

介護保険法10年、原点にもどって考える

大熊 由紀子

国際医療福祉大学大学院教授

9つの誤解

「介護」という名のついた日本初の国レベルの検討会が発足したのは、1989年の七夕の日のことでした。

発案したのは、その前年に旧厚生省事務次官になった吉原健二さんです。宅配便業者を装った男に刺されて夫人が重傷を負った、あの悲劇の方といえば、思い出す方も多いことでしょう。

吉原さんは老人保健法の策定にかかわり、初代の老人保健部長として実施の指揮をとりました。

83年、この分野を去る時、心残りなことがありました。そのことを、吉原さんは座談会¹でこう述べています。

「医者も看護婦もあまりいなくて、過剰な注射や検査をして、やたらに儲けている老人病院をなくさないといけない」

吉原さんが、厚生省に介護対策検討会を設けたのは、このときの思いからでした。

「望まれているのは老人病院ではなく、在宅介護だと

気づいたのです。事務次官になったら介護に光をあてようと密かに決意していました」

その検討会で私は、「介護をめぐる9つの誤解」という資料を配りました。

- ①自分が倒れても、妻か息子のヨメが介護してくれるから大丈夫。（男性の政治家・男性の行政官・男性のジャーナリスト）
- ②食事に気をつけ、アタマを使い、体をマメに動かしているから「寝たきり老人」や「ぼけ老人」にはならない。（多くの日本人）
- ③在宅医療・在宅福祉は家庭介護が前提。（日本のお医者さん・日本の行政官）
- ④ホームヘルパーの勤務時間は昼の8時間でよい。（日本のこれまでの行政）
- ⑤うちの女房だってやっているのだから介護なんてだれでもできる。（労働省元事務次官）
- ⑥介護には、外人労働者を活用すればいい。なにしろ安い。（外務省高官）
- ⑦ボランティアを介護に活用すれば、費用面の問題を解決できる。（某財界人）
- ⑧日本人は家庭内に介護が入るのを好まない。（現場にウイ行政官）
- ⑨福祉先進国なみのヘルパーを揃えたら、財政的にとんでもないことになる。（心配症の行政官）

おおくま ゆきこ

東京大学教養学科で科学史と科学哲学を専攻したのち朝日新聞社に。科学部次長を経て1984年、論説委員。医療、福祉、科学分野の社説を17年間、担当。大阪大学大学院教授（ソーシャルサービス論）などを経て、現職。福祉と医療・現場と政策をつなぐ志の縁結び係&小間使いを名乗る。

著書に、『寝たきり老人』のいる国いない国』『恋するようにボランティアを』『福祉が変わる医療が変わる』（いずれも、ぶどう社）などがある。

20年も前のこの配布資料をもちだしたのには、訳があります。このような誤解は、今も、ゾンビのように蘇っては、介護保険の質を台無しにしているからです。



写真①日本の老人病院で5点拘束



写真②スウェーデンのグループホームで

どこでもいつでも、質の良い24時間サービス

半年間に9回の論議を重ねたこの検討会の報告書は40ページの冊子に纏め上げられました。89年12月14日に公表された報告書²は、当時の与党の政策に反逆するものでした。抜き書きしてみます。

- ①介護にあたる家族が負担だけ感じ、要介護者も遠慮と不満ばかりが先行するような家族介護は双方にとって不幸である。
- ②「在宅サービスなしにお互いに無理を重ねる家族介護」から「在宅サービスを適切に活用する介護」への発想の転換が重要だ。
- ③どこでも、いつでも、的確で質の良い24時間安心できるサービスを、気軽に受けることができる体制をめざすべきである。
- ④要介護者の自立を助け、生活の質を高めるようなサービス内容をめざすべきである。そのためには、福祉機器、住環境、まちづくりの整備も不可欠である。
- ⑤住民に身近な市町村を中心に施策を展開すべきである。
- ⑥財源、制度については、公費、社会保険料、双方の組み合わせのいずれにするか検討をすすめる、国民の合意形成につとめるべきである。

「どこでも、いつでも、的確で質の良い24時間安心できる」——当時としては「まるで野党案みただった」と関係者の誰もが述懐する内容です。

介護保険につながる、介護の社会化の思想が、日本で“受精”した瞬間でした。

「事実誤認3点セット」

この介護対策検討会の報告書は、当時の与党の「日本型福祉政策」に真っ向から逆らうものでした。

ヨメの無給労働を前提とする日本型福祉政策の背景となった「福祉バッシング」が吹き荒れるきっかけは、73年の10月に起きた第4次中東戦争でした。石油価格が4倍にも跳ね上がりました。「安い輸入石油」という大前提が崩れ、74年、戦後初めてのマイナス成長。そんな中で脚光をあびることになったのが「日本型福祉社会論」でした。

75年、村上泰亮東大教授、蟬山昌一阪大教授が、『生涯設計計画—日本型福祉社会のビジョン』を刊行。「福祉は自律の精神と気概を失わせる」「その恐ろしさを悟らなければならない」という論が一世を風靡しました。76年には村上泰亮、佐藤誠三郎、公文俊平、堤清二、稲盛和夫といった学者・企業人で構成された「政策構想フォーラム」が、「新しい経済社会建設の合意をめざして」という提言をまとめ、「国家に依存する脆弱な人間を作り出す英国型、北欧型の福祉であってはならない」と主張しました。78年には、香山健一の「英国病の教訓」……一連の主張の特徴は、根拠に乏しい福祉先進国批判を展開した上で、「自助努力」「同居家族の相互扶助」「民間活力」「ボランティアの活用」に期待を寄せたことでした。それは、「事実誤認3点セット」の上に展開されていました。

- ①日本の福祉は西欧諸国と遜色ない水準に達した
- ②福祉が進むと家族の情愛が薄れ、スウェーデンのように老人の自殺が増える
- ③福祉に力を入れると経済が傾く

遜色ないどころか、写真①②が象徴するように、遅れに遅れていました。老人の自殺が多いのは、北欧でなく、実は日本でした。福祉が進んだ国々では、経済が傾くどころか順調でした。国民所得が高く、ごくふつうの庶民が別荘や自家用ヨットで楽しんでいました。

ところが、事実誤認3点セットを背景に、79年5月、日本の高齢者の運命を狂わせる政策が誕生しました。

経済審議会が大平首相に答申し、閣議決定された「新経済社会7カ年計画」に日本型福祉が盛り込まれたのです。自民党は82年、「日本型福祉社会の構想」を打ち出し、福祉予算を制約してゆきました。

介護に疲れ果てた家族を得意先に、人里離れた老人病院が雨後の竹の子のように増えてゆきました。

政治上の思いがけない異変が

話は介護対策検討会に戻ります。報告書は、思いがけない政治上の事件から、にわかには与党に頼りにされることになりました。

消費税を持ち出した自民党が参院選で89年、大敗したことから、消費税の使い道として「寝たきり老人ゼロ作戦」や「ホームヘルパー10万計画」を盛り込んだ「ゴールドプラン」が策定されることになりました。そのスタートは90年のことでした。

その前年書き上げていた『「寝たきり老人」のいる国いない国』（ぶどう社）で私が紹介した24時間対応のホームヘルパー、小学校区に1つのデイサービス、送迎サービス、福祉用具などが、この日本で現実のものになってゆきました。恥ずかしがらずに公的サービスを利用する人も増えてゆきました。

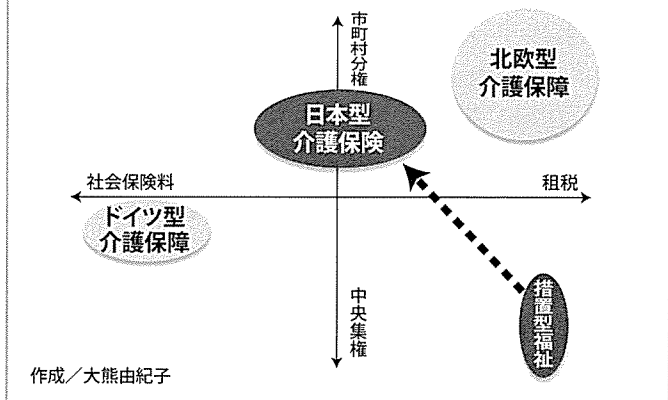
けれど、どの党も「増税→支持率低下」の恐怖症。税財源による予算は増やせません。

そこで、社会保険料と租税を組み合わせた「日本型介護保険」が浮かび上がりました(図)。それをほつきりと打ち出したのは、1994年の「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」でした。

そこに、幸運な事態が持ち上がりました。

自民党と社会党といえば犬と猿の仲。永久に混じ

図 ドイツ型と日本型の介護保険、北欧と従来の日本の税方式
どこが、どう違う?



作成/大熊由紀子

りあうことはないだろうと、だれもが考えていました。ところが、自民党が、社会党委員長の村山富市さんを総理大臣にと、望んだのです。野党暮らしに耐えきれなくなったからと推測されています。

それは、94年5月、介護保険論議が本格化し始めたときのことでした。

自民単独政権が続いていたら、介護保険法は日の目を見なかったことでしょう。自民党には「介護はヨメのつとめ」と固く信じている人物、「介護の社会化」などという文字を見たら青筋をたてて怒る人物が権限をもっていたからです。

幸運が重なり、網をくぐり抜けて、仮に法案提出にこぎつけたとしても、難問が立ちふさがります。

「自民党が推進することには魂胆があるに違いない」と疑いの目を向ける社会党や労働組合が反対にまわったに違いないからです。

奇跡を起こしたのは、新党さきがけの存在でした。犬と猿の接着剤役を果たしたのです。

介護をめぐるここまでの歴史をお読みなれば、介護の社会化や介護保険は、実にあぶなっかしい綱渡りを重ね、流産、難産の危機をすり抜けて成立したことに気がつかれたとおもいます。

そんな脆弱な基盤ですから、冒頭の9つの誤解がすぐにアタマをもたげます。

「老人病院が衣替えした療養型を削減して、在宅を充実していく」という介護保険の海図は、新政権がマニフェストでうたい上げた「削減凍結」で暗礁に乗り上

同じ日本、同じ病状の認知症。環境とケアの仕方でのような差が、



写真③グループホームで盛りつけの手伝い



写真④精神病院の回廊をあとでなく

げそうです。

認知症のひとつには写真③のような、あたたかい雰囲気と誇りもてる役割が大切なのに、写真④のような殺風景な精神病院が大手を振っています。精神病院で人生を終える人のすでに13%が認知症です。認知症の人々を抱える家族を新たな顧客にする戦略を練ってさえます。

冒頭の「うちの女房だってやっているのだから介護なんてだれでもできる」という思い込みは根強く、介護職の処遇は低く抑えられたままです。そのため、「どこでも、いつでも、的確で質の良い24時間安心できるサービス」は、遠のくばかりです。

「外人労働者を活用すればいい。なにしろ安い」という、浅はかな考え方も払拭されていません。貿易関係者の都合で策定されたインドネシアやフィリピンからの看護・介護修習生なのに、そのカラクリを知らず、深刻な影響も考えずに歓迎するテレビメディアの浅薄な報道も目立ちます。

介護保険には、図のように、北欧流の市町村主権の思想が少し盛り込まれました。市町村の裁量で「横出し・上乘せ」できるのです。けれどそれを実行する首長はごくごくわずかです。

「日本型低福祉高負担」からの脱却を

では、どうしたらいいのでしょうか？

現状の「低福祉高負担」から、「新たな高福祉高連帯」への発想の転換こそが、いま大切だと思われま。ここで言う「高負担」とは、税や保険料という狭い意味の「負担」ではありません。精神病院や老人病院、無届け老人ホームでの誇りをはぎ取られた老後、介護家族や介護職の精神的肉体的負担、自己負担を指し

ています。

「高連帯」とは、大蔵省が作り出した「国民負担率」という、世界に通用しない用語から導き出された「高負担」という概念から脱却するために考えた出した概念³です。

「医療・福祉の予算が増えるとイギリス病・スウェーデン病になり、人々はなまけものになり、経済が傾く」という1970年代以来の根拠のないデマが、先進諸国に比べて少なすぎる福祉・教育予算を招きました。この呪縛からまず抜け出すことが求められます。

思い出のつまった自宅、写真③のような“自宅でない在宅”でのケアは、誇りと役割を膨らませ、無駄な出費を減らします。なじみの風景、なじみの人間関係から切り離れた病院や人里離れた施設での日々は、ご本人の持っている力をなくしてしまいます。

専門医としての「かかりつけ医」、訪問ナース、介護職、人と人をつなぐケアマネジャー、住宅への支援を政策のカナメにすること。それが、結果として医療が本来の医療の姿を取り戻すこと、医療費の有害な部分の削減につながります。

介護保険が10年を迎えたいま、原点に戻って考えること、国際的な視野で判断することが大切だと、私は思うのです。■

《注》

- 1 「老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会記録」
- 2 介護対策検討会報告
<http://www.yuki-enishi.com/siryou/siryoul9891214.doc>
- 3 「膨らむ負担、福祉高める仕組みを」（朝日新聞特集「どう支える超高齢社会」1994年5月2日）

介護保険の課題解決に向けて

—経営と人材問題を中心に—

藤井 賢一郎

日本社会事業大学大学院
福祉マネジメント研究科准教授

1. 制度としての定着

介護保険制度が創設されて、今年が10年目にあたる。この間、当初予想された規模（2010年度6.9兆円）¹を上回るペースでサービスは拡大し（2007年度6.95兆円）、財源規模ではすでに医療保険の5分の1を超えている²。

介護保険制度の目標は、大きく分けて、2つあった³。1つは、介護サービスを効果的効率的に使いやすくし、全国民に行きわたらせるというものである。介護保険制度施行以前、福祉制度は国民にとって使いづらい上に効果的効率的とはいえず、また、サービス量は地方公共団体によって大きな格差があった。一方、医療制度は使いやすかったものの、高齢者の社会的入院などの歪みが目立っていた。ここに、社会保険という全国一律の制度によって、要介護認

定、限度額、ケアマネジメントという仕組みとを導入したのが、介護保険制度である。

もう1つの目的は、急速な高齢化に対応した財源確保を行うことである。わが国では、土光臨調以降の国民負担増の抑制が維持され、先進国の中でも、最も高齢化が進みながら、最も負担が少ない国家の一つを形成した。結果、シーリング強化により、人口的に自然増を避けたい社会保障の予算確保が困難となりつつあった。こうした中で、介護保険制度は、「社会保険」といういわば「目的税」による特別枠を財務当局に認めさせたものであり、財源獲得の「方便」という面が強い⁴。

介護保険制度は大きな混乱もなく制度として定着し、当初の2つの目的そのものは、達成されたと言ってもよいだろう。

これには、適切な制度設計がなされただけでなく、マスコミや国民のあらゆる層、あるいは地方公共団体や産業界に対して、ていねいに情報を行きわたらせるとともに、その意見を十分聴取し必要に応じて制度を修正したことがある。こうした「キャンペーン」は成功し、多くのマスコミは好意的に取り上げ、市町村は保険者としての自覚に目覚め優秀な職員を介護部署に集中させ⁵、多くの人々が介護産業を未来のある産業と考えた⁶。

しかし、当初の成功から10年がたち、制度には様々な課題が生まれ、その維持可能性に懸念が生じ始めているわけである。以下、こうした面から、現状

ふじい けんいちろう

1963年生。東京大学大学院医学系研究科第1種博士課程単位取得退学。博士（保健学）。専攻は福祉・介護経営、福祉・介護制度。三菱総合研主任研究員を経て、現職。

著書に、『介護保険制度とは』（東京都社会福祉協議会監修）、『社会福祉協議会財務・経営Q&A』（全国社会福祉協議会、共著）、『地域密着型サービスマニュアル』（日本厚生協会 編著）など。

と課題をまとめる。

2. 「在宅重視」を方便でなくするために

介護保険サービスは金額ベースでは、十分な伸びを示しているが、必要なサービスが充足されてきているかという点については、疑問である。

特養（特別養護老人ホーム）待機者は、全国で38万人いるといわれ⁷、この数は入居者数にほぼ匹敵する。こうした状況でありながら、2006～2008年度の地方公共団体の施設計画上の施設・居住系サービス定員総数の増加見込み11.5万床に対し、実績は8.1万床であった。確かに、国や都道府県は、財政負担を考え、施設・居住系施設の増加に対して消極的である。また、特に都市部では、人材の確保が困難であったり、整備・運営のためのコストが高いために、なかなか整備が進まないという実態もある。ただ、入居施設が足りないなら造ればよい、という単純な問題ではない。

そもそも、高齢者の側で施設を望むのは、家族や周囲の人に迷惑をかけたくないからという理由がほとんどだ。認知症等で、家族が入所させる場合も、「やむをえない」という意識だろう。入居施設では、馴染みの生活や住みなれた環境や人間関係などを引きはがさざるをえず、プライバシーが守られにくく、一律集団的な処遇が行われやすい。国の方針で、入居施設の小規模地域化、個室化、ケアの個別化が進められつつあり、これは評価すべきことと考えるが、やはり、積極的に入居施設を選ぶ者は少数である。

そもそも介護保険制度では、「在宅重視」という方針をとり、在宅サービスの量の拡大は十分に図ってきたはずである。しかし、実際には、「施設入居圧力」はむしろ高まっている。この大きな原因は、現在の在宅サービスが、家族の犠牲を必要とせざるをえない状況を変えていないことにある。

このような状況を変えるためには、第1に、在宅サービス体系をより地域密着なものとして、いざという時や見守りの対応を行い、安全と安心を確保でき

るようにすること、第2に、在宅医療・看護サービスの充実と、介護職員に生活支援に関係する医療行為を実施可能とすることにより、医療面でも安心を確保することであろう。また、重介護になって入居する施設は必要最低限にするとともに、早めの移り住みが可能となるケア付き住宅の整備の拡大も必要であろう。

さて、以上の点は、地域密着型サービス、小規模多機能型居宅介護、在宅療養支援診療所、高齢者専用賃貸住宅などを含め、少なくとも制度上では新しく取組が始められている。また、次の大きな制度改革（2012年）をめざし、「地域包括ケア」をキーワードとした検討が進められている⁸。

しかし、制度の改革だけでこうした状況を変えることは困難であり、以下で述べる介護経営、人材確保、財源確保といった点の課題が克服されることが必須である。

3. サービスの質と介護経営の課題

介護保険制度は、基本的にサービス提供を営利・非営利民間事業者にゆだねている。また、介護保険施設を除き、営利法人や特定非営利活動法人の参入を幅広く認めた。特に、営利法人の参入は、都市部における在宅サービスの急拡大を達成した面で貢献が大きい。

介護サービスは、医療のような情報の非対称性の側面は少なく、消費者選択により不適切なサービスは淘汰されることを前提として制度設計されてきた。

しかし、ここにきて、コムスン事件に代表される、消費者選択がうまく働いていない現状が問題となってきた。サービス利用者（高齢者）自身がサービスを選択していないため遠慮や我慢が働きやすい場合もあれば、1割負担によるモラルハザードも働く（制度で認められていない家事サービスまで提供する不正事業者が選択されるなど）。

特に特養では、少ない選択肢の中から「終いの住まい」として選択されているため、最も、本人・家族の

「選択」の働きが弱くなる。そうすると、片方で、高い理念と倫理性を掲げ、質を高める努力を欠かさず、そのために従業員を養成する事業者もいれば、ほとんど質を考慮せず、従業員を低賃金で使い捨てるような事業者も淘汰されずに残ってしまう。前述のとおり、国は特養の質を高めるために、入居施設の小規模地域化、個室化、ケアの個別化が進めているが、これに積極的に対応しようとする事業者は多くない。

特養は、基本的に社会福祉法人等しか運営できないために、「経営努力」が不足しているという意見がある。しかし、筆者はそうは思わない。介護サービスの選択がうまく働かない現状では、経営側が強い倫理性を持たない限り、利潤を最大化しようとする行為は、コストを下げ、質を下げる行為にしか結び付かないからだ。実際、特養とほぼ同様のサービスを提供し、特養以上の収益をあげている営利法人の有料老人ホームにおいて、質の面では、特養以下のサービスしか提供していない場合も、決して珍しくない。

選択がうまく働かないことを前提とすると、必要となるのは、経営側に対する法令順守、倫理の向上を求めるとともに、質の評価によるインセンティブメカニズムの構築である。ただし、介護サービスの質の評価は容易ではない。なぜなら、介護サービスは、コア、サブ、コンティンジェントの区分⁹が明確でなく、サービス成果 (outcome) が明示しがたい上に、outcomeのみでサービスを評価することは困難だからである。

サービス評価の考え方については、現在、国で議論を進めているところである。質の向上と「地域包括ケアシステム」構築のためには、消費者選択がうまく働くようにするとともに、事業者にとってインセンティブコンパティブルとなるような仕組みの構築が必須である。事業者へのインセンティブは、介護報酬 (いわば、介護サービスの単価) 改定を中心に行われきているが、はたして、サービス単価だけで適切なインセンティブが与えられるかどうか検討すべき課題かもしれない。

4. 人材の確保

団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、介護職員は現在の80～117%増の212～255万人必要と推計されており、医療・介護分野全体の人材が551～684万人労働力人口に占める割合が8.7～11.8%と推計されている¹⁰。これだけの人材を新たに確保・育成できるかどうか、介護保険に課せられた最大の課題といつてよい。

しかし、将来のことを考える以前に、2008年度の介護分野の有効求人倍率が2.2倍であり、現時点で介護職員を確保することすら困難な状況にある¹¹。

介護職員の確保が困難な理由として、仕事の過酷さの割には、賃金が低いことが指摘されることが多い。そのため、2009年の介護報酬改定においては、初めて単価の引き上げが行われたが十分な効果がなく、職員給与の月額を1.5万円直接引き上げる「介護職員処遇改善交付金」が制度化された。新政策では、これをさらに4万円引き上げることがマニフェストに示されている。

地域差・事業者差はあるが、介護保険が始まって2003年くらいまでは、極めて人材の確保が容易だった。これは、長期化した不況の賜物だけでなく、前述の「介護保険キャンペーン」の成果でもあったと考えてよいだろう。この間、多くの事業者は、恵まれた環境の中で、容易に人材を確保できた。また、前述の通り、極めて劣悪な雇用条件で、人材を使い捨てることも可能だった。こうした劣悪な状態が、マスコミの報道を惹起し、ひいては介護という仕事に対するネガティブキャンペーンとなった面もある。

現時点でも、真剣に人材の確保育成に取り組まない事業者は多くない。これは、「過去の人材確保が容易だった時代」を相変わらず所与としている場合と、次に示すような2つのケースがある。

第一に、多くの事業者が小規模零細であり、真剣に人材の確保育成をやろうと思っていたとして、やれない状況にある。介護サービスを提供している法

人のうち、4分の3 (92.5%)の法人は従業員規模が100人未満であり、半数 (62.2%)は30人未満である。小規模零細であるがゆえに、採用が定期的計画的に行えず、職員教育が体系的に行えない、さらに、組織内のキャリアパスが描けず、安定的な雇用が困難な場合も多いのである。

事業者が小規模零細であるのは、介護保険事業の参入障壁が低く設定されていることが1つの大きな要因であり、この問題になんらかの適正な規制や誘導策を行うことが、有効な策であると筆者は考える。

第二に、前述したような、サービスの質による選択や競争が起こっていないことである。制度上、介護職員は特別な資格を求められておらず¹²、最低限の質を確保するためだけならば、人材を大事にして教育する必要もない。

この状況に対しては、前述のとおりサービスの質をなんらかの形で評価されるようにするか、職員の資格規制を強化するかである（介護報酬によるインセンティブを含む）。

いずれにせよ、介護の仕事は過酷といわれるが、適正な教育と個々人をエンパワメントする組織のもとで、サービスの質を高める努力をする限りにおいて、やりがいのある創造的な仕事である。こうした環境が醸成され、それがアピールできない限り、人材確保の道筋は見えてこない。この道筋がないところで、外国人労働を議論するのは拙速である。

5. 財源の確保——新政権への期待

2006年に大きな介護保険制度改革が行われ、その考え方や理念には多くの事業者・従事者が共鳴した。しかし、実際には、財源カットを伴う改革であったため、企図した改革がなかなか円滑に進んでいない。

2911円で始まった介護保険の平均月額保険料は現在4160円となっており、これに後期高齢者医療制度の月額平均（約6000円）を加えると、ほぼ月額1万円となっている。このこともあってか（特別な根拠もなく）、介護保険の月額保険料は5000円が限

界ではないかという俗説がある。しかし、いうまでもなく、2～4で述べた課題は、全て、財源的な裏付けがあつて可能となる話である。負担増なくしては、財源増などありえない¹³。

介護保険制度導入以降、社会保障の大きな制度改革（年金改革、障害者自立支援法、後期高齢者医療制度）はことごとく混乱の中にある。人口減少・高齢化社会において、あらゆる社会保障改革は、給付減か負担増を伴う。それが、官僚主導による「擦り合わせ」政策の限界を生んでいると考え、むしろこれが当然の姿なのかもしれない。

新政権には、国民に負担を強いることなしに、介護保険制度の維持と発展は不可能であることを理解して、真の意味の「政治主導」を蛮勇を持って進めていただきたい。■

《注》

- 1 厚生労働省介護保険制度 Q & A (制度創設時のもの) Q 10 http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html#10
- 2 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション (シミュレーション・バックデータ) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/iryuu.html>
- 3 厚生労働省介護保険制度 Q & A (制度創設時のもの) Q 1、2 http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html#2
- 4 当然のことながら、表向きは、「給付と負担の関係が明確」という言い方が強調され、露骨に「財源確保の方便」という言い方はされなかった。当時、厚生省内部では、消費税による財源確保を本筋と考える意見も強かったが、結局、政策技術的面から「社会保険」が選択された。
- 5 当時は、「介護保険は地方自治の試金石」と喧伝され、多くの市町村が「その気」になった。しかし、介護保険制度にはいくつかの市町村独自ルールの設定が認められているとしても、中央集権的な社会保険制度である点を、当時指摘する者は少なかった。
- 6 筆者は当時、財閥系シンクタンクで、主として厚生省をクライアントとして新制度設計のための調査研究を行いつつ、企業の介護保険事業参入の

- コンサルタントも行ってた。当時は、日本を代表する企業が、本業と介護保険の関連が薄いにもかかわらず介護保険事業の参入を検討していた。社会的な理解と合意の盛り上がり示すものとして、こうした現象は明記しておくべきだろう。
- 7 09/01/26 共同通信配信。ただし、より負担が大きい入所・入居施設に入所し、負担の少ない特養を待機している者や、将来に備えて一応待機者として登録している者も相当数含まれるものと想定される。
- 8 「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>
- 9 近藤隆雄 (1991)「サービスのデザイン」
Diamond ハーバードビジネス 1991,11,95-98
- 10 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション (Aシナリオ、B2及びB3シナリオ)
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu.html>
- 11 厚生労働省「職業安定業務統計」
- 12 ただし、訪問介護については、最低 130 時間の研修を受けていることが求められる。
- 13 少なくとも、衆議院選挙前には、与野党 6 党が公費負担引き上げ (つまり、保険料負担をできるだけ上げないで、その分税負担を広げる) という方針を示していた (2009/5/13「介護保険を持続・発展させる 1000 万人の輪」(介護 1000 万人の輪)の介護政策公開政策討論会)

