

表 1. 入院患者の年齢構成の年次推移 (単位：上段 千人、下段 %)

	1999	2002	2005	2008	2011
総 数	1482.6 (100.0)	1451.0 (100.0)	1462.8 (100.0)	1392.4 (100.0)	1341.0 (100.0)
75-84 歳	308.7 (20.8)	329.8 (22.7)	363.4 (24.8)	370.6 (26.6)	365.6 (27.3)
85 歳以上	207.2 (14.0)	241.0 (16.6)	275.2 (18.8)	281.6 (20.2)	296.0 (22.1)
再掲) 75 歳以上	516.0 (34.8)	570.9 (39.3)	638.6 (43.7)	652.3 (46.8)	661.6 (49.3)

注 1.2011 年の数値は、宮城県、石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

出所) 厚生労働省：患者調査

表 2. 世帯主 75 歳以上の世帯数の年次推移 (単位：上段 千世帯、下段 %)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035
総 数	51,842 (100.0)	52,904 (100.0)	53,053 (100.0)	52,439 (100.0)	51,231 (100.0)	49,555 (100.0)
世帯主 75 歳以上	7,308 (14.1)	8,815 (16.7)	10,231 (19.3)	11,867 (22.6)	12,208 (23.8)	11,736 (23.7)
再掲) 独居	2,693 (5.2)	3,265 (6.2)	3,820 (7.2)	4,473 (8.5)	4,726 (9.2)	4,660 (9.4)

出所) 国立社会保障・人口問題研究所 (2013)：日本の世帯数の将来推計 (全国推計)、2013 年 1 月推計。

表 3. 療養病床数の年次推移 (単位：床)

	2001	2003	2005	2007	2009	2011
療養病床数	295,901	367,183	383,911	362,393	352,749	344,317
-病院	272,217	342,343	359,230	343,400	336,273	330,167
-診療所	23,684	24,840	24,681	18,993	16,476	14,150

出所) 厚生労働省：医療施設調査・病院報告

2) 一般病床における退院支援部門の設置状況

医療経済研究機構が、100 床以上の一般病床を対象に行った 2007 年調査によると、回答した 453 病院のうち、退院支援部門を設置している病院の割合は 69.3%、また、配置されたスタッフ (複数回答) は「MSW」87.9%、「看護師」64.6%、「事務員」57.0%、「医師」39.5%となっている。この結果から、①一般病床における退院支援は、看護師とメディカル・ソーシャル・ワーカー (MSW) が中心となっていること、②リハビリテーション (リハ) 職は退院支援部署にはほとんど配置されていないと報告されている。

3) 退院支援プロセスの現状（兵庫県における退院事例調査より）

(1) 退院前訪問指導の実施状況

退院前訪問指導の実施率を入院病床の種類別にみると、「一般病床」16.0%、「回復期リハ病床」48.8%、「療養病床」35.6%であった。ここで、退院前訪問指導に参加した病院スタッフの職種をみると、一般病床では「看護師」65.9%、「MSW」51.2%、「理学療法士 (PT)」46.3%の順、回復期リハ病床では「PT」89.3%、「作業療法士 (OT)」61.9%、「MSW」47.6%、「看護師」35.7%の順、療養病床では「PT」76.0%、「看護師」56.0%、「MSW」28.0%の順であった。一般病床の場合は看護師が、回復期リハ病床や療養病床ではリハ職が中心に訪問指導を行っているのがわかる。

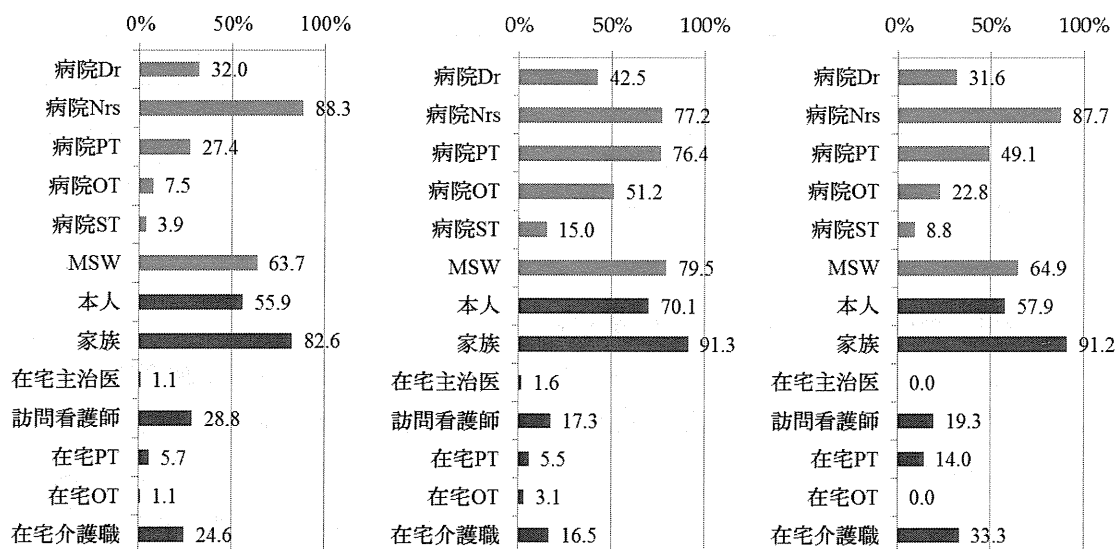
(2) 退院前合同ケアカンファレンス（退院前 CC）の実施状況

介護支援専門員が参加した退院前 CC の開催率を病床種類別にみると、「一般病床」54.9%、「回復期リハ病床」73.8%、「療養病床」78.1%であった。

ここで、退院前 CC への病院スタッフの参加率を病床種類別にみると、一般病床では「看護師」88.3%、「MSW」63.7%、「医師」32.0%の順、回復期リハ病床では「MSW」79.5%、「看護師」77.2%、「PT」76.4%の順、療養病床では「看護師」87.7%、「MSW」64.9%、「PT」49.1%の順であった。一般病床では、他の病床に比べ、病院リハ職の参加率が低い。

次に、在宅ケア関係者の参加率をみると、一般病床では「訪問看護師」28.8%、「介護職」24.6%、回復期リハ病床では「訪問看護師」17.3%、「介護職」16.5%、療養病床では「介護職」33.3%、「訪問看護師」19.3%、「PT」14.0%の順であった。ちなみに、かかりつけ医の参加率は 1~2%程度、PT の参加率は、一般病床、回復期リハ病床では 5% 強と非常に低位であった（図 1）。

図 1. 病床種類別にみた退院前 CC への職種別参加率



(3) 退院前 CC でのリハ継続の必要性に関する指導の実施状況

退院後のリハ継続の必要性に対する、リハ職による介護支援専門員への指導・助言の実施率を病床種類別にみると、「一般病床」33.2%、「回復期リハ病床」79.2%、「療養病床」51.4%と、一般病床では他の病床に比べて、リハ継続に対する指導実施率が低かった。

4) 退院時ケアマネジメントの現状とリハ職との協働マネジメントの効果

(1) 退院後のケアプランの現状（滋賀県退院時例調査より）

自宅退院要介護者に対するケアプランへのサービス種類別導入率を、一般病床と回復期リハ病床別にみると、いずれも「福祉用具貸与」の導入率が最も高く、次いで「通所介護」「訪問介護」の順であった。ここで、訪問看護の導入率をみると、一般病床 35.5%、回復期リハ病床 14.6%、通所リハの導入率をみると、一般病床 11.3%、回復期リハ病床 30.2%と、回復期リハ病床からの退院患者に対しては、一般病床に比べて訪問看護導入率が低く、逆に、通所リハの導入率が高かった（表 4）。

表 4. 退院患者に対するケアプランへのサービス種類別導入率

	一般病床(n=487)	回復期リハ(n=96)
訪問介護	44.4%	30.2%
訪問看護	35.5%	14.6%
訪問リハ(医療機関)	9.0%	14.6%
訪問リハ(訪看ステーション)	7.0%	4.2%
通所介護	51.1%	69.8%
通所リハ	11.3%	30.2%
福祉用具貸与	67.8%	75.0%

(2) 退院時ケアマネジメントの課題：リハ職との協働ケアマネジメントとの比較より

日常生活活動（ADL）に障害を有する要介護高齢者が、退院後からスムーズに自宅での生活を送れるようにするためには、退院後のケアプランを策定するケアマネジャーが、自宅環境下での ADL 状況、療養環境などを適切にアセスメントした上で、リハサービスの導入の必要性、リハ職による指導・助言の必要性などを適切に判断する必要がある。しかしながら、①ケアマネジャーは福祉系が多く、自身がリハの必要性を正しく認識できていない、②ケアマネジャーがリハの必要性を認識したとしても、それを本人／家族に説明し、同意をとることは困難であるといった問題点が指摘されている。そこで、これら問題点の改善策を検討するため、ケアマネジャーとリハ職による協働ケアマネジメント（退院後同行訪問、自宅環境下での ADL 評価、ケア方針に関するリハ職による指導・助言、家族介護指導など）を実施し（以下、介入群）、ケアマネジャー単独によるケアマネジメント群（対照群）と比較とした。

その結果、①ADL 得点（バーセル指数）は、両群とも 3 カ月後に有意に改善していた（表 5）、②ADL 得点の変化量は、対照群に比べて介入群で有意に改善していた（表 5）、③内容別にみたりハ実施率の変化をみると、介入群では筋力増強運動、バランス練習、起居・立位動作練習、移動動作練習の実施率が有意に上昇していたが、対照群では全てのリハ内容で有意差はみられなかったなどがわかった（表 6）。

表 5. 退院 1 週間後と 3 カ月後の ADL 点数の変化の 2 群間比較

	バーセル指数 (点)		p 値	
	1 週間後	3 カ月後	群内比較	群間比較
協働ケアマネジメント群(n=29)	57.6±24.6	72.8±24.9	<0.001**	0.002**
単独ケアマネジメント群(n=43)	60.5±22.4	65.1±22.9	0.009**	

**p<0.01、バーセル指数は 0～100 点で、点数が高いほど自立度が高い

表 6. 退院 1 週間後と 3 カ月後の内容別にみたりハ実施率の変化

	協働ケアマネジメント群(n=29)			単独ケアマネジメント群(n=43)		
	1 週間後	3 カ月後	p 値	1 週間後	3 カ月後	p 値
筋力増強運動	24.1%	55.2%	0.004**	41.9%	44.2%	1.000
関節可動域訓練	13.8%	37.9%	0.070	41.9%	44.2%	1.000
バランス練習	17.2%	48.3%	0.008**	27.9%	37.2%	0.250
起居・立位動作練習	20.7%	48.3%	0.016*	32.6%	30.2%	1.000
移動動作練習	10.3%	37.9%	0.016*	37.2%	44.2%	0.250
ADL 練習	10.3%	24.1%	0.125	11.6%	11.6%	1.000
IADL 練習	0.0%	0.0%	-	0.0%	2.3%	1.000

*p<0.05, **p<0.01

5) 退院支援／退院時連携強化に向けた各地の取り組み

(1) 千葉県柏市の取り組み：多職種連携会議を活用した医療・介護連携づくり

千葉県柏市では、在宅医療提供体制の推進、医療・介護関係職種の連携強化を推進するため、柏市が事務局となり、様々な会議体を運営しながら連携強化を図っている。

図 2. 在宅医療・介護多職種連携の会議体制

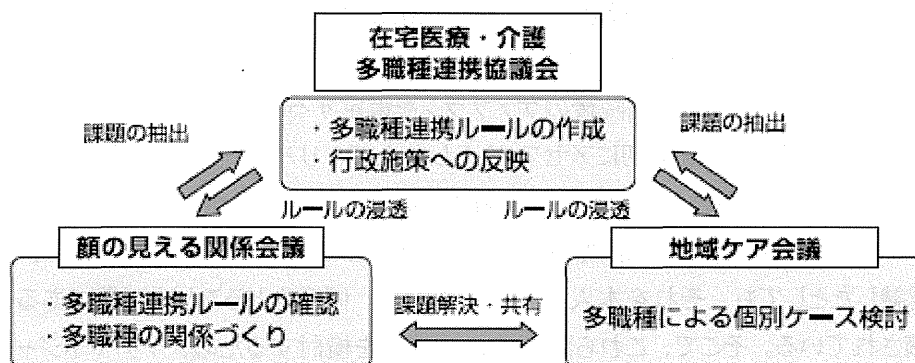


図 3. 在宅医療・介護多職種連携協議会

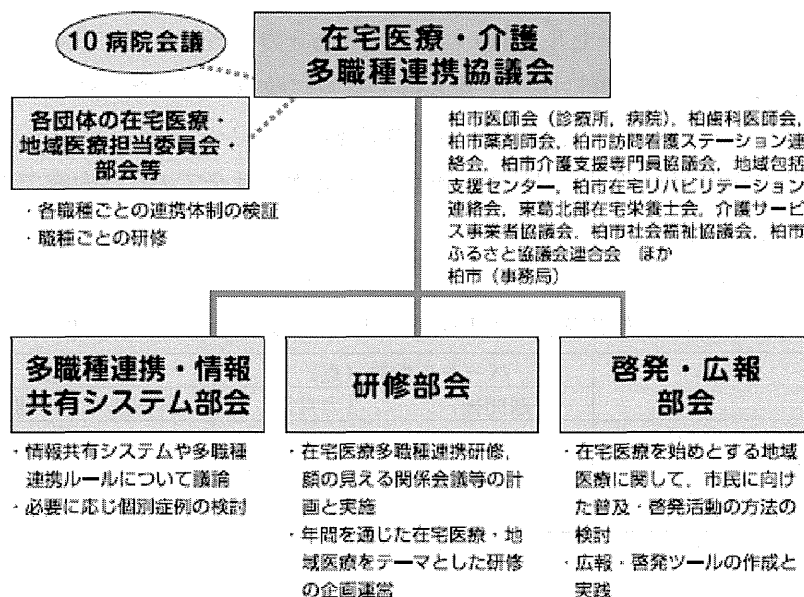
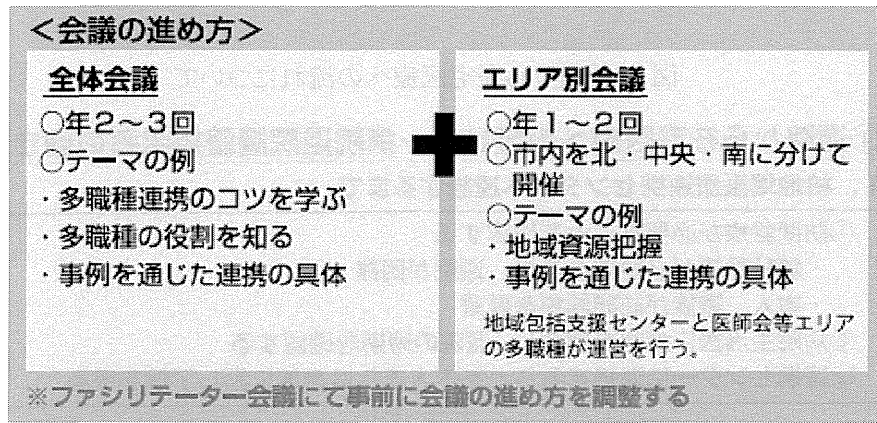


図 4. 顔の見える関係会議

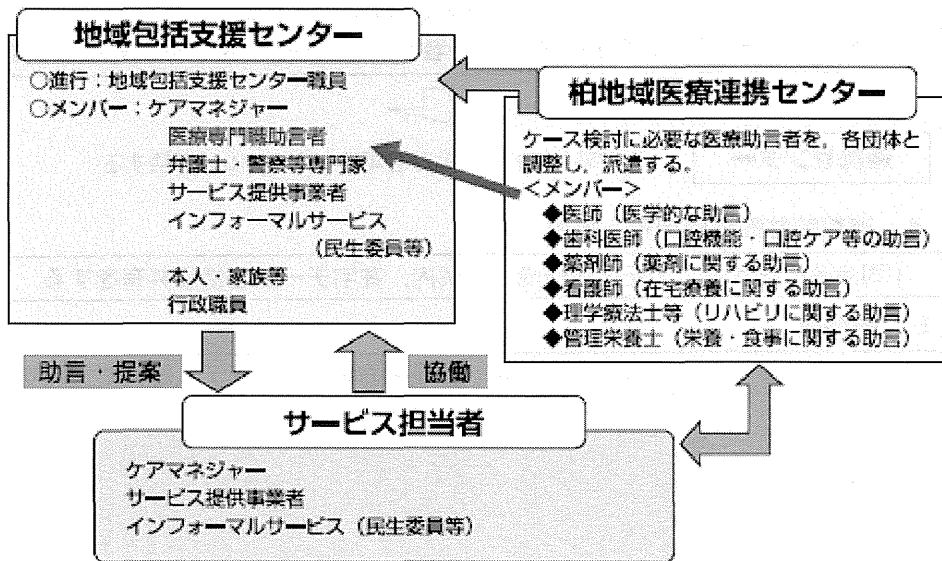


<参加者構成>

医師（病院・診療所）、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師（訪問看護、病院・診療所）、病院地域連携室職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、管理栄養士（在宅・病院）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護サービス事業者、介護老人保健施設・介護老人福祉施設職員、ふるさと協議会・民生委員児童委員等市民、市役所職員 等



図 5. 地域ケア会議



出所）豊四季台地域高齢社会総合研究会在宅医療委員会 連携ワーキンググループ：在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック（2014.3.17）より引用

また、これら会議の中で、退院から在宅までの流れのルール化を図っている。

図 6. 退院から在宅医療への流れについて

①退院から在宅医療への流れ ～病院退院調整担当者の動き～

1. 柏地域医療連携センターへ連絡するまで

- ①訪問診療が必要なことを確認する
 - ・継続診療が必要であるが、遷院が困難
 - ・本人、家族が訪問診療を要望
- ②病院主治医に病状を確認し、退院の時期を確認する
- ③連携センターに連絡することを本人または家族に話し了解を得る



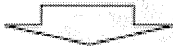
2. 柏地域医療連携センターへ連絡

- ①本人、家族、関係者と連携センター職員が面談する日程を調整する
- ②連携センターに提供する情報（利用者情報提供書）の内容を整理する



連携センター

- ①本人、家族に以下の内容について説明し同意書に署名をもらう
 - ・連携センターが在宅チームをコーディネートすることについて
 - ・情報共有システムを使い、多職種および連携センターが情報共有することについて
- ②本人及び関係者から必要な情報を収集する
- ③口腔ケアの状況を確認する
- ④在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー等のチームを編成し、退院時共同指導の希望候補日を調整して連絡する



3. 退院時共同指導の準備

- ①病院関係者、家族の日程を調整し、会場を確保する
- ②退院時共同指導日及び会場を連携センターに連絡する
- ③情報共有システム、郵送等で在宅主治医、副主治医、訪問看護師、ケアマネジャー等に診療情報提供書、看護サマリー等の必要な情報を提供する



連携センター

退院時共同指導日及び会場を在宅チームに連絡する

4. 退院時共同指導開催・退院

- ①司会進行をする ②記録を作成し、院内、在宅チームと情報共有をする

5. 退院後

- ①バックアップ病院として、退院後の経過を情報共有システム等にて把握する

(2) 大牟田市白川病院の取り組み：ワークショップの展開による退院支援

福岡県大牟田市の白川地区にある医療法人静光園白川病院（標榜科目：内科・リハ科・放射線科、病床数：218床（内訳：一般60床、医療療養98床、介護療養60床）患者平均年齢：85.7歳）では、市から委託を受けた中央地域包括支援センターが中心となって、関係団体（社会福祉協議会、民生児童委員連絡協議会、老人クラブ、医療法人静光園地域交流センターしらかわ、しらかわ生き生きクラブ、公民館連絡協議会など）を巻き込んだ形で、地域の中での支えあいづくりの仕組みづくりを展開している（当初、任意団体を立ち上げ、その後、NPO法人化）

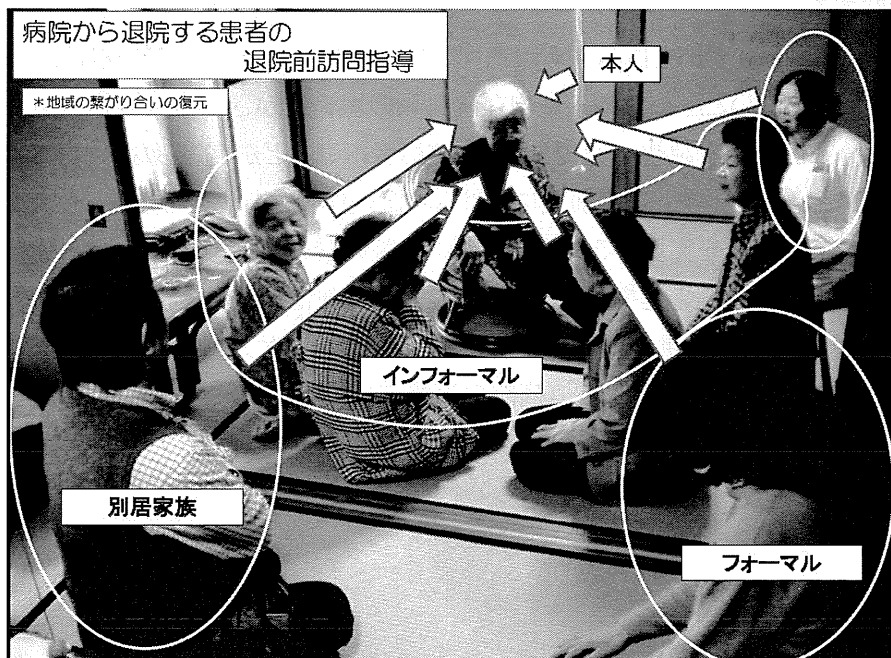
白川地区では、地域住民を含めた関係者間で地域課題を共有し、対応策を検討するための「ワークショップ」を開催（図7）、その中で出できた様々なアイデアを具体化している。

例えば、「独居高齢者がなかなか自宅に退院できない」という課題を提示し、関係者間で議論、その中で出たアイデアをもとに、ご近所さんを入れた退院前訪問指導を展開している（図8）。

図7. ワークショップの様子

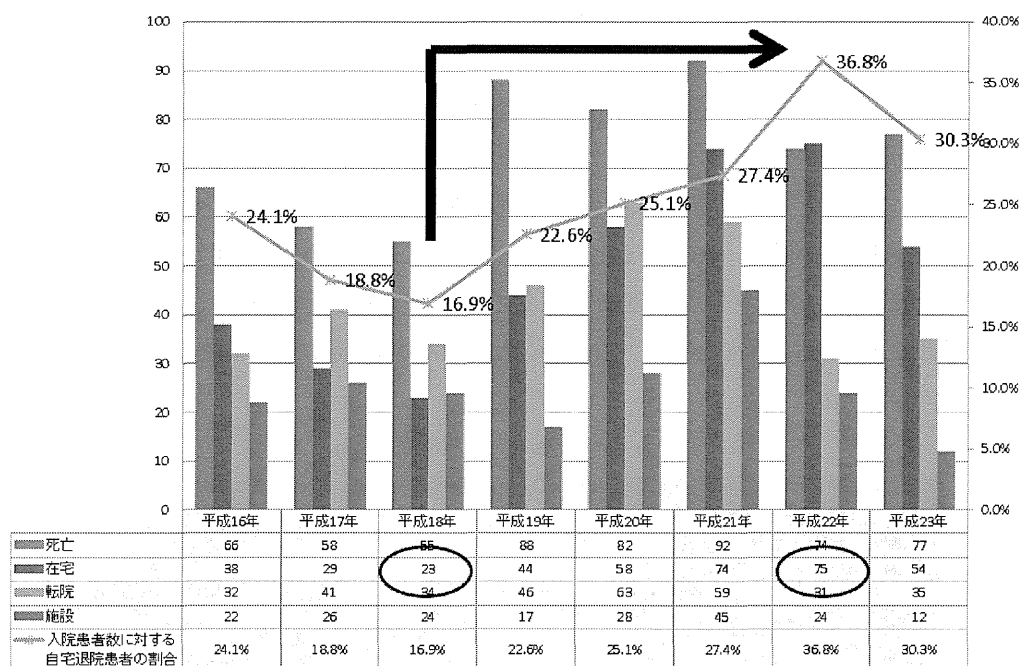


図8. ご近所さんを入れた退院前訪問指導の様子



こうした取り組みの結果、自宅退院患者数も増加傾向を示している（図9）

図9. 退院患者の動向（白川病院）



D. 考察および E. 結論

以下、退院事例調査等から見えてきた課題と対策について言及する。

1) 一般病床と在宅関係者間の連携強化（入院時／退院時連携の強化）

上述したように、自宅退院要介護高齢者の約7割が、一般病床からの直接退院である。したがって、「一般病床からの自宅退院」に対する支援を強化することが政策上重要となるが、同病床からの自宅退院要介護者の16%にしか退院前訪問指導が実施されていない（このことは、自宅の療養環境や自宅環境下でのADLの状況などを、病院スタッフは直接的には把握出来ていないことを意味する）。

急性期病床の場合、平均在院日数も短く、スタッフも多忙なため、退院支援に十分な時間やスタッフを割く余裕がないと思われる。平均在院日数の短縮化がさらに進めば、これら傾向が強まるだけでなく、入院中の看護やリハの提供、退院患者指導などが完結しないままの退院が増加する可能性は高い。そのため、退院前後における看護やリハの継続性を如何に図るかが、今後の重要テーマとなる。これを実現するためには、①病院の看護と訪問看護師、病院のリハ職と在宅サービスに従事するリハ職の連携強化（申し送り機能の強化）、②入院早期での介護支援専門員から病院への入院時情報提供の促進（生活情報の提供）、③ケアマネジャーから病院への退院後の状況に関する情報のフィードバック（病院の退院支援の質向上への貢献）などを進め、退院支援の質を高めつつ、一般病床が安心して退院させられる環境を、在宅ケア関係者主導で構築していく必要があると考える。

2) 多職種によるケア方針決定の強化：看護とリハ職の協働の推進

前述したように、一般病床では看護師とMSW、回復期リハ病床ではリハ職と看護師を中心に退院前ケアカンファレンスが運営されている。また、入院原因疾患をみると、一般病床では肺炎、心疾患、悪性腫瘍、回復期リハ病床では脳梗塞、大腿骨骨折、脳出血が上位を占めている。そのため、一般病床では、疾患の特徴から、看護の継続性に関心が払われやすく、かつ、看護師の関与が強いため、訪問看護の導入率が高く、逆に、回復期リハ病床では、疾患の特徴から、リハの継続性に関心が払われやすく、かつ、リハ職の関与が強いため、通所リハの導入率が高くなったものと考えられる（逆に言えば、一般病床退院患者の「廃用性機能低下」、回復期リハ病床退院患者の「再発予防」に対する視点が弱い可能性がある）。

3) 多職種によるケアマネジメント支援の推進

リハ職と協働で実施したケアマネジメント群（介入群）と、ケアマネジャー単独群（対照群）の効果を比較検証した結果、対照群では、退院1週間後と3カ月後のケアプランの内容、リハの実施内容がほぼ同じであったのに対し、介入群では、リハ職による指導・助言により、3カ月後には筋力増強運動、バランス練習、起居・立位動作練習、移動動作練習の実施率が有意に上昇していた。また、ADL自立度も、介入群の方が有意に改善していた。

では、なぜ対照群では同じプラン内容が継続していたのか。これは、ケアマネジャーが「退院後の現在の利用者の状態を維持したい」という潜在的な意識を持っているため、現在の状態が維持出来ていれば、ケアプランを変える必要性がないと判断し、その結果同じプランが継続されるという構造から生じた現象ではないかと推察される。リハ職や看護師から、「ケアマネジャーは、状態が悪くなったり、ADLが低下してから相談にくる」という話を聞くことがあるが、これは、現状維持を目指していたにも関わらず、状態が悪化したり、ADLが低下してしまったため、現状維持という目標が達成できなくなってしまう、その結果、看護師やリハ職に相談をしたと考えれば納得ができる。現在のケアマネジャーの約7割は福祉系であるが、福祉系の方は、今後の可能性（予後）を見据えたうえで、今何をすべきかを考えるといった（医療系の）思考過程ではなく、現在の状況に対する関心が強く、結果として悪化した後に、事後的に対応をとっているのではないかと考えられる。このような課題を有する現行のケアマネジメントの機能強化を図るためには、医療職が、こうした福祉職の思考過程の特徴を認識したうえで、要介護高齢者の状態の改善・悪化の可能性に言及しながら、現在の状態とのギャップを意識させる形で課題を正しく認識させるといった、思考プロセスへの側面支援を行うことが必要と考える。

現在、2つの市で、「ケアマネジメントの機能強化を目的とした地域ケア個別会議（多職種による事例検討会）」の司会役を担っている。個々の事例の課題をみると、健康面の問題、ADLの問題、機能面からみた問題など、複数の領域にわたる様々な「日常生活上の課題」を要介護高齢者が有している実態がわかる。これら多領域にわたる諸課題を解決するのがケアマネジャーの役割であるが、その際、重要になるのが、①適切な課題認識、②課題を引き起こしている根本原因の究明、ならびに③対応策の検討および実践である。これは、福祉系を中心としたケアマネジャーだけでは対応できない。マネジメントを仮に看護師やリハ職が行ったとしても同じ事である。この問題を解決する唯一の方法が、得意分野が異なる多くの職種が「利用者が抱える課題を解決する」という共通目標のもと、それぞれの役割を果たすといった多職種協働マネジメントを推進することにあると考える。

(参考文献)

1. 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成24年1月推計）、2012.
2. 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）、2013.
3. 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）、2013年1月推計、2013.
4. 川越雅弘，備酒伸彦，森山美知子：要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の間与状況—急性期病床，回復期リハビリテーション病床，療養病床間の比較—，理学療法科学，26(3)，387-392，2011.6.
5. 豊四季台地域高齢社会総合研究会在宅医療委員会 連携ワーキンググループ：在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック（2014.3.17）

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文

- 1) 川越雅弘(2015)：地域包括ケア構築に向けた施策動向と今後，SERC REPORT，14，19-29.
- 2) 川越雅弘(2015)：地域包括ケア構築に向けた施策動向とケア提供上の諸課題—多職種連携・多職種協働に焦点を当てて—，生活福祉研究，90，4-15.

2. 学会発表

- 1) 川越雅弘：退院支援／退院時ケアマネジメントの現状と課題，第15回介護保険推進全国サミット in 熊本，熊本交通センターホテル，熊本市，2014.10.30.
- 2) 川越雅弘：地域包括ケア構築に向けた制度改正の動向とリハ職に期待される役割—退院支援と生活期リハの機能強化を中心に—，第34回東京都理学療法学会大会 in 東京，東京医科歯科大学 湯島キャンパス，2015.6.14

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

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 27 年度分担研究報告書

地域包括ケアを構築するわが国における家族介護の現状

研究分担者 小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

わが国では介護保険が実施されて 16 年を迎えつつある。この 16 年に間に介護サービスの利用は居宅や通所サービスを中心に大きく伸びた。しかし依然として家族が介護を担う側面が見られる。そのため、「介護の社会化」は進んだ一方で、「家族介護の役割」は依然として大きい。「地域包括ケアシステム」の構築を進める中で、介護や医療、その他の福祉に従事するプロフェSSIONALの連携は当然に必要なことである。その他の人々、特に地域住民の役割とともに、要介護者を抱える家族の役割もあると考えられる。そのため、介護サービスの提供、医療との連携、ボランティアの活用だけでなく、家族介護者への支援を地域の実情に応じて進めていく必要がある。このような問題意識のもと、わが国の家族介護の現状を厚生労働省「国民生活基礎調査」の公表資料などを用いてまとめた。その結果、わが国の家族介護者は、より高齢化が進む中、男性の介護者が増加しつつある。また、「介護」を理由にした離職が多い中、仕事をしながら家族を介護する者もいる。家族が介護をする要因として、高齢者の年齢や要介護度の他に、家族介護者自身の年齢、就業の有無など、要介護高齢者、家族介護者双方の事情がある。

このように、わが国でも家族介護者の相当な役割を果たしており、彼らへの支援を行う必要がある。その方策として、全国的な制度の他、例えば「地域包括支援センター」で地域の実情に応じた支援も考えられる。支援策として、家族介護者向けの相談、福祉用具の利用、各種の経済的、就労継続的な支援等多様な支援が必要になると思われる。

A. 研究目的

わが国の高齢化は OECD 加盟国の中では、その水準、速度は群を抜いた形で進む見通しであり、後期高齢者の大きな増加も見通されている。それに伴い、高齢者の介護ニーズも大きく増加することも考えられる。あわせてわが国では、高齢者が住む世帯の平均世帯人員の減少などにより、家庭における介護力の低下が見られる。そこで、わが国では、「ゴールドプラン」等による介護サービス提供体制の整備、「介護保険」の実施等を進めてきた。

2000 年の介護保険実施後は「介護サービス」の利用は増えてきた。しかし、要介護認定者の全員が「介護サービス」を利用しているわけではない。「医療機関に入院」している者がいる一方で、家族が居家で介護を担っていることが考えられる。そもそも、要介護高齢者が住み慣れた地域で生活し続けるために、介護ニーズのすべてを介護事業者が担うことは現実的ではない。そのため、インフォーマルケア、特に家族介護者支援がかえって重要になるものと思われる。現に、OECD 加盟国でも家族の役割は依然として大きい。このような問題意識のもと、本研究では、わが国における家族介護の現状の分析等を行った。

B. 研究方法

本研究では、厚生労働省「国民生活基礎調査」(介護票)等の公表データの活用を中心に行った。また、筆者がこの研究の一環として行った学会報告の資料も引用しながら行った。

(倫理上への配慮)

本研究は、公表された文献資料またはすでに学会で報告した資料をもとに進めた。そのため、個人に関する情報を改めて収集・分析することは行っていない。そのため、そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

C. 研究結果

本研究で明らかになったことは以下のとおりである。

- ① わが国では介護保険実施後、「介護サービス」の利用が増えてきた。厚生労働省「介護保険事業状況報告」によると、介護保険の下での介護サービス利用者数は、2000 年度で約 184 万人であったが、2013 年度には 482 万人へと増加した。この数値は同じ年度の要介護認定者数の 82.5%であり、残りの 17.5%は医療機関に入院する、または家族が介護するなどの状態にあると考えられる。また、この水準には都道府県、保険者による地域差も見られる。
- ② 厚生労働省「国民生活基礎調査」(介護票)から、一般世帯に住む要介護高齢者を介護する者の男女・年齢の現状を見ると、(1)同居の介護者の男女比では、女性の方が非常に多いが、男性の家族介護者も近年ではおよそ 3 割を占めるようになっている、(2)同居の介護者の年齢構成は、男女とも 60 歳以上の者が高くなっている、(3)要介護高齢者と介護者の年齢の組み合わせを見ると、男女とも 50~59 歳が 80~89 歳の要介護者を介護している割合が最も

高い（それぞれ、介護者の 14.9%、13.5%）。

- ③ 同居の介護者による介護の頻度を見ると、介護の頻度で最も多いのは「必要なときに手を貸す程度」であり、2013 年で 42.0% を占める。次いで多いのは「ほとんど終日」であり、2013 年では 25.2% である。その他「2～3 時間程度」、「半日程度」がそれぞれ 1 割程度を占める。しかし、要介護者の要介護度別に見ると、最も軽度の「要支援」では、「必要なときに手を貸す程度」が 64.4% と最も多い。要介護度が重くなるにしたがって、介護の頻度は全体的に多くなっていく。例えば「ほとんど終日」介護している者の割合は、「要介護 1」、「要介護 2」ではそれぞれ 13.5%、23.4% であるが、「要介護 4」では 53.9%、「要介護 5」では 56.1% となり、同居の介護者の半数が終日介護を担っていることになる。このように、同居の介護者による介護の頻度は要介護度によって、大きく変化する。副介護者がいる介護者は 2013 年で 45.8% である。
- ④ 家族介護者の離職の問題が近年大きく注目されているが、「国民生活基礎調査」では、同居の介護者の「仕事の有無」を見ると、最も多いのは「仕事なし」であり、2013 年で 61.4% である。しかし、同居の介護者の続柄別では、「子」、「子の配偶者」は「仕事あり」がそれぞれ 54.1%、53.2% と半数を超える。つまり親の介護をしつつ、（就業形態に関係なく）仕事を継続している者の方が少し多い。
- ⑤ 介護サービスの利用状況を見ると、介護保険でのカバーの有無に関係なく、16 種類の介護のうち、家族だけで行っている割合が最も高いのは「洗濯」であり、2013 年で 77.6% である。あり、その他の年次次いで「買い物」、「服薬の手助け」、「話し相手」、「食事介助」等が高い。これらすべてを平均した数値を見ると、2013 年で家族だけで介護を担っている割合は 58.3% であり、2001 年の 70.1% からは大きく低下しているが、必要な介護のうち相当な部分を家族だけで担っている。
- ⑥ 家族が介護を提供する要因を、要介護高齢者の要因と家族介護者の要因それぞれから計量分析をした結果を引用してみると、わが国で家族介護者が提供するケアの種類数を左右する要因として、ADLs および IADLs の喪失度が 1% で有意な正の結果となった。家族介護者の性（女性ダミー）、年齢はそれぞれ 1%、5% で有意な正の結果となった。つまり身体等の機能の衰えがより激しい、家族介護者が女性であったり、家族介護者の年齢が高かったりする高齢者は、家族からの介護を受けやすいという傾向がある。東アジアの諸外国で見ても、それぞれの国や地域で特有の傾向が見られた。

D. 考察

わが国では介護保険が実施されて 16 年を迎えつつある。この 16 年に間に介護サービスの利用は居宅や通所サービスを中心に大きく伸びた。しかし依然として家族だけで介護を担っている世帯があったり、介護の具体的な内容別に見た場合でも、家族が担っている介護があったりする。そのため、「介護の社会化」は進んだ一方で、「家族介護の役割」は依然として大きい。特に老老介護が進む中、男性の介護者が増加しつつある。また、「介護」を理由にした離職が多い中、仕

事をしながら家族を介護する者もいる。家族が介護をする要因として、高齢者の年齢や要介護度の他に、家族介護者自身の年齢、就業の有無など、要介護高齢者、家族介護者双方の事情がある。

E. 結論

「地域包括ケアシステム」を構築する中で、介護や医療、その他の福祉に従事するプロフェッショナルの連携は当然に必要なことである。その他の人々、特に地域住民の役割とともに、要介護者を抱える家族の役割もあると考えられる。そのため、介護サービスの提供、医療との連携、ボランティアの活用だけでなく、家族介護者への支援を地域の実情に応じて進めていく必要がある。介護保険で給付されるサービスの他、例えば「地域包括支援センター」で行う家族介護者向けの相談、福祉用具の利用、各種の経済的、就労継続的な支援等多様な支援が必要になると思われる。こうした支援策は全国共通のものとともに、地域の実情に応じたものが必要になると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

小島克久（（共）金貞任）「高齢者の家族介護の程度を左右する要因に関する国際比較— 日中韓台の高齢者の家族介護者の調査より —」、日本老年社会科学会第 57 回大会 横浜国際会議場（2015. 6. 14）.

Katsuhisa Kojima (with JungNim Kim) “MODEL ANALYSIS OF FAMILY CARE PROVISION TO THE ELDERLY LIVING ALONE- JAPAN, KOREA, CHINA, TAIWAN COMPARATIVE ANALYSIS -”, IAGG ASIA/OCEANIA 2015, Chiang Mai, Thailand, 19th October 2015

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

はじめに

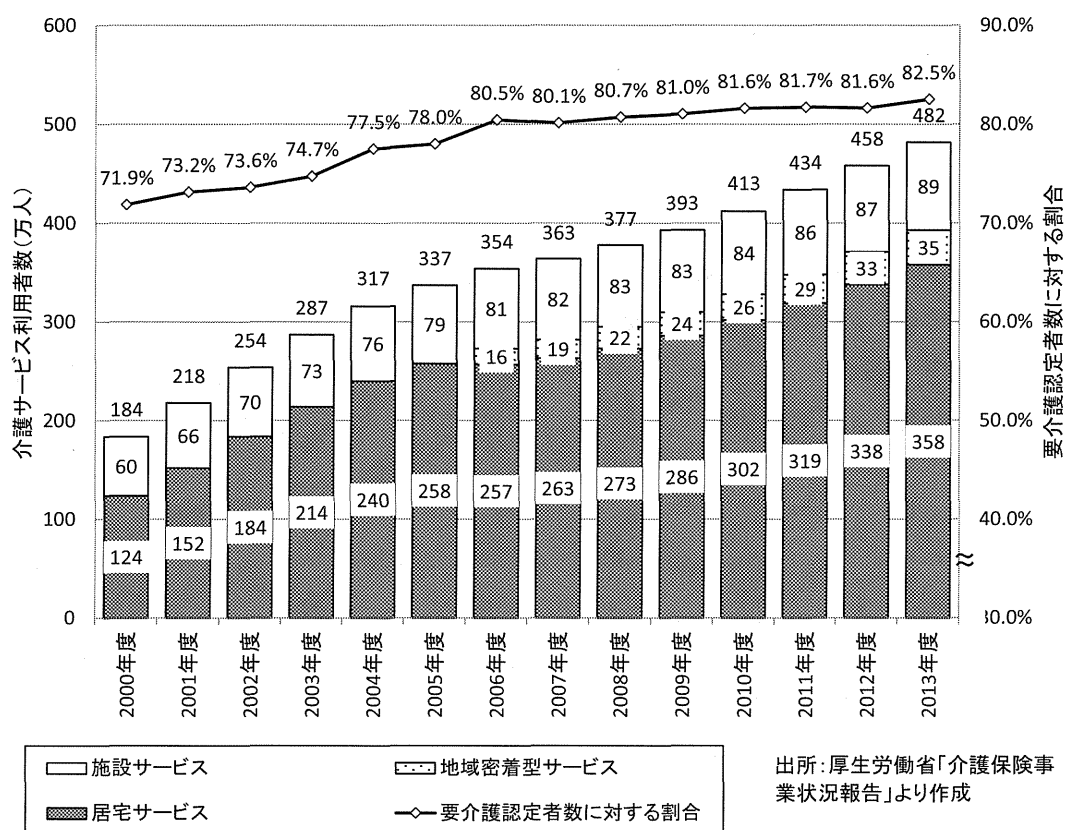
わが国の高齢化は OECD 加盟国の中では、その水準、速度は群を抜いた形で進む見通しであり、後期高齢者の大きな増加も見通されている。それに伴い、高齢者の介護ニーズも大きく増加することも考えられる。あわせてわが国では、高齢者が住む世帯の平均世帯人員の減少などにより、家庭における介護力の低下が見られる。そこで、わが国では、「ゴールドプラン」等による介護サービス提供体制の整備、「介護保険」の実施等を進めてきた。現在、「地域包括ケアシステム」の構築を目指し、要介護高齢者が、住み慣れた地域での居住継続、医療、福祉にまたがる複雑なニーズへの切れ目のないサービスを受けられるような仕組みの構築を進めているところである。「地域包括ケアシステム」の構築は、単に介護施設や居宅介護サービスに従事するプロフェッショナルが連携することだけにとどまらない。地域に住む住民も家族介護などのインフォーマルケアを担う重要なプレイヤーであると考えられる。

介護保険の実施後「介護サービス」の利用は増えてきた。しかし、要介護認定者の全員が「介護サービス」を利用しているわけではない。もちろん、彼らの中には「医療機関に入院」している者もいると思われる。しかし、居宅の場合、家族が介護を担っていることが考えられる。そもそも、要介護高齢者が住み慣れた地域で生活し続けるために、介護ニーズのすべてを介護事業者が担うことは現実的ではない。一部は、ボランティア等の地域住民、家族が担うことも期待される。そのため、インフォーマルケア、特に家族介護者支援がかえって重要になるものと思われる。現に、OECD 加盟国でも家族の役割は依然として大きく、家族介護者支援の重要性を OECD は各種の報告書などで指摘しているところである。筆者は昨年度の報告書で、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ところである。本論文では、介護サービスが整備され、利用も進む中で、家族が介護を担っている程度はどの程度なのか、家族が介護をする要因は何か、についてまとめる。これにより、わが国が「地域包括ケアシステム」の構築を進める中で、家族介護者支援策の今後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。

1. 「介護サービス利用者数」と「要介護認定者数」

わが国では介護保険実施後、「介護サービス」の利用が増えてきた。介護保険が実施された 2000 年度以降の状況を厚生労働省「介護保険事業状況報告」からまとめると、図 1 のとおりである。これを見ると、2000 年度には介護保険の下での介護サービス利用者数は、約 184 万人であり、居宅サービスが約 124 万人、施設サービスが約 60 万人であった。この年度の要介護認定者数が約 256 万人だったので、要介護認定者の 71.9%が介護サービスを利用したことになる。別の見方をすると 28.1%が介護サービスを利用していないことになる。

図1 介護サービス利用者数の推移



介護サービスの利用者数はその後も増加を続け、介護保険の大きな見直しを最初に行った2005年度には約337万人まで増加した。特に居宅サービスの利用者数が約258万人と2000年度の約2倍に達した。この年度の要介護認定者数に対する割合は78.0%であり、2000年度よりも約6%ポイント上昇しているが、22.0%の要介護認定者は介護保険下での介護サービスを利用していない。予防給付の導入等の改革が行われた2005年度以降は、少し増加が緩やかになるが、介護サービス利用者数は増加し続け、大きな制度改革が行われた2011年度には約434万人に達し、要介護認定者の81.7%が介護サービスを利用した。

表1 介護サービス利用者数(都道府県別・2013年度)

(単位:人)

都道府県	要介護認定者数	介護サービス利用者数				介護サービス利用割合	
		合計	居宅	地域密着	施設		
		1ヶ月平均	累計			1ヶ月平均	
北海道	287,183	223,694	1,896,710	285,092	502,520	77.9%	
青森県	74,413	65,986	575,101	80,075	136,653	88.7%	*
岩手県	72,974	60,706	517,088	56,844	154,536	83.2%	*
宮城県	103,469	85,125	760,481	71,985	189,037	82.3%	
秋田県	70,756	56,778	488,126	53,266	139,944	80.2%	
山形県	64,396	55,158	459,900	63,384	138,608	85.7%	*
福島県	101,281	84,507	734,715	76,853	202,516	83.4%	*
茨城県	110,860	91,848	759,062	77,045	266,070	82.9%	*
栃木県	77,678	63,942	554,800	61,828	150,671	82.3%	
群馬県	90,205	75,772	656,583	69,866	182,816	84.0%	*
埼玉県	239,830	193,843	1,752,825	109,906	463,388	80.8%	
千葉県	221,267	179,498	1,633,694	123,872	396,414	81.1%	
東京都	523,534	424,137	3,996,960	277,388	815,297	81.0%	
神奈川県	334,765	273,930	2,459,700	243,179	584,281	81.8%	
新潟県	126,435	109,364	914,511	103,012	294,847	86.5%	*
富山県	56,987	48,933	396,197	51,082	139,922	85.9%	*
石川県	56,008	48,212	388,729	60,722	129,087	86.1%	*
福井県	38,580	34,722	276,504	43,253	96,906	90.0%	*
山梨県	36,286	32,346	281,668	27,441	79,043	89.1%	*
長野県	107,698	95,509	836,781	80,705	228,624	88.7%	*
岐阜県	89,823	77,760	667,683	79,275	186,160	86.6%	*
静岡県	153,394	134,128	1,137,558	129,138	342,834	87.4%	*
愛知県	264,810	219,882	2,000,674	168,935	468,976	83.0%	*
三重県	91,455	73,653	650,601	55,081	178,149	80.5%	
滋賀県	55,671	47,024	418,253	49,630	96,401	84.5%	*
京都府	132,296	112,467	999,292	92,409	257,903	85.0%	*
大阪府	447,519	346,301	3,374,135	197,993	583,482	77.4%	
兵庫県	270,333	218,405	2,028,857	145,943	446,056	80.8%	
奈良県	65,442	52,745	479,996	31,350	121,597	80.6%	
和歌山県	64,946	52,945	484,669	37,816	112,849	81.5%	
鳥取県	33,129	28,416	233,740	34,905	72,352	85.8%	*
島根県	45,988	40,006	335,653	49,984	94,440	87.0%	*
岡山県	109,279	89,772	773,189	111,375	192,701	82.1%	
広島県	149,947	129,276	1,167,512	123,944	259,860	86.2%	*
山口県	83,610	66,773	573,168	67,965	160,140	79.9%	
徳島県	47,212	41,047	354,479	37,096	100,988	86.9%	*
香川県	54,448	46,318	409,133	39,284	107,393	85.1%	*
愛媛県	86,722	73,978	651,181	90,857	145,702	85.3%	*
高知県	45,995	35,479	286,528	42,277	96,943	77.1%	
福岡県	240,704	203,057	1,817,566	185,702	433,413	84.4%	*
佐賀県	43,625	37,617	326,498	40,652	84,254	86.2%	*
長崎県	89,404	73,718	642,579	97,085	144,957	82.5%	
熊本県	102,298	84,893	728,134	90,672	199,906	83.0%	*
大分県	66,729	58,215	526,539	46,765	125,281	87.2%	*
宮崎県	57,831	48,599	428,248	43,088	111,855	84.0%	*
鹿児島県	98,669	80,855	663,711	107,310	199,235	81.9%	
沖縄県	52,120	44,781	403,762	29,975	103,632	85.9%	*
全国計	5,838,004	4,822,118	42,903,473	4,243,304	10,718,639	82.6%	

出所:厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成

注:“*”は介護サービス利用者割合が「全国」よりも高い都道府県を指し、色つきの部分は、これが「低い都道府県を指す。

そして 2013 年度になると、介護サービス利用者数は約 482 万人（居宅サービスが約 358 万人、地域密着型サービスが約 35 万人、施設サービスが約 89 万人）に達した。この数値は要介護認定者数の 82.5%に相当する水準である。残りの 17.5%は医療機関に入院する、または家族が介護するなどの状態にあると考えられる（図 1）。

都道府県別に「介護サービス」の利用者数の要介護認定者に対する割合（2013 年度）を表 1 から見ると、ある程度の地域差が見られる。この割合が最も高いのは福井県の 90.0% である。最も低いのは高知県の 77.1% である。両者の差は 13% 程度存在するが、介護サービスの利用者割合が高い地域と低い地域をまとめると次のようになる。まず、介護サービス利用者割合が高い都道府県は全国的に見られるが、この割合が特に高い 85% 以上の都道府県は、東北地方（青森県、山形県）、中部地方（新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県）、中国地方（鳥取県、広島県）、四国地方（徳島県、香川県、愛媛県）、九州・沖縄地方（佐賀県、大分県、沖縄県）で見られる。これらの地域では、介護保険下での介護サービスがよく利用されているが、15% 程度は利用していない者がいる。逆にこの割合が全国を下回る都道府県は、北海道、東北地方（宮城県、山形県）、関東地方（茨城県と群馬県以外の都県）、近畿地方（滋賀県、京都府以外の府県）で顕著である。これらの地域ではおよそ 2 割以上の者が介護保険のサービスを利用していない。このように、「介護サービス」の利用者の要介護認定者に占める割合には地域差がある（表 1）¹。

このように、わが国では介護保険実施後、「介護サービス」の利用が増えてきた。しかし、全国平均ではおよそ 2 割の要介護者が介護保険下での介護サービスを利用していない。また、この割合には地域差がある。その背景として、医療機関に入院しているため、介護保険のサービスを利用していない、という事情も考えられる。しかし、自宅で生活する要介護者の場合、家族が介護をすべてになっている場合も考えられる。また、居宅サービスを利用している要介護も、介護ニーズのすべてを介護事業者によるサービスで対応していると考えerことは現実的ではない。つまり、介護事業者が来るとき以外は、家族の誰かが見守りや介護を行っていると考えerことができる。

2. 「国民生活基礎調査」からみる家族介護の現状

(1) 家族介護者の性・続柄・年齢

厚生労働省「国民生活基礎調査」では 3 年ごとの大規模調査年で「介護票」の調査を行い、要介護認定者、介護者の状況等を調査している。その結果から介護者の同別居・続柄、性・年齢の状況をまとめたものが表 2 である。それによると、在宅の要介護認定者の介護者のうち、同居の者は 2013 年で 61.6% である。2001 年の 78.7% より低下傾向にあるが、同居の家族が介護を担っている側面がある。その中で特に多いのが配偶者であり、2013 年

¹ この割合を保険者別（2013 年度で 1,579）に出すと、90% 以上の保険者は 12.0% であり、80% 以上 90% 未満は 59.8% と最も多い。70% 以上 80% 未満は 26.1%、60% 以上 70% 未満は 1.9% となる（厚生労働省「介護保険事業状況報告」より筆者試算）。

で 26.2%を占めており、2001 年の 28.7%から安定的に推移している。その他には、子が 21.4%、子の配偶者が 11.2%（ともに 2013 年）となっており、3 割程度は子どもやその配偶者が介護を担っている。

表2 介護者の性・年齢・続柄の状況

介護者の属性		2001年	2004年	2007年	2010年	2013年
総数		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
同別居・ 続柄	同居	78.7	70.0	72.0	64.1	61.6
	配偶者	28.7	26.2	30.0	25.7	26.2
	子	22.0	19.9	21.5	20.9	21.8
	子の配偶者	24.9	21.5	17.2	15.2	11.2
	父母	0.4	0.6	0.4	0.3	0.5
	その他の親族	2.5	1.8	3.0	2.0	1.8
	別居の家族等	8.3	9.2	12.8	9.8	9.6
	事業者 その他	10.3 2.8	14.4 6.4	14.4 0.7	13.3 0.7	14.8 1.0
(同居の介護者)						
性別	男	23.6	25.1	28.1	30.6	31.3
	女	76.4	74.9	71.9	69.4	68.7
年齢階 級・男	40歳未満	3.9	3.9	2.8	3.2	2.0
	40～49	11.6	9.4	6.1	9.5	7.6
	50～59	20.1	23.6	25.4	22.5	21.4
	60～69	23.7	25.1	24.9	24.7	27.7
	70～79	27.3	24.7	22.8	19.7	22.6
	80歳以上	13.5	13.2	18.1	20.5	18.7
	(再掲)60歳以上	64.5	63.0	65.8	64.9	69.0
年齢階 級・女	40歳未満	4.3	3.5	2.5	2.8	2.0
	40～49	13.1	13.2	10.0	7.8	8.1
	50～59	32.3	30.1	31.6	28.4	21.4
	60～69	26.7	28.1	24.3	31.3	32.5
	70～79	19.7	18.1	23.1	21.0	25.8
	80歳以上	3.9	6.9	8.4	8.7	10.2
	(再掲)60歳以上	50.3	53.1	55.8	61.0	68.5

出所:厚生労働省「国民生活基礎調査」

家族介護者については、「女性が多く、老老介護も進んでいる」と言われて久しい。表 2 からその状況を見ると、まず同居の介護者の性別では女性が多くを占めており、2013 年では 68.7%を占める。しかし、2001 年の 76.4%から 8%ポイント程度低下している。一方で男性は 2001 年の 23.6%から 2013 年の 31.3%へと上昇しており、男性の家族介護者が増えつつある。次に年齢別では、男女とも 60 歳以上の者の占める割合が高くなっている。女性では 2013 年で 68.5%であり、2001 年の 50.3%から約 18%ポイント上昇している。男性では 2013 年で 69.0%であり、2001 年の 64.5%から約 5%ポイント程度の上昇となっている。年齢階級別では、女性では 60～69 歳、50～59 歳の割合が高い。例えば 2013 年では 60～69 歳が 32.5%、50～59 歳が 21.4%を占める。2001 年では 60～69 歳が 26.7%、50～59 歳が 32.3%を占める。一方男性では、60～69 歳、70～79 歳の割合が高い。例えば 2013 年

では 60～69 歳が 27.7%、70～79 歳が 22.6%を占める。このように、「家族介護者には女性が多く、老老介護」という傾向は変わらないが、男性介護者の増加、介護者の高年齢化が進みつつある（表 2）。

同居の介護者が誰を介護しているのか、介護者の年齢によって大きく異なるものと思われる。表 3 は同居の介護者と要介護認定者の年齢階級の組み合わせを 2013 年についてまとめたものである。上は同居の介護者が男性、下は女性の場合で、それぞれの合計は 100%となる。網掛けの部分は要介護認定者が同居の介護者よりも明らかに年上の部分である。

まず表の下の部分を見ると、女性の介護者のうち 50～59 歳で 80～89 歳の要介護者を介護している割合が最も高く、13.5%を占める。次いで 60～69 歳の女性が 90 歳以上の要介護者を介護している割合が 12.3%となっている。これらの場合、介護者と要介護者の年齢差が 20～30 歳以上あり、親（または配偶者の親）の介護を担っているものと思われる。また、70～79 歳の女性が同じ 70～79 歳の要介護者を介護している割合が 12.1%を占めている。同年代の介護なので、配偶者の介護を後期高齢層やそれに近い年齢で担っていることが多いことが示唆される。

表3 手助けや見守り世要する者と介護者の年齢別
組み合わせ別にみた同居の介護者の割合

2013年		手助けや見守りを要する者				
男		40～64歳	65～69	70～79	80～89	90歳以上
同居の 介護者	40歳未満	0.5	0.3	0.7	0.3	0.2
	40～49歳	0.2	1.0	3.6	2.7	0.2
	50～59歳	1.0	0.1	3.3	14.9	2.2
	60～69歳	3.2	2.1	0.7	12.7	9.0
	70～79歳	0.1	3.4	14.0	2.2	2.9
	80歳以上	0.1	0.2	5.6	12.2	0.6
女		40～64歳	65～69	70～79	80～89	90歳以上
同居の 介護者	40歳未満	0.2	0.2	0.5	0.9	0.2
	40～49歳	0.5	0.5	3.6	3.1	0.6
	50～59歳	1.3	0.4	2.2	13.5	4.0
	60～69歳	0.6	3.1	4.7	11.9	12.3
	70～79歳	0.5	0.3	12.1	10.1	2.7
	80歳以上	0.6	0.0	0.7	7.9	1.0

出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」

注：網掛け部分は、「手助けや見守りを要する者」が「介護者」よりも明らかに年上の組み合わせ。

次に表の上の部分を見ると、男性の介護者のうち、50～59 歳で 80～89 歳の要介護者を介護している割合が女性同様に最も高く、14.9%を占める。60～69 歳の男性が 80～89 歳の要介護者を介護している割合も 12.7%を占める。これらも親（または配偶者の親）の介護を担っているものと思われる。一方、70～79 歳の男性が同じ 70～79 歳の要介護者を介護している割合が 14.0%を占める。また、80～89 歳の男性が同じ 80～89 歳の要介護者を