

介護保険制度により提供される「介護」サービスについて ——医療や福祉との関係を中心に——

福田素生

I はじめに

介護保険制度が施行され、さらに社会福祉（事業）法などの改正による社会福祉基礎構造改革関連法が成立し、逐次施行されるなど福祉サービス供給システムの改革が続いている。福祉サービスの供給システムについては、供給主体、財政方式、（サービスの質、量、価格に関する）規制の3つの要素に分解し、それぞれの要素に対する公的関与の在り方、度合いにより整理する考え方¹⁾がある。介護保険制度の導入、社会福祉基礎構造改革とも、従来は、措置（委託）制度の下、公権力対人民という関係性の中で、行政が独占的なサービス供給の決定主体となってサービスが提供されていた方式²⁾を、サービスの利用者とサービスの提供者（営利法人など民間の供給主体を含む）とが（形式的には）対等な形³⁾で向き合い、原則として利用者がサービスを選択する方式に改革された（ただし、介護保険制度については、従来の老人福祉法の福祉の措置に係る部分に限る）という点で、共通の性格を有する。従って、両者は、サービスの供給主体に関する公的な関与について従来のシステムを大きく変革したものであると言えよう。また、財政方式について介護保険制度は、要介護リスクの普遍化を踏まえて65歳以上の者すべてを第1号被保険者として保険への加入を強制し、保険料という形で事前の拠出を求めた。その保険料も全国平均の被保険者1人当たりの要介護及び要支援給付に係る保険料額が第1号、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）

を通じて同一水準になるように設定されており、65歳以上の世代にも応益的に応分の負担を求める方式になっている。これは、公助的な性格が強かった従来の財政方式（財源は公費と利用者による応能負担であった）を一定の範囲⁴⁾で自助を前提とした方式に改革したものであると考えることもでき、財政に関する公的関与という点でやはり従来の方式を大きく変革したものであろう⁵⁾。このように、介護保険制度の導入や社会福祉基礎構造改革は、福祉サービス供給システムの改革としては、大きな意味をもつものであった。

それでは、これらの改革により提供されるサービスのメニューや内容そのものなどに大きな変化はあったのであろうか。答えはNOであるように思われる。無論、介護保険制度の導入による効率化の要請を受けて、サービスの仕方が効率優先のいわばせちがらいものになったとか、逆に利用者の生活支援と直接関係のない家事サービスの提供まで保険でカバーし、制度を濫用していると考えられるようなケースがあるといったことがしばしば報道されている。しかし、これらのことは、メニューとしては従来から存在したサービスが、新制度の導入によってどのように提供されるようになったか（あるいは従来からあったことが顕在化した）という問題であって、サービスのメニューや内容そのものなどが変わったということではない。実際、介護保険導入時における保険給付面での議論を振り返ってみても、例外的に痴呆性高齢者のグループホームが老人福祉法上位置づけられ、在宅給付の対象になるといったようなことはあったものの、総じて既存の各種保健医療、福祉

サービスの存在と提供主体に関する制約など供給面を含めてその制度体系を所与の前提とし、そこに介護保険という網をどのようにかぶせるかという議論に終始していたように見える。老人福祉関連の施設を例にとってみると、特別養護老人ホームは、ほぼまるごと介護保険の給付対象施設に、養護老人ホームは、介護保険の給付対象外施設として従来の措置（委託）制度による施設として存続、軽費老人ホームや有料老人ホームは、居宅と位置づけ、一定の基準を満たして指定を受ければ在宅給付としての特定施設入所者生活介護（介護保険法第7条16項）の対象になることとなった。これは、昭和38年の老人福祉法制定以来、基本的に維持されてきた施設体系を前提に、それらと財政方式としての介護保険制度の関係についての整理を行っただけであって、介護保険の導入に併せて施設サービスの内容、施設の種類、供給面を含めた制度体系の在り方などサービスのメニューや内容などを見直すということはほとんどなかったように思われる。しかし、要介護リスクの普遍化に対する介護サービスの社会的な保障をがっちりと考えているのであれば、サービス供給者に対する規制や助成の在り方を含め、どのようなメニューの介護サービスを、どのような体系の中で用意すれば、要介護者が人間的な生活を保障され、家族などが過度の介護負担から開放されるかについて、さらにはその前提としてそもそも介護とは何なのかについて、実態を踏まえた骨太の議論が必要であるように思われる。

本稿では、要介護のリスクから介護サービスとは何かについて考察し、それらを踏まえ、介護保険制度による給付についてあらためて検討するとともに、歴史的な経過を振り返りながら、介護保険によるサービスと福祉や医療との関係など関連するいくつかの論点を取り上げ、私見を提示することによって、5年後の制度全般の見直しに向けた議論のたたき台を提供する。Ⅱでは、要介護のリスクについての考察を踏まえ、「介護サービス」とは何かをあらためて検討し、Ⅲでは社会的入院の問題を中心に介護と医療の関係を、Ⅳでは介護と福祉の関係をそれぞれ検討する。

Ⅱ 介護保険制度により保障されるべき「介護サービス」

1 保険事故たる要介護状態と要介護認定基準の矛盾

介護保険法（以下「法」という）第7条第1項は、「この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活の基本的な動作の全部又は一部について、厚生省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という）のいずれかに該当するものをいう。」と定め、保険事故にあたる「要介護状態」を定義している。すなわち、要介護状態とは、日常生活の基本的な動作について常時の介護が必要な（継続した）状態だとするのである。そして、保険者である市町村は、保険事故発生の確認を行うため、介護認定審査会の審査・判定結果に基づき（法第27条第10項）、要介護認定（要介護状態にある者であること及びその状態区分についての認定）を行う（法第19条第1項）が、介護認定審査会の審査・判定は厚生大臣が定める基準により行われることになっている（法第27条第8項）。

これを受けた厚生省令（「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」平成11年厚生省令第58号）では、介護認定審査会が行う要介護認定の一次判定について、要介護認定等基準時間に基づいて行うこととし、表1に掲げる5つの分野ごとにその時間を推計するとしている。しかし、これは制度の趣旨を逸脱しているように思われる⁹⁾。法では、介護の必要度に応じて要介護状態（区分）を判断するとしており、その尺度として要介護者等の状態像ではなく、介護に要する「時間」を用いたことは理解できる。しかしその対象として計測されるべきなのは、入浴、排せつ、食事等の日常生活の基本的な動作についての介護でなければならないはずである。それにもかかわらず介護認定審査会の一

表1 要介護認定等基準時間の対象分野

直接生活介助	身体に直接触れて行う入浴、排せつ、食事等の介護等
間接生活介助	衣服等の洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話等
問題行動関連介助	徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末等の対応
機能訓練関連行為	えん下訓練の実施、歩行訓練の補助等の身体機能の訓練及びその補助
医療関連行為	呼吸管理、じょくそう処置の実施等の診療の補助等

次判定の基準には、機能訓練関連行為と医療関連行為⁷⁾という制度が本来想定している日常生活の基本的動作の介護とは直接関係がないと思われる事項が混入しているのである。これは、介護保険制度が日常生活の基本的動作についての介護の必要性という形でサービスのニーズから保険事故を定義したにもかかわらず、それとは直接関係がない入院などの保健医療サービスを保険給付に含めることを前提とする制度設計を行ったため、保険事故の発生と程度を確認する基準にその要素を混入させ、保健医療サービスが評価されるよう設計せざるをえなかったためではないかと考えられる。なぜ、日常生活の基本的動作に対する介護の必要性という保険事故と直接関係がない保健医療サービスが、別に傷病を保険事故とし、それに対応した保険医療サービスを給付する医療保険制度（老人保健制度を含む）がすでに存在する中で保険給付の対象とされることになったのかについては、IIIで考えてみることにしたい。

2 介護保険制度により提供される介護サービス

保険事故を日常生活の基本的動作における介護の必要性としてサービスの必要性から定義する以上、事故が生じた時の給付は、必要とされたサービスである日常生活の基本的動作における介護サービスを中核とするのが本来の制度設計の姿であろう。例えばドイツの介護保険⁸⁾でも、保険事故としての「要介護(状態)」が「日々の生活を営む上で日常的かつ継続的に繰り返される活動を行うのに相当程度の援助を必要とする状態」と我が国同様日常生活の支援サービスの必要性から定義され、さらにここでいう「日常的かつ定期的に繰り返される活動」とは、

- ①身体衛生に関わること（清拭、シャワー、入浴、歯磨き、洗髪、髭剃り、排便・排尿）
- ②食事に関わること（食物を食べやすくすること、食物の摂取）
- ③動作に関わること（起床・就寝、衣服の着脱、歩行、起立、階段の昇降、外出と帰宅）
- ④家事に関わること（買物、調理、清掃、食器洗い、衣服の交換と洗濯、暖房）

という4つの分野における具体的行為を指しているとされる。①、②、③の分野に関する援助は「基礎介護」、④の分野に関する援助は「家事援助」とそれぞれ呼ばれている。そしてこれらの介護項目ごとの基準時間に従い、要介護に該当するかどうか、またいずれの区分の要介護にあたるかが判断される(表2)。こうして保険事故としての要介護状態の発生が確認されると、給付を受けることができるが、現物給付としての在宅介護サービスは、上述の基礎介護及び家事援助を行うものであり、保険事故の定義に用いられたサービスに対応するものが、そのまま保険給付の中核になっている。また保健医療サービスは介護保険給付の対象とはされておらず、病院への入院はもちろん、訪問看護などを含め保健医療サービスは医療保険制度から給付される。

これに対し、我が国の場合、保険事故としての要介護状態の定義の中で必要とされたのは、前述のように「入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作についての介護」であり、定義については、ドイツのそれとかなり類似している。それにもかかわらず、給付には、ドイツの場合と異なり、保険事故と直接関係のない保健医療サービスが多く含まれており、関係審議会などにおける議論の記録を見ても介護サービスと保健医療サ

表2 介護度の区分

介護度	基準となる介護の分野および頻度	基準となる介護時間
介護度Ⅰ (中度の要介護状態)	基礎介護の分野のうち2つ以上の活動について、最低1回の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低90分
介護度Ⅱ (重度の要介護状態)	基礎介護の分野について、1日3回以上の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低3時間
介護度Ⅲ (最重度の要介護状態)	基礎介護の分野について、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低5時間

出所) 土田武史(1999), p. 345。

サービスの関係やそもそも介護サービスとは何かといったことについて掘り下げた議論がなされたようには見えない。しかも、これらの保健医療サービスの中には、療養型病床群等への入院など医療保険サイドでも同時に給付対象となっているものがある。このため、本来重複するはずのない医療給付と介護給付の間に「介護保険が優先する」という奇妙な調整規定が置かれ、医療と介護の給付区分について、細かく、苦しい説明を強えられるなど、医療制度と介護制度との適切な仕分けができておらず、不透明で不明確な制度になっている。また前国会に提出されていた老人医療制度の改正案が解散で廃案になったこともあって、同じサービスを老人医療制度から受けるか、介護保険制度から受けるか(それ自体おかしいのであるが)で利用者の自己負担が異なるなど不整合なものとなっている。しかもどちらから給付を受けるかは、施設やサービス事業者自身が介護、医療いずれの保険において指定を受けるかによることとなっていて、例外的に市町村の措置により入所した場合でも介護保険の給付が優先するとして提供者側に選択を認めていない特別養護老人ホームの場合と比べ、保健医療サービスの提供者側に過度に寛大なシステムになっている。

介護保険制度が、要介護リスクの普遍化に社会的に対応する目的で構想されたものだとすれば、その給付は、リスクに対応した「日常生活の基本的な動作についての介護」を行うサービスを基本とするべきであろう。保健医療サービスは、傷病

という保険事故に対応したものであって、本来的には介護サービスとは別のものであり、両者は明確に切り分けられるべきである。特に医療保険サイドからも受給が可能な保健医療サービスを介護保険給付の対象としなければならない理由は見当たらない。前述のように、介護保険による介護サービスとは、要介護状態にある者(傷病者であるか否かには関わらない)に対する「日常生活の基本的な動作についての介護」であるはずである。具体的には、前述の介護認定審査会の要介護判定基準の中で示されている5つの分野のうち、機能訓練関連行為と医療関連行為を除いた3つの分野、すなわち直接生活介助(入浴、排せつ、食事、整容、移動)、間接生活介助(衣服等の洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話等)⁹⁾、問題行動関連介助(徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末等の対応)¹⁰⁾をベースに、前述のドイツの整理も参考にしながら日常生活の実態に即してきめこまかく項目立てし、類型化していくのが本来の姿であろう。

Ⅲ 介護サービスと医療——社会的入院の問題を中心に——

1 歴史的経緯の概観

平成12年版の厚生白書は、昭和48年から実施された老人医療費無料化の功罪について取り上げ、「介護サービスを必要とする高齢者が、家庭や福祉施設に受け皿がないために病院への入院を余儀

なくされたり、あるいは福祉施設との費用負担の格差や手続きの容易さから入院を選択するといういわゆる「社会的入院」を助長しているとの指摘がなされるようになった。疾病の治療を中心とする医療サービスの枠組みの中だけでは、高齢者の能力の維持・向上を図るとともにその生活全体を支援する看護や介護のニーズを十分カバーできない点や、また、医療の側にとっても、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていないという点で、課題を抱えていた。」と、従来よりも踏み込んだ表現で、老人医療費の無料化以降の社会的入院の問題に言及している。

昭和40年頃から全国の自治体で次第に老人医療費の自己負担分を公費で支給する制度が広まった。昭和44年には東京都が導入するなど、昭和47年当時、2県を除く全都道府県が何らかの老人医療費公費負担制度を実施する状況の中で、昭和48年から実質的にはほぼ普遍的な形¹¹⁾で老人医療費の無料化が実施された。表3は、「患者調査」から年齢階級別に人口10万人当たりの(特定の調査日における)入院患者数の推移を見たものであり、高齢化の影響を除外して年齢階級別の入院サービスの利用状況を知ることができる。若い世代では、総じて入院サービスの利用が減少してきているのに対し、70歳以上の高齢者については、老人医療費の公費負担制度の導入と歩調を合わせる形で、入院サービスの利用が大幅に上昇していることがはっきりと示されており、24時間体制の医学的管理下における治療は不要であるにもかかわらず、諸般の事情から医療機関に入院する社会的入院が急増したことが裏付けられている。その原因として、厚生白書が指摘するような老人医療費の無料化など需要サイドの要因に加え、(入院治療が必要な)傷病という保険事故の発生を保険者が確認する制度となっておらず、入院の必要性の判断が、生産手段の私的所有の比率が高く¹²⁾、入院サービスの提供に直接の利害関係を有する場合が多いサービス提供者に独占的に委ねられているというシステムの中で、供給サイドの要因が強く働いたことも否定できないように思われる。都道府県別のクロスで人口当たりのベッド数(供

給)と1人当たり老人医療費が強い相関関係を示すこと¹³⁾や昭和50年代に高価な血液製剤であるアルブミンが単なる栄養補給を目的として入院している高齢者の点滴に大量使用され、わずか数年の間に原料血漿換算での製造量が10倍近くにも増加し(図1参照)、大量の製品や原料血漿を輸入することとなったため、我が国が吸血鬼といった不名誉な批判を浴びた¹⁴⁾ことなどは、その点を裏付けるものであろう。

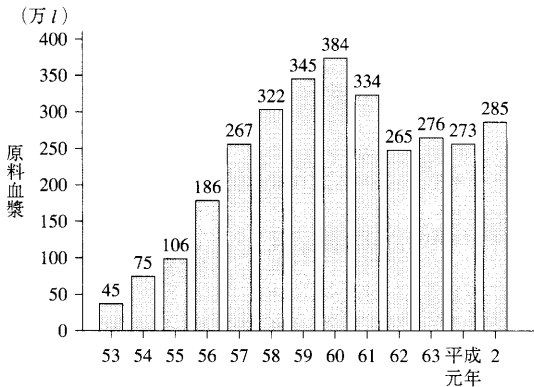
こうして老人医療費は急増し、医療保険制度、なかんずく老人の加入割合が高い国民健康保険財政の強い圧迫要因となった。厚生省は、昭和58年の老人保健制度の創設により拠出金制度を導入し、その後の改正により加入者按分率を当初の50%から逐次100%まで引き上げたり、退職者医療制度を導入したりして、被用者保険に国保財政の支援を求める措置をとった。他方、自己負担の導入や診療報酬の入院時医学管理料の逡減制の導入、強化などにより、間接的に社会的入院の是正を図ろうとしたが、あまり効果は上がらなかった。ちなみに我が国には、米国のメディケアのPRO (Peer Review Organization) に対応するような、不適切なサービス供給を直接チェックできるシステムは実質的に存在しないと言ってよい。その後も専門性のはっきりしない私立の中小医療機関を中心とする供給サイドの拡張圧力は止まず、昭和62年から平成元年にかけての地域医療計画策定時——それは不十分ながら供給面からの対応を狙ったものであったが——の駆け込み増床といった事態¹⁵⁾も生じた。一方、昭和63年には、定額払いの老人保健施設を創設し、中間施設という説明で社会的入院を新しい施設へ誘導しようとした。なお、老人保健施設の創設は、財政対策という側面を有していたことは無論否定できないが、併せて在宅と施設、リハビリテーションなどの観点から高齢者介護の在り方そのものを考える契機になったこともまた事実であるように思われる。しかし、その後平成4年になると、「長期にわたり療養を要する患者のための病床」として、療養型病床群が医療法上位置づけられる一方、老人保健施設や基本看護承認病棟など看護・介護体制の整っ

表3 年齢階級別入院受療率(人口10万対)の年次推移

	昭和40年 (1965)	41 ('66)	42 ('67)	43 ('68)	44 ('69)	45 ('70)	46 ('71)	47 ('72)	48 ('73)	49 ('74)	50 ('75)	51 ('76)
入院												
総数	828	850	886	916	917	937	932	953	977	956	928	969
0歳	373	525	419	597	556	538	593	511	641	625	669	665
1～4	120	151	141	156	153	149	164	149	173	131	156	179
5～9	199	190	192	227	233	203	233	233	257	171	219	227
10～14			218	276	254	221	251	259	276	190	251	255
15～19	663	671	507	505	488	490	493	469	443	346	336	354
20～24			862	880	819	839	829	826	786	760	704	675
25～34	1046	1015	1034	1036	1012	1005	957	930	905	906	811	827
35～44	1068	1085	1094	1096	1025	1068	1038	1034	1009	971	931	930
45～54	1213	1265	1275	1253	1294	1291	1271	1257	1252	1202	1199	1222
55～64	1491	1562	1660	1669	1717	1772	1761	1740	1691	1695	1564	1639
65～69	1577	1632	1810	1961	2055	2205	2163	2228	2278	2372	2224	2311
70～74			1911	2061	2164	2259	2319	2695	3391	3500	3358	3673
75～79	1169	1149	1750	1875	2110	2129	2173	3006	3652	3865	3742	4205
80～84			1149	1301	1515	1693	1837	2511	3052	3366	3376	3828
85歳以上	...	...	...	...	...	2142	...	...	2963	...	2990	...
65歳以上(再掲)	...	...	...	...	...	2098	2171	2746	3395	3578	3478	3874
70歳以上(再掲)	...	...	...	1843	2006	2098	2171	2746	3395	3578	3478	3874

	昭和52年 (1977)	53 ('78)	54 ('79)	55 ('80)	56 ('81)	57 ('82)	58 ('83)	59 ('84)	62 ('87)	平成2 ('90)	5 ('93)	8 ('96)
入院												
総数	977	1004	1014	1065	1084	1133	1153	1118	1174	1214	1146	1176
0歳	601	770	748	618	886	987	922	1455	1372	1397	1238	1513
1～4	160	177	145	191	160	180	195	187	205	213	207	218
5～9	192	213	187	220	169	168	205	201	184	165	171	160
10～14	227	223	182	236	198	172	226	187	176	154	161	146
15～19	313	325	281	319	346	313	332	281	258	244	203	196
20～24	594	599	547	543	568	523	570	485	468	410	339	309
25～34	791	828	811	794	808	834	816	709	650	593	514	488
35～44	915	917	903	892	887	913	890	828	776	738	650	577
45～54	1235	1225	1252	1262	1279	1335	1349	1247	1204	1140	1018	935
55～64	1644	1683	1716	1700	1672	1746	1776	1698	1753	1761	1653	1567
65～69	2395	2445	2483	2527	2524	2626	2549	2532	2475	2443	2240	2222
70～74	3796	3762	3916	4016	3876	4058	3941	3783	3834	3672	3153	3027
75～79	4620	4763	4710	5327	5648	5749	5557	5533	5664	5451	4603	4400
80～84	4560	4397	4889	6285	6541	6885	7118	7127	7638	7925	6644	6460
85歳以上								8299	9628	10533	9682	10098
65歳以上(再掲)	...	3540	3668	4057	4132	4328	4304	4359	4607	4652	4073	4058
70歳以上(再掲)	4230	4225	4394	4965	5062	5276	5244	5289	5668	5803	5080	5023

出所)『国民医療費の年次推移』厚生省の指標1996年特別編集号,財団法人厚生統計協会及び平成8年「患者調査」。



出所) 『理想の血液事業を求めて』, 厚生省薬務局企画課血液事業対策室/編集 (1991), 中央法規出版, 43 頁。

図 1 アルブミン製剤の製造量の推移

た老人病院の入院医療費について公費負担割合が 5 割に引き上げられ, 平成 5 年度からは療養型病床群 (2 群) も対象となった。ちなみに給付費の 5 割を公費で賄うという点は, 介護保険の財政方式と同じである¹⁶⁾。

2 介護保険制度と社会的入院

このように, 介護と医療の関係についての歴史的経緯を社会的入院の問題を中心に駆け足で見ると, 老人医療無料化を契機に膨張を続けてきた社会的入院を国民健康保険を中心とする医療保険財政を支援することで費用を補償することなどにより, 結果的に追認してきたことがわかる。また近年は「療養環境の改善」との抱き合わせの形でむしろより肯定的に捉えてきた面が多かったように思われる。いずれにしろ, そうした歴史的な積み重ねの延長の中で, 介護保険制度は創設された。こうした経緯の中で, 医療供給サイドの賛同を得て, 介護保険制度を導入するのであれば, 介護保険給付の中に保健医療給付を何らかの形で位置づけざるを得なかったということであろう¹⁷⁾。ただ, その具体的方法については, いろいろなやり方がありえたはずである。実際, 療養型病床群などは, 本来の介護施設ではなく, やむをえない例外的なもの, あるいは経過的なものとして限定的に位置づけることも可能だったのではないかと

思われる。しかし, 現実には, ほとんど議論のないまま, また療養型病床群独自の役割を明示されることもなく, 要介護者に対する介護保険施設として特別養護老人ホームや老人保健施設と同等なものとして位置づけられ, 事実上社会的入院は是認されることとなった。なお, 介護保険制度の創設のねらいについて, 「介護を医療保険から切り離すとともに, 医療については, 治療という目的にふさわしい制度として, 医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度の改革を実施する前提をつくるなど, 社会保障構造改革の第 1 歩として位置づけられるものである。」との説明¹⁸⁾があるが, 正確ではないように思われる。確かに医療保険から介護保険に移行する部分については, 第 1 号被保険者の保険料によりその費用の 17% が賄われることになる¹⁹⁾ ため, 従来医療保険において第 1 号被保険者が負担していた保険料²⁰⁾ との差の分だけ, 医療保険者などが全体として負担を軽減されることになり, そのことが介護保険創設のねらいは医療保険制度の救済にあるとする見方を根強いものにしてしているのかもしれない (図 2 参照)。仮にそうだとすれば, 介護保険制度は要介護リスクの普遍化に対する介護サービスの社会化という本来の目的と医療保険制度の救済といういわば結果が転倒したものだということになり, 無論肯んぜられるものではない。しかし前述の通り, 医療機関側の選択により療養型病床群は医療保険に残ることができるので, 実際には, 「医療による介護の肩代わり」の医療保険からの分離さえ担保できていないのである。その上, 一方で一般病床などを含めて医療保険サイドから社会的入院がなくなる保証は全くなされておらず, それどころか医療保険に残る療養型病床群などについては, 今年度から入院基本料の通減制を (入院から 1 ヶ月経過後は) 従来より穏やかに設定したため, 社会的入院をさらに助長する可能性すらあるのである。

我が国の老人医療費は, 総医療費 (平成 10 年度で 29.8 兆円) の 40% を超え, そのうち約半分が入院の医療費である。20 世紀を代表する医療経済学者の 1 人 B. エイベルスミスは, 「高齢化に

負担者	現行制度	(構成比)	介護保険	(構成比)	
国庫負担	1兆4,600億円	(38.8%)	1兆2,400億円	(28.8%)	
都道府県負担	3,400億円	(9.0%)	4,700億円	(10.9%)	
市町村負担	6,000億円	(16.0%)	4,700億円	(10.9%)	
医療保険拠出金	8,800億円	(23.4%)	医療保険介護納付金	9,700億円	(22.6%)
			第1号保険料	6,500億円	(15.1%)
利用者負担	4,900億円	(13.0%)	5,000億円	(11.6%)	
合計	3兆7,600億円	(100.0%)	4兆3,000億円	(100.0%)	

注) 1. 国庫負担は医療保険料、第2号保険料に含まれる国庫負担分を含んでいる。

2. 端数処理のため合計は必ずしも一致しない。

出所) 池田省三「医療保険と介護保険」『週刊社会保障』Vol. 53, No. 2066, 59頁。

図2 介護保険施行による負担の構造変化

より、社会的なケアの費用には大きな影響が出るかもしれないが、医療費の上昇にとっては、高齢化自体はあまり大きな問題ではなかった。」とし、「高齢化が将来にわたって大きな影響を与えそうなのは日本だけである。」として我が国の老人医療費の特異性を指摘²¹⁾している。「平成8年度で6ヵ月以上入院している65歳以上の高齢者は30万人いるが、そのうち受入条件さえ整えば退院可能となる高齢者の患者数は13万6,600人とされる。」という日本医師会の常任理事の発言²²⁾を聞くと、依然として高齢者介護の相当な部分を社会的入院として医療が肩代わりしており、それが我が国の老人医療費が諸外国と比べて著しく高水準にある大きな原因の1つとなっているように思われる。ただ、社会的入院が問題になってからすでに相当の期間が経過し、前述のような政策の積み重ねの中で、量的にも相当な規模に達している。例えば痴呆性高齢者を例にとってみると、「患者調査」や「病院報告」に基づく筆者の試算では、3万人を超える方が精神病院に入院しているのに対し、グループホームに入所しているのはわずかに千人前後というのが、現在のサービス供給の実態であり、そう簡単には変えることのできない配分構造そのものとして、すでにがっちりシステムに組み込まれているようにも思われる²³⁾。それだけに、前述の介護保険による「是認」により、社会的入院は完全に固定化するのではないかと危惧される。

しかし、改めて言うまでもなく、社会的入院は、

貴重な医療資源の無駄遣いであり、濫用である。それは、ガンや難病など医学、医療技術の一層の進歩が期待され、多くの優秀な人的資源を擁する我が国の医療界が潜在的に人類に貢献することが期待できる分野や将来に向かってますます大切になる小児医療といった重要な医療分野に十分な医療資源を投入することができなくなることにつながるかもしれない。また、介護保険制度の導入により、新しい雇用を生み出し、我が国の経済構造の転換の一翼を担うかもしれないと期待されていた民間の(在宅)介護サービスと競合し、その発展を阻害するかもしれない。さらに、前述のように医療保険についてはともかく、少なくとも介護保険については、厚生省が具体例をあげて説明しているように、単価の高い療養型病床群等の保健医療系のサービスが増えれば、それがそのまま第1号被保険者の保険料水準に跳ね返る仕組みとなっている²⁴⁾ため、大量の社会的入院を介護保険が抱え込めば、秋以降はじまる保険料の徴収を難しくし、自立した個人の自助を前提とした連帯であり、個々人にとって給付と負担の対応関係が明確であるという社会保険の長所を減殺させることになるだろう。そして、何よりも筆者が社会的入院に否定的なのは、サービスの内容から見て入院というサービスが介護サービスとして相応しくないとと思われるからである。社会的入院や大規模施設でのケアから、グループホームなど地域の小規模施設や在宅での生活支援へという先進国に共通する流れ²⁵⁾に反するからだけではない。前述の

ように、介護サービスが日常生活の基本的な動作についての介護である以上、それは、医師などの供給者側と患者という当事者間の実質的な立場に相当の強弱があり、非日常的で、パターンリスティックな性格の強い医療という空間の中で提供されるサービスとして相応しいものであろうか。筆者には、そうは思えない。介護サービスは、最低でも半年は続くような不自由な日常生活の支援であり、できる限り対等な立場にあるサービスの提供者と利用者が、自立した人と人による（個人の力では対応できない部分についての）日常生活面での助け合いという意味での「共生」の一環として提供されることが相応しいもののように思えるからである。例えば、排せつの介護を考えてみても、一方的、機械的なオムツ替えから、敬意をもって可能なかぎり自立した排せつを嚮導し、成功したときは要介護者と介護者が共同作業員として喜び合えるようなものまで様々である。その意味で、福祉関係団体が特別養護老人ホームに常勤の医師が置けるように要求していることを側聞すると、福祉サイドの自殺行為のようにも思える。自立した、尊厳ある個人が、要介護状態になっても助け合いながら共生できる日常的な生活空間を構想していくのが、福祉サイドの本来の仕事だと思うからであり、医療サービスは必要な時に、具体的なケースに応じてそれに相応しい空間で提供されれば十分だからである。ドイツの介護保険では、保険者である介護金庫が必要と認めた場合に限り施設介護給付が提供されることになっている。我が国の健康保険制度にも、かつて、入院に関し事前に保険者の承認を求めなければならないとする制度があった。保険者である市町村は、主治医の意見書などを活用して要介護者の入院の必要性をチェックし、介護保険法第37条に基づき、入院の必要がない場合には、療養型病床群などの給付対象からの除外を指定することが期待される。自治体と地域の医療機関の実質的な力関係を考えると国の指導が求められよう。

ただ前述のように、社会的入院が現在の社会保障制度を通じた価値配分体系に長い歴史を経て強固なものとして組み込まれている以上、ただちに

療養型病床群などを給付の対象外にするといったことは現実的ではあるまい。療養型病床群などをやむをえない、例外的な施設として位置づけなかったばかりでなく、3年間の時限措置とはいえ介護力強化病院まで同等の介護施設として認め、3施設の整備目標比率まで提示せざるを得なかったことは後悔されるが、5年後の制度全般の見直しに向け、介護サービスの基本に立ち戻って社会的入院の解消に向けた具体的な計画を作成することが求められよう。その場合、これまでの経緯を考えると、中小の医療機関²⁶⁾などの役割を含め医療供給体制全体の総合的なビジョンを示す中で、ある程度の時間をかけて社会的入院の解消へ向けた誘導策をとっていくことが現実的であろう。なお、あわせて、医療保険のサイドでも保険者機能の活用などによる供給サイドのチェックにより社会的入院の是正を進めていくことが必要なことは言うまでもない。

IV 介護サービスと福祉

1 介護保険制度の導入と社会福祉事業

介護保険法施行法による改正以前の老人福祉法では、「特別養護老人ホームは、第11条第1項第2号の措置に係る者を入所させ、養護することを目的とする施設とする。」（第20条の5）と特別養護老人ホームを定義した上で、社会福祉事業法（社会福祉基礎構造改革関連法による改正後は社会福祉法）第2条第2項で「老人福祉法にいう特別養護老人ホームを経営する事業」を「第1種社会福祉事業」とすると定めていた。老人福祉法第11条は、（特別）養護老人ホームへの措置（委託）制度による入所について規定していたので、両者を併せ読むと、措置施設としての特別養護老人ホームの経営を第1種社会福祉事業として位置づけていたことがわかる。その他老人福祉法上規定されている他の施設及び事業についてみると、措置施設としての養護老人ホーム及び軽費老人ホーム（措置施設ではなく、利用者は施設と契約を締結して入所するが、利用料は無料又は定額であることを要する）については、入所施設であり、利用

者の権利侵害の危険性が相対的に高いことから第1種社会福祉事業と位置づけられ、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイのいわゆる在宅3事業（いずれも措置（委託）制度により提供される）や老人福祉センター（無料又は低額な利用料）などが、在宅サービスであり利用者の権利侵害の危険性が相対的に低いことから第2種社会福祉事業とされていた。なお、第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業の最大の違いは事業への参入制限にある。前者が原則として、自治体か社会福祉法人にしか参入を認めていないのに対し、後者への参入は営利法人を含めて原則自由である（社会福祉（事業）法第4条）。このように、介護保険法施行法による改正前の老人福祉法を見ると、「措置（委託）制度」又は、「無料又は低額な料金」が社会福祉事業であるためのメルクマールであったようにも見える。実際、中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会の3審議会の合同企画分科会は、平成元年の意見具申の中で、社会福祉事業法に定められる社会福祉事業の範囲²⁷⁾について、公的部門により確保提供されるべき事業（委託を含む）もしくは無料又は低額の料金による事業として捉え、有料老人ホームなどいわゆるシルバーサービスについては、内容的に同種のものであっても利用者の選択が可能であることなどから社会福祉事業として位置づける必要はないとして、「措置（委託）制度」と「無料又は低額な料金」が社会福祉事業のメルクマールになることを示唆している。

介護保険法施行法による老人福祉法の改正は、こうした考え方を明確に否定することとなった。介護保険制度の導入により、特別養護老人ホームは、「第11条第1項第2号の措置に係る者又は介護保険法の規定による介護福祉サービス費に係る施設介護サービス費の支給に係る者その他の制令で定める者を入所させ、養護することを目的とする施設」（改正後の老人福祉法第20条の5）となり、特別養護老人ホームへの入所や在宅3事業の利用は、原則として市町村の措置ではなく、利用者と施設又は事業者の私的な契約により、選択して利用されることになった。それにもかかわらず、

特別養護老人ホームの経営は第1種社会福祉事業に、在宅3事業は第2種社会福祉事業にそれぞれ従来通り位置づけられることになったからである。従って参入制限も従来通りとなり、営利法人などが特別養護老人ホームの経営をすることは原則として認められていない。確かに形式的に見ても、老人福祉法第10条の4に規定されている日常生活用具の給付又は貸与の事業は、従来から市町村の措置により実施されるものであったのにもかかわらず、社会福祉事業とは位置づけられていなかったし、逆に措置、無料・低額といういずれのメルクマールも明示されていない老人介護支援センター（老人福祉法第20条の7の2）が社会福祉事業とされていたようなことはあり、従来の整理も必ずしも一貫したものであったとは思われない。また実質的に見れば、供給面を含めた従来からの制度体系を基本的に変えず、そこに介護保険という網をどうかぶせるかという整理を行っただけにとどまったことの帰結であろうし、その背景には税制上の優遇措置や参入制限など（第1種）社会福祉事業とされることで生じる効果を従来通り維持することで介護保険制度の円滑な導入を図るための環境整備を行っただけというのが正直なところなのかもしれない。しかし、今回の措置は、どこまで意図されたものかどうかは別として、社会福祉事業の意味や範囲に大きな影響を与えることとなった。すなわち、もし従来のように措置（委託）制度のみが社会福祉事業として考えられるとすれば、社会福祉事業は、無料・低額のを除けば、公権力対人民という関係性の中だけで位置づけられる営みに限定されるのに対し、今回の改正により社会福祉事業は、介護保険の利用という前提つきながら、一般の私人対私人という関係性における営利事業（在宅サービスの場合）を含めた営為をも含むようになったからである。他方、介護専用型の有料老人ホームが、従来通り社会福祉事業とはされなかったところをみると、要介護者に対する介護サービスという対象者とサービスの内容の面で共通のものであっても、介護保険の施設介護サービス費の支給に係る者の利用という意味で一定の公的な関与がないものについては、

社会福祉事業とはしなかったわけである。今回の改正は、社会福祉事業を公権力が独占的なサービス供給決定主体になる従来の措置委託制度から開放する一方、対象者とサービスにだけ着目して社会福祉事業の範囲を画するというところまでは進まず、介護保険制度の利用といった一定の公的関与を媒介にしたものまでを社会福祉事業として位置づけることとなったものと考えることができよう。その意味で社会福祉事業における公権力の役割を相対化したものと言うこともできるかもしれない。伝統的な権利論的な立場からは、これをもって公的責任の後退であるとする批判ができる可能性がある。しかし公的責任が果たされているかどうかは、尊厳ある生活に不可欠の福祉サービスが、良質なものとして、もれなく効率的に提供されているかどうか、システムと実態の両面から判断すべきであり、サービスの供給決定主体を公権力が独占することとは無関係であろう。公的な制度として用意された介護保険制度が、実際に良質な介護サービスをもれなく効率的に提供できるかどうかで公的責任が果たされているかどうかを判断していくべきであると考えられる。従来の措置（委託）制度のもとでは、サービスの供給が行財政の強い統制下に置かれていたため、思うようにサービスの拡充を進めることができず、結果的に前述のような医療部門による介護サービスの肩代わりを助長してきた面があった。介護保険制度の導入により、措置（委託）制度から公権力の関与が相対化された分、サービス供給に関する行財政の統制が弱まり、ニーズに対応したサービスの拡充が図られることが期待できるということもできよう。介護保険事業計画などにおける積極的な対応が求められる。

措置（委託）制度から開放された社会福祉事業が、その後社会福祉基礎構造改革の中で新しい展開をみせるのは、周知の通りである。すなわち障害者に関する措置（委託）制度を原則として廃止し、利用者と施設・事業者の契約による利用に改め、知事が指定したサービスを（選択して）利用した者に対し、市町村が負担能力に応じて支援費を支給（国、都道府県が2分の1、4分の1をそ

れぞれ負担）し、施設・事業者に代理受領を認めるという方式が導入されることとなり、サービスの利用方式が変更された。一方社会福祉法上は、入所施設については第1種社会福祉事業に、在宅関連の事業については第2種社会福祉事業として従来通り位置づけられた。新しい利用方式は、サービスの提供主体に関する公権力の関与の相対化という意味では、介護保険制度の導入と（形式的には）同等であるが、財政方式の面では、公費と能力に応じた利用者負担を財源としており、実質的には従来の措置（委託）制度と変わっていない。その意味で、社会福祉基礎構造改革により導入されたいわゆる支援費支給方式は、公権力の関与という点から見れば、措置（委託）制度と介護保険制度の中間に位置するものであり、介護保険施設である特別養護老人ホームなどが従来通り、社会福祉事業とされた以上、障害者関係の施設・事業が従来通り社会福祉事業とされたことも論理的に当然の帰結だったのである。

ただ、そのことは一方で別のある事実を浮かび上がらせることとなった。公的介護保険の導入の是非が議論になっていた当時、公費による介護サービスの提供を主張する者に対し、社会保険方式による介護サービスの保障を支持する立場からは、公費による（措置）制度では、利用者がサービスを選択できないという批判がなされた。筆者は、社会保険方式による介護サービスの保障に基本的に賛成する立場に立つ者であるが、支援費支給方式の導入は、公費による制度でも（少なくとも形式的には）施設や事業者の選択が可能になる場合があることを証明したことになり、社会保険方式により介護サービスを保障することの意味を改めて問い直させることとなった。

2 福祉サービスとしての介護サービス

このように、介護保険制度の導入に伴い社会福祉事業の意味は大きく転換することとなった。他方「日常生活の基本的動作についての介護の必要性」に対応するものである以上、介護サービスは、生活支援の福祉サービスとなるはずであるが、そのメニューや内容は、痴呆性高齢者のためのグル

ープホームが老人福祉法上新たに加えられた以外は、従来の老人福祉法が提供してきたものを踏襲したものであった。特に施設サービスについては、昭和38年の老人福祉法制定時の特別養護、養護、軽費の3施設とそれとは別に有料老人ホームを位置づけるという構造が基本的に維持されている。筆者は、これまで100を超える特別養護老人ホームを訪問させて頂く機会を得たが、少数の例外を除いて平均的な4人部屋の4つのベッドが並んだ居室を見るたびに、これは病室類似の(治療のための非日常的な)収容空間ではないかという感想を持たざるをえないことがほとんどであった。それは、住人が自己決定権を有する日常生活空間としての住まいとは、ほど遠いものであるという印象が強い。介護が、長期にわたる不自由な日常生活の支援である以上、日常生活の場としての住まいの確保が不可欠のはずであるが、老人福祉法制定以来、特別養護老人ホームにその視点は弱いように思われる。それどころか、むしろ介護サービスを受けるためには、住まいの確保の面で譲歩せざるをえないという暗黙の前提があるようにすら感じられる。それでもようやく近年、特別養護老人ホームについて、しばしば個室化や使いなれた家具などの持ち込みの必要性が外国の事例などを引きながら述べられるようになった。ただ筆者にはそれ自体が目的であるようには思われぬ。本来の目的は、住人の自己決定権が及ぶ日常生活空間としての住まいを確保することであり、個室化や家具の持ち込みなどは、そのための手段であり、結果であると思うからである。いずれにしろ、現在の特別養護老人ホームは、住まいの確保という視点が著しく脆弱であるように思われ、機会を改めて、住まいの確保を含めた老人福祉サービスのメニューや内容についての具体案を費用負担の在り方を含めて提案させて頂くことができると考えている。その場合、ヘルパーステーションを併せて整備すれば、外観上個室の特別養護老人ホームとあまり変わらないように見えるケアハウスなどの軽費老人ホームやグループホームでの実践の積み重ねがヒントになるのではないかと考えている。特に、グループホームについては、元々他の

施設やサービス同様、輸入されたものであったが、少なからぬ事業者が主体的な消化に成功し、それぞれの地域に相応しい地に足の着いた地道な営みとして定着²⁸⁾してきているように思われる。その実践の中から「住まい」の問題を含めて介護サービスの在り方について、その方向性を考えていくのではないかというのが筆者の期待である。

V おわりに

本稿では、社会的入院という形で医療が介護サービスを肩代りすることを是正するとともに、本来の介護サービスである福祉サービスの部門で、良質なサービスが提供できるようサービスの在り方を再検討すべきことなどを述べてきた。終わりに、現在のサービスメニューについての当面の見直しの方向性についての筆者の考え方を簡潔に示し、議論のたたき台としての本稿の締めくくりとさせて頂きたい。

まず施設サービスについては、療養型病床群や痴呆性疾患病棟などを有する介護療養型医療施設については、例外的、経過的な介護施設として位置づけ、段階的縮小と他施設への転換を図る。老人保健施設については、回復期のリハビリを集中的に提供する施設として入所期間を限定(原則として6ヵ月までなど)した施設とし、特別養護老人ホームとの役割分担を明確化する。特別養護老人ホームは、維持期のリハビリを提供できるようにするとともに、住まいとしての要素をより重視した施設としてその在り方を再検討²⁹⁾する。

在宅サービスについては、居宅療養管理指導については、区分支給限度額が設定される区分にも含まれていないことから原則として介護保険給付からは除外し、医療保険から給付する方向で検討する。また、何よりも寝たきりの発生をできるかぎり防止するため、リハビリテーションの強化を図ることとし、在宅での訪問、通所による回復期、維持期のリハビリテーションが継続的に提供されるよう関連サービスの位置づけや在り方を再検討するとともに急性期のリハビリは、医療保険対応

として区分けを明確化する。その場合、リハビリテーションについて施設におけるものを含め、医療との関係などサービス供給面を含めて必要な見直しを行う必要がある。さらに、痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者のグループホーム）については、ますます重要になる痴呆性高齢者に対するサービスの中心と位置づけ大幅に拡充を図るとともに、痴呆性高齢者ケアの専門知識、技術を有する要員の育成を進める。

介護サービスの在り方を考えることは、私たちに個人とは何か、家族とは何か、共同体とは何か、自立、共生とは何かといった哲学的な問いかけを思い起こさせてくれるように思われる。もとより筆者にそうした問いに答える能力はないが、介護保険制度により提供される介護サービスの検討にあたっては、結局のところ、我々がどこまで深く自らの生き方に思いをいたすことができるかが問われることになるように思われる。

注

- 1) Le Grand J. & Robinson R. (1984), pp. 3-6.
- 2) 措置（委託）制度については、福田（1999）第3章を参照。
- 3) なお、両者が実質的に対等な立場となり、利用者の選択の実があがるよう、情報の提供や利用者の権利擁護などの面についての利用者の利益を保護するシステム（内容的に十分なものがどうかは別として）が併せて導入されたことは周知の通りである。
- 4) 保険料で賄われるのは、第2号被保険者の保険料相当分を含めても介護給付、予防給付に要する費用から利用者負担分を除いたものの半分に過ぎず、残りは公費で賄われる。
- 5) 他方、社会福祉基礎構造改革の場合には、サービスの利用者に対する支援費の支給となり、その性格は大きく変わったものの、公費プラス応能による自己負担という財源構成は変化していない。
- 6) 一次判定のソフトについては、施設介護のデータをベースに作られているため、痴呆などのケースについて実態を反映していないといった批判があるが、ここではソフトの枠組み自体を問題にしている。
- 7) 医療関連行為には、点滴の管理や透析など「特別な医療」とされる12項目まで含まれている。
- 8) ドイツの介護保険に関する記述は、土田（1999）による。
- 9) なお、家事援助については、看過できない制度の濫用が生じているとの報告が関係審議会などになされており、要介護者等の生活支援に係る部分に限るなど工夫する必要がある。
- 10) その際、「見守り」「声かけ」といった痴呆性高齢者のケアに必須の精神的なケアについても十分配慮する必要がある。それらが問題行動の芽を事前につみ取っていると考えられるからである。
- 11) 所得制限はあったが、相当高い水準に設定されていたため、9割以上の対象者が恩恵を受けることになったと思われる。
- 12) 尾形（2000），p. 17。
- 13) 昭和62年版厚生白書，p. 143。
- 14) アルブミンについては、その後、新鮮凍結血漿などと併せて使用基準が作られ、栄養補給の目的や単なる血漿アルブミン濃度の維持としての使用は適切でないといわれ、若干使用量が減少した。
- 15) 有岡（1997），pp. 402-404。
- 16) 堤（2000）は、平成4年に公費5割負担が実現した時点で、介護保険の財源構成についてのスキームはできたと理解しているとしている。
- 17) 衛藤（1998），p. 20も同様の指摘をしている。
- 18) 平成10年版『厚生白書』，p. 236。
- 19) しかも高齢化の進行に伴い、その比率は上昇する。
- 20) 国民健康保険制度において多くの高齢者の保険料負担が極めて小さなものであることは、周知の通りである。
- 21) B. Abel-Smith（1996），p. 21。
- 22) 『医療経済研究機構レター』1998，Oct.，No. 59。
- 23) オーストラリア、シドニー市にあるハモンド・ケアグループのR. フレミング氏は、本年2月15日に東京で開催された「痴呆性高齢者ケアに関する日豪シンポジウム」の中で精神病院から痴呆性高齢者を開放し、グループホームなど地域でケアすることがオーストラリアのたどった道であったと述べている。
- 24) 療養型病床群を介護保険給付としたことで、第1号被保険者の保険料は平均で概ね2割程度上昇するものと推測される。
- 25) OECD（1996）参照。
- 26) 実際に高齢者の長期入院が多いのは、200床未満の中小病院である。『高齢者の長期入院に関する実態調査報告書』，財団法人医療経済研究機構，1998年参照。
- 27) 社会福祉事業の範囲については、新田（1999）が、歴史的経緯をたどりながら要領よくまとめている。
- 28) 鹿児島県大隅町の「おじゃったもんせ」や岩

手県大船渡市の「ひまわり」における実践など。
29) 施設の一元化といった乱暴な議論が介護サービスの本質を理解していないことから来るものであると筆者が考えていることは、本稿から御理解頂けると思う。

参考文献

- 有岡二郎 (1997) 『戦後医療の五十年』, 日本医事新報社。
池田省三 (1999) 「医療保険と介護保険 介護保険による負担の変化」『週間社会保障』 No. 2066。
衛藤幹子 (1998) 「公的介護保険の制度概説」, 財団法人医療経済研究機構監修『医療白書 1998 年版』, 日本医療企画所収。
尾形裕也 (2000) 『21 世紀の医療改革と病院経営』, 日本医療企画。
厚生省『厚生白書』昭和 62 年, 平成 10 年, 12 年の各版。
厚生省業務局企画課血液事業対策室編 (1991) 『理想の血液事業を求めて』, 中央法規出版。
財団法人医療経済研究機構 (1998 a) 『高齢者の長期入院に関する実態調査報告書』。

- (1998 b) 『医療経済研究機構レター』 1998, Oct., No. 59。
財団法人厚生統計協会 (1996) 『厚生指標 国民医療費の年次推移』。
土田武史 (1999) 「介護保険の創設とその後の展開」『先進諸国の社会保障ドイツ』, 東京大学出版会所収。
堤 修三 (2000) 「介護保険制度の発足を目前にして」『介護保険情報』準備第 1 号。
新田秀樹 (1999) 「社会福祉事業の範囲に関する一考察」『名古屋大学法政論集』 177。
福田素生 (1999) 『社会保障の構造改革——子育て支援重視型システムへの転換——』, 中央法規出版。
Abel-Smith B. (1996) The Escalation of Health Care Costs: How Did We Get There? In OECD Health Care Reform: The Will to Change.
Le Grand J., Robinson R. (1984) Privatisation and the Welfare, Allen and Unwin.
OECD (1996) Caring for Frail Elderly People.
(ふくだ・もとお 岩手県立大学教授)