介護保険法改正の政策形成過程の一考察
― 自民党・公明党・民主党の政策を中心に ―

A Study on Policy Making Process of Frivolous Revision of Care Insurance Mainly the Policy In Liberal Democratic Party, New Komeito & Democratic Party of Japan

藤田　了・松井圭三・名定慎也
Ryo FUJITA, Keizou MATSUI & Sinya NASADA

【要旨】

本研究は政治に中心をおいており、いわゆる福祉政治の研究である。介護保険法改正に際し、第１党の自由民主党のみに焦点を当てるのではなく、連立与党と、野党第１党であった民主党（現・民進党）の政策に焦点を当て、政策形成過程を明らかにし、介護保険政策のあるべき姿を明らかにすることを目的としている。主に、2005（平成17）年から2015（平成27）年までの期間における与党と民主両党の介護保険政策に視点をおき、どのような政策なのか、また特徴は何かについて比較検討した。

自民党の介護保険政策の特徴は、公明党に比し、介護保険政策の細部に対する主張が少ない。社会保障全般について「自助」を重視している。公明党の介護保険政策の特徴は、「共助」と「公助」のしくみを強化することを基本としている。与党入りして以降、現実路線の中で介護保険制度の細部の是正・拡充に力点を置いている。民主党の介護保険政策の特徴は、自民党に比し、保険給付の拡充や保険料･一部自己負担の軽減に積極的である。社会保障について「公助」を重視している。「自助」は補完的・限定的であるべきとする姿勢が見られた。

キーワード：介護保険法　自民党　公明党　民主党

Ⅰ．はじめに

介護保険制度は2000（平成12）年に制定され約16年が経過した。同制度は、今日では私たちの老後を保障する社会保障制度として機能している。しかし、同制度が創設される前には、介護保険制度の課題や論点について学識経験者や現場等から意見が噴出し、創設すべきという意見と介護システムをこれまでの措置制度で実施すべき等の意見が錯綜した。

また、国の社会保障制度審議会・老人保健福祉審議会等においても、被保険者の対象年齢や家族介護への給付の是非といった基本的な論点を国民に提示したが、国民的議論が少ないまま、介護保険法が成立し施行された。厚生労働省の介護保険政策を丸呑みし、自由民主党・社会民主党・新党さきがけの連立政権が政治主導で同制度の成立に寄与した。

本研究では、現在の社会保障政策は、これまで厚生労働省が政策立案し政治はただ成立すること

のみ専念した状況が弱くなっているという前提に立つ。本研究は政治に中心をおいた、いわゆる福祉政治の研究であり、与党の自由民主党と公明党そして野党第一党であった旧民主党を取り上げる。2005（平成17）年から2015（平成27）年までの期間における与党と民主党の介護保険政策に視点をおき、どのような政策なのか、また特徴は何か、等について検討する。

Ⅱ．介護保険政策立案の組織

１．与党の介護保険政策立案の組織

自民党の介護保険政策立案の組織として、政務調査会厚生労働部会介護委員会があり、かつては社会保障制度調査会介護委員会もあった。公明党の介護保険政策立案の組織として、政務調査会厚生労働部会、社会保障トータルビジョン検討会、新ゴールドプラン検討委員会がある。与党の介護保険政策を調整し、決定するのは与党政策責任者会議、与党国会対策会議、政府・与党協議会、政府・与党連絡会議である。特に介護保険については、与党政策責任者会議で処理している。

２．民主党の介護保険政策立案の組織

民主党の介護保険政策立案組織としては、常設のものとしては厚生労働部門会議があった。2010（平成22）年には厚生労働部門会議の中に介護保険制度改革ワーキングチームが置かれた。また社会保障制度の課題を扱うなかで介護保険制度を取り上げるものとして「社会保障と税の抜本改革調査会」やその後の「社会保障総合調査会」もあった。

Ⅲ．社会保障に対する考え方

１．自民党の社会保障に対する考え方

社会福祉は「広義の社会福祉」であり、社会保障も含む。社会保険制度を基本とし、社会保障給付に要する財源は消費税を中心とする。社会保障制度改革推進法による社会保障制度改革国民会議の報告を尊重し、これからの社会保障構築をめざす。なお、2006（平成18）年の自民党総裁選挙で「次世代育成優遇制度」の創設を謳った。内容は次世代の国の担い手を生み育てる高齢者を優遇し、年金の増減や介護保険料の増減を行うとするものであった。

２．公明党の社会保障に対する考え方

公明党の社会保障に対する考え方として、社会福祉は「広義の社会福祉」であり、社会保障も含む。社会保険制度を基本とするが、税と保険料の現在のミックスの形態を是とし所得再分配機能を強化させ「中福祉・中負担」を目指す。但し消費税を含めた税制改正も目指している。自民党と同じく社会保障制度改革推進法による社会保障制度改革国民会議の報告を尊重し、これからの社会保障構築を図ることとしているが、独自の政策実現も目指している。廃校の有効利用等、既存の施設をフルに活用することも主張している。さらに介護保険制度と公的医療保険の一元化を目指している。

3．民主党の社会保障に対する考え方

民主党の社会保障政策の考え方は、「高福祉・中負担」に近い。2014（平成26）年の民主党のマニフェストによれば、「少子高齢化・人口減少、非正規雇用の増加等に対応し、社会保障制度への信頼を回復します」と謳っている。

医療・介護に関するものとしては、「地域の医療・介護体制を拡充します」として次の３つを唱えている。

①実質的に医療費が削減され、医療崩壊の危機がまた迫っています。必要な医療費を確保し、地域の医療提供体制を立て直し、医療と介護の連携を強めます。

②介護・福祉現場での人材確保のため、介護報酬、障害福祉報酬をプラス改定し、介護職員・障害福祉従事者の賃金を引上げます。

③政権の進める「要支援切り」を見直し、要支援高齢者に対し、専門性の高い介護サービスの提供をめざします。

これら項目からは高福祉を読み取ることができる。一方で、負担は必ずしも明示されていない。しかし、低負担を標榜しているともいえない。負担者も明示されていないが、中負担ないし高負担を前提とした政策であると考えられる。

Ⅳ．民主党の介護保険政策の概要

1．2005（平成17）年　野党

（1）４月、自民・民主両党が介護保険法改正案の修正協議を開始した。民主党は保険料負担年齢引き下げなどについて、「09年をメドとして所要の措置を講ずる」とした法案の付則に３点の修正を求める。内容は、①被保険者・受給者の範囲について法案附則に「拡大の実施」の文言を入れる、②市町村が行う地域支援事業で権利擁護事業を必須事業とする、③予防給付などの費用対効果が現段階で不明確なため、施行後にその再検討を政府に義務づけるとした新予防給付の見直し規定を附則に設ける、の３点である。同月、介護保険法改正案について自民、公明、民主３党が合意した。

（2）12月、「３万円法」を具体的に検討した。介護従事者の賃金に１人月額３万円を上乗せする時限立法案である。

2．2008（平成20）年　野党

（1）４月、民主党が議員立法で国会に提出していた「介護労働者の人材確保に関する特別措置法案」について、自民、民主両党が修正に合意した。

（2）７月、民主党作業チームが、介護報酬の改定に関連して介護保険制度の見直しに向け、現行制度では高齢者の保険料負担が重すぎるとして、４分の１となっている国の負担割合を大幅に引き上げ、75歳以上の高齢者からは原則として保険料を徴収しない、要介護認定について、現在は実態よりも低く判定されるケースが多いとして、複数のケアマネジャーによる判定を取り入れるなど制度を改めるなどの素案を基に議論を進め、次の臨時国会に介護保険法の改正案を提出予定とした。

3．2009（平成21）年　9月から与党

（1）２月、追加経済対策の独自案を決定し、介護職員の待遇改善については、介護報酬を３％引き上げる政府方針からさらに踏み込み、引き上げ幅を10％とした。

（2）７月末に民主党マニフェストを発表した。①全国どこでも、介護の必要な高齢者に良質な介護サービスを提供する、②療養病床、グループホーム等の確保により、介護サービスの量の不足を軽減する、③認定事業者に対する介護報酬を加算し、介護労働者の賃金を月額４万円引き上げる、④当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する、などからなる。

4．2010（平成22）年　与党

６月、民主党「介護を考える議員連盟」が、政府がまとめる「介護ビジョン」への反映を目指した第一次提言を厚生労働政務官に提出した。介護従事者の賃金改善、医療的ケアの実施体制整備など11項目を盛り込む。

5．2011（平成23）年　与党

（1）５月、民主党社会保障と税の抜本改革調査会が「あるべき社会保障の実現に向けて」をまとめる。基本的な考え方は、「必要なときに良質な医療・介護サービスが利用できるように、医療・介護の提供体制、従事者の確保、予防、認知症対策、医療・介護保険制度の持続可能性等に関する改革を進めていく」などである。

（2）12月、政府・民主党が社会保障改革案を明らかにする。その要旨は、①地域包括ケアシステムの構築（在宅サービス・居住系サービスの強化、介護予防・重度化予防、医療と介護の連携の強化、認知症対応の推進）、②介護保険第１号被保険者保険料の低所得者の軽減強化、③介護納付金の総報酬割導入等、④総合合算制度などである。

6．2013（平成25）年　野党

６月に民主党・生活の党・社民党が介護職員の賃金の引上げを盛り込んだ「介護従事者等の人材確保に関する特別措置法案」を衆議院に共同で提出した。法案では、厚生労働大臣が事業や地域ごとの賃金の平均額などから基準額を設定したうえで、平均の賃金がこの基準を満たさない事業所に対し、加算した介護報酬が国庫から支払うとしている。介護職員の１人あたりの賃金を月額１万円引き上げることを目指し、必要な経費として1870億円を想定した。介護職員の労働条件にも言及し、全ての介護事業者に向けて、賃金の引き上げや労働時間の短縮、その他の労働条件についても改善に努めるよう促している。同月、参議院選挙公約で「認知症の人とその家族への支援を充実。介護従事者の、人材確保法を制定する。」と謳う。

7．2014（平成26）年　野党

（1）12月、介護報酬について、2015（平成27）年度の改定で引き上げるよう厚生労働省に申し入れた。

（2）「民主党政策集2014」では、次の諸点を謳っている。①財政支出を抑制し、要支援高齢者に

対する訪問介護・通所介護サービスを市町村に移管する「要支援切り」は、介護サービスの質と量の低下を招く。その結果、「要支援」高齢者が「要介護」へと重度化して、逆に財政負担が増えたり、家族の負担増で、家族の介護のために離職する「介護離職」や介護する家族も倒れる「共倒れ」が増加しかねない。「要支援切り」を見直す。②介護従事者等の処遇を改善するため、民主党が提唱して成立させた介護職員・障害福祉従事者の処遇改善法に基づき、介護報酬・障害福祉報酬をプラス改定し、介護職員・障害福祉従事者の賃金を引き上げる。③介護支援専門員、社会福祉士などの専門性が発揮されるよう、医療機関・介護施設への配置を進める。④介護従事者のキャリアや能力がより評価されるよう、介護分野のキャリアアップのための制度を推進する。

8．2015（平成27）年　野党

（1）1月に、厚生労働省に対して政府が検討している介護報酬・障害者福祉報酬の引き下げ検討の撤回と報酬の引き上げを求める2度目の申し入れを行った。

（2）3月25日に民主党広報委員会が発行した「民主党政策パンフレット」では、地域の医療・介護体制の拡充、4月から開始される軽度の認知症患者など日常生活に支援が必要な高齢者を介護保険から締め出す「要支援切り」の見直しを求める、要支援高齢者への専門性の高い介護サービスの提供、安倍政権が引き下げを決定した介護報酬をプラス改定し介護職員の賃金を引き上げることなどを謳っている。

Ⅴ．介護保険政策の主な成果

1．自民党・公明党の介護保険政策の主な成果

2008（平成20）年8月29日、「安心実現のための緊急総合対策」に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議を開き、次のとおり決定した。

「医療・年金・介護強化対策」の「介護サービスの確保」介護人材の確保や認知症対策、単身高齢者の増加を踏まえた孤立死防止対策を推進するとともに、障害者の自立した日常生活や社会生活を支援する。

〈具体的な施策〉

介護人材の確保及び定着の促進、雇用管理の改善等この会議を踏まえ、自公政権は2008（平成20）年度補正予算案を同日決定した。そして、10月26日成立した。

厚生労働省関係のうち介護に関する内容は次のとおりである。

安心実現のための緊急総合対策として3,498億円、医療・介護・年金強化対策として3,300億円である。

「介護人材の確保及び定着の促進、雇用管理の改善等」

介護分野の事業者に対して介護業務未経験者の雇い入れ等に要する経費の一部を助成することなどにより、介護分野における良好な雇用機会の確保等を図る。

さらに同年10月末には新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議が開かれ、新たな「生活対策」が決定された。この決定内容を実現するために、2009（平成21）年4月

27日に2009（平成21）年度補正予算案が決定され、５月29日に成立した。具体的な施策のうち、厚生労働省関係分の該当項目は次のとおりである。

「生活安心確保対策」

国民の生活不安の解消のため、消費者庁（仮称）の創設など消費者政策の強化とともに、10万人程度の介護人材等の増進、出産・子育て支援、障害者・医療・年金対策を推進する。

具体的施策は以下のとおりである。

「介護従事者の処遇改善と人材確保等」

・介護報酬改定による介護従事者の処遇改善

2009（平成21）年度の介護報酬改定（プラス３％）等により介護従事者の処遇改善を図ることとしつつ、それに伴う介護保険料の急激な上昇等を抑制する。

・介護人材の緊急確保対策の実施等

介護福祉士等修学資金貸付事業の拡充（一定期間従事した場合の返還要件の緩和等）、他。

この対策を実現するために自公政権は2009（平成21）年度第一次補正予算を組んだ。内容は以下のとおりである。

2009（平成21）年度第１次補正予算（厚生労働省関係分）

１．介護職員の処遇改善　3,975億円

介護職員の雇用環境を改善し、今後増加する人材需要にこたえるため、2009（平成21）年度の介護報酬改定（プラス３％）に加えて、介護職員の賃金の確実な引き上げなど、介護職員の処遇改善に取り組む事業者に３年間の助成を行う。

２．介護基盤の緊急整備等3,294億円

①　介護基盤の緊急整備等2,495億円

地域のニーズに対応するため、新たに施設整備交付金（ハード交付金）を拡充するための基金を設置することなどにより、特別養護老人ホーム・老人保健施設・認知症対応型グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所等を緊急に整備する。

また、消防法施行令の改正により、2009（平成21）年４月から新たにスプリンクラーの設置が義務付けられた既存の広域型特別養護老人ホーム・有料老人ホーム等に対して助成を行い、スプリンクラー整備の促進を図る。

②　施設の開設準備等についての支援799億円

特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、その準備に要する経費について助成を行う。

２．民主党の介護保険政策の主な成果

（１）新予防給付について、施行後３年を目途に内容を見直す規定を付則に加えるなどの一部修正に与党と合意する

2005（平成17）年４月、新予防給付について、施行後３年を目途に内容を見直す規定を付則に加えるなど一部修正で与党と合意する。与党と民主党の協議の結果、民主党が求めていた修正項目のうち、①３年後を目途に新予防給付の費用対効果を検証し、見直す規定の追加、②高齢者の虐待防止に向けた権利擁護事業を市町村に義務付ける、の２点を与党が受け入れることで決着した。民主

党は法案の付則にある2009（平成21）年度を目途に保険料徴収とサービス受給者の範囲を見直すとの規定についても、対象年齢を拡大する方針を明記するよう要求していた。与党はこの点の修正には応じず、付帯決議で「対象の範囲を含め検討」として対応した。「2006（平成18）年度末までに（検討の）結果を得られるよう（有識者などによる）新たな検討の場を設ける」こととなった。

（２）「介護従事者等の人材確保のための処遇改善に関する法案」に与党と合意する

2008（平成20）年４月、介護職員の賃金引き上げを目指して民主党が議員立法で今国会に提出していた「介護労働者の人材確保に関する特別措置法案」について、自民、民主両党が修正に合意した。賃上げ額を明記することを断念する代わりに、「2009年４月１日までに必要な措置を講ずる」と盛り込んだ。修正合意では、賃上げの具体的水準や額は示さず、「賃金水準その他の事情を勘案し、労働条件の改善に資するための施策を検討」との文言を明記した。法名案も「介護従事者等の人材確保のための処遇改善に関する法案」変更することで合意した。

（３）厚労省が民主党に配慮して介護保険の利用者負担増を見送る

2010（平成22）年12月、厚生労働省は負担増に反対姿勢を示す民主党に配慮して、2012（平成24）年度の介護保険制度改革で焦点だった利用者からの負担増について、大半を見送ることを決めた。年収320万円以上の高齢者の利用負担を２割に引き上げることや、介護を受けるために必要な介護計画の有料化などを断念した。2012（平成24）年度に月5,200円程度に上昇する見通しの65歳以上の介護保険料については「5,000円を超えないような金額で検討する」こととなった。これには財政安定化基金を活用する。

Ⅵ．介護保険政策の比較

１．自民党

被保険者の拡大は被保険者や給付を受けられる者の拡大は慎重である。保険拡大の財源は、消費税を財源にする。障害者福祉は税で行う。公費負担割合を引き上げ、保険料の負担を抑制する。具体的な公費負担の引き上げ額や率については不明である。被保険者の負担割合は現行の１割から２割に引き上げる。特養など20万人分を整備するなど必要な施設を整備する。社会医療法人の特養運営参入を撤回させた。運営主体として厚生農業協同組合連合会にも参入を認めた。2012（平成24）年までに介護療養型医療施設を全廃する国の政策に反対した。地域包括ケアシステムには賛同しているが、財源確保やサービスの質向上などが地方に拡大するか懸念している。保険給付の対象を見直し、介護サービスの効率化・重点化を図る。介護予防に賛同しているが、具体的な内容は不明である。介護報酬・介護職員の給与は、介護報酬３％アップに加え、介護職員の処遇改善に努める事業所に対して職員１人あたり給料１万５千円を助成する。2012（平成24）年の改定で介護報酬を引き上げる。要支援・要介護者を含めた高齢者に対する在宅歯科医療を充実する。要介護となることを予防するため、検診事業を始め、医療における運動器リハビリテーションの充実を図る。24時間サービス・小規模多機能型居宅介護事業・レスパイトケアに賛同しているが、具体的な内容は不明である。介護事業を全国展開する企業グループの本社に対しての厚生労働省の立入調査を主張して、2008（平成20）年の法改正により実現した。介護サービス情報公表制度の見直し、内容を再検討のうえ承認し2011（平成23）年に法改正された。離島特例に賛同しているが、具体的な内容は不明で

ある。医療行為については、喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を介護職に認める。

２．公明党

保険者は逐次広域連合化する。被保険者や給付を受けられる者の拡大は前向きである。保険拡大の財源は消費税も充てるが、所得税の見直しも検討している。公費負担割合を当面６割にし、2025（平成37）年には３分の２に引き上げる。被保険者の負担については利用者負担の見直しと介護保険の補足給付を見直すが、具体的な数値は不明である。低年金・低所得者もグループホーム等の利用を可能にする。介護保険料算定方法を改めて、上限額を設けるとともに、多段階方式から所得に応じた所得比例方式にする。個人単位の保険料方式に世帯所得による減免制度を設ける。３年間保険給付を受けない者は介護予防に取り組んでいることを評価し保険料負担を軽減する。介護予防に励む元気な高齢者に負担軽減のポイントを設ける。介護ボランティアに参加した高齢者には介護保険料の負担軽減を導入する。両方の場合はダブルポイントで介護保険料の負担を軽減する。2025（平成37）年までに介護施設待機者を解消する。介護保険３施設は倍増し、指定施設・グループホームは３倍増にする。介護拠点16万人分を緊急整備する。施設運営参入主体については不明である。介護療養型医療施設を2012（平成24）年までに全廃する国の政策に反対した。地域包括ケアシステムに賛同している。保険給付の対象の見直しは不明である。介護予防は各自治体における事業実施を充実させる。介護報酬・介護職員の給与は、処遇改善交付金を継続し対象を拡大し介護報酬も引き上げる。要介護度を軽減させた事業所を介護報酬で評価する（成功報酬）。在宅支援を強化する。ケア付き高齢者住宅を大幅に拡充する。24時間365日の訪問介護サービスを拡充する。正確な情報提供で事業者の参入を促し、介護・看護人材を確保する。小規模多機能型居宅介護事業利用者を将来60万人分程度まで引き上げる。レスパイトケアサービスの拡大を謳っているが、具体的な内容は不明である。介護職員の配置基準を現行の３対１から２対１に手厚くする。多床室・２床室の整備を進める。立入調査については具体的な内容は不明である。煩雑な事務処理の手続きの簡略化と要介護認定審査の簡略化を目指す高齢者医療介護貸付金制度を設ける。事務負担・経済的負担の軽減策を実施する。書類様式の統一化・明確化を図る。185の離島では小規模多機能型居宅介護などの介護保険サービスの特例措置が対象外となっていたことに対して大臣告示で認めるよう主張した。後に同告示で認められた。喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を認めるが、これに加えて、介護職員にインスリン注射を認めることも主張している。また看護師がどうしても確保できない場合、介護職員に対して准看護師資格の取得を奨励している。介護ロボットの導入に積極的であり、介護ロボットの開発・普及を促進し、介護環境の改善を目指している。

３．民主党

保険料の徴収年齢の引き下げなど保険対象の範囲を拡大すること、具体的には第２号被保険者の年齢を引き下げることを目指している。

軽度の認知症患者など日常生活に支援が必要な高齢者を介護保険から締め出すとして「要支援切り」の見直しを求めている。

介護保険財政に関しては、財政安定化基金を保険料の軽減に活用できるよう法整備しようとしたり、介護職員の処遇改善を消費税財源ではなく一般財源をあてることを目指す、ケアプランの有料化は行わない、利用者の負担引き上げ反対など、介護保険料引き上げや自己負担引き上げ、消費税増税など負担増を伴う財源調達には慎重である。高所得者の利用料の引き上げにも慎重であり、第２号被保険者の保険料への総報酬割導入に反対している。しかし現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用負担のあり方など給付の重点化も検討するなど高所得者の負担を求める姿勢も見られる。

保険給付の拡大を含む制度拡充には積極的である。リハビリテーションや生活支援など増大するニーズへ対応することを謳っている。例えば、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス、複合サービスなどの整備により、高齢化・重度化・単身化等に対応出来る在宅サービスの充実を図るというものである。小規模多機能やグループホームなど自宅外在宅充実による住まいの保障も図る、グループホームやデイケアなどを行う施設を国の責任で全国にあわせて２万か所以上、小学校の校区単位で設置する。ユニット型個室の居住費を軽減することや第１号被保険者保険料の低所得者保険料の軽減を強化することも打ち出している。補足給付については、介護保険の中での対応には限界があり、別途公費福祉施策として制度の拡充を図る必要があるとしている。

療養病床については削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する、としている。2011（平成23）年度末の廃止を３年間延期するとした。医療療養病床・介護療養病床から老健施設等への転換への助成を引き続き行う、介護施設への入所を必要とする人のために十分な病床が確保できていないことを踏まえ介護療養病床の機械的な削減をしないとする。

中学校校区を基本とする地域包括ケアシステムの実現を図ることも謳っている。日常生活圏内の医療、介護、予防、住居が一体的に提供される地域包括ケアシステムの確立を目指している。日常生活圏で在宅医療・介護が可能となるよう、市町村レベルで計画的に整備し、入院から看取りを含めた在宅への移行が円滑に行われるようにチームとしての連携を強化することを謳っている。高齢者が住み続けながら必要な医療・看護・介護が受けられるように配慮した住宅やヒートショック対策など健康の維持に配慮した住宅を整備するとともに、民間住宅の利用法や、過疎化する団地において多世代共存型のまちづくりを進め、教育、医療、介護が地域の支えあいの中で行われるようにすることも検討している。

介護職員の処遇改善については、平均の賃金が一定の基準を満たさない事業所には加算した介護報酬を国庫から支払う、給与の月額４万円アップを目標に取り組むなどとしている。介護従事者等の処遇を改善するため、介護職員等の処遇改善法に基づき介護報酬をプラス改定し、介護職員の賃金を引き上げようとしている。

自立支援型介護、予防型介護へ重点化を図る。介護が必要な高齢者に対して、心身機能や生活機能の維持・向上を図るため、リハビリテーションを重点的に提供することとしている。長く健康を保った場合に保険料の上でのインセンティブを考慮するとするなど他党の政策を取り入れている点も見られる。

Ⅶ. 考察

1．自民党の介護保険政策の特徴

公明党に比し、介護保険政策の細部に対する主張が少ない。消費税増税を前提とし、「持続可能な介護保険制度を堅持するため、公費負担の増加を図り、高齢化の進展により増大が想定される介護保険料の上昇を抑制」する姿勢である。社会保障全般について「自助」を重視し、次いで「共助」によることとし、「公助」は補完的・限定的であるべきとする姿勢が見られる。

個別の政策では、経済活動への影響を考慮するなど大局的な見地とともに、例えば、特別養護老人ホームの運営主体について、農協系医療機関にも参入を認める一方、社会医療法人の参入撤回を求めるなど農業団体・社会福祉施設団体など支持組織に配慮する姿勢も濃厚である。また、被保険者や給付を受けられる者の範囲の拡大（障害者福祉の統合）は経済界からの批判等から消極的であるが、党内には推進すべきという意見もある。

その他、特養入所待機者が多数にのぼることから、特養等の20万床をはじめ必要な施設等の整備を促進することとしている。さらに介護型療養病床を2012（平成24）年度末に全廃する予定であった厚生労働省の方針について、受け皿となる介護老人保健施設の整備を求めるほか、「再編成について適切に措置する」として実質的に存続させるなど軌道修正の動きもみられる。また指導監査についても、全国展開する企業グループの本社への厚労省による立入調査を求めるなど規制緩和のみを主張しているとも言い難い。

これまでの公的年金政策や障害者福祉政策への批判から、介護保険の被保険者年齢の引き下げ（被保険者拡大）など若年層への負担増加に慎重である。介護保険政策全体としても、先進的な政策を打ち出しリードしていくというよりは、基本的には厚労省の政策を追認しつつ財政・経済の現実を見据え、負担の増大に歯止めをかけようとする姿勢が見られる。介護保険制度拡充が必要な場面においても、まず消費税増税という財源を確保した上で慎重に進めようとしている。

2．公明党の介護保険政策の特徴

2000（平成12）年当時は社会保障基金機構の創設を謳っていた。これは、社会保険制度をすべて一元化し、社会保険ごとに独立会計で運営することを目指していた。同機構については社会保険庁を改組して創設することを目指していた。介護保険制度は広域連合化し、最終的には同機構に移管することを目指していた。被保険者を国民全体に拡大し、年齢構成や所得に基づく財政調整を保険者で行うことも構想していた。しかし、この制度は実現せず、一部が現在進められている共通番号制度として実現化しつつあるのみである。

公明党は、新介護ゴールドプラン検討委員会が、2010（平成22）年２月に「新・介護公明ビジョン」を発表するなど体系だった介護政策を明らかにしている。共助と公助のしくみを強化することを基本としている。与党入りして以降、現実路線の中で介護保険制度の細部の是正・拡充に力点を置いている。

また、介護保険制度をはじめ社会保障全般について政策を新規開拓する姿勢が見られる。例えば、既存制度の谷間を埋める政策や他党が目を向けてこなかった政策を打ち出している。社会保障に関しては、利益団体との結び付きも強くはない。

介護保険政策においては、介護予防や介護ボランティアへのポイント付与、高額介護合算制度、離島特例、介護ロボットに力点を置いている。

自民党が経済・財政の観点から大きな方向性を出しているのに対し、公明党は与党としての政策に同調しつつ、その政策から漏れる者や経済的弱者への配慮が打ち出されていて、保険料負担だけではなく、具体的な公費投入も主張している。

3．民主党の介護保険政策の特徴

自民党に比し、保険給付の拡充や保険料・一部自己負担の軽減に積極的である。社会保障について「公助」を重視し、次いで「共助」によることとし、「自助」は補完的・限定的であるべきとする姿勢が見られる。持続可能な介護保険制度の堅持には何が必要かを具体的に打ち出しているとは言いがたい。公明党に比し介護保険政策の細部に対する主張が少ないことも特徴である。

具体的な財源論はあまり見られない。財政安定化基金を保険料の軽減に活用することや、介護職員の処遇改善に一般財源をあてることを謳う等、消費税や介護保険料以外の財源を広く求めようとしている。補足給付も、介護保険の中での対応には限界があるとして別途公費福祉施策として制度の拡充を図ろうとしている。介護保険料引き上げや自己負担引き上げ、高所得者の利用料の引き上げなど、負担の増加については概ね反対ないし慎重姿勢をとっている。一方で、保険料の徴収年齢（第２号被保険者の年齢）の引き下げなど保険対象の範囲を拡大することによって保険財政を安定化させようとしていることは窺える。一定以上の所得者の利用負担のあり方など給付の重点化も検討するなど高所得者の負担を求める姿勢が見られるときもある。

給付についても、軽度の認知症患者など日常生活に支援が必要な高齢者を介護保険から締め出すとして「要支援切り」の見直しを求めるなど給付の合理化には慎重である。

「長く健康を保った場合に保険料上のインセンティブを考慮する」としているのは、公明党が「介護予防に励む元気な高齢者に負担軽減のポイントを設ける」としていることと共通している。

介護職員の処遇改善は積極的である。具体的に給与の月額４万円アップを目標に取り組むなどとしている。介護報酬をプラス改定し、介護職員の賃金を引き上げようとしている。介護職員等の処遇改善のための法律の制定にも努力している。

介護保険制度の改正に係る具体的な成果は、野党時代に与党との法案修正協議の中で現れている。2005（平成17）年４月に新予防給付について、施行後３年を目途に内容を見直す規定を付則に加えるなどの一部修正に合意したことや、2008（平成20）年４月に「介護従事者等の人材確保のための処遇改善に関する法案」に合意したことである。与党となってからは厚労省が民主党に配慮して介護保険の利用者負担増を見送っているが、実現した制度改正は少ない。

Ⅷ．介護保険政策の課題

与党期間が長い自民党・公明党は制度の安定と保険給付のバランスに十分配慮して政策立案している。合理化や拡充を打ち出す中でも、制度の基本は維持し大きな変更をせず、制度を永続できるようにしようとしている。両党の差異はその中での違いに過ぎないとも言える。自民党は保険財政の安定を強調し、保険給付の拡充については慎重である。公明党は保険給付の細部の充実には熱心

であるが保険制度全体の改革の方向性が見えづらい。民主党は保険給付の拡充や保険料負担・一部負担の軽減等を前面に打ち出して政策立案している。他方、財源論は非常に弱い。保険料のみに頼るのではなく、一般財源からの公費投入を謳っているが、その安定的な財源は何かという答えは見られない。

自民党は制度の持続性維持に、民主党は保険給付拡充・負担軽減に、それぞれやや重点を置きすぎている傾向がある。公明党はその点でのバランスは取れているが、細部の制度改善に重きを置き、介護保険制度の方向性が明らかではない。

介護保険制度は16年が経過し、発足当初に比し予算規模も拡大し、保険料負担も倍増している。保険料負担を被保険者が支払い可能な適切な水準に保ちつつ、制度内の不合理な点を改善し必要箇所に重点化し、あわせて可能な限り保険給付を充実し、制度を持続可能なものにしていかなければならない。二律背反する課題について一義的な解はないと考えられるが、各党が主張を展開し合意が得られるところで、制度を維持していかなければならない。保険給付拡充一辺倒で財源論を欠き、制度の持続性維持のため数値の調整に拘泥するのみでも打開困難である。保険給付には必ず財源を要するから、その対応関係を考えなければならない。保険給付の内容ごとに、保険料以外に一般財源を投入すべきものがあればそれを組み合わせ、介護保険制度以外の制度との役割分担も整理していかなければならない。

Ⅸ. 終わりに

介護保険制度が成立する2000（平成12）年までの介護保険政策の研究は存在するが、同制度の政策立案過程の研究が大半であった。自民党・公明党・民主党の介護保険政策を研究している者は少ない。また、現在の政治情勢における介護保険制度の政策研究は見当たらない。

本研究は与党の自由民主党と公明党そして野党第一党であった旧民主党についての介護保険政策の比較を行った。今後は、いわゆる福祉政治の第一義的責任を担う厚生労働省にも焦点を当て、よりよい介護保険制度のあり方を探求することが重要である。

また、国の基本的な路線としては、従来からの、社会保障費の低減等を主な目的とした、施設から在宅重視、医療と介護の連携、地域単位でのケア等、大きな流れは、社会情勢からも今後当分変わらないことが予測される。連立与党と野党の今後の介護保険政策については、2018（平成30）年度の介護報酬、診療報酬のダブル改定や第７期介護保険事業計画、また消費増税についての動向も見ていく必要がある。

参考文献

増山幹高「介護保険の政治学―政策理念の収斂―」『日本公共政策学会年報1998』（1998） 1 -26

増田雅暢「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題」『季刊社会保障研究』37（１）（2001）44-58

大和三重「介護保険制度３年後の課題―家族介護者のエンパワメントの必要性―」関西学院大学社会学部紀要第96号（2004）179-191

塩田咲子「介護保険における在宅介護の課題」『地域政策研究』第６巻第３号高崎経済大学地域政策学会（2004）59頁-67頁
ジョン＝クレイトン＝キャンベル（2009）「日本とドイツにおける介護保険制度の政策過程」『社会科学研究』60（２）249-277
佐藤満（2010）「介護保険法の成立過程」『立命館法学』333・334号737-772
鏡諭「介護保険と高齢者福祉の政策的課題:介護予防政策をめぐって」淑徳大学研究紀要46,（2012）１-28,
芝田文男「介護保険政策の課題（下）：地域包括ケアの可能性と問題点介護保険と福祉の関係」産大法学 46（４）,（2013）638-619

表　自民党・公明党・民主党の政策の比較

	自　民　党	公　明　党	民　主　党
保険者	不明である。	逐次広域連合化する。	不明である。
被保険者の拡大	被保険者や給付を受けられる者の拡大は慎重である。障害者福祉は税で行う。	被保険者や給付を受けられる者の拡大は前向きである。	保険料の徴収年齢の引き下げなど介護保険の対象範囲拡大、２号被保険者の年齢を引き下げることを検討する。
保険拡大の財源	消費税を財源にする。	消費税も充てるが、所得税の見直しも検討している。	財政安定化基金を保険料の軽減に活用できるよう法的整備をする。介護職員の処遇改善は消費税財源ではなく一般財源をあてる。消費税増税に伴う社会保障制度改革の手順を定めたプログラム法案に反対である。
公費負担割合	公費負担を引き上げ、保険料の負担を抑制する。具体的な公費負担の引き上げ額や率については不明である。	公費負担割合を当面６割にし、2025（平成37）年には３分の２に引き上げる。	不明である。
被保険者の負担割合	現行の１割から２割に引き上げる。	利用者負担の見直しと介護保険の補足給付を見直す。具体的な数値は不明である。	ケアプランの有料化は行わない。高所得者の利用料の引き上げも慎重である。利用者の負担引き上げ反対である。高所得者の利用者負担を２割とすることは「慎重な検討が必要」とし含みを持つ。高所得者の２割負担は、利用料応能負担も含め実態を把握し、慎重な検討が必要である。多床室の室料は、一律の扱いとせず、利用実態を勘案し検討する。現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用負担のあり方など給付の重点化も検討する。
低所得	不明である。	低年金・低所得者もグループホーム等の利用を可能にする。	ユニット型個室の居住費を軽減する。補足給付などの措置が取られてきたが、介護保険の中での対応には限界があり、別途公費福祉施策として制度の拡充を図る必要がある。家族の負担能

者対策			力の勘案は、個人単位の介護保険制度との整合性や正確な資産把握が困難なことから、慎重な検討が必要である。第１号被保険者の保険料について低所得者の軽減を強化する。
介護保険料	不明である。	介護保険料算定方法を改めて、上限額を設けるとともに、多段階方式から所得に応じた所得比例方式にする。個人単位の保険料方式に世帯所得による減免制度を設ける。３年間保険給付を受けない者は介護予防に取り組んでいることを評価し保険料負担を軽減する。	第２号被保険者の保険料への総報酬割導入に反対である。
ポイント制度	不明である。	介護予防に励む元気な高齢者に負担軽減のポイントを設ける。介護ボランティアに参加した高齢者には介護保険料の負担軽減を導入する。両方の場合はダブルポイントで介護保険料の負担を軽減する。	長く健康を保った場合、保険料上のインセンティブを考慮する。
施設整備	特養など20万人分を整備するなど必要な施設を整備する。	2025（平成37）年までに介護施設待機者を解消する。介護保険３施設は倍増し、指定施設・グループホームは３倍増にする。介護拠点16万人分を緊急整備する。	介護サービスの基盤を拡充するため、グループホームやデイケアなどを行う施設を国の責任で全国にあわせて２万か所以上、小学校の校区単位で設置する。
施設運営参入	社会医療法人の特養運営参入を撤回させた。運営主体として厚生農業協同組合連合会にも参入を認めた。	不明である。	不明である。
介護療養型医療施設	2012（平成24）年までに全廃する国の政策に反対した。	2012（平成24）年までに全廃する国の政策に反対した。	療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する。2011（平成23）年度末の廃止を３年間延期する法改正を行う。医療療養病床・介護療養病床から老健施設等への転換への助成を引き続き行う。介護施設への入所を必要とする人のために十分な病床が確保できていないことを

			踏まえ、介護療養病床の機械的な削減をしない。
地域包括ケアシステム	賛同しているが、財源確保やサービスの質向上などが地方に拡大するか懸念している。	介護保険料算定に賛同している。	要介護になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、中学校校区を基本とする地域包括ケアシステムの実現を図る。具体的な姿と取り組の進捗を2012（平成24）年の同時改定までに示す。日常生活圏で在宅医療・介護が可能となるよう、市町村レベルで計画的に整備し、入院から看取りを含めた在宅への移行が円滑に行われるようにチームとしての連携を強化する。高齢者が住み続けながら必要な医療・看護・介護が受けられるように配慮した住宅やヒートショック対策など健康の維持に配慮した住宅を整備するとともに、民間住宅の利用法について検討を加える。日常生活圏内の医療、介護、予防、住居が一体的に提供される地域包括ケアシステムの確立を図る。今後、都市部を中心に急速な高齢化が進展するため、過疎化する団地において多世代共存型のまちづくりを進め、教育、医療、介護が地域の支えあいの中で行われるように検討する。
保険対象の見直し	対象を見直し、介護サービスの効率化・重点化を図る。	不明である。	利用者の自立を支える生活援助サービスは継続する。生活支援サービスの一体化は、介護保険サービスの抑制や利用者の切り捨てにならないよう検討が必要である。軽度の認知症患者など日常生活に支援が必要な高齢者を介護保険から締め出す「要支援切り」は見直す。要支援高齢者への専門性の高い介護サービスの提供を目指す。

介護予防	賛同しているが、具体的な内容は不明である。	各自治体における事業実施を充実させる。	自立支援型介護、予防型介護へ重点化を図る。介護が必要な高齢者に対して、心身機能や生活機能の維持・向上を図るため、リハビリテーションを重点的に提供する。
介護報酬・介護職員の給与	介護報酬３％アップに加え、介護職員の処遇改善に努める事業所に対して職員１人あたり給料を１万５千円助成する。2012（平成24）年の改定で介護報酬を引き上げる。	処遇改善交付金を継続し対象を拡大し介護報酬も引き上げる。要介護度を軽減させた事業所を介護報酬で評価する（成功報酬）。	厚生労働大臣が事業や地域ごとの賃金の平均額などから基準額を設定し、平均の賃金が基準を満たさない事業所に対し、加算した介護報酬を国庫から支払う。介護職員の処遇改善は、月額４万円アップを目標に取り組む。2015（平成27）年度の介護報酬の改定を待たずに１万円引き上げる。介護報酬をプラス改定し、介護職員の賃金を引き上げる。介護従事者の処遇を改善するため、人材確保法を制定する。
在宅医療・リハビリ	要支援・要介護者を含めた高齢者に対する在宅歯科医療を充実する。要介護となることを予防するため、検診事業を始め、医療における運動器リハビリテーションの充実を図る。	在宅支援を強化する。ケア付き高齢者住宅を大幅に拡充する。	リハビリテーションや生活支援など増大するニーズへ対応する。
24時間サービス	賛同しているが、具体的な内容は不明である。	24時間365日の訪問介護サービスを拡充する。正確な情報提供で事業者の参入を促し、介護・看護人材を確保する。	24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス、複合サービスなどの整備により、高齢化・重度化・単身化等に対応出来る在宅サービスの充実を図る。
小規模多機能型居宅介護事業	賛同しているが、具体的な内容は不明である。	小規模多機能型居宅介護事業利用者を将来60万人分程度まで引き上げる。	小規模多機能やグループホームなど自宅外在宅充実による住まいの保障を図る。
レスパイトケア	賛同しているが、具体的な内容は不明である。	レスパイトケアに関するサービスの拡大を謳っているが、具体的な内容は不明である。	不明である。
職員配置・居室整備	不明である。	介護職員の配置基準を現行の３対１から２対１に手厚くする。多床室・２床室の整備を進める。	不明である。

立入調査	介護事業を全国展開する企業グループの本社に対しての厚生労働省の立入調査を主張。2012（平成20）年法改正により実現した。	具体的な内容は不明である。	不明である。
事業所事務手続き	具体的な内容は不明である。	軽減策、煩雑な事務処理の手続きの簡略化と要介護認定審査の簡略化を目指す。	不明である。
高額介護合算制度	具体的な内容は不明である。	高齢者医療介護貸付金制度を設ける。	医療、介護などの負担上限の総合合算制度を2015（平成27）年度以降の導入に向けて検討する。
介護サービス情報公表制度	介護サービス情報公表制度の見直し内容を再検討する。再検討を認め2011（平成23）年に法改正された。	事務負担・経済的負担の軽減策を実施する。書類様式の統一化・明確化を図る。	不明である。
離島特例	賛同しているが、具体的な内容は不明である。	185の離島では、小規模多機能型居宅介護などの介護保険サービスの特例措置が対象外となっていたことに対して大臣告示で認めるよう主張した。後に同告示で認められた。	不明である。
医療行為について	喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を介護職に認める。	喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を認めるが、これに加えて、介護職員にインスリン注射を認めることも主張している。また看護師がどうしても確保できない場合、介護職員に対して准看護師資格の取得を奨励している。	介護職員による喀痰吸引などの医療的ケアの在り方ついては法制備を行い、早急に実施体制を確立する。
介護ロボット	具体的な内容は不明である。	導入に積極的であり、介護ロボットの開発・普及を促進し、介護環境の改善を目指している。	不明である。