

2005年介護保険改正と高齢者介護保障政策

森 詩 恵

1. 問題の所在
2. 2005年介護保険改正の背景と内容
3. 2005年介護保険改正の影響とねらい
 - (1) 目指された予防重視型システムの実態
 - (2) 質的側面からみた介護サービスの問題
 - (3) 保険者機能と市町村の果たす役割
 - (4) 利用者のサービス選択とサービス事業者の壁
4. わが国における高齢者介護保障政策の方向性——むすびにかえて

1. 問題の所在

介護保険制度は、高齢期における生活不安の一つである「介護」に対して、これまでの老人福祉分野や老人保健・医療分野から提供されてきたサービスを一つの制度上へ統合したものである。介護保険制度の創設は、わが国の社会福祉・社会保障政策上において重要な転換点として位置づけられる。そのもっとも大きな理由は、これまでの措置制度を中心とした高齢者福祉制度の仕組みから社会保険方式へ移行されたことと、それに伴う高齢者の被保険者化である。つまり、介護サービスに対する財源に保険料をあて、高齢者はこれまでのサービスを受給するのみの対象からサービスを購入し保険料を負担する主体へと転換したことを意味する。さらに介護保険制度は、利用者負担の応能負担から応益負担への切り替え、制度上での営利企業のサービス提供開始、利用者のサービス選択とケアマネジメント導入といった特徴をもち、これまでと比べてその内容は大きく変化したといえる。

このような社会福祉・社会保障政策上の大転換と位置づけられる介護保険制度は、制度当初から今もなお積み残された課題はあるとしても、導入時（2000年度末）と2006年度末を比較すれば、要介護認定者数は約1.7倍となりサービス利用は確実に進んでいる。要介護認定者数の増加のみで、サービス利用や介護保険制度全体の成果を判断することはできないが、制度の導入によって介護サービス利用を阻害する要因、たとえばサービス利用に対する抵抗感などは以前より薄れてきたといえるであろう。

その反面、当然予想できたことであるが、サービス利用の増大に伴う財政悪化やサービスの質などの問題は明確に表れてきた¹⁾。介護費用の増大は保険料の上昇を招き、介護保

1) 介護保険制度5年間の状況変化については、森・藤澤・桑原・橋本 [2007] を参照されたい。

険財政の悪化の原因となっている。また、サービス事業者は、介護報酬の不正受給問題などによって年々指定取消が増加し、新しく導入されたケアマネジメントにおいても、ケアプラン作成過程の問題や各分野との連携の不十分さなど、その問題が浮き彫りになっている。そして、介護保険制度が制度創設当初より抱えている被保険者の問題なども解決されないままであるため、介護保険法附則第2条には法施行後5年を目途とし、全般的に検討・見直しを行うことが規定されたのである。

かくして、新しくまたは水面下から浮上した問題や介護保険制度導入時から積み残されている問題に対応するため、2003年5月から社会保障審議会介護保険部会において介護保険制度改正が検討され、2005年6月22日、改正介護保険法が成立した。この改正は、介護保険制度が施行されてから初めての大きな改正で、その内容も介護保険制度の根本にまで関わるものとなっている。

そして、今回の改正における見直しの視点の一つとして、「制度の持続可能性」が掲げられた。つまり、介護保険制度をどのように運営すれば、制度が持続するのかといった財政面からの視点である。その背景には、上述したような介護保険財政の悪化による財源調達問題が避けられなくなったことがあげられよう。そのため、今回は見送られたが、保険料の徴収を増やそうという目的から障害者福祉との統合も再び浮上してきたのも事実である。そして、この見直しの視点は、具体的に「給付の効率化・重点化」へと結びつき、サービス体系やサービス利用などへ影響を与えることになった。

しかし、財源調達は当然その制度維持にとって非常に重要なポイントではあるが、結局は利用者にとって不利益となるような、また高齢者の自立支援を行なうことが難しい制度を維持し続けても全く意味がない。そのため、今回の改正を詳細に吟味し、今後の介護保険制度のあり方を、そして高齢者介護保障政策の方向性をしっかりと見定めることが必要なのである。

そこで、本稿の目的は、介護保険制度が導入されて以来の大改正である2005年介護保険改正（以下、「2005年改正」とする。）の背景と内容を把握し、介護保険制度が改正後どのような姿へと変容したのか、そしてその改正のねらいとは何であったのかを明確にしたい。さらに、この改正が介護保険制度、そして高齢者介護保障政策においてどのような意味をなすのかを考察する。そのため、以下の2点からその目的に迫ってみたい。まず第1に、2005年改正によって介護保険制度がどのように変わったのかを検証するため、改正内容を詳細に確認しよう。その際、改正以前との相違に注意を払いながらその背景を分析することも重要である。そこで、制度改正前後における利用者の状況等をふまえながらその背景を探り出したい。

第2として、「制度の持続可能性」を高めるために行われた2005年改正によって、いったいどのような影響があったのかを検証し、その深層を明確に描き出したい。そして、2005年改正によって、介護保険制度がどのような方向へ進もうとしているのかを解明し、またそれによって高齢者介護保障政策にどのようなインパクトを与えることになるのかを考察する。このことは、介護保険制度の本来の姿を明確にすることに有益なだけでなく、わ

が国の高齢者介護保障政策の方向性も明らかになり、今後、国が取り組もうとしている考えを明確にすることにもなる。

2. 2005年改正の背景とその内容

2005年改正への途であるが、法附則第2条に基づき2003年5月に社会保障審議会介護保険部会での審議が開始され、2004年7月30日に同部会が「介護保険制度の見直しに関する意見」をとりまとめた。その後も被保険者・受給者の範囲などについて審議が続き、2005年2月には「介護保険法等の一部を改正する法案」が閣議決定され、その後同法案は通常国会へ提出、同年6月22日成立に至る²⁾。

それでは、2005年改正によって介護保険制度がどのような制度へと変容したのかを分析するため、その背景を意識しながら改正内容を整理しよう。まず、改正の大きな見直しの視点としては、制度の基本理念である「高齢者の自立支援」、「尊厳の保持」を基本とし、①明るく活力ある超高齢社会の構築、②制度の持続可能性、③社会保障の総合化、の3つが掲げられた。この3つの見直しの基本視点をもとに、制度の持続可能性を高めていくために、具体的には6つの項目（①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤負担の在り方・制度運営、⑥被保険者・受給者の範囲）で制度改正が行われた。そこで、この具体的項目をそれぞれ関連づけながらその内容を整理してみよう。

まず最初に、制度導入時（2000年度末）と制度改正前（2004年度末）を比較しながら、利用者の状況を見てみよう。第一号被保険者数は2242万人から2511万人と12%増であるのに対して、要介護認定者数は256万人から409万へと60%増となっており、介護サービスの必要な利用者が著しく増大している。また、第一号被保険者に占める要介護認定者数をみると、制度当初は11%だったものが16%まで伸びている。次に、要介護認定者数を要介護度別にみると、軽度者（要支援者・要介護1）が102万人から200万人へと96%増となっており、全体に占める軽度者の割合は40%から49%まで上昇している。重度者（要介護4～5）が27%から23%へ、中度者（要介護2～3）が33%から28%へと減少している状況からみても、軽度者の増大をその特徴として確認しておく必要がある。つまり、制度導入時からの特徴の一つとして、利用者の増加、その中でも軽度者の増加をあげることができる。

このような特徴をふまえたうえで、まず第1の改正内容である「予防重視型システムへの転換」を見てみよう。「予防重視型システムへの転換」とは、その名のとおりに、高齢者に対して介護が必要にならないよう予防を行い、サービス利用者においては状態を悪化させないようその支援に取り組んでいくことである³⁾。しかし、「要介護2以上の中・重度に

2) 2005年改正の経緯については伊藤 [2005]、を参照されたい。

3) ここで確認しておくべきことは、本来、介護保険制度が導入されるときにも、新しい介護保障システムの基本理念に「高齢者の自立支援」を掲げ、一人暮らしや高齢者のみの世帯の場合であっても、希望に応じ、可能な限り在宅生活が続けられるような生活支援を行えるような制度の設計を目指し

比べて、要支援・要介護1の者は要介護度が『改善』した割合が少ない状況にある。特に要支援は、介護保険制度上、『介護が必要となるおそれのある状態』と位置付けられ、保険給付の対象とすることにより、介護が必要となる状態になることを予防することを目指しているが、所期の効果が得られていない状況にある⁴⁾との分析からもわかるように、軽度者の増大による保険給付が介護費用の増大を招いている要因の一つとして考えられる。

そのため、今回の改正では、健康な高齢者ができる限り要支援・要介護状態にならないように、またこの急増した要支援者・要介護者が重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立が目指されたのである。具体的な改正内容としては、新予防給付・地域支援事業の創設である。つまり、地域支援事業によって介護が必要でない高齢者が要支援状態になるのを防ぎ、要支援者になったとしても新予防給付によってそれ以上重度化しないよう支援するというシステムであり、一貫性・連続性のある総合的介護予防システムの確立を目指した。あわせて、新予防給付の創設によって、要介護状態区分がこれまでの「要支援・要介護1～5」の6段階から「要支援1～2・要介護1～5」の7段階へと変更され、新しく「要支援2」が創設された⁵⁾。

それでは、改正によってサービス内容が変更された新予防給付からみてみよう。新予防給付の対象者は要支援者（要支援1及び要支援2）で、その目的は廃用症候群の予防改善の観点から日常生活の活性化、社会と関わる機会の向上により、利用者が日常生活の自立に向けて、意欲を持って取り組むことへの支援である。具体的には、これまでの既存のサービスについて生活機能の維持・向上の観点から内容・提供方法・提供機関等の見直しが行われた。たとえば、要支援者が介護予防訪問介護を利用する場合は、本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できないときであり、介護報酬もこれまでの時間別の評価から月単位の

ていたということである。つまり、介護保険制度が導入される当初の議論においても「予防」や「独居」といった視点が盛り込まれていたのである。しかし、実際に導入された制度は「予防」や「独居」といった視点に何ら支援があったわけではなく、本来ならば、その意義と内容が盛り込まれた制度設計を行うべきであったといえる。

- 4) 高齢者介護研究会 [2003] の「Ⅱ 高齢者の課題」を参照のこと。
- 5) 要支援・要介護認定も変更について、その内容をみてみよう。これまで「要支援」「要介護1」だった要介護状態区分が、改正後は「要支援1」「要支援2」「要介護度1」に区分され、新しく「要支援2」という要介護状態区分が登場した。要介護認定における判定の流れはこれまでと同様であるが、一次判定で「要介護1相当」と判定された場合、二次判定の過程において、追加項目（「歩行」「移動」「日中の生活」「外出頻度」「環境・参加の状況等の変化」）・特記事項・主治医の意見書・参考指標の内容から、状態の維持・改善可能性を審査し、要支援2と要介護1へ振り分ける。つまり新しく見直された要介護認定では、「要介護1相当」については、「その状態の維持または改善の可能性」について追加的な審査・判定を行い、改善可能性の高い人を「要支援2」、改善可能性の低い人を「要介護1」に区分することとなった。ここいう「改善可能性の低い人」とは、疾病や外傷等により心身の状態が安定していない状態の人や認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお新予防給付の利用にかかる適切な理解が困難な状態の人、また心身の状態は安定しているが、新予防給付の利用が困難な身体の状態にある人といった内容である。

定額報酬へ切り替えられた⁶⁾。また、介護予防の観点からその役割が期待される通所系サービスにおいては、日常生活上の支援などの「共通的サービス」と「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」の「選択的サービス」に分けられ、それぞれについて月単位の定額報酬となった。また、要支援度の維持・改善を指標として目標の達成度に応じた事業所評価を試験的に導入している。

次に、「予防型重視システムへの転換」においてもう一つの重要な柱である地域支援事業の内容をみてみよう。この事業は、市町村が責任主体となって要支援状態になる以前から介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なケアマネジメント機能を強化する観点から創設された。事業内容は「介護予防事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」⁷⁾の3つであり、介護予防事業と包括的支援事業は必須事業である。

そこで、一つ目の介護予防事業からみていこう。この事業は、公民館や市町村保健センター等において実施（民間事業者に委託も可能）され、大きく2つの事業（「介護予防一般高齢者施策」、「介護予防特定高齢者施策」）がある。介護予防一般高齢者施策は、全高齢者を対象としたもので、高齢者自らによる自発的な取り組みを支援し、高齢者が生き生きと生活する地域社会の構築を目指したものである。具体的には、介護予防に関する知識の普及や啓発、ボランティア活動等を活用した介護予防活動やその育成等といった内容である。もう一つの介護予防特定高齢者施策は、要支援・要介護状態に陥る可能性の高い特定高齢者⁸⁾（各市町村における第一号被保険者のおおむね5%程度）を対象としたものである。この施策には、「特定高齢者把握事業」「通所型介護予防事業」「訪問型介護予防事業」などがあり、通所による集団的な支援の実施を中心に、閉じこもり高齢者等に対しては訪問により個別的に支援を実施するといった内容である。介護予防事業の財源は、保険

6) 指定介護予防支援事業者による適切なアセスメントにより作成された介護予防サービス計画においては、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見等を勘案しつつ、標準的に想定される1週あたりのサービス提供頻度に基づいて、以下の各区分に位置付けられる。

イ 介護予防訪問介護費（Ⅰ）1,234 単位 要支援1・2で週1回程度（1ヶ月につき）

ロ 介護予防訪問介護費（Ⅱ）2,468 単位 要支援1・2で週2回程度（ 々 ）

ハ 介護予防訪問介護費（Ⅲ）4,010 単位 要支援1・2で週2回を超える程度（ 々 ）

その際、1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者（地域包括支援センター）が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けることになる。なお、要支援1・2については、通院等乗降介助については、算定されない。

7) 地域支援事業の三つ目としての任意事業には、介護給付費適正化事業、家族支援事業などが含まれる。対象者は、被保険者、要介護被保険者を現に介護する者、その他個々の事業の対象者として市町村が認める者で、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、被保険者及び要介護被保険者を現に介護する者等に対し、地域の実情に応じた必要な支援を行うことを目的とする。財政構成は、包括的支援事業と同じく、第一号保険者の保険料（19%）と公費（国40.50%、都道府県・市町村の20.25%）からなっている。

8) 特定高齢者の選定は、市町村が「特定高齢者把握事業」により行うが、地域包括支援センターに委託も可能である。

料が50%（第一号被保険者19%，第二号被保険者31%）と公費（国25%，都道府県・市町村12.5%）となっている。

二つ目として、地域支援事業のなかで介護予防事業とあわせて必ず行わなければならない包括的支援事業についてみてみよう。この事業は、「介護予防ケアマネジメント事業」「総合相談支援事業」「権利擁護事業」「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」からなっており、一括して地域包括支援センターへ委託することができる。

地域包括支援センターとは、地域包括ケアシステムの整備を進めるための中核機関として新設された。地域包括ケアシステムとは、2003年に高齢者介護研究会が「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」において、高齢者の尊厳を支えるケアの確立への方策として提案されたものである。この地域包括ケアシステムは、「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」として位置づけられている。つまり高齢者の尊厳を支えるケアの確立のためには、「介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険サービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である」といえるのである。そして、この地域包括ケアが有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携してケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う機関が必要となり、その役割を地域包括支援センターが担うこととなった⁹⁾。地域包括支援センターの運営主体は、市町村、在宅介護支援センターの運営法人（社会福祉法人・医療法人等）、その他の市町村から委託を受けた法人である。職員体制は、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士の三職種の専門職種またはこれらに準じる者となっている。

では、上述した包括的支援事業の4つの内容を順にみてみよう。まず、介護予防ケアマネジメント事業は、特定高齢者を対象として介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的としている。具体的には、特定高齢者が要支援状態になることを予防するために、介護予防ケアマネジメントに基づいて介護予防ケアプランを作成することである。その際に、対象者がどのように生活したいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、対象者自身の意欲を引き出しながら自主的に取り組みを行えるような支援を考える必要がある。

つづいて、総合相談支援事業であるが、この事業は地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネッ

9) 地域包括支援センターの業務等については、「地域包括支援センター業務マニュアル」（厚生労働省老健局，2005年12月19日），を参照されたい。また，地域包括支援センターとこれまで地域ケアを支えるために重要な役割を果たしてきた在宅介護支援センターとの関係については、「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用～地域包括支援センターと在宅介護支援センターのあるべき関係～」（全国在宅介護支援センター協議会，2005年8月25日）を参照されたい。

トワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受けたとき地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うことを目的とする。

権利擁護事業は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行うことを目的とする。事業内容は、成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止などである。

さいごに、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していくケアマネジメント等を行うことを目的とする。事業内容は、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、日常的個別指導・相談、支援困難事例等への指導・助言である。これら4つの事業からなる包括的支援事業の財政は、第一号被保険者の保険料（19%）と公費（国40.50%、都道府県・市町村の20.25%）で構成されている。

このように、予防重視型システムへの転換によって、新予防給付、地域支援事業、地域包括支援センターの創設が行われ、介護保険制度上から提供されるサービスの内容と対象の拡大、そしてサービス提供に関わる仕組みの大幅な改革が行われることとなった。

次に、第2の改正内容として、「施設給付の見直しと地域密着型サービスの創設」をみてみよう。高度成長期以降、わが国の高齢者福祉においては施設サービスに偏りがちであったサービス体制を改め、地域で望む在宅生活ができるような自立支援を行う体制を目指してきた。その理念は介護保険制度にも受け継がれ、介護が必要となっても在宅生活を営めるよう支援できるシステム作りを実現したのが介護保険制度のはずであった。しかし実際は、居宅サービスの支給限度基準額が低い、食費や居住費が施設サービス利用では保険給付内で支給されるといった理由から、施設サービスを希望する利用者が依然として残る結果となった。また、保険財政面からみた場合、施設サービスが多い地域では保険給付費用が高いという結果も示されている¹⁰⁾。そのため、2003年には介護報酬の改定が行われ、施設サービスに関する介護報酬に関してはマイナス改定が行われたが効果的な改善はみられず、今回の改正で制度の持続性の観点から施設給付に関する範囲や水準を見直すことが求められた。そこで改正では、居宅サービスと施設サービス間の給付の負担の公平性を確

10) 厚生労働省編 [2005:50] において、「施設サービスの利用者等が多い地域は介護費用や保険料が高くなっている」ということが述べられており、「介護保険制度は給付と負担が連動する仕組みとなっており、高齢者1人当たり給付月数が高い地域は第1号被保険者の保険料が高くなることとなり、都道府県別の施設サービス利用率と保険料基準額についても、強い相関関係がみられることとなった」との記述がある。

保し、介護保険と年金との重複を調整するため施設入所者の居住費・食費は保険給付対象外とされた¹¹⁾。

また、住み慣れた地域で一人ひとりができる限り生活が続けられるよう、身近な市町村で提供されることが適当なサービスとして「地域密着型サービス」が創設された。地域密着型サービスの特徴をみると、①指定権限を市町村に移譲し、その市町村の住民のみがサービス利用可能、②市町村内をさらにこまかく分けた圏域で必要な整備量を定め、地域のニーズに応じたバランスのとれた整備を促進、③地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定、④指定（拒否）、指定基準、報酬設定に地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与する公平・公正透明な仕組み、とまとめることができる。

具体的なサービスは6種類で、①小規模多機能型居宅介護、②夜間対応型訪問介護、③認知症対応型通所介護、④認知症対応型共同生活介護、⑤地域密着型特定施設入所者生活介護、⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護である。このうち、認知症対応型共同生活介護は改正以前には居宅サービスの一つとして位置づけられており、また夜間対応型訪問介護はもともと訪問介護で行っている夜間部分を独立させたサービスである。一方、新設された小規模多機能型居宅介護は、「通い」を中心として利用者の様態や希望などに応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ提供するサービスである。認知症対応型通所介護は、従来の単独型や併設型に加えて認知症高齢者グループホーム等の共用スペースを活用して少人数（3名以下）を受け入れるサービスであるが、従来の単独型や併設型については定員を10名から12名に拡大した。そして、地域密着型特定施設入所者生活介護とは、有料老人ホームやケアハウスのうち定員30人未満の介護専用型特定施設を、また地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護とは、定員30人未満の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を指している。

以上のような地域密着型サービスの状況をみると、最も多い事業者は認知症対応型共同生活介護であり、ついで認知症対応型通所介護である。しかし、夜間対応型訪問介護や地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入所者生活介護のサービス数は伸び悩んでいる¹²⁾。

このように、施設給付の見直しは、介護サービス利用者の自己負担部分を増加させた。また居宅サービスへの流れを改めて作り出すために導入された地域密着型サービスも、その介護サービス事業者数は他のサービスとは比べものにならないほど少ない状況である。

さらに、第3の改正内容として、「サービスの質の確保・向上」をみてみよう。介護保険制度導入前には、「保険あって給付なし」といったサービス量の問題が懸念された。しかし現在は、サービスの内容や地域によって未だ量的に不十分な部分はあるが、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、居宅介護支援事業者においてはある一定の量は確保できている状況である。このように、サービス量の問題は少しずつ改善されてきている面もあるが、

11) ただし、新しく「補足給付」を創設し、それは所得の低い利用者に対しては過重な負担とならないよう負担限度額を定め、基準費用額と負担限度額を差額を保険給付で行う仕組みとした。

やはり劣悪なサービスの提供や不正受給といった事例も増加し、指定取消も後を絶たないのが現実である。

そのため、今回の改正では、介護保険制度導入後、摘発された不正事業者などに対する事後規制ルールを強化する観点から「事業者規制の見直し」が行われ、指定の欠格事由・指定の取り消し要件の追加、6年間ごとの指定の更新制の導入、都道府県がより実態に即した指導監督や処分をおこなうことができるよう、事業者に業務改善勧告、業務改善命令、業務停止命令、当該処分の公表の権限を追加した。

また、介護保険制度上でのサービス利用においてその中核的役割を果たすケアマネジメントに関しても、ケアプラン作成過程での問題（高齢者の状況を把握するアセスメントが十分に行われているか、必要なサービスが適切に提供されるような内容になっているのか等）、各分野にわたる連携確立の課題（福祉・保健・医療の各分野における十分な連携がとれているか、高齢者の自立支援に向けた総合的なサービス提供が行われているのか等）、ケアマネジメントを行う介護支援専門員の職務や能力向上の問題（担当件数が多い、自分自身の能力に対する不安など）が残されていた。そのため、今回の改正では、このケアマネジメントや介護支援専門員に関しても見直しが行われた。具体的に述べれば、軽度の介護予防マネジメントは、市町村の責任のもとに地域包括支援センターにて一元的に実施し、地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメントの推進を図ることとなった。また、介護支援専門員の資質・専門性の向上の観点から、介護支援専門員の資格の更新制（5年間）、更新時の研修の義務化、債務規程の整備と名義貸し等の不正行為に対する対策の強化が盛り込まれた。さらに、介護支援専門員ごとにケアプランをチェックできる仕組みの導入（二重指定制の導入）、公正・中立の確保の観点から、介護支援専門員の標準担当件数の引き下げ（標準担当件数を50件から35件へ）と多数担当ケースに係る報酬通減制の導入が盛り込まれた。

ところで、利用者のサービス選択の現状をみると、介護保険制度だけでなく福祉サービス全般にわたって広がりつつあるが、そのサービス選択を行うひとつの基盤として、「介護サービス情報の公表」の義務化が今回の改正で行われた。これはすべてのサービス事業

12) 地域密着型サービスの事業者数の変化は以下のとおりである。

	2006年 9月30日	2007年 4月30日	2007年 9月30日
夜間対応型訪問介護	23	86	96
認知症対応型通所介護	2,461	3,087	3,209
小規模多機能型居宅介護	203	703	1,089
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	40	61	99
地域密着型特定施設入所者生活介護	24	51	67
認知症対応型共同生活介護	8,587	8,938	9,210

(出所) WAMNET（独立行政法人福祉医療機構）の「介護事業者情報の集計結果」各年をもとに、筆者作成。

者に介護サービス情報（介護サービスの内容及び運営状況に関する情報）を都道府県知事または都道府県知事が指定した指定情報公表センターで公開し、利用者がその情報を利用してサービス選択をできるようにする仕組みである。

さいごに第4の改正内容として、「負担の在り方・制度運営の見直し」があげられる。これもやはり介護保険財政の悪化に起因しており、第一号被保険者の保険料（全国平均）を各期でみてみると、第1期（2000～2002年度）では2,911円/月であったものが、第2期（2003～2005年度）3,293円/月、さらに第3期（2006～2008年度）では4,090円/月と期間ごとに高くなってきている。また保険者の財政安定化を図るための財政安定化基金をみても、借り入れを行っている市町村・広域連合は、2003年度の170団体から2005年度には423団体にまで上り、2005年度では全保険者の25%を占める状況である。そのため、少しでも被保険者の負担能力をきめ細かく反映した制度とするよう、現行の方式（所得段階別の定額保険料）を原則としつつ、より負担能力にあわせて保険料を負担できるような形へと変更した。つまり、これまでの原則5段階の所得段階ではなく6段階へと変更し、これまでの第2段階のなかでより負担能力の低い層の保険料負担の軽減を図った。あわせて、第一号被保険者の保険料の徴収方法も変更され、特別徴収の対象を遺族年金、障害年金まで拡大した。さらに、特別徴収の対象者の把握時期をこれまで年1回だったものから複数回（6回）とする、生活保護受給者の保険料の直接納付実施など、保険料の収納率上昇を目指した。

さらに、市町村の保険者機能強化の観点から、市町村のサービス事業者に対する権限等の見直しを行い、事業者への立入権限等の付与、指定取消要件に該当した事業者の都道府県への通知といった保険者による給付等のチェック機能が強化された。また、新しく創設された地域密着型サービスに対しては市町村が指定・指導監督し、また都道府県の事業者指定に当たっての意見提出などサービス面への関与も可能となった。そして、増え続ける地方自治体の行政事務の軽減と効率化を図るため、行政事務の外部委託に関する規定の整備が行われ、介護支援専門員の試験や研修を受託する機関及び介護サービス情報の調査・公表に関する事務を受託する法人の役職員に対する守秘義務等の規程を改訂した。

このように、保険者である市町村が介護保険制度を運営する上で最も懸念している財政悪化を改善するために保険料徴収方法などを変更し、またサービス事業者の指定・指導監督などサービス面への関与を強めるといった保険者機能の強化を図るための改正が行われた。

3. 2005年介護保険改正の影響とねらい

(1) 目指された予防重視型システムの実態

前節でみたように、2005年改正によって介護保険制度は導入当初からの内容を大きく変容させ、今後の方向性をより明確に示すことになった。そこで、改正後の介護保険制度の姿を描き出したうえで、それが保険者、利用者、サービス事業者にどのような影響を与えたのかを検証し、2005年改正のねらいについて考察しよう。

まず、一つ目として改正によって目指された予防重視型システムの実態について述べよう。先に結論を述べれば、予防重視型システムへの転換により表向きには「介護予防」といった理念は実現化したが、実際は増加した軽度者のサービスを抑制することが目的であり、さらにこれまで公費で行われてきた介護予防・地域支え合い事業等を介護保険制度へ吸収することによって公費負担の削減も可能にしたのである。言い換えれば、2005年改正における最も重要な点は、これまでの介護保険制度に介護予防の考えを取り入れサービス給付することで、介護保険制度に対象外であった介護サービスが集められることになった反面、これまで公費で行ってきた介護予防・地域支え合い事業などの介護予防に関する費用にも被保険者の費用を投入することが可能となったといえるのである。つまり、介護保険制度で支援する高齢者の範囲を健康な高齢者、要支援者、要介護者という3つに区分し、その区分に応じて地域支援事業、新予防給付、介護給付という対応を行うことにしたのである。

では、なぜこのような状況が生み出されたのであろうか。それは、今回の改正が「制度の持続可能性」を高める観点から「給付の効率化・重点化」を進めていくというねらいがあったからである。そのため、今回の改正で制度設計当初から目指されてきた「介護予防」が実現するという表向きの認識とは異なり、主に「制度の持続可能性」を高めるという財政的な課題を解決するために行われたものであったといえることができる。そして実際、新予防給付の対象となった要支援者は、これまでのようなサービスを利用することができなくなってしまった。先にも述べたとおり、新予防給付における介護予防訪問介護では、「単に生活機能を低下させるような家事代行型の訪問介護については、原則行わない」というサービス利用のしぼりが決められ、またサービスを利用できたとしてもその利用回数も制限されたうえ、さらに介護報酬も定額制となった。また、福祉用具貸与においても、一部の例外者を除いて特殊寝台などの貸与が不可能になったのである。

当然、介護予防がうまく機能すれば要支援や要介護状態になる高齢者が減少し、サービス利用も少なくなるため介護費用の抑制につながるということは理解できる。しかし、今回の改正で創設された「新予防給付」「地域支援事業」の主な目的は、繰り返しになるが、軽度者のサービス利用抑制や公費負担削減といった財源問題の側面を重視して取り組まれている内容となっている。

(2) 質的側面からみた介護サービスの問題

次に、二点目として介護サービスを質的側面から深く掘り下げてその問題をみてみよう。再度ここで確認しておきたいのは、介護保険制度から提供される介護サービスの内容である。森 [2003] で述べたように、本来、介護保険制度から提供されるべき介護サービスは、個々人の差を考慮し、利用者の力を引き出すようなエンパワメントも行うソーシャルワークの視点からの介護サービスである。しかし、改正前の介護保険制度では、食事や入浴の介助といった「縮小」された介護サービスのみが提供され、ソーシャルワークの視点による介護サービスの提供は難しい仕組みとなっていた¹³⁾。にもかかわらず、介護保険制度

上にケアマネジメントが導入されたことによって、あたかもソーシャルワークの視点による介護サービスの提供が可能となったという認識のズレが起こってしまったのである。この認識のズレのために、利用者だけでなくサービス事業者や介護支援専門員までもその制度上の限界によって、実際に提供できるサービスと利用者が必要とするサービスの狭間で苦しむ結果となった。

このように、これまでも介護保険制度上で提供されるサービスは「縮小」されたサービスであるうえ、今回の改正によって要支援者が利用できる介護サービスの回数に制限が設けられ、ますます生活を支えるためのサービスが利用できない状況へと変わってしまった。そして、既存のサービス利用に代わって新しく追加されたのが、通所系サービスにおける運動器の機能向上などの効果が明確とされるサービスであり、それらは身体面からそれぞれの機能を高めることに重点においたものであった。何度もいうように、介護サービス提供の根幹にはソーシャルワークの視点が重要であり、そのサービスは日常生活のなかで利用者の残存能力を維持し、利用者のやる気を引き出させる生活に密着したものである。それゆえに、同じ要介護状態であったとしても利用者の精神面などが影響するため個々人の差を考慮することが求められ、またたとえ時間がかかっても一緒に食事を作るといった日常生活においてのリハビリテーションも場合によっては必要なのである。それが、介護保険制度上で必要とされている高齢者の生活支援といえるのではないだろうか。

しかし、今回の改正で、制度上の介護サービスに関する認識のズレも修正しないままにサービスやその回数を抑制したことは、介護予防までサービス範囲は拡大しても、実際の保障内容は低下していると言わざるをえない。これは、「介護予防」という耳さわりのよい言葉を使用した実質的なサービスの縮小といえよう。

ここで重要なことは、介護保険制度上で実際提供されるサービスと本来利用者に提供されるべきサービスとの乖離が広がる一方で、さらにこの事態を混乱させるような改正が行われたことである。それは、介護保険制度上で提供されることになった権利擁護事業である。これは高齢者の権利擁護の観点から支援が必要と判断された場合の、たとえば高齢者虐待や困難事例への対応、消費者被害の防止などに対するサービスである。これは改正前の介護保険制度では提供されていなかったサービスである。再度繰り返すが、ソーシャルワークの視点から提供されるサービスは単なる「介護サービス」だけでなく、生活支援や精神的なサポートも含まれる。生活支援には、金銭的な問題や高齢者虐待なども含まれ、その利用者の生活全体を視野に入れることが重要といえる。

そして、今回の改正で改正以前の制度において本来介護支援専門員が行うべき生活支援などのサービスが介護保険制度から提供されるように変更されたが、そのサービスは利用者を直接担当している介護支援専門員ではなく、地域包括支援センターにおいて行われることになった。しかし、センターでは、利用者の一人ひとりの状況を常に把握しているわけではなく、利用者は顔見知りではない社会福祉士などに支援を求めることになる。また、

13) この点については森 [2003] を、参照されたい。

介護支援専門員が地域包括支援センターと機能的に連携をとってその利用者の生活支援を行うことになるが、介護支援専門員が地域包括支援センターへ投げかけなければ利用者の生活課題は拾い上げることができないことも問題である。権利擁護などの支援は、介護サービスの支援と切り離して考えられるものではなく、現在の介護保険制度を維持したままであれば、最も利用者に身近でサービス利用の状況を把握している介護支援専門員によって行われるのが当然である。本来、介護支援専門員はソーシャルワークの視点をもって利用者の生活全体を支援するべきなのである。しかし、改正前の介護保険制度では介護支援専門員は利益や効率を考えた行動を余儀なくされたため、ケアマネジメントの機能が限定的にしか働かず、介護支援専門員は制度と利用者の狭間で本来の役割を果たせない状況となっていた。そのため、利用者が生活上の課題を抱えていたとしても、その生活に関わる支援はどこからも受けられない状況に陥ってしまったのである。さらに、今回の改正で行われた介護支援専門員の標準担当件数引き下げによって、居宅介護支援事業所は経営が悪化し、介護支援専門員はますます利益・効率化を意識せざるを得なくなっている。このような状況のなかで、介護支援専門員がこれまで以上に利用者の生活全体の支援を行うことはますます難しくなるといえよう。

結論としていえることは、今回の改正において、権利擁護事業など高齢者の生活支援に必要なサービスは介護保険制度へと取り入れられたが、制度上で機能するには十分整備されておらず、今まで以上に必要なサービスを受けられずに谷間に落ちる高齢者の増大が予測される。これは、導入時のケアマネジメント、そして今回の介護予防と同じように、表向きは導入されたものの実際はうまく機能せず、「絵に描いた餅」となってしまうということである。

(3) 保険者機能と市町村の果たす役割

三点目として、保険者機能と市町村の果たす役割についてみてみよう。2005年改正によって、地域密着型サービスの指定など市町村の保険者機能は強化された。しかし一方で、これまで公費で行っていた介護予防・地域支え合い事業や高齢者虐待などの支援も介護保険制度へと統合されることになった。これは、高齢者福祉が介護保険制度へと集約されていくことを示し、高齢者福祉の中でさらに介護保険制度の占める割合が拡大されつつあるといえる。

このような状況のもとで、市町村の最も重要な役割は、その利用者が望む生活を送ることができているのかについては市町村がその状況をきっちりと把握し、その実現を保障することにある。しかし現在、市町村は要介護認定によってその利用者がどの要介護状態区分なのかは把握しているが、実際その利用者が自らの望む生活をしているのかについては状況を把握しておらず介護支援専門員に任せきりなのである。

では、こうした状況がなぜ問題なのだろうか。たとえば、2007年4月審査分の居宅サービスの支給限度基準額に対する要介護度別の平均利用率を例にとってみよう。サービスの平均利用率は、要介護2～5、要支援1がともに5～6割、要介護1・要支援2が4割と

なっており、全体的におおむね4～6割程度となっている。この点については今後さらに詳細な検討が必要となってくるが、問題は本当にこの程度のサービス利用で利用者が日常生活を維持できているのかということである。なぜ、利用者は支給限度基準額の上限までサービスを利用していないのか、それはこの程度のサービス利用で生活維持が十分できるからか、それとも何らかの理由でサービス利用に抑制が働いているのか、その背景を探ることが必要である。そしてもし、サービス利用に対して抑制が働いているとするならば、その原因は何なのかを明らかにする必要があるといえよう。このように介護サービスの利用によって、利用者が望む生活を送ることができているのかを把握し、その実現に向けての支援を行うことが最も市町村の行うべきことなのである。

さらに、これまで介護サービス以外の生活課題を抱える利用者は、うまくいけば市町村のソーシャルワーカーへとつなげられたが、今回の改正でまず地域包括支援センターが窓口になる。地域包括支援センターが市町村直営の場合には弊害は少々減るだろうが、一部では社会福祉法人などへ委託されている現状から考えると、このような生活課題を抱えた利用者が市町村へとたどり着くまでにはまた一つ遠回りになり不安が残る。

このように、今回の改正によって、市町村は介護保険制度における保険者としてその地域の実情に応じた介護保険制度を作り出すため、その裁量の範囲が広がり保険者機能は強化されることとなった。しかし実際、市町村の果たす役割は介護保険制度で対応する範囲が拡大すればするほど保険者としての機能のみに集中することになった。その一方で、市町村は高齢者福祉全体を見渡し、高齢者自身の生活支援を全体的に支えていくことからますます遠ざかることになってしまっているといえるのである。

(4) 利用者のサービス選択とサービス事業者の壁

さいごに四点目として、利用者とサービス事業者への影響についてみてみよう。介護保険制度は、「契約方式」を採用することで利用者のサービス選択を保障する制度である。しかし、現実的に改正以前ではサービス種類ごとの量や地域間で格差があり、自ら望むサービスの種類やサービス事業者を選択することは難しいという問題があった。また、根本的な問題として、要介護認定によって支給限度基準額が設けられているため、一割の利用者負担を十分確保できない利用者は、その基準額の上限までサービスを利用することができない状況が生み出されていた。つまり、自らが望む生活をするために支給限度基準額の上限までサービスを利用しようとしても、自らが負担できる費用の範囲内でしかサービス選択はできず、実際的には金銭的な問題で利用者のサービス選択に格差が生まれることになったのである。

そして改正後、施設給付の見直し及び介護保険料の増大により自己負担部分が増加することになったため、個々人の金銭面による格差の問題はさらに拡大し、それは利用者の選択に大きな影響を与えた。また、訪問介護や福祉用具などのサービスにおいては要支援者のサービス利用にしぼりが強くなり、要支援者は支給限度基準額だけでなくサービス利用自体にも制限が加えられた。さらに、介護老人福祉施設など施設サービスはこれ以上多く

は増加しない状況のもとで、今後団塊世代が施設サービスの利用を希望してもそれに対応するサービス量を準備することは難しくなった。そのため、今後、施設サービスを選択できない状況が生まれる可能性もあり、それは利用者のサービス選択の権利に制限を設け、在宅サービスを選択するよう強要することにもなりかねないといえるだろう。このような状況のもとで、本当に利用者が望むサービス選択の保障がなされているといえるだろうか。

こうした利用者のサービス利用やその選択に多くの問題が残されるなかで、サービス事業者の状況をみてみよう。今回の改正による要介護認定の変更で要支援者が増大する一方で、その要支援者の利用するサービスの介護報酬は非常に低く設定されている。もともと、居宅サービスの利用者は軽度者が中心であるためサービス事業者は経営が厳しい状況であったが、今回の改正では、要支援者の介護報酬があまりにも低すぎるためその経営は悪化する一方である。また、地域密着型サービスの介護報酬も低く、思うようにサービス数は伸びない状況である。あわせて、介護支援専門員の標準担当件数が減らされ、居宅介護支援事業者の経営も悪化している。このままでは、サービス事業者は経営が成り立たず、ますます介護労働者の労働条件が悪くなることは避けられない。サービス事業者は、利益をあげなければその事業を維持することができないため、今後、介護報酬の低い介護予防サービスなどはサービスを提供しなくなる可能性がある。また、介護予防訪問介護などは定額制であるため介護サービスを十分提供しない状況が生み出されることも懸念される。それは、介護保険制度の利点として述べられてきた利用者の「サービスの選択」と「競争によるサービスの質の向上・効率化」が介護保険制度上において実行されない状況を意味するが、これでは事実上措置制度の二の舞になってしまうといえるのではないだろうか。

4. わが国における高齢者介護保障政策の方向性——むすびにかえて

これまで、2005年改正前後の状況を意識しながらその背景を探り、改正の内容を明確にしたうえで改正後における制度の変容を明らかにした。そして、改正による影響とねらいを明確に描き出すことによって、今後の介護保険制度、さらにはわが国の高齢者介護保障政策がどのような方向へと進もうとしているのかという点に注目してきた。そこで、このような視点からの分析によって得られた結論を以下に整理しておこう。

第1は、2005年改正において「介護予防」の充実という謳い文句とともに、介護予防・地域支え合い事業や老人保健事業が介護保険制度内に組み込まれることとなったため、高齢者福祉に占める介護保険制度の割合はさらに増すことになった。このような状況は、一見、介護保険制度内で取り扱う介護サービスや対象者の範囲拡大という面で良い方向へ進んでいるようにみえるかもしれないが、財源構成の変化を確認すると、介護保険制度内にこれまで公費のみで行われていたサービスを組み込むことによって、それにまで保険料を充てることが可能となり、実質的に高齢者福祉における公費削減を示しているといえるのである。

さらに今回の改正では、「制度の持続可能性」という観点から給付の効率化・重点化を進めるため、軽度者に対するサービス利用の抑制に動き出している。このように、利用者

に対するサービス利用の抑制を促す仕組みを創設しながら地域支援事業などの介護予防事業までを介護保険制度内で行うことは、被保険者に負担を増大させる一方で、軽度であればそのサービスをほとんど利用することができない状況も生みだしかねない。それは、つまり「負担すれども給付なし」の状態を作り出すことにつながるのではないだろうか。

第2は、介護サービスを質的側面からみると、制度から提供されるサービスについての認識のズレを修正しないまま今回の改正に至ったため、制度導入時に取り残された介護予防や権利擁護事業などが取り入れられたとしても、制度上の限界によってうまく機能しない状況が懸念されることである。もともと介護保険制度上では「縮小」された介護サービスが提供されており、利用者にとって必要なソーシャルワークの視点による介護サービスは提供されない、また提供されても制度上の限界からうまく機能しないという状況であった。しかし、今回の改正では、介護保険制度上では介護サービスだけではなく、介護サービスに関連する高齢者の生活部分での課題（金銭的トラブルや高齢者虐待など）にまでも対応することになっている。

しかし、それは介護予防と同じく表向きの内容であり、実際、権利擁護事業など的高齢者の生活全体を支援するサービスも制度上での限界から介護保険制度でその機能を発揮することは難しいであろう。そのため、高齢者福祉のなかで介護保険制度の占める割合がますます増加する一方で、高齢者の生活支援サービスは一応存在するにはするが、実際はその機能に疑問が残る状況となってしまう、今後谷間に落ちる高齢者の増大が懸念される。このような背景には、今回の改正が介護保険制度の財政問題を克服するという面に偏った内容となっているために起こっているといえるだろう。

第3に、このような表面上だけのサービスや対象者の拡大と公費削減による高齢者福祉の縮小は、保険者、利用者、そしてサービス事業者にも大きな影響を与えることとなった。保険者においては、高齢者福祉の領域が段階的に介護保険制度へ取り入れられていくにつれてその業務は介護保険制度の運営が中心となり、それは今回の改正による保険者の機能強化とあわせてその傾向はさらに強まったといえる。本来、市町村の最も重要な業務は、介護保険制度の保険者としての運営だけでなく、利用者が地域でサービスを利用しながら望む生活が送れているかについて把握し、それを実現することである。しかし、介護保険制度上ではその役目が介護支援専門員にまかされ、市町村は利用者の生活状況を把握しなくなっている。さらに、今回の改正では、利用者、とくに軽度者においてはサービス選択が導入当初よりもさらに限定された範囲で行われることになり、ますますその生活維持の問題が浮上してくることになるだろう。軽度者を中心として居宅サービスを展開しているサービス事業者においてもその経営が悪化する一方であり、それに伴って介護労働者の労働条件がさらに厳しくなるのは目に見ているのである。

このように、今回の改正によって、介護保険制度からサービスを利用して生活をする利用者、利用者の生活支援のためサービス提供を行うサービス事業者、そして制度運営を任されている保険者の市町村、どれをとっても介護保険制度上ではその枠組みやしぼりの中で十分に機能できない状況がさらに強くなったということが出来る。多様な介護サービス

事業者が地域に存在し、利用者が自らの望むサービスの選択を可能とするためには、当然であるが、介護保険制度の枠組みのなかでそれぞれが十全に機能できるように制度改善を行うことが重要であるといえよう。

第4に、今後のわが国の高齢者福祉政策の方向性についてである。介護保険制度導入後の高齢者介護保障政策をみたときに、高齢者福祉中心は介護保険制度へと移行され、2005年改正によってその範囲もさらに拡大されたといえよう。それは、高齢者福祉が介護保険制度へと集約されてきた過程とみることができるのである。

そして、社会福祉政策全体をみれば、高齢者から保険料を徴収し、応益の利用者負担を求める介護保険制度が実現されたことによって、わが国の社会福祉政策は一気に公費負担中心で行う体制の方向転換を図ろうとしている。今回の改正では、これまで公費で行っていたサービスまでも介護保険制度へ統合されたことからみても、老人福祉法の役割は、介護保険制度から漏れた人々を救うための制度として選別主義化し、ますますその範囲は限定されたものになっていくことになり、その傾向は強まっていくと考えられる。

また、障害者福祉をみると、このような介護保険制度への統合案がたびたび浮上しては先送りされたが、その代替として創設された障害者自立支援法においても市町村を中心とするサービス提供体制の一元化、応益負担の導入、障害程度区分の認定やケアマネジメントの導入といった内容は介護保険制度と同様の仕組みである。また、後期高齢者医療制度においても、新たな社会保険方式を創設し後期高齢者を被保険者として位置づけることは介護保険制度と同じ手法であり、高齢者を制度の支え手として位置づけているのである。

このように、介護保険制度の創設はわが国の高齢者介護保障政策上の出来事だけでなく、社会福祉政策にとっても非常に大きな影響を与えているといえよう。そして、今回の改正によって、その方向性はさらに強まったといえることができる。この点をしっかりと押さえておくことがまず何よりも大切である。それは、戦後、社会福祉の普遍化を目指し、表向きであったとしてもこれまで制度の充実を図ってきたわが国にとって、今後の社会福祉政策が後退する方向へ向かいつつある決定的な事実として表れているといえるからである。

【参考文献】

伊藤周平『「改正」介護保険と社会保障改革』山吹書店、2005年。

——『権利・市場・社会保障——生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年。

田近栄治・油井雄二・菊池潤「介護保険制度の持続可能性——国と県レベルの分析——」（国立社会保障・人口問題研究所『社会保障制度改革——日本と諸外国の選択——』）東京大学出版会、2005年、263～285頁。

古川孝順・副田あけみ・秋元美世『現代社会福祉の争点（下）～社会福祉の利用と権利』中央法規、2003年。

増田雅暢『介護保険見直しの争点』法律文化社、2003年。

森詩恵「ソーシャルワークの視点からみた介護保険制度の位置づけとその諸問題——日常生活の維持・自立支援を視野に入れた介護サービスの提供に向けて——」『雇用関係の変貌』（社会政策学会誌第9号）、2003年3月、118～130頁。

——「高齢者介護保障政策の萌芽とその発展」(玉井金五・久本憲夫編著『高度成長のなかの社会政策——日本における労働家族システムの誕生——』) ミネルヴァ書房, 2004年, 41～61頁。

森詩恵・藤澤宏樹・桑原武志・橋本理「保険者からみた改正介護保険制度の現状と課題」『大経大論集』第58巻第1号, 大阪経大学会, 2007年7月。

山田誠『介護保険と21世紀型地域福祉——地方から築く介護の経済学』 ミネルヴァ書房, 2005年。

厚生労働省編『平成17年版厚生労働白書』ぎょうせい, 2005年8月。

高齢者介護研究会「「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」
2003年6月26日。

全国在宅介護支援センター協議会「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用～地域
包括支援センターと在宅介護支援センターのあるべき関係～」2005年8月25日。

社会保障制度審議会介護保険部会報告・介護保険4年間の検証資料『介護保険制度の見直しに向けて』中央法規, 2004年。

[付記] 土井先生には公私にわたり大変お世話になりました。心からご冥福をお祈り申し上げます。