

日本介護保險制度實施過程之探討 ——介護服務的發展及侷限——

陳真鳴

摘 要

日本於 2000 年 4 月實施介護保險制度迄今已四年多。往昔由自治體管轄的措置制度轉移成介護支援體系，並且開放營利法人參與在宅介護市場，達到使用者有權利自由選擇介護服務，日本此種因應社會保障體系的改革可以說是項先趨的實驗。介護保險制度實施成果尚未定案前，厚生省強調一切順利，確實介護服務需求逐漸增加，然而在將來介護成本增大的疑慮中，為不造成公式介護保險制度的破產瓦解，目前厚生勞動省對於改革策略正急速地推陳出新。筆者分述日本介護保險制度實施情形與問題點，進而以厚生省實施介護保險前陳述的三項論點：老人醫療費將大幅度削減、高齡者介護將自設施介護轉移至在宅介護、民間安養事業將成為介護服務事業的主體等作為檢證取向。綜合檢證結果，闡明厚生省的政策意境模糊，反應出實施前所描繪之願景難圓的現實。鑑此，家族規範與社會實態乖離狀況時，政府有必要介入公式支援制度的扶助，以達全國民受益可能的普遍性。

關鍵詞：醫療費、介護地獄、社會性入院、介護服務、介護服務市場。

壹、前 言

近年，亞洲因經濟邁入全球化、政治推動民主化，家族形態變遷與人口老化等影響，迫使社會保障政策主題愈加惹人關注與矚目。在此變遷中，1980 年代以來隨著國際局勢演變和少子、高齡化之動態中，影響先進諸國遭遇社會福祉財政困難，政府亦被面臨著社會保障體系的改革。

鑑此之際，日本於 2000 年 4 月公布實施介護保險制度。將往昔自治體（註 1）

管轄的措置制度（註 2）轉成介護（註 3）支援體系，並開放民間業者自由參與介護市場。但是，日本介護保險制度承辦至今為期已四年多，目前介護保險現場萌現混亂與困難，衍生社會科學界熱中此課題議論紛紛，顯然介護保險制度並無法滿足民眾的期待與託付之美夢。

本文研究方針以概觀日本介護保險制度的具體政策動向，更以厚生省在 1994 年 10 月的「高齡者介護自立系統研究會」

裡，曾針對老人醫療費將大額削減，設施介護重心將移轉在宅介護，民間安養介護事業民營化將成介護主體，所預測的三項議題作為檢證取向，考量分析結果願能助益我國在發展介護制度時，借鏡日本利弊之處啟迪後發利益原理，進而建構理想的老人社會福利制度，此乃是本研究目的。

貳、厚生省的三大預測

一、第一個檢證：藉以介護保險實施，老人醫療費將大幅度削減。

(一)人口結構變動與影響

以未來人口成長率推估，日本 2004 年 4 月的總人口約 1 億 2,700 萬人，65 歲以上高齡者總共 2,484 萬人（男性 1,049 萬人，女性 1,435 萬人）約占總人口 18.5%，十年後（2014）的 65 歲以上高齡者約占總人口 25.3%，4 個人中即有 1 人是高齡者，推估 2025 年 65 歲以上高齡者約占總人口的三成，3 人中有 1 人是 65 歲以上高齡者（總務庁，2004）。

再以未來人口成長率看個人所占的醫療費和介護費，進而推估高齡者的醫療費和介護費。根據厚生省 1999 年底的統計報告，國民醫療費約 30.9 兆日圓，其中 65 歲以上老人醫療費約 11.8 兆日圓，2000 年 4 月開始實施介護保險制度後，國民醫療費約 30.3 兆日圓，其中 65 歲以上老人醫療費約 11.2 兆日圓，比 1999 年的老人醫療費少約 0.6 兆日圓，2001 年國民醫療費約 31.3 兆日圓，老人醫療費約 11.7 兆日圓，比 2000 年的老人醫療費多了約 0.5 兆日圓。2002 年的國民醫療費約 31.1 兆日圓，老人醫療費約 15.3 兆日圓，比 2001 年的老人醫療費多了約 3.6 兆日圓。就上述統計資料評估對照厚生省在實施前預測

老人醫療費將大幅度削減到 2 兆日圓的目標尚相差大半截（厚生統計協會，2004），而且，再以人口成長率推估政府必需支出的介護保險給付，將來支出的金額令人驚駭。

(二)財政與醫療費的關連性

介護保險實施前厚生省預測 2000 年介護保險負擔金額約 1 兆 8,300 億日圓，醫療保險負擔金額應可減少約 1 兆 1,600 億日圓，縱使介護保險制度的實施將可減輕醫療保險負擔的可能，但相對的，高齡者必須自我負擔一成的保險費用反增添高齡者的新負擔，而且介護服務利用愈多繳付金額也愈多，負擔當然更重。

假若承如附合厚生省預測，2000 年將減少負擔金額約 1 兆 1,600 億日圓的話，那麼 2010 年則將減少約 1 兆 7,300 億日圓，如此估計減少金額也只占 2000 年國民醫療費 30.3 兆日圓中的 3%及 2010 年的國民醫療費 68 兆日圓中的 2.5%而已（下野惠子、大日康史、大津広子，2003），厚生省曾預測醫療保險負擔將削減，雖然有削減，但削減程度可說是微不足道。

(三)醫療保險負擔的本質與成因

厚生省之所以失算醫療保險負擔預測，歸納有三個原因：

原因一，以高齡者利用介護服務的一成個人負擔是影響及抑制需求的主要原因，這一成介護服務費的負擔使得有些高齡者拒絕接受介護認定（註 4）手續，更有二成多的高齡者雖然已接受認定需要介護但卻不肯利用（中井清美，2003）。

原因二，介護保險制度實施前原屬老人醫療制度的療養型醫療設施，因介護保險制度的實施被轉移介護保險制度範疇，療養型醫療設施病床數預定增設 29 萬

床，制度實施時只有設置 11 萬 6 千床，比預定的病床數少近 6 成，原本就僧多粥少的病床欠缺狀況，更助長社會性入院（註 5）之溫床。

原因三，療養型醫療設施的入院高齡者一旦病狀穩定後被轉移介護保險療養型醫療設施後，在介護保險療養型醫療設施內需負擔部分的介護費及復健醫療費，其部分負擔甚為可觀。

（四）設施支付費實況

根據國民健康保險中央會「2000 年介護給付費實況一暫定集計值」的報告，調查有關設施服務每月需支付的費用，以住院一年以上的老人作對象，發現除了扣掉自我負擔的飲食費後，介護老人福祉設施（特別養護老人院）平均每月要花 32 萬 5,441 日圓，介護老人保健設施要花 33 萬 4,671 日圓，介護療養型醫療設施要花 44 萬 1,477 日圓。介護保險療養型醫療設施的住院者，平均每月需支付的費用約要 44 萬日圓，然而以問題所在的社會性入院之特別養護老人院若扣除飲食費後，平均每月支付費用約 32.5 萬日圓。

發現三設施中竟然以特別養護老人院的費用最廉價，若以三設施的環境設備作比較，可了解到療養型醫療設施的設備較介護保險療養型醫療設施相形見拙，服務及工作人員數也較稀少，故維護費用就較便宜。

但是，住院期間愈長不只個人負擔重，連帶政府所支付的介護費也愈多，如以前述資料推計的話，預測迄至 2020 年止，高齡者醫療費將難逃龐大的增長率，而且照推估往後介護費也有繼續提高傾向，毋庸置疑地屆時政府的財政問題準要破產瓦解無疑（八代尚宏，2000）。

二、第二個檢證：藉以介護保險之實施，高齡者介護將由設施介護轉移至在宅介護。

（一）需要介護者的現況

根據厚生勞動省（註 6）「介護給付費實態調查月報」的報告，2000 年 4 月 65 歲以上被保險者總共 2,165 萬人，其中需要介護認定人數約 218 萬人，在宅介護服務利用者約 149 萬人。2003 年底的統計報告，65 歲以上被保險者人數總共 2,429 萬人，比 2000 年的人數約增加 12%，其中需要接受介護認定人數約 376 萬人，比 2000 年的認定人數約增加 58%，在宅介護服務利用者約 298 萬人，比 2000 年的利用者人數約增加 2 倍（厚生勞動省，2004）。

此外，申請要介護認定者中以要支援和要介護的認定者居多，觀察這 4 年間要介護和要支援認定者的變化狀況，發現症狀輕度者比症狀重度者的申請者比率高，鑑此，筆者認為是否介護保險提供的介護服務對於輕度患者的症狀無所改善和助益，而且，介護服務項目裡以訪問介護中的在宅服務利用為多，接受在宅服務者人數明顯增加許多，相對的，要介護認定的人數增加則介護服務利用量也會增加，介護服務利用量增加的話介護保險給付費必然增加。

同「介護給付費實態調查月報」的統計調查報告，2000 年的介護保險給付費是 3.2 兆日圓，2004 年暫時預算高達 5.5 兆日圓，比 2000 年的給付費約增加了 1.72 倍。再者，預估 2025 年的介護給付費可能高達 20 兆日圓，比 2000 年的給付費約增加 6.25 倍（厚生勞動省，2004）。

（二）在宅介護服務增加的緣由

乍看利用率的微增似乎蠻符合厚生省

的預測，但在宅介護利用率增長的背後，事實上隱藏著一段辛酸歷程。在宅介護服務利用之所以被看好，是因為厚生省抑制了設施供給量，然而冀望能進入特別養護型老人院的高齡者，因介護設施供給量有限，只得退求其次進住老人保健設施或民間設施或住於自宅，一邊利用介護保險範圍內的在宅介護服務，一邊等待特別養護型老人院的空位通知，也因為如此才影響了介護服務的增加率。基本上高齡者最佳介護場所通常以高齡者所習慣居住的自宅為最理想，進入設施介護場所到底還是最終最無可奈何的選擇（清水谷諭、野口晴子，2003）。

為此，厚生勞動省在 2001 年 10 月 18 日「醫療保險制度改革方案研究會議」，將特別養護老人院、老人保健設施、療養型病床群等三設施連成一元化體系，併入介護保險設施運用之管轄，目地是試圖消彌社會性入院的窘迫狀態，進而間接影響設施介護的利用重心轉移至在宅介護。（右田周平、服部ゆかり，2003）。

（三）設施的供給範疇

三設施的收容人數供給方面說明：特別養護老人院在 2000 年設置有 4,463 所，收容人數為 29 萬 6,082 人，2002 年 10 月則增設 4,863 所，比 2000 年增加 9.1%，收容人數為 32 萬 6,159 人，比 2000 年增加 10.2%。老人保健設施在 2000 年設置 2,667 所，收容人數為 21 萬 3,216 人，2002 年 10 月設置 2,872 所，比 2000 年增加 7.7%，收容人數為 23 萬 3,740 人，比 2000 年增加 9.6%。療養型病床群在 2000 年設置 3,862 所，收容人數為 10 萬 2,966 人，2002 年 10 月設置 3,903 所，比 2000 年增加 1.1%，收容人數為 12 萬 6,865 人，比 2000

年增加 23.2%。

自 2000 年迄至 2004 年為止，設施入院者以 80 歲或 85 歲以上老人較以往的比率高，女性比男性比率多，其中設施住院期間滿 6 個月以上的社會性入院者就有 4% 多（厚生勞動省，2004）。

問題癥結，厚生省 2000 年實施介護保險制度，三介護設施的總收容人數約莫為 60 萬人，然而當時需要介護高齡者人數即有 280 萬人，等著設施入院的高齡候補者推估約 5 萬到 7 萬人多。換言之，設施不足外加要介護高齡者人數眾多，自然，厚生省制定介護保險制度的理念之一為消解「社會性入院」與「介護地獄」（註 7）之弊，就難以釐清問題根本並完成其理念了（田近榮治、菊池潤，2002）。

（四）措施的執行狀況

厚生勞動省為消彌「社會性入院」之弊端，而藉介護保險的政策明示高齡者介護「由設施介護轉移在宅介護」及、「自病院轉移在宅」。但是，厚生勞動省歷年來的一貫作風總是強調民眾以「家族介護」為主，政策更是宣導「在宅復原」為目標。然而利用介護服務的一成費用負擔，對收入低微且家有重度患者的家庭而言，政府秉持的策略不盡然是福音，在宅介護方面若都依賴家族的介護與照應，在體力、經濟、生活的維繫上相當困難且無法長久（下夷美幸，2003）。

經專家的估計，為了家族介護而辭退本職的勞動者每年約有 8 萬人之多，其中九成是女性，而且，自 1997 年至 2025 年間止，因為少子及高齡化之影響，形成經濟投入量的減少，亦因經濟投入量的減少造成了經濟潛在成長力的低潮現象，估計每年經濟成長力的減少平均約 0.35%。（府

川哲夫，2003）。

三、第三個檢證：民間安養事業機構（介護事業）將成為介護服務的主體。

(一)厚生省對保險市場的預測

厚生省在 1991 年的「厚生白皮書平成 3 年版」裡發表了以下陳述：藉由 2000 年 4 月介護保險制度之實施且開放民間參與介護市場的措施，預測介護保險市場（民間安養事業）在 2000 年將可達至 8.5 兆日圓，2010 年將可達 11.3 兆日圓，2030 年更可達 20 兆日圓以上的收益（厚生省，1991）。

厚生省預測介護保險市場可達 8.5 兆日圓其實有兩種說法可以解釋，其一：介護保險給付範圍內的設施服務其實不包括營利部門（營利法人）的參與活動。其二：介護保險實施後社會性介護服務將代替家族介護服務，而其介護保險市場將可擴大至 8.5 兆日圓（清水谷諭、野口晴子，2004）。

(二)政策與民間事業參與的矛盾

厚生省的市場性預測吸引一些大型民間介護事業者大量且積極地投入，然而，2000 年 4 月介護保險實施後，實際上民間業者（營利法人）能自由參與在宅介護市場的只限定一部分範圍，而且最大限制規模在 1 兆日圓左右，在此嚴密限制下，結果導致大多數民間業者發展困難或經營不善而縮小事業範圍。

例如參入介護保險市場中聞名的最大型民間業者以 Comsn 和 Nichii（註 8）學館兩株式會社為代表。Comsn 在 2000 年 4 月時開設了 1,200 間事業所，投資率是 45%，介護保險實施 1 年後激減了 4 分之 3，只剩 300 所；另一大型企業 Nichii 學館也在同一期間從開設 780 所降到 600 所。

Comsn 和 Nichii 失算原因，被指摘歸

咎於經營眼界過高、不切實際、高齡者需求性的無知，更糟糕的是欠缺認知介護保險制度實施上有關高齡者「在宅服務利用的一成自我負擔費用」是減少高齡者介護服務利用率的要害（二木立，2002）。另外，尚有一些屬於中小型的民間企業者其經營作風雖屬堅實密著型的也為數不少，但皆難堪稱介護保險市場的主體（鈴木亘，2002）。

(三)政策試算與變動趨勢

根據厚生省 2000 年的介護保險制度之財政試算，2000 年的介護總費用約為 4 兆 1,600 億日圓，其中扣除利用者的 1 成自我負擔為 4,900 億日圓後，介護給付費為 3 兆 6,700 億日圓。介護給付費的 50%（約為 1 兆 8,300 億日圓）由公費負擔，剩餘的 50%由被保險者負擔。而 2002 年的統計資料，介護總費用約為 5 兆 2 千億日圓，其中設施介護約占 3 兆 422 億日圓，在宅介護約占 2 兆 1,496 億日圓。2003 年的統計資料，介護總費用約為 10 兆 7 千億日圓，其中設施介護約占 5 兆 440 億日圓，在宅介護約占 7 兆日圓。以 2002 年和 2003 年作比較的話，設施介護和在宅介護合計增加了 2.06 倍。其中設施介護增加 1.59 倍，在宅介護增加 3.25 倍。介護給付費中以支付在宅介護為多，介護保險給付費總額中在宅服務比率即占了 32.7%。考慮民間業者無法參與設施服務市場之下，估計介護保險給付費中民間業者市場占有率僅僅才占 3%而已（國民健康保險中央會，2003）。

(四)優位主體的複合體

在宅服務和設施服務大部分的作業中心歸屬社會福祉法人和醫療法人的營運範疇，社會福祉法人和醫療法人還兼擔當個

人醫療機關、農協、生協等非營利組織的管轄任務。

個人醫療機關的母體事業為私人醫院、診療所。個人醫療機關不僅直營老人保健設施、訪問看護站，也包括開設社會福祉法人、生協、企業等的民間事業所，此種多角化經營方式的醫療團體統稱為「保健、醫療、福祉複合體」，簡稱為「複合體」。

「複合體」在形式上屬於大規模的團體，開設有醫院、老人保健設施、特別養護老人院等「三件一套」的設施，並且還開設專門以介護為主的多樣型中小在宅服務設施（譬如訪問看護站、家事幫手站）；而診療所和小型病院一般則統稱為「小型複合體」。

目前，活躍於介護服務市場的既不是民間業者也非社會福祉法人，而是這種私人醫院和診療所的「複合體」，民間安養事業者並未如厚生省所預測成為介護服務事業的主體，真正的主體是「複合體」。

參、介護保險的改革方針

厚生省實施介護保險已經四年多，對於當初預測老人醫療費將大幅度削減、在宅介護將成為重心、民間業者將成介護服務事業的主體等議題，檢證結果評價甚低。介護保險實施時，民間業者因礙於設施服務的限制政策，只能參與在宅服務，眾多民間業者因經營困難而慘敗倒閉的大為多數。專家預測唯一可能安然存在的機構最後大多只剩醫院和設施所提供的設施介護、在宅介護、和具備醫療設施的「綜合介護設施」了（清水谷諭、野口晴子，2004）。

而介護服務在設施和在宅的分界，重

要的是醫療和介護間的相關性，特別是代替性或補充性最為重要。概念上兩方明顯有連續關係，但是在實務作業方面則有需要劃清界線，只是一旦劃清界線其周邊亦牽引出相關性。具體的例子如療養型病床、社會性入院、設施介護之間的關係。療養型病床的利用適用於醫療保險和介護保險的兩範疇，尤其近來轉換以介護保險的適用範圍較多，而療養型病床的利用也就是造成高齡者的社會性入院之要因，日本之所以創制介護保險的目的之一，乃是為削減社會性入院現象進而達到解決醫療費之財政困難。

綜合觀之，介護服務事業中有關在宅服務提供，最重要誘因是效率和滿足度的問題，為使介護服務能發展生產效率，勢必考察民間業者提供的介護服務內容和方法，更重要的是必需從需求和供給的均衡作探討，這乃攸關介護服務最適宜的價格定位。在競爭性市場，民間業者的意向儘可能想標高價賣出，然而消費者的意向儘可能想買得價廉好貨，這種競合關係的基礎奠基於在宅介護服務事業的營運。

日本在介護服務的民營路線上現階段尚難定言成功與否。依循介護保險法則第二條介護制度實行後每五年必需定期一次進行制度的重新評估（厚生勞動省，2004）。目前，在評估動向中正是一片困頓與混迷，人人議論紛紛指摘有關制度實施的問題點，重新改善的呼聲愈喊愈高揚。

為此，財務省在 2003 年 6 月的「財政制度審議會」裡對現行介護保險制度的存續問題，提出了有關增加保險費和稅金負擔等的改革建議。厚生勞動省在 2004 年 1 月設置「介護制度改革本部」，專對「介護保險法改正法案」提出今後三項的基本改

革方針：(1) 40 歲以上的第二號被保險人將擴大被保險人範圍，對象改以 20 歲以上的年輕人作為被保險人。(2) 重新嚴格認定介護需求評估。(3) 介護服務利用費負擔提高至三成。三項改革方案已在 2004 年 9 月通過了厚生勞動省審核，預定 2005 年正式向國會提出。(經營時代，2004)。今後，日本的介護保險動向將會形成何種景象，目前尚是個未知數。但是，可以想像的是難逃大幅度的政策改革。

肆、結論與課題

臺灣歷年來對於高齡者的照護措施與日本類同，向來強調採繫「家族機能」為主，而且政府的策略主張、法律規條、文化規範背景亦獎勵扶養父母行為（林萬億等，1995；詹火生、古允文，1999；蕭新煌、林國明，2000；林萬億，2003）。但是隨著世界局勢演變，現代社會裡有關家族介護的維持問題漸次形成困難景象。特別是當家族規範與現實情況起乖離衝突，家族介護機能發生了不全狀態時，政府有必要適時適地的介入扶助（江亮演、洪德旋、林顯宗、孫碧霞，2000），這種觀念莫說已成一般常識，同時亦是時代潮流的一種趨勢。

從而，現代社會有關家族介護的課題，雖然經濟資本重要，但介護的重度化、長期化所造成過度的心身負擔亦非常重要，為減輕老人及家族介護的問題，首先必先考量家族介護的義務，而且政府的公共責任應用更是強化 and 補助家族介護義務的特佳功效（白秀雄，1996；謝美娥，1998），因此，為解決並改善老人問題，提高老人的生活品質，公費制度（註 9）的實踐已成社會福利國家的必需品。

今後，福祉政策的重要探討課題之一，是如何在財政困難中以有限的社會資本來推出高效率的福祉整備。臺灣在不久的將來在展開老人長期照護制度時亦將會面臨多種考驗，為此，把握日本的政策動向，借境其利敝之處以免重蹈覆轍，故政府該如何確立完整的介護支援體制、住民與官方的互相合作、協力體制的運用甚是重點，而且，建立一個完備制度的運用其結果亦將連帶促進產業的振興和促進經濟的活性化。

（本文作者為日本國立鹿兒島大學大學院人文社會科學研究科地域政策科學專攻博士班院生）

註釋

註 1：自治體是日本憲法、法律之用語，正式稱謂「地方自治體」、「地方公共團體」。一般國民皆簡稱為「自治體」。近年依循自治基本條例作為政策制定方向，是擁有自治、營運、組織等權能的公家機構。

註 2：措置制度：措置方式是日本在第二次世界大戰後所實施的一種福祉制度。根據日本「社會福祉小六法」中規定：對於欲進入特別養護老人院、養護老人院、在宅服務的申請者，依照措置基準的行政調查手續篩選後提供服務，利用者無選擇設施機構的主權，入院之措置費由公費負擔，或者審視核查入院者的收入狀況之後

再斟酌作部分調整的負擔支出。

註 3：介護涵意相當於英語的 care，有看護、護理、照顧之意，與臺灣的長期照護有著類同意思但不盡完全吻合，屬於利用者（身體或精神方面有障礙，產生生活上有適應障礙的障礙者或高齡者）在衣、食、住、行方面的一種援助行為。

註 4：介護認定：介護保險服務的利用是採申請制度，被保險人向保險人提出申請後，由保險人派調查員至被保險人家中做實地訪問調查。

註 5：社會性入院：入院原因並非醫療性理由，住不起高價的私人老人院，特別養護老人院又擠不進，自宅設備不佳或無介護者照應因此而無法返家。換言之，藉「社會性」理由而持續入院狀態即謂「社會性入院」，而「社會性入院」其涵意為：醫學性治療已結束，病狀安定並不需要特別入院，但身體因尚有某些障礙無法自立生活的老人患者而言。社會性入院的問題本質，無適當的家族介護者或是家庭空間狹窄、環境設施因高低斷坡、構造惡劣，生活面上醫療無法對應的問題繁多，除了利用醫院取替以外無其他生活之道。

註 6：厚生勞動省在 2001 年 1 月由厚生省和勞動省統合成的中央省廳，專營社會福祉、社會保障、公共衛生等作業的整備、效率的增進、勞動條件、環境整頓、職業確保等任務，還有兼任援護、戰傷病者、陸海軍殘務的整理。

註 7：介護地獄：介護者因家族介護負擔過重產生身體或精神上達到疲勞的極限，並且個人生活無法滿足，形成家族崩潰的現象，此種宛如地獄的淒慘狀況稱謂介護地獄。

註 8：Comsn 株式會社，Nichii 學館株式會社。

註 9：公式制度：經由國家或法律所明頒公布之制度。

參考文獻

白秀雄（1996）老人福利，三民書局。

林萬億等（1995）臺灣的社會福利：民間觀點，五南圖書出版公司。

林萬億（2003）福利國家－歷史比較的分析，巨流圖書公司。

江亮演、洪德旋、林顯宗、孫碧霞（2000）社會福利與行政，五南圖書出版公司。

詹火生、古允文（1999）新世紀的社會福利政策，厚生基金會出版。

蕭新煌、林國明主編（2001）臺灣的社會福利運動，巨流圖書公司。

謝美娥（1998）老人長期照護的相關論題，桂冠圖書公司。

八代尚宏（2000）少子・高齡化の経済学，東洋經濟新報社。

二本立（2002）介護保險と醫療保險改革，劉草書房。

下野惠子、大日康史、大津広子（2003），介護サービスの經濟分析，東洋經濟新報社。

下夷美幸（2003）高齡者介護とジェンダー：家族支援によるジェンダー変革の可能性，国立女性教育研究紀要，vol. 7. Augus。

- 中井清美（2003）介護保険－地域格差を考える，岩波新書。
- 右田周平、服部ゆかり（2003）癡呆性高齢者の家族介に関する肯定側面因子構造とその関連要因，老年看護学。
- 田近榮治、菊池潤（2002）介護保険財政の展開－居住介護給付の増大，mimeo 第 132 号，vol.6 NO. 1. 2001。
- 府川哲夫（2003）高齢者にかかる医療介護のトータルコスト選択の時代の社会保障，国立社会保障，人口問題研究所編。
- 厚生省大臣官房統計情報部（1991）人口動態社会経済面調査－厚生白書平成 3 年版。
- 厚生労働省（2004）介護保険事業状況報告，各月「平成 16 年度介護保険事業状況報告（年報）。
- 厚生労働省（2004）介護保険事業状況報告，各月「平成 16 年度介護保険事業状況報告（年報）。
- 厚生労働省（2004）介護保険事業状況報告，各月「平成 16 年度介護保険事業状況報告（年報）。
- 厚生労働省（2004）介護保険事業状況報告，各月「平成 16 年度介護保険事業状況報告（年報）。
- 厚生統計協会（2004）国民衛生の動向，厚生指針，厚生統計協会。
- 清水谷諭、野口晴子（2004）介護・保育サービス市場の経済分析。東洋経済新報社。
- 清水谷諭、野口晴子（2003）要介護認定率の上昇と在宅介護サービスの将来需要予測？要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証，ESRI Discussion Paper Series No. 60. September 2003。
- 清水谷諭、野口晴子（2004）在宅介護サービス需要的価格所得弾力性－仮想市場法及び実際の介護需要による推定－，ESRI DIScussion paper series NO. 85，内閣府経済社会総合研究所。
- 国民健康保険中央会（2003）介護給付費の状況，平成 15 年度分。
- 鈴木亘（2002）介護サービス需要増加の要因分析－介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて，日本労働研究雑誌，502。
- 経営タイムス（2004）2004 年 4 月 29 日。
- 総務庁（2004）朝日新聞，2004 年 9 月 20 日。