指標

同床異夢の介護保険

副会長
藤原　秀俊

1997年12月介護保険関連法が成立し、2000年４月１日から施行となった。我々在宅医療を行っている者にとっては、それまでたくさんの制約や制度上の不備があり不自由であったが、介護保険法の成立でそれらが解決される事を期待した。

制度施行から15年経過したのにも関わらず、医療関係者においてはまだ十分には周知されていない現状がある。では何故そのようになったのか。介護保険創設時に戻り、医療系・福祉系・自治体や厚労省の考えはどうだったのか、それぞれの思惑を考察した。

＜日本医師会の動き＞

日本医師会の当時の担当は青柳俊常任理事であった。青柳常任理事は当時以下のように述べている[1]。『日本医師会は、介護保険制度を、医療構造改革構想を具体化するための第一歩と位置付けており、医療機関を対象にネガティブキャンペーンの１つとしての社会的な入院の問題を解決する事が求められています』今後の課題として、『日本医師会としては、将来的に高齢者医療制度と介護保険制度の統合を提案しており…』

また制度開始１年後青柳常任理事は[2]『新しい制度であるうえに制度の運営内容が最終段階まで決定されなかったために混乱を招いていた。介護保険制度は複雑な設計であるが、サービス利用者とサービス提供者の双方が制度内容を十分理解していないにもかかわらず、制度だけがスタートしてしまった感が否めない。』と述べている。日本医師会としては、社会的入院の原因が、医師側にあるというキャンペーンに対し、解決を図る事を考え、また高齢者医療制度と介護保険制度の統合を考えていた事が分かる。しかし１年後も介護保険は制度として十分に機能していなかった事に青柳常任理事は苦悩している。

また当時の日本医師会糸氏英吉副会長は[3]『医療保険制度を支える財政基盤が高齢者医療費の激増によって危機に見舞われ、制度そのものが立ち行かなくなってきた。われわれは独立した高齢者医療制度については2000年をめどに提案し、さらに中長期的には医療と介護制度の統合についても言及している。すなわち、2005年をめどに新たな高齢者医療制度の創設を提案するとともに、その基盤整備として介護保険制度施行に合わせて現行老人保健制度の改革を目指すものです。』と述べ、医療保険制度自体の基盤そのものが崩れ、新しい制度の必要性を述べている。

更に1997年日本医師会坪井栄孝会長は[4]『わが国は世界一の長寿国となった。もちろん、長寿は喜ぶべきことであるが、一方で、急増する老人医療費をだれが、どう負担するかという医療費問題が生じるとともに、長期にわたる障害のある高齢者の医療と介護、すなわち長期ケアの負担が家族内にきわめて深刻な葛藤をもたらすことにもなった。公的介護保険制度の成立が急がれるゆえんである。しかし、高齢者の場合、医療と介護を制度的に分けることは必ずしも合理的とはいえず、むしろ高齢者の処遇全体を見直して、介護保険制度、老人医療保険制度を創設して、早い時期（2005年）に、両者を統合するシステムを実現させて行きたい。』と述べている。

日本医師会が、老人医療費の増加と社会的入院と言う難題に正面から立ち向かっていた事をうかがい知ることができる。

＜福祉関係者の動き＞

一方福祉関係として、二木立先生の論文を引用する[5]。『介護保険が提唱された当時、それは新たな「福祉」制度であると宣伝された。「介護保険は福祉の追い風になる」、「介護保険は福祉制度で医療とは無関係」という理解が普通であった。そのために現在（2000年当時）でも、介護保険は「福祉」制度であり、医療とは無関係との理解が、福祉関係者や医療関係者の間にすら、少なからず残っている。介護保険の実態は「①老人②慢性医療・福祉（長期ケア）保健」なのである。「介護」は、本来は福祉分野の概念・用語である。介護に医療を含めているものはない。厚生省自身も、従来は介護の範囲から医療を除外してきた。しかし、厚生省は、介護保険法で「医療制度の立て直し」という隠れた目的を達成するために、介護に「（慢性期の）保健医療サービス」を含めるように方向転換をした。介護保険の将来予測として、介護保険は「制度」としてはごく短命あるいは「過渡的」な制度である。最短５年～遅くとも10年以内に、当初2000年に創設予定だった高齢者医療保険制度と統合され、『高齢者医療・介護保険制度』に再編成されるであろう。そもそも、1997年８月に当時の与党（自民党＋社会民主党・新党さきがけ）の医療保険制度抜本改革案でも、（高齢者医療保険制度は）

中長期的に介護保険制度との一元化をも視野に入れると明記されていた。』 このように、二木先生は述べている。当時福祉関係者は「介護保険は福祉制度である」と考えていたが、二木先生は厚生省による老人保健法の延命策であるととらえていた。この考えは、日本医師会とも一致している。

＜自治体の動き＞

自治体職員・厚生省・大学教授で構成する「介護保険原点の会」があった。このメンバーが実質的に介護保険制度を設計する上で、その役割を果たした事は間違いない。以下「原点の会」から、いくつかの発言を拾った[6)]。『介護保険の制度をいかに立ち上げるかは、1997年12月から自治体の大きな課題となった。1999年春頃、厚生省は制度づくりの佳境を迎えていたにもかかわらず、様々な課題を解決できていなかった。それが証拠に政省令や通知集は遅れに遅れていた。厚生省は都道府県を通さずに、ストレートに市町村の情報を得て、制度の耐久度や適正についての確証を得たかったのではないか。両者の思惑が合致し、1999年８月11日研究会がスタートした。研究会はその後「介護保険原点の会」と称し活動を続けた。』

新しい介護保険制度を設計する上で、当時の大蔵省・厚生省・自治省の同意は欠かせないものであったが、介護保険創設時の各省の対応として、大蔵省・自治省の思惑は一致していた。『当時の自治省は、市町村中心主義がだいぶ地方分権の中で出て来たので、「こういう大きな仕事をぜひ市町村にやらせてみたい、やれなければ合併だ」の気持ちがあった。大蔵省は、本当に保険制度でいいのか、日本的・家族的美風はどうなるなど、古い世代の主計局長の説得が大変であった。しかし主計局は「医療費は開けてみないとどうなるか分からなくて、国の予算の付き合い方も本当に大変だ。それに比べると、介護保険の場合には３年毎に計画を立てるから、費用の見通しを立てやすい。そう言う意味で、財政当局的に言えばコントロールがしやすいというか、予算が付き合いやすい」と考えるに至った。』

自治体側は以下のように考えた。『介護保険制度は「地方分権の試金石」と言われ、自治体と国と一緒に作ったという気持ちがあった。首長レベルでは、保険あって介護なしと言う事は非常に困る、それから、保険料を徴収したからこそ、介護保険制度をわが町での説明責任を果たさなきゃいかんというふうに浸透したので、自治体も相当の主力職員が介護保険制度に係る事になった。』

大蔵省・自治省・自治体の目指す方向は、医療関係者が考えた方向とは全く違っていた。

＜終わりに＞

二木先生が述べているように[5)] 介護保険は医療保険改革の「実験」であった。また論文のなかで、『将来の高齢者医療・介護保険制度の具体的な姿は、介護保険に対する国民や医療・福祉関係者の反応によって相当変わる。』とも述べている。さらに『介護保険で導入される医療保険にはない三原則、すなわち①財政面では、個人単位の保険料賦課と年金給付からの保険料天引き②給付面では、サービスの標準化と給付上限額の設定、それを超えるサービスの「公私混合」化③サービス供給面では、営利企業の参入の容認』があり、それが医療保険にはなじまない事、介護保険料の総費用が毎年5,000億円増えている事、さらに実際に運営している自治体からは『介護側から後期高齢者医療制度にすり寄るなんて事はありえない。』という意見がでるようになり、両制度の統合は不可能となったと思われる。

『介護保険は「歩きながら考える」制度であり続けるし、不断の見直しが必要』[6)]であったが、国庫負担が増えるにつれ国の介護保険に対する態度が変わってきた。また『要介護認定基準は自治事務であるにも関わらず、サービスが違うと不公平感があるから、行政が介入しなければならないだろうという「呪縛」があり、地方自治体の方から全国一律の基準を決めてくれと要望があったため、ガチガチの基準になった。』と厚労省が後述している。

現在の介護保険制度は、創設当時の医療関係者・厚労省の思惑から外れ、独自の歩みをしている。2005年の改正から介護予防が強化され、地域包括支援センターが制度化された。がん末期が特定疾病に追加され、さらにこの改正により、今までの老人福祉が空洞化した。2012年の改正から地域包括ケアシステムの概念が正式に位置づけられた。これにより地域介護に対する医師の役割がますます重要視されるようになった。 我々医療関係者は、医療制度のみではなく、今後も介護保険制度に対し十分注視する必要がある。

参考資料

１）青柳俊：介護保険制度施行を目前にして　国民医療年鑑　平成11年度版

２）青柳俊：介護保険制度の現状と今後の課題　国民医療年鑑　平成12年度版

３）糸氏英吉：高齢者医療制度の創設に向けて　日医雑誌　第122巻・第２号　1999.7.15

４）坪井栄孝：介護保険と高齢者医療　日医雑誌臨時増刊　第118巻・第９号1997.10.25

５）二木立：介護保険と医療保険改革　勁草書房　2000.4.20

６）介護保険原点の会：総括・介護保険の10年　公人の友社　2010.4.26