

## 良質な介護サービス提供体制の確立 —国・都道府県の役割と新たなシステムの構築—

筒井 孝子

### Establishment of a good care-service delivery system —Role played by the central government and the local prefectural government and construction of a new system—

Takako TSUTSUI

#### 1. 介護保険制度がもたらす変化

2000年から実施される介護保険制度は、従来の福祉領域で行われていた①福祉サービスの概念、②社会保障の考え方、③サービス供給における公の役割等を大きく変化させる可能性を持っている。

まず、①福祉サービスの概念の変化とは、これまでの特定の「貧困層」に対応する施策として機能すると考えられていた福祉サービスを、個人の介護の必要度により普遍的に提供するサービスとして位置づけるという変化である。高齢者の介護問題は、特定の人々だけに起こりうる問題ではなく、誰にでも起こりうる問題として認識されつつあるという背景がある。介護問題の解決にあたっては、いわゆるスティグマの伴う限定的な福祉施策としてではなく「介護の社会化」という理念のもとに社会保険方式が採用された。また介護保険制度には、必要な介護量に応じた介護給付が高齢者に行われるという仕組みに基づく「要介護認定システム」が内包されている。このシステムでは、従来の福祉サービス供給において重要な指標であった個人の資産や生計、家庭環境等は、要介護認定の主要な判定評価項目ではない。むしろ基本的な指標から除外されているといえる。介護サービスは、あらかじめ設定された介護内容別介護量に応じて供給される仕組みに基づくことから、介護保険制度によって給付される介護サービス供給の原則は、従来の福祉サービスの考え方に大きな影響を与えられられる。

次に、②の社会保障の考え方ということでは、高齢者介護の問題がわが国特有の問題ではなく、1996年にOECDが公表した“Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution”<sup>(1)</sup>で示されているように oldest old（後期高齢者）を焦点においた施策が必要であり、それは従来の所得

保障や貧困対策といったさまざまな施策の寄せ集めや補完的な施策では対応できなくなったという変化を指摘することができる。介護保険制度は、国民が介護というリスクに対して保険料を支払う義務を負い、介護が必要な時に提供される介護サービスのメニューとサービス提供者を利用者が選択できる権利を持つことになる。介護保険制度は社会保険方式といっても財源の2分の1は租税である。単純に言えば、個人的なリスクとしての介護問題に社会全体のリスクをプラス・アルファした制度であるという考え方がその基礎を提供していると考えてもよい。

これからの社会保障制度のあり方については、「『公平性』の観点からの制度ではなく、『効率性』の観点から見直すべきである」<sup>(2)</sup>という主張や、「従来の所有権理論との間の微妙なズレを感じさせる動き」<sup>(3)</sup>という指摘があり、介護保険制度をめぐる枠組みの変化が論議されている。このような変化は、人口の高齢化がもたらす様々な影響が、これまでの社会保障施策によってのみでは、もはや解決することが困難であるというOECD各国の共通認識を前提としているものと考えられる。21世紀に向けた社会保障制度の枠組みを多くの国々が模索しており、わが国においても「走りながら考える」という状況に置かれていると考えられるのである。

③のサービス供給における公の役割については、介護保険制度において、サービスの提供に関わる事業について参入規制の緩和が実施され、営利、非営利を問わずに民間団体に開放することになっている。このことは、わが国には新たな介護サービスマーケットが誕生することを意味するが、介護保険制度実施後には、このマーケットの規模はさらに拡大することが予想されている。新たなマーケットは、イギリスで行われたNHS改革やコミュニティ改革でなされた「疑似市場（quasi-market）」論の導入であることは明らかであるが、疑似市場化については、イギリスをはじめ、未だ定まった評価はなされていない。ただし、少なくとも

効率化という概念を医療・福祉の領域に持ち込んだということについては、一定の成果をえたといえるであろう。

介護保険制度によって誕生する疑似市場においては、介護サービスを購入することはできるが、当該高齢者が生活する地域での購入に限定される場合が多く、実際に利用者が選択権を行使できるかどうかという疑問が生じる。また、医療サービスなどについて指摘されることの多い「情報の非対称性」<sup>11)</sup>という問題は、介護サービスでも起こりうるのではないかと懸念されている。そして、最も大きな課題は、介護サービスの質を十分担保できるのかといったことであると考えられる。

本稿では、今後の介護サービスの供給にあたって、介護サービスの質の管理をどのように行なうべきかを公の役割といった観点から、アメリカ合衆国の各州に設置されている医療サービスの利用に関する同僚審査機構(PROと呼ばれる)などを参考に検討したい。また、購入者となる高齢者自身がいかなる役割を果たすべきかといったことについても若干の私見を述べたい。

## 2. 介護サービス提供体制における必要なサービス量の管理

### —認定支援センターシステムの構築—

介護保険制度の運用における介護サービス提供にあたってのマネジメントは、国、都道府県、市町村という行政単位がそれぞれの役割を果たすことが期待される。国は、介護サービスの提供に際して、その供給量の上限となる要介護度を定める要介護認定システムにおけるコンピュータによる一次判定システムの構築を行なうこととなっている。コンピュータによる一次判定は、全国一律の基準に基づいて行われるが、最終的な要介護認定は認定審査委員会によって、かかりつけ医の意見書、特記事項、地域の事情等を勘案することとなっている。したがって、今後、それぞれの市町村で行われた要介護認定結果を一次判定システムにいかんにか反映させ、一次判定の精度を向上させていくかが大きな課題となる。ただし、その際に留意すべき点は、審査委員会における一次判定からの変更基準が明文化された内容として、いまだ整備されていないということである。このため、一次判定と二次判定との差異について詳細に分析し、要介護認定の精度管理、基準の見直しなどを行なう目的で認定支援センターシステム(仮称)を構築する必要があると筆者は考えるものである。

ここで構想している認定支援センターシステムは、要介護認定の精度管理、基準の見直しなどを目的として設置され、各市区町村に置かれた認定システムの認定情報(要介護認定調査情報、一次判定結果情報、二次判定結果情報など)を一括管理するシステムであると考えられる。認定センターシステムで管理される認定情報は受給者を特定する必要はないが、認定情報は個人の状態を示す情報であるた

めそれが特定できる場合は特に取り扱いに注意する必要がある。

このような課題については、すでに平成8年度、9年度、10年度のモデル事業において、セキュリティの高いネットワークシステムを構築すべく検討を続けている。現時点で、これらの対応がすでに万全というわけではないが、抜本的な問題は発生していない。今後も技術的な対応だけでなく、倫理的な対応を含めて検討していくことが必要ではあるが、実現できないレベルのシステムでは決してない。むしろネットワークシステムは、介護サービスの提供をささえるシステムとして必要不可欠なシステムとも考えられる。

認定システムの構築理由については、以下の5点が考えられる。

第1に、将来に向けてコンピュータによる一次判定の改良と見直しを行う資料を容易に収集できるシステムを構築する責任を国が持っていると考えられることである。介護サービスは、製品とは異なり規格や一定の仕様があるというわけではない。また、時代や文化的背景によって介護サービスの考え方は大きく変わる可能性が高い。おそらく介護保険制度が実施されることによって、介護サービスの供給量は増大し、また供給方法についても変化が起ることが予想される。これらに対応するためには、常にデータを収集するシステム構築が不可欠であると考えられる。

第2に、介護保険制度実施後の制度の運用を考える際には、認定調査情報をデータとして蓄積して、全国の県レベル、市町村レベルでの傾向を把握できなければ効率的な運用はできない。

第3に、認定に関する高齢者の調査項目の情報と実際の認定結果の情報、さらには提供された介護サービスの情報が把握されることで、介護サービス量が不足している地域や過剰な地域についての情報やこれら三者の整合性について全国的なレベルで検証することができる。

第4に、市町村にとって、不服申請に対する対応は今後、検討すべき大きな課題となることが予想されるが、これらの不服申請に対して「全国的にみて、当該市町村がどのような状況にあるか」といった内容や、認定審査委員会の変更および意見に関する情報も一括管理することによって、不服申請者への説明を行うことを容易にする資料を提供できる。

そして、第5に、高齢者の認定に関する情報に対して、市町村内での内部監査システムだけでなく、都道府県や国によるいわば外部監査システムをシステム上組み込むことによって、介護保険システムの安定化を図ることができる。

介護保険制度における介護サービスの質の担保ができるかどうかの第1の条件は、介護サービス量の確保である。これまで実施したモデル事業で用いた要介護認定システムは、介護が必要な高齢者に必要な介護サービス量を給付するという基本的な考え方の上に成立している。すなわち、高齢者の状態に関する情報を入手することによって介護量(必要な介護の内容とその時間)を算出する仕組みとなっている。このため国内すべての認定情報を収集すれば、わが

注1 財の品質についての情報量が売り手と買い手で異なっていること。

国で必要な介護量の理論上の必要量が推計できる。しかも認定支援センターシステムが構築されれば認定情報を逐次、解析できるため、必要量の推計は、これまでにみられない精度が高い情報となることが予想される。今後、あらかじめ予想される介護の必要量を認定支援システムから得ることによって、これに見合う提供量をいかに供給するかということを考える必要がある。認定情報の把握は、必要とされる介護サービス供給量を把握することにほかならないが、こういった介護サービスの数量的な把握は最も重要である。この他に、指定事業者による介護サービスの量や質の管理をある程度全国一律の、いわば標準的となる判定基準を確立する必要がある。

このようなことを国が行なう必要性は、複数の都道府県で介護サービスを提供する指定事業者が、今後、数多く存在するようになるからである。要介護認定の一次判定の考え方と同様に、給付に関して国が責任を果たすためには、少なくとも提供される事業者の質の管理について指針を示す必要があると考えられる。これは、事業者の指定や取消が都道府県毎に異なるといった状況は問題であり、指定や取消に付随する情報が各保険者において同時に開示されるシステムも必要であると考えられるからである。たとえば、ある県で取消を受けた理由が逐次、情報として示されないために、同様の問題が他の都道府県でおこる可能性が高いといったことも起こりうる。

こういった評価について主要な役割を果たす機関として、アメリカ合衆国の各州に設置されている医療利用の審査を行っている PRO (Peer Review Organization)<sup>12</sup> の都道府県における設置ならびに合衆国の医療財政庁によるスーパー PRO のような機関が国レベルで設置される必要があると考えられる。

### 3. 介護サービスの質を管理するためのシステム —都道府県 PRO, スーパー PRO (仮称) の設置—

介護サービスの質と量を担保するためには、国と同様に都道府県の役割は大きいと考えられる。都道府県は、介護サービス事業者の指定を実際に行うこととなっており、いわば都道府県内の介護サービスを提供する側である指定事業者の評価を行なう役割を担うことになる。

法的にも都道府県は、指定居宅サービス事業者の指定を行うことになっており、たとえば指定ができない事業者の条件としては、

- ①申請者が法人でない場合
- ②事業所の従業員の知識、技能、人員が厚生省令で定める

注 2 同僚審査機構。アメリカ合衆国において医師、ナース等医療提供スタッフがお互いの審査・監視を行なうことによって、医療利用の適正化、質的水準の向上をはかるための組織。前身は1972年、連邦政府が設立した PSROs (Professional Standards Review Organization)。PRO は、PSRO より入院利用と質の監視内容を細部にまで拡大し、その審査権限、法的処罰権を強化した。本稿では、日本版 PRO として「事業者審査機構」と提案した。

基準や員数を満たしていない時

- ③厚生大臣が定める設備及び運営基準に従って適正な事業運営ができないと認められる時が定められている。

また、介護保険法第70条によれば、病院、診療所、薬局が行う居宅療養費管理指導、又は病院、診療所が行う訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所療養介護については、②か③のいずれかに該当した場合には、都道府県知事は指定できないことになっている。

このような介護サービスを提供する指定居宅サービス事業者の基準としては、第73条に、次のように規定されている。

「厚生省令で定める基準の設備および運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定居宅サービスを提供するとともに、自らその提供する指定居宅サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定居宅サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない」。

こうした基準が達成できない場合には、指定サービス事業の指定を取消することができるとされている。また、指定の取消は、第77条において都道府県知事は次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定居宅サービス事業者に係る第41条第1項本文の指定を取り消すことができると記されている。取消の条件となるのは、

- ①指定居宅サービス事業者が、当該指定に係る事業所の従業員の知識若しくは技能又は人員について、第74条第1項の厚生省令で定める基準又は同項の厚生省令で定める員数を満たすことができなくなったとき。
- ②指定居宅サービス事業者が、第74条第2項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な指定居宅サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。
- ③居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の請求に関し不正があったとき。
- ④指定居宅サービス事業者が、前条第一項の規定により報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
- ⑤指定居宅サービス事業者又は当該指定に係る事業所の従業員が、前条第1項の規定により出頭を求められてこれに応ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定に係る事業所の従事者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定居宅サービス事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
- ⑥指定居宅サービス事業者が、不正の手段により第41条第1項本文の指定を受けたとき。

①～⑥に該当した場合、市町村には、こういった指定事業者の認可または、取消に関しての責務はなく、保険給付に係る指定居宅サービスを行った指定居宅サービス事業者について、前項第2号又は第3号に該当すると認めるときは、その旨を当該指定に係る事業所の所在地の都道府県知事に通知することができるのみとなっている。第76条に示

されるように「都道府県知事は、居宅介護サービス費の支給又は居宅支援サービス費の支給に関して必要があると認めるときは、指定居宅サービス事業者若しくは指定居宅サービス事業者であった者若しくは当該指定に係る事業所の従業者であった者（以下この項において『指定居宅サービス事業者であった者等』という。）に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、指定居宅サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者若しくは指定居宅サービス事業者であった者等に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該指定居宅サービス事業者の当該指定に係る事業所について設備若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる」とされ、都道府県は、事業者に対する検査機能を持っている。

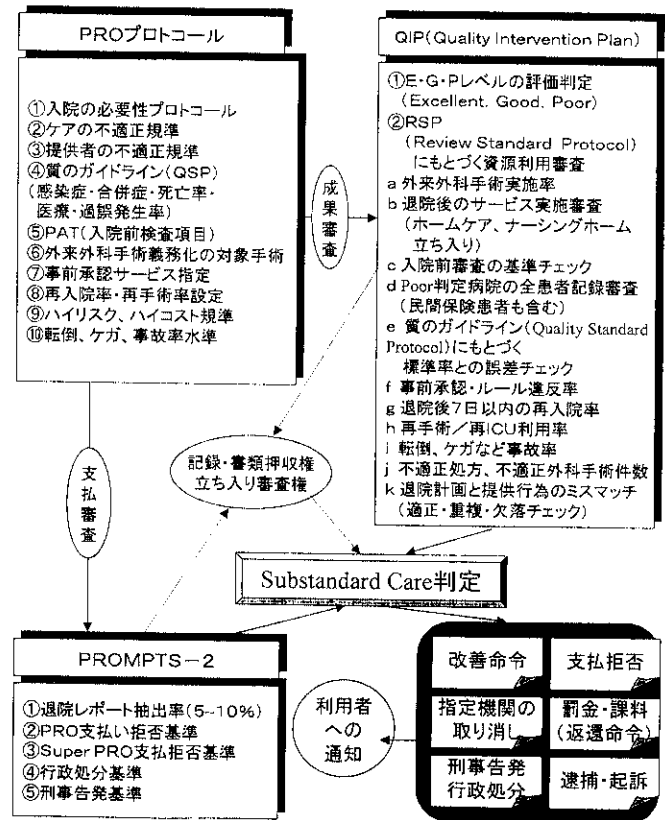
都道府県は、この検査機能を十分に利用し、指定事業者の自己チェックという内部管理だけでなく、外部チェックシステムの構築も検討すべき課題であろう。こういった外部チェックシステムとしてチェックする内容は、法律に記載されている①要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定居宅サービスを提供しているかどうか、②自らその提供する指定居宅サービスの質の評価を行うこと、③常に指定居宅サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めることとされ、ここに示された内容を評価するシステムは、いまだ構築されていない。また、指定事業者は、一般に市町村という行政区を超えて事業を行うため、市町村には、こういった指定やその取消に関する業務に対する権限を持たない。たとえ悪質な指定事業者が市町村内で事業を展開していても市町村には指定取消をすることはできない。

現在の制度からいえば良質なサービス事業者かどうかという内容を具体的な事例に基づいてチェックできるのは市町村だけであり、この情報を都道府県や国民健康保険団体連合会（以下、国保連と略す）に正確に伝達する責任が市町村にはある。法律上は、国保連は、介護保険法第176条第1項第2号に、「指定居宅サービス、指定居宅介護支援及び指定施設サービス等の質の向上に関する調査ならびに指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設に対する必要な指導及び助言を行う」とされ、この業務は、いわゆるオンブズマン機能と呼ばれているが、現状を鑑みると、これが十分機能するかどうかは疑問である。

そこで、市町村における介護サービスの供給機関である指定事業者をマネジメントする際にも、提供システムを整備する上でも重要と考えられ、都道府県に設置されることが望まれる機関として、合衆国のPRO(Peer Review Organization)に類似した『事業者審査機構』を提案したい。

この機関は、介護サービスの質の評価を行なう機関として位置づけられる。PROは、アメリカ合衆国の医療制度において医療行為の適切性、必要性、医療の質の管理といったチェックに大きな役割を果たしている。PROは、図1<sup>13)</sup>のような評価・審査構造をもっている。わが国の介護サービスの評価において特に参考になると考えられるのは、成果審査(outcome review)の考え方である。

図1 PROの評価・審査構造



成果審査のために、PROでは、PROプロトコールを定め、成果を審査する規準をあらかじめ設定している。再入院率、再手術率等のように、ほとんどの規準は、事前に数値が示されているため評価は客観的であり明確である。さらに「この介護サービスが適切な人は、こういう状況の人である」という利用前審査(いわゆる pre-admission)があるため、過剰な介護サービスがなされている場合のチェックも行なわれる仕組みとなっている。また、成果審査の場合には、ホームケアなど、記録だけのチェックが困難である審査は、立ち入り審査権が与えられている。この他に、記録・書類押収権も認められている。そして、成果が示されない機関に対しては、改善命令を始めとし、支払拒否、指定機関の取り消し、罰金、刑事告発、逮捕・起訴という厳しい判定がなされ、この結果は、利用者に通知されることとなっている。

現在、わが国では、医療制度においてもPROにあたるような機関はなく、また介護保険制度においても、こういった構想は示されていない。介護保険において不服申請を受けつけるのは介護保険機構(仮称)であるが、PROのように具体的な規準を設定するという段階には至っていない。介護保険制度におけるPRO構想において最も重要なのは、介護サービスの適切性の規準をあらかじめ設定すると

注3 図1は、平成10年度に公衆衛生院で行われた介護ケアマネジメント研修の際に、メディアーク研究所長須磨忠昭氏が用いた資料の一部である。

いうことであり、その内容が明確であるということである。図1右側に示した QIP(Quality Intervention Plan)における入院前審査の基準チェックという内容である。これは、ある一定の条件を持った人が入院しているはずであるから、入院後は入院前に比較して「このような成果が示されるはずである」という前提条件が置かれる仕組みであるため、必ず評価ができるということになるのである。そして指定事業者は、E (Excellent)・G (Good)・P (Poor) レベルのいずれかに判定される。このような事業者に関する情報を介護サービス購入者に情報として提供するようなシステムが構築されるべきであろう。

このような医療の質を確保することと医療費適正化を目的とした PRO のプロトコールとその成果審査である QIP は、医療費請求に不正や不適切なものがあるかどうかをプロトコールと機械的に照合する PROMPTS-2 と呼ばれるシステムを完成させている。チェック内容は、図1の左下の①から⑤までであるが、コンピュータシステムによって発見された不正や不適切な治療行為等については、PRO による審査権が与えられているのである。

ところで、介護保険制度では、介護サービスの供給量は、要介護度別に上限は定められ、介護サービスの種類別支給限度額が設定されることとなっている。そして、その介護サービスの内容は、居宅介護支援というシステムが別に機

能すると説明されているにすぎない。介護サービスの内容は居宅介護支援専門員の専門性により、担保されているともいえよう。しかし、介護支援専門員は、介護サービス提供機関に属する 경우가ほとんどであり、自らが所属する機関からの介護サービス提供を行なうにあたって、図2に示したように適切な介護サービス量というよりは、限度額までの介護サービス量をできるだけ提供しようとする傾向が強くなると予想される。

このことは、介護サービスを適切に供給するというシステムを構築する上では大きな問題となると推察されるが、何らかの一定規準が設けられることが望まれるのである。こういった一定の規準の設定については、アメリカ合衆国では、連邦政府に設置されるスーパー PRO が担うシステムとなっている。この機関の業務の内容は、成果指標、質のガイドライン、UR(Utilization Review)<sup>4)</sup>に関わる開発と各州に設置されている PRO の監督である。わが国においてもまた、スーパー PRO を国レベルで設置し、各都道府県の PRO を監督し、わが国独自の評価規準を設定していく努力が望まれる。

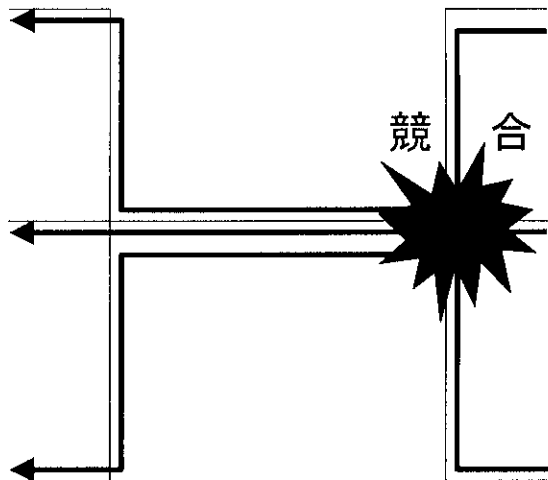
最近のアメリカ合衆国では、各 PRO の審査はバラツキがあることが内部監査で明らかになったといわれており、わが国においても同様の問題が起こりうるものが予想される。こういったバラツキをおこさないためには、成果目標

図2 介護保険制度実施後の予想される居宅介護支援

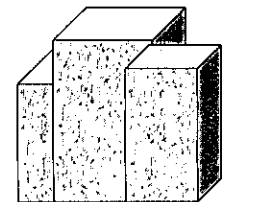
要介護3 ケースは70分から90分の介護サービス提供時間



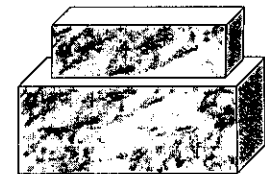
それぞれの機関は90分までケアサービスを投入しようとする



介護保険施設



特別養護老人ホーム



老人保健施設



指定居宅介護事業者

市場原理に任せてしまうと要介護3の上限時間である90分すべてを提供するようなインセンティブが働く。

注4 アメリカ合衆国において、医療利用の適正化と妥当な医療費支払いを目的とした審査。

の設定が明らかで客観的な判断が可能であることが不可欠な条件である。

#### 4. 被保険者がつくる良質な介護サービスマーケットと外部監査システム

これからの時代は、預金先の銀行がつぶれた場合、その責任は安全な銀行を選択しなかった本人が負うことになる。このため、われわれ国民は、情報開示を積極的に求めなければ自分の預貯金に損害が及ぶということになる。同様に、介護保険制度は、被保険者の自己責任を問われる制度である。昨今、介護保険制度においては、住民は、これまでの介護サービスを与えられる側から選択する側へ、あるいは購入する側へと大きく立場が変わり、自己裁量権を持った代わりに自己責任をとることになった。購入者となった住民は、よい介護サービスを選択して購入できるように、その介護サービス提供機関の情報を行政に求めることになる。そして、自分が購入する介護サービスの質の維持と向上を求めているかねば、良い介護サービスを受けることができない時代となる。こういった意味で、住民の市町村行政への積極的な参加が不可欠であると考えられる。

しかし、市町村が提供する介護サービス情報は住民にとって、本当に有意義な内容となるかどうかは住民次第であるともいえる。介護サービスの質を維持し、向上させる機能に最も大きな影響を持つのは、購入者である高齢者や家族であり、行政の力だけでは困難となってくるだろう。PROの成果評価指標の中に満足・コンプライアンス調査分析が存在するが、介護サービスの提供者に対する評価は、購入者自身が行うしかない。介護サービスは、実態としてある「物」としての製品の品質とは異なり、その品質は、顧客があらかじめ抱いている期待を、サービスがどの程度満たしたかで測られ、その基準は顧客の頭の中にある心理的プロセスとして評価される。「物」は、計算された規格・仕様合っているかどうかで判断されるが、「サービス」の評価は、個別に行われることになる。個別に評価するような内容に対する質の評価は、物のように一定の基準がないために、自分一人の感覚的な評価や結果の評価は個別の評価であると判定され、客観性がないといわれる場合が多い。このため住民は、評価を客観的に示す方法を十分に検討し

ていく必要があると考えられる。

また、評価を行なうにあたっては、以下の3点が行われることが望まれよう。第1に、以前の社会福祉サービスや医療サービスの現状から離れた評価の視点を持ち、満足度の高いサービスを要求すること。第2に、同一の介護サービスに対しては、提供機関別に一個人の評価ではなく、多数の評価を行い、それらを統計的に示す指標を住民自らの手で行うこと。第3に、市町村および指定事業者に対して、住民自身が行った提供機関に対する評価を公開し、その評価に対しての対応策を要求することである。少なくとも以上の3点については、住民自身が積極的に行っていかなければならない。

良質な介護サービスマーケットの形成に必要な住民の役割は、苦情や要求を個々に示すだけでなく、質の高い介護サービスを提供してくれる良質な介護サービス指定事業者を選択し、そういった事業者を育成して行く責任も持つことである。そして指定事業者の評価に関する情報開示は、全国規模で行うことが望まれ、住民側の情報のネットワーク化も必要になると考えられる。これまでの公共財は、マーケットの規律が弱く、情報も閉ざされ、システムはいかにも非効率であった。このことから、被保険者である住民は情報公開を要求し、批判するだけでなく、自らが情報の発信源となり、介護サービスマーケットの育成とその体制の整備に参加することが重要となる。

介護サービスマーケットの健全な育成とマネジメントを行うためには、住民による外部監査システムが必要不可欠といえるかもしれない。このシステムの構築が、介護保険制度実施後の良質な介護サービス提供体制を安定化させるためのわが国の望ましい方策であると考えられる。

#### 引用文献

- (1) OECD, The Policy Context (Chap.1.), The Development of Long-term Care Policy (Chap.2), in "Caring for Frail Elderly People; Policies in Evolution," 1996.
- (2) 広井良典「社会保障・個人・国家」『社会保険旬報』No.1980,1998.4.1, pp.6-11.
- (3) 堤修三「個人・社会保障・国家」『社会保険旬報』No.1988,1998.6.21, pp.6-11.