

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

第25回 介護保険制度の創設とその経緯（その2）

－法案提出までの経緯（2）－

2 厚生省内における検討（続き）

(3) 平成6年における検討（その2）－8月以降－

① 高齢者介護・自立支援システム研究会（12月）

ア 研究会設置の考え方

厚生省の高齢者介護対策本部は、6月に、有識者による「高齢者介護・自立支援システム研究会」の設置を決定しました。

厚生省の本部事務局は、新しい高齢者介護制度が、日本型福祉社会論を問い直す「介護の社会化（介護を担うのは家族か社会か）」や、消費税引き上げ（介護費用を賄う財源は税か保険料か）といった国論を二分しかねない大きな問題に関わる議論であるため、利害関係者が利害調整により合意を形成していく「審議会」で最初から議論するにはなじまないテーマであると考えました。

そこで、利害関係者が参加せず、政府に批判的な議論を展開していた者も含め、この分野で社会的影響力を持つ有識者をメンバーとした研究会を設置し、この研究会の場で介護をめぐる基本論を議論してもらうこととしました^{註1)}。

イ 研究会報告の概要

研究会が12月に公表した報告書（「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」）の概要は以下のとおりです。この報告書は、介護保険制度導入の必要性や制度の理念等が整理されており、介護保険を考える上で重要な文書ですので、少し詳しく見ていきます。

○高齢者介護の問題点

高齢者数の激増と介護期間の長期化により、高齢者介護は「最期を看取る介護」から「生活を支える介護」に変わってきている。しかし、わが国は家族介護に大きく依存しているため、老後生活の不安要因、介護疲れによる介護放棄や虐待の問題、家族の離職、介護を

担わされる女性の就業の阻害等の問題が起きている。

しかし、既存制度は、措置制度は利用者の権利性が低く財源の制約のためサービス量が不足し、それを補い対応してきた医療では社会的入院の問題。さらに、施設ケアは制度間で負担・手続きが異なり、在宅サービスは各サービス間の連携が欠如している。

○新介護システムの基本理念

今後の高齢者介護の基本理念は、「高齢者の自立支援」（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支援する）である。

○新介護システムの基本的考え方と内容

・高齢者自身による選択

行政により「与えられる福祉」から、高齢者が自ら「選ぶ福祉」のシステムとすることが必要。そのため、介護サービスの提供は、高齢者とサービス提供機関の間の契約によることが適当。

・介護サービスの体系

介護サービスの提供においては、予防とリハビリテーションを重視する。また、在宅サービスを重視し、ホームヘルプサービス、デイサービス、医学的管理サービス等が総合的・一体的に提供されるシステムの整備が必要。

・利用者本位のサービス提供

介護サービスは、高齢者の「全人的な評価」に基づき、各サービスを「一つのパッケージ」として提供することが必要。このため、ケアチームが、ケアプランを策定し、実行していく「ケアマネジメント」を確立することが重要。

・社会連帯による支え合い

長寿化に伴い、介護問題は、国民誰にでも起こり得るリスクとなっている。しかも、

介護期間の長期化により費用が高額になるケースもあるため、各人の自助努力での対応は期待できない。こうした介護問題を社会的に解決していくには、社会全体で介護リスクを支え合う「社会保険方式」に基礎を置いたシステムが望ましい。

・介護基盤の整備

高齢者によるサービスの自己決定も、選択し得るだけの量のサービスが確保されて初めて可能になる。しかし、在宅サービス・施設サービスともに絶対量が不足している。ゴールドプランに基づき介護基盤の整備が進められているが、なお一層の基盤整備に取り組むことが強く望まれる。

ウ 研究会報告の反響

研究会報告は、マスコミにおいて、おおむね好意的に受け取られ、問題点は指摘されながらも、政府が介護問題に本格的に取り組み、新しい介護システムを提案したことは評価されました^{注2)}。

その意味で、有識者の研究会報告で、新制度の基本的枠組みを示し、それをベースとして調整を進めていくという方法は功を奏したかに見えましたが、この後、審議会から大きな反発を受けることになりました。

② 新ゴールドプラン (12月)

本連載の第22回でも触れた新ゴールドプランが策定されたのも、この年の12月でした。①で触れた「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書でも、介護基盤の整備は、新介護システムの構築には不可欠のものでした。ゴールドプランの後半期について介護サービスの整備目標を大幅に上方修正した新ゴールドプランの策定は、新介護システム導入に向けた議論を後押しするものでした。

③ 社会保障制度審議会勧告 (7月)

この時期に、厚生省の外でも、政府部内において、新しい高齢者介護制度の導入の検討を後押しする動きがありました。

内閣府に設置されていた社会保障制度審議会は、平成3年に社会保障将来像委員会を設け、社会保障の基本理念、21世紀に向けての社会保障の基本的在り方等について検討を行ってきていました。

この検討を踏まえ、平成6年9月に公表された社会保障将来像委員会第二次報告は、政府の公的な報告書では初めて、公的介護保険制度を

提言しました。そして、この将来像委員会第二次報告を踏まえて、平成6年9月に公表された社会保障制度審議会の「社会保障体制の再構築(勧告)」においても、今後増大する介護サービスのニーズに対して安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、公的介護保険を基盤にすべきとされています。

(4) 平成7年における検討—老人保健福祉審議会での審議—

① 審議の開始 (2月—)

平成7年2月、老人保健福祉審議会において、新しい高齢者介護制度の議論が始まりました。

厚生省の本部事務局としては、システム研究会報告書をベースとして審議を進め、年末までに審議会としての基本的な考え方をとりまとめてもらい、年明けには法案を通常国会に提出できればということ shortestスケジュールとして考えていました。

ところが、システム研究会報告書をベースとすることに反発する意見や、社会保障制度全体にかかる大改革である、あるいは老人保健制度や医療保険制度の見直しと合わせて議論すべきであるといった意見が審議会委員から出てきたため、新しい高齢者介護制度については、基本論から議論することになり、本部事務局の想定よりも審議スケジュールは大幅に遅れることとなりました^{注3)}。

老人保健福祉審議会における基本論の議論で、委員の間で大きな議論となったのは、以下の点でした。

ア ケアマネジメント^{注4)}

日本の介護保険制度の特徴として、要介護認定とケアマネジメントがあります。要介護認定は、高齢者からの申請に基づき、その高齢者が、介護サービスを受給する資格のある要介護状態にあるとの認定をすることです。そして、ケアマネジメントは、要介護高齢者の状態をアセスメント(評価)して、介護ニーズを把握し、それに基づき、その高齢者への介護サービスの提供計画(ケアプラン)を作成することです。

従来日本の措置制度では、この介護サービス受給資格の認定が行政の裁量とされ、高齢者の権利として認められていなかったこと、また、高齢者への各種の介護サービスがその高齢者の状態に即して調整されることなく、ばらばらに提供されていたことが問題とされていました。

ただ、介護保険の検討が始まった頃は、両者はそれぞれ別の仕組みではなく、むしろ、両者とも「ケアマネジメント」の仕組みとして、一体的に捉えられていました。それは、このケアマネジメント（福祉の世界では「ケースマネジメント」と言われていました）が導入されていた代表国であるイギリスでは、行政（地方自治体）がその権限として（つまり、日本の措置制度と同様の制度において）、これらの業務を一括して行っており、また、日本において先駆的にいくつかの地方自治体で行われていたケアマネジメントの取り組みも措置制度の下でのものだったからです。

しかし、厚生省が導入しようとしていた介護保険制度では、介護サービスの受給は、高齢者の申請に基づいて行われるものであり、また受給する介護サービスについても高齢者が選択できる仕組みにしようとしていました。つまり、社会保険制度である以上、利用者の選択権が認められることが必要であるとして、介護サービスを受給するか否かについても、どのような介護サービスを受給するかについても、高齢者が選択できることとしたのです。

そこで、厚生省は、要介護認定とケアマネジメントを別個の仕組みとしました。まず、要介護認定は、保険者が、高齢者の申請に基づき、申請者が、介護が必要な状態にあるかどうかを、客観的な事実に基づいて確認する行為としました。そして、ケアマネジメントについては、高齢者本人から依頼があった場合に、ケアマネジメント機関が「サービスの仲介」としてケアプランを作成し、サービスの利用は、本人またはケアマネジメント機関の仲介により、サービス提供機関との間で契約することによって行われることとされました。

こうした整理は、本人の選択権を認めながら、受給資格認定が客観的なものとなることを保障し、また、ケアマネジメントを導入しようという、苦心の作であったのですが、措置制度に慣れた福祉・看護関係者や、受給資格認定がない医療保険制度の関係者からは理解されにくく、その導入には慎重論が強かったようです。

イ 老人入院患者の扱い^{注5)}

新介護システムにおける施設サービスとして、特別養護老人ホームおよび老人保健施設の利用が入ることには異論がありませんでしたが、医療施設については、意見が分かれました。介護

保険導入を老人医療費削減に結びつけたいとの意向を持つ関係者からは、特例許可老人病院（介護力強化病院）や、平成4年の第二次医療法改正により導入された療養型病床群、さらには一般病院の老人入院患者も含めるべきとの意見もありましたが、新システムにふさわしい介護サービスが提供できない施設を対象とすることに反対する意見もありました。

ウ 家族介護

家族介護に依存することに限界があるという点では異論がありませんでしたが、介護をする家族への現金給付については、介護サービスを側面から支援する意味で家族介護を評価する、あるいは介護サービスと家族介護との選択の自由を認めるべきとの観点からこれを支給すべきという意見と、慎重に検討すべきとの意見が対立しました。

エ 社会保険方式と保険者

社会保険方式を採用することについては、社会保険方式であっても公費投入は必要との意見があった程度で、あまり異論はありませんでしたが、保険者については、市町村主体の地域保険を支持する意見もありましたが、財政単位としては国レベルで一本化すべきとしてこれに反対する意見もありました。

② 中間報告（7月）

老人保健福祉審議会は、7月に中間報告を公表しました。この中間報告は、高齢者介護が福祉と医療に分かれていることがサービス提供の問題や利用者負担、利用手続の不合理な格差・差異を生んでいることや、介護サービスの量・質の不十分さを指摘しました。そして、同一の財政方式の下で総合的・一体的な介護サービスが提供される、税などの公費負担を組み合わせた社会保険方式による高齢者介護システムの確立が必要であるとしてしました。また、今後の検討における主な論点として、介護サービスの範囲・水準、要介護の判定基準、現金給付の是非、保険給付の範囲・水準、現行医療保険制度との役割分担等を掲げました。

この中間報告については、「介護の社会化、利用者選択、社会保険方式、社会連帯といった高齢者自立・支援システム研究会の方向性が公式な審議会の業界代表によって追認されたという意味が大きかった」^{注6)}とされています。

③ 3つの分科会による議論（9月～）

この後、老人保健福祉審議会は、中間報告で

掲げられた個別論点についての議論を深めていくために、介護給付費分科会、制度分科会、基盤整備分科会の3つの分科会を設置して、並行して議論を進めました。

介護給付費分科会では、軽度の虚弱老人に対して家事援助サービスを認めることについては意見が分かれ、「予防や自立につながるような形で」という限定付きで認められました。認知症老人向けグループホームについては、共同住宅として認められ、有料老人ホームやケアハウスについても、「施設」ではなく入所者が在宅サービスを受けられる「家」として位置づけられました。一方、施設サービスについては、既存の「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」及び「療養型病床群等介護体制の整った医療施設」への入所（入院）を給付対象とすることとしましたが、当面はそれらの施設を一元化せず、それぞれ施設類型として認めていくこととされました。しかし、一般病院の長期入院患者を制度の対象とすることと、家族介護に現金給付を支給することについては、意見が分かれま

した^{注7)}。制度分科会では、本部事務局から、10月には、民間団体などが公表していた7制度案を①保険者、②被保険者、③受給者、④保険料、⑤事業主負担、⑥公費負担、⑦利用者負担、⑧保険給付の8項目について整理した「現在公表されている介護保険制度案」が、そして11月には、この7制度案を保険者によって市町村、国、医療保険者の3案に集約した「公表されている介護保険制度の整理」が示されました。この3案は、給付主体は市町村、受給者は高齢者、20歳以上の者から保険料を徴収、事業主も負担、保険料と合わせ公費負担が50%以上といった点は共通ですが、保険料については、市町村方式では市町村毎に決定、国方式では全国一律、医療保険者方式では医療保険料とおなじ方式で徴収といった違いがありました^{注8)}。

事務局としては、こうした資料を示すことにより、制度をめぐる議論の促進を図ろうとしたと思われませんが、各関係団体からは様々な意見が出されるようになっていました。国民健康保険中央会からは、老人保健制度の一部門として高齢者介護制度を取り込むべきとする意見が、連合からは、財源の半分以上は公費負担とし、事業主負担を含む保険料負担による介護保険の導入を目指すべきとの報告書が出され、日経連

からは、保険者は市町村（広域展開も可能）、被保険者は中高年齢者、受給者は70歳以上、財源の半分以上は公費負担、保険料は基本的に個人負担で、事業主が負担するかは企業内福利の一環として労使が話し合う、との介護保険制度案が出されました^{注9)}。

こうした議論百出の中で、制度についての議論は進まず、利用者負担については、定率負担を基本とすることで意見が一致したぐらいでした。

なお、日本医師会については、老人保健福祉審議会の審議開始当初は、高齢者介護・自立支援システム研究会報告書をベースとして審議することには反対していましたが、もともと介護保険構想には理解を示していたことから、厚生省との間で、老人保健福祉審議会と並行して「勉強会」を繰り返して、医師会の立場に理解を示したので、その後は反発はしていません^{注10)}。この点について、以下の第二次報告に示されているように、かかりつけ医師による医学的管理サービスおよび療養型病床群等の介護体制の整った病院が給付対象とされたことが大きいとする意見があります^{注11)注12)}。

基盤整備分科会では、既存施設の転換の促進方策や介護人材の要請・確保の方策が指摘されました。なお、介護保険制度史研究会（2016）は、この分科会において、本部事務局が、モラルハザード問題（介護給付が安易にあるいは不適切に利用され、高齢者の自立支援につながらない）への対策として、医療と福祉が連携したリハビリを提供する共同利用型センターとして提示した「地域リハビリテーションセンター（仮称）」構想について、介護サービス整備に検討が進まず、制度化が見送られたことを指摘しています^{注13)}。

④ 第2次報告（平成8年1月）

こうした各分科会における検討を踏まえ、老人保健福祉審議会は、翌平成8年1月に、「新たな高齢者介護制度について（第2次報告）」をとりまとめました。

この第2次報告では、新たな高齢者介護制度の下で提供される介護サービスについて、具体的な内容と利用手続きやその実現のための介護サービス基盤の整備のあり方をまとめた部分を中心でした。主な内容は以下のとおりです。

○介護サービスの対象者は、痴呆性老人を含む要介護状態にある高齢者および初老期痴

呆等の若年者

- 在宅サービスは、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。かかりつけ医師による医学的管理サービスは給付対象とするが、急性期医療についてはさらに検討。
- 施設サービスは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等の介護体制の整った病院。一般病院の長期入院患者は対象としない。
- 介護サービスの利用方法は、保険者が第三者機関を設けて行う要介護認定および保健・医療・福祉の専門家からなるチームによるケアプラン作成・サービス提供機関との調整

○家族介護については、両論併記

また、同報告では、公的介護保険の制度や費用負担については、主な論点と基本的な考え方を示すに留まっています。

- 注1) 介護保険制度史研究会 (2016) : 51-53.
- 注2) 同上 : 84-85.
- 注3) 同上 : 100-107.
- 注4) 同上 : 113-121.
- 注5) 同上 : 123-124.
- 注6) 日本医師会総合政策研究機構 (1997) : 23.
- 注7) 介護保険制度史研究会 (2016) : 141-158.
- 注8) 日本医師会総合政策研究機構 (1997) : 24-26.
- 注9) 原清一 (2007) : 249.
- 注10) 同上 : 245-246.
- 注11) 衛藤幹子 (1998) : 83.
- 注12) 介護保険制度史研究会 (2016) は、日本医師会の態度について、村瀬会長は厚生省の介護保険構想に反対していたが、当時の坪井副会長は積極論

を展開しており、村瀬会長の退任に伴い、「日本医師会として介護保険制度に積極的に関わっていく姿勢が固まっていった。その後の老健審の議論の中では、日本医師会は、介護保険制度の中で「かかりつけ医」の役割を高めていくことや「療養型病床群」の扱いなどに大きな関心を寄せていくこととなった。」(92-93)としている。

注13) 介護保険制度史研究会 (2016) : 159-164.

参考文献

- 日本医師会総合政策研究機構「介護保険導入の政策形成過程」(1997) (<https://www.jmari.med.or.jp/download/RP002.pdf>)
- 吉原雅昭「公的介護保険構想をめぐる政治過程とノン・アジェンダ：地方分権、地方自治および地方財政責任の視点から」、社会問題研究第46巻第2号、1997、大阪府立大学。
- 衛藤幹子「連立政権下における日本型福祉の転回－介護保険制度創設の政策過程」、レヴアイアサン臨時増刊号「特集 連立政権下の政党再編と政策決定」(1998)、68-94：木鐸社。
- 増山幹高「介護保険の政治学」、日本公共政策学会年報1998、投稿論文。
- 増田雅暢「介護保険見直しの争点」(2003)：法律文化社。
- 和田勝「介護保険制度の政策過程」(2007)：東洋経済新報社。
- 原清一「介護保健制度の導入をめぐる政治過程」志學館法学第8号(2007)：志學館大学法学部。
- 大熊由紀子「物語 介護保険(上)－いのちの尊厳のための70のドラマ」(2010)：岩波書店。
- 大熊由紀子「物語 介護保険(下)－いのちの尊厳のための70のドラマ」(2010)：岩波書店。
- 介護保険制度史研究会「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。