

介護保険財政における療養病床改革

——介護保険調整交付金の算定基準の妥当性の検討——

市 川 樹*

要 旨

本稿では、日本の介護保険の施設サービスの削減が市町村にとって実現可能な目標であったのか検証するために、施設サービスの1つである療養病床の廃止が決定された経緯と、その後も存続し続けている理由を審議会資料等に基づき分析することで、次の2点を明らかにした。第一に、介護保険制度導入時に医療保険の財政負担軽減のために役割が期待されていた療養病床だが、介護保険財政の膨張が進む中で「社会的入院」の解消の妨げになっているとの指摘を受け、その廃止が決定されたことが明らかとなった。その際、厚生省は「社会的入院」の解消のために、積極的に費用抑制を強調し経済アクターと市町村に同調した一方で、療養病床の廃止に反対する医療・福祉関係者の負担を軽減するという両義的な方法をとった。第二に、療養病床の削減が財政抑制を重視してすすめられたことで十分な代替サービスが提供できなくなり、療養病床を廃止するという目標が実現困難になったことが明らかとなった。また施設サービスへの需要が満たされないために、無届を含めた有料老人ホームや介護施設利用者待機の増大につながっている可能性が考えられる。以上から示唆されることとして、市町村自らの政策によって施設から在宅への転換を実現することが困難なため、後期高齢者と低所得の高齢者の二つを算定基準としている現状の財政調整システムである調整交付金では、施設サービス費の多寡という市町村には調整できない要因によって保険料の不平等な格差を生じさせることがあげられる。

1. はじめに

介護保険財政は2000年に制度が導入されて以降、膨張を続け保険料の地域間格差が大きくなってきている¹⁾。第7期(2018～2020年度)の保険料では、最低額が北海道音威子府村の3,000円で最高額が福島県葛尾野村9,800円と月額

で6,000円以上の差が生じている(厚生労働省(2018b))。

しかし、介護保険財政には調整交付金という財政調整メカニズムが組み込まれている。調整交付金とは、市町村自らによって調整できない要因を除去するために、市町村の後期高齢者の割合の多さと、低所得の高齢者の割合の多さの二つを基準として、財政調整を行うものである(図1)。この財政調整により自治体間の保険料格差とは、実質的にサービスの差に基づく負担の

*本稿は、日本財政学会第76回大会(2019年)の報告論文に大幅加筆修正したものである。同学会において討論者をお引き受けいただいた北海学園大学の横山純一教授から有益なコメントを頂戴した。また、本稿掲載にあたり匿名の審査員から有益なコメントを頂戴した。ここに記して改めて御礼申し上げたい。なお本稿における一切の誤りはすべて筆者に帰することは、いうまでもない。

1) 厳密には市町村と保険者は必ずしも一致していないが、本稿でその差を扱うことはないの以下では市町村・自治体と保険者を同様の政府主体として使用する。

図1 介護保険財政の調整交付金の概要（2018年度）

都道府県負担 12.5%		12.5%		12.5%	
市町村負担 12.5%		12.5%		12.5%	
国費(定率) 20%	調整交付金(国費)	20%		20%	
5%					2%
23%		11%		26%	
第1号保険料		17%			
27%		27%		27%	
第2号保険料					
給付全体		高齢者が多い 後期高齢者 低所得の 高齢者		高齢者が少ない 後期高齢者 低所得の 高齢者	

注：施設サービスでは、都道府県負担が17.5%、国費定率分が15%。保険料1号と2号は人口比に基づき3年ごとに改定。

出所：厚生労働省 HP (<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000551448.pdf>) より作成。

差となっている可能性も考えられる。市川(2016)では、「施設から在宅への転換」を政府が意図したために、調整交付金の算定式に保険料格差の要因である施設サービス費が組み込まれていないことを明らかにした。しかし施設サービスの削減が市町村自らによって調整できる要因か否かについて、検討の余地がある。

そこで本稿では、施設サービスの削減が市町村にとって可能な目標であったのか検証するために、介護保険の施設サービスの一つである介護療養病床（以下、療養病床）の動向に着目する²⁾。特に療養病床に着目する理由として、療

養病床は、在宅介護が難しい重度要介護者にとっての受け皿となっている一方で、利用者一人当たりの費用が大きいため抑制の対象とされており、論争の一つとなってきたことがあげら

2) 施設サービスは介護保険財政上、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3つに区分されてきた(厚生労働省(2018a))。本論文ではこの3つを「介護保険3施設」と明記する。介護療養型医療施設は重度の要介護者を介護してきたため長期に在院することが多く、死亡退院が多かった。

表1 介護保険施設サービスの3類型

	老人福祉施設 (特別養護老人ホーム等)	介護老人保健施設	介護療養病床 (以下、療養病床)
概要	要介護者のための生活施設	リハビリ等を提供し、在宅 復帰を目指す施設	長期療養を必要とする要介 護者に対し、必要な医療・ 介護を供給
施設基準 (医師)	必要な数	利用者 100 対 1 (常勤 1 名以上)	利用者 48 対 1 (3 名以上)
施設基準 (介護職)	3 対 1	3 対 1	6 対 1 (看護職合わせ 3 対 1)
面積 (㎡)	10.65	8.0	6.4

出所：2017年8月4日第144回社会保障審議会介護給付費分科会資料「介護療養型医療施設及び介護医療院（参考資料）」より作成。

れる。まずは分析に先立ち、介護保険の施設サービスの3類型についてみておこう（表1）（厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会（以下、介護給付費分科会。）（2017））。なお、医療に重点を置いた医療保険適用の療養病床があり、それについては本稿では医療型療養病床と表記することとする。

表1の通り、療養病床は医療サービスが必要な要介護者のための施設であり、医師や看護職が配置されているという特徴を持つ施設である。医療も提供していることから、重度要介護者が入院していることが後述の通り指摘されている。以上を念頭に、まずは施設から在宅への転換についての先行研究を整理し、療養型施設サービスの動向についての先行研究をまとめたうえで本稿の問題を明らかにしよう。

2. 先行研究の整理

市町村ごとの施設介護サービスの差が保険料の格差を生じさせる点については、制度導入以前から議論がなされていた（市川（2016））。そのなかで、本稿では施設サービス費を引き上げる要因である療養病床について検討していくが、

先行研究においては、在宅サービスが施設サービスの需要を吸収することができていない問題が多く指摘されている（池田（2011）、中越等（2014a, 2014b）、結城（2008）等）。そのため、市町村の選択によって施設から在宅へ転換することが困難であり、その結果市町村には保険料格差を解消できない可能性が考えられる。すなわち、調整交付金の算定式に施設サービス費が含まれていないことを正当化できないということになる。

しかし、今日介護保険が実際に運営されていく中で様々な問題が審議会や国会で指摘され、政府は地域密着型サービスの新設や医療と介護の見直しなど、施設サービス以外の供給体制の充実を図るといった対応をとってきている。そうした中で、施設から在宅への転換が実質的に不可能であるとする上記の分析は、政府の在宅サービス重視の対応に問題がある点を指摘していると評価できる一方、政府がその対応を長年にわたり維持している理由を説明できないという限界を抱えている。

そこで政府の政策意図について考察していく必要がある。政府が市町村による施設サービス

の削減を困難であるととらえていた場合、調整交付金の算定式に施設サービス費を含めていない点は問題視されよう。他方で、施設サービスの削減が市町村によって実現可能であるというコンセンサスがとれている場合、調整交付金に施設サービス費を含めないことは正当化されるであろう。

施設サービスと在宅サービスの関係について政策意図にまで分析視野を広げた田近・菊池(2003)は、当初の厚生省の推計よりも居宅サービスが増大している点を根拠とし、施設サービスの供給不足を居宅サービスが代替していると説明している(田近・菊池(2003:185))。この分析は、政府の意図にまで踏み込んだうえで施設サービスの不足という問題提起を行っている点について評価できる。しかし、政策変更の可能性があるなか、当初の推計のみに依拠することの妥当性と、在宅サービスを重視している政府の目標と異なり施設サービスが不足しているとしている点について検討が必要であろう。

また、上述したすべての研究に対して指摘できる点であるが、施設サービスは老人福祉、老人保健、療養病床の3つがある点も注意すべきであろう。本稿では、施設から在宅への転換が市町村にとって実行可能な政策であるかについて明らかにするため、保険料を引き上げる要因として指摘され、廃止の方針が取られているにもかかわらず今日まで存続している療養病床に着目し検討を行う。

療養病床に関して、政策形成に携わった元厚生省官僚の和田勝の分析では介護保険が運営される中で療養病床が削減されることが決定した理由は、社会的入院を解決しつつ医療費を削減することが目指されたためであるとしている(和田(2007:145))。さらに、同研究では療養病床の削減が社会的入院の解消という問題と費用削減という地方財政の問題の両方の解決を目指したことを明らかにしている。しかしこうした決定がなされた背景を説明する際に登場するアクターが医療現場と地方自治体に限られており、政策決定のプロセスが十分に明らかになってい

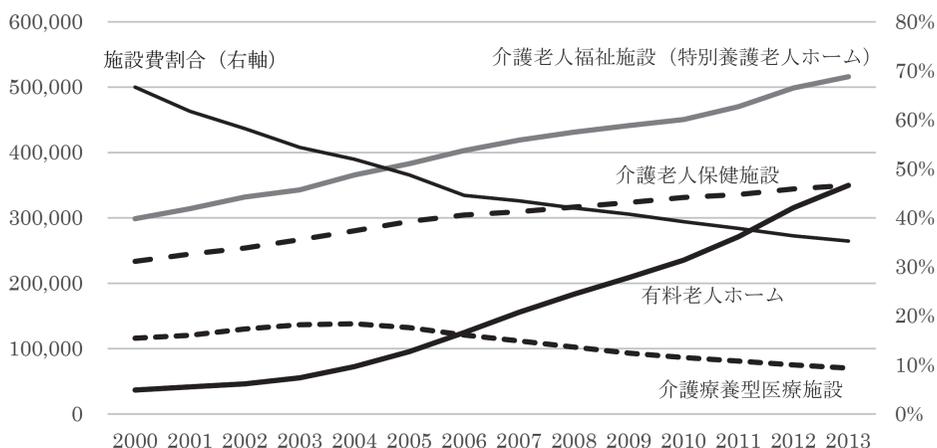
ないという限界を抱えている。

さらに時代被制約性の問題として、同研究では療養型サービスが当初拡充を目指されていたものが、削減されるに至った理由までは説明されているものの、今日まで療養病床が存続している理由が不明であるという問題があげられる。

比較的最近の療養病床の廃止に関する分析として2017年度改革に際して連載された『厚生福祉』の記事(介護保険法等改正研究会(2017a)、介護保険法等改正研究会(2017b))では、医療保険を財源とする医療療養病床と介護保険を財源とする療養病床があるという複雑な状況を療養病床の廃止・転換によって制度上すっきりさせようという狙いと、コストがかかる仕組みを是正することを目指したとしている(介護保険等改正研究会(2017a:4E))。また同記事では、廃止・転換が進まなかった理由として、日本慢性期医療協会が2013年にまとめた「12年度老人保健健康増進事業」における療養病床をもつ医療機関に対する調査結果を引用し、「転換する予定がない」、「未定」の理由として制度の見通しが不透明、地域で療養病床が必要とされている、転換後の施設経営の見通しが立たない(経営状況が悪化する恐れがある)といった内容を掲載している。さらに、利用者の視点として厚労省の「入院医療等の調査(2014)」を引用し、退院できない最多の理由として「家族による介護は困難であり、入所先の施設が確保できていないため」であったこと等の要因を挙げている(介護保険等改正研究会(2017a, 2017b))。

これらの指摘は、制度の整合性と財政抑制を目指したという政府の意図が明確になっている点、転換がうまく進まなかった理由として運営側が直面している問題と利用者側の状況を説明しているという点で評価できる。しかし、使用されている資料は審議会でも用いられているものもあるため、政府側も療養病床の廃止が困難であると認識していたと考えられる。それにもかかわらず、政策を抜本的に変更するわけではなく、廃止の延期にとどめている理由を説明で

図2 施設サービス、有料老人ホームの利用者数の推移（左軸）及び施設費用の割合（右軸）



注1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月分）【H14～】（定員数ではなく利用者数）」による。

注2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスを合算したもの。

注3：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。

出所：社会保障審議会介護給付費分科会（2018）「施設・住居系サービスについて」（2018年4月28日第100回会議資料）及び「介護保険事業報告書（年報）」（2000～2013年度）より作成。

きないという限界がある。

以上から本稿では、療養病床の廃止の決定とその存続が決定された政策形成過程を分析する。その際、先行研究では制度形成に係わったアクターを限定してとらえていることを踏まえ、厚労省を中心に自治体、経済アクター、医療・介護関係者の政策意図まで考察する。そのうえで、療養病床の導入当初の役割、廃止が決定された理由、廃止の延長を繰り返している理由についての各主体の政策意図と、その合意形成過程を明らかにすることを目標とする。こうした分析を通じ、施設サービス費を市町村の責によらない財政力の差とみなしていない現状の調整交付金の正当性を考察していこう。

なお厚労省の政策について、「政策決定のプロセスも行き当たりばったりで、でき上がったプランは全く机上の空論であった」という批判がなされることがある（療養病床の在り方等に関

する特別部会（2016））。本稿では、政策決定過程を分析することで、こうした批判がなされる理由についても考察する。

以下では、まず第3節において施設サービスの動向についての統計情報を確認し、第4節で制度形成過程を分析し、第5節で療養病床改革の結果生じている問題について考察しよう。

3. 施設介護サービスの動向

施設介護サービスの動向を施設数、費用、重要な制度改正から確認する。

まず、施設数と費用面から見てみよう。図2は介護保険3施設と有料老人ホームの利用状況の推移（左軸）及び、施設費用が介護保険の費用全体に占める割合（右軸）を示している。社会保障審議会の介護給付費分科会で使用された図の一部を、筆者が修正したものに「介護保険事業報告書（各年）」の値を加えたものである。左

軸は件数と人数とを示しているため、留意されたい。ここから次の2点を指摘できる。

第一に、施設サービス費用が介護保険財政全体に占める割合は介護保険導入以降、継続して減少しており、この点から「施設から在宅への転換」が達成できているようにも見える。ただしこれは、在宅サービスなど他の費用が施設費用以上に伸びたことに起因している。図2と同期間の具体的な数値を、厚労省「介護保険事業報告書（年報）」の2000年度から2013年度までの各年のものを確認すると、2000年度に在宅サービスの介護費用総額は1兆2,081億円、施設サービスの介護費用総額が2兆4,192億円であったものが、2005年度に在宅サービス費用が3兆2,335億円、施設サービスが3兆0,774億円と逆転し、2013年度には在宅サービスが4兆7,689億円、施設サービスが3兆1,241億円と推移しており、施設サービスの伸び以上に在宅サービスが伸びていることがわかる³⁾。

第二に、病床型施設の役割の低下と有料老人ホームの役割の大幅な増大が確認できる。なお、有料老人ホームは施設費用にカウントしていないため、実際には施設サービスに近いにもかかわらず、介護保険財政全体のうちに占める施設費用の割合が減ったように見えるという問題もある。各値の年平均増加率をみると、介護老人福祉施設が4.3%、介護老人保健施設が3.2%、病床型施設が△3.8%、有料老人ホームが18.9%とそれぞれ変化している。

次に療養病床にかかわる政策の重要な改正を見ていく。まずは、重要な制度改正を列挙すると、以下の通りである⁴⁾。

- ・2000年4月 介護保険制度導入
- ・2005年改正 介護予防の重視、施設給付見直し等
- ・2006年6月 2012年3月末（2011年度末）に療養病床廃止を決定
- ・2011年改正 地域包括ケア重視の方針を決定、療養病床廃止延長（新規指定は行わない）
- ・2014年改正 医療と介護の連携強化、特別養護老人ホームを中重度要介護者に重点
- ・2016年改正 介護医療病院の創設、介護療養病床の経過措置を6年延長

注目すべき点として、介護保険導入からわずか6年後の2006年に療養病床の廃止が決定するにもかかわらず、繰り返し廃止延長が行われている点、医療との連携の模索等があげられる。医療改革については、療養病床が重度要介護者を対象とし医療の提供もサービスに含まれていることから、介護保険の中で特に関係が深いと考えられる⁵⁾。そのため、適宜医療改革を含めた社会保障改革全体についても分析の対象に含めることとする。

以上を念頭に、療養病床の量的な変化が起きた経緯について政策形成過程を明らかにしていこう。具体的には介護保険導入後に療養病床が拡大していたが、それが2005年以降になると件数・費用ともに減少していくことになった点に着目し、介護保険導入当初の療養病床の役割が変化した経緯を厚労省の政策意図を中心に明らかにしていく。そのうえで2006年に療養病床の廃止が決定されたにもかかわらず残存している経緯について考察しよう。

4. 療養病床施設廃止に向けた取り組みとその限界

本稿では特に介護保険制度の運営について具体的な議論がなされていた2つの審議会に着目

3) ここでは、「介護給付・予防給付」の費用額を1億円未満四捨五入したものを使っている。なお、同資料では2000年の値は2000年4月から2001年2月の累計、それ以降は各年3月から翌年2月の累計となっている。

4) 厚生労働省（2018a）及び厚生労働省ウェブページ各項目より作成。

5) そもそも介護保険は、高齢者医療費の増大との関連で導入が検討されてきた面があり、医療改革との関連は強いと考えるべきであろう。

していく。具体的には、社会保障審議会の介護給付費分科会と介護保険部会である。

一つ目の社会保障審議会の介護給付費分科会⁶⁾、厚生労働大臣の下に置かれた社会保障審議会の下で介護保険の介護報酬を中心に介護給付に関する審議を2001年10月22日から行っている。もう一つの介護保険部会は社会保障審議会の下に置かれ⁷⁾、介護保険法の規定にある介護保険制度の見直しのために設置され、2003年5月27日から議論を行っている。両者の違いは、介護給付費分科会が介護保険の運営状況に基づいて介護報酬の見直しを中心に議論しているのに対し、介護保険部会は制度導入当初5年ごとに行われることになっていた介護保険全体の見直しを行うために設置された部会である点があげられる（介護給付費分科会（2001a）、介護保険部会（2003a））。

療養病床の廃止に向けた議論は介護保険部会でも問題提起はなされるものの、基本的には介護給付費分科会で行われている。これは、介護保険部会が5年ごとの見直しを検討するために会議の開催が改訂の2年前の2003年から行われていたのに対し（介護保険部会（2003b））、介護給付費分科会は介護保険が導入されてから継続して議論がなされていることに起因するであろう。

一方、療養病床の廃止延期に関しては、介護保険部会で詳細が検討されている。これは介護保険制度の改定が2005年以降3年おきに行われるようになったことで、介護保険部会がより頻繁に行われるようになったことが第1に考えられる。さらに政権交代の影響として、民主党政権期には介護保険部会では従来と同じく介護保険全体の見直しに加え社会保障・税一体改革

の介護保険に関連する内容をも議論していたことが影響していると考えられる。

本稿では、こうした両審議会の役割の違いを念頭に置きつつ、さらに審議会での決定が必ずしも厚労省の政策意図であるとはせず、審議会を各アクターが意見表明を行う機会のある場であり、かつ意見調整が行われた場としてとらえることとする。さらに、両審議会以外にも国会、審議会以外で提示した資料などを通じて各アクターの意図を可能な限り明確にしたうえで、審議会を中心とした合意形成過程を明らかにしていくこととする⁸⁾。

4.1 介護保険制度導入直後の療養病床施設の拡充に向けた議論

まずは療養病床が導入された直後の議論に着目し、そもそもの療養病床の位置づけについて考察しよう。2001年11月5日に行われた介護給付費分科会の第2回審議会の配布資料において、療養型施設が医療保険との間で機能分化が必要であること、病床数が当初の計画では194,304床を目標としていたにも関わらず119,293床にとどまっていることが指摘されている（介護給付費分科会（2001b））。そして、医療保険との機能分化を重視する必要があるとされつつも、「社会的入院」への対応のためにサービス基盤の不足を克服するべきという視点から、療養型施設を含め施設を増設すべきと健康保険組合連合の下村健委員が主張している（介護給付費分科会（2001c））。そうした指摘に対して、厚労省側も市町村の保険料が上昇する可能性を懸念しつつも、医療との役割分担を明確にしながら

8) 審議会での最終的な決定が行われるわけではなく、最終的には国会で決定が行われている。療養病床の廃止の決定は審議会である程度方向性が決められるが、廃止の延期については審議会報告書では明確な結論を出しておらず、最終的には政治的な決定が下されている（詳細は後述）。この点から、必ずしも合意形成が審議会でなされるわけではない点が重要であるが、意見調整や意見表明の場として機能していることも重要である。

6) 詳細は、厚労省ウェブページ「社会保障審議会（介護給付費分科会）」（議事録等一覧）（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698_old.html）。

7) 詳細は、厚労省ウェブページ「社会保障審議会（介護保険部会）」（議事録等一覧）（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html）。

ら整備を進めていくべきであると述べている。2001年12月10日に開催された第3回部会でも同様の指摘がなされており、療養病床の医療から介護への転換が議論された（介護給付費分科会（2001d））。例えば経団連専務理事の矢野弘典委員が療養病床への転換の目標達成率のばらつきが生じている理由を質問し、それに対し、厚労省側は明確な原因はわからないとしている⁹⁾。このように、当初の目標よりも療養病床が少ない点が問題視されており、その点は多くのアクターが共有していた。ところで全国市長会の喜多洋三委員が療養病床で医療と介護の混同が生じている点を指摘しているように、医療と介護の役割分担の問題が早くも指摘されている点も、後の議論との関係において重要である。

こうした議論の背景には、高齢者医療費の削減への期待があったと考えられる。この点は国会の議論に目を向けることで明らかとなる。2001年6月13日の決算行政監視委員会議事録によれば、療養病床群への移行により医療費が下げられるのではないかという質問に対し、大塚義治厚生労働省保険局長は療養病床への転換が進めば医療費の削減につながると回答している（衆議院（2001））。このように、当初介護保険制度の療養病床は医療と介護の混同を指摘されつつも医療費の削減につながると期待されていたということがわかる。

4.2 療養型サービス抑制・廃止に向けた議論

4.2.1 主要アクターの見解

一方で介護保険財政の膨張の問題も早くから指摘されていた。例えば2002年5月13日に開催された第9回介護給付費分科会で、全国町村会から資料が提出され、その中で療養病床が介護保険料高騰につながるため医療保険適用のみにすべきであると指摘されている（介護保険給

付分科会（2002a））。しかしこの見解は、2002年11月18日に開催された第16回介護給付費分科会で日本療養病床協会の木下毅委員が指摘しているように、医療と介護のサービス内容の区分が容易でないために医療保険と介護保険のすみわけが難しい点などから賛同を得られなかった（介護保険給付費分科会（2002b））。こうした介護保険の膨張については2003年から介護保険制度見直しに向け始動し始めた介護保険部会においても検討されている。2004年1月26日に開催された第8回介護保険部会で、介護療養施設での利用者の伸びが他の施設サービスよりも大きく費用の伸びも大きいこと、介護療養型医療施設の平均在所期間が長い点が問題視された（介護保険部会（2004））。この2004年頃から介護保険財政の膨張が重要視されるようになった。以下では各アクターの政策意図を明らかにしたのち、適宜介護保険部会での議論も必要に応じて参照していくが、療養病床の廃止決定の契機となったのは介護給付費分科会の議論であったため、そちらを重視して分析を行うこととする（介護保険給付費分科会（2006e））。

まずは、厚労省側の政策意図に着目しよう。厚労省は制度を運営していく中で、省内でいくつかの審議会を設け、介護保険の在り方についての議論を行っており、各審議会においても明示的に見解を示す機会も少ないため厚労省の意図はわかりにくい面がある。そこで療養病床の廃止が決定される2006年よりもさかのぼったうえで厚労省の政策意図を明らかにしていこう。まずは厚労省老健局長の私的研究会として設置された「高齢者介護研究会」（座長：さわやか福祉財団理事長堀田力）が策定した「2015年の高齢者介護」（2003年6月26日）に厚労省の見解の原点を見出すことができる（厚労省高齢者介護研究会（2003））。ここで介護保険財政の膨張に言及がなされているが、その要因を軽度要介護者の増大と指摘している。そして施設介護を重度の要介護者に特化させていくこと、在宅サービスのさらなる充実と施設・在宅サービスの負担の不平等さの解消することが目指されている。

9) なお、経団連矢野委員は同会議で財政の健全性の必要性も指摘しているが、ここでは療養病床の削減については言及していない。

また施設サービスの過剰な需要は在宅サービスが不十分であることに起因すると指摘され在宅サービスのより一層の拡充を求めている¹⁰⁾。

以上から、実態として要介護者を在宅サービスでは支え切れていないとする先行研究の指摘と同様の視点を厚労省側も持っていたことがわかる。また2003年時点では介護保険財政の増大も問題視されているが、ここではその対策として施設サービスの診療報酬を引き下げることと在宅サービスの診療報酬を引き上げることを指摘するにとどまっている¹¹⁾。こうした診療報酬の変更は、施設と在宅サービスの負担の不平等さの解消を目指しつつ、在宅サービスの質の向上と施設サービスの費用抑制を目指したものと考えられる。こうした主張に、財政抑制の論理が加わることとなる。

財政抑制を強調する見解は、2004年7月30日から2006年5月26日まで実施された「社会保障の在り方に関する懇談会」において具体的に見出すことができる（社会保障の在り方に関する懇談会（2004a））。この懇談会は、社会保障改革全般に影響する議論を行っていた内閣官房長が主宰し、厚生労働大臣が補佐する形で、石弘光税制調査会会長や労使代表者、財務大臣等が参加した。

そして施設介護のホテルコストの見直しと地域密着サービスの必要性、予防システムの確立と医療と介護の役割分担については第3回懇談

会で言及がなされている（社会保障の在り方に関する懇談会（2004b））。特に老人医療費の地域間格差を問題視し、療養病床でなくても対応できる患者が医療保険分で約43%、介護保険分で約36%であるとしている（社会保障の在り方に関する懇談会（2004c））。また保険料負担の上昇への企業の不満を示すアンケート結果が提出されるなど、社会保障費全体の膨張が問題視された（社会保障の在り方に関する懇談会（2004d））。他にも「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」や、政府・与党医療改革協議会の「医療制度改革大綱」で費用削減の重要性が指摘されていたことも検討された。ここでは「2015年の高齢者介護」において主張されていた地域密着サービスの新設などについて共通点がみられる一方で、当時の政権が強調していた費用抑制が重視されたことが確認できる。

このように社会保障費の膨張が問題視されるなかで、介護保険においては費用が大きいとみなされた療養病床に対し、医療保険との役割分担の重要性や将来的な在り方の検討の必要性等が介護給付費分科会内で議論された。そして2005年12月13日の「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告」において、厚労省の見解を示す必要性が委員から指摘された（介護給付費分科会（2005e））。それを受け、2005年12月21日に厚生労働省が医療・介護の一体的見直しを行い2012年度までに体系的な再編を進める中で介護保険の療養病床の廃止を検討するとした（介護給付費分科会（2005g））。そして2006年1月26日の第39回介護給付費分科会で厚労省は自身の見解として「療養病床の将来像について」を提出した（介護給付費分科会（2006a））。概要をまとめれば次の通りである。

「療養病床の将来像について」の概要

1. 我が国の医療提供体制をめぐる課題
 - ・ 諸外国に比べ人口当たり病床数が多い、平均日数が長い
 - ・ 急性期病院への人員再配置、急性期から在宅医療へのトータルの治療期間短縮

10) 具体的な方向性としては、医療サービスとの連携や24時間体制により在宅サービスを施設サービスと同様の安心感のあるものにしようというものである。こうした方向性に従い、地域密着型サービスが新設されることとなった。

11) 制度の持続可能性を高めるために将来を見据えた思い切った改革が必要であるという記述があるが、その具体的な内容にまでは踏み込んでおらず、給付の効率化と重点化という抽象的な方向性が示されるにとどまっている。また、同様の指摘を介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004年7月30日）においても確認できる（介護保険部会（2007））。

- ・平均在院日数短縮に向けた取組
 - ・医療機能の分化・連帯、在宅療養の推進、療養病床の転換支援（老人保健施設、居住系サービス）
2. 療養病床の再編成
- ・療養病床の医療保険適用、介護保険適用
 - ・入院患者の状態に変わりがなく、入院の必要性が低い患者が入院
 - ・医療の必要性が高い場合は医療保険、低い場合は在宅・居住系・老健施設で対応
3. 療養病床の転換
- ・医療保険・介護保険療養病床を老人保健施設等への転換支援を行う
 - ・医療保険については都道府県、介護保険については市町村が主体

このように2012年度に介護及び医療の療養病床のうち医療が必要な患者については医療保険適用とし、医療の必要性が低い者については老人保健施設と有料老人ホームや在宅サービスを利用し、療養病床については廃止するとしている。そして、療養病床から老人保健施設への転換については、条件の緩和措置をとることとしている。

また、療養病床についての統計情報が示され、医療療養病床と療養病床との差や、介護保険3施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床）の差について参考資料が添付されている。その中で、介護保険の療養病床において、医師による直接医療提供の必要のない患者の割合が50.1%に上り、平均在院日数が693日に及ぶことを説明している。そのうえで、一人当たり毎月の費用額について、介護保険の療養病床が44.2万円、医療保険の医療療養が約49万円、特別養護老人ホームが31.9万円、老人保健施設が33.3万円となっていることを説明している。

このように厚労省は入院日数の長さ、すなわち社会的入院の解消のために医療を含めた改革の中で療養病床を他の施設へ転換していくことを目指していた。重要な点として「2015年の高齢者介護」にみられるような重度の要介護者を

施設に特化させるという点や「社会的入院」の解消という目標が引き継がれている一方、「社会保障の在り方に関する懇談会」で議論されたような費用抑制を意識した部分もみられることがあげられる。

こうした厚労省の考え方に対する他のアクターの反応を、「2015年の高齢者介護」が提出された2003年以降について見ていこう。まず市町村の見解として全国市長会が2004年6月9日に取りまとめた「介護保険制度に関する要望」において、予防の充実と施設と在宅サービスの均衡を図るためにホテルコストの徴収や利用者負担引き上げなどを提案していることが確認できる（全国市長会（2004b）¹²⁾。この点は、厚労省に賛同していたことがわかる。一方で市町村は、サービス事業者の決定を都道府県が行っていることを肯定的に評価しながらも¹³⁾、グループホームや有料老人ホームが急増し、財政を圧迫していることを問題視している（全国市長会（2004a））。また同資料で、低所得者対策の必要性なども主張していることから、市町村は財政的な負担の増大に懸念を示していることがわかる。そして後述の通り、市町村が費用抑制を積極的に主張していくことになる。

一方で経団連は、2004年4月20日に発表した「介護保険制度の改革についての意見」において、「社会的入院については、療養病床から介護施設への移行を進め、適正なケアや報酬の

12) なお、同年4月14日に全国市長会が提出した「介護保険の基本的見直しに関する意見」でも同様の指摘がなされ、また、グループホームや有料老人ホームが介護保険事業計画の目標値を超えているために保険財政を圧迫しているという指摘を行っている（全国市長会（2004a））。

13) この点について安藤（2007）では、サービス事業者の決定を市町村ではなく都道府県が行っているために、主体的な決定がなされていない可能性を指摘しているが、市町村側にとってはそのことが市町村の主体的な決定を阻害しているとみているわけではなく、実際に制度運営を行う中で必要であると認識していることがわかる。

設計でサービスの質の向上と給付の効率化を図るべきである」とした意見を提示している（日本経済団体連合会（2004））。さらに「介護費用が急激に増加」としていることを問題視し、費用を抑制するための一つとして療養病床の転換が論じられている。

この時点で、経済アクターが積極的に費用抑制を求め、市町村は財政膨張を懸念し、政府与党や財務省、厚労省も費用抑制に賛同していたことから、費用抑制という目標は、広く共有されていたといえる¹⁴⁾。

こうした費用抑制のための療養病床の抑制という方針に反対していたのが、医療関係者である。具体的には介護療養型で医師が果たしてきた役割を強調し、介護難民が出てくる危険性を訴えている（介護給付費分科会（2006b））。医師会が発行している「日本医師会ニュース」では、2004年10月29日の介護保険部会において、医師会の野中博常任理事長が財政面のみから議論が進められていることに抗議するために途中退席したことを伝えている（日本医師会（2004））。

4.2.2 療養病床廃止の決定に至る議論

以上のアクターごとの政策意図の違いを念頭に、合意形成過程を見ていこう。

2005年11月25日の第35回介護給付費分科会から療養病床の廃止について集中的に議論が行われている（介護給付費分科会（2005a））。同会において厚労省が用意した資料のなかで、療養病床の医療と介護の役割分担の検討の必要性、医療保険適用分を含め本来入院が必要のない入居者が3割近くいることなどが示されている（介護給付費分科会（2005b））。この時点では、廃止の必要性までは議論されず、あくまでも現状の説明にとどまっている。

2005年12月7日の第36回介護給付費分科会

でさらに踏み込んだ議論が行われている（介護給付費分科会（2005c））。ここではまず介護保険料の高騰の原因の一つとして療養型施設があげられ、一人当たりのコストが他の施設と比べて高いことや、医療の分野と混同していることなどが療養病床の問題であるとされた。さらに、「官から民へ」の可能性の模索として療養型施設から医療付きの有料老人ホームへの転換も考える必要があるという主張も登場した¹⁵⁾。

こうした議論に医師会は強く反発しており、野中博常任理事は社会的入院が解決していないにもかかわらず、廃止ありきの議論になっている状況に苦言を呈している（日本医師会（2006a））。さらに、本来介護を受けるべき患者が医療を受けているという状況と医療型の療養病床の診療報酬改定による減収の結果、介護難民を抱え続けることが不可能になってきているとも指摘している（日本医師会（2006b））。

これに対し、全国町村会会長の山本文男委員は医療と介護の役割分担の明確化、一人当たり費用の大きさから療養病床を廃止すべきと主張している（介護給付費分科会（2005c））。また、龍谷大学の池田省三委員は療養病床の多さが保険料高騰につながっている点を指摘し、全国町村会の意見を擁護している。

その後2005年12月13日に開催された第37回介護給付費分科会で、名古屋学芸大学学長の井形昭弘委員は、厚労省が療養病床の在り方の基本的な考え方を早急に示す必要があるとし、経団連からそうした検討の際には費用抑制を重要視すべきであると指摘している（介護給付費分科会（2005d））。こうした指摘をうけ厚労省は12月21日に療養病床の廃止を打ち出した。ただし大まかな方針であったため、各議員から具体的な内容を提示するように求められた（介護給付費分科会（2005f））。

そして上掲の厚労省が提出した「療養病止の将

14) この見解は国会でも共有されており、例えば2006年2月24日の衆議院厚生労働委員会では自民党大村秀章議員が、病床転換の必要性を社会的入院の解消及び限られた資源の有効活用と説明している。

15) 龍谷大学池田省三委員発言。ただし、あくまで可能性の一つとして言及している。

来像」に対しての議論が、2006年1月26日の第39回介護給付費分科会で行われている（介護給付費分科会（2006b））。ここで日本療養病床協会会長の木下毅委員と日本医師会の野中博委員が、入院している患者の受け皿がない点などから療養病床の廃止に強く反対している。それに対し、厚労省側は在宅を重視する点を強調した。この厚労省の主張を補強するものとして池田省三委員により療養病床の多い地域で訪問介護が少なくなるという説明を行い、療養病床が社会的入院の解消や医療を含めた在宅サービスの充実の妨げとなっているという指摘をしている。

そして2006年3月9日の第40回介護給付費分科会で最終的な議論が行われた（介護給付費分科会（2006c））。ここでも木下委員と野中委員は療養病床の必要性を強調している。それに対し、市町村側は医療と介護の役割分担の明確化を利用者側の混乱を避けるために必要であるとし、医療保険型の療養病床のみにすべきとしている。最後まで医療・福祉関係者は入院患者の受け皿などの問題から反対していたが、審議会においてそれに同調する見解は見られなかった。

このように、社会的入院の解消、医療と介護の役割分担、費用抑制という点が賛同され、医療・福祉側の主張が賛同を得られなかったことがわかる。以上のような議論を経て、2006年2月10日に国会に提出された「健康保険法等の一部を改正する法律案」に、療養病床の2011年度末の廃止が盛り込まれ、2006年6月14日に可決され、介護型療養病床の廃止が正式に決定された（介護給付費分科会（2006e））。この国会での決定を受けて、2006年6月28日に開催された介護給付費分科会で療養型病床の廃止に向けた議論が行われた。

具体的な内容について、後述する「介護施設等の在り方に関する委員会」の第1回資料に基づいてまとめると、表2の通りになる（介護施設等の在り方に関する委員会（2006b））。

注目すべき点として、医療介護全体で3,000億円程度削減できるとした具体的な費用削減の数値が掲載されていることがあげられる。この

試算については議論が起きたが、厚労省はその正当性を主張している（介護施設等の在り方に関する委員会（2006a））。さらに「療養病床の将来像について」と同様に入院日数の長さを問題視しているが、「医療費の適正化」や「効率的」な財源・人材の活用という点が強調されているという違いがみられる。また、具体的な転換先として、老健施設を重視しつつも有料老人ホームなどもある程度その代替となることが期待されていることがわかる。さらに、医療機関の施設転換への支援を強調している点は、サービスの受皿がなくなることを避けるためのものであり、実際にサービスを生産している医療福祉関係者の負担を軽減させる目的からの変更であると考えられる。

このように財政抑制や効率化が強調されるようになった背景として、当時の政府の課題として考えられていた国の財政赤字の問題の影響を受け、介護保険財政膨張を問題視する見解が広まっていたことが指摘できよう¹⁶⁾。そのため財政赤字抑制のための費用削減という目標について直接的に反対する見解はわずかであった。また、厚労省は在宅介護の重視を医療制度全般とも関連付け、長期入院の是正のために介護保険を活用することが「社会的入院」の解消につながると主張した。それに対し療養病床を廃止した後の対応が不十分であることなどが医療や福祉の立場から反論されたものの、状況を覆すことはできなかった¹⁷⁾。

その後、療養病床の廃止にむけた議論が2006年9月27日から2007年9月28日にかけて介護

16) ただし費用抑制のための廃止という議論が受け入れられたというだけではなく、社会的入院の解消という点が幅広く受け入れられていたことが重要である。例えば2006年4月26日の衆議院厚生労働委員会において参考人として招かれた日本経済新聞社論説委員が、入院日数があまりにも長い状況を問題視し、その解決のために医療型療養病床の削減と介護保険型療養病床の廃止はやむを得ないという主張をしているが同時に、削減・廃止した後についての議論が十分でないことについても指摘している。

表2 「療養病床の再編成について」の概要

療養病床の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・必ずしも医療サービスを必要としていない方も利用している <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の状態に即した適切なサービスの提供 ・医療保険や介護保険の財源の効率的な活用 ・医師・看護師など限られた人材の効率的な活用 ・医療費の適正化は喫緊の課題 <ul style="list-style-type: none"> ・医療費適正化のための平均在院日数短縮にむけ療養病床の再編
療養病床の再編成
<ul style="list-style-type: none"> ・医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床(医療保険)は存続 ・療養病床は6年で廃止し、その間に老人保健施設等への転換を進める ・地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進める <ul style="list-style-type: none"> ・老健施設を15～17万床、ケアハウス・有料老人ホーム等・24時間診療所を6～8万床 ・医療介護全体で3,000億円程度の給付削減、効率的な人材活用、適切なサービス供給 <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険で4,000億円程度削減、介護保険で1,000億円程度増大
再編を進めるための対応
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関がそのまま受け皿として老健施設などに転換できるよう支援 ・各都道府県において「地域ケア整備構想」を作成し毎年度の対応方針を決める ・第3期、第4期計画で実施
出所：第1回介護施設等の在り方に関する委員会資料「療養病床の再編成について」(https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8c.pdf)より筆者作成

給付費分科会内の「介護施設等の在り方に関する委員会」においてなされた。この中で、医療や福祉関係者への妥協が図られた¹⁸⁾。一方で各種提言などがなされたうえで、療養病床廃止後の役割を老人保健施設が中心に担うべきであるとしている。これまでの議論では有料老人ホー

ムの参入を期待する意見が出されてきたが、それに対する反対意見の多さから老人保健施設が療養病床の代替施設になるべきであると主張さ

17) なお、後述する民主党政権下での介護保険部会での議論や、民主党議員の意見において利用者及び利用者家族が療養病床廃止に反対していることがわかる。そのため審議会に参加していなかった利用者及びその家族というアクターが反発する可能性もあったと考えられる。しかしこの時点では、彼らには審議会において明確な反対意見を表明する機会がなく、また療養病床の利用者はごく一部に限られていたため、他のアクターを巻き込むということも難しかったものと考えられる。

18) 具体的な議論の経過は次の通りである。まず病床型施設から老人保健施設への転換を円滑にするために、適切な医療提供を目的とした「医療機能強化型老人保健施設」の創設が提案された(介護施設の在り方等に関する委員会(2007))。また、2008年1月30日の第46回介護給付費分科会において療養病床から転換した介護老人保健施設についてという議題で議論が行われた(介護給付費分科会(2008a))。その中で、自民党は「療養病床から転換した老人保健施設について」(介護給付費分科会(2008b))を提出し、医協は「中医協における療養病床から転換した介護老人保健施設入居者への医療提供に関する議論について」(介護給付費分科会(2008c))を提出した。

れるに至ったと考えられる¹⁹⁾。

そして2008年3月3日に介護給付費分科会が提示した「介護療養型老人保健施設における介護報酬等の見直しに係る諮問について」で、療養病床廃止後の具体的な方向性が示された(介護給付費分科会(2008d))。その中で療養病床から介護老人保健施設へ転換した場合には夜間対応等に対しての新たな施設サービス費を設けるなど、医療・福祉関係者に配慮した対応がとられている。さらに、療養病床から老人保健施設に転換した場合には医療ニーズに対し介護報酬上特別な評価が加えられる「介護療養型老人保健施設」の創設、本来は1床当たり8㎡の床面積の基準を6㎡に認める、交付金や融資制度を設け費用負担を軽減するといった措置が取られることとなった(介保険部会(2010a))²⁰⁾。このように療養病床廃止決定後に、医療・福祉関係者への配慮がなされていることがわかる。

以上、「社会的入院」の解消と財政抑制を目標として療養病床廃止が決定され、医療福祉関係者の負担を軽減するような方針が取られたことを明らかにしてきた。しかし療養病床の廃止の目標は実現しなかった。いったいなぜなのか。その経緯についてみていこう。

4.3 療養型サービス廃止実現の困難さ

まず国会の議論の中で、療養病床の削減が無理な退院を誘発しているという認識が出てきた。そこで、国会での議論から検討をしていくが、2009年に起きた政権交代により政策形成過

程が変更され、介護給付費分科会や介護保険部会で議論がなされる前に政策の方針が打ち出されているため²¹⁾、民主党の政策方針に着目していこう。なお繰り返しになるが、療養病床の廃止延長に関する議論は主に介護保険部会で行われ、2010年の11月30日に介護保険部会から「介護保険制度の見直しに関する意見」が提出されることになる(介護保険部会(2010d))。

2008年4月11日の衆議院厚生労働委員会において民主党の菊田真紀子議員が2005年改革以降、介護施設に関する利用者の負担が増えている点や医療改革の影響を受け療養病床から退院を迫られる要介護者が増えていることを問題視する発言を行っている。こうした認識を持っていた民主党が政権をとったことにより、政策に変化が出てきた²²⁾。2009年の民主党の選挙マニフェストにおいて、「介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる」と題された政策の具体策の一つとして「療養型介護施設の廃止の延長」が主張されている(民主党(2009))。

政権交代後の2010年2月19日の衆議院厚生労働委員会で長妻昭厚生労働大臣が療養病床の廃止について、「社会的入院」を解決するために機械的に目標が決められたが、実態にあっていないため調査を実施したうえで再検討の必要があると説明している。そして民主党厚生労働部門会議(座長：石毛鏡子)が2010年12月22日

19) 2006年6月7日の参議院厚生労働委員会では、金沢大学教授の横山壽一参考人が療養病床を有料老人ホームなどへ転換させると利用者の負担が高額化し、行き場がない状況に置かれる高齢者が相当数出てくるのではないかと指摘している。

20) 介護保険部会(2010a)は、2010年5月以降に再開された介護保険部会において過去の介護保険の改革の経緯などをまとめた資料となっており、2008年の改革の結果も把握できる。また同資料により、介護給付費分科会での議論が、実際に制度改正に反映されたことが確認できる。

21) 自民政権下で最後に開催された介護給付費分科会は2009年6月であり、民主党政権になってからは同分科会の調査実施委員会が2010年1月、同分科会が2010年7月まで開催されていなかった(厚労省ウェブページ「社会保障審議会(介護給付費分科会)」参照)。一方の介護保険部会も2008年2月に開催されて以降2010年5月まで開催されていなかった(厚労省ウェブページ「社会保障審議会(介護保険部会)」参照)。

22) 一方当時の自公連立政権の認識では、在宅を重視するために療養病床を見直そうという考えであった。例えば「社会保障国民会議最終報告書」において医療を含めた病床の見直しが掲げられており、その付属資料では療養病床は2025年の姿からなくなっている(社会保障国民会議(2008))。

に「介護保険制度の見直しに関する提言」を発表し、そこで介護療養病床の2011年度末廃止を3年間延長するとしている（民主党（2010））。

こうした民主党の方針に対して、介護保険部会でも療養病床に関する検討がなされている。政権交代後に何度か介護保険部会が開催され、療養病床について議論がなされているが、長妻厚労大臣が実施を表明した調査の結果を受けて2010年9月17日に行われた第32回介護保険部会において療養病床の廃止延期の是非が議論されている（介護保険部会（2010b））。まず調査結果として、約12万床あった療養病床が約8.7万床に減少した点、医療保険型療養病床の方が高度の医療を必要としている患者が多いことから医療と介護の機能分化が進んでいることが説明された。

これに対し、認知症の人と家族の会の勝田登志子委員は利用者の立場として、療養病床を存続させるべきであるとして主張している。また医師会の三上裕司委員は療養病床が廃止になるということをやむなく他施設に転換した施設があることを指摘し、そうした施設が療養病床に戻れるか質問をしている²³⁾。この質問を受け、厚労省は「制度的に禁止ということはしてございません。ただ、こういった現在の状況の中で、実際にお戻りになるかどうかということだと思います。」と回答している。厚労省側は療養病床の廃止を念頭に置いており、そこに戻ることを暗に批判しているようにも解釈できる。

一方で療養病床の廃止に賛同している見解として、全国市長会の石川良一委員は2,000億円の経費削減につながるとしていたにもかかわらず実際に転換が進まずに廃止の延期をすることが行政不信につながると述べている。さらに市町村側は療養病床の廃止そのものは維持すべきであると主張している（介護保険部会（2010c））。

23) なお、ここでは明言していないが2010年7月30日に開催された第28回介護保険部会において三上委員は療養病床廃止の方針そのものに疑問を呈している。

以上の議論を経て2010年11月30日の「介護保険制度の見直しに関する意見」では療養病床から他の施設への再編が進んでいないために、療養病床の廃止を延期すべきであるとしている（介護保険部会（2011））。また同意見書では、療養病床の廃止そのものを撤回すべきであるという意見も併記しており、審議会として結論を出したわけではない。

次に介護給費分科会の議論を見ていこう。こちらでは介護報酬について議論を行っているため、ここでの決定が介護保険制度改正に直結するわけではないが、各参加者の見解、特に厚労省の見解がより明確になるため確認する。2011年5月30日に開催された第75回介護給付費分科会では、医療と介護の連携及び介護保険施設についての議論が行われている（介護給付費分科会（2011a））。そこで療養病床から他の施設サービスへの転換が進んでいないことから現存の療養病床の転換期限を2012年3月31日から6年間延長することが検討された（介護給付費分科会（2011b））。同会議において厚労省側が療養病床廃止を実現できなかった状況を説明している。その中で、療養病床の廃止を未定としている理由についてアンケート結果を提示しており、「2012年の医療・介護報酬改定の方向を見てから考える」という理由が最も多く、次いで「療養病床が必要とされている」、あるいは「受け皿に問題がある」という回答が多かったと説明している。これをうけ、日本医師会の三上裕司委員は療養病床が今後も必要ではないかと質問したのに対し、厚労省側は医療保険適用の療養病床の方に医療が必要な患者、介護療養型病床の方に要介護者が集まっているという役割分担が進みつつあるため、将来的に療養病床を廃止できると述べている。こうした厚労省の意見に龍谷大学の池田省三委員は賛同し、療養病床の廃止が実現しなかったことに苦言を呈している。

以上の議論を経て、療養病床廃止の延期が決定する。最後に国会での政府側の主張を見ていこう。2011年6月9日の厚生労働委員会で当時

野党の自民党議員から療養病床の在り方について質問を受けた際、細川津夫厚生労働大臣は次のように回答している。

介護療養病床につきましては、これは委員も御承知のように、いわゆる社会的な入院ということ、これを是正をするということで、(筆者注：平成)二十四年三月、来年の三月までで老健施設等に転換をすると、こういうことになっておりますけれども、これにつきましては、現在この転換が進んでいないというような実態も踏まえまして、これまでの政策方針は維持をしながらも転換期限を六年間延長ということにしたいところでございます。

今後は、介護が必要でありながら医療ニーズも併せて持つ高齢者が転換後の施設においても適切なサービスが受けられる、そのようにするためにも、医療ニーズが比較的高い入所者に対応するためには、介護療養型老人保健施設等におきます介護報酬の評価というようなことでそちらの方に進んでもらうと、こういうことなど、いろいろな施策を転換をいたしまして、そういう今委員が指摘をされましたように、療養が必要な方につきましては介護療養型の老人保健施設というものの方へ移っていくというようなことを政策としては進めさせていただいているところでございます²⁴⁾。

こうした政府の主張に基づき、2011年6月15日に療養病床廃止の延長が国会で決定された。民主党政権の方針が反映され、療養病床廃止の延期が決定されたのである。ただし、廃止の延期という決定にとどまり、介護保険部会で提議された療養病床の存続という政策転換までには至らなかった。これは、療養病床の廃止という実現が困難な目標であっても、対立の構図が基本的に変化しておらず、「社会的入院」の解消と費用抑制に対する幅広いアクター間での合意があったために、根本的な方向転換までには至

らなかったということであろう。

5. 政策目標の根本的変更の難しさとその影響

以上の議論をまとめようとして、療養病床の廃止が決定されつつもその実現の延期が繰り返されているという政策の結果をみていこう。

当初医療との区分が曖昧とされつつも医療改革との関連で「社会的入院」の解消という積極的な位置づけがなされた介護保険の療養病床は、介護保険財政が膨張するに従い抑制そして廃止へと目標が変化していった。しかし、廃止の目標を維持しつつもその達成が実現できずに延長が決定された。その際、一貫して「社会的入院」の是正と医療費を含めた社会保障費の費用抑制が強調されてきた。こうした費用抑制に対しては経団連や市町村が賛同しており、学者による理論的な整理や提言もなされた。こうした主張に対し厚労省は費用抑制そのものに反対することはなく、「社会的入院」の是正や制度上の医療と介護の役割分担の明確化を目指していた。一方で医療・福祉関係者は療養病床の存在意義を評価しており、利用者の視点からも療養病床の存続を支持する見解もあったものの、医療費全体の見直しの議論がある中で賛同を集めることができず、介護療養老健施設の新設などの負担の軽減という妥協を引き出すのが限界だったといえよう。

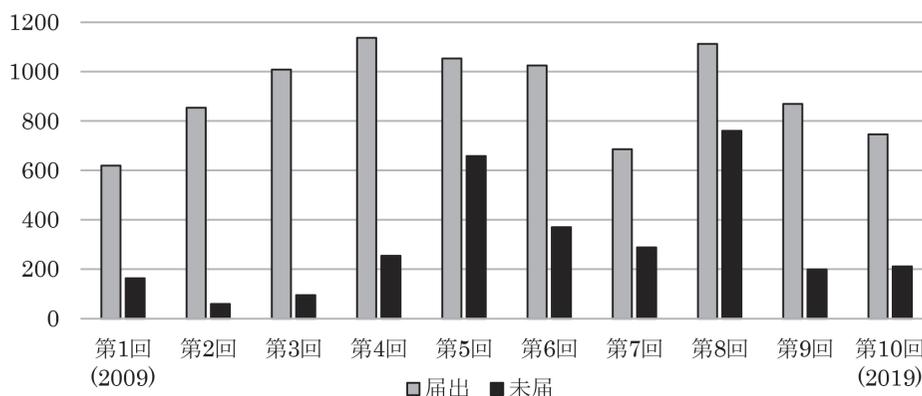
さらに、こうした構図は療養病床廃止の実現が困難な状況でも変わらず、介護保険財政の膨張を危惧する市町村や「社会的入院」の解消及び医療と介護の役割分担を明確にしたい厚労省から療養病床の存続は賛同を得られなかったことが明らかとなった。次にこうした政策変遷の結果を考察していこう。

まず療養病床は、現在でもサービスを供給し続けており、その代替は介護老人保健施設や特別養護老人ホームにすべきであるという議論が中心であったが、前掲図1で明らかなおり民間の有料老人ホームの急激な伸びにつながった。そのため本来医療を必要とする要介護者が費用を負担できないために適切なサービスを受

24) 2011年6月9日第177回国会参議院厚生労働委員会第12号、細川津夫厚生労働大臣発言。

図3 各調査において新たに把握した届出 / 未届の施設数

(単位：件)



注：第1回は2009年5月1日から2009年10月31日、第2回から6回が11月1日から翌年の10月31日まで、第8回以降は7月1日から翌年6月30日まで、第7回は2014年11月1日から2015年6月30日までと、2015年7月1日から2016年1月31日までの2度行われているが、ここでは後者を第8回に加算している。

出所：厚生労働省（2019）「平成30年度有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査（第10回）結果」より作成。

けられない可能性がある。

さらに有料老人ホームのなかには、無届施設が存在している。そこで有料老人ホームの無届施設に関するデータも紹介しておこう（図3）。厚生労働省が2009年以降毎年11月から翌年10月までに未届施設あるいはその可能性があるとしている施設は59～658件としている。なお届出施設数はほぼ毎年1,000件程度あり、3.7～9.3%程度が未届となっている。このことから、満たされない施設サービス需要への供給として、統計上把握できる状況以上に実質的な施設サービスが供給されていることが推測できる。なお、報告時点で検査途中や有料老人ホームに該当するか不明な施設を未届に含めてしまっている点や調査ごとのばらつきや修正が多い点には注意が必要である。

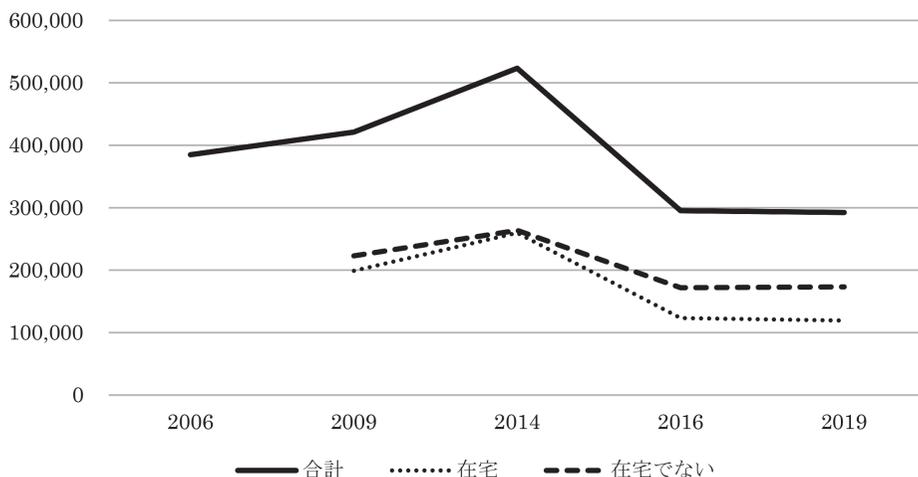
また、施設サービスの供給が不十分であることは、施設サービスを利用したいにもかかわらず、実際には利用できないという入居待機者となる可能性がある（厚生労働省老健局（2014、

2017、2019）及び労働政策審議会雇用均等分科会（2008）。厚労省の調査によれば、特別養護老人ホームの待機者は、2016年ではおよそ29万人いることが明らかとなっている（図4）。一方で2014年調査まで要介護1、2も特別養護老人ホームの対象であったため2009年には42万人、2014年には52万人の待機者がいた。

このように、療養病床の廃止によって生じる施設サービスへの需要は、老人保健施設や特別養護老人ホームでは解消されず、施設サービスの不足という事態に陥っていると考えられる。そして不足する施設サービスの供給が有料老人ホームや無届施設、待機老人に分散されているのが現状であると考えられる。つまり、施設サービス需要が縮小することはなく、在宅サービスや地域密着型サービスでは十分に代替できず、現状の制度では対応しきれないということが考えられる。その分の負担は、本来サービスを必要としている要介護者や医療保険が負担していると考えられる。

図4 特別養護老人ホーム入所者の推移

(単位：人)



出所：厚生労働省（2011、2017、2019）「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」、労働政策審議会雇用均等分科会（2008）「参考資料」より作成。

こうした改革の根底には、深刻な財政赤字という財政的前提条件による費用抑制重視があったと考えられる。費用抑制のために経済関係者が改革の推進を主張してきた点は上述の通りである。また重要な点として財政上の責任を負うことになった市町村が費用抑制に賛同したことがあげられる。所得が低い高齢者からも保険料を徴収するという立場にある自治体が、費用抑制に強く賛同したことが療養病床廃止につながっている。その背景には、保険料の高騰が高齢者の生活を圧迫する点が考えられよう。例えば、2014年の改革では低所得者向けの保険料軽減を拡充するという改革が行われている（厚生労働省（2018a））。他方で同じ2014年の改革では従来介護費用の1割を利用者が負担する仕組み

であったものが、所得が高い高齢者は2割負担をすることになった点も介護保険財政の膨張への対処方法と考えられよう²⁵⁾。

こうした介護保険財政の膨張への対応を重視する見解は、財政抑制が予想以上に強かったという当時の厚労省官僚や審議会参加者の回顧録や出版物でも確認できる²⁶⁾。以上から、療養病床の削減という目標は、厚労省が当初意図していたような「社会的入院」の解消という方向に費用抑制が強く加わった結果として目標達成が困難となったことがわかる。しかし、費用抑制という目標が加わったことで経済アクターや市町村の賛同を得ることになり、目標自体を覆す

25) なお給付費を抑制するために、事業者への介護報酬を大幅に引き下げるという方法もありうるが、介護サービスの担い手を確保するためには、こうした選択は困難であったとみられる。

26) 例えば、厚労省官僚で老健局長などを歴任した堤修三氏の「予想外だったのは、財政の締めつけがちょっと早めに来たことでした」という発言（菅沼等編（2018：366））や、財政面の収支バランスのみの議論になりがちであったといった指摘（大森（2018：319））があげられる。

ことが困難な状況になったということができよう。

おわりに

介護保険において「社会的入院」を解消するために「施設から在宅への転換」を行うことは経済アクター、保険者である市町村などからの合意や学者による正当化がなされ、その達成のために療養病床の廃止が厚労省にとって重要な政策課題となった。しかしそうした目標に、費用抑制という目標が加わり、次第にその目標が強調されていくことによって療養病床を廃止するという目標が実現困難になった。また、厚労省は各アクターの主張を取り入れていったことで、行き当たりばったりのように見えるような改革を続行していったことも重要な点であろう。もちろん介護保険が導入されたことにより、介護サービスの供給は向上したが、介護保険制度は財政制約が意識されて改革が進められてきたのである²⁷⁾。そして、「社会的入院」の解消という目標そのものは支持されているため、療養病床の廃止という方針そのものは覆されていない一方、財政抑制という目標も支持されているために、療養病床の廃止が実現されることなく目標達成の延長が繰り返されるという状況が続いている。

最後に、介護保険の財政調整システムである調整交付金という制度における施設から在宅への転換の困難という問題について触れておこう。介護保険の財政調整システムは後期高齢者の多さと低所得者の高齢者を算定基準としていたために、施設サービスが多い保険者は保険料が高騰しやすい仕組みとなっている。しかし、施設サービスのうち最もその削減が期待された

療養病床が今日もなお残存していることから明らかのように、施設サービスの削減は市町村によって容易に達成できるものではないことが伺える。その結果、施設サービスの多さが保険料の高騰に直結してしまうため、無届施設の増大や待機老人の増加といった問題が生じている可能性が明らかとなった²⁸⁾。財政調整メカニズムは、市町村自らが調整できない要因を取り除くものであるが、その基準は社会的に公平とみなされる水準に決定されるものである。しかし、実現が困難な政策目標に基づいて公平性の基準が掲げられる可能性もあり、かつ政府側が容易にその方針を転換できない可能性があることが今回明らかとなった。

以上本稿では、国全体の動向に着目してきたことで、財政調整の効果が自治体間で異なっていることについて言及できるものの、その具体的内容については検討していない。この点が本稿の抱える限界であり、今後具体的な自治体における政策に着目する必要がある。

参考文献

- 安藤道人 (2008) 「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析—保険者データを用いた分析」『季刊社会保障』第44巻第1号
- 池田省三 (2011) 『介護保険論 福祉の解体と再生』中央法規
- 市川樹 (2016) 「介護保険財政における地域間格差と調整交付金の機能」日本地方財政学会研究叢書第23号『自治体政策の課題と展望』
- 大森彌 (2018) 『老いを拓く社会システム—介護保険の歩みと自治行政』第一法規株式会社
- 介護保険法等改正研究会 (2017a) 「介護療養病床の廃止・転換の経緯と背景」『厚生福祉』6349

27) 例えば厚労省官僚で老健局長などを歴任した中村秀一氏は、自身の著書で介護報酬改定に携わった際、介護保険料は「できるだけ上がらないに越したことはない」と考えた一方、「介護サービスもちゃんと普及しなければ駄目だ」という認識であったと説明している (中村 (2019: 307))。

28) 施設サービスの多さが保険料上昇につながる可能性や、施設から在宅への転換は賛同を得られるものであったとしても費用抑制が先行することで在宅サービスまでも不十分になるなどの問題を抱える可能性は制度導入前から横山 (1999: 56f) 等で指摘がされてきた。

合併号

- 介護保険法等改正研究会 (2017b)「介護療養病床に関する二つの提言」『厚生福祉』6350号
- 神野直彦・金子勝 (1999)『「福祉政府」への提言—社会保障の新体系を構想する』岩波書店
- 菅沼隆, 土田武史, 岩永理恵, 田中聡一郎編 (2018)『戦後社会保障の証言—厚生官僚 120 時間オーラルヒストリー』有斐閣
- 田近栄治・菊池潤 (2003)「介護保険財政の展開」『季刊社会保障研究』第 39 巻 第 2 号
- 中越竜馬・武政誠一・南場芳文・盛岡寛文・雄山正崇・中山可奈子 (2014a)「在宅高齢者の介護保険 サービス 利用状況」『理学医療法科学』第 29 巻 5 号
- 中越竜馬・武政誠一・南場芳文・盛岡寛文・雄山正崇・中山可奈子 (2014b)「介護保険の利用における家族介護者の満足度と家族介護者の経済状況」『理学医療法科学』第 29 巻 6 号
- 中村秀一 (2019)『平成の社会保障—ある厚生官僚の証言—』社会保険出版社
- 結城康博 (2008)『介護 現場からの検証』岩波新書
- 横山純一 (1999)「介護保険法の全面改訂を一地方分権を目指した税方式へ」神野・金子編『「地方政府」への提言—社会保障の新体系を構想する』岩波書店
- 和田勝 (2007)『介護保険制度の政策過程—日本・ドイツ・ルクセンブルク 国際共同研究』東洋経済新報社

資料・参考ウェブページ

- 首相官邸ウェブページ
- 社会保障の在り方に関する懇談会 (2004a)「社会保障の在り方に関する懇談会の開催について」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyou/dai1/siryou1.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 社会保障の在り方に関する懇談会 (2004b)「介護保険改革と他の社会保障制度との関係(案)」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyou/dai3/3siryou2.pdf>) (最終閲覧日

- 2021 年 2 月 11 日)
- 社会保障の在り方に関する懇談会 (2004c)「介護保険に関連する医療制度の見直し(厚生労働省提出資料)」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyou/dai3/3siryou4.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 社会保障の在り方に関する懇談会 (2004d)「経済産業省提出資料 企業活動と公的負担に関する緊急調査について」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyou/dai3/3siryou5.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 社会保障国民会議 (2008)「社会保障国民会議 最終報告書」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyokokuminkaigi/saishu.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省・厚生労働省社会保障審議会ウェブページ
- 介護給付費分科会 (2001a)「資料 1 社会保障審議会等関係規定」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/1022-1c.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2001b)「第 2 回介護給付費分科会 資料 1」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/dl/1105-1b.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2001c)「第 2 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0111/txt/s1105-2.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2001d)「第 3 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/txt/s1210-1.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2002a)「全国町村会 介護保険制度に関する緊急要望」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/05/s0513-2e.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2002b)「第 16 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/11/txt/s1118-1.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005a)「第 35 回介護給付費分

- 科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/txt/s1125-6.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005b) 「第 35 回介護給付費分科会資料 1 介護保険施設の報酬・基準について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/dl/s1125-12b3.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005c) 「第 36 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1207-3.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005d) 「第 37 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1213-2.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005e) 「平成 18 年度介護報酬改定に関する審議報告」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1213-4b.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005f) 「第 38 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1228-1.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2005g) 「資料 4 療養病床の将来像 (厚生労働省提出資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1228-2e.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2006a) 「療養病床の将来像について (厚生労働省提出資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9f.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2006b) 「第 39 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/txt/s0126-4.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2006c) 「第 40 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/txt/s0309-2.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2006d) 「第 41 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/txt/s0628-5.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2006e) 「療養病床再編成に伴う介護報酬等の見直しに係る諮問案について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/dl/s0628-7b.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2008a) 「第 46 回介護給付費分科会議事次第」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/s0130-14.html>). (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2008b) 「自民党 療養病床から転換した老人保健施設について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-14g.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2008c) 「中医協 中医協における療養病床から転換した介護老人保健施設入居者への医療提供に関する議論について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-14j.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2008d) 「介護療養型老人保健施設における介護報酬等の見直しに係る諮問について」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0303-7c.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2011a) 「第 75 回介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001h6uw.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2011b) 「医療と介護の連携」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001dzdp-att/2r9852000001dzh2.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2017) 「第 144 回参考資料 3 介護療養型医療施設及び介護医療院 (参考資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護給付費分科会 (2018) 「施設・住居系サービスについて」(<https://www.mhlw.go.jp/file/05->

- Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000044903.pdf) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護施設等の在り方に関する委員会 (2006a) 「第 1 回介護施設等の在り方に関する委員会議事録」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/txt/s0927-2.txt>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護施設等の在り方に関する委員会 (2006b) 「療養病床の再編成について」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8c.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護施設等の在り方に関する委員会 (2007) 「療養病床から転換した老人保健施設における医療サービスの提供について」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0620-7c.pdf>)
- 介護保険部会 (2003a) 「資料 2 (1) 社会保障審議会介護保険部会について」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0527-3d1.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2003b) 「第 1 回介護保険部会議事録」 (https://www.mhlw.go.jp/content/shingi_2003_05_txt_s0527-1.txt) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2004) 「第 8 回介護保険部会 資料 4」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-7e10.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2007) 「介護保険制度の見直しに関する意見」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2010a) 「給付の在り方 (施設, 住まい) について」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000ikoc-att/2r9852000000ikpt.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2010b) 「第 32 回介護保険部会議事録」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xo8e.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2010c) 「第 37 回介護保険部会議事録」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000010860.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2010d) 「介護保険制度の見直しに関する意見」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 介護保険部会 (2011) 「介護保険制度の見直しに関する意見」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001rgu8-att/2r9852000001r13r.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省 「介護保険事業報告書 (年報)」 (2000 年～2013 年度の各年)
- 厚生労働省 (2018a) 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省 (2018b) 「第 7 期計画期間における介護保険の第 1 号保険料について」 (<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12303500-Roukenkyoku-Kaigohokenkeikakuka/7ki-syuukeikekka.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省 (2019) 「調整交付金<参考資料>」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000551448.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省 ウェブページ 「社会保障審議会 (介護給付費分科会)」 (議事録等一覧) (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698_old.html) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省 ウェブページ 「社会保障審議会 (介護保険部会)」 (議事録等一覧) (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省高齢者介護研究会 (2003) 「2015 年の高齢者介護」 (<https://www.mhlw.go.jp/topics/>)

- kaigo/kentou/15kourei/index.html) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 (2011)「特別養護老人ホームの入所申請者の状況」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 (2017)「特別養護老人ホームの入所申請者の状況」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000157883.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 (2019a)「特別養護老人ホームの入所申請者の状況」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000581323.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 (2019b)「『平成 30 年度 有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査 (第 10 回)』結果」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000496308.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 療養病床の在り方等に関する特別部会 (2016)「第 1 回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000130255.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 労働政策審議会雇用均等分科会 (2008)「参考資料」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1023-4b.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 国会議事録等
衆議院 (2001)「決算行政監視委員会議録 第六号」(<https://kokkai.ndl.go.jp/minutes/api/v1/detailPDF/img/115104127X00620010613>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 「衆議院厚生労働委員会」(2006 年 2 月 24 日)
- 「衆議院厚生労働委員会」(2006 年 4 月 26 日)
- 「参議院厚生労働委員会」(2011 年 6 月 9 日)
- その他
全国市長会 (2004a)「介護保険の基本的見直しに関する意見」(http://www.mayors.or.jp/p_opinion/o_teigen/2004/04/h160414-kaigoiken.php) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 全国市長会 (2004b)「介護保険制度に関する要望」(http://www.mayors.or.jp/p_opinion/2004/06/h1606-17.php) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 日本医師会 (2004)「日医 NEWS 第 1037 号」(<http://www.med.or.jp/nichinews/n161120h.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 日本医師会 (2006a)「日医 NEWS 第 1070 号」(<http://www.med.or.jp/nichinews/n180405c.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 日本医師会 (2006b)「日医 NEWS 第 1085 号」(<http://www.med.or.jp/nichinews/n181120c.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 日本経済団体連合会 (2004)「介護保険制度の改革についての意見」(<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/034.html>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 民主党 (2009)「Manifesto」(http://archive.dpj.or.jp/special/manifesto2009/pdf/manifesto_2009.pdf) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- 民主党 (2010)「介護保険制度の見直しに関する提言」(<http://www.caresapo.jp/fukushi/insurance/pdf/101222.pdf>) (最終閲覧日 2021 年 2 月 11 日)
- (横浜国立大学大学院国際社会科学府博士課程後期)