

第4章

日本の介護保険制度：中所得国への教訓

ジョン・C・キャンベル

中所得国では先進国に比べて介護を要する高齢者が比較的少ないため、介護が優先課題として認識されないことがある。しかし、他国に先行して介護問題に直面した日本の経験から、この問題に早期に対処しなければ、費用がかさむその場しのぎの施策が定着してしまうという政策的教訓が得られる。特に2000年に始まった日本の介護保険制度からは、いかにして効果的な制度を構築していくか検討する上で示唆が得られるであろう。本章では、どの発展段階で介護制度の導入を本格的に検討すべきか論じる。

目的および背景

本章の目的は、日本の介護政策における経験から、日本に特徴的であり、かつ、中所得国にとって関連があると考えられる知見を提供することである。

ここ20年の間に、高所得国の大多数は、高齢者の介護に関する制度を創設したか、または抜本的に再編した¹。各国とも、経済発展に伴う3つのトレンドに対応した。

- ・人口高齢化：健康の改善に伴い、高齢者数は増加する。出生率が低下し、人口に占める高齢者の割合がさらに上昇している。大半の高齢者は比較的健康であるが、無視できない一部の高齢者は良い生活を維持するために支援を必要としている。

1 介護は、米国医学研究所により、「身体的または精神的な障害のため、継続的な支援を要する個人に提供される各種の医療および社会サービスを指す。サービスは施設、居宅、または地域で提供され、専門家や当局から提供されるフォーマルなサービスとともに、家族や友人から提供されるインフォーマルなサービスも含む」と定義された（1986年）。

- ・家族による支援の低下：女性がより多くの就業機会に恵まれ、伝統的な家族としての責任を負う意思が弱まり、女性が高齢者の介護に専念しようとは思わなくなってきたことで、家族介護者が減少している。
- ・医療その他の制度に対する圧力：急性期医療の必要がない高齢者の入院や、不十分な介護による健康状態の悪化への対応で費用がかさみ、医療財政と施設にとって大きな負担となりつつある。社会福祉および住宅制度も、虚弱高齢者への対応が求められている。

多くの中所得国でも同様の傾向が見られ、今のところそれほど顕著ではないが、高所得国よりも問題が加速する可能性もある。

日本は世界一の長寿国であり、1962年から国として高齢者の介護問題に対処しようと努めてきた。2000年には、介護のための社会保険制度を創設し、加入を義務化した。これは、政府が高齢者の介護責任の一部を担う「介護の社会化」を目指すものであった。介護保険制度は以下を目標に掲げている。

- ・障害を持つ高齢者の生活の改善
- ・家族介護者の負担軽減
- ・医療制度に対する負担緩和
- ・深刻化する社会問題に対処する効率的な制度の確立

これらの目標は、介護保険が運用されてから14年間でおおむね達成されたが、もちろん問題は残されている。介護保険制度は一般に普及し、今では日本の社会政策に必要なものとして認められている。

現在の制度運用

日本の介護保険制度は社会保険に基づくシステムであるが、歳入源の半分は税金によって賄われている。40歳以上の国民全員が保険料を支払い、65歳以上（または「加齢に伴う」病気を患う40歳以上）の全員が給付対象者となる。介護保険の利用申請者は、主に「日常生活動作」（入浴、更衣、トイレでの動作、ベッドまたは椅子からの移乗、尿・便の排せつ、食事）に関する客観的な調査票によって評価される。約95%の申請者が認定され、7つの

要支援・介護度で分類される²。現金支給はなく、施設または居宅で介護サービスを受ける。利用可能なサービスの額には、月額約5万円から30万円以上までと幅がある。ほぼ全てのサービスに10%の自己負担額が課されるため、多くの受給者は、受給できる上限よりもかなり少ないサービスしか利用していない。受給者は、必要なサービス、サービス量、介護サービス事業者を選択することができ、訓練を受けた介護支援専門員（ケアマネジャー）から助言と給付管理支援を受ける。利用者はケアマネジャーと介護サービス事業者を自由に変更することができ、この仕組みが質の管理上重要となっている。

居宅ケアサービスでは、営利と非営利の介護サービス事業者が対等に競争し、同一サービスに対して同一料金を受け取る。市町村が保険者となり、厚生労働省（厚労省）の厳密なガイドラインにしたがってサービスを監督し、財務を管理する。

2つの問題：大きな期待と費用

日本の介護保険制度には、2つの問題が顕著に見られる。ひとつ目は、日本の高齢者（65歳以上）のうち4.7%が公的施設に入所しており、この割合は多くの先進国より高いことである³。日本では（儒教的伝統によるかは定かでないが）家族に対する思いが強く、家族は年老いた親を施設に入所させることをためらうと思われがちであるが、現実はその逆である。これは歴史的・政治的な理由による。1970年代初め、政府は、70歳以上の高齢者の医療費自己負担率を30～50%から0%に引き下げた。医療費を実質「無料化」することによって、野党からの批判（そして次の選挙）に対応した。その結果、数年間にわたり、需要を満たすために新設された多くの病院に高齢者がなだれ込んだ。このような「社会的入院」は、医学的必要性をほとんどあるいは全く伴っておらず、政府を悩ませ続けた。また、病院と特別養護老人ホーム

2 自立高齢者は、運動やレクリエーションなど、市町村から直接提供されるサービスに参加することができる。食事の宅配、警報器、交通手段、カウンセリングなど、介護保険に含まれない要介護高齢者および介護者向けのサービスも市町村から直接提供される。

3 「施設」とは、少なくとも数カ月間にわたり、入所者を24時間介護する施設を指す。病院やグループホームなども含むが、主にナーシングホームを指す。Rodrigues et al. (2012)を参照。この統計には、3カ月以上入院する高齢者も含まれる。

などの室料および食費が給付対象に含まれていたため、近年まで施設介護の自己負担は極めて少なかった。国民はこの魅力的な 24 時間体制の施設介護を当たり前のものと考えようになった。一度根付いた認識を変えるのは難しい。

2 つ目の問題も歴史的・政治的なものである。日本では、高齢者の介護への公的支出が比較的多く、GDP 比 1.4% に上る。これに対し、ドイツでは GDP 比 0.9% である（ドイツには介護保険制度と最もよく似た制度が存在するため、比較対照として最適である）⁴。1989 年に政府は「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」、略して「ゴールドプラン」を発表したが、これも選挙対策であった。本戦略は、市町村が全てを管理し、税収を財源とすることで、介護の必要な高齢者に対する施策を 2 倍または 3 倍に拡大することを約束するものであった。ゴールドプランは非常に人気があったが、多額の費用がかかり、また、運用が容易でないことが分かった。特に、受給資格と必要性を判断する適切な基準が存在しなかった。

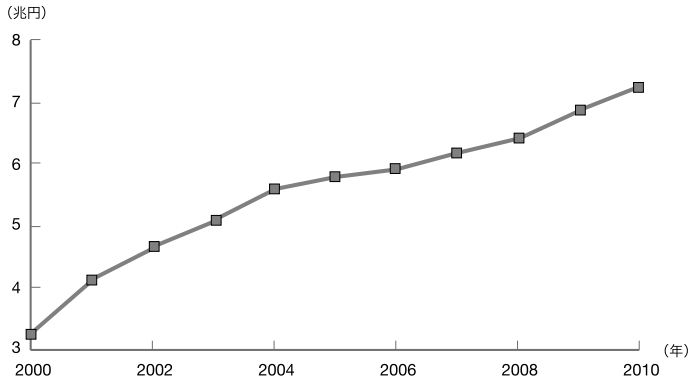
2000 年に開始された介護保険制度は、より合理的で効果的なシステムを導入することを目的としていた。しかし、政府は、比較的必要性の低い高齢者に手厚い給付を行っていたため、従来の拡張的政策を撤回するのは政治的に不可能であった。対照的に、ドイツは 1995 年に極めて体系的な制度を開始し、受給資格を厳格化し、給付を抑えられるよう、比較的限られた高齢者に少なめの給付を行った（Campbell 2002）。

介護保険支出の多さは、重大な政治問題となった。初期に支出が急増し、2005 年以降に支出の増加はやや緩やかになっている（図 4.1）。2010 年までに支出は 7 兆 3000 億円に達し、深刻な財政問題と見なされるようになった。現在、政府は、人口高齢化においても歳出を抑制することを目指して、日本の社会保障制度全体の改革を検討しており、介護保険も議論の対象となっている。

ここでは、歳出増加は単純に人口動態に起因するという点、そして、費用抑制を目的とした適度な改革は効果的であるという点を指摘する。図 4.2 は、

4 2010 年前後の OECD 推計（Colombo et al. 2011）。これは日本の公式な介護保険制度を基にしており、長期入院高齢者の医療保険による支出を含めると、この数字は GDP 比 1.7% となる。別の基準を用いると、2005 年の 65 歳以上の 1 人当たり介護支出は年間約 1750 ドル、ドイツでは 1185 ドルであった（Campbell et al. 2010）。

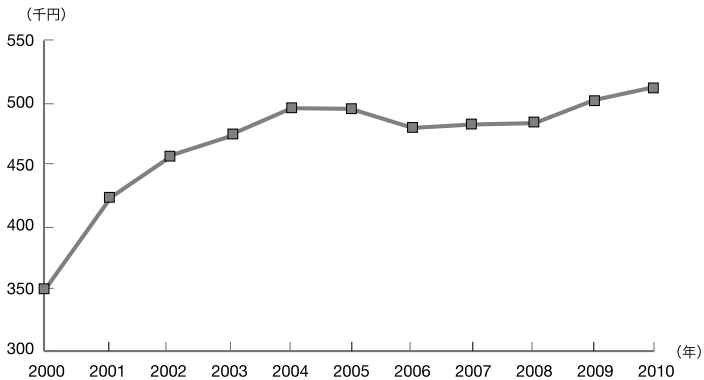
図4.1 介護保険への政府支出



出典：厚労省 2010

75歳以上の高齢者1人当たりの介護に係る公的支出である。分母には、介護サービス受給者だけでなく、75歳以上の全人口が含まれる。75歳以上はほぼ全てのサービスを利用する年齢階級であるため、介護支出の規模に大きな影響を及ぼす。介護保険制度発足当初の5年間で、1人当たり支出は約30%増加したが、2005～2006年の改革の影響もあり、その後の5年間は横ば

図4.2 75歳以上の国民1人当たりの介護に係る支出



注：介護保険制度の政府支出（千円）を75歳以上の人口で除したものの。

出典：厚労省 2010；国勢調査

いとなった。最も重要な改革は、施設病床数、特に病院における病床数の削減であったが、必要性の低い受給者への給付制限やその他の費用削減措置も、重要な役割を果たした。

問題は支出だけではない。先進国でさまざまな制度があることから分かることだが、介護制度を設計する際には、多くの選択をしなければならない。受給要件を厳しくするか緩くするか、給付内容を最低限にするか手厚くするかといった選択に加え、以下が挙げられる (Ikegami et al. 2002)。

- ・給付方法：サービスのみ 対 現金
- ・対象者：高齢者のみ 対 若年障害者も含む
- ・財源ならびに受給条件：税ベース 対 社会保険ベース
- ・サービス提供：営利企業 対 公的または非営利団体

こうした日本固有のアプローチを説明する際の4つの視点は、介護制度を検討する他の国にとっても注目に値するものであり、以降でより詳しく検討していく。

現金ではなく、サービスの給付

ドイツや英国など多くの国とは異なり、日本は「現金」給付ではなく、サービスのみを提供している。介護政策において、公式なサービスではなく現金を提供するという考え方は、いくつかの点で魅力的である。サービスの受け手の選択肢を最大化し、また、家族の介護者の努力に報いるため、一部の家族は介護をより充実させようと意識を高める。さらに、個別に見ると、サービスを提供するよりも安上がりになることがある。例えば、ドイツは、現金給付とサービスの提供を選択肢としており、サービスの対価はどの身体障害度でも現金手当の2倍ほどであるが、大半は現金を受け取る。

しかしながら、特に中所得国では、現金給付のマイナス面の方が大きい。予算の制約上、現金支給額を低く抑えなければならず、十分な金額を給付できないため、介護者（大部分は女性）を困窮した状況に追い込む可能性がある。また、多くの人々が現金給付を求めて、なんとか審査を通ろうと申請書を作成するため、支給額が比較的低くても、政府にとっては大きな負担となる可

性能がある。サービス（入浴補助などはよい例である）は、本当に必要としているものでない限り魅力的でなく、家族による介護が慣習として広く受容されている国では、少なくとも数年間は需要に限られるだろう。

もちろん、サービスを提供するには、インフラ、すなわち特別養護老人ホームのような施設と、居宅サービス（居宅介護、デイケア、家族の介護者が休養を取る際に利用できる「短期入所生活介護」、福祉用具）双方を整備する必要がある。特別養護老人ホームの建設と運営には費用がかかるが、政府は施設数拡大の速度を調整することで、歳出を抑制できる。居宅機関を新たに大量に建設する必要はないが、訓練を受けた職員を確保し、行き届いた管理を行うために投資が必要になる。また、それらを少しずつ進めることもできる。長期的に、訓練と実務経験によって、労働力の質も高まる。つまり、現金給付は低い費用で実施しやすいが、長期的に見れば、日本のサービスのみの給付モデルほど効果的ではないだろう。

高齢者だけが対象で、若年障害者は対象外

日本の介護制度は、身体障害や精神障害を抱える若年層を対象に含めず、介護を要する高齢者だけを対象とする点で、高所得国の中では例外的である。一定の身体障害基準を満たす全員を対象に含めた方が、恣意的な年齢規定を定めるよりも公平であるように見える。年齢に関わりなく身体障害者に同等の金額を支給する方法は簡素かつ公平であるため、介護に対する現金給付に依存する国にとっては、確かに合理的な政策といえる。また、24時間介護を要する重度障害の若年層を、高齢者とともに介護施設に入居させることもできるが、（特に精神疾患の患者では）管理上の問題が生じる可能性がある。

しかし、虚弱高齢者と若年障害者のニーズは、居宅サービスでは、ほとんどの場合大きく異なる。最も重度の若年身体障害者を除くほとんどの障害者は、経済および社会生活にできる限り積極的に参加したいと考えており、必要とされているサービスは、技能訓練に加え、就労および社会生活への積極的な参加を促す支援である。一方で、大多数の高齢者は、快適で満足な生活を送れるよう支援し、家族の介護者の負担を軽減してほしいと考えている。そのため、高齢者に対するサービスは、ホームヘルパーとデイケアが中心と

なる。日本のように、サービスだけを提供する政策を採用する場合は、高齢者と若年層の制度を別々に構築するのがよい。

個別ではなく、社会保険の基準による資格要件

英国や北欧諸国など、介護サービスが税収で賄われる多くの国では、市町村に雇用された（または契約した）ケースワーカーによって資格要件が決定される。ケースワーカーは、被介護者の身体的および精神的状態、収入と資産、家族から介護を受けられる範囲を評価する。ケースワーカーは、市町村から提供されるサービスについて、各人用のケアプランを作成し、市町村予算の制約の範囲内で提供できる給付額を決定する。この制度の利点は、各人の状況に応じた柔軟な給付が可能な点にある。また、収入や資産の調査を実施する場合、介護費用を自身で負担できる者には公的資源が配分されない。

市町村の個別評価には欠点もある。この方法を機能させるには、各市町村が、住民から高い倫理観があると信頼されており、組織化された官僚機構で訓練を受けた職員を確保する必要がある。これに合致しているとしても、市町村間の財政状態の差異により、地方ごとの資格要件や給付水準の格差が生じ、不公平あるいは地域的な運次第と見なされてしまう。また、住民間には受給資格の有無や受給額にも差異が生じる。さらに、予算が枯渇した場合、会計年度末に近づくと認定を受けにくくなることもある。

代替案は、（税による財源調達も可能であるが）社会保険の手法に関連付けて、標準化された国の規定で、受給資格や障害度を判定することである。この調査では、通常、申請者が日常生活における一般的な活動をどの程度行えるかを測定する。日本では74項目の調査票を使用し、必要な訓練を受けた公務員が1時間程度自宅を訪問し調査を行う。統計アルゴリズムを用いて数値結果を分析し、申請者を8つの区分に分ける（自立、比較的低いレベルの2段階の「要支援」、5段階の「要介護」等）。コンピューターによる判定は介護認定審査会によって審査され、主治医が作成した申請者の医学的狀態に関する意見書を審査し、要支援・要介護度を1段階引き上げまたは引き下げることがある。

どのような手順が採用されるとしても、主治医や介護サービス事業者など

の利害関係者が、受給資格の判定から除外されることが重要である。市民の視点に立脚し、制度の正当性を確立することが不可欠である。

混在する提供サービス

介護制度を設計する際、特別養護老人ホーム、その他の施設、居宅介護事業所など、十分な介護サービス事業者を確保することがまず基本となる。質を確保するには、一連の規則、許認可手続き、および効率的な統治構造が必要となる。重要な問題は、公的介護制度を営利企業にも開放するか、あるいは非営利組織だけに限定するかである。

日本では、宿泊設備を備え、一定料金で24時間介護を提供する施設への営利企業の参入は認められていなかった⁵。特別養護老人ホームは、長年にわたり、市町村との結び付きが強い、社会福祉法人等が資本コストに対する公的資金の提供（公的資金の注入は後に廃止された）を受けて設立・運営してきた。このような密接な関係は、介護の質を管理する上で影響がある。介護保険制度の下では、施設側が利用者を求めて競争するのが原則だが、現実には、需要の方が大きく、国が新施設の建設を規制しているため、入所待ちが生じている。

居宅サービスに関し、多くの国は、公的サービスまたは外部委託先のサービスに頼っており、受給者はほとんどもしくは全く選択肢がない。日本では、営利企業が既存の社会福祉法人およびその他の非営利組織と競争している。この施策は、2000年に始まり、日本の社会政策における大きな転換点となった。限られた競争の中、サービスは厳密に定義され、都道府県が介護事業者を認可・監督し、各サービスの料金は全国的に固定されている（地域間の物価の差異だけが補正される）。特に国は、3年ごとに介護事業者の財務記録を分析した上で制度を見直し、個別サービスの料金を調整する。しかし、このような制約があるにもかかわらず、競争は激しい。介護事業者の収入は、十分な利用者を獲得できるかにかかっているが、料金が固定されているために、

5 サービス付き高齢者住宅事業は、急速に発展している。このような事業は、ほぼ必ず営利ベースで提供され、居住費は入居者が負担し、サービスは介護保険制度を通じて提供される。

サービスの「質」、つまり、受給者の観点で見た評判、利便性、実績でしかアピールできないからである。

当然ながら、市場が大きいという魅力がある都市部では、競争が激しい。郡部では2、3の事業者が、ごく一般的なサービス（訪問介護とデイケア）を競って提供しており、リハビリテーションなどの利用者が少ないサービスを提供するのは1事業者しかないこともある。それでも、ごく一部の例外を除き、介護報酬に記載されたサービスは、日本全国で利用できる。営利企業または新しい形態の非営利組織（NPO 法人など）が参入していない分野では、介護保険制度施行前から展開していた非営利組織が主たる介護事業者となっている。介護事業者は、主に2つのタイプに分類される。介護事業所を容易に設立できる、経験と資源を有する病院（公立または私立）と、地方公務員と密接な関係を持ち、政府が直接提供しない社会福祉サービスの提供を長年担ってきた各都道府県に置かれている社会福祉協議会である。

一枚岩の公的制度と比べ、日本の制度では介護サービス事業者が多様性を有するため、柔軟性が確保され、政府の管理できる能力を越えるような事態になることを回避し（国は制度の実績を分析でき、市町村は比較的容易に提供サービスを監視できる）、競争を促進してきた。結果、競争によって、効率、革新および質の管理が可能になっている。国は、単に補助金の交付や民間によるサービスの提供を促すのではなく、国家として保障する範囲や公平・公正性、質、そして特に効率性を考慮した上で、制度を設計することができる。これまでの日本の医療を見て明らかのように、支出を抑制するには、公的な役割が強力であることが不可欠である。

考察

中所得国は、介護を要する高齢者の数が増加し、伝統的な支援の仕組みが衰退する前に、国家が体系的な介護保険制度を早い段階で採用するよう検討すべきである。例えば、イスラエルは、65歳以上の人口の割合がまだ10%未満であった1988年に世界初の介護保険制度を確立し、費用と施設入居者数の抑制に成功している（Asiskovitch 2013）。韓国は、65歳以上人口の割合がわずか9.1%であった2008年に日本のモデルに基づいた制度を確立し、

費用が抑制されている (Duk 2012)。日本は 1989 年、ゴールドプランを発表し、体系的な介護保険制度に初めて取り組んだ。当時、65 歳以上の人口は、全人口の 11.6% にすぎなかった。しかし、施設に対する誤った政策を採用し、ゴールドプランの施策に不備があったことから、当初の想定よりも支出が多くなってしまった。

このような各国の経験から、体系的な介護保険制度を早期に検討する上で、以下の 3 つの教訓が得られる。

1. 他の問題解決法が発展する前に包括的な制度を確立すれば、深刻な問題を回避できる。

介護を要する高齢者の増加に家族の支援だけでは対応できない場合、時に市町村や（おそらくは政府補助金を受給する）慈善団体やその他の福祉団体が、高齢者を収容するために多くの特別養護老人ホームを建設することがあるが、これは深刻な問題を引き起こす。その上、要介護高齢者の入院が増加すると、事態はさらに悪化する。老年学の専門家は、重度の場合を除き、施設介護よりも、高齢者が自宅にとどまることのできる、居宅介護サービスの方が望ましいとしている。しかし、施設介護が一般的になり、公共または準公共の特別養護老人ホームの数が増え（病院の所有者の場合はさらに深刻）、政治的利益を守ろうと結束するようになると方向転換して合理的な制度を採用することは難しくなる。

また、オーストリア、イタリア、シンガポールなどのように、発展途上国から移民を介護者として受け入れるかは、現在多くの国において懸念事項となっている。このような移民は在留資格が不明確で、訓練を受けていない女性であることが多く、住み込みで介護を要する高齢者を常時介護し、家族のための調理や清掃も行う。こうした移民が増えると、介護の質、公平性と搾取の問題、双方における虐待、より専門的な介護の普及の阻害、この慣行に対する政府補助金の拡大の要求といった複雑な問題が生じる。多くの世帯が介護者として移民を受け入れる制度が既得権として認識されるようになると、このような問題を解決することが困難になる。一部の高所得国は、移民介護者の雇用や訓練、雇用条件を立法化しようとしたが、これまでのところ成功した例はほとんどない。

日本のように、事業者によって雇用された、訓練を受けた介護従事者が介護サービスを提供しているのは異例である。今後、高齢化が進むことが予想される中所得国が早期に体系的な介護制度を確立すれば、介護需要の拡大に応じて徐々に訓練・認定制度を構築できる。

2. 適切な介護制度の創設は、政治的にも経済的にも有効である。

介護を必要とする高齢者が少ない国では、介護制度を求める圧力はそれほど強くないだろう。しかし、高齢者の介護は、政府だけの問題ではない。人口高齢化の初期段階であっても、自分の親、そして最終的には自分自身が年老いたときにどうなるのか、惨めな生活を送りながら、家族に大きな負担をかける様子を想像し、不安を抱く国民が急増している。誰もが自分達が支援を受けられる新しい制度を歓迎するだろう。

介護制度は、早く導入すればするほど、費用を抑制できる。要介護認定を受けた高齢者の数が比較的少なく、伝統的な家族による支援がうまく機能している場合は、政府による施策を求める声はそれほど大きくならないだろう。また、それまで公的サービスが全くなかった場合は、それほど充実した給付内容でなくても国民に歓迎されるだろう。政府は、10年位たったところでサービス対象範囲や給付を改善するかどうか決定すればよい。

3. 適切な介護制度の創設は、公共政策として有効である。

介護制度の早期導入は、政府の視点から見て、以下の3つの理由で意義がある。

- ・(他の社会問題と質的に異なる) 高齢者の介護について、それに特化した制度で対応できれば、医療制度においては、急性期治療と予防に焦点を絞ることができ、その他の社会制度でも、貧困、都市部の住宅問題、青年支援といった喫緊の課題に重点を置くことができる。
- ・早期に介護制度を創設すれば、職員を徐々に訓練し、何が有効であるかを見極めることができる。
- ・適切な介護は、医療費の真の削減につながる。日常的に適切な介護を受けていれば、要介護高齢者が病気になる可能性が低くなり、特に入院後

に再発する可能性が低下する。一般的に介護は医療よりも給与水準が低く、無制限の給付につながらないため、本質的に介護は医療よりも費用がかからない。

高所得国の経験が示す通り、適切に設計された介護制度の下では、適切なコストで適切な給付を実現できる。これは、公共政策の基本原則である。

【参考文献】

- 厚生労働省 (2010) 『平成 22 年度 介護保険事業状況報告 (年報)』 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/10/index.html> (2013 年 3 月 3 日アクセス)
- Asiskovitch, S. 2013. "The Long-Term Care Insurance Program in Israel: solidarity with the elderly in a changing society." *Israel Journal of Health Policy Research* 2(3) <http://www.ijhpr.org/content/2/1/3>
- Campbell, J. C. 2002. "How Policies Differ: Long-Term-Care Insurance in Japan and Germany." In *Aging and Social Policy - A German-Japanese Comparison*, ed. by Harald Conrad and Ralph Lutzeler. Munich: Iudicium, pp. 157-187.
- Campbell, J. C., N. Ikegami, and M. J. Martin. "Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan." *Health Affairs* 39:1 (January 2010), 87-95.
- Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier, and F. Tjadens. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Duk, S. 2012. "The Present situation and problems of the long-term care insurance in South Korea: from comparative perspectives between South Korea and Japan." *Japanese Journal of Social Security Policy*, Vol.9, No.1 (March) 49-60. http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2011/spring/Web%20Journal_Dr%20Sunwo.pdf
- Ikegami, N., and J. C. Campbell. 2002. "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term-Care Systems." *Journal of Social Policy and Administration* 36:7 (December) 719-734.
- Institute of Medicine. 1986. *Improving the quality of nursing homes*. Washington, DC: National Academy Press.
- Rodrigues, R., M. Huber, and G. Lamura (eds.). 2012. *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.
- Tamiya, N., et al. 2011. "Population Aging and Wellbeing: Lessons from Japan's Long-Term Care Insurance." *The Lancet* 378 (September), 1183-92. (邦訳「人口

の高齢化と幸福：日本の公的介護保険政策からの教訓」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 4、(公財) 日本国際交流センター)

Tsutsui, T., and N. Muramatsu. 2007. "Japan's Universal Long-term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realising a Vision. " *Journal of the American Geriatric Society*. 55(9):1458-63.