

78.9%が何らかの居宅系の介護サービスを利用している一方で、入浴介助の 24.4%、体位変換・起居の 52.0%が主な家族介護者だけで行われている（厚生労働省「平成 22 年国民生活基礎調査」）。また、事業者による介護と家族介護を組み合わせている割合も、入浴介助で 5.5%、体位変換・起居の 16.1%となっている等、自宅を含む要介護高齢者が住む地域で介護を受ける場合、家族の役割は依然として大きい。その一方、主な介護者の 69.4%がストレスや悩みを抱えており、家族介護者への支援は重要であると考えられる。

そもそも、家族介護者の定義は国によりさまざま（介護時間、期間、年齢など）である。インフォーマルケアに従事する者を完全な国際比較可能な形で把握することは非常に困難である。それを踏まえた上で外国の数値を見ると、EU を対象とした研究でも 1 億人から 1900 万人（週 20 時間以上介護に従事）までの幅がある。また、人口に占める割合も国により大きな差がある（OECD（2011））。しかし、家族介護者は相当な規模に達すると考えられる。

このような問題意識のもと、本論文では、OECD 加盟国における、インフォーマルケアの状況と対応する施策の状況について分析等を行った。わが国と異なる施策内容を持つ国があることが明らかになることで、わが国の「地域包括ケアシステム」における家族への支援のあり方に関する知見を得ることができると考えられる。

## 2. OECD 加盟国における介護制度の改革の方向

OECD 加盟国では、要介護高齢者を対象とした介護制度をさまざまな形で整備している。要介護高齢者の増加、介護の質の向上、財源の確保などで、各国は制度改革を行っている。OECD は、この 10 年間に行われた介護制度の制度改革を、対象（財源、費用負担、サービスへのアクセスや内容の変更）、利用（給付、選択）、介護者支援、サービス提供（介護労働者、介護の質）について調査している。その結果を一覧にしたものが表 1 である。それによると、制度改革が行われている国は 23 カ国ある。その中で、「サービスへのアクセスや内容の変更」の改革を行った国は 15 カ国と最も多い。わが国はこの中には含まれないが、イギリス、フランス、ドイツ、オランダ、ルクセンブルクなどの西ヨーロッパの他、フィンランド、アイスランドの北部ヨーロッパ、スペイン、アメリカ、オーストラリア、ニュージーランドなど、地理的に見てさまざまな地域でこの内容の制度改革が行われている。次いで、介護労働者に関する改革を行った国が 14 カ国と続く。わが国の他、フランス、ドイツ、オランダ、スペイン、デンマークといったヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランドなど、各地の加盟国でこの改革が行われている。その他、給付（13 カ国）、財源（12 カ国）と続いている。家族などの介護者支援は 8 カ国と最も少ないが、オーストラリア、カナダ、フランス、ドイツ、ニュージーランド、スロバキア、スペイン、イギリスで行われている（表 1）。

高齢者に限らず、保健・医療・福祉のサービスを統合的に提供することが重視されている。統合的なサービス提供の形態は、制度の統一、財源の統合などの他、制度は変更しな

い（医療や介護で制度が分かれた状態を維持）、保健・医療・福祉の関係者が利用者の情報を共有する、利用者のサービス利用をひとつの計画にまとめるなどのサービス提供面での統合もある。制度面でみると、EUのデータベース（MISSOC）によると、ポルトガルでは、2006年に「統合された介護に関する全国的なネットワーク法」(Statutory Decree 101/06 of 6 June 2006 on the national network of integrated long-term care (rede de cuidados continuados integrados).) が成立し、介護サービス提供は社会福祉と医療で統合され、かつ地域で連続して提供される体制を2016年までに構築することとなった。医療機関の退院前に居住する地域で介護等のサービス利用のコーディネートを行うが、地域にサービスがない場合は、隣接する地域でサービス利用調整を行う、という方向である<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> このほかに、エストニアが地域密着、統合的な介護サービス提供を進めているとの情報がある（OECD社会政策作業部会でのエストニア代表の発言、2014年12月）。

表1 OECD加盟国における過去10年間の主な介護制度改革の一覧

国・介護制度改革	対象			利用		介護者 支援	サービス提供	
	財源	費用 負担	サービスへの アクセスや内 容変更	給付	選択		介護労 働者	介護の 質
オーストラリア		◇	◇	◇	◇		◇	◇
オーストリア				◇		◇	◇	
ベルギー	介護保険 (フランダース地方) (2003)	◇						
	第3次改革: 自宅病床の介護施設 のベッドへの転換 (2005-11)	◇						
カナダ		◇		◇		◇	◇	
チェコ			◇	◇	◇			◇
デンマーク	質の改革 (2007)						◇	◇
フィンランド	高齢者への質の高い介護サー ビスへの全国的な改革 (2008)		◇	◇				◇
フランス	高齢者連帯戦略 (2007-10) アルツハイマー計画 (2008-12)	◇	◇		◇	◇	◇	◇
ドイツ	介護保険改革 (2008)	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇
アイルランド	フェアディーール (2009)	◇	◇					
アイスランド	高齢者ケアの新戦略プラン (2008)		◇		◇		◇	◇
日本	介護保険制度改革 (2005-06) 介護保険法改正 (2009)	◇	◇	◇			◇	
韓国	老人長期療養保険 (2008)	◇	◇	◇			◇	◇
ルクセンブルク			◇	◇	◇			◇
メキシコ	老年学的な制度計画 (2006)							
オランダ	社会支援法 (2007) 介護刷新プラットフォーム (2007)	◇	◇	◇			◇	◇
ニュージーランド			◇			◇	◇	◇
ポルトガル	(2016年完全実施予定の)統合か つ連続的なケアの全国的なネット ワーク (RNCCI) (2006)	◇	◇	◇				
スロバキア				◇	◇	◇		
スペイン	介護ケア法 (2006)	◇	◇		◇	◇	◇	
スイス	介護ニーズのある人々への支援 (2005)							◇
イギリス	介護者戦略 (2008, 2010年改正) 人が第一の計画 (2008) 認知症戦略 (2009) 生活支援の州政府予算増額補助 (2005) 在宅ケアプログラムを実施する州 政府支援(2005)		◇			◇		
アメリカ	メディケイドに支出する民間介護保 険の資産保護プログラム(2005) 在宅介護を実施する州政府に新た な補助機会を提供する計画(連邦 政府予算の増加) (2010) Class 法 (2010, 実施は2012)	◇	◇	◇	◇		◇	

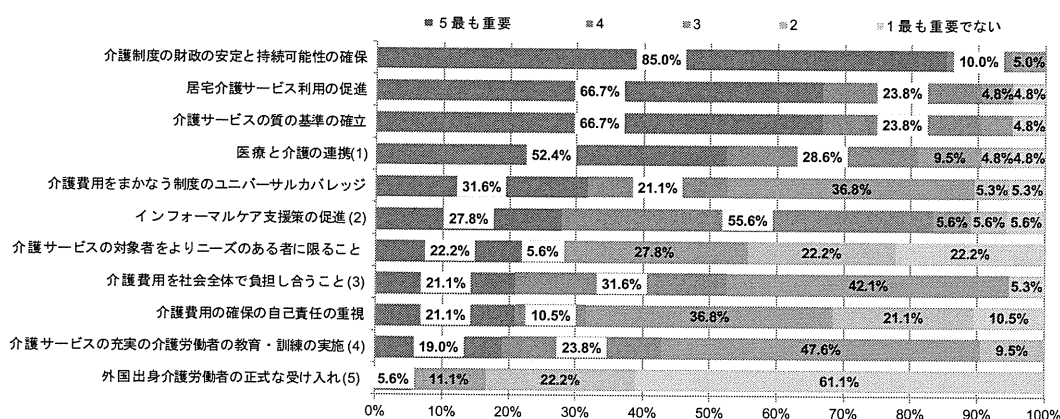
注: 介護制度改革は複数のセルにまたがることもある。例えば、(強制加入の)介護制度の導入は、介護サービスへのアクセ  
ス、給付、自己負担、財源確保とサービス選択に関わる。介護制度の対象者の範囲、介護者の問題、介護者の問題は他の章  
で詳しく取り上げる。

資料: OECD 介護労働および財源確保に関する調査(2009-2010年)他による。

出所: OECD “Help Wanted?”より加筆して引用(筆者仮訳)

また、OECD は加盟国に「介護政策で重視する点」についても調査している。それによると、「介護制度の財政の安定と持続可能性の確保」を最も重要とする国はデータのある 28 カ国中 85.0%を占める。次いで、「居宅介護サービスの利用促進」(66.7%)、「介護の質の基準の確立」(66.7%)、「医療と介護の連携」(52.4%)が続いている。これらはいずれも「地域包括ケアシステム」を確立する上で重要な要素であり、OECD 加盟国の間では介護政策で重視することが同じようなものになっていることがわかる。家族介護者の支援である「インフォーマルケア支援策の促進」を最も重要と考える国は加盟 28 カ国の 27.8%にとどまるが、その次に重要と考える国は 55.6%を占める。両者をあわせて 80%を超える国で、インフォーマルケア支援策を重視している(図 1)。

図1 OECD加盟国で介護政策上重視すること(OECD加盟28カ国、2009-10年)



注: OECD加盟28カ国からの回答による。うち4カ国については、上記の改革の他に、要介護ニーズの評価と国際協力に関する改革を進めている。

1.医療と介護の連携、介護サービス利用の調整への支援。

2.(家族を含む)インフォーマルケア従事者への支援策、インフォーマルケアの推進

3.高所得の高齢者や退職者を含めて、社会全体で介護費用を負担すること

4.制度化された介護サービスの拡充、介護従事者の質の向上のための教育・訓練(インフォーマルケアに従事する者の負担軽減を目的とするなど)

5.外国出身の介護労働者の正式な受け入れを可能にする政策の促進

資料: OECD 介護労働および財源確保に関する調査(2009-2010年)

出所: OECD "Help Wanted?"より引用(筆者仮訳)

このように、家族などによるインフォーマルケアへの支援は、相当程度に重要な政策であると認識され、制度改革が行われていることがわかる。

### 3. インフォーマルケア支援策の現状

#### (1) インフォーマルケア支援策の有無

OECD 加盟国の多くでは、介護制度が構築されているにもかかわらず、家族が介護を担っている部分が多く、その価値を金額に換算すると相当な規模になると考えられる。今後高齢化が進み、介護ニーズの増大に直面する OECD 加盟国にとって、家族が介護システムの中で重要なプレイヤーであり、地域に密着した介護サービス提供を構築する上で、その重要性はなおさら大きくなる。家族が(仕事などと両立させながら)介護を継続出来るようにする支援策を検討することは、家族介護者、要介護者、政策当局者のすべてにとって利益があると考えられる。

現在の OECD 加盟国(23カ国)で実施されているインフォーマルケア支援策の有無をま

とめたものが表 2 である。これによると、インフォーマルケア支援策として、①経済的支援、②休業などの仕事とも両立支援関係、③レスパイトケアなどのサービス提供がある。

「経済的支援策」として、介護者または要介護者への手当の支給（現金給付）、税控除などがある。わが国はすべての経済的支援策を行っていないことになっている<sup>2</sup>。「介護者手当」制度がある国は 13 カ国、「要介護者への手当」がある国は 16 カ国となっている。これらは要介護者のいる世帯への手当の支給であるが、支給対象者は介護者、要介護者本人であることが大きな違いである。どちらか一方が実施されている国が多いが、ベルギー、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、スロバキア、スウェーデンで両方の制度がある。税控除の制度は 8 カ国（わが国を含めると 9 カ国）である。

表2 インフォーマルケア(家族介護者)支援策の有無一覧

	経済的支援				休業など			サービスなど		
	介護者手当	要介護者への手当	税控除	その他の給付	有給介護休業	無給介護休業	弾力的な働き方	介護技術の訓練	レスパイトケア	相談サービス
オーストラリア	Y	N	N	N	Y	N*	N	Y	Y	Y
オーストリア	N	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y
ベルギー	Y**	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
カナダ	Y**	N	Y	Y	Y	Y	N**	Y	Y	Y
チェコ	N	Y	N	Y	N	N	Y	Y	Y	Y
デンマーク	Y	N	N	N	Y	N	N**	Y	Y	
フィンランド	Y	N	N	N	Y	N	Y			Y
フランス	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
ドイツ	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	Y	
ハンガリー	Y	N	N	Y	N	Y	Y	N	N	Y
アイルランド	Y	N	Y	Y	N	Y	N		Y	Y
イタリア	N	Y	N							
日本	N	N	N***	N	Y	N	Y	Y	N****	N****
韓国	N	N	N	N	N	N	N**	Y	N	N
ルクセンブルク	N	Y	Y	Y	N	Y	N**	Y	N	Y
メキシコ	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
オランダ	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
ニュージーランド	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y
ノルウェー	Y	Y	N	Y	Y	N	Y	N	N	N
ポーランド	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N
スロバキア	Y	Y	N					Y	Y	Y
スロベニア	N	N	N	N	Y	N	N**	Y	Y	Y
スペイン	N	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
スウェーデン	Y	Y	N	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
スイス	N	N	Y		N	N	N**	Y	Y	Y
イギリス	Y	Y	N	Y	N	N*	Y	Y	Y	Y
アメリカ	N	Y**	Y	N	N	Y	Y	Y**	Y**	Y**

※記号の意味 Y:あり、N:なし

注:N\*:緊急の場合は2日間の休業ができる N\*\*:全国的な制度はないが、労使協定での合意はある(筆者加筆)N\*\*\*:医療費控除として所得税、住民税で一定額を限度に所得から控除させる制度がある。N\*\*\*\*:介護保険でショートステイ、デイケアを提供。「相談サービス」も「地域包括支援センター」などで実施。

Y\*\*:国または連邦政府レベルでは存在しないが、州政府、地方政府レベルでは存在する。

資料:OECD 介護労働および財源確保に関する調査(2009-2010年)

出所:OECD "Help Wanted?"より表頭部分等に加筆して引用(筆者仮訳)

「休業などの仕事とも両立支援関係」は、「有給の介護休業制度」は 13 カ国、「無休の介護休業制度」は 11 カ国で実施されている。わが国は前者に含まれるが、データのないイタリア、スロバキアを除くと、チェコ、韓国、メキシコ、ニュージーランド、スイス以外では、介護休業制度が実施されている。「弾力的な働き方」(短時間勤務など)は、13 カ国で

<sup>2</sup> わが国では所得税、住民税の税制で、介護保険の自己負担分を含む医療費が一定額を限度に、所得から控除される(医療費控除)。

実施されており、わが国も実施されている方に含まれる。実施されていない国でも、労使合意があれば弾力的な働き方ができる国が 6 カ国（カナダ、デンマーク、韓国、ルクセンブルク、スロベニア、スイス）ある。

「レスパイトケアなどのサービス提供」は実施している国が最も多い分野である。「介護技術の訓練」はわが国を含む 20 カ国で実施されており、「レスパイトケア」は 18 カ国で提供されている。「相談サービス」は 19 カ国で提供されている<sup>3</sup>。

このように、OECD 加盟国では、「経済的支援策」、「休業などの仕事とも両立支援策」、「レスパイトケアなどのサービス提供」が実施されている。しかも、特定の支援策に偏るのではなく、3 つの分野で何らかの施策を行っている国が多い（表 2）。

## (2)分野別のインフォーマルケア支援策

### (a)休業などの仕事とも両立支援策

高齢者などを介護することは、就労の中断、断念による介護者のキャリア形成の阻害の他、社会全体にとって労働力率の低下と労働時間の短縮という影響を与える。介護と就業の両立を図る支援策として、3 分の 2 の OECD 加盟国で（有給、無給に関係なく）介護休業制度がある。ただし、多くの国では休業制度利用のための条件が厳しく、無給である国もある。各国の有給の介護休業の例は以下の通りである。

- ・ ベルギーでは最大 12 ヶ月の介護休業が可能（雇用主は継続を業務上の理由で拒否する可能性もある）
- ・ わが国の介護休業は 93 日が上限であり、雇用保険から賃金の 40%を支給
- ・ 北欧では介護休業手当が高く、ノルウェーとスウェーデンではそれぞれ賃金の 100%と 80%を支給されている。デンマークでは、自治体が最低賃金または疾病手当の 82%相当を支給している。

無給の介護休業を実施している国はその期間により、地理的な傾向が見られる。1 年以上の休業ができる国はベルギー、フランス、スペイン、アイルランドである。3 ヶ月までの国は、英語圏の国とオランダである。6 ヶ月までの国として、オーストリア、ドイツがある。介護休業が権利として制度化されていても、介護者の側でキャリアの断絶や所得の低下を懸念して、これを利用しないことがある。介護の必要が多くない場合は、有給休暇や看護休暇で対応することも多い。一方で、配偶者などを長時間介護する場合は、無給であっても介護休業をとる傾向がある。

介護休業の利用状況として、EU の企業の 37%で介護休業が利用でき、その 51%で過去 3 年間に介護休業の利用があった。北欧とポーランドで高く。南欧で低い。カナダや日本（東京）についても類似のデータがある。介護休業の利用は労働者に間で格差があり、公的な

<sup>3</sup> わが国は「レスパイトケア」を実施していないことになっているが、介護保険のショートステイ、デイケアでは、このサービスを提供する機能を有していると考えられる。「相談サービス」も「地域包括支援センター」などで実施している。

部門、大企業、女性の多い企業、熟練した技能をもつ従業員の多い企業、サービス業などで介護休業がよく利用される。

短時間就労も介護と仕事の両立を支援する施策である。EUの企業の3分の2で制度化されているが、利用は少ない。その状況には地域差があり、パートタイム労働者の割合の違いなどが背景にある。また、雇用主が休業取得を拒否する用件も育児休業よりは厳しくはない。

短時間就労にも国による差がある。14カ国中7カ国では短時間労働から元のフルタイムに戻る権利が保障されている。東欧やポルトガルには同様の仕組みはない。短時間就労のできる期間が決まっている国として、日本（93日）、アメリカ（12週間）、ドイツ（6ヶ月）がある。ニュージーランドでは、週あたり労働時間の短縮幅が制限されている。

#### (b) レスパイトケアなどのサービス提供

レスパイトケアは、介護負担を緩和するサービスとして重要である。これを利用することで、介護者は、日常の介護負担から一時的に解放され、余暇や一人になることを楽しむことができる。レスパイトケアの質や費用負担を介護者は心配することがある一方で、多くのOECD加盟国ではレスパイトケアを提供している。その形態として、①デイケアサービス、②在宅でのレスパイトケアサービスなどがある。レスパイトケアの例として以下のものがある。

- ・ アイルランドでは、1年を通して利用できる。
- ・ オーストリアでは年間4週間までのレスパイトケア手当の制度がある。
- ・ ドイツでは介護保険でレスパイトケアを4週間までの利用に対する補助を行う。
- ・ ルクセンブルクでは、介護保険で3週間までレスパイトケアの利用に補助を行う。
- ・ フィンランドで2006年に成立した制度では、1ヶ月に3日までレスパイトケアの利用に補助を行う。
- ・ 他の国では、レスパイトケアは利用できるが、法的に何日まで補助すると行った規定は見られない。

レスパイトケアへの補助は、直接家族に対して行われるが、その用途は限られる場合がある。オーストリア、フィンランド、ハンガリーでは、補助は在宅でのレスパイトケア利用に限られる。カナダでは、レスパイトケアの補助を税控除で行っている。デンマークでは自治体が税財源で家族の代替介護またはレスパイトケアを提供している。その一方で、フランスやスイスでは、レスパイトケアは施設のベッドがあいた場合に限られるので、その提供は十分ではない。日本、北欧諸国、スペイン、イギリスなどの多くの国では、自治体がレスパイトケアを提供している。その形態はデイケアセンター、在宅ケアなどがある。そのため、レスパイトケアの利用可能性とアクセスには地域差がある。

介護者にとって、介護サービス、各種支援サービスを自分自身で適切に利用することは難しい。情報の欠如、手続きの煩雑さ等により、介護者は支援を使うことを断念すること

がある。ワンストップサービスの拠点があると、介護者は必要な情報、同じような境遇の介護者の体験談などの情報を得ることができる。フランスでは"Local Centres of Information and Co-ordination"(CLIC)が介護に関する情報提供を行っている。支援は個人ベースで行い、介護と医療関係者とを連携させる機能も持っている。

心理的カウンセリングと要介護者の疾病等に関する情報提供は、介護者にとって重要なものである。介護者は要介護者の疾病等について情報を持っていない、介護の方法が分からないことが多いからである。こうした支援のほとんどは地域の組織やボランティアが担っている。インフォーマルなカウンセリングは地域のサポートグループが傾聴や経験談の話し合いなどによって行われている。スウェーデンでは社会医療の専門家と介護者、要介護者が対話をする場所が整備されている。アイルランドでは"Caring for Carers"というサポートネットワークがあり、"Caring in the Home"という 13 の訓練コースが提供されている。オランダでは、予防カウンセリングの仕組みがある。介護者は介護が始まると、専門家と契約を結び、介護者への情報提供を目的とした家庭訪問、3 か月ごとの電話相談などを行い、介護者の精神面での問題発生を予防している。アメリカでは"National Family Caregiver Support Programme"がサポートグループの運営、カウンセリングなどを行っている。

### (c)経済的支援

OECD 加盟国の多くは、介護者への経済的支援を実施している。半数の加盟国では介護者への介護手当があり、残りの半数以下の国では、要介護者への手当がある。両方の制度がある国が少数ある一方で、わが国を含む 5 分の 1 の国には両方とも存在しない。

家族介護であっても介護による費用、就労を断念することによる機会費用がかかる。「介護手当」は家族介護者が介護に従事による所得減少を補うことと介護費用を補助することを目的にした制度である。これにより、介護者の社会的な役割を評価することにもつながる。「介護手当」の制度は、①家族介護者への経済補償、②資力調査つきの手当、に大きく分けられる。その他に、定額の手当、地域ごとに決められる手当などがあり、制度は多様である。例えば、北欧諸国では介護手当は「経済補償」の性格を持ち、家族介護者を地方政府が雇用する。手当額は最低賃金（フィンランド）の他、介護ニーズや正規のヘルパーの時給に基づいて決まる。こうした手当は高額すぎないようにするなど、就労を阻害しないように工夫されている。また北欧諸国では、介護手当の対象者を介護の頻度が高い者に限定している。その審査は地方政府が行うが、かなり厳格な審査を通過した者に対して給付している。「資力調査つき」の介護手当は英語圏諸国で見られる。支給の条件は厳格であり、要介護度が重く、介護に従事する結果として低所得になる者に限られる。すべての国で、就労からの所得と週当たりの介護時間が基準となっている。その結果、給付される者の割合は非常に低い(2008年のイギリスで1%、オーストラリアやアイルランドで0.5%)。

「要介護者本人」への手当は、彼らの経済的自立を支援するうえで有効な手段である。このタイプの手当は 4 分の 3 の OECD 加盟国で採用されており、家族を介護者として雇用



することができる。このタイプの現金給付には以下のような利点がある。介護手当のように介護者の認定などの煩雑な手続きが必要ない、手当は要介護者自身が使う、要介護度を基準とすれば、要介護者の間の公平が確保できる。その一方で、手当が介護者に支払われないなどの問題もある。また、現金給付は家族を金銭主義に基づくつながりに変えてしまうという懸念もある。手当の用途の監督も問題であり、オーストリアでは手当が外国人労働者の雇用に使われる場合もある。

このような介護手当は介護労働を増やし、在宅介護を促進する面がある。しかし、これに反対する者の論点は以下の通りである。

- ① 介護手当がフォーマルな介護サービスの利用を阻害している
- ② 手当を用いて未経験の労働者、特に外国人労働者を雇用することを促す（イタリアなど）
- ③ 介護手当は、家族に低賃金の仕事としての介護に縛り付ける結果となる。

また、経済的支援を税制で行っている国もあり、チェコやアイルランド（およびわが国）では所得控除が、カナダやアメリカでは税額控除が行われている。

#### 4. まとめ

OECD 加盟国では、フォーマルなケアシステムが構築されている一方で、家族などによるインフォーマルケアの役割も大きい。OECD 加盟国では、インフォーマルケアに従事する者への支援策を実施しており、その内容は多岐にわたり、経済的支援、休業制度などの働き方、レスパイトケアなどのサービス提供の分野に及んでいる。家族介護者の支援策として、現金給付に代表される経済的支援を求める意見がある。わが国の介護保険制度では、制度検討の経緯からこの給付は実施されていない。「地域包括ケアシステム」では、保健・医療・福祉のプロフェッショナルだけでなく、家族などの役割も重要である。家族によるインフォーマルケアの正当な評価、支援を充実させることは、「地域包括ケアシステム」の構築にとって重要であり、わが国はその点で、諸外国を参考にする余地があると思われる。制度の構築にあたっては、特定の給付やサービスに依存するのではなく、家族介護者の現状、ニーズに基づいて、バランスよく支援策を実施することが不可欠であると思われる。

(参考文献)

- 1) EU (2003) "Feasibility Study –Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union" .
- 2) EU (2005), "IMPLICATIONS OF DEMOGRAPHIC AGEING IN THE ENLARGED EU IN THE DOMAINS OF QUALITY OF LIFE, HEALTH PROMOTION AND HEALTH CARE Final report".
- 3) Administration on Aging,U.S. Department of Health and Human Services (2008), "A Profile of Older Americans: 2008".
- 4) Sylvie A. Lafrenière, Yves Carrière, Laurent Martel and Alain Bélanger (2003), " Dependent seniors at home–formal and informal help", Health Reports, Vol.14 No.4, Statistics Canada, pp.31-40.
- 5) Kelly Cranswick and Derrick Thomas (2005)," Elder care and the complexities of social networks" ,Canadian Social Trends, 2005 summer, No. 77, Statistics Canada, pp.10-15.
- 6) Australian Institute of Health and Welfare (2007), " Australia’s welfare 2007".
- 7) OECD (2005), "Long-term Care for Older People".
- 8) National Alliance for Caregiving (2004), "Caregiving In the U.S.".
- 9) Susan Stobert and Kelly Cranswick (2004), " Looking after seniors:Who does what for whom" ,Canadian Social Trends, 2004 autumn, No. 74, Statistics Canada,
- 10) OECD(2005b), "Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?" , OECD HEALTH WORKING PAPERS 20.
- 11) OECD (2009) , " THE LONG-TERM CARE WORKFORCE: OVERVIEW AND STRATEGIES TO ADAPT SUPPLY TO A GROWING DEMAND , OECD HEALTH WORKING PAPERS 44.
- 12) OECD (2011), "Help Wanted?".

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」

平成 26 年度分担研究報告書

在宅看取り、在宅療養支援診療所標榜の状況等の地理的可視化の試み

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

**【研究要旨】**

目的：在宅サービスを提供する事業者から所与時間ごとの移動距離を明らかにすること。

方法：平成 20 年度の「医療施設調査」の個票データを使用し、ある県の在宅サービスを提供している診療所からの距離を地図上に描き、サービス提供範囲を示した。データについては目的外使用申請を行い、データ利用要件に沿って分析を行った。

結果：分析対象県では人口分布に従ってサービス事業者が立地し、それにより所要時間で在宅サービスを提供する事業者から移動できる範囲、サービス提供範囲、が決まっていると考えられた。

考察・結論：分析の結果はデータの処理方法や分析の範疇の制約を受けるため、多くの課題を解決しなければならない状態であるが、サービス提供範囲の高齢者人口を都道府県単位や市町村単位で集計することにより、地域包括ケアの充実度の尺度とすることも考えられた。

**A. 目的**

地域包括ケアの実施においては在宅療養支援診療所が大きな役割を果たすと考えられるが、在宅療養支援診療所がその機能を発揮しきれていないという指摘もある。また、在宅療養支援診療所を標榜しなくとも、実際に看取りを行っている診療所もあると考えられる。在宅療養支援診療所の分布を明らかにする作業はすでに試みられている。例えば、仙台往診クリニックによる web サイトは在宅療養支援診療所の分布状況を伝える具体的な試みであると言えよう (<http://www.tcs-cc.co.jp/maps/shienmap/index.html>)。

他方で、在宅療養支援診療所などの広がりにより、どの程度の住民が地域包括ケアのネットワークにカバーされ得るかは明らかではない。地域包括ケアのネットワークにカバーされなければ、住み慣れた地域で老いることは難しいかもしれない。そこで、本研究では、在宅療養支援診療所、在宅看取りを行っている診療所の地理的な分布を明らかにすることを目的とする。全国についての分析の準備として、本稿では平成 20 年時点の自宅死亡割合（自宅での死亡数/総死亡数）が 15.75%と全国で最も高い奈良県を分析の対象として限定した。

**B. 方法**

厚生労働省大臣官房統計情報部に平成 20 年度医療施設調査の診療所票個票の利用の申出

を行い、その許可（統発 0203 第 3 号平成 27 年 2 月 3 日）を得た。申出の利用項目に住所情報を含めているが、個別の診療所の立地位置を表示することではなく、その診療所からの距離を表示することが利用要件となっている。住所情報を世界測地系の座標情報に変換することにより地図上で表示する。座標情報に変換するには、東京大学空間情報科学研究センターのアドレスマッチングサービスを利用した。

ただし、上記の個票データの利用にあたっては、インターネットに接続できるパソコンでのデータの取り扱いが許されていない。そこで、近畿地方厚生局の web サイト (<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/index.html>) で利用可能な平成 27 年 2 月 1 日現在の奈良県に立地する診療所名、住所、のリストを利用した。リスト上の診療所についての座標情報を取得し、インターネットに接続していないパソコンを利用して、医療施設調査の診療所票個票に記録されている診療所名、住所の情報と当該リストの診療所名、住所の情報を照合し、それぞれが一致したものについて分析を行った。分析の方法は、往診、訪問看護ステーションへの指示書の交付や看取りを行っている診療所について、その立地分布を地図上に記述する方法とした。診療所の立地分布を表す方法として、当該診療所から車で 30 分、15 分にて移動できる距離を示すこととした。分析にあたっては、ソフトウェアは ESRI 社の ArcMap10.1 を、道路情報は同社の ArcGIS Collection の道路網 2014 を用いた。本稿で表示される地図は縮尺 50 万分の 1、上側が北となっている。

### C. 結果

平成 20 年度医療施設調査の診療所票個票のうち、奈良県に立地しているものは 1,171 サンプルであった。このうち、地域在住高齢者の診療を行わないと考えられる、特別養護老人ホーム等の施設の医務室、企業や大学をはじめとする事業所の健康管理センター、健診センター、休日・夜間診療所等の 107 サンプルであった。次に社会保険診療の状況が自由診療のみであるもの、特定の期間（季節）のみ、事業所内の診療所であるもの、市町村保健センター内の診療所であるものは 36 サンプルであった。これらを除外したあとのサンプルに対して座標情報がマッチできたのは約 78%であった。

結果は図 1 から図 6 に示されている。図 1 と図 2 は、往診している診療所からの距離を示している。図 1 は車で 30 分、図 2 は車で 15 分で到達できる地域を示している。人口分布を反映して、北部では往診している診療所が多く立地し、それらの診療所へのアクセスは確保されていると考えられるものの、15 分で到達できることを要件とすると、空白地域が若干生まれる。

同様に図 3 と図 4 は、訪問看護ステーションへの指示書への指示書を交付している診療所から所要時間で到達できる地域である。車での所要時間を 15 分と制約すると、県の北東部で空白地域が生まれた。また、南部では該当する施設がない可能性があった。最後に看取りを実施している診療所からの所要時間別の到達距離を見たのが図 5 と図 6 である。やはり北部を中心に立地していると考えられたが、15 分に所要時間を短くすると、空白地域が大きくなった。

#### D. 考察およびE. 結論

地域包括ケアの確保のためには在宅サービスを提供する医療機関・介護事業所の確保が重要であると考えられる。本稿では最も自宅死亡割合が高い奈良県を対象に分析を行った。人口分布を反映して、北部にサービス提供のネットワークが確保されていると考えられたが、サービス邸去事業所までの所要時間の要件を厳しくすると、サービスによって違いはあるものの、空白地域が生まれることがわかった。

サービス提供の拠点からの所要時間の短さはサービス利用者側の便益を増大させると考えられるが、サービス提供者側も移動時間の短縮化による身体的負担、ガソリン代などの移動経費の負担が軽減されるため、両者にとって移動距離の短縮化は重要であると考えられる。本稿の分析では、最も在宅看取り割合の高い奈良県であっても、今後のサービ提供体制の確保が重要であることを示唆する結果であると考えられた。

ただし、本研究は試行的な分析であり、分析の限界が存在するため、上記の結果は慎重に吟味されるべきである。以下、分析の限界について検討することにより、今後の分析の方向性を検討したい。まず、第一にデータが特定の県の診療所に限定されていることがあげられる。これを全国に拡張することは最初の困難となる。本研究で直面したデータの不突合の問題をどのように解決するかは研究の実際上のハードルとして存在する。

分析上の限界としては、看取りなどの在宅サービスを提供する診療所の分布がどの程度の高齢者人口に対して実際的なアクセスを提供しているか、という点が明らかにされていない。これは国勢調査によるメッシュ人口を用いることによって分析することが可能であり、今後すぐ解決すべき課題である。その際に、カバーされる高齢者人口を市町村、都道府県単位で集計することにより、看取りをはじめとする地域包括ケアサービスにアクセス可能な高齢者人口の割合を算出することが可能になると考えられる。これは適当な地域単位における地域包括ケアサービスの充実度の指標として活用できる可能性を持つと考えられる。

他方で、本研究では診療所のキャパシティは考慮していない。すなわち、単に診療所からの距離のみを測定しているため、当該地域の高齢者人口が診療所の数に比して著しく多い場合には実質的に地域包括ケアにアクセスできないかも知れない。この実質的にサービスにアクセスできるか否かは地域包括ケアサービスの充実度の指標を考えるためにも重要であり、診療所のキャパシティを考慮した分析を進める必要がある。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

図1：往診している診療所から車で30分で到達できる地域

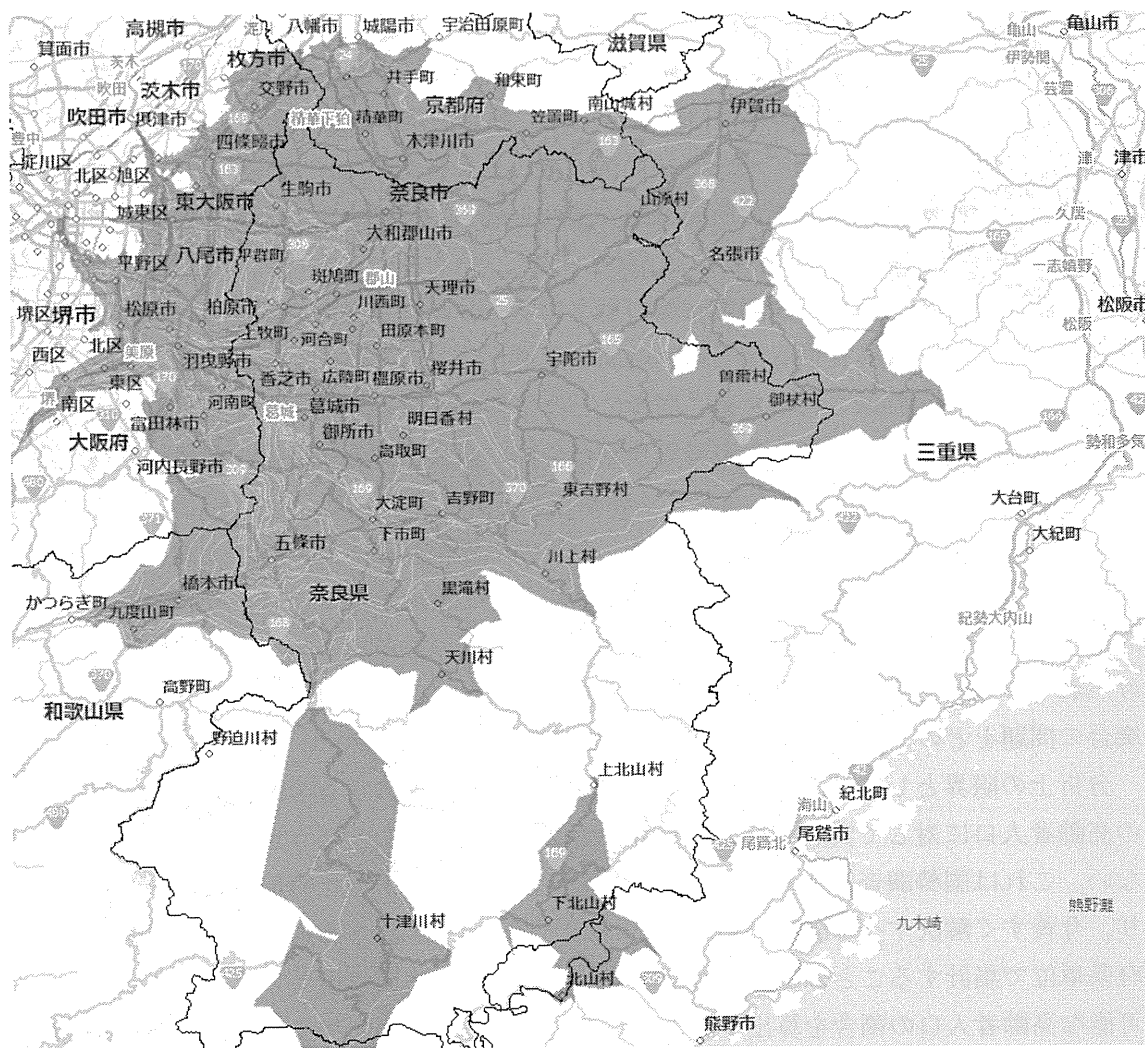


図 2：往診している診療所から車で 15 分で到達できる地域

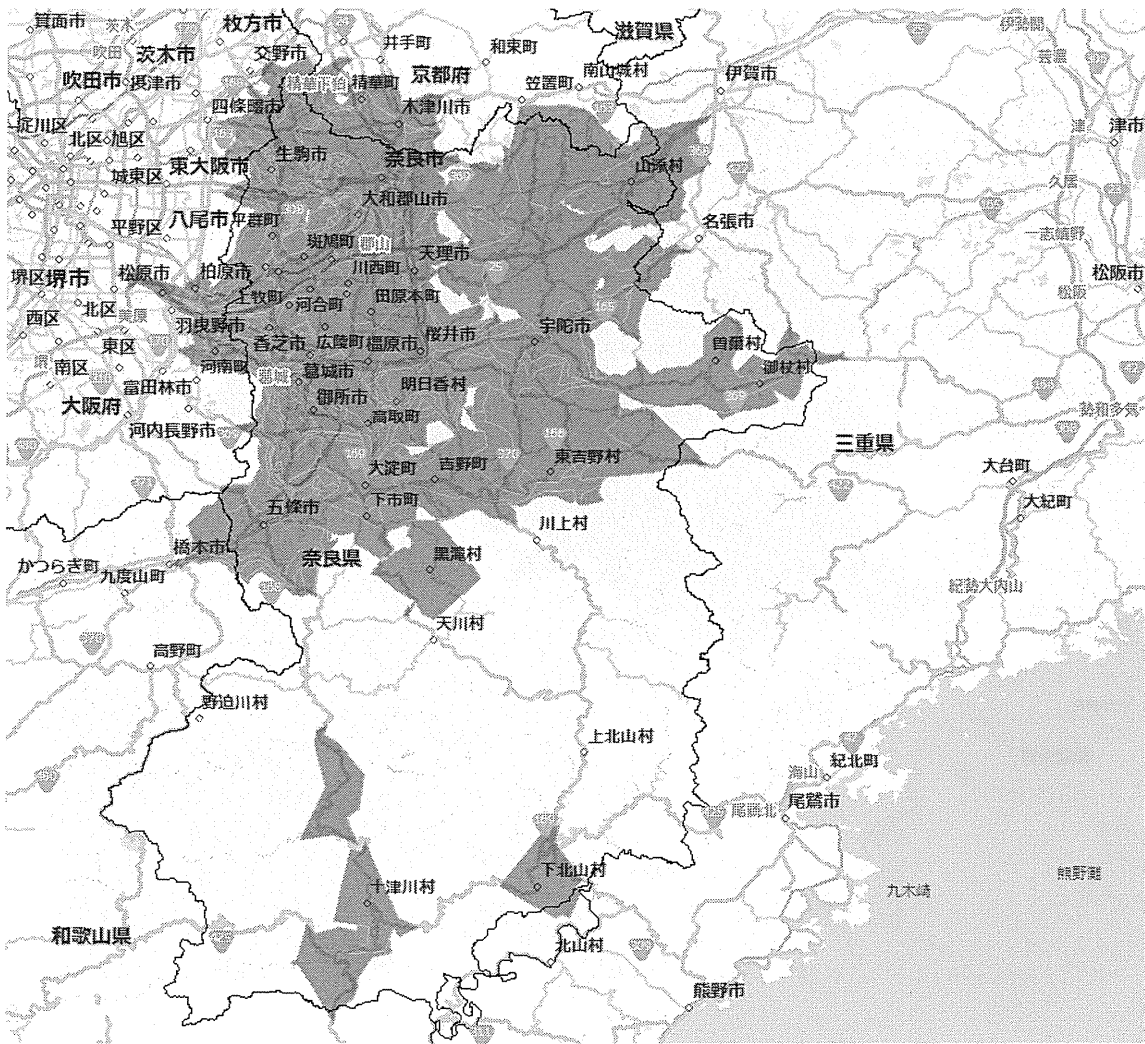


図 3 : 訪問看護ステーションへの指示書への指示書を交付している診療所から車で 30 分で到達できる地域

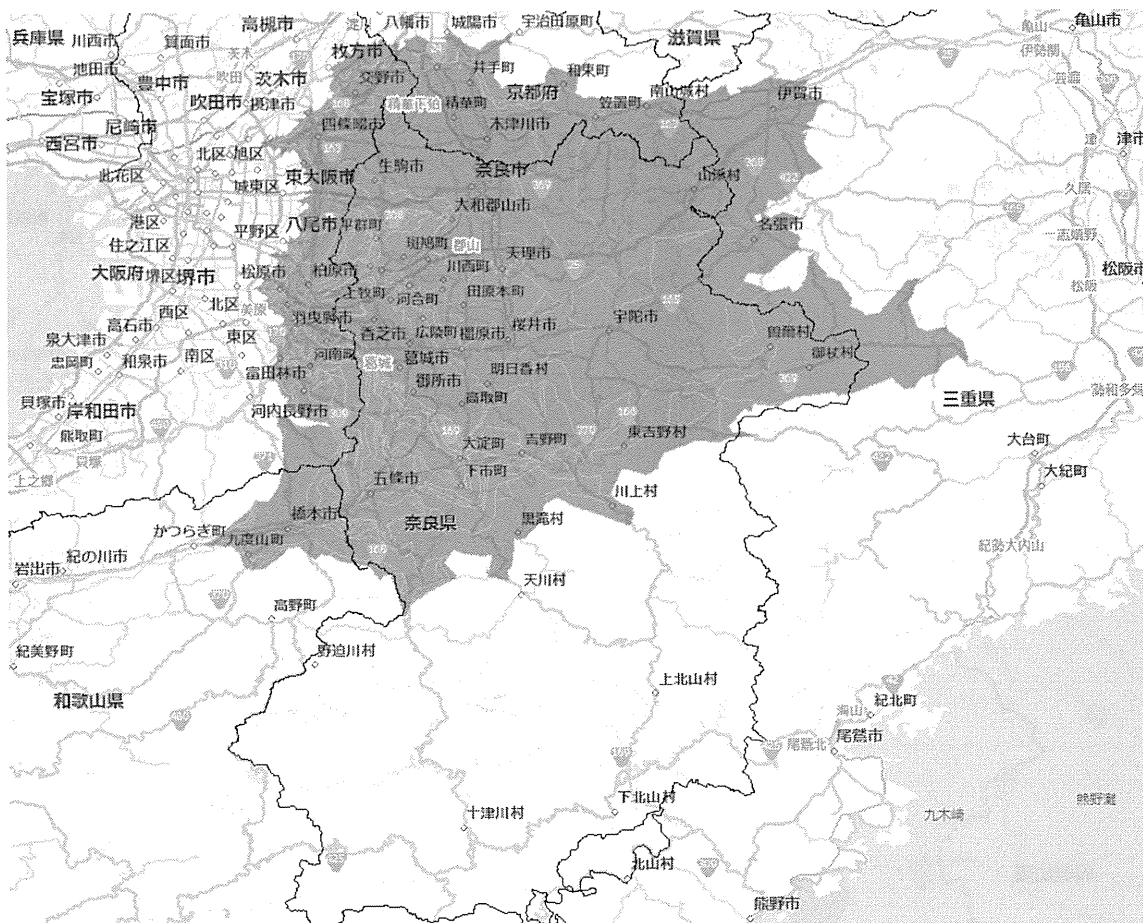




図 4：訪問看護ステーションへの指示書への指示書を交付している診療所から車で 15 分で到達できる地域

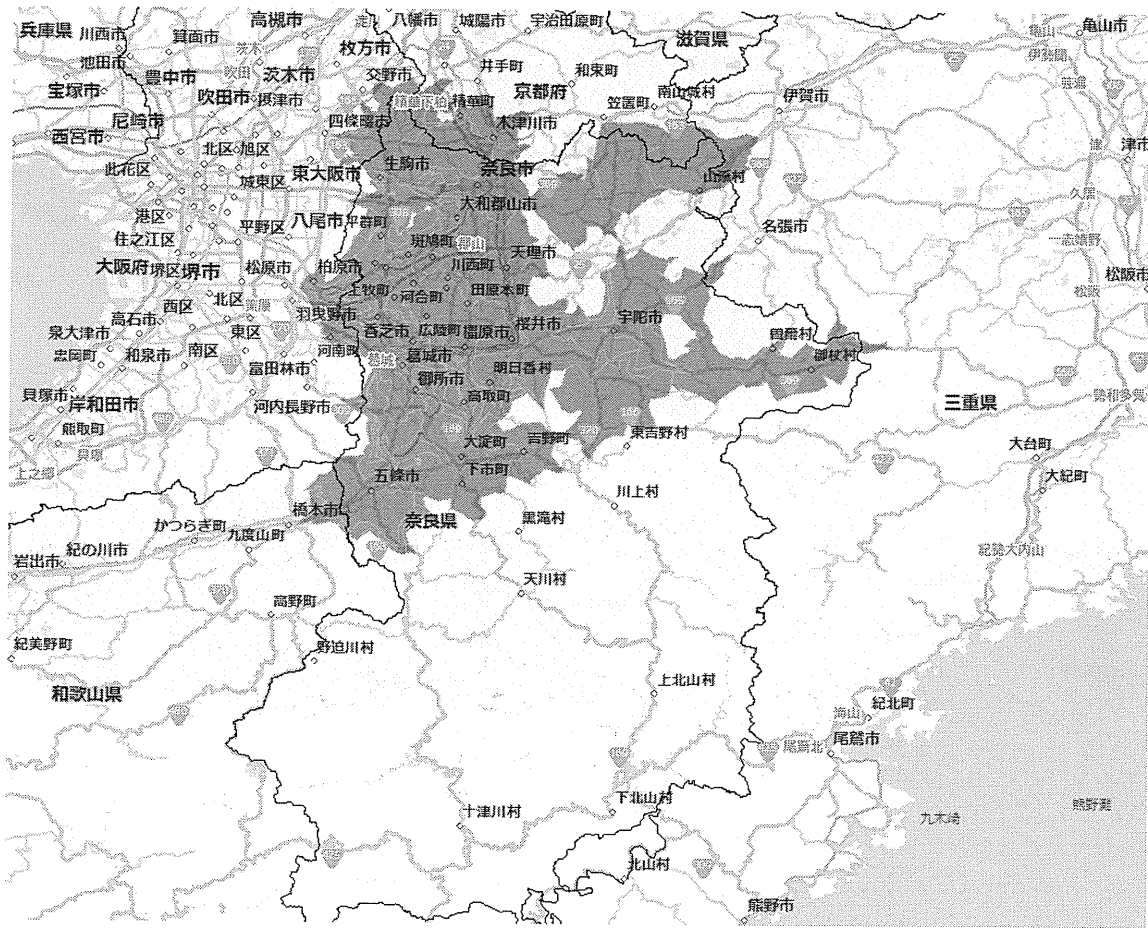


図5：看取りを行っている診療所から車で30分で到達できる地域

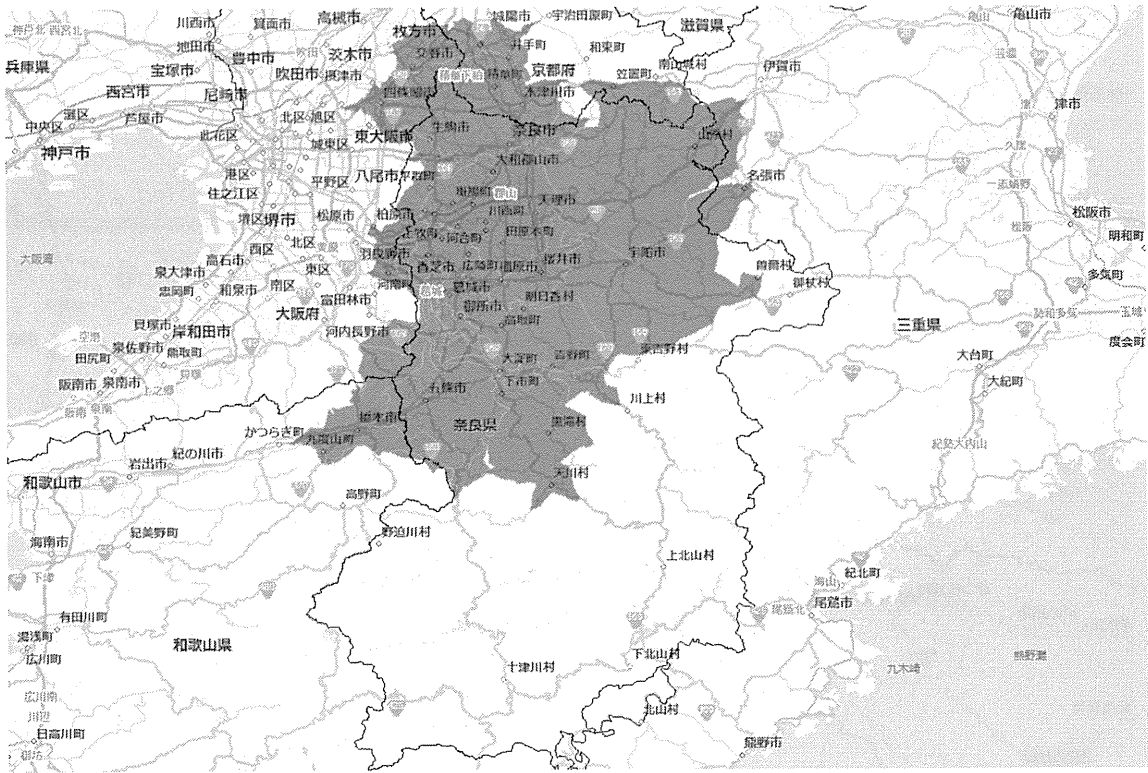
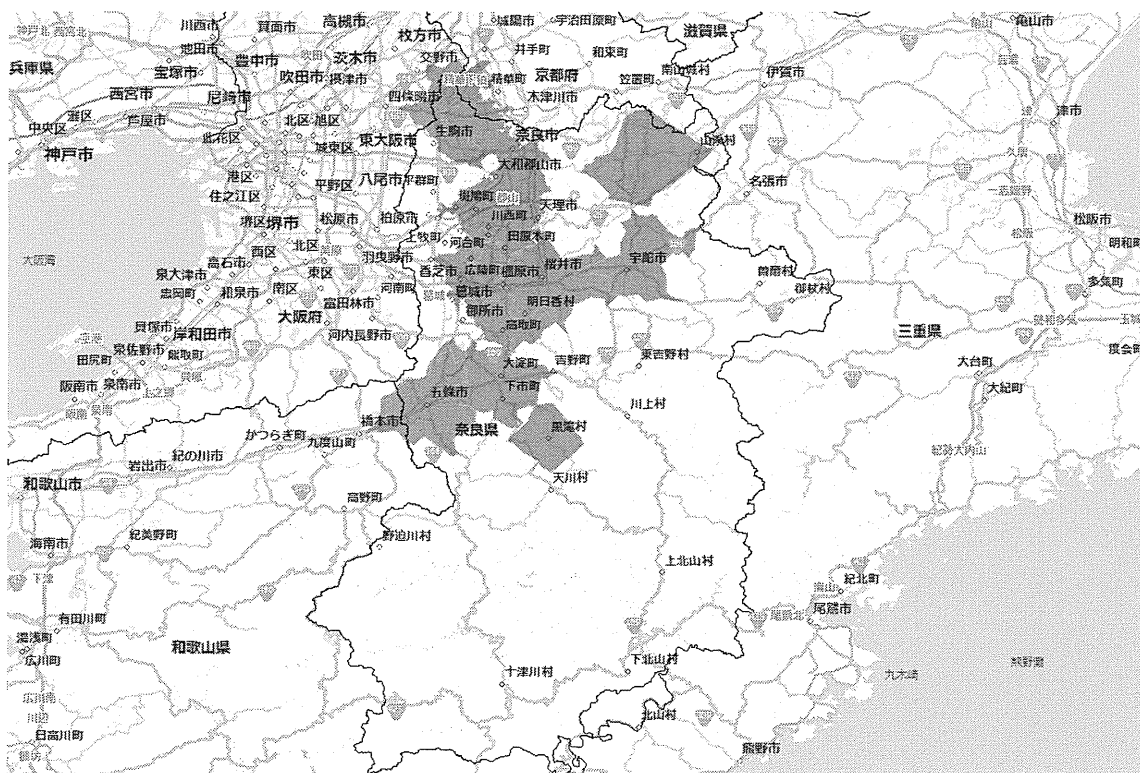


図 6：看取りを行っている診療所から車で15分で到達できる地域



厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」

平成 26 年度分担研究報告書

医療介護施設の適正配置に関する研究  
－大分県における自動車時間別施設到達圏分析－

研究分担者 鎌田健司（国立社会保障・人口問題研究所 研究員）

**【概 要】**

本稿は施設の適正配置に関する研究について概要と適用例について取りまとめることを目的とする。施設の適正配置研究でよく用いられる指標にアクセシビリティ指標がある。アクセシビリティ指標とは、地域毎の施設の利用のしやすさを指標化したものをいい、施設の供給量と利用者の居住地域もしくは出発地点から施設までの距離を施設ごとに評価した指標である。本年度は、大分県の施設配置状況を例に、自動車時間別の施設到達圏分析を行った。

大分県は全国よりも高い高齢化の伸長と要介護認定率の増加による介護保険費用の増大傾向を懸念し、県独自の事業として、平成 24 年から地域包括ケアシステム構築の先進地域である和光市モデルを大分県下の自治体に導入してきた。平成 26 年には導入自治体数も大分市・姫島村を除く市町において実施してきている。

今年度は、大分県の平成 22 年の人口分布と平成 26 年時点の医療介護施設（急性期対応【心筋梗塞ならびに脳卒中】病院、小規模多機能型居宅介護施設、訪問看護ステーションの 4 施設）を対象に、自動車時間で到達できる地域を示すとともに、各自動車時間別範囲に含まれる人口を集計することにより、急性期対応病院においては、緊急時の病院へのアクセスに関するカバー率、小規模多機能型居宅介護施設や訪問看護ステーションであれば、各事業所が対象とする需要数の把握を行った。

急性期対応病院は、30 分圏では心筋梗塞と脳卒中对応ではアクセシビリティに差がみられたが、60 分圏では両者ともに 9 割以上の人口をカバーする施設の配置が行われていることがわかった。小規模多機能型居宅介護施設は各市町村の整備が進められているところにあり、第 6 期計画において在宅支援を充実させるための拠点として重要な施設であり、今後も整備が進んでいく施設の一つであると考えられ、現状においても 30 分圏内で 9 割の人口をカバーする配置となっている。ただし、小規模多機能型居宅介護施設は定員が 25 名以下となっているため、対象者が多い都市部においては需給状況によっては不足している地域がある可能性がある。訪問看護ステーションへの到達圏は 15 分圏での老年人口カバー率が 8 割程度となっており、老年人口の分布に対応した施設配置となっている。小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーションについては、利用者から施設へのアクセスという側面の他に、施設から利用者の自宅への訪問ならびに複数の利用者への訪問を考慮した到達時間別の分析が求められる。

次年度は、全国を対象とした分析や施設の需給構造を考慮したモデルの概要、日常生活圏域別の需給状況の把握など、より現実的なモデルの構築を行っていきたい。

**A. 目的**

本稿は施設の適正配置に関する研究について概要と適用例について取りまとめることを目的とする。施設の適正配置研究でよく用いられる指標にアクセシビリティ指標がある。アクセシビリティ指標とは、地域毎の施設の利用のしやすさを指標化したものをいい、施設の供給量と利用者の居住地域もしくは出発地点から施設までの距離を施設ごとに評価し