

介護保険サービスが及ぼす 高齢者夫婦への影響

—要介護者自身の決断に着目して—

何 妨 容

(広島大学国際協力研究科博士後期課程〔開発科学専攻〕)

【要約】

本研究は、要介護高齢者夫婦が、子世代による介護を求めず、介護保険サービスを用いながら夫婦間で介護を担っていこうとする事情を、高齢者夫婦への聞き取り調査を通じて考察する。夫婦のみでの自立した自宅生活に限界を感じた高齢者は、ケアマネジャーを通して、通所系や訪問系サービスの利用による自宅生活を維持しようと試みることで、どのような困難に直面するのか。これらの検討を通じて、現行制度が要介護者を「介護を要する個人」として捉え、かつ「子世代による介護」を暗黙の前提としているがゆえに、高齢者夫婦世帯の介護ニーズに応えられていない状況を示す。こうした現状は、高齢者夫婦を分解して個人として扱うのではなく、「介護を要する夫婦」として介護保険サービスの対象とする制度改革の必要性を指し示す。

キーワード：介護保険制度、高齢者夫婦、在宅介護、ケアマネジャー

一 はじめに

1 課題の設定

老人福祉法下の日本においては、高齢者への医療給付の充実に伴って、介護が必要な高齢者は病院に送られて長期間を過ごす、いわゆる「社会的入院」と言われる現象が問題になってきた。このことは日本の医療保険財政を圧迫したため、政府は、要介護高齢者を家庭に戻すとともに、介護を必要とする高齢者と同居する家族の介護負担を軽減することを目指し、「介護の社会化」を謳った介護保険制度を導入した。在宅介護サービスの推進によって、入浴介助・身体清拭、また、トイレ誘導・排泄介助・おむつ交換などの訪問介護サービス、あるいは日常的な掃除・調理・配膳、生活必需品の代行購入などの生活支援サービスを要介護高齢者・要支援高齢者の自宅まで届けることが普遍的なものになった。それらの在宅介護サービスの利用を通じ、高齢者の同居家族にとっての「介護の社会化」は、ある程度進展してきた。

ところが、要介護者を抱える家族の規模が、三世代世帯から夫婦のみの世帯や単身世帯へと縮小している。その中で、高齢者が子世代による介護に頼らず、自ら単身・夫婦のみの高齢者世帯となって自身の介護をその配偶者と介護事業者とに委ねる事例が増えてきている。他方で、特に近年、認知症高齢者の徘徊、火の不始末などの問題、また老々介護、介護殺人問題などが顕在化してきて、子世代による介護が受けられない高齢者は必ずしも自宅で安全かつ自立的な老後生活を送れているとは言えない。本稿は、介護保険サービスが及ぼす夫婦のみの高齢者への影響を事例で明らかにし、高齢者介護における現行制度の再構築、特に高齢者夫婦を総体として介護の対象とする介護サービス提供への制度改革の必要性を指し示す。

2 先行研究とその限界

介護保険制度の研究は、制度の目的が「介護の社会化」、つまり介護という「負担」をいかに病院や特定の個人から分散させるか、というものであったがゆえに、「家族の負担軽減」に焦点を当ててきた。制度導入の初期には、「保険があつてサービスがない」という問題に社会の関心が注がれていたこともあり、同制度が提供する「介護の社会化」能力（キャパシティ）に関する研究が多く見られた。介護保険サービスの需要と利用動向に注目した遠藤・山田¹の研究は、その代表的なものである。近年では、制度本来の目的がどの程度まで達成されているか、すなわち「家族の負担」は「適度」な水準にまで引き下がっているか、を統計データで示そうという方向に関心が移っている。「社会生活基本調査」データを用いた菅・梶谷は、1996年と比べて2006年には短大・高卒以上の高学歴女性の自宅内介護時間が減少したことを明らかにした²。菅・梶谷が結論付けられなかった世帯内介護者への就業促進効果については、Sugawara and Nakamura が、1998年、2004年、2010年の「国民生活基礎調査」データの分析を通じて、介護保険制度の導入とその普及過程が女性を家庭内介護から解放し、労働市場に押し出す長期的な効果を持つことを明らかにした³。

しかし、Sugawara and Nakamura が今後の研究課題として挙げ

¹ 遠藤久夫・山田篤裕「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」『医療経済研究』第19巻第2号（2007年）、147～167ページ。

² 菅万里・梶谷真也「公的介護保険は家族介護者の介護時間を減少させたのか？—社会生活基本調査匿名データを用いた検証」『経済研究』第65巻第4号（2014年）、355ページ。

³ Shinya Sugawara, Jiro Nakamura, “Can formal elderly care stimulate female labor supply The Japanese experience”, *Journal of The Japanese and International Economies*, Vol. 34, 2014, pp. 98～115.

ているように、こうした同居の子や「嫁」による介護を前提とした研究は、「高齢者とその既婚者が同居するという世帯数の急速な減少が日本の社会規範に、そして嫁による介護という従来の実践に変化を起こしうる」⁴という状況の中で、見直しが求められている。既婚、未婚に拘わらず、子が親の世帯を離れ、高齢かつ要介護となった親夫婦が二人の世帯を維持しようとする場合、要介護度の低いほうが要介護度の高い配偶者の介護（インフォーマルケア）を担わざるを得ない。そこで問われるのは、程度は異なれど、いずれも要介護状態にある高齢者夫婦の両方に、どのようなフォーマルケアを提供できるか、であろう。

佐藤他は、2013年6月の全国の介護報酬明細個票を利用して、在宅要介護者のサービス利用量を、額ではなく時間に注目して分析し、在宅介護サービスのフォーマルケア時間は要介護度3で頭打ちになることを見出した⁵。著者らは、要介護度に応じて高まると考えられる要介護時間とフォーマルサービス供給時間の差は、家族等によるインフォーマルケアによって埋められていると推測している⁶が、本研究の事例のなかでも見られるように、介護者が同居する要介護配偶者の場合、被介護者が短期入所などのフォーマルケアを受けていなければ自身も介護サービスを受けることができないことから、より高度要介護者に対するフォーマルケア時間の減少は、自身が受けることのできるフォーマルケア時間の減少にもつながりうる。

⁴ Ibid., p. 16.

⁵ 佐藤幹也・田宮菜奈子・伊藤智子・高橋秀人・野口晴子「全国の介護保険レセプトを用いた在宅介護のフォーマルケア時間推計」『日本公衆衛生雑誌』第66巻第6号（2019）、287～294ページ。

⁶ 同上、291ページ。

こうした問題関心から、本研究では、介護保険サービスが介護を要する高齢者夫婦の生活をいかに改善し、またどのような問題を残したかを、高齢者及びその担当ケアマネジャーに対する半構造化インタビューによって聞き取った。そのうえで、夫婦のみの高齢者が日常生活を続けていくなか、提供されるサービスの多様化および制約を踏まえてケアマネジャーが提案する介護サービスが、高齢者夫婦の生活をどの程度改善し、何が改善されなかったかを、事例によって明らかにしつつ、制度そのものに内在する制約や問題点について考察する。

二 高齢者の「核家族化」と介護保険制度

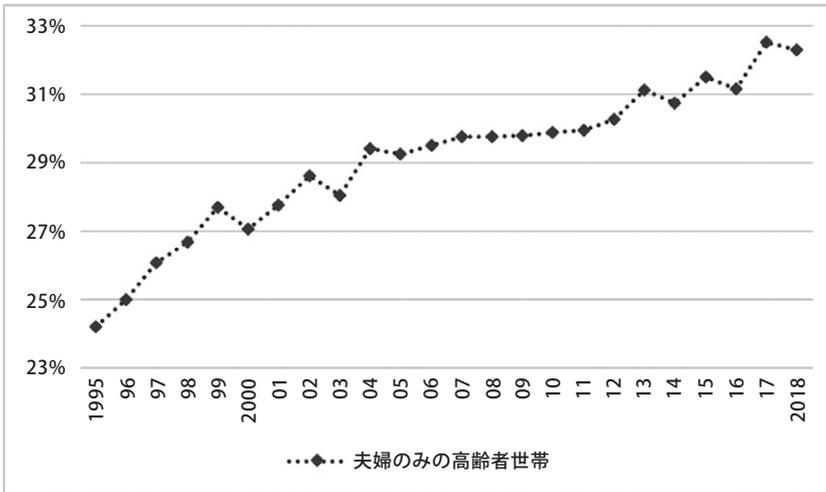
1 統計からみる「夫婦のみ世帯」の高齢者

2000年に「介護の社会化」を掲げた介護保険制度が導入されて、要介護高齢者は病院から自宅に戻り、公的サービスによる支援を受けながら、自宅で生活することが求められるようになった。しかし、制度導入時点の2000年に要介護高齢者が帰る自宅の四分の一以上（27%）には子は同居しておらず、配偶者だけである。その割合はその後上昇し続け、2018年までには5ポイント上昇して、夫婦のみの高齢者世帯は全世帯のほぼ三分の一の32%となった（図1）。

一方、介護保険施設に入居する高齢者数は、介護保険施設の収容能力に規定される。介護保険施設は老人保健施設⁷、介護療養型医療

⁷ 老人保健施設は入院治療の必要がない要介護高齢者を対象に家庭復帰の橋渡しの機能を果たし、社会的入院を解消することを目指して創設された短期在住施設である。

図 1 全世帯に占める「夫婦のみ世帯」の高齢者の構成割合



(出所)『国民生活基礎調査』厚生労働省、各年版より筆者作成。

施設⁸、特別養護老人ホームに分類され、それぞれの機能に応じて、利用者の入居条件が定められている。なかでも、特別養護老人ホームは、居宅で適切な介護が受けられない 65 歳以上の要介護者を対象に、比較的安価で最期まで施設で介護サービスを提供することができるため、非常に人気がある施設である。

介護保険制度導入後、在宅復帰を目標としている施設である介護老人保健施設以外の、入所期間に制限のない介護保険施設の収容能力と実際の入居者数はほぼ重なっており（図 2）、余裕がないことがわかる。特別養護老人ホームの入居を希望しているが入れない待

⁸ 介護療養型医療施設は医療保険制度に適用できない長期に渡り療養を必要とする患者を対象とし、人的・物的両面において長期療養に相応しい療養環境を整備した施設である。介護療養型医療施設では常時医学的管理が必要な要介護者や老人慢性疾患患者及び認知症高齢者の療養上の管理が強調されている。

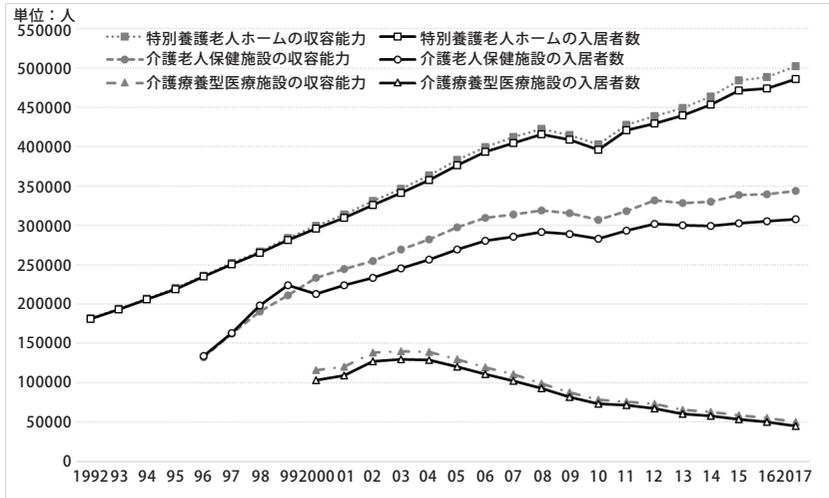
機者は、2016年4月時点で約36万6000人であり⁹、入居者数（48万5795名）との合計数（約85万人）は同年の総収容能力50万2678人の約1.7倍である。介護保険制度の改正に伴い、2015年4月1日以降に新たに特別養護老人ホームに入所できる者は、原則として要介護3以上、あるいは要介護1・2の高齢者のうち厚生労働省が示した「特例入所の要件」となる4つの類型、すなわち、「ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。ウ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること」¹⁰のいずれかを満たし者に限られることになった¹¹。同居であれ別居であれ子を持つ高齢者にとって、特別養護老人ホームへの入居はかなり難しくなっている。

⁹ 「特養待機36.6万人『要介護2以下』制限で減少」『朝日新聞』2017年3月28日付（朝刊）、1面（総合）。

¹⁰ 「特別養護老人ホームの入所基準変更のご案内 ～原則、要介護3以上に～」厚生労働省、<http://www.wagen.or.jp/shinyokohama/pdf/kijyun.pdf>（2019年10月18日アクセス）。中村・菅原は、この最後の条件によって、結婚経験の有無にかかわらず子供のいない（チャイルドレス）高齢者は子があるが別居している高齢者に比べて介護施設に入りやすいという予想を立てている。参照：中村二郎・菅原慎矢「同居率減少という誤解—チャイルドレス高齢者の増加と介護問題」『季刊・社会保障研究』第51巻3・4号（2016年）、355～368ページ。

¹¹ 「特別養護老人ホームの『特例入所』に係る国の指針（骨子案）について」厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000052324.pdf>（2019年10月18日アクセス）。

図 2 介護保険施設の収容能力と入居者数の推移



(出所)『介護サービス施設・事業所調査』厚生労働省、各年版と『社会福祉施設等調査』厚生労働省、各年版より筆者作成。

特別養護老人ホームの利用は、重度要介護高齢者に限定されてきていて、要介護度が比較的軽度な単身高齢者あるいは夫婦のみの高齢者は自宅での生活を維持していかなければならない。そして、在宅生活の維持は介護保険サービスによって大きく左右される。

2 在宅介護サービスとケアマネジャー

介護保険制度の導入に伴い、訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハビリ）、訪問看護、居宅療養管理指導といった自宅で受けられるサービスと、通所リハビリテーション（以下、通所リハビリ）や通所デイサービスなどの通所系サービス及び短期入所系サービスといった自宅外、事業者・施設で受けられるサービスが提供されることになった。具体的な介護内容は、日

常生活上の支援（掃除・調理などの生活支援）、身体介護（入浴・排せつ・食事等）、機能訓練（リハビリ）、診療の補助（注射）などに分類できる。また車椅子、床ずれ防止用具、手すり、歩行器などの福祉用具も提供する。

それらの介護サービスを利用するために、高齢者はまず要支援・要介護状態¹²に認定¹³される必要がある。そして、要介護認定に基づいて、ケアマネジャー（介護支援専門員）が高齢者の介護ニーズを評価し、ケアプランを作成する。そのうえで、ケアプランに基づいて各介護事業者が介護サービスを提供する。さらにケアマネジャーは、在宅生活を維持している高齢者の身体状況の変化によって生じる在宅リスクを見つけ、それに応じた介護サービスを提案して、要介護高齢者とその家族の選択を促しケアプランを変更する。こうしたプロセスから、要介護高齢者にとってケアマネジャーの役割が極めて重要であることがわかる。

このケアマネジャーの役割の重要性は、制度の定期的な見直しによって介護保険サービスの利用条件が厳格化されるにつれ、さらにいっそう高まっている。例えば、要介護者が生活援助中心型サービスを中心に訪問介護を利用する際、要介護1は27回/月、要介護

¹² 要支援状態とは家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、筋トレや栄養管理などの介護予防サービスによって要介護状態の予防が見込まれる状態である。要介護状態とは寝たきりや認知症などの理由で常時介護を必要とする状態である。出所：「要介護認定に係る制度の概要」厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>（2019年11月28日アクセス）。

¹³ 要介護認定は一次判定と二次判定がある。一次判定とは市町村の認定調査員が行う心身の状況調査と主治医意見書に基づいたコンピュータ判定である。二次判定は保健・医療・福祉の学識経験者などで構成された介護認定審査会にて、一次判定の結果、主治医意見書などに基づいた審査判定である。出所：前掲「要介護認定に係る制度の概要」、<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>（2019年11月28日アクセス）。

3 であれば 43 回 / 月などを超えるケアプランは、ケアマネジャーによる届出が必要になっている¹⁴。介護ニーズの評価を行い、ケアプランを作成する段階から、ケアマネジャーは、こうした利用制限を踏まえて、利用可能な介護サービスを選択肢として高齢者に提示する。それゆえ、要介護高齢者にケアマネジャーがどのような介護サービスを提案するかは、要介護高齢者の生活の質を左右する、非常に重要な意味を持ちうると言える。

三 研究方法

以下の事例研究では、子とは別居しながら、夫婦いずれもが要介護認定を受けている高齢者世帯を対象とし、夫婦に対してケアマネジャーがどのような介護サービスを提案し、夫婦が何を選択したか、その選択が夫婦2人の生活にどのように影響してきたかを見ていく。それを通じて、介護保険制度が要介護高齢者夫婦に開拓した新たな生活の可能性と、その限界を明らかにする。その際、本研究は、夫婦が協力して夫婦のみの生活を維持していこうとする事例1と、夫婦の一方に負担が集中している事例2を挙げる。

1 調査対象

在宅介護サービスの利用者3名（同居している高齢者夫婦2名と要介護配偶者が入院している高齢者1名）及び担当ケアマネジャー2名。

¹⁴ 「『厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護』の公布について」厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205663.pdf> (2019年10月19日アクセス)。

2 調査地

広島県東広島市

3 調査時期

夫婦のみの世帯：2019年8月9日と9月28日、担当ケアマネジャー：2019年10月2日

配偶者が入院中の単身高齢者世帯：2019年7月2日と9月25日、担当ケアマネジャー：2019年10月3日

4 調査項目

要介護状態に至る身体状況の変化と要介護認定後の推移を中心に、ケアプラン作成過程における要介護者とその家族の希望と、ケアマネジャーによるケアプラン提案の内容、最終的なケアプラン及び要介護者によるケア内容への評価についての半構造化インタビューを、その背景となる簡単なライフ・ヒストリーの聞き取りとともに実施した。

高齢者に対する質問：①高齢者の在宅介護サービスの利用契機、②調査当時の介護サービス利用状況、③家族が行った介護内容、④介護保険への評価

担当ケアマネジャーに対する質問：①提案した介護サービスの内容とその理由、②利用者の状況の変化に伴った対応

5 倫理配慮

在宅介護サービスの利用者3名、担当ケアマネジャー2名の調査対象者に対し、本研究の趣旨を説明し、「『介護保険制度に関する研究』の説明および同意書」を作成して同意を得た上で、実施した。

四 事例

介護サービスは要介護者のニーズに合わせて提供されることが原則であり、要介護者のニーズは、一人ひとりのライフ・ヒストリーに大きく左右される。それゆえ、本稿では、最初に高齢者夫婦の人生の軌跡、次に時系列に沿って、在宅生活の選択、在宅生活を維持していくなかで介護が必要となった契機、そして現在の生活、の順に、高齢者夫婦自身とケアマネジャーとの語りによって介護の現場を再現しながら事例を検討する。

1 事例1

調査対象：Aさん、Bさん、担当ケアマネジャー

Aさん 88歳 女 要介護3（圧迫骨折）

Bさん 91歳 男 要支援2（脊柱管狭窄症）

Aさん、Bさん夫婦の居住状況：同居中

Aさん、Bさんの子の居住状況：同県内別居

長男64歳：医師 広島市内在住 配偶者と子3名が同居

長女60歳： 広島市内在住

(1) AさんとBさん（夫婦）の「人生の軌跡」

Aさんは1931年に生まれ、23歳でBさん（当時25歳）と結婚して、子育てや専業主婦をしていた女性である。Bさんは1928年に広島県で生まれた男性で、趣味は将棋である。家業を手伝い、タバコの葉を販売していた。農業学校を卒業した後、家の近くの学校で職員（公務員）となり、25歳の時、Aさんと結婚した。公務員の仕事は58歳までつづけ、その後、測量設計の専門会社に再就職した。再就職後は自宅で野菜を作ったりもした。長男及び長女が就

職で相次いで家を出ていき、しばらく二人暮らしとなったのち、Aさんが圧迫骨折をきっかけに要介護認定を受け入院し、退院後、約10年間デイサービスに通った。Bさんは脊柱管狭窄症が発症して要支援の認定を受け、手術しようとして一時入院したが、結局手術せずに自宅に戻った。

(2) リスクを抱えつつ、子から離れた現住地で夫婦二人の生活を継続する

Aさんは、病気のため自分の身体を動かすことができなくなってきており、歩行困難、座れない、立てない、物忘れが激しいなどの問題に直面した。Bさんは腰の痛みを抱えながら、食事作りや買い物などを行って、妻の世話をした。長男、長女はいずれも県内に住み、それぞれの家庭を持っている。長男はAさんとBさんを自分の自宅近くと呼び寄せようとしたが、AさんとBさんは、現住地にとどまり夫婦だけで生活する選択をした。

Aさん：「年もあれじゃしね」「腹も何回手術したしね」「私には物をもたれん」「娘はお母さんとお父さんを向こうでみようとじゃけんね、うちに来る言ったらね、前の日に全部いよいよにしといて（よいように準備して）、うちに来てもいたしん（難しい）よ。娘と一緒に住むのはできんでしょう、向こうにお父さん、お母さんもおってんじゃけん、難しい」「息子と一緒に住むのはまたいたしかろうよ。嫁さんは3人孫の面倒をばっかりしとるけんね」

Bさん：「妻の面倒を見なきゃ、一人で食事を作る。仕方がない」「息子のところに行ったらね、息子のところは孫3人おるんよ、部屋はね、行ったら狭い、それに、二階に上がらないため、生活が不便になる」「娘はよそにいつちゃった（他家に嫁いだ）からね」

(3) 介護利用が必要となった場面

表 1 介護サービス受給の経緯

| サービス利用の転機となった場面 (時系列) | | A さん | | | B さん | | |
|--------------------------|----------------|-------|----------------|-----------|-------|----------------|----------|
| | | 要介護度 | ケアマネジャーの提案 | サービス利用期間 | 要介護度 | ケアマネジャーの提案 | サービス利用期間 |
| ① | A さんが圧迫骨折から退院 | 要介護 1 | デイサービス (週 3 回) | 約 10 年以上 | 要支援 | | |
| ② | A さんの症状悪化 | 要介護 2 | ベッド、押し車、手すり | 継続中 | 要支援 2 | | |
| ③ | A さんの短期入院から退院後 | 要介護 3 | 調理ヘルパー | 5 回利用後、中止 | | | |
| | | | 訪問看護、訪問リハビリ | 約 8 カ月 | | | |
| ④ | A さんの長期入院中 | | | | | デイサービス (週 1 回) | 約半年 |
| ⑤ | A さんの長期入院から退院後 | 要介護 1 | 訪問看護、訪問リハビリ | 継続中 | | | |

(出所) 筆者作成。

I 場面① A さんが圧迫骨折から退院

B さんがまだ勤めている時、A さんは自宅で骨折して、要介護 1 の認定を受けた。そして自宅での骨折のリスクを避けるため、週に 3 回のデイサービスに 10 年以上にわたって通った。

II 場面② Aさんの症状悪化

ところが、Aさんは長時間座ることができなくなったためにデイサービスを中止し、既に退職したBさんとともに家にとどまるようになった。ケアマネジャーは、腰が弱いAさんが自宅内で安全に移動することができるようにするため、ベッド、押し車、階段の手摺りなどの福祉用具の利用を提案した。しかし、Aさんは自宅で一人の時に骨折し、その後、入退院の生活を繰り返すことになった。

ケアマネジャー：「デイサービスに通わせるのはしんどいから、デイサービスをやめた。それからは、（介護保険からは）レンタルで押し車、ベッドとかだけだったけど、それから、腰の骨折されちゃったり（なさったり）、圧迫骨折されちゃったりして、また入退院が続いたんです」「外に出られるように階段、立ち上がれるようにベッド、ベンチの隣に手すり、また、安全に歩けるように歩行用具、などの福祉用具を提供した」

III 場面③ Aさんの短期入院から退院後

Aさんの退院後、腰の痛みがあるBさんが夫婦の食事を準備するのは困難になってきた。ケアマネジャーは、長男、長女の要望も踏まえてAさんの食事支援として調理のヘルパーをすすめ、AさんとBさんは5回ほどヘルパーを利用したが、そののち、ヘルパーの利用をやめた。

ケアマネジャー：「(Aさんが病院から) 帰っちゃって(帰られて)、お父さん一人じゃお食事作りのが難しいということで、ヘルパーがちょっとはいつて使おうになった。また、ご家族の希望もあったんよ、娘さんと嫁さんが今交代でよく来ているんだけど、お父さん一人じゃしんどいだろう、

自分たちもいられない時もあるしということで、さらに、お父さん腰が痛いけん、長い間立っとられん、他のこともあったり、つて言っちゃった（言われた）んで、その間だけで、ヘルパーが入る日だけでも（助かる）」「自分でね、やっぱり買い物に行ったりできるお父さんがやっぱり…。で、お母さんのための介護保険サービスだったから、また自分は自分でしないといけないじゃない？ そういうのがあったり、うまく行かなかった」

Bさん：「（ヘルパーが）ここきて食事を作るのを5回ぐらい利用したが、へたなんよな、美味しくないけんね」「材料を準備してくれといえ、うちもわかるんだね（食材の準備）。両方が一緒にしたらいいね」

Aさんの食事を作るヘルパーはBさんの介護負担を軽減するためのはずであったが、要介護3のAさんの食事は作れても要支援2のBさんの食事を作ることは認められていない。それゆえ、ヘルパーがいてもBさんは自分の食事は作らなければならない。あるいはAさんのために調理された一人分の食事を二人で分け合わなければならない。結局Bさんの介護負担は実質的には軽減されず、食材準備などのコミュニケーションがうまくいかないと、ヘルパーの利用が中止された。そしてBさんは自身の腰の痛みがあるにもかかわらず、再び夫婦の食事を準備することになった。

介護保険制度は要支援者を「個人」として扱うため、高齢者夫婦の場合、夫婦の要介護度が異なると、上に述べたようなちぐはぐなことが起きる。また、介護保険制度による「介護の社会化」は完全な「社会化」ではなく、家族によるインフォーマルケアによって補われた「社会化」である。制度は、先行研究が前提としているように、暗黙に、家族のなかでも子世代による介護を前提としており、したがってインフォーマルケアの担い手もまた要介護高齢者であるということ想定していないといえよう。高齢者夫婦を夫婦として

その介護ニーズを評価し、介護の対象と見る枠組みが制度にないため、要介護高齢者夫婦に不便を強いている。

IV 場面④ Aさんの長期入院中

Aさんが入院している間、Bさんが抱える「一人での食事問題」のために、ケアマネジャーはデイサービスをすすめた。Bさんは週に1回デイサービスに通い、趣味の将棋を通して同年代との交流を深め、一人での在宅生活を過ごした。

Bさん：「家は二人じゃろ、お母ちゃんは入院している時、わし一人になったの。一人で飯をたえて（炊いて）、こうやて何をして食べるのをなんじゃけん、介護施設へ来たら、飯はたたらうぜ（炊いてくれる）。迎えに来てくれ、それに飯食わしてくれ。そこに行ったらね、いいよ。始めは知らんけんね、知らん人ばかりじゃけ、だまってるわ、2、3日したら、まあ、お互いに安心するわ、体操したり、ラジオ聞いたり、趣味の時間があってね、わしは将棋をしたいと思って、やってみて、勝つべき人が負けたんよ。勝つポイントを教えて、先生になった。友達がいっぱいできた」

一人暮らしになったBさんは長男のところに行くこともできたが、長男の家庭に面倒をかけたくないと思い、同年代と話すこともでき、また、食事も提供されるデイサービスに通った。そのことによって、Bさんが抱える一人暮らしの不安と寂しさが多少抑えられることになり、Bさん自身の安全確認もでき、別居している子も安心した。つまり、Aさんが入院したことによって、Bさんが一時的に介護者の立場から離れ、要支援者個人として介護サービスの対象となり、その結果、Bさん自身にとって適切な介護サービスの提供を受けることができた。

V 場面⑤ Aさんの長期入院から退院後

Aさんの退院後、在宅同居生活に戻った。Bさんはデイサービスを中止した。Aさんに「歩行困難」「座るのが難しい」「立ち上がれない」「物忘れ」などの問題があったが、二人の生活が継続できるように、ケアマネジャーは、Aさんにベッド、歩行用具などの福祉用具の継続使用と、注射のための訪問看護、回復のための訪問リハビリを提案した。それらのサービスの利用によって、Aさんは安全な在宅生活がある程度送れるようになった。つまり、Aさんは自身にふさわしい介護サービスを受けることによって、現在の生活に満足している。

ケアマネジャー：「お母さんが注射されているんで、家でしようということで、訪問看護を入れた。また入院中にもリハビリを使用しちゃった（された）ので、やっぱり続けていったほうが、体の動きが、やっぱり家に帰ったら寝るばかりになっちゃったら（なられたら）、二人で生活するうえには、それまでできとったことが、続いていけないと、そういう意味で導入した。結局、最初に本人は嫌だったの、リハビリが。ただ運動だけのリハビリだったから。だけど、今いろいろ手作業をしてくれようてんでん、そういうのが始まって、すごうれしい」

Aさん：「折り紙は嬉しいんよ。あれはいい勉強になるよ。こここうしたがいいの、ああしたがいいの、自分も考えるし、出来上がった、ああいいのができたという喜びもあるしね、案外頭を使う」

ところが、Bさんは、退院後のAさんの介護や見守りを行わなければならなくなったが、腰も痛いし、年も取っていけば、どこまで妻を支えられるか保障できない。結局、二人とも「今の生活がどこまで続けられるか」について深い不安を持っている。

ケアマネジャー：「そういうのいいようになって、お母さんが今は元気になった。台所に座ってっらしい」「ご主人はね、まあ、今でも車に乗ってね、買い物とか通院とか、いけるところはいきようてんだけど、もう庭なんかも自分で全部せんとしようじゃったです、じゃけど、今腰の痛みがあって、手術してもよくなる可能性が保障できないということで、そのまま薬で抑えながら。やっぱりそういうことで徐々に、身体的にもちょっとずつでいかしちゃったね。奥さんのお世話をしなければいけないという責任感もあってじゃし」

Aさん：「お父さんはいい人じゃけん、よくしてくれる。いつでも私が楽になるように言ってくれました」「今の生活がいつまで続くか」

Bさん：「食事（味噌汁とか）はね、わしがつくようる。どうぞ、食べてくださいと。（Aさんが立っておられないため）仕方がない。妻の面倒を見なきゃ」「私も悪くなる、こっちも悪くなる」

Aさんが退院して夫婦での生活に戻ったことで、Bさんは介護サービスの受け手であることを止めざるを得ず、再び介護者に戻ることになった。Aさんにはヘルパーが調理支援し、Bさんはデイサービスを利用して施設で食事をする、という選択肢はもちろんあったであろうが、二人は夫婦として協力して生活していくために、それぞれが「個人」として介護サービスを受けるという選択をせず、ケアマネジャーもそのようなケアプランは提案しなかったと考えられる。個人としてではなく、夫婦として暮らすための介護サービスが制度として用意されていれば、ケアマネジャーは「高齢者夫婦を共に支える介護サービス」を提案できたであろうが、そうすることができないために、夫婦は生活崩壊リスクを感じざるを得なかったのではないかと思われる。

(4) 将来、一人になった場合

現在、Aさんは圧迫骨折を抱え、訪問リハビリと訪問看護を利用している。Bさんは脊柱管狭窄症を抱えながら、要介護1となったAさんの介護を行い、食事準備、掃除と洗濯なども行っている。そのほか、掃除と調理のため、長男の妻と長女が週に2、3回訪ねてきて、Aさんの洗濯物、買い物、通院などや入浴介護を行ってくれている。

いつか一人になった時、Aさんは、体が不自由なため、施設に入りたいと考えている。Bさんも、自宅での一人暮らしを長期間続けることはできないと考え、介護施設入所を希望している。二人は子に自分の介護をさせることを考えていない。

Aさん：「これからどうにもならんわね、何にもできんようになったけんね。施設、お宅（ケアマネジャーの所属する介護施設）お願いするかもわからないよね」

Bさん：「一人になったら施設に入るぞ。（自宅では）一人じゃったら、飯たいてこいなね（炊いてくれない、自分で飯を作る）、そりゃ2、3日ならいいわね、先がみえん」

特別養護老人ホームへの入居は要介護度3以上に限定されており、二人が申請した特別養護老人ホームの待機者は、調査の時点で100人以上もいる¹⁵。こうした現状では、二人が特別養護老人ホームに入居することができる見通しはあまりない。「子世代による介護」を前提に、介護を要する高齢者個人に対する介護サービスを提

¹⁵ ケアマネジャーによれば、特別養護老人ホームを複数申請している状況を考慮したとしても、実質な待機者は100人以上である。

供することで介護者を社会的に支援しようとする介護保険制度は、「高齢かつ要支援ないし要介護配偶者による介護」という想定外の現実に直面して、深刻な危機に直面しているようにみえる。夫婦のみの高齢者世帯が増えているなかで、本事例からは、個人としてではなく、互いに助け合う夫婦として介護サービスを考えることが介護の現場から求められているという現状が指摘できる。

2 事例2

調査対象：Cさんとケアマネジャー

Cさん 女 85歳 要支援1（腰椎脊柱管狭窄症）

CさんとDさん夫婦の居住状況：Dさん（要介護配偶者・要介護4）が現在認知症専門病院入院中

CさんとDさんの子の居住状況：同敷地内別居

長女61歳：夫と二人暮らし 子2名、孫3名が別居

(1) CさんとDさんの「人生の軌跡」

Cさんは1934年、広島県で生まれた女性である。38歳の時、海上自衛隊員だったDさん（夫）と現在の場所へ引っ越し、定年まで看護師の仕事をした。Dさんは定年後、電気関係の仕事をしてきたが、認知症のため、2年前に入院した。娘は結婚で家を出たが、10年前、両親の住居と同一敷地内で、隣の建物に引越してきた。

現在、Dさんは認知症専門病院に入院しているが、Cさんは週2回の通所リハビリを利用して在宅で一人暮らしをしている。買い物は、主に移動販売を利用するが、たまに長女と一緒に買い物したり、長女からおかずをもらったりしている。

(2) リスクを抱え、子と同じ敷地内の夫婦二人の生活を継続する

Cさんは腰椎脊柱管狭窄症で腰痛があり、年とともに筋力が徐々に落ちているが、夫であるDさんの認知症が進んできたため、見守りや食事の世話、紙パンツをはかせるなどを負担しなければならなくなった。

長女はその夫と一緒に夫婦で同じ敷地内に住んでおり、Cさんに心理的な安心感を与えていると考えられるが、仕事が多忙で両親を介護する余裕がない状態である。Cさんは娘の生活に負担をかけないように、夫の介護を含め、すべてを自ら担おうとした。

Cさん：「家族は手伝うことができない。勤めているから、自分のところでも掃除もできないくらい忙しいからね」「腰が痛いしね、お医者さんもね、安定が悪いしね、筋力がこう落ちてからね、ふらふらするので、まあ、年齢とともにね、ふらふらしますよというようにね（腰が痛いし、お医者さんも、年齢とともに筋力が落ち、ふらふらするとおっしゃる）」「お父さんは毎年ケガをする」「（Dさんが）自分で着るのは着ようだけど、まあもう、ずっと紙パンツ。お風呂から上がって、紙パンツをはかせるのはしようたですかね（私のはかせていた）、もう、重たいから、背が高いし、よいしょって言って、お風呂のところで座って、私がこうやってね」

(3) 介護利用が必要となった場面

表2 介護サービス受給の経緯

| サービス利用の転機となった場面 (時系列) | | Cさん | | | Dさん | | |
|--------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------|-------------|
| | | 要介護度 | ケアマネジャーの提案 | サービス利用期間 | 要介護度 | ケアマネジャーの提案 | サービス利用期間 |
| ① | Cさんが腰の手術を行った後 | 要支援1 | 通所リハビリ(週1回) | Dさんの入院により中止 | 要支援1 | デイサービス(週1回) | 移行 |
| | | | | | 要介護1 | デイサービス(週2回) | 移行 |
| ② | Dさんの認知症が悪化 | | | | | | デイサービス(週1回) |
| ③ | Dさん転落し普通病院入院 | | | | | | |
| ④ | Dさんの認知症専門病院転院 | 通所リハビリ(週1回) | 継続中 | 要介護4 | | | |
| | | 実費リハビリ(週1回) | 追加・継続中 | | | | |

(出所) 筆者作成。

I 場面① Cさんの腰の手術後

Cさんは、腰の手術(腰椎脊柱管狭窄症)をするため、3年前に一カ月入院した。退院する際、医師の意見で、通所リハビリを見学し、週1回の通所リハビリを利用した。

Cさん:「腰椎の手術して、4週間ぐらい入院した。診断してから、ちよっ

とね、運動するためにね、デイサービスに行った方がいいねっていう話からね。誘いが来て見学にいった、いいねって思ってね」「行く方がいいんですよ、家におるより。家におってから運動すればいいんだけどね、運動策（方法）ないし、みんなね、こう歩いて店まで買い物に行ったりしようたんですね、もう歩くのがだんだん嫌になってからデイサービスの迎えが来るからね、いったら、ちょっと話ができるしね」

ケアマネジャーは、Cさんの希望通り、認知症の初期であったDさんと一緒に暮らしていけるように考え、Dさんが要支援1の認定を得られるよう努力し、それを踏まえて二人の自宅生活が維持できるようなケアプランを作った。足腰の痛みや筋力の問題を持っているCさんの不安を取り去るため、認知症のDさんを同時間帯に同事業者のデイサービスに週1回行かせることとしたが、その後、Dさんの認知機能が低下して要介護1認定され、デイサービスを週2回へ増やした。

ケアマネジャー：「認知症のご主人のことを心配しているため、社交的なご主人も利用者と同じ時間帯でデイサービスを利用すれば、利用者（Cさん）の負担が減らせる」

Cさん：「（Dさん）毎年ね、入院するんですよ、ベッドからおちたり、転んだり、血がおちてね（出血してね）。夜中に結構落ちたり、ばあっと血が出るからね」「（Dさんは）物忘れがひどくなり、電車の乗り方がわからなくなるなどのように認知機能が低下し始め、介護保険の区分変更を行った。要介護1と認定され、週2回デイサービスに行くことになった」

それでも、自宅でCさんがDさんの面倒を見切れず、Dさんが転倒したりした。この時期、Dさんの要介護度が低く、またCさ

んについても要支援の判定しか得られていなかったために、夫婦に対しての生活支援型介護サービスが提供できなかった。可能であったのは、夫婦の両方を同時に自宅外に連れていくこと（デイサービス）だけであった。夫婦を総体として考え、その介護能力をも考慮した制度設計になっていれば（例えば夫婦総体で「介護の社会化」の必要性を評価して、介護する配偶者の介護負担を軽減できるような生活支援サービスの提供）、在宅リスクがより効果的にカバーされたのではないかと考えられる。

II 場面② Dさんの認知症が悪化

Dさんの認知症が悪化してきて、週2回のデイサービスを週1回に減らした。

ケアマネジャー：「外出している時泥棒が自宅に入った、人との付き合いが嫌になるなどの認知症症状が進行してきて、デイサービスに通わせることが難しくなり、デイサービスを週1回にした」

Cさん：「家におった時も、ずっとおむつだったんですけど、そのおむつをやるのがね、力がね、私がするのは大変だったですね」

認知症の進行によってデイサービスの回数を減らしたDさんは、在宅生活の時間が増え、Cさんと一緒の時間も長くなって、Cさんの介護負担がより重くなった結果、二人の在宅生活が破綻に瀕した。

III 場面③ Dさん転落し普通病院入院

在宅時、Dさんが再びベッドから転落して手首を負傷した。消毒処理などの手当がCさんの手に負えなくなってきたため、ケアマ

ネジャーは、Dさんの入院をすすめた。

ケアマネジャー：「手首にけがしたため、消毒処理、手当を必要とする。自宅に戻ってもいいが、利用者の負担になるから、短期でも入院して看護婦に任せた」

Cさん：「一回入院した時は、動かれんでしょう、それからだんだんこう、暴力的になってからね、お医者さんもこれ以上みられんからって言って」

IV 場面④ Dさんの転院後

Dさんは普通の病院へ入院したが、病院での生活に耐えられず、自宅にも戻れない状態のなかで認知症の症状がさらに悪化し、退院を迫られた。やむを得ず、Dさんを認知症専門病院へ転院させた。

ケアマネジャー：「Dさんが入院している間、日常生活、やっぱり治療が目的なんで、生活が単調になってくるんです。生活の変わりがなくて、そこに気になって、家に帰りたいといわれたんですけど先生の許可は出なくて、つづいて認知症がかなり進行してしまって足腰が動けなくなった」

高齢者の長期入院が抑制されている状況の中で、認知症専門病院に入院しているDさんは再度退院を迫られてもおかしくない状態である。それに対してCさんは、ケアマネジャーのすすめによって、実費の通所リハビリと介護保険制度の通所リハビリをそれぞれ週1回利用して、健康や身体機能の回復に努めている。そして、Dさんを最期まで見送ることを目指して、将来もこうした在宅生活を続けていこうと考えている。

Cさん：「私が先に倒れたらもう、困るんですよ。主人はまだ入院してい

るから着替えとか持って行かにゃ、自分が先に逝ったら娘が困る。それこそ、一日でも私が長生きしてね、お父さんを送っというて」「今のサービスを利用するのは張り合いがあるね」「訪問介護、ヘルパーを利用しながら、なるべく自分でやって今の在宅生活を維持できるように」

ケアマネジャー：「今の生活を応援するために、足の筋力が落ちて、利用者が不安になって、（通所リハビリサービスを）週に2回すすめた」

(4) 将来について

Cさんに万が一の状況があったときに備えて、Dさんが介護保険施設に入居できるように、特別養護老人ホームを3カ所申し込んでいる。しかし、調査の時点ではいずれも100人以上が入居待ちしており、いつ入居できるのかわからない。こうした状況のなか、仮にDさんが再び病院から追い出された場合、自宅へ連れ戻す可能性も十分あると考えられる。

Cさん：「Dさんが施設へ入れば、いいですかね、申し込んではおるんですがね、なかなか空きがないですね、順番が来ないからね。もし（病院のほうか）だめなら、ここに戻るしかないね。ここに戻ったら困るね。築50年の部屋を直すのはねもったいないじゃないですか」

ケアマネジャー：「今3つ特別養護老人ホームを申し込んでいるが空きがない。待ち人数100人、150人、180人。複数で申し込んでいるので、実際の人数が100人に行かないが、なかなか回してこない。回ってくる時、亡くなるか、他の病院に長期入院なのか」

トイレすら自分でできなくなったDさんと一緒に自宅での生活を再開するには、階段や手すりなどの自宅改造を行わなければならない。行われたとしても足腰の筋力が落ちているCさんには、排

せつの世話は重い負担となる。

Cさん：「(Dさんが) ずっとその病院におられるかどうかは問題なんですけどね、(もし病院から追い出される時) 家に帰ればいいけど、まだ無理かわからない。家におった時もずっとおむつだったですけどね、そのおむつをやるのがね、力がね、私がするのはね大変だったですね」

ケアマネジャー：「せめてトイレに自分でいけるぐらいになればね、Cさんのところ(負担)が違うんだと思うけど、やっぱり家族の負担がでかいね。排せつの部分だけを減れば、食事とかお風呂とか、Cさんができると思うので、一つだけでも減れば家の生活は支援していけると思うけれど」

Dさんの入院によってCさんが介護サービスの受給者になることができたという構造は、要介護高齢者夫婦の脆弱性を強く示している。当事者たちの不安と同時に、在宅介護という概念そのものが問われる事態が、高齢者夫婦間介護の一般化によって招来されている。

3 まとめ

上記の2例では、認知症高齢者を抱えていない高齢者夫婦(事例1)に主に訪問系サービスが提案された一方、認知症高齢者を含む高齢者夫婦(事例2)の場合、介護配偶者が短時間ではあるが要介護認知症配偶者から離れられるように通所系サービスが提案された。いずれにおいても、要介護者を介護する配偶者の介護力が期待されたといえる。しかしながら、介護配偶者の負担は大きく、特に事例2においては、要介護配偶者(Dさん)の要介護度が当初は低かったこともあって、介護する妻(Cさん)を十分に支えることが

できなかった。そのことが要介護配偶者のけが、入院を通じてその認知症を悪化させ、急激な要介護度の上昇をもたらしたが、頼みの綱となるべき特別養護老人ホームへの入所には長い待機が予想されている。

五 おわりに

本研究では、高齢者夫婦それぞれの要介護度の変化に応じてケアマネジャーがどのようなサービスを提案し、そのサービスを高齢者夫婦がどう受け止めたかということとともに、それが夫婦のみの高齢者の生活にどう影響してきたかを検討した。その結果、「子世代による介護」を暗黙の前提としている現行制度は、自身も介護を要する「配偶者による介護」という現実に対応しておらず、彼らの介護ニーズに応えられていない状況になっていることが明らかになった。高齢者夫婦をその総体で「介護を要する夫婦」として介護保険サービスの対象とするような制度設計が求められる。

介護保険制度の導入によって、要介護高齢者がケアマネジャーと話し合い、ケアプランの作成やケアマネジメントのプロセスなどを通して、多彩な訪問系サービスや在宅介護サービスを選択肢として在宅生活の継続を考えることができるようになった。この点について、中村・菅原は介護施設への入所はチャイルドレス高齢者が優先されると予想している¹⁶。それを踏まえると、同居・別居を問わず子のいる高齢者に対して、ケアマネジャーを通じて利用するサービスが、より在宅継続型のものになるであろうとの推測を生じさせるが、これに高齢者自身の、子に負担をかけたくないという思いが重

¹⁶ 中村二郎・菅原慎矢「同居率減少という誤解—チャイルドレス高齢者の増加と介護問題」『季刊・社会保障研究』第51巻3・4号（2016年）、355～368ページ。

なることで、ぎりぎりの状況の中で在宅継続のための様々な道筋が模索されてきたといえよう。

訪問介護の利用回数制限などの介護保険サービスの利用制約が強められてきているなか、要介護高齢者夫婦のうち、主に要介護ニーズのより高い配偶者に対して介護サービスを提供せざるを得なくなり、その結果、夫婦二人の在宅生活が破綻するリスクが高まっている。いずれも要介護認定を受けた高齢者夫婦に対しては、二人を総体として扱い、いずれもが介護を受けることのできる介護サービスの設定と提供が求められている。

介護保険制度は、3年に1度の基準見直しを重ねる中で、利用に対する制約を強めてきた。これは、「子世代による介護」により大きく期待する制度への変容であると言わざるを得ない。ところが、夫婦のみの高齢者世帯に介護が必要となった場合、地理的問題や子に迷惑をかけたくないなどの理由があるため、たとえ子がいても子に頼らずに、また夫婦のいずれもが要介護状態であっても夫婦の一方が他方を介護することによって、夫婦二人の生活が維持されている実態が存在する。

高齢者夫婦の双方が要介護認定を受けているが、要介護度が異なっている場合、ケアマネジャーは難しい選択を迫られたのち、結局は本稿の事例が示すように、要介護度の高い者を被介護者、低いものを介護者としてケアプランを立てざるを得ない。しかも、制度が要介護者を「個人」としてしか扱わないため、事例1と事例2に見たように、夫婦が助け合って共同生活を送るための支援をすることで、逆に夫婦を切り離して共同生活を破綻させかねない事態も生んでいる。高齢者夫婦の共同生活が破綻すれば、介護保険制度が目指す、要介護高齢者が家庭で安心して暮らせる状況が失われるのに、である。

そうした制約の中で、ケアマネジャーは要介護高齢者夫婦が利用可能な介護サービスを把握している。要介護者「個人」を対象とした介護サービス体系の中で、ケアマネジャーは夫婦双方の介護ニーズに実際に寄り添い、双方の要介護ニーズを把握したとしても、夫婦2人の生活を支えるようなケアプランを作成できない。つまり、ケアマネジャーが夫婦の共同生活、共同介護を支えるためには、介護保険制度そのものが夫婦の共同生活を支えるように、介護サービス提供の変容が必要である。高齢者夫婦の場合、特に夫婦のいずれもが何らかの要介護認定を得ている場合には、夫婦二人の介護ニーズを十分に考慮した「介護の社会化」が求められているのではないだろうか。制度がそうした介護サービスの提供を備えるようになれば、要介護高齢者夫婦が、ケアマネジャーを通じて、自身の介護ニーズが満たされるサービスの提供を受けることができる。もっとも、こうした制度変革が個人を給付の対象としてきた制度理念にどのような変更を迫ることになるのかは、さらなる検討が必要であろう。

本稿では、限られた条件の下でケアマネジャーを通じて利用したサービスに焦点を当て、要介護高齢者世帯の在宅生活事例を検討してきたが、こうした研究をさらに進めることで、要介護高齢者の抱える問題がより明確になり、改革への展望が開けるものと考ええる。

(寄稿：2020年4月6日、再審：2020年5月25日、採用：2020年6月19日)

日本長期照護制度對老年夫婦的影響

— 著眼於被照護者自身的決定 —

何 妨 容

(廣島大學國際協力研究科開發科學專攻博士生)

【摘要】

本研究通過對老年夫婦的實際調查來考察使用長期照護服務的老年夫婦，在不依靠子女時，是如何滿足自己的照護需求的。感受到在家生活困難性的老年夫婦，嘗試通過長期照護服務管理者的介紹，使用通所型服務和訪問性服務來維持在家生活時，會面臨什麼問題呢？通過對這個問題的探討發現，日本長期照護制度將需要護理的老年人看作是單個的個體，並且默認子女照顧為基本前提，而在此情況之下提供的服務無法滿足老年夫婦的照護需求。這表明將老年夫婦分開以單個人的視角來分配服務的不合理性，並提示長期照護制度需要把老年夫婦看作是一個需要長期照護服務的家庭整體，從而進行製度改革的必要性。

關鍵字：長期照護保險制度、高齡者夫婦、居家護理、長期照護服務
管理者

Influence of the Long-Term Care Service on Elderly Couples: Special Attention on the Choice of the Elderlies

Fang-Rong He

Ph.D. Candidate, Graduate School for International Development and Cooperation, Hiroshima University

【Abstract】

This study examines the circumstances in which elderly couples, who require long-term care, are willing to take care of each other through long-term care insurance services, and not through the care of their children generation. The elderly couples who are struggling with care needs, try to maintain their home life by using the day services and by visiting services that are introduced by their care manager. Through this method, what kind of difficulties will they face? These examinations in this paper indicate that the current system separates care recipients as “individuals who require care” and implicitly states that “the children generation will take care of the elderly” do not need care; hence, the care needs of these elderly couples (couples being taken care of by their children) cannot be met. This situation points to the need for institutional reform that should target elderly couples as a family who needs nursing care.

Keywords: Long-Term Care Insurance, Elderly Couples, Home Care, Care Manager

〈参考文献〉

『介護サービス施設・事業所調査』厚生労働省、2000年～2017年（平成12年～平成29年）。

Kaigo sabisu sisetu, zigyosyo tyosa [Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care], Ministry of Health, Labour and Welfare, 2000-2017。

『国民生活基礎調査』厚生労働省、1995年～2018年（平成7年～平成30年）。

Kokumin seikatu kiso tyosa [Comprehensive Survey of Living Conditions], Ministry of Health, Labour and Welfare, 1995-2018。

『社会福祉施設等調査』厚生労働省、2003年～2009年（平成15年～平成21年）。

Syakai hukusi sisetu to tyosa [Survey of Social Welfare Institutions], Ministry of Health, Labour and Welfare, 2003-2009。

「特別養護老人ホームの入所基準変更のご案内 ～原則、要介護3以上に～」厚生労働省、<http://www.wagen.or.jp/shinyokohama/pdf/kijyun.pdf>（2019年10月18日アクセス）。

“Tokubetsu yogo rojin home no nyusyo kijun henko no goannai ~gensoku, youkaigo3 ijyo ni~” [The occupancy introduction of special nursing homes for elderly ~generally who’s nursing care level is 3 and over], Ministry of Health, Labour and Welfare, Accessed on October 18, 2019.

「特別養護老人ホームの『特列入所』に係る国の指針（骨子案）について」厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000052324.pdf>（2019年10月18日アクセス）。

“Tokubetsu yogo rojin home no ‘tokureinyusyo’ ni kakawaru kuni no shishin (koshian) ni tsuite” [A guide of Japan government for the special occupancy of special nursing homes for elderly], Ministry of Health, Labour and Welfare, Accessed on October 18, 2019.

「特養待機 36.6 万人『要介護2以下』制限で減少」『朝日新聞』2017年3月28日（朝刊）、1面（総合）。

“Tokuyotaiki 36.6 man nin, youkaigo2 ika seigen de gensyo” [Influenced by occupation limitation of Needed Long-Term Care level 2, the population of waiting for special nursing home was decreased to 36.6 million], *Asahi Shimbun*, March 28, 2017, Morning ed., p.1.

「要介護認定に係る制度の概要」厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>（2019年11月28日アクセス）。

“Yokaigonintei ni kakawaru seido no gaiyo” [Outline of the policy of Certification of Needed Long-Term Care], Ministry of Health, Labour and Welfare, Accessed on November 18, 2019.

「『厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護』の公布について」厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205663.pdf>（2019年10月19日アクセス）。

“Koseiroudo daijin ga sadameru kaisu oyobi houmon kaigo no koufu ni tsuite” [Limitations

of using home visiting service], Ministry of Health, Labour and Welfare, Accessed on October 19, 2019.

遠藤久夫・山田篤裕「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」『医療経済研究』第19巻第2号（2007年）、147～167ページ。

Endo, Hisao, Yamada, Atsuhiko, “Kaigohoken no riyou jittai to kaigo sabisu no kouheisei ni kansuru kenkyu” [The equity of the long-term care insurance in Japan], *Japanese journal of health economics & policy*, Vol.19, No.2, 2007, pp.147-167.

菅万里・梶谷真也「公的介護保険は家族介護者の介護時間を減少させたのか？—社会生活基本調査匿名データを用いた検証」『経済研究』第65巻第4号（2014年）、345～361ページ。

Kan, Mari, Kajitani, Shinya, “Koteki kaigohoken ha kazokukaigosya no kaigojikan wo gensyo saseru no ka? ~syakai seikatu kihon tyosa deta wo motiita kensyo” [The Impact of Public Long-term Care Insurance on Time Spent on Informal Care among At-home Care givers : Findings from Japanese Micro Data], *Journal of Economic research*, Vol.65, No.4, 2014, pp.345-361.

佐藤幹也・田宮菜奈子・伊藤智子・高橋秀人・野口晴子「全国の介護保険レセプトを用いた在宅介護のフォーマルケア時間推計」『日本公衆衛生雑誌』第66巻第6号、（2019）、287～294ページ。

Sato, Mikiya, Tamiya, Nanako, ITO, Satoko, Takahashi, Hideto, Noguchi, Haruko, “Zenkoku no kaigohoken reseputo wo motiita zaitakukaigo no fomarukea jikansuikeri” [Estimation of duration of formal long-term care among frail elderly people in Japanese communities using national long-term care insurance claims records], *Japanese Journal of Public Health*, Vol.66, No.6, 2019, pp.278-294.

中村二郎・菅原慎矢「同居率減少という誤解—チャイルドレス高齢者の増加と介護問題」『季刊・社会保障研究』第51巻3・4号（2016年）、355～368ページ。

Nakamura, Jiro, Sugawara, Shinya, “Doukyoritsu gensyo toiu gokai-tyairudoresu koureisya no zouka to kaigomondai” [A Fullay of a Decreasing Rate of Parents-Children Coresidence: Increase of Childless Elders and their Long-Term Care in Japan], *Kikan The quarterly of social security research*, Vol.51, No. 3・4, 2016, pp. 355-368.

Shinya Sugawara, Jiro Nakamura, “Can formal elderly care stimulate female labor supply The Japanese experience”, *Journal of The Japanese and International Economies*, Vol.34, 2014, pp.98-115.

