

はじめに

この研究の目的は、介護保険制度導入をめぐる政治的な背景と実質的な政策の形成過程に焦点を合わせることによって、政策形成における官僚、政治家、関係団体などの相互作用を検証することにある。介護保険のケースをみるとことにより、日本の政策過程がすべて解き明かされることははないが、このケースを一つの典型例としてみるとことはできるであろう。

なぜ介護保険か？

厚生省の試算では、介護保険の将来的な財政規模は、医療保険と比較して、それほど大きなものとは言えないが¹、新しい制度を導入することが、次世代にどれだけ影響を及ぼすのかは、過去において制定された年金や医療保険の改正にいかに努力がなされてきたかの歴史をみれば明らかであろう。また、この介護保険法案の動向は、今後の医療保険制度の改正について考えるときに、参考となるはずである。また、介護保険法案が1996年の通常国会に準備されて、提出が見送られてきたことは、法案提出までに十分な利害調整が必要とされ、それが十分でなかったことを示すものであった。介護についての国民の関心は必ずしも低いものではないが、マスコミの報ずる厚生省の薬害エイズの問題や事務次官の不祥事などに比べると、この制度について詳細な知識をもつほどの関心があるとは言えない。

介護保険法案は、政治的な争点としては利害は対立したものであるが、その対立も限定されたものであり、また、選択の幅も決して大きなものではない。だが、この介護保険法案の成立過程を見ることによって、一般の法律の成立のみならず、かなり大きな制度変更を伴う、政策形成の過程を推論することはできるだろう。ここで採用する方法は、介護保険法案のアイディア段階から、順次、時間を追って、それが法案化されて、国会を通過する過程を明らかにすることであるが、プロセスの解明と同時に、考え方の収斂がどの段階で図られ、重要な決定の場や利害調整がいかにしてなされたかのを、検証することが主題となる。

政策形成過程のイメージ

政策過程研究は、政策形成に関わる利害関係者の政策選好・資源だけでなく、制度的構造、社会経済的要因を取り込んだ包括的な分析枠組みを想定している²。例えば、(1)歴史的条件、社会経済動向、政治的要因によって絞り込みが図られる過程と捉える立場³、(2)制度

¹ 厚生省は、介護保険制度を創設した場合、2025年段階の予測で、対国民所得において、2%程度としている。医療保険が10.5-16%の予測値となっており、介護保険の規模は相対的には小さい。

² Sabatier (1991).

³ Hofferbert (1974).

的制約下での合理的選択モデルとして捉える立場⁴、(3)意思決定要素の偶然的結合という考え方をとる組織論におけるゴミ箱モデルを採用し⁵、政策形成を問題、政策、政治の三つの「流れ」の結合として解釈する立場⁶、(4)政策形成の構造性と政治性を基本的視座とする、実務レベルの利害関係者による政策理念連合モデル（Advocacy Coalition Approach, ACA）などがあるが⁷、本論の基本的立場としては「政策理念連合モデル」を採用する。

この立場をとることによって、政策形成過程は特定政策領域において政策理念をめぐる政治的なアクター間での合従連衡として理解される。政治全体のシステムに対して、政策下位システムとしてここで考えるものは政策領域の特徴や資源配分、文化・規範、憲法といったものを比較的安定した制度的構造とみる一方、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条件とみる。また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条件の影響を受けるものとされる。

この分析枠組みは政策転換を政策理念構造に関連づけて考えるものである。理念構造がもつ政策の規範性と「学習」による理念構造の変化を主たる分析対象とする方法は、政策の長期的な歴史的変遷の理解には大きな貢献を果たしてきたが⁸、政策形成過程の具体的な事例分析の道具として活用するためには、ACAのモデルを基本とする修正が必要であろう。ACAは理念構造を制度的外生変数、可変的外的与件、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、不变的な「深層コア」、外的与件の動搖によって変化する「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⁹。ここでいう政策的学習とは、政策的目標の実現や修正に関わる経験を通じて政策的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（政治家、官僚、団体代表、研究者）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。こうした政策理念連合モデルによって、政策システムを全体システムのなかに位置づけ、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のかという問題と、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解して解明することが可能となる。事例研究の準備作業として、次にACAの要素配置に基づいた政策形成過程の分析枠組みを提示しておこう。

介護保険下位システム

図1は介護保険導入に関わる政策下位システムの主たる構成要素を組織の観点から厚生省、与党、審議会とし、それら相互関係の内部構造と対外関係を分析枠組みの理念型として図示している。ここで政策下位システム論の系譜について若干触れておくことは、この

⁴ Kiser and Ostrom (1982).

⁵ Cohen et al (1972).

⁶ Kingdon (1984).

⁷ Sabatier (1988).

⁸ Hecllo (1974); Hall (1993); Dobbin (1994).

⁹ Sabatier and Jenkins-Smith (1993).

図1 分析枠組みとしての介護保険下位システムと外部与件の概念化

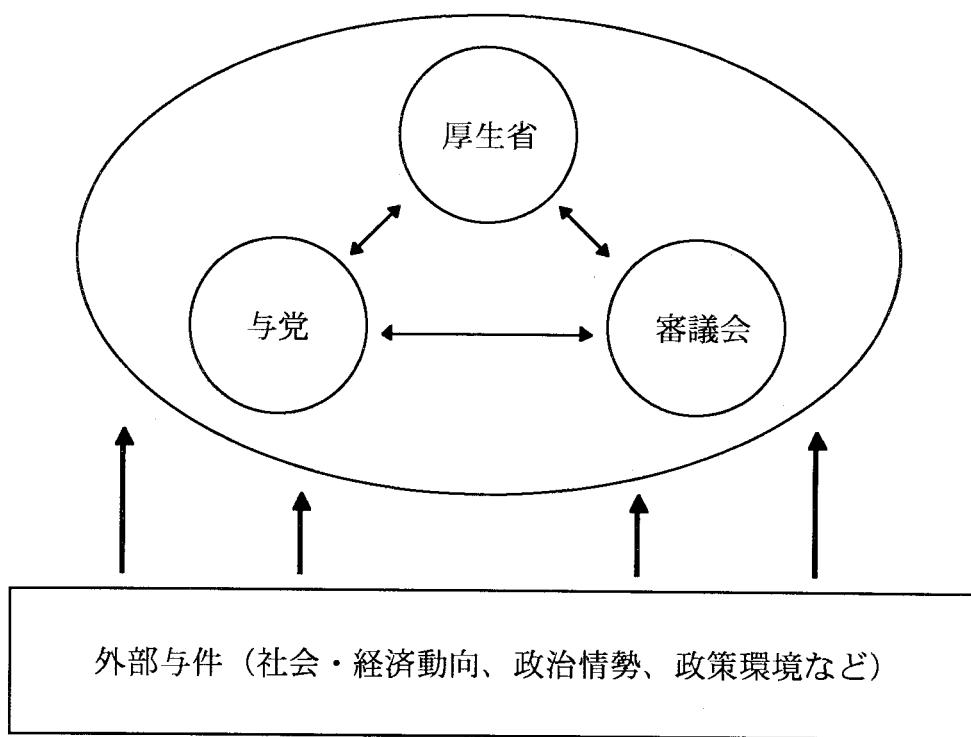
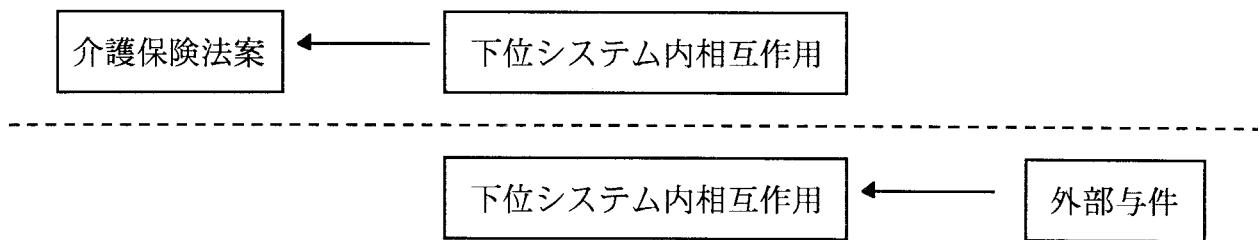


図2 作業仮説の図式化



研究における分析概念を明確にするうえで有意義であろう。特定の政策領域における利益集団、官庁、議会の共生的な関係については、すでに1950年代にアメリカの政策形成論に登場し、多元主義的な現象を解釈する試みとして「鉄の三角形」ないしは「下位政府」といった概念が提示されている¹⁰。ただし1970年代末には、「イシュー・ネットワーク」という考え方方が示され、政策決定の大規模化、複雑化、相互依存の進展によって従来の自立的な関係はもはや崩壊し、より多様な政策領域、多様な参加者による流動的な形態が主流になりつつあると主張された¹¹。

また「政策専門家のコミュニティ」という観点は、政策決定を従来の集団論的な力学ではなく、政策理念の相互作用と捉え直し、政策的学習に関する研究の端緒となっている¹²。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内の一巣岩的な一体性ではなく、むしろ下位システム内の対立・競合を想定し、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分析概念である。

ここでは介護保険導入をめぐる利害関係者の相互作用を主たる分析対象とし、政治・社会の動向を外的条件として考慮する。具体的な作業としては、介護保険の構想から法案作成にいたる実際の交渉過程を跡づけ、とくに制度の方向性を左右する提案が誰によってなされ、意見調整がどう図られたのかを解明していく。図式化すれば、ここでの作業仮説は、介護保険法案の内容変化を説明するために、下位システム内の厚生省、審議会、与党の相互作用がいかなるものであるのかを探り、世論や選挙といった外部情勢を副次的にその変化を説明するものとして考慮していく（図2参照）。以下、介護保険をめぐる問題提起、意見調整、法案作成の3節に分け、公表資料やインタビューに基づく分析結果を報告する。

I 問題提起

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、厚生省の事務次官の懇談会として1989年7月に発足した介護対策検討会による「介護対策検討会報告書」（1989年12月14日）において、①要介護者の生活の質の重視、②家族介護の発想の転換が求められており、すで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されている¹³。1992年には厚生省の

¹⁰ Freeman (1965); Carter (1964); McConnell (1965).

¹¹ Heclo (1978). Cf. Berry (1989).

¹² Walker (1977; 1981). 政策コミュニティと政策的学習の概念については増山（1991年）参照。

¹³ 橋本泰子氏は座談会において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（『月刊福祉』1996年4月13頁）。里見（1996年）の注2参照。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年7月23日付4面）。

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、厚生省が公的介護保険を最初に提示した“試案集”とされている¹⁴。この研究会は1992年に厚生省の老人保健福祉部（1992年7月1日に老人保健福祉局に改組される）の部長、担当審議官、各課長、主要課長補佐ら幹部で構成された¹⁵。「部内限」とされる研究会報告は、現行の特別養護老人ホームの措置制度が救貧的であり、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、中流層以上を事实上排除しており、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ている。具体的な対策として、

- ①高齢者の介護に着目した社会保険制度（介護保険）の導入を図る。
- ②高齢者介護施設として、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームを一元化する。
- ③高齢者介護施設の入所は現物給付とする。
- ④高齢者介護施設については、
 - ・生活費は自己負担。（各施設共通とする）
 - ・介護サービスについては、介護保険給付。
 - ・給付率は10割とする。（8割などという設定もありうるが）
 - ・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各1/4）
- ⑤医療サービスについては、医療保険給付。
- ⑥個室化については、アメニティとして自己負担により対応する。
- ⑦その他
 - ・契約による入所の制度の導入に伴い、現行の扶養義務者からの費用徴収制度は廃止される。
- ⑧低所得者については、自己負担額の減免により対応する。

などが列挙されている。また報告は、今後の検討課題として、

- ①介護保険の運営方式—医療保険方式、年金保険方式、私的保険の活用等
- ②介護保険の受け皿となる施設経営主体のあり方—「老人介護法人」制度創設の検討
- ③在宅要介護老人に対する給付の可否、給付の方式
- ④現行措置制度のメリットを失わせるべきではないとの指摘あり

を挙げており、厚生省が家族介護と救貧的な措置制度の限界を認識し、早い段階から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たことは明らかである。

高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム

詳しくは次節で述べるが、翌1993年4月14日、厚生省の高齢者関係3審議会の委

¹⁴ 『日経ヘルスビジネス』1993年3月29日4-7頁。二木（1995年）参照。

¹⁵ 1992年の時点では、岡光序治老人保健福祉部部長、横尾和子医療保険・老人保健福祉担当審議官という布陣である。

員で構成される「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」が初会合を開き、9月9日には懇談会報告をまとめている。この報告を受け、高齢者の保健福祉制度や介護費用保障のあり方を論議する老人保健福祉審議会の設置が検討されることになる。また懇談会報告に先だって、高齢者ケアに関して全国共通のマニュアルを作成するために、「介護計画検討会」が老人保健福祉局長の私的懇談会として7月に設置されており、さらに8月12日、大内啓伍厚生大臣は高齢者福祉ビジョンの策定のために「高齢者福祉を総合的・立体的に検討する懇談会」の設置を事務局に指示し、10月14日には厚生大臣の私的懇談会として「高齢社会福祉ビジョン懇談会」が初会合を開き、翌1994年3月28日、「21世紀福祉ビジョン－少子・高齢社会に向けて－」をまとめることになる。

こうした私的懇談会を組織する一方、厚生省は省内に、1993年11月25日、「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」）を発足させる。この検討チームは、

後期高齢者の増加や家庭介護力の低下などにより、高齢者の介護ニーズは顕在化し、増大しつつある。また現在、介護問題は、国民の老後生活の最大の不安要因となっており、その不安の解消が急務である。介護問題は、福祉、医療、年金等社会保障の各分野にまたがる問題であり、これまで分野ごとにさまざまな施策を進めてきたが、介護に着目した社会保障制度全般にわたる再点検を行い、介護問題への対応のあり方について検討を行うことが必要となっている。このため、省内に横断的な検討体制を確立し、サービスの供給体制や費用負担のあり方を含めた総合的な介護システムのあり方について、省内横断的な検討に着手するものである

とされた¹⁶。

検討チームの構成は、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、老人保健福祉局企画課・老人福祉計画課、保険局、年金局、社会・援護局、健康政策局の課長補佐ら12名からなる（添付資料1参照）。この検討チームを支援するため、官房長が主催する関係5局長による「介護問題関係局長会議」も設置されている。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を以下のように説明している¹⁷。

- ・介護を受ける人の視点に立って問題を洗い出し、サービスを自主的に選べる仕組みを作りたい。
- ・誰もが寝たきりや痴呆になる可能性があるのだから、介護も医療保険のようなアプローチが必要だ。ただし何を介護サービスとして拠出して貯うかを整備すべきだ。
- ・現在の医療・年金・社会福祉の諸制度は介護の側面からは過不足があり、介護を一つの柱としたシステムが必要だ。財源としては保険相互の融通や消費税もありうる。
- ・医療と介護は一体的に提供されるべきだが、システムとしては別だ。医療か介護かの区別は、専門家のアドバイスをもとに個人が選択することを基本にしたい。

¹⁶ 厚生省大臣官房政策課「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチームの設置について」

¹⁷ 『社会保険旬報』1993年第1820号4頁。

端的には、阿部審議官が講演等で述べているように、新たな社会的介護システムの主眼は、福祉に社会保険的な発想を導入するとともに、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ことにある¹⁸。

高齢者介護新システム試案

1994年3月28日には高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン」を公表するが、厚生省の検討チームも同じ時期に研究報告書「高齢者介護新システム試案」（添付資料2参照）を内部資料としてまとめている。この報告書は、今後増大し、多様化する高齢者の介護ニーズに対応していくためには、介護に着目した新しいサービス体系を構築していくことが必要であり、

- ・個々人のニーズに応じたサービスを最適な組み合わせで提供する
- ・日常生活支援サービスと医学管理サービスを一体的に提供する
- ・現物給付を基本としたサービス体系である
- ・在宅・施設間のサービス水準・費用負担は公平にする
- ・要介護リスクは普遍的であり、国民相互の社会連帯を基本とする
- ・費用負担は、保険料・公費（国・地方自治体）と合わせ、利用者負担も組み込むを基本的視点としている。

具体的には、サービス給付は、対象者を65歳以上の要介護高齢者とし、サービス利用は指定サービス機関（市町村が指定）と本人との契約に基づく。高齢者の自立に必要なサービスを最適な組み合わせで提供するため、専門家（ケアマネージャー）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組み立て、その後のフォローアップも行う、というケアマネジメントの仕組みを制度化する。

身体介助や家事支援などの日常生活支援サービスと医学管理サービスとを一体的に提供するため、在宅サービスの種類として、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス、訪問診察、訪問看護などのはか、配食サービス、住宅改造、福祉用具の給付・貸与等を実施する。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」として再編成し、療養や生活支援等の施設の機能特性、利用機関等に応じていくつかの類型に体系化する。

制度運営に要する費用は、保険料、公費（国・地方）、利用者負担を適切に組み合わせる。基礎的生計費については、利用者負担を原則とし、低所得者等については別途措置を講じる。利用者負担を支払うことができない者については、市町村による立替払等の仕組みを用意し、最終的には利用者の遺産等からの支払いを求める。保険の形態としては以下の2案が示されている。

（第1案） 独立の社会保険制度

¹⁸ 『社会保険旬報』1993年第1817号5頁。『社会保険旬報』1993年第1827号10-2頁。

- ・市町村を保険者とし、20歳以上の住民を被保険者とする独立の社会保険。
- ・保険料は全国一本の料率（標準料率）を設定し、定額部分と報酬比例部分とで構成する。
- ・市町村ごとの高齢化率・財政力の差異によって生じる財源の過不足を補正するために財政調整措置を実施。

（第2案） 市町村と医療保険各保険者との共同事業

- ・制度運営を市町村と医療保険各保険者との共同事業とする。
- ・保険料は本制度のための独立の保険料を各保険者ごとに算定・賦課し、各保険者が徴収。
- ・この場合の保険料構成は、定額部分と報酬比例部分とし、被用者保険に係る報酬比例部分については事業主負担を組み合わせる。

また市町村には、老人保健福祉計画に基づいた高齢者保健福祉サービスの供給体制の計画的整備に努めることに加えて、この新制度の実施主体として事業運営の権限と責任があるものと積極的な役割を求めている。

こうした検討チームによる試案は、後述する厚生省の「内部資料」を考慮すると、厚生省がそれまで検討してきた議論の最大公約数的な総括ということができよう。とくに、公的扶助というパラダイムを転換させる具体的な制度として、利用者の選択を基本とした、自立支援のためのケアマネジメント、現物給付の社会保険方式が既定路線となっている。また高齢者トータルプラン研究会報告が施設中心であったのに対して、具体的な在宅サービスが特定化され、利用者負担が盛り込まれたことも注目に値する。医療と介護の関係については、日常生活支援サービスと医学管理サービスを一体的に提供するという認識が明示されている。さらに介護保険の財源方式として、独立の保険制度を創設する案に加えて、老人保健方式による保険者と市町村の共同事業案が併記され、新制度における市町村の主体的な役割も想定されるようになっている。

高齢者介護対策本部

高齢社会福祉ビジョン懇談会による「福祉ビジョン」は、高齢化社会に向けた今後の施策の進め方として、とくに介護システムの構築、新ゴールドプランの策定を求めた。この「福祉ビジョン」を受け、厚生省は1994年4月13日、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」）を設置している。この対策本部は検討チームを発展させたものであり、事務局を大臣官房政策課に置き、5名の専任職員を配置した。対策本部の構成は、事務次官を本部長とし、副本部長には官房長、健康政策局長、社会・援護局長、老人保健福祉局長、保険局長、年金局長、大臣官房総務審議官、大臣官房医療保険・老人保健福祉担当審議官、本部員としては大臣官房政策局総務課長、大臣官房政策課長、健康政策局総務課長、社会・援護局企画課長、老人保健福祉局企画課長、保険局企画課長、年金局企画課長、大臣官房政策課企画官、事務局長に副本部員を兼任する大臣官房医療保険・老人保健福祉担当審議官（阿部正俊）、事務局次長に本部員を兼任する大臣官房政策課企画官（山崎史郎）と保険局保険課長があたり、山崎史郎事務局

次長に加え、事務局員として2名の課長補佐と2名の係員が専任となっている（添付資料1参照）。

この対策本部は「高齢者介護対策に関する調査及び企画立案を行う」ものとされ¹⁹、主要な任務のひとつとして、市町村の老人保健福祉計画の集計・分析をふまえて、ゴールドプランの拡充などに取り組んでいく²⁰。1994年12月18日、「新ゴールドプラン」は大蔵、厚生、自治三大臣合意として策定され、高齢者介護施設の基本理念として、①利用者本位・自立支援、②普遍主義、③総合的サービスの提供、④地域主義を挙げている。具体的には、地域における高齢者介護サービスの充実、「新寝たきりゼロ作戦」の展開による要援護高齢者の自立支援施策や痴呆性老人対策の総合的実施、高齢者介護マンパワーの養成・確保対策の推進等を目指し、新ゴールドプランの1999年度までの総事業費は、従来の分を含めて、9兆円を上回るものとなった。

一方、介護保険制度を立案する作業は、事務局長（阿部正俊、後に和田勝）、事務局次長（山崎史郎）、老人保健福祉局企画課長補佐（香取照幸、後に山崎史郎氏の後任として事務局次長となる）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り²¹、1994年6月30日の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」の設置が決定される。また6月には対策本部から介護問題の現状、措置制度の問題、ケアマネジメントの必要性を示す「高齢者介護問題参考資料」が公表されている²²。

この研究会については次節で詳しく述べることとして、ここでは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裏付ける資料を紹介しておく。検討チーム発足に先立つ1993年11月15日の『日経ヘルスビジネス』には、厚生省が構想中の介護保険制度を「高齢者自立支援システム」と呼び、老人保健制度拡大方式として、現行法の役割を拡張し、新たに介護と関連給付を対象に盛り込むという、いわば“老人保健福祉制度”を検討しているという記事がある²³。「自立支援サービス」と位置づけられた在宅及び施設への介護給付は、保険者と市町村の共同事業として実施され、その財源は国や地方自治体からの公費が5割、健康保険組合などの保険者からの拠出金5割の構成となる。これに対して、独立の保険制度を創設する案では、市町村を保険者として、20歳以上の国内居住者を被保険者とする仕組みであり、財源比率は、公費5割、被保険者からの

¹⁹ 高齢者介護対策本部設置規定第一条

²⁰ 『社会保険旬報』1994年第1835号4頁。

²¹ 山崎史郎氏へのインタビューによる。

²² 滝上（1994年）はこの「参考資料」が後に小冊子「高齢者介護問題を考える」とほぼ内容が同じであるとして、対策本部が検討組織ではなく、実行組織であると批判している。

²³ 『日経ヘルスビジネス』1993年11月15日1-2頁。財源方式としての老人保健方式は、例えば、堀勝洋社会保障研究所研究部長によってすでに提唱されている。堀氏の「トータルプラン」に対するコメント（『日経ヘルスビジネス』1993年3月29日2-3頁）や1993年10月19日の研究報告（『社会保険旬報』1993年第1822号14-5頁）参照。

保険料5割とされている。

この高齢者自立支援システム案では、「自立支援サービス管理士」による要支援度の判定、ケアプランの作成を前提として、その指導の下に利用者が市町村の認定した「指定サービス機関」と契約し、給付を受けるものと規定されている。この制度では老人関係施設は、生活型施設（特別養護老人ホームなど）、療養型施設（介護力強化型老人病院など）、短期家庭復帰支援センター（老人保健施設など）に再編され、これらの施設へは新制度から一元的にケア及び定型的な医療サービス（定額）が給付され、療養型施設での手術などの場合のみ医療保険から出来高払い給付される。想定されている在宅サービスは、現物給付の介護、デイケア、ショートステイ、家事援助、配食・栄養管理サービス、各種の在宅医療・リハビリテーション・サービス、償還払いによる日常生活用具・福祉機器レンタル助成、おむつ代助成、住宅改造助成が検討され、また家族支援のための介護手当は現金給付となる。

1994年9月19日の『日経ヘルスビジネス』には同様の介護保険制度案が「高齢者自立保険制度（仮称）」として紹介されており²⁴、1994年3月の検討チーム報告より具体的な制度案がすでに検討チーム発足以前の段階から厚生省内で検討されていたことを示している。このように厚生省が少なくとも1992年以降目指してきたことは、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と特徴づけることが出来よう。

II 意見調整

高齢者施策の基本方向に関する懇談会

1993年4月14日に初会合を開いた厚生省の「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」（座長宮崎勇）は、高齢者対策関係審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の委員の中から委嘱された16名で構成された（添付資料3参照）。この懇談会は

高齢者保健福祉推進十か年戦略、老人保健福祉計画、老人訪問看護など近年の高齢者保健福祉施策の進展等を踏まえ、後期高齢者数の伸長等に対応していくため、特に保健・医療・福祉各分野の相互の関連・連携・整合を念頭におきつつ、今後の老人保健福祉施策の在り方について、幅広く総合的に検討する

ものであり²⁵、具体的な検討内容として、高齢者にふさわしいサービスのあり方、高齢者施策の推進のための基盤整備、高齢者施策の総合化・整合性、費用に関する問題などが挙げられている。ただし、この懇談会は具体的な施策提言を行うのではなく、各審議会での検討課題を整理するのが役割であり、この懇談会で提起された課題の具体的な検討は各審議

²⁴ 『日経ヘルスビジネス』1994年9月19日10-2頁。

²⁵ 厚生省「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」について

会に委ねられるとされた²⁶。

この高齢者施策の基本方向に関する懇談会は、計8回の会合を重ね、1993年9月9日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すとともに、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、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。財源としては、目的税を含めた租税、医療・年金保険料、地方財政、利用者負担など多面的に検討し、高齢者の応益負担を図るとともに、施設間の利用負担の格差を是正していく。また国と地方の財源配分のあり方も見直し、地方自治体の積極的な取り組みも求めている。さらに高齢者の保健福祉施策を総合的に検討するために関係審議会の統合を提言し、厚生省は老人保健福祉審議会の設置を検討することになる。

高齢社会福祉ビジョン懇談会

1993年8月12日、発足したばかりの細川護熙内閣の大内啓伍厚生大臣は高齢者福祉ビジョンの策定のために「高齢者福祉を総合的・立体的に検討する懇談会」の設置を事務局に指示するとともに、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述べている²⁷。厚生大臣の私的懇談会として「高齢社会福祉ビジョン懇談会」（座長宮崎勇）は10月14日に初会合を開き、急激に進む少子化と高齢化の進展をふまえた今後の社会保障制度の基本方向を明らかにするため、児童対策や介護問題を中心に雇用・住宅・教育・文化など社会保障関連の諸問題について幅広い見地から検討を進めるものとされた²⁸。懇談会は16名の委員で構成され（添付資料3参照）、大臣官房政策課に事務局が設置された。

前節で述べたように、この後11月には厚生省に介護問題の検討チームが設置され、厚省内での具体的な介護保険制度の検討が進められる。高齢社会福祉ビジョン懇談会は、6回の審議の末、1994年3月28日、「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、翌日閣議報告している。この福祉ビジョンは、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る一方、社会保障の効率化を図るために金融・不動産資産を担保とする福祉サービスの有償化、医療に関しては長期入院のは正、在宅医療の推進を求めている。

高齢化社会に向けた今後の施策の進め方としては、とくに介護に関して「いつでも、どこでも受けられる介護サービス」を基本目標として、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ている。具体的には、

- ・医療・福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシス

²⁶ 『社会保険旬報』1993年第1798号24頁。

²⁷ 『社会保険旬報』1993年第1809号24-5頁。

²⁸ 『社会保険旬報』1993年第1816号4頁。

ム

- ・高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム
- ・多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム
- ・増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム
- ・施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるシステム

などの視点が重要であるとした。こうした社会保障の財源としては、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、間接税增收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。福祉ビジョンは、このように社会保障改革の方向性を示すとともに、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、さらに社会保険方式による財源調達という考え方に対する推進力を与えたことが出来よう。

この福祉ビジョンを受け、厚生省は1994年4月13日、高齢者介護対策本部を設置し、介護システムの総合的検討・ゴールドプラン見直しに着手する。また衆議院厚生委員会は6月の健康保険法改正に際して

今後の高齢者の介護ニーズの増大・多様化に応えていくため、総合プランとして新しいゴールドプランを策定し、その積極的推進に努めること。また、医療・福祉・年金等社会保障全般にわたる課題として、新たな介護システムの早急な確立に努めることという付帯決議を行っている。さらに自民党・社会党・新党さきがけによる村山富市内閣が誕生し、与党福祉プロジェクトチームが7月21日に初会合を開き（添付資料4参照）、9月27日には公的介護保険制度導入の検討を決定する。

こうした動きと並行して、首相の諮問機関である社会保障制度審議会（会長隅谷三喜男）の社会保障将来像委員会も21世紀に向けた新しい社会保障像を構築するために審議を重ねており、1994年9月8日には「社会保障将来像委員会第二次報告」を作成している。この報告では、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、将来的には財源を主として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が提言されている。

高齢者介護・自立支援システム研究会

高齢者介護・自立支援システム研究会（座長大森弥）は、福祉ビジョンに示された将来の介護システムに関する基本的な視点をふまえ、介護の基本論を整理することを目的として、1994年6月30日に設置が決定された。具体的な検討項目としては、①今日の社会経済状況からみた介護問題の意義、②介護・自立支援に関する現行制度の対応と課題、③介護サービスに求められる特性と基本的なあり方、④介護サービスを支える人材の確保・育成、⑤将来の介護システムに関する論点整理が挙げられている²⁹。

²⁹ 『社会保険旬報』1994年第1843号22頁。

この研究会は、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（添付資料3参照）³⁰。研究会の運営を事務方として担い、実質的に最終的な報告書を執筆した山崎史郎氏によれば、研究会の論点は次の4つにまとめられる。まず第一は介護を担うのは家族か社会かということであり、介護の社会化というパラダイム転換が図れるかである。第二は介護の社会化を目指すとして、介護費用を賄うのは税によるのか、保険料によるのかという点である。第三は介護を支えるのは老人世代か現役世代か。最後は介護サービスの基本は高齢者の自立支援であり、行政的な権力行為にかわって、代理人機能を制度化できるかということである。

高齢者介護・自立支援システム研究会は、1994年7月1日の初会合以来、8月の北海道合宿で基本方向が確認され³¹、10月には海外から専門家を招いて公開の勉強会を開き、民法学者からのヒアリングなど計12回にわたる会合を経て、1994年12月5日、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告書をまとめた。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支援すること」としている。報告書の第1章は現行介護システムの問題点を本人、家族、社会の側面から指摘し、第2章は「高齢者の自立支援」の基本的な考え方として、①予防とりハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステムを挙げている。

第3章「介護システムのあり方」では、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、また介護サービスの費用負担方式として、高齢者自身によるサービス選択、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ている。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、介護が必要となった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、介護サービスの利用に当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していくことが期待される。保険者としては、①市町村、②都道府県、③国のいずれかとし、現行の社会保険制度を活用するとしている。また家族の介護研修を条件として、介護保険からの現金給付も検討するよう求めている。

老人保健福祉審議会

老人保健福祉審議会（以下「老健審」）は、高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告

³⁰ 注21に同じ。

³¹ この合宿には厚生省から岡光序治氏、和田勝氏、山崎史郎氏、香取照幸氏ら主だったメンバーが参加している。

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、老人保健法改正により設置が決められた。老健審（会長宮崎勇、添付資料3参照）は、1994年10月31日に初会合を開き、翌1995年2月14日の会合からは公的介護保険制度の創設に向けて審議を始め、まず公表されている公的介護保険制度に関する報告書の検討や関係団体からの意見聴取を行うこととなった。

また医療保険の給付と負担の公平などを検討している医療保険審議会でも、3月23日の全員懇談会において、新たな介護システムの検討を考慮しながら議論を進めることで合意している。さらに医療審議会も4月18日の総会で第3次医療法改正を視野に今後の医療供給体制全般を幅広く審議するために「基本問題検討委員会」（座長竹中浩治）を発足させ、老健審の審議と並行して、介護問題を検討する体制を整えている。このように介護保険制度の審議が私的懇談会や研究会から公式な審議会の場に移り、与党福祉プロジェクトチームも6月13日には前年9月以来8回の検討結果を「高齢者介護中間まとめ」として公表し、高齢者の自立支援、ケアマネジメントに基づく利用者本位のサービス提供といった方向性を確認するとともに、在宅を重視した介護の社会的支援を導入することが必要であるとしている。

先に将来像委員会が第二次報告を発表した社会保障制度審議会も、1995年7月4日、「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、これまでの社会保障制度の発展を評価するとともに、21世紀のあるべき社会保障構想として、自立と社会的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ている。高齢者介護問題に関しては、総合的な介護サービス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、社会保険方式は、給付の権利性、サービスの選択可能性、適正な負担と受益、国民的な合意を得やすいといった利点があるとする。介護保険財源は、主として保険料によるとするが、公費負担も不可欠とする。具体的な仕組に関しては、既存の保険制度を活用する方式と新しい介護保険創設の2案を併記している。こうした介護保険制度によって、介護施設不足による「社会的入院」などが是正され、医療保険、老人保健制度全体を見直すことが期待されている。

審議会や与党におけるこうした介護保険制度導入に向けた議論が活発化するなか、老健審では、3月27日の会合において、厚生省当局から夏頃には中間的な意見を取りまとめ、年末までには具体的制度案についての基本的な考え方をまとめ、翌年春の通常国会には関係法律案を提出するというスケジュールが示された³²。老健審委員の坪井栄孝日本医師会副会长は翌日の記者会見で「高齢者自立・支援システム研究会の報告を下敷きにすることは反対。はじめに報告書ありきはよくない」として、翌春の法案化はむずかしいと述べている³³。こうした厚生省の審議会運営に対する日本医師会の反発もあり、老健審は厚生省当局による「高齢者介護に関する検討項目（素案）」をもとに介護をめぐる状況認識から審議

³² 第12回老人保健福祉審議会議事録。

³³ 『社会保険旬報』1995年第1869号30頁。

し直すことになる³⁴。

13回にわたる審議と水面下の交渉の末、1995年7月26日、老健審は「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。具体的には、医療と福祉の断続性に加えて、サービスや施設によって利用者負担や手続きに不公平が生じており、介護サービスの整備が量的に不十分であるとともに、現行の措置制度が利用者本位のサービス選択に制約を課していると現状を分析している。こうした問題を解決するためには、

- ・高齢者介護に対する社会的支援体制の整備
- ・利用者本位のサービス体系の確立
- ・社会連帯による介護費用の確保

を基本理念とし、新たな高齢者介護システムは税などの公費負担を組み入れた社会保険方式に基づくべきであるとしている。

老健審の中間報告は、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を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、社会連帯といった高齢者自立・支援システム研究会の方向性が公式な審議会の業界代表によって追認されたという意味が大きかった。朝日新聞論説委員の有岡二郎は、それまでの審議会報告を概観し、「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受けた」と評している³⁵。

老健審第二次報告

老健審は、9月18日、新会長に加藤一郎（成城学園名誉学園長）を選任するとともに、介護保険の審議を再会し、介護給付、制度、基盤整備の3分科会を設置している。各々の分科会の検討事項は以下のとおりである³⁶。

○介護給付分科会

新たな高齢者介護システムにおける介護サービスの具体的なあり方の検討

- ①新たな高齢者介護システムでカバーすべき介護サービスの範囲・水準・サービス体系
- ②介護サービスの利用方法、要介護の認定方法や介護支援体制
- ③家族介護に対する評価（とくに現金支給のあり方）

³⁴ 『社会保険旬報』1995年第1870号37-8頁。また老健審の審議と平行して、厚生省当局と日本医師会は週2回のペースで一年ほど「勉強会」を持ったとされる。糸氏英吉日本医師会副会長へのインタビューによる。

³⁵ 有岡（1995年）15頁。

³⁶ 『社会保険旬報』1995年第1889号38頁。

④他の制度（医療保険や福祉）の対象とするサービス分野との役割分担

○制度分科会

高齢者介護の費用保障に関し社会保険システムの具体的なあり方についての検討

- ①被保険者、受給者
- ②保険料の設定方法・水準
- ③保険者・事業主体
- ④公費（国・地方公共団体）、事業主負担
- ⑤利用者負担
- ⑥民間保険との関連

⑦高齢者介護と医療保険・老人保健制度等との関連

○基盤整備分科会

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の検討

- ①高齢者介護における予防やリハビリの充実
- ②介護施設の整備促進
- ③人材の養成・確保、資質の向上

また医療審議会基本問題検討委員会は、10月4日、「医療供給体制の在り方について（論点整理メモ）」をまとめ、今後の優先的な課題として、①地域医療の充実のための医療施設機能の在り方、②要介護者に対応した医療提供体制の在り方、③医療機関の経営基盤の安定化を図る観点からの医療法人の業務等の在り方、④規制緩和や良質な医療サービス提供等の観点からの医療提供体制の在り方等の検討に取り組むとした。とくに高齢者介護システムとの関係では、要介護者を受け入れる医療施設の施設基準・人員配置基準を検討するほか、療養型病床群の普及と弾力的運用を課題として挙げている。

対策本部は、10月27日、老健審制度分科会の初会合に「現在公表されている介護保険制度案」を示した。この一覧は民間団体などが公表していた7つの制度案を①保険者、②被保険者、③受給者、④保険料、⑤事業主負担、⑥公費負担、⑦利用者負担、⑧保険給付の8項目に関して整理したものである³⁷。さらに11月13日の第二回会合には、これら7制度案を保険者によって市町村、国、医療保険者の3案に集約したものとして、「公表されている介護保険制度案の整理」を厚生省当局は提示している³⁸。

3案は概ね（1）公的介護保険の受給者を高齢者とし、（2）若年者を含む成人国民から保険料を徴収し、（3）財源としては、保険料とともに、公費負担を行い、給付費の50%をカバーする、といった点については共通する。これら3案で大きく異なる点は、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

³⁷ 『社会保険旬報』1995年第1891号42頁。

³⁸ 『社会保険旬報』1995年第1893号34頁。

の保険料を徴収する。ただし、いずれのタイプでも現役世代の保険料徴収は現行制度を活用するとともに、事業主にも何らかの保険料負担が課せられる。また医療保険案は、健保や国保が主体となり、既存の保険料に介護保険料を上乗せする方式となる。

○公表されている介護保険制度案の整理

	A型	B型	C型
保険者	市町村 (広域的な対応も検討)	国 ◎給付主体は市町村	(各医療保険者) ◎給付主体は市町村
受給者	高齢者	高齢者	高齢者
保険料等の負担者	20歳以上	20歳以上	医療保険の被保険者
保 險 料 等 の 算 定	高齢者 ・保険者（市町村）ごと に設定 ・年金から特別徴収	定額保険料 ・全国一律の基準 ・年金から特別徴収	◎医療保険料と基本的 に同じ方式で徴収
	若年 定額負担 ・全国一律の基準 ・各医療保険者が徴収代行		
事業主負担	事業主負担～ ①法律上、事業主負担を位置づける ②被用者負担の一部について勞使の話し合い		
公費負担	公費負担の割合～ ①50%、②50%以上		

老健審は、体調不良のため辞任した加藤一郎氏の後任として鳥居泰彦慶應義塾大学塾長を会長に選出し（11月20日）、制度、介護給付、基盤整備の各分科会における計4回の会合、老健審の12月から翌1996年1月31日までの5回の総会の末、「新たな高齢者介護制度について（第二次報告）」を取りまとめている。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、ホームヘルプサービス、デイサービス、リハビリテーションサービス、ショートステイ、訪問看護サービス、福祉用具サービスが挙げられ、24時間対応型巡回サービス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サービス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ている。また施設サービスとしては、特養老人ホーム、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うものとし、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している。審議の焦点となった家族介護への現金給付問題は意見が集約できず、積極・消極の両論が併記されている。

III 法案作成

丹羽試案

対策本部は、1996年2月15日、「高齢者介護保険制度に関する事務局試案」を老健審総会に提示した。この試案は、先に示した3制度案を地域保険方式（保険者＝市町村）、国営保険方式（保険者＝国）、老人保健全制度方式（保険者＝医療保険者）として制度的な具体化を進めたものである。また3月8日の老健審総会には、これら3案に加えて、都道府県や年金保険を保険者とする方式や被用者OBの介護は被用者医療保険で対応する方式が示された。

保険制度についての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ているためであった。1月に発足した橋本龍太郎内閣の菅直人厚生大臣は介護保険制度の導入を積極的に推進したが、こうした情勢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、与党福祉プロジェクト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³⁹。老健審の審議過程を内部から観察してきた池田省三氏は、自民党内の慎重論にはさらに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している⁴⁰。

介護保険は財政負担が重いという地方自治体や経済界からの反発を和らげ、難航している法案化を促すために、3月13日、丹羽雄哉自民党医療基本問題調査会会长は「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福祉プロジェクトチームに提示する。この丹羽試案では、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年度以降としている。立ち遅れの目立つ在宅サービスの充実を優先課題として、制度施行当初はホームヘルプや訪問看護、ショートステイなど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。この試案では、①保険者を市町村とする地域保険方式を採用すること、②介護費用の負担も受給も40歳以上の国民とすること、③利用に際して1割程度の自己

³⁹ 衛藤晟一衆議院議員へのインタビューによる。

⁴⁰ 池田（1996年）67頁。また有岡（1996年）6-10頁参照。

負担を徴収すること、④在宅サービスの充実・整備のため現物給付を原則とすることが提案されている⁴¹。

老健審最終報告

老健審は、4月22日、それまでの審議の総括として、「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。この最終報告は、①介護保険制度の基本的目標、②介護サービスのあり方、③介護保険制度のあり方、④基盤整備等から構成されている。具体的には、1月の第二次中間報告にある在宅・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サービス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ている。また介護サービス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。家族介護に対する現金支給に関しては、第二次中間報告に引き続き、賛否両論を併記するに止まっている。

この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、厚生省が想定している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ている。地方分権の考え方からすれば、給付主体は市町村となるべきであり、給付主体と財政主体が一致すべきとする観点からは市町村が財政主体とされる。ただし、地方自治体間の財政格差や高齢化率の違いを考慮した財政調整の仕組みも必要であるとしている。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いう考え方を中心にして議論されたとし、65歳以上という考え方を示しているが、高齢者の負担が過重になる恐れがあり、20歳以上、40歳以上を被保険者とし、現役世代への介護給付を行うといった意見も併記されている。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が併記された。若年者負担については、個々人が納付義務を負う方法も検討しているが、未加入・未納金、徴収コストの問題から、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%という意見が示されている。費用分担のあり方としては、公費二分の一、高齢者および現役世代の保険料二分の一を基本的考え方とするが、介護給付費として利用者負担が含まれているのかどうか異なる考え方を示している。

一方、医療法第3次改正に向けて審議を重ねてきた医療審議会基本問題検討委員会も意見をまとめ、医療審議会は、4月25日、「今後の医療提供体制の在り方について」を厚生大臣に具申した。意見書は、①当面する見直しの基本的な視点、②医療施設機能の体系化、③医療計画の見直し、④要介護者に対応した医療提供体制、⑤医療法人の在り方、⑥

⁴¹ 池田（1996年）66頁によれば、この丹羽試案の背景には、医療保険改革を控えた厚生省保険官僚の思惑があったとされる。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、介護保険導入を片づけておく必要があり、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、丹羽試案が浮上してきたという見方である。

患者の立場・選択を尊重した医療提供の在り方、⑦その他を内容としている。具体的には、新たな公的介護制度の導入に備えた介護施設の整備に関して、病院にしか認められていない長期療養の患者のための療養型病床群を19床以下の診療所にも認めること、50床未満の小規模な病院の療養型転換を促進するために医師の配置基準を3人から2人に緩和すること、またショートステイやホームヘルプ事業などの在宅福祉事業に医療法人が参画できるよう医療法上の付帯業務とすることなどを提言している。

介護保険制度案

こうした両審議会の意見報告を受け、さらに与党福祉プロジェクトチームからも介護保険法案の作成にあたって市町村の財政支援策を盛り込むといった要望があり（4月26日「“制度試案”作成指示」、5月10日「介護保険制度の試案作成に当たっての基本的視点」）、厚生省は5月13日に「介護保険制度試案」を作成し、翌14日には与党福祉プロジェクトチーム、さらに15日に老健審に提示した。この厚生省試案は、

- ①40歳以上を被保険者・受給者とする
- ②保険の運営主体は市町村および特別区とする
- ③利用者負担は介護給付の対象となる費用の1割とする
- ④公費負担は介護給付費の二分の一とする
- ⑤家族介護に対する現金支給は原則として当面行わない
- ⑥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
- ⑦1999年4月から在宅サービスを先行実施し、施設サービスについては2001年をめどに実施する

とほぼ丹羽試案に沿ったものとなっている。この在宅介護のみの制度では、1999年度の介護費用総額は9千億円と推計され、40歳以上人口で平均すると一人当たり月額5百円程とされている。

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、老健審の意見調整は難航が予想された。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⁴²、15日の朝刊では「橋本首相が介護保険法案の今国会提出見送り」と一面で報じられ、この背景には連立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判断があり⁴³、梶山静六官房長官も法案提出に否定的な見解を示していた⁴⁴。一方、自民党厚生関係合同部会では、17日、全国市長会・町村会からの①第一種被保険者の保険料に不足が生じた場合の国の支援措置、②第二種被保険者の保険料未納分の財政ルールの明確化などの要望が検討され⁴⁵、厚生省・与党福祉プロジェクトによる法案提出に向けての意見調整

⁴² 『社会保険旬報』1996年第1911号11頁。

⁴³ 日本経済新聞1996年5月15日付1・3面。朝日新聞1996年5月22日付2面。

⁴⁴ 例えば、日本経済新聞1996年5月16日付2面参照。

⁴⁵ 『社会保険旬報』1996年第1911号12頁。

が続けられていく。

厚生省は、5月23日、介護保険の保険料未納などで保険財政に赤字が生じた場合に穴埋めする「準備金」を設立するなどの負担軽減策を与党福祉プロジェクトに示した⁴⁶。具体的には、①要介護認定機関については、共同設置や都道府県、国、国保連合会への委託を推進する、②高齢者保険料の年金からの特別徴収を制度施行当初から実施する、③高齢者保険料は所得段階別の定額保険料とする、④都道府県や地域単位の保険料ガイドラインによって保険料を均一化する、⑤若年保険料と公費の不足は後年度に清算交付する、⑥高齢者保険料は3年程度の中長期的な見通しで高めに設定し、赤字穴埋めの準備金を設ける、等が内容となっている。厚生省は5月30日に「介護保険制度修正試案」を作成し、同日与党より了承され、老健審にも提出した。この修正試案は、保険者を市町村とすること、40歳からの負担と給付、在宅サービスの先行実施、現金給付は当面行わない等、厚生省試案の基本的な骨格を変更するものではないが、先に示された負担軽減策を盛り込んで、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ている。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、都道府県単位の共同機構として市町村の保険運営を支援する。また公費負担に関して、国二分の一、地方二分の一と明記し、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ている。

6月5日、厚生省は修正試案とほぼ同内容の「介護保険制度案大綱」を作成し、翌6日、老健審、社会保障制度審議会、医療保険審議会に諮問した。全国市長会は5日「介護保険制度に慎重な論議を求める決議」を全会一致で採択しており、依然として地方自治体の懸念が強いことを示しているが、一方7日の自民党厚生関係合同部会終了後、丹羽雄哉氏は党幹部も法案提出に傾いてきているという見解を示している⁴⁷。審議会からは各々大筋了承の答申を得るが、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ふまえ、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も付されている。また7日には介護施設整備の一貫として療養型病床群を有床診療所に拡大することなどを含む「医療法の改正案要綱」が医療審議会、社会保障制度審議会に諮問され、各審議会から了承の答申を得ている。

与党合意

6月11日以降、自民党では厚生関係の合同部会が開かれ、市町村の代表が随時招かれ、厚生省当局も出席し、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

⁴⁶ 『社会保険旬報』1996年第1912号37頁。

⁴⁷ 『社会保険旬報』1996年第1913号26頁。

姿勢は変わらなかった⁴⁸。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の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ている⁴⁹。関係部会レベルでは意見調整が不可能と判断した丹羽雄哉氏、衛藤晟一氏ら福祉プロジェクトの推進派は山崎拓政調会長に直訴し、国会提出を含めた介護保険法案の取り扱いについて政調会長一任をとりつけたが、結局梶山官房長官ら党首脳が法案提出を了承しなかったとされる⁵⁰。

1996年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。与党合意事項は、与党3党の責任者6名（与党責任者会議座長：加藤紘一・佐藤觀樹・鳩山由紀夫、与党政策調整会議座長：山崎拓・伊藤茂・渡海紀三朗）が連盟で署名したものであり、介護保険制度の創設に向け、政府・与党一致して取り組んでいくこと、関係者の意見をふまえつつ、「介護保険法案要綱案」を基本として、以下の「懸案事項」について解決を図り、次期国会に提出するとしている。

解決すべき懸案事項

- 1 市町村等の関係者の意見を踏まえ、安定した財政運営と市町村における円滑な事務が遂行できる制度となるよう努める。
- 2 円滑な施行の観点から、住宅・施設両面にわたる介護サービス基盤の一層の整備を計画的に進め、総合的かつ適切なサービス提供が行われるよう、検討を行う。
- 3 民間活力の積極的な活用を図るため、規制緩和を積極的に推進するとともに、民間保険・民間非営利サービスとの適切な連携がとれる柔軟な制度の仕組みを検討する。
- 4 社会保障制度構造改革のビジョンを示すとともにその一環として行われる医療制度改革の内容を明らかにする。
- 5 国民に対する周知の徹底を図り、十分な理解を求める。

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、法案要項にある費用負担の項の市町村に対する国庫補助率の百分の20の割合をさらに引き上げよう要求する倉田寛之自治大臣と、それに難色を示す久保亘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⁵¹。こうした自治省の姿勢は市町村の懸念を反映したものであり、市町村も介護保険制度の創設そのものに反対したというより、厚生省が要綱案に盛り込んだ国保連合会による財政調整や保険料の未納対策で

⁴⁸ 『社会保険旬報』1996年第1915号10-1頁。

⁴⁹ 青柳俊日本医師会常任理事へのインタビューによる。

⁵⁰ 注48と同じ。

⁵¹ 『社会保険旬報』1996年第1914号24頁。

は、市町村の国保制度に対する不信感を払拭することが出来なかつたためである⁵²。

市町村と自治省の抵抗に加えて、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。消費税率の5%への引き上げは1994年9月に決められ、引き上げ幅の見直しが1996年9月までに行われるとされていた。しかし、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、税率引き上げを 국민に納得させる取引材料として介護保険を捉えていた大蔵省は、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とされる。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、国際競争力の観点から、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、大蔵省の小村武主計局長といった同調者と共同して、首相官邸や議員会館を説得して回ったとされる⁵³。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、自民党の党内調整は難航し、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⁵⁴。

与党修正

6月20日、与党福祉プロジェクトに大蔵調整会議と地方行政調整会議のメンバーを加えた「介護保険制度創設に関するワーキングチーム」（座長山崎拓自民党政調会長）の設置が決定され、7月12日には初の地方公聴会が福岡市内で開かれ、市町村関係者ら団体代表・識者の意見を聞いている。与党ワーキングチームは公聴会を7月から9月にかけて計6回開いている。また7月17日の厚生省における都道府県高齢者介護主管課長会議を皮切りに、介護保険制度に関する説明会も各都道府県で開かれていく。

こうした政府・与党が精力的に地方行脚する一方、7月31日には全国町村会が「介護保険制度について」と題して、低所得者や未納者問題、事務費に対する国費の投入、要介護認定や保険料基準の設定における都道府県の役割強化、市町村の負担軽減、在宅・施設の同時実施、家族介護への現金給付といった要望事項をまとめ、厚生省に提出している⁵⁵。また8月28日には全国市町会も「介護保険制度に関する要望」として同様の意見をまとめ、厚生大臣と与党ワーキングチームの責任者に提示している⁵⁶。

和田勝対策本部事務局長は、市町村への情報提供・意見調整を図るうえで、与党合意の

⁵² 老健審委員で全国町村会常任理事の成毛平昌茨城県東村村長はインタビューで、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年第1917号13頁。

⁵³ 有岡（1996年）8-9頁。『社会保険旬報』1996年第1915号10-2頁。

⁵⁴ 塩川正十郎自民党総務会長のインタビュー参照。読売新聞1996年8月13日付3面。

⁵⁵ 全国町村会「介護保険制度について」1996年7月31日。日本経済新聞1996年8月10日付5面参照。

⁵⁶ 『社会保険旬報』1996年第1922号5頁。

「解決すべき懸案事項」のうち力を入れている点として三つ挙げている⁵⁷。ひとつは市町村の主張する都道府県の関与・役割の強化をいかに調整していくかということである。二つ目は実施時期であり、市町村、施設関係者、医師会から要望されている在宅と施設の同時実施である。三つ目は市町村の財政的懸念であり、保険料未収納と財政調整の問題である。とくに国保連合会に対する評価が地域で異なり、都道府県に要介護認定や保険料基準の設定を委任するという第一の要望に関わっており、また介護保険料の上乗せによる国保加入者の保険料未納の増加も市町村が対策を強く求めている点であるとしている⁵⁸。

一方、与党合意以降、厚生省と医師会の意見調整も図られてきたが、坪井医師会会長は8月27日の会見で、「国民全体で支えていくという意味での社会保険方式には賛成できるが、高齢者に負担を求める現段階での介護保険法案は好ましくない」、「介護保険法案の中に医療提供側がこれまで担ってきた介護サービス部分を盛り込むべき」として、介護保険創設に反対を表明した⁵⁹。これにより交渉は決裂するかにみえたが、坪井会長と山崎座長の間で連絡が取られ、与党ワーキングチームが医師会の要望を取り入れ、9月上旬には厚生省と医師会の間で修正事項について合意がなされた⁶⁰。

与党ワーキングチームは、9月10日、「与党地方公聴会における意見陳述を踏まえた介護保険制度に関する主要な論点（案）」として7月以来の地方公聴会での論点整理を公表し、17日には「介護保険法要綱案に係る修正事項案」（三座長試案）をまとめている⁶¹。翌18日には与党の幹事長・政調会長・政審会長からなる六者協議と政府与党首脳連絡会議で介護保険法要綱案に対する与党修正案が了承され、19日に与党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」として合意された。修正は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ものとなっている⁶²。

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

⁵⁷ 『社会保険旬報』1996年第1920号9-10頁。また1996年8月18日の読売新聞も、政府・与党が8月17日までに介護保険法案見直しについて、都道府県の関与拡大、財政支援体制の整備、在宅・施設の同時実施を図る方針を固めたとしている。

⁵⁸ 厚生省は市町村支援策として八つの方策を都道府県高齢者介護主管課長会議で示している。『社会保険旬報』1996年第1920号48-9頁。香取照幸対策本部事務局次長は、全体の二分の一は公費、三分の一は第二号保険料であり、精算交付によって全体の83%に関して赤字は発生せず、残る17%の第一号保険料のうち7割は年金天引きであり、概ね5%が市町村自らが徴収する保険料であり、未納による赤字は大した額ではないと説明している。

⁵⁹ 『社会保険旬報』1996年第1921号4頁。

⁶⁰ 注49と同じ。

⁶¹ 『社会保険旬報』1996年第1924号6-8頁。

⁶² ただし、19日には全国市町会・町村会が緊急会議を開き、「介護保険制度に関する決議」を採択し、こうした修正案を評価する一方、なお検討を要する点があり、また国保改革の具体的方策を明示するよう求めている。

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た。基金造成に要する費用は国・都道府県・第一号保険料の各々三分の一ずつ負担する。また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介護・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。さらに法案要綱案では定めの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ている。ただし、市町村が要望していた財政調整交付金の5%外枠化は避けられ、国費25%の枠内で措置される。

こうした財政支援策に加えて、修正案では市町村の要望に応えて都道府県の役割が拡大されている。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て、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しないことになった。

制度施行については、地方公聴会開始当初から山崎政調会長が示唆していたように、2000年度から在宅と施設を同時に実施する。これは2000年度に予定されている施設サービスを1999年度の在宅にあわせることは困難であり、ゴールドプランが1999年度に終了することから、2001年度では一年空くことになり、2000年度から在宅・施設同時に実施することが適切とされたためである。また市町村や医師会から強く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。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。

国会審議

こうした与党修正は、9月19日に老健審に報告され、20日には厚生大臣によって閣議に報告されている。10月20日の第41回衆議院選挙では自民党が議席を伸ばしたもの、社民党・さきがけが議席を失い、閣外協力に止まった結果、自民党による単独少数政権が誕生したが、3党による連立の枠組みも緩やかに維持されることになった。橋本内閣の厚生大臣には小泉純一郎氏が就任し、11月5日には修正事項を全面的に盛り込んだ「介護保険法案」が公表されている⁶³。厚生省の岡光序治事務次官の特別養護老人ホームに関する不祥事が発覚し、法案の審議以前に綱紀粛正を求める声もあがったが、介護保険法案は、21日に自民政調審議会、総務会で国会提出が了承され、与党3党の政調・政審会長と小泉厚生大臣の会談（27日）、与党政策調整会議（28日）、閣議（29日）を経て臨時国会に提出された。ただし法案は趣旨説明のみが行われ、継続審議となった。

1997年1月20日に召集された通常国会では、政府・自民党は介護保険制度創設の他に、1997年度予算、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まねばならず、消費税率の引き上げと重なる国民の負担増に社民党が難色を示すなど、審

⁶³ 読売新聞1996年11月6日付1・2面。

議開始以前からすでに介護保険導入を凍結するといった意見も浮上し⁶⁴、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21日から衆議院厚生委員会で審議され、以後地方公聴会も4カ所で開かれ、また「介護の社会化を進める一万人市民委員会」（代表樋口恵子・堀田力）が被保険者を20歳以上にするよう法案修正の働きかけも行ったが⁶⁵、1997年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てしまった。

この健康保険法等改正は患者の自己負担引き上げを主な内容とするものであり⁶⁶、1996年末に与党3党の幹事長・政策責任者からなる六者協議において改正案に合意がなされるにあたって、社民、さきがけ両党の反発を配慮し、確認事項として3月までに診療報酬や薬価制度まで含めた制度全体の抜本改革を検討するとしていた⁶⁷。与党医療保険制度改革協議会では、1997年3月26日、丹羽雄哉座長が「医療保険改革の基本方針（仮称）」を提示し、「参照価格制」の導入などを検討するとしたが⁶⁸、基本方針をまとめにあたって最大の焦点となつたのが診療報酬体系の見直し問題であった。

協議会は4月2日夜から徹夜の調整に入り、一旦は社民・さきがけの主張する定額払い方式の拡大を明記した案に合意しかかったが、自民党が医師会の意向を配慮して「拡大」を明記することに抵抗したため協議は決裂し⁶⁹、3日、3党の政調・政審会長レベルの調整に委ねられることになった。折しも沖縄米軍基地問題についての自民・新進の合意をめぐって自民党内の自社さ連立派と保・保連合派の対立が表面化するなか、医療保険改革が自社さ連立維持の試金石ともいえる状況となった⁷⁰。6日、山崎自民政調会長ら与党3党の政策責任者は協議の末、診療報酬の定額払い方式を「積極的に活用する」という表現を盛り込むことで最終合意し⁷¹、翌7日の与党医療保険制度改革協議会において基本方針の全文がまとめられた。

与党合意を受け、4月8日、医療保険制度改革関連法案は衆議院本会議で趣旨説明と質疑が行われ、厚生委員会での審議が9日から始まった。駐留軍用地特別措置法改正案の衆議院通過を受けて、医療保険改革、介護保険両法案の扱いが政局の焦点となるとともに、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、特措法改正に引き続き、自民党と民主党の政策提携が模索された⁷²。14日、加藤自民党幹事長、山崎自民政調会長、

⁶⁴ 日本経済新聞1997年1月11日付2面。

⁶⁵ 日本経済新聞1997年3月12日付7面。『社会保険旬報』1997年第1945号38-9頁。

⁶⁶ 医療保険改革の背景、法案審議については補論「1990年代における医療保険改革の展開」参照。

⁶⁷ 『社会保険旬報』1997年第1934号49-50頁。

⁶⁸ 日本経済新聞1997年3月27日付1・5面。

⁶⁹ 日本経済新聞1997年4月4日付2面。

⁷⁰ 日本経済新聞1997年4月6日付2面。

⁷¹ 日本経済新聞1997年4月7日付1面。

⁷² 日本経済新聞1997年4月12日付2面。

菅民主党代表、千石由人民主党政調会長が国会内で会談し、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、医療保険改革、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に合意し、翌15日には民主党が加わった「四党協議会」が開催されている⁷³。

医療保険改革法案の国会修正は薬剤費の負担方式を中心に検討され、一旦は自民・民主の両党が受け取った薬剤の費用が一定額以上になった場合に患者から負担を求める方式に修正することで合意したが⁷⁴、こうした自民・民主の動きに社民・さきがけ両党が反発し、修正案協議は難航した⁷⁵。5月6日、自民、社民、さきがけの与党3党は原案では一日一種類15円となっていた薬剤費負担を種類数によって負担額に差をつける方式に変更するなどの修正案をまとめ、翌7日に衆議院厚生委員会に共同提出した。民主党は4党による修正案合意を目前に、都議選（7月6日投票）を控えて患者の自己負担増に賛成できないといった党内からの反対から共同修正案には反対すると決定したが⁷⁶、修正案は7日衆議院厚生委員会、8日衆議院本会議で賛成多数により可決された。

医療保険改革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、翌14日、自民、社民、民主の3党が介護保険法案の修正で合意し、16日に自民、民主、社民、院内会派「21世紀」が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修正案を共同提案した。21日に介護保険法案は衆議院厚生委員会で修正案提出4会派の賛成多数で一部修正のうえ可決され、翌22日に衆議院本会議を通過した⁷⁷。ただし、医療保険改革に関して、社民党が民主党を加えた協議による修正案に賛成する前提が崩れたとし、参議院において高齢者の入院負担軽減や薬剤費負担の見直しを求めた⁷⁸。またこうした再修正を前提とした法案の送付に参議院側から反発があり、参議院の法案審議を左右する村上正邦自民党参議院幹事長が保・保連合に前向きで連立維持派の党執行部に批判的であるという事情もあり⁷⁹、23日まで医療保険改革案の提案理由説明が行われなかった。

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⁸⁰。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

⁷³ 『社会保険旬報』1997年第1945号42頁。

⁷⁴ 朝日新聞1997年4月22日付2面。日本経済新聞1997年5月7日付2面。

⁷⁵ 『社会保険旬報』1997年第1946号41頁。

⁷⁶ 日本経済新聞1997年5月8日付2面。読売新聞1997年5月9日付5面。日本経済新聞1997年5月16日付2面。

⁷⁷ 『社会保険旬報』1997年第1948号32頁。日本経済新聞1997年5月15日付2面。

⁷⁸ 読売新聞1997年5月9日付5面。

⁷⁹ 日本経済新聞1997年5月10日付2面。

⁸⁰ 日本経済新聞1997年5月30日付2面。

優先し⁸¹、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⁸²。ようやく6月9日に与党3党は医療保険法案の参院再修正に正式合意し、同日、参院自民党幹部は新進、公明の会派「平成会」と折衝し、医療保険法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して合意した⁸³。これにより医療保険法案は12日に参院厚生委員会で再修正のうえ可決されたが、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。

むすび

以上、介護保険導入をめぐる政策形成過程を問題提起、意見調整、法案作成の3段階に分けて整理してきた。むすびとして、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まとめておこう。

社会保険と自立支援

厚生省は、少なくとも1992年以降、厚生省内部の研究会における議論を通じて、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」を企図してきた。家族介護の限界はすでに1989年の介護対策検討会報告で指摘されており、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。このゴールドプランは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った⁸⁴。このことは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方向性を与えている。

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北欧型福祉論をはじめ支持された考え方であるが⁸⁵、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いかに困難であるかを官僚達に思い知らせてきた。またゴールドプラン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ことを物語っており、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いており、却って高齢者介護に

⁸¹ 日本経済新聞1997年6月5日付3面。

⁸² 日本経済新聞1997年5月22日付2面。

⁸³ 朝日新聞1997年6月10日付1・2面。

⁸⁴ Campbell (1992) p.308 (邦訳440頁)。

⁸⁵ 例えば、里見・二木・伊藤（1996年）参照。

積極的な自治体の意欲を殺ぐ結果になりかねなかった⁸⁶。したがって、社会保険方式は、給付費用を保険料収入によって帳尻を合わせるものであり、地域保険とすることによってサービス給付の地域差を反映し、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。また現物給付方式は給付対象を介護サービスに特定化することが期待できる。

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もあった。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貧的措置制度のパラダイム転換という目標は私的な懇談会や研究会の報告においても提唱されている。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と言えよう。また高齢者介護・自立支援システム研究会は主に社会保険派で構成され⁸⁷、著名な研究者・実務家に代弁されることによって、厚生省の考え方を権威づけるのに役だったと言えるかも知れない。添付資料3が示すように、高齢者施策の基本方向に関する懇談会や老健審とは異なり、高齢社会福祉ビジョン懇談会や高齢者介護・自立支援システム研究会は、サービスの提供サイドと支払いサイドという通常の利害関係者からは構成されておらず、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がある。ただし、首相の公的な諮問機関である社会保障制度審議会も、厚生省の私的懇談会・研究会とは別個に、自立と社会連帯に基づく高齢者の生活保障として、社会保険方式による公的介護保険の必要性を説いているように、社会保険方式による家族介護と救貧的措置制度のパラダイム転換という目標は、一部の研究者だけに共有されたものではなく、厚生省独自の政策選好ということは難しい。

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おり、阿部正俊氏や山崎史郎氏ら省内で指導的

⁸⁶ 例外的に武藏野市のような事例があるに過ぎない。土屋（1996年）221-8頁参照。

⁸⁷ 田中滋慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授へのインタビューによる。ただし岡本祐三公立みづき総合病院院长や樋口恵子東京家政大学教授が始めから社会保険派だったわけではない。

な立場にあった厚生官僚も医療を介護の不可欠な要素と考えている⁸⁸。ただし、高齢者トータルプラン研究会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、特養老人ホームを介護施設として一元化するとしているように、これまで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当初からの目標であった。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、端的に言えば、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、厚生省の内部資料が早くから規定しているように、老人関係施設を生活型施設（特別養護老人ホーム）、療養型施設（介護力強化型老人病院）、短期家庭復帰支援センター（老人保健施設）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サービスが給付され、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⁸⁹、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⁹⁰。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状況において、介護関連の医療を確保することが死活問題であり、厚生省のいう「定型的な医療サービス」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求めている。

1996年5月13日の厚生省試案では、介護保険制度の目的として医療という言及はなかったが、5月30日の修正試案では「医療と福祉に関わる主体が、それぞれの機能を發揮しつつ、重層的に支えあう制度」とされた。ま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かった⁹¹。医師会は与党合意以降のワーキングチームによる意見調整を通じて働きかけ、最終的には9月19日の与党修正において医師会の要求が全面的に採

⁸⁸ インタビューによる。

⁸⁹ 日本医師会は介護保険に関する中間まとめを1995年2月に公表し、「生涯福祉保険制度」の創設を提言している。

⁹⁰ 注49と同じ。

⁹¹ 同上。

用される。国会に提出された介護保険法案の要綱では総則が「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」と修正されている（下線筆者）。

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。老人医療の問題として、1割自己負担の介護保険制度を創設することによって、老人保健制度の自己負担1割定率化を実現するとか、最終的には高齢者の独立した社会保険といった形で両制度を統合していくといったことも考えられている。しかし、より基本的な問題認識は、山崎史郎氏が講演で述べているように、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、こうした世代間・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ている点にある⁹²。

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導入に賛成したが、それは医療費節減効果は疑わしいものの何もないよりはましといった程度のものであり⁹³、皮肉にも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った。この点は、池田省三氏も介護保険が要介護ランク別の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、市町村の真意を介護保険導入自体の阻止と疑うように⁹⁴、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ことを示している。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述べている⁹⁵。

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。5月30日の修正試案では、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ている。こうした広域的な調整機構は介護保険制度大綱では単に「連合会」、介護保険法案要綱案では国保連合会が当たる

⁹²『社会保険旬報』1995年第1888号4頁。

⁹³ 下村健健保連副会長へのインタビューによる。

⁹⁴ 池田（1996年）65-6頁。

⁹⁵ 注21に同じ。また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つ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年第1917号8頁。

とされた。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、介護保険法案要綱案では、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。

与党合意以降、さらに市町村の要望が取り込まれ、9月19日の与党修正では、国保連合会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て、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介護・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の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。ただし、市町村が要望していた財政調整交付金の5%外枠化は避けられ、国費25%の枠内で措置されることになった。

この他に与党合意までの在宅サービスの先行実施という考え方は医師会や市町村の要望により施設・在宅の同時実施へと変更され、一方家族介護への現金給付に関しては市町村による家族支援事業を認める程度の修正に止まっている。

いかに政策に影響を及ぼすか？

この研究では介護保険法案の政策形成過程を跡付けてきた。まだ法案の成立には至っていないが、これまでの分析結果から以下の結論が導き出せよう。

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、私的な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てきた⁹⁶。しかし、こうした考え方自体は研究者・実務家の間でも支持されたものであり、社会保障制度審議会も提唱しており、必ずしも厚生省独自の政策選好とは言えない。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、医師会の抵抗に直面し、厚生省は介護保険の目的として医療を明記するという修正を余儀なくされ、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せざるを得なかった。ただし、二分の一公費負担（言い換えれば保険料負担で少なくとも半分は賄うこと）、家族介護への現金給付は行わない（現物給付を基本とする）といった方針は貫かれた。

厚生省は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、引き続く審議会や与党との意見調整過程をみると、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ってくる。図3は組

⁹⁶ 山崎史郎氏は国民福祉税構想の教訓から新たな負担を求めるには国民の理解が不可欠であり、老健審の審議録を公開したと説明している。

織の観点から介護保険の政策形成を図式化したものであり、政策の指向性を左右する制度的「場」を示している。介護保険の事例は、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政策形成が制度化されているとともに、実質的な政策立案や合意形成がよりインフォーマルな組織を通じて図られていることも明らかにしている。これ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も一因であるが、同時に政治情勢、政策環境といった外的な状況変化も政策下位システム内の相互関係を変容させていた。

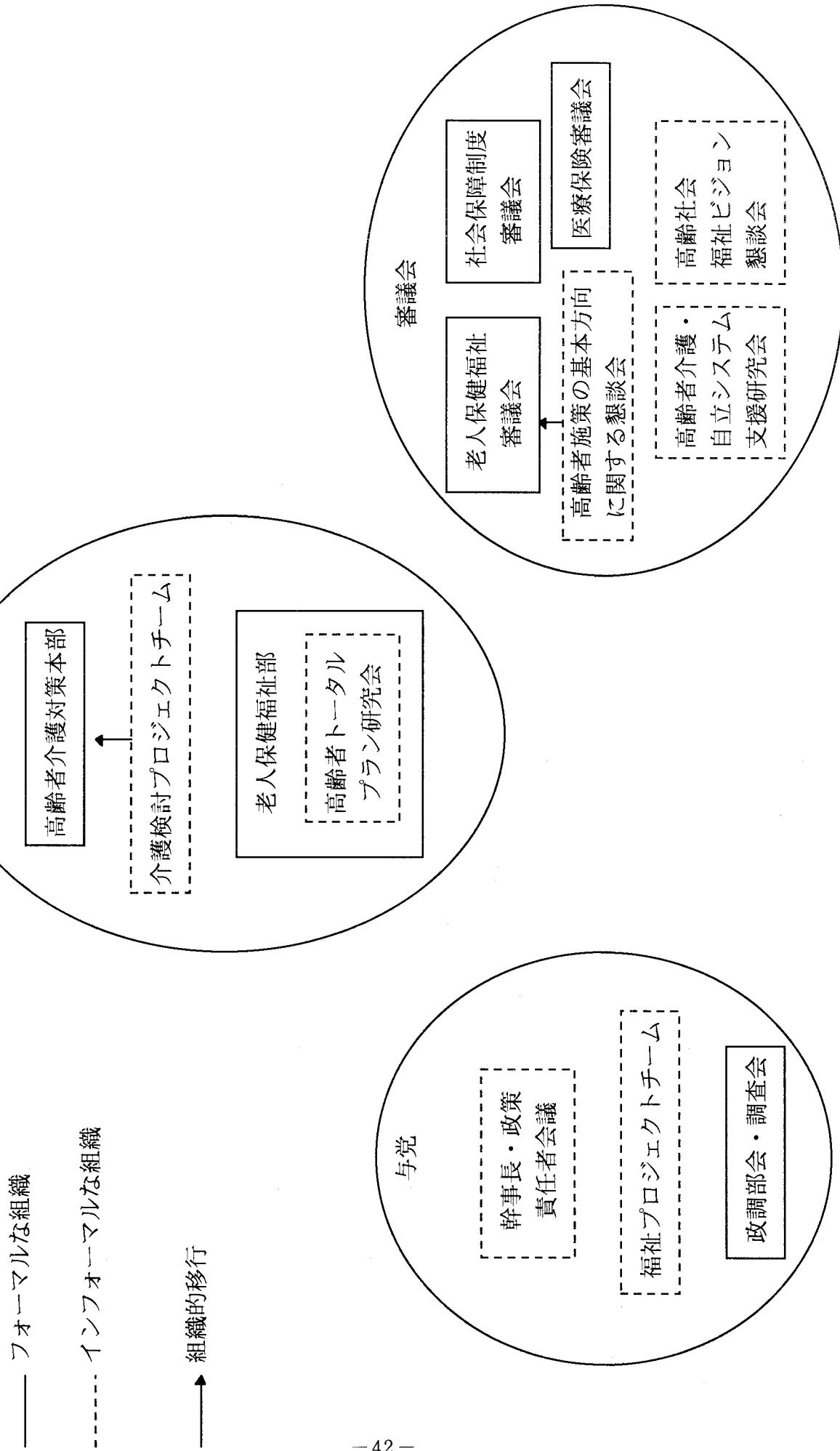
例えば、老健審の中間報告や社会保障制度審議会の勧告が発表された1995年7月と与党ワーキングチームによる関係団体の意見調整が図られた1996年9月に実施された読売新聞による全国世論調査を比較すると、公的介護保険制度の創設に賛成するものは68%から74%に増加し、反対するものは12%から5%に減少しており⁹⁷、世論の動向が介護保険導入にとって必ずしも逆風であったわけではない。こうした社会的動向を考慮すると、衆議院の解散・総選挙や部分連合の模索といった政治情勢は関連政策領域と複雑に錯綜しながら、与党プロジェクトチームと与党執行部の関係を規定し、与党を関係団体の意向により受容的にさせたと言えるかも知れない。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り、また医療保険改革、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。こうした政治・政策的環境は、従来の制度化した与党審査よりも、福祉プロジェクトや幹事長・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り出している。

一事例研究で政策形成一般を論じることに限界もあるが、介護保険の事例は制度変革における政策立案と合意形成のひとつの「型」を提示している。また政策実質的な意味においても、「介護の社会化」という政策転換は、行政改革期における政府運営に関して、従来の「福祉縮小」や「制度的安定化」に加えて⁹⁸、質的な転換によって公的役割を拡大するという観点の必要性を示唆している。官僚による情報の独占が批判され、情報公開の必要性が叫ばれているが、単に審議会の議事録や省庁の資料を公表するだけでは、実質的な交渉や決定がインフォーマルな場に移行するだけである。いかに責任の所在を明らかにしながら政策的情報を提供していくかということが課題であり、このことは政策的情報を収集・活用していく国民サイドの能力の問題でもある。

⁹⁷ 読売新聞1996年9月14日付1・25面。

⁹⁸ 衛藤（1995年）。Cf. Masuyama (1996)。衛藤は「縮小論」として、新川（1993年）、東京大学社会科学研究所編（1988年）を挙げ、中野（1988年）、加藤（1991年）、早川（1991年）、大嶽（1994年）、Campbell (1992)を「安定化論」に含めている。

図3 組織からみた介護保険政策コミュニケーション



日本語文献

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

有岡二郎「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』1996年第1913号6－10頁。

池田省三「公的介護保険法案をつぶしたのは誰だ」『R o n z a』1996年8月号62－7頁。

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

大嶽秀夫「健康保険法改正にみる『福祉見直し』」同『自由主義的改革の時代』（中央公論社、1994年）、143－61頁。

加藤淳子「政策決定過程研究の理論と実証」『レヴァイアサン』1991年第8号165－84頁）。

キャンベル、ジョン（三浦文夫監訳）『日本の政府と高齢化社会』（中央法規、1995年）。

京極高宣ほか「座談会：介護保険で社会福祉はどう変わらのか」『月刊福祉』1996年4月12－25頁。

里見賢治「厚生省・介護保険制度案大綱の陥穰」『社会福祉研究』1996年第66号2－11頁。

里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』（ミネルヴァ書房、1996年）。

『社会保険旬報』1993年第1798号「高齢者施策基本方向に関する懇談会が発足」24頁。

『社会保険旬報』1993年第1809号「細川内閣新厚相に大内啓伍民社党委員長」24－5頁。

『社会保険旬報』1993年第1816号「高齢社会福祉ビジョン懇談会発足」4頁。

『社会保険旬報』1993年第1817号「阿部審議官、社会保険的介護サービス説く」5頁。

『社会保険旬報』1993年第1820号「高齢者介護検討へ：プロジェクトチームが発足」4頁。

『社会保険旬報』1993年第1822号「介護保険は老人保健方式で」14-5頁。

『社会保険旬報』1993年第1827号「今後の医療・保険・福祉・介護の方向：阿部正俊・厚生省審議官の講演から」10-2頁。

『社会保険旬報』1994年第1835号「厚生省に高齢者介護対策本部」4頁。

『社会保険旬報』1994年第1843号「介護対策本部に研究会発足」22頁。

『社会保険旬報』1995年第1869号「高齢者介護問題、年内に結論まとめ」30頁。

『社会保険旬報』1995年第1870号「検討項目を当局が提示」37-8頁。

『社会保険旬報』1995年第1888号「介護保険は医療保険の矛盾を解決する、介護対策本部山崎企画官」4頁。

『社会保険旬報』1995年第1889号「介護給付・制度・基盤整備」38頁。

『社会保険旬報』1995年第1891号「制度・介護給付両分科会が初会合」42頁。

『社会保険旬報』1995年第1893号「三案もとに介護保険制度議論」33-4頁。

『社会保険旬報』1996年第1911号「介護保険制度試案を与党プロ・老健審へ厚生省提示」11-2頁。

『社会保険旬報』1996年第1912号「患者負担引上げ、本人八割負担」37頁。

『社会保険旬報』1996年第1913号「介護保険制度案大綱を諮問」26頁。

『社会保険旬報』1996年第1914号「介護保険法案の今国会提出見送り」24頁。

『社会保険旬報』1996年第1915号「介護保険法案、国会提出見送りと今後」10－2頁。

『社会保険旬報』1996年第1917号「五合目まで登った介護保険」8－11頁。

『社会保険旬報』1996年第1917号「次期国会への法案提出やむを得ない」12－5頁。

『社会保険旬報』1996年第1920号「介護保険法案の次期国会提出をめざして」8－10頁。

『社会保険旬報』1996年第1920号「市町村（介護保険者）に対する支援策」48－9頁。

『社会保険旬報』1996年第1921号「坪井会長、介護保険法案に現段階で反対」4頁。

『社会保険旬報』1996年第1922号「全国市長会が要望」5頁。

『社会保険旬報』1997年第1924号「介護保険修正で与党が合意」6－8頁。

『社会保険旬報』1997年第1934号「老人外来、一回5百円、薬剤一種類、一日15円」49－50頁。

『社会保険旬報』1996年第1945号「一万人市民委員会、介護保険修正要求」38－9頁。

『社会保険旬報』1996年第1945号「健保改正で自民・民主が合意」42頁。

『社会保険旬報』1996年第1946号「健保改正修正案は連休明けに」41頁。

『社会保険旬報』1996年第1948号「介護保険法案も衆院通過へ」32頁。

新川敏光『日本型福祉の政治経済学』（三一書房、1993年）。

滝上宋次郎「公的介護保険制度を読む：厚生省にとって切り札となるか」『日経ヘルスビジネス』1994年10月17日号13頁。

土屋正忠『武藏野市から都市の未来を考える』（東洋経済新報社、1996年）。

東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家（下）』（東京大学出版会、1988年）。

中野実「わが国福祉政策形成の政治過程」、日本政治学会編『転換期の福祉国家と政治学』（岩波書店、1988年）、125-61頁。

二木立「公的介護保険一辺倒の議論に異議あり」『社会保険旬報』1995年第1867号6-1頁、第1868号9-12頁。

『日経ヘルスビジネス』1993年11月15日「厚生省の介護保険構想に老健方式も浮上、近く正式チーム発足へ」1-2頁。

『日経ヘルスビジネス』1993年3月29日「公的介護保険など近未来施設を大胆に提示した厚生内部文書」2-7頁。

『日経ヘルスビジネス』1994年9月19日「厚生省内検討プロジェクトの試案骨格、たたき台として注目」10-2頁。

早川純貴「福祉国家をめぐる政治過程」（その一）『駒沢大学法学論集』1991年第43号111-159頁、（その二）『駒沢大学政治学論集』1991年第33号33-93頁。

増山幹高「政策コミュニティと政策パラダイム」『慶應義塾大学大学院法学研究科論文集』1991年第32号109-30頁。

外国語文献

Berry, Jeffrey. 1989. "Subgovernments, Issue Networks, and Political Conflict." pp. 239-60 in *Remaking American Politics*, ed. Richard Harris and Sidney Milkis. Boulder: Westview Press.

Campbell, John. 1992. *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton: Princeton University Press.

Cater, Douglass. 1964. *Power in Washington: A Critical Look at Today's Struggle to Govern in the Nation's Capital*. New York: Random House.

- Cohen, Michael, James March and Johan Olsen. 1972. "A Garbage Can Model of Organizational Choice." *Administrative Science Quarterly* 17:1-25.
- Dobbin, Frank. 1994. *Forging Industrial Policy: The United States, Britain, and France in the Railway Age*. New York: Cambridge University Press.
- Freeman, John Leiper. 1965. *The Political Process : Executive Bureau-Legislative Committee Relations, rev. ed.* New York: Random House.
- Hall, Peter. 1993. "Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain." *Comparative Politics* 25:275-96.
- Heclow, Hugh. 1978. "Issue Networks and the Executive Establishment." pp. 87-124 in *The New American Political System*, ed. Anthony King. Washington, D.C.: American Enterprise Institute.
- _____. 1974. *Modern Social Politics in Britain and Sweden: from Relief to Income Maintenance*. New Haven: Yale University Press.
- Hofferbert, Richard. 1974. *The Study of Public Policy*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Kingdon, John. 1984. *Agendas, Althernatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown.
- Kiser, Larry and Elinor Ostrom. 1982. "The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Synthesis on Institutional Approaches." pp. 179-222 in *Strategies of Political Inquiry*, ed. Elinor Ostrom. Beverly Hills: Sage.
- Masuyama, Mikitaka. 1996. "The Ministry of Health and Welfare, and an Injection of Political Science." *Social Science Japan* 7:13-5.
- Masuyama, Mikitaka and John Campbell. 1996. "The Evolution of Fee-Schedule Politics in Japan." pp. 265-77 in *Containing Health Care Costs in Japan*, ed. Naoki Ikegami and John Campbell. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- McConnell, Grant. 1966. *Private Power and American Democracy*. New York: Random House.
- Sabatier, Paul. 1988. "An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the role of Poliicy-Oriented Learning Therein." *Policy Science* 21:129-68.

_____. 1991. "Toward Better Theories of the Policy Process." *PS: Political Science & Politics* 24:147-156.

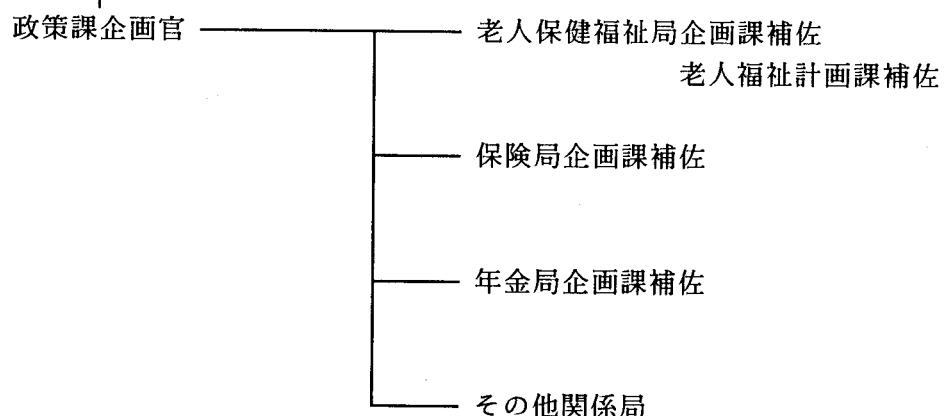
Walker, Jack. 1981. "The Diffusion of Knowledge, Policy Communities, and Agenda Setting: The Relationship of Knowledge and Power." pp. 75-96 in *New Strategic Perspectives on Social Policy*, eds. John Tropman, Milan Dluhy and Roger Lind. New York: Pergamon Press.

_____. 1977. "Setting the Agenda in the U.S. Senate: A Theory of Problem Selection." *British Journal of Political Science* 423-45.

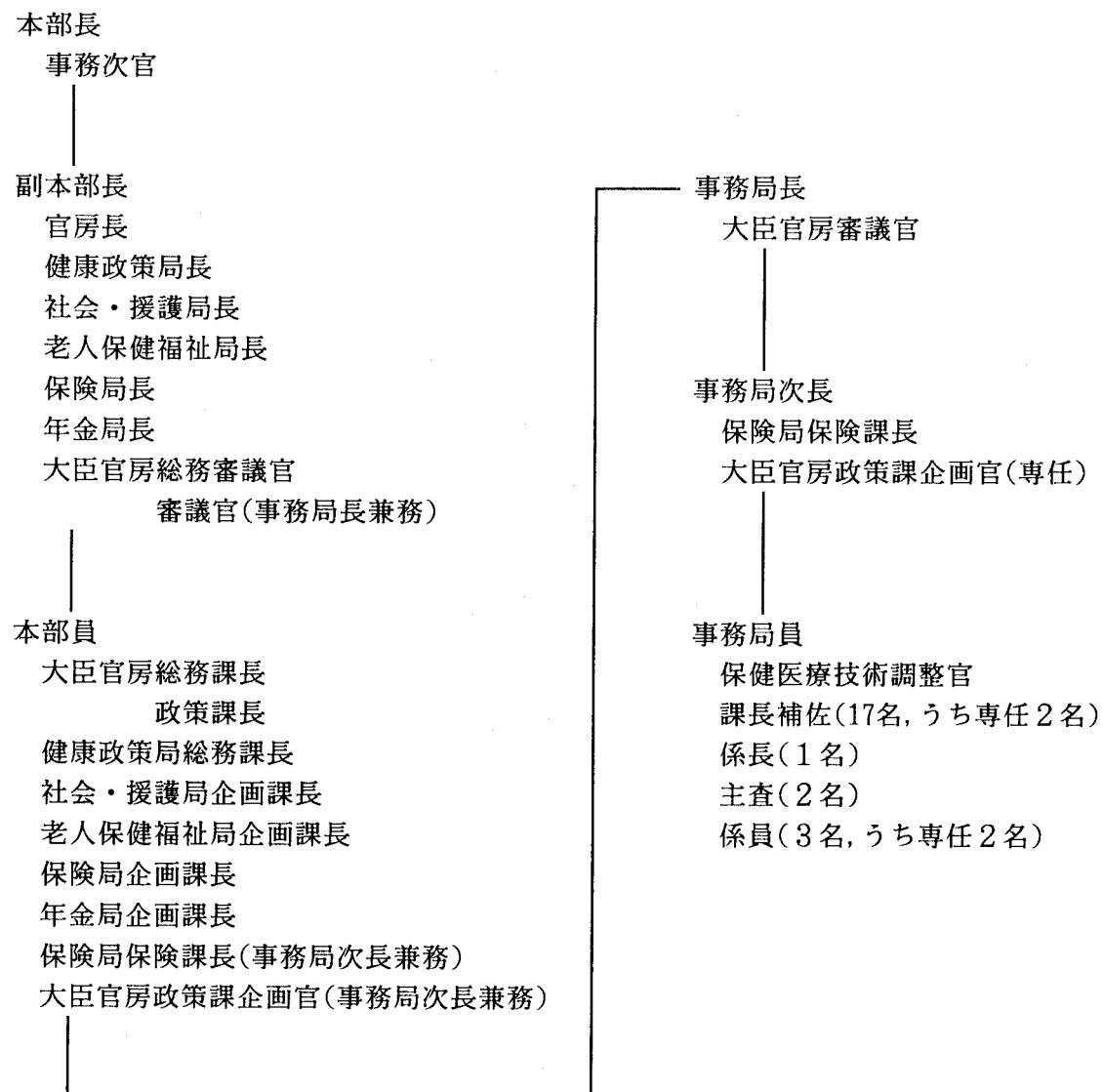
資料 1 厚生省の高齢者介護関連組織

省内検討プロジェクトチーム（平成5年～）

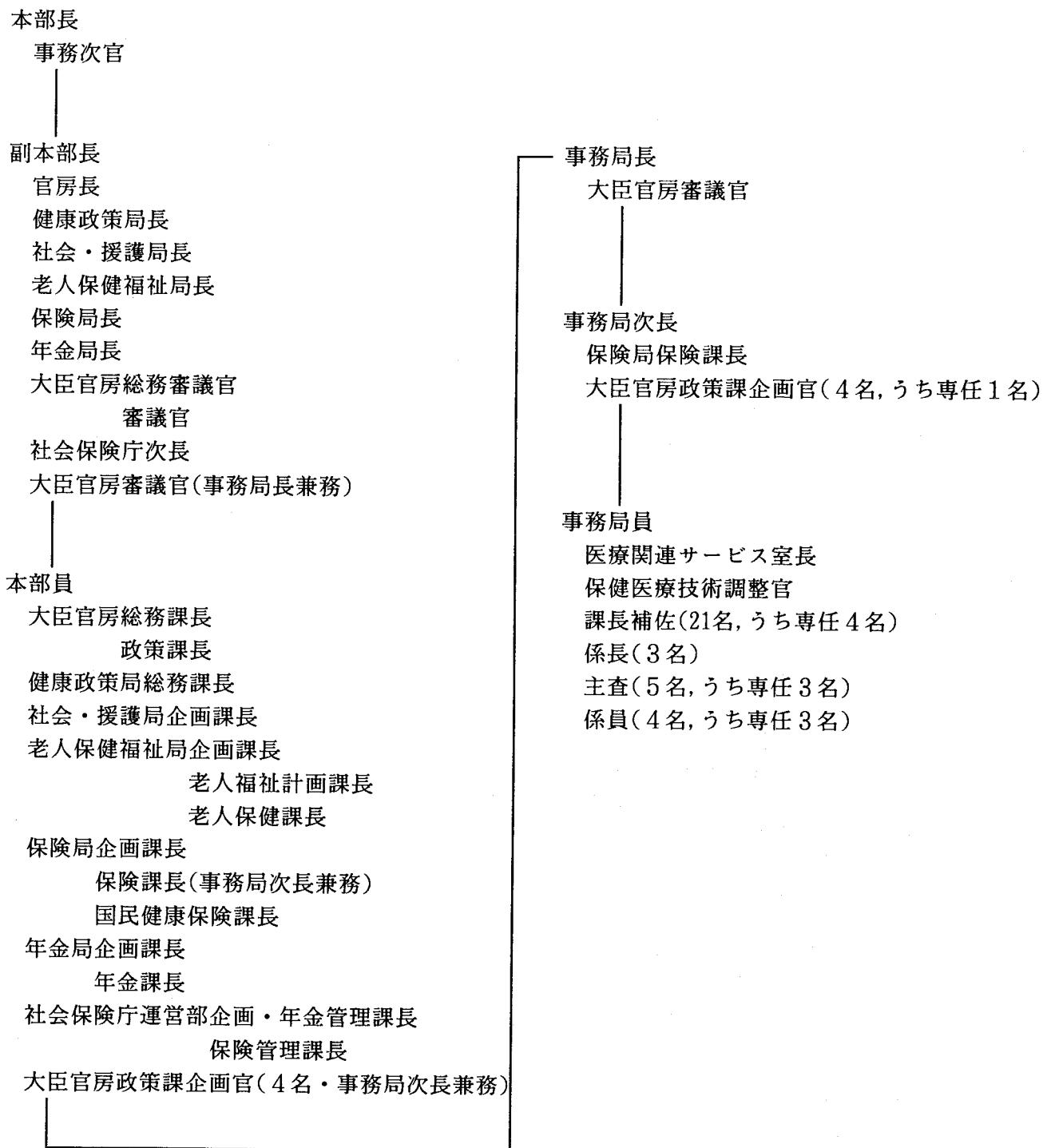
審議官（老人保健福祉担当）



高齢者介護対策本部組織図（平成6年～）



高齢者介護対策本部組織図（平成7年～）



高齢者介護対策本部組織図（平成 8 年～）



資料2 高齢者介護新システム試案

1 基本的視点

- 医療、福祉といった既存制度の枠組みのなかでの対応では、今後増大し、多様化する高齢者の介護ニーズに対応していくことは困難。
　介護に着目した新しいサービス体系を構築していくことが必要。
- 本人の意思を尊重しつつ、個々人のニーズに応じたサービスを最適な組み合わせで提供する、という「対人サービス」「ケアパッケージ」の考え方方に立った仕組みが必要。
- この場合、要介護状態にある高齢者には、身体介助や家事支援などの日常生活支援サービスと医学管理サービスとを一体的に提供することが必要。
- また、高齢者本人が、個々のニーズに即した必要なサービスを現実に手に入れることができるよう、現物給付を基本としたサービス体系とすべき。
- 在宅・施設サービスは、高齢者のニーズに応じた適切かつ合理的なサービス選択が可能となるよう、サービス水準・費用負担の両面で公平なものであるべき。

その意味で、まず在宅サービスの質・量両面での供給体制整備が急務。

- 要介護状態の発生は何人にも起こり得ることであること、一度起こってしまうと私人の能力で対応することは非常に困難であることを考えると、国民相互の社会連帯を基本としたシステムによる対応が最も適当。
- 制度運営に要する費用は、保険料・公費（国・地方自治体）と合わせ、公的年金制度の成熟等を考慮し、利用者自身による支払いを適切に組み合わせていくべき。

2 制度の骨格

（1）給付設計

- サービス給付対象者は65歳以上の要介護高齢者とする。
　※併せて65歳未満の障害者を給付対象とすることも検討。
- サービス利用は、指定サービス機関（市町村が指定）と本人との契約によることを原則とする。
　但し、契約に馴染みにくいケースについては、行政の関与によるサービス提供の枠組み（措置的な制度）を用意する。
- 高齢者の自立に必要なサービスを最適な組み合わせで提供するため、専門家（ケアマネージャー）又は専門家チームが、高齢者的心身の状況等を総合的に判定・評価（「要支援度ランク」に該当することの判定）し、個々人ごとのサービスパッケージを組み立てて、その後のフォローアップも行う、というケアマネジメントの仕組みを制度化する。
　なお、制度としてのサービス給付の公平・適正を担保する観点から、「要支援度ランク」に応じた標準的な給付水準を設定する。

ア 在宅サービス給付

従来の医療・福祉という縦割りの給付体系にこだわらず、身体介助や家事支援などの日

常生活支援サービスと医学管理サービスとを一体的に提供する。

サービスの種類としては、ホームヘルプサービス、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、配食サービス、住宅改造、福祉用具の給付・貸与等を実施するものとし、さらに、各自治体の実状に応じた独自サービスを組み込む。

イ 施設サービス給付

従来、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」として再編成した上で、療養や生活支援等の施設の機能特性、利用機関等に応じていくつかの類型に体系化する。

なお、施設サービスに関しては、本制度による給付とは別に、必要な医療サービスが行われるよう、医療法との整合性に留意する必要がある。

(2) 地方自治体の役割

○ 市町村は、本制度の実施主体として、事業運営の権限と責任を有する。

また、一般行政主体として、市町村老人保健福祉計画に基づいた高齢者保健福祉サービスの供給体制の計画的整備に努める。

○ 都道府県は、広域的な視点からの市町村間のサービス調整を行うとともに、小規模市町村の事業運営に対する必要な支援等を行う。

また、ケアマネージャーを含め、マンパワーの養成・研修を行う。

(3) 財源

○ 制度運営に要する費用としては、保険料、公費（国・地方）、利用者負担を適切に組み合わせる必要がある。

公費と保険料の割合については、現行の老人保険制度や老人福祉制度における取り扱い等を考慮して定める。

また、負担と給付の公平性を担保する観点から、利用者にも一定水準の負担を求める。

○ 基礎的生計費については、自己負担とすることを原則とし、低所得者等については別途措置を講じる。

○ なお、利用者負担を支払うことができない者については、市町村による立替払等の仕組みを用意しつつ、公平性の観点から最終的には利用者の遺産等からの支払いを求ることとする。

(4) 制度の構成

○ 制度の構成としては、例えば、次のような案が考えられる。

(第1案) 独立の社会保険制度

- ・市町村を保険者とし、20歳以上の住民を被保険者とする独立の社会保険。
- ・保険料は全国一本の料率（標準料率）を設定し、定額部分と報酬比例部分とで構成する。
- ・市町村ごとの高齢化率・財政力の差異によって生じる財源の過不足を補正するために財政調整措置を実施。

(第2案) 市町村と医療保険各保険者との共同事業

- ・制度運営を市町村と医療保険各保険者との共同事業とする。
 - ・保険料は本制度のための独立の保険料を各保険者ごとに算定・賦課し、各保険者が徴収。
 - ・この場合の保険料構成は、定額部分と報酬比例部分とし、被用者保険に係る報酬比例部分については事業主負担を組み合わせる。
- なお、費用構成については、消費税との関連で、保険料・公費（国・地方）の在り方について様々な対応が考えられ、慎重な検討が必要である。

3 その他

- 高齢者保健福祉サービスの供給体制については、現在、各市町村において、ゴールドプラン及び市町村の老人保健福祉計画に基づいて計画的整備を進めている途上であり、地域による整備水準のバラツキもあることから、本制度を全国実施するに際しては、市町村単位で、完全実施の最終目標年次を定めた上で、供給体制の整備水準に応じて計画的・段階的に実施していくことを認める。
- 本制度の実行ある実施のためには、サービス供給体制の緊急整備が必要であり、財源措置を含めたサービス基盤緊急整備のための特別措置を講じる必要がある。
- また、高齢者の自立した生活の基盤となる住宅の整備、家族介護・利用者負担と相続の関係等についても、具体的な制度設計時に併せて検討を進める必要がある。

資料3 懇談会・審議会の委員構成

高齢者施策の基本方向に関する懇談会

(1993年4月)

研究者他 宮崎 勇(座長) 大和総研代表取締役理事長
三浦 文夫 日本社会事業大学学長

水野 肇 医事評論家

高齢社会福祉ビジョン懇談会

(1993年10月)

宮崎 勇(座長) 大和総研代表取締役理事長
京極 高宣 日本社会事業大学教授
宮島 洋 東京大学経済学部教授
鳥居 泰彦 慶應義塾長
丸尾 直美 慶應義塾大学総合政策学部教授
袖井 孝子 お茶の水女子大学生活科学部教授

鶴田 卓彦 日本経済新聞社社長
小宮山洋子 日本放送協会解説委員
森 英恵 デザイナー
高野 悅子 岩波ホール総支配人
浅利 廉太 演出家・劇団「四季」代表

提供側

坂上 正道 北里大学客員教授(日本医師会副会長)

糸氏 英吉 日本医師会常任理事
山口 昇 公立みつぎ総合病院院長

岩田 克夫 老人福祉施設協議会会長
吉崎 正義 血液製剤調査機構専務理事

支払側 西川 忠 健康保険組合連合会常務理事
加地 夏雄 国民健康保険中央会理事長
柳 克樹 地方職員共済組合理事長
金平 輝子 東京都副知事
松浦 幸雄 高崎市長(群馬県)
山城 時正 佐敷町長(沖縄県)
成瀬 健生 日本経営者団体連盟常務理事
窪田 弘 日本債券信用銀行頭取

金平 輝子 東京都副知事
渡里杉一郎 日本経営者団体連盟副会長
田村 憲一 日本労働組合総連合会副会長
高村 勲 日本生活協同組合連合会名誉会長

高齢者介護・自立支援システム研究会

(1994年7月)

老人保健福祉審議会

(1994年10月)

京極 高宣	日本社会事業大学教授
宮島 洋	東京大学経済学部教授
清家 篤	慶應義塾大学商学部教授
田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
大森 彌（座長）	東京大学教養学部教授
樋口 恵子	東京家政大学教授

宮崎 勇（会長）	大和総研代表取締役理事長
京極 高宣	日本社会事業大学学長
大森 彌	東京大学教養学部教授
樋口 恵子	東京家政大学教授
水野 肇	医事評論家

山口 昇	公立みつぎ総合病院院長
岡本 祐三	阪南中央病院内科医長
橋本 泰子	東京弘済園弘済ケアセンター所長
山崎摩耶	帝京平成短期大学助教授

坪井 栄孝	日本医師会副会長
糸氏 英吉	日本医師会常任理事
山口 昇	公立みつぎ総合病院院長
多田羅 浩三	大阪大学医学部教授
石井 岳三	全国老人福祉施設議会会长
橋本 泰子	西南女学院大学保健福祉学部教授
見藤 隆子	日本看護協会会长
村上 勝	日本歯科医師会副会長
荒巻 善之助	日本薬剤師会副会長
黒木 武弘	社会福祉・医療事業団理事長
西川 忠	健康保険組合連合会常務理事
加地 夏雄	国民健康保険中央会理事長
柳 克樹	地方職員共済組合理事長

喜多 洋三	全国市長会社会文教分科会委員長
早野 仙平	岩手県田野畑村長
成瀬 健生	日本経営者団体連盟常務理事
窪田 弘	日本債券信用銀行頭取
田邊 辰男	日本経営者団体連盟政策委員
原 五月	日本労働組合総連合会副会長
吉井 真之	日本労働組合総連合会中央執行委員
見坊 和堆	全国老人クラブ連合会常務理事

資料4 与党福祉プロジェクト委員（1994年7月21日）

会派	委員名	幹事	衆・参議院
自民党	安倍晋三		衆議院
	衛藤晟一	○	衆議院
	木村義雄		衆議院
	古賀誠		衆議院
	住博司		衆議院
	戸井田三郎		衆議院
	丹羽雄哉	○	衆議院
	佐々木満	○	参議院
	前島英三郎		参議院
	宮崎秀樹		参議院
社会党	池端清一		衆議院
	網岡雄		衆議院
	五島正規		衆議院
	土肥隆一	○	衆議院
	今井澄	○	参議院
	日下部禧代子		参議院
	堀利和		参議院
さきがけ	三原朝彦	○	衆議院
	渡海紀三郎		衆議院
	高見裕一		衆議院

(補論)

1990年代における医療保険改革の展開

補論

1990年代における医療保険改革の展開

1997年7月3日

曾根プロジェクト（医政研究会）

○ 目次

医療保険審議会の創設

1994年度健康保険法等改正

1995年度国民健康保険法等改正

「医療保険改革」の始動

国民医療総合政策会議

医療保険審議会「建議書」

医療保険改革法案

「医療制度改革の基本方針」

医療保険改革法案の修正

○ 医療保険審議会の創設

1980年代においても老人保健法、健康保険法改正などによって自己負担の引き上げや保険者間の財政調整といった医療保険の制度改革は進められてきた。しかし、国民健康保険は財政難、地域間の保険料格差、小規模保険者など、各保険制度の中で最も多くの問題を抱えながら、常設の審議機関もないままであった。そこで1991年12月28日、給付と負担の適正化・公平化をさらに進め、医療保険の一元化を本格的に検討するためには、これまでの社会保険審議会を発展的に改組し、国保を含む医療保険制度全般の審議機関として「医療保険審議会」を設置する方針が閣議決定された。医療保険審議会設置を盛り込んだ健康保険法等改正案は、1992年2月14日国会に提出され、同年3月27日成立した。医療保険審議会は6月17日に設置され、9月4日に初会合を開いている。

医療保険審議会（発足時） ◎会長 ※会長代理

安藤哲郎 全国市長会相談役（北海道網走市長）

貝塚啓明※ 中央大学法学部教授

加地夏堆 国民健康保険中央会理事長

河北博文 日本病院会理事

北原三平 全国町村会常任理事（高遠町長）

桑原芳彦 健康保険組合連合会常務理事

幸田正孝 年金福祉事業団理事長

河内山大作 全国化学一般産業労働組合連合会会长

佐々木喜久治 秋田県知事

佐々木靖 全日本海員組合副組合長

塩野屋祐一 一橋大学経済学部教授

尚弘子 放送大学沖縄地域学習センター長

高木剛 ゼンセン同盟書記長

高梨昇三 日本経営者団体連盟環境社会部長

高橋幹治 大日本水産会常務理事

坪井栄孝	日本医師会副会長
水野肇	医事評論家
三田政吉	全国国民健康保険組合協会副会長
宮沢健一○	社会保障研究所所長
村上勝	日本歯科医師会副会長
村田幸子	日本放送協会解説委員
持永堯民	(財) 地方自治情報センター理事長
安原正	山種証券代表取締役会長
矢田忠昭	全国建設労働組合総連合書記長
若杉史夫	信越化学工業株代表取締役副社長

医療保険審議会は1993年1月20日に8項目から成る「医療保険審議会における検討項目」をとりまとめている。

医療保険審議会における検討項目

- I 公的医療保険の役割
- II 保険給付の範囲・内容
- III 紹介と負担の公平
- IV 医療費の規模及びその財源・負担のあり方
- V 医療保険制度の枠組み及び保険者経営のあり方
- VI 現金給付のあり方
- VII 保健施設事業のあり方
- VIII その他

○ 1994年度健康保険法等改正

引き続き「検討項目」I(公的医療保険の役割)とII(保険給付の範囲・内容)を中心に審議が進められ、1993年6月23日には「検討項目I、IIを中心としたこれまでの検討内容の中間まとめ」が作成され、公的医療保険の役割を見直すために、以下の項目について検討を行うものとした。

公的医療保険の給付の範囲・内容の見直し

- (1) 保険給付の内容の見直し
 - ア. 納入
 - イ. 室料
 - ウ. 薬剤・治療材料
- (2) 特定療養費制度の活用
- (3) 現金給付の見直し
- (4) 医療関連給付の見直し
 - ア. 療養費
 - イ. 保険外負担
 - ウ. 保健福祉施設事業
- (5) 介護問題への対応
- (6) その他

そして医療保険審議会は12月8日、(1)公的医療保険の役割、(2)保険給付の範囲・内容について「建議書」を作成する。この建議書では見直しの方向として以下の項目が挙げられる。

1. 付添看護・介護に係る給付の改革
2. 在宅医療の推進
3. 入院時の食事に係る給付の見直し
4. 療養環境等に係るサービスの向上

5. 薬剤に係る給付の見直し
6. 介護サービス体系の確立
7. その他
 - (1) 現金給付
 - (2) 療養費
 - (3) 保健福祉施設事業

また老人保健審議会も12月15日、70歳以上の老人（65歳以上の寝たきり老人を含む）に入院時の給食費に一部患者負担を求め、在宅と病院、病院と老人施設間における利用者負担格差の解消を図るとする意見を具申した。

これにより厚生省は、一般も老人も全入院患者が食費を負担するよう給付の見直しを盛り込んだ健康保険法・老人保健法の改正案をまとめる。改正案は、この他に付添看護・介護や在宅医療の給付見直しを内容とし、1994年2月16日に医療保険審議会、17日に老人保健審議会、22日に社会保障制度審議会に諮問され、順に18日、22日、3月3日に了承する旨の答申を得ている。法案は3月22日国会に提出され、6月23日成立し、一部を除いて10月1日に施行されている。またこの法改正で老人保健審議会が改組され、老人保健福祉審議会が創設されている。

○ 1995年度国民健康保険法等改正

前回の国保改正以降審議を重ねてきた医療保険審議会国民健康保険部会は、1994年6月22日、「これまでの検討内容の中間まとめ」を作成し、当面する問題として、

- (1) 低所得者層への対応
- (2) 保険料負担の不均衡への対応
- (3) 小規模保険者への対応
- (4) 他制度との関わり
- (5) その他

を次期国保改正に向けて検討することとした。そして医療保険審議会は12月9日に「平成7年度の国民健康保険制度改正に関する意見」として、

- (1) 保険者内及び保険者間における負担の公平化
- (2) 医療費の地域差に起因する費用負担の公平化
- (3) 小規模保険者への支援
- (4) その他

を具申し、とくに国保には保険料を免除・軽減されている低所得者が多く、そのしづ寄せで中間所得者の保険料が相対的に高くなっているために、中間所得層の負担を軽くすることなどを求めた。また前年12月15日の老人保健審議会の意見書では、入院時の給食費負担に加えて、(1)老人医療費拠出金をリハビリなどを提供する老人保健施設や訪問看護ステーションの整備費にも振り向ける、(2)高齢化が進む国民健康保険を支援するために老人加入率が20%を越える市町村の超過負担医療費は全保険制度で分担するよう見直すと提言されており、1994年10月に設置され、審議を重ねてきた老人保健福祉審議会も、12月9日、国保の負担を減らして被用者保険の負担を重くする方向を打ち出す意見書をまとめている。

厚生省は保険料軽減制度の拡充、保険基盤安定制度に係る暫定措置、高額医療費共同事業の拡充、国保財政安定化支援事業の延長、老人加入率上下限の引き上げなどを盛り込んだ「平成7年度における国民健康保険法等の改正要綱」を作成し、1995年1月19日に医療保険審議会および老人保健福祉審議会に諮問し、同日了承の答申を得ている。法案は2月3日国会に提出され、3月29日成立、4月1日から施行されている。

○ 「医療保険改革」の始動

老人保健福祉審議会における介護保険審議が本格化するなか、1995年8月4日、医療保険審議会は「検討項目Ⅲ、Ⅳ、Ⅴを中心としたこれまでの検討内容の中間とりまとめ」を報告し、以下を当面の検討課題として提示した。

(1) 新たな高齢者介護システムの創設

長期入院のは是正

医療と介護の整合的な費用負担

(2) 老人保健制度の見直し

世代間不公平のは是正：自己負担の引き上げ

高齢者世代内不公平のは是正：被用者保険被扶養者からの保険料徴収

若年齢世代内不公平のは是正：国保加入者の負担軽減

(3) 給付のあり方

自己負担の8割均一化

薬剤費自己負担の導入

(4) 国民健康保険制度の改革

保険料負担の地域間格差は是正

(5) 政管健康保険の財政安定化

(6) その他

さらに医療保険審議会は1996年6月21日に「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について（第二次報告）」と題して、医療保険サービスの範囲や提供体制の見直し等、総合的な医療費抑制の方向性を提示した。具体的には制度改革のための検討項目として、とくに患者自己負担の本人2割や薬剤5割、償還払い制などを検討するよう求め、また供給面では「社会的入院」の解消、平均在院日数の短縮、病床数の引き下げ、保険医の定年制や定数制導入を提起した。

1. 国民経済と国民医療

2. 医療保険の立場から見た医療提供体制のあり方

①社会的入院の解消、病床数の見直し等

②医師数の見直し

③医療機関の機能分担と連携

④医療関係情報の提供の充実

⑤医薬分業

⑥医師の教育のあり方

⑦その他

3. 医療保険制度における対応

(1) これから医療保険制度の役割

①給付の重点化等

②当事者の選択と責任

③その他

(2) 医療保険制度の構造の見直し

①被用者保険と国保の関係

②高齢者の位置づけ

③被用者保険制度の課題

④国民健康保険制度の課題

⑤保険料負担、患者負担及び公費負担の組合せ

(3) 患者負担等の見直し

①給付率の見直し等

②薬剤給付の見直し

③その他

(4) 診療報酬体系等の見直し

①診療報酬のあり方

- ②薬価・薬価差のあり方
- ③審査支払のあり方
- (5) 情報提供システムの充実
- 4. 今後の進め方
 - ①改革の全体像
 - ②国民のコンセンサスを得るための手続き
 - ③その他

さらに1996年7月31日、医療保険審議会は「今後の医療保険制度改革について」をまとめ、医療制度改革の段階的な実施に向けて、中期的な改革ビジョンと当面の改革案を検討していくとした。当面の改革として、患者の自己負担を引き上げることなどを柱とする以下の施策メニューを提示している。

- 医療提供体制の見直し**
 - 病床数の見直しなど
 - 老人保健制度（老人医療費の負担の仕組み）の見直し
 - 被用者保険制度の見直し
 - 健保組合の適正規模への見直しなど
 - 国民健康保険制度の見直し
 - 広域化などによる小規模保険者の安定化対策など
 - 保険からの給付の重点化
 - 軽医療部分についての給付の除外や給付率の引き下げ
 - 病室料、食事などの給付除外
 - 混合診療の禁止の緩和
 - 診療所からの紹介がない病院受診の際の患者負担増など
 - 患者負担の見直し
 - 高齢者の患者負担の定率化（1割、2割）
 - 健保加入者本人の患者負担2割
 - 薬剤にかかる患者負担3割または5割など
 - 薬剤にかかる給付の見直し
 - 医薬品の種類に応じた給付率格差の設定
 - 費用を患者が保険に請求する償還制度の導入など
 - 保険料負担の引き上げ

○ 国民医療総合政策会議

このような医療保険サイドから見た医療提供体制についての問題提起を受け、厚生省は医療審議会、医療関係者審議会、医療保険審議会、老人保健福祉審議会、中央社会保険医療協議会の委員の中から構成される「国民医療総合政策会議」を発足させ、1996年7月29日に初会合が開かれている。

国民医療総合政策会議 ○会長

青柳俊	日本医師会常任理
浅田敏雄○	私立学校教職員共済組合理事長
糸氏英吉	日本医師会副会長
井原哲夫	慶應義塾大学商学部教授
大道學	日本病院会副会長
工藤敦夫	地域振興整備公団総裁
幸田正孝	年金福祉事業団理事長
佐々木毅	東京大学法学部教授
高木剛	ゼンセン同盟書記長
竹中浩治	厚生年金事業振興財団常務理事
田中直樹	学校法人慈恵大学理事
田邊辰男	日本経営者団体連盟政策委員
宮下和人	日本歯科医師会副会長

村田幸子 日本放送協会解説委員
持永堯民 地方自治情報センター理事長
安原正 山種証券代表取締役会長

主たる検討事項としては、

- ・国民の医療ニーズの変化をふまえた療養環境の改善及び医療サービスの向上
- ・医療機関の機能分担・連携の推進及び病床数の見直し等
- ・医師・歯科医師の教育・研修の向上及び医師・歯科医師の需給の見直し
- ・医療に関する情報提供の推進

が挙げられ、また事務局として、厚生省内に事務次官を本部長とする「国民医療総合政策プロジェクトチーム」が設置されている。

この国民医療総合政策会議は1996年11月13日に「中間報告」を作成し、各家庭のかかりつけ医を医療の最重要機関と位置づけ、病院に集中しがちな老人医療の実態を改める考えを示している。

- ・医療機関の体系化・充実
かかりつけ医を第一線の医療機関として位置付け、地域医療支援病院や長期療養型施設の整備を促進し、医療機関の役割分担を図る。
- ・医療提供体制の効率化
医学部の入学定員削減、医師国家試験の改革、保険医の定数制、定年制等により、将来過剰となる医師数を削減し、保険医療機関への指定を見直すことで過剰な病床を削減する。
- ・医療における情報提供の推進
医療機関の情報提供を促進するために、かかりつけ医の広告を自由化することを検討し、また第三者機関による病院機能評価を充実し、その情報公開を推進する。さらに患者へのレセプトによる情報の提供やカルテの内容を開示するといった課題に取り組む。

○ 医療保険審議会「建議書」

こうした国民医療総合政策会議と平行して、医療保険審議会も医療保険の総合的な改革の検討を続け、まず1996年10月2日に「今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理」をまとめている。

医療保険改革の基本的方向

- (1) 良質な医療の確保
 - 良質かつ適切な医療の提供体制の整備
 - 社会的入院の解消
 - 在院日数の短縮等
 - 薬剤給付等の見直し
 - 病診の役割分担と連携の強化
 - 医療における情報の提供と患者の選択
- (2) 医療保険制度が果たすべき役割
 - 給付率の水準
 - 患者ニーズの高度化・多様化への対応
- (3) 人口の高齢化への対応
 - 医療保険制度における高齢者の位置付け
 - 高齢者の給付と負担のバランス
 - 国民健康保険の運営の安定化
- (4) 医療費の伸びを安定化するための方策の確立
 - 医療費の伸びを安定化する必要性
 - 診療報酬体系等の見直し
 - 適正な医療提供体制の確立
- (5) その他
 - 保険者の機能の強化

医療データの蓄積と公開 情報通信技術等の活用

とくに医療技術の進歩や多様化する医療ニーズに対応するため、医療保険で賄う保険診療を必要最低限の基本的な部分に限定し、患者が差額分を自己負担する特定療養費制度を活用し、保険診療と自由診療の混合診療を容認する方針を打ち出した。また傷病手当金や出産手当金、出産育児一時金、埋葬量などの現金給付も削減する方向で見直す。医療費の患者負担については、実効給付率を各制度を通じて適切なものにし、薬剤費の自己負担引き上げや高齢者に応分の負担を課し、若年齢世代の保険料負担の軽減を図るとしている。

1996年11月27日、医療保険審議会は「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」と題する建議書をまとめ、小泉純一郎厚生大臣に提出した。建議書は21世紀初頭に目指すべき医療保険制度を念頭に、改革を2010年頃までに3段階で実施するよう提言している。第一弾の1997年度における改革としては給付と患者負担の見直しを求めている。

- ・健康保険など被用者保険の加入者本人の医療費自己負担割合を、現行の一割から、本則どおりの二割に引き上げる。
- ・70歳以上の老人の医療費自己負担を、現行の定額（外来一ヶ月1,020円、入院710円）から、1～2割の定率に変更する。
- ・医師が処方する医薬品について、現行では一括定率の自己負担から、薬剤費に関して3～5割を患者負担にする。
- ・市販医薬品と同等の医薬品を医療保険の給付対象外とする。
- ・政府管掌健康保険の月収保険料率を、現行の8.2%から、8.5%程度まで引き上げる。

また介護保険法案の審議を終え、老人保健福祉審議会も7月から1997年度改正の検討に入っていたが、1996年12月2日、「今後の老人保健制度改革と平成9年度改正について」と題する意見書をまとめている。この意見書も医療保険審議会の建議同様、老人医療費の自己負担に関して、医療保険制度間の整合性、給付に応じた負担、コスト意識の喚起といった観点から定率負担方式が考慮されるべきであるとし、1～2割程度の負担水準が示されている。また薬剤給付についても3割程度の患者負担を設定するとしている。さらに拠出金算定方法を見直すとして、老人加入率上限の撤廃ないし引上げを提言している。

○ 医療保険改革法案

こうした審議会の提言を受け、1996年12月16日、与党医療保険制度改革協議会が設置され、丹羽雄哉座長の試案が翌17日に示される。

与党医療保険制度改革協議会 ◎座長

自由民主党	丹羽 雄哉	◎ 衆議院
	自見 正三郎	衆議院
	長勢 甚遠	衆議院
	尾辻 秀久	参議院
社会民主党	横光 克彦	衆議院
	上山 和人	参議院
新党さきがけ	堂本 晓子	参議院

試案は審議会で提言されている高齢者の自己負担定率化に過度の受療抑制効果があるとする医師会や与党内の批判を考慮して定額制を維持し、以下を主な内容とする。

- (1) 高齢者の医療費自己負担を外来1回毎に500円、入院1,000円とする
- (2) 被用者保険本人の自己負担割合を二割とする

- (3) 薬剤費に関して別途外来一日一種類につき15円徴収する
- (4) 政府管掌健康保険の保険料率を8.6%に引き上げる
- (5) 医療保険審議会、老人保健福祉審議会を廃止し、新たに医療保険構造改革審議会（仮称）を設置する

12月19日、こうした改革案の1997年5月施行が自民、社民、さきがけの与党3党の幹事長・政策責任者からなる六者協議において合意され、社民、さきがけ両党の負担増への反発に配慮して、1997年3月までに診療報酬や薬価制度まで含めた制度全体の抜本改革が検討されることになった。これにより政府は改革を前提に1997年度予算を編成し、改革法案の通常国会提出に向け準備を進めることになった。また21日には与党医療保険制度改革協議会において、老人保健における外来自己負担の軽減措置として、一回500円の定額負担は一医療機関に月4回の通院までとし、5回目以降は薬剤負担のみとする合意がなされている。この措置により高齢者の定額外来自己負担は最高月2,000円となる。

年明けの1997年1月10日、小泉厚生大臣は医療保険改革法案を医療保険審議会に諮問し、老人保健福祉審議会、社会保障制度審議会にも13日、17日に各々諮問した。これに対して、健保連や日経連の委員からは老人保健に定率制導入を提言した審議会建議からの後退であると不満がでる一方、自己負担増に反発する医療提供側の委員が審議をボイコットするなど、答申のとりまとめは難航した。ようやく27日、医療保険審議会が当面の財政危機を克服するためにやむを得ないとして諮問通りの答申を行い、また老人保健福祉審議会、社会保障制度審議会も各々28日、31日に高齢者の急激な負担増は避けるべき、緊急的な財政安定化に偏っているとしながらも了承の答申を行った。

こうした各審議会の答申を得て、1997年2月6日、医療保険改革法案は与党医療保険制度改革協議会において政府・与党の原案通りに国会に提出されることが合意され、与党政策調整会議、閣議を経て、2月10日、第140通常国会に提出された。ただし、26日に大阪市内で開かれた与党3党で組織する与党政策責任者・医療保険制度改革協議会の第一回公聴会でもなお患者の自己負担増に強い反対が表明され、自民党の山崎拓政調会長は薬剤費の自己負担に関して国会では弾力的に対応する意向をすでに示している。

○ 「医療制度改革の基本方針」

六者協議による与党合意に基づいて検討事項の議論を進めてきた与党医療保険制度改革協議会は1997年3月13日、前日民主党の医療保険問題プロジェクトチームがまとめた「21世紀に向けた医療制度および医療保険制度改革の基本的方向」について五島正規民主党厚生部会長からヒアリングを行った。この民主党の中間まとめは診療報酬の病診分離、予算・請負方式の検討、また薬価の参考価格による償還払い制を提言している。与党医療保険制度改革協議会は引き続き関係団体からのヒアリングや地方公聴会を行い、意見集約を図っていった。

1997年3月26日、与党医療保険制度改革協議会の丹羽雄哉座長が「医療保険改革の基本方針（仮称）」と題する試案を作成する。この試案は医療における情報公開の推進と市場原理の導入を改革の視点とし、以下を主な内容としている。

- ①地域のかかりつけ医機能を強化し、医療機関の機能分担を促進する。具体的には紹介状を持たない患者の大病院での初診料を引き上げるなど診療報酬を見直す。
- ②原則70歳以上の高齢者を対象とした独立の医療保険制度を創設する。費用負担は高齢者自身の負担、若年世代の支援、公費を組み合わせ、高齢者からも保険料負担を求める。
- ③小規模健康保険組合の再編などによって保険基盤を安定化する。
- ④病院の広告規制を緩和し、医療機関評価の充実など情報公開を推進する。
- ⑤診療報酬の支払い方式を見直し、医療機関と健康保険組合などの保険契約によりあらかじめ決められた範囲内の治療や健康管理を請け負う「総額請負制」の導入を検討する。
- ⑥薬価基準制度に代わって成分や効能別に上限価格を設ける「参考価格制」を導入する。これにより、上限価格内では薬価差益が縮小される一方、上限価格以上では患者負担増から過剰投与が抑制されることが期待

される。

⑦過剰病床を是正し、入院期間の短縮を図る。

こうした試案に対する与党各々の反応は異なるものであった。高齢者医療に関して、さきがけが高齢者から応分の負担を求める必要があるとする一方、社民党は公費による財政負担を基本とし、医療費抑制のための患者の自己負担増に反対した。またさきがけが参照価格制を支持する一方、社民党は保険者による医薬品の共同購入システムを提案している。さらに診療報酬の支払い方式に関しては、社民党、さきがけの両党が定額払い方式の拡大を主張している。自民党も4月1日、社会部会と医療基本問題調査会の合同会議で医療保険制度の抜本改革に向けた自民党案を決定し、高齢者医療に関して新たな独立の制度とする案と退職後も現役時代の医療保険に継続加入する案の両論を併記している。また医療費抑制のための薬価基準見直しでは具体策を示さず、診療報酬については出来高払い方式を維持しつつ、疾病毎の定額払い方式を組み合わせるとした。

基本方針をまとめたにあたって最大の焦点となつたのは診療報酬体系の見直し問題であった。協議会は4月2日夜から徹夜の調整に入り、一旦は社民・さきがけの主張する定額払い方式の拡大を明記した案に合意しかかったが、自民党が医師会の意向を配慮して

「拡大」を明記することに抵抗したため協議は決裂し、3日、3党の政調・政審会長レベルの調整に委ねられることになった。折しも沖縄米軍基地問題についての自民・新進の合意をめぐって自民党内の自社さ連立派と保・保連合派の対立が表面化するなか、医療保険改革が自社さ連立維持の試金石ともいえる状況となった。6日、山崎自民政調会長ら与党3党の政策責任者は協議の末、診療報酬の定額払い方式を「積極的に活用する」という表現を盛り込むことで最終合意し、翌7日の与党医療保険制度改革協議会において基本方針の全文がまとめられた。

医療制度改革の各党案と「基本方針」

	診療報酬体系	薬価基準制度	老人保健制度
座長試案	総額請負制の検討	参照価格制導入の検討	老人医療制度の独立が現実的
自民党案	出来高払いと定額払いとの最善の組み合わせを目指す	市場における自由な取引の実勢にゆだねるという原則で改革を検討	老人医療の制度を独立させる案、退職後も継続加入する案を検討する
社民党案	定額払い制の拡大	保険者による公開競争入札制の導入	高齢者、難病者など「公助」を基本とする独自制度
さきがけ案	定額払い制の拡大	参照価格制の導入	全高齢者を対象とした新保険制度と退職者が各医療保険制度に継続加入する方式の検討
基本方針	定額払いが有効に機能する医療領域において積極的に活用する	薬の公定価格制に代わり、新たな方式を検討する	別建ての高齢者医療制度創設や退職後も継続加入する方法も視野に入れ見直す

(資料: 東京新聞 1997年4月8日朝刊2面)

「医療制度改革の基本方針」では、医療保険制度の抜本改革として、高齢者医療については、高齢者の保険料負担を前提に、別建ての高齢者医療制度の創設や退職後も医療保険に継続加入する方法を検討し、現行の老人保健制度を見直すとしている。焦点の診療報酬体系については、定額払い方式が有効に機能する医療領域において積極的に活用し、出来高払い方式との最善の組合せを目指す。また薬価基準制度については、薬の公定価格制に代わって、薬の価格については市場取引の実勢に委ねるという原則に立つとするにとどまっている。

○ 医療保険改革法案の修正

こうした与党合意を受け、4月8日、すでに国会に提出されていた医療保険制度改革関連法案は衆議院本会議で趣旨説明と質疑が行われ、厚生委員会での審議が9日から始まった。駐留軍用地特別措置法改正案の衆議院通過を受けて、医療保険改革、介護保険両法案の扱いが政局の焦点となるとともに、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民主党代表らの利害が一致し、特措法改正に引き続き、自民党と民主党の政策提携が模索された。14日、加藤自民党幹事長、山崎自民政調会長、菅民主党代表、千石由人民民主党政調会長が国会内で会談し、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、医療保険改革、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に合意し、翌15日には民主党が加わった「四党協議会」が開催されている。四党協議会は自民・津島雄二、社民・中川智子、民主・五島正規、同・今井澄を加えた総勢11名となった。

医療保険改革法案の国会修正は薬剤費の負担方式を中心に検討され、一旦は自民・民主の両党が受け取った薬剤の費用が一定額以上になった場合に患者から負担を求める方式に修正することで合意したが、こうした自民・民主の動きに社民・さきがけ両党が反発し、修正案協議は難航した。5月6日、自民、社民、さきがけの与党3党は原案では一日一種類15円となっていた薬剤費負担を種類数によって負担額に差をつける方式に変更するなどの修正案をまとめ、翌7日に衆議院厚生委員会に共同提出した。修正案の主な内容は以下のとおりである。

(1) 外来時の薬剤費負担は投薬ごとに種類数に応じた定額とする。具体的には老人・一般とも次のとおりとする。

- ①1種類 0円
- ②2~3種類 400円
- ③4~5種類 700円
- ④6種類以上 1,000円

外用薬、頓服薬については、上記とは別建てとし、老人・一般とも次のとおりとする。

- ・外用薬 投薬ごとに1種類 80円
- ・頓服薬 投薬ごとに1種類 10円

(2) 老人入院負担は、

- 平成9年度1日 1,000円
- 平成10年度1日 1,100円
- 平成11年度1日 1,200円

とする。

(3) 政管健保の保険料率引き上げは、8.6%から8.5%に改める。

(4) 施行期日は平成9年9月1日とする。

民主党は4党による修正案合意を前に、都議選（7月6日投票）を控えて患者の自己負担増に賛成できないといった党内からの反対から共同修正案には反対すると決定したが、修正案は7日衆議院厚生委員会、8日衆議院本会議で賛成多数により可決された。

社民党は民主党を加えた協議による修正案に賛成する前提が崩れたとし、参議院における高齢者の入院負担軽減や薬剤費負担の見直しを求め、14日には自民、社民、さきがけによる参院与党医療保険制度改革協議会の初会合が開かれた。

参院与党医療保険制度改革協議会 ◎座長

自由民主党	佐々木 満 ◎
	宮崎 秀樹
	尾辻 秀久
社会民主党	山本 正和
	清水 澄子
新党さきがけ	堂本 晓子

こうした再修正を前提とした法案の送付には参議院側からの反発があり、また参議院の法案審議を左右する村上正邦自民党参議院幹事長が保・保連合に前向きで連立維持派の党執行部に批判的であるという事情もあり、参議院幹部が与党内の再修正協議の凍結に合意することで、ようやく23日に法案の提案理由説明が行われ、27日から実質審議が始まった。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。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、医療保険法案の審議が優先的に進められていく。

6月2日、参院自民党と社民党は山崎自民政調会長と及川社民政審会長を交えて、医療保険法案の再修正問題を協議し、新設する薬剤負担について6歳未満の乳幼児には負担を求めないことで合意した。さらに社民党が衆院修正を白紙撤回し、政府原案から「一分、一種類、10円」に修正することを求めていたことを考慮し、9日、自民、社民、さきがけの与党3党は薬剤負担について衆院修正の段階的負担方式を維持しながら、負担軽減を図ることで合意した。再修正案の主な内容は以下のとおりである。

(1) 外来の際の薬剤に係る一部負担金の額に関する事項

外来の際の薬剤に係る一部負担金の額については、薬剤の支給を受けるごとに、一日分につき、

- ①1種類 0円
- ②2~3種類 30円
- ③4~5種類 60円
- ④6種類以上 100円

外用薬については、一調剤につき、

- ①1種類 50円
- ②2種類 100円
- ③3種類以上 150円

(2) 外来の際の薬剤に係る一部負担の免除に関する事項

次に掲げる者については、外来の際の薬剤に係る一部負担金を支払うことを要しないものとすること。

- ①六歳未満の者
- ②老齢福祉年金の受給者であり、かつ、その属する世帯の主たる生計維持者が市町村民税が課されない者等であることにつき市町村長の認定を受けている者

12日、参院厚生委員会は医療保険法案を再修正のうえ、自民、社民、太陽の賛成多数で可決した。法案は13日参院本会議で可決、衆院に回付され、16日衆院本会議において参院修正に同意が得られたため成立した。健康保険法等改正の主な内容は以下のとおりとなる。

(1) 高齢者の医療費自己負担を外来1回毎に500円（月4回限度）、入院負担は、

- 平成9年度1日 1,000円
- 平成10年度1日 1,100円
- 平成11年度1日 1,200円

とする（低所得者は1日500円）。

(2) 被用者保険本人の自己負担割合を二割とする

(3) 外来時の薬剤費負担は投薬ごとに種類数に応じた定額とする。

- ①1種類 0円
- ②2~3種類 30円
- ③4~5種類 60円
- ④6種類以上 100円

外用薬、頓服薬については、上記とは別建てとし、次のとおり。

・外用薬については、一調剤につき、

- ①1種類 50円
- ②2種類 100円
- ③3種類以上 150円

・頓服薬 投薬ごとに1種類 10円

外来の際の薬剤に係る一部負担金を支払うことを要しないもの：

- ①六歳未満の者
 - ②老齢低所得者
- (4) 政管健保の保険料率を8.5%に改める。
- (5) 施行期日は平成9年9月1日とする。
- (6) 医療保険審議会、老人保健福祉審議会を廃止し、新たに医療保険構造改革審議会（仮称）を設置する

こうした医療保険法案の国会審議が進む一方、厚生省は1997年2月には医師数削減や薬価基準廃止を視野に入れた医療制度の抜本改革案をまとめたために制度改正プロジェクトを省内に設置することを決め、4月下旬には2000年を目標に実施する抜本改革案作りに着手している。厚生省は7月中には試案をまとめる予定であり、また5月16日に再開された与党医療保険制度改革協議会も今後の日程として、8月末までに抜本改革案をとりまとめるため、薬価基準、診療報酬、老人医療の各テーマごとに検討することを決めている。

介護保険・医療保険改革関連年表

(1990～1997年)

介護保険・医療保険改革関連年表 1990-1997

最終修正日：1997年6月30日

資料：1990年から1994年 日本経済新聞、朝日新聞

1995年から1997年6月 日本経済新聞、朝日新聞、読売新聞、毎日新聞

		政 治 状 況	医 療 提 供 関 連	医 療 保 険 制 度 関 連	介 護 保 険 制 度 関 連
1990年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	24日 衆議院解散 18日 第39回衆議院総選挙 27日 第118特別国会 28日 第2次海部内閣発足 18日 臨時行政改革推進審議会最終報告書 10日 医療法改正法案を医療審議会、社会保障制度審議会に諮問 16日 自民党医療基本問題小委員会了承 18日 医療審議会答申 21日 社会保障制度審議会答申 25日 医療法改正法案、第118国会提出（継続審議） 12日 第119臨時国会 （国連平和協力法案の審議） 10日 第120通常国会 29日 海部内閣改造	19日 厚生省「21世紀をめざした今後の医療供給体制のあり方」 1日 厚生省「医療計画推進本部」設置 21日 医療審議会答申 10日 医療法改正法案を医療審議会、社会保障制度審議会に諮問 16日 自民党医療基本問題小委員会了承 18日 医療審議会答申 21日 社会保障制度審議会答申 25日 医療法改正法案、第118国会提出（継続審議） 12日 第119臨時国会 （国連平和協力法案の審議） 10日 第120通常国会 29日 海部内閣改造	21日 中央社会保険医療協議会諮詢 （老人病院の入院医療費定額化） 23日 中央社会保険医療協議会答申 27日 厚生省「国民健康保険料（税）負担の平準化に関する検討会」開催（メンバーは自治体の国保担当者） 7日 国民健康保険法一部改正案成立 16日 社会経済国民会議提言（公費負担5割） 24日 老人保健制度研究会初会合 健保連・日経連・連合は共同で要望書を提出 （公費負担5割） 16日 老人保健制度研究会が老人保健審議会に「報告書」を提出 29日 国保中央会決議（国の負担拡充強化） 7日 健保連・日経連・連合は共同で提言 （患者一部負担を「定額」で統一） 14日 自民党、厚生省の老人保健見直し方針了承 15日 厚生省、自民党社会部会に国民健康保険制度改革改正試案を提出 20日 老人保健制度研究会「意見書」	18日 老人医療ガイドライン研究会「報告書」 1日 保険審議会（蔵相の諮問機関）が民間介護保険で提言 22日 老人福祉法等関係8法改正案可決、成立 29日 老人保健審議会「老人保健制度研究会」発足を決定 17日 厚生省「保健医療・福祉マンパワー対策本部」設置
1991年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月	7日 統一地方選挙はじまる 12日 第3次行革審緊急提言 4日 第3次行革審第一次答申 5日 第121臨時国会 9日 社会保障制度審議会 「社会保障の将来像委員会」発足を決定 30日 政治改革法案廃案 27日 自民党総裁に宮沢喜一氏	3日 医療審議会、地域毎のベッド数計算方式改正で提言	29日 老人保健審議会が老人保健法改正について答申	18日 保健医療・福祉マンパワー対策本部「中間報告」 11日 経団連 「高齢化時代における福祉システムの再構築に関する提言」 11日 総務庁 「長寿社会の対策の動向および今後の課題と展望」 3日 老人保健審議会「老人保健施設の在り方について」 30日 厚生省 「平成4年度保健医療・福祉マンパワー対策大綱」 27日 老人保健法改正案成立 （訪問看護制度創設）

1991年	11月	5日 第122臨時国会、 海部内閣総辞職、宮沢内閣発足 22日 社会保障制度審議会小委員会初会合 12日 第3次行革審第二次答申		28日 医療保険審議会創設を閣議決定	26日 老人保健審議会、老人訪問看護事業について答申 13日 自民党社会部会 「保健医療・福祉マンパワー対策についての提言」
	12月				
1992年	1月	24日 第123通常国会		14日 健康保険法等の改正を社会保険審議会に諮問 30日 社会保険審議会答申 14日 健康保険法改正案第123国会に提出 12日 健康保険法改正案、衆議院可決 27日 健康保険法改正案、参議院可決、成立 1日 改正健康保険法施行 11日 社会保険審議会答申、最終開催 12日 医療保険審議会令閣議決定 17日 医療保険審議会設置 4日 医療保険審議会初会合	11日 中央社会保険医療協議会、訪問看護事業の運営基準 について提言 1日 訪問看護事業開始 30日 厚生省「老人保健福祉計画作成指針」 22日 民社党が公的介護保険について提言
	2月				
	3月				
	4月				
	5月				
	6月				
	7月	19日 第3次行革審第三次報告 1日 厚生省組織改正・老人保健福祉局新設 26日 第16回参議院選挙 8月 7日 第124臨時国会		19日 第2次医療法改正案成立	
	9月				
	10月	30日 第125臨時国会		21日 医療審議会答申（改正医療法の施行のための検討、 医療施設の機能分化、広告規制の緩和）	
	11月				
	12月	10日 自民党竹下派が分裂 11日 宮沢内閣改造			
1993年	1月			20日 国民健康保険法改正を医療保険審議会に諮問 医療保険審議会答申 医療保険審議会 「医療保険審議会における検討項目」 国民健康保険法改正案第126国会に提出	
	2月	22日 第126通常国会			
	3月	14日 社会保障制度審議会将来像委員会 「第1次報告書」		5日 中央社会保険医療協議会諮問・答申 (特定機能病院)	
	4月	28日 社会保障制度審議会将来像委員会 「社会保障の将来像に関する意識調査」		1日 改正医療法施行	
	5月				
	6月	18日 宮沢内閣不信任案可決、衆議院解散 21日 新党さきがけ結成 新生党結成		25日 国民健康保険法改正案、衆議院可決 29日 国民健康保険法改正案、参議院可決・成立 1日 改正国民健康保険法施行	
	7月	18日 衆議院選挙 30日 自民党総裁に河野洋平氏		23日 医療保険審議会 「検討項目I、IIを中心としたこれまでの検討内容の 中間まとめ」	2日 総務庁「社会保障の将来像に関する意識調査」
	8月	5日 第127特別国会、宮沢内閣総辞職 6日 細川内閣発足			
	9月				
	10月	27日 第3次行革審最終答申			
	11月				
	12月			8日 医療保険審議会「建議書」 30日 厚生省、病院給食の保険制度見直しの方針を決定	14日 「高齢社会福祉ビジョン懇談会」設置 25日 厚生省「高齢者介護に関する省内検討プロジェクト チーム」設置 2日 健保連が健保連組合全国大会で決議 15日 老人保健審議会「意見具申」
1994年	1月	31日 第129通常国会		16日 老人保健法等改正を医療保険審議会諮問	
	2月	3日 首相が国民福祉税構想発表			

1994年	2月			17日 健康保険法等改正を老人保健審議会諮詢 18日 医療保険審議会答申 21日 健康保険法等改正を社会保障制度審議会諮詢 22日 老人保健審議会答申 3日 社会保障制度審議会答申 22日 健康保険法等改正案を第129国会に提出	
	3月				17日 厚生省「社会保障の給付と負担の将来見通し」 28日 高齢社会福祉ビジョン懇談会 「21世紀福祉ビジョン」
	4月	25日 細川内閣総辞職、羽田氏を首相指名 26日 社会党連立離脱 28日 羽田内閣発足 22日 社民連解党			
	5月				
	6月	25日 羽田内閣総辞職 29日 村山氏を首相指名 30日 村山内閣発足		21日 健康保険法等改正案、衆議院可決 22日 医療保険審議会国民健康保険部会 「これまでの検討内容の中間まとめ」 23日 健康保険法等改正案、参議院可決、成立 1日 医療保険審議会、健康保険法等の改正に伴う政令等の改正について答申	21日 政府税制調査会中間答申 「今後の税制のあり方についての答申 －公正で活力ある高齢社会を目指して－」
	7月				
	8月				
	9月	8日 社会保障制度審議会「第二次報告」 30日 第131臨時国会			2日 厚生省、与党福祉プロジェクトチームに新ゴールドプランの骨子を説明 27日 与党福祉プロジェクトチームが公的介護保険導入についての検討開始を決定
	10月				
	11月				
	12月	5日 公明党分党 9日 民社党解党 10日 新進党発足		9日 医療保険審議会・老人保健福祉審議会「意見書」	5日 高齢者介護・自立支援システム研究会報告 8日 健保連が健保連組合全国大会で決議 13日 高齢者介護・自立支援システム研究会「報告書」 18日 厚生省「新ゴールドプラン」、「今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組み」
1995年	1月	20日 第132通常国会	26日 医療審議会総会、「医療計画部会」設置を決定	19日 国民健康保険法等改正を医療保険審議会諮詢、答申 国民健康保険法等改正を老人保健福祉審議会諮詢、答申 3日 国民健康保険法等改正案第132国会に提出 29日 国民健康保険法等改正案成立 1日 改正国民健康保険法施行	
	2月	23日 統一地方選始まる			27日 連合が公的介護保険創設のアピール 8日 厚生省「シルバーサービス振興長期構想」報告書
	3月				
	4月		18日 医療審議会総会、介護保険に対応した供給体制のあり方を検討開始 「基本問題検討委員会」を設置 医療計画部会初会合 28日 基本問題検討委員会初会合		
	5月				
	6月				
	7月	4日 社会保障制度審議会 「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－（勧告）」			5日 介護休業法成立 10日 厚生省、制度導入後の市場規模についての試算発表 13日 与党福祉プロジェクトチーム「中間報告」 21日 連合、厚生省との定期協議で公的介護保険導入に条件付き賛成 10日 「高齢社会をよくする女性の会（樋口恵子代表）」老人保健福祉審議会に要望書提出 14日 自民党加藤幹事長、公的介護保険制度創設に積極的な考えを表明 24日 社会経済生産性本部が提言 30日 日本医療労働組合連合会（看護婦の団体）、定期大会で公的介護保険導入に反対の考え方
	8月	23日 第17回参議院選挙	26日 老人保健福祉審議会「中間報告」 27日 行政改革委員会規制緩和小委員会「論点」		
	9月	8日 村山内閣改造 22日 自民党総裁に橋本龍太郎氏		4日 医療保険審議会 「検討項目Ⅲ、Ⅳ、Ⅴを中心としたこれまでの検討内容の中間まとめ」	27日 地域医療研究会が公的介護保険でアピール 7日 連合中央執行委員会で公的介護保険制度導入に関して要求方針決定

1995年	9月	29日 第134臨時国会	老人保健福祉審議会会長に加藤一郎氏 29日 日経連が老人保健福祉審議会に公的介護保険導入に慎重な考え方をまとめた「中間報告」を提出 7日 与党福祉プロジェクトチーム本格検討開始 12日 医療保険審議会新会長に塩野谷祐一氏 16日 老人保健福祉審議会基盤整備分科会初会合 9日 公的介護保険についての地方公聴会始まる（札幌） 11日 健保連、公的介護保険導入についての意識調査を発表 13日 厚生省高齢者介護対策本部事務局 「公的介護保険制度の三構想」 20日 老人保健福祉審議会新会長に鳥居泰彦氏 24日 厚生省、老人保健福祉審議会の介護給付分科会に 介護程度別のモデル案を提示 2日 厚生省が要介護判定員を養成する方針を決定 9日 民間研究団体 「ヘルスフォーラム21（加藤寛会長）」が提言 11日 総理府「高齢者介護に関する世論調査」発表 13日 老人保健福祉審議会、公的介護保険給付の対象を 65歳以上とする方針で合意 15日 与党福祉プロジェクトチーム「第二次中間まとめ」 20日 厚生省、老人保健福祉審議会に介護費用についての 試算を提示 30日 厚生省、一般病院の療養型病床群への転換推進を決定
	10月	4日 医療審議会基本問題検討委員会 「医療提供体制の在り方について（論点整理メモ）」 5日 行政改革委員会規制緩和小委員会「論点」 (医療機関の情報提供の促進、広告規制の緩和)	
	11月		
	12月	7日 行政改革委員会規制緩和小委員会 「規制緩和推進計画」の見直し報告書 27日 新進党党首に小沢一郎氏	
	1月	11日 第135臨時国会、村山内閣総辞職、橋本内閣発足 19日 社民党発足 22日 第136通常国会	24日 全国市長会保険福祉対策研究会、市町村主体案に 慎重論 31日 老人保健福祉審議会「第二次報告」 2日 厚相法案提出が遅れる見通し 15日 厚生省「高齢者介護保険制度に関する事務局試案」 を老人保健福祉審議会に提示 1日 自民党と連合の会談で山崎政調会長が法案提出見送り を示唆 13日 丹羽元厚相「介護保険試案」を与党プロジェクト チームに提出 14日 厚生省、介護討論会開催 25日 厚生省、試算発表 26日 厚相主催の介護保険討論会 28日 厚生省、試算を老人保健福祉審議会に提出 29日 財政制度審議会（蔵相の諮問機関）財政構造改革 特別部会が経団連、連合と意見交換 8日 社民党、介護保険で独自案発表 10日 厚生省、介護保険制度導入時の高齢者保険料負担に ついての三案を老人保健福祉審議会に提示 12日 財政制度審議会が介護保険に慎重な考え方 16日 与党福祉プロジェクトチーム、6月に法案提出を決定 22日 老人保健福祉審議会「最終報告」 8日 自民党、独自案固める 14日 「厚生省・与党チーム試案」 厚生省とシルバーサービス振興会が民間介護業者の 認定基準緩和 15日 厚生省「介護保険制度試案」
	2月	9日 厚生省、HIVに関する資料の公表 14日 薬害HIV訴訟原告団厚生省前で座り込み、厚相と会談 16日 厚相、HIV訴訟原告団に謝罪 28日 厚生省調査プロジェクトチーム中間報告発表	
	3月	1日 衆議院厚生委員会薬害HIV問題の集中審議 7日 東京・大阪地裁薬害HIV訴訟第二次和解勧告案提示 14日 薬害HIV訴訟被告製薬企業5社和解勧告受入を表明 19日 厚生省、HIVに関する資料の公表 22日 薬害HIV訴訟原告団松下元ミドリ十字社長を殺人罪 で告訴 29日 薬害HIV訴訟正式和解	
	4月	2日 厚生省、HIVに関する資料の公表 5日 厚生省、HIVに関する資料の公表 12日 衆議院厚生委員会に薬害HIV被害者が参考人出席 19日 衆議院厚生委員会に安部、郡司氏らを参考人招到 26日 薬害HIV未提訴患者が一斉提訴	
	5月	25日 医療審議会基本問題検討委員会 「今後の医療提供体制の在り方について (意見具申)」 3日 厚生省、医療法人の医療機関経営外の収益事業を 認める方針	

1996年	5月				16日 梶山官房長官、法案提出に否定的発言 17日 全国市長会、自民党医療基本問題調査会と社会部会に要望を提出 首相、慎重な検討の方針 厚相、法案提出の方針 18日 厚相、制度導入でも国民負担率50%との見解 20日 連立与党連絡会議で制度導入への見方が分かれる 首相、鳥居老人保健福祉審議会会长に制度案の取りまとめを要求 21日 首厚相、制度導入に努力の発言 橋本首相、制度導入が難しいという見解 22日 社民党、さきがけ法案提出の方針 25日 厚相「社会保障構造改革本部」設置の方針 29日 社会保障関係8審議会会長会議 30日 厚生省「介護保険修正試案」を与党了解、老人保健福祉審議会に提出
		31日 厚生省、薬害HIV関連の処分発表			
	6月		7日 医療審議会・社会保障制度審議会諮詢 (介護型病院)		5日 厚生省「介護保険制度案大綱」 6日 「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、医療保険審議会に諮詢 7日 首相、厚相と会談し法案提出に向け自ら調整をする姿勢表明全国市長会、対応を会長に一任 10日 老人保健福祉審議会答申 11日 社会保障制度審議会答申 厚生省、各党に法案を提示 12日 医療保険審議会答申 自民党部会は政調会長に法案の扱いを一任 13日 全国知事会緊急意見書 15日 全国市長会政策推進委員会、慎重な論議を求める方針を確認 17日 連立与党責任者会議で法案提出見送りを決定 20日 与党福祉プロジェクトチームに大蔵調整会議と地方行政調整会議のメンバーを加えたワーキングチーム設置を決定 21日 医療保険審議会「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について(第二次報告)」
			10日 医療審議会答申		
	7月			9日 医療保険審議会「中間報告」 10日 財政審議会「中間報告」 20日 健保連、制度改革を求める決議	12日 ワーキングチームの地方公聴会始まる 山崎政調会長、厚生省案を一部修正の考え方 13日 全国市長会・全国町村会介護保険に関する合同会議 20日 首相、制度導入に市町村の理解求める 27日 山崎政調会長、施設・在宅の同時実施の意向 29日 厚相、償還払い制に言及
		23日 衆議院厚生委員会薬害HIVで証人喚問		22日 医療保険審議会「当面の医療保険制度改革」 25日 行政改革委員会規制緩和小委員会38項目の論点発表(医療保険制度にも言及) 31日 医療保険審議会 「今後の医療保険制度改革について」	
				1日 厚生省、社会保障制度改革に関する論点メモ発表 2日 総務庁、厚生省に老人医療費の適正化を勧告 5日 健保連、国民負担率についての試算発表	
	8月				1日 日経連会長、保険料の事業主負担について意見 4日 厚相、若年障害者を給付対象にするとの見解 5日 首相、財源は厚生省案通りとの見解 厚生省試算発表 与党プロジェクトチーム、修正案を来月提出の方針 山崎政調会長、介護保険は厚生省案実施の見解 9日 全国町村会、厚生省に要望書提出 14日 山崎政調会長、特別国会に介護保険法案提出の考え方 19日 首相、9月中の法案取りまとめを政調会長に指示 20日 管厚生大臣、介護に関する欧州視察に出発 21日 ワーキングチーム山崎会長、今後は現金給付が重要な論点との見方
		21日 薬害HIVでミドリ十字本社などが強制捜査			

1996年	8月	29日 薬害HIVで安部氏逮捕			28日 全国市長会要望書提出
		18日 薬害HIVで安部容疑者起訴、松村前厚生省局長を殺人罪で告訴			29日 厚相、施設・在宅の同時実施の意向
		19日 薬害HIVでミドリ十字松下元社長ら逮捕			30日 山崎政調会長、在宅・施設の同時実施ならば制度導入が遅れるとの見解
		4日 薬害HIVで松村厚生省前局長逮捕			
		9日 薬害HIVでミドリ十字元社長ら起訴	9日 経済審議会提言		
		25日 薬害HIVで松村容疑者起訴			
		7日 第二次橋本内閣発足			10日 ワーキングチーム、論点メモ発表
		18日 茶谷元厚生省課長補佐逮捕	13日 国民医療総合政策会議、中間報告		
		19日 岡光序治厚生省次官が辞任			
	22日 山口剛彦厚生省次官就任				
	4日 岡光前厚生省次官逮捕				
	16日 厚生省、彩福祉グループ関連の処分発表 (和田勝前審議官懲戒免職)				21日 自民党、介護保険法案の国会提出を了承
	24日 厚生省医薬安全新設を決定	24日 大蔵省、厚生省診療報酬改定合意			27日 自民・社民・さきがけ政策責任者、公的介護保険法案国会提出を了承
					29日 介護保険法案国会提出
1997年	1月				
	2月		4日 首相、薬価基準見直しに言及	8日 小泉厚相、入院医療費の定額制に言及 10日 厚相、医療保険制度改革案を医療保険審議会に諮問 11日 厚生省、新医療保険制度についての試算発表 13日 厚相、医療保険制度改革案を老人保健福祉審議会に諮問 15日 日本医師会、医療保険審議会への委員欠席と糸氏副会長の委員辞任を表明 17日 日本歯科医師会・日本薬剤師会、医療保険審議会への委員欠席を表明 27日 医療保険審議会答申 28日 老人保健福祉審議会答申 日本医師会、法案修正を要求 31日 社会保障制度審議会答申 4日 与党医療保険改革協議会、老人保健制度改革の検討開始社会党上山国民生活部会長、改正医療保険法の5月実施容認しない考え 厚相、医療費の自己負担増はやむをえないとの認識 6日 与党医療保険制度改革協議会、法案提出を了承 10日 政府与党、医療保険制度改革関連法案を閣議決定 厚相、法案の修正に柔軟な対応をとる姿勢	

1997年	2月	22日 中医協、診療報酬改定を答申	13日 与党医療保険制度改革協議会、高額療養費制度見直し決定 16日 村山前首相、自民党・社会党・民主党で医療保険制度改革の勉強会発足 26日 大阪で公聴会 山崎政調会長、薬剤費負担修正に言及 28日 共産党、医療保険改革で独自案発表 12日 仙台で公聴会 民主党医療保険問題プロジェクトチーム医療保険制度改革についての報告書 13日 与党医療保険制度改革協議会、民主党医療保険問題プロジェクトチームから意見聴取 山崎政調会長、抜本的な医療保険制度改革は3年後の方針 18日 与党医療保険制度改革協議会、4月1日に医療保険制度改革法案作成を確認 26日 医療保険制度改革法案の与党医療保険制度改革協議会座長私案発表 1日 自民党社会部会、医療保険制度改革法案の基本方針をまとめ、同案を与党医療保険制度改革協議会で社民党、新党さきがけに提示 4日 山崎政調会長ら与党三党政策責任者と医療保険制度改革協議会、7日に合意案を作る方針 改革案のとりまとめは政策責任者に一任 6日 山崎政調会長ら与党三党政策責任者が最終合意 7日 与党医療保険制度改革協議会「医療制度改革の基本方針」 8日 衆議院で医療保険制度改革関連法案審議入り 9日 民主党菅代表、法案成立の意向 小泉厚相、2000年をめどに医療保険制度の抜本改革の考え方 12日 民主党菅代表、医療、介護両法案成立の考え方 14日 自民党と民主党が修正後に法案成立を合意 医療と介護の三党政策協議に民主党の参加を合意 民主党、修正案をまとめる 15日 与党医療保険制度改革協議会と民主党、医療保険制度改革関連法案の修正に合意 22日 衆議院厚生委員会参考人招致 24日 山崎政調会長と太陽党栗屋政調会長、医療保険制度改革関連法案の政策協議に合意 25日 経済同友会年金・福祉問題委員会「安心して生活できる社会を求めて」 26日 山崎政調会長、5月7日衆院厚生委員会で採決の考え方 27日 民主党鳩山代表、修正要求が反映されなければ賛成できない考え方 6日 与党三党、修正案合意 7日 衆院厚生委員会で修正案可決 民主党、法案反対を決定 8日 衆院で可決 厚生省、修正案での財政試算発表 9日 小泉厚相、1998年度に医療保険制度抜本改革の考え方 11日 山崎政調会長 12日 参議院自民党村上会長と社民党村沢議員会長、法案修正のプロジェクトチーム発足合意 14日 参議院与党医療保険制度改革協議会（座長佐々木満）初会合 16日 財政構造改革会議「問題提起メモ」で医療費抑制方針	21日 介護保険法案の審議開始 12日 岡山・福島で公聴会 17日 札幌・新潟で公聴会
	3月	10日 薬害HIV初公判		
	4月			
	5月			11日 山崎政調会長、法案は微調整、現金給付は将来課題との考え方 12日 共産党、修正案発表 14日 自民党・社民党・民主党、法案修正に合意 16日 自民党・社民党・民主党・衆院会派「21世紀」、

1997年	5月					
	6月					
				19日 参議院与党三党、衆院可決の与党修正案の再修正問題を棚上げし、23日から審議で合意		
				23日 参議院で審議開始 1日 自民党、社民党に調整案提示 参議院自民党上杉国対委員長、医療保険制度抜本改革は付帯決議で対応する考え方 7日 自民党・社民党・新党さきがけ、再修正問題を協議 9日 自民党・社民党・新党さきがけ、再修正合意 12日 参議院厚生委員会、再修正案可決 16日 参議院可決	衆院厚生委員会に修正案提出 新進党国民生活政策会議、衆院採決での反対決定 21日 衆院厚生委員会、法案可決 22日 衆院で可決 23日 参議院で審議開始	
					16日 繼続審議決定	