

はじめに

1 研究の背景

内閣府の『高齢社会白書』(2019年版)によると、わが国は長寿化の進展により、2018年10月現在、高齢化率28.1%¹の超高齢社会を迎えているが、2065年には高齢化率は38.4%に達し、2.6人に1人が前期高齢者(65歳以上)に、75歳以上の高齢化率は25.5%となり、3.9人に1人が後期高齢者になると予測されている。

65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計(2017年版高齢社会白書)についてみると、2012年には認知症患者数は462万人と65歳以上の高齢者の7人に1人(有病率15.0%)の割合であったが、2025年には約700万人、5人に1人になると見込まれている。

医学の発展により、何らかの疾患を抱えつつも長く生き続けることが可能になった現在、誰もが要介護状態・介護者になる可能性があり、リスクマネジメントとして対応することが求められている。このリスクを必要以上に恐れないですむためには、要介護状態になったとしても利用できるサービスが充実しており、介護を担ったとしても社会で活躍の場を失うことなく、尊厳を保ちながら生きることができる環境が整っていることが前提となるだろう。大切な人を気遣いながらも、日々生じる様々な困難を乗り越え人間的な成長を遂げることができた、と語る者は決して少なくない。つまり、要介護者のみならず、介護する側に対しても公的な支援を提供することが必要になる(湯原2014)。

今や誰もが介護者となりうることを思えば、高齢期における介護問題は、高齢者本人だけでなく、その家族や地域といった広範囲にわたる問題であり、いずれは高齢者となる国民全体の自らの問題でもある。かつては、居宅での介護は家族によって担われることがあたりまえとされ、家族は介護資源とみなされ、日本社会の含み資産とされてきた。しかし、次第に女性の就業率の増加、家族形態の多様化により、老親の介護を家族だけで担うには介護する側の高齢化はもちろんのこと、介護のスキル(知識)のばらつき、介護と仕事の両立の困難といった現状が浮き彫りになり、新たな社会システムの必要性が叫ばれ、介護保険制度創設へと繋がっていったのである。

前記『高齢社会白書』(2019年版)によると、要介護者等からみた主介護者の続柄は、

¹ わが国の総人口は2018年10月1日現在1億2,644万人で、65歳以上の高齢者人口は3,558万人、前期高齢者(65~74歳)は1,760万人で総人口に占める割合は13.9%、後期高齢者(75歳以上)は1,798万人で総人口に占める割合は14.2%となっている。また、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には、3,677万人に達すると予測されている。

58.7%が同居している家族となっている。主介護者の内訳は、配偶者 25.2%、子 21.8%、子の配偶者 9.7%となっている。性別では、男性 34.0%、女性 66.0%と、圧倒的に女性が多くなっている。要介護者等と同居している主介護者の年齢においては、男性 70.1%、女性 69.9%が 60 歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在している。

このような状況において、老親の介護や看護を機に離職・転職せざるを得ない者は、2016 年 10 月から 2017 年 9 月の 1 年間で 9.9 万人となった。とりわけ、女性の離職者数は 7.5 万人で、全体の 75.8%と最も多い。『高齢社会白書』(2018 年版)によれば、「仕事と手助け・介護の両立が難しい職場だったため」が 1 番目に多く(男性 62.1%、女性 62.7%)、次いで「自分の心身の健康状態が悪化したため」(男性 25.3%、女性 32.8%)となっている。さらに、「自分の希望として『手助け・介護』に専念したかたため」(男性 20.2%、女性 22.8%)が続き、「施設へ入所できず『手助け・介護』の負担が増えたため」(男性 16.6%、女性 8.5%)となっている。

介護や看護を機に離職・転職した者の離職時の就業継続については、男性では 56.0%が、女性では 55.7%が「続けたかった」との意向を示している。果たして、これで社会保険としての介護保険制度が適切に機能していると言えるのであろうか。また、高齢期における不安要因である介護問題を社会全体で支えるシステムに転換し、家族介護の負担軽減等をはかるといった「介護の社会化」を実現する政策として成功していると言えるのであろうか。

しかも、介護現場を取り巻く状況は悪化の一途にある。介護職員の絶対数不足と、全体的な介護職員の介護技術の低下である。さらに、「主たる家族介護者」が在宅で支援し続けようと努力しても、在宅福祉サービスの縮小が企図されており、自助努力の増加が期待されている。このままでは、適切な介護サービスを受けることが困難になり、家族介護者の援助疲れによる虐待も増加しかねない状況にある。もともと、「主たる家族介護者」が疲弊することなく、介護破綻をきたさないためには、家族役割の再組織化が重要になる。その時に重要な要因となるのが、介護者と要介護者、主介護者と従介護者の関係性である。

本研究はこのような関係性に注目しながら、「介護の社会化」の拡充と家族介護者が過度のストレスを負うことなく在宅介護が実践できる方策の検討を行い、介護保険制度が適切に機能していくために制度設計を見直し、これまでと異なる新たな家族介護のシステム化を意図するものである。

2 研究の目的と意義

介護保険制度が制定されて以来、わが国では要介護者の在宅介護を促進する方向に進められており、その介護負担は家族介護者に重くのしかかっている（唐沢 2009）。また、介護職員の絶対数が不足する中、職員確保のために適性等を考慮する余裕もなく職員を採用し、結果として介護職員の全体的な介護技術が低下している中で、適切に地域包括ケアが実践できるためには、社会保障制度における介護保険制度を現状に即して適切に設計し直す必要がある。

しかし、増え続ける社会保障費に対する抑制策として、わが国ではサービス利用料の原則 1 割負担が 2 割負担へ、そして、3 割負担へと国民負担増への対策が取られている。さらには、サービス利用に関しても、要支援者の介護予防訪問介護、介護予防通所介護が地域支援事業へと移行されるなど、創設時の理念から乖離する状況にある。

無論、「介護の社会化」が適切になされ、家族介護の負担が軽減され、要介護者が住み慣れた自宅で・地域社会で生活が可能になるはずである。だが、「介護の社会化」を目指す政策実現において家族介護に重きをおいている。それにしても、家族介護の家族は誰を指すのか。「子ども、配偶者、孫、子どもの配偶者、親、祖父母、配偶者の親、きょうだい、きょうだいの配偶者、別居の離婚した親、再婚した親の配偶者、同性愛のパートナー、同棲しているパートナー」等、誰を家族とみなすかは多様である。家族をはっきりと定義することは、家族だと思っている人々を「家族」から排除することになる。すなわち、家族の多様性を否定し、差別につながりかねないと長津（2014）がいうように、定義の難しい「家族」ではあるが、家族介護者となると、特定できる。実際に要介護者と関わっている人だからである。

ここで言う家族介護システムとは、実際に要介護者と関わっている家族（その人）と、その他の家族の関わりを介護という支援にどのように結びつけるかということである。これを踏まえ、本論文では在宅介護における家族介護者自身の在り様と、家族介護者・要介護者の関係性が介護にどのような影響を与えているのかをアンケートより分析し、併せて在宅介護の継続を可能ならしめるための制度の在り方とサービス（ニーズ）の関係を考究することで、新たな家族介護システム（家族の再組織化）を創造することを研究の目的としている。

量的・質的調査結果からみえてくる、家族介護者による介護疲れ、介護サービスのミスマッチ等が高齢者虐待に移行してしまう環境因子を詳細に分析することで、虐待に至る境

界線（ボーダーライン）について一般化する基準を作成する。その基準化されたものをもとに、専門職としてどのような介入方法があるのか、どのような介入が妥当かを検討する。

現行の制度におけるサービスが家族介護者にもたらす介護継続促進要因、介護阻害要因となりえる根拠を示すことで、家族が必要とする支援のあり方を検討することができる。また、多様化する家族介護の形態別（老老介護、遠距離介護など）への介護支援の方法を示唆することで、「介護離職ゼロ」の実現に寄与し得る。

そのためには、現行の制度、サービスにおいて、介護支援専門員が家族におこなう支援過程の方法、考え方の根拠を明確にすることが重要である。介護計画の中で、各専門職がどのようなことに注意して家族支援をおこなっているかを明確にすることで、専門職別における支援過程の連携がどのように成り立つのか検討することができるようになる。そのことで個別ケアにおける介護サービス提供の一般化（標準化）ができ、汎用性を高めることに繋がる。ここに本研究の意義がある。

3 研究課題と研究方法

家族の介護などを理由とした離職・転職者が年間 10 万人にも及んでいる今日、状況を改善するためには、「介護職員の離職ゼロ」「介護従事者の増加」「介護専門職員の質的向上」が、前提条件であることは言うまでもない。

親族のなかで一旦「主たる家族介護者」が決定されると、他の親族はそれに手を出さない傾向がある（上野 2013）。これらの先行研究を踏まえ、家族と介護に関し概念整理をするとともに、家族介護者が否定的ストレスに陥らないための方策に就いて、藤崎（1990）、関根（2007）、畑（2010）、柴崎（2016）等を参考にしながら、「家族介護システムの再構築化」に資する「介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的支援の段階図」の作成を試み、次のような課題を設定した。すなわち、第一に家族介護者の側からみた在宅介護の継続促進要因を確認し、在宅介護の継続促進要因と阻害要因を抽出すること、第二に福祉機関従事者から見た在宅介護の継続促進要因と阻害要因の抽出であり、第三は以上の課題を検討・考察したうえで、家族介護者が否定的ストレスに陥らないための方策の検討である。加えて、重篤な虐待が起こる要因の 1 つに、わが国の文化・慣習に根づく、介護の主体は家族であるという家族介護者の介護の意識性（生真面目さ）が家族危機に陥るのではないかという点や、積極的な施設入所を選択するというネグレクト（介護放棄）ではあるが、重大な事故には繋がらない虐待というものがある

のではないかという点、また、在宅介護の限界の中でクライシスに陥ることなく、家族で看取りまで迎えることができるために家族の再組織化が必要であるのではないかという点、等々も考量したい。

これらの課題を検証するため、在宅介護における家族介護者と介護支援専門員の作成した介護計画に込められた在宅介護の限界の要因を明らかにし、新たな家族介護システムの創造を試みる。そのために質的・量的調査を実施し検討する。具体的には、家族介護者自身の在宅での介護経験に関して、在宅介護を継続中の家族、看取りを終えた家族、施設入所に至った家族、各2名に質的調査を実施する。さらに、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）・通所介護（デイサービス）事業所の福祉機関従事者に対して量的調査を実施する。

4 倫理的配慮

在宅介護の継続要因に関する質的・量的調査を実施する際には、調査の目的および方法、個人が特定できないよう統計処理を行う旨を説明した上で同意書を得ている。また、個人情報保護、研究データの取り扱いおよび管理方法の遵守を説明し、得られた研究データに関しては、研究者が責任を持って管理することを約束した。なお、本調査研究における倫理的配慮に関しては、鹿児島国際大学の研究教育倫理審査委員会の承認を得て実施した。

5 本論文の構成

本論文は、「はじめに」で研究の背景・目的・意義、研究課題と調査方法、倫理的配慮、本論文の構成について述べ、第1章では家族と介護をとりあげ、家族や介護の概念を述べ、家族介護、在宅介護等について論じている。

第2章では介護保険制度は社会保障の中の一形態であることを論じながら、「介護の社会化」について、福祉ミックスと日本型福祉社会等の文献を踏まえ論じ、第3章では介護保険制度における家族介護者の現状を述べるとともに、家族介護の評価や家族介護者の価値と関係性・再組織化の課題などについて、第4章では介護保険制度における保険者の機能強化の取り組みの一環として提起された新たな「地域包括ケアシステム」について、厚生労働省等の提示している事業内容・機能、目的などについて全体像を提起するとともに、介護保険制度の抜本的な対策とはなり得ていないことを論じている。

第5章では在宅介護を継続中の家族、在宅で看取りを終えた家族、在宅での介護支援を

していたが、施設入所に至った家族に対して、各2名(6事例)を対象に質的調査を行い、その中で在宅介護の促進要因と阻害要因をもとに、家族介護システムの持続可能性を探る。第6章では指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)・通所介護(デイサービス)事業所の職員に対して量的調査を実施して要因分析を行い、家族介護の継続促進要因と在宅介護を継続するための家族介護者への支援の持続可能性を探る。

第7章では第5章・第6章の結果を受け、家族介護者が否定的ストレスに陥らないで終末までケアを継続することができることを目指して、「家族介護システムの再構築化」に資する「介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的支援の段階図」の作成を試みる。「おわりに」では、「ソーシャルワーク的支援に向けて」と題して、家族介護の困難性、看取りの現状、関係性の構築、課題と展望について論じている。

第1章 家族と介護

第1節 家族の概念

1 家族とは

家族を定義することは一筋縄ではいかないのが現実である。何故なら、「子ども、配偶者、孫、子どもの配偶者、親、祖父母、配偶者の親、きょうだい、きょうだいの配偶者、別居の離婚した親、再婚した親の配偶者、同性愛のパートナー、同棲しているパートナー」、誰を家族とみなすか多様であるからである。つまり、家族をはっきりと定義することは、家族だと思っている人々を「家族」から排除することになる。すなわち、家族の多様性を否定し、差別につながりかねない（長津 2014 : 1）。

このように、「家族」の定義が崩壊して久しい今日、世帯について考えることはできても、家族について考えることはすこぶる難しい（上野 2013）。その中で、誰が介護を担うのか、多種多様な介護のあり方を定式化することは困難である。

介護研究では、親族のなかで一旦「主たる家族介護者」が決定されると、他の親族はそれに手を出さない傾向があるということが分かっている。また、要介護状態の変化は軽度から重度へのゆっくりした移行であり、在宅から施設への移行がある場合にも、そのプロセスに在宅介護（同居・別居を問わず）の段階があり、それが行き詰まったと「主たる家族介護者」が判断したときに、施設への移行が起きると考えられる。「主たる家族介護者」は、在宅であれ施設であれ、介護の場や手段を決定するキーパーソンである。その「主たる家族介護者」には、同居・別居の別、親族姻族の別、性別、世代別等を超えた多様性がある（上野 2013）。

しかし、育児の場合には親権者は両親に限定されており、また、その祖父母の範囲も確定できる。ところが、介護についてはまず介護に関与すべきアクターの範囲が決定できない。親権者と違って、介護には複数の担い手があり、そのあいだの優先順位も揺れ動いている（上野 2013）。

2 家族の要件と類型

日本国憲法の規定による「家族」とは、憲法第 24 条 2 項に「配偶者の選択、財産権、相続、住居の選定、離婚並びに婚姻及び家族に関するその他の事項に関しては、法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等に立脚して制定されなければならない」と示されている。つまり、わが国の各法律において「家族」を規定するには、「個人の尊厳」と「両性の本質的

平等」に基づいていなければならない。また、憲法第 24 条 1 項において「婚姻は、両性の合意のみに基いて成立し、夫婦が同等の権利を有することを基本として、相互の協力により、維持されなければならない」と定められている。遵って、わが国の「家族」においては、両性の合意における婚姻、同等の権利を有する夫婦、それらを維持する相互の協力が、日本国憲法の指し示す「家族」の基本的な成立要件であるといえる（廣井 2005）。

家族とは、婚姻によって成立した夫婦を中核にしてその近親の血縁者が住居と家計をともし、人格的結合と感情的融合のもとに生活している小集団である（ブリタニカ国際大百科事典）。家族は主に 2 つの機能を担っている。経済・保護・護憲・愛情など家族成員のニーズを満たすことと、家族が属している社会のニーズを満たすことである（岡崎 2000）。前者を対内的機能といい、後者を対外的機能という（庄司 2007）。

家族は原始的群居の状態から次第に血縁的秩序の分化を経て今日の小家族へと段階的変化をとげてきた。現在の家族をその構成から分類すると、夫婦と未婚の子女による核家族²、各世代 1 組ずつの夫婦関係の接合による直系家族³、同一世代に複数の夫婦関係を含む接合による複合家族⁴となる（ブリタニカ国際大百科事典）。

図 1 は、近代の家族累計のモデル図である。

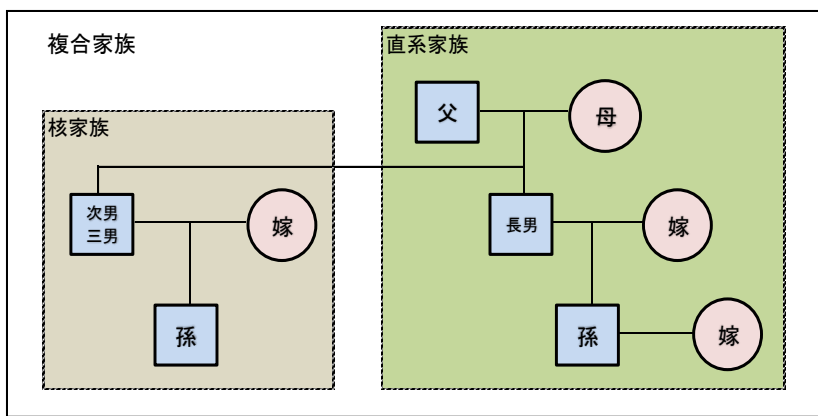


図 1 家族 3 類型

² 夫婦家族制のことで、結婚から始まった家族が、子供を産み育て、子供は成長すると全員親元を離れ独立し、親は老後を夫婦二人だけで暮らし、残された片方が亡くなった時点で家族のサイクルは終焉する（岩上 2007）。

³ 一人の子供が親元に残留し、跡取りとして配偶者を迎え、跡取りを介して複数世代が縦に結合して家族を形成するが、他の子どもはしかるべき時期に親元から離脱することになる（岩上 2007）。

⁴ 男の子が全員親元にとどまり、それぞれ妻を迎えて親夫婦を中心に一つの家族を形成する制度である（岩上 2007）。

家族という小集団は、個人のウェルビーイング追及の集団であるとともに、イルビーイング発生の機関、つまり、病原機関でもある。子ども虐待や高齢者虐待などの背後には人間関係の歪みがあり、私的・社会的不適応現象の究極的原因が家族に存するのではないかという発想も顕著になってきている（高橋 2007）。

これらの近代家族に内在する光と影の部分は、家族が共同体から切り離されたことにより、家族の内部が崩壊の危機に瀕するほどの困難を抱えようとも、個人主義的な家族観・結婚観が重要な要素である以上外界に知られることなく、私生活のトリデとして自助原則が求められる孤立無援の状況になるのである（庄司 2007）。

このような家族に、ケアを必要とするストレスが襲い掛かってきたとき、様々な問題を発生させることになる。

イギリスやアメリカ、カナダ等の国々では、家族崩壊を防ぐために、ファミリーサービス（個人の、家族のウェルビーイングを促進するプログラムの総称）制度が発達している。具体的には、カウンセリング、グループ・カウンセリング、家族療法、親性を高めるためのプログラム、アドボカシー活動、社会資源の開発、より良い家庭生活を過ごすためのソーシャルスキルの学習などである（高橋 2007）。

家族崩壊を防ぐ手立てとしての家族再構築にファミリーサービスプログラム（ソーシャルワーカー的視点）が重要であるが、この点については、第7章の第2節で詳述する。

戸田（1982：48）は家族の特質について、「家族は夫婦、親子ならびにその近親者の愛情にもとづく人格的結合であり、かかる感情的融合を根拠として成立する従属関係、共産的共同」であるとしている。また、森岡（1997：4）は、戦後の家族の変化を考慮し「家族とは、夫婦・親子・きょうだいなど少数の近親者を主要な成員とし、成員相互の深い感情的にかかわりあいで結ばれた、幸福（well-being）追求の集団」と定義している。さらに、岩上（2007）は、「家族の具体的な形態や機能、および当該社会の『家族』概念は、歴史的に異なる。それは家族制度の違いとして現れる。家族制度とは、特定の社会において発達した家族に関連する理念、行為、規範、法の体系のことで<中略>夫婦家族性、直系家族性、複合家族性である」と述べている。

このように、同じ「家族」という言葉でも、その時代の社会的背景、政策、文化などにより、家族の捉え方や言葉の示す実態は大きく異なる。したがって、家族はその時代に適合した形態に変化しながら定義づけなければ、今日的な「家族」という意味合いから程遠いものになりかねない。そこで、家族をシステムという概念で捉えると、要介護者の家族

全体に起こる現象を包括的に捉えることが可能になる。この点について、岡崎（2000）は次のように述べている。

「家族システムのプロセスは、要介護高齢者の痴呆の程度、介護者の負担感、家族外部からのソーシャルサポート等、家族システムの健康を規定する要因から、その一部が明らかにされている。しかし、要介護高齢者の介護家族システムの健康がどのような状況で、どのように変化していくのかを量的に検証していくことには限界がある。今後は質的研究方法を用いた探索的・発見的な研究が必要であろう。」

3 家族の変遷

わが国の戦前の家族は、明治政府の推しすすめた家父長制度いわゆる「家」制度を中心として形づくられていた。これは、江戸時代の武家社会の家父長制度を参考にしている。家制度は直系家族によって構成され、家系の永続が最大の目的とされたのである。家制度は、その家の統率者であり家族に対して絶対的な権限と責任を持つ「戸主」と、家族によって構成され、戦後民法が大幅な改正をされる1947年まで続いていた。

戦後になると、わが国の家族制度は大きく変革され、夫婦と未婚の子女からなる核家族である新たな家族形態が誕生した（藤 2010）。

経済力を持つ夫と、家庭内の再生産役割を担う妻、子供によって構成された近代の核家族は、親子の親密性により支えられている。しかし、「家族の機能としての経済機能、教育機能、保健・医療機能、宗教機能などは、職場と家庭の分離、学校や病院など専門的・組織の成立といった専門化、制度化がすすめられ、家族に残された機能はなくなるのではないかという危機感さえ生まれた時期もあったが、今日では職場や学校、地域などにおける個人の社会的評価がばらばらでなく、トータルの存在として評価されるのは家族においてのみであるという、個人の社会的居場所としての家族の多様性」が主張されるようになってきている（目黒 2009）。

一方、近年フェミニズム思想の影響を受け、家族を巡る議論において新しい展開が見られるようになってきた。一つ目が家族的関係の変容、家族的絆の弱体化という家族の持つ機能や意味の喪失に関する問題提起であり、二つ目が固定的性別役割分業を基礎とする家父長制イデオロギーが女性を家族に縛り付け、女性の自己実現を阻んでいるという問題提起である。

しかし、私たちが他者の理解を学び、自分が誰であり、いつ、どこで、どのようにして

生きていくのかという確信を得るのは、親子、夫婦、兄弟姉妹、祖父母・孫といった相互的眼差しの交換と蓄積によってであり、この相互的眼差しは身体的能力、精神的能力、経済的能力、性別、年齢などとは無関係に相補的、対照的なものである。家族関係ほどこのような相補的、対照的眼差しの交換と蓄積を可能にする存在はないのである(平野 2011)。

とはいえ、核家族化、単独世帯の増加が著しく進行している今日的な状況として、家族における家庭内扶養機能がその規模において低下し続けているのも確かである。

ところで、家族形態の有り様は、理念の変化からも見て取れる。理念は、価値、目的と結びついている。家族と社会福祉のかかわりを広く家族福祉と名付けると、家族福祉の理念は家族の理念、社会福祉の理念、家族と社会福祉の関係の理念から構成されている(鶴野 2003 : 3)。

社会保障という点から家族政策を見ると、フランスでは、「家族への直接的な援助」と「子どもを持つことで得られる間接的利益」に大別される。具体的には、①家族給付、②サービスに対する資金的負担、③税制上の優遇、④年金上の優遇措置、⑤関連援助などであるが、わが国の政策は政府による明示的な家族政策が展開された経緯はなく、政策の範疇は限定的なものに過ぎない。

1973 年の「福祉元年」には、「家族は福祉の含み資産」とする日本型福祉社会構想が提起されたが、1980 年代半ばになると、家族を自立・自助の精神を持つ個人による相互扶助の精神に基づき援助するものとして位置づけた(湯澤 2007)。

第2節 介護の概念整理

1 介護とは

大辞林では、介護とは「病人などを介抱し世話をすること」とある。しかし、介護を広い意味での世話(ケア)と捉えると、対象者は必ずしも病人とは限らない。子項目に介護福祉士として「日常生活を営むのに支障がある心身障害者の介護並びに介護者への指導を行う専門家」と記されている。つまり、介護には一般的な意味での世話(ケア)と、専門的技術・知識を持った有資格者の実践する介護(ケア)の二種類があるという事である。

専門的技術・知識を持った有資格者の実践する介護に関しては、様々な定義がなされている。

「介護とは、高齢や心身の障害による、日常生活を営む上で困難な状態にある個人を対象とする。専門的な対人援助を基盤に、身体的、精神的、社会的に健康な生活の確保と成

長、発達を目指し、利用者が満足できる生活の自立を図ることを目的としている」（一番ヶ瀬 1994 : 6）。

「介護とは、介護という『関係』のうえに成り立つ援助の行為表現をいう。健康や障害の程度を問わず、医・食・住の便宜さに関心を向け、その人が普通に獲得してきた生活の技法に注目し、もし身の回りを整えるうえで支障があれば、『介護する』という独自の方法でそれを補うという形式をもって支援する活動である」（中島 2000 : 33）。

「介護とは、障害が潜在的であると顕在的であるとかかわらず、日常の生活を送る上で何らかの援助を必要とする人々に対して行われる補完的活動のすべてをいう。つまり、介護とは要援助者の ADL を高めるための援助（介助技術）と、QOL を高めるための援助（援助技術）の総称である（代用・補完論）」（田中 2005 : 23）。

「介護とは、日常生活に支障があり、またはそのおそれがある高齢者や障害者・児の尊厳や自立、自己実現などを支えるために、本人のニーズと心身の状況に応じた身体的・精神的・社会的・文化的・予防的援助により、その人らしい生活を支援することである」（寫末 2019）。

専門的な技術・知識を持った有資格者が実践する介護の定義に関する見解をみると、共通点として援助対象者、援助目的、援助方法によって構成されていることがわかる。そして、援助を受ける主体は要援助者となっている。

（1）非専門的介護

人は生まれ落ちた瞬間から死後に至るまで何らかの世話、第三者による支援を必要としている。出産であり授乳であり、看取りであり埋葬であり、広義の意味でのケアである。これらは、これまで主に家族・親族によって担われてきた。アン・ペイドワーク、いわゆる、「血のつながり」である。しかし、このような家族制度も、近代化の流れの中で大きく変容し、わが国においては「家」制度の弱体化と相まって、家族介護では対応困難なケースが増加してきた。家族介護者が介護福祉士等国家資格を有していたとしても、提供されるサービスが業として行われていないとき、提供されるサービスは非専門家の行う介護として捉えることにする。なぜなら、このサービスはあくまでもボランティア的サービスであり、必要即応で持続可能なサービスとはなり得ない。

そこで、「介護の社会化」が叫ばれることになる。「介護の社会化」に関しては第 2 章第 2 節で詳述する。

(2) 専門的介護

名称独占の介護の世界において、業務として行われるケアに対して専門家（第三者）の行う援助（ここでは、必ずしも有資格者としての介護福祉士を指しているわけではない）と呼ぶことにする。

家族介護ではなく、歴史的に明確に業務としての専門家（第三者）の行った世話（ケア）は、悲田院であろう。

聖徳太子が四天王寺を建てられるにあたって、「四箇院の制」をとられたことが『四天王寺縁起』に示されている。四箇院とは、敬田院（きょうでんいん）、施薬院（せやくいん）、療病院（りょうびょういん）、悲田院（ひでんいん）の4つのことで、敬田院は寺院そのものであり、施薬院と療病院は薬局・病院にあたり、悲田院は病者や身寄りのない老人などのための社会福祉施設にあたる（四天王寺）。

私的ケアから介護の社会化がなされるためには、業務として行われる専門家の援助が必要である。介護が名称として規定されたのは、以下のような法制度の下である。

身体障害者福祉法（1949年）第9条に、「この法律に定める身体障害者又はその介護を行う者に対する援護は、〈後略〉」と規定されている。

老人福祉法（1963年）第11条第2項に、「65歳以上の者であつて、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものが、〈中略〉、その者を当該市町村の設置する特別養護老人ホームに入所させ、又は当該市町村以外の者の設置する特別養護老人ホームに入所を委託する」と規定されている。

また、老人家庭奉仕員派遣事業運営要領（1982年）においては、「老衰、心身の障害、傷病等の理由により臥床しているなど日常生活を営むのに支障があるおおむね65歳以上の者のいる家庭であつて、家族が老人の介護を行えないような状況にある場合」と明記されている。

上記の規定から、老人福祉法においては、心身上のハンディキャップに注目しながらも、実質的には「居宅において常時介護を受けることが困難なもの」と制限がされている。つまり、特別養護老人ホームは、家族の代替および補完的機能を担わされていることになる。また、老人家庭奉仕員派遣事業においても、家族の事情が要件

となっていたことから、同様に家族の代替および補完的役割を果たしてきたといえる（萩原 2000：60-61）。

1987年に成立した、「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項には「この法律において『介護福祉士』とは、第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とするものをいう」と規定された。いわゆる国家資格としての介護福祉士が誕生し、業務として行われていた専門家の中の専門家（プロ）集団が誕生することになる。

さらに、2007年の「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律⁵」において、下線部分（筆者加筆）が「心身の状況に応じた介護」に変更された。この定義から見えてきた専門性とは、専門的知識及び技術があり、日常生活を営むのに支障があるものに対して、その人の心身の状況に応じた介護が実践できることであり、その者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことができることである（田中 2016：26）。

2016年には心身の状況に応じた介護以下に、（喀痰 吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を追加した改正が行われ、専門家（プロ）集団の資質向上に向けての対策、いわゆる、スペシャリスト養成が取られることになる。

家族のみで行われる介護と業務として提供される介護、さらには、専門家（プロ）集団の実践する介護については、「第3章 家族介護者の現状と評価・価値」で詳述する。

2 家族介護

家族介護はこれまで在宅介護と同義だった。なぜなら、同居家族の存在抜きには在宅介護が可能でなかったからである。しかし、今日では独居高齢者世帯に、別居家族が通ってくる通勤介護もあれば、介護を完全に外注する独居世帯もある。同居家族がいるかないか

⁵ 社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律では、「定義規定の見直し」以外にも「義務規定の見直し」が行われ、「個人の尊厳の保持」、「自立支援」、「認知症等の心身の状況に応じた介護」、「他のサービス関係者との連携」、「資格取得後の自己研鑽」等が新たに規定された。

は、在宅介護の必要条件ではなくなった。また、施設介護は「主たる介護者」が事業者に移転しているために、これを「家族介護」とは呼ばない。この場合でも、意思決定のキーパーソンとしての「主たる家族介護者」は決まるが、彼らは介護をしておらず、また外注先の介護は有償である（上野 2013）。

上野（2013）は家族介護を次のように定義している。「第一に『主たる介護者』が要介護者と親族関係にある個人であること、第二にその介護が無償であること、第三に在宅介護であること。以上の定義は有償の在宅介護の利用を妨げない。」

前述したように、家族とは婚姻によって成立した夫婦を中核にして、その近親の血縁者が住居と家計をとともにし、人格的結合と感情的融合のもとに生活している小集団であり、経済・保護・護憲・愛情など家族成員のニーズを満たす対内的機能と、家族が属している社会のニーズを満たす対外的機能の2つの機能を持っていると言われている。

それゆえに、「保育や介護にかかわる福祉政策（以下、ケア政策）も、家族の自助原則を前提に、ケアサービスは主として、家族からケアが受けられない場合を対象に展開されてきた」と下夷（2015）が論じるように、家族ケアを排除した中での公的介入としての「介護の社会化」は、家族機能の弱体化につながりかねないのである。さらに、家族の持つ宿命的な機能を否定し、「介護の社会化」を達成しようとしても、家族による介護がすべて消失することはないという事である。誤解されないように強調しておかなければならないのは、ここでいう家族介護は、「儒教思想を背景<中略>として奨励されていた<中略>『日本型福祉社会論』に見られる『福祉の含み資産』としての家族介護を重視するという文脈においてのそれではないということである」（阿部 2003）。

だからこそ、ケアサービスと家族ケアを政策的にどのように調整するかという制度的な支援が求められるのである。適切な支援が準備されなければ、特定の家族メンバーが介護を担い続けることになり、家族介護者がクライシスに陥ることになる。英国では1997年に、「介護者に新たな支援を行う。介護者は、要介護者をケアするが、我々は、介護者をケアする必要がある」として、介護者自身をターゲットとする政策を提言している。

そのために、介護者の生活の質の向上を目指して、次の7点を挙げて保証することが目差されている。

【介護者の生活の質の保証】

- ①介護者自身の生活を持つ自由
- ②自分のための時間
- ③希望により仕事を継続する機会
- ④生活及び必要とする援助の管理
- ⑤より良き健康状態及び福祉
- ⑥コミュニティへの統合
- ⑦心の平穩

これらの提言を実施するための政策の骨子（3部門，9項目）は以下のようになる。

1) 社会福祉分野の援助サービス

- ①介護者のニーズに焦点を当てた地方自治体のサービスに関する新たな法律の制定
*介護者への直接給付の支給，又はクレジットの導入などの規定．→介護者にサービスの選択権を与える．
- ②介護者が介護を中断し，休暇を取りやすくするための特別補助金の交付
*地方自治体へ，特別補助金（3年に総額1億4000万ポンド（イングランド））の交付．
- ③介護センターを含む近隣サービスのための支援の拡大

2) 雇用政策

- ④勤労者である介護者が，家族の緊急時に対応するための休暇の導入
- ⑤パートタイム，フレックスタイム等，介護者のための柔軟な雇用政策
- ⑥介護者の再就労を援助する政策の検討

3) 社会保障給付他

- ⑦障害者介護手当を含め介護者のための経済政策が，最もそのニーズに見合うよう検討を継続する
- ⑧長期介護者に，第2年金の受給資格を付与することを検討する
- ⑨障害者及びその介護者に対し地方税を軽減する．これらの提言は，「介護者及び障害児法（2000年）」等に具現化されとしている（岩間2003）．

政策レベルで「家族支援」を強調することは、意図すると否とにかかわらず、ケア機能が本来的には家族の役割であることを再確認させる効果をもっていることに留意しなければならない。つまり、家族支援のための特別な施策を考えることではなく、むしろ個人単位の施策の充実をはかることが、要介護者やその家族の多様な生活事情に応じた選択肢を増やす最も効果的な方法である（藤崎 2000b）。福祉を標榜するとき、高福祉高負担を選択するのか、中福祉中負担を選択するのかで、家族支援に対する施策も変化することになる。

3 在宅介護と施設介護

ここでいう在宅介護は、要介護者を介護する場所のことである。介護サービスを受ける場が在宅という意味であり、サービス提供者は家族とは限らない。いわゆる、「施設サービスから在宅サービスへ」というスローガンでいうところの要介護者のサービス利用場所である。措置から契約へと制度変更の途上で、在宅サービスの重要性が叫ばれ、在宅福祉の三本柱として、「通所介護（デイサービス）」「訪問介護（ホームヘルプサービス）」「短期入所生活介護（ショートステイ）」の充実が推し進められてきた。

しかし、後述するように介護保険制度下、在宅サービスは居宅サービスへと変貌し、在宅的位置づけの中に、グループホームや特定施設入居者生活介護（ケアハウス、介護対応型有料老人ホーム等）などの入所系サービスが組み込まれることになった。そして、ついには在宅サービスの中の2本の柱は介護保険制度から取り除かれようとしているのである。

在宅介護同様に、要介護者を介護する場という意味での施設である。入所系サービスとしては居宅サービスの位置付けにあるグループホーム・特定施設入居者生活介護（ケアハウス、介護対応型有料老人ホーム等）などと変わりはない。人員基準、独自サービス提供のみという程度の差異があるだけである。介護保険制度が持続可能になるためには、仕組みを変える必要があるとして、田中（2017）は、次のように論じている。

「現在の介護保険制度において、都道府県知事が指定・監督を行う介護給付サービスは、大きく分けて施設サービスと居宅サービスに分けられている」が「サービスの類型は施設サービスと在宅サービスに分け、施設サービスを施設サービスと入所居宅サービスに分けることで、制度の持続化が可能になるのである」（表1）。

表1 介護給付を行うサービスにおける新たなサービス区分

在宅サービス		施設サービス		
		居宅サービス		施設サービス
都道府県知事が指定・監督を行う	市町村長が指定・監督を行う	都道府県知事が指定・監督を行う	市町村長が指定・監督を行う	都道府県知事が指定・監督を行う
訪問サービス ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導	地域密着型サービス ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護 ・認知症対応型通所介護	特定施設入居者生活介護(*)	・認知症対応型共同生活介護(*) ・地域密着型特定施設入居者生活介護(*) ・地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護(*)	施設サービス ・介護老人福祉施設(*) ・介護老人保健施設(*) ・介護療養型医療施設(*) ・介護医療院
通所サービス ・通所介護 ・通所リハビリテーション	・小規模多機能型居宅介護(*) ・看護小規模多機能型居宅介護(*)			
短期入所サービス ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護				
特定福祉用具販売 福祉用具貸与		有料老人ホーム(**)		

注：(*)は、定額給付、その他は区分支給限度額

注：(**)は、市町村長の認可とし、上限を設けた区分支給限度額

出典：田中（2017）一部改変

第2章 社会保障と介護の社会化

第1節 社会保障と社会保険

1 社会保障の機能と体系

日本国憲法第25条において、生存権、国の保障義務が規定された。「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とするものである。

憲法第25条を受け、1950年の社会保障審議会の勧告では、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、〈後略〉」と定義している。したがって、社会保障は個人の責めに帰せられないリスクやニーズが発生したときに、国または地方公共団体が、所得保障、医療保障、社会福祉サービスなどの給付を行う制度である。

このような生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する総合的企画を立て、これを政府および公共団体を通じて民主的効率的に実施しなければならない。他方、国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれの能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果たさなければならないとする考え方を基本としている。その機能は、主として、①生活安定・向上機能、②所得再配分機能、③経済安定機能の3つがあげられる。

2 社会保険の制度化

社会保障には社会保険、社会福祉、公的扶助、公衆衛生・医療、そして老人保健などが並列的に含まれる。一般に社会保障や社会福祉の歴史的展開の中で、貧困に対する対応方策は救貧法に代表される救貧と相互扶助、ツンフト・ギルドに起源をもつ相互扶助や金庫制度などによる防貧に類別されるが、社会保険はまさに防貧への対応であり、社会福祉は救貧への対応となる（栃本 2007）。

社会保険は、疾病、老齢、失業、介護等、一定類型の保険事故に対して、保険料の拠出という保険方式を用いて、画一的給付を行う仕組みである。世界で最初の労働者保険は、1883年にドイツでビスマルクによって制定された疾病保険法である。しかし、この保険では受給者は労働者本人に限られており、家族は対象外であった。1922年に制定、1927年に

実施されたわが国の健康保険法も、当時は労働者本人のみが対象であり、1942年になってようやく家族に拡大された。

通常、社会保険は保険事故の発生をもって給付が行われるが、近年は、保険財政や被保険者のより適切な生活の保持の観点から、予防サービスや支援が重視されつつある。保険事故の発生後も、リハビリテーション等により状態の改善を図ることも求められ、その際にも社会福祉的観点からの支援が必要となる（栃本 2007）。

3 社会保険の種類

わが国の介護保険制度は、2000年にスタートした社会保険制度である。利用者が「権利」としてサービスを利用する意識の定着を目指し、全額税負担とするのではなく、半分を保険料の徴収とする社会保険という形にした（涌井 2018）。介護保険制度を含め、社会保険制度の概要をみると、表2のようになる。

表2 社会保険制度の概要

年金保険	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳～60歳までの全ての居住者が国民年金に加入 ・原則、65歳から老齢給付を支給 ・障害給付、遺族給付についても支給
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての居住者が加入 ・現物給付が原則。一部現金給付あり
雇用保険	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、全ての被用者が加入 ・失業した場合、求職者給付、就職促進給付、教育訓練給付等を給付 ・給付日数は、年齢、被保険者期間、倒産・解雇等の離職理由を考慮
労災保険	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、労働者を使用するすべての事業が加入 ・労働災害が発生した場合に、労働者等に対して給付。 (現物給付、現金給付)
介護保険	<ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上で市町村に住所を有する者(第1号被保険者) ・40歳以上65歳未満で、市町村に住所を有し、医療保険加入者(第2号被保険者)

第2節 介護保険制度と日本型福祉社会

1 介護保険制度の政策理念

2000年に発足した介護保険制度は、市町村に住所を有する65歳以上の第1号被保険者と、市町村に住所を有し、医療保険に加入している40歳以上65歳未満の第2号被保険者の（特定疾病を原因とする者に限られる）保険事故を対象に、サービス利用が認められている制度である。

政策としては、これまでの施設入所（病院入院）から「在宅での自立的な生活」を送ることを意図して創設された。保険方式を導入することにより、介護サービスも医療保険における医療同様に権利性が明確になり、利用者が自ら医療機関を選択するように自ら介護サービス提供者と契約を結んで対等な立場でサービスを利用できるようにするという狙いである（秋元 2007）。

2 福祉ミックスと日本型福祉社会

はじめて「福祉ミックス論」という政策論が行われたのは、1980年代のヨーロッパである。政策にはポリシー（policy）、すなわち、一般的に政府が行う施策であるという公式的な定義と、生活上の一般的な方策や手段という意味もある。つまり、生活のなかで人びとが生活を「経営」する部分が政策的に存在する。また、生活について自らマネジメントをして、政策を自分たちの生活のなかで作っていくという意味での政策も存在する。つまりは、生活のミックス状況が現実存在するということである。

近代化という変動が生じるにしたがって、生活の変化がどのように起こってくるのかという問題意識に応じて、生活モデルが「公式－非公式」軸、「営利－非営利」軸、そして、「公－私」軸が対応して出てきている。これらの軸の組み合わせによって構成されるモデルはミックス状況を記述しているモデルの典型例と考えられるために、そこに公私分担あるいは公私ミックスに関する一つの基礎論のようなものが見られるのである（坂井 2001）。

わが国の「福祉ミックス論」（福祉の多元化）の背景は、上田征三・金政玉（2019）が1990年代から2000年代にかけての「社会福祉基礎構造改革」のもとで、「サービス利用者の意向の尊重とサービス提供者との対等性の確保」等を理念の柱とするところにあるというように、「サービス供給における政府部門、民間非営利部門、インフォーマル部門のウェイトをどのようなものにするか、あるいはそれらの部門の関係をどのようなものにするか」という点に関する政策選択」に対して福祉ミックスという（平岡2007）。

後述するように、営利性を構造的に内包する民営化の促進を最大の柱としている「福祉ミックス論」の枠組みにおいてもっとも欠落しているのは、「利用者本位のサービス提供」を具体化する仕組みの不在である。サービスの質を客観的に評価できる合議体やサービスの苦情申し立てを含む権利擁護の仕組みの必要性はいわれているが、それを集約し法制化する取り組みにまではいたっていない。

今後の課題としては、「福祉ミックス論」の枠組みにおいて「サービスの請求権」が確

保されることにより、緊縮財政に左右されることのない、真に利用者本位の「福祉の多元化」を具体化する仕組みが構築されることにあると考える（上田征三・金政玉 2019）。

介護問題への社会的な対応の在り方を、「介護の社会化」を軸としてモデル（論）的に整理すると、「介護の社会化」には、①全公的介護保障型と、②これとは反対の極にある家族介護型と、③その中間に位置する家族介護支援型の介護保障システムがスペクトル的に多様な姿をもって位置づけられる。介護保険制度（公的介護保障システム）が家族介護型でないことは少なくとも明らかである。では、全公的介護保障型か家族介護支援型のいずれかであるのだろうか。「介護の社会化」をどう理解するのかという点で、共通理解が存在するのか否かについて、わが国では未だ曖昧なままにあるといわざるを得ない（阿部 2003）。

家族介護支援型のモデルを志向しようとする場合でも、どのような要介護状態の時、どの程度の割合の家族介護を前提としている（家族介護を含めた自助努力に依存する）のかも、未だ残された重要な検討課題となっている。このように、介護保険制度の中心的な政策理念となっている「介護の社会化」の理解をめぐって、共通理解（合意）が存在しているわけでは決してないのである。

しかし、家族がその機能の一つとして持ち続けてはいるものの、他方では縮小化してきている介護力を社会的に補強しなければならないとする「介護の社会化」という理念の中に、家族介護を評価する何らかの政策・制度的メッセージが積極的に織り込まれることが求められているのも事実であると阿部（2003）がいうように、家族介護の評価という点では、日本型福祉社会について論じた上でなければ明確なメッセージを表明することは適わない。

3 日本型福祉社会と家族介護

「日本型福祉社会論」は、家族や地域社会、職場などを中心とする人間関係の絆に注目して、日本独自の福祉社会を指向する必要性が強調されていた。『日本型福祉社会論』においては、生活問題の解決主体として『家族か福祉か』の択一的状況が想定されており、両者はトレードオフ関係にあるものとみなされている。そして、このような捉え方はときとして、福祉サービスの利用が『家族による自助の失敗』を意味すると解されるがゆえに、強いスティグマをともなうものであった」（藤崎 2000）。

家族介護の意義という点で論じるときに注意しなければならないのは、「日本型福祉社会論」にみられる「福祉の含み資産」としての家族介護を重視するという文脈においての、

それではないということを再確認しておく必要がある（阿部 2003）。

介護は育児と同様な関わりをもつインフォーマルな支援の一つである。家族というマイクロな単位での関わりを根底においたうえで発生する援助内容である。この点に関して、畑（2010）は次のように論じている。「『支援の論理』から家族介護者支援を志向していくことは、高齢者介護を『社会か家族か』といったトレードオフの関係の中でとらえて議論するのではなく、基本的には社会によって介護が保障されており、その上で家族が自身の意思によって、介護を担うのかどうかを選択できる社会の有り方を提示するものであると考えられる。」

「夜泣き・授乳・育児」に関し個別的対応がなされるように、高齢者介護においても西洋・北欧の家族観であろうと、日本的・東洋的家族観であろうと、個別的対応という視点にかわりはない。関わり方の濃淡に関して、国民性や個人的特性によって、差異が生じるのである。

社会保険の枠組みの中で捉えるべき家族介護の本質は、育児であろうと高齢者介護であろうと、援助のすべてを第三者に委ねるものでもなく、すべてを当事者（保護者・親族・家族・夫婦等）のみで関わるものでもない。必要に応じて第三者の援助を求めながら、従前に近い家族の生活を維持することが可能になるという視点での関わりが大切である。介護の社会化とは、家族介護のすべてを社会が担うという事ではない。百人百様のインフォーマルケアに対して、家族介護者が生活の破綻をきたさないで過せるような、フォーマル支援の多様性に対して名づけられるものでなければならない。つまり、家族に介護を必要とする者等が出現した時、家族介護者にとって従前の生活様式（ライフスタイル）の継続が可能な範囲で、介護に関わることが可能となる多様な介護サービス（現金給付も含む）の展開を模索することにおいて、日本型福祉社会は成立するのである。

第3節 介護の社会化論と家族介護者支援

介護の社会化については、介護保険制度が始まる前後から多くの論議が提案されている。

1 文献にみる「介護の社会化」

牧里（1992）は、「要介護者の残存自立能力を開発し、自己実現を可能とするために、かつ要介護者家族の介護力を高めるために、その介護を家族にのみ過重に依存するのではなく、家族外体系の社会資源を積極的に活用しながら、家族と社会の間での共同的介護もしくは協働的介護が行われるプロセスおよび取り組みをいう。そのプロセスは、私的事にお

こなわれる介護から、地域社会で取り組まれる共同的介護へ、さらに制度としてシステム化される社会的介護に発展していくものと仮定される。また、その側面レベルは、介護意識の社会化、介護行動の社会化、介護環境の社会化に区分し得るが、これらの各レベルの社会化が統合的に達成されて初めて完成する」と暫定的に定義している。

高齢者介護・自立支援システム研究会（1994）では、介護の必要な高齢者が、1994年の約200万人から2025年には520万に増加すると予測される中で、「普遍的なリスクである介護問題を社会的に解決していくためには、個人の自立と尊厳を基本にしながら、社会全体で介護リスクを支え合うという『リスクの共同化』の視点が必要である」と論じている。また、中野（1995）は、高齢者介護の社会化の必要性について「国民すべてに高齢者介護問題が確実に起こりうることを前提に、高齢者介護の社会化の方向を進めようとするものである」として、「高齢者介護の社会化は、介護を必要とするものの側からは要介護者の生活の質（QOL）を高め、介護者の側からは過重な負担を減らし、かつ、介護の質を高める（介護の生産性を高める）ことを目指すもので」、「そのためには、高齢者介護を社会全体の問題としてとらえるという、国民的なコンセンサスの形成が不可欠である」としている。これらの見解から明確に「介護の社会化」という文言は出てこないが、「介護の社会化」に関する概念の萌芽が見て取れる。

笹谷（2005）は、「介護の『社会化』は大きく分けて2つの道筋がある。第1は、家族介護者の介護労働が家族以外の社会的労働へ転換する道筋であり、第2は、家族介護者のアンペイド・ワークの社会的評価の道筋である」としながら、「介護の『社会化』とは、家族の側から見れば、従来、家族介護者が家庭内で行ってきたアンペイドな介護労働の家族外の専門的領域への移行である」と論じている。

三富（2011）は、「介護の社会化論は、介護者のいかにも重い負担から解き明かし、負担の軽減のためには長らく要介護者の家族や友人あるいは隣人が担い続けてきた日常生活上の援助を社会サービスによって軽減すること」と主張している。しかし、問題は介護者を直接の対象にするサービスへの言及であり、いかなるサービスが必要であると理解するかであるとしている。

中野（2011）は、「介護の社会化」の先行文献を研究する中で、「これらの研究論文、研究会報告等に共通するものとしては、『家族介護の限界を認識』し、『社会で介護を支える』という考え方がある。しかし、社会で支えるというときの私的介護の位置付けについては、必ずしも共通化、明確化されたものはない」として、「このような不確実なところで、介護

負担の多くを担ってきた女性たちは、介護保険制度による『社会化』によって家族介護の負担は軽減されるものと期待し、進まない実態に苛立ちを感じている」と述べながら、在宅介護の担い手の家族形態が多様化している中で「介護の社会化は、その時代の社会ニーズに応じて、その意味合いと実質的な内容を変えながら今後も発展していくであろう」と論じている。

石井（岡）（2012）は、『介護の社会化論』の研究の中で、介護の社会化論に至るまでの流れを紐解き、その後に「介護の社会化」に関する論文がどのように提示されてきたかを詳細に分析した後、次のように論じている。

必要なサービスや制度の提起においては三富氏に首肯⁶することができる。しかし、介護者支援の見地から検証しているとはいえ、その対象規定において、要介護者と家族介護支援者だけでは、介護の社会化は完遂しない。家族以外の担い手、とくに介護労働者も対象規定に加え、必要なサービスや制度を整備して支援する必要があると考える。具体的には、処遇改善と社会的評価の向上、労働環境の整備、相談援助（研修、カウンセリング、ネットワーキング等）といった、経済的、肉体的、精神的支援である。要介護者、家族介護者、介護労働者各々に必要なサービスや制度を網羅した上で、優先順位をつけて整備していくことが求められるのである。

「介護の社会化」が達成できるためには、石井（岡）のいうような様々なサービスや制度等に論及しなければならないが、社会化の意味は他の論文に述べられている（本人も同様に述べている）ように、大家族から核家族へ変化してきたなかで、家族形態の変化に伴う家族介護力の低下に対する補填を意図しているのにかわりはない。家族介護力の補填を可能にするために求められるのが「施設の社会化」であろう。

2 施設の社会化

「施設の社会化」が公式に使用されたのは、1949年の全国社会事業大会、1951年の全国社会福祉事業大会、1953年の全国社会福祉事業大会であった。1971年を初年度とする「社

⁶ 三富紀敬（2011）「介護の社会化論と介護の歴史認識再考」『立命館経済学』第59巻第6号、986-996.

会福祉施設緊急整備5カ年計画」と同年の中央社会福祉審議会答申「コミュニティー形成と社会福祉」がだされ、この頃から本格的な施設の社会化の議論がなされてきた。さらに、実践的には1973年の「老人ホームにおける食事サービス」の制度化と1977年の「今後の老人ホームのあり方」答申が提起した「施設の地域開放」が、その出発点といえる（山口2004）。

施設の社会化というとき、①従来の収容主義、隔離・保護からの脱却を目指した「処遇の社会化」、②在宅サービス等を通して施設の資源を地域住民に還元する「機能の社会化」、③費用対効果を意識した効率的な施設運営としての「運営の社会化」等から、施設の普遍化や施設の国民化へアプローチするための方法論であると言うように、施設の社会化論は、コミュニティー構想や家庭の地域化・社会化の流れの中で議論されてきており、「介護の社会化」をすでに内包していたのである。

3 家族介護者支援の社会化

「介護保険の導入によって顕著にみられる傾向は、施設入所志向の高まりである。」従来の家族介護者だけに負担を押し付けることのないような制度設計を目指していた介護保険制度ではあったが、現状の介護保険制度では「家族というインフォーマルなシステムがなければ在宅介護はありえないのである。」サービスの限度額が設定されているため、全てを介護サービスで賄うことはできない。足りない部分を補うために、全額自己負担でサービスを利用するか、家族に援助を求めるか、必要なサービスを諦めるかになるのである（大和2004）。

この点に関しては、高齢者介護・自立支援システム研究会（1994）の報告書で「わが国の場合には、「福祉のお世話になる」という言葉に表されるように、国民が公的福祉サービスに対し心理的な抵抗感を抱いている状況もある」と論じており、湯原（2014）が「相手が親、あるいは配偶者など自分にとって大切な存在であるなどの理由で、自分でできる限り介護を担おうと考える者は少なくない」と論じているのと同様の思考様式である。

もっとも、「福祉のお世話になる」のを恥じるという意識性も介護保険制度以前は国民の全体的風潮としてあったが、介護保険制度導入により介護の社会化が推進される中で、福祉に対する人々の行動や意識レベルは大きく変容してきている。つまり、措置時代の福祉に対する（これまでわが国では、親の面倒は家族が見るのは当然と言った、暗黙の社会通念による福祉サービスを受けることに対する）後ろめたさが、社会保険の一形態としての

介護保険制度(保険料を支払っているという権利意識)により、サービス利用は当然の権利であるとする意識性である。少子化の要因として、家族や就労に関する価値観の変容の影響もあるが、高齢者ケアに関する価値観の変化は、このような社会構造の変化による影響が大きいと考えられる(大野 2019)。スウェーデンにおいても類似の変遷があった。

スウェーデンの場合、ソーシャル・ケアの供給がピークであった 80 年代には、精神的ケアも含めてフォーマルケアが高齢者のトータルな生活に責任を持つという考え方が主流であったが、92 年の経済効率性を求めるエーデル改革以降、精神的ケアだけでなく、アクティビティ活動など、ケアワーカーが十分できない部分を家族員がカバーして協同で介護を行いたいという意識がケアワーカーに芽生えてきているという笹谷(2005)の論述にもあるように、介護の社会化にはケアの専門性・家族観・国民性・福祉観・経済政策等が大きく影響するのである。

第 4 節 介護保険制度と介護の社会化

1 介護保険制度の創設目的

介護保険制度創設のねらいは、高齢化の進展と高齢者を取り巻く状況の変化により、高齢者介護の問題が深刻化する中で、高齢者の介護が老人福祉と老人医療に分立していた従来の制度の抱える問題点を解決するために、新たな社会保険方式の介護保険制度を導入することによって再編し、福祉サービスも保健医療サービスも同様の利用手続き、利用者負担で、利用者の選択により総合的に利用できる利用者本位の仕組みを構築することにあるが、果たして、「介護の社会化」が適切にシステム化されているのかどうか、検証していく。

2 既存制度の問題点と介護の社会化検証

(1) 老人福祉制度

老人福祉制度では、以下の①～⑤のような点が問題だと指摘されたが、問題の妥当性と、制度創設 19 年経過した今日、これらがどのように変化しているのか検証する。

①サービスの利用が、利用者の権利ではなく、行政機関が負う措置義務から派生する「反射的利益」に過ぎないと解されていたため、サービス利用のための権利の保障が不十分である。

介護保険制度開始当初は、権利保障という点では利用者本位が貫かれていた。2005 年の

介護保険制度の改正において、「予防重視型システム」が導入されることとなったのは、介護保険の基本理念である、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することのできるシステムへの転換であった。つまり、「高齢者の自立支援」を徹底する観点から、従前の予防給付対象範囲、サービス内容、介護予防マネジメント体制を見直し、新たな予防給付へと再編⁷をおこなうものであった。しかし、要支援1・要支援2の被保険者に対する介護報酬が出来高払いから包括払いになり、包括払いにした場合、多くのサービスを提供しても1ヶ月に支払われる介護報酬にかわりはないため、サービス提供者が利用者を選ぶ「逆選択」が起こり得る。

介護保険制度の基本理念である高齢者の自立支援において、「予防給付」を実行するのであれば本来、利用者の自立支援を効果的に望めるサービスを提供することが必要となる。具体的には、介護報酬の範囲に照らして週1回のサービスが基準である要支援1の利用者であっても、利用者の介護状態に応じて週2・3回のサービスを提供し、その中で自立に向けた支援を行うことにより、サービスの利用頻度の減少が見込める。そうすることで本当の意味での「介護予防」につながり、重度化の予防・軽減、保険給付の減少へとつながるのではないかと。

介護保険制度開始当初は、権利保障という点では利用者本位が貫かれていたが、要支援1・要支援2の被保険者に対する介護報酬が2005年に出来高払いから包括払いになり、2014年4月から地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）」になるなど、趣旨から後退しつつある。つまり、高齢者の被保険者としての位置付けが曖昧⁸になってきているのである。

②市町村がサービスの種類、提供機関等を決めるため、利用者がサービスを選択しづらい。

措置時代、利用者がサービスを選択しづらいというほど福祉サービスが数多くあったわ

⁷従来の要介護1を要支援2と要介護1に区分し、新たな予防給付の対象者としては、要支援1、要支援2に該当する者となった。サービス内容は、生活機能の維持向上の観点から、既存の訪問介護などについて内容・提供方法・提供期間などが見直された。なお、効果が明確な運動器の機能向上や栄養改善などについて、既存サービスのプログラムの一環として取り入れられることになった。また、マネジメント体制については、要支援・要介護状態になる前からの一貫性・連続性のある介護予防マネジメント体制を確立する観点から、社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員が配置される地域包括支援センターで行われることとなった。

⁸介護認定において、要支援1・2の認定を受けた被保険者が、通所介護・訪問介護に関しては地域支援事業へと移管され、実質的に介護保険制度の支給限度額から除外された形となっている。

けではない。ここでいう選択のしづらさとは、施設入所の際に自分の身近な施設を選択できないという事である。つまり、人口の多い市町村においては特養が数か所運営されており、入所の際は空き順に入所が機械的に決められ、場合によっては自分の居住地から遠く離れた施設入所が決められるという不都合があったが、介護保険制度においては施設と利用者の契約によって入所が可能になるという制度設計によりこの点は解消された。

③市町村が決定を行うに当たり所得調査を行うため、サービス利用にあたって心理的抵抗を伴う。

措置制度における特養入所に関しては、利用者本人は応能負担であるが、身元引受人等に関しては所得調査が行われ、家族等の負担能力によっては、全額に近い利用料（24万円程度から利用者負担を差し引いた金額）を支払わなければならなかった。介護保険制度においては、応益負担であり、一応高齢者の年金額で賄われる程度の利用料になる計画であった。ところが、現在では応能負担よりも厳格な応益負担となり、支払能力のないものはサービス利用すらできない状況へとようになってきている。これが、今日の介護離職⁹の大きな要因となっていると思われるが、今のところ、この点の検証はなされていない。

これが介護殺人¹⁰という悲惨な状況を生み出す要因になっているとしたら、システム不備以上の問題が内在されていることになる。

④市町村が直接または委託によりサービスを提供することが基本であるため、競争原理が働かず、サービスの内容が画一的になりがちである。

サービスの内容が画一的という点に関しては、措置でありながら、地域・施設によってサービス内容に差異があるのは適切でないとして、監査等において競争原理が働かないような指導がなされていたのではなかったのか。

サービス内容の画一化の解消を目指して多様な事業者の参入を促すことは、確かに介護サービス領域に競争原理に基づくサービス提供が実施されることになるが、他方では、介

⁹措置時代に、これほど介護離職が問題になったことはない。確かに社会的入院という問題はあったにしても、介護離職という家族破綻につながりかねない問題は少なかった。社会的入院の解消が介護離職につながったのだとしたら、本末転倒である。

¹⁰ NHK スペシャルの受刑者への質問の回答に、「有料ホーム等に入居させることができたならよかったのだろうけれど経済的に不可能で、自宅で介護を続けているうちに、結果的に自分の手で殺めてしまった」と後悔の声が聞かれた。

護市場拡大によって悪質な業者¹¹が入り込む恐れもある。とくに、在宅サービスの分野では利用者の家がサービスの提供の場になることが多くなるため、消費者保護の見地から社会全体の仕組みと業界全体の対応が重要となる（鬼崎 2014：101）。

⑤中高所得者層にとっては、所得に応じた利用者負担（費用徴収）が過重である。

③でも論じたが、措置時代の中高所得者層にとっては応能負担が過重であったかもしれないが、多くの家族は応能負担の恩恵を受けていた。しかし、それが介護保険制度において応益負担となり、サービス利用に際して否応なく必要な金額を支払わなければ利用できない仕組みになり、多くの家族にとって経済的負担になっているのである。つまり、独居の要介護者が在宅で生活しようとしても、24時間ケアが受けられるわけではなく、在宅生活をあきらめて居宅サービスとしての施設サービスを選択しなければならなくなる。しかし、月に14～5万円程度の支出をすることが困難な家族にとって、この選択肢は無理なものとなる。結果として、子どもが介護を担うために帰郷せざるを得なくなる。これが介護離職につながっているのだとしたら、社会システムは破綻をきたしていることになるのではないか。

（2）老人医療制度

中高所得者層の利用者負担は病院への入院のほうが特養への入所より低いことなどの理由から、病院などの医療施設が高齢者の介護需要を実質的に引き受けてきたという実態があるとして、次のような問題点が指摘されていたとしているが、どのように解消されてきているのか検証する。

①自宅の介護体制が整わない、あるいは適当な介護施設が存在しない等の理由から、医療の必要性が乏しいにもかかわらず、一般病院への長期入院を余儀なくされるケース（いわゆる「社会的入院」）が多く発生し、医療資源の非効率的な使用と医療費の上昇をもたらしている。

ゴールドプラン等において、在宅サービスの準備が整えられつつあったが、それでも「社会的入院」の解消にはつながらなかった。中間施設として位置づけられている老健施設が施設としての機能を十分に果たしていなかったことも要因の一つに挙げられる。老健施設

¹¹訪問介護最大手のコムスンによる、退職した職員の名義借りという虚偽の申請をおこない、事業所指定を取得していたこと等により、事業所指定取消しを受けた問題がある。

は、本来「医療の必要性が乏しいにもかかわらず、一般病院への長期入院を余儀なくされるケース（いわゆる「社会的入院」）」等に対して在宅復帰を目指して創設（病院から直接在宅へ帰すことで生じるであろう不都合を、老健施設入所期間中に解決し、在宅生活を可能にすることを目的として創設）されたのではなかったのか。この老健施設において「特養の入所待ち」と言われる高齢者が多かったという点で、システムの有効に機能していなかったのである。

解決策として、在宅復帰支援機能の強化に向けて様々な報酬加算が準備されていることは意図としては理解できる。しかし、今日の介護療養型医療施設の在り方等から見ても、介護保険制度開始当初のもくろみであった介護保険制度以前の問題点の解決策としては残念ながら程遠い状況になっている。

②主として急性期患者の治療を目的とする一般病院は、食堂・浴室がない。1人当たり居室面積が狭いなど、介護が必要な高齢者が長期療養する場としては生活環境面の設備等が不十分で、高齢者処遇の面から見ても適当ではない。

後述するように、地域包括ケアシステムにおいては「要介護者への支援は介護保険制度の理念である自宅生活の継続を基本に置きつつ、自宅での介護が困難である場合でも、住まい方に合わせて地域の中での生活が継続できるような支援体制の構築が目差されて」（石附 2018）いたはずである。介護療養型医療施設は廃止となるが、転換先として介護医療院が創設された。医療資源の効率的な使用と医療費の削減にどれほどの効果を期待して創設されたのであろうか、不明である。

（3）制度間の不整合

「介護」という観点からは同じような状態にある要介護高齢者が、利用者負担面や利用手続き面で不合理な格差や不便が生じるのは問題であるとの指摘がなされていたとして次の2点を挙げている。

①福祉サービスの利用者負担が中高所得者層にとって医療よりも重いことが、社会的入院の一因となっている。

②看護師の訪問看護は医療機関の窓口に、訪問介護（ホームヘルプサービス）は市町村の窓口に、それぞれ自分で申し込みをしなければならず、利用しにくい。

①の場合、上記「（1）老人福祉制度」の③・⑤で既述したように、今日では低・中所得者層にとって不合理な格差の様相を呈している。

②の点に関しては、居宅介護支援専門員がワンストップ窓口となり、有効性を発揮しているのは評価できる。しかし、居宅介護支援専門員が独立して活動できる体制が不十分であるため、未だ様々な問題が出現している¹²のである。

3 介護保険 2017 年度制度改定と利用者負担

(1) 制度改定の目的と改定概要

2017 年の「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する法律」は、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする者に必要なサービスが提供されるようにすることを目的とするものである。

本改正法は、介護保険法をはじめとして、医療法、社会福祉法、障害者総合支援法、児童福祉法、高齢者虐待防止法等 31 の法律と一体的に改正が行われている。2017 年介護保険法改正のポイントとしては、①地域包括ケアシステムの深化・推進、②介護保険制度の持続可能性の確保を挙げている。

このうち、①については概して三つの項目を挙げて推進するとしている。①-1 については、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）を図ることとし、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化、例えば、国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定、計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載、都道府県による市町村に対する支援事業の創設、財政的インセンティブの付与の規定の整備等を行うこととしている。①-2 については、医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）、つまり、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設および医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定の整備等である。①-3 については、地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）、つまり、市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに

¹²介護保険制度の要である居宅介護支援専門員の不要論さえ出ている。大きな要因は、サービス事業所に籍を置いているという点である。独立化させるべきである。

共生型サービスを位置付けるとするものである。

②については、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とし、介護納付金への総報酬割の導入を図る。各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）については、被用者保険間では「総報酬割」（報酬額に比例した負担）とすることとしている。

この点の検証については、第4章の高齢者介護と地域包括ケアシステムで詳述する。

（2）介護給付費と第1号被保険者等の推移

2000年に介護保険制度が始まったに当初は、3.6兆円であった介護給付費が、2011年では、8.2兆円と2.3倍になっており、要介護認定者で見ると、当初の218万人から2017年では633万人へと2.9倍に増加している（表3）。また、サービス利用者数では、当初の149万人から2017年では488万人へと3.3倍になっている。

表3 要介護度別認定者数・介護費用の推移

単位：認定者数万人：介護費用億円

要介護度	2000年		2005年		2006年		2017年	2011年
	認定者数	介護費用	認定者数	介護費用	認定者数	介護費用	認定者数	介護費用
要介護5	29	7748	46.5(1.6倍)	14442(1.9倍)	46.5(1.6倍)	13628(1.8倍)	60.1(2.1倍)(1.3倍)	18385(2.4倍)(1.3倍)
要介護4	33.9	8980	49.7(1.5倍)	14358(1.6倍)	52.5(1.5倍)	14347(1.6倍)	76.8(2.3倍)(1.5倍)	18304(2.0倍)(1.3倍)
要介護3	31.7	6752	52.7(1.7倍)	11981(1.8倍)	56(1.8倍)	12707(1.9倍)	83.6(2.6倍)(1.5倍)	16733(2.5倍)(1.3倍)
要介護2	39.4	5989	61.4(1.6倍)	9432(1.6倍)	65.1(1.7倍)	10177(1.7倍)	110.6(2.8倍)(1.7倍)	14432(2.4倍)(1.4倍)
要介護1	55.1	5623	133.2(2.4倍)	11520(2.0倍)	138.7(2.5倍)	9900(1.8倍)	126.3(2.3倍)(0.9倍)	9886(1.8倍)(1.0倍)
要支援	29.1	1062	67.4(2.3倍)	2224(2.1倍)	75.9(2.6倍)	2855(2.7倍)	175.7(6.0倍)(2.3倍)	4513(4.2倍)(1.6倍)
合計(平均)	218(基準)	36273(基準)	411(1.9倍)	63957(1.8倍)	435(2.0倍)(基準)	63615(1.8倍)(基準)	633(2.9倍)(1.5倍)	82253(2.3倍)(1.3倍)

注1)2006年より要支援1・要支援2等を含む

注2)陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内町、大熊町、双葉町、浪江町は含まない。

出典：内閣府「要介護度別認定者数の推移」より筆者作成

サービス受給者数（1ヶ月平均）では、当初の184万人から2017年には553万人へと3.0倍になっており、施設・地域密着型・居宅サービス別にみると、施設サービスでは1.6倍、地域密着型サービスでは5.2倍、居宅サービスでは3.0倍に増加している（表4）。

表4 サービス受給者数・給付費の推移

単位:受給者数万人 :給付費億円

サービス	2000年		2005年		2006年		2017年	
	受給者数	給付費	受給者数	給付費	受給者数	給付費	受給者数	給付費
施設サービス	60	1940	79(1.3倍)	2268(1.2倍)	81(1.4倍)	2063(1.1倍)	93(1.6倍)(1.1倍)	2430(1.3倍)(1.2倍)
地域密着型サービス	—	—	—	—	16	317	83(5.2倍)	1232(3.9倍)
居宅サービス	124	996	258(2.1倍)	2448(2.5倍)	257(2.1倍)	2289(2.3倍)	376(3.0倍)(1.5倍)	3743(3.8倍)(1.6倍)
合計(平均)	184(基準)	2936(基準)	337(1.8倍)	4715(1.6倍)	354(1.9倍)(基準)	4669(1.6倍)(基準)	553(3.0倍)(1.6倍)	7406(2.5倍)(1.6倍)

注1) 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある

注2) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含まない

出典：厚生労働省（2017）「介護保険事業状況報告」より筆者作成

一方、介護保険制度の第1号被保険者数の推移をみると、2000年に2,242万人であったのが、2017年には3,487万人と1.6倍増でしかない(図2)。被保険者増を上回るサービス利用者増が示されており、ここに様々な問題点が隠れているのである。

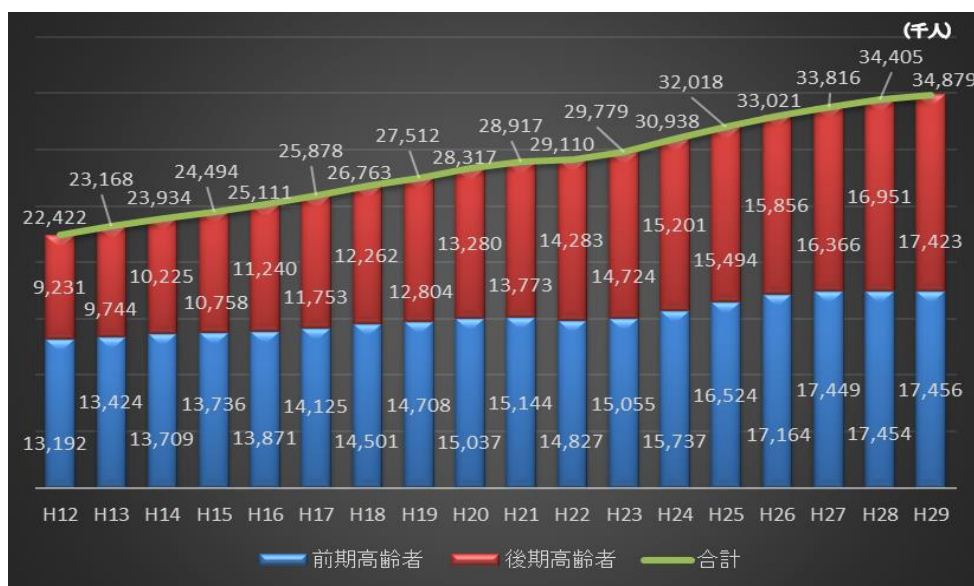


図2 第1号被保険者数の推移

出典：厚生労働省（2017）「介護保険事業状況報告」より筆者作成

今日的課題として、介護費用の増大化と、それに伴う「介護離職」問題が浮上してきている。アベノミクス新三本の矢の一つ「安心につながる社会保障」では、「介護離職ゼロ」を目指した施策が示されたが、家族の介護などを理由とした離職・転職者が年間10万人に

も及ぶ状況改善には、「介護職員の離職ゼロ」を目指す必要がある。

在宅介護が可能になるためには、良質な介護サービスが準備されていることが必要である。ところが、川崎市における転落事故¹³、職員による暴力等にみられるように、介護現場を取り巻く状況は悪化の一途にある。つまり、介護職員の絶対数不足と、全体的な介護職員の介護技術の低下である。このままでは、適切な介護サービスを受けることが困難になり、家族介護者による虐待も増加しかねない状況にある。

(3) 利用者負担の見直し

独居で要介護3以上の場合、介護保険サービスを利用しながら、在宅で生活しようとしても実際問題としては困難である。有料老人ホーム等の入所系サービスに頼らざるを得ない。高齢者の場合、排泄の自立が困難になった段階で在宅での独居生活は困難になる。

さらに追い打ちをかけるのが、費用負担の問題である。入所系サービスの場合、介護保険サービス利用者負担（原則1割負担が、2・3割負担へと見直されている）以外にホテルコストとしての費用8～11万円程度の負担が必要となる。

2018年8月からスタートした3割負担は、合計所得金額（給与収入・事業収入等から給与所得控除・必要経費等を控除した額）が220万円以上、かつ年金収入とその他合計所得金額が単身者の場合340万円以上、夫婦世帯の場合、463万円以上の場合、3割負担となる。

高齢者介護等における生活支援は、一時的な援助を必要とする療養とは異なり、長期にわたり継続的なサービスを必要とする。また、夫婦世帯において1人が要介護状態になるということは、長期的なサービス利用料支出となり、結果的に生活の困窮・破綻にさえ繋がりがねない状況を生み出すことになる。合計所得金額の妥当性、家族に対する介護給付費支出の妥当性等については、本論の主題ではないので問題提起等に留めておくが、これが介護殺人という悲惨な状況に繋がっているのだとしたら、システム不備以上の問題が内在されていることになる。

¹³ 2014年に川崎市の有料老人ホームで、入所者の男女3人が相次いで転落死した事件。殺人罪で元職員が起訴されている。

第3章 家族介護者の現状と評価・価値

第1節 家族介護者の現状

1 家族形態の推移

表5に見るように、三世帯世帯は1980年の50.1%から漸次減少し、2018年には10.0%と5分の1になっている。一方、高齢者単独世帯は10.7%から27.4%へと2.6倍に増加し、夫婦のみの世帯は16.2%から32.3%へと2.0倍に増加している。

これは、家族における介護力が低下・不足していることを意味している。適切な介護サービスや家族再生が実践されなければ、早晚、家族崩壊が訪れることを暗示しているのである。また、全世帯に占める65歳以上の者のいる世帯は1980年の24.0%から増加し続け、2018年には48.9%と2倍以上になっている。これは、わが国が超高齢世帯社会に突入し、社会保障における世帯単位の原則の維持が困難になっていることを示している。つまり、急速に進んでいる高齢化および高齢者を取り巻く家族形態の著しい変化がもたらす課題であるといえる。

表5 65歳以上の者のいる世帯数と全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合

各世帯数(%)	年度											
	1980年	1990年	2000年	2005年	2010年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
単独世帯	910 (10.7%)	1613 (14.9%)	3079 (19.7%)	4069 (22.0%)	5018 (24.2%)	4868 (23.3%)	5730 (25.6%)	5959 (25.3%)	6243 (26.3%)	6559 (27.1%)	6274 (26.4%)	6830 (27.4%)
夫婦のみの世帯	1379 (16.2%)	2314 (21.4%)	4234 (27.1%)	5420 (29.2%)	6190 (29.9%)	6332 (30.3%)	6974 (31.1%)	7242 (30.7%)	7469 (31.5%)	7526 (31.1%)	7731 (32.5%)	8045 (32.3%)
親と未婚の子のみの世帯	891 (10.5%)	1275 (11.8%)	2268 (14.5%)	3010 (16.2%)	3836 (18.5%)	4110 (19.6%)	4442 (19.8%)	4743 (20.1%)	4704 (19.8%)	5007 (20.7%)	4734 (19.9%)	5122 (20.5%)
三世帯世帯	4254 (50.1%)	4270 (39.5%)	4141 (26.5%)	3947 (21.3%)	3348 (16.2%)	3199 (15.3%)	2953 (13.2%)	3117 (13.2%)	2906 (12.2%)	2668 (11.0%)	2621 (11.0%)	2493 (10.0%)
その他の世帯	1062 (12.5%)	1345 (12.4%)	1924 (12.3%)	2088 (11.3%)	2313 (11.2%)	2420 (11.6%)	2321 (10.4%)	2512 (10.7%)	2402 (10.1%)	2405 (10.0%)	2427 (10.2%)	2437 (9.8%)
65歳以上の者がいる世帯総数	8,496	10,817	15,646	18,534	20,705	20,929	22,420	23,573	23,724	24,165	23,787	24,927
一般世帯数	35,338	40,273	45,545	47,043	48,638	48,170	50,112	50,431	50,361	49,945	50,425	50,991
全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯	24%	26.9%	34.4%	39.4%	42.6%	43.4%	44.7%	46.7%	47.1%	48.4%	47.2%	48.9%

注: 1) 1995年の数値は、兵庫県を除いたものである

2) 2016年の数値は、熊本県を除いたものである

3) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう

出典：内閣府（2017）『高齢社会白書（全体版）』より筆者作成

2 介護の状況

要介護状態のなか、単独で生活している高齢者は2001年の15.7%から、2016年には29.0%と1.8倍も増加している。核家族世帯の場合、29.3%から37.9%へと1.3倍の増加

である。しかし、夫婦のみの世帯は18.3%から21.9%へと1.2倍の増でしかない。これの意味することは、単独の高齢者又は夫婦世帯に、息子・娘、若しくは嫁の同居世帯が増えているという事である。一方、三世代世帯は32.5%から14.9%へと46%も減少している(表6)。

表6 要介護高齢者等のいる世帯の世帯構造の世帯割合の年次推移

単位: %

各世帯 年度	単独世帯	核家族世帯	再掲:夫婦のみの世帯	三世代世帯	その他の世帯	総数
2004年度	20.2	30.4	19.5	29.4	20.0	100.0
2007年度	24.0	32.7	20.2	23.2	20.1	100.0
2011年度	26.1	31.4	19.3	22.5	20.1	100.0
2013年度	27.4	35.4	21.5	18.4	18.7	100.0
2016年度	29.0	37.9	21.9	14.9	18.3	100.0

注:2016年度の数値は、熊本県を除いている

出典:内閣府(2017)『高齢社会白書(全体版)』より筆者作成

表7から世帯構造における要介護状態を見ると、要支援1・2までは単独世帯が1位である。要介護1・3では三世代世帯が1位を、要介護2・4ではその他の世帯が1位を、要介護5では核家族世帯が1位を占めている。しかし、要介護1で、単独世帯と三世代世帯の差異は2.4ポイント、要介護2では4.3ポイント差であり、要介護2までは適切な在宅サービスを利用することで独居でも在宅生活が可能であることを示している。

表7 要介護高齢者等のいる世帯の世帯構造別にみた要介護度の構成割合

単位: %

各世帯 介護度	単独世帯	核家族世帯	再掲:夫婦のみの世帯	三世代世帯	その他の世帯	総数
要支援2	21.6	15.9	16.6	14.1	11.0	100.0
要介護1	18.4	17.8	18.7	20.8	20.6	100.0
要介護2	18.3	20.2	20.6	22.6	23.0	100.0
要介護3	9.1	12.1	12.7	15.3	14.0	100.0
要介護4	4.5	9.9	9.5	10.8	11.9	100.0
要介護5	3.8	8.0	7.6	6.4	7.5	100.0
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注:1)「総数には」、要介護度不詳を含む

2)世帯に複数の要介護者等がいる場合は、要介護度の高い者のいる世帯に計上した

3)熊本県を除いている

出典:内閣府(2017)『高齢社会白書(全体版)』より筆者作成

注目すべきは、三世代世帯に比べ単独世帯の方が 11.7 ポイントも多く在宅生活をしているという事である。

厚生労働省の 2016 年国民生活基礎調査によると、主な介護者のうち 58.7%が要介護者等と同居をしており、要介護者等との続柄は、配偶者が 25.2%で最も多く、次いで子が 21.8%、子の配偶者が 9.7%である。また、別居の家族等は 12.2%であった。同居の主な介護者を性別でみると、男性 34.0%、女性 66.0%で女性の割合が高い。

要介護者等と同居の主な介護者の組合せを年齢階級別にみると、「65 歳～69 歳」の要介護者等では、「60～69 歳」の者が介護している割合が 62.0%、「70 歳～79 歳」の要介護者等では、「70～79 歳」の者が介護している割合が 48.4%、「80 歳～89 歳」の要介護者等では、「80～89 歳」の者が介護している割合が 23.4%となっている。これらの意味するところは、65 歳以上の高齢者自身（配偶者）が介護の役割を担っている傾向が顕著にみられることである。「50～59 歳」の者が介護している要介護者等は、「40～64 歳」の 31.3%と「80～89 歳」32.9%であり、6 割以上が何らかの形で介護を負担している。また、主な介護者を男女で比較してみると、女性が担う介護負担の割合が高いことが示されている。

このようなことから、介護を理由に転職・退職する者が増え続けることは、家族介護者にとって経済的負担になることは明らかであり、家族介護者の介護と仕事の両立の課題が内在していると思われる（表 8）。

要介護者等と同居の主な介護者の年齢組合せ別の年次推移からみても、60 歳以上の高齢者、65 歳以上の高齢者、75 歳以上高齢者同士の組合せにおいて、いずれも上昇傾向となっている（図 3）。

内閣府が実施してきた意識調査において、70 歳以上を高齢者であると自覚し、70 歳以上を高齢者と考えている人が多かった。また、何歳からを高齢者とすべきかについては、1998 年より複数回実施されているが、徐々にその年齢が上がる傾向が認められた。また、支えられるべき高齢者は何歳からという質問に対しては、75 歳以上と考える人が多かった。直近の調査において、多くの人は体力の変化により高齢であることを自覚することが分かっている。わが国は便宜上 65 歳以上を「高齢者」と定義し、高齢者に関する社会制度を構築してきた。しかし、高齢者の健康水準や社会的状況によりその定義が変動する可能性は明らかである。

表 8 要介護者等の年齢階級別にみた同居の主な介護者の性・年齢階級別構成割合

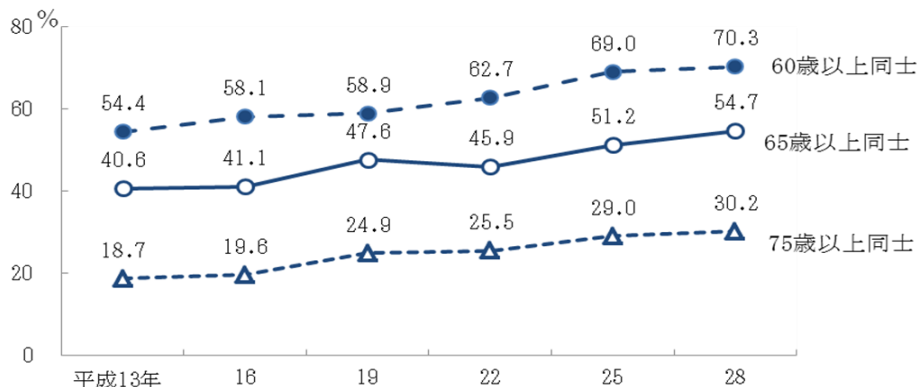
2016年

(単位：%)

同居の主な介護者の性・年齢階級	要介護者等								
	総数	40～64歳	65～69	70～79	80～89	90歳以上	(再掲) 60歳以上	(再掲) 65歳以上	(再掲) 75歳以上
総数	[100.0]	[4.4]	[4.6]	[22.6]	[47.1]	[21.4]	[97.5]	[95.6]	[83.1]
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
40歳未満	1.8	8.3	6.6	1.6	0.9	1.3	1.6	1.5	1.1
40～49歳	7.0	3.8	14.5	15.6	4.9	1.5	7.0	7.1	5.7
50～59	21.2	31.3	2.0	8.6	32.9	10.8	21.0	20.7	23.3
60～69	31.5	35.7	62.0	13.1	22.6	63.2	31.8	31.3	30.1
70～79	22.3	11.3	14.7	48.4	15.2	14.4	22.4	22.8	21.0
80歳以上	16.1	9.6	0.2	12.4	23.4	8.8	16.1	16.4	18.6
(再掲)60歳以上	70.0	56.6	76.9	73.9	61.2	86.4	70.3	70.6	69.8
(再掲)65歳以上	53.9	35.9	54.0	72.5	43.8	60.1	54.2	54.7	53.1
(再掲)75歳以上	27.3	14.1	0.8	34.6	34.8	11.3	27.3	27.9	30.2
男	34.0	36.7	37.1	39.9	32.8	29.0	33.9	33.8	32.8
40歳未満	0.6	4.3	1.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4
40～49歳	2.3	1.2	6.1	6.3	1.2	0.2	2.3	2.4	1.8
50～59	7.2	7.2	-	3.6	11.3	3.8	7.1	7.3	8.1
60～69	9.7	20.8	18.3	1.8	7.2	19.3	9.7	9.2	9.2
70～79	5.7	0.5	11.3	16.8	1.3	3.6	5.9	6.0	3.7
80歳以上	8.4	2.8	-	11.1	11.4	1.7	8.5	8.6	9.7
(再掲)60歳以上	23.8	24.0	29.6	29.8	20.0	24.6	24.0	23.8	22.6
(再掲)65歳以上	19.1	14.9	25.2	29.4	14.8	17.2	19.4	19.3	17.7
(再掲)75歳以上	11.4	3.3	0.6	21.6	12.4	2.4	11.6	11.8	12.0
女	66.0	63.3	62.9	60.1	67.2	71.0	66.1	66.2	67.2
40歳未満	1.2	4.0	5.1	1.3	0.6	1.0	1.1	1.0	0.7
40～49歳	4.6	2.6	8.5	9.3	3.7	1.4	4.7	4.7	3.9
50～59	14.0	24.1	2.0	5.0	21.7	6.9	13.8	13.5	15.2
60～69	21.8	14.9	43.7	11.3	15.4	44.0	22.2	22.2	20.9
70～79	16.6	10.9	3.3	31.5	13.9	10.7	16.5	16.8	17.4
80歳以上	7.8	6.8	0.2	1.3	12.0	7.1	7.6	7.8	8.9
(再掲)60歳以上	46.2	32.6	47.3	44.1	41.2	61.8	46.3	46.8	47.2
(再掲)65歳以上	34.8	21.0	28.9	43.0	29.0	43.0	34.8	35.4	35.4
(再掲)75歳以上	15.9	10.8	0.2	13.0	22.4	9.0	15.8	16.1	18.2

注：1) 「総数」には、主な介護者の年齢不詳を含む。
2) 熊本県を除いたものである。

出典：厚生労働省（2016）「国民生活基礎調査の概況」

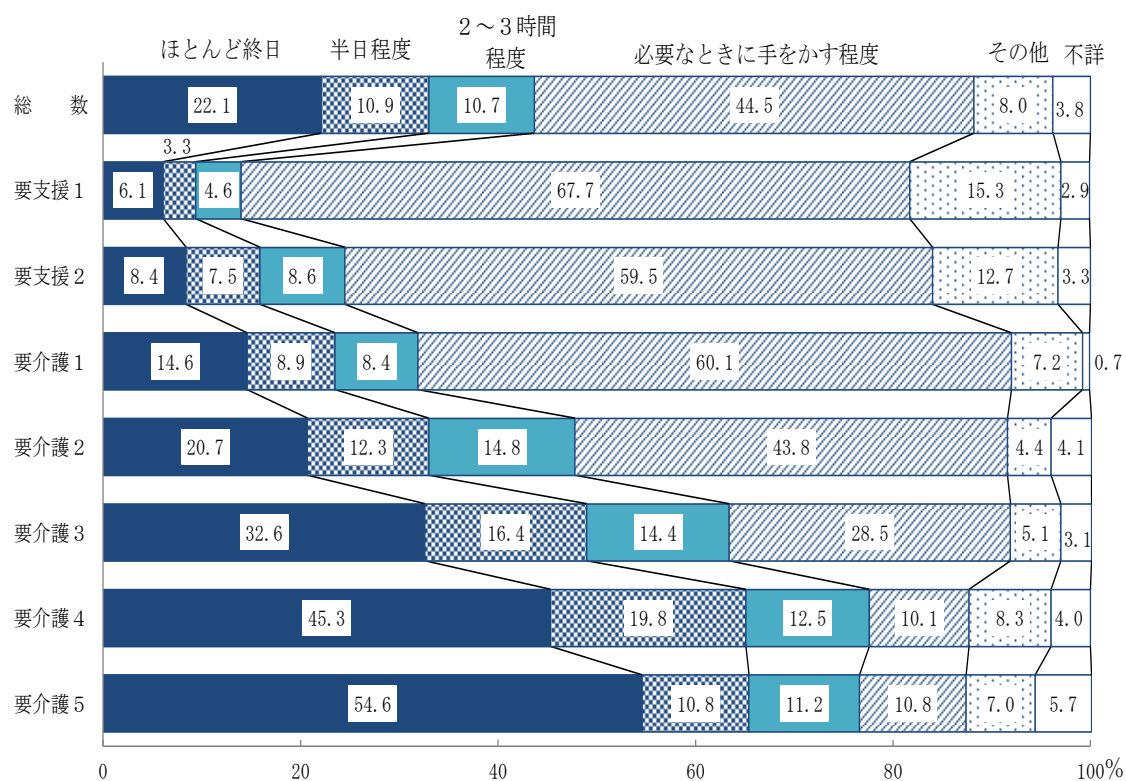


注：平成28年の数値は、熊本県を除いたものである

図3 要介護者等と同居の主な介護者の年齢組合せ別の割合の年次推移

出典：厚生労働省（2016）「国民生活基礎調査の概況」

同居の主な介護者の介護時間を要介護度別にみると、「要支援1～要介護2」までは「必要ときに手をかす程度」が最も多く、「要介護3～要介護5」では「ほとんど終日」が最も多くなっている。要介護者の要介護度が高いほど（要介護4では45.3%、要介護5では54.6%）、家族介護者の介護負担は顕著に増加している（図4）。したがって、如何にして家族介護者の介護負担を軽減し、持続可能なシステムを再構築するかが課題といえよう。



注：1）「総数」には要介護度不詳を含む。
 2）熊本県を除いたものである。

図4 要介護度別にみた同居の主な介護者の介護時間の構成割合

出典：厚生労働省（2016）「国民生活基礎調査の概況」

3 高齢者介護の多様性

高齢者介護は、介護の担い手が、①家族等のみによる場合、②家族等の介護を主体としながら、介護サービスを取り込む場合、③介護サービスを中心に、家族介護を継ぎ足す場合、④介護サービスのみ任せの場合等、多様性に富んでいる。

本論で試みる家族介護システムの再構築は、あくまでも①と②・③に対してなされるもので、④の場合は想定していない。

(1) 家族等のみによる介護

非常に特殊な介護形態であるが、「家族の持つ宿命的な機能」として主に家族・親族によって担われてきたアンペイド・ワーク、いわゆる、「血のつながり」を中心に置く思考体によって行われる介護である。「家制度」の強固な時代において減少させることのできた「介護負担感」が、核家族化の進んだ今日では増加にさえ繋がりがかねない状況下では、持続困難な介護形態である。

「介護負担感が高い場合には、家族介護者自身のQOLや精神的健康が阻害されるだけでなく、要援護高齢者に対する虐待行為につながってしまい、結果として、要援護高齢者のQOLも阻害する可能性が高いことが考えられる」と畑（2010）がいうように、家族危機に至る要因がここに潜んでいる。

また、「家族・身内との関わりが介護負担感と有意に関連しており、家族介護者が家族・身内との不一致を感じるほど、家族介護者と要援護高齢者の関係が悪いほど介護負担感が高まること」が、結城ら（1996）の研究において指摘されているように、家族等のみによる介護が特殊な場合（介護期間が短い、介護者に経済的余裕がある等）を除き、悲劇的結果に繋がりがかねないのである。

(2) 業務として提供される介護

「家族介護者と要援護高齢者の関係が悪いほど介護負担感が高まる」介護において、在宅で持続的に高齢者を介護しようとするとき求められるサービスが、介護保険サービスである。家族介護者が家族・身内との不一致を感じたとしても、在宅介護の継続が可能になるには、業務として提供される介護サービスが必須である。

家族介護者の状況を適切に把握し、在宅介護の継続を目指して介護サービスが提供されるためには、居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員、もしくは地域包括支援センターの社会福祉士・主任介護支援専門員・保健師等の力量によるところが大きい。

その上で、直接サービスを提供する訪問介護・通所介護・短期入所生活介護等の介護職員による技能が要介護高齢者の尊厳・生活の質にとって重要な要素となるのである。では、業として提供される介護サービスの質は適切に担保されているのか。急激な規制緩和（法人格があると誰でも介護サービス事業に参入が可能となったこと）により、介護サービス事業所が無計画的に開設された結果、残念ながら人材不足に拍車がかかった。結果的に、介護職員の資質も低下してきた。

措置時代には、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）や新ゴールドプラン等により、需給のバランスを考慮しながら職員採用を計画的に目指していたものが、介護保険制度創設により介護職員の不足が顕著になり、頭数合わせの職員採用の結果、介護職員の質の低下が起きたのである。

家族介護者と一言で論じるが、要介護者家庭と介護者家庭の組み合わせにより、後述するように72通りものパターンがある。このような、複雑な家族介護者に対して支援する介護サービスの職員は、業としてサービスを提供する以上、非専門家の域を超えていなければならない。質を高める必要がある。

「介護は、一般的に言って福祉は、ニーズへの対応であり、単なる「必要」への対応というのではない。ニーズとは単なる「必要」ではなく、切実性の高い「必需」というほどの意味である。この必需性ゆえに、介護（福祉）は、援助者がつい、してあげると感じる感覚になるのである」（田中 2009：16）。

このような介護サービスの提供者は、自己研鑽を積んだ専門家の介護職員でなければならない。

（3）専門家集団の実践する介護

介護は生活支援である。「生活支援とは利用者の自己実現への援助であり、生き甲斐への対応であり、生きる張りへのかかわりである。生活とは極めて個別的なものであり、生活支援とは極めて個性的なものとなる」（田中 2009：17）。

業として介護サービスを提供する介護職員は、専門家集団でなければならない。「お年寄りがお腕を持つ手に介護者が手を添えるとき」、「その介護者の『身体』は、そのすべての動作において『やさしさ』に息づいていなければならない。介護者の身体が発する気配は、お年寄りの『身体』にすべて届いているのだ。」と藤本(2012：46)が述べるように、介護者の一挙手一投足に「やさしさ」が込められていなければならないが、これは鍛錬(忍耐)なしでは身につかない。介護の学びが必要である。

「〈忍耐とは、何か起きるのを座視することではなく、私達が全面的に身をゆだねる相手への関与の一つのあり方なのである。〉〈中略〉気持ちを取り乱した人の話を忍耐強く聞いたり、その人と一緒にいることにより、その人が考えをまとめたり、何かを感じたりする余裕を」持てるようにするために、専門家としての介護職員は学びを深める必要がある。

「忍耐強い人は、相手の生活の範囲を広げるわけであるが、忍耐できない人はそれを狭め

てしまうのである」(メイヤロフ=1993)と述べるように、上述の「やさしさ」は、忍耐の中に培われるものである。単なる心根の優しさではない。

第2節 家族介護の評価

かつて居宅での介護は家族によって担われることがあたりまえとされ、家族は介護資源とみなされ、日本社会の含み資産とされてきた。しかし、次第に女性の就業率の増加、家族形態の多様化により、老親の介護を家族だけで担うには介護する側の高齢化はもちろんのこと、介護のスキル(知識)のばらつき、介護と仕事の両立の困難といった現状が浮き彫りになり、新たな社会システムの必要性が叫ばれ、介護保険制度創設へとつながっていった。しかし、「家族介護者のアンペイド・ワークを社会的に評価し、その存在の社会的認知や資格を付与しようという積極的な対策はほとんどゼロである」と笹谷(2005)が言うように、介護保険制度が施行されて19年になる現在においても、依然として「大量の無権利な女性の家族介護者が、高齢者介護の前線を担い続けている」のである。加えて、近年の介護の課題として浮上している多重介護の割合が増えてきており、「家族が介護を継続出来る環境を支援する家族政策の充実、生産性人口が働きながら介護を担える支援、さらには、働くものを支える企業、組織の協力が重要」になってきている(涌井2018)。

1 家族介護の社会的評価

「ドイツの介護保険は、在宅優先であることが明確な方針であり、〈中略〉要介護者は現物給付、現金給付又は現物給付と現金給付の併用のいずれかを選択でき」、家族介護者も介護サービスの提供者と位置付けている。さらに、「介護保険の受給者は、高齢者だけでなく、子ども、障害者も介護を必要とする人すべてが対象となる。〈中略〉ドイツでは、0歳からの乳幼児も介護保険の受給者であり、若い親も家族介護者になる」(宮本2016)。

介護保険制度においては、経済的余裕に影響を与える仕組みの一つが「現金給付」であるが、わが国の場合、ドイツと異なり現金給付がシステム化されることはなかった。ドイツでは、介護手当等を通じて家族介護者への支援を強化することで介護労働を社会的に認め、在宅介護を推進することに繋がっている。勿論、家族介護をどう評価するかという議論は、現金給付だけの問題ではなく、家族やボランティアのように、無償で介護を行う者たちの介護労働の社会的評価をどうするかということでもある。とはいえ、高齢者介護が家族介護に大きく依存している状況は、介護離職に見るように社会経済的にも大きな問題

を提起している。「介護と職業の両立は強力に援護され、労働法上にも拡張されなければならないであろう」（田畑 2014）。

介護保険制度の基本目標として、「高齢者自身の選択」および「利用者本位のサービス提供」が示されている。つまり、家族介護者や要介護者の選択の可能性を広げるためには、家族介護を適正に評価し、双方の経済的負担を勘案する政策が急務であろう。そうすることで、在宅介護の継続への可能性がみえてくる。

2 介護者による介護評価

介護者による介護に対する評価の研究は、介護負担感尺度に代表される否定的な側面の研究が中心に行われてきたが、介護に対する評価には肯定・否定の独立した両側面があることが明らかにされてきた。現在では肯定、否定、中立の3つの側面を含む多次元尺度が開発され、介入の outcome 指標として用いられているが、介護負担感を量的に測定するだけでなく、日本の介護者が介護役割そのものをどのように捉え、介護を継続するプロセスのなかで、その認識をどのように変化させているのかを明らかにする必要がある。

樋口ら（2009）は、「要介護高齢者を自宅で介護する家族介護者が『介護をどのようにとらえているか』を 1545 人の自由記述を内容分析の手法で検討し、その介護に対する評価の構造と構成要素を明らかにすることを試み」、次のような分析結果を得ている。

要介護者の平均年齢は 80.9±9.05 歳で、要介護度は「要支援」122 人（7.9%）、「要介護 1」479 人（31.0%）、「要介護 2」322 人（20.8%）、「要介護 3」240 人（15.5%）、「要介護 4」183 人（11.8%）、「要介護 5」164 人（10.6%）で、要介護者との続柄は、嫁 543 人（35.1%）、娘 389 人（25.2%）、妻 235 人（15.2%）、息子 149 人（9.6%）、夫 133 人（8.6%）で、表 10 のようにカテゴライズしている。

介護負担感という視点では、表 9 を介護度別、家族介護者の続柄等でクロス集計することで、家族介護者に対する評価や、介護負担感の軽減に対する示唆が得られるものと思われる。

一方、被介護者の立場に立って家族介護・公的介護に対する選好度を見ると、公的介護に対する選好度が家族介護意識によって規定されることが示されている。男性は家族介護に対する選好度が高く、反対に女性は公的介護に対する選好度が高かった。被介護者の立場に焦点を当て、介護に対する態度のメカニズムや関連性について検証を行ったことで、家族介護意識や心理的負債感の役割についても明らかにすることができていた。しかし、

表9 「介護に関する評価」を構成しているカテゴリー・サブカテゴリーと構成要素

	カテゴリー	サブカテゴリー	構成要素
肯定的な評価	受容的な介護の意味づけ (272)	誰もがいずれ行く道(111)	自分もいずれ行く道(35)、順番(16)、誰もが通る道(15)、避けて通れない道(15)、人として自然なこと(12)、人生の終着駅(11)、人生の一部(8)
		普通のこと、生活の一部(66)	生活の一部(42)、普通のこと(14)
		当たり前のこと(56)	当たり前(54)、出来る人がやる(2)
		必要なこと(22)	必要なもの(31)
		焦らず・気長に生きていきたい(12)	無理をしないで出来る範囲で(12)、気長に、焦らず(3)
		苦にならない(5)	苦にならない(5)
	ポジティブな介護の意味づけ (254)	生活の質・自己実現を高める手助け(67)	本人の意思や尊重(16)、楽しく快適に過ごせるような介護を(12)、人間らしく生きていく手助け(11)、末路の支えを楽しく(6)、幸せに生きるための手助け(6)、心を和らげるもの(6)、その人らしく生活できるようにサポート(6)、生きる希望を持てるように(4)
		喜び・貴重なレッスン(66)	貴重なレッスン・自己成長(42)、生きるすべて(9)、大事なこと(8)、幸せな時間(6)、楽しい毎日(5)、生きる力・張り合い(3)、生きがい(3)
		互恵的なもの(61)	恩返し(33)、愛情(11)、プラスの人間関係(8)、絆(6)、共に生きる(3)
		思いやり(34)	介護をされる人の気持ちになって(13)、優しく(8)、思いやり(7)、慈しみ(5)
		前向きに精一杯(26)	介護の継続の意思表示(13)、明るく暖かく(7)、一生懸命に、全力で(4)、前向きに(3)
	義務・宿命的な介護の意味づけ (127)	義務、子としての責務(59)	義務、子としての責務(59)
		仕方がない、あきらめ(32)	仕方がない、あきらめ(32)
		宿命・運命(18)	宿命・運命(18)
		仕事(18)	仕事(18)
	否定的な評価	ネガティブな介護の意味づけ (480)	大変(180)
負担、重荷(81)			負担、重荷(25)
苦痛、つらいもの(65)			苦痛、つらいもの(42)
自分は受けたくないもの(47)			自分は受けたくないもの
忍耐(40)			忍耐
束縛される生活(30)			束縛される生活
避けたいもの(16)			避けたいもの
マイナスの人間関係(12)			マイナスの人間関係
他人には分からないもの(9)			他人には分からないもの
中立的な評価	一般的な介護や制度についての考え (272)	介護保険制度や行政への意見(130)	介護者の介護保険への評価、制度の充実を希望、行政へのサービス、サービスの利用法
		手助けすること、助け合い(85)	手助けすること、助け合い
		協力して行うもの(46)	協力して行うもの
		信頼関係が必要なもの(11)	信頼関係が必要なもの
	将来が不安 (104)	先々への不安(66)	この先が不安、長くなると大変、介護者が健康な間はできるが
		自分の老後を重ねての思い(24)	自分の老後を重ねての思い
		今のところまだわからない(14)	今のところまだわからない

()内は件数

出典：樋口ら (2009) 筆者改変

実際にはどのような介護を受けるかについては被介護者だけでなく、介護者の態度を含めて意思決定が行われると想定される。介護者と被介護者の相互作用を理解するために、介護者と被介護者の介護決定をめぐる相互作用過程にまで踏み込んだ研究が必要とされるだろうと渡辺・唐沢ら（2011）が論じているように、両者の相互作用が家族危機に強い影響を与えているのである。

3 家族介護の介護負担感

高原ら（2004）は、「介護による肯定的影響は徐々に注目されるようになり、それが否定的影響と独立したものであることが明らかになってきている」が、理論的検討や概念化・尺度化の検討は始まったばかりであり、今後検討が必要であると思われると述べ、様々な困難があるにもかかわらず家族介護者が介護を続けられるのはなぜかということ面接により検討し、今後の介護の在り方を探ろうとして質的調査を行っている。

調査結果から高原ら（2004）は、KJ法を用いて、「介護継続理由」を9項目に分け図式化している。さらに、これらの項目を3領域に分類している。筆者は、これらを表10のように1つにまとめた。

要介護者との関係が変わることで、介護の捉えかたや思いに差異が現れるのではないかと仮定から、妻・嫁・娘といった異なる続柄を調査対象者としている高原らの視点は評価できる。しかし、介護離職という今日の問題点を考慮した時、介護の社会化という点において男性介護者の調査が行われなかったことは、今後の課題として残されている。

家族危機に至る要因については畑（2010）が前述したように、介護負担感が家族介護者自身の精神的健康に悪影響を及ぼし、要介護高齢者に対する健康等を阻害する可能性を高めてしまうことになるのである。

樋口ら（2009）、渡辺・唐沢ら（2011）、高原ら（2004）や、後述する榎ら（2014）の調査結果を受け、筆者は、介護者と被介護者の介護決定をめぐる相互作用過程等について量的調査を実施した。結果については、第6章で論じる。

表 10 介護継続理由

項目		分類	内容(キーワード)			
介護者要因	愛情・家族のきずな	主介護者—被介護者	お互いを尊重しあって楽しく過ごしてきた(尊重) 19年一緒に、友達のように娘のようにしてきた(親密性)			
		家族	二人ならできないことも、孫や家族がいるからできる(助け合い) 家族一緒に暮らさないと落ち着かない(一体感)			
	介護者の精神的背景	義務感	授けられた仕事と思う(義務感) 私にせねばいけんという気持ち(義務感) やはり長男の嫁ですものね(伝統)			
			同情	私に(主人の)親も見てきてるから(伝統) 3か月ごとに病院を変わるのかわいそう(同情) かわいそうっていう気持ち、病院から病院というのは(同情)		
				恩義	70年間、母がものすごく私のことをしてくれたから(恩義)	
	介護者の個人的理由	身体的健康	取り柄は健康(健康)			
		身体的・精神的健康	病気もせず、気が張っているから(強さ)			
		精神的健康	自分で考え何事もする(強さ) 何とか切り抜けようという頑張り(強さ)			
			開き直る(柔軟さ) 楽観的(柔軟さ) 手抜きが上手(柔軟さ)			
	公的サービスへの不信感	公的サービスへの不信感	安心して預けられる施設があれば、即お願いする(不信感)			
被介護者要因	被介護者の状態	現在の健康状態	病気の状態も今のところなら私で出来る(健康状態) 症状が、何とか家で家族と過ごせる状態(健康状態)			
		今後への期待	段々良くなるのを喜びに感じて(期待)			
	被介護者の反応	被介護者の反応	以前はしよっちゅう呼ばれていたが、今は(症状が進み)かえって楽に(要求が少ない) (被介護者に)笑顔が出た時、(疲れが)すーっと消える(好意的反応)			
環境要因	ソーシャルサポート	私的サポート	情緒的サポート	温かい言葉(義母の姉妹) 話を聞いてくれる(遠くの息子・自分の姉妹や友人) 介護の辛さやえらさは介護している人しか分からないと話す(介護をする友人) 打ち解けて話をできる(介護をする友人) 話を聞いたり、いいことは教えてあげたり(介護をする友人) 介護者同士、ああするこうすると話す(家族会) ほんのささやかな一言(近所の人) 愚痴を聞いてくれる(友人) 励ましの言葉(友人) 介護の勉強をしている息子(同居)がいたから、ここまで改修もして…できた(身内) お寿司屋や野菜を届けてくれる(友人:周辺の道具サポート) 下の世話や散髪をしてくれる(娘:直接的道具サポート)		
			交友的サポート	時々日帰りドライブ(趣味) 春秋には観光バスで旅行(趣味) 歌のグループに参加(趣味) お墓参りやお正月・お盆は実家へ帰る(里帰り) 食事に誘ってくれる友人がいる(外出)		
				公的サポート	訪問看護ステーション	困るお風呂なんかを頼んでいる このおかげで家で過ごせる
					病院	電話連絡すればすぐに駆けつけてくれる 安心して出かけられる
					ヘルパー	(利用時間を用いて)趣味の歌を続けることができる
		デイサービス			出かけられる	
		ショートステイ	夜寝られないのが一番つらいので(助かる)			
		他に介護者がいない	他に介護者がいない	私よりほかは勤めをしている 子どもが一人(私)しかいないから		
		資源の充足	公的資源	介護保険がある		
			私的資源	先々と改築している		

出典：高原ら（2004）筆者改変

結城ら（1996）の研究においても、「家族・身内との関わりが介護負担感と有意に関連しており、家族介護者が家族・身内との不一致を感じるほど、家族介護者と要援護高齢者の関係が悪いほど介護負担感が高まること」が指摘されている。

櫛ら（2014）は、介護負担感を減少させる方策として介護力向上への支援が不可欠であるとして、介護を肯定的に捉えていくための方法を認知し獲得していく介護力に関して次のような因子構造を明らかにしている（表 11）。その中で、「介護力の構成因子である『周囲の援助活用力』において、健康であると感じる家族介護者は、健康でないと感じる家族介護者より（介護力合計得点が）優位に高かった」と論じている。

表 11 介護力の因子構造

	因子	項 目
第 1 因子	要介護者を思いやる力	要介護者といるのが楽しいと感じる
		介護をしていてよかった
		これからもできれば介護していきたい
		要介護者を尊重する気持ちを持てる
		要介護者が世話に感謝したり、喜んでいると感じる
		介護をすることによって満足感が得られる
		要介護者も頑張っている
第 2 因子	介護ケア実践力	要介護者の急変時の対応策を考えている
		要介護者の状態や変化に合わせて対応をしている
		要介護者の食事や排せつなどの介護の仕方は分かっている
		発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察している
		役所や医師、看護師などの専門家に相談している
		要介護者の行動や言動に動揺しないで対処している
		介護に役立つ情報を集めている
第 3 因子	自己の健康管理力	自分の体力を保つため睡眠、食事等に気を配っている
		ほぼ規則的な生活をしている
		出来る範囲で無理をしないで介護するようにしている
		私は、自分の生活の仕方を自分なりに工夫している
第 4 因子	介護生活からの転換力	自分自身の健康意識が高まった
		自分の好きなことをして気分転換をしている
		ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている
第 5 因子	周囲の援助活用力	介護以外の楽しみの時間が持てる
		家族や親戚、近所の人が介護を手伝ってくれている
		一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼んでいる
第 6 因子	介護に対する負の感情表出力	介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる
		辛いときは、泣いたり怒ったりしている
		自分で自分を誉めたり励ましたりしている
		介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらっている
		介護をしている人同士で励まし合っている

出典：櫛ら（2014）

第3節 家族介護者の価値と関係性

「介護の社会化」に関しては様々な論文があり、筆者（2018）も『介護の社会化』と家族危機に関する一考察」で論じているので、本稿では、家族介護の補完的位置づけとしての介護の社会化が家族介護者に対してどのような影響を与えているのかについて論じる。

1 介護者支援の考え方

イギリスの Twigg と Atkin（1994）は、介護者支援について「4つのモデル」を提示しており、これを踏まえて湯原（2014）は、「家族介護者とは社会においていかなる存在であるのかを問い直し、彼らの果たしている役割の価値を確認していくことが必要だ」として以下のように述べている。

【4つのモデル】

第1のモデル：介護者を「主たる介護資源」と位置付け、介護者がほとんどのケアをしていても、それは当然と見なされる。介護者は無料の資源とされ、インフォーマルなケアを公的ケアで対応しようとするに関心があり、介護者と要介護者に利害関係が起り得ることは無視される。

第2のモデル：介護者を専門職の協働者と捉え、要介護者の状態を改善することが介護者と専門職双方に共有された目的だとする考え。介護者の意欲、モラルが重要で、介護者の負担は考慮されるが、あくまでもこの目的の範囲においてである。

第3のモデル：要介護者だけでなく、介護者自身にも注目し、介護者のストレスを軽減することにより、介護者が高いモラルで介護役割を継続的に果たすことができると期待する考え。様々な形のレスパイトが大きな効果を出せるのもこのモデルである。

第4のモデル：要介護者と介護者を切り離し、介護者を社会に生きる一人の市民として捉え、要介護者と介護者をそれぞれ個人として位置づける考え。介護者を「介護者」ではなく家族として理解し、介護者という見方に付随する責任や義務感等の負担を課さないようにしようとする考え。介護による社会的排除、つまり、介護の役割を担うことにより、社会で活躍したり生活を楽しんだりする機会が失われることを社会で解決すべき問題と考える。

第1のモデル的内容に関して、大和（2004）は「介護保険の導入に当たって<中略>、要介護認定に関しても家族の有無が認定に影響を与えないように指導されてきた。<中略>

>しかし、実際には家族というインフォーマルなシステムがなければ在宅介護はあり得ないのである」と、家族介護者が社会資源の1つとしてみなされていることを論じている。わが国の場合、介護保険制度の根幹である在宅介護は、家族介護者を抜きにして成立し得ないことを意味している。この点については、イギリスやオーストラリアなどの介護者支援の先進国では、介護者を主対象者とする介護者法が既に存在しており、具体的な支援が様々に行われている。しかし、わが国では家族介護者を主対象者として支援する制度が構築されていない。家族介護者支援に関する制度は、介護保険法の「地域支援事業」の中の任意事業の1つに見ることができるのみである（倉田 2017）ように、家族介護のアンパイドワークに対する議論が、わが国においても待たれるところである。

第2のモデル的内容に関しては、厳密に同様というわけではないが、石井（岡）（2012）が1978年版の『厚生白書』を引用しながら、『施設や地域、家庭においてそれを担う人手が何らかの形（たとえば、施設の職員として、ボランティアとして、家庭の主婦として等々）で確保されなければならない』として、『高齢者介護の担い手』に家族、特に家庭の主婦を位置づけている」としているように、たとえ専門家による介助があったとしても、家族不在の状態では要介護者の満足度を高めることは困難であるということである。

第3のモデル的内容に関しては、家族介護者の日常生活の悩みやストレスは自らの病気が要因の1つともなるが、主な要因である「介護」に伴う健康相談などに対して療養通所介護や、訪問看護が担ってきている。しかし、介護者に対する直接的なヘルステックや健康相談等の実施は、162 保険者（10.3%）に留まっているのが現状であるように（柴崎 2016）、介護者がストレスに対して適切な心身の状態を保てる環境は、わが国の場合、未整備である。間接的な介護者のストレス軽減としてのレスパイトケアは、現行の介護保険制度下においても通所介護や短期入所介護等、様々な在宅（居宅）サービスによって展開されているが、十分というほどではないのが現状である。

第4のモデル的内容に関して湯原（2014）は、「乳幼児であることや老齢であることなどは、<中略>避けることができるものでもない。私たちは皆、乳幼児期は誰かに依存し、<中略>高齢期になれば再び誰かに依存する日が来るかもしれない」。そして、このような依存は必然であり、依存者をケアする者（依存労働者）も必然であり、依存労働者が依存者へのケアに従事することで被る負担とコストは、依存労働者だけに負わせるものであってはならない。ケアを担ったことで社会的に排除されない保障が社会に存在することが必要であると述べている。

「介護の社会化」を在宅介護という視点で捉えると、わが国の場合、家族介護者を抜きにして論じることは困難だということが明確になってきたが、未だこの点が未成熟なまま、深く考慮されることのないまま残されている。

2 家族介護の関係性と家族危機

(1) 家族介護の関係性

家族介護の関係性は、介護の場が施設・在宅に関わらず、要介護高齢者にとって家族は重要な役割を持っている。高齢者自身の生活は、家族とともに年月を重ねることにより歴史が創られ、家族介護者自身も介護を必要とする家族員との相互関係の中で、日々の生活が成り立っている。つまり、そこに作用する家族ダイナミクスを理解することにより、アセスメントが援助介入にも生かされていくのである（小原 2001）。

しかし、次のような点について注意する必要がある。家族介護を必要とするようになった時、男性の場合は住み慣れた家での介護を望み、女性の場合は軽費・有料老人ホーム等を希望する割合が高いという点である。また、「要介護状態となった高齢者を家族で介護する場合、それは高齢者本人及びその主たる介護者を越えて、家族全体の健康にまで影響が及ぶ」ため、家族をシステムという概念で捉えることにより、「要介護高齢者の介護家族全体に起こる現象を包括的に捉えることが可能」となる（岡崎 2000）。

家族の機能や役割が変化しつつある現代社会において、家族をこれまでの「社会の含み資産」とする日本型福祉社会に揺らぎが生じている。つまり、女性を家族内でケア役割を担うものとして囲い込むのではなく、社会的労働力として期待する方向性にあり、家族のケア（介護、養育）役割も男女がともに担うための社会づくりが促進されている。そのため、「家族も当事者であり、当事者として支援し、エンパワーすることが必要であるとする方向性」が求められ、「家族のみに頼るのではなく、家族が抱えきれない困難を抱えることがないような資源作りや地域で支える連携システムを構築することもその一つである」（得津 2005）。

連携システム構築のキーマンとして介護支援専門員に期待がかけられていたが、ケアプランの有料化が叫ばれる等、制度創設 19 年目を迎えた今日においても困難な状況が続いている。

(2) 家族危機モデル

家族介護の危機的状況への対応には、家族の再組織化が必要だとして関根（2007）は、家族における要介護者をめぐる介護状況を、危機をもたらすストレス源の一つとして扱い、家族の危機対応資源および家族の介護に対する意味づけといった次元で扱い、その背景を捉えていくことを指摘している。

その結果、家族の介護状態が家族危機として捉えられる場合、要介護者を抱える家族の家族関係の維持としての家族内役割の変更、情緒関係を含んだ上での家族役割の再組織化の過程を考慮している。そして、家族の危機調整のために行う家族役割の再組織化の選択肢、また、再組織化した後の回復の水準についても検討の必要性を述べている（関根 2007）。

このような家族役割の再組織化が適切に行われないうち、家族介護は限界を迎え、施設入所へと至るのである。

つまり、家族員がそれぞれ要介護高齢者の現在の状況を把握し、また、介護を支えるための文化的資源を持ち合わせており、円滑なケアを進める上で文化的・人的資源を有効に活用できている状態にある場合に、家族が日常の家族役割を変化させ組織していくことのできる状態にあるといえる。いわゆる、「現状安定型」である。そして、家族員が多く、家族員個々の役割にゆとりがある場合や、要介護高齢者との関係における情緒的関わりが深い場合は、再組織化の必要性の度合いは低いが、家族の構成員が少ない場合や、個々の家族員が個人的に処理しなければならない事柄を多く抱えている場合には、再組織化の必要性の度合いは高くなる。また、変化の際に求められる家族員個々の消費エネルギーについての自覚も、再組織化に対するモチベーションが高い場合には疲労が少なく、他方、モチベーションが低い場合には疲労が大きくなる。そして、重要なことはその疲労の度合いが、再組織化以降の介護において持続的に影響を与える可能性があるということである（関根 2007）。

(3) 家族危機への対応

家族危機は、「家族は1つのシステムとして、その内外の環境と絶え間ない相互作用を行っており、そこから生じてくる様々なストレスに対して、1つの秩序あるまとまりを維持しようとする。この家族ホメオスタシスのバランスが崩壊し、家族システムの定常性が失われているような局面」であり、「家族が均衡のとれた安定状況を一時的に崩壊させてでも、新たな形態変容を遂げようとしている転換期」でもある。この時考慮すべきは、「危機によ

ってもたらされる変化は、必ずしも成長促進に結びつくポジティブなものばかりでなく、適応的なものと不適応的なものとの2つの可能性が秘められている」(渡辺 1989)。ここに家族危機に対する捉えかたの複雑さが隠されているのである。

介護をめぐる危機的状況を回避するための重要な要素に関して、大野(2018)は、「要介護高齢者自身の身体的・精神的状態、家族間の情緒的・空間的つながりの濃度、そして家族役割の再組織化の可能性」について言及している。これらが効果をあげるために重要な背景要素として、経済的ゆとりが重要で、経済的にゆとりがあると、要介護者と家族間に情緒的結びつきが希薄な場合でも、有料老人ホーム等に入所させるという間接的なネグレクトにより、直接的な身体に危害を及ぼす危機的状況が回避できる。しかし、経済的にゆとりがない場合は、要介護者と情緒的結びつきの強い家族ほど、皮肉なことに直接的な身体に危害を及ぼす重大な危機的状況に陥りやすくなる(大野 2018)。なぜなら、わが国の場合、「家」制度や家族介護意識の高さなどの文化的な背景から、介護負担を溜めこみやすい特徴があるからである(森・上杉 2016)。

筆者の数少ない現場経験の事例から次のようなことが見えてきた。要介護者と介護者が親子の場合、家族再組織化に関しては、幼児期・学童期におけるアタッチメントが大きく影響を与えていた。関根(2007)のいう、要介護高齢者との関係における情緒的関わりとはアタッチメントのことで、幼児期・学童期の親子関係の有り様が、家族再組織化に強く影響を与えていた。「幼少時、父親に口答えすることすら許してもらえなかった。介護が必要になったからと言って、どうして私が面倒を見なければならぬの。」「一応、血のつながりがあるので、最低限の面倒は見ますが・・・(持続希望型)」このような相談を受けたことがある。

要介護者と介護者が夫婦の場合、両者の家族形成観の差異によって、夫が介護者になる場合と、妻が介護者になる場合では家族再組織化に大きな差異が生じていた。前者の場合、夫は介護を自分一人で抱えてしまい、自分自身の身体的疲労や病気等から無理心中的行為へと繋がりがかねない要因を含んでいたのである(介入対応型)。後者の場合、妻(母)から家族再組織化への依頼がなされるので、子ども達も対応を考慮することになりやすい傾向にあった(対応考慮型)。しかし、これらのことも、経済的に余裕がなければ家族再組織化の度合いも低くなり、施設入所という間接的なネグレクトも適わず、介護殺人等の悲劇的状況に陥りかねない結果を生むことに繋がりがかねないのである。

家族員間の情緒的関わりが希薄な場合は、家族役割の再組織化がなされたとしても介護

に対する限界へと達し、家族介護による対応は不可能な状況になることが多い。金銭的負担を担うことで家族介護を拒否する家族員と、家族介護を主張する家族員との間で軋轢が生じ、最終的には施設入所につながる。

つまり、①家族役割の再組織化の必要性、②要介護者と家族介護者の経済的要因、③要介護者の要介護度は相互作用があるため、これらの3要因が高いほど、在宅介護を継続する阻害要因となり家族危機へと繋がる。このことを図式化すると、図5のようになる。

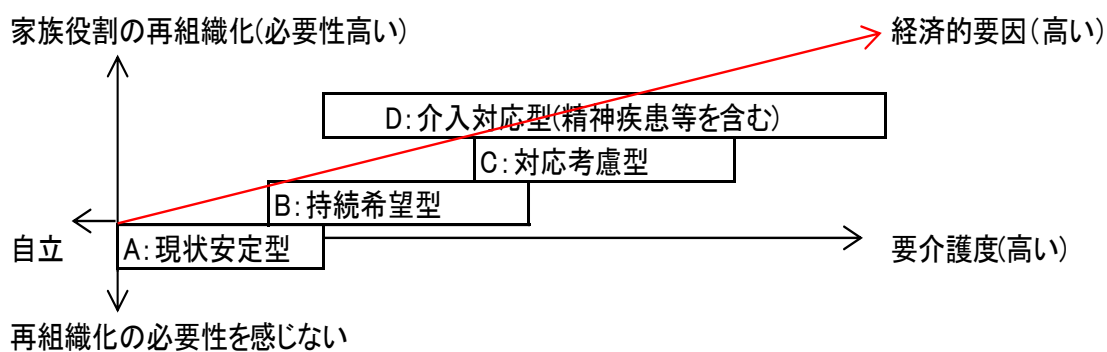


図5 要介護者の介護度と家族役割の再組織化

出典：大野（2018）一部加筆

第4章 高齢者介護と地域包括ケアシステム

第1節 高齢者介護ニーズの高まり

高齢者人口は、団塊の世代がすべて65歳以上となった2015年に3,387万人に達し、総人口の27.3%を占めた。団塊の世代が75歳以上になる2025年には、65歳以上の高齢者は3,677万人となり、総人口の30.0%を占め、4人に1人が75歳以上の後期高齢者になると推計され、認知症患者の数も5人に1人の割合になると予想されている。

このような中、高齢者の住み慣れた地域で継続した生活を送りたいとするニーズに応えるためには、個々の高齢者の心身の状況に応じて、適切なサービス・多様な支援を提供することが必要である。そのためには自助努力を基本に、介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらには、ボランティア等の住民活動などを含めた地域の様々な資源を統合・ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある。

第2節 地域包括ケアシステム

1 地域包括ケアシステムの構築

高齢者を継続的かつ包括的にケアするために、地域包括支援センターを中核機関とする「地域包括ケア」が打ち出された。地域包括ケアを適切に実践する対策として提示されたのが地域包括ケアシステムの構築である。厚生労働省は、地域包括ケアシステムの構築に向けてと題して次のように提示している。

- ①団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- ②今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- ③人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- ④地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

2 地域包括ケアシステムの目的

地域包括ケアシステムは、2025年に向けて各市区町村がその地域の特性に応じて創り上げていくものである。そのための構成要素として、以下の5つを掲げている。

- ①介護：介護が必要になったら利用する介護サービス全般
- ②医療：かかりつけ医，看護サービス，急性期病院，リハビリテーション病院など医療サービス全般
- ③予防：いつまでも元気で暮らすための介護予防や健康づくり，保健衛生面など
- ④生活支援：日常の暮らしを支えて自立を支援するための福祉サービスや地域交流に関すること
- ⑤住まいと住まい方：高齢者の住まいの確保，賃貸住宅入居時の保証人の確保，空き家の活用など

以上の5つの要素を，総合的かつ一体的に提供するシステムを構築することが地域包括ケアシステムの目的である。

もとより，介護保険制度は保険者が市町村であり，地域の特性に応じて制度内容を創り上げていくものであった。地域包括ケアシステムにおいても，大都市部とは異なり，住民減少の著しく高齢化率の高い地域において，ケアのシステム化に差異が生じることは自明のことであるが，構成要素として打ち出した内容を2025年に向けて各市区町村がその地域の特性に応じて創り上げていくものであると述べるに留まり，従来の施策の提案方法と差異はない。

「介護・予防・生活支援」に関して再度取り上げることに對しても，今更の感がないでもない。「住まいと住まい方」に関しては，在宅支援が居宅支援に名称変更された時点で，既述してきたような様々な問題を生み出してきている。このように見ると，地域包括ケアシステムは生活支援のなかでも地域交流に関することや，医療と介護保険制度の関わりをより明確化しようとしているものであると同時に，大都市部や都市部においてこれまで不十分だった施策の再検討でもあるように思われる。

3 地域包括ケアシステム構築のプロセス

市町村が，3年ごとに策定・実施する介護保険事業計画を通じて，地域の自主性や主体

性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築するためのプロセスとして、次のような3点が示されている。

1点目が、「地域の課題の把握と社会資源の発掘」のために、①「日常生活圏域のニーズ調査」を実施し、地域の実情を把握し、②地域包括支援センター等で個別事例の検討を行い、地域のニーズや社会資源を把握するために、「地域ケア会議」を実施する。また、③「医療・介護情報の『見える化』」が重要である。

2点目は「地域の関係者による対応策の検討」で、①都道府県との連携や住民参画による「介護保険事業計画の策定」、②年間事業計画へ反映させるべく、市町村レベルの「地域ケア会議」を行うとしている。

3点目は、「対応策の決定・実行」で、①介護サービス、②医療・介護連携、③住まい、④生活支援・介護予防、⑤人材育成があげられており、これらをPDCAサイクルとして回すことが期待されている（地域包括ケアシステム構築図）。

地域包括ケアシステムは、後述の「介護予防・日常生活支援総合事業」に見るように、高齢者だけでなく子育て世帯、障害者などを含むその地域に暮らす、すべての人にとっての総合的、包括的な地域ケアの仕組みとなっている。

ユニバーサルデザイン的に高齢者・障害者等を区別することなく、シームレスな対応という点では評価できるが、財政的側面から第2号被保険者の40歳以上の介護保険料が、30歳、20歳までへと引き下げられることのないように見守っていく必要がある。

4 地域支援事業

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防の充実を目指して、2014年介護保険制度が改正された。いわゆる、地域包括ケアシステムの構築を目指した地域支援事業の充実（新しい地域支援事業）で、①介護予防・日常生活支援総合事業、②包括的支援事業、③任意事業からなっている。

介護予防・日常生活支援総合事業に対する財源は介護給付や予防給付と同じだが、包括的支援事業、任意事業に関しては、第2号被保険者の保険料が含まれず、第2号被保険者負担分を国、都道府県、市町村が案分して負担する。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、高齢者の在宅生活を支えるため、市町村が中心と

なって地域の実情に応じた、NPO・協同組合・社会福祉法人・民間企業・ボランティア等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで地域の支え合い体制づくりを推進することを旨とするもので、主に次の2種類からなっている。

①介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）

要支援認定を受けた人と、基本チェックリストに該当する第1号被保険者を対象とする。第2号被保険者の場合は特定疾病に起因する要介護状態がサービス受給の要件であるので、要介護認定等申請が必要である。

イ) 訪問型サービス（第1号訪問事業）

要支援認定を受けたものを対象とする訪問介護（現行の訪問介護相当）と、基本チェックリストに該当する第1号被保険者が利用する多様なサービスとしての、訪問型サービスA（人員等を緩和した基準の住民主体による生活援助等で、事業者は指定・委託事業）、B（個人情報保護等の最低限の基準で、ボランティア主体の生活援助等で、補助事業）、C（短期（3～6ヶ月）集中予防サービスで、保健師等による居宅での相談指導などで、直接実施・委託事業）、D（移動支援や移送前後の生活支援で、訪問型サービスBに準ずる）がある。

ロ) 通所型サービス（第1号通所事業）

要支援認定を受けたものを対象とする通所介護（現行の通所介護相当）と、基本チェックリストに該当する第1号被保険者が利用する多様なサービスとしての、通所型サービスA（人員等を緩和した基準の住民主体による生活援助等で、事業者は指定・委託事業：ミニデイサービス／運動・レクリエーションなど）、B（個人情報保護等の最低限の基準で、ボランティア主体の生活援助等で、補助事業）、C（短期（3～6ヶ月）集中予防サービスで、保健師等による居宅での相談指導などで、直接実施・委託事業）がある。

ハ) その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）

栄養改善を目的とした配食、住民ボランティア等が行う安否確認・緊急時の対応、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）に準じる生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

ニ) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

ケアマネジメントA（介護予防支援と同様のケアマネジメント）、B（サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント）、C（基本的にサービス利用開始時の

み行うケアマネジメント)がある。介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援事業(要支援者に対する介護予防ケアマネジメント)と同様に、地域包括支援センターが要支援者等に対してケアプランを作成するものである。指定居宅介護支援事業所(介護支援専門員)に委託することができる。

訪問型サービスB・Dと通所型サービスBに関しては、人口が減少し続け高齢化率も40%を越し、ボランティアとしての人材の不足している離島・山間地域で、果たしてどれだけの実効性・継続性を挙げることができるであろうか。今後丁寧な検証をする必要がある。

②一般介護予防事業

65歳以上のすべての高齢者(第1号被保険者)及びその支援のための活動に係わる人が対象である。事業内容は以下の5つにより構成されるが、地域の実情に応じて事業が実施されるので、市町村により異なる。サービス提供者は地域住民を主体としており、ケアマネジメントはない。

イ) 介護予防把握事業

地域住民からの情報提供等により、閉じこもり等の何らかの支援を要する人を把握し、介護予防へつなげる活動。

ロ) 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及啓発のため、i) 体操教室や講演会などの開催、ii) パンフレットなどの作成、配布、介護予防手帳などの配布を行う。

ハ) 地域介護予防活動支援事業

住民主体の介護予防活動の育成・支援を行うため、i) ボランティア等の人材を育成する研修や、ii) ボランティア活動を行った場合のポイントの付与等、介護予防に資する地域活動を実施する。

ニ) 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業を含め、総合事業全体を評価する。

ホ) 地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防の取り組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場などでのリハビリ専門職等による、i) 住民に対する技術的助言、ii) 介護職員

に対する技術的助言, iii) ケアマネジメント支援等の助言を実施する（厚生労働省老健局振興課・介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方）。

一般介護予防事業に関しては、⑤の地域リハビリテーション活動支援事業を除くと、過疎と言われる地域においても対応可能な事業である。③のボランティア等の人材育成研修は、住民間の援助力を向上させるという意味において重要である。なぜなら、もともと地域住民の繋がりの強い過疎地域において、ボランティア的な繋がりは形成されているのであり、あらためてボランティア等の人材を育成する研修は必要としないが、援助力の向上という点において重要な意味を持つ。

(2) 包括的支援事業

市町村の必須業務で、主に次の2種類からなり、地域のケアマネジメントを総合的に行う。

①包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

イ) 第1号介護予防支援事業(要支援者を除く)

主に基本チェックリストに該当する対象者のケアプランの作成を行う。要支援者の第1号介護予防支援事業は地域包括支援センターで、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）として実施される。

ロ) 総合相談支援業務

介護・福祉・保健等の多様な相談に応じ、関係機関の連絡調整を行う。そのための、ネットワークの構築、地域の高齢者の実態把握などを行う。

ハ) 権利擁護業務

高齢者虐待の早期発見・防止、老人福祉施設への措置、消費者被害の防止・対応、日常生活自立支援事業・成年後見制度の活用促進を行う。

ニ) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- i) 介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談や困難事例等の指導・助言。
- ii) 多職種間ネットワークの構築に向けた活動や地域ケア会議の設置など。

②包括的支援事業（社会保障充実分）

イ) 在宅医療・介護連携推進事業

都道府県・保健所支援のもと、市町村を主体に地域の医師会等と連携し取り組む事業

で、以下の8つの事業すべてを実施する。

ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- ・地域の医療機関、介護事業所の機能などの情報を収集し、収集した情報をもとにリストやマップ等を作成し、必要な媒体を選択・共有して活用する。

イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ・地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、課題の抽出、対応策を検討する。

ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ・医療・介護関係者の協力のもと、在宅医療・在宅介護サービスの提供体制の構築を推進する。

エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・在宅での看取り、急変時の情報共有に活用するため、地域連携パス等により、医療・介護関係者が情報を共有できるよう支援する。

オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

カ) 医療・介護関係者の研修

キ) 地域住民への普及啓発

ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

在宅医療・介護連携推進事業では、地域包括支援センター(市町村)と在宅医療・介護連携支援センター(郡市区医師会等)が連携を取りつつ、在宅医療・介護連携に関する相談支援を行っている。

このように、包括的支援事業では在宅における要介護者の医療・介護を連携推進できる事業として様々な施策を準備しているのであるが、前述してきたように居宅サービスの名の下に在宅を離れ、施設に入所することが当たり前の様な状況にある今日の介護保険制度は、果たして当初の理念を追求しているといえるのであろうか。

ロ) 生活支援体制整備事業

- ・生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)を配置し、ボランティアの養成・発掘やネットワーク化を行い、生活支援・介護予防サービスの充実を図っている。

- ・市町村が中心となって、高齢者の社会参加、多様な支援体制の充実・強化を目指して、生活支援サービスを担う事業所との連携を図っている。
- ・生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)のコーディネート機能には、イ)資源開発、ロ)ネットワーク構築、ハ)ニーズと取組のマッチングなどがある。
- ・市町村が主体となって協議体を設置することで、多様な主体間の情報共有、連携・協働の体制整備を推進する。協議体は、市町村・地域包括支援センター(行政機関)等、生活支援コーディネーター、NPO法人、社会福祉法人、民間企業、ボランティア、介護サービス事業者等で構成されている。

ハ) 認知症総合支援事業

「認知症施策推進総合事業」(新オレンジプラン)を踏まえ進められている事業で、i)認知症初期集中支援チームの設置と、ii)認知症地域支援推進員の配置がある。

i) 認知症初期集中支援チーム

- ・地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等(病院・診療所などを含む)に配置され、医師、歯科医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、介護支援専門員などから2名以上、日本老年精神医学会又は日本認知症学会の定める専門医師などで、かつ、認知症サポート医である医師1名以上の専門職で構成されている。
- ・初期集中支援の対象者は、原則として40歳以上で在宅で生活しており、①医療サービス、介護サービスを受けていない者、又は中断している者、②医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者である。
- ・初期集中支援の業務の流れは、1)訪問支援対象者の把握、2)情報収集(本人の生活状況や家族の状況等)、3)初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関の利用の説明、本人・家族への心理的サポート等)、4)観察・評価(認知機能、生活機能等、家族の介護負担度等のチェック)、5)専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、6)初期集中支援の実施、7)引継ぎ後のモニタリングで、実施期間は概ね最長で6カ月である。

ii) 認知症地域支援推進員

- ・ 認知症初期集中支援チームと連携しながら、認知症の人ができる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぎ、認知症の人やその家族を支援する相談業務、認知症支援のための事業企画を手掛ける。
- ・ 認知症地域支援推進員には、医師、保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は介護支援専門員などがなり、医療・介護等の支援ネットワークの構築、認知症カフェの設置・開催の推進と周知等を業務内容とする。

二) 地域ケア会議推進事業

- ・ 地域ケア会議の設置が、市町村の努力義務とされている。詳細は、次節「地域ケア会議」で論じる(厚生労働省老健局振興課・介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方)。

(3) 任意事業

地域の実情に応じた必要な支援を行うが、実施しない市町村もある。

①介護給付等費用適正化事業

- ・ 認定調査状況チェック
- ・ ケアプランの点検
- ・ 給付実績を活用した分析・検証事業等

②家族介護支援事業

- ・ 介護教室の開催
- ・ 認知症高齢者見守り事業等

③その他の事業

- ・ 成年後見制度利用支援事業
- ・ 福祉用具・住宅改修支援事業
- ・ 認知症サポーター等養成事業

(厚生労働省老健局振興課・介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方)

第3節 地域ケア会議

地域包括ケアシステム構築のプロセスにおいて、P D C Aサイクルが適切に回りだすためには、「地域ケア会議」が重要な役割を果たすことになる。地域ケア会議は上述したように、「地域の課題の把握と社会資源の発掘」のために地域包括支援センター等で個別事例の検討を行う地域ケア会議と、「地域の関係者による対応策の検討」のために市町村レベルの代表者で行う「地域ケア会議」の2種類がある。

1 地域ケア会議の機能

地域ケア会議には、次のような5つの機能がある。

(1) 個別課題解決機能

- ①自立支援に資するケアマネジメントの支援のために、ア) 支援者が困難を感じているケース、イ) 支援が自立を阻害していると考えられるケース、ウ) 必要な支援に繋がっていないケース、エ) 権利擁護が必要なケース、オ) 地域課題に関するケース等の事例をとりあげ、
- ②参加者の資質向上と関係職種との連携促進を図っていく。そのために、サービス担当者会議の充実を目指している。

(2) ネットワーク機能

- ①自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識を高めるために、
- ②住民と情報を共有することが大切である。また、
- ③多くの個別ケースのなかから優先度の高い課題を判断し、
- ④さまざまな構成員（地域包括職員、ケアマネジャー、介護サービス事業者、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、民生委員等）による連携・協働がどのように準備・調整できるか地域包括支援のネットワークを構築する機能。

(3) 地域課題発見機能

- ①潜在ニーズの顕在化を目指して、ア) 当該地域におけるサービス資源に関する課題は何か。また、イ) ケアの提供者の質に関する課題、ウ) 利用者、住民などの課題は何かを繰り返し分析して積み重ねていく。そのことで、

②潜在していたニーズが顕在化し、ニーズとして発見されることで地域に共通した課題が浮き彫りになってくる。

(4) 地域づくり・資源開発機能

(3) で明らかになった地域特有の課題に対し、

- ①現存の社会資源を調整し、インフォーマルサービスや見守りネットワークなど
- ②役割を分担することで、
- ③有効な課題解決方法を確立し、普遍化を図る。現存の社会資源で対応が困難な場合は、
- ④新たな社会資源を開発するべく、地域づくりに取り組むのである。

(5) 政策形成機能

(4) -④を受け、

- ①地域特有の需要に見合ったサービスの基盤を整備しながら、
- ②新たな事業化、施策化を図り、基盤整備の中で出来上がった新規サービスを、
- ③介護保険事業計画等へ位置づけるのである。さらに、政策等の普遍化を目指し、
- ④国・都道府県への提案へと繋げていく機能である（長寿社会開発センター：2013）。

2 地域ケア会議の種類

地域包括ケアシステム構築のプロセスで見てきたように、地域ケア会議には2種類の会議の場がある。両者の関係性を見ると、次のようになる。

(1) 地域ケア個別会議

この会議は、地域ケア会議5つの機能のうちの(1)個別課題解決機能、(2)ネットワーク機能、(3)地域課題発見機能に対応し、個別ケースを検討する実務者レベルの会議で、日常生活圏域ごとに開催される個別事例の課題解決を蓄積することにより、生活圏域ごとの課題が明らかになり、普遍化に役立つ。この地域ケア個別会議で整理された課題を受け、(2)の地域ケア推進会議に引き継がれ、地域づくり・政策形成がなされることになる。

(2) 地域ケア推進会議

地域ケア個別会議で整理された課題を受け、代表者レベルによる(4)地域づくり・資源開発機能、(5)政策形成機能に関し、市町村レベルの対策を協議し、個別支援にフィードバックできる会議である。

このように、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議が円滑に機能するために、自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制を整備することで地域包括ケアシステムが構築され、地域住民の安心・安全とQOL向上に寄与することになっているとしている。

ここで、自助とは、要介護者自身や家族による市場サービス購入に対する責任であり、介護保険・医療保険の自己負担部分に対する責任を意味している。互助とは費用負担が制度的に保障されていないボランティア等の支援、地域住民の取組を意味しており、介護保険・医療保険制度による給付に対して共助と位置付けている。公助は介護保険・医療保険の公費(税金)部分であり、自治体等が提供するサービスである(厚生労働省：地域ケア会議の運営について)。

「介護の社会化」と自助の関係性を見るとき、家族介護の介護負担感を自己責任(自助努力)として放置するわけにはいかないことを第3章で論じてきたように、どこまでを自助の範囲とするかについては、地域包括ケアシステムで論じられているわけではない。システムをサイクルとして適切に機能させるためには、第7章で論じるところの「家族介護システム」の再構築が重要である。

第5章 在宅介護の継続要因に関する調査1 — 家族介護者に対する質的研究 —

第1節 本調査の概要

1 調査目的

わが国が抱える高齢者を介護する家族の課題は、介護保険制度創設以前から続いている。そのような中で、介護保険制度は、「介護の社会化」を実現する政策として2000年に施行されたが、19年余が経過した今日、同制度は急速な少子高齢化の進行や要介護高齢者の増加により、制度発足時の「介護の社会化」という理念が揺らぎつつある。

「介護の社会化」の理念の一つに、要援助者がサービスを必要とする状況に陥ったとき、家族介護に依存することなく必要な社会サービスを利用できることがある。それは、家族介護者の負担の軽減のみならず、介護される要介護高齢者にとってもよりよい生活を送ってもらうことを可能にすることを意味している。介護を社会化するということは、家族から介護を切り離すことではなく、介護サービスがスムーズに利用できるシステムづくりと支援体制を構築することに他ならない。

高齢者介護を支えるシステムとしての介護保険制度の今後の持続可能性を検証するうえで、家族介護者が否定的ストレスに陥らないで在宅介護を継続促進できるための具体策を提示できることに大きな意義がある。そこで本調査では、家族介護の位置づけと諸課題を家族介護者の立場から明らかにし、「家族介護システムの再構築化」に資する「介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的支援の段階図」を作成することを目的とする。

2 用語の整理

一般的に、「在宅」というと要介護者自身の住まい、つまり「自宅」をイメージし、「居宅」というと介護者との同居場所、つまり、介護者の家をイメージすることが可能になる。そこで本研究でいう家族介護者が在宅（居宅）で家族介護を行っている「在宅（居宅）」と「家族介護者」について、以下のように定義づける。

(1) 「在宅（居宅）」の定義

家族介護者が介護を行っている在宅（居宅）とは、「要介護者が生活をしている場所をいい、場所の持ち主については問わない。要介護者の持家・介護者宅・借家であっても、在宅（居宅）として考慮する。」

(2) 「家族介護者」の定義

家族介護者とは、「在宅（居宅）において同居もしくは別居（近距離・遠距離介護）により、要介護高齢者を介護する家族あるいは親族である。」

3 研究方法

(1) 調査対象者

本研究では、在宅（居宅）で家族介護を行っている「家族介護者」を対象に定性調査を行なうこととした。研究目的を達成するために、調査協力者は以下の通りに設定した。

介護支援専門員の紹介により、①現在、在宅（居宅）において介護支援を行なっている家族、②在宅（居宅）で介護支援を行い、看取りまで経験した家族、③在宅（居宅）で介護支援を行なっていたが、要介護者が施設入所となった家族、の3類型（各2事例）の家族介護者を対象に半構造化面接を行った。

(2) 調査方法

主な調査項目は、「1. 家族で介護支援をおこなうと決めた要因」、「2. 要介護者の心身の状態・状況」、「3. 利用した介護サービス」、「4. 介護の知識・情報収集の方法」、「5. 家族介護支援を行うときに気を付けたこと」、「6. 家族介護で困難を感じたこと」、「7. 専門職（在宅介護支援専門員）との関わりで、①良かったと感じたこと、②足りないと感じたこと、③必要だと考えたこと」、「8. 地域の環境」、「9. 在宅（居宅）で家族を、①看取られた現在の気持ち、②今後、看取られる準備への考え」の内容を設定し、半構造化面接を行った。

調査期間は、2018年3月から2018年7月迄であり、6名（男性1名、女性5名）の家族介護者に実施した。面接は、質問紙の項目にそって行ったが、個別の事例に応じて質問を投げかけ面接内容を深めた。面接時間は60分程度のインタビューを実施し、定性調査の内容については、研究協力者の了承を得てICレコーダーに録音のうえ、逐語録を作成した。

(3) 分析方法

本研究の分析には、定性的コーディング(佐藤2008)を参考に内容分析の手法を用いた。半構造化面接で得られた逐語記録から意味ごとにセグメントとして分割し構成要素を割り当て、内容に類似性のあるものを束ねサブカテゴリーを作成した。さらに、サブカテゴリー

一を統合し、カテゴリー、コアカテゴリーに整理した。つまり、111 の記述データを整理し84の構成要素とした。第1段階で32単位に、第2段階で17単位に、第3段階で9単位にカテゴリー化した段階で収束させた。さらに、9つのコアカテゴリーを、3つの因子に分類した。最後に3因子（家族介護者因子、要介護者因子、環境因子）を図式化へと統合する。

その理由としては、第7章で論じる「家族介護システムの再構築」のための「介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的支援の段階図」に対応させるためである。

第2節 本調査の結果と考察

1 分析結果

要介護高齢者は、男性が1名（17%）、女性が5名（83%）であり、平均年齢は82.7歳であった。介護保険制度における要介護は、要支援1が1名、要介護1が1名、要介護3が1名、要介護4が1名、要介護5が2名であった。介護保険サービスについては、通所リハビリテーションや通所介護、訪問介護、福祉用具貸与、住宅改修など、要介護者の状態・状況に合わせてサービス利用を行っていた。

2 調査対象者の属性

調査対象者の属性を表12に示す。事例①の家族介護者は、キーパーソンもしくはその他の家族介護者に看護師・介護支援専門員がおり、その他の職業は、介護福祉士と保険会社勤務（介護保険等も取り扱う）であった。介護形態は、1名のキーパーソン家族が同居で、それ以外は遠距離介護であった。事例②の家族介護者は、キーパーソンもしくはその他の家族介護者に無職者がいたが、どちらも配偶者（夫・妻）であった。また、その他にはキーパーソンに看護師・介護支援専門員、その他の家族介護者に准看護師であった。介護形態は、配偶者である2名が同居で、それ以外は遠距離介護であった。事例③の家族介護者は、キーパーソンに介護福祉士・介護支援専門員および会社員であり、医療職がいなかった。介護形態は、近距離介護の同敷地内と500mの近距離であった。キーパーソンである家族介護者は、男性が1名（17%）、女性が5名（83%）であり、配偶者以外の家族は仕事と介護を両立していた。

表 12 調査対象者の属性

対象者 事例項目		要介護高齢者				1. 家族介護者(※)				2. 家族介護者			
		要介護	年齢	性別	利用サービス	続柄	年齢	職業	介護形態	続柄	年齢	職業	介護形態
A事例	① 事例	要支援1	82歳	女性	通所リハビリテーション, 住宅改修	長女	57歳	看護師・ケアマネ	遠距離介護	次女	54歳	介護福祉士	遠距離介護
B事例		要介護1	79歳	女性	通所介護, 住宅改修 ショートステイ	次女	50歳	保険会社	同居	長女	53歳	看護師・ケアマネ	遠距離介護
C事例	② 事例	要介護4	79歳	男性	通所介護, 住宅改修 ショートステイ 福祉用具	妻	79歳	無職	同居	長女	52歳	准看護師	遠距離介護
D事例		要介護5	81歳	女性	訪問介護, 福祉用具 訪問入浴	長女	56歳	看護師・ケアマネ	遠距離介護	夫	85歳	無職	同居
E事例	③ 事例	要介護3	83歳	女性	訪問介護, 通所介護 ショートステイ 住宅改修	長女	55歳	介護福祉士・ケアマネ	近距離介護 (近隣500m、 毎日/朝・夕)				
F事例		要介護5	92歳	女性	通所リハビリテーション	長男	67歳	会社員	近距離介護 (敷地内)				

注) ①現在, 在宅(居宅)において介護支援を行なっている家族

②在宅(居宅)で介護支援を行い, 看取りまで経験した家族

③在宅(居宅)で介護支援を行っていたが, 要介護者が施設入所となった家族

(※)キーパーソン

3 家族介護者3類型の内容分析

家族介護者3類型の逐語録を内容分析の手法で検討し, 84の構成要素から32のサブカテゴリーを得, 17のカテゴリーを抽出した. 17のカテゴリーをさらに9つのコアカテゴリーに分類した. ①家族介護者の意向(20件), ②家族介護者の状態・状況(22件), ③家族介護支援の留意点(9件), ④要介護者の意向(4件), ⑤要介護者の状態・状況(6件), ⑥介護と仕事の両立(3件), ⑦介護の知識・情報(12件), ⑧社会資源の現状(10件), ⑨支援体制の基盤整備・体系化・構築(25件)である. これらのコアカテゴリーを3つの因子(家族介護者因子・要介護者因子・環境因子の大項目)に分類し, 家族介護者3類型のセグメント数までを一覧にしたのが, 表13である. 以下, 生成されたコアカテゴリーを【】, カテゴリーを[, サブカテゴリーを『』, 構成要素を「」で示す.

表 13 家族介護者 3 類型の比較表

因子	コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	構成要素	セグメント数				
					①在宅介護を 継続中の家族	②看取りを終 えた家族	③施設入所に 至った家族		
家族介護者因子（主介護者因子）	家族介護者の意向	義務感・責任感	家族としての義務	頼りにされから	1				
				妻が看るべき		1			
				消極的・非協力的			1		
			家族の責任	家族の意向	1				
		愛情	家族愛		良好な関係性		3		
					家族の理解		1		
					前向きな意思		1		
					満足感		2		
					家族の意志		1	1	
					前向きな決意			1	
		介護協力	家族の介護協力				2		
					介護の工夫	連絡手段（操作困難）	1		
						連絡手段（操作良好）		1	
			介護用具の工夫			2			
	家族介護者の状態・状況	身体的要因	身体的疲労	介護疲れ	3		1		
				介護者の病気	1				
				気分転換	1				
				自分の時間の確保	1				
		納得感		世話		2	2		
				世話が報われる			1		
		精神的要因	感情の変化	現実を受入れる葛藤			2		
				先が見えない不安			1		
				怒り			1		
		環境的要因	積極的対応		馴染みの場所	2			
	環境の維持（お互いの）				1				
	消極的対応			居場所の確保			1		
				世間体	1				
	家族介護支援の留意点	尊重		良好な親子関係	1				
				認識と行動のズレ			1		
		積極的対応		適切なサービス利用	1				
介護と仕事の両立						1			
要介護者への思い					1				
在宅医療の限界と家族の思い					1				
体調管理					1				
不安的対応			過度な配慮		1				
			火災への心配			1			
要介護者因子	要介護者の意向	希望	肯定的感情	親としての愛情	1				
				望む居場所	1	1			
			妥協的感情	現実とのギャップ			1		
	要介護者の状態	身体的要因	不活発活動	術後	1				
				寝たきり			1		
	身体的・精神的要因	認知レベルの低下		徘徊		1			
				妄想	1				
				認知困難			1		
			意欲減退			1			

因子	コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	構成要素	セグメント数		
					①在宅介護を 継続中の家族	②看取りを終 えた家族	③施設入所に 至った家族
環境 因子	介 護 両 立 仕 事	両立困難要因	引継ぎの困難	後任不足（人員不足）	1		
				退 職		1	
		両立要因	福利厚生	会社の協力	1		
	介 護 の 知 識 ・ 情 報	情報収集	情報解釈力	自分の知識	1		1
				仕事で知り得た知識	1		
				仕事関係からのアドバイス	1		
			専門職の助言	ケアマネの助言	2		
				専門職の助言	1		
				病棟看護師の助言		1	
				ヘルパーの助言		1	
			ドクターの助言			1	
			地域の助言	隣近所の助言			1
	家族の助言	姉の助言	1				
	社 会 資 源 の 現 状	フォーマルサー ビス	満足	行政対応			1
			制度に対する不満	経済的問題	1		
				制度の不備	1	1	
				サービスの非個別性	1		
		情報不足		1			
		インフォーマル サービス	社会資源の活用	当事者同士の情報共有		1	1
			社会資源の開発	サービスの差	1		
				利用できる居場所			1
	支 援 体 制 の 基 盤 整 備 、 体 系 化 、 構 築	家族支援	自 助	支援者の充足		1	
				支援者の不足			1
		地域支援	共 助	制度の充足		1	
				互 助	見守り	2	
			安心感		1		
集いの場			1				
支援不足			1				
関わりの希薄					1		
専門職支援		関係性の構築	安心感	2	2		
			信頼関係（良好）		1		
			信頼関係（不満）		2		
			看取り後も		1		
			関わり（リフレッシュ）		1		
	葛藤			1	1		
	関係の調整（相互理解）				1		
気づき			1				
連携・調整	情報提供			2			

注) 表中①, ②, ③は, 表 12 の①, ②, ③の家族を示す

4 考察

(1) 対象者の概要

一般的に、在宅介護が継続できるためには同居家族が必要だと言われるように、在宅（居宅）で介護支援（要介護者の介護度は5・4）を行い看取りまで経験した家族は全員同居者がいた。一方、要介護者が施設入所（要介護者の介護度は5・3）となった家族の場合、敷地内の近距離だとはいえ、同居ではなかった。現在介護支援を行なっている家族の場合、1人は同居（要介護者の介護度は1）で、1人は遠距離介護（要介護者の介護度は要支援1）である。看取りまで経験した家族は、キーパーソンも家族介護者も、看護師・准看護師の有資格者がおり、要介護者が施設入所となった家族には医療職がいなかった。

現在介護支援を行なっている家族には、看護師の有資格者がいる。とはいえ、うち1名は遠距離介護であり、要介護度が高くなった時、どのような家族介護支援になるのかは不透明である。

(2) 家族支援

家族介護者3類型の比較における、家族介護者因子、要介護者因子、環境因子からみえてくる在宅介護の促進要因と阻害要因について示す。

① 家族介護者因子

家族介護者3類型のなかでも結果的に両極の関係にある②在宅（居宅）で介護支援を行い、看取りまで経験した家族と、③居宅で介護支援を行なっていたが、要介護者が施設入所となった家族に関して、次のような特徴が見えてきた。

表13より、②の看取りまで経験した家族では【家族介護者の意向】としての[愛情]の『家族愛「良好な関係性」』、『介護協力』、『介護の工夫』がなされているが、③の要介護者が施設入所となった家族ではこれらのことについて話されることはなかった。これらの事から考察すると、具体的な以下の内容は在宅介護を続けていく上での促進要因となっているものと推察される。

『家族愛「良好な関係性」』

- イ) 一生懸命きばった人だったから、やっぱり見てくれたっていう気持ちがあったから。決めてきたから。
- ロ) 誰かに見守られながら、息を引き取ってほしいというのがあったので、家で見ようということになった。

ハ) 意思の疎通が取れなくなっていたので生前、元気な時の本人の意向をそのまま。

『 介護協力 』

イ) 時には風呂に入れる時、孫がいたり、娘がいたり手伝ってもらった。孫が介護の仕事をしているから、家にいたら手伝ってくれた、髪も切ってくれた。

ロ) 結構何かあるときには、妹、父、私（長女）3人で家族会議をしてました。集まってました。整えざるを得なかった。妹も私も家族があるので、100%母に全力投球はできないので、三人で一週間のスケジュール表を作って、いわゆる当番表、申し送りノートも作っていた。

『 介護の工夫 』

イ) 自分なりに色々用具を作ったりしていた。創意工夫しながら、少しでも手の運動ができて、退屈しないように。

ロ) 家で自分たちの手でお風呂に入れようということになりました。福祉用具で入浴セットを購入し自宅でお風呂に入れました。大変でしたけどすごく楽しいひと時でした。

③の要介護者が施設入所となった家族では【家族介護者の状態・状況】としての[精神的要因]の『感情の変化』が顕著で、②の看取りまで経験した家族には『感情の変化』としてはポジティブな感情のみであった。『感情の変化』におけるネガティブな感情は、次のような内容であり、在宅介護を継続する上での阻害要因として働くものと考えられる。

『 感情の変化 』

イ) (母の認知症を) 自分で認識するまで半年ぐらいかかりました。

ロ) (介護する立場に) 私が実際そうなった時は、「いやいやいや、なんで」とかっていう思いがすごくあるから、家族の気持ちという腹立たしさだったり、情けない気持ちだったりとか。

ハ) 「この先がどうなるんだろう」という見通しがつかないので、「いつまでこれをしないといけないんだろうか」というのがある。目先のことをこなしていただく。

ニ) 怒ってしまう。イライラしてしまう。

①の現在介護支援を行なっている家族の特徴としては、次のような【家族介護者の状態・

状況】としての[環境的要因]の『積極的対応』と[身体的要因]の『身体的疲労「介護疲れ」』のアンビバレントな感情（促進要因と阻害要因）を表出している。

『積極的対応』

- イ) 環境を変えるのも、ますますダメかなと思って、環境を変えずに自分が行った方がいいと思った。
- ロ) 何人（兄弟・姉妹）が残っているので電話で喋ったり、たまに遊びに来てくれたりするのですが、やっぱり地元がいいかな。
- ハ) 近所付き合いもあるし、そこを遮断してまで連れてきても、私（長女）が仕事をしている限りは、一人ぼっちになるので、環境は変えないでと思ってはいた。まあ遠距離介護です。

『身体的疲労「介護疲れ」』

- イ) 家にいるときはいつも必ず同じことを言うし、休みの日は24時間一緒にいるじゃないですか、おかしくなりそうな感じです。優しい言葉とかなかなか難しいですね。
- ロ) やっぱり家のこともあるので、自分が疲れて、イライラしたりするといけませんから。
- ハ) 疲れている時は、毎週毎週は疲れますよね。仕事をしながらだからですね、週末ゆっくりしたい。

家族介護者3類型（①の現在介護支援を行なっている家族、②の看取りまで経験した家族、③の要介護者が施設入所となった家族）が介護支援をおこなう上で共通していたことは、【家族介護支援の留意点】としての[要介護者の尊重]である。つまり、家族介護者3類型が共通して在宅で介護をおこなう上で、要介護者への配慮や気づかい等がなされていた。在宅介護を継続する上での促進要因として働くものと考えられる。

[要介護者の尊重]

- イ) 人の（要介護者の）話を聞いて、そして自分の話を伝える。ある程度本人の気持ちは尊重して、親子関係が崩れるとうまくいかない。
- ロ) 本人の意思決定をやっぱり聞かないと、と思っていた。「どうしたらいい」と言うのをいつも聞いて対応してほしいと、「気をつけていかないといけないな」と思っていたんですけど、やっぱり先回りをしますね。

- ハ) 結局家族も働いた方がいいし、24時間ぴったり一緒にいるよりは、本人のためにはリハビリをしながら、家族以外の人に接する機会というのを持ちながら、過ごして行った方が、お互いが一緒に暮らしていく上では、いいのかなと思います。
- ニ) 自分たち（父、長女、妹）が介護を怠ったことで、母に辛い思いをさせたくなかったのも、そこだけは気をつけていた。そのために悪い条件を作らない努力をしていました。

② 要介護者因子

【要介護者の意向】に対する家族の想いと【要介護者の状態・状況】を①、②、③の家族介護者3類型ごとに列挙してみると次のようになる。

イ) 【要介護者の意向】に対する家族介護者3類型の家族の想い

①の現在介護支援を行なっている家族の場合

- ・親は子どもだからなるべく、心配をかけたくないと思っているみたい。
- ・「家がいいって」確かに落ち着くのは落ち着くんですけど、気を使わないでいいって言うのが、本人的にはあるのかな。

②の看取りまで経験した家族の場合

- ・本人も家に帰るって、頑張っってここで（病院で）介護して、少しは動けるようになって「帰ろうな」というと喜びよった。

③の要介護者が施設入所となった家族の場合

- ・（在宅介護を）決めた時本人は「ほっと」しているような感じでもありましたけど、（長男と同居できる期待があったので）少しがっかりもしたような、これで大丈夫なのか変な感じはありましたけど。

ロ) 家族介護者3類型ごとの【要介護者の状態・状況】

①の現在介護支援を行なっている家族の場合

- ・脳に瘤ができ、手術をおこなった後は水頭症みたいな感じで「ぼーっと」していたので、介護保険を入院中に申請して、一応、要介護認定になった。年齢相応の物忘れみたいなのはありましたけど、認知症自体はなかった。
- ・物盗られの状態でも警察が来て、他にも色々あったが、目が見えなくなってきた（白内障が進んで）、うつ状態もすごくあって、（同じことで電話があつて）認知症そのものだった。

②の看取りまで経験した家族の場合

- ・要介護 5（脳出血）で寝たきりで、自分で身動きすることもできない、唯一動くのは右手と右足だけです。言葉も発することもなく、意思表示をする時には、右手でつねる。
- ・脳梗塞で麻痺があった。認知があったから、出たり（外に出たり）しよったんでしょね。

③の要介護者が施設入所となった家族の場合

- ・デイケアに行くのか行かないのか、認識がなかったでした、本人が。こっちがちゃんと段取りをして、準備をして全部してやらんと、なかなかでした。ああいうのが認知症って言うんでしょね。
- ・鬱の症状で自己決定ができなくなっている状態と、圧迫骨折があつて、その後すぐ大好きだった調理もしなくなるというか「できない」と本人が言い始めた。

③ 環境因子

家族介護者 3 類型の比較による環境因子は、【介護と仕事の両立】、【介護の知識・情報】、【社会資源の現状】、【支援体制の基盤整備、体系化、構築】が生成された。

【介護と仕事の両立】、【介護の知識・情報】、【社会資源の現状】、【支援体制の基盤整備、体系化、構築】において、家族介護者 3 類型の家族が介護支援をおこなう上で、促進要因と阻害要因の双方が含まれていた。

(3) 専門職支援

家族介護者 3 類型の比較における、環境因子に含まれる専門職の支援からみえてくる【介護の知識・情報】としての[情報収集『専門職の助言』]と【支援体制の基盤整備、体系化、構築】としての[専門職支援『関係性の構築』や『調整・連携』]による、在宅介護の促進要因について示す。

① [情報収集『専門職の助言』]

①の現在介護支援を行なっている家族の場合、

- ・分からない時は、ケアマネさんとかに聞いたりはしていたんですけど。
- ・向こう（母）の状態とかは、ちょっと離れている分（ケアマネに）様子を聞けたりできるので、いろいろ助言をもらったりしていたので助かった。

- ・専門職がいるところで使えるサービスを教えてもらったり、介護の仕方とか話を聞いたりする窓口があるから、まずは相談するのはすごくプラスになると思う。

②の看取りまで経験した家族の場合

- ・入院中に病棟看護師に情報収集をして、父に指導してもらって。
- ・介護に関しては、自分たちである程度やりながら、分からない時にヘルパーに尋ねたり。

③の要介護者が施設入所となった家族の場合

- ・家族の立場と支援者の立場としては、ドクターに色々な情報を聞いたり。

以上の『専門職の助言』は、促進要因として働くものと思われる。

② [専門職支援『関係性の構築』]

①の現在介護支援を行なっている家族の場合

- ・毎月私が家にいてもいなくても、訪問してくれて、様子を聞いてくれるところが、そこはすごくいいと思います。
- ・(担当ケアマネが)「いつでも電話してくれたら、様子を見に行くから」と言ってくださってたので、家族としては気持ちが楽でした。

②の看取りまで経験した家族の場合

- ・(ケアマネの説明は) 分かりやすかった。月に1~3回よく来て、「大丈夫ですか」と声かけに来てくれた。
- ・(ケアマネに) 相談すればすぐ動いてくれた。
- ・(担当ケアマネとは) 気心が知れていたというところもあるし、寄り添ってもらえた。自分たちの意見をすごく尊重してくれたところがあるので、どうしたいですかとか、そういうところで寄り添ってもらえて、一緒に共感して下さって。
- ・家族のフォローもして下さって、母が亡くなったからそれで終わりではなくて、その後も継続的に声をかけて下さるし、そこがすごく大事ななあ。
- ・父としては、ヘルパーさんとお話をするのも、ひとつの楽しみの時間になっていた。そういう部分はとても助かった。

③の要介護者が施設入所となった家族の場合

- ・第三者(ケアマネ)の目で意見を出してくれたりもらったり、母にも話をしてくれたりすることで、直接母の気持ちを、娘には家族には伝えられないことをケアマネに話

をしたりとか。

- ・（専門職の立場では）いつもいつも代弁ばかりしていたが「大変だよな」って、「実際はうまくいかないよね」って言う気持ちを分かってあげないといけないんだなと思いました。そういう時（要介護状態）の親と接する時の葛藤とか、そういう気持ちも支えてあげないといけないんだ。

以上のような専門家の『関係性の構築』のあり方が、家族介護を促進する要因として働くものと思われる。

③ [専門職支援『調整・連携』]

①②の家族にはなく、③の家族だけであった。

- ・（担当ケアマネに）相談をすると、そういう情報を教えてくれたりとか、連携をとってくれたりとか。
- ・お袋を扶養から外したり、利用サービスや利用料などの手続きを教えてくれたのが、ありがたかった（制度のことが分かった）。

専門家に求められる『調整・連携』あり方が、促進要因の一つだと思われる。

第3節 総合考察 — 家族介護システムの持続可能性 —

前節で浮かび上がった在宅介護の促進要因と阻害要因をもとに、家族介護システムの持続可能性を考察すると、以下ようになる。

1 家族介護者因子

(1) 求められる家族介護者

在宅で看取りを可能にするためには、既述したように、介護形態としての同居が必須であると思われる。たとえ同一敷地内に介護者が居るとはいえ、緊急即応の態勢が取れない近距離別居では、看取りまで在宅で実施することは困難を伴う。

地域密着型通所介護を経営している知人によると、通所サービス利用を継続するための利用者の家族形態では、軽度（要介護1）までは独居でも生活は可能であるが、中度（要介護2～3）になると夜間時の同居が求められ、重度（要介護4以上）になると昼夜の同居が必須となるとのことである。また、中度の利用者で夜間時の同居が可能な家族は利用を継続中だが、困難な家族は居宅サービスの入所施設に入ることによってサービス提供の中止となるケースが多いとのことである。

中・重度者になると、たとえ家族介護者が同居を選択したとしても、要介護者の心身の状況は不安定になり、在宅介護を継続するうえで家族介護者に専門的な介護の提供を求められることになる。看取りを終えた家族員の中に看護師がおり、介護の途中で施設入所に至った家族員のなかには看護師がいなかったということは、専門的な家族介護を提供できることが看取りまでの介護支援には重要（促進要因）であることを示唆している。

（２）在宅介護に求められる促進要因

クライシスに陥ることなく、家族が看取りまで家族で介護を続けることができるためには、前述の【家族介護者の意向】としての[愛情]の『家族愛「(親子の) 良好な関係性」』、『介護協力』、『介護の工夫』以外に、【家族介護支援の留意点】としての[要介護者の尊重]する『積極的対応』の「要介護者への想い」や「体調管理」、自分が見るべきという強い意志等が重要である。これらの点は、現在介護支援を行なっている家族や、要介護者が施設入所となった家族からは聞かれなかった言葉である点が、家族介護を継続する上での重要な促進要因となりえることが明確になった。

要介護者が施設入所となった家族から提示された阻害要因を消失させる取り組みを進めることは、継続に求められる要因に取り組むことと同義になるので、提示すると次のようになる。

身内に要介護者が突然出現するという、現実を受入れるまでの葛藤は先が見えない介護への不安につながり、それゆえの怒りへと繋がるのである。このような家族の想いを受容・共感し、適切なサービスへと結びつけることで、在宅介護の継続性が担保されることになる。

2 環境因子

（１）看取りまでの在宅介護の環境

現在在宅で介護を続けている家族の意向は次のようになる。

①実際看取りで在宅か病院かとなった時は、できたら家がいいんでしょうけどね。でも一人では見れないので、妹も仕事をしているので、やっぱり誰かが交代で見守りと言うか、見てくれる人がいないと、なかなか家で看取るというのは、後は終末期で何日しかない人だったら連れて帰ってきて、その間はずっとついてるかもしれないですね。でも本当にそこまでは、まだ真剣には考えていない。

②家で看ると仕事を辞めないといけなかったりとか、だからやっぱり施設での介護になっていくんじゃないかなって気がします。もしかしたらグループホームとか認知症対応を利用しながら、週末家に帰ってきてもらう方法があればいいかな。いくつかの選択肢を考えていても、まだその時にならないと分からないというところが、正直なところでは。

仕事を辞め、長期間同居介護となると、現実的に対応困難な要因が見て取れる。「終末期で何日しかいない人だったら連れて帰ってきて、その間はずっとついてるかもしれないですね」、「グループホームとか認知症対応を利用しながら、週末家に帰ってきてもらう方法があればいいかな」、しかし、「その時にならないと分からないというところが、正直なところでは」という言葉に、家族による看取り介護の困難さ・不安が見て取れる。また、要介護者が施設入所となった家族も同様のことを述べている。

③（入所になったが）ただ可能な限りそういう状況にあれば（在宅で介護する環境を整えれば）、そっちの方（在宅介護）も叶えてあげたいなという気持ちはあります。本人は「家に帰りたい」といいますので。

このような状況下で家族介護システムの持続可能性を考慮すると、看取りを終えた家族が発していた、次の言葉が解決策の一つになると思われる。

「何かあるときには、妹、父、私（長女）3人で家族会議をしました。整えざるを得なかった。妹も私も家族があるので、100%母に全力投球はできないので、三人で一週間のスケジュール表を作って、いわゆる当番表、申し送りノートも作っていた。」

家族介護の人的資源がある場合は、困難とはいえ実践できるかもしれないが、キーパーソンが一人の場合は不可能に近い。その時は、②で述べられているように、施設を利用しながら、週末に家に帰ってきて一緒に生活を過ごすなどの対策が考えられる。居宅介護支援専門員には中度者に対する夜間時のケア補助としての同居、重度者に対する昼夜同居の必要性を理解し、プラン作成に取り組むことが大切になってくる。

（2）専門職に求められる能力

上述してきたように、適切な専門的支援が家族介護を看取りまで続けることのできる大きな要因になっていた。しかし、家族介護者は専門職者に対して、感謝の念を持つと同時に、次のような否定的感情を抱くこともあるのである。

①生前の本人の思い、家族の思いに沿わない形となったことが、介護保険サービス事業者（訪問入浴）に対して足りないと感じた。嫌な思いをしました。すごく辛かったです。

②専門職の方が家族に要求することって分かるんですけど、できない部分もあるんです。本来家族が最初にどうしたいというのを言った上で、始まっているサービスだったので、最後と言うか今回の始まり、そこを一番考えて寄り添ってもらいたかったが、事業所側の意向を強要されたのが、残念だった。

家族介護が持続的に提供できるために、介護保険制度の要としての居宅介護支援専門員が、これらのことを理解した上で、プランを作成できる力量を持つ必要がある。更なる視点として、「どうしてもその本人さんのところは色々関わってくれるんだけど、家族の思いというところの部分までは、ちょっとなかなかね。」というように、家族に対する視点（介護の社会化）も考慮する必要がある。

3 3 因子間の相互作用における重層的支援

前述してきた家族介護者3種類の、家族介護者因子、要介護者因子、環境因子からみえてくる、3因子間の相互作用における重層的支援を図式化すると図6のようになる。

「1. 家族介護者因子」の枠内を説明すると、家族介護者因子における、【家族介護者の意向】、【家族介護者の状態・状況】の促進要因と阻害要因はそれぞれに影響を与えながら、「2. 要介護者因子」の影響を受けている。さらに、【家族介護支援の留意点】としての促進要因は、【家族介護者の意向】と【家族介護者の状態・状況】の促進要因に働きかけることにより、より効果的に作用し、阻害要因に働きかけることにより阻害的要素を減少させる働きを持つことを意味している。「1. 家族介護者因子」の枠内に大きな影響を与える、「3. 環境因子」における、【介護と仕事の両立】、【介護の知識・情報】、【社会資源の現状】、【支援体制の基盤整備、体系化、構築】の促進要因と阻害要因が外的要因としての更なる影響を与えることで、在宅介護の継続の有り様が複雑化してくるのである。また、要介護者家庭と介護者家庭の組み合わせ¹⁴による家族介護者の位置づけにより、クライシスに陥る可能性も変動することになる。

そのため、家族介護者自身がニーズを持つ援助対象者であることを認識し、そのニーズ

¹⁴ 第7章 家族介護システムの再構築において、表41「要介護者家庭と介護者家庭の組み合わせ」を示している。

を充足する支援が必要である。また、家族介護者のニーズ充足に向けた支援が、要介護者の自立支援に繋がるためには、家族介護者と要介護者との相互作用や葛藤をも考慮に入れた支援を行っていくことが重要になってくるといえる（畑 2010）。家族介護者が在宅介護を継続できる持続可能な支援を構築するとともに、マイクロ・メゾ・マクロレベルの重層的な支援の在り方が必要である。

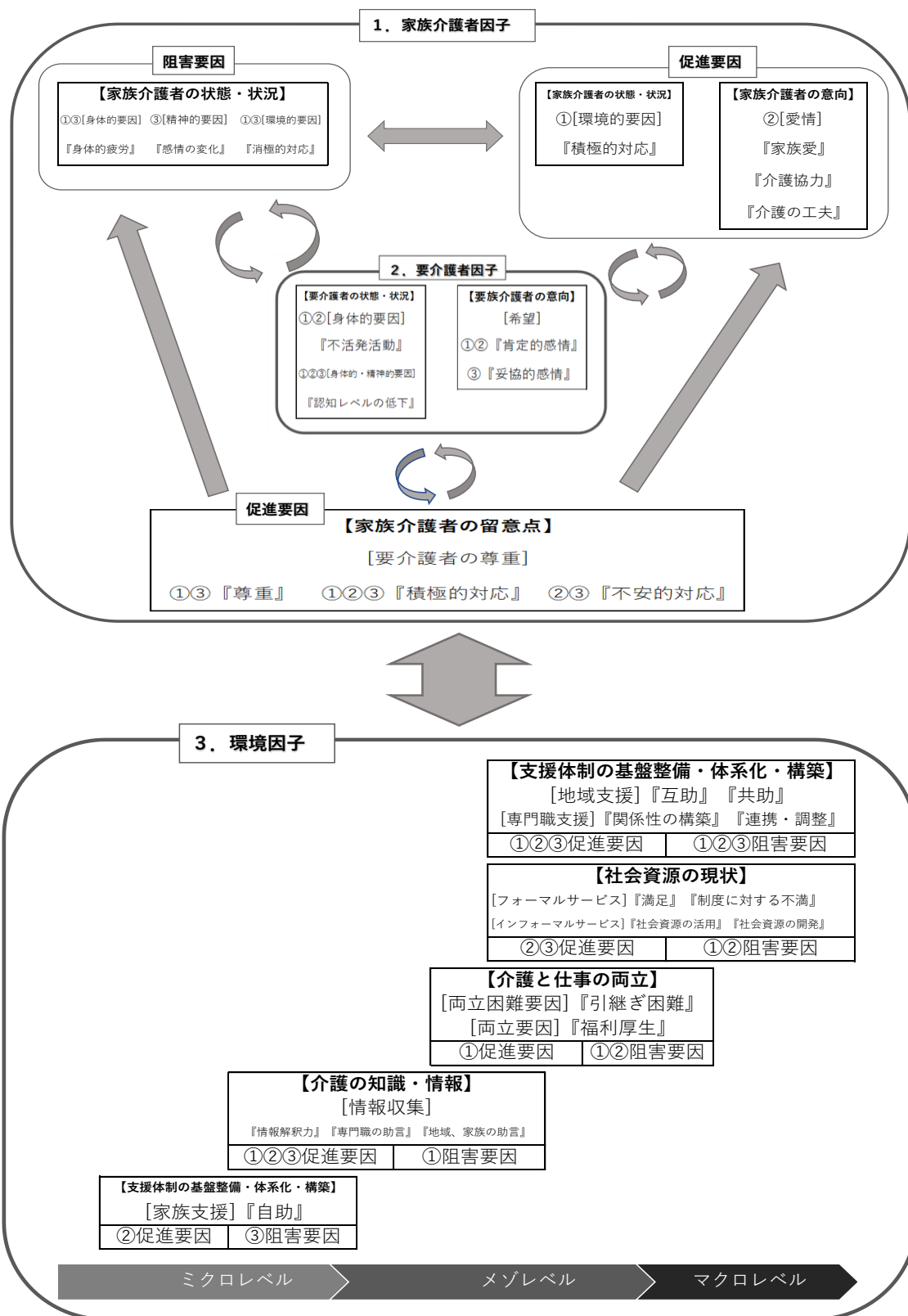


図6 促進要因と阻害要因の関係支援図

注) 図中①, ②, ③は, 表12・表13の①, ②, ③の家族を示す

第6章 在宅介護の継続要因に関する調査2 — 福祉機関従事者に対する量的研究 —

第1節 本調査の概要

1 調査目的

家族介護者に対する質的調査で、クライシスに陥ることなく家族介護を継続促進できるための3因子（家族介護者因子、要介護者因子、環境因子）の状況等について分析してきた。ここでは、専門職員が家族介護を促進する上で重要な役割を果たすため、在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援について質問し、質問項目に関連する因子の抽出を目指した。

福祉機関従事者に対して量的調査を実施した理由は、各専門性において、家族介護者が在宅で介護支援を行なうことや、支援の在り方、考え方に差異が生じると考えたからである。つまり、その専門性における差異が、在宅介護をおこなう上での促進要因と阻害要因の支援への糸口となり、持続可能な家族介護システムの再構築となり得るからである。

そのため次のような仮説を設定した。第一に、福祉機関に勤務する専門職員であっても、介護経験の有無により、家族介護に対する意向に差異が生じる。第二に、専門職員の保有している資格により、家族介護に対する意向および支援に差異が生じるという視点である。

2 研究方法

(1) 調査対象

F県における介護保険事業所のうち、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、通所介護（デイサービス）、その他の事業所（居宅介護支援事業所、養護老人ホーム、認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護、有料老人ホーム、地域包括支援センター、ヘルパーステーション）の職員を対象にアンケート調査を実施した。

(2) 調査方法と調査項目

調査方法は、F県の介護保険事業所の施設管理者に直接調査の依頼をし、了承が得られた14事業所に調査票を配布し、事業所に設置した回収箱へ調査票を投函してもらい、回答期間最終日の翌日、回収箱を回収する方法で実施した。自記式質問紙調査を用いた、留め置き調査で実施した。14事業所を対象として1事業所につき32名、計448名の福祉機関で業務に従事している職員を調査対象とした。有効回収率は92%（N=412）。

調査項目は大きくⅠ・Ⅱ・Ⅲの3分野に分かれ、Ⅰでは主に調査対象者の属性について尋ねた。性別・年齢・所属機関・雇用形態・保有する資格・従事している業務・経験年数等であり、最後に回答者自身の家族介護の経験の有無について質問している。

Ⅱの分野では、現在親と同居、もしくは将来同居希望者に対して、同居理由を尋ねている。自分自身が介護を必要になった場合、誰に頼りたいか、どこで介護を受けたいかを聞いている。

Ⅲの分野では、在宅で生活を継続するために、家族介護で必要だと回答者が考えることについて尋ねている。家族介護者が在宅での介護を行なう中で持つのではないかと思われる感情や、家族介護者が介護者支援として充実を望んでいること、家族介護を促進する上で重要だと思われることや、家族介護者が自宅で最期まで介護(看取り)をするためには、どのようなことが必要だと思われるか、専門職の立場で、在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援として必要であると思われること等を質問している。

(3) 分析方法と分析手順

Ⅰに関しては単純集計・クロス集計を行い、Ⅱに関してはクロス集計を行うことで仮説を検証する。Ⅲに関してはクロス集計と因子分析において検証する。

因子分析においては全項目に関して、回答選択肢を「とてもそう思う(5点)」、「そう思う(4点)」、「どちらでもない(3点)」、「そう思わない(2点)」、「全くそう思わない(1点)」のリッカート5段階尺度で得点化した。

次に、「問7.家族介護を促進する上で重要だと思われること(28項目)」、「問9.専門職の立場で、在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援として必要である(19項目)」が、実際にどのような構造になっているのかを分析するため、因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行った。ただし、どの因子に対しても因子負荷量が0.3未満の項目は削除し、因子分析を行った。また、抽出された各因子はCronbach's α 係数により、その信頼性(内的一貫性)を確認した。さらに、家族介護や支援における継続促進要因となる各因子との関連について相関分析を行った。

最後に、家族介護の継続促進要因と家族介護者への支援の現状と望ましい支援体系を図式化へと統合する。

第2節 本調査の結果と考察

1 調査対象者の属性（単純集計）

調査対象者の属性については、表14に示すとおりである。

「性別」については、女性が61.2%、男性が38.8%であった。「年齢」については、「40歳代」が28.2%と最も多く、次いで「30歳代」が26.7%、「50歳代」が22.3%で、「75歳以上」が1.5%と最も少なかった。

「所属機関」については、「特別養護老人ホーム」が76%と最も多く7割以上を占めている。次いで「その他」が13.3%、「通所介護（デイサービス）」が7.8%、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」2.9%の順であった。また、「その他」の内訳は、「居宅介護支援事業所」、「養護老人ホーム」、「認知症対応型デイサービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「有料老人ホーム」、「地域包括支援センター」、「ヘルパーステーション」などである。

「雇用形態」については、「正規職員」が87.6%で、「非正規職員（常勤、パート・アルバイト）」が11.9%であった。

「資格（複数回答）」については、「介護福祉士」が65.9%と最も多く、次いで「介護支援専門員」が27.4%、「社会福祉主事」が24.5%、「社会福祉士」が10.5%の順であった。また、「その他」の資格では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、認知症介護指導者、福祉住環境コーディネータ等の資格取得者がいた。

「現在の業務」については、「介護福祉士」が49.5%と最も多く、次いで「その他」が11.9%、「看護職員」が9.5%、「生活相談員」が8.7%であった。また、「その他」の内訳は、「生活相談員と介護職員兼務（9人）」、「生活相談員と介護支援専門員兼務（6人）」、「看護職員と機能訓練指導員兼務（2人）」、「介護職員と介護支援専門員兼務（5人）」、「介護職員と管理者兼務」、「介護職員と計画作成担当者兼務」、「介護職員と栄養士兼務」、「介護職員と介護支援専門員、管理者兼務」、「介護支援専門員と管理者兼務」などの複数の業務を兼務していた。

「経験年数」については、「5年以上～10年未満」が27.4%と最も多く、次いで「10年以上～15年未満」が19.4%、「3年未満」が17.0%、「3年以上～5年未満」が12.9%の順であった。

「在宅での家族介護経験」については、「経験がある」が34.5%で、「経験がない」が64.6%であった。

表 14 調査対象者の属性

項目	カテゴリー	N	%
性別	男性	160	38.8
	女性	252	61.2
年齢	20代	49	11.9
	30代	110	26.7
	40代	116	28.2
	50代	92	22.3
	60～64歳	17	4.1
	65～74歳	22	5.3
	75歳以上	6	1.5
	特別養護老人ホーム	313	76.0
所属機関	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	12	2.9
	通所介護(デイサービス)	32	7.8
	その他	55	13.3
	正規職員	361	87.6
雇用形態	非正規職員(常勤)	16	3.9
	非正規職員(パート・アルバイト)	33	8.0
	その他	1	0.2
	無回答	1	0.2
資格(複数回答) N=372	社会福祉士	39	10.5
	介護福祉士	245	65.9
	精神保健福祉士	4	1.1
	保健師	1	0.3
	看護師	25	6.7
	准看護師	22	5.9
	介護支援専門員	102	27.4
	社会福祉主事	91	24.5
	その他	69	18.5
	施設長	12	2.9
	生活相談員	36	8.7
	介護職員	204	49.5
	看護職員	39	9.5
	機能訓練指導員	12	2.9
栄養士	13	3.2	
現在の業務	介護支援専門員	23	5.6
	計画作成担当者	5	1.2
	事務職員	18	4.4
	調理員	0	0.0
	その他	49	11.9
	無回答	1	0.2
	3年未満	70	17.0
	3年以上～5年未満	53	12.9
	5年以上～10年未満	113	27.4
	10年以上～15年未満	80	19.4
	15年以上～20年未満	50	12.1
	20年以上～25年未満	20	4.9
	25年以上～30年未満	14	3.4
	30年以上	11	2.7
無回答	1	0.2	
在宅での家族介護経験	経験がある	142	34.5
	経験がない	266	64.6
	無回答	4	1.0

2 クロス集計と因子分析

(1) 調査対象者の属性 (クロス集計)

① 主な資格と年齢 (複数回答)

調査対象者の属性等について分析した (表 15). 属性により, IIIの調査項目に何らかの影響を与えるのではないかと仮説を検証するためである. 回答者が 20 名未満の資格については, 振れ幅が大きくなり, 信憑性に欠けるので省略した.

主な資格と年齢をみると, 介護福祉士 (35.9%) と社会福祉主事 (33%) は 30 代, 社会福祉士 (33.3%) と看護師 (32%) は 40 代, 准看護師 (40.9%) と介護支援専門員 (37.3%) は 50 代が最多であった. 看護師・准看護師はともに 40 代以上が多く, 75 歳以上での勤務者がある.

表 15 主な資格と年齢 (複数回答)

項目		20代	30代	40代	50代	60~64歳	65~74歳	75歳以上	合計	
F5: 資格	①社会福祉士	度数	5	7	13	11	2	1	0	39
		行%	12.8	17.9	33.3	28.2	5.1	2.6	0	100
	②介護福祉士	度数	26	88	71	48	6	6	0	245
		行%	10.6	35.9	29	19.6	2.4	2.4	0	100
	⑤看護師	度数	0	2	8	7	4	3	1	25
		行%	0	8	32	28	16	12	4	100
	⑥准看護師	度数	0	0	6	9	4	2	1	22
		行%	0	0	27.3	40.9	18.2	9.1	4.5	100
	⑦介護支援専門員	度数	1	18	37	38	4	4	0	102
		行%	1	17.6	36.3	37.3	3.9	3.9	0	100
	⑧社会福祉主事	度数	10	30	22	21	0	6	2	91
		行%	11	33	24.2	23.1	0	6.6	2.2	100

② 主な資格と職種 (複数回答)

社会福祉士は, 主に生活相談員 (33.3%) と介護支援専門員 (20.5%) の業務に就いているが, 介護職員や施設長になっている者もある. 介護福祉士は 6 割以上が介護職であるが, 相談業務として生活相談員に 12.2%, 介護支援専門員に 8.2% が勤務している. また, 1.2% とわずかではあるが, 介護福祉士の資格を保持した施設長がいる. 介護支援専門員は当然介護支援専門職 (22.5%) に就いているが, 介護支援専門員の資格を保持した者で介護職 (17.6%) や相談員職 (13.7%) に勤務している者が 10 数パーセント以上おり, 看護職員や施設長にもいる. 社会福祉主事は, 相談員職よりも介護職員 (38.5%) として勤務している人が多かった (表 16).

表 16 主な資格と職種（複数回答）

項目		施設長	生活相談員	介護職員	看護職員	介護支援専門員	
F:5: 資格	①社会福祉士	度数	4	13	5	0	8
		行%	10.3	33.3	12.8	0	20.5
	②介護福祉士	度数	3	30	153	1	20
		行%	1.2	12.2	62.4	0.4	8.2
	⑦介護支援専門員	度数	6	14	18	2	23
		行%	5.9	13.7	17.6	2	22.5
	⑧社会福祉主事	度数	10	19	35	1	6
		行%	11	20.9	38.5	1.1	6.6

③ 主な資格と経験年数

資格による経験年数の長さをみると、介護支援専門員(22.5%)と社会福祉主事(25.3%)が10年以上15年未満で一番長く勤務し、次いで介護福祉士(29.8%)と看護師(24%)、准看護師(36.4%)が5年以上10年未満である。社会福祉士(33.3%)は3年以上5年未満で、現在の業務に従事している経験年数としては最も短かった。また、社会福祉主事は、「5年以上10年未満」と「10年以上15年未満」が25.3%と同じ経験年数であった(表17)。

表 17 主な資格と経験年数

項目		3年未満	3年以上 ~5年未満	5年以上 ~10年未満	10年以上 ~15年未満	15年以上 ~20年未満	20年以上 ~25年未満	25年以上 ~30年未満	30年以上	合計	
F:5: 資格	①社会福祉士	度数	7	13	5	6	6	2	0	39	
		行%	17.9	33.3	12.8	15.4	15.4	5.1	0	0	100
	②介護福祉士	度数	25	27	73	63	34	12	8	3	245
		行%	10.2	11	29.8	25.7	13.9	4.9	3.3	1.2	100
	⑤看護師	度数	3	1	6	2	3	3	3	4	25
		行%	12	4	24	8	12	12	12	16	100
	⑥准看護師	度数	2	0	8	3	4	4	0	0	22
		行%	9.1	0	36.4	13.6	18.2	18.2	0	0	100
	⑦介護支援専門員	度数	19	16	14	23	14	10	4	2	102
		行%	18.6	15.7	13.7	22.5	13.7	9.8	3.9	2	100
	⑧社会福祉主事	度数	11	16	23	23	8	5	3	2	91
		行%	12.1	17.6	25.3	25.3	8.8	5.5	3.3	2.2	100

④ 性別による在宅介護経験の有無

性別による在宅介護経験では、女性は71.1%と7割強であり、男性は28.9%と3割弱の経験である(表18)。

表 18 性別による在宅介護経験の有無

項目		男性	女性	合計	
F8:在宅家族介護経験	在宅介護経験がある	度数	41	101	142
		行%	28.9	71.1	100
	在宅介護経験がない	度数	117	149	266
		行%	44	56	100
	無回答	度数	2	2	4
		行%	50	50	100
	合計	度数	160	252	412
		行%	38.8	61.2	100

⑤ 在宅介護経験の有無と主な職種

主な職種ごとに在宅での介護経験の有無を見ると、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員、施設長の順で介護経験が高くなっている（表 19）。

表 19 在宅介護経験の有無と主な職種

項目		施設長	生活相談員	介護職員	看護職員	介護支援専門員	
F8:在宅家族介護経験	在宅介護経験がある	度数	6	10	66	14	11
		行%	50	27.8	32.4	35.9	47.8
	在宅介護経験がない	度数	6	26	137	24	12
		行%	50	72.2	67.2	61.5	52.2
	合計	度数	12	36	204	39	23
		行%	100	100	100	100	100

(2) 専門職としての介護観

① 親と子の同居に対する意向

表 20 は、年をとった親は子と同居するのが良いかの質問に対する「性別」、「年齢」、「在宅介護経験の有無」、「主な資格」の差異である。

「3. 常に行き来できれば別居」が全体的な意見であるが、男性(22.5%)は女性(13.1%)よりも、「1. できる限り同居」が9.4ポイント高く、20代から74歳までは「3. 常に行き来できれば別居」が半数前後を占めているが、75歳以上になると「1. できる限り同居」が66.7%を占めている。

在宅介護経験の有無における同居観については、介護経験の有無にかかわらず、「3. 常に行き来できれば別居」が1位で半数を超えている。「1. できる限り同居」と「2. 親の健康悪化で同居」に関しては、介護経験者は「1. できる限り同居」が未経験者よりも5.6ポイント増だが、「2. 親の健康悪化で同居」に関しては介護未経験者の方が4.5ポイント高くなっ

ている。

主な資格における同居観は、「3. 常に行き来できれば別居」が1位で5割を超えており、うち社会福祉士は66.7%、看護師は64%、介護支援専門員は65.7%と6割を超えている。2位は、「2. 親の健康悪化で同居」であるが、社会福祉士の資格を有する者は、「1. できる限り同居」との差が他の資格者より10.3ポイント高くなっている。

表20 親と子の同居に対する意向

項目		1.できる限り同居	2.親の健康悪化で同居	3.常に行き来できれば別居	4.できる限り別居	5.その他	無回答	合計	
F1: 性別	男性	度数	36	28	81	4	11	0	160
		行%	22.5	17.5	50.6	2.5	6.9	0	100
	女性	度数	33	44	151	2	21	1	252
		行%	13.1	17.5	59.9	0.8	8.3	0.4	100
F2: 年齢	20代	度数	6	14	24	2	3	0	49
		行%	12.2	28.6	49	4.1	6.1	0	100
	30代	度数	20	20	59	2	9	0	110
		行%	18.2	18.2	53.6	1.8	8.2	0	100
	40代	度数	18	22	64	2	10	0	116
		行%	15.5	19	55.2	1.7	8.6	0	100
	50代	度数	13	10	61	0	8	0	92
		行%	14.1	10.9	66.3	0	8.7	0	100
	60～64歳	度数	4	3	8	0	1	1	17
		行%	23.5	17.6	47.1	0	5.9	5.9	100
	65～74歳	度数	4	2	15	0	1	0	22
		行%	18.2	9.1	68.2	0	4.5	0	100
	75歳以上	度数	4	1	1	0	0	0	6
		行%	66.7	16.7	16.7	0	0	0	100
F8: 在宅 介護 経験	経験がある	度数	31	23	72	2	14	0	142
		行%	21.8	16.2	50.7	1.4	9.9	0	100
	経験がない	度数	37	49	158	4	18	0	266
		行%	13.9	18.4	59.4	1.5	6.8	0	100
無回答	度数	1	0	2	0	0	1	4	
	行%	25	0	50	0	0	25	100	
F5: 資格	①社会福祉士	度数	2	6	26	1	4	0	39
		行%	5.1	15.4	66.7	2.6	10.3	0	100
	②介護福祉士	度数	39	42	142	2	20	0	245
		行%	15.9	17.1	58	0.8	8.2	0	100
	⑤看護師	度数	3	4	16	0	2	0	25
		行%	12	16	64	0	8	0	100
	⑥准看護師	度数	2	4	13	0	2	1	22
		行%	9.1	18.2	59.1	0	9.1	4.5	100
	⑦介護支援専門員	度数	9	11	67	1	14	0	102
		行%	8.8	10.8	65.7	1	13.7	0	100
⑧社会福祉主事	度数	16	17	47	1	10	0	91	
	行%	17.6	18.7	51.6	1.1	11	0	100	

② 現在・将来における親との同居と別居の状況

親との同居と別居の状況については、「4. 現在も将来も別居」の状況との回答が、男性は38.1%、女性は31.0%で、現在と将来においても別居が若干ではあるが多かった。「1.

現在も将来も同居」と「3. 現在別居, 将来同居」を合計すると, 男性は 38.8%, 女性は 34.1% で, 「4. 現在も将来も別居」を若干ではあるが, 男性は 0.7 ポイント, 女性は 3.1 ポイント上回る (図 7)。

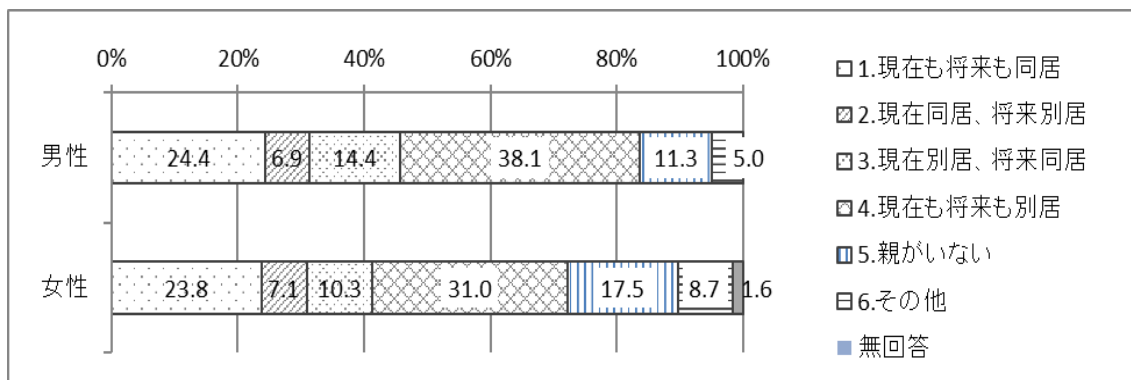


図 7 現在・将来における親との同居と別居の状況

③ 同居に対する理由

現在親と同居している者や, 将来親と同居する予定である者に親と同居する理由を多重回答で聞いた (図 8). 全体的な意向として, 「②親子の同居は自然」と考える人の割合が 1 位で, 2 位に「①同居は子の努め」, 3 位に「⑥親が協力可能」となっている. また, 「⑧その他」には, 「今まで育ててもらったから, 今後は親の希望を尊重し考える」, 「老々介護が大変になることが分かっているから」, 「義務と思う」, 「長男の役割」等の意見があった.

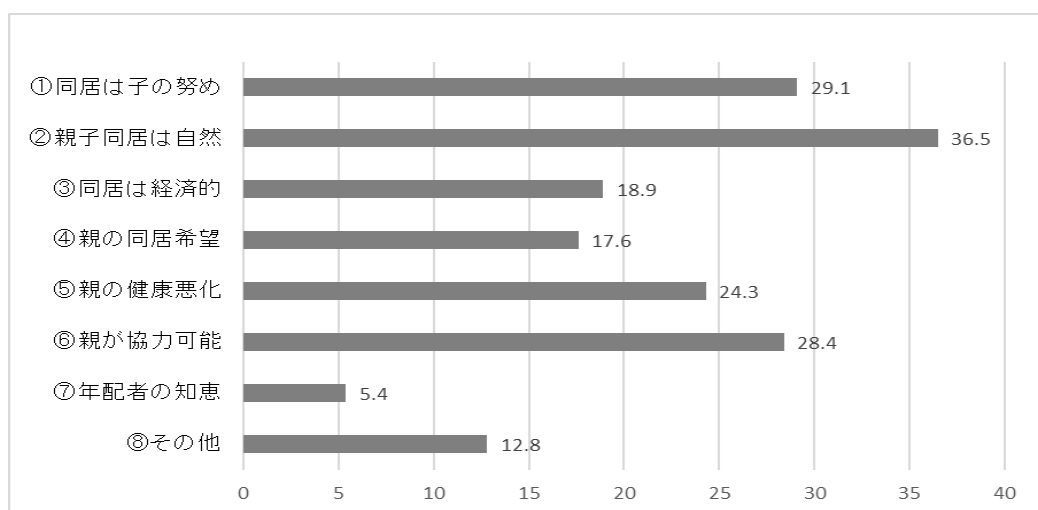


図 8 同居に対する理由

③-1 性別にみる同居に対する理由

意向を詳細に性別で見ると、表 21 のようになる。

性別による同居に対する理由の 1 位は、「②親子の同居は自然」とする意向で男性 (35.5%)、女性 (37.2%) とともに同じであったが、2 位・3 位・4 位では男女差がある。男性の場合の順位は「⑥親が協力可能 (30.6%)」、「①同居は子の努め (27.4%)」「③同居は経済的 (27.4%)」で、女性の場合は「②同居は子の努め (30.2%)」「⑥親が協力可能 (26.7%)」「⑤親の健康悪化 (25.6%)」となっている。

表 21 性別にみる同居に対する理由

項目		①同居は子の努め	②親子同居は自然	③同居は経済的	④親の同居希望	⑤親の健康悪化	⑥親が協力可能	⑦年配者の知恵	⑧その他	合計	
F1: 性別	男性	度数	17	22	17	13	14	19	2	7	62
		行%	27.4	35.5	27.4	21	22.6	30.6	3.2	11.3	100
	女性	度数	26	32	11	13	22	23	6	12	86
		行%	30.2	37.2	12.8	15.1	25.6	26.7	7	14	100

③-2 年齢別にみる同居に対する理由

年齢別による同居に対する理由の 1 位は、20 代 (50%) では「⑥親が協力可能」で、30 代は「②親子の同居は自然」と「⑥親が協力可能」が 32.7% の同率で、40 代 (33.3%)・50 代 (48.1%) は「②親子の同居は自然」を選択している。2 位は、20 代 (41.7%) では「②親子の同居は自然」で、40 代 (25.5%)・50 代 (37%) は「①同居は子の努め」となっている。3 位は、20 代 (33.3%) では「③同居は経済的」で、30 代 (30.8%) は「①同居は子の努め」で、40 代 (23.5%) は「⑥親が協力可能」で、50 代は「④親の同居希望」と「⑤親の健康悪化」が 25.9% の同率であった (表 22)。

年齢別の傾向では、20 代は経済的な理由により同居を選択する傾向が高かった。一方、40 代と 50 代では、同居は自然な流れであり子の努めと考えていることや、親の希望と健康状態により、同居を選択する傾向が高いことがいえる。

表 22 年齢別にみる同居に対する理由

項目		①同居は子の努め	②親子同居は自然	③同居は経済的	④親の同居希望	⑤親の健康悪化	⑥親が協力可能	⑦年配者の知恵	⑧その他	合計	
F2: 年齢	20代	度数	1	5	4	2	1	6	2	0	12
		行%	8.3	41.7	33.3	16.7	8.3	50	16.7	0	100
	30代	度数	16	17	13	6	14	17	2	5	52
		行%	30.8	32.7	25	11.5	26.9	32.7	3.8	9.6	100
	40代	度数	13	17	9	11	11	12	2	12	51
		行%	25.5	33.3	17.6	21.6	21.6	23.5	3.9	23.5	100
	50代	度数	10	13	2	7	7	6	1	1	27
		行%	37	48.1	7.4	25.9	25.9	22.2	3.7	3.7	100
	60～64歳	度数	2	0	0	0	2	0	0	1	4
		行%	50	0	0	0	50	0	0	25	100
	65～74歳	度数	1	1	0	0	1	0	0	0	1
		行%	100	100	0	0	100	0	0	0	100
	75歳以上	度数	0	1	0	0	0	1	1	0	1
		行%	0	100	0	0	0	100	100	0	100

③-3 在宅介護の経験別にみる同居に対する理由

在宅介護経験がある場合の1位は、「②親子の同居は自然 (37.3%)」、2位は「①同居は子の努め (33.9%)」、3位は「⑤親の健康悪化 (32.2%)」であった。一方、在宅介護の経験がない場合の1位は「①親子の同居は自然(36%)」、2位は「④親が協力可能(27%)」、3位は「①同居は子の努め (25.8%)」となっている (表 23)。

表 23 在宅介護の経験別にみる同居に対する理由

項目		①同居は子の努め	②親子同居は自然	③同居は経済的	④親の同居希望	⑤親の健康悪化	⑥親が協力可能	⑦年配者の知恵	⑧その他	合計	
F8. 在宅 家族 介護 経験	経験がある	度数	20	22	8	10	19	18	4	6	59
		行%	33.9	37.3	13.6	16.9	32.2	30.5	6.8	10.2	100
	経験がない	度数	23	32	20	16	17	24	4	13	89
		行%	25.8	36	22.5	18	19.1	27	4.5	14.6	100

③-4 主な職種別にみる同居に対する理由

職種別による同居に対する理由は、介護支援専門員は同率1位に「①同居は子の努め」と「②親子の同居は自然」、「④親の同居希望」と回答しており、施設長も同率1位に「②親子の同居は自然」と「⑤親の健康悪化」となっている。介護職員も「②親子の同居は自然」が1位であり、「⑤親の健康悪化」、「⑥親が協力可能」を2位・3位同率で挙げている。

看護職員の1位は、「①同居は子の努め」が7割弱であり、2位は「②親子の同居は自然」となっている。また、生活相談員においては「①同居は子の努め」と「④親の同居希望」、「⑧その他」が同率1位であった。（表24）。

表24 主な職種別にみる同居に対する理由

項目		①同居は子の努め	②親子同居は自然	③同居は経済的	④親の同居希望	⑤親の健康悪化	⑥親が協力可能	⑦年配者の知恵	⑧その他	合計	
F6: 現在 職種	1.施設長	度数	1	2	1	0	2	0	0	3	
		行%	33.3	66.7	33.3	0	66.7	0	0	0	100
	2.生活相談員	度数	4	3	2	4	3	3	0	4	15
		行%	26.7	20	13.3	26.7	20	20	0	26.7	100
	3.介護職員	度数	17	25	17	10	19	19	5	8	75
		行%	22.7	33.3	22.7	13.3	25.3	25.3	6.7	10.7	100
	4.看護職員	度数	8	4	0	2	1	3	1	0	12
		行%	66.7	33.3	0	16.7	8.3	25	8.3	0	100
	7.介護支援専門員	度数	3	3	1	3	1	1	0	4	8
		行%	37.5	37.5	12.5	37.5	12.5	12.5	0	50	100

④ 介護が必要となった場合に頼りたい相手

あなた自身が介護を必要になった場合に頼りたい相手については、男性と女性の合計において第1位は「配偶者」、2位は「福祉専門職」、3位「娘」等で、図9に示す結果となった。

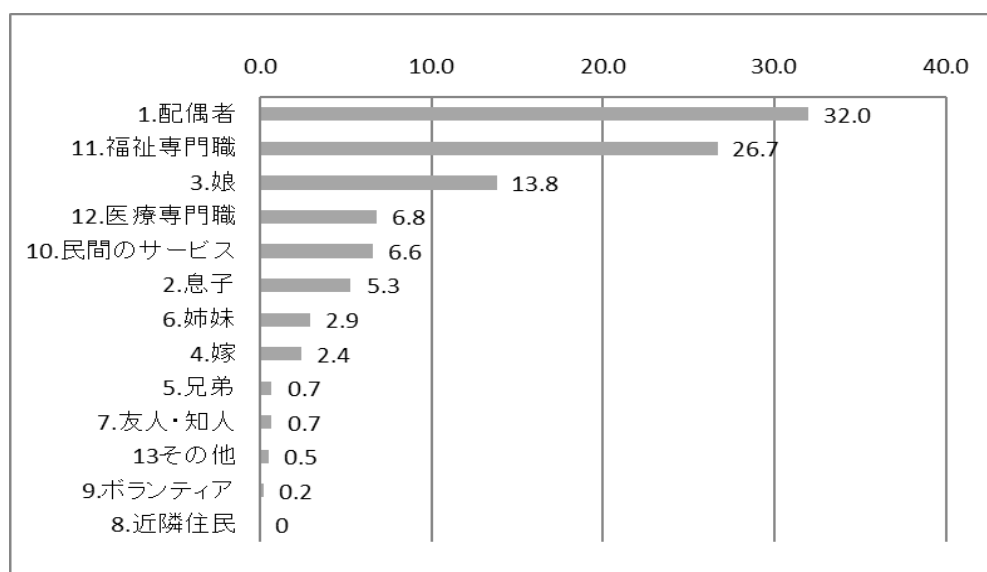


図9 介護が必要となった場合に頼りたい相手

④-1 性別にみる介護が必要となった場合に頼りたい相手

介護が必要となった場合に頼りたい相手は表 25 に示す。最も頼りたい相手として 1 位に選んだ相手は、男性は「配偶者」で 41.9% と高いが、女性の場合は「配偶者」、「福祉専門職」が同率 1 位で 25.8% であった。男性の場合は 2・3 位に「福祉専門職」、「医療専門職」となっており、女性の場合は 3 位に「娘」が来ている。男性は 1 位、1・2 位合計、1・2・3 位合計でも「娘」は 5 位であった。

表 25 性別にみる介護が必要となった場合に頼りたい相手

			単位:人					
項目		配偶者	福祉専門職	医療専門職	民間サービス	娘	息子	
F1: 性別	男性	1位	67	45	13	9	7	5
		1・2位合計	78	81	48	23	29	31
		1・2・3位合計	98	109	70	55	45	41
	女性	1位	65	65	15	18	50	17
		1・2位合計	85	130	62	40	93	42
		1・2・3位合計	108	173	110	86	108	66
	合計	1位	132	110	28	27	57	22
		1・2位合計	163	211	110	63	122	73
		1・2・3位合計	206	282	180	141	153	107

④-2 年齢別にみる介護が必要となった場合に頼りたい相手

年齢別による介護が必要となった場合に頼りたい相手は、20代(40.8%)、30代(39.1%)、40代(34.5%)、65～74歳(31.8%)では「配偶者」が1位であるが、50代(31.5%)、60～64歳(23.5%)では「福祉専門職」が1位となっている。75歳以上になると配偶者がいなくなるのであろう、「息子(33.3%)」が1位となっている(表 26)。

④-3 職種別にみる介護が必要となった場合に頼りたい相手

職種別による介護が必要となった場合に頼りたい相手は、施設長・介護職員の1・2・3位は、「配偶者(58.3%)・(33.3%)」、「福祉専門職(16.7%)・(28.4%)」、「娘(8.3%)・(12.3%)」の順で、生活相談員・看護職員の場合は、同率1位に「配偶者(27.8%)・(20.5%)」、「福祉専門職(27.8%)・(20.5%)」を挙げ、3位に相談員は「医療専門職(19.4%)」を、看護師は「娘(17.9%)」を挙げている。介護支援専門員は、1位には「娘(34.8%)」、2・3位に同率で「配偶者(21.7%)」「福祉専門職(21.7%)」となっている(表 26)。

表 26 年齢・職種・介護経験・所属機関別にみる頼りたい相手

項目		1.配偶者	2.息子	3.娘	4.嫁	5.兄弟	6.姉妹	7.友人・知人	8.近隣住民	9.ボランティア	10.民間のサービス	11.福祉専門職	12.医療専門職	13.その他	無回答	合計	
F2: 年齢	20代	度数	20	3	3	2	0	1	0	0	0	1	16	3	0	0	49
		行%	40.8	6.1	6.1	4.1	0	2	0	0	0	2	32.7	6.1	0	0	100
	30代	度数	43	5	10	2	1	2	0	0	0	9	30	8	0	0	110
		行%	39.1	4.5	9.1	1.8	0.9	1.8	0	0	0	8.2	27.3	7.3	0	0	100
	40代	度数	40	2	15	3	0	2	2	0	1	9	27	12	1	2	116
		行%	34.5	1.7	12.9	2.6	0	1.7	1.7	0	0.9	7.8	23.3	10.3	0.9	1.7	100
	50代	度数	19	6	21	1	2	6	0	0	0	4	29	3	0	1	92
		行%	20.7	6.5	22.8	1.1	2.2	6.5	0	0	0	4.3	31.5	3.3	0	1.1	100
	60～64歳	度数	3	1	1	1	0	1	0	0	0	3	4	1	0	2	17
		行%	17.6	5.9	5.9	5.9	0	5.9	0	0	0	17.6	23.5	5.9	0	11.8	100
	65～74歳	度数	7	3	6	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0	22
		行%	31.8	13.6	27.3	0	0	0	4.5	0	0	0	18.2	4.5	0	0	100
	75歳以上	度数	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	6
		行%	0	33.3	16.7	16.7	0	0	0	0	0	16.7	0	0	16.7	0	100
F6: 現在職種	1.施設長	度数	7	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	12
		行%	58.3	8.3	8.3	0	0	0	0	0	0	8.3	16.7	0	0	0	100
	2.生活相談員	度数	10	3	3	1	0	1	0	0	0	1	10	7	0	0	36
		行%	27.8	8.3	8.3	2.8	0	2.8	0	0	0	2.8	27.8	19.4	0	0	100
	3.介護職員	度数	68	8	25	8	0	4	1	0	0	13	58	14	1	4	204
		行%	33.3	3.9	12.3	3.9	0	2	0.5	0	0	6.4	28.4	6.9	0.5	2	100
	4.看護職員	度数	8	5	7	0	0	4	0	0	0	4	8	1	1	1	39
		行%	20.5	12.8	17.9	0	0	10.3	0	0	0	10.3	20.5	2.6	2.6	2.6	100
7.介護支援専門員	度数	5	2	8	0	0	1	1	0	0	0	5	1	0	0	23	
	行%	21.7	8.7	34.8	0	0	4.3	4.3	0	0	0	21.7	4.3	0	0	100	
F8: 在宅家族介護経験	経験がある	度数	42	7	22	3	2	3	1	0	0	9	39	12	1	1	142
		行%	29.6	4.9	15.5	2.1	1.4	2.1	0.7	0	0	6.3	27.5	8.5	0.7	0.7	100
	経験がない	度数	90	15	34	7	1	9	2	0	1	16	71	16	1	3	266
		行%	33.8	5.6	12.8	2.6	0.4	3.4	0.8	0	0.4	6	26.7	6	0.4	1.1	100
無回答	度数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	4	
	行%	0	0	25	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	25	100	
F3: 所属機関	特別養護老人ホーム	度数	97	25	86	20	2	19	40	0	7	0	10	2	0	5	313
		行%	31	8	27.5	6.4	0.6	6.1	12.8	0	2.2	0	3.2	0.6	0	1.6	100
	グループホーム	度数	1	0	5	2	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	12
		行%	8.3	0	41.7	16.7	0	0	8.3	0	8.3	16.7	0	0	0	0	100
	デイサービス	度数	10	2	8	3	0	2	5	0	2	0	0	0	0	0	32
		行%	31.3	6.3	25	9.4	0	6.3	15.6	0	6.3	0	0	0	0	0	100
その他	度数	24	0	11	3	0	1	11	0	0	1	2	1	1	0	55	
	行%	43.6	0	20	5.5	0	1.8	20	0	0	1.8	3.6	1.8	1.8	0	100	

④-4 在宅介護経験の有無別にみる介護が必要となった場合に頼りたい相手

在宅介護に関しては、介護経験の有無にかかわらず、1・2・3位は「配偶者（29.6%）・（33.8%）」、「福祉専門職（27.5%）・（26.7%）」、「娘（15.5%）・（12.8%）」となっている（表 26）。

④-5 所属機関別にみる介護が必要となった場合に頼りたい相手

特別養護老人ホームとデイサービス、その他では、1・2位は「配偶者」、「娘」となっているが、グループホームでは「娘」、「民間のサービス」となっている。

「その他」で回答した者の所属機関には、「居宅介護支援事業所」、「養護老人ホーム」、「認知症対応型デイサービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「有料老人ホーム」、「地域包括支援センター」、「ヘルパーステーション」等である（表 26）。

⑤ 介護を受けたい場所

あなた自身が介護を必要になった場合、介護を受けたい場所についての性別にみる意向を、図 10 に示す。「1. 自宅で家族から介護を受けたい」と希望する男性は、女性の 2 倍近い。また、「1. 自宅で家族から介護を受けたい」、「2. 自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」、「3. 自宅で介護サービスのみ」の 1・2・3 の項目による合計では、男性は 66.9%、女性は 63.8% となり、男性も女性もそれぞれの介護スタイルは異なるが、可能な限り在宅での介護を希望していることが分かる。

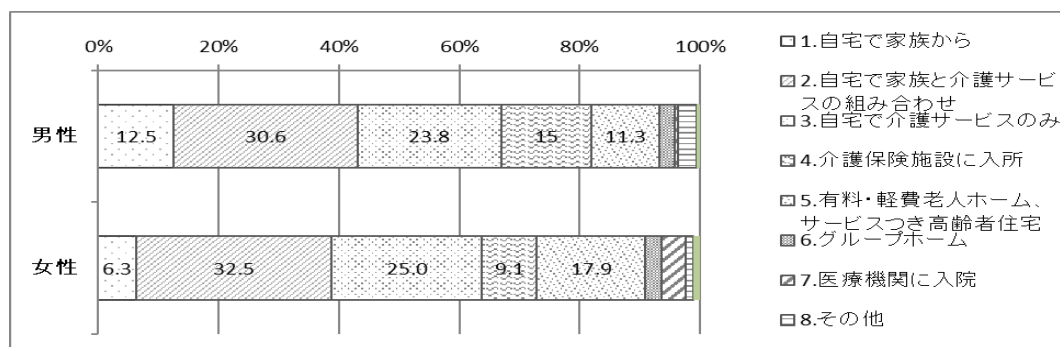


図 10 介護を受けたい場所

⑤-1 年齢別にみる介護を受けたい場所

20・30代と50代、75歳以上では「自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」が1位で、

40代では「自宅で介護サービスのみ」が1位であるが、1.7ポイント差で「自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」が2位になっている(図11)。60～64歳では圧倒的に「自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」が1位であるが、75歳以上では「自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」と「介護保険施設に入所」が同率1位で、65～74歳では「自宅で介護サービスのみ」と「介護保険施設に入所」が同率1位になっており、高齢者になると「介護保険施設に入所」を希望する人が多くなっているのが分かる。

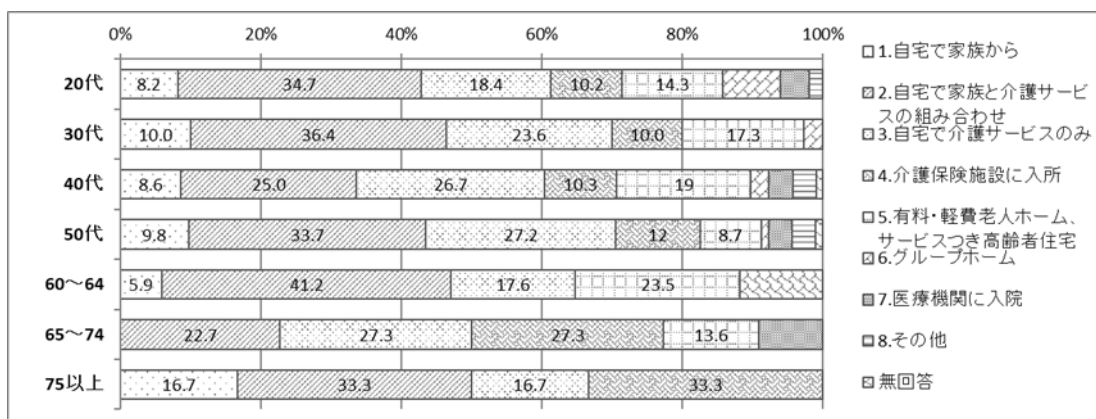


図11 年齢別にみる介護を受けたい場所

⑤-2 在宅介護経験の有無別にみる介護を受けたい場所

在宅介護経験の有無にかかわらず、介護を受けたい場所の順位は「自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」、「自宅で介護サービスのみ」、「有料・軽費・サービス付高齢者住宅への住み替え」「介護保険施設に入所」となっており、差異はない(表27)。

表27 在宅介護経験の有無別にみる介護を受けたい場所

項目		1.自宅で家族から	2.自宅で家族と介護サービス	3.自宅で介護サービスのみ	4.介護保険施設に入所	5.有料・軽費老人ホーム、サ高住	6.グループホーム	7.医療機関に入院	8.その他	無回答	合計	
F8: 在宅 家族 介護 経験	1.経験がある	度数	12	47	32	19	19	3	6	3	1	142
		行%	8.5	33.1	22.5	13.4	13.4	2.1	4.2	2.1	0.7	100
	2.経験がない	度数	24	83	68	28	43	8	5	5	2	266
		行%	9	31.2	25.6	10.5	16.2	3	1.9	1.9	0.8	100
無回答	度数	0	1	1	0	1	0	0	0	1	4	
	行%	0	25	25	0	25	0	0	0	25	100	

被介護者の立場に立って家族介護・公的介護に対する選好度を見ると、公的介護に対する選好度が家族介護意識によって規定されることが示されている。男性は家族介護に対する選好度が高く、反対に女性は公的介護に対する選好度が高かった（渡辺・唐沢 2011）。筆者の調査では、「自宅で家族から介護を受けたい」は男性が女性の2倍近く高いが、「自宅で家族と介護サービスの組み合わせ」と「自宅で介護サービスのみ」の合計では、3.1ポイントとわずかに女性の方が高く、有料・軽費・サ高住への住み替えでは女性の方が6.6ポイント高くなっている。後述するように、介護するのは当然だとする意識性は、男性に比べ女性の方がはるかに高かった。つまり、女性は家族が介護を必要としたときは、「家族介護支援」を行う意識性が高いが、自分が介護を必要とするときは、より積極的に「専門家」に頼る傾向がある（大和 2008）。

（3） 家族介護を促進する上で重要と思われること

家族介護を促進する上で重要だと思われる内容に関して、1～28 の項目について「とてもそう思う」、「そう思う」、「どちらでもない」、「そう思わない」、「全くそう思わない」の5件法で聞いた。結果は表 28 のようになる。

表 28 家族介護を促進する上で重要と思われること

項目	度数(%)					
	とても そう思う	そう思う	どちら でもない	そう 思わない	全くそう 思わない	無回答
1 本人(要介護者)と家族介護者を尊重することが大切である	216 (52.4%)	176 (42.7%)	15 (3.6%)	1 (0.2%)	0 (0%)	4 (1%)
2 家族の助け合いが大切である	193 (46.8%)	186 (45.1%)	24 (5.8%)	4 (1%)	2 (0.5%)	3 (0.7%)
3 自分(家族介護者)がやらなければという強い気持ち	29 (7%)	108 (26.2%)	154 (37.4%)	93 (22.6%)	21 (5.1%)	7 (1.7%)
4 自分(家族介護者)が健康であること	237 (57.5%)	151 (36.7%)	16 (3.9%)	2 (0.5%)	1 (0.2%)	5 (1.2%)
5 要介護者への恩返しの気持ち	60 (14.6%)	158 (38.3%)	139 (33.7%)	35 (8.5%)	14 (3.4%)	6 (1.5%)
6 介護をするのは当然だという気持ち	28 (6.8%)	118 (28.6%)	144 (35%)	82 (19.9%)	37 (9%)	3 (0.7%)
7 家族介護をされていて生き甲斐が感じられる	24 (5.8%)	98 (23.8%)	181 (43.9%)	81 (19.7%)	24 (5.8%)	4 (1%)
8 自己成長につながるという思い	30 (7.3%)	130 (31.6%)	165 (40%)	67 (16.3%)	12 (2.9%)	8 (1.9%)
9 要介護者といると楽しいと感じることができる	42 (10.2%)	151 (36.7%)	153 (37.1%)	50 (12.1%)	12 (2.9%)	4 (1%)
10 要介護者が世話に感謝し、喜んでいると感じることができる	56 (13.6%)	177 (43%)	129 (31.3%)	37 (9%)	9 (2.2%)	4 (1%)
11 介護をすることによって満足が得られる	32 (7.8%)	119 (28.9%)	172 (41.7%)	69 (16.7%)	16 (3.9%)	4 (1%)
12 介護を必要としない時期、介護者と要介護者は良好な関係であった	106 (25.7%)	194 (47.1%)	90 (21.8%)	15 (3.6%)	2 (0.5%)	5 (1.2%)
13 要介護者を尊重する気持ちが持てる	77 (18.7%)	224 (54.4%)	98 (23.8%)	8 (1.9%)	1 (0.2%)	4 (1%)
14 要介護者の心身の状態や変化に合わせて対応できる	85 (20.6%)	227 (55.1%)	85 (20.6%)	10 (2.4%)	1 (0.2%)	4 (1%)
15 要介護者に対する介護の方法が分かっている	87 (21.1%)	219 (53.2%)	88 (21.4%)	7 (1.7%)	3 (0.7%)	8 (1.9%)
16 役所や医師・看護師等の専門家に相談できる	132 (32%)	220 (53.4%)	45 (10.9%)	7 (1.7%)	1 (0.2%)	7 (1.7%)
17 家族介護者が、在宅で看取るという死生観をもっている	52 (12.6%)	108 (26.2%)	175 (42.5%)	57 (13.8%)	15 (3.6%)	5 (1.2%)
18 要介護者の行動や言動に慌てずに対処できる	61 (14.8%)	206 (50%)	115 (27.9%)	19 (4.6%)	5 (1.2%)	6 (1.5%)
19 自分の体力を保つために睡眠・食事などに気を配ることができる	106 (25.7%)	212 (51.5%)	65 (15.8%)	21 (5.1%)	4 (1%)	4 (1%)
20 出来る範囲で無理をしないで介護することができる	150 (36.4%)	166 (40.3%)	71 (17.2%)	19 (4.6%)	2 (0.5%)	4 (1%)
21 経済的に余裕がある	86 (20.9%)	138 (33.5%)	99 (24%)	54 (13.1%)	30 (7.3%)	5 (1.2%)
22 介護をしながらでも自分の生活リズムを工夫することができる	90 (21.8%)	162 (39.3%)	99 (24%)	47 (11.4%)	10 (2.4%)	4 (1%)
23 ストレスを感じた時、解消する方法をもっている	130 (31.6%)	150 (36.4%)	79 (19.2%)	35 (8.5%)	13 (3.2%)	5 (1.2%)
24 家族や親戚、近所の方が介護を手伝ってくれる	74 (18%)	135 (32.8%)	135 (32.8%)	46 (11.2%)	17 (4.1%)	5 (1.2%)
25 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる	135 (32.8%)	159 (38.6%)	78 (18.9%)	29 (7%)	7 (1.7%)	4 (1%)
26 辛いことを溜めこまないで、泣いたり怒ったりできる	101 (24.5%)	156 (37.9%)	106 (25.7%)	31 (7.5%)	14 (3.4%)	4 (1%)
27 介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる	120 (29.1%)	189 (45.9%)	74 (18%)	18 (4.4%)	7 (1.7%)	4 (1%)
28 介護をしている人同士で励まし合うことができる	101 (24.5%)	176 (42.7%)	101 (24.5%)	22 (5.3%)	8 (1.9%)	4 (1%)

① 専門職員の考える肯定的・否定的項目

1～28の項目の中で、全体的な専門職員の考える肯定的考え（「とてもそう思う」と「そう思う」の和）のうち、7割以上の項目は次のようになる（表29）。

表29 専門職員の考える肯定的項目

1. 本人(要介護者)と家族介護者を尊重することが大切である	95.1%
4. 自分(家族介護者)が健康であること	94.2%
2. 家族の助け合いが大切である	91.9%
16. 役所や医師・看護師等の専門家に相談できる	85.4%
19. 自分の体力を保つために睡眠・食事などに気を配ることができる	77.2%
20. 出来る範囲で無理をしないで介護することができる	76.7%
14. 要介護者の心身の状態や変化に合わせて対応できる	75.7%
27. 介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる	75.0%
15. 要介護者に対する介護の方法が分かっている	74.3%
13. 要介護者を尊重する気持ちが持てる	73.1%
12. 介護を必要としない時期、介護者と要介護者は良好な関係であった	72.8%
25. 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる	71.4%

1～28の項目の中で、全体的な専門職員の考える否定的考え（「そう思わない」と「全くそう思わない」の和）のうち、2割以上の項目は次のようになる（表30）。

表30 専門職員の考える否定的項目

6. 介護をするのは当然だという気持ち	28.9%
3. 自分(家族介護者)がやらなければという強い気持ち	27.7%
7. 家族介護をされていて生き甲斐が感じられる	25.5%
21. 経済的に余裕がある	20.4%

①-1 職種・家族介護の有無別で考える肯定的・否定的な考え

表 29・表 30 を職種・家族介護の有無別で肯定的・否定的考えの割合を比較してみた（表 31）。

肯定的考えとして職種別で大きな差異が出ているのは、「14. 要介護者の心身の状態や変化に合わせて対応できる」、「20. 出来る範囲で無理をしないで介護することができる」、「21. 経済的に余裕がある」、「25. 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる」、「27. 介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる」に対する介護支援専門員と他職種間である。また、「3. 自分（家族介護者）がやらなければという強い気持ち」と「6. 介護をするのは当然だという気持ち」に対する看護師と他職種間もである。家族介護の経験の有無では、「6. 介護をするのは当然だという気持ち」、「7. 家族介護をしていて生き甲斐が感じられる」において、介護経験者の方が肯定感が高かった。

否定的考えとして職種別で大きな差異が出ているのは、「3. 自分（家族介護者）がやらなければという強い気持ち」、「6. 介護をするのは当然だという気持ち」、「7. 家族介護をしていて生き甲斐が感じられる」に対する相談員と他職種間である。相談員はこれらのことを、他の専門職に比べ、それほど重視していないことが分かる。

特徴的な意向は、介護支援専門員が他職種に比べ、「21. 経済的に余裕がある」ことを非常に重視しているという事である。相談員に比べ 2.6 倍も高く、介護職員に比べ 2.8 倍、看護師に比べ 2.4 倍も重視している。家族介護の経験の有無では、「6. 介護をするのは当然だという気持ち」と「21. 経済的に余裕がある」において、家族介護の経験者の方が 6 ポイント、4.2 ポイント高くなっている。

表 31 職種・家族介護の有無別で考える肯定的・否定的な考え

単位: %

項目	肯定的な考え						否定的な考え					
	ケアマネ	相談員	介護職員	看護師	経験有	経験なし	ケアマネ	相談員	介護職員	看護師	経験有	経験なし
1. 本人(要介護者)と家族介護者を尊重することが大切である	100	91.6	94.6	89.7	92.9	97.1	4.4	5.1	0	0	0.7	1.2
4. 自分(家族介護者)が健康であること	100	94.4	92.2	97.4	89.4	93.6	0	0	1.5	0	0	1.2
2. 家族の助け合いが大切である	91.3	83.3	93.1	92.3	93.7	91.8	8.6	2.8	1.5	0	2.1	1.2
16. 役所や医師・看護師等の専門家に相談できる	95.6	80.5	82.9	82	89.6	83.5	0	0	3.4	0	2.1	1.9
19. 自分の体力を保つために睡眠・食事などに気を配ることができる	76.9	72.2	75.0	74.4	77.4	77.8	4.3	8.4	5.9	7.7	4.9	6.4
20. 出来る範囲で無理をしないで介護することができる	87.0	77.2	77.5	64.7	78.5	76.7	4.3	8.4	5.4	10.3	4.2	5.7
14. 要介護者の心身の状態や変化に合わせて対応できる	91.3	72.3	75.0	79.5	78.8	76.7	4.3	2.5	2.5	2.6	3.5	2.3
27. 介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる	87.0	77.7	73.5	69.2	74.6	75.6	0	8.4	7.4	5.2	5.6	6.4
15. 要介護者に対する介護の方法が分かっている	87.0	72.3	73.0	71.8	75.3	73.6	0	5.6	2.0	5.1	1.4	3.0
13. 要介護者を尊重する気持ちが持てる	78.2	69.5	70.1	71.7	72.5	73.3	0	0	3.0	2.6	1.4	2.7
12. 介護を必要としない時期、介護者と要介護者は良好な関係であった	73.9	61.1	75	76.9	73.3	72.9	4.3	5.6	2.9	5.1	4.9	3.8
25. 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる	86.9	80.6	67.1	61.5	74	70.7	0	5.6	10.8	7.7	7.0	9.40
6. 介護をするのは当然だという気持ち	30.4	8.4	36.3	51.2	45.1	35.7	39.1	47.2	24.6	23.0	15.5	21.5
3. 自分(家族介護者)がやらなければという強い気持ち	21.7	19.5	33.8	47.8	35.9	32.4	30.4	41.7	29.4	17.9	27.4	27.8
7. 家族介護をしていて生き甲斐が感じられる	30.4	25.0	28.4	41.0	35.2	27.1	26	38.9	23.6	28.2	25.3	25.6
21. 経済的に余裕がある	79.6	69.5	47.6	53.9	52.8	55.6	8.6	22.2	24.0	20.5	17.6	21.8

①-2 「介護をするのは当然だ」という気持ちに対する考え方の差異

家族介護システムの持続可能性を探るため、特に「介護をするのは当然だ」という気持ちに対する考え方の差異を性別・年齢、職種、経験年数、在宅介護経験有無、所属機関、雇用形態、資格（複数回答）別で比較した（表 32）。

肯定的考えは、男性より女性の方が 12.8 ポイントも高い。年齢別では、20・30 代は否定的考えだが、年齢が高くなるにつれて肯定的考えが高くなっている。特に 60 代以降では、40 ポイント以上も差異がある。職種では事務職員・看護師・介護職員の順で、肯定的考えが高くなっている。経験年数に関しても、5 年未満では否定的考えを持ちやすいが、経験年数が上がるにつれ肯定的感情を持ちやすくなっている。所属機関ではグループホームで肯定的考えが低い、他の所属機関では高い。雇用形態では、全ての雇用で肯定的考えが

高くなっている。資格別では、社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・社会福祉主事の順で否定的考えが高かった。保健師は1人であったので、外れ値として考慮しなかった。

表 32 「介護をするのは当然だ」という気持ちに対する肯定的・否定的考え方の差異

項目	男性	女性								
1. 肯定的考え	33.1	36.9								
2. 否定的考え	34.4	25.4								
差異(1-2)	-1.3	11.5								
項目	20代	30代	40代	50代	60~64歳	65~74歳	75歳以上			
1. 肯定的考え	26.5	27.3	34.4	40.2	53	59.1	66.6			
2. 否定的考え	34.7	30	31.9	27.2	11.8	18.2	16.7			
差異(1-2)	-8.2	-2.7	2.5	13	41.2	40.9	49.9			
項目	施設長	生活相談員	介護職員	看護職員	機能訓練指導員	栄養士	介護支援専門員	計画作成担当者	事務職員	その他
1. 肯定的考え	33.3	8.4	36.3	51.2	25	30.8	30.4	20	44.5	44.9
2. 否定的考え	50	47.2	24.6	23	25	30.8	39.1	80	0	34.6
差異(1-2)	-26.7	-38.8	11.7	28.2	0	0	-8.7	-60	44.5	10.3
項目	3年未満	3~5年未満	5~10年未満	10~15年未満	15~20年未満	20~25年未満	25~30年未満	30年以上		
1. 肯定的考え	31.4	26.4	40.7	27.6	42	55	35.7	45.5		
2. 否定的考え	31.5	37.7	26.6	27.6	26	25	28.5	27.3		
差異(1-2)	-0.1	-1.3	14.1	0	16	30	7.2	18.2		
項目	在宅介護経験有	在宅介護経験無	特別養護老人ホーム	グループホーム	デイサービス	その他				
1. 肯定的考え	39.5	33.5	35.4	16.7	37.6	38.2				
2. 否定的考え	25.4	30.8	27.2	41.7	21.9	40				
差異(1-2)	14.1	2.7	8.2	-25	15.7	-1.8				
項目	正規職員	非正規職員(常勤)	非正規(パート)	その他						
1. 肯定的考え	33.2	37.6	57.6	100						
2. 否定的考え	30.7	31.3	9.1	0						
差異(1-2)	2.5	6.3	48.5	100						
項目	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	保健師	看護師	准看護師	介護支援専門員	社会福祉主事	その他	
1. 肯定的考え	20.5	31	25	0	44	59.1	25.4	28.6	33.3	
2. 否定的考え	48.7	29.8	50	100	32	22.7	40.2	38.5	30.4	
差異(1-2)	-28.2	1.2	-25	-100	12	36.4	-14.8	-9.9	2.9	

単位: %

② 家族介護の継続促進要因の因子分析結果

家族介護を促進する上で重要だと思われる内容に関する 28 項目に関して、5 件法で回答を求めた。この回答選択を「とてもそう思う」を 5 点、「そう思う」を 4 点、「どちらでもない」を 3 点、「そう思わない」を 2 点、「全くそう思わない」を 1 点と得点化し、因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行った。その結果、解釈可能性から 4 因子を抽出した。4 因子の累積寄与率は 50.6%であった。

表 33 に回転後の因子負荷量を示す。

第 1 因子と関連が深い項目は、「7-19 自分の体力を保つために睡眠・食事などに気を配ることができる」、「7-20 出来る範囲で無理をしないで介護することができる」、「7-21 経済的に余裕がある」、「7-22 介護をしながらでも自分の生活リズムを工夫することができる」、

「7-23 ストレスを感じた時、解消する方法をもっている」、「7-24 家族や親戚、近所の人が介護を手伝ってくれる」、「7-25 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる」、「7-26 辛いことを溜めこまないで、泣いたり怒ったりできる」、「7-27 介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる」、「7-28 介護をしている人同士で励まし合うことができる」の10項目から構成されていた。この因子は、介護を継続するために、家族介護者が自身の生活の質（QOL）を高める力を持っていると考えられることから、「介護継続への柔軟な対応力」と命名した。

第2因子と関連が深い項目は、「7-1 本人（要介護者）と家族介護者を尊重することが大切である」、「7-2 家族の助け合いが大切である」、「7-4 自分（家族介護者）が健康であること」、「7-12 介護を必要としない時期、介護者と要介護者は良好な関係であった」、「7-13 要介護者を尊重する気持ちが持てる」、「7-14 要介護者の心身の状態や変化に合わせて対応できる」、「7-15 要介護者に対する介護の方法が分かっている」、「7-16 役所や医師・看護師等の専門家に相談できる」、「7-17 家族介護者が、在宅で看取るという死生観をもっている」、「7-18 要介護者の行動や言動に慌てずに対処できる」の10項目から構成されていた。この因子は、要介護者も家族介護者もお互いの価値観を大切にし、要介護者への介護支援に対しても自己研鑽を積んでいると考えられることから、「介護に対する肯定的な感情・技能」と命名した。

第3因子と関連が深い項目は、「7-7 家族介護をしていて生き甲斐が感じられる」、「7-8 自己成長につながるという思い」、「7-9 要介護者といると楽しいとすることができる」、「7-10 要介護者が世話に感謝し、喜んでいると感じることができる」、「7-11 介護をすることによって満足が得られる」の5項目から構成されていた。この因子は、介護に対してポジティブに関わり、行動することで充実感が得られていると考えられることから、「介護に対する向上性」と命名した。

第4因子と関連が深い項目は、「7-3 自分（家族介護者）がやらなければという強い気持ち」、「7-5 要介護者への恩返し気持ち」、「7-6 介護をするのは当然だという気持ち」の3項目から構成されていた。この因子は、家族としての愛情と責任が強いと考えられることから、「家族介護の絆」と命名した。

このように、家族介護の継続促進要因は、「介護継続への柔軟な対応力」、「介護に対する肯定的な感情・技能」、「介護に対する向上性」、「家族介護への義務感」の4因子から構成されているものとして解釈した。

表 33 家族介護の継続促進要因の因子分析結果

項目	因子負荷量				M±SD
	因子1	因子2	因子3	因子4	
因子1 介護継続への柔軟な対応力 $\alpha = .937$					3.8±1.0
7-19 自分の体力を保つために睡眠・食事などに気を配ることができる	0.587	0.356	0.231	-0.128	4.0±.84
7-20 出来る範囲で無理をしないで介護することができる	0.676	0.345	0.162	-0.151	4.1±.87
7-21 経済的に余裕がある	0.707	0.163	0.041	-0.120	3.5±1.2
7-22 介護をしながらでも自分の生活リズムを工夫することができる	0.831	0.145	0.104	-0.106	3.7±1.0
7-23 ストレスを感じた時、解消する方法をもっている	0.835	0.131	0.080	-0.107	3.9±1.1
7-24 家族や親戚、近所の人が介護を手伝ってくれる	0.691	0.158	0.125	0.058	3.5±1.0
7-25 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる	0.825	0.164	0.029	0.041	4.0±.98
7-26 辛いことを溜めこまないで、泣いたり怒ったりできる	0.779	0.134	0.052	-0.034	3.7±1.0
7-27 介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる	0.779	0.178	0.137	-0.037	4.0±.89
7-28 介護をしている人同士で励まし合うことができる	0.682	0.190	0.288	0.024	3.8±.92
因子2 介護に対する肯定的な感情・技能 $\alpha = .808$					4.0±.83
7-12 介護を必要としない時期、介護者と要介護者は良好な関係であった	0.276	0.421	0.291	0.023	4.0±.82
7-13 要介護者を尊重する気持ちが持てる	0.244	0.489	0.351	0.092	3.9±.72
7-14 要介護者の心身の状態や変化に合わせて対応できる	0.322	0.659	0.171	-0.037	3.9±.73
7-15 要介護者に対する介護の方法が分かっている	0.309	0.522	0.187	-0.029	3.9±.75
7-16 役所や医師・看護師等の専門家に相談できる	0.430	0.520	0.078	-0.082	4.2±.70
7-17 家族介護者が、在宅で看取するという死生観をもっている	0.065	0.429	0.200	0.210	3.3±.98
7-18 要介護者の行動や言動に慌てずに対処できる	0.366	0.516	0.175	0.042	3.7±.81
7-1 本人(要介護者)と家族介護者を尊重することが大切である	0.187	0.439	0.057	0.202	4.5±.58
7-2 家族の助け合いが大切である	0.086	0.356	0.149	0.313	4.4±.68
7-4 自分(家族介護者)が健康であること	-0.029	0.315	0.032	0.156	4.5±.62
因子3 介護に対する向上性 $\alpha = .841$					3.3±.95
7-8 自己成長につながるという思い	0.006	0.180	0.533	0.348	3.3±.91
7-9 要介護者といると楽しいと感じることができる	0.256	0.271	0.629	0.099	3.4±.93
7-10 要介護者が世話に感謝し、喜んでいて感じることができる	0.186	0.238	0.678	0.127	3.6±.91
7-11 介護をすることによって満足が得られる	0.124	0.176	0.740	0.219	3.2±.94
7-7 家族介護をしていて生き甲斐が感じられる	0.110	0.090	0.565	0.500	3.0±.95
因子4 家族介護の絆 $\alpha = .760$					3.2±1.0
7-3 自分(家族介護者)がやらなければという強い気持ち	-0.254	0.136	0.128	0.613	3.1±.98
7-5 要介護者への恩返し気持ち	-0.026	0.077	0.249	0.616	3.5±.96
7-6 介護するのは当然だという気持ち	-0.177	0.088	0.124	0.749	3.0±1.1
	寄与率	23.04	10.52	9.63	7.40
	累積寄与率	23.04	33.56	43.19	50.59
因子間相関	第1因子	1	.559**	.316**	-.168**
	第2因子		1	.530**	.195**
	第3因子			1	.420**
	第4因子				1

** 相関係数は1%水準で有意、* 相関係数は5%水準で有意

ハリマックス回転を伴う主因子法(N=412)

次に、Cronbach's α 係数による信頼性（内的一貫性）において、家族介護の継続促進要因の項目全体（28 項目）が「 $\alpha = .908$ 」以上で、統計学的に指示された。また、因子分析の結果抽出された各因子は、第 1 因子は 0.937、第 2 因子は 0.808、第 3 因子は 0.841、第 4 因子は 0.760 と全ての因子において 0.7 以上を示しており、高い信頼性が確認された。

各因子に属する項目の素得点の平均値は、すべての因子において 5 点満点中 3 点以上の値を示した。中でも第 2 因子の「介護に対する肯定的な感情・技能」（ $M=4.0$, $SD=0.83$ ）が最も高い値を示した。次いで「介護継続への柔軟な対応力」（ $M=3.8$, $SD=1.01$ ）、「介護に対する向上性」（ $M=3.3$, $SD=0.95$ ）、「家族介護の絆」（ $M=3.2$, $SD=1.03$ ）の順であった。

家族介護の継続促進 4 因子間の関連について検討する（表 33）。

「介護継続への柔軟な対応力」は、「介護に対する肯定的な感情・技能」と「介護に対する向上性」、「家族介護の絆」に有意な正と負の相関がみられた（「介護に対する肯定的な感情・技能」との間の $r = .559$, $p < .01$ 、「介護に対する向上性」との間の $r = .316$, $p < .01$ 、「家族介護の絆」との間の $r = -.168$, $p < .01$ ）。つまり、「介護継続への柔軟な対応力」と正の相関にある「介護に対する肯定的な感情・技能」と「介護に対する向上性」は、家族介護の継続促進への柔軟な対応力が高まることにより、介護に対する肯定的な感情・技能や向上性も高まり、家族介護の継続促進の可能性が高まることが示された。一方、「介護継続への柔軟な対応力」と負の相関にある「家族介護の絆」は、家族介護の継続促進への柔軟な対応力が高くても、家族介護の絆が強くなるとはいえないことが示された。

「介護に対する肯定的な感情・技能」は、「介護に対する向上性」と「家族介護の絆」に有意な正の相関がみられた（「介護に対する向上性」との間の $r = .530$, $p < .01$ 、「家族介護の絆」との間の $r = -.195$, $p < .01$ ）。つまり、「介護に対する肯定的な感情・技能」への実践的な対応力が高まることにより、介護に対する向上性も高まり、家族介護の絆も増し、家族介護の継続促進の可能性が高まることが示された。

「介護に対する向上性」は、「家族介護の絆」に有意な正の相関がみられた（「家族介護の絆」との間の $r = -.420$, $p < .01$ ）。つまり、「介護に対する向上性」へのポジティブな関わりや、行動することで充実感が得られると、家族介護の絆も高まることが示された。

③ 家族介護者が介護を行うなかで持ったであろうと感じた感情

家族介護者が介護を行うなかで持ったであろうと感じた感情に関して、1~10 の項目について「よくある」「たまにある」「あまりない」「全くない」の 4 件法で聞いた。

「家族介護者自身が孤独を感じる事」、「大きな声を出してしまいそうな事」、「呼びかけや訴えを無視してしまいそうな事」、「誰かに任せたいと思う事」、「不安定な気持ちになり、物にあたってしまう事」の5項目は「たまにある」、「気が休まらないと思う事」と「介護疲れを感じる事」の2項目は「よくある」と回答している。

「手のひらで叩いてしまいそうな事」と「身体を揺さぶってしまいそうな事」に関しては、実際問題として「たまにある」のだが、「あまりない」のではないかと考えたいという考え方が拮抗している。

「要介護者に頼りにされていないと感じる事」に関しては、「あまりない」であろうと考えたいのだが、それでも「たまにある」のかもしれないという考え方が1ポイントの差である（表34）。

表 34 家族介護者が介護を行うなかで持ったであろうと感じた感情

項目	度数(%)				
	よくある	たまにある	あまりない	全くない	無回答
1 家族介護者自身が孤独を感じる事	132 (32%)	201 (48.8%)	66 (16%)	7 (1.7%)	6 (1.5%)
2 大きな声を出してしまいそうな事	157 (38.1%)	194 (47.1%)	40 (9.7%)	16 (3.9%)	5 (1.2%)
3 要介護者に頼りにされていないと感じる事	46 (11.2%)	165 (40%)	169 (41%)	26 (6.3%)	6 (1.5%)
4 呼びかけや訴えを無視してしまいそうな事	88 (21.4%)	217 (52.7%)	81 (19.7%)	19 (4.6%)	7 (1.7%)
5 気が休まらないと思う事	190 (46.1%)	155 (37.6%)	52 (12.6%)	10 (2.4%)	5 (1.2%)
6 手のひらで叩いてしまいそうな事	51 (12.4%)	148 (35.9%)	128 (31.1%)	80 (19.4%)	5 (1.2%)
7 身体を揺さぶってしまいそうな事	52 (12.6%)	140 (34%)	137 (33.3%)	77 (18.7%)	6 (1.5%)
8 誰かに任せたいと思う事	138 (33.5%)	186 (45.1%)	62 (15%)	20 (4.9%)	6 (1.5%)
9 介護疲れを感じる事	197 (47.8%)	155 (37.6%)	43 (10.4%)	12 (2.9%)	5 (1.2%)
10 不安定な気持ちになり、物にあたってしまう事	126 (30.6%)	165 (40%)	86 (20.9%)	29 (7%)	6 (1.5%)

④ 在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援

専門職の立場で、在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援として、次のことがどの程度必要であると感じますかと「とてもそう思う」「そう思う」「どちらでもない」「そう思わない」「全くそう思わない」の5件法で質問した。

「とてもそう思う」「そう思う」の肯定的考えを、全体の9割以上の人々が答えた項目が7つ「6・8・3・11・9・14・7」、8割以上が7つ「10・2・5・1・4・10・17」、7割以上が2

つ「16・13」、2割以上が1つ「12」であった(表35)。

介護支援専門員が「とてもそう思う」で1位を占めなかった項目は、「6. 緊急時の相談・支援体制の充実が必要である」、「8. 制度に関する具体的な情報提供が必要である」、「9. 介護保険サービス以外のサービス(制度外サービス)に関する情報提供の充実が必要である」、「13. 要介護者には積極的な延命治療よりも、終活を穏やかに迎える、『支える・寄り添う』医療や介護を重視すべきである」の4項目である。12番目の「現行の介護保険制度が、ある程度抑制されても仕方がない」では「どちらでもない」が41.5%で第1位であるが、「そう思わない」「全くそう思わない」の和でも33.5%となっており、抑制に対しては否定感情をもっている。

表35 在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援

項目	度数(%)					
	とても そう思う	そう思う	どちら でもない	そう 思わない	全くそう 思わない	無回答
1 要介護者の家族介護者も自分の担当する支援対象者である	137 (33.3%)	209 (50.7%)	47 (11.4%)	8 (1.9%)	4 (1%)	7 (1.7%)
2 家族介護者は、要介護者の在宅生活を継続するために重要な存在である	169 (41%)	195 (47.3%)	36 (8.7%)	3 (0.7%)	4 (1%)	5 (1.2%)
3 要介護者だけでなく、家族介護者の意見も尊重する必要がある	182 (44.2%)	202 (49%)	19 (4.6%)	2 (0.5%)	3 (0.7%)	4 (1%)
4 家族介護者への支援は、要介護者のQOLの向上に関係する	137 (33.3%)	208 (50.5%)	56 (13.6%)	3 (0.7%)	3 (0.7%)	5 (1.2%)
5 家族介護者の介護負担を評価する、介護保険制度の見直しが必要である	157 (38.1%)	192 (46.6%)	55 (13.3%)	1 (0.2%)	3 (0.7%)	4 (1%)
6 緊急時の相談・支援体制の充実が必要である	221 (53.6%)	167 (40.5%)	18 (4.4%)	1 (0.2%)	2 (0.5%)	3 (0.7%)
7 訪問介護・訪問看護などの支援体制の充実が必要である	194 (47.1%)	182 (44.2%)	29 (7%)	2 (0.5%)	0 (0%)	5 (1.2%)
8 制度に関する具体的な情報提供が必要である	199 (48.3%)	186 (45.1%)	20 (4.9%)	1 (0.2%)	0 (0%)	6 (1.5%)
9 介護保険サービス以外のサービス(制度外サービス)に関する情報提供の充実が必要である	177 (43%)	201 (48.8%)	28 (6.8%)	1 (0.2%)	0 (0%)	5 (1.2%)
10 夜間における定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの対応が必要である	137 (33.3%)	205 (49.8%)	55 (13.3%)	9 (2.2%)	2 (0.5%)	4 (1%)
11 医療・介護の相談支援の充実が必要である	181 (43.9%)	202 (49%)	23 (5.6%)	1 (0.2%)	0 (0%)	5 (1.2%)
12 現行の介護保険制度が、ある程度抑制されても仕方がない	22 (5.3%)	67 (16.3%)	171 (41.5%)	105 (25.5%)	33 (8%)	14 (3.4%)
13 要介護者には積極的な延命治療よりも、終活を穏やかに迎える、『支える・寄り添う』医療や介護を重視すべきである	135 (32.8%)	163 (39.6%)	96 (23.3%)	11 (2.7%)	2 (0.5%)	5 (1.2%)
14 家族介護者の健康管理・相談の体制の充実が必要である	151 (36.7%)	227 (55.1%)	28 (6.8%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (1.5%)
15 家族介護者が仕事に就ける体制を整えること(日中独居への対策)が必要である	180 (43.7%)	190 (46.1%)	32 (7.8%)	4 (1%)	0 (0%)	6 (1.5%)
16 在宅で介護を継続するためには何時でも、すぐに短期入所できることが重要である	110 (26.7%)	194 (47.1%)	80 (19.4%)	22 (5.3%)	1 (0.2%)	5 (1.2%)
17 ぎりぎりまで在宅で介護をしていますが、必要となったらすぐに施設入所できる体制が必要である	133 (32.3%)	206 (50%)	55 (13.3%)	10 (2.4%)	1 (0.2%)	7 (1.7%)

9割以上が肯定的考えだった内容を高い順に列挙すると、①相談・支援体制、②情報提供、③家族介護者の意見の尊重に関する内容であった（表36）。

表 36 家族介護者支援内容

6. 緊急時の相談・支援体制の充実が必要である	94.1%
8. 制度に関する具体的な情報提供が必要である	93.4%
3. 要介護者だけでなく、家族介護者の意見も尊重する必要がある	93.2%
11. 医療・介護の相談支援の充実が必要である	92.9%
9. 介護保険サービス以外のサービス(制度外サービス)に関する情報提供の充実が必要である	91.8%
14. 家族介護者の健康管理・相談の体制の充実が必要である	91.8%
7. 訪問介護・訪問看護などの支援体制の充実が必要である	91.3%

⑤ 在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援の因子分析結果

在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援に関する17項目に関して、5件法で回答を求めた。この回答選択を「とてもそう思う」を5点、「そう思う」を4点、「どちらでもない」を3点、「そう思わない」を2点、「全くそう思わない」を1点と得点化し、因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行った。因子分析において、「9-12 現行の介護保険制度が、ある程度抑制されても仕方がない」の因子負荷量が0.239と低い値であり、共通性も0.08と低く、また、因子の信頼性においても $\alpha = 0.293$ と低い結果となったため、9-12の項目を分析から除外した。その結果、解釈可能性から3因子が抽出された。3因子の累積寄与率は54.6%であった。

表37に回転後の因子負荷量を示す。

第1因子と関連が深い項目は、「9-7 訪問介護・訪問看護などの支援体制の充実が必要である」、「9-8 制度に関する具体的な情報提供が必要である」、「9-9 介護保険サービス以外のサービス（制度外サービス）に関する情報提供の充実が必要である」、「9-10 夜間における定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの対応が必要である」、「9-11 医療・介護の相談体制の充実が必要である」、「9-14 家族介護者の健康管理・相談の体制の充実が必要である」、「9-15 家族介護者が仕事に就ける体制を整えること（日中独居への対策）が必要である」の7項目から構成されていた。この因子は、家族介護者が介護と仕事を両立できること、家族介護者が不在となる可能性が高い時間帯への支援、介護継続に向けた心身の健康など

の公助に関わる整備が求められると考えられることから、「フォーマルな支援体制の充実（適切な情報提供）」と命名した。

第2因子と関連が深い項目は、「9-1 要介護者の家族介護者も自分の担当する支援対象者である」、「9-2 家族介護者は、要介護者の在宅生活を継続するために重要な存在である」、「9-3 介護者だけでなく、家族介護者の意見も尊重する必要がある」、「9-4 家族介護者への支援は、要介護者のQOLの向上に関係する」、「9-5 家族介護者の介護負担を評価する、介護保険制度の見直しが必要である」、「9-6 緊急時の相談・支援体制の充実が必要である」の6項目から構成されていた。この因子は、要介護者のみが支援の対象であると考えられるのではなく、家族介護者に対しても専門的な支援が求められると考えられることから、「家族介護者への配慮・支援体制の充実」と命名した。

第3因子と関連が深い項目は、「9-13 要介護者には積極的な延命治療よりも、終活を穏やかに迎える、『支える・寄り添う』医療や介護を重視すべきである」、「9-16 在宅で介護を継続するためには何時でも、すぐに短期入所できることが重要である」、「9-17 ぎりぎりまで在宅で介護をしていますが、必要となったらすぐに施設入所できる体制が必要である」の3項目から構成されていた。この因子は、要介護者および家族介護者の状況・状態を、現実的かつ客観的な意見と対応が求められると考えられることから、「臨機応変な対応の充実」と命名した。

このように、在宅介護に求められる家族介護支援の継続促進要因は、「フォーマルな支援体制の充実（適切な情報提供）」、「家族介護者への配慮・支援体制の充実」、「臨機応変な対応の充実」の3因子から構成されているものとして解釈した。

次に、Cronbach's α 係数による信頼性（内的一貫性）において、在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援の項目全体（16項目）が「 $\alpha = .910$ 」以上で、統計学的に指示された。また、因子分析の結果抽出された各因子は、第1因子は0.908、第2因子は0.840、第3因子は0.664と全ての因子において0.6以上を示しており、一定の信頼性がみられた。

各因子に属する項目の素得点の平均値は、すべての因子において5点満点中4点以上の値を示した。中でも第1因子の「フォーマルな支援体制の充実（適切な情報提供）」（ $M=4.3$, $SD=0.65$ ）が最も高い値を示した。次いで「家族介護者への配慮・支援体制の充実」（ $M=4.3$, $SD=0.73$ ）、「臨機応変な対応の充実」（ $M=4.0$, $SD=0.82$ ）の順であった。

在宅介護を継続するために求められる家族介護支援の継続促進3因子間の関連について

検討した結果、以下のようにまとめることができる（表 37）。

表 37 在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援の因子分析結果

項目	因子負荷量			M±SD
	因子1	因子2	因子3	
因子1 フォーマルな支援体制の充実(適切な情報提供) $\alpha = .908$				4.3±.70
9-7 訪問介護・訪問看護などの支援体制の充実が必要である	0.643	0.314	0.252	4.4±.64
9-8 制度に関する具体的な情報提供が必要である	0.785	0.260	0.150	4.4±.60
9-9 介護保険サービス以外のサービス(制度外サービス)に関する情報提供の充実が必要である	0.793	0.295	0.153	4.4±.62
9-10 夜間における定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの対応が必要である	0.619	0.172	0.298	4.1±.76
9-11 医療・介護の相談体制の充実が必要である	0.724	0.267	0.266	4.4±.60
9-14 家族介護者の健康管理・相談の体制の充実が必要である	0.574	0.264	0.430	4.3±.59
9-15 家族介護者が仕事に就ける体制を整えること(日中独居への対策)が必要である	0.576	0.144	0.448	4.3±.66
因子2 家族介護者への配慮・支援体制の充実 $\alpha = .840$				4.3±.73
9-1 要介護者の家族介護者も自分の担当する支援対象者である	0.198	0.605	0.104	4.2±.77
9-2 家族介護者は、要介護者の在宅生活を継続するために重要な存在である	0.143	0.712	0.055	4.3±.73
9-3 要介護者だけでなく、家族介護者の意見も尊重する必要がある	0.178	0.753	0.119	4.4±.66
9-4 家族介護者への支援は、要介護者のQOLの向上に関係する	0.222	0.677	0.197	4.2±.73
9-5 家族介護者の介護負担を評価する、介護保険制度の見直しが必要である	0.327	0.397	0.290	4.2±.74
9-6 緊急時の相談・支援体制の充実が必要である	0.424	0.570	0.231	4.5±.64
因子3 臨機応変な対応の充実 $\alpha = .664$				4.0±.82
9-13 要介護者には積極的な延命治療よりも、終活を穏やかに迎える、「支える・寄り添う」医療や介護を重視すべきである	0.297	0.103	0.309	4.0±.84
9-16 在宅で介護を継続するためには何時でも、すぐに短期入所できることが重要である	0.232	0.107	0.761	4.0±.83
9-17 ぎりぎりまで在宅で介護をしても、必要となったらすぐに施設入所できる体制が必要である	0.238	0.208	0.680	4.1±.75
	寄与率	24.09	18.07	12.48
	累積寄与率	24.09	42.16	54.64
因子間相関	第1因子	1	.600**	.596**
	第2因子		1	.420**
	第3因子			1

** 相関係数は1%水準で有意、* 相関係数は5%水準で有意

バリマックス回転を伴う主因子法(N=412)

「フォーマルな支援体制の充実（適切な情報提供）」は、「家族介護者への配慮・支援体

「家族介護者への配慮・支援体制の充実」と「臨機応変な対応の充実」に有意な正の相関がみられた（「家族介護者への配慮・支援体制の充実」との間の $r = .600, p < .01$, 「臨機応変な対応の充実」との間の $r = .596, p < .01$ ）。つまり、「フォーマルな支援体制の充実（適切な情報提供）」が整備されることで、家族介護者への配慮・支援体制と、臨機応変な対応が専門的に充実する可能性が高まり、家族介護支援の継続促進の可能性も高まることが示された。

「家族介護者への配慮・支援体制の充実」は、「臨機応変な対応の充実」に有意な正の相関がみられた（「臨機応変な対応の充実」との間の $r = .420, p < .01$ ）。つまり、「家族介護者への配慮・支援体制の充実」は、要介護者のみの支援に留まらず、家族介護者に対しても専門的な支援が整うことで、要介護者および家族介護者への臨機応変な対応力も高まる可能性が示された。

⑥ 自宅で最期まで介護（看取り）をするために必要な支援（多重回答）

家族介護者が自宅で最期まで介護（看取り）をするためには、どのようなことが必要だと思いますか。特に必要なものを3つまで選び○を付けてくださいと質問した。

全体の結果は、図12のとおりであるが、「生活相談員」、「介護職員」、「介護支援専門員」の3者の結果は、「24時間対応してくれるサービス体制」「介護家族への支援」「かかりつけ医による定期的な訪問医療」の順で、全体結果の2位と3位が入れ替わっている。「看護師」の場合は、「24時間対応してくれるサービス体制」「かかりつけ医による定期的な訪問診療」「訪問看護（看護師の訪問）の充実」となり、資格を反映させた結果となっている。

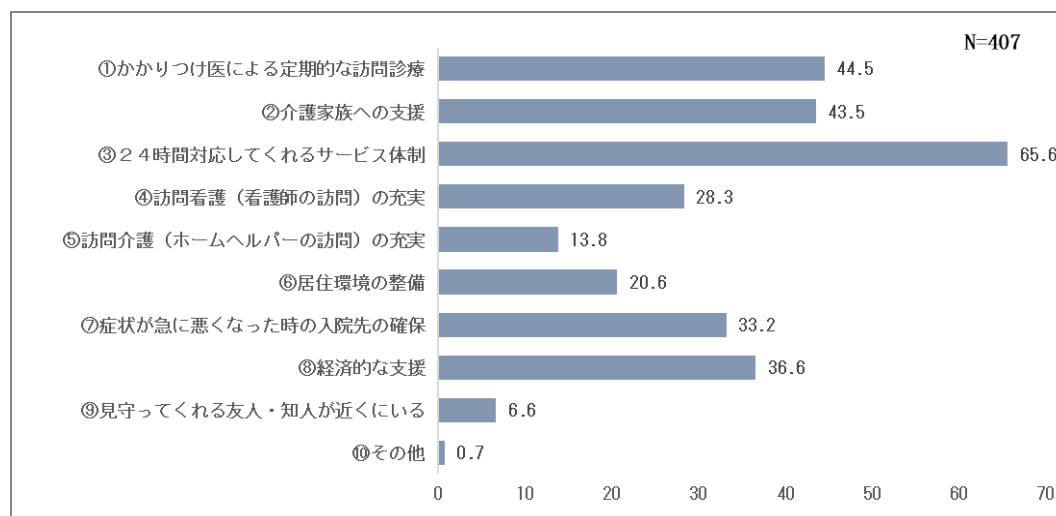


図12 自宅で最期まで介護（看取り）をするために必要な支援（多重回答）

⑦ 地域包括ケアシステム導入について

地域包括ケアシステムが導入されたことで、地域における支援（支え合い）が充実されてきていると感じますかと質問した（表 38）。全体的見方は、「とてもそう思う」が 2.9%で、「全くそう思わない」が 11.7%と、否定的意見が 4 倍も高くなっている。

⑦-1 性別にみる支え合いの充実感

性別で見ると男性の場合「とてもそう思う」が 3.8%で、「全くそう思わない」が 22.5%、女性の場合前者が 2.4%で、後者が 4.8%となっている。導入間もない地域包括ケアシステムに対する期待感は、残念ながら男性の場合は 6.0 倍、女性の場合は 2 倍の結果であり、地域包括ケアシステムへの期待は薄くなっている。

⑦-2 職種別にみる支え合いの充実感

職種別にみても、介護保険制度の中心的役割を担う介護支援専門員で「そう思わない」「全くそう思わない」の否定的期待感が 73.9%、生活相談員は 80.6%、計画作成担当者は 80.0%の高率を占めている。施設長でも 66.6%、介護職員で 60.8%、看護職員 51.3%である。

⑦-3 在宅介護経験の有無別にみる支え合いの充実感

介護経験が有る者の場合「とてもそう思う」は、介護経験の無い者に比し 1.8 倍と期待感が高いが、「とてもそう思う」と「そう思う」の和では、前者が 31.7%、後者が 33.1%と、経験の無い者の方が期待感が高くなっている。

⑦-4 所属機関別にみる支え合いの充実感

所属機関別にみる支え合いの充実感に対する否定的感覚は、デイサービスで 75.0%、特別養護老人ホームで 63.3%、グループホームで 58.4%と高率であり、余り期待されていないことが分かる。

表 38 地域包括ケアシステム導入に伴う地域支援の充実感

項目		1.とてもそう 思う	2.そう思う	3.そう思わ ない	4.全くそう 思わない	無回答	合計	
F1: 性別	男性	度数	6	44	73	36	1	160
		行%	3.8	27.5	45.6	22.5	0.6	100
	女性	度数	6	77	146	12	11	252
		行%	2.4	30.6	57.9	4.8	4.4	100
F6: 現在 職種	施設長	度数	0	4	7	1	0	12
		行%	0	33.3	58.3	8.3	0	100
	生活相談員	度数	0	7	23	6	0	36
		行%	0	19.4	63.9	16.7	0	100
	介護職員	度数	7	68	101	23	5	204
		行%	3.4	33.3	49.5	11.3	2.5	100
	看護職員	度数	0	16	18	2	3	39
		行%	0	41	46.2	5.1	7.7	100
	機能訓練指 導員	度数	2	1	7	2	0	12
		行%	16.7	8.3	58.3	16.7	0	100
	栄養士	度数	0	3	7	1	2	13
		行%	0	23.1	53.8	7.7	15.4	100
	介護支援専 門員	度数	1	3	15	2	2	23
		行%	4.3	13	65.2	8.7	8.7	100
	計画作成担 当者	度数	0	1	4	0	0	5
		行%	0	20	80	0	0	100
	事務職員	度数	1	5	9	3	0	18
		行%	5.6	27.8	50	16.7	0	100
	その他	度数	1	13	27	8	0	49
		行%	2	26.5	55.1	16.3	0	100
無回答	度数	0	0	1	0	0	1	
	行%	0	0	100	0	0	100	
F8: 在宅 家族 介護 経験	経験がある	度数	6	39	78	16	3	142
		行%	4.2	27.5	54.9	11.3	2.1	100
	経験がない	度数	6	82	139	31	8	266
		行%	2.3	30.8	52.3	11.7	3	100
無回答	度数	0	0	2	1	1	4	
	行%	0	0	50	25	25	100	
F3: 所属 機関	特別養護老 人ホーム	度数	10	94	159	39	11	313
		行%	3.2	30	50.8	12.5	3.5	100
	グループ ホーム	度数	0	5	5	2	0	12
		行%	0	41.7	41.7	16.7	0	100
	デイサービス	度数	0	8	21	3	0	32
		行%	0	25	65.6	9.4	0	100
その他	度数	2	14	34	4	1	55	
	行%	3.6	25.5	61.8	7.3	1.8	100	

⑧ 在宅介護を継続する上で感じている困難や課題

家族介護者が在宅介護を継続する上で、あなたが感じている困難点や課題をご自由に記述して下さいと尋ねた。福祉関係従事者（施設長・生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員・介護支援専門員・計画作成担当者・栄養士・事務職員など）の自由記述を整理したものが表 39 である。

表 39 家族介護者が在宅介護を継続する上で感じている困難や課題

因子	カテゴリー	サブカテゴリー	セグメント数
			福祉機関従事者
家族介護者因子	家族介護者の意向	1.義務感・責任感	8
		2.愛情	3
		3.サービス事業者へ丸投げ	3
	家族介護者の状態・状況	1.身体的要因	26
		2.精神的要因	31
		3.環境的要因	4
	家族介護支援	1.要介護者の尊重	3
		2.家族介護者のリフレッシュ支援	21
		3.周囲や地域の理解と協力	3
		4.一人での介護への支援	5
要介護者因子	要介護者の意向	1.本人の想い(迷惑をかけたくない等)	7
		2.肯定的感情	0
		3.妥協的感情	3
	要介護者の状態・状況	1.身体的要因(病気、怪我、老々介護等での弱体化)	4
		2.精神的要因(ストレス等)	2
		3.環境的要因	0
環境因子	介護と仕事の両立	1.両立困難要因(介護離職等)	17
		2.両立継続要因(緊急時対応、休みが取りにくい等)	27
	介護の知識・情報	1.情報収集力・サービスの周知・情報提供・相談	33
		2.情報解釈力と理解	6
		3.専門職の助言・地域の集会へ出向く	12
	社会資源の現状	1.制度に対する不満	19
		2.社会資源(人・施設等)の不足と活用	11
		3.社会資源の開発(特に田舎・地域において不足)	5
	支援体制の基盤整備、体系化、構築	1.家族支援(心身に渡るサポート等)	28
		2.地域支援	14
		3.専門職支援(チーム・連携など)	18
		4.緊急時の支援	6
5.夜間や24時間体制		10	
6.補助金・経済的支援		11	

9業種から出された意見をコード化し、340のセグメントに分割し、内容の類似性のあるものを束ね28のサブカテゴリーを生成した。さらに、サブカテゴリーを統合し、9つのカテゴリーで収束させた。最終的に「家族介護者因子」、「要介護者因子」、「環境因子」の3つの因子に分類した。次章の「家族介護システムの再構築」に繋げるためである。

第3節 総合考察 — 家族介護システムの持続可能性 —

福祉機関で業務に従事している者からみた在宅介護の継続促進要因から浮かびあがった感情・支援内容などをもとに、家族介護システムの持続可能性を考察すると以下のようになる。

1 家族介護者の意向

(1) 親子の同居に対する意向

男女間で差異があった。同居する理由として、男性は「同居は経済的」とする考えが女性の2.1倍もあり、「親が協力可能」とする理由が女性より4ポイント近く高くなっており、親を労力としても、金銭的にも頼りにしていることが分かる。

年代別では、20代の1位は「親が協力可能(50%)」で、3位が「同居は経済的(33.3%)」となっている。30代では第1位が同率で「親が協力可能(32.7%)」「親子同居は自然(32.7%)」となり、40代50代になると「親子同居は自然」が1位で、それぞれ33.3%、48.1%となっているように、子の年代に応じて親との同居に対する意向が異なっているのが分かる。

介護経験の有る場合の理由の3位に「親の健康の悪化」が入っている。介護経験の無い場合には2位に「親が協力可能」となっているが、他の2理由は同じである。

これらのことから、20代の子供が要介護の親と同居せざるを得なくなった時、同居生活に困難を極めるという事が予測される。適切な対策・支援が待たれることになる。

(2) 介護が必要になった場合に頼りたい相手

頼りたい相手として、男性の場合は配偶者と回答した人が41.9%で、女性の場合の25.8%の1.6倍以上である。男性の2位は福祉専門職の28.1%で、女性も同率1位で福祉専門職と回答している。男性は圧倒的に2者に偏っているが、女性の場合は、3位に19.8%で娘が入っている。

職種別に個人的意向をみると、施設長・生活相談員・介護職員・看護師が「配偶者」、福祉専門職の順で頼りたい相手として回答しているが、介護支援専門員は、1位に「娘」、2位に「配偶者」「福祉専門職」を挙げている。要介護者の多くを占める女性の頼りたい相手が「娘」であり、介護保険制度の要ともいえるべき介護支援専門員の意向も「娘」であるということは、わが国の場合は依然として「娘」に、もしくは家族に介護負担が大きくなるという要因の一つにもなっているものと思われる。

(3) 介護を受けたい場所

「自宅で家族から介護を受けたい」と希望する男性(12.5%)は、女性(6.3%)の2倍近くいるが、「自宅を中心に介護サービスなどを利用して生活したいと回答している人は、男性で66.9%、女性で63.8%と、大きな差異はない。在宅介護経験の有無に関しても、前者では64.1%、後者で65.8%と、差異はなかった。

在宅でない場所としては、「介護保険施設に入所」が男性は女性の1.6倍以上であるが、「有料・軽費老人ホーム・サービス付き高齢者住宅」では女性が男性の1.6倍近く希望している。女性が男性よりも居住地としての住宅を選んでいるのは、家族に迷惑を掛けない中で、自分の生活を送りたい・送ることができるという現れだと思われる。在宅介護経験の有無に関しては、男性同様の傾向で、「介護保険施設に入所」と回答した者が前者(13.4%)で後者(10.5%)の1.3倍、「有料・軽費老人ホーム・サービス付き高齢者住宅」では後者(16.2%)が前者(13.4%)の1.4倍になっている。在宅介護経験者の方が、家族に対する申し訳なさを感じているせいかもしれない。

(4) 介護に対する思い

「介護するのは当然だ」という気持ちは、男性より女性の方が高く、年齢が上がるにつれて高くなっている。在宅介護経験の有る方が無い方より高くなっているように、介護が身近に感じられる人の方が当然だという考えは高くなっている。

2 専門職としての意向

(1) 「介護するのは当然だ」という気持ちに対する考え方

「介護するのは当然だ」という肯定的考えは、看護職員・事務職員・介護職員で高かったが、計画作成担当者・施設長・生活相談員・介護支援専門員では否定的考えが高かった。この意味することは、現実的問題として、介護保険制度の中核的位置づけの職員に否定的考えが高いということを検討する必要があるということである。つまり、専門職者が家族介護者のことを考慮するあまり、在宅介護の継続を考慮するより、施設入所を選択するという結果に繋がりがかねないことを含んでいるといえる。

しかし、一方では、在宅介護の経験有の方が在宅介護の経験の無い方より肯定的考えと否定的考えの差において、5.2倍もの開きがあるということも考慮する必要がある。

(2) 家族介護者への支援

在宅介護を継続するために求められる家族介護者への支援として「とても思う」と「思う」の和が9割以上の内容を見ると、①相談・支援体制に関することが4項目、②情報提供に関する内容が2項目、③家族介護者の意見の尊重に関する内容が1項目であった。地域包括ケアシステムが待たれるところである。

「現行の介護保険制度が、ある程度抑制されても仕方がない」に対する回答では、「どちらでもない」が41.5%で第1位であるが、「そう思わない」「全くそう思わない」の和でも33.5%となっており、介護保険制度の未成熟な中で介護支援専門員が葛藤しながら利用者に向き合っている姿が垣間見える。

(3) 自宅で看取るための支援

家族介護者が自宅で最後まで介護（看取り）をするために必要な内容として「24時間対応してくれるサービス体制」、「かかりつけ医による定期的な訪問診療」、「介護家族への支援」を上位3位に上げているが、24時間対応サービス体制としては「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「看護小規模多機能型居宅介護」「訪問看護」等が準備されているが、これらが在宅サービスとしての機能を適切に発揮していないと感じているからこそ、必要とする支援の1位に上がってきている。

「かかりつけ医による定期的な訪問診療」に関しても、「居宅療養管理指導」が用意されており、後述する「地域包括ケアシステム」も新たに導入され、最後まで介護（看取り）をするために必要な仕組みは準備されているはずであるが、まだ不十分だとの意見である。

「介護家族への支援」で注意しなければならないのが、上記の「1 家族介護者の意向」である。確かに、家族介護者に対するレスパイトケアとしての通所介護、訪問介護、短期入所生活介護（いわゆる在宅福祉の三本柱）、小規模多機能型居宅介護等が制度として準備されているが、まだ不十分だと感じているのであろう。前述したように、20代・30代の子どもは子育てなどに関して親の協力を期待しているのであろうが、要介護状態になった親と同居せざるをえなくなった時、これらの期待が無くなるだけでなく、予期していなかった親の介護という負担を抱え、日常生活に不自由を感じることになる。

同居者がいると、格段の理由がない限り一般的に訪問介護は利用できないと言われており、現在の介護保険制度では子育て介護者が、親の介護も同時にすることに対する適切な支援がない。さらに、家族介護をするために仕事をやめて同居したものの、経済的負担に

対する支援が全くないということを含んだうえでの「介護家族への支援」を意味していると思われる。

(4) 地域包括ケアシステム導入

地域包括ケアシステムが導入されたことで、地域における支援（支え合い）が充実されてきていると感じますかと質問した結果は「とてもそう思う」に対して、男性の場合は「全くそう思わない」と回答したほうが6.0倍、女性も2.0倍高くなっている。

職種別に見ても、生活相談員の80.6%を筆頭に、看護職員の51.3%まで、全ての専門職員が期待感は薄いという考えを抱いている。介護保険制度の中核を担う介護支援専門員でも73.9%が「そう思えない」との回答である。

地域包括ケアシステムが導入されて間もないとはいえ、朝令暮改にも似たような制度改正の状況は疲労感を覚え、専門家の意識性も高まっていかないものと思われる。

(5) 家族介護者が在宅介護を継続するうえで感じている困難や課題

セグメント数の上位5位から見えてきたことは、家族介護者に対する環境因子としての適切なサービスの周知・情報提供・相談がなされ、離職することなく家族介護を継続するための緊急時への対応・気軽に休みを取れる体制を整えることである。その上で、直接的な家族介護者に対する精神的・身体的負担の軽減に直接的に寄与する介護サービスを結びつけ、家族介護者のリフレッシュを図ることが重要である。要介護者自身に関する要素はそれほど重要視していないことが見えてきた。

3 家族介護の継続促進要因と家族介護者への支援の現状と望ましい支援体系

前述してきたことを、家族介護の継続促進要因と家族介護者への支援の現状と望ましい支援体系に図式化すると図13のようになる。縦軸に家族介護に対する促進要因としての現状の関わり（低位・中位・高位）を示し、横軸に在宅介護を継続するための家族介護者への支援をマイクロ・メゾ・マクロの視点から提示する。

図13を説明すると以下のようなになる。家族介護を継続促進する要因として「①家族介護の絆」と「②介護に対する向上性」は、高位・中位にあることが求められるが、一般的には低位レベルにあることを示している（もちろん、在宅で看取りまで終えた家族は高位・中位レベルにあったということである）。「③介護に対する肯定的な感情・技能」と「④介

「介護継続への柔軟な対応力」は、家族介護の継続促進要因としては中位・高位にあることが望ましが、現実的には中位レベルにあることを示している。また、「⑤家族介護者への配慮・支援体制の充実」と「⑥臨機応変な対応の充実」、「⑦フォーマルな支援体制の充実（適切な情報共有）」に関しても、家族介護の継続促進要因としては高位にあることが望ましが、現実的には低位・中位レベルにあることを示している。つまり、①'・②'・③'・④'・⑤'・⑥'・⑦'は、本来は点線の状態にあるのが理想だが、現実には①・②・③・④・⑤・⑥・⑦の実践部分にあることを示している。

家族介護の継続促進要因としての「①家族介護の絆」、「②介護に対する向上性」、「③介護に対する肯定的な感情・技能」、「④介護継続への柔軟な対応力」は、現在の低位・中位から中位・高位への支援が求められる。また、在宅介護を継続するための家族介護者への支援としての「⑤家族介護者への配慮・支援体制の充実」、「⑥臨機応変な対応の充実」、「⑦フォーマルな支援体制の充実（適切な情報共有）」に関しても、現在の低位・中位から中位・高位の支援が求められる。すなわち、家族介護の継続促進要因を低位から中位、高位へと望ましい支援体系に構築することが求められ、専門職の切れ目のない支援における、ミクロ・メゾ・マクロレベルの重層的な支援が不可欠となる。そのためにも、介護保険制度における地域包括ケアシステムが目指している自助・互助・共助・公助を組み合わせたケア体制（継続的かつ包括的ケア）の構築が望まれるのである。

家族介護の継続促進要因

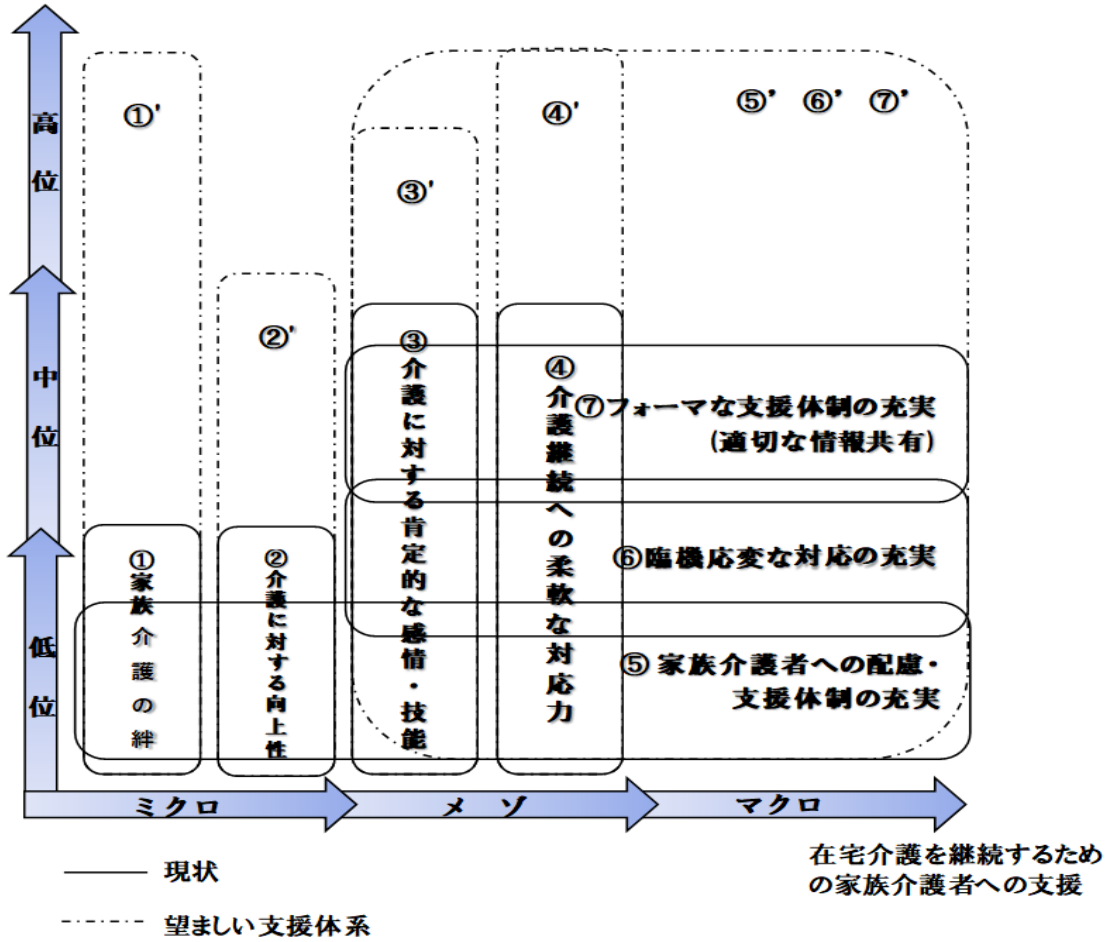


図 13 家族介護の継続促進要因と家族介護者への支援の現状と望ましい支援体系

第7章 家族介護システムの再構築

第1節 家族介護者に対する精神的・身体的負担の軽減

1 家族介護者支援の必要性

要援護高齢者と家族介護者間で生じる葛藤について深く検討しないまま、要援護高齢者への自立支援という文脈で家族介護者支援の必要性を主張すると、介護の機能が本来的には家族の役割であることを再認識させてしまうことがあるので十分な注意が必要であるとしながら、畑（2010）は、家族介護者支援について次のように述べている。

「1つには、家族介護者が自らの意思によって、介護をするのかしないのかを選択できることを保証し、また、その意志による選択を尊重することが必要であると言える。2つには、家族介護者が介護をすることを選択した際に、家族介護者自身を、ニーズを持った援助対象者であるとし、そのニーズを充足していくために支援していくことが求められる。3つには、家族介護者のニーズ充足に向けた支援が、要援護高齢者の自立支援に繋がるようにするため、家族介護者と要援護高齢者との相互作用や葛藤をも考慮に入れた支援を行っていくことが重要になってくるといえる。」特に2つ目と3つ目に関しては、小山（2012）が家族の望むサービスについて、自らの体験のなかから、次のように論じている点に注目する必要がある。

「要介護5」で医療依存度は高いが病状が安定している慢性期の祖母は、「随時」の対応が必要となる事は少なかった。「管が外れてしまった」、「熱がある」といった随時の対応は、限度額を目いっぱい使っても、家族が多大な負担を担わなければならない現状では、医療職等から教わった方法で家族が対処しているケースが多い。結果として、介護者は「腰痛があるが、病院に行きたくても行くことができない」、「自由に外出ができず、自分のための時間が限られる」という辛い体験をすることになるのである。

このことについては、量的調査から見えてきた家族介護者に対する環境因子としての適切なサービスの周知・相談、離職することなく家族介護を継続できるための緊急時への対応・気軽に休みを取れる体制を整える直接的な家族介護者に対する精神的・身体的負担の軽減に直接的に寄与する介護サービスを結びつけ、家族介護者のリフレッシュを図ることが重要であることと重なる。

2 家族介護者支援事業

倉田（2017）は、わが国における明文化された家族介護者支援は、介護保険法の地域支

援事業の中の任意事業の一つである「家族介護支援」に見ることができると論じている。その中で、地域支援事業の一面として柴崎（2016）は、「療養通所介護の特徴を生かした家族介護支援」に関して、①家族介護者の心身の健康の維持・管理、②介護技術・知識の助言、指導、③看護職員による継続的な対応の3点が有効であるとしている。このうち、①に関しては、家族介護支援事業では、要介護被保険者を現に介護する者に対する「健康相談事業」があるが、そもそも自らの健康の維持のための時間を確保することすら難しい。そのため、療養通所介護が家族介護者の健康相談を実施することは効率的であり、家族介護支援事業を補完する面もあるとしている。②に関しては、療養通所介護の対象者は在宅でも医療処置や医療機器の操作が必要な場合も多いため、それらの中には高度な技術も含まれ、その習得には時間もかかる。介護技術を指導しながら、訪問看護事業所と連携し、在宅の場で継続的に介護技術の確認と繰り返しの指導をすることが可能になるとしている。③に関しては、療養通所介護の送迎は個別送迎が多く、看護職員が同乗するので、短時間ではあっても家族と看護職員が直接コミュニケーションをとることが可能である。短時間で解決できない相談などは、事業所に持ち帰り、併設の訪問看護事業所と連携し継続的に対応することができると示している。

以上の点に関しては、医療職等から指導を受けた対処方法で、家族が実践しているケースが多いと小山（2012）がいうように、当然ながら、家族介護者が自身のケアに対する安心感という点ではメリットがある。しかし、療養通所介護の対象者が難病や末期がんなどで常に看護師による観察が必要であるため、慢性期の要介護者に対して対応が難しいという難点がある。結果的に、「自由に外出ができず自分のための時間が限られる」という辛い体験を強いられることになる。

3 家族介護者支援事業の実施状況

介護保険事業所がそれぞれの特徴を生かした家族介護支援を行うことは、家族介護支援事業を補完・補強し、家族介護支援をより充実させていくことに繋がる。しかし、家族介護支援を各事業所の努力に任せておいては漏れが出てくるとして、「家族介護者自身もアセスメントを受け、家族介護者のニーズを明らかにする機会の保障」は、介護保険事業所ではなく、保険者の責任で行うべきであるのだが、地域包括ケアシステムにおいても明確にされているとはいえない。介護保険制度における地域支援事業の一つである家族介護支援事業は任意事業であり、財源も第1号保険料が充当され、第2号保険料が除外されており、

その分公費負担も増え、活動は低調である。

三菱総合研究所（2013）の「地域支援事業の実施状況等に関する調査研究」報告書によると、家族介護支援事業の取組の中で割合が最も高いのは「介護用品支給（購入費の助成等含む）」の65%で、次いで「家族介護者教室」の44%、「家族介護者慰労金支給」の41%、「家族介護者交流会」の37%となっている（表40）。

確かに、これらは要介護度が高くても高度の介護困難者（頻回の徘徊者・昼夜を問わない発語等を発する者・日中独居の要介護4・5）でない家族介護者にとっては、大いなるメリットであろうが、小山のいう心身の状況にある者を介護する家族介護者にとって、果たして、どれほどの効果を挙げることができるのであろうか。

表40 家族介護支援事業の実施状況

事業項目	年度実施数		増減
	2010年度 実施保険者数(%)	2011年度 実施保険者数(%)	
介護用品支給(購入費の助成等含む)	1002(63.4)	1019(64.5)	↗
家族介護者教室	710(44.9)	649(43.9)	↘
家族介護者慰労金支給	643(40.7)	646(40.9)	↗
家族介護者交流会	543(34.4)	590(37.3)	↗
認知症サポーター等の養成	229(14.5)	295(18.7)	↗
徘徊高齢者検索システム等による認知症支援	243(15.4)	290(18.4)	↗
認知症に関する広報・啓発	117(7.4)	133(8.4)	↗
認知症高齢者見守り支援(訪問による話し相手や家族の外出支援等)	105(6.6)	97(6.1)	↘
介護家族等相談(電話、訪問、相談等)	82(5.2)	92(5.8)	↗
認知症高齢者支援対策(徘徊高齢者支援ネットワーク事業等)	124(7.8)	89(5.6)	↘
地域ボランティアの養成	26(1.6)	25(1.6)	—
短期宿泊(高齢者の生活支援や介護者支援)	24(1.5)	23(1.5)	—
認知症専門相談(医師等専門家による相談支援)	21(1.3)	20(1.3)	—
介護者へのヘルスチェック・健康相談	14(0.9)	18(1.1)	↗
通所サービス(介護者が会合等に参加できる要支援)	12(0.8)	16(1)	↗
ヘルパー派遣(介護者が会合等に参加できる要支援)	16(1)	12(0.8)	↘
虐待防止普及啓発	3(0.2)	4(0.3)	↗
虐待対応支援(支援会議等)	4(0.3)	4(0.3)	—
外出介護支援(交通費助成)	4(0.3)	3(0.2)	↘
介護用品貸与(寝具等)	3(0.2)	3(0.2)	—
住民等による見守り支援	6(0.4)	1(0.1)	↘
住宅改修費の助成	3(0.2)	0(0)	↘
寝具等の丸洗い等	0(0)	0(0)	—
その他	5(0.3)	14(0.9)	↗

出典：三菱総合研究所（2013）筆者一部修正

表 40 に見るように、認知症高齢者見守り支援(訪問による話し相手や家族の外出支援等)は 6%程度の保険者が実施しているが、家族介護者にとって心から待ち望んでいると思われる通所サービス(介護者が会合等に参加できる要支援)やヘルパー派遣(介護者が会合等に参加できる要支援)、外出介護支援(交通費助成)等は 1%程度の保険者しか実施していない。家族介護支援事業の実施状況からみて、家族介護支援を必要とする家族介護者のために、適切に運営がなされているのか疑問が残る。

第 2 節 家族介護システムの再構築の試み

1 家族介護者が否定的ストレスに陥らないための方策

(1) 要介護者を取り巻く家庭状況

家族は、既述したように、夫婦家族制、直系家族制、複合家族制の、配偶関係を含んで成立する家族システムがあるが、近代化に伴いわが国においては、直系家族を理想とする「家」制度が廃止され、核家族化が進んできている。このような家族体制のなか、家族員の一人が要介護状態になった時、家族そのものに様々な影響を与えることになる。

家族員一人の要介護状態とは、本論では介護保険制度下における要介護者の発生を想定している。要介護者の出現がストレスサーとなって、それ迄普通に生活していた家族構成員に対して、何らかの不自由さを与えることになる。この時のストレスを家族介護者がどのように捉え対応していくかによって、肯定的ストレスとして在宅での支援をターミナル期まで許容できるか、否定的ストレスとしてクライシスに陥るかの分岐点になる。

ここで注目すべきは分化した夫婦家族、つまり、核家族化した家族(家庭)間の繋がりである。以下、核家族化した家族を家庭¹⁵と名付け論を展開する。

①要介護者家庭

一口に要介護者のいる家庭といっても、①要介護高齢者が一人で生活している(独居)家庭、②要介護高齢者が夫婦で生活している家庭、③要介護高齢者(単身又は夫婦)と子ども(単身又は夫婦)がいる家庭、④要介護高齢者(単身又は夫婦)と子ども(単身又は夫婦)に子ども(高齢者の孫)のいる家庭、⑤要介護高齢者(単身又は夫婦)と子ども(単身又は夫婦)にケアを要する子ども(高齢者の孫)のいる家庭(ダブルケア家庭)、⑥独居高

¹⁵ 家庭を構成する主たる舞台装置は、少数の同居近親者、愛情、会話、団欒である(岩上 2007)。

齢者と介護を要する子ども（単身又は夫婦）がいる家庭，⑦高齢者夫婦と介護を要する子ども（単身又は夫婦）がいる家庭，⑧独居高齢者と介護を要する子供（単身又は夫婦）に子ども（高齢者の孫）のいる家庭，⑨高齢者（夫婦）と介護を要する子ども（単身又は夫婦）に子ども（高齢者の孫）のいる家庭等様々である。

②介護者家庭

同様に，介護者家庭には，①家族がいない家庭，②親族がいない家庭，③介護者の近居に家族（もしくは親族）が①単身でいる場合，④夫婦でいる場合，⑤夫婦と子どもがいる場合，④介護者の遠方に家族（もしくは親族）が①単身でいる場合，⑤夫婦でいる場合，⑥夫婦と子どもがいる場合，等が考えられる。

③家族介護者

要介護者家庭と介護者家庭の組み合わせで，家族介護者の立ち位置が決まる。「介護の社会化」に伴う家族介護者と単純に一言で論じているが，家族介護者という言葉のなかには表 41 に見るように，72 通りものパターンが含まれているのである。

表 41 要介護者家庭と介護者家庭の組み合わせ

要介護者家庭 介護者家庭		独居	高齢者夫婦	要介護高齢者（単身又は夫婦）と子ども（単身又は夫婦）	要介護高齢者（単身又は夫婦）と子ども（高齢者の孫）	要介護高齢者（単身又は夫婦）と子ども（単身又は夫婦）にケアを要する子ども（高齢者の孫）	独居高齢者と介護を要する子ども（単身又は夫婦）	高齢者夫婦と介護を要する子ども（単身又は夫婦）	独居高齢者と介護を要する子供（単身又は夫婦）に子ども（高齢者の孫）	高齢者（夫婦）と介護を要する子ども（単身又は夫婦）
介護者家庭以外に家族がいない		1	2	3	4	5	6	7	8	9
介護者家庭以外に親族がいない		10	11	12	13	14	15	16	17	18
近居	家族（もしくは親族）が単身	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	家族（もしくは親族）が夫婦	28	29	30	31	32	33	34	35	36
	家族（もしくは親族）が夫婦と子ども	37	38	39	40	41	42	43	44	45
遠方	家族（もしくは親族）が単身	46	47	48	49	50	51	52	53	54
	家族（もしくは親族）が夫婦	55	56	57	58	59	60	61	62	63
	家族（もしくは親族）が夫婦と子ども	64	65	66	67	68	69	70	71	72

家族介護者の位置付けが 72 パターンの中で，網掛けの部分に属する介護者家庭は，スト

レッサーが発生したそれだけで、他のパターン家庭より単純に介護ストレスは高くなっている。

(2) 介護者ストレスモデル

介護者のストレスへの対応に関するモデル図を時間的経過で概観すると、以下のようなになる。

①家族ストレスの ABCX モデル

家族介護の関係性と家族危機モデルに関しては、介護者ストレスに関する基本的モデル図として、Hi11 の提唱した ABCX モデル¹⁶(図 14) という説明枠組みが存在する (Hi11 1949)。

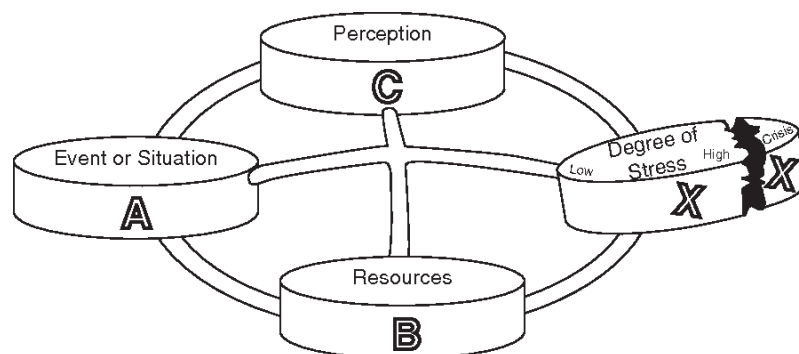


図 14 ABCX モデル

出典：Hi11, R. (1958)

この ABCX モデルは、同一のストレスラー(A 要因)を経験した家族のすべてが同様の危機状態に陥るわけではなく、家族がその問題に対処するために用いることのできる資源(B 要因)、および家族の事態にたいする認知や意味づけのあり方(C 要因)により、危機の程度(X 要因)も変わってくるという考えにもとづくものである(藤崎 1990)。

Biegel, Sales, Schulz(1991)は、これらの4つの構成要因における因子の例をそれぞれに示している。それによると、介護ストレスラー(A)には、要介護者の健康状態、認知状態、ADL 状況、病状、その他に日常の出来事が含まれる。介護者の持つリソース(B)には、介護者の社会経済的地位、健康状態、対処技術、また、家族員や友人たちとの繋がりとい

¹⁶ ABCX モデルは Hi11 によって開発された。その後、McCubbin と Patterson (1982) により修正が加えられ、ライフコースにおいてストレスラーを予測し、それに積極的に対処する家族の努力が考慮されることとなった(二重 ABCX モデル)。また、Dollahite は二重 ABCX モデルを応用し、ABCD-XYZ モデルが開発されている。

った社会的・家族的資源の利用可能性が含まれる。つまり、これらはストレッサーへの対処を促進することができる。介護状況やストレスの認知 (C) には、負担感、罪悪感、役割による過労、精神的高揚が含まれる。これらの3要因が相互作用することによって、精神的・身体的な危機 (X) が生みだされる。

これらの件に関して、浅井は次のように論じている。ABCXモデルは、家族体系におけるストレッサーの影響を、3つの要因の相互作用として捉えている。「これらの要因は、(A) ストレッサー、(B) ストレスに対処するための家族のリソース、(C) 家族におけるストレスの認知である。これら3つの要因が、(X) 家族の「危機」、もしくは成功した家族の「適応」を導き出す。」この家族ストレスモデルでは、出来事(イベント)やそれに関連する苦難(このモデルのA要因)は、家族そのものの外側に位置するとされ、イベントそれ自体の特性が含まれる。ストレッサーが家族に与える影響が最終的には、危機・適応で終わることを意味している。つまり、外的要因としての出来事(ストレッサー(A))が家族の対処能力(B)、ストレッサーに対する家族の認知(C)と相互作用することにより変化することを意味している(浅井2015)。

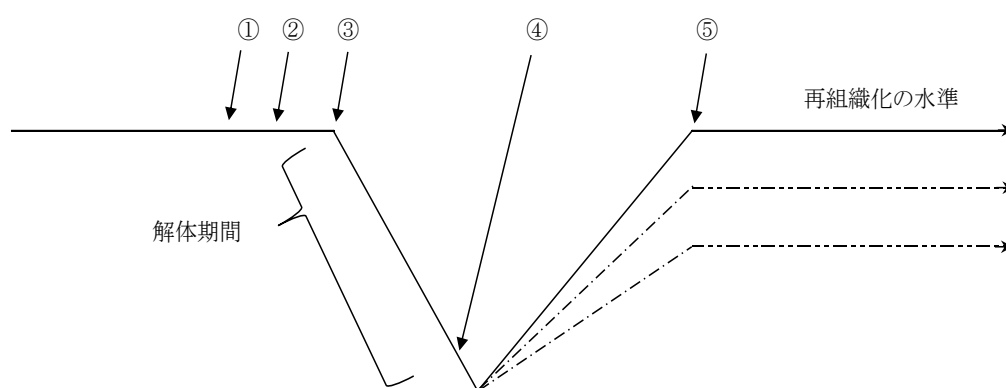
②家族危機のプロセス

渡辺(1989)は、家族危機とは家族ホメオスタシスの通常レベルのバランスが崩壊しているような状態であるとしている。それゆえ、ソーシャルワーク実践において家族危機に介入する対応資源の評価は、援助者による援助の方向性を決定し、家族の将来を左右するため、家族危機の時間的側面と空間的側面の両側面を念頭において評価モデルを検討する必要があるとしている。ここでいう家族ホメオスタシスとは、「個人がその内外から生じてくる様々なストレスに対して、自らの平衡状態を保つように働く自己調整機能であり、このバランスの崩れた状態が危機である」と捉える個人ホメオスタシスの家族版である。

渡辺は、家族危機の評価モデルを検討するうえで、時間的側面については時間的経過に基づいた段階的過程に着目し、空間的側面では家族の内的・外的環境に着目し、これらを構成する様々なシステムの関係性に着目している。その上で、Hill(1949)とGolan(1979)の理論を組み合わせ、次のような図15を作成している。

ここでは、家族危機の一連の過程は大きく3つに分け、それぞれの段階を示している。まず、家族危機の準備段階(家族危機が潜在的に進行している段階)とは、①家族の不均衡状態を誘発するような出来事が発生する(危険な出来事)、②家族がストレスに対して傷

つきやすく、弱い状態に陥り、その脆弱性が高まる（脆弱状態）。家族危機の対処段階（危機が顕在化し、対処が繰り返し試みられている段階）については、③家族危機を促進するような決定的事件が発生する（結実因子）、④家族の均衡状態は崩壊し危機が顕在化する（活動的危機状態）。家族危機の解決段階（何らかの対処が行われ、一応の均衡レベルを回復した状態。良好な適応状態での再均衡と、不適応的な状態のままで均衡レベルを維持する場合がある）⑤何らかの形で家族の対処がなされ、再び家族の均衡が取り戻される（危機の再統合化）とみている（渡辺 1989）。



注) ①危険な出来事→②脆弱状態→③結実因子→④活動的危機→⑤危機の再統合化

図 15 家族危機の段階的過程

出典：渡辺（1989）

家族危機の空間的側面には、家族のライフサイクルの各段階に応じた発達課題によって必然的に生じてくる（個人の身体的・精神的・社会的発達や、それに伴う家族関係の変化に起因する）ストレスと、発達課題とは無関係に、偶発的な社会的・状況的变化（家族員の死別、事故、疾病などの不測の出来事や経済的不況による失業や倒産、さらに居住環境の変動など）によって生じてくるストレスがあり、前者は家族の内的環境によって生じ、後者は家族の外的環境によって生じるストレスであるとしている。

③家族介護における要因群と諸側面

藤崎（1990）は、Hill（1949）の ABCX モデルをもとに、在宅要介護高齢者に対する家族介護のあり方を捉える主要な要因群を 2 種に分け、客観的要因群には①人的条件、②物理的条件、③知識・技能条件の三つの側面があり、主観的要因群には①介護状況についての

認知・意味づけ、②介護についての欲求水準、③介護に伴う負担感・ストレス、④介護継続意志の四つの側面を挙げている（表 42）。

表 42 家族介護における要因群と諸側面

要因群	側面	項目	内容		
客観的要因群 (介護態勢)	人的条件	主介護者	介護のキーパーソン		
		介護補助者	主介護者の心身の負担軽減に貢献		
		介護内容と役割分担 * 介護者が病気きになった時等の対応も考慮する必要がある	直接介護及び見守り	食事、排泄、入浴等のケア 服薬管理、褥瘡の手当等のケア * 日中と夜間では負担が異なる	
			精神的慰安	話し相手やケアの方法など、個別性が高い	
	家事		要介護に伴う特別な食事内容等		
	物理的条件	経済的条件	フロー	世帯収入：同居、別居等による家計の分離・融合度 支出：世代間の家計の協同・分離等	
			ストック	不動産、貯蓄など	
		物的条件	住宅・設備	持ち家、老人居室の広さなど	
	知識・技術の条件	在宅療養	家族による退院後の在宅生活における医療的対応などの取り込み		
		後期高齢者	平均寿命の延びに伴う認知症の発生率の高さとその対応		
社会資源		多様な社会資源の活用、連携。福祉に対する偏見・誤解の払拭			
主観的要因群 (介護意識)	介護状況についての認知・意味づけ	状況についての認知	認知症高齢者の異常に見える行動を受け容れることができるか 精神的負担に堪え得るか		
		介護の意味づけ	ある種の家族観に基づく規範の内面化、あるいは周囲からの規範的圧力。介護者にとっての代償と報酬のアンバランス(互酬性)		
	介護についての欲求水準	専門家の場合	絶対基準から見た評価になりやすい		
		家族の場合	現実的な諸条件を考慮して、可能な水準を考える		
		老人の立場	自己中心性の強まりや心身の衰えについての不安感・悲哀の感情から、理不尽な不満が生まれ、引け目の感情から過大評価が生じる		
	介護に伴う負担感・ストレス	客観的側面	介護者の高齢や健康上の問題、副介護者の存在、要介護者以外の世話を要する家族員の存否、要介護老人の異常行動の有無等(負担をもたらす原因となる要因) 介護者の精神的抑うつ状態、自由時間や社会活動上の制約、家族関係の悪化などに関する指標(老人介護を行うことによりもたらされる負担の結果)		
		主観的要因	客観的・主観的要因は、長い時間幅のなかでは互いに因となり果となり、区別があいまいになりがち		
	介護継続意志	介護者の健康状態	介護負担感に影響を及ぼす		
		介護者の年齢	介護負担感に影響を与えることは少ない		
		介護態度の積極性	介護負担感に影響を与えることは少ない		
老人の身体状況		介護負担感に影響を与えることは少ない			

出典：藤崎(1990) より筆者作成

また、高齢者に対する家族ケアをケア提供 (care provision) とケア管理 (care management) に分けて捉えたアーチボールドの提案をもとに、藤崎 (1990) はケアの二つの要素を図 16 のように作成し、介護者の在り方を整理している。

このうち、一般的であるのは A タイプ、すなわち、ケア提供もケア管理も一手に引き受けている場合である。しかし、B と D の組合せでは、ケア提供は常に要介護高齢者の妻だが、ケア管理は同居の長男であるといったケースも考えられる。このようにケア提供者とケア管理者が一致しない場合は、介護態勢や介護意識の安定性といった観点からみると、問題を含むケースも少なくない。そうした問題性の原因は、家族システム全体の勢力のハイアラーキーとの関連で理解する必要がある (藤崎 1990)。

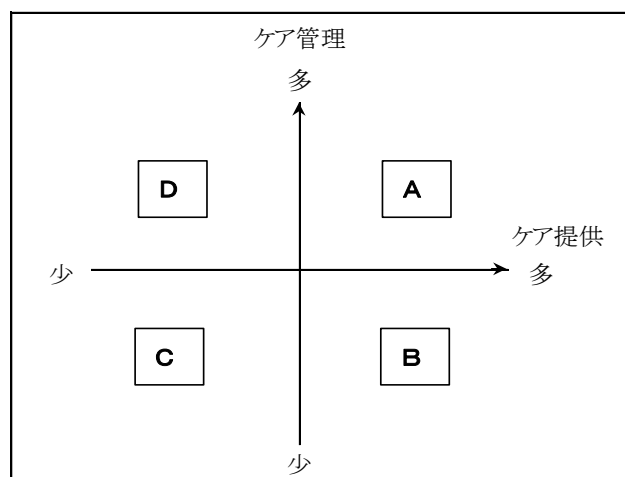


図 16 ケアの二つの要素

出典：藤崎 (1990)

④家族役割の再組織化

関根 (2007) は、Hill の理論的枠組みを用いて、要介護者をめぐる介護状況が家族における危機をもたらすストレス源の一つとして捉え、要介護者を抱える家族の家族関係の維持としての家族内役割の変更、および情緒関係を含んだ上での家族役割を再組織化という過程で捉え、要介護の度合いを軸とする分類化を行っている。そして、これらの手順を中心に、介護による介護危機の分析に対応できるよう独自のモデル化を図り、A. 「限界対応型」、B. 「遺棄危機型」、C. 「ゆとり対応型」、D. 「潜在的危機型」の 4 つに分類している (関根 2007) (図 17・表 43)。

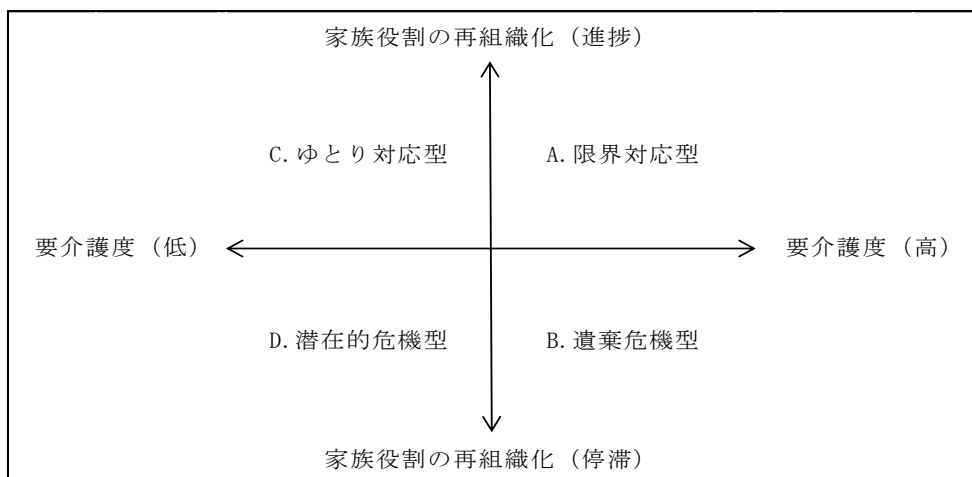


図 17 要介護者をめぐる介護状況に関する類型

出典：関根（2007）

表 43 介護類型・介護状況と再組織化

類 型	介護状況
限界対応型	<ul style="list-style-type: none"> ・家族員が介護を支えるための文化的資源を持ち合わせている * 家族員が多く、家族員個々の役割にゆとりがある ・差し迫った介護状態を克服するため、家族役割を変化させ組織している * 家族構成員が少なく、それぞれが個人的に解決すべき事柄が多い場合は再組織化の度合いは低い
遺棄危機型	<ul style="list-style-type: none"> ①文化的・人的・物的資源を持ち合わせていない場合 ②家族員に支援する意思がない状態 ③家族員が現在の状況を的確に把握する知覚に支障をきたしている場合 →状況を克服するための再組織化ができない状態にあることを表している。積極的遺棄の状態にある。経済的ゆとりの側面により、消極的な遺棄になる場合もある。
ゆとり対応型	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者の状態が比較的軽く、家族員側に以前と比べ大きな再組織化が求められない状態にある ・介護を支えるための文化的資源を持ち合わせている ・円滑なケアを進めるうえで人的資源を有効に活用できる →再組織化のための労力の総量が少ない
潜在的危機型	<ul style="list-style-type: none"> ・介護の初期型に見られる形態 →家族員環における情緒関係が浅い場合は、役割の再組織化を考慮することは少ない ・介護の必要性に当該の家族が意味づけできない場合→再組織化を妨げる ・文化的・人的・物的資源を持ち合わせておらず、家族員の人数が少なく、家族員が個人的に処理しなければならない事柄が多く、経済的側面のゆとりがない場合 →家族役割の再組織化を困難にさせる →要介護高齢者との情緒的関わりの深浅にほとんど関係ない

2 家族介護システムの再構築の在り方

(1) 家族介護者の介護負担感

家族介護者の介護負担感が高くなると、家族介護者は抑うつ状態になり、要介護者への虐待につながる傾向が高くなる。家族も当事者であり、当事者として支援し、エンパワーする必要性が認められてきている（得津 2005）。介護負担感を軽減していくためには、家族介護者自身の主観的健康観が必要である。そのためには、「家族介護者のコーピング能力を向上させるような支援、つまり、家族介護者をエンパワメントするための実践も重要になってくる」のである（畑 2010）。

浅井（2015）は、家族ストレス・メタ理論と介護者ストレス・メタ理論を説明する中で、介護者の尊厳と個性性に関しては介護者ストレス・メタ理論の方が、より強く重点を置いている。しかし、介護者は、家族とのケアに対する関係性の不調和から、ケアに対する不満足・終わりの見えないケアに対する憂慮感から否定的ケア（クライシス）へと向かうのであり、家族ストレス・メタ理論は介護者にとってのエンパワメント資源となるとしている。

(2) 介護ストレスに対する家族役割の再組織化

現代社会においては、女性を家族内におけるケア役割を担うものとして囲い込むのではなく、社会的労働力として期待する方向性にあり、家族のケア（介護、養育）役割も男女がともに担うための社会づくりが促進されている。このような時代の流れの中、家族をこれまでの「社会の含み資産」とする日本型福祉社会に揺らぎが生じている。

家族介護という視点でとらえるとき、家族も当事者であり、当事者として支援し、エンパワメントすることが必要となり、家族が抱えきれない困難を抱えることがないような社会資源の開発や地域で支える連携システムを構築することが重要になる（得津 2005）。

介護行為は、要介護状態というストレスが発生した時、ストレスを家族介護者がストレスとしてどのように受け止めるかという側面と、どのように受け入れ・対応するかという側面の両者が複雑に絡み合った中で行われる活動である。

両者の組み合わせの中で同じストレスが発生し、一方の家族では否定的ストレスとして不適応状態に陥る事態が生じ、他方の家族では肯定的ストレスとして看取りまでケアを継続することに繋がることになる。

そこで、筆者は前述の「第3章3節2-(3)家族危機への対応」で作図した「要介護者の

介護度と家族役割の再組織化(図 5)」を進化させ、図 18 のような「介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的視点の段階図」を作成した。

これは、ストレス査定モデルとストレス処理モデルを組み合わせたもので、「要介護者の介護度と家族役割の再組織化(図 5)」を基本としている。図 5 は、西尾・成瀬 (2007) の「家族介護者の介護に対する肯定・否定的認知評価とそれに関わる要因の検討」における「図 1 分析モデル」と、小原 (2001) の「家族介護におけるソーシャルワークアセスメントの研究—高齢者家族介護の事例を通して—」における「図 2 (1) 介護ストレス・コーピングモデル」、浅井 (2015) の「高齢者の家族介護ストレス理論の分析—新たな理論の提案—」における「図 8 浅井介護者ストレスモデル」等を参考に作成した。以下、図 18 の内容について詳細に論じる。

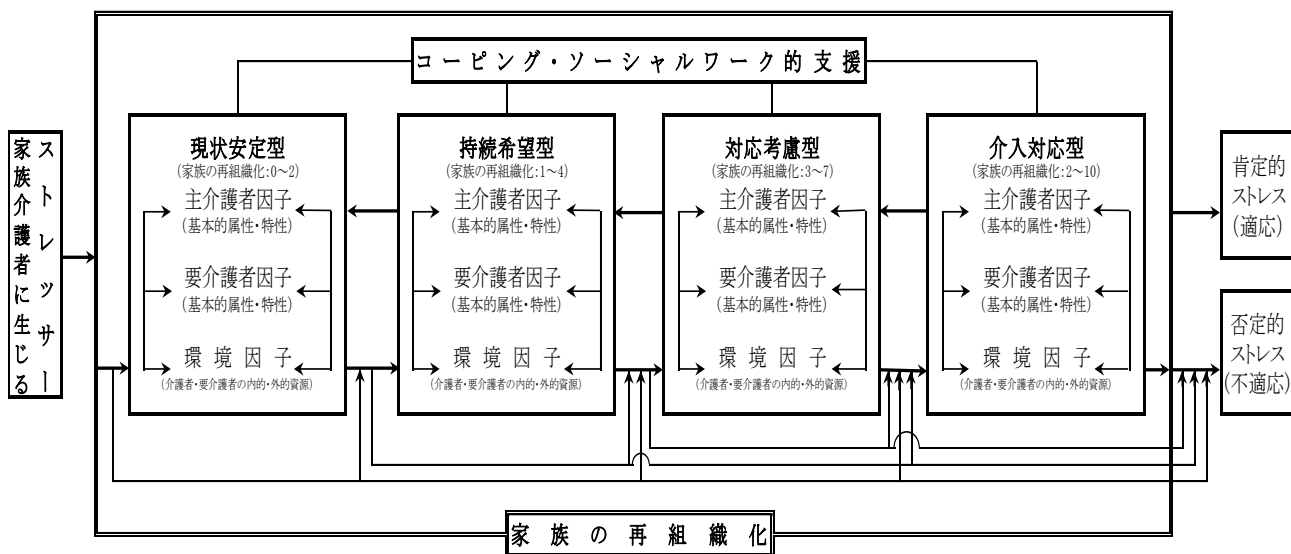


図 18 介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的支援の段階図

まず、家族(役割)の再組織化について説明する。要介護者をめぐる介護状況を、家族における危機をもたらすストレス源の一つとして捉え、要介護者を抱える家族がストレス一発生前の生活を継続することを可能ならしめるために、家族関係の維持としての家族内役割の変更、そして、情緒関係を含んだ上での家族役割を再組織化という過程(関根 2007)で捉えている。

ストレスに関しては、下記の公式が示すように、同じストレスサーに対してはストレス

と感じるか感じないかの違いは、当事者の環境因子によるところが大である。自己をストレス耐性を持った性格に変えようと努力することで、ストレスを客観的に減少することが可能になる(田中 2016 : 82)ように、家族も家族成員の関係性を良好に保つことでストレスを肯定的に捉えることが可能になる。

ストレス＝ストレッサー(刺激・身体や精神に影響を与える要因)×性格因子(環境・身体的条件・時間・教育等に影響を受ける因子)。ICF でいうところの背景因子、つまり環境因子または個人因子

家族がストレッサーを受け入れ、可能なストレスとして許容できるためには、主介護者と要介護者の歴史的裏付けに基づく関係性が重要である。さらに、健康状態や経済状況等の個人的属性と、両者を取り巻く直接的・間接的な環境因子が影響を与える。

このように、三因子(主介護者因子・要介護者因子・環境因子)が適切に組み合わせたり、ストレッサーを受けとめることが可能な範囲の時、家族の再組織化は必要ない。

家族の再組織化の度合いを 0～10 段階にまで分け、現状安定型・持続希望型・対応考慮型・介入対応型における度合いを見てみると次のようになる。0～10 へと数字が上がるにつれて、再組織化に関する度合いの必要度が高くなる。

現状安定型(家族の再組織化：0～2)→持続希望型(家族の再組織化：1～4)→対応考慮型(家族の再組織化：3～7)→介入対応型(家族の再組織化：2～10)の順で再組織化の度合いは高まり、最終的な段階でもストレスを肯定的に受け入れることのできる家族では、在宅でのターミナルケアをも可能にする。しかし、再組織化の働きがうまくいかず、否定的ストレスとなって家族に襲い掛かる場合、ストレスはクライシス(施設入所・介護虐待・介護者の鬱的病状)まで高まることになる。

図の中で、主介護者因子と環境因子は時間軸と経済要件により現状安定型から対応考慮型、介入対応型もしくはいきなりクライシスへと変容を遂げることがある。持続希望型、対応考慮型の場合も同様である。このような変容に対応するために家族役割の再組織化が待たれるわけであるが、クライシスに陥らないための三因子の要因において、主介護者因子(家族介護者因子)に関する要素・条件等については、表 44 のようになる。

表 44 在宅で終末まで迎えることを可能にするために介護者等に求められる条件

1 介護継続のための要因

	項目	分類	内容
介護者の基本的要因	愛情・家族の絆	主介護者と被介護者	・お互いを尊重する
		家族	・家族の助け合い
	精神的背景	義務感	・私がやらなければという気持ち ・長男の嫁だから(伝統)
		同情	・何度も病院を変わるのはいかたまり
		恩義	・これまで私のことをしてくれて
	個人的要因	身体的健康	・健康である
精神的健康		・自分で考え何事もする(強さ) ・開き直る(柔軟さ) ・手抜きが上手(柔軟さ)	



2 介護者の意識性

	カテゴリー	サブカテゴリー	内容
肯定的な評価	義務・宿命的な意味づけ	子としての責務(宿命)	・子どもとして当然という意識
		仕方がない	・親子だから仕方がないという考え
	受容的な意味づけ	誰もがいずれ行く道	・自分もいずれ行く道だと考える ・避けて通れない道だと思う
		必要で当たり前	・必要なこと、あたりまえのことだという考え
	ポジティブな意味づけ	生活の質を高める手段	・要介護者の意思を尊重する ・生きる希望を持てるように
		貴重なレッスン	・自己成長につながるという思い ・生きがいを感じる
互恵的で前向きに			・恩返しだという考え ・一生懸命全力で取り組む



3 介護力を高める要因

	因子項目	項目内容
第一因子	要介護者を思いやる力	・要介護者といると楽しいと感じることができる ・要介護者が世話に感謝し、喜んでいと感じることができる ・介護をすることによって満足が得られる ・介護者と要介護者の子どもの頃の良い親子関係 ・要介護者を尊重する気持ちが持てる
第二因子	介護ケア実践力	・要介護者の状態や変化に合わせて対応できる ・要介護者に対する介護の仕方が分かっている ・役所や医師・看護師等の専門家に相談できる ・介護者が適切な死生観をもっている ・要介護者の行動や言動に動揺しないで対処できる
第三因子	自己の健康管理力	・自分の体力を保つために睡眠・食事などに気を配ることができる ・出来る範囲で無理をしないで介護している ・経済的に余裕がある ・自分の生活の仕方を自分なりに工夫している
第四因子	介護生活からの転換力	・自分の好きなことをして気分転換することができる ・ストレスを感じた時、解消する方法をもっている ・介護以外の楽しみの時間が持てる
第五因子	周囲の援助活用力	・家族や親戚、近所の人々が介護を手伝ってくれる ・一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼むことができる
第六因子	介護に対する負の感情表出力	・辛いときは泣いたり怒ったりできる ・介護での苦労や悩みを家族や周りの人が聞いてくれる ・介護をしている人同士で励まし合うことができる



・肯定的ストレスとして受け入れることができる
・在宅で見取りをすることができる

表 44 の見方を説明すると、在宅で介護を続けることができるためには介護者に「1 介護継続のための要因」である三項目 7 分類が備わっており、介護継続を肯定的に評価できるために「2 介護者の意識性」として 3 カテゴリー・7 サブカテゴリーが求められる。このような介護者の「3 介護力を高める要因」は、在宅でのターミナルケアを実践できるために、6 つの因子が必要となることを意味している。

(3) 家族の再組織化を促す方策としてのコーピング

ここで注視しなければならないのが、施設入所の捉え方である。介護虐待等を防ぐ手段としての施設入所は、家族介護者の心身の負担を軽減することに繋がるという意味では、ストレスに対する適応と捉えることができる。しかし、安易な施設選択はネグレクトの域を出ず、本質的には介護放棄という意味で、否定的ストレス（不適応）と捉えられることである。

家族の再組織化を促す方策として、コーピング・ソーシャルワーク的支援が重要となる。本項では、コーピングについて論じる。

① コーピング

「心理的なストレス状況に直面して受動的に苦しむのではなく、状況に能動的に対処しそれを克服しようとする個人の努力のことをコーピング（対処）」といい、「ストレス状況への対処の経験を通しての人格発達、不安・恐怖を与えるメッセージに接しての態度変容、社会変容や文化変容下での個人の適応過程、ストレス状況への心理生理的反応と行動との関係など」の概念をいう（小嶋 1999 : 254）。

② ストレスコーピング

ストレスコーピングには、問題焦点型と情動焦点型の 2 つの種類がある。

問題焦点型は、ストレスヤーや、ストレスと感ずる環境そのものを改善しようと働きかけることでストレスに対処し、原因を取り除く方法である。情動焦点型は、ストレスヤーによってもたらされる反応を統御することで、ストレスに対処し、辛いと感じる気持ちを変化させる方法である。

これらの「(イ) 問題焦点型」と「(ロ) 情動焦点型」に対して、第 5 章のアンケート回答者の言葉を対比させると次のようになる。

(イ) 問題焦点型

- ・時には風呂に入れる時、孫がいたり、娘がいたり手伝ってもらった。孫が介護の仕事をしているから、家にいたら手伝ってくれた、髪も切ってくれた。
- ・実家の方の職場も探そうかなと思ってはいるんですけど。半年前から、それこそ私も仕事をセーブした方がいいかなと現在、でも後任が来なくて。
- ・ちょっと様子がおかしい時は、一人にはできないので、ある程度会社の協力ももらっている。会社で介護休暇があるんですけども、去年から年5日付いてそれを利用している。
- ・私は生命保険の営業の仕事をしているんですけど、介護保険も売っていますので、そここのところのサービスとか、そういうのは研修とかで受けています。認知症サポーターも受けた。
- ・専門職がいるところで使えるサービスを教えてもらったり、介護の仕方とか話を聞いたりする窓口があるから、まずは相談するのはすごくプラスになると思う。

(ロ) 情動焦点型

- ・家で自分たちの手でお風呂に入れようと、いうことになりました。福祉用具で入浴セットを購入し自宅でお風呂に入れました。大変でしたけどすごく楽しいひと時でした。
- ・下の世話をして欲しい時に、遠慮なく娘だったら頼めるところが、「本当に私は、助かっている娘がいてよかった」と、そういうのを聞くと「あーちょっと頑張ってた良かったかなとか、またもうちょっと頑張れるかな」みたいなところがありました。
- ・結局家族も働いた方がいいし、24時間ぴったり一緒にいるよりは、本人のためにはリハビリをしながら、家族以外の人に接する機会というのを持ちながら、過ごして行った方が、お互いが一緒に暮らしていく上では、いいのかなと思います。

このように、家族介護者は無意識のうちにストレスコーピングを行っていた。家族の再組織化にもコーピングが重要な役割を果たすことが理解できる。

(4) 家族の再組織化を促す方策としてのソーシャルワーク的支援

クライアントの生活を支える方法を行っているソーシャルワークにおいて、アセスメントは重要である。ソーシャルワークアセスメントは、「ただ単に情報収集や計画策定のための方法であると捉えず、クライアントの特定の課題を概略的・包括的に把握し、分析を行いその結果に基づく予測を立て、援助計画及び実践展開に導くプロセスである」（小原2001）。ここで注意しなければならないのが、「家族も当事者であり、当事者として支援し、エンパワーすることが必要である」ところのクライアントに対する援助計画及び実践展開に導くプロセスだということである（得津2005）。

畑ら（2010）の介護支援専門員を対象とする調査では、『同僚からのサポート』が『家族の統合に向けた家族調整』、『家族介護者と要介護高齢者に向けた情報提供』、『家族介護者への心理的支援』に、『上司からのサポート』が『家族介護者と要介護高齢者に向けた情報提供』、『家族介護者への心理的支援』に有意に正の関連を示した」としている。

渡辺（1989）は、家族の社会資源は、家族とそれを取り巻く家族外システムの間での社会関係に注目することで、家族の危機対処がより適切に行われるとし、どのような介入方法が導き出されるのかが重要であるとしている。

桐野ら（2016）は、居宅介護支援事業所を利用する高齢者の家族介護者への調査研究では、家族介護者のソーシャルサポートと介護負担感との関係性について「被介護者からの情緒的サポート」と介護負担感のうちの「介護者が介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなることより生じる負担」と「（被介護者の行動に困惑する、腹が立つなどの）介護そのものによって生ずる負担」の間に統計学的に有意な負の関連が認められた。

このように、家族の再組織化を促す方策としてソーシャルワーク的支援が重要であることが理解できる。

本調査のアンケート結果からも上記と同様の結果¹⁷が示された。次のように3つの観点からまとめる。

① 社会資源との関わり

- ・職場の中に同じ境遇の人が近くにいるので、メールで会話をするぐらいですよ。自分にも余裕がないと思っているから、電話はできないから、だから知り合いとか前の職場の人とかいるから気分転換に人と会って、そういう元気があるときはします。

¹⁷ この結果は、畑ら（2010）、渡辺（1989）の内容に合致している。

- ・男の人達ってあんまり友達とかぺちゃくちゃ喋らないですよ。だからうつになりやすかったり、介護のうつ症状、抑うつ症状が出る人っているんですよね。自分が悲観的に「もう見れない」みたいに。相談できたり話ができる語れる場があればいいのかな。認知症カフェとかではなくて。男の人達は特にだと思います。私も主人なんかもあまり人とワイワイするタイプじゃないので。
- ・(担当ケアマネとは) 気心が知れていたというところもあるし、寄り添ってもらえた。自分たちの意見をすごく尊重してくれたところがあるので、どうしたいですかとか、そういうところで寄り添ってもらえて。一緒に共感してくださって。
- ・自分の周りが看護・介護の関係者がいたから良かったと思っている。娘も孫もそうだから。知らない人とは違うから。携帯電話で直ぐ家族と連絡がとれて、話ができたりしたから良かった。寝る時も頭の上に置いていた。子どもがそばにいたから。

このような社会資源の関わりとは別に、情緒的サポート¹⁸として、次のような内容がある。

② 介護を始めたために生じる負担への対応

- ・(長男夫婦は) 家庭があるので一緒に同居は難しい、身近なことはちょっとお手伝いならできけれど、という意見だったので、じゃあまあ協力してやっていこうかという感じ。
- ・疲れている時は、毎週毎週は、疲れますよね。仕事をしながらだからですね、週末ゆっくりしたい。

③ 介護そのものにより生じる負担への対応

- ・家にいるときはいつも必ず同じことを言うし、休みの日は24時間一緒にいるじゃないですか、おかしくなりそうな感じです。優しい言葉とかなかなか難しいですよ。
- ・夜中でも8回ぐらい電話がかかってくるのがあって、さすがに寝る暇がないんです。

¹⁸ この結果は、桐野ら(2016)の内容に合致している。

おわりに — ソーシャルワーク的支援に向けて —

1 家族介護の困難性

在宅介護を論じるとき避けて通れないのが家族介護者の存在である。家族は当然に介護者となるべきだろうか。介護保険制度における基本目標として、「高齢者自身の選択」があげられているが、論述してきたように、男性の場合、多くが家族介護を期待している。構造的には、介護を家族に・女性に委ねる傾向にある。「介護の社会化」を実践する対策としては、ドイツで実施されているように介護労働を社会的に認め、介護手当等を通じて家族介護者への支援を強化することであろう。家族介護者や要介護者の選択の可能性を広げるために、家族介護を適正に評価し、双方の経済的負担を勘案する政策が急務である。そうすることで、在宅介護の継続への可能性がみえてくる。介護者と被介護者の相互作用が家族危機に強い影響を与えていることを社会的に認識することが大切である。

わが国の介護保険制度は、牧里の定義している介護の社会化（要介護者の自己実現を可能にし、かつ、要介護者家族の介護力を高めるために介護を家族にのみ過重に依存することなく、社会資源を積極的に活用しながら、私的事におこなわれる介護を地域社会で取り組む共同的介護へ、さらに、制度としてシステム化される社会的介護に発展していくものと仮定される。その側面レベルは、介護意識の社会化、介護行動の社会化、介護環境の社会化が統合的に達成されて初めて完成する）には、残念ながらほど遠い現状にあると思えてならない。

福祉という領域に市場原理を導入することで「福祉」が利潤を追求する産業の中に組み込まれることになり、結果として、改悪のシステムを構築することになった。確かに、「介護意識の社会化」は果たされたが、「介護行動の社会化」、「介護環境の社会化」は未だ途上にある。さらに言えば、今日の「社会福祉法人制度改革に向けた留意事項について」に関するFAQに見るように、社会福祉法人制度改革が抜本的な変革の波にさらされているというのに、広義の意味での施設の社会化に関する論議はほとんどなされない中での財務的な変革になろうとしている。

このような点を見ても、「介護の社会化」は、名前のみ先行しているが、実態の伴わない状況にあるのに変わりはない。家族が介護を継続していこうとする意志は、在宅介護を維持していく個人内の要因としては重要であるが、高齢者介護において家族に過度の介護負担がかかることは、その家族メンバーの精神的・身体的健康の問題だけでなく、介護の質や家族関係にも悪影響を及ぼす可能性がある。家族介護意識が介護支援サービス利用を抑

制するという知見とあわせて考えると、単に介護負担を軽減するためのサービスを充実させるのではなく、家族介護者のサービスを受けることに伴う葛藤を理解し、それを解決する方策が求められる（唐沢 2006）。

介護という行為は、これまで希薄だった家族関係を含めて、家族関係において再構築の過程を経験することである。高齢者介護において、それを支えるのは家族だという規範が未だに根強く、制度面でも家族が支えることを前提に推し進められており、従来の家族規範と現実におけるずれが生じたときに、家族危機のリスクが高まり家族の再組織化が必要となる（任 2015：270）。そのため、家族介護者を支援する介護保険制度のシステムの整備が不可欠となるのである。

本研究でも明らかになったように、家族介護の困難性は量的調査の因子分析結果からも明らかである。家族介護者は、在宅介護を継続するために以下のような支援を期待しているのである。

- ① 家族介護者が介護と仕事を両立できること、そのために家族介護者が不在となる可能性の高い時間帯への支援を期待している。あわせて、介護継続に向けて介護者に対する心身の健康などに関する公助としての整備を期待しているのである（フォーマルな支援体制の充実）。
- ② 要介護者のみを支援の対象だと考えるのではなく、家族介護者に対しても専門的な支援が求められていることを認識することである（家族介護者への配慮・支援体制の充実）。
- ③ 要介護者および家族介護者の状況・状態に対し、現実的かつ客観的な意見と対応を必要としている（臨機応変な対応の充実）。

2 看取りの現状

「看取り」の厳密な定義は「無益な延命治療をせずに、自然の過程で死にゆく高齢者を見守るケアをすること」である。つまり、慢性疾患を有する高齢者の終末期において、緩和ケアを実践するということを意味する（箕岡 2012）。

わが国において、1960年には病院での死亡が18.2%、自宅が70.7%だったが、2006年には、病院での死亡が79.7%、自宅が12.2%と完全に逆転している。2015年でも自宅での死亡率は12.7%である。要因の一つに、在宅での看取りを行う医療機関の少なさがある。2008年に病院全体に占める看取りを行う病院の割合が2.7%であったのが2015年には

5.6%に、診療所では2008年に3.4%であったのが2015年には4.7%に年々増加しているとはいえ、微増である。

医療福祉従事者と一般国民の自宅での看取りに対する考え方では、大きな隔りがある。医師は26%、看護師は37%、介護福祉士は19%が自宅での療養を可能だとしているが、一般国民は6%である。終末期医療に関する調査（複数回答）による自宅での療養が困難な理由としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」が8割弱、「症状が急変した時の対応に不安がある」が6割弱となっている。

「在宅でのよい看取りを阻む要因」に対して箕岡（2012）によれば、在宅でのよい看取りを阻む要因として、以下の10項目の問題点を挙げている（表45）。

表45 在宅での看取りを阻む10の要因

1 告知における問題点
・ 家族に告知し、本人には知らせない：本人は病気や予後のことが分からず、終末期のプランが立てられない(プライバシー権の侵害である)。
・ 告知の方法：思いやりのない、心ない医師の告知に対し、患者は失望し、心が傷つく。
2 死の概念のとらえ方の問題点
・ 死は避けるべきもの、最悪の結果だという考え方：患者や家族は淡い望みを持ち続け、病状が急変するとパニックになる。死を受け入れられない。
・ 死は必然的に起こるものだという考え方：患者にとって何が一番良いQOLなのかという事を考え、望ましい最後について話し合える。平穏な死を迎えることができる。
3 本人（の意思決定）における問題点
・ 適切なインフォームドコンセントがなされていない：自分の人生の残された時間を知らされていない。
・ 命が終わりあるものであるということ、死を受け入れることができない：無益な延命治療を望む。
・ 感情的に不安定になる：不安・焦燥から平穏な終末期を過ごすことができなくなる。
・ 家族に迷惑をかけたくない：わが国では、自分の意向よりも家族の意向を重視する。
・ 事前指示が普及していない：終末期ケアで、本人の価値観を反映することが困難。
4 家族における(家族が意志決定することに対する)問題点

- ・インフォームドコンセントに対する問題：家族が病状・予後の理解をしない結果，必要以上に完治に対する期待を抱く．
 - ・感情的・心情的問題：家族の死を感情的に受け入れることができず，ただ死を待っているだけでよいのかという感情的動揺が起きる．
 - ・代理判断の問題：どのようにして事前指示や本人の価値観を尊重するかという問題．
 - ・本人と家族，あるいは家族内における意見の不一致の問題
- 5 コミュニケーション不足という問題点
- ・死が切迫した時の兆候について専門家が家族に話しておくことで動揺を軽減できる．
- 6 家族関係・家族の介護力の不足という問題点
- 7 家庭における療養環境が整わないという問題点
- 8 医療者・看護師・介護との関係
- ・医師との信頼関係の構築，看護師の支援が受けられる体制が必要．
 - ・医療チームによる 24 時間いつでも訪問可能な体制が安心感を与える．
- 9 不十分な緩和ケア
- ・緩和ケアの開始が遅い
 - ・疼痛管理・嘔気や呼吸困難などの不快な症状の管理・精神的苦痛の除去などの十分な緩和ケアがなされていない．
- 10 「人工的水分栄養補給」の捉え方
- ・苦痛を伴った終末期をほんの数か月延長するだけの経管栄養は治療にはつながらず，患者の QOL の改善にも役立たない．

在宅での看取りに必要な専門職の助言として，筆者の調査から以下のような質的調査の結果を得た．

【 看取りにつながる専門職の助言内容 】

- イ) 入院中に病棟看護師に情報収集をして，父に指導してもらって．
- ロ) 介護に関しては，自分たちである程度やりながら，分からない時にヘルパーに尋ねたり．
- ハ) 家族の立場と支援者の立場としては，ドクターに色んな情報を聞いたり．
- ニ) 姉が介護の仕事をしているので．
- ホ) 在宅医療の先生には診てもらっていて，助言ももらい，在宅医療の看護師にも助言

をもらい、それに創意工夫をしながらしていた。

へ) お母さんの発する言葉（バカ）がさらに本人を不安にさせていた部分があったが、主治医より言葉に対する説明があり（本人は一番言いやすい言葉しか話せない状態です）安心された。気持ちの部分も追いついてきて最後まで家族介護をやり遂げていました。

ト) 常に先生に自分たちはこうしたいとか、ああしたいって言ったら、最終的に先生が「僕は 家族が主治医だから、それに沿って自分たちが薬を出したり、点滴を出したりいろいろするので言ってください」って・・・

在宅介護を看取りまで行うためには、家族への介護支援、相談支援の充実と、専門職からの適切な支援があってこそ、在宅介護での看取りが可能となるのである。

3 関係性の構築

療養に対する直接処遇に関しては上記の内容が求められたが、介護計画を作成する上で重要な役割を担う介護支援専門員との関係性については、筆者の調査によっても、次のようなことが明確になった。

【 介護支援専門員との関係性 】

- イ) (ケアマネの説明は) 分かりやすかった。月に1~3回よく来て、「大丈夫ですか」と声かけに来てくれた。
- ロ) (ケアマネに) 相談すればすぐ動いてくれた。
- ハ) (担当ケアマネとは) 気心が知れていたというところもあるし、寄り添ってもらえた。自分たちの意見をすごく尊重してくれたところがあるので、どうしたいですかとか、そういうところで寄り添ってもらえて、一緒に共感してくださって。
- ニ) 家族のフォローもしてくださって、母が亡くなったからそれで終わりではなくて、その後も継続的に声をかけて下さるし、そこがすごく大事かなあ。
- ホ) 家族の思いを直接ケアマネさんまでは分かってもらえて、でも自分たちは事業所には何も言わないでほしいとお願いした。本音を事業所に伝えてもらっても、その後サービスを受ける時にやっぱり辛いかなと思いました。

家族と介護支援専門員の信頼関係が取れている時、看取りまで在宅介護を継続することが可能になる。

4 課題と展望 — 在宅介護の継続に求められる要因 —

少子高齢化の中で、高齢化率 28.1%の超高齢社会（2016年10月現在）であるわが国において、家族の一員が要介護状態になるということは大きな否定的ストレスとなり、家族崩壊にまで繋がりがねない問題であることは上述してきたとおりである。さらに、複雑・多様化する介護保険制度を非専門家の家族が適切に利用することは、かなりの困難を伴い否定的ストレスを増大させる要因の一つにもなっている。

家族介護者がクライシスに陥ることなく、看取りまで家族で介護を続けることができるためには、前述の（親子の）良好な関係性、家族の介護協力、介護の工夫以外に要介護者を尊重する積極的対応としての要介護者への想いや体調管理、自分が見るべきという強い意志等が重要である。これらの点は、在宅介護を継続中の家族や、施設入所に至った家族からは聞かれなかった言葉である点が、家族介護を継続する上での重要な促進要因となり得ることが明確になった。

施設入所に至った家族から提示された阻害要因を、消失させる取り組みを進めることは、継続に求められる要因に取り組むことと同義になるので、次のように提示する。

身内に要介護者が突然出現するという、現実を受入れるまでの葛藤は先が見えない介護への不安につながり、それゆえの怒りへと繋がるのである。このような家族の想いを受容・共感し、適切なサービスへと結びつけることで、在宅介護の継続性が担保されることになる。つまり、「介護継続への柔軟な対応力」を培うためには、「介護に対する肯定的な感情・技能」を身につけ、「介護に対する向上性」に努めることだという事が調査結果から導き出された。また、「介護に対する肯定的な感情・技能」の実践的な対応力を身につけることで「介護に対する向上性」も高まり、「家族介護の絆」も増すことが示された。さらに、「介護に対する向上性」へのポジティブな関わりや、行動することで充実感が得られると、家族介護の絆も高まることが示され、家族の再組織化に関する重要な示唆を得ることができた。これらのことを踏まえた上で、ミクロ・メゾ・マクロレベルの重層的な支援が不可欠となる。

質的・量的調査において、家族介護者が否定的ストレスに陥らずに、看取りまで在宅介護を継続できるための方策や在宅介護の限界性の実態と展望について検証し、「家族介護システムの再構築」に向けての様々な示唆や方向性を得ることができた。さらに、「介護ストレスに対する家族役割の再組織化に向けてのコーピング・ソーシャルワーク的支援の段階図」を構築できたことに本研究の意義がある。

本図をもとに在宅介護を継続するための促進要因（主介護者因子・要介護者因子・環境因子三者間の良好な関係性）を積極的に伸ばし、阻害要因としての施設入所に至る要因（主介護者因子・要介護者因子・環境因子三者間の希薄な関係性）を減少させていくような家族関係を構築することで、家族は否定的ストレスとしてのクライシスに陥ることなく、肯定的ストレスとして看取りまで家族で介護を続けることができるようになるのである。つまり、要介護者がサービスを必要とする状況に陥ったとき、家族介護に依存することなく必要な社会サービスを利用できることであり、家族介護者の負担の軽減のみならず、介護される要介護高齢者にとってもよりよい生活を送ってもらうことを可能にすることである。介護を社会化するということは、家族から介護を切り離すことではなく、介護サービスがスムーズに利用できるシステムづくりと支援体制を構築することに他ならない。

しかし本研究においては、家族の再組織化を促す方策としてのソーシャルワーク的実践のあり方・方法論にまで取り組むことができなかった。未解決として残されたことが本研究の限界であった。家族介護者を含め要介護者の情動をどのようにエンパワメントしていくのか、家族形成の長い歴史の中で構築されてきた要介護者と家族介護者や、家族成員間のストレスコーピングについても課題が残った。

謝 辞

本博士論文を完成させるまでに、前期博士課程からとても長い歳月を費やしました。この間に様々な人と出会い、そしてその方々に助けられ、やっとここまで辿り着くことができたと感じております。博士論文作成のために、大学院福祉社会学研究科長の千々岩弘一教授をはじめ、福祉社会学研究科の先生方にご指導・ご助言を賜りましたことに、心より深く感謝申し上げます。また、勤務先の久留米大学文学部社会福祉学科の鬼崎信好教授には、調査等においてご指導戴きましたことに心より感謝申し上げます。ご多忙のなか本調査に快くご協力くださいました要介護高齢者の御家族の皆様、福祉機関の皆様、深く感謝申し上げます。そして、惜しみなく研究の場と資料を提供して下さいました鹿児島国際大学大学院事務局をはじめ、関係者の皆様に心より深く感謝申し上げます。

思い起こせば学部に、社会人編入で社会福祉士を目指し、入学したことが懐かしく思い出されます。それから博士前期・後期課程では、先生方の指導のもとでのプロジェクト研究や自身の研究テーマの妥当性について、深く考え向き合うことのできた貴重な時間でした。一方で、さまざまな戸惑いや葛藤と遭遇しながら、歩んできた歳月でもありました。その中で、多くの偶然が重なり合った出会いが、私自身に気づきを与えるチャンスの連続であり、研究への探求心に繋がる糸口となりました。素晴らしい方たちとの出会いがあったからこそ、私は成長することができたのだと感じています。そして、これも大学院という恵まれた環境に、身を置くことができたからであると深く感謝しています。

これからは研究や教育、また福祉に携わる一個人として高齢者の地域での生活を支えるためには、どのような役割を果たしていくべきなのか深く考えていきたいと思えます。利用者一人ひとりが、地域で尊厳を持って自分らしく暮らしていくことを支援することが、私たちが果たすべき役割であり、使命であり、思いでもあることを、今後も問い続けていきたいと思えます。

最後になりましたが、博士論文の研究や公私にわたる生活において、常に適切なお指導・ご助言・身に余る真心を戴いた、鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科の田中安平教授、鹿児島国際大学大学院田畑洋一客員教授、鹿児島国際大学高山忠雄名誉教授に、深甚の謝意を表します。

引用文献

- 阿部重樹 (2003) 「『介護の社会化』の理解と家族介護の評価の在り方をめぐる一検討—介護保険制度は家族介護を不要となし得るのか—」『東北学院大学社会福祉研究所研究叢書』第6号, 81-101.
- 秋元美世 (2007) 「利用方式の多様化」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 772-777.
- 浅井正行 (2015) 「高齢者の家族介護ストレス理論の分析—新たな理論の提案—」『明星大学研究紀要人文学部』第51号, 117-132.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991) *Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke*. Newbury Park, CA : Sage.
- 藤京子 (2010) 「家族形態の変遷—『個』を中心とした新たな家族形態へ—」『千葉敬愛短期大学紀要』第32号, 103-112.
- 藤本一司 (2012) 『老いから学ぶ哲学』北樹出版.
- 藤崎宏子 (1990) 「要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因—分析枠組の検討—」『総合都市研究』第39号, 61-83.
- 藤崎宏子 (2000) 「現代家族と『家族支援』の論理」『ソーシャルワーク研究』Vol. 26No. 3, 180-186.
- 萩原清子 (2000) 『在宅介護と高齢者福祉のゆくえ』白桃書房.
- 畑亮輔 (2010) 「要援護高齢者の家族介護者への支援に関する文献的研究」『生活科学研究誌』Vol. 9, 51-62.
- 畑亮輔・岡田進一・白澤政和 (2010) 「居宅介護支援事業所の職場環境と介護支援専門員による家族介護者支援との関連」『生活科学研究誌』Vol. 9, 73-84.
- 樋口京子・梅原健一・久世淳子・城ヶ端初子 (2009) 「家族介護者の『介護に対する評価』の構造に関する研究」『日本福祉大学健康科学論集』第12巻, 39-47.
- Hill, R. (1949) *Families Under Stress*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Hill, R. (1958) Social stress on the family: Generic features of families under stress. *Social Casework*, 39, 139-150.

- 平野敏政 (2011) 「現代社会における家族の機能変動と家族関係」『帝京社会学』第 25 号, 1-21.
- 平岡公一 (2007) 「社会福祉の提供体制」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 344-347.
- 廣井亮一 (2005) 「法と家族」得津慎子編『家族支援論 一人ひとりと家族のために』相川書房, 25-40.
- 任賢宰 (2015) 「認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方に関する研究—サービス利用と心理的変容の考察を通じて—」立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科 2015 年度博士学位論文.
- 石井 (岡) 久美子 (2012) 「『介護の社会化論』の研究」『名古屋市立大学大学院人間文化研究科人間文化研究』第 18 号, 71-84.
- 石附敬 (2018) 「地域包括ケアにおける重度要介護高齢者の支援」『老年社会科学』Vol. 39-4, 426-433.
- 一番ヶ瀬康子 (1994) 『介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房.
- 榎直美・尾形由起子・横尾美智代・田淵康子 (2014) 「家族介護者の介護力構成要素と介護負担感との関連」『福岡県立大学看護学研究紀要』11 (2), 35-44.
- 岩間大和子 (2003) 「家族介護者の政策上の位置付けと公的支援—日英における政策の展開及び国際比較の視点—」『レファレンス』5-48.
- 岩上真珠 (2007) 「家族の歴史と概念」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 902-905.
- 唐沢かおり (2006) 「家族メンバーによる高齢者介護の継続意思を規定する要因」『社会心理学研究』第 22 巻第 2 号, 172-179.
- 唐沢かおり (2009) 「高齢者介護における人間関係と家族介護者の精神的健康」『人間環境学研究』第 7 巻 1 号, 1-7.
- 桐野匡史・柴田菜摘・出井涼介・松本啓子 (2016) 「在宅で高齢者を介護する家族のソーシャルサポートと介護負担感の関連性」『社会医学研究』第 33 巻第 2 号, 51-60.
- 鬼崎信好 (2014) 『高齢者介護サービス論—過去・現在・未来に向けて』中央法規出版.
- 小嶋秀夫 (1999) 「コーピング」『心理学辞典』平凡社, 254.
- 高齢者介護・自立支援システム研究会 (1994) 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」『高齢者介護・自立支援研究会』74-90.

- 小山朝子 (2012) 「介護の『社会化』は実現したのか—在宅介護を担う家族の視点から—」
『論説常陽地域研究センター』(8), 6-13.
- 倉田あゆ子 (2017) 「地域支援事業における家族介護者支援」『名古屋短期大学研究紀要』
第 55 号, 1-12.
- 牧里毎治 (1992) 「地域問題からみた家族福祉」野々山久也編著『家族福祉の視点—多様化
するライフスタイルを生きる』ミネルヴァ書房, 197-227.
- 目黒依子 (2009) 「現代の家族とケア」『家族看護学研究』第 15 巻第 2 号, 136-140.
- Mayeroff, M. (1971) *On Caring*, Harper & Row. (=1993. 田村真・向野宜之訳『ケアの
本質—生きることの意味』ゆみる出版).
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1982) Family Adaptation to Crises. In H. McCubbin,
A. Cauble, & J. Patterson (Eds.) *Family Stress, Coping and Social Support* (pp.
26-47). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- 箕岡真子 (2012) 「日本における終末期ケア“看取り”の問題点:在宅のケースから学ぶ」
『長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル』17, 6-11.
- 三富紀敬 (2011) 「介護の社会化論と介護の歴史認識再考」『立命館経済学』第 59 巻 6 号,
986-996.
- 宮本恭子 (2016) 「ドイツにおける家族介護の社会的評価」『経済科学論集』第 42 号, 1-21.
- 森英里奈・上杉裕子 (2016) 「在宅における家族介護者の現状と課題」『日本保健医療行動
科学会雑誌』31 (1), 57-63.
- 森岡清美 (1997) 「家族とは」森岡清美・望月嵩共著『新しい家族社会学 四訂版』培風館
1-8.
- 長津美代子 (2014) 「家族関係学を学ぶにあたって」長津美代子・小澤千穂子編著『新しい
家族関係学』建帛社, 1-6.
- 中野英子 (1995) 「高齢者介護の社会化について」『人口問題研究』第 51 巻第 3 号, 36-48.
- 中野いずみ (2011) 「『介護の社会化』と介護保険制度—家族介護に焦点をあてて—」『静岡
福祉大学紀要』第 7 号, 53-60.
- 中島紀恵子 (2000) 『介護概論』中央法規.
- 西尾美紀・成瀬優知 (2007) 「家族介護者の介護に対する肯定・否定的認知評価とそれに関
わる要因の検討」『日本地域看護学会誌』Vol. 10No. 1, 59-65.

- 小原眞知子 (2001) 「家族介護におけるソーシャルワークアセスメントの研究—高齢者家族介護の事例を通して—」『久留米大学文学部紀要社会福祉学科編創刊号』(第1・2号), 31-42.
- 岡崎素子 (2000) 「要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向と課題」『日本保健医療行動科学会年報』Vol. 15, 268-285.
- 大野さおり (2018) 「『介護の社会化』と家族危機に関する一考察—高齢者家族介護の問題点と課題—」『九州社会福祉年報』第9号, 27-37.
- 大野さおり (2019) 「高齢者介護の社会化と家族介護者支援」『福祉開発研究』第2号, 84-93.
- 大和三重 (2004) 「介護保険制度3年後の課題—家族介護者のエンパワメントの必要性—」『関西学院大学社会学部紀要』96号, 179-191.
- 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法 原理・方法・実践』新曜社.
- 坂井素思 (2001) 「生活政策論序説—『公私ミックス』論あるいは『公私分担』論の基礎原理は何か?—」『放送大学研究年報』第19号, 1-17.
- 笹谷春美 (2005) 「高齢者介護をめぐる家族の位置—家族介護者視点からの介護の『社会化』分析—」『家族社会学研究』第16巻第2号, 36-46.
- 関根聡 (2007) 「高齢者介護をめぐる家族危機」『大阪女学院短期大学紀要』37号, 19-33.
- 柴崎祐美 (2016) 「介護保険事業所の特徴を生かした家族介護支援に関する一考察—療養通所介護事業所の家族介護者支援調査から—」『立教大学コミュニティー福祉研究所紀要』第4号, 115-127.
- 寫末憲子 (2019) 「介護の概念と範囲」川廷宗之・高橋信幸・和気純子編『新・社会福祉士養成講座13 高齢者に対する支援と介護保険制度第6版』中央法規, 304-317.
- 下夷美幸 (2015) 「ケア政策における家族の位置」『家族社会学研究』27(1), 49-60.
- 庄司洋子 (2007) 「家族の変化」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 898-901.
- 田畑洋一 (2014) 「ドイツの介護保険と介護改革の残された課題」『週刊社会保障』No.2802, 50-55.
- 高原万友美・兵藤好美 (2004) 「高齢者の在宅介護者における介護継続理由と介護による学び」『岡山大学医学部保健学科紀要』14, 141-155.
- 高橋重宏 (2007) 「家族の機能と福祉」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 906-909.

- 田中安平 (2005) 『介護の本質』 インデックス出版.
- 田中安平 (2009) 『新・介護の本質』 インデックス出版.
- 田中安平 (2016) 『プロの介護福祉士を目差すあなたに』 ラグーナ出版.
- 田中安平 (2017) 「介護人材不足に見る介護保険制度の不備に関する一考察」『自治研かごしま』 No. 116, 50-59.
- 戸田貞三 (1982) 『家族構成』 新泉社.
- 得津慎子 (2005) 「社会福祉における家族支援—家族ソーシャルワーク方法論に向けて—」『関西福祉科学大学紀要』 第9号, 67-80.
- 栃本一三郎 (2007) 「福祉と社会保険」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』 中央法規出版, 70-71.
- 鶴野隆浩 (2003) 「家族支援理念の再考—家族福祉論の再構築のために—」『社会福祉学』 第44巻第1号, 3-12.
- Twigg, J. & Atkin, K. (1994) *Carers perceived: Policy and practice in informal care*. Open University Press.
- 上田征三・金政玉 (2019) 「『福祉ミックス論』はどこからきたのか, その背景と主張—これからの日本の社会福祉のあり方について考える—」『東京未来大学研究紀要』Vol. 13, 23-34.
- 上野千鶴子 (2013) 「介護の家族戦略—規範・選好・資源—」『家族社会学研究』 第25号第1号, 30-42.
- 涌井智子 (2018) 「多様化する家族介護の現状と今後の介護を支えるシステムについて考える」『老年社会科学』 第40巻第3号, 301-307.
- 和宗総本山四天王寺「聖徳太子について」〈www.shitennoji.or.jp/shotokutaishi.html〉 (2019年3月14日).
- 渡辺匠・唐沢かおり・大高瑞郁 (2011) 「家族介護と公的介護に対する選好度の規定要因および関係性について」『実験社会心理学研究』 第51巻第1号, 11-20.
- 渡辺顕一郎 (1989) 「家族危機とその対応資源の評価方法」『関西学院大学社会学部紀要』 第60号, 63-72.
- 山口幸照 (2004) 「社会福祉施設の『社会化論』に関する一考察」『現代密教』 第17号, 361-384.
- 大和礼子 (2008) 「介護する意識とされる意識—男女差が大きいのはどちらの意識か—」『関西大学社会学部紀要』 第39巻3号, 103-121.

湯原悦子 (2014) 「家族介護者支援の理論的根拠」『日本福祉大学社会福祉論集』第 130 号,
1-14.

結城美智子・飯田澄美子 (1996) 「在宅要介護高齢者の介護者における家族・身内とのかか
わりと介護負担感との関連」『老年看護学』Vo1. 1No. 1, 42-54.

湯澤直美 (2007) 「家族政策と社会福祉」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサ
イクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 910-913.

参考文献

- 藤森敏雄 (2017) 「新設される介護医療院—医療・介護療養病床の転換と在宅医療へのつながりを—」『生活福祉研究』通巻 94 号, 50-57.
- 藤崎宏子・池岡義孝 (2017) 『現代日本の家族社会学を問う—多様化のなかの対話—』ミネルヴァ書房.
- 福富昌城 (2007) 「施設ソーシャルワーク」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版.
- 顔娟 (2015) 「高齢者介護の社会化—介護クリークの生成に向けて—」『桃山学院大学社会学論集』第 48 巻第 2 号, 131-155.
- 畑亮輔・岡田進一・白澤政和 (2010a) 「居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造」『介護福祉学』第 17 巻第 1 号, 33-45.
- 畠中宗一 (2003) 『家族支援論—なぜ家族は支援を必要とするのか—』世界思想社.
- 平岡公一 (1998) 「介護保険制度の創設と福祉国家体制の再編—論点の整理と分析視覚の提示—」『社会学評論』49 巻 3 号, 389-406.
- 広井良典 (1997) 『ケアを問いなおす「深層の時間」と高齢社会』ちくま新書.
- 堀勝洋 (1981) 「日本型社会福祉論」『季刊社会保障研究』Vol. 17, No 1, 37-50.
- 一般社団法人シルバーサービス振興会:平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「家族介護者の負担を軽減するための支援方策に関する調査研究事業報告書」.
- 石附敬 (2016) 「重度要介護高齢者の在宅介護を長期に継続する要因—家族介護者インタビューの質的分析—」『東北福祉大学研究紀要』第 40 巻, 1-17.
- 石原邦雄 (2001) 「家族ストレス論的アプローチ」野々山久也 清水浩昭編『家族社会学の分析視角』ミネルヴァ書房.
- 石井京子 (2003) 『高齢者への家族介護に関する心理学的研究』風間書房.
- 介護支援専門員テキスト編集委員会 (2009) 『五訂介護支援専門員基本テキスト』長寿社会開発センター.
- 介護支援専門員受験対策研究会編集 (2019) 『ケアマネジャー試験ワークブック』中央法規.
- 神山英紀 (1999) 「最適福祉ミックスとは何か?—高齢化社会を念頭に—」『ソシオロギス』NO. 23, 212-230.

- 唐沢かおり (2001) 「高齢者介護サービス利用を妨げる家族介護者の態度要因について」『社会心理学研究』第 17 巻第 1 号, 22-30.
- 笠原幸子 (2014) 『ケアワーカーが行う高齢者のアセスメント—生活全体をホリスティックにとらえる視点—』ミネルヴァ書房.
- 春日キスヨ (1997) 『介護とジェンダー—男看とる女看とる』家族社.
- 春日井典子 (2014) 『介護ライフスタイルの社会学』世界思想.
- 加藤久和・財務省財務総合政策研究所編著 (2016) 『超高齢社会の介護制度 持続可能な制度構築と地域づくり』中央経済社.
- 菊池いづみ (2012) 「家族介護支援の政策動向—高齢者保健福祉事業の再編と地域包括ケアの流れのなかで—」『長岡大学地域研究センター年報』12 巻, 55-75.
- 菊池真弓 (2005) 「現代家族における高齢者介護—親の介護・看護者の状況を中心に—」熊谷 苑子, 大久保 孝治 (編) 『コーホート比較による戦後日本の家族変動の研究: 全国調査「戦後日本の家族の歩み」(NFRJ-S01) 報告書 No. 2』日本家族社会学会 全国家族調査委員会, 169-180.
- 金成垣 (2004) 『『福祉社会論』の再考—福祉問題における韓国的経験を手がかりに—』『ソシオロゴス』No. 28, 63-79.
- 厚生労働省 「地域包括ケアシステム」
(www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/.../chiiki-houkatsu/) (2019 年 8 月 29 日).
- 厚生労働省老健局振興課 「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」
(www.mhlw.go.jp/file/06...12300000.../0000192996) (2019 年 8 月 29 日).
- 厚生労働統計協会編 (2015) 『国民の福祉と介護の動向 2015/2016』厚生 の 指 標 増 刊 ・ 第 62 巻 第 10 号.
- 厚生労働統計協会編 (2018) 『国民の福祉と介護の動向 2015/2016』厚生 の 指 標 増 刊 ・ 第 65 巻 第 10 号.
- 厚生労働省 (2017) 『『テーマ 1』看取り参考資料』
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf>) (2019 年 10 月 28 日).
- 倉田康路 (2014) 『介護保険サービス苦情の構造』学文社.

- 三菱総合研究所 (2013) 「地域支援事業の実施状況等に関する調査研究報告」
(https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou000000qwp6-att/h24_03.pdf).
- 宮本恭子 (2017) 「ドイツにおける家族介護者支援の構造的特徴—ドイツ現地調査から—」
『経済科学論集』第 43 号, 1-29.
- 森川美絵 (2015) 『介護はいかにして「労働」となったのか—制度としての承認と評価のメカニズム—』ミネルヴァ書房.
- 森川美絵 (2019) 「高齢者ケアの全社会的編成と家族ケアの展望」『社会福祉研究』第 134 号, 22-32.
- 森岡清美 (1993) 『現代家族変動論』ミネルヴァ書房.
- 武藤宏典 (2005) 「介護保険制度における在宅介護—『介護の社会化』とは—」『経済政策研究』第 1 号, 25-43.
- 日本家政学会編 (2018) 『現代家族を読み解く 12 章』丸善出版.
- 二木立 (2015) 『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房.
- 二木立 (2016) 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房.
- 二木立 (2017) 『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房.
- 二木立 (2019) 『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房.
- 野々山久也 (1998) 『家族福祉の視点—多様化するライフスタイルを生きる—』ミネルヴァ書房.
- 野々山久也・清水浩昭編著 (2001) 『家族社会学の分析視角—社会的アプローチの応用と課題—』ミネルヴァ書房.
- 小田兼三・古瀬徹 (1998) 『高齢者ケアの担い手』中央法規出版.
- 岡本祐三 (2009) 『介護保険の歩み—自立をめざす介護への挑戦—』ミネルヴァ書房.
- 大久保孝治・杉山圭子 (2000) 「サンドイッチ世代の困難」藤崎宏子編『親と子：交錯するライフコース』ミネルヴァ書房.
- 大森彌・山口昇・岡本祐三他 (1994) 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」高齢者介護・自立支援システム研究会委員.
- 斉藤真緒 (2015) 「家族介護とジェンダー平等をめぐる今日的課題—男性介護者が問いかけるもの」『日本労働研究雑誌』No.658.

- 柴崎 祐美 (2017) 「地域包括ケアシステムにおける家族介護者支援の現状と課題—介護保険事業計画を手がかりにして—」『立教大学コミュニティ福祉研究所紀要』第5号, 37-49.
- 清水浩昭 (2004) 「家族と扶養」清水浩昭・森謙二・岩上真珠・山田昌弘編『家族革命』弘文堂.
- 下山昭夫 (2001) 『介護の社会化と福祉・介護マンパワー』学文社.
- 白澤政和 (2003a) 「ケアマネジメント」『福祉キーワードシリーズ ケアマネジメント』中央法規出版.
- 白澤政和 (2003b) 「ケアマネジメントの実施者」『福祉キーワードシリーズ ケアマネジメント』中央法規出版.
- 副田あけみ (1998) 『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規出版.
- 副田あけみ (2010) 『高齢者と福祉—ケアのあり方—』日本図書センター.
- 園井ゆり・浅利宙 (2016) 『家族社会学—基礎と応用—』九州大学出版会.
- 田畑洋一 (2017) 「ドイツ介護保険—要介護の「新概念」の導入と保険給付」『週刊社会保障』No.2918, 48-53.
- 高山忠雄 (2008) 『効果的な介護予防訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究』厚生労働省長寿科学総合研究事業報告書.
- 田中安平 (1994) 「『サービス評価基準』のもつ意味と活用法」『老人生活研究』No.278, 16-21.
- 苫米地なつ帆 (2017) 「家族の危機と危機への対応：家族研究の視点から」
(<https://web.iss.u-tokyo.ac.jp/crisis/essay/post-5.html>).
- 長寿社会開発センター (2013) 「地域ケア会議運営マニュアル」.
- 上野千鶴子 (2013) 『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ—』太田出版.
- 和気純子 (1998) 『高齢者を介護する家族』川島書店.
- 八木裕子 (2019) 「社会福祉におけるケアを担う家族への支援—『家族』と『家族ケア』を再考する—」『社会福祉研究』第134号, 33-40.
- 山根常男 (1998) 『家族と社会—社会生態学の理論をめぐって—』家政教育社.

参考資料

厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業状況報告（年報）」

〈www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html〉.

厚生労働省「平成 28 年度 介護保険事業状況報告（年報）」

〈<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/16/index.html>〉

(2019 年 8 月 18 日).

厚生労働省「平成 29 年度 介護保険事業状況報告（年報）」

〈<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/index.html>〉

(2019 年 9 月 4 日).

厚生労働省「第 115 回社会保障審議会(介護給付費分科会)」

〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000065658.html>〉.

厚生労働省「平成 30 年度介護報酬改定について」

〈https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitai30.html〉.

厚生労働省「介護支援専門員研修ガイドライン」

〈www.mhlw.go.jp/.../2016.11SENMONKENSUGAID〉 (2019 年 8 月 4 日).

厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」平成 30 年度厚生労働省老健局

〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000213177.pdf>〉

(2019 年 8 月 18 日).

厚生労働省「平成 25 年国民生活基礎調査の概要—」 「介護保険制度を取り巻く状況(厚生労働省)」 〈www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000044899.pdf〉.

厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査の概況」

〈<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>〉

(2019 年 9 月 4 日).

厚生労働省「平成 30 年 国民生活基礎調査の概況」

〈<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/index.html>〉

(2019 年 9 月 4 日).

厚生労働省「老人福祉法(昭和38年07月11日法律第133号)」

[〈https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82111000&dataType=0&pageNo=1〉](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82111000&dataType=0&pageNo=1)

(2019年9月3日).

厚生労働省(2012)「第3章 日本の社会保障の仕組み」『厚生労働白書平成24年版』

[〈www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/1-03〉](http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/1-03) (2019年7月9日).

厚生労働省「地域ケア会議の運営について」平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者

研修企画委員会委員「地域包括支援センターの手引き」厚生労働省

[〈www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../4_9_2〉](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../4_9_2) (2019年8月29日).

厚生労働省「認知症施策の推進」

[〈www.mhlw.go.jp/file/06...12600000.../0000061864.pd...〉](http://www.mhlw.go.jp/file/06...12600000.../0000061864.pd...) (2019年10月1日).

九州社会福祉研究会(2013)『第2版 21世紀の現代社会福祉用語辞典』学公社.

九州社会福祉研究会(2019)『第2版 21世紀の現代社会福祉用語辞典』学公社.

松村明編(1992)『大辞林』三省堂出版.

松村明編(1988)『大辞林』三省堂出版.

内閣府「2003年高齢者介護に関する世論調査」

[〈survey.gov-online.go.jp/h15/h15-kourei/index.html〉](http://survey.gov-online.go.jp/h15/h15-kourei/index.html).

内閣府「令和元年版高齢社会白書(全体版)」

[〈https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html〉](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html) (2019年8月18日).

内閣府「平成30年版高齢社会白書(全体版)」

[〈https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html〉](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html) (2019年8月18日).

内閣府「平成29年版高齢社会白書(全体版)」

[〈https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html〉](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html) (2019年8月18日).

内閣府「平成28年版高齢社会白書(全体版)」

[〈https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html〉](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html) (2019年8月18日).

内閣府「要介護度別認定者数の推移」

[〈https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/.../shiryous3-2-2.pdf〉](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/.../shiryous3-2-2.pdf)

(2019年8月18日).

老人保健福祉審議会報告書(1996)「高齢者介護保険制度の創設について」

[〈www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/.../993.pdf〉](http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/.../993.pdf).

「老人家庭奉仕員派遣事業運営要領」

〈http://www.urugi.jp/dlw_reiki/357902500029000000MH/357902500029000000MH/357902500029000000MH_m.html〉 (2019年9月3日).

「身体障害者福祉法 - e-Gov 法令検索 - 電子政府の総合窓口 e-Gov イーガブ」

〈https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=324AC1000000283〉 (2019年9月3日).

総務省統計局「人口推計」〈<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/index.html>〉.

総務省 (2018) 「介護施策に関する行政評価・監視 一高齢者を介護する家族介護者の負担軽減対策を中心として一」〈http://www.soumu.go.jp/main_content/000557687.pdf〉 報道資料.