

日本共産党と自由民主党・公明党及び旧民主党の 介護保険政策の対比 —2005年から2015年まで—

藤田 了*¹ 松井 圭三*²

Nursing Care Policies of the JCP, LDP, New Komeito, and the Democratic Party of Japan —From 2005 to 2015—

Ryo Fujita*¹ Keizou Matsui*²

キーワード

日本共産党、自由民主党、公明党、旧民主党、介護保険

I. はじめに

介護保険制度は2000（平成12）年に制定され約17年が経過した。同制度は、これまで改正や報酬改定を重ね、私たちの老後を保障する持続可能な社会保障制度として機能しているといえる。しかし、同制度が創設される前には、介護保険制度の課題や論点について学識経験者や現場等から意見が噴出し、創設すべきという意見と介護システムをこれまでの措置制度で実施すべき等の意見が錯綜した。

また、国の社会保障制度審議会・老人保健福祉審議会等においても、被保険者の対象年齢や家族介護への給付の是非といった基本的な論点を国民に提示したが、国民的議論が少ないまま、介護保険法が成立し施行された。厚生労働省の介護保険政策を丸呑みし、自由民主党・社会民主党・新党さきがけの連立政権が政治主導で同制度の成立に寄与した。

介護保険政策の対比については、社会福祉学会第64回秋季大会にて、自民党、公明党、旧民主党の介護保険政策の比較研究を行い、各党の介護保険政策の特徴と保険財政の安定や制度の持続性維持、保険料負担などの課題を明らかにした。

本研究では、現在の社会保障政策は、これまで厚生労働省が政策立案し政治はただ成立することのみ専念した状況が弱くなっているという前提に立つ。本研究は政治に中心をおいている。いわゆる福祉政治の研究であり、連立与党と旧民主党及び日本共産党を取り上げる。2005（平成17）年から2015（平成27）年までの期間における連立与党と旧民主党及び日本共産党の介護保険政策に視点をおき、どのような政策なのか、また特徴は何か、

*1 ふじた りょう：大阪国際大学人間科学部講師（2017.12.1受理）

*2 まつい けいぞう：中国短期大学保育学科教授

等について検討する。

研究方法は、公表された資料、新聞、インターネットを使用した文献研究である。

Ⅱ. 社会保障に対する考え方

1. 日本共産党の社会保障に対する考え方

日本共産党の社会保障政策の考え方は、まず消費税の増税については、社会保障の財源確保には必ずしもつながらず、財政の健全化についても同様の意見である。そして、増税による不況が繰り返されるとも指摘している。つまり、消費税に頼らない財源の確保を念頭に置いている。そういった意味では、自民党の社会保障に対する考え方とは大きく違っている。具体的には、大企業への優遇税制、法人税減税のばらまきを中止、所得税・住民税・相続税の最高税率を引き下げ前に戻す、証券税制を欧米並みに強化、富裕層に向けての富裕税の創設、タックスヘイブン（租税回避国）を利用した「税逃れ」、被用者保険の保険料上限の見直し、為替投機課税の新設、環境税の強化、そして将来「応能負担」の所得税改革をすすめることで財源が生じると同党は指摘している。

2. 自民党の社会保障に対する考え方

自民党の社会保障に対する考え方は、社会福祉は「広義の社会福祉」であり、社会保障も含む。社会保険制度を基本とし、社会保障給付に要する財源は消費税を中心とする。社会保障制度改革推進法による社会保障制度改革国民会議の報告を尊重し、これからの社会保障構築をめざす。なお、2006（平成18）年の自民党総裁選挙で「次世代育成優遇制度」の創設を謳った。内容は次世代の国の担い手を生み育てる高齢者を優遇し、年金の増減や介護保険料の増減を行うとするものであった。

3. 公明党の社会保障に対する考え方

公明党の社会保障に対する考え方として、社会福祉は「広義の社会福祉」であり、社会保障も含む。社会保険制度を基本とするが、税と保険料の現在のミックスの形態を是とし所得再分配機能を強化させ「中福祉・中負担」を目指す。但し消費税を含めた税制改正も目指している。自民党と同じく社会保障制度改革推進法による社会保障制度改革国民会議の報告を尊重し、これからの社会保障構築を図ることとしているが、独自の政策実現も目指している。廃校の有効利用等、既存の施設をフルに活用することも主張している。さらに介護保険制度と公的医療保険の一元化を目指している。

4. 旧民主党の社会保障に対する考え方

旧民主党の社会保障政策の考え方は、「高福祉・中負担」に近い。2014（平成26）年の旧民主党のマニフェストによれば、「少子高齢化・人口減少、非正規雇用の増加等に対応し、社会保障制度への信頼を回復します」と銘打っている。

医療・介護に関するものとしては、「地域の医療・介護体制を拡充します」として次の3つを唱えている。

- ・実質的に医療費が削減され、医療崩壊の危機がまた迫っています。必要な医療費を確保し、地域の医療提供体制を立て直し、医療と介護の連携を強めます。
- ・介護・福祉現場での人材確保のため、介護報酬、障害福祉報酬をプラス改定し、介護職員・障害福祉従事者の賃金を上げます。
- ・政権の進める「要支援切り」を見直し、要支援高齢者に対し、専門性の高い介護サービスの提供をめざします。

これら項目からは高福祉を読み取ることができる。一方で、負担は必ずしも明示されていない。しかし、低負担を標榜しているともいえない。負担者も明示されていないが、中負担ないし高負担を前提とした政策であると考えられる。

Ⅲ. 介護保険政策の概要

1. 日本共産党の介護保険政策の概要

(1) 2005（平成17）年

4月、介護保険サービスについて、デイサービスやショートステイの食事代や居住費を保険給付から除外し、すべて自己負担にすることを盛り込み、軽度だけでなく中重度を含め、調理などの家事サービスを保険給付から外していく可能性を示した法案が、介護の現場で大きな不安となっている。負担増と必要なサービスの切り下げを許すわけにはいかないと主張した。

(2) 2006（平成18）年

8月、「介護とりあげ」の中止を緊急要求した。緊急要求のポイントは、①介護ベッド、車イスやヘルパーなどのとりあげをやめさせる。②保険料値上げをおさえ、減免制度を充実する。③介護が必要と認定されても、介護保険が利用できない異常事態をなくす。④介護施設の利用料負担をおさえ、施設不足を解決する。⑤高齢者の生活をささえる自治体の仕事を後退させない。⑥現場で高齢者をささえる介護労働者・事業者をまもる等であり、公的な介護制度の大後退をくいとめる共同をよびかける。

(3) 2007（平成19）年

2月、軽度者（要支援、要介護1、同2）の介護ベッド利用が制限されている問題で厚生労働省は、4月より利用制限を一部緩和する方針を決めた。「医師の意見」にもとづいた判断があれば、介護ベッドが利用できる。同方針は、依然として厳しい要件だが、世論と運動を反映したものである。日本共産党は昨年8月に発表した「高齢者からの“介護とりあげ”をやめさせるための緊急要求」のなかで、福祉用具の取り上げをやめ、「福祉用具の貸与の是非を判断する際には、ケアマネジャー・主治医らの判断を最大限尊重すべき」だと求めてきた。

(4) 2008（平成20）年

8月、介護保険の給付抑制をやめ、介護現場で深刻な人材不足を打開するよう厚生労働省に要請した。内容は、①介護職員の給与や人員配置基準の改善をはかる。②職員の待遇改善が保険料など利用者負担増にならないよう国庫負担を引き上げる。③軽度の要介護者のサービスが抑制されないよう国が調査するなどの要求をした。

(5) 2009 (平成 21) 年

1) 1月、政府が4月から全面実施するとしている介護保険制度の新しい要介護度認定方式によって、「要支援2」「要介護1～5」の人のそれぞれ2～3割が現行方式より軽度で判定される恐れのあることが政府の資料でわかった。介護を要する人の生活に重大な困難をもたらす危険がある。新方式では、要介護度の判定に必要な情報が大幅に削減されるため、生活実態からかけ離れた軽度の判定が増えることが危ぐされている。新方式の実施を延期し慎重な検討を行うよう要求。

2) 2月「介護保険10年目を迎えるにあたっての提言」は次の通りである。

①介護のために身を削るような思いで生活していたり、介護保険を使うお金さえなく老老介護で耐えていたり、保険料が払えずに介護を受けられないなどの状況を受け、保険料・利用料を減免して、経済的理由で介護を受けられない人をなくす。②軽度者に対する訪問介護、通所介護、福祉用具などのきびしい利用制限による「介護とりあげ」、「保険あって介護なし」をただす。③低すぎる賃金、労働基準法さえ守られない雇用条件、高齢者の尊厳を大切にしたいという初心を生かせない労働環境など、労働条件の改善で、人材不足の解消、雇用創出をはかる。④保健・福祉・公衆衛生などの自治体のとりくみを再構築する。ケアマネジャーや地域包括支援センターを支える自治体の保健・福祉・公衆衛生などの体制を充実し、自治体独自のとりくみも強化する。

(6) 2010 (平成 22) 年

11月、介護・医療など社会保障分野での負担増計画を批判し、政府の責任を果たすよう迫った。「小泉改革」で切り捨てられた社会保障が政権交代によって修復されるという国民の期待は裏切られてきた、その上で、導入から10年たった介護保険では、①生活援助など軽度者に対する給付の縮小、②軽度者の利用者負担引き上げ、③被保険者の40歳未満への拡大一が検討されていると指摘。これでは家族が介護を抱える10年前に逆戻りしてしまい、介護が市場任せになってしまうと批判した。

(7) 2011 (平成 23) 年

1) 3月、特別養護老人ホームの待機者は42万1,259人(2009(平成21)年度)。介護保険発足後10年間で4倍に増え、家族の介護・看護のために離職する人は年十数万人に上る。「介護を社会化する」といって介護保険を推進した。親の介護のために40代のミドルエイジが仕事も結婚もあきらめざるを得ない。一人暮らしが増え、支える家族が少ないなどの状況から受け皿を増やすことを強調した。

2) 12月、介護保険法改正案の成立に対しての反対意見。①「要支援」と認定された高齢者について、新設の「介護予防・日常生活支援総合事業」(総合事業)を導入した市町村は、要支援者へのサービスを従来通りの保険給付とするか、市町村任せの総合事業とするかを決められるようになる。保険給付のサービスと異なり、総合事業にはサービスの質を担保する法令上の基準がない。②看護師不足から、施設の介護職員がたんの吸引などを肩代わりせざるをえない現状である。改正法はこの現状を逆手にとり、たんの吸引を法律で追認することを突破口に、介護職員が担う医療行為を厚労省令で拡大していく仕組み。安全性を確保できるのか。事故の責任は誰が負うのか。賃金上の評価もなく研修と業務の負

担が重くなれば、離職者がさらに増えないか不安がある。③介護療養病床について廃止について反対であり、政府に撤回を要求する。

(8) 2012 (平成 24) 年

10月、生活援助はこれまで、「60分程度」と「90分程度」の2区分であった。ところが、4月からの介護報酬改定に伴い、それぞれ「20～45分程度」、「60～70分程度」に短縮。「医療から介護へ」「施設から在宅へ」がうたい文句も施策にもかかわらず、在宅の訪問介護利用者にしわ寄せしていることは重大とのことで、生活援助の時間短縮の中止・撤回を求める。

(9) 2013 (平成 25) 年

11月、社会保障改革プログラム法案に関連し、約150万人の「要支援者」を介護保険給付の対象からはずして自治体の地域支援事業に移す問題について質問し、事業費抑制によるサービス低下や利用料負担増を招くと批判した。

要支援者の「保険はずし」後の受け皿の実態をただし、受け皿となる「総合事業」を実施している保険者は44、利用者は677人でしかないことを明らかにした。保険給付を受けている134万人に対し、この程度の実績で同じサービスができるはずがないと指摘した。

地域支援事業への移行で利用料は自治体が定めるとされているが、介護保険と同じ利用料1割負担を下回ってはならないとされる一方、上限はないと指摘。「介護はずし」そのものだと強調した。

(10) 2014 (平成 26) 年

1) 5月、医療・介護総合法案は、要支援者向けの訪問介護と通所介護を介護保険サービスから外して市町村の事業に移し、ボランティアなどを活用して安上がりにする仕組みである。政府は「必要な人は専門的なサービスを引き続き受けられる」と繰り返しながら、「必要な人」とはどのような状態の人なのかを一切示していないと批判した。

2) 6月、特養ホームの入所を原則「要介護3」以上に限定する医療・介護総合法案は「介護難民」を放置し深刻化するものだと批判した。厚労省が推進する有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の平均利用料は、介護費抜きで月約13万～15万円に上ると指摘。「低年金者には手が届かない。特養ホームの抜本的増設にかじを切るべきだ」と主張した。また、介護保険利用料引き上げ（1割から2割へ）の根拠が完全に崩壊したにもかかわらず、「このまま採決にかけるのは国会の自殺行為だ」と強調した。要支援者への訪問・通所介護を保険給付から外して市町村の事業に移すのは「受給権のはく奪」であり、「サービスの質も量も低下する」と述べた。

3) 6月、介護保険の利用料引き上げ（1割から2割へ）の論拠を全面撤回した。厚労省は年金収入359万円（可処分所得307万円）の夫婦をモデル世帯とし、支出を引いても「手元に60万円残る」から負担可能だと説明した。

モデル世帯の支出額を決める根拠にした、家計調査の「年間収入250万～349万円」の階層について、「実態からいえば350万円以上（の階層）が（モデル世帯に）近い」と、従来の説明を撤回。「60万円残る」という論拠の撤回と併せて、負担増の論拠がすべて崩れ去った。モデル世帯は60万円余っているどころか、35万円足りない。貯金を取り崩して

いるのが実態である。

(11) 2015（平成 27）年

2月、特別養護老人ホームやデイサービスなどへの報酬を大幅に引き下げるなど、安心できる介護の充実を求める国民の声に逆行する内容。介護現場からは、利用者にも従事者にも事業者にも「大きな損失をもたらす」と厳しい批判の声が上がっている。介護保険の壊滅的危機の引き金になりかねない大幅な報酬削減は撤回すべきである。

報酬全体で 2.27%引き下げた。2回連続の実質マイナス改定。今回は、介護労働者の「処遇改善」の特別な加算を含んでいるため、その上乘せ分を除けば、4.48%と文字通り過去最大規模の引き下げである。2000（平成 12）年スタートの介護保険の 15年間、4度の報酬改定があったが、実質引き上げはわずか 1度である。社会保障費の「自然増削減」路線などで徹底して抑え込まれたためである。「介護崩壊」を加速させる「自然増削減」路線と決別することが求められる。

2. 自民党の介護保険政策の概要

(1) 2005（平成 17）年 与党

- 1) 旧措置入所者に対する利用者負担の軽減措置を延長した。
- 2) 介護保険料徴収年齢の引き下げ及び障害者福祉と介護保険制度との統合について、自民党内の調整と公明党・旧民主党との調整をした。特に同法案の附則の内容について決定した。

(2) 2006（平成 18）年 与党

- 1) 介護型療養病床を 2012（平成 24）年に全廃することについて社会保障制度調査会介護委員会で議論したが反対する議員が多かった。
- 2) 社会保障制度調査会会長が介護保険制度の対象を 30歳以上にすべきであるという考えを明らかにした。
- 3) 同党歳出改革プロジェクトチームで介護保険利用者の負担割合を 1割から 2割に引き上げる検討に入った。

(3) 2007（平成 19）年 与党

党総務会長が不正行為をした広域の介護事業所の本社の立入調査権を国に認めるべきであるという考えを明らかにした。

(4) 2008（平成 20）年 与党

旧民主党が提出していた、介護労働者 1人につき月 2万円を支給することなどを内容とする「介護労働者の人材確保に関する特別措置法案」について自民党は財源の問題から反対していた。自民・民主両党は賃金額を明記することを断念し、法案名も変更し国会に上程することで合意した。

(5) 2009（平成 21）年 8月まで与党

- 1) 介護保険制度の給付費全体に占める公費負担割合を引き上げる方向で議論を開始した。被保険者年齢の引き下げについても見直しの議論に着手した。
- 2) 衆議院議員総選挙マニフェストで介護職員の処遇改善を図ることや向う 3年間で特養・老健・グループホームの約 16万人分を整備すること等について謳った。

(6) 2010 (平成 22) 年 野党

質の高い介護サービス、財政の安定化、介護保険制度の充実、保険料抑制などを謳った介護保険政策を公表した。

(7) 2011 (平成 23) 年 野党

この年は、介護保険法改正案が上程された年であり、政権は旧民主党にあった。自民党の厚生労働部会は介護保険法改正案について条件付きで賛成した。その条件は、都道府県が実施している介護事業者に対する調査方法の変更を見直すことであった。

(8) 2012 (平成 24) 年 12月から与党

1) 同党の社会保障制度に関する特命委員会で「今後の社会保障に関するわが党の基本的な考え方」が公表され、介護保険制度の見直し、介護サービスの効率化・重点化、公費負担の引き上げ等が謳われた。

2) 社会保障制度に関する特命委員会と厚生労働部会の合同会議で、政府提出の社会保障改革関連法案の対案となる社会保障制度改革基本法案（仮称）の骨子をまとめた。給付費について、国と地方公共団体の負担割合を引き上げるなど、あらゆる点で政府案に反対した。なおこの年 12月に衆議院議員総選挙があり、旧民主党政権から自民・公明両党の連立政権に移行した。

3. 公明党の介護保険政策の概要

(1) 2005 (平成 17) 年 与党

2月の衆議院予算委員会での集中審議において福島氏が、低所得者に配慮し、年金・医療・介護を一体的に提供するための社会保障番号の導入を主張した。

(2) 2007 (平成 19) 年 与党

急激な介護保険料上昇を抑制することを政府に要望した。衆議院予算委員会での質疑で斉藤政調会長が、税制改正で課税対象が広がり、それに伴い所得の段階が変わり介護保険料の負担増になることを是正するよう主張した。政府はその後激変緩和策をとった。

(3) 2008 (平成 20) 年 与党

1) 国の緊急経済対策「介護人材確保及び定着の促進、雇用管理の改善」や「政府与党の新たな経済対策」で介護従事者の待遇改善が盛り込まれた。

2) 2009 (平成 21) 年度の介護報酬改定で3%引き上げることが正式に決定され、これまで連続2回介護報酬が引き下げられていたが、初めて引き上げとなった。

(4) 2009 (平成 21) 年 8月まで与党

1) この年は衆議院議員総選挙があった。同党は、7月に Manifesto を発表した。介護政策については、「新介護プラン」を策定し、特別養護老人ホーム等の16万人分の整備や医療・介護・生活支援機能などを備えた「多機能支援センター」を創設し、地域のコミュニティの中で生活を営むことを打ち出した。しかし、8月の総選挙において、自民・公明・改革クラブの連立政権は崩壊し、旧民主党を中心とする政権が発足した。10月には介護問題総点検アクションプログラムを決定し、地方議員3,000人を中心に介護現場の実態を全国的に調査することにした。調査の4つのポイントは、①調査票をもとに関係者（事業者・

介護職員・介護をしている家族・行政)から聞き取り調査をする、②全国の公明党議員に寄せられている相談事例を集約する、③自治体独自のユニークな施策で先取りの取り組みをリストアップする、④街頭アンケートを行い国民の声を聞く、であった。

2) この年は総選挙前ということもあり、2009(平成21)年度の第1次補正予算で介護基盤の整備(特別養護老人ホーム16万人分等)で約3,200億円、介護基盤緊急整備等臨時特例基金(2009(平成21)年度から2011(平成23)年度分)で3,011億円を手当てし、同党の政策の一部が実現した。自民党とも協議し財務省に働きかけた結果実現した政策である。

(5) 2010(平成22)年 野党

1) 1月に全国総点検推進運動本部は介護総点検を行い、新ゴールドプラン検討委員会は介護保険制度の将来像について意見交換し、介護保険制度の事務の簡素化や職員の処遇改善、公費負担のあり方などを議論し、2025(平成37)年の介護基盤整備、高齢者の保険料負担水準について話し合いが行われた。

2) 2月に正式に「新・介護公明総合ビジョン」の政策提言を発表し、実現を要請するために当時の鳩山総理大臣に同提言を直接手渡した。同提言は約10万件の現場の声を踏まえ、介護施設の不足、在宅支援体制の不足、介護労働力不足に対応する施策を盛り込み、①団塊世代が75歳以上となる2025(平成37)年までに介護施設入所待機者の解消、②在宅支援の強化、③介護保険制度の利用者負担の見直し、④介護従事者の処遇改善、⑤ケア付き高齢者住宅の大幅な拡充、⑥介護事業の抜本的な改善、⑦公費負担の大幅拡大、の7つの視点から高齢者が住み慣れた地域で安心して老後を暮らせるための「12の提案」と「早急を実施すべき64の対策」で構成されている。

(6) 2011(平成23)年 野党

11月、参議院予算委員会では山本博氏が「離島やへき地での介護保険サービスが利用できない場合、小規模多機能型居宅介護等が可能となる特例措置が利用できるが、185の離島は対象外になっている。特例措置では、厚生労働大臣も告示で指定できるので指定をお願いしたい。」と質問した。これは後に指定された。

(7) 2012(平成24)年 12月から与党

災害派遣医療チーム(DMAT)の介護版創設を訴えている。「災害派遣チーム」(仮称)は災害対策基本法に基づいて作られる防災計画に明記されていないため、同法の改正を求めた。結果的に厚生労働省は都道府県等における災害派遣チームの体制整備を求める通達を7月に出した。

4. 旧民主党の介護保険政策の概要

(1) 2005(平成17)年 野党

1) 4月、自民・民主両党が介護保険法改正案の修正協議を開始した。旧民主党は保険料負担年齢引き下げなどについて、「09年をメドとして所要の措置を講ずる」とした法案の付則に3点の修正を求める。内容は、①被保険者・受給者の範囲について法案附則に「拡大の実施」の文言を入れる、②市町村が行う地域支援事業で権利擁護事業を必須事業とする、③予防給付などの費用対効果が現段階で不明確なため、施行後にその再検討を政府に義務

づけるとした新予防給付の見直し規定を附則に設ける、の3点である。同月、介護保険法改正案について自民、公明、民主3党が合意した。

(2) 2008 (平成20) 年 野党

7月、旧民主党作業チームが、介護報酬の改定に関連して介護保険制度の見直しに向け、現行制度では高齢者の保険料負担が重すぎるとして、4分の1となっている国の負担割合を大幅に引き上げ、75歳以上の高齢者からは原則として保険料を徴収しない、要介護認定について、現在は実態よりも低く判定されるケースが多いとして、複数のケアマネジャーによる判定を取り入れるなど制度を改めるなどの素案を基に議論を進め、次の臨時国会に介護保険法の改正案を提出予定とした。

(3) 2009 (平成21) 年 9月から与党

1) 2月、追加経済対策の独自案を決定し、介護職員の待遇改善については、介護報酬を3%引き上げる政府方針からさらに踏み込み、引き上げ幅を10%とした。

2) 7月末に旧民主党マニフェストを発表した。①全国どこでも、介護の必要な高齢者に良質な介護サービスを提供する、②療養病床、グループホーム等の確保により、介護サービスの量の不足を軽減する、③認定事業者に対する介護報酬を加算し、介護労働者の賃金を月額4万円引き上げる、④当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する、などからなる。

(4) 2010 (平成22) 年 与党

6月、旧民主党「介護を考える議員連盟」が、政府がまとめる「介護ビジョン」への反映を目指した第一次提言を厚生労働政務官に提出した。介護従事者の賃金改善、医療的ケアの実施体制整備など11項目を盛り込む。

(5) 2011 (平成23) 年 与党

12月、政府・旧民主党が社会保障改革案を明らかにする。その要旨は、①地域包括ケアシステムの構築（在宅サービス・居住系サービスの強化、介護予防・重度化予防、医療と介護の連携の強化、認知症対応の推進）、②介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化、③介護納付金の総報酬割導入等、④総合合算制度などである。

(6) 2013 (平成25) 年 野党

6月に旧民主党・生活の党・社民党が介護職員の賃金の引上げを盛り込んだ「介護従事者等の人材確保に関する特別措置法案」を衆議院に共同で提出した。法案では、厚生労働大臣が事業や地域ごとの賃金の平均額などから基準額を設定したうえで、平均の賃金がこの基準を満たさない事業所に対し、加算した介護報酬が国庫から支払うとしている。介護職員の1人あたりの賃金を月額1万円引き上げることを目指し、必要な経費として1,870億円を想定した。介護職員の労働条件にも言及し、全ての介護事業者に向けて、賃金の引き上げや労働時間の短縮、その他の労働条件についても改善に努めるよう促している。同月、参議院選挙公約で「認知症の人とその家族への支援を充実。介護従事者の、人材確保法を制定する。」と謳う。

(7) 2014 (平成26) 年 野党

「民主党政策集2014」では、次の諸点を謳っている。①財政支出を抑制し、要支援高齢者

に対する訪問介護・通所介護サービスを市町村に移管する「要支援切り」は、介護サービスの質と量の低下を招く。その結果、「要支援」高齢者が「要介護」へと重度化して、逆に財政負担が増えたり、家族の負担増で、家族の介護のために離職する「介護離職」や介護する家族も倒れる「共倒れ」が増加しかねない。「要支援切り」を見直す。②介護従事者等の処遇を改善するため、旧民主党が提唱して成立させた介護職員・障害福祉従事者の処遇改善法に基づき、介護報酬・障害福祉報酬をプラス改定し、介護職員・障害福祉従事者の賃金を引き上げる。③介護支援専門員、社会福祉士などの専門性が発揮されるよう、医療機関・介護施設への配置を進める。④介護従事者のキャリアや能力がより評価されるよう、介護分野のキャリアアップのための制度を推進する。

(8) 2015 (平成 27) 年 野党

1) 1月に、厚生労働省に対して政府が検討している介護報酬・障害者福祉報酬の引き下げ検討の撤回と報酬の引き上げを求める2度目の申し入れを行った。

IV. 介護保険政策の比較

1. 日本共産党

保険者について、広域化は反対である。被保険者や給付を受けられる者の拡大は慎重である。保険拡大については消費税以外の財源が必要とのこと。また、所得税の見直しを検討している。公費負担割合については、国庫負担を50% (地方を含めた公費負担75%) に引き上げるとしている。被保険者の負担割合について、現行の1割から2割に引き上げことは反対している。国の負担総額を引き上げ、住民税非課税の高齢者・低所得者から保険料を徴収しない。介護保険料について、保険料が「年金天引き」の対象とならない年金が月1万5千円以下という人の保険料滞納急増しており、国として実効性のある保険料の減免制度をつくらせるとしている。65歳以上は政令指定都市の平均で月4,300円を超え、毎月千円近い負担増となり高齢者の負担能力は限界と追及し、介護保険財政が赤字の市町村が借り入れている財政安定化基金への償還繰り延べなど負担軽減に必要な措置を求めた。

また、慢性的な職員不足も懸念され介護施設を増やすことに慎重である。介護療養型医療施設については、2012 (平成 24) 年までに全廃する国の政策に反対した。地域包括ケアシステムについては、「要支援」と認定された高齢者について、新設の「介護予防・日常生活支援総合事業」(総合事業)を導入した市町村は、要支援者へのサービスを従来通りの保険給付とするか、市町村任せの総合事業とするかを決められるようになる。保険給付のサービスと異なり、総合事業にはサービスの質を担保する法令上の基準がない、国の責任を果たしていないとして慎重な姿勢である。また、軽度の要介護者への家事援助サービスを打ち切ろうとしている問題をとりあげ、実態も示して社会保障費の充実を求めた。要支援者に必要なサービスが受けられなくなることを懸念している。

介護職員の処遇については、介護報酬の抜本的な増額・底上げが必要としている。また、緊急かつ確実に賃金アップを図るため、介護報酬とは別枠の国費の直接投入による賃金引上げの仕組みが必要としているが、具体的な金額は不明である。在宅医療やリハビリに関しては、在宅医療を担う診療所や訪問看護に対する報酬を改善し、在宅生活を支える拠点

として公的支援を強化するとしている。24時間サービスについては、賛同しているが、人材確保や処遇面などの問題があり導入には慎重である。

小規模多機能型居宅介護支援施設については、住み慣れた地域で暮らせる多様な施設の整備をすすめるとしている。職員配置については、個室が増加しているなか、介護職員の配置基準を現行の3対1から最低でも2対1以上に手厚くすることが必要としている。

医療行為については、喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を介護職に認めることについて、看護師不足から、施設の介護職員がたんの吸引などを肩代わりせざるをえない現状がある。この現状を逆にとり、たんの吸引を法律で追認することを突破口に、介護職員が担う医療行為を厚労省令で拡大していく仕組みであり、安全性を確保できるのか、事故の責任は誰が負うのか、賃金上の評価もなく研修と業務の負担が重くなれば、離職者がさらに増えないか不安がある。患者の安全や介護職の不安・負担などの声もあることから、再検討、見直しを求めている。介護の現場にロボットを活用し、介護環境の改善を目指すことには賛同している。

特別養護老人ホームの入所を原則「要介護3」以上に限定する医療・介護総合法案は「介護難民」を放置し深刻化すると批判した。厚労省が推進する有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の平均利用料は、介護費抜きで月約13万～15万円に上ると指摘。「低年金者には手が届かない。特別養護老人ホームの抜本的増設にかじを切るべきだ」と主張した。

2. 自由民主党

被保険者の拡大は被保険者や給付を受けられる者の拡大は慎重である。保険拡大の財源は、消費税を財源にする。障害者福祉は税で行う。公費負担割合を引き上げ、保険料の負担を抑制する。具体的な公費負担の引き上げ額や率については不明である。被保険者の負担割合は現行の1割から2割に引き上げる。特養など20万人分を整備するなど必要な施設を整備する。社会医療法人の特養運営参入を撤回させた。運営主体として厚生農業協同組合連合会にも参入を認めた。

2012（平成24）年までに介護療養型医療施設を全廃する国の政策に反対した。地域包括ケアシステムには賛同しているが、財源確保やサービスの質向上などが地方に拡大するか懸念している。保険給付の対象を見直し、介護サービスの効率化・重点化を図る。介護予防に賛同しているが、具体的な内容は不明である。介護報酬・介護職員の給与は、介護報酬3%アップに加え、介護職員の処遇改善に努める事業所に対して職員1人あたり給料1万5千円を助成する。

2012（平成24）年の改定で介護報酬を引き上げた。要支援・要介護者を含めた高齢者に対する在宅歯科医療を充実する。要介護となることを予防するため、検診事業を始め、医療における運動器リハビリテーションの充実を図る。24時間サービス・小規模多機能型居宅介護事業・レスパイトケアに賛同しているが、具体的な内容は不明である。介護事業を全国展開する企業グループの本社に対しての厚生労働省の立入調査を主張して、2008（平成20）年の法改正により実現した。

介護サービス情報公表制度の見直し、内容を再検討のうえ承認し2011（平成23）年に法

改正された。離島特例に賛同しているが、具体的な内容は不明である。医療行為については、喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を介護職に認める。

3. 公明党

保険者は逐次広域連合化する。被保険者や給付を受けられる者の拡大は前向きである。保険拡大の財源は消費税も充てるが、所得税の見直しも検討している。公費負担割合を当面6割にし、2025（平成37）年には3分の2に引き上げる。

被保険者の負担については利用者負担の見直しと介護保険の補足給付を見直す。具体的な数値は不明である。低年金・低所得者もグループホーム等の利用を可能にする。介護保険料算定方法を改めて、上限額を設けるとともに、多段階方式から所得に応じた所得比例方式にする。個人単位の保険料方式に世帯所得による減免制度を設ける。3年間保険給付を受けない者は介護予防に取り組んでいることを評価し保険料負担を軽減する。介護予防に励む元気な高齢者に負担軽減のポイントを設ける。介護ボランティアに参加した高齢者には介護保険料の負担軽減を導入する。両方の場合はダブルポイントで介護保険料の負担を軽減する。

介護療養型医療施設を2012（平成24）年までに全廃する国の政策に反対した。地域包括ケアシステムに賛同している。保険給付の対象の見直しは不明である。介護予防は各自治体における事業実施を充実させる。介護報酬・介護職員の給与は、処遇改善交付金を継続し対象を拡大し介護報酬も引き上げる。要介護度を軽減させた事業所を介護報酬で評価する（成功報酬）。在宅支援を強化する。ケア付き高齢者住宅を大幅に拡充する。24時間365日の訪問介護サービスを拡充する。正確な情報提供で事業者の参入を促し、介護・看護人材を確保する。小規模多機能型居宅介護事業利用者を将来60万人分程度まで引き上げる。

レスパイトケアサービスの拡大を謳っているが、具体的な内容は不明である。介護職員の配置基準を現行の3対1から2対1に手厚くする。多床室・2床室の整備を進める。立入調査については具体的な内容は不明である。煩雑な事務処理の手続きの簡略化と要介護認定審査の簡略化を目指す高齢者医療介護貸付金制度を設ける。事務負担・経済的負担の軽減策を実施する。書類様式の統一化・明確化を図る。185の離島では小規模多機能型居宅介護などの介護保険サービスの特例措置が対象外となっていたことに対して大臣告示で認めるよう主張した。後に同告示で認められた。

喀痰吸引と経管栄養（経鼻・胃ろう）の処置の一部業務を認めるが、これに加えて、介護職員にインスリン注射を認めることも主張している。また看護師がどうしても確保できない場合、介護職員に対して准看護師資格の取得を奨励している。介護ロボットの導入に積極的であり、介護ロボットの開発・普及を促進し、介護環境の改善を目指している。

4. 旧民主党

保険料の徴収年齢の引き下げなど保険対象の範囲を拡大すること、具体的には第2号被保険者の年齢を引き下げることを目指している。軽度の認知症患者など日常生活に支援が必要な高齢者を介護保険から締め出すとして「要支援切り」の見直しを求めている。

介護保険財政に関しては、財政安定化基金を保険料の軽減に活用できるよう法整備しようとしたり、介護職員の処遇改善を消費税財源ではなく一般財源をあてることを目指す、ケアプランの有料化は行わない、利用者の負担引き上げ反対など、介護保険料引き上げや自己負担引き上げ、消費税増税など負担増を伴う財源調達には慎重である。高所得者の利用料の引き上げにも慎重であり、第2号被保険者の保険料への総報酬割導入に反対している。しかし現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用負担のあり方など給付の重点化も検討するなど高所得者の負担を求める姿勢も見られる。

保険給付の拡大を含む制度拡充には積極的である。リハビリテーションや生活支援など増大するニーズへ対応することを謳っている。療養病床については削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する、としている。2011（平成23）年度末の廃止を3年間延期するとした。医療療養病床・介護療養病床から老健施設等への転換への助成を引き続き行う、介護施設への入所を必要とする人のために十分な病床が確保できていないことを踏まえ介護療養病床の機械的な削減をしないとする。

中学校校区を基本とする地域包括ケアシステムの実現を図ることも謳っている。日常生活圏内の医療、介護、予防、住居が一体的に提供される地域包括ケアシステムの確立を目指している。日常生活圏で在宅医療・介護が可能となるよう、市町村レベルで計画的に整備し、入院から看取りを含めた在宅への移行が円滑に行われるようにチームとしての連携を強化することを謳っている。

介護職員の処遇改善については、平均の賃金が一定の基準を満たさない事業所には加算した介護報酬を国庫から支払う、給与の月額4万円アップを目標に取り組みなどとしている。介護従事者等の処遇を改善するため、介護職員等の処遇改善法に基づき介護報酬をプラス改定し、介護職員の賃金を引き上げようとしている。

自立支援型介護、予防型介護へ重点化を図る。介護が必要な高齢者に対して、心身機能や生活機能の維持・向上を図るため、リハビリテーションを重点的に提供することとしている。長く健康を保った場合に保険料上のインセンティブを考慮するとするなど他党の政策を取り入れている点も見られる。

V. 考察

1. 日本共産党の介護保険政策の特徴

介護保険政策立案の組織としては、経済・社会保障政策委員会がある。また、日本共産党中央委員会の「国民の声室」や「国民運動委員会」などがある。下部組織としての、民医連や生協からも意見を聞いている。

国民の負担が強いられる保険料については一部自己負担の軽減に積極的である。社会保障についても、国や資本家の負担を求めており、生産手段を持っていない国民に対する保障に関して重点を置いていると言える。

介護保険制度施行以後、利用制限と利用料の負担が増え、利用者や家族、介護の現場からも批判の声があがっている。「軽度」の人を中心に介護ベッドや車いすなどの福祉用具の

「貸しはがし」や、訪問介護の時間が減らされるなどの「介護の取り上げ」が全国に広がり、厚労省が給付費の削減を「給付適正化」の名で旗振りするなかで、法令に照らしてもゆきすぎた利用制限をする自治体が増えており、必要な介護が受けられないことに対して危機感を持っている。

介護現場での深刻な人材不足を打開するには、介護職員の低すぎる賃金の改善が必要である。また、介護従事者の劣悪な労働条件が放置され、必要な人材確保もままならないというのでは、公的介護制度とはいえない。介護を受ける人の生活と権利を守るとともに、支える人も安心できる制度に改めることが必要である。人員配置基準の改善をはかることや、職員の待遇改善が保険料など利用者負担増にならないよう国庫負担を引き上げることが必要と考える。

また、保健・福祉・公衆衛生などの自治体のとりくみを再構築させる。ケアマネジャーや地域包括支援センターを支える自治体の保健・福祉・公衆衛生などの体制を充実し、自治体独自のとりくみも強化する。

「介護予防・日常生活支援総合事業」は、「要支援」と認定された高齢者への保険給付を、人員・サービス内容・利用料などすべて市町村任せのサービスに置き換えるものだと指摘する。認定された高齢者へのサービスを、市町村の判断で安上がりなサービスに置き換えることを可能にすることや、医療専門職が行うべき医療的ケアを介護職員に押しつけるなど、質が担保されず利用者の意思が尊重される保障もないと批判している。

一定所得以上の人の利用料2割負担化や介護報酬の大規模なマイナス改定などを毎年のように実行している。高齢者と家族にこれだけ苦難と犠牲ばかりを強いておいて、いったいどこが「介護離職ゼロ」社会なのか。介護保険制度破壊の加速を許さず、安心・安全の介護保障の実現へ転換させることが必要という考えである。

2. 自民党の介護保険政策の特徴

公明党に比し、介護保険政策の細部に対する主張が少ない。消費税増税を前提とし、「持続可能な介護保険制度を堅持するため、公費負担の増加を図り、高齢化の進展により増大が想定される介護保険料の上昇を抑制」する姿勢である。社会保障全般について「自助」を重視し、次いで「共助」によることとし、「公助」は補完的・限定的であるべきとする姿勢が見られる。

個別の政策では、経済活動への影響を考慮するなど大局的な見地とともに、例えば、特別養護老人ホームの運営主体について、農協系医療機関にも参入を認める一方、社会医療法人の参入撤回を求めるなど農業団体・社会福祉施設団体など支持組織に配慮する姿勢も濃厚である。また、被保険者や給付を受けられる者の範囲の拡大（障害者福祉の統合）は経済界からの批判等から消極的であるが、党内には推進すべきという意見もある。

3. 公明党の介護保険政策の特徴

2000（平成12）年当時は社会保障基金機構の創設を謳っていた。これは、社会保険制度をすべて一元化し、社会保険ごとに独立会計で運営することを目指していた。同機構につ

いては社会保険庁を改組して創設することを目指していた。介護保険制度は広域連合化し、最終的には同機構に移管することを目指していた。被保険者を国民全体に拡大し、年齢構成や所得に基づく財政調整を保険者で行うことも構想していた。しかし、この制度は実現せず、一部が現在進められている共通番号制度として実現化しつつある。

また、介護保険制度をはじめ社会保障全般について政策を新規開拓する姿勢が見られる。例えば、既存制度の谷間を埋める政策や他党が目を向けてこなかった政策を打ち出している。社会保障に関しては、利益団体との結び付きも強くはない。

4. 旧民主党の介護保険政策の特徴

自民党に比し、保険給付の拡充や保険料・一部自己負担の軽減に積極的である。社会保障について「公助」を重視し、次いで「共助」によることとし、「自助」は補完的・限定的であるべきとする姿勢が見られる。持続可能な介護保険制度の堅持には何が必要かを具体的に打ち出しているとは言いがたい。公明党に比し介護保険政策の細部に対する主張が少ないことも特徴である。

具体的な財源論はあまり見られない。財政安定化基金を保険料の軽減に活用することや、介護職員の処遇改善に一般財源をあてることを謳う等、消費税や介護保険料以外の財源を広く求めようとしている。補足給付も、介護保険の中での対応には限界があるとして別途公費福祉施策として制度の拡充を図ろうとしている。介護保険料引き上げや自己負担引き上げ、高所得者の利用料の引き上げなど、負担の増加については概ね反対ないし慎重姿勢をとっている。

一方で、保険料の徴収年齢（第2号被保険者の年齢）の引き下げなど保険対象の範囲を拡大することによって保険財政を安定化させようとしていることは窺える。一定以上の所得者の利用負担のあり方など給付の重点化も検討するなど高所得者の負担を求める姿勢が見られるときもある。

給付についても、軽度の認知症患者など日常生活に支援が必要な高齢者を介護保険から締め出すとして「要支援切り」の見直しを求めるなど給付の合理化には慎重である。

「長く健康を保った場合に保険料上のインセンティブを考慮する」としているのは、公明党が「介護予防に励む元気な高齢者に負担軽減のポイントを設ける」としていることと共通している。

5. 各政党のイデオロギーと福祉モデル

イギリスの社会福祉理論を一仮説として適用し、ギルバートの政治的指向と福祉国家に対する寛容度のモデルを借りれば、マルクス主義は社会主義であり、福祉国家への寛容度は低いとされている。しかし、わが国の共産党は一つの仮説としてフェビアン主義に近いのではないのだろうか。つまり、議会制民主主義のなかで、議席を得て、政権を取る。そして、資本主義のルールをまずつくり、現在より社会保障を充実させ、公共事業費や防衛費を削減する。このことは、同党の国会質問や記者会見で幹部が言及している。

イデオロギーとそれに対応する福祉のモデルの分類はいろいろな学者が試みている。重

要なのは、資本主義経済の体制の多様性を見出すかという点である。

リチャード・ティトマスは、資本主義に対応する「残余的福祉モデル」、わが国などのような経済優先の傾向の強い状況の説明に有用な「産業的業績達成モデル」、社会主義に対応する「制度的再分配モデル」の3つのカテゴリに分類した。そして、高島によるとティトマスは、残余的福祉モデルとしてアメリカ、そしてイギリスを残余的福祉モデルと産業的業績達成モデルの混合とみなしている。

エスピン・アンデルセンの福祉国家類型化は3つの基準に基づいてなされている。1つ目は、脱商品化指標である。本来的にはポラニーの『大変動』から由来する「脱商品化」の概念である。T. H. マーシャルの社会的市民権を特殊化した一つの方法であるといえる。福祉国家が市場への参加に自立した資格を与えることによって現金との結び付きを弱める程度を意味する。換言すれば、「脱商品化とは、市民が自由に、また、仕事や所得あるいは一般的な福祉を喪失することなしに、彼らが必要と判断した場合は、労働から離脱することができること」を意味する。

2つ目は、社会階層化指標である。社会階層化指標とは、「福祉国家は不平等の構造に干渉し、是正する1つのメカニズムであるのみならず、それ自体が一種の階層化システムをなしている」という認識に立脚している。その上、「どのような種類の階層化が社会政策によって促進されるか」という観点から3種類の階層化が区別される。その1は、階層化の保守的原理といわれるものであって、社会統合のために職種や職業上の伝統的な地位関係、賃金労働者の中に存在する階層差が保持される。具体的には職業別に独立して運営されている社会保険制度の数、公務員年金への政府支出がGDPに占める比率の程度で測定できる。その2は、自由主義的原理である。社会支出全体に占めるミーンズ・テストを伴う給付の割合、および年金や医療の分野での民間部門の比率で示される。ミーンズ・テストを従う給付は、受給者にスティグマ感と一種の社会的制裁を加え、受給者と非受給者の間に社会的デュアリズム（二極分化）を促進する。その3は、社会主義的原理であり、報酬比例でなくフラット・レートな普遍的制度の普及率と給付の格差で測られる。普遍的制度は、報酬比例制度に比べて、社会的不平等を是正する機能をもっている。

3つ目は、国家、市場、家族の配置関係である。第3の指標として取り上げているが、前二者と異なって、スコアリングの方法が明示されておらず、各国のスコアも示されていない。したがって、論者によってはエスピン・アンデルセンの類似論の尺度からこれを除外している者もあり、彼が示している指標値の民間部門の比率がこの第3の指標に相当すると考える研究者もいる。いずれにせよこの第3の指標は不明瞭なところを残していると言えるであろう。

以上の3つの指標に基づいて、自由主義的福祉国家（リベラル）、保守主義的福祉国家（コーポラティスト）、社会民主主義的な福祉国家（ソーシャルデモクラティック）の3つのレジーム類型が導きだされる。各レジームの制度・特徴から、各政党に当てはめてみる。

自由主義的福祉国家（リベラル・タイプ）について、制度としては、社会保障全体に占めるミーンズ・テストを伴う給付の比率が高い。給付は低所得層に重点的に支給される。社会保険制度のウェイトは低い。伝統的で自由主義的な勤労倫理が根強い。給付水準はつ

つましく、給付資格は厳格であり、強いスティグマ感を伴う。特徴としては、脱商品化の程度は低い。国の生活保障給付は最低水準保障にとどまり、国家は市場を通しての私的福祉システムを支援し育成する。社会保障給付の受給者と非受給者の間で社会的デュアリズムが進展している。以上のことから自由主義的福祉国家（リベラル・タイプ）は自民党に近いのではないだろうか。

保守主義的福祉国家（コーポラティスト・タイプ）について、制度としては、職業別・地位別に社会保険制度が分立している。専業主婦はそれ自体として、社会保険の被保険者から除外されている。家族手当は既婚女性の専業主婦化を促進する。家族への保育サービスやデイケア・サービスなどの公的サービスは未発達である。私保険や給料以外に与えられる付加給付の役割は小さい。特徴としては、階層間格差の維持に重点が置かれるため、垂直的所得分配効果は低い。市場効率や商品化の機能には自由主義のタイプほど依存せず、代わって階層間格差の維持が重視される。国家の給付は、家族の各種扶養サービス機能・能力が枯渇した場合にのみ提供される。以上のことから保守主義的福祉国家（コーポラティスト・タイプ）は旧民主党、公明党に近いのではないだろうか。

社会民主主義的な福祉国家（ソーシャルデモクラティック・タイプ）について、制度としては、各階層が単一の普遍的な社会保険制度に加入している。福祉国家の諸施策は、普遍主義と脱商品化という2つの原理にそって編成される。特徴としては、自由主義的類型のような低所得階層の間の平等化の追求ではなく、より高水準での平等化が推進される。国家と市場、労働者階級と中間階級のデュアリズムは存在せず、ブルーカラーもホワイトカラーあるいは公務員と同等のレベルの給付・サービスを受けている。保守主義的類型とは異なって、家族の自助努力が底をついた場合に国家が支援の手を差し伸べるのではなく、家族の維持コストを社会化している。国家は家族構成員のニーズを充足するための給付・サービスを提供し、女性の雇用進出を促進・支援するための負担を担っている。福祉と労働が連携しており、国家が完全雇用の保障に積極的にコミットしている。以上のことから社会民主主義的な福祉国家（ソーシャルデモクラティック・タイプ）は共産党に近いのではないだろうか。

VI. 終わりに

介護保険制度が成立する2000（平成12）年までの介護保険政策の研究は存在するが、同制度の政策立案過程の研究が大半であった。日本共産党と連立与党である自民党・公明党、さらには旧民主党の介護保険政策を研究している者は少ない。また、現在の政治情勢における介護保険制度の政策研究は見当たらない。

本研究は日本共産党と連立与党の自由民主党と公明党、さらに旧民主党についての介護保険政策の比較を行った。今後は、いわゆる福祉政治の第一義的責任を担う厚生労働省にも焦点を当て、よりよい介護保険制度のあり方を探求することが重要である。

2015（平成27）年、財務省の提案を受けて内閣府が打ち出した、「2020年に基礎的財政収支の健全化をする」という方針についての具体的動きが加速しているが、国の基本的な路線としては、従来からの、社会保障費の低減等を主な目的とした、施設から在宅重視、

医療と介護の連携、地域単位でのケア等、大きな流れは、社会情勢からも今後当分変わらないことが予測される。連立与党と野党の今後の介護保険政策については、2018（平成30）年度の介護報酬、診療報酬のダブル改定や第7期介護保険事業計画、また消費増税についての動向も見ていく必要がある。

また、日本共産党は与党経験がなく、政策実現の面では達成していないが、社会福祉や社会保障のような国民の生命や生活に関連した政策の決定には、与党についても日本共産党等の野党の政策や意見を参考にし政策をより良いものにするために議論を重ね、さらに客観的に見ていく視点が必要と思われる。

参考文献

- 岡田藤太郎『社会福祉学汎論：ソーシャル・ポリシーとソーシャルワーク』相川書房、1998年。
- 高島昌二『スウェーデンの社会福祉』ミネルヴァ書房、2001年。
- 松井圭三『21世紀の社会福祉政策論文集』ふくろう出版、1998年。
- 大和三重「介護保険制度3年後の課題－家族介護者のエンパワメントの必要性－」『関西学院大学社会学部紀要』第96号、2004年。
- 鏡論「介護保険と高齢者福祉の政策的課題－介護予防政策をめぐって－」『淑徳大学研究紀要』第46号、2012年。
- 佐藤満「介護保険法の成立過程」『立命館法学』第333号・第334号、2010年。
- 塩田咲子「介護保険における在宅介護の課題」、『地域政策研究・高崎経済大学地域政策学会』第6巻第3号、2004年。
- 芝田文男「介護保険政策の課題（下）－地域包括ケアの可能性と問題点介護保険と福祉の関係－」『産大法学』46（4）、2013年。
- ジョン＝クレイトン＝キャンベル「日本とドイツにおける介護保険制度の政策過程」『社会科学研究』60（2）、2009年。
- 藤田了・松井圭三・名定慎也「介護保険法改正の政策形成過程の一考察－自民党・公明党・民主党の政策を中心に－」『奈良保育学院紀要』第17号、2016年。
- 増田雅暢「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題」『季刊社会保障研究』37（1）、2001年。
- 増山幹高「介護保険の政治学－政策理念の収斂－」『日本公共政策学会年報』、1998年。
- 日本共産党機関紙『赤旗』
- 「日本共産党ホームページ」<https://www.jcp.or.jp/>（2017/9/13閲覧）
- 「公明党ホームページ」<https://www.komei.or.jp/>（2017/9/13閲覧）
- 「自民党ホームページ」<https://www.jimin.jp/>（2017/9/13閲覧）