

原著

転換期における介護保険制度に関する 日本—ドイツ比較研究（その1）

A Comparative Study on the Transitional Periods of the Long Term Care Insurance Systems Between Japan and Germany

村川 浩一¹⁾ 鎌田 香織²⁾

キーワード：地域包括ケアシステム、ドイツ、介護保険制度、認知症

序 制度改革の比較研究と視点

日本の介護保険制度に先行し、旧・西ドイツでの20余年の検討を経て東西ドイツ統一(1990)後の1994年に Gesetz auf sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit「要介護リスクの社会的保障に関する法律」¹⁾（ドイツ社会法典第11編）が成立し（コール政権）、翌年より実施された。

日本では、こうした動向を参照しつつ、1997年12月国会で介護保険法が成立（橋本内閣）、準備期間を経て2000年4月より実施された（小淵内閣）²⁾。

介護保険制度を国際的に観察すると、欧州ではドイツとルクセンブルグ³⁾、アジアでは日本と韓国が実施している（筆者村川が出席した2016年12月北京で開催の介護問題国際研究会では、2016年より青島市が地方制度として介護

保険を導入し、また台湾全土でも制度化しつつあるとのことであった）。

一方、社会福祉と Social Care の母国・英国、先進的なスウェーデン等の北欧諸国、北米 (Canada & USA)、さらに Australia 及び Newzealand 等では租税を主たる財源とした高齢者福祉・介護の給付方式が採られている⁴⁾。

ところで、介護保険制度としての成熟と課題を有しているドイツおよび日本の実施状況、並びに数次にわたる部分的・制度改訂等を検討の対象としつつ、制度改革の課題と方向を見極めることが重要と考え、筆者らが分担執筆した。

本論文においては、介護保険制度の特質、とくに制度・政策の総合的視点から鑑みて、

- (1) 制度の根幹である社会保険方式
- (2) 財源構成と保険料・利用者負担
- (3) 給付の前提としての要介護認定
- (4) サービス調整をめぐるケアマネジメント（独ケースマネジメント）
- (5) 給付内容・サービスの種類等

Hirokazu Murakawa
E-mail: murakawah@kawasakigakuen.ac.jp

1) 大阪河崎リハビリテーション大学
リハビリテーション学部

2) 神戸聖隷福祉事業団

等々が検討課題であり、併せて両国における部分的・追加的制度改革を吟味することが重要と考えている。

なお、本論文においては、序文、第1章及び小括を村川浩一が担当し、第2章を鎌田香織が担当した。

第1章 日本の介護保険制度—動向と課題

1 歴史的経緯 (2000～2017)

日本における介護保険制度の主な実施経過について整理したものが、表1である。この中には、概ね3年ごとに行われてきた介護報酬改定、部分的制度改革等が含まれているが、筆者は、総体的にみて重要な制度変更として、以下の3点を指摘することができる。

表1 日本・介護保険制度の主要経過

1997年12月	介護保険法成立
1998年度～	消費税率改訂(3%→5%)
2000年4月	介護保険制度の実施、介護保険事業計画(第1期)開始
〳 4月	第2号被保険者の保険料徴収開始
〳 10月	第1号被保険者の保険料徴収開始(半額徴収、翌年10月より前面実施)
2003年4月	介護保険事業計画(第2期)3年毎に改訂、主任介護支援専門員導入、要介護認定方法の一部改訂(認知症者に関する判定等)
2005年10月	介護保険施設等の食住費負担導入
2006年4月	地域密着型サービス(市町村による指定、当初6サービス)介護報酬△2.4%改訂 地域支援事業・地域包括支援センター新設
2008年3月	大手事業者コムスン処分(介護報酬不正請求、職員不配置等 ⇒都道府県単位で各法人が事業継承)
〳 4月	老人保健法の高齢者医療確保法への全面改訂・後期高齢者医療等実施
2009年4月	がん末期患者への介護保険給付適用、介護報酬プラス3.0%改訂
2010年5月	介護人材確保法成立⇒介護従事者の処遇改善(当初・交付金方式)
2012年4月	介護報酬・地域区分改訂(国家公務員準拠)介護報酬プラス1.2%改訂
2012年9月	認知症施策推進5か年計画『オレンジプラン』公表(厚生労働省)
2015年4月	介護報酬マイナス改訂(平均△5%) 介護従事者の処遇改善(介護報酬加算方式に変更して継続) 介護老人福祉施設(特養)入所基準・原則要介護3以上
〳 8月	利用者負担2割負担導入・応能負担重視へ(備考:保険料多段階制)
2015～2017年	市町村総合事業開始(要支援者の訪問・通所サービス制度変更)
2015年秋	介護保険・特定施設(有料老人ホーム)連続殺人事件=メッセージ社
2016年1月	『新・オレンジプラン』(認知症施策総合戦略)公表
2016年6月	医療介護総合確保推進法成立、地域医療介護総合確保基金設置
2017年	通常国会、介護保険法一部改正へ
2018年4月	介護報酬・医療報酬同時改訂へ(2017.4高額薬価引下げ)

筆者村川作成

第1に、2005年の介護保険法改正により翌年度から実施された、①市町村を指定権者とする地域密着型サービスの制度化、②地域包括支援センター新設を含む地域支援事業の開始、及び③介護保険施設における食住費の導入等である。

第2に、2009年頃から準備され、2012年度以降打ち出されている「地域包括ケアシステム」の構築であり、現在進行中の制度変更スキームである。

第3に、介護保険—介護サービスの根幹に関わる課題として介護人材の養成・確保・定着等がある。国会が全会一致で成立させた介護人材確保法（2010年）の教訓が継承され、今後連続的に展開されるのが問われている。

2 システム構築における主な論点と部分的制度改訂⁵⁾

(1) 社会保険方式・保険料率

日本における介護保険の導入は、1994年当時細川内閣による国民福祉税構想（税率3%⇒7%）が挫折するなか、ドイツ介護保険制度を参照した社会保険方式が着目されつつ、税財源との併用（公費投入50%）が採用された。また、ドイツ介護保険が現役の勤労者に賦課する「純粋な」社会保険方式であるのに比し、日本では65歳以上の高齢者及び40歳以上65歳未満の中老年者に賦課する方式が採られた。

2000年当時ベルリン州立アリツ・ザロモン大学のJ.Raebiger教授から年金生活の高齢者に賦課するとは恐れ多いとの批評を受けたものである。紙幅の都合上詳細を省くが、各保険者における保険料率の設定については、幾つかの論点が所在している。

(2) 制度の実施主体

日本の介護保険制度では、国や都道府県による重層的支援・関与を背景に老人福祉法・老人保健法の歴史的。制度的経緯から基本的には市

(区)町村とされている。ドイツでは独特の全国機構である介護金庫を基本としつつ、基礎自治体（Stadt）よりも、州政府（Land）制度上の関与が認められている。

(3) 要介護認定

サービス給付の前提として、ドイツ由来の要介護認定システムが位置づけられた。日本の方式では要介護レベルのほか、要支援レベルを設定し、給付の対象として虚弱な高齢者に対する独特かつ柔軟な展開をみせてきた（2016年10月現在の要支援認定者数は175万人余、全高齢者の5.1%）。なお、2015年度以降、要支援者に対する訪問・通所サービスについては一定の給付限定が行われている。

また、ドイツの認定方式は独任官による裁定であるのに対し、日本では審査会方式によるなど相対的には丁寧な手法が採用され不服申立ては少ないと見られるが、認知症高齢者への判定結果が軽く（低く）出るという批判もあり、2003年度及び2006年度に認知症加算が設けられ一定の補整が行われている。

(4) 給付・サービス

介護保険制度における給付・サービス面では、日本のシステムがサービスの種類等で詳細な展開をみせ、居宅・施設・地域密着型のサービス体系を構成し（24時間介護サービス・認知症グループホーム等を含む）、現物給付を重視している。

一方、ドイツにおける給付は要介護者に対する給付（施設・居宅）のほか、家族介護者への現金給付が行われている（詳細は本論文第2章等を参照）。日本では、女性団体等の要請から現金給付が見送られてきたが、一部自治体では保険外の手当等が支給されている。

(5) ケアプラン及びサービス調整（ケアマネジメント）

ドイツ介護保険制度では、Pflegeplanung（介護サービス計画）が重視され、入所施設等で徹

底されているのに比し、日本では独自のケアマネジメントシステムが導入されている。また、日本の追加的制度改革として、主任介護支援専門員の配置や地域包括支援センターの設定が実施されている。

他方、ドイツでは制度発足当初とは異なる、在宅における新しいスキームが展開されている(詳細は本論文第2章を参照されたい)。

(6) 数次にわたる部分的制度改革

以上、介護保険制度の主な論点をみてきたが、日本—ドイツ両国共に部分的制度改革を行っており、日独両国ともに2017-18年に次なる制度改革が予測される。特に日本では、「地域包括ケアシステム」構築とそれ以降に向けて、制度の持続可能性または抜本的な制度改革が不可避と考えられる。

3 現段階の動向

日本における制度改革の焦点は、2017法改正～2018制度改革にあり、社会保障制度審議会介護保険部会の審議経過等から、以下の諸項目が観測される。

- ・ 応能負担の重視～利用者負担3割(現役並み所得者の場合)
- ・ 要介護認定の更新期間の上限3年間へ
- ・ 福祉用具レンタル価格の上限設定
- ・ 通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職配置促進へ
- ・ 地域包括支援センターの相談体制充実

[注]

- 1) 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ 介護保険』、信山社、2007年
- 2) 村川浩一・矢部正治ほか編『介護保険制度論』、第一法規、2004年
- 3) 和田 勝『介護保険制度の政策過程—日本、ドイツ、ルクセンブルグ国際共同研究』、東洋経済新報社、2007年

- 4) 田中秀明「第2章 社会福祉と財政」『日本の福祉行財政と福祉計画』所収、第一法規、2011年
- 5) 村川浩一・宮武 剛・矢部正治・村田美由紀編『介護保険論』、第一法規、2009年
- 6) 村川浩一編著『市区町村の役割と民間事業者の参入同行』(介護保険 政策と現場実践シリーズ) @東京法令出版、2000年
- 7) 田中秀明「社会保障と税一帯で格差を考える」、『アジェンダ』第54号、2016年
- 8) 村川浩一「第9章 地域包括の実現/福祉の立場から」、『地域包括ケアシステムリハビリテーション 3』、三輪書店、2013年
- 9) 地域包括ケアシステム研究会2009～2010年度における金井利之(東京大学教授)及び村川浩一の発言
- 10) 辻 哲夫(東京大学特任教授)が近年提唱しているフレイルの概念(Frail)は注目される。

第2章 ドイツにおける介護保険制度改革(2015—2017)と認知症給付の変遷

1 ドイツにおける公的介護保険制度の変遷

ドイツにおいては、介護保険法が1994年に制定、1995年に施行され、改正や関連法の制定を経て現在に至っている。対象者に一部の障害者や難病患者等を含むこと、サービス給付/現金給付の選択制であること(組み合わせ給付も可)、被保険者が医療保険の全加入者であることなど日本の制度と異なる点も多いが、要介護のリスクを社会保険制度により社会全体でカバーするという基本的仕組みは共通であり、先行国としてドイツの動向が注目される。

2002年ドイツにおいて最初の制度見直しが行われ、介護の質の確保法によって一定の介護の質保障が法に定められるとともに、介護給付付加法によって初めて認知症に対する給付が創設

された。

2008年に行われた介護保険制度改革の主なポイントは、

- ①在宅介護を中心としたサービス給付額の段階的引き上げ
- ②認知症ケアの拡充
- ③地域における総合的な相談窓口の設置—ケアマネジメントシステムの導入

等であった。これにともない、保険料率が0.25%引き上げられた（1.95%、子どもがいない場合2.2%）。

さらに2013年1月介護改革法（Pflege-Neuaustrichtungs-Gesetz）が施行され、在宅の認知症患者に重点を置いた介護給付額のさらなる引き上げが行われた。また、認知症患者へのサービス給付はこれまで基礎介護（入浴や衣服着脱の介助など）と家事援助（清掃やベッドメイキング、調理など）に限定されていたが、「在宅の世話（Betreuung）」給付まで拡大され、散歩や読み聞かせなどの介助が可能となった。保険料率は0.1%引き上げられ、2.05%（子どもがいない場合2.3%）となった。

2 介護強化法（Pflegerstärkungsgesetze I - III）

介護保険法制定後20年を経た2014年、連邦政府は制度の強化をめざし第1次介護強化法（Pflegerstärkungsgesetz I）を公布、2015年より施行した。主なポイントは介護給付の改善と制度の経済基盤の安定化である。さらに第2次介護強化法（Pflegerstärkungsgesetz II）により、2017年1月1日から新たな要介護認定基準が導入されることになっており、介護等級は従来の3段階から5段階となる予定である。

(1) 第1次介護強化法（Pflegerstärkungsgesetz I）

第1次介護強化法は、主に介護給付の改善とより柔軟なサービス利用の可能化により要介護者と家族の負担を軽減することを主な目的とし、

2015年1月より施行された。在宅介護を中心としたサービス給付（Pflegesachleistung）／現金給付（Pflegegeld）が増額され、同時に施設入所者への給付も引き上げられた。さらに介護人材の確保と質の向上のため、人件費への予算投入や職業教育の場の増加を行う。同時に保険財政安定化のため介護保険料率が0.3%引き上げられ、2.35%（子どもがいない場合2.6%）となった。

給付改善にともない認知症に対する給付も引き上げられた。主な給付額は以下の表のとおりである¹⁾。

表2. 在宅介護に対するサービス給付額（ドイツ）

介護等級	給付額（2015年～） 給付限度額（€）／月	給付額（2014年） 給付限度額（€）／月
介護等級0（認知症*あり）	231	225
介護等級I	468	450
介護等級I（認知症あり）	689	665
介護等級II	1,144	1,100
介護等級II（認知症あり）	1,298	1,250
介護等級III	1,612	1,550
介護等級III（認知症あり）	1,612	1,612
最重度	1,995	1,918
最重度（認知症あり）	1,995	1,918

*社会法 XI 第45条 a による「日常生活能力が継続して著しく制限される者」—特に認知症患者をさす。
サービス給付は現金給付と組み合わせることもできる。

表3. 在宅介護に対する現金給付額（ドイツ）

介護等級	給付額（2015年～） 給付限度額（€）／月	給付額（2014年） 給付限度額（€）／月
介護等級0（認知症*あり）	123	120
介護等級I	244	235
介護等級I（認知症あり）	316	305
介護等級II	458	440
介護等級II（認知症あり）	545	525
介護等級III	728	700
介護等級III（認知症あり）	728	700

現金給付は、家族またはボランティアにより介護が行われる場合に請求可能である。現金給付はサービス給付と組み合わせることもできる。

介護補助具（Pflegerhilfsmittel）は、要介護者の苦痛緩和や、自立を支援するための器具・用具であり、このうち技術的補助具（介護用ベッド、車いすなど）使用の際は、原則として費用の一部を支払わなければならない。使い捨て手袋やベッドパッド等の消耗品については、介護金庫から月40ユーロまでが支払われることとなった。

表4. 介護補助具

介護等級	給付額（2015年～） 給付限度額（€）／月	給付額（2014年） 給付限度額（€）／月
介護等級0（認知症あり）	40	31
介護等級I、II、III	40	31

要介護者本人への給付額引き上げとともに、家族介護者への支援も強化された。介護者が自身の病気や休暇のため介護ができない場合、代替介護（Ersatzpflege）を利用することが可能であるが、その上限額および期間が拡大された。

表5. 代替介護給付

介護等級	給付額 (2015年～) 給付限度額 (€) / 月	給付額 (2014年) 給付限度額 (€) / 月
介護等級0 (認知症あり)	1,612 (代替介護6週間まで)	1,550 (代替介護4週間まで)
介護等級I, II, III	1,612 (代替介護6週間まで)	1,550 (代替介護4週間まで)

*介護等級0の場合でも、認知症であれば、介護保険給付対象となる。

日常生活能力に継続して著しい制限のある被保険者（精神病患者、知的障害者、認知症患者）は世話（Betreuung）に対する給付を受けることができる。世話の必要度に応じて基礎給付が増額給付が付与される。

表6. 世話とレスパイトに対する追加給付

介護等級	給付額 (2015年～) 給付限度額 (€) / 月	給付額 (2014年) 給付限度額 (€) / 月
介護等級I, II, III (日常生活能力に継続した著しい制限なし)	104	なし
介護等級0, I, II, III (日常生活能力に継続した著しい制限あり：基礎給付相当)	104	100
介護等級0, I, II, III (日常生活能力に継続した著しい制限あり：増額給付相当)	208	200

Pflegestärkungsgesetz I（第1次介護強化法）により、認知症患者への支援は強化された。これまで“介護度0”の認知症患者つまり日常生活能力に著しい制限はあるが、介護の必要度が介護度Iに達しない認知症患者への給付は限られていた。第1次介護強化法の施行により、これらの被保険者はデイ／ナイトケアおよびショートステイの利用が可能になる。これに加え認知症患者の家族には、代替介護やショートステイが、さらに組み合わせ利用しやすくなる。

2015年1月1日から追加的な世話に対する給付について、補足的なレスパイト（Entlastung）

給付が可能となった。さらに日常生活能力に継続した著しい制限がない要介護者も基礎給付を請求できることになった。在宅サービス給付を全て使い切っていない要介護者は、2015年1月1日より、在宅サービス給付額に使わなかった金額—ただし定められた給付額の最大40%—を世話やレスパイトに使用することができる。

施設入所の場合の給付額も表6のとおり引き上げられた。

表7. 完全入所介護給付

介護等級	給付額 (2015年～) 給付限度額 (€) / 月	給付額 (2014年) 給付限度額 (€) / 月
介護度0 (認知症*あり)	—	—
介護度I	1,064	1,023
介護度I (認知症あり)	1,064	1,023
介護度II	1,330	1,279
介護度II (認知症あり)	1,330	1,279
介護度III	1,612	1,550
介護度III (認知症あり)	1,612	1,550
最重度	1,995	1,918
最重度 (認知症あり)	1,995	1,918

(2) 第2次介護強化法(Pflegestärkungsgesetz II)

2016年1月1日、第2次介護強化法が施行され、新たな要介護認定基準が2017年1月1日より発効となる。従来の「介護等級 (Pflegestufe)」は「介護度 (Pflegetrad)」に切り替えられる。

従来の介護度認定基準は身体的な制約に重点を置いており、認知症患者への給付は、さらなる審査を受けての付加的なものにとどまっていた。新たな要介護度の概念により、身体的な制約も、認知症などによる精神的制約も同じ基準で審査されることとなった。法制定以来20年を経て、初めて全ての要介護者が、要介護状態となった原因に問わず、介護の必要度に応じて介護保険給付に対する同等の権利を与えられることとなる。介護度を決定するのは個人個人の自立の程度である。また介護度を5段階とすることによって、介護ニーズについてのより詳細な判定が可能となる。

新たな介護度認定基準は、6つの領域での自立度を評価し、それらを総合的に審査するもので

ある。6つの領域とは、①移動、②認知・コミュニケーション能力、③行動と心理的問題状況、④自己管理、⑤疾病や治療による負荷の克服、対処、⑥日常生活の組み立てと社会参加となっている。

これまで給付を受けていた要介護者は、審査を受けることなく自動的に新たな介護度に移行される。身体的制約のみの要介護者は現状より1つ上の介護度に、認知症など精神的制約のある要介護者は2つ上の介護度に位置付けられる。

新たな介護等級への移行により、給付額は現状維持か、多くの場合増額となる。保険料率は2017年1月1日から0.2%引き上げられて2.55%、子供がいない場合は2.8%となった。

表8. 2017年1月1日からの給付額 (€) ²⁾

介護等級	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
在宅現金給付	—	316	545	728	901
在宅サービス給付	—	689	1298	1612	1995
在宅レスパイト給付*	125	125	125	125	125
施設入所給付	125	770	1,262	1,775	2,005
連邦平均の介護度別割当金*	—	580	580	580	580

*目的が決まっているもの **完全入所施設の入所者対象

(3) 第3次介護強化法(Pflegestärkungsgesetz III)

第1次・第2次介護強化法に続き、2016年6月第3次介護強化法の草案が連邦内閣により決定され、2017年1月発効となった。法施行の目的は、サービスの量・質の確保、要介護者や家族に対する助言体制の強化、日常生活支援体制の拡充などである。

3 まとめ

ドイツにおいて、要介護認定は20年余りにわたって身体的な制約に重点を置いた基準により行われてきた。このため、認知症に対する給付は、さらなる審査を経た上での付加的なものであり、給付額も不十分であることが指摘されてきた。

2002年の介護給付付加法により認知症給付が

初めて導入されて以来、度々の給付額引き上げや、世話給付の導入が行われてきたが、2017年1月1日より新たな要介護度の概念が導入され、3段階の「介護等級 (Pflegestufe)」から5段階の「介護度 (Pflegegrad)」への切り替えが行われた。これにともない、給付額は在宅分野を中心に大幅に引き上げられ（一部は現状維持）、給付の幅も広がった。また、家族介護者への給付等も改善されることとなった。具体的な身体介護・家事援助以外の世話、見守り、レスパイトなどの給付が順次創設・拡大されている点にも注目したい。

認知症患者や家族介護者の状況がどこまで改善されるかは、施行後の検証をもって確認していかねばならないが、今回の一連の法改正が、ドイツ介護保険制度にとって「Meilenstein」—マイルストーンとなることは確実であろう。また、保険料率の引き上げなど、将来の介護保険財政の安定維持に関する政策も注視していきたい。

[注]

- 1) 表2～7は、Bundesministerium für Gesundheit(2015): Alle Leistungen zum Nachschlagen (ドイツ連邦政府保健省・小冊子)による (鎌田香織訳)。
- 2) 表8は、ドイツ連邦保健省ホームページ <http://www.bmg.bund.de> より (拙訳)。

[引用文献]

- 11) 松本 勝明 “ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険—” 信山社, 東京, 2007
- 12) 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団 “介護保険 転換期—新制度の仕組みとドイツの現状” 東京, 2005
- 13) Bundesministerium für Gesundheit “Ratgeber zur Pflege” Berlin, 2014

小 括 — 2017年初のメモワール

本論文においては、日本の介護保険制度における部分的・追加的改訂と政策課題、並びにドイツにおける介護強化法等の近年の動向を検討してきた。結びとして、日本—ドイツに共通する社会的・政策的課題を確認しておきたい。

第1に、両国に共通する最大の課題は、認知症ケアであることは疑い得ない。日本の動向に付言すれば、本巻・巻頭言を参照いただくとともに、新・オレンジプランの実行・到達点に注視することであろう。

第2に、両国に共通する根本的課題は、制度の持続性に関連した財源確保と保険料水準の問題である。ドイツでは「介護保険は部分保険」との基本的認識のもとに保険料率の改訂・調整を手法としており、また個別のケースに対し必要に応じ *Alten Hilfe* や *Sozial Hilfe* が適用されるのに比して、日本では社会保険料と公費投入の併用方式であることから、制度当初から要支援レベルを含むやや幅広な給付が行われてきたが、給付の更なる拡大局面において2つの財源要因がどこまで連動できるのか、社会的・政治的要因から財源制約がもたらされるのかが問われる。究極的には、制度の初期に喧伝された応益負担を止めて、応能負担への転換が急務となっている⁹⁾。

第3に、両国共に介護人材の確保は不可欠である。(日本の介護福祉士制度は、旧・西ドイツで成立した *Alten Pfleger/rin* (老人介護士) を参照した側面も少なくないのである)。人材の質的・量的充足について細目を列挙すれば、①専門職員を軸とするケアプランニング(ドイツ:*Pflege Planung*)や、ケアマネジメント(ドイツ:*Case Management et*)、チームケアの

徹底など

②量的充足としての外国人労働力の着目

- ・日本：EPA（経済連携協定）による介護・看護職の確保（フィリピン、インドネシア、ベトナム）及び技能実習生制度の活用（ベトナム等）
- ・ドイツ：ポーランド、ウクライナなど東欧その他からのリクルート

③市民参加・ボランティア

- ・ドイツ：キリスト教系・労働組合系のグループ等の組織文化・自発的参加
- ・日本：認知症サポーター、中高生・学生ボランティアほか、人材開発、生活協同組合等の動き

いずれにしても介護人材の重層的構成が焦眉の課題であることは明白である。

関連して、ドイツの「純粋な」社会保険方式においては「社会的市場」の枠組みのもとでベルリン・ハンブルグといった大都市を除いてサービス提供事業者の大半は非営利法人である。日本のシステムは明確に「公設市場」でありながら「雑多な」サービス提供事業者によって現に劣化したサービス（虐待、搾取、殺人他）が横行している現状は早急かつ根本的に清算されるべきであろう。

最後に、残余の課題としては、予防(Prevention)である。日本で流通している「介護予防」の概念は諸外国では必ずしも通用しない。予防(Prevention)並びに健康増進(Health Promotion)をキーワードとして、疾病予防と関連をもちながら、中高年者・虚弱な高齢者(Frail Elderly)をターゲットとする真の予防施策=公共的保健サービスが再生・定立されねばならない¹⁰⁾。