

# 現代アメリカにおける高齢者介護政策の政治過程

——「改革」なき漸進的制度化の一事例として

稗田 健志

(早稲田大学高等研究所 助教)

## 1. はじめに

近年、先進国を対象とした比較福祉国家研究の世界では、「制度化」の議論がかまびすしい。すなわち、これまで経路依存性ゆえに安定し、政治・経済アクターの行動を規定する面が強調されてきた公共政策を含めた制度が、長い歴史スパンでみた社会経済条件の変化の下で変化する側面に焦点を当てようということである (Streeck and Thelen 2005; Mahoney and Thelen 2010)。そこでの一つの論点は、制度は社会経済条件に合わせて自らを更新し続けることができなければその制度の所期の目的自体を果たせなくなる一方、制度の形態は同じでも、それを支える政治勢力が変化し、その制度に異なる目的が付加されることもあるということであった (Thelen 2004; Hacker 2005)。

本稿の対象とする戦後の米国における高齢者介護政策の展開は、こうした「制度化」の議論に特異な事例を提供しているようにみえる。アメリカでは、高齢者向け公的医療保険制度であるメディケア<sup>1)</sup>ではなく、本来は低所得層向けの所得調査付き医療扶助プログラムであるメディケイド<sup>2)</sup>がこれまで高齢者の介護需要を賄ってきた。しかも、時代を経るにつれメディケイドは給付対象を広げ、事実上、中間層の高齢者の施設介護費用を賄うという「選別プログラムの普遍化」とでも言うべき状況が生じている (Grogan and Patashnik 2003)<sup>3)</sup>。このようなメディケイドという医療扶助制度の高齢者介護への「転用」や、プログラム内容の漸進的な変化は、既存の単純な経路依存性の

議論だけでは説明できない。

本稿の問題関心をより明確に述べれば、まず、制度選択の次元では、アメリカ合衆国が中間層の高齢者の介護問題を解決するための制度を新たに創設せず、低所得層向け医療扶助プログラムにそれを委ねてきた理由を探ることにある。また、制度化の次元では、大規模な制度改革が生じていないにもかかわらず公的プログラムの内実が変容している理由を明らかにする。すなわち、制度の生成と変化の政治的論理を明らかにすることが本稿の目的となる。

本稿は、まず、より高次の政治制度がこの制度選択を規定してきたと主張する。予備選付き小選挙区制度が形成する連邦議会議員間のきわめて個人主義的な競争は、彼らに選挙区や支持者への利益誘導を志向させるため、上院・下院議員からは高齢者介護プログラムのような普遍主義的福祉政策を拡大する政策案はアジェンダとして提起されにくく、成案となりづらい。彼らは典型的な「集合行為問題」に直面しているからである (cf. Olson 1971)。いいかえると、仮に普遍主義的福祉プログラムがそれを推進した政党全体に便益をもたらすとしても、政党規律のきわめて弱いアメリカの政党組織では個々の議員は政党の看板に「ただ乗り」(フリーライド) できるため、個別の上院・下院議員が公的介護施策を推進するインセンティブを持ちづらいのである。しかも、仮に有権者全体に応答責任を持つ大統領や官僚機構が普遍主義的福祉政策を提起しても、連邦議会の分権的な委員会制度の下では福祉政策や高齢者医療を所管する委員会が議案の生殺与奪権を握るため、

新たなプログラムが既得権を侵害する限り、それが本会議で採択されることはあり得ない。既存の政策に利害を持つ関係者は、当該政策領域を所管する委員会の有力議員に票と資金を提供することで彼らの既得権を侵す議案を容易に止めることができるからである。上記の理由から、中間層を対象とした所得調査のない形での普遍主義的高齢者介護プログラムはそもそも米国連邦議会のアジェンダに乗りやすく、しかも現状維持バイアスを持つ委員会制度の下では、利害関係者のほとんどを納得させない限り、議会を通過することは難しい。

では、アメリカでは1960年代にメディケア・メディケイドが成立して以降、高齢者介護に関連した大規模な政策変更はなかったにもかかわらず、なぜプログラムの内実は徐々に変化してきたのであろうか。上述の通り、包括的な改革案はその予期される帰結が利益団体や政治家にとって明白であるため、それが米国議会を通過することは難しい。一方、小規模で漸進的な改正は、とりわけ大規模なオムニバス法案の一部をなす場合、その効果が予測しづらく目立たないため、採択されやすい。しかも、個々の連邦議会議員は支持者にその業績を誇示するため、その効果をよく考慮せずに小さな修正を加えるインセンティブを持つ。米国における高齢者介護政策の現状はそうした小さな制度改正の積み重ねの意図せざる帰結なのである。

上記の主張を検討するため、以下では米国における戦後の高齢者介護政策の政治過程を振り返る。

## 2. カー＝ミルズ法

ほかの多くの先進工業諸国と同様、米国でも20世紀初頭までは、高齢貧窮者もほかの困窮者と一緒に地方自治体の運営するえてして劣悪な救貧施設に収容されるのが常であった。ルーズベルト政権期（1933～45年）の「社会保障法」の成立は高齢生活扶助（Old Age Assistance: OAA）を生み出したが、所得調査付きの現金給付であるOAA自身は救貧施設の状況改善には向かわなかった。

というのも、そうした救貧施設の状況はあまりにお粗末であったため、社会保障法は州政府がOAAを自治体運営のいかなる救貧施設の高齢収容者に支払うことをも禁じたからである。その結果、ケアを欠き自宅に留められない要介護高齢者は私設ホームに向かい、営利目的の老人ホームが公的救貧施設を徐々に駆逐することとなったのである（Vladeck 1980: 33-39）。

さて、第二次世界大戦後、トルーマン大統領の国民健康保険制度案は米国医師会（AMA）の反対などにより連邦議会の委員会すら通過することはなかったが、施設へOAAの給付を禁じた条項を修正する社会保障法の改正案は1950年に議会を通過した。この改正により、ナーシングホーム<sup>4)</sup>を含めた医療施設は公的扶助受給者への医療サービスにかかる費用を公的資金から償還払いできるようになったのである（Vladeck 1980: 40; Smith and Moore 2008: 30-35）。この公的扶助受給者へのオープン・エンドな形での医療機関への償還払いという仕組みは、後に成立するメディケイドのスキームを先取りするものであった。

トルーマン大統領の健康保険制度案の挫折の後も、公的健康保険制度案は連邦議会に幾度となく浮上しては消えていった。何ゆえに公的健康保険法案が本会議場までたどり着くことがなかったのかといえば、下院歳入委員会を掌握するウィルバー・ミルズ委員長が、社会保障信託基金を用いたいかなる健康保険制度案にも財政保守派として反対していたからであった。民主党首脳部は、1960年の大統領選を控え、民主党と共和党との間での政策的違いを鮮明にする狙いから、ミルズ委員長に法案を下院歳入委員会でも通過させることを求めたが、ミルズはその求めに応じなかった。ミルズの弁では、「その当時、[委員会通過に] 必要な票を持っていなかった」からである（Mills 1985: 1）。

しかしながら、民主党執行部の驚くところとなるように、ミルズは秘密裏に準備した彼自身の法案を下院歳入委員会でも通過させ、下院にて大差で成立させたのである。上院ではオクラホマ州選出の民主党カー上院議員が同様の法案を91対2の大

差で成立させ、両院協議会にて幾分修正を加えた法案が1960年に成立したのである (Smith and Moore 2008: 38)。

この法案は成立に尽力した2人の議員の名前をとって「カー＝ミルズ法」と呼ばれるが、これはそれまで議論されてきた社会保障信託基金を用いて年金受給者に公的健康保険制度を整備する医療保険制度案とは全く異なるものであった。そして、この法案は米国のその後の高齢者介護制度に重要な影響を残したのである。カー＝ミルズ法の特徴は、「高齢者向け医療扶助 (Medical Assistance for the Aged: MAA)」と呼ばれる仕組みを確立したことにある。MAAは、州政府が「医療困窮者 (medically needy)」の医療費に見合う分の連邦政府補助金を受け取ることを認める制度である。この「医療困窮者」という区分は、生活扶助の受給権を有するほどの貧困者ではないが、医療費を賄うだけの所得や資産を持たない高齢者を指す (Congressional Research Service 1972: 36)。このカテゴリーの成立は、医療全体に対してはさほどの影響を持たなかったが、ナーシングホームの運営に対しては重要な含意を有していた。というのも、この制度が米国の高齢者介護制度を特徴づける「消尽効果」を生み出したからである。

すなわち、ナーシングホーム収容者は急性病棟患者に比べて施設に長く滞在する傾向にあるため、その資産を介護費用に使い尽くし、結果として医療扶助の受給資格を得て、MAAがその後のナーシングホーム費用を給付上限のない形で賄うという仕組みが出来上がったのである。カー＝ミルズ法は、医療扶助受給者にその資産を使い尽くすことを求め、その後は公的扶助がオープンエンドな形で要介護者の費用負担をするという米国高齢者介護制度の特徴を初めて生み出した法案であった。実際には、メディケイドが成立するまでこの仕組みが高齢者介護に十全に用いられることはなかったが、カー＝ミルズ法はメディケイドの雛型となった法案であった。

### 3. メディケア・メディケイドの成立

米国における戦後最大の社会立法は、高齢者向け医療保険であるメディケアと低所得層向け医療扶助であるメディケイドを成立させた1965年の「社会保障法改正」である。大統領選の公約に高齢者向け医療保険を含めていたケネディ政権も、上下両院での民主党優位を背景に、病院やナーシングホームの滞在費用を賄う新たな高齢者向け医療保険法案を提示したが (キング＝アンダーソン法案)、米国医師会の反発を恐れる下院歳入委員会の南部民主党議員の抵抗から法案が日の目を見ることはなかった (Marmor 2000: 30-41)。ケネディ暗殺後は、民主党上院議員らが下院ですでに通過した社会保障法改正案に医療保険法案を付加する形で下院歳入委員会のバイパスを図ったが、医療保障制度への影響力を失うことを恐れた下院歳入委員会委員長ミルズが両院協議会にて同僚議員を説得した結果、両院協議会で合意されることはなかった。メディケア反対勢力は最後まで公的医療保険制度への抵抗を示したのである。

潮目が変わったのは、ジョンソン大統領と民主党リベラル派の地滑りの勝利を通じてであった。ジョンソン大統領はほとんどの州で共和党対抗馬に勝利し、民主党議員が2対1以上の比率で下院を支配した結果、ジョンソン政権はメディケア法案を含めた公約「偉大な社会」の実現に圧倒的な推進力を得たのである。これまで高齢者向け医療保険制度の実現に立ちはだかつてきた下院歳入委員会でも、民主党リベラル派が共和党と南部民主党連合に対して多数を占めたのであった (Marmor 2000: 45)。

しかしながら、実際のメディケア・メディケイド成立の過程は政権担当者の思惑通り進んだわけでは必ずしもなかった。当時の連邦議会には、ジョンソン政権のメディケア法案、米国医師会の推進するエルダーケア法案、そして共和党バイルンズ議員の案が提出されていた。議会工作を担当した保健教育福祉省の担当者としては、入院費用やナーシングホーム費用を負担するものの医師の施術料をカバーしない限定的な医療保険を通し、将

来の公的医療保険拡大の橋頭堡とすることを意図していたのであったが、長年、公的医療保険制度に反対してきた米国医師会や共和党から適用範囲が限定的であるとして攻撃されたのである。米国医師会案は基本的には既存のカー＝ミルズ法を拡大するものであった。一方、何らかの高齢者向け医療保険制度の設立が不可避の状況となったことを悟った共和党議員は、民主党が一方的にその業績を独占することを防ぐため、医師施術料や薬剤費をもカバーする任意制の高齢者向け医療保険制度を提起する。それがマイルズ案であった(Marmor 2000: 46-48)。

実際の成案は、自分の委員会が所管する法案では超党派の支持の獲得を基本とする下院歳入委員長ミルズの選好を強く反映するものであった。政府案と共和党案は対立するものとされていたが、ミルズは保健教育福祉省で法案工作を統括していたウィルバー・コーエンに2つの案を統合できないか打診した。コーエンは即座に肯定的な回答をし、保健教育福祉省の立法担当者たちがほぼ一夜にして高齢者全体に適用される入院保険と任意制の医療保険を統合した法案を起草したのであった。現在のメディケア・パートAとパートBである。保健教育福祉省の担当者たちはミルズの提案に公的医療保険を拡大する好機を見いだしたのであった。

さらに、法案にはカー＝ミルズ法の適用範囲を高年齢弱者のみからさまざまな種類の貧窮者に拡大する、後のメディケイドも含まれた。そして、新たなミルズ案は下院歳入委員会を通過し、下院を315対115の大差で可決されたのである。上院も下院案の骨子を追認し、両院協議会を経て、社会保障法改正案は1965年の7月に成立したのであった。

長期間党派的対立の焦点となってきたメディケアに比して、メディケイドは政策担当者や利益団体からほとんど注目を集めることなく改正案に付与され、社会保障法改正に含まれることとなった。ナーシングホーム業界ですらロビー活動の中心はメディケアの適用条件に向けられたのである(Congressional Research Service 1972: 40-51)。

実際、介護施設への給付を含めたメディケイドに関しては議会でほとんど議論されることなく法案として成立したというのが実情であった(Cohen 1985: 10)。高齢者向け公的医療保険を巡る政治闘争はメディケアを巡って戦われたのであり、「ほとんど誰もメディケイドの潜在力を予測していなかった」(Smith and Moore 2008: 48)のである。介護サービスへの受給権は医療保険立法の副産物として、誰も予期しない形で成立したのであった。

#### 4. メディケイドの執行過程

1967年の社会保障法改正はメディケアとメディケイドの執行における技術的な問題に対処するためになされた法改正であるが、介護に関しては2つの対照的かつ関連した政策を法文化したものであった。第1は、メディケイドの供給者償還払いを受ける施設を規制する連邦レベルでの基準を設けるというもの。第2は、メディケイドが高度介護施設より基準の低いナーシングホームに供給者償還払いを行うことができるように、「中間介護施設」という新たな施設形態を導入するというものであった。要介護高齢者の多くは、カー＝ミルズ法の下、すでに低水準のナーシングホームで介護を受けていたため、メディケイド供給者償還払いの基準を下げて多くの施設が利用できるようにしつつ、ナーシングホームへの規制の適用範囲は広げていくというアプローチを取るほかなかったのである。

ナーシングホームに対する連邦レベルでの規制の端緒となったのが「モス修正」と呼ばれる法改正であった。これはモス上院議員とエドワード・ケネディ上院議員による社会保障法改正提案を指し、介護や看護の基準の導入、人員配置基準の設置、ナーシングホーム管理者免許制の導入、基準を満たさない施設に対して保健教育福祉省が公金の支出を差し止めることを認める、といった内容であった。これらの規制案は1967年の社会保障法改正案に含まれ、立法化されたのであった(Smith and Moore 2008: 79-80)。

モス修正は保健教育福祉省にメディケイドの下

で介護サービスを提供することとなっていた「高度介護施設」に対する新たな基準を提示することを求めるものであったが、その結果、保健教育福祉省は難しいジレンマを抱え込むこととなった。というのも、ナーシングホームの質の改善を求める議員が満足するような基準の規制を定めれば、多くの既存のナーシングホームは基準を満たせず、現在の利用者は行き場を失うこととなる一方、新たな規制の基準が低いものとなれば政府は劣悪な介護に資金を提供し続けることとなるからである。当然のことながら、全米ナーシングホーム協会はいかなる規制にも反対する姿勢を示し、保健教育福祉省の出した最終的な規制案は全米ナーシングホーム協会の意向に沿う形のものとなった。そして、モス上院議員の激怒するところとはなったが、さらに弱められた規制が1970年4月に施行されたのである。

「中間介護施設」の導入もメディケイドを水準の低い施設介護が中心となっているという現実に合わせる政策の一つであった。ナーシングホーム産業は、高度介護施設で介護を受ける利用者の多くはそれほど集中したケアを必要とするわけではなく、限られた人員の施設でも介護できると主張し、それほど高度の介護サービスを提供せずとも公金を受給できる医療施設の新形態として「中間介護施設」を提案したのである。この提案は共和党上院議員ミラーが議会で提起したためミラー修正と呼ばれたが、この修正の結果、多くの州は施設とその利用者を再定義し、ときには単に高度介護施設の規制基準に満たない施設すべてを「中間介護施設」に区分し直したのであった (Vladeck 1980: 63-64)。

メディケイドの執行準備の過程での小規模な法改正の事例が示すのは、カー＝ミルズ法の下でナーシングホーム産業が利益団体として徐々に力を蓄えていったという事実である。全米ナーシングホーム協会はモス修正の実際の規制力を骨抜きにすることに成功し、低水準のナーシングホームでもメディケイドから供給者償還金を受け取ることができるように新たなナーシングホームの類型を導入することにも成功した。ナーシングホーム産

業は保健教育福祉省の介護施設を規制する権能を制約する政治的影響力をこの時期から行使し始めたのである。

## 5. メディケイド免除プログラムの成立

1981年の包括的予算調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act: OBRA) はレーガン政権が既存の福祉プログラムに切り込んで「小さな政府」を目指すうえでの試金石となる法律案であった。この法案では「真に必要な者」のみに福祉を与えるという名目で、教育、保健・医療、福祉といった支出項目を削減する何十という改正項目が列挙されたのである (Congressional Quarterly 1981: 461)。このような福祉削減という政策潮流の下で成立した訪問介護向け「メディケイド免除プログラム」は、実は緊縮予算にもかかわらずではなく、緊縮予算であるがゆえに成立した政策であった。

レーガン政権の予算案はメディケイド向けの連邦政府支出に上限を設け、支出を約10億ドル削減するというものであった。その上限とは1981年のメディケイド支出の5パーセント増に設定されたが、医療費が毎年約15パーセントの速さで増加していた当時としてはかなりの削減率であった。実際にメディケイドの執行を担当していた州政府は当然のことながら猛烈に反発し、民主党優位の下院では州政府側の主張が支配的となり、結局はメディケイド向け連邦政府支出を1982年に3パーセント、1983年には2パーセント、そして1984年に1パーセント削減することで折り合ったのである。民主党下院議員が主張したのは、支出上限の設定は施設介護のようなコスト高の支出に偏重し、予防的医療のようなより効率的な支出に向かわないというメディケイドの構造的問題に何ら対処するものではないということであった (Congressional Quarterly 1981: 479)。

このような政治的文脈の中で提起された訪問介護向けメディケイド免除プログラムは、地域あるいは在宅介護サービスをナーシングホームでの施設介護に代わるものとして提供しようという政策

であった。この政策案はクロード・ペッパー下院議員やヘンリー・ワックスマン下院議員がかねてから提案していたものであったが、レーガン政権による福祉削減圧力の下ではメディケイド支出総体を削減する案として改めて打ち出されたのである。この免除プログラムにより州政府は本来のメディケイドの法規制の下ではサポートできない地域・在宅介護サービスでもメディケイドを支出できることとなったが<sup>5)</sup>、州政府はこの新たな免除プログラムを申請する際に新たなサービスによって既存のメディケイドの支出と同水準かそれ以下となることを論証することを求められたうえ、在宅サービスの利用者はそのサービスがなければ施設介護サービスを利用せざるを得なくなる要介護者に限定されたのである。その結果、訪問介護向けメディケイド免除プログラムは後に知的障害者や発達障害者のノーマライゼーションに大きな役割を果たすことになったが、高齢者介護に関しては施設介護偏重の是正にはさほど影響しなかったのであった。

## 6. 公的サービス拡大案の挫折と私的アプローチの進展

1980年代後半、高齢者介護に公衆の関心が集まるきっかけとなったのが、レーガン政権が提案したメディケア高額医療保険法案（Medicare Catastrophic Health Care Act: MCCA）であった。これはそれまで適用範囲外であった高額医療費をメディケアにカバーさせる法案であったが、それ自身、将来的には施設介護や在宅介護まで適用範囲が拡大される可能性を持った案であった。しかし、受益者内での「財政中立」という歳入・歳出構造と、長期介護をカバーしないというプログラム構造の結果、高齢者の中に激しい反発を生み、この法案は成立後すぐに廃案とされたのである。そして、慢性疾患や長期介護への保障を求める声も次第に政治の表舞台からは退いていったのであった。

「小さな政府」を目指したレーガン政権の中でこのメディケア拡大案を推進したのは、医師であ

りかつインディアナ州知事を2期務めた共和党政治家でもあったオーティス・ボーウェンであった（Thompson 1990: 75）。ボーウェンは以前から政権の社会保障諮問委員会などを通じてメディケアを自己負担額が膨大となるケースや長期介護などに拡大する案を提言していたが、1985年にレーガン大統領がボーウェンを保健福祉省長官に任命すると、ボーウェンの政策案はレーガン政権の案として議会に提起されることとなった。レーガンの承認を得たボーウェンは、メディケアを年2,000ドルを超える医療費にも拡大する案を提示したのである。この適用範囲の拡大のコストはメディケア被保険者すべてに一律月4.92ドルの保険料を新たに課すことで賄うとされ、財政的には中立となる制度案であった。ただし、長期介護への適用はコストの問題から見送られたのである（Himelfarb 1995: 21）。

ボーウェンの案がレーガン政権案として民主党主導の議会に提示されると、法案は典型的な「クリスマスツリー法案」となった。適用範囲の狭さを批判した民主党議員らは、下院歳入委員会やエネルギー商業委員会での審議を通してさまざまな給付を法案に追加していったのである。さらに、共和党に一方的に業績を奪われることを恐れた下院議長ジム・ライトのイニシアティブで処方箋薬のカバーまで付け加えられ、メディケア高額医療保険法案の予算規模はみるみる拡大していったのであった。ボーウェンや大統領府は拒否権をチラつかせて予算規模拡大を牽制したが、イラン・コントラ事件の渦中のレーガン政権には民主党の要求を突っぱねるだけのエネルギーはなかった（Congressional Quarterly 1987: 495）。

こうして、民主党議員の修正を経てメディケア高額医療保険法案は本会議採決の手前までたどり着いたのだが、下院での長年の高齢者の利益代弁者であったクロード・ペッパー下院議員がその事情を複雑にしたのであった。ペッパーは下院議院運営委員長を務め、その権限によりメディケア高額医療保険法案の審議を差し止めるという脅しを用いて、彼自身の案である「ホームケア法案」を委員会審議を迂回して本会議の採決にかけること

を下院議長に掛け合っただのである。彼のホームケア法案は、基本的には社会保険料の引き上げを財源にメディケアを若年・高齢障害者を含めた要介護者全体の在宅介護サービスに拡大しようという案であったが、下院議長ジム・ライトはペッパーとその同僚に、一度ホームケア法案を取り下げることを条件に、ペッパーの案を本会議に掛ける約束をし、折り合ったのであった(Quadagno 2005: 176-177; Congressional Quarterly 1987: 496)。その結果、メディケア高額医療保険法案は長期介護をカバーしないという非難を浴びながらも議会を通過することができたのである。

さて、メディケアを在宅介護に拡大するペッパーの法案は、結局、下院で否決された。その要因はいくつかあるが、ペッパー案は米国医師会の支持は取り付けていたものの、保険業界や財界の反発が強かったことが挙げられよう(Quadagno 2005: 176-177)。また、介護問題を管轄下に持つ2つの下院委員会の委員長を敵に回したのも大きかった。下院歳入委員長のロステンコフスキー議員とエネルギー商業委員長のディンゲル議員は同じ民主党議員でありながらも法案が彼らの委員会の審議を経ないで本会議にかけられることに反発し、民主党の陣営議員たちにペッパー案に反対するよう要請したのである。その結果、ペッパーのホームケア法案は169対243の大差で否決されたのであった(Congressional Quarterly 1988: 293-294)。

メディケア拡大を巡る1980年代後半の政治過程は、実は、メディケア高額医療保険法案の成立とペッパー議員のホームケア法案の挫折で幕を閉じたわけではない。さらなる歴史の皮肉が待っていたのである。メディケア高額医療保険法案は給付の拡大の財源を高齢者の支払う保険料の増加のみによって賄うとされていたため、給付範囲の大幅な拡大は当然のことながら保険料の上昇としてはね返ってきた。しかも、新たな給付の多くは民間保険会社のメディギャップと呼ばれる医療保険でカバーされるものが多く、メディギャップ保険にすでに加入していた中・高所得高齢者にとっては二重の負担となったのである。しかも、「社会保障とメディケアを守る国民委員会」といった高齢

者ロビー団体が本来は便益を受けるはずの高齢者層にも「保険料の大幅な増加となる」と訴え、高齢者の間での混乱を増大させた(Quadagno 2005: 155)。

連邦議会議員の事務所には怒った高齢者からの手紙や電話が殺到し、1989年の夏季議会休会中にはロステンコフスキー下院歳入委員長がシカゴの選挙区で法案の撤回を求める高齢者に車を囲まれ逃げ出すという事件まで生じたのであった(Tolchin 1989)。新たに政権についたブッシュ大統領はそれほどメディケア高額医療保険法案に関心を持たなかったため、法案撤回の可否は議会に委ねられたが、選挙区内の高齢有権者の激しい反発を目にした議員らは1989年11月に法案の効力のほとんどを撤回したのである。

現代アメリカ政治史において高齢者介護の問題がこれほど真正面から取り上げられ、公的プログラム案の拡大が法案として真剣に議論されたのは1980年代後半の上記の事例が最初で最後であった。クリントン政権下での国民健康保険法案でも介護への公的支援の拡大が議論されたが、国民健康保険案自体が共和党や保険業界の激しい反対の前に挫折している(Skocpol 1996; Hacker 1997)。むしろ1990年代以降の政策潮流は、介護に対して貧困層を超えて公的支援を広げる方向から、私的セクターの自助努力を支援するという方向に移行している。

例えば、共和党カッセバウム上院議員と民主党ケネディ上院議員が1996年に共同提案した健康保険携帯責任法(Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)は民間介護保険を購入する家計への税控除を初めて認める法案であった。もちろん、税控除の額は少額であり、民間介護保険の普及率を大幅に上昇させるといったような力は持たなかったが、公的プログラム拡大の挫折の後の高齢者介護施策の方向性を示す事例といえよう。

## 7. 結論

本稿のケーススタディは、高齢者介護を巡る政

策案が連邦議会においてどのように議論されてきたのかその政治過程を追うことで、米国の政治システムの特徴が福祉制度の形成・変容に対して持つ影響を明るみにしてきた。きわめて個人主義的な米国連邦議会では、選挙区や支持者への利益誘導が支配戦略となるため、高齢者の代弁者として活躍したクロード・ベッパ下院議員を除けば上院・下院議員から普遍主義的な高齢者介護プログラムが政策案として提起されることは少なかった。しかも、大統領や保健教育福祉省の官僚が普遍主義的福祉政策を提起しても、議案の生殺与奪権を握る下院歳入委員会や下院エネルギー商業委員会の委員たちは容易に彼らの既得権を侵す案を妨げることができた。メディケア・メディケイドまでに至る紆余曲折はその事情をよく物語っている。また、医師会、ナーシングホーム、保険業界、経済界といった利益団体が自らの選好に沿わない政策案の成立を防ぐことができたというのも、当該政策領域を所管する委員会の有力議員に票と資金を提供することで影響力を確保できる分権的な委員会制度と個人主義的競争をもたらす弱い政党規律が故であろう。こうした強い現状維持バイアスのため、「歴史の偶然」ともいうべき形で成立したメディケイドが高齢者の施設介護需要を賄うこととなったのである。

では、アメリカでは60年代にメディケア・メディケイドが成立して以降、高齢者介護の関連施策に変化はなかったのかという点と必ずしもそうではない。例えば、レーガン政権下の包括的予算調整法によりメディケイド免除プログラムが成立し地域・在宅介護サービスが給付対象となったのは制度変更の一例である。実際にはこうした免除プログラムはほかにもいくつか生み出され、メディケイドの支出構成は徐々に変わりつつある。また、民間介護保険への加入を促進する政策も1990年代以降、いくつか議会を通過している。しかし、大規模な制度変更は生じておらず、高齢者が要介護となりナーシングホームに入居し、資産を使い果たした後にメディケイドが高額の入居費用を全額賄うという構図自体には変わりはない。むしろ、変化が生じたのは、政策担当者の当初の意図とは異

なり、知的障害者や発達障害者の施設から地域へというノーマライゼーションの分野であった。冒頭に指摘した、米国の介護制度が小さな制度変更の意図せざる帰結であるというのはこうした状況を指している。

本稿の結論は比較福祉国家研究に対してどのような含意を持つであろうか。インプリケーションの一つは、経路依存性の議論 (cf. Pierson 1994; Hacker 2002) が人口に膾炙して以来、後景に退いた感のあるマクロの政治制度の規定力の再確認である。ピアソンやハッカーの言うように個別の福祉プログラムがその後の政策的選択肢を規定するのはその通りであるが、選挙制度や憲法体制といったマクロの政治制度が政策過程を構成する力も無視し得ない。

本稿のケースの射程を越えて他国との比較を念頭におけば、米国特有の政治制度がアメリカ福祉国家の社会経済条件の変化への対応を規定していることもまた明らかであろう。例えば、スウェーデンは拘束名簿方式比例代表制と特異な二院制により促進された社会民主党一党優越制の下、戦後、市民権に基づいてケアの必要な高齢者に施設および在宅介護サービスを提供する社会サービス国家を発達させてきた。社会民主党と一体化した国家機構が、広範な支持基盤に便益をもたらす「国民の家」を構築しようとしたからである。また、中選挙区制度をとっていた日本では、米国と同じく個別利益誘導の論理が支配する自民党一党支配の下、社会サービスの発達が遅れたが、都市型政党の要求や、能動的な官僚機構のアジェンダセッティングにより、高齢者の介護需要に対処する社会保険制度が成立している<sup>6)</sup>。米国における「所得調査付き低所得層向け医療扶助制度による中間層の介護需要への対処」という現象は、その個別利益重視かつ現状維持バイアスを持つ政治制度に起因しており、メディケイドの歴史的変容は政治制度が枠づける政策的選択肢の範囲内での福祉国家の適応であったと解釈できる。社会経済条件を政策に変換する媒介変数としての政治制度に本稿が着目するゆえんである。



## 付記

本稿は、財団法人（現・公益財団法人）家計経済研究所の2009年度研究振興助成事業による助成を受けた研究成果である。

## 注

- 1) 1965年に社会保障法の改正により成立した高齢者向け医療保険制度。社会保険料により賄われるパートAは入院費用と入院に引き続く100日間までのリハビリ施設・ナーシングホーム費用をカバーし、任意加入保険料と一般歳出により賄われるパートBは医師および技師の施術料を賄う。2000年代に入り、パートCとパートDが追加された。
- 2) 1965年に社会保障法の改正により成立した貧窮者 (categorically poor) 向け医療扶助制度。連邦政府のガイドラインに沿って州政府が給付対象を決定し、連邦政府が費用の過半を補助する連邦-州合同プログラムであり、現在ではその3分の1近くが長期介護費用に向けられている。Centers for Medicare & Medicaid Services ウェブサイト (<http://www.cms.gov/>) 参照。
- 3) アメリカ合衆国における高齢者介護制度の詳細についてはHieda (2010: Chap. 5) 参照。
- 4) 米国における高齢者および障害者向け長期介護施設の一般的呼称であり、ケア付き住宅 (assisted living) などに比べ介護の必要性の高い人を対象とする。メディケアやメディケイドの償還払いを受けるには認証が必要となる。
- 5) 「免除 (waiver)」とは社会保障法第19章の規制から一定の条件で免除されることを意味している。
- 6) スウェーデン、日本、米国、および他の先進工業諸国における高齢者介護制度の比較政治制度論的検討としてはHieda (2010) を参照のこと。

## 文献

- Cohen, Wilbur J., 1985, "Reflections on the Enactment of Medicare and Medicaid," *Health Care Financing Review*, Annual Supplement: 3-11.
- Congressional Quarterly, various years, *Congressional Quarterly Almanac*, Washington, D.C.: Congressional Quarterly News Features.
- Congressional Research Service, 1972, *Nursing Homes and the Congress*, CRS Report, Washington D.C.: Library of Congress.
- Grogan, Colleen M. and Eric M. Patashnik, 2003, "Universalism within Targeting," *Social Service Review*, 77 (1) : 51-71.
- Hacker, Jacob S., 1997, *The Road to Nowhere*, Princeton: Princeton University Press.
- , 2002, *The Divided Welfare State*, Cambridge:

Cambridge University Press.

- , 2005, "Policy Drift," (Streeck and Thelen 2005: 40-82).
- Hieda, Takeshi, 2010, *Aging and Political Institutions*, Ph.D. dissertation, Department of Political and Social Sciences, European University Institute, Florence, Italy.
- Himelfarb, Richard, 1995, *Catastrophic Politics*, University Park: Pennsylvania State University Press.
- Mahoney, James and Kathleen Thelen eds., 2010, *Explaining Institutional Change*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Marmor, Theodore R., 2000, *The Politics of Medicare*, Hawthorne, N.Y.: Aldine De Gruyter.
- Mills, Wilbur D., 1985, "Building a Better Safety Net," *Health Care Financing Review*, Annual Supplement: 1.
- Olson, Mancur, 1971, *The Logic of Collective Action*, Cambridge: Harvard University Press.
- Pierson, Paul, 1994, *Dismantling the Welfare State?*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Quadagno, Jill S., 2005, *One Nation, Uninsured*, New York: Oxford University Press.
- Skocpol, Theda, 1996, *Boomerang*, New York: W.W. Norton & Co.
- Smith, David G. and Judith Moore, 2008, *Medicaid Politics and Policy*, New Brunswick: Transaction Publishers.
- Streeck, Wolfgang and Kathleen Thelen, 2005, *Beyond Continuity*, Oxford: Oxford University Press.
- Thelen, Kathleen, 2004, *How Institutions Evolve*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Thompson, Carolyn R., 1990, *The Political Evolution of the Medicare Catastrophic Health Care Act of 1988*, Ph.D. dissertation, Department of Political Science, Johns Hopkins University, Baltimore.
- Tolchin, Martin, 1989, "Expansion of Medicare Is Painful for Congress," *New York Times*.
- Vladeck, Bruce C., 1980, *Unloving Care*, New York: Basic Books.

ひえだ・たけし 早稲田大学高等研究所 助教。主な論文に、「新しい社会的リスクの比較政治経済学——拒否権プレーヤーを用いた計量分析」(『レヴェイアサン』47, 2010)。比較政治学・比較政治経済学・福祉国家論専攻。(takeshi.hieda@aoni.waseda.jp)