

別紙4 インフォーマル介護者の基本的な属性

②全米介護者連盟 the National Alliance for Caregivingと全米退職者協会(AARP)の共同調査(2003年、N=1247)によるもの

介護者の年齢分布・学歴・雇用・収入など(全介護者、人種別)

	全介護者	白人	黒人	ヒスパニック	アジア人
性別					
男性	39%	38%	33%	41%	54%
女性	61%	62%	67%	59%	46%
年齢					
18-34	26%	22%	35%	33%	38%
35-49	32	32	36	33	27
50-64	30	31	24	24	27
65-	13	15	5	10	8
中央値	46歳	48歳	41歳	43歳	42歳
学歴					
高校以下	5%	4%	10%	8%	6%
高校	29	29	29	34	12
カレッジ在学	27	27	27	29	19
技能学校	3	3	3	2	1
カレッジ卒業	22	22	22	22	36
大学院以上	13	14	8	5	25
現在の雇用					
フルタイム	48%	49%	51%	41%	44%
パートタイム	11	11	7	11	8
雇用なし	41	39	41	46	48
世帯収入(単位:千ドル)					
<15	8%	7%	9%	12%	9%
15-30	17	16	20	20	10
30-50	26	25	30	28	17
50-75	18	17	18	21	17
75-100	9	9	6	8	18
100+	15	16	9	9	17
中央値	37,312ドル				

出典) Care Giving in the U.S., National Alliance for Caregiving and AARP, 2004:table5

別紙4 インフォーマル介護者の基本的な属性 (②続き)

要介護者との関係

	要介護者の年齢	
	50歳+	18-49歳
親族/親族以外		
親族以外	17%	14
親族	83%	25
要介護者(回答多い順)		74
母親	28%	34
祖母	9%	11
父親	8%	10
姉	7%	8
配偶者	6%	6
兄弟姉妹	5%	4
子	6%	1
要介護者の年齢		
18-49歳	20%	
50歳以上	79%	
同別居		
同居	24	
1時間未満	61	
1時間以上	15	
主/副介護者		
主	57%	
副	39%	

出典) Care Giving in the U.S., National Alliance for Caregiving and AARP, 2004:table4,table7

別紙4 ③ インフォーマル介護者の健康・生活

介護時間/週	17%	同居44%	健康状態
40時間+	17%	同居44%	非常によい 25%
21-39時間	8%		よい 30%
9-20時間	23%		普通 28%
8時間以下	48%		あまりよくない 12%
			よくない 5%

介護ストレス	女性	男性	認知症有	認知症無
1 それほども	27%			
2	17%			
3	20%			
4	16%		42%	
5 非常に強い	18%	26%		32%

日常生活への影響

友人や家族と過ごす時間の減少	51%
休暇・趣味・社会活動の断念	44%

雇用労働への影響(就業中介護者)
62%が、介護が就業に影響していると回答(NAC-AARP 2004:64)
(遅刻・早退、中断)

就業時間調整	57%
休暇	17%
フルタイムからパートタイムへの変更	10%
就業の断念	6%

出典) Care Giving in the U.S., National Alliance for Caregiving and AARP, 2004
(Figure.20,28,30,31; Table.4 より編集)

別紙5 ① 直接介護職員の基本属性(1999年)

	病院助手 (Hospital Aide)	ナーシング ホーム助手 (Nursing Home Aide)	在宅ケア助手 (Home Care)
年齢(%)			
25歳以下	16.2	21.8	8.4
35-44歳	25.5	24.2	24.4
45-54歳	19.7	17	22.7
55-64歳	10.9	9.6	17.7
65歳以上	3.6	3.2	9.8
平均年齢	40.5	38	46.2
性別 女性(%)	81.2	91.3	91.8
人種(%)			
白人	48.4	55.6	50.3
アフリカ系	330	30.4	26.4
ヒスパニック	10.7	7.8	15.9
その他	7.9	6.2	7.5
自宅使用言語(%)			
英語のみ	80.5	84.6	74.5
その他	19.5	15.4	25.5
市民権(%)			
市民(現地生)	81.5	85.5	75.1
非U.S.市民	7.7	7.2	12.5
婚姻(%)			
結婚	46.2	42.7	44.2
未婚	4.5	4.4	9.6
離婚	19.3	20.7	24.6
非婚	30.1	32	21.6
教育(%)			
高卒未満	17.6	26.3	30.9
高卒	35.4	41.3	34.7
カレッジ入学	38.7	28.6	27.8
それ以上	8.3	3.8	6.6

出典) Rhonda J.V. Montgomery et. al. (2005). A profile of home care workers from the 2000 census: How it changes what we know, *The Gerontologist*, 45, 593-600, Table2.

別紙5 ②直接介護職員の雇用状況(1999年)

	合計		通年フルタイム		一時期・パート	
	病院 助手	ナーシング ホーム 助手	病院 助手	ナーシング ホーム 助手	病院 助手	ナーシング ホーム 助手
雇用形態(%)						
通年フルタイム	52.4	48.3	34.3			
一時期・パート	47.6	51.7	65.7			
従事先(%)						
営利企業	63.4	76.9	61.7			
非営利企業	19	13.4	8.2			
行政機関	17.4	9.3	12.4			
自営	0	0.3	16.8			
不払家内従事者	0.1	0.1	0.9			
就労時間(時)						
年平均	44	42.5	40.7	51.8	35.3	33.7
週平均	37	37.2	37	41.8	31.8	32.6
収入(平均)						
時間当り(\$)	14.44	11.46	13.38	11.79	17.36	13.29
年間(\$)	19,922	15,751	14,369	25,294	14,007	11,380
貧困レベル未満	11.4	16.4	19.3	3.5	19.9	25.3
				6.8		
				8.7		
				9.5		
				20,430		
				22,002		
				9.51		
				51.8		
				46		
				51.8		
				42		
				51.8		
				33.7		
				34.9		
				29		
				15.39		
				10,803		
				24.9		

出典) Rhonda J.V. Montgomery et. al. (2005) Table3. より編集。

◆資料3 横断比較と日本への示唆
(平成20年度 総括・分担報告書 第五章)

本研究では、第一章から第四章までに報告された事例国における介護者の確保育成策に関する調査研究の成果を基に横断比較を行い、「介護供給における公私バランス」、「家族介護者の支援」、「介護従事者の確保」及び「介護専門職の養成」について考察・整理するとともに、日本への示唆を検討した。その結果は次のとおりである。

1. 介護供給における公私バランス

介護供給における公的部門、市場部門及びインフォーマル部門のバランス（公私バランス）に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の視点から重要であると考えられる。

フィンランドにおいては、中央政府及び地方自治体が、介護を必要とする国民に対し、等しく権利としての介護サービスを保障する責務を負うものとされている。一方、家族による介護も行われており、約30万人(全人口約520万人)が家族の介護を主として行っている。具体的な介護サービスの供給は、地方自治体が主体となり、主に、国及び地方自治体による公的資金(税金)を財源として、各地方自治体の正規職員である介護従事者によって行われている。ただし、食事、掃除、散歩などに関するサービスについては、地方自治体から民間事業者への委託が増加している。

ドイツにおいては、介護保険が要介護者にとって必要な介護を確保するための公的制度の中心となっている。介護保険は、家族による介護及び要介護者による費用負担が行われることを前提に、それを補完して要介護者を支援するための基礎的な保障を行うものとされている。実際に、要介護者の6割(在宅の要介護者の9割)は、家族による介護を受けている。介護保険による介護サービスは、主として福祉団体、民間事業者が供給主体となり、それらに雇用される介護従事者によって提供されている。

イタリアにおいては、高齢者介護に関しても家族の役割・責任が重視されている。国レベルで介護の現物サービスを提供する制度は存在せず、現金給付(介護手当 - 国レベル、介護手当 - コムーネレベル)が要介護者支援のための最重要施策となっている。家族で対応しきれない介護ニーズは、限定的な公的サービスよりもむしろ、現金給付などを基に家庭で直接雇用される有償介護者(家族援助者)によって満たされている。こうした有償介護者として、近年、不法就労の外国人介護労働者が急速に増加している。

アメリカにおいては、介護ニーズに対する対応も、要介護者及びその家族による自助を基本とすることが政策的スタンスとなっている。メディケイド、高齢アメリカ人法に基づくサービスなどの公的施策は低所得者、マイノリティーなどを対象とする選別的・残余的なものとなっている。このため、公的制度の対象とならない者は、介護サービスの費用を

私費により負担することが基本となる。また、家族等によるインフォーマル介護の比重が高い。メディケイド、高齢アメリカ人法に基づく介護サービスは、主として非営利団体及び民間事業者が供給主体となり、それらに雇用される介護従事者によって提供されている。

この4カ国は、福祉国家レジーム論において、それぞれが異なる類型に属するものとされている。すなわち、フィンランド、ドイツ、イタリア及びアメリカは、それぞれ社会民主主義型(公的部門大)、保守主義型(公的部門中/補完的)、家族主義型(公的部門・フォーマル市場ともに小)及び自由主義型(公的部門残余的・市場大)の類型に属するものとされる。前述のように、介護供給における公私バランスに関する基本的考え方及び実態に関しても、この4カ国にはそれぞれの類型に関連した特徴が見出せる。介護者の確保育成のための施策に関しては、介護供給の公私バランスの違いに関わらない共通点と、公私バランスの違いを反映した相違点が並存している。

日本の場合には、介護供給の公私バランスに関する基本的考え方が必ずしも明らかではない。政策的には、家族の過重な負担を軽減するため、家族介護に代わる介護サービスの供給を拡充する必要性が強調されている。その意味で、日本ではフィンランドと同様の考え方が採用されているようにもみえる。しかし、現実には、家族が介護の確保に大きな役割を果たしている。介護サービスの供給が、介護保険により、社会福祉法人、民間事業者などが供給主体となって、それらに雇用される介護従事者によって行われる点では、むしろ、ドイツとの共通性が存在する。しかし、ドイツでは、家族介護を前提とした基礎的保障を行うものとしての介護保険の位置づけが明確され、次に述べるように介護保険の給付として家族介護者の支援が行われている。この点では、ドイツとも大きく異なっている。介護ニーズの一層の増加が予想される中で、特に、家族介護をどのように位置づけるのかを明確にする必要があると考えられる。

2. 家族介護者の支援

家族介護者の支援に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の観点から重要と考えられる。

フィンランドにおいては、親族介護支援法(2006年)により、家族介護者に対して親族介護支援(現金給付(介護報酬)、休日の取得と代替介護の保障、年金累積、研修、相談・助言、指導など)の受給権が付与された。その背景には、親族介護支援により、公的な介護サービスに対する需要増加の抑制及びその代替が可能になるとの考え方がある。実際にも親族介護支援には大きな費用節約効果があると評価されている。親族介護支援としての現金給付(介護報酬)は、当該介護者が地方自治体との契約及び介護・サービス計画に基づき介護を行う場合に支給される。親族介護支援を受ける場合には、ソーシャルワーカー等による家庭訪問・審査が実施され、介護が適切に行われるかどうかを確認される。親族介護支援のほかにも、介護と仕事との両立を可能にするため、収入減少分の補填を伴う部分的介護休暇

などの制度が設けられている。

ドイツにおいては、介護保険の給付として、介護手当、代替介護、介護者の年金保険料の負担、介護講習、相談援助、介護休業期間中の社会保険料の負担などの家族介護者支援策が実施されている。その目的は、家族介護者に報いるとともにその負担を軽減し、在宅介護を推進することにある。介護手当は、現物給付としての介護サービスを受ける代わりに、あるいはそれと併せて、家族等が介護する場合に支給される。介護手当に用途の制限はない。現物給付よりも低額の介護手当が受給されることは、介護保険における費用節約をもたらしていると評価されている。介護手当を受ける場合には、家族等による適切な介護が行われるよう、専門審査機関であるMDKによる審査及び介護専門職による家庭訪問・助言が実施されている。介護保険の給付以外にも、6か月までの無給の介護休業制度などが設けられている。

イタリアにおいては、現金給付に用途の制限がないため、家族援助者の費用を負担するだけでなく、家族等による介護を評価し、報いるためにも用いることが可能となっている。ただし、現金給付受給者の介護が家族等により適切に行われるかどうかはチェックされていない。現金給付は、介護サービスの供給が十分整備されていないことと相まって、不法就労外国人による介護労働を普及させる一因となっている。現金給付以外の家族支援策としては、介護費用に関する所得税額控除制度が設けられている。また、地域によっては、要介護者とその家族に対して電話により緊急時及び日常の相談・助言を行うサービスなども実施されている。

アメリカにおいては、全州において家族介護者支援プログラムが導入され、情報提供、プログラム利用アクセスの支援、カウンセリング、支援グループの組織化、介護者の訓練、レスパイトケアなどが行われている。これにより、インフォーマルな介護の役割及びそれを維持するための公的支援の必要性が政策的に認知されている。州によっては、消費者主導モデルによる現金給付が実施され、高齢者・障害者が家族(配偶者を除く)、友人などを含めた介護者を直接雇用するための費用が助成されている。この場合には、サービス状況のチェックや給付受給者のための相談体制の整備も行われている。これ以外にも、親族及び医療休暇法により、12週間までの無給の介護休業制度が設けられている。

以上のように、この4カ国の全てで家族介護者の支援を目的とした公的施策が実施されている。特に、国民に必要な介護サービスを保障することが政府の責任とされているフィンランドにおいても、家族介護支援のための取組みが積極的に進められていることが注目される。こうした支援策の目的としては、家族介護を評価し、報いること、家族の負担を軽減すること、在宅介護を推進することのほか、介護サービス(現物給付)への需要を抑制し、費用を節約することなどが挙げられる。また、具体的な支援策としては、単なる現金給付にとどまらず、家族等が継続的に介護を行うことを可能にする代替介護の保障、講習、相談・助言の実施、社会保険に関する配慮など様々なものが実施されている。なお、イタリ

アの例は、現金給付が必ずしも適切な介護の確保につながらないことを示している。これに対して、フィンランドでは現金給付が介護に対する報酬として支払われ、ドイツでは現金給付と現物給付との選択・組合せが可能とされ、また、両国とも現金給付が行われる場合に家族等による介護の状況の審査・確認が行われるなど、適切な介護の確保に配慮した仕組みが設けられている。

日本においても、現に多数の家族による介護が行われている。しかし、介護保険は家族介護者に対する給付を行っておらず、家族介護者を支援する効果をもつ施策は、介護休業制度、地域包括支援センターによる相談援助などにとどまっている。その背景には、前述のように、介護サービス供給の拡充が優先されてきたことがあげられる。確かに、介護保険の給付として提供される介護サービスは、家族が自ら介護する代わりに介護サービスを利用することを可能し、家族の負担を軽減する効果をもつ。しかし、介護サービスの拡充と併せて、実際に介護を行っている家族の負担を軽減するとともに、家族が自ら介護することを選択しやすくする一層の支援策が必要であると考えられる。そのためには、単なる現金給付の是非にとどまらず、年金制度など社会保険における配慮、家族が休暇を取る場合の代替介護の確保など多様な施策の検討が必要となる。また、家族による介護の質を確保するとともに、家族介護者の孤立を防ぎ、社会に包摂する上で、家族介護者に対する相談・助言、指導、講習なども重要な意味を持っている。

3. 介護従事者の確保

介護従事者の確保に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の観点から重要と考えられる。

フィンランドにおいては、介護従事者の教育・トレーニングの水準、フルタイムの割合、自治体職員の割合及び賃金水準が高いことが特徴となっている。ただし、従事者の健康問題や、従事者数の増加が抑制されていることによる労働密度の増大などが問題となっている。年齢、障害及び症状の異なるあらゆるケアを必要とする人に対応しうるラヒホイタヤ資格を創設したこと自体が、介護従事者確保のための戦略といえる。また、ラヒホイタヤへの需要に応えるため、ラヒホイタヤ訓練校学生のリクルートと学業継続の支援(経済的な支援を含む。)が実施されている。その際には、新卒者のみならず、失業者、他職種の者、移民による資格取得にも配慮されている。新たな動きとしては、単純ケア労働を行う労働力の必要性に関する議論(軽介護論)が浮上してきている。

ドイツにおいては、介護需要の大幅な増加に対応し、介護従事者不足を回避するため、介護従事者を獲得し、定着させるための積極的な対策が必要と考えられている。そのため、介護職のイメージの向上、負担軽減につながる労働条件の整備、健康管理及び労働災害防止の徹底、労働時間の弾力化、給与の改善、継続教育の機会の提供、介護職養成に対する経済的な支援、職業再教育の促進などを目的として、連邦、州、事業者などが改善のため

の取組みを行っている。その中でも特に注目される点は、介護従事者の給与改善のため、介護保険における認可介護施設の要件として、「その地域で通例の労働報酬」の支払いを追加したこと及び中高年失業者を対象に介護専門職資格取得のための再教育援助プログラムが再就労に大きな成果をあげていることである。さらに、介護ホームにおいて認知症高齢者の見守り等の業務に従事する者として、一定の研修を受けた中高年失業者を充てることが予定されている。

イタリアにおいて、介護従事者の確保策は、要介護者のいる家庭で直接雇用される有償介護者である家族援助者の労働条件の改善及び家族援助者としての就労を希望する者と家族援助者を求める要介護者・家族とのマッチングが中心となっている。具体的には、政府、労働組合及び使用者団体の3者の合意に基づき、家族援助者の労働条件を定める労働協約が改定され、家族援助者についても、労働内容の専門性に応じた賃金体系の導入、賃金水準の大幅な引上げ、働きながら資格取得のための教育を受けることが可能な就労形態の導入などが行われた。また、地方自治体によっては、求職者と家族援助者を求める家庭とのマッチング、求職者及び家庭に対して雇用契約や費用等に関する情報の提供、相談を行うための窓口の設置などが行われている。

アメリカにおいては、近年、介護ニーズが増大する一方で介護従事者の離職率が高いために十分なサービスが供給できない「ケアギャップ」に対する政策的関心が高まっている。介護従事者の確保定着については、新たな層からの介護従事者の確保、効果的な教育訓練の実施、労働条件の改善、給与、昇進機会の改善などが課題として挙げられる。こうした課題に対応するため、連邦政府や財団等からの大規模補助金により、各種のモデル事業が各地で実施されている。また、州レベルでは、介護職員の任用要件としての基礎訓練の充実、キャリアラダー（賃金・職階の上昇とリンクした研修プログラム）の整備、公的機関と労働組合との集団交渉や健康保険の充実による介護者の給与・労働条件の改善などの取組みが行われている。

このように、この4カ国のいずれにおいても、増大する介護ニーズに対応して必要な介護従事者を確保することは、重要な政策課題として認識されている。ただし、具体的な施策の内容は、介護従事者が主として地方自治体公務員であるフィンランド、非営利団体及び民間事業者に雇用される者であるドイツ及びアメリカ、要介護者の家庭で雇用される家族援助者であるイタリアの間で違いがみられる。各国の施策に関しては、特に次の点が注目される。ひとつは、国や地方自治体が、介護従事者の給与に関する基準を定めることや給与・労働条件に関する合意に参加することなどを通じて、給与・労働条件の改善のために積極的に関与しようとしていることである。もうひとつは、中高年失業者、他職種からの転職者など新たな層からの介護従事者の確保を図ろうとしていることである。さらに、介護職の資格制度に関しても介護従事者確保への配慮が行われていることや日常的であり専門性を必要としない世話のニーズに対応する人材に関する議論が行われていることで

ある。

日本においても、介護従事者の確保のため労働条件などの改善が重要な政策課題となっている。このため、介護保険から介護サービス事業及び介護施設に対して支払われる介護報酬の引上げなどが議論されている。しかし、このことが介護従事者の給与の改善に確実につながるようにするためには、介護サービス事業及び介護施設における給与水準に関する基準を設けるなどの公的な関与が必要になると考えられる。また、高齢者介護に対する関心が高い中高年失業者や他職種からの転職者など幅広い層から介護従事者を確保することが重要であり、そのためには、再教育・資格取得を支援することが有効である。さらに、介護従事者確保の観点から、広範な領域でケアサービスが行える人材の育成や日常的世話のニーズに対応する人材のあり方を検討することも必要であると考えられる。

4. 介護専門職の養成

介護専門職の養成に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の観点から重要と考えられる。

フィンランドにおいては、入所から在宅への転換を進める中でも、マンパワーの総量は変えずに、個々の介護従事者の能力向上及び合理的な配置により対応することが基本方針となった。介護従事者の能力向上の中心は、従来のホームヘルパー、准看護婦、保育士資格などを統合したラヒホイタヤ資格の創設である。ラヒホイタヤは、高齢者に対する入所サービス及び在宅サービス提供の中核的ポジションを占めている。ラヒホイタヤの養成教育は3年間で、2年間の共通学習により、介護、看護などあらゆる種類のケアを必要とする人に対応しうる技能・知識を習得し、その後、1年間の希望分野に応じた専門学習を行う。これにより、ケアに関連する幅広い職場で働くことが可能な能力・技能・知識を習得する。ラヒホイタヤの養成教育の費用は地方自治体により負担されている。

ドイツにおいては、老人介護を自立して行う専門職である老人介護士の資格が全国統一化され、教育内容も養成教育期間を3年とするなど看護師と同等の水準に引き上げられた。介護保険においては、老人介護士が看護師と同等の専門職として位置づけられ、介護専門職が責任を持つべき業務の範囲が定められている。このことは、サービスの質を確保する上で重要な意味を持っている。ただし、専門職以外の者も専門職の指導の下に介護サービスに従事することとされている。介護専門職に求められる専門性の拡大、介護職としての就労機会の拡大を目的として、現在、老人介護士と看護師との共通基礎教育の導入が検討されている。介護専門職の養成教育を受ける者には、実習施設から養成教育報酬が支給されている。

イタリアにおいては、介護分野の資格として、社会援助士及び社会保健士がある。社会援助士資格の要件・位置づけは州によって異なる。一方、社会保健士資格は、国・州間の合意による一定の基準に基づき各州の州法で規定されている。社会援助士は、地域によ

ては、養成教育期間が3年で、単独あるいは他の社会・医療サービス従事者とともに要介護者の介助、援助などに従事する者の資格として位置づけられている。また、社会保健士は、養成教育期間が1年で、医療・看護従事者の指示を受け、患者・要介護者の清潔・衛生環境の保持のための対人サービスに従事するものの資格として位置づけられている。社会援助士及び社会保健士は、公的に提供される入所サービス及び在宅サービスの双方で直接介護の提供者となる。県によっては、社会援助士及び社会保健士の養成教育の学費を負担している。

アメリカにおいては、高齢者入所介護施設の中核であるナーシングホームの場合、看護師が看護部門の責任者となる。そのほかにも看護師及び准看護師の配置基準が定められている。看護師等の監督の下で、直接介護職員（看護助手）が介護に従事している。在宅ケア事業においては、看護師等の監督の下で、身体・在宅ケア助手が家事や日常的な身体介護サービスに、在宅保健助手が健康状態のチェック、処方された運動の補助、起床・就寝、入浴、衣服の着脱の介助などの業務に従事している。州により異なるが、75時間程度の訓練・講習の受講などが直接介護職員の資格取得の要件となっている。

以上のように、フィンランド、ドイツ及びイタリアでは、3年の教育により養成され、独立して介護を行う介護専門職の資格がある。ただし、こうした資格を有する者が、介護サービスの供給において果たす役割は国によって異なっている。一方、アメリカでは、看護師等の監督の下で介護に従事する直接介護職員の要件が定められている。介護・看護に関する幅広い専門性を有する専門職を育成するため、フィンランドでは新たな資格の導入、ドイツでは共通基礎教育導入の検討などが行われている。また、養成教育を受ける者に対する経済的な支援を行うための制度も設けられている。

日本においても、介護サービス事業及び介護施設における職務内容が変化し、介護専門職に求められる専門的な知識及び能力の範囲が拡大している。事例国の状況は、こうした変化に対応した専門職養成教育のあり方を検討する必要性を示唆するものである。その際には、介護専門職に求められる資質の面だけでなく、介護保険による介護サービスの提供において介護専門職が果たすべき役割、介護福祉士と看護師との関係のあり方、介護職としての就労機会の拡大などを含めた検討が必要になる。また、介護保険による介護サービス提供の前提条件となる介護専門職を確保する観点から、養成教育を受ける者に対する経済的支援についても検討する必要があると考えられる。

Ⅱ 研究成果の一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本勝明			『ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険—』	信山社	東京	2007年12月	
笹谷春美	「女が家族介護を引き受けるとき—ジェンダーとライフコースのポリテイクス—」	上野 千鶴子、大熊 由紀子、大沢真理、神野直彦、副田 義	『ケアその思想と実践4 家族のケア 家族へのケア』	岩波書店	東京	2008年	55-74
笹谷春美	「ケアサービスのシステムと当事者主権」	上野千鶴子、中西正司	『ニーズ中心の福祉社会へ』	医学書院	東京	2009年	40-68
笹谷春美		笹谷春美、太田貞司、岸玲子	『介護予防の現状と課題—北欧と日本の介護予防の戦略—』	光生館	東京	2009年刊行予定	
宮崎理枝	「社会福祉の現状<高齢者福祉>」	松村祥子・萩原康生・宇佐美耕一・後藤玲子	『世界の社会福祉年鑑2008』	旬報社	東京	2008年	66-72
宮崎理枝	第1部-「I 沿革と動向」1、第4部「II 高齢者」、IV その他」	小谷真男、小島晴洋、鈴木桂樹、田中夏子、中益陽子、宮崎理枝	『イタリアの社会保障』	旬報社	東京	2008年	
森川美絵	「ケアする権利/ケアしない権利」	上野 千鶴子、大熊 由紀子、大沢真理、神野直彦、副田 義也	『ケアその思想と実践4 家族のケア 家族へのケア』	岩波書店	東京	2008年	37-54

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松本勝明	「ドイツにおける介護者の確保育成策」	『一橋大学経済研究所 PIE/CIS D P』	no. 37	1-33	2008年
笹谷春美	「日本の介護保険制度下のケアリングの危機と教訓: 私たちは危機を乗り越えることができるか」	韓国・梨花女子大アジア女性学センター「持続可能な未来のための国際シンポジウム: 持続可能なパラダイムとアジアのケアリング共同体」報告書			2008年
宮崎理枝	「要介護高齢者と障害者領域の現金給付制度——イタリアにおける介添手当て制度の事例から——」	『大原社会問題研究所雑誌』	no. 592	1-17	2008年
宮崎理枝	「イタリアにおける介護制度と介護者」	『大月短大論集』	No. 39		2009年
M. Morikawa, H. Sasatani, et.al., (2007).	Preventive Care or Preventing Needs?: Re-balancing Long-Term Care between the Government and Service Users in Japan.	Paper presented at the 4th Annual East Asian Social Policy research network (EASP) International Conference, 20th-21st			October 2007, Tokyo.)