

寄稿論文

介護保険政策過程の韓日間比較研究

一 政策ネットワークが政策決定に与える影響を中心に 一

A comparative study on the policy process of long-term care insurance for the elderly between Korea and Japan
- Focused on which policy network have an effect on policy decision -

李 光宰

1. 問題提起と研究目的
2. 理論的背景と先行研究の考察
3. 研究方法と研究の枠組み
4. 介護保険制度の政策環境の比較分析
5. 政策過程別政策ネットワークと政策産出の比較分析
6. 研究の示唆点と限界

1. 問題提起と研究目的

少子・高齢化現象は、福祉先進国たちで見られる一般的であり共通な現象だが、韓国の人口の高齢化の速度が、英国、ドイツなどの国に比べてはるかに速く進んでいる一方、核家族化と女性の就業の増加、家族の扶養価値観の変化による家族の介護機能の弱化などにより、長期療養保護に対する社会的需要がさらに増大し、深刻な社会問題として台頭され、多くの国家的政策課題を与えている。これに対し高齢化社会で深刻に台頭する介護の問題に能動的に対処するため、韓国政府は、1999年から老人療養保障制度の導入についての議論と、2000年以來、様々な諮問委員会を運営し、韓国に適切な制度のモデルを研究するなど、7年以上の政策過程を経て、2007年4月の国会で、『老人長期療養保険法』が制定されることで2008年7月1日から老人長期療養保険制度が施行された。

ところが、老人長期療養保険法が国会で制定されるまで約7年間の議論の過程の中で、適用対象と適用範囲、給与の範囲、サービス提供システム、財源調達と財源分担の方法、制度の導入時期などにおいて、多くの内容の変更が行われたが（イ・クァンアゼ、2007：98）、どのような過程でどのような形態（内容）で、そしてなぜこのような変化が生じているのかについて深い疑問を持つ

ようになった。

日本の状況と比較してみると、日本は、高齢者介護の問題に適切に対応し、国民の介護不安をなくすために、新しい高齢者介護システムについての議論が1980年代末から開始され、2000年4月の介護保険制度を実施し、施行11年目を迎えており、韓国は、高齢者療養（介護）の問題が提起された背景と問題の状況、これに対する政策の策定案が、日本に似ている。しかしながら、韓国の老人長期療養保険制度は、ドイツ、日本などの福祉先進国の検証のある制度の導入というよりは、一種の実験的な事例にも見えるし、主要な争点に対して社会的合意が不十分な中で、政府の制度の導入推進の日程に応じて政策決定される傾向が強いので、制度の施行に伴う多くの問題が表出されると予想される。

日本の場合、法制定以來、法の施行前までの準備期間の間にも数回の制度の実施延期、財政方式の変更など、政治的混乱が多かったが、これは政府主導の下に進められてきた政策決定過程の議論の過程で問題を内包していたことを示している韓国に多くの示唆を与えている。そのため、人口・社会的背景と政策の策定過程が似ている日本の介護保険制度の政策過程を比較分析する政策的な実益が非常に大きい。高齢者長期療養保険制度関連のほとんどの既存の研究は、政策過程段階別に政策参加者間の相互作用と政策ネットワークのモデルを分析し、政策産出への影響を分析するのに一定の限界がある。

これらの既存研究の限界点を認識し、克服するために、

本研究では、老人長期療養保険制度のアジェンダ形成の段階から、政策決定の段階までの過程の段階別に、政府、国会、学界・専門家、高齢者関連団体、市民団体などの政策決定参加者間の相互作用と老人長期療養保険法という政策産出への影響を分析し、韓国と日本間の老人長期療養介護）保険制度の政策決定過程を相互に比較研究することで、示唆を導出し、施行初期の韓国の老人長期療養保険制度が、真の国民のための社会保障制度として完成され、今後の社会福祉政策を計画して進める上での基礎研究資料として活用されることを目的とする。

2. 理論的背景と先行研究の考察

1) 理論的背景

政策の概念は、学者によって多様に定義されるが、政策過程は、問題のイシュー化過程を経て政策が決定され、どのように執行、評価できるのかを政策の全過程を動的に見るの概念として多様に分類されている。本研究では、老人長期療養保険の政策過程をアンダーソン (Anderson, 1979) の分類とソン・グンウォンとキム・テソン (2002) の分類に基づいて、アジェンダ形成期、政策提案探索期、政策決定期、政策執行期、政策評価期、5段階の過程に区分する。

政策過程の代表的な模型である多元主義 (pluralism) と組合主義 (corporatism) 模型は、政府と集団間の相互作用による政策決定過程を十分に説明することができない限界を持ち、利益集団のほか、議会、言論 (マスコミ)、政党、市民団体などの多様な行為者が介入している現実の政策過程を説明するには明らかな限界があり、政策過程に参加する様々な行為者間の柔軟な相互作用を理解することができる包括的な理論模型の必要性が提起されている。政策ネットワーク模型は、1980年代半ば以来、西欧の政治・行政学者に、政策決定と政策変更の過程を理解するための有用な理論的枠組みとしての関心を集めるようになり、韓国でも1990年代以来の政策環境の変化に加え、既存の模型を代替する理論的枠組みとして注目を集めている (キム・スンヤン, 2003: 108)。

また、政策ネットワーク模型を通して、政策産出(結果)を説明したり、比較分析するには、政策ネットワークを類型化する必要がある、ローズ (Rhodes, 1988) とイ

シャイー (Yishai, 1992) が分類した政策ネットワーク模型からの共通分母をなす模型を抽出して、3つの模型である下位政府模型 (鉄の三角)、政策共同体模型、イシューネットワーク模型に分けて分析する。

2) 先行研究の考察

政策ネットワークの理論は、米国を中心としたロイ (Lowi, 1972)、リプリーとフランクリン (Ripley and Franklin, 1984) の下位政府の模型に関する研究と、英国を中心としたリチャードソンとジョーダン (Richardson and Jordan, 1979) の政策共同体模型の研究から始まり、今では全世界での意思決定過程の研究の枠組みとしてその座を占めている。韓国でも1990年代後半から政策ネットワーク理論に興味を持つようになり、社会的勢力と市民勢力の成長などの政策環境の変化に応じて様々な政策参加者のネットワークの現象に注目した研究が数多く行われている (ホン・ギョンジュン、ソン・ホグン, 2005; キム・スンヤン, 2003; シン・ドンミョン, 2006年)。

韓国と日本間の老人長期療養保険制度の研究には、導入環境の比較研究 (オム・ギウク, 2004)、日本の介護保険政策 (政治) 過程の研究 (ユン・ムング, 1999; 増田雅暢, 2003; 和田雅暢, 2007) などがあるが、両国間の老人長期療養保険の政策過程への直接的な相互比較研究は、まだない状態である。

3. 研究方法と研究の枠組み

1) 研究方法と研究の範囲

本研究は、主に文献研究に依存している。老人長期療養保険法と介護保険法制定に関する政策決定過程については、保健福祉部と厚生省¹の様々な資料と国会の法案審議の資料を主に活用し、保健福祉部からの制度導入のために作動させる公的療養保障推進企画団、公的療養保障制度実行委員会の資料を活用している。日本の制度との比較研究のために、日本の介護保険制度に関する厚生省の関係機関の高齢者介護対策本部と研究会、与党福祉プロジェクトチームなどの研究資料と介護保険制度の政策過程を詳細に記述された専門家の資料を活用した。また、2004年3月から2007年7月までに、保健

¹ 2001年1月6日、中央省庁改編によって厚生省が厚生労働省と組織変更されたが、本研究では政府組織の変更以前に展開された政策過程を取り扱っているため「厚生省」で記述する。

福祉部の老人長期療養保険法の制定作業と制度の研究、モデル事業の推進に直接参加した一員として、筆者の経験も反映している。

本研究の範囲は、第一に時間的な範囲として、韓国の老人長期療養保険制度については、制定の議論が提起された1999年から法律が施行される直前の2008年6月までを、日本の介護保険制度については、新たな高齢者介護システム導入の議論が始まった1989年から2000年3月までの政策過程を研究対象としている。

第二に、政策過程はアジェンダ形成期、政策代案摸索期、政策決定期、政策執行期、政策評価期など5段階に区分するが、本研究では高齢者長期療養保険制度の政策過程の政策ネットワーク分析を目的とするため、アジェンダ形成期、政策代案摸索期、政策決定期（政府案決定期、国会審議決定期に区別する）を分析対象とした。

〈表1〉 本研究の政策過程段階別区分

政策過程 区分	韓国	日本	
アジェンダ形成期	1999. 10 - 2003. 2	1989. 12 - 1994. 12	
政策代案摸索期	2003. 3 - 2004. 12	1995. 1 - 1996. 4	
政策決定期	政府案決定期	2005. 1 - 2006. 2	1996. 5 - 1996. 11
	国会審議決定期	2006. 3 - 2008. 6	1996. 12 - 2000. 3

第三に、民・官が一緒に参加した政策協議会での議論は、政府内の政策決定、国会の法案審議・議決の過程の両方を含めて、政策過程段階別に政策代案が設けられたり政策が決定されたりした主な内容を検討した。政策参加者の範囲には、公式的な参加者に行政省庁（大統領と地方自治団体を含む）、国会、そして非公式な参加者として、社会福祉、医療界、学界・専門家集団、市民団体、経営者団体、労働界、女性界、言論（マスコミ）、高齢者団体、障害者団体、政党、国民健康保険公団（以下‘健康保険公団’と呼ばれる）に限定している。

2) 研究の枠組み

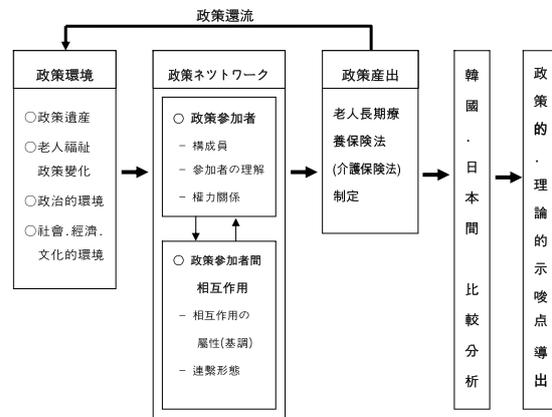
両国における介護保険制度²導入の必要性が提起されアジェンダとして採択された後、最後の法律制定段階までに内容が継続して修正されたのは政策決定に参加した様々な団体、とくに主導的な政策参加者の変化と参加者間協議、調整、対立など多様な相互作用の結果と言える。本研究の目的は政策過程における政策ネットワークがど

のような役割をし、政策産出にどのような影響を与えるのかを分析することにある。したがって、政策環境と政策ネットワークとの関係、政策ネットワークと政策産出間の因果関係を明らかにする立体的な分析が必要である（パク・ハジョン、2008：41）。

このため、本研究においては政策ネットワークそのものの属性に影響を与える外的な要素である政策環境（policy environment）、政策ネットワークそのもの、それから政策ネットワークによる影響を与えられる政策産出という三つの構成要素で区分する。

政策環境には政策遺産（policy legacy）と老人福祉政策の変化、政治・社会・経済・文化的環境で区分して分析する。政策ネットワークそのものに関しては政策参加者と政策参加者間相互作用が分析の対象になる。政策参加者に対しては構成員（メンバー）、参加者の理解、権力関係の三つの要素を中心に分析する。政策参加者間相互作用に対しては相互作用の属性と連繋形態を中心に分析する（イ・ホンユン、2000）。〈図1〉は研究の分析枠組みである。

〈図1〉 研究の分析枠組み



4. 介護保険制度の政策環境の比較分析

1) 政策遺産

第一に、韓国の場合、現行健康保険制度は急性期の疾病治療が中心となっており、介護給付がまったく含まれていない。第二に、全体医療費のなかで老人医療費が占める比重が大きく増加（2008年度30%）して健康保険財政を悪化させているため、老人に対する医療費用と長期療養費用の間に合理的な調整の必要性が大きく台頭

² 韓国における介護保険制度の公式的な名称は老人長期療養保険制度であるが、本稿では介護保険制度で統一して使うことにする。

された。第三に、老人介護サービスの提供根拠であった老人福祉法による介護サービスは主に低所得層を対象とした限定的なものであるため、高齢化社会に対応する普遍的な制度の導入を考えなければならなかった。

一方、日本の場合、介護保険法制定の政策遺産は次の通りである。第一に、老人福祉制度と老人保健制度に分かれた現行制度としては老人の介護問題に対応することが困難である。第二に、老人福祉施設の整備がなされていない現実の状況では社会的入院により医療費の急激な増加をもたらす。第三に、ここに急激な老人医療費（全体医療費の35%）の増加を抑制し、国家の負担を減らす方案の模索が必要な状況であった。

2) 老人福祉政策の変化

1997年IMF経済危機によって‘国民の政府’の社会福祉政策は‘生産的福祉’が掲げられた。これにより失業者と貧困層などの社会排除層の生活を脅かす問題を克服するために国民基礎生活保障制度の導入など画期的な変化をもたらした。‘国民の政府’を引き継いだ盧武鉉政府は社会福祉政策路線として‘参与福祉’を掲げた。低所得層中心の福祉から全国民のための‘普遍的な福祉’へ政策方向を展開した。そして急速な高齢化による社会的危機意識を背景にして高齢社会に備え、社会サービスの職を拡充する方案の一環として介護保険制度を積極的に検討するようになった。

一方、日本の老人福祉政策は戦後直後、貧困、失業問題に対応するために生活保護制度が中心となってきており、高度経済成長の経験を経て老人、障害者など社会福祉サービス政策が展開された。1980年代における老人保健福祉政策は新保守主義の政策基調によって多様な福祉ニーズに対処するための財政およびサービス効率化政策が進められており、在宅福祉とサービスの供給主体の多元化を模索した。連立政府が執権した1990年代においては社会福祉の再構築が展開される時期である。保健・医療・福祉が連係および統合された‘地域トータルケアシステム’の構築、施設の基盤整備のための‘ゴールドプラン’など施設計画の策定と高齢化政策にオールイン(all in)した政策方向であった(チャン・ビョンウォン, 2008: 70-71)。

3) 政治・社会・経済・文化的環境

まず、政治的環境から触れることにする。韓国の政治体制は大統領中心制として社会福祉政策の産出、執行過

程においてもその影響力は非常に大きいのが特徴である。介護保険制度の導入は与野党、大統領にとって有権者階層である老人の政治的支持を得られる十分なことであった。そのため、制度導入に対して時期尚早という批判にもかかわらず、法律が早期に制定されたのは2008年の選挙にあわせ老人有権者の票を意識した政治的背景が強く働いたといえる。

一方、日本の場合、55年自民党の長期執権体制は政治的スキャンダルの構造的な腐敗と消費税の新設などによって単独政権が崩壊され、1993年に細川と非自民連立政権に交替された。細川政権は1994年2月、高齢者福祉対策を樹立するために消費税の廃止および国民福祉税の新設を発表したが、これは内閣退陣の要因となった。厚生省は国民福祉税が新設されると、新しい社会保険方式の介護保険制度の導入の正当性はなかったと判断したが、5%の消費税の引き上げが決まることによって、新ゴールドプランの施行のための予算確保ができなくなり本格的に介護保険制度の検討を始めたのである(オムギウク, 2004: 304-306)。

次は社会・経済・文化的な環境をみる。第一に、高齢化率が高い国であるほど、特に後期高齢老人が多い国であるほど介護を必要とする対象者の数が多いということが予想できる。こうした意味で、韓国と日本は世界のなかでもっとも早く高齢化が進んでいる。韓国は介護保険制度をすでに実施している先進福祉国家に比べ高齢化率が低いが、高齢化スピードがもっとも速いため、政府にとっては介護問題に対する対応システムに前もって対処したといえる。

第二に、韓国と日本は儒教の伝統が深い国として老人は自宅で家族の扶養を受けながら生活してきた。しかし、急速な経済成長と産業化の影響によって伝統的な家族主義が衰退し、家族規模の縮小、老人夫婦世帯または老人単独世帯の増加、女性の経済活動率の増加などによって家族扶養機能が大きく弱まった。

第三に、韓国の場合、老人のなかで慢性疾患を一つ以上もっている老人が91%で、福祉サービスに対する意識構造の変化、介護の必要性に対する認識変化などによって介護ニーズの多様化が増大した。日本の場合、老人福祉制度の措置制度のもとでの利用者の不便さや、社会的入院による医療費増加など従来の福祉制度の限界が存在していた。

第四に、韓国において本格的に介護保険制度に関する議論を始めた2003年はIMF経済危機を克服し、経

済がよくなる局面であったため経済問題を理由にして制度導入に対する反対はなく、社会サービスの職を拡大できるプログラムになると判断して推進した。

5. 政策過程別政策ネットワークと政策産出の比較分析

1) アジェンダの形成期

(1) アジェンダの形成過程と政策ネットワーク

① 韓国

老人長期療養保障制度に関する政府レベルの最初の議論は1999年の末から開始されたが、高齢者福祉の専門家が大統領に『老人保健福祉の中長期発展計画の推進状況』を報告する席で2000年度の高齢化社会の進入にに応じて老人長期療養の保護の必要性を提示しながら『老人長期療養の保護政策の研究団』（2000年1月に『政策企画団』に名称が変更された）の構成を提案・運営され研究活動が行われた（保健福祉部・政策企画団，2001）。これとともに政府は、2000年7月の健康保険の統合および医薬分業の施行以来、健康保険の財政破綻という危機的状况において総合対策が策定され『老人療養制度の導入』が提示され、2001年8月15日金大中大統領祝辞で公開的に提示して政策アジェンダの地位を確立することになった。また、2002年7月には国務総理傘下の『老人保健福祉対策委員会』で社会保険方式の制度の導入が定式化され（国務調整室，2002）、保健福祉部は2003年1月に大統領職引継ぎ委員会に新政府の推進課題の一つとして老人療養保障体系を2007年までに構築する案を報告し、収容されることで盧武鉉政府の政策アジェンダに採択されたのである（保健福祉部，2003.1）。

アジェンダの形成期における政策参加者としては大統領、総理室（老人保健福祉対策委員会）、保健福祉部、政策企画団、韓国保健社会研究院、執権与党、そのほか学界・専門家集団などがあげられる。このなかで主導的な役割を担ったのは保健福祉部と政策企画団である。アジェンダを形成する段階では利害関係者が多数参加するのが一般的である。しかし、老人長期療養の政策ネットワークではサービスの対象となる老人団体と市民団体が参加しなかったのが特徴である。社会的争点化が行われていなかった状況下において政策の必要性という理由のもとに政府が主導してアジェンダを設定したのである。

保健福祉部と学界・専門家集団は、新たな福祉制度の導入を通じて高齢社会に備え政府対策を進めていくことによって政府の位相を高め、社会福祉の領域を広げていくという認識を共にした。与党は新制度の導入を通じて

老人層の支持を得ようとする政治的目的を持っていた（パク・ハジョン，2008：63-64）。

② 日本

1980年代末に新たな高齢者介護システムについての議論が本格化して、『介護の社会化』の議論は1989年のゴールドプランの樹立をきっかけに盛り上がる。これまで水面下で構成されてきた議論が1989年には厚生省の内部で『介護対策検討会』が設置され介護保険の構想と同様の内容を検討することになった。日本政府が正式に介護保険の導入を検討し始めた直接のきっかけは1994年3月の『高齢社会福祉ビジョン懇談会』（厚生省大臣の私的諮問機関）の“21世紀福祉ビジョン”であった。ここでは、“国民の誰もが、近い所で、必要な介護サービスを円滑に受けることができる”21世紀に向けた介護システムを構築する必要があることを提言した（ユン・ムンク，1999：72）。

厚生省はこの提言を受け1994年4月に『高齢者介護対策本部』を発足し、6月には同本部内に専門家を追加して『高齢者介護・自立支援システム研究会』を設置・運営している。同研究会では、12月に“新たな高齢者介護システムの構築を目指して”という報告書を公表するが、これは社会保険方式の導入、検討に言及した厚生省の初の報告書でこれを前後に公的介護保険の創設についての議論が作り出された（チャン・ビョンウォン，2008：233-234）。

アジェンダの形成期の政策参加者としては内閣（社会保障制度審議会）、厚生省と厚生省関係機関である高齢社会福祉ビジョン懇談会、高齢者介護対策本部、高齢者介護・自立支援システム研究会、大蔵省、地方自治団体、全国日本自治団体労働組合、学界・専門家集団、日本医師会、言論などがあげられる。このなかで主導的参加者は厚生省と高齢者介護対策本部、専門家集団である高齢者介護・自立支援システム研究会であった。

この段階においては高齢社会への転換による介護ニーズの増加および福祉財源確保などの問題に対応するための新たな老人介護システムを導入する必要性が台頭した。これによって厚生省は事務局と専門家集団を構成・運営して主導的にアジェンダを形成していった。したがって、老人福祉関係団体の参加と役割は少なかった。大蔵省は消極的に賛成した反面、自治省は介護保険実施主体と関連して慎重な立場をみせた（和田 勝編，2007：62；パク・グァンジュン，1997：217）。

(2) 政策ネットワーク模型と政策産出の比較分析

両国ともに政府の意図に応じて専門家集団によって主導された政策ネットワークであり、参加者の範囲に多少違いがあるが包括的でもなく、ほとんどの参加者間の相互作用が協力的な政策共同体模型と見られるが、韓国の場合には利益集団、地方自治団体が参加していない点から見て不完全な共同体模型に近い（イ・グァンジェ，2009：60，71）。

また、韓国のアジェンダ形成期の場合、政策産出は、社会的争点とされていない状態において政府と学界・専門家集団の主導の下、基礎的な制度研究のレベルで検討された。日本の場合には、政策の参加機会の拡大により利害関係の団体が所属の利益のために意見書を多様に提出したが、厚労省は制度の骨格についての基本的な方針を持っていて、利害関係団体からの意見は、政策産出に反映されていないため、政策産出は厚労省の私的諮問機関と専属事務局の意見を政策に反映した段階ではなく、厚労省が内部的に検討したシステムの試案レベルである。

2) 政策代案の模索期

(1) 政策代案模索過程と政策ネットワーク

① 韓国

保健福祉部は、2003年3月に『公的老人療養保障推進企画団』（以下、『推進企画団』と略す）を設置し、4月に大統領業務報告で2007年施行の目標として“公的老人療養保障制度”を導入すると報告しており、導入の準備のための職制を改編した。推進企画団は、1年間の研究活動を通じ制度の導入案について概略的な原則と戦略を提示したが、障害者を含むかどうかや管理運営主体、給付形態と水準、報酬体系などの重要な事項については合意することができず今後の検討課題として残された（保健福祉部・推進企画団，2004）。推進企画団案をもとに具体的な実行模型を用意するために保健福祉部は、『公的老人療養保障制度実行委員会』（以下、実行委員会と略す）を構成・運営して、より具体化した。また政府は、実行委員会で提示された“介護保険制度試案”について、数回の内部政策討論会を開催し意見を収斂している（保健福祉部・実行委員会，2005）。

政策代案模索期の政策参加者としては大統領、保健福祉部、推進企画団、実行委員会、韓国保健社会研究院、企画予算処、そのほか学界・専門家集団、老人関連団体、市民団体、国民健康保険公団、労働・経済団体、言論などがあげられる。主導的な参加者は政策代案を準備する

核心的な役割を担った推進企画団および実行委員会、韓国保健社会研究院である。

参加者の利害は社会福祉政策の分析枠組みに基づいて整理する。第一に、適用対象の問題である。推進企画団の議論段階から障害者を適用対象とするか否かに対して異論が多かった。市民団体、労働団体、一部教授らは障害者を含めた全国民を対象とすべきである主張し、保健福祉部と予算処は政府財政負担および実行問題を考慮して老人に限定することを主張した。実行委員会の審議結果、多数の意見は障害者に関しては政府によって別の対策を準備することを建議するものと決定した。

第二に、給付の範囲に対する事項である。推進企画団からは療養病院を介護保険の対象施設に含める案が提案されたが決定できず、実行委員会からは公立の痴呆（認知症）病院に限って含める案が出された。家族介護に対する現金給付に関しては結論を留保したが、実行委員会からは国家資格を持って直接に介護した場合に限って現金給付を例外的に認めるという案が出された。

第三に、財源調達方式に関する事項である。推進企画団の主催で行った公聴会で老人会、在宅福祉協会、農業経営人中央会は社会保険方式を支持し、民主労総、社会保障学会、老年学会は租税方式を支持していた。この結果により、推進企画団は社会保険方式を主として租税で補う方式を提案した。実行委員会においてもこのような基調が維持された。

第四に、管理運営システムに関する事項である。推進企画団と実行委員会では国民健康保険公団を保険者とし、地方自治団体に療養保護老人の発掘、療養施設の拡充など一部の役割を与えることで暫定決定した（保健福祉部・実行委員会，2005；保健福祉部・推進企画団，2004）。

政策参加者は推進企画団と実行委員会を中心にお互いに依存関係をもって相互作用しており、各界民間委員の参加が保障され全般的に協力する雰囲気であった。政策代案模索期において政府の公式論議構造とは別にして民間団体が関心分野に対する討論会などを活発に行ったことは注目すべきである（パク・ハジョン，2008：88-91）。

② 日本

厚労省大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会（以下‘老健審’と略す）は、1995年2月から高齢者介護対策本部の草案を中心に本格的な審議に着手し、1996年4月には“高齢者の介護保険制度の創設について”と

いう最終報告書を使用して介護保険制度の骨格を提示したが、保険者の問題は、被保険者の範囲などの主要な論点については両論併記の形をとるなどの限界を示した。これに連立3与党の国会議員で構成された与党福祉プロジェクトチームのリーダーシップが発揮され介護保険制度について検討された(ユン・ムンク, 1999: 76-77)。

政策代案模索期における政策参加者としては、内閣(社会保障制度審議会)、厚生省(高齢者介護対策本部)、老健審、与党福祉プロジェクトチーム、保健医療界、地方自治団体、財界、労働界、社会福祉学界、民間保険業界、言論など多様である。主導的な参加者は厚生省(高齢者介護対策本部)と老健審などである。

老健審と与党福祉プロジェクトチーム、社会保障制度審議会においては、制度の主な骨格について最終結論を出せないという限界があった。しかしながら、社会保険方式という新たな老人介護システムの導入という点は厚生省の考えと一致していた。老健審中心の代案検討によって利益団体の参加が制限的であり、老健審報告書の内容について利益団体は慎重論、批判論などさまざまな意見をみせたが政策産出への反映はなかった(和田 勝編, 2007: 86-89)。

厚生省と老健審で検討された制度の具体的な内容が利害関係者に提示されていなかったため、市町村の反対意見の提示と老健審内においても実質的な議論が行われなかった。市町村は財政・行政負担の増加を懸念して、介護保障に対する国の責任を地方自治団体と個人に転嫁させようとする方式であるとして、国の責任による保険の運営に関する意見書を厚労省に提出した(毎日新聞, 1996. 4. 16)。財界と労働界は各々の立場を代弁する中立的な立場であって、民間保険業界と政府はアジェンダ形成期から緊密な協調関係を維持した。そして、保健医療界とは非公式接触を通じた相互信頼をもって協調関係を維持した。反面、社会福祉学界は制度創設に対する慎重な態度をみせた(パク・グァンジュン, 1997: 224)。

(2) 政策ネットワークモデルと政策産出の比較分析

韓国の政策代案模索期の間の政策ネットワークは、政府と専門家中心の政策共同体モデルといえる。問題の性格上、多様な団体と一般人が参加するイシューネットワークモデルになることもあるが、制度の全般に対する理解がなければならぬため現実的に参加者が制限されることも考えられる。

日本の政策代案模索期の間の政策ネットワークは、厚

生省と老健審中心の政策共同体モデルに近い(イ・グァンジュン, 2009: 89, 103)。韓国の場合、政策代案の検討段階で多様な階層の意見清聴と公聴会が数回開催された。しかし、日本の場合は主に厚生省諮問機関である老健審を中心に代案検討が行われ、利益団体の参加が制限的であって、韓国に比べ閉鎖的な構造をもっているのが特徴である。そして、老健審の最終報告の内容について保険者と費用負担・費用方法など、制度の重要な点は最終的な結論を出せずに両論併記したのは韓国の実行委員会の運用形態と類似している。日本の政策代案模索期においてさまざまな政策参加者間の相互作用が微弱であるという特性により、政策産出は高齢者介護対策本部の内部検討試案、厚労省が老健審へ提案した内容と老健審の最終報告案ということができる。

3) 政府案の決定期

(1) 政府案決定過程と政策ネットワーク

① 韓国

保健福祉部は5月に党・政協議で実施案についての議論、7月に国務総理主宰の関係長官会議で重点議論を経て用意した老人スバル保険法制定のための公聴会を9月に開催した後、立法予告をしており、関連団体から意見を募集した。続いて規制審査委員会の規制の審査、法制処の法案審査などの立法手続きに従って、2006年2月の国務意決(総理議決)を経て国会に提出した(保健福祉部, 2005, 2007. 5)。

この時期の政策参加者としては総理室、保健福祉部、企画予算処、老人関連団体、市民団体、労働・経済団体、医療団体、学会、与党、健康保険公団、言論などがあり、主導的な参加者は政府、市民団体、労働・経済団体などである。

参加者の利害については社会福祉政策の分析枠組みに基づいてまとめる。第一に、適用対象の範囲について保健福祉部は障害者と軽度者を排除することに決定した。第二に、給付範囲について医師協会は医療領域が縮小され福祉サービス中心の制度がつくられることを「現代版高麗葬：現代版姥捨て山」と強く批判した。一方、現金給付制度について政府はその認定事由をさらに限定させることにした。第三に、財源調達方式に関して政府は企画予算処の立場を反映して国庫支援の規模を大統領に委任することにした。これは市民団体と労働団体から批判を受けた。第四に、管理運営主体について保健福祉部、企画予算処、行政自治部、健康保険公団は健康保険公団

を主張し、市民団体、学界、医療界は 地方自治団体を主張した。第五に、制度の施行時期については経総と参与連帯は時期尚早を強調したが、政府も 2007 年 7 月の施行は困難であるという考えをもっていた(保健福祉部, 2005)。

学界・専門家集団、市民団体などの意見が反映された実行委員会の提示案を政府側で適用対象と給付範囲を縮小したのは政府側が意思決定において優位の立場に立っていることを意味する。保健福祉部が政策ネットワークの中心にあり、市民団体、労働・経済団体が主導的参加者として若干葛藤関係の立場で活発な議論が行われた(パク・ハジヨン, 2008: 86-88)。

② 日本

厚生省は 地方自治団体からの意見を取りまとめて、1996 年 5 月末“介護保険制度修正試案”を与党福祉プロジェクトチームと老健審へ提案、諮問依頼して承認答申を受けた。6 月与党政策調整会議は‘介護保険制度の創設に関するワーキングチーム’を作り、全国 6ヶ所で地方公聴会を開催し意見募集をして、与党 3 党は 9 月に“介護保険法案大綱に関する修正(案)”を確定し、“公的介護保険制度の実施時期について”合意した。しかし、衆院の解散および厚生省幹部の大規模な汚職事件などで介護保険法案の提出が遅延された後、1996 年 11 月末に厚生省は閣議を経て政府案として臨時国会に提出した(タン・ビョンウォン, 2008: 253-258)。

政府案決定期において政策参加者は内閣、厚生省、連立与党、関係審議会、地方自治団体、日本医師会、経営者団体連合会、社会福祉学界、女性界、言論などで参加者の数が多様になった。主導的参加者は厚生省と連立与党内の与党政策会議、与党福祉プロジェクトチームである。

この時期は老健審が制度の主な争点を決められずに、介護保険制度のシステムをめぐる利益団体間の利害調整が困難な状況のなかで連立与党の関係者が政治的リーダーシップを発揮して調整していく時期であると言える(チャン・ビョンウォン, 2008: 260)。厚生省は制度導入の検討を最初から組織利益と社会利益の実現という側面(増田 雅暢, 2001)から社会保険方式、保険者主体、現金給付の未実施など主な体系を内部的に決めていた。そして連立与党と関係審議会との緊密な協調、マスコミを通じての広報、同じ利害関係にある団体との連係を通じての支持行動を促した。制度案の具体的な内容が発表されると、利益団体が積極的に意見を出す様子を見せた。

市町村は過重な財政負担を強いられずに、安定的な運営がされるように国家の責任において構築する必要があると厚生省試案に否定的な意見を示している(全国市長会議, 1996)。

日本医師会は賛成する雰囲気であったが、進歩的な医師団体は国家の財政責任を求めた(全日本民醫連理事会, 1996)。社会福祉学界は積極的に批判する学者が多かったし、女性界では性差別を理由にして批判が主流をなした(大澤真理, 1995)。

(2) 政策ネットワーク模型と政策産出の比較分析

韓国と日本の政府案決定期の政策ネットワークの形態は様々な利害関係団体が参加した イシューネットワーク模型と類似している。

そして韓国の政府案決定期における政策参加者間の相互作用は非常に積極的に展開された時期であり政策ネットワークの作動として政策産出に大きな影響を及ぼした。一方、日本の政府案決定期において制度創設の関係機関の立場表明と意見陳述が旺盛に存在したにもかかわらず、政策産出への反映の程度は微々たる水準で、厚生省と連立与党の緊密な協調体制で政策決定をする議員内閣制という政治構造の基本的な特性と日本特有の族議員の役割が際立つ政策過程を示している。丹羽雄哉衆議院が提案した法案の多くの部分が制度に反映されており、制度の目的に介護も医療の一環であるという意見が反映されるなど政府案決定期には、利害関係団体の一部の意見が政策産出に反映された(増田 雅暢, 2003: 73; イ・グァンジェ, 2009: 143)。

4) 国会審議決定期

(1) 国会審議決定過程と政策ネットワーク

① 韓国

政府案が国会に提出された後に、5つの議員立法案が国会保健福祉部常任委員会に一括上程され、社会福祉界からの請願立法案が提出された。これに、国会では11月に公聴会の開催、利害関係者との懇談会の実施、数回の法案審議を経て常任委員会に上程したが、管理運営主体、受給者の範囲など争点については、議員の間で意見の相違があり、法案審議が次の年に持ち越された。これに政府は政界、学界、専門家、関連協会長を招き、全国8つの地域での政策討論会を開催した。与・野・政府間の数回の協議を通じ、国会に提出された7つの法案の一つの代案として採択した法案が2007年2月末の常任委

を通過して本会議で4月2日に可決された（国会保健福祉委員会法審査小委，2007）

国会審議決定期における政策参加者としては国会（政党）、保健福祉部、市民団体、老人関連団体、障害者団体、医療団体、地方自治団体、健康保険公団、言論などがあげられる。主導的参加者は国会、保健福祉部、市民・労働団体である。政府案決定期の段階と異なる点は障害者団体が新たに参加し、医療団体の参加が活発になった点であり、保険者問題と関連して全国 地方自治団团长が共同で意見を開陳した点である。

参加者の利害は社会福祉政策の分析枠組みに基づいてまとめる。第一に、適用対象者の範囲についてである。適用対象者が政府案決定期のときより拡大されたが、これは市民団体、学界、一部野党議員の意見が政策産出に反映された結果である。

第二に、管理主体に関して、市民団体、学界、老人福祉施設協会では市郡区が役割を担当すべきであると主張した。しかし、保健福祉部と健康保険公団は健康保険公団が担当すべきであると主張し、政策産出に受け入れられた。

第三に、国庫負担の増加および自己負担率の引き下げについての問題である。市民・労働団体は国庫負担を増やし、サービス利用について自己負担を減らすべきであると主張した。一方、保健福祉部は健康保険公団の国庫支援レベル以上には支援することが困難であるという立場を堅持した。在宅サービス利用に関する自己負担率の一部引き下げは健康世の中ネットワーク、民主労総、韓労総、民主労働党の意見が一部反映された結果である（国会保健福祉常任委員会，2006.11.2）。

政治的圧力団体である大韓老人会は国会審議過程で早い法律通過のため政治的影響力を行使したと考えられる。老人福祉施設協議会は市郡区が管理運営主体となるように努めたが、あまり影響力はなかった（チェ・ギョンエ，2007：88）。

国会法案審議は国会の固有権限であるため、行政部より優位にたつて議員の立場を貫いた部分が多かった。しかし、国庫支援の拡大、障害者包含の問題は予算につながる事項として制度実行の責任を負っている行政部の権限が強いと言える。

法律制定に対して全体的には同意ないし強調する雰囲気であったが、主な争点に対しては参加者間対立および葛藤する様子を見せた。政党間の政策連合は政党の理念と政策志向によって行われず、政策懸案によって政党ま

たは議員別に多元化されている点がこの時期の特徴である（イ・グァンジェ，2009：162）。

② 日本

第139回の臨時国会に提出された介護保険法案は、汚職事件の中心人物が法案作成に関連しているため撤回して再検討しなければならないと新進党と経団連などからの強い抵抗があった（毎日新聞，1996.11.30）。1997年1月の衆議院の厚生委員会主催の地方公聴会の開催、参考人の意見聴取等の審議、12月初旬に参議院の本会議での修正法案が多数で可決され、12月9日の衆議院の本会議で議決された（ユン・ムンク，1999：91）。

介護保険法案の国会審議決定期の政策参加者は国会（自民党、社民党など各政党の衆議院と参議院）、厚生省、経営者総連合会、日経連、利益団体、言論などであり、主導的参加者としては国会、厚生省、利益団体である。介護保険法案は医療保険改革案とかみ合せて民主党と政策別連合を通じて二つの法案をセットにして成立させるものと合意し法案成立を成すことが出来た（日本経済新聞，1997.4.15, 6.30）。

厚生省とは実質的な協力関係を維持していた。利益団体の権限は非常に弱い状態であったと言える。参加者間の相互作用において新進党は法案について強い葛藤関係をみせており、与党である自民党、社民党は野党である民主党とは積極的な協調関係を維持しているものの、経団連、日経連、マスコミなどとは強い葛藤関係をみせた（ユン・ムンク，1999：88-90）。

(2) 政策ネットワーク模型と政策産出の比較分析

韓国の国会審議決定期における政策ネットワークは国会が中心にあり、保健福祉部、市民団体が主導的な参加者となり、医療団体、障害者団体が国会審議過程に参加して、政策ネットワークの密度と相互作用の強さがより一層高まったことが分かる。今までは利益集団の参加が不足して、政府主導で国会と政策ネットワークを構成する未完の下位政府模型を成していたが、利害関係団体の活発な相互作用が行われ国会審議決定期は、典型的な鉄の三角または下位政府の政策ネットワーク模型といえる。

一方で、日本の場合、国会が政策ネットワークの中心にあり、厚労省、利害関係団体の参加があったので、下位政府模型に近い。典型的な下位政府模型というよりは国会と厚労省が主導的であり、利害関係団体が補助的に支持されて多少変形された形であるといえる。

5) 法の成立から施行前までの状況の比較分析

法律の成立から法の施行直前までの状況に対して韓国と日本を比較してみると、韓国の場合は制度施行の準備不足、施設・人力インフラ不足などで懸念する反応をみせたが、法が制定され施行する前まで1年2ヶ月の間に比較的体系的であって、安定的な雰囲気の中かで制度施行のための準備が進められたといえる。これに比べ、日本の場合は介護保険法の制定以前にも多い議論が行われたが、法制定以降から法施行以前までも数回制度実施の延期論、財政方式の修正論など数多くの政治的混乱が存在した。これはアジェンダ形成から国会審議議決までほぼ政府主導のもとで一方向的に進められ、政策決定の前の過程においての議論手続き、方法など議論過程で大きな問題点を内包していたことを示すものである。

6. 研究の示唆点と限界

日本の介護保険制度の政策決定過程が、韓国の介護保険制度の導入のためのベンチマーキングの対象とされてきたことは周知の事実である。しかし、本研究を通じて、日本の介護保険制度の政策決定過程に多くの限界があることを確認することができた。過度な政府主導型の政策ネットワークの特性に応じて、政策決定の参加の利害関係団体からの議論の構造が不足し、主張する意見が政策産出に反映される程度が微々たる水準である点、政治的影響力が大きい国会議員個人の意見が政策産出に大きな比重で反映されたのは日本社会の特性の一断面を見せている点、法制定以後、法施行前までの準備期間においても運営主体である地方自治団体の数回に渡る制度の実施延期の提案や財政方式の修正論など、多くの政治的な論争が発生した点などは、日本の制度の政策決定過程の実質的な姿を見せている。

日本の介護保険制度の政策過程からわかるように、政策参加者の数が多いから良い政策ネットワークが稼働されるとはいえず、政策参加者の数も多く様々な政策参加者が公聴会、討論会などを通じて、実質的に意見を自由に開陳し共有することができる開放的な相互作用システムの構築が重要であることを確認することができた。そして、韓国と日本の政策ネットワークの特徴は政府主導型であり、制度に対する知識や情報を政府が独占して主導的政策参加者としての相互作用が行われ、政策産出に大きな影響を及ぼすことになる結果を招くことになった。過度な政府主導の政策ネットワークは、政策産出において政府の意志をあまりも反映させるという欠点があ

ることを確認することができた。

また、利害関係団体の代わりに、学界、専門家の集団、または老健審などを中心とした非典型的な政策ネットワークを示した。制度についての情報や知識を、さまざまなチャンネルを介して共有し政策参加者の範囲を拡大し、開陳された意見を実質的に政策産出に反映させる必要性が大きいという点が、本研究の示唆点として挙げられる。

介護保険制度（老人長期療養保険制度）の単一の事例を政策環境と政治形態がかなり異なっていると見ることができる日本の介護保険制度と政策過程に基づいて政策ネットワークを比較解析しており、これを政策ネットワーク理論に一般化するには限界がある。韓国の場合、老人長期療養保険制度の政策執行の初期の段階であり政策執行と政策評価の両方が行われたと見られないため、政策産出が政策環境に、そして政策ネットワークに影響を与える政策還流過程を分析することができない現実的な限界がある。政策過程の政策ネットワークの特性は、政策過程の全過程を網羅する分析が必要であり、今後、政策執行と政策評価の過程が進み政策の全過程が行われると、本研究で追求しようとする本来の研究の分析が完成されることになる。

参考文献

- イ・クァンアゼ『老人療養保険制度の理解』ソウル：共同体、2007年（韓国語）。
- イ・クァンアゼ『老人長期療養保険制度政策過程の理解』ソウル：共同体、2010年（韓国語）。
- イ・クァンアゼ“韓国と日本の老人長期療養保険制度の制定過程に関する比較研究”，江南大社会福祉専門職大学院，博士学位論文，2009。
- オ・セヨン「日本公的介護保険制度の政策決定過程に関する研究」、『社会福祉政策』30：239-263頁，2007年（韓国語）。
- オム・ギウク“韓国と日本の長期療養保障制度の導入環境の比較研究”，『高齢者福祉研究』，24：299-323，2004。
- キム・スンヤン「政策ネットワークモデルの理論的争点分析」、『政府学研究』9（1），2003年（韓国語）。
- チャン・ビョンウォン『日本の高齢者の長期療養のポリシー』，ソウル：ヤンソウォン，2008。
- ソン・グンウォンほか『社会福祉政策論』，ソウル：ナナム出版，2002。
- パク・グァンジュン“日本の介護保険の導入議論”，『社会政策ノンチョン』9：199-230，1997。

- パク・ハジョン「社会福祉政策決定過程の政策ネットワーク研究」, ギョンヒ大学校大学院博士論文, 2008年(韓国語).
- ユン・ムンク “福祉改革の政治過程(公的介護法案の制定を中心に)”, 筑波法政, 26: 71-96, 1999.
- 国会保健福祉常任委員会 “長期療養保険法(仮称)制定に関する公聴会資料集”, 2006. 11. 2.
- 国会保健福祉委員会の法案審査小委 “法案審査小委審査の参考資料”, 2007. 2. 13.
- 保健福祉部「老人スバル保険法制定のための公聴会資料集」, 2005年9月5日(韓国語).
- 保健福祉部「老人長期療養保険制度政策資料集(I, II, III)」, 2007年5月(韓国語).
- 保健福祉部・老人長期療養保護政策企画団「老人長期療養保護総合対策方案」, 2001年(韓国語).
- 保健福祉部・公的老人療養保障推進企画団「公的老人療養保障体系開発研究(I, II)」, 2004年(韓国語).
- 保健福祉部・公的老人療養保障制度実行委員会「公的老人療養保障制度実施モデル開発研究」, 2005年2月(韓国語).
- 大澤真理 “社会保障制度審議會の勧告をジェソダーで読む”, 『賃金と社会保障』, No 1164, 1995. 10.
- 増田 雅暢「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題—官僚組織における政策形成過程の事例」, 『季刊社会保障研究』37(1), 2001.
- 増田 雅暢『介護保険見直しの争点 - 政策過程からみえる今後の課題』, 東京: 法律文化, 2003.
- 和田 勝編『介護保険制度の政策過程(2007)』, 東洋経済新報社, 2007.
- 第66回全国市長会儀 “介護保険制度に慎重な論議を求める決意”, 1996.
- 全日本民医連理事会 “厚生省, 与党の介護保険試案に反対し”, 眞の介護保障を実現するたたかいを強化せよ, 1996. 5. 17.
- 他, 毎日新聞, 日本経済新聞

