本人であれば介護保険、年金、医療、子育て支援など何らかの形で社会保障の給付を受けていることは間違いないが、自覚がないまま政府に依存した状態になっていることがある。政府への依存とは、「社会保障をもっと拡大して欲しい」という思いや、「政府による保障がなければ生活が成り立たない状況」にあることだが、換言すると政府に自分の生活や生命が左右されてしまうような状態のことである。もちろん、ここで言いたいのは社会保障を一切受け取ってはいけないという極端な話ではない。問題なのは、政府からの社会保障を求め続ける心であり、政治家が選挙の度に社会保障の拡大を訴えることに対して反対の声を上げられないことである。

しかし実際は、保険料や税負担が増えたとしても社会保障の拡大を必要だと考えている人がほとんどである。そうでなければ選挙の関心が社会保障に4割も集まるはずがない。<sup>4</sup> 社会保障に強い関心を持つ人々が特に知っておかねばならないことは、もし自分の年金や介護、医療、子育て支援などが縮小されるとなったとき、縮小に反対する気持ちが出るのであれば自分の生命や生活が政府に握られているといっても過言ではないということだ。

では、なぜ多くの国民は社会保障の拡大を望み自立心を失ってしまったのだろうか。そ

---

<sup>4</sup>産経新聞 (2019.7.18)

の原因は選挙で社会保障の拡大を訴えて当選してきた政治家とそれを望んだ国民にある。

その原因について述べる前に、まずは介護保険制度が導入される前の制度に対する国民の意識を確認したい。毎日新聞社が1994年10月に行った世論調査では、介護保険制度の創設に87%が賛成を示し、96年の日本世論調査会による調査では「家族だけでは介護できない」「介護は社会全体で担うべきだ」などの理由で賛成が79.4%<sup>5</sup>を占め介護保険制度への高い期待があったことがわかる。

次に介護保険制度が導入されてからの世論を確認したい。制度開始から10年後の2010年に行った内閣府の調査<sup>6</sup>では、制度が始まったことにより介護の状況が「良くなったと思う」と答えた人は51.3%、介護の状況は「良くなったとは思わない」と回答したのは28.8%となり、介護保険制度におおむね満足していることが伺える。

そして、近年の世論調査である。日経新聞が行った2017年11月の世論調査<sup>7</sup>では年金や国民健康保険、介護保険などの公的制度を維持することに対しては賛成が82%、反対が12%であった。また、制度を維持するために必要な対応策については、「公的に支える仕組みを拡充する」が43%と最多で「地域などで支え合う仕組みを拡充する」が30%、「自力で生活や健康を支える仕組みを拡充する」は18%という結果が示された。

これは介護保険制度制が高い支持を得ている一方で、国民は公的支援ありきとなっていることを表している。そのようになる最大の理由は、日本が「シルバー民主主義」となっているからだ。シルバー民主主義とは、選挙で勝つために投票率の高い高齢者層向けの政策を掲げることだが、これは選挙の投票率を見たら一目瞭然である。例えば、2019年7月に行われた参議院選挙の投票率<sup>8</sup>では、最も低い20~24歳は28.21%だが65歳~79歳までは65%を超える投票率となっている。この65%という数字は全体の投票が48.80%だったことから考えるとかなり高い。一方、高齢化率が世界6位のドイツで2017年に行われた下院総選挙の投票率<sup>9</sup>は、最も低い25~29歳でも68.6%で全体の投票率は74.3%となっている。このことから、日本の選挙では高齢者の存在がいかに重要なかがよくわかる。これは当然、選挙公約にも大きな影響を与えると考えられるがその中身はどうなっているのだろうか。<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup>田淵（2003）37頁

<sup>6</sup>内閣府（平成22年9月調査）

<sup>7</sup>日本経済新聞（2017.12.6）

<sup>8</sup>総務省（2019）

<sup>9</sup>那須（2019）106頁

<sup>10</sup>直近の国政選挙は2019年の参院選だが、本稿では政権選択選挙と呼ばれ、国民の意思を反映しやすいとされている衆院選での公約を載せている。



表2 2017年衆議院選挙社会保障および介護に関する公約

政党名	社会保障および介護に関する公約（一部）
自由民主党	消費税財源により社会保障制度を持続可能なものとするとともに、安定的な財源確保を図り、全世代型の社会保障を構築する。
公明党	所得の少ない高齢者向けに介護保険料の負担軽減をさらに強化。
立憲民主党	介護報酬の引き上げ、自己負担の軽減。
日本維新の会	社会保険としての受益と負担をバランスさせる。受益（給付）と負担（保険料）を明確化し、適正な保険料の設定・適正な給付を実現する。高齢者向け給付を適正化する。
日本共産党	将来的に公費負担を75%とすることを提案。低所得者の利用料を減額・免除する制度をつくり、経済的な理由で介護を受けられない人をなくす。2割負担・3割負担に反対。
希望の党	安心して医療や介護などを受けられるよう自己負担の合計額に上限を設ける「総合合算制度」を導入。

（各党のHPおよび、早稲田大学マニフェスト研究所より筆者作成）

政策を比較してみると日本維新の会以外は現在の制度をさらに手厚くしようとする政策となっていることがわかる。これは介護保険制度に関わる一部の政策だが、この他にも医療や年金といった高齢者の生活に直結する政策については、拡大させるものばかりが並び、高齢者層の票を獲得しようバラマキ合戦が行われている。

しかし、介護の政策にかかわらず社会保障制度の拡大は今に始まったことではない。それは、現在の社会保障制度は高度経済成長期の1960年から1970年代に骨格が築かれている。例えば、1972年には児童手当の支給開始、福祉元年と呼ばれる翌1973年には老人医療費の無料化、さらには年金制度の改正と給付水準の引上げや物価・賃金スライド<sup>11</sup>の導入などである。その後も高齢化への対策として2000年に介護保険制度の導入、2012年には社会保障・税一体改革大綱<sup>12</sup>の閣議決定、2019年からは少子化対策として幼保の無償化が始まるなど、社会保障を充実させるために様々な政策が長期に渡って実行されてきたのである。

1970年代に社会保障を拡大するための政策が次々に行われた理由は、社会党のような左

<sup>11</sup>賃金・物価スライドとは、賃金や物価の変動に合わせて年金の支給額を増やしたり減らしたりする仕組みのこと。2021年4月からは賃金が下がれば年金額も減額されるという新しいルールがスタートする。（日本経済新聞 2016.12.28）

<sup>12</sup>社会保障を充実させるための安定財源確保と財政健全化を同時に達成することを目指して野田佳彦政権下で決定されたもの。吉井（2012）によれば、この大綱には社会保障の安定財源確保のために消費税率を2014年4月から8%、2015年10月から10%に引き上げることや格差是正のために所得税の最高税率を45%に引き上げることなどが記されている。吉井一洋（2012）社会保障・税一体改革大綱（税制概要）大和総研

派政党への支持拡大に自民党が危機感を感じたからである。この1960年代後半から70年代前半にかけて、東京都ではマルクス経済学者の美濃部亮吉、大阪府では黒田了一という革新知事が誕生するなど福祉重視を訴える左派勢力が力を増し自民党は選挙において苦戦を強いられていた。そこで自民党は、左派政党への支持がこれ以上拡大しないように福祉重視を訴えることで国民の支持をつなぎ止めようとしたのである。その結果、どの政党も福祉重視の政策を訴え続けてきたため日本に社会保障の抑制を正面から議論しようとする政党がなくなってしまったのである。その結果、国民の中で「福祉は国がやること」「社会保障をもっと拡大させてほしい」「社会保障のためなら税金や保険料の負担増は仕方がない」などという考え方が当たり前となり自立心が失われていったのである。

## 2項 低価格によって起こる介護保険制度への依存

前項では、票を獲得するために社会保障の充実を訴える政治家とそれを望む国民がいたことで、国民が公的制度に依存する精神性となったことを示した。ここからは、介護保険制度に投入される公費の投入が介護保険サービスの価格を不当に低くしている点を取り上げ、それが人々の自立心を失わせていることを明らかにしたい。

介護保険サービスの価格は、介護保険法に則り厚生労働大臣が介護給付費分科会<sup>13</sup>という大臣の諮問機関の意見を聴いて定めることになっている。例えば、介護が必要と判断された要介護状態にある人を訪ねる訪問介護の場合、食事や入浴、排泄といった身体に直接接触して行う身体介護では20分未満で166円<sup>14</sup>、20分以上30分未満で249円、30分以上60分未満は395円。掃除や洗濯、食事の準備など生活に必要な家事などを行う生活援助の場合、20分以上45分未満で182円、45分以上で224円と定められている。また、介護が必要と判断される前の要支援状態にある人の場合、週1回程度の訪問であれば月額1,168円、週2回程度では月に2,335円というように決められている。これらの価格はいずれも自己負担が1割の場合だが、もし全額自己負担であれば全て10倍の金額であることを考えると非常に低い価格で利用できることがわかる。

しかし、これだけ低価格で利用できるのは公費が投入されているからだ。実際、日本の介護保険費用12.4兆円（2020年度予算）のうち、公費6.2兆円（50.2%）、保険料5.3兆円（42.3%）、利用者負担0.9兆円（7.5%）と公費の割合が非常に大きい。公費の割合が

<sup>13</sup>令和2年11月5日現在の委員名簿には、県知事、市長、大学教授、日本医師会、看護協会、薬剤師会、日本労働組合などに所属する26人の名前が記載されている。

<sup>14</sup>本来サービスの利用料は166円ではなく166単位というように「単位」が使われるが、ここではわかりやすくするために金額で表している。また、単位は地域ごとに異なり、最も高い1級地（東京23区）であれば1単位11.40円、最も低い7級地（札幌市、金沢市、徳島市など）では10.21円となっている。地域によって価格が異なる理由は、地域ごとの民間事業者の賃金水準等を反映させた公務員の地域手当に準拠して設定しているからだとされている。

多いからこそ低価格で介護サービスを利用することができるのだが、ここに人の自立心を失わせている原因がある。なぜなら、価格が低く抑えられていることで利用者にとっては利用するための心理的な抵抗が下がり、本来必要のない人までサービスを利用する可能性が発生するからである。それはすなわち、政府が低価格という名のアメを配ることで国民が利用せずにはいられない状況を作り出しているということである。

その一方で介護保険制度の目的が家族介護の負担を社会で背負うというものであったことから、公費を投入して価格を低くするのは当然だという意見があるだろう。確かに、利用者にとっては低い価格である方が金銭的な負担が少ないし、何より公的なものは安くても当然だと考える人がいてもおかしくはない。だが、介護保険制度に公費が使われていることは保険の原則から見て問題がある。それは、本来保険の運営は保険料の収入だけでやらなければならないということだ。つまり、公費を大量に投入している介護保険制度は保険の体をなしていないということだ。そもそも本当に保険というのであれば最初から公費を投入する選択肢はないのである。つまり、公費を投入して現在のような低い価格でサービスを受けられる現在の状況はかなり異常だと言える。

それにもかかわらず、このような制度となっているのは前項で述べたように政府が国民に“アメ”を配り続けているからであり、また国民にそれを求める気持ちがあるからだ。社会保障の怖いところはまさにここにあり、一度福祉のうまみを覚えると国民はさらなるサービスの拡大を要求することになる。すると、政府からの公的支援が手厚いため自分で備えることや、家族や地域などのコミュニティで助け合おうとする精神が失われてしまう。それは、かつてハイエクが「特権としての保障はますます垂涎の的となっていき、人々は争ってこれを求めるようになる」<sup>15</sup>と言い、山本勝市が「強制的な社会保障が限度を越えて拡大すればするほど、自己扶養や家族ないし団体の自発的な扶養の範囲は狭くなる」<sup>16</sup>と指摘した通りのことが起きているのである。

### 3 項 価格の統制によって失われる自立心

価格の統制や公費の投入によって利用者の自立心を失わせていることが明らかとなったが、価格の統制は介護サービスを供給する側、つまり介護事業者の自立心も失わせている。自立心とは、「政府に頼ることなく自らの頭で考え行動し、結果に対する責任は自分で負う心」のことだが、なぜ価格の統制が自立心を奪っているのだろうか。

その理由は、価格の統制が介護事業者間の競争を妨げ、介護事業者と利用者の間で行われる市場プロセスを破壊しているからである。換言すると、価格の統制は各事業者の努力や創意工夫の機会を奪っているからだ。本来事業者は、絶えず変化し不確実な消費者のニーズに応えようとサービスの質を向上させ、その努力を価格に反映させる。もし、多くの

---

<sup>15</sup> ハイエク(2008)159頁

<sup>16</sup> 山本(2019)92頁

人に利用してもらえたのであれば、さらに品質や技術に磨きをかけ、消費者に選ばれなかったのであれば原因を分析し改善を重ねる。このような、各事業者が競争し消費者の期待に応えようと互いに高め合うことを市場プロセスと言い、このプロセスが介護事業者を発展させ、利用者にもプラスの影響を与えるのである。しかし、価格が統制されることで市場プロセスの核心である競争が妨げられ、消費者の期待に応えようと努力してきたことが意味をなさなくなるのである。

事業者たちが競争の機会を奪われた後に起こるのは供給するサービスの質の低下である。なぜなら、競争がなければ消費者のニーズに応えるために知恵を絞り、工夫を凝らして経営する必要がなくなるからである。また、介護サービスの技術を向上させる必要もなくなるだろう。介護保険制度では、介護サービスにかかる料金の9割を保険料と公費で賄うことになっているため、事業者が自分で稼ぐ気持ちが薄れてしまうのである。

では、今述べたことを介護保険制度における具体的な事例で見たい。

例えば、介護保険制度では質の良いサービスを提供できるヘルパーとそうでない人との報酬面で差がつかないことが挙げられる。価格が決められていると、いくらおむつの交換や入浴させる技術が優れていたとしても、技術の劣る人と待遇面で差がつくことはなく、技術を向上させようとする動機が働きにくい。また、ヘルパーだけでなく要支援者や要介護者のケアプランを考えるケアマネージャーにも言えることであり、利用者にとって最適なプランを立てられたり、事務仕事を早く片付けられたりするなど、能力の高い者であっても待遇に差がつきにくい。もし待遇に差をつけたいと考えるならば勤続年数を重ねていくしか今のところ方法はなく、努力する者や能力がある人が報われない仕組みとなっている。

また、価格が統制されているために介護事業者が収益を上げにくくなっていることも挙げられる。もちろん、事業者ごとに特別養護老人ホームやデイサービスなど様々な形態があるため全てを一括りにできないが、現に要支援のようなほとんど自立している人へのサービスは儲からないため受付けない事業者も存在するくらい収益確保は難しい。そのため、介護ロボット等への新たな設備投資が難しく介護現場の生産性の向上やイノベーションが起こりにくい。

加えて、1節で説明したように介護保険制度は賦課方式であるため、資本蓄積がしにくく投資にお金が回らないのである。これは介護事業者にかかわらず、あらゆる企業に当てはまる。もし、資本が蓄積されていると、そのお金は金融市場を通して様々な企業や人に流れ、設備投資や従業員教育への投資として使われる。すると、企業設備の充実や従業員の成長が生産性を向上させ、より付加価値の高いモノやサービスを生み出すことができるようになる。そして、良い商品やサービスを消費者が購入し、そこで出た利益が賃金の上昇や雇用の促進につながり、経済が善の循環を起こして業界全体の発展、さらには日本全体の経済成長へとつながっていくのである。

しかし、介護事業者やそこで働く人たちは政府の介入によって努力や創意工夫を妨げら

れているばかりか、利益のほとんどを公費と保険料に依存している状況にある。これでは「政府に頼ることなく自らの頭で考え行動し、結果に対する責任は自分で負う心」を失わせることになるため、介護事業者の自立心は発揮されないのである。このことから、介護保険制度は利用者だけでなく供給側である介護事業者の自立心を妨げていると言えるのである。

#### 4項 自立心を失った先にある全体主義

これまで、シルバー民主主義や長期間にわたり行われてきた福祉政策の拡大、価格の統制や公費の投入によって自立心が失われてきたことを述べてきた。ここからは、自立心が失われた先に待っている全体主義の姿を通して自立心の重要性を明らかにしていくことにする。

国民の自立心が失われた状態とは、社会保障をもっと拡大してほしいという思いが強く、政府による公的保障がなければ生活が成り立たないという状態のことである。換言すると、政府への依存心が強く自分の生命が政府に握られた状態にあるということだ。このような状態にある人が国全体に広がると自立心が失われた社会となるのだが、これまで述べてきた通り日本はまさに自立心が失われた状態にある。

自立心が失われた先に待っているのは自由が失われた社会である。前節で述べたように自由とは、他人による恣意的な強制のない状態、すなわち自分の頭で考え、自分の意思で計画しそれを実行できることであった。

しかし、これを聞くと「自分は自由を失っているとは思わないし、社会保障の拡大は国民のためにある」と主張する人もいるかもしれない。また、社会保障のためなら税金や保険料が上がることは仕方がなく、お金がある人から取って貧しい人や恵まれない人に配れば良いと思う人もいるかもしれない。もし仮にこれらのことに当てはまる人がいるならば、その人は自分の自由を制限していることに気づいてないばかりか、誰かの自由を奪っていることに加担していると言っても過言ではない。なぜなら、これまで介護保険制度の問題点を見てきたように、社会保障の拡大は個人の自由を制限し、自立心を奪うものだからである。

だが、自由を失っていることに気づかず、社会保障を拡大していくことを良いと考える人は、政府が行うことに対して考えることを停止してしまっていると言えるだろう。これは今の中国を見ると思考停止になっていることがよくわかる。

例えば中国では、約2億台の監視カメラが国民をリアルタイムで監視しており、市民の顔画像が身分証登録データから人工知能に取り込まれているため、映り込んだ人物の氏名や身分証番号などの個人情報を1秒以内に特定できるようになっている。<sup>17</sup>また、買い物

---

<sup>17</sup>牧野 (2019.4.22)

や電車の利用の際にも顔認証決済が進み、その利用登録者は1億人を突破<sup>18</sup>したとされている。さらには、SNS上では政府に対する批判は削除され、場合によっては投稿者に制裁が加えられるなど国民への監視体制が一層強化されている。

これらつまり、政府が犯罪の防止や治安の向上、時間の短縮といった利便性を強調する一方で、政府批判を行う人物を排除するという目的を正当化しているのである。それは、山本勝市が「ある目的が正しいと認められると、その目的を達成するために自由の原則と矛盾する強制手段も正しいと考える」<sup>19</sup>述べていると通りであり、恐怖によって支配された国民は政府を批判することすら許されなくなる。そして、「生活が便利になりもっと豊かになる」という政府からの巧妙な宣伝を聞き続けることで思考が停止し、いつしかそれを利用しなければ生活が成り立たない状況が生み出される。このような政府に依存した状態、つまりは自立心が失われた時には手遅れであり、政府に反対しようにもそう簡単に覆すことできない仕組みが既にでき上がっているのである。中国は今まさに目的を達成するためにAI技術を用いた監視体制を構築し、個人の自由が限りなく小さくなり、政府の権限が限りなく大きくなる全体主義国家となっているのである。

中国の例では「国民のため」という政府の宣伝や非常に強い強制力によって考えることを奪われてしまっていることが示されたが、中国と日本では政治体制がそもそも異なるため、同じようにはならないと考える人もいるだろう。しかし、日本も今のままでは同じ道をたどる可能性がある。なぜなら、中国政府がここまで強く強制力を働かせることができるのは「国民の生命や財産は政府のもの」という考えを持っているからである。この「国民の生命や財産は政府のもの」という考えは、日本で起きている社会保障の拡大によって私有財産を奪われることや、自分や家族の人生計画などに政府が介入することと同じ意味を持っている。

介護保険制度においても、「家族介護の負担を減らし、誰もが平等に安心して介護を受けられる」という目的に創られた制度が、強制加入や賦課方式、価格の統制や公費の投入など、政府が個人に介入して自由や財産を奪い、自立心を弱める働きをしていることから政府の所有する範囲が広がっていると言える。「国民のために」という“善意”が社会保障拡大の危険性を見えなくし、各人の持つ生命や財産を政府の所有物へと変えているのである。

そして、この先国民を待っているのは「介護保険制度を維持するため」とか「世代間の助け合い」という言葉を使い、税金や保険料をさらに上げるという現実である。これは、過去にも福祉の充実という大義を立てて税金や保険料を徴収することを正当化してきたことが何度も繰り返されてきたため容易に予想ができる。そうすると国民全体の所得に占める税金と社会保障費の負担を示す国民負担率が50%を超え<sup>20</sup>、税と保険料の徴収によって個人や家庭への介入がますます進み、国民の自由は制限されることになるだろう。

---

<sup>18</sup>野口（2019.11.24）

<sup>19</sup>山本（2019）

<sup>20</sup> 2020年の国民負担率は44.6%である。

だからこそ、「国民のために」という言葉の裏にある危険性を見抜き、一人ひとりが自己責任の原則の下に生きる思いを強く持たねばならない。なぜなら、自らが自分の責任を背負うからこそ自由を享受することができ、自由があるからこそ自分の頭で考え、行動し、努力しようとするからである。この精神性が政府の介入から自分や家族を守る防波堤となるのである。

以上、1節と2節を通して介護保険制度は個人の自由を制限し、国民の自立心を奪うことが明らかとなったため介護保険制度は縮小すべきなのである。そこで3節では具体的に介護保険制度の縮小を検討していくこととする。

### 3節 介護保険制度の縮小を検討する

#### 1項 介護保険制度に要支援は必要か

前節までの議論で介護保険制度は縮小させるべきものであることが明らかとなったため、ここからは本稿の提言である要支援の廃止について論じていきたい。要支援の廃止を提言する最大の理由は、日常生活における基本動作をほとんど自分で行えるとされる要支援者に対して公的支援を行う正当性はないと考えるからである。そのため本節では、実際に要支援というサービスがない地域の事例等を用いて要支援に正当性がないことを明らかにする。

まず、要支援がどのような状態を指しているのかを確認したい。要支援とは、今は「介護」を必要としないが、将来必要になる恐れがあるため日常生活への「支援」が必要だと判定された状態のことである。<sup>21</sup>「介護」ではなく「支援」というのは分かりづらいところだが、簡単に言うと、掃除や洗濯、排泄や入浴など日常生活における動作をどのくらい自分一人で行えるかということである。それを示すのが介護の度合いを5段階に分けた要介護度と呼ばれるものだ。最も軽い状態から要支援1、要支援2、要介護1、要介護2と続き、最も重い状態が要介護5とされている。しかし、ここで注意しなければならないのは、要支援と要介護をしっかりと分けて考えておくということだ。それは、要支援は要介護と違い、あくまで介護状態になる前の段階であり、ほとんど自立した日常生活を送ることができる状態だからである。

次に要支援と判定された状態と要支援者がどのような支援を利用できるかを確認したい。

<sup>21</sup>介護保険法においては、常時介護を要すると見込まれる状態が要介護、常時介護を要する状態の軽減、または悪化の防止に特に役立つ支援を要すると見込まれ、(中略)日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態のことを要支援と定めている。

表3 要支援度の認定状態

区分	状態 (例)
要支援 1	日常生活上の動作について、ほぼ自分の行うことができる。 例：食事や排せつ、入浴などほとんど自分で行えるが、掃除などが一人ではできないため、一部支援が必要。
要支援 2	要支援 1 の状態と比べると、自分でできることが少なくなり、支援と共に一部介護が必要な状態。介護予防サービスの利用で、状態の維持・改善が期待できる状態。 例：食事や排せつなどは自分で行えるが、入浴時に背中を洗えないことや、浴槽を跨げないなどの一部介護が必要な状態。

(LIFUL 介護「要支援・要介護の具体的な状態」より)

この表からわかることは、要支援 1・2 は日常生活における動作を基本的には自分でできるということだが、要支援者は具体的にどのような支援を受けることができるのだろうか。例えば、デイサービスで行われる運動プログラムへの参加、リハビリ担当職員による自宅訪問、管理栄養士による栄養指導、自宅への手すりの設置などである。これらのサービスを要支援 1 であれば、訪問型サービスと通所型サービスを週 1 回ずつ、要支援 2 であれば週 2 回ずつ利用することができる。また、保険が適用される範囲は要支援 1 であれば 50,320 円、要支援 2 であれば 105,310 円までとなっており、多くの利用者はこの金額の 1 割の自己負担となる。<sup>22</sup>

しかし、日常生活に関する動作をほぼ一人でできる人に対して、介護保険制度を利用することのない現役世代やその他の高齢者から徴収した保険料で介護予防や生活支援が提供されるのはおかしな話ではないだろうか。要支援については介護保険法で要支援状態の定義がなされているが、要支援者とは言ってしまうと年を取ったら誰もが訪れる一般的なお年寄りのことである。にもかかわらず、政府は自力で生活できる人に対しても公的支援を続けるなど、介護予防への取り組みに力を入れている。

政府が介護予防に力を入れる理由は、年々増加している介護保険給付費を抑制したいからだ。要介護度が上がるにつれて保険で利用できる限度額が大きくなるため、できるだけ介護状態になってほしくないのが政府の本音である。今後高齢者の数が増えると同時に介護保険給付費も膨らんでいくことは確実のため、政府はそれを見越して要支援認定を受けた人だけでなく 65 歳以上の高齢者であれば誰でも介護予防サービスを受けられるようにするなど、制度を拡大している<sup>23</sup>

<sup>22</sup>要支援 1 で 50,320 円、要支援 2 で 105,310 円と上限が決まっているが、上限まで利用する人はほとんどいない。

<sup>23</sup>65 歳以上であれば誰でも介護予防サービスを受けられる事業を一般介護予防事業と呼ぶが、介護保険料ではなく市町村の財源で行われている。



もちろん、介護予防がいけないということではなく、ここで考えなければならないのは、社会保障の基本である。それは、本当に必要な人に対して必要最小限の支援すること。そして、政府の支援ありきではなく個人の努力や家族、地域で助け合うということだ。本稿で繰り返し述べているように、一度始めると国民の要求はさらに大きくなり、引き返すことが非常に難しくなるのが社会保障の怖さである。現に家族介護の負担を軽減することを目的にできた介護保険制度だが、最初は「介護」に向いていた声が次は要支援などの「介護予防」に向かい、さらには「全ての65歳以上」に向かうというように、必要最小限を大きく超えて必要以上に拡大を続けている。さらには、財政が厳しいと言い続けているにもかかわらず、必要のない人にまで介護保険料と公費を大量に投入して給付をするという矛盾したことをやっている。そのため、ほとんど自立した状態にある人を介護保険料と公費を大量に投入して公的に支援し続ける正当性はないのである。

公的支援がなくなることで利用している本人やその家族は不安を感じる人が多いだろうが、この機会に改めて老後の人生や家族、地域のつながりを見直すべきである。多くの要支援者の方に共通しているのは、①老化による疾病を抱えていること。②運動の習慣がなく歩行や転倒する不安を抱えていること。③社会参加の機会が少なく家に閉じこもりがちになることだ。<sup>24</sup>つまり、このような3つの観点から家族や地域、自分の人生のあり方を見直していく必要があるのだが、これらは自分で備えをしておけばある程度は解決する問題でもある。

①については年を重ねると病気や死がより身近な問題となるのは明らかであるため、とにかく命を生きながらえるという考え方ではなく、死と向き合いながらどうしたら死後の世界へと安らかに旅立てるかを考える必要がある。これについては、神仏への信仰や死後の世界を説く宗教が心のケアに力を発揮できる。また、実務の面では生前整理等を進めておくこともできるだろう。

②については年を取る前から自分で運動の習慣をつけて備えをしておくことだ。散歩やゲートボール、卓球、ラジオ体操など過度な負荷をかけずに長く続けられるものを見つけておけばよい。もちろん、運動に限らず読書や将棋、碁、習字など頭や指先を刺激する趣味も良いだろう。

そして、③に関しては自治会の活動や慈善活動に取り組むなど家族以外のつながりを作っておくことだ。実際、キリスト教に興味を持つ方に教会に通うことを勧めたところ、熱心に通い始め閉じこもりが解消した事例がある。<sup>25</sup>宗教では、人と人とのつながりを非常に強く感じることができるため、家族以外の人間関係をつくる上では最適なものであろう。また、何より優れているのは死後の世界や人生の意味について学べることである。そうしたことを踏まえると日本に数多くある宗教団体がボランティアとして高齢者のネットワーク作りに一役買うことが期待できるのではないだろうか。

---

<sup>24</sup>株式会社 日本総合研究所 (2014)

<sup>25</sup>同上 169-172 頁

このように自分でやれることは様々にあり、社会保障の基本は個人の備えと家族や地域住民同士での支え合いである。この時に必要なのは若い時から少しでも健康に努めたり、年を取ってからでも体を動かす習慣を作ったり、人間関係のネットワークを築くなどの個人的な努力である。こうすることで個人の自立心や家族、地域のつながりを強化でき社会保障は必要最小限に向かっていくのである。したがって、政府がまだ一人で生活を送れる人にまで手を広げて支援する必要性は全くないのである。

## 2 項 要支援がない地域の事例

前項では社会保障の原則から要支援に正当性がないことを論じたが、ここからは、65歳以上が支払う介護保険料が日本で最も高い福島県葛尾村<sup>かつらお</sup>と日本で最も低い北海道音威子府村<sup>おといねっぶ</sup>の比較を通して要支援に正当性がないことを明らかにしたい。

2つの村を比較する前に65歳以上の介護保険料の決め方を簡単に説明しておきたい。65歳以上の介護保険料はその市町村における介護サービスの総費用に応じて決まる。つまり、介護サービスの利用者が多ければ保険料は高くなり、少なければ安くなるということだ。そして、保険料は3年ごとに市区町村が作成する介護保険事業計画<sup>26</sup>に基づいて見直される。その時に今後3年間でどのくらい介護費用が必要かを計算して介護保険料の基準額を定め、生活保護や住民税非課税世帯の人は基準額より低く逆に所得が多い人は基準額を超えて負担するように設定されている。

では実際、葛尾村と音威子府村の介護保険料がどうなっているか見ていきたい。ここでは一般的な高齢者の所得層である100万円～150万円、150万円～200万円、200万円～250万円、250万円～300万円、300万円～350万円での保険料を取り上げる。

表4 葛尾村の65歳以上の介護保険料（基準額は月額9,800円）

100万円～350万円の所得層における対象者	保険料／年（ ）内は月額
本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満	141,120円（11,760円）
本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円以上190万円未満	152,880円（12,740円）
本人が住民税課税で前年の合計所得金額が190万円以上290万円未満	176,400円（14,700円）
本人が住民税課税で前年の合計所得金額が290万円以上	199,920円（16,660円）

（葛尾村HPより筆者作成）

<sup>26</sup>保険給付の円滑な実施のため年間を1期とする介護保険事業（支援）計画のこと。介護事業の方針や目標を定め地域の現状を踏まえ具体的にどのようなサービスを行うかが記されている。また、介護保険料の設定や介護保険利用者の見込数も示されている。

表5 音威子府村の65歳以上の介護保険料（基準額は3,000円）。

100万円～350万円の所得層における対象者	保険料／年（ ）内は月額
本人が村民税課税で合計所得金額が120万円未満の者	43,200円（3,600円）
本人が村民税課税かつ合計所得金額が120万円以上190万円未満	46,800円（3,900円）
本人が村民税課税かつ合計所得金額が190万円以上290万円未満	54,000円（4,500円）
本人が村民税課税かつ合計所得金額が290万円以上	61,200円（5,100円）

（威子府村介護保険条例および、厚生労働省「介護保険をめぐる状況について」より筆者作成）

こうして比較してみると2つの村の違いがよくわかる。最も小さな差であっても97,920円（所得が120万円未満）であり、最も大きな差になると138,720円（所得が290万円以上）にもなる。高齢世帯のうち最も所得層が多いとされる200～250万円の層では、122,400円の差となる。しかし、この介護保険料は介護保険を利用していなくても強制的に徴収される。リスクが少なく利用しない人がこれだけの金額を負担し、一部の利用する人を支える仕組みに疑問を感じる人は多いだろう。

次に2つの村の65歳以上人口や高齢者に占める要支援・要介護認定数等の比較である。

表6 葛尾村と音威子府村の比較

	葛尾村 <sup>27</sup>	音威子府村 <sup>28</sup>
総人口	1,454人	786人
65歳以上人口	527人	228人
高齢化率	36.24%	29.0%
高齢者に占める 要支援・要介護認定数	161人	17人
高齢者に占める 要支援・要介護認定率	30.55%	7.45%

特に注目したいのが高齢者に占める要支援・要介護認定率である。葛尾村では高齢者のうち3割が要支援または要介護認定を受けているが、音威子府村では1割にも満たないことがわかる。これだけの差があると保険料の負担に大きな差があるのも納得できるが、なぜ高齢化率が決して低いとは言えない音威子府村の要支援・要介護認定率が1割にも満たないのだろうか。

<sup>27</sup>葛尾村高齢者福祉計画 第7期介護保険事業計画より作成。数字は全て2017年4月1日時点のもの。

<sup>28</sup>総人口、65歳以上人口、高齢化率は北海道の高齢者人口の状況（市町村別）より作成。数字は2017年1月1日時点のもの。高齢者に占める要支援・要介護認定数と認定率は、厚生労働省「介護保険事業報告（暫定）」より算出。

そこで、葛尾村と音威子府村の要介護度別の人数を見てみたい。

表7：要支援・要介護認定者数の比較

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
葛尾村	14	23	34	30	15	25	20	161
音威子府村	0	0	2	6	3	2	3	16

(葛尾村高齢者福祉計画第7期介護保険事業計画および厚生労働省「介護保険事業報告(暫定)」より筆者作成)

特徴的なのは音威子府村には要支援者がいないということだ。それに加えて、要介護状態にある人も非常に少ないことがわかる。その理由を音威子府村の担当者に確認したところ、「要介護者にならないための介護予防サービスを十分に提供できる体制にないからそもそも要支援認定ができない」ということだった。政府をはじめほとんどの行政は背伸びをして社会保障を拡大していく傾向にあるが「できないものはできない」という身の丈にあった姿勢がうかがえる。さらに、この担当者の方は「音威子府村にはデイサービスや訪問介護サービスはあるが老人ホームはない。それに、冬には雪が降るため自分で対策をしなければならぬという意識が村の人たちにあるのではないか」と述べていた。<sup>29</sup>これはまさに本稿で繰り返しその重要性を述べてきた自立心がしっかりあることを示している。実際、村の人たちは畑仕事や老人クラブでのレクリエーションを通して体を動かし地域交流にも積極的な姿勢<sup>30</sup>があり、前項で述べたように個人の努力と家族や地域の支え合いを基本に成り立っていると言える。

一方、葛尾村は少し特殊な事情を抱えていたため、体を動かす習慣や家族や地域で支え合うには難しい状況にあった。その特殊な事情とは、2011年3月の東京電力福島第一原子力発電所事故による影響で全村避難となっていたことだ。そのため葛尾村に住んでいた人たちは2016年の6月に避難指示が解除されるまでの約5年間避難生活を送っていたのである。こうした点を踏まえて、葛尾村の担当者に介護保険料が高い理由を尋ねると「避難後に運動機能が低下したため、これまでサービスを受けていなかった人たちが利用するようになったからではないか」との回答があった。実際、東日本大震災が起きた2011年の要支援・要介護認定者の数は92人だったが、2012年は131人、2013年には142人と大幅に増えており、避難先での生活が身体に影響を与えたことが考えられる。しかし、介護保険料が高いことへの問題意識は当然ある。そこで、保険料を抑えるための取り組みをさらに尋ねたところ「要介護にならないために予防に取り組むしかない」とし、2017年から検討チームを立ち上げ、村の集会所で高齢者を対象に予防の支援や介護サービスの給付状況を説明するなどして給付の削減に向けて取り組んでいる。担当者は「将来的には、できればこ

<sup>29</sup>元気な高齢者が多い一方で、老後の不安を感じ元気なうちに子供がいる村外へ転居する方も一部いる。

<sup>30</sup>北海道テレビ(2015.12.8)介護保険料が最も安いのに"村離れ"の理由

のような取り組みを村の人たちが自主的に行ってほしい」という希望を持っており、家族や地域の支え合いの重要性を示していた。

音威子府村と葛尾村の比較を通して次のことが明らかとなった。

それは、自立心を基本とした個人の努力と地域で支え合う重要性である。音威子府村では「自分たちの生活は自分たちで」という意識があるため村に社会保障を求める気持ちがほとんどない。そもそも、要支援者へのサービスが“ない”ことが当たり前であるため自然と自分たちで工夫して何とかしようとした結果、税や保険料の負担が少なくなる。一方、葛尾村では震災という特殊な要因があったものの、個人で運動する習慣や地域の支え合いが機能しなくなると要支援・要介護認定率が高くなることを示していた。そのため介護保険料は非常に高くなっており、特に利用しない人にとっては負担感が大きいだろう。これだと介護保険料を払っているのだから介護保険制度を利用しなければ損をしている気持ちが生まれ、一度利用することで歯止めが効かなくなる悪循環に陥る可能性がある。そうならないためにも、個人としてはできるだけ健康に努め、家族や地域のつながりを深める努力が必要である。個人の努力と家族、地域のつながりが深まることで音威子府村のように要支援者に向けたサービスがなくともやっていけるようになるのである。

このことから、個人の努力と家族や地域のつながりこそが最大の社会保障であり、社会保障を必要最小限へと向かわせる唯一の道だと言えるのである。

## おわりに

本稿では、社会保障の拡大によって個人の自由と自立心が失われることを止め、現在の行き過ぎた社会保障を必要最小限の姿へとするための一つの過程として、介護保険制度にある要支援の廃止を提言した。加えて、個人の努力と家族や地域のつながりこそが社会保障を必要最小限へと向かわせるものであると結論づけた。

1節では、介護保険制度の問題点として40歳以上の強制加入と強制的な所得移転である賦課方式を取り上げ、介護保険制度が個人の自由が制限された制度となっていることを明らかにした。

2節では、福祉を充実させて欲しい国民とそれに応えようとする政治家、価格の統制と公費の投入が国民の自立心を弱めたことを明らかにした。また、自立心が失われた社会は個人の自由が制限され、政府の強制力が強く働く社会主義へと向かう危険性を明らかにした。

3節では、介護保険制度を縮小するためには要支援を廃止すべきだと提言した。その理由として、社会保障は必要最小限であるべきという原則と北海道音威子府村と福島県葛尾村の事例を通して要支援に正当性がないことを明らかにした。

しかし、本稿での提言が社会保障を必要最小限にするため第一歩であることは間違いなが、要支援を廃止したところで社会保障の肥大化を止めることにはならない。本当に社会保障を必要最小限にするのであれば、介護保険制度全体の縮小はもちろん、生活保護制

度の再考や社会保障給付費の中で最も大きな割合を占める年金制度改革が必要となる。当然全ての改革を一度に行うことは無理な話であるが、自由を守り日本をもう一度経済成長へと導くために今後も自由という観点から社会保障改革の必要性を訴えていきたい。

## 参考文献

池上直己（2017）『日本の医療と介護』日本経済新聞社

音威子府村介護保険条例

([http://www2.vill.otoineppu.hokkaido.jp/reiki/reiki\\_honbun/a121RG00000203.html](http://www2.vill.otoineppu.hokkaido.jp/reiki/reiki_honbun/a121RG00000203.html))

(閲覧日：2021年2月20日)

葛尾村役場（2017）「葛尾村高齢者福祉計画 第7期介護保険事業計画」

株式会社 日本総合研究所（2014）「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント集」

健康保険組合（2019）「健康保険組合予算早期集計結果と「2020年危機」に向けた見通し等について」

厚生労働省（2017）「介護保険事業報告（暫定）」

(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m17/1704.html>) (閲覧日：2021年2月20日)

厚生労働省（2019）「介護保険制度をめぐる状況について」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf>) (閲覧日：2021年2月20日)

公明党 (<https://www.komei.or.jp/campaign/shuin2017/manifesto/manifesto2017.pdf>)

(閲覧日：2021年2月20日)

佐藤浩之（2019）「介護保険制度改革の変遷と持続可能な制度実現への取り組み—経済政策的視点からの分析—」『横浜商大論集』1・2号 37 - 58

産経新聞（2019.7.18）「【産経FNN合同調査】参院選有権者の関心は年金4割 憲法改正は4番目」

(<https://www.sankei.com/politics/news/190708/pl1907080031-n1.html>) (閲覧日：2020年2月1日)

自民党 ([https://www.jimin.jp/election/results/sen\\_shu48/political\\_promise/](https://www.jimin.jp/election/results/sen_shu48/political_promise/))

(閲覧日：2021年2月20日)

鈴木亘ほか（2008）「公的介護保険導入と老後不安感、予備的貯蓄」『学習院大学経済論集』45巻2号 103 - 125頁

鈴木亘ほか（2012）「社会保障を通じた世代別の受益と負担」内閣府経済社会総合研究所

鈴木亘（2016）「介護保険施行15年の経験と展望：福祉回帰か、市場原理の徹底か」独立行政法人経済産業研究所

全国保険協会（2020）「令和2年9月分（10月納付分）からの健康保険・厚生年金保険の保険料額表」

- 総務省 (2019) 「第 25 回参議院議員通常選挙における年齢別投票状況」
- 荘村明彦 (2020) 『社会保障の手引き』中央法規
- 田中聡一郎 (2018) 「介護保険の構想と形成過程—厚生官僚オーラルヒストリーの読解から—」『社会保障研究』第 3 巻 第 1 号 99 - 110
- 田淵創 (2003) 「世論調査に見る介護保険制度」『平安女学院大学年報』 37 - 46 頁
- 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 (2018) 「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材) —概要—」
- 内閣府 (平成 22 年 9 月調査) 「介護保険制度に関する世論調査」  
(<https://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/index.html>) (閲覧日: 2021 年 2 月 1 日)
- 那須俊貴 (2019) 「主要国における投票率—投票参加に影響を及ぼす要因と国内外の取り組み事例 (資料) —」『レファレンス』 822 号 87 - 111 国立国会図書館
- 日本維新の会 (<https://o-ishin.jp/election/shuin2017/common/pdf/manifest.pdf>)  
(閲覧日: 2021 年 2 月 20 日)
- 日本共産党 ([http://www.jcp.or.jp/web\\_policy/2017senkyo-seisaku.html](http://www.jcp.or.jp/web_policy/2017senkyo-seisaku.html))  
(閲覧日: 2021 年 2 月 20 日)
- 日本経済新聞 (2017.12.6) 「世論の意識は 公助への依存なお強く」  
(<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO24247640U7A201C1M10700/>) (閲覧日: 2021 年 2 月 1 日)
- 野口悠紀雄 (2019.11.24) 「中国で広がる顔認証のシステム、その利便性と「潜在的危険」」  
(<https://gendai.ismedia.jp/articles/-/68543>) (閲覧日: 2021 年 2 月 1 日)
- ハイエク (西山千明訳) (2008) 『隷属への道』春秋社
- 原清一 (2007) 「介護保険制度の導入をめぐる政治過程」『志學館法学』第 8 号 233 - 278
- 北海道庁「北海道の高齢者人口の状況 (市町村別)」
- 北海道テレビ (2015.12.8) 「介護保険料が最も安いのに"村離れ"の理由」  
(<https://www.htb.co.jp/news/oiru/20151208/>) (閲覧日: 2021 年 2 月 1 日)
- 牧野武文 (2019.4.22) 「監視社会か防犯か、人工知能でつながる 1.7 億台の監視カメラ」  
(<https://ascii.jp/elem/000/001/846/1846766/>) (閲覧日: 2021 年 2 月 1 日)
- 増田雅暢編著 (2008) 『世界の介護保障』法律文化社
- 増田雅暢 (2001) 「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題—官僚組織における政策形成過程の事例—」『季刊・社会保障研究』第 37 巻 第 1 号 44 - 58 頁
- 三原岳 (2020) 「20 年を迎えた介護保険の足取りを振り返る (上) —制度創設の過程、制度改正の経緯から見える変化と論点」  
(<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=64141?site=nli>) (閲覧日: 2021 年 2 月 1 日)
- 山本勝市 (2019) 『福祉国家亡国論』呉 PASS 出版

吉井一洋（2012）「社会保障・税一体改革大綱（税制概要）」

(<https://www.dir.co.jp/report/research/law-research/tax/12022001tax.html>)

(閲覧日：2021年2月20日)

LIFULL 介護 (<https://kaigo.homes.co.jp/manual/insurance/youshienyoukaigo/>)

(閲覧日：2021年2月1日)

早稲田大学マニフェスト研究所

(<http://www.maniken.jp/pdf/2017sosenkyo-seisaku-hikaku.pdf>)

(閲覧日：2021年2月20日)