

別居子が向き合う地域包括ケアシステム －医療機関によるアセスメントに着目して－

鍋山祥子

はじめに

1. 遠距離介護の増加
2. 地域包括ケアシステムと遠距離介護
3. 医療機関におけるアセスメント

おわりに

はじめに

日本では2000年に介護保険制度が始まり、それまで措置制度として税金でおこなわれてきた高齢者介護¹⁾は、社会保険制度として実施されるようになった²⁾。介護保険制度の創設からの約20年で介護保険サービスの利用は飛躍的に伸び、介護保険を利用する際の条件となる要介護認定で要支援以上と認定された要介護認定者数は、4月時点での比較で2000年の218万人から2018年の644万人と約3倍になった。それに伴い介護費用も2000年度の3.6兆円から2018年度では11.1兆円に増え、こちらも約3倍となっている。これは、単純な高齢者数の同時期での比較が1.6倍³⁾であることをみても、介護保険サービスの利用がいかに進んだかを示している。

そして、この増大する介護費用によって困難になる介護保険制度の持続可能性についての議論も常におこなわれている。近年では、2018年の6月に公布された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正

1) 本稿における高齢者の定義は満65歳以上の者である。

2) 日本の介護保険の財源は、保険料と公費（国・都道府県・市町村）の折半によって構成されている。

3) 高齢者数は2000年が2201万人、2018年が3558万人である。（内閣府 2019 [online:/index.html](https://www.cao.go.jp/online/index.html)）

する法律」によって、介護保険の保険者である市町村⁴⁾が地域課題や地域特性を把握し、より実効性のある地域包括ケアシステム⁵⁾の構築を進めることが制度化されるとともに、制度の持続可能性確保のための具体的な方策⁶⁾も規定された。こうして、今後の介護保険制度にとって、地域包括ケアシステムはまさにサービスが展開される土台として位置づけられたのである。

このような高齢者ケアのしくみの変化と並行して、高齢者の暮らしもまた大きく変化をしている。本稿では、高齢者家族の変容のなかでも、老親と離れて暮らす子ども（以下、別居子）がおこなう遠距離介護を取り上げる⁷⁾。遠距離介護の遂行にあたって別居子は老親の住む地域の包括ケアシステムにどのように向き合うことになるのか、またそのつなぎ役としての医療機関の役割について考察する。

1. 遠距離介護の増加

1-1 高齢者家族の変化

かつて1980年代に入る頃、高齢者介護の担い手として「福祉の含み資産」と称されたのは、同居家族、なかでも嫁や妻の存在であった。当時の日本における高齢者と子ども家族との高い同居率は、普段の生活の延長線上でおこなわれる同居家族による無償の高齢者介護の可能性を政権担当者に信じさせたのである。（鍋山 1999）しかし、その思惑は二つの方向から崩れることになる。一つは、高齢者介護の専門化・技術化による介護の長期化であり、もう一つは、高齢者家族の変容、具体的には同居率の急速な低下である。

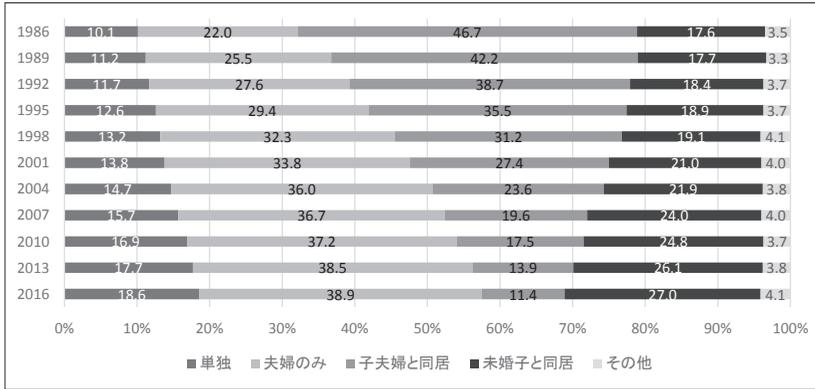
4) 正確には、全国の市町村と特別区（東京23区）である。

5) 高齢者や障害者が重度の要介護状態となっても、人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が地域において一体的に提供されるしくみのこと。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、市町村単位で整備が進められている。

6) 方策としては大きく二つある。一つは、所得が高い高齢者に対する介護保険サービスの利用者負担割合の増加で、もう一つは健康保険などの被用者保険に入っている40～64歳である第2号被保険者の報酬額に比例した保険料負担への変更である。

7) 本稿での遠距離介護とは、別居子による老親の支援・介護のことを指し、特に居住距離や親族の範囲について、厳密な規定はしない。

図表1-1 高齢者の家族類型の推移



厚生労働省「国民生活基礎調査」より筆者作成

図表1-1は1986年から2016年までの3年ごとの高齢者の家族類型の推移である。1986年には46.7%の高齢者が子ども夫婦と同居しており、17.6%が未婚の子どもと同居している。つまり、高齢者の実に64.3%が子どもと同居していることがわかる。その30年後の2016年には、子どもとの同居率は38.4%に低下しており、その中身を見ても、いわゆる3世代同居である可能性が高い子ども夫婦と同居している高齢者は11.4%と約1割に過ぎない。

要するに、この30年間で高齢者に訪れたもっとも大きな家族の変化は、子どもとの非同居化という傾向である⁸⁾。独居もしくは夫婦のみという子どもと同居していない世帯は32.1%から57.5%と倍増し、今や6割近くの高齢者が子どもと同居をしていない。

1-2 別居子による介護

高齢者の生活にとって重要な意味を持つ家族の状況が大きく変われば、当然、高齢者ケアのありようも変わる。厚生労働省が経年的に調査をおこなっ

8) もう一つの見逃ごせない変化として、高齢者の未婚子との同居の増加がある。これについては拙稿「家族の変容と子どもの存在 - 中高年調査にみる『将来の不安』と子どもの関連 -」『山口経済学雑誌』山口大学経済学会、第60巻 第6号、pp.39-54、2012.3を参照されたい。

ている主な介護者⁹⁾の推移を図表1-2でみる。

図表1-2 主な介護者の続柄別割合の推移 (%)

	同居					別居の 家族等	事業者	その他	不詳
	配偶者	子	子の 配偶者	父母	その他 の親族				
2001	25.9	19.9	22.5	0.4	2.3	7.5	9.3	2.5	9.6
2004	24.7	20.3	18.8	0.6	1.7	8.7	13.6	6.0	5.6
2007	25.0	17.9	14.3	0.3	2.5	10.7	12.0	0.61	6.8
2010	25.7	20.9	15.2	0.3	2.0	9.8	13.3	0.7	12.1
2013	26.2	21.8	11.2	0.5	1.8	9.61	4.8	1.0	13.0
2016	25.2	21.8	9.7	0.6	1.3	12.2	13.0	1.0	15.2

厚生労働省「国民生活基礎調査」より筆者作成

この15年の間に同居家族等による介護が71.0%から58.6%に減少し¹⁰⁾、別居の家族等による介護が7.5%から12.2%に増えている。もちろん前述のように、介護保険制度の浸透によって介護サービスを提供する事業者が主な介護者となっている割合も9.3%から13.0%にまで増加している。また、別居子が遠距離介護を継続するためには、事業者による介護サービスの利用が欠かせないことから、図表1-2に表れている数値以上の遠距離介護の実態があるものと推察できる。

2. 地域包括ケアシステムと遠距離介護

2-1 地域と包括ケアシステム

2019年度の『高齢社会白書』によると現在3,558万人の高齢者は今後も増加を続け、2042年に3,935万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。しかし、総人口に占める高齢者の割合の上昇は2065年まで続

9) 要介護者には高齢者以外も含んでいる

10) 同居家族のなかでも子の配偶者、つまりは嫁が主な介護者である割合が22.5%から9.7%と激減している。これは、図表1-1で明らかにしたように、子の家族と同居する高齢者が全体の1割程度に減少したことによる影響が大きいと考えられる。もちろん、別居の家族等というカテゴリーのなかに、離れて暮らしている嫁による介護も含まれていることに注意しなくてはならない。

き、現在28.1%の高齢化率は2036年に33.3%を超え、2065年には38.4%に達すると見込まれている。

高齢化の状況を地域別にみると、これまで先行して高齢化が進んできた地方都市よりも、今後は都市部における高齢化率の上昇が深刻であるとされている。市町村は、介護保険制度の保険者であるが、改めて地方自治法を引くまでもなく、地域住民の福祉の増進を図ることがその基本的な役割とされている。つまり、今回、市町村の責任において、介護保険サービスを含めた地域全体でのケアシステムの構築が強く推進されたのも、こうした地域の高齢化の推移はもちろんのこと、医療・介護の提供状況や民間を含めたケアサービスの供給量などの地域特性を把握し、高齢者の地域での生活を支援するという包括的なケアシステムを構築する必要性が市町村にはある、という理由からである。

国が各市町村に対して2025年を目途として、その整備を求めている地域包括ケアシステムは、高齢者が尊厳を保ちながら、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるためのしくみとされている。具体的には「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」という5つのサービスが、地域において一体的に提供されるシステムのことである。(厚生労働省 [online:/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/content/000161112_000161112.pdf))

2-2 地域包括ケアシステムと別居子

2-2-1 地域包括ケアシステムにおける家族

では、国が提示する地域包括ケアシステムに高齢者の家族はどのように位置づけられているのだろうか。厚生労働省がホームページで公開している「地域包括ケアシステム」の説明のなかには「本人・家族の選択と心構え」として、以下のような記載がある。「単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要」(厚生労働省 [online:/link-3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/000161112_000161112.pdf)) である。別居子や遠

距離介護という言葉は使われていないものの、単身や高齢者のみ世帯が主流になることが前提とされていることから、同居していない家族つまり別居子に対して、高齢者のみで地域で暮らすことの難しさを理解し、準備をする必要があると述べられていると理解できる。ここで指摘されている「心構え」とは、単に漠然と将来像を描くのではなく、具体的な備えを意味していると解釈することが重要である。要するに、高齢者が同居家族の支えなしで暮らすことを想定し、高齢者本人やその子どもなどの家族が積極的に高齢者を取り巻く地域の福祉資源とのつながりを確保し、強化しておく必要があるということである。具体的な地域の福祉資源としては、かかりつけ医をはじめとした医療・福祉の専門職、近隣の住民、高齢者の友人、日常生活でかかわるサービス提供者などを挙げることができる。

日常生活でかかわるサービス提供者とは、例えば、高齢者が定期的に利用する商店や美容院などである。以下の事例は、遠距離介護の実践者への聞き取り調査から得られたものである¹¹⁾。介護者Aは、夫の叔母Bの遠距離介護のために毎月福岡から夫とともに山口に通っている。それまで一人で自立生活を送っていた叔母の異変に気づいたのは、叔母が定期的に通っていたなじみの美容院の美容師であった。予約の時間に現れないBを心配して、美容師は介護者Aに電話連絡を入れた。遠距離で、すぐに駆けつけることができない介護者Aは、その電話で美容師に「申し訳ないけど、家まで行ってもらえませんか」と頼んだ。一人での訪問は心許なかった美容師が警察官を伴って家を訪問したところ、布団のなかで意識朦朧となっていたBを発見し、救急車で病院に搬送した。この事例では、まず、介護者AがBが懇意にしていた美容師にみずからの連絡先を伝え、緊急の事態に備えていた点と、美容師に対してBの自宅への訪問を依頼できるほどの関係を構築していた点に着目すべきである。

こうした地域の福祉資源とのつながりの確保と強化は、実は、多くの遠距離介護の実践者が心がけていることとも共通する。例えば、老親の元への帰

11) 2019年12月に調査を実施した。

省のたびに、近所の方々に手土産を持参して挨拶をするなどは、別居子の口からよく語られる事柄である。このように、今後、地域包括ケアシステムがそれぞれの地域で組み立てられていくなかで、別居子が遠距離介護を円滑に進めるにあたっては、高齢者の地域での暮らしを把握し、医療・福祉だけではなく多様な関係性を共有することが重要なポイントとなる。

2-2-2 地域包括ケアシステムへの入り口としての医療機関

遠距離介護が始まるきっかけについては、拙稿「仕事を持つ別居子による遠距離介護の実践」で明らかにしたように、そのほとんどが親の精神的・身体的変化である。特に「病気で寝たり起きたりみたいな感じになって」「死が来るような病気になって」「鬱がひどい状況になって」と表現されるように、深刻度が高い医療的な介入をきっかけとして、別居子の定期的な通いが始まるケースが一般的である。(鍋山 2010: 114-115)

現在進められている地域包括ケアシステムの基盤とされているのも、従来の病院完結型の医療ではなく、地域に拓かれた在宅医療・介護連携体制である¹²⁾。そこで、遠距離介護が始まるきっかけとして、老親と医療が関わる現場に注目し、医療機関が別居子を地域包括ケアシステムにつなげる場面について考察する。まずは、医療機関が備えている組織的な体制を整理する。

現在、入院施設を備えた総合病院のほとんどには地域医療連携室¹³⁾が設置されている。その発端は、診療報酬として急性期入院加算や紹介外来加算が創設されたことで、紹介状を介した医療機関間の連携の必要性が増したことにある。時期にすると2000年あたりから全国の医療機関に地域医療連携室を備える動きが始まり、設置当初の主な目的は「前方連携」といわれる他の医療機関から当該医療機関へ紹介されて来るケースへの対応であった。しかし、2006年に医療連携にかかる診療報酬の加算が削除されると同時に、今度

12) 2015年の介護保険法改正により、2018年4月には、すべての市町村で在宅医療・介護連携体制が実施されることが義務づけられた。

13) 地域医療連携を担う部門の名称は、それぞれの医療機関によって、地域連携室や医療連携科などさまざまな名称が使用されているが、本稿では地域医療連携室で統一する。

は退院支援や在宅療養関連についての項目が評価されるようになり、それに応じて地域医療連携室も退院後の「後方連携」に力を入れるようになっていった。(正者 2017)

こうした動きによって、それぞれの医療機関では、地域医療連携室の機能を強化したり、新たに退院支援を主におこなう退院支援センターなどを組織的に整備するなどして、入院患者の在院日数の短縮とスムーズな退院後の生活への移行に取り組んでいる。これはまさしく、医療機関も当事者として地域包括ケアシステムに関わり、その重要な推進役であることを示している。

次に、こうした医療機関の地域医療連携室や入院退院支援センターにおいて、日々、入院患者とその家族に対応している専門職への聞き取り調査から、別居子と地域包括ケアシステムとの関連について、いくつかの考察をおこなう。今回、回答を得たのは、地方都市で多数の入院設備を有する総合病院の地域医療連携室において、多くの退院支援の実績がある医療ソーシャルワーカー¹⁴⁾である。

3. 医療機関におけるアセスメント

医療ソーシャルワーカーへの聞き取り調査¹⁵⁾では、以下の3点に着目した。

- ①アセスメントにおける別居子の特徴
- ②専門職としての別居子への対応
- ③医療機関から地域包括ケアシステムへの移行 である。

3-1 アセスメントにおける別居子の特徴

14) 医療ソーシャルワーカーとは、保健医療機関において、医師や看護師などと連携しながら、社会福祉の立場から患者やその家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務をおこなう専門職である。その担当業務は、療養中の心理的・社会的問題の解決から、退院や社会復帰援助、経済的問題の解決など、多岐にわたる。(厚生労働省健康局長通知 2002 online/183_Img_PDF.pdf?id=0719091301)

15) 2018年11月および2019年12月に聞き取り調査を実施した。調査目的は、医療ソーシャルワーカーの業務の一般理論化ではなく、アセスメント現場の事例収集である。そのため、一つの医療機関の全体の案件を把握しており、統括的立場にある対象者に調査をおこなった。

まず、入院患者として医療機関を訪れる高齢者を取り巻く家族の変化について、別居子による遠距離介護が増えているという実感については、「確実に増えてきている」という。しかし、増加する別居子への対応のマニュアル化については、アセスメントにおいては「さまざまな個別性が必要になるし、それぞれの事情というものもある」ことから、現実的ではないと判断している。そして、実際の相談や支援においては、「マニュアル通りにいかないというか、ルーティンではないから。そこのところは、その人その人にアレンジされたものをやっぱりこちら側がアセスメントしていかなくちゃいけない」というように、家族関係を含む個人を取り巻く環境を総合的に判断し、地域にある他の専門職や機関などとの連携をとることが求められる。

退院後の患者の生活に大きな影響を及ぼす家族については、「家族それぞれ、もう住んでいる距離だけではなくて、その方との心理的距離とかあるじゃないですか。今までの関係性だとか。そういったところもアセスメントしないと、一概にやれないところの難しさがある」というのだ。そこで敢えて、これまで多くの患者と、同居・別居を含めたその家族をみてきた専門職として、別居子の特徴をたずねたところ、以下の2点が挙げられた。まず、親の生活をみていないということと、親の金銭事情がわかっていないということである¹⁶⁾。

親の生活をみていないと、親の健康状態や通院状況、また日頃の行動パターンなどについて把握していないことが多い。そこで、親の突然の入院などで別居子が病院に駆けつけて医療ソーシャルワーカーと対面する場面では、以下のようなやりとりになることも多い。

家族も遠くから来ると、何が起きているのかわからない状態だったりするから、こちらに質問したいことがわからない。そんなとき

16) これら2つは、これまで筆者が聞き取り調査をおこなった、地域包括支援センターに所属して高齢者の介護サービスについての相談支援業務をおこなっているケアマネジャーが指摘する別居子の特徴とも一致する。

には「どんなふうにご覧になっていらっしたかご存知でしたか？」とか、「今まではどんな感じで帰省されていたんですか？」「最近、お電話していて気になったことはありませんでしたか？」とか、どの程度、親の状況を知っているかという状況を伺いながらコミュニケーションをとっていくんです。

さらに、親の日頃の生活を間近でみていないということは、親のお金の管理についても知らないケースが多い。「どこの銀行にどんなふうにお金を預けているか、また入院費を払おうにも、どうやってお金を引き出すのかわからない」という別居子が多いのだ。

これこそが、前述した高齢者本人とその家族の「心構え」に関連している。親の将来を漠然と不安に思いながらも、「まだ親は地元で元気にやってくれている」と祈るように信じる子どもたちと、「子どもには迷惑をかけたくないし、まだ元気だから大丈夫」と踏ん張る親たちが直面する困難である。医療機関からスムーズに地域包括ケアシステムに移行するためにも、医療ソーシャルワーカーは指摘する。

少なくとも親は年をとるし、年をとったらこうなるし、年をとってこうなったらさらにこうなっていくし、となったら、今のあなたのところにある家の問題、お金の問題、なんとかの問題とか、そういったこともちょっと意識して話し合わなきゃいけない。

3-2 専門職としての別居子への対応

医療機関において、高齢者が退院した後の地域での暮らしを支援することは、すなわち、高齢者とその家族を地域包括ケアシステムに接合させていくことに他ならない。そこでは、契約やそれに伴うさまざまな手続きが求められ、高齢者の場合、高齢者やその配偶者のみの意向だけでなく、同別居にかかわらず高齢者を取り巻く家族の了解も必要になる場合が多い。老親の心身

の問題に医療が介入する段階になって、それまで引き延ばしていた「老親の生活」について、親と子が対峙する場面が設定されるのである。老親が入院している限られた時間のなかで、それぞれの家族の歴史や人間関係をたどりながら、それこそ一律ではない、その家族なりの解決方法が探られることになる。この過程において医療ソーシャルワーカーが意識するのは、交錯する家族の事情に絡め取られることなく、今ここで決める必要がある「問題の整理をする」ことである。退院後の暮らしを見据えて、家族の意向も含めた高齢者の意志決定を促していくのだ。

どうやって家族の合意形成を図っていくかというのが私たちの専門の領域でもあるから、そのためのコミュニケーションやファシリテーションスキルは勉強するとして、やはり実践でどう活用するかが大切なんです。まず、情報をきちんと収集して、キーパーソンは誰かを見極めるんだけど、表向きのキーパーソンはこっちでも、この人が実は裏のキーパーソンだったり、ご家族の今までのねぎらいをしながら、エンパワーメントしていきながら、丁寧にアセスメントしていく必要があるんです。

また、特に別居子に対してのアセスメントの場面には、別居子の滞在期間がポイントとなる。例えば、遠くで暮らす別居子ほど、ある程度の期間を準備して老親の元を訪れるケースが多い。その期間を看護師などとの連携によってあらかじめ把握することで、別居子の滞在期間に集中して問題の整理と老親の状態についての理解を促す取り組みができるのだ。

最近では、お子さんが海外におられるケースも多くて、遠くから駆けつけられるご家族だと、本当に見える部分の情報しか持ってないから、心配の塊をいっぱいかかえて来られるんですよ。でも、そのいっぱい状態から、今なにが起こっているかの整理をし

て、今の病態と、これから予想される病態なんかを医療者とも協議しながら、集中的に面談をするんです。

現時点では、筆者が調査した複数の医療機関と地域包括ケアセンターでは、別居子対応のためのマニュアルは作成されていなかった。しかし、このようにある程度の別居子の特徴や別居子への対応のコツは抽出することはできる。今後、確実に別居子の数は増え、それとともに、別居子への対応数も増えていく。医療機関に必要とされる医療ソーシャルワーカーも増え、その能力もばらつきが多くなることが想定できる。そのなかで、実践や経験において培われていくスキルが大切なのは事実だが、その実践のベースとなる知識として、別居子に有効な対応が体系化されるのは、十分に有意義であろう。

3-3 医療機関から地域包括ケアシステムへの移行

これまで、医療機関に所属する専門職である医療ソーシャルワーカーが高齢者とその家族、特に別居子をどのようにアセスメントするのかについての事例をみてきた。次に、地域包括ケアシステムに繋ぐ場面を取り上げる。

本来、医療ソーシャルワーカーは、保健・医療の現場で、社会福祉の立場から患者が抱える心理的、経済・社会的問題の解決や、その調整を援助し、社会復帰を目指した支援をおこなうという役割を担っている。これは、地域包括ケアシステムの理念そのものであり、地域包括ケアシステムが仕組みとして構築しようとしている「地域におけるそれぞれのサービスの連携」のつなぎ役に相当する。

まずは暮らしの部分だと思っていて。ベースはね。だから、この人の居場所とか暮らしとか、余暇とか、自助とか公助とか、そこはもうどちらでもいいけど、とにかくその人の個別の状態に合わせたアレンジをどれだけ見られるか、なんです。そして、そのなかに

例えば別居子の方がいらっしゃる、ということ。今じゃ、海外も普通だから。

もちろん、さまざまな専門職がそれぞれの立場から地域包括ケアシステムに関わっている。特に介護の側面に強いケアマネジャーや、住まいと医療・介護が行き来する現場で活動する訪問看護師やホームヘルパーなどである。しかし、地域包括ケアシステムとしてそれぞれの役割を最適化するには、医療と介護の連携だけではなく、この「暮らし」を総合的に捉えるという観点が非常に重要である。現在、それぞれの地域には、地域ケア会議¹⁷⁾など地域の他職種間連携の場が設けられ、まさに地域における包括的なケアの実現を目指している。

地域包括ケアシステムでみると、病院はその一部を担うところだし、病院は医療だけをやっていたらいい訳じゃなくて、ここ（病院）が出発点になって、ここ（病院）がある程度アセスメントして地域に繋がないと「病院はなにをやったの?」「どこを見てたの?」となるんです。例えば、別居子の方との繋がりも、ここ（病院）でつくっておけば、わたしたちがバトンを渡した先のケアマネジャーさんや先の施設の方たちも困らないから。それが、連携のシステムというか協働していくなかの一つの役に立つことかな、と思ってます。

これまでも一人の高齢者に対して、医療・介護の専門職や行政担当者、そして家族などが、自分なりのベクトルで関わりを持ってきた。しかし、ここで語られているように、これからは、それぞれが個別で完結していた関わり

17) 国は2011年6月の改正介護保険法において、地域包括ケアシステムの構築促進のための関係機関の連携努力義務が明記された。その具体的な場が「地域ケア会議」であり、それぞれの地域で、個別ケースの支援内容の検討を他職種協働でおこなう「地域ケア会議」が開かれるようになった。(長寿社会開発センター 2013 online:/link3-1.pdf)

を地域を舞台にして連携させること、それが地域包括ケアシステムの目指す姿である。地域ケア会議のような制度的なしかけを設けることはもちろん重要であるが、地域で働き暮らす人々が、日々の仕事や営みのなかで、自分のやるべきことを当該高齢者を中心とする連携図の中に位置づけて動くこと。それこそが、地域包括ケアシステムを動かす強い推進力となるのである。

おわりに

今後、地方都市では少子高齢化とともに人口減少が進み、高齢者の家族や近隣住民によるボランティアなどの地域における福祉資源も減少する。一方、生活に助けを必要とする要介護高齢者はますます増加していく。ゆえに、同居家族による支援を前提にせずとも暮らしていける地域包括ケアシステムの構築は地域にとって急務である。本稿では、そうした社会状況のなかで今後も増え続けるであろう別居子による老親の介護や支援と地域包括ケアシステムがつながる現場としての医療機関に着目した。今回は、医療機関において高齢者と別居子を地域包括ケアシステムに組み込む役割を担っている専門職として、医療ソーシャルワーカーへの聞き取り調査をおこない、地域包括ケアシステムと遠距離介護が交差する場面について考察した。今後も、遠距離介護の実践者とともに、より多くの医療ソーシャルワーカーや訪問看護師、また、地域包括ケアセンターに所属するケアマネジャーや市で介護保険を担当している職員などへの聞き取り調査を続け、各機関の連携状況を含めた地域包括ケアシステムの遠距離介護への影響を明らかにしたい。

参考文献

- 厚生労働省健康局長通知 2002「医療ソーシャルワーカー業務指針」http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf?id=0719091301 (2020.1.30確認)
- 厚生労働省「平成30年 国民生活基礎調査の概要」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/dl/02.pdf> (2020.1.30確認)

- 厚生労働省「地域包括ケアシステム」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2020.1.10確認)
- 厚生労働省「地域包括ケアシステムの5つの構成要素と『自助・互助・共助・公助』」https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf (2020.1.30確認)
- 社会保険研究所 2017『地域包括ケアシステム強化のための介護保険制度改正点の解説 平成29年改正法』
- 正者忠範 2017「地域医療連携室と地域包括ケアシステム」<https://mediva.co.jp/komatsu-blog/2017/03/post-49.html> (2020.1.30確認)
- 長寿社会開発センター 2013「地域ケア会議運営マニュアル」nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf (2020.4.30確認)
- 内閣府 2019『令和元年版 高齢社会白書』<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html> (2020.1.10確認)
- 鍋山祥子 1999「家族介護神話－家族機能と介護役割－」中央大学文学研究科篇『大学院研究年報』第28号 pp.139-148
- 鍋山祥子 2010「仕事を持つ別居子による遠距離介護の実践」山口大学経済学会『山口経済学雑誌』第58巻 第5号pp.109-124
- 鍋山祥子 2012「家族の変容と子どもの存在－中高年調査にみる『将来の不安』と子どもの関連」山口大学経済学会『山口経済学雑誌』第60巻 第6号 pp.39-54
- 林祐介 2019『効果的な退院・転院支援』旬報社