〈論　文〉

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――

權　　順　浩
（クォンスンホ）

要旨：本研究は，介護保険制度施行後，在宅家族介護者の介護状況がどう変わったのか。これを制度施行を基点として，制度施行前から介護を始めた集団（制度前）と制度施行後から介護を始めた集団（制度後）に分け，比較しながらその実態を明らかにし，現制度の課題を考察したものである。

研究方法は，2006年6月20日から9月5日まで約3ヶ月間にかけて，認知症の人と家族の会（滋賀，京都，大阪支部）の会員として，在宅介護サービスを利用しながら，認知症高齢者を主に介護する家族介護者を対象にして行ったアンケートのデータを本研究の目的に沿って再分類，再分析した。分析方法は，SPSS，ver. 15.0を利用して，度数分析，信頼度分析，クロス集計分析，t検定，一元配置分散分析，二元配置分散分析などを用いて分析した。

その結果は，介護保険制度以後，介護を始めた家族介護者は制度前から介護を始めた家族介護者より，女性介護者が大きく増加した（$p>0.001$）。そして，制度前と比べ，制度後，自意的介護は減少した反面，他意的介護も大きく増加した（$p>0.05$）。他の介護状況は集団間の有意差が表れなかったが，有意差が表れなかったということは介護保険制度が家族介護者の介護状況に影響を及ぼさないことを意味する。また，介護負担は集団間の有意差が表れたのは介護時間と健康状態，介護費用の割合のみであったが，全体的に制度前2.96（標準偏差 .72）より，制度後3.25（標準偏差 .62）の介護負担が高く表れた。

したがって，家族介護者の介護負担軽減及び「介護の社会化」の実現のため，本研究の分析結果に基づいて次の三つを課題提起したい。その三つの課題としては家族介護者の医療保障制度導入と支給限度額の廃止，介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準の廃止である。

キーワード：介護の社会化，制度前・制度後，在宅介護状況

Ⅰ　はじめに

介護保険制度（以下，制度ともいう）導入のねらいとして当時の厚生省が強調した狙いが「介護の社会化」であった。厚生省も，介護保険制度の審議に当たった政府審議会，委員会も長寿社会を迎えた日本においては，国民の誰もが要介護状態になる可能性が高いこと，介護期間の長期化，老老介護などの高齢者介護の厳しい現状を挙げ，それゆえ，「介護の社会化」を推進せねばならないと繰り返し国民に訴えた(1)。

このように「介護の社会化」を国民に訴えつつ，2000年度より施行された介護保険制度は，果たして家族介護に大きく頼ってきたこれまでの社会システムから介護を社会全体で支えるシステムへの転換，言い換えると，「介護の社会化」を実現したのか。仮に実現したとすれば，家族介護者の負担軽減はもとより，施設の介護より在宅介護をさらに志向するだろうと考えられる。

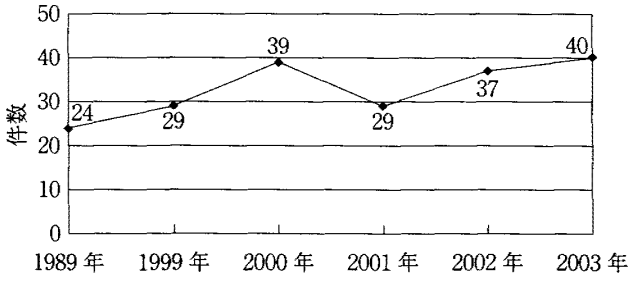
だから，制度施行直後，厚生省をはじめ，多くの研究者は果たして家族の負担がどうなったのか。軽減したのか。それを検証するため，制度成立以前と以後を比較した研究を行った。その結果については，軽減されたと研究結果もある一方，

軽減されなかった，もしくはもっと厳しくなったとの研究結果もある。

しかし，制度施行以後にも，介護による虐待[2]や心中，殺人事件などが抑えられず，相次いで起きていることは否定できない事実である。介護事件は図1のように介護保険制度施行後,）減少する傾向も見られたが，再び2002年度から増加しはじめた[3]。また，この制度では在宅介護を奨励しているにもかかわらず，表1のように指定介護老人福祉施設などの入所施設の待機者があふれているのが現状である[4]。この現状は最近の動向ではなく，もはや制度施行初期から起こっている現状である。それゆえ，この現状に対応するため，厚生労働省は施設入所基準を「申込み順から優先順位へ」と省令を改正し，それに基づいて，各都道府県では独自の「介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準」を策定し，各施設に示し2003年4月から運用するようにした。

この2つの事実からみると，介護保険制度創設に際して，当時の厚生省が強調した「介護の社会化」による家族の負担は軽減されたとはいえないのである。すなわち，まだ「介護の社会化」が実現できなかったということを意味する。

図1 「介護殺人」の発生件数



資料 加藤悦子（2005）「介護殺人――司法福祉の観点から――」p. 44

なぜ，このような問題が生じるのか。なぜ，制度が施行されたにもかかわらず，「介護の社会化」によって家族介護者の介護負担が軽減されなかったのか。その原因はいろいろあるが，本研究では，在宅家族介護者の介護状況に着目して究明したい。具体的にいうと，介護保険制度施行後，在宅家族の介護状況がどう変わったのか。これを制度施行を基点として，制度施行前から介護を始めた集団と制度施行後から介護を始めた集団に分け，比較しながらその実態を明らかにし，現行制度の課題を考察していく。

Ⅱ 研究方法[6]

1. 調査対象及び方法

本研究に使われたデータは筆者が修士論文を書くに際して，行った量的調査データとして介護保険制度施行以後の認知症高齢者を在宅で介護する家族介護者を対象とし，介護保険制度施行以後の家族介護者の介護問題の実態を捉えるために行ったものである。それを本研究の目的に沿って組みかえ，再分析したものである。

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，「認知症の人と家族の会」の大阪，京都，滋賀支部の会員の中から，在宅で認知症高齢者を主に介護する家族を対象とし，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，支部の事情で，在宅介護と入所介護，非介護者の区別ができなかった点があり，やむを得ず，すべての会員に配布し，在宅介護者だけ回収してもらったからである。このような点を勘案すると，回収率が調査の結果に影響を与えるほどではないと考え

表1 介護保険施設入所待機者人員調査[5]

施設別	総計	性別		要介護度別			待機場所					
		男	女	軽度	重度	その他	老人福祉施設	老人保健施設	療養型医療施設	GH／特定施設	自宅	病院／その他
特養	2,110	559	1,551	333	405	1,372	441	360	95	213	497	504
老健	325	86	239	111	212	2	1	9	·	6	83	226

資料 http : //www.city.gifu.gifu.jp/look/kaigo 00/shisetutaikisha.html 2007. 6. 30

る。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，最終分析には68部を使用したものである。しかし，本研究では要介護認定が自立である者は取り除いて，65部を対象にしたい。

2. 分析内容及び方法

1）分析内容

分析項目については，合計9項目80問で構成されている調査内容のうち，本研究の目的に応じて，一般的属性，一日の介護時間，介護きっかけ，家族関係，健康，社会参加，介護負担感[4]などの項目を分析した。介護負担についてはZaritら（1980）によって開発されたものを荒井ら（1997）が訳したものを用いた。身体的負担，心理的負担，精神的負担などを総括し，介護負担として測定することが可能な尺度として，「必要以上に世話を求めてくると思う」，「介護のために自分の時間が充分とれないと思う」，「認知症の行動に対し，困ってしまうと思う」等を入れて，合計22項目である。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Likert式で測定した。ただ「自分は今よりもっと頑張って介護すべきだと思う」と「本当に自分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Recodingして，平均値を算出した。平均値が2.5点以下は介護負担を感じていない，そして，2.5点以上は介護負担を感じているということである。だから，2.5点を境にして，平均値が高くなるほど家族介護者が感じる介護負担も高くなるということになる。平均値は5点満点で制度前が2.96（標準偏差 .72），制度後が3.25（標準偏差 .62）であってクロンバックのα係数は各々 .88, .85であった。

2）分析方法

集団は介護保険制度施行時点に基づいて，介護期間が7年以上は制度前，6年以下は制度後とした。制度前と制度後の実態を比較するため，SPSS ver. 15.0を利用してクロス集計のカイ2乗とt検定の有意差に基づいて集団間の差があるか否かを判断し，分析を行った。そして，有意差が表れた項目に限って偏相関関係とクロス集計で事後検証を行い，実証した。

介護状況による介護負担感の集団内及び集団間の比較は，一元配置分散分析，二元配置分散分析とt検定を用い，分析を行った。そして，それ以外にも，度数分析，信頼度分析，なども分析方法として用いた。

3. 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たものとして，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」支部に連結とともに承諾を得た。

Ⅲ 分析結果

1. 基本属性の比較

基本属性による制度成立以前と制度成立以後の差を比較してみるため，クロス集計とt検定を用い，分析した。その結果，家族介護者の性別，年齢，認知症高齢者との関係，要介護度，自立度から，集団間の有意差が表れた（表2）。この結果について具体的に分析してみると次のようである。

まず，家族介護者の性別分布をみると，制度前は男女比が半々に対し，制度後は圧倒的に女性の方が多く表れた。これについては男性の数が少ないので，統計学的検証はできなかったが，家族介護者の年齢分布の構造から，その要因を明らかにすることができる。家族介護者の平均年齢は，制度前が65.7歳に対し，制度後が57.9差であって，制度前より制度後の方が7.3歳も低く表れた。そして，家族介護者の年齢分布度が制度後の場合，50歳未満が22％も占めており，また6割弱が50歳以上65歳未満であった点を現在の社会的構造からみると，男性の場合には，正規職等の何らかの形で直接的な介護に介入するというより，社会的労働に参加する時期である点と退職前

表2　基本属性の比較

項目	変数	制度前		制度後		χ^2/t 値
		N	%	N	%	
家族介護者 性別	男 女	12 12	50 50	4 37	9.8 90.2	13.213***
家族介護者の年齢	50 歳未満 50 歳以上 65 歳未満 65 歳以上 75 歳未満 75 歳以上	・ 13 8 3	・ 54.2 33.3 12.5	9 24 4 4	22 58.5 9.8 9.8	2.492*
認知症高齢者の性別	男 女	5 19	20.8 79.2	12 29	29.3 70.7	.558
認知症 高齢者年齢	65 歳未満 65 歳以上 75 歳未満 75 歳未満 85 歳以上 85 歳以上	3 3 10 8	12.5 12.5 41.7 33.3	・ 8 17 16	・ 19.5 41.5 39	−1.007
認知症高齢者との関係	夫 妻 息子 娘 嫁 その他	7 5 4 2 5 1	29.2 20.8 16.7 8.3 20.8 4.2	1 7 3 19 11 ・	2.4 17.1 7.3 46.3 26.8 ・	18.830**
要介護度	新要支援 1 新要支援 2 要介護度 1 要介護度 2 要介護度 3 要介護度 4 要介護度 5	・ ・ 3 1 4 7 9	・ ・ 12.5 4.2 16.7 29.2 37.5	1 1 9 9 11 7 3	2.4 2.4 22 22 26.8 17.1 7.3	3.547**
自立度	Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	・ ・ 3 3 2 9 7	・ ・ 12.5 12.5 8.3 37.5 29.2	1 3 16 9 2 8 2	2.4 7.3 39 22 4.9 19.5 4.9	4.308***
利用限度額	超える場合が多い いっぱい利用 2/3 程度 半分程度 半分以下	4 13 4 1 2	16.7 54.2 16.7 4.2 8.3	5 21 7 5 3	12.2 51.2 17.1 12.2 7.3	−.635

*p＞0.05, **p＞0.01, ***p＞0.001

の時期であるから，制度後の集団の中で女性が圧倒的に多かったと考えられる。また，認知症高齢者との関係においても，制度前より制度後が嫁や娘といった女性が多かった。したがって，家族介護者の性別や認知症高齢者との関係は家族介護者の年齢と関係があったと考えることもできる。言い換えると，年齢が小さいほど家族介護者の中で女性が占める割合は高いということがわかった。

そして，認知症高齢者の性別や年齢は，制度前後の間には有意差がなく，男性より女性の方が多く，そして年齢分布は 75 歳以上が 8 割近く占めていた。しかし，要介護度と自立度は有意差が表れた。これは介護期間と関係がある。介護期間が長いというのは認知症が退行性疾病という点から

みると，介護期間が長くなるほど心身状態や機能が低下し，要介護度や自立度も悪化となるからである。だから，集団間の有意差が出たわけである。

要介護度による介護サービス利用限度額の利用程度は統計学的有意差が表れなかったので，介護サービスの利用状況は同様であると考えられる。集団別利用限度額の利用状況をみると，両集団（制度前は7割以上，制度後は6割以上,）とも家族介護者のほとんどが利用限度額内での介護サービスをいっぱい利用したり，あるいは超過利用する等，利用できる介護サービスを最大限利用しながら，介護サービスを行っていることがわかった。

2. 集団間の介護状況比較

1）介護きっかけ

まず，制度前から介護をはじめた集団と制度後から介護を始めた集団の介護きっかけ，すなわち介護者になったきっかけを比較してみると集団間の有意差（$\chi^2$12.556, p＞0.05）が表れた。

項目別に，その差を詳しくみると，高齢者を介護することは「続柄として当然だ」と思う者が制度前は87.5%と大きく占めていたのに対し，制度後は51.2%と制度前より36.3%も低く表れた。これを「続柄として当然」と「自分の方が良くできるから」を「自意的介護」とし，「他に適当な人がいないから」，「専業主婦が自分だけだから」，「結局自分がすることになった」，「その他」を「他意的介護」に再分類化してみると，「自意的介護」は制度前より制度後の方が低く表れた。すなわち，制度後は自らの意志によって介護を行うより，他人の意志やせざるを得ない状況などによって強いられた介護を行う家族介護者が増えたということを意味する。

2）介護時間

家族介護が感じる一日の介護時間については，制度前と制度後の集団間の有意差は表れなかった。ということは集団間の差がないということである。表2でみたように，利用限度額の介護サービスをいっぱい利用する人がほとんどであったにもかかわらず，一日の介護時間が「ほぼ半日」以上だと感じているのは，家族介護者が在宅で介護を行うことにおいて，要介護度による利用可能な介護サービスの量が十分でないことを意味しているのである。

3）家族介護者の健康状態及び家族関係

家族介護の健康状態は年齢的，介護期間的にみても制度前より制度後の方が健康であろうと想定できるが，統計学的有意差は表れなかったので，集団間の差はないということになる。しかし，集団別の健康状態の分布度をみると，全体的に制度前より制度後の方が「健康である」者は減った反面，「介護により悪くなった」者は増加している

表3　集団別介護きっかけ比較

項目	変数	制度前		制度後		χ^2
		N	%	N	%	
介護きっかけ	続柄として当然	21	87.5	21	51.2	12.556*
	他に適当な人がいない	2	8.3	12	29.3	
	専業主婦が自分だけだから	·	·	2	4.9	
	自分の方が良くできるから	1	4.2	·	·	
	結局自分がすることになった	·	·	3	7.3	
	その他	·	·	3	7.3	
	自意的介護	22	91.7	21	51.2	11.061**
	他意的介護	2	8.3	20	48.8	

*p＞0.05, **p＞0.01

表4　集団別介護時間

項目	変数	制度前		制度後		t 値
		N	%	N	%	
介護時間	1 時間以内	2	9.1	2	5.3	1.286
	1–2 時間以内	·	·	5	13.2	
	2–3 時間以内	1	4.5	4	10.5	
	4–5 時間以内	3	13.6	4	10.5	
	ほぼ半日	8	36.4	15	39.5	
	ほぼ一日	8	36.4	8	21.1	

表5　集団別健康状態及び家族関係

項目	変数	制度前		制度後		χ^2
		N	%	N	%	
健康状態	以前から健康であった	10	41.7	11	26.8	2.912
	なんとも言えないが異常のあるような感じがある	5	20.8	13	31.7	
	以前は健康だったが，悪くなった	5	20.8	13	31.7	
	以前から悪かったが，もっと酷くなった	4	16.7	4	9.8	
家族関係	以前から仲良かった	17	85	24	60	7.720
	以前は仲良かったが，介護以後悪くなった	2	8.3	10	25	
	以前は仲悪かったが，以後仲良くなった	1	4.2	6	15	

傾向が窺える。

そして，家族関係についても集団間の有意差は表れなかったので，統計学的には変化がなく同様であった。また，集団間の家族関係の分布傾向をみると，「仲良しから仲が悪いへ」の増加率と「仲が悪いから仲良しへ」の増加率がほとんど同様であった。

4）雇用関係及び仕事の変化

雇用状態及び家族介護者が介護を行うことによって，家族介護者の雇用状態にいかなる影響を与えているのか，についてみると，雇用状態は制度前と制度後の間に有意差（$\chi^2$13.5779，$p>0.05$）が表れたが，仕事の変化は表れなかった。雇用状態において，制度前と制度後に有意差が出た要因は集団間の「その他」によってである。「その他」は無職あるいは退職した者であり，その比重が大きく占めている（表7）。だから，制度施行による効果というより，家族介護者の社会的年齢によるのである。

3. 介護状況による介護負担

1）介護状況による制度前と制度後の介護負担

制度前と制度後の各集団内の介護状況による介護負担感の差をt検定と一元配置分散分析で分析した（表8）。

まず，制度前は全ての項目で統計学的有意差が表れなかった。すなわち，家族介護者
性別や介護きっかけ，一日の介護時間，利用限度額の利用程度，健康状態，家族関係，月収の中で介護費用が占める割合の程度。これらの介護状況の程度に家族介護負担は影響を受けていなかった。ところが，一部を除いたほとんどの部分において介護状況に関係なく，高い介護負担を感じていることがわかる。

表6 集団別雇用状態

項目	変数	制度前		制度後		χ^2
		N	%	N	%	
雇用状態	正規職	2	8.3	4	9.8	13.579*
	契約職・派遣	·	·	4	9.8	
	パート（アルバイト）	·	·	5	12.2	
	自営業	1	4.2	5	12.2	
	専業主婦	8	33.3	15	36.6	
	内職	·	·	1	2.4	
	その他	13	54.2	7	17.1	

*p＞0.05

表7 雇用状態と仕事の変化

		仕事の変化								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		働かなければなたなくなった			
		制度前 N(%)	制度後 N(%)	制度前 N(%)	制度後 N(%)	制度前 N(%)	制度後 N(%)	制度前 N(%)	制度後 N(%)	制度前 N(%)	制度後 N(%)
雇用状態	正規職	2 (8.3)	4 (9.8)	·	·	·	·	·	·	2 (8.3)	4 (9.8)
	契約職・派遣	·	2 (4.9)	·	1 (2.4)	·	·	·	1 (2.4)	·	4 (9.8)
	パート（アルバイト）	·	3 (7.3)	·	2 (4.9)	·	·	·	·	·	5 (12.2)
	自営業	1 (4.2)	2 (4.9)	·	1 (2.4)	·	2 (4.9)	·	·	1 (4.2)	5 (12.2)
	専業主婦	4 (16.7)	7 (17.1)	·	·	4 (16.7)	8 (19.5)	·	·	8 (33.3)	15 (36.6)
	内職	·	1 (2.4)	·	·	·	·	·	·	·	1 (2.4)
	その他	7 (29.2)	5 (12.2)	·	·	6 (25)	2 (4.9)	·	·	13 (54.2)	7 (17.1)
合計		14 (58.3)	24 (58.5)	·	4 (9.8)	10 (41.7)	12 (29.3)	·	1 (2.4)	21 (100)	41 (100)

制度後の場合も，介護前と同様に家族介護者の性別や介護きっかけ，利用限度額，家族関係とは統計学的有意差が表れなかったが，一日の介護時間，健康状態，介護利用の割合による介護負担感は統計学的有意差が表れた。

まず，家族介護者が感じる一日の介護時間は，「1時間以内」より「1–2時間以内」の方が，介護負担が低く表れたりするが，全体的にみると介護時間が長くなるほど介護負担も高くなる傾向がみられた（F値，2.478，p<.1）。これは，先行研究「김윤정；1993，마범순；1998，東清巳ら・緒方泰子ら・健康保険組合連合会；2000，三田寺裕治；2002，黄京蘭ら；2004，權順浩；2006」と一致する結果であった。このような結果は，介護サ

表8　介護状況による介護負担感

		制度前			制度後			集団間
		平均	標準偏差	t/F 値	平均	標準偏差	t/F 値	F 値
性別	男	2.81	.7166	−1.032	3.38	.9071	.294	2.445
	女	3.11	.7214		3.24	.6113		
介護きっかけ	自意的介護	2.99	.7453	.699	3.31	.6123	.640	2.776
	他意的介護	2.61	.0321		3.12	.6531		
介護時間	1時間以内	2.25	.4821	.991	3.05	.7714	2.478†	3.725†
	1–2時間以内	·	·		2.55	.2864		
	2–3時間以内	2.95	·		3.09	.3655		
	4–5時間以内	2.62	.1596		3.03	.6756		
	ほぼ半日	3.14	.7501		3.37	.6056		
	ほぼ一日	3.09	.6744		3.62	.6095		
利用限度額	超える場合が多い	2.97	.8603	.543	3.71	.4069	1.364	.468
	いっぱい利用	2.80	.7371		3.21	.6424		
	2/3程度	3.13	.8032		3.32	.6587		
	半分程度	3.14	·		2.82	.5539		
	半分以下	3.56	.1607		3.32	.7510		
健康状態	以前から健康であった	2.89	.6248	.598	2.70	.3190	6.559**	3.692†
	なんとも言えないが異常のあるような感じがある	2.78	.5035		3.28	.6000		
	以前は健康だったが，悪くなった	2.92	.9830		3.53	.5478		
	以前から悪かったが，もっと酷くなった	3.40	.9221		3.80	.7066		
家族関係	以前から仲良かった	2.75	.7029	2.337	3.21	.5754	.015	.054
	以前は仲良かったが，介護以後悪くなった	3.59	.1929		3.25	.6703		
	以前は仲悪かったが，以後仲良くなった	3.82	·		3.25	.8634		
介護費用割合	5% 未満	1.91	·	1.650	2.82	·	3.814**	7.153*
	5% 以上 10% 未満	3.08	.5555		2.85	.6158		
	10% 以上 15% 未満	3.36	.4215		3.64	.2846		
	15% 以上 20% 未満	3.18	.9327		2.97	.5396		
	20% 以上 25% 未満	2.20	.2503		3.16	.5635		
	25%%以上 30% 未満	·	·		3.59	.2837		
	30% 以上 40% 未満	2.98	.6727		4.48	.2250		
	40% 以上	3.42	.9286		3.80	.5227		

†p＞0.1, *p＞0.05, **p＞0.01

ービスを利用しても社会的活動や個人的時間をもつ機会が少ないと感じる人ほど，介護負担が高く表れると考えられる。すなわち，常に在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者は施設と異なって日常生活自体が介護である「介護の連続」なので，介護サービスを利用しても介護時間を長く感じ，これが介護負担になるわけである。

そして，家族介護者の健康状態は，介護による健康が悪くなるほど，介護負担も高くなることに表れた（F 値，1.364 p＜.05）。これは，先行研究

（김윤정；1993，마범순；1998，東清巳ら；2000，三田寺裕治；2002，權順浩；2006）と一致する結果であった。筆者（2006）の研究においても，介護時間と家族介護者の健康状態は正の関係があって，介護による健康状態が悪くなったり，酷くなったりするほど，一日の介護時間を長く感じている(7)という結果が出ている。

次は，家族介護者世帯の月収のうち，介護費用が占める割合と介護負担との関係は，介護費用が占める比重が大きいほど介護負担も高くなる傾向を示した（F 値，3.814 p<.01）。筆者（2006）の先行研究によると，介護費用の割合は要介護度と自立度といった要介護者の心身状態と正の関係であった。すなわち，要介護者の要介護度が高くなるほど，利用できる介護サービス量は増えるにともない，1 割負担などの介護費用が増加し，家族介護者の生計に圧迫をかけ，これが介護負担で表れるのである(8)と出ている。

2）介護状況による集団間の介護負担感の比較

介護状況による集団間の介護負担感の差は二元配置分散分析を用い，分析を行った。集団間の平均介護負担感は，制度前が2.96（標準偏差 .72），制度後が3.25（標準偏差 .62）と，制度後が高く表れた。集団間の統計学的有意差が表れたのは，介護時間，健康状態，介護費用の割合であったが，ここでは全般的な傾向をみていきたい（表 7）。

まず，家族介護者の性別による介護負担感は集団間の有意差は表れなかった。制度前は女性の方が男性より，介護負担が高かったが，制度後は男女の差がほとんどなかった。そして，同性別にみると，男性は制度前より，制度後の方が高くなったが，女性はほとんど変化がなかった。

介護きっかけによる介護負担感は，両方とも自意的介護が他意的介護より高く表れた。これは強いられた介護より，かえって道徳的義務感による介護の方が家族の介護負担を増加させていると推論できるだろう。すなわち，「自分がしなければならない」，「周りの視線」，「もっと頑張らねばならない」など道徳的役割によって自分をしぎりに責めることが介護負担という表れるだろうと考えられる。制度前より制度後の方がやや高く表れたが，特に他意的介護は制度前より制度後の介護負担が相当増加したことがわかる。これは，介護サービスを受けにくかった措置制度の下での他意的介護を行ってきた制度前の場合は介護保険制度，いわゆる介護サービスによって介護負担を減らせる効果がある程度あっただろうと思われる。制度後の場合，このような状況，すなわち要介護さえ認定されれば介護サービスを受けられる状況では，介護サービスによる介護負担感を緩和させる効果は表れないことを意味する。制度後は，利用限度額の利用程度によって介護負担が緩和したり，増加したりする傾向からみてもわかることである。したがって，制度後は，自意的にしろ，他意的にしろ，いずれにしても，介護サービスによっては介護負担を緩和させられないことを意味すると考えられよう。

介護時間は集団間の介護負担の有意差が表れた（F 値，3.725, p<.1）。制度前は介護時間による有意差はみられなかったが，介護時間による介護負担の変化がみられる。しかし，制度後は有意差はみられたが，その差が「やや」であり，ほとんどの平均値が 3 を超える高い介護負担を感じている。

利用限度額の利用程度による介護負担感は，制度前は介護サービスを利用しないほど介護負担が高くなる傾向を示した反面，制度後は介護サービス利用程度に関係なく，ほとんど一致する傾向を示している。とりわけ，利用限度額を「超える場合が多い」の場合，他とくらべ，さらに高く表れた。筆者（2006）の研究によると，家族介護者が介護を行うことにおいて「一番辛かったとき」が介護初期であった(9)。しかし，利用限度額は家族の介護状況や事情などによる介護負担とは関係なく，要介護者の心身状態のみにおいて，要介護認定を行い，それにそって介護サービス利用限度額を定める。だから，家族介護者の「一番辛い」と思う介護初期は要介護者の心身状態がさして悪くないから，要介護度も低く判定される。

言い換えると，家族介護者が「一番辛い」と思うときは，介護の介護負担に対応できる十分な介護サービスの量が量られず，家族介護者は介護負担を減らすため，利用限度額を超えて介護サービ

スを利用するのである。それに従い，介護費用が月収の中で占める割合が高くなるのに伴って生計を圧迫し，介護負担を増加させるのである。これは介護費用の割合をみてもわかる（F 値，3.814，$p<.01$）。特に制度後介護費用の割合が大きくなるほど介護負担が高くなる傾向を示している。

家族介護者の健康状態による集団間の差は統計学的有意差が表れた（F 値，6.559，$p<.01$）。「健康」である場合は，制度前より制度後の方が介護負担が低く表れたが，「不健康」である場合は，その反対の傾向を示していた。

家族の関係は「以前から仲良かった」が他の家族関係よりやや低く表れたが，制度前は介護負担が家族関係のいかんによって影響を受けたとすれば，制度後は，家族関係のいかんによらず，介護負担がほとんど一致していることからみると，家族の関係が介護負担に影響をほとんど与えていないと考えられる。

Ⅳ　考察及び提言

1. 考察

「介護の社会化」を強調しつつ，介護保険制度は施行されたが，虐待や心中，殺人事件などの悲惨な事件が相次いで起こっている。「施設から在宅へ」ではなく，「在宅から施設へ」という逆現象が起きている現状からみると，制度施行による「介護の社会化」が実現できたといえるのであろうか。その原因は様々であるが，本研究では制度施行後，在宅家族介護者の介護状況がどのように変化したのか。それを介護保険制度施行前から介護を行ってきた集団（制度前）と施行以後から介護を始めた集団（制度後）に分け，集団間の基本属性や介護状況，そして介護負担との関係を比較してみた。本研究結果を簡単に要約及び考察すると次のようである。

1）女性家族介護者の増加

介護保険制度以後，介護を始めた家族介護者の特徴の一つが女性家族介護者が増加したという点である。制度前と比べ，男性より女性の比重がきわめて大きくなっている。制度後において男性の比重が少なかったのは，制度前に比べ，平均年齢が低く，年齢分布も 65 歳以下を占める割合が高かったという点からみると，この年代の男性の場合，退職前の時期なので，直接的介護に介入するより，社会的活動や労働といった社会的役割を重視し，遂行する男性が多いから，女性の方が圧倒的に多かったと考えられる。だから，要介護者との関係においても娘や嫁の比重が多く表れたのである。しかし，女性の場合は，とりわけ専業主婦の半分以上が「介護のため，仕事を辞めた」と答えた。

このような現状は，まだ日本の社会が男性は道具的役割を，女性は機能的役割を重視している社会であることを意味し，女性の仕事をただ家計において補助的なものとしてしか捉えていない前近代的考え方が未だに濃厚に残っていることを意味している。そうではなければ「介護の社会化」が実現できなったことを意味する。

たとえ，「介護の社会化」が実現できたとすれば，女性だけが「介護のため」仕事をやめたり，変わったりする現状は減少するはずであり，女性の比重がそれほど高くはならなかったと考えられる。

2）他意的介護者の増加

もう一つの特徴は他意的介護者が増加したという点である。制度前と比べ，要介護者の介護を「当然だ」と考えた自意的介護者は減った反面，他人に強いられた他意的介護者は増加した。これは，厚生労働省令が改正され，2003 年 4 月から施行されている「介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準」によって，施設入所基準が「申込み順から重度優先へ」と変えられ，施設入所が難しくなったからである。

全ての家族介護者が在宅介護を望んでいるわけではなく，家庭の事情（要介護者との関係，住宅の条件，家族関係，遠距離介護，老老介護，等）によって，施設介護を望んでいる家族介護者もいる。しかし，その省令によって，やむを得ず，在宅介護を行わざるを得ない状況がつくり出されることになる。すなわち，行政によって在宅介護が新たに強制されるようになったことを意味する。これはサービスの選択，契約による利用者本位を強調した介護保険制度の基本方針にも違反することになる。また，このような介護サービスの制限

は家族介護者の社会参加を阻害するばかりか，社会との断絶や孤立をうみだすなど，家族介護者を介護に拘束させることにほかならない。さらに，介護虐待などの悲惨な事件にまでつながる背景の要因にもなりかねない。

3）変化なし

家族介護者が感じる一日の介護時間や健康状態，家族関係は集団間の有意差が表れなかった。これは，統計学的には制度前と制度後の差はなく，同様であることを意味する。統計学的には同様であっても，家族介護者が感じる一日の介護時間は，制度後の集団においても「ほぼ半日」以上が6割弱を占めており，健康状態は「健康」である場合より，「不健康」である場合が多く表れ，介護による家族介護者の健康状態がますます悪化し，深刻になっている傾向がみられた。そして，家族関係も「介護による家族関係が悪くなった」が増加するなど，全体的介護状況が悪化する傾向を示していた。

集団間の差がないというそれ自体のみでも，介護保険制度の効果や「介護の社会化」が実現できなかったといえるが，まして，介護状況が悪化していることは，かえって介護保険制度自体が家族介護者の介護状況を悪化させているのではないかと問いつめざるを得ないのである。

4）介護負担感の増加

集団間の介護負担感の差は制度前より制度後がやや高く表れた。これは要介護者に介護サービスさえ提供すれば家族の負担は軽減されると言い張っている論者に反駁できる結果であった。

介護状況による介護負担感は，とくに介護時間と健康状態は集団間の状況が同様であったが，有意差が表れただけでなく，集団間の平均介護負担感をみても，制度後が相当高く表れた。また，健康状態は制度後が年齢的にみても，介護期間的にみても，制度前に比べ，健康状態による介護負担感に及ぼす影響は少ないかというと，結果はその反対で，高く表れた。

そして，介護費用の割合も制度前が要介護者の要介護度や自立度が高いので，制度後より介護費用の割合が高くなり(10)，介護負担も高くなるだろうと考えられるが，かえって制度後が高く表れた。これは制度後の場合，要介護者の要介護度が低くなるにしたがって，利用限度額も低く策定され，このことによって家族介護者の介護負担は高くなる。だから，介護サービスを利用して，介護負担を軽減させようと考えれば利用限度額を超え，介護サービスを利用するから，自己負担が増える。介護保険制度の利用限度額は，その範囲内は一割負担であるが，その範囲を超えると全額利用者負担になるので，これが家族の介護負担を増加させている。そして，利用限度額を超える者が多いということは，現在の利用限度額は家族介護者の介護負担に応えられるほどの十分な介護サービスの量ではないことを意味する。したがって，介護保険が定める現在の介護サービスの量のみでは家族の介護負担を多くするか，自己負担を増やすかという方向になり，家族介護に対応できていないということになる。

2. 課題の提起

「介護の社会化」を通じて家族の負担軽減を目指した介護保険制度は「介護の社会化」の実現はもちろん，家族の負担軽減もさせず，かえって介護状況が厳しくなって，家族の負担を増加させる原因になっていることが分析結果から明らかになった。

介護問題を考えるに際しては，介護を必要とする要介護者の生活上の諸問題と，介護をすることによって生じる家族介護者の生活上の諸問題，この2つの問題を同時に考えなければ相互的な対策，支援にならないと考える。また，介護問題の対応策も，同様に2つの問題を同時に考えなくてはならない。そのような点から見ると，介護保険制度は，要介護者の生活上の諸問題についてはある程度対応した制度といえるが，家族介護者の生活上の諸問題についての支援制度がほとんど設けられていないので，介護問題に総合的に対応した制度とはいえないであろう。

このような介護問題に十分な対応をしなかった介護保険制度下では，制度が施行されても「介護の社会化」の実現や家族の負担が軽減できないのは当然なことである。

したがって，家族介護者の介護負担軽減及び

「介護の社会化」の実現のため，本研究の分析結果に基づいて次の三つを課題提起したい。

1）家族介護者の医療保障制度導入

介護保険制度以後にも，家族介護者は介護による健康状態が悪くなることが明らかになった。介護が家族介護者の身体的，精神的健康状態に悪影響を及ぼしているのは，多くの先行研究からも明らかになったにもかかわらず，未だに家族介護者の健康問題については見逃してきた。

家族介護者の健康の問題は，家族介護者の介護援助の質の低下はもちろん，介護放棄や放任等の介護虐待まで引き起こすおそれがある。そして，介護が新たな要介護者を生み出す介護の悪循環をさせてしまうおそれもある。したがって，このような問題を防ぐには，介護期間に限って，健康状態が悪くなったり，もっと厳しくなった家族介護者に対する医療保障が必要である。あわせて，家族介護者が疾病にかからないように，定期的に健康診断を通じた予防対策も必要である。

また，家族介護者は，現在の介護保険制度下では，在宅介護システムを保っていくためには，かけがえのない存在であり，資源でもある。その大事な存在が病気にかかって，その機能をうまく発揮できなくなったら，現在の介護システムの存続に大きなダメージを与え，存立を脅かすおそれもあるので，それを防ぐためにも介護による家族介護者の医療保障は必要である。

2）支給限度額の廃止

介護サービス利用の目的は，認知症高齢者の症状悪化予防及び残存機能維持の目的だけでなく，介護サービス利用によって家族介護者の介護負担を軽減させるという目的も内包されている。しかし，支給限度額による介護サービスの利用制限は次の問題が含まれている。

まず，利用限度額は家族介護者の介護状況や事情は問わず，要介護者の心身状態のみで介護サービスの至急限度を打ち出したものなので，利用限度額範囲内の介護サービスのみでは，介護負担に対応するのは難しい。

第2に，家族介護者は介護負担を介護サービス利用を通じて軽減しようと思い，支給限度額を超え，介護サービスを利用している。ところが，現在の介護保険制度は支給限度額の範囲内は1割負担であるが，それを超えると全額自己負担になるので，介護負担を軽減させるため，利用した介護サービスが，かえって介護費用増加によって新たな経済的な介護負担をつくり出しており，二重の負担を家族介護者に求めている。

第3に，支給限度額は介護サービス利用を制限させ，その不足の分を家族介護者に転嫁させている。これによって，家族介護者の社会的活動の阻害はもちろん，介護に拘束させ，社会的孤立をさせかねない。

したがって，家族介護者の社会的活動を促進し，家族の負担軽減はもちろん，「介護の社会化」実現するためにも支給限度額を廃止し，家族や要介護者が自由に介護サービスを利用できるようにしていかなければならない。

3）介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準の廃止

2003年4月から厚生労働省令で施行されている「介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準（介護老人福祉施設基準7条2項)」によって，従来の「申込み順から優先順位へ」と施設入所基準が変更された。

優先順位は，従来の申込み順では，介護保険制度以後，入所待機者が増え続けている状況の中で，緊急実態発生による緊急入所が必要な要介護者を入所させることができなくなったので，それに対応するため，改正された省令である。

もちろん，緊急性や必要性が高い要介護者に対応することは肝心なことである。しかし，これは，施設などのサービス不足に応じた臨時的な対策であって，根本的な問題解決にはならない。なぜ，家族介護者や要介護者が在宅介護でなく，施設入所を望んでいるのか，なぜ，在宅で何が起きているのか，その原因と課題は何か，そして，在宅介護を行うのにおいて現制度の問題と課題とは何か，何か必要なのか。これらの根本的な原因究明も，取り組みも，対応策も設けられないまま，緊急事態に対応できないという問題だけで，施設サービス利用を制限させることになれば，家族介護者の介護負担増加はもちろん，在宅介護援助の質を低下させ，「介護の社会化」はあたかも画餅

になってしまうであろう。

そして，介護保険制度は措置制度から契約により利用者本位を重視する制度であるが，このような介護サービス利用の制限は利用者本位を阻害することはもとより，措置制度への逆戻しでもある。また，介護保険制度は保険制度なので，保険事故が発生したら，被保険者に給付を提供する義務があるが，給付が足りないといって，受給者に優先順位をつけ，給付することは保険者と被保険者との契約違反でもある。

したがって，優先順位による施設「介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準（介護老人福祉施設基準7条2項)」は廃止し，緊急入所が必要な要介護者に対しては別の対策を設けるべきである。

V　おわりに

本研究は，既存のデータを再分類，再分析を行ったもので，介護保険制度施行以後，介護を行い始めた集団（制度後）と制度前から介護を行ってきた集団（介護前）に分け，在宅家族介護者の介護状況実態を比較分析したものである。分析結果は制度前より，女性の介護者が極めて増加したこと，他人によって強いられた他意的介護者の増加，介護負担感の増加，そして，変化なしという結果が出た。こうした結果から，介護保険制度施行以後，在宅家族介護者の介護状況はさらに厳しくなったことがわかった。その分析結果に基づいて，家族介護者の医療保障制度導入と支給限度額の廃止，介護老人福祉施設の入所に関する指針や入所基準の廃止を提案した。

しかし，在宅介護者の介護問題や増え続けている入所待機者の問題，在宅介護及びサービスの問題などの介護問題を根本的に改善，解決し，「介護の社会化」を実現するには，介護問題に対する捉え方の転換（p. 16参照）と家族介護者に対する社会保障制度が必要である。これらを次の課題として提言した。

註

(1)　永和良之助（2005)『高齢者福祉論』高菅出版　p. 112–114

(2)　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』p. 298，と權　順浩「認知症高齢者の家族介護に見られる問題点と課題――在宅サービスを受けている認知症高齢者の家族を中心に――」『龍谷大学院社会学社会福祉学専攻2006年度修士論文』p. 14–15，2005年1年間，老人福祉法上の「やむを得ない措置」として特別養護老人ホームへの措置を行った市区町村の合計件数は273件，短期入所生活介護の措置件数は186件，認知症対応型共同生活介護の措置件数が15件，合計473件であった。そのうち，高齢者虐待を理由とした措置が204件（各々97件，99件，8件）であった。

(3)　加藤悦子（2005)「介護殺人――司法福祉の観点から――」p. 44，1998年から2003年までの6年間に生じた，親族による介護をめぐって発生したもので，被害者は60歳以上，かつ死亡に至った事件を調査したものである。調査の方法は日本全国の新聞，24紙を検索したものである。

(4)　秋山智久・井岡　勉・岡本民夫・黒木保博(2004)『社会福祉の思想・理念と今日的課題』筒井書房　p. 77

(5)　http：//www.city.gifu.gifu.jp/look/kaigo 00/shisetutaikisha.html　2007. 6. 30

①調査対象待機者は岐阜市在住者であり，調査対象施設は岐阜市内及び岐阜圏域等近隣市町村の施設とした。

②複数の施設入所申込者は実人員とし，自宅・病院／その他を除いた介護保険施設等の待機場所は，調査年月日の前月の保険給付実績に基づいている。

③平成18年4月1日調査の介護老人福祉施設と介護老人保健施設の両施設申込者は273人である。

④「表」要介護度別欄の軽度は経過的要介護・要支援1～2・要介護1～2，重度は要介護3～5を表し，「表」待機場所欄のGHはグループホームをいう。

⑤介護老人福祉施設待機者の中には，既に他施設入所の方及びとりあえず「申し込み」の方もいると考えられる。

(6)　權　順浩（2006)「認知症高齢者の家族介護に見られる問題点と課題――在宅サービスを受けている認知症高齢者の家族を中心に――」『龍谷大学院社会学社会福祉学専攻2006年度修士論文』

(7)　前掲(6)に同じ　p. 56

(8)　前掲(6)に同じ　p. 67

(9) 前掲(6)に同じ p. 49

(10) 前掲(6)に同じ p. 98 利用限度額は要介護度と自立度とは負の関係であった。

参考文献

日本語文献

1．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

2．伊藤周平（2004）『改革提言介護保険――高齢者・障害者の権利保障に向けて』青木書店

3．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

4．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」『日本公衆衛生雑誌』4, 307–319

5．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』第49号，11–21

6．三田寺裕治（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』第41号，83–96

韓国語文献

1. 김윤정（キムユンジョン）（1993）「치매노인의 장애기간과 부양자의 대처 자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향」 이화여자대학교 대학원 1992 년도 석사학위논문「痴呆老人の障害期間と扶養者の対処資源が扶養者の負担及び扶養満足感に及ぼす影響」梨花大学大学院家政管理学科1992年度修士学位論文

2. 권순호（クォンスンホ）（2001）「주간보호소 이용과 치매노인의 문제행동 및 부양자의 부양부담 간의 관계」 한서대학교 노인복지학과 2002 년도 학사논문「認知症専用型ディサービス利用と認知症高齢者の問題行動及び扶養者の扶養負担間の関係」韓瑞大学老人福祉学科2002年度学士論文

3. 마범순(マバンスン)（1998）「치매노인부양자의 부양부담에 관한 연구－주・단기 보호소 이용 부양자를 중심으로－」 이화여자대학교대학원 사회복지학과 1998 년 도 석사학위논문「痴呆性老人扶養者の扶養負に関する研究－ディサービス・ショートステイ利用する扶養者を中心に－」利花大学大学院社会福祉学科1998年度修士学位論文

インターネット

1．http : //www.ryokufuu.com/sisin1.htm 介護老人福祉施設新入所指針（私案：第2次）2007. 7. 7

2．http : //www.urban.ne.jp/home/haruki3/nyusyo.html 特別養護老人ホームなど入所基準の見直検討について 2007. 7. 7

3．http : //www.city.kodaira.tokyo.jp/life/yougo_nyusho.html 特別養護老人ホームの入所基準 2007. 7. 7