

介護保険制度下における在宅家族介護者の介護問題と課題

権 順 浩

Problem and Tasks of Family Carers at Home Under the System of Long-Term Care Insurance

Kwon SunHo

要 旨

本研究は家族介護者の介護問題に着目し、先行研究と比較しつつ、介護保険制度下における家族介護者の介護問題の実態を明らかにしたものである。調査は「認知症の人と家族の会」の滋賀・大阪・京都支部の会員のうち、在宅家族介護者を対象にして行った。その結果は、介護保険制度当初より要介護者の介護サービス利用度は増加したが、家族介護者の介護負担や介護時間、健康状態、介護による仕事の変化状態、介護費用及び介護者費用負担割合など在宅家族介護者の介護状況や環境、生活については介護保険制度前と比べ、改善されたところは見当たらなかった。そして、介護による生活が厳しくなった家族介護者ほどさらに深刻な介護問題を抱えている。このような結果から、要介護者のみに介護サービスを提供する現介護保険制度の仕組みのもとでは、家族介護者の介護問題の改善・解決は難しいということがわかった。

キーワード：介護問題、介護保険制度、家族介護者

I はじめに

家族介護者が抱えている介護問題は介護負担という形で現れる。その影響は、家族介護者により要介護者の介護援助の質はもとより、要介護者や家族介護者及びその他の家族の生活全般にわたって現れる。介護負担は、英語では‘care burden’であるが、未だに合意された定義がなく、研究者によってその概念も‘stress’、‘strain’、‘distress’、‘effect’、‘impact’等、多様に使われている。しかもその意味は‘burden’と全く同様な意味として扱っている研究者も少なくない。介護負担の一般的概念は介護の影響、または結果として定義されている。すなわち、家族が要介護者を介護することによって生じる身体的、精神的、情緒的、社会的、そして経済的問題を意味するものとして、介護者の主観的な意識によるものであると規定されている¹⁾。

その要因としては、要介護者の心身状態や性格、生活歴、介護者との関係、介護者本人の性格、年齢などを含め、家族関係、経済的状況、住宅環境、介護者の健康問題、社会参加への制限等があり、様々な要因が家族介護者の生活と絡み合って現れるものとして知られている。このように生活と絡み合って生じた介護負担は要介護者の介護サービス問題、一つの問題に限らず、その問題を取り巻いている環境や置かれている状況に影響を与え、多様な問題を生み出し、要介護者だけでなく、家族介護者やその他の家族にまで影響を与える。

そのため、「介護問題」を考える際には介護を必要とする要介護者の生活上の諸問題と、介護をすることによって生じる家族介護者の生活上の諸問題、この2つの問題を同時に考えなければならないということである。また、「介護問題」の対応策も、同様に2つの問題を同時に考えなくてはならない。そのような点から見ると、介護保険制度は要介護者の介護問題についてはある程度対応した制度だと評価できるが、家族介護者の生活上の諸問題についての支援制度がほとんど設けられていないので、「介護問題」に対応した制度とは言えないであろう。

要介護者の介護問題と家族介護者の介護問題、この2つの問題は因果関係を持ちつつも、互いに影響を及ぼしあう相互作用関係ももっている複雑な関係である。一旦生じた介護問題は主たる原因の付随的な問題として存在するのではなく、対応しなければ解決できない一つの問題として存在するのである。つまり、まず介護問題の主たる原因である要介護状態の発生により家族介護者の介護問題が発生する。家族介護者の介護問題は家族介護者がどのような状況にあるかによって発生時期や形態、程度は異なるが、生じた介護問題は要介護者の介護問題のみならず、要介護者の生活問題や家族介護者及び他家族構成員の生活問題などあらゆる生活上の諸問題と絡み合って問題を一層深刻化させたり、新たな問題を生成・変化したりするなどきわめて複雑である。問題が問題を生み出し、その問題がまた他のことに影響を与え、また新たな問題を生み出させる「問題の連鎖」的な特徴を介護問題はもっている。

このように複雑な介護問題を介護保険制度仕組みでは、要介護者に介護サービスさえ提供すれば家族介護者の介護問題も改善・解決できると家族介護者の介護問題を単純化もしくは要介護者の介護問題の付随的な問題としてとらえ、対応したといえよう。確かに、介護サービス利用を通して家族介護者の直接的な介護が軽減された部分は認められる。しかし、こうした状態が持続的に維持されるとは限らず、かえって他要因の作用、問題と問題との相互作用によって介護問題が軽減される前の状態に戻る現象が起きている。実際は介護サービス利用による介護負担軽減の効果がなくなってしまい全体的な介護問題の改善に効果的な影響を及ぼしていない。これは、要介護者の介護問題と家族介護者の介護問題の相互作用関係を見逃した結果だと考えられる²⁾。

したがって、本研究では、介護問題のうち、現在の介護保険制度が見逃した家族介護者の介護問題に焦点をあて、考察していきたい。家族介護者の介護問題については、制度施行後、介護負担が軽減されたという結果もある(全日連2001、荒井ら2001、荒井2002)。しかし、本研究では、そうした結果を介護サービスが受けにくい環境から受けやすい環境へ変わることによって起きる一時的な現象と見做し、介護保険制度下における家族介護者が抱えている「介護問題」を総合的にとらえ、先行研究と比較しながら、その実態を明らかにすることを目的とし、展開する。

Ⅱ 研究の方法

1. 調査の対象及び方法

(1) 調査の対象

調査の対象者は、「認知症の人と家族の会」(滋賀、京都、大阪支部)の会員のうち、在宅介護サービスを利用しながら、認知症高齢者を介護する主たる家族介護者を対象とした。

(2) 調査方法

主たる家族介護者10人を対象にし、予備調査を実施してその結果と家族介護者の意見などを参考にしながらアンケートを修正、削除、追加してから本調査に入った。本調査は2006年6月20日から9月5日まで

約3ヶ月間にかけて、郵送法と留置法で行った。合計253部を配布して77部（30.4%）が回収されたが、このように回収率が低かったのは、郵送法の短所ともいえるが、支部の事情上、在宅介護と入所介護の区別や介護をしている者と介護をしていない者の区別ができなかった点があり、やむを得ずすべての会員に配布し、在宅介護者だけ回答してもらったからである。このような点を勘案すると、回収率が調査の結果に影響を与えるほどではないと考える。そして、回収された合計77部のうち、回答が不十分であったり、対象にならなかった9部を除外し、最終分析に68部を使用した。

2. 調査項目及び分析方法

(1) 調査項目

調査項目は社会人口学的特徴である性別、年齢、要介護度、介護期間、1日介護時間、一番つらかったとき、健康状態、経済的状況、雇用状態等と介護負担の尺度を中心にしている。また、介護負担の尺度はZaritら（1980）が開発したものを荒井ら（1997）が訳したものをを用いた。これは身体的負担、心理的負担、精神的負担などを総括し、介護負担として測定することが可能な尺度として、「必要以上に世話を求めてくると思う」、「介護のために自分の時間が充分とれないと思う」、「認知症の行動に対し、困ってしまうと思う」等を入れて、合計22項目から成り立っている。各項目は「思わない」1点、「たまに思う」2点、「時々思う」3点、「よく思う」4点、「いつも思う」5点という5段階のリッカート（Likert）式で測定した。ただ「自分は今よりもっと頑張って介護すべきだと思う」と「本当に自分のもっとうまく介護ができるのになあと思うことがある」はリコーディングして、平均値を算出した。平均値が2.5点以下は介護負担を感じていない、そして、2.5点以上は介護負担を感じているということである。したがって、2.5点を境にして、平均値が高くなるほど家族介護者が感じる介護負担も高くなるということになる。平均介護負担は3.12（標準偏差.68）であり、クロンバックの α 係数は.87であった。

(2) 分析方法

回収された質問紙はSPSSを利用して度数分析、信頼度分析、相関関係、クロス集計分析、T-TEST、一元配置分散分析、などを行い、その結果と先行研究を比較しつつ、分析を行った。

3. 倫理的な配慮

本データはアンケート依頼に際して、「家族の会」支部及び当事者に研究の目的とともに、データの処理方法と使い方を事前に説明し、研究以外の目的で使わないことを誓った上で承諾を得、調査を行ったものである。また、データ回収においても匿名で郵送法を用い、個人情報が出れないように留意した。

Ⅲ 分析結果

1. 基本属性

家族介護者の基本属性をみると、性別は女性が76.5%で男性が23.5%となり、男性より女性の方が3倍ぐらいくち多く占めていた。平均年齢は60.6歳で、60歳以上が全体の折半以上を占めていた。要介護者の場合も、女性が72.1%で男性が27.9%となり、男性より女性の方が約3倍ぐらいくち多く、年齢は後期高齢者が全体の56%を占めており、平均年齢は80.7歳であった。そして、要介護度は要介護3が最も大きく、認知症高齢者の日常生活自立度はⅡbが最も多くて30.9%を占めていた。

家族介護者と要介護者との関係は娘の場合が一番多かった。それは、息子と嫁を合計した割合より上回っ

て現れており、高齢者の主な介護者が嫁あるいは息子から娘に変わっていることがわかった。

家族介護者が介護を担ったきっかけは「続柄として当然」と思っている者が66.2%で家族介護者の約2/3が要介護者を介護することを当然なこととして認識していた。認知症の介護を始めてから、一番つらかったと思ったときは家族が認知症の「診断を受けてから1年目」だと答えた人が最も多く、次が「始めてからずっと」であった。その理由としては、興奮、徘徊、暴言、妄想、物忘れ等の「周辺症状によって」と答えた人が最も多い37.2%を占めており、次が知識不足による不安であった。そのほか家族関係の悪化や介護と他の事の並行、介護者の健康、経済的負担なども家族介護者を苦しめる原因になっている。

表1 基本属性

N = 68

項目	変数	N (%)	項目	変数	N (%)
家族介護者の性別	男	16 (23.5)	介護きっかけ	続柄として当然	45 (66.2)
	女	52 (76.5)		他に適当な人ないから	14 (20.6)
年齢	30歳代	3 (4.4)		専業主婦が自分だけだから	2 (2.9)
	40歳代	7 (10.3)		自分の方がよくできるから	1 (1.5)
	50歳代	22 (32.4)		結局自分がすることになった	3 (4.4)
	60歳代	20 (29.4)		その他	3 (4.4)
	70歳代	13 (19.1)	要介護度	自立	2 (2.9)
	80歳代以上	3 (4.4)		要支援1	1 (1.5)
認知症との関係	夫	11 (16.2)		要支援2	1 (1.5)
	妻	13 (19.1)		要介護度1	12 (17.6)
	息子	5 (7.4)		要介護度2	10 (14.7)
	娘	23 (33.8)		要介護度3	15 (22.1)
	嫁	15 (22.1)	要介護度4	14 (20.6)	
	その他	1 (1.5)	要介護度5	12 (17.6)	
認知症の性別	男	19 (27.9)	未申請・申請中	1 (1.5)	
	女	49 (72.1)	自立度	I	1 (1.5)
認知症の年齢	65歳未満	4 (5.9)		II a	4 (5.9)
	65歳以下 - 70歳未満	5 (7.4)		II b	21 (30.9)
	70歳以下 - 75歳未満	6 (8.8)		III a	12 (17.6)
	75歳以下 - 80歳未満	11 (16.2)		III b	4 (5.9)
	80歳以下 - 85歳未満	18 (26.5)		IV	17 (25.0)
	85歳以下 - 90歳未満	15 (22.1)	M	9 (13.2)	
	90歳以下	9 (13.2)	一番辛かったとき	診断前	9 (13.2)
		診断後1年目		22 (32.4)	
		2年目		3 (4.4)	
		3年目		5 (7.4)	
		4年目		6 (8.8)	
		5年目		2 (2.9)	
		5年目以後から		7 (10.3)	
		始めからずっと		13 (19.1)	
		不明	1 (1.5)		

2. 介護状況と介護負担

(1) 介護期間と介護負担

家族介護者の介護期間は、2ヶ月から20年まで、幅広く分布しており、平均介護期間は5.7年であった。

家族介護者の介護期間による介護負担感の変化をみると、介護を始めてから6～7年目の介護負担感がやや低く現れている³⁾が、全般的に介護期間をとわず、介護負担感の平均値が「3」を超えるほど高く現れていた。なかでも、5年目が最も高く現れた。

このような結果をTawnsendら(1989)の3つの仮説⁴⁾に当てはめてみると特定仮説に近い。特定仮説とは、要介護者の状態に関わらず、一定の水準を維持するという仮説である。韓国やアメリカの先行研究

(Zaritら：1986、Townsendら：1989、Vitalino：1991、김윤정：1993)は特定仮説ではなく、適応仮説が検証されている。すなわち、介護期間が長くなるほど要介護者の症状は悪化しつつあるのに対し、家族介護者は長い年月にわたって試行錯誤しながら得た経験や、さまざまな研修を通して習得した介護力などが重なって介護に対する適応力をアップさせてくるし、ソーシャル・サポートネットワークの拡大などによって、介護初期より、介護負担が緩和されるという結果である。

しかし、介護保険制度導入で厚労省が目指したのは、Townsendらの3つの仮説のうち、特定仮説のように要支援・要介護状態の初期から要支援・要介護者に適切な介護サービスを提供して、自立生活を可能にし、家族介護者の介護負担を軽減・緩和させ、介護負担感の水準を低いレベルで一定維持させようとするのではないかと思われる。しかし、同じ一定の水準といっても、研究結果は厚労省のねらいと正反対に家族介護者は介護期間全般にわたって高い水準の介護負担を感じ、辛抱しながら在宅で介護を行っている。

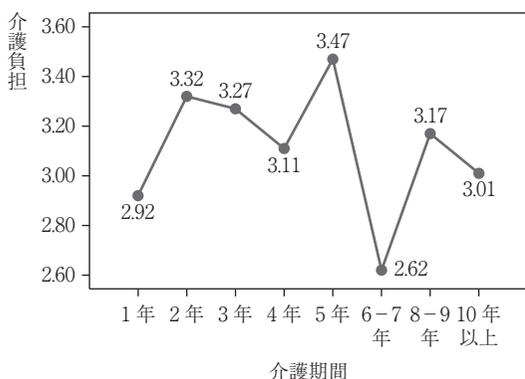


図1 介護期間による介護負担の変化

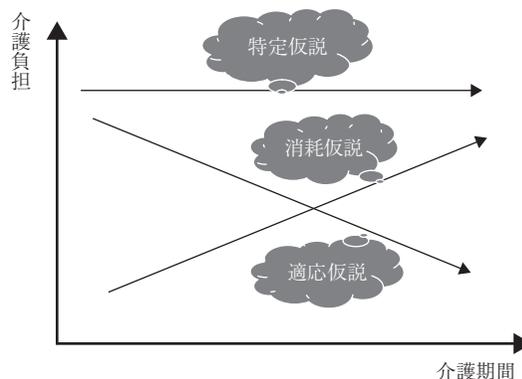


図2 Townsendら（1989）の仮説

(2) 一日の介護時間と介護負担

表2 一日の介護時間と介護負担感との関係

N = 63

項目	N (%)	介護負担平均値	標準偏差	
一日介護時間	1時間以内	5 (7.9)	2.75	.64
	1 - 2時間以内	5 (7.9)	2.56	.29
	2 - 3時間以内	5 (7.9)	3.06	.32
	4 - 5時間以内	8 (12.7)	2.74	.59
	ほぼ半日	24 (38.1)	3.27	.65
	ほぼ一日	16 (30.2)	3.35	.69

家族介護者が感じる1日の介護時間はほぼ半日以上が約7割近くみられる。このような結果は、制度前の先行研究（東清巳ら・緒方泰子ら・健康保険組合連合会：2000）と一致する結果であった。介護保険制度の実施とともに介護サービスが普遍化され、多様な在宅介護サービスを受けるようになったにもかかわらず、家族介護者が感じる介護時間に変化がないということは、現在の介護保険制度が家族介護者の介護負担軽減のための機能を発揮しているとは言えないということになる。

一方、介護時間を24時間タイマーで調査を行った東野ら（2003）は、実際の介護時間は家族介護者が感

じる介護時間よりそれほど長くはなかったと述べている。それは介護保険制度下で行う公的介護サービスにあたることのみを計ったらそういうことがいえるかもしれない。しかし、東野らの調査結果と異なって家族介護者が感じる介護時間が長いのは、家族介護者の日常生活中で介護を絶えず行うという「介護の連続性」のためである。すなわち、在宅介護は施設介護のように何時から何時までの決まった時間だけ介護すれば済むということではなく、問題がいつ起こるかがわからない不規則性、頻発性、持続性等特有な特徴をもつ。特に、認知症の人を介護する場合、24時間緊張の中で介護を行う。また、介護だけすれば済むことではなく、次の介護を準備することはもとより、食事準備や家事など施設では様々な専門家が分業して行っているのを在宅では家族介護者一人が殆ど総合的に行っており、介護が終わることなく、次から次へ引き続いているからである⁵⁾。

介護時間による介護負担感は「1時間以内」より「1-2時間以内」の方が軽くなり、「2-3時間以内」より「4-5時間以内」がやや軽くなる傾向を示したが、一般的に介護時間が長くなるほど介護負担感も重くなる傾向を示している。

(3) 健康状態と介護負担

表3 健康状態別介護負担感

N=68

項目	N (%)	介護負担平均値	標準偏差
以前から健康である	22 (32.4)	2.76	.51
なんとも言えないが異常あるような感じがある	19 (27.9)	3.14	.59
以前は健康だったが悪くなった	18 (26.5)	3.36	.72
以前から悪かったがもっと酷くなった	9 (13.2)	3.49	.81

家族介護者の健康状態については、「介護以前から健康である」が22 (32.4%) 人と最も多く、続いて、「何とも言えないが異常あるような感じがある」が19 (27.9%) 人と多かった。そして、「介護以前は健康であったが悪くなった」が18 (26.5%) 人、「以前から悪かったがもっと酷くなった」が9 (13.2%) 人の順になっている。家族介護者の約2/3が何らかの健康上の問題を抱えており、その中、約4割が「介護以後、健康が悪くなった」と回答している。

このような結果は、介護が家族介護者の健康状態に良くない影響を及ぼしているという先行研究(김윤정:1993、마범순:1998、김선옥・東清巳ら:2000、三田寺裕治:2002)と一致する結果である。なかでも東清巳らの研究は制度施行前の調査結果であり、介護保険制度のない韓国⁶⁾の3つの先行研究と一致したということは、介護保険制度が施行されても、介護が家族介護者の健康に与える悪影響は変わりがなかったということになる。そして、健康状態が悪くなるほど介護負担が増加することも窺える。

表4 介護サービス利用と介護負担間との関係

N=67

項目	N (%)	介護負担平均値	標準偏差	
介護サービス 利用限度	超える場合が多い	9 (13.2)	3.33	.72
	いっぱい利用	34 (50.0)	3.05	.70
	3/2程度	13 (19.1)	3.10	.73
	半分程度	6 (8.8)	2.87	.52
	半分以下	5 (7.4)	3.42	.55

(4) 在宅介護サービス利用程度と介護負担

認知症高齢者の介護サービスの利用程度は、要介護度の利用限度額を基準として調べてみた結果、利用限度額いっぱい利用している者が全体の5割以上を占めており、さらに「超える場合が多い」と合わせると、65%に至るほどであり、多くの要介護者が利用限度額の範囲内で介護サービスを適切に利用していた。このように、制度施行初期（廣瀬真理子、2003）よりも、要介護者の介護サービス利用率が大幅に増加したことがわかった。

認知症高齢者の介護サービスの利用程度は、要介護度の利用限度額を基準として調べてみた結果、利用限度額いっぱい利用している者が全体の5割以上を占めており、さらに「超える場合が多い」と合わせると、65%に至るほどであり、多くの要介護者が利用限度額の範囲内で介護サービスを適切に利用していた。このように、制度施行初期（廣瀬真理子、2003）よりも、要介護者の介護サービス利用率が大幅に増加したことがわかった。

しかし、介護サービスの利用限度額の利用程度と家族介護者の介護負担との関係を見ると、認知症高齢者の介護サービスの利用限度額による利用程度と家族介護者の介護負担感は統計学的有意差が見られなかった。すなわち、要介護者の介護サービス利用程度が家族介護者の介護負担感の軽減や緩和に如何なる影響も与えない、つまり無関係であることを示している。これは、介護サービス利用有無に関係なく、すべての家族介護者が強い拘束感を訴えたという三田寺裕治（2002）の結果と一致している。

このような結果は、厚労省が在宅を重視しながらも、家族介護者の介護問題を視野に入れず、要介護者のサービス提供のみである。また、介護サービスの自己負担が応益負担となっているので、介護サービスを利用すればするほど介護費用額と月収に占める介護費用の割合が高くなるにともなって、生活全般の経済的圧迫や精神的負担をかけてしまうからである⁷⁾。この2つの理由から、介護サービスを利用しても介護負担が軽減・緩和されず、総合的な介護負担を増加させてしまっているのである。この結果は、介護サービスのみでは介護問題を改善・解決できないということを示唆する重要な結果だと考えられる。

3. 経済的状況と介護負担

(1) 世帯の月収と介護費用の割合

家族介護者の経済的状況は世帯全体の月収⁸⁾と介護費用で捉えた。月収は最低15万円から最高259万円まで分布しているが、分析の妥当性を高めるため、100万円以上を除いて分析した。家族介護者世帯全体の平均月収は34.6万円であったが、認知症高齢者の同居率⁹⁾と家族介護者の平均年齢を勘案すると、決して高いとはいえない。介護費用を除いて4人家族を基準とすると、1人あたり1月約7.2万円しかない¹⁰⁾。

表5 月収及び介護費用の割合

項 目		N (%)*	介護負担平均値	標準偏差
月収	20万円未満	4 (6.8)	3.61	.78
	20万円代	19 (32.2)	3.36	.68
	30万円代	18 (30.5)	2.95	.68
	40万円代	5 (8.5)	2.95	.56
	50万円以上	13 (22.0)	2.96	.66
介護費用割合	5%未満	2 (3.6)	2.36	.64
	5%以上10%未満	14 (25.0)	2.89	.57
	10%以上15%未満	10 (17.9)	3.57	.35
	15%以上20%未満	10 (17.9)	3.03	.63
	20%以上25%未満	7 (12.5)	2.75	.67
	25%以上30%未満	3 (5.4)	3.59	.28
	30%以上40%未満	6 (10.7)	3.48	.94
	40%以上	4 (7.1)	3.88	.45

注 * : Nについては月収は59, 介護費用割合は56である。

家族介護者の月収別介護負担感は、世帯の月収が少ないほど介護負担感が増加する傾向を示したが、30万円以上になるとほぼ横ばい傾向を示した。

介護費用額は、最低5千円から最高14万円までであって、平均費用は約5万5千円程度であったが、要介護度を認定された者のみは、5万7千円(標準偏差3.1万円)であった。介護保険制度以前、約7万円(呆け老人を抱える家族の会(現、家族の会)、1999)より約1万3千円位が減り、介護保険料(全国平均基準額:6,135円)を入れても、約7千円(6,865円)弱(市町村によって異なる)位が軽減された¹¹⁾。7千円という金額が多いか少ないかについては、賛否両論あるだろうと思うが、問題はこの7千円がそのままあるのではなく、ますます少なくなっていて、制度前との差が縮んでいることが問題である。

介護サービス費用、薬代、おむつ代等の介護費用が全体の月収に占める割合は最高66.7%であり、最低3.3%であった。平均値は19.2%であった。介護費用の割合と家族介護の仕事の変化は統計的に有意差がみられ(相関係数.389, $p < .01$)、家族介護者の仕事の変化による月収の変化も介護費用の割合を高める要因になっていると考えられる。また、介護費用の割合は家族介護者の健康状態とも統計学的有意差が見られ(相関係数.349, $p < .01$)、家族介護の健康状態にも影響を与えていることがわかった。すなわち、介護費用の割合が高ければ高いほど、家族介護者の健康状態は悪くなる傾向を示している。

介護費用割合による家族介護者の介護負担感は、介護費用が月収の「40%以上」を占める場合が最も高かった反面、「5%未満」では、介護負担感が示されなかった。「20%以上25%未満」でやや低く現れたが、全般的に介護費用の割合が高いほど介護負担感も増加する傾向を示している。

現在の在宅介護システムではこうした問題に対応しきれない。たとえば、通所介護の場合一日利用時間が最大6-7時間を利用して家族介護者が安心して仕事ができる状況ではなく、仕事としても、正規職に働くことはできず、せいぜいパートしかできない。

表6 雇用状態と介護負担感との関係

N = 68

項 目		N (%)	介護負担平均值	標準偏差
雇用形態	正規職	8 (11.8)	2.94	.65
	契約職・派遣	4 (5.9)	3.33	.83
	パート (アルバイト)	5 (7.4)	3.67	.27
	自営業	6 (8.8)	3.08	.80
	専業主婦	24 (35.3)	3.06	.63
	内職	1 (1.5)	3.50	.
	その他	20 (29.4)	3.07	.76
仕事の変化	変わらない	41 (60.3)	3.00	.69
	正規職から契約・パートへ	4 (5.9)	3.22	.50
	介護のため辞めた	22 (32.4)	3.25	.64
	働かねばならなくなった	1 (1.5)	3.32	.

(2) 雇用状態と仕事の変化

家族介護者の雇用形態の特徴は、専業主婦が24 (35.3%) 人と最も多く、ついで、その他であったが、その他の殆どが退職等の無職である。内職を入れて働いている家族介護者は全体の35.3%であった。そのうち、正規職が8人と最も多く、ついで、パート (アルバイト) と自営業が各々6人である。全体的な就労有無は、三田寺 (2002) と高木ら (2003) の研究と一致する結果であったが、菊地ら (1996) と緒方ら (2000) の研究よりやや高い結果であった。これは女性 (週の労働時間が35時間未満、平成17年度厚生労働百書p.451) の就労の割合が1996年と2000年より、やや伸びた結果と関係があるであろう。

表7 雇用状態と仕事の変化の関係

		仕事の変化				合計	
		変わらない	正規職から契約・パートへ	介護のため辞めた	働かねばならなくなった		
雇用状態	正規職	度数 総和の%	8 11.8%	・ ・	・ ・	・ ・	8 11.8%
	契約職・派遣	度数 総和の%	2 2.9%	1 1.5%	・ ・	1 1.5%	4 5.9%
	パート (アルバイト)	度数 総和の%	3 4.4%	2 2.9%	・ ・	・ ・	5 7.4%
	自営業	度数 総和の%	3 4.4%	1 1.5%	2 2.9%	・ ・	6 8.8%
	専業主婦	度数 総和の%	12 17.6%	・ ・	12 17.6%	・ ・	24 35.3%
	内職	度数 総和の%	1 1.5%	・ ・	・ ・	・ ・	1 1.5%
	その他	度数 総和の%	12 17.6%	・ ・	8 11.8%	・ ・	20 29.4%
合計	度数 総和の%	41 60.3%	4 5.9%	22 32.4%	1 1.5%	68 100.0%	

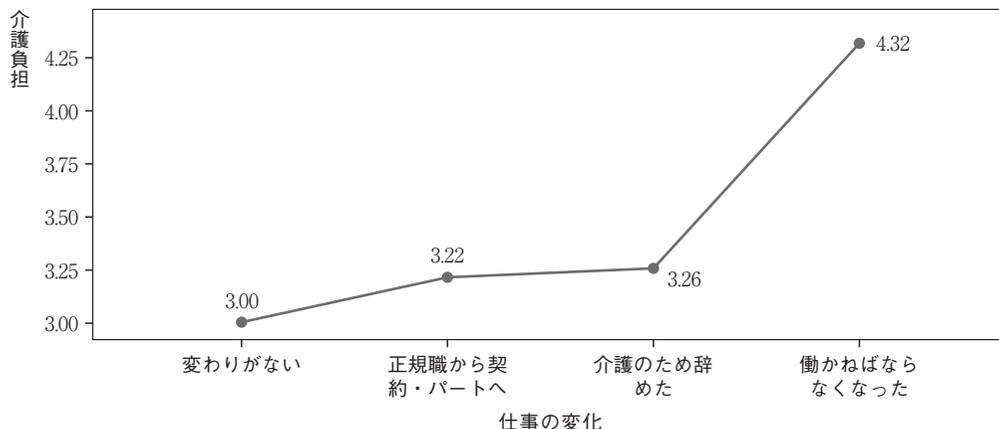


図3 仕事の変化による介護負担

職業の有無と介護負担との関係は「あり」が3.33、「なし」が3.07と「あり」が「なし」よりも高く現われた。雇用形態別に詳しく見ると、「正規職」は「専業主婦・無職」よりも介護負担が低く現れたが、他の職はすべて「専業主婦・無職」よりも高い傾向を示し、就労が介護負担を軽減させると述べた石田(2004)の意見と異なる結果が現われる。すなわち、正規職以外の形態で働く介護者は、そうではない者「専業主婦・無職」より介護負担感を高く感じている。

介護を始めてからの仕事の変化については、「変わらない」が全体の約6割を占めている。ところが、このような結果は、介護保険制度前(健康保険組合連合会、2000)、「変わらない」が63.1%より、2.8%も下がった結果でもある。雇用状態の変化は表7のように、元専業主婦(介護前から専業主婦である者)とその他のうち、退職以後介護を始めた介護者を除いたら、「変わらない」は3割にもなっていない。「変わらない」を除外しても、家族介護者の約4割が介護のため、仕事を辞めたり、正規職から契約職やパート等へ変わったりしており、働かねばならなくなった者も1人いる¹²⁾。言い換えると、介護保険制度以後、介護のため、家族介護者が仕事を辞めたり、正規職から契約職やパート等へ変わった介護者が減ったのではなく、むしろ、増加したということである。これは、まだ、在宅で家族介護者が仕事と介護、両方ができるような、しくみになっていないからである。

仕事の変化による介護負担感は図3のようであった。仕事の変化が激しいほど介護負担も増加する傾向を示している。

IV 要約及び考察

1. 分析結果の要約

本研究は、認知症高齢者を在宅で介護している家族介護者の介護状況を調べ、先行研究と比較しながら、介護保険制度下における在宅家族介護者の介護実態を明らかにしたものである。分析結果をまとめると次のようになる。

- ①家族介護者が最も介護負担を強く感じたのは介護初期で、主たる原因は認知症高齢者の周辺症状であった。

- ②介護期間による介護負担感の変化は韓国とアメリカの先行研究では消耗仮説が検証された研究が多かったが、本研究では特定仮説が検証された。特定仮説といっても介護期間全般にわたって介護負担が低い水準ではなく、高い水準を保っていた。
- ③家族介護者が感じる1日の介護時間はほぼ半日以上が約7割近くであり、制度施行前と変化がなかった。介護負担感は一日の介護時間を長く感じるほど高くなる傾向を示した。
- ④家族介護者の約2/3が何らかの健康上の問題を抱えていた。このような結果は、先行研究と一致した結果で、制度施行のいかんにかかわらず、介護が家族介護者の健康に悪影響を与えている。
- ⑤要介護者の介護サービスの利用限度額内の利用率は、制度施行初期より大幅に増加したが、家族介護者の介護負担は介護サービス利用程度と相関関係がみられなかった。
- ⑥在宅要介護者の1ヶ月間の介護費用は制度前に比べ、あまり差がなく、月収に占める平均介護費用の割合は約2割であった。そして、介護費用の割合は家族介護者の仕事の変化と健康状態と有意な関係がみられた。
- ⑦介護による家族介護者の仕事の変化は約4割近くが仕事をやめたり、変えたりしていた。介護保険制度実施前と比べ、介護による仕事の変化率はやや増加している。

2. 考察

(1) 生活面を重視した介護の必要性

介護保険制度の施行により多くの要介護者が介護サービスを利用しているにもかかわらず、家族介護者が感じる介護負担や介護状況、環境などは制度施行前と比べ、変わらない、あるいはさらに厳しくなったことがわかった。こうした結果は、介護保険制度の施行当初に比べて、要介護認定項目が改善されたとはいえ、いまだに要介護認定の中に、要介護者や家族介護者が置かれている生活環境、たとえば住居環境や経済的状況、家族介護協力者の有無、家族介護者の健康状態など個々人の介護状況が反映できず、要介護者の心身状態のみをとらえ、介護サービスの量を決めていることによるものであると考えられよう。

また、介護報酬のベースとなる介護サービスの内容面においても見守りや精神的、情緒的な介護サービスよりも、入浴や排泄、食事などの身体介護が中心になっている。認知症高齢者の場合、こうした身体的介護以外にも見守りや情緒的、精神的介護サービスも必要にもかかわらず、介護サービス報酬から排除されている。

要介護者や家族介護者の個々人ごとに異なる生活環境と見守りや精神的、情緒的介護サービスが客観的、数量的に測定ができないとあって、意図的に制度から排除されている。このことから本研究の結果のように介護サービスを利用しても家族介護者の介護負担が軽減・緩和できなかったわけである。

したがって、オーストラリアやスウェーデンのような要介護者の医療的面だけでなく、生活面も考慮して総合的な要介護認定をし、また介護サービスにおいても身体的介護だけでなく、精神的、情緒的介護も同時に介護報酬として認め、要介護者の個々人に見合う介護サービスを提供することが要介護者のみでなく、家族介護者の介護負担を軽減・緩和させる近道だと考えられる。

(2) 介護手当導入の必要性

本研究の結果でみたように、家族介護者世帯の月収の中で、介護費用が占める平均割合は約2割にもなり、なかには6割以上を占めている者もいた。また、介護のため仕事を変更したり、やめた割合が約4割も占めており、先行研究と比較してみても、介護保険制度施行による家族介護者の経済的負担は軽減されたとはいえない。

それに、最近の社会的状況をみると、高齢者の医療費の負担増加、各種社会保険料や税金の値上げ、高齢加算廃止、介護サービスの自己負担費の値上げ、年金給付の引き下げなど厳しい状況が続いている。こうした現状の下で、家族介護者の仕事の変化は家族全体の収入を減少させるのみならず、介護費用の割合を高め、家計の経済的状況を圧迫させるのである。そのうえに、要介護者の介護サービス利用を阻害することは言うまでもなく、要介護者を含め、家族世帯全体の生活の質まで低下させ、介護負担を一層増加させている。また、殆どの家族介護者は家計よりも、要介護者の介護費用や医療費用を優先しているので、家族全体の生活困難を惹き起こしており、それに対する対応策が早期に検討されるべきであろう。

前述のように現在の在宅介護サービスの仕組みでは家族介護者の経済的变化に対応できず、制度の中でもそれに対応する支援策が設けられていない。どのような支援策が検討されるべきであろうか。一つの対応策として考えられるのが介護手当である。家族介護者が介護を行うことによって引き起こす退職や仕事の変更などによって失われる所得に対しての補填が必要である。つまり、所得補填という意味で介護手当が必要なものと考えられる。

家族介護者の所得補填は表5でみたように介護負担感の増加を抑制させる効果もある。また、所得減少による介護者家族に及ぼす影響はただ介護期間中だけでなく、介護期間が終わった後も家族構成員の生活に影響を与え、生活困難に陥らせる可能性も非常に高い。その予防策という点でも所得補填がもつ意義は重要である。

また、家族介護者の経済的状況は家族介護者の健康状態を悪化させるとともに要介護者の介護の質の低下はもちろん、介護放棄や放任等の介護虐待や無理心中、殺人事件にまで至る「介護の悪循環」を引き起こすことである。このような「介護の悪循環」の連鎖を断ち切るためにも、家族介護者の在宅介護を労働として認め、それに応じる所得保障が検討されるべきであろう。

V おわりに

現在の介護保険制度は「2015年高齢者介護」に向けて改正を行ってきたが、家族介護者の介護負担感や介護状況・環境などは制度前と比べ、あまり変化がなく、もしくはさらに厳しくなったところすら出ている。2015年への中間時点を経過した今日、介護保険制度下においての在宅家族介護者の介護実態を明らかにし、財政中心の制度改正でなく、当事者の立場に立って家族介護者の介護はもとより、介護問題全般にわたってもう一度考え直す必要性を提示した点に本研究の意義があると考えられる。

本研究の結果で見たように介護問題は、要介護者の介護サービスを中心とした介護保険制度だけでは改善・解決には限界があり、あわせて家族介護者の介護問題に対する支援策が必要なことが明らかになっている。しかしながら、家族介護者の介護問題を社会保障制度の対象にするための社会的な変容との関係を明らかにすることが引き続き研究課題である。

したがって、家族介護者が抱えている介護問題を要介護者の介護問題の付随的な問題ではなく、一つの社会問題として認め、社会福祉の対象として政策的に支援するには、家族介護者の介護問題が社会福祉政策あるいは社会環境や状況の変容によってどのような影響を受けているのかを具体的、実証的、総合的にとらえ、それを保障する社会保障制度との関連に関する研究をさらに進めていきたいと考えている。

【引用文献】

- 1) 中谷陽明、東条光雅 (1989) 「家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析」『社会老年学』29、27－28
中谷陽明、東条光雅 (1989) は「Robinson & Thurnher (1979) は、生活面での不便さ、自由の束縛、家族の生活様式の変化、個人の生活プランへの影響、家族間での要求の増加、家族間の感情の行き違い、問題行動、変わり果てた親への感情、仕事への影響、精神的圧迫。そしてさらに3つの要因すなわち、身体的な負担、睡眠の妨害、経済的圧迫を加えて介護負担を説明しているし、Zaritら (1980) は、認知症高齢者の行動ないし機能変化のような状態及び事件とかかわって、介護者が経験となった情緒的安寧、身体的健康、社会生活、財政上の困難さと不便さの程度であると見なした。
Poulshock & Deimling (1984) は、Robinson & ThurnherとZaritらは「客観的負担」と「主観的負担」の区別が曖昧であると批判し、客観的負担と主観的負担を区別すべきであると指摘した。客観的負担は介護関係、家族関係の悪化、自由時間、社会活動の束縛であり、主観的負担は身体機能の低下と3つの精神的機能、いわゆる社会性、問題行動、認知能力であると定義している。また、冷水ら (1977；1980；1983) は3回の調査を通じて「客観的負担」と「主観的負担」を区別してとらえるべきであるとするPoulshock & Deimlingと同意見である」と述べた。
- 2) 筆者は、韓国ソウルに所在する認知症向けのデイサービスセンターを利用する認知症高齢者を在宅で介護する家族介護者を対象とし、デイサービス利用が家族介護者の介護ストレスに及ぼす影響について量的調査を行った。その結果、家族介護者の介護ストレスが最初3ヶ月間は減少する傾向を示したが、3ヶ月を境として介護ストレスは再び増加する傾向を示した。さらに、デイサービスセンターの利用が長くなるほど介護ストレスが高まっていた。同様な研究テーマで事例研究の行った이혜사 (2007) の研究の結果も同様であった。
- 3) 5年目と6－7年目を比較して分析してみたら、5年目より6－7年目に主介護者の中、介護負担が多少低い妻や息子が分布しており、また、自由時間が5年目より長かった。そして、家族関係悪化の有無、その3つの違いで6－7年目の介護負担が低く現れたのである。
- 4) Townsend, Aloen, Linda Noelker, Gary Deimling, and David Bass (1989) 「Longitudinal Impact of Interhousehold Caregiving on Adult Children's Mental Health」『Psychology and Aging』4 (4)、395
第1に、消耗仮説 (Wear and hypothesis) は、介護期間が長ければ長いほど認知症の症状が悪くなるので、それに伴って家族介護者の適応力も劣ってしまって、負担が増加するという仮説である。
第2に、適応仮説 (Adaption hypothesis) として、時間の経過することによって、認知症の症状と行動障がい深刻になっていても、家族介護者はその状況に対する対処方法を習得したり、経験を通じて適切に適応していく能力が生じ、介護負担は初期より軽減されるという仮説である。
第3に、特徴仮説 (Trait hypothesis) は、家族介護者が認知症の症状変化にかかわらず、家族介護者もつ対処戦略、社会的支持等によって適応し、一定の水準を維持するという仮説である。
- 5) 家族介護者の介護時間は、認知症高齢者の要介護度や介護サービス利用限度額の利用程度、そして、介護サービス利用量等に影響を受けていないことがわかった。
- 6) 韓国では、日本の介護保険制度に相当する制度である老人長期療養保険制度が2008年7月より施行されている。
- 7) 殆どの家族介護者は収入に関係なく、要介護者の介護サービスを利用していた。
- 8) そして、月収 (資料1参照) は家族介護者が困ったとき、役立つ家族や相談できる家族が多いほど、

月収が高いと有意な相関関係がみられたし、仕事の変化は負の関係で有意差が認められた。つまり、仕事の変化が激しいほど、たとえば正規職から契約職やパートに変わったり、やめたりした側の月収が少なかった。

- 9) 子供家族と同居率67.7% (老人夫婦と一人暮らしを除く)
- 10) 4人家族を基準として、1人あたり7.23万円
平均月収34.6万円×12月=415.2万円
平均介護費用5.7万円×12月=68.4万円
415.2万円-68.4万円=346.8万円
346.8万円/12月=28.9万円
- 11) 保険料算出
 - ① 第1号保険料基準額 (ツルバーエイツ研究所、2006)
全国平均値：4,090円 (滋賀県：3,837円、京都：4,427円、大阪：4,675円)
 - ② 年間所得：平均月収34.5万円×12月=415.2万円
 - ③ 保険料の算定に関する基準 (厚生労働省)
③に基づいたら、年間所得200万円以上は、第6段階に当たる
6段階：基準額×1.5 (市町村によって段階区分が異なり、基準額×1.75に該当するところもある。)
 - ④ 保険料：基準額4,090円×1.5=6,135円 (滋賀県：5,756円、京都：6,641円、大阪：7,013円)
- 12) 「変わりのある」家族介護者の特徴を見ると、50歳代以上で、認知症との関係は娘または嫁の場合、もしくは月収が30万円未満と健康上、問題のある者が多かった。このような特徴は介護負担を高く感じる層の特徴とほぼ一致するので、「変わりのある」層の介護負担感が高く示したわけである。

【日本語の参考文献】

- 1) 石田一紀・住居広士・橋本真也等：要介護認定SOS介護保険で泣かないために。インデックス出版。(2000)
- 2) 伊藤周平：介護保険と社会福祉・医療はどう変わるのか。ミネルヴァ、(2000)
- 3) 伊藤周平：改革提言介護保険－高齢者・障害者の権利保障に向けて。青木書店、(2004)
- 4) 大友信勝：ボケが病院でつくられる－介護と闘う家族－。旬報社、(1998)
- 5) 井岡 勉：在宅福祉サービスの政策的展開。(三浦文夫、高橋紘士、田端光美ほか編) 戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望；Ⅲ政策と制度；ドメス出版、210-230、(2002)
- 6) 健康保険組合連合会：痴呆性 (ぼけ) 老人を抱える家族。全国実態調査報告書、(2000)
- 7) 増田雅暢：介護保険見直しの争点－政策過程から見える今後の課題－。法律文化社、(2003)
- 8) 呆け老人を抱える家族の会：介護費用に関する実態報告書。京都府支部、(1999)
- 9) 呆け老人を抱える家族の会：痴呆の人の思いに関する調査。家族の会調査報告書、(2004)
- 10) 呆け老人を抱える家族の会：若年期認知症に対する取り組みの現状と今後－本人と家族を支えるために－。家族の会報告書、(2005)
- 11) 呆け老人を抱える家族の会：認知症の介護世帯における費用負担。調査報告書、(2006)

雑誌論文

- 1) 荒井由美子：在宅介護における介護負担と介護負担が介護者に及ぼす影響。ジーピーネット (GP

- net)、49(8):24-31、(2002)
- 2) 荒井由美子、杉浦ミドリ:介護保険制度は痴呆性高齢者を介護する家族の介護負担を軽減したか。老年精神医学雑誌、12(5):465-470、(2001)
 - 3) 古橋エツ子:高齢者虐待の実態と法的対応の課題。日本法政学会政論シンポジウム、295-306、(2006)
 - 4) 石田一紀:介護保険制度の(見直し)を問う-介護福祉労働・要介護認定・現金給付-。月刊ゆたかなくらし、265:5-15、(2004)
 - 5) 緒方泰子、橋本廸生、乙坂佳代:在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担。日本公衛誌、4:307-319、(2000)
 - 6) 緒方智子、三原博光:痴呆性老人に対する虐待の問題とその予防について。山口県立大学看護学部紀要、7:149-153、(2003)
 - 7) 菊地和則、中野いく子、中谷陽明ほか:在宅要介護高齢者に対する家族(在宅)介護野室の評価とその関連要因。日本老年社会科学会、18(1):50-62、(1996)
 - 8) 高木修、田中泉:高齢者の在宅介護における援助授受の実態解明-主たる介護者を対象にした『介護に関するアンケート調査』により-。関西大学社会学部紀要、34(3):129-171、(2003)
 - 9) 高崎絹子:ライフサイクルと介護をめぐる家族関係-高齢者虐待事例への家族介入と支援ネットワーク。日本女性心身医学会雑誌、8(3):248-260、(2003)
 - 10) 中谷陽明、東条光雅:家族介護者の受ける負担-負担感の測定と要因分析。社会老年学、29:27-36、(1989)
 - 11) 東清巳、重富寛美、池本めぐみ:在宅介護における家族介護者の介護負担感と影響要因及びインフォーマルサポートとの関係。熊本大学教育学部紀要、49:11-21、(2000)
 - 12) 東野定律、筒井孝子:介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態。東保学誌、5(4):244-257、(2003)
 - 13) 三田寺裕治:在宅要介護高齢者の家族介護者の介護ストレスとその対処行動に関する研究。ユニバーサル財団、253-268、(2000)
 - 14) 三田寺裕治:要援護高齢者を介護する家族介護者の介護ストレスに関する研究。淑徳短期大学研究紀要、41:83-96、(2002)
 - 15) 三田寺裕治:要援護高齢者の在宅介護継続を規定する要因-家族介護者の主観的要因を中心に-。淑徳短期大学研究紀要、42:87-101、(2003)

【韓国語及英語の参考文献】

- 1) 김윤정: 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처 자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향. 이화여자대학교 대학원 1992 년도 석사학위논문、(1993)
- 2) 김윤정: 사회적 지지관점으로 본 가족부양이 노인의 정신건강에 미치는 영향 - 기능취약노인의 복지감과 우울감을 중심으로 -。 이화여자대학교대학원1999학년도 박사학위논문、(2000)
- 3) 권순호: 주간보호소이용과 치매노인의 문제행동 및 부양자의 부양 부담간의 관계. 한서대학교 노인복지학과 2002년도학사논문、(2001)
- 4) 마범순: 치매노인부양자의 부양부담에 관한 연구 - 주·단기보호소 이용부양자를 중심으로 -。 이화여자대학교대학원 사회복지학과1998년도 석사학위논문、(1998)
- 5) 윤수희: 가족탄력성이 치매노인 부양가족의 적응에 미치는 영향. 중앙대학교

대학원 사회복지학과 사회사업전공 2004년도 석사학위논문, (2005)

- 6) 이숙경 : 가족이 지각한 치매노인의 문제행동과 부담감간의 관계연구, 조선대학교 정책대학원 사회복지학과 2003년도석사학위논문, (2004)
- 7) 장영선 : 주간보호시설이 이용노인들의 삶과 가족에 미치는 영향. 원광대학교 행정대학교 사회복지학과 1999년도석사학위논문, (2000)
- 8) 이해자:치매노인의 주간보호시설 이용전· 후에 따른 주부양자의 부양경험 비교 연구. 한국가족복지학12 (2) :45-66
- 9) Enid O. Cox & Rutb J. Parsons : EMPOWERMENT – ORIENTED SOCIAL WORK PRACTICE WITH ELDERLY. Col Publishing Company Pacific Grove, (1993)
- 10) Pruchno, R. A., & Resch, N. L. : Husbands and wives as caregivers: antecedents of depression and burden. The Gerontologist, 29 (2) : 159 – 165, (1989)
- 11) Townsend, Aloen, Linda Noelker, Gary Deimling, et al:Longitudinal Impact of Interhousehold Caregiving on Adult Children’s Mental Health. Psychology and Aging, 4 (4) :393 – 401, (1989)
- 12) George, Linda K. and Lisa P. Gwyther : Caregiver Well-Being : A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Dementded Adults. The Gerontologist, 26 (3) : 253 – 259, (1986)
- 13) Zarit, Steven H., Pamela A. Todd and Judy M. Zarit:Subjective Buden of Husbands and Wives as Caregivers : A Longgitudinal Study. The Gerontologist, 26 (3) : 260-266, (1986)