

我が国の介護保険制度の特質と成立過程

香 取 照 幸

The policy making process of long-term care insurance in Japan

Teruyuki KATORI

<はじめに>

介護保険制度の施行まであと1年となった。保険者となる全国の市町村では制度施行に向けての様々な準備作業が急ピッチで進められている。

介護保険制度の創設は、昭和36年の国民皆保険・皆年金体制の確立に匹敵する我が国社会保障制度における大きな制度改革であり、市町村だけではなく保健・医療・福祉サービスに携わる現場のサービス提供機関や専門職にとっても、サービス提供のあり方や事業運営についての大きな変革をもたらすこととなる。

法案成立以降、制度の基本構造や制度設計の詳細については様々な媒体を通じて多くの解説が行われており、また介護報酬・要介護認定基準を始め事業運営に関する具体的調整はまさに今進められているところであることから、こういった議論は別の機会に譲ることとし、本稿では、介護保険制度創設に至る過程を振り返り、改めて介護保険制度創設の背景や制度の理念について概説することとする。

1. 介護保険制度創設の背景

(1) 高齢障害者の大量発生

言うまでもなく、介護保険創設の背景には、平均寿命の伸長等による人口高齢化の進行、疾病構造の変化による慢性疾患患者の増大とそれに伴う要介護高齢者＝高齢障害者の大量発生という大きな社会的現実がある。

平均寿命の伸長・医療技術の進歩そして高齢障害者の大量発生は相互に関連した一連の事象であり、本格的高齢社会（高齢化率が概ね15%に到達した社会）を実現した先進諸国は何れも同様の問題に直面してきている（北欧諸国においても70年代から80年代にかけて入院期間の長期化・医療費の急騰・在宅要介護者の急増という事態に直面し、このことが今日の福祉国家形成の一つの大きな背景となっている）。

高齢障害者の大量発生—高齢者介護問題は、我が国にお

いても、現象的にはまず高齢者の長期入院の増大（入院期間の長期化⇒いわゆる社会的入院の増大）とそれによる老人医療費の増高・病院の機能不全（機能変質）問題として現出し、続いて寝たきり老人、特に70万人（1990年代初頭）ともいわれた在宅寝たきり老人問題が大きな社会的問題となった。

この後、国は、老人医療・老人福祉の諸問題の解決を目指して様々な試行錯誤を繰り返すことになるが、その中で、一連の問題の真の本質が福祉サービス、特に在宅福祉サービスの圧倒的不足と保健・医療・福祉の連携の欠如、トータルなサービス提供システムの不在に起因することが認識されるに至ったことが、介護保険創設の大きな契機になったことは銘記すべきであろう。

この流れを医療サイドに引きつけて考えれば、人口高齢化の進行・疾病構造の変化・高齢障害者の大量発生は、従来の感染症—急性期対応中心の医療システムに大きな反省と変革を迫ることとなった。既に多くの識者が指摘しているように、従来の治療中心（CURE）の医療から予防・リハビリをも視野に入れた包括的医療（CARE）へ、さらには保健・医療・福祉を統合した生活支援中心型の総合的・包括的ケアシステムの構築へと、医療システムのあり方に大きな思想転換（パラダイム転換）を迫るものとなったのである（別紙1、別紙2）。

(2) 社会構造・家族構造の変化

産業社会の発展・都市化の進行等により、人口流動化・女性の社会進出・核家族化等が急速に進み、家庭機能が大きく変容したことから、最早介護問題を家族の問題として捉えることは不可能となった。

特に、家族の介護力が低下していく中で、高齢障害者の要介護状態は重度化・長期化しており、高齢者介護の問題は従来の「看取りの介護」から「生活を支える介護」へと質的に変化している。

我が国においては、伝統的に高齢者の介護の問題は家族問題（親族間の扶養問題）の一環として認識されてきており、特段の理由（介護者不在・低所得等）なしに行政や公的サービスが介入すべき問題ではないとする考え方が根強

くあった。しかしながら、老人虐待や介護放棄、要介護者を抱えた家族（特に女性）の離職や家庭崩壊、さらには家族介護の実態が今や「老老介護」となっていること（在宅の主たる介護者の80%が50歳以上、50%が60歳以上）など、個人の能力を超える過重な介護負担を家族に負わせることが、社会の基本的構成単位である家族そのものの崩壊にもつながる深刻な社会問題を引き起こしていることが次第に明らかとなってきたことから、介護問題を社会全体の問題として捉え、解決していくための新しい枠組みの構築が求められることとなった。

(3) 豊かな社会の到来

戦後の社会経済の発展は、我が国に「自由で豊かな社会」をもたらした。我が国社会は、この豊かさを背景に、社会の構成員（個人）が多様な価値観・生活意識を基礎に自身の可能性を最大限開花させ、自己実現を図ることが可能な社会となった。

社会経済の発展は、社会を構成する個人の自立と自己実現に向けての営為の集積であり、社会保障制度をはじめとする個人の自立を支える社会システムの整備は社会発展の基礎的条件であることは言うまでもない。

このような社会における社会サービスは、個人の選択や自己決定を尊重し、個々人の人間性を最大限尊重するものであることが求められる。介護サービスもまた例外ではなく、要介護状態になっても可能な限り本人の意思と能力を尊重し、本人の自立と自己実現を支援することを基本とするものでなければならない。

他方、「豊かな社会・貧しい介護」（樋口恵子）という批判に象徴的に現れているように、介護サービスが普遍的な社会ニーズとなり、所得の多寡や家族構成等に関わらず誰もが介護サービスを必要とする時代となったにもかかわらず、我が国における介護問題への制度的対応は、なお「救済」「社会的弱者対策」の枠組みを基本とした措置型サービスによって担われており、質・量両面で増大する介護ニーズに十分対応できていない状態にある。

国民の最大の老後不安である介護問題を社会的に解決することは、要介護者本人やそれを支える家族の生活（自己実現）を支えるに止まらず、介護不安が社会経済の発展の大きな桎梏となるという意味において、我が国社会全体の将来のためにも必要不可欠な命題となっている。

そのような意味において、「人生の継続性の尊重」「自己決定（本人の選択）の尊重」「自立支援」といった、豊かな社会にふさわしい新しい理念に立脚した普遍的サービス提供システムの構築が求められることとなった。

(4) 地方分権・住民参加

90年代に入ってから、介護保険につながる動きとして、福祉8法改正・ゴールドプラン・新ゴールドプランといった一連の福祉改革の流れがある。これらの一連の改革は、本格的高齢社会の到来に向けて、高齢者介護サービスの基盤整備を緊急に進めていくための取り組みであったが、同時

に、措置権移譲や老人保健福祉計画策定など、福祉サービス、就中介護サービスについて、住民に最も近い基礎自治体である市町村を中心にサービス提供体制を築き、制度を運営していくという、「福祉における地方分権」の取組でもあった。

地方分権の推進は、同時に「住民自治」の実現という「地域における自己決定—地方主権」という方向性を内包している。その地域でどのような住民サービスを構築し、利用していくかは、当該自治体の構成員である住民自身が決定するべきものであり、地方老人保健福祉計画は、まさしくそのようなものとして構想され、また実際に各自治体で策定が進められたものである。

地方分権・住民参加は、地域社会における市民の「自己決定」の尊重という意味において、高齢者の自立・選択の尊重といった介護保険の理念に通底するものであり、後述するように、市町村保険者による地域型保険構成、介護事業計画を通じた地域を拠点とした包括的・継続的サービス提供体制の構築、住民参加による制度運営といった介護保険制度の基本設計は、「福祉における地方分権」の考え方をさらに敷衍し、具現化したものである。

2 介護保険制度の創設

1で述べたような社会経済情勢を背景に、介護保険制度は構想された。

包括的・普遍的な介護サービス保障の必要性、社会保険方式による介護保障システムの創設は、ゴールドプラン策定直後の1990年代初頭から議論されてきた課題であり、高齢者トータルプラン研究会報告（1991年）や高齢者介護プロジェクトチーム報告（1993年）といった厚生省内の検討チーム報告の中でも度々言及されてきた課題だが、今日の介護保険制度に直接つながる制度設計の基本的考え方を最も良く示しているのは、1994年12月にとりまとめられた「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」であろう。

同報告では、医療と福祉に分立している現在の介護システムの問題点を本人・家族・社会の側面から指摘し、新システムの基本的考え方として「高齢者の自立支援」を掲げ、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・効率的なシステムを挙げている。

また、具体的なサービス提供の仕組みとして、保健・医療・福祉の専門家からなるチームによるサービスの調整と提供の仕組み、即ち「ケアマネジメント方式」の導入を提言し、費用調達方式としては、高齢者自身による選択の保障、サービス受給の権利性確保、負担と受益の相応関係の明確化等の観点から、社会保険方式に基礎を置く制度の導入を提唱している。

その後、政府審議会（老人保健福祉審議会）での討議や政府部内での各省調整、連立与党（自民・社民・さきがけ）での議論（プロジェクトチームによる検討、政策調整会議（各党政調会長会議）による地方公聴会等）、さらには国会

での審議等さまざまな議論の過程を経、それらの過程で、一部若年障害者（特定疾病）への給付拡大や市長村域を超える財政支援の仕組み（財政安定化基金）の創設、事業計画策定・保険者事業運営に際しての市民参加条項の創設等様々な修正が行われ、現在の形の介護保険制度が創設されることとなった。

また、この過程で、介護問題に対する市民の関心の高まりを背景に、「介護の社会化を進める一万人民委員会」をはじめ多くの市民団体が制度設計を巡る政策論議に参画し、これら市民団体の活動を背景に国会での法案修正（いわゆる「市民参加条項」の追加等）が行われたことは、連立政権時代の新しい政策形成のあり方を示すものとして注目すべき事柄と言えるであろう。

以下、このような様々な議論を経て成立した介護保険制度のポイントについて、制度成立過程における議論の経過も踏まえながら概説する。

3. 介護保険制度のポイント

(1) 介護サービスの社会化の実現—「権利としての介護サービス」

介護保険制度の基本の第一は、言うまでもなく一般的・普遍的サービスとして介護サービスを提供するシステムを実現する点にある。

即ち、介護保険制度では、要介護者の所得水準や家族構成等の如何に関わらず、要介護状態にある全ての加入者は、その要介護状態の程度に応じて必要な介護サービスを受ける権利を有することとなる。

介護保険制度がいわゆる社会保険方式を採用することとした最大の理由は、まさにこの「権利としての介護サービス」の実現にある。

公費—措置制度から社会保険—契約関係への転換は、介護サービス提供に関する基本原理の転換を意味している。即ち、従来措置制度の下では、行政側に「自らが介護が必要と認めた者に対するサービス提供の義務」を課すという構成を採り、措置に基づくサービス提供はあくまで行政の公権力の行使（行政処分）として提供されるものとされてきた。つまり、サービス提供の必要性の有無及びその内容は、自治体が自らの責任で判断するものであり、受給者はあくまで措置の「客体」として観念されることとなる。従って受給者側にはサービス選択の自由はなく、概念上も「措置を受けること」は権利としては構成されない（「反射的利益」にすぎないとされている）のである。

これに対して、介護保険制度は、保険者である市町村と被保険者である住民との間の「社会契約」によって成り立つ制度であり、市民は保険料負担と引き替えに、自らが選択する指定介護サービス提供機関から必要な介護サービスを「保険給付」として受ける権利を得るという構成を採っている。指定サービス機関と市民との間の関係もまた公法上の契約関係となり、指定サービス機関は原則として要介護状態にある被保険者からの保険給付サービス提供の申し出を拒否することは許されなくなるのである。

このような介護サービス提供に関する基本原理の転換は、別の見方で言えば介護を巡る自治体と市民との関係性の転換ということでもある。後述するように、介護保険制度は、地方分権・住民参加といった地域レベルでの市民の自己決定の契機を制度的に内包している。措置から契約（社会保険）への転換によって、介護サービスの提供は、自治体による措置権（＝公権力）行使の主体—客体という一種の権力的上下関係から、社会契約に基づく相対的双務関係（保険料とサービス提供に関する双務的権利義務関係）—市民社会の原理に立脚した当事者主義的關係—へと転換することとなるのであり、この関係性の転換を通じて、改めて自治体のサービス基盤整備の義務と住民のサービス受給の権利が、契約当事者間の双務的権利義務関係の形で定位されるのである。

(2) 高齢者の自立支援

高齢者福祉施策の発展段階は、殺老（人殺し）⇒棄老（姥捨）⇒収容（隔離）といった段階を経て、自立支援に進むと言われている。この例で言えば、言うまでもなく介護保険制度は自立支援＝共生の世界の実現を目指す制度であり、より具体的に「近代社会（産業社会）における高齢者問題への対応の段階」として捉えるのであれば、「施設（収容）型ケアから在宅・地域（共生）型ケアへ」の転換を目指すのが介護保険制度と言うこともできるであろう。

介護保険制度における介護サービス提供の基本は、高齢自身の自立へ向けての営為を社会的に支援することにある。

自立支援の理念は、北欧型福祉サービスの基本理念とされている高齢者保健福祉3原則（「人生の継続性の尊重」、「自己決定の尊重」、「残存能力の活用」）に通底するものである。人生の主役はその人自身であり、精神的・肉体的に障害を持った高齢者であっても、可能な限り本人の価値観・人生観を尊重した生き方を送れるよう、その人の人間としての肉体的・精神的自立を社会的に支援する（HELP TO SELFHELP）ことをサービス提供の基本に置くということを意味している。

この「自立支援」の考え方から、従来施設中心の隔離・収容型サービスから高齢者自身の生活の継続性を第一に尊重する「在宅サービス優先」の考え方への転換、個人の選択に基礎を置き、個人のニーズに即した各種のサービスを一体的・継続的に提供する「サービスの総合化」と「ケアマネジメント」の導入など、サービス提供のあり方についての基本原理が論理的帰結として導き出されるのである。

その意味で、(1)の「介護サービスの社会化」が、言わば介護保険の制度論上の基本理念であるのに対し、「高齢者の自立支援」は介護保険のサービス提供面における基本理念であると言える。

(3) 介護サービスの総合化・ケアマネジメントの導入

介護保険制度は、従来医療と福祉の両分野に分かれて提供されていた介護関連のサービスを制度的にも財源的にも

一元化し、「介護」という新しい枠組みの下に一体的に提供するものであるが、この「介護サービスの一体的提供」と「高齢者自身によるサービス選択」を現場レベルで担保する仕組みがケアマネジメントである。

介護保険制度では、具体的な介護サービスの提供は、要介護認定とそれに引き続くアセスメントによる要介護高齢者の状態把握を踏まえて介護支援専門員（ケアマネジャー）が策定する個別介護計画（ケアプラン）に基づいて行われることになる。ここで、介護支援専門員は被保険者が選任することとされており、かつ、ケアプランの策定にはサービスを受ける被保険者の同意が要件とされている。

従って、ケアプランの策定（及びこれに先行するアセスメントの実施）プロセスを通じて、「説明と同意」、即ち被保険者（要介護者）自身によるサービス選択を専門家たる介護支援専門員が支援するという、介護保険におけるサービス提供の基本構造が具体的に実現されることになる。

ケアマネジメントについては、本誌別稿で詳論されることとされているので具体的な内容についてはそちらに譲ることとするが、ケアマネジメントのプロセスは、概ね以下の4段階に分けて考えることができるとされている（別紙3）。

- ①要介護者の状態像（＝ニーズ）の総合的・客観的把握のためのアセスメントの実施
- ②サービス提供者が共有すべきケア指針の設定・各サービス提供者の役割分担の明確化（ケアプランの策定）
- ③サービス提供機関の仲介・選定と複数サービス提供者間の協働作業としてのケアプランの実践（ケアの提供）
- ④ケア内容の評価・継続的管理と見直し

ケアマネジメントの方法論的重要性は、言うまでもなくアセスメントの実施とそれに引き続くケアカンファレンスによるケアプランの策定・実践にある（なお、現在の介護保険制度では、要介護認定とケアプラン策定は制度的には分離されており、アセスメントについても観念上は各々のプロセスで実施されることとなっているが、この分離は要介護認定を保険給付確定のための事実確認行為として構成する必要があるという保険制度上の要請によるものであり、サービス提供の方法論というレベルで考える場合には両者を分離して考える必要はなく、要介護認定とそれに引き続くケアプラン策定・実践・管理そして認定及びケアプランの再評価・再策定は一体・一連の行為として観念されるべきものであることは言うまでもない。従って、要介護認定とケアプラン策定の制度的な分離は、ケアマネジメントの制度的導入の持つ方法論的意義・重要性をいささかも減じるものではない。）

アセスメントは、要介護者の状態像の客観化によるニーズ把握のプロセスであり、アセスメント結果を踏まえたケアカンファレンスを通じて、高齢者自身・家族を含めた関係者間の問題意識の共有、統一的ケア指針の策定・サービス提供者の役割分担の明確化が実現され、「ケア指針の共有に支えられた複数サービス提供者間の協働作業」としての

ケアプランの策定と実践が遂行されることとなる。アセスメントとは、いわば「当事者・家族・サービス提供者に共通するケアのプラットフォーム」としての役割を持っているのである。

従ってアセスメントは、実際に提供されたケア内容の事後的・客観的評価を可能にするツール（「単なる職人芸ではない、経験に裏打ちされた科学としての手法」（岡本祐三））としての役割をも果たすことになり、定期的なアセスメントの実施とその評価分析を通じて、介護サービスの継続的管理・再評価が可能となり、状態の変化に対応したケア内容の弾力的変更、在宅・施設間の円滑な移行の実現といったサービスの継続性の確保が可能となるのである。

換言すれば、アセスメントは、保健福祉医療を通じた専門職種間における共通項の設定（いわば「共通言語」の創造）として役割を果たすものであり、これによって、保健・医療・福祉を通じた総合的なケアの提供（ケアのパッケージ化・全人的援助）と施設・在宅を通じたケアの継続性が保障されることとなるのである。

(4) 地方分権

前述のように、介護保険は、ゴールドプラン・福祉8法改正・新ゴールドプランを通じて一貫して追求してきた「福祉における地方分権」を具現する制度であり、市町村を保険者とし、地方介護事業計画等を通じた地域を拠点とした包括的・継続的サービス提供体制の構築を目指す制度である。

介護サービスが地域に密着したサービスであり、可能な限り地域の特性を尊重した事業運営を可能とする設計でなければならないことは言うまでもないが、同時に、高齢者の自立支援・人生の継続性の尊重という基本理念に即して考えても、様々な介護サービスが、当該高齢者が継続的・安定的な社会関係を有している生活空間、即ち「地域」において自足的・安定的に提供されていることが理想である。

即ち、施設サービス・在宅サービスを通じた継続的・包括的サービス提供の保障、生活支援としての介護サービスという視点に立てば、施設・在宅の上位概念としての「地域」が、介護サービス提供の場として制度の中で明確に定立されていなければならないことになる。

そのような意味において、介護保険制度における地域主義は、単に事業運営・財政運営の単位として地域（基礎自治体）というに止まらず、個々の高齢者の生活圏域において介護サービスを完結させるというサービス基盤整備の単位としての地域の確立をも志向しているのである。

(5) 住民参加

(1)でも述べたように、介護保険制度では、介護サービスの提供は、保険者たる市町村と被保険者たる住民との保険契約に基づいて提供される「保険給付」として構成され、自治体と住民との関係は、社会契約に基づく相対的双務関係（保険料とサービス提供に関する双務的権利義務関係）として構成される。

このことから、住民には、保険事業運営の当事者（＝保険料拠出者）として、保険料水準の設定・単独給付その他保険者の裁量に係らしめられている諸々の事業運営上の事項について関与する責任と権能が生じることになる。

このことは、例えば健康保険組合において、組合の事業運営は保険料拠出者たる事業主と被保険者双方の代表からなる代議員会によって決定されていることと同じ法理であり、「当事者主義」に立脚する社会保険方式の特性を表すものである。

介護保険に関する事務は自治事務であり、市町村は、保険料水準や給付水準（上乗せ横だし等の単独給付・経過的給付水準の設定等）といった介護保険事業の基本事項は、自らが策定する条例によって定めることとなるが、介護保険制度では、特に、給付内容・保険料水準等の設定に重要な役割を持つ介護保険事業計画の策定・改定について、被保険者の意見を聞くための必要な措置を講じるべき旨を規定している。

この規定は、衆議院での修正によって新たに追加された規定であるが、この規定は、都道府県国民健康保険団体連合会が行う苦情処理機能（オンブズマン機能）に関する規定と共に、介護保険事業運営への被保険者（住民）の制度的関与の保障という意味において、自立支援・自己決定・当事者主義という介護保険制度の理念を象徴する規定となっている。

＜おわりに＞

以上、介護保険制度のポイントについて概説したが、この制度は、制度論的にもサービス論的にもこれまでの保健医療福祉の枠組みの再編成を目指した全く新しいコンセプトの下に構想された制度であり、在宅サービス・施設サービスを通じて具体的なサービス提供のあり方にも大きな変革を迫るものでもあることから、ケアマネジメントの実務や要介護認定など、制度が現場に根付き、円滑に機能するようになるまでにはなお時間を要することが考えられる。

また、本稿では触れなかったが、若年障害者への対象拡大の問題や現金給付（家族介護）の是非の問題、高齢者医療制度改革との関係など、制度論としても解決すべき課題が残されている。

しかしながら、介護問題は今日の社会における最大の老後不安要因であり、介護問題の解決なくして21世紀の日本はないといっても過言ではない。そして、介護問題の解決のためには、単に福祉や医療といった社会保障領域のみならず、地域社会を支える自治（地方行政・地方財政）のあり方としても、これまでの枠組みにとらわれない新しい理念に立脚したシステムの構築が必要であることもまた明らかである。

介護保険制度を契機に、保険者として介護保険を担うこととなる地方自治体の中から、「福祉を基軸とした地方自治体づくり、従来の開発中心型地方行政からの決別」を目指す首長の集まりである「福祉自治体ユニット」が誕生した。ユニット加盟の首長たちの自治体は、必ずしも福祉先進自治体ばかりではないし財政的に豊かなところばかりでもない。しかしながら、自らの意思と責任において「福祉自治体」を実現し、福祉を軸に自らの地域を活性化していこうとするその姿勢は、本格的高齢社会における地方自治体の目指すべき方向として、大いに注目に値するだろう。

制度（システム）とは、理念と実践のインターフェイスである。システムはそれを支える理念を具現するものとして体系化されるものであり、同時に現場での実践を支える枠組み（ツール）となる。

そして、システムの理念を実体化するのは現場の実践であり、現場の実践を止揚する中からシステム変革の契機が生まれる。

介護保険制度を意義あるものとして機能させうるか否かは、かかって現場の実践によるといって過言ではない。

この制度が、介護に関わる全ての人の支えとなり、我が国の介護問題の解決に資することとなることを期待するものである。