

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

2005, Vol. 14, 131-144

日本における介護保険法の改訂: その實態と課題

岡本多喜子

明治學院大學社會學部社會福祉學科

はじめに

2000年4月より施行された日本の介護保険法は, これまでに法で規定された2回の改訂作業が行われた. この2回の改訂によって, 介護保険制度は大きく変化してきている. この変化は保険者である市町村などを始め, 被保険者, サービス提供事業者それぞれに影響を及ぼしている. その影響のいくつかをみると, 次のような内容である.

保険者の多くは介護保険制度の利用者の拡大により, 財源不足となり, 保険料の値上げを必要としている. その結果, 利用者が支拂う介護保険料は改訂の度に高くなっている. 介護保険3施設(介護老人福祉施設<特別養護老人ホーム>・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)を利用している場合は, 2005年10月から居室利用料と食費が全額自己負担と

이 논단에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 108-8636 日本國東京都港市區白金台 1-2-37 明治學院大學 社會學部 社會福祉學科 岡本多喜子(Takiko Okamoto) 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 taki@soc.meijigakuin.ac.jp입니다.

なり、利用者負担額が増加した。しかしこれまで介護保険制度の対象外となっていた比較的健康状態の良い高齢者に對して、2006年4月から地域包括支援センターを新たに設置して、介護予防サービスの提供がなされる予定である。

介護保険サービス提供事業者側から見ると、例えば、3種類の介護保険施設は介護保険法による支給額が改訂の度に減額される方向に変更されている。また介護支援専門員(ケアマネジャー)については、資格の更新制、主任ケアマネジャーの創設、担当件数の見なおしなどが実施される予定である。

このような2回の介護保険法の改訂には、介護保険財政の予想以上の支出増加という背景がある。介護保険財政を安定されるために収入を増やす手段として、社会連帯の考えから所得階層別の保険料の増額、支出を押さえる手段としては介護保険制度利用者に対する居宅介護サービスへの誘導、介護サービス利用者の応益負担原則の強化、市場経済の競争原理の導入と介護サービスへの企業参入の促進などが推進されている。ここでは、日本における介護保険法の2回の改訂による制度の変化を介護保険施設のサービス支給額の変化、および介護保険サービス利用者の自己負担額の増加、介護支援専門員(ケアマネジャー)の役割を中心として、現状と今後の課題について報告をする。

日本における介護保険制度の原則

2000年4月に介護保険制度が実施された。そこでは①介護認定を受けて要支援・要介護1から5に認定された者のみが介護保険給付を受けることができること、②介護サービスは、利用者とサービス提供者との個人契約による自己選択による利用となり、③介護サービスを利用した場合は利用料の1割は利用者負担となった。また④日本の介護保険制度の特徴といわれている介護支援専門員(ケアマネジャー)が立てる介護計画(ケアプラン)は、介護保険制度利用者の自立を目指した計画であることとされた。さらに⑤これまでは“終の棲家”とされた老人福祉法上の特別養護老人ホームは、介護保険法上は介護老人福祉施設とされ、在宅復帰をめ

日本における介護保険法の改訂

ざる通過施設として位置付けられることになった。

介護保険制度の実施により、一番大きな影響を受けたのは高齢者および高齢者の家族の意識であろう。日本においては社会福祉の利用は国民の権利として認められていたが、実際にはサービス量の不足により緊急性の高い者の利用が中心とならざるを得ない状況が続いていた。緊急性のなかには経済的な側面も加味されていたため、社会福祉は自分とは関係ないと考える経済的にゆとりのある階層の者もいた。しかし介護保険制度により、65歳以上の者は第1号被保険者として原則、老齢年金保険からの天引きによる保険料徴収が行われ、40歳以上65歳未満は第2号被保険者として医療保険料に上乗せして介護保険料徴収が実施された。これにより、保険料を支拂っているのであるから利用できるサービスは利用しようというある種の“権利意識”が芽生えたのである。これは特に高齢者を抱える家族に強く働いた。その結果、当初國が予想していた以上に介護保険制度の利用者は増加し、介護保険財政は増大し続けている。

介護保険制度実施直後は政治的な判断から、第1号被保険者からの保険料徴収を半年延期し、その後1年間の保険料は半額とした。このため被保険者は2000年4月から9月までは第1号被保険者の保険料収入が無い中で介護保険制度を実施することになり、2000年10月から2001年9月までは第1号被保険者の保険料が半額しか入らない状況であった。この間の被保険者への財源は國が補填を行った。これは第1号被保険者である65歳以上の高齢者に對し、介護保険制度を利用することへの抵抗を少なくするという効果があった。

介護保険制度実施当初の問題点

しかし実際に介護保険制度が始まると、いくつかの問題点が明きらかとなった。第1には利用者が介護サービスを利用したくとも介護サービス量が整っていない点であった。この点は今日でもすべて改善されたいはいえない。

第2には介護保険制度実施以前と比較して、利用しにくいサービスがあったことである。その典型例が短期入所生活介護(ショートステイ)の

扱いである。短期入所生活介護は介護保険実施当初、利用日数に制限を設定していた。それは短期入所生活介護と短期入所療養介護を合わせて、6か月間に要支援は7日間、要介護1および2は14日間、要介護3および4は21日間、要介護5が42日間というものであった。介護保険制度実施以前に、月に1回7日間など定期的に短期入所事業を利用することで、要介護高齢者の世話を在宅で継続していた家族からは多くの苦情が寄せられた。また短期保護事業の事業者からは、サービス利用者が減少して事業として成り立たないという苦情が寄せられた。その結果、短期保護事業の利用日数制限は緩和された。

第3は認定調査票の問題であった。それは当初使用されていた認定調査票では、身体的な介護をあまり必要としない認知症の利用者に対する介護度が低くなるため、利用できる介護サービスが少なくなるという点であった。これは第1回の介護保険法の改訂により改善された。2004年4月からは認定調査票が変更され、認知症利用者の介護度が低くならない工夫、認知症の状態により介護度を自動的に1段階か2段階高くすることが可能となった。

第4は、介護保険制度は介護サービスを必要とする状態になっても住みなれた地域社会、自宅で生活できることを目標のひとつとしていた。しかし第1で示したような介護サービス量の不足とともに、介護度別の支給限度基準額が設定されているために、介護保険制度の範囲内での介護サービスの利用では在宅生活ができない利用者が生じた。経済的にゆとりがあれば自費で介護サービスを利用することも可能であったが、介護保険制度実施当初は、自費でのサービスも購入しにくい状況があった。そのために施設入所の需要が増大した。特に介護老人福祉施設の需要が増大した。

施設需要の増大にはさらに別な視点からの指摘ができる。介護保険制度導入以前の特別養護老人ホームの利用料は、応能負担であった。そのため、利用者および扶養義務者の収入に応じて利用料を徴収していた。経済的に困窮している利用者および扶養義務者の場合は無料または低額が利用料であったが、収入が多い場合は最高で24万円を支拂っていた。しかし介護保険制度では応益負担となったことで、平均で約5万円程度の

日本における介護保険法の改訂

負担となった。このように、介護保険制度になったことで負担額が減少した経済的にゆとりのある層が、介護老人福祉施設を積極的に利用しはじめたのである。

一方、これまで老人福祉法上の特別養護老人ホームに對し、各種の補助金を支出していた都道府縣・市區町村の多くは、介護保険制度の実施によりそれらの補助金を減額したり中止したりした。そのため比較的利用者への介護内容が良いとされた地域の特別養護老人ホームでは、職員給与を減給、常勤職員から非常勤職員への移行、研修機会の減少などが行われ、利用者への介護内容の低下が見られた。さらに身体拘束禁止が通知されたことで、本来は利用者への介護内容が改善されるはずであったが、特別養護老人ホームでの職員の労働条件の低下により介護内容の低下が生じた。これは各種補助金を出していた地域にある特別養護老人ホームで生じたことであり、従来から措置費以外の収入しかなく、措置費の範囲で運営を行っていた多くの特別養護老人ホームは、介護保険制度になったことで収益をあげた。だが、この収益を職員の労働条件の改善や利用者の生活内容の改善に回す施設は少なかった。このことが2004年度に実施された介護保険3施設の支給額の見なおしへと繋がっていく。

第5としては、介護支援専門員(ケアマネジャー)の不足と質の格差、労働条件の厳しさが問題となった。介護支援専門員(ケアマネジャー)としてきちんとした仕事をしようとする、ケース数の多さから時間的なゆとりがなくなり、過労により心身の健康を害して仕事を辞めていく者もみられた。一方で、介護保険制度を十分に理解しないで介護支援専門員(ケアマネジャー)としての仕事をしている者もみられ、利用者から保険者へ苦情が寄せられることも多くあった。そこで、介護支援専門員(ケアマネジャー)の研修、質の向上が課題となった。

介護支援専門員(ケアマネジャー)の質については、当初から懸念が表明されていた。しかし介護支援専門員(ケアマネジャー)なくしては、日本の介護保険制度は成立しないため、なるべく多くの介護支援専門員(ケアマネジャー)を早急に養成する必要があった。一方では新しい制度である介護支援専門員(ケアマネジャー)に對する既存資格保有団体からの期待もあった。そのため、旧厚生省(現厚生労働省)は介護支援専門員(ケア

マネジャー)になるための研修試験の受験要件を、厚生省が所管する21の國家資格(医師、齒科医師、藥劑師、保健士、助産婦、看護師、准看護師、理學療法士、作業療法士、社會福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢裝具士、齒科衛生士、言語聴覺士、あん摩マッサージ指壓師、はり師、きゅう師、柔道整復師、營養士、精神保健福祉士)を基礎資格とし、経験5年以上とした。21基礎資格の中には、介護やケアマネメントに関する教育がほとんどなされていないものもあった。

利用者にとってはどのような介護支援専門員(ケアマネジャー)とめぐり合うかによって、介護生活が大きく変化する。介護支援専門員(ケアマネジャー)の質の向上は介護保険制度の根幹の課題である。

第6としては、居宅サービスの中では訪問介護サービス(ホームヘルプサービス)への利用、特に家事援助に對する需要が多く見られ、訪問介護員(ホームヘルパー)の不足が問題となった。そのため、訪問介護事業所は訪問介護員の質をあまり問うことなく採用し、派遣を行っていたために、訪問介護員の質についても課題とされた。

2004年度の介護保険法改訂

介護保険法の第1回改訂は2003年に行われ、2004年4月から實施された。この改訂の主な目的は第1号被保険者の介護保険料の増額であった。その結果、当初は月額平均で2,900円であった介護保険料は3,300円となった。介護保険料は各保険者が決めることができるため、2004年度においても月額2,000円程度から月額5,000円を超える額のところもある。第1号被保険者の保険料が高額になる理由としては、介護保険施設を多く抱えているかどうかによるとの分析が厚生労働省でなされ、介護保険3施設の支給額の見なおしも同時に行われた。

その結果、介護老人福祉施設と介護老人保健施設ではすべての介護度で支給額が減額し、介護療養型医療施設においても要介護5以外はすべての介護度で支給額が減額した。減額率は約1割であった。さらに表1で示したように、介護老人福祉施設では一つの居室に2名から4名が生活する従来型の施設では支給額が減額したが、日常生活が全室個室で少數の居

日本における介護保険法の改訂

室に共同生活室で営まれているユニットケアの場合は、支給額に大きな変化はなかった。

このユニットケアは2002年から厚生労働省が推進している介護老人福祉施設の形式で、新設および改築の場合は原則的にユニットケア以外は認めない方針を打ち出している。しかしユニットケアを実施するには多くの職員が必要であるが、都市部では介護保険制度からの支給額では職員体制を充實させることが困難であった。

表1 介護老人福祉施設の介護保険支給単位および支給額

(従来型)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2000年4月					
1日の単位	796	841	885	930	974
1か月の金額(万円)	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6
2004年4月					
1日の単位	677	748	818	889	959
1か月の金額(万円)	20.6	22.7	24.9	27.0	29.2
2005年10月*					
1日の単位	577	648	718	789	859
1か月の金額(万円)	17.5	19.7	21.8	24.0	26.1
(ユニットケア)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2000年4月					
1日の単位	－	－	－	－	－
1か月の金額(万円)	－	－	－	－	－
2004年4月					
1日の単位	784	831	879	927	974
1か月の金額(万円)	23.8	25.3	26.7	28.2	29.6
2005年10月*					
1日の単位	641	688	736	784	831
1か月の金額(万円)	19.5	20.9	22.4	23.8	25.3

* 食費分は利用者負担となり介護保険制度の単位から除外された
(注. 1か月の金額は1日の単位×10×30.4日)

介護保険からの支給額の低下は人件費にしわ寄せが行くことになり、常勤職員の割合が低下し、非常勤職員やパート職員の増加を促進した。さらに、介護老人福祉施設での利用者の介護状況が低下する事態もみられた。具体的には排泄介助やベッドからの離床への努力が行われなくなり、職員が個別の介護計画に添った介護を機械的に提供するようになり、また介護計画以外の介護を行わなくなった。そのため、介護老人福祉施設の全国組織である全国老人福祉施設協議会では、おむつをしている利用者の割合を3割以下にする運動を始めた。排泄意識があるにもかかわらずおむつをしている利用者からおむつを外す介護は、介護保険制度以前には当然のこととして実施されていた介護であった。

その上、介護保険制度発足当時に開始された申込み順による介護老人福祉施設の利用方法が、施設利用の緊急性により入所が決定する“優先入居制度”に変更になった。そのため、保険者である一部の区市町村では、介護老人福祉施設の利用を希望する者はすべて区市町村で管理し、区市町村内の介護老人福祉施設に空きができると優先度の高い利用希望者を施設に紹介する制度がとられている。その結果、介護老人福祉施設の多くが利用者の重度化、医療的な対応の必要な利用者の増加に苦慮している。

また先に述べたように、介護認定調査票が改訂され認知症高齢者の要介護度が高くなる工夫がなされた結果、認知症の利用者の介護老人福祉施設への入所が多く見られるようになった。

さらに訪問介護サービスの家事援助への利用の偏りを是正するために、家事援助の単価を低くし、サービス提供事業者の収益を減らすことでより単価の高い身体介護の提供を事業者が促進するような対応を行った。また介護支援専門員が4種類以上の介護保険制度のサービスを組みこんだ介護支援計画(ケアプラン)を作成すると、介護支援計画作成費用を上乗せすることとした。しかし多くの利用者は、4種類ものサービスを必要としてはいなかったため、一部の介護支援専門員と利用者との間でトラブルが生じることもあった。

利用者は介護支援専門員を交替する自由を持っていたが、介護支援専門員が不足している状況から、トラブルを抱えつつ同じ介護支援専門員と契約を継続する場合もあった。

2005年10月改訂と2006年4月改訂

2005年10月改訂で最も大きな点は、介護保険3施設の利用者から居室料金を徴収し、食事を介護保険給付から除き全額利用者負担としたことである。それに伴い、再度介護保険3施設の支給額を減額した。これは施設入所希望者が増加することへの歯止め策であり、介護保険料の増加を押さえるためでもある。

その結果、表2のように介護保険利用料の1割負担分、どのような形体の部屋を利用しているかにより異なる居住費、一律月4万2千円の食費を合計した一ヶ月分の利用者の支拂い額が決められた。介護老人福祉施設の平均では、従来型居室の利用者の8万1千円からユニット型個室利用者の12万8千円までとなった。

そして2006年4月改訂では介護認定のレベルが従来の要支援と要介護1～5までの6段階から、要支援1、2と要介護1～5の7段階となる。その上で、要支援1、2の者と介護保険制度の対象外となっていた自立の者に對し、地域包括支援センターで介護予防の給付が行われる。介護予防ケアマネジメントと呼ばれる介護予防計画は地域包括支援センターに所属する保健士などにより作成されることになっている。介護予防給付としては運動機能の向上(パワーリハビリテーションなどによる筋力増強など)、栄養改善(栄養状態が悪いと思われる要支援者に對し、管理栄養士が適切な栄養改善サービス計画を作成し、他職種と協働して栄養改善を実施)、口腔機能の向上(歯科衛生士などが利用者の口腔機能向上のために口腔

表2 利用者負担額の変化

	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
2000年4月	47,000円	50,000円	61,000円
2004年4月	56,000円	59,000円	63,000円
2005年10月	81,000～128,000円	83,000～130,000円	89,000～139,000円

岡本多喜子

清掃、嚥下機能訓練などの計画を作成し、実施、評価を行う)こととされている。

また第1号被保険者の介護保険料区分の変更も実施される予定で、現在は利用者の区市町村民税の課税額により5段階か6段階に区分しているが、2006年度からは6段階か7段階に区分される。さらに保険料も増加する予定である。そしてこれまでは老齢年金からの天引きで徴収していた介護保険料を、遺族年金や障害年金からも天引きすることで、介護保険料の徴収のさらなる向上を目指している。

介護支援専門員(ケアマネジャー)はこれまで、その資質に大きな差があることが課題とされてきたが、2006年度からは5年に一度の更新制が導入される予定である。そして更新時には研修を受けることが義務づけられる。さらに一定年数以上の実務経験を持ち、所定の研修を終了した者を“主任ケアマネジャー”(仮称)とし、新たに設置される地域包括支援センターへ配置し、ケアマネジメントの中立・公正を支援するとしている。さらに介護支援専門員一人当たりの受持ちケース数を現在の50ケースから減少させ、担当ケースへの対応の向上に努めるとしている。また第2号被保険者(40歳以上64歳未満)が利用できる介護保険制度の特定疾患(加齢を原因としている15種類)に、新たに“末期がん”を追加することが現在検討されている。

介護保険法改訂による問題点

このように介護保険法の2回の改訂により、介護保険制度は当初の姿を徐々に変化させつつある。

第1には、介護保険制度は住みなれた地域で生活を継続することを主眼としていた。そのため居宅サービス重視が当初からうたわれていたが、現実には施設入所希望が多く、当初は通過施設と位置付けた介護老人福祉施設の需要は増大の一途をたどっている。介護保険制度が始まる前年、1999年10月の特別養護老人ホーム数は4,214であったが、2004年10月には5,291施設となり、利用定員も283,822名から358,966名となった。特別養護老人ホームの増加は現在でも續いている。

日本における介護保険法の改訂

しかし優先入居により介護老人福祉施設の利用者は重度化しているため、厚生労働省は介護老人福祉施設での終末期対応についても検討を始めている。一方で通過施設として地域への復歸を述べ、一方で終末期対応を検討するという矛盾した状況が起こっている。そして施設需要が増大すると介護保険支出が増加するため、介護保険3施設への介護保険給付費の減額が継続されている。

このことは施設経営を圧迫し、利用者の介護レベルの低下を招く一因ともなっている。収入が減少するとまず、人件費が削られることになる。その結果、常勤職員の減少と非常勤およびパート職員の増加となる。さらに給与額の低下も起こり、優秀な人材が集まりにくくなる。また職員研修費など職員の能力向上に繋がる経費の切り詰めが起こっている。

介護老人福祉施設ではユニット型の施設しか新設や改築認可が出されないため、徐々にではあるが利用者負担額が高額となる施設が増加することになる。そのため月額13万円程度の費用を支拂うことができない者は、仕方なく施設入所を諦め在宅での生活を送ることになる。在宅での介護保険サービスが充實しているのであるなら問題はないが、要介護度の高い利用者は現在の居宅サービス区分限度額内では生活できないのは明らかとなっている。同居家族の介護を前提としなければ、生活を送ることは無理なのである。

またユニット型の施設に改築する場合も、以前よりは補助金額が減額されているため、介護老人福祉施設では、増築や改築の費用を介護保険支給額から捻出して蓄えている。そのことが厚生労働省からみると収益率が高いとなり、さらなる介護保険支給額の減額が行われるという矛盾が生じている。

第2は、利用者にとっては予想以上の介護保険料の上昇である。しかし年金保険からの天引きのため、保険料の支拂いを拒むことは困難である。またもし、保険料の支拂いを滞納していながら要支援や要介護状態になった場合は、介護保険による介護サービス給付を受けると自己負担分が従来の1割から3割負担となるなどの罰則規定が、介護保険法では当初から存在する。さらに同居家族には連帯責任が課せられているため、年金額が規定額(月額1万5千円)以下の場合は被保険者が支拂いを行う普

通徴収となるが、この普通徴収で拂込をしなかった場合は、同居家族に支拂い義務が生じる。

介護認定を受けている65歳以上者は、多く見積もっても65歳以上者全体の15%程度である。残りの第1号被保険者は、保険料を支拂うのみで一生介護保険制度によるサービスを受けることがないのである。ただ介護はいつ必要になるかわからない保険事故であり、社会連帯の考えからは当然に保険料は支拂うべきであるというのが厚生労働省の見解である。2006年4月から実施される予定の新予防給付によって、いくらかは介護保険制度の利用者が増加することも予測されるが、この点はまだ不明である。さらに、老齢年金の支給額の減額や老人医療の負担増などが議論されている中、介護保険料の上昇は高齢者の経済生活を脅かす一つになっている。

第3に介護支援専門員(ケアマネジャー)の役割および質の向上についての課題である。介護保険制度での介護支援専門員(ケアマネジャー)は、本来的意味でのケアマネジャーではない。つまり介護保険支援専門員はケアマネジャーと称されてはいるが、介護保険制度の範囲内でケアマネジメントに類似した活動を行うことを要求されている職なのである。もちろん本来のケアマネジャーとしての役割を行っても良いのであるが、所属機関の意向や多忙さのために、実際には介護保険制度内で利用者の意向を確認し、利用者に変わって介護支援計画(ケアプラン)を作成し、サービス提供事業者の手配をし、介護保険制度の給付管理を行う役割になってしまっている。

当初、介護保険計画は利用者の介護度を良くするために作成するとされていたが、表3でもわかるように、介護度が良くなると利用できる介護保険サービスが減少してしまう。そのために、利用者は現状維持が可能なサービスを望むようになる。また利用者の選択を認めているため、介護支援専門員(ケアマネジャー)が利用者の意向に沿わない介護支援計画(ケアプラン)を作成した場合は、介護支援専門員(ケアマネジャー)を変更してもよいことになっている。大半の介護支援専門員(ケアマネジャー)はサービス提供事業所に所属しているため、職場の意向もふまえて、利用者の要望に沿う介護支援計画(ケアプラン)を作成することになる。

表3 居宅サービスにおける訪問通所サービスの
1か月の区分限度単位(1割負担の金額)

要支援	6,150単位 (6,150～6,593円)
要介護1	16,580単位 (16,580～17,774円)
要介護2	19,580単位 (19,580～20,990円)
要介護3	26,750単位 (26,750～28,676円)
要介護4	30,600単位 (30,600～32,803円)
要介護5	35,830単位 (35,830～38,410円)

(注. 1単位は地域やサービスの種類により10円～10.72円)

また新予防介護給付は地域包括支援センターで保健士などが中心となって支援計画(ケアプラン)を作成するが、利用者の介護度が悪化した場合に、介護支援専門員(ケアマネジャー)にどのようにケースを移行するのかという点については、まだ明らかにされていない。

これら以外にも介護保険法の改訂によって、いろいろな課題の発生が予測されている。しかし、これまでもそうであったが、複雑な制度改正が実施されても、また時間的な余裕が無いなかで変更通知がなされても、利用者と日々面と向かって仕事をしている介護支援専門員(ケアマネジャー)やサービス提供事業者は、結果的には制度改訂を問題無くこなしてきている。実際には多くの職員の時間的・身体的・精神的犠牲の上に行われているのであるが、結果的には軌道に乗って運営されてきている。厚生労働省はこれまでもできたのであるから、今後もしようであるとの解釈のもと、2006年4月に実施される改訂についての具体的な説明はまだなされていない。

財政状況を第1の問題として、その時々には制度を変更している日本の介護保険制度は、一体誰のための制度なのであろうか。利用者が権利として介護サービスを活用する姿勢が出てきたこと、高齢者の権利擁護策が促進されたことなど評価される点も多いが、一方で課題に付いては今

岡本多喜子

後改善していく努力も必要と考える。

資料

- ・厚生労働省編 厚生労働白書 平成14, 15, 16年度 ぎょうせい.
- ・国民の福祉の動向 2001年, 2004年 厚生統計協會 2004年10月.
- ・藤井賢一郎監修 介護保険制度とは 第2版, 改訂第3版, 改訂第8版
東京都社会福祉協議會 2005年
- ・老人福祉のてびき平成16年度版. 長寿社会開発センター 2003年12月.

(원고접수일: 2005년 10월 19일)

(수정원고접수일: 2005년 11월 11일)

(원고게재승인일: 2005년 11월 25일)