

生活保護制度におけるユニットケアの個室利用禁止規定 ～介護保障としての介護扶助の在り方～

坂本 毅啓*

要約

日本の介護保障制度は介護保険制度を中心として、老人福祉法と老人保健法による高齢者保健福祉制度、そして生活保護制度の生活扶助と介護扶助によって成り立っている。2005年に介護保険制度の見直しが行われ、いわゆる「ホテルコスト」(住居費)が保険給付から外れ自己負担化された。それに伴い、介護扶助制度受給者はユニット型個室等の利用が認められなくなった。この個室利用禁止は、介護保障制度の中に格差を生み出すこと、個別性に対応した介護福祉実践を妨げることになる。平等消費型で、現場裁量を高めて個別性に対応した介護保障制度の確立が望ましいと考える観点から、①生活保護制度の給付水準を、個室利用を認める水準で統一すること、②介護保険制度の自己負担分の利用料も含めて全額保険給付とする、③介護保障制度の総枠を拡大することの3点が必要であると提起した。今後の課題は、本論は現状の確認と提言のみとなっている。今後の研究への取り組みとして、何故、介護扶助で個室の利用をすることができないのかを、構造的に明らかにすることが必要である。

キーワード：介護保障制度 介護扶助 ユニットケア

2007年10月17日受領(理論)

はじめに

介護保険制度が2000年4月から施行され、これにともない準市場型の契約に基づく介護サービスの利用が開始された。介護保険制度導入時には、「医療における健康保険のように、介護サービスは利用しやすくなる」と推進論者達は主張をし、国民に対して介護サービスが医療サービスのように身近な存在となることの素晴らしさを広く主張した。確かに、介護保険制度の基本的な仕組みやそれに関連する他制度の仕組みなどを見てみると、これまで医療保険制度で用いてきた仕組みを、そのまま介護保険制度でも流用・準用しているように思える。

このように、一見、医療保険制度を中心とした医療保障制度と介護保険制度を中心とした介護保障制度は似た制度であるかのように思うが、しかし決定的なところが異なっていることに留意する必要がある。それは、介護保険制度が介護費用の保障を目的としている

ということと、医療の現場では認められていない「混合診療」のような、「混合介護」をすることができるということである。公定価格として介護報酬は決められているが、そのサービスの利用に当って必ずしも保険を使う必要性は無く、また介護保険から支給される限度を超えてサービスを利用したい場合は、全額自費で介護サービスを利用することが可能となっている。つまり、日本における介護保険を中心とした介護保障制度は、医療保障とは異なり階層消費型サービス利用が進んでいると考えられるのである。¹⁾

所得間格差が広がる中、階層消費型サービス利用が進むということは、介護保障の水準に格差が生れるということである。格差とは相対的な概念であるが、その一方の極が人間として健康で文化的な最低限度の生活を営むこと、つまり憲法第25条で謳われている生存権保障が十分でないとするれば、それは単なる格差ではなく、社会的欠乏状態にあると言える。それでは、

* 大阪健康福祉短期大学
坂本毅啓
〒590-0014 堺市堺区田出井町2-8
大阪健康福祉短期大学 介護福祉学科
e-mail: t.sakamoto@kenko-fukushi.ac.jp

貧困状態や低所得状態にある要支援や要介護状態にある者に対して、日本ではどのような施策が存在するのであろうか。

本論では、上記のような問題意識を踏まえて、まず貧困状態や低所得状態にある要支援や要介護状態にある者（以下、貧困・低所得要介護者という。）に対して、介護保険制度と生活保護制度を中心にどのような施策が行われているのかを整理する。その上で、その施策の一つである生活保護制度におけるユニットケアによる個室等の利用に関する取扱いを取り上げ、生活保護を受給する状態にある貧困・低所得要介護者は、個室等の利用を認めないという施策のあり方について、介護保障という観点から検討を行う。介護保障の観点としては、ユニットケアと個室の導入から見えてくる高齢者の住環境のあり方と最低基準、個別性に対応した介護サービスの提供を考えると個室等の利用は選択肢として標準化する必要があるという2点を特に重視する。特に個別性に対応した介護サービス提供については、国際生活機能分類（ICF）を基にして検討を進めていく。

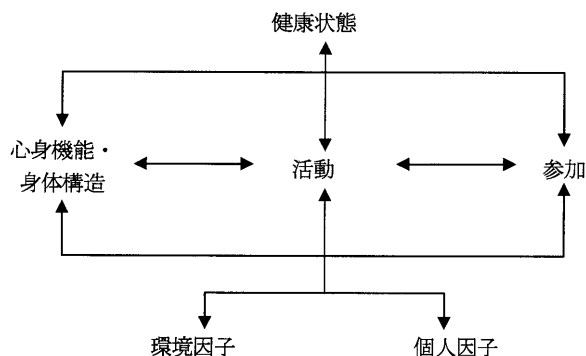
1. 介護保障制度と生活保護制度

1.1. 日本の介護保障制度

まずは手始めに、日本における介護保障制度について整理をすることから始める。そのためには、「介護とは何か」ということと、「介護保障制度とは何か」の2点について整理することが必要であろう。

まず介護とは、高齢や障害によって日常生活を円滑に営むことが困難となったときに、それが可能となるような援助を行うことを言う。

図1. 国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用



国際生活機能分類（ICF）に基づいて説明をするならば、健康状態の変化に伴い心身機能・身体構造に変

化がもたらされ、それによって活動や社会参加といったものを制限されることにより、くらしの中でなんらかの障害や不安を抱える状態のことを要介護状態と言う。そして介護が必要とされるような状況の中で、くらしの中に障害や不安を抱える状態をもって、介護問題と言う。そしてこの介護問題は、社会問題としての生活問題の一分野として、国民生活の中に具体化される。

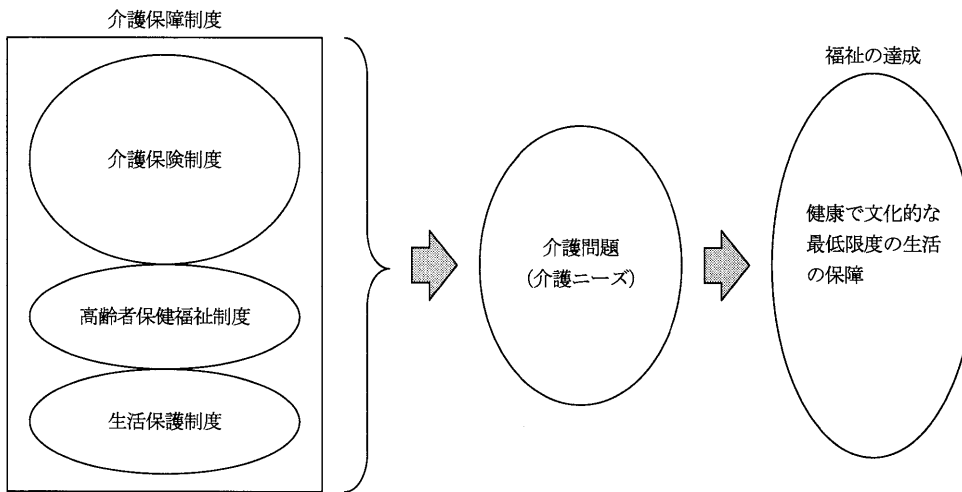
社会問題としての生活問題ということは、この介護問題が社会構造の中で生み出されているということであるが、これについては彦根市社会福祉協議会（1999）や三塚（1997）を参照されたい。

さて、ここまで見てきた介護問題に対して社会的対応の必要性が認識されたのは、日本の人口構造が少子高齢化する——つまり、少子高齢化社会へと社会構造が変化する中で一般的に広く認識されてきたからである。当時は「介護ニーズの高度化・多様化」と言われ、それまでの老人福祉法と老人保健法を中心とした老人（高齢者）保健福祉制度では十分に介護問題に対応することが困難であると言われた。それらを受けて1997年に介護保険法が成立し、2000年4月からは公的介護保険制度が開始している。

この介護保険制度の開始をもって介護保障制度と考える方もいるかもしれないが、それは全くの誤りである。介護保険制度が開始する前から介護問題は存在していたし、またその介護問題を解決することを目的とした介護問題対策としての福祉制度は展開されてきている。在宅介護への対応では、1956年に長野県上田市社会福祉協議会が日本で初めて取り組んだ家庭養護婦派遣事業まで約50年遡ることもできる。（百瀬、1997、p.156）

介護保障制度とは、社会保障制度の一分野であり、国家が主体となって国民に対して健康で文化的な最低限度の生活を保障することを目的として、介護を必要とする者やその家族に対して介護問題の解決を図るべく何らかの施策を実施することである。この施策は単一の何かが存在するだけではない。現在の日本においては社会保険方式である介護保険制度を中心として、老人福祉法と老人保健法に基づく高齢者保健福祉制度（保健福祉サービス）、公的扶助である生活保護制度等の複数の施策から成り立っている。この体系を図で示したのが図2である。

図2. 介護保障制度の体系図



対象となる介護サービスに係る介護需要の充足に国民の権利として保障されることとなること及び当該介護需要は従前生活困窮者についても老人福祉の措置又は医療扶助により充足されていたことにかんがみ、介護保険制度において要保護者の当該介護需要が充足されるよう、生活保護制度において、介護保険の給付の対象

1.2. 介護保険制度を補完する生活保護制度

介護と介護保障制度について整理したところで、次はいよいよ生活保護制度に焦点をあてていくことにする。

生活保護制度の中心となる生活保護法は、1946年に旧生活保護法が成立し、1950年に現在の新生活保護法が成立している。生活保護法第1条によると「この法律は、日本国憲法第25条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その際提言どりの生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする」と定められている。

この目的を達成するにあたり、4つの原理（無差別平等の原理、最低生活の原理、国家責任の原理、補足性の原理）、4つの原則（申請保護の原則、基準及び程度の原則、必要即応の原則、世帯単位の原則）、8つの扶助（生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助）を規定している。

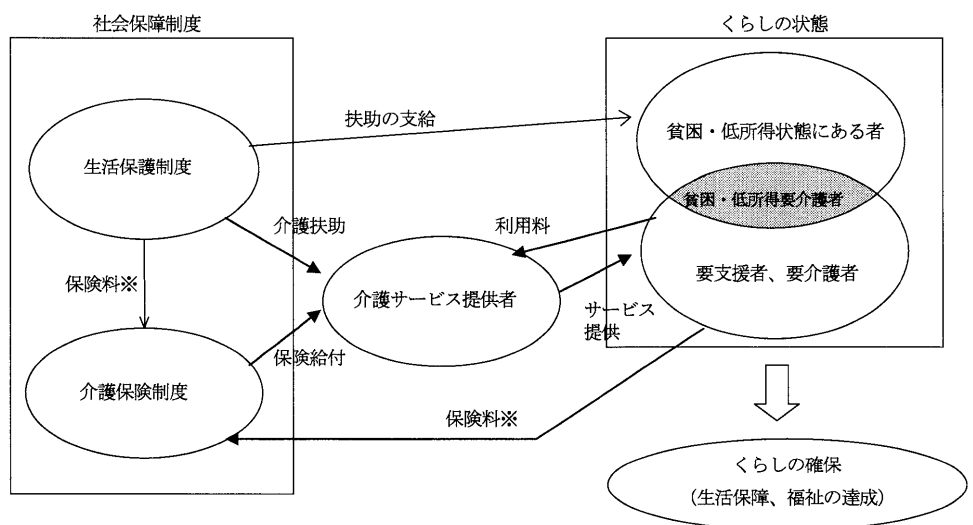
これらの中で介護を必要とする者に対する扶助は、主に生活扶助と介護扶助によって行われている。

介護扶助が創設された趣旨は、「介護保険制度が創設させることにより、保険給付の

となる介護サービスに係る介護需要を最低限度の生活需要と位置付け、保護の対象とするものである」となっている。²⁾

生活扶助は経済的理由により最低限度の生活を維持することの出来ない状態の者に対して、衣食、その他日常生活の需要を満たすために必要なものと移送の範囲内において行われる。介護扶助は、同じく経済的理由のために最低限度の生活を維持することが出来ない要介護者や要支援者³⁾に対して現物給付にて介護サービスを提供する。なお、介護保険制度において第1号被保険者に該当する生活保護受給者は、生活扶助に介護保険料加算を行い支給し、そこから介護保険料を納付することとなっている。これによって生活保護制

図3. 介護保険制度と生活保護制度の関係図



※厳密には、介護保険制度の被保険者には第1号被保険者と第2号被保険者が存在しており、その保険料の支払い方法や利用要件（特定疾病）は異なる。例えば、40歳以上65歳未満の貧困・低所得要介護者は医療保険に加入しない関係で介護保険には加入しないために保険料の支払いは生じない。ここでは施設介護サービスを利用する者に焦点を当てるために、同質のサービス利用者（貧困・低所得要介護者）として扱うこととする。

度を利用していても、介護サービスの利用では介護保険制度と生活保護制度を併用することとなる。それに対して第2号被保険者である40歳以上65歳未満の者については医療保険に加入しているということが条件となっているが、生活保護制度を利用して健康保険に加入していない場合、介護保険法で定めるところの加齢に伴う特定疾病を原因として介護サービスを利用したとしても、介護保険制度を利用することはできないことになっている。介護サービスの利用が必要な状況である場合は、介護扶助が全額支給することになる。介護保障制度として、介護保険制度と生活保護制度の関係は複雑になっているが、社会保障制度とくらしの状態を分けて、サービスの提供とくらしの確保に向けた取り組みを整理したのが図3.である。

介護保険制度は、形式的に現物支給ではあるが、実際には介護サービスを利用するために必要な費用の9割を支給する制度であり、いわば「介護費用補填保険」と言える制度である。そして生活保護制度は、経済的理由により介護保険の保険料負担ができなかつ

表1 介護扶助の支給範囲

要介護区分	支給範囲
要介護者	居宅介護※1 福祉用具 住宅改修 施設介護 移送
要支援者	介護予防※2 介護予防福祉用具 介護予防住宅改修 移送

※1 居宅介護支援計画に基づき行うものに限る。

※2 介護予防支援計画に基づき行うものに限る。

たり、あるいは自己負担分の利用料が支払えなかった場合に、それを補ったり、あるいは代わりに支払いを行う。こちらも同様に、形式的には現物支給となっている。

1.3. 介護扶助による個室利用原則禁止の規定

介護保険制度と生活保護制度を中心に、介護保障制度の大枠を整理してきた。次に、介護扶助の仕組みを整理し、ユニットケアにおける個室の利用禁止規定に

ついて検討を行っていくことにする。

要介護者及び要支援者に対して支給される介護扶助の範囲は、表1の通りである。その支給される範囲は、介護保険制度で支給される範囲と移送費以外は同一となっている。

さて、2005年に介護保険法の改正案が成立し、施設サービス利用の際に、利用者に対していわゆる「ホテルコスト」の負担を求めることとなった。これを受けて、厚生労働省社会・援護局保護課長通知として「生活保護制度における介護保険施設の個室等の利用等に係る取扱いについて」（平成17年9月30日社援保発第0930002号）が通知された。この通知の案内について、少々長くなるが、ここに引用してみよう。

「介護保険法等の一部を改正する法律」（平成17年法律第77号）が平成17年10月1日に一部施行されるに伴い、介護保険施設における居住に要する費用（以下、居住費という。）が施設介護サービス費の対象から除外され、『ユニットケア型個室』、『ユニットケア型準個室』、『従来型個室』及び『多床室』の居室の種類ごとに施設介護サービス費が定められるとともに小規模生活単位型特別養護老人ホーム以外の施設においても利用者から居住に要する費用について、施設と利用者との契約により定められた額より支払いを受けることができることとされ、また、食事の提供に要する費用（以下、食費という。）についても、施設介護サービス費における基本食事サービス費が廃止され、施設と利用者との契約により定められた食費の支払いを受けることとされたところである。

一方、被保護者を含めた低所得者については、居住費及び食費について基準費用額及び負担限度額を定め、介護保険施設の入所者並びに短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用者に対する特定入所者介護サービス費又は特定入所者支援サービス費が支給されることにより、被保護者については、負担限度額の範囲内で滞在に要する費用（以下、滞在費という。）及び食費を負担することとされたところである。

については、下記のとおり生活保護制度における取扱いを定め、平成17年10月1日から適用することとしたので、了知の上、その取扱いに遺漏なきを期されたい。（以下略。通知文より抜粋。）

2005年に介護保険法が改正されたことに伴い2005年10月1日から新たに利用者自己負担が増え、生活保護受給者に対して生活保護制度はその負担増をどのように扱うのかということを通知している。

ここでまず先に、介護保険制度の改正に伴う施設利用負担について見てみよう。この改正では特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）において「小規模生活単位型」が廃止され、「ユニット型個室」、「ユニット型準個室」、「従来型個室」、「多床室」の4類型が設定された。この4類型についてまとめたのが表2.である。

表2.の居室の形態の区分に応じて、その費用負担額を定めたのが表3.である。

生活保護受給者に焦点をあててみると、利用者負担区分第1段階に区分され、月々の負担は、多床室の場合は負担無し、従来型個室⁴⁾の場合は特別養護老人ホームの場合は1万円、老人保健施設などの場合は1万5000円、ユニット型準個室の場合は1万5000円、ユニット型個室の場合は2万円となっている。

さて、介護扶助に話を戻そう。本通知では、介護保険施設の個室等の利用等に関する「基本的な取扱い」について、「生活保護制度における対応としては、当面は介護保険施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。以下同じ）の居室のうち、多床室が大半を占めると考えられること並びに『ユニット型個室』、『ユニット型準個室』及び『従来型個室』（以下、個室等という。）の利用については居住費の負担が求められることから、被保護者の個室等の利用については、当面、(1)に規定する『利用を認める場合』に該当する場合に限定することとする」と定めている。「(1)に規定する『利用を認める場合』とは、表4に示したとおりである。

厚生労働省社会援護局保護課によると、このような個室等の利用の取扱いとその根拠について「原則としてその利用自体が認められないこととされています。これは介護保険施設における個室の割合が少ないことから一般低所得者との均衡を考慮し、また、最低生活の保障という生活保護制度の趣旨を勘案したものです」としている。(2005、25)つまり、新たに負担が生じないのであれば利用してもかまわないが、それ以外においては利用することはできないということである。

これまでを整理すると、介護保障制度の中心である介護保険制度は、経済的負担能力に応じてサービス

の選択の幅と利用する量が増える階層消費型の制度となっている。2005年10月から施行されたホテルコスト負担の導入により、利用者負担は増えた。それに伴って貧困・低所得要介護者に新たな費用負担が発生し

表2. 居室の形態と区分

居室形態	基準（定義）
ユニット型個室	ユニット ○個室と共同生活室によって一体的に構成される場所（ユニット）を中心として構成 ○居室 ・定員1人 ・共同生活室に近接して一体的に設置 ・床面積は13.2㎡以上（8畳） ・居室間の壁が天井との隙間なく、可動式でないこと ○共同生活室 床面積は2㎡×ユニットの入居定員以上 ○洗面設備・トイレ 居室ごとまたは共同生活室ごとに適当数設置 ○浴室 要介護者の入浴に適したもので廊下幅 1.5㎡以上（中廊下1.8㎡以上）
ユニット型準個室	上記基準のうち、下記の部分が緩和されたもの ○居室 ・床面積は10.65㎡以上（6畳） ・居室間の壁が天井から一定程度あいていても可
従来型個室	ユニットでない個室
多床室	ユニットでない多床室（2床以上）

出所：阿部崇、2007年、『新しい介護保険 Q&A 2007』、P.73、じほう。

表3 介護保険施設の居住費・食費の負担額（ショートステイを含む）

対象者	区分	居住費				食費	
		多床室(相部屋の場合)	従来型個室の場合	ユニット型準個室の場合	ユニット型個室の場合		
生活保護受給者	利用者負担第1段階	0	1.0 1.5	1.5	2.5	+ 1.0	
世帯全員が市町村民税非課税者	課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	利用者負担第2段階	1.0	1.3 1.5	1.5	2.5	+ 1.2
	利用者負担第2段階以外の方（課税年金収入が80万円超266万円未満の方など）	利用者負担第3段階	1.0	2.5 4.0	4.0	5.0	+ 2.0
上記以外の方	利用者負担第4段階	施設との契約により設定される。なお、所得が低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的費用額は下記の通り。					
		1.0	3.5 5.0	5.0	6.0	+ 4.2	

注 1) 従来型個室の上段は、特別養護老人ホーム、短期入所生活介護の場合、下段は、老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所療養介護の場合である。
2) 実際の負担額は日額で設定される。(ショートステイも同じ)
3) 利用者の負担は、居住費、食費および介護保険サービスの1割負担があるほか、施設によっては、日常生活費、特別な室料（特別な食費）がかかる場合がある。
出所：厚生統計協会編『図説 統計でわかる介護保険 2007 介護保険統計データブック』厚生統計協会、2007年、P.18。

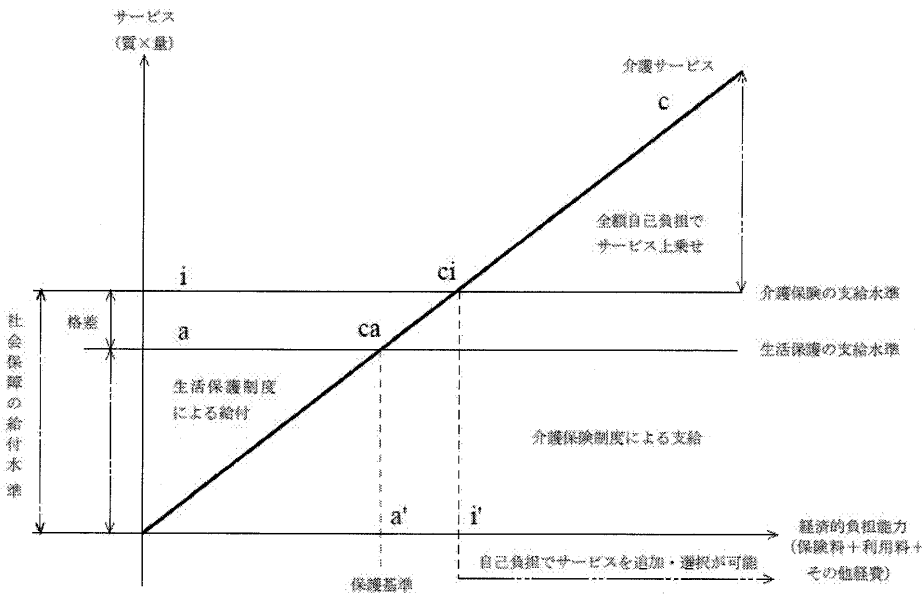
た場合は、個室等の利用を認めないことが制度化された⁵⁾。以上を図示化したのが図4である。

表4 生活保護受給者が個室等の利用を認められる場合

利用を認められる場合※	
ア	居住費の利用者負担分について、保護費で対応しなくても入所が可能な場合については、入所を認めて差し支えないこと。 なお、保護費で対応しなくても入所が可能な場合とは、以下の場合が想定されるものであること。
	(ア)介護保険における経過措置により居住費についての取扱いが多床室と同様の取扱いとされる場合 (イ)自治体の単独事業により居住費の利用者負担分が免除される場合 (ウ)施設制が利用者の収入の状況等にかんがみ、利用者から居住費の徴収を行わない場合。
イ	既に介護保険施設に入所し、個室等（「特別な個室」、「特別な療養室」及び「特別な病室」を除く。以下に同じ）を利用している者が諸般の事情により要保護状態になった場合及び被保護者が入所中の介護保険施設の居室が個室等に改築・回収された場合については、原則としては転所等の指導を行うこととするが、転所等が行われるまでの間については、入所を認めて差し支えないこと。 なお、この場合、介護扶助による居住費の給付については、(2)により取扱いこと。
ウ	前記ア及びイに該当しないが、介護保険施設の個室等の利用について真にやむを得ない特別な事由があると判断される場合については、厚生労働大臣に対し、特別基準の設定について情報提供すること。

※通知では、「(1)認める場合」となっている。ここでは生活保護受給者を主体としているので、「認められる場合」とした。

図4 介護保険制度と生活保護制度による水準



横軸に経済的負担能力（介護保険料+利用自己負担分+その他経費）、縦軸に利用できるサービス（質×量）とした場合、介護保険制度の利用は0から右上へ伸びる直線cで表される。次に、生活保護制度で支給される水準を直線a、介護保険制度で支給される水準を直線iとする。この時、cとaおよびiの交点をそれぞれcaおよびciとする。交点caおよびciから横軸へ垂直に降ろした直線（図では点線）の交点を、それぞれa'及びi'とする。a'は保護基準を示し、i'は自己負担でサービスを追加・選択することが可能となる階層の境界を示す。

この図からも明らかなように、直線iとaの間には格差が存在していることがわかる。社会保障制度としての介護保険制度による支給水準（直線i）が国民最低生活保障の水準であるにも関わらず、生活保護制度はさらに低い水準（直線a）となっているのである。

2. 介護・住環境保障としてのユニットケアと個室

2.1. ユニットケアと個室化の意味

前章までで、介護保障制度と生活保護制度の概要、そして生活保護制度においてユニット型個室等⁶⁾の利用は原則認められないことを整理してきた。ここからは、先に引用した「介護保険施設における個室の割合が少ないことから一般低所得者との均衡を考慮し、また、最低生活の保障という生活保護制度の趣旨を勘案した」ということについての合理性について検討を行って行くことにする（厚生労働省、2005）。

まず、ユニットケアという施設介護の在り方と、そこにおける個室の意味について整理をしていくことにする。

ユニットケアの原点は「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」にあり（高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、2004、P.3）、「個別ケアを実現するための手法であり、具体的には、在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら

日常生活を営めるように介護を行うもの」とされている（前掲、P.5）。そしてその実現のために、「個性や生活リズムを保つための個室と、他の利用者との人間関係を築くためのリビング（在宅での居間に相当）というハードが必要であり、同時に小グループごとに配置された職員による利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供（生活単位と介護単位の一一致）というソフトが必要」とされている（前掲、P.5）。また北條（2005）は「これまでの特養の集団処遇型ケアを転換するもので、施設の居室をいくつかのグループに分けて、それぞれを一つの生活単位として、少人数の家庭的な雰囲気の中でケアを行うもの」であり、「在宅に近い居住環境の下で、入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重し、入居者相互が人間関係を築きながら日常生活を営めるよう介護を行うもの」であるとしている。（北條蓮英、2005、P.131）。また、ユニットケア導入前の福祉施設は「臭い」、「汚い」、「きつい」の「3K」の空間（前掲、P.130）であり、導入によって「Quality重視でsSquare（コモンスペース）があり、プライバシー上の困窮（Q）をなくした新型は、ほんとにトクヨ（特養）ね！3Q（サンキュー）」の「3Q」の空間へと変化するとその可能性を指摘している（前掲、P.131）。

つまり、ユニットケアが目指すものは、個別性とノーマライゼーション理念の実現を目指した施設介護の在り方であると言える。そしてそれを実現するハードとして、個人スペースとしての個室と共有スペースとしてのリビングが必要とされていると言える。さらに、

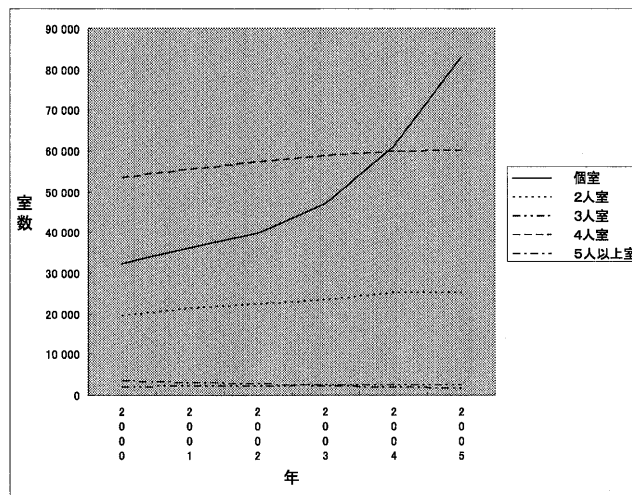
「ユニットケアは、高齢者の戸惑いや混乱をなくすために、施設での生活をできる限り家庭や地域での生活に近づけ、この差異を最小限にしようとするものである。(略)ユニットケアは、さまざまな落差を埋め、利用者が『自分』を取り戻すことができるようにする一つの方法である」とまで言われているように、家庭的であり、地域でのくらしに近づけるということが重要視されているのである。ユニットケアで重要視される点として「利用者の自己決定の尊重」、「残存能力が活用されること」、「生活の継続性が維持される」と指摘されているのも当然のことと言える(高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、2005、P.16)。

このようなユニットケアの政策的導入は「新型特養」と称され、2002年度から国庫補助制度が開始された。2003年にはユニットケア型の特別養護老人ホームに関する運営基準と構造設備基準が施行されるとともに、多床室を中心とした従来型よりも高い介護報酬が設定された。これにより、「国は、特別養護老人ホームの整備はユニットケア型を基本」とするようになった(前掲、P.6)。

このような政策動向に対して、押川(2005)は「施設は利用者のための最後の『住まい』『住家』であるとし、運営全体を通して生活のための住まいであり、そのため自立支援を中心に自己決定の遵守、自由意志の実践等、人として生活を物的にも精神的にも自己実現の場として『住』での生活が保障される方向が示された。そのひとつの施設としてユニットケアの可能な新型特養が認められ、新たな方向が示されたものと認識している」と高い評価を示しており(押川、2005、P.91)、竹内(2005)は「効率優先の集団処遇を中心とした従来型に対して、新型特養は個室を前提とし、少人数単位で利用者個々の生活に重きを置き処遇する考え方」がここに打ち出されたと評価をしている(竹内、2005、P.94)。

これらの流れを受けて、2005年に介護保険制度が改正された際、ホテルコスト負担の導入とともに、部屋の種類に応じて費用が設定された。この居室の形態区分と費用負担については、既に述べた「1.3.介護扶助による個室利用原則禁止の規定」の表2.と表3.のとおりである。

図5. 特別養護老人ホームにおける室定員別にみた室数の推移

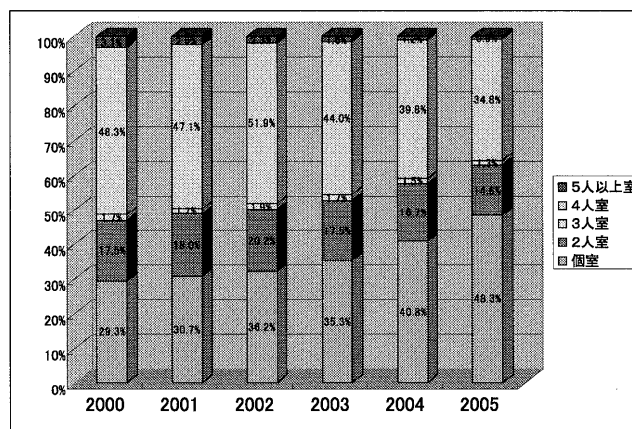


資料：厚生統計協会、2007年、『図説 統計でわかる介護保険 2007 介護保険統計データブック』、厚生統計協会、P.148より坂本が作成。

2.2. 特別養護老人ホームにおける個室の導入

個室の導入状況は、図5.のように室数としては最も増加傾向にある。2005年時点では、83,120室となっており、室数としては最も多くなっている。図6.にも示したように、室数による構成割合では2005年48.3%にもなっている。

図6. 特別養護老人ホームにおける室員数別室数構成割合の推移



資料：厚生統計協会、2007年、『前掲書』、P.148を基にして、坂本が作成。

しかし、北條(2005)はこの数字に対して注意する点を指摘している。先の数字は全室数に対する個室の割合であり、総定員に占める割合、つまり個室率ではないという指摘である。北條(2005)の指摘したモデルで再度試算をしてみると、個室率は21.7%とまだまだ低い水準であることがわかる。デンマークやスウェーデンの個室率が9割以上、介護保険制度を導入しているドイツが5割弱となっていることから、日本の個室率は国際的に見て決して高いとは言えない水準であると言える(北條、2005、P.138)。

以上から言えることをまとめると、国の政策動向を反映して個室は増加傾向にあると言え、室定員別室数で見るとその構成割合は半分の5割に近づきつつある。しかし多床室、特にいわゆる「4人部屋」と言われるような多床室がまだまだ多く、総定員に対する個室率で見ると全体の2割弱程度となっている。⁷⁾ 2002年から段階的に拡がったユニット型個室の整備は、2005年の介護保険法改正により利用料にも反映されるようになった。現時点での予測では、ユニットケアを中心とした施設整備は中心となり続けられる。したがって、老朽化に伴う立て替えや改修に伴って個室は増加すると考えられ、個室率は高くなると考えられる。

2.3. 介護・住環境保障としてのユニットケアと個室

ここまで見てきたように、ユニットケアとそれに伴う個室化の導入は要介護者に対して、個別性とノーマライゼーション理念の実現を目指して具体化されてきた。そして、個室数の増加と、国際的には決して高いとは言えない水準ではなるが個室率は増加傾向にある。ここでまとめとして指定しておきたいのは、このようなユニットケアと個室化の導入は厚生労働大

表 5. 特別養護老人ホームにおける個室率

総定員数	383,326 床
個室数	83,120 室
個室率	21.7%

(注) 北條 (2005) のモデルを基に坂本が作成。

臣の定める最低基準として導入されているという点である。

具体的には、特別養護老人ホームの設備は「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」によって、満たすべき最低限の基準を定めている。そしてこの「満たすべき最低限の基準」とは、憲法第 25 条にも挙げられている健康で文化的な最低限度の生活の水準として、厚生労働大臣が定めている基準である。言い換えると、国の定める介護保障と住環境保障のナショナル・ミニマム水準として、ユニットケアと個室は認められたと言えるのである。早川 (1997) が提起した「居住福祉」の具体化とも言えるであろう。

3. 介護保障としての介護扶助の課題

3.1. 生活保護制度の受給状況

表 6. 2000 年以降の生活保護受給高齢者世帯数の推移

年	総数	高齢者世帯	比率	増加数	指数
2000 年	750181	341196	45.5%		100.0
2001 年	803993	370049	46.0%	28853	108.5
2002 年	869637	402835	46.3%	32786	118.1
2003 年	939733	435804	46.4%	32969	127.7
2004 年	997149	465880	46.7%	29876	136.5
2005 年	1039570	451962	43.5%	-13718	132.5

(注) 『平成 19 年版 生活保護の動向』より作成。

比率とは 高齢者世帯/総数のこと。

生活保護制度の受給は、毎年増加傾向にある。介護保険制度が開始された 2000 年から 2005 年に至るまでの、生活保護制度を受給している高齢者世帯の推移をまとめたのが表 6 である。2005 年時点で総数約 104 万世帯となっている。この中で高齢者世帯は 45 万 1,962 世帯となっており、生活保護を受給している全世帯の 43.5% を占めている。高齢者単身世帯数は 2000 年に約 30 万世帯であったが、2005 年には約 40 万世帯へと増えている。ここから、生活保護を受給している高齢者の 88.4% (39 万 726 世帯 / 45 万 1962 世帯) は単身世帯であるということが浮き上がってくる。なお、高齢者世帯保護率は 2000 年に 43.9% であったのは、2005 年には 54.1% となっており、生活保護を受給する高齢者が実数だけではなく保護率としても増加している、つまり高齢者世帯の貧困化を指摘することができる。

表 7. 2000 年以降の介護扶助受給世帯数の推移

年	世帯数	増加数	指数	増加率
2000 年	64,551		100.0	
2001 年	81,171	16,620	125.7	25.7%
2002 年	101,410	20,239	157.1	24.9%
2003 年	121,712	20,302	188.6	20.0%
2004 年	141,009	19,297	218.4	15.9%
2005 年	157,231	16,222	243.6	11.5%

(注) 『平成 19 年版 生活保護の動向』より作成。

次に介護扶助を受給している世帯数であるが、介護扶助が創設された 2000 年は 6 万 4,551 世帯で、2005 年には 15 万 7,231 世帯となっている。これは 2.43 倍にもなる増加である。生活保護を受給している世帯総

数は2000年から2005年までに1.38倍増、生活扶助、住宅扶助、教育扶助、医療扶助等は概ね1.4倍増で推移していることから、介護扶助を受給している世帯が急増していることは明らかである。ちなみに高齢者人口の増加と高齢化率の高まりが原因と考えられるかもしれないが、2000年の数値を100とすると2005年の数値は、日本の増人口は100.7、高齢化率は115.9、高齢者人口は116.7となっており、高齢者人口が増えたというだけでは無いように思われる。

世帯数ではなく、介護扶助を受給している者の数で

表8. 介護扶助受給者の1ヶ月平均人員数の推移

	総数		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設		居宅介護	
	実数	指数	実数	指数	実数	指数	実数	指数	実数	指数
2000年	66832	100.00	3174	100.00	5269	100.00	5366	100.00	53023	100.00
2001年	84463	126.38	5683	179.05	6655	126.30	5665	105.57	66460	125.34
2002年	105964	158.55	8043	253.40	8010	152.02	6627	123.50	83285	157.07
2003年	127164	190.27	10216	321.87	9226	175.10	7198	134.14	100524	189.59
2004年	147239	220.31	12158	383.05	9967	189.16	7088	132.09	118027	222.60
2005年	164093	245.53	13981	440.49	10936	207.55	6958	129.67	132218	249.36

(注) 指数はいずれも2000年の数値を100として求めた値。

福祉行政報告例より坂本が作成。

見てみると、表8から明らかなように増えた介護扶助受給者のほとんどは居宅介護を利用する生活保護受給者である。居宅において生活保護制度と介護サービスを利用している高齢者数は約2.5倍増加しており、介護扶助受給者増加の大きな要因であるように考えられる。また、介護老人福祉施設において介護扶助を受給している者の数は4.4倍にも増加しており、施設介護において介護扶助が貧困・低所得要介護者のくらしを守る重要な制度であり、環境因子であるといえる。

以上から考えられるのは、日本の高齢者の介護保障において介護扶助の役割はますます高まると考えられるということである。年金の成熟化などが言われているが、支給額そのままに税や社会保険料負担が増えることによって実質年金額は低下しており、今後も介護扶助受給世帯は増加傾向にあると十分に考えられる。

3.2. 階層消費型と個別性介護不可能の介護保障制度

介護扶助の重要性は、今後もますます高まると言うことは既に述べてきた。しかし、ユニット型個室等が増加することが見込まれるにも関わらず、介護扶助に

はユニット型個室等の利用禁止規定が存在していることを指摘した。ユニット型個室等が使えない介護扶助は、介護保障機能として十分に機能しない可能性について、以下に検討を行っていく。

まず、図4で既に示したように、介護扶助がユニット型個室等の利用を禁止したことで、介護扶助受給者は施設介護サービスとして個室等を選択することはできない。しかし、先述のように押川(2005)や竹内(2005)は自己実現の場であり、利用者の個々の生活に重きを置いたサービスである。単にサービス選択の幅が狭くなるというのではなく、より適切なサービスを利用する機会が与えられていないとも言える。

介護扶助が保障する介護保障の範囲は、自らの経済能力で負担できる者よりも低位で選択の幅が狭くなっているのである。個室を原則とする老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの設置基準を最高基準とすると、多床室も利用できる介護保険の給付水準は最適水準、そして介護扶助は最低水準と言えよう。言い換えると、日本の介護保障制度は、経済的負担能力(利用料支払い能力)に応じて保障される水準が異なる階層消費型構造をしていると言えるのである。

次に、介護扶助が実践面において与える影響について、国際生活機能分類(ICF)の構成要素の因子構造(図1を参照)をフレームワークとして考察を進めていこう。

ICFによると、日本における介護保険制度は制度上現物支給となっていることから、環境因子の「5 サービス・制度・政策」の中の「e575 一般的な社会的支援サービス・制度・政策」に含まれると、考えることができる。また介護保険制度自体は指定された介護サービスを利用する際の費用を保障しているとも考えることもできるため、「e570 社会保障サービス・制度・政策」に位置付けることも可能である。本論では、介護サービスの提供と、その費用の保障をする介護保険制度と生活保護制度を分けて考えてきた。したがって、ここでは「e570 社会保障サービス・制度・政策」に位置付けて考えていくこととする。

さて、環境因子として介護扶助を位置付けると、他の因子に対してどのような影響を与えると考えられるのであろうか。ユニット型個室等がその人らしいくらしに適した住環境保障であるのは、「個室を用意する」というだけではなく、要介護者に対して個別性に応じた介護を保障するということである。多様な住環境の中

ca、wa'、cwを頂点としてできる三角形部分を介護保険制度が担うということである。これにより、最終的に介護保障制度の水準は直線 w" -cw で示され、総枠が拡大される。日本の介護保障制度は0、w"、cw、w'を頂点として結ばれた四角形の中で行われる状態こそが、私は望ましいと考える在り方である。

おわりに

本論のきっかけは、2006年1月に私が参加した政策系の研究会にて、ある自治体職員から個人的に疑問として、「介護扶助は何故個室を使ってはならないのか」と提起されたことである。その後2006年5月16日に、当時在籍していた四天王寺国際仏教大学大学院の中垣昌美先生のゼミで一度、このテーマで報告を行っている。その際に中垣先生を始め、同じゼミ生の仲間達から多くの貴重な意見をいただくことができた。それから1年以上の思索を必要とした本論であったが、ここにまず介護扶助の課題点について、介護保障制度という枠組みの中で整理をすることができた。これも多くの方々の激励のおかげである。この場を借りてお礼を申し上げる。

さて、本研究はまだまだ緒についた所であり、現状の確認とそれに基づく課題点の整理のみしかなされていない。今後の取り組みとしては、二木(2007)の言葉を借りれば、「現実の認識の深化に寄与する研究」にはまだまだいたっていないし、そうなるようにより研究を進めていくことが必要である(二木、2007、P.108)。つまり、何故、介護扶助はユニット型個室等の利用を認めないのか、その因果関係を構造的に明らかにすることができていない。本論を踏まえた次の研究テーマとしてこれから取り組んでいくことを示した上で、本論を締め括ることとする。

(さかもと たけはる 本学講師)

【注】

- 1) 医療制度については平等消費型が維持されている。これについては権丈(2007)を参照のこと。

- 2) 厚生省社会・援護局長通知「介護保険法施行法による生活保護法の一部改正等について」(平成11年11月16日、社援第2702号、各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長宛、厚生省社会・援護局長通知)より抜粋した。
- 3) ここで言う要介護者と要支援者とは、介護保険法第7条第3項に規定されている要介護者と、同条第4項に規定されている要支援者のことである。
- 4) ユニットケアを導入していない施設において設置されている個室のことを指す。
- 5) ここでは、マクロ政策として生活保護制度を利用する貧困・低所得要介護者に対して、個室等の使用を原則禁止していることが社会保障として制度化されたことを指摘している。したがって、ミクロレベル(実践レベル)での現実性は問うていない。しかし個人的経験談として述べるとするならば、現実に、この制度によって個室から多床室へ移らざるを得なかった事例を私が耳にしたことがある以上、制度として有効性と実効性を無視することはできないであろう。また本論では、ナショナルミニマム(国民最低限)としてテーマを扱っているので、地方自治体での独自の取り組みについては取り上げない。ただし、地方自治体による独自の取り組みによって個室等の利用に当たってホテルコスト負担が免除される場合は、生活保護制度を利用する貧困・低所得要介護者であっても個室等を利用することができることから、介護保障をより良い中身にする上での地方自治体の取り組みは、ミクロレベルにおいて重要な要素であると言える。
- 6) ここでいう「ユニット型個室等」とは、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室のことを指す。
- 7) ちなみに2005年時点で、4人室は総定員の62.5%を占めて、最も多くなっている。

【引用文献】(引用順)

- 百瀬孝、1997、『日本老人福祉史』、中央法規。
- 厚生労働省社会援護局保護課、2005、「介護保険制度の改正(10月施行分)に伴う生活保護制度の対応について」、『生活と福祉』、569、pp.24-25。全国社会福祉協議会
- 北條蓮英、2005、「第5章 コミュニティケアにおける快適な建築環境——居住福祉の観点から」『高齢者施設

の未来を拓く』pp.129-160、ミネルヴァ書房。
高齢者痴呆介護研究・研修東京センター編、2004、『利用者の生活を支えるユニットケア～ユニットケアにおけるケアと管理・運営～』中央法規。
押川泰夫、2005、「施設における豊かな生活環境づくりの試み」『介護福祉』平成17年冬季号、no.60、pp.81-91、財団法人社会福祉振興・試験センター。
竹内憲正、2005、「従来型特養ホームの課題への対応」『介護福祉』平成17年冬季号、No.60、pp.94-101、財団法人社会福祉振興・試験センター。
二木立、2007、『医療経済・政策学の視点と研究方法』、勁草書房。

【参考文献】

安部崇、2007、『新しい介護保険Q & A 2007』、じほう。
伊藤周平、2007、『権利・市場・社会保障』、青木書店。
岩村正彦・菊池馨実編著、2004、『目で見える社会保障法教材〔第3版〕』、有斐閣。
唐鎌直義、2002、『日本の高齢者は本当にゆたかか——転換期の社会保障を考えるために——』、萌文社。
京都府保険医協会、2007、『社会保障でしあわせになるために「社会保障基本法」への挑戦』、かもがわ出版。
権丈善一、2007、『医療政策は選挙で変える——分配政策の政治経済学4』、慶應義塾大学出版会。
厚生統計協会、2007、『図説 統計でわかる介護保険2007』、厚生統計協会。
孝橋正一、1977、『新・社会事業概論』ミネルヴァ書房。
高口光子、2004、『ユニットケアという幻想 介護の中身こそ問われている』、雲母書房。
佐口卓・土田武史、2006、『社会保障概説 第五版』、光生館。
諏訪さゆり・大滝清作、2005、『ケアプランに活かす「ICFの視点」』、日総研出版。
社団法人シルバーサービス振興会編、2006、『介護保険サービス運営ハンドブック 平成18年改訂版 ——運営基準とその解釈——』、中央法規。
週刊社会保障編集部編、2007、『社会保障便利事典 平成19年版』、法研。
生活保護の動向編集委員会、2007、『生活保護の動向 平成19年版』、中央法規。
生活保護手帳編集委員会、2007、『生活保護手帳（2007年度版）』、中央法規。

生活保護制度研究会、2007、『保護のてびき 平成19年度版』、第一法規。
生活保護法規研究会、2007、『生活保護関係法令通知集 平成19年度版』、中央法規。
川上昌子編著、2007、『新版 公的扶助論』、光生館。
早川和男、1997、『居住福祉』、岩波書店。
長瀬二三男、2005、『介護保険法の解説 四訂版』、一橋出版。
日本社会保障法学会編、2001、『講座社会保障法第5巻 住居保障法・公的扶助法』、法律文化社。
彦根市社会福祉協議会、1999、『地域福祉活動指針——誰もが人間らしく安心して暮らせるために——』、彦根市社会福祉協議会。
堀勝洋、2004、『社会保障法総論 第2版』、東京大学出版会。
堀勝洋編、2004、『社会保障読本（第3版）』、東洋経済新報社。
三塚武男、1997、『生活問題と地域福祉——ライフの視点』ミネルヴァ書房。
2007、『社会保障の手引き（平成19年1月改訂）』、中央法規。

On the Rule of Prohibiting a Welfare Recipient from Using a Private Room of Unit Care Facilities

～ An Ideal Method of Care Aid as a Care Security System ～

Takeharu Sakamoto*

Summary

In Japan, care security system is mainly supported by the Long-term Care Insurance, but it also consists of the health and welfare system for senior citizens under “the Elderly Welfare Act” and “the Elderly Health Act” , as well as the livelihood aid and care aid under the welfare aid system.

In 2005, the Long-term Care Insurance was revised, and so-called “Hotel Cost” (a residential cost) being excluded from the insurance payment, it was turned to be paid by the users. In accordance with the revision, care aid recipients were banned from using a private room in unit-type facilities. This prohibition gave birth to inequality in the care security system, preventing the care workers from giving the care services suitable to the individual users.

The value of the Long-term Care Insurance is thought to be used equally and universally. I will propose the following three points, considering that the judgment of care givers should be more highly respected in order to give care services most suitable to the individual users.

- ① The benefits of the livelihood aid should be raised and standardized to allow the recipients to use a private room.
- ② All the costs including the 10% share should be paid by the Long-term Care Insurance without any contributions of the insured persons.
- ③ The framework of the Long-term Care Insurance must be created larger than that of the the present system.

This thesis confirmed the present system and proposed a few points. To cope with the further study, it is necessary to clear structually whether a care aid recipient can use a private room in care facilities.

Keywords : care security system, care aid, unit care

〒590-0014 8-2 Tadei-cho, Sakai-ku, Sakai City, Osaka
Osaka College of Social Health and Welfare
Department of Care and Welfare
e-mail: t.sakamoto@kenko-fukushi.ac.jp