〈論　文〉

家族介護問題における介護サービス利用の効果と課題

權　順浩

はじめに

介護保険制度が導入されたその背景には，急速な高齢化の進行に伴う要介護高齢者の増加や介護期間の長期化，老々介護等の問題がある。特に，これまで介護の主役を担ってきた家族が社会経済発展とともに，その構造が変化し，核家族化，小家族化になることにより，家族の介護機能が弱体化され，家族だけでは介護を支えきれなくなったことにある。

介護による家族介護者の介護問題[1]は，介護負担，あるいは介護ストレスという形で多くの先行研究により，その実態と影響が明らかにされている[5][32][38][47][52]。そして，厚生省老人保健福祉審議会（1996）も「高齢者介護保険制度の創設について」の中で，「高齢者の介護は，それを負担する家族に肉体的，精神的，経済的重圧となり，心で想う介護が全うできず，家族の崩壊や離職をはじめ様々な家庭的悲劇の原因となる」と述べ[21]，これまで家族介護者の介護問題に目を逸らしてきた日本政府も，介護問題が要介護者を介護する家族介護者のみならず，その家庭全体に影響を与える深刻さを認めざるを得なくなったといえよう。

こうした介護問題について介護保険制度は，介護問題の要因である要介護者にその身体状態に応じて適切な介護サービスを提供し自立生活を図ることで，家族介護者の負担を軽減させ，介護問題の改善を図ろうとしている。言い換えると，介護保険制度は介護サービスのみを提供することによって，要介護者の介護問題だけでなく，家族介護者の経済的，身体的，精神的，社会的孤立等，すべての介護問題を改善しようとしているといえよう。確かに，この制度の狙いどおりに，多様な介護サービスの利用によって，要介護者の要介護状態を改善させたり，もしくは家族の直接的な介護時間を減らし，社会的，身体的，精神的問題の改善はもとより，ひいては経済的活動まで可能にする蓋然性は高いと思われる。そのためには，要介護者の心身状態はもちろん，家族介護者の性別や年齢，家族関係，住宅状態，経済的状況，健康状態，社会的活動有無等，介護環境を十分考慮して，介護によって家族介護者が犠牲にならないように，24時間いつでもたやすく介護サービスが利用できるような介護システムが重要である。

介護保険制度施行後，介護サービスが普遍化され，利用しやすくなっていることは否めないが，介護による家族介護者の離・転職や虐待，心中等は依然として起きている[8][10][13][18][28][45]。これらの問題は介護がもたらす問題の中でも，最悪な結末であり，介護保険制度施行後にも相次いで生じているということは，介護保険制度の狙いどおりの効果が得られていないと考えられよう。

介護負担の変化に着目して介護保険制度施行前後を比較した先行研究をレビューしてみると，介護保険制度施行後，家族の介護負担が軽減されたという研究結果もある[3][4]が，殆どの研究では介護サービス利用が介護問題の改善に繋がっていないと指摘している[23][24][29][32]～[35][43]。それに介護保険制度施行前後の介護問題に関する先行研究を照らしてみても[9][18][39]～[41][48]～[52]，制度施行以前に指摘された問題と制度施行後に指摘された問題が類似している点から，家族の介護問題が改善されていないといえる。

しかし，介護サービス利用それ自体が家族の介

護問題にまったく影響を与えていないとは考え難く，介護問題を改善するため，欠かせないのが介護サービスである。したがって，本研究の目的は，現介護保険制度下の介護サービスと介護問題との関係を分析し，介護問題における介護サービスの効果と限界を明らかにした上で，介護保険制度が介護問題の中で，これまで等閑視されてきた経済的状況が他の介護問題に及ぼす影響を明らかにすることである。

Ⅰ．研究方法及び倫理的配慮

1．研究課題

調査の目的に沿って以下のように研究課題を立てる。

(1) 介護サービス利用が介護問題を改善させているのか。

(2) 経済的状況は家族介護の介護環境に影響を与えているのか。

1) 家族介護環境に応じて経済的状況の違いはあるのか。

2) 経済的状況が家族介護者の社会的・身体的・精神的問題に影響を及ぼしているのか。

2．調査の対象及び方法

(1) 調査対象及び調査方法

調査の対象者は，「認知症の人と家族の会」（滋賀，京都，大阪支部。以下，「家族の会」と略す。）の会員のうち，在宅介護サービスを利用しながら，認知症高齢者を介護する主たる家族介護者とした。本調査は2006年6月20日から9月5日まで約3ヶ月間にかけて，郵送法と留置法で行った。合計253部を配布して77部（30.4%）が回収されたが，このように回収率が低かったのは，郵送法の短所もあるが，支部の事情上，在宅介護と入所介護，介護者と非介護者者，主介護者と副介護者の区分等が明確ではなかったので，やむを得ずすべての会員に配布し，在宅介護と主たる家族介護者の2つの条件を充たす者だけ回答してもらったからである。このような点を勘案し，回収率が調査の結果に影響を与えるほどではないと考え，以下の研究を進めることにした。そして，回収された合計77部のうち，回答が不充分であったり，対象にならなかった9部を除外し，最終分析に68部を使用した。

(2) 調査項目

調査項目は社会人口学的特徴である性別，年齢，要介護度，介護期間，1日介護時間，一番つらかったとき，健康状態，経済的状況，雇用状態等と介護負担尺度を中心としている。家族介護者の介護問題は測定可能な介護負担感に置き替えて測定した。その尺度はZaritら（1980）が開発して，荒井ら（1998）が訳したものを用いた。これは身体的負担，心理的負担，精神的負担等を総括したものである。その項目は「必要以上に世話を求めてくると思う」「介護のために自分の時間が充分とれないと思う」「認知症の行動に対し，困ってしまうと思う」等を含め，22項目で構成されている。各項目は「思わない」1点，「たまに思う」2点，「時々思う」3点，「よく思う」4点，「いつも思う」5点という5段階のリカート式で測定した。ただ「自分は今よりもっと頑張って介護すべきだと思う」と「本当に自分はもっとうまく介護ができるのになあと思うことがある」はリコーディングして，平均値を算出した。介護負担感は平均値が高くなるほど，介護負担感は重くなると解釈した。本調査の平均値は5点満点にすると3.12（標準偏差 .68）であってクロンバックの α 係数は .87であった。

3．分析方法

本データの分析は，PASW Statistic 17.0を用いて行った。家族介護の一般的特徴と介護サービスの利用実態，経済的状況の実態は，頻度分析，クロス集計を行った。

研究課題（1）と（2）の2）を明らかにするため，相関関係と重回帰分析で検証を行った。それに先立って，在宅介護サービスは訪問系，通所系，短期入所系の3つに分けて再分類した。介護負担は主成分分析を行い，経済的，社会的，身体的，精神的の4つに再分類した。その項目の内容と信頼度は表1のようである。また，説明変数と被説明数間の関数式が成り立っているのか，説明変数が独立しているのかを確かめるため，「多重共線性の診断」をチェックしてその発生有無を確

表1　家族介護者の介護負担下位因子別内容及び信頼度

下位因子	内容	信頼度
社会的	介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか？	.84
	介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか？	
	介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか？	
	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか？	
	要介護者が家にいるので友達を家に呼びたくても呼べないと思ったとことがありますか？	
	介護が始まって以来，自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか？	
精神的	介護の他に，家事や仕事などもこなしていかなければならず，「ストレスだな」と思うことがありますか？	.81
	要介護者の行動に対し，困ってしまうと思うことがありますか？	
	要介護者のそばにいると腹が立ちますか？	
	要介護者が将来どうなるか不安になると思いますか？	
	要介護者に対して，どうしていいのかわからないと思うことがありますか？	
	全体を通してみると，介護をするというのはどれくらい自分の負担になっていると思いますか？	
身体的	要介護者のそばにいると気が休まないと思いますか？	.80
	介護のために体調を崩したと思ったことがありますか？	
	介護にこれ以上時間はさけないと思うことがありますか？	
	介護を誰かに任してしまいたいと思うことがありますか？	
経済的	今の暮らしを考えれば，介護にかける金銭的な余裕はないと思うことがありますか.	
再構成　介護負担感17項目　クロンバックの α 係数 .91		

認した結果，研究課題（1）の多重共線性は3，研究課題（2）の2）の多重共線性は4で，各々の数字より高く表れた変数は見つからなかったので，多重共線性の問題はなかった。

研究課題（2）の1）は，一元配置分散分析とt検定の平均値の差を用いて検証した。

4. 倫理的配慮

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

Ⅱ．調査結果分析

1. 家族介護の一般的特徴

家族介護の特徴は，表2のようである。まず，要介護者の性別は女性が72.1%で，男性より多く占めている。年齢は要介護者の約78%が後期高齢者で，平均年齢は80.7歳であった。要介護状態は要介護3が22.1%と最も多く分布しており，続いて要介護4が20.6%で多かった。そして，要介護1と5は同じく17.6%ずつであり，要介護2と要支援は各々14.7%と7.4%で，要支援が最も少なかった。要介護者の暮らしの形態は，「子供と同居している要介護者が全体の67.6%と最も多く占めており，続いて要介護者夫婦，一人暮らしの順で多かった。

次に，家族介護者についてみると，76.5%が女性で，年齢は33歳から91歳まで幅広く分布しており，平均年齢は60.6歳であった。これらを再分類してみると，「50歳から65歳未満」が最も多く，在宅介護の中心になっている。介護期間は，介護をはじめてから短くは2ヶ月の家族介護者もいた反面，20年間介護を続けている家族介護者もおり，平均介護期間は5.7年であった。

介護をはじめてから一番つらかったときについては，「診断後1年目」が32.4%と最も多く，次

表2　家族介護の一般的な特徴　　N＝68

変数	変数値	N	有効%	変数	変数値	N	有効%
要介護者性別	男	19	27.9	介護時間	1時間以内	5	7.9
	女	49	72.1		1–2時間以内	5	7.9
要介護者年齢	65歳未満	4	5.9		2–3時間以内	5	7.9
	65歳以上75歳未満	11	16.2		4–5時間以内	8	12.7
	75歳以上85歳未満	29	42.6		ほぼ半日	24	38.1
	85歳以上	24	35.3		ほぼ一日	16	25.4
家族介護者性別	男	16	23.5		無回答	5	
	女	52	76.5	暮らし形態	高齢者夫婦のみ	15	22.1
家族介護者年齢	50歳未満	10	14.7		独身の子供と同居	13	19.1
	50歳以上65歳未満	37	54.4		長男夫婦と同居	19	27.9
	65歳以上75歳未満	13	19.1		次男以下の夫婦と同居	1	1.5
	75歳以上	8	11.8		長女夫婦と同居	8	11.8
要介護度	要支援	5	7.4		一人暮らし	7	10.3
	要介護1	12	17.6		次女夫婦と同居	3	4.4
	要介護2	10	14.7		その他	2	2.9
	要介護3	15	22.1	健康状態	以前から健康である	22	32.4
	要介護4	14	20.6		異常あるような感じがある	19	27.9
	要介護5	12	17.6		健康だったが悪くなった	18	26.5
介護期間	2年以下	14	20.6		悪かったがより酷くなった	9	13.2
	3年以上～4年以下	19	27.9	一番つらかったとき	診断前	9	13.4
	5年以上～6年以下	11	16.2		診断後1年目	22	32.8
	7年以上～8年以下	10	14.7		2年目	3	4.5
	9年以上～10年以下	8	11.8		3年目	5	7.5
	11年以上	6	8.8		4年目	6	9.0
					5年目	2	3.0
					5年目以後から	7	10.4

注：1. パーセントが100%と一致しないのは四捨五入をしたからである。
2. パーセントは，無回答を除いた有効パーセントを用いる。

いで「始めからずっと」つらかったと思っている家族介護者も19.1%であった。つらかった理由としては，興奮，徘徊，暴言，妄想，物忘れ等の認知症高齢者の「周辺症状」や，認知症に対する基礎知識不足，将来への不安，自分の健康の悪化，経済的負担等があげられた。そして，家族介護者が感じる一日介護時間は，「ほぼ半日」が38.1%と最も多く，続いて「ほぼ一日」が25.4%と多く，在宅で要介護者を介護している家族介護者の63.5%が，「ほぼ半日」以上，介護していると感じていた。

健康状態は「健康上の問題ありとなし」を二分化してみると，介護により家族介護者の約7割がなんらかの健康上の問題に影響を受けていることがわかった。

2. 在宅介護サービスの利用実態と介護問題に及ぼす影響

(1) 要介護者の在宅介護サービスの利用実態

要介護者の介護サービス利用実態は，表3のようである。訪問系介護サービスは，「利用していない」が64.7%で，「利用している」家族介護者の35.7%より多かった。「利用している」要介護者の1週間利用頻度をみると，「1時間以上3時間未満」が14.7%で最も多く分布しており，次に「3時間以上5時間未満」が13.2%と多かった。一方，通所系介護サービスは「利用している」が82.4%で，殆どの家族介護者が利用していた。利用頻度は，「週5回以上」が33.8%と最も多く，次に「週3回－4回」が29.4%となっていた。そして，短期入所系介護サービスは家族介

表3　介護サービス利用実態　N＝68

変数	変数値	頻度	%
訪問系サービス利用頻度	利用していない	44	64.7
	週1時間以上3時間未満	10	14.7
	週3時間以上5時間未満	9	13.2
	週5時間以上7時間未満	2	2.9
	週10時間以上	3	4.4
通所系サービス利用頻度	利用していない	12	17.6
	週1回－2回	13	19.1
	週3回－4回	20	29.4
	週5回以上	23	33.8
短期入所系サービス利用頻度	利用していない	36	52.9
	月1日－月2日	6	8.8
	月3日－月4日	12	17.6
	月5日－月6日	3	4.4
	月7日以上	11	16.2
利用サービス数	1つ	20	29.4
	2つ	20	29.4
	3つ	17	25.0
	4つ以上	11	16.2
利用限度額利用程度	半分以下	6	8.8
	半分程度	6	8.8
	2/3程度	13	19.1
	いっぱい利用	34	50.0
	超える場合が多い	9	13.2

注：パーセントが100%と一致しないのは四捨五入をしたからである.

表4　介護サービス利用頻度が介護負担に及ぼす影響　N＝68

説明変数	被説明変数				
	総合的負担 B(β)	介護負担下位因子			
		経済的 B(β)	社会的 B(β)	身体的 B(β)	精神的 B(β)
訪問系サービス利用頻度	−.141(−.258)	−.302(−.261)	−.068(−.086)	−1.374(−.406)*	−.841(−.202)
通所系サービス利用頻度	−.228(−.370)*	−.399(−.305)	−.179(−.199)	−1.572(−.410)**	−1.096(−.232)
短期入所系サービス利用頻度	.115(.257)†	.116(.123)	.168(.258)	.501(.181)	1.109(.326)*
利用限度額利用程度	.013(.022)	.283(.219)	−.056(−.063)	.331(.087)	−.472(−.101)
利用サービス数	−.031(−.064)	.100(.098)	−.062(−.089)	.248(.083)	−.719(−.195)
定数	3.773**	2.729**	3.385**	15.278**	25.222**
R^2	.249	.161	.119	.260	.191
F値	4.111**	2.380*	1.679	4.362**	4.158**

†p＜0.1, *p＜0.05, **p＜0.01

護者の約半分程度（47.1%）しかサービスを利用していなかった。その利用頻度は，「月3日－4日」利用が17.6%と最も多かったが，「月7日以上」利用している人も16.2%となっていた。

要介護者が利用している介護サービス種類の数は，「1つ」ないし「2つ」を利用している者が各々29.4%と最も多く，殆どの要介護者は2つ以上の介護サービスを受けている。次に，利用限度額利用程度は，要介護者の50%が利用限度額「いっぱい利用」しており，それを「超える場合が多い」と回答した者も13.2%であった。利用限度額いっぱい利用しない理由としては，「介護保険では補えない部分で家族の介護が必要であるから」「要介護者が介護サービス利用を嫌がるから」「使いたいサービスがないから」「1割の自己負担が大きいから」等があげられた。

(2) 在宅介護サービスが家族介護問題に及ぼす影響

介護サービスの利用が介護問題に及ぼす影響は重回帰分析を用いて検証した。その結果は，表4のようである。

まず，介護サービス関連の変数が総合的負担に及ぼす影響を説明する決定係数はR^2＝.249と示され，24.9%の説明力をもっており，統計的に有意であった。具体的にみると，通所系介護サービス利用は総合的負担に統計的有意な影響を及ぼしているものと表れた。その影響は，通所系介護サービスの利用頻度が負の関係で，通所系介護サー

ビスを利用すればするほど，総合的負担は改善される。そして，訪問系介護サービス利用頻度と利用介護サービスの数は総合的負担と負の関係の傾向を，短期入所系介護サービスと利用限度額利用程度は正の関係の傾向を示しているものの，統計的な意味はなかった。

次は，介護サービス関連の変数が経済的負担に及ぼす影響を説明する回帰モデルの決定係数は $R^2=.161$ と表れ，16.1% の説明力をもっており，それは統計的に有意であった。訪問系介護サービスと通所系介護サービスは負の関係の傾向を示しているが，統計的に有意でなく，短期入所系介護サービスと利用限度額利用程度，利用介護サービス種類の数とは正の関係の傾向がみられたが，統計的に有意な結果ではなかった。要するに，介護サービス利用は経済的負担に直接的な影響を及ぼしていないといえる。そして，社会的負担と介護サービス利用との関係は，経済的負担と介護サービス利用との関係と同様に因果関係はもちろん，有意な相関関係も統計的な有意がみられなかったことから，介護サービス利用が社会的負担を軽減させる効果がないといえる。

続いて，身体的負担に与える影響をみると，説明変数が被説明変数を説明する回帰モデルの決定係数は $R^2=.260$ で，回帰モデルが身体的負担を 26%と説明しており，統計的に有意であった。詳しくみると，訪問系と通所系の介護サービスの利用頻度は，身体的負担と負の関係で，統計的有意であった。すなわち，訪問系と通所系の介護サービスは利用すればするほど，身体的負担を軽減する効果があるといえる。その効果は通所系介護サービス（β 値 $-.410$）が訪問系介護サービス（β 値 $-.406$）より，大きかった。これ以外の説明変数は，身体的負担と正の関係の傾向を示したものの，統計的な有意はみられなかった。

最後に，介護サービス関連の変数と精神的負担との関係は，精神的負担を説明する回帰モデルの決定係数は $R^2=.191$ で，精神的負担を 19.1% 説明しており，統計的にも有意であった。その中で統計的に有意な結果がみられたのは，短期入所系介護サービスのみであった。しかし，短期入所系介護サービスは利用すればするほど，精神的負担を軽減させるどころか，かえって重くする逆効果が表れた。他の説明変数は精神的負担を改善していく負の関係の傾向を示していたが，統計的に有意ではなかった。

3. 経済的状況と家族介護問題

(1) 家族介護者の経済的状況と介護費用の実態

家族介護者の経済的状況と介護費用の実態は，表 5 のようである。まず，家族介護者の雇用形態は，無職が 66.2% と最も多く分布しており，次に「正規職」に勤めていると回答したのが 11.8% と多かった。この雇用形態が介護によってどう変わったのか，「変化ありとなし」で大別してみると，回答者の 60.3% が「変わらない」と答えたのに対し，「変化あり」は 39.7% で，「変化なし」の方が多かった。「変化あり」の場合，「正規職から契約・パートへ」と雇用形態が変わった人が 7.4% で，「介護のためやめた」と答えたのが 32.4%であった。「変化なし」の場合，介護前から経済活動を行っていなかった専業主婦と，引退後介護をはじめた人も含まれているため，その人たちを除いた実際上の「変化なし」はそれほど多くはなく，かえって「変化あり」の方が多い（参考資料 2)。

次に，家族介護者世帯全体の月収をみると，最低 15 万円から最高 259 万円まで分布しており，平均月収は 39.5 万円であった。そして，介護サービス費用や薬代，おむつ代等を含めた 1 ヵ月間の介護費用（交通費，保険料等は除く）は，最低 5 千円から最高 14 万円までかかり，平均費用額は約 5 万 5 千円であった。在宅介護の平均費用は，約 55,000 円で，「全国調査，1993 年」34,146 円，「東京都調査，1995 年」37,800 円，「東京都調査，1998 年」40,300 円，「家計経済研究所調査，2002」38,928 円より[12]と比べて高く表れたが，介護保険制度以前（1999）の「家族の会」の調査（約 7 万円）と比べてはやや少なかった。しかし，「家族の会」の調査に保険料を加えると，介護保険制度施行以前と施行以後の在宅介護費用額はほぼ同じである。このことから，介護保険制度が福祉用具貸与等のサービスで在宅介護の初期費用，いわゆる介護ベットや車椅子等にかかる費

表5　家族介護者の経済的状況と介護費用　N＝68

変数	変数値	N	有効%	変数	変数値	N	有効%
雇用状態	正規職	8	11.8	月収	20万円以下	11	18.6
	契約職・派遣	4	5.9		21万円以上25万円以下	6	10.2
	パート	5	7.4		26万円以上30万円以下	19	32.2
	自営業	6	8.8		31万円以上35万円以下	4	6.8
	無職	45	66.2		36万円以上40万円以下	4	6.8
仕事変化	変わりがない	41	60.3		41万円以上	15	25.4
	正規職から契約・パートへ	5	7.4		無回答	9	
	介護のためやめた	22	32.4	介護費用額	2万円未満	3	4.7
費用負担状況	要介護者のお金	38	55.9		2万円以上4万円未満	18	28.1
	要介護者と配偶者の収入	19	27.9		4万円以上6万円未満	20	31.3
	子供や親戚等の援助	11	16.2		6万円以上8万円未満	13	20.3
介護費用割合	10% 未満	16	28.1		8万円以上	10	15.6
	20% 未満	20	35.1		無回答	4	
	30% 未満	10	17.5	介護手当	要らない	4	5.9
	40% 未満	6	10.5		どちらでもよい	42	61.8
	40% 以上	5	8.8		要る	22	32.4
	無回答	11					

注：パーセントが100% にならなかったり，100% を超えたりするのは四捨五入をしたからである。

用は減少させたかもしれないが，月々の介護費用まで軽減させたとは言いがたい。

その介護費用額が月収に占める割合をみると，最高が66.7% で，最低が1.9% であって，平均割合は18.7% であった。その費用負担の状況は，約8割以上が要介護者とその配偶者の収入でまかなっていた。最後に，介護手当の必要性については，介護手当が要るか，要らないかという二者択一でみると，必要とする人が多かった。

(2) 家族介護環境がもたらす経済的状況の違い

1) 家族介護状況がもたらす月収の違い

介護環境による家族介護者世帯の月収の違いについて分析した結果，有意差がみられたのは，表6ようである。まず，家族介護者の年齢による世帯月収の違いをみると，「50歳以上65歳未満」の平均月収が44.7万円と最も高く，続いて「50歳未満」が36.1万円と高かった。次に「60歳以上75歳未満」が31.6万円，「75歳以上」が30.7万円の順となっており，年齢別に有意差がみられた。

雇用状態と平均月収の違いは，統計的に有意差がみられた。雇用状態別平均月収は，「自営業」が92.8万円で他の雇用状態と比較して相当に高く，次に「正規職」が45.43万円と高かった。そして，「パート」が36.3万円，「無職」が33.1万円，「契約職・派遣」が28.3万円の順で，「契約職・派遣」に勤めている家族介護者世帯の平均月収が最も低かった。そして，仕事の変化と月収をみると，集団間統計的に有意な差がみられた。表6をみればわかるように，仕事に「変わりがない」より，仕事の変化があった方が月収が低く，中でも転職よりも，離職の方が低かった。これらの結果からすると，家族介護者の雇用状態とその変化に世帯の全体収入が影響を受けており，特に転・離職は家族介護者世帯の家計所得を減少させていると解釈できよう。

家族介護者の社会参加の一環である趣味活動有無は，月収の多寡に有意差がみられており，月収が低い集団より，高い集団の方がより趣味活動に参加していた。そして，介護手当は月収が高い集団より，低い集団の方が介護手当をより必要としていることが明らかとなった。

2) 家族介護状況に応じる介護費用割合の違い

表7のように，家族介護状況に応じる介護費用割合の違いについて分析した結果，統計的有意差が認められた。要介護度に応じる介護費用割合は，「要介護5」が30.9% で最も多く，続いて「要介護4」が20.1% を占めている。次に「要介

表6　家族介護状況と月収　　N＝60

		N	平均(万円)	標準偏差	t/F 値
家族介護者年齢	50 歳未満	9	36.11	15.560	640†
	50 歳以上 65 歳未満	33	44.70	43.190	
	65 歳以上 75 歳未満	12	31.58	14.718	
	75 歳以上	6	30.67	10.231	
雇用状態	正規職	7	45.43	20.157	4.569**
	契約職・派遣	4	28.25	6.238	
	パート（アルバイト）	4	36.25	12.500	
	自営業	5	92.80	98.355	
	無職	40	33.08	14.661	
仕事変化	変わりがない	35	44.66	40.450	1.254*
	正規職から契約・パートへ	4	42.00	38.850	
	介護のためやめた	21	30.01	13.747	
趣味活動	している	35	43.03	40.427	.953†
	していない	25	34.46	20.901	
介護手当	要らない	4	37.50	15.000	.448†
	どちらでもよい	39	42.33	40.491	
	要る	17	33.06	13.084	

注：1. †p＜0.1, *p＜0.05, **p＜0.01
2. 無回答は分析から省かれたため，N＝68 より少なくなっている。

表7　家族介護状況と介護費用割合　　N＝59

		N	平均	標準偏差	F/t 値
要介護度	要支援	3	8.76	2.939	2.827*
	要介護 1	9	14.23	10.749	
	要介護 2	8	13.79	11.168	
	要介護 3	15	17.56	10.821	
	要介護 4	13	20.10	11.069	
	要介護 5	11	30.84	19.469	
仕事の変化	変わりがない	34	15.27	10.938	3.497*
	正規職から契約・パートへ	4	26.91	16.157	
	介護のためやめた	21	23.89	15.941	
利用限度額利用程度	半分以下	4	6.40	2.831	3.615*
	半分程度	6	20.88	22.921	
	2/3 程度	12	14.06	8.711	
	いっぱい利用	28	18.80	11.586	
	超える場合が多い	9	31.40	14.132	
趣味活動	している	35	16.74	12.407	−1.626†
	していない	24	22.60	15.204	
介護手当	要らない	4	15.42	7.833	.616†
	どちらでもよい	38	18.19	13.980	
	要る	17	22.09	14.548	

注：1. †p＜0.1, *p＜0.05, **p＜0.01
2. 無回答は分析から省かれたため，N＝68 より少なくなっている。

護 3」「要介護 1」「要介護 2」「要支援」の順で有意差がみられた。仕事の変化は，「正規職から契約・パートへ」が 26.9% と最も高く，次が「介護のためやめた」で介護費用割合は 23.9% と表れた。そして，最も介護費用割合が低かったのは「変わりがない」で 15.3% と統計的に有意差がみ

られた。仕事の変化が「なし」より「あり」の方が介護費用割合が高く表れたのは，表6でみたように仕事の変化により世帯の平均月収が減ったことから，月収に占める介護費用割合が高くなったと考えられる。

利用限度額利用程度は，利用限度額を「超える場合が多い」が31.4%と介護費用割合が最も高く，続いて「半分程度」が20.9%となっている。次に「いっぱい利用」「2/3程度」「半分以下」の順で有意差が認められた。介護費用割合はおおむね介護サービス利用限度額の利用程度が多いほど，介護費用割合も高くなる傾向を示した。これは，介護サービスを利用すればするほど介護費用も増加するからである。しかし，利用限度額の「半分程度」しか利用していないのに，介護費用割合が高く表れたのは，介護サービス以外の介護費用がかかっているからだと思われる。

趣味活動は，介護費用割合が高いほど家族介護者の趣味活動を阻害する傾向を示し，介護費用割合の高低が家族介護者の社会参加にも影響を与えていると解釈できよう。そして，介護手当の必要性は，介護費用割合が高いほど介護手当を必要とする傾向がでている。

3）家族介護状況に応じた経済的負担感の違い

表8で示した通りに，家族介護状況に応じた経済的負担感の違いを分析した結果，統計的に有意差がみられた。まず，家族介護者の年齢別経済的負担をみると，「50歳未満」が3.4と最も高く，次に「50歳以上65歳未満」と「65歳以上75歳未満」が同じく2.6と高かった。最も低かったのは「75歳以上」で1.9であった。仕事の変化による経済的負担は，「介護のためやめた」が3.0と最も高く，続いて「正規職から契約・パートへ」が2.8，「変わりがない」が2.3の順で高かった。仕事の変化が激しいほど経済的負担感がより高かった。それは，仕事の変化より月収が減少されたからである。

そして，介護費用負担状況は，集団別に有意差がみられた。「要介護者のお金」でまかなう場合，家族介護者の経済的負担が一番軽く，次に「要介護者と配偶者の収入」でまかなう場合であった。そして，「子や親戚等の経済的援助」を受けている場合，経済的負担が最も高い傾向を示した。利用限度額利用程度は，利用限度額を「超える場合が多い」の経済的負担が3.7と最も高く，続いて「半分以下」で3.0であった。次いで利用限度額

表8　家族介護状況と経済的負担　　N＝68

		N	平均	標準偏差	F値
家族介護者年齢	50歳未満	10	3.40	1.430	1.800†
	50歳以上65歳未満	37	2.54	1.445	
	65歳以上75歳未満	13	2.54	1.266	
	75歳以上	8	1.88	1.458	
仕事の変化	変わりがない	41	2.34	1.257	1.588*
	正規職から契約・パートへ	5	2.80	1.789	
	介護のためやめた	22	3.00	1.633	
介護費用負担状況	要介護者のお金	38	2.45	1.408	2.510†
	要介護者と配偶者の収入	19	2.37	1.461	
	子や親戚等の経済的援助	11	3.46	1.293	
利用限度額利用程度	半分以下	6	3.00	1.265	2.978**
	半分程度	6	1.50	.548	
	2/3程度	13	2.08	1.382	
	いっぱい利用	34	2.62	1.371	
	超える場合が多い	9	3.67	1.658	
介護手当	要らない	4	1.50	1.000	4.235*
	どちらでもよい	42	2.36	1.340	
	要る	22	3.23	1.478	

†$p<0.1$, *$p<0.05$, **$p<0.01$

表9　経済的状況が家族介護感に及ぼす影響　　N＝57

説明変数	被説明変数			
	総合的負担 B(β)	介護負担下位因子		
		社会的 B(β)	身体的 B(β)	精神的 B(β)
月収	−.003(−.161)	−.007(−.225)	−.021(−.172)	−.022(−.146)
介護費用額	.049(.214)	.091(.269)	.583(.423)	.536(.317)
介護費用割合	.037(.301)*	.023(.316)*	.079(.249)	.077(.207)
経済的負担	.282(.590)**	.212(.304)*	1.622(.569)*	1.799(.515)**
定数	2.440**	2.108**	6.016*	14.445**
R^2	.464	.240	.428	.311
F 値	11.269**	4.099**	9.729*	5.876**

注：1. *p＜0.05, **p＜0.01
2. 無回答は分析から省かれたため，N＝68 より少なくなっている。

の「いっぱい利用」が 2.6 で，「2/3 程度」が 2.1 の順で高かった。そして，最も低かったのは「半分程度」で 1.5 であった。表 4 でみたように，利用限度額利用程度と経済的負担との因果関係はなかったが，利用限度額利用程度間の経済的負担の違いは統計的有意差が認められた。最後に介護手当の必要性と経済的負担との違いをみると，経済的負担を強く感じるほど介護手当を必要としており，集団間の統計的有意差もみられた。

(3) 経済的状況が家族介護負担に及ぼす影響

ここでは，経済的状況が介護負担に及ぼす影響は重回帰分析を用いて検証した。その結果は表 9 通りである。

まず，経済的状況が家族介護者の総合的負担と社会的負担に及ぼす影響をみると，総合的負担を説明する回帰モデルの決定係数は R^2＝.464 で，社会的負担を説明する回帰モデルの決定変数は R^2＝.240 と示され，各々の説明力は 46.4%，24% と統計的に有意であった。総合的負担と社会的負担に統計的有意な影響を与えているのは，介護費用割合と経済的負担で正の関係であった。つまり，介護費用割合が高くなるほど，経済的負担が重くなるほど総合的負担も社会的負担も重くなる。その影響は，総合的負担には介護費用割合（β値 .301）より経済的負担（β値 .501）の方が，社会的負担には経済的負担（β値 .304）より，介護費用割合（β値 .316）の方が大きく影響を及ぼしている。

月収と介護費用額は，月収が高くなると，総合的負担と社会的負担は軽減される傾向を示している。そして，介護費用額はそれが高くなると，総合的負担と社会的負担も重くなる傾向が示されているが，どちらも統計的有意はなかった。

次に，経済的状況が身体的負担と精神的負担に及ぼす影響をみると，身体的負担を説明する回帰モデルの決定係数は R^2＝.428 で，精神的負担を説明する決定係数は R^2＝.311 と表れ，各々の説明力は 42.8%，31.1% と統計的に有意であった。詳しくみると，身体的負担と精神的負担に有意な影響を与えている説明変数は経済的負担のみであり，その影響は正の関係であった。つまり，経済的負担が重くなるほど家族介護者の身体的負担と精神的負担も重くなる。その影響は，身体的負担（β値 .515）より，精神的負担（β値 .569）の方が大きかった。他の経済的状況が身体的負担と精神的負担に及ぼす影響をみると，月収は負の関係で，介護費用額と介護費用割合は正の関係である。すなわち，月収が少ないほど，介護費用額と介護費用割合が高くなるほど，身体的負担と精神的負担が重くなる傾向を示しているが，統計的有意はなかった。

Ⅲ. 考　　察

1. 介護サービス利用と家族介護問題との関係

第一に，訪問系介護サービス利用が家族介護者の介護問題に及ぼす影響をみると，介護サービス

は利用するほど身体的負担は軽くなる効果があった。介護サービスを利用している間は，入浴や排泄，食事介助，医療的行為といった直接的な身体介護が家族介護者から介護専門家に代替できるので，それが身体的負担を軽くしていると思われる。

しかし，身体的負担の軽減に効果があったとはいえ，それが総合的負担の軽減に繋がったり，経済的，社会的，精神的負担を軽減する効果があったとはいえない。それは，訪問系介護サービスが経済的活動や社会参加等ができるほど利用時間が長くないこと。また，家族が在宅で介護をする際には，身体介護だけでなく，身の回りの介助や見守り，家事等，生活支援も同時に行っている。むしろ，家庭での生活時間が長い要介護者の家族にとっては，直接的な身体介護より，日常生活を営むための生活支援が方がいっそう切実に求められる支援であろう[32]。しかし，在宅要介護者の約9割近くが家族と同居している中で，同居家族がいる場合は生活支援サービスが利用しにくくなっているので，生活支援なしの身体介護を中心とした訪問系介護サービスの利用頻度を増やして身体的負担を軽減させたとしても，それらが精神的，総合的負担の軽減に繋がらないと考えられる。こうした結果は，三田寺・早坂（2003），内閣府（2006）の研究結果と一致している。

第2に，通所系介護サービスは要介護者を昼間の間，介護施設に預けることで，家族介護者の介護時間減少や社会参加の機会拡大等を通して，身体的，精神的負担の軽減を促す介護サービスとして期待されているものである[33)50)53)54)]。この介護サービスが家族の介護問題に及ぼす影響について，筒井（2001），保坂ら（2004）は家族介護者の「拘束時間の軽減」「友人との交流時間増加」といった介護時間が減少されたことを明らかにした。その反面，杉澤ら（2005）は，非利用者に比べ，利用者の介護時間が少なかったと述べつつも，社会的，身体的，精神的負担を軽くする効果は出なかったと述べている。本研究では，通所系介護サービスの利用頻度を増やしても経済的，社会的，精神的負担を軽減させる効果がなかった点では，杉澤らの研究と一致する結果であったが，身体的負担と総合的負担を緩和させる効果が示された点では異なる結果であった。これは，①通所系介護サービスが訪問系介護サービスに比べて利用時間が長いことによって介護時間が減少したこと，②また，通所介護施設から提供される各種機能訓練等によって要介護者の要介護状態が改善したこと，の2点が身体的負担と総合的負担の軽減にはつながったと思われる。

しかし，これらの結果が経済的，社会的，精神的負担の軽減につながらなかった。それは，通所介護サービスの利用による介護時間の減少は家族介護者の社会参加の機会を拡大するだけであって，それが家族介護者の社会参加を促す役割と機能を果たすわけではない。たとえ社会参加したとしても，利用時間にあわせて帰らないといけないという介護による時間的拘束が存在するからだと思われる。そして，通所系介護サービスの利用回数を増やしても利用時間が決まっているため，正規の労働市場へ参加することは困難である[37)42)]。家族介護者が労働市場へ参加するために，労働時間を短縮するしかないため，それによる所得減少もあるので，経済的負担が軽減されなかったと考えられる。

第3に，短期入所系介護サービス利用が家族介護者に及ぼす影響について，いくつかの先行研究では身体的，精神的負担を軽減された[6)31)42)]と述べているが，杉澤ら（2005）は，身体的，精神的，社会的負担を軽くする効果が見出せず，むしろ負担を重くする傾向がみられたと述べている。本研究は，杉澤ら（2005），内閣府（2006）の研究と一致する結果であった。すなわち，短期入所系介護サービス利用によって家族介護者の経済的，社会的，身体的，精神的，総合的な介護負担が軽減される効果はなく，かえって介護負担が増していく傾向がみられた。それに，精神的負担は短期入所系介護サービスを利用すればするほど重くなる結果が示されており，統計的にも有意であった。これは，実質的にこのサービスを利用するためには前もって2〜3ヶ月に予約しないと利用しにくいといった事情や，空き情報の一元化がなされてないこと，緊急時利用がしにくいこと，緊急利用ができても当初の希望通りとならなかった

り等[21]，利用者からの不満の声が高いことからも理解できることである。緊急時の対応やレスパイト的役割等，本来果たすべき機能が果たしていないことがこうした結果をもたらしたと考えられる。

第4に，利用限度額利用程度と利用介護サービス種類の数で多様な介護サービス利用が家族介護者の介護問題にどう影響を及ぼしているのかを検証することができよう。三田寺・早坂（2004）の研究によると，訪問系介護サービスと通所系介護サービスを一つひとつ利用するより，2つを組み合わせて利用する方がより効果があることを明らかにした。このように，一つの介護サービスのみを利用するよりも，それぞれの状況やニーズに応じて多様な介護サービスを利用することが介護問題改善においてもより効果があると考えられる。しかし，本調査の結果では，利用限度額利用程度と利用介護サービス種類の数は家族介護者の介護問題の改善と直接的な関係がみられなかった。それは，表9でみたように利用限度額の利用を増やしたり，介護サービスの数を増やしたりすると，それに伴って介護費用額と介護費用の割合も増加し，経済的負担を重くする結果に至るからである。そして，介護保険制度下における介護サービス量が生活環境や家族の状況等という在宅介護における基礎的条件をまったく考慮せず，要介護者の心身状態だけで決められることや，ケアプランの作成においてもケアマネジャーが家族と相談して決めるとはいえ，要介護者の心身状態の改善に重点を置いていることも，多様な介護サービスを利用しても家族の介護問題改善につながらない原因になっていると考えられる。また，介護保険制度が要介護者の心身状態の改善を通して，家族介護者の介護問題を改善しようとしていたが，筒井（2001）の研究結果から明らかなように，介護サービス利用（通所系介護サービス以外）によっては要介護者の心身状態の改善が図られなかったことも関連があると考えられよう。

2. 家族介護環境と経済的状況

研究課題（2）の1）家族介護環境に応じて経済的状況の違いについては，次のようである。第1に，家族介護者世帯の平均月収は，家族介護者の年齢，雇用状態，仕事の変化，趣味活動有無，介護手当の必要性が0.1未満の有意水準で各集団間に有意な差がみられた。とりわけ，家族介護者の雇用状態と仕事の変化が家族介護世帯全体の月収に左右されることが明らかになった。岩本ら（2001）の研究によると，家庭内に要介護者が発生すると，要介護状態の場合は約11%，寝たきり状態の場合は約15%の年間世帯所得が減少すると報告されている。介護保険制度施行以後にも介護によって離・転職が増えつつある現状の中で，仕事の変化によって所得が減少することに加えて介護が長期化すると，所得減少はいっそう際立つ。こうした所得減少の影響は，要介護者の介護サービス利用状況に影響を及ぼすよりも，その世帯の消費生活をよりいっそう切り詰める形で現れている[12]。岩本ら（2001）の研究によると，要介護状態の場合が約24%，寝たきり状態の場合が約34%の消費水準を抑えて暮らしている。これらの結果からすると，介護が要介護者はもとより，家族介護成員全体の生活の質の低下に影響していると考えられよう。

第2に，介護費用割合との関係をみると，有意水準が0.1未満で集団間の有意差がみられた変数は，要介護度，仕事の変化，利用限度額利用程度，趣味活動，介護手当であった。

しかし，利用限度額は利用程度を増やして利用しても，それが必ずしも介護費用割合を高くするわけでもなかった。それは，単に介護サービス費用だけが介護費用割合に影響を及ぼすわけではなく，介護サービス費用以外の介護費用はもとより，所得によって影響を受けているからである。

第3に，経済的負担との関係をみると，0.1未満の有意水準で集団間の有意差が認められたのは，家族介護者の年齢，仕事の変化，介護費用負担状況，利用限度額利用程度，介護手当であった。すなわち，若年層になるほど，離・転職するほど，介護サービスを利用するほど，介護手当を必要とするほど，経済的負担をより強く感じていた。これは労働政策研究・研修機構の研究（2006）と一致する結果であった。若年層が他の年齢層より，経済的負担を強く感じるのは，まだ

年功序列賃金が残っている日本社会においてこの年齢層は他の年齢層より月収が少ないことや，介護費用以外にも養育費用や生活費用等がよりかかる時期でもあること，それに介護による仕事の変化がそれをいっそう圧迫しているからだと思われる。そして，利用限度額利用程度による経済的負担は，介護サービスを利用すればするほど経済的負担も増加する傾向が示された。特に，利用限度額を超えて利用する集団が最も重く経済的負担を感じていた。それは利用限度額を超えると10割自己負担になっているからである。こうした傾向と異なって，本調査では「半分以下」利用する集団が，2番目に強く経済的負担を感じることと表れた。その集団を詳しくみると，他の集団より月収が少なくて，女性より男性の方が多い，経済的援助を受けている人が多く分布しているという特徴があった。労働政策研究・研修機構の報告書でもこれらの特徴を持っている層がより経済的不安が高いと指摘しており，本研究においても同じ結果がでている。これらの原因が利用限度額を半分しか利用しなくとも経済的負担を強く感じさせているといえよう。

3. 経済的状況と家族介護問題

経済的状況が家族の介護負担に及ぼす影響を検証した結果，介護費用割合と経済的負担が家族の介護問題に有意な影響を及ぼしていることが明らかになった。介護費用割合は社会的負担と総合的負担に正の影響を与えており，経済的負担は社会的，身体的，精神的，総合的負担に正の影響を及ぼしている。その影響は，介護費用割合は，総合的負担（β値 .301）よりも社会的負担（β値 .316）の方が大きかった。それは，月収の中に介護費用が占める割合が高くなると，家族介護者世帯の生活費用の中で，まず切り詰め始めるのが娯楽，余暇，交際費用といった社会参加費用だからである[12]。それが社会的負担を増加させ，総合的負担にも影響を与えていると思われる。

こうした結果は経済的負担が他の負担に及ぼす影響をみればよりわかりやすい。その影響は，社会的（β値 .304）＜精神的（β値 .515）＜身体的（β値 .569）＜総合的負担（β値 .590）の順であった。言い替えると，経済的負担が重くなると，家族介護者は社会参加の費用を制限して社会的孤立に陥りがちで，憂うつ，焦燥等の精神的不安はもちろん，介護の生活への不安までも感じ，精神的負担を強く感じることになると考えられる。そして，こうした精神的負担が身体的負担にも影響を与え，総合的負担が強くなるという一連のプロセスも描くことができよう。

これは，家族の介護問題の中で，社会的，身体的，精神的負担は介護サービスの利用によって改善される蓋然性はあるとしても，経済的負担は介護サービスの利用によって改善できる問題ではないことは研究課題（1）の検証結果からも明らかになっていることである。たとえ，入所介護サービスを利用して経済活動が可能になったとしても，介護費用がかからなくなるわけでもない。経済的負担の頻度に違いはあって，本質的な経済的負担の解決策にはならないからである。それに，介護保険制度が在宅を基本方針とし，入所介護サービス利用を制限しているため，現実的に在宅要介護者が入所介護サービスを利用することもたやすいことではない。それに，在宅介護サービスを利用して社会的，身体的，精神的負担が改善されたとしても，経済的負担が改善しない限り，それが他の負担に影響を与えて介護サービスの効果も軽減させてしまうということもおこりうる。

したがって，介護手当や所得保障といった直接的な介入して改善しない限り，経済的負担の改善はもとより，家族介護者の介護問題の全体を改善することは困難であるといえる。

おわりに

本稿では，介護問題の改善のために導入された介護保険制度の下で，施行されている介護サービスと家族介護者との関係を分析し，介護問題の改善における介護サービスの効果と限界を明らかにした上で，とくに，家族介護者の経済的状況が他の介護問題に及ぼす影響をを明らかにすることを目的とした。

2000年に導入された介護保険制度は，「家族介護から介護の社会化へ」というスローガンを掲げて，介護サービスの普遍化を通して介護問題の改

善を図ろうとした。制度施行後，介護サービス利用量の増加から介護サービスの普遍化はなされたと思われる。それに伴って家族の介護問題も改善されたのかどうかを検証した。その結果，身体的負担以外は改善されていなく，家族介護者のレスパイト的介護サービスという短期入所系介護サービスは，かえって利用するほど精神的負担を重くする逆効果があることが明らかになった。介護サービス利用が家族介護者の介護時間を減らしていることはその通りであるが，それが必ずしも家族の介護問題の改善につながっているとは限らないということである。したがって，介護サービスのみでは家族介護者の社会的，身体的，精神的，経済的等の介護問題を改善することに限界があるといえる。特に，いかなる介護サービスを利用しても経済的負担の改善に影響を及ぼしていないことが確かめられた。

また，制度施行後，殆ど社会的議論が行われなかった家族介護者の経済的問題に着目して，それが他の問題に及ぼす影響を検証してみた。その結果，介護費用割合は社会的負担と総合的負担に影響を与え，経済的負担はすべての介護負担に直接的影響を与えていることが明らかになった。このことから，経済的負担を改善しなければ，家族の介護問題は改善することができない。そして，すでに述べたように，経済的負担は介護サービスでは解決できない問題であって直接的な支援が別に必要な問題として考えなければならない。しかし，介護保険制度は，制度的に介護による所得減少を補填する仕組みはもとより，現金給付である介護手当すら講じていない。少子化，未婚化，晩婚化が進む中で，家族介護者の経済的問題は今後より深刻化，可視化されると思われるだけに，家族介護者への経済的支援を考えなければならないのである。

注

(1) 中谷陽明・東条光雅（1989）「家族介護者の受ける負担――負担感の測定と要因分析」『社会老年学』29, 27–28。家族介護者の介護問題は，未だに合意された定義がなく，研究者によってその概念も stress, strain, distress, effect, impact 等，多様に使われているが，同様の意味として扱っている研究者も少なくない。一般的には介護の影響，または結果として定義されている。家族が要介護者を介護することによって生じる身体的，精神的，情緒的，社会的，そして財政的問題を意味するものとして，介護者の主観的な意識によるものであると規定されている。本研究では介護負担と，介護問題を同様の意味として使っている。

参考文献（五十音順）

1）相野谷安孝・石川満・林泰則・ほか（2002）『緊急提案　介護保険見直しの焦点は何か』あけび書房

2）荒井由美子（1998）「Zarit 介護負担スケール日本語版の応用」『医学あゆみ』186(13)，930–931

3）荒井由美子（2002）「在宅介護における介護負担と介護負担が介護者に及ぼす影響」『ジーピーネット（GP net)』49(8)，24–31

4）荒井由美子・杉浦ミドリ（2001）「介護保険制度は痴呆性高齢者を介護する家族の介護負担を軽減したか」『老年精神医学雑誌』12(5)，465–470

5）新名理恵（1992）「痴呆性老人の家族介護の負担感とその軽減」『老年社会科学』14, 38–44

6）安部良・中林美奈子・梶田逸子・ほか（2001）「家族介護者のショートステイサービス利用実態に関する調査」『富山医科薬科大学看護学会誌』4, 109–115

7）岩本康志編（2001）『社会福祉と家族の経済学』東京経済新報社

8）大泉哲子・高橋美岐子・藤沢緑子・ほか（2001）「高齢者虐待問題と専門職の課題に関する考察」『日本赤十字秋田短期大学紀要』5, 1–10

9）緒方泰子・橋本廸生・乙坂佳代（2000）「在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担」『日本公衛誌』4, 307–319

10）緒方智子・三原博光（2003）「痴呆性老人に対する虐待の問題とその予防について」『山口県立大学看護学部紀要』7, 149–153

11）大友信勝（1998）『ボケが病院でつくられる――介護と闘う家族――』旬報社

12）家計経済研究所編（2003）『介護保険導入後の介護費用と家計』財務省

13）加藤悦子（2005）『介護殺人――司法福祉の観点から』クレス出版

14）菊地和則・中野いく子・中谷陽明・ほか（1996）「在宅要介護高齢者に対する家族（在宅）介護の質

の評価とその関連要因」『日本老年社会科学会』18(1), 50–62
15) 岸田研作・谷垣静子（2007）「在宅サービス何が足りないのか？——家族介護者の介護負担感の分析——」『医療経済研究機構』19(1), 21–35
16) 桑原裕一・鷲尾昌一・荒井由美子・ほか（2002）「要介護高齢者を介護する家族の負担とその関連要因：福岡県京築地区における介護保険制度発足前後の比較」『J. Natl. Inst. Public Health』51(3), 154–167
17) 健康保険組合連合会（2000）『痴呆性（ぼけ）老人を抱える家族』全国実態調査報告書
18) 權順浩（2007）『在宅介護における家族介護者の現状と課題——介護保険制度成立以前と以後の比較を通して——』『龍谷大学社会学部紀要』31, 1–14
19) 小原美紀（2008）「親の介護と子の市場労働」『OSIPP』DP–2008–J–006, 1–24
20) 厚生省（1996）「高齢者介護保険制度の創設について」ぎょうせい, p.20
21) 厚労省（2004.1）第8回社会保障審議会介護保険部会議事「給付の在り方（3）」関連資料4, http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi 31.2010.11.3 閲覧
22) 清水谷諭・野口晴子（2003）「長期間介護はなぜ解消しないのか？——要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証」ESRI Discussion Paper Series No.70
23) 清水谷諭・野口晴子（2004）『介護・保育サービス市場の経済分析』東洋経済新報社
24) 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子（2005）『介護保険制度の評価——高齢者・家族の視点から』三和書籍
25) 高見千恵・水子学・忠津佐和代・ほか（2003）「在宅高齢者の介護保険サービス利用状況の実態」『川崎医療福祉学会誌』13(2), 369–374
26) 高見千恵・忠津佐和代・中尾美幸・ほか（2005）「在宅高齢者の介護サービスに対する評価」『川崎医療福祉学会誌』14(2), 297–304
27) 高木修・田中泉（2003）「高齢者の在宅介護における援助授受の実態解明——主たる介護者を対象にした『介護に関するアンケート調査』により——」『関西大学社会学部紀要』34(3), 129–171
28) 高崎絹子（2003）「ライフサイクルと介護をめぐる家族関係——高齢者虐待事例への家族介入と支援ネットワーク」『日本女性心身医学会雑誌』8(3), 248–260
29) 田近栄治・菊池潤（2005）「介護保険による要介護状態の維持・改善効果——個票データを用いた分析——」『季刊社会保障研究』41(3), 248–262
30) 田近栄治・菊池潤（2006）「介護保険の何が問題か——制度創設過程と要介護状態改善効果の検討」『財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」』, 157–186
31) 立松麻衣子・齋藤功子・西村一郎（2001）「在宅介護者の介護負担感とショートステイ利用効果」『日本家政学会誌』52(7), 617–626
32) 東京都老人総合研究所社会福祉部門編（1996）『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館
33) 筒井孝子（2001）『介護サービス論——ケアの基準化と家族介護のゆくえ』有斐閣
34) 内閣府（2006）『在宅介護の現状と介護保険制度の見直しに関する調査』
35) 内閣府国民生活局物価政策課（2002）『介護サービス市場の移送の効率化のために——「介護サービス価格に関する研究会」報告書』
36) 永瀬伸子（2000）「家族ケア・女性の就業と公的介護保険」『季刊社会保障研究』36(2), 187–199
37) 西向咲子・濱下智巳・北窓千夏・ほか（2002）「女性介護者の就労継続を阻害する要因と利用者要因」『神戸大学保健紀要』18, 27–41
38) 中谷陽明・東条光雅（1989）「家族介護者の受ける負担——負担感の測定と要因分析」『社会老年学』29, 27–36
39) 萩原清子（2000）『在宅介護と高齢者福祉のゆくえ』白桃書房
40) 服部真理子（2004）「家族介護の変化と課題——介護保険制度の関連から——」『社会福祉研究』第88号, 67–73
41) 東清巳・重富寛美・池本めぐみ（2000）「在宅介護における家族介護者の介護負担感と影響要因及びインフォーマルサポートとの関係」『熊本大学教育学部紀要』49, 11–21
42) 藤田恵美子・浅沼佐紀・藤原佐和子・ほか（2002）「痴呆性老人を介護する嫁の介護負担間と認識段階との関係」『神戸大学保健紀要』第18巻, 13–25
43) 東野定律・筒井孝子（2003）「介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態」『東保学誌』5(4), 244–257
44) 東野定律・中島望・筒井孝子・張英恩・ほか（2010）「続柄別にみた家族介護者の負担感と精神的健康の関連性」『静岡大学経営と情報』22(2), 97

–108
45）古橋エッ子（2006）「高齢者虐待の実態と法的対応の課題」『日本法政学会政論シンポジウム』295–306
46）黄京蘭・関田康義（2004）「介護サービスに対する家族介護者の意識と評価に関する分析」『厚生の指標』第51巻第7号，9–15
47）本間昭（1999）「痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか」『老年精神医学雑誌』10（7），787–793
48）呆け老人を抱える家族の会（1999）『介護費用に関する実態報告書』京都府支部
49）呆け老人を抱える家族の会（2006）『認知症の介護世帯における費用負担』調査報告書
50）保坂恵美子・松尾誠治郎・佐藤祐一・ほか（2004）「介護保険における痴呆性老人を抱える家族の介護負担と介護サービス評価について」『久留米大学文学部紀要社会福祉学科編』第4号，1–16
51）三田寺裕治（2000）「在宅要介護高齢者の家族介護者の介護ストレスとその対処行動に関する研究」『ユニベール財団』253–268
52）三田寺裕治（2002）「要援護高齢者を介護する家族介護者の介護ストレスに関する研究」『淑徳短期大学研究紀要』41，83–96
53）三田寺裕治（2003）「要援護高齢者の在宅介護継続を規定する要因――家族介護者の主観的要因を中心に――」『淑徳短期大学研究紀要』42，87–101
54）三田寺裕治・早坂聡久（2003）「家族介護者による在宅福祉サービスの評価」『厚生の指標』第50巻第10号，1–22
55）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――」『香川大学経済政策研究』1(1)，25–44
56）労働政策研究・研修機構（2006）『介護休業制度の利用拡大に向けて――介護休業制度の利用状況等に関する研究報告書』労働政策研究報告書No.73

資料1
介護負担と介護サービス，経済的状況との相関関係　　N＝68

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
①介護負担	1												
②社会的負担	**.804****	1											
③身体的負担	**.858****	**.560****	1										
④精神的負担	**.842****	**.574****	**.749****	1									
⑤経済的負担	**.614****	**.362****	**.545****	**.523****	1								
⑥月収	**–.281***	**–.272***	–.194	–.186	**–.266***	1							
⑦割合	**.346****	**.334***	**.301***	**.212***	**.278***	**–.364****	1						
⑧介護費用額	.132	.198	.182	.077	.053	.071	**.713****	1					
⑨訪問系	–.203	–.109	**–.275***	**–.260***	–.140	**.411****	–.020	.056	1				
⑩通所系	**–.293***	–.202	**–.214***	–.231	–.130	–.189	–.080	–.018	**–.370****	1			
⑪短期入所系	**.315****	.227	**.342****	**.278***	**.308***	–.017	.257	**.408****	**–.266***	.019	1		
⑫サービス数	–.166	–.110	–.075	**–.245***	.017	–.011	.137	.221	**.259***	**.291***	**.274***	1	
⑬利用限度額	.019	–.019	.062	–.065	.205	.043	**.296***	**.454****	.070	.219	**.427****	.191	1

注：1. *p＞0.05, **p＞0.01
2. ただし，無回答が除いたため，月収はN＝59，介護費用割合はN＝67，介護費用額はN＝65である。
3. この結果は，本稿のデータを用いて相関関係を分析したものである。

資料2
雇用状態と仕事の変化のクロス表

			仕事の変化1			合計
			変わりがない	正規職から契約・パートへ	介護のため辞めた	
雇用状態	正規職	度数	8	·	·	8
		総和の%	11.8%	·	·	11.8%
	契約職・派遣	度数	2	2	·	4
		総和の%	2.9%	2.9%	·	5.9%
	パート（アルバイト）	度数	3	2	·	5
		総和の%	4.4%	2.9%	·	7.4%
	自営業	度数	3	1	2	6
		総和の%	4.4%	1.5%	2.9%	8.8%
	無職	度数	25	·	20	45
		総和の%	36.8%	·	29.4%	66.2%
合計		度数	41	5	22	68
		総和の%	60.3%	7.4%	32.4%	100.0%

注：1. カイ2乗＝31.717, $p>0.001$
2. この結果は，本稿のデータを用いてクロス集計したものである。