

論文

「寝たきり予防」から「介護予防」へ

——そこで語られてきたこと——

各 務 勝 博*

はじめに

2005年に介護保険法が改正され、2006年4月の施行から既に4年が経過しようとしている。改正内容の主要部分としては、①「予防重視型システム」への転換＝要支援・要介護1等の軽度者への給付を新たな予防給付と位置づけ、その内容や提供方法の見直しを行うこと、さらに、要支援・要介護になる前の段階から介護予防に資するサービスを介護予防事業として提供していくこと、②施設給付の見直し＝利用者負担の不均衡を是正する等の観点から、施設における居住費・食費について保険給付の対象から外すこと、③新たなサービス体系の確立＝今後の急速な増加が見込まれる認知症高齢者や高齢者世帯が長年住みなれた地域での生活が維持できるよう、「地域密着型サービス」を創設すること、④サービスの質の確保・向上＝事業者に関する情報公表の義務付け、指定要件等の事業者規制の見直し、ケアマネジャー資格の更新制の導入、であった。2006年度（一部2005年度）に施行されて以降、厚生労働白書（平成18～20年度版）の中では、施行後の実施状況の報告や総括的な内容の記述はまだ見られていない。

本論文では、2005年の法改正内容の中で、上記①「予防重視型システム」への転換について注目し、厚生（労働）白書を中心として、1989（平成元）年から2008（平成20）年までの20年間にわたる、介護に係わる「予防」についての言説を辿ってみた。ここでは、1990年当時には、要介護状態の重度者に対する「寝たきり予防」中心であった「予防」言説がやがて後方に退いていき、その後比較的軽度な人に対する「介護予防」が表出してきた、ということが見て取れる。この過程で、ケアマネジャーや介護従事者の意識や仕事はどのような変化があったのだろうか。

ここでは、厚生（労働）白書、ならびに主要文献の中で、歴史的に読み取れる限りにおいてであるが、「寝たきり予防」言説の表面化と衰退、そして「介護予防」言説の表面化に至る過程を見ていながら、次の2005年の法改正が何を目指しており、その結果としての、介護を巡る現在の状況がどのように変化していったのかについての考察につないでいきたいと考える。

1. 「ねたきり老人ゼロ作戦」から「介護保険制度」の導入まで

「寝たきり老人」という言葉は、1970年代より、主にリハビリテーションの分野で語られ、その後は都道府県レベルの実態調査や厚生省の統計的調査の中でも使用されてきたが、大熊由紀子が『「寝たきり老人」のいる国いない国』を出版した1990年以降には、高齢者介護について語られる際の重要なキーワードとして特に多く語られるようになった。この前年の1989年以降の厚生（労働）白書を中心として、「寝たきり（老人）」についての記述を中心に調査し、その使用される内容や頻度、それに係わり示されている制度・政策について見ていきたいと思う。

ゴールドプランが策定された年である1989年、この年の8月17日付で朝日新聞に載せられた社説が、朝日新聞

キーワード：2005年の介護保険法改正、予防重視型システム、寝たきり予防、介護予防

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2008年度入学 公共領域

論説委員室・大熊由紀子の『福祉が変わる 医療が変わる』の中に掲載されている。この社説では、「たとえば、施設や病院で『ベッドに一日中いる老人』の比率は、スウェーデン4%、アメリカ7%に対し、日本は、特別養護老人ホームで48%、老人の専門医療を考える会会員の病院で64%、考える会に所属しているのは比較的良心的な老人病院だから、老人病院一般ではこの比率はさらに高いだろう」との厚生省の特別研究班が同年8月15日に公表した国際比較報告書の内容について紹介をし、こうした事実は「高齢化のさらに進んだ国なら、もっと高い比率で寝たきり老人がいるはず」というこれまでの憶測を覆したとしている。そして、同報告書の結びには「わが国でも寝たきり老人を欧米のレベルまで減少させることが可能」ともあり(1996:12)、厚生省が公的に「寝たきり老人」対策に取り組む考えを示している、と見てとることができる。

同年の厚生白書では、寝たきり老人の数を在宅痴呆性老人とならんで、全国でそれぞれ約60万人と推計しており、今後、これらについての出現率の高い75歳以上の後期高齢人口の割合が高まっていくことから、要介護老人が増加していくものとの見込みを示している(1990:24)。総務庁の「長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査」(1989年)からは、老後に関する不安を感じる者が約8割に達しており、中でも、約半数が寝たきりや痴呆になったときの不安を感じている、と紹介されている(1990:25-26)。

その上で、日本と比較して「高齢者対策の進んでいる」北欧等では、寝たきり老人が極めて少ないことから、日本においても寝たきり予防に向けた適切な取組みが行われれば、寝たきり老人を大幅に減少させることが可能であると結論付けている(1990:67)。

そして「21世紀に向けた高齢者保健福祉対策の柱」としては、「寝たきりは予防できる」ことについての意識啓発と、寝たきり原因となる病気の予防、適切なりハビリテーションの提供、在宅の保健・医療・福祉サービスの充実、サービスの円滑な提供のための情報網の整備(脳卒中情報システム、在宅介護支援センターの整備)、寝たきりになりにくい住環境の整備などの施策を「ねたきり老人ゼロ作戦」として、1990年度から展開していくこととしている(1990:67)。

同じ1989年には、厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課が「寝たきりゼロをめざして——寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究——」を発表している。ここでは「老人の生活上の重大な障害をもたらす健康問題は、寝たきりと痴呆と失禁である」と規定しており、特に寝たきり発生率が高い、と指摘している(1989:3)。さらに欧米諸国でも過去にはかなりの数の寝たきり老人が存在したが、「各般における懸命の努力の結果、現在ではターミナルの時期を除いて、ほとんどみられなくなっているといわれている」と、意識的な取組みがあれば、「寝たきり」は防ぐことができるということを示している(1989:3)。

また同書では、元来日常語であった「寝たきり老人」という言葉が、社会的認定のための公的言葉として用いられ始めたことにより、いくつかの問題——実態の誤認等——がみられており、要介護老人の総称として用いられている「寝たきり老人」を、全体を指し示す概念——「障害老人」、「要介護老人」等の新しい言葉に置き換える必要性があることについても触れられている(1989:5)。

さらに、『「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開』として1990年度予算案の概要について説明がされており、同研究が直接、「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開に結びついていったことが示されている(1989:140-146)。

平成3(1991)年版厚生白書では、老人保健法の1991年10月の改正について触れており、この改正の目的として、

- 1) 老人訪問看護制度を創設し、老人保健の分野においても介護体制を充実させること。
- 2) 介護的な要素に着目して公費負担割合を引き上げ、また、無理のない範囲で一部負担の額を見直すことにより、制度を長期的に安定させること。

の2つをあげている(1992:140)。

「地域における高齢者の保健・福祉サービスの総合的な推進」の節では、「寝たきり老人予防対策」として、「寝たきりの状態は、本人の訓練や家族等周囲の適切な介護により多くの場合避けることができるといわれて」おり、「寝たきりになってからの対策」から「寝たきりにしないための対策」に重点を移し、高齢者保健福祉推進十か年戦略の中でも『「寝たきり老人ゼロ作戦」を重要施策の柱の1つと位置づけ推進している」と述べている(1992:171-172)。また、寝たきり防止を目的として、医療機関から保健所を通じて市町村に対して脳卒中患者等の情報を提供し、退院直後から必要なサービスを円滑に提供できるように、脳卒中情報システムの整備が15道府県で実施されている、

としている(1992:173)。

1991年発行の『寝たきり老人はつくられる』(青木信雄・橋本美智子編)では、1990年から開始された「寝たきり老人ゼロ作戦」について「このような国民的課題ないし長命化の実態に根ざした総合的施策は今までもあまり見られなかった厚生省としては、画期的なもの」と歓迎する一方で、「このような施策の展開で、果たして、寝たきり老人をなくせるのだろうか」と疑問も示している(1991:はじめに)。在宅で寝たきり老人となった人たちの要因について、きっかけとなる病気、二次要因、本人の生活習慣や性格、居室や家屋構造、同居家族との人間関係、医療サービスなど、様々な問題が複合的に絡まっており、「解決や整理が容易ではないことを肌身で感じる」と高齢者介護の現場に身を置く医師である青木は述べている(1991:はじめに)。

また、青木は、日本の「寝たきり老人」60万人の内訳として病院・特養という施設入所者が6割を占めることから、「まずこうした病院や特養での寝たきり老人を少なくとも半減させることができれば、わが国の寝たきり老人の数を3分の2に減らすことができる」と、病院・特養での取り組みの重要性について述べている(1991:4)。その上で青木は、在宅の「寝たきり老人」を作らないためには、まず原因となる病気にならないこと、そして病気が起こっても寝つかないで済むように、地域でのリハビリや訪問看護制度の整備、住宅改造等が求められる、としている(1991:6)。また、寝たきり老人が日本に多い大きな原因として「病院や保健など医療制度の整備に比べ、福祉施策、殊に在宅福祉サービスが格段に遅れていたこと」と述べている(1991:8)。

二木立は同じ1991年発行の「複眼で見る九〇年代の医療」の中で、「障害を持った老人の能力は複眼的に評価する必要がある」として、「自立度」という概念の下、「他人の介助、監視、あるいは促し、励ましを得ずに、自力でどこまでいろいろな動作ができるか」という視点と、「他人の介助を受ければ、最大限どこまでの動作ができるか」という視点の、双方から評価する必要性を述べている。その上で二木は、前者では、早期からのリハビリテーションの徹底で歩行が自立できる人は3分の1であり、後者では介助があれば、大半の人が起きたり、坐れたり、歩くことができる、としている。すなわち、重篤な疾患があるために絶対安静を必要とする1割の老人以外は「寝たきり」ではなく「寝かせきり」であり、「寝たきり老人ゼロ作戦」における「寝たきり」と「寝かせきり」は混同している、と指摘している(1991:137)。

さらに、ゴールドプランの目標が達成されればイギリスの水準には近づくであろう、とする(1991:130)一方、「自分では起きたり、歩けない、という意味での『寝たきり老人』を『寝かせきり老人』にしないためには、これらの老人を起こしたり歩かせるという援助が不可欠」であり、そのために必要なマンパワーにはゴールドプランとは桁違いの費用がかかる、としている(1991:138)。

平成5(1993)年版の厚生白書では、1990年度の寝たきり高齢者数を全国で約70万人(65歳以上人口の約4.6%)と報告しており、2000年には約100万人に達するものと推計している(1994:90)。そして、「特に75歳以上のいわゆる後期高齢者の増加に伴って、介護を要する高齢者が増えていくことは避けられない」との予測を立てている(1990:91)。

高齢者の介護問題については、これまで福祉、医療等社会保障の分野ごとにさまざまな施策で対応が行われてきたが、「各制度の枠内での個別的な対応にはおのずから限界があり、現実には、各制度の沿革から生ずる問題、制度分立に伴う問題が生じている」として、既存制度の枠内での個別的な対応には限界があるため、「高齢者介護に着目した横断的・総合的な社会保障制度の再編成が求められて」おり、厚生省内では、1993年11月より省内検討プロジェクトチームを設置し、1)必要なサービスを総合的に提供できるような新たなシステムの構築、2)介護施策の充実に必要な財源の確保、3)サービス供給基盤の整備等について検討を行っていく、としている(1994:101-102)。この節ではドイツの介護保険制度についての紹介も行われている(1994:101)。

1993年に出版された「医療と福祉の新時代－『寝たきり老人』はゼロにできる」で岡本祐三は、「今や『老いる』とは『障害とともに生きる』ことを意味するようになった」と述べ、「寝たきり」に「されている」高齢者が「寝たきりにされない」社会の実現のためには「公的介護保険」などのしくみが社会福祉として整備される必要がある、と主張している。

平成7(1995)年版の厚生白書では、「ゴールドプランの5年間」として、「国民の不安を解消していくため」に「総合的な施策が求められている」とし、高齢者をめぐる状況についてまとめている(1995:193-198)。

まず、「80歳を超えた高齢者の5人に1人は何らかのかたちで介護を必要としている状況にある」と、既に要介護高齢者数が増加している現状を述べ、将来について、「後期高齢者の一層の増加に伴い、要介護高齢者が増加していくことは避けられない」と今後の予測を立てている(1995:195)。

そして、「生活の継続性」の尊重を重視することから65歳以上の高齢者の内7割以上が在宅生活を希望しており、「在宅サービスを拡充し介護する者の負担を軽減するなどの有効な対策が講じられれば、在宅生活を選ぶ者の割合は一層高まるものと思われる。」としている(1995:196)。

また、ゴールドプランの計画を大幅に上回るサービス量の整備が必要となり、老人訪問看護などの新たな施策の展開や、痴呆性老人対策など新たに対応していくべき課題も生じてきたため、内容を大幅に見直し、1994年12月、「新ゴールドプラン」が、大蔵・厚生・自治の3大臣の合意により策定され、翌1995年度より実施されることとなった、とされている(1995:202)。

新ゴールドプランでは、尊厳の保持を重視し、高齢者の自立した生活を実現させるため、介護を必要とする者だれもが、自立に必要なサービスを身近に手に入れることのできる体制を構築することを目標として、1)利用者本位・自立支援、2)普遍主義、3)総合的サービスの向上、4)地域主義の基本理念を掲げている、との説明がなされている(1995:203)。

1994年12月には、厚生省の研究会である「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書が提出され、この報告書には、「介護に関する既存の福祉、医療などの制度を再編成し、高齢者自身がサービスを選択することを基本とする社会保険方式の導入などが報告されている」との記述があり、介護保険制度の創設に向けて意識化されていく様子が示されている。

この時期には、福祉の持つ経済効果に着目する議論も行われてきている。滝上宗次郎は「福祉は経済を活かす」(1995)の中で、「現に、北欧諸国では国家経済の3%程度で家族に代わって社会が高齢者の介護を引き受けている。そのお陰で、家族が外で働くことができ、国家経済の拡大に寄与している。福祉の経済効果は絶大である」とし(1995:123)、「そこで現在、求められているものは福祉の経済効果という新たな視点である」と述べている(1995:10)。

また岡本祐三は、『福祉は投資である』の中で、『「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」(ゴールドプラン)を計画通り実施して社会福祉サービスを拡充し、公的な介護システムで引き受けるようにすれば、介護の主な担い手である主婦が家庭内での介護から解放されて外へ働きに出られるようになり、経済の潜在的な成長力が高まる。推計では2000年時点で、国内総生産GDPを0.2%押し上げる効果がある」との三菱総合研究所の報告を紹介し、「金額にすれば約一兆円にもなるから、これは相当な経済貢献といわねばならない」と公的な介護システムの確立が生み出す経済効果について強調している(1996:5)。

平成8(1996)年版では、「戦後の社会保障制度の発展」に多くの頁を割いているが、昭和60年代についての記述で、「この時期における制度改正の主眼は、医療保険、年金を通じ、高齢者に係る既存の社会保障制度の費用負担をいかに公平なものとするかであった」ため、「高齢社会における新たなサービスへのニーズに十分対応できる内容のもの」ではなく、「寝たきりや痴呆」といった要介護高齢者の問題に対して「医療が介護の肩代わりをする」という状態があった、と振り返っている(1996:96)。そして、現在「寝たきり等の介護を要する高齢者は急増」している中で、介護者・要介護者双方にとって、「個人の尊厳を失わしめる事態」すら生じており、個人の尊厳と自由を確保するためにも、従来の制度を大胆に見直し、新たな社会保障制度を構築していくことが必要だとしている(1996:98)。

一方、社会保障給付費が急速に増加する中で、国家予算に占める社会保障関係費についても一般歳出予算の33.1%を占めるなど、増加が続いているとしている(1996:101)。そして、今後新たなニーズに対応するために必要となる費用については、「国民全体が連帯して負担することが必要」とし(1996:102)、今後、高齢化率が欧米並みに達すると見込まれることから、「社会保障制度全体の再構築をも視野に入れた」新たな取組みが求められる、とある(1996:102-104)。

そして、今後のより効率的で「国民誰もがスムーズに利用できる介護サービス」として、「新しい公的介護システム」—公的介護保険制度—の創設など、総合的な高齢者介護対策を進める、としており(1996:114)、政府およびマスコミによる公的介護保険に関する世論調査でも、「公的介護保険制度」の創設は、多くの賛成を得ている、と述べている(1996:123)。

介護保険法の成立年である平成9（1997）年版では、介護保険「制度創設のねらい」として介護保険制度を社会保障構造改革の第一歩と位置づけ、「介護を医療保険から切り離すとともに、医療については、治療という目的にふさわしい制度として、医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度改革を実施する前提をつくる」として、介護保険制度創設を医療制度改革実施の前提として位置づけることを明らかにしている（1997:175）。

西村周三は、「医療と福祉の経済システム」（1997）の中で、医療費と介護福祉費の関係について言及し、「たとえばデンマークの国民医療費はイギリスや日本とともに、対 GNP 比でかなり低い。それにもかかわらず、介護福祉が充実しているために、国民の満足度は比較的高い」とし、「デンマークの現状は、介護福祉サービスの充実が、必要な医療費をかなり軽減する可能性を示唆している」と述べている（1997:65）。

平成10（1998）年版では、前年の介護保険法の成立を受けて、そのねらい、創設の経緯、概要について説明している（1998:235-237）。また、社会福祉をとりまく状況の変化から、国民の社会福祉に対する需要は増大・多様化してきているが、社会福祉事業、社会福祉法人、措置制度等の社会福祉の基礎構造は、社会福祉事業法制定以来の約半世紀、その基本的な枠組みが維持されたままであることから、「時代の要請に必ずしもそぐわない部分が種々生じてきて」と、厚生白書の中で初めて「社会福祉基礎構造改革が必要である」と述べている（1998:232）。

平成11（1999）年版では、介護保険制度創設のねらいを「高齢者が介護を必要とする状態になっても、自立した生活を送り、人生の最期まで人間としての尊厳を全うできるよう、高齢者介護を社会的に支える仕組みとして創設された」とし（1999:197）、新ゴールドプランの最終年度としては、全般的にはその進捗状況は順調であるが、地域やサービスの種類によっては差が生じており、在宅サービスの供給体制の整備が不十分である、としている（1999:204）。

2. 2005年の介護保険制度改革－「介護予防」へ

介護保険導入年度となった平成12（2000）年版では、「65歳以上の高齢者の各年齢階層において、要介護率や寝たきり率は横ばいまたは若干下がってきている傾向もみられる」と述べ（2000:60）、さらに「この結果から寝たきり予防に向けたこれまでの様々な取り組みなどの効果が現れてきていると推測できると共に、介護予防や寝たきり防止に向けて一層取り組むことによって、今後更に健康な高齢者の割合が増えていく可能性をも示唆している」（2000:60）とし、これまでの取り組みについて一定評価するとともに、介護保険制度に対する期待感を表している。また、翌平成13（2001）年版では、介護保険制度の定着について記載されている。

この時期、二木立は「介護保険の全体的評価」として、介護概念の拡大について「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したのである。」と述べ（2000:6）、「そもそも、1997年8月に発表された当時の与党（自民党プラス社会民主党・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」のであり（2000:13）、「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』に再編されるであろう」と介護保険の将来予測を行っている（2000:12）。

平成15（2003）年版になると、サービスの利用状況の伸びへの言及があり、制度施行後5年を目途としての介護保険制度の見直しにあたり「介護サービス量の増大やそれに伴う費用の増大への対応」が課題である、との記述が現れてくる（2003:72）。同時に「介護者が要介護状態になることを予防するためのサービス（介護予防）や高齢者の生活を支えるために必要なサービス（生活支援）等も、介護保険制度と同様に重要であり」として、介護予防・地域支えあい事業に厚労省が財政的支援をしている、としている（2003:73）。

同年、増田雅暢は「介護保険制度見直しの課題」の中で、「介護保険制度施行後、高齢者の中での要介護者比率は漸増傾向にあるが、こうした状態を放置しておくことは適当ではない。可能な限り要介護状態にならずに自立した状態を維持すること、仮に要介護状態になったとしても要介護度が低い段階でとどまり、他人の介護に依存しすぎることなく主体的に日常生活を送ることは、本人や家族にとって望ましいことであるし、さらに、保険財政にとっても望ましいことである」「こうした点からも、介護予防事業に対して、保険者も被保険者も熱心に取り組む必要が

ある」とし(2003:153)、「したがって、要支援者に対するケアプラン作成にあたっては介護予防という視点が重要であるし、さらには、施設サービスにおける介護報酬の中で、要介護度が改善した場合にはそれを評価する仕組みを組み込むといった工夫が必要であろう」とケアマネジャー等の従事者に介護予防の視点が弱いことを指摘し、介護予防重視のシステムに改定すべきという提案を行っている(2003:154)。

平成16(2004)年版の厚生労働白書では、高齢者自身の介護予防の取組みを促進するため、「高齢者筋力向上トレーニング事業」が「介護予防・地域支えあい事業」に追加された、との記述(2004:204)と併せて、介護サービスの利用者数が大きく増加している、との記述があり(2004:204-205)、また、「自立支援や在宅重視の観点からみて必ずしも十分な効果が上がっていない点も見られる」、「軽度の人ほど重度化している割合が高いという調査結果もあり」(2004:205)と、出雲市周辺の地域の調査結果を報告している(2004:206)。そして、「こうした状況をふまえると、今後、要介護度の悪化を防ぐための介護予防のためのサービス充実がますます求められてくると考えられる」との方向づけを行っている(2004:205)。また、明確に介護サービスの利用者数が増加している中で、介護保険給付費が、2000年度の3.2兆円から2004年度の5.5兆円に増加しており、「制度の持続性を考えることが非常に重要になっている。」と財政面からの制度存続についての言及も行っている(2004:207)。

介護保険制度の法改正が行われた平成17(2005)年版厚生労働白書では、介護保険の創設以来の5年間の進行状況について総括を行っており、介護給付費の増加(3.2兆円から6.0兆円)、それに伴う介護保険料の高騰から、介護保険制度の持続可能性の確保が喫緊の課題となっている、としている(2005:248-249)。そして2015年に団塊の世代が高齢者となり、さらに2025年には後期高齢者となっていく等、高齢者の人口構成に占める比重が急速に高まっていくことから、高齢者ができる限り要介護状態にならず、また、要介護状態になってもできる限り悪化を防いで自立した生活を送ることができる社会にしていくことが急務である、としている(2005:251)。

また、介護保険法改正による見直し内容の概要説明(2005:252-256)では、介護保険スタート後の5年間で、要介護認定者の数は86%の増加と2倍近い伸びがあるが、これを要介護度別の内訳で見ると、要介護度4・5の重度者は、それぞれに45%増、62%増となっているのに対して、要支援・要介護1といった軽度者は、それぞれ126%増、140%増と大幅な伸びがみられ、要介護認定者の半数を占めるに至っている、としている(2005:253)。そして、現行の介護保険制度では、重度者も軽度者も基本的に同じサービスの提供が行われており、軽度者に対しての、状態の改善・悪化防止につながる効果的なサービス提供とはなっていないのではないか、という指摘を行っている(2005:253-254)。その上で、今回の見直しでは、軽度者に対しては、重度者へのサービスとは切り離し、「より生活機能の維持・改善に資するサービスを提供」することとした、説明している(2005:254)。

さらに、「要支援」や「要介護」の状態になる前の段階から、状態の悪化防止のための事業を行い、要介護状態になる者をできる限り減らすこととし、介護保険制度をこれらの「予防重視型のシステム」へと転換する、としている(2005:254)。

平成18(2006)年版では、平成17年版と同様に2005年の介護保険制度改正の概要が述べられており(2006:252-253)、第1に、軽度者への給付を予防給付とし、その内容や提供方法の見直しを行ったこと、第2に、要支援要介護になる前の段階から介護予防に資するサービスを介護予防事業として提供していくこととした、と説明している(2006:252-253)。そして、これらの予防給付・介護予防事業のケアマネジメントは地域包括支援センターが行うこととした、としている(2006:253)。

「介護予防10ヵ年戦略」としては、「介護予防研究・研修センター」を設立し、プログラムの開発と普及体制の確立に努めながら、軽体操やビデオ学習、講和などを実施する転倒・骨折予防教室(寝たきり防止事業)を介護予防・地域支えあい事業のメニューに設け、2005(平成17)年度には全国の約7割の市町村に対し助成を行い、活動の普及を図っている、と説明している(2005:209-210)。また、脳卒中对策として、2006(平成18)年度の介護報酬改定の基本的な視点の一つとして「介護予防、リハビリテーションの推進」を掲げ、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期集中的なサービス提供を報酬上高く評価し、プロセス重視の視点から、リハビリテーションマネジメントに対して報酬上評価されることとなる、としている(2006:210)。

平成19(2007)年版では、「改正介護保険制度の施行状況」との見出しが付けられており、予防給付と地域支援事業への見直しの概要説明と、それを担う役割を持つ地域包括支援センターについての説明がされている(2007:246-247)。

厚生労働白書では、平成15年版から一貫して介護保険給付費の増大について述べられているが、平成20(2008)年版でも、費用の増大という状況の中で、介護保険制度の持続可能性が課題となり、また、今後増加が見込まれる認知症高齢者や一人暮らしの高齢者ができる限り地域で自立して生活していくことができる基盤整備のため、2005年に介護保険法を改正し、介護予防の推進や地域包括ケア体制の構築等に取り組んでいることが記載されている(2008:238)。

3. 介護保険「予防重視」のもたらしたもの

主としてリハビリテーションの分野で語られ、行政の実態調査や厚生省の統計的調査の中で使用されてきた「寝たきり老人」という言葉は、大熊由紀子の『寝たきり老人』のいる国いない国』等の著作や同時期の新聞記事等により一般的に認識されることとなった。そして1990年以降に「寝たきり老人」は、高齢者介護について語られる際の重要なキーワードとして多く用いられ、厚生白書を含め様々な書物の中で度々登場してきた。その上で、「寝たきり老人」が極めて少ないとされる北欧等との比較から、日本の高齢者介護の、制度的な脆弱さが語られ、高齢者が抱える不安や家族介護者の負担の大きさ、また家族介護に依拠する形態の困難さが語られる中で、財政面の議論もふまえながら1997年の介護保険法の成立、2000年の施行へと連なっている。

しかし、厚生(労働)白書を見る限りでは、特に介護保険制度の導入後、「寝たきり老人」という言葉は極端に使用されなくなり、逆に1990年代にはほとんど登場しなかった「介護予防」についての言及が平成15(2003)年度版で現れ、今度はこれをキーワードに、2005年の介護保険制度の改正へと連なっている。

「寝たきり老人」という言葉は、厚生白書の中の使用頻度でも、表題にこの言葉を付けた出版物の発行数でも、1990年代前半に多くが集中している。この時期の「寝たきり老人」という言葉は、大熊由紀子の『寝たきり老人』のいる国いない国』に象徴されるように、先進諸国、特に北欧諸国との比較の中で、日本における「寝たきり」高齢者の実態が、世界的にみれば一般的なものではない、ということ、広く一般的に知らしめる役割を果たしてきた。また、前述の厚生省老人保健課『寝たきりゼロをめざして』における指摘の様に、日常語であった「寝たきり老人」という言葉の持つ抽象的な意味合いから、要介護高齢者全体を指す語としての用いられ方もあり、そこから要介護高齢者に対する新たなサービス供給体制の整備——介護制度の創設へ向かう議論も形成されていった。そして1990年度から開始された「寝たきり老人ゼロ作戦」と「高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)」とを軸に、寝たきり(要介護)予防に関する啓発とサービス体制の整備が行われていくことになる。

サービス体制としての具体的な枠組み作りについては、その後、介護保険制度の創設へと向かっていくが、この介護保険制度という枠組みの中で採用されたのが、要介護度という給付管理のシステムであった。すなわち、介護が必要とされる状態が要支援から要介護5までの6段階に細分化され、それぞれの介護度ごとの状態像と支給限度基準額が定められ、要介護度という設定を通じて、サービス供給量とメニューが提供される仕組みが作られた。これにより、これまで「寝たきり老人」という、その状態の程度が具体的には分かりづらい言葉で総称されていた要介護高齢者は、要介護度に応じて細分化され、それぞれの区分の中で定められた範囲内で、公的サービスを受けることとなった。

「寝かせきり問題」「家族介護の限界」等の高齢者介護をめぐる諸課題に対して、介護を「社会化」しその解決を図る、として導入された介護保険制度であるが、要介護高齢者の増加に伴う給付費増が見込まれる新制度にあっては、介護給付費を管理し、コントロールできるための仕組みが必要であった。そのために導入されたのが要介護度という枠組みであり、管理者としての使命を与えられたのがケアマネジャーであった。

「要介護度」という枠組みが作られた以上、主に1990年代前半を通して高齢者介護の問題を表出し続けてきた「寝たきり」老人という言葉はもはやそれほど重要ではなくなった。

1990年代を通じて見られたのは、まず病院の中での「寝たきり老人」の実態が問題化され、そこでは介護職員の人員不足が指摘されてきたことである。また、在宅高齢者にとっても、介護を行う人手が足りないために、家族に「放っておかれる」高齢者の実態があり、そこでは、介護者・要介護者双方にとって「個人の尊厳を失わしめる事態」が生じているということであった。これに対して人員を確保することがゴールドプランの実施を通して行われ、財源

を確保し介護給付を行う体制として介護保険制度が創設されていくという過程であった。

介護保険が施行された平成 12 (2000) 年版では、「寝たきり予防に向けたこれまでの様々な取組みなどの効果が現われてきていると推測できる」として、取組みの成果を強調していた厚生白書の記述であるが、制度施行 5 年後の見直しについての意識が強くなる平成 15 (2003) 年度版から記述内容の変化が明確に現われてくる。一方では軽度者に対する予防が十分に効果をあげていない事からくる「介護予防重視」への言及であり、一方では「介護サービスの増大やそれに伴う費用の増大への対応」である。

この翌年、平成 16 (2004) 年度版厚生労働白書では、「軽度な人ほど重度化している」実態について、一部地域のデータを元にして説明がされており¹⁾、「自立支援や在宅重視の観点からみて必ずしも十分な効果が上がっていない」として、介護保険施行後のサービス提供の効果について否定的な意見を述べている。さらにそこから、「こうした状況をふまえると、今後、要介護度の悪化を防ぐための介護予防のためのサービス充実がますます求められてくる」と、制度の見直しに向けての方向付けが行われている。さらに、介護保険給付費が施行後の 4 年間で 2.3 兆円増加していることにふれ、「制度の持続性を考えることが非常に重要になっている」としており、制度の見直しは「新しい介護予防の枠組み作り」と「給付抑制」とが並行して進められることを示唆する内容となっている。

この 2003 年前後に、サービス提供量を管理する立場のケアマネジャーに対して展開されたのは、所謂「御用聞きケアマネ論」論であった。力量不足から十分にアセスメントできず、それが故に、利用者の希望するとおりにサービスをプランに盛り込み、結果的に給付額の増大を招き、利用者の自立にもつながらず、要介護度も悪化させている、というものである。

介護保険法の改正が行われた平成 17 (2005) 年版では、要支援・要介護 1 という「軽度認定者」の数の伸び率が、要介護 4・5 という「重度認定者」の伸び率に比較し、大幅に上回っていることを述べており、「新しい介護予防の枠組み」作りの議論が、これらの「軽度認定者」を対象にして進められてきたことが見て取れる。

実際の法改正では、それまでの要支援者と要介護 1 の半数と想定された軽度者に対して、その他の要介護者へのサービスとは切り離れた上で、軽度者への給付を予防給付とし、その内容や提供方法についての見直しが行われた。また、要支援・要介護になる前の段階から介護予防に資するサービスを介護予防事業として提供していくこととされた。この軽度認定者に対する新予防給付と介護予防事業については、これまでのケアマネジメント業務を担ってきた居宅介護支援事業所のケアマネジャーではなく、法改正によって新たに創設された地域包括支援センターが担うこととなった。地域包括支援センターは、予防という観点から、地域における包括的・連続的な支援の役割を持つことになった。

介護保険制度の導入により、「寝たきり老人」に対して（身体的な）要介護の状態に応じた要介護度別の特徴（状態像）と給付限度の数量化（区分支給限度基準額）が行われ、認定された要介護者に対して、その枠内で「さらに重度化しない」ように、また「改善するように」という目的で介護給付が行われてきたが、2005 年の制度の見直しにより、「今よりさらに重度化させない」予防からの前倒し—要介護状態にならない様に予防する—という枠組みが作られ、さらに「予防」の対象者が細分化されていくこととなった。そしてそれは、利用者にとっては、これまでの身体的な介護の枠組みの中で行われてきた予防から、軽度者に対するサービス—訪問介護においてであれば「生活援助」の中に予防が組み込まれていくことへの変化であり、それは、日常生活の一挙手一投足に関して「予防」いう観点が組み込まれていくことを意味することになる。そして、この新設された予防給付の対象となる要支援認定者については、要支援 1・要支援 2 という 2 つの認定区分の段階が作られ、介護給付費の支払いについては、利用したサービス量に応じたものでなく、要支援 1・2 という、それぞれの段階ごとの包括払いが組み込まれることとなった。

制度見直し以降の介護給付費受給者数は、2005 年度の 439 万 8 千人から 2008 年度には 451 万 6 千人へと増え、介護給付費も 2005 年度の 6 兆 3,887 億円から 2007 年度の 6 兆 6719 億円へと増え続けている。しかし、受給者 1 人当たりにかかった費用額をみると、2005 年 4 月審査分では 16 万円だったものが、制度見直し直後の 2006 年 4 月審査分では 14 万 5 千円へと大きく減少し、2009 年 4 月審査分についても 15 万 1 千円と、2005 年の額には及んでいない。受給者 1 人当たりの費用額をみる限りでは、2005 年の介護保険制度見直しは、少なくとも、介護保険サービス利用者に対する介護給付費を減少させる方向へとつながった、と言う事ができる。そしてそこには、今では居宅サービス利用者の約 30%²⁾ を占めるに至ったという、介護予防サービスへの利用者移行が大きく影響していると言えるで

あろう。

一方、要介護・要支援認定において「要支援2」と認定された場合と「要介護1」と認定された場合、その境界線上にいる人たちの状態像については明確な差異を示すことは難しい。これらの人たちに対して「あなたにとっては、介護サービスよりも介護予防サービスを提供される方がより効果的です」と説明しきことは困難なことと思われる。

また、たとえ新しい介護予防サービスを導入によっても、要介護・要支援という枠組みに頼らず、アセスメントを通じて必要な介護サービス／介護予防サービスを計画立てていくことは可能なはずである。2005年の制度見直しにおいては、既にある「要介護度」という区分を利用し、その枠組みの中身を修正することによって、介護給付費抑制のシステム変更を優先して行ったと言うことができよう。

この介護保険制度見直しの過程では、ケアマネジャーたちは「御用聞きケアマネ」と揶揄されたり、また、ケアマネジメントの「質の悪さ」を批判されてもきた。多くのケアマネジャーたちの意識はその後、「質の向上」へと向けられていくようになる。この制度改訂においては「自立支援」と「介護予防」に重点が置かれたが、ケアマネジャーの「ケアマネジメントの質の向上」に関わって位置づけられたのが、この「自立支援」と「介護予防」という視点であった。多くのケアマネジャーたちが、これらの視点を踏まえたサービス計画を作成でき、「質を向上させる」ことができる様に努力をしていく傍らで、介護保険制度の見直しも進められていった。

注

- 1 なお、このデータが公表された時期に、筆者の所属する法人（社会福祉法人京都福祉サービス協会）の居宅介護支援サービス利用者について同様の調査を行ったが、同厚生労働白書掲載資料で示されているような傾向は見られていない。
- 2 28.3%（2009年4月、介護保険の全居宅サービス利用者283万7千人の内、介護予防居宅サービス利用者80万3千人）。

<引用・参考文献>

- 青木信夫 1991「寝たきり老人の諸問題」青木信雄・橋本美智子・井上千津子他著『「寝たきり」老人はつくられる——寝たきり大国からの脱“処方箋”』中央法規出版（2-9）。
- 厚生省 1990『厚生白書 平成元年版』財団法人厚生統計協会。
- 厚生省 1991『厚生白書 平成2年版』財団法人厚生統計協会。
- 厚生省 1992『厚生白書 平成3年版』財団法人厚生問題研究会。
- 厚生省 1994『厚生白書 平成5年版』財団法人厚生問題研究会。
- 厚生省 1995『厚生白書 平成7年版』財団法人厚生問題研究会。
- 厚生省 1996『厚生白書 平成8年版』財団法人厚生問題研究会。
- 厚生省 1997『厚生白書 平成9年版』財団法人厚生問題研究会。
- 厚生省 1998『厚生白書 平成10年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生省 1999『厚生白書 平成11年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生省 2000『厚生白書 平成12年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2001『厚生労働白書 平成13年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2003『厚生労働白書 平成15年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2004『厚生労働白書 平成16年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2005『厚生労働白書 平成17年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2006『厚生労働白書 平成18年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2007『厚生労働白書 平成19年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生労働省 2008『厚生労働白書 平成20年版』株式会社ぎょうせい。
- 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保険課 1989『寝たきりゼロをめざして——寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究』中央法規出版。
- 増田雅暢 2003「介護保険制度見直しの課題」『介護保険見直しの争点』法律文化社（115-159）。
- 仲口路子・有吉玲子・堀田義太郎 2007「1990年代の「寝たきり老人」をめぐる諸制度と言説論」障害学会第4回大会 2007.9.16 - 17 報告

URL: <http://www.arsvi.com/2000/0709nm1.htm>.

二木立 1991『複眼でみる90年代の医療』勁草書房.

———2000『介護保険と医療保険改革』勁草書房.

西村周三 1997『医療と福祉の経済システム』筑摩書房.

大熊由紀子 1996『「寝たきり老人」の呼称やめよう』朝日新聞論説委員室+大熊由紀子『福祉が変わる 医療が変わる』ぶどう社 (12-13).

岡本祐三 1993『医療と福祉の新時代「寝たきり老人」はゼロにできる』日本評論社.

岡本祐三 1996『「少子高齢社会が経済学を変える」岡本祐三・八田達夫・一圓光彌・木村陽子・永峰幸三郎著『福祉は投資である』日本評論社 (1-21).

田島明子 2009『「寝たきり老人」とそのリハビリテーション—特に1990年代以降について』立命館大学生存学研究センター『生存学1』生活書院 (308-347).

滝上宗次郎 1995『福祉は敬愛を活かす』勁草書房.

From “Prevention of Becoming Bedridden” to “Prevention of Long-term Care”

KAGAMI Katsuhiko

Abstract:

In the revision of the Long-Term Care Insurance Act in 2005, the shift to a “prevention-oriented system” was regarded as the most important issue. In this paper, I examine descriptions of prevention related to long-term care in documents from 1989 to 2008, mainly in white papers from the Ministry of Health and Welfare, to see how the descriptions changed before the policy shift in 2005. Around 1990, the word “prevention” was mainly used to mean “preventing people receiving a high level of care from becoming bedridden”; but later, around 2000, the meaning changed to “prevention of people receiving a relatively low level of care from needing long-term care.” In the same period, more emphasis was put on promoting people’s health to prevent them from needing long-term care. In conclusion, I argue that this change in the usage of the word “prevention” shifted the focus about long-term care within public opinion and the thinking among care managers to preventing the elderly from needing long-term care, which is subsidized by public funds.

Keywords: Long-Term Care Insurance Act Revision of 2005, prevention-oriented system, prevention of becoming bedridden, prevention of long-term care

「寝たきり予防」から「介護予防」へ ——そこで語られてきたこと——

各 務 勝 博

要旨：

2005年の介護保険法改正では、『「予防重視型システム」への転換』が大きく位置づけられた。本論文では、2005年の介護保険法改正による「予防重視型システム」への転換について注目し、厚生白書・厚生労働白書を中心に、1989年から2008年までの介護に係わる「予防」についての言説を辿ってみた。

そして、1990年当時には、要介護状態の重度者に対する「寝たきり予防」中心であった「予防」言説が、その後比較的軽度な人に対する「介護予防」に移行していったことを見てきた。

その上で、「予防」をめぐる言説の変化は、介護給付費抑制のためのシステム変更と密接に係わっており、その過程でケアマネジャーに対する意識誘導が行われていたことについて述べた。

