

特集：高齢者の住まいとケアの展望

地域包括ケアシステムの未来 —社会的介護から、地域による介護へ—

筒井孝子

国立保健医療科学院 福祉サービス部

Future of the Integrated Community Care System: from Care by Society to Care in Local Communities

Takako TSUTSUI

Department of Social Services and Public Health, National Institute of Public Health

抄録

2006年に実施された介護保険制度改革において、わが国の地域包括ケアシステムの構築へ向けての取り組みが行われた。地域包括ケアは、医療・介護などの各種サービスを複合的に組み合わせ、利用者に最適なサービスを継続的に提供するものであり、そのために、専門職種間の連携をはじめとする制度横断的な改革の必要性が示されたわけである。

本稿では、このシステムが構築されなければならなかったわが国の介護をとりまく現状、とりわけ、そのケアの対象となる高齢者の実像を明らかにするとともに、新たなシステムのもとで国民に求められる責務について述べていく。

わが国の近い将来における人口構成および世帯の状況の推計では、単独世帯・未婚世帯の急増が指摘されている。このことは、世帯としてではなく個人としてのケアの利用者が多くなることに加えて、家族による介護に多くを期待できなくなることを予想させる。介護保険制度の実施により登場した社会的介護による介護サービスに対する国民の購入意欲は高く、さらに、今後ますますの受給者数の増加が見込まれるという状況において、「地域による介護」という新たな枠組みが考えられたと解釈できる。

しかしながら、国民は、この介護サービスが貴重な有限な資源であるという認識は希薄であり、介護サービス購入を支援する側の行動規範がfairnessに基づいたものであったかの検証は充分とはいえない。新たに構築される地域包括ケアシステムにおいては、サービス提供がfairに行われる必要があるばかりでなく、共助・公助に偏ったサービス提供では体制の維持が不可能であることが認識されなければならない。でなければ、共同体がわずかに残している互助システムさえもが崩壊するリスクがあるのだろう。

ケアの本質は「関心」という人間の全的在り方そのものにある。したがって地域包括ケアにおいては、自助、互助、共助、公助というすべての水準でケアが提供されることが望まれる。

キーワード： 地域包括ケアシステム，社会的介護，地域による介護，fairness，互助

Abstract

In its revision of the Long-Term Care Insurance system in 2006, the Japanese government laid the groundwork for constructing an integrated community care system. Integrated community care aims to combine health and social care services so that elderly people requiring care can receive optimum quality of care services continuously in their local communities. Therefore, it was suggested in the revision that cross-sectional reforms must be implemented, including the promotion of cooperation among different care professionals. This article elucidates circumstances that led to the construction of the integrated community care system, particularly changing family structure and increasing one-person households. Based

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.

E-mail: tsutsui@niph.go.jp

on these circumstances, the article advocates that citizens' responsibilities be fulfilled under the new system.

The National Institute of Population and Social Security Research (2008) pointed out in its vital statistics that a dramatic increase in the number of single person households will occur in the near future. This implies that individual service users will outnumber those using services as families and that care by families can no longer be counted on. 'Care by society', which emerged from the implementation of the Long-Term Care Insurance system, has created the high level of service users' buying motive. In this situation, the notion of 'care in community' has gathered momentum so it may respond to the dramatic increase in the number of service users in the near future.

Under the current Long-Term Care Insurance system, however, there has been a lack of sensitivity to the finite nature of care provision, which has resulted in the unfair practice of care needs certification. Under the integrated community care system, service provision must be executed fairly and impartially. In addition, it must be noted that this new care system becomes unsustainable if it is regarded as a system serving only as public support, ignoring the need to include self-help and mutual help in the equation. Otherwise, mutual help, which barely survives in today's society, may disappear.

The nature of care lies in 'concern', which is exactly how human beings live. Hence, it is expected that integrated community care will be achieved at all levels, including self, mutual, and public support.

keywords: integrated community care, care by society, care in community, fairness, mutual help

I. はじめに

2006年に実施された介護保険制度改革において、地域におけるケアのあり方を中心とする改革が行われ、地域包括支援センターの創設、ケア付き居住施設の充実等の居住系サービスの充実、新予防給付・介護予防事業の創設、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設、食費・居住費の見直し等が行われた。

この改革は、国民に最適なサービスを継続的に提供するシステムの構築を目的に医療・介護などの各種サービスの連携をより一層、推進し、制度横断的な改革をするために行われたものであったが、現在、この改革が十分にすすんでいるとは言えない状況である。

そこで本稿では、第一に、このシステムが構築されなければならなかったわが国の要介護高齢者の介護をとりまく現状について、そのケア提供の対象となる高齢者の実像を明らかにする。第二に、ケアを提供する人々の側から、あるいは、ケア提供を受けないが、これを社会システムとして確立しなければならない国民の側に視点を換え、今、新たなシステムが国民に求めている責務について言及する。

II. 地域包括ケアシステムとは

わが国における地域包括ケアとは、その用いられる文脈から推察すると、諸外国におけるcommunity care¹⁾、community-based care²⁾、integrated care³⁾、all-inclusive care⁴⁾と称される取り組みと同様と考えられる。これは、換言すれば「地域における高齢者のための包括的ケア」と言え、ここでいう地域における包括的ケア体制が整備されている状況とは、「生活における不安や危険に対して、住居の種別を問わず、サービスや対応が提供される状況」といえよう。このことは、原則として安全・安心・健康を確保するサービスが、当該利用者の状況にあわせて24時間

365日連続して提供される環境が理想となる。したがって、このように多様な、生活問題に対応するサービスが、地域内の様々な社会資源の組み合わせや、これらを複合的に組み合わせたシステムの利用によって、サービスが連続して提供されることを目指したシステムを地域包括ケアシステムというものと定義できる。

従来、こういった安心な生活の維持と継続には家族の存在が不可欠であった。しかし、地域包括ケア体制においては、同居あるいは、隣居、近居の家族の存在は必ずしも想定されていない。

例えば、現状では、認知症高齢者が単身で地域生活を継続することは一般的には困難と考えられている。しかし、地域包括ケア体制が構築されれば、第一には、認知症高齢者は、権利侵害から保護され、金銭・財産管理に心配がない。第二に、認知症等の原因疾患の特徴を適切に理解した服薬管理・食事摂取の確認のための巡回型の訪問サービスが容易に利用できる。第三に、これらのサービス提供が本人の意思を確認しながら個別にマネジメントされる。という状況となることが想定されている。

このように、たとえ認知症を有し、独居であったとしても、安心して地域で生活ができる状態が確保されていることを目指すものとしての地域包括ケアシステムは、いわば家族機能の代替、あるいは補完となるケアをシステム的に提供しようと考えられた結果として構想されたものといえる。

それでは、こういったシステムを必要とするわが国の近い将来の姿とは、どのような状況なのだろうか、まずは、その人口構成や世帯の状況を考えてみたい。

III. 地域包括ケアシステムのケアの対象となる住民像とは

国立社会保障・人口問題研究所が発表した『日本の世帯

数の将来推計（2008年3月推計）⁵⁾によれば、日本の総人口は2005年頃をピークに減少する。しかし、世帯数のピークは、2015年頃と見込まれ、総人口と世帯数のピークは10年ほど乖離することになる。すなわち、世帯人数は、2000年2.67人から、2025年2.37人と減少するのである。こういった急激な単独世帯の増加が、10年後には、確実な未来としてある。

さらに単独世帯の世帯主が65歳以上の高齢者世帯となるのは、2000年の1,114万世帯から、2025年には1,843万世帯に増加すると推計されている。このうち単独世帯は303万世帯から680万世帯に、夫婦のみの世帯が385万世帯から609万世帯に増加すると推計されている。特に、増加が激しいのは、世帯主が75歳以上の世帯で2000年の394万世帯から、2025年には1,039万世帯に増加し、このうち単独世帯は139万世帯から422万世帯へ、夫婦のみの世帯が117万世帯から333万世帯へと、約3倍となる。

次に、要介護高齢者の現在の状況であるが、要介護高齢者のうち、女性が占める割合は、厚生労働省が発表した2009年2月のデータで71.1%である⁶⁾。実に7割以上が女性である。また、2006年時点での要介護高齢者における認知症高齢者の割合は47.6%であった⁷⁾。この認知症高齢者の全数に占める割合の性別の内訳は、男性が13.4%、女性が34.3%であり、認知症の女性は、男性の2.6倍であった。女性は平均寿命が男性よりも長いことから、この差による影響を除外した上でも認知症の有症割合が高いことは先行研究において明らかにされており⁸⁾、要介護状態で、かつ認知症の人数も女性の方が多くなることがわかっている。これは、高齢になるほど、認知症となる割合が高く、要介護高齢者集団内でも女性の高齢者が相対的に多いことが理由である。

認知症高齢者の属性を詳細に分析していくと、75歳以上の後期高齢女性が占める割合が高いこと明らかになってくる。認知症高齢者の62.8%が75歳以上の高齢女性であることから、高齢で認知症であり、要介護状態の女性はさらに増加すると推定される。したがって、地域包括支援システムの対象の多くを占めるのは、高齢の女性で、しかも認知症を有する可能性が高いという対象となる人々の特性を想定したシステムの整備が求められる。

一方で、未婚世帯の大幅な増加も見込まれている^{注1)}、今日、すでに男性の未婚率が高いことが示されており、今後、ほとんど家族による介護を期待できない高齢男性の増加を想定しておかなければならないだろう。

以上のように、今後の地域包括支援体制が対象とすべき人々あるいは、ケアの受け手となる主な利用者像は、世帯での利用より、個人としての利用者が多くなることが予想される。しかも家族構成員によるケアは、その多くが期待できないことを予想しておかねばならない。

このことは、現状より、さらに介護保険関連サービス（共助）、医療保険関連サービス（共助）が、家族等による介護（自助）を代替しなければならぬ事態を予想させる^{注2)}。

この状況が推移するとすれば、より多くの公的なケア資源を投下せざるえないことは明白であろう。しかし、わが国のケア資源は限られており、従来、自助、互助というシステムで供給されてきたすべてのケアを共助、公助システムによるサービスで代替することは、不可能であることを前提に、新たなケアシステムを模索した結果として示されたのが地域包括ケア体制という説明もできる。

以上のように、地域包括ケア支援体制という新たなケア提供システムを必要とした理由は、従来の介護サービスの提供を受ける対象者の変化であるが、さらに、この変化の底流には、介護サービスを提供する側、とくに家族による介護における質的な転換があったといえる。

IV. 「社会的入院^{注3)}」から「社会による介護（社会的介護）」へ、そして「地域による介護」へ

介護サービスは、狭義の社会福祉行政が貧困層やボーダーライン層に対する救済事業として発足した。このため、介護保険制度発足前の福祉サービスとしての介護は、無償であるが故に国民が政府に対し、社会保障制度による給付を申請した際に、申請者が要件を満たすかどうか判断するため行政側が行う資力調査、いわゆるミーンズテスト（means test）をその条件とした。

このため、わが国では、多くの介護を必要とする高齢者が、本来は治療を主とすべき医療機関において、そのサービス提供を受けるという「社会的入院」を選択してきたという歴史がある。これにかかる医療保険費用の支払いは膨大であり、フリーアクセスというわが国特有の制度とも相まって、医療保険制度の危機を招くことになったことは、介護保険制度発足を企図した人々の脳裏に焼きついていたはずであった^{注4)}。

介護保険制度は、この長年にわたって医療機関に蓄積されてしまった社会的入院者を外部化し、その人々に対する介護サービスを重点的に提供する仕組みとして発足したが、病気を理由として、介護を医療機関に外部化してきたケア提供者の理解を得るために、国が用意したスローガンは、「家族による介護から、社会による介護へ」であった。この社会による介護は、まさに社会的介護と読み替えてよいものと考えられる。つまり、介護保険制度は、社会的入院を、社会的介護に代替させる大仕掛けの試みであった。そして、この試みは、介護を必要とする老人は、いわば普遍的な存在となってきたことと相まって、概ね成功した。

家族の扶養関係を越え、社会が介護する存在となったと説明された国民は、福祉制度でなく、医療保険制度を利用したのと同様に、経済的理由や家族的背景に限定されない、介護保険制度を使って、介護サービスの提供を受ける選択をした。

国民にとっては、福祉制度による介護サービスが、医療保険制度であろうが、介護保険制度から提供されようが、いずれでもよかった。ただ病気という理由がなくなってしまうことを配慮して、介護が必要な人は、社会が面倒をみ

るという新しい時代になったのだというpropagandaがあれば良かったのであろう。ただし、社会的入院は、介護保険制度施行後も、厳然として残っており、社会的入院と社会的介護の両者の選択が今も残っており、より多くの社会サービスを必要な状況に大きな変化はない。

ただ、医療においては、疾病か否かについての曖昧とはいえ、診断があるが、介護サービスの提供にあたっては、医療と異なり、モラルハザードの問題が、医療よりもより大きいと言わざるをえない。

これは、介護保険制度発足前の福祉制度を前提とした介護サービスにおいては、低所得者やボーダーライン層に対する公的サービスであり、利用に対するスティグマを払拭することは不可能であるが故に利用抑制効果があった⁹⁾。

しかし、現行の介護サービスは安価であり、しかも社会的介護は現在の日本には必要で、正しいことなのだという大義名分のもとに、広範なサービスが、いわば購入の手伝いをするケアマネジャー付きで、市場が創られたのである。多くの国民にとって、これを購入したいという欲求が大きくなるのに時間は必要なかった。

このため、何らかの抑制策が必要とされたにも関わらず、一定の基準によって実施されるべきとされた要介護認定という介護給付の認定に関わる制度は、10年の歳月を経て、その調査や介護認定審査会において公平さを欠く状況が広がり始めている。しかし、それを抑制する仕組みは不十分であった。

社会的介護は、社会的入院よりは費用が安価であるので、財政的には可能だという試算が存在したかどうかは不明である。

だが、要介護高齢者、しかも軽度者の大幅な増加が示されてきた時点で社会的介護は、その意味を改めて問い直す必要性があった。なぜなら、社会的入院よりは、安価であったとしても社会的介護の受給者となる高齢者人数は膨大であり、とりわけ要支援という段階の高齢者層にまでも介護保険給付の範囲を広げた時点で、社会的介護に係る社会的コストは、相当に大きくなっており、さらにこの層が増大することは容易に予想できたからである。

これらの要支援高齢者の増大に歯止めをかけるために2006年から、本格的に介護予防事業ははじまり、地域包括支援センターが創設され、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスが創設されたわけだが、これは社会的入院から社会的介護という誤謬をfade-outしながら、社会による介護を、再度、家族ではない、何らかの提供システムに帰すことができないかという試みともとれる。

ここで「地域による介護」という新たな枠組みが考えられた逆説的には、シニカルなimplicationを持っているといえよう。

V. 地域包括ケア体制の構築と運営に必要なfairness

国民は、社会的入院と同様に、社会的介護の恩恵を十分に享受し、この介護サービスに衣食住を含めた基本的な生

活のほとんどを依存させることを厭わなかった。制度当初、介護サービスの、そもそもの出自である福祉サービスが持っていたスティグマは、ほぼ解消された。

このため、これまで地域で多様な社会活動を営んでいた人々でさえ、競って、デイ・サービスセンターを訪れ、より便利で安価なデイ・サービスの利用者となった。介護保険制度の発足と共に誕生したケアプランを作成する責務を作るようになった。

また、ケアマネジャーの中には、「主治医にはなるべく大げさに症状を書くようにお願いしてください」という助言をする者もいるという¹⁰⁾。

なぜなら、彼らにとっては、要介護度が下がることは望ましくないという考えが根底にあるからだという。要介護度が下がれば利用者の限度額が下がりケアマネジャーが所属する事業所は収入が減少してしまうからというのが理由である¹¹⁾。ここには、介護サービスが貴重で有限な資源であるという認識は希薄である。また、彼らの行動規範はfairnessに拠るのではなく経済原理に従っている。このような状況の下では、介護保険による歳出の増加を抑制することは相当に困難である。

下図に示すように通所事業所は、介護保険制度実施直後から増加し続け、その数は、すでに2万箇所を超えた。ある地方では、畑仕事の休日をデイ・サービスセンターで過ごすことが日常的な姿として定着し、それまで当該地域で行われていた多様な老人クラブ活動は、デイ・サービスセンターでのレクリエーション活動へと変容しつつあるという。

この状況は、伝統的な家族・親族による自助としての相互扶助システムを社会的入院としていた時代より、さらに強力に社会的介護という社会システムへ代替したことによって、この自助機能は衰微させられたという言い方もできる。これに加えて、convenientなシステムで、しがらみを必要としない介護サービスの導入は、地域共同体としての互助システムを崩壊させつつある。

現在、提案されている社会的介護を地域包括ケアシステムという「地域への介護へ」と移行させる試みは、介護

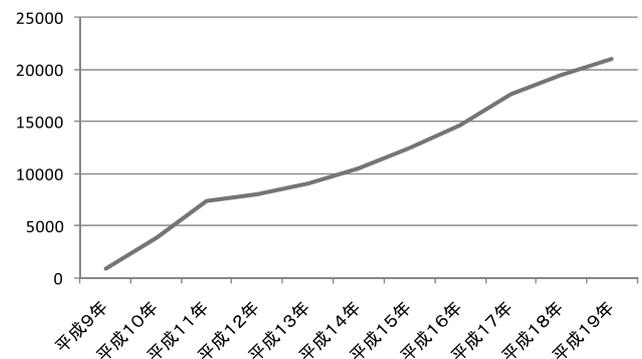


図1. 通所介護事業所数^{注5)}の推移
*平成12年以前は、平成15年社会福祉施設等調査、平成12年以降は平成16年～19年介護サービス事業所調査データより作成。

サービスを公助としての福祉サービスと誤解した人々と、これら需給される側の合理的無知^{注6)}に依拠し続けることによって利益を得たいとする、ケアの提供者側からは、「介護切り」、「福祉切り捨て」、「安上がり福祉」などと揶揄され、批判されるリスクを持つ。

例えば、介護保険制度における要介護認定に関わる改正における批判は、fair(公正な)認定であったとしても、介護サービスを受けられなくなる高齢者が存在すること事態が「悪」で、正しくないと判断するという価値基準は、これまでの状況を斟酌すれば無理もないことといえよう。

新たな地域包括ケアシステムにおいては、公助や共助としての介護サービスを必要な住民に対して地域で提供しやすくするというだけでなく、互助や自助による介護サービスを組み合わせ、サービスをfairに提供できるmoralの高さがケアマネジャーには要求されるし、fairnessな仕組みを維持するためには、利用する側の国民に対してもサービス利用者としての自覚を持つことが求められるだろう。この自覚を強調した仕組みがイギリスのself-careを基底とした自助システムともいえる。

したがって、現行の、これらの区別を十分にすることができないような、そして、複雑なケアのマネジメントを行う能力が不足しているケアマネジャーに対して、どのような教育システムを用意すべきかを課題として早急に検討しなければならないだろう。

これからの地域包括ケアシステムのあり方を考える際に、このことは極めて重要であり、ケアの本質から鑑みて、共助や公助に偏ったサービス提供によっては、この体制の維持は不可能であることを認識し、このままのあり方では、共同体が僅かに残している互助システムさえもが崩壊するリスクをもっていることを理解しなければならない。

さらに、社会サービスとしての提供をfairに行うということは、その提供に際して、十分な根拠を必要とすること、さらには、サービス提供を効果ある実効性のあるものとするように、サービスを利用した者も、それを支援した者にも社会的責任が発生するというものを行政やジャーナリズムが、合理的無知を選択している人々に強く認識してもらうよう更なる努力が必要と考える。

VI. おわりに

地域包括ケアシステムが提供するケアは、共助や公助に限らず、自助、互助を含むものと考えられている。なぜなら、ケア(Sorge)とは、「関心」として人間の全的あり方そのものと考えられるからである)。ここでいう「関心」とは、人間が人間である根本的なあり方を示しており、人間は何かにかかわり関心をもつという方法でこの世界に存在していると考えられている。その意味において、地域で提供されるケアが「関心」としてのケアである限りは、人間が人間であることにとって根源的なものとして認識されるものである。

これは、例えば、生活者において、相互に関心がある場

合の「助け合い」と「いがみ合い」、また関心が薄れて「互いに知らないふりをする」という相反する関心の形態があるとする。これらは、すべて人間にとっては、自らと、そして他者に対して根源的に関心を持ち続ける形態のあり様の変形にすぎず、このあり様は様々であるが、関心そのものを霧消することはない。

したがって地域包括ケアシステムは、そこで暮らす住民の関心としてのケアを期待するものとして構築されることが必要と考えられる。地域包括支援システムの構築にとって重要な点は、このシステムが提供するケアを根底としたサービス提供を共助、公助に限定しないということであろう。

ケアの本質が「関心」にあるということは、自助、互助、共助、公助というすべてのシステムにおいてケアが提供されることが望まれる。何らかのケアが提供される場合は、個人のそれまでの人生が反映した形態として、提供されることになるだけなのである。

地域包括ケアシステムの構築によって、かつて、存在した「檳榔樹の下での地域の住民同士の日々の語り」を復活させることができるかどうか、これが人にとって、いかに大切なものであるかを思い起こす必要がある。

注

- 1) 近年の未婚率の上昇により、たとえば、45歳から49歳の未婚率は、1960年では男1.4%、女2.1%であるのに対し、2005年は男17.1%、女8.2%である。この影響によると未婚の高齢者の増加は避けられず、『日本の世帯数の将来推計(2008年3月推計)』によれば、2005年の未婚の高齢者は男27万人(2.4%:全世帯に対する構成比。以下同じ)、女53万人(3.5%)であるが、2030年には男168万人(10.8%)、女120万人(5.7%)となると見込まれ、男性の未婚高齢者の急増が顕著と推計されている。したがって、地域包括ケアシステムを考えるに当たっては、高齢者人口の推移とあわせて、こういった新たな高齢単独世帯の増加を考慮しておく必要がある。
- 2) 自助・互助・共助・公助は、地域包括ケア研究会報告書(厚生労働省老健局総務課、2009年3月)においては、「自助」は、自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。「互助」は、インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。「共助」は、社会保険のような制度化された相互扶助。「公助」は、自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。とそれぞれ定義されている。
- 3) 社会的入院については定義が数多く存在するが、中央社会保険協議会等において用いられてきた介護を主たる原因として6カ月以上一般病棟に入院しているとす

る「長期入院」と医療の必要性が無くなったのに、家庭等の事情でやむを得ず入院を継続する状態、あるいは退院が遅延している状態とする「退院遅延」の大きく分けての二つ定義が存在する（印南一路。「社会的入院」の研究。東洋経済新報社 2009；4,12）。

- 4) 米国の健康保険制度であるメディケイドにおいては、その利用を低所得者向けに限定しており、ミーンズテストが実施されている。
- 5) 平成9～11年については、老人日帰り介護施設。
- 6) 合理的無知とは、野菜や果物の値段や、パソコンの価格を調べたり、デート・スポットを探したりというような日々の生活に有益な情報を得るために費やす時間やお金（コスト）を、公共政策をしっかりと評価するために要する時間やお金に回す気にはとてもなれないという合理的な選択の結果としての無知である。つまり、合理的無知は、無能だから無知なのではなく、忙しいから無知であるという意味をもつことになる。（権丈善一。再分配政策の政治経済学 I—日本の社会保障と医療—。慶應義塾大学出版会 2005；32）。

引用文献

- 1) Northern Ireland, Department of Health and SSP Safety. Review of community care. Northern Ireland: Department of Health; 2002.
- 2) Stuart M, Weinrich M. Home is where the help is: community-based care in Denmark. *Journal of Aging and Social Policy* 2001; 12(4): 81-101.
- 3) Reed J, Cook G, Childs S, McCormack B. A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care* 2005; 5: e17.
- 4) Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): An innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45(2): 223-32.
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所。日本の世帯数の将来推計（全国推計）の概要。（2008年3月推計）<http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2008/gaiyo20080314.pdf>（2009年5月31日アクセス）
- 6) 厚生労働省。介護給付費実態調査月報 平成21年2月審査分（2009年4月17日）。
- 7) 筒井孝子。介護保険制度下の要介護高齢者における認知症の特徴。厚生の指標 2007；54(11)：23-30。
- 8) Cummings JL, Vinters HV, Cole GM, et al. Alzheimer's disease: etiologies, path physiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. *Neurology* 1998; 51: S2-17.
- 9) 和田勝，編著。介護保険制度の政策過程。東京：東洋経済；2007：40-41。
- 10) きしむ介護保険—10年目の課題—日本経済新聞（2009年6月17日）
- 11) 三友雅夫。新たな社会保障体制の確立に向けて。介護保障の課題と展望。東京：中央法規；2002：2-29。
- 12) ハイデガー，著。細谷貞雄 [訳]。存在と時間。東京：筑摩書房；1994。