

福祉改革の政治過程 (一)

——介護保険法案の制定を中心に——

目次

一 はじめに

二 公的介護保険制度構想の背景

1、法制度上の問題

2、社会構造の変化の問題

3、財政をめぐる問題

三 政策問題としての介護問題の台頭

1、「日本型福祉社会」論の限界

2、新日本型福祉社会論の登場

3、介護保険制度構想をめぐる政府の動き

(以下本号)

四 政策形成過程

1、厚生省の準備過程

尹 文 九

2、法案作成への老人保健福祉審議会と調整

3、法案作成への連立与党との利害調整

五 政策決定過程

六 まとめ

一、はじめに

日本において高齢者介護が問題となったのは、かなり前からのことである。しかし、政府はこれに対する根本的な政策対応をとらず、家族による介護を社会の含み資産と主張してきた結果、在宅ケアの確立を遅らせることになった。また、家族による介護が困難な場合にも福祉施設の整備をせず、そ

の代替施設として病院が利用され、施設ケア体制の確立を遅らせることになった。ところが、こうした政策対応では、高齢化や少子化の進展に伴いますますます深刻化する高齢者介護問題に対応できないと政府は判断し、消費税導入を踏まえて、一九八九年の高齢者保健福祉推進一〇カ年戦略（以下、ゴールドプラン）に基づき、在宅施設サービスの緊急整備を進めている。さらに、一九九四年には、ゴールドプランの内容を大幅に増加させた、新ゴールドプランが策定されると同時に、公的介護保険法案の成立が急がれることになった。

一九七〇年代、経済の低成長とともに財政危機が深まるなかで福祉分野においては、給付水準の引き下げ、家庭機能の重視、患者の自己負担などを強調してきた新保守主義の戦略がなせ九〇年代に入って急に公的介護保険へと政策変化をしたのか。一般的に法律の制定には、その時代、その時期の社会状況のもとでの政治的判断が反映されている。つまり、公的介護保険法案も当時の社会的・経済的・政治的な状況のもとで、一つの公共政策として、政治的な意思決定という手段を通じて制定されると考えられる。新しい法律の制定あるいは、既存の法律を見直すためには、その政策がどのような時代に、どのようなニーズによっていかなる政治過程を経て成立したかを検討する必要がある。この時、一番重要なのは、政府が社会のニーズをどの程度認識し、いかに優れた政策を

考察するかというアジェンダ・セッティング (Agenda setting) 段階であると考えられる。というのはその段階で主な政策の内容が決定されるからである。

一般的に政策案を作成するのは、議員ないし官僚の役割であり、それを審議して決定を行うのは根本的には議会の役割である。しかし、日本では政策案の作成段階において、行政部門が関係団体との利害調整や政党への根回しを行いながら、実行可能な政策案を作成するというシステムが採られている。しかしながら、これまでの数多くの政策過程の研究はアジェンダ・セッティングの過程よりもむしろ決定過程に関心を集中させてきたといえる。たとえば一九八〇年代中盤に流行した「党高官低」論や多元主義をめぐる議論のほとんどは主に決定過程を対象にしており、族議員の影響力や政党の主導性に焦点を当てている。結果、どのような内容の政策がどのような過程を通じて作り出されるのかという局面についての研究は少ない。

それゆえ、本稿では、最近日本で議論になっている公的介護保険法案をめぐる政治過程に焦点を当てて、J.W. キングダンの政策の窓 (The policy window) 理論を用いつつ、どのような状況で「合流」が可能になっていたかを考察したい。キングダンという政策の窓というのは、政策主唱者が彼らの関心対象である政策問題に注意を集中させ、彼らが選好する

政策代案 (Pet solution) を成立させるために与えられる機会と定義できる。彼は政策決定過程を「問題認識 (Problem recognition)」、「政策の流れ (Political stream)」、「政治 (Politics)」とこう三つの独立した流れ (Stream) が決定的な時期に合流して政策が誕生すると理解する。すなわち、多くの社会問題の中から政府議題として認識され、解決方法が有用であり、政治的雰囲気に変化に有利な時期をつくり、さらに、様々な制約が「政策実現」を妨げない状況になった時、政策の窓を開けることを可能にするということである。したがって、本稿では「問題認識」の段階においては、社会・経済的諸要因の変化とともに、厚生省が介護保険を構想することになった背景及び原因を、そして、政策案の形成段階において、厚生省が実現可能な政策案を作成するため、私的諮問機関を活用しながら、より具体的な政策案を作成する過程に触れる。そして「政治」の流れでは厚生省が意図する介護保険を成立させるため、連立政権との利害調整を行う政治過程について言及し、結論としていかにして決定がなされたかについての考察を行っていきたい。

二、公的介護保険構想の背景

1、法制度上の問題

福祉改革の政治過程 (一) (尹)

老人福祉を直接目的とする法律は、一九六三年⁽²⁾に制定された老人福祉法が最初である。なお、老人福祉法制定当時から福祉サービスのみならず健康検査といった保健分野も規定されており、一九七三年に老人医療費支給制度が創設され、医療に関する規定も備えるに至った。そして、一九八二年には、それまでの老人福祉対策が医療保障費に偏りがちであった点の反省の上に立ち、疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健対策を推進するとともに、老人医療費支給制度の実施後、急増する老人医療費を国民皆が公平に負担するという観点から一部の患者自己負担を求める老人保健法が制定された⁽³⁾。しかし、老人福祉法で在宅福祉サービスに関する規定は老人家庭率仕員の派遣の委託のみであった。そこで、昭和五〇年代後半以降の一連の行政改革の動きのなかで制度全般に渡る見直しが進められた。

一九七八年度にショートステイ (短期保護) の事業が、翌年には、デイサービスの事業が創設されたが特別養護老人ホームへの入所などの施設福祉と比較して立ち遅れが見られたし、また、法律上の根拠も乏しく、予算措置により実施されていたのが現実であった。しかし、介護問題の視点から論じるとき、より大きな課題は、医療、福祉、保健の各分野が個別・独立して展開してきたことにある。高齢者が利用可能な施設として最も治療的要素の少ないものから順にみると、

ケアハウス（経費老人ホームの一種）、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設、および病院になる。さらに、病院のなかには一般病院、老人病院、老人病棟などに分類され、どの施設を利用するかによって、利用手続き、サービスの内容および費用負担に相違がある。とくに、常時介護が必要で家庭での生活が困難な高齢者のための施設である「特別養護老人ホーム」の利用には、利用手続きが措置費体系であるため利用者本位の選択ができず、さらに、施設の不足のため申請後、長時間を持たなければならない状況までいたった。したがって、本来なら特別養護老人ホームを利用する状況にある者が、いきおい個人の自由意思において利用できる老人病院あるいは老人保健施設を利用してゐる実態である。こうした状態は、老人保健法が施行された八〇年代初は現在よりさらに顕著であり、いわゆる一般病院への「社会的入院」が社会問題となるほどであった。こうした問題が社会的入院対策の一つとして老人保健法が制定される契機になったといえる。

さらに、介護問題は単なる利用施設が異なるために生じる制度間隔差の問題に止まらず、在宅者と施設利用者間にも問題が発生し始めた。一九八〇年代前半までの要介護者に対する施設は、特別養護老人ホームのみであったので、特別養護老人ホームを利用するか、あるいは一般病院に社会的入院す

る以外は、在宅で家族の介護に委ねられているのが実態であったのである。一方、一九七〇年代の市民運動と連動する形で展開した福祉に対する権利要求は在宅福祉を促す契機となった。こうした要請を受け、一九八九年の老人福祉法等福祉関係八法改正がなされ、地域福祉の推進をより積極的に体现し、基礎自治体である市町村に大幅な役割を委譲することになった。とくに、一九九三年を目標とする老人保健福祉計画の実現は地域福祉政策を有効に推進するに当って重要な鍵となつたのである。

2、社会構造の変化の問題

社会に存在する各種の問題を解決するために構想され、決定されたものが政策であるとするならば、社会構造の変化は政策転換と密接に関連している。H・ウイレンスキー (Harold wilenksy) は『福祉国家と平等 (The Welfare state and Equality)』において、福祉国家の比較を試み、福祉政策の決定に影響を及ぼす要因として社会経済的要因を重視した。そして、その要因の一つとして「人口高齢化」をあげている。すなわち、福祉政策は高齢者人口が全人口に占める割合と深く関連があるとしたのである。こうした点から介護保険構想の重要な背景である社会構造の変化について検討する。

① 高齢者人口の増加

人口構造の変化は、最も典型的な形として長寿化・高齢化として現れた。一九三五年の日本の平均寿命は、男性四七才、女性が五〇才しかなく、欧米諸国と比較して一〇年あまりも短かった。しかし、戦後、生活水準の急速な改善と医療の普及によって一九八〇年代には世界最長寿国となった。その原因は一九四〇年代から一九六〇年代にかけては乳幼児死亡率の低下が大きく貢献したが、一方、一九六〇年代になると七五才以上の「後期高齢者」の死亡率の低下が日本人全体の平均寿命の延びに貢献するようになる。それが同時に高齢障害者を急増させ、いわゆる「寝たきり老人」の介護問題として社会問題化してゆくことになる。

ビルギッタ・オーデン教授は、「それぞれの時代の高齢者介護形態は、基本的には社会構造によって決まる。その社会構造とは高齢化と工業化によって規定される」と語っている。また、ベル・グンナル・エデバルク教授も「文化や国民性よりも、その国の高齢者政策は高齢化率と経済力に左右される」と言ったのである。このように、高齢者人口の増加は確かに高齢者福祉政策の重要な要因であることはいうまでもない。たとえば、高齢化率が低い時、平均寿命が短い時には、医療の保障こそが高齢者への一番の対策であった。しかし、高齢

化が進み、国が経済的に繁栄し平均寿命が伸びるにつけ、長生きと同時に「ベッドの上での寝たきり長生きは『免だ』」最後まで、人間らしく生きたい」という要望が増えてくる。その結果、医療主導型から介護主導型へ、施設・病院中心から在宅中心へという政策の変化が起る。したがって、日本でも一九八〇年代後半になって、高齢化率が一〇%のころから寝たきり老人や痴呆性老人の介護が社会問題として台頭することになった。

厚生省が集計した統計によると、一九九四年の高齢者人口が一八〇〇万人から二〇二五年になると三二〇〇万人に、そして、要介護者の数は二〇〇万人から五二〇万人に達すると推計している。さらに、六五才以上の死亡者の二人に一人が死亡六か月前から寝たきり、または虚弱となっているし、また、寝たきり老人の二人に一人が三年以上、寝たきりとなっていると発表した。このように、高齢者介護を考える上で、重要なことは平均寿命の伸長とともに疾病構造の変化があげられる。たとえば、疾病構造が感染症の時代から慢性疾患へと変化しているということである。慢性疾患というのは、完治することのない疾病を称する。つまり、一定の疾患を持ちながら、病氣と同居しながら長く生きる。感染症中心の時代は病氣の治癒それ自体が医療の目的であつたし、それが完結したサービスであり得た。感染症というものは、感染症を退

治すれば基本的には患者は健康体に戻る。しかしながら、高齢者の場合には病氣は治つても後遺症と加齢による身体虚弱の時期を過ごすことになる。こういう人々が増大していくのが高齢社会の要介護者像なのである。

このように高齢者人口とともに要介護高齢者の増加は個人ないし、家族の問題ではなく、社会問題となつており重要な行政の課題として認識されることになつたのである。すなわち、高齢化は必然的に要介護高齢者を増加させ、施設福祉に中心をおいた日本型福祉社会体制の限界を明らかにした。

② 産業構造の変化

産業構造の変化が意味するのは、「生活の場と生産の場の分離」すなわち、産業構造の変化によつて大家族制度から核家族化へと進行していくことを意味する。一九五五年から一九九五年に至る四〇年間に平均世帯規模は四・九七人から二・八二人へと減少した。この変化はアメリカが産業革命後の五・三人から四・三人に至るまでに六〇年を費やしたとと比較しても世界に数のないドラステックな変化である。こうした家族規模の縮小は、当然高齢者のみの世帯を急増させ、一九六五年から一九九五年に至る三〇年間で高齢者のみの世帯は七倍に増加した。^⑩一九九〇年の総務庁の「老人生活と意識に関する国際比較調査」によると、三世帯同居は韓国

が三八・一％として一番、つぎが日本（三一・九％）になつてゐることから国際的にみれば、三世帯同居の国といえよう。しかし、産業構造の変化による都市化の進展、サラリーマン化が進めば進むほど同居は減少傾向にあり、高齢者の単独世帯、あるいは、夫婦のみ世帯が増加することになる。一方、産業構造の変化は、当然として女性の社会参加を増大させる。すでに日本は、生産年齢人口の女性の労働力率が五〇％を超えているが、今後も増加傾向にある。さらに、近年、結婚・出産を機に退職する女性も減少の一途をたどつており、女性特有のM字型の労働力率カーブも大きく変化している。このように、少子化によつて労働力人口が減少していく日本の現実を考えると、女性の社会進出現象の傾向は、ますます強まつていくのであろう。その結果、介護者の減少をもたらし、とうとうから介護問題を顕在化してきた。そして、こうした現実はい介護問題をもはや個人的、あるいは、家族内問題から社会問題としてとらえざるえなくなつたのである。

③ ニーズの多様化

措置制度^⑪は一九四七年に制定された児童福祉法の中核をなす仕組みとして設けられて以来、その後の各社会保障法にも取り入れられ、日本の社会保障福祉制度の根幹をなす制度として維持されている制度である。しかし、この「措置」とは、

その個人にニーズがあるのかどうか、どのようなサービスがどの程度必要なのかを、行政の側が決める仕組みとなっている。つまり福祉サービスの提供において受け手側の選択の権利がなく一方的な行政側の決定に従うものと理解できる。

この仕組みは基本的に経済的に貧乏な時代の手法であるといえる。たとえば、特別養護老人ホームの入所定員が五〇人しかないのに二〇〇人も三〇〇人も入所を希望していれば行政は個人的な事情よりは最もニーズの高い老人を入れることにするという考え方は当然であろう。そのようになるとサービスの受け手は行政に対して弱くなる。そこには、サービスの提供者と利用者の対等な関係とか消費者の選択の権利とかいった議論は成立されない。こうした状況下で、福祉サービスの提供者の関心はサービスの利用者ではなく、措置権者である自治体に向いてしまいがちになる。こういう形のサービスの提供が長い間、続いてきたのである。しかし、日本は、飛躍的な生産力の増大を背景に、一人当国民所得も一九六〇年の一四五〇〇〇円から一九九〇年には二七八三万六〇〇〇円と著しく増大した。その結果、国民の物質生活もある程度豊かになり、福祉に対する国民のニーズもそれなりに多様化している。ここでいう豊かな社会の意味が、いままでの措置制度のように「供給者の倫理のみでサービスを提供することができなくなる社会」を示しているとすれば、今後は個々

人のニーズに合わせた多様な福祉サービスを提供しなければならない。

3、財政をめぐる問題

貧困と不平等などの問題は、先進国より発展途上国の方が最も深刻な問題である。しかし発展途上国においては貧困が一般的な状態であり、経済成長の問題が優先的な解決課題として看做され、福祉の問題は政治家において大きな政治的論争の対象にならない。むしろ、先進国において福祉政策が相対的に国家政策のなかで大きなウェイトを占め、政治的論争になりやすいのである。

一般的に、日本の社会保障制度の拡充も戦後の高度経済成長に支えられ、一九七〇年代になって大きく拡大してきた。社会保障支出のGDPに対する比率は、一九六五年から一九七三年にかけて〇・三六%上昇したにすぎないが一九七三年から一九八一年にかけては六%を超えている。国民所得に対する社会保障給付費の比率をみても一九六〇年には、四・九%、一九七〇年には五・八%、一九七八年には一一・九%と一九七〇年代に急激な伸びを示している。また、当初予算ベースでみた社会保障関係費の一般会計に占める割合は一九六〇年には一一・五%、一九七〇年には一四・四%であったが、一九七五年には一八・五%へと急増し、一九八〇年には一九・

三％までに達している¹²⁾。こうした国家予算に支えられた社会保障関係費の伸びは、基本的には高度経済成長による豊かな財源を背景に可能であったといえる。

しかし、一九七三年秋の石油危機以降、低成長による財政の悪化は新たな経済構造と政策の転換、再編成を迫ることになった。すなわち、財政危機を引き起こした原因が国家予算に対する社会保障関係費の伸長にあると政府、自民党が主張した結果、「福祉見直し」論が登場することになった。福祉供給体制の再編成と受益者負担原則を根幹にした福祉見直し論は、日本型福祉社会論へと発展し、福祉政策における大転換をもたらしたのである。特に、一九八〇年に設置された第二次臨時行政調査会は一九八三年に答申を提出し、「自助、互助、民間の活力を基本」とした活力ある福祉社会の実現を提言した。そこでは日本社会の特徴として家庭、地域、企業等の役割を強調し、「個人の自立、自助の精神に立脚した家庭や近隣、職場や地域社会での連帯を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な負担の下に福祉の充実を図ることが望ましい」と説きながら中福祉・中負担の方向を目指した。このとき以来、政府・自民党は、北欧型の高福祉・高負担の路線から中福祉・中負担を目標として今日に至っている。

こうした制度の見直しによって、一九八〇年代以後、日本の社会保障給付費の増加は穏やかなものに止まった。一九七

〇年と一九八〇年の国民所得に対する社会保障給付費の割合を見ると、五・七七％から一二・四％へと飛躍的に伸びているのに対して、一九九〇年の数値は一三・六五％と低い伸びになっている。一九九〇年に入ると伸び率が増加傾向にあり、一九九三年には一五・三〇％に達しているが、それでも同年の社会保障移転の対GDP比をみると一二・三％にすぎず、スウェーデンの二五・二％、ドイツの一五・八％はいうにおよばず、アメリカの一三・二％より低い数値となっている¹³⁾。

しかし、日本の国民負担率は高齢社会に伴い、増加傾向にある。一九八〇年度の二二・二％から一九九五年には三七・八％まで達しており、公的年金給付費および医療費の増加など、当然増と見込まれる費用を考慮すると、早晚目標とする国民負担率五〇％に達することが予測される。国民負担率の増加は、前述した人口構造の変化と連動し、直接税中心の税体系をとっている日本では、現役世代に大きな負担をもたらす結果を招く。

したがって、政府、自民党は一九八九年に消費税を導入し、一九九四年には三年後の一九九七年から税率を五％に変更することを決定し、社会福祉関連費用の増加に当たるとした。社会保障関連費用の負担のあり方に関して介護保険構想が浮上した背景としては、より直接的には医療費問題の出現があった¹⁴⁾。「平成六年度老人医療事業年報」によれば、老人医

療費の国民医療費に対する割合は、一九八一年には一八・九％であつたのに対し、一九九三年には三一・六％と一三年間で一二・七％も伸びていると述べている。しかし、問題なのは、国民所得の伸び率をはるかに超えて医療費が増加していることである。老人医療費の増加は各保険者の拠出金を基礎財源としている以上、現役世代への負担増を免れない。したがって、老人医療費をいかなる形で負担するかは厚生省にとって重要な課題であつた。特に、「社会的入院」を抱え、さらに長寿高齢社会における要介護老人の増加を想定するとき、老人医療問題は介護保険法案への重要な背景になつた。

三 政策問題としての介護保険

前章で検討したように、既存の社会保障制度は一九八〇年度以降、法制度上からも、財政上からも、社会構造の変化に対応できなくなつたのである。しかし、こうした諸要因だけで政策が誕生するのではない。なぜならば、福祉政策は社会・経済的な要因と高い相関関係があるが、社会の歴史的形成過程、政策決定の伝統、イデオロギー、政治構造と社会階級間の力学という複合的な要因の産物であるからである。すなわち、すべての社会問題が政策立案のプロセスに載ることは不可能であるからである。多くの問題は政府の関心をもたらず

社会問題として止まる場合が多い。したがって、多くの社会問題のなか政府が関心を持つ一部の問題のみが政府課題として転換される。それをアジェンダ・セッティングというが、その過程というものは、政策過程の第一の段階であり、その政策の方向と性格が規定される重要な過程である。本章では介護という社会問題が論議され、いかに政策議題に転換されたが、その政策案がどのようなアクターらの関係によって、どのように議論され、その政策案が国会まで提出されたかに焦点を当てながら考察したい。

1、「日本型福祉社会」論の限界

西欧諸国における福祉国家の危機の様相が深まるなかで、日本政府は、一九七〇年代後半を境にして、公共部門の整備・拡充を目指していた政策理念から大きく方向転換し、一転して、公共部門の抑制と小さな政府、市場経済とインフォーマルな部門を重視した「日本型福祉社会」を目指す政策目標へと、大きく転換した。なぜ、そのような大きな政策転換が起きたのか、その背景として考えられるのは、一九七〇年代における福祉見直しの世界的風潮を背景としたものであることはいふまでもない。一九七六年にスウェーデンの社会民主労働党が政権を失い、七九年にはイギリス労働党も敗退し、英国病、福祉病に対する世論の批判が集中するようになった。

他方、国内的には革新自治体による「ばらまき福祉」を叩くとともに、福祉予算の押さえこみを図る必要を痛感したからにほかあるまい。

当時、福祉国家といわれる西欧諸国の国民負担は五〇％程度で、日本は四〇％程度と観念されていた。それをあくまで四〇％ラインにとどめ五〇％ラインに近づけてはならないというのが自民党の福祉政策に対する不動の方針であった。というのは、二一世紀初頭には、現行制度が存続するとすれば、社会保障給付費の対国民所得比は二二・二三％、社会保険料率は三〇％まで達し、さらに、一〇年経てば、給付率は二七・三〇％、保険料率は四〇％を超えるという厚生省の試算が自民党政府を震撼させたに違いないからである。

一九七九年、経済審議会が大平首相に答申した「新経済七カ年計画」のキーワードとして「日本型福祉社会」論が登場した。この答申のなかで日本の社会保障は、西欧諸国と比較して遜色のない水準までに達成されたので今後は、先進国の範を求めるとでなく、個人の自助努力を基礎としつつ、日本型ともいべき新しい福祉社会の実現を目指すべきであることを強調した。²⁰ 具体的施策として、「家族の相互扶助」「有料老人ホーム」など、市場機能を通じて提供されるサービスの活用、市民や企業のボランティアなどの、福祉活動の振興を推奨した。そして、その延長線上で一九八二年に、第二次臨

時行政調査会の答申の政治的プログラムが用意されることになる。これらは、福祉国家を否定しながら、かえってそれを日本の社会に見合うように適切に改善したかのような姿をとってあらわされてきた、いわゆる「日本型福祉社会」論である。そこでは「簡素で効率的な政府の実現」「活力ある福祉社会の実現」が目指され、その実現のためには、日本の社会の特性を生かし、個人の自助・自立の精神、家庭や近隣、地域社会の連帯、企業の役割を基礎にすることによって、「福祉の充実を図る」ということであった。

これらの構想はちよつと見たところ、まことにもつとらしく見えるかもしれない。しかし、日本型福祉社会が主張する真意とは、公的福祉の重視よりは、日本の伝統的な美徳を強調しながら、私的福祉の機能を重視したものであった。すなわち、日本型福祉社会論による日本型福祉国家の特質とは①家族による福祉提供の比率が依然として相対的に高く、②企業による終身雇用制度、企業の福祉厚生、退職金制度等を含む経済市場を通じて供給される福祉の比率が高く、それに対して、公共部門を通じての福祉供給の比率が相対的に低いというところに見いだすことができる。このような、日本型福祉社会論は一九八〇年の自民党保守政権の国家戦略として採用されてきた結果、八〇年代の福祉政策に大きな影響を及ぼした。

ところが、こうした主張について、日本型福祉社会というのは、国、または、公共団体が福祉施策遂行の責任を免れようとして自己責任を強調し、家庭の近隣や企業に福祉を肩代わりさせようとしているのではないかとこの危惧があるという厳しい批判が相次いでなされた。日本型福祉社会論が強調する自助や家庭福祉の機能重視に対して、ベント・ロール・ア・ンデルセン教授（デンマークの元社会大臣）は、福祉政策は自助、家庭福祉などの補完ではなく、本来権利として国民が有するものであると主張すると同時に、家族に頼った高齢者福祉の非現実性、危険性の構造的な問題について指摘した。

大熊一夫氏は「日本において弱者は北欧ほど手厚く扱うのは、もったいないし、アメリカほど派手に切り捨てるのも気がひけるから、ほどほどにやろう」という日本型福祉は、公的な責任において社会の弱者を支えることはせず、精神障害者や痴呆性老人の多くが民間の精神病院に隔離・受容されている事実を指摘すると同時に、経済大国日本における福祉の貧困を鋭く批判した。また、山井和則氏は、日本を含め、いくつかの国々の福祉の現況を体験に基づいて日本の家庭福祉機能の苦しさを次のように述べた。『敬老の国』と信じていた日本が実は『軽老の国』であることを知ってしまった。国家が貧しくて、そのため、高齢者福祉が遅れているというのなら、仕方がないかもしれないが、金持ち国家でありながら、これ

ほどお年寄りを冷遇している国も世界中で例をみないのではないかと。そして彼は、日本が「寝たきり大国」から脱するために、①高齢者福祉の充実、②家庭内介護から社会的介護への転換、③公的福祉制度の充実などを提言したのである。岸本重陳氏も、日本型福祉社会の限界を突いている。すなわち日本型福祉が多くの人々に広く浸透した背景には、高齢化社会の問題点にどのように立ち向かうべきかについて、日本人の考え方がふらついていることがあるのではないかと問う。「しかし、考えてみよう。『今が豊かな社会だ、よって個人も豊かか、一人一人が老人に対応できる。だが、社会では対応できない』というのは、変ではないか、社会の力で、つまり、みんなが力を合わせても対応できないことが個人の力でできるというのは、まったくの幻想であろう。」と述べながら、高齢化社会の問題点を解決するためには、国家は正面から高齢者の介護問題を取り上げ、そして、それに必要な予算を使うことが必要であると指摘した。

これらの主張のように、日本型福祉国家論の批判が高まるなか、高齢化社会における様々な問題の出現によって一九八〇年代後半から、日本型福祉社会論は修正を余儀なくされはじめる。つまり、日本型福祉社会の構想は福祉膨張の歯止めとして、日本型集団主義の活用を唱えてきたが、前章で検討したように、その家族観に変化が現われると同時に家族に対

する役割の期待が低下しているなどに対応できなくなつた。一九九五年現在で、合計特殊出生率²⁷⁾が一・四三まで低下しているなか、高齢者以上に、女性は、社会的労働力として期待されている。一九七〇年から一九九一年にかけて女性雇用率は五四・七%から七四・〇%へと大きく伸びている。²⁸⁾これに伴い家庭の福祉機能は今後も低下することになる。また、日本型福祉が前提とする企業主義も揺らいでいる。一九八〇年代までは、年功賃金、終身雇用を労使協調による少数精鋭化と中間労働市場の創出によって、擬制的に維持してきたが、九〇年代に入り、契約年俸制の導入等、労使関係を根本的に見直す動きが生まれているのである。こうしてみると、福祉を経済の桎梏と考える新保守主義らが主張した日本型福祉社会の限界は明らかである。現在、家族の介護のために職場を離れる労働力は、年間八万人を数えるといわれるが、公的介護の充実はこの労働力を再び、社会へと復帰させることになり、それによって、福祉機能が家庭から外化されることで有効需要を創り出すことにもなるのである。

2、新日本型福祉社会論の登場

一九八〇年後半になると、日本型福祉社会を国家戦略としてきた自民党保守政権に、福祉政策における新しい変化があ

らわれる。周知の通り、新保守主義の政権下での福祉に対する見方は、「福祉は社会のお荷物」とか「福祉の充実、経済を減ぼす」という論理が通念であつた。しかし、こうした論理はかつてほど力を持たなくなつた。たとえば、厚生族の一人として厚生行政に深く関与してきた橋本龍太郎首相は、大蔵大臣在任時に、日本は世代間の同居率が高いのでそのしぐみを中心に、これからも福祉を考えたいと発言した。²⁹⁾ところが、九〇年代の一連の福祉大改革が進むなか、橋本は、日本型福祉社会について次のように述べている。「日本の家族制度が今後、どのように変化していくかを見定めることの重要性とともに、国民負担率をどのように考えるかということも重要なテーマである。日本の場合、国民負担率は三七・五%に対し、諸外国では、ヨーロッパ諸国が一様に高く、スウェーデンの七七・四%、フランスの六二・〇%など先進国のほとんどが五〇%を超える数値を示している。国民負担率が極度に高くなれば、全体として個々人の私経済での可処分所得が減少し、やり方によっては国民の勤労意欲の減衰や経済の活力を損ねる結果を招きかねないが私は、福祉の充実と経済成長の維持は両立できるという立場である。したがって、高齢社会に対応するためには、基盤づくりを進めるとともに、税制や保険の分野での整備を着実に図っていくことで、日本の文化や風土に見合った日本型福祉社会を実現することは可

能である」と語った。³⁰⁾

また、社会保障制度審議会将来像委員会は第二次報告のなかで、社会保障福祉の拡大が経済の衰退を招くとした先進国病論³¹⁾に對置する形で社会保障の意義を次のように述べている。「今後社会保障の充実及び財源の調達に当たっては、国民経済との調和を図らなければならないが、社会保障が国民経済の安定、発展に貢獻する側面も積極的に評価すべきである」。これは、いままで福祉の拡大を否定的に評価した論調とは對照的に、福祉が「国民経済の安定・発展に貢獻する側面」が評価されている。これは新保守主義者たちが何よりも福祉の拡大に歯止めをかけることを目的としたのに對して、同報告書の方は高齢社会において、福祉に對するある程度の需要の拡大を前提にした上で、その負担を求める構えを強めたからである。羽田連立政権の与党税制協議会、福祉小委員会報告でも類似した発言をしている。すなわち、「これまでは、三世代同居率が高いことなどを踏まえ、家族の介護機能や育児機能に依拠してきた面もあったが、現在、わが国の同居率の低下、就業女性の増加等の変化などを考慮すると、介護需要や育児需要の拡大が見込まれている状況のなかで、福祉重視型の社会保障へ構造転換を図っていく必要がある」と述べた。これは老親の扶養と子供の保育とは、第一に、家庭の責務であるとした日本型福祉家族観に對する決別の辞で

もある。このように、政府側の方からも介護福祉の充実を主張することになった。

健康保険組合会は、公的な老人介護制度を拡充することによって、主に主婦が家庭内の介護から解放されて外に働きに出るようになり、経済の潜在的な成長力が高まるとの研究報告をまとめた。³²⁾ 具体的には、いわゆる「寝たきり老人」など高齢で障害のある人々の介護を現在、政府が推進中の「高齢者保健福祉一〇ヵ年戦略」を計画通り実施して社会福祉サービス³³⁾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、二〇〇〇年には、二二万人の労働力が増加し、国内総生産(GDP)を〇・二%押し上げる効果があるという内容であった。このような動きのなかで永峰幸三郎氏の「福祉への投資の効果は建設投資を上回る」と題するの論文が発表される。それによると、一〇〇〇億円を当該各産業に同条件で投資した場合、「生産額の波及効果」は、社会保障(福祉)部門一八五九億円、医療保険部門一七六二億円、建設部門一七八六億円であり、「誘発される雇用増」は、社会保障部門が二万三六三五人に對し、医療保険部門は一万六九五六人、建設部門は一万三一〇五人になるとの数字を出した。これは、いままでの一般の印象とは逆に建設部門よりも福祉部門のほうが経済効果が高いことが立証されたものである。

高齢社会福祉ビジョン懇談会(厚生大臣の私的諮問機関)

は「二一世紀福祉ビジョン」を発表した。そこで将来の高齢社会の社会保障を賄うには、社会保険料と租税を合わせた国民負担率の増加は避けられないという見通しを具体的に示した。そのなかで「二一世紀に向けて急速に到来する少子・高齢化社会への対応が国民的課題になっている」とし、そのためには「世代間や制度間、負担者と受益者を通じて公正・公平が確保された制度としていくことが必要である」とし、また、「現在、年金・医療・福祉等の給付構造は、おおよそ五・四・一の割合となつていますが、今後、そのバランスを五・三・二程度とすることを目指していくことが必要である」としている。さらに、社会保障給付に係る給付と負担の試算を行っているが、そのうち、ケースⅡによると高齢化がピークに達する二〇二五年には社会保障給付費が三一〇兆円から三七五兆円となり、国民所得費でおよそ二八・五%から三一・五%になると見込んでいる。この試算にもとづく社会保障負担費を前提にして、租税負担の推計を加えると、現在の国民負担率の三八・六%が二〇二五年には、約五〇%に達する数値になるのである⁽³⁵⁾。

このように、なぜ、九〇年代に入ってから、福祉の拡大方向に急に議論が変化したのであるのか？ いままで、低福祉一辺倒の日本型福祉社会構想の論理はなぜ、後景に退くことになったのであろうか？ こうした福祉拡大への政策転換に

ついて、二宮厚美は、福祉抑制という点では過去の新保守主義の延長線に位置しつつも、抑制の手法や形態においては、八〇年代とは異なる面を持つている。このような変化に対し、次のように述べている⁽³⁶⁾。その一つは、「ポストバブル不況によつて深刻化した財政危機、高まる国際貢献型財政需要や不況対策などの背景として、消費税の引き上げを中軸にした増税、高負担路線が新新保守主義⁽³⁷⁾の戦略的課題になつてきたからである。そして、第二の事情とは『先進国病の予防論』と一体になつて登場した、日本型福祉社会論の前提条件が崩れたことを上げている。福祉需要の高まりに対する防波堤として期待された日本型集団主義、とくに、家族構造の変貌は、低福祉一辺倒の路線に見直しをせまり、福祉需要の高まりそれ自体については、これを認めざるをえない条件をつくり出したのである」と主張した。いづれにせよ、最近新聞などの世論調査を見ても、介護問題を含め国民のあいだでも「税金や社会保険料が高くなつてもいいから、福祉やサービスを充実させたほうがいい」と考える人々の比率が上昇していく傾向から、政府もこうした戦略を取らざるをえなくなつたといえる。

3、公的介護保険をめぐる厚生省の動き

① 要介護老人対策の歩み

政策課題の発見とは、社会のなかで問題が生じたり、あるいは問題発生が予想されることに政府が気づくことである。これは、政府関係の官僚が世の中の動きに目を配っていて発見する場合もあれば、外部の専門家によって指摘される場合もある。また、関係団体の要請を受けた議員が議会で取り上げる場合もあろうし、マスコミが取り上げたことがきっかけとなる場合もある。しかし、政策課題が発見されたとしても、それを政府が取り組むべき課題として認識しなければ、その問題は、政策議題までにはならない。すなわち、単純に介護問題が存在するということも重要であるがその問題が個人問題の範囲を超えた社会問題として規定され、認識されることが政策案作成の必要条件になる。このように、社会問題が政策議題として採択されると、その問題は解決可能性が高くなる。なぜならば、政府議題に採択され、政府内で関連がある個人や集団が問題解決のため政治的活動を促進させると、反対に非公式的に影響力を及ぼしている反対集団の力は、弱化される傾向があるからである。

厚生省が公的介護保険法案の具体的な検討に入るまでは、大きく二つの側面から介護問題が議論されてきた。第一の側面は、要介護老人等特に、在宅介護老人に対するサービス提

供に関する議論であり、もう一つの側面は、老人医療費対策の議論である。今日の公的介護保険構想の創設に向けての具体的な検討は、この要介護老人対策と老人医療費対策が連動したものである。そこで、現時点までの厚生省を中心とする審議会等での要介護老人に対する検討経緯と医療費を関連させながら、厚生省が公的介護保険問題をどのように認識し、それがどのような過程を経て、政策課題となつて登場したかについて記述しておくことにする。

まず、要介護老人対策について見ると「介護」という用語自体は、生活保護行政で「介護加算」という形で、一九五八年登場したのが最初である。その後、一九六三年に、老人福祉法が制定されたがそこでも在宅福祉サービスに関する規定は「老人家庭奉仕員の派遣の委託」のみであり、この時代の施策の中心は入所施設であつた。早くも一九六五年度「厚生白書」は「要介護者の増大により、施設整備拡充と家庭奉仕員の増員を図るべき」とし、在宅要介護老人に対する施策拡充の必要性を述べた。ところが、当時までは、要介護老人の問題は、自助努力によつて老後の生活を保障することが可能であると国民も政府も考えていたので、介護問題が社会問題になるまでには至らなかつた。

しかし、一九六〇年代後半、マス・メディアによつて、老人問題が大きく取り上げられる。一九六八年、国民生活審議

会が「深刻化する、これからの老人問題」を報告し、老齡人口の増加や社会・経済的変動が、これからの老人問題を量的・質的に重大化させることを指摘した。さらに、民間福祉団体である全国社会福祉協議会が、全国七〇才以上の在宅寝たきり老人について実態調査を行うが、これを契機に、全国で二〇万人と推定される要介護老人をめぐる問題とともに高齢化という問題が社会問題として注目を集め出すことになった。

厚生省も一九七〇年九月「厚生行政の長期構想」を発表、そのなかで「寝たきり、一人暮らし老人等の福祉の緊要度の高い層」に関心を置きながら、「寝たきり老人の対策を最優先し、ホームヘルパーによる介護、保健婦による保健指導等に措置をすすめる」とし、老後問題は、国民的課題であることが強調された。このような動きのなかで、一九七三年には、老人医療費公費制度が実施される。だが、その制度の実施が、老人医療費が急速に増加する端緒となり、それは一九八三年の老人保健制度に引き継がれて、社会問題化する高齢者介護問題を、普遍的な医療保障の体系で代替する流れを作り出してしまった。一九七四年一〇月、老人保健医療問題懇談会（厚生大臣の私的諮問機関）は「今後の老人対策について」提言し、寝たきり老人に対する家庭内介護の負担に着目して、短期入所施設と介護手当の支給の検討に関して言及した。しかし、この介護手当に関する話は、あくまで言及に止まり、介

護手当に関する契機には至らなかった。

一方、一九七三年に発表された『経済社会基本計画』に示された理念に従って、厚生省は同年五月、社会保障長期計画懇談会を発足させ、二年後の七五年八月には、「今後の社会保障のあり方について」と題する意見書を提出する。そこで、医療費の一部負担及び各種保険制度の拠出金による財政方式の検討を提言した。さらに、同年一二月には、社会保障制度審議会が「今後の老齡化社会に対応すべき社会保障の在り方について」と題する建議書を首相に提出する。これらの提言などを受けて、厚生省は高齢化社会への移行と安定成長経済という時代状況の下で、将来の社会保障、社会福祉のあり方をめぐり各種の検討を開始することになったが、具体的な施策の展開に結実したものは、ただ家庭奉仕員の増員であり、一九六〇年代と同様に入所施設対策が中心であったのである。

高齢化社会の進展と同時に家族構造が変化したにもかかわらず、厚生省は積極的に対応せず、一九七〇年代末までお年寄りの同居率の高さが福祉予算の含み資産であると強調してきた。ところが、政府がようやく家族が置かれている状況を把握した上、介護を家族だけに任せることの困難さを認識し、社会的サービスに目を向けるようになったのは、一九八〇年代中盤以降のことである。なぜならば、一九七〇年代から八

○年代にかけての政府の高齢者に対する対策は、財政状況に振り回された場当りのものに終始し、大きな見通しと高齢者に対する明確な理念に基づく計画的な長期政策はあまりなされてなかった。また、国の財政危機を背景に、一九八〇年代には行政改革のもとで老人ホームの量的拡大が抑えられていたこともあって、公的にも、家庭的に介護を受けられない高齢者の長期の「社会的入院」という現象が、大きな社会問題として台頭した。

このようなこともあって、一九八四年中央社会福祉審議会の老人福祉専門分科会は、「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに係する費用徴収基準の当面の改定方針について」の意見具申を行った。同審議会は、老人福祉に対するニーズは年々多様化、かつ、増大しているが、これに対応すべき福祉資源は有限である、一方、施設福祉の費用負担は在宅者との均衡を著しく欠いているので、「在宅福祉を重視する観点からも施設での費用負担を在宅者と均衡のとれたものとすべきである」との提言を行った。また、一九八五年一月に、社会保障制度審議会は「老人福祉の在り方について」を建議した。そのなかで要援護老人、重介護老人が大幅に増加しているが、むしろ、家庭の介護機能は低下していることから重介護を要する老人のための対策として、家族の介護負担を軽減するため、訪問看護・家庭奉仕員制度・デイサービス・入浴

サービスなどの在宅サービスの整備の推進を強調しながら、それとともに在宅サービスの拠点として介護施設を積極的に活用することを提言した⁴³。この社会保障制度審議会の建議に應じて、同年四月から「中間施設に関する懇談会」を開催し、八月には、それまでの検討結果をまとめた「要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設の在り方について」とする報告が出された。同提言では、要介護老人対策の基本的な考え方は「在宅福祉を基本とし、施設処遇を合わせた施設体系を構築すると同時に、できるだけ、地域住民に身近な行政主体である市町村が要介護老人対策の中心的な役割を担っていくことが必要である」とした。さらに、一九八六年六月には、閣議で「長寿社会対策大綱」が決定される。これは、本格的な高齢化社会の到来に備え、「活力に満ち、包容力ある、豊かな長寿社会」の実現を目指して各省庁が推進すべき施策をまとめたものである。

このような動きに対応、厚生省は一九八八年八月に、長寿社会対策推進会議が、一〇月には、保健・医療・福祉対策の一貫した推進体制を整えるため、老人保健課と老人福祉課を統合した老人保健福祉部が新設され、老人保健福祉に本格的に取り組んだ。そして、厚生省・労働省により「長寿福祉社会を実現するため、施策の基本的な考え方と目標について」、いわゆる、「福祉ビジョン」が国会に提出された。これは、

保健医療、所得保障、雇用、研究開発などについて提言を行ったもので、二〇〇〇年には、ホームヘルパーを五万人にする等の具体的目標値が初めて提示される。最も重要なのは、この内容が後の高齢者保健福祉推進一〇カ年戦略として、まとめられるきっかけになることである。福祉ビジョン提出後、一九八九年三月には、社会福祉関係三審議会合同企画分科会によって、市町村の役割重視、在宅福祉の充実、福祉と保健医療の連携などを強調した「今後の社会福祉のあり方について」とする意見具申がなされた。その後、介護対策検討会（厚生事務次官の懇談会）を作り、一月一四日に報告書を提出するが、これは、厚生省として介護対策を総合的に検討した初めてのものであった。このなかで「要介護者の生活の質の重視」「家族介護の発想の転換」等を介護における基本的考え方として据え、「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軽に受けられる」供給体制の整備、マンパワーの確保、介護費用の問題、介護環境の整備等について、幅広く提言を行った。一方、消費税導入の問題などから、自民党からの検討要請を踏まえて、大蔵、厚生、自治の三大臣の検討後、厚生大臣が大蔵、自治大臣に了解を得て、一月二二日にゴールドプランが策定された。ゴールドプランの主要な柱は在宅三本柱（ホームヘルプサービス、ミョーステイ、デイサービス）と「寝たきり老人ゼロ作戦」であつ

た。つまり、要介護老人のため、在宅福祉が非常に大きく位置づけられ、一九九九年までの目標としてホームヘルパーが一〇万人、ショートステイが五万床、デイサービスが一万个所という数字が示されている。しかし、ゴールドプランの策定は、消費税に対する国民の批判をそらすための「大盤ぶるまい」という側面と、家族介護機能の限界などで社会的な諸問題を政府自ら積極的に打ち出さざるをえなかったという二つの側面を持っている。ともかく、政府はゴールドプランを実現させるため、一九九〇年老人福祉関係法等福祉関係八法の一部を改正させた。同法の改正の目的は二一世紀の本格的な高齢社会の到来を目前に控え、高齢者の保健福祉の推進等を図るためであつて、住民に最も身近な市町村で在宅福祉サービスと施設福祉サービスが、きめ細かく一元的かつ、計画的に提供される体制づくりを進めるための全面的な改正であつた。特に、八法改正で新たに規定された「老人保健福祉計画」は、高齢社会に対応した住民のニーズに直結する在宅福祉を推進するに当つて、最も重要な役割を担う制度といわれた。

② 老人医療対策の歩み

戦後、日本の医療保険制度は、医療費増加の問題と深く関係して議論されてきた。国民所得の伸びに伴つて、国民医療

費が増加するのは先進諸国において一般的な傾向であるが、この増加が国民の負担に耐えられない場合に、医療費問題は社会問題となるだろう。一九六一年に、国民皆保険制度の実施によって、高齢者は息子等の被用者保険の被扶養者として認定されるか、あるいは、国民健康保険に加入することが可能になった。国民健康保険制度では、一九六五年、世帯員の七割給付四力年計画が開始され、世帯員の七割給付が実現したが、この三割の自己負担が経済的弱者である高齢者層にとっては、過重負担であるとして問題化されるなどによって、結局、一九七三年一〇月に老人医療費公費制度が導入された。しかし、同制度は高齢者にとって、受診を容易にした反面、病院の待合室の老人によるサロン化、「はしご受診」といった現象を助長したとの批判を受けるなど、同制度の導入後、老人医療費は著しく増大し、各医療保険者、とりわけ、老人加入率の高い市町村の国民健康保険の財政負担を大きなものとしていった。

厚生省は、このような状況による急激な保険料の上昇を緩和するため、老人医療対策臨時調整補助金の導入等の予算措置を講じてきたが、国、地方自治体とも財政状況の悪化に伴い対応できなくなり、老人保健医療対策全体を見直すべきとの機運が高まった。一九七五年八月には、社会保障長期計画懇談会が「今後の社会保障のあり方について」をまとめ、一

部負担および各医療保険制度の拠出金による、財政方式の検討などを提言した。また、七六年度予算編成に際して、大蔵省は老人医療費への一部負担導入を内示した。これは、三木首相の判断で見送りとなったが、これらの機に、厚生省においては、制度改正の本格的な検討が進められることとなった。こうして、七七年一〇月には、老人保健医療問題懇談会は「今後、老人保健医療対策のあり方について」と題す意見書を提出した。同意見書では、まず、医療をめぐる社会経済的環境の変化を指摘した後、社会保障政策がより厳しい財政状況に置かれていることを主張した。そして、家族構造の変化を説明した上、こうした諸変化が高齢者への国庫補助を拡大させ、

将来的に深刻な財政問題を惹起するであろうと予測した。それゆえ、これに対応するために、医療の治療型から予防型への移行、各種医療保険制度間の負担の平準化、老人医療への自己負担制度の導入を示唆した意見書を提出した。厚生省は意見書に呼応し、一二月社会局に老人保健医療制度準備室を設置し、「別建―住民・事業主拠出方式」の制度化のための検討作業を開始した。

一九七八年に小沢振男厚相が私案として老人保健制度構想を発表し、つづいて、七九年には橋本龍太郎厚相が私案を発表した。橋本私案発表直後、厚生省は国民健康保険における毎月の受診の七割は六〇才以上のものであり、年間医療費の

四五%がこれに充てられていると公表し、制度見直しの必要性を訴え、一九八〇年には全省的な取り組み体制を整備するため、厚生事務次官を長とする、老人保健医療対策本部を設置する。そこで、総力を揚げて制度改正の具体案作成を進めた結果、老人医療費公費制度は廃止され、一九八二年に、老人保健法が制定された。この法の制定によって、老人医療費の一部自己負担制が導入され、これに基づいて八四年には、健康保険法の改正などを、国民への負担を増加させる方に政策転換がなされてきたのである。

老人保健法が施行後一年余りの間においては、老人医療費の伸びは安定的に推移したが、一九八五年に入って急激な増加傾向に転じ、平均伸び率も一二%台とほぼ施行前と同程度の水準まで上昇した。そして、加入者按分率も逐年低下することになり、老人加入率の高い国民健康保険の負担が増大することになった。さらに、寝たきり老人の問題が高齢化の進展に伴い、今後一層深刻化することが予想され、老人医療費を増大させる要因になることも懸念されるため、老人保健審議会は一九八五年七月に「老人保健制度の見直しに関する中間意見」をまとめた。この中間意見のなかでいわゆる、社会的入院の問題等から中間施設の必要性が認識されるところも、将来にわたり、医療資源の有効な活用を図る等の観点から、老人保健制度の見直しに積極的に取り組むべきであると

提言した。厚生省は、中間意見を受け、老人保健制度の改正案を国会に提出、改正され、一部負担金と加入者按分率が各々引き上げられるようになったし、また、八七年から老人保健施設（中間施設）を新しい形の介護施設として新設した。しかし、厚生省がこの施設を新しく制度化した背景には、社会的入院による医療費の増加の削減が主要な目的であったことは多くの論者から指摘されている。というのは、増え続ける医療費にメスを入れ、国の支出を抑えようとした八〇年代の臨調「行革」路線の下で厚生省も医療費抑制政策を推進してきたしその中でも、自民党・政府が目標としてきた高齢者への医療費削減政策を積極的に行った結果、高齢者福祉の問題はますます深刻になってきたからである。つまり、老人保健法制定以降の医療費の抑制を目的とした諸法の改正で医療が必要な高齢者ほど在宅に追いやられるという結果を招来し、高齢者の介護問題が最も深刻な問題までなってきたのである。

③ 介護保険構想への動き

一九八六年一二月、厚生省老人問題研究所は「日本の将来推計人口」を発表する。そこでは、上、中、下位の三通りの推計系列を示しているが、そのうち、中位推計によると、老年人口の比率は一九七〇年に七・一%で、高齢化の域に達し、八五年には、一〇・三%となり、以後も急上昇をかさねて二

〇一〇年には二〇%となつて「超高齢」時代に突入、さらに、二〇二〇年に二三・六%とピークに達すると推計した。しかし、三年後の一九八九年の統計によると、上記の高齢者人口の変化とともに、そこでは後期高齢者の問題を扱っている。すなわち、後期高齢者の人口のウェイトが高まり、その中でも寝たきり老人や、痴呆性老人等の要援護老人が急増し、当時の六〇万人から二〇〇〇年には一〇〇万人にも達すると推計した。

一方、厚生省側は、こうした人口構造の変化に伴い世帯規模の縮小、女性の雇用機会の拡大、扶養意識の変化等により、家族における介護能力が低下しており、今後の世帯の交替等を考慮に入れると、高齢者にかかわる介護ニーズが高まることになり、それに対応するシステム確立が要請されていると主張しながら、高齢化社会危機論を強調することになった。つまり、日本の高齢化の進展のもとで高齢者扶養の経済的負担が重くなる一方、それをささえる経済的働き手の人口は相対的に少なくなるといふことである。そのために、現在の社会保障のしくみや税制をそのままにしておくと、将来の生産年齢人口に属する人々の負担が耐えがたいものになり、国民経済にも、社会保障制度の上でも破綻を引き起こすことになるであろう。このような、危機を回避するためにも、社会保障制度や税制の変更が必要であるとの議論が政府・自民党内

で高まってきた。

そこで、八六年に「長寿社会対策要綱」が発表されるとともに日本の社会福祉のあり方、とりわけ、老人福祉施策に密接に関連のある文書が相次いで提出されることになった。すでに、少し触れたが、消費税導入に係る国会審議を前に、一九八八年一〇月、厚生省はいわゆる「福祉ビジョン」を公表し、そこで在宅老人福祉サービスの整備目標を掲げている。

八九年三月には、福祉関係三審議会合同企画分科会による「今後の社会福祉のあり方について」の意見具申がなされ、市町村の役割重視、在宅福祉の充実などが提言された。また、七月には、介護対策検討会がつくられ、一二月に報告書をまとめる。こうした一連の動きのなか、一九八七年、売上税の創設が挫折した後、一九八九年消費税法案が「高齢社会に備えるため」という名目下で導入されるとともに、高齢者保健福祉一〇カ年戦略が策定される。しかし、このプランは、予想を上回って増え続ける介護ニーズの高まりのなかで、スタート後、すぐにより高いレベルの組み替えを迫られていた。一方、一九九三年八月一二日、細川連立内閣で就任した大内敬伍厚生大臣が記者会見の席上で「高齢社会の福祉充実に最大限重点を置き、社会保障のあり方、財源確保を中心とした専門家による懇談会を設置して、総合的で立体的な高齢福祉ビジョンを、出来るだけ早く確立したい」と述べながら、「介護

保険の前向きな検討を……事務当局に真剣な検討を求めた
い」とした。⁵⁷⁾一〇月には、年金審議会が「介護問題は、対応
が急がれる今後の大きな課題であり、保健、医療、福祉を含
む総合的な取組が必要である」との内容の意見書を厚相に提
言した。また、一二月には、老人保健福祉審議会も「人口の
高齢化に伴い急増する介護サービスのニーズに対応するた
め、介護サービス体制の確立について早急に検討を進めてい
くべきである」と意見具申を行った。さらに、同月、日本経
営者団体連盟は「福祉企業と介護問題に関するプロジェクト
報告書」により、高齢化の進展とともに、要介護高齢者の増
加に伴う行政費用の増加の予想に対して、「国民が等しく負
担する間接税等に財源を求めるべき」であるとした。⁵⁸⁾しかし、
一九九三年当時における介護問題に関する各種審議会等の意
見は、主としてサービス体制の確立に関する言及にとどまっ
た。

このようななかで、一九九四年二月、細川連立政権は「国
民福祉税」構想を発表し、税制によって、高齢者介護の財源
を賄おうとした。ところが、この新税の構想は国民や大蔵省
の抵抗もあって、白紙化される。厚生省内部では、この新税
の構想が崩れたことにより、高齢者介護に新たな財源として
「公的介護保険」を創設する方向へと本格的に進み始めた。⁵⁹⁾
これに伴い、一九九四年三月二十八日には、高齢社会福祉ビジ

ン懇談会（厚相の私的諮問機関）が「二世紀福祉ビジョン」
を発表する。同ビジョンでは、「いつでも、どこでも、うけ
られる介護サービスを目指し、現在進行中のゴールドプラン
を大幅に見直して、新ゴールドプランを策定し、その財源は
社会保険料を中心すると提言している。さらに、社会保険
給付割合を現行の年金五・医療四・福祉一の割合が二〇二五
年には五・三・二の割合に移行し、福祉重視型の二一世紀に
向けた介護システムの構築を求めた。だが、この費用負担に
おいては「社会保険料負担中心の枠組み」を主張したのであ
る。

同懇談会の提言を受け厚生省は、事務次官を本部長とする
高齢者介護対策本部を設置し、高齢者の介護問題について本
格的な検討を開始した。たとえば、厚生省の汚職事件で現在
収監中の岡光序治前次官などが大臣官房長時代に編著した
『社会保障行政入門』のなかで「在宅および施設を通じて介
護の新しい費用負担の仕組みの検討が必要であり、一律の定
額の利用者負担の体系を目指すのであれば、何らかの形で社
会保険の仕組みを導入することが必要であると考えられる」
と述べている。⁶⁰⁾なぜ、厚生省は介護保険の導入にこのように
積極的に動き出したのであろうか。その背景には、健保財政
を大きくしている老人保健制度への拠出金の増加を、介護保
険の新設によって、国民負担に切り換えるとの考えがあつた

からであると思われる。つまり、高騰する老人医療費を介護保険の保険料と消費税という国民負担に置き換えるという財源政策として構想されたといえる。こうした動機について、梶山静六官房長官は、介護保険法案が最中に「厚生省や大蔵省の発想は健康保険の金ぐりが苦しくなったので、新しい財源を見つけてシフトさせようというものだ」と語っている。

いずれにせよ、高齢社会福祉ビジョンが発表された後、衆議院厚生委員会においても、「健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」において、今後の高齢者の介護ニーズの増大・多様化等に応えてくために、新しいゴールドプランの策定と、新たな介護システムを早急に確立すべきであると述べている。厚生省も介護問題をめぐる基本的な論点や考え方を整理するために、学識経験者によって構成された「高齢者介護・自立支援システム研究会」を、一〇月には、「老人保健福祉審議会」が創設した。そして一二月には、高齢者介護・自立支援システム研究会は「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告書を高齢者介護対策本部に提出する。報告書では、介護の基本理念を高齢者の自立支援におき、社会連帯による「リスクの共同化」を前提とした社会保険方式に基盤をおいた新介護システムの構築を目指すべきであると提言している。それに基づいて老人保健福祉審議会が検討に入り、九五年七月二六日に中間報告を、九

七年四月二二日には、最終報告をまとめ、管直人厚相に提出した。以上のように、介護保健創設に向けての厚生省を中心とした動きを簡単に検討したが、次節からはその政策案の作成とその決定をめぐる政治過程に焦点を当てながら、より詳細に検討したい。

注

- (1) Kingdon, John. W. (1984). *Agenda, Alternatives and Public Policies*. Little, Brown and Company.
- (2) 本稿では、できるだけ年号を使わず西暦に統一した。
- (3) 永田邦雄「老人福祉政策と在宅ケア」『ジュリスト増刊』一九九三年四月、一四六頁
- (4) 心身に多少障害があるが、寝たきりになっていない高齢者を昼間だけ預かるサービス制度。
- (5) 村上貴美子「介護保険構想の背景」、西川克己編著『公的介護保険制度の今日的視点』小林出版、一九九六年、第一章を参照されたい。
- (6) Wilensky, Harold. L. *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures* (Berkeley: Uni of California, 1975) pp. 45-49
- (7) 岡本祐三『高齢者医療と福祉』岩波新書、一九九六年、五〇頁
- (8) 斎藤弥生、山井和則『高齢社会と地方分権』ミネルヴァ書房、一九九五年、五三―五四頁
- (9) 香取照幸『厚生省の政策動向』、全国社会福祉協会会編、『高齢

者介護への提言』第一法規、一九九五年、一六七頁

(10) 三浦文夫編『國説高齢者白書一九九七』全国社会福祉協議会、四五頁。ここで言う高齢者世帯とは、六五才以上の男子、六〇才以上の女子のみで構成する世帯、または、これらに一八才未満の者が加わった世帯を示す。

(11) 措置制度の意義について詳しくは堀勝洋「措置制度の意義と今後のあり方」『月刊福祉』一九九四年四月号を参照。

(12) 加藤隆俊編『國説日本の財政』東洋経済新報社、一九八八年、一六六頁

(13) 新川敏光「日本型福祉の終焉」、岡沢憲美、宮本太郎編『比較福祉国家論』法律文化社、一九九七年、一五七頁

(14) 村上貴美子、前掲書、二五—二六頁

(15) 三浦文夫編、前掲書、一一〇頁

(16) 政策問題は多くの問題のなかで政府の政策的対象の考慮になる問題を示し、そうした問題のなかから政府が実際の政策活動として、具体的な論議の対象と表明ないし、採択した問題を政策課題とする。

(17) ある問題に対して個人が認識した問題を個人問題とすれば、その問題に直接ないし、間接的に関連する不特定多数人が共に認識した問題を社会問題と定義しておく。

(18) 「日本型福祉社会論」については、尹文九「高齢化社会と福祉政策」、一九九五年、筑波大学修士論文、第六章、第一節、また、尹文九「日本における福祉文化の形成とその変遷過程—日本型福祉社会論を中心に—」、筑波法政、第22号を参照。

(19) 後藤伝一郎「自民党政権の崩壊と日本型福祉社会論」『賃金と社会保障』No.1138、一九九四年四月、四—五頁

(20) 経済企画庁編『新経済社会七カ年計画』一九七九年

(21) 松井二郎「原理論・行財政部門」『社会保障研究』五〇号、一七七頁

(22) 小沢修司「福祉切り捨ての論理と再編の方向」『経済』一九八〇年一月号、三一頁

(23) この具体的な指摘に対する説明は、大熊由紀子「破綻続く日本型福祉」『社会福祉研究』第五一号、九二頁を参照。

(24) 大熊一夫によると、「精神病院には今、三万五千人近い入院患者がいるが、恐らく、その七割ほどは閉鎖病棟に幽閉されている。そのうち、約三万五千人以上が痴呆性老人である」と述べ、高齢者福祉政策の貧困性を指摘した。

(25) 山井和則「体験ルポ・世界の高齢者福祉」岩波新書、一九九三年、二〇六—二一八頁

(26) 岸本重輝「神話としての高齢化社会論」『世界』一九九一年一〇月号、二二六頁

(27) 合計特殊出生率とは、一人の女性が生涯に生む子供の平均人数を意味する。

(28) 新川敏光、前掲書、一七四頁

(29) 橋本龍太郎「Vision of Japan KK ベストセラーズ」、一九九四年、一八五頁

(30) 橋本龍太郎、前掲書、一九四—一九五頁

(31) 二宮厚美「二一世紀福祉戦略と福祉のリストラ」『賃金と社会保障』No.1138、一九九四年一月下旬号、一七頁

(32) 日本経済新聞、一九九四年一月二八日

(33) 永峰幸三郎「福祉への投資の効果は建設投資を上回る」岡本祐

三、八田達夫、一圓光彌、木村陽子編『福祉は投資である』日本評論社、一九九六年、一七八—二〇一頁。この他に福祉の経済効果に対しては以下の文献を参照。

①滝上宗次郎『福祉は経済を活かす』勁草書房、一九九五年

②正村公広『小さな政府は国を減ぼす』『Ronza』一九九六年一〇月Vol.3, No.10, 10—113頁

③二宮厚美『医療・福祉の充実が日本経済を元気にする』『いつでも元気』一九九七年三月、No.8 一四—一七頁

④京極高宣『介護革命』(第八章、福祉への投資—福祉の経済効果は大きい)『傑ベネッセ コーポレーション』、一九九六年一九二—二〇四頁

(34) 二一世紀福祉ビジョンでは将来の国民負担率について、主に三つのケースを仮定しているが、ケースIIでは、国民所得の伸びが二〇〇〇年まで5%、それ以降は3%と仮定したケースをいう。

(35) 大江善也『高負担化社会と租税—会計学の視角から—』日本租税理論学会編『高負担化社会と租税』谷沢書房、一九九五年、三〇—三三頁

(36) 二宮厚美、前掲論文、一八一—一九頁

(37) 二宮厚美は新々保守主義の概念について具体的に言及してはいないが、論文のなかで「新保守主義は「低福祉・高負担」路線のうち「低福祉」を前面に掲げたのに対し、新々保守主義は「高負担」を強調する」と述べている。

(38) 小池治「政策形成と行政官—政策共同体論の視点から—」行政管理研究センター調査研究部編『政策形成と行政官の役割』一九九〇年、三三—三四頁

(39) 村上貴美子、前掲書、二九頁

福祉改革の政治過程 (一) (尹)

(40) John C. Campbell, 1979 "The old People-Boom and Japanese Policy Making", *Journal of Japanese Studies*, p. 334

(41) 厚生省五十年史編集委員会編『厚生省五十年史(資料篇)』中央法規出版(株)一九八八年、五〇五—五〇六頁

(42) 医学的には入院の必要がなく、在宅での療養が可能であるにもかかわらず、ケアの担い手がいらないなど、家庭の事情や家族の引き取り拒否により、病院で生活をしている状態をいう。

(43) 厚生省五十年史編集委員会編、前掲書、五六二頁

(44) 厚生省五十年史編集委員会編、前掲書、四九六頁

(45) 社会福祉関係三審議会とは、中央社会福祉審議会企画分科会、身体障害者福祉審議会企画分科会、中央児童福祉審議会企画部会小委員会などを指す。

(46) 厚生省編『厚生白書(平成元年)』厚生統計協会、平成元年、三七八—三八〇頁

(47) 北山誠一「ゴールドプランを武器として」『部落解放』一九九二、一三四五号、一〇頁

(48) 老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子および寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法および社会福祉・医療事業団法を指す。

(49) この制度は一九六九年美濃部都政が七〇才以上の老人に対し、医療費を無料化したことがきっかけになって、厚生省も導入せざるを得なかった。この制度の導入をめぐる政治過程については尹文九『高齢化社会と福祉政策』一九九五年、筑波大学修士論文、第五章を参照。

(50) 岡光序治編『老人保健制度解説』ぎょうせい、一九九四年、四一—四六頁

- (51) 全国社会福祉協議会編『高齢化社会と老人福祉施策』一九八三年、五五—六二頁
- (52) 朝日新聞、一九七九年、十一月二六日
- (53) たとえば、一九八三年度は〇・四七二、一九八四年度は〇・四五一、一九八五年度は〇・四四七と低下していた。岡光序治、前掲書、六七—六八頁
- (54) 本来は、病院において集中的な治療は必要でなくなったが、また、家庭に復帰させるほどには快癒してない患者を入院させ、看護、リハビリテーション、その他のケアを行う施設を指す。ところが、日本で中間施設とは、医療、看護、福祉の機能を持つ、入所型中間施設と従来の病院、または施設と家庭をつなぐ在宅型中間施設に区分するようになった。（仲村優一外六人編『現代社会福祉事典』全国社会福祉協議会、一九九〇年、三四九頁）
- (55) 川口強、川上則道『高齢化社会は本当に危機か』あけび書房、一九九五年、二五五頁
- (56) 『厚生白書』一九八六年版、一九二頁
- (57) 読売新聞、一九九三年八月一日
- (58) 村上貴美子、前掲書、三八—三九頁
- (59) 前田信雄『日本の介護保険、ドイツの介護保険』河島修編『ドイツ介護保険の現場』労働旬報社、一九九七年、四八—四九頁
- (60) 相野谷安孝『医療と介護』同時代社、一九九六年、一〇八頁
- (61) 朝日新聞、一九九六年五月一七日
- (62) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの構築を指して』ぎょうせい、一九九五年