

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 25-27 年度総合研究報告書

在宅療養支援診療所開設の地域差について

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 部長）

【研究要旨】

目的：地域間での在支診の開設状況の差異に影響を与える要因を明らかにすること。

方法：65 歳以上人口あたり在支診数の伸び率を被説明変数とした推定においては、診療所総数は正で有意だが、訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数は有意ではなかった。病院総数も有意ではなかった。また、自宅死亡割合は訪問系サービス事業所数を変数としたときに 10%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

平成 20 年の 65 歳以上人口あたり在支診数を被説明変数とした推定においては、診療所総数は正で有意、訪問看護事業所数は 10%水準で、訪問系サービス事業所数は 5%水準で正で有意であった。病院総数は有意ではなかった。自宅死亡割合は訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数のそれぞれを説明変数としたときにともに 5%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

考察・結論：本稿の結果は診療所数が多いという競争的な環境が在支診手挙げにつながることを示唆している。他方で、自宅死亡数が負で有意であることは在支診手挙げが在宅看取りという在支診に対するニーズとマッチしていない可能性を示唆している可能性がある。急変時に患者を任せることができるバックアップ病院数が有意な効果を持たないことは、ニーズとマッチした地域に立地していない結果であることと整合的な結果であるかもしれない。訪問看護は在支診を運営するために必要なものであるが、有意な効果を持たない場合があることはやはりニーズとマッチした地域に立地していない結果であることを意味しているのかもしれない。

在宅療養支援診療所開設の要因をさらに明らかにするためには、二次医療圏単位のデータを整備し、予備的な検討結果である本研究の結果を補強する必要がある。

A.目的

平成 18 年の診療報酬改定で在宅療養支援診療所が制度化された。これは高齢者が家庭や地域で療養しながら生活を送れるようにするとともに、在宅での最後を迎えることを選択できるようにすることが目的とされている。平成 20 年現在で在宅療養支援診療所数は 11,260 箇所であり、一般診療所総数 99,083 箇所の 11.4%となっている。これが十分な数かは明らかでは無いが、もし不十分だとすればなぜ手上げが進まないのかを明らかにする必要がある。そこで、地域間での在支診の開設状況の差異を利用し、差異に影響を与える要因を明らかにする。

B.方法

医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査、人口動態統計、人口推計について、平

成 20 年度の都道府県単位のデータを整備し、記述的に分析を行った。その上で、平成 20 年～23 年の 65 歳以上人口あたり在支診数の伸び率、及び平成 20 年の 65 歳以上人口あたり在支診数を被説明変数とした重回帰分析を行った。全ての変数は 65 歳人口で標準化した。

C. 結果

全国での在宅療養支援診療所数（在支診数）は平成 20 年の 11,260 施設から平成 23 年には 13,506 施設と 2,000 施設ほど増加していた（図 1）。65 歳以上人口あたり在支診数は西日本において多い傾向がある（図 2）。65 歳以上人口あたり在支診数と自宅死亡割合の間の相関係数は-0.150 であるが、統計的には有意では無かった（図 3）。

65 歳以上人口あたり在支診数の伸び率を被説明変数とした推定においては（表 2 左側）、診療所総数は正で有意だが、訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数は有意ではなかった。病院総数も有意ではなかった。また、自宅死亡割合は訪問系サービス事業所数を変数としたときに 10%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

平成 20 年の 65 歳以上人口あたり在支診数を被説明変数とした推定（表 2 右側）においては、診療所総数は正で有意、訪問看護事業所数は 10%水準で、訪問系サービス事業所数は 5%水準で正で有意であった。病院総数は有意ではなかった。自宅死亡割合は訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数のそれぞれを説明変数としたときにもともに 5%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

D. 考察および E. 結論

岸田・谷垣(2011)は 65 歳以上人口当たり在宅療養支援診療所数が多いことが、在宅看取り割合と正の関連を示すことを指摘している。このため、在宅での看取りを推進する立場からは、在宅療養支援診療所の開設を推進すべきと言える。しかしながら、武田(2007)による新潟県のデータの分析結果は在宅看取りに対する潜在的ニーズの高いと考えられる地域において却って在宅療養支援診療所の開設が少ないことを示唆している。このことは在宅療養支援診療所が本来必要とされる地域以外において、ニーズとは異なる要因によって開設されていることを意味するかもしれない。

そこで、本研究では、吉田・幸野(2007)に従って、需要要因（自宅死亡割合）、リスク回避要因（病院数）を説明変数とし、診療所総数は在宅療養支援診療所数やその開設数に対する影響を検討した。

本稿での分析結果は、診療所総数は在宅療養支援診療所数や開設数に影響を与えるが、自宅死亡割合という在宅療養支援診療所が提供するサービスへの潜在的なニーズは在宅療養支援診療所数や開設数に影響を与えないこと、訪問看護事業所数や訪問系サービス事業所数という在宅看取りに必要な資源は在宅療養支援診療所数や開設数に正の影響を与える

がバックアップとなる病院の数は影響を与えないことを明らかにした。

診療所数が多いという競争的な環境が在支診手挙げにつながることを示唆している。他方で、自宅死亡数が負で有意であることは在支診手挙げが在宅看取りという在支診に対するニーズとマッチしていない可能性を示唆している可能性がある。急変時に患者を任せることができるバックアップ病院数が有意な効果を持たないことは、ニーズとマッチした地域に立地していない結果であることと整合的な結果であるかもしれない。訪問看護は在支診を運営するために必要なものであるが、有意な効果を持たない場合があることはやはりニーズとマッチした地域に立地していない結果であることを意味しているのかもしれない。

しかしながら、本稿での分析結果は、クロスセクションデータでの推定であり、サンプル数も少数であるため、これらの結果は限定的であることを踏まえる必要がある。在宅療養支援診療所開設の要因をさらに明らかにするためには、二次医療圏単位のデータを整備し、予備的な検討結果である本研究の結果を補強する必要がある。

【引用文献】

1. 岸田研作・谷垣静子(2011)「在宅療養支援診療所による看取り数に影響する地域特性」『厚生学の指標』Vol.58,No.2,pp.27-30.
2. 武田誠一 (2007)「新潟県内の在宅医療のサービス基盤に関する研究-新潟県における「在宅療養支援診療所」の開設状況-」『新潟青陵大学紀要』Vol.7, pp.73-85.
3. 吉田あつし・幸野聡 (2007)「茨城県における診療所間の空間的競争」『日本統計学会誌』Vol.37,No.1,pp.133-150.

F. 健康危険情報

なし

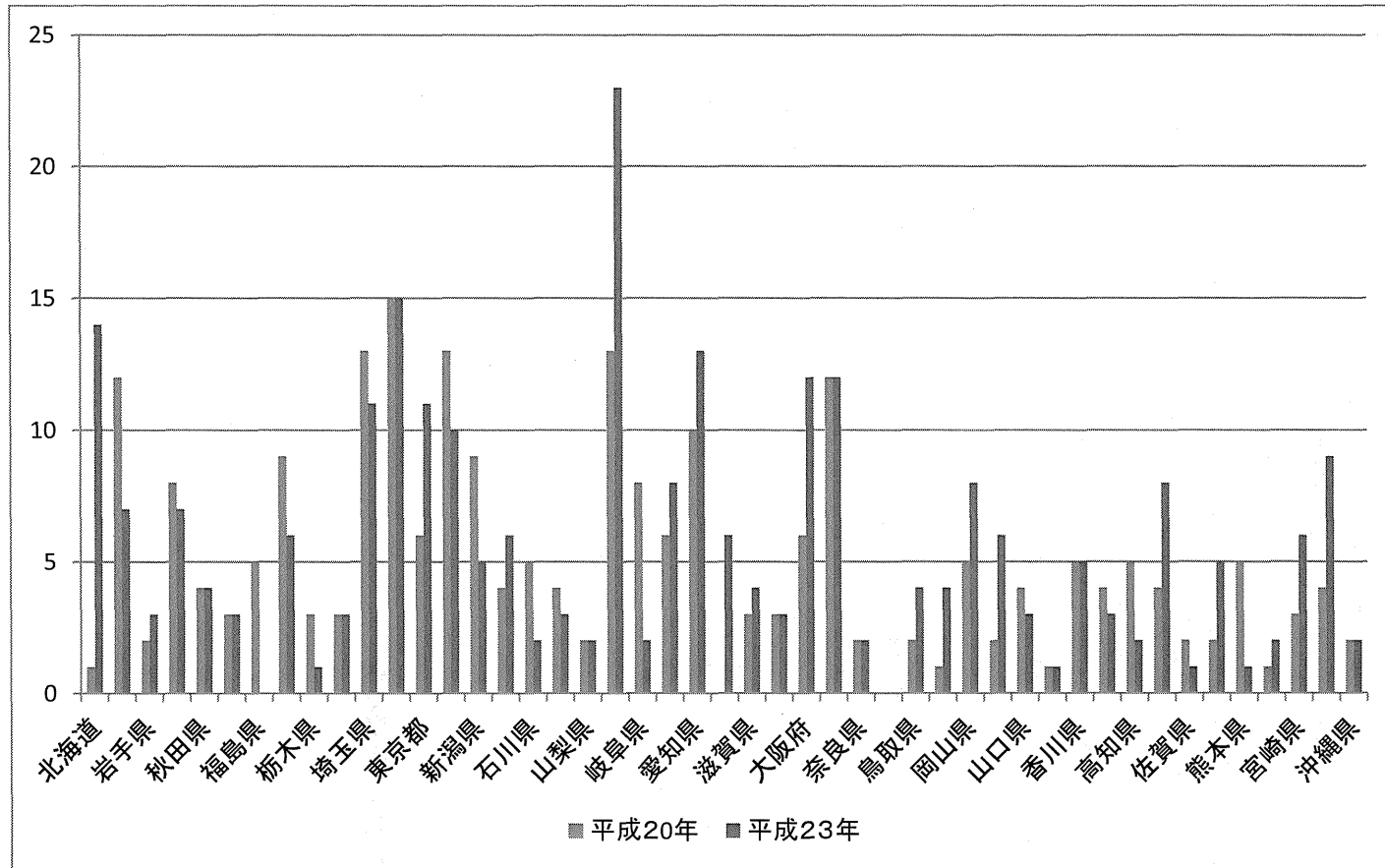
G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

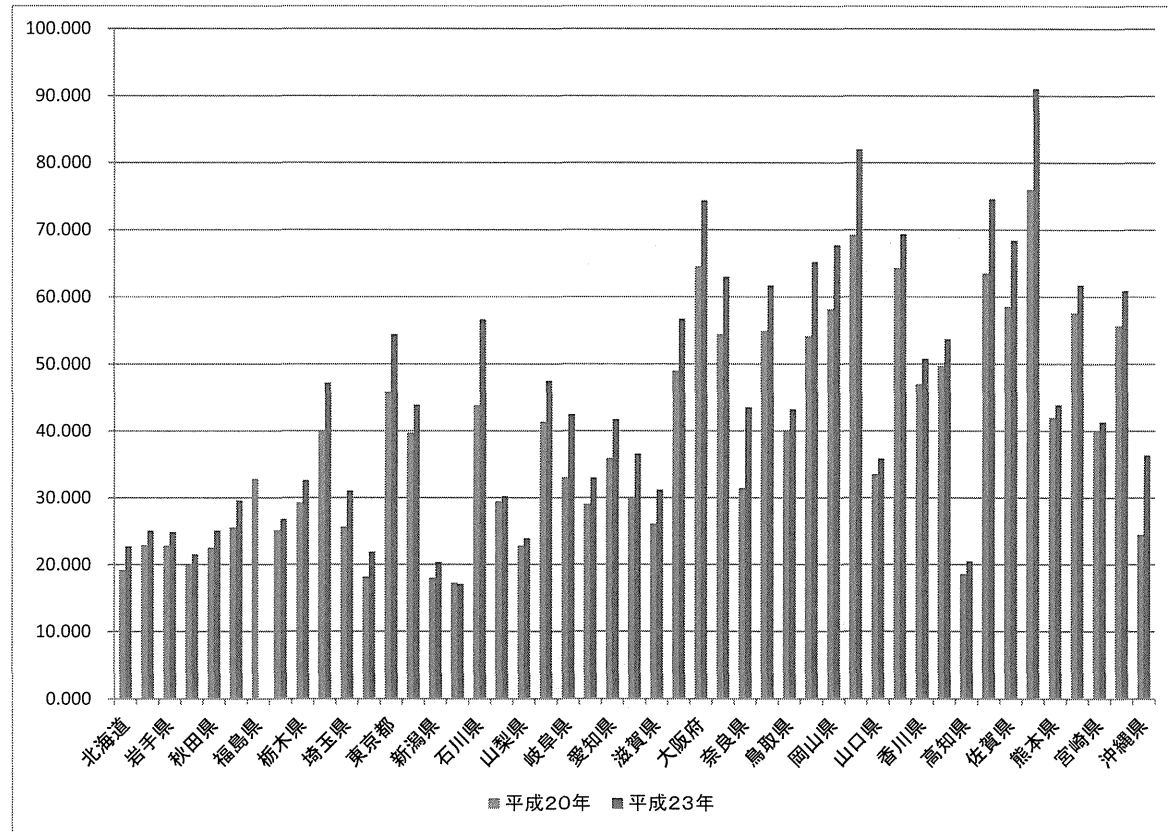
なし

図1：都道府県別在宅療養支援診療所数



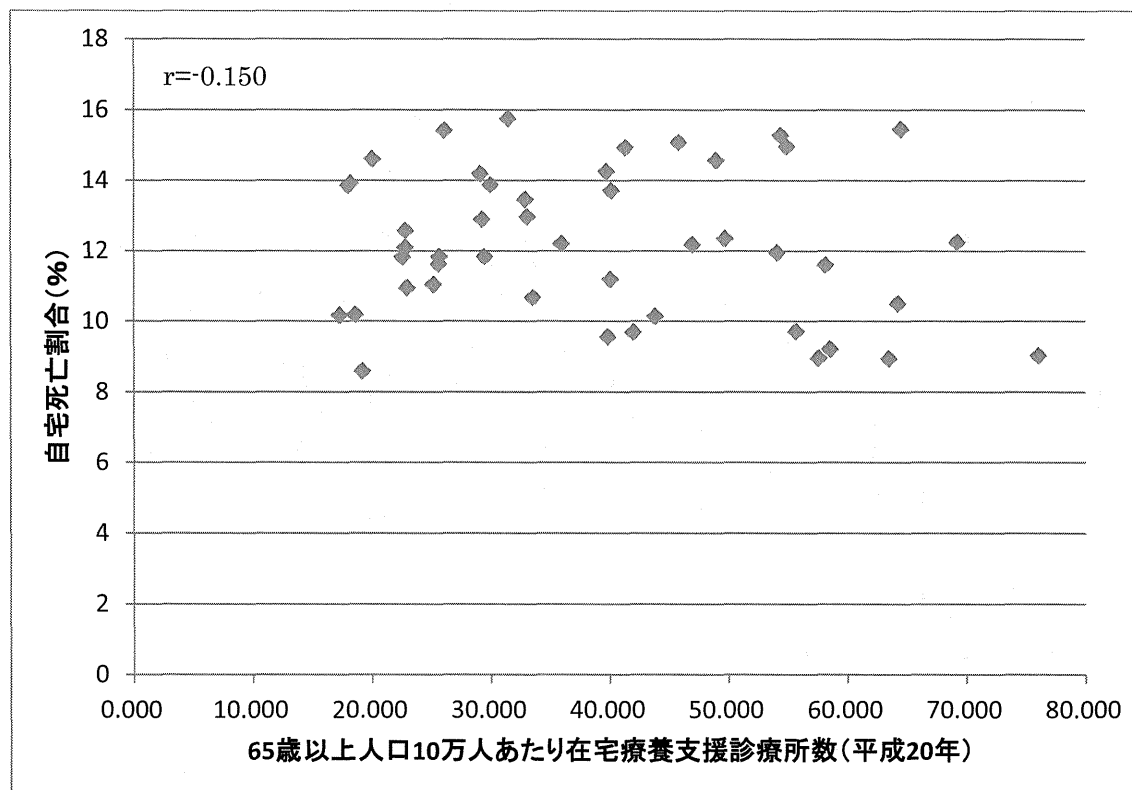
出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より筆者作成

図2：都道府県別 65歳以上人口10万人あたり在宅療養支援診療所数



出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より筆者作成（平成23年の福島県は欠損値）

図3：都道府県別65歳以上人口10万人あたり在宅療養支援診療所数と自宅死亡割合の相関（平成20年）



出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」、「人口動態調査」より筆者作成

表 1：検討対象となった文献の調査対象

	記述統計				
	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
65歳以上人口10万人当たり在支診伸び率	46	-0.200	15.080	5.719	3.870
65歳以上人口10万人当たり在支診	46	17.270	76.030	38.919	16.074
診療所総数	46	2.440	4.630	3.202	0.480
病院総数	46	0.190	0.640	0.331	0.115
訪問系	46	0.670	1.600	0.987	0.209
訪問看護	46	0.120	0.320	0.189	0.045
自宅死亡割合	46	8.580	15.750	12.192	2.075

出所：本文参照

表 2：推定結果

	人口10万人当たり在支診伸び率				人口10万人当たり在支診数							
	推定値	標準偏差		推定値	標準偏差		推定値	標準偏差				
(定数)	-2.593	5.755		-1.875	5.605		-23.442	16.934		-25.099	16.268	
診療所総数	5.762	1.116	***	5.507	1.108	***	25.148	3.284	***	24.734	3.217	***
自宅死亡割合	-0.597	0.386		-0.691	0.377	*	-2.682	1.135	**	-2.733	1.093	**
訪問看護	-0.090	12.983					68.528	38.200	*			
訪問系				2.251	2.816		4.711	21.205		18.550	8.174	**
病院総数	-8.584	7.207		-11.591	7.200					-0.519	20.897	
Adj-R2	0.363			0.373			0.680			0.694		
F-値	7.407			7.682			24.938			26.476		

出所：筆者作成

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 25-27 年度総合研究報告書

OECD 加盟国におけるインフォーマルケア支援策の動向

研究分担者 小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

研究要旨：本研究は、OECD 加盟国におけるインフォーマルケア支援策の現状をまとめ、わが国の「地域包括ケアシステム」の構築に資する参考事例を求めるという視点から、わが国に資する点について考察したものである。わが国では「地域包括ケアシステム」の構築を進めている。OECD 加盟国でも、地域に密着し、かつ各種の保健・医療・福祉の関係者が連携してサービスを提供することを重視している国もある（例：ポルトガル、エストニアなど）。このようなフォーマルなケアサービスを統合的に提供する一方で、家族介護者の役割は大きいと認識されている。インフォーマルケアの支援策として、各種相談サービス、レスパイトケア、介護休業の他、介護手当などの経済的な支援策も重要である。OECD 加盟国ではこれらの政策が実施されている。わが国の「地域包括ケアシステム」では、保健・医療・福祉関係者だけでなく、家族介護者などのインフォーマルケアに従事する者の役割も重要である。わが国でも介護休業など、すでに実施されている施策もあるが、ケアワーカーや介護体験者による相談サービスなど、実施状況に地域差があると考えられるもので、効果が大きいと期待されるサービスの普及が重要である。各種の施策のバランスが取れた形を前提とした、経済的支援策の検討も重要であると思われる。

はじめに

わが国をはじめとする OECD 加盟国では高齢化が進行し、これがさらに進むことが見通されている。特に後期高齢者は大きく増加することが見通されている。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見通されている。一方で、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、高齢者介護を社会全体で支える仕組みを充実させることが重要な政策課題となっている。それは単に介護施設や在宅介護サービスの数を増加させることではない。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対応が重要になっており、OECD 加盟国の中では、地域に密着して、保健・医療・福祉サービスが連携したサービス提供を行うことを重視しているところである。そのような中、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。

わが国が 2025 年を目処に構築を目指す「地域包括ケアシステム」では、施設や居宅での制度化されたケア（フォーマルケア）に従事する人々でなく、家族等によるケア（インフォーマルケア）も重要である。例えばわが国の場合、居宅の要介護高齢者のいる世帯の

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¹。

¹ 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)	◇	◇	◇	◇		◇	

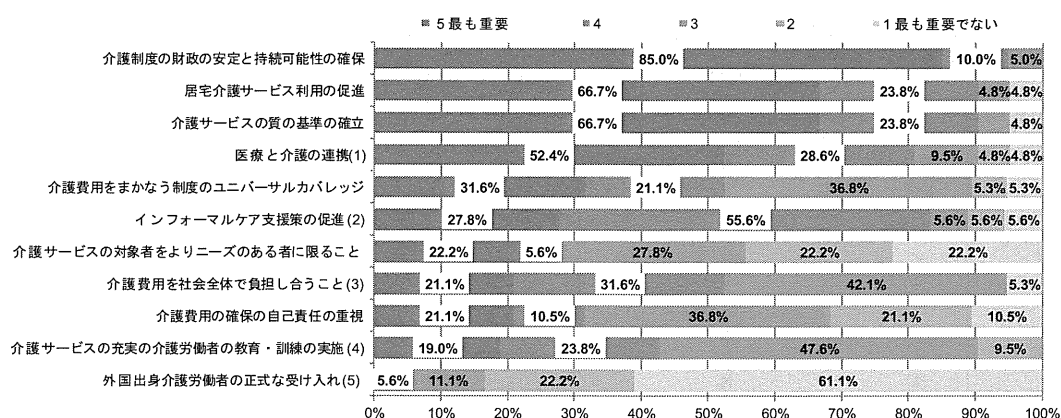
注: 介護制度改革は複数のセルにまたがることもある。例えば、(強制加入の)介護制度の導入は、介護サービスへのアクセス、給付、自己負担、財源確保とサービス選択に関わる。介護制度の対象者の範囲、介護者の問題、介護者の問題は他の章で詳しく取り上げる。

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」を最も重要である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²。「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	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、データの無いイタリア、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

² 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³。

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

³ 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とした制度である。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 25-27 年度総合研究報告書

介護サービス需要・提供体制に関する地域差の実態把握

研究分担者 菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

高齢者が住み慣れた地域において最期まで尊厳をもった生活を送ることができるよう、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」構築へ向けての取組みが進められている。この際、高齢化の状況や地域資源に大きな地域差がある中、各地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が求められており、そのためには各地域の実態把握がまずは求められる。本研究では、介護サービス利用に関する地域差の実態を明らかにし、地域包括ケアシステム構築へ向けての示唆を得ることを目的としている。本研究から得られた主な結果は以下の2点である。

第1に、65歳以上人口に対する要介護認定者の比率（以下、認定率）は、軽度（要支援1、2）の要介護度において地域差が大きくなっているが、最も重い要介護5においても比較的大きな地域差が発生している。各地域の認定率は人口構造（性・年齢）の影響を強く受けているが、本分析の結果は人口構造以外の地域差要因が存在することを示唆している。認定率は介護費用に大きな影響を与えており、介護費用の多くを社会全体で負担していることを考慮すれば、認定率の変動要因を明らかにし、要介護認定制度の公平性を確保する必要がある。第2に、介護療養医療施設の利用が多い地域において介護サービス自体の利用が低いことが明らかとなった。これらの地域は病床数が比較的多い地域となっており、医療保険適用病床への入院が低い介護サービス利用の背後にある可能性がある。高齢者介護に対する医療と介護の役割について、検討が求められる。

A. 目的

高齢者が住み慣れた地域において最期まで尊厳をもった生活を送ることができるよう、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」構築へ向けての取組みが進められている。この際、高齢化の状況や地域資源に大きな地域差がある中、各地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が求められており、そのためには各地域の実態把握がまずは求められる。本研究では、介護サービス利用に関する地域差の実態を明らかにし、地域包括ケアシステム構築へ向けての示唆を得ることを目的としている。

B. 方法

厚生労働省「介護給付費実態調査月報」（平成24年11月審査分）、および総務省「推計人口」（平成24年10月1日現在人口）をもとに、各都道府県における介護サービス利用に関する各種指標を作成し、同指標に基づいて都道府県間における地域差の実態について検討を行った。具体的には、①65歳以上人口に対する要介護認定者の比率（以下、認定率）、