

介護と義理の娘による介護を比較することを目的とした。さらに、介護者の状況としてより重要と考えられる介護負担感については、年齢や副介護者の有無等の交絡要因を考慮した上で両者の比較を行った。

B. 研究方法

(1) 調査対象と調査時期

2011年2月1日~14日につくば市保健福祉部高齢福祉課を調査主体として実施された「第5期つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケート」18)を二次データとしてつくば市の許可を得て分析した。このアンケートは郵送配布、郵送回収で行われた。調査対象は在宅で生活している65歳以上の要支援・要介護認定者1,400名とその在宅での主な介護者(以下、主介護者)であり、被介護者が回答する項目と、主介護者が回答する項目を設定している。つくば市内を7区域に分け、圏域ごとの全体に対する要支援・要介護認定者の人口構成比を元に配布サンプル数をそれぞれ決定した上で無作為に抽出する層化抽出法を用いた。有効回答数は685名(48.9%)だった。

(2) 分析項目

介護者の状況(年齢、続柄、介護にあてる時間：以下、介護時間、介護方針の決定に自分の意見が反映されるか、家族に副介護者がいるか)、介護者の介護に対する意識(経済的負担が大きいことで困っているか、介護をしていて良かったと思うこと、介護負担感)、被介護者の状況(年齢、要介護度、要介護になってからの期間：以下、介護期間、独居か家族と同居しているか、持家か否か、手段的日常生活動作(Instrumental Activities of Daily Living) : IADL、介護保険サービス利用の有無)に関して分析した。介護をしていて良かったと思うことは、「人間としての絆の深まり」「感謝される喜び」などの7項目から、当てはまるものをすべて回答するよう求めた。介護負

担感の評価には Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版(J-ZBI_8)19)を用いた。IADLは老研式活動能力指標20)を用いて評価した。

(3) 解析対象者の選択

得られた回答(n=685)において介護者の年齢と性別が未回答の者185名は介護者がいないと判断し除いた。さらに、被介護者の年齢が65歳未満と回答した者2名を除いた498名のうち、主介護者の性別または続柄が未回答の者(n=20)を除いた478名(100%)を主介護者の続柄で分けると、夫が52名(10.9%)、妻が170名(35.6%)、娘が81名(16.9%)、義理の娘が84名(17.6%)、父母が19名(4%)、息子が54名(11.3%)、その他(婿、兄弟、孫など)が18名(3.8%)であった。介護者が娘または義理の娘の中で被介護者が女性である者だけを選び、要介護度が未回答の者2名を除いた、母を介護する娘57名、義母を介護する義理の娘58名を分析対象とした。なお、無回答の項目についてはその項目のみを欠損値として分析から除外したため、各回答項目で有効回答数が異なっている。

(4) 分析方法

母を介護する娘と、義母を介護する義理の娘の2群を設定し、カイ二乗検定または Fisher 正確検定、Wilcoxon 順位和検定を行い、まず全体の比較をした。次に、要介護度2以下と要介護度3以上で介護時間に差が認められたことから、要介護度により2つに層別して介護者が娘か義理の娘かの比較をした。さらに、介護者の続柄と介護負担感の関連を、交絡要因を調整した上で検討するために、多重ロジスティック回帰分析を行った。全体におけるZBIスコアの中央値11により低負担感群と高負担感群の2群に分け従属変数とし、独立変数は「介護者が娘か義理の娘か」とした。共変数として、共線性を確認した上で、先行研究21)22)で負担感との強い関連が示されている「介護者の年齢」と「副介護者の有

無」，負担感について上記2群の単変量解析で $p<0.2$ であった「介護者の IADL」の3つを強制投入した。すべての統計学的検定は SASver9.3 を使用し，有意水準は5%とした。

(倫理面への配慮)

筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を受けて実施した。データ使用に関しては，分析は関係者に限り，データを持ち出さないことを条件に，つくば市長の許可を得ている。また，プライバシーの保護について，本研究で扱うデータは，無記名自記式質問紙調査の結果に基づく，連結不可能匿名化したデータである。

C. 研究結果

(1) 全対象者における基本属性

基本属性として，全体の要介護度の内訳は，要支援1が14.8%，要支援2が16.5%，要介護1が20.0%，要介護2が20.0%，要介護3が13.0%，要介護4が9.6%，要介護5が6.1%であった。

要介護度2以下では「必要な時に手を貸す」が最も多いが，要介護度3以上では「毎日半日程度」あるいは「毎日2-3時間」が最も多かった。要介護度別にみた娘と義理の娘の人数では，要介護度3以上では娘の人数が多い傾向にある。実際に被介護者の要介護度が3以上なのは介護者が娘の場合22人(38.6%)，義理の娘の場合11人(19.0%)であり，娘の方が要介護度の高い被介護者を介護している者の割合が有意に高く($p=0.02$)，要介護度により属性に差が見られた。

(2) 要介護度により層別化した分析結果

全体および要介護度により層別化して分析をしたところ，要介護度2以下の層($n=82$)では全体で有意差があった項目のうち2項目以外のすべての項目で有意差が見られたが，要介護度3以上の層では，2項目しか有意差は見られなかった。

要介護度2以下の層において有意差があった

項目を以下に示す(娘 vs 義理の娘， P 値)。娘は義理の娘に比して被介護者の年齢が低く(中央値84歳 vs 88歳， $p<0.01$)，介護期間が3年以上であり(60.0% vs 32.6%， $p=0.01$)，経済的負担が大きくて困る者が多く(22.9% vs 4.3%， $p=0.02$)，「介護をして良かったと思うこと：感謝される喜び」を選んだ者が少なく(17.1% vs 38.3%， $p=0.04$)，介護方針に自分の意見が反映される者が多かった(91.4% vs 72.7%， $p=0.04$)。また，層別化によって新たに2項目で有意差が見られ，娘は義理の娘に比して被介護者の住居が持家である者が少なく(88.2% vs 100%， $p=0.03$)，介護負担感が低い者が多かった(68.3% vs 45.2%， $p=0.04$)。

要介護度3以上の層($n=33$)では，娘は義理の娘に比して，介護をしていて良かったこととして「絆の深まり」を思う者が有意に少なく(0% vs 54.6%， $p<0.001$)，「感謝される喜び」を思う者も有意に少なかった(9.1% vs 54.6%， $p<0.01$)。

(3) 要介護度2以下の層における介護負担感と続柄の関連

要介護度2以下の層で続柄による差があったもののうち，より重要と考えられる介護負担感(ZBI スコア)に着目し，交絡要因を調整した上で介護負担感と続柄の関連を分析した。その結果，「介護者の年齢」「副介護者の有無」「被介護者の IADL」を考慮しても，介護者が義理の娘であることのオッズ比(95%信頼区間)は3.47(1.11-10.88)で，高負担感と有意に関連があった。

D. 考察

本研究では，娘と義理の娘の介護状況を，被介護者を女性に限定し，かつ要介護度で層別化した上で比較した。その結果，従来の報告¹⁷⁾にある娘と義理の娘による介護の違いのほとんどは，要介護度が低い者を介護している場合に見られ，要介護度が高い場合にはほとんど差が見られないことが明らかになっ

た。母を介護する娘と義母を介護する義理の娘にのみ着目し要介護度を考慮して介護状況を詳細に比較した研究は、著者らの知るところではこれまでにない。

要介護度2以下の層においてのみ義理の娘の方が高負担感の者の割合が有意に高く、先行研究で報告されている、義理の娘の方が被介護者の重症度が低い、娘よりも負担感を感じているという結果¹⁷⁾が、主に要介護度が低い者を介護している場合に当てはまることが明らかになった。介護負担感が高いほど精神的健康が低下しているという報告²³⁾もあり、介護者が義理の娘の場合には精神的なサポートが必要と考えられる。また、義理の娘は娘に比べて介護方針の決定に自分の意見が反映されると感じる者の割合が低かったが、介護方針の決定に意見が反映されることが介護肯定感に正の関連を示したという報告²⁴⁾があることから、義理の娘の方が介護肯定感を感じにくい状況にあると考えられる。この背景として、呼び寄せ介護に限定しているが、介護者の同意の上での呼び寄せか、そうする他に選択肢がなかったかを比較した研究¹⁷⁾では、介護者が義理の娘の場合にのみ、他に選択肢がなかったために呼び寄せていた方がより負担感が高かったという報告がある。本研究における義理の娘の意見の反映と負担感の関係の背景には、こうした状況もあり得ると考えられる。また、義理の娘が介護する義母全員が持家であり、娘が介護する母と比較して有意に多かったことは、遺産相続が介護を行う動機である場合、もしくは、すでに遺産相続がされた結果によって義理の娘が介護を行うようになった両方の可能性が考えられる。一方で娘においては介護期間が長く、かつ経済的負担も高いことから、娘は自身の生活や対価労働を犠牲にして母親の介護をしている可能性がある。

さらに、要介護度2以下の層で介護負担感と介護者の続柄の関連について多変量解析した結果、介護者の年齢、被介護者のIADL、副

介護者の有無を調整してもなお、続柄には有意差があったことから、同様な状況にあっても、義理の娘は、より負担感を強く感じていることが明らかになった。

要介護度3以上の層では、娘と義理の娘の間に有意差はほとんど見られなかった。これは、サンプル数が33と少なく検出力が低いという限界を踏まえる必要があるが、考えられる方向性として、介護者が義理の娘の場合は娘の場合と比較して施設入所のリスクが高いという報告²⁵⁾があることから、被介護者の要介護度が高くて在宅で介護をしている義理の娘は在宅介護継続の条件がある程度整った一部の限られた集団であり、この集団においては娘か義理の娘かという続柄の違いの影響は小さいという可能性がある。また、介護方針決定に自分の意見が反映されると考える者が娘も義理の娘も100%であったことから、主介護者の意見が反映されるということが、要介護度が高い被介護者を在宅で介護する場合に重要な点となっており、義母の要介護度が高くて義理の娘が在宅介護を継続するのに必要な状況だと考えられる。

一方で義理の娘の方が、介護をして良かったと思うこととして「絆の深まり」と「感謝される喜び」を感じる者の割合が高かった。このことから、義理の娘はこうした気持ちを持てる場合には要介護度が高くて介護を続けていられるという可能性が考えられる。また、娘は親のわがままや支配的・依存的態度をストレスに感じるという報告があり²⁶⁾、娘の方が「感謝される喜び」を感じにくい状況にあるのではないだろうか。介護者の心情に関する先行研究では、実子と義理の子を比較すると実子の方が抑うつが多い一方で気分の高揚も多いという報告²⁷⁾がある。これは実子の方が親との関係性が近い分、親が苦しんでいるのを見るのは辛い、介護をすることでそれを和らげてあげることができ、喜びを感じられるためと考えられている²⁷⁾。本研究では、被介護者との続柄により介護者の心情に

違いがあることが改めて確認された。

このように要介護度と介護者の続柄により、被介護者の年齢および要介護度、介護時間、経済的負担、介護負担感、介護に対する意識などに違いが見られた。このことから、要介護度と続柄の両方を考慮して、義理の娘の場合には要介護度が低くても負担感を減らすよう交流の場を設けるといった支援や、娘の場合には経済的支援やショートステイ利用などによって長い介護時間を減らすなど娘自身の生活をより尊重できるような支援が必要と考えられる。

本研究の限界は、一市(つくば市)のみのデータであることである。つくば市の要介護認定率は調査と同時期の2011年2月末で16.8%となっており、国の17.3%よりはやや低いものの、茨城県の13.7%よりは高い水準にある²⁾。今回の結果はこれらの特性を加味して解釈する必要がある。また、サンプル数が少ないことにより、層別化後の検出力が小さいことも限界であり、さらに規模の大きな調査が必要である。

現在、わが国は、在宅介護推進を政策として推進しているが、欧米諸国のように、国レベルの公的な介護者の実態調査や介護者への直接支援は実施されていない。今後、在宅介護を進めるには、より大規模な介護者調査および交絡要因などを検討した疫学的分析が推進され、さらに、それに基づく適切な介護者支援政策が整備されることが重要であると考える。

E. 結論

娘と義理の娘という介護者の続柄の違いにより、要介護度が低い場合にのみ被介護者の年齢、介護期間、経済的負担などに違いが見られ、要介護度が高い場合には介護状況にあまり差がないこと、また、義理の娘は年齢や副介護者の有無などの交絡要因を調整しても、被介護者の要介護度が低い場合に娘より負担感が高いことが明らかになった。義理の娘が

義母を介護する場合には、要介護度が低くても負担感を軽減するための支援が必要と考えられる。

F. 研究発表

厚生省の指標 印刷中 (2016年5月掲載予定)

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ. 平成26年版 厚生労働白書 資料編 10 高齢者保健福祉. (<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14-2/dl/10.pdf>) 2015.4.20.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 平成22年国民生活基礎調査の概況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-3.html>) 2015.4.23.
- 3) 新井光吉. アメリカの介護者支援—PACEによる地域包括ケア拡大の可能性—. 海外社会保障研究 2013; 184: 30-41.
- 4) 木下康仁. オーストラリアのケアラー(介護者)支援. 海外社会保障研究 2013; 184: 57-70.
- 5) 齋藤香里. ドイツの介護者支援. 海外社会保障研究 2013; 184: 16-29.
- 6) 金貞任. 韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状. 海外社会保障研究 2013; 184: 42-56.

- 7) GOV.UK. Department of Health. Factsheet8. (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/366089/Factsheet_8_-_Carers.pdf) 2015.4.20.
- 8) Tamiya N, Yano E, Yamaoka K. Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *Int. J Quality in Health Care* 2002;14(4):295-303.
- 9) 石川利江, 井上都之, 岸太一, 他. 在宅介護者の介護状況, ソーシャルサポートおよび介護バーンアウト - 要介護高齢者との続柄に基づく比較検討 - . *健康心理学研究* 2003; 16(1): 43-53.
- 10) 佐藤敏子, 清水裕子. 女性介護者の蓄積的疲労徴候の実態と介護継続関連要因 嫁・妻・娘の検討. *日本在宅ケア学会誌* 2005; 9(1): 46-51.
- 11) 新鞍真理子, 荒木晴美, 炭谷靖子. 家族介護者の続柄別に見た介護に対する意識の特徴. *老年社会科学* 2008; 30(3): 415-425.
- 12) Nishi A, Tamiya N, Kashiwagi M, et al. Mothers and daughters-in-law: a prospective study of informal caregiving arrangements and survival in Japan. *BMC Geriatrics* 2010; 10: 61.
- 13) 厚生労働省ホームページ. 平成 12 年 介護サービス世帯調査の概況 III 主な介護者と要介護者の状況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/setai00/kekka-3.html>) 2015.4.23.
- 14) 厚生労働省ホームページ. 平成 25 年 国民生活基礎調査の概況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf>) 2015.4.23.
- 15) 韓国保健福祉家族府. 政策統計ポータルサイト. (<http://stat.mw.go.kr/>) 2015.4.23.
- 16) Nicola C, Morshed C, Rezaul H, et al. Disability among elderly rural villagers: report of a survey from Gonoshasthaya Kendra, Bangladesh. *BMC Public Health* 2012; 12: 379.
- 17) Caring for a Yobiyose-Rojin, A Comparison of Burden on Daughters and Daughters-in-law. *Journal of Gerontological Nursing* 2005; 31(6): 15-21.
- 18) つくば市ホームページ. つくば市高齢者福祉計画 平成 24 年度~26 年度. (https://www.city.tsukuba.ibaraki.jp/dbps_data/_material_/localhost/GyouseiKeiei/PublicComment/H23/23_04_koureihukushi/23-04keikaku.pdf) 2014.4.5.
- 19) 熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子, 他. 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)の交差妥当性の検討. *日老医誌* 2004; 41: 204-210.
- 20) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定 - 労研式活動能力指標の開発 -. *日本公衆衛生雑誌* 1987; 34: 109-114.
- 21) 一原由美子, 鈴江毅. 家族の介護負担感に影響を及ぼす要因に関する検討. *香川県立保険医療大学紀要* 2008; 5: 39-45.
- 22) 米花菜央, 田中千枝子, 生川善雄, 他. 介護負担感に影響を及ぼす諸要因に関する検討 - 介護負担感尺度を用いた研究の整理を通して -. *東海大学健康科学部紀要* 2003; 9: 39-50.
- 23) 東野定律, 中島望, 張英恩, 他. 続柄別にみた家族介護者の介護負担感と精神的健康の関連性. *経営と情報* 2010; 22(2): 97-110.
- 24) Kobayashi M, Tamiya N, Kashiwagi M, et al. Factors related to positive feelings of caregivers who provide home-based long-term care for their

- family members in Japan, *Journal of Research on Humanities and Social Science* (in press), 2013; 3(16): 27-36.
- 25) Tanihara S, Akashi C, Yamaguchi J, et al. Effects of family structure on risk of institutionalization of disabled older people in Japan. *Australian Journal on Aging* 2013.
- 26) 池田成美. 介護理由と介護のストレスの関連の分析:首都圏における「嫁」介護と娘介護の比較. *日米女性ジャーナル* 2000; 27: 68-88.
- 27) Martin P, Silvia S. Spouses, Adult Children, and Children-in-law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. *Psychology and Aging* 2011; 26(1): 1-14.
- 28) 厚生労働省ホームページ. 介護保険事業状況報告. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m11/1102.html>)2015.6.17.

なお、本報告書では図表は掲載していない。
厚生労働省の指標 2016 年 5 月号を参照いただきたい。

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））
分担研究報告書

地域包括ケアシステム構築に向けた研究成果の実装のための、英国および日本の地方自治体との情報共有

－第74回日本公衆衛生学会自由集会 地域包括ケアに向けたエビデンス作り 市町村でどう作り、どう活用するか－

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授
研究協力者 植嶋大晃 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 研究員
研究協力者 川村顕 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 研究員
研究分担者 高橋秀人 福島県立医科大学医学部 教授

本自由集会は、英国版「見える化」とも言える仕組みの実際を英国の担当者から学び、日本での自治体の取り組みや大学との連携の可能性について情報を共有することで、市町村における地域包括ケア推進の一助となることを目的とした。

英国のケアの質評価の枠組み・指標であるASCOFおよびその測定ツールであるASCOTの紹介と日本への導入の可能性についての発表の後、英国での担当者からASCOTの利用の実際について、現地からのスカイプ参加による発表および質疑応答を行った。続いて、日本での取り組みとして、長崎県長崎市、福岡県筑前町の担当者からの地域の現状および課題に関する発表、最期に研究者の立場からの取り組みが示された。

質疑応答では地方自治体の担当者と研究者の間で活発な議論が行なわれた。本自由集会によって、我が国において両者が協働して地域包括ケアにおけるエビデンスを作り活用していく上で、内外の情報共有がさらに必要であることが認識され、貴重な一歩となった。

発表者
森川美絵（国立保健医療科学院医療福祉サービス研究部）
Jonathan Kilworth（Business Intelligence Partner at Harrow Council, London）
山口伸一（長崎市地域包括ケアシステム推進室）
一木眞澄（筑前町役場健康課）
谷原真一（福岡大学医学部 衛生・公衆衛生学教室）
（各々のスライドは章末）

A. 研究目的

介護保険関連データによる「見える化」事業により、市町村の政策根拠を把握するこ

とが可能となるが、データをどう解釈し、政策に活用すればよいかについての知識は未だ浸透していない。

そこで本自由集会は、英国の「見える化」と言える仕組みの実際を英国の担当者から学び、日本での自治体の取り組みや大学との連携の可能性について情報を共有することで、市町村における地域包括ケア推進の一助となることを目的とした。

B. 研究方法

各発表は以下の通りである。

1. アウトカム評価にもとづく地域包括ケアシステムの運営にむけて－イギリスASCOF・ASCOTからの示唆－

森川美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）

ASCOF は英国の高齢者ケアの質評価の枠組み・指標、ASCOT はその測定ツールであり、オープンアクセスであるため誰でも閲覧可能である。日本に類似指標を導入する場合には、地域包括ケアシステムの目的の明確化と数値的把握が必要である。

2. ケアの質向上のための、データを用いた英国地方自治体における取組み

Jonathan Kilworth（Business Intelligence Partner at Harrow Council, London） ※Skypeにて英国より発表

英国の地方自治体では、毎年公開される高齢者社会保障データ（ASCOF）を統計学などの高度専門家集団が分析し、その結果を政策担当者が利用する、という全国データ利用の仕組みが確立されている。各地方自治体は ASCOF の評価が高い部分を互いに学び、ケアの質を高め合っている。

3. 長崎版地域包括ケアシステム構築に向けた取組み

山口伸一（長崎市地域包括ケアシステム推進室）

長崎市は今後後期高齢者の割合が急増し、それに伴い在宅医療の需要が増大することが予想されている。その対策として、「健康づくり」、「生きがいづくり」を目的としたプロジェクトを実施すると共に、地域包括支援センターの設置を進めている。

4. 筑前町包括ケアシステム構築に向けて～何から始める・どこから始める～

一木眞澄（筑前町役場健康課）

筑前町では健康寿命の延伸のために、地区の健康づくりの取組み支援や、特定健診、特定保健指導、栄養改善、運動習慣定着、禁煙のための事業に加え、生活習慣病の重症化予防の取組みを行っている。地域包括ケアシステム構築には、医療および介護の必要量の推計および質の向上が必要であると考えている。

5. 地域包括ケアシステムに求められるエビデンス

谷原真一（福岡大学医学部衛生・公衆衛生学教室）

地域包括ケアシステム構築のためには、学術論文に示されたエビデンスを吟味し、地域格差を考慮に入れた検討が必要となる。今後は、市町村の担当者と研究者が協働し、我が国でのエビデンスを蓄積していく必要がある。

C. 研究結果

英国での取組み、また日本の地域での取組みの双方を示した上で、質疑応答では地方自治体の担当者と研究者が活発な議論が行なわれた。日本の自治体の担当者からは、「収集したデータをどのように分析し、政策に活かせばよいか」といった質問が寄せられた。

D. 考察

英国では、全国データを専門家が分析し、その結果を政策担当者が利用する、という仕組みが確立されており、我が国における地域包括ケアシステムの構築にあたり学ぶべき点は多い。実際、日本の地方自治体の担当者からも、収集したデータをどのように利用すればよいか分からない、という意見があった。本自由集会で発表された英国の仕組みと全く同じものを我が国に導入することは困難であろうが、地域包括ケアにおけるエビデンスを作り、活用していくためには、地域の現場で施策を実行する地方自治体の担当者と、データの分析を専門とする研究者が協働することが必須である。そのような取組みへの第一歩として、本自由集会は意義のあるものであったと考えられる。

E. 結論

本自由集会は、地方自治体における地域包

括ケア推進の一助となるべく、英国での取り組み、また日本の地域での取り組みの双方を示した上で、活発な議論を行った。地域の担当者と研究者が協働して地域包括ケアを推進する上で、意義のある会であったと考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第74回日本公衆衛生学会総会 自由集会

「地域包括ケアに向けたエビデンス作り
一市町村でどう作り、どう活用するか」

厚生労働省戦略研究
「地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ」による

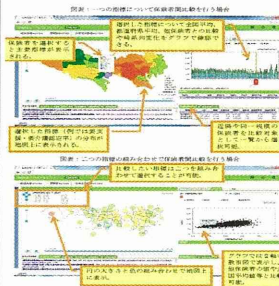
開会の挨拶

田宮菜奈子

(筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野)

介護保険関連データによる見える化事業

→市町村の政策根拠が把握でき、画期的！！



しかし...

このデータをどう解釈し、
どう市町村の政策に活用し
たらよいかわからない...



他にもこんなデータが
あったらいいな...



そこで！！

・本自由集会では...

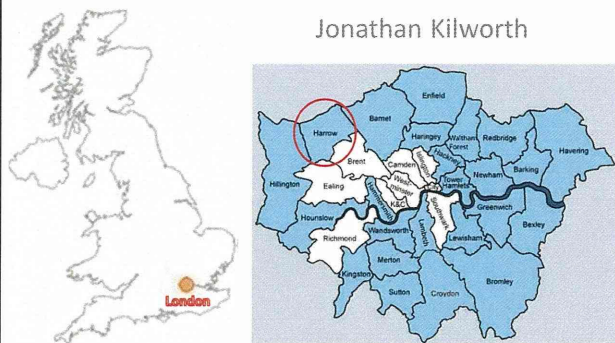
- 1) 英国の「見える化」ともいえるしくみに学ぶ
 - ① 仕組みの実際
 - ② 英国の市町村担当者からの生の声を聴く
- 2) 日本での取り組みの共有
 - ① 2つの自治体の取り組み
 - ② 市町村と大学の連携の可能性

ケアの質向上のための、データを用いた英国
地方自治体における取り組み

Jonathan Kilworth (Business Intelligence Partner
at Harrow Council, London)

ケアの質向上のための、データを用いた
英国地方自治体における取り組み

Jonathan Kilworth



ジョナサン キルワール

- ・ ロンドンハロウ地区(council)職員 (週4日雇用)
ビジネスインテリジェンスパートナー所属
地区(council)
- ・ 英国政府健康局 (週1日雇用)
 - ・ ナショナルデータ使用と調査に関するアドバイザー
(since August 2015)
 - ・ 長期短期的サポートと調査 (2012-13) 技術専門家(2013-15)



* 今回の発表はHarrowやDepartment of Healthでの調査ではなく個人の観点からです

ナショナルアウトカムの枠組み -国が提供する結果データ-

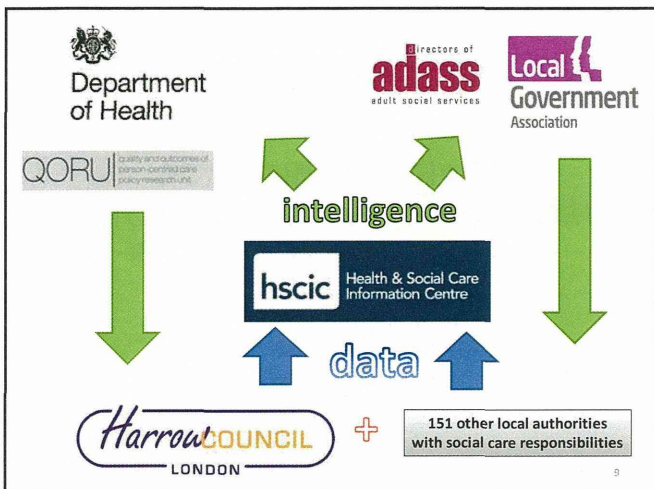
- 英国は、健康と社会保障の進み具合を監視する3つの枠組み、を構築した(↓)
 - 公衆衛生結果データの枠組み (PHOF)
 - ナショナルヘルスサービスデータの枠組み(NHSOF)
 - 高齢者社会保障データの枠組み (ASCOF)
- 毎年公開, オープンアクセス
 - 自治体レベルの情報 (e.g. 地方自治体)
 - 個人レベルの情報 (e.g. 調査)

7

ナショナルデータの枠組み

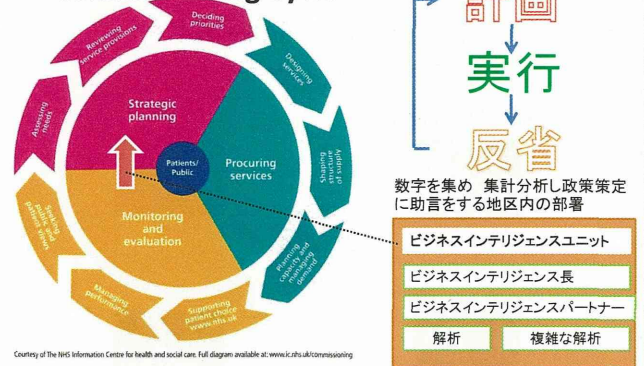
- 概念
 - アウトカム(インプットではない!)を重視
 - 使用者の経験や客観的なデータが含まれる
- 使用
 - 政府は政策がうまくいっていることを評価できる
 - 各地区は改善のためにサポートしあっている
 - e.g. across London
 - 各々の組織において局所的に改善

8



9

運転サイクル Commissioning Cycle



10

ビジネスインテリジェンスアプローチ

- ケアサービスの効果をより高めること重視
- マネージメントはつねにチャレンジ精神をもち、問題点をみつけ改善する姿勢を尊重
- 高い技術と知識をもつ分析の専門家集団

11

調査をどのように用いたか

- 多くの ASCOFの指標は通常の介護者から得られ、調査は地方自治体によってなされた
- 標準化された調査の調査は英国ケント大学で方法論が開発された
- 地方自治体には多くの人がいるため郵便番号を用いている⁵

⁵ <http://www.hscic.gov.uk/socialcare/usersurveys>

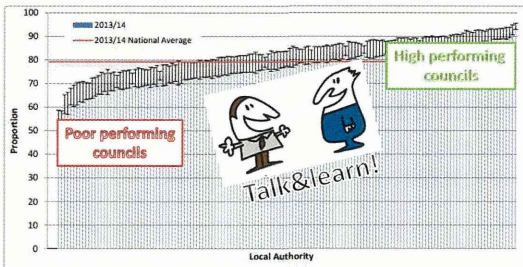
12

調査データをどう活用するか

- 他の地区と比較しあい、よいところをお互いに学ぶ

例) サービス利用者の中で、サービスが安全で安心できると回答した者の割合

Proportion of people who used services that said those services have made them feel safe and secure²⁸ in 2013/14²⁹, by local authority.

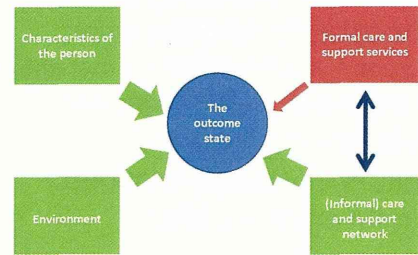


33

Problems with Survey Data

調査データの問題点

- Survey data measures outcomes but the data is not wholly attributable to local authorities
- 調査のデータはケアを受ける側の個性や環境などにも左右されるため、地方政府の調査だけで全ての結果を得ることはできない。

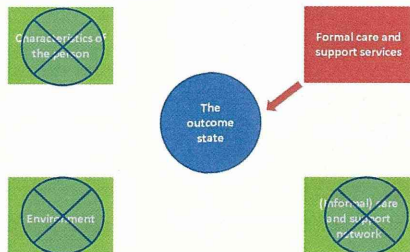


14

Dept of Health IIASC project

どうやって、他の要因をコントロールしてサービスの評価だけを計るか？

プロジェクトの課題



15

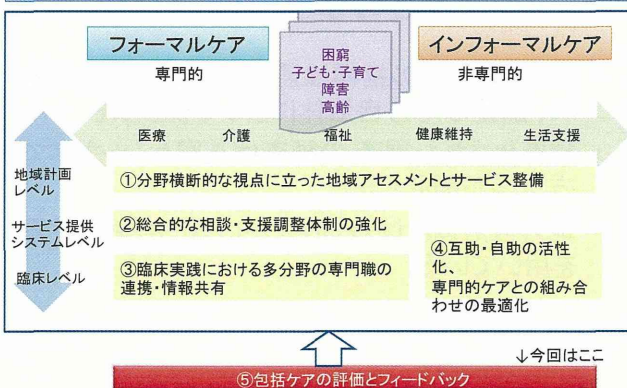
第74回公衆衛生学会総会 2015年11月5日19時~21時。「えきまえ」いきいき広場、長崎市。自由集会「地域包括ケアに向けたエビデンス-市町村でどう作り、どう活用するか」

アウトカム評価にもとづく地域包括ケアシステムの運営にむけて ——イギリスASCOF・ASCOTからの示唆——

国立保健医療科学院
医療福祉サービス研究部 森川美絵
m.morikawa@niph.go.jp

16

地域包括ケアシステムの構築の局面



(出典) 森川・松葉・大塚「地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みとは？—事例から学ぶための枠組み整理」『地域ケアリング』17(10):56-63 図2.

17

ケアの評価とフィードバック

- ◆ストラクチャー、プロセス、アウトプット
> アウトカム
- ◆疾患・生活習慣病リスク因子・身体機能
> 社会関係・生活
- ◆専門職・介入側の視点・判断
> 本人・介護者の視点・経験・感じ方

18

アウトカム指標をめぐる国際動向

- 医学的技術的側面から社会的側面へ
- 生活モデルへの転換
「個別のQOLの維持・改善、対人関係性といった定量化しにくい社会的要素を如何に組み込むか」(長澤2012:136)
- 客観的な評価から利用者の視点を重視した評価へ

19

ケアのアウトカム 尺度化されている8側面(Kane 1995)

- 身体的機能の改善
- ADLとIADL
- 痛みや不快感
- 認識
- 情緒
- 社会的活動への参加
- 人や動物との社会的関係
- ケアや社会的環境に対する満足度

→実際に各国で導入されている指標はごく一部・・・

20

ANCIENプロジェクト

EU11か国 391指標の収集・類型化

- プロセス指標247、インプット指標76、アウトカム指標68
- **アウトカム指標:4分類**
 - 満足度指標(サービスについて、職員について、希望に対して)
 - 健康状態(身体機能の低下、行動障害、死亡率等)
 - 予期しない入院
 - 安全の欠如(転倒、意図しない体重減少、褥瘡)
- 指標の利用可能性availability は各国で大きな相違
- 「安全」「コーディネーション」に関する指標は少ない

医療面での
臨床指標

OECD(2013:56-7),長澤(2012)

21

アウトカム評価をベースにした ケアの質保証・効率化(地域単位/個人単位)

地域単位・・・地域におけるケアの質保証・効率化
個人単位・・・個々人が受けるケアの質保証・効率化

→ケアの効果(アウトカム)と費用に基づく検討

■イギリス ASCOF/ASCOT

- ASCOF 自治体の社会的ケアに関するアウトカム測定の枠組み・指標
- ASCOT 個人ベースの社会的ケアのアウトカム測定ツール

22

ASCOF: Adult Social Care Outcome Framework

領域	目標	指標
1. 要支援・要介護者のQOLを促進する	最重要指標 (上記以外の複数目標)	1A. 社会的ケア関連QOL (ASCOT 指標に準拠) (個々の目標に対応した単一ないし複数の指標)
2. 要支援・要介護ニードを遅らせ、低減させる	最重要指標	2A. 人口千人あたりの高齢者施設への永続的入居者数 ・予防的サービスの有効性(置換指標)
3. 支援や介護における患者の肯定的経験を保証する	最重要指標	3A. サービスの利用者がケアや支援に全般的に満足する 3B. 介護者がケアや支援に全般的に満足する(2012年～)
4. ヴァルネラブルな状況の人を保護し、避けられる危害から保護する	最重要指標	4A. 安全と感じている利用者の割合(公衆衛生との共通指標)

長澤(2012)表1を編集

23

ASCOF導入の意図 2011年3月～

- サービス提供が、ケア利用者、ケアラーのアウトカム・経験にどのようなアウトカムをもたらしているのかを評価する枠組み
- 自治体のケアの質確保の状況を、利用者・介護者・地域住民が理解するツールとして
- 過去数年分のデータ蓄積により、利用者集団間の比較、自治体間比較、自治体の継時的推移の把握が可能

24

指標による成果把握例 2012/13報告書(p10~21)より

- ◆ 社会的ケア関連QOL、利用しているサービス・支援への満足度は2011/12と比較してやや上昇
※利用者はサポート・支援に「満足」約64.1%、ケアラー「満足」は半数以下。
- ◆ 学習障害(またはメンタルヘルスサービス受診者)で自立生活をしている者の割合は自治体格差大きい
- ◆ Social careサービスの利用により安全・安心感を得た人の割合平均78.1%(2011/12から増加)。自治体間の相違大(50%~90%台)。
→安全・安心感に影響を及ぼす要因には、自治体のコントロール範囲外のものも多
いが、要因分析が必要。
- ◆ 「サービス利用に関する情報を入手しやすい」と答えた者の割合利用者74.1% (4分の1はあてはまらない)。ケアラー70%未満

25

→必要な情報へのアクセスに課題

2014/2015改訂のポイント

- Health, Public Health, Social Care の統合を視野にいれた新たな指標設計
「3. 支援や介護における患者の肯定的経験を保証する」最重要指標に「integrated care の経験の改善」が組み込まれる
- 「ケア・支援ニーズの予防・発生遅らせ」に関する指標リニューアル
- 「パーソナルバジツ」制度を反映した指標見直し

26

ASCOT: Adult Social Care Outcome Toolkit

- 個人の社会的ケア関連QOL (social care-related QOL: SCRQOL) の測定尺度 0点(最低)~24点(最大)
平均18.7(2011-2012年)(OECD2013: 71)
- EQ-5D (health related quality of lifeの測定尺度)と類似アプローチ
- 多様なケアの場で利用できるツール
- 「潜在能力(実態的な機会の集合)」と「機能(人々が経験する状態)」を区別し、社会ケアにおいて価値として重視されてきた前者をも指標に反映。

27

ASCOT (Ver.2) の尺度の8領域

1	日常生活のコントロール(何を、いつするかを選択でき、日常生活や活動を制御できる)
2	個人の清潔さと快適さ(清潔・快適で見苦しくなく、好みを反映した装いや身だしなみができている)
3	食事と栄養(十分な食料や飲料を定期的に摂取し、栄養があり、多様で文化的にふさわしい食事ができている)
4	安全(虐待や転倒、身体的な危害を加えられる恐れがない)
5	社会参加と関与(友人・家族との関係の継続、参加やコミュニティに属している意識)
6	活動(occupation)(雇用、無償労働、他者のケア、レジャー等の多様な有意義な活動で充たされている)
7	居所の清潔さと快適さ(全ての居室を含む住環境が清潔で快適と感じる)
8	尊厳(支援やケアが利用者の自己肯定感に与える否定的・肯定的な影響)

- ✓ 領域ごとに4つの評価基準、当該基準のSCRQOL得点が設定、各指標の重みづけ
- ✓ サービスを利用していなかった場合に起こりえる状況(予期されるSCRQOL)を利用者への質問や観察により把握。(サービス開始前後の効果測定手法の開発)

出典)長澤(2012:表2)

28

ASCOTの利用・応用

- 英国では、国レベルの利用者調査に利用。
※利用者経験の調査の、一過性+データ比較可能性の課題克服?
- デンマーク、オーストラリア、フィンランド、オランダではASCOTの利用を開始しつつある
- ASCOT尺度の妥当性やケア事業の費用対効果測定への応用に関する科学的知見も出始めている(Malley et.al. 2012, Netten et.al. 2012, van Leeuwen et.al.2014 & 2015)
- ケアの質評価の新展開として国際的に注目(OECD 2013)

29

日本の地域包括ケア運営への活用

- ◆ 地域のケアの質に関する、アウトカムベースの測定の枠組みは?
介護保険事業計画? 介護報酬データ?
目指していることが指標に反映されている?
利用者視点からの評価は?
- ◆ 効率的・効果的な事業運営・資源の確保?
• 社会ケア関連QOL向上に結びつく/結びつかない 事業者
• 社会ケア関連QOL向上に結びつく/結びつかない 事業

30

ASCOF/ASCOT指標(類似指標)の導入を通じたマネジメントの可能性は？

◆地域包括ケアシステムにより何を達成するのか？の明確化と数値的把握

- ◆包括的なケア提供・サービス事業の質確保と効率性
 - ✓ 個々の利用者に提供したケアの質の評価(地域ケア会議のケース検討等への活用)
 - ✓ 事業者が提供するケアサービスの質評価
 - 事業者自身の運営管理／自治体指導監督／第三者評価
 - ✓ 地域支援事業の効果(費用対効果)

31

参考文献

- Department of Health (2013). The Adult Social Care Outcomes Framework 2012 to 2013. Department of Health.
- Department of Health (2013). The Adult Social Care Outcomes Framework 2014/2015. Department of Health.
- Kane, R.L.(1995) "Improving the quality of long-term care", JAMA 273(17):1376-1380.
- Malley JN et.al.(2012) An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. Health And Quality Of Life Outcomes; 10:21.
- 森川・松繁・大塚「地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みとは？－事例から学ぶための枠組み整理」『地域ケアリング』17(10):56-63
- 長澤紀美子(2012)「ケアの質の評価指標の開発と課題－国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に」『季刊・社会保障研究』48(2):133-151.
- Netten A et.al.(2012) Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship?, Age And Ageing; 41(4):512-7.
- OECD (2013) A Good Life in Old Age? : Monitoring And Improving Quality In Long Term Care. OECD Health Policy Studies. OECD.
- van Leeuwen KM et.al.(2015) Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults. The Journal of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research; 18 (1): 35-43.

32

いつまでも住みなれた地域で安心して暮らしていくために

～長崎市の地域包括ケアシステムの構築に向けて～



長崎市地域包括ケアシステム推進室

地域包括ケアが必要となる背景

2025年を見据えると

- 人口減少 ●少子・高齢化 ●家族機能の低下
- 家族形態の変化(高齢者世帯・一人暮らし高齢者の増加)
- 斜面地に住む高齢者
- 要介護高齢者の増加 ●認知症高齢者の増加
- 地域や個人のニーズの増大と多様化
- 医療費や介護給付費の増大
- 死亡者数の増加 看取り先の確保困難
- 地域医療構想と医療提供体制(病床機能報告制度)
- 介護人材の不足
- 介護報酬や医療報酬改定の可能性 等・様々な課題

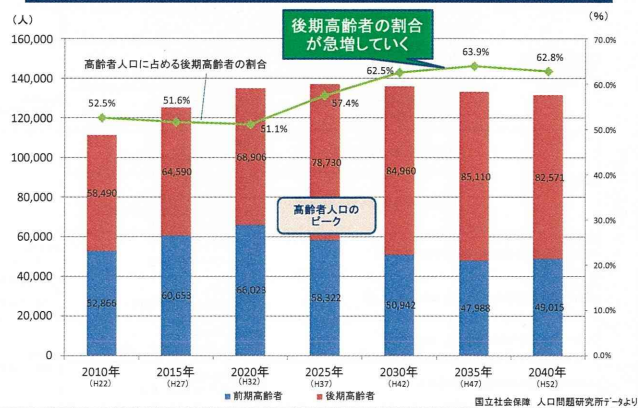


病や介護が必要になっても安心して住み続けられる地域づくりや体制が必要＝地域包括ケアシステム

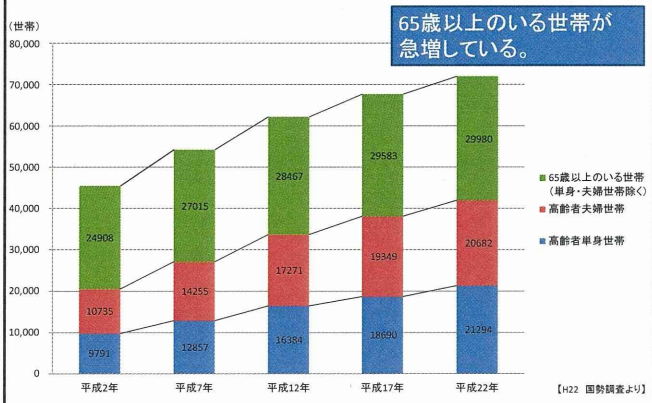
これからの長崎市の人口の推移



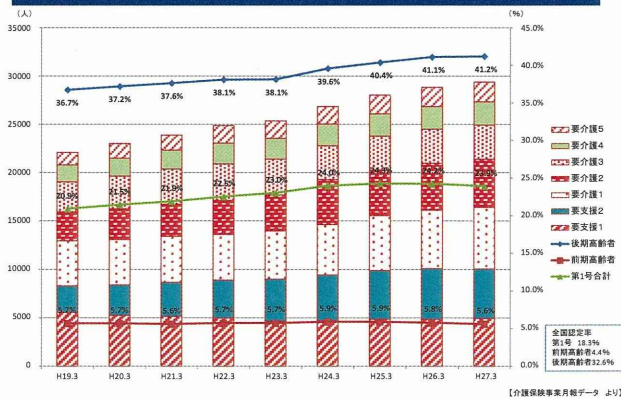
長崎市の高齢者人口の内訳



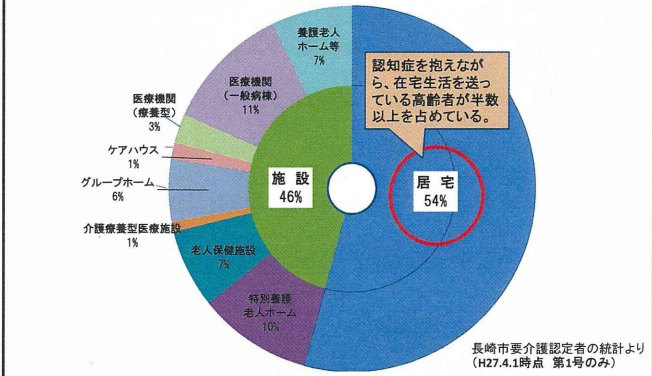
長崎市の高齢者の世帯状況



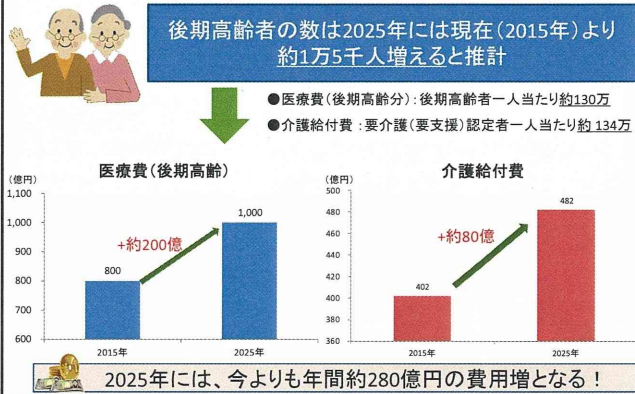
要支援・要介護認定率の推移(長崎市)



認定者における認知症高齢者(認知症自立度Ⅱ以上)居場所内訳



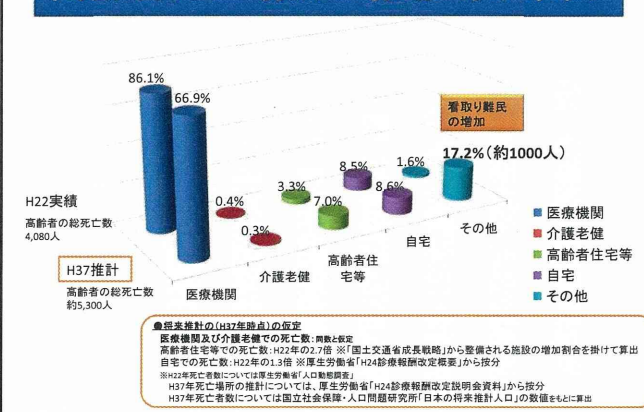
長崎市の医療費(後期高齢)・介護給付費の推計

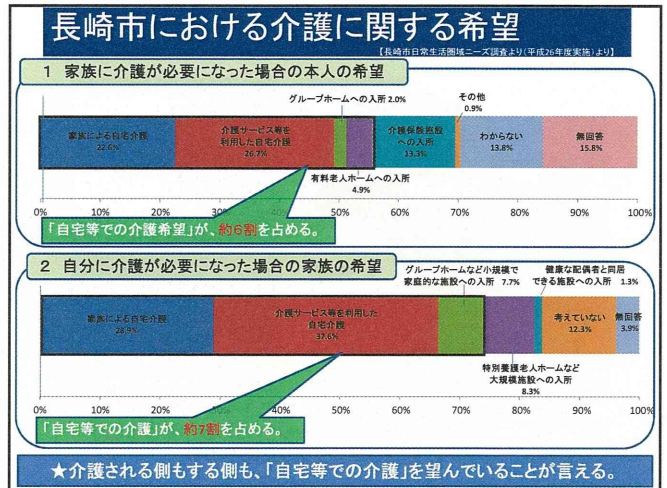
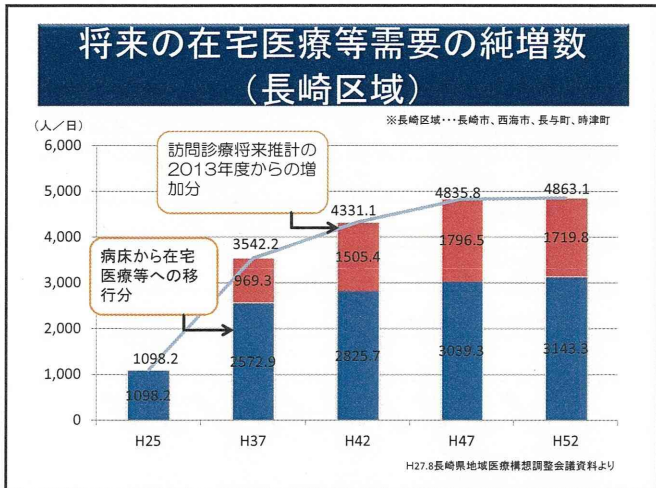


高齢者の介護と医療の現状【中核市(45市)の中で】

区分	項目	指数	現状	出典資料
介護と医療の状況	要支援・要介護認定者数・率	認定率 24.2%	中核市で1位	厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」H26年3月分
		要支援認定者数10,084人(1号被保険者のみ)	中核市で1位	
	要介護認定者数18,766人(1号被保険者のみ)	中核市で2位 後期高齢者数に比例して多い	中核市で3位 (中核市平均約264億円)	
	給付費全体 約380億			
保険給付費	認定者一人あたり約132万円	中核市で42位 (中核市平均144万円) サービスを受けていない人がいること 要支援認定者が多いこと	中核市で1位 (中核市平均34万円)	都庁要覧(平成26年度) 国民健康保険中央会(平成26年度医療費速報)
	医療費 国民健康保険被保険者1人あたりの費用	約43万1千円	中核市で4位 (中核市平均1,508.1床)	
医療費 長崎県の後期高齢者1人あたりの費用	1,078,805円	全国で4位 (全国平均923,576円)	中核市で4位 (中核市平均284.6人)	都庁要覧(平成26年度)
人口10万人あたりの病床数	2,328.5床			
人口10万人あたりの医師数	434人			

高齢者死亡場所の推移(長崎市)





「生きがいづくり」への支援

長く元気で！プロジェクト

- 健康づくり**
 - 主な事業: 高齢者ふれあいサロン、健康づくり推進員育成、健康遊具設置と運動指導、お手軽ウォーキングの実施
 - 今後の展開: シニア向けスポーツの実施
- 「出番」と「居場所」**
- 生きがいづくり**
 - 主な事業: ボランティアポイント制度、情報発信(ながきダンス、団塊フレンズ)
 - 今後の展開: セカンドライフガイドブック発刊、セカンドライフセミナー開催、自主的研究グループの立ち上げ

部局を超え、また、市民と協働しながら「生きがいづくり」の支援にも取り組みを進めている。

【長崎市HP「長く元気で！プロジェクト」～健康寿命を延ばそう～より】

地域包括支援センターの設置状況

目的 「地域包括ケア」を実現すること

「地域包括ケアシステム」の構築は市町村の責務だが、その構築に向けての中心的役割を果たすことが包括センターに求められている。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置されている。

【長崎市内地域包括支援センター設置数の推移】

	H18年度 (H18.4.1～)	H20年度 (H20.4.1～)	H24年度 (H24.8.1～)	H28年度 (H28.4.1～)
包括設置数	12箇所	15箇所	19箇所	20箇所

長崎市版地域包括ケアシステムの取り組み

分野	医療	介護	介護予防	生活支援	住まい
目指す方向性	在宅医療の充実と多職種連携	心身機能の維持向上ができるリハビリを推進した在宅介護	生きがい対策と介護予防	地域のあらゆる主体の協働による地域づくり	選択可能な住まいと安全な住まい方
具体的な取組	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の拡充(研修のICT化による負担軽減) 地域ごとの多職種チーム化による連携構築 まちなかラウンジの機能強化 連携ツールの作成 医療・介護情報の共有システム化 施設を含めた在宅取り体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時における連携体制の構築(病院職員、在宅医、ケアマネ、リハ職など) 在宅生活支援リハビリの充実(認知病院の拡大、拠点の充実) 介護職と医療・看護職との合同研修 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防へのリハ職の関与の確保 早期の栄養・歯科口腔保健の基幹的体制整備 住民が参加できる居場所の確保(サロンなど) 40歳域からの健康づくりと高齢者の健康づくり 地域で活動するボランティアの拡充 新しい地域支援事業の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議による地域課題の把握や解決 見守りネットワークの構築 認知症の在宅生活支援 ご近所同士の支援体制の確立 成年後見制度の利用 外出・買い物支援の体制整備 地域に必要な新たな生活支援サービスの発掘 市民向け啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 前面地に居住する高齢者の住み替え検討 住宅改修や福祉用具に関する連携(リハ職の関与体制) 中高住グループホーム等の生活機能の支援(医療との連携) 転倒防止や安全な生活の啓発 市営住宅の活用 圏域ごとの病院やスーパー、公共交通などの都市機能の検討

筑前町 包括ケアシステム構築に向けて

～何から始める・どこから始める？～

平成27年11月5日
日本公衆衛生学会自由集会
福岡県朝倉郡 筑前町役場健康課
課長補佐 一木 真澄(保健師)

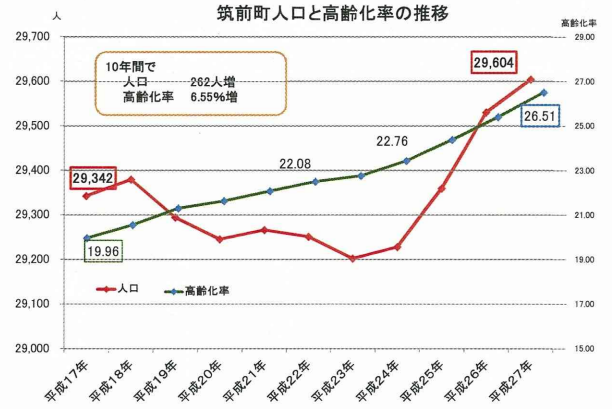
筑前町の概要



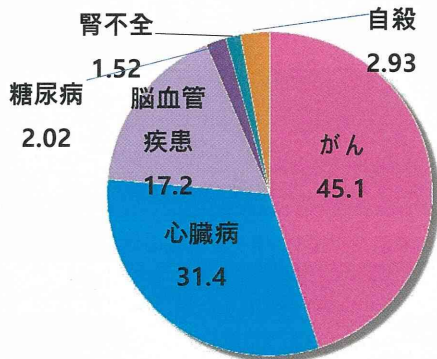
■人口(H274月)	29,530人
■高齢化率(H27)	26.5%(県内38位)
■出生率(H24)	8.4(福岡県 9.1)
■合計特殊出生率(H25)	1.5(福岡県1.45)
■全死亡率	10.8(福岡県10.0)

平成17年に旧夜須町と旧三輪町の2つの町の合併町で、福岡県のほぼ中央部に位置しています。平野を生きし機関産業は農業で米麦・大豆(クロダマル、フクユタカ)・自然薯・きすなどが特産。大刀洗平和祈念館など平和を愛する町。

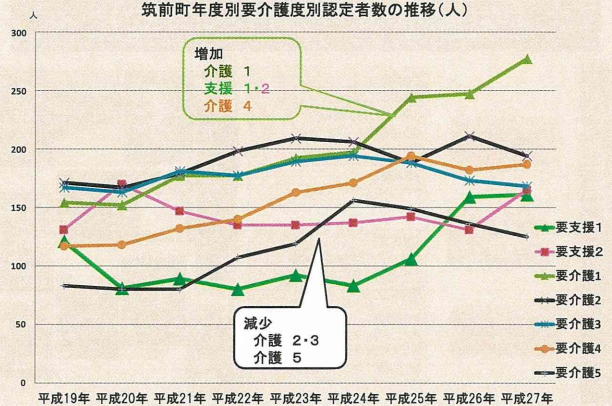
筑前町人口と高齢化率の推移



筑前町死亡原因(%) 平成25年度



筑前町年度別要介護度別認定者数の推移(人)

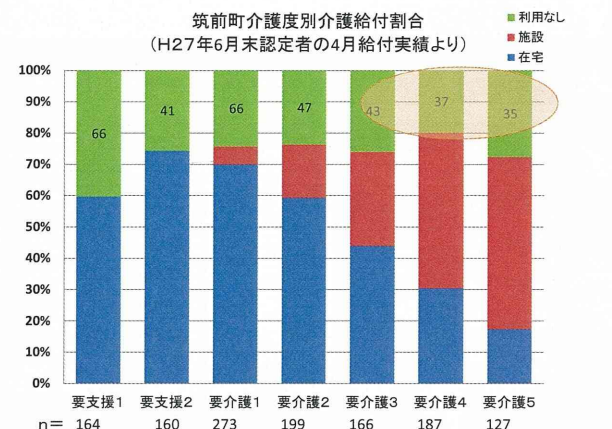


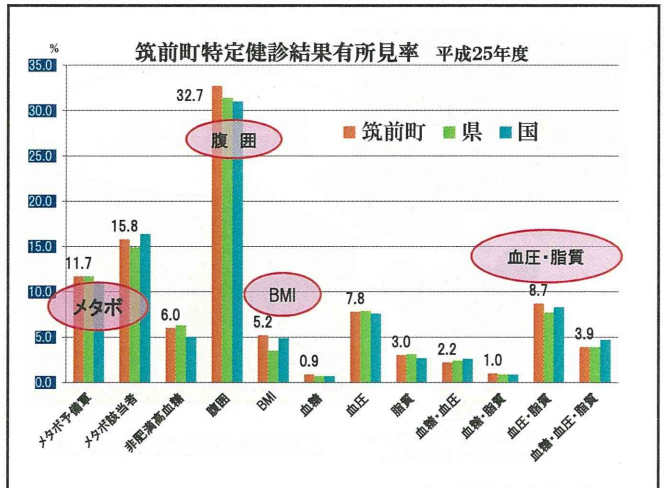
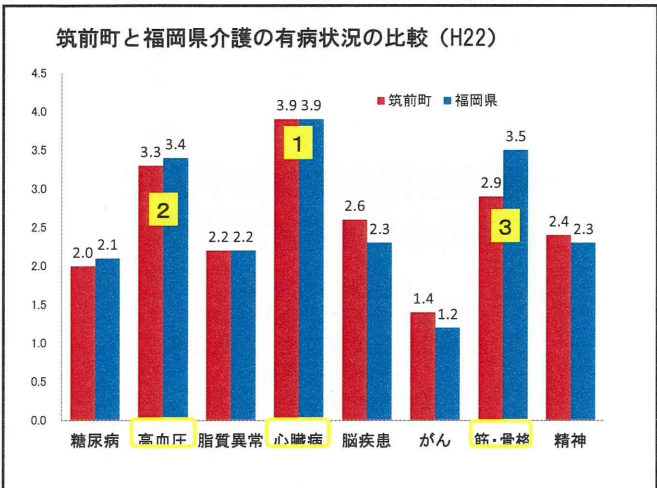
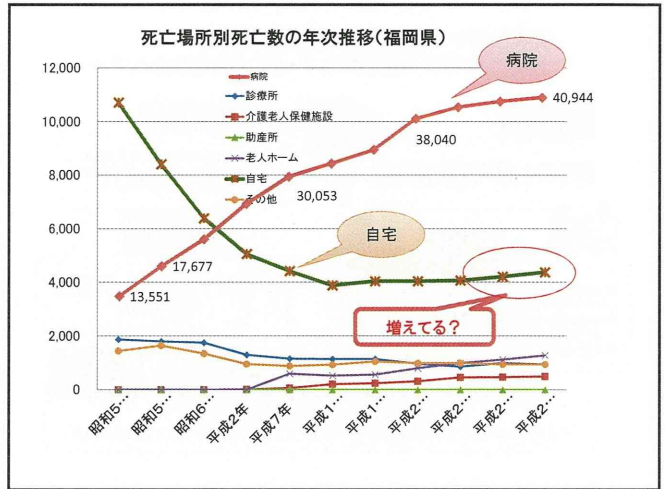
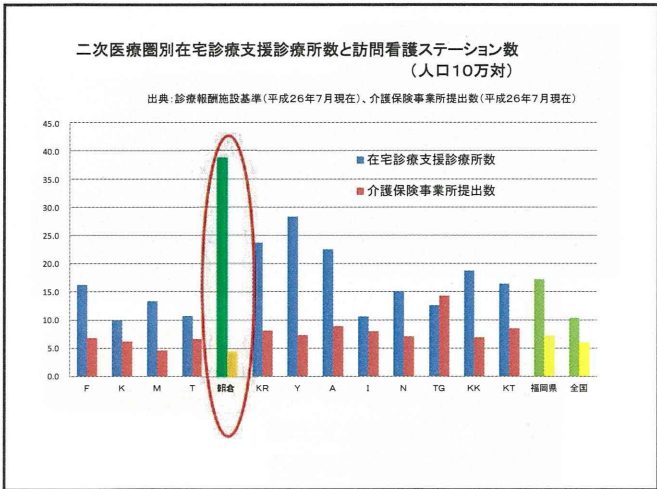
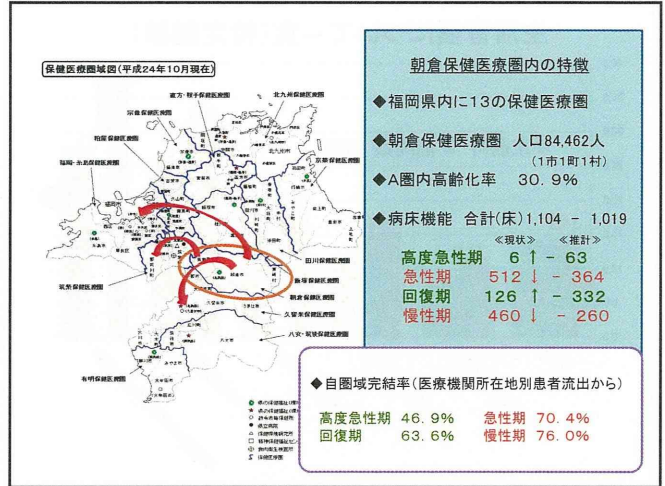
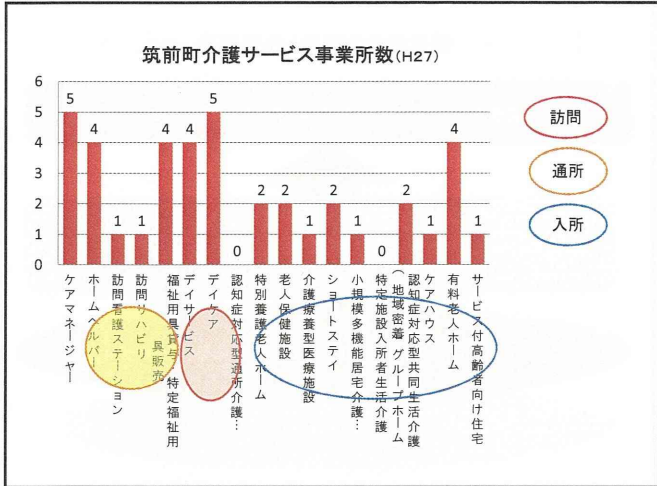
A圏内在宅療養関連情報 H25年度地域在宅医療推進事業(福岡県)

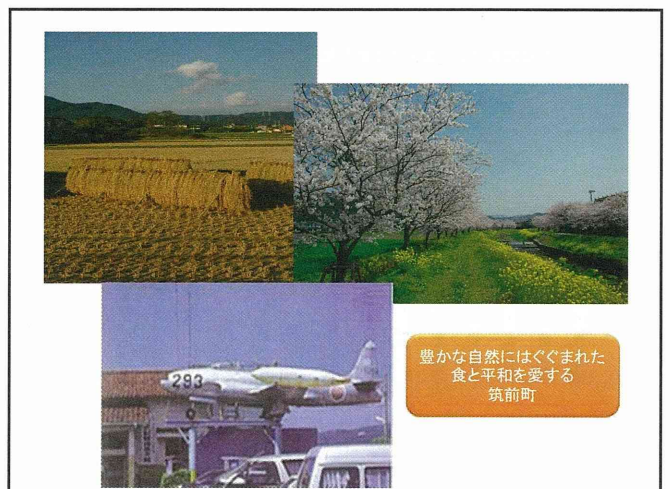
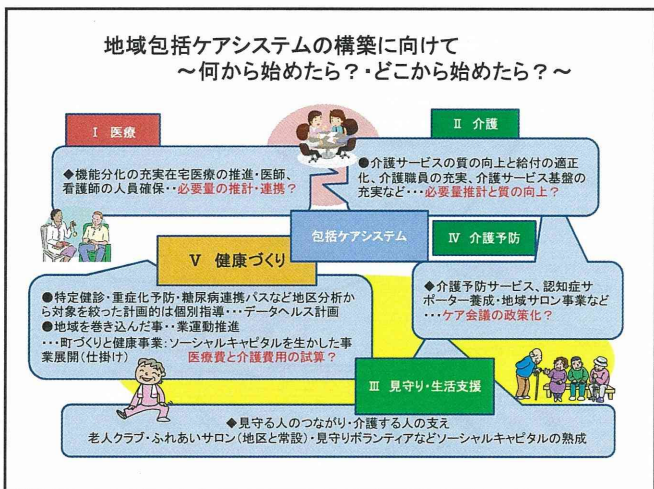
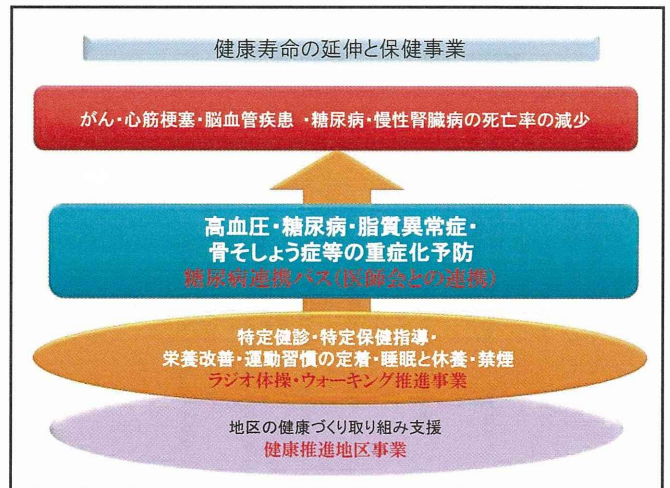
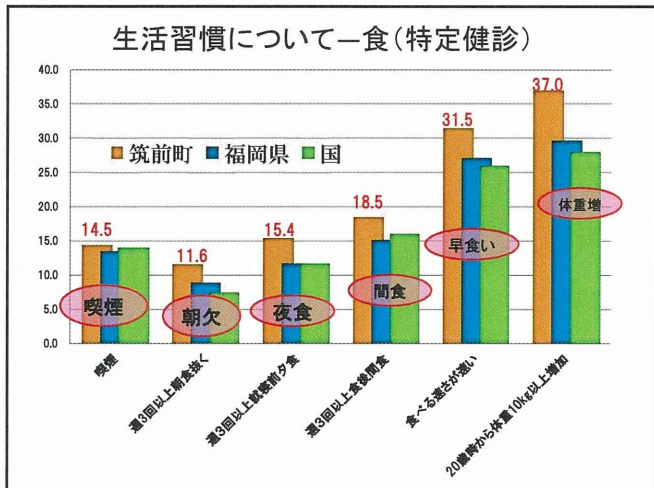
A医師会管内 在宅看護対応内容 (H26年3月)

項目	筑前町	その他	計
往診・訪問診療ができる病院・診療所	10	38	48
在宅療養患者の受入	9	34	43
訪問看護ステーションの利用	10	31	41
在宅診療支援診療所	6	24	30
往診	7	31	38
週末期がん患者の受入	8	20	28
在宅での看取り	6	23	29
麻薬によるペインコントロール	4	24	28
在宅酸素療法	8	29	37
気管切開管理	4	17	21
人工呼吸器	3	9	12
褥瘡処置	6	15	21
経管栄養	3	18	21
胃瘻の管理	5	20	25
IVH管理	3	22	25
在宅化学療法	1	6	7

筑前町介護度別介護給付割合 (H27年6月末認定者の4月給付実績より)







地域包括ケアシステムに 求められるエビデンス

平成27年11月5日
日本公衆衛生学会自由集会
福岡大学医学部衛生公衆衛生学
准教授 谷原真一
taniyan@fukuoka-u.ac.jp