

# 介護保険の政治学

## 政策理念の対立と収斂<sup>(1)</sup>

増山 幹高

### 要約

この研究は介護保険導入をめぐる政策理念の対立と収斂を解明し、介護保険の政治学的意義を考察する。介護保険の政策形成は、利害関係者による高齢者介護を救貧的な措置制度から生活支援の社会保険に転換するという「政策的学習」と、医療と福祉の再定義、医療保険の財政安定化といった争点における理念対立として理解される。国際的な国家体制や行政構造の相違は時間的な政策の変化を説明できないが、この研究は制度構造自体を「ゲームのルール」として政策形成を条件づけるものと捉え、その制約下における政治体制的な状況変化を視野に入れ、専門的な集団における政策理念の合従連衡に焦点をあてた事例研究を提示する。

### キーワード

介護保険、医療、福祉、政策形成、日本政治、福祉国家、比較公共政策

---

### はじめに

この研究の目的は介護保険制度の導入にいたる政策理念の対立と収斂を解明することにある。こうした事例研究からは日本の政治や福祉国家を論じるうえで新たな視点が必要であり、また政策の変化を国際的に理解するにあたって静態的な制度比較を越えた政策理念の相互作用に分析の焦点を置くことが要請される。

日本政治における従来の官僚支配論に対して、自民党の部会所属のキャリア分析などが

ら、政治家の「政策的専門化」によって官僚優位が崩されてきたという主張がある<sup>(2)</sup>。社会保障関連の政策分野では、1980年代以降、厚生省が政策的な主導権を發揮しているとされ<sup>(3)</sup>、この分野で政治家のキャリア・パターンが典型的な「族」を示していることは皮肉である。つまり、たとえ厚生省による政策主導の背景に族議員の影響力があると解釈しても、政治家の特殊化・細分化による政策的な影響力は官僚に対する政治家のミクロな優位をもたらすかも知れないが、それは同時にマクロな政治体制レベルの観点からは個々の政策領域における特殊利益の優先を意味する。族優位による党高官低論は限定的なものであり、族としての影響力は政党や議会といった集合体としての影響力と分離して理解されるべきである<sup>(4)</sup>。

さらに政党優位論を前面に押し出しているのが、制度論経済学のPrincipal-Agentモデル(以下PA)に基づいた政官関係の分析である。PAも政治家の多様性に注目するが、むしろ派閥内に存在する政治家の地域的、政策的な多様性によって生じる集合行為論的なディレンマを解消するためにリーダーへの権限委譲が促進されると考える<sup>(5)</sup>。そして政官の代理委任を示唆するものとしては、例えば、自民党の政策目標が戦後変遷しているにも関わらず、官僚の人事や立法活動に大きな変化のないことが指摘されている<sup>(6)</sup>。ただし、自民党に対して官僚機構が独立であっても人事や立法に変化はみられないのであって、自民党の政策変更に関与した場合には起こったであろう反事実の想定に問題がある。個々の分野毎にみた場合、例えば厚生省関係の省法令には戦後を通じて時期的な変動もみられ<sup>(7)</sup>、PAの観点からすると、自民党の政策目標の変化と無関係に官僚が「造反」したという結論になるのであろうか。

1980年代以降における官僚の主導性を政策の実質的なレベルで検証しているものにキャンベル(John Campbell)と加藤淳子の研究がある。両者は臨調によって醸成された政策転換の気運を活用し、自己の政策目標を追及していくといった官僚像を共有するが、キャンベルは政策理念と影響力を組み合わせた政策形成の4類型から、政策転換における官僚の政治家や専門家を糾合する企業家的役割を強調する<sup>(8)</sup>。他方、加藤は組織における限定合理性の概念に基づいて、個々の官僚が組織的制約に条件づけられた合理的行為として、組織利益としての省庁の政策目標を追及していくと捉える<sup>(9)</sup>。両者に共通する政策理念における官僚と政治家の連携という視点は、官僚支配論に拠ることなく、官僚の主導性を政治体制のなかに位置づける方途を示唆している。

この研究では介護保険の政策形成を事例として政策理念の対立と収斂に焦点をあてる。

介護保険は、利害が複雑に対立するものであるが、制度の根幹においてある程度のコンセンサスも形成されている。こうした制度設計の交渉や協議は審議会や私的懇談会、省庁や政党内あるいは政党間の研究会、プロジェクトチームを通じて行われ、政策形成の制度・組織の機能を評価するうえでも介護保険は格好の題材といえる。また介護保険の成立過程をみることによって、大きな制度変更をともなう政策形成一般を推論することは可能であり、国民生活に大きな影響を及ぼす新しい制度の導入がいつ、いかなる条件において実施されるのかということは、転換期における政治体制、社会保障体制のあり方を検討するうえで有意義であろう。

## 1 政策理念の分析枠組み

サバティエ (Paul Sabatier) は、政策形成にかかる利害関係者の政策選好や資源、制度的構造、社会経済的要因を取り込んだ包括的分析枠組みとして、政策形成の構造的と政治性に着目した政策理念連合モデル (Advocacy Coalition Approach, 以下ACA) を提唱している<sup>(10)</sup>。サバティエによれば、政策形成過程は特定領域に関わる政策下位システム内の政策理念の合従連衡として理解される。政策下位システムは政策領域の特徴や資源配分、文化・規範、憲法といった制度的構造を比較的安定した外生変数とする一方、社会経済動向や政権交代、他の政策領域の状況を可変的な外的与件とする。そして下位システムによる政策的帰結は社会経済、政治、領域外政策といった外的与件に影響を及ぼす。

ACAの詳細は省くとして、この分析枠組みが有用であるのは政策転換を政策理念構造に関連づけている点である。これまでも理念構造の政策的規範性と「学習」による理念構造の変化が分析されてはいるが<sup>(11)</sup>、いずれも政策のマクロな歴史的発展に関心があり、政策形成過程の具体的な事例分析の道具立てとしては適切ではなかった。これに対して、ACAは政策理念を制度的外生変数、可変的な外的与件、政策下位システムの各々に対応した重層的なものとして、不変的な「深層コア」、外的与件の動揺によって変化する「政策コア」、下位システム内の政策的学習によって変更される「副次的領域」に分けている<sup>(12)</sup>。

政策的学習とは、政策的目標の実現や修正にかかる経験を通じて政策理念が変化することであり、政策理念連合はある政策理念を利害関係者が政策コアレベルでは対立しながらも政策的学習を通じて共有する状態をいう<sup>(13)</sup>。こうした政策理念連合モデルによって、

政策下位システムをシステム全体に位置づけ、外的与件がいかなるインパクトを下位システムに及ぼすかという問題と、下位システム内の相互作用を通じていかに政策目標が共有され、利害調整が図られるかという問題を分離して解明することが可能となる。

この研究が着目する政策理念の合従連衡とは、鉄の三角形的な下位システムの一体性ではなく、むしろ下位システム内の対立・競合を想定し<sup>(14)</sup>、下位システムでいかなる政策理念が支持され、利害の対立する争点についてどのような交渉・調整が進められ、またそうした下位システムの政策形成がいかなる外部状況のもとになされたのかを解明するものである。したがって、具体的な作業としては、介護保険の構想から法制化にいたる交渉過程を跡づけ、とくに制度の方向性を左右するような意見調整がどう図られたのかということをも明らかにする必要がある。

論文の構成としては、まず介護保険導入に至る経緯を政策理念の収斂と法制化の過程から明らかにする。そして、いかなる政策理念が共有され、対立したのかを整理し、結びとして介護保険の政治学的意義を論じる。

## 2 政策理念の収斂過程

### (1) 高齢者トータルプラン研究会

高齢者の介護問題については、厚生事務次官の懇談会である介護対策検討会が1989年に報告書をまとめ、要介護者の生活の質の重視、家族介護の発想の転換を求めるとともに、費用負担のあり方の一つとして社会保険方式にも言及している<sup>(15)</sup>。

1992年には厚生省の内部文書として「高齢者トータルプラン研究会報告」が作成され、公的介護保険の試案が作成された<sup>(16)</sup>。この研究会（以下トータルプラン研）は厚生省の老人保健福祉部部長、担当審議官、各課長、主要課長補佐ら幹部で構成され、報告は特別養護老人ホームの措置制度を救貧的で、所得水準、生活水準の向上に見合ったサービス改善が進まず、極端な応能負担により、中流層以上を事実上排除していると批判した。こうした低所得者向けの公的扶助というパラダイムを転換し、介護を高齢化社会の社会的リスクとして捉え直すことを求め、社会保険方式による介護サービスの現物給付、とくに施設サービスの供給を構想している。

## (2) 高齢社会福祉ビジョン懇談会

厚生省の老人保健審議会、中央社会福祉審議会、公衆衛生審議会の委員で構成された「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」（以下基本方向懇）は1993年4月から計8回の会合を開き、9月に報告書を老人保健福祉局長に提出した。報告書は、65歳以上という高齢者の定義を見直し、低所得といった社会的弱者救済の高齢者施策から介護サービスを中心とした施策・制度に再構築していくことを訴えている。サービスのあり方としては、利用者による選択を尊重し、高齢者の自立を支援する視点が重要であるとした。

また基本方向懇報告に先立って、大内啓伍厚生大臣は高齢者福祉ビジョン策定の懇談会を設置するよう事務局に指示し、ゴールドプランの推進によって家族介護の支援を強化する一方、介護保険の導入を検討すると表明している。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」（以下ビジョン懇）は10月の初会合以降、6回の審議を経て、1994年3月、「21世紀福祉ビジョン - 少子・高齢社会に向けて -」（以下福祉ビジョン）を取りまとめた。福祉ビジョンは、今後の社会保障全体の方向として、年金、医療、福祉の給付構造を現在の5：4：1から5：3：2に福祉水準を引き上げ、新ゴールドプランの策定と介護システムの構築を提唱した。財源としては、社会保険方式による保険料を基本として、税制の直間比率を見直し、間接税増収部分を介護対策に充てることが適切であり、目的税には拠らないとしている。

## (3) 厚生省プロジェクトチーム

こうした懇談会が組織される一方、厚生省内には1993年11月、「高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム」（以下検討チーム）が発足する。検討チームは、事務次官を長に、大臣官房審議官（医療保険・老人保健福祉担当）が運営を総括し、大臣官房政策課企画官を中心として、関係5局の課長補佐ら12名から構成された。検討チームの実質的責任者である阿部正俊審議官は、新たな高齢者介護システムの基本的な考え方として、福祉に社会保険的な発想を導入し、利用者の自由選択を確立すること、とくに医療を狭義の医術と生活関連サービスにわけ、前者を自由選択になじまないパブリックなものとして保障体系の中に位置づけ、後者の生活関連部分において利用者選択を前提とした社会保険制度を構築するとしている<sup>(17)</sup>。

福祉ビジョンの公表と時を同じくして、検討チームも「高齢者介護新システム試案」を内部資料としてまとめている<sup>(18)</sup>。この報告書は、介護に着目した新しいサービス体系と

して65歳以上の要介護高齢者を対象に、指定サービス機関と高齢者の契約に基づき、専門家（ケアマネジャー）が高齢者の心身の状況等を総合的に判定・評価し、個々人ごとのサービスパッケージを給付するとした。身体介助や家事支援などの日常生活支援と医学管理を一体的に提供するため、在宅サービスとして、ホームヘルプ、ショートステイ、デイサービス、訪問診察、訪問看護などのほか、配食、住宅改造、福祉用具の給付・貸与等も実施する。また従来の医療・福祉各々の体系の中で提供されていた施設サービスを「高齢者介護サービス提供機関」として再編成する。保険の形態としては、独立の社会保険制度として、市町村を保険者に、全国一律の保険料率を設定するものと、市町村と医療保険各保険者との共同事業として、独立の保険料を各保険者ごとに算定・賦課するものの2案を示している<sup>(19)</sup>。

#### (4) 高齢者介護対策本部

福祉ビジョンは介護システムの構築、新ゴールドプランの策定を求めており、厚生省は1994年4月、介護対策に省をあげて取り組む体制として「高齢者介護対策本部」（以下対策本部）を設置した。この対策本部は検討チームを発展させたものであり、事務次官を本部長とし、副本部長には官房長、関係5局長、総務審議官、医療保険・老人保健福祉担当審議官（事務局長兼任）、本部員として主要関係課長に加えて、大臣官房政策課企画官（事務局次長兼任）から構成された。

対策本部は、一方で市町村の老人保健福祉計画をふまえて、ゴールドプランの拡充に取り組み、12月に「新ゴールドプラン」を大蔵、厚生、自治三大臣合意として策定する。新ゴールドプランは、高齢者介護施設の基本理念として、利用者本位・自立支援、普遍主義、総合的サービスの提供、地域主義を挙げている。

他方、介護保険制度を立案する作業も、事務局長、事務局次長、老人保健福祉局企画課長補佐らが中心となって検討チームの報告書などを検討し直すことから始まった<sup>(20)</sup>。そして1994年6月、第二回対策本部会議において「高齢者介護・自立支援システム研究会」（以下システム研）が介護の基本論を整理するために設置される。

#### (5) 高齢者介護・自立支援システム研究会

システム研は、業界代表による利害調整をする場としてではなく、介護をめぐる基本的な理念を整理し、現場の考え方を取り込むために、研究者・実務家によるメンバー構成と

なった<sup>(21)</sup>。7月から計12回にわたる会合を経て、12月、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告書がまとめられた。報告書は、高齢者介護の基本理念を「高齢者が自らの意思に基づき、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」としている。介護システムのあり方としては、保健・医療・福祉の専門家からなるケアチームが適切な介護サービスを策定するケアマネジメント方式の導入を提言し、また費用負担方式として、高齢者自身による選択、受給の権利性、保険料負担と受益の対応関係の明確性という点から社会保険方式に基礎を置くシステムが望ましいとした。

こうした介護保険制度では、成人国民から保険料を徴収し、国、都道府県、市町村の公費と併せて、要介護高齢者に介護サービスを給付する。給付対象は介護リスクが高まる65歳以上とし、この世代からも保険料を徴収し、サービス利用にあたっては一定の利用料も徴収する。現行の特養ホーム、老健施設、老人病院では同程度の介護にも関わらず、利用料に格差が生じており、新たな介護サービス体系として一元化されていくことが期待される。保険者としては、市町村、都道府県、国のいずれかとし、現行の社会保険制度を活用するとした。家族の介護研修を条件として、現金給付も検討するよう求めている。

こうした厚生省の動きと並行して、首相の諮問機関である社会保障制度審議会（以下社制審）の社会保障将来像委員会も1994年9月には「社会保障将来像委員会第二次報告」を作成し、介護保障の確立のために、当面の基盤整備は一般財源に依存するとしても、将来的には保険料に基づく公的介護保険制度を導入し、市町村を主体とする介護サービスの提供を進めていくことを提言している。

#### (6) 老人保健福祉審議会

老人保健福祉審議会（以下老健審）は、基本方向懇報告を受け、従来の高齢者対策関係3審議会を整理・統合するものとして設置された。老健審は1995年2月から公的介護保険制度の創設に向けて審議を開始したが、厚生省の次期通常国会に関係法律案を提出するというスケジュールに対して、日本医師会がシステム研報告を前提に議論が進められていると反発したため、介護をめぐる状況認識から審議し直すことになった<sup>(22)</sup>。

老健審は、13回にわたる審議の末、7月、「新たな高齢者介護システムの確立について」と題する中間報告をまとめ、高齢者介護が福祉と医療に分かれている現行制度を再編成し、社会保険方式による高齢者介護システムを確立することが必要であるとした。ただ

し、中間報告は介護サービスの範囲・水準、要介護の判定基準、現金給付の是非、保険給付の範囲・水準、現行医療保険制度との役割分担など、今後の検討における主な論点としており、むしろ介護の社会化、利用者選択、社会保険方式、社会連帯といったシステム研の方向性を公的な審議会の業界代表が追認したという色彩が濃かった<sup>(23)</sup>。

一方、社制審も、7月、「社会保障体制の再構築 - 安心して暮らせる21世紀の社会をめざして」と題して首相に勧告を行っている。この33年ぶりの勧告は、21世紀のあるべき社会保障構想として、自立と社会連帯に基づいた生活保障となるよう改革の方向を提示した。介護問題に関しては、総合的な介護体制の整備とともに、社会保険方式による公的介護保険の必要性を強調し、介護リスクの普遍性から、社会保険方式が給付の権利性、選択可能性、適正な負担と受益、国民的な合意を実現しやすいといった利点があるとした。

このように厚生省は介護の社会化を現物給付の社会保険方式で実現し、救貧的な公的扶助から高齢者一般の生活支援システムに転換することを目指してきた。もちろん厚生省内に意見対立がなかったわけではないし、関係団体からの抵抗もあった。また介護費用を税法式で賄うといった北欧型福祉論も根強かったが<sup>(24)</sup>、厚生省の懇談会や研究会とは制度的、組織的に異なる社制審も社会保険方式による公的介護保険の必要性を説き、また医師会自身も「生涯福祉保険制度」の一貫として介護保険構想を提示しているように<sup>(25)</sup>、高齢者介護のパラダイムを救貧的措置制度から社会保険による生活支援に転換させるという目標は厚生省や一部の研究者に限らず政策下位システムに広く受容されていたといえる。

### 3 政策理念の法制化過程

#### (1) 老健審第二次報告

1995年11月、対策本部は保険者を市町村、国、医療保険者とする3案を提示した。3案は概ね 公的介護保険の受給者を高齢者とし、若年者を含む成人国民から保険料を徴収し、財源としては、保険料とともに、給付費の50%を公費負担する、といった点について共通する。大きく異なる点は、保険の運営主体に加えて、市町村案では地域毎の介護サービス需要を反映し、高齢者から徴収する保険料は各市町村毎に決められるが、国案では全国一律のサービスを供給し、一律の保険料を徴収することにある。

老健審は、制度、介護給付、基盤整備の各分科会における検討の末、1996年1月、「新



たな高齢者介護制度について（第二次報告）」を取りまとめた。この報告では、制度のあり方や費用負担に関しては意見調整がつかず、市町村、国、老人保健を保険運営主体とする3案が示されるに止まった。介護サービスの対象者は65歳以上および65歳以下の痴呆症患者であり、若年障害者は介護保険の適用対象外とし、障害者プランで対応するという方針が明記された。介護給付に関しては、まず在宅サービスとして、ホームヘルプ、デイサービス、リハビリテーション、ショートステイ、訪問看護、福祉用具サービスが挙げられ、24時間対応型巡回や痴呆性老人向けのグループホームに積極的に取り組むべきとしている。

意見調整の難航した日常生活的な医療サービスについては、かかりつけ医による医学的管理を給付対象とする考えが示されたが、急性期医療の給付を介護保険か医療保険のいずれの対象とするかは結論が持ち越された。また施設サービスとしては、特養ホーム、老健施設、療養型病床群など介護設備の整った医療施設を対象とするとし、一般病院の長期入院患者に介護保険を給付するという考えには否定的見解が示された。介護サービスの利用方法では、要介護認定とケアプラン作成は区分され、要介護認定は保険者が行い、第三者機関を設置して認定の公正・客観化を図るとともに、認定に対する不服申し立てなどの仕組みを確立するとしている。また家族介護への現金給付については積極・消極の両論が併記された。

## (2) 丹羽試案

対策本部は、2月、「高齢者介護保険制度に関する事務局試案」として、先の3制度案を地域保険方式（市町村）、国営保険方式（国）、老人保健制度方式（医療保険者）に具体化した。意見調整が難航した理由のひとつは、事業主体である市町村が介護保険制度に対して地方財政を逼迫させている国保の二の舞になるのではないかという懸念を持っており、経済界も介護保険によって事業主負担が増えることに反対したためであった。こうした関係団体の意向を反映して自民党内では介護保険法案の国会提出に慎重論が強く、1994年の村山富市内閣発足以降、介護保険の導入を検討してきた与党福祉プロジェクトチーム（以下与党プロ）でも社民党とさきがけ、数名の自民党議員が介護保険に積極的であったに過ぎなかった<sup>(26)</sup>。

介護保険の財政負担を考慮して、3月、丹羽雄哉自民党医療基本問題調査会会長は「介護保障確立に向けての基本的な考え方」と題する試案を与党プロに提示する。丹羽試案で

は、当面の介護保険給付を在宅サービスに限定し、厚生省が目指す制度導入時期を一年延期して1998年度以降とした。在宅サービスの充実を優先課題として、制度施行当初は在宅サービスを先行実施し、施設サービスは新ゴールドプランによる施設整備を待って段階的に導入する。試案では、保険者を市町村とする、介護費用の負担も受給も40歳以上の国民とする、利用に際して1割程度の自己負担を徴収する、在宅サービスの充実・整備のため現物給付を原則とする、などが提案されている<sup>(27)</sup>。

### (3) 老健審最終報告

老健審は、4月、審議の総括として、「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」を取りまとめた。最終報告は、第二次報告にある在宅・施設サービスを介護給付の対象とし、焦点の医学的管理サービスについては、かかりつけ医の医学的管理は介護給付の対象とし、急性医療は従来通り医療保険からの給付とした。また介護は要介護度に応じて設定された範囲内で利用者が選択することを基本とし、自己負担によって超過サービスも利用できる仕組みとする。また家族介護に対する現金支給に関しては、第二次報告に引き続き、賛否両論を併記するに止まった。

最終報告の中心的課題は保険制度論に決着をつけることであったが、意見の集約を得るには至らなかった。最大の争点である保険者としては、市町村を多数意見としながら、国を保険の運営主体とする考えも併記した。被保険者についても、介護給付の受給者と範囲を一致させるとし、65歳以上、40歳以上、20歳以上という考え方が示された。また事業主負担については、労使交渉に委ねるべき、法定7割ないし折半という意見も併記された。若年者負担に関しては、個々人が納付義務を負う方法も検討しているが、医療保険者が徴収責任を負い、分担金として一括納付するという老健拠出金に似た方式が支持された。利用者負担に関しても、定率1割の他に、2割あるいは8%という意見も示されている。

### (4) 介護保険制度大綱

老健審報告を受け、5月、厚生省は「介護保険制度試案」を作成した。この厚生省試案は、40歳以上を被保険者・受給者とする、保険の運営主体は市町村および特別区とする、利用者負担は介護給付の対象となる費用の1割とする、公費負担は介護給付費の二分の一とする、家族介護に対する現金支給は原則として当面行わない、被用者保

険については事業主負担、国保などについては国庫負担を行う、1999年から在宅サービスを先行、施設サービスについては2001年をめぐりに実施する、とほぼ丹羽試案に沿ったものとなっている。この厚生省試案に対しては全国市長会・町村会が依然難色を示した。また社民党、さきがけが厚生省試案に好意的であったのとは対照的に<sup>(28)</sup>、与党にとって最大の懸案である住専処理法案の見通しもないまま会期末が一ヶ月後に迫り、与党内の足並みを乱れさせかねない法案提出は避けたいとの首脳部の思惑も背景にあった<sup>(29)</sup>。

厚生省は5月30日に「介護保険制度修正試案」を公表し、都道府県毎に介護保険者からなる「介護保険者連合会」を設け、保険料未納などで赤字が生じた場合、市町村が一般会計から繰り入れなくて済むよう連合会が補填する等の財政調整策を加えた。この介護保険者連合会は、都道府県、圏域、市町村単位の保険料基準を算定し、市町村の財政安定化を支援し、要介護認定事務を実施する等、市町村の保険運営を支援する。また公費負担に関して、国・地方各々二分の一と明記し、家族介護を評価するために各保険者による家族支援事業を認め、介護保険が医療と福祉を重層的に支える制度であることを確認した。

6月5日、修正試案とほぼ同内容の「介護保険制度案大綱」が作成され、老健審、社制審に諮問された。審議会からは、運営主体となる市町村の不安、事業主負担に消極的な経済界、医療保険からの持ち出しを懸念する医師会など関係団体の意見を反映し、財政不安定の対策を講じるべき、地域保険という特性から事業主負担の根拠がない、医療と介護の連携、在宅と施設サービスの同時実施、家族介護への現金支給といった意見が示された。

#### (5) 与党合意

6月11日以降、自民党では厚生関係の合同部会に市町村の代表が招かれ、財政調整の仕組みなどの対応策が繰り返し説明されたが、市町村の姿勢は変わらなかった<sup>(30)</sup>。また医師会も介護保険法案要綱案で示された介護保険の目的として医療の扱いが希薄であるとし、法案の国会提出に反対であることを自民党首脳に伝えた<sup>(31)</sup>。関係部会レベルでは意見調整が不可能と判断した与党プロの推進派は山崎拓自民党政調会長に介護保険法案の取り扱いを託したが、結局梶山官房長官ら党首脳は法案提出を断念する<sup>(32)</sup>。

6月17日、連立与党の幹事長・政策責任者で構成される与党政策責任者会議が開かれ、介護保険法案の国会提出を見送ることが合意された。この法案提出見送りには、制度運営の主体となる市町村の財政上の懸念が強く、自治省が提出間際に異論を唱えたことが大きな要因となったとされる。当初、合意事項には与党に加え官房長官と厚生、大蔵、自治の

4閣僚がサインする予定であったが、法案要綱にある費用負担の項の市町村に対する国庫補助率の2割をさらに引き上げるよう要求する自治大臣と、それに難色を示す大蔵大臣との間で意見調整がつかず、合意事項は政府を除いた与党3党のみの了解事項となった<sup>(33)</sup>。

また大蔵省の対応や経済界の反発も介護保険法案の国会提出が見送られた要因であった。住専処理に対する国民の強い反対から、衆議院選挙を控えて税率の上方修正がないという状況が確定すると、大蔵省は消費税率引き上げの議論が再び可能となるまで、介護保険導入を温存させる立場に一転した。また経済界も法人税や社会保障の企業負担はすでに重く、介護保険料の事業主負担を法定化することに強く反対し、大蔵省主計局長も首相官邸や議員会館を説得して回ったとされる<sup>(34)</sup>。

こうした市町村・経済界の抵抗、自治省・大蔵省との調整不足から、自民党の党内調整も難航し、市町村への財政支援、介護給付と医療給付の関係、家族介護への現金支給などについて意見が集約されず、慎重派が大勢を占めることになった<sup>(35)</sup>。

#### (6) 与党修正

7月以降、与党プロに大蔵調整会議と地方行政調整会議を加えた「介護保険制度創設に関するワーキングチーム」（以下ワーキングチーム）が公聴会を開催する一方、厚生省も都道府県高齢者介護主管課長会議などを通じて、介護保険制度に関する地方行脚が精力的に進められた。また厚生省と医師会の意見調整も一旦は決裂するかにみえたが、坪井栄孝日本医師会会長と山崎ワーキングチーム座長の間で合意に達し、医師会の要望が取り入れられることになった<sup>(36)</sup>。こうした関係団体との交渉の末、9月、ワーキングチームによる「介護保険法要綱案に係る修正事項」が与党六者協議と政府与党首脳連絡会議で了承され、2000年度からの在宅と施設サービスの同時実施や都道府県の役割拡大など市町村の意向を反映した修正が加えられることになった。

とくに保険料未納による赤字については、6月の法案要綱案では国保連合会による財政調整が提案されていたが、修正案では「財政安定化基金」を各都道府県に設置すると変更され、基金造成の費用は国・都道府県・第一号保険料の各々が三分の一ずつ負担する。また第二号保険者に関して、介護保険料を上乗せすることで国保保険料の収納率が低下した場合、その分の財政影響額を国費で全額補填する。法案要綱案では定めなかった要介護認定に係る事務費の負担について市町村に対する国の補助割合を二分の一相当と明記するとともに、第一号保険料の年金からの特別徴収に関しても年金保険者の事務費を公費で賄

うとした。ただし、市町村が要望していた財政調整交付金の5%外枠化は退けられ、国費25%の枠内で措置される。

修正案は、財政安定化基金の他に、市町村の事務運営を支援し、保険者業務の広域化を促進するため、要介護認定の審査判定業務を都道府県に委任することができるとし、広域的な保険料基準の設定を都道府県の事務と規定した。これにより市町村が不信感を示していた都道府県毎の連合組織は設置されないことになった。また市町村や医師会から要望されていた現金給付は当面行わないことが確認されたが、医療と介護の連携・整合性の観点から法律の目的規定に医療を盛り込むことになり、医師会の主張が採用されている。

### (7) 国会審議

10月の衆議院総選挙では自民党が議席を伸ばしたものの、社民党・さきがけが議席を失い、3党による連立の枠組みはより緩やかなものとなった。11月には修正事項を盛り込んだ「介護保険法案」が公表されたが、厚生省の岡光序治事務次官の特養老人ホームに関わる不祥事が発覚し、法案審議に暗い影を投げかけることになった。法案は臨時国会に提出されたが、趣旨説明のみが行われ、継続審議となった。

1997年1月に召集された通常国会では、政府・自民党は介護保険の他に、予算、大蔵省改革、さらに医療保険制度改革などの重要課題に取り組みねばならず、与党3党の枠組み維持が介護保険成否の鍵となった。法案は2月から衆議院厚生委員会で審議され、地方公聴会が4カ所で開催された。ただし、5月施行を目指す健康保険法等改正が4月に厚生委員会に付託され、介護保険法案の審議は中断される。

健保法等改正の審議にあたっては、自民党内の保・保連合派の台頭に自社さの連立を維持しようとする加藤紘一自民党幹事長らと介護保険に積極的な菅直人民主党代表らの利害が一致し、自民党と民主党の政策提携が模索された<sup>(37)</sup>。4月14日、加藤自民党幹事長、山崎自民党政調会長、菅民主党代表、仙谷由人民主党政調会長は国会内で会談し、医療保険制度の抜本改革案の作成に民主党も参加すること、健保法等改正、介護保険の両法案を必要な修正をしたうえで今国会中に成立させることで合意し、15日には民主党が加わった「四党協議会」が開催された。しかし、こうした自民・民主の動きに社民・さきがけ両党が反発し、健保法等改正案の修正協議はかえって難航することになった<sup>(38)</sup>。結局、5月6日、自民、社民、さきがけの与党3党が修正案をまとめ、7日衆議院厚生委員会、8日衆議院本会議で健保法等改正は賛成多数により可決された。

健保法等改正法案が衆議院を通過したことによって、中断されていた介護保険法案の審議が5月13日に再開された。自民、社民、民主の3党は民主党の要求していた「市町村の介護保険事業計画策定への市民参加」などを法案に加えることで合意し、21日に介護保険法案は衆議院厚生委員会で賛成多数で一部修正のうえ可決され、22日に衆議院本会議を通過した。

会期末を控えて審議日程をめぐる与野党の攻防が激しくなるなか、29日、自民党執行部はサミットや東京都議選などの政治日程を考慮して会期延長を行わないという方針を確認した<sup>(39)</sup>。これにより6月18日の会期末までに厚生委員会の定例日は5日しかないことになり、また参議院が議員立法重視の観点から特別委員会で審議中の臓器移植法案の処理を優先し、厚生委員会委員の多くが特別委員会委員を兼任しているため、定例日以外の審議を物理的に制限することとなった<sup>(40)</sup>。ようやく6月9日に与党3党は健保法等改正の参院再修正で合意したが、参院自民党幹部と新進、公明の会派「平成会」の折衝の末、健保法等改正案と臓器移植法案を成立させ、介護保険法案を継続審議とすることが確認された<sup>(41)</sup>。これにより介護保険法案は13日に参議院本会議で趣旨説明が行われるに止まった。

9月に臨時国会が開かれ、参議院厚生委員会は10月21日より介護保険法案の審議を再開した。介護対象者の範囲や要介護認定制度の見直しなど法案の再修正が焦点となり、また平成会は財源のすべてを消費税で賄う対案の綱領もまとめたが、国会提出には至らなかった<sup>(42)</sup>。介護保険法案は、自民、社民、民主、太陽の四党派によって保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保を政府の義務とする文言が加えられ、12月2日厚生委員会、翌3日本会議で賛成多数により可決、衆議院に回付された。9日の衆議院本会議において、預金保険法改正に反対する新進、民主、太陽の野党三党の欠席のまま、介護保険法案は自民、社民、さきがけなどの賛成多数により可決、成立した<sup>(43)</sup>。

このように介護保険法案の法制化が進められるにしたがって、介護保険の対象としてどの程度まで医療サービスを提供するのか、介護保険の財政負担を誰がどの程度まで引き受けるのかということが焦点となった。厚生省は医療と福祉を生活支援に再定義するうえで、介護としての医療の範囲を限定し、介護の医療化に歯止めをかけようとした。また厚生省はこれにより老人医療費が抑制され、医療保険の財政安定化が促されるものと期待した。しかし、こうした厚生省の意図は、介護保険の目的として医療を明記することを主張する医師会の抵抗に直面し、また国保の二の舞となることを懸念する市町村からも現実的

とは受けとめられなかった。

#### 4 介護保険の政策理念

##### (1) 社会保険と自立支援

これまで介護保険導入をめぐる政策理念の収斂と法制化を跡づけてきたが、この節では、いかなる政策理念が介護保険下位システムで支持され、どのように対立する争点が調整されたのかについて整理しておきたい。

厚生省は、従来の家族介護と救貧的な公的扶助では将来の介護需要の増大に対応できないと認識し、現物給付の社会保険による「介護の社会化」を企図した。新たな高齢者介護システムの要請は在宅福祉および施設サービスの整備・充実を目標とするゴールドプランの策定と時を同じくしている。ゴールドプランは1989年4月に導入された消費税の趣旨を踏まえて策定されたものであったが、皮肉にも老人保健施設の増加と施設間の負担格差が相俟って介護の医療化を一層促すことになり、新たな高齢者介護システムを構想するうえで、費用負担とサービス提供の両方の観点から厚生省に社会保険方式という選択を方向づけることになった<sup>(44)</sup>。

新たな高齢者介護システムの費用負担を税方式で賄うことは根強い考え方であるが<sup>(45)</sup>、直接税が現役世代に過度の負担を強いており、間接税導入をめぐる10年来の経験は国民に税負担を求めることが容易でないことを物語っていた。またゴールドプランの教訓は施設整備に財源をつけるだけでは介護サービス自体の拡充が保証されないということであり、たとえ消費税を目的税化しても、多くの自治体はサービス供給主体の参入・競争を促進する能力と意志を欠き、却って高齢者介護に積極的な自治体の意欲を殺ぐ結果になりかねなかった<sup>(46)</sup>。したがって、社会保険方式は給付を保険料収入によって帳尻を合わせ、地域保険とすることで地域差を反映し、高齢者に受益に応じた負担を課すとともに、保険料設定と徴収の権限を地域単位に移譲することを可能にするものであった。また現物給付とすることで給付対象を介護に特定化することが期待される。

財源論に加えて、社会保険方式は、救貧的な福祉制度から高齢者一般の生活支援システムへといった介護サービスの質的転換を促すものであった。新たな高齢者介護システムは、寝たきりや痴呆を高齢者一般に生じうる介護リスクと位置づけ、高齢者の生活支援という側面について、社会的にリスクを分散させるものであり、介護ニーズに応じた利用者

の自主的選択を確立するうえで、サービス受給の権利性や受益と負担の対応といった観点から社会保険方式が妥当と考えられた。厚生省内部では、こうした利用者の選択を基本とした、日常生活における高齢者の自立を支援する保険給付の仕組みとして、従来の措置制度に代えて、専門家チームによるケアマネジメントの考え方が早い段階から構想されている。

社会保険方式による家族介護と救済的措置制度のパラダイム転換という目標は懇談会や研究会の報告においても提唱された。とくに福祉ビジョンは、利用者選択、自立支援といった高齢者施策の基本方向を確認し、社会保険による財源調達という考え方を社会的に受容させるうえで大きな役割を果たした。またシステム研は社会保険に前向きなメンバー構成であり<sup>(47)</sup>、著名な研究者・実務家に代弁させることによって、厚生省の考え方を権威づけるのに役だったといえよう。基本方向懇や老健審とは異なり、ビジョン懇やシステム研は、サービスの提供サイドと支払サイドという通常の利益代表からは構成されず、社会保険方式による自立支援という考え方を推し進めていく厚生省の広報戦略という側面もある。ただし、社会保険方式による家族介護と救済的措置制度のパラダイム転換という目標は、社制審や関係団体も提言しており、厚生省独自の政策選好というものでもなければ、一部の研究者に限られたものでもなく、介護問題の政策下位システムに政策的学習を通じて共有されたものであった。

## (2) 医療と介護の連携

むしろ理念的な対立は従来の福祉と医療による高齢者介護を日常生活支援としての介護に再定義する方策に現れている。厚生省は早い段階から介護保険を日常生活支援と医学的管理の両方を一体的に提供するものとして構想していた。ただし、トータルプラン研報告が介護保険給付を施設中心に検討し、老人病院、老健施設、特養ホームを介護施設として一元化するとしているように、従来の医療と福祉の縦割りと「社会的入院」に示される医療への偏りを是正することが厚生省の目標であった。これは福祉ビジョンの言葉でいえば、医療と福祉の給付構造を4：1から3：2に医療から福祉に重点を移すことであり、介護の医療化に歯止めをかけ、老人医療と老人福祉を高齢者の生活支援に定義し直していく試みであった。具体的には、厚生省の内部資料にも示されているように、老人関係施設を生活型施設、療養型施設、短期家庭復帰支援センターに再編し、介護保険ではこれらの施設に定額払いによるケア及び定型的な医療を給付し、医療保険からの出来高払いは療養型



施設での手術などに限定することが目指された。

こうした老人医療の抑制は自ずと医療提供サイドの反発を招いた。ただ医師会自身も介護保険制度の創設を提唱しているように、老人保健制度が財政破綻に直面しており、介護部分に独自の財源をつけて老人保健制度を安定させ、要介護患者を病院から介護施設や在宅に移すことによって一般医療に本来の機能を回復させるという意味で介護保険は医師会にとっても望ましいものである<sup>(48)</sup>。しかし医療提供サイドとしては、医療における慢性疾患のウェイトが高まっているなか、介護関連の医療を確保することは死活問題であり、厚生省のいう「定型的な医療」の解釈をめぐって双方の間に亀裂が生じることになる。医師会は介護保険における医療の役割が明記され、サービス提供における医師の主導性が確保されるよう一貫して追求した。

1996年5月の厚生省試案では、介護保険制度の目的として医療という言葉はなかったが、修正試案では「医療と福祉に関わる主体が、それぞれの機能を発揮しつつ、重層的に支えあう制度」とされた。法案の国会提出が見送られた法案要綱案では、老健審答申等も考慮され、総則において「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により介護を要する者等が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必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」とされ、また「保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態の予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない」と付け加えられたが、医師会にとって承諾しうるものではなく、法案の国会提出は見送られることになった<sup>(49)</sup>。

与党合意以降、医師会はワーキングチームを通じて働きかけ、9月の与党修正において医師会の要求を全面的に採用させる。介護保険法案要綱では総則が「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、介護、機能訓練並びに、看護及び療養上の管理、その他の医療を要する者等について、これらの者が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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と修正された。

### (3) 医療保険改革

こうした厚生省の生活支援としての高齢者介護を構築していく試みは、介護の医療化に

歯止めをかけ、医療保険の効率化を促すものであり、医療保険財政の構造改革を達成するための第一歩であった。基本的な問題は高齢者が集中し、若年者の負担が過度に重くなっている国民健康保険の財政構造にあり、介護保険導入は世代間・地域間の負担の不公平を解決し、医療保険の財政構造改革を進めるものと期待された<sup>(50)</sup>。

ただし、厚生省の意図は支払いサイドに必ずしも現実的であると受けとめられたわけではなかった。健保連は介護保険制度に賛成したが、それは医療費節減効果は疑わしいものの何もしないよりはましといった程度のものであり<sup>(51)</sup>、当の国保運営主体である市町村が介護保険導入に最も強く抵抗したのであり、介護保険の推進派と市町村では認識に大きな相違があった<sup>(52)</sup>。市町村の懸念は国保自体の問題解決が図られなければ、介護保険は国保の二の舞になるということであり、市町村は厚生省に対して保険料未納対策、国・都道府県の役割強化、事務手続きの負担軽減を求めた。

最初の修正試案では、都道府県毎に「介護保険者連合会」を設け、保険料未納などで赤字が生じた場合に連合会が補填するという財政調整策が加えられ、また広域的な保険料基準の算定や要介護認定事務の代行といった都道府県単位の共同機構として介護保険者連合会が位置付けられた。また公費負担に関しては、法案の修正過程で徐々に国、都道府県、市町村の負担割合が明確にされ、国の負担二分の一のなかで財政調整のための交付金5%が交付され、都道府県と市町村が四分の一ずつを負担するとされた。

9月の与党修正では、さらに市町村の要望が盛り込まれ、連合会組織による財政調整に代えて財政安定化基金を各都道府県に設置するとされた。また要介護認定の審査判定業務を都道府県に委任することができるとし、広域的な保険料基準の設定を都道府県の事務と規定している。第二号保険者に関しては、介護保険料を上乗せすることで国保保険料の収納率が低下した場合、その分の財政影響額を国費で全額補填するとした。さらに法案要綱案では定めなかった要介護認定に係る事務費の負担について市町村に対する国の補助割合を二分の一相当と明記し、第一号保険料の年金からの特別徴収に関しても年金保険者の事務費を公費で賄うとしている。

## 5 介護保険の政治学的意義

厚生省は家族と公的扶助による介護を社会保険方式による生活支援の介護に転換することを目指し、懇談会や研究会を組織し、また老健審の審議録も公開して広報活動に努め

た。しかし、こうした考え方自体は介護の政策形成関係者に広く支持され、関係団体も提唱しているものである。ただし、医療と福祉を生活支援に再定義するうえで、厚生省は介護としての医療の範囲を限定し、介護の医療化に歯止めをかけようとした。また厚生省はこれにより老人医療費が抑制され、医療保険の財政安定化が促されるものと期待した。しかし、医師会の主張する介護保険の目的として医療を明記するという修正が加えられ、また市町村の懸念を解消するために財政調整や事務に関する国・都道府県の役割を強化することになった。

厚生省は少なくとも老人保健福祉部の時代から介護の社会化を追求してきたが、関係団体や与党との交渉過程をみると、厚生省内外に対する広報活動に励み、利害関係者や与党の合意なしには法案の提出さえままならないという実態が浮かび上がる。ただし、官僚対政治家、官僚対利益集団という枠組みでは、利害関係者の政策理念がいかに共有され、実質的な争点は何であるのかということを見逃すことになる。一事例研究から政策形成一般を論じることに限界はあるが、転換期における政策立案と合意形成のひとつの型として、介護保険の政策形成を救済的措置制度から生活支援の社会保険へのパラダイム転換が介護の政策下位システムに政策的学習として浸透し、政策コアにおける対立が下位システムを越えて政治体制レベルで調整される過程と特徴づけることは可能であろう。

こうした分析枠組みは、省庁が立案し、審議会に諮り、与党の審査を受け、国会で立法化されるという制度化された政策形成過程を通じて、政策下位システム内の相互関係が政治情勢、政策環境といった外的な状況変化によって条件づけられていることも明らかにする。インフォーマルな組織の重要性は、介護保険が既存の政策体系では処理できない、新たな制度の創設を目指すものであり、厚生省内の研究会や利益代表ではない諮問機関に政策を方向づける機会が与えられたことに拠るが、衆議院の解散・総選挙や部分連合の模索といった政治情勢も関連政策領域と錯綜しながら、与党プロと与党執行部の関係を規定し、与党プロや幹事長・政策責任者会議といった政党間交渉にウェイトが置かれる状況を創出した。

例えば、老健審中間報告や社制審勧告が発表された1995年7月とワーキングチームによる関係団体の意見調整が図られた1996年9月に実施された読売新聞による全国世論調査を比較すると、公的介護保険制度の創設に賛成するものは68%から74%に増加し、反対するものは12%から5%に減少しており、世論の動向が介護保険導入にとって必ずしも逆風であったわけではなかった<sup>(53)</sup>。また消費税や住専処理の問題は1996年の法案提出断念の

遠因であったし、健保法改正、臓器移植、沖縄問題は1997年の法案審議を直接的に左右したといえよう。こうした政治・政策的環境の介護保険制度に対する具体的な影響は一義的なものではないが、政策的学習を越えた医療と介護の連携や医療保険財政の安定化における理念対立が調停されるにあたって、与党が関係団体の意向をより重視するよう政策下位システムの相互関係を条件づけていたといえよう。

また「介護の社会化」という政策転換は行政改革期における福祉国家論に新たな視点を要請する。衛藤が論じるように、臨調・行革、理念的背景としての新保守主義を福祉国家の後退ないしは制度の統合・安定化とする観点からは保険官僚と福祉官僚の行革に対する異なる対応を分析から捨象することになってしまう<sup>(54)</sup>。

公的な財政規模の縮小と実際に市場原理がどの程度採用され、またどの程度の効果があったのかということは次元の異なる問題である。1980年代に導入された医療保険制度間の財政調整や年金制度共通の基礎年金は戦後の早い時期から厚生行政関係者が検討し、幾度となく実施を試みてきたものであり、新保守主義によって突如として考案されたものではないことは認識されるべきであろう。さらに、確かに患者の自己負担を引き上げることによってコスト意識を喚起し、アメニティや高度医療といった患者の選択が重視される周辺領域に私費医療が徐々に導入されつつあるが、1980年代以降、むしろ地域医療計画による病床規制や医療機関に対する指導・監督、診療報酬の引き上げ抑制、包括払い方式の部分的導入といった供給サイドの「規制強化」によって医療費抑制は達成されてきている<sup>(55)</sup>。国家の役割を単に規模から論じることの限界は明らかであり、介護保険は介護を高齢者の生活支援として公的保障の対象に定義し直す試みであり、医療・福祉における国家の質的な役割転換という視点が必要であることを示唆している<sup>(56)</sup>。

こうした政策転換を国家という単位で比較する場合にも制度と理念の総合的理解が求められる。歴史学派と称される制度論は国家や行政の制度的構造に焦点をあてる<sup>(57)</sup>。例えば、イマーガット (Ellen Immergut) はフランス、スイス、スウェーデンの3カ国の社会保険制度について立法 - 行政構造の相違に着目する<sup>(58)</sup>。イマーガットによれば、スウェーデンでは行政機構が実質的な立法を行っているために官僚主導の社会保険制度が導入され、スイスでは医師会などの社会集団が反対キャンペーンを行いやすい国民投票に重要な立法が諮られるため社会保険が阻まれてきた。またフランスの社会保険導入は議会が立法の最終関門となっていた第4共和制から、行政に実質的な権限が付与された第5共和制に移行したことによって実現されたとする。またアメリカに関しては、スタインモ

(Sven Steinmo) らがアメリカの分権的な議会制度が社会保険導入の妨げとなっているとする一方、ジェイコブス (Lawrence Jacobs) は文化的価値観と歴史的経験から英米両国の選択肢は限定されているとする<sup>(59)</sup>。ただし、制度的構造の静態的比較はフランスの事例のように憲法的な制度変更がない限り、時系列的な政策変化の分析として無力であり、抑制要因として現状維持か選択肢の限定性を説明するに過ぎない。むしろ歴史学派自身も述べるように<sup>(60)</sup>、例えば最近の医療保険改革の失敗に関しても、大統領の関与や議会勢力といった政治体制的状况とともに、政策理念と制度構造の相互関係を考慮する必要がある<sup>(61)</sup>。

この論文における介護保険導入に関する分析では、制度構造自体は「ゲームのルール」として政策形成を条件づけるものとして、その制約下における政治体制的な状況変化と、専門的な集団における政策理念の合従連衡に焦点をあてた。こうした分析枠組みによって、異なる制度間の比較が意味のあるものとなり、政策転換の事例研究においても制度構造、政治情勢、政策理念の動態的把握が可能となるであろう。

#### 注

- (1) この論文は日本医師会委託研究・曾根プロジェクト(医政研究会)の報告書「介護保険導入の政策形成過程」(日本医師会総合政策研究機構、1997年)を介護保険の政治学的意義という観点から再構成したものである。この論文が委託研究を可能ならしめた坪井栄孝日本医師会会長の政策研究に対する理解と、委託研究を通じて曾根泰教慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科教授、青柳俊日本医師会常任理事、武見敬三参議院議員・東海大学平和戦略国際研究所教授、中川俊男新さっぽろ脳神経外科病院理事長・院長から頂いたご指導に多くを負うことはいうまでもない。また忙しいなか快くインタビューに答えて頂いた糸氏英吉日本医師会副会長、衛藤晟一衆議院議員、丹羽雄哉衆議院議員、阿部正俊参議院議員、山崎史郎厚生省大臣官房政策課調査室長、下村健健康保険組合連合会副会長、田中滋慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授に改めて感謝したい。資料の収集・整理にあたって、新通一弘(武見敬三事務所)、北島健二日本医師会情報統計課課長、上田茂厚生省健康政策局指導課課長、小森雅一(同課長補佐)、山本光昭(同)、井出博生(慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科)、田村充代(同法学研究科)、井上由紀子(杏林大学社会科学部)、小林久美(同)、高橋香織(同)、高橋由美子(同)の協力を得た。高木安雄仙台白百合女子大学人間学部人間学科教授、ジョン・キャンベルミシガン大学政治学部教授、衛藤幹子法政大学法学部教授、ポール・タルコット(ハーヴァード大学大学院)、ならびにレフェリーの方々から貴重なご助言を頂いた。この論文執筆にあたってはサントリー文化財団より「転換期における医療政策」(研究代表者:高木安雄)の一貫として研究助成を頂いた。

- (2) 猪口・岩井 (1987: 19-36)。
- (3) 加藤 (1991: 170-80)、Campbell (1992: 282-351)。
- (4) Schoppa (1991: 97-101)。
- (5) Ramseyer and Rosenbluth (1993: 73)。
- (6) 前掲 133-9頁。
- (7) 衛藤 (1995: 92)。また田辺 (1995: 93-9) は社会保障関連の立法数と自民党議席に正の相関を見出している。
- (8) Campbell (1992: 25-51)。
- (9) Kato (1994: 17-43)。
- (10) Sabatier (1991: 149-53)。
- (11) Hecló (1974: 304-22)、Hall (1993: 277-80)、Dobbin (1993: 45-9)。
- (12) Sabatier (1993: 30-1)。
- (13) Jenkins-Smith and Sabatier (1993: 44)。
- (14) Hecló (1978: 102-5)。
- (15) 橋本泰子氏は座談会で介護問題が検討される始まりとして「介護対策検討会報告書」をあげている。京極他(1996:13)。ただし、こうした介護問題は以前から論議され、厚生省内にも意見対立があり、措置制度の存続によって対応しようとする経験の蓄積を背景としている。Eto(N.d.: 17-18)。また民社党は1992年に現金給付の公的介護保険を提言している。朝日新聞1992.7.23:4。
- (16) 日経ヘルスビジネス1993.3.29:4 - 7。
- (17) 社会保険旬報1993.1817:5および1827:10 - 2。
- (18) 日本医師会総合政策研究機構(1997:53-5)。
- (19) 厚生省内部で具体的な介護保険制度案が早い段階から起草されていたことを示すものとして、日経ヘルスビジネス1993.11.15および1994.9.19参照。
- (20) 山崎史郎厚生省大臣官房政策課調査室長(元対策本部事務局次長)へのインタビューによる(1996年11月26日)。
- (21) 同上。
- (22) 社会保険旬報1995.1870:37 - 8。また老健審の審議と並行して厚生省当局と日本医師会は定期的な「勉強会」を持つことになった。系氏英吉日本医師会副会長(元日本医師会常任理事・老健審委員)へのインタビューによる(1996年12月6日)。
- (23) 有岡二郎氏は「審議会は、厚生省の問題提起を認めて、国民に論議するよう呼びかける役割を引き受けた」と評している。有岡(1995:15)。
- (24) 例えば、二木(1995)参照。
- (25) 医師会は1995年2月に「高齢社会を迎えるに当たって - 介護保険を中心に」と題する中間まとめを公表し、「生涯福祉保険制度」を提言している。
- (26) 衛藤晟一衆議院議員(元自民党政務調査会社会部会長)へのインタビューによる(1996年12月5

日)。また池田省三氏は自民党内の慎重論には保守的な家族介護主義と再選動機に基づく反負担増主義が背後にあるとする。池田(1996:67)。また有岡(1996:6-10)参照。

- (27) 池田(1996:66)は、老人医療の一割自己負担、健保本人8割給付、一部薬剤の適用除外などの医療保険改革のためには、規模を小さくしてでも介護保険の強行突破を図ろうという空気が醸成されたとする。
- (28) 社会保険旬報1996.1911:11。
- (29) 日本経済新聞1996.5.15:1・3。朝日新聞1996.5.22:2。とくに梶山静六官房長官は法案提出に否定的な見解を示していた。例えば、日本経済新聞1996.5.16:2参照。
- (30) 成毛平昌全国町村会常任理事(茨城県東村村長)は、介護保険によって医療保険の負担が軽減されるという厚生省の考えを疑問視し、財政調整策として提示された国保連合会に関して組織的実行性がないと批判している。社会保険旬報1996.1917:13。
- (31) 青柳俊日本医師会常任理事・老健審委員へのインタビューによる(1996年10月8日)。
- (32) 社会保険旬報1996.1915:10-1。
- (33) 社会保険旬報1996.1914:24。
- (34) 有岡(1996:8-9)。社会保険旬報1996.1915:12。
- (35) 塩川正十郎自民党総務会長の新聞インタビュー。読売新聞1996.8.13:3。
- (36) 注31に同じ。
- (37) 日本経済新聞1997.4.12:2。
- (38) 社会保険旬報1997.1946:41。
- (39) 日本経済新聞1997.5.30:2。
- (40) 日本経済新聞1997.5.22:2および6.5:3。
- (41) 朝日新聞1997.6.10:1・2。
- (42) 日本経済新聞1997.11.5:1。
- (43) 日本経済新聞1997.12.3:1。
- (44) Campbell(1992:308)。衛藤(1995:97-8, 106-7)。
- (45) 注24参照。また消費税の目的税化は土屋(1996:221-8)や新進党の綱領(注42)にも見られる。
- (46) 田中滋慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授(元システム研委員)へのインタビューによる(1997年1月13日)。
- (47) 同上。
- (48) 注31に同じ。
- (49) 同上。
- (50) 社会保険旬報1995.1888:4。
- (51) 下村健健保連副会長・老健審委員へのインタビューによる(1996年12月9日)。
- (52) 池田(1996:65-6)は介護保険が定額払いを採用することによって国保のような給付費の急増を回避するものと捉え、市町村が介護保険導入自体の阻止を目指したと疑う。また山崎史郎氏もこうした市町

村の抵抗は計算外のものであったとしている（注20）。丹羽雄哉氏も同様に介護保険が医療保険の財源対策となることが理解されなかったと法案提出見送りに際して述べている。社会保険旬報 1996.1917:8。

(53) 読売新聞1996.9.14:1・25。

(54) 衛藤（1995: 92-3, 99-102）。

(55) 池上・キャンベル（1996: 119-78）。衛藤（1995: 108-9）。

(56) 家族介護から公的介護への転換を厚生省の権限拡大とする見方もある。衛藤（1995: 108-9）。

(57) Skocpol (1985: 14-7)。

(58) Immergut (1992: 24-32)。

(59) Steinmo and Watts (1995: 362-5)、Jacobs (1992: 206-8)。

(60) Thelen and Steinmo (1992: 18, 22-23)。

(61) National Health Care Reform Symposium (1994: 196, 201, 204-5)、Evans (1995: 41)、Peterson (1995: 121-2)。

#### 文献

有岡二郎1995「三つの審議会の提言を読む」『社会保険旬報』1883:13 - 6。

有岡二郎1996「介護保険法案の国会提出をめぐる政治力学」『社会保険旬報』1913:6 - 10。

Campbell, John. 1992. *How Policies Change*. Princeton: Princeton University Press.

Dobbin, Frank. 1993. "The Social Construction of the Great Depression: Industrial Policy during the 1930s in the United States, Britain, and France." *Theory and Practice*. 22: 1-56.

衛藤幹子1995「福祉国家の“縮小・再編”と厚生行政」『レヴァイアサン』17:91 - 114。

Eto, Mikiko. N.d. "Transformation of the 'Japanese-Style Welfare' under the Coalition Period Since 1993." mimeo.

Evans, C. Lawrence. 1995. "Committees and Health Jurisdictions in Congress." pp. 25-51. in T. Mann and N. Ornstein. eds. *Intensive Care*. Washington, DC: Brookings Institution.

Skocpol, Theda. "Bringing the State Back In." pp. 3-37 in P. Evans, D. Rueschemeyer and Theda Skocpol. eds. *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hall, Peter. 1993. "Policy Paradigms, Social Learning, and the State." *Comparative Politics* 25:275-296.

Hecl, Hugh. 1978. "Issue Networks and the Executive Establishment." pp. 87-124 in Anthony King. ed. *The New American Political System*, Washington, D.C.: American Enterprise Institute.

\_\_\_\_\_. 1974. *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven: Yale University Press.

池田省三1996「公的介護保険法案をつぶしたのは誰だ」『Ronza』8:62 - 7。

Immergut, Ellen. 1992. *Health Politics*. New York: Cambridge University Press.



猪口孝・岩井奉信1987『「族」議員の研究』日本経済新聞社。

Jacobs, Lawrence. 1992. "Institutions and Culture." *World Politics* 44:179-109.

Jenkins-Smith, Hank and Paul Sabatier. 1993. "The Dynamics of Policy-Oriented Learning." pp. 41-56. in P. Sabatier and H. Jenkins-Smith. eds. *Policy Change and Learning*. Boulder: Westview Press.

加藤淳子 1991「政策決定過程研究の理論と実証」『レヴァイアサン』18:165-84。

Kato, Junko. 1994. *The Problem of Bureaucratic Rationality*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

京極高宣他1996「座談会：介護保険で社会福祉はどう変わるのか」『月刊福祉』4:12 - 25。

"National Health Care Reform." 1994. *PS* 27:192-223.

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」。

二木立1995「公的介護保険一辺倒の議論に異議あり」『社会保険旬報』1867:6 - 11, 1869: 9-12。

Peterson, Mark. 1995. "How Health Policy Information is Used in Congress." pp. 79-125. in T. Mann and N. Ornstein. eds. *Intensive Care*. Washington, DC: Brookings Institution.

Ramseyer, Mark, Frances Rosenbluth. 1993. *Japan's Political Marketplace*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Sabatier, Paul. 1991. "Toward Better Theories of the Policy Process." *PS* 24:147-156.

Sabatier, Paul. 1993. "Policy Change over a Decade or More." pp. 13-39. in P. Sabatier and H. Jenkins-Smith. eds. *Policy Change and Learning*. Boulder: Westview Press.

Schoppa, Leonard. 1991. "Zoku Power and LDP Power." *Journal of Japanese Studies* 17:79-106.

Thelen, Kathleen, Steinmo, Sven. 1992. "Historical Institutionalism in Comparative Politics." pp. 1-32 in S. Steinmo, K. Thelen and F. Longstreth. eds. *Structuring Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Steinmo, Sven and Watts Jon. 1995. "It's The Institutions, Stupid: Why the United States Can't Pass Comprehensive Health Reform." *Journal of Health Politics, Policy, and Law*. 20: 329-72.

田辺国昭1995「戦後日本の社会保障」『レヴァイアサン』16:89 - 120。

土屋正忠1996『武蔵野市から都市の未来を考える』東洋経済新報社。

## The Policy Making Process of Long-Term Care Insurance

MASUYAMA Mikitaka

### ABSTRACT

This study investigates the policy making process of the Long-Term Care Insurance which will massively restructure the way health and welfare services are provided for frail elderly. By specifically looking at the process in which policy makers came to share the goals of the new program, this study shows that the policy learning through the interaction between the Ministry of Health and Welfare officials, related interest groups, and specialized politicians played a substantial role in designing the fundamentals of elderly care. By implication, we need an analytical framework of cross-national comparison, which takes into account not only the variation in terms of state and administrative structure, but also the political climate given the institutional constraints, as well as the shared policy ideas among specialists.