

日本の介護保険制度の導入過程

何 妨 容

目次

- I はじめに
- II 介護保険制度導入の契機
- III 介護保険制度の導入過程
- IV 議論と影響
- V おわりに

I はじめに

深刻な高齢化の進展に伴い、日本は老人福祉法の時代における社会的入院や認知症などの社会的問題を念頭に、「加齢に伴って生じる心身の変化による疾病等により介護を要する状態となった者を対象として、その人々が有する能力に応じ、尊厳を保持し、その人らしい自立した日常生活を営むことができるよう」介護保険制度を導入した。そのため、2000年から「介護の社会化」、すなわち高齢者の介護を社会全体が支える方向へと舵を切った。

介護保険制度導入から現在（2019年）まで18年が過ぎ、5回の制度改定が行われた。内容的にも単一救済型福祉施設から有料老人ホームや特別養護老人ホームなどへと多様化し、単一生活応援型介護サービスから在宅サービス、施設サービス、医療介護サービスへと進化した。現在では予防重視型システム、小規模多機能型居宅サービス・認知証対応型共同生活介護サービスを含めた地域密着型サービス、予防・介護・生活支援・医療・居所の連携を推進する地域包括ケアなどに基づき、在宅医療及び介護サービスの総合化、すなわち医療及び介護を一体的に提供する介護医療院の創設と共生型居宅サービスの整備を行っている。

ところが近年、認知症高齢者の事故が急速に問題化してきた⁽¹⁾。また、在

宅介護の負担を感じて、やむを得ず離職を選択した若者も増えてきている⁽²⁾。これらの問題は、現状が、「介護を要する状態となった者」が「自立した日常生活を営むことができる」という介護保険制度の目標から大きくずれていることを示すものであると言える。そもそも介護保険制度の導入過程において、一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯の増加といったような今日の社会構造の変化や、それらに基づく問題は、想定されていたのだろうか。本稿は、こうした問題関心から、日本における介護保険制度導入の政策過程を、特に「家族による介護」がどのように扱われてきたのか、に焦点を当てて再検討しようとするものである。

1. 先行研究

介護保険制度導入の政策決定過程については、厚生省（現厚生労働省）内組織・官僚あるいは省外団体・環境の関心や利益の争いに関する研究が多くなされてきた。増山（1998）は、「政策理念連合」という概念を用いて、医師会や市町村など、新制度の創設によって既得権益を脅かされたり新たな負担を恐れたりする利害関係者と厚生省との対立・収斂に焦点を当て、「医療と介護の連携」や「医療保険財政の安定化」といった「実質的な争点」を明らかにした。一方、増田（2001）は、高齢者介護基盤の財源確保という厚生省の組織利益の実現と、高まりつつある高齢者の介護需要を満たすことによる国民の不安の解消という厚生官僚の社会利益の実現が融合しつつ、組織をあげ

(1) 例えば徘徊症状のある認知症高齢者（91歳）が自宅を出て電車にはねられて死亡し、家族に賠償責任が問われた事件や、東京都葛飾区と墨田区で住宅火災が発生したため74歳女性と67歳男性が死亡した事故などが報道されている（『朝日新聞』2015年11月20日付及び2018年1月28日付）。2018年3月30日付の朝日新聞は、操作の誤り、安全不確認や前方不注意などによる75歳以上高齢者の死亡事故は年間400件台で推移し、死亡事故全体に占める割合が増えていると報じた。

(2) 平成29年度版『高齢社会白書』によれば、全国の介護離職者数が2011年10月から2012年9月の1年間で10万1100人となり、初めて10万人を超えた。

社会保険方式をめぐって検討作業を進めたことを論証した。田中 (2018) は独立型の介護保険制度か、高齢者医療や老人保健制度の問題を解決するための医療・介護の同時改革か、という厚生省内での議論を分析し、前者を推進した本部事務局と、後者を期待した保険局や老人保健福祉局との対立ととらえたうえで、介護保険制度に関する官僚の構想には過去の業務経験やそのときの所属部局の意向の影響があることを明らかにした。省外環境を強調した佐藤 (2015) は、厚生省内だけではなく、政策実施現場の専門家、評論家などが結び付いたイシュー・ネットワークが政策原案の形成過程で大きな役割を果たしたことを明らかにした。

以上のように、介護保険制度の導入過程に関する研究は、政策過程論の観点から、厚生省を中心としたさまざまな集団や組織などの関心や利益の相互作用に注目して論じられてきており、本来介護保険制度が目指していたはずの目標や、対象となるべき要介護者の利益などが議論の焦点となってこなかった。それゆえ、本稿では、介護離職や高齢者事故などが頻繁に発生している現在において、こうした介護保険制度設定の本質にかかわる問題を、「家族による介護」に関する議論に焦点を当てて、それが政策決定過程ではどのように議論されてきたのか、その主体は誰なのか、といったことを明らかにしようとするものである。高齢者介護に直接的に影響を与えた議論そのものに焦点を置き、それらの議論はどのように今日の高齢者介護問題を招いたかを検証する。

II 介護保険制度導入の契機

日本では、「老人福祉法」によって生活困窮の高齢者の救済を措置し始めた。生活保護を受けている世帯の老人及び有料老人ホームに入所できない世帯の老人を対象とした無料の養老施設や介護付きの特別養護老人ホーム⁽³⁾が創設された。宿泊は無料であり、各県に一カ所以上設けられた老人保護所や老人福祉センターなどの福祉施設が創設された。

ところが、人口の高齢化に伴って支援や介護を必要とする高齢者も急速に増え、そのため貧困高齢者を対象として生活支援を提供してきた「老人福祉法」の限界が表面化し、貧困とは言えない者を含めた新たな高齢者支援政策が求められることになった。1970年に社会福祉施設緊急整備5カ年計画⁽⁴⁾が策定され、施設の増設によって高齢者支援の基盤は改善されたが、「老人のための医療施設と社会福祉施設の連携」のような新しいニーズ⁽⁵⁾に対応できていなかった。高まりつつある高齢者の要介護ニーズが施設介護によって満たされない結果、1989年の時点において、老後生活に漠然と不安を感じている人が8割に上った⁽⁶⁾。

他方、老人福祉法の改正により、1973年から70歳以上の高齢者あるいは65歳以上の寝たきり高齢者に対する医療費が無料化された⁽⁷⁾。ところが、これにより身体的、経済的に支援を要する高齢者は病院に行き、そこで老後生活を送られるようになった。高齢者の医療費が急増し、高齢者を多く抱えている国民健康保険の財政は急激に圧迫され、国庫負担が大幅に増大した。要支援高齢者を医療から切り離す新たな支援システムの必要性が強ク認識されることになった。

(3) 特別養護老人ホームとは、要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいう。平成19年版『厚生労働白書』

(4) 社会福祉施設緊急整備5カ年計画とは老人福祉施設の不足を解消するために1971年から1975年の間、収容施設や保育所などの福祉施設を拡充することである。平成19年版『厚生労働白書』

(5) 社会保障長期計画懇談会「社会福祉施設整備計画の改定について」昭和49年2月、2頁、<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakai/fukushi/78.pdf>(2019年9月12日アクセス)

(6) 厚生労働省『長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査』

(7) 平成19年版『厚生労働白書』

Ⅲ 介護保険制度の導入過程

介護保険制度の立案は 1993 年の細川内閣に始まり、羽田内閣、村山内閣、橋本内閣などの内閣交代、政権交代を通じて、主務官庁である厚生省を中心に、官僚、政治家、利益団体などの利害関係者の合意形成、与党審査における手続き、国会における検討などの政治的プロセスを経て、介護保険法として 1998 年によく成立した。本節は介護保険制度導入過程における議論に焦点を置くため、各導入プロセスにおける重要な議論を抽出し、議論の内容がどのように国民や国会に取り上げられてきたかを明らかにする。具体的には 1993 年から 1997 年までの朝日新聞の報道を踏まえるとともに、介護保険法案が国会に提出された後は、衆参両院厚生委員会の記録等も活用して論じる。

1. 社会保険方式の決着をめぐる段階

(1) 厚生省の動き

介護保険制度についての本格的な検討が始まるずっと以前から、日本では高齢者介護は重要な社会問題として認識されてきた。1990 年の老人福祉法等の福祉八法の改正により、在宅福祉サービスが法制化されるとともに、市町村が在宅福祉と施設福祉を一元的に提供する体制が整備された⁽⁸⁾。

一方、1993 年に成立した非自民連立の細川内閣のもと、11 月に厚生省内に「高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム」⁽⁹⁾ が設置された。また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 1994 年 4 月 28 日に行った提言「21 世紀福祉ビジョン」⁽⁹⁾ には、「新介護システムの導入」が明記された。

(8) 大森・山崎・他 (2016, 30)

(9) 厚生省内「高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム」の基本的考え方は、福祉に社会保険的な発想を導入し、利用者の自由選択を確立する社会保険制度の構築である。(社会保険旬報 1993, 1817, 5)

1994年4月13日、厚生省は新介護システムの創設に本格的に乗り出すことを決断し、省をあげて取り組む組織として「高齢者介護対策本部」⁽¹⁰⁾を立ち上げた。同年6月、高齢者介護対策本部内に新介護システムの検討チームとして「高齢者介護・自立支援システム研究会」が設置された。しかしながらその後、国民福祉税の引き上げに積極的な姿勢を示した細川内閣は総辞職し、羽田内閣を経て、増税に厳しい姿勢を示す自民・社会・新党さきがけ連立政権（以下、自社さ政権）へと交代した。自社さ政権の村山内閣は、高齢者介護を保険制度にして独自財源を求める方針を示したが、これに対しては野党から厳しい批判が浴びせられた。「ペースが速すぎる。社会保険がいいか、税で負担するのがいいのか、国民が議論を実感できるだけの時間をかけるべきだ」と野党・新進党の介護政策プロジェクトチームの座長をつとめる石田祝稔代議士は怒った⁽¹¹⁾。

村山内閣のもと、「高齢者介護・自立支援システム研究会」は高齢社会の基本的あり方をめぐって12回の検討を行い、報告書「新たな高齢者介護システムの構造を目指して」⁽¹²⁾を作成した。同報告書は、今後の高齢者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」を挙げ、加えて、新介護システムについて、①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステム、という7つの基本的な考え方を示した。

同報告書では、「⑤社会連帯による支え合い」において、「本格的な高齢社

(10) 高齢者介護対策本部の目的は寝たきりや痴呆となった時の介護に関する国民の不安を解消するため、高齢者施策について総合的に検討を行うことである。増田（2016, 5）

(11) 朝日新聞 朝刊 1995年07月06日

(12) 高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」1994年12月

会における介護リスクは、社会連帯を基本とした相互扶助である「社会保険方式」に基礎を置いたシステムによってカバーされることが望ましい」と、すでに社会保険方式を取ることを推奨したうえで、検討すべき論点として、「①保険者、②被保険者・受給者、③費用負担、④保険給付、⑤利用料のあり方」を挙げている。

また、家族による介護については、「③在宅ケアの推進」において「在宅ケアにおいて家族が果たす役割は極めて大きく、実際に、家族が両親や配偶者を愛情を込めて懸命に介護している家庭が数多く見られる。こうした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」とし、これを受けて、「新介護システムの在り方」においても、「外部サービスを利用しているケースとの公平性の観点、介護に伴う支出増などといった経済面を考慮し、一定の現金支給が検討されるべきである」と論じているが、上記「③在宅ケアの推進」の引き続き部分では、「在宅ケアにおける家族の最大の役割は、高齢者を精神的に支えることであり、そのためには高齢者と家族との間で良好な人間関係が維持されていることが当然必要となる。家族が心身ともに介護に疲れ果て、高齢者にとってそれが精神的な負担となるような状況では、在宅ケアを成り立たせることは困難である」と述べて、在宅サービス拡充の論理としている。それゆえ、「新介護システムの在り方」も、「現金の支給が実際に家族による適切な介護サービスの提供に結びつくのかどうかという問題があるほか、場合によっては家族介護を固定させ、高齢者の状態を悪化させかねないといった懸念もあるので、制度の検討は慎重に行わなければならない」とする慎重論で結んでいる。さらに、一人暮らしや高齢者のみの世帯であっても、希望に応じ可能な限り在宅生活ができるよう支援していくべきであるとした。

(2) 老人保健福祉審議会

老人保健、中央社会福祉、公衆衛生の3審議会を整理・統合して設置され

た老人保健福祉審議会において1995年2月14日、高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書である「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」をめぐって審議が開催され、その後12回の会合を経て同年7月26日、中間報告（第1次報告）「新たな高齢者介護システムの確立について」⁽¹³⁾が提出された。同報告は、新時代の高齢者介護の基本理念として「高齢者が多様なニーズを持ち、経済的にも自立しつつある今日、高齢者介護においても、高齢者自身の希望を尊重し、その人らしい、自立した質の高い生活が送れるよう、社会的に支援していく」を掲げ、それを踏まえて①高齢者介護に対する社会的支援体制の整備、②利用者本位のサービス体系の確立、③社会連帯による介護費用の確保、の3点を新たな高齢者システムの基本的な考え方とした。そのうえで、「今後、新たな高齢者介護システムとして、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について、具体的に検討を進めていくことが適当である」とした。

さらに今後の検討における主な論点として、①高齢者介護サービスの在り方と、②高齢者介護の費用保障の在り方、③介護サービスを担う施設の整備の促進や人材の養成・確保、資質の向上、の3点をあげたが、そのうち、「①高齢者介護サービスの在り方」の中に、「家族が介護を行う場合の評価をどう考えるべきか。例えば、一定の条件の下に現金を支給することとすべきかどうか」が含まれていた。

同審議会は審議を促進するために1995年10月に三つの分科会（介護給付、制度及び基盤整備の各分科会）を設けて高齢者介護サービスの在り方と費用保障の在り方を検討し、翌年1月30日、第2次報告「新たな高齢者介護制度について」⁽¹⁴⁾を厚生大臣に提出した。同報告について、厚生省高齢者介護対

(13) 老人保健福祉審議会 中間報告書 <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/543.pdf> (2019年9月8日アクセス)

(14) 障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会（1996）、新たな高齢者介護制度について、『障害者問題情報：障害者運動専門情報誌』（155）、33-63。

策本部事務局は、「新たに提供される介護サービスの水準とそれを支える負担の問題は、本来、表裏一体であるが、両方について同時に議論することはなかなか困難である」として、「①できる限り情報を公開する観点も踏まえ、まず、サービス面に関して一応の結論をまとめた第二次報告を提出する、②その後、国民各層における広範な議論を取り入れながら、公的介護保険の制度や費用負担の在り方について検討を行い、それを受けて、再度、給付内容の在り方も検討し、新制度の全体像について最終的に意見を取りまとめる、といういわば二段階方式を採ることとなった」と説明しているが、実際には制度分科会では日本医師会、健康保険組合、全国老人福祉施設協会、日本経営者団体連盟などの利益団体の意見が一致せず、審議会としての方向性を示すことができなかった。特に保険者について、「責任ある適切な制度運営のため、市町村を保険者とする」という意見に対しては「市町村国保の運営が厳しい中で、市町村が介護保険を運営することが困難である」という反対が、「市町村が難しければ、国を保険者とする」という意見に対しては、「国を保険者とすることは、介護サービスの地域性や老人保健福祉行政の大きな流れに即していない」という反論が出された、また、「経験豊かな老人保健制度を活用し、各医療保険者に基礎を置いた仕組み」を取るべきとの意見に対しては、「老人保健制度自体が多くの問題を抱え、その見直しを求められており、そうした制度をベースに介護保険を作ることは問題が多い」⁽¹⁵⁾ という反対意見が出されていた。その結果、「保険者を市町村とする」、「保険者を国とする」、「保険者を医療保険方式とする」などの 3 案が挙げられたが、最終的な方向を決定することはできなかった。

他方、介護サービスの具体的内容・水準・利用手続きや基盤整備に関する事項については、介護給付分科会や基盤整備分科会での論議を中心に概ね委員間の意見が一致したが、家族介護に対する現金支給については、依然とし

(15) 同上、56-57。

て積極的な意見と消極的な意見があり、「さらに今後の広範な国民的議論を期待する」とされた。

1996年1月、首相は社会党の村山富市から自民党の橋本龍太郎へ替わったが、自社さ3党連立政権が維持されたため、村山内閣時代に設置された与党福祉プロジェクトチームも引き続き存置されることになった⁽¹⁶⁾。同年3月13日、与党福祉プロジェクトチームのメンバー丹羽雄哉は、保険者について市町村、国、医療保険方式の間で迷走していた老人保健福祉審議会での議論に対して、「介護保障確立に向けての基本的考え方」、いわゆる「丹羽私案」⁽¹⁷⁾を示した。丹羽試案では保険者を明確に市町村とした。

老人保健福祉審議会は4月22日、最終報告「高齢者の介護保険制度について」⁽¹⁸⁾を取りまとめた。同報告は、高齢者介護保険制度についての議論が「既存の医療保険制度や老人福祉制度をはじめとする社会保障制度全体のあり方、さらには、わが国の経済社会の構造とも深く関わってくるために、国民の意見は多様に分かれがちである」がゆえに、「この段階で意見が分かれているものも含め、これまでの審議の概要を明らかにし、国民の間に広範な関心と議論を喚起することにより、国民の十分な理解と合意を得ながら、わが国の実情にあった制度の創設と実施を進めていくことが極めて重要である」として、「高齢者介護保険制度については、それぞれの問題点ごとにどのような議論がどのような背景や理由で行われたのかを分かりやすく整理する」形で取りまとめ、国民の間での活発な議論を期待するとともに、厚生省に対して介護保険制度の具体的な試案の作成を要望するものであった。

(16) 増田 (2003, 64)

(17) 「丹羽私案」の内容は①当面对象を在宅サービスに絞る。②保険者は市町村。③保険料は40歳以上が負担し公費負担は1/2。④実施は厚生省の目標を遅らせ98年度以降にする、とする。『週刊国保実務』第1990号（社会保険実務研究所）参照。

(18) 老人保健福祉審議会 最終報告書 <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/993.pdf> (2019年9月11日アクセス)

異なる意見が併記となったのは、「家族介護に対する現金支給」と、「介護保険制度のあり方」についてである。後者については、最終報告の表題が示すように、もはや「介護保険制度」とすることについては異論はなく、審議会として、「明るい高齢社会の新時代を創るため、高齢者自身の自助努力を基軸としつつ、すべての国民が社会的連帯の精神に基づき、個々の利害を離れてこの問題を考え、痛みを分かちあって必要な社会的負担を受け容れることを訴えたい」とした。意見が分かれたのは、保険者、被保険者、受給者、介護保険料の設定、公費負担割合、利用者負担割合等であった。

もう一つ意見の違いが示されたのが、「家族介護に対する現金支給」である。高齢者介護・自立支援システム研究会報告書に示された慎重論を、基本的には踏襲して「現物給付が基本となる」としつつ、「家族介護に対する現金支給を行うべきか否かについては、消極的な意見と積極的な意見があり、現段階においては、結論を得るに至っていない。さらに今後の広範な国民的議論が期待される」と論じ、現金支給を行うか否かのみならず、そのあり方に関連しても、性格や、過渡的であるべき点などが論点として示された。とはいえ、制度を保険方式にすることについての議論の深まりと比べると、「家族介護に対する現金支給」についての議論の深まりは、「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書「新たな高齢者介護システムの構造を目指して」の段階からほとんど前進していない。

ここまでの高齢者介護に関する議論においては、高齢者介護に直接に関わっている要介護高齢者の家族や介護サービス業者などは議論に加わる機会をほとんど与えられなかった⁽¹⁹⁾ 結果、厚生省は高齢者介護サービスの在り方と介護の費用保障の在り方について検討することを望んでいたが、実際には

(19) 業者からは高齢者介護・自立支援システム研究会委員 10 名中には橋本泰子東京弘済園弘済ケアセンター所長、老人保健福祉審議会委員 26 名中には石井岱三全国老人福祉施設協議会会長のそれぞれ 1 名のみが参加し、要介護高齢者の家族代表は全く参加させられなかった。

社会保険制度の在り方に議論は傾きがちであり、介護サービスに関する議論は後回しにされたものと考えられることができる。他方、朝日新聞によれば、「ヘルパーや施設の整備が遅れていて、公の介護だけでは手が回りきらない」⁽²⁰⁾と介護手当を求める意見や、「介護だけでなく家事援助がサービスに含まれるべき」⁽²¹⁾と家事応援を要求する意見などが挙げられていた。

2. 保険者をめぐる段階

(1) 介護保険制度試案の作成

介護保険制度の法案化を進めようとする与党福祉プロジェクトチームの「要請書」を受け、厚生省は1996年5月14日に、「介護保険制度試案」（以下、厚生省試案）を作成した。その内容は、①保険者は市町村・特別区、②被保険者は40歳以上（65歳以上を「第1種被保険者」、40歳～64歳を「第2種被保険者」）、③費用負担は公費2分の1・保険料2分の1、④医療保険者による第2種被保険者保険料の徴収・納付、⑤第1種被保険者の保険料は年金から天引き、⑥在宅先行で1999年度から実施、⑦現金給付は原則として当面行わない、などである。この厚生省試案は厚生省が単独で作成したものではなく、党福祉プロジェクトチームの3党（自民党、社会党、新党さきがけ）との共同作業で作成したものである⁽²²⁾。

厚生省試案が保険者を市町村としたことに対して、「慎重な検討を行うよう求めてきた」地方公共団体は強く反発した。全国市長会及び全国町村会は連名で、市町村態様別の財政試算が示されることなく、市町村を保険者とする案は遺憾であること、政府の責任で安定した保険運営ができる制度を構築するよう要望した⁽²³⁾。これに対して厚生省は、都道府県ごとに介護保険連合会

(20) 朝日新聞 1995年7月6日

(21) 朝日新聞 朝刊1家面 1994年12月10日

(22) 大森・山崎・他 (2016, 240)

(23) 増田 (2003, 69)

を設置し事業主体を支援する、第 1 号保険料は所得段階別定額で徴収する、市町村への財政支援の仕組みを導入するなどの修正試案を作成した。1996 年 6 月 6 日、修正試案は「介護保険制度案大綱」⁽²⁴⁾として、老人保健福祉審議会・社会保障制度審議会に諮問された。

(2) 与党審査における手続き

与党審査において、社会党、さきがけの党内審査は無事に終わったが、自民党内の議論が紛糾したため、「介護保険制度大綱」への与党合意は見送られた⁽²⁵⁾。1996 年 6 月 11 日、与党審査手続きとして自民党社会部会が開催され、地方公共団体が完全に納得しない、高齢者からの保険料徴収は新たな増税と同じ、社会保険方式で安定的に財政運営できるのか、といった基本構造段階の議論が行われた⁽²⁶⁾。

6 月 13 日、与党政策調整会議が開かれ、介護保険の財政への懸念や民間活力の姿が不明であること、実施時期に関する対立などが原因で介護保険法案は次の国会に先送りすることが決定された⁽²⁷⁾。与党福祉プロジェクトチームに与党大蔵、地方行政両調整会議メンバーを加えて、新たな「介護保険制度の創設に関するワーキングチーム」を設置し、全国各地で公聴会を開催した。

公聴会の運営主体となる市町村は、「財政面で不安がある」⁽²⁸⁾、「若い人が保険料を払ってくれるのか。国保や国民年金より収納は厳しく、『第二の国保』になる」、「事務量が増えて、小さい町村の手に余る」などの懸念を示し⁽²⁹⁾、「財政面での国の追加負担と市町村の負担軽減を図る」、「要介護認定などの事務

(24) 「介護保険制度案大綱」の内容は大森・山崎・他 (2016, 340-367) 参照。

(25) 朝日新聞 朝刊 2 総面 1996 年 6 月 6 日

(26) 増田 (2003, 74)

(27) 朝日新聞 朝刊 2 総面 1996 年 6 月 15 日

(28) 朝日新聞 朝刊神奈川 1996 年 7 月 27 日

(29) 朝日新聞 朝刊 2 社面 1996 年 7 月 13 日

作業に、都道府県が積極的に関与する」、「在宅・施設サービスを同時に実施する」⁽³⁰⁾ ことを強く求めた。

全国で計6回開催された地方公聴会における意見を踏まえて9月19日、与党合意による「介護保険法要綱案に係る修正事項」⁽³¹⁾ が作成された。修正案では市町村への運営支援と財政支援を強化した。都道府県が設置する介護認定審査会に認定業務を委託し、都道府県が財政安定化基金を設置して赤字になった市町村にその一部を交付する。また、国が要介護認定などに関与する。その他、介護保険制度の実施時期について、与党三党が、在宅サービスと施設サービスを段階的に実施すると保険制度と措置制度とが混乱する可能性があるとして、「段階実施」に疑問を提出し、その結果、在宅サービスと施設サービスは同時に実施することになった。9月19日、与党責任会議と政府与党首脳連絡会議が開かれ、修正を了承して引き続き開かれた政府・与党首脳連絡会議で最終決定した。

与党審査の段階では、保険者である市町村の抵抗が強かった。国民健康保険を運営している市町村は、介護保険制度の保険者として介護保険制度を担うことによって、要介護認定や保険料徴収、介護サービスの指定などの事務を担わなければならないこと、給付を保険料収入が上回った場合に国保同様一般会計からの補てんが必要となり、地方財政に破綻が生ずる懸念があることなどから、介護保険制度の保険者となることに対して、国会における検討の段階まで批判し続けた。

以上のように、介護保険制度試案の作成と与党審査の段階において焦点となったのは、市町村保険者論に反対する地方公共団体との調整であり、介護の担い手としての高齢者家族の問題については注目されなかった。

(30) 朝日新聞 朝刊2総面 1996年8月19日

(31) 『介護保険法要綱案に係る修正事項』の内容について、国立社会保障・人口問題研究所 参照 <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/595.pdf> (2019年9月8日アクセス)

3. 介護基盤・財源確保をめぐる段階

(1) 国会における検討

1996 年 11 月 7 日、自社さ連立政権が崩壊し、自民党単独政権となった。11 月 29 日、介護保険法案が第 139 回臨時国会に提出され、法案の趣旨が説明されたが、継続審議となった。1997 年 2 月 21 日、第 140 回通常国会では、介護保険制度をめぐる本格的な国会審議が開始された。5 月 12 日、介護保険法案の委員会審議での採決に向けて、与党と各野党との修正協議が行われた。民主党、新進党、共産党からそれぞれの修正案が提出された。民主党は政府案通り（利用者負担分を除き、保険料収入と公費が半々）、新進党は財源を公費、共産党は当時の老人福祉制度分に加え新財源などの財源に関する修正案⁽³²⁾を提出したが、家族給付や介護サービスの基盤整備については特に言及しなかった。審議の結果、「市町村が、介護保険事業計画を定め、または変更しようとするときはあらかじめ、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずる」という市民参加条項が修正案として追加された。

修正案は自民党・民主党・社民党・21 世紀（衆議院の院内会派）の合意を得て、政府案とともに 5 月 16、21 日の両日、委員会で審議された。5 月 21 日、4 政党で合意された修正案が同委員会で可決された。5 月 22 日、介護保険法案は衆議院本会議において賛成多数で可決され、参議院に送られた。しかしながら、第 140 回通常国会は 6 月 18 日に閉会されたため、参議院は介護保険法案を継続審議とした。参議院における法案の修正協議は自民党と民主党・社民党を中心に行われ、12 月 2 日、自民党・社民党・民主党の参議院院内会派・太陽党の与野党 4 会派による修正案が参議院厚生委員会に提出され、賛成多数で可決された。修正案は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう国が講ずるべき必要な各般の措置として、保険医療サービス及び福祉サービス提供体制の確保に関する施策を明記した⁽³³⁾。翌日、参議院本会議に

(32) 朝日新聞 朝刊 2 総面 1997 年 5 月 14 日

において介護保険法案は修正されたのち、賛成多数で可決された。参議院において修正されたため、介護保険法案は再度衆議院に回付され、12月9日衆議院本会議において可決された。

以上のように、市町村保険者への懸念は国会のプロセスに再度示され、各党の議論の重心は保険者論・財源論に偏っていた。とはいえ、老人保健福祉審議会の段階で後回しされた介護サービスの在り方について、ようやく国会で多少議論されたが、「保険あってサービスなし」⁽³⁴⁾、「サービスの選択性がない」⁽³⁵⁾、「低所得者の介護サービス利用は困難である」⁽³⁶⁾、「障害者に対する介護がない」⁽³⁷⁾、「介護認定に時間がかかる」⁽³⁸⁾、「家族への給付が行わない」などの問題が残された。

「家族への現金給付」をめぐることは、共産党の瀬古由紀子衆議院議員が、ドイツの介護保険制度においては現物給付と現金給付ないしその併用が選択できるとして、「我が国の介護保険の出発においても、当然、給付のアンバランスがあるということは考えられるわけで、そういう点では、介護保険の導入時において現金給付を検討するのは当然ではないか」と迫った。これに対して小泉純一郎厚生大臣は、「介護サービスの不十分な段階で現金を支給すれば、ドイツにみられるように、多くが現金に流れ、サービスの基盤整備が進まなくなってしまうおそれが強い」として、「これから、この保険が導入され

(33) 参議院厚生委員会 介護保険関連3法案に対する修正案要綱 1997年12月2日

(34) 日本共産党の児玉健次の発言。第140回国会 衆議院厚生委員会 第3号 1997年2月21日

(35) 新進党の山本孝史の発言。第140回国会 衆議院厚生委員会 第7号 1997年3月21日

(36) 新進党の青山二三の発言。第140回国会 衆議院厚生委員会 第4号 1997年2月28日

(37) 公明党の榊屋敬悟の発言である。第140回国会 衆議院厚生委員会 第11号 1997年4月2日

(38) 自由民主党の上野公成の発言である。第141回国会 参議院厚生委員会 第11号 1997年12月2日

た段階で基盤整備が進み、在宅サービスの充実が図られることによって今後また現金給付の問題が出てくると思いますが、今回はむしろ、現金給付を行わないでこの基盤整備の充実に向けるということを選択した」と答弁した。要するに、介護保険によって得られる資金を介護サービス提供者を育てるために使うべきである、という判断が、厚生省案で家族給付が切り捨てられた理由であると説明しているのである⁽³⁹⁾。

このように、国会においても、高齢者介護サービスについてある程度議論されたが、限られた財源を有効に使うことを掲げた政府側はいずれの意見に対しても妥協せず、いくつかの問題を残した。特に、介護による家族の負担について衆議院の段階で議論したが、結局、家族への給付を行わないことが維持され、家族への支援は在宅介護サービスの提供にとどまった。

IV 議論と影響

介護保険制度の導入について、はじめから財務論ありきでは、現場に即した介護システムの議論は不可能であると言われてきた⁽⁴⁰⁾。まず、財源論と切り離し、現場の介護ニーズがどれだけ必要で、介護従業者にとっての賃金水準はどの程度が妥当なのかを検証しながら、必要とされる総額を長期的に試算する必要があると批判された⁽⁴¹⁾。こうした議論をもとに、本節では介護保険制度導入の際に残された問題はどのように現行の高齢者介護問題と関連しているかを考察する。

1. 介護基盤整備の不足

介護保険制度導入の際、介護基盤整備について「保険あってサービスなし」

(39) 共産党の瀬古由紀子の発言と小泉純一郎の答弁である。第 140 回国会 衆議院厚生委員会 第 25 号 1997 年 5 月 14 日

(40) 結成 (2011, 246)

(41) 結成 (2011, 245)

との批判に対して、政府側はゴールドプランと「ゴールドプラン 21」⁽⁴²⁾（新ゴールドプラン）で対応できると保証したが、在宅サービスの不足が制度実施の段階ですでに発生していた。

介護保険制度の基盤整備である新ゴールドプランの目標量と実際の利用者数との間には大きなギャップが見られ、「ゴールドプラン 21」（表 1）によれば、在宅介護サービスに当たる訪問介護サービスと居宅介護サービスの利用者数は目標を大きく上回った。訪問介護サービスの利用者数は 97.81 万人で、目標の約 2.8 倍、62.81 万人超過した。また、居宅介護サービスの利用者数は 25.35 万人、目標の約 2.6 倍で 15.75 万人上回った。

表 1 在宅介護サービスにおける利用者数の目標達成

	デイサービス・デイケア（通所介護）	訪問介護	ショートステイ（居宅介護サービス）
1999 年	1.7 万カ所	17 万人	6 万人
2004 年 （ゴールドプラン 21 による見込量）	2.6 万カ所	35 万人	9.6 万人
2004 年実態	2.08 万カ所	97.81 万人	25.35 万人

出典：「今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向ゴールドプラン 21」と「平成 16 年介護サービス施設・事業所調査概況」厚生労働省より筆者作成

制度導入当時、各議論は在宅介護サービスの推進に集中していたため、介護施設、特に介護保険施設の増設について検討した形跡はほとんどない。しかし、近年では介護施設の不足が問題視されてきている。高橋泰によれば、全国の高齢者向け介護施設の収容能力は、2015 年の 75 歳以上 1000 人につき

(42) 国立社会保障・人口問題研究所 参照 <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/780.pdf> (2019 年 9 月 10 日アクセス)

91 床という数字を基準にすると、2025 年には 48 万床以上、2040 年には 52 万床以上の不足が見込まれる⁽⁴³⁾。

2. 家族負担が軽減されず

要介護高齢者を「社会的入院」から家庭に戻し、それによって介護を強いられる家族の共倒れを防ぐため、「介護の社会化」を目的とする介護保険制度が導入されたが、導入をめぐる議論を通じて、家族介護への給付は行われないことになった。

介護保険制度実施から現在まで 19 年の間、介護現場から、介護サービスを利用したいが利用できないという声が止まなかった。特に比較的安い特別養護老人ホームへの入居待ちが非常に増えてきている。2017 年 3 月 28 日付朝日新聞によれば、比較的軽度である要介護 1 と要介護 2 の高齢者を除き、日本全国において特別養護老人ホームへの入居を希望して入れなかった待機者は、2016 年 4 月時点で約 36 万 6 千人であった。また、家族の介護や看護を理由とした離職者数は、2007 年から 2011 年の間、毎年 80000 人を超えて、2011 年 10 月から 2012 年 9 月の 1 年間では 10 万人を超えて 101100 人となった⁽⁴⁴⁾。

以上のように、介護保険制度導入時の議論が保険者論・財源論に偏った結果として、「保険あってサービスなし」「要介護認定は長時間かかる」、「サービスの選択性がない」、「低所得者の介護サービス利用は困難である」などの問題が残された一方、家族への給付を行わないなど、在宅介護の主な担い手である家族への配慮が至らないため、過剰な負担を担っている家族は、一方で介護離職などを強いられ、他方で高齢者を介護施設に入居させたがり、介

(43) 高橋泰「全国の医療・介護の今後の需給見通しについて」、2015 年 4 月 24 日資料
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/h27-04-24-siryoul.pdf> (2019 年 9 月 10 日アクセス)

(44) 厚生労働省 平成 29 年版『高齢社会白書』

護施設の不足、特に特別養護老人ホームへの入居待ちを招くに至った。

V おわりに

介護保険制度の導入過程において、老人保健福祉審議会の中間報告は介護サービスの利用方法・範囲・水準、家族への評価などの高齢者介護サービスの在り方と、保険者、被保険者、公費など的高齢者介護の費用保障の在り方について検討することの必要性を掲げたが、その後の検討方向は介護の費用保障の在り方に傾き、介護サービスの在り方、特に高齢者家族による介護への評価が重要項目として認識されてこなかったと言える。

介護サービスの具体的な内容、水準、利用手続き、基盤整備などの介護サービスの在り方に関する議論は老人保健福祉審議会の段階で既に合意されていた。デイサービスや訪問入浴サービスなどの在宅サービス、痴呆性老人（現在の認知症高齢者）向けグループホームなどが老人保健福祉審議会の最終報告書に組み込まれたとともに、地域の特性を踏まえ、全国的に均衡な介護基盤整備を図ることが合意された。一方、高齢者家族による介護への評価については、新介護システムの検討段階では審議会最終報告に至るまで、「家族介護に対する現金支給を行うべきか否かについては、消極的な意見と積極的な意見があり、現段階においては、結論を得るに至っていない」とされたが、介護保険制度厚生省試案の段階で突然「現金給付は原則として当面行わない」とされた。そしてこのことによって、要介護高齢者を抱える家族は、限られた在宅サービスではカバーしきれない高齢者介護の負担をすべて無償で負わされることとなったのである。

在宅ケアを中心とするという介護保険制度ではあるが、中・低所得者層では訪問介護、訪問入浴などを長期的かつ頻繁に利用すると家庭の経済負担になるため、やむを得ず家族が離職して介護に専念し、さらなる貧困に追いやられる悪循環が生じている。要するに、介護保険制度の導入によって家族の介護負担が軽減されるどころか、むしろ深刻化しているのである。

日本の現状は、一人暮らしの高齢者や夫婦のみの高齢者世帯の増加といったような今日の社会構造の変化に対応するよう、新たな在宅介護と施設介護のバランスが求められている状態である。より現実性がある介護保険制度を策定するためには、介護財源論以上に、高齢者介護サービスに関わる介護基盤整備や家族への支援などを詳しく検討するべきだろう。日本が行っている高齢者介護問題は、高齢化社会に突入するアジア諸国においても、やがて問題になる。その意味で、日本の介護保険制度の導入過程が抱えている問題を、アジア諸国、特に中国や韓国に対する示唆として明らかにする必要があるだろう。

参考文献：

1. 大森彌・山崎史郎・香取照幸・稲川武宣・菅原弘子 (2016)、『介護保険制度史』、社会保険研究所出版。
2. 結成康博 (2011)、『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店出版。
3. 高齢者介護・自立支援システム研究会 (1994)、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」。
4. 佐藤満 (2015)、介護保険法の成立過程、『立命館法学』、333・334、737-772。 <http://www.ritsumei.ac.jp/acd/cg/law/lex/10-56/satomitsuru.pdf> (2019 年 9 月 7 日アクセス)
5. 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』 3 (1)、99-110。
6. 増田雅暢 (2001)、介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題、『季刊・社会保障研究』 37、44-58。
増田雅暢 (2003)、『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題』、法律文化社出版。
増田雅暢 (2016)、『介護保険の検証—軌跡の考察と今後の課題』、法律文

化社出版。

7. 増田寛也 (2015)、『東京消滅—介護破綻と地方移住』、中公新書。
8. 増山幹高 (1998)、介護保険の政治学・政策理念の対立と収斂、『日本公共政策学会年報 1998』、1-26。 <http://www.ppsa.jp/pdf/journal/pdf1998/Masuyama.pdf> (2019年7月24日アクセス)