介護保険制度における負担と給付のあり方に関する一考察（上）

森　詩恵
藤澤宏樹

目　次

１．はじめに
２．負担と給付のあり方をめぐる議論①－介護保険制度創設までの過程
（1）社会保険方式による介護保障システム案の登場
（2）老人保健福祉審議会の議論
（3）介護保険制度大綱から法案成立まで
３．負担と給付のあり方をめぐる議論②－2005年制度改正
（1）2005年介護保険制度改正に向けて
（2）2005年介護保険制度改正の概要とその意味（以上，本号）
４．負担と給付のあり方をめぐる議論③－2012年改正にむけて
５．調査からみる負担と給付のあり方
６．むすびにかえて

１．はじめに

2010年11月30日，社会保障審議会介護保険部会において「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられた。３年を１期とした制度運営のもとで，現在第４期目に入った介護保険制度は，2012年度から始まる第５期介護保険事業計画に向けての検討が必要な段階である。そこで，介護保険法等の一部を改正する法律（2005年法律第77号）附則第２条の規程等を踏まえて制度全般の検討を行うため，2010年５月から社会保障審議会介護保険部会が13回にわたって開催，審議を行ってきた。

周知のとおり，制度創設から10年がたち，介護保険制度の置かれている状況は依然として厳しい。超高齢社会がますます進展するなかで単身・高齢者のみの世帯が増加し，介護サービスを利用する要介護高齢者は制度創設当初と比較しても約2.6倍となった。また，サービス利用者の増大に伴って，保険料は2,911円（第１期・全国平均）から現在の4,160円（第４期・全国平均）まで1,249円上昇し，第５期（2012年度～2014年度）の保険料が月額5,000円を超える見込みも示されている[1)]。

1）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」2010年11月30日，６～７頁.

とはいえ，この厳しい状況を予測できなかったわけではなく，介護報酬・保険料の改定や2005年制度改正，2008年制度改正とこれまでも対応が行われている。そのなかでも，2005年制度改正は制度創設後初めての大改正であり，制度見直しの基本的視点の一つである「制度の持続可能性の確保」のもとで給付の効率化・重点化が実施された。その一方で地域包括ケアシステムの確立を掲げ，予防重視型システムへの転換を図るため地域密着型サービスや地域支援事業，地域包括支援センターが創設された。しかし，これまでの制度改正によっても制度導入当初から介護保険制度の抱えている問題や介護保険財政の厳しい状況が解決されたとは言い難い[2)]。

とくに，「制度の持続可能性の確保」と最も関係のある負担と給付のあり方については，これまでの介護保険制度創設・改革過程において何度も議論されたが，その結論が導きだせないまま棚上げ状態となっている。だが，この負担と給付のあり方こそが，わが国における介護保険制度の位置づけを明確にするものであり，さらに今後のわが国の介護保障政策を検討する際に，負担と給付のあり方を抜きにして介護保険制度改革の方向性，また他の制度との関係性を検討することは不可能といえる。新しい後期高齢者の医療制度や障害者総合福祉法（仮称）が検討されている今，制度の谷間に陥る人々をなくし有効な介護保障政策を構築するうえでも，わが国の社会保障・社会福祉政策が一定の方向性を維持するためにも，その全体を視野に入れた総合的な検討が必要なのである。

そこで，本稿では，改めてこれまでの介護保険制度創設・改革過程における負担と給付のあり方をめぐる議論を整理し，これから介護保険制度が向かおうとしている方向性を明らかにしたい。それは，介護保険制度がその目的を達成できるシステムとなっているのかを検証するためであり，今後の介護保障政策のあり方を考えるうえでも必要だからである。そのため，まず，これまでの介護保険制度創設・改革過程でまとめられた主な報告書をもとに負担と給付のあり方がどのように議論されてきたのかを整理し，介護保険制度改革の内容を明らかにする。そして，2005年制度改正以降に行われた介護保険制度関係の各調査から国民の介護保険制度に対する意識や考えを探ったうえで，負担と給付のあり方からみた今後の介護保険制度の課題について考察する。

２．負担と給付のあり方をめぐる議論①－介護保険制度創設までの過程

（１）社会保険方式による介護保障システム案の登場

本節では，介護保険制度創設までの過程において，どのように負担と給付のあり方が議論されてきたのかを明らかにしたい[3)]。そこで，介護保険制度創設過程においてまとめら

を参照のこと。

2）制度導入当初から介護保険制度が抱えている問題については，森詩恵『現代日本の介護保険改革』法律文化社，2008年，89～103頁，を参照のこと。

3）「第１回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者介護」（2006年３月６日）の資料１「被保険者・受給者の範囲をめぐる議論の経緯」では，高齢者介護・自立支援システム研究会報告書以降の議論について簡潔にまとめられている。

れた主要な報告書をもとに，具体的に被保険者及び受給者の範囲，費用負担の仕組みがどのように決定していったのかを追う。

社会保険方式による介護保障システム案は，1980年代後半から1990年代半ばにかけていくつかのレベルで構想された。そのひとつは，旧厚生省内の若手有志から出された政策提言を官房企画官，室長クラスで検討の上とりまとめた「『変革期における厚生行政の新たな展開のための提言』について」（厚生省政策ビジョン研究会・1988年）である。この提言では，今後新たな政策手段や政策手法に沿って推進する必要がある政策の一つとして「総合的な在宅ケアの推進」をあげ，その具体案として「社会保険の仕組みを活用した在宅介護の支援」を提案している。また，旧厚生事務次官の懇談会である介護対策検討会が，介護をめぐる諸問題を幅広く検討し「介護対策検討会報告書」（1989年）をまとめた。この報告書においても，今後増大すると見込まれる介護需要に対応するための費用調達問題が指摘され，社会保険方式を導入すべきとの意見があると記載されている。

1990年代に入り，旧厚生省内の高齢者トータルプラン研究会（老人保健福祉部の部長，担当審議官，各課長，主要課長補佐らの幹部で構成）が「高齢者トータルプラン研究会報告」（1992年）をまとめた。「部内限」とされるこの研究会報告では，介護を高齢化社会の社会的リスクとして捉え直し，①高齢者介護に着目した社会保険制度（介護保険）の導入を図る，②給付費の50％は保険者負担，残りの50％は公費負担（内訳は，国 1／2，都道府県及び市町村 1／4），といった現在の介護保険制度につながる具体的な案が提示されている。そして，この高齢者トータルプラン研究会を発展させるかたちで1993年に旧厚生省内で発足した「高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム」が，1994年に「高齢者介護新システム試案」をまとめた。この試案では，サービス給付は対象を65歳以上の要介護高齢者とし，ケアマネジメントの仕組みの制度化，制度運営に要する費用は保険料・公費（国・地方自治体）とあわせて利用者負担も組み込む，保険の形態としては，①独立の社会保険制度，②市町村と医療保険各保険者との共同事業の２案が提示されるなど，さらに具体的な案が示されている。

また，1994年３月28日には，旧厚生大臣の私的懇談会である高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン－少子・高齢社会に向けて」をまとめ，介護を必要とする高齢者が増大する21世紀に向けて，「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」を構築する必要性を述べ，旧厚生省は高齢者介護対策本部を設置した。社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第二次報告（同年９月）においても「公的な介護保障制度を確立していくことが必要であ」り，「今後増大する介護サービスのニーズに対して安定的に適切な介護サービスを供給していくためには，当面の基盤整備は一般財源に依存するにしても，将来的には，財源を主として保険料に依存する公的介護保険制度を導入する必要がある」としている。

そして，同年12月13日には，研究者・実務家からなる高齢者介護・自立支援システム研究会が「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」をまとめた。この研究会は，21世紀に向けた高齢者介護システムのあり方について，その基本的な論点や考えを整理，検討

するために高齢者介護対策本部内に設置された。この報告書では，「介護に関連する既存制度の枠組みの中での対応では限界があることから，新たな基本理念の下で関連制度を再編成し，21世紀に向けた『新介護システム』の創設を目指すことが適当である」とし，「高齢者が自らの意志に基づき，自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること，つまり『高齢者の自立支援』」をその基本理念としている[4]。そして，介護が「長寿化に伴って国民の誰にでも起こり得るリスクとなってきている」（介護リスクの普遍化）と述べ，「このような普遍的なリスクである介護問題を社会的に解決していくためには，個人の自立と尊厳を基本にしながら，社会全体で介護リスクを支え合うという『リスクの共同化』の視点が必要であ」り，「その意味で，本格的な高齢社会における介護リスクは，社会連帯を基本とした相互扶助である『社会保険方式』に基礎を置いたシステムによってカバーされることが望ましい」とした[5]。また被保険者・受給者については，「介護リスクが高まる65歳以上の高齢者を被保険者かつ受給者とすることが基本と考えられるが，現役世代についても，世代間連帯や将来における受給者になるための資格取得要件として，被保険者として位置付けることも考えられる」とし，今後の具体的な検討が求められるとした[6]。費用負担においては，国民全てが公平に高齢者介護費用を負担し合うという観点から十分な検討を行う必要があるとしたうえで，「保険料等と並んで，公費負担を制度的に組み込むことを基本に考えるべき」[7] としている。

以上のように，旧厚生省内においては1987・88年頃から1990年代前半にかけて新しい介護保障システムが検討され始め，それは社会保険方式の介護保険制度案であった。また，1990年代半ばには「21世紀福祉ビジョン」に示されているように，新しい介護保障システムの必要性も公けに述べられるようになった。そして，21世紀に向けた高齢者介護システムのあり方について，その基本的な論点や考えを整理，検討するために設置された高齢者介護・自立支援システム研究会によって，新しい介護保障システムの必要性と旧厚生省が検討してきた政策案（社会保険方式の介護保険制度案）が，ようやく一般に明確になったといえる[8]。

4）高齢者介護・自立支援システム研究会「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（厚生省高齢者介護対策本部事務局監修）ぎょうせい，1995年，20頁，を参照のこと。

5）高齢者介護・自立支援システム研究会，前掲［1995：27～28］，より引用。

6）高齢者介護・自立支援システム研究会，前掲，［1995：47］，より引用。また，「高齢者以外の障害者については，障害者基本法の趣旨に沿って，障害の態様に応じた，教育，授産，就労，更生援助，住宅などの総合的な障害者施策を計画的に推進し，適切に対応していくことが望まれるところであるが，その中で介護サービスを取り出して社会保険の対象にすることが適当かどうか，慎重な検討が必要である」（高齢者介護・自立支援システム研究会，前掲，［1995：47］）ということからみても，本研究会での新しい介護保障システムの対象者の中心に高齢者を据えていることが理解できる。

7）高齢者介護・自立支援システム研究会，前掲，［1995：47～48］，を参照のこと。

8）また，高齢者介護・自立支援システム研究会報告書によって，新しい介護システムの構築，つまり

（２）老人保健福祉審議会の議論

その後，本格的に新しい介護システムの検討を進めるために，1995年２月14日から老人保健福祉審議会が高齢者介護問題に関する審議を開始し，「中間まとめ」（1995年７月），「第二次報告」（1996年１月），「最終報告」（1996年４月）をまとめた。ここでは，各報告における負担と給付に関する議論をまとめ，その変化をみてみよう。

1995年７月26日に老人保健福祉審議会は「新たな高齢者介護システムの確立について（中間まとめ）」[9]を旧厚生大臣に提出した。この中間まとめは先に発表された高齢者介護・自立支援システム研究会報告書の方向性を維持しつつ，高齢者介護問題の検討にあたって論点を整理したものである。今後の方向としては，現行の福祉（公費方式）と医療（社会保険方式）に分立した形で提供されている高齢者介護サービスを再構築し，同一の財政方式の下で総合的・一体的な介護サービスとして提供できる新しい高齢者介護システムの創設が必要であるとした。そして，「社会保険方式はわが国社会保障制度の中核として医療・年金の分野で大きな成果」をあげており，その利点として「ニーズに応じた普遍的なサービスの提供・利用者のサービス選択の保障・サービス受給の権利性の確保という点で公費方式に比して優れた制度」であるとも述べている。さらに，「負担と給付の対応関係も明確で負担についての国民の理解も得やすい」とし，「以上総合的に勘案して，新たな高齢者介護システムとして，公的責任を踏まえ適切な公費負担を組み入れた社会保険方式によるシステムについて，具体的に検討を進めていくことが適当」であるとした。また，被保険者・受給者に関しては，今後の検討における主な論点としてその項目が掲げられているだけにとどまり内容に関する記載はない。このように，この中間報告は新たな高齢者介護システムについての基本的な考え方をまとめたものとなっているため，具体的な内容については今後の検討に委ねられた[10]。

「社会保険方式」の新しい介護システムの構築によって「高齢者が必要とする介護サービスを，必要な日に，必要な時間帯に，スムーズに受けられ，一人暮らしや高齢者のみの世帯であっても，希望に応じ，可能な限り在宅生活が続けられるような生活支援」が行われるというイメージが流布したともいえる。しかし，「社会保険方式」や利用者がサービスを自ら選択し契約する「契約方式」が明確に区別されずに議論されてしまったことも，一般的に認識された介護保険制度と実際に創設された介護保険制度との間に認識の「ズレ」を生じさせることになってしまった一つの原因であった。その後，介護保険制度の具体的な仕組みが作り上げられる過程において生じた変更によって，この一般的に認識された介護保険制度と実際に創設された介護保険制度との実質的な内容の差は，非常に大きなものとなったのである。

9）老人保健福祉審議会「新たな高齢者介護システムの確立について（中間まとめ）」『高齢者介護保険制度の創設について』（厚生省高齢者介護対策本部事務局監修）ぎょうせい，1996年。

10）前後するが，1995年７月４日，社会保障制度審議会は「社会保障体制の再構築に関する勧告－安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」を当時の村山首相に提出した。この勧告で，介護保障制度の確立は緊急かつ重要な施策であるとし，介護保障制度の確立で必要なことは介護サービスを行う人材の確保とサービス供給体制を整備することであるとした。そして，「サービスの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」として，公費を組み入れた社会保険方式の介護システムを社会保障将来像委

そして，1995年９月に老人保健福祉審議会は，介護給付分科会，制度分科会，基盤整備分科会の設置を決め，それぞれのテーマごとに議論に入った[11]。高齢者介護の費用保障の具体的なあり方について検討をおこなった制度分科会は，その議論の概要において，「受給者は65歳以上の高齢者とすることを基本とし，高齢者を保険料を負担する被保険者として位置づけるべきである」とした。また，「現役世代についても，世代間連帯や老親に対する扶養責任，更には家族介護の社会化により介護負担が軽減されるという受益があることを踏まえ，適切な負担を求めるべき」とし，その範囲は「社会全体の連帯で支え合う観点から，（ⅰ）20歳以上の者，（ⅱ）稼働能力のある成人，（ⅲ）医療保険の保険者と同様の範囲とする意見があったが，一方，高齢者に準じた要介護リスクが発生する中高年齢層，例えば，40歳以上とする考えも提起された」[12]。

三分科会にわかれて議論を進めてきた老人保健福祉審議会は，1996年１月31日に「新たな高齢者介護制度について（第二次報告）」をまとめ旧厚生大臣に提出した[13]。ここでは，介護サービスの対象者を「加齢に伴う障害等により自力で日常生活を送ることが困難で，介護が必要な状態（要介護状態）にある高齢者」とし，痴呆性老人（初老期痴呆も含む）や虚弱老人を含めている。また，若年障害者への介護サービスについては，基本的には障害者福祉施策において対応することが考えられるとして介護保険の対象とはしていない。しかし，保険者や保険料の負担者など制度や費用負担のあり方においては今後検討を進め

員会の第二次報告と同じように提案している。

11）事務局が提出した「新たな高齢者介護システムに関する主な論点（メモ）」と「主な論点とこれまでの議論等の概要」をそれぞれの分科会の議論のたたき台とし，介護給付分科会は新たな高齢者介システムにおける介護サービスのあり方，制度分科会は高齢者介護の費用保障の具体的なあり方，基盤整備分科会は高齢者介護における予防やリハビリの充実，介護サービスを担う施設整備や人材の養成確保の具体的なあり方，について検討することになった。

12）老人保健福祉審議会制度分科会「老人保健福祉審議会制度分科会における議論の概要」『高齢者介護保険制度の創設について』（厚生省高齢者介護対策本部事務局監修）ぎょうせい，1996年，148頁，より引用。付け加えると，1995年11月13日，老人保健福祉審議会制度分科会の第２回会合では，旧厚生省高齢者介護対策本部事務局が「公表されている介護保険制度案の整理」として，保険者を市町村とするＡ型，国とするＢ型，各医療保険者とするＣ型の３案を提示した。ここでは供給主体はいずれも市町村で，受給者は高齢者，保険料等の負担者は20歳以上（Ａ型・Ｂ型），医療保険の被保険者（Ｃ型）となっている。これらの状況からみても，国の考える介護保険制度の方向性が見え隠れしているといえよう。

13）この第二次報告は，新たな高齢者介護制度の下で提供される介護サービスの具体的な内容，水準，利用手続きや介護サービスの基盤整備のあり方について主要な事項をとりまとめたものである。具体的には新しい高齢者介護制度は適切な公費を組み入れた社会保険方式で行うのが適当である，と中間報告で主張された考え方に基づいて，①介護給付分科会，②制度分科会，③基盤整備分科会の三分科会で検討を重ねた結果，①介護給付分科会と③基盤整備分科会の二つの分科会の意見をとりまとめたもので，②制度分科会で検討されている制度や費用負担のあり方については今後審議をさらに進め老人医療費拠出金のあり方を検討する特別部会の審議結果とあわせて報告する方針とした。そのため，この第二次報告では制度分科会で検討された主な論点と基本的な考えに関する議論の概要を示すことにとどめている。

ることとし，制度分科会で検討された主な論点と基本的な考え方に関する議論の概要を示すにとどまった。その後，その他にも，丹羽雄哉衆議院議員（元厚生大臣）が 1996年 3 月13日に開かれた与党福祉プロジェクトチームに「介護保障確立に向けての基本的考え方」と題する介護保険私案を提出[14]するなど，4 月提出予定の老人保健福祉審議会最終報告を前に各方面から意見が出され，最終報告にどのようにまとめられるか審議会の動向は注目を浴びていた。

そして，1996年 4 月22日，公的介護保険制度について議論を重ねてきた老人保健福祉審議会は「高齢者介護保険制度の創設について－審議の概要・国民の議論を深めるために－（最終報告）」を旧厚生大臣に提出した。この最終報告は同年 1 月31日に「新たな高齢者介護制度について（第二次報告）」を提出した後，保険者や費用負担など制度の具体的なあり方を中心に 9 回の審議を経て最終的にまとめられたものである。少し長くなるが，重要な点であるため，「介護保険制度の位置付け」「被保険者及び受給者」の記述をみてみよう[15]。先に結論を述べれば，この最終報告においても，これまでの流れと同様に「介護保険制度は，公的責任を踏まえ，適切な公費負担を組み入れた社会保険制度とすることが適当である」とし，65歳以上の高齢者を被保険者・受給者として位置づけている。しかし，若年者を被保険者・受給者としてどのように位置づけるのかについては，給付のない負担については若年者の理解が得られないというような意見や，本来，介護サービスの必要性は年齢を問わないものであること，負担についての若年者の理解を得る観点からも，20歳以上のすべての者を被保険者として保険料負担を求め給付も行うこととすべき，また被保険者となる若年者の範囲については，自らの老後や老親の介護が現実的問題と感じられるようになる40歳以上の若年者とすべきといった意見が記述され，まとまっていない状況である。そのほかの保険者や家族介護への現金支給などについても，結局意見がひとつにまとまらず，併記されたままのとりまとめとなった。

介護保険制度の位置付け

○従来の，高齢者介護の分野で国，都道府県，市町村がそれぞれ果たしてきた役割と責任を踏まえ，制度の円滑な運営を確保するという視点に立てば，介護保険制度は，公的責任を踏まえ，適切な公費負担を組み入れた社会保険制度とすることが適当である。

14）老人保健福祉審議会とは別に，丹羽雄哉衆議院議員（元厚生大臣）が 1996年（平成 8 ）年 3 月13日に開かれた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考え方」と題する介護保険私案を提出した。丹羽元厚生大臣の「介護保険私案」は，まず緊急性の高い在宅サービスのみに絞った形で介護保険制度を導入しようというものである。被保険者は老人保健制度の対象となる40歳以上65歳未満の者とし，受給者は65歳以上とする。65歳未満でも初老期痴呆など障害者福祉サービスの適用を受けないものは含み，若年障害者への介護サービスは障害者プランで対応するとしている。

15）老人保健福祉審議会，前掲書，［1996：42～46］，より引用。

被保険者及び受給者

○高齢者介護に対する社会的支援体制の確立が最大の課題となっていることから，65歳以上の高齢者を被保険者とし，保険料負担を求めることが適当である。この場合，高齢者にのみ負担を求めるならば高齢者の保険料負担の水準が高くなり過ぎるほか，高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることから，社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って，若年者にも負担を求めることが考えられる。ただし，これについては，若年者も要介護状態になり得ることを考えると，給付のない負担を求めることについて若年者の理解が得られないのではないかとの指摘もあった。

○被保険者の範囲について上記のような考え方に立つ場合でも，初老期痴呆などのような，処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適切であり，かつ，既存の障害者施策では適切な処遇を提供することが困難なケースについては，65歳未満の者でも，世代間連帯の観点から一定の負担をすることを踏まえ，特例的に介護保険制度から給付すべきであるとの意見が有力であった。

○このような考え方に対し，本来，介護サービスの必要性は年齢を問わないものであることや，負担についての若年者の理解を得る観点からも，若年者の介護サービスについても社会保険化し，20歳以上のすべての者を被保険者として保険料負担を求め，給付も行うこととすべきであるとの意見があった。また，この場合の被保険者となる若年者の範囲については，自らの老後や老親の介護が現実的問題と感じられるようになる40歳以上の若年者とすべきであるとの意見もあった。

○65歳以上未満の若年者を被保険者＝受給者とすることについては，若年要介護者に対する介護保障のあり方について，基本論を含めた議論を専門審議会等で尽くす必要があると考えられるほか，

①就労援助，社会参加などを含む障害者施策の総合性がそこなわれるおそれがあるのではないかと考えられること

②現状では，障害者行政と高齢者行政とは異なった仕組みで行われており，実施体制の面での検討が必要となること

等から，今後の検討課題と位置付け，昨年末策定された障害者プランに基づくサービスの計画的整備の進展状況等も見極めた対応を行うべきではないかとの指摘があった。

（以下，省略）

これまでみてきたように，新しい介護保障システム構築過程において，65歳以上の高齢者を被保険者・受給者として位置づける点は旧厚生省内での検討及び高齢者介護・自立支援システム研究会報告書以降から維持されていることである。一方で，負担と給付の面から若年者をどう扱うかについては，常に明確に決定づけられてはおらず，それぞれの案として示されているにとどまっている。しかし，大筋では若年者を給付面においては受給者からは除外し，「社会的扶養」「世代間連帯」「社会連帯」というような考えから負担面においては被保険者として位置づける方向であったといえる。また，若年者を被保険者として位置づける場合でも，その対象範囲をどうするかについては，「０歳以上」「20歳以上」「40歳以上」といった案が示されているが，高齢者トータルプラン研究会報告（1992年）

や旧厚生省高齢者介護対策本部事務局の「公表されている介護保険制度案の整理」（1995年11月13日）などからみても，国の方針としては「20歳以上」が有力であったといえよう[16]。

（3）介護保険制度大綱から法案成立まで

老人保健福祉審議会最終報告の「はじめに」では，「明るい高齢社会の新時代を創るため，高齢者自身の自助努力を基軸としつつ，すべての国民が社会的連帯の精神に基づき，個々の利害を離れてこの問題を考え，痛みを分かちあって必要な社会的負担を受け容れることを訴えたい」とし「国民の皆様に訴える」という副題もついている。そして，旧厚生省が作る具体的な試案の諮問後，審議を重ねて老人保健福祉審議会の答申をまとめるという手順が述べられており，旧厚生省は介護保険制度の創設に向けて本格的に動き出すことになった。その後1996年４月23日，当時の菅直人厚生大臣は自民・社民・さきがけの与党三党の政策協議機関である与党福祉プロジェクトチームに報告を説明，同月26日に与党福祉プロジェクトチームは旧厚生省へたたき台としての介護保険制度に関する試案の作成と提出を要請した。与党福祉プロジェクトチームは同年５月10日の会合で新介護システムについて，プロジェクトチームにおけるこれまでの検討を踏まえた見解を「介護保険制度の試案作成に当たっての基本的視点」としてまとめた。この基本的視点では，「高齢者，現役世代，事業主等が納得して費用を負担できるような方策を講じること。また，将来にわたって保険財政が安定するような措置を盛り込むこと」が明記された。

その後，旧厚生省は与党と調整を重ね「介護保険制度試案」[17]をまとめ，５月14日に与党福祉プロジェクトチームに，５月15日に老人保健福祉審議会に提出，説明した。この介護保険制度試案は，老人保健福祉審議会最終報告で意見が併記された部分を強引にひとつにまとめあげていた。まず，介護保険制度は，「老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的と」し，障害者福祉からの介護サービスは障害者プランに即して引き続き充実を図るものとした。そのため，老人保健福祉審議会で負担面に関して「20歳以上」が有力とされていた被保険者は，「40歳以上65歳未満」と「65歳以上」の二種類に分けられ，給付面に関しては高齢者を受給者として限定した（ただし，若年者は初老期痴呆等の場合に介護給付を行う）。この理由として，「介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは，高齢期のみならず，中高年期においても生じ得ること，また，40歳以降になると，一般に老親の介護が必要となり，家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから，40歳以上の者を被保険者とし，社会連帯によって介護費用を支え合うものとする」と述べられている。そして，受給者は「被保険者であって，老化に伴い介護が必要となった者を受給者とし，いわゆる虚弱老人も寝たきり予防等の観点から必

16）伊藤周平『介護保険－その実像と問題点』青木書店，1997年，79頁，においても同様の見解がみられる。参照されたい。

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

要なサービスを提供する。第１種被保険者の場合は，高齢者であることから，その原因を問わず要介護者は一般的に介護保険の対象となる。第２種被保険者については，老化に伴う介護という観点から，具体的な対象範囲を定める（それ以外のケースは，障害者福祉の介護サービスの対象とする。）」とされた。

旧厚生省の従来の方針は「介護保険の給付の対象者は，65歳以上の高齢者，負担を求めるのは20歳以上」というもので，老人保健福祉審議会も審議開始時から，そのほかの案も提示しつつも，大筋この案を前提に議論を進めていたのは明らかだった。しかし，老人保健福祉審議会の最終報告ともかなり違った旧厚生省の試案は，1996年３月に自民党の丹羽元厚生大臣が与党福祉プロジェクトチームに出した「介護保険私案」と似ていた。制度の基幹部分の突然の変更には旧厚生省が与党，特に自民党の意見を受け入れた結果がでているものとみられる[18]。

その後，断続的な調整作業を重ね，旧厚生省は試案を修正し同年５月30日に「介護保険制度修正試案」を，その後，同年６月６日旧厚生省は修正試案とほぼ同じ内容の「介護保険制度案大綱」を老人保健福祉審議会・社会保障制度審議会に諮問，それぞれの審議会が制度の内容を大筋で了承する答申を行った。この大綱における被保険者・受給者の説明については，試案とほぼ同様の内容であり，被保険者を第一種被保険者，第二種被保険者から第一号被保険者，第二号被保険者へと名称を変更し，また要介護者，要支援者，予防給付といった用語が文章中に追加されている程度であった。旧厚生省は，国会への介護保険法案提出に向け関係方面と大詰めの折衝を行ったが調整がつかず，政府・与党は介護保険法案の通常国会への提出を見送り，次期国会に提出することを決定した。その後の法案成立までの経緯についてここでは省略するが，この間二度の継続審議を余儀なくされた介護保険法案はようやく1997年12月９日に可決・成立するのである。

３．負担と給付のあり方をめぐる議論②－2005年制度改正

（１）2005年介護保険制度改正に向けて

2000年から導入された介護保険制度が第２期に入る直前の2003年３月に，「平成16年度を終期とするゴールドプラン21後の新たなプランの策定の方向性，中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方」について検討するため高齢者介護研究会が設置され，同年６月26日に「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」（以下，「2015年の高齢者介護」とする。）がまとめられた。この報告書では，介護保険制度施行後における高齢者介護の課題が明確にされ，今後の「尊厳を支えるケア確立」に向けての方策が述べられている。しかし，この時点においても介護給付費は急速に増大し，「この傾向が続くならば，将来，国民の保険料負担は，相当程度高い水準になることが避けられない。また，現行の仕組みを前提とすれば，国・地方を通じた厳しい財源状況が続く中で，急増する介護サービスに要する費用が，財政上極めて重い負担となっていくことが強

18）この点については，伊藤，前掲書，［1997：79］において詳細に述べられている。参照されたい。

く懸念される」状況であった。そのため，この報告書では今後の高齢者介護に関して，「介護保険制度を中心とする高齢者介護の仕組みを，給付と負担のバランスが確保された，将来にわたって持続可能なものとしていくことが不可欠である」と述べている。

2003年５月から社会保障審議会介護保険部会においても，介護保険制度全般の検討を行うための審議が開始され，2004年７月30日，「介護保険制度の見直しに関する意見」（以下，「制度見直しに関する意見（2004年）」とする。）がまとめられた[19]。この「制度見直しに関する意見（2004年）」においても，「2015年の高齢者介護」と同様に，その見直しの基本的視点のなかで「『老後を支えるシステム』として定着」した介護保険制度の最も基本的な課題は，「『制度の持続性』を高めることに尽きると言っても過言ではな」く，そのために「将来を見据え『思い切った見直し』を」する必要があるという。そして，「公平かつ効率的な制度運営を目指す観点から，『必要な人に適切な給付が行われ，真に役立っているのか』，『制度運営に無駄はないのか』といった点について，これまで以上に厳しい目で施行状況をチェックし，『給付の効率化・重点化』を大胆に進めていく必要がある」と述べている。

介護保険制度は「走りながら考える」といわれたように，制度導入時から引き続き検討すべき案件として残された課題が多くあった。その一つが制度の持続可能性の確保と関係する「被保険者・受給者の範囲」の問題である。前項でみたように，介護保険制度の被保険者・受給者は65歳以上の高齢者と40歳以上65歳未満の若年者として考えれられてきたが，その年齢に明確な根拠があって設定がなされたわけではない。そのため，介護保険法附則第２条においても，被保険者および保険給付を受けられる者の範囲，保険給付の内容および水準並びに保険料および納付金の負担のあり方を含め法施行後５年を目途としてその全般に関して検討を行い，必要な見直しを行うことが規定されたのである。しかし，「制度見直しに関する意見（2004年）」をみれば，「被保険者・受給者の範囲について」は「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げる」ことについて審議が行われ，積極的な考え方と慎重な考え方が出されたが，制度創設時からの大きな課題の一つである「『被保険者・受給者の範囲』の問題について，現時点では，一定の結論を得るには至ら」ず，「今後，本部会において引き続き議論を進めていく」こととなった。

そして，負担と給付のあり方における「被保険者・受給者の範囲」については，同年９月以降さらに５回の議論が重ねられ，2004年12月10日に社会保障審議会介護保険部会「『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見」（以下，「被保険者・受給者範囲拡大に関する意見」とする。）にまとめられた。ここでのポイントは，介護保険制度の今後の方向性を提案している点である。それは，現行制度は給付面からみると実質的には「高齢者の介護保険」であるといえるが，「介護保険制度の将来的な在り方としては，要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービスの給付を行い，

19）介護保険制度創設以後の動きと５年間の現状分析については，森，前掲書，［2008：145～151］で詳細に述べている。参照のこと。

併せて保険料を負担する層を拡大していくことにより，制度の普遍化の方向を目指すべきであるという意見が多数であった」と述べる。この点においては，先の「制度見直しに関する意見（2004年）」の「被保険者・受給者の範囲について」においても，積極的な意見のなかで「介護ニーズの普遍性」の観点から「『普遍的な制度』への発展を目指すべきである」と述べられているが，今回の報告では「制度の普遍化の方向を目指すべきであるという意見が多数であった」とさらに一歩進めて記述されている。そして，「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるとした場合に制度設計上検討すべき事項」として，①給付に関する論点，②負担に関する論点，③施行方法・時期に関する論点，があげられ審議された。しかし，今後の進め方としては，「今後，被保険者・受給者の範囲の拡大に関連した制度改正を実施するとした場合には，相当な準備が必要である」とし，「その可否を含め国民的な合意形成や具体的な制度改革案についてできる限り速やかに検討を進め，結論を得ることが求められる」と，結局，結論は控えられた。

（２）2005年介護保険制度改正の概要とその意味

前項でもみたように，介護保険制度全般の見直し議論の中で「制度の普遍化」を目指す方向が少しずつ打ち出されてきたことは明らかである。そしてこの中で厚生労働省は介護保険制度の被保険者を20歳以上まで拡大し若年障害者も含めようとする案（介護保険制度と障害者福祉分野の支援費制度との統合案）を検討するが，与党内，経済財政諮問会議でも慎重論の声は大きく，結局はこの統合案は先送りされた[20]。そのため，介護保険制度のみで2005年６月に改正案が成立し，障害者福祉は支援費制度から障害者自立支援法の成立へと舵をきることとなった。

2005年制度改正を一言でいえば，「制度の拡大と縮小」という言葉で表わすことができる。ではまず，制度の「拡大」，介護保険制度から提供されるサービス内容の拡大とそれに伴う対象者範囲の拡大についてみてみよう。2005年制度改正では，新しく「地域包括ケアシステム」（「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには，個々の高齢者の状況やその変化に応じて，介護サービスを中核に，医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」）[21] の確立が掲げられ，それにともなって地域包括支援センター，地域支援事業が創設された。地域包括支援センターは，「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより，その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること」（介護保険法第115条の45第１項）を目的として，地域包括ケア実現のためその中心的役割を担う機関である。そして地域包括支援センターは，①共通的支援基盤構築（地域に，総合的，重層的なサービスネットワークを構築），②総合相談支援・権利擁護（高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに，訪問

20）「介護保険制度と支援費制度の統合案」に関しては，伊藤周平『介護保険－高齢者・障害者の権利保障に向けて』青木書店，2004年，18～28頁，を参照のこと。

21）高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」2003年，を参照のこと。

して実態を把握し，必要なサービスにつなぐこと。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること），③包括的・継続的ケアマネジメント支援（高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう，地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること），④介護予防マネジメント（介護予防事業，新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう，適切なマネジメントを行う）の基本機能がある[22]。このように，地域包括支援センターの機能を確認すれば，2005年制度改正によって介護保険制度内で扱うサービス内容が「総合相談支援・権利擁護」などで代表されるように明確に拡大されている。これまでも権利擁護や虐待問題は当然見過ごすことができない問題であるため，ケアマネジャーや介護サービス提供者などによって発見，対応等が行われていたが，この改正で一つの機関を創設し介護保険制度内で対応するという明確な位置づけを行ったことが重要な点なのである。

そして，もう一つ「制度の持続可能性の確保」と「予防重視型システムへの転換」の視点から地域支援事業が創設された。この地域支援事業は，「被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに，要介護状態等となった場合においても，可能な限り，地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため」（介護保険法第115条の44），これまで老人保健法による老人保健事業，介護予防・地域支え合い事業，在宅介護支援センター事業によって実施されてきた介護予防の取り組みを再編したものである。事業内容は，大きく①介護予防事業，②包括的支援事業[23]，③その他の任意事業からなり，実施主体は市町村であるが老人介護支援センターの設置者など市町村が適当と認める者に委託可能である。

ここで重要な点は，地域支援事業の創設によって介護保険制度が取り扱う対象範囲を拡大させたことである。つまり，これまでの介護保険制度では要支援者・要介護者へのみ介護サービスが提供されていたが，今回の改正で要介護認定で非該当にあたる自立した高齢者にも介護保険制度から地域支援事業のうちの介護予防事業としてサービス提供を可能にしたのである。介護予防事業は，介護予防一般高齢者施策（地域のすべての高齢者を対象）と介護予防特定高齢者施策（要支援認定には至らない虚弱な高齢者（特定高齢者）を対象）からなり，要支援・要介護認定で非該当にあたる自立した高齢者が要支援・要介護状態となることを予防するために行われるものである。そして，地域支援事業の財政構成をみれば，①介護予防事業はこれまでの介護保険財政と同様の費用負担（公費・保険料50％ずつで，保険料負担割合も同様）であるが，②包括的支援事業，③任意事業においては，公費の81％（国40.5％，都道府県・市町村各20.25％）と，保険料の19％（第１号被保険者）からなり，第２号被保険者は負担していない（図表１）。

以上のように，地域包括支援センターや地域支援事業の創設によって，介護保険制度内

22）厚生労働省老健局「地域包括支援センター業務マニュアル」2005年，５頁，より引用。

23）地域包括支援センターの基本機能を具体化させるため包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務，総合相談支援事業業務，権利擁護業務，包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）においてもサービス内容の拡大が明確となっている。

で対象とするサービス内容や対象者範囲が拡大されたことは，「介護保険制度の普遍化」へつながる道であるといえよう。しかし，一方で介護保険制度で取り扱うサービス内容や対象者範囲の拡大は，当然であるが介護保険財政の増大を招く一因となることは明らかである。

図表１　地域支援事業の財源構成

介護予防事業	公費	50％（国25％，都道府県・市町村各12.5％）
	保険料	50％（第１号被保険者19％，第２号被保険者31％）
包括的支援事業・任意事業	公費	81％（国40.5％，都道府県・市町村各20.25％）
	保険料	19％（第１号被保険者）

（出所）筆者作成。

一方，2005年制度改正で行われた制度の「縮小」についてみてみよう。これは，大きく①新予防給付創設による軽度者のサービス利用抑制，②施設給付の見直しによる利用者負担の増加，にまとめられる。2005年制度改正でおこなわれた①新予防給付創設，要介護状態区分変更による「要支援２」の創設は，要介護１からその大部分を「要支援２」へと振り替え，明らかに軽度者へのサービス抑制となるものであった。それは，ただ要介護状態区分が下げられることによって支給限度額が低くなるという個人の問題だけではない。この改正によって要支援者に対する訪問介護・デイサービス・デイケアの介護報酬が月単位の定額制となり，福祉用具貸与（車いす・ベット）に関しては原則として要支援者・要介護１への給付は行わない（例外給付として算定可能）こととなった。また，新しく創設された地域密着型サービスにおいても要支援者は夜間対応型訪問介護が利用できないのである。このように，要介護１から要支援２への振り替えによる要支援者の増加と，要支援者へのサービス抑制が同時に2005年制度改正によって行われたのである。

そして，もう一つの制度の「縮小」とは，「施設給付の見直し」である。介護保険制度創設後も居宅サービスの支給限度額が低い，施設サービスでは居住費・食費が保険給付内で支給されるといったことから，施設サービスを希望する利用者が依然として多かったため，在宅と施設の利用者負担の公平性，介護保険と年金給付の重複の是正を目的に，介護保険３施設（ショートステイを含む）等の居住費・食費を保険給付の対象外とすることとなった。これにより，施設入所者の自己負担額も今まで以上に増すことになったのである。

以上のように，2005年制度改正は，被保険者範囲の拡大といった負担面における抜本的改革を行わず施設給付の見直しによる利用者負担の拡大と要介護状態区分の変更等による「給付の重点化・効率化」によって「制度の持続可能性を確保」することになったのであ

る。それに対して，先にも述べたように，2005年制度改正では，地域包括支援センターや地域支援事業によって介護保険制度から提供されるサービス内容の拡大とそれに伴う対象者範囲の拡大が行われた。つまり，2005年制度改正は，その内容自体に制度の「拡大と縮小」という大きな矛盾を抱えたものであったといえる。そして，介護保険制度の持続可能性を確保するためには，負担と給付のあり方を最も検討する必要があるにもかかわらず，結果として2005年制度改正では給付面についてのみが「給付の効率化・重点化」として実施される一方で，負担の面については議論がまとまらず現状を維持する形となってしまったといえる。

（以下，次号掲載。）

（付記）本稿は，2008年度大阪経済大学共同研究費による成果の一部である。