

博士学位論文

介護保険制度の政策過程の分析と実施後の検証

平成 25 年 9月

増田 雅暢

岡山県立大学大学院

保健福祉学研究科

目 次

はじめに

第 1 部 介護保険制度の政策過程の分析

- 第 1 章 介護保険制度の政策過程の特徴・・・・・・・・・・ 1
 - I はじめに
 - II 介護保険制度創設の検討に至った背景
 - III 介護保険制度の政策過程の特徴
 - IV 介護保険制度の検討経緯における特徴
 - V まとめ—介護保険制度の政策過程からみた今後の課題

- 第 2 章 厚生省における介護保険制度の政策形成過程・・ 16
 - I はじめに
 - II 介護保険制度の創設に取り組んだ理由
 - III 高齢者介護対策本部における政策形成
 - IV まとめ—省庁主導型政策形成の最後の重要制度

- 第 3 章 与党における介護保険制度の政策過程・・・・・・・・ 40
 - I はじめに
 - II 自民党政権下と自社さ連立政権下での政策過程の相違
 - III 与党福祉プロジェクトチームの検討
 - IV 政治主導における介護保険制度試案作成
 - V まとめ—連立与党の政策過程から見えてくるもの

第 2 部 介護保険制度の実施後の評価

- 第 1 章 転機を迎えた介護保険・・・・・・・・・・・・・・・・ 69
 - I はじめに
 - II 介護保険制度の現状
 - III 介護保険制度の「光」の部分
 - IV 介護保険制度の「影」の部分
 - V まとめ—2005 年改正の概要と課題

第2章	介護保険実施後12年目の現状と課題	82
I	はじめに	
II	介護保険制度の実績	
III	制度実施後の動向	
IV	介護保険制度の当面の課題	
V	社会保障・税の一体改革における介護保険のあり方とその課題	
第3部	介護保険制度の今後の課題	
第1章	介護保険と家族介護の評価	93
I	はじめに	
II	介護手当とは何か	
III	介護手当に関する検討経緯	
IV	介護手当はなぜ制度化されなかったのか	
V	まとめ—介護手当はどのように制度化すべきか	
第2章	介護費用と家族介護の評価に関する日韓比較	126
I	はじめに	
II	比較のための調査対象者と研究方法	
III	介護費用と介護手当の評価の現状	
IV	まとめ—日韓比較から見えてきたもの	
総括		137
参考文献		141
本論文における研究業績と副業績		144
謝辞		146

はじめに

本論文は、わが国における介護保険制度創設の政策過程を分析するとともに、制度実施後の状況を検証し、今後の課題を考察するものである。

わが国において介護保険制度が創設されたのは、1997（平成9）年12月の介護保険法の制定による。約2年3か月の準備を経て、2000（平成12）年4月から、介護保険制度は実施された。世界の社会保障の歴史からみれば、本格的な介護保険制度の実施は、1995年1月から実施されているドイツに次ぐものであった。本論文の中で説明するとおり、介護保険制度の創設は、わが国の社会保障制度に変革をもたらしたばかりでなく、要介護高齢者やその家族の生活のありかた、介護ビジネスという言葉に示されるような産業分野、高齢者施設等の住宅分野など、社会の多くの分野に影響を与えた。

本年（2013）年4月で、介護保険制度は、実施以来13年を経過したことになるが、2012（平成24）年6月時点で、要支援・要介護者は500万人を超え、保険給付の介護サービス受給者は400万人を超えるという、世界最大の介護保険の実施状況となっている。

筆者は、1990年代半ばに、厚生省（現在の厚生労働省）の内部で介護保険制度の創設に向けての検討が始まったとき、省内に設置されたプロジェクトチームである「厚生省高齢者介護対策本部事務局」の専任メンバーのひとりであった。

当時は、人口の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）が高齢社会の基準である14%を超えるようになり、本格的な高齢社会の到来を目前に控えて、さまざまな高齢者問題への対応が議論され、対策が講じられていたときであった。代表的な政策は、1990年度からスタートした高齢者保健福祉十か年戦略（ゴールドプラン）の実施であった。こうした中で、高齢者介護問題は、世論調査において、老後の不安要因の第1にあげられるようになっていた。そこで、厚生省では、誰でも安心して介護サービスを受けることができ、家族の介護負担が軽減されるような、新たな高齢者介護保障システムの構築を目指して、プロジェクトチームを設置し、検討を始めたのであった。

介護保険制度は、従来の老人福祉制度や老人医療制度の問題点を解決し、利用者本位の介護サービス提供システムに変更するとともに、増大する介護費用に対して新たな財源を確保する方策となるものであった。しかし、介護保険制度の創設は、1960年代の国民皆保険・皆年金体制の確立、すなわち、国民年金制度の創設や国民健康保険事業の全国実施に匹敵する大事業であり、大変な困難を伴うものであった。

その困難さは、具体的には次のようなものであった。21世紀の本格的な高齢社会におけ

る高齢者介護保障システムについて、税を財源とする仕組みとするのか、社会保険料を財源とする仕組みとするのか、政府内でも、医療・福祉の関係団体間でも、社会保障関係の有識者の間でも、激しく対立する賛否両論の意見があった。さらに、介護保険制度の仕組みをめぐっては、保険者のあり方や要介護認定の方法、保険給付の内容・水準、保険料の徴収方法、介護報酬の設定方法等、実に多くの論点があり、厚生省における関係審議会でもまとめることは困難であった。しかも、介護保険制度創設の検討が始まったときの政権は、1950年代半ばから約40年間続いた自民党単独または自民党中心の内閣ではなく、自民党以外の政党による連立政権が誕生した時期であった。政策を立案・決定する政策過程が、大きく変化した時期であった。

そこで、私は、厚生省において介護保険制度の創設業務に携わった経験を踏まえて、介護保険制度がどのようにして政策課題として浮上し、どのような過程を経て検討されたのか、制度化にあたって政府内の議論や政治の場の議論はどのようなものであったのか、こうした介護保険制度の政策過程の分析を試みることにした。従来の自民党単独政権時代の政策過程と比較をしてどのように違いがあったのか、それが介護保険制度の立案や介護保険法の制定にどのような影響を与えたのか。あるいは、厚生省において、どのような問題意識で制度の検討が進められ、どのような議論が行われて、介護保険制度の仕組みが作りあげられていったのか。こうした政策過程の詳細について、分析を行うこととした。

社会保障関係の法制度について、政策過程の具体的な分析を行ったものはほとんどないことから、介護保険制度の政策過程の分析自体に意義があるとともに、90年代の連立政権下の政策過程の具体的状況を明らかにすることができる。また、制度創設時のさまざまな議論・意見等を整理することにより、今後の介護保険制度の見直し議論の参考になるものと考えられる。

本論文の構成は、次のとおりである。

第1部は、介護保険制度の政策過程の分析である。第1章は、総論として、介護保険制度の政策過程の特徴をまとめている。第2章は、厚生省に設置されたプロジェクトチームの活動や議論等を通じて、厚生省内部における政策過程を分析している。介護保険制度の創設やその仕組みをめぐって、さまざまな論点があり、関係団体でも意見が分かっていた状況について、官僚組織がどのように調整し、合意形成を図ったのか明らかにする。第3章は、連立与党内部における政策過程を分析する。それまでの社会保障関係の法制度の政策過程が省庁主導型で行われていたことに対して、厚生省の関係審議会において賛否両論の意見となった介護保険制度の仕組みについて、連立与党の部会が中心となって対立する

意見を収斂させ、法案の国会提出を促進した経緯を明らかにする。

第2部は、介護保険制度の実施後の評価である。第1章は、実施後最初の大改正であった2005（平成17）年の制度改正時の実施状況と、残された課題を分析している。第2章は、制度実施後の12年目の2012（平成24）年時点における制度の実施状況と、将来の課題を分析している。

第3部は、介護保険制度の今後の課題として、特に、家族介護の評価についてまとめたものである。ドイツの介護保険制度では、在宅で介護をする家族に対して現金給付（介護手当）が保険給付されているが、わが国では、制度化されることはなかった。第1章では、介護保険制度の検討時における介護手当をめぐる議論を整理するとともに、介護手当の意義等について理論的に解説する。第2章では、日本と韓国における要介護高齢者を抱える家族に対する、介護費用と家族介護の評価に関する意識調査結果の比較を通じて、両国の介護保険制度の特徴や介護手当の制度化について考察するものである。

第1部 介護保険制度の政策過程の分析

第1章 介護保険制度の政策過程の特徴

I はじめに

介護保険制度は、我が国で第5番目となる新たな社会保険制度の創設¹であり、従来の老人福祉制度や老人医療分野における介護制度はもちろんのこと、我が国の社会保障制度全体に対して大きな変革をもたらしている。制度創設のための検討に要した時間や作業量からみると、厚生労働省が所管する社会保障行政の歴史の中でも、近年の例では昭和50年代の老人保健法制定以来か、あるいはそれ以上であり、昭和30年代の国民年金法制定や国民健康保険事業の全国実施に匹敵する大事業であるといっても過言ではない。

また、従来の社会保障関係の法律の多くが、自民党の単独政権という政治情勢の中で成立してきたことに比べて、介護保険法は、1993(平成5)年8月以来の連立与党の政権下で検討されてきたものであり、制度や法律の立案過程においてこれまでの社会保障法とは異なる多くの特徴を有している。1997(平成9)年12月の介護保険法制定後も、一時期自民党単独政権になったときはあったが、基本的には自民党を中心とする連立政権が続いている²。介護保険制度創設の政策過程を振り返り、厚生官僚を中心とする省庁内部における政策形成状況や連立与党における政策決定状況等について、自民党単独政権時代における状況との比較も加えながら分析することは、介護保険制度の見直しの際に

¹ 社会保険制度としては、年金保険制度、医療保険制度、雇用保険(失業保険)制度、労働者災害補償保険制度に次ぐ5番目の社会保険となる。また、わが国における社会保険法の制定の歴史では、1959(昭和34)年の国民年金法制定以来の新たな法律の制定となる。

² 1993年7月に非自民八党派(社会党、新生党、公明党、日本新党、民社党等)による連立政権である細川内閣が誕生してから、2002(平成14年12月)までの政権の状況は次のとおりである。

1993年7月	～94年4月	非自民連立政権(細川内閣)
1994年4月	～94年6月	同上(羽田内閣)
1994年7月	～96年1月	自・社・さ(自民党・社会党・新党さきがけ)連立政権(村山内閣)
1996年1月	～96年10月	同上(橋本内閣)
1996年10月	～97年9月	自・社・さ連合政権(社民党・新党さきがけは閣外協力)(第2次橋本内閣)
1997年9月	～98年7月	自民党単独政権(第2次橋本内閣)
1998年7月	～98年12月	同上(小渕内閣)
1999年1月	～99年10月	自・自(自民党・自由党)連立政権(小渕内閣)
1999年10月	～00年4月	自・自・公(自民党・自由党・公明党)連立政権(小渕内閣)
2000年4月	～01年4月	自・公・保(自民党・公明党・保守党)連立政権(森内閣)
2001年4月	～02年12月	同上(小泉内閣)

参考になるとともに、今後の我が国の社会保障の動向と政策の関係を考察する上で多くの示唆を与えるものとする³。

そこで、本章では、筆者自身が厚生省高齢者介護対策本部事務局のスタッフとして介護保険制度の検討や介護保険法の立案に携わった経験を踏まえつつ、介護保険制度創設の検討に至った背景及び介護保険法の立案過程の特徴などについて説明しながら、社会保障制度をめぐる政策立案の在り方を考えるひとつの具体的材料を提供したい⁴。

II 介護保険制度創設の検討に至った背景

介護保険制度創設のねらいとして、厚生省は、主として次の4点をあげている⁵。

第一に、老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設するという「介護の社会化」、第二に、給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みである「社会保険方式の導入」、第三に、老人福祉と老人医療とに分かれていた従来の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、多様な主体から保健利用サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みの創設、第四に、介護を医療保険から切り離し、社会的入院の条件整備を図るなどの「社会保障構造改革の第一歩」という4点である。これら4点のうち、最後の観点は、制度案が固まった1996（平成8）年後半頃から強く主張されたものであり、それ以外は、検討初期の段階から制度創設のねらいとしておおむね射程に置かれていたものである。

厚生省は、1994（平成6）年4月に事務次官を本部長とする高齢者介護対策本部を設置し、高齢者介護施策について総合的な検討を始めたが、この時点で、新介護システムを具体的、実務的に検討する視点としていたものは、同年3月にまとめられた「21世紀福祉ビジョン」の中の提言である。そこでは、「21世紀に向けて介護システムの構築」として、次のように論じられている⁶。

³ 本論文では、政府または与党が政策を立案し決定する過程の全体を「政策過程」とし、その過程を細分化して表現する必要がある場合、省庁等が政策策定のために課題を設定し、政策案を立案する過程を「政策形成過程」、政府または与党が各省庁が作成する政策案を検討し、政策として決定する過程を「政策決定過程」と表現する。

⁴ 本章は、筆者が第31回社会保障法学会春季総会（1997年5月）で行った報告（「社会保障と政策——厚生省における介護保険法の立案の経験から」（『社会保障法』第13号所収、1998年、法律文化社）をもとに加筆修正したものである。

⁵ 厚生省都道府県担当者会議資料等から。なお、中央省庁再編により、2001年1月から、厚生省は労働省と統合して厚生労働省となっているが、介護保険制度の検討や介護保険法案の作成、介護保険法の制定に至るまで厚生省時代に行われたものである。そこで、本書では、2001年1月以前の厚生省時代における事柄については「厚生省」と表記する。なお、他省庁の表記の場合も同様とする。

⁶ 厚生省大臣官房政策課『21世紀福祉ビジョン』（第一法規出版、1994年）。なお、「21世紀福祉ビジョン」は、1993年に厚生大臣の私的諮問機関として開催された「高齢社会福祉ビジョン懇談会」（座

介護を要する高齢者が増大する 21 世紀に向けて、(略) サービス提供基盤の整備を進めつつ、『国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム』を構築していく必要がある。

(略) 介護に着目した社会保障全般にわたる再点検を行い、施設でも在宅でも高齢者のニーズに応じて必要なサービスが等しく受けられるような介護システムを構築していくことが必要である。

その際、基本的視点として、以下のような介護システムを構築していくことが必要である。

- ① 医療、福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステム
- ② 高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム
- ③ 多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム
- ④ 増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム
- ⑤ 施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるようなシステム

これら 5 つの視点を具体的な政策に反映させる手段として、高齢者介護対策本部事務局を中心に検討を進めたものが、老人福祉制度における措置制度の見直しや、介護施策を媒介とした老人福祉と老人医療の制度再編であり、またケアマネジメントという新しい手法の導入、さらには新たな介護費用の財源調達方法の導入である。その背景には、家族介護の限界と、従来の社会保障制度でイメージしていた高齢者像の変革という認識がある。

措置制度とは、社会福祉行政において、市町村等の行政機関が措置権者となって、福祉各法に基づく要件に合致する人を選別し、行政処分として必要な福祉サービスを決定し、提供する仕組みのことをいう。財源は、租税を中心とした国および地方公共団体の公費で賄われる。法律上、「入所の措置を行う」等の表現をするので、一般にこの仕組みを措置制度と表現してきた。

措置制度が日本の社会福祉の充実のために果たしてきた役割は大きく評価しつつも、措置制度は、基本的には、サービス提供量が少ない状況のときに、特定少数の対象者に

対して、行政機関が優先順位をつけてそのサービスを行政処分として配給する仕組みである。行政機関が行政処分としてサービス提供の是非やサービス内容を決定することから、どうしても行政機関が優位的な立場になりやすい。また、措置の対象者は、所得調査や家庭調査を前提とした低所得者やひとり暮らしなど特定の要件に合致する人が中心になりがちである。その結果、利用者にとっては「福祉サービスを受ける人は特別な人」という意識が芽生えたり、「福祉のお世話になる」という言葉のように、利用にあたって心理的抵抗感が生じたり、また「お役所仕事」といわれる利用のしにくさが顕在化したりする仕組みになっていた。

高齢者介護問題のように、所得の多寡や家族形態の相違などを超えて、今後、誰でも要介護状態になり、誰でも介護サービスを必要になるときに、こうした使いにくい仕組みを維持していくことは、増大する利用者側のニーズに応えきれず、国民の大多数がもっている介護不安を解消できない。「利用者本位」「利用者の選択」という今後の社会保障制度において重要なキーワードである考え方にも適合しない。このような認識は、厚生省が1990（平成2）年度からゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）に基づき介護サービスの拡充を図りながらも、一方で市町村の介護サービスが使いにくいという世論となって現れていた。

現在では、老人福祉制度における措置制度の見直しに関して異論はほとんどないが、新介護システムの検討を始めた頃は、1993（平成5）年の保育問題検討会において、保育所の入所措置制度の見直しをめぐる議論が賛否両論で終わったばかりであった（第2章参照）。したがって、検討当初は、実際に措置制度の見直しが可能かどうかについては不透明な状況であった。そのため、事務局では、老人福祉分野の措置制度の見直しについて、福祉関係者や地方団体関係者等と様々な場で意見交換を行った。保育所入所措置問題と異なる点としては、高齢者介護については、介護サービスにかかわる福祉・医療関係者は民間事業者が中心であること、すでに医療分野の介護サービスについては社会保険である医療保険制度の仕組みで提供されていたことが挙げられる。その結果、最終的には、介護保険法では、極めて特殊な状況における措置制度を残しながら、老人福祉制度における措置制度は契約方式へと移行することとなった。そして、この見直しが、今度は逆に児童福祉法における保育所入所措置の見直しにつながり、さらには、社会福祉基礎構造改革において身体障害者福祉法等の改正による障害者福祉分野の措置制度の見直しにつながることとなった⁷。

⁷ 児童福祉法における保育所入所の措置制度は、1996年12月の中央児童福祉審議会の報告等を踏まえ、保育所に関する情報の提供に基づき保護者が希望する保育所を選択する仕組みに改められること

第二に、高齢者介護費用に対する財源問題について言及すると、1993年（平成5）年度及び1994（平成6）年度の一般会計予算は、バブル景気崩壊後の税収の落ち込み等により、国債への依存度を高めつつも、伸び率がそれぞれ0.2%、1.0%と低迷し、社会保障関係の予算編成も大変厳しい局面を迎えていた。一方、1993（平成5）年度中に作成することが義務付けられていた地方公共団体の老人保健福祉計画の目標値を積み上げると、1989（平成元）年12月に策定された従来のゴールドプランの目標値を上回るものとなっていた。ここに、1994（平成6）年中を目途とする新ゴールドプランの策定、さらには今後とも増大する21世紀の介護費用に必要な財源をどのような方法で調達することが国民の合意を得られるのか、ということが大きな政策課題となった。なお、財源調達方式として、当時は必ずしも社会保険方式しかないという問題認識ではなく、1994（平成6）年当時最大の国民的争点であった消費税の引上げ議論の結果次第でもあった。

「家族介護の限界」については、様々なデータやアンケート調査等から浮かび上がってきていた。従来漠然とイメージされていた「介護は家族が」という意識があったとしても、実際の在宅介護の状況をみれば、家族規模の縮小や介護者自身の高齢化などの状況から、家族介護者に対する精神的、肉体的、経済的な重い負担の存在、結局は「寝かせきり」から「寝たきり」にさせてしまう質の低い介護内容、介護問題を原因とする家族関係の崩壊、家庭内老人虐待、介護を理由とした離職の問題など、家族介護をめぐる厳しい現状があった。家族の過重な介護負担は、その理由に介護サービスの量的不足があるとともに、従来の措置制度に基づく公的福祉サービスが利用しにくいものであったり、低所得者向け中心であった弊害が現れていたりしていたことも否めなかった。

「介護の社会化」については、介護リスクの普遍化、介護サービスの利用の一般化という状況を踏まえ、介護負担を家族のみが負ってしまうのではなく、介護サービスの提供面でも介護費用の負担面でも、要介護者やその家族を社会的に支援していくシステム、言い換えれば、介護費用を国民全体で公平に負担し、ニーズを有する誰もが介護サービスを利用できるシステムが必要である。そこで、社会連帯を基礎とした相互扶助による社会保険方式を採用し、契約によるサービス利用というシステムが視野に上ってきたのであった。

介護保険制度では、医療保険制度とは異なり、高齢者一人一人が被保険者となる社会

となり、この改正案を盛り込んだ児童福祉法の一部を改正する法律が1997年6月に国会で成立し、1998年4月から施行された。また、障害者福祉分野における施設入所等の措置制度については、社会福祉基礎構造改革の中で利用制度に改められることとなった。2000年5月の社会福祉事業法等の一部を改正する法律により、身体障害者福祉法等の一部改正が行われ、利用者とサービス事業者との間の契約に基づくサービス利用方式である「支援費制度」が創設され、2003年4月から施行されている。

保険制度となっている⁸。この背景には、従来の社会福祉制度でイメージしてきた「高齢者像」の変革がある。既に我が国においては、高齢者が社会の中で人口的にも大きなウエイトを占めつつあり、また、公的年金制度の成熟化等により、平均的にみれば、一人あたりの可処分所得や貯蓄、資産は若年世代と同じかそれ以上という状況にある。したがって、従来のように高齢者を「社会的弱者」として若年世代に支えられる存在としてひとくくりにみるのではなく、社会の一員として必要な介護費用を自ら支える側に立つこと、すなわち負担面でいえば若年世代と同等な位置付けを社会保障制度の仕組みの中で行うこととしたのである。さらに、年金財源を介護保険料の財源として活用するという新しい仕組みを取り入れている。このように高齢者を一人一人自立した被保険者として捉えることや、年金財源の活用等の手法は、今後の他の社会保障制度の政策立案の中でも重要な手法になるものと考えられる。

Ⅲ 介護保険制度の政策過程の特徴

介護保険制度の政策過程の特徴として、次の3点を指摘したい。

第1に、我が国の政策過程において中心となってきた省庁主導型政策過程の特徴と限界が如実に現れたことである。厚生省内に事務次官を本部長とする高齢者介護対策本部というプロジェクトチームの設置、高齢者介護・自立支援システム研究会という私的懇談会の開催と意見の取りまとめ、続いて正式な審議会である老人保健福祉審議会での議論と取りまとめというように、従来、法制度の改正等の際に省庁が講ずる手続きを定石どおり踏んでいる。しかしながら、老人保健福祉審議会において14ヶ月の審議期間、約50回に及ぶ会議を行ったにもかかわらず、最終的には審議会最終報告の中では保険制度の仕組み方について両論・多論併記の部分が多く存在するなど、審議会における合意形成には限界がみられた。そして、地方団体に対する厚生省による調整も功を奏せず、結局は、第3章で詳述するように連立与党の調整を仰ぐこととなった。

介護保険制度案の検討が進められた頃、「始めに介護保険制度ありきで、厚生省が強引に進めている」という批判がなされた。しかし、介護保険制度のように新たな社会保険制度の創設であるとともに、政府全体でも重要法案と位置付けられる性格のものは、制度創設から法案の国会提出に至るまで省庁単独主導型で事が進むということはいえない。また、社会保障制度が成熟時代を迎え、既存の制度に利害関係を持つ多くの関係者が存在する中では、制度改正のための合意形成が極めて重要であり、関係者の意向を無

⁸ 当時の医療保険制度では、高齢者の約3割は、被保険者ではなくて、所得のある子ども等の被扶養者として位置付けられているので、自ら保険料を負担する必要はなかった。

視して強引に事を進めることは不可能である。ただし、高齢者介護システムの検討が本格的に始められた 1994 年 4 月以来約 2 年半で、新たな社会保険法案を国会に提出できたのは、消費税法等の他の制度創設と比較すると驚異的な速さでもある。その理由として、高齢者介護問題が国民全体の切実な問題となっていたことが背景にあることはもちろんであるが、後述する関係団体の関心の高まりや連立与党における調整の成果のほか、厚生省内のプロジェクトチームに選任スタッフを配置した事務局を設け、これらのスタッフを中心に、内部的にも外部的にも活発な議論を展開し、世論を喚起しながら具体的な案を詰めていったということも大きな要因であったと言える。

第 2 の特徴は、関係団体における活発な意見表明と研究会等の活発な実施がみられたことである。従来の医療、福祉関係の団体ばかりでなく、「高齢社会をよくする女性の会」や「介護の社会化を進める 1 万人市民集会」等の市民団体や、自治労や連合等の労働組合など、様々な団体において広範かつ活発な研究・講演活動が行われた。また、あわせて検討過程の段階でテレビ、新聞等で多くの報道がなされ、学識経験者からも介護保険法早期制定の声があがり、こうしたことが結果的には法案成立の促進材料に働いた。このように省庁が存在する霞ヶ関の外で、あるいは国会や政党が存在する永田町の外で、関係団体や市民団体、労働組合等が、制度の検討や法案の内容等について、百花争鳴のごとき議論が行われたことは、最近の社会保障関係法の制定過程ではないことであった。

第 3 の特徴は、連立与党 3 党主導型の本格的調整と合意形成への努力が見られたことである。新介護システムの検討が始まった 1994（平成 6）年 4 月以来、政権の枠組みが非自民連立政権から自民・社会・さきがけ 3 党の連立政権に変化し、その間首相が 4 人も変わる中で、連立与党 3 党のプロジェクトチームにおいて審議会と並行して議論が進められた。最終的には、関係者間の意見対立があり、厚生省ではまとめきれない保険者をめぐる問題を始め保険制度の具体的内容については、自民・社会・さきがけの連立与党 3 党による調整で合意点が得られ、法案の作成、国会提出につながった。なお、政治的にはこの介護保険法案の国会提出・早期成立というテーマが 3 党の連立関係を維持する材料のひとつともなり、さらに第 140 回通常国会では与党と野党の民主党との間で「政策別連合」の材料となるなど、政治的にも興味深い取り扱われ方がなされた。

IV 介護保険制度の検討経緯における特徴

以上述べた政策過程の特徴について、介護保険制度について本格的に検討が始められた 1994（平成 6）年から、介護保険法案の国会提出に至った 1996（平成 8）年 11 月までの時期を 3 期に分けて、それぞれの時期の主要な動きに即して具体的に解説する（図

表1参照)。

まず、第1期は、1994(平成6)年3月頃から同年12月頃までで、厚生省主導型で制度の検討がスタートし、主として社会保険方式の啓発期であった「草創期」である。この時期の特徴は、厚生省自らが情報発信母体となって、新たな高齢者介護システムの構築が必要である点について、強力な世論喚起を行ったことである。

その手法としては、省内プロジェクトチームの創設、私的懇談会の開催と報告書の取りまとめ、「高齢者介護問題を考える」という一般向けパンフレットの作成等を行った。私的懇談会である「高齢者介護・自立支援システム研究会」(座長 大森彌東京大学教授(当時))は、純粋に10人の学識経験者によって構成されたもので、この研究会報告は、高齢者介護問題の現状や現行制度の課題について簡潔に整理した上で、「自立支援」という介護の基本理念の設定、介護サービスの総合化、ケアマネジメント方式や社会保険方式の導入等、介護をめぐる論点を整理しており、その後の厚生省の考え方の基本的スタンスとなった。また、介護保険制度に取り入れられたケアプラン(介護サービス計画)作成等のケアマネジメント方式は、一部の医療・福祉関係者がアメリカの事例等を参考に行っていた先駆的な研究・実践活動を踏まえて、厚生省の実務担当者が介護保険制度の中に積極的に組み込もうとしたものであり、省庁主導型で政策が作りあげられた一例といえる。

なお、この時期の厚生省内のプロジェクトチームの設置方法や検討の進め方などは、昭和50年代に老人保健法を作成した手法を参考にしており、「成功例に学ぶ」という組織の行動パターンが現れている(図表2参照)。

この時期に特に影響を与えた外部要因は、ひとつはドイツにおける公的介護保険法案の成立(1994年4月)であり、もうひとつは、この年の2月の細川内閣の「国民福祉税」構想に端を発した消費税の引上げをめぐる議論が、1994(平成6)年9月下旬に、基本的に増減税中立的な5%(2%の引上げ)で決着をみたことである。消費税引上げ議論の過程の中で、増税に対する国民の批判が極めて強いことが改めて認識された。また、消費税2%引上げによる1997(平成9)年度以降の社会福祉の財源確保分は4千億円となり、将来の介護財源を含む社会福祉財源としては不足気味で、引き続き財源確保策と制度見直しとが必至になったことが、社会保険制度導入という政策の誘引のひとつとなっている。

第2期は、1995(平成7)年2月頃から翌96(平成8)年4月頃までで、老人保健福祉審議会を場を中心に議論が展開し、審議会の3回の報告とともに、関係団体からも意見表明や研究会等が活発に行われた「検討期」である。この間、本部事務局では、基本

図表1

介護保険制度の創設をめぐる動き(介護保険法の制定まで)

平成元(89)年	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)策定(平成2年度から11年度までの高齢者保健福祉の基盤整備の計画的推進) ・老人福祉法等の福祉8法の改正(福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画の策定等) ・老人保健法の改正(介護に着眼した公費負担割合の見直し、老人訪問看護制度の創設等) ・高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告(介護サービスを中心に施策や制度の再構築を提言) ・福祉人材確保法、看護婦等人材確保法の制定、医療法の改正(療養型病床群の創設等) ・全都道府県、全市町村においてそれぞれの老人保健福祉計画の策定 ・年金審議会意見書(10月)、医療保険審議会建議書(12月)、老人保健審議会意見見申(12月)において、それぞれ介護問題への取組や介護サービス体制の確立に向けての検討を指摘 	草創期
平成2(90)年		
平成3(91)年		
平成4(92)年		
平成5(93)年		
平成6(94)年	<ul style="list-style-type: none"> 2月 3日 *細川首相「税制改革草案」を発表 3月28日 *高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン」を策定(少子・高齢社会に向けての社会保障制度のあり方や、新ゴールドプランの策定、新介護システムの構築等を提言) 4月13日 *厚生省(厚生大臣 大内啓伍)が「高齢者介護対策本部(本部長:厚生事務次官)」を設置 4月29日 *ドイツで介護保険法成立(95年1月から保険料徴収開始) 6月30日 *村山内閣発足(社会党、自民党及び新党さきがけの連立政権。厚生大臣 井手正一) 7月 1日 *高齢者介護対策本部に設置された「高齢者介護・自立支援システム研究会」が第1回会合 9月 8日 *社会保障制度審議会の社会保障将来像委員会第2次報告(公的介護保険制度の創設を提案) 9月22日 *連立与党「税制改革大綱」決定(消費税は5%引上げ、平成9年4月実施等) 9月27日 *与党福祉プロジェクトが公的介護保険制度の検討を開始 12月13日 *高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(介護の基本理念、ケアマネジメントの確立、社会保険方式の導入の必要性等を提言) 12月18日 *「新ゴールドプラン」策定 	検討期
平成7(95)年		
2月14日		
6月13日		
7月 4日		
7月26日		
8月 8日		
9月26日		
11月		
12月12日		
12月15日		
12月18日		
平成8(96)年	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健福祉審議会(以下「老健審」という)が高齢者介護問題に関する審議を開始 *与党福祉プロジェクトが「高齢者介護問題に関する中間まとめ」を発表 *社会保障制度審議会が「社会保障体制の再構築(勧告)」を総理に提出(公的介護保険制度創設の検討の必要性を指摘) ・老健審が中間報告「新たな高齢者介護システムの確立について」 ・村山内閣改造(厚生大臣 森井忠良) ・老健審が3分科会の設置を決定。各分科会で制度の具体的内容の審議を開始 ・老健審が北海道と岡山県で地方公聴会を開催 ・総理府が高齢者介護に関する世論調査結果を公表 *与党福祉プロジェクトが第2次中間まとめ「新たな高齢者等の介護制度創設に向けた議論の整理」を発表 ・「障害者プラン」策定 *村山首相退陣、自民・社会・さきがけの与党3党が新政策合意(介護保険制度の創設が盛り込まれる) 1月 5日 *橋本内閣発足(厚生大臣 菅直人) 1月11日 *第136回通常国会召集(会期は6月19日まで) 1月22日 *老健審が第2次報告「新たな高齢者介護制度について」 1月31日 *厚生省が老健審に「高齢者介護保険制度に関する事務局試案」を提示。以後、保険制度の仕組み方が議論の中心となる。 2月15日 *丹羽元厚生大臣が与党福祉プロジェクトに「介護保障確立に向けての基本的な考え方」と題する私案を提出(被保険者は40歳以上、在宅・施設の2段階実施等を提案) 3月 *菅厚生大臣が高齢者介護問題に関する自由討論会を開催 4月22日 *老健審が最終報告「高齢者介護保険制度の創設について」(保険者、被保険者、保険料設定、現金給付の取扱等について各論併記) 5月14日 *厚生省が与党福祉プロジェクトに「介護保険制度試案」を提出(老健審には翌15日提出、さらに、30日に修正試案を提出) 6月 6日 *厚生省が老健審と社会保障制度審議会に「介護保険制度案大綱」を諮問(老健審は6月10日、社会保障制度審議会は6月11日に答申) 6月17日 *介護保険制度創設に関する与党合意事項(介護保険法案の通常国会への提出は見送り。要綱案を基本として懸案事項の解決を図りながら、必要な法案作成作業を行い、次期国会に法案を提出) 6月25日 *与党政策調整会議が「介護保険制度の創設に関するワーキングチーム」を設置 7月17日 *厚生省が都道府県高齢者介護主管課長会議を開催(以後、7~9月に全都道府県で介護保険制度案の内容を説明) 7月~9月 *与党介護保険制度の創設に関するワーキングチームが全国6か所で公聴会を開催(福岡、横浜、札幌、神戸、高知、山形) 9月17日 *与党介護保険制度の創設に関するワーキングチームが「介護保険法要綱案に係る修正事項」を了承 9月19日 *与党が「介護保険法要綱案に係る修正事項」を決定 9月30日 *「介護の社会化を進める1万人市民集会」主催の「自治体サミットーわが町の福祉プラン」が東京で開催 10月20日 *衆議院議員選挙 10月31日 *自民、社民、さきがけの3党が新政策合意(介護保険制度については、3党において、選挙前においてとりまとめた内容で臨時国会に法案を提出し、成立を期す) 11月 7日 *第2次橋本内閣(厚生大臣 小泉純一郎) 11月29日 *介護保険法案及び介護保険法施行法案を閣議決定、第139回臨時国会に提出 12月13日 *衆議院本会議において介護保険法案等の趣旨説明 12月17日 *衆議院厚生委員会において介護保険法案等の提案理由説明 	制度案確定期
1月 5日		
1月11日		
1月22日		
1月31日		
2月15日		
3月13日		
3月		
4月22日		
5月14日		
6月 6日		
6月17日		
6月25日		
7月17日		
7月~9月		
9月17日		
9月19日		
9月30日		
10月20日		
10月31日		
11月 7日		
11月29日		
12月13日		
12月17日		

12月18日	*第139回臨時国会閉会(介護保険法案等は継続審議に)	国会審議期
平成9(97)年		
1月20日	*第140回通常国会開会	
5月21日	*衆議院厚生委員会において介護保険法案等可決	
5月22日	*衆議院本会議において介護保険法案等可決	
6月13日	*参議院本会議において介護保険法案等の趣旨説明	
6月18日	*第140回通常国会閉会(介護保険法案等は継続審議に)	
6月25日	*厚生省、都道府県高齢者介護担当課長会議を開催	
9月29日	*第141回臨時国会開会	
12月2日	*参議院厚生委員会において介護保険法案等修正可決	
12月3日	*参議院本会議において介護保険法案等修正可決	
12月9日	*衆議院本会議において介護保険法案等可決・成立	
12月17日	*介護保険法等3法の公布	

(注) 表中、*印は主として政党又は厚生省外の動きを示す。
「介護保険法案等」とは、介護保険法案、介護保険法施行法案及び医療法一部改正法案をいう。

的に審議会資料の公開や中間報告等の刊行物の出版等の情報公開に努めたことが、介護保険制度の議論が広範に広がる要因になったと考えられる。

また、この時期は、1996(平成8)年7月の社会保障制度審議会の勧告が与えた影響が大きかった⁹。当時の村山首相に対して提出されたこの勧告の中で、介護不安の解消のために「今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、基盤整備は一般財源に依存するにしても、制度の運用に要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にすべきである」と、明確に公的介護保険制度創設の検討を提言した。この勧告により、社会保険方式が公費方式かという議論には、一応の決着がついた形となり、その後の議論のテーマは、介護保険制度の給付内容や給付手続き、医療保険制度改革との関連など、具体的な内容に入っていた。

この時期は、医療、福祉、保険者グループ等の関係団体が、介護保険制度に対してそれぞれの立場から意見表明を正式に行ったことも特徴的な点である。老人保健福祉審議会には関係団体から選出された人達が委員として参画していることから、しばしば審議会において関係団体の「意見書」として提出、説明がなされた。また、通常は政府が行う社会保障制度改革に批判的な連合や自治労という労働組合関係者が、介護保険制度に対しては、基本的に賛成の立場で議論に加わったことが、制度創設に向けて極めて大きな推進力となった。たとえば、連合は、要介護者を抱える家族に関する実態調査を実施したり、「公費負担を柱とした公的介護保険の創設検討」する旨のアピールを出したりした。自治労は、地方分権の観点から市町村が保険者となって制度運営を行う介護保険制

⁹ 社会保障制度審議会勧告「社会保障体制の再構築——安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」(1994年7月)。社会保障制度審議会は、社会保障制度審議会設置法(1948年)に基づいて創設された総理府付属の機関で、社会保障制度全般にわたる企画・立案・運営に関する調査・審議を行い、政府に対して勧告等を行ってきた。1950年勧告のように我が国の社会保障制度の設計・構築等に対して大きな影響力を持ってきたが、2001年の中央省庁再編に伴い廃止された。

図表 2

介護保険法と老人保健法の制定経過の比較

介護保険法の場合		老人保健法の場合	
93	10月 高齢社会福祉ビジョン懇談会設置	76	2月 老人保健医療懇談会（厚相の私的諮問機関）設置
94	3月 「21世紀福祉ビジョン」策定 4月 高齢者介護対策本部の設置 7月 高齢者介護・自立支援システム研究会の開催 12月 同研究会報告	77	10月 同懇談会が意見書を提出 12月 社会局に老人保健制度準備室を設置
95	2月 老人保健福祉審議会（老健審）において高齢者介護問題の審議開始 7月 社会保障制度審議会（制度審）勧告 老健審が中間報告	78	12月 小沢厚生大臣、小沢構想を発表
96	1月 老健審が第2次報告 4月 老健審が最終報告 6月 老健審・制度審に介護保険制度案大綱を諮問・答申 9月 介護保険法案要綱修正事項に関する与党合意 11月 介護保険法案を国会提出	79	10月 橋本厚生大臣、橋本構想を発表 12月 与党三役、関係大臣の間で昭和56年度に所要の制度改正の実施を図ることで合意
97	5月 衆議院本会議で法案を修正可決 12月 参議院本会議で法案を修正可決 衆議院本会議で法案を可決成立 介護保険法公布 高齢者介護対策本部を介護保険制度実施推進本部に変更	80	3月 社会保障制度審議会（制度審）に諮問 6月 老人保健医療対策本部を設置 9月 本部、第1次試案を発表 12月 制度審、中間意見を提出
98	1月 医療保険福祉審議会老人保健福祉部会が政省令案等の審議開始	81	3月 老人保健法案要綱を社会保険審議会及び制度審に諮問 4月 両審議会の答申 5月 老人保健法案、国会提出 7月 臨時行政調査会第1次答申 11月 衆議院本会議で法案を可決
99	10月 全国の市町村で要介護認定の申請受付を開始 11月 介護保険法の円滑な施行の実施のための特別対策	82	8月 参議院本会議で法案を可決成立
00	4月 介護保険法施行	83	2月 老人保健法施行

（注）96等の数値は、西暦（1996年等）を表す。

度の創設を提言し、詳細かつわかりやすいパンフレットを作成して自らの提言の広報に努めた。

なお、この時期には、65歳未満の障害者、すなわち若年障害者の介護保険法上の取

り扱いが大きな検討課題の一つであった。これについては、厚生省の障害者福祉担当部局と障害者団体との間で調整が進められ、最終的には1995（平成7）年12月の「障害者プラン」の作成・推進によって、当面、若年障害者は従来の障害者福祉施策によって対応していくことで関係団体・関係審議会等の合意が得られた。これにより、その後の制度設計に向けての課題が絞られていった。

第3期は、老人保健福祉審議会の最終報告後の1996（平成8）年5月頃から介護保険法案が国会提出に至った同年11月までの「制度案確定期」である。この時期は、審議会で整理がつかなかった保険制度の仕組みをめぐって関係者間の取りまとめが難航し、連立与党関係者すなわち政治の場を中心として調整が行われた時期である。また、市町村保険者の是非、被保険者の範囲、保険料負担の徴収方法など、保険制度のあり方をめぐって、特に保険者を市町村とすることについて、市町村関係者との調整が難航し、関係審議会の答申が得られながらも、1996（平成8）年6月には法案の国会提出見送りに至るといふ、介護保険法案の先行きが危ぶまれた時期でもあった。ただし、国会提出が見送られたのは、介護保険制度の導入という政策自体が問題となったのではなく、制度面において保険者とされた市町村関係者の反発が強かったからである。同年6月17日の与党合意事項における「解決すべき懸案事項」の第一に、「市町村等の関係者の意見を踏まえ、安定した財政運営と市町村における円滑な事務が遂行できる制度となるよう努める」と挙げられているとおりである。

この時期に、連立与党3党が、それぞれの政策審議会会長等により構成した「与党介護保険制度の創設に関するワーキングチーム」を組織し、地方公聴会を開催したり、全国市長会や全国町村会等の地方団体と意見交換を行ったりするなど、本格的な調整作業に入った。この結果、同年9月、保険者である市町村に対する支援策を盛り込む方向で厚生省の制度案の内容に修正を加える方向で、合意に達した。こうして、同年11月の介護保険法案の国会提出に結びついたのであった。さらに、介護保険制度の政策過程における与党の活動をみると、老人保健福祉審議会で高齢者介護問題の議論が始まった頃から、与党福祉プロジェクトチームが審議会と並行して議論を進めており、介護保険制度の原案である1996（平成8）年5月の厚生省試案の内容に対して多大な影響を及ぼしている（与党福祉プロジェクトチームの活動等の詳細は、第3章参照）。

V まとめ—介護保険制度の政策過程からみた今後の課題

最後に、以上述べてきた介護保険制度の政策過程の特徴及び介護保険制度の立案経験等を踏まえ、今後の社会保障と政策をめぐる課題についていくつか私見を述べることに

する。

第1に、老人福祉制度を始め既存制度が長期間にわたって運用され、制度の利害関係者（たとえば、介護サービスの利用者である高齢者、サービスの提供者である福祉・医療関係者、制度を運用する地方自治体関係者等）の広がりや極めて大きい状況下では、新しいシステムを創設する介護保険制度といえども、結局は実現可能な制度内容に落ち着かざるを得ないということである。

たとえば、公費方式か社会保険方式かについては、制度検討当初においては有識者の間で相対立する意見がみられた。介護サービスの財源を公費で賄うのか社会保険で賄うのかということについては、最終的には国民の選択の問題であるが、世論調査では一貫して社会保険方式の導入に対する支持が高い傾向で推移した。介護費用のすべてを税財源で賄うという公費方式は、経済不況等による税収の落ち込みの影響を直接受けて財源が不安定となるし、消費税引上げ等の増税策の実施は現実的には極めて困難である。なお、社会保険方式を採用したといっても、我が国の介護保険制度は、すべて保険料財源で賄うドイツの介護保険制度とは異なり、公費及び保険料がそれぞれ2分の1ずつという社会保険方式と公費方式の折衷方式となった。被保険者の範囲についても、当初は20歳以上の者からという意見が多くみられたが、立案過程の最終段階で40歳以上の者に変更された。これに対する批判もあったが、その後の世論調査をみると、国民の間の違和感は少なく、当面は現実的な選択であったといえる。

介護保険法には、施行後の見直し規定も設けられており、制度創設に当たってのこうした現実的な案への変容は、「小さく生んで大きく育てる」という政策立案者の行動パターンが反映している。

このように現実可能な案、すなわちフィージビリティ（実現可能性）を重んじる政策立案は、介護保険制度ばかりでなく、医療保険制度の抜本見直しや年金制度の改正においても、必要なスタンスであろう。

第2に、社会保障給付費が年間70兆円（1994年当時）を超え、毎年4兆円も増加していくというように、社会保障制度が巨大化してきた状況下では、財政的な観点からの社会保障制度の見直しが不可避となっていることである。制度の長期的安定のためには、給付と負担の公平、給付水準の見直し、世代間の負担の公平性の確保、制度の効率化、公的部分と自助努力部分とがカバーする範囲の不断の見直しといった視点がますます重要になってきている。

第3に、従来の行政手法、すなわち審議会の場合を中心として関係者間の合意を得るといった手法が、介護保険制度のような既存制度に大きな影響を与える新たな制度創設の場

合には限界がみられたことである。老人保健福祉審議会の最終報告（1996年4月）が取りまとめられたときの審議会委員のメンバー構成は、次のとおりであった。関係団体（日本医師会（2名）、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国老人福祉施設協議会、全国老人クラブ連合会）から7名、経済界（日本経営者団体連盟）から2名、保険者団体（健康保険組合連合会、国民健康保険中央会）から2名、労働組合（自治労、連合）から2名、地方団体（全国市長会、全国町村会）から2名、厚生省・自治省・大蔵省OB各1名ずつ3名、大学教授等8名の総勢26名であった。関係団体からの代表が審議会委員である場合、委員の発言は往々にして出身団体の意見を反映することが中心となってしまい、審議会での合意形成が困難となる事態に陥ることもあり、老人保健福祉審議会の最終報告の場合も同様の事態となった。今後、医療保険制度の抜本改革や年金制度の見直しのように、全国民に影響を与える制度改革の場合、審議会の場のみでの合意形成は困難が予想され、どのような検討の場や調整手法が適当か大きな課題となろう¹⁰。

第4に、連立政権下での法案取りまとめの長所と課題がある。自民党一党多数時代においては、法案の与野党間の調整は国会提出後であったが、連立政権下では国会提出前に関係省庁の制度案等を基にしながら、連立与党内で調整が進められる。したがって、国会審議の場では、「法案の内容に関する具体的な審議が乏しい」「国会審議の空洞化」や「政策面の議論の詰めを欠いたままの政党レベルでの協議の先行」といった問題を抱えがちになる。また、与野党の対決法案であっても、国会成立を図るために野党の意見を組み入れて法案の修正を行うということも少なくなる。

第5は、社会保障制度が整備され、一定の水準に到達している段階での新たな政策の立案はどのように考えるのかという点である。成熟社会における社会保障制度のあり方を考えるとき、法的に公的制度が全てを保障するという考え方が適当かどうか、個別テーマごとにあらためて考え直す必要があるのではないか。民間の制度が不十分な時に公的制度により低所得者など特定の者の生活を保障するということは政策的に意義がある。しかし、サービスの利用者が一般化、普遍化したときに公的制度でサービス提供システムを構築しようとする、過剰利用や不必要な利用を招いて、結局財政の肥大化につな

¹⁰ 本章の基となった社会保障法学会報告（1997年5月）での予想どおり、その後の医療保険制度や年金制度改革において、関係審議会での合意形成がなかなか困難な状態となっている。たとえば、医療保険制度の抜本見直しに関していえば、1997年度から、医療保険審議会において種々の議論が繰り広げられたが、新たな高齢者医療制度のあり方等について統一した見解を打ち出すことはできなかった。そのため、2002年の健康保険制度の改正においては、厚生労働省は、審議会で成案を得るのではなく、省自ら「医療制度改革試案」を作成・公表し、政府・与党社会保障改革協議会で検討・決定するという従来とは異なる政策過程をとることとなった。

がったり、サービスの利用者と費用負担者との間の給付と負担の不公平、社会保障制度の場合には多くは高齢者世代と若年世代との間の給付と負担の不公平が生じたりしがちである。規制強化によって国民の自由な活動を制約する結果にもなりかねない。国民一人一人の裁量範囲の拡大、自己決定、自己責任というものを社会保障制度の仕組みの中でもっと評価し、制度自体の中に組み込むべきではないか。たとえば、介護保険制度では、公的保険制度と民間保険制度との関係、公的制度の給付水準の在り方、社会保険と家族機能の評価との関係等について、さらに議論を深め、場合によっては制度設計を再検討する必要もあるものと考えられる。

また、年金、医療、福祉という各制度を相互に関連付けて政策を立案していくこと、すなわち社会保障制度全体の制度間のリンケージという観点からの政策立案を図ることが必要になっている。たとえば、年金制度における給付水準と医療保険制度における利用者負担・保険料負担の水準は相互影響の関係にある。介護保険と年金制度との関係で具体的にいえば、介護保険施設の入所者に対して、介護保険制度からの介護給付と年金制度における老齢年金の支給という両制度の併給が、果たして年金・介護保険財政上の問題のみならず、現役世代と高齢者世代との間の給付と負担の公平性の観点から、今後とも許容できるものかどうか。介護保険制度では、老齢年金から介護保険料の徴収という新たな制度が設けられているが、今後、介護給付と老齢年金の相互調整も不可避であると考えられる。

(引用・参考文献)

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1995）『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』ぎょうせい

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1995）『新たな高齢者介護システムの確立について』ぎょうせい

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1996）『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい

厚生省大臣官房政策監修（1994）『21世紀福祉ビジョン』第一法規

増田雅暢「社会保障と政策—厚生省における介護保険法の立案の経験から」（1998）日本社会保障法学会編『社会保障法』第13号、法律文化社

第2章 厚生省における介護保険制度の政策形成過程

I はじめに

介護保険制度が、新しいミレニアムの最初の年である2000（平成12）年4月1日から施行されている。わが国にとって、年金保険、医療保険、雇用保険（失業保険）、および労災保険に続く5番目の社会保険の施行である。既存の4種類の社会保険制度は、いずれも1960年代までに制度が創設・施行されており、新たな社会保険制度の創設・施行としては、1961年の国民年金制度以来、実に39年ぶりのこととなる¹。また、本格的な介護保険制度の創設は、世界的に見て、1995（平成7）年1月施行のドイツの介護保険制度に続くものである。戦後の日本における高齢者関係の社会保障政策の決定過程を政治学的視点から詳細に分析した著作を書いたJ. C. キャンベル氏は、「日本にとって根本的に新しい考え方、方法を導入し、スケールが大きく、ドイツ介護保険よりもスムーズに実施している」と評している²。このように、日本の介護保険制度の動向は、人口の高齢化の進展に伴い高齢者介護問題が社会問題と認識されつつある欧米諸国の研究者から注目を集めている。

本章では、介護保険制度の創設という社会保障制度上の新たな政策に関して、厚生省内部における政策形成過程の特徴と課題について分析する³。厚生省内部においてどのような経緯で介護保険制度の検討が始められるようになったのか、新しい社会保険制度の検討を推進した動機（モチベーション）は何だったのか。どのような組織や方法によって議論を進めたのか、関係者間の合意や世論の支持を得るためにどのような手法をとったのか等について、解説する。

厚生省外から介護保険制度の制定過程をみると、90年代半ばに突如として介護保険制度という新たな政策が浮上し、厚生省は、「拙速」「利用者には不安が多い」などと批判されながらも、実現に向けて短期間にまい進していったようなイメージを与えている。しかし、介護保険制度の創設に向けての取組みが厚生省の政策となるまでには、80年代

¹ 社会保険各法のうち、主な現行制度の根拠法の制定年は、健康保険法が1922年、労働者災害補償保険法が1947年、厚生年金保険法が1954年、国民健康保険法が1958年、国民年金法が1959年、雇用保険法が1974年である。このうち、雇用保険法は1947年に制定された失業保険法を母体として制定されたものである。

² キャンベル（2001）

³ 中央省庁の再編により、2001年1月から、厚生省は労働省と統合して厚生労働省になり、省内部局もたとえば老人保健福祉局が老人局となるなど、組織や名称の変更がなされているが、本小論では、介護保険制度検討時点の省庁・部局名で表現する。

後半の消費税導入問題と関連して、政治サイドから新たな政策立案を求められたことに厚生省が呼応して、高齢者介護問題に関する各種の施策を講じてきたという経緯が存在する。また、一般に考えられていたこととは異なり、介護保険制度の検討が始まった当初は、高齢者介護問題に対する対応について社会保険で行うか否かについては、厚生省内においては必ずしも意思統一はなされていなかった。省全体で介護保険制度創設へ向けて一丸となって取り組むようになったのは、消費税引き上げ問題の決着という政治的要因が第一の契機であり、さらには、世論や関係団体の支持、他の社会保障制度の見直しとの関連、省内部におけるリーダーシップ等、様々な要素が複雑に絡み合った結果である。

社会保障関係では、毎年 10 本前後の法律が制定・改正されているが、予算案に関連したり、与野党対決であったりする重要法案とされるものでも、ほとんどが現行法の改正である。それに対して、介護保険制度のように規模が大きい新たな法制度の創設は、近年ではほとんど例がない。80年代に創設された老人保健法が前例となるくらいである。法律の制定・改正は、省庁にとって多大な事務作業や労働時間等、膨大なエネルギーを要する。審議会の開催・運営、改正案の作成と外部説明、改正法案の法制局審査、各省協議、与党審査、国会に上程されてからの国会審議等、法律が成立するまでには多くの段階を経なければならない。さほど改正条文が多くない法律の改正を行うだけでも、最低限省庁の局をあげての事務作業となる。まして、介護保険法の制定のような、10年に1度あるかないかのような大規模な新法の制定に要する事務作業は膨大なものとなり、かつ、長期間にわたる。

政策立案に対する官僚の行動を説明するものとして、官僚の権限の拡大や予算規模増大への意欲をあげるものがある⁴が、法制定等に要する膨大な事務量や労力を考慮するだけでも、こうした見解はやや皮相的なものといわざるを得ない。けれども、多くの官僚を昼夜の別なく業務に没頭させるインセンティブが存在することも事実である。この小論では、介護保険制度という政策形成過程において、厚生省という省庁の「組織利益」の実現と、立案作業を担当した個々の官僚がもつ「社会利益」の実現という双方のインセンティブが融合して、最終的には介護保険制度の成立に結びついたことを明らかにしたい。

なお、筆者は既に別の論文において、介護保険法の立案過程の特徴について総論的に

⁴ 伊藤光利・田中愛治・真淵勝 (2000)、第 10 章「官僚制と政治過程」参照。

論じたところであるが、前述したとおり、本章では、厚生省という省庁組織の対応や制度設計を担当した官僚の行動に焦点をあてて、政策形成過程の特徴と課題について論ずることとする⁵。

II 介護保険制度の創設に取り組んだ理由

1 組織利益

厚生省において、介護保険制度創設に向けての検討が本格的に取り組まれるようになったのは、1994（平成6）年4月に事務次官を本部長とする高齢者介護対策本部が設置されてからのことである。けれども、他の分析が指摘するとおり⁶、介護保険制度の構想は、それ以前から省内の一部の課長補佐クラスによるチームによって検討が行われていた。ただし、一部のチームによる検討と、省内全体の関係部局の長を横断的に組織した本部を設置して対応するのでは、行政機関における取組みとしては大きな差がある。高齢者介護対策本部の設置は、厚生省が、介護保険制度の創設を含む新たな高齢者介護システムの構築が極めて重大な政策課題であることを内外に表明するとともに、組織をあげて取り組むことを明確にしたものである。

なぜ、介護保険制度の創設に向けて組織をあげて取り組むこととしたのであろうか。

その主たる理由のひとつは、高齢者介護サービスの充実に要する安定的な財源の確保である。省庁にとって所管の行政事務を適切に遂行することが国民に対する責務であるが、そのためには必要な予算の確保が基本である。医療保険や年金制度に要する国庫負担の増大等により、厚生省予算は国の一般会計予算のほぼ3分の1を占めるまでになっているが、高度経済成長時代と比較して予算の伸びが低率となった80年代半ば以降、厚生省予算の編成は、毎年、予算案の査定権限を持つ大蔵省との間で大きな問題となっていた。年金や医療保険等、高齢化に伴い毎年増大していく経費に対して、税収等の歳入では十分には対応しかねる状態が恒常化していた。そのため、80年代後半から、厚生省は、医療保険制度や年金制度の改正、補助金制度の見直し等、毎年のように、国庫負

⁵ 増田雅暢「社会保障と政策－厚生省における介護保険法の立案の経験から」『社会保障法』第13号（1998年）。本論文第1章参照。筆者は、この論考の中で、介護保険法の立案過程の特徴として、省庁主導型立案過程の特徴と限界が如実に現れていること、関係団体における活発な意見表明と研究会等の活発な実施が見られたこと、及び連立与党3党主導型の本格的調整と合意形成への努力が見られたことの3点をあげた。本章は、このうち、省庁主導型立案過程における官僚の行動や意識を分析するものである。なお、筆者は、厚生省において介護保険制度の創設に向けての検討作業を行った高齢者介護対策本部事務局のメンバーの一員であったので、そのときの経験を踏まえつつ論述する。

⁶ 日本医師会総合政策研究機構（1997）参照。

担の伸びを抑制・削減するための各種制度改正を余儀なくされてきた。

高齢者介護サービスの基盤整備については、90年代における厚生省の重要政策課題であり、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）に基づき、優先的に予算配分を行い推進してきた。しかし、バブル景気崩壊後の93（平成5）年頃から税収の落ち込みにより、予算編成が窮屈なものとなりつつあった。したがって、たとえ多大なエネルギーを要する制度改正が必要であるとしても、一度の改正により長期的に安定した制度運営や財源の確保が図られる方策であり、これにより政策課題に円滑に対応できるようになるのであれば、その方策の実現を追求することは官庁組織としては合理的な選択であろう。言い換えれば、高齢者介護サービスの充実のための安定的な財源確保を図ることが、組織利益に合致するのである。

ここで、高齢者介護サービスの基盤整備に関する政策の流れを概観してみよう（図表1参照）。そのスタートをみると、消費税導入問題と深い関係がある。厚生省が主導したというよりも、消費税導入をめぐる国会での審議、与野党間の協議・調整が新たな政策をつくる契機となったことが如実にうかがえる。

1988（昭和63）年、竹下内閣は、消費税制度の創設を含む税制改革法案が国会に提出したが、消費税導入に反対する野党の強硬な審議拒否を受けた。自民党政権としては、それまでに大平内閣の一般消費税提案、中曽根内閣における売上税提案と、いずれも野党の反対や世論の不支持により断念を余儀なくされてきていた。そこで、消費税の提案にあたっては、それまでの理由とは異なり、不公平税制の是正と高齢化社会への対応を理由にあげて、消費税導入の必要性を説いた。これが消費税導入に対する世論の反対を緩和させる一方、野党からは、国会審議の過程で消費税収入を必要とする具体的な社会保障プログラムを政府は提示すべきとの要求が出された。そこで作成されたものが、1988（昭和63）年10月、厚生省・労働省による「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標」（通称「社会保障ビジョン」）である。この社会保障ビジョンは、高齢者施策に限らない内容であるが、2000（平成12）年度を目途に、ホームヘルパー5万人等、サービス整備の目標として具体的な数値を設定している点が新しく、その後のゴールドプランの前身を成している。その頃、厚生省としては、施設福祉に比べて立ち遅れていた在宅福祉施策の充実が課題であると認識していたので、野党の要求に乗る形で自らの政策の拡充を図ることとしたものと考えられる。

さらに、その後の与野党の政党間協議で、ホームヘルプ事業、デイサービス事業、ショートステイ事業のいわゆる在宅3本柱といわれる事業については、今後3年間で緊急

図表 1

介護保険制度の立案経緯

年	対策本部・審議会等の動き	介護保険創設に影響を与えたその他の動き
1988	10 長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について（いわゆる「社会保障ビジョン」）	12 消費税法制定
1989	12 介護対策検討会報告	4 消費税スタート 12 高齢者保健福祉推進十か年計画（ゴールドプラン）策定
1990		6 老人福祉法等福祉8法の改正
1991		9 老人保健法改正（老人訪問看護制度の創設、介護的色彩の濃い部分の公費負担を5割に引き上げ）
1992		
1993	9 高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告	(93年度中) 全都道府県、全市町村において老人保健福祉計画の作成 8 細川内閣発足（非自民連立政権） 12 中央社会福祉審議会老人福祉専門部会意見具申
1994	3 高齢社会福祉ビジョン懇談会報告（「21世紀福祉ビジョン」） 3 介護計画検討会中間報告 4 高齢者介護対策本部及び事務局設置 6 痴呆性老人対策に関する検討会報告 7 高齢者介護・自立支援システム研究会開催 8 「高齢者介護問題を考える」作成 10 与党福祉プロジェクトチームが介護保険の検討開始	2 国民福祉税構想 保育問題検討会報告 4 羽田内閣発足（非自民連立政権） 4 ドイツで介護保険法制定 6 村山内閣発足（自民、社会、新党さきがけの連立政権） 7 社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第2次報告 9 連立与党「税制改革大綱」決定 健康保険法等の一部改正（食費の一部負担等）

	12 高齢者介護・自立支援システム研究会 報告	11 年金制度改正（厚生年金の支給開始年齢 の引き上げ等） 12 新ゴールドプラン策定
1995	2 老人保健福祉審議会（老健審）で高齢者介護 問題の議論開始 6 与党福祉プロが中間まとめ 7 老健審中間報告 10 老健審3分科会で審議 10 総理府世論調査	1 ドイツ介護保険スタート 1 阪神・淡路大震災 7 社会保障制度審議会勧告 12 障害者プラン策定
1996	1 老健審第2次報告 4 老健審最終報告 4 与党福祉プロが厚生省に制度試案の作成を 指示 5 厚生省、介護保険制度試案を作成公表 6 介護保険制度創設に関する与党合意 9 介護保険法案修正事項に関する与党合意 11 介護保険法案、国会に提出	1 橋本内閣発足（自民、社会、新党さきが けの連立政権） 9 消費税引き上げの見直し期限
1997	5 介護保険法案衆議院で修正可決 12 介護保険法案参議院で修正可決 12 介護保険法案衆議院で可決成立	4 消費税引き上げ（3%から5%に） 6 健康保険法等改正

(注) 事項の前の数字は、月を示す。

整備を行うという政策合意がなされた。また、消費税法案の国会審議に関連して、野党は、この3年間緊急倍増計画の実現までのつなぎの措置として低所得のねたきり老人に対して月額5万円の老人介護手当への支給を要求した。協議の結果、低所得者の生活の安定や寝たきり老人等の在宅介護の支援をするために、政府は、臨時福祉特別介護給付金を支給することを決定した⁷。

こうして消費税の導入と歩調を合わせて、高齢者介護対策が、厚生省が取り組むべき重要な政策課題として位置付けられるようになった。1989（平成元）年12月、大蔵・厚生・自治3大臣合意によるゴールドプランの策定も、消費税論議と関連している。消費税導入後の1989（平成元）年7月に行われた参議院選挙では、消費税反対を唱えた社会党が大勝し、自民党は1955（昭和30）年の結党以来、初めて参議院で過半数割れを起こす結果となった。選挙後に組閣された海部内閣では、消費税の見直しが大きな政策課題となった。自民党の税制調査会では、消費税見直し案がなかなかまとまらなかったが、1989（平成元）年12月になってようやく非課税範囲対象の拡大等の見直しの基本方針が決定された。この方針の中で、消費税の使途の明確化措置として、高齢化に対応してすべての国民が安心して老後を送ることができるよう「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を定め、推進することが提案された。これを受けて、政府は、同年12月21日に総事業費6兆円強のゴールドプランを策定したのである。

1989（平成元）年12月に報告書がまとめられた「介護対策検討会」も、その開催は、消費税問題から派生した高齢者介護施策に関する野党の議論に由来する。

介護対策検討会は、厚生事務次官の私的懇談会という位置付けで、学識経験者11名で構成、事務局は厚生省大臣官房政策課が担当し、1989（平成元）年7月から開催された。検討会報告書は、要介護者の現状や老人福祉制度の問題点を分析し、介護対策のめざすべき方向として、要介護者の生活の質の重視、在宅サービスを適切に活用する家族介護への転換、利用者の立場の重視、「どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを安心して気楽に受けることができる」サービス供給体制を提言している。費用負担問題については、概括的な記述ながら、厚生省の報告書としては初めて社会保険方式の導入の検討について言及している。また、介護手当問題について言及していることが注目す

⁷ 臨時福祉特別給付金は、臨時福祉給付金（高齢福祉年金等の受給者や市町村民税非課税世帯に属する70歳以上の者に対して1人1万円の支給）と、臨時介護福祉金（市町村民税非課税世帯等に属する在宅ねたきり老人等に対して1人5万円の支給）とに分かれる。前者は自民党と公明党・民社党間で、後者は自民・公明両党間で合意された。このような臨時給付金は、1997（平成9）年の消費税引き上げ時においても実施されている。

べき点である。消費税導入と絡んで老人介護手当支給という野党の要求に対して、学識経験者による検討によって一応の結論を出そうとしたのが介護対策検討会開催のねらいのひとつでもあった。報告書では、介護手当について、種々の課題があることを挙げて慎重に検討すべきであると消極的な見解をまとめている⁸。

ゴールドプランは、高齢者福祉分野において単年度限りではなく 10 か年計画として具体的な数値目標が設定されたという点で、画期的なものであった。これにより毎年度の予算編成において、在宅・施設介護サービスに要する経費について大蔵省との予算折衝に要する労力が軽減するという効果を持った。90年代前半の高齢者施策は、ゴールドプランに基づくサービスの量的整備の推進に加え、市町村中心体制も明確にされた。1990（平成2）年には老人福祉法等の福祉関係8法が改正され、老人福祉制度に関する権限の市町村への委譲や、「地方版ゴールドプラン」と呼ぶことができる老人保健福祉計画を、全市町村・全都道府県において、1993（平成5）年度中に作成することが義務づけられた。

また、1991（平成3）年の老人保健法の改正においては、老人訪問看護制度が創設されたほか、訪問看護や老人保健施設療養費等の介護的色彩が濃い部分に関しては、公費負担割合が3割から5割に引き上げられた。これは、その後の介護保険制度における5割の公費負担という制度設計に結びついている。

こうした高齢者施策の推進が、厚生省に新たな課題を投げかけることになった。すなわち、全市町村が自らの老人保健福祉計画を策定してサービス基盤整備を進めはじめたことから、ゴールドプラン関係予算に対する需要が急増していった。また、すべての地方自治体の老人保健福祉計画の目標値を積み上げると、ゴールドプランの目標値を上回るものとなってきた。一方で、1993（平成5）年度および1994（平成6）年度の一般会計歳出予算は、バブル景気崩壊後の税収の落ち込み等から、それぞれ0.2%、1.0%と、低い伸び率を余儀なくされた⁹。ここに、ゴールドプランの見直しを行うことと、高齢者介護基盤整備の財源の確保を図ることが一体となって、厚生省の大きな政策課題と位置

⁸ 介護対策検討会報告では、介護手当は、「必ずしもサービスの供給と結びつくものではないため、要介護老人については給付要件の設定の仕方の如何によってはかえって寝たきり状態の解消につながらない可能性があること、対象者の個別性に対応できないこと、所得制限を設定すれば対象者が限られること等の是非を、今後めざすべき介護サービスの供給体制構築に資する費用負担の在り方との関連も見極めながら、慎重に検討すべきである」としている。

⁹ 一般会計予算の税収は、1991年度から対前年度より下回るようになった。税収が対前年度よりも下回ること自体が石油危機後の1975年度以来のことであるが、1994年度の税収の当初見積もりは、1991年度よりも約8兆円も低いものであった。

付けられるようになってきた¹⁰。

2 社会利益

一方、財源対策とは異なる観点になるが、従来の老人福祉制度の延長線上でサービスの量的整備を図るのではなく、そもそも老人福祉制度を利用者にとって利用しやすい仕組みに変えなければ、国民の介護問題に対する不安が解消されないのではないかということが、80年代後半頃から若手官僚を中心に共通の認識となり始めてきた。前述の介護対策検討会報告の中でも、サービスの供給システムに問題が存在することを指摘しているが、より明確に打ち出したのが、高齢者介護対策本部の設置の契機となった「21世紀福祉ビジョン」（1994年3月。その概要については後出。）の提言である。そこでは、「21世紀に向けた介護システムの構築」のための基本的視点として、高齢者本人の意思に基づき本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム、多様なサービス提供機関の健全な競争により質の高いサービスが提供されるようなシステムをあげている。これらの提言は抽象的な内容であるが、老人福祉制度における措置制度の改正の必要性を示唆している。

措置制度とは、市町村等の行政機関（措置権者）が、社会的支援が必要か否かを判断して、行政処分により必要なサービスを提供する（措置をする）制度で、わが国の社会福祉制度におけるサービス利用の中核を成している制度である。もともと1947年制定の児童福祉法に由来するものであるが、身体障害者福祉法や老人福祉法でも取り入れられた。措置制度の利点としては、行政機関がサービスの必要性を判断することにより社会的支援が必要な人々に対して公平かつ確実にサービスを提供できること、措置委託先となる施設運営を行う社会福祉法人の経営の安定性を確保できること等があげられる。しかし、法的に言えば利用者にとってサービス利用の権利性が乏しいことや、サービス利用にあたって申請から決定まで時間がかかる行政手続を経なければならないこと、利用者はサービス提供施設や事業者を選択できないこと、措置費という税財源による予算

¹⁰ 1993年度に提言された懇談会報告や各種審議会答申等では、介護対策の一層の充実と総合的な取り組み、すなわち、介護問題は、福祉、医療、年金等社会保障の各分野にまたがる課題であり、個別分野ごとの施策ではなく、介護に着目して社会保障全体にわたる再点検を行い、介護問題への対応のあり方について検討を行う必要があることが強調された。1993年9月にまとめられた高齢者施策の基本方向に関する懇談会（厚生省老人保健福祉局長の私的諮問機関。高齢者関係3審議会の委員により構成）の報告は、全体として抽象的な内容であるが、自立支援と利用者中心型のサービス体系や、増大する介護サービスの財源確保のために目的税を含む祖税、医療保険や年金保険の保険料負担等、多面的な検討の必要性を提言している。

の制約を受け需要に応じたサービス量の拡大に柔軟に対応できないこと等の問題点がある。また、福祉施策が救貧施策として始まった歴史的経緯から、サラリーマンOB等の人々にとっては心理的にも利用しにくいという問題もあげられる。

措置制度の見直しは、80年代半ば頃から省内でも議論されたが、「措置」という用語が支援が必要な人々にはなじまないのではないかという表現の問題が中心で、システムそのものを変革しようとする動きはほとんどなかった。それは、措置制度が、行政機関の福祉部局や社会福祉法人等の福祉関係者、多くの社会福祉研究者にとって、福祉という自らの活動範囲を守る存在であり、また、福祉に不可欠な概念である公的責任の証であるとも認識されていたからである。したがって、措置制度の見直しという政策は、タブーに近いものであった。それを典型的に示したものが、1993（平成5）年5月から15回にわたって議論をしながら、結局は保育所入所という措置制度の見直しに合意が得られなかった「保育所問題検討会」（厚生省児童家庭局長の私的懇談会）の報告書である（1994年1月報告）。これは、保育所入所方法に自由契約制を導入しようとした児童家庭局保育課の提案が、検討会委員の喧喧諤諤^{けんけんがくがく}の議論の末にまとまらなかった報告である。この中で、措置制度見直しに反対する代表的意見は、措置制度は保育に欠ける児童に対する公的な責任を示すもので、措置制度の縮小は公的責任の放棄につながるというものであった。

高齢者介護分野に社会保険方式を導入することは、利用者はサービス提供者との間の契約に基づきサービスを利用することになることから権利性が明確になることや、利用者本位のサービス利用システムへの転換、行政機関や社会福祉法人以外の多様な事業主体の参入によるサービスの量的拡大と質の向上が図られること等のメリットがある。これは、高齢社会において誰もが要介護状態になるリスクが高まる中で、良質な介護サービスを気軽に利用したいという国民の需要にこたえとともに、介護に対する国民の不安の解消につながるもの、つまり社会利益に合致するものと考えられる。このように社会保険方式の導入は、単に財源対策のみならず、措置制度の問題点の解決を図り、利用者本位のサービス提供システムの構築等をねらいとしている。社会保険方式の導入は、老人福祉制度における措置制度の縮小・廃止を意味する。しかし、保育問題懇談会の議論のときのように、福祉関係者が措置制度の見直しに強く反対するのであれば、その実現可能性は遠ざかることになる。介護保険制度導入がねらいとする社会利益を実現するためには、福祉関係者に対する説明と合意形成が、乗り越えるべき重大事であった。

Ⅲ 高齢者介護対策本部における政策形成

1 高齢者介護対策本部の設置

1994（平成6）年4月13日、高齢者介護施策について総合的に検討を行うことを目的として、厚生省内に高齢者介護対策本部が設置された。省内横断的な組織であり、事務次官を本部長として、副本部長に官房長、老人保健福祉局長ほか8名の局長・審議官、本部員として、大臣官房総務課長、政策課長ほか9名の課長をあてている。こうした事務次官を本部長とする対策本部の設置は、高齢者対策企画推進本部（1986年4月報告）、国民医療総合対策本部（1987年6月中間報告）、保健医療・福祉マンパワー対策本部（1991年3月中間報告）等、先行的な例があるが、高齢者介護対策本部がこれらの対策本部と異なる最大の点は、入省以来企画法令業務を担当してきたいわゆるキャリアの専任スタッフを配置した事務局を置いたことである。事務次官を長とする対策本部に専任スタッフを配置したことは、80年代に老人保健制度を立案した老人保健医療対策本部以来のことである。国家公務員の定員管理の制約が厳しい状況下におけるこうした人事上の配慮は、この事務局が対策本部の検討作業の整理等の事務処理ではなく、新たな制度を立案し、法制化をめざしていく実戦的なタスクフォース（機動部隊）として位置付けられたことを意味している。

事務局のスタッフは、事務局長として大臣官房審議官を置き、事務局次長として課長級が2名（うち1名は専任）、その下に専任の事務局員を4名配置した。専任スタッフは、辞令上は大臣官房政策課の職員であるが、部屋も別に設けて高齢者介護対策本部の仕事に専念することとされた¹¹。この5人に加えて、関係局の企画法令担当の補佐10数名も事務局員として、本来の業務との兼務辞令が出され、機動的に議論に参画できるようにされた¹²（図表2参照）。

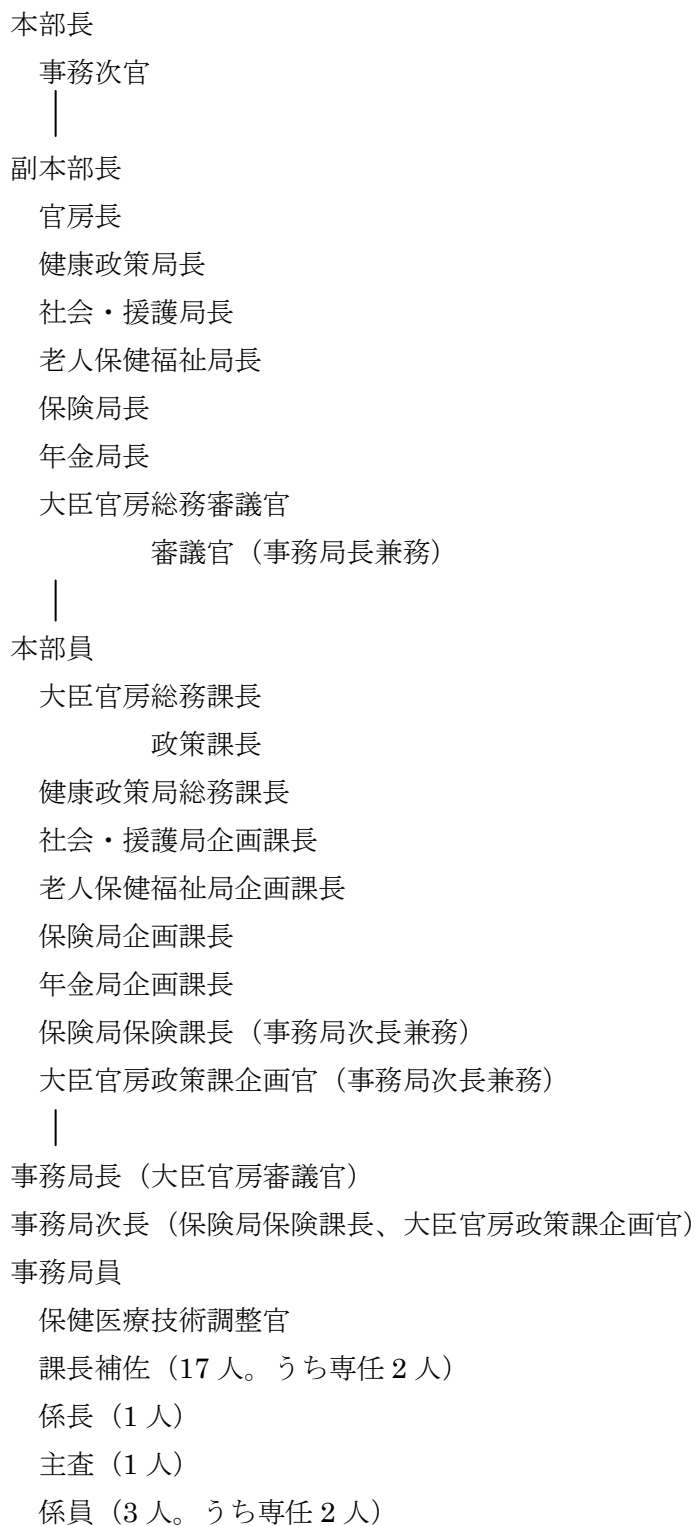
対策本部における検討作業は事務局長の指示の下に、実質的に専任スタッフの筆頭である事務局次長を中心に行われた。事務局スタッフの中心メンバーは、いずれも直前ま

¹¹ 老人保健医療対策本部の場合も、老人保健法の原案作成業務は、キャンベルによれば「職員がフルタイムで、同じ部屋で、短期間に——日本語で言う「かんづめ」になって（つまり大変な熱気と圧力の下にとじこめられて）が行われた（キャンベル（1997）419頁）。このように、法制度案づくりのためにスタッフが部屋にこもって集中的に仕事をするを、霞ヶ関では「たこ部屋に入る」と俗称している。

¹² 専任スタッフは逐次増員され、介護保険法案が国会に提出された1996年秋には10数人の規模となった。また、高齢者介護対策本部の組織を構成する副本部長や本部員も、介護保険の検討経過に応じて大幅に拡充された。

図表 2

高齢者介護対策本部組織図（1994年4月発足）



で地方自治体での勤務経験を有しており¹³、それまでの省内の議論に対して新たな視点を加えた。たとえば、地方行政の現場の経験から措置制度の限界を認識し、その見直しに強い意欲を持っていた。保険者のあり方として市町村単位よりも当時創設されたばかりの広域連合という仕組みを活用した広域化という志向を持っていた。さらに、ケアマネジメント（介護支援サービス）やケアプラン（介護サービス計画）の作成という介護保険制度の中で重要な位置を占めている仕組みは、総合的かつ良質な介護サービスの提供等をねらいとして、事務局次長が北海道において先駆的に取り組んでいた試みを、介護保険制度の中に取り入れたものであった。

2 高齢者介護対策本部設置の経緯と検討方法

高齢者介護対策本部設置の直接の契機となったものが、1994（平成6）年3月に取りまとめられた高齢社会福祉ビジョン懇談会（厚生大臣の私的懇談会として1993年8月に設置）の報告書『21世紀福祉ビジョン』である。この報告書は、わが国の社会保障の現状と課題を分析し、21世紀の少子・高齢社会における社会保障の全体像を示そうとしたものである。社会保障のあり方として適正給付・適正負担、自助・共助・公助の重層的なシステム等の考え方を示すとともに、年金・医療・福祉の中では、医療費用を効率化して、育児・介護等の福祉分野に財源を投入すべきことを提言している。高齢者介護対策本部の検討課題としては、「21世紀福祉ビジョン」で提言された新ゴールドプランの策定と、新しい高齢者介護システムの構築があげられた。このうち、前者は老人保健福祉局の所管事項であるので、事務局としては、主として後者の課題に取り組むことになった。

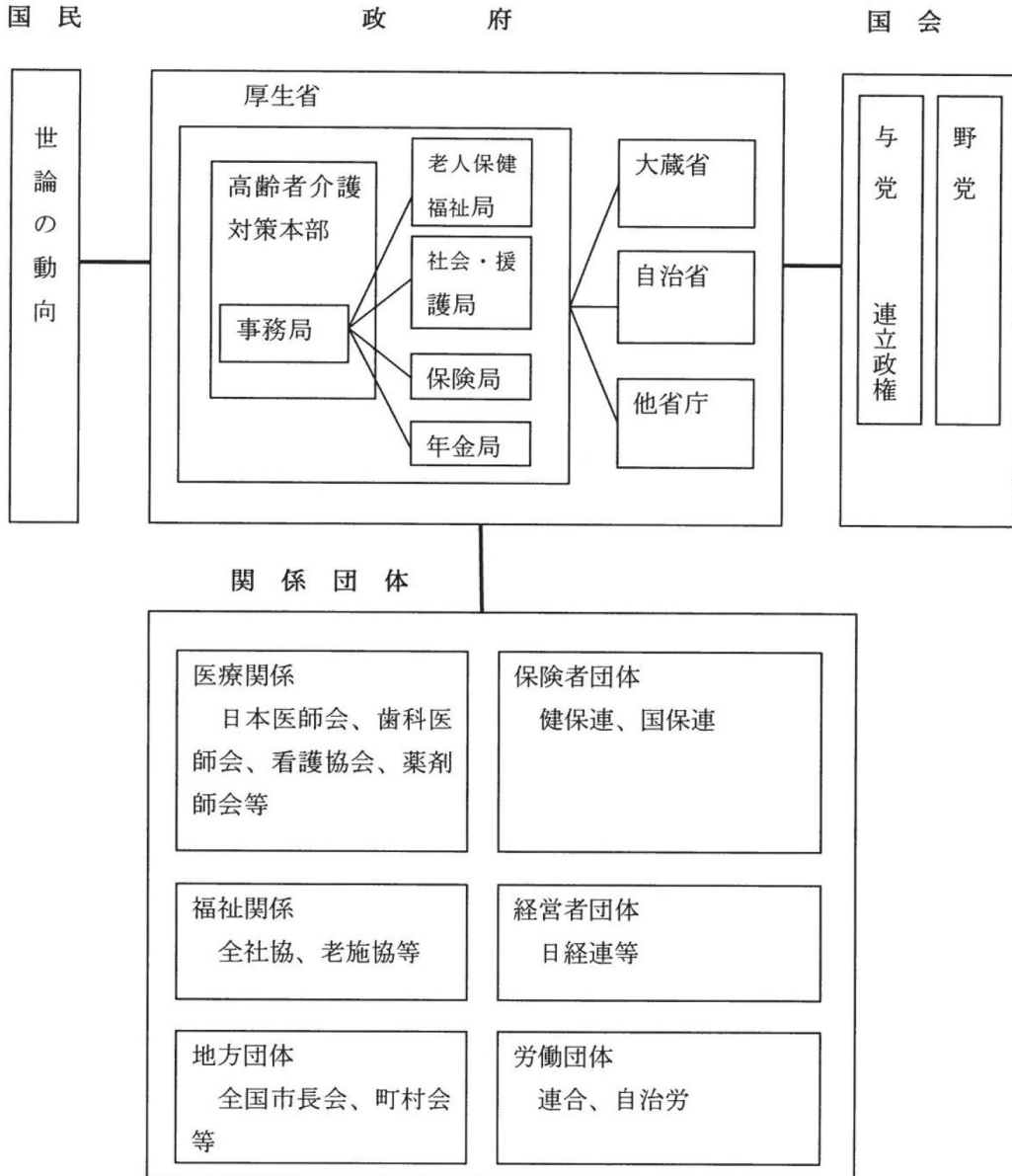
また、既に、1993（平成5）年11月に大臣官房政策課を中心として組織された「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」が、1994（平成6）年3月までに介護保険構想である「高齢者介護新システム試案」をまとめていた。しかし、まだごく簡単なスケッチ程度の内容であり、このたたき台をどのように肉付けをしたらよいか、省内や政府内、関係団体や与党との調整や合意形成などどのようにしたらよいか、全く手付かずの状態であった。

図表3は、介護保険制度の創設をめぐる厚生省と、厚生省を含む政府、関係団体、国

¹³ 専任の事務局次長は、1994年4月の事務局への異動直前まで北海道庁において3年間、成人保健課長を務めていた。また、次席の課長補佐である筆者の場合も、異動直前まで岡山市役所において約3年間、民生部長を務めていた。

図表 3

介護保険制度の創設をめぐる状況



会、国民等の関係を示したものである。新しい高齢者介護システムの柱として介護保険制度を中心にすすめるためには、次のとおり様々な解決すべき課題がある。これら多方面にわたる課題を解決する道のりは、多くの障害をクリアーしながら自らも成長しつつ目標（ゴール）に向かって進んでいくコンピュータ・ゲームのロール・プレイング・ゲームのようなものである。

事務局発足時点で、対応すべき課題を整理すると主として次のようなものであった。

- ① 介護保険制度創設についての合意形成
 - ア) 省内レベル（事務局と老人保健局その他の部局との関係）
 - イ) 政府内レベル（特に、大蔵省、自治省との関係）
 - ウ) 与党レベル（介護保険制度の具体的検討に入った時点では自民党、社会党及び新党さきがけの連立与党との関係）
- ② 介護保険制度創設についての国民の支持や関係団体との意見調整
 - ア) 世論の動向（特に、マスコミ報道との関係）
 - イ) 関係団体の動向（医療、福祉、保険者、経済団体、労働組合等との関係）
- ③ 審議会・研究会の運営（資料作成、審議の推進、報告書作成等）
- ④ 介護保険制度の設計
 - ア) 制度の仕組み（制度設計）
 - イ) 法制化の取組（法案原案作成、法制局審査等）
 - ウ) 各省協議
 - エ) 与党協議

3 社会保険方式導入の決定

高齢者介護サービス基盤整備のための安定的な財源確保という厚生省の組織利益に対しては、対策本部が設置された時点では2つの選択枝があった。

第1は、介護保険制度の創設である。財源確保の意義としては2点ある。まず、社会保険料収入という新たな財源を確保することができる。もうひとつは、従来の制度の維持に比べて国庫負担が軽減されることである。従来の制度である老人福祉制度においては、若干の利用者負担があるが、原則として高齢者福祉サービスに要する経費の2分の1は国庫負担、残りは都道府県と市町村が半分ずつの負担である。この世界に介護保険制度が導入されると、保険財政に5割の公費負担を入れるとしても、その負担割合を国が2分の1（全体の4分の1）、地方自治体が2分の1（全体の4分の1）の負担とすれ

ば、国の負担は従来の2分の1から4分の1に軽減されることになる。これによる財源余裕は、給付水準等の制度設計にもよるが、対策本部発足時点の極めて荒い推計で2000（平成12）年度には約6千億円にのぼると試算された。これを基盤整備の財源に回すことができれば、税収の落ち込みによる予算編成の制約を打破できる可能性がある。

第2は、消費税率の引き上げにより収入増となる税財源を活用するというものである。対策本部が設置された1994（平成6）年度前半においては、後述するとおり、政府としては消費税率の引き上げが最重要課題であり、省内においても消費税引上げの方が実現可能性が高いと考えられていた。消費税率の引上げによる税収増大分が、新ゴールドプランの策定・実施に要する新たな財源として期待された。一方、介護保険という新たな社会保険制度の創設は非現実的か、かなりの時間を要するものと考えられていた。換言すれば、介護保険制度の創設については、政府内はもちろんのこと、省内においても取り組むべき政策として確定したものではなかった。

1993（平成5）年8月に誕生した非自民連立政権である細川内閣は、国民の高い支持率を背景に、小選挙区制導入等の政治改革と消費税の見直し等の税制改革を主要な政策課題として設定していた。1994（平成6）年2月には、細川首相は、消費税を廃止して税率7%の「国民福祉税」の創設を発表した。しかし、これは連立与党内部の調整不足等が露呈し、社会党等の反対により、提案の撤回を余儀なくされ、同年4月の細川首相退陣の一因となった。次の羽田内閣においても税制改革は最大のテーマであり、連立与党の税制改革協議会でも活発な議論が行われた。政府は、大蔵省を中心に、当時景気対策のために先行的に実施した所得・住民税減税の財源のみならず、高齢化の進展に伴う年金・医療に要する経費やゴールドプランの推進による高齢者介護等の経費の増加に対応していくためにも、消費税の7%程度への引き上げが必要であるという説明を行った。社会保障のビジョンや将来の社会保障給付と負担の見通しとして活用されたのが「21世紀福祉ビジョン」である。

このビジョンの作成事務は、大臣官房政策課が担当し、その内容は大蔵省主計局との連携の下につくられた。こうした状況下では、政府内で介護保険制度の検討が本格的に行われているとすれば、消費税の引き上げは不要ではないかという議論を引き起こすことが懸念されたため、対策本部は、介護保険制度創設の検討を行うという対外的な説明は抑制せざるを得なかった。介護基盤整備を進めるための新ゴールドプランの策定は、老人保健福祉局の重要事項であるが、仮に消費税引き上げにより財源確保が可能になれば、必ずしも新たな社会保険財源の創設は必要でなくなる。このように、1994（平成6）

年度前半においては、政府内においても省内においても、介護保険制度を創設すべきであるとする意欲は弱かったのである。

介護保険制度の検討を本格的に始めることができるようになったのは、1994（平成6）年7月に自民・社会・新党さきがけの連立政権（いわゆる自社さ政権）である村山内閣が誕生し、9月に消費税引き上げ問題については、細川内閣のときから提案されていた7%という水準ではなく、所得・住民税減税幅とほぼ同額の5%という税率を決定したことによる¹⁴。これにより、新ゴールドプランの策定は可能となったが、減税以外にあてる税収増分がほとんどなくなったことから、当初の厚生省案よりも基盤整備の目標値を引き下げざるを得なくなった。ここに消費税財源に期待をすることが困難となり、省内においてもようやく介護保険が有力な選択肢として浮上してきた。

4 世論の支持や関係団体との合意形成を図る方法

介護保険制度創設に関する世論の合意形成については、種々の手段が複合的にとられた。厚生省では介護問題が重要課題として、ゴールドプランの策定・推進以来、予算の確保や施策の拡充に取り組んできたが、新たな社会保険制度の創設について全国的な支持が得られるかどうかは不明であった。社会保険は、国民全体で支えていくという認識が基盤になれば成立しない。したがって、政府部内や与党との関係を中心に政策を立案していくテーマとは異なり、国民的な問題として広範な議論をまき起こす必要性がある。そこで、いくつかの手法がとられた。ひとつは事務局長の発案に基づき作成した「高齢者介護問題を考える」というパンフレットである。省庁が国民向けの広報として、法律案や成立した法制度の概要パンフレットを作成する例は頻繁にあるが、このパンフレットは、高齢者介護問題の現状を一般向けにわかりやすく伝えるという点に力点を置いており、介護保険制度の導入の必要性を力説しているものではないところに特徴がある。施設サービスの量的整備が地域間でばらつきがあることや、在宅サービスの使いにくさ、家族介護の問題点など、各種データを駆使してわかりやすく解説している。このパンフレットを用いながら、外部団体から要請があれば、事務局のスタッフが進んで講演等に出向いていき、高齢者介護問題の説明役に努めた。

¹⁴ 1994年9月の連立与党3党による税制改革大綱では、消費税率の引上げは、基本的に所得税・個人住民税の恒久減税相当分に見合うものとされ、老人介護と少子対策としては0.4兆円の財源を充当するという結論になった。ただし、これは1997年度からのものであり、高齢者介護サービスの基盤整備として95年度には0.1兆円、96年度では0.2兆円の財源を確保することとされた。

世論の動向を知る上では、世論調査の結果が重要である。近年では、各新聞社が丹念に世論調査を行っている。介護保険制度の制定過程においては、まだ介護保険制度の概要が世に出ていなかった時点で、毎日新聞社が1994（平成6）年10月に行った世論調査が好影響を与えた。それによると、87%の人々が介護保険制度の創設に賛意を示した。この結果は、当時の事務局スタッフを大いに元気づけた。また、老人保健福祉審議会で審議が始まった1995（平成7）年には、総理府広報室に依頼して「高齢者介護に関する世論調査」を実施した。この世論調査でも、介護保険制度の創設に82%の人々が賛成という結果になった。このほかにも、朝日新聞、読売新聞、NHK等が独自に世論調査を行っているが、いずれも高い賛成率を示しており、これらの調査結果を紹介・分析した記事が、高齢者介護問題や介護保険制度に対する世論の関心を高める効果があったものと考えられる。

次に、制度改正や新たな制度創設の検討にあたって広く有識者の意見を参考にするという観点から、省庁では私的懇談会を開催するという手法がよくとられる。94年7月に開催した「高齢者介護・自立支援システム研究会」がその例である。これは、高齢者介護対策本部長の私的研究会という位置付けで開催した。この研究会の特徴は、制度案をつくるのではなく高齢者介護をめぐる基本的な論点や考え方を整理することを開催目的にしたことである。それは、正式な審議会である老人保健福祉審議会に議論をつなげていくというねらいと、研究会の議論、報告等を通じて、高齢者介護問題の重要性や介護保険創設の必要性を、一般の人々に伝えていくという効果をねらいとしている。したがって、もうひとつの特徴であるが、研究会には、関係団体の代表は加わず、純粋に学識経験者10名で構成した。様々な立場からの議論ということで、厚生省の福祉行政のあり方に厳しい見解の持ち主であった人達も加わっている。こうして幅広く専門的な意見を聴取したのであり、その後、この研究会委員が介護保険制度創設の推進者として活動するという副次効果も生じた。また、厚生省の動きとは別個に、総理府の社会保障制度審議会が、高齢者介護問題への対応と介護保険導入の検討の必要性を提言する報告書や勧告を公表したことも、世論喚起につながったものと評価できる。

第3に、関係団体との間の合意形成であるが、これについても、事務局スタッフが積極的に向いていって研究や議論をする手法がとられた。介護保険制度の性格上、関係団体は広範な範囲に及ぶ。医療関係団体としては、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会が代表である。このうち、日本医師会が、医療関係の政策決定において厚生省に対する最大の圧力団体（プレッシャー・グループ）であることは言うま

でもない。福祉関係団体としては、全国社会福祉協議会（全社協）、全国老人福祉施設協議会（老施協）、全国老人クラブ連合会等が該当する。また、地方行政関係団体としては全国市長会、全国町村会がある。このほか、社会保険という性格上、保険料負担等の観点から、事業主側として日本経営者団体連合会（日経連）、保険者側として健康保険組合連合会（健保連）、国民健康保険団体連合会（国保連）、労働者の代表として日本労働組合総連合（連合）、全日本自治団体労働組合（自治労）が該当する。

これだけ広範なものになると、個別対応というよりは、これらの代表が委員として参画している老人保健福祉審議会の場で合意形成を図ることが、中心戦略となる。一方で、日本医師会や全社協、連合、自治労等とは、1994（平成6）年の段階から個別に勉強会等を持つことにより、意見交換を進めていった。こうした個別の勉強会等における意見交換が、関係団体と対策本部事務局との間の意思疎通に役立った。特に、連合、自治労という労働組合が、具体的な内容面では異論があるものの介護保険制度の創設自体には賛成側に回った点が、通常社会保障制度の改正とは大きく異なる点であった¹⁵。

措置制度見直しの取組みにあたっては、特に福祉関係団体や自治労との関係に注意がそそがれた。介護保険制度は福祉分野において当然のごとく維持されてきた措置制度を見直すものだけに、福祉団体から介護保険制度への賛意を得るためには相当の調整が必要であると考えられた。このため、全社協や老施協等の福祉団体との勉強会や研修会等に事務局スタッフが積極的に参加・議論をすることにより、意見交換、意見調整等を進めた。また、保育問題検討会の議論の時には、自治労は、保育所の過半数を占める公立保育所の従事者を代表して、保育所入所の措置制度見直し反対の立場を貫いていた。しかし、介護保険制度に対しては賛意を示したことが、措置制度の見直しが支障なく進んだ要因のひとつとなった。さらに、措置制度と公的責任の関係という理念的な課題に対しては、社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第2次報告（1994年7月）や同審議会の勧告（1995年7月）において、社会保障制度における公的責任のあり方の整理や介護保険制度導入の必要性が強調されることにより、論点からは外れていった。

第四に、連立与党との調整がある。介護保険制度は、自民党単独政権下とは異なり、自民党、社会党、新党さきがけ3党の連立政権である村山内閣において本格的な検討が始まった。この過程で、中心的な役割を果たしたものが、与党福祉プロジェクトチーム

¹⁵ 連合は、「新しい介護システムに関する研究委員会（介護システム検討会）」開催し、公費負担を柱とした公的介護保険システムの導入を提言した（1995年7月）。また、自治労は、市町村が制度運営を行う公的介護保険制度の創設を目指すことを提唱した（自治労（1995））。

である。3 党の国会議員から構成されるこのチームは、もともと厚生行政に熟知している議員を中心に構成されており、現実的な視点から議論が行われるとともに、連立与党の意思決定に大きな影響を与えた。年表にあるとおり、研究会や審議会の議論と平行して、福祉プロジェクトでも検討が進められた。基本的に週に1回開かれた会には、毎回対策本部事務局を始めとする厚生省の関係部局の職員が出席し、チームの検討課題に対して説明を行った。こうしたことが、厚生省と連立与党との合意形成に貢献したものと想像できる。また、老健審最終報告以後は、福祉プロジェクトが、関係団体の意向をまとめきれなかった厚生省に対して制度案づくりをリードしていった。

5 省内における政策決定の方法

介護保険制度の設計については、多くの課題が山積していた。保険制度の骨格、保険者、被保険者の範囲、被保険者の届け出等の手続き、保険給付の内容、給付水準、給付を受ける手続き、要介護認定の方法、介護支援のあり方、事業者の指定要件、指定方法、保険料の設定・徴収方法、公費負担と保険料負担の割合、保険給付の審査・支払い等、新たな社会保険制度を構築するためには、様々な点についてひとつひとつ決めていかなければならない。実現可能な案とするためには、財政試算も欠かすことができない。また、介護保険制度の検討が、1995（平成7）年2月から老人保健福祉審議会で始まったが、審議会で議論するたたき台としてあらかじめ制度の具体的な仕組みを準備しておかなければならない。

こうした実に多くの論点を整理するためには、対策本部事務局と関係局との間の個別の折衝では時間がかかる上に、なかなか調整を図ることができない。そこでとられた新たな手法は、副本部長である保険局長（後に本部長代理となる。）を座長として、事務局長と本部員である関係局の課長が一同に会する検討会を開催し、そこで論点について議論をし、その場でおおよその方向性を決定するというものであった。議論の材料となる資料は、対策本部事務局が、各局の事務局員とも連携しながら、論点ごとに現状分析と課題、実現可能な試案等を示したものを作成した。

この検討会は、1994（平成6）年11月から、1995（平成7）12月まで、計6回開かれた。たとえば、第1回の検討会の様子は次のとおりである。

省外の会議室において午前10時から午後6時まで実施。出席者は約20名。テーマは、制度試案の骨格、給付体系、制度体系に分かれる。論点ごとに事務局メンバーが資料を説明し、自由に議論が行われた。制度試案については、市町村と医療保険の共同事業方

式（老人保健事業方式）と、65歳以上の独立介護保険方式の2案が提示された。様々な視点から意見が出されるが、この時点でどちらかに決定するものではなく、おおよその方向を明確にするものである。議論の過程で、保険者については市町村とするにしても広域化を図ること、保険給付の対象となる被保険者は65歳以上にしても現役世代からの保険料徴収をどのように行うかさらに詰める必要があること等、次の検討会までの課題が整理される。給付体系については、保険給付のプロセス、要介護認定基準、在宅・施設サービスの範囲、利用者負担、民間保険のあり方がテーマとなっている。制度体系については、高齢者からの保険給付の賦課・徴収、現役世代からの拠出金、医療保険との関連、障害者の取り扱い等がテーマとなっている。そして、検討会の場で意見が分かれたものや不明な点については、さらに事務局において詰めていくこととされた。この検討会に提出する資料は、作成にあたって多大な時間と関係局との調整を要するものであったが、この場において一応の方向性が明確になることが、省内調整の効率化や省内の意思統一などを図ることにつながった。また、局長や課長等の職責に応じた発言ではなく、それぞれが自由に発言・議論することにより、新たな視点やアイデアを見出すことができる場となった。ブレインストーミングの役割を果たしたのである。

この検討会の中で早々に方向性を決めたものと、結論を審議会にゆだねることとした例として障害者福祉問題と介護手当問題を例にあげてみよう。障害者福祉問題とは、いわゆる若年障害者問題と呼ばれたもので、65歳未満の障害者に対して障害者福祉制度により講じられてきた介護サービスを、介護保険の給付に切り替えるか否かという問題である。これについては、事務局では当初から消極的であった。その理由は、高齢者以外の障害者に対しては教育、就労、社会参加などの多様なサービス体系との調整が必要であるほか、若年障害者の要介護認定を適切に行うための基準設定の準備ができていないため、制度の構築に時間を要するという課題があった¹⁶。若年障害者問題は、被保険者の範囲という制度の基本設計に影響を与えるものであるため、早々に結論を出しておく必要があった。

¹⁶ 身体障害者福祉法や知的障害者福祉法に基づく障害の等級認定基準と、介護の手間のかかり具合を評価する要介護認定基準とは、性格や目的が異なる。一方、現行の介護保険法における要介護認定基準は、特別養護老人ホーム等の老人施設入所者に対する介護時間の調査結果に基づき作成されたもので、そのまま若年障害者にあてはめることには無理がある。障害者といっても、個人において障害の部位や程度に差があるほか、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、言語障害、知的障害、精神障害等、そもそも障害の種別が異なる。また、同じ種類の障害であっても年齢によって要介護状態の判断には差が生じる。

検討会では、障害者福祉を担当する部局の意見も踏まえた資料をもとに議論が行われた。その結果、若年障害者に対する要介護認定基準を作成するには調査研究に要する一定の時間が必要であることから、緊急を要する高齢者介護問題対策を優先し、若年障害者の介護サービスのあり方についてはこれと切り離して検討を進めていくこと、また障害者団体の介護保険制度に対する意向を確認してから検討を行うことという方向性が決められた。障害者団体との意見調整の過程では、高齢者に対するゴールドプランと同様にサービス基盤整備計画が先決であるという要望が強く、1995（平成7）年12月に障害者プランが策定されることによりその対応が図られた。しかし、その後も障害者団体の中では異論が残り、最終的には、第2号被保険者の要支援・要介護状態について特定疾病に関するものは介護保険の給付対象とされたほか、1996（平成8）年6月の身体障害者福祉審議会答申における課題の整理や、介護保険法附則において制度施行後の見直し課題と位置付けることとなった。

介護手当の問題については、事務局では当初はドイツ介護保険制度のように介護手当を支給するという意見であった。事務局が原案を作成した高齢者介護・自立支援システム研究会報告の中でも、慎重な言い回しながら支給する方向の記述となっている¹⁷。検討会では、現行の各種手当制度の関連や介護手当試案の検討が行われたが、前述した介護対策検討会の結論のような反対論や財政論からの消極論も強かった。結局、若年障害者問題とは異なり、保険給付のひとつとして認めるか否かという議論であって、制度設計の本質に影響を与えるものではないことから、老人保健福祉審議会や世論の動向等を踏まえて対応するという方向性となった。その後、老人保健福祉審議会においては、介護手当支給に賛成の委員と反対の委員との間で意見がまとまらず、最終報告では両論併記となった上で、結局は当面支給しないという制度設計となった。

IV まとめ 一省庁主導型政策形成の最後の重要制度

以上みてきたとおり、厚生省の組織利益の実現と厚生官僚の社会利益の実現というインセンティブが融合して、組織をあげて検討作業が進められたことが、新しい社会保険制度の創設という社会保障の歴史の中で特筆すべき事業に結びついたということができ

¹⁷ 高齢者介護・自立支援システム研究会報告では、「家族による介護に対しては、外部サービスを利用しての公平性の観点、介護に伴う支出等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。これは、介護に関する本人や家族の選択の幅を広げるという観点からも意義がある。」としている。

る。また、制度的な観点からいえば、80年代後半からの消費税議論と呼応しつつ、老人福祉制度や老人保健制度の見直しが順次進められてきたことが、介護保険制度の創設に結びついている。組織的な観点からは、省内に部局横断的な組織である高齢者介護対策本部を設置し、そこに専任スタッフを配置した事務局というタスクフォース（機動部隊）を置いて、精力的に検討作業を進めたことが功を奏している。省内の取りまとめにあたっては、検討会において最終決定の責にあつた副本部長や事務局を支えた事務局長のリーダーシップが大きな意味を持っている。たとえば、老齢年金から介護保険料を徴収するという年金局や保険局、老人保健福祉局にまたがる新たな制度設計は、これらの人たちのリーダーシップに負うところが大きい。また、事務局を構成する者の個別の行政経験やそれを基に生まれたアイデアが制度設計に大きな影響を与えている。

介護保険制度の原案は厚生省主導により作成されたが、これを法案化し国会に上程するためには、老人保健福祉審議会の場などを活用した関係団体との意見調整や連立与党との調整が必要になってくる。介護保険制度の具体的な内容が明らかになるにつれて、関係団体や与党国会議員から異論が強く出されるようになる。こうして厚生省高齢者介護対策本部事務局による意見調整はしだいに困難なものとなり、連立与党の福祉プロジェクトチーム等の政治的調整力が前面に出てくるようになる。与党における介護保険制度の政策決定過程の状況については第3章で詳述する。

介護保険制度の政策過程を全体としてみれば、介護保険法の国会提出の時点では与党との調整が最大の課題となったが、介護保険制度創設という政策については、与党福祉プロジェクトの動向でみたとおりに、厚生省と与党は方向性を一にしていたといえる。また、1996（平成8）年5月に厚生省試案発表後、連立与党や、市町村保険者論に反対が強かった地方団体との調整の過程で、制度の細部には修正があつたが、最終的には市町村保険者の独立介護保険方式、公費負担と保険料負担の割合、被保険者の範囲、保険給付の内容、保険給付水準、要介護認定等、介護保険制度の仕組みの基本部分は、厚生省の制度試案のとおりであつた。90年代後半の政治主導型の行政改革関連法や金融安定化のための法制度の策定等の例と比較をすると、介護保険制度は、90年代の連立政権下において、省庁主導型の政策決定を基礎に作成された最後の重要制度といえることができる。

(引用・参考文献)

伊藤光利・田中愛治・真淵勝 (2000) 『政治過程論』 有斐閣

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1994) 『高齢者介護問題を考える』 (財) 長寿社会開発センター

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995) 『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』 ぎょうせい

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995) 『新たな高齢者介護システムの確立について』 ぎょうせい

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1996) 『高齢者介護保険制度の創設について』 ぎょうせい

厚生省大臣官房政策監修 (1994) 『21世紀福祉ビジョン』 第一法規

城山英明・鈴木寛・細野助博編著 (1999) 『中央省庁の政策形成過程』 中央大学出版部
自治労 (1995) 『高齢者介護保障の確立へ』 全日本自治労働団体

ジョン・C・キャンベル (1995) 『日本政府と高齢化社会』 中央法規出版

日本医師会総合政策研究機構 (1997) 『介護保険導入の政策形成過程』

増田雅暢 (1998) 「社会保障と政策」 『社会保障法』 第13号、法律文化社

連合政策委員会 (1995) 「新しい介護システムについての基本的考え方」

第3章 与党における介護保険制度の政策過程

I はじめに

介護保険制度の創設にあたっては、厚生官僚ばかりでなく、与党の国会議員が大きな役割を果たした。介護保険法案がまとまり、国会に上程され、審議されていたときの与党は、自社さ（自由民主党・日本社会党・新党さきがけ）連立政権であった。いわゆる「55年体制」の両極として長い間政治的に対立してきた自民党と社会党が、非自民8党・会派の連立政権であった細川・羽田内閣に続いて連立政権をつくり上げていた。

介護保険制度の創設は、本格的な制度としては、世界的に見てドイツに続くという先駆的な試みであり、国民に新たに保険料負担を義務付け、介護サービスを保険給付として提供するという戦後30数年ぶりの新しい社会保険制度であった。老人保健福祉審議会で検討が進められていたときに、新聞・テレビ等では、介護保険制度に対する課題や不安が大きく報道されていた。関係団体の間でも、さまざまな意見が出されて、審議会でも統一した見解をまとめることが困難であった。このように、活発な賛否両論が交わされた介護保険制度が、法案として取りまとめられ、国会に上程され、1年間余の国会審議を経て成立したのは、政治力学的には、村山内閣・橋本内閣という「自社さ連立政権」の存在によるものである。もし、介護保険制度の法案化を検討していたときの政権が、以前の自民党単独政権下やその後の連立政権下であったならば、その創設は困難だったかもしれない。

前章では、介護保険制度の創設において厚生官僚を中心とした官僚組織の行動について分析した。介護保険制度という新たな高齢者介護システムの必要性や具体的な構想は、官僚組織で内部的に検討され、省庁の審議会（老人保健福祉審議会）で議論されたが、制度の構想を政策として実現するためには、法律（介護保険法）を制定しなければならない。法律の制定過程を通じて、内閣と国会、官僚組織と政権与党、官僚と国会議員などの間で、さまざまな議論・質疑、説明・説得、合意形成等の手続きが行われることになる。まさしく「法律は政治の具体的表現」¹であり、法律制定にあたっては、政権与党や国会議員はもちろんのこと、法案作成等を担当する官僚達は文字通り心血を注ぐことになる。

本章では、介護保険制度の創設にあたって、政治サイドの動きを分析、解説する。介護保険制度が具体的に検討された90年代半ばの政治情勢は、わが国の戦後政治史にお

¹ 村川一郎『政策決定過程』信山社、2000年、第6編

いて特別な時期にあたっている。すなわち、1955（昭和30）年11月の保守合同による自由民主党結成以来続いていた自民党政権が、1993（平成5）年7月の総選挙によって、細川護熙氏を首相とする「非自民8党・会派連立政権」に取って代わられたことである²。以後、羽田内閣（1994年4月から同年6月）、村山内閣（1994年6月から1996年1月）、橋本内閣（1996年1月から1998年7月）と連立政権が続いた。介護保険制度は、それまでの自民単独政権下の社会保障制度の制定とは異なり、連立政権下での制度創設という特徴を持っている。しかも、介護保険制度の検討が具体化を帯びてきた時期は、社会党の村山富市氏を首相とする3党の連立政権であり、その後の自民党党首を首相とする自民党中心の連立政権とも異なるものであった。

厚生省主導型で進められた介護保険制度の創設は、老人保健福祉審議会での意見統一が困難な状態となった頃から、自社さ3党の連立与党がイニシアチブ（主導権）をとるようになった。そして、介護保険法案は、自社さ連立政権の橋本内閣において国会に上程され、国会審議を経て、1997（平成9）年12月に成立した。介護保険制度の政策過程を具体的に分析することにより、自民単独政権とは異なる村山・橋本内閣という自社さ連立政権が果たした役割を明らかにする。

II 自民党政権下と自社さ連立政権下での政策過程の相違

1 自民党政権下における政策過程

1955（昭和30）年以来、わが国は自民党が政権与党で、社会党を野党第1党とする「55年体制」が続いてきた。自民党長期政権が長期にわたる中で、政策過程も標準的なシステムが構築された。政策は、法律の制定や予算の成立をもって初めて実施可能となることから、政策過程の中核として法律案の制定過程を見てみよう。

法律案の国会提出は、内閣ばかりでなく、衆参両院の国会議員も行うことができるが、わが国では、内閣提出法律案（閣法）が、提出数でも成立数でも、議員提出法律案よりも圧倒的に上回って、今日に至っている³。内閣提出法律案の原案は、関係省庁で作成するものであるが、自民単独政権下においてそれが国会に提出されるまでの過程は、

² 保守合同以降、連立政権としては、1983年の第2次中曽根内閣が自民党と新自由クラブの連立政権であった。しかし、細川内閣以降の連立政権は、細川、羽田内閣のように政権の枠組み自体が非自民であったり、村山内閣のように自民党以外の政党から首相が選出されたりしたほか、連立政権のスタイルが一般化したという点で、それ以前とは大きく異なっている。

³ 第1回国会（1947年）から第141回国会（1997年）までの間で、内閣提出法律案数の累計は7,666本で、全提出法律案数の約67%を占める。成立件数で見ると6,703本と、全成立法律案数の約85%を占める。

おおむね図表1のとおりであった。

各省庁は、まず省内の担当部局が中心となって政策案を構想し、審議会等の審議を経ながら政策案の改善や関係団体との合意形成を図る。この間に、自民党の有力議員や、省庁と関係する自民党政務調査会部会の議員等に事前に説明し、あらかじめ了承を得ておく。審議会の答申を得た後、政策案を法律の条文とする作業を行い、法律案の原案を作成する。省庁内で法律案作成作業を行う職員は、法令担当の若手職員で、いわゆる法律職のキャリア（国家公務員一種試験合格者）が担当することが一般的である。法律案を内閣提出法案として国会に提出するためには、閣議請議と呼ばれる手続きを行う必要があり、事務次官等会議の了解を経て、閣議において国会提出の閣議決定が行われ、衆議院または参議院に提出される。

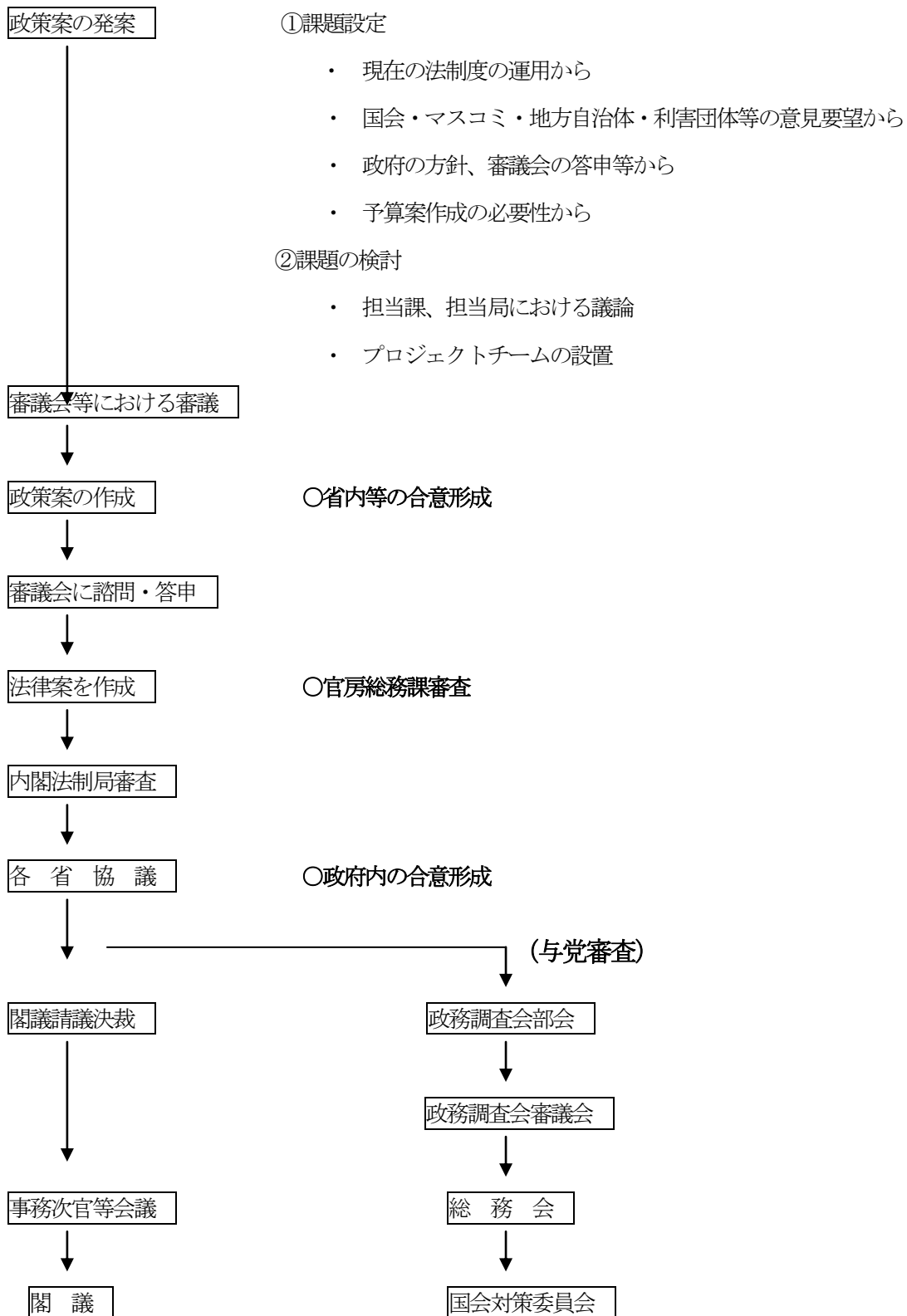
法律案の国会提出に至る過程では、閣議請議書の作成、関係機関への資料持込と説明等、細々とした手続きが決められていることに加え、各省庁が、法案作成にあたって実質的に多大なエネルギーを投入せざるをえない手続きが、①内閣法制局審査、②各省協議、③与党審査である。

内閣法制局は、主として、閣議に付される法律案、政令案及び条約案の審査を行う審査事務と、法律問題に関する内閣、内閣総理大臣及び各省大臣に対する意見の陳述を行う意見事務の業務を所管している。各省庁が作成する法案は、閣議決定の前に必ず内閣法制局の審査を受けて、その承認を得なければならない。内閣法制局の法案審査の内容は、第一に、法案の内容が適法かつ適当であるかどうかという観点からの審査である。具体的には、憲法との関係はもちろん、その法案の他の条項や他の法令の条項と矛盾がないかどうか、法的な整合性が図られているかどうか、法案の条文が意味する内容が法的妥当性を有しているか等の審査である。第2には、法案の形式が適正であるかどうかという観点からの審査である。具体的には、法令の改正・廃止等の場合の形式、用字や用語の使い方、題名や目次、章・節の区分、条・項・号等の形式といった法文の構成及び形式に関する審査である。

内閣法制局の審査は、あくまでも法律技術上の観点からの審査であり、法案条文の意味する政策内容の審査ではない。しかしながら、たいていの場合、各省庁が作成する原案は元をとどめないほど修正されることになるほか、法的妥当性を欠いているために条文化できないと判断される箇所も生じて、各省庁ではその内容の変更を余儀なくされる場合もしばしば起こりうる。審査を担当する内閣法制局参事官の立場からは、自らの審査により、国民の権利・義務関係等に大きな影響を及ぼす法案を世の中に送り出すこと

図表 1

内閣提出法律案の作成過程



になるという重大性があり、一方、審査をうける各省庁の法令担当者の立場からは、重要な政策を実現するための法案を作成するという責務がある。したがって、内閣法制局の審査は、1日10数時間も行われ、かつ、最終案がまとまるまで連日連夜行われるという激務になることが一般的である⁴。

各省協議は、事務次官等会議や閣議に付議する案件がその場でスムーズに了承されるように、事前に省庁間で協議し、了解を得ておくものである。閣議決定は全会一致が前提であることから、国会提出法案であれば全省庁が了解していなければならない。そこで、法案の原案作成省庁は、原案がまとまった段階で、全省庁に対して法令協議を行う。協議を受けた省庁では、事務次官等会議や閣議の案件になることから、法案の内容の理解に努めるとともに、各省庁の所掌事務と接触しないかどうか、さらには所掌事務にまで侵害していないかどうか、等の観点から、法案原案に対して検討し、場合によっては、原案作成省庁に対して条文の修正等を求める。

原案作成省庁にとっては、この各省協議が大変に骨の折れる業務である。まず、協議を始めた段階で、各省庁からの説明会の依頼に答える必要がある。次いで、法案の内容について各省庁からさまざまな質問事項が出され、それにすべて答える必要がある。質疑応答は、正確を期すために文書で行うので、文章表現にも細心の注意を払わなければならない。質問に答えた後、続いて、各省庁から問題とも思われる箇所については修正要求が出されるので、それに対応しなければならない。修正を求める省庁からは、もし修正要求に応じなければ、事務次官等会議や閣議で自省庁の大臣や事務次官が異論を唱えるということを「ブラフ（脅し）」として用いる。閣議は全会一致が原則であるので、閣議で大臣が一人でも異議をとると、法案の国会提出が不可能となる⁵。しかしながら、他省庁からの修正要求にすべて応じていると、本来行おうとしていた政策の実現が難しくなる場合が多いので、基本的には他省庁の担当者を説得し、了承を得ることに全力を尽くすことが、原案作成省庁の基本戦略となる。特に、他省庁の所管業務と競合しそうな内容の法案のときには、その省庁との調整が暗礁に乗り上げることになる。その場合には、まず、協議のレベルを上げるという対応がとられる。すなわち課長補佐間の

⁴ 内閣法制局のしくみや具体的な仕事の内容については、西川伸一著『知られざる官庁・内閣法制局』（2000年、五月書房）が詳しい。また、介護保険法案の審査の状況については、当時の担当参事官が執筆した遠藤浩（2000）が参考になる。

⁵ 通常は、本文で述べたとおり、内閣提出法案の閣議請議にあたっては、事前に政府部内の調整を終えているので、閣議の当日になって異議が出ることはないが、例外もある。たとえば、2000年7月に、年金法改正法案は、当時の自由党からの大臣の異議により、法案の国会提出の閣議決定が遅れたことがある。

協議から課長間、局長間の協議と、協議者の格を上げることによって合意を得るようにする。それでも困難な場合には、他省庁の所管業務を侵害しないこと等、法案の運用上の留意事項を文書にまとめた「覚書」を交わして決着をつける場合もある⁶。

与党審査は、原則として、事務次官等会議の前までに、自民党政務調査会審議会（政審）及び総務会の下承を得ることが必要とされているものである（図表2参照）。

政務調査会は、自民党の政策の調査・研究、立案のために設けられた機関であり、政務調査会審議会は、部会等で審議した政策事項を審議するために設けられている。また、総務会は、自民党の党務を総括する最高機関として位置付けられている。与党審査の手続きは、まず政務調査会の部会（旧厚生省関係であれば社会部会）において、省庁局長が法案について説明する。部会長は部会員に質疑を求め、それが終了すると部会了承として閉会になる。次いで、政審においては、関係部会長が法案を説明し、質疑応答を経て了承となる。最後に、総務会において、関係部会長が説明し、質疑応答を経て了承となる。政審及び総務会においては、部会長が法案の概要説明を行うが、関係省庁の局長等も出席をし、会員である自民党議員の質疑に対しては、部会長とともに適宜応答・説明をする。

与党審査に至るまでの間、関係議員に対しては、省庁担当者から事前の説明（根回し）が行われているので、与党審査の会議の場では形式的な議論で終わる場合が多い。しかし、法案の作成に至るまでに、随時開催される部会審議ではさまざまな意見が出され、調整に苦慮したりすることや、根回しの段階で議員の了解を得るために大きな労力がさかれたりすることが一般的である。さらに、与党審査の段階でも賛否両論がある法案の場合には、会議の席上で紛糾し、閣議決定を延期してさらに根回しを行うことや、法案の内容変更を余儀なくされる場合もありうる。したがって、省庁担当者としては、与党審査は心身両面にわたって負担が大きい⁷。

2 自社さ連立政権下における政策過程

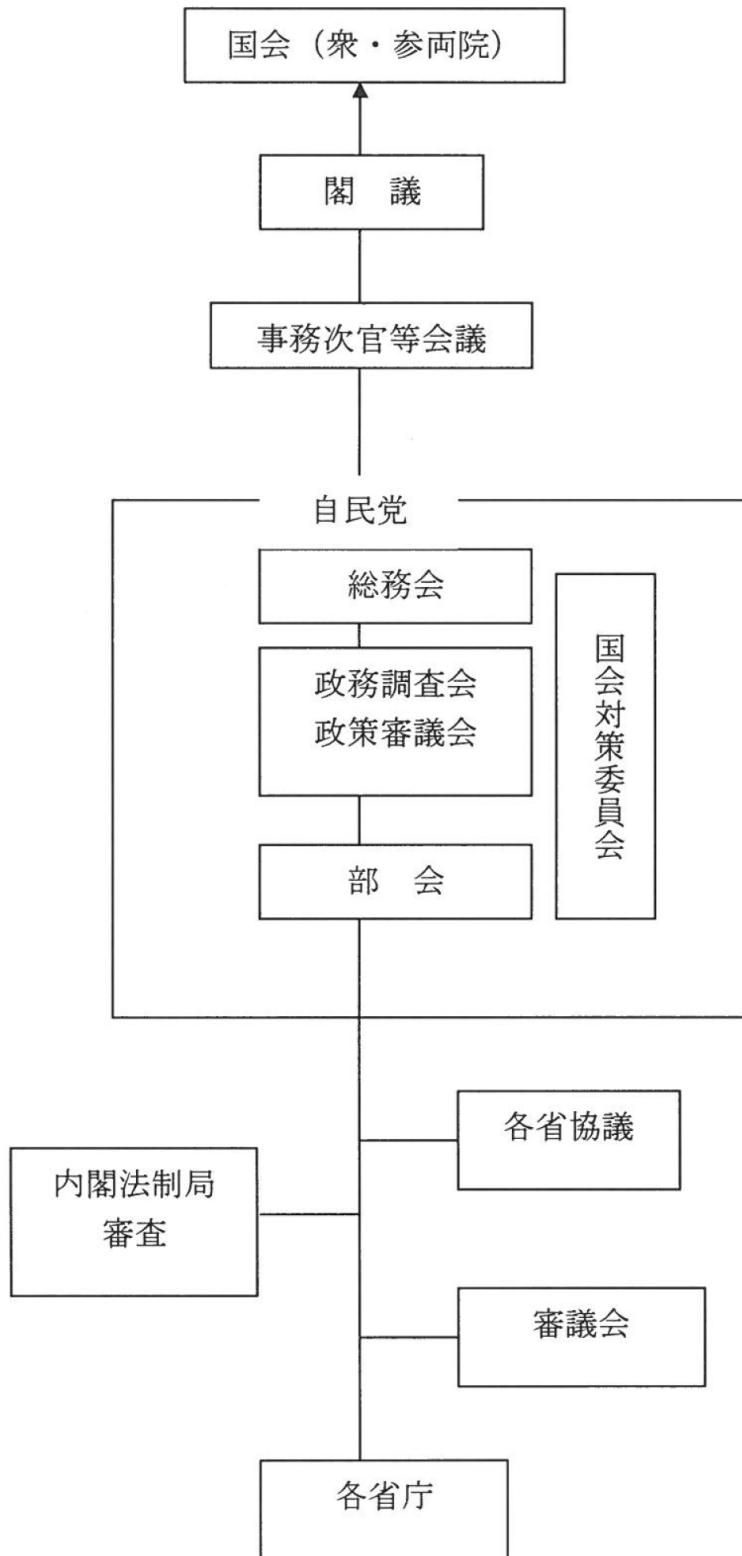
1993（平成5）年7月、社会党、新生党、公明党、民社党、社民連、日本新党、新党さきがけの非自民・非共産7党及び参議院の会派である院内民主改革連合の計8党・会

⁶ こうした手段を活用しても調整がつかない場合に、80年代の環境アセスメント法案のように、省庁間（この場合には環境庁（当時）と通産省（当時））の協議未了で法案の国会提出が断念されることになる。各省協議の詳細については、田丸太著『法案作成と省庁官僚制』（2000年、信山社）を参照。

⁷ 与党審査をはじめ自民党の政策決定過程については、村川一郎著『政策決定過程』（2000年、信山社）が詳しい。なお、この与党審査という内閣提出法案に対する与党の「事前審査制」については、内閣主導型政策決定を損なうものではないかという観点からの見直し論がある。

図表 2

自民党単独政権時代への政策決定システム



(参考) 村川一郎、石上泰州 (1995年) 『日本の政党』、丸善

派による連立政権である細川内閣が誕生した。細川政権では、連立政党間の意思集約を図るために、新たな政策決定システムをつくった。すなわち、政府と連立与党の調整機関として、政府与党首脳会議及び政府与党連絡会議を置いた。また、連立政権の運営に関する最高協議機関として与党各派代表者会議を設置し、その下に政務幹事会（国会対策委員長レベル）及び政策幹事会（政務調査会レベル）を設置した。政策幹事会は、自民党の政務調査会審議会に対応するもので、連立各党及び会派間の調整を行いながら、政策の調査・作成を担当した。政策幹事会の下に、省庁別チームと 22 の課題別チームが設置された。

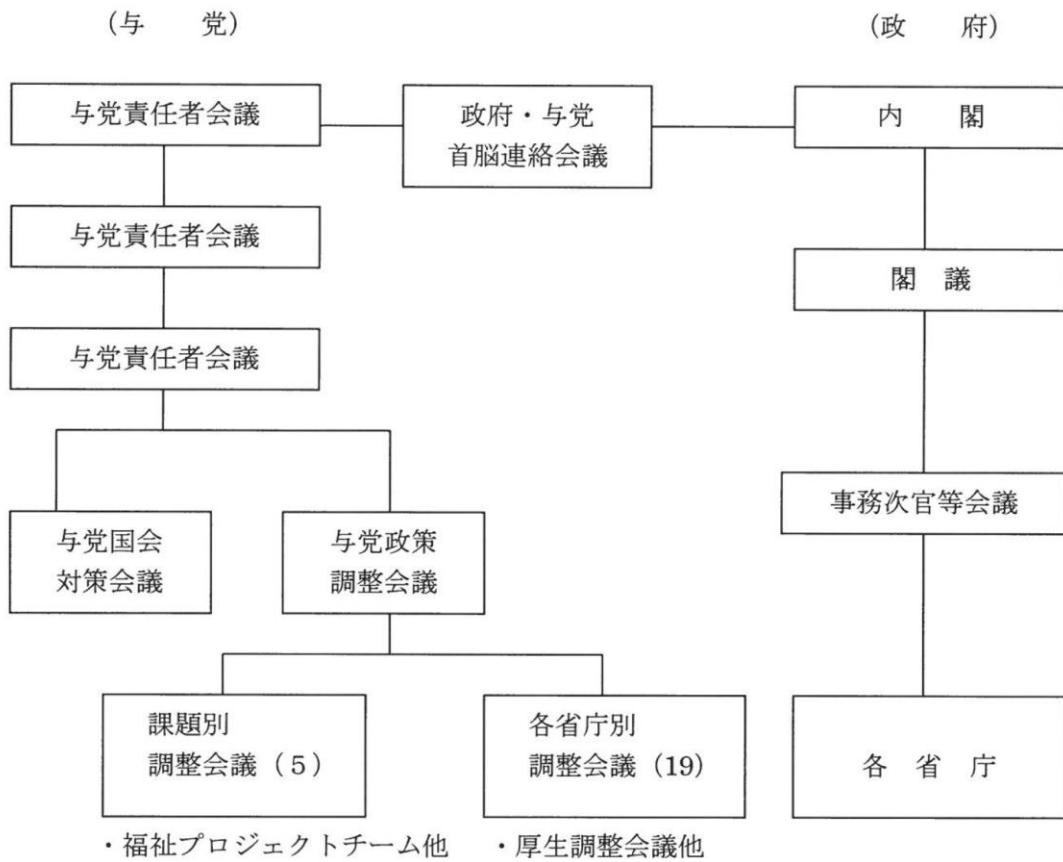
このように形式的には連立 8 党派のそれぞれの意見を調整し、合意形成を図る仕組みがつくられた。しかし、実際には、しばしば意見が対立するテーマがみられ、政策幹事会レベルでは調整がつかず、与党各派代表者会議が、政策決定に関する事実上の最高意思決定機関として機能することとなった。いわば「トップダウン」型の意味決定方式であった。さらに、細川政権後半においては、小沢一郎新生党代表幹事と市川雄一公明党書記長のリーダーシップが強くなる一方で、選挙制度改革や国民福祉税問題などで社会党が新生党などと対立し距離を置くようになるなど、連立政権内部で不調和が顕著に見られるようになった。このことが、細川総理退陣後の羽田内閣誕生直後に、統一会派の設立をめぐる社会党が連立与党から離脱する原因のひとつとなった。

1994（平成 6）年 6 月に誕生した自社さ連立政権である村山内閣では、細川内閣及び羽田内閣の政策過程が非民主的であり、政策決定の手続きが不透明であったことを批判し、「政策決定の民主制、公開制を確保し、政党間の民主的な討論を通じて、政策決定過程の透明度をより高め、国民にわかりやすい政治の実現に努める」ことを目標とした。自民党は悲願の政権復帰のために、長年の仇敵であった社会党と組んで、社会党委員長である村山氏を首相にかついで連立政権であったので、自民党が第一党でありながら、社会党や新党さきがけに譲歩して、三党の合議制の意味決定機構をつくった。

図表 3 が、村山連立政権の意味決定機構である。与党の最高意思決定機関として与党責任者会議（三党の幹事長、書記長または代表幹事、総務会座長団、政調会長または政審会長、参議院与党代表の計 13 名で構成）を置き、政務全般にわたる事項に関する協議と承認を行う機関として与党院内総務会（各党派議席数を基準にして計 20 名で構成）を設置した。与党院内総務会は定例で週 2 回開催、与党責任者会議は定例で週 1 回開催された。政策事項に関する協議と決定を行う機関として与党政策調整会議（三党の政調会長または政審会長等計 8 名で構成。会議は定例週 2 回開催）を設けた。

図表 3

自社さ連立政権（村山内閣）の意思決定機構（1994年7月）

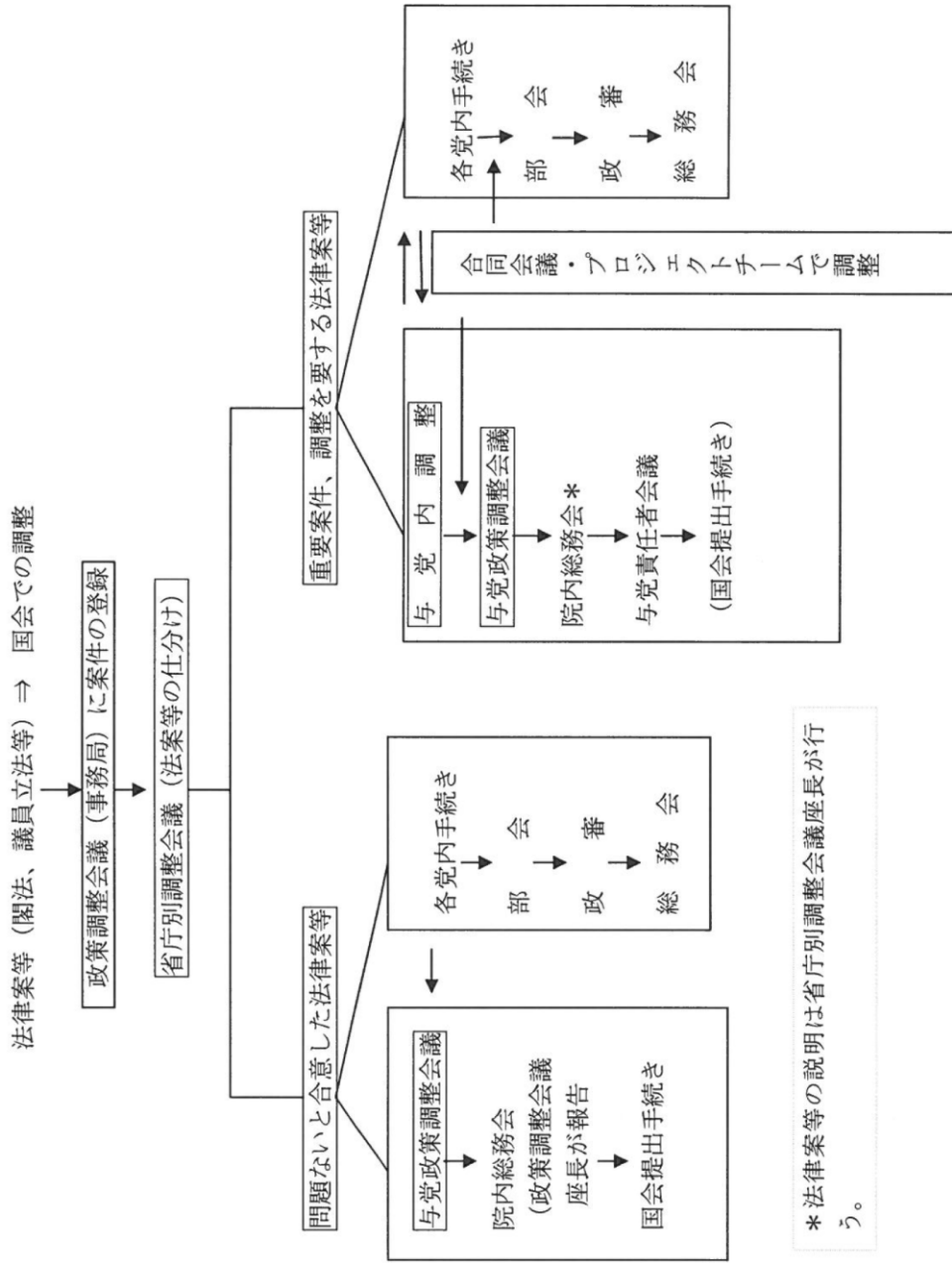


政策調整会議の運営にあたっては、連立与党が一体となって政策協議にあたることや民主的な運営を行うことが配慮された。たとえば、政策調整会議の運営にあたっては、各省庁に対する意見は調整会議の合意をもってあたること（連立与党各党は個別に各省庁に申し入れをしないこと）や意思決定は全会一致とすることとされた。また、政策調整会議の座長は、三党で2ヶ月ごとの持ち回り交代とされた。

さらに、政策調整会議のもとに、各省庁別調整会議（略称は省庁別会議）と課題別調整会議（略称はプロジェクト）を設置した。省庁別会議は実際の省庁とあわせて19設けられた。課題別調整会議は、当初は、「福祉プロジェクト」「行革プロジェクト」「与党税制改革プロジェクト」等5チームが設けられたが、村山政権後半には20近くに拡大した。自社さ連立政権の特徴としては、省庁別会議及び課題別調整会議とも、自民3名、社会2名、さきがけ1名を基準に構成することとし、座長についても2ヵ月後との持ち回りとしたことである。村山政権発足時の国会議員数は、衆議院の場合、自民200名、

図表 4

連立与党（自社さ）における法律案等の国会提出に至る手順



社会 74 名、新党さきがけ 21 名であったのであるから、自民党の譲歩ぶりがうかがえる。また、団体等からの陳情、要請等についても、原則として省庁別会議またはプロジェクトが対応することと取り決めており、いわゆる族議員を排除する姿勢もうかがえた。

こうした仕組みの中で、自社さ連立与党は、図表 4 のとおり、法律案の国会提出に関する手続きも整理した。前述のとおり、自社さ連立政権は、細川・羽田内閣時の連立政権における小沢一郎新政党代表を中心とした非民主的な政策過程の批判の上に新たな仕組みを構築している。三党の協議が十分行われ、合意を得た上での意思決定ができる仕組みとしている。いわば「ボトムアップ」型の意思決定方式である。課題別調整会議にはやがて、戦後 50 年問題やアイヌ問題に関するプロジェクトも設けられた⁸。村山内閣は、こうした仕組みを活用して 3 党間の協議・合意を得て、戦後 50 年問題の総括や、北海道旧土人法の廃止と新たな対策、水俣病問題の解決、被爆者援護法の制定など、それまでの自民党政権ではなし得なかった長年の懸案事項に対応したという実績を残した。ただし、こうした政策過程は煩雑で時間がかかる、あるいは第一党でありながら少数議席の他党に配慮しすぎるといった批判もありうる。実際、自社さ連立政権でありながら、社会党、新党さきがけが閣外協力に転じた第 2 次橋本内閣では、各省庁別調整別会議は廃止、課題別調整会議の数も減少するなど、自社さ 3 党が十分に協議を行いながら政策課題の検討を行う政策過程はなくなり、その後の自自公（自民党、自由党及び公明党）や自公保（自民党、公明党、保守党）連立政権でも、村山政権時と比べてはるかに簡素化された協議機関の設置により政権を運営している。

Ⅲ 与党福祉プロジェクトチームの検討

1 与党福祉プロジェクト

介護保険制度の政策過程において、与党福祉プロジェクトは極めて重要な役割を果たすこととなった。

まず、与党福祉プロジェクトの運営方法であるが、次のとおり定められた。

構成メンバー：メンバー総数は 20 名で、各党比は自民党 10 名、社会党 7 名、さきがけ 3 名。

座長：自民、さきがけ、社会の順で各党 2 ヶ月の持ち回り交代⁹。

⁸ 1996 年 2 月 1 日段階では、課題別調整会議の数は 16 プロジェクトに増加した。

⁹ 座長については、介護保険制度の議論が本格化した 1996 年 1 月以降は、自民党が衛藤晟一衆議院議員、社民党（社会党は、1996 年 1 月に社会民主党に党名変更した）が五島正規衆議院議員、新党さきがけが荒井聡衆議院議員となり、3 座長として合同して行動することも多くなった。なお、プロジェ

幹事会：会議の運営等にあたる幹事会を、自民3名、社会2名、さきがけ1名の6名で構成。

会議の持ち方：週2回開催を基本とする。定例日は火曜日、木曜日の15時から16時

10。 会議は、委員のみによって進めるが、委員本人が出席できない時は委員を差し替えることができる。会議は非公開。

省庁の出席：厚生省は随時出席。他省庁は必要に応じて出席を求める。

検討課題：年金、医療、福祉、子育てなど少子・高齢社会に対応する諸政策を検討し結論を得る。

このように、プロジェクトの運営にあたっては自社さ3党で応分の役割分担をしており、前述のとおり、自社さ3党による民主的な運営に配慮した姿となっていた。

与党福祉プロジェクトの検討課題の中で、介護問題について言及されていないのは不思議な感があるかもしれないが、これは、村山政権発足時にはまだ介護保険制度の議論が政策課題としてあがっていなかったことを示している。プロジェクトチームが、高齢者介護問題について、「通年プロジェクト」として継続的に検討を深めるべき課題として、最初に議論を行ったのは1994（平成6）年9月27日であった。

1995（平成7）年6月に、与党福祉プロジェクトチームは、前年9月以来8回の検討を経て「高齢者介護問題に関する中間まとめ」を取りまとめた。この中で、まず、「急速な高齢化、家族形態の変化、家族にかかる過重な介護負担などを踏まえ、「看取りの介護」から「生活支援の介護」への転換を図り、高齢者が自立した質の高い生活を保障されるよう、新たな高齢者介護システムの確立が求められている」として、新たな高齢者介護システムの導入の必然性を強調している。新たなシステムの基本理念として「高齢者の自立支援」をあげ、在宅介護の重視、ケアマネジメントの考え方の導入、高齢者介護施設の利用手続きの一元化、利用者負担の公平化等を指摘している。これらはその後の介護保険制度の基本的考え方と一致しているが、介護費用の負担方式については、「社会保険方式と公費方式について基本的な整理を行う」として、判断を保留している。また、利用者負担の問題や、若年障害者の取り扱いの問題についても、引き続き検討課題としている。

当時、厚生省の老人保健福祉審議会では、新たな高齢者介護システムのあり方を検討

クト発足後、3党とも構成メンバーには入れ替えがあり、変化した。

¹⁰ 実際には朝8時から1時間ないし1時間半程度開催されることが多かった。会議のスタイルは、テーマに即して、最初厚生省等の役所側からの説明を求め、それに対してチームメンバーからの質問や意見があり、さらにメンバー間でフリートーキングを行うというものであった。

課題として議論が進められていたが、65歳未満の障害者（これを「若年障害者」と呼んでいた。）の介護問題について介護保険の対象とするか否か等の課題については、老健審の所掌範囲外であったため議論がなされていなかった¹¹。この問題については福祉プロジェクトでは論点のひとつとなり、別途、検討テーマとなっていた総合的な障害者施策のあり方に関する議論とあいまって、政府が1995（平成7）年12月に障害者プランを作成する牽引力のひとつとなった。

与党福祉プロジェクトチームは、「中間まとめ」に続いて、1995（平成7）年12月には「第2次中間まとめ」を取りまとめた。ここでは社会保険方式の導入を前提に、介護サービスのあり方やサービス基盤の整備、サービスの内容、サービス基盤整備の推進、予防・リハビリテーションの充実、家族介護に対する現金給付、制度のあり方等について考え方をまとめているが、「これまでの議論の整理」という形式の報告で、介護保険制度の具体的な姿は提案されていない。

2 与党福祉プロジェクトのリーダーシップ

介護保険制度の検討過程において、与党福祉プロジェクトのリーダーシップが強くなってきたのは、老健審における審議が介護保険制度の具体的な内容に移ってきて、老健審委員の間の意見対立が鮮明になってきた1996（平成8）年1月頃からである。

老健審において高齢者介護システムの検討が始まった1995（平成7）年2月時点では、厚生省高齢者介護対策本部事務局（以下「介護対策本部事務局」という。）は、1995（平成7）年中に老健審の報告書を取りまとめ、翌1996（平成8）年1月後半から始まる通常国会に法案を提出することを予定していた。そして、1997（平成9）年度からの法律施行を目標としていた。

老健審の審議は、1995（平成7）年7月の中間報告（第一次報告）までは予定どおりに進み、同年10月から審議を促進するために、3つの分科会（介護給付分科会、制度分科会及び基盤整備分科会）を設けて、介護保険制度の具体的な内容を検討することになった。この頃から、特に、保険制度のあり方や財政負担をめぐって、老健審委員の間の意見対立が鮮明になってきた。保険制度のあり方については、制度の建て方から始まり、保険者、被保険者の範囲、保険料負担・徴収方法、事業主負担の是非等をめぐって、地方団体（全国市長会、全国町村会）、保険者（健康保険組合連合会、全国国民保険組合

¹¹ 老健審の3回の報告書のタイトルが、いずれも「高齢者介護制度」と高齢者のための介護システムという限定をつけていた点が、このことを物語っている。

連合会)、経済界(日本経済団体連盟)、労働界(連合、自治労)のそれぞれの代表や大学教授等の有識者の中で、様々に意見が食い違うこととなった。老健審では、1996(平成8)年1月末に、委員の意見がほぼ一致している介護サービスの内容や保険給付を受けられるための手続き等について、とりあえず第2次報告(「新たな高齢者介護制度について」)としてまとめた。

介護対策本部事務局としては、残る課題の介護保険制度のあり方について老健審で集中的に議論を進めることとし、なるべく早い報告書の取りまとめを意図した。厚生省では、1996(平成8)年1月22日から開会された第136回通常国会に、老人介護保険法案(仮称)を国会に提出することを登録していた。内閣提出法案の場合、新年度の予算と直接関係がない予算非関連法案は、通常3月上旬までに国会に提出する手続きを完了することが慣例となっていた。仮に遅れるとしても、第136回通常国会の会期末の6月19日までに国会に上程し、継続審議法案として、秋に行われる臨時国会で成立を図るということが、当時の介護対策本部の計画であった。

介護保険制度のあり方に関して、まず介護保険制度の建てかたから論点となった。保険者を市町村とする地域保険方式とするか、保険者を国とする国営保険方式とするか、保険者を医療保険方式とする老人保健方式とするか、という3案があった。介護対策本部事務局としては地域保険方式で意見集約を図りたかったが、地方団体代表の委員からは、「第2の国保」になるため反対、国営保険方式が適当だ、という強い異論が出された。国民健康保険制度は、市町村が保険者となっているが、保険料徴収率が被用者保険に比べて低率であることや、市町村の一般会計からの繰り入れが多い等の財政問題、あるいは、保険料引き上げのための条例改正が政治問題となる等の多くの課題を抱えている。介護保険制度は「第2の国保」になりかねないというおそれは、地方行政関係者の多くが持っていた。また、経済界代表の委員からは、保険料の事業主負担の有無や法定化が問題視された。すなわち、65歳未満の若年世代の保険料の事業主負担については、事業主負担はないか、あっても定率を法定化するのではなく、各企業の裁量にするというような意見が出された。保険者団体代表の委員からは、新しい制度の財政規模や保険料負担の水準に強い関心が示された。

このように老健審における議論がまとまりにくくなったことと平行して、与党福祉プロジェクトが介護保険制度創設に果たす役割が大きくなっていった。

また、1996(平成8)年1月に政権交代があり、総理大臣が社会党の村山富市氏から自民党の橋本龍太郎氏に代わったが、自社さ連立政権という枠組みや、政権の意思決定

機構が変わらなかったことが、与党福祉プロジェクトの活動を支えることとなった。さらに、橋本内閣において、厚生大臣として新党さきがけの菅直人衆議院議員が入閣したことも、その後の介護保険制度の政策過程に影響を与えることとなった。

政権交代にあたって、自民・社会・新党さきがけの3党は、1996（平成8）年1月8日の党首会談で、「新しい政権に向けての3党政策合意」を取り決めた。この新政策合意の中の「新たな重点施策」に、「少子・高齢社会に備えて、介護保険制度の創設による新しい介護システムの確立を目指すとともに、医療保険制度の運営の安定化のための改革に取り組む」と明示され、介護保険制度の創設が橋本内閣の政策目標として明確に位置付けられた。橋本首相は、同年1月22日、第136回国会の冒頭の施政方針演説において、次のように述べている。

——特に、国民の老後生活の最大の不安要因である介護の問題については、高齢者や障害者が生きがいをもって幸せに暮らしていただけるよう、新ゴールドプランや障害者プランを着実に推進し、介護サービスの基盤整備に進めるとともに、保健・医療・福祉にわたる高齢者介護サービスを総合的・一体的に提供する社会保険方式による新たな高齢者介護システムの制度化に向けて全力で取り組んでまいります。——

当時、与党福祉プロジェクトは、ほぼ毎週介護保険制度についての検討を行うようになっていた。介護対策本部事務局では、老健審で用いた資料を、与党福祉プロジェクトにおいても利用し、与党福祉プロジェクトチームでは、それに基づき様々な議論が行われた。介護対策本部事務局の厚生官僚と福祉プロジェクトチームの国会議員との間で、介護保険制度創設に関する種々の論点の問題認識や対応方策についての考え方が近づいてくるように状況になりつつあった。

その頃、その後の介護保険制度の検討に大きな影響を与えたものが、1996（平成8）年3月13日の与党福祉プロジェクトチームに提案された丹羽雄哉衆議院議員による「介護保障確立に向けての基本的な考え方」（以下「丹羽私案」という。）である。

その内容は、介護保険の建てかたは、保険者を市町村とした地域保険方式とし、被保険者は40歳以上、公費負担割合は50%とする。実施方法は、平成10年度以降、まず在宅サービスの給付から実施し、施設サービスは、新ゴールドプランによる整備が進んだ平成11年度以降実施するという「2段階実施」とする。サービスに対する費用の9割程度は保険給付とし、残りは利用者負担とする。施設サービスの利用者負担については、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群の従来の負担格差を是正して、

食費と定率1割負担で月6万円程度とする¹²。

丹羽試案は、介護保険制度の政策過程において、様々な点で意義深いものであった。

第1に、プロジェクトチームの検討過程で、初めて介護保険制度の具体的な内容が示されたという点である。老健審では、厚生省が地域保険方式、国営保険方式、老人保険制度方式による3案を「事務局試案」として提示し、ようやく具体的な議論が始まったという状況であった。第2に、介護保険法案の国会提出に慎重論が強まってきたときに示されたという点である。与党3党の姿勢をみると、社民党は既に1995（平成7）年12月時点で、保険者を市町村とする社会保険方式の創設を提言しているが、自民党では社会保険方式の導入自体にまだ合意が得られていない状況にあった。与党福祉プロジェクトチームの委員の中でも、意見集約には時間がかかるため法案の国会提出にこだわるべきでないという意見が強まっていた。丹羽試案は、全ての論点について国民的合意を得ることは困難であるため、当面は整備が立ち遅れている在宅サービスから始めるという現実的な案の提示であった。第3に、丹羽議員は、元厚生大臣であり、自民党の医療基本問題調査会会長を務めていることから、与党福祉プロジェクトの意見集約のみならず、その後の厚生省における制度試案づくりや、自民党における介護保険制度議論にも影響を与えた点である。

IV 政治主導における介護保険制度試案作成

1 老健審における両論併記の最終報告

老健審では、1996（平成8）年2月15日から、介護対策本部事務局が提示した高齢者介護保険制度に関する事務局試案をもとに、高齢者介護制度に対する審議が始まった。しかし、前述したとおり、事務局試案は3案併記の内容であり、そもそも保険制度の建て方からして委員の間で意見が対立した。全国市長会及び全国町村会は、市町村保険者論に対して反対の姿勢をとるとともに、基盤整備のスケジュールや財政負担の具体的な内容等が明らかでない等の理由から慎重審議を求めた。介護保険制度の財政規模や被保険者の保険料負担等が不明確という点は、健康保険団体連合会や日経連の委員から問題点として指摘された。また、現金給付についても意見がまとまっていなかった。老健審は、2月に2回、3月に4回も会議を開催したが、委員の間の意見は収斂しなかった。既に、予算非関連法案を国会に提出するための閣議決定の期限は過ぎてしまっていた¹³。そこ

¹² 「丹羽試案」については、「週刊国保実務」第1990号（社会保険実務研究所）参照。

¹³ 内閣提出法律案の閣議決定の期限については、「予算の年内閣議決定と国会の常会における予算及び法律案の早期提出について」（昭和36年7月閣議申し合わせ）に定められており、予算関連法案（そ

で、菅厚生大臣は、3月中旬の参議院厚生委員会では「4月に入った段階で老健審からの最終報告を受け、与党福祉プロジェクトなど関係方面と議論し、5月の連休前後か、会期内に法案提出したい」という考えを表明した。厚生省では、老健審の意見集約を図るために、3月末から4月にかけて、老健審会長及び会長代理とグループ別にした老健審委員との間の個別ヒアリングを実施したり、地方自治体関係者の理解を促進する観点から、厚生大臣と地方自治体首長による高齢者介護に関する自由討論会を行ったりするなど、根回しに努めた。

老健審の最終報告は、1996（平成8）年4月22日の会議において、老健審としては前年2月に高齢者介護問題の議論を始めて以来、30回目の会議で取りまとめられた。しかし、介護保険制度の内容について、委員の間の意見の溝はうまらず、制度案の骨格の部分で両論または数論併記の報告とならざるを得なかった。たとえば、保険制度を組み立てる上での肝心な要素である保険者について、全体的には市町村保険者論が多数であったが、地方団体（全国市長会及び全国町村会）からの委員は、強く反対し、国営保険論を主張したので、その意見も盛り込まれた。被保険者の範囲についても、65歳以上の高齢者は全員が被保険者という点では意見が一致したが、さらに40歳以上とするか、あるいは20歳以上とするのかについては意見が分かれた。保険料負担については、経営者団体（日経連）の委員が、事業主負担の義務付けについて異論を唱えた。家族介護を評価する介護手当については、地方団体は制度化を強く主張したが、大学教授等の有識者からは消極論が主張され、両論併記となった。介護手当の制度化については、有識者の中では反対論が強い一方で、地方団体からは賛成論がとなえられた。

結局、老健審では、厚生省に対して、この最終報告を踏まえて介護保険制度の具体的な試案を作成することを要望し、それについて老健審でさらに検討を加えた上で、厚生省案の諮問をまって審議会としての答申を取りまとめるということとなった。

2 与党福祉プロジェクトの活動

ここに至って、与党福祉プロジェクトのリーダーシップと、厚生省との間の「2人3脚」ぶりが前面に出てくるようになった。まず、与党福祉プロジェクトは、1996（平成8）年4月26日、老健審会長と意見交換を行うとともに、厚生省に対して介護保険制度試

の法律案の制定がなければ予算に掲げられた事項の実施が不可能となるもの) の場合には、予算の国会提出後3週間以内、その他の法律案（予算非関連法案）の場合には、予算関連法案の期限後さらに4週間以内とされている。したがって、一般的には、予算関連法案の場合には2月上旬、予算非関連法案の場合には3月上旬が閣議決定の締め切り期限となっている。

案の作成を要請した。介護対策本部では、連休期間中に試案の作成に全力を傾注した。次いで、連休明けの5月10日開催の与党福祉プロジェクトチーム会議において、重要な事項が決められた。チームの結論としては、①会期内の法案提出を目指すこと、②制度試案については、3座長による「介護保険制度の試案作成に当たっての基本的指針」を踏まえて3座長と厚生省で一体となって協議の上、作成すること¹⁴、③試案は5月14日の与党福祉プロジェクトチーム及び15日の老健審に示すこと、④各党は5月22日までに党内手続きを終えるように努めることという内容であった。

このように、厚生省が作成する試案は、厚生省が単独で作成するものではなく3座長との合作と位置付けることや、当面のスケジュールについてまで言及していることが、注目すべき点であり、従来の社会保障関係の政策過程では見られないものであった。

厚生省では、5月15日の老健審に「介護保険制度試案」を提示した。その内容は、市町村を保険者とする地域保険型で、被保険者は40歳以上とし、第一種(65歳以上)と、第二種(40歳以上65歳未満)とに区分した。現金給付は行わずに、施行は在宅サービス先行で平成11年4月からとしている(図表5参照)。前述の丹羽試案と、ほとんど類似した制度骨格、施行方法となっていた。この時点で、会期末までに1か月余りとなっており、法案を国会提出するためには、ほとんど時間的余裕がない状況になっていたが、地方団体側から異論が出て、制度試案の修正を余儀なくされるほか、法案の閣議決定に至るまでの与党の事前審査においても議論が百出するなど、会期末までの間に「疾風怒涛」の時期に突入することとなった。

4月22日の老健審最終報告から国会の会期末までの状況を、与党福祉プロジェクト、自社さ3党の動向、老健審等の審議会の開催状況等を中心に、時系列的にまとめると、次のとおりである¹⁵。

4月22日(月)老健審(13時-15時)「高齢者介護保険制度の創設について(最終報告)」

23日(火)自民党政調 社会部会・医療基本問題調査会合同部会(14時-16時)
(新介護システムについて)

¹⁴ 「基本的指針」は7項目からなり、利用者本位の制度とすること、制度構成は地方分権という時代の流れを踏まえたものとする、介護サービスは現物給付を原則とすること、多様な民間事業者の参入を促すものであること、段階的な施行を検討すること等、基本的な考え方を列挙したのであるが、言外に市町村保険者による地域保険、現金給付の否定、2段階施行などを示唆したものであった。

¹⁵ この時系列は、会議の開催、開催時刻、議題等について、筆者が勤務する厚生省の国会情報等の記録を基に整理した。

図表5

(資料)介護保険制度案の内容の変遷

	老人保健福祉審議会 最終報告 (96.4.22)	介護保険制度試案 (96.5.14)	介護保険制度修正 試案 (96.5.30)	介護保険制度案大綱 (96.6.6)	与党合意による修正 事項 (96.9.19)
事業主体	給付主体＝市町村 財政主体＝市町村あ るいは国等	市町村・特別区	市町村・特別区とし都 道府県ごとに介護保 険者連合会を設置し 事業主体を支援	市町村・特別区とし都 道府県ごとの連合組 織(連合会)が事業主 体を支援	市町村・特別区とし、 基金の設置、認定審 査事務の受託等によ る都道府県の役割の 増大と市町村支援の 強化
被保険者	65歳以上を被保険者 若年者も費用負担 (若年者は特例的な 給付) 20歳以上あるいは40 歳以上を被保険者と する案 年金方式の案	40歳以上を被保険者 65歳以上＝ 第1種被保険者 40～64歳＝ 第2種被保険者	40歳以上を被保険者 65歳以上＝ 第1号被保険者 40～64歳＝ 第2号被保険者	同左	同左
保険料	地域ごとの設定、全 国一律という案 応益保険料と応能保 険料の組み合わせ	1種＝市町村のサー ビス水準に応じた保 険料額、年金からの 特別徴収を検討 2種＝医療保険者が 医療保険料と一体的 に徴収	1号＝所得段階別定 額、3年ごとに定め る、年金からの特別 徴収 2号＝医療保険者が 医療保険料と一体的 に徴収	同左	同左
利用者負担	定率(1割のほか)に2 割等の意見)	介護給付費の1割 食費等は利用者負担	同左	同左	同左
公費負担	介護給付費の1/2が 多数。総介護費用の 1/2の意見	介護給付費の1/2	介護給付費の1/2 国と地方団体は各 1/4を負担	介護給付費の1/2 国は1/4、都道府県 及び市町村は各1/8 を負担	同左。市町村認定事 務費の1/2を国が市 町村に交付
事業主負担	医療保険料と同様の 負担、企業内福利と して労使協議に委ね る、法定化等の意見	医療保険料と同様 (被用者保険には事 業主負担、国保には 国庫負担)	同左	同左	同左
家族介護の 評価	現金支給に消極的な 意見と積極的な意見 を併記	現金給付は原則とし て当面行わない	保健福祉事業として 家族支援事業を実施 し、現金給付は当面 行わない	同左	現金給付は当面行わ ないが、ショートステ イ利用枠の拡大等の 支援策の実施
実施時期	円滑かつ早期実施 段階的施行も検討	在宅サービスは11年 4月、施設サービスは 13年目途 *2段階案 (当初 月500円)	同左	同左	12年度から在宅・施 設サービス同時実施

- 4月26日(金) 与党福祉プロジェクトから厚生省に対して試案の作成指示
- 5月10日(金) 与党福祉プロジェクト(8時-9時半)(関係団体からのヒアリング等)
・「介護保険制度の試案作成にあたっての基本指針」提示
- 14日(火) 与党福祉プロジェクト(8時)(厚生省試案について)
- 15日(水) 老健審(18時半-20時半)(介護保険制度試案について)
社民党拡大厚生部会(8時)(厚生省試案について)
与党福祉プロジェクト3座長会議(14時)(新介護システムについて)
- 16日(木) 自民党政調 社会部会・医療基本問題調査会合同会議(8時半)(新介護システムについて)
新進党介護問題プロジェクト(9時)(厚生省試案について)
- 17日(金) 与党福祉プロジェクト(8時-9時半)(厚生省試案について)
- 21日(火) 社民党厚生部会(8時)(全国市長会・町村会から意見聴取)
- 22日(水) 自民党社会部会・医療基本問題調査会合同会議(12時)(厚生省試案について)
老健審(介護保険制度試案に対する審議)
- 23日(木) 自民党政調 社会部会・医療基本問題調査会合同会議(12時)
- 24日(金) 与党福祉プロジェクト(8時-9時)(厚生省試案について)
- 28日(火) 与党福祉プロジェクト(8時)(厚生省試案について)
自民党政調 地方行政部会・地方制度調査会合同部会(8時半)(厚生省試案について)
- 29日(水) 社民党拡大厚生部会(8時)(介護保険について)
- 30日(木) 与党福祉プロジェクト(8時)(修正試案について)
自民党政調 社会部会・医療基本問題調査会合同会議(15時半)
老健審(10時-12時)(介護保険制度修正試案について)
- 31日(金) から6月2日(日) 厚生省介護対策本部では、全国市長会・町村会の会長等に対して個別に根回し
- 6月 4日(火) 与党福祉プロジェクト(8時)(厚生省試案について)
・審議会への諮問・答申の日程の調整
- 5日(水) 全国市長会会議(決議)
社民党拡大厚生会議(8時)(厚生省試案について)
与党福祉プロジェクト(19時)

- ・法案要綱に自民党議員から異論が出る。
 - ・22時半に再開して「制度案大綱」とする。
- 6日(木) 老健審(10時—12時)(介護保険制度案大綱の諮問)
 社会保障制度審議会(14時—16時)(同上)
 中央社会福祉審議会(10時—12時)(生活保護法等の改正についての諮問)
- 7日(金) 医療審議会(医療法の改正要綱の諮問)
 自民党政調、社会部会・医療基本問題調査会合同会議(8時半)(介護保険制度試案について)
- ・制度の発足を求める声があがったが、市町村や経済界から不満の声が出されていることから、国民の理解を求める一方、さらに議論を行うべきだといった慎重論が相次ぐ。
- 参議院自民党介護問題プロジェクト(14時半)
- 10日(月) 老健審(14時—15時半 1時間中断 16時40分—17時)
- ・答申まとまる。
- 中央社会福祉審議会、医療審議会 答申
 夕方、全国市長会・町村会会長と与党福祉プロジェクト3座長会議
- 11日(火) 社会保障制度審議会の答申
- 与党厚生調整会議・福祉プロジェクト合同会議(8時)(老人介護保険法案(仮称)等について)
 社民党拡大厚生部会(10時)(老人介護保険法案(仮称)等について)
 さきがけ拡大政調役員会(11時)(老人介護保険法案(仮称)等について)
- 自民党政調 社会部会(15時—17時)(老人介護保険法案(仮称)等について)
- 12日(水) 自民党政調 社会部会(8時半—10時15分)
 自民党政調 社会部会(19時半—21時)
- ・議論がまとまらず、政調会長一任
- 13日(木) 自民党政調 地方行政部会幹部会(9時)(介護保険制度について)
 与党政策調整会議(11時半)(老人介護保険法案(仮称)等について)
- ・本日17時に再度会議を開き、厚生・大蔵・自治各省から報告を

聞いた上で問題点を整理する。

社民党政審役員会（16時－16時40分）（法案について了承）

14日（金）与党福祉プロジェクト3座長打ち合わせ（10時）

17日（月）与党合意（要綱案、懸案事項、制度案の骨子）

18日（火）社民党拡大厚生部会（8時）（介護保険法案についての報告）

自民党政審（10時半）（介護保険法案についての報告）

自民党総務会（11時）介護保険法案についての報告）

与党政策調整会議（14時半）（介護保険法案の経過について）

19日（水）第136回国会閉会

3 与党事前審査から会期内提出見送り、そして与党合意

厚生省試案に対しては、地方団体からの反対が強かった。5月15日の老健審では、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。特に財政力が弱い町村の代表である全国町村会では、保険者を国とすることや要介護認定を都道府県が行うこと、保険料水準が市町村間で格差が生じないようにすること、在宅・施設サービスの同時実施、現金給付の制度化など、具体的な要望を明確にした。政府内でも、介護保険法案の国会提出をめぐって意見が分かれるような状況が現れ、新聞紙上ではしばしば「提出見送り」の記事が現れるようになった。たとえば、梶山官房長官は、5月16日に菅厚生大臣に対して、介護保険制度は国民の理解が得られていないとして、「結論を急ぐべきでない」という慎重論を示した。一方で、橋本首相は、5月17日の衆議院厚生委員会では、報道された見送り論を否定し、介護保険制度の必要性を強調した。

老健審の審議に一応の結論をつけて、法案の国会提出を図るためには、地方団体の理解を得ることが最重要課題となった。こうした中で、与党福祉プロジェクトの3座長は、全国市長会や全国町村会の代表と会談し、意見調整に努めた。厚生省では、5月15日に提示した制度試案を地方団体からの意見を踏まえて修正することとし、市村保険者の負担を緩和する観点から、都道府県ごとに「介護保険者連合会（仮称）」を設置することや、要介護認定を市町村から都道府県に委託できること、現金給付の代わりに家族支援事業の実施等を盛り込んだ介護保険制度修正試案を、5月30日の老健審に提示した。介護対策本部では、老健審の会議の場だけではなく、個別に老健審委員に説明をし、理解を求

めるという努力を別途を行っていたが、こうした努力がようやく功を奏して、6月上旬には介護保険制度案大綱を老健審と社会保障制度審議会に諮問すること、さらには他の関係審議会に関連法案についても諮問できる運びとなった¹⁶。

6月6日に老健審への諮問が行われ、答申は6月10日に行われた。答申の日の審議会では少数意見を答申書にどのように書き込むか等で、審議の一時中断があったが、全体としては了承する旨の答申が行われた。他の審議会の答申も得られて、法案を国会に提出するための閣議請議の手続きとしては、与党3党の事前審査を終えることのみとなった。6月11日に与党審査の日程が決められた。自民党の場合、6月11日と12日に社会部会、13日に政審と総務会、社民党の場合には13日に政審役員会（厚生部会は既に了承済み）、さきがけは12日に総務会、これらを経て、14日に与党政調会議及び院内総務会に諮るということになった。このスケジュールで、会期末ぎりぎりの18日（火）の閣議に介護保険法等の閣議請議が行うことができる見通しとなった。

与党3党の事前審査のうち、社民党とさきがけの場合は問題がなかった。紛糾したのは、自民党であった。自民党では、与党審査に入る以前から、社会部会と医療基本問題調査会の合同会議を開いて、厚生省から介護保険制度試案についての説明を求め、議論を重ねていたが、制度の発足を求める声もあがったものの、市町村や経済界から不満の声が出されていることから、国民の理解を求める一方、さらに議論を行うべきだといった慎重論が相次いでいた。

与党審査の手続きに入った6月11日の社会部会でも、様々な反対論や慎重論が噴出することとなった。社会部会長は与党福祉プロジェクトの自民党の座長である衛藤晟一議員であり、プロジェクトメンバーも加わっていたが、集まったメンバーの40数人中、大多数はプロジェクトに参加していない国会議員達であった。与党福祉プロジェクトは、途中から、厚生省と「二人三脚」で介護保険制度案を作り上げて来たので、そのメンバーは、当然のことながら法案の国会提出に賛成であったが、メンバー以外の国会議員の中には介護保険法案要綱も初めて見るといった具合で、介護保険制度は全く新しい社会保険制度であり、部会においてすぐに了承するわけにはいかないという姿勢であった。問題点として指摘されたのは、市町村保険者論に対して選挙区の自治体の首長達は完全には納得していないことや、社会保険として財政上安定的に運営できるのか、全ての高齢者から保険料を徴収できるのか、新たな増税案ではないか、定率（1割）の自己負担

¹⁶ 社会保障制度審議会が存在していたときには、社会保障関係の法律を国会に提出する際、お予算関連の法案や重要な法案については、必ず社会保障制度審議会に諮問し、答申を得ることが必要であった。

を全ての高齢者が負担できるのか、新たな社会保険の創設としては議論が不足しているのではないか、会期末に提出することは拙速ではないか、といった点であった。結局、この日の社会部会ではまとまらず、翌日さらに議論することとなった。

6月12日早朝の社会部会でも40人ほどの国会議員が集まり議論が行われたが、慎重論が多数のため「了承」という結論が出ず、その日の夜に再度部会を開催するという異例の事態となった。19時半から再開された部会でも、国民の理解が得られていない、関連法案も一緒に審査する必要がある、会期末に提出する理由が不明等の慎重論が多数を占めた。結局、社会部会は、「新たな介護制度を創設するという点で、意見の一致を見た。しかし、老健審の答申に基づく介護保険制度については、市町村を始め、関係団体や国民に十分理解されていないという声もあり、その取扱いについては、政調会長にゆだねる。引き続き、内容については、社会部会で慎重な検討を重ねる」という結論で、部会を終えることとなった。

自民党社会部会で了承されなかったために、政審、総務会という次へのステップに進むことができなくなった。13日に行われた与党政策調整会議では、厚生省、大蔵省、自治省の担当責任者から意見を聞いた上で、最終的に結論を出そうということになった。当日夕方開かれた会議では、自治省からの意見は、地方団体の主張を踏まえて、介護保険制度案は市町村の理解を十分得ていない、さらに協議を続けるべきではないかという慎重論であった。こうした一連の経緯から、与党福祉プロジェクト3座長及び厚生省では、介護保険法案の会期内国会提出を見送り、その代わり与党合意をまとめることにより、与党3党内での合意形成及び時期国会への法案提出の確約を得るという方針に切り替えた。

6月17日、与党合意がまとめられた。介護保険法案の会期内国会提出を見送るが、市町村の不安解消など5項目の懸案事項の解決を図り、法案作成作業を行い、次期国会に法案を提出するというものであった。

V まとめ——連立与党の政策過程から見えてくるもの

6月17日の与党合意後、与党政策調整会議（当時、座長は山崎拓自民党政調会長）は、「介護保険制度の創設に関するワーキングチーム」（以下「与党ワーキングチーム」という。）を設置し、与党合意に基づき、介護保険制度の創設に向けて、懸案事項の解決に向けての調整・検討を行うこととなった。主たる課題は、市町村保険者論に反発する地方団体との調整であった。与党ワーキングチームでは、7月12日から9月2日にかけて、

福岡市、横浜市、札幌市、神戸市、高知市及び山形氏の全国 6 ヶ所で公聴会を開いた。公聴会では、各地域の市町村長、医師会や看護協会、福祉団体、経営者団体、労働組合、学者、要介護高齢者の家族の会等が出席し、介護保険制度に対する意見を述べた。公聴会では、制度案の細かな内容では様々な意見が出されたが、全体としては、介護保険制度の創設に賛成する意見が多数であった。家族介護を評価する現金給付に対する賛成意見も多かった。市町村長からは、市町村保険者論に対して財政的、事務的負担増に対する不安の提起や、在宅サービスと施設サービスの二段階実施論に対して同時実施の意見が出された。

与党ワーキングチームでは、9月10日に、6回の公聴会で出された意見を6月の与党合意の5項目に沿って整理した論点メモを作成し、その後会議を重ねて、9月17日、与党ワーキングチーム三座長による「介護保険法案要綱に係る修正事項(案)(三座長試案)」を提示し、最終的に座長一任となった。与党三党は、9月18日に三党の幹事長・政審会長レベルによる六者協議を行い、「三座長試案」を一部修正した「介護保険法案要綱案に係る修正事項(案)」の内容を確認し、別途「公的介護保険制度の実施時期について(案)」と題する文書で合意した。さらに、9月19日、与党責任者会議が開催され、前日の文書とほぼ同じ内容の「介護保険法要綱案に係る修正事項」と「公的介護保険制度の実施時期について」の内容を了承し、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。与党修正の主な内容は、市町村の財政的・事務的負担の軽減措置と施行時期の調整であった。市町村が行う要介護認定事務にかかる経費の2分の1を国が負担することや、都道府県は財政安定化基金を設置すること、市町村の事務運営を支援し、保険者事務の広域化を促進すること等が盛り込まれた。施行時期は、二段階実施ではなく、在宅サービス、施設サービスとも2000(平成12)年度からと、同時実施とされた。公聴会で賛成論が多かった家族介護に対する現金給付については、「当面行わないこととし、介護基盤整備への資金投入を優先することとするが、家族介護に対する適切な評価と支援を行う観点から、ショートステイ利用枠の拡大等家族介護に対する在宅サービスの重点的提供を行う」こととされた。

ここに至って、ようやく介護保険法案の国会提出の道が開かれた。菅直人厚生大臣は9月20日の閣議で「厚生省としては、与党合意の内容を十分尊重し、関連法案の国会提出に向けて早急に必要な法案作業を進めていく」と発言し、この厚生大臣発言を受けて、橋本首相は「他の閣僚も協力して進めてもらいたい」と要請した。しかし、9月27日に召集された第137回臨時国会では、冒頭で衆議院が解散されたので、介護保険法案は、

衆議院選挙後の第2次橋本内閣が成立したあと召集された第139回臨時国会において、11月29日提出されることとなった。

その後、介護保険法案は第140回通常国会に継続審議となり、衆議院厚生委員会において約36時間の質疑と地方公聴会、参考人意見聴取等を経て、法案提出の翌年である1997年5月22日、衆議院本会議において賛成多数で可決された。次いで、参議院に送付されたが、通常国会が閉会となったので、継続審議となり、次の第141回臨時国会において、参議院厚生委員会で約34時間半の質疑と地方公聴会、参考人意見聴取等を経て、12月3日、参議院本会議で修正法案が賛成多数で可決、続いて、12月9日、衆議院本会議で修正法案が賛成多数で可決し、ここに約1年1ヶ月の国会審議を経て介護保険法案が成立した¹⁷。

以上、与党を中心とした政治の場の動きを中心に、介護保険制度の政策過程について分析したが、その特徴としては、次の3点を指摘できる。

第1に、従来、厚生省主導型であった社会保障関係法律の政策過程において、初めて本格的に与党国会議員のイニシアチブが発揮されたことである。連立政権以前の自民党単独政権下においては、社会保障関係の法律の制定にあたっては、厚生省が審議会における審議、諮問・答申等を経て原案を作成し、自民党の事前審査を経て閣議決定、国会提出というパターンが一般的であった。自民党社会部会の国会議員や「厚生族」と言われる有力議員には、原案作成過程において適宜説明し、了承を求めるといった事前の「根回し」はあるとしても、組織的に協議をし、時間をかけて調整を行うということにはなかった。介護保険法案の場合には、老健審の審議と並行して、与党福祉プロジェクトが検討を行い、老健審では制度案がまとまらなくなった状況を補う形で、成案作成に向けてのイニシアチブをとり、1996（平成8）年4月末頃からは、与党福祉プロジェクト主導という形で介護保険法案大綱が作られることとなった。

介護保険法制定以降の社会保障関係の重要法案の政策過程をみると、2000（平成12）年の年金制度改正や2002（平成14）年の医療保険制度の改正のように、厚生官僚のイニシアチブから与党あるいは官邸（首相）のイニシアチブが大変強くなってきている。介護保険制度は、省庁主導型の政策過程から与党あるいは官邸主導型の政策過程へ移行

¹⁷ 1997年5月22日の衆議院本会議の採決では、賛成が自民党、社民党、さきがけ、民主党、太陽党、反対が新進党、共産党であった。また、12月3日の参議院本会議の採決では、賛成が自民党、社民党、さきがけ、民緑党、太陽党、反対が平成会、共産党、自由の会、新社会党、12月9日の衆議院本会議の採決では、賛成が自民党、社民党、さきがけ、反対が共産党であった。なお、民主党や平成会は、住專問題に対する政府の取組みを批判して、採決には加わらなかった。

する分水嶺であったと言えよう。

第2に、自社さ連立政権の存在により初めて介護保険制度が法制度として結実できたという点である。1996（平成8）年6月の自民党社会部会の事前審査の状況をみれば分かるように、おそらく自民党単独政権であったとすると、介護保険制度の法案化についてはもっと時間を要したものと考えられる。介護の社会化や社会保険制度の導入に肯定的であった社会党（途中から社民党）・さきがけの存在と、福祉プロジェクトに参画した自社さ三党の国会議員が、介護保険制度創設の推進にあたって重要な役割を果たした。

1996（平成8）年6月に介護保険法案の国会会期内提出をめぐって与党三党の足並みが乱れた時には、さきがけから内閣に入った菅厚生大臣の辞任報道もなされたほどで、6月19日の与党合意により、自社さ三党の連立が再確認された。つまり、介護保険法案をめぐる取扱いが、自社さ三党を結びつける「接着剤」の効果を果たしたといえる。1996

（平成8）年10月20日の総選挙後に行われた三党の政策合意においても、「懸案重点事項4項目」の一番目に介護保険制度が取り上げられ、「選挙前に取りまとめた内容で次期臨時国会に法案を提出し、成立を期す」という意思統一が図られた。このとき、社民党とさきがけは閣外協力に転じたのであるが、介護保険法案の成立にあたっては最後まで推進力となった。

村山内閣、橋本内閣という自社さ連立政権においては、連立内閣を構成する与党三党の間で、具体的な政策課題に対して政策の不一致を解消するために可能な限り協議を行い、合意形成を図るという意識が共有され、そのために三党が対等な関係での意思決定機構をつくり、実際に与党福祉プロジェクトの例のように、三党で歩調を合わせながら政策形成・政策決定に努めていた。

その後、第2次橋本改造内閣、小渕内閣という自民党単独政権を経て、1999（平成11）年1月からは自民党・自由党の連立、同年10月からは自民党・自由党・公明党の連立、2000（平成12）年4月からは自民党・公明党・保守党の連立となっている。自社さ連立政権とその後の連立政権の政策決定のあり方を比較すると、前者の方が政党間においてほど良い緊張関係があり、それが様々な課題を解決することに貢献したものと考えられる。「三党連立政権は2年余りの間に、55年体制下ではなしえなかった多くのことをなし遂げた。自民党単独政権下では全く違う結果がもたらされたであろうこと考えるならば、いずれ歴史的に大きな評価を得ると確信する」¹⁸（96年10月31日自民・

¹⁸ 1996年10月31日の自民党、社民党および新党さきがけの政策合意の要旨から（1996年10月31日朝日新聞夕刊）。

社民・新党さきがけの政策合意) という成果のひとつが、介護保険法の制定であったといえる。

ただし、問題点は、与党福祉プロジェクトの決定よりも、各党特に自民党の事前審査の結果の方が重みがあったことである。その後の連立政権では、政府提出の法案の検討・作成等の政策過程において、連立与党間の議論よりも、自民党内の各部会の決定や法案の事前審査が、単独政権時代と変わらぬ位置をしているように感じられる¹⁹。

第3に、政治主導型の政策過程といっても、福祉プロジェクトや与党ワーキングチームのとりまとめにあたっては、厚生省高齢者介護対策本部からの説明、意見調整等が十分行われたものであり、実態的には与党福祉プロジェクト等の与党三党と厚生官僚との「二人三脚」でもあった。与党福祉プロジェクトのような検討方法は、行政実務を所管し、法合作成やデータ分析等のスタッフを要して政策立案機能を持つ省庁担当者と、国民の代表として、世論や関係団体等の意見も反映しながら政策立案にあたる国会議員の意見を調整し、より国民から合意を得やすい政策を立案するためには、望ましい方法のひとつではないかと考えられる。最近の連立政権下では、再び自民党などの個々の政党単独での政策形成が目につくが、連立政権としての政策形成のための協議や内閣との政策調整を行う場が必要であろう。

(引用・参考文献)

岩井泰信 (1988) 『立法過程』 東京大学出版会

伊藤 茂 (2000) 『動乱連立』 中央公論社

伊藤光利・田中愛治・真淵勝 (2000) 『政治過程論』 有斐閣

梅澤昇平 (1998) 『現代福祉政策の形成過程』 中央法規出版

梅澤昇平 (2000) 『野党の政策過程』 芦書房

衛藤幹子 (1998) 「連立政権における日本型福祉の展開——介護保険制度創設の政策形成過程」 『レヴァイアサン 1998年夏号』 木鐸社

¹⁹ 小泉内閣において、小泉総理は、内閣主導型の政策決定のために、自民党の事前審査性の廃止等を提案したところ、党内で大議論となった。郵便事業への民間参入と認める郵政公社関連法案については、自民党総務会の手承を得ていないにも関わらず、政府は国会提出を決定した。ただし、その後、事前審査制の在り方等について検討した自民党改革本部は、最終的には現状維持の結論を出したので、その後は従来通りの事前審査が行われることとなった。

加藤淳子（1997）『税制改革と官僚制』東京大学出版会
田丸太（2000）『法案作成と省庁官僚制』信山社
菅直人（1998）『大臣』岩波新書
草野厚（1999）『連立政権』文春新書
小島信夫（1979）『法律ができるまで』ぎょうせい
西川伸一（2000）『知られざる官庁・内閣法制局』五月書房
中村明雄（1996）『日本政治の政策過程』芦書房
中野実（1992）『日本政治の政策過程』東京大学出版会
中野実（1993）『日本の政治力学』日本放送出版会
中邨章編著（2001）『新版・官僚制と日本政治』北樹出版
西尾 勝（1993）『行政学』有斐閣
日本医師会総合政策研究機構（1997）『介護保険導入の政策形成過程』
村川一郎・石川泰州（1995）『日本の政党』丸善
村川一郎（2000）『政策決定過程』信山社

第2部 介護保険制度の実施後の評価

第1章 転機を迎えた介護保険

I はじめに

介護保険制度が2000（平成12）年4月に実施されて以来、2008（平成20）年で9年目に入った（表1参照）。

2000（平成12）年の実施の頃を振り返ると、保険者である市町村関係者や被保険者となった高齢者やその家族、サービス提供者事業者である医療・福祉関係者、新たに事業主負担を求められた経済界、制度創設に批判的な人も多かった研究者など、介護保険制度は全国的な関心事であった。新聞紙上では、実施に向けてのカウントダウンが始まり、毎日、関連の記事が掲載された。関係者は不安と期待をもって4月1日を迎えた。

厚生省（現在の厚生労働省）では、施行前日の3月31日に省内組織である介護保険制度実施推進本部の会議を開催し、実施に当たっての最終確認を行い、市町村からの緊急連絡に即応できる窓口を設置して施行日を迎えた。4月1日午前零時、深夜訪問のホームヘルパーが訪問介護事業所から要介護者宅へ向けて出発した。同日の午前中には、小渕恵三首相（当時）が丹羽雄哉厚生大臣（当時）とともに都内の特別養護老人ホームを視察した。介護保険制度の実施は一大イベントであった。

当時、介護保険制度は、「20世紀最後の大事業」あるいは「介護革命」などと呼ばれたように、社会保障分野のみならず国民生活に一大変革をもたらすものとして、大きな「期待」と「高揚感」をもって迎えられた。

あれから丸8年が経過した。残念ながら現在では、介護保険制度への期待は色あせたかのように見える。増大する保険財政から将来の持続可能性が疑問視されている。2005（平成17）年の法改正によって介護サービスを利用しにくくなったという声が聞かれる。「仕事のわりに給与が低い」という評価が定着して事業者は介護従事者の人手不足に苦慮している。2007（平成19）年には、民間最大手の訪問介護事業者コムスンが不正行為等から介護事業分野からの撤退を余儀なくされた。

なぜこのような事態に陥ってしまったのだろうか。この小論では、施行から今日までの介護保険制度の実施状況を踏まえて、その「光」と「影」を浮き彫りにし、今後の方向性を考察する。

(表1) 介護保険制度をめぐるこれまでの経緯

	1997(平成9)年	12月	介護保険法成立・公布
第1期 (2000～02年度)	2000(平成12)年	4月	介護保険法施行
	2001(平成13)年	10月 1月 10月	第1号保険料の半額徴収開始 中央省庁再編で、厚生労働省発足 第1号保険料の全額徴収開始
第2期 (2003～05年度)	2003(平成15)年	4月 5月	介護報酬改定、第1号保険料見直し 社会保障審議会に介護保険部会設置 (「施行5年後の見直し」について検討開始)
	2005(平成17)年	6月 10月	介護保険法等の一部を改正する法律成立 施設給付の見直し(食費・居住費自己負担化)
第3期 (2006～08年度)	2006(平成18)年	4月	改正法の全面施行
	2008(平成20)年	6月	介護報酬改定、第1号保険料見直し
	2009(平成21)年	4月	介護保険法等の一部を改正する法律成立 介護報酬改定、第1号保険料見直し(予定)

(注) 介護報酬や第1号保険料、市町村の介護保険事業計画は3年ごとに見直しが行われることから、3年を1期として区分している。

II 介護保険制度の現状

介護保険制度実施8年目にあたる2008(平成20)年時点で、介護保険制度の現状を数字で示すと、次のとおりである。

被保険者数は、第1号被保険者(65歳以上の者)が2,736万人(2008年1月末現在)、第2号被保険者(40歳以上65歳未満の者)は4,276万人(2005年度平均値)。被保険者数は人口構成の変化を反映しているため、第1号被保険者は実施時点(2000年4月)の26%増であるが、第2号被保険者は若干減少している。

要介護認定者数(要支援も含む)は、第1号被保険者が435万人、第2号被保険者が15万人、合計450万人である。実施時点(2000年4月末)の218万人の2.1倍と、被保険者数の伸びよりもはるかに大きい。全要介護者数の97%は65歳以上の者であり、我が国の介護保険制度は、実質的に「高齢者介護保険制度」であることを示している。全高齢者の16.4%、つまり6人に1人は要介護の認定を受けていることになる。これを75歳以上で見ると10人に3人は要介護者である。

サービス受給者数は368万人(2008年1月)であり、実施時点(2000年4月)の149万人の2.5倍に増加している。その内訳は、居宅サービス266万人、施設サービス82万人、

地域密着型サービス 19 万人となっている。実施時点（2000 年 4 月末）と比較をすると居宅サービスの伸びがめざましく、2.8 倍に増加している。

介護保険の総費用（保険給付と利用者負担の合計額）は、2008（平成 20）年度予算では 7.4 兆円となっており、施行初年度（2000 年度）の 3.6 兆円の約 2.1 倍の増加である。国民医療費（2007 年度で 30 兆円）に比べれば金額は小さいが、生活保護を含む他の社会福祉分野の給付に匹敵するくらいの大きさとなっている。

このように、要介護認定者や介護サービス利用者あるいは介護費用の増大は、介護保険制度がすっかり国民生活、とりわけ高齢者介護の世界に定着していることを示している。

Ⅲ 介護保険制度の「光」の部分

介護保険制度の導入は、高齢者介護分野のみならず我が国の社会保障分野に対しても大きな変革をもたらしている。その主なものを列挙すると次のとおりである。

1 介護サービスの利用契約制への転換

社会保障分野における最も大きな変革は、介護サービスの利用手続が、従来の措置制度から利用契約制へと改められたことである。措置制度は、行政機関がサービスの必要な人を選別して行政処分としてサービス利用を決定するという仕組みであった。介護保険制度では、利用者はサービス提供事業者との間の利用契約に基づきサービスを利用するという利用契約制の仕組みである。利用契約制では、サービス利用に当たって、利用者の自己決定や自己選択が尊重される。措置制度は「行政機関中心型の仕組み」であったが、介護保険制度では「利用者中心型の仕組み」に改められたということができる。

この変革により、措置制度時代の介護サービスのイメージ、たとえば「低所得者が利用するもの」や「福祉の恩恵」といったイメージは一新され、誰でも必要なときには他人の目を気にせずに介護サービスを利用できるという「サービスの一般化・普遍化」につながった。措置制度時代にはサービス利用にあたって行政機関の審査のために時間がかかったが、介護保険では要介護認定を受けていれば、あとは介護支援専門員（ケアマネジャー）にサービス調整を依頼して容易にサービスを利用できるようになった。

こうしたサービス利用手続の改善は、他の社会福祉分野にも影響を与え、障害者福祉分野でも措置制度が見直されることとなった。すなわち、2000（平成 12）年の社会福祉基礎構造改革の一環として身体障害者福祉法等が改正され、障害者福祉サービスの利用手続を利用契約制に改める支援費制度が 2003（平成 15）年度に導入された。その後、

2005（平成 17）年制定の障害者自立支援法に引き継がれた。

2 介護ビジネスの誕生

措置制度の廃止と利用契約制の導入は、介護サービス提供における行政のコントロール力が弱くなり、利用ニーズが高まればサービス提供量も多くなるという関係となった。また、介護保険制度における居宅サービスにおいて、従来の市町村や社会福祉法人以外に民間企業やNPO等の団体の参画も認められたことから、「ビジネスチャンス」を感じた多くの事業者が介護サービス分野に参入してきた。サービスを全国展開する民間企業も現れるようになった。介護サービス事業者によるテレビや新聞等での宣伝が見られるようになったが、こうした行為は措置制度時代にはありえなかった。いわゆる「介護ビジネス」と呼ばれる産業分野が誕生した。

訪問介護等の福祉系の居宅サービス事業所は、約3万3千か所（2001年）から約6万か所（2005年）へと急増した。なかでも営利法人（民間企業）の事業所数が急増し、訪問介護、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）や福祉用具貸与の分野では、社会福祉法人その他の主体よりも、営利法人が最も多い。

介護サービス分野で働く人々も増加した。介護職員数は2000（平成12）年には54万9千人であったのが、2005（平成17）年には112万5千人と倍増している。措置制度時代にはホームヘルパーの増員さえなかなか計画通りには進まなかったが、介護保険制度下では、訪問介護事業所が実施後5年で全国2万か所を超えるまでに増加した。ヘルパー数（訪問介護従事者数）は、17万人（2001年）から40万人（2005年）と急増した。ケアプランの作成等の業務を行うケアマネジャーも2007（平成19）年までに43万人が資格受講試験に合格している。制度実施の頃は経済不況が続いていたので、介護サービス分野はIT産業等と並んで雇用拡大の場として期待されたが、その期待にこたえる形となった。

3 サービスの質の向上

サービスの量的拡大ばかりでなく、利用者の尊厳を重んじたサービスの質の向上に向けての取組が活発に行われるようになった。

たとえば、要介護者をベッドに縛り付ける身体拘束を原則禁止とする取組「身体拘束ゼロ作戦」は、従来漫然と行われてきた介護行為を利用者の人権尊重の視点から見直すものである。あるいは、入所施設における「ユニットケア」は、少人数単位で介護サービスを提供することによりケアの質と利用者の満足度を向上させるものである。事業者

の情報公開やサービスの第三者評価も導入された。

高齢者の住まいに注目が集まるようになったのも大きな変化である。特別養護老人ホーム等の従来の入所施設に加えて、認知症グループホーム、有料老人ホームやケアハウス、さらには高齢者優良賃貸住宅等、様々な形態の住まいが登場している。従来の集団介護を前提とした入所施設という性格のものではなく、個々人の生活様式を重視した上での「介護サービス付住宅」という性格のものである。介護保険財政の増大を抑制する観点から特別養護老人ホーム等の増設には一定の制約がかけられているが、高齢化の一層の進行とともに、高齢者向けの「介護サービス付住宅」に対する潜在的ニーズは極めて大きいものと考えられる。

IV 介護保険制度の「影」の部分

上述したような介護保険制度がもたらした変革はプラス面として認識されたほか、世論調査をみても制度に対する肯定的な評価が多かった¹。他方、制度の定着とともに総介護費用が増大し続けていることから、保険料負担の増大が見込まれ、制度の持続可能性が課題と指摘されるようになった。以下、介護保険制度実施後に見えてきた主要な課題について論じることとする。

1 総介護費用の増大とその対策

制度実施後 2004（平成 16）年度までに、介護保険の総費用、給付費は毎年度 10%以上の伸びを示した（表 2 参照）。これは、国や地方自治体の負担増、保険料負担増につながる。

実際、高齢者の保険料負担である 1 号保険料は、制度発足当初の全国平均月額 2,911 円から 3 年後の第 2 期には 3,293 円と 13%の伸びを示した²。そのまま推移すると、第 4 期（2009～2011 年度）には月額 5,100 円と 5 千円を超えるものと見込まれた。地方自治体関係者を中心に、高齢者夫婦 2 人で月額 1 万円を超えることが問題視された。

医療保険制度と比較をすると、介護保険の保険料水準は低いが、こうした負担感には

¹ 読売新聞社の世論調査によると、「介護保険制度を評価しているか」という問に対して、「大いに評価している」が 15.1%、「多少は評価している」が 46.0%と全体の約 6 割の人が評価していると回答した（『読売新聞』（2005. 1. 28））。しかし、最近の内閣府の世論調査（「社会保障制度に関する特別世論調査」2008 年 9 月）によると、介護制度に満足していない人が 53%となっている。

² 第 1 号被保険者の保険料は（1 号保険料）は、3 年間で 1 期として市町村保険者ごとに設定される。第 1 期は 2000（平成 12）年度から 2002（平成 14）年度。第 2 期は、2003（平成 15）年度から 2005（平成 17）年度。

介護保険の特異性も反映している。すなわち、医療保険であれば被保険者は保険料を負担する一方で医療機関を受診することも多い。特に高齢者の場合には受診することが頻繁であるので、医療保険料負担にも理解が得られやすい。しかし、介護保険の場合には、要介護認定者が高齢者の6人に1人ということは、逆に要介護者でない自立した高齢者は6人中5人となる。自立した高齢者は介護保険給付を受けるということはないので、「保険料の掛け捨て」という意識を持つことになる。制度を運営する市町村保険者にとって、自立した高齢者に対して介護保険料の引上げについて理解を求めることには困難が伴う作業となる。

また、国の負担についても、社会保障関係予算の伸びを縮減しなければならないという厳しい財政状況から、介護保険の国庫負担が毎年10%以上増加することが許される状況ではない。

こうした状況から、介護保険法附則に定められた「法施行後5年を目途とした見直し」の一環として行われた「2005年法改正」（後述）において、「将来にわたる制度の持続可能性」すなわち総介護費用の伸びの抑制が大きな課題となった。

(表2) 介護保険財政等の動向

年度	2000 (平12)	2001 (平13)	2002 (平14)	2003 (平15)	2004 (平16)	2005 (平17)	2006 (平18)	2007 (平19)	2008 (平20)
総介護費(兆円)	3.6	4.6	5.2	5.7	6.2	6.4	6.4	6.9	7.4
保険給付費(兆円)	3.3	4.1	4.7	5.1	5.6	5.8	5.9	6.3	6.7
要介護者数(万人)	256	298	345	384	409	432	440	451	—
サービス受給者数(万人)	184	218	254	287	317	337	354	368	371
1号保険料(月額円)	2,911			3,293			4,090		

(出所) 厚生労働省資料

(注) 総介護費及び保険給付費は、2000年度から2006年度は実績値。2006～2007年度は補正後予算、2008年度は当初予算ベース。要介護者数は、2000年度から2006年度は各年度末、2007年度は同年12月現在。サービス受給者数は、2000年度から2006年度は各年度月平均、2007年度は同年12月現在、2008年度は同年5月現在。1号保険料は全国の保険者の平均値

2 事業者の不正行為の増加

制度実施後、介護サービス事業者が急増する一方で事業者の不正行為が見られるようになった。事業者の不正行為とは、サービス提供をしていないにもかかわらず介護報酬を請求する架空請求や、時間・回数の水増し請求、無資格者によるサービス提供やケアプランの作成、虚偽の指定申請、人員配置基準違反などである。これらを理由とした指定取消は、2003(平成15)年度末までに全国で232事業所にのぼった。取消事業所の中では、訪問介護事業所や居宅介護支援事業所が多かった。介護保険給付費が増加する中で、保険者が介護給付費適正化対策に力を入れるようになったことも、事業者の不正行為の発覚につなが

った。

とりわけ、2007（平成19）年に発覚したいわゆる「コムスン問題」は、それまで急成長をとげてきた介護ビジネスに冷や水をあびせることとなった。

株式会社コムスンは、2007（平成19）年4月段階で従業員2万4千人、指定事業所数2,081、利用者数6万5千人、年間売上639億円（2006年6月決算期）という、当時在宅介護最大手の企業であった。訪問介護事業所は1,110か所と全国の事業所数の5%を占めていた。介護保険制度で躍進した民間企業の旗手であった。

しかし、2006（平成18）年12月からの東京都の立入検査では、不正行為や虚偽の指定申請、人員基準違反の訪問介護事業所の存在が発覚した。さらに、2005年改正法が施行された2006（平成18）年4月以降でも、複数の県において虚偽申請の事業所の例が明らかになった。取消処分に対応する不正行為であったが、コムスンは事業所の廃止届を出して行政処分を免れる対応を繰り返していた。

そこで、2007（平成19）年6月、厚生労働省では、コムスンの事業所の新規指定や指定更新を行わないよう都道府県に指導した。コムスンは、同一資本グループ内の株式会社に事業譲渡を行おうとしたが、脱法行為との批判を受けた。厚生労働省からも譲渡凍結の行政指導を受けた。最終的には、コムスンは介護サービス事業からの撤退を余儀なくされ、同年11月、利用者保護の観点から、コムスンの事業所は都道府県単位で他の民間事業者に譲渡された。

コムスン問題は、最大手の企業といえども、法令を遵守しない不正事業は介護事業から撤退しなければならないという事例となった。また、不正事案の再発防止を図り、介護事業運営の適正化を図る観点から、2008（平成20）年の介護保険法の一部改正³が行われる契機となった。

3 介護従事者の確保難と処遇問題

介護保険制度創設の検討が始まった90年代後半から実施直後の2000年代初頭の頃は、拡大する介護ビジネスへの期待が高まり、介護福祉士の養成施設や大学における福祉関係の学部の創設が相次いだ。介護分野で働く労働者も急増した。しかし、後述する2006（平成18）年の改正介護保険法の施行の影響や、他の産業分野の雇用環境の改善等から、近年、介護従事者の確保難や人手不足が顕在化してきた。人材確保のためには賃金引上げ等の対応が効果的であるが、制度実施以来、介護報酬のマイナス改定が続いたことから、介護事業所の経営

³ 2008年5月、「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案」が国会で成立し、介護サービス事業者に対して新たに業務管理体制の整備を求めることや、行政機関による事業者の本部等に対する立入検査権の創設、不正事業者による処分逃れ対策等の措置が講じられることとなった。

状況は悪化しており、職員の給与の引上げ等の処遇改善にも限界がある。

全労働者の離職率が平均 16.2% (2006 年度) であるのに対し、介護職員の正社員では 20.4%、非正社員では 32.7% の高率となっている (介護労働安定センター調査)。平均賃金も 20 万円前後となっている。離職理由で多いのは「賃金が低い」「収入が不安定」「精神的にきつい」となっている⁴。介護職員が集まらないために施設開所が遅れたり、開所規模を縮小したりする等の事態が生じている。介護福祉士養成校は大幅な定員割れに見舞われており、将来の人材確保という面でも危うい状況になりつつある。

V まとめ—2005 年法改正の概要と課題

1 2005 年改正のねらいと概要

2005 (平成 17) 年 6 月、介護保険法等の一部改正法案が国会で成立した。この改正は、法施行後 5 年を目途として制度の実施状況等について検討を行い、必要があれば所要の措置を行うこととした介護保険法附則第 2 条の規定を踏まえたものである。制度見直しの基本的視点として、「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」「社会保障の総合化」の 3 点が掲げられ、新予防給付の創設や介護予防事業の推進等の予防重視型システムの確立、施設給付の見直し、地域密着型サービスの創設、地域包括ケア体制の整備、事業者に対する規制の強化等の措置が講じられることとなった。

広範な内容の制度改正であったが、改正論議の中で最も大きな課題は、急増する介護費用の増大を抑制するにはどうしたらよいかという財政問題であった。制度の定着とともに、施行後 6 年間で約 2 倍となった介護費用の増大が、国や地方自治体の負担金、高齢者等の保険料を上昇させることとなり、経済界や地方自治体関係を中心に制度の持続可能性を問題視させた。政府にとっても、財政状況の厳しさから国庫負担の増大を抑制する必要性が高まった。

そこで導入された施策が、食費や居住費を自己負担とする施設給付の見直し (2005 年 10 月実施)、保険者機能の強化による介護給付適正化対策の推進、軽度者 (要支援者) に対する給付の抑制、介護予防事業による要介護者数の増加ペースの通減等であった。さらに、2006 (平成 18) 年 4 月の介護報酬改定も前回に引き続きマイナス改定とし、費用抑制の手段となった。

⁴ 足立清史九州大学教授が委員長「改定介護保険制度」調査委員会の調査 (2007 年) によれば、介護事業者が職員の離職・退職の理由に挙げたものは、「賃金が低い」(53.0%)、「収入が不安定」(34.9%)、「精神的にきつい」(24.4%) の順となっている。

2 2005年改正の課題

「2005年改正」の影響は、さっそく2006（平成18）年度の介護保険事業の実績にあらわれている。まず、介護費用総額が対前年度比0.5%減（342億円減）と、制度実施後初めて減少に転じた。保険給付費の伸びも1.4%増と極めて低率となった。第1号被保険者1人当たり給付費も219千円、対前年度比2.2%減と、これも初めて減少した。要介護認定者数は対前年比8万人増（1.8%増）であったが、第1号被保険者に占める割合では15.9%、対前年度比0.2%減と初めての減少となった。

こうしてみると、「2005年改正」がねらいとした介護費用の抑制策が功を奏したかのように見える。しかし、2006（平成18）年度から始まったばかりの介護予防事業によって要介護者の増加が抑制されたとはいいがたく、実際には介護給付の抑制や介護報酬のマイナス改定による効果が大きかったものと考えられる。

例えば、軽度者への訪問介護が毎月の定額制とされたことから、訪問介護における生活援助の利用が激減した。「使いにくい介護保険」という不満を高めることとなった。2006（平成18）年度における軽度の要支援・要介護認定者数は対前年度比で若干の減少に転じたが、これは軽度者の要介護認定申請へのインセンティブが弱くなったことの反映でもある。

他方、「2005年改正」の目玉として導入された予防給付や介護予防事業であるが、その効果は不明である。2006（平成18）年9月に公表された総務省の「介護保険事業等に関する行政評価・監視」によると、要支援者の中で介護予防サービスの利用率が高くないこと、特定高齢者の介護予防事業への参加率が低いこと等の実態から、厚生労働省に対して、介護予防サービス等の利用促進や費用対効果を明らかにすること、特定高齢者に対する介護予防事業について費用対効果の観点から厳密な分析を行い事業の在り方を検討すること、等の勧告を行っている。

軽度者の介護サービス利用の抑制、食費等の自己負担化による施設サービスの利用抑制、さらには介護報酬のマイナス改定が、事業者の経営状態を悪化させている。「平成20年度介護事業経営実態調査結果」（厚生労働省）によると、これまで比較的収支差率が高かった特別養護老人ホームや介護老人保健施設でも、収入が横ばいの一方、人材確保難から職員の給与を上げているため、収支差率が縮小している。訪問介護事業所は収支差率がゼロ近い水準であり、居宅介護支援事業所は20%近い赤字状態となっている。前述した介護従事者の確保難や処遇問題も、最近の介護費用の抑制という政策と密接に関連している。

結局、「2005年改正」における財政抑制策は、保険財政の面では一定の効果をもたらしたものの、利用者の介護保険への不満の増大、介護事業者の経営悪化、介護従事者の確保難等の問題ももたらしてしまったといえる。

VI これからの介護保険制度

以上、介護保険制度実施後の現状と課題について概観したが、制度創設以来9年目に入り、大きな転機を迎えている。制度実施後まもなくは、介護サービス利用者や介護サービス事業者の増大は、「介護サービスの普遍化」や「民間活力の反映」として肯定的にとらえられてきた。制度に対する世論の評価も高かった。しかし、「2005年改正」の頃から介護保険制度に対する諸問題、特に介護保険の財政問題を中心に、保険給付の無駄、要介護者の増大、介護事業者の不正行為等の問題に対する対応の厳格さが求められるようになった。さらに、今後とも進行し続ける人口高齢化への対応問題を考えると、介護保険制度の絶え間ない見直しや改善が必要となることであろう。

最後に当面の主要課題について説明する。

1 介護報酬の改定

介護報酬は3年ごとに改定されるが、これまでの2回はいずれもマイナス改定であった。2003（平成15）年改定では、全体としてマイナス2.3%（在宅は+0.1%、施設は-4%）、2006（平成18）年改定では、全体としてマイナス0.5%（在宅は-1%、施設は0%。ただし、食費・居住費の一部負担を導入した2005（平成17）年10月改定を含めると施設-4%。全体としても-2.4%）であった。

介護保険制度における介護報酬は、医療保険制度における出来高払いの診療報酬とは異なり、基本的には利用者1人当たり1日（または1回）利用の定額払いとなっている。介護事業者が収入を増やすには、利用者数を増やすか、利用者を介護報酬が高い重度の要介護者にシフトしていく程度しか方法がない。ところが、介護保険施設の場合、定員数は決まっており、しかも既に満床状態であるため、利用者数増加の余地はない。もともと重度の要介護者が多いために利用者のシフトにも限界がある。したがって、介護報酬のマイナス改定は直ちに収入減につながる。これまで介護事業者は、給食や清掃等の業務の外部委託や非常勤職員の活用等によって人件費や物品費を節約することにより、何とか利益を確保しようと努めてきた。しかし、サービスの質の確保の問題や、人手不足の現状では人件費を上げざるを得ないため、支出削減策も限界にきている。

「平成 20 年介護事業実態調査結果」⁵⁾によると、介護事業の経営状態は、全体的に収入が横ばいしないしは低下する一方で、人件費の伸びによる支出増により収支差率が低下している。特に、これまで収支差率が比較的高く、そのため介護報酬がマイナス改定となってきた施設サービスにおいて落ち込みが大きい。特別養護老人ホームの収支差率は 3 年前の前回調査の 13.6%から 3.4%に、介護老人保健施設では 12.3%から 7.3%へ減少している。この数値をみるとまだ「黒字」であるため余裕があるように見えるが、事業者はこの黒字分から施設建設費に要した借入金の返済を行ったり、将来の人件費引上げに対応したりしないといけないので、実質的にはぎりぎりの経営状態といえよう。在宅サービスの場合はなお厳しく、訪問介護の収支差率は 0.7%、居宅介護支援事業はマイナス 17.0%となっている。訪問介護事業所は、低賃金といわれるホームヘルパー等の賃金を上げる余裕もない。廃業に追い込まれる事業所が多数でも不思議ではない状況にある。

こうした状況の中で、2008（平成 18）年 5 月、与野党一致の議員立法として「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が可決成立した。この法律により、政府は、2009（平成 21）年 4 月 1 日までに、介護従事者の処遇改善の在り方について検討を加え、必要があれば所要の措置を講ずるものとされた。前述してきたとおり、介護従事者の処遇改善は喫緊の課題であり、政府は、2008（平成 20）年 10 月 30 日に発表した追加経済対策の中で 2009（平成 21）年度から介護報酬を 3.0% 引上げることを決定した。介護保険制度実施以来、初の介護報酬の引上げであり、介護事業者の経営の安定化、介護従事者の給与の引上げに資することであろう⁶⁾。

2 保険財政の安定化への対応

2015（平成 27）年頃には第 1 次ベビーブーム世代（1947～49 年生まれのいわゆる「団塊の世代」）が高齢者の仲間入りをする。高齢者人口は現在よりも約 800 万人も増加して 3,300 万人となり、一人暮らしの高齢者世帯は 570 万世帯を数え、認知症高齢者も約 100 万人増加して 250 万人になると予想されている⁷⁾。

こうした状況においては、認知症高齢者への対応方法、高齢者の住まいの在り方など

⁵⁾ 介護報酬改定の基礎資料とするために、厚生労働省が定期的実施している調査。今回の調査では、全国約 24,300 施設・事業所が対象となっている。

⁶⁾ 介護報酬全体の引上げは決定されたが、介護事業分野ごとの対応方法、都市部と地方との間の地域差の設定方法、2005 年改正で導入された地域密着型サービスや介護予防事業の評価の在り方など、個別の課題は多い。

⁷⁾ 2005 年法改正を解説した厚生労働省のパンフレット「介護保険制度改革の概要」（2005 年）による。

今後とも課題が多いが、本稿では特に保険財政の安定化対策について言及することとする。

我が国の介護保険制度は、ドイツや韓国の介護保険制度と比較をして、要介護認定者の範囲が広く、かつ、要介護者 1 人当たりの保険給付水準が高いという特徴がある。そのため、高齢化の進行とともに保険財政は拡大し続けるという構造的な課題を抱えている⁸。

したがって、今後とも拡大する保険財政を誰がどのように負担するのかということは、常に問題であり続ける。だからといって介護保険の給付対象者の範囲を縮小したり、あるいは、居宅サービスを受ける際の支給限度額を引き下げたりするといった対応策は、行政的にも政治的にも困難であろう。そうであるならば、とり得る対応策としては次のようなものが考えられるが、「団塊の世代」が高齢者の仲間入りをする 2015（平成 27）年の前には検討を進め、方向性を決めておかなければならない課題である。やがて我が国の介護保険制度は実施 10 周年を迎えるが、これらの課題をみるだけでも大きな転機を迎えているといえる。

- ア) 被保険者・受給者の範囲の拡大（被保険者・受給者の範囲を現行の「40 歳以上」から引き下げて介護保険の普遍化を図り、保険財政の「支え手」を増やすこと。介護保険制度創設時点からの検討課題であるが、2005 年改正では先送りされた。）
- イ) 介護保険と医療保険や一般会計との役割分担（現行の介護保険制度には医療サービスが含まれており医療保険給付との重複が見られる。市町村保険者の介護保険特別会計には、特定高齢者向けの予防事業や地域包括支援センター事業のように一般会計で対応した方が適当な事業が含まれている。こうした他制度、他会計との間の負担の整理を行う必要がある。）
- ウ) 公費財源の投入（第 1 号被保険者(高齢者)の保険料負担を引き上げ続けることは不可能であり、一定の基準のもとに国や地方自治体の公費財源の投入割合を高める必要がある。）
- エ) 家族やボランティアによる介護の評価（我が国の介護保険制度では、外部サービスを利用すると保険給付の対象となり、家族やボランティアによる介護は「無償労働」という「オール・オア・ナッシング」の形態である。しかし、ドイツ介護保険制度では、家族等の介護も保険給付の対象としており、結果的に保険財政の肥大化を抑制してきた。厚生労働省では、今後 10 年間に介護職員を 40 万人から 55 万人増加が必要

⁸ 詳細については、増田雅暢「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」（増田雅暢編著『世界の介護保障』法律文化社（2009））を参照のこと。

と試算しているが、介護従事者の確保難という現状では厳しい数値であり、インフォーマルな介護者を制度上位置付ける必要性が生じてくるものと予想される。

(引用・参考文献)

増田雅暢編著 (2008) 『世界の介護保障』 法律文化社

厚生労働省「介護保険事業実態調査結果」(各年)

厚生労働省「平成 20 年介護事業実態調査結果」

内閣府「社会保障制度に関する特別世論調査」(2008 年 9 月)

第2章 介護保険実施後12年目の現状と課題

I はじめに

2000（平成12）年4月から介護保険制度が実施されて以来、2012（平成24）年4月で12年間の経過した。干支（えと）の十二支でいえば、一回りしたことになる。今や、介護保険制度は、わが国の高齢者介護分野にすっかり定着していると言えるだろう。「介護保険」、「要介護認定」、「ケアマネジャー」、「ホームヘルパー」、「特別養護老人ホーム」、「有料老人ホーム」など、一般の人たちに知れ渡ってきている。最近では、全国の有料老人ホームを紹介する雑誌の発行や、女性週刊誌でも介護保険のイロハについて、解説記事を掲載している。

後述するように、現在、要支援・要介護者は、約500万人の規模となっている。高齢者1人あたりに対して、家族や親せき・知人が平均で5人いるとして、2,500万人は要支援・要介護者の関係者となる。あわせて3,000万人というと、国民の4人に1人は、介護保険や介護サービスと何らかの関係を持っていることになる。

介護保険は、実施以来、3度の制度改正が行われている。また、介護報酬改定や市町村の介護保険事業計画の改定も、3年ごとに計4回行われている。制度が日々動いているので、気がつかないかもしれないが、創設当時と比べると、現在の介護保険制度の内容はだいぶ変化している。この変化については、評価できる面が多いが、一方で、新たな問題を抱えることにもなっている。

本稿では、まず、介護保険制度の実績について、実施直後のデータとの比較により評価する。次に、12年間にどのような制度変化を遂げてきたのかについて整理する。これらを踏まえて、現時点における介護保険制度をめぐる諸課題について、サービス面を中心にいくつか指摘する。最後に、社会保障・税の一体改革で示された介護保険の将来像をもとに、長期的な課題について検討する。

II 介護保険制度の実績

図表1は、2012（平成24）年6月公表の「平成22年度介護保険事業状況報告」（厚生労働省）等に基づき、介護保険制度の実施状況を一覧表にしたものである。2010（平成22）年度と2000（平成12）年度の数値を比較すると、第1号被保険者数は30%の伸びであるが、要介護者（要支援者を含む。以下、同じ）数は、ほぼ2倍の506万人となっている。要介護者数の伸びは被保険者数の伸びよりも高いが、これは、制度の利用

図表1 介護保険事業の実施状況

年度	12 (2000)	13 (2001)	14 (2002)	15 (2003)	16 (2004)	17 (2005)	18 (2006)	19 (2007)	20 (2008)	21 (2009)	22 (2010)	比率
第1号被保険者数 (万人)	2,242	2,317	2,393	2,449	2,511	2,588	2,676	2,751	2,832	2,892	2,910	130
要介護(要支援) 者数(万人)	256	258	345	384	409	432	440	453	467	485	506	198
1号被保険者に占 める認定者の割 合(%)	11.0	12.4	13.9	15.1	15.7	16.1	15.9	15.9	16.0	16.2	16.9	154
居宅サービス 受給者数(万人)	124	152	184	214	240	258	257	263	273	286	302	244
地域密着型 サービス(万人)							16	19	22	24	26	163
施設サービス 受給者数(万人)	60	66	70	73	76	79	81	82	83	83	84	140
介護総費用額 (億円)	36,273	45,912	51,929	56,891	62,025	63,957	63,615	66,719	69,497	74,304	78,204	216
保険給付費 (億円)	32,291	40,884	46,261	50,653	55,594	57,943	58,743	61,600	64,185	68,721	72,536	225
1号被保険者1人 あたり給付費 (千円)	145	178	195	208	221	224	219	224	227	238	249	171
1号保険料(円) (全国平均)		2,911			3,293			4,090		4,160		143

(注)1号保険料(全国平均・月額)以外は、平成22年度介護保険事業状況報告から、月平均給付費には、特定施設入所者介護サービス費及び高額介護サービス費を含まない。比率は、平成12年度を100とした場合の平成22年度の数値を示す。地域密着型サービスの場合は、平氏得18年度を100とした場合の数値。

が一般化したことと、高齢者の中で要介護者の割合が高い後期高齢者（75歳以上の高齢者）数が増加していることによる。

第1号被保険者に占める認定者の割合（認定率）は、16.9%と、高齢者の6人に1人は、要介護者である。前期高齢者（65歳以上75歳未満の高齢者）の場合、認定率は4.3%であるが、後期高齢者では29.9%と、高い数値となる。

介護保険による介護サービスの受給者総数は、412万人。制度実施初年度の184万人の2.2倍である。要介護認定者数、サービス受給者数とも、日本が制度創設の参考にしたドイツよりも多く、世界最大の介護保険となっている。

介護サービスの中で、居宅サービスの利用者は302万人で、制度実施初年度の2.4倍であるのに対し、施設サービス利用者数は84万人で、1.4倍の伸びにとどまっている。これは、居宅サービスのニーズが高いということもあるが、特別養護老人ホームや老人保健施設等の介護保険施設に対しては、市町村保険者の区域内で一定数以上は設置を認めないという「総量規制」のため、施設入所が抑制されたことも大きな要因である。特別養護老人ホーム、老人保健施設とも、100%近い入所率であり、入所待機者が多いにもかかわらず、総量規制により増設が抑制されてきた。特別養護老人ホームの入所待機者は、全国で約42万人（厚生労働省調べ）であり、施設サービスのニーズが極めて高いことを示している。

介護サービス利用者が2倍以上の伸びを示していることから、介護総費用額（保険給付費に自己負担を加えたもの）、保険給付費とも2倍の伸びを示している。このことは、国や地方自治体の公費負担の増大や、保険料負担の増大につながっている。

保険給付について、各サービス別の給付費割合は、全国平均で、居宅サービス51.8%、地域密着型サービス9.1%、施設サービス39.0%となっている。制度実施後しばらくは、施設サービスが居宅サービスを上回っていたが、居宅サービス利用者数の大幅な増加により、現在では居宅サービスの方が大きくなっている。

第1号被保険者1人あたりの保険給付費（全国平均）は、24万9千円と、制度実施初年度の14万5千円の1.7倍となっている。居宅サービスでは12万2千円、地域密着型サービスでは2万1千円、施設サービスでは9万2千円である。都道府県別にみると、埼玉県では約18万円であるのに対し、沖縄県では約30万円となっており、約1.6倍の格差が生じている。概して、西日本・東北地方が高いのに対して、関東地方が低くなっている。

第1号保険料は、3年ごとの見直しであるが、全国平均では、第4期（平成21年度

から23年度)は月額4,160円と、第1期(平成12年度から14年度)の1.4倍である。介護保険の仕組みでは、保険料水準は、保険給付費の伸び(2.1倍)に連動するところであるが、第4期においては、公費を投入したり、市町村の準備金を取り崩したりして、保険料の上昇幅を抑制したため、低い伸びとなっている。なお、第5期(平成24年度から26年度)では月額4,972円と、第1期と比較をすると、1.7倍になっている。

Ⅲ 制度実施後の動向

図表2は、制度実施後から現在までの間の主な経緯を示したものである。

図表2 介護保険制度実施から現在までの主な経緯

2000(平成12)年4月	介護保険制度実施
10月	第1号保険料の半額徴収の開始
2001(平成13)年1月	中央省庁再編により、厚生労働省誕生。老人保健福祉局は老健局と改称
10月	第1号保険料の全額徴収の開始
2003(平成15)年4月	第1回介護報酬改定の実施、全市町村で第2期(平成15~17年)介護保険事業計画スタート
6月	高齢者介護研究会報告「2015年の高齢者介護」
2004(平成16)年7月	社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」
2005(平成17)年6月	介護保険法等の一部を改正する法律(*1)が国会で可決成立
10月	介護保険施設等において、食費・居住費の徴収開始
2006(平成18)年4月	改正介護保険法(*1)施行。第2回介護報酬改定の実施、第3期(平成18~20)介護保険事業計画スタート
2007(平成19)年11月	民間事業者コムスの事業継承終了
2008(平成20)年5月	介護保険法等の一部を改正する法律(*2)が国会で可決成立
5月	介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇回線に関する法律を公布
2009(平成21)年4月	第3回介護報酬改定の実施。第4期(平成21~23)介護保険事業計画スタート
5月	改正介護保険法(*2)施行
9月	政権交代(自民・公明政権から民主党政権へ)

2010（平成22）年11月 社会保障審議会介護保険部会「介護保険の見直しに関する意見」
2011（平成23）年6月 介護保険法等の一部を改正する法律（*3）が国会で可決成立
2012（平成24）年4月 改正介護保険法（*3）施行。第4回介護報酬改定の実施。第5期（平成24～26）介護保険事業計画スタート

わが国の介護保険制度は、3年ごとに介護報酬の改定があることや、市町村は3年を1期（2005年までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行うことから、3年が一つのサイクルとなって動いている。市町村保険者単位で賦課徴収する第1号保険料についても、介護保険事業計画に定めるサービス費用見込み等に基づき、3年間を通じた同一の保険料により、3年間を通じて財政の均衡を保つように設定される。

介護報酬改定は、保険財政の動向、各市町村保険者における保険料の設定、介護施設・事業者の経営、被保険者の自己負担の水準等に大きな影響を与えるものであるから、毎回の改定に強い関心が払われている。医療保険における診療報酬改定と同様に、保険財政の動向や施設・事業者の経営実態等を踏まえ、一定の改定方針（たとえば居宅介護重視、リハビリ重視、介護従事者の処遇改善など）をもって行われており、国（厚生労働省）による政策誘導の色合いが濃い。

介護保険法の一部改正としては、2005（平成17）年、2008（平成20）年、2011（平成23）年の3回行われた。制度骨格に影響を与えた主な変更点を列挙すると、次のとおりである。

①介護予防の重視

2005年改正により、「介護予防重視型システムへの転換」を図ることとし、新予防給付の創設、要支援と要介護1の要介護度区分を見直して要支援1・2と要介護1に再編、地域支援事業の創設等が行われる。

②新たなサービス体系の創設

2005年改正により、市町村が指定・監督権限を有する地域密着型サービスを創設。予防給付として3種類、介護給付として5種類のサービスが創設される。要介護認定の非該当となった者に対して、地域支援事業の創設により、介護予防事業が講じられるようになる。

③事業・資格の更新制の導入

2005年改正により、サービスの質の向上の一環として、事業者の指定の更新制が導入され、指定の有効期間が6年とされたほか、ケアマネジャーについても資格の更新制(5年)が導入される。不正事案の発生防止を図るために、事業者に対する規制強化は、2005年改正に続き、2008年改正では中心テーマとして不正防止対策が講じられる。

④地域包括ケアの推進

2011年改正により、地域包括ケアの推進が目標として掲げられ、24時間対応型訪問介護看護など新たなサービスが創設される。なお、2005年改正においても、地域包括ケア体制整備の推進のために、地域包括支援センターが創設される。

こうした制度改正により、制度創設時と比較をして、介護保険の仕組みは大きく変化している。最も大きな変化は、保険給付の対象となるサービスの種類の拡大である。居宅サービス・施設サービスのほか、地域密着型サービスが加わったことにより、サービスの種類は激増した。2011(平成23)年度現在において、介護給付において23種類、予防給付において17種類である。2011年改正により、2012(平成24)年度から、24時間対応訪問介護看護や複合型サービスが加わった。

市町村保険者の業務も拡大している。2005年改正により、介護予防事業に力点を置くこととなり、地域包括支援センターの設置や、要支援者または非該当者に対する介護予防の推進に力を割くようになった。地域密着型サービスの指定・指導監督業務も加わった。地域包括ケアシステムの構築も図らなければならない。これらの業務を的確に推進するためには、各市町村においては、介護保険担当課に、専門知識と意欲をもった職員を一定数置かなければならないが、現実には、市町村間で差が生じている。

IV 介護保険制度の当面の課題

介護保険制度をめぐる当面の課題として、本稿では、サービス面に焦点をあてて述べることにする。

(1) 介護予防事業の評価

2005年改正において、介護予防重視型システムへの転換がうたわれた。その背景には、制度実施後増大を続ける要支援・要介護者数および介護費用に対して、国(厚生労働省や財務省)は危機感をいだき、介護予防の推進により、特に増加が著しい軽度者の増加抑制を図り、ひいては介護費用の増加抑制を図ることにあった。

2005年改正前後において、民間企業から筋力トレーニングマシンセットが売り出されたり、新たな体操法が登場したりするなど、介護予防は高齢者介護分野に一大ブームを

巻き起こした。市町村では、一次予防と二次予防の実施主体として、地域包括支援センターを中心に取組が進められた。ただし、二次予防については、参加者の特定に手間がかかる一方で、参加者数が少ないなど、推進方法について見直しが行われた。介護予防事業の効果が不明ではないかと、民主党政権における事業仕分けの対象となった。

介護予防事業が、要支援・要介護者の増加抑制や状態改善にどの程度貢献しているのか、これまでの調査研究結果をみると、なかなか判然としない。個人レベルでみると効果があるとしても、地域の高齢者全体でみると、予防事業に全員が参加するわけでもないこともあり、効果がはっきり見えてこない場合が多い。認定率が全国平均よりも明らかに低い市町村があるが、介護予防事業によるものなのか、その他の要因（従来の保健事業による健康づくり活動、高齢者の年齢区分の分布状況など）によるものなのか、断言できない場合がある。事業仕分けでは、必要性は認めるものの、引き続き効果の検証に努めるべきとされた。

「平成 22 年度介護保険事業報告」によると、2005（平成 17）年度において要支援 1 および要介護 1 の者が 214.1 万人であるのに対し、2010（平成 22）年度では、要支援 1・2 および要介護 1 の者は 223.9 万人と、伸び率は 4.4% である。この間の要介護者全体の伸び率は 17.1% であるので、軽度の者に対しては増加抑制効果があるように見える。

筆者の考えでは、介護予防事業の即効性を議論することよりも、市町村独自の高齢者向け体操がつけられるというように、市町村の創意工夫に満ちた介護予防の取組が、まちづくりや高齢者活動の活性化等に効果がある、という点を評価すべきである。

また、保険財政的には、2005 年以前の要介護 1 のかなりの部分を、在宅サービスの支給限度額が低い要支援 2 に区分したことが財政面における効果を発揮している（在宅サービスの支給限度額は、要介護 1 は 16 万 5,800 円、要支援 2 は 10 万 4 千円）。2005 年度では、要介護 1 の者は 142.3 万人であったが、2010 年度では、要介護 1 は 90.7 万人と 3 分の 2 にとどまっている。要介護 1 に関しては、財政上、保険給付の抑制効果が働いている。

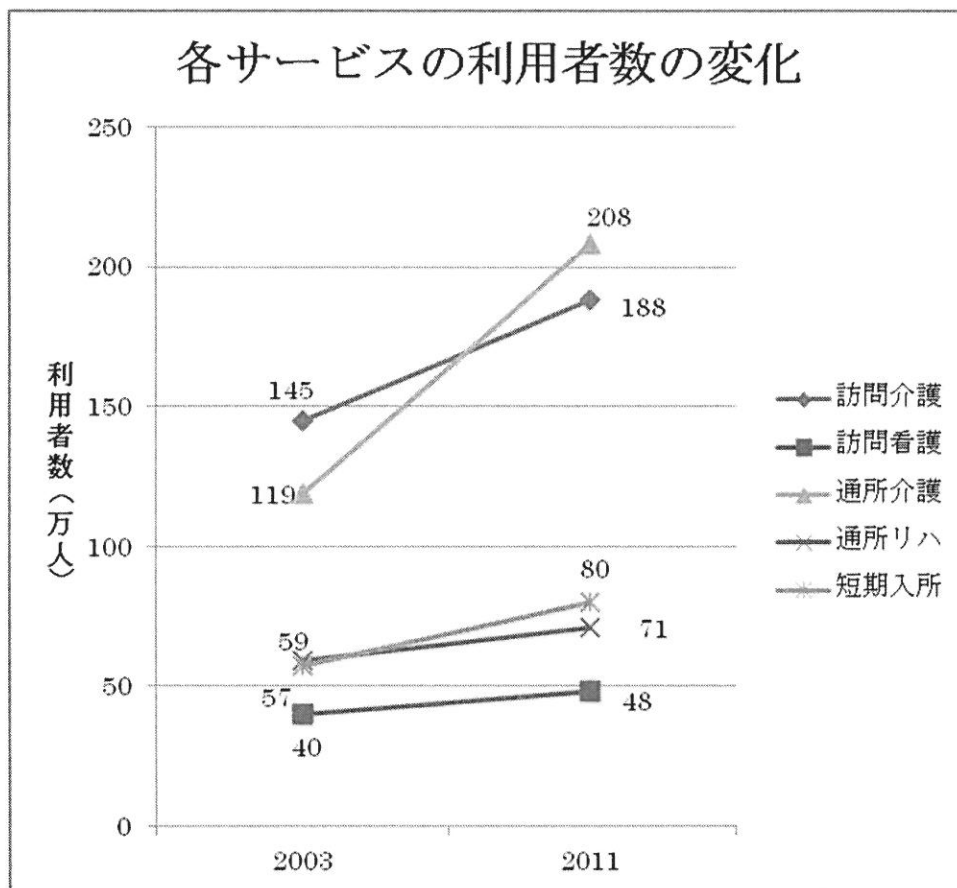
以上の点から、介護予防については、引き続き効果の実証的検証が必要であるとしても、推進していく価値はある。ただし、推進方法については、行政の効率化や肥大化防止の観点から、すべて行政がおぜん立てをする行政中心型から、地域の高齢者団体やボランティアグループによる自主的活動型への切り替えが必要であろう。

(2) 介護サービスの変化

本年7月に公表された「平成23年度介護給付費実態調査」によると、2011（平成23）年度に介護予防を含む介護サービスを利用した人は、2010（平成22）年度を24万6千人上回り、過去最多の517万4千人にのぼった。

主な居宅サービスについて、2011（平成23）年度と2003（平成15）年度の利用状況とを比較をすると、介護保険制度における各サービスに対するニーズの度合いの差がわかる。

（図表3）



図表3によると、次のようなことを指摘できる。

- ①訪問介護と通所介護の利用者数およびその伸びが大きい。特に、通所介護の利用者の増加が顕著
- ②訪問看護、通所リハという、いわゆる医療系のサービスが伸び悩む
- ③居宅サービス全体では2倍の伸びであるが、短期入所の利用は伸び悩む

通所介護事業所が急増している。これについては、民間企業でも参入できること、介

介護保険施設と比べて設備・人員配置に過大な投資が必要でないこと、経営上利益が出やすい介護報酬であること等、事業側サイドの理由が考えられるが、注意すべき点は、利用者側のニーズにも応えていることである。すなわち、利用者本人に対しては、入浴・昼食・レクレーションの提供、介護者に対しては、日中に要介護者本人をあずかってくれることによる介護負担の軽減である。こうしたメリットをさらに拡大すると、「宿泊付きデイサービス」に発展する。

「宿泊付きデイサービス」については、介護の質の問題や夜間の安全性の確保の問題が指摘されているが、都市部において、特別養護老人ホーム等の入所施設の不足や、低廉な生活施設の不足を補っていることも事実である。また、短期入所施設の不足も背景にあるだろう。すでに「宿泊付きデイサービス」は、介護保険制度上無視できない数となっており、次回の介護報酬改定の際、どのように位置づけるのか検討課題の一つである。

また、訪問看護や通所リハといった、いわゆる医療系サービスの伸び悩みについては、どのように考えたらよいだろうか。政策の流れとしては、2011年改正により創設された24時間対応訪問介護看護や複合型サービスが、訪問看護の一層の利用を促しているように見える。しかし、筆者の考えとしては、制度実施後12年間の状況を見ると、医療と介護の区分のまぎらわしさの解消や医療面のサービスの充実等のために、訪問看護等の医療系サービスは、医療保険の事業に一本化した方が適切ではないだろうか。

V まとめ—社会保障・税の一体改革における介護保険のあり方とその課題

野田内閣において決定された社会保障・税の一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）において、介護分野では、地域包括ケアシステムの構築が目標に掲げられている。今後のサービス提供の方向性として、在宅サービス・居住系サービスの強化、介護予防・重度化予防、医療と介護の連携強化、認知症対策の連携の強化等が提示されている。

図表4は、社会保障・税の一体改革が目指す2025年の介護のサービス提供体制を示している。

図表 4 社会保障・税の一体改革が目指す 2025 年の介護のサービス提供体制

	2011 年度	2025 年度
利用者数	426 万人	641 万人 (1.5 倍)
在宅介護	304 万人分	449 万人分 (1.5 倍)
うち小規模多機能	5 万人分	40 万人分 (8.1 倍)
うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15 万人分 (—)
居住系サービス	31 万人分	61 万人分 (2.0 倍)
うち特定施設	15 万人分	24 万人分 (1.6 倍)
うちグループホーム	15 万人分	37 万人分 (2.3 倍)
介護保険施設	92 万人分	131 万人分 (1.4 倍)
特別養護老人ホーム	48 万人分	72 万人分 (1.5 倍)
老人保健施設 (+介護療養)	44 万人分	59 万人分 (1.3 倍)
介護職員	140 万人	232 万人～244 万人

現在よりも、さらに約 1.5 倍の介護サービス量の拡大により、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続ができる地域包括ケアの構築を目標としている。

しかし、そのためにはさまざまな課題を抱えている。3 点に絞って述べれば、第 1 点は、保険財政の肥大化に耐えることができるのかという課題である。

厚生労働省の推計によれば、2025 年度の介護費用の推計は 19.8 兆円と、2012 年度 (8.4 兆円) の 2.4 倍となる。国・地方自治体の公費負担の増加、第 1 号・第 2 号保険料の増加を伴うものであり、財源確保策や保険料負担の重さが問題視されるであろう。

そもそも日本の介護保険は、ドイツや韓国の介護保険と比較をして、保険財政肥大化という構造的課題を抱えている。保険給付の対象範囲が要支援 1 から要介護 5 までと広範囲であること、これにより要介護者等の数が大変多いこと (ドイツは 200 万人、韓国は 32 万人であるのに対し、日本は 510 万人)、要介護度に対応した保険支給額の水準が高いことが、その理由である。こうした構造的課題にメスを入れない限りは、財政問題からくる制度の持続可能性の不安が常につきまとうことになる。

第 2 点は、地域包括ケアの目標を「在宅を基本」とすることの是非である。重度の要介護者が在宅で介護生活を送ることについて、家族や本人の身体的・精神的負担、保険財政の負担等を考えると、必ずしも最適とは言えないのではないかと。高齢期の人生が長

くなると、身体的・精神的状態、家族関係の変化等に応じた「適度な住み替え」の方が、望ましい場合もあるのではないか。

第3点は、介護職員の確保の問題である。2025年において、現在よりも100万人増の介護職員を見込んでいるが、この頃は人口減少に拍車がかかる頃であり、若い労働力人口が減少する。そうした状況で、介護職員の増加を図るとすれば、非労働力人口となっているいわゆる専業主婦や元気な高齢者に、介護労働に参画してもらう必要がある。介護現場でのケア労働を、介護職員の過度の負担とならないように変えていく必要がある。国内で労働者を確保できなければ、外国人労働者に期待せざるを得ないだろう。

(引用・参考文献)

厚生労働省「平成22年度介護保険事業状況報告」(2012年)

厚生労働省「平成23年度介護給付費実態調査」(2012年)

内閣官房「社会保障・税一体改革大綱について」(2012年)

第3部 介護保険制度の今後の課題

第1章 介護保険と家族介護の評価

I はじめに

日本とドイツの介護保険制度を比較すると、一見似ているようであるが、具体的な内容をみると差異が多い。もっとも大きな相違のひとつが、保険給付の中の介護手当の有無である。

ドイツでは、介護手当は介護保険給付として導入され、導入後も主要な保険給付として積極的に利用されている。政策形成過程において欧米諸国等の先進事例を参考にし、それを模倣することが多い日本において、なぜ介護手当は制度化できなかったのであろうか¹。日本の介護保険制度において介護手当が制度化されなかったことに対しては、ジョン・キャンベル氏（ミシガン大学教授）をはじめ外国の研究者も驚きをもって見ている。

しかし、わが国の介護保険制度の検討過程において、当初は介護手当が制度化される可能性があったことも事実である。後述するとおり、高齢者介護・自立支援システム研究会報告（1994年12月）では慎重な表現ながら制度化を提言した。老人保健福祉審議会（以下「老健審」という。）では、1995（平成7）年当時においては、介護手当創設の是非は総理府が行う世論調査の結果を参考にしようということになったが、同年11月に公表された総理府の世論調査では、約6割の人が介護手当に賛成という結果になった。

そのまま推移すれば制度化される可能性があったが、結果的には創設されなかった。老健審の議論が進むにつれて、反対論が優勢となっていったのである。老健審などの制度検討の場において女性の学識経験者の反対が強かった印象があるので、現在では、介護手当が創設されなかったのはそれが主たる原因のように受け取られているかもしれない。しかしながら、社会保障の政策決定の主たるアクターは、厚生官僚を中心とした中央省庁の官僚、日本医師会等の政治力を有する関係団体、自民党を中心とする政権与党であって、審議会委員の意見が介護手当の制度化を否定したとみるのは、過大評価と言

¹ わが国の場合、社会保障分野のみならず他の行政分野においても、欧米先進国の事例が新たな施策の導入の契機になったり、世論の合意形成に役立ったりすることが多く見られる。最近の事例では、介護保険制度（ドイツの事例）のほか、独立行政法人制度やPFI制度（いずれもイギリスの事例）、IT関連の施策（アメリカ等の事例）と枚挙に暇がない。

わざるを得ない。実際、老健審最終報告（1996年4月）では、介護手当については、消極・積極の両論併記となっていて、制度化の是非は当時の厚生省及び与党にゆだねられたのであった。

本章²では、介護保険制度検討過程における介護手当に関する議論の経緯を整理し、なぜ介護手当が制度化されなかったのかということについて検証する。介護手当に関する議論が、情緒的なレベルや財政的視点や事業者からの発想にとどまり、社会保険における保険給付の意義、あるいは被保険者の立場からの議論や家庭内の介護労働への評価という観点からの議論が不足していたことを明確にする。

次いで、介護手当の制度化が必要ではないかと考えている立場から、望ましい介護手当のあり方について提言する。今後、介護保険制度の見直しが行われる際の議論の参考に供したい。

介護手当に関する検討過程を追っていく前に、まず介護手当とは何かということについて解説する。介護手当に関する議論が錯綜してきたのは、介護手当に関する認識が論者によって区々に分かれていたことも原因と考えられるからである。

II 介護手当とは何か

1 介護手当の種類

一般に介護手当というと、高齢者などが、病気や事故等の原因で寝たきりの状態や痴呆症状になって在宅で介護を受ける場合に、要介護者本人か家族に対して行政機関から支給される現金、と定義される。しかし、一口に介護手当と言っても、その意義、目的、給付水準、給付方法等いろいろなバリエーションがありうる。介護手当に対する批判としてよく聞かれる「ばらまき福祉」という表現も、介護手当の仕組み方次第の問題であって、現金給付の方法をとるからといって、直ちに「ばらまき福祉」になるわけではないことは言うまでもない³。また、老健審の議論を振り返ると、介護手当の制度内容に関する具体的な議論はほとんどなされずに、「現金給付は女性を家族介護にしばりつける」「現

² 本章は、『週刊社会保障』（法研）第2198号から第2002号まで連載した「家族介護の評価と介護保険」を基にしている。

³ 「ばらまき福祉」という用語は、福祉施策を批判する言葉としてよく使われる。「だれかれとなく金をばらまくだけの「人気取りの施策」であって、金が無駄に使われるだけで効果的な福祉施策ではない」という意味であろうが、厳密に定義された言葉として使われるよりは、批判的スローガンの言葉として使われることの方が多そうだ。社会保障の給付方法には、現物給付と現金給付の2方法があるが、現金給付だからといって直ちに「ばらまくだけの福祉」になるわけではなく、一方、現物給付だからといって現金給付よりも無駄が少ないというわけではない。社会保障給付に無駄が存在するかどうかというのは、現物給付か現金給付かという給付方法によるわけではなく、制度の仕組み方の精緻さや運用の厳格さの程度如何による。

介護手当の類型

図表 1

受給対象者 目的	要介護者（介護を受ける人）				介護者			
	① 要介護者本人への感謝・激励	② 保険給付以外の介護費用の補填	③ 自らの裁量に基づき介護サービスの利用	④ 施設・在宅サービスの受給者との均衡	⑤ 介護者に対する慰労・激励	⑥ 保険給付以外の介護費用の補填	⑦ 介護労働に対する対価	⑧ 介護に伴う逸失利益（機会費用）の補填
考え方	要介護状態になつたことによる本人の精神的負担を軽減し、激励する	おむつの購入代等、保険給付以外の介護費用に助する	自ら家族・知人等をヘルパーとして選択し、介護サービスを受ける場合にヘルパーに支払う報酬	外部サービスを利用せず介護者から介護サービスを受けていることから、施設・在宅サービスの受給者との均衡を図る	公的に慰労することによって、介護者の精神的負担を軽減し、介護者を奨励する	おむつの購入代等、保険給付以外の介護費用に助する	介護者による無償労働を外部サービスと同様に労働として評価し、報酬を支払う	介護者が介護労働に従事することによって、退職・休職等をした場合に失われた経済的損使途を補填する
支給額の水準	一定額（低額）	購入費等の一部	現物給付による支給水準との見合い	保険給付の場合の相当額	一定額（低額）	購入費等の一部	訪問介護報酬との見合い	介護者の逸失利益
具体例	地方単独事業による介護手当		フランスの公的介護給付（PSD）	ドイツ介護保険制度における介護手当	地方単独事業による介護手当 2001年度から実施されている家族介護慰労金		スウェーデンの有給家庭内介護者給付や市（コミュニティ）介護手当	スウェーデンの近親者介護手当

金が介護に生かされない」等の情緒的ともいえるべきある種の思い込みによる議論が主流になってしまった感がある。

介護手当は、誰に給付するのか、どのような目的で給付するのかということによって、制度設計に大きな違いが生じる。

図表1を参照しながら、こうした点について解説する。

まず、誰に給付するのかという受給対象者であるが、要介護者自身に給付する場合と、介護者に給付する場合とに分かれる。受給対象者の違いによって介護手当の目的も異なってくる。

要介護者自身に給付するのであれば、①要介護者本人に対する慰謝・激励、②保険給付以外の介護費用の補填、③自らの裁量に基づく介護サービスの利用、④保険給付である施設・在宅サービスの受給者との均衡、に分けることができる。

②の例としては、紙おむつの購入費、給食サービス等の保険給付範囲外のサービスの利用費用が挙げられる。③の例としては、介護保険の指定事業者からの訪問介護員ではなく、自分の希望と選択により介護者として家族やボランティアにサービス提供を依頼し、彼らに謝金を払うことである。これは保険給付という公的サービスの代替として、自分の責任によりサービス提供者を選択するということでもある。

介護者自身に給付するのであれば、⑤介護者に対する慰労・激励、⑥保険給付以外の介護費用の補填、⑦介護労働に対する対価、⑧介護に伴う逸失利益（機会費用）の補填、に分けることができる。

⑧とは、たとえば、月収約30万円で働いていた人が親の介護のために退職または休業した場合に失うこととなった勤労収入に対する補填をいう。

このように受給対象者と目的を区別してみると、介護手当の支給水準についてもおのずから高低の目安がつく。これらの中で、水準が低く設定されるものとしては、要介護者または介護者に対する慰謝・慰労または激励（①及び⑤）であろう。最も高い水準となりそうなのが、⑧の機会費用の補填である。けれども勤労収入のすべてを代替する水準の設定は非現実的であるし、現在のように「老老介護」（高齢者が高齢者を介護する）が多くなると、介護者は無職の高齢者であるので、逸失利益という概念自体が適用し難くなってしまう。

②または⑥の保険給付以外の介護費用の補填については、介護保険制度検討当時、財団法人長寿社会開発センターが行った「高齢者在宅介護費用の研究」が参考になる⁴。

⁴ 財団法人長寿社会開発センター『高齢者在宅介護費用の研究』（1993年）参照。「平成10年度国民生活基礎調査」（厚生省統計情報部）において、1998（平成10）年5月中にかかった費用として、要

これは1993（平成5）年2月に、全国20市町の約500世帯を対象に介護とその費用の実態を明らかにするために行われた調査であるが、在宅での介護費用は月額平均約3万4千円という結果になった。構成割合で見ると、おむつ・パッド等の排泄介助関係が24%、公的・民間ヘルパーの利用負担等の福祉サービス費用が20%、ねまき・肌着類等の寝具・衣類関係が19%、病院の自己負担等の医療関係費用が18%の順となっている。もちろん、金額・構成割合とも全体の平均であるので、約1割の世帯は月額費用が1万円未満である一方、約2割の世帯は5万円以上と答えている。これらは、現行の介護保険制度のようにサービスの現物給付ではカバーすることができない費用である。実際には、要介護者の状態や世帯の状況によって費用額には大きな差があると考えられるので、仮に介護手当で補填するとすれば、おむつ・パッド、衛生雑貨類等、どの世帯でも共通的な支出に対する援助という性格になるであろう。

⑦の介護労働に対する対価については、訪問介護の介護報酬の水準が参考になろう。ただし、介護報酬の場合には、指定事業者の事務経費や訪問介護員の福利厚生費等も含まれていると想定されるので、これよりも低い水準の設定となろう。

このように介護手当の設計について、受給対象者、目的、給付水準について具体的に検討してみると、現金給付だからといって直ちに「ばらまき福祉」という批判は当たらないことが理解されるであろう。

また、現金給付であると、実際に介護費用に使われるかどうかわからない、パチンコ等の遊興費に使われるのではないか、という素朴な疑問がよく出されるが、あまりに短絡的な見方であるし、制度の仕組みさえ工夫すれば目的外使用を防止することは十分可能である。たとえば、介護手当を介護費用の補填、すなわち介護サービスの購入援助と位置付けるのであれば、給付方法を現金ではなく、介護用品等の購入にしか使用できないバウチャー（購入券）支給にするという方法がある。家族等の介護労働に対する対価として位置付けるのであれば、ケアプランの作成・提出、保険者による家庭訪問等の外部監督の仕組み等を取り入れることにより、介護手当が介護サービスに使われているか、あるいは介護労働が適切に行われているか否かについて判断することができる。

2 介護保険制度導入前の日本の介護手当の状況

介護保険制度導入前において、わが国では全国統一的な介護手当の制度は存在していなかった。地方自治体が自らの財源で行うもの、いわゆる地方単独事業としての介護手

介護者全体の平均では4万3千2百円、寝たきり者の場合には平均で5万6千円という結果になっている。

当の制度しかなかった。全国の実態については、厚生省が1994（平成6）年度現在で調査した結果が、「都道府県における家族介護に対する現金支給の実施状況」と題して、老健審介護給付分科会資料（平成7年12月）として公表された。

それによると、都道府県レベルで実施しているところは47都道府県中、23都道府県。支給対象者数は、平成6年度予算ベースで約21万5千人。受給対象者は、要介護者本人とするものが5例、介護者とするものが17例、介護者または本人とするものが1例。現金支給の性格として、最も多いのが「介護者の慰労・激励」で18例、次いで「本人の慰謝・激励」で7例、次に「本人の介護サービス購入援助」で2例（重複回答）。「介護者の介護労働の対価」あるいは「介護者の休業補償」と答えたところは皆無であった。支給額の分布では、月額「3千1円以上から5千円未満」が最も多く10例、次いで「3千円以下」が6例、「5千1円以上1万円未満」が5例、「1万1円以上2万円以下」が1例、「2万1円以上」が1例。最高額の具体例では東京都が70歳以上の場合に月額5万円、最低では沖縄県が年額3千円であった。

このように、要介護者本人または介護者の慰謝・慰労・激励という性格が濃厚であり、支給額は東京都の例が例外的で総じて低水準にとどまっていた。名称も、「ねたきり老人等介護者激励金」「介護慰労金」「在宅ねたきり老人等福祉手当」というものであった。

これらの地方単独事業による現金支給（介護手当）は、高齢者介護施策の充実が大きな行政課題として取り上げられるようになった80年代よりも以前に始められたものが多く、高齢化率が低い時代の施策であって、財政的負担も重いものではなかった。隣県が実施しているからとか、あるいは高齢者福祉施策に力を入れている証しといった観点から導入されたものも多いようであるが、月額5千円前後の金額が、どの程度、要介護者本人または介護者の慰労・激励に役立っているのかという実証データはない。こうした地方単独事業における慰謝・激励の現金支給の制度が、いわゆる「ばらまき福祉」のイメージを想起させ、介護保険制度における介護手当についての本格的な議論にマイナスに働いたことは否定できない。

ただし、わが国でも高齢者以外の他の社会福祉分野では、介護手当と同趣旨の現金給付が制度化されている。その代表的なものが、特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、1986（昭和61）年4月から実施されている特別障害者手当である。これは、日常生活に常時特別の介護を要するような在宅の重度障害者に対して、重度の障害によって生じる特別の負担の軽減を図る一助として手当が支給されるものである。障害基礎年金との併給も可能とされている。1998（平成10）年度では、月額2万6千7百円であり、受給者数は約10万3千人となっている。また、労災保険制度においても介護手

当の制度が存在する。もし、仮に介護保険制度における介護手当が否定されるのであれば、こうした他制度の介護手当も否定的に評価されることになってしまう。現金給付の仕組みだからといって、直ちに否定すべきものでないことは明らかである。

3 諸外国の状況

ヨーロッパ諸国では、在宅における家族等の介護を評価する介護手当が制度化されている例が多い。スウェーデン、デンマーク、イギリスなど事例が多い。また、フランスでは、隣国ドイツの介護保険制度施行の影響もあり、高齢者の公的介護保障をどのように行うのかということが90年代の政治的課題のひとつとなっていたが、1997年1月に「特別依存給付」(PSD)という要介護者に対する公的介護給付の制度が成立した。わが国と同様に介護保険制度を有するドイツの例を概観する。

よく知られているとおり、ドイツの介護保険制度では、在宅介護給付の中で現金給付が制度化されており、現物給付との選択性となっている。すなわち、現物給付として外部事業者の介護要員(ホームヘルパー)から介護・家事援助サービスを受けることができるし、またその代わりに自ら家族・知人等から介護等のサービスを確保することを要件として現金給付(介護手当)を受給することもできる。たとえば、要介護度が軽い人(要介護段階がI段階)の場合、現金給付を選択した場合には月額750マルクまでホームヘルプサービスを保険給付として受けることができる。その替りに介護手当を選択した場合には月額400マルクの現金給付を受けることができる。また、現物給付と現金給付の併給も認められており、現物給付の利用割合に応じて現金給付額が減ぜられる(図表2参照。なお、本図の情報は2000年時点のものによる)。

介護保険制度が施行された直後の1995年には、保険給付のうち介護手当を選択する要介護者数が全体の約8割を占めていたが、1999年では約5割と減少し、現物給付や現物給付と現金給付との併給を選択する割合が増加傾向にある。

ドイツ介護保険制度における介護手当を理解する上で、次の2点が重要である。1点目は、保険者は一定の要件に該当する者に機械的に現金を支給すれば事足りているのではなく、要介護認定を行うMDK(疾病金庫が週単位で共同設置する審査機関)が介護手当の支給申請を審査するとともに、MDKが介護手当を給付しても適切な介護が行われていないと判断した場合には、介護手当の給付停止や現物給付への移行を保険者(介護金庫)に勧告し、保険者はその対応が必要となることである。

2点目は、単に現金給付の是非が論点となった日本とは異なり、介護手当ばかりでなく、家族介護を支援する他の施策も組み合わされていることである。たとえば、在宅介

図表之 ドイツ介護保険の給付内容（概要）

給付の種類		要介護度			
		I	II	III	特に過酷な場合
在宅介護給付	現物給付（月額）	～750DM	～1800DM	～2800DM	～3750DM
	介護手当（月額）	400DM	800DM	1300DM	
	代替介護	年4週間の範囲で2800DMまで			
部分施設介護	デイケア, ナイトケア（月額）	～750DM	～1800DM	～2800DM	
	ショートステイ（月額）	年4週間の範囲で2800DMまで			
施設介護（月額）		2000DM	2500DM	2800DM	3300DM
介護補助器具		消耗品	60DM（月額）		
		消耗品以外	10%の自己負担（50DMが上限）		
住宅改造		1改造あたり5000DMまで			

注：DM=ドイツマルク，1DM=約0.511ユーロ（約70円）

護給付の中に、代替介護の給付がある。これは、介護者が休暇、病気その他の理由で介護に支障を生じた場合に代替介護要員（代替ホームヘルパー）に要する費用を給付するもので、年4週間の範囲で2800マルクまでの給付となっている。また、家族介護者の社会保障として、介護保険の保険者が介護従事期間の年金保険料を負担することや、労働災害保険の対象とすること等が定められている。

このように、わが国においても介護手当のみの議論にとらわれるのではなく、家族の結びつきの中での介護の意義に始まり、介護者の負担軽減や家族による介護という無償労働を評価する観点から、総合的に議論する必要があるだろう。

III 介護手当に関する検討経緯

介護保険制度の政策形成過程において、保険給付として介護手当を導入するか否かという議論は、主として老人保健福祉審議会（老健審）を舞台に論じられた。老健審は、1995（平成7）年2月から1996（平成8）年4月まで、新たな高齢者介護システムのあり方について審議をし、3回にわたって介護保険制度の創設やその具体的な内容について厚生大臣に報告を行った。介護保険制度制定の90年代までは、各省庁が重要な行政施策を決定する場合には、個別行政分野ごとに設置された審議会において省庁の担当部局の原案等について審議し、その審議会の答申等を踏まえて具体的な制度案を作成することが通例であったので、介護保険制度立案にあたって老健審が占める位置は大きかつ

た。

そこで、介護手当に関する検討経緯を整理するにあたっては、老健審における議論や結論を中心にするが、介護保険制度の政策決定過程をコントロールしていたものは、制度検討を担当していた厚生省高齢者介護対策本部の官僚達であり、彼らが介護手当の創設に対してどのように考え、どのような姿勢で対峙したのか、という点をも見逃すことはできない。また、政治情勢や与党内の議論も見据える必要がある。そこで、新たな高齢者介護システムの必要性が論議され始めた 80 年代後半にまでさかのぼって、介護手当をめぐる議論の推移を整理する。

1 80年代後半における動向

「昭和 53 年版厚生白書」では、老親と子どもとの同居を「福祉における含み資産」と記述しており、こうした認識が介護問題に対する社会的な支援策への取組みを遅らしたとの批判があるが、10年後の「昭和 63 年版厚生白書」では、介護問題について「それぞれの家庭なり老人の責任に帰することはもうできない」と断言している。

「昭和 63 年版厚生白書」が刊行された 80 年代後半は、人口高齢化の進展が社会的に認識され、本格的な高齢化社会に適応した高齢者施策の検討・展開の必要性が大きくクローズアップされた時期であった。政府は、1985（昭和 60）年 7 月に長寿社会対策関係閣僚会議を設置し、翌 86 年 6 月に「長寿社会対策大綱」を閣議決定した。厚生省では、1985（昭和 60）年 9 月に吉村仁事務次官（当時）を本部長とする高齢者対策企画推進本部を設置し、翌 86 年 4 月に本部報告を取りまとめた。「昭和 61 年版」及び「昭和 62 年版」の厚生白書とも、長寿社会または高齢社会に対する社会保障の課題をテーマにした。1988（昭和 63）年 10 月には、厚生省と労働省が共同で、第 113 回臨時国会に「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について（福祉ビジョン）」を提出し、老人福祉施策の充実強化の方針とその整備目標を明らかにした。

介護手当に関する議論としてこの時期に重要な出来事として考えられるものは、ひとつは若手の厚生官僚を中心とした研究会であり、もうひとつは政治の場での議論である。

若手の厚生官僚を中心とした研究会とは、1988（昭和 63）年 11 月、全国社会福祉協議会・社会福祉研究情報センターに設置された「介護費用の社会的負担のあり方に関する検討委員会」（委員長：古瀬徹 日本社会事業大学社会事業研究所教授（当時））である。この研究会では、後に介護保険制度を創設する西ドイツ（当時）が、その先駆けとして 1989（平成元）年から医療保険制度を活用して介護サービスの提供や介護手当の支給を始めたことから、西ドイツの介護費用負担をめぐる議論の経緯と現状を分析してい

るほか、西川藤三氏と沢村幸生氏（いずれも厚生官僚のペンネーム）による介護費用負担をめぐる論文を基に、介護費用の社会的負担の将来的あり方について検討している。既にこの時点で、西川論文の中では、特別養護老人ホーム等への入所者の介護費用負担に対して、年金制度を活用した社会保険システムで介護費用に着目した給付（介護手当）を支給することによって対応するという提案がなされている。西川論文は、社会保険により介護費用保障を行うことの合理性・必要性を説明する点に力点があるので、新たな制度の仕組みについては大枠の提示にとどまっているが、介護手当の支給については、個人への直接の現金給付とする方式のほか、指定介護機関の仕組みを導入して、介護給付を指定介護機関に支払うことにより現物給付化するという方法の導入、つまり現在の介護保険制度と同様の仕組みが提案されている点が興味深い。

介護手当に対する考え方のみならず、介護費用負担をめぐる議論が、検討委員会に加わった厚生官僚を通じて、他の場面やその後の政策論議において影響を与えていったことが十分に想定される。次項で述べる介護対策検討会や老人保健福祉審議会でも、検討会等の討議資料や新たな制度案の原案、さらには報告書原案まで事務局である担当部局が行うので、担当者である官僚達がどのような問題認識や経験、考えをもっているかということが、政策形成に与える影響は想像以上に大きいものがある。

2 介護対策検討会

1989（平成元）年7月に、厚生事務次官の懇談会として介護対策検討会（座長：伊藤善吉東京女子大学教授（当時）。学識経験者11名で構成）が開催されたのは、前述のもうひとつの要因、政治の場における介護をめぐる政策論議の高まりが反映していた。

1988（昭和63）年当時、竹下内閣による消費税導入等の税制改革をめぐる与野党の国会審議の過程で、在宅老人福祉対策の充実が大きな政治的焦点として浮上していた。与党である自民党は、消費税導入について野党である民社党、公明党の合意を得る観点から、政党間協議において、家庭奉仕員（その後「ホームヘルパー」と改称）派遣事業、デイサービス事業及びショートステイ事業のいわゆる在宅三本柱について、3年間で緊急整備を行うといった政策合意を得た。これに対して、野党は、3年間緊急整備計画の実現までのつなぎの措置として、「年収300万円以下の世帯のねたきり老人に対して月額5万円の老人介護手当を支給」することも要求した。この要求に対しては、1988（昭和63）年12月に自民党と公明・民社党間では臨時福祉給付金の支給が、自民・公明両党間では臨時介護福祉金の支給が合意されて、一応の決着を見た。しかし、介護手当制度創設の要望は政党ばかりでなく、民生委員協議会等の民間団体からも出されており、

介護手当の取扱いも含めて、今後の介護対策の基本的考え方や方向性について、厚生省として一定の方向性を示すために検討を行う場として設けられたものが介護対策検討会であった。

介護対策検討会報告は、1989（平成元）年12月に取りまとめられた。介護対策の基本的考え方とめざすべき方向について、要介護状態になっても可能な限り従来の生活を維持し自立した生活ができるようにすること、家族のみが行う介護から在宅サービスを適切に活用する家族介護への発想の転換、利用者の視点に立った利用者本位のサービス、「どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを、安心して気楽に受けることができる」サービス供給体制づくり、そして費用負担のあり方については社会保険方式の導入も方法のひとつとするなど、その後の新しい高齢者介護システムにつながる多くの提言を行っている。

しかし、公費を財源に国の制度として介護手当を創設することについては、「（介護手当は）必ずしもサービスの供給と結びつくものではないため、要介護老人については給付要件の設定の仕方の如何によってはかえって寝たきり状態の解消につながらない可能性があること、対象者の個別性に対応できないこと、所得制限を設定すれば対象者が限られること」から、「慎重に検討すべきである」、と結論づけた。現金給付の制度化には疑問が多く、それよりも介護サービス基盤の整備、つまり在宅・施設サービスの量的整備の方が重要かつ先決であるという認識を示したわけである。私的懇談会の報告とはいえ、当時の厚生省のスタンスを示すものであった。同年12月に策定された、介護サービス基盤の整備を図るための「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」は、この検討会報告の延長線上にあるものである。

3 高齢者介護・自立支援システム研究会

公費を財源とした介護手当の制度化については否定的な見解となったが、その後、介護保険制度について厚生省の内部検討が進むにつれて、家族介護を評価し、介護手当の制度化を志向する姿勢が現れてきた。

90年代に入って高齢者介護問題に対する国民の関心の高まり等を踏まえ、1993（平成5）年11月に、厚生省内に大臣官房政策課を事務局とし、老人保健担当審議官や政策課企画官、関係部局の補佐等で構成される「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」が発足した。このプロジェクトチームは、1994（平成6）年3月に「高齢者介護新システム試案」という内部資料をまとめた。この資料は非公開とされたが、試案として現行の介護保険制度の原型ともいえる介護保険制度案を提示し、その中で保険

給付として家族介護を評価するということを打ち出している。

具体的には、重度の要介護者であって、主として家族等の介護によって在宅で生活している者に対して、ホームヘルパーによる介護サービス（家事支援を除く。）を代替している面もあるという観点から、一定の条件（公的な在宅サービスと同程度の家族介護が可能と認められること、ケアプランに基づいて実施されること）に適合する場合には家族介護費を支給する。支給対象者は要介護高齢者本人であって、支給額は、家族等による介護（家事支援を除く。）を経済的に評価し設定された標準額をベースとし、上限を設ける、としている。

プロジェクトチームの試案にある介護手当は、第1節で解説した介護手当の類型では、「介護労働の評価」または「自らの裁量に基づく介護サービスの利用」に該当するものである。非公開の試案とは言え、厚生省内の検討結果として、家族介護を評価する姿勢を示していること、従来の慰労金的な介護手当論から脱却していること、さらには保険給付として位置付けていること、というように介護対策検討会の結論からは大きく一歩を踏み出すものであった。

1994（平成6）年4月に発足した厚生省高齢者介護対策本部事務局にはこのプロジェクトチームの検討結果のみならず、メンバーの一部も引き継がれた。したがって、介護対策本部事務局内では、介護保険制度の企画立案にあたって、当初は介護手当を制度化する方向で検討を進めていた。

こうした傾向を如実に示したものが、1994（平成6）年7月から高齢者介護対策本部長（厚生事務次官）の私的研究会として発足した「高齢者介護・自立支援システム研究会」（座長：大森彌東京大学教授（当時）。学識経験者10名で構成）が、1994（平成6）年12月に取りまとめた研究会報告である。報告書の原案は、介護対策本部事務局が作成し、研究会における委員の意見や議論を踏まえて修正し、最終的には省内関係部局の協議も経ているので、この時点における厚生省の公式見解と言える。

報告書では、家族介護について、「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。これは、介護に関する本人や家族の選択の幅を広げると言う観点からも意義がある」、と結論づけた。

ここで想定された介護手当の目的としては、前回の「介護手当の類型」に掲げた「施設・在宅サービスの受給者との均衡」、介護に伴う支出増への対応という「介護費用の補填」のほか、本人や家族の選択の幅を広げると言う「自らの裁量に基づく介護サービスの利用」という目的が想定されている。第3節で述べるように、介護保険給付という社

会保険の性格から当然導き出される観点であり、妥当な指摘である。なお、現金支給が家族による適切な介護サービスの提供に結びつくかどうか、家族介護の固定化のおそれ等、介護手当に対する問題点もあるので、「制度の検討は慎重に行わなければならない」と記述しているが、これらの問題点に対しては、家族に対する研修や、専門家による管理、バックアップ体制の必要性を提案している。

4 老人保健福祉審議会

高齢者介護・自立支援システム研究会報告（以下「システム研究会報告」という。）は、高齢者介護をめぐる問題点についての簡潔な分析、高齢者の自立支援を中心とした新介護システムの基本理念の整理、社会保険方式の導入等による新介護システムのあり方に関する提言で構成されており、その後の高齢者介護システムや介護保険制度に関する議論の「たたき台」的な資料として活用された。措置制度の見直しや介護保険の創設、介護サービスの一元化、ケアマネジメント、ケアプランの作成等、わが国の福祉・介護分野に新たな手法を数多く導入する契機となった。研究会報告の新たな提言の多くが介護保険制度創設の過程で具体化した中で、実施の方向を示唆していたにもかかわらず最終的には見送られたものが、介護手当の制度化であった。

なぜ、介護手当の制度化は見送られたのだろうか。老人保健福祉審議会ではどのような審議が行われたのであろうか。

老健審は、1996（平成8）年4月の最終報告まで、1年3ヶ月の間に、3つの分科会（介護給付分科会、制度分科会及び基盤整備分科会）も含めて約50回開催され、審議会としては異例に多い開催回数を数えた。しかし、高齢者介護問題の現状分析に始まり、新たな社会保険制度の導入の是非、各団体からの報告、介護保険制度の骨格及び概要と、審議のテーマが広範にわたったため、介護手当を中心テーマに議論した回数は老健審で1回、介護給付分科会で1回と少ない。あとは、中間報告や最終報告等を取りまとめる段階で、介護手当に関する記述に関して言及がなされた。

老健審における議論の過程を振り返ってみる。

老健審では、1995（平成7）年2月から高齢者介護問題に関する審議を始めた。開催日程の調整、審議資料の作成等の事務は、高齢者介護対策本部事務局が行った。当初、事務局が作成した検討項目の中で、「高齢者介護サービスの在り方」の項は、①介護サービスの相談・利用・調整体制、②介護サービスの内容、③家族介護、④介護に関する人材の確保等の4つに分かれていた。関係者が関心をもっていた要介護認定やケアマネジメント等の利用手続き、介護保険給付の対象となる介護サービスの内容と並んで、「家族

介護」が検討項目として並んでいたことが興味深い。「家族介護」に関する論点として、事務局ペーパーでは、家族が行う介護を制度的にどのように位置づけるか、適切な家族介護の在り方とその介護の質をどのように高めるか、介護放棄や虐待の問題についてどのように考えるか、の3点があげられている。これら事務局が用意した資料をみると、システム研究会報告を踏まえ、家族介護を評価することを前提にしていたことがうかがえる。

家族介護のテーマについては、1995（平成7）年5月31日の老健審の第7回会議で議論が行われた。事務局が用意した資料は、システム研究会報告等におけるこれまでの議論の整理やドイツ介護保険制度における介護手当やスウェーデンの現金給付制度の概要、地方単独事業として介護手当の状況等に関する資料であった。さらに、介護手当に関する賛否両論について事務局がまとめたペーパーも資料として提出された。この日の老健審の議事概要では、介護手当について強い賛成意見もないかわりに、強い反対意見もだされていない。やや批判的な見解としては、家族が介護をすることは当然とする議論はもはやできず、地方自治体の介護手当も家族の中でどのような介護が行われているか把握されていない等の問題点があるという指摘、さらに事務局ペーパーにない指摘としては、介護手当は現行制度にはないため、介護保険で行うとなると給付規模が拡大し、新たな負担となるので慎重な検討が必要になる、という財政論からのものであった。

結局、委員の議論では賛否がはっきりしないこともあり、家族介護の問題も含めて介護保険について世論調査を行い、その結果を踏まえて議論をしたらどうか、というある委員からの提案が受け入れられた。この提案は、1995（平成7）年9月に実施された総理府による「高齢者介護に関する世論調査」につながることになる。

その後老健審では、高齢者介護の費用保障の在り方に関する議論、この頃の最大の論点であった社会保険方式導入の是非の問題にテーマが移り、1995（平成7）年7月には中間報告がとりまとめられた。中間報告は、高齢者介護をめぐる現状と問題点、新たな高齢者介護システムの必要性、今後の高齢者介護の基本理念と在り方を示した上で、この中間報告が主たる目的とした点、すなわち社会保険方式によるシステムの検討を進めることを明確にした。介護手当については、今後の主な論点のひとつとして、「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」という記述にとどまった。

前述のとおり、介護手当に関する議論は始まったばかりであり、総理府の世論調査の結果待ちという状況でもあったので、この程度の記述にとどまったのであろうが、この記述では現金給付の是非論に焦点が絞られていて、家族介護の評価のありかた、支援方

法、家族介護の質の問題、介護手当の目的や給付方法、給付水準など、多様な論点が見えにくくなった嫌いがある。

中間報告後の老健審における議論は、1995（平成7）年9月に老健審に設けられた3つの分科会のひとつ、介護給付分科会において、介護サービスの範囲、利用方法等のテーマと並んで、家族介護の評価、特に現金支給の在り方がテーマとなった。同年12月4日開催の分科会において家族介護と現金給付について議論がなされたが、はっきりした方向性はまとまらなかった。

一方、総理府の世論調査は、1995（平成7）年12月に調査結果がまとまった（図表3参照）。ホームヘルパー等を利用せずに家族が在宅介護をしている場合に介護手当として現金給付を支給することについて、賛成58%、反対28%と、賛成者が多数という結果になった。この頃、各新聞社が行った世論調査においても現金給付については賛成者が多数という結果がでていた。しかしながら、老健審や事務局の中では消極説が有力となりつつあった。

図表3 在宅介護者への現金給付について

	現金支給を する方がよい (計)	休職で失われ た収入を補う 必要がある	家族の労苦に 報いる必要が ある	外部のサービ ス利用者との 不公平を是正	家族の介護も 労働として評 価すべきだ
全体	58.3%	19.5%	15.9%	13.0%	9.8%
男性	54.8	17.3	16.0	13.4	8.0
女性	60.9	21.1	15.8	12.8	11.2
	現金支給をし ない方がよい (計)	介護を金銭で 評価すること は不適切	家族がしっか り介護すると は限らない	かえって家族 を介護にしば りつける	家族関係に金 銭が絡みぎく しゃくする
全体	27.6%	11.9%	6.0%	4.9%	4.9%
男性	32.6	14.8	6.7	5.4	5.7
女性	23.9	9.7	5.4	4.6	4.2

注：選択肢は択一。「その他・わからない」が全体の14.0%。なお、原文を簡略化している。
資料：総理府世論調査（1995年）

その理由としてはいくつかあげられる。1番目の理由は、老健審の女性委員から現金給付に対する反対論が強く主張されるようになったことである。さらに、「高齢社会をよ

くする女性の会」が独自に行った介護の費用負担に関する調査結果が、1995（平成 7）年 7 月 10 日の老健審に参考資料として提出された。その調査では、ホームヘルプ等の現物給付と現金給付のどちらを選びたいかという二者択一の設問に対しては、現物給付が 63%、現金給付が 11%と、圧倒的に現物給付の選択が多いという結果になっていた。さらに、現金給付は家族の苦勞に報いるもので家族は喜んで介護する、という設問には 54%の人が否定していた。この調査は、この会主催のシンポジウムに出席した会員等約 400 名（うち女性が約 9 割）に対して行ったものであり、統計学的には偏ったサンプルからの調査結果と言わざるを得ないし、設問自身も、現物給付か現金給付かという二者択一のものであった。けれども、女性は介護手当に反対しているという印象を与えた効果はあったものと想定される。

2 番目は、事務局においても消極論が多数を占めてきたことによる。これには財政的な問題が関係している。老健審の審議と並行して、事務局では介護保険制度の立案作業を行うとともに、随時、大蔵省主計局の担当者に対して検討状況等を説明していたのであるが、大蔵省担当者は、新たな給付増となる介護手当の創設については財政的な観点から消極的であった。大蔵省の立場では、介護保険制度の創設は従来の老人福祉分野と老人医療の介護分野とを統合することにより、全体として国庫負担の効率化が図られることに意味があるのであって、したがって保険給付は従来行ってきたものが基本であり、

新たな給付は認めがたいというものであった。霞が関内部の政策形成にあたっては財政当局の意向は無視できず、また前述のとおり、老健審委員の中にも慎重論が強いことから、介護手当は無理をして制度化する必要性は乏しいものと判断されるテーマになりつつあった。

3 番目は、介護サービスを提供する民間団体からも消極論が展開されるようになったことである。介護保険制度の創設によりビジネスチャンスと考えている民間事業者にとって、介護手当が導入されると、外部サービスの利用が伸びないと考えたのである。

結局、老健審では、介護給付分科会の 12 月の会議以降、家族介護の評価や介護手当についてこれだけをテーマにした審議を行うことなく、1996（平成 8）年 1 月の第 2 次報告、4 月の最終報告の取りまとめに力を注いでいくことになる。これらの報告書の取りまとめ過程や後に述べる介護保険制度案大綱に関する審議の中で、介護手当については、全国町村会等の地方団体推薦の委員から、住民の要望として介護手当に対する期待が強いのでぜひ制度化すべきという意見がしばしばだされた。しかし、これに対しては、他

の委員から、前述のとおり女性からは反対が多い、介護サービス基盤の整備を怠った地方自治体の責任逃れとしての介護手当になるのではないか、サービスの量的充実が先決である、等の反論を受けることになった。

1996（平成8）年4月に老健審では、最終報告をまとめたが、介護手当については、消極論の色彩が濃い両論併記となった。制度化するかどうかは、事務局である厚生省にゆだねられることになった。

5 厚生省制度試案と与党による調整

老健審最終報告は、介護サービスの範囲や利用手続きではおおむね意見の一致をみたが、介護保険制度の仕組み方、たとえば保険者、保険料の事業主負担、国庫負担の割合、そして介護手当の問題など、肝心な部分については両論併記となって、制度づくりは厚生省が引き受けることとなった。厚生省では、既に老健審の審議と並行して、内部では制度案作りを進めていたので、1996（平成8）年5月の連休明けに制度試案を提示することとなった。

厚生省の制度案づくりに縛りをかけたものが、1996（平成8）年5月10日、与党福祉プロジェクトチームの「介護保険制度の試案作成に当たっての基本的視点」である。7項目にわたる視点の中で、5番目として「介護サービスが充実するよう、現物給付を原則とすること」とされ、介護手当の創設は否定された。老健審の審議については、当時非公開であったけれども、資料や議事概要の公表、報告書の取りまとめと、曲がりなりにも審議の経過がわかるが、与党福祉プロジェクトチームの審議は非公開であり、議事録もないことから、どのような理由で現物給付を原則としたのかは不明である。ただし、福祉プロジェクトチームは、1995（平成7）年7月から、厚生省の担当者を呼んで、ほぼ毎週のように高齢者介護問題に関する勉強会を開催するとともに、2回にわたって報告書を作成しており、この頃においては、厚生省高齢者介護対策本部事務局とほぼ同様の視点に立っていたものと考えられる。

こうして、1996（平成8）年5月15日に公表された厚生省介護保険制度試案においては、介護手当については、「家族介護に対する現金給付は、原則として当面行わないものとする」と明記された。これに対して、地方団体代表の委員から強い反対論が述べられたので、5月30日に老健審に提示された修正試案では、「保険者は、要介護者を介護する家族を評価し、それを支援する観点から、保健福祉事業の一環として、自らの保険料財源により各種の家族支援事業を行い得る」という文章が加わったが、現金給付は当面行わないという文言は同じままであった。同年6月6日に老健審に諮問された介護保険

制度案大綱の中でも、現金給付は原則として当面行わない旨の文言が盛り込まれた。これに対しても、地方団体代表の委員から反対である旨の意見が出たが、結局、6月10日の答申の際に、「家族介護の実態からみて、当分の間、現金支給を行うべきであるという少数意見があった。」という一文を答申文の中に記述することで地方団体の代表の委員の意見を尊重したこととされ、介護手当は制度化されなかった。

しかし、介護保険制度案大綱を法案化した介護保険法案の国会上程については、与党である自民党内の調整がつかなかったことと、国会の会期末が近づいていたことから上程できなかった。そこで、6月17日に連立与党3党間で「合意事項」が結ばれ、厚生省が作成した介護保険法案要綱を基礎として、懸案事項の解決を図りながら次期国会に法案を提出するという事になった。

連立与党では、政調会長等を中心に「介護保険制度の創設に関するワーキングチーム」（座長 山崎拓自民党政調会長(当時)）をつくり、チーム内での検討とともに、7月から9月上旬まで、全国6都市において、地方自治体の首長や関係団体等から意見を聞く地方公聴会を開催することとなった。

福祉プロジェクトチームの存在といい、このワーキングチームといい、社会保障関係の政策決定においても省庁・官僚よりも政治サイドの力が強くなりつつ傾向を示すものであった。

地方公聴会では、地方自治体側の代表を中心に、財政主体の問題、市町村の事務負担の軽減、在宅と施設サービスの同時実施の問題、基盤整備の推進など、さまざまな意見が述べられたが、その中で家族介護に対する現金給付については必要であるという意見が多かった。ワーキングチームの座長である山崎自民党政調会長も、家族介護を現金給付の形で評価することについて「反対意見よりかなりの差で肯定的な意見のウエイトが高かったと思う」と発言していると報道された。地方公聴会の開催の趣旨が、与党合意事項にある「市町村等の関係者の意見を踏まえる」ために行われたのだとしたら、こうした関係者の意見は十分尊重し、制度設計に反映させることが望ましかったであろう。

しかしながら、9月19日にまとめられた連立与党3党の「介護保険法案に対する意見」をみると、「現金給付については、当面行わないこととし、介護基盤整備への資金投入を優先することとする」という結論となった。厚生省では、この意見を踏まえて6月時点の介護保険制度案を若干修正した上で、11月の臨時国会に介護保険法案が上程されることとなった。ここに、家族介護に対する現金給付の実施は、完全に見送られることとなった。

このように老健審における審議過程及び老健審最終報告から厚生省制度試案作成に至

る経緯を振り返ってみると、介護手当については、世論調査に基づく国民の支持や地方団体からの要望が強かったにもかかわらず、厚生省や与党福祉プロジェクトチームでは、前向きに対応することなく、非制度化の方向を選択したことになる。

世論調査や地方公聴会の意見を踏まえるならば、家族介護の評価について、情緒的あるいは表面的な議論にとどまるのではなく、多面的に議論を尽くす必要があったであろう。介護手当の非制度化という政策決定は、世論の大勢に反していたために、介護保険法が成立してからも、常に議論として浮上する問題となっていくのである。

IV 介護手当はなぜ制度化されなかったのか

1 老健審報告書に対する考察

介護手当に対する議論としては、現時点でも老健審最終報告の記述が一番まとまっている。表のとおり、家族介護に対する現金給付に対する消極的な意見（消極論）と積極的な意見（積極論）の両論併記となっている（図表4参照）。

最終報告に記述された消極論は、現在でも介護手当に対する否定論としてよく使われている。しかし、果たして論理的に正しい指摘と言えるものであろうか。介護手当施行後の状況も踏まえて考察すると、次のとおりである。

（1）介護手当は家族介護を固定化させるのか？

まず、消極論のうち、①（家族介護が固定化され、女性が家族介護に拘束される）は、女性の有識者などから主張された意見である。俗耳に入りやすい指摘であるが、現金給付を適切に行うための条件付け等の検討や、実際の介護者の意識・行動の分析を無視した情緒的な観念論と言わざるを得ない。「現金給付は、家族を介護に縛り付ける」「女性に対する介護の押し付け」、「現金給付を得たいがために、要介護状態のままできて、かえって自立を阻害する」といった指摘は、実証もされていない感覚的なレベルの意見である。

「女性への介護拘束」論は、介護者の85%が女性である現状から、さらに「現金が出るのであれば家で介護をするのが当然」と、女性、特に子どもの配偶者（嫁）の介護負担が現在以上に増えるのではないかという不安から出て来ているのであろう。しかし、現状において約24万人の女性が在宅で寝たきり者の介護を行っている（「平成10年国民生活基礎調査」）が、これらの人達が介護をしている事情は人様々であり、単純に女性

図表 4

老健審最終報告における介護手当の評価

現金給付に消極的な意見	現金給付に積極的な意見
<p>①現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。</p> <p>②現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、損タイ的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。</p> <p>③今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>④現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>①高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>②現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計に支出が増大している実態もある。こうした現実は無視できない。</p> <p>③介護保険制度下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>

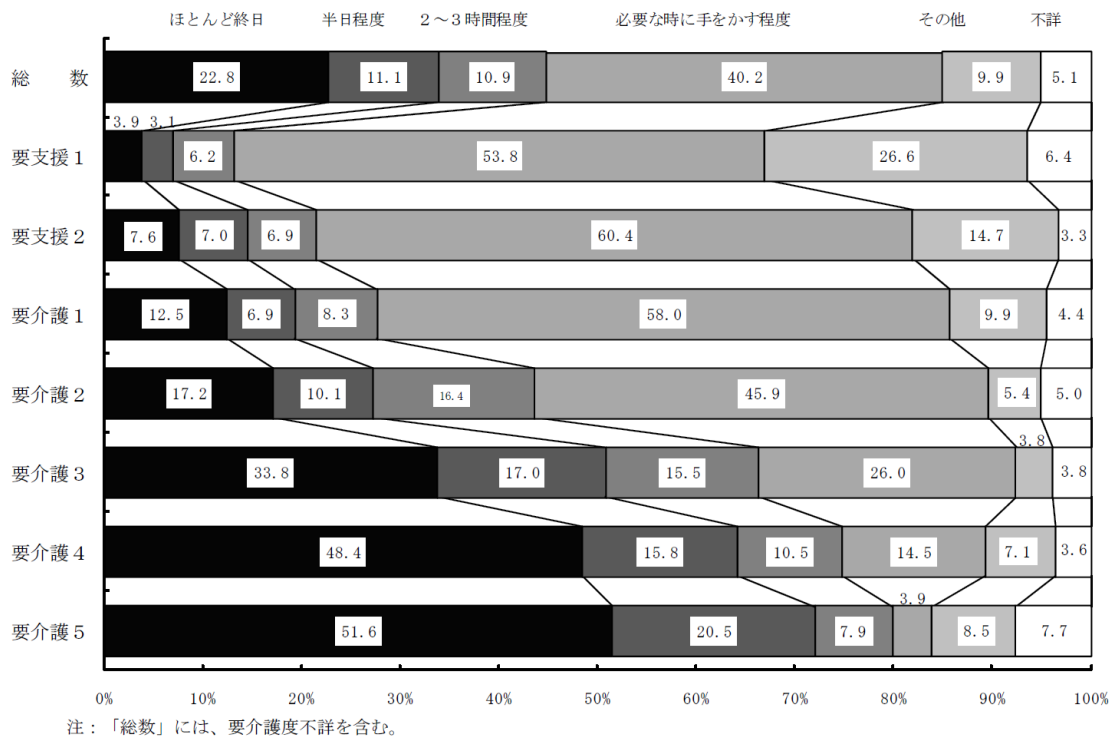
(注) 老健審最終報告 (1996年4月22日)

であるがゆえに介護者となることを余儀なくされているとみるのは、一面的である。介護を押し付けられたという人もいるかもしれないが、家族として当然の役目と考えている人もいるだろうし、あるいは肉親への自然な感情から行っている場合もあるだろう。父母や配偶者のためにより良い介護を行うために、ホームヘルパーの講習を受けている人達も多い。また、要介護状態の段階が軽く、家族でも在宅で十分介護ができるという場合も多いだろう。重病になれば在宅から病院に入院するように、家族介護の手に余るようになれば特別養護老人ホーム等の施設介護を選択せざるを得ないことは言うまでもない。

介護保険制度施行後に、要介護者がいる世帯の状況について調査をした「平成 22 年介護サービス世帯調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)によれば、在宅で外部からの現物給付である訪問介護サービス等を活用したとしても、家族の介護負担が大きいことがわかる(図表 5 参照)。

この調査結果によれば、要介護状態が重くなるほど、介護者が 1 日中介護を行う状態

(図表5) 要介護度別にみた同居の主な介護者の介護時間の構成割合



(資料) 厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」

が多くなっている。介護保険制度の導入時に「介護の社会化」がということが言われ、身体的な介護負担は外部サービスによって代替されるような印象があった。確かに、措置制度時代と比較をして、ホームヘルプサービスやデイサービス等の利用頻度は高まっているけれども、家族介護者の立場からみれば、要介護者が介護保険施設に入って24時間の介護サービスでも受けるようにならない限り、在宅介護では家族の介護負担が存在する。言うまでもないことであるが、ケアプラン上のホームヘルパーの訪問時間にあわせて要介護者の排泄や移動等のニーズが起きるわけではなく、在宅での介護の多くは、ヘルパーの訪問時間以外に生じるものであろう。

要介護者が安心して自宅で在宅介護生活を送るためには家族介護者の存在が重要であって、介護手当の支給によりその介護労働を評価することに対して「家族介護の固定化」と批判することは筋違いであろう。また、家族介護者の心身の負担を軽減するような方策を講じなければ、介護保険制度がねらいの一つとした在宅介護生活の推進は困難であり、要介護者やその家族は施設サービスを選択することになるだろう、介護保険制度施行後においては、措置制度時代よりも施設サービスへの需要が急増しているのが現実で

ある。

さらに、近年では、在宅介護の世界において、女性ばかりでなく、男性の介護者も増加傾向にあることを見逃してはならないだろう。「平成10年国民生活基礎調査」によると、介護者全体では、女性が85%を占めているが、高齢期の寝たきり者に対しては、60歳代の場合には男性の介護者が31%、70歳代の場合には23%と、決して小さくない割合となっている。これは、現在の核家族化、少子化傾向を見れば、必然的ともいえる現象である。子どもとの同居率が5割近くまで低下し、高齢者夫婦のみの世帯が増加する状況においては、「介護は女性」と決め付けることができなくなっている。夫が先に要介護状態になれば妻が、逆に妻がそうした状態になれば夫が、あるいは夫の両親の介護は夫が、妻の両親の介護は妻が、というように、今や男性も介護者になりうる状態が広がってきているのである⁵。

(2) 介護手当制度の支給方法によって問題は解消

現金給付消極論の②の問題（高齢者の自立阻害や介護の質を確保できない）は、主に介護の専門家から出された指摘であるが、これは介護手当の給付方法を工夫すれば、改善可能な問題にすぎない。すなわち、現金給付を選択した家族に対しては、保険者が定期的に要介護者の状態や家族介護の実態についてチェックを行う仕組みを整えれば良い。家族介護が限界と判断される場合には、外部サービスの利用に切り替えるように誘導する。家族介護者に対して介護研修を義務付けたり、介護手当の支給要件としてホームヘルパー2級以上の取得者としたりすることにより、介護の質を確保することも考えられる。

③の問題（現金支給の制度化によって介護サービスの拡大が不十分となる）は、主に介護サービスの供給者サイドから主張されていた。介護保険制度では、在宅サービス分野に従来の市町村や社会福祉法人ばかりでなく、株式会社等の民間事業者の参入を認めることになった。介護保険制度施行前後においては、コムスンやニチイ学館など、全国を営業エリアとして訪問介護分野に参入してきた民間事業者が注目を集めた。これら民間事業者のビジネス期待に対して、介護手当が制度化されると、ドイツ介護保険制度のように8割の人が介護手当（現金給付）を選択してしまい現物サービスの利用が伸びないのではないかという不安を、民間事業者側が抱いたことが自然な反応かもしれない。

⁵ 本章執筆後の状況を見ると、男性介護者の割合は増加傾向にある。『平成20年国民生活基礎調査』（厚生労働省）によれば、在宅の介護者のうち、約3割は男性となっている。また、介護者の子どもの配偶者（嫁）の割合は2割以下に低下している。

介護保険法制定時点で厚生省が「現金給付は当面行わない」としたのも、介護サービスの量的拡大を当面優先したということでもある。したがって、介護保険制度施行後3年目となり、コムスンなどの民間事業者の経営が制度施行直後と比較して好転してきた状況を見ると、この③の問題のウエイトは現在では小さくなったと言えよう。

④の問題（新たな給付であり介護費用の増大につながるため財政的な面から慎重に対応すべき）が、1996（平成8）年時点で介護手当の制度化を見送ることとなった実質的な要因であった。これまで地方単独事業としてはともかく、国の事業としては存在していなかったことから、制度化すれば新たな負担増となる。また、現金給付という点、いわゆる「ばらまき福祉」のイメージを喚起する。こうしたことから財政的な観点を重視する大蔵省等から反対論が強かった。

④の問題の「新たな負担論」は一見もっともらしく見えるが、ドイツ介護保険制度の例のとおり、正しくない。これは、介護手当の報酬水準の設定如何にもよるが、仮にドイツ介護保険制度のように現物給付である訪問介護の水準の5割前後に設定するとすれば、保険財政全体からみれば在宅介護及び介護手当の選択者が多い方が、施設介護や現物給付中心の場合よりも負担が軽くなる⁶。たとえば、2001（平成13）年5月の介護保険制度の給付状況を見ると、在宅サービスの給付総額は約1,215億円であり、これは在宅給付の支給限度額に対して37.5%の利用率となっている。制度上は、約3,240億円まで利用できるのであるが、要介護者やその家族は現状ではそこまで利用していない。しかし、この利用率は今後高まることが予想されているので、いずれは保険料負担や国庫負担・地方自治体の負担に反映されることとなる。このうち訪問介護の部分について、報酬水準が低い介護手当にふりかえることができれば、財政負担は現物給付のみの場合よりも負担が軽くなることになる。

2 介護保険法制定後の議論

このように老健審最終報告に見られる介護手当消極論は、いずれも論拠が乏しい。一方、積極論については、本章の1で説明した介護手当の類型中の目的を記述している（図表4参照）。

積極論の①（高齢者や家族の選択の重視、外部サービス利用者との間の公平性の確保）は、「施設・在宅サービスの受給者との均衡」論であり、②（家族の介護に伴う家計支出

⁶ ドイツ介護保険制度の初年度は、政府の当初予測に比べて現物給付よりも相対的に金額の少ない現金給付を選択した被保険者が圧倒的に多かったことから、保険財政全体では約4,800億円の黒字になった。

が増大している)は「介護費用の補填」論である。③(保険料負担の見返りとして現金給付の必要性がある)は、保険者である市町村の立場にたった意見である。ただし、「保険料負担の見返り」というのは、「現物給付を受けられないケース」についてのみ考慮されるのではない。社会保険である以上、一定の保険事故にあった場合には保険給付が受けられるということが保険契約であり、現物給付か現金給付かというのは保険給付内容の設計上の課題である。現物給付を受けられないケースがあるので現金給付が必要であるということだけではなく、現物給付を受けられる場合でも、被保険者の選択の幅を広げておくことの方が、「被保険者主体の社会保険」ということができる。

結局、官庁及び政治主導で決めた介護手当の非制度化については、家族介護について評価をすべきであるという世論調査や、保険者である市町村団体の意向に反していただけない、その後も家族介護の取扱いをめぐって論点として浮上してくる。その後の経緯を簡潔に述べると次のとおりである。

(1) 同居家族に対する訪問介護の取扱いをめぐって

介護保険法成立後、介護報酬の内容について審議をする医療保険福祉審議会介護給付費部会において、訪問介護員が同居の家族に対して介護サービスを提供したときに保険給付の対象とするかどうかということが大問題となった。このアイディアは、当時の審議会委員で全国町村会副会長の野中京都府園部町長を中心に、市町村関係者から強く支持されたもので、過疎地域や人口規模が小さな市町村では民間事業者の参入がなく、一方在宅で家族が介護をしている実態が多いことから、家族介護者にホームヘルパーの資格を取得させ、その介護労働を評価しようというものである。当時の厚生省でも、保険者である市町村など地方団体からの要望が強いことから、こうした形態を住民参加型訪問介護サービスと位置づけ、保険給付の対象とする方向で審議会に提案した。

しかしながら、審議会では「形を変えた現金給付である」として、女性の学識経験者等を中心に猛反対を受けることになった⁷。老健審時代と異なるのは、厚生省では何とか制度化しようとしたことで、3回にわたる議論を経て、保険対象となる条件を極めて厳格にすることで審議会の上承を取り付けた(1999年9月27日答申)。その条件とは、①利用者が、指定訪問介護のみでは必要なサービスの確保が困難と市町村が認める地域に住んでいること、②居宅介護支援事業者の介護サービス計画に基づいて提供すること、③事業所のサービス提供責任者の行う具体的な指示に基づくサービス提供である

⁷ いわゆる「介護の社会化」の立場からの反対ばかりでなく、本来家族の介護は無償であるべきで、家族に対する給付を容認すると日本の家族制度が崩壊する懸念がある、という意見もあった。

こと、④身体介護を主な内容としたサービスであること、⑤担当訪問介護員等の同居家族への従事時間が総従事時間のおおむね2分の1を超えないこと、というすべての条件を満たす場合に限り、市町村は基準該当サービスとして保険給付の対象とすることができるというものであった。このように保険給付の対象とはなったものの、適用条件は厳しいものとなっている。

(2) 介護慰労金制度の創設をめぐる

続いて介護手当そのものの必要性が議論されたのが、1999（平成11）年10月であった。その契機は、小渕内閣の下で、自民党、自由党及び公明党・改革クラブによる3党連立政権が誕生したことであった。3党連立政権合意書では、介護制度については、「平成12年4月から新しい制度を円滑に実施するために、高齢者の負担軽減、財政支援を含めた検討を急ぎ10月中の取りまとめを目指す。」とされた。

介護保険制度施行半年前の段階で、高齢者の負担軽減等の課題が連立政権の取り組みのひとつとなった背景には、施行1年前となった1999（平成11）年4月頃から、新たな保険料負担に対する高齢者の反発をおそれて自民党の国会議員を中心に介護保険制度の見直しや先送り論が盛んに論じられるようになったことがあげられる。同年8月には、自民党内に「介護保険制度対策本部」の初会合があり、8月末の厚生省の平成12年度政府予算概算要求では、保険料や利用料負担の軽減等の介護対策経費については、予算編成過程において検討することとされたのであった。

政治主導のもとに介護保険制度の円滑実施のための対策を検討するということになったのである。リーダーシップを振ったのは、亀井静香自民党政調会長（当時）で、自民・自由・公明3党の与党責任者会議の場で、「子どもが親の面倒を見るという美風を損なわない配慮が必要だ。家族の絆とお年よりの精神的な幸せを無視した機械的な対応は好ましくない。」として、介護保険制度見直しの提案をしたという。亀井政調会長は、介護保険制度には、子どもが親を介護する場合に支援や援護が一切ないので、家族介護に対する現金給付を認めるべきであると主張した。この亀井政調会長の「親の介護は美風」発言報道が、介護手当に対する賛否両論を再び巻き起こした。朝日新聞や女性の評論家は否定的な論調であったが、一方で、千葉県野田市長は、新たな家族介護に対する現金給付制度を創設して、論争の輪を広げた。

結局、10月29日に政府に対して介護制度に対する与党3党の申し入れがあった。高齢者の保険料を施行後半年間は徴収せず、その後半年間は半額とするという保険料負担軽減策をはじめ、介護手当関連としては、「家族介護支援については、介護者の物心両面

にわたる負担を軽減するために、慰労金やリフレッシュ事業等の適正な措置を講ずる。」という一項が盛り込まれた。これを受けて、11月5日、厚生省は、介護保険制度に関する特別対策をとりまとめた。家族介護支援策としては、介護保険法とは別の予算措置により、市町村が家族介護支援事業（メニュー事業）を行ったときに国が助成することとなった。家族介護慰労金については、2001（平成13）年度から支給することとして、要介護度4または5の重度の高齢者で、住民税非課税世帯にあり、かつ、介護サービスを1年間利用しなかった場合に年1回、年額10万円までの金品を市町村が支給する場合に、国が助成することとなった。

介護保険制度では家族介護に対する支援策が乏しいという亀井政調会長の指摘は、介護保険制度創設の検討にあたって家族介護の評価について様々な観点からの議論が欠けていたという点に世間の耳目を集めたもので、良いポイントをついていた。しかしながら、最終的には現金給付の目的を介護者に対する慰労という点で了解してしまったために、厚生省が取りまとめた支援策では、介護保険制度の外の仕組みで、金額水準も低い上に、種々の条件が付与され、果たして全国で該当する人がどのくらいいるのだろうか、という小さな制度になってしまった。介護手当の在り方について再度検討するせっかくの機会であったが、大山鳴動したわりには、結論は、社会保険の介護手当と異なる従来の地方単独事業の「介護手当」を追認するものに終わってしまった。

（3）家事援助のあり方をめぐって

亀井政調会長は、2000（平成12）年1月になって、別の問題を厚生省に投げかけた。それは、同居家族がいる場合の訪問介護は保険給付の対象外にすべきであるという指摘であった。家族が調理や洗濯などの家事を行わずに、外部の訪問介護員に家事をさせて、それに対して社会保険から金を払うのは問題だというわけである。厚生省では、社会保険の仕組みでは本人の状態が支給要件に該当するかどうかであって、同居家族の有無で保険給付に区別をつけるわけにはいかない、と反論をした。

この問題は、家事援助が中心である場合の訪問介護費の適用は、単身の世帯に属する利用者または家族・親族が同居している利用者であって、家族等の障害、疾病等の理由により、利用者または家族等が家事を行うことが困難な場合に認める、ということ。「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月10日厚生省告示第19号）の中に明記することということで調整が図られた。同居家族がいる場合であっても、保険者が「困難な場合」と認めれば家事援助の給付を受けることができるということにしたのである。

V まとめ—介護手当はどのように制度化すべきか

1 介護手当はなぜ必要か

以上のとおり、介護手当の制度化をめぐる議論の経緯をみてきたが、介護手当を制度化できないという絶対的な理由は存在しない。介護手当をめぐる議論が、具体的な制度の仕組みのあり方まで深まることなく、往々にして観念論や情緒論に流れてしまったのには、わが国の介護システムがまだ未成熟であったという背景も一因である。この点では、老健審最終報告の現金給付積極論も観念的なものであったと言わざるをえない。そこで、現物給付中心の介護保険制度の施行状況も踏まえながら、現在の視点で、介護手当の必要性について論じてみることにする。

筆者は、次の5つの視点から、介護保険制度の見直しにあたっては、介護手当を保険給付として制度化する方向で検討すべきことを提案したい。

(1) 被保険者主体の介護保険

第1点目は、官庁主導型あるいは利益団体中心型の立場から構築するという方法論から脱して、被保険者のための社会保険を構築するために必要である。介護手当制度の創設が被保険者のための社会保険になる、というのは唐突な印象を与えるが、それは次の理由による。

まず、本章のIで論じたとおり、介護手当は、被保険者にとって現物給付では得ることができない利点を持っていることである。家庭内介護者の介護業務を労働として評価すること、おむつ等介護用品購入代などの介護保険給付対象外の介護費用を助成すること、要介護者自身の意思に基づき介護サービス提供者を選択すること、といった点は、現物給付ではなく介護手当によって実現される。これは、被保険者にとって保険給付の選択の幅が広がることでもある。なお、介護用品については、2000（平成12）年度から、低所得の重度の在宅高齢者に対して市町村が介護用品を支給する場合に、その費用の一部を国が助成する事業が始められている⁸。これは介護保険外の制度として行われているものであるが、こうした一部低所得者に対する「施しとしての福祉」ではなく、一定の要件に該当する人に対しては介護手当が給付されることにより誰でも同じように利用できる権利があるというのが、介護保険の趣旨に合致するであろう。

次に、介護手当は、利用者主体の介護保険制度という性格を強めることができること

⁸ 2000年度から、介護保険ではなく一般財源を元に始められた家族介護支援事業の中で、介護用品の支給事業は、2002年4月現在で、約7割の市町村が実施している。

である。「利用者主体」や「利用者の選択」という言葉は、介護保険制度創設のキーワードであった。介護保険制度の導入により、介護サービスの種類やサービス提供事業者に対しては利用者自身やその家族が選択できるようになったが、訪問介護サービスの提供者（ホームヘルパー）の選択についてはホームヘルパーを派遣する事業者側の意向が主体となる。介護手当は、利用者自身が介護者を選択できるという点で、現行制度よりも利用者主体の性格を強めることになる。介護手当の活用によって、家族や友人・知人、地域社会のボランティアといったインフォーマルな介護者が利用者の在宅生活を支えるとともに、日頃から良く知っている介護者という点で、利用者に安心感をもたらすであろう。

さらに、介護手当の保険給付化は、社会保険を支えていこうとする被保険者の意識を強めることができると考えられることである。厚生労働省の調査によれば、要介護認定を受けながら介護サービスを利用していない人の理由で最も多いものが「家族介護者がいるので現在は不要」というものである。受給権が生じていながら保険給付を利用していないのであるが、こうした人々でも介護保険料の負担は生じている。社会保険制度の設計にあたっては、可能な限り拠出と給付のリンクを図ることが、社会保険制度を支える基礎である被保険者の共同連帯の精神にこたえることになるであろう。

既に述べてきたとおり、介護手当に対する世論の支持が強いことである。総理府の世論調査をはじめ、新聞社の世論調査でも介護手当制度の賛成者が多数派であった。社会保険としての介護保険制度であるならば、保険料負担をする被保険者多数の意思に合致した制度設計を行うべきである。被保険者の要望に即した制度設計をすることにより、介護保険制度を支える連帯心の醸成につながるのではないかと。

（2）保険者主体の介護保険

第2点目は、保険者の意向を反映した介護保険制度の構築という視点である。制度の検討当初においては、保険者を市町村とすることに対して全国町村会・全国市長会等の地方自治関係団体からは反対論が強かった。しかしながら、介護保険制度は「地方分権の試金石」ということで、住民に最も身近な地方公共団体である市町村が保険者となつて、介護保険制度を運営することについて地方団体側も合意することとなった。そうであるならば、介護保険制度の設計にあたっては、地方自治体の意見をもっと反映させるべきであろう。介護手当をめぐるのは、地方自治体関係者からの要望が強かったのである⁹。後述するように、介護手当の支給要件として、家族介護の実態について保険者であ

⁹ 全国町村会では、2002年5月、介護報酬の議論をしている社会保障審議会介護給付費分科会に対して、家族介護の評価として現金給付を含め支援策を充実することと指摘した意見書を提出している。

る市町村が定期的にチェックをする仕組みを導入すれば、従来「密室介護」として虐待等の問題が指摘されてきた家族介護の質の改善につながるであろう。

(3) 無償労働の社会的評価

第3点目は、これまで「無償労働」(アンペイドワーク)として位置づけられてきた家庭内労働を社会的に評価するという視点である。家事や育児、介護などの無償労働の意義に対する認識が高まり、これを貨幣評価しようという動きは、欧米諸国をはじめ世界的な潮流である。無償労働の貨幣評価の必要性が、1995年に北京で開催された世界女性会議の行動要綱に盛り込まれたこと等を踏まえ、日本でも、経済企画庁経済研究所がわが国の無償労働の貨幣評価を試算した報告書が公表されている¹⁰。家庭内労働を評価することは、貨幣(お金)を稼がない労働は無価値とする概念に変革をもたらしたり、専業主婦と働く女性との間の無用な対立を緩和したりする方向で働くのではないか。

また、日本のように、21世紀初頭に人口減少社会と少子高齢社会が一緒に到来し、働き手の人口(労働力人口)が減少していく社会こそ、様々な労働を評価することによって社会の活力を維持していく必要がある。育児や介護などの労働は、家庭内の家事という範疇を超えて、少子高齢社会を支えていく不可欠な労働として位置づけることができるだろう。こうした家庭内の無償労働を外部の人手に頼るとしても、社会全体のコストは変わらない。その上、労働力人口が減少していく状況では、育児や介護を外部化するといっても対応する労働力の制約が生じ、人件費コストが高いものとなるであろう。

(4) 在宅介護生活の支援

第4点目は、在宅生活を支える大きな手段になるという視点である。「可能な限り在宅生活を支援する」というのは、介護保険制度創設の趣旨のひとつ¹¹であるが、介護保険制度施行後の状況をみると、必ずしもそうした状態にはなっていない。それどころか、施設サービスを選択する要介護者等が急増しているのである。サービス別に見た介護給付費支払い状況をみると、在宅サービスと施設サービスの比率は1対2となっている。受給者数では、2対1である(いずれも2001年度)。これが、ドイツの場合では、保険給付費ベースでは、在宅と施設の比率が1.1対1と在宅の方が大きい。受給者ベースでは、在宅と施設では、2.3対1となっている(いずれも1999年)。これは、在宅介護給

¹⁰ 経済企画庁経済研究所編『あなたの家事の値段はおいくらですか』(平成9年12月発行)。これによると、1991年の数字として、わが国の無償労働の評価額は約99兆円で、GDPの約2.2%となる。無償労働の85%は女性が提供している。年間の無償労働額評価額は、国民1人あたりで約96万円であるが、専業主婦の場合、平均約276万円となる。

¹¹ 介護保険法第2条第4項では、「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と規定されている。

付の中で介護手当の占める割合が約5割と、高いことが反映している¹²。日本の場合、在宅の比率が小さい上に、在宅サービスの中でも、ショートステイやデイサービス、デイケアといった施設活用型のサービス給付が約5割を占めている。これは、在宅生活を支える上で、訪問介護サービスの利用のみでは、介護者の介護負担の軽減について限界があるということを示唆している。実際、介護保険制度施行後の利用者の状況を調査した医療経済研究機構による研究結果では、「介護サービスの利用が促進されることによって、家族介護の時間が減少することが期待されたが、現状ではそういった傾向は現れていない」と報告されている。¹³

当面は、特別養護老人ホーム等の介護保険施設の量的整備が必要であるとしても、保険財政上の制約、施設職員の確保問題、要介護者の在宅生活への強い志向といった観点から、いつまでも施設整備を進めていくことはできないだろう。スウェーデン、デンマーク等の北欧諸国においても、施設介護依存型を経て現在の在宅介護重視型へのケアシステムへと変化してきた。わが国でも、そろそろ要介護者に対する施設入所と在宅生活とのバランスについて考慮を深める時期にきているものと考えられる。

(5) 介護手当の経済効果

第5点目は、介護手当の経済効果である。介護手当は、要介護者から介護者に対して支払われる現金であるので、介護者の収入となつてからは、介護者自身の消費支出の財源として利用されることになる。収入に対する消費支出の割合の平均は約7割であるので、介護手当支給額の約7割は、新たな物品の購入等を通じて社会全体の財の生産活動に寄与することになるであろう。介護用品や食材料の購入、外食の利用、小規模な住宅改修等、介護保険給付対象外の品目に対する消費を促進することにもつながる。介護手当の制度化を単に保険財政の負担増とだけとらえるのではなく、保険財政を支える被保険者の家計や社会の経済活動に対して意義があるという点も認識しておく必要がある。

2 介護手当創設の提言

それでは介護手当について、どのような仕組みの制度としたらよいか。今後の検討のたたき台として、試案を提示する。

① 介護手当は、要介護者が自ら選んだ介護者の介護労働に対する報酬と位置づける。

¹² ドイツ介護保険制度の給付の中で、現在でも介護手当の占める割合は高いが、1996年と2000年を比較すると、介護手当の給付額は漸減する一方、在宅介護現物給付や施設介護の給付額が伸長しているので、全給付額に占める介護手当の割合は減少傾向にある。

¹³ 厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金による「在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究」報告書（研究委員長 橋本泰子、医療経済研究機構、2001）

介護者については、一定の介護資格（たとえばホームヘルパー資格など）を有することを条件とする。

② 介護手当の給付対象者は要介護者（要支援者を含む）とし、介護手当の報酬水準は、訪問介護の介護報酬を基にして設定する。この場合、ドイツ介護保険制度のように約 5 割程度の水準とすることが考えられるが、最低賃金制度の水準は上回るものとする。

③ ドイツ介護保険制度の場合と同様に、在宅介護の現物給付である訪問介護（ホームヘルプサービス）と介護手当の保険給付とは選択性にし、両者の組み合わせも可能とする。

④ 介護手当の給付にあたっては、あらかじめ要介護者またはその家族はケアプランを作成し、保険者の承認を得る。保険者は、介護者の介護負担が過重なものとならないように、ディサービス、ショートステイ等の他のサービス利用との組み合わせ等について適切なアドバイスを行う。また、保険者は、一定期間（たとえば3ヶ月）ごとに介護内容を評価し、家族介護が不適切と判断されれば、介護手当の給付を打ち切り、速やかに外部サービスの利用に切り替えるようにする。

⑤ 介護者が公的年金制度の被保険者である場合には、介護従事期間中の年金保険料負担を軽減する。

こうした条件の下に介護手当を制度化した場合、どの程度の財政規模になるか、平成 13 年 5 月分の介護給付費支払い実績をもとに非常に粗い試算を試みる。

まず介護保険給付をまったく利用していない約 60 万人の要介護者が、介護サービスを利用している人達と同じ水準程度で介護サービスを利用し、その全てが介護手当と仮定すると、約 300 億円（介護手当の水準は訪問介護報酬の約 6 割とした場合）となる。また、介護サービスを利用している人達が、支給限度額に対する保険利用割合が約 4 割という状況で、使っていない利用額を全て介護手当に当てるものとして、約 1,200 億円となる（介護手当の水準は、訪問介護報酬の約 6 割とした場合）。一見、現在よりも財政負担が増えるイメージであるが、要介護者が支給限度額一杯に介護サービスを利用する場合に比べれば、介護手当の報酬水準が訪問介護よりも低い分だけ、保険財政としては負担が緩和している。また、現在、一般財源を原資に実施している家族介護支援事業（国庫補助予算額 500 億円）の財政負担は緩和することになる。さらに、一番の効果は、現在のように要介護認定を受けても約 4 分の 1 が介護保険制度のサービスを利用していないという状況がなくなることである。介護手当の制度化をもって、一定の要件に該当すれば誰でも保険給付を受けることができるという、普通の社会保険制度になると言えるだろう。

最後に、本稿に述べるような介護手当制度が創設されれば、たとえば2002（平成14）年6月15日の朝日新聞の「暮らし」欄に掲載されていた長崎県の女性の「割り切れぬ思い」は解消することであろう¹⁴。

○ 割り切れぬ思い

87歳の実母が私の住まいから30キロほど離れた町で1人暮らしをしています。介護保険で要支援と認定され、ホームヘルパーに週に1回1時間半、家の中の掃除などをしてもらっています。ただ、病院通いや買い物も母1人では難しいため、私が、週に2度、バスと電車で母のもとに通っています。その際にはほぼ終日、身の回りの世話や食事作りなどをしてきます。

私にはホームヘルパー2級の資格があるのですが、親の生活の支援をしても、賃金は認められません。もちろん、年老いた親の暮らしを子どもが支えるのは当然だと私は思いますし、それに対して金銭的なことを考えてはいけない、という気持ちもあります。

でも一方で、同じ資格を取得して介護に携わっていながら交通費も出ず、すべてが私の負担になっていることに割り切れなさを感じてしまうのも事実です。

「それなら、ヘルパーを週3回に増やしてお母さんの世話を任せてはどうですか」。行政の窓口では、そう言われました。でも母は、外部のヘルパーよりむしろ娘の私の支援を望んでいるのです。私もこたえたいと思っており、行政の言うようには割り切れません。（以下、略）（長崎県、主婦、66歳）

（引用・参考文献）

医療経済研究機構「在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究」（2001年）

岩田正美・平野隆之・馬場康彦（1996）『在宅介護の費用問題』中央法規出版

家計経済研究所編（2003）『介護保険導入後の介護費用と家計』財務省印刷経済企画庁経済研究所編（1997）『あなたの家事の値段はおいくらですか』大蔵省出版局

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1995）『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』ぎょうせい

¹⁴ この投書に対しては、神戸市の介護支援専門員から、別居している家族であれば、事業所に登録して派遣ヘルパーの形をとることで賃金が得られる、というアドバイスが寄せられた（2002年6月26日朝日新聞）。理論的には可能であるが、種々の条件が整う必要があり、実現可能性は低いであろう。

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1995）『新たな高齢者介護システムの確立について』ぎょうせい

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1996）『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい

財団法人長寿社会開発センター（1993）『高齢者在宅介護費用の研究』

増田雅暢（2002）「家族介護の評価と介護保険」『週刊社会保障』第 2198 号から第 2002 号、法研

第2章 介護費用と家族介護の評価に関する日韓比較

I はじめに

本格的な介護保険制度は、ドイツにおいて1995年1月から実施、次いで、日本において、ドイツを参考に制度が創設され2000年4月から実施、さらに、韓国において、日本とドイツを参考に制度が創設され2008年7月から実施されている¹。

韓国では、社会保障関係の法制度の創設について、日本の制度を研究した上で、韓国の実情に応じたものとするのが一般的であり、介護保険制度についても、要介護認定の方法や利用者に対して一部負担を求めることなど、類似点が多い。また、日本、韓国とも、「親孝行」の精神からと子どもが高齢の親の介護を行うという家族関係の在り方でも、似ている。そこで、日韓比較をすることにより、お互いの介護保険制度の実態や、家族介護の現状をより深く理解することができると考えられる。

介護保険制度創設の理由のひとつに、要介護高齢者本人やその家族の介護費用の負担軽減がある。日本の介護保険制度では、要介護高齢者が在宅で介護サービスを利用する場合、要介護度別の支給限度額の範囲内であれば介護費用の1割の自己負担で訪問介護等の介護サービスを利用できる。たとえば、10万円分の介護サービスを利用したとしても、自己負担は1万円となる。残りは、介護保険制度から保険給付される。施設サービスの場合にも自己負担割合は1割である。なお、食費及び居住費については自己負担となる。介護保険の利用により、介護費用負担は大幅に軽減される。

韓国の場合は、在宅サービス利用の自己負担割合は1.5割、施設サービス利用の自己負担割合は2割とされている。日本よりは少し負担割合の率が高いが、介護保険により介護費用負担が低く抑えられている状況は同じである。

そこで、本研究では、介護保険制度の導入後、日本および韓国の要介護高齢者を抱える世帯において、介護費用負担がどの程度になっているか、介護サービスの自己負担はどのくらいか、介護費用の負担者は誰か、自己負担額について負担と感じているかどうかなど、介護費用をめぐる状況について調査・分析した²。これにより、介護費用の負担

¹ 日本とドイツ、韓国の介護保険制度創設の政策過程や制度内容の比較については、増田雅暢編著『世界の介護保障』（2008年、法律文化社）の補章「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」を参照。

² この調査は、文部科学研究費「在宅要介護高齢者の看取りケアと地域ネットワーク・サポートの日韓国際比較研究」（主任研究者：金貞任東京福祉大学教授。平成21～23年度）の一環として行われ、筆者は分担研究者として実施したものである。調査実施にあたりご協力いただいた皆様方に、心から感謝申し上げます。

軽減という介護保険制度創設のねらいがどの程度達成されたのかどうかについて考察した。

また、今回の調査では、介護手当制度の導入の是非についても意識調査を行った。後述するとおり、介護手当制度の導入については、わが国の介護保険制度創設の検討時点において論点のひとつであったが、あらためて今回の意識調査結果から今後の介護保険制度の課題について考察した。

II 比較のための調査対象者と研究方法

本研究の調査対象者は、日本・韓国において要介護認定を受けている在宅要介護者の主たる家族介護者である。今回の調査では、家族介護者は、日韓とも女性が男性よりも割合が高く、日本の男性介護者は2割、韓国の男性介護者の割合は15%であった。年齢については、日本では60代が3割以上で高く、次に50代であるが、韓国では50代が4割弱で高く、次に40代が3割以上を占めていた。

調査の実施期間は、日本が2010年10月から11月、韓国が2010年8月から10月までであった。調査の方法としては、日本は留置法を用い、韓国は面接法を用いた。調査地域は、日本がH市、I市、J市であり、韓国がA市とB市であった。調査対象者は、日本が1,570人、韓国が1,080人であるが、分析対象は、日本が1,500ケース（回収率95.5%）、韓国が993ケース（同91.1%）であった。

介護費用に関する質問項目は、毎月の介護費用（交通費や介護用品の代金、介護保険以外の福祉サービスの利用費用などすべて）、介護サービスの利用に伴う自己負担額、自己負担額に対する負担感、要介護状態になってからの生活費の変化であった。また、介護手当に関しては導入に対する賛否であった。

なお、本研究の倫理的配慮については、主任研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得てから調査が実施された。

III 介護費用と介護手当の評価の現状

1 介護費用について

(1) 日本の状況

日本では、毎月の介護費用は、平均43,800円であり、介護サービスの利用に伴う毎月の自己負担額は、平均26,100円である（表1）。この金額の水準の評価については、後述するとおり、先行研究と比較しながら考察する。

介護費用の分布は、1万円未満が9.8%、1～2万円が13.9%、2～3万円が12.8%、3～5万円が17.4%、5万円以上が23.8%となっている。

介護費用の負担は、「本人」が64.1%、「配偶者」が15.3%、「同居の子ども」が15.9%、「別居の子ども」が1.6%、「子どもが配分」が1.5%となっている（表2）。

自己負担額の負担の程度については、「非常に負担に感じられる」が5.8%、「かなり負担に感じられる」が29.0%、「あまり負担に感じられない」が58.1%、「まったく負担に感じられない」が7.0%である（表3）。

介護が必要になってからの世帯の生活費の変化は、「減った」が17.2%、「かわらない」が52.2%、「増えた」が30.6%である。生活費が増えた程度については、「1割程度」が

表1 毎月の介護費用の日韓比較

日 本		韓 国	
2000円未満	2.2%	2万ウォン未満	1.1%
2000～5000円未満	2.4%	2万～5万ウォン未満	1.1%
5000～1万円未満	5.2%	5万～10万ウォン未満	5.1%
1万～2万円未満	13.9%	10万～20万ウォン未満	18.9%
2万～3万円未満	12.8%	20万～30万ウォン未満	18.1%
3万～5万円未満	17.4%	30万～50万ウォン未満	23.1%
5万～10万円以上	15.4%	50万～100万ウォン未満	20.7%
10万円以上	8.4%	100万ウォン以上	12.0%
不詳	22.4%	不詳	0%
平均（千円）	43.8	平均（万ウォン）	45.5
自己負担平均（千円）	26.1	自己負担平均（万ウォン）	23.4

（注）有効回答数は、日本が1,122、韓国が910

表2 介護費用の負担者

	日 本	韓 国
要介護者本人	64.1%	15.2%
要介護者の配偶者	15.3%	15.8%
要介護者の同居の子ども	15.9%	36.1%

要介護者の別居の子ども	1.6%	8.4%
要介護者の子どもが酒配分	1.5%	20.2%
借入	0.1%	0.4%
その他	1.5%	3.9%

(注) 有効回答数は、日本が 1,488、韓国が 805

26.6%、「2割程度」が 34.2%、「3割程度」が 25.0%、「4割程度以上」が 14.2%となっている。

表3 介護サービスの利用に伴う自己負担額の負担に対する認識

	日本	韓国
非常に負担に感じられる	5.8%	15.2%
かなり負担に感じられる	29.0%	15.8%
あまり負担に感じられない	58.1%	36.1%
まったく負担に感じられない	7.2%	8.4%
ケース合計	1,457	798

(注) 有効回答数は、日本が 1,457、韓国が 798

(2) 韓国の状況

韓国の場合は、毎月の介護費用は、平均 45.5 万ウォン（2012 年 10 月現在の為替レートでは、約 3.4 万円）、介護サービスの自己負担額は、23.4 万ウォン（同約 1.7 万円）である（表 1）。

介護費用の分布は、10 万ウォン未満が 7.3%、10～20 万ウォンが 18.9%、20 万～30 万ウォンが 18.1%、30～50 万ウォンが 23.1%、50 万ウォン以上が 32.7%となっている。

介護費用の負担は、「本人」が 15.2%、「配偶者」が 15.8%、「同居の子ども」が 36.1%、「別居の子ども」が 8.4%、「子どもが酒配分」が 20.2%となっている（表 2）。

自己負担額の負担の程度については、「非常に負担に感じられる」が 18.3%、「かなり負担に感じられる」が 52.0%、「あまり負担に感じられない」が 23.6%、「まったく負担に感じられない」が 6.1%である（表 3）。

介護が必要になってからの世帯の生活費の変化は、「減った」が 15.7%、「かわらない」が 42.4%、「増えた」が 41.9%である。生活費が増えた程度については、「1割程度」が

36.9%、「2割程度」が34.2%、「3割程度」が21.4%、「4割程度以上」が7.5%となっている。

2 介護手当について

介護手当については、質問では、ドイツの介護保険制度では、家族が居宅で介護をしている場合には介護手当という現金給付の仕組みがあるが、これについてどう思うのか尋ねた。

日本では、「介護手当を導入した方がよい」とする人が53.9%、「導入する必要はない」が39.2%と、導入に賛成する人が多数を占めている（表4）。男女別では、「導入した方がよい」とする人は、男性53.0%、女性54.4%と差がない。介護者の年齢別では、高齢

表4 介護手当に関する意見

(単位：%)

日 本		韓 国	
(問28) 介護手当についての考えについて			
日本でも導入した方がよい	53.9	賛成	75.1
導入する必要はない	6.9	反対	8.9
わからない	39.2	わからない	16.0
(付問) 介護手当の水準について			
訪問介護員と同じ水準がよい	42.7	訪問介護員と同じ水準がよい	53.0
4分の3程度の水準がよい	13.2	4分の3程度の水準がよい	9.7
半分くらいの水準がよい	33.2	半分くらいの水準がよい	14.6
4分の1くらいの水準がよい	5.3	4分の1くらいの水準がよい	1.0
訪問介護員よりも高い水準がよい	5.7	訪問介護員よりも高い水準がよい	21.7

(注) 有効回答数は、日本が1,461、韓国が949

者層（60歳以上）よりも中高年層（40歳未満から50代）の方が、「導入した方がよい」とする人の割合が高い。

一方、韓国では、日本以上に現金給付である介護手当に賛成する人が多く、「導入した方がよい」が75.1%、「導入する必要はない」が9%となっている（表4）。

介護手当の水準では、「訪問介護員と同じ水準」とする人が、日本では42.7%、韓国では53.0%となっている（表4）。「半分くらいの水準がよい」とする人は、日本では33.2%であるが、韓国では14.6%と少ない。介護手当の水準に関しては、総じて、韓国

の方が高めの答えとなっている。

IV まとめ―日韓比較から見えてきたもの

1 介護費用について

日本と韓国の介護費用に関する調査項目を比較すると、大きな違いが2つある。

ひとつは、介護費用の負担者の相違である(表2)。日本では、全体の3分の2は、要介護者本人である。残りは、配偶者と同居の子どもが各15%である。

一方、韓国では、要介護者本人は15%にすぎない。負担者としては子どもが中心であり、全体の3分の2となる、その内訳は、同居の子どもが36%と全体の約3分の1を占めるほか、子ども同士で配分するというのが20%と5分の1を占めている。

その背景には、韓国では「国民皆年金」の歴史が浅いため、高齢者の年金等の所得水準が低いことや、「親孝行」の精神から、子どもが親の介護費用を負担するという考えが一般的である、ということが考えられる

もうひとつは、介護サービスの利用に伴う自己負担額の負担に対する認識の相違である(表3)。

日本では、負担を感じる人(「非常に負担に感じられる」と「かなり負担に感じられる」の和)は、全体の34.8%であるのに対し、負担を感じない人(「あまり負担に感じられない」と「まったく負担に感じられない」の和)は65.3%と、全体の3分の2の人は、負担感がないと回答している。

一方、韓国では、負担を感じない人は29.7%であるのに対し、負担を感じる人は70.3%と、全体の7割にのぼる。この背景には、韓国では、日本と異なり負担者が要介護者本人よりも介護者の子ども自身であることが多いことや、介護保険制度の自己負担割合が、在宅サービスは15%、施設サービスは20%と、日本の10%と比較して高いことによるものと考えられる。

介護費用と要介護度との関係をみたクロス集計の結果は、表5のとおりである。

表5 - 1 要介護度と介護費用との関係 (日本)

	1.5万円未満	1.5～3万円未満	3～5.25万円未満	5.25万円以上
要介護1	35.0%	34.2%	19.0%	11.8%
要介護2	23.4%	34.4%	30.1%	12.1%

要介護3	14.4%	21.6%	30.2%	33.8%
要介護4	17.4%	19.0%	30.3%	33.3%
要介護5	7.5%	9.6%	40.4%	42.5%
合 計	21.2%	25.8%	28.9%	24.1%

表5 - 2 要介護度と介護費用の関係（韓国）

	20万ウォン未満	20～30万ウォン未満	30～60万ウォン未満	60万ウォン以上
等級外	36.6%	27.9%	12.6%	23.0%
3等級	23.7%	36.5%	19.7%	20.1%
2等級	25.6%	23.2%	23.2%	28.0%
1等級	16.7%	30.8%	21.8%	30.8%
合 計	26.1%	31.8%	19.0%	23.1%

これをみると、日本・韓国とも、要介護度が重くなるにしたがって、介護費用が増加していることがわかる。なお、日本の要介護度は、数値が大きくなるにしたがい要介護の度合いが重くなるが、韓国の要介護度は、1等級が最も重く、等級の数値が大きくなるにしたがって軽くなる。現時点では、韓国の介護保険は、中重度の要介護者が対象となっている。

また、介護保険制度において、居宅介護の場合には、要介護度に応じて介護保険からの支給限度額が設定されている。いわばサービスの利用限度額でもあるが、この利用限度額に対して、どの程度までサービスを利用しているのか尋ねたものが、表6である。

表6 介護保険制度の利用限度額に対するサービスの利用の程度

介護保険制度の利用限度額に対してどのくらいの割合までサービスを利用しているか			
日 本		韓 国	
利用限度額を超えて	7.1%	利用限度額を超えて	11.5%
ほぼ利用限度額まで	28.8%	ほぼ利用限度額まで	49.8%
利用限度額の半分以上	24.3%	利用限度額の半分以上	10.7%
利用限度額の半分以下	26.8%	利用限度額の半分以下	7.6%

まったく使っていない	1.9%	まったく使っていない	12.0%
わからない	11.0%	わからない	8.3%

これをみると、日本の場合、「利用限度額を超えて」と「ほぼ利用限度額まで」を合わせると35.8%であり、利用限度額の半分以下の人も約3割にのぼる。これに対して、韓国では「利用限度額を超えて」と「ほぼ利用限度額まで」を合わせると61.3%の多さになっている。利用限度額の半分以下の人は1割に及ばない。

日本の介護保険制度の統計をみると、全国的にも支給限度額の半分程度の利用にとどまっている。これは、利用率が低いというよりも、支給限度額の水準が比較的高いことによるものと考えられる。

2 先行研究との比較

介護保険制度導入前の介護費用の調査として、財団法人長寿社会開発センターによる調査結果がある³（報告書は「高齢者在宅介護費用の研究」。以下、この調査を特定する場合は「1993年調査」という。）。これは、1993年2月の1か月間、在宅で高齢者の介護をしている全国20市町の世帯を対象に、在宅介護費用の実態を調査・分析したものである。調査結果は、551世帯から有効な回答を得ている。介護保険制度導入以前における在宅の介護費用の実態を明らかにしたものとして、重要な調査結果である。

それによると、何らかの介護費用の支出があった553世帯全体の平均値は、月額3万4,146円となっている。その内訳については、寝具・衣類関係が6,343円（18.6%）、排せつ介助関係が8,276円（24.2%）、その他介護用品が3,347円（9.8%）、医療関係が6,037円（17.7%）、福祉等サービスが6,882円（20.2%）、その他の費用が3,261円（9.6%）となっている。

介護費用の分布をみると、1万円未満が18%、1～2万円が26.5%、2～3万円が18.9%、3～5万円が17.9%、となっている。

また、この調査結果において、特徴的な現象をあげると、①介護費用が10万円以上かかっている層をみると、福祉等サービスのウエイトが約半分を占めており、その内容は、家政婦等の民間ヘルパーの費用であること、②障害の程度と介護費用は相関しないこと、等がある。

介護保険導入後の介護費用を調査分析したものとしては、財団法人家計経済研究所に

³ 財団法人長寿社会開発センター「高齢者在宅介護費用の研究」（1993年）。研究代表者は、岩田正美、平野隆之、馬場康彦。

よる調査結果⁴(報告書は「介護保険導入後の介護費用と家計」。2003年の発行であるが、2002年時点の調査であるので、以下、この調査を特定する場合は「2002年調査」という。)がある。これは、東京都区部における介護保険対象者あるいはその他公的福祉サービス利用者の中の高齢者夫婦のみ世帯を調査したものである。対象世帯数は132世帯である。介護費用だけではなく、世帯の所得についても調査している。

介護費用の平均は、38,928円である。1993年調査の34,146円よりも14%増しであるが、所得・物価水準が全国平均よりも高い東京都区部の数値であるので、ほぼ類似の水準ということもできる。その内訳は、寝具・衣類関係が2,273円(5.8%)、排せつ介助関係が1,466円(3.8%)、その他の介護用品が3,405円(8.7%)、医療関係が9,944円(25.5%)、介護・福祉サービス関係が14,773円(37.9%)、その他の介護費用が7,063円(18.2%)となっている。

ここで注目すべきは、介護・福祉サービス関係の中の保険対象分(5,921円)である。これは介護保険の自己負担分を示しているので、実際の利用サービスの量は、自己負担の10倍の約6万円ということになる。1993年調査の中には、公的ヘルパー代や入浴サービス代が2,254円含まれている。当時は所得水準によって利用者負担分が異なっていたが、仮に利用者負担が1割として、実際の利用サービスの量は約2万円となる。2002年調査は、介護保険制度導入により、利用サービス量が増えたことと、その一方で、介護費用負担は低く抑えられていることを示している。

介護費用の分布は、1万円未満が24.1%、1～2万円が25.3%、2～3万円が約19%、3～5万円が18.4%となっている。

この調査結果において、特徴的な現象をあげると、①介護保険導入前の1993年調査では、介護用品などのモノ中心であったが、導入後の2002年調査では、保険対象分・対象外の介護・福祉サービス関係というソフト中心に移行していること、②「医療関係」と「介護・福祉サービス関係」の費用の割合は、1993年調査の37.9%に対し、2002年調査では63.4%とそのウエイトが大きくなっており、サービス利用が急速に進んでいること、③要介護に介護費用がリンクしており、要介護度が重くなるにしたがって介護費用も高くなっていること等があげられる。

以上の先行研究と今回の調査を比較すると、先行研究の場合は、いわゆる「家計簿調査」といって細かな支出項目ごとに介護費用を算出しているのに対して、今回の調査は

⁴ 財団法人家計経済研究所「介護保険導入後の介護費用と家計」2003年。家計経済研究所が研究プロジェクト「介護費用調査研究委員会」を設置して調査したもので、研究委員会の主査は、岩田正美。メンバーに馬場康彦、城戸喜子等6人が参加している。

日韓比較に力点を置いたことの制約から介護費用全体の金額のみを尋ねており、概略であることは否めない。ただし、介護保険導入直後の介護福祉サービスの自己負担額が約14,700円(2002年調査)であったのに対して、今回の調査では26,100円とほぼ倍になっている。介護保険制度実施10年を過ぎて、介護サービス利用が一般化してきた現在においては、おおむね首肯できる数値であり、要介護者を抱える世帯の介護費用の平均的数値として受け取ることができると考えられる。

3 介護手当について

日本では、「介護手当を導入した方がよい」とする人が53.9%と、導入に賛成する人が多数を占めている。これは、介護保険制度の検討が行われていたときに総理府(当時)が行った世論調査(1995年)でも、賛成が58.3%の多数となった結果と一致している。また、このときは、反対も30%台であったが、今回は、反対は7%と微小であり、「わからない」とする人が約40%となっている。

一方、韓国では、日本以上に現金給付である介護手当に賛成する人が多く、「導入した方がよい」が75.1%となっている。また、介護手当の水準について、日本よりも高めの水準を望む人の割合が大きい。

日本では、介護保険制度創設の検討段階において、介護手当の導入が大きな検討課題のひとつとなったが、女性を介護に縛り付ける等の情緒的反対や、民間の在宅サービスの利用拡大を抑制する等の反対論が強く、結局制度化されなかった⁵。しかし、要介護高齢者を抱える家族においては、現時点でも賛成する人が多いことは注目に値する。

一方、韓国の介護保険制度では、離島など外部サービスの利用が困難な地域や、精神的疾患等により外部の介護者のサービスを利用しにくいなど、特別な状況に限って家族介護に対する現金給付が制度化されている。しかし、こうした制限的条件のため、利用度合いは極めて小さく、また、金額も月額15万ウォンという低額である。このため、介護手当の導入に賛成する人が多いとともに、その水準について高めを希望する人が多いのではないかと考えられる、

ドイツの介護保険制度では、在宅介護においては現金給付(介護手当)が制度化されており、在宅介護給付額の約6割は現金給付となっている。現金給付により家族等の介護者の労働を評価する仕組みは、ドイツばかりでなく、スウェーデンやイギリスなどヨ

⁵ 日本の介護保険制度の創設過程において介護手当が制度化されなかった理由については、本論文の第3部第2章を参照。このほか、高齢者介護政策における現金給付制度の現状や課題については、菊池いずみ著『家族介護への現金支払い』(2010年、公職研)で詳細に分析・解説されている。

一ロツパ諸国では多くの例がみられる⁶。それに比べて、日本では現金給付の制度がなく、韓国では小規模の制度しかない。近年、高齢者介護保障政策における課題として、介護者支援が挙げられているが、その方策のひとつとして、本調査において家族介護者の要望が高い介護手当について、制度化に向けての検討を進めていく必要があるものと考えられる。

(引用・参考文献)

岩田雅美・平野隆之・馬場康彦（1993）『高齢者在宅介護費用の研究』長寿社会開発センター

岩田正美・平野隆之・馬場康彦（1996）『在宅介護の費用問題』中央法規出版

家計経済研究所編（2003）『介護保険導入後の介護費用と家計』財務省印刷局

菊池いずみ（2010）『家族介護への現金支払い』公職研

増田雅暢（2003）『介護保険見直しの争点』法律文化社

増田雅暢編著（2008）『世界の介護保障』法律文化社

⁶ 『世界の介護保障』（前出）第1章「高齢者介護保障システムの基本的視点」を参照。

総 括

本論文の内容と主張をまとめると、おおむね次のとおりである。

第1部では、わが国の介護保険制度の政策過程を分析した。筆者が実際に厚生省において介護保険制度創設の検討業務に携わったことから、その経験や内部資料等を踏まえて、厚生省内部における政策形成過程と、与党における政策決定過程について、多面的に分析した。その結果、介護保険制度の政策過程の特徴を次のようにまとめることができる。

第1に、従来の省庁主導型政策過程から、政治主導型政策過程への分水嶺に位置付けられるということである。

介護保険制度の創設以前は、わが国の社会保障関係の法制度の政策過程は、厚生省が原案を作成し、関係審議会に諮り、その意見を踏まえて法律案を作成するという省庁主導型が一般的であった。政治の場における議論は、法律案が作成され、国会審議に移る直前頃から始まるが多かった。政策過程において、与党が直接関与するということが例外的であった。省庁内部における検討や関係審議会の議論が、政策過程の中核を占めていた。

新たな社会保険の創設である介護保険制度の政策過程においても、最初は、省庁主導型で進められた。省内にプロジェクトチームを組織し、そこが中心となって、原案の作成や関係団体との調整、合意形成を進めた。しかし、審議会で本格的な議論が始まってから、制度の仕組みをめぐる関係団体の意見の一致が難しくなった。特に、保険者のあり方や介護手当の創設等をめぐって、地方団体選出の委員と他の委員との間での対立が深まった。省庁間（厚生省と自治省、大蔵省）においても、意見が対立するところがあった。審議会の最終報告は、制度骨格の主要な項目で両論併記の内容とならざるを得なかった。こうした状況において、制度骨格の決定と法案作成の推進力となったのが、与党の福祉プロジェクトチームであった。審議会の最終報告以降、介護保険法案を国会に提出するまでの間は、与党による政治主導により関係者間の調整が進められることとなった。

介護保険制度以降の社会保障関係の法制度の政策過程をみると、医療保険制度改革や年金制度改革において、審議会における合意形成が困難なケースが増加している。いずれも主要な論点で両論併記となり、結局は、厚生省（2001年以降は、厚生労働省）というよりは、与党のリーダーシップにより政策決定がなされることが多くなっている。とりわけ、政治主導を強く打ち出した小泉内閣では、官邸における政策形成・決定が前面に打ち出された。さらに、2009（平成21）年に誕生した民主党政権では、省庁主導型の政策過程は否定され、完全に政治主導型による政策過程となった。現時点から振り返ると、介護保険制

度の創設は、社会保障制度の政策過程において、省庁主導型から政治主導型への分水嶺に位置したものであったといえる。

第2に、自民党と社会党と新党さきがけの連立政権（自社さ連立政権）という政治構造であったことにより、介護保険制度が法制度として結実したという点である。

第1部第3章の中で詳述したとおり、当時の自民党の国会議員の中ではさまざまな意見があり、介護保険制度の創設に消極的、あるいは批判的な議員も多かった。それに対して、「介護の社会化」という考え方に賛成し、新たな社会保障制度の導入に肯定的であったのは、社会党（途中から社民党）であった。また、新党さきがけは、連立政権の中で、自民党と社会党の「接着剤」的な役割を果たしていた。

介護保険制度の創設議論が政府内で本格化したのは、社会党の村山富市氏が首相を務めていた自社さ（自民党、社会党及び新党さきがけ）三党の連立政権のときであった。国会に法案が提出されたときの首相は、厚生大臣を務め、「厚生族」のボスとして知られていた自民党の橋本龍太郎氏であった。介護保険法案の国会提出が見送られた1996（平成8）年6月以降、同年10月に総選挙が行われた。総選挙後の自社さ三党の政策合意においても、懸案重点事項4項目の1番目に、介護保険法案の国会提出が掲げられた。

このように、自社さ連立政権においては、介護保険法の制定が、自社さ連立政権を維持していくための具体的な政策課題となっていた。したがって、介護保険制度の創設に大いに貢献した与党福祉プロジェクトのように、基本的に三党で歩調を合わせながら、議論を進めていった。

介護保険制度の政策過程を振り返ると、自社さ連立政権の存在によって、初めて介護保険制度の創設が可能になったといえることができる。従前の自民党単独政権であっても、自社さ連立政権以降の連立政権であっても、介護保険制度の創設は困難であったと考える。自社さ連立政権は、その後の連立政権よりも、高齢者介護問題をはじめさまざまな政策課題において、与党各党間において合意形成に向けての努力が行われていたものであり、そのことが、介護保険制度という30数年ぶりの新しい社会保障制度の創設に結びついたといえる。

第3に、厚生省において、「組織利益」の実現と「社会利益」の実現という2つの観点から、組織をあげて検討作業が進められたことが、新たな社会保障制度の創設という社会保障の歴史の中で特筆すべき事業に結びついたことである。厚生省内部に、部局横断的な組織である高齢者介護対策本部を設置し、そこに専任スタッフを配置した事務局というタスクフォース（機動部隊）を置いて、精力的に検討作業を進めたことが功を奏した。事務

局は、「高齢者介護問題を考える」というパンフレットを作成し、マスコミ報道や関係団体との意見交換により、高齢者介護問題に対する新たな政策の必要性を、社会的課題として認識させることに成功した。私的な研究会における検討から始まり、審議会における議論を経て、介護保険制度の創設が国民的な課題として認識され、関心を集めるようになった。世論調査において、制度創設について高い支持を得たことは、事務局を中心とする厚生省の努力の反映といえる。

第2部では、介護保険制度実施後の介護保険の現状と課題について、実施後8年目にあたる2008（平成20）年時点と、実施後12年目にあたる2012（平成24）年時点の観点からまとめたものである。2005（平成17）年の制度改正や、2011（平成23）年の制度改正を経た後の介護保険の現状や今後の課題を分析している。

介護保険実施後の状況において特徴的な点は、第1に、要支援・要介護認定者の急増がある。65歳以上の高齢者の6人に1人が要支援・要介護高齢者である。これは、制度実施後、高齢者の状態が悪化したというのではなく、高齢者の間で、介護保険制度の利用が一般化したことのあらわれである。措置制度から利用契約制度に変更されたサービス利用手続きも、高齢者の間に定着した。従前の措置制度時代に比べて、介護サービスを飛躍的に利用しやすくなった。これにより、介護サービス利用者が急増した。また、利用者本位の視点から、個室ユニットケアの推進やサービスの質の向上や、苦情解決、情報公開等、介護サービス分野に新たな対応がとられることとなった。在宅サービス分野に民間事業者の参入を認めたことにより、サービス事業者・施設の量的拡大が図られ、介護分野が新たなビジネス分野としてとらえられるようになった。

一方で、いくつかの課題も顕在化した。まず、10年間で2倍以上に増大した介護費用の負担問題がある。国、地方自治体にとっては、介護保険の公費負担が増大し、被保険者にとっては、保険料負担が上昇していく。したがって、介護保険制度の持続可能性の確保という観点から、保険給付や利用者負担の見直し、要介護者の増大を抑制する介護予防事業の推進等の対策が重要となる。

介護職員の確保問題も顕在化した。勤務の割には低賃金、夜間勤務が多い労働環境、人間関係の問題などから、介護職員のイメージが低下し、離職者が多くなった。都市部を中心に介護職員の確保が難しくなった。そのための対策として、介護処遇改善交付金の交付や介護報酬の引上げ措置が講じられ、給与の引上げ等の処遇改善が講じられることとなった。

ただし、介護保険の被保険者・受給者の範囲の拡大という制度創設時からの課題は、解

決せず、現在に至っている。また、ドイツや韓国の介護保険制度と比較をして、保険給付対象範囲が広く、給付水準も高い日本の介護保険制度の構造的な問題にもメスが入られていない。将来的には、これらの課題への対応が不可欠である。

第3部では、介護保険制度の検討時点で大きなテーマとなった介護手当をめぐる議論を整理したものである。介護保険制度の検討の初期段階では、ドイツの介護保険制度を参考に、わが国でも家族による介護労働を評価する介護手当制度の創設が視野に入っていた。厚生省内のプロジェクトチームでは、創設の方向で検討を進めていた。しかし、審議会における議論の過程で、「女性を介護に縛り付ける」等の情緒的な反対論の声が強くなっていった。また、訪問介護等の在宅サービス団体も、自らの事業拡大のために、家族介護を評価する仕組みの創設に反対した。ただし、介護手当を導入しないという政策形成にもっとも大きな影響を与えたのは、新たな財政拡大を懸念した財政当局の対応であった。省庁主導型の政策過程において、財政当局の合意を得られない政策の決定は不可能であった。

しかし、筆者は、介護手当の性格や意義等を整理した上で、介護手当制度が有する利点、すなわち、要介護者が介護サービスの提供者として家族介護者を選択できることは、利用者本位の仕組みという介護保険の理念に適合すること、市町村から創設の要望が強かったことから保険者主体の介護保険の仕組みの例となること、無償労働として位置付けられてきた家庭内労働を社会的に評価することになること等の観点から、もう一度介護手当の創設に向けた議論が必要であると考えます。

日本と韓国における要介護高齢者を抱える家族に対する介護費用の実態調査結果により、日韓の介護保険制度の相違点や介護者の意識の相違が浮き彫りとなった。また、介護手当の創設については、日本・韓国とも賛成者が多かった。介護者支援の観点からも、介護手当の創設が必要であると考えます。

すでに介護保険制度が実施されてから13年を経過し、この間、法改正が3回行われた。現行の介護保険制度は、創設当初の姿からはかなり違ってきている。また、1990年代の政策過程において議論された論点がすべて解決されたわけでもない。制度の仕組みに関して、被保険者の範囲や保険給付の内容・水準、あるいは家族介護の評価など、課題が多く存在している。本論文は、制度創設にあたっての政策過程の分析と、実施後の評価、介護手当をめぐる議論をテーマとしたが、実施後の制度改正における政策過程の分析や、国際比較から見たわが国の介護保険の課題など、今後さらに研究を深めていくこととする。

【参考文献】

- 足立正樹編著 (1998) 『各国の介護保障』 法律文化社
- 池田省三 (1998) 「社会福祉政策を転換する介護保険」『ジュリスト』第 1131 号
- 岩井泰信 (1988) 『立法過程』 東京大学出版会
- 伊藤 茂 (2000) 『動乱連立』 中央公論社
- 伊藤光利・田中愛治・真渕勝 (2000) 『政治過程論』 有斐閣
- 岩田正美・平野隆之・馬場康彦 (1993) 『高齢者在宅介護費用の研究』 長寿社会開発センター
- 岩田正美・平野隆之・馬場康彦 (1996) 『在宅介護の費用問題』 中央法規出版
- 岩渕勝好 (2001) 『介護革命』 中央法規
- 医療経済研究機構 (2001) 『在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究』
- 梅澤昇平 (1998) 『現代福祉政策の形成過程』 中央法規出版
- 梅澤昇平 (2000) 『野党の政策過程』 芦書房
- 衛藤幹子 (1998) 「連立政権における日本型福祉の展開——介護保険制度創設の政策形成過程」『レヴァイアサン 1998 年夏号』 木鐸社
- 遠藤浩・神田裕二 (2000) 「介護保険法案の作成をめぐる」九州大学法学部『法政研究』第 66 巻第 4 号
- 大塩まゆみ (1996) 『家族手当の研究』 法律文化社
- 大嶽秀夫 (1990) 『政治過程』 東京大学出版会
- 大守隆・田坂治・宇野裕一・一瀬智弘 (1998) 『介護の経済学』 東洋経済新報社
- 家計経済研究所編 (2003) 『介護保険導入後の介護費用と家計』 財務省印刷局
- 加藤淳子 (1997) 『税制改革と官僚制』 東京大学出版会
- 菊池いずみ (2010) 『家族介護への現金支払い』 公職研
- 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和・平田直之編 (2001) 『介護保険キーワード事典』 中央法規
- 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編 (2002) 『世界の介護事情』 中央法規出版
- 菅直人 (1998) 『大臣』 岩波新書
- 草野厚 (1997) 『政策過程分析入門』 東京大学出版会
- 草野厚 (1999) 『連立政権』 文春新書
- 経済企画庁経済研究所 (1997) 『あなたの家事の値段はおいくらですか』 大蔵省出版局
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1994) 『高齢者介護問題を考える』 (財) 長寿社会開発センター
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995) 『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』 ぎょうせい
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995) 『新たな高齢者介護システムの確立について』 ぎょうせい
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1996) 『高齢者介護保険制度の創設について』 ぎょうせい

- 厚生省大臣官房政策監修（1994）『21世紀福祉ビジョン』第一法規
- 公的介護保険制度研究会（1996）「現金給付の是非をめぐって」『月刊介護保険』1996年10月号・11月号
- 小島信夫（1979）『法律ができるまで』ぎょうせい
- 財団法人厚生統計協会編（2009）『図説 統計でわかる介護保険2009』
- 佐藤進・河野正輝編著（1997）『介護保険法』法律文化社
- 里見賢治・仁木立・伊藤敬文（1997）『公的介護保険に異議あり（増補版）』ミネルヴァ書房
- 自治労（1995）『高齢者介護保障の確立へ』全日本自治労働団体
- 城山英明・鈴木寛・細野助博編著（1999）『中央省庁の政策形成過程』中央大学出版部
- 進藤宗幸（1996）『福祉行政と官僚制』岩波書店
- 全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター編（1989）『介護費用のあり方——その社会的負担を考える』中央法規
- 総理府社会保障制度審議会事務局監修（1995）『安心して暮らせる21世紀の社会を目指して』法研
- 田中耕太郎（2000）「介護手当（金銭給付）の意義、実施状況およびその評価」『海外社会保障』第131号
- 田丸太（2000）『法案作成と省庁官僚制』信山社
- 長寿社会開発センター（1993）『高齢者在宅介護費用の研究』
- 中村明雄（1996）『日本政治の政策過程』芦書房
- 中野実（1992）『日本政治の政策過程』東京大学出版会
- 中野実（1993）『日本の政治力学』日本放送出版会
- 中邨章編著（2001）『新版・官僚制と日本政治』北樹出版
- 西尾 勝（1993）『行政学』有斐閣
- 西尾 勝（2000）『行政の活動』有斐閣
- 西川伸一（2000）『知られざる官庁・内閣法制局』五月書房
- 日本医師会総合政策研究機構（1997）『介護保険導入の政策形成過程』
- 日本社会保障法学会編（2001）『医療保障法・介護保障法』法律文化社
- 平井宣雄（1997）『法政策学』有斐閣
- 増田雅暢（1998）「社会保障と政策」『社会保障法』第13号、法律文化社
- 増田雅暢（2000）『わかりやすい介護保険法（新版）』有斐閣
- 増田雅暢（2001）「介護保険制度の政策形成の特徴と課題」『季刊社会保障研究』第37巻第1号、国立社会保障・人口問題研究所
- 増田雅暢（2002）「家族介護の評価と介護保険」『週刊社会保障』第2198号～第2202号、法研
- 増田雅暢（2003）『介護保険見直しの争点』法律文化社
- 増田雅暢（2004）『介護保険見直しへの提言』法研
- 増田雅暢編著（2008）『世界の介護保障』法律文化社
- 松本勝明（2001）「ドイツ介護保険法の施行状況」『週刊社会保障』第2156号から第2158

号

- 三田清編著 (1999) 『概説 官僚制と政治過程』 学術図書出版
- 村川一郎 (2000) 『政策決定過程』 信山社
- 村川一郎・石川泰州 (1995) 『日本の政党』 丸善
- 村松岐夫 (1994) 『日本の行政』 中公新書
- 本沢巳代子 (1996) 『公的介護保険』 日本評論社
- 森井忠良 (1996) 『明日を創る』 NTT出版
- 森川美絵 (2001) 「介護における『現金支払』をめぐる『消費者主権』とジェンダー；アメリカの事例から」 『社会福祉学』 第42巻第1号
- 八代尚宏 (2000) 「公的介護保険と社会福祉事業改革の課題」 『季刊社会保障研究』 第36巻第2号
- 山口二郎 生活経済政策研究所編 (1997) 『連立政治 同時代の検証』 朝日新聞社
- 連合政策委員会 (1995) 「新しい介護システムについての基本的考え方」
- G・T・アリソン (1977) 『決定の本質』 (宮里政玄訳) 中央公論社
- ジョン・C・キャンベル (1995) 『日本政府と高齢化社会』 中央法規出版
- ジョン・C・キャンベル (2001) 「座談会 介護保険の始動と21世紀の社会保障」 『社会保険旬報』 2084号

以上の文献のほかに、『ジュリスト』第1131号(特集 公的介護保険制度)、『法学教室』第173号(特集 立法の過程)、厚生省高齢者介護保険制度実施推進本部の「全国介護保険担当課長会議資料」、厚生労働省大臣官房統計情報部の「国民生活基礎調査」等の各種調査結果、厚生省編『厚生白書』の各年版、『週刊社会保障』(法研)、『週刊国保実務』(社会保険実務研究所)、『社会保険旬報』(社会保険研究所)、『月刊介護保険』(法研)、『介護保険情報』(社会保険研究所)等の資料を活用した。

主業績

【著書】

No.	書名	著者名	発行所・発行年
1	『介護保険見直しの争点——政策過程からみえる今後の課題』	増田雅暢 (単著)	法律文化社 2003年
2	『介護保険見直しへの提言』	増田雅暢 (単著)	法研 2004年
3	『世界の介護保障』	増田雅暢 (編著)	序章「高齢者介護保障システムの基本的視点」、第9章「日本の介護保障」、補章「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」執筆。法律文化社 2008年

【論文】

No.	論文題目	著者名	発表誌名、発表年
1	介護保険制度の政策形成過程の特徴と今後の課題	増田雅暢 (単著)	国立社会保障・人口問題研究所「季刊社会保障研究」第37巻第1号44～58頁、2001年
2	家族介護の評価と介護保険	増田雅暢 (単著)	法研「週刊社会保障」第2198号から2002号、2002年
3	連立政権と介護保険法	増田雅暢 (単著)	日本加除出版「法の苑」第41号8～19頁、2003年
4	介護保険をめぐる現状と課題——転機を迎えた介護保険	増田雅暢 (単著)	衆議院調査局「論究」第5号30～38頁、2008年
5	介護保険の課題と将来	増田雅暢 (単著)	法研「週刊社会保障」第2690号138～143頁、2012年
6	介護費用と家族介護の評価に関する日韓比較	増田雅暢 (単著)	厚生労働統計協会「厚生生の指標」第59巻15号36～39頁、2012年

副業績

【著書】

No.	書名	著者名	発行所・発行年
1	『わかりやすい介護保険法（新版）』	増田雅暢 （単著）	有斐閣 2000年
2	『海外と日本のケアマネジメント』	増田雅暢 （共著）	「公的介護保険制度」執筆。中央法規出版 2000年
3	『世界の介護事情』	増田雅暢 （編著）	「日本」執筆。中央法規出版、2002年
4	『介護リスクマネジメント』	増田雅暢 （編著）	「施設・事業者にとってのリスクマネジメント」執筆。旬報社、2003年
5	『日本介護保険制度の政策過程と今後の課題』（韓国語）	増田雅暢 （単著）	人間と福祉（韓国） 2008年

【論文】

No.	書名	著者名	発表誌名、発表年
1	介護保険制度の概要	増田雅暢 （単著）	総合労働研究所「季刊労働法」第193号10～28頁、2000年
2	日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察	増田雅暢 （単著）	上智大学社会福祉学科紀要「上智大学社会福祉研究」第32号17～33頁、2008年
3	介護施設はこれからどうなるのか ——今後の介護施設の類型	増田雅暢 （編著）	医学書院「病院」第70巻第6号34～38頁、2011年

謝 辞

本論文をまとめるにあたり、多くの方々のご教示とご支援をいただきました。ここから感謝の意を表します。

まず、岡山県立大学学長の辻英明教授に心から御礼申し上げます。筆者が、2011（平成23）年8月に岡山県立大学に赴任してから半年後くらい後、当時、保健福祉学部長であった辻英明教授から、これまでの論文を整理して学位論文としてまとめたらどうかというご示唆をいただきました。筆者は、役人生活をしながら、大学で教鞭をとり、かつ、多くの論文を執筆、本を出版してきましたが、学位という点では無冠でした。これまでの研究活動の成果をまとめる良い機会をいただいたことに、深く感謝申し上げます。

また、保健福祉学部保健福祉学科の田内雅規教授には、本論文の主指導教員として、論文のとりまとめから、資格審査、予備審査、公聴会等、学位申請までの各段階において、懇切丁寧な指導をしていただきました。心から厚く御礼申し上げます。

岡山大学医歯薬学総合研究科の浜田淳教授には、ご多忙の中、学外からの論文審査委員として加わっていただき、適切な助言をいただきましたことに、厚く御礼申し上げます。岡山県立大学保健福祉学部の中村光教授、中村孝文准教授、二宮一枝教授、木本眞順美教授には、論文審査委員として評価していただきました。厚く御礼申し上げます。

教育・研究をともにしている岡山県立大学保健福祉学部の他の先生方、教育・研究の場を提供していただいている岡山県立大学、平素からいろいろとご協力いただいている事務の職員の方々に、深く感謝申し上げます。

本論文は、筆者が勤務した厚生省（現在は、厚生労働省）時代の経験を基盤にしているほか、九州大学や上智大学、国立社会保障・人口問題研究所、国立保健医療科学院等における研究活動の中で執筆したものを母体としています。これらの行政・研究・教育機関で、ご支援をいただいた先輩、同僚、後輩たちにも、心から感謝の意を表します。

最後に、職場や勤務地が何度も変わりながらも、いつも暖かく見守り、応援してきてくれた母をはじめ家族に心から感謝申し上げます。