

3. アメリカの家族介護者支援：現状と課題

平山 亮

(オレゴン州立大学人間発達・家族研究科)

本報告の課題はアメリカにおける家族介護者支援の取り組みを概観することである。しかし周知のとおりアメリカは政策における各州の裁量が大きく、介護者支援の具体的な取り組みについても差が見られる。それらを余すところなく網羅して紹介するのは紙幅の都合上容易ではないし、報告者の手にも余る仕事である。そこで本報告では、現在のアメリカの介護者支援の種々のアプローチを貫く理念と背景、その実現のためのプログラムをタイポロジカルに整理することとする。またそれらのプログラムの効果に関する実証的知見にもできるだけ触れ、アメリカの介護者支援の成果と問題点を検討してみたい。

1. ナショナル・アジェンダとしての家族介護者支援

介護者支援が州独自の取り組みではなく、国レベルでの課題として推し進められるようになったことを示すのは、2000年の「全国家族介護者支援プログラムNational Family Caregiver Support Program」の創設である。このプログラムは「高齢者の介護を担う人々のニーズを満たすことに特化した、国（連邦）レベルの財源による最初のプログラム」と位置づけられている（Feinberg & Newman, 2004）。全国家族介護者支援プログラムは2000年における「アメリカ高齢者法Older Americans Act（以下『高齢者法』とする）」の修正条項を受けて創設された。高齢者法は1965年の制定から現在に至るまで、アメリカにおける高齢期の福祉実現を目指す原動力となってきたものである。このプログラムのもとで各州は、家族介護者の支援を目的とした次の5事項、「各地域において利用可能な介護サービスの情報の提供」「家族による介護サービスへのアクセスの促進」「個別カウンセリングやサポートグループ、および介護技術の訓練機会の提供を通じた介護者の意思決定および問

題解決能力の向上」「介護負担からの一時的解放を目的としたレスパイトサービスの充実」「家族介護の補完を目的とした補助的サービス（例えば家の改修の補助や、移動の際の自動車の運転など）の提供」について責任を負うこととなった。2000年における高齢者法の修正では経済的問題を抱える高齢の家族介護者が優先的に支援対象とされていたが、同法はその後2006年にも修正条項が設けられ、それに伴い「障害をもつ59歳以下の成人子を介護する家族」「18歳未満の未成年子を養育する祖父母」なども（条件付きではあるものの）上のようなサービスの受給者と見なされることとなった。また、認知症の家族を介護する人々は、被介護者の年齢によらず支援の対象となりうるとされた。

このプログラムは3つのサブプログラムからなる。そのうち2つは介護者支援サービスの充実を図るためのプログラム（うち1つは特にネイティブアメリカンへの支援を目的としたもの）だが、もうひとつのプログラムとして、サービスの開発や政策効果を検討するための実証研究の支援を目的とした予算（National Innovation Program）が別枠で設けられている。つまり、サービスを提供しさえすればそれで良しとするのではなく、それらのサービスの機能について「介護者のニーズを十分に満たしているか」という観点から継続的検証を行い、またそれらの知見にもとづいてサービスの新規開発や見直しを進めるといふ、いわば「アフターケア」も重視されていることが特徴である。

2. 「家族介護」負担の問題化：アメリカの場合

ところでアメリカにおける家族介護者支援の制度化の背景には、日本の場合と同様、家族介護負担の増加があったことは事実である。しかし、だからといってアメリカにも日本と同じような「高齢者はその家族が世話をすべき」という家族規範があると考えるのは正確とは言えない。例えば「高齢の親は子が看るのが理想」と考えている成人子でさえ、実際の介護はおろか、親の老後に備えた計画を立てるとも限らないという知見がある（Peek, Coward, Peek, & Lee, 1998）。アメリカにおける家族介護の規範意識は「何

を措いても自分が看よう」というような強い動機づけになるとはいえず、それに従うかどうかは状況依存的である (Gans & Silverstein, 2006)。

他方、政策のレベルについては、介護long-term careは施設介護を前提として考えられてきた。それを象徴するのが全国家族介護者支援プログラムの導入の際の混乱である。プログラムの創設によって各州はサービスの充実化の責任を負うことになったが、多くの州では「介護政策の議論のなかで家族介護をどのように組み込めば良いのかわからない」という困惑が依然として存在する (Feinberg, Newman, Gray, & Kolb, 2004)。介護と言えは家族介護が真っ先に浮かぶ日本人からすれば、むしろこのようなアメリカの報告にこそ困惑をおぼえるかもしれないが、州の介護政策はそれほどまでに施設介護を念頭に置いて (言い換えれば家族介護を念頭に置かず) に進められてきたのである。たしかに、介護施設の利用補助にかかる公的負担の増大を受けて、アメリカでも1980年代より在宅介護を重視する方向へ政策転換が図られている。また、アメリカ障がい者法Americans with Disabilities Actの成立(1990年)や、被介護者による在宅介護の希望を尊重する最高裁判決(「オルムステッド判決Olmstead Decision」1999年)により、在宅・地域介護サービスの充実が州の義務となったのも事実である。しかし、介護に関わる州の歳出は、依然として施設サービスに偏っている。全国家族介護者支援プログラム創設後の調査でも、施設介護に関わる支出が介護関連歳出の半分以下にとどまっているのは50の州のうちわずか6州だった (e.g., MEDSTAT Group Inc., 2002)。

では、そのような状況においてアメリカでは何が家族の介護負担を増大させたのか。まず、施設・在宅を問わずサービスによって介護を外注することの難しさが挙げられるだろう。高齢者が医療・健康サービスを利用する際の公的補助としては、高齢者医療保険のメディケアMedicareや低所得者への医療費扶助のメディケイドMedicaidがあるが、介護サービスに関してこれらは必ずしも十分な補助とならない。65歳以上の国民であれば受給できるメディケアはそもそも介護サービスの利用分を適用外としているし (Binstock, Cluff, & Von Mering, 1996)、逆に介護サービスに適用できるメディケイド

の支給は低所得者に限られるからである (Weiner, Tilly, & Alexih, 2002)。(補注：ただしメディケイドの歳出の60%から80%は高齢者による介護サービス利用によって占められており [Weiner et al., 2002]、在宅介護を重視した政策への転換はこの抑制を図ってのことである。) 民間の保険会社が提供する介護保険long term care insuranceもあるものの、この高価な保険に加入可能な経済力をもつのは高齢者人口の20%に限られ、実際に利用しているのはそのなかの一部の人々だけである (Weiner, Illston, & Hanley, 1994)。施設介護から在宅介護への政策転換によって地域・在宅サービスが充実化されたとしても、高齢者本人にとっても、またその家族にとっても、必要なすべての介護をそれらサービスによって賄うことは経済的に難しい。その一方、介護を必要とする高齢者の数が増加し、またその高齢者が介護を必要とする期間は長期化している (Stone, 2006)。結果として家族による無償の介護に依存せざるをえなくなったのである。

家族の介護負担が問題化された背景には、女性の高い就労率があることも指摘しておくべきだろう。家族内で高齢者の主介護者役割を担うのは女性が圧倒的に多いが、アメリカにおいてフルタイムで働く女性の割合は7割にのぼる (U.S. Census Bureau, 2006)。就労する女性が介護責任を引き受けることで被る経済的損失は甚大である。たとえば、家族介護者役割を引き受けた者が失う労働収入は平均566,500ドル (日本円にして約5,600万円) にもなり、昇進機会や年金への影響も考慮すれば生涯を通して659,000ドル (約6,500万円) の損失となる (Metlife, 1999)。その一方、アメリカの全家族介護者が無償で提供した介護労働の総計を貨幣換算すると1年間で1,960億ドル (約19兆円相当) にのぼると試算されており、施設介護 (830億ドル) や在宅介護 (320億ドル) に費やされている金額をはるかに上回っている (National Academy on Aging, 2000)。心身の健康への影響も然りながら、機会費用という観点からの介護負担の議論も少なくない。介護責任を引き受けることで就労制限や、それがその後の人生に及ぼす影響をいかに抑制・解消するかということも、アメリカの介護者支援の一つの焦点である (Feinberg, 1997)。

3. 介護者支援プログラムの種類

ファインバーグはアメリカにおける家族介護者支援のアプローチを4つに分類している(Feinberg, 1997)。ここでは彼女の分類を参照しつつ、それぞれのカテゴリに含まれるアプローチの内容を明確にするため、(1)介護の「現物in-kind」給付、(2)直接のおよび(3)間接的な現金給付、そして(4)介護者の就労支援、として整理したい。

(1)介護の「現物」給付の代表的なものがレスパイトrespiteである。レスパイトの目的は、ケア・ワーカーやボランティアが介護を肩代わりすることによって、介護者が介護負担から解放され、趣味などの社会活動に参加できる機会を提供することにある。大別すると、被介護者の自宅を訪れて家族の代わりに世話をする訪問型と、介護つき住宅施設などで被介護者を一時的に預かる自宅外型に分かれる。また時間帯も日中に限らず、家族の休息・睡眠時間の確保を目的とした夜間サービスもある。

レスパイトに関する制度としては、2006年にライフスパン・レスパイト法 Lifespan Respite Act (以下、レスパイト法とする)が連邦法として制定されている。これはオレゴン州やウィスコンシン州など早くからレスパイトの整備を進めてきた4州の取り組みを参考にしたものである。レスパイト法の制定により、ケア・ワーカーの募集や訓練、家族によるレスパイトへのアクセスを支援するための国家予算の確保が図られることになった。重要なのは家族によるサービス利用を促すための取り組みである。いくらサービスを充実させたところで家族がそれを活用しなければ意味がない。例えばオレゴン州では、自分の地域で利用可能なサービスの探し方から、ケア・ワーカーを雇う際の面接マニュアルなどの情報を州政府が積極的に提供しており、サービス利用の「敷居を低める」ための取り組みがなされている(これらの一部はウェブサイトでも閲覧できる <http://www.oregon.gov/DHS/respite>)。

レスパイトの充実化に向けては、労働力の不足や、利用可能なサービスの地域格差などの課題が残されている(Feinberg, Newman, Gray, & Kolb, 2004)。その一方、レスパイトが家族介護者の心身の健康の維持に効果的であることを示す実証的知見も多く提供されている(e.g., Gaugler & Zarit,

2001)。また、家族がレスパイトを利用することで高齢者は家族以外の人々とも交流できるため、認知機能の低下を抑える効果もある (e.g., Gaugler et al., 2000; Sörensen, Pinquart, & Duberstein, 2002)。

次の現金給付による介護者支援のアプローチは、(2) 介護手当などが家族介護者に支払われる直接的なものと、(3) 介護者に対する税額控除や所得控除を通じた間接的なものに分けられる。直接的なアプローチは更に、(2 a) 家族介護者に直接手当が給付されるものと、(2 b) 被介護者への給付を通じて介護者の経済的負担を間接的に軽減するためのものに細分される。これらのアプローチは必ずしも連邦政府の主導によるものではなく、各州が独自に設けたものも多く、ゆえにどの程度の支援を受けられるかには州によるばらつきがある。

(2) 直接的な現金給付のための財源の確保には、国が設置した「メディケイド規制免除Medicaid waiver」のプログラムが重要な役割を果たしている。上に述べたように、低所得者に支給されるメディケイドは、介護施設やサービスを利用する場合の補助として利用できるが、どのようなサービス・施設を補助の適用範囲とするかについて制限がある。メディケイド規制免除のプログラムは、州による申請にもとづいてこの制限を解除し、本来ならば施設利用の補助に充てられるメディケイドの予算を、家族によるインフォーマルな介護を支援する予算に転換できるものである。プログラムのこのような性格上、支援の対象となるのは「施設介護を要する(つまり心身機能の障がい重い)被介護者」とその家族に限られるが、この「施設介護を要する被介護者」の定義は州の裁量によるため、非常に緩い定義を採用している州もある。

メディケイド規制の免除を利用した(2 a) 家族介護者への直接的な現金給付の例としては、ミシガン州やテキサス州、カリフォルニア州が採用している「介護のためのメディケイド規制免除プログラムMedicaid personal care waiver program」が挙げられる。これは被介護者がメディケイドの受給対象(つまり低所得)であり、また州の定めた「要施設介護」の基準を満たしている場合、その家族は「本来ならば施設が提供するべき介護労働を行

っている」と見なされ、そのための手当が支給されるプログラムである (Stone & Keigher, 1994)。つまり、家族が提供している無償の介護が有償化されるのである。

メディケイド規制免除を利用して (2 b) 被介護者に現金を支給し、それを通じて間接的に家族への負担を軽減するアプローチとしては「現金給付と介護相談のプログラム Cash and Counseling Program (以下、現金および相談プログラム)」がある。このプログラムは、各州の「要施設介護」の基準を満たした被介護者に対し、自分の介護者を雇用するための現金を支給し、また適切な介護者を雇用するための個別相談などを行うものである。ここで雇用される介護者はプロのケア・ワーカーに限らず、家族や友人などの「素人」でも良い。このプログラムを通じて家族介護者は「被雇用者」となり、その介護に見合う給与が支払われることになる。なお支給される現金の用途は介護者の雇用に限らず、介護に必要な日用品の購入や自宅の改修に用いることも可能である。

現金および相談プログラムについての実証研究は、被介護者と「被雇用者 (=家族も含めた介護者)」の双方にポジティブな心理的・身体的・経済的影響を確認しており (e.g., Carlson, Foster, Dale, & Brown, 2007; Foster, Dale, & Brown, 2007)、ますます多くの州がこのプログラムの採用を始めている。また、メディケイド規制免除のプログラムの経済的効果として、介護に関わる政府支出を抑制しうることが指摘されている (Dale & Brown, 2007)。

(3) 間接的な現金給付としては、介護施設やサービスの利用費に相当する額を家族介護者の税額から控除するプログラムがある。これらのプログラムには家族介護者本人が控除を申請するもの (The Child and Dependent Care Tax Credit) と介護者の雇用主が申請するもの (The Dependent Care Assistance Program) があるが、これらのプログラムの対象者は就労している介護者に限られる。

(4) 介護者の就労支援を目的としたプログラムの代表的なものとしては、1993年に制定された「家族および医療のための休暇法 Family and Medical Leave Act (以下、家族医療休暇法とする)」が挙げられる。この連邦法に

よって、従業員50名以上の会社に勤める介護者は、12か月のうち最大で12週間の無給休暇をとる権利が与えられた。（この法は高齢者を介護する家族への支援に特化したものではない。子どもの世話や自身の病気や健康問題の治療を目的とした場合でも同様の休暇をとることができる。）ただし休暇を取得できるのは、休暇の申請以前に1年間もしくは1,250時間その会社で働いていた労働者に限られる、などの制約がある。

家族医療休暇法の効果については肯定的なもの・否定的なもの両方が確認されている。肯定的なものについては、この休暇の利用により介護者の離職を抑制しうることが示唆されている。例えば2年の間隔を置いて介護者の就労継続率を調べると、無給休暇を利用できる会社の介護者はそうでない介護者よりも継続率が高い（Pavalko & Henderson, 2006）。一方、否定的なものとしては介護者間の格差の拡大が挙げられる。長い無給休暇を取得できるのは経済的に余裕のある層に限られるが、そのような家族のなかには介護施設やサービスに介護を任せるだけの経済力をもつ者も少なくない。逆に、介護を「外注」できる経済状態にない家族にとって、長い無給休暇をとることは難しい。実際、法律上認められている最長期間（12週間）の休暇の取得はまれであり、平均はわずか10日間である（Waldfoegel, 2001）。また、長期の介護休暇をとっているのは、既にキャリアが確立して職場において安定した地位を得ている者が多い（Blair-Roy & Wharton, 2002）。家族医療休暇法が創り出した労働条件は、元々余裕のあった家族介護者に特に「優しい」ものであったと言える。

さらに意図せざる効果として、家族医療休暇法が成立して以来、介護者の有給休暇の利用可能性が縮小しているという報告がある。例えば、500人以上の労働者を有する会社に勤める女性のうち、有給休暇を利用できる女性の数は休暇法の成立から10年のあいだに12%減少しているし、管理職の立場にある女性に至っては20%の減少が見られる（Wiatrowski, 2004）。この理由は定かではないが、家族医療休暇法は「介護は無給休暇を利用して行うもの」という風潮を生み出し、その結果、有休の提供による就労支援の整備が停滞した可能性がある。

この家族医療休暇法は国の定めた法だが、州によってはより良い就労支援のプログラムを用意しているところもある (Pandya, Wolkwitz, & Feinberg, 2006)。たとえばカリフォルニア州はアメリカで最も包括的な介護休暇プログラムを設けており、介護者は収入を失わずに最長6週間の休暇をとることができる。カリフォルニア州には独自の社会保険のシステムがあり、介護者は休暇中その給付金を受給することができる。雇用者は介護者に対して休暇後のポストの保障などの義務を負うが、休暇中の介護者への支払いは州が行うので、雇用者には休暇中の支払い義務はない。また、国のレベルでも家族医療休暇法の改正の動きがあり、対象となる介護者の拡大や休暇の有給化が目指されている。

ただ、就労支援のプログラムそのものについての批判的な見解も少なくはない。就労している介護者はそうでない介護者と比べ、家族に提供できるケアの種類も、それに割ける時間も限られてしまう (Gerstel & Gallagher, 1994)。家族をより効果的に介護に「動員」させようとする就労支援のプログラムは、介護者負担を増加させるだけでなく被介護者が受けられる介護の質も落とすことになるのだから、介護と就労の両立を強いるような政策を進めるよりも、むしろ行政がその分の介護を負担した方が良い、という議論もある (e.g., Gerstel, 2000; Gerstel & Gallagher, 1994)。いずれにせよ就労支援の政策は、各職場の既存の休暇制度以上の休暇プログラムを必要があるだろう。介護者が有休を利用して就労との両立を図っているところへ無給の介護休暇を奨励するようなプログラムを設ければ、既存の休暇制度を利用した場合よりも悪い条件で介護者の就労のスタンダードをつくってしまう可能性があるためである。

4. 支援ニーズの潜在化を防ぐための取り組み

介護者支援の充実化には、多岐にわたるプログラムやサービスの整備だけでなく、介護者のニーズをいかに汲み取るかという側面も重要である。そのような観点から近年、介護者アセスメント caregiver assessment についての関心が高まっている。高齢者が満足のいく介護を受けられているかというア

セスメントだけでなく、介護者の健康状態や生活環境についても定期的にチェックを行い、できるだけ早い支援ニーズの発見が目指されている。介護者アセスメントには、介護者の主観的健康や介護負担感、精神的健康に関する心理学的測定のほか、その介護者が家族や友人からどのような心理的・物理的なサポートを受けており、またそれにどの程度満足しているかというパーソナル・ネットワークについての評価も必須であるとされている (Feinberg, Wolkowitz, & Goldstein, 2006)。介護者アセスメントは、介護者自身が自分のニーズを認識し、必要なサービスを利用しようとする動機づけにもなる (Feinberg et al., 2006)。

介護者のニーズを満たし、満足度の高い支援の方法を模索する動きも活発である。なかでも利用者主導型 consumer-directed と呼ばれるプログラムは特に注目されている。介護サービス利用の伝統的な公的補助（例えばメディケイド）は適用されるサービスの種類に制約を設けているものが多い。対照的に利用者主導型のプログラムは、「利用者」すなわち高齢者やその家族介護者のサービス選択権を拡張し、行政が指定するサービスではなく本人が希望するサービスの利用に補助を与える。上で紹介したメディケイド免除規制のプログラムは利用者主導型の代表的なものである。介護に関わる価値観や好みは個々の家庭や文化によって異なるが、このプログラムはサービス利用計画を個々人の志向・嗜好に合わせて立てることを可能にするため、利用者が「自分のニーズが満たされている」と感じる度合いが高い (Carlson, Foster, Dale, & Brown, 2007)。本人が使いたいものに補助をするというこの「気前の良い」プログラムは、その実、伝統的なプログラムに比べて介護に関わる政府支出を抑える効果が指摘されている (Dale & Brown, 2007; Stone, 2000)。

支援サービスへのアクセスを促すための取り組みも重要である。どんなにサービスを充実させたとしても、介護者自身が支援ニーズを認識しない限り、それらを利用しようとはしないだろう。実際、多くの家族介護者は自分を「介護者」とは見なしていない (Feinberg, Newman, Gray, & Kolb, 2004)。「介護者アイデンティティ」がないことによるニーズの潜在化を防ぐためには医

療機関の役割が重要である。特に高齢者の掛かり付け医は、その家族にとっては現在置かれている状況や不安を最初に相談をする相手であり (Feinberg, Wolkowitz, & Goldstein, 2006)、ゆえにその支援ニーズを早期に発見できる可能性が高い。そのような医師との連携は、家族介護者による支援サービスへのアクセスを促し、介護者支援のプログラムが支援プログラムとして真に機能する上で必要である。

以上、アメリカにおける家族介護者支援の現状と課題を概観してきた。介護者支援システムの整備はいまだ発展途上にあり、また高齢者やその家族を取り巻く状況も刻々と変化しているため、これまでに創設された支援プログラムがこれからも機能しうるのかについては未知数なところも多い。しかし同時にアメリカでは、プログラムの機能や効果について批判的に検討する実証研究も次々に行われている。介護者支援システムの設計には、まずは種々のサービスの充実化が必要だが、それらがどのような効果を生み出しているか、その継続的な評価検討も欠かせない。2000年に創設された全国家族介護者支援プログラムには、そのような評価研究のための予算も別枠で設けられていることは上で述べた。アメリカの家族介護者支援を下支えしているのは、サービス充実化への取り組みだけでなく、既にあるプログラムの検討と見直しを積極的に図る姿勢にもある。このことを最後にもう一度指摘して締めとしたい。

【引用文献】

- Binstock, R., Cluff, L., & von Mering, O. (1996). Issues affecting the future of long-term care. In R. Binstock, L. Cluff, O. von Mering (Eds.), *The future of long-term care: Social and policy issues* (pp. 3 - 18). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Blair-Loy, M., & Wharton, A. S. (2002). Employees' use of work-family policies and the workplace social context. *Social Forces*, 80, 813 - 845.
- Carlson, B. L., Foster, L., Dale, S. B., & Brown, R. (2007). Effects of cash & counseling on personal care and well-being. *Health Services Research*, 42, 467 - 487.
- Dale, S. B., & Brown, R. (2007). How does cash & counseling affect costs? *Health Services Research*, 42, 488 - 509.

- Feinberg, L. (1997). *Options for supporting informal and family caregiving: A policy paper*. San Francisco: American Society on Aging.
- Feinberg, L., & Newman, S. (2004). A study of 10 states since passage of the National Family Caregiver Support program: Policies, perceptions, and program development. *Gerontologist, 44*, 760 – 769.
- Feinberg, L. F., Newman, S. L., Gray, L., & Kolb, K. N. (2004). *The state of the states in family caregiver support: A 50-state study*. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance.
- Feinberg, L., Wolkwitz, K., & Goldstein, C. (2006). *Ahead of the curve: Emerging trends and practices in family caregiver support*. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance.
- Foster, L., Dale, S. B., & Brown, R. (2007). How caregivers and workers fared in cash & counseling. *Health Services Research, 42*, 510 – 532.
- Gans, D., & Silverstein, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family, 68*, 961 – 976.
- Gaugler, J. E., Edwards, A. B., Femia, E. E., Zarit, S. H., Stephans, M. P., Townsend, A., & Greene, R. (2000). Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: Family help and the timing of placement. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 55B*, P247 – P255.
- Gaugler, J. E., & Zarit, S. H. (2001). The effectiveness of adult day services for disabled older people. *Journal of Aging and Social Policy, 12*, 23 – 48.
- Gerstel, N. (2000). The third shift: Gender and care work outside the home. *Qualitative Sociology, 23*, 467 – 483.
- Gerstel, N., & Gallagher, S. K. (1994). Caring for kith and kin: Gender, employment, and the privatization of care. *Social Problems, 41*, 519 – 538.
- MEDSTAT Group Inc. (2002). *The long-term care tab*. Ann Arbor, MI: Author.
- MetLife. (1999). *MetLife juggling act study*. Westport, CT: MetLife Mature Market Institute.
- National Academy on Aging. (2000). *Caregiving: Helping the elderly with activity limitations*. Washington, DC: Author.
- Pandya, S., Wolkwitz, K., & Feinberg, L. (2006). *Support for working family caregivers: Paid leave policies in California and beyond*. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance.
- Pavalko, E. K., & Henderson, K. A. (2006). Combining care work and paid work: Do workplace policies make a difference? *Research on Aging, 28*, 359 – 374.
- Peek, M. K., Coward, R. T., Peek, C. W., & Lee, G. R. (1998). Are expectations for care

- related to the receipt of care? An analysis of parent care among disabled elders. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 53B, S127 – S136.
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356 – 372.
- Stone, R. I. (2000). *Long-term care for the elderly with disabilities: Current policy, emerging trends, and implication for the twenty-first century*. New York: Millbank Memorial Fund.
- Stone, R. I. (2006). Emerging issues in long-term care. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (6th ed., pp. 397 – 418). San Diego, CA: Academic Press.
- Stone, R. I., & Keigher, S. M. (1994). Toward an equitable, universal caregiver policy: The potential of financial supports for family caregivers. *Journal of Aging and Social Policy*, 6, 57 – 75.
- U.S. Census Bureau. (2006). *Statistical abstract of the United States* (126th ed.). Washington DC: U.S. Department of Commerce.
- Waldfogel, J. (2001). Family and medical leave: Evidence from the 2000 surveys. *Monthly Labor Review*, 124, 17 – 23.
- Weiner, J., Illston, L., & Hanley, R. (1994). *Sharing the burden: Strategies for public and private long-term care insurance*. Washington, DC: Brookings Institutions.
- Weiner, J., Tilly, J., & Alecxih, L. (2002). Home- and community-based services in seven states. *Health Care Financing Review*, 23, 90 – 114.
- Wiatrowski, W. J. (2004). Documenting benefits coverage for all workers. Washington, DC: U.S. Bureau of Labor Statistics.