

日本とドイツにおける介護保険制度成立の 政策過程¹⁾

ジョン・クレイトン・キャンベル

(訳：齋藤 曉子)

概 要

本稿は、政策決定過程の分析による公共政策の比較研究である。ドイツと日本の類似点は、大規模な長期ケアプログラムの実施、社会保険モデルで適応（日本の場合は、最終的に社会保険モデルとなった）、という2点である。一方、両国のプログラムの重要な相違点は、日本のプログラムがドイツよりも大きい、ドイツの制度には厳格な財政制限がある、ドイツには家族介護者への現金給付も行っているが日本は公的サービスの提供のみである、という3点である。説明モデルとしては、政策課題の相違の違い、権力のバランスおよび他の政治的要因の違い、歴史的レガシーの違い、出来事がおきるタイミングなどの偶然による違い、の4点に着目した。結果の一つとして、日本の家族介護の伝統が家族介護者への現金給付に反対したように、歴史的レガシーがわずかなものであることが明らかになった。

キーワード

介護、公共政策、ドイツ、政策決定過程、社会保障

I. はじめに

1990年の総選挙に際して、日本の自民党の総裁であり、福祉・医療政策で有名だった橋本龍太郎は、彼が所属していた与党で、虚弱な高齢者への新しい拡大政策を公約した。一方、ドイツの1990年の連邦選挙においては、キリスト教民主同盟の総裁であり、同じ

1) 本稿は、ベルリン大学で開催された第二回アジア国際学会 (international convention of Asia scholars) において、Gregory Kasza 先生の主催部会で報告した「国際比較視点からの日本の福祉政策」および DIJ (ドイツ日本研究所) での報告をもとに、公刊した著作 (Campbell 2002) を改稿したものである。本稿の執筆にあたり、御助言を頂いた Gregory Kasza 先生、池上直己先生、Ruth Campbell 先生、および翻訳にあたりコメントを頂いた新名正弥先生には深く感謝したい。

ように福祉・医療政策で有名なノルベルト・ブリュームが、彼の所属する与党で新しい虚弱な高齢者への拡大政策を打ち出した。

10年後、日本とドイツは、世界中でただ二つしかない「正真正銘の」大規模な公的介護保険（LTCD）を導入した国となった²⁾。「どうして（この両国のみで介護保険制度が導入されたのか）」というのが最初にでてくる疑問だろう。実際、以下のような二つの疑問が湧き上がってくる。

1. なぜこの両国が、福祉国家を抑制もしくは削減する声が高まるなか、大規模な受給資格を与える制度を新規に開始できたのか。
2. なぜ両国とも社会保険モデルを採用したのか。
さらに興味深いのは、これら二つの制度の共通性よりも、それらの差異である。
3. なぜドイツのシステムは、すべての年齢の障害者に対応し、日本では高齢者のみなのか³⁾。
4. なぜ日本の制度はドイツの制度と比べて、カバーする高齢者の総数が多く、高齢者が受けられる給付が大きいのか。
5. なぜドイツの制度は拡大を阻止するためにマイクロでもマクロでも「給付制限された」ものであるのに対し、日本ではより制限が少ない制度なのか。
6. なぜドイツは家族介護者による「インフォーマル」なケア提供を推進するために現金給付を行っているのに、日本ではフォーマルサービスしか提供していないのか。

公共政策の国際比較の観点から考えると、これらの問いは日本とドイツの介護保険制度に関する重要な問題点として妥当性のあるものだと考えている⁴⁾。このうちいくつかは、本当に難しく、いずれにせよ直感的にわかるものではない。私はこれらのすべてを十分に、しかし簡潔に説明しようと思う。すなわち、私はすべての主要な要因について言及するつもりだが、議論を明確にするのに必要なだけ説明することもある⁵⁾。

-
- 2) ドイツの介護保険法（*Pflegeversicherung*）は、1994年に公布され、1995年に保険料の徴収が開始され、その3ヶ月後にサービスの給付が開始された。〔訳注：ドイツでは介護保険制度が段階的に導入されており、1995年の1月に保険料の徴収がはじまり、4月に在宅サービス、翌1996年7月に施設サービスが開始されている〕日本の介護保険法は当初1995年に公布する予定であったが、1997年の後半に延期された。1999年に試験的に導入され、2000年から保険料の徴収とサービス給付の両方が開始された。他の国では、イスラエルに小規模の介護保険制度があり、オーストリアとオランダには社会保険の要素も持つ実質的には長期ケア（LTC）制度がある。北欧諸国は、たとえば税財源による直接サービスの提供など、非常に充実した内容の長期ケアの提供を保険なしで行っている。
 - 3) 日本では、40歳から64歳の人々が「老化に伴う特定疾病」（第2号被保険者）の場合を除き、基本的には65歳以上が対象となっている。
 - 4) ほかに両国には異なる点がある。たとえば、日本には利用者の選択を支援する「ケアマネジャー」がいるが、ドイツではこの役割が家族に任されている。しかしながら、私はここで挙げた6点が最も重要であると考えている。
 - 5) 国際比較に関する説明を強調するので、両国の制度や政策決定についての詳細および、制度がどれくらいよ

私の概念フレームワークは、数年前に作り上げた縦断モデルを応用させたものであり、これは年と共に政策がどのように変化するかの説明を試みたものである。ここでは、私は両国の違いを説明するために、それを「横断的」モデルとして用いる⁶⁾。このフレームワークの目的は、国家間の政策の違いの原因を以下の四種類の説明の中から選択することである。

- A. 基本的な政策アジェンダの違い
- B. ポリティクスの違い——どのような利害関心をもったどのようなグループが政治的圧力を持つのか——
- C. 可能性を制限するような構造上もしくはかつての政策のレガシー（遺産）の違い（多かれ少なかれ「歴史的制度論」といえる）
- D. ある出来事がおきるタイミングや順番などの違いや、「副次的な」（もしくは「偶然による」(artifactual)（訳注：artifactualは本来「人為的な」「人工の」という意味だが、前訳書（Campbell 1992=1995）に倣い「偶然」と訳した）違い。

最初の三つのタイプの説明は、公共政策の国際比較研究で最もよくつかわれているものとして知られている。最後のDタイプは、組織論の「ゴミ箱」学派のものであり、あまり一般的ではないが、「帰無仮説（null hypothesis）」（それは一度提案されると、なかなか納得のいくように否定することができない場合が多いが）として含めておくことは重要である。（March and Olsen 1976）。

II. なぜ二つの国は大規模な受給制度をスタートしたのか？

この問に対する説明は両国で非常に類似しており、私たちの提案した四つのタイプのうちの二つに該当する。最初の理由は、二つの社会動向が存在していたためである。まず一

く機能しているのか、これはよい公的制度なのかそうではないのか、などの点については対象にしない、他に英語文献で日本のシステムを取り上げているものは、Talcott (2002) や、ETO (2000)、Campbell and IKEGAMI (2003) などである。ドイツについては、Cuellar と Wiener (2002)、Alber (1996)、Neagele と Reichert (2002) が挙げられる。

6) 詳しくは、Campbell (1992=1995) の第2章と第11章を参照のこと。縦断モデルには、政策転換を説明する次の四つの理念型がある。「認知型」(cognitive) は、環境の変化に対して、力強い葛藤がない場合の、合理的な対応である。「政治型」(political) では、異なった利害関心を持つアクター間の葛藤である。「慣性型」(inertial) は、新しいアイデアもエネルギーもなく過去のパターンを踏襲し続ける。「偶然型」(artifactual) とは、偶然の出来事や、ランダムなエネルギーの爆発、他の関連のない要因により、「ゴミ箱」状態が引き起こされることである。[訳注：各定義の訳は前訳書（Campbell 1992=1995）にならった]

つ目の動向は、高齢化であった。1990年に、ドイツでは人口の15%が65歳以上であった。このころ北欧諸国だけが（少なくとも、割合の面では）著しく高齢化が進んだ国であり、すでに十分な長期ケアの制度をもっていた。日本は1990年には比較的高齢化しておらず、65歳以上の人口は12%であった。しかし、周知のとおり、日本の高齢化の速度は世界中で最も早かった。65歳以上の人口は、2000年には17%、2020年は25%、2050年には30%まで増えると予測されている（国立人口問題研究所 1999）。

こうした高齢者の多くは、十分な収入と医療的なケアがある限り、自分でなんとかやっていくことができる。しかしそのうちの大部分は、身体もしくは精神的な障害により正常な機能が損なわれるようになり、普通の生活を送るために必要となる他者からの支援が増えることになる⁷⁾。この支援は、施設（病院や老人ホームやさまざまな「介護生活施設」）で受けることもできるし、もしくは、高齢者がコミュニティで生活していても受けることができる。両国とも支援の必要な虚弱な高齢者が急速に増加するという事は、マスメディアを通じて広く知られるようになった。

もう一つの社会動向は、高齢者への支援の主要な資源が減少しているという認識であった。主要な資源とは、すべての国において家族、特に妻や娘や嫁である。そして、こうした傾向がより顕著なのが日本であった。先進国の中でも日本は、高齢者の大多数が成人子と同居していることに特徴がある。伝統的な日本の家族の解体について（賛否両論を含め）議論している人たちは、同居率が着実に減少していることを、常に引き合いにだしていた⁸⁾。ドイツには、警告できるようなわかりやすい大規模統計データはないが、両国とも女性の考え方は変わってきていると考えられていた。女性たちはより外で働くようになり、たとえ家庭に留まっていたとしても、高齢の家族への介護の負担を甘んじて受けなくなってきた。

もう一つの理由は、長期ケアを提供する既存のシステム（それが不公正だ、もしくは不十分だという一般的な批判があるがそれだけでなく）の運用上の問題である⁹⁾。ほとんどすべての先進国では、一般的には人道的で安上がりに見える在宅サービスよりも施設サービスの政策に偏重していた。ドイツと日本は、この点については顕著だった。なぜなら、両国とも1990年にはコミュニティケアが不十分で、比較的公的な費用による施設のほうが入り

7) 65歳以上の高齢者のうち、虚弱な高齢者は（状態の定義はさまざまあるが）、確実に全体の8から12%はいる。障害者数を減少させるだろう「ピンピンころり現象（compression of morbidity）」をうみだした医学の進歩を主張する人もいる。しかし、この議論は論争になっており、もし後期高齢者グループの人口が局所的に増加したら、その効果は相殺されるだろう。

8) 同居割合は一年間に約1%ずつ減っている。たとえば65歳以上の高齢者の子どもとの同居率は、1980年には69%であったが、1998年には50%になっている（厚生省 2000）。

9) Hecló (1974) は、以前に実行された制度の持つ問題が、社会政策を転換する主要な原動力となることを指摘している。

やすかったためである。この施設とは、ドイツではナーシングホームであり、日本では病院であった。日本では、特に重病でもない人々の「社会的入院」が広く問題として知られていた。

しかしながら、それらは問題をいささか簡略化している。最も重要なのは、当面の厳しい財政状況であった。ドイツでは、ナーシングホームを利用するほとんどの人の経費を、公的な支援の継続によってまかなわなければならなかった。その資金は地方政府の予算から拠出され、すぐに多くの自治体が赤字になるところまで増えた。日本では、特別な「高齢者医療保険制度」が、一般的な被雇用者の健康保険によって補われていた。その保険制度は、主に「社会的入院」が原因となり支出額が急増し、だんだんと財政を圧迫していった。

ニーズが増え社会的資源が減少する一方、他方では財政が圧迫されていたことは、なぜ高齢者への長期ケアが1980年代後半のドイツと日本において重要な問題とされていたのかには、タイプAのよい説明があてはまる。しかしながら、その問題が直接的に政策を作るわけではない。つまり、社会悪や運営上の問題が継続し、政府が効果的な行動を起こさない状態のまま長期的にだんだんと状況が悪化する場合もある。多くの問題は、政府およびその周辺で、深刻に議論されるような政策アジェンダの検討課題としては決してあがってこない。

ここでタイプBの説明が登場する。長期ケアはドイツと日本において同じようなルートで政策アジェンダとなった。この問題は、選挙運動のコンテキストにおいて、「政策企業家 (issue entrepreneur)」によってとり立たされるようになった (Kingdon 1984)。ドイツでは、その企業家に当たる人が、ノルベルト・ブリュームであった。彼は、当時の連邦労働社会問題大臣であり、長年革新派のリーダーを勤め、キリスト教民主党 (CDU) の労働派の副党首をしていた。選挙は1990年の12月のドイツの再統一が未確定というのみならず景気が低迷しているという、困難な政治的状況の下で行われた。ブリュームは、キリスト教民主同盟には、従来からの高齢者の高い支持率を保持するような、前向きな争点が必要だと考えた。

日本での企業家は、長い間自民党議員の中でも保険や福祉、労働問題に専門化した派閥である社労族の「ボス」であった橋本龍太郎であった。橋本は自民党の派閥政治の中で、自民党総裁および総理大臣候補になるほど、十分な権力をもっており (実際に1996年に就任)、1989年の6月に自民党幹事長に任命された。しかし、彼は1989年の7月に参議院選挙での (その時点まででの) 自民党の歴史的な大敗の責任から、幹事長を辞職しなければならなかった。その後、彼は大蔵大臣に任命された。

1989年の社会党に対抗するために最も効果のある争点は、消費税の導入であった。政

府は、消費税の導入を高齢化社会の負担のために必要なものとして正当化していた。社会党は、これはただの口実であり、高齢者への歳出に対して何の具体策もないと批判した。この敗北ののち、橋本は1990年にさしこまれた総選挙のために、そのような具体策を急いで作り上げるために奔走した。それは「ゴールドプラン」もしくは「高齢者保健福祉十カ年計画」と呼ばれた¹⁰⁾。ゴールドプランは、1989年の12月に国会で承認され、自民党の選挙運動を特徴づける材料となり、選挙前の議論で何度もくりかえし放送された（それはどんな理由であろうとも、自民党の勝利にとって重要なものであった）。

ゴールドプランの序言は、近々日本人の4人に1人が高齢者になるという急速な高齢化への関心から始まっている。そして以下のように強調されている。

国民が健康で、生きがいをもち安心して生涯を過ごせるような明るい活力のある長寿・福祉社会としなければならない。このため、消費税の導入の趣旨を踏まえて、高齢者への保健福祉の分野におけるサービスの基盤整備を進めることとする…

ゴールドプランは、多くの具体的で非常に広いターゲットを含む25項目から構成されている。たとえば、ホームヘルパーの数を1989年の3万1000人から1999年には10万人に増やす、施設のベッド数を19万1000から52万まで増やす、ショートステイのベッド数を4000から5万に増やす、デイサービスを1000から1万に増やすなどが計画されていた。これはまた、将来的には10万人対象予定のケアハウスや、1万人対象予定の在宅介護支援センターなど、いくつかの新規サービス制度の創設も目標としていた。ちなみに、ここに含まれている具体的なアイデアは、ほとんどが厚生省社会局に関連する高齢者福祉の専門家間で長期間議論されてきたものである¹¹⁾。

ドイツには明確な立場性のもとで選挙公約があり、日本の選挙公約は特定の閣僚の決定が背後にある。では、こうしたできごとを主要な政策転換とみるべきだろうか。それは、はっきりと違うといえる。選挙公約はどのような場面でもしばしば破られる。特に日本では、正式に閣僚の支持がある発展性があり詳述された「ビジョン」ですら、すぐに破られる。新しい政策が法的に具体化し、実際に施行されてはじめて、私たちはその転換を現実ものとして認識するべきである。ブリュームと橋本がなしたことは、虚弱な高齢者へ

10) ゴールドプランは全く予測できない（いわゆる晴天の霹靂）のようなものではなかった。1986年から1988年にかけて、様々な機関から一連のビジョンが示されたとともに、1980年代中盤に新保守派の「行政改革」と「福祉の見直し」の動きが薄れてきていたため、政府は高齢者のための制度を拡大することに賛同する傾向にあった。このことについての長い物語の詳細はCampbell（1992:241-253）で取り上げている。

11) 厚生省は2001年に労働省と統合され厚生労働省に改編されたが、ここでは当時の事実に基づいて詳述するために、以前の古い名称を用いている。

の長期ケアを政策アジェンダにのせることで、このことは、実際に政策転換が少なくとも真剣に議論されたことを意味する。

その時起こったことは、選挙の大騒ぎとはほとんど関係がなかったが、政治家や官僚、そして利害団体などのアクターの目的や戦略には深く関係していた。前述した、既存の制度に関する途絶えることのない運用上の問題は、非常に重要であった。運用上の問題は、ドイツでは、福祉財源について憂慮していた地方自治体を、政策転換の声援者や効果的な支援者にかえさせた。日本では、ドイツほどは明確ではないが、健康保険が財政を圧迫することにより影響をうけるアクター（厚生労働省、大企業、労働市場、日本医師会）に、少なくとも新しいアプローチのアイデアを受け入れさせた。

それでもやはり、私は立法化への圧力としてより重要なのは世論であると考える。大切なことは、新しい政策への明確な要求ではなく、まして組織化された社会運動でもなく、日本とドイツの一般の人びとが、高齢者ケアの問題が重要だと感じることである。彼らが、単に個人や家族の問題ではなく、社会全体の問題である、ということ強く意識したことが重要であった。政策企業家は、その問題を魅力的かつわかりやすく説明することによって、潜在的なものを積極的な支援に変えていく。両国において、一般の人々が反応し、実際に支援し続けたこと（それは、世論調査の結果として表面化した）は、具体的な新しいシステムの成立を試みているアクターたちにとって、重要な資源となった。

最後に、第一の問いについては、日本とドイツを長期ケア制度が成立していないさまざまな国と比較しないことには、体系的に答えられないことは留意が必要である。しかしながら、両国とも直近の財政問題を感じている状況で、虚弱な高齢者の問題がとびぬけて深刻であったという事実は、タイプAの説明が非常に重要である。また別の意味で、タイプBのポリティクスもとても重要である。タイプCとDはほかの部分で重要になるが、この問いに答えるためにはそれほど重要ではない。

Ⅲ. なぜ日本とドイツは社会保険方式を採用したのか

両国の政策アジェンダまでに達した問題は、「政府は虚弱な高齢者のためにもっと何かするべきだ」という言葉で明確にあらわされているかもしれない。両国とも国民にはこの問題に関する最善の解決法について固まったアイデアがあったわけではなく、事実、すぐに何をすべきなのか、についての議論が発展していった。

では、どのような可能性があったのだろうか。理念形のレベルでは、大規模な長期ケアの制度（とさまざまな社会政策）に対して主に二つの選択肢がある。一つは、税を財源とし

た直接サービスの提供で、もう一つは、保険料を財源とした社会保険である（Campbell and IKEGAMI 2002）。

1990年代の初頭に、包括的で大規模な長期ケアの制度を実施していたのは北欧のみであった。それらは、直接サービスの提供によるものだった。つまり、地方税と国の予算からの補助金の組み合わせを財源として、地方自治体が（公務員や委託契約をした他の事業者とともに）在宅サービスや施設サービスを提供していた。1980年代のスウェーデンとデンマークでは、ほぼ申請者全てにサービスを提供しており、支出が非常に多かった。しかしながら、直接サービスアプローチは、地方自治体に雇われているケースワーカーや「ケアマネジャー」が、申請者の利用資格やサービス内容やサービス量の決定を行うため、費用コントロールと親和的である。こうした判定者は、しばしば、収入や資産の審査、家族介護が可能かどうか、そして利用者がサービスに「値するかどうか」、などの基準を適用することができる。たとえばイギリスでは、直接サービス提供で財政を抑制し、受給資格の基準をより厳格にした。

もう一つの選択肢は社会保険方式である。財政は税よりも保険料でまかなわれ、特定の条件に合致する人であれば誰でも給付が受けられる。財源が政府予算の一部ではないため、給付は財源の歳出プロセスには従わない。給付は、（ほとんどの部分は医療保険と同じように）制限なく設定することもできるが、長期ケアの場合は、給付の合計が障害の範囲によって決定されることが予測される。利用者は給付を現金かサービスと交換できる「バウチャー券」でもらうことによって、サービスの内容と提供者を選ぶことができるべきである。受給資格は、年齢や障害度のように非常に客観的で、自由裁量による官僚的な決定のような余地が無いものでなければならない。この基準に適合した人は、保険料を支払うことにより、給付に対する「権利」を得る。公的な介護保険制度は、もし政府が依存した生活をする人のすべてのコストを負担すると、とても高額になる。しかし、受給資格を厳しくすることや費用の一部を負担してもらうことで、節約することも可能である（ただし、一度制度として実行されると社会保険システムは直接提供システムよりも、「配給量」による支出の削減が難しい）。

これらの二つの理念形は、前者はスウェーデンに、後者はドイツに近い。しかしながら、世界中には、いくつものバリエーションや制度の組み合わせがある。オランダの長期ケアは、財政面では社会保険の収入が税収よりも多いが、サービス供給の方法や対象者の範囲などについては北欧に近いものであった。アメリカ合衆国の長期ケアの公的な支援の主要な供給源であるメディケイドは、税でまかなわれておりミーンズテストがあるが、サービスの供給は直接サービス型よりも社会保険型に近い。カナダの長期ケアは医療ケアシステムの直接サービスの一部として提供されており、オーストリアでは普遍的な医療保険シ

テムの一部となっている。施設サービスとコミュニティサービスは、国などによって対応がさまざまである。そして、新しいシステムを構築する選択肢はかなりたくさんあるようにみえる。

しかしながら、どの国においても、この選択肢は、頻繁に制度的レガシーによって制限される。このため、タイプCの説明は重要になってくる。長期ケア政策の転換の大部分は、非常に大規模なものでさえ、既存の構造を拡大・応用したのか、新しい問題に対応するために、すでに認められているアプローチを適用したものである。従来の方法からの抜本的な脱却は、議論としてはされているだろうが、それ以上のものではない。

ドイツの介護保険制度は典型的なケースである。虚弱な高齢者のためにもっと役に立つ、というブリュームとキリスト教民主同盟による公約は、どうやってそれを実現するのかという議論を引き起こした。少数の社会福祉専門家と野党の社会民主党員は、税による直接サービス提供という北欧タイプのシステムを支持していた。このシステムは、その当時に唯一機能していた大規模な先例であった。経済学者やドイツの自由民主党（FDP）は、ボランティアや民間の介護保険の促進というアイデアを支持しており、これは自由市場のアイデアと企業の支援団体との結びつきを象徴していた。キリスト教民主同盟の政治家（常に強い関心を持っていたわけではないかもしれないが）と多くの官僚（労働省であれ、新しい厚生省であれ、金融機関であれ、関心の程度はさまざまであった）は、公的で強制的な社会保険というアイデアを支持していた。そしてそこでは、ほとんどを公的に担うことが、論理的な方法として疑いのない前提とされていた。

ドイツでは、結局のところ、1世紀以上前に社会保険が考案されている。それは、いくつかの社会グループ（職業や住居によって定義される）が、ニーズのある人（失業者や依存者、病人、高齢者）へのサポートのために資源をプールすることによって、次々生じる社会的ニーズに対応してきた長い伝統がある。実際に障害者はすでにカバーされているが、主に提供されているのは所得代替と医療ケアだけであった。これは、ケアサービスへのニーズとは異なるが、大体は似ていた。

そして、人々が何を適切な政策だと考えるのかは、どの種類の政策が実現可能なのか、つまり制度を運営するための制度的な資源の可能性/不可能性と同じくらい大事である。ドイツには、北欧のような長期ケアを提供する地方自治体のマネージャーや公務員のような組織はなかった¹²⁾。しかしドイツには、健康保険を管理する疾病金庫という、保険料の徴収や個人の給付の管理の経験をつんだ巨大な組織があった¹³⁾。

12) 直接的な社会サービスの提供不足は、ほかの分野においても事実である。たとえば、ドイツでは、児童への現金手当はあっても、デイケアは非常に少ない。

13) 北欧と同じように直接サービス提供モデルで長期ケアに対処するイギリス、オーストラリア、ニュージー

直接サービスモデルには、三つの欠点があった。一つ目は、ドイツの考え方に合わないというもので、二つ目は実行するのが難しいというものである。さらに、三つ目の欠点として、新税の創立が特に東ドイツとの統合に費用がかかっているコンテキストにおいては不可能だというものである。この三つの欠点のために、ドイツは北欧のような制度になる可能性は無かったのである。他方で、民間の保険という考え方は、公的な支出やマネジメントが少ないために、保守主義者にとって魅力的であった。しかしながら、その考え方は、もっともらしい解決法には見えなかった。なぜなら、他と同様にドイツでも、専門家たちは、民間のボランティアな介護保険は、決してうまくいかないだろう、と主張していたし、保険産業はビジネスとして興味すら持っていなかった¹⁴⁾。最後に、ほかに可能性のある選択肢としては、既存の医療保険制度のシステムに新たな給付を加えることだが、そうしたコストを医療保険に含むことは許されないため、実際にはあまり考えられなかった¹⁵⁾。

要するに、これは実際に議論されたわけではなかった。ドイツの政府が一旦長期ケアにおいて何かをすることを決定したら、社会保険アプローチの選択がほとんど避けられないものであった。そして実際の関心は、どのくらいコストがかかり、そしてどのようにコストと給付を割り当てるのかという問題に向けられていた。

日本の場合は、まったく違っていた。日本には、戦前から年金や医療ケアなどの社会保険の伝統はあるが、社会福祉分野それ自体（公的扶助、児童擁護と老人施設、各在宅サービス等）の提供は常に自治体によって担われており、財源は税金だった。1990年のゴールドプランは、高齢者への社会福祉計画を大幅に拡大し、それによって事実上受給資格が拡大した。しかしながら、財政上かつ行政上のシステムは変化せずに残されたままであった。その意味で、日本は、社会福祉の公的アプローチの大きな変化なしに、高齢者のカバーを大幅に拡大しており、スウェーデンとデンマークと同じ方向に向かっていたようにみえる。

しかしながら、何人かの日本人の専門家は、しばしば社会保険アプローチは虚弱な高齢者へのケアを拡大するためによりよい手段だと考えていた。ゴールドプランは急ごしらえだったため、そのような基礎的な議論をする時間がなかった。しかし、1990年以前でさえ、拡散しつつも激しい論争が厚生労働省の周辺でまきおこっていた。長期ケアを含むために、既存の高齢者医療保険のシステムの拡大や、追加の障害者への公的年金の給付や、直接サービスの拡大や、新しい独立した社会保険制度を作り出すというアイデアが提案された。

ランドなどの国では、医療ケアについても社会保険よりも税によってまかなっている。

14) つまり、民間の介護保険は個人レベルではいくら役に立つかもしれないが、国レベルでの問題の解決にはならない。CuellarとWiener(2000)を参照のこと。

15) 医療保険の給付は制限がなく、高い貢献があれば支出が増加する。そのため、後述するように介護保険制度のコストは非常に抑制された(Stefan Pabst, personal communication, July 20, 1999)。

当然予測できたことだが、既存の直接サービスシステムを守り拡大したい人々が熱心な議論をしていた。こうした人々には、厚生省の「社会福祉」の伝統と関連する社会局の官僚や、この分野のほとんどすべての実践家（施設管理者、ソーシャルワーカー、ホームヘルパー協会）、多くの社会福祉の専門家や、レポーターやコメンテーターなどが含まれていた。新しい社会保険システムへの切り替えに賛同した中心的な人物は、厚生労働省の新経済学者と他の専門家たちの支持をえた「医療保険」ラインの官僚であった。厚生省のなかで、後者のグループの官僚は数年にわたり権力を持つようになった。1990年初頭の医療保険のグループのリーダーは、岡光序治であった。彼は、その当時の厚生官僚の中で最も行動的で影響力のある人物であった¹⁶⁾。

当時の社会保険への反対は、制度が実現した後も耳にする新しいシステムへの批判に反映されている。それらの批判は、これまで給付を受けていた多くの人が給付を削減される、これまで無償で給付を受けていた人が自己負担に直面する、保険料は低所得の高齢者には耐え難い負担となる、サービスと負担の水準には地域間格差が生じる、地方自治体は自分たちの責任を負えなくなる、サービスの質が悪くなる、既存の提供事業者が倒産する、ケアを本当に必要としていない人にお金が無駄に使われる、などであった。こうした批判には、価値やイデオロギー、心情、自己利益、現実的な関心のすべてが混ざり合っていた。

一方で、社会保険の擁護者も、同じように価値、イデオロギー、感情、実用性から主張していた。彼らが強調する原則は、個人の権利と消費者の選択であり、場合によっては、アメリカの医療経済学に基づいたより入念な論理的根拠が加わった。また、彼らからは高齢者への古い「措置制度」における自由裁量による（はっきりしない）官僚的な決定に対して、非常に強い感情的反発があった。官僚的な決定の典型的な例は、女性が、介護が必要な姑のために援助を求めると、（たとえ彼女が仕事を辞めないといけなくとも）彼女自身が介護をしなければならないと言われることである。また、官僚的で大規模な提供事業が、なれあいで自己保身や自己利益を追求することに対しても、非常に強い感情的反発があった。

実践的な議論はもっとも説得力がある。第一に、財政的な圧力が挙げられる。つまり、制度の拡張は、実際にお金がかかり始めていて、どこかの時点で増税を必要としただろう。第二が、「なぜ何でもするのか」の議論で以前言及したこと以上に）運用上の問題である。措

16) 実際には、彼の先輩である吉村仁が1984年に事務次官となり、1986年に亡くなってからである。彼のキャリアや政策転換における個々の官僚の重要性についてはCampbell (1992=1995 383-389)を参照のこと。吉村のように、岡光は若手官僚を育成する「学校」への貢献で有名である。彼は、老健局の初代局長を勤めた。1994年に事務次官に就任した前後、介護保険制度の立役者だった。しかし彼は、事務次官のときに、老人ホームの設立のプロジェクトに賛成するようにと賄賂を受け取った。このことは数十年間の日本において、もっとも大きな官僚のスキャンダルとなり、介護保険制度の実施が2年遅れることになった。

置制度はむしろ小さな「残余的な」ミーンズテストの制度として設計されていた。これに対して、ゴールドプランは、公的な虚弱な高齢者への公的サービスの範囲を、貧困や家族介護に頼れない人々に限定せずに拡大することを、明確な目的としていた。しかしながら、ゴールドプランには基準がないために、誰がどのようなサービスについて利用資格を得るのか、またそれをどのように決定するのか不明確であった。それ以上に、地方自治体が、不十分なツールで新しい全てのサービスの管理を維持するために奮闘してもしなくても、管理責任と指揮系統は非常にぼやけたものとなっていた。

そうはいても、ドイツと比べて日本にはすでに、施設とコミュニティの両方のケアを直接提供する実質的な基盤があったことも事実である。それは、大量で広範囲のクライアントに適応することができたかもしれないし、もしかすると、社会保険アプローチに完全に移行しようとするよりも、混乱が少なかったかもしれない。しかし一方では、社会保険制度に使える行政上の資源に、非常に問題があった。日本には、ドイツの「疾病金庫」のような巨大な制度はない。日本の被雇用者のための健康保険は、各会社レベルで数千に分裂したシステム（組合健康保険）または、（小企業の被雇用者のための政府管掌健康保険のように）非常に巨額の資金のある国の政府によって、運営されている。しかし両方とも、介護保険制度の管理には適していなかった。地方自治体はすでに（非雇用者のための）国民健康保険の保険者であり、社会福祉の計画と管理に関する責任を持っていたため、介護保険制度でも保険者になることが決定された。地方自治体の役割は、新たにとても重要なものになった。そのため、地方自治体の多くは、介護保険制度への責任と管理するリスクを恐れていた。その後、厚生労働省は、多くの地方自治体から新しい制度の合意を得るために、地方自治体の利害に大幅に譲歩しなければならなかった。

さらに、日本では、介護保険制度のためのアセスメントにも利用可能な、ドイツの疾病金庫に勤める医師や看護師などの「医療サービス組合」も不足していた。したがって、そのようなシステムを急いで作り上げなければならなかった。

要するに、日本での社会保険の選択は、ドイツのような単純明快なケースではなかった。もし1994年の初頭に日本の税政を抜本的に改革しようという唐突な試みが成功したとすれば、日本は、ゴールドプランと他のいろいろなことの財源のために、結果として新規に大規模な「福祉目的税」を導入することになっただろう¹⁷⁾。もし税によって運営するという計画が成功したら、日本はほぼ確実に社会保険に移行するよりも、北欧モデルの長期的

17) 「福祉目的税」は「国民福祉税」とも呼ばれ、消費税を3%から7%まで引き上げる構想であった。この構想は（他の間接税を引き上げる方法に絶望していた）大蔵省によって提案され、細川護熙内閣総理大臣が、ほかの誰からの妨害に煩わされることのない深夜の記者会見で公表した。しかし、この提案はすぐに撤回され、この構想は大失敗に終わった。

ケアの道に留まっただろう。これは、タイプDの「偶然型」の説明があてはまる好例である。

結局日本は半分を社会保険から、残りの半分を税からという財源でシステムをつくったが、社会保険の原則で運用した。このような結果になったカギは、社会保険のアプローチを決定した官僚が、厚生省の政策を確定させたことである。日本では、特定の政策領域で権限を持つ省庁が、筋の通った形で運営され、反対が断片的で他にいい代替案がない場合に、非常に大きな権力をもつ。実際に、上で言及した反事実的推論（福祉目的税）を無視したら、日本の物語の説明は、ポリティクスのタイプBになる。もちろんドイツの物語は、純粹に歴史制度論のタイプCであるが、日本のケースは、歴史が必ずしも必然ではないこと、そして、国々が単一ではない多様な制度的レガシーを持つ可能性を示している。

IV. なぜドイツのシステムはすべての年齢の障害者に対応し、日本では高齢者のみに対応しているのか

この問いは、ここでは簡潔に扱わざるをえないが、社会政策の理論および実践において重要な論点である（ドイツの介護保険の利用者のうち30%が65歳以下であることは着目すべきである）。この問いに対する主な答えは、もちろんタイプCの制度的レガシーになる。ドイツでは、「社会的連帯」規範への高い称賛をともなった長い社会保険の伝統のために、年齢よりも状態に基礎をおいてカテゴリー化することが支持されているように見える。そのため、ドイツでは高齢者だけをカバーするという選択については、あまり議論されなかったと考えられる。むしろ論争をまきおこしたのは、若い発達障害者へのリハビリテーションとトレーニング施設について、政府が当初意欲を見せなかったことに対してである。抗議運動のおかげで、そのような「ケア」への支払いは、低料金に抑えられた¹⁸⁾。

日本においても何人かの学者は、すべての人が保険料を支払い、それと引きかえに利用資格を持つべきだという原則から、全年齢の障害者をカバーすることに賛成していた。若い人々は利用量が少ないため、制度の財政にとってプラスだっただろう。他の専門家は、多くの若い障害者は、(介護保険のフレームワークに簡単に当てはまらさそうな) トレーニングや他のサービスを求めており、ケア提供は実際には適切でないと考えていた¹⁹⁾。しかしながら、この論争はたいして重要な意味を持たなかった。主な関心は、誰が支払うべきなのか、ということであった。新しい保険料に対する政治的抵抗を恐れる人々と、すべての人

18) そのため、こうした施設のいくつかは、より高い支払いの資格を得るために自分たちの施設をナーシングホームに変えた (Culler and Wiener 2000:18)。

19) これは、ドイツと同じようにオーストリアでも問題になっている。

の間でのコストの分配を望む人々の間での妥協案として、40歳から保険料の徴収をスタートすることが決められた。そうすると、40～64歳の人にも受給資格があるのが最良で公平なように思えるが、低い適用範囲で支出を抑えるために、老化を原因とする特定疾病の人だけに限定された。

広い意味では、重要な要因は、1970年以降、社会政策についての日本人の考えにおいて高齢化が中心であったことである。一般の人の関心は「高齢化社会」の問題にあり、そのなかでも特に虚弱な高齢者とその介護者の問題に大きな関心がよせられていたが、若い障害者に対する関心はなかった。そのため、多くの人にとって、高齢者に限定する制度を持つことは、とても自然で注目に値しないものようだった²⁰⁾。ドイツでは「高齢化社会」によって、日本のような危機感が生み出されておらず、このようなロジックは通用しなかった。

V. なぜ日本の制度はドイツの制度よりも大きいのか

ドイツは通常最も発達し巨大な「福祉国家」の一つと考えられている²¹⁾。日本はしばしば、ほとんど福祉国家ではないとか、少なくとも福祉国家としては他の豊かな国よりも小さいと思われている²²⁾。ドイツのGDPの中での公的な社会的支出の割合は、豊かな国のなかでもトップに近く、日本はわずかにアメリカ合衆国よりも上位にいるだけである(OECD 2002)²³⁾。

しかしながら、このイメージとは正反対に、日本の「介護保険」はドイツの介護保険(Pflegeversicherung)よりも大きい。日本の高い支出は、二つの異なる制度の設計に起因している。一つは、日本では受給資格がある高齢者の割合が高いためである。2000年には約270万の人々もしくは、65歳以上の総人口の12.4%の人に受給資格があった²⁴⁾。ド

20) ちなみに、なぜ介護保険制度の開始年齢が高齢者医療保険の開始年齢である70歳(ただし、寝たきりの人は65歳から利用資格がある)ではなく65歳なのかという議論についてはよく知らない。おそらくこの理由は、65歳から69歳までの高齢者の多くが、既にゴールドプランのサービスを受けていたからであろう。

21) ESPING-ANDERSEN (1990) の影響力のある類型論においてドイツは、北欧の「社会民主主義」のモデルではなく、「保守主義」の一種とされている。

22) ESPING-ANDERSEN (1997) は、日本に関する短い論文のなかで、どのモデルが日本に適合するのかについて十分に判断できるほどまだ議論が発展も落ち着いていないと述べている。しかしながら、日本の最も特徴的な点として、低いレベルで「自由主義」と「保守主義」が共存しながら発展していることを挙げている。

23) 1998年の統計によると、ドイツではGDPの27.3%を支出しているのに対して、日本の支出はたった14.7%である。

24) これは、予算決議における政府の推定額である。新しい制度に入って6ヶ月で、約250万の人に受給資格がある。

ドイツでは、1998年の終わりには、120万人もしくは9.5%の高齢者が介護保険の給付を受けていた²⁵⁾。日本の介護保険制度で最軽度である要支援と要介護1でカバーされる人の多くは、ドイツでは受給資格をもてなかっただろう。その上、実際にドイツの高齢者人口は日本より高齢化しており、虚弱な人が日本よりも多いので、現実の対応範囲の違いは12.4対9.5よりも大きかった。

もう一つの要因は、同じ介護度でも、日本の給付がドイツよりも大幅に高いことである。原則として、ドイツでは、ニーズの50%をカバーすることを目的としているが、日本では90%である(10%の自己負担を考慮に入れている)。これは、(より少ない現金給付を選ぶ大多数のドイツ人のことはさておき)サービスの給付のみを考慮した場合、事実である。表は、ドイツと日本での、要介護度別の在宅サービスの利用総額を比較したものである²⁶⁾。また、ドイツで現金給付を受け取る額が、在宅サービスよりも少ないことには留意が必要である²⁷⁾。ただし、施設ケアを利用する人々は、両国ともより多くの額を受け取っていた。

表：日本とドイツにおける月間の在宅サービスの利用料（単位：円/月）

日本		ドイツ	
要支援	61,500		
要介護1	165,800		
要介護2	194,800	要介護度1(中度)	37,500
要介護3	267,500	要介護度2(重度)	90,100
要介護4	300,600	要介護度3(最重度)	140,100
要介護5	358,300	特に重度のケース	281,300

別の見地からは、2000年に日本とドイツのどちらともGDPの0.8%が介護保険制度に使われていたのが留意すべき点である。ドイツの制度は、実際に登録者数が満員状態で運営されていたのに対し、日本の制度がまだ始まったばかりで今後支出の増加が見込まれることを考えると、日本の制度がドイツより大きくなることは明らかだった²⁸⁾。

25) 後述するが、ドイツでは実際に受給資格のある人すべてが給付を受けられると信じられている(Ulrike Schneider, and are drawn from Bundesarbeitsblatt, October 1999)。

26) 日本の総計は、10%の自己負担を除いている。ドイツのマルクを日本円に換算する為替レートは、2000年4月1日のもので、<http://www.oanda.com/convert/classic> から参照した。

27) 現金給付は、在宅サービスの総計のおよそ40から60%である。ただし、ドイツの一部の受益者は、たとえばショートステイをカバーするために、追加金を受け取っている。

28) また、両国とも、介護保険制度の枠組みの外で長期ケア(特に施設ケア)の支出があったことにも留意が必要である。ドイツでは、介護保険制度の給付を超えるナーシングホームの利用料については、しばしば地方の生活保護の財源によって補われる。一方で日本では、医療保険から費用が支払われて、多くの高齢者が未だに病院にいる。

なぜドイツはそんなに倹約的なのか。もしくは、なぜ日本はそんなに気前がいいのか。介護保険制度自体に関する答えは、タイプAの政策問題の違いか、ある意味ではタイプCの政策レガシーである。1990年代前半の時点での日本の状況では、かなりの人々が、既に無料もしくは無料に近い形で長期ケアを受けていた。ゴールドプランにおける在宅ケアの制度では、ホームヘルプや他のサービスを受けている人たちの多くは、ほとんど支払わないか、もし支払うとしても小額でよかった。施設の居住者は自分か自分たちの子どもの収入に応じたスライド制で支払いをするが、実際は多くの人が非常に小額しか支払っていなかった²⁹⁾。大多数の高齢者は病院にいたのである。病院では、わずかな自己負担を除いて、原則的に彼らの状態に関係なくコストは全て医療保険でまかなわれる。病院に入院している高齢者は、「おむつ料金」などの基本的なサービス料を、自分のお金で支払っていたため、現実としてはそんなに満足のいくものではなかったが、そこは法律的にはグレーゾーンであった。つまり公的システムにおいては、高齢の入院患者はほとんどなにも支払わなくてよかった。

こうした状況において、公的に長期ケアの費用のたった半分だけを支払うというドイツのやり方を日本で行うのは政治的に不可能であった。既にほとんど無料に近い形でサービスを受けている人々が、今後半分の料金を支払はなければならない状況に直面したら抗議をしたらどうだろう。この抗議によって、新規の受給資格を得た多数の人たちの潜在的なサポートは非常に大きくなっただろう。同じように、受給資格の敷居が高いことは、既にサービスを受けている多くの人を排除する。つまり、最低限の条件であっても、過渡期における複雑な「既得権」対策を要求する、多くの既存の利用者には合わなかった。

介護保険制度が導入される以前のドイツでは、コミュニティケアを政府が直接的に提供していたのではなく、(地方政府からの助成を通して)伝統的で巨大な教会組織が提供していた。そして、カバーされる人数の合計も、一人当たりの利用サービスの総量も、介護保険制度と比べて少なかった。そのため、既存の在宅サービスの利用者という要因が与える影響は小さい。施設利用者はより重要であるが、彼らの多くは、生活保護を受けていた。生活保護は、彼らの子どもに支払いを要求するのと同じように、彼らにも(住居にはわずかな小遣いを残して)資産の売却や年金を他の収入から支払うことを要求した。新しい制度が施設のコストの約半数しかカバーできないとしても、既存の施設居住者のほとんどが、もっとよい暮らし向きになる。生活保護から実際の支払額と本人の資源との差額を支給されている人でさえ、介護保険の給付が加わったことで、今では前よりも手元に財産が残り、

29) 老人ホームを含む社会福祉サービスの料金は、地方自治体に対して支払われており、施設の収入はもっぱら地方自治体の予算を通過していた。このシステムでは、さらなる料金の追加に対するインセンティブと、どれだけ支払われたかに関する信頼できる戦略を作り出すことに関して不十分だった。

自分で財産の管理ができるようになっていく。

半分のナースィングホームの居住者がいまだに生活保護を必要としている点にみられるように、介護保険制度における受給資格の厳しい条件と比較的低い給付は、ドイツの専門家に批判されてきた。しかしながら、ドイツの介護保険制度は、多くの既存の利用者および潜在的な利用者にとって、非常に改善していたため、小さな制度でうまくやることができていた。介護保険制度の導入によって、状況が悪くなった人はほとんどいない。日本では、新しい制度がもっと大きかったとしても、はるかに大きな批判を引き起こしたであろう。なぜなら既存の制度が既に気前のよいものであり、かなりの量の既得利益が生じていたからである。ここでの制度的レガシーが意味するのは、もしその時日本が何かをすることしたら、大規模なことをしなければならなかったであろう、ということである。つまり制度の規模の決定において、ドイツの現実よりも日本のほうがより制約があった。

他の反事実的推論を紹介するために、もし1990年に介護保険制度がゴールドプランの変わりに導入されたら、何が起こったのかについて考察することが面白いだろう。基本システムと人々の収容状況は2000年と比べてもそれほど違いはなかったであろう。しかし提供されるコミュニティケアの範囲は狭かったし、給付を受けられる人の数も非常に少なかった。当時はおそらく、政府が気前のよくない（小さな）制度でやりすごすことが許されたのかもしれない。制度的レガシーはここでは非常に最近のものである。

ゴールドプランがどうしてそんなに大規模になったのかに関しては、1989年にもどって、それが急ごしらえの選挙公約とともに投げられたことを思い出すべきである。意欲的にみえる目標とともに、たくさんの制度を羅列することが（それはどっちみち法的な強制力はなかった）、政治的に必要だった。ゴールドプランは、一度実行されると、地方自治体と消費者からの需要のため、予想よりさらに速いペースで、いやおうなしに拡大された³⁰⁾。財源が税であるため、制度の拡大は国会の予算決議によって中断される可能性もあった。しかし実際には、高齢者へのケアが重要な国家の優先事項であるという主張が（少なくとも間接的に）強く支持されたため、中止されなかった。

VI. なぜドイツの制度は拡大を阻止するためにミクロでもマクロでも「給付制限された」ものであるのに対し、日本ではより制限が少ない制度なのか

おそらく介護保険は、タイプAとCの意味で非常に大きなものではあるが、それは際限

30) 1994年には、2000年までのさらに高い実施目標を掲げた「新ゴールドプラン」が成立した。

がないという意味ではない。日本では、介護保険の支出の増加について、公的にも私的でも、コントロールが少ない。受給資格を決定するプロセスと、ニーズのレベル（要介護度）を判定するプロセスは、主にコンピューターで処理される質問紙に基づいており、客観的であるように見える。審査結果を評価する委員会は独立しており、実際に要介護度のコンピューターによる認定は増加していた。受給資格のある人々はその介護度によって計算された全ての給付に対する権利があった。地方自治体は、利用料の引き上げを嫌がる65歳以上の住民が費用の一部を負担するため、支出の増大を抑制することに関心を持っていた。しかしながら、地方自治体は利用資格者の数についても彼らが使うサービスについてもコントロールする術を持っていなかった。

これとは対照的にドイツには、支出に関していくつかの強固な制限がある。ミクロレベルでは、疾病金庫が運営する「医療サービス組合」のメンバーの医師の審査によって、受給資格が決定される。医師の審査はいくらか主観的なものである。彼らは保険者のために働いており、もし受給資格の決定があまりにも寛大に見えたら、より厳格にすることを求めることができただろう。マクロレベルでは、指定された社会保険の分担金による収入だけが、給付に用いることができると、法律で規定されている。つまり、一般財源からの補助金は禁止されている。そのためこの制度は、予算を超過することが許されていない。拠出率と給付は法律で規制されているため、新しい法律がなければそれが増えることはない³¹⁾。

政策レガシーの違いは、なぜ日本の制度が大きくならざるをえなかったのかを説明するようである。しかし、両国の支出上限の違いについて考えると、両国とも単なる制度的な要因によって規定されているようには見えない。ちなみに、多くのドイツの社会保険は自動的にインフレに対応する指標を含んでいるため、介護保険が例外なのである。そのため、また違う説明が必要になってくる。

すぐに目につく点は、介護保険についての議論が両国で非常に異なっていたことである。ドイツでは、誰がどのくらい支払うのかという問題が基本的なトピックとなっていたが、日本では、その点はまったく二次的なものだった。つまり、ドイツの介護保険制度の議論は、社会保険に関する既存の多数の知見によって使い古された道筋にそって、遂行されていた。議論を通して、経済担当閣僚や、保守主義の政治家、大企業などの財政保守主義者らのいつもの意見が、声高で明確に主張されていた。次のような議論に非常に長い時間と労力が費やされた。たとえば、雇用者が被雇用者の利用料の負担を分担するかどうかとい

31) 長年にわたり、大きな修正はなかった。このことは、給付の実際の価値が、インフレーションに応じて削減されたことを意味する。これに付随して、システムから供給者へ支払われる価格の交渉についても考慮にいと、サービスの量が削減されたことになる。

う点や、(ドイツの自由民主党の後ろ盾がある)大企業が議論していた、福利厚生費用がドイツの競争力に損害を与えている時代に、これまでの社会保険では時代遅れだという点や、その給付は今の被雇用者にはいかないため、どのような場合でも長期ケアに保険を適用するべきではない、などである。結局、時間や労力をかけた妥協案で決着がついた(雇用者は利用料の半分を支払い、その代償として被雇用者は法定祝日を一日あきらめた)。

ドイツの財政保守主義者は、誰が支払うのかや、制度の規模についての問題と同様に、要求が増大し、政治的サポートがだんだんと確立されていくにつれ、当初意図した以上に受給者資格が拡大していくことを憂慮していた。彼らは、一般会計からの支出を明確に禁止しない限り、法案に署名するのを拒否した。そのため介護保険では、単にインフレ率の補正が強制されないだけでなく、生活費の増額が新しい法律の可決なしには認められない。一部では、サービスの給付量を法律で決めたことで、今後の福祉国家を後退させるための先例になることが望まれていた。

ドイツとは対照的に、日本の介護保険制度の議論における二つの最も驚くべき側面とは、財政保守主義からの反対がなかったことと、大雑把にいうと、財政的な問題それ自体への関心が欠けていたことである。日本でも他の場合には、多額の支出がある制度が提案された場合、通常は大蔵省や、大企業、自由市場指向の経済学者や保守主義の政治家などから、強い警告あることが予測される。その警告の内容は、政府がやりすぎている、労働者や納税者への負担、公的制度の非効率性、超過支出による損害などである。しかし、介護保険については保守主義者だけでなく、有力な反対意見もあがってこなかった。そのおかげで、厚生省は、制度がどのくらいコストがかかるのかについて、雑で低めの推測でその場をのりきることができたようだった³²⁾。厚生省はびっくりするほど、将来的なコストと経済的なインプリケーションについて言及するのを避けたが、誰もそれを気に留めなかったようだった。

だが、なぜそんなことになったのだろうか。それは、市場原則と保守的財政論を信じる人々が日本にいなかった、というためではない。医療保険制度と公的年金制度は、財政当局や、企業団体、経済学者(特に1970年代からの厚生省の数学的な才能を批判した、一橋大学のパブリックファイナンスグループ)から、何度も酷評されており細かな点まで非難されている。この大きな政府の批判は、1980年代始めの行政改革の期間は、世間にも広く受け入れられており拒否されていなかった。1990年には、拡大しつづける福祉国家と将来の市場の抑制について深刻な懸念が一般的になっており、不景気がさらなる規制撤廃や自由化、自由市場での解決という要求を促進した。ではなぜ介護保険の際限ない財源の提供は、

32) 厚生省は、介護保険制度における制度のコストの予測や将来の利用料のレベルについての仮説も計算も発表しなかった。大変謙虚なコストの見積もりをしながら、給付レベルは非常に寛大に予測されていた。

そんなに簡単にすり抜けられたのだろうか。

第一に、政府内では大蔵省が敵対的な方法で、新しい支出制度の主導権を握ることが予測されていたが、それが介護保険制度への反対者というよりもむしろ支援者になったことが挙げられる。その主な理由は、特に消費税の設立と増税によって顕著となったが、日本が10年以上直接税に過度に依存するよりも間接税を増やしていくという執念を持っていたためである（KATO 1994）。大蔵省は、消費税を3%から7%へ増税しようとした1994年の「国民福祉税」構想の失敗ののち、再び（1980年代後半のゴールドプランのように）介護保険をその口実にして最低でも5%への引き上げ達成を目的として、財源の半分は新しい保険の利用料から、残りの半分は三つのレベルの政府の通常の財源からとした。税による分配は、消費税の増税を正当化した。

第二の理由は、1990年代中盤において、おそらく大企業は、日本経済の他の問題に気をとられていたことである。経済政策の全体を監視する経団連は、どうやら介護保険制度を福利厚生給付の問題と考えていたらしく、労働管理の問題に特化している日経連に一任していた。日経連には、いくつかの委員会があり、そこでは何人かの学者をゲストとして招き、ドイツとの小さな比較研究プロジェクトにも着手していた。しかし、介護保険に焦点をあてた研究は、実行も委託もされなかった³³⁾。実業家、特に日経連は、高齢者の医療費が値上がりすることで、企業ベースの健康保険組合が圧迫されることを非常に憂慮していたため、厚生省による、「介護保険は健康保険の大きな節約になる」という巧みな議論の影響を受けやすかった³⁴⁾。

第三の理由は、経済学者は、厚生省から見積もりの手続きや仮定を公にすることについて、やんわりと拒否されており、その意味では厚生省の戦略に負けていたのかもしれない。分析や批判をするデータがほとんどなかった。他国での主要な介護保険制度がなかったため、それについて書かれた海外の経済学者の論文もなく、彼らが従うべきモデルが欠如していた³⁵⁾。もし経済団体が、このトピックに関する批判的研究への支援に対して意欲的であったら、状況は違っていただろう。

第四として、政治家たちが関心を示したことが挙げられる。最も重要な介入をしたのが、自民党の原動力であった梶山静六である。彼は1996年に厚生省が介護保険の法案を初め

33) 1999年の6月に筆者が行った日経連の幹部へのインタビューによる。

34) 厚生省は、その主張をきちんとしたデータで裏付けていなかった。しかし、新たな介護に対して、企業は、税と社会保障の負担が相当量にのぼることを、認識するべきではなかったのか。もちろん最初のうちは、ドイツのように、雇用者が半分の利用料を支払うことに対する反対があった。しかし、日本の経済団体はこの問題について、それほど真剣に取り組まなかった。

35) ドイツの経済学者は、介護保険制度の議論に参加し、論文を刊行したが、掲載された雑誌は、日本の経済学者が読むようなものではなかった。そのため、ドイツの経済学者は、少しも日本の議論に影響を与えてなかった。

て提出した際に内閣官房長官であった。この提案は、作り直しを経て適切な政党の機関に承認されたものであったが、梶山は何度も新聞に批判的な見解をのせ、その時の国会を通過させないようにした³⁶⁾。数年後に法案が再提案されたときには、自民党内でそのような影響力のある立場からの反対はなかった。しかしながら、それらは法律の制定後に表面化した。

小沢一郎と彼の派閥のメンバーは、一貫して批判していた。彼らは、長期ケアの財源は社会保険よりも税がよいという伝統的な財政保守主義の視点をとっていた。そのため、マクロレベルでの年間予算と、ミクロレベルでのミーンズテストで、両方において規模に規制をもうけること考えていた。小沢と1990年代後半の自民党は、他の社会政策と同様に年金に対してもこの立場であった。

もし、小沢が政府の中で力を持っていた時期（1993年より前の自民党に所属した時期か、1994年からの羽田・細川政権下での新政党の時期、または1998年から1999年の自由党の党首の時期）に介護保険が議論されていたら、小沢の反対はとても大きな意味を持ったかもしれない。しかしながら、当時重要であった与党連合は、自民党、社会党、新党さきがけであった。連合政権の二つの小さな政党は、介護保険制度について、他の多くの自民党員よりもかなり熱心であったため、連合政権は介護保険を支持した³⁷⁾。

そのような偶然の要因（タイプDの例）は、意思決定のプロセスの中で、なぜ潜在的な反対者が、黙したり無力だったりするのかについて、説明する手助けになる。しかしながら、私がインタビューをした人々によると、より重要な要因は、「高齢化社会の問題」が深刻で何か解決を必要としている、という一般的な感覚であった。実際に介護保険の提案について、世論調査では70から80%の支持率があった。メディアの批判は、すべて左派からなされており、どのようにこの制度が十分でないかについてであった。右派からの反対は、日本はやりすぎているというもので、それは狭量で不毛なものにみえたかもしれない。歴史的制度的な理由から、ドイツの議論はまったく異なって形作られていた。ドイツでは、その結果として、より効果的な保守派からの反対があり、妥協的手段としてより効

36) たとえば彼は、委員会において、税と社会保険の国家にかかる負担が増えるためにこの制度を再考すべきだと、内閣総理大臣に意見したといわれている（岡本 1996：171）。また、曾根プロジェクト（医政研究会）における増山幹高の説明も参照のこと（1997：29-30）。

37) 実際に、自民党が介護保険制度を支援する理由の一つは、日本社会党との連携を維持することだった。介護保険の法律の設定に関するポリティクスについては、Talcottと江藤（2000）を参照のこと。

38) ただし、日本において財政問題について時間が割かれなかったことは、ケアサービスの中身について包括的な議論ができたことに貢献している。たとえば、その議論に参加していた多くの社会福祉の専門家にとって大変興味深い、「ケアプラン」のサンプルの詳細検討などが行われた。あるドイツの福祉専門家にとって残念なことにドイツでは、そのような事柄については介護保険制度の導入以前も以後も議論することが難しかった。

率的な財政制限をともなう制度になった。これは、タイプBとCの相互作用の例である³⁹⁾。

Ⅶ. なぜドイツでは家族によるインフォーマルな介護を促進する現金給付が提供され、日本では公的サービスだけしか提供されていないのか

すべての国において、最も虚弱な高齢者にケアを提供しているのは家族であり、ほとんどの場合は、配偶者、娘、嫁である。多くの人が、家族の「インフォーマル」ケアは自然なもので、高齢者にとって家族以外の人による「フォーマル」ケアよりも望ましいものである、と考えている。しかしながら、もちろん介護者の負担はしばしばかなりの量になる。公共政策に対する論理的なアプローチは、虚弱な高齢者が彼／彼女の望みに応じて使うことができる現金給付により家族（もしくは隣人などの他のインフォーマルな人々）によるケアを推奨することである。

ドイツは、このルートにそっている。受給資格のある人は施設ケアと公的なコミュニティサービスと現金給付、もしくは後者二つの組み合わせを選ぶことができる。現金給付には追加的な給付があり、家族介護者の年金保険料が負担される。とはいえ、要介護度の三つの全てのレベルにおいて、現金給付が施設サービスや在宅サービスよりも少ないというのは、ドイツの介護保険の根本的な原則だった。1998年では、施設を選ばない人のうち、現金給付を選ぶのは76.6%で、コミュニティサービスと現金給付の組み合わせは12.8%、公的なコミュニティサービスのみを選択しているのはたった10.6%（約134000人）であった（BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1999: 127）³⁹⁾。

このアプローチの理由は、単純なものであるように思える。ドイツの社会保険ベースの社会政策アプローチでは、現金給付は普通なもの（そして直接サービスは普通でないもの）と考えられている。さらに、（高齢者の増加にともなった）基本的な政策問題は、伝統的な家族の介護能力の減少として認識されている。ドイツ人は、現金給付が家族介護の意欲を強化することで、この減少を防ぐか少なくとも先延ばしすると考えている。少数の専門家が現金給付を、介護の質が確保されない、既存の介護パターンをあまり変えることができない、などの理由で批判していた（Naegele and Reichert 2002）。しかしながら、現金給付に関して実際に討論されることは少なく、ほとんど当然のこととして捉えられていた。

日本では1990年代を通して、家族介護者に現金給付を提供するかどうかという問題が熱心に議論された。1995から1996の、法律設定を担当していた公式の諮問委員会の議事録によると、現金給付は賛否両論で大きな論争をまきおこした⁴⁰⁾。結局、介護保険には現

39) サービスを選択している人の総数はだんだんと増えている。

40) これは老人保健福祉審議会の介護給付部会のことである。議論の展開は、厚生省高齢者介護対策本部事務

金給付は含まれなかったが、この点に関する議論は実施に至るまで国会の内外で続き、制度の導入直前には小さなあゆみよりがあった。

一見すると、日本において、家族介護についての保障を拒否し、フォーマルサービスをこれほど強固に決定したことは、とても驚くべきことのように思える。前のドイツの例では、特にはっきりと1ケースあたりの単価が安いということが、現金給付のアイデアを後押ししたように思える。世論は、少なくとも選択肢として、家族介護者へ支援することを支持していた⁴¹⁾。歴史とイデオロギーの観点からみると、西欧諸国に対して日本は、福祉が社会的サポートよりも家族に依存しており、非常にたくさんの有名なレトリック（「日本型福祉社会」など）がこの慣習を基礎的で価値あるものとして神聖化していた。

そのため、日本での家族介護への現金給付の拒絶は、たくさんの説明を必要としていたように見える。特に、イデオロギー、財政、そして合理的な政策の選択という三つの理由が重要であった。まずイデオロギーに関していえば、日本人の家族についての考えは、「日本型福祉」で伝えられている単純なイメージよりももっと曖昧である。たとえば、1995年の12月4日の老人保健福祉審議会の介護給付分科会での発言をみてみよう（厚生省高齢者介護対策本部事務局 1996：128）。

場合によっては、現金を受け取ることにより、家族介護が固定化され、特に女性が家族介護にしばりつけられるおそれがある。ドイツの介護保険では現金給付が認められているが、わが国とドイツとでは家族の状況が異なっている。

最後の文章が伝えているのは、次のようなことである。日本とドイツの状況の違いというのは、日本では1990年代であっても高齢者の少なくとも半数が子どもと同居しているのに対し、ドイツでは同一世帯に子どもと住む高齢者は少ないということである。

女家長と彼女の息子の妻つまり、嫁と姑の間に緊張関係があることは、日本の同居の伝統についての古典的な物語である。嫁は姑を尊敬し従う「べきである」が、現実では彼女が嫌がったり、搾取されていると感じたりすることは十分に予測できる。嫁姑の関係は、高齢者介護を一般的に語る場合の典型例であり、新聞記事やテレビドラマや、普段の会話において、(相続の権利さえなく)自分の血縁でもない誰かに身体ケアを提供しなければならぬ女性のイメージとして、くりかえし話題にされる。この共通イメージが、嫁を果て

局（1996 39-41, 128-129, 195-196）で見ることができる。

41) 現金給付への賛否は、1995年の8月の総理府調査では、賛成58%と反対28%で、翌月に行われた毎日新聞の調査では、賛成72%と反対24%であった。11月のNHKの調査では、より選択肢があり、7%が現金のみ、25%がサービスのみ、63%が両方を選んだ。ところが、1996年2月の朝日新聞の調査では、賛成48%と反対42%となっている（介護対策本部事務局 1996：520-523）。

しない「介護地獄」に追い込むのである。

ちなみに、多くの人々は「介護地獄」を介護者にとってのみ悪いものだと考えていない。介護給付部会のメンバーは、次のように指摘する。「介護を家族だけに委ねると、介護がいわば密室化し、介護の質も確保できないことになり、高齢者にとっても問題が多い」（厚生省高齢者介護対策本部事務局 1996：128）。さらに悪いことに『寝たきり状態』が継続する方が現金給付を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある」（厚生省高齢者介護対策本部事務局 1996：128）。実際に、子どもが、金銭上の動機がなくとも、過保護かもしくは単に高齢者の介護をしやすいために、高齢者を寝たきりにすると早い段階で依存状態になると広く信じられていた。

実際の日本人の高齢者の生活と介護のあり方は、この一般的な物語よりも、もっと多様性がある。しかしながら、同居することで作り出される強烈な関係性や、捉えられているという互いの感覚は、ドイツにおける娘／義娘による別居介護の場合よりも強い。こうした同居に対する大きな違いは、「長期ケアの主要な問題は女性の搾取だ」というフェミニストの議論をもっともらしく説明する。この議論はドイツよりも日本でより重要である。

そのため、このような日本のフェミニストの目的は、家族介護を支えるのではなく終わらせることであった。この視点は二人のメディアにおけるスターによって主張された。一人は、長い間朝日新聞の記者で、厚生省の介護給付部会の初期メンバーだった大熊由紀子である。もう一人は、評論家でテレビのパーソナリティでもあり、介護給付部会のプロセスで重要な役割を果たし、介護保険制度の主要な推進者となった樋口恵子である⁴²⁾。他に、フェミニストの視点を主張して介護給付部会に影響を与えていたのは、社会学者の袖井孝子と老人ホームの施設長（現教授）の橋本泰子である。

日本は、それほどフェミニズムが政治的に重要である国には思われてはいない。彼女たちはおそらくさまざまな諮問委員会に象徴として任命されたのだろう。彼女たちは、非常に意見を明確に述べた。だがそれ以上に、彼女たちの議論は、おそらく反論するのが難しいぐらい、多くの一般の人たちから反響があったため、とても効果的であった。

日本には、彼女たちの目的とは逆に「伝統的な」家族の提供を理想として考える社会保守主義者もいた。しかしながら、前節で言及した財政保守主義者のような事情があったので、彼らの声は驚くほどに静かだった。たとえば、1997年のわずか数人の自由民主党のリーダーたちの間で、宗教団体からの反対があったといううわさが起きた以外はほとんどなかった。さらに、家族に価値を置く視点からの介護保険への批判や、家族介護を可能な限

42) 大熊は実際に、北欧型のシステムを推奨し社会保険のやり方に反対していた。樋口は介護保険制度の主要な支援者であり、人々の意欲を駆り立てた「一万人市民支援委員会」の結成に携わった。こういった女性たちの社会運動への参加については、江藤（2001: 241-246）を参照のこと。

り継続させたいという露骨な要求からの介護保険への批判も、ほとんど見つからなかった。家族介護への現金給付を求める人々は、家族介護の伝統的なシステムの復活ということではなく、選択性や公平性、制度が利用料を払う人々にとってより魅力的になるということを根拠に擁護した⁴³⁾。

両国の二つ目の違いは、財政である。ドイツの例では、現金給付が（施設ケアはもちろん）在宅サービスの半分未満というかなり少額の支出で可能になることが示されている。この提供の仕方が、ドイツの介護保険制度が予算の範囲内、さらに最初の数年間は剰余があるという運営が可能だった理由である。そのような節約ができることは、日本人にもとても魅力的だろう⁴⁴⁾。

しかしながら、日本での財政への考慮は、ドイツとは逆のものであった。もし現金給付が可能になったら、みんなすぐに受給資格を申し込む（これは実際にドイツでおきている）。もしサービスのみ利用可能であれば、介護給付分科会の言葉を借りれば、「現状は、家族が介護しているケースが大半であり、直ちにそれがかわることはない」（介護対策本部事務局 1996：128）。特に田舎では、よその人が自分の家に来るのをあまり喜ばないと思われていたため、介護保険のコミュニティケア（在宅サービス）の割り当てを最低限に設定して段階的に導入していけばよいと考えられていた。厚生省の試算は、初年度に実際の利用請求をしてくる人は受給資格を持つ人のわずか40%程度であり、次の年から徐々に増加していくというものであった。要するに、サービスのみを提供するのは、目先のことだけ考えると節約になったかもしれないが、長い目で見るとよりコストがかかった。

この40%という数値は、二つの推測に基づいている。一つはどのくらいの人々がフォーマルな在宅サービスを望むのか、という要求サイドで、もう一つは、制度の導入時に、どのくらいのサービスが実際に供給可能なのか、という供給サイドである。在宅サービス（訪問介護、訪問看護、デイケア、入浴介助等）は、施設の設立ほど時間がかからない。しかし、それらは夜どうし（24時間）の提供はできず、公的/私的にせよどこかからの出資が必要であった。こうした供給サイドへの考慮は、現金給付を否定する第三の主要な理由となる。日本では、施設の代替物や、積極的な家族介護者がいない人々へのケア提供、そして女性に雇用機会を提供する一つの方法⁴⁵⁾、などの目的に沿うものとして、高齢者の公的

43) たとえば、上で引用した1995年の介護給付部会の議事録において五つの利点が挙げられている（介護対策本部事務局 1996 128-129）。

44) ドイツにおけるコストの概算の詳細は公表されていないが、それらの半分は現金給付で半分は（施設ケア以外の）サービスであると信じられており、そのため80%が現金給付を選んだ場合、多額の節約になる。

45) この点は、介護保険制度導入後よりも1990年の後半のほうがよく耳にした。スウェーデンでは、在宅ケアの拡大が、女性の雇用の主要な拡大という他の政策目的の手段となったことが指摘されている（Esping-Andersen 1990）。

な在宅サービスを拡大させる必要がある、ということが広く信じられていた。現実には、サービス提供の拡大によって、さらに大規模で公的な官僚制度が必要になったわけではなく、営利企業でさえも参加できるようになった。このことは保守派の反対の可能性を取り除くような、魅力的な自由参加の雰囲気を含む政府の責任の展開を意味した。

家族介護の反対派は介護給付分科会において、「今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金給付の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある」（介護対策本部事務局 1996 128）と述べた。これは卵が先かニワトリが先かという問題である。もしサービスが利用可能でないならば、人々は現金給付を選ぶだろう。そして、もし潜在的な要求がそれほどないならば、供給側はサービスの設立や拡大に慎重になるだろう。実際に、人為的に最小限必要とされる普及率にならない限り、サービスを必要とする人にさえ十分に供給されないだろう。

ドイツにおいて、家族介護に現金給付を提供することは普通のことであり、実際に当然の選択であった。日本では、伝統的な家族介護の「搾取」に対する感情的な反発と、短期的な費用節約という実践的なニーズと、急速なフォーマルサービスの供給の拡大という政策目標が合さり、現金給付を行わないという決定に至ったように見える。両国の違いは、ほとんどの人が予測するのとは逆であるが、大部分は家族制度に関する歴史的レガシーの違いによる。

VIII. 結論

この論文の主たる目的は、日本とドイツにおける介護保険の最も重要な政策の類似性と相違を焦点化し、解明していくことである。これまで私は、いくつかの既存の議論からの推論とは異なった点にいきあたった。たとえば、家族イデオロギーは日本よりドイツのほうが強かった（そうでなければ、日本では大きなバックラッシュがおきているだろう）。さらに実際には、介護保険の導入以前も以後も、日本の虚弱な高齢者に関する制度は、巨大な福祉国家であるドイツより大きいものであった⁴⁶⁾。

ここで採用したアプローチはどうだっただろうか。まず、二つのケースの比較について、非常にわかりやすく説明することができた。加えて、単一のケースとしての分析では見落

46) ただし、この知見が虚弱な高齢者に関する政策についてであり、福祉国家全般についてはないことは強調しておく。「高齢化社会の問題」はここ 30 年の間で、日本で群を抜いてもっとも関心をもたれる課題であった (Campbell 2000:84-99)。こういったことはドイツでは起きていない。ちなみに個人的には、両国の高齢者以外の社会政策については、医療保険システムと従業員の年金は同程度であるが、それ以外の社会政策については、ドイツのほうが発達しており気前がいい、と考えている。

としてしまう、政策とプロセスの重要な側面を指摘した。たとえば、日本のみをみている人からは日本の介護保険における支出上限の欠如を指摘できない場合もあるだろう。両国の違いを検討することで、日本ではドイツと比べて財政への考慮が非常に不足していることが明らかになった。さらに、ラージN研究よりも、N=2のアプローチは、微妙で多角的な説明の可能性を提供してくれる⁴⁷⁾。

四つのタイプの説明はどのように機能していただろうか。第一に、そのうちの一つを見てみると、歴史的制度主義は、近年の分析で主流になってきているため、その説明力と限界の両方をみることは興味深いだろう。日本のケースでは、二つの異なった歴史的レガシー（直接サービスと社会保険）から政策決定者が選択することができていた。また、政策的レガシーは、日本における家族主義のようなケースでは、それが家族ケアよりもフォーマルケアの原因になるという、仮説とは逆の結果を示している。

第二に、かなり細かい政策の違いについて、もっともらしい説明をするために、政策問題の違いや、政治構造の違い、制度的レガシーの違い、さらに偶発的なタイミングや一連のできごとさえも含めて、それらの間の相互関係を分析することができる。

第三に、代替的な説明を考えるプロセスそのものにより、事実に反する「仮説」について考え、多くの公共政策研究にとってやっかいな回顧主義（retrospective inevitability）という誤った推論から逃れることができる。

政策それ自体に関しては、日本とドイツにおいて、虚弱な高齢者への包括的な長期ケアのための社会保険アプローチが実行可能であることが証明された。どのように社会保険アプローチの効果と欠陥が、北欧の税を基礎とした直接サービスのような、他の主要な包括的な長期ケアのアプローチに匹敵するのだろうか。この点についての検討は今後の課題である。

参考文献

- ALBER, Jan (1996): The Debate about Long-Term Care in Germany. In: Patrick HENNESSY (ed.): *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*. Paris: OECD, pp.261-278.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (1999): *Bundesarbeitsblatt* (October). [Online at <http://194.95.119.6/basis/d/bevoe/bevoetab2.htm>. Downloaded June 2001].
- CAMPBELL, John Creighton (1992): *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton NJ: Princeton University Press. (=三浦文夫・坂田周一監訳 (1995 『日本政府と高齢化社会——政策転換の理論と検証——』中央法規)
- CAMPBELL, John Creighton (2000): Changing Meanings of Frail Old People and the Japanese Welfare

47) これは、たとえラージN研究が通説の正誤を判定する唯一の方法でないとしても、すばらしい方法論であることを否定するわけではない。最近のとてもすばらしい例が Wilensky (2002) の研究である。彼は、OECD 諸国における、福祉国家の規模や、それに対するバックラッシュの程度などの多数の従属変数を説明する多数の説明変数（とその全体の理論さえも）を整理しようと試みた。

- State. In: Susan O. LONG (ed.): *Caring for the Elderly in Japan and the U.S.: Practices and Policies*. London: Routledge, pp.84-99.
- CAMPBELL, John Creighton (2002): How Policies Differ: Long-Term-Care Insurance in Japan and Germany. In Harald Conrad and Ralph Lützler (ed.): *Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison*. München: Judicium, pp.157-188.
- CAMPBELL, John Creighton and Naoki IKEGAMI (forthcoming): Japan's Radical Reform of Long-Term Care. In: *Journal of Social Policy and Administration*.
- CUELLAR, Allison Evens and Joshua WIENER (2000): The Long-Term Care Experience in Germany. In: *Health Affairs* 19, 3, pp.8-25.
- ESPING-ANDERSEN, GØsta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- ESPING-ANDERSEN, GØSTA (1997): Hybrid or Unique? The Japanese Welfare State Between Europe and America. In: *Journal of European Social Policy* 7, 3, pp.179-189.
- ETO, Mikiko (2000): The Establishment of Long-term Care Insurance. In: Hideo OTAKE (ed.): *Power Shuffles and Policy Processes: Coalition Government in Japan in the 1990s*. Tôkyô: Japan Center for International Exchange, pp.21-50.
- ETO, Mikiko (2001): Women's Leverage on Social Policymaking in Japan. In: *PS: Political Science and Politics* 14, 2, pp.241-246.
- GOETTING, Ulrike et al. (1994): The Long Road to Long-Term Care Insurance in Germany. In: *Journal of Public Policy* 14, 3, pp. 258-309.
- Harald Conrad and Ralph Lützler (ed.) (2002): *Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison*. München: Judicium,
- HECLO, Hugh (1974): *Modern Social Politics in Britain and Sweden; from Relief to Income Maintenance*. New Haven: Yale University Press.
- IKEGAMI, Naoki and John Creighton CAMPBELL (2002): Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term-Care Systems. In *Journal of Social Policy and Administration* 36:7, pp.719-734.
- KATO, Junko (1994): *The Problem of Bureaucratic Rationality: Tax Politics in Japan*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- KINGDON, John W. (1984): *Agendas, Alternatives, and Public Policy*. Boston: Little, Brown.
- 厚生省 (2000) 『厚生白書』 ぎょうせい.
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局 (1994) 『高齢者介護保険制度の創設について——国民の議論を深めるために——「老人保健福祉審議会報告」「厚生省介護保険制度案大綱」』 ぎょうせい.
- MARCH, James G. and Johan P. OLSEN (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- NATIONAL INSTITUTE OF POPULATION AND SOCIAL SECURITY RESEARCH (1999): *Latest Demographic Statistics, Research Series #297*. Tokyo: National Institute of Population and Social Security Research.
- Naegele, Gerhard and Monika Reichert (2002): Six Years of Long-Term-Care Insurance in Germany: An Overview. In Harald Conrad and Ralph Lutzler (ed.): *Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison*. München: Judicium, pp.123-138.
- OECD (2002): *Public Social Expenditure by Main Category, 1980-1998* [Online at <http://www.oecd.org/xls/M00029000/M00029383.xls>. Downloaded August 7, 2002].
- 岡本祐三 (1996) 『高齢者医療と福祉』 岩波書店.
- SONE PUROJEKUTO (1997): *Kaigo hoken dōnyū no seisaku keisei katei* [The policy-making process for the introduction of long-term-care insurance.] Tôkyô: Nihon Ishikai Sogo Seisaku Kenkyū Kikō.
- TALCOTT, Paul (2002): The Politics of Japan's Long-Term Care Insurance System in Japan and Germany. In Harald Conrad and Ralph Lützler (ed.): *Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison*. München: Judicium, pp.89-122.

WILENSKY, Harold L. (2002): *Rich Democracies: Political Economy, Public Policy, and Performance*.
Berkeley: University of California Press.

