

研究ノート

介護保険における在宅介護の課題

塩 田 咲 子

Present Situation and Issues of Home Care
in the Social Insurance for Elderly Care

Sakiko SHIOTA

はじめに

2000年4月に施行された介護保険の目的の一つは、在宅での介護を促進することにあるとされた。ところが、介護保険施行後、施設利用希望が増加し、待機者は介護保険施行前を上回る状況が続いている。その後、「ゴールドプラン21」以降の新たなプランである厚労省・高齢者介護研究会の報告書「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25日)は、在宅サービスの脆弱性を指摘し、この改善が介護保険を持続可能にしてゆく重要な課題と位置づけた。2005年に予定されている制度改革に向けて、利用者の視点から、在宅介護の諸問題を明らかにし、改善への政策課題を提案してゆくことが必要とされているのである。

本研究ノートは、要介護者本人や家族の多くが在宅での介護を望んでいることをふまえて、介護保険の目的とされる在宅介護の促進および利用者の視点から、介護保険制度の改善策を提言してゆくための総合的な調査・研究に向けての覚書である。

1 特別養護老人ホームへの申し込み急増の背景

従来の介護費用の財源を税とする社会保障制度は、施設を利用するにしる、在宅での介護ヘルパーの利用にしる、行政の責任で運用された。しかし、「措置」という限られた税による福祉という考え方のため、介護サービスは限定的な供給量と所得制限的な利用方法であった。そのため、誰もが利用できる社会保障ではなかった。事実、介護する家族がいたり、中間所得以上の世帯には利用し

づらい制度であった。

これを誰もが利用できる普遍的な制度にするには、税方式のまま、北欧諸国のように、増加する供給量に見合った財源の確保（税であれ、保険料であれ）によって可能にする方法もあったが、日本では、保険料と税を財源として、かつ保険料の拠出を条件に給付するという、まったく新しい社会保険制度を採用したのである。これが、2000年4月より施行された介護保険である。このように介護という社会保障を社会保険で運営する方法は、ドイツでも採用されているが、ドイツの介護保険とは異なる日本の独自性も少なくない⁽¹⁾。

その一つとして、ドイツでは利用するに当たっての料金負担はないが、日本の場合、利用料が発生し、現行では費用の1割を負担することになっている。また、介護サービスを利用する際に、施設に入るか在宅でサービスを利用するのかは両国ともに利用者の選択であるが、ドイツの場合、自宅での介護を希望すれば現物サービスだけでなく介護者への現金給付も選択できる。しかし日本には、介護者への現金給付の選択肢はない。日本の在宅での介護は、家族や友人など誰かが介護をしてもそれは無償である。

つまりは、両国ともに、保険料の負担をもって給付の権利を発生させることで、家族環境や所得とは関係なく本人の要介護状態に応じてサービスが受けられるようにし、在宅か施設かは本人の選択となったものの、利用料負担や家族の介護評価の有無が大きく異なる点として上げられるのである。このような日本の介護保険の特徴が、以下に見てゆくように、施設への希望を急増させた要因とかかわっていると考えられる。

周知のとおり、日本では、介護保険がはじまると、特別養護老人ホームへの入所を希望する人が急増した⁽²⁾。しかし、介護をどこで望むかという点については、近年の調査でも、本人も家族もいずれもが、施設よりも自宅での介護を望むもののほうが多い⁽³⁾。では、なぜ、予想以上に施設への入所申し込みが多かったのだろうか。

ここでは、制度の仕組みに起因すると思われる点を上げておく。利用者の意識や経済状況、家族環境などの要因については、今後の調査研究の課題としたい。

第一に、日本の介護保険では、サービスの利用を行政の責任（措置）から利用者サービス事業者との「契約関係」に移したことがあげられる。施設を利用したい場合、利用者は施設入所を希望して行政に届け出れば行政の責任で審査を経て、いずれかの施設に空きが出れば入ることができた。しかし、介護保険になってからは、施設利用は、行政の窓口ではなく、直接施設に出かけて申し込むことになった。もちろん、利用者が希望する施設を利用できるようになったのだが、措置ではなく契約であるから、施設のほうも利用者を選択することが可能になった。したがって、施設を利用しようとするれば、利用者は、契約可能な施設に複数申し込むほうが安心なのである。どの施設にも急増した申込者数の多さは、このような申し込みの重複にもよると考えられる。

第二に、従来は、施設利用料が所得に応じての負担であったため、入所希望は所得が低いか必要性の高い場合が多かったが、介護保険制度は、保険料を払っていれば所得に関係なく、介護度に

じた金銭負担になったことから、より広い範囲の人々が施設への入所を希望したと考えられる。

第三に、日本には介護者への現金給付の選択肢がなく、在宅で介護する金銭的な動機が働かないため、在宅より施設のほうが金銭負担や労力負担が少なくてすむからである。たとえば、同じ要介護度が3であっても、施設であれば、利用料金は介護度の上限額である267,500円の1割負担で24時間の介護が可能になるが、在宅であれば、施設と同じ上限額の1割を負担しても24時間介護サービスがなされるわけではない（2003年度の報酬の見直しで、現在では施設だと265,500円の1割負担でよくなった）。在宅だと、上限額である267,500円相当の居宅サービスで足りない分については、全額負担になるか、家族や同居人の介護が必要になる。この第三の点については、以下の在宅介護の問題と課題のところでも詳しく検討したい。

以上のように、現行の介護保険の仕組みのままでは、施設への利用申し込みは増加せざるを得ないと考える。とすれば、利用者が施設を選択できる安心と入所の保障を確保するには、まずは施設の増加が必要になる。

ところが、施設の増加にはいくつかの壁がある。たとえば、在宅での介護サービスには民間企業の参入が可能になったものの、施設のほうは民営化が進展していない。とくに特別養護老人ホームの不足状態が続いていることから、介護保険の理念である「利用者が施設を選択できる」ようにはなっていない。またサービスの質については、施設認可者つまりは行政の監督があるものの、施設を増やすことで競争原理を生かし質を高めることも必要であろう。利用者の選択権が保証されること、また施設でのサービスの質の向上のためには、利用者が選択できるだけの施設の量的な競争も不可欠なのである。居宅サービス事業所と同じように、特別養護老人ホームにも株式会社などが参入できるような規制緩和が提言されているゆえんでもある⁽⁴⁾。

さらには、施設を増やすということが容易でない仕組みが、介護保険制度そのものに組み込まれている。現行制度では、施設を利用すればその光熱費や住居費などは保険から支出されているため、施設を利用する人が増えれば増えるほど、つまりは施設が増えれば介護保険からの支出が上昇し、介護保険料の上昇につながる仕組みになっているからである。したがって、この点については、在宅よりも施設を選択するほうが負担料金や介護時間などで有利だという制度のしくみ、あるいは施設に関する費用についても介護保険全体の設計にまで踏み込んで検討する必要がある。

2 在宅介護の問題と課題

在宅介護を利用しやすく質の高いものにすることは、介護保険が安心して信頼できる制度にする上で最も重要で緊急な課題と考える。その理由は、まず、要介護者本人の多くが住み慣れた家で在宅介護を望んでいることであり、自己決定権を基本にした社会保障としての介護という視点からすれば、在宅介護を希望する人々が安心してできる制度にしてゆかねばならないからである。また、これまで検討してきたように、日本の介護保険の仕組みと財政の観点からすれば施設の増加には限界が

あり、在宅での介護を進めざるを得ないこともある。

そして、現行の介護保険制度の仕組みそのものに在宅介護が促進されにくい要因があることもわかった。そこで、より具体的に、在宅介護が促進されにくい要因と対策を以下に列挙しておきたい。

① 施設と在宅における介護料金の負担

介護保険には、介護度によって利用サービス単位の上限がある。この上限までは利用したサービス合計の1割負担であるが、上限を超えたサービス単位は全額負担となる。ここから、施設と在宅での利用料金に大きな違いが生じてくる。施設の場合、上限額を超えるということはないが、在宅だと上限額を超える場合があるからである。

たとえば、在宅の場合、利用限度額いっぱいを訪問介護やショートステイ、デイサービスなどに使っても、365日、毎日24時間の介護はできない。これに対して、施設を利用すれば、介護度によってケアされる時間や内容は違っても、365日、毎日24時間、施設内の職員の誰かの目が届く。たとえば、介護度が低いからといって、トイレに行きたいときに、あなたにはケアの時間は使ってしまうのだから、と放置されることは考えにくい。在宅の場合には、そのときに誰かがいなければ放置される。つまりは、在宅での介護は、介護してくれる「誰か」が常にいなければ安心できないのである。

したがって、上限の設定は、在宅の場合、「誰か」すなわち「介護できる家族」など介護者がいることを前提に、設計されていることを意味する。そのような家族がいない一人暮らしであるとか、家族がいても働いていたりして家を留守にすることがあれば、限度額を超えた部分について10割の負担をするか、介護保険とは別に家政婦を雇うか、などの手立てをしなければならない。これらの金銭的負担や労力の提供ができない場合は、我慢するか（放置されるか）、介護者が仕事をやめる場合もありうるだろう。

つまり、在宅でも施設でも、介護保険制度における介護度に見合ったサービス利用の上限設定と1割負担が同じなので、介護サービスの利用が限定的とならざるを得ない在宅介護より、365日・24時間のサービスを利用できる施設介護のほうが「安心」なのである。さらに、施設の場合、住居費の負担がないことも在宅での介護より金銭負担の上で有利である。同じだけの介護保険料をはらって、介護度に応じた1割負担なら、上限額を超えるかもしれないといった料金の心配や家族などによる介護労力負担が必要とされない施設を利用しようということになるのは、当然の結果であろう。ここに、在宅より施設を選択する制度的な問題がある。

そこで、このような介護保険の制度に起因する在宅と施設利用の負担と給付に関する大きなアンバランスについての対応策としては、次のような方法が考えられるだろう。

- ・在宅介護の利用料負担を施設利用より低い割合にする。
- ・家族の介護を経済的に評価し、在宅の場合は、介護手当のような現金給付を考える。
- ・施設の利用料に住居費（部屋代、電気、水道代など）を加算する

・居宅サービスの場合、上限額を超えた分については全額負担ではなく減額・減率する。

②居宅サービスが不十分で、在宅介護に不安がある

地域によっては、居宅サービスの供給が不十分な場合がある。介護保険は、訪問介護など在宅で利用できるサービスについては利用者が選択できることを前提にしているものの、選択できるほどのサービスがない地域は少なくない。というのも、居宅サービスは、民間業者が中心であるがゆえに、企業とすれば利益が上がらない地域での事業展開は控えるからである⁽⁵⁾。

この民間業者の参入が進展しにくい地域の対応策としては、行政の対策が重要になる。民間事業者が事業を展開できるような対策を講じることによって、行政の責任で必要な居宅サービスを供給できるようにする必要がある。

③利用者が望む居宅サービスか

居宅サービスの利用者にとって、以下に列挙するような各サービスにおいての問題点が考えられる。今後の実態調査によって、これらの問題点を詳細に検討し、問題点をできるだけ解消することで、利用者にとって利用しやすく満足度の高い居宅介護サービスにしてゆく対策が必要である。

まず、訪問介護サービスにおいてはヘルパーの質の向上が不可欠である。介護保険は、在宅の場合、時間を単位にサービスが供給される関係で、その時間内に予定のサービスが実行されるだけのヘルパーの力量が問われることになる。

つぎに、ショートステイは、利用者が必要なときに利用できるようにする。急な介護者の都合に対応できなければ、在宅での介護には不安がともなうからである。施設にショート用のベッドを常に一定用意しておくとか、ショートステイ専門の施設もあってよいだろう。

デイサービスについても、送迎時間、利用時間が利用者にとって希望するものになっているかどうか、またデイケアにはリハビリの料金が上乗せされているが実際そうになっているかどうか。

そして、ケアプランの妥当性については、ケアマネジャーの質の向上が不可欠である。そのためには、ケアマネジャーが技術力を磨き、経済的に独立できるだけの報酬や適切なプランを実行できるだけの権限の付与が必要になるだろう。現状では、独立したケアマネジャーは少なく、雇用主である施設や医療機関に属している場合が少なくない。そのため、施設に属したケアマネジャーであればショートステイが取りやすいとか施設に入所しやすいといった事情から、ケアマネジャー本来の仕事の評価ではない理由で、利用者がケアマネジャーを選択していたり、逆に、ケアマネジャーのプランを受け入れている場合もあると考えられる。

他方、医療系のサービスについては、まず訪問看護の内容と料金の妥当性が再検討される必要があるだろう。内容として介護と看護の違いをどこにおくかである。たとえば、「適便」「爪きり」「レシカルの挿入」などは、医療行為となっていて介護ヘルパーはできない。そのため、そのつど訪問看護が必要になって、居宅サービスの上限を超える要因の一つになっている。これらのケアを

介護ヘルパーにゆだねることは本当に不可能なのか、また看護と介護との報酬比較についても再検討の余地があるのではなからうか。

つぎに、訪問医療や歯科については、介護保険と医療保険の両方に負担金が発生していることのは非や、訪問介護や看護、歯科には交通費がないのに、なぜ、訪問医療にだけ交通費が利用者負担になるのか。さらには、訪問医療については、必要なときとか利用者サイドの希望ではなく、むしろ供給サイドである医者都合で訪問時間などが決まっているなど、利用者の側からすれば疑問点も少なくない。

これらの対策に関しては、実は、いずれも居宅サービスの供給側の労働条件や経営環境ともかかわってくる。こうした側面も考慮して、在宅サービスを利用する側にとって安心で満足度の高いものにしてゆくことが大切である。

さて、以上に述べてきたことは、制度の仕組みを検討することで見出される問題点であり、対応策であるが、介護保険の創設以来、厚生労働省でも介護報酬や制度の見直しについての検討が重ねられてきている。そこで、次に政府の介護保険見直しの動きについて検討することにしたい。

3 厚生労働省一平成15年度の介護報酬見直しと平成17年の制度改革への動き

①平成15年度介護報酬の見直しについて

介護報酬の見直しは、厚生労働大臣の所掌事項で、三年ごとに行われる。この見直し作業は、平成13年10月から社会保障審議会介護給付費分科会で進められ、翌年の12月9日に意見書「介護報酬の見直しの考え方」が提出された。これをもとに厚生労働省老人保健局は「平成15年度介護報酬の見直しの概要」を発表したが、その基本的考え方は、「在宅重視と自立支援の観点」であるとして、具体的な介護報酬の改定が示された⁽⁶⁾。では、この第1回目の介護報酬の改定について、実際、在宅重視になっているのか、在宅で介護サービスを利用する観点から、関連する主たる見直し点について検討してみよう。

まず、ケアマネジャーの報酬については、介護度によって異なっていたのをいずれも月850単位で一律にし、次の2点が加わった。4種類以上の居宅サービスをケアプランに入れると100単位の加算があるが、一定の要件を満たさない場合は減額になることである。一定の要件とは、ケアプランを利用者に交付することや月一回は利用者宅を訪問するとかサービス担当者会議の開催など、ケアマネジャーとして当然の仕事内容である。このような要件を明記しなければならないほど、ケアマネジャーの仕事が不明瞭だったということであろうか。また、介護度とケアプラン作成の評価とが切り離されたわけだが、これは妥当なのか、介護度が高いほどやはりプラン作成も難しく時間もかかるのではなからうか、疑問が残る。あるいは、4種類以上のサービスだと加算されるというのは、サービスを受ける側からみてどのような意味があるのだろうか。2種類でも3種類でも十分な人はいるであろうことから、これは、むしろ、多様な居宅サービス業者の経営を安定にするため

に、利用サービスを分散させて需要を喚起させることを意図したのではなからうか。

つぎに、報酬見直しで最も注目されたのが、訪問介護の区分と単位についての改定であった。身体介護と家事援助の複合型が廃止され、身体介護と生活援助（家事援助の呼称を変えた）の二つになった。そして、身体介護の30分未満と生活援助の単位が、それぞれ引き上げられた。すなわち、身体介護の30分未満が210単位から231単位に、生活援助は、30分以上1時間未満が153単位から208単位、1時間以上が222単位から291単位に引き上げられた。単位が上がるということは、供給する側からすれば時間当たりの報酬が高くなることだが、利用する側としては、時間当たりの利用料金が高くなるということである。したがって、これまでどおりの利用時間を確保すれば、料金が上がるから上限額を超える場合が出てくる。そこで、金額を従来どおりか限度額の範囲に納めようとすれば、サービスの時間を削減しなければならないのである。とすれば、「在宅重視」とは、在宅で利用する側からの評価ではなく、時間当たり報酬が高くなったことで利益を得る居宅サービスを提供する側にとっての評価といえるのではないか。検討を要する点であろう。

さらに、訪問看護について、緊急時訪問看護加算の単位が訪問看護ステーションを利用した場合、1370単位から540単位になった。この点は、居宅サービスを利用する方からすれば評価できるものの、疑問も残る。というのは、この加算についても病院・診療所であれば、840単位から290単位になり、訪問看護ステーションとの差は依然として大きいからである。利用する側からすれば、同じ緊急の訪問看護であるから、利用できる事業所で、なぜこのような差があるのか疑問である。

なお、医師などの訪問による居宅療養管理指導の報酬は、月1回で940単位であったのを、1回あたりの報酬単位を引き下げて訪問を月2回まで可能とした。1回ではなく2回に分けた指導という点では評価できるものの、月に2回の訪問であれば、利用するほうとして料金負担にさほどの変化はない。この医師の訪問は、必要なときに来てくれるのではない。地域によっては、月に2回と決められているところもあるので、必要性よりは供給側の収入を安定的にするという論理がうかがわれなくもない。

そして、最後に残る疑問は、「在宅重視」という理由のもとに、これら居宅サービスについての報酬が全体として0.1%上がったのに対して、施設サービスの単価は4%も引き下げられたことである。供給サイドからすれば、報酬の点で施設にはマイナス評価になったといえようが、利用する側からすれば、施設利用の方が料金の負担が減ることであるから、結果的には、いっそう、在宅でサービスを受けるよりも施設でサービスを受けたほうが割安になったということになるだろう。では、実際にはどうだったのか、料金面だけでなく、サービスの質の面でも、今後の調査で検証してみる必要がある。

②平成17年の介護保険制度の見直しについて

介護保険の5年後の見直しは、厚生労働省社会保障審議会の介護保険部会で検討されてきている。その第6回（平成15年11月20日開催）の部会では、これまでの議論の整理案が事務局から提供

された⁽⁷⁾。多くの事項について意見が出されているが、ここでは、利用者が在宅より施設利用に偏重せざるを得ない制度上の問題点について言及した意見や居宅サービスに関する事項に注目し、以下に、これらの意見を列挙する。

- ・在宅と施設との間に不公平感があり、施設に入ると相当お金が余るという現実がある。適切な負担を行うためには、基礎年金以上に年金をもらっている人が施設に入った場合などはホテルコストを払うべきではないか。ただし、低所得者に配慮すべき。
- ・在宅介護を推進するため、施設と在宅の給付と負担のバランスを是正すべき。また、家族介護の評価のあり方について検討すべき。
- ・施設介護から在宅介護へという流れが生まれているかどうか、検証する必要がある。
- ・在宅と施設の給付の範囲と水準については支給限度額も含めて検討すべき。
- ・限度額を超えてサービスを利用するときに、経済的なゆとりがあって必要なサービスを買っているのか、苦勞しながら自己負担で自宅で介護しているのか検証が必要。
- ・施設サービスの利用者を要介護度が重度のものに限るべき。
- ・特養に入居するのに居住費が問題になるが、たいていのお年よりは、住宅を自分で持っているので、リバースモーゲージも含めて家屋、資産で払えるようにする。

このように、負担と給付や利用上の料金など、在宅と施設のアンバランスを指摘する意見は共通だが、施設利用のホテルコストの負担や在宅での家族介護者などへの現金支給については反対意見もあり、今後検討が続けられてゆくことになっている。

なお、在宅サービスのあり方として、「施設か在宅かの二者択一的な論議ではなく、例えば、通う・泊まる・訪問を受ける・住むを一体的に提供する小規模多機能ホームを介護保険に明確に位置づけていく工夫が必要」とか、「施設志向が加速していることに鑑みても24時間365日ケア体制をきちんと議論すべき」といった意見も出てきている。これらのアイデアは、実は、厚生労働省が平成16年度末を終期とする「ゴールドプラン21」後の新たなプランの方向性や中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討するために設置された高齢者介護研究会（座長は堀田力）の報告書「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25日）に盛り込まれているものである⁽⁸⁾。報告書は、在宅で365日・24時間の安心と痴呆性高齢者を主眼にしたケアモデルへの転換を骨子としている。

その後、2004年1月8日、厚生労働省は、事務次官をトップとする「介護制度改革本部」を発足させた。介護保険部会での議論や高齢者介護研究会の報告書も踏まえ、この秋をめどに具体案をまとめてゆくことになっている⁽⁹⁾。こうした官僚サイドによる介護保険の見直しでは、各委員の構成などによって供給側の意見が強くなりがちである。実際の在宅介護における実体や問題点を調査し、これらを供給サイドだけでなく利用者の側にとって改善してゆくことが、介護保険の発展・定着に不可欠だと考える。この研究ノートを踏まえて、今後、在宅介護をめぐる利用者とサービス提供者（就業者も含む）の双方からの総合的な調査をもとに、在宅介護を中心に、安心で持続可能

介護保険における在宅介護の課題

な介護保険制度にしてゆくための改善策を提案してゆきたい。

(しおた さきこ・高崎経済大学地域政策学部教授)

注

- (1) ドイツの介護保険制度を全般的に知るには本沢巳代子(1996)参照のこと。
- (2) 朝日新聞社の全国自治体調査(2002年12月実施、発表は2003年2月5日付)によれば、特別養護老人ホームの入所を希望して待っている人は23万人以上で、介護保険開始前の約5倍にも上ったという。
- (3) 介護を施設より自宅で望むのは本人も家族も多い。2003年7月24日から8月3日にかけて全国20歳以上のものを対象にした内閣府の調査「高齢者介護に関する世論調査」(同年9月発表)によると、本人の44.7%が自宅希望で施設入所希望の33.3%をうまわり、家族では自宅希望が57.7%、施設希望が23.9%である。
- (4) 八代尚宏(2000)が、規制改革による株式会社への参入を主張する一つの理由でもある
- (5) 地域間格差の実情については中川清美(2003)を参照。
- (6) 以下、介護報酬の見直しについては、社会保障審議会介護給付費分科会の議事録、厚生省老人保健局「平成15年度介護報酬見直し案」(2003年2月25日)、「新しい介護報酬が決定」『月間介護保険 no.85』(2003年3月)による。
- (7) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1120-7b.html>
- (8) <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>
- (9) 「介護保険大幅見直し」(日本経済新聞2004年1月8日)によれば、給付と負担のバランスが早くも崩れたことから、給付の抑制や施設の住居費負担、あるいは保険料徴収を20歳に引き下げる案や障害者の支援費制度との統合も検討されると報じられている。

参考文献

- 沖田佳代子(2002)「介護サービス計画の決定作成における倫理的ジレンマ - ケアマネジャーに対する訪問面接調査から」『社会福祉学』第43巻第1号
- 梶 晴美(2003)「訪問介護サービスにおけるニーズとサービスの量的不一致」『社会福祉学』第44巻第2号
- 後藤真澄・若松利昭(2001)「ホームヘルプサービスの有効性に関する研究 - 利用者満足度とホームヘルパーの自己評価の比較から」『社会福祉学』第41巻第2号
- 佐藤 進(2003)『介護保険運営における自治体の課題』法律文化社
- ゼンセン同盟2002年調査報告「ホームヘルパーの職業能力と就業の実態」
- 田中耕太郎(2000)「介護手当(金銭給付)の意義、実施状況およびその評価」『海外社会保障研究』summer2000No.131
- 田中雅子・山崎麻耶(2003)「ヘルパーの医療行為をどう考える」『月間介護保険』no.84
- 中川清美(2003)『介護保険 - 地域格差を考える』岩波書店
- 永田千鶴(1998)「在宅ケア活動における『看護』と『介護』」『社会福祉学』第39巻第1号
- 本沢巳代子(1996)『公的介護保険 - ドイツの先例に学ぶ』日本評論社
- (2003)「訪問介護契約と利用者の権利擁護 - アンケート調査から見た問題点 -」『週間社会保障』No.2256
- 八代尚宏(2000)「公的介護保険と社会福祉事業改革の課題」『季刊 社会保障研究』Vol.36No.2
- 山崎百子(2002)「介護保険施行後のY県の福祉環境の特色 - ケアマネジャー回答によるケアマネジメント・サービス供給の実態と問題点」『社会福祉学』第42巻第2号
- 山本美香(2001)「地域福祉と『居住』 - 高齢者の居住継続のあり方を求めて」『社会福祉学』第41巻第2号