

社会 保障 研究

第6卷
第1号
2021年

高齢者介護における家族介護の実態

..... 小島 克久

特集：高齢者介護における 家族介護の実態

地域在住要支援・要介護高齢者に対する家族介護の実態
—全国調査を中心に—

..... 川越 雅弘

家族介護者の介護負担の経時変化

..... 小山 泰代

在宅介護における家族介護者の負担感規定要因

..... 涌井 智子

介護サービスの供給制約と短時間勤務の必要性
—介護の再家族化と自立重視的介護—

..... 池田 心豪

市町村における介護者支援事業の展開

—介護保険制度改革のもとで—

..... 菊池いづみ

東アジアにおける介護者支援をめぐる状況

—台湾を例に—

..... 小島 克久

社会保障研究 第6巻第1号 (2021年) 目次

巻頭言

高齢者介護における家族介護の実態 小島 克久 002

特集：高齢者介護における家族介護の実態

地域在住要支援・要介護高齢者に対する家族介護の実態
—全国調査を中心に— 川越 雅弘 004

家族介護者の介護負担の経時変化 小山 泰代 018

在宅介護における家族介護者の負担感規定要因 涌井 智子 033

介護サービスの供給制約と短時間勤務の必要性
—介護の再家族化と自立重視的介護— 池田 心豪 045

市町村における介護者支援事業の展開
—介護保険制度改革のもとで— 菊池 いづみ 059

東アジアにおける介護者支援をめぐる状況
—台湾を例に— 小島 克久 075

情報

長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 石井 太 090

新刊紹介

野沢慎司・菊地真理著『ステップファミリー——子どもから見た離婚・再婚』
(KADOKAWA, 2021年) 藤間 公太 092

巻頭言

「高齢者介護における家族介護の実態」

介護保険が実施から今年で21年を迎える。この制度の目的の一つとして、「介護の社会化」があった。これまで家族が担ってきた介護負担を軽減させることが期待された。介護保険が実施されてから、居宅サービスを中心に介護サービスの利用は大きく伸びた。現在、介護サービスは、高齢者とその家族にとって不可欠なものになっている。つまり、現在の介護制度は、高齢者への介護サービス提供だけでなく、家族の介護負担軽減に大きく貢献しているであろう。

しかし、高齢者介護における家族の役割は依然として大きい。厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、在宅の要介護高齢者の主介護者が同居家族である割合は、令和元（2019）年で54.4%である。平成13（2013）年の71.1%から大きく下がっているものの、在宅の要介護高齢者にとって、家族が頼りであるという現実は変わっていない。

介護者である家族にもさまざまな問題があり、「老老介護」「認認介護」という、家族の側も高齢者である、認知症を患っているという問題が言われて久しい。また、介護を理由に仕事を辞める「介護離職」、家族介護者の精神的・身体的な負担を背景とする「虐待」、若者が高齢者介護に直接・間接にかかわる「ヤングケアラー」の問題などもある。つまり、家族介護をめぐる問題は複雑になっている。こうした問題への対応として家族介護者支援は重要である。

OECDの介護制度に関する報告書では、家族介護者などのインフォーマルケア支援の重要性を説いている。実際に彼らの実態や支援策に多くのページを割いている。その家族介護者支援策のメニューとして、レスパイトケア、介護相談サービス、経済支援などさまざまなものが必要である。こうした総合的な家族介護者支援策の推進を求めて活動する団体もわが国には存在する。また、政府が現在進めている「地域包括ケアシステム」の構築では、医療・介護ニーズなどを抱えた高齢者が住み慣れた地域で可能な限り生活を継続できるような体制構築を、地域の実情に応じて進めている。その際には、家族介護者の負担にも配慮しながら進める必要がある。実際に、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28（2016）年6月閣議決定）においても、「介護に取り組む家族を支える環境整備」は重要な政策課題として位置づけられている。こうした施策を的確に進めるには、家族介護者の実

態、現在の施策、諸外国の施策などを常に分析する必要がある。

このような背景のもと、当研究所においても、一般会計プロジェクト、厚生労働科研費や科学研究費による研究プロジェクトにおいて、家族介護を研究テーマに含めた研究が進められてきた。例えば、当研究所では家庭機能の把握を目的とした「全国家庭動向調査」を5年周期で実施しているが、同調査では出産・子育て、家事、世代間扶養などの家庭の諸機能に加えて、家族による介護の状況（介護の経験、介護の実施状況、介護と就業の関係、家族介護者の介護負担など）についても継続的な調査を実施している。

本特集では、これらの調査成果も活用しつつ、(1) 高齢者介護における家族介護者の役割、(2) 家族介護者の介護負担の実態、を明らかにするとともに、(3) 「介護に取り組む家族を支える環境整備」に向けてのわが国の課題、について検討することを目的とする。その特徴として、家族介護者の実態、就労、市町村の地域支援事業の展開などについて、政府統計、全国的な調査を用いた、エビデンスによる分析がある。また、当研究所では東アジアの研究を継続的に実施しており、海外の事例として台湾を取り上げた。

このように、本特集は家族介護者についてさまざまな角度からの論文で構成されている。家族介護者をめぐる問題は幅広い。家族介護に関心のある人々に、本特集が参照できるものになれば幸いである。

小 島 克 久

(こじま・かつひさ 国立社会保障・人口問題研究所情報調査分析部長)

特集：高齢者介護における家族介護の実態

地域在住要支援・要介護高齢者に対する家族介護の実態 ——全国調査を中心に——

川越 雅弘*

抄 録

要支援・要介護高齢者の増加に伴い、家族介護者も増加し、2016年現在で約700万人と推計されている。介護保険制度導入等により、公的サービスによる支援体制は拡充しているものの、在宅で介護を受けている高齢者のうち主な介護者が親族である者の割合は約7割を占めるなど、未だ家族が大きな役割を担っている状況にあるが、その実態は明らかとなっていない。

そこで、本稿では、在宅での家族介護の実態に関連する国の各種調査の概要を解説するとともに、これら調査結果をもとに家族介護の現状を整理した。その結果、①主介護者は「子」「配偶者」が中心であること、②要介護2までは介護頻度は低いが、要介護3からほとんど終日が急増すること、③要介護3以上では「排泄（特に夜間）」や「認知症状への対応」に対し、家族が不安を抱えていることなどがわかった。認知症高齢者の場合、非認知症高齢者に比べ、在宅生活の継続が困難となりやすい。こうした高齢者の在宅療養を支えるためには、家族の介護負担軽減のための対策とともに、本人が抱える生活障害の原因を取り除くようなケアマネジメントを展開することが重要である。

キーワード：地域在住要支援・要介護高齢者、家族介護、介護者、全国調査、介護保険制度

社会保障研究 2021, vol.6, no.1, pp.4-17.

I はじめに

要支援・要介護高齢者の増加に伴い、家族介護者も増加し、2016年現在で約700万人と推計されている¹⁾。介護保険制度導入等により、公的サービスによる支援体制は拡充しているものの、在宅で介護を受けている高齢者のうち主な介護者が親族である者の割合は未だ約7割を占めるなど²⁾、家族が大きな役割を担っている状況にあるが、その

実態は明らかとなっていない。

在宅での家族介護の実態に関しては、特定の地域、限られた人数に対して行われた調査は散見されるが、家族介護の実態を明らかにするためには、まずは全国ベースでの調査を出発点として、その現状を整理すべきであろう。

家族介護の実態に関連し、かつ、継続的に実施される全国ベースの調査としては、総務省の「社会生活基礎調査」、厚生労働省の「国民生活基礎調査」「在宅介護実態調査」がある。そこで、本稿で

* 埼玉県立大学大学院

¹⁾ 総務省統計局（2017）参照

²⁾ 厚生労働省（2020）参照

は、これら調査の概要を解説するとともに、これら調査から得られた結果をもとに家族介護の実態を整理することとした。

II 家族介護の実態に関する全国調査の概要

本節では、家族介護の実態に関連する3つの全国ベースの継続調査（社会生活基本調査、国民生活基礎調査（介護調査）、在宅介護実態調査）の概要について解説する。

1 総務省「社会生活基礎調査」について³⁾

(1) 調査目的

社会生活基本調査は、国民の生活時間の配分や余暇時間における主な活動（①学習・自己啓発・訓練、②ボランティア活動、③スポーツ、④趣味・娯楽、⑤旅行・行楽）を調査し、仕事や家庭生活に費やされる時間、地域活動等への関わりなどの実態を明らかにし、各種行政施策の基礎資料を得ることを目的とした調査で、5年ごとに実施されている。

(2) 調査時期

2001年以降、毎回、10月20日に調査が実施されている。ただし、生活時間の配分についての調査は、曜日ごとの結果を集計するため、標本調査区を無作為に8つのグループに分けた上で、調査区ごとに連続する2日間が調査日として選定されている⁴⁾。

(3) 調査対象

2016年調査では、47都道府県ごとの確率比例抽出により全国7,320調査区（調査票A：6,912調査区、調査票B：408調査区）を抽出した後、各標本

調査区内の世帯一覧表から12世帯を確率無作為抽出し（約8万8千世帯）、同世帯に住んでいる10歳以上の世帯員全員約20万人（調査票A：約19万人、調査票B：約1万人）に対し調査が実施されている⁵⁾。

(4) 調査方法

調査は、調査員が調査世帯ごとに10月上旬から中旬に調査票を配布、10月下旬に世帯員が調査員等へ調査票を提出する、または、インターネットで回答する方法が採用されている。

(5) 調査項目

調査票Aでは、①個人属性（性別・年齢・介護の有無と対象・就業状態・健康状態など）、②世帯属性（世帯の家族類型・単身世帯か否か・世帯人員・住居の種類・介護支援の利用の状況など）、③行動関係（行動の種類・頻度・目的・方法など）が調査されている。なお、行動調査では、指定された2日間で、行動の種類別に、実施時間を15分単位で記載するようになっている。

介護に関しては、“ふだん家族の介護をしていますか⁶⁾”という設問が設けられており、まず、介護の実施状況に関する3区分（65歳以上の家族の介護を実施/その他の家族の介護を実施/介護はしていない）を確認した後、介護を行っている場合はさらに実施場所2区分（自宅内/自宅外）を、自宅外の場合は、さらに、実施場所の詳細2区分（同じ敷地内または近くに住んでいる/その他）を選択する形となっている（合計7区分に分類）。また、行動の種類として、介護・看護というカテゴリーが設けられており、介護・看護を実施した時間が15分単位で記載され、集計される形となっている。

調査票Bは、行動内容を更に詳細に把握するた

³⁾ 2016年の社会生活基本調査の概要や調査結果に関しては、総務省統計局のホームページ<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/gaiyou.html>を参照のこと。

⁴⁾ 2016年調査では、10月15日（土）～23日（日）間の連続する2日間が、調査区ごとに指定されている。

⁵⁾ 2016年調査では、熊本地震の影響が大きい地域が対象から除外されている。そのため、調査票Aは6,904調査区、調査票Bは407調査区が調査対象となっている。また、社会福祉施設入所者や病院入院者は調査対象外となっている。社会生活基本調査の期日・対象・標本設計の変遷に関しては、総務省統計局の資料「社会生活基本調査の変遷（<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/pdf/hensen.pdf>）」を参照のこと。

⁶⁾ ここでの“ふだん”とは、おおむね1年間に30日以上介護をしている場合とされている。

めのもので、各15分に実施した内容を記述するとともに、同時に実施したほかの行為も記載するようになっている。

2 厚生労働省「国民生活基礎調査（大規模調査）」について

(1) 調査目的

国民生活基礎調査は、保健、医療、福祉、年金、所得など、国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び立案に必要な基礎資料を得ることを目的とした調査で、3年ごとに大規模調査が、中間の各年には簡易調査（世帯票・所得票を用いた調査）が行われている。

大規模調査では、5つの調査票（世帯票・健康票・介護票・所得票・貯蓄票）が用いられているが、このなかの介護票を用いて、家族介護の実態が把握できるようになっている。

(2) 調査時期

2019年の大規模調査では、世帯票・健康票・介護票を用いた調査が同年6月6日に、所得票・貯蓄票を用いた調査が同年7月11日に実施されている。

(3) 調査対象（介護票）

2019年の大規模調査では、2015年国勢調査区のうち、後置番号⁷⁾1及び8から層化無作為抽出された5,530地区の中から2,500地区が層化無作為抽出された後、同地区内の在宅の要支援・要介護者（以下、在宅要介護者等）7,396人に対して調査が行われている⁸⁾。

そのうち、データが回収されたのは6,349人（回収率85.8%）で、そこから集計不能なものを除いた6,295人のデータが分析されている〔厚生労働省（2020）〕。

(4) 調査方法（介護票）

調査員があらかじめ配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員が回収する方法が採用されている。ただし、調査員が再三訪問しても不在等で一度も面接できない世帯の場合は郵送にて回収する形となっている。

(5) 調査項目（介護票）

家族介護に関連する調査項目は、①要支援・要介護者の特性・属性に関する項目（性別・出生年月・要介護度・介護が必要となった原因・介護保険料所得段階）、②主介護者に関する項目（1日の平均的な介護時間）、③主介護者以外の介護者に関する項目（人数・同別居の状況・性別・年齢・続柄・介護頻度）、④事業所・家族介護者による介護内容、⑤介護保険サービスの利用状況（サービス種類・自己負担額・サービス未利用の理由）などである。

3 厚生労働省「在宅介護実態調査」について

(1) 調査目的

在宅介護実態調査は、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の両立に向けた介護サービスの在り方を検討するため、第7期介護保険事業計画（2018～2020年）の策定から導入された調査である。

(2) 調査時期

調査時期は、市区町村が独自に決定する形となっている。なお、同調査結果は、介護保険事業計画の策定に活用するため、策定年度（第8期であれば2020年度）の前年度に実施されている場合が多い。

(3) 調査対象

調査対象は、全市区町村の在宅要介護者等であ

⁷⁾ 後置番号とは、国勢調査区の種類を表す番号で、「1」は一般調査区、「8」はおおむね50人以上の単身者が居住している寄宿舎・寮等のある区域のことを意味する。

⁸⁾ 世帯票・健康票・介護票では、単身赴任者、出稼ぎ者、長期出張者（おおむね3か月以上）、遊学中の者、社会福祉施設の入所者、長期入院者（住民登録を病院に移している者）、預けた里子、収監中の者、そのほかの別居中の者は対象外とされている。

るが、サンプルサイズは、厚生労働省が策定した手引きなどを参考に、市町村が独自に決定する形となっている⁹⁾ [厚生労働省 (2016)]。

(4) 調査方法

調査は、市区町村の実情にあわせて、【方法1】認定調査員による聞き取り調査、【方法2】郵送調査（接続方式）、【方法3】郵送調査（非接続方式）が用意されており、市区町村が選択する形となっている。なお、方法1・2は、厚生労働省から配布された「自動集計分析ソフト」を使って、「調査結果」と「認定データ」を紐づけた上で、集計・分析する形となっている [厚生労働省 (2016)]。

(5) 調査項目

調査項目には、「基本調査項目」と「オプション項目」が、また、調査票には、「本人に関する調査票（A票）」と「主介護者に関する調査票（B票）」の2種類がある。

方法3の場合、A票にて、①世帯類型、②性別、③年齢、④要介護度、⑤施設入所の検討状況、⑥介護保険サービスの利用状況、⑦家族介護の頻度などが、B票にて、①介護離職の有無、②不安に感じる介護内容、③勤務形態、④働き方の調整の有無、⑤介護の継続性などが調査されている。なお、方法1・2の場合、認定データと接続するため、同データで把握可能な項目（性別・年齢・要介護度など）は調査票から除外されている。

(6) データ分析及び国への報告方法

前述したように、市区町村による独自分析を支援するとともに、調査結果を国が収集することを目的に、国から「自動集計分析ソフト」が配布されている。なお、同ソフトを用いて、2020年7月19日から8月5日の間にデータ伝送された430自治体、146,649人のデータ分析結果が公表されている [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2020a~2020e)]。

III 家族介護の実態

本節では、前述した3つの全国調査（調査1：社会生活基本調査、調査2：国民生活基礎調査、調査3：在宅介護実態調査）をもとに、①家族を介護している人（以下、介護者）の人数、②要介護者等がいる世帯の状況、③主介護者の状況（続柄・性・年齢階級）、④主介護者の介護内容、⑤主介護者による介護頻度/介護時間を整理する。

1 介護者数の推移（調査1より）

2016年の社会生活基本調査によると、15歳以上でふだん家族を介護している人は698万7千人で、うち「男性」277万6千人、「女性」421万1千人であった。

ここで、2001~2016年の5年毎の推移をみると、人数は増加しているものの、前回調査時からの増加率は、2001~2006年間は13.5%、2006~2011年間は28.0%、2011~2016年間は2.3%と、2011年以降、伸びが鈍化していた。また、増加率を性別に

表1 男女別にみた介護者数及び前回調査時からの増加率の推移（社会生活基本調査）

	2001	2006	2011	2016	2001~2006	2006~2011	2011~2016
	人数 (千人)				前回調査からの増加率 (%)		
総数	4,702	5,336	6,829	6,987	13.5	28.0	2.3
男性	1,721	2,008	2,675	2,776	16.7	33.2	3.8
女性	2,982	3,329	4,154	4,211	11.6	24.8	1.4

注：四捨五入の関係で、総数と性別人数の単純合計が一致しない場合がある。

出所：総務省統計局「社会生活基礎調査」より筆者作成。

⁹⁾ 医療機関に入院している人、介護保険施設（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）、特定施設（有料老人ホーム・ケアハウス）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームの入所者・入居者は対象外となっている。

みると、いずれの期間も男性が女性を上回っていた（表1）。

2 在宅要介護者等のいる世帯の状況（調査2・3より）

(1) 世帯類型

2019年の国民生活基礎調査によると、要介護者等のいる世帯は、「単身」28.3%、「夫婦のみ」22.2%、「その他」18.6%、「三世帯」12.8%、「ひとり親と未婚の子のみ」10.1%、「夫婦と未婚の子のみ」8.0%であった（表3）。

一方、第8期在宅介護実態調査では、「単身」23.3%、「夫婦のみ」24.0%、「その他」51.3%、「無回答」1.4%であった。ここで、世帯類型と人口規模の関係をみると、単身世帯の占める割合は、「5万人未満」22.3%に対し「30万人以上」25.3%、夫婦のみ世帯の占める割合は、「5万人未満」21.3%に対し「30万人以上」27.2%と、人口規模が大き

くなるにつれて、単身世帯や高齢夫婦のみ世帯の占める割合が増加傾向にあった（表2）。

(2) 要介護度と世帯類型の関係 世帯類型と要介護度の関係をみる。

ここで、単身世帯の占める割合をみると、2019年の国民生活基礎調査では、「要支援1・2」37.7%、「要介護1・2」26.0%、「要介護3～5」20.2%と、要介護度が重度化するにつれて減少する一方で、夫婦のみ世帯の割合は、いずれの要介護度でも22%強とほぼ一定であった（表3）。なお、こうした傾向は、第8期在宅介護実態調査でも同様であった（表4）。

3 主介護者の状況（調査2・3より）

(1) 要介護者等との続柄

2019年の国民生活基礎調査によると、主介護者の要介護者等との続柄は、「子」が31.5%と最も多

表2 人口規模別にみた要介護者等がいる世帯類型の構成割合（単位：%，在宅介護実態調査）

	単身	夫婦のみ	その他	無回答
総数	23.3	24.0	51.3	1.4
5万人未満	22.3	21.3	55.0	1.4
5～10万人未満	22.1	23.7	52.7	1.4
10～30万人未満	23.9	25.2	49.6	1.3
30万人以上	25.3	27.2	45.8	1.7

出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2020a～2020e）より筆者作成。

表3 要介護度と世帯類型の関係（単位：%，国民生活基礎調査）

	単身	夫婦のみ	夫婦と未婚の子のみ	ひとり親と未婚の子のみ	三世帯	その他
総数	28.3	22.2	8.0	10.1	12.8	18.6
要支援1・2	37.7	22.0	5.4	11.0	8.8	15.0
要介護1・2	26.0	22.5	7.3	8.4	14.6	21.1
要介護3～5	20.2	22.0	12.3	10.6	15.1	19.8

注：総数には要介護度不詳も含む。

出所：厚生労働省（2019）より筆者作成。

表4 要介護度と世帯類型の関係（単位：%，在宅介護実態調査）

	単身	夫婦のみ	その他
要支援1・2	33.9	24.2	41.9
要介護1・2	22.0	24.3	53.6
要介護3～5	12.7	24.8	62.4

注：本表の構成割合は、世帯類型に回答があったものの割合である。

出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2020f）より筆者作成。

く、次いで「配偶者」24.0%、「不詳」19.6%、「事業者」12.1%、「子の配偶者」8.6%の順であった。また、同居の割合は54.4%であった。

ここで主介護者を同居の有無別にみると、同居では、「配偶者」23.8%、「子」20.7%、「子の配偶者」7.5%、同居以外では、「不詳」19.6%、「事業者」12.1%、「子」10.7%の順であった。なお、主介護者を家族介護者に限定すると、主介護者の要介護者等との続柄は、「子」46.3%、「配偶者」35.3%、「子の配偶者」12.7%の順であった¹⁰⁾(表5)。

同様に、第8期在宅介護実態調査をみると、主介護者の要介護者等との続柄は、「子」が47.3%と最も多く、次いで「配偶者」29.6%、「子の配偶者」13.8%、「その他」2.8%、「兄弟・姉妹」2.2%、「孫」0.9%、「無回答」3.5%の順であった。これを人口規模別にみると、子の占める割合は、「5万人未満」46.4%に対し「30万人以上」50.2%、配偶者の占め

る割合は、「5万人未満」27.0%に対し「30万人以上」32.4%、子の配偶者の占める割合は、「5万人未満」16.9%に対し「30万人以上」10.0%と、人口規模が大きくなるにつれて、「子」「配偶者」の占める割合が増加傾向にある一方で、「子の配偶者」の占める割合は減少傾向にあった(表6)。

(2) 要介護度と要介護者等との続柄の関係

2019年の国民生活基礎調査から、4つの続柄(配偶者・子・子の配偶者・事業者)の割合を要介護度別にみると、要支援1～要介護4では「子」が最も多く、次いで「配偶者」「事業者」「子の配偶者」の順、要介護5では「配偶者」が最も多く、次いで「子」「事業者」「子の配偶者」の順であった。「子」の割合は要介護1がピークで、要介護度が重度になるにしたがって減少していた。また、「配偶者」「事業者」の割合は、要介護5で最も多くなっていた(図1)。

表5 同居の有無続柄別にみた主介護者割合(単位:%, 国民生活基礎調査)¹¹⁾

	合計	配偶者	子	子の配偶者	父母	その他親族	事業者	その他	不詳
a) 家族・親族以外を含む場合									
総数	100.0	24.0	31.5	8.6	0.6	3.2	12.1	0.5	19.6
同居	54.4	23.8	20.7	7.5	0.6	1.7	-	-	-
同居以外	45.6	0.2	10.7	1.2	0.0	1.5	12.1	0.5	19.6
b) 家族・親族に限定した場合									
総数	100.0	35.3	46.3	12.7	0.9	4.7	-	-	-
同居	80.0	35.1	30.5	11.0	0.9	2.5	-	-	-
同居以外	20.0	0.2	15.8	1.7	0.1	2.2	-	-	-

注:本表は総数に対する割合である。また、四捨五入の関係で、総数と内訳別単純合計が一致していない場合がある。
出所:厚生労働省(2019)より筆者作成。

表6 人口規模別続柄別にみた主介護者割合(単位:%, 在宅介護実態調査)

	配偶者	子	子の配偶者	孫	兄弟姉妹	その他	無回答
総数	29.6	47.3	13.8	0.9	2.2	2.8	3.5
5万人未満	27.0	46.4	16.9	1.0	2.1	2.9	3.6
5~10万人未満	29.2	46.0	14.6	0.8	1.9	2.9	4.6
10~30万人未満	31.0	47.7	12.1	0.7	2.3	2.7	3.5
30万人以上	32.4	50.2	10.0	0.8	2.5	2.5	1.6

出所:三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(2020a~2020e)より筆者作成。

¹⁰⁾ 国民生活基礎調査の主介護者の区分のうち、「事業所」「その他」「不詳」を除いて分析した結果である。

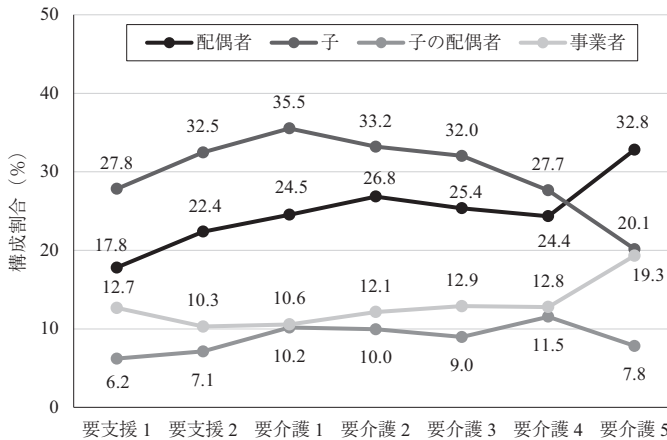
¹¹⁾ 「事業所」「その他」「不詳」に関しては、同居の有無を聞いていないが、本表では同居以外として整理している。

(3) 性・年齢階級¹²⁾

2019年の国民生活基礎調査によると、同居の主介護者の性別は「男性」35.0%、「女性」65.0%、年齢は「60代」30.6%、「70代」26.5%、「50代」19.6%、「80歳以上」16.2%の順であった。ここで、主介護者の年齢分布を性別にみると、男性では「60代」「80歳以上」「70代」、女性では「60代」「70代」「50代」の順であった(表7)。

同様に、第8期在宅介護実態調査をみると、主介

護者の性別は「男性」29.6%、「女性」65.5%、「無回答」4.9%、年齢は「60代」31.8%、「50代」24.2%、「70代」19.5%、「80歳以上」14.1%の順であった。ここで、年齢分布を人口規模別にみると、規模が大きくなるにつれて、子や子の配偶者の年齢に相当する「40代」「50代」、ならびに配偶者の年齢に相当する「70代」「80歳以上」は増加傾向にある一方で、「60代」は減少傾向にあった(表8)。



出所：厚生労働省(2019)より筆者作成。

図1 要介護度と主な続柄別にした主介護者の関係

表7 性別年齢階級別にした主介護者割合(単位：%，国民生活基礎調査)

	30歳未満	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
総数	0.4	1.0	5.6	19.6	30.6	26.5	16.2
男性	1.0	1.6	6.2	18.8	28.5	21.1	22.8
女性	0.2	0.7	5.3	20.1	31.8	29.4	12.6

出所：厚生労働省(2019)より筆者作成。

表8 人口規模別にした主介護者の年齢構成(単位：%，在宅介護実態調査)

	30歳未満	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上	不明・無回答
総数	0.5	1.3	6.3	24.2	31.8	19.5	14.1	2.4
5万人未満	0.4	1.3	5.5	22.4	35.3	18.5	13.8	2.8
5~10万人未満	1.0	1.4	5.7	23.6	33.0	19.4	13.9	1.9
10~30万人未満	0.4	1.1	6.8	25.6	29.5	19.8	14.4	2.5
30万人以上	0.3	1.3	7.8	25.7	28.1	20.6	14.4	1.8

出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(2020a~2020e)より筆者作成。

¹²⁾ 国民生活基礎調査は同居の主介護者、在宅介護実態調査は同居以外を含めた主介護者の性別割合を整理したものであり、対象が異なっている点に留意が必要である。

4 主介護者の介護内容（複数回答）¹³⁾

第8期在宅介護実態調査によると、主介護者の介護内容は、「掃除・洗濯・買物等」が78.8%と最も多く、次いで「食事の準備」69.9%、「外出の付添い・送迎等」68.2%、「金銭管理・諸手続き」68.0%、「服薬」47.9%、「衣服の着脱」33.0%、「認知症状への対応」26.9%の順であった（図2）。

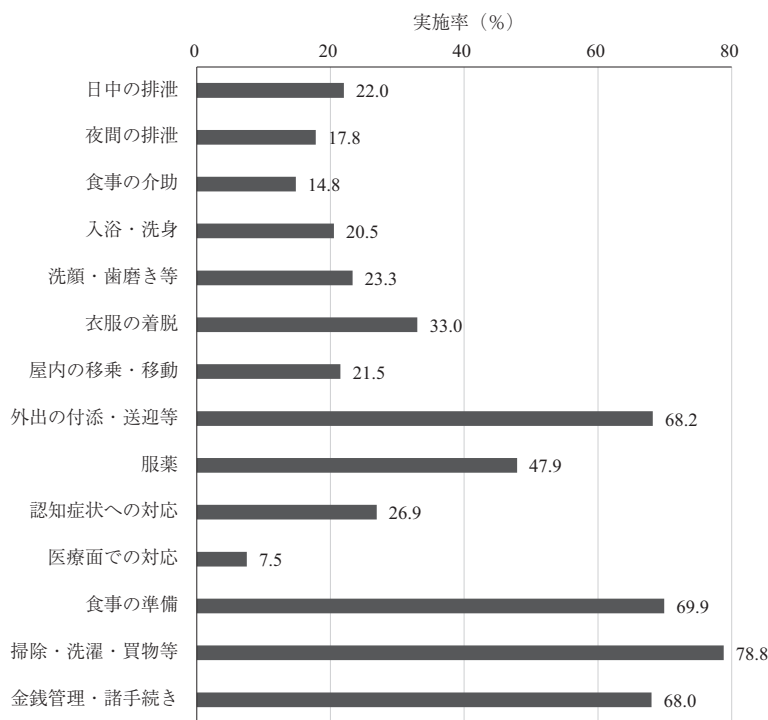
同様に、2019年の国民生活基礎調査によると、主介護者が行っている介護内容は、「買物」が65.2%と最も多く、次いで「食事の準備・後始末」64.4%、「掃除」61.5%、「話し相手」56.7%、「洗濯」54.9%、「入浴介助」48.1%、「服薬の手助け」44.2%の順であった。これを要介護度別にみる

と、実施率の高い上位3項目は、要支援1では「買物」「掃除」「話し相手」、要支援2～要介護2では「買物」「掃除」「食事の準備・後始末」、要介護3～4では「食事の準備・後始末」「洗濯」「入浴介助」、要介護5では「服薬の手助け」「食事の準備・後始末」「着替え」であった（表9）。

5 主介護者による介護頻度/介護時間（調査3より）

(1) 1週間当たりの介護頻度¹⁴⁾

第8期在宅介護実態調査によると、主介護者による1週間当たりの介護頻度は、「ほぼ毎日」が60.0%と最も多く、次いで「行っていない・無回



出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2020a）より筆者作成。

図2 内容別にみた主介護者による介護の実施率（複数回答，在宅介護実態調査）

¹³⁾ 国民生活基礎調査と在宅介護実態調査では、介護内容に関する設問項目が異なる。また、要介護度別のデータは前者のみとなっている点に留意が必要である。

¹⁴⁾ 在宅介護実態調査では、A票（本人調査）とB票（主介護者調査）がある。A票で1週間当たりの介護頻度を質問し、介護を行っているという回答があった場合のみB票を記入する仕組みとなっている。しかしながら、A票で介護なしと回答があったものに対しても、一部B票が記載されている。こうした回答は本表では無回答として扱っている。

表9 要介護度別内容別にみた主介護者の介護の実施率
(複数回答, 単位: %, 国民生活基礎調査)

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
服薬の手助け	44.2	13.5	15.9	48.2	52.2	69.4	75.5	86.5
食事の準備・後始末	64.4	33.2	45.4	70.8	76.7	86.3	82.2	85.2
着替え	30.8	4.5	9.8	20.7	32.3	62.5	72.1	84.9
入浴介助	48.1	13.6	24.7	45.4	61.3	78.7	81.4	83.9
排泄介助	25.1	2.6	5.0	10.6	23.9	55.9	72.6	83.3
洗髪	36.0	6.2	14.8	31.8	41.3	63.8	73.7	81.3
身体的清拭	28.7	4.4	10.3	18.3	31.1	56.0	67.1	80.9
洗顔	18.5	0.9	3.6	6.2	13.3	41.8	56.3	79.7
口腔清掃	19.5	1.1	3.1	9.4	15.4	41.4	57.8	79.7
洗濯	54.9	20.4	37.3	56.7	67.5	79.6	80.5	79.3
食事介助	21.6	3.4	6.3	12.6	20.1	39.8	54.6	78.0
話し相手	56.7	34.4	42.4	56.6	65.8	73.2	77.7	76.7
体位交換・起居	16.1	1.8	3.5	5.1	11.1	31.7	51.4	75.0
掃除	61.5	39.4	51.4	65.5	69.7	78.1	75.6	72.4
買物	65.2	43.4	61.4	70.1	74.6	75.7	70.1	72.3
散歩	28.7	11.3	15.5	27.8	35.9	45.9	45.0	43.6

注: 総数には要介護度不詳も含む。

出所: 厚生労働省(2019)より筆者作成。

表10 人口規模別にみた1週間当たりの介護頻度(単位: %, 在宅介護実態調査)

	週1日以下	週1・2日	週3・4日	ほぼ毎日	行っていない・無回答
総数	7.3	9.9	5.4	60.0	17.4
5万人未満	7.0	9.4	5.4	63.1	15.0
5~10万人未満	7.5	9.8	5.3	59.2	18.2
10~30万人未満	7.6	10.4	5.4	59.5	17.1
30万人以上	7.0	10.4	5.3	56.3	21.0

出所: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(2020a~2020e)より筆者作成。

答]17.4%, 「週1・2日」9.9%, 「週1日以下」7.3%, 「週3・4日」5.4%の順であった。

ここで、「ほぼ毎日」の割合をみると、「5万人未満」63.1%に対し「30万人以上」56.3%と、人口規模が大きいくほど、その割合は低い傾向にあった(表10)。

(2) 1日の平均的な介護時間

2019年の国民生活基礎調査によると、同居の主介護者の1日当たりの平均介護時間は、「必要なときに手をかす程度」が47.9%と最も多く、次いで「ほとんど終日」19.3%, 「2~3時間程度」11.9%, 「半日程度」9.4%の順であった。

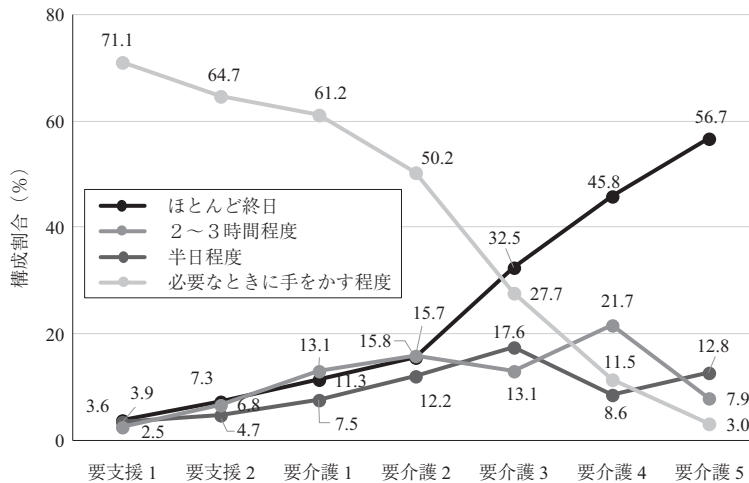
これを要介護度別にみると、要支援1~要介護2では「必要なときに手をかす程度」が、要介護3以

上では「ほとんど終日」が最も多くなっていた(図3)。

IV 在宅介護サービスの利用状況

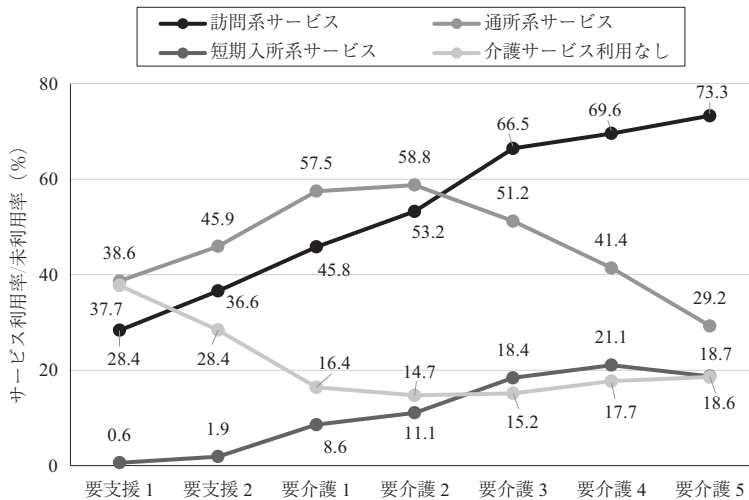
在宅の要支援・要介護者への必要な支援は、家族・親族、在宅介護サービス事業者、保険外サービス事業者、近隣住民等により行われているが、その中核は家族と在宅介護サービス事業者である。

そこで、本節では、介護保険制度による在宅介護サービスの利用の有無、利用しているサービスの状況と要介護度の関係を分析する。



出所：厚生労働省（2019）より筆者作成。

図3 要介護度別にみた同居主介護者による1日の平均的な介護時間（国民生活基礎調査）



注：縦軸は、訪問系・短期入所系サービスに関してはサービス利用率を、介護サービス利用なしに関しては、サービス未利用率を表している。

出所：厚生労働省（2019）より筆者作成。

図4 要介護度別にみた在宅介護サービスの利用状況（国民生活基礎調査）

1 要介護度別にみた在宅介護サービスの利用状況（調査2より）

2019年の国民生活基礎調査によると、介護保険の在宅介護サービスを利用していない人の割合は23.0%であった。これを要介護度別にみると、「要支援1」が37.7%と最も多く、次いで「要支援

2」28.4%、「要介護5」18.6%の順であった（図4）。

2 要介護度別にみた主な在宅介護サービスの利用状況（調査2より）

3大介護サービス（訪問・通所・短期入所）の利用率をみると、「訪問系」47.9%、「通所系」

48.2%、「短期入所系」9.1%であった¹⁵⁾。

これを要介護度別にみると、訪問系は、要介護度が重度化するにしたがって増加し、要介護5が73.3%と最も高かった。通所系は、「要介護1・2」がピークでその後減少していた。短期入所系は、「要介護4」まで増加後、要介護5で減少に転じていた(図4)。

V 考察

在宅の要支援・要介護者は、何らかの支援や介護を要する状態にあるため、家族介護者や在宅介護サービス事業者等による支援が入ることになる。そこで、本章では、要介護度別にみた本人の状態像の特徴と提供されている支援内容および主介護者の関連性に関する考察を行うこととする。

まず、要介護度別に、本人の状態像の特徴をおさえる。

厚生労働省資料によると、日常生活活動(Activities of daily living: ADL)、手段的ADL(Instrumental ADL: IADL)について、半数以上が「できない」となっている項目を要介護度別にみると、要支援2では「歩行」「つめ切り」が、要介護1ではさらに「洗身」「薬の内服」「金銭の管理」「電話の利用」が、要介護2ではさらに「移動」「排尿」「排便」「上衣の着脱」「ズボン等の着脱」が、要介護3ではさらに「移乗」「飲水」「口腔清潔」「洗顔」「整髪」が、要介護4ではさらに「食事摂取」が該当していた¹⁶⁾。初期の段階から、歩行やIADLが低下し、その後、移動、排泄、移乗、更衣、整容、食事摂取などの自立度が低下していくことがわかる。

次に、主介護者の要介護者等との続柄及び介護内容をみる。

続柄をみると、要支援1～要介護4までは「子」

「配偶者」の順で、両者の割合は、要支援1で約4割、要支援2で約5割、要介護1～3で約6割、要介護4で約5割を占めていたが、要介護5では「配偶者」が最多となるとともに、事業者の割合も急増していた。要介護5の場合、さまざまな支援、高頻度の支援が必要となるため、「子」による支援が困難化している可能性が高いと考えられた。

また、国民生活基礎調査によると、主介護者の半数以上が行っている介護内容は、要支援2では「掃除」「買物」、要介護1ではさらに「食事の準備・後始末」「洗濯」「話し相手」、要介護2ではさらに「服薬の手助け」「入浴介助」、要介護3ではさらに「着替え」「排泄介助」「洗髪」「身体の清拭」、要介護4ではさらに「洗顔」「口腔清潔」「食事介助」「体位変換・起居」であった。1日の平均的な介護時間は、「必要なときに手をかす程度」の割合が、要支援1で約7割、要支援2～要介護1で約6割、要介護2で約5割を占めていたが、要介護3から「ほとんど終日」が最多となるとともに、要介護度が重度になるにしたがって急増していた。

最後に、在宅介護サービスの利用状況を見る。

国民生活基礎調査から在宅介護サービスの利用の有無をみると、要支援1の約4割、要支援2の約3割は未利用であった。要支援段階では、状態像からみて、それほど支援を必要としないため、家族で対応できる内容やレベルであれば、介護サービスまでは必要としていないと考えられた。サービス区分をみると、訪問系サービスは要介護度が重度になるにつれて増加する一方で、通所系サービスは要介護2をピークに減少していた。

こうした実態から、起居動作やIADL、一部のADLの自立度が低下した状態にある要支援1～要介護2の段階では、生活援助や入浴支援、外出支援が必要となるため、訪問・通所系サービスが導入されていること、また、主介護者は子と配偶者で、

¹⁵⁾ 訪問系とは、訪問介護/訪問入浴介護/訪問リハ/訪問看護サービス、通所系とは通所介護/通所リハサービス、短期入所系とは短期入所療養介護/短期入所生活介護サービスのことである。

¹⁶⁾ 認定調査項目と各項目の評価の関係性に関するデータは、厚生労働省の介護認定審査会委員テキスト2006にしか掲載されていないため、本稿では同テキストのデータを引用している。2009年に要介護認定の項目等の見直しが行われたため、ここで取り上げている項目の一部は現在の認定調査項目からは除外されている点に留意が必要である。

サービス利用以外の曜日や時間帯に、家事、服薬、入浴に対して、必要時に支援を行っていると推察された。一方、要介護3～5の段階になると、介護の頻度と身体的・心理的負担が大きい「排泄」や「食事」に対する介助が必要となることから、子による支援が困難化し、その分、配偶者や事業所が中心となって支援や介護を担っている状況にあると推察された。

VI 結語：中重度者の在宅生活の継続を図るために

本稿では、家族介護の実態を、全国調査結果をベースに整理してきたが、家族介護を支援する最終的な目的は、在宅生活を望まれる要介護高齢者の在宅生活を支えることである。

さて、筆者らが行った研究により、要介護2・3レベルから在宅生活が困難化すること、特に認知症の人でその傾向が強いことがわかっている¹⁷⁾。また、在宅介護実態調査から、要介護3以上では、①「認知症状への対応」と「夜間の排泄」に対して主介護者の不安が大きいこと、②訪問系サービスの利用回数の増加とともに、認知症状や夜間排泄に対する不安が軽減すること、③移送サービス（介護・福祉タクシー等）や外出同行（通院への付き添いなど）へのニーズが高いことが示されている。

介護者の不安が増強し、家族介護が限界に達すると、本人・家族が在宅生活を希望される場合でも、結果的に介護保険施設や居住系への入所につながってしまう場合がある。本人が望まない入所をできるだけ防ぐためには、介護者の不安要素である「認知症状への対応」と「夜間の排泄」への対策強化がキーポイントとなる。

中重度者の在宅生活を支えるためのとるべき対策の一点目は、介護サービス提供体制の整備の促進である。訪問系サービスの利用回数が増えると、認知症状や夜間排泄への不安が軽減する傾向

にあることから、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などのサービスの拡充が必要と考える。ただし、これらサービスは要介護度に応じた包括払いとなっているため、高頻度の支援を必要とする利用者（特に軽度者）が多い事業所だと経営的に厳しくなる。したがって、利用者ニーズへの対応状況に応じた報酬のあり方を再考し、これら地域密着型サービスの拡充を促す必要がある。

二点目は、地域資源を活用した支援策の充実である。要介護3以上だと歩行機能はかなり低下している。また、要介護高齢者の場合、複数の疾患を抱えていることも多い。そのため、定期的に通院する必要があるが、通院同行に対する家族の負担は大きい。在宅介護実態調査で、要介護3以上で外出支援に対するニーズが高かったことは、こうした実態を反映したものと考えられる。現在、地域支援事業に位置付けられた生活支援体制整備事業で、地域資源の開発が進められている。デマンド型交通サービスを提供する企業と連携して、買物や通院に対する移動手段の確保を図るといった自治体の例もみられる¹⁸⁾。民間企業と自治体が連携・協働しながら、中重度者の通院手段を確保していくことも、家族負担軽減につながる有用な対策と考える。

三点目は、認知症に対するケアやケアマネジメントの質の向上である。特に、施設や居住系への入所・入居を決定するキーパーソンとマネジメント担当者間のコミュニケーションは重要となる。認知症では、要介護2・3から、常時の徘徊、一人で出たがる、幻視幻聴、暴言暴行、大声を出す、介護に抵抗するなどの周辺症状の出現率が高くなってくる。こうした事象だけをとらえ、事象を生じさせている原因や背景もおさえないまま対策を考えると、医療機関につなぐ、施設に入れるなどの対症療法的対策に陥りやすい。遠方の子どもがキーパーソンの場合、これら周辺症状が生じたという報告を受ければ、普段の生活の様子や状

¹⁷⁾ 川越・南（2020）参照のこと

¹⁸⁾ デマンド型交通とは、予約に応じて乗降場所や経路が変更可能な交通システムのこと。愛知県豊明市で最初にスタートしたアイシングループの乗り合い送迎サービス「チョイソコ」が有名。

態、状況も十分確認できないまま何らかの意思決定（施設に入れるなど）をせざるを得なくなるだろう。もし、こうした周辺症状が、「本人の不安」から生じていることだとしたら、その不安に対応する方法を本来考えるべきである。提供体制や地域の支援体制の整備とともに、こうした地域資源を、本人の困りごとを生じさせている根本原因の解決に向けて活用するといった視点と方法論を身につけるためのマネジメント教育を強化する必要があると考える。

本稿は、在宅で療養する要支援・要介護高齢者に対する家族介護の実態を明らかにしたものである。本人が望む生活や暮らしの実現に向け、家族介護支援策のあり方、これら支援策を有効活用することができる人材育成のあり方の両面を再考するための一助になれば幸いである。

<参考文献>

- 川越雅弘 (2003) 「介護サービスの有効性評価に関する調査研究～第1報：ケアマネジメントの現状と今後のあり方～」『日本医師会総合政策研究機構報告書』第55号。
- 川越雅弘、南拓磨 (2020) 「一人暮らし認知症高齢者の出現率および生活状況の実態－介護保険データより－」『老年精神医学雑誌』31巻, pp.460-466。
- 厚生労働省 (2006) 「介護認定審査会委員テキスト 2006」。
- (2017) 「在宅介護実態調査 活用の手引き」。
- (2020) 「2019年国民生活基礎調査の概況」。
- 総務省統計局 (2017) 「平成28年社会生活基本調査－生活時間に関する結果－結果の概要」。
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2020a) 「(単純集計版) 在宅介護実態調査の集計結果～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～<全国集計版>」。
- (2020b) 「(単純集計版) 在宅介護実態調査の集計結果～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～<5万人未満>」。
- (2020c) 「(単純集計版) 在宅介護実態調査の集計結果～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～<5万人以上10万人未満>」。
- (2020d) 「(単純集計版) 在宅介護実態調査の集計結果～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～<10万人以上30万人未満>」。
- (2020e) 「(単純集計版) 在宅介護実態調査の集計結果～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～<30万人以上>」。
- (2020f) 「(クロス集計版) 在宅介護実態調査の集計結果～第8期介護保険事業計画の策定に向けて～<全国集計版>」
- https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_06.html

(かわごえ・まさひろ)

The Actual Situation of Family Care for the Elderly Who Need Support or Care in the Community —Focus on National Surveys—

KAWAGOE Masahiro*

Abstract

As the number of elderly people requiring support or care increases, the number of family caregivers also increases, and as of 2016, it is estimated to be about 7 million.

With the introduction of the long-term care insurance system, the support through public services has been expanded, but about 70% of the primary caregivers of the elderly receiving care at home are family caregivers, and families still play a major role. However, the actual situation has not been clarified.

Then, in this paper, the outline of various surveys in the country related to the actual condition of the family care at home was explained, and the present state of the family care was arranged based on these survey results.

As a result, it was found that (1) the main caregiver was mainly “child” and “spouse”, (2) the nursing care frequency was low until nursing care required 2, but almost all day increased from nursing care required 3 or more, (3) the family had anxiety for “excretion (especially at night)” and “correspondence to cognitive symptoms” in nursing care required 3 or more.

In the case of the dementia elderly, the continuation of the home life becomes more difficult than the non-dementia elderly.

In the support of the home care of such elderly people, it is important to develop the care management which removes the cause of the life disorders that the person in question has, as well as take measures for the reduction of the care burden of the family.

Keywords : Community-dwelling Elderly Requiring Support or Care, Family Care, Caregivers, National Survey, Long-term Care Insurance System

* Graduate Course of Health and Social Services, Saitama Prefectural University, Saitama, Japan

家族介護者の介護負担の経時変化

小山 泰代*

要 旨

国立社会保障・人口問題研究所が5年ごとに実施している全国家庭動向調査を用いて、最近の家族介護における介護者の状況を、介護負担に関連する事項を中心に観察した。分析対象は、世帯内の家族介護者の中心である有配偶女性（妻）である。2003年、2008年、2013年、2018年の4時点の調査データから、介護の必要な親の存在割合、要介護の親を妻が介護している割合、親を介護している妻の親との居住関係や介護時間、仕事とのかかわり、介護にまつわる不安や苦勞、介護への夫のかかわりといった点について経時的な変化を示した。介護の必要な親と同居して妻が介護を行うという家族介護の形は依然として残るが、妻の就業継続や夫の関わりなどには変化が表れている。また、分析対象期間を通して、親を介護する妻の多くは精神的負担、身体的負担、経済的負担を感じており、家庭の努力だけでなく、公的サービスや職場の対応といった多面的なサポートが求められている。

キーワード：家族介護，有配偶女性，介護負担，全国家庭動向調査

社会保障研究 2021, vol.6, no.1, pp.18-32.

国立社会保障・人口問題研究所では、全国調査として5年毎に「全国家庭動向調査」を実施している。この調査は、有配偶女性を対象として、育児や介護を始めとする家庭機能の変化をとらえることを目的とするもので、1993年以来実施され、直近では2018年に第6回調査が行われた。この間、介護保険制度の導入など、介護を取り巻く状況は大きく変わってきたが、家族介護の中心が女性である状況は依然として続いている。本稿では、全国家庭動向調査を利用して、介護負担という視点から、家庭における家族介護が介護者としての有配偶女性の状況にどのような影響や変化を及ぼすのかを概観する。

I 全国家庭動向調査の概要

全国家庭動向調査の各回の概要と介護に関するおもな項目を表1に示す。全国家庭動向調査では、介護については第2回調査（1998年）から調査項目を充実させてきたが、第2回調査では親調査となる国民生活基礎調査（厚生労働省）との調査項目の重複を避けるため、親の介護に関する設問は、別居している親についてのみの設問となっている。そこで本稿では、第3回（2003年）から第6回（2018年）まで4時点の調査を対象として、介護負担につながるような調査項目の動向を観察する。

* 国立社会保障・人口問題研究所 人口構造研究部

表1 全国家庭動向調査の概要

調査回	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
実施年	1993	1998	2003	2008	2013	2018
ケース数	6,083	7,578	7,252	6,870	6,409	6,142
介護に関するおもな項目	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯員の健康状況 ・家族介護の経験(各世帯員) ・介護で重要だと思う支援方法 	<ul style="list-style-type: none"> ・親の要介護状況(別居している親) ・親の介護への参加状況(別居している親) ・家族介護の経験 ・介護をする上で不安や苦勞 ・介護と仕事 	<ul style="list-style-type: none"> ・親の介護経験 ・介護と仕事 ・介護による生活の変化 ・親の要介護状況 ・親の主な介護者 ・親の介護の手伝い ・利用している介護サービス ・親の施設入所予定 ・親の介護をする上で不安や苦勞 	<ul style="list-style-type: none"> ・親の要介護状況 ・親の介護への参加状況 ・利用している介護サービス ・家族介護の経験 ・介護と仕事 ・家族の介護をする上で不安や苦勞 	<ul style="list-style-type: none"> ・親の要介護状況 ・親の要介護度の变化 ・入院 ・入所前の親の居住世帯 ・家族介護の経験 ・介護と仕事 ・利用している介護サービス ・介護をする上で不安や苦勞 	<ul style="list-style-type: none"> ・親の要介護状況(身体, 認知) ・親の主な介護者 ・家族介護の経験 ・利用している介護サービス ・家族介護における負担感 ・介護と仕事 ・介護をする上で不安や苦勞

注：ケース数は有配偶女性数（世帯内に複数の有配偶女性がいる場合は最も若い有配偶女性）

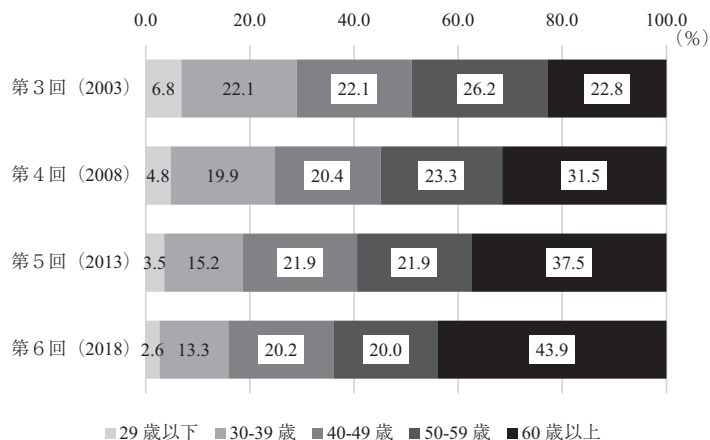


図1 調査対象者の年齢分布

なお、調査間において調査項目や選択肢等は必ずしも同一ではないため、経時変化では傾向の観察を主眼とする。

本稿で扱う第3回以降の調査について、分析対象とする有配偶女性の年齢分布は図1の通りである。60歳以上の割合を見ると、第3回（2003年）22.8%、第4回（2008年）31.5%、第5回（2013年）37.5%、第6回（2018年）43.9%と、回を追うごとに高齢者の割合が大きくなっている。

なお、本稿においては、これ以降、調査対象者である有配偶女性を「妻」、その配偶者を「夫」と表記する。

II 分析

1 親の要介護の状況

介護の状況に先立ち、親の要介護の状況を確認しよう。表2に、各回調査における親の生存と介護の要・不要の状況をまとめた。ここで、親とは、妻の両親と夫の両親の両方を含み、表2はその親それぞれ（つまり、「妻の父親」、「妻の母親」、「夫の父親」、「夫の母親」）について集計したものである（生死不詳、介護の要不要不詳を含む）。

まず、親の生死の状況をみてみると、直近の第

表2 親の生死と要介護の状況

調査回 (年)	総数	生存			死亡	生死不詳	
		介護不要	要介護	不詳			
妻の父親						(%)	
第3回 (2003)	7,252	43.2	35.7	4.8	2.7	49.3	7.5
第4回 (2008)	6,870	41.3	34.5	5.3	1.6	45.5	13.2
第5回 (2013)	6,409	39.7	30.2	7.4	2.1	50.6	9.7
第6回 (2018)	6,142	37.4	27.2	6.8	3.5	51.2	11.4
妻の母親							
第3回 (2003)	7,252	63.1	49.1	9.3	4.7	30.4	6.5
第4回 (2008)	6,870	59.2	45.6	11.2	2.5	28.5	12.2
第5回 (2013)	6,409	57.9	39.5	15.4	3.1	33.5	8.6
第6回 (2018)	6,142	54.7	35.8	14.2	4.7	35.2	10.1
夫の父親							
第3回 (2003)	7,252	37.7	31.6	3.4	2.7	52.0	10.3
第4回 (2008)	6,870	34.3	28.4	4.1	1.8	47.1	18.6
第5回 (2013)	6,409	33.9	26.3	5.2	2.3	51.3	14.9
第6回 (2018)	6,142	32.4	23.4	5.0	3.9	51.2	16.4
夫の母親							
第3回 (2003)	7,252	57.0	44.3	8.0	4.7	33.7	9.3
第4回 (2008)	6,870	51.5	39.3	9.6	2.6	31.2	17.3
第5回 (2013)	6,409	51.0	35.4	11.7	3.9	36.0	13.0
第6回 (2018)	6,142	48.3	31.6	11.2	5.6	36.6	15.0

6回（2018年）における親の生存の割合は、妻の父親で37.4%、夫の父親で32.4%、母親の生存割合は54.7%、48.3%で、夫妻のいずれについても、母親のほうが生存割合が高い。これは、夫婦の年齢差（夫のほうが高い傾向）と、平均余命の差（女性の方が大きい傾向）によると考えられる。親の生存の割合はいずれも次第に低下しており、これは回答者の年齢分布の変化に呼応するものと考えられよう。

生存している親について、親の介護の要・不要をみると、介護の必要な親の割合は、直近では、父親については妻方で総数に対して6.8%、夫方で5.0%、母親についてはそれぞれ14.2%、11.2%で、妻、夫の双方において母親のほうが高い。この割合は、第3回（2003年）から第5回（2013年）まではいずれも増加したが、第6回（2018年）ではやや低下した。これらの調査の結果によれば、介護の必要な親は、妻側でも夫側でも、母親が父親の約2倍程度である。

これらは親別に見た介護の要・不要であるが、これを妻ごとに集約すると表3のようになる。介護の必要な親のいる妻の割合は、第3回（2003年）

表3 介護の必要な親の数 (%)

	総数	介護の必要な親がいる割合	介護の必要な親の人数		
			1人	2人	3人以上
第3回 (2003)	7,252	20.2	15.8	3.7	0.7
第4回 (2008)	6,870	23.3	17.4	5.0	0.9
第5回 (2013)	6,409	28.7	19.8	7.1	1.8
第6回 (2018)	6,142	26.6	18.2	6.5	1.9

注：総数に死亡の親、生死不詳の親、介護の要不要不詳の親等を含む。

に20.2%、第4回（2008年）に23.3%、第5回（2013年）に28.7%と上昇した後、第6回（2018年）では26.6%とやや低下しているが、おおむね最近では25%強とみることができよう。さらに、介護の必要な親の数は、1人という者が大多数である一方で、2人以上という者も存在している。直近の第6回（2018年）では、介護の必要な親が2人いる者は全体の6.5%、3人または4人という者は1.9%であった。2人以上と集約すると、第3回（2003年）の4.4%に比して第5回（2013年）は8.9%、第6回（2018年）は8.4%となり、次第に高まっている。

また、図2に示す通り、妻の年齢別には、介護の

必要な親のいる者の割合は、いずれの調査回でも50歳代が最も高く、特に第5回（2013年）では51.7%、第6回（2018年）では46.4%と、最近の2回ではおよそ半数に及んでおり、このうち約4割（全体に対しては約2割）は、介護の必要な親が2人以上いる者である。40歳代の妻では約3割、60歳以上の妻でも約2割には介護の必要な親が存在して

いる。

2 親の介護への妻の関わり

では、妻がこれらの親の介護にどの程度関わっているかをみてみよう。各回の調査時点でいずれかの親の介護に関わっている妻の割合を表4に示す。ここで「介護に関わっている」には、自分が

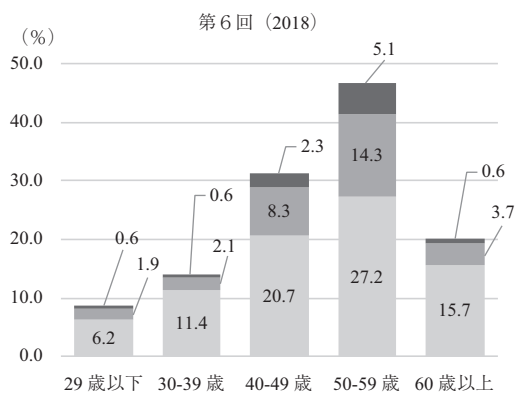
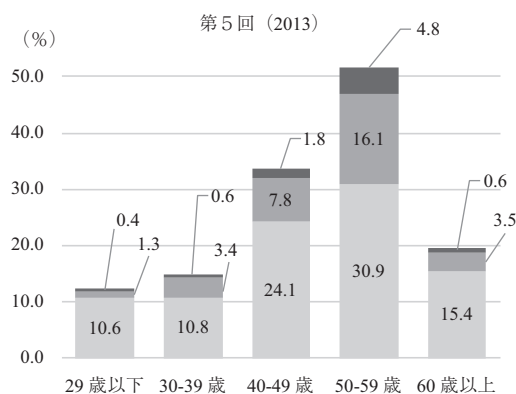
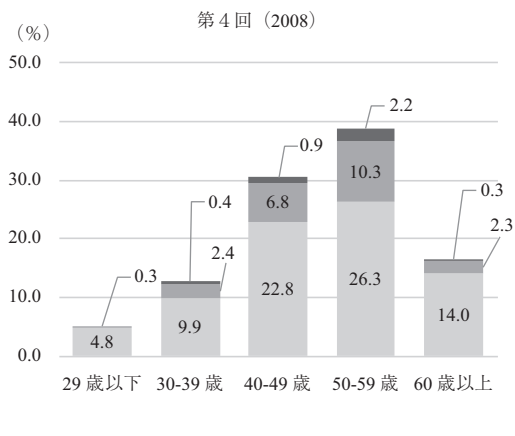
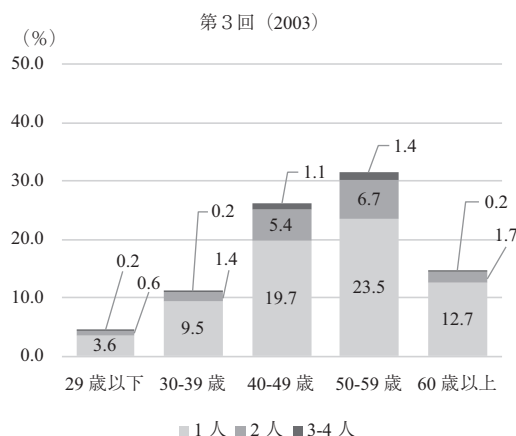


図2 妻の年齢別にみた介護の必要な親の数

表4 親を介護している妻の割合

調査回 (年)	総数	親を介護している妻の数 (人)	総数に占める割合 (%)	妻が介護している親の数		介護の必要な親のいる妻に占める割合 (%)
				1人	2人以上	
				第3回 (2003)	7,252	
第4回 (2008)	6,870	326	4.7	4.1	0.6	20.4
第5回 (2013)	6,409	441	6.9	6.0	0.9	24.0
第6回 (2018)	6,142	364	5.9	4.6	1.4	22.3

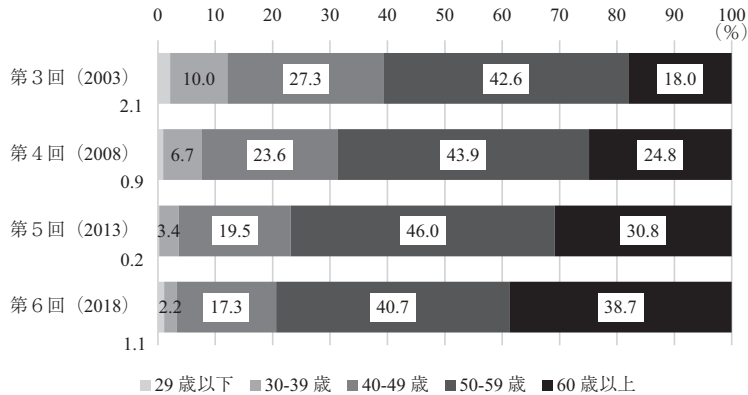


図3 親を介護している妻の年齢分布

中心的な介護者として介護しているケースと、中心的な介護者を手伝っているケースの両方を含む。

いずれかの親の介護に関わっている妻の数は、第3回（2003年）では660人、第4回（2008年）326人、第5回（2013年）441人、第6回（2018年）364人である。総数に対する割合では、第3回（2003年）では9.1%、第6回（2018年）では5.9%と、15年間の比較では3ポイント程度の低下となったが、この間、第4回（2008年）は4.7%、第5回（2013年）は6.9%と上下している。この親の介護に関わっている妻について、介護の必要な親のいる妻に占める割合でみると、第3回（2003年）には45.1%と半数に近いが、第4回（2008年）以降は2割強となっている。また、親の介護に関わっている妻のうち、第3回（2003年）から第5回（2013年）では6分の1程度、第6回調査（2018年）では3分の1程度は2人以上の親の介護に関わっている。

親の介護に関わっている妻の年齢分布（総数に占める割合）を図3に示したが、いずれの調査でも50-59歳で最も大きく4割を超えている。ただし、第3回（2003年）の42.6%から第4回（2008年）に43.9%、第5回（2013年）に46.0%と上昇した後、第6回（2018年）では40.7%と低下した。50-59歳に次ぐのはその前後の年齢層であるが、第3回（2003年）では40-49歳（27.3%）の方が60歳以上（18.0%）よりも高いのに対して、第4回（2008年）以降では40-49歳よりも60歳以上の方が高い割合

となるとともにその差が次第に拡大しており、第6回（2018年）では40-49歳の17.3%に対して60歳以上は38.7%を占めている。

3 介護している親との居住関係

こうした妻による親の介護がどこで行われているのかを確認しよう。図4は、要介護の親の続き柄別に、妻がその親の介護に参加している場合の、妻と親との居住関係（親の家までの距離）の分布を示したものである。まず、大きな特徴として、有配偶女子全体でみたときよりも、同居（同じ敷地内に居住するケースを含む）の割合が非常に大きいことが分かる。図5には第6回（2018年）における有配偶女子全体における親との居住関係の分布を示したが、同居の割合は、妻の親ではおよそ6~8%、夫の親ではおよそ16~19%である。これに比して、親を介護している妻がその親と同居している割合は、同じ第6回（2018年）でみると、妻の親ではおよそ19~34%、夫の親では59~71%とかなり大きい。親の健康状態や介護の要不要と、親と子の居住関係との間に比較的強い関連があることがうかがえる。

妻方、夫方の親との同別居の状況を背景に、図4からはまた、夫の親の介護は同居、妻の親の介護は別居が中心となっている様子がみてとれる。妻が介護している親が父親である場合、父親が妻側でも夫側でも、妻と同居している割合は第3回（2003年）から第5回（2013年）にかけて上昇した

が、第6回（2018年）では妻の父親で第5回（2013年）の27.7%から18.8%へ、夫の父親では同様に75.9%から58.3%へと大きく低下している。第6回（2018年）調査については、集計に際していく

つかの間を組み合わせて妻が介護している親とその居住関係を関連付けていること、妻が介護しているのが妻の父親または夫の父親であるケースが少ないことなどから、ほかの調査回との傾向の違

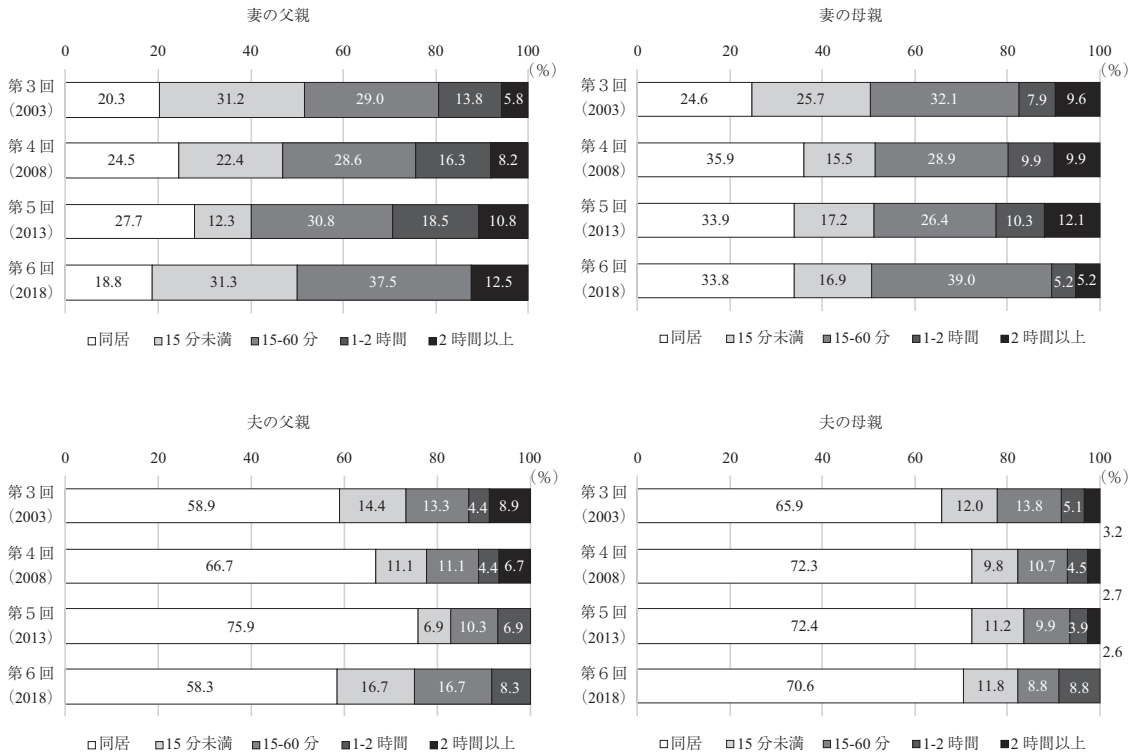


図4 介護している親との居住関係

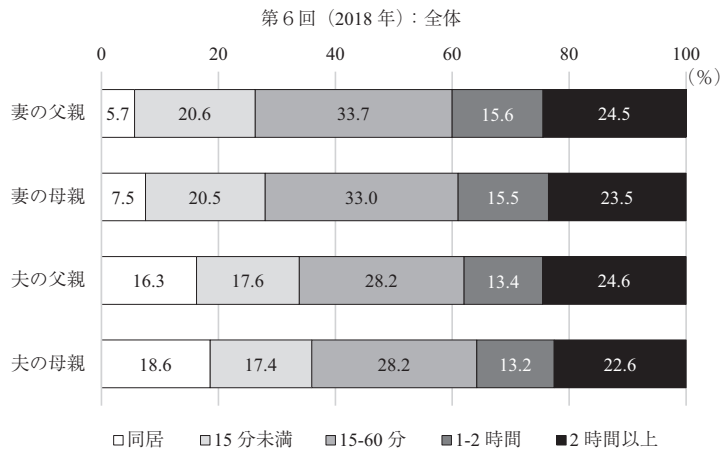


図5 親との居住関係（第6回（2018年））

いが現れた可能性が考えられる。

妻が介護している親が母親である場合は、妻と同居している割合は第3回（2003年）から第4回（2008年）にかけて拡大し（妻の母親では24.6%から35.9%へ、夫の母親では65.9%から72.3%へ）、第4回（2008年）から第6回（2018年）までは大きな変化は見られないが、やや減少傾向にあるようにも見える。また、妻側の父親、母親については、別居のなかで「1-2時間」、「2時間以上」という遠距離の割合が第3回（2003年）から第5回（2013年）にかけて増大し、妻の父親では「15分未満」、妻の母親では「15-60分」といった比較的近距离の割合が縮小している。

4 介護時間

では、妻が親の介護に費やす時間を見てみよう。表5は、親を介護している妻が介護に費やす1日あたりの平均的な時間の分布をまとめたものである。ただし、第4回（2008年）には介護時間の設けがないため、それを除いた比較となる。

親を介護している妻が1日のうち介護に費やす時間は、第3回（2003年）、第5回（2013年）、第6回（2018年）のいずれにおいても、「1～2時間」が最も多く、以下、「3～4時間」、「5～6時間」と、順次長い時間が続いている。「1～2時間」の占める割合は、第3回（2003年）では59.1%と半数を超えているが、第5回（2013年）には45.5%、第6階には41.2%と次第に低下している。他方、「2～3時間」の占める割合は19.0%（第3回（2003年））、25.3%（第5回（2013年））、27.6%（第6回（2018年））と

徐々に拡大しており、これに続く「5～6時間」、「7～12時間」等もやや拡大する傾向にある。平均をみると、第3回（2003年）では3.7時間、第5回（2013年）は4.5時間、第6回（2018年）は4.5時間と第3回（2003年）から伸長している。1日あたり介護時間の分布は、上述のように短時間が多数を占める一方で、少数ながら24時間といった長時間の回答もあるため、中央値は「2時間」（第3回（2003年））、「3時間」（第5回（2013年））、「3時間」（第6回（2018年））で、構成割合の分布を反映し、平均値よりも小さな値となっている。

5 介護と仕事

親を介護している妻の生活には、親の介護にかかわることによってどのような変化があるだろうか。具体的には、例えば、介護によって、妻の就業にはどのような影響が及ぶだろうか。全国家庭動向調査では、家族の介護にかかわる妻について、介護開始前後での仕事の状況の変化を尋ねている。ここでは、親の介護にかかわる妻と仕事の関わりをみていく。ただし、第3回（2003年）、第4回（2008年）においては、妻の仕事と介護の関わりは、調査時現在の親の介護に限定した質問でなく、過去の介護経験を含めた質問となっているので、ここでは調査時現在の親の介護状況と組み合わせ集計していることに留意されたい。

調査時現在で親の介護に関わっている妻のうち、親の介護に関わり始めた頃に仕事をしていた者の割合は、第3回（2003年）53.4%、第4回（2008年）65.7%、第5回（2013年）66.2%、第6回（2018年）65.7%、第5回（2013年）66.2%、第6回（2018年）65.7%、第5回（2013年）66.2%、第6回（2018年）65.7%

表5 1日あたりの介護時間 (%)

	第3回 (2003)			第5回 (2013)			第6回 (2018)		
	介護の必要な親	介護の必要な親		介護の必要な親	介護の必要な親		介護の必要な親	介護の必要な親	
		1人	2人以上		1人	2人以上		1人	2人以上
1～2時間	56.5	59.1	44.9	45.5	45.5	45.5	41.2	43.2	35.1
3～4時間	19.5	19.0	21.8	25.3	24.0	34.1	27.6	26.9	29.7
5～6時間	11.4	10.2	16.7	11.0	10.6	13.6	14.3	13.7	16.2
7～12時間	8.8	8.0	12.8	10.7	11.3	6.8	11.7	10.7	14.9
13時間以上	3.7	3.7	3.8	7.4	8.6	0.0	5.2	5.6	4.1
平均（時間）	3.7	3.6	4.2	4.5	4.7	3.2	4.5	4.4	4.6
中央値（時間）	2	2	3	3	3	3	3	3	3

注：介護時間不詳をのぞく。

年) 68.2%であった。この親の介護に関わり始めた頃に仕事をしていた妻について、介護開始後に仕事を続けた者の割合をみると(図6)、第3回(2003年) 67.5%、第4回(2008年) 77.0%、第5回(2013年) 70.1%、第6回(2018年) 85.2%と、4時点のなかで値の上下はあるが、第3回(2003年)と第6回(2018年)の15年間の比較では約20%ポイント上昇している。

これを従業上の地位別にみたものが図7である。まず、親の介護開始時に常勤(フルタイム)であった妻においては、第3回(2003年)の81.8%から第6回(2018年)の64.3%まで、親の介護開始後

も仕事を続けた割合は18%ポイント程度低下している。パート・アルバイトであった妻では、第3回(2003年)の50.0%から第6回(2018年)の80.5%まで、第5回(2013年)に一度低下してはいるが、15年間では30%ほどの増加となった。また、自営業主・家族従業者については、第3回(2003年)では94.3%、第4回では(94.5%)と100%に近い割合を示していたが、第5回(2013年)には89.8%、第6回(2018年)には81.3%と、近年の低下傾向が見られる。(なお、各回とも従業上の地位の選択肢には嘱託・派遣社員を含むが、頻度が小さい(5以下)ため、ここでは割愛した。)

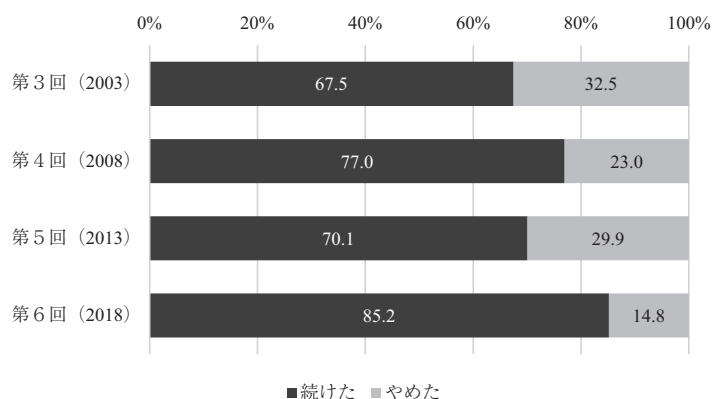


図6 介護開始後の就業継続

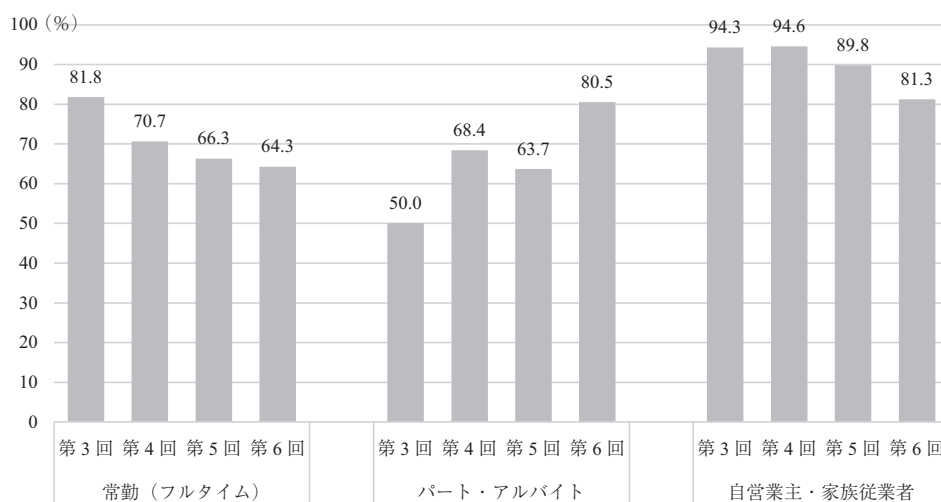


図7 従業上の地位別にみた就業継続割合

表6 就業継続の条件

仕事の継続	第3回 (2003)	第4回 (2008)	第5回 (2013)	第6回 (2018)
続けた	親・親族の理解 デイケアサービス 介護休業制度	デイサービス・デイケア 夫の理解 勤務時間の短縮	デイサービス・デイケア 夫の理解 勤務時間の短縮、職場の理解	デイサービス・デイケア 勤務時間の短縮 夫の理解
やめた	親・親族の理解 介護休業制度 勤務時間の短縮、デイケア サービス	老人ホーム 職場の理解 勤務時間の短縮、介護休業制 度、親・親族の理解	勤務時間の短縮 特になし 介護休業制度	勤務時間の短縮 デイサービス・デイケア 特になし

調査では、このように介護開始後も仕事を継続するにあたり、なにが役に立ったのかを尋ねている。質問では役に立ったと思う制度やサービス等を第2位まで聞いているが、第3回と第4回では調査時点での親の介護に限定せず広く介護経験について尋ねている（ここでは便宜的に調査時点で親を介護しているかどうかを示す変数と組み合わせで集計した）ことや、調査回ごとに選択肢が若干異なっている（追加されている）ことなどから、ここでは、第1位として挙げられた選択肢のうち頻度の高いものを列挙するにとどめたい。

表6に、仕事を継続するにあたり、なにが役に立ったのかの第1位に多く挙げられた項目をまとめた。これを見ると、まず、第4回（2008年）以降では、順番に差異はあるが、いずれの回も「デイサービス・デイケア」、「夫の理解」、「勤務時間の短縮」が選ばれている。第3回（2003年）においては、「親・親族の理解」が最も選ばれているが、この回の質問には「夫の理解」という選択肢がないため、「親・親族の理解」には「夫の理解」も含まれていると考えられよう。

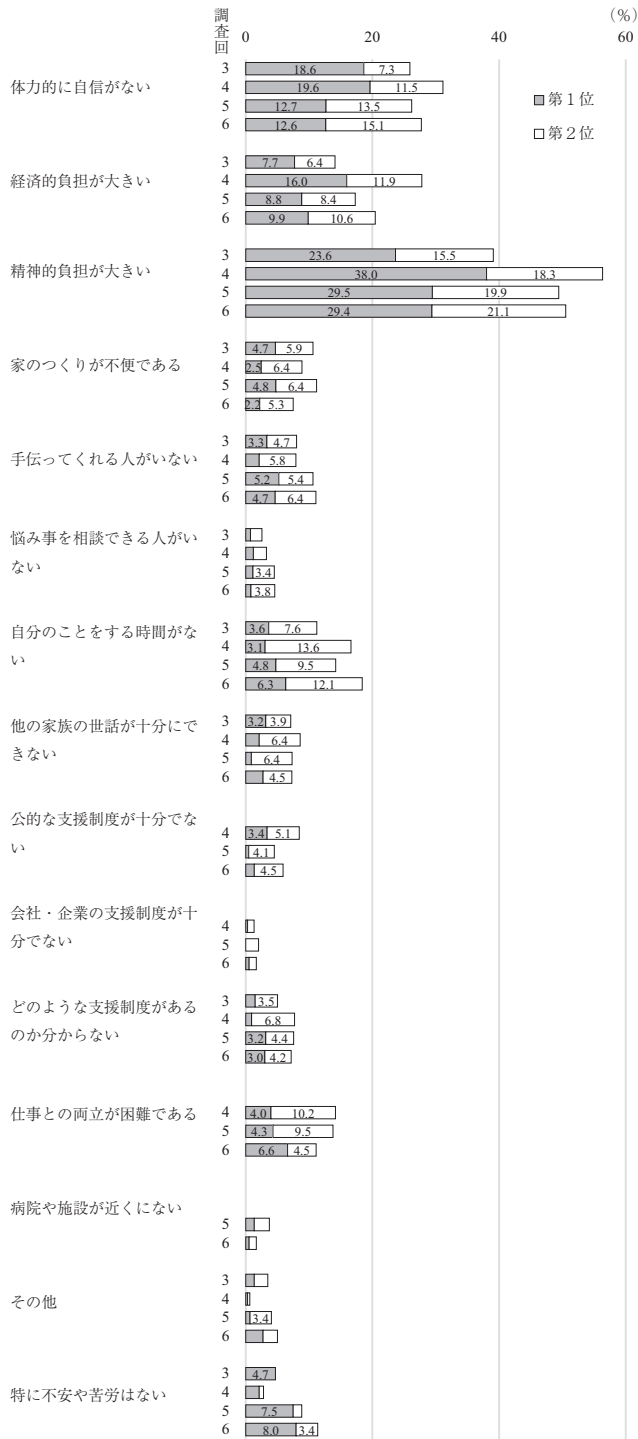
表6の下部は、介護開始後に仕事をやめた妻に、どのような制度やサービスがあれば仕事を続けられたと思うかを尋ねた結果である。こちらは回答の頻度が全体的に少ないので目立った傾向などはみてとれないが、特徴としては、仕事を続けた妻による役に立った制度やサービスと同様に、「勤務時間の短縮」が多くの調査回（第3回（2003年）～第6回（2018年））でよく選ばれていること、仕事を続けた妻による役に立った制度やサービスには出てこなかった「特になし」（第5回（2018年）、第6回（2018年））や「職場の理解」といった選択

肢が選ばれていることなどが挙げられよう。

6 不安や苦勞

調査時に親を介護している妻における、「介護をする上で不安や苦勞はありますか」という質問の回答をみてみよう。この質問は年次によって項目が若干異なっており、「公的な支援制度が十分でない」、「会社・企業の支援制度が十分でない」、「仕事との両立が困難である」は第4回（2008年）以降、「病院や施設が近くにない」は第5回（2013年）以降に採用されたものである。質問の回答は、これらの項目の中から、介護をする上での不安や苦勞に該当するものとして第1位と第2位を選ぶ形式である。図8に、それぞれの項目について、調査時現在で親の介護をしている妻のうち、それを第1位、第2位に選んだ者の割合を図示した。

図8によれば、いずれの調査回においても、第1位に挙げられた項目のうち最も多いのは「精神的負担が大きい」であった。その割合は最大が第4回（2008年）の38.0%で、最小は第3回（2003年）の23.6%で、直近2回の調査ではいずれも約30%である。次いで多く挙げられた項目はいずれの回でも「体力的に自信がない」で、第3回（2003年）、第4回（2008年）では20%弱、第5回（2013年）、第6回（2018年）では約13%である。さらに続くのは、いずれの回においても、「経済的負担が大きい」で、第4回（2008年）で16.0%と大きな値を示しているが、それを除くと第3回（2003年）の7.7%から第6回（2018年）の9.9%までやや割合はやや増加した。「精神的負担が大きい」は、第2位としてもいずれの調査回でも最も多く挙げられており（第3回（2003年）から順に15.5%、18.3%、



注) 3未満の数値の表記は省略した

図8 介護をする上での不安や苦勞

19.9%, 21.1%), 第1位に挙げた者と第2位に挙げた者の割合の合計では, 第3回(2003年)で39.1%, 第4回(2008年)では56.3%と特に大きな値となっているが, 第5回(2013年)と第6回(2018年)ではそれぞれ49.4%, 50.5%とおよそ半数を占めている。第2位として挙げられた項目では, 「自分のことをする時間がない」が第3回(2003年)と第4回(2008年)では2番めに多く(それぞれ7.6%, 13.6%), 第5回(2013年)と第6回(2018年)では3番めに多い項目となっている(それぞれ9.5%, 12.1%)。「自分のことをする時間がない」は, 第1位として挙げられた項目の中ではいずれの調査回でも6番めに位置しており, 第1位としては, 「その他」以外では「家のつくりが不便である」(第3回(2003年)), 「仕事との両立が困難である」(第4回(2008年), 第6回(2018年)), 「公的な支援制度が十分でない」(第4回(2008年)), 「手伝ってくれる人がいない」(第5回(2013年))といった項目の割合の方が高い。第1位として挙げられた割合と第2位として挙げられた割合の合計では, 「精神的負担が大きい」に次いで「体力的に自信がない」, 「経済的負担が大きい」, 「自分のこ

とをする時間がない」となるのはいずれの回でも共通している。また, 第4回以降では「仕事との両立が困難である」がそれらに次ぐ(「その他」を除く)項目となっている。

7 夫の介護への関わり

ここまで, 親の介護と妻の関わりを見てきたが, 妻が介護する親には夫の親も含まれている。夫がどのように親の介護に関わっているかを見ておこう。これについて集計可能な調査は第3回(2003年)と第6回(2018年)のみで, 両調査回では介護の必要な親とその親を主に介護している者との対応が分かる。この質問において, おもな介護者が妻または夫と回答した者の割合(介護の必要な親の数に対する割合)を図9に示す。

これをみると, 妻の親のおもな介護者となる夫はほとんどいないが, 夫の親に対しては夫がおもな介護者となるケースが見られる。第3回(2003年)では, 夫がおもな介護者となる割合は, 夫の父親については4.5%, 夫の母親については3.8%である。この割合は第6回(2018年)ではそれぞれ8.3%, 12.8%と15年間で増大しており, 特に夫の

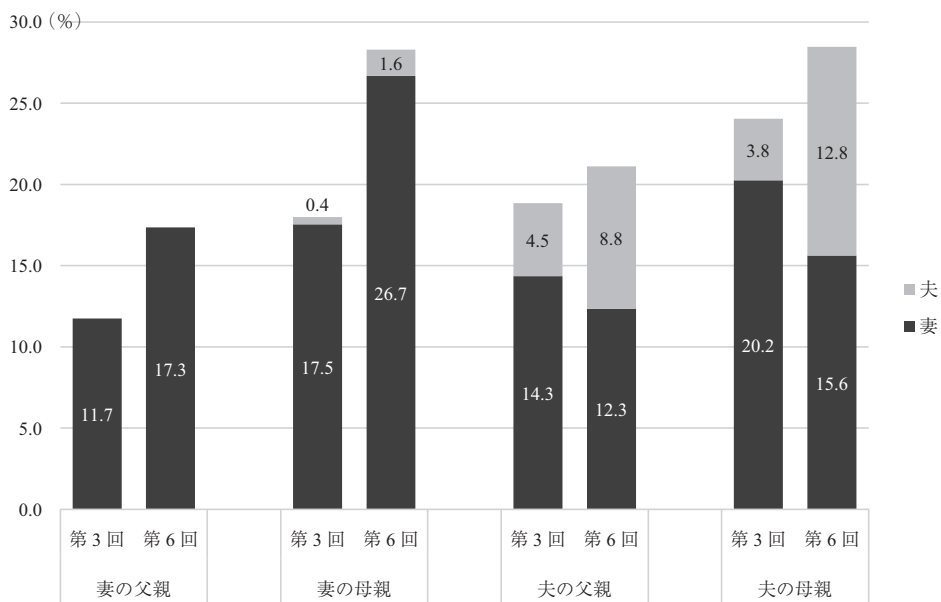


図9 介護の必要な親のおもな介護者

母親での伸びが大きい。一方、妻が主な介護者となる割合は、妻の親については第3回（2003年）から第6回（2018年）にかけて上昇しているが、夫の親については15年間では低下している。そのため、妻または夫が主な介護者である割合の差は、夫の父親では約6%ポイント、夫の母親では約14%ポイント縮小し、第6回（2018年）では夫の母親のおもな介護者に夫がなる割合（12.8%）は妻の同様の割合（15.6%）に近づいた。

夫の介護への関わりについて、第3回（2003年）調査には、親の介護にともなう家庭の行動を尋ねた質問がある。質問は「この出来事をきっかけに、次のようなことを経験しましたか」というもので、複数回答である。ほかの調査回にはない質問なので経年変化の観察はできないが、親の介護に関連した家庭の行動の実態としてあげておこう。図10がそれを集計したもので、図中に示した9つの選択肢のいずれかに回答した者を分母とし、各選択肢について、調査時現在で親の介護をしている者と、過去に親の介護経験のある者の割合を示している。選択肢のうち、夫の変化として、「夫が仕事を退職した」と「夫が仕事を休業した」が

ある。「夫が仕事を退職した」割合は、調査時点で介護している者では1.8%、過去に介護経験のある者では5.5%（計7.3%）である。また、「夫が仕事を休業した」割合は、それぞれ2.3%、2.3%（計4.6%）であった。このほかに家庭の行動として、「親を呼び寄せて同居した」（調査時点で介護している者では6.5%、過去に介護経験のある者では25.4%）、「家を改造した」（同じく10.6%、18.9%）等が目立つ。また、調査時点で親を介護していた者では、このほかに「親の近くへ引っ越した」（4.6%）、過去に介護経験のある者では「親の家へ同居した」（12.9%）、「新しく家を用意して親と同居した」（7.8%）が比較的大きな割合を示している。

Ⅲ 考察とまとめ

介護の必要な親のいる妻の割合は最近では25%程度で、すなわち、妻の4人に1人には介護の必要な親がいるということになる。また、これらの中には、介護の必要な親が複数いるケースが少なくないことが示された。さらに、介護の必要な親の

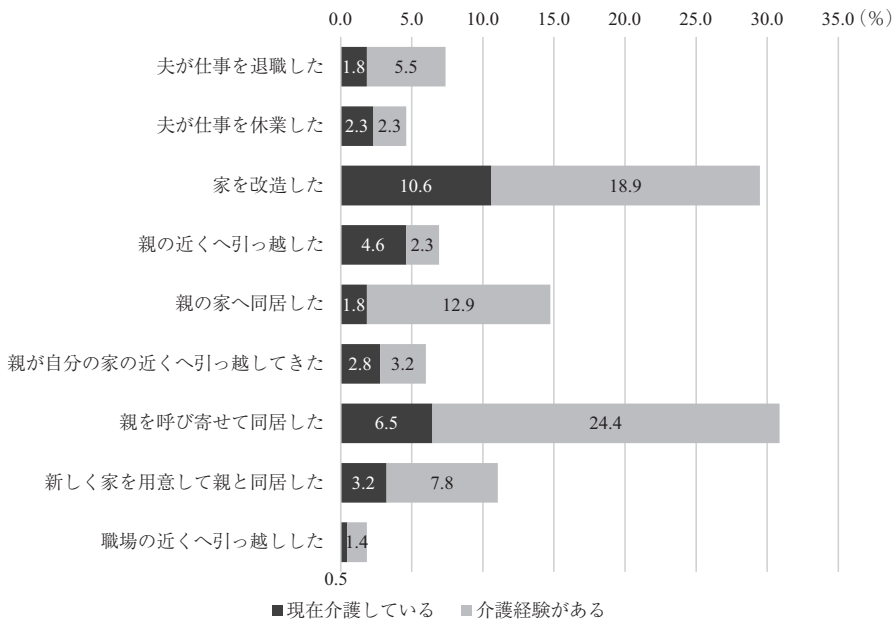


図10 介護をきっかけに起きた家庭の出来事

いる妻の年齢は50歳代が中心で、この年齢層では介護の必要な親が複数いるケースは4割に及ぶ。介護の必要な親のいる妻の割合は40歳代で約3割、60歳代で約2割であることから、妻は40歳代から親の介護に直面する者が増え始め、50歳代をピークに、一部は自身も高齢期に入りつつある60歳代でも親の介護という問題を抱えているという状況が続いている様子が浮かび上がる。そして、介護の必要な親がいる場合には、最近ではそのうちの2割程度の妻が中心的な介護者として、あるいは、中心的な介護者を補助する役割として、親の介護に関わっている。有配偶女性全体で見ると、親の介護に主介護者ないしはその補助役としてかわる妻の割合は最近では6%ほどである。この割合は、かつては1割近かったが、15年間のうちにそれが低下したのは、妻（家族）以外の介護の担い手が増え、妻が負ってきた介護者という役割の大きさが縮小しつつあることの表れといえよう。その一方で、親との居住関係からは、妻が親を介護する場合には親と同居しているケースが多く、特に夫の親との同居介護傾向が顕著で、妻を中心とした家庭内介護は依然として遂行されていることが分かる。

妻と、妻が介護する親との居住関係では、このほか、妻の親を介護している場合に、その親と比較的遠距離に住んでいる割合に増加の傾向が見られた。これは、例えば、その親を介護することができる家族が、分析対象となっている妻以外にいないということを示しているとも考えられる。あるいは、先に見た、夫の親に介護が必要な場合にはそちらと同居することが多いということの裏返しともいえる。また、第3回（2003年）調査によれば、介護する親との同居の一部は介護をきっかけとして開始されていることが分かったが、妻の世帯が親の世帯の方へ移動するケースなど、妻の就業継続にも影響する可能性もあるだろう。

親を介護している妻の、1日あたりの介護時間にはやや増加の傾向がみられた。本稿では、妻が中心的な介護者として介護している場合と、中心的な介護者を手伝う役割である場合とを区別せずに扱っている。そのため、前者は介護が長時間に

なりやすく、後者は短時間のものも多いという特性が介護時間の分布に表れた形となった。先の同居介護にもかかわるが、要介護者が寝たきりや認知症などの場合には、介護者は見守り等のためにも長時間の時間的拘束を余儀なくされる。本調査でとらえられた同居介護の多さや長時間介護の存在、介護時間の増加傾向などは、介護者にかかる負担の点で非常に有意味であるといえる。

親の介護において、今日的課題のひとつは介護者の就業（介護離職）である。本稿では親の介護開始前後における、親を介護する妻の就業継続割合は15年間で増大し、直近では85%が介護開始後も仕事を続けていた。ただし、この就業継続割合は、従業上の地位別には異なっており、同期間にパート・アルバイトでは上昇したが、常勤（フルタイム）や自営業では低下している。これは、仕事を続けるために役に立ったこととして、調査回を問わず勤務時間の短縮が多く挙げられていることと関連しているだろう。介護時間でみたように1~2時間といった比較的短時間の介護であれば勤務時間の短縮で対応が可能で、パートやアルバイトは常勤の雇用者よりもそれがやりやすいといえる。勤務時間の短縮は、介護開始後に仕事をやめた者がこれがあれば仕事を続けられたというものにも各回で多く挙げられており、現在でもニーズが高い。介護者は妻に限らないが、介護と仕事の両立のためには、まずこの点からの取り組みが有効であろう。仕事を続けた者とやめた者とは、仕事を続けるために必要としたものとして挙げるものに差があるが、4時点を通して、仕事を続けた者に共通のものとして、福祉サービス（デイサービス・デイケア等）、職場の対応（勤務時間の短縮、介護休業制度等）、家族（夫）の理解がある。言い換えれば、公的サービス、職場、家庭という生活上の三部門それぞれの適切な対応があって介護と仕事の両立は実現するといえる。

この4時点15年間を通して、親を介護している妻が不安に感じているのは、第一に精神的負担であり、第二は体力、第三に経済的負担であった。これまで見てきたような同居介護（介護対象は主に夫の親）や介護時間の伸長などは精神的負担の

要因となろう。親を介護する妻の年齢の中心が50歳代ということは体力面の不安につながるであろう。経済的負担については、仕事をやめることで収入が減少することも一因となるだろう。また逆に、経済的な不安を取り除くために、仕事を続けるという側面もあるだろう。また、妻が介護しているのが妻の親の場合には、その親の家までの時間距離が2時間以上というケースの割合が増加しており、こうしたことも体力的負担や経済的負担を増大させると考えられる。

なお、介護の必要な親が増えるのは妻が40歳代の頃からということが分かったが、最近では40歳代では子育てを行っている妻も多い。本稿では触れていないが、第6回（2018年）調査で集計すると、親を介護している妻の約1割は小学生以下の子をもっている。これはいわゆるダブルケアという状態で、介護と育児の両面で妻の負担を増大させる可能性があることを示唆している。また、少子化の影響で、夫、妻ともきょうだい数が以前より減少しており（夫婦のきょうだい数の合計を見ると、第3回（2003年）の6.5人から第6回（2018年）の5.6人まで一貫して減少している）、いずれかの親に介護が必要になったときに親の介護をしたり親と同居する可能性は上昇したことになる。これも夫婦（妻）にとっての介護負担の増大といえるだろう。

家庭内での家族介護は依然として妻が中心となっているが、夫の親の介護においては、夫がその親の中心的な介護者となるケースが増えつつあることが分かった。直近では、夫の母親のおもな介護者に夫がなるケースは1割を超えており、夫（男性）の介護者としての位置付けは確実なものになっている。また、15年前の状況になるが、夫が親の介護のために仕事をやめたというケースが約7%、仕事を休んだというケースが約5%あり、介護と仕事の両立はすでに妻（女性）に限られた問題ではないことが分かる。

4時点15年間の調査を通して、妻を中心とする家庭内家族介護の形は残りつつも、妻の就業継続や夫の関わりなど変化の表れているところがあることが分かった。その中で、親を介護する妻が感

じる不安の中心が精神的負担、身体的負担、経済的負担である状況が続いており、これらへのサポートの一層の充実が求められる。そこでは、妻の就業の継続でみたように、家庭の努力だけでなく、公的サービスや職場の対応といった多面的なアプローチが効果的である。

本稿で示されたのは、妻から見た家族介護の一面である。全国家庭動向調査は妻（有配偶女性）を対象としているが、家族介護の全体像を把握するためには、夫（男性）や、さらには離別者や未婚者に関する調査が必要となろう。

付記：

本研究は社人研「全国家庭動向調査」プロジェクトの成果であり、「全国家庭動向調査」の個票データは統計法第32条の規定に基づき二次利用したものである。

参考文献

- 国立社会保障・人口問題研究所編（1995）『第1回全国家庭動向調査 1993（平成5）年 現代日本の家族に関する意識と実態』、調査研究報告資料第9号、国立社会保障・人口問題研究所。
- （2000）『第2回全国家庭動向調査（1998年社会保障・人口問題基本調査）現代日本の家族変動』、調査研究報告資料第15号、国立社会保障・人口問題研究所。
- （2007）『第3回全国家庭動向調査（2003年社会保障・人口問題基本調査）現代日本の家族変動』、調査研究報告資料第22号、国立社会保障・人口問題研究所。
- （2011）『第4回全国家庭動向調査（2008年社会保障・人口問題基本調査）現代日本の家族変動』、調査研究報告資料第27号、国立社会保障・人口問題研究所。
- （2015）『第5回全国家庭動向調査（2013年社会保障・人口問題基本調査）現代日本の家族変動』、調査研究報告資料第33号、国立社会保障・人口問題研究所。
- （2020）『第6回全国家庭動向調査（2018年社会保障・人口問題基本調査）現代日本の家族変動』、調査研究報告資料第38号、国立社会保障・人口問題研究所。

（こやま・やすよ）

Recent Changes in Lives and Burdens of Care of Family Caregiver

KOYAMA Yasuyo*

Abstract

Using the National Survey on Family in Japan conducted every five years by the National Institute of Population and Social Security Research, we observed the status of caregivers for family caregiving, focusing on matters related to the burden of caregiving.

The analysis focuses on married women (wives), who are the main family caregivers in the family. 2003, 2008, 2013, and 2018 survey data were used to measure the follows : parents in need of care, wives caring for them, the residential relationship, care hours, decisions about work, difficulties in caring for the parents, and the roles of husbands.

One of the findings of the analysis was that the form of family care in which the wife lives with the parent in need of care and takes care of them remains, but there have been changes in the wife's continued employment and the husband's involvement. Furthermore, throughout the period of analysis, many wives who care for their parents feel mental, physical, and financial burdens, and multifaceted support such as public services and workplace response is required in addition to family efforts.

Keywords : Family Caregiver, Married Women, Burdens of Care, National Survey on Family in Japan

* Senior Researcher, National Institute of Population and Social Security Research

在宅介護における家族介護者の負担感規定要因

涌井 智子*

抄 録

2020年12月末時点で、わが国の要支援・要介護認定者数は680.4万人となり今後も増加することが予測されている。要介護者の68%に家族等介護者が存在するという国民生活基礎調査のデータを基に単純推計すると、463万人が主な介護者として介護を担っていることになり、家族介護は大きな社会課題である。家族介護者の存在は、要介護者の施設入所が遅くなることや在宅での生活継続が可能となる重要な要素であり、医療や介護を含む高齢者の生活全般において、介護保険導入後も依然として重要な役割を担っている。しかしながら、介護を担うことによって家族介護者の社会関係は縮小し、Quality of Lifeが低下し、抑うつにつながることになれば、地域社会における継続的な介護の提供が難しいだけでなく、介護者自身の身体的・精神的健康の阻害、仕事や子育て、結婚生活を始めた社会生活全般に支障が出る。

2025年には団塊ジュニア世代が50代となり、社会において仕事や子育てに忙しい時期となる。仕事においては重要な役職についていることも多く、この世代が親の介護を担うことは、これまで以上に社会におけるインパクトが大きくなることが懸念される。2025年問題を目前に、従来の三世帯世帯での女性による介護は大きく変わってきており、息子介護者の増加、未婚の子による介護の増加、別居介護が増加するなど、家族介護形態が多様になりつつある中で、本稿において、介護を担う家族の介護負担感を改めて整理することで、これからの在宅介護を支える家族の介護負担感に関する研究および支援についての示唆を得ることとした。

キーワード：介護負担感，家族介護，要介護高齢者，在宅支援，介護管理

社会保障研究 2021, vol.6, no.1, pp.33-44.

I はじめに

2020年12月末時点で、要支援・要介護認定者数は、680.4万人 [1] となり今後も増加することが予測されている。要介護者の68%に同居または別

居の家族等介護者が存在する [2] という国民生活基礎調査のデータを基に単純推計すると、463万人が主な介護者（以下、主介護者）として介護を担っていることになる。主介護者でなくとも何らかの形で介護を支える副介護者等家族を含めれば、これより多くの人々がわが国の介護に携わっ

* 東京都健康長寿医療センター研究所

ていることになり、家族介護は大きな社会課題の一つである。

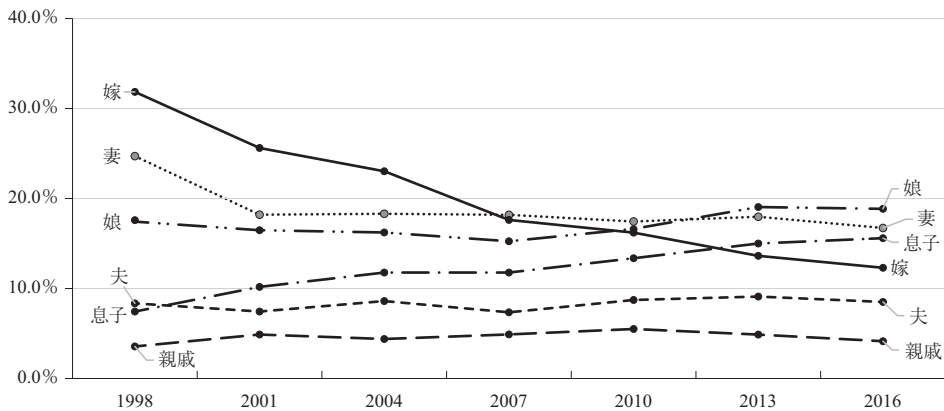
我が国において家族は、要介護高齢者の生活を支える極めて重要な役割を担ってきた。2000年に介護保険を導入して以降も、要介護高齢者の介護における家族役割の重要性は大きく変わっていない [3]。要介護者の日常生活動作を支えることから始まり、介護保険サービスの利用プラン策定や、医療や介護サービスの選択において家族の意見が求められることは多々ある。また要介護者が認知症などで意思表示ができない場合には要介護者本人の代諾者となりうる。家族介護者の存在は、要介護者の施設入所が遅くなることや在宅での生活継続が可能となる重要な要因であることが報告 [4, 5] されており、医療や介護を含む高齢者の生活全般において、家族は依然として重要な役割を担っているのである。

介護を担うことによって、家族介護者の社会関係が縮小し [6]、介護者のQuality of Life (以下、QOL) が低下し [7, 8]、抑うつ [9] につながるになれば、要介護高齢者の施設入所につながる [10] など継続的な介護の提供が難しいだけでなく、介護者自身の生活、つまり仕事や子育て等、社会生活全般に支障が出る。

近年、団塊の世代が75歳以上に到達することによって、介護を必要とする者が急速に増加し、介護保険における財政的・人資源的な限界が大きく

取りざたされている。この問題は2025年問題と呼ばれ、高齢者をいかに支えていくかということが喫緊の課題とされている。しかしこの問題は同時に、団塊世代の子どもである団塊ジュニア世代がいかに親世代の介護を支えるかという問題でもある。2025年には団塊ジュニア世代 (1971年~1974年生まれを指すことが多い) は50代となり、社会において仕事や子育てに忙しい時期となる。仕事においては重要な役職についていることも多く、この世代が親の介護を担うことは、これまで以上に社会におけるインパクトが大きくなる懸念される。

ここで近年の家族介護の変遷を概説しておきたい。国民生活基礎調査のデータによれば、伝統的な家制度の下で、直系家族における嫁が介護を担っていた状況は大きく変わり、同居介護においては、すでに2013年には、息子による介護、嫁による介護、娘による介護割合はほとんど変わらない状況となっている [11]。別居の介護者を含んだ分布の変遷からは、すでに息子介護は嫁介護割合を上回っており、家庭を支える女性が介護を担っていた時代から、大きく変わってきていることが明らかである (図1参照) [12]。このことは要介護高齢者を支える世帯構造の変遷を見ても同様に明らかである。介護保険導入以前の1989年には、要介護高齢者を支える世帯構造の半数 (50.8%) が三世帯世帯であったのに対し、その後



出所：国民生活基礎調査。

図1 要介護高齢者の主介護者の続柄 (別居を含む)

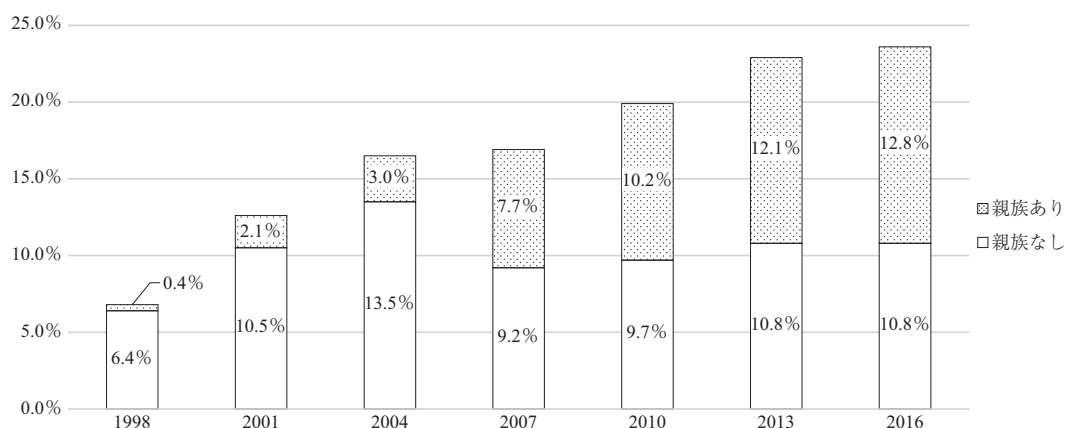


図2 要介護の独居高齢者における親族介護者の有無

24年の間に三世帯世帯割合は減少し、2013年には20.4%となっている。これに対し大きく増加したのが要介護高齢者の単独世帯（4.6%→23.0%）、夫婦のみ世帯（15.0%→21.9%）、そして未婚の子との同居世帯（7.5%→13.8%）であり[13]（図表省略）、介護保険導入当初に想定された家族介護の形態から、大きく変わってきている。

このことが意味するのは、家事や仕事が分業され役割が明確であった三世帯世帯における女性の介護者が主流だった介護保険導入当初に比べて、既婚親子間での同居が減り、別居の息子介護者が増加したこと、配偶者のいる三世帯世帯の子どもによる介護に代わって、同居の未婚子が介護を担うようになっていることである。またこのことは、働く介護者の増加を示唆する。息子介護者および未婚者の増加、そして女性の社会進出の状況は、仕事に従事する介護者の増加を意味し、仕事と介護の両立の問題はこれまで以上に課題となりえよう。

また、要介護高齢者の単独世帯は増加傾向にあり、その介護形態も変わってきている。介護保険導入当初は、要介護高齢者の単独世帯においては身寄りのないものがほとんどであった。1998年における要介護高齢者世帯のうち単独世帯は6.8%で、この要介護高齢者の単独世帯を母数にした場合、親族のいるものは5.9%に過ぎなかった。しかし、2016年には単独世帯は23.6%にまで

増加し、その内訳をみてみると親族のいる単独世帯の要介護高齢者が54.2%にまで増加し、ケアが必要になった後も単独での生活を継続し、親族介護者が別居による介護を提供する状況が半数を超えていることが見て取れる（図2参照）[14]。現在のよう高齢者の単独世帯の増加が続けば、今後とも別居による介護形態の増加が予測される。

これらの現状を鑑みると、介護保険導入後20年を迎え、介護保険導入当初とは異なる家族介護の状況が顕著になってきており、2025年問題という社会にとっての迫りくる介護問題を目前に、改めて、家族が介護を担うことによる介護の負担についてその規定要因を整理することが必要になる。2025年問題を乗り切る支援方策につなげるためにも、本稿では介護負担感の規定要因について、先行研究を中心に整理を行い、これからの在宅介護を支える示唆を得ることとした。

II 介護負担感の定義

まず本稿で扱う言葉の定義を概説しつつ、家族等介護者における介護負担の特徴について整理する。

Pearlin et al. [15] によれば、介護 (caregiving) とは、親族や友人等に対して、手助けや支援を提供する行動そのもの及びその経験を指し、感情的側面に重きが置かれるケアリング (caring) を包

含するとされる。そこには、自分で担うことができない誰かの生活を手段的、心理的に支えることが含まれる。家族や友人らによる介護の提供は私的介護/インフォーマルケア (informal care) であり、介護保険サービス等、専門職から提供されるフォーマルケア (formal care) と区別される。特にインフォーマルケアは、配偶者間、あるいは親子間といった特定の文脈において行われる行動であり、特定の文脈が故の負担が存在する。

インフォーマルケアが配偶者、あるいは親子といった、親しい関係間の文脈で行われる行動であることは、介護の身体的・認知的依存度が上がることによって、単に提供する支援や手助けが増加するというだけでなく、これまで築いてきた家族や友人らとの関係を、大きく構築しなおすことが必要になることを意味する。それ故にインフォーマルケアにおける介護の負担は複雑となる。例えば、それまで経済的に支えられ、人生におけるアドバイスを受け、生活を支えられる側であった子が、支える側であった親の生活を手段的、心理的、経済的に支える側になることであり、これは容易なことではない。従来の変化する状況を受け入れ、相互の関係を再構築することが求められる。

また、本来の社会生活において、支援の提供が一方方向であることは稀であり、家族と言えど、互惠関係の基に支援授受がなされるものであるが、介護とは、親密な関係者間の文脈において、互惠関係のバランスが従来のものから崩れることにより、手助けや支援を受ける側の心理的側面において申し訳なさや罪悪感を、支援提供側が感じてしまうといった状況を生じさせる。あるいは、互惠関係を期待できない中での手助けや支援提供を続けざるを得ない状況となる。加えて、多くの場合、介護として定義されるのは、何らかの慢性的あるいは進行性の障がいや機能低下を伴う生活への支援や手助けであるため、負いうる支援や手助けは段階的に増加することが想定され、このことによって介護者にとっての負担は先を想定できないものとなる。

まとめると、介護を担うことによる負担、特に

インフォーマルケアにおける負担とは、親密な関係者間における文脈において生じ、文脈において生じるがゆえにその負担は単なる身体的・経済的負担にとどまらず、そして、その負担は段階的に大きくなるのが想定されるという特徴を持つ。

Zarit et al. [10] によれば、介護負担感とは、親族に介護を提供する結果として、介護者自身の情緒的・身体的健康や社会生活、経済状況において負担を感じることに定義されており、介護の負担は介護者の身体的・情緒的健康への影響にとどまらない。社会生活や経済状況といった介護者の生活全般に影響を与える。そのため、Montgomery et al. [16] は介護による負担を主観的・客観的な測定が可能な二つの側面を測定することの重要性を示しており、仕事への影響や家族間の不和、経済状況や婚姻への影響といった要素が、介護負担の客観的負担の一側面として評価されるようになっている [17]。

これらを踏まえ、介護を担うことによって家族介護者が受ける負の側面であるBurdenをここでは「負担」とし、特に主観的、精神的に家族介護者が感じる負担を「介護負担感」とここで定義し、本稿では、この主観的な介護負担感への関連要因について整理することとしたい。

Ⅲ 介護負担感の規定要因

Pearlinら [15] によれば、アルツハイマー型認知症介護におけるストレスモデルは、大きく分けて4つの側面からなる。一つ目は、家族介護者の背景要因であり、家族介護者の社会的経済的状況や介護経験、従来の家族関係や、利用できる公的サービス等が含まれる。これに加えて、ストレス要因、ストレス要因を緩和する要因、最後にストレス兆候やストレスの結果として生じる身体的・精神的症状の4つに分けられ、介護負担感はここに含まれる。まずは、Pearlinらのストレスモデルを中心に、介護負担感につながるストレスとなりうる要介護高齢者の身体・認知機能要因について整理し、家族が介護者という役割を担うことで生じる役割負担、そして介護者の背景要因につ

いて整理を行う。

1 ストレス要因

介護を担う上で、ストレス要因となりうるのは要介護者の生活の依存度を規定する身体的、認知的機能の低下である。身体的機能の依存度は、主に要介護者が日常生活を行う上での基本的日常生活動作（ADL）、及び手段の日常生活動作（IADL）の依存の程度で測定される [17-19]。洗顔や着替え、食事、排せつ、屋内外の移動といった基本的な生活動作であるADLに加えて、生活を維持する上で求められる食事の準備や洗濯、買い物といった家事、服薬管理や財産管理といった高次の生活動作が含まれ、これらの生活動作のうちいくつ、またどの程度、介護者に依存するかが負担感に関連するとされる [20, 21]。しかしながら、要介護者の身体機能低下の多寡そのものが必ずしも介護者のストレスや介護負担感と関係しているわけではない [22]。要介護者のADL/IADLの支援ニーズを介護者が満たす中で、介護者が直面する要介護者からの抵抗や、ADL/IADL支援を提供する中で予定した通りに支援や手助けを提供できない、あるいは介護者自身が満足する支援や手助けをできないといった、要介護者の生活維持のための支援ニーズを満たす中で生じる問題が介護者のストレスと関連するのである [15, 23]。

一方、認知的機能の低下は、記憶障害や見当識障害、言語障害や実行機能障害と言われるもので、記憶力の低下から始まり、他者との意志疎通が難しくなることや、他者を正確に認識できなくなること、今日の日付がわからなくなるといった側面が含まれる。これらの認知機能低下は、高齢者が生活する上での問題行動につながり、介護者にとっては問題行動そのものに直面することや、要介護者が問題行動を起こすために必要となる見守り、問題行動への対処・対応が大きなストレス要因となる。例えば、繰り返される質問や話を聞くこと、食事をしたことを忘れて食事を要求したり、散歩に出かけた目的や帰る道を忘れてしまったり、帰る場所があると思いついて徘徊すること等である。また、要介護者が頻繁に泣いたり、気

分の上下が著しいことや、大きな声を出して周囲の者を脅したりする様子を介護者が見ること自体もストレス要因となる [6]。認知症状の有無によって介護負担感を比較しても、認知症要介護高齢者の家族における介護負担感が高く [9, 24, 25]、要介護高齢者に認知症状があることは介護負担感の最も確実な規定要因となっている。

要介護者の身体機能低下による生活動作の依存度や、認知機能低下から派生する問題行動などは、主に客観的指標によって測定することができる一方で、これらに対する手助けや支援を提供することで、介護者が主観的に感じる過度の負担や、親しい間柄である関係者という文脈の中だからこそ感じる、それまでの関係性の消失も重要なストレス要因の一因である [15]。例えば、家族等介護者が、日常生活動作を十分に支援することができないと感じて、もっとうまくできると考えることや、とにかく多くの手助けや支援をしなければならず疲れていると感じる過重負担があげられる。一方、親しい関係であった家族関係であるからこそ、要介護者の身体・認知機能の低下によって、互いの信頼関係が消失してしまったと感じたり、自分の（介護者の）知っている家族ではもはやないと感じることを、あるいは、自分のことをよく知ってくれたはずの人がもういないと感じることなどが含まれ、多くは要介護高齢者の認知機能の低下によって生じる主観的側面であり、介護負担感につながる見過ごせない一因である [15]。

2 役割負担

一方、要介護者の身体機能や認知機能の低下、および機能低下による日常生活動作の依存度からくるストレス要因に加えて、家族の介護を担うことで直面するさまざまな役割負担が介護負担感につながることを指摘される。

まず挙げられるのが、家族間におけるコンフリクトである [26]。例えば、要介護者に介護が必要な状態であることをほかの家族が認めない、あるいは介護方針に対する考え方の違い、要介護者の在宅生活継続あるいは施設入所の必要性に対する

考え方の違いなどから生じる家族間の不和や、要介護者に対する接し方の違いが生む不和等がこれに含まれる。また、兄弟間や親族間における介護分担のアンバランスさやアンバランスであることに対する不服や不満、介護者が介護を担っている状況に対してほかの親族が十分に感謝を示さないことに対する不満もこれに含まれる。反対に、「こうすべきである」と、主に介護を担う主介護者が、ほかの親族から必要でないアドバイスを受けたり、介護の仕方に口を挟まれるといったことも、家族間コンフリクトとして負担感につながる要因である。

さらに介護者の社会活動や社会生活といったそれまでの介護者が行っていた生活が、介護を担うことで制限されることは大きな負担である [27, 28]。それまで介護者が行ってきた社会活動や社会生活が制限されることによって、本来QOLにつながる活動が制限されるだけでなく、それらの社会生活を通してやり取りされてきた自己啓発、自己効力感の醸成、情緒的支援や情報支援授受が少なくなることも、社会生活が制限されることがストレス要因になりうる大きな問題である。

社会生活における制限の最たるものが、仕事と介護の葛藤である [29]。介護を担うことによって仕事を短縮せざるを得ない、あるいは仕事を先に変更したり、休職や退職を選択せざるを得ないことが報告されている [30, 31]。実際、就業構造基本調査からは、2016年10月から2017年9月までの1年間で「介護・看護のため」に前職を離職した者は9万9千人となっており、男性2万4千人、女性7万5千人となっている [32]。これらのすべてが無業となっているわけではなく、働きやすい環境への転職などもここに含まれるが、大きな数字であることに変わりはない。仕事があるがゆえに、介護から離れてレスパイトとなり息抜きにつながったり、情報などのソーシャルサポートを得る機会となったり、仕事を継続することで介護者自身の成長や効力感につながるなどの機会となるという報告がある一方で [33, 34]、多くの場合、仕事と介護を両立させるプレッシャーを感じていたり、仕事が気になって介護提供がままならない、

あるいは介護のことが気になって仕事に集中できないなど、仕事と介護を継続する中での葛藤が報告され [31]、介護者が仕事に従事することは負担感の要因となっている [35]。これには介護者の就業形態や雇用形態が大きく関連して、仕事と介護の両者を担う際の葛藤につながっていることが考えられる。実際に中谷らの調査では、常勤雇用の方が負担感が低いなど、雇用形態が負担感に関連することが報告されており [36]、仕事と介護の両者を担う際の肯定的、否定的影響について、介護者の世帯における就業の必要度も含めて検討することがますます重要になってくると言えよう。

3 家族介護者の背景要因

介護ストレスのそもそもの要因である身体機能や認知機能の低下、および介護を担うことで生じる役割負担に加えて、家族介護者自身の背景要因もまた介護負担感に寄与する重要な要素である。

例えば、介護者の性別、年齢、続柄があげられる。女性介護者の方が、負担感が高いという報告がある一方で [7, 10, 21]、女性の方が負担感が低いという報告もあり [35]、必ずしも一貫していない。また、負担感の中でも不安といった一要素においてのみ性差があり、役割負担においては変化がないと報告されている [37]。年齢についても同様で、一般に介護者が高齢の方が負担感が大きいとされるものの、介護負担感の要素によってその影響は異なっている [37]。これには、性別、年齢に加えて、介護者と要介護者間の続柄も関係しており、介護者が配偶者である場合に負担感が高い [8] とされる一方で、その影響の違いは人種や世代要因といった要素が介護負担感への影響の多寡に関連している可能性が考えられる。一方、学歴が低いことは多くの場合介護負担感につながる要因である [21, 35]。

介護者自身の健康も重要な関連要因である。介護者が健康であることで、要介護者が必要とする介護タスクを提供できること、あるいは介護者が満足と考える介護内容を提供することが可能となり、負担感の軽減につながると考えられる。介護者の健康が悪化することによって負担感が高くな

ることが報告されているが [17, 36], 介護者自身の健康状態の変化と負担感との関連を検討したものは稀であり, 今後はこのような健康状態の変化との関連の検討が進むことが期待される。

経済的負担は大きな介護負担の一つである。2016年の国民生活基礎調査では, 同居の主な介護者で悩みやストレスがあると回答した者の原因として, 男女ともに2割の介護者が収入・家計・借金など経済状態の悩みやストレスを挙げている [38]。介護を担うことで本来の仕事が十分にできずに収入が減少してしまうことや, 介護にかかる費用が増加することによって家計が苦しくなり, 負担となることがこの要因である。これによって, 介護者の経済状況がよくないことは介護負担感の関連要因となっている。

また, 後述する, 介護負担感を低減させるソーシャルサポートに関連するが, 主介護者を支援する副介護者の存在は大きい [36]。世帯の中に, 介護を手段的に手伝う家族がいることは, 主介護者にとって心理的な負担感の軽減につながる重要な要素である。直接的に手段的介護を担わなくとも, 主介護者が介護を提供することを効率的にする家庭内の家事を手伝うことや, 病院の送り迎えを手伝う等, 要介護高齢者にとってのIADLの遂行を直接的・間接的に支援する者がいることによって, 家族介護者の負担感は軽減される。

4 家族介護者の精神的要因

自己効力感とは, Bandura [39] によれば, ある状況において, 必要な行動をうまく遂行できると, 自己の経験に基づいて, 自分の可能性を認知していることとされる。家族介護の状況においては, 一般的熟達感の測定や, 状況に特化した効力感を測定しているものが, この介護場面における自己効力感として測定されており, これらの自己効力感は介護負担感および抑うつ低減に関連するとされる [20, 40]。要介護高齢者の認知機能や身体機能が低下し, 依存度が上昇したとしても, 家族介護者自身の介護の経験を基に眼前の状況をうまく遂行できると認識することができる, あるいはそのような経験を重ねていくことが, 負担感

の蓄積を低減できるためと考えられる。

また, このほかに介護負担感に関連する家族介護者の精神的要因としては主観的健康 [41], Well-being [42], 不安, また宗教的な適応スキルを報告しているものもある [25]。

介護者の自身のスティグマと負担感との関連を報告しているものもある [43]。統合失調症や双極性障害の介護者において負担感とスティグマとの関連が報告されるように, 親族にアルツハイマー型認知症高齢者がいることを恥ずかしいと感じることによる介護者自身のスティグマは, 必要なサービスへの利用控えにつながり, しいては介護負担感に関連するとされる [43, 44]。

IV 介護負担感を緩和する要因

介護負担感につながるストレス要因が報告される一方で, 介護負担感を低減する要因には, ソーシャルサポートの授受や介護者のコーピング, サービスの利用, 介護肯定感等があげられる [45, 46]。家族介護者にとって, 周囲の者が介護を直接的に支援する手段的サポートや, 介護に関連した情報を提供する情報サポート, そして思いやりや理解, 悩みを聞くといった情緒的サポートを提供することは, 介護負担感の緩和につながるとも重要な要素となる [47, 48]。その一方で, これらの支援が介護者の支援ニーズに見合わない場合には, 負担感の上昇につながることも報告されている [35]。介護におけるソーシャルサポートは, 誰が, 何を, どのタイミングで提供するかが重要である。家族の中に要介護高齢者がいる場合には, 手段的支援や経済的支援, 情緒的支援などが家族によって提供され, 家族の中で最もケアを提供するものが主介護者となってケアを担う。米国ではこれらの介護が比較的兄弟間(家族間)で分担されるのに対して, 日本においては一人の介護者に介護の負担が集中することが多く, 家族とのコンフリクトの一因でもある「兄弟姉妹が, (自分が) 期待するほどに支援を提供してくれない」という思いが, ほかの家族からのソーシャルサポートの効果を逡減してしまうこともある [49]。

またサービスの利用は、家族介護者が介護サービスを利用することができるという安心感を与え[50]、実際にデイケアやデイサービスといった通所介護の利用をすることで介護時間の減少につながり、介護者の負担感軽減につながる事が報告されている[51, 52]。

一方、介護を担うことによって得られる喜びや満足感が介護負担を緩和するとされる。Lawton et al. は介護に対する認識には、介護負担感などの否定的な側面に加えて、満足感などの肯定的な側面があり、これらは互いに独立して存在するため、両者を評価することの重要性を報告している[53]。介護を提供することによって、介護に対するやりがいや生きがいを感じ、介護を担うことで満足感を感じることができれば、介護負担感の低下につながり介護の継続希望につながるとされる[46, 54]。

V これからの介護負担感

1 変わる測定方法が可能にする新たな介護負担感研究の可能性

ここまで、これまでの先行研究を基に、介護負担感の関連要因を整理した。家族の介護という役割において、親しい間柄という文脈だからこそ生じる葛藤に加えて、介護の影響は介護者自身の経済面や、社会生活、精神的負担と多岐にわたり、これらが介護者の主観的介護負担感に影響を与えていることを概説した。

しかしながら、これまでの介護負担感研究の限界として、従来の横断調査による質問紙調査や、2時点・3時点によって変化を計測する縦断調査においては測定しきれない、日常生活における介護の負担感を把握しきれない点あげられる。

要介護高齢者の身体・認知機能の低下や他者への依存度は、日によって変化する。高齢者本人の認知機能の状況や、気分が日によって異なることもその一因であり[23, 55]、また利用するサービスが異なる等の理由によって、介護者が提供する介護内容が異なることがその一因となる[56]。しかしこれらの日常的な負担の多寡についての研

究は近年始まったばかりである。Zarit et al., [52] は通所サービスの利用が、サービス利用翌日の介護者のストレス反応に影響することを報告しており、介護を提供することによるストレス反応が日によって異なることを明らかにしている。また Pihet et al. は毎日の介護負担感における変動を把握することを目的に、タブレット端末を用いた調査研究を行っており、要介護高齢者の認知症状に関連した問題行動や介護者と要介護者との関係性が、介護負担感の日常の変動を説明することを報告している[57]。また、家族介護者を対象にした日記調査の解析からも、家族介護者が、要介護高齢者の身体・認知機能や情緒・心理状態の一樣でない日ごとの変動に直面しており、それ故にその日の要介護高齢者の状態を推測し、介護内容を変えろといった対応をしていることが明らかとなっている[58]。

近年、特に「Daily data」あるいは「Diary data」と呼ばれる方法で、要介護高齢者と介護者の日常生活をインタビュー調査や聞き取りによって把握する研究が行われてきている。実際、2014年に報告されたZarit et al., の研究は電話による聞き取りによって毎日の状況を把握したものである一方で[52]、2017年に報告されたPihet et al., の研究や2018年に実施した我々の調査研究においては、調査対象である家族介護者本人が、タブレット端末を用いて日常の介護状況を入力しており[57, 58]、広く人々に使われるようになったスマートフォンやタブレット端末、PCを利用することによって、介護の日常を簡便に記録する調査研究が格段に導入しやすくなっている。家族への介護提供は、介護者自身の生活に組み込まれており、要介護高齢者の生活と介護者自身の生活とを切り離すことができない生活の一部である。スマートフォンやタブレット端末、あるいはウェアラブル端末といった測定機器が広く浸透することで、要介護高齢者の介護を担う家族の生活に組み込まれた「介護者」という役割が持つ肯定的・否定的な影響をより簡便に測定することが可能になり、これまで明らかになっていない日常のストレス要因と日常の介護者の精神的変化との関連が今後明ら

かになることが期待される。これによって、適切なタイミングで家族介護者の身体的・精神的負担の状況を把握するとともに、介護者個人に向けて適切なタイミングでの支援介入への示唆が得られることが期待される。また、従来のような過去1か月間の状況を代表するような介護負担感尺度ではなく、より日常の状況を測定することができるような負担感尺度などの開発も期待されよう。

2 変わる家族像による新たな介護負担の可能性

ケアが必要になっても地域での生活継続を望む高齢者が一割割合いるという実態 [59] に加えて、2025年問題を目前に依然として施設介護よりも在宅での介護が経済的にも人資源的にも推奨される状況において、高齢者の在宅での生活をさまざまな形で支える家族の存在は今後も変わらず重要となる。しかしながら、人口減少社会における家族においては、介護者としての役割をこれまでと同様に期待することは難しく、家族の負担が大きくなることは不可避であると予想される。冒頭で概説したように、我が国の家族介護の状況は、介護保険を導入した当初と比較して大きく変わってきている。三世帯世帯における介護は、家庭内での役割が自然と分業され、家事や介護で高齢者を手段的に支える者に加えて、仕事を担うことで高齢者と介護者を経済的に支える者、情緒的に高齢者と介護者を支える者など、要介護高齢者への直接的、間接的な介護および支援が家庭内でなされていたのに対し、未婚の子が介護者である場合においては、高齢者への手段的・経済的・情緒的介護・支援が多重に、主介護者によって担われることは稀ではない。このようなケースにおいて高齢者への介護が優先された場合、介護者自身の経済的営みや情緒的支援をどう確保するかといったことが解決されなければ、従来以上に仕事と介護のコンフリクト、介護者の婚姻を含めた社会生活と介護とのコンフリクトが、負担感につながる要因として顕在化することになるであろう。

また少子化の影響は、「多重介護」という一人の介護者が複数の要介護高齢者の介護を担う状況を加速させる。両親ともに介護が必要になり、娘介

護者、息子介護者が両親の介護を同時期に担う状況や、自身の親（母親または父親）と配偶者の親（義母または義父）を見るケース、また介護者自身が高齢化している状況においては親の介護に加えて配偶者の介護を担うケースも報告されている。2010年のデータではあるが、65歳以上要介護高齢者の家族介護者を対象とした調査研究においては、多重介護と定義される2人以上の要介護高齢者の介護を担う家族介護者が1割いることが明らかとなっている [49]。当然、多重介護を担う介護者においては、経済的に困窮しているものが有意に多く、介護負担感は有意に高くなっていることが報告されている。

これらのように、人口減少社会において、女性が社会で働くようになり、社会における介護や家族の価値観といった社会的背景が変わることによって、家族による介護の担い方も多様になり、介護者という役割を担う家族への身体的・精神的・社会的影響が変わることは大いに考えられる。2025年問題を社会で乗り切るためにも、これからの家族介護者の多様な状況を鑑みた介護負担感研究および支援策の検討が必要である。

最後に

本稿では、介護を担う家族の介護負担感を改めて整理し、これからの在宅介護を支える家族の介護負担感に関する研究および支援についての示唆を得ることとした。家族介護者の存在は、要介護高齢者の在宅生活を支え、施設入所を遅らせる重要な要素であり、医療や介護を含む高齢者の生活全般において、介護保険導入後も、依然として重要な役割を担っている。しかしながら、介護を担うことによって家族介護者の社会関係は縮小し、Quality of Lifeの低下・主観的介護負担感の増加になれば、地域社会における継続的な介護の提供が難しいだけでなく、介護者自身の身体的・精神的健康の阻害、仕事や子育て、結婚生活を始めた社会生活全般に支障が出る。2025年問題と言われる高齢者介護の課題解決が急務となる中で、現在の多用な家族介護者の状況を踏まえた介護負担

感の規定要因を踏まえた支援策の検討は重要であり、本稿がその一助となれば幸いである。

参考文献

- 厚生労働省。介護保険事業状況報告（暫定）令和2年12月分。2021年 2021年3月10日] : Available from: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m20/2012.html>.
- 厚生労働省。2019年国民生活基礎調査の概況。2019 [cited 2021 3.10] : Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf>.
- Shimada, C., et al., *Reconsidering long-term care in the end-of-life context in Japan*. Geriatr Gerontol Int, 2016. 16 Suppl 1: pp.132-139.
- Gaugler, J.E., et al., *Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: family help and the timing of placement*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2000. 55 (4): pp.247-255.
- Benjamin, A.E., et al., *Retention of paid related caregivers: who stays and who leaves home care careers?* Gerontologist, 2008. 48 Spec No 1: pp.104-113.
- Cheng, S.T., et al., *The social networks of Hong Kong Chinese family caregivers of Alzheimer's disease: correlates with positive gains and burden*. Gerontologist, 2013. 53(6): pp.998-1008.
- Scholzel-Dorenbos, C.J., et al., *Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients*. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2009. 23(2): pp.171-177.
- Hughes, S.L., et al., *Relationship between caregiver burden and health-related quality of life*. Gerontologist, 1999. 39(5): pp.534-545.
- Clyburn, L.D., et al., *Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2000. 55(1): pp.S2-13.
- Zarit, S.H., P.A. Todd, and J.M. Zarit, *Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study*. Gerontologist, 1986. 26(3): pp.260-266.
- 涌井智子, 3. 多様化する家族介護と介護保険サービス。日本老年医学会雑誌, 2017. 54(1): pp.35-40。
- 涌井智子, 家族介護のトレンド解析による家族の介護力の検討, in 第29回日本家族社会学会大会。2019 : 神戸学院大学, 神戸。
- 涌井智子, 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 = Japanese journal of gerontology, 2018. 40(3): pp. 301-307。
- 涌井智子, 国民生活基礎調査からみる独居高齢者のケアの実態と今後への示唆 (特集 一人暮らしの認知症高齢者)。老年精神医学雑誌, 2020. 31(5): pp. 467-473。
- Pearlin, L.I., et al., *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*. Gerontologist, 1990. 30(5): pp.583-594.
- Montgomery, R.J., J.G. Gonyea, and N.R. Hooyman, *Caregiving and the experience of subjective and objective burden*. Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 1985. 34(1): pp.19-26.
- Chou, Y.C., et al., *Predictors of subjective and objective caregiving burden in older female caregivers of adults with intellectual disabilities*. Int Psychogeriatr, 2011. 23 (4): pp.562-572.
- Katz, S., et al., *Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*. JAMA, 1963. 185: pp.914-919.
- Lawton, M.P. and E.M. Brody, *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist, 1969. 9(3): pp.179-186.
- Gallagher, D., et al., *Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers*. Aging Ment Health, 2011. 15 (6): pp.663-670.
- Kim, M.D., et al., *Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia*. Gerontology, 2009. 55(1): pp.106-113.
- George, L.K. and L.P. Gwyther, *Caregiver Well-Being - a Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults*. Gerontologist, 1986. 26 (3): pp.253-259.
- Shirai, Y. and S.S. Koerner, *Examining the Influence of Care-Recipient Resistance on Family Caregiver Emotional and Physical Well-Being: Average Frequency Versus Daily Fluctuation*. J Appl Gerontol, 2018. 37(2): pp.203-227.
- Sheehan, O.C., et al., *Stress, Burden, and Well-Being in Dementia and Non-Dementia Caregivers: Insights from the Caregiving Transitions Study*. Gerontologist, 2020.
- Chiao, C.Y., H.S. Wu, and C.Y. Hsiao, *Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review*. Int Nurs Rev, 2015. 62(3): pp.340-350.
- Strawbridge, W.J. and M.I. Wallhagen, *Impact of Family Conflict on Adult Child Caregivers*. The Gerontologist, 1991. 31(6): pp.770-777.
- Wakui, T., et al., *Effects of home, outside leisure, social, and peer activity on psychological health among Japanese family caregivers*. Aging & Mental Health, 2012. 16(4): pp.500-506.
- Fredman, L., et al., *Leisure-time exercise and overall physical activity in older women caregivers and non-caregivers from the Caregiver-SOF study*. Preventive Medicine, 2006. 43(3): pp.226-229.

29. Chen, M.L., *The Growing Costs and Burden of Family Caregiving of Older Adults: A Review of Paid Sick Leave and Family Leave Policies*. Gerontologist, 2016. 56(3): pp.391-396.
30. 山口麻衣, 高齢者ケアが就業継続に与える影響--第1回全国家族調査 (NFR98) 2次分析. 老年社会科学, 2004. 26(1): pp.58-67.
31. Scharlach, A.E. and S.L. Boyd, *Caregiving and employment: results of an employee survey*. Gerontologist, 1989. 29(3): pp.382-387.
32. 総務省統計局, 平成29年就業構造基本調査. 2018.
33. Scharlach, A.E., *Caregiving and Employment: Competing or Complementary Roles?* The Gerontologist, 1994. 34(3): pp.378-385.
34. Skaff, M.M. and L.I. Pearlin, *Caregiving: role engulfment and the loss of self*. Gerontologist, 1992. 32(5): pp.656-664.
35. Hughes, T.B., et al., *Correlates of objective and subjective measures of caregiver burden among dementia caregivers: influence of unmet patient and caregiver dementia-related care needs*. Int Psychogeriatr, 2014. 26(11): pp.1875-1883.
36. 中谷陽明 and 東條光雅, 家族介護者の受ける負担-負担感の測定と要因分析 (痴呆性老人の家族介護に関する研究<特集>). 社会老年学, 1989 (29): pp.27-36.
37. Leggett, A.N., et al., *Stress and burden among caregivers of patients with Lewy body dementia*. Gerontologist, 2011. 51(1): pp.76-85.
38. 厚生労働省, 平成28年国民生活基礎調査の概況. 2016.
39. Bandura, A., W. Freeman, and R. Lightsey, *Self-efficacy: The exercise of control*. 1999, Springer.
40. Cheng, S.T., et al., *Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers*. Gerontologist, 2013. 53(1): pp.71-80.
41. Andren, S. and S. Elmstahl, *Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: a cross-sectional community-based study*. Int J Nurs Stud, 2007. 44(3): pp.435-446.
42. McConaghy, R. and M.L. Caltabiano, *Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being*. Nurs Health Sci, 2005. 7(2): pp.81-91.
43. Werner, P., et al., *Family stigma and caregiver burden in Alzheimer's disease*. Gerontologist, 2012. 52(1): pp.89-97.
44. Werner, P. and J. Heinik, *Stigma by association and Alzheimer's disease*. Aging Ment Health, 2008. 12(1): pp.92-99.
45. Zarit, S.H., K.E. Reever, and J. Bach-Peterson, *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. Gerontologist, 1980. 20(6): pp.649-655.
46. Suzuki, M., et al., 介護肯定感の負担軽減効果とストレス対処様式. Japanese Journal of Stress Sciences, 2002. 17(1): pp.62-71.
47. Given, B.A. and C.W. Given, *Family caregiving for the elderly*. Annu Rev Nurs Res, 1991. 9: pp.77-101.
48. Vrabec, N.J., *Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995*. Image J Nurs Sch, 1997. 29(4): pp.383-388.
49. Wakui, T., E.M. Agree, and I. Kai, *A New Feature of Japanese Caregiving? Compound Caregiving of Older Adults in an Aging Society with Fewer Children*, in *Gerontological Society of America 2019 Annual Scientific Meeting*. 2019: Austin, Texas, USA.
50. Mitadera, Y. and S. Hayasaka, 家族介護者による在宅福祉サービスの評価. Journal of Health and Welfare Statistics, 2003. 50(10): pp.1-7.
51. 北浜伸介, 武政誠一, and 嶋田智明, 公的介護保険が患者の身体・心理面及び介護者の介護負担度に与える影響. 神戸大学医学部保健学科紀要, 2004. 19: pp.15-25.
52. Zarit, S.H., et al., *Daily Stressors and Adult Day Service Use by Family Caregivers: Effects on Depressive Symptoms, Positive Mood, and Dehydroepiandrosterone-Sulfate*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2014. 22(12): pp.1592-1602.
53. Lawton, M.P., et al., *Measuring caregiving appraisal*. Journal of gerontology, 1989. 44(3): pp.61-71.
54. 櫻井成美, 介護肯定感がもつ負担軽減効果. 心理学研究, 1999. 70(3): pp.203-210.
55. Chunga, R.E., et al., *Family caregivers' distress responses to daily behavioral and psychological symptoms of dementia: The moderating role of relationship quality*. Int J Geriatr Psychiatry, 2021. 36(6): pp.822-830.
56. Freedman, V.A., et al., *Time Use and Experienced Wellbeing of Older Caregivers: A Sequence Analysis*. The Gerontologist, 2019. 59(5): pp.e441-e450.
57. Pihet, S., C. Moses Passini, and M. Eicher, *Good and Bad Days: Fluctuations in the Burden of Informal Dementia Caregivers, an Experience Sampling Study*. Nurs Res, 2017. 66(6): pp.421-431.
58. 涌井智子, 平山亮, and 甲斐一郎, 在宅介護の見える化が明らかにする介護の日周変動と家族介護者の対処行動, in 第61回日本老年社会学会大会. 2019: 東北福祉大学仙台駅東口キャンパス, 仙台.
59. 人生の最終段階における医療の普及・啓蒙の在り方に関する検討会, 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 厚生労働省, Editor. 2018.

Factors Related to the Caregiving Burden of Informal Caregivers

WAKUI Tomoko*

Abstract

The number of older people certified as requiring long-term care in Japan reached 6.8 million by the close of 2020, and future increases are expected. The Comprehensive Survey of Living Conditions estimates that 68% of these long-term care recipients have family members that shoulder the role of primary caregiver; this totals some 4.68 million people. This suggests that family care is a major social issue in Japan. Even after the introduction of the public long-term care insurance program in Japan, the family still has a critical role in supporting an older family member's life by delaying institutionalization. The year 2025 issue, will not only affect baby boomers but their children as well, as conflicts arise between family care, work, and raising the next generation. This paper reviewed factors associated with the caregiving burden and discussed future research in this field.

Keywords : Caregiving Burden, Caregivers, Informal Care, Review

* Research Fellow, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

特集：高齢者介護における家族介護の実態

介護サービスの供給制約と短時間勤務の必要性
——介護の再家族化と自立重視的介護——

池田 心豪*

抄 録

要介護者の増加による介護サービスの供給制約が家族介護者の働き方に及ぼす影響を短時間勤務の必要性に着目して検討した。老親もしくは配偶者を介護する正規雇用者の分析結果からa) 家族介護者の生活と介護サービスの時間的ミスマッチは短時間勤務の必要性を高めること、b) しかし、要介護者自身にできることは自分でさせるという自立重視の家族介護者が多く、その場合は、要介護者に不自由がないよう献身的に介護をする者に比べて、介護サービスの時間的ミスマッチも短時間勤務の必要性も感じない傾向があること、c) 家族主義的な介護意識は介護サービスの時間的ミスマッチや短時間勤務の必要性と関係しているとはいえないことが明らかとなった。高齢者介護をめぐるこれまでの議論は、誰が介護を担うかという観点で介護の社会化と再家族化を問題にしてきたが、どのように介護をすべきかという問題の方が、今後の両立支援を考える上で重要であるといえる。

キーワード：介護の社会化，介護保険制度，育児・介護休業法

社会保障研究 2021, vol.6, no.1, pp.45-58.

I はじめに

介護保険制度の認定にもとづく要介護者と要支援者（以下では、要支援者も含めてケアを必要とする高齢者を要介護者と総称する）は右肩上がりで増え続けているが（厚生労働省老健局介護保険計画課 2021）、団塊世代が75歳を超える2025年以降その数は急増するといわれている。日本の高齢者介護問題はこれからが本番といえる。

その影響として、家族介護を理由とする離職への不安が高まっており、政府は社会保障政策と経済対策の両面で「介護離職ゼロ」を掲げている

（内閣府 2016a；2016b）。仕事と介護の両立という問題は介護離職に集約されるわけではないが（池田 2013；2021）、どのような形であれ、家族の介護を理由に思うように働けなくなることは労使双方にとって、また社会保障という観点でも望ましくない。

よく知られているように、介護保険制度は、家族介護を社会的支援によって代替する介護の社会化¹⁾を目指してつくられた（池田 2002）。その観点から、仕事と介護の両立支援としても期待されている面がある。だが、実際は財政制約から、それほど介護の社会化は進んでいない（下夷 2015）。反対にサービスの縮小による介護の再家族化（藤

* 労働政策研究・研修機構 主任研究員

崎 2009) が進んでいるという指摘もある。さらなる要介護者の増加によって介護サービスの供給制約が厳しさを増したとき、介護を担う家族の労働供給は今よりも制約されるだろうか。

その典型例として、本稿では介護サービスの利用時間と家族介護者の勤務時間の関係を取り上げる。育児・介護休業法は日常的に介護をしながら働くための支援として、所定外労働（残業や休日労働）の免除を企業に義務づけている。一方、所定労働時間の短縮（短時間勤務）は義務化されおらず、所定労働時間の範囲内で出退勤時刻を調整するフレックスタイムや時差出勤、あるいは介護サービスの費用補助と並ぶ選択的措置義務になっている。所定労働時間を超えてまで仕事をする必要はないが、所定労働時間を短くしてまで介護をする必要性はそれほど高くないという想定 of 制度設計であるといえる。では今後、介護サービスの供給が不足することになったら、サービスの利用時間と所定労働時間の隙間を埋めるために短時間勤務が必要になる家族介護者は増えるだろうか。伝統的な介護の仕方に沿って考えればその可能性は高い。だが、近年広がりつつある新しい介護方針²⁾に沿って考えれば、短時間勤務をしてまで介護に時間を割く家族介護者はそれほど増えないという結論になる。

このような実態をデータで示すことにより、高齢者介護と仕事の両立支援について新しい問題提起をしたい。すなわち、これまでの高齢者介護政策は、誰が介護を担うのか、家族以外の者が介護を代替し得るかという問題意識で介護の社会化と再家族化を議論してきた。しかし、そうした介護

の担い手の問題よりも、どのように介護を担うのかという介護方針の方が今後の両立支援政策を考える上では重要な問題である。このように問題設定を変えることで、介護の社会化が進まず、反対に介護の再家族化が進んだ場合でも、仕事を犠牲にすることなく介護を担うことができる両立支援の考え方を示したい。

II 介護保険と家族介護者の就業

介護保険制度が提供する介護サービスは、家族介護者の支援を直接の目的としたものではないが、家族が就業中の介護を代替するという意味で実質的な両立支援として機能している側面がある³⁾。そして、介護サービスの供給は家族介護者の働き方や休み方、つまり企業による両立支援のニーズにも影響を及ぼしていることが先行研究で明らかになっている。

例えば、池田 (2010) や Ikeda (2017) のデータ分析の結果は、介護保険サービスの利用拡大によって介護休業の必要性が低下していることを示唆している。介護保険制度の施行後、在宅介護サービスの利用は飛躍的に増え、介護発生から3か月もの長期にわたる休業を取らなくても、サービスの利用を開始できるようになっている⁴⁾。そのことが家族介護者の休業取得行動に影響しているといえる。

その一方で、介護保険制度による介護の社会化が不十分であることから、仕事をしながら日常的に介護を担う必要が家族に生じていることも明らかになっている。1995年制定当時の育児・介護休

¹⁾ 「介護の脱家族化」ということもある。「脱家族化」とは「家族への個人の依存を軽減するような政策」(Esping-Andersen 1999=2000:78)であり、「介護の脱家族化」とは介護における家族への依存を軽減する政策をいう。以下では、「介護の脱家族化」と「介護の社会化」を同じ意味で用いることとし、日本の社会保障政策において一般的な「介護の社会化」を用いることにする。

²⁾ どのように介護をするかという介護の仕方についての考え方・立場を、平山 (2014) に倣って、「介護方針」と呼ぶことにする。

³⁾ そのような文脈で、要介護者だけでなく家族介護者の支援においてもケアマネジャーへの役割期待が高まっている面がある (佐藤 2015)。

⁴⁾ 1995年制定当時の育児・介護休業法は、家族以外の者が介護を代替できない場面として、脳血管疾患をモデルに要介護状態が発生した初期の緊急対応とその後の介護の態勢づくりに焦点を当て、発病から状態が落ち着くまでに3か月程度を要するという事情を踏まえて、労働者の申請により3か月までの介護休業を1回取得できるよう企業に義務づけていた (労働省婦人局編 1993; 1994)。

業法が想定していた緊急対応と態勢づくり以外の場面でも、家族は日常的に介護を担いながら働いており、そのために勤務時間の変更を行っている介護者が少なからず存在する（労働政策研究・研修機構 2006）。藤崎（2002）や清水谷・野口（2005）、下夷（2015）によれば、在宅介護サービスを利用して家族の介護負担はそれほど軽減されていない。それどころか、藤崎（2009）は訪問介護におけるサービスの縮小等の政策動向を分析した結果から、家族が再び介護を担う範囲が拡大する「介護の再家族化」が起きていると指摘する。そうしたサービスの供給制約の背景には、介護保険の財政制約がある（下夷 2015）。

このように介護保険制度施行後も家族が日常的に介護を担いながら働いている実態を踏まえて、2016年改正の育児・介護休業法は、介護の始め（始期）から終わり（終期）まで継続的に家族が介護を担う前提に立って両立支援制度を大幅に改定している⁵⁾。

介護保険制度は、介護を受ける高齢者が被保険者、基礎自治体が保険者、そして介護サービスの提供は事業者が行うという三者構成になっており、介護を担う家族の存在は示されていない。家族抜きのシステムを構築することで、介護の社会化を図っているといえる。しかし、これは家族が介護を担う必要はないということではなく、サービスが行き届かない部分は家族が無限定に介護を負うことになる⁶⁾。

今後、介護サービスの供給制約が増せば、さらなる両立支援制度の拡充が必要になると予想される。保育所の待機児童問題のように、サービスをまったく利用できずに家族だけで介護をし続ける

状況が長引けば、長期の介護休業に頼るということになるだろう。池田（2010）・Ikeda（2017）は、そのような介護サービスと介護休業のトレードオフの関係を示唆している。しかし、即座にそこまで介護サービスの供給不足が深刻になるとは考えにくい。まずはサービスの利用時間の不足感が増す可能性を考えることが現実的だろう。

家族介護者の仕事時間（勤務時間、残業時間、通勤時間）に対して、介護サービスの利用時間が足りていないという問題はすでに起きている。2012年に介護報酬改定が行われているが、デイサービスの利用時間延長によって家族は仕事と介護の両立を図りやすくなったという調査結果もある（三菱UFJリサーチ&コンサルティング2018）。しかしながら介護保険の財政制約を考慮すると、サービスの利用時間を介護者の労働時間に合わせていくだけでも延長できるわけではない。

この問題の別の観点からの解決方法として、働き方に合ったケアプランを作成するという方法がある。家族の要望に合わせて介護保険の利用限度額を上げることはできないが、要介護認定の利用限度額の範囲内で就業状況を考慮したケアプランをつくってもらうことはできる。ケアマネジャーに家族の要望を聞き取る義務はないため⁷⁾、家族介護者の方からケアマネジャーに働き方を伝えていくことが重要であるが、そのためのツールを従業員のために用意している大企業もある（日本経済団体連合会 2018, pp.58-59）。

しかし、要介護者の数に比して介護者の数が圧倒的に不足すれば、働き方とサービスのニーズをすりあわせても「(サービスが) ないものはない」という事態になりかねない。ミスマッチ解消の努

⁵⁾ 短時間勤務やフレックスタイム等、勤務時間短縮等の措置の期間を3年に拡大し、介護終了まで申請できる所定外労働（残業や休日労働）の免除が新設された。介護休暇は1日単位から半日単位になり、さらに2019年改正では時間単位になっている。詳しくは、厚生労働省（2020）・池田（2021）を参照。

⁶⁾ 池田（2002）は介護保険制度の理念に即して、自助—互助—共助—公助の関係として保険と家族介護の役割を整理している。これにしたがえば、共助としての介護保険制度が対応していない部分を互助としての家族がカバーするのは必然であるといえる。

⁷⁾ ケアマネジャーを対象にした調査結果を分析した松浦・武石・朝井（2015）によれば、正規雇用者として働く家族介護者の就業状況の聞き取りは十分に行われているとはいえない。特に「転勤の可能性」「勤務先の介護支援制度の利用しやすさ、利用意向」「勤務先の上司、同僚、部下の理解や協力の状況」は聞き取りの割合が低い（松浦・武石・朝井 2015, p.71）。

力だけでは補えない隙間が介護サービスの利用時間と仕事時間の間に生まれる可能性がある。その隙間を埋めるために、所定労働時間を短縮して介護を担う時間を確保する必要があるだろうか。その可能性を以下で検討したい。

Ⅲ 介護の再家族化と短時間勤務の必要性： 分析課題と分析方法

1 自立重視の介護と介護者の働き方

日本では、今後も要介護者は増え続けるが、少子化により、働きながら介護を担う現役世代の人口は減っていく。結果として、仕事と介護の両立を図る家族介護者の負担はますます重くなっていくことが危惧される。

そのような家族の負担を介護の社会化という形で軽減しようという発想は今日も健在である。例えば、「介護離職ゼロ」との関係においても介護サービスの拡充は課題の一つに挙げられている(内閣府 2016a; 2016b)。しかし、そのために十分な財政と介護労働者を確保できるかという問題は解決していない。結果として、介護を担う家族の縮小と介護の再家族化が同時並行で起きれば、家族介護者の就業は大きく制約されるだろう。

このような事態を回避し得るとしたら、それは介護の社会化つまり介護サービスの利用とは別の方法で、家族が要介護者と適切な距離を取りながら介護を担うことである。かつて春日(2001)は「在宅介護とは、大きな犠牲と献身を介護者に強いる労働である」と表現し、早朝から深夜まで要介護者に寄り添って「介護にあげられる生活」の実態を紹介していた(春日 2001, pp.121-124)。しかし、今日では、家族の介護疲労や介護ストレスの軽減のため、要介護者と適切な距離を取ることの重要性を説く専門家の助言が目立つようになっている。その方法として、家族が介護を抱え込まず介護サービスを使うことが勧められている⁸⁾。

その文脈で注目したいのが、家族が介護をする場合でも、かつてのように献身的に介護をしてい

るとは限らなくなっていることである。平山(2014; 2017)は、男性による老親介護(息子介護)の分析から、「これ以上は自分だけでは無理だと思ふぎりぎりのところまで手を出さない」(平山 2014 p.184)という介護方針が息子介護では目立つことを指摘し、手助けを最小限にとどめる介護を「ミニマムケア」と呼んでいる。最小限にとどめる理由は「親の心身の機能をできるだけたくさん、そしてできるだけ長く維持したいから」(平山 2014 p.184)である。反対に、事例として紹介されている息子の姉妹や妻は要介護者に不自由がないよう最初から手助けをする。その実態は春日(2001)が描く献身的な家族介護に近い。だが、ミニマムケアの立場からみると、それは「過剰なケア」だという(平山 2014 p.184)。

この「ミニマムケア」と「過剰なケア」の対比において興味深いのは、ミニマムケアが決して手抜きや楽をしているのではなく、「親をなるべく自立させておく」(平山 2014 p.184)という規範意識に沿った行動であることである。それゆえ、ミニマムケアと過剰なケアの間で「良い介護」をめぐる衝突が家族の中で起こる(平山2014, pp.187-192)。専門家の間でも「一時的かつ最小限のケア」と「常に寄り添うケア」の間で望ましいケアのあり方について論争がある(平山 2017 pp.89-90)。家族介護の実態が多様化しているだけでなく、その実態を評価する規範も多様化しつつあるといえる。

要するに、介護サービスを利用しないときに家族が献身的に介護をしているとは限らない。要介護者の自立重視の方針で介護をしている介護者もいる。本稿では、このような介護を端的に「自立重視の介護」と呼び、反対に要介護者に不自由がないよう何でも手助けをする介護を春日(2001)にならって「献身的介護」と呼ぶことにする⁹⁾。

今日の家族介護者は、実際にそのような新しい介護規範に従うことにより仕事と介護の両立困難を回避している可能性がある。つまり、要介護者の自立を重視し、なるべく手助けをせずに要介護

⁸⁾ 例えば加藤(2007)は、臨床心理士の立場から認知症介護を担う家族の心理を解説しているが、事例をもとに介護サービスの利用が介護ストレスの緩和にとって重要であることを繰り返し助言している。

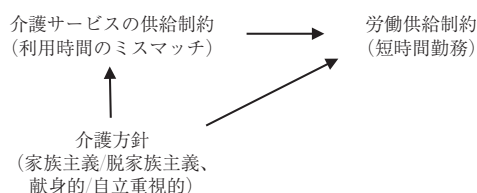


図1 分析枠組み

者と適切な距離を取ることで仕事に時間と労力を割くことができている可能性がある¹⁰⁾。

前述の介護サービスと働き方の時間的なミスマッチの問題に焦点を当てるなら、介護サービスと家族介護者の仕事時間のトレードオフが生じるのは献身的介護を想定している場合だといえる。反対に、自立重視的介護を想定すれば、介護サービスを利用できない時間に必ず家族が介護をしなければならないということはない。一例として、短時間勤務制度を考えた場合、所定労働時間の短縮分に相当する1日1～2時間であっても要介護者を1人にしないで付きっきりで介護をするか、その程度の時間なら1人にして所定労働時間は働くかという選択は、献身的か自立重視的かで異なるに違いない¹¹⁾。要介護者を多少1人しておくことに抵抗がないとしたら、介護サービスの利用時間について不足感すら持たない可能性がある。

以上の仮説を整理すると図1のようになる。本稿では介護サービスの供給制約（具体的には利用時間のミスマッチ）が労働供給制約（具体的には短時間勤務の必要性）を高めるかという問題を取り上げているが、その際に誰がどのように介護をするかという介護方針を考慮すべきという問題提

起をしている。

「誰が」にあたるのが家族主義—脱家族主義の軸、「どのように」にあたるのが献身的—自立重視的の軸である。家族主義を支持するほど、介護保険サービスの供給制約を家族介護で代替することに前向きであるといえる。しかし、家族主義であっても、自立重視的な介護者は働き方を変えてまで介護をすることはしない可能性がある。つまり、伝統的な献身的介護を前提に考えれば、介護の社会化が不十分であることや介護の再家族化は家族介護者の労働供給制約につながるが、自立重視的な介護を前提に考えれば、介護の社会化/再家族化は家族介護者の働き方に影響しない可能性がある。

2 データと分析方法

分析に用いるデータは、筆者が労働政策研究・研修機構（JILPT）において2019年2月に実施した「家族の介護と就業に関する調査」である¹²⁾。調査対象は、介護保険制度が施行された2000年4月以降に家族介護を経験し、次の条件のいずれかに該当する男女である。

- (a) 現在介護をしており、現在の年齢が20～69歳の者
- (b) すでに介護を終了しており、要介護状態終了時点の年齢が20～69歳の者

標本抽出は、調査会社の登録モニター（2018年4月現在のモニター登録数221万2088人）からスクリーニング調査により行い、上の条件を満たす回収数が4000件に達するまでスクリーニング調査と回答依頼を行った。調査への回答は、インター

⁹⁾ 平山（2014）のミニマムケア/過剰なケアという対立軸の立て方は、「良い介護」をめぐる論争を喚起する意味では分かりやすい。だが、分析概念として考えた場合は、どの程度の手助けを最小限/過剰とみなすかという基準が曖昧である。そこで、本稿では、平山（2014）のいう最小限/過剰の背後にある価値規範を表す「自立重視」と「献身的」という対立軸を立てる。この概念では介護の方向性が問題であり、実態として手助けをする量やその程度は問わない。また、後の分析結果が示すように、本稿のデータが示す男女別の結果は、女性の方が自立重視であり、平山（2014；2017）の事例分析とは反対の結果になっている。その意味でも、平山（2014；2017）とは区別した概念を用いることにしたい。

¹⁰⁾ 本稿はどのような介護が望ましいかという問題には立ち入らず、「良い介護」のあり方が多様化している事実を所与として、このことが家族介護者の就業行動の変化をもたらすか否かを問題にしている。

¹¹⁾ 2009年の育児・介護休業法改正において育児のための短時間勤務が義務化された際、厚生労働省は1日6時間を原則とする行政通達を出している（厚生労働省安定局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、p.97）。

¹²⁾ 調査結果の詳細は労働政策研究・研修機構（2020a；2020b）・Ikeda（2021）を参照。

表1 家族と専門家の望ましい介護分担

	家族主義		中立	脱家族主義		N
	すべて家族	家族中心	半分ずつ	専門家中心	すべて専門家	
諸手続	46.2%	30.0%	12.4%	7.2%	4.1%	290
外出の送迎	45.9%	27.6%	13.4%	7.6%	5.5%	290
治療方針の判断	35.9%	30.3%	13.8%	13.8%	6.2%	290
相談相手	29.0%	33.1%	24.5%	9.3%	4.1%	290
日常生活	26.6%	30.7%	14.5%	17.6%	10.7%	290

質問：現在の介護の中で、次のような事柄は家族と、家族以外の専門家のどちらがどの程度担うべきだとお考えですか。望ましいと思う組み合わせをお選び下さい。※介護保険外の民間の有料サービスも「専門家」によるケアとお考え下さい。

諸手続：入退院や要介護認定等の諸手続

相談相手：要介護者の悩みを聞き、相談に乗る

外出の送迎：買物や通院等、外出の送り迎え

日常生活：入浴・食事・排泄等、日常生活の介助

治療方針の判断：病気やケガの治療方針についての判断

資料出所：労働政策研究・研修機構「家族の介護と就業に関する調査」（2019年）。

ネットを使用してブラウザ等の画面で行った。回収にあたっては、サンプルの偏りをなるべく小さくするよう以下の点に留意した。

- 介護終了時点（現在介護中の者は現在）の性・年齢別就業率・雇用形態割合が、総務省による「平成29年就業構造基本調査」（2017年）において家族の介護をしている者の構成比率に近似するよう回収する。
- 介護終了時点（現在介護中の者は現在）の職種についても「平成29年就業構造基本調査」において家族の介護をしている者の構成比率に近似するよう回収する。
- 居住地について、首都圏や近畿圏等の大都市部への偏りを防ぐため、47都道府県を網羅するように回収する。
- 2017年1月以降に家族が要介護状態になった者を1000票以上とする
- 2016年12月以前に家族が要介護状態になった者を1000票以上とする
- 現在介護している者とすでに介護を終了している者をなるべく半数ずつにする。

本稿では次のように分析対象を限定する。自身の介護に関する評価や価値判断は介護の継続中と介護終了後では変わっている可能性がある。当事者として渦中にある状況での評価と就業行動の関

係を問うため介護終了者は分析対象から除外する。育児・介護休業法は雇用就業者を対象としていることから自営業等は分析から除外するが、さらに仕事の責任が重く労働時間も長いという意味で、仕事の負担が重く、介護サービスと就業のトレードオフに直面する可能性が高い働き方として正規雇用者に焦点を当てる。介護については、高齢者介護の中でも老親介護と配偶者介護に焦点を当てる¹³⁾。ただし、介護の再家族化の文脈を踏まえて施設介護は対象から除外している。

この調査の以下の質問を介護方針に関する変数として用いる。

1つめは家族主義と脱家族主義にかかわる質問である。表1に質問と単純集計結果を示しているが、「諸手続」や「治療方針の判断」は介護休業が想定する緊急対応と態勢づくりに含まれる。「諸手続」は「家族主義」の合計割合が76.2%（46.2% + 30.0%）である。一方、「日常生活」の「家族主義」と「脱家族主義」の合計割合を比べてみると57.3%（26.6% + 30.7%）対 28.3%（17.6% + 10.7%）である。ほかの介護項目に比べて「脱家族主義」の割合が高いという意味では、1995年に制定された初期の育児・介護休業法の想定と整合的であるが、それでも「脱家族主義」より「家族主義」の方が高い。「日常生活」については、この

¹³⁾ 津止・斎藤（2007）は、戦後の日本社会の長期的な趨勢において「実子介護」（実子による実親の介護）とともに「配偶者介護」が増加していることを統計データで示し、このことが男性介護者増加の背景にあることを指摘している。

ために両立支援制度を整備することは初期の育児・介護休業法では行われなかった。しかし実態としては「日常生活」の介護を担いながら働いている介護者が少なくないという認識にもとづき、2016年改正法では勤務時間短縮等の措置を3年に拡大し、所定外労働の免除を新設した。その意味で、介護の再家族化の中心にある介護項目だといえる。

しかし、「日常生活」について「家族主義」を支持する介護者が献身的に介護をしているとは限らない。この点について以下の質問に対する回答をみてよう。

質問：あなたの要介護者との関わり方は、次のA・Bのどちらに近いですか。

A：多少でも要介護者に不自由がないように何でも手助けをする

B：なるべく手助けをしないで要介護者自身にできることは自分でさせる

Aが前述の「献身的介護」、Bが「自立重視的介護」に相当する¹⁴⁾。留意したいのは、表1でみた「日常生活」の介護に関する「家族主義」を支持する場合でも、献身的介護の割合が高いとはいえないことである。

表2に結果を示すが、「日常生活」の介護について「家族主義」である者が献身的介護をしている割合は「献身的」「やや献身的」の合計で34.9% (10.8% + 24.1%) に留まる。残りの65.1%は自立重視である。多くの介護者は外部の専門家に任せないという意味で家族主義であっても、春日(2001)が描いていたような献身的介護は行っていないようである。

もう1つ注目したいのが、男女別の結果である。平山(2014; 2017)の事例分析とは反対に、男性

表2 要介護者との関わり方の方針（介護方針）

	献身的	やや献身的	やや自立重視	自立重視	N
全体	11.4%	21.0%	41.4%	26.2%	290
▼男女別					
男性	9.6%	27.0%	38.8%	24.7%	178
女性	14.3%	11.6%	45.5%	28.6%	112
▼日常生活介護意識					
家族主義	10.8%	24.1%	39.8%	25.3%	166
中立	9.5%	21.4%	45.2%	23.8%	42
脱家族主義	13.4%	14.6%	42.7%	29.3%	82

資料出所：表1に同じ。

より女性の方が「自立重視」の合計割合は高い。「献身的」の回答割合は女性の方が高く、この点は平山(2014)と整合的であるが、「やや献身的」は女性の方が低く、献身的介護の合計割合は男性が35.6% (9.6% + 27.0%) に対して女性は25.9% (14.3% + 11.6%) である。反対に、自立重視的介護は「自立重視」「やや自立重視」とも女性の方が高い。表2の全体において自立重視が多数であるのは、男性介護者の増加というより、女性においても伝統的な介護規範に沿わない介護者が多いことによるといえる¹⁵⁾。

次に、被説明変数となる介護サービスの利用時間のミスマッチ¹⁶⁾と短時間勤務についてデータの基本的傾向を確認しておこう。

表3は、介護サービスの利用時間が介護者自身の生活に合っていないと感じている割合を示しているが、「あてはまる」と「ややあてはまる」を「ミスマッチあり」とすると、その合計割合はサンプル全体で23.5% (5.2% + 18.3%) になる。ここでは在宅介護に限定しているが、大まかにいって約4人に1人が介護サービスの利用時間にミスマッチを感じている。男女別では男性の方が、同別居

¹⁴⁾ Aの「何でも手助けをする」とBの「なるべく手助けをしない」を対比させることで、正反対の立場であることを明示した選択肢になっている。Aの「何でも手助けをする」は井口(2007)のいう介護の無限定性を表している。また、「多少でも要介護者に不自由がないよう」という文言に、要介護者に常に寄り添う献身性が表れている。反対に、Bは「要介護者自身にできることは自分でさせる」という自立重視の方針を端的に示している。

¹⁵⁾ 表2が示す「献身的」と「自立重視」の比率が、自立重視の増加によるのか、それとも実はもともと自立重視が多かったが先行研究において献身的な事例が目立っていただけなのかは判断できない。

¹⁶⁾ 調査票の文言は「介護サービスの利用時間があなたの生活と合わない」。回答者が「あなたの生活」に仕事を含めているなら働き方に何らかの影響があるはずだが、仕事以外の生活として回答者が理解しているなら働き方には影響がないはずである。

表3 介護サービスの利用時間と介護者の生活のミスマッチ

	ミスマッチあり		ミスマッチなし		N
	あてはまる	ややあてはまる	あまりあてはまらない	あてはまらない	
全体	5.2%	18.3%	29.3%	47.2%	290
▼性別					
男性	5.6%	19.1%	29.8%	45.5%	178
女性	4.5%	17.0%	28.6%	50.0%	112
▼要介護者との同別居					
同居	6.1%	21.2%	31.3%	41.3%	179
別居	3.6%	13.5%	26.1%	56.8%	111

資料出所：表1に同じ。

表4 短時間勤務の必要性の有無

	必要あり		必要なし		N
	短時間勤務をしている	短時間勤務をしていないが必要はある	短時間勤務の必要なし		
全体	13.7%	20.5%	65.9%		249
▼性別					
男性	15.9%	13.2%	70.9%		151
女性	10.2%	31.6%	58.2%		98
▼要介護者との同別居					
同居	15.0%	19.6%	65.4%		153
別居	11.5%	21.9%	66.7%		96

資料出所：表1に同じ。

に着目すると同居している方がミスマッチを感じる割合はわずかながら高い。そこで、介護サービスの時間的ミスマッチの規定要因を明らかにする多変量解析を後段で行う。その分析において、表1でみた「日常生活」の介護に関する家族主義/脱家族主義の役割意識と献身的/自立重視的の介護方針が、介護サービスの時間的ミスマッチに及ぼす影響を検討したい。

¹⁷⁾ 調査票の質問は「現在の勤務先で、その方の介護のために、あなたは所定労働時間を短縮していますか。」という文であり、回答選択肢の「勤務先の短時間勤務制度を利用している」「勤務先の短時間勤務制度は利用しないで短縮している」を合わせて、ここでは「短時間勤務をしている」としている。育児・介護休業法において、短時間勤務は選択的措置義務として企業が制度を導入している限りにおいて行うことができる。しかし実際は、職場の裁量によりインフォーマルな形で勤務時間の変更が行われていることがある。また、調査票では「所定労働時間の短縮はしていない」を選択した回答者に「その方の介護のために、あなたは所定労働時間を短縮する必要がありますか」という付問をしている。その付問の「ある」「ややある」を「短時間勤務をしていないが必要はある」とし、「ない」「あまりない」を「短時間勤務の必要なし」としている。このように変数を作成したため、「所定労働時間は決まっていない」という回答選択肢は分析から除外されている。

¹⁸⁾ 調査票の回答選択肢の「自立と認定された」「認定は受けていない」「わからない」も0にしている。

¹⁹⁾ 認知症はあるが見守りの必要はない場合と認知症そのものがない場合を含む。

次に短時間勤務の必要性を表4に示す¹⁷⁾。「短時間勤務をしている」と「短時間勤務をしていないが必要はある」を「必要あり」とする。その合計割合は全体の34.2% (13.7%+20.5%)である。実際に短時間勤務をしている割合より潜在的に必要なと感じている割合が高いという意味では、短時間勤務制度の利用者は今後増える可能性がある。しかし、それでも「必要なし」が65.9%あり、短時間勤務の必要性が高いとまではいえない。男女別では、男性の方が「短時間勤務をしている」割合は高いが、「短時間勤務をしていないが必要はある」は女性の方が高く、「必要あり」の合計割合は女性の方が高い。女性の方が短時間勤務の必要性に直面しているが、実際に短時間勤務をすることは女性の方が難しい様子がうかがえる。要介護者との同別居による差はみられない。

これらの変数を含めて以下の分析に用いる変数の基本統計量を表5に示す。介護サービスの時間的ミスマッチは表3の「ミスマッチあり」を1、「ミスマッチなし」を0、短時間勤務の必要性は表4の「必要あり」を1、「必要なし」を0とする。この分析により、潜在的なニーズも含めて短時間勤務が必要な状況に直面する家族介護者の特徴を明らかにしたい。

多変量解析のコントロール変数には性別、介護者本人の年齢、最終学歴、要介護者との同別居、要介護認定（要介護3以上を重度として1、要介護2以下¹⁸⁾を軽度として0）、認知症による見守りの必要（あり=1、なし¹⁹⁾=0）、そして介護者の生活時間変数として1日の就業時間と「仕事がある日」（就業日）の平均睡眠時間を投入する。就業時間が介護サービスの利用時間に関するニーズを高め

表5 分析に用いる変数の基本統計量

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
介護サービスの時間的ミスマッチ（あり=1, なし=0）	.235	.424	0	1	290
短時間勤務必要有無（あり=1, なし=0）	.341	.475	0	1	249
性別（男性=1, 女性=0）	.614	.488	0	1	290
本人年齢	52.270	7.574	28	69	290
最終学歴：中学・高校卒	.300	.459	0	1	290
専門・短大卒	.245	.431	0	1	290
大学・大学院卒	.455	.499	0	1	290
同別居（同居=1, 別居=0）	.617	.487	0	1	290
要介護認定（要介護3以上=1, 要介護2以下=0）	3.666	1.812	0	7	290
認知症見守り必要有無（必要あり=1, なし=0）	.203	.403	0	1	290
1日の就業時間	5.240	1.796	0	8	281
就業日の平均睡眠時間	8.330	1.712	1	24	281
日常生活介護意識：家族主義	.572	.496	0	1	290
中立	.145	.353	0	1	290
脱家族主義	.283	.451	0	1	290
介護方針（自立重視的=1, 献身的=0）	.676	.469	0	1	290

資料出所：表1に同じ。

る可能性があることは想像に難くない。睡眠時間は、労働政策研究・研修機構（2015）・Ikeda（2016）・池田（2021）が明らかにしているように、深夜介護の負担という形で介護疲労を高め、結果的に仕事と介護の両立を難しくする可能性がある。その意味で、仕事と介護の両立に最も影響しやすい生活時間の問題といえる。

Ⅳ 介護方針と両立支援ニーズ：分析結果

1 介護サービスの時間的ミスマッチ

介護サービスの時間的ミスマッチの規定要因から検討しよう。表6左の「分析1」に結果を示す。推計方法はロジスティック回帰分析を用いる。

これらの変数の効果として、まず表3でみた性別と同別居の効果を見ると、同別居が有意な効果を示している。すなわち、要介護者と同居している場合には介護サービスの時間的ミスマッチを感じやすいといえる。そのほかのコントロール変数としては、年齢が若いほど、睡眠時間が短いほど、そして要介護認定が要介護2以下である場合に、介護サービスのミスマッチを感じやすいといえる。睡眠時間に直接影響する在宅介護サービスといえば、ショートステイ等の短期滞在型サービス

が思い浮かぶ。だがそれだけでなく、訪問介護やデイサービス等についても、時間的ミスマッチにより日中の生活リズムが狂えば睡眠時間に影響することが考えられる。一方、就業時間は有意な効果を示しておらず、長い労働時間を介護サービスで補う発想は、それほど一般的でないといえる。要介護認定の効果は、要介護度が高いほどサービスを多く利用できるためにミスマッチを感じにくいという理解が可能である。反対に、要介護2以下の場合には、介護者の期待と利用できるサービスの時間にギャップが生じやすいことを示唆している。年齢の効果についてはさらなる検討が必要であるが、育児と介護のダブルケア等、ライフステージとの関係で介護以外の生活課題が若い介護者では切実であることが影響していると考えられる。

さて、これらの変数をコントロールした日常生活の介護分担に関する意識は有意な効果を示していない。つまり、正規雇用者として働く家族介護者が介護サービスの時間的ミスマッチを感じるか否かと介護の社会化/再家族化とは関係があるといえない。介護の社会化によって外部の専門家に介護を委ねたいという気持ちが介護サービスの不足感を高めそうに思えるが、分析結果はそのよう

表6 介護サービスの時間的ミスマッチと短時間勤務の必要性の規定要因（ロジスティック回帰分析）

被説明変数（あり=1, なし=0）	分析1			分析2		
	介護サービスの時間的ミスマッチ			短時間勤務の必要性		
	B	SD	Exp (B)	B	SD	Exp (B)
性別（男性=1, 女性=0）	-.076	.344	.927	-.999	.347	.368 **
本人年齢	-.045	.019	.956 *	-.023	.020	.978
最終学歴：中学・高校卒						
専門・短大卒	-.067	.439	.936	.900	.440	2.460 *
大学・大学院卒	.272	.366	1.312	1.332	.409	3.789 **
同居/別居（同居=1, 別居=0）	.754	.337	2.126 *	.010	.324	1.010
要介護認定（要介護3以上=1, 要介護2以下=0）	-1.855	.793	.156 *	-.858	.594	.424
認知症見守り必要有無（あり=1, なし=0）	-.652	.439	.521	-.188	.423	.828
1日の就業時間	-.001	.087	.999	-.191	.106	.826
就業日の平均睡眠時間	-.188	.079	.829 *	.012	.090	1.012
日常生活介護意識：脱家族主義						
家族主義	.360	.385	1.434	.429	.371	1.536
中立	.665	.502	1.944	.809	.491	2.246
介護方針（自立重視的=1, 献身的=0）	-.699	.323	.497 *	-1.066	.338	.344 **
介護サービスの時間的ミスマッチ		-		1.032	.363	2.807 **
定数	2.137	1.390	8.475	3.227	1.631	25.208 *
χ^2 乗		34.049 **			50.170 **	
自由度		12			13	
N		281			249	

資料出所：表1に同じ。

** p<.01 * p<.05

な仮説を支持していない。

それよりも重要なのは、献身的か自立重視的かという介護方針である。分析結果は献身的であるほど介護サービスの時間的ミスマッチを感じやすいことを示している。自ら介護ができない時間にも要介護者の不自由を取り除くために、介護サービスの必要性を強く感じているものと推察できる。しかし、表2でみたように献身的介護は少数派であり、自立重視的介護の方が多数である。そのことが、介護サービスの利用時間に対する家族介護者の不足感を緩和していることを分析結果は示唆している。

2 短時間勤務の必要性

続いて、献身的/自立重視的の介護方針が短時間勤務のニーズと関係していることを多変量解析によって示そう。表6右の「分析2」に結果を示す。推計方法はロジスティック回帰分析とする。説明変数は表6左（分析1）と同じものに「介護サービスの時間的ミスマッチ」を加えている。

コントロール変数は性別と学歴が有意な効果を示している。性別の効果は、女性の方が短時間勤務を必要としていることを示しており、表4と整合的である。学歴の効果は、さらなる検討が必要であるが、「専門・短大卒」より「大学・大学卒」のオッズ比（Exp (B)）は大きく、学歴が高いほど通常勤務ではやり練りが難しい職責を担っていることが、短時間勤務の必要性を高めていると推察される。

これらの結果を踏まえて、本稿の主題である介護方針と介護サービスの時間的ミスマッチの変数をみると、どちらも有意な効果を示しており、介護サービスの時間的ミスマッチがある場合は短時間勤務を必要とするが、介護方針が自立重視的である場合は短時間勤務を必要しない傾向があることを示している。介護サービスの時間的ミスマッチの効果は先行研究の知見と整合的である。ここで重要なのは、自立重視的な介護方針の効果である。表6左の「分析1」は、この変数が介護サービスの時間的ミスマッチを緩和することを示してい

た。つまり、自立重視的介護→介護サービスのミスマッチ緩和→短時間勤務の必要性低下という関連性を表6の左右の分析結果から指摘できる²⁰⁾。加えて、表6右の「分析2」は介護サービスの時間的ミスマッチの有無にかかわらず、自立重視的介護は短時間勤務の必要性を下げる効果があることも示唆している。図1に示した仮説は支持されたといえる。

最後に、「分析2」でも日常生活の介護に関する家族主義/脱家族主義の意識は有意な効果を示していないことに言及しておきたい。つまり、誰が介護を担うのか（家族か専門家か）という問題より、どのように介護を担うのか（献身的か自立重視的か）という問題の方が、今後の仕事と介護の両立支援を考える上では重要であるといえる。

要介護者に不自由がないよう何でも手助けしようとするれば、それを担うのが家族であれ介護サービスであれ、それだけ手厚い両立支援が必要となる。家族が担う場合には短時間勤務が必要となり、専門家が担う場合には介護サービスの時間的ミスマッチを解消する追加的なサービスが必要になるだろう。しかし、自立重視的介護であれば、短時間勤務をしてまで介護に時間を割こうとはせず、介護サービスの時間的ミスマッチも気にならないようだ。それだけ企業や地域のサービスによる支援の必要性は低下する。その意味で、献身的/自立重視の介護方針は、仕事と介護の両立という問題の基底にあるということが出来る。

V 要約と結論

今後のさらなる要介護者の増加にともなって介護サービスの供給不足が深刻になった場合、家族は介護のために通常勤務ができなくなるのか、介護サービスの時間的ミスマッチと短時間勤務の必要性に着目して検討した。分析結果は次のように

要約できる。

- (a) 家族介護者の生活と介護サービスの間に生じる時間的ミスマッチは短時間勤務の必要性を高める。
- (b) 多数を占める自立重視的介護者は、献身的介護者に比べて、介護サービスの時間的ミスマッチも短時間勤務の必要性も感じない傾向がある。
- (c) 日常生活の介護を専門家ではなく家族が担うことを望ましいとする介護意識は、介護サービスの時間的ミスマッチや短時間勤務の必要性と関係しているといえない。

介護保険制度は介護の社会化を企図して、家族抜きの介護サービス供給体制を構築した。しかし、家族介護を代替するほどには介護の社会化は進まず、反対に家族の介護負担が増す介護の再家族化が起きているといわれる。このことがかつてのような献身的な家族介護への回帰を意味するなら、介護サービスの不足感はいっそう強くなり、これを補うために短時間勤務で介護に対応しようとする介護者は増える可能性がある。

しかしながら、実際に短時間勤務の必要性を感じる家族介護者は少なく、今後も大幅に増える可能性は低いことを分析結果は示唆している。今日の家族介護者の多くが、要介護者自身にできることは自分でさせるという自立重視の方針で介護をしているからである。そのような介護者は、短時間勤務をしてまで介護に時間を割こうとはしない様子がうかがえる。介護サービスについても、自立重視の介護者は、時間的ミスマッチを問題にしない傾向がある。仕事のために家族が介護をできない時間があっても、要介護者が1人で過ごせるのなら、介護サービスを利用する必要があるという発想にならないのだろう。

要するに、介護の社会化や再家族化が仕事と介護の両立において問題になるのは、要介護者に常

²⁰⁾ ここで示す関連性は相関関係であり、因果関係があるとまではいえない。短時間勤務の必要性や介護サービスの時間的ミスマッチを感じるほど介護をする必要がないために自立重視的介護でいられるという逆の因果関係も想定し得る。だが、介護をどの程度する必要があるかを示す要介護認定や認知症の見守りの必要、同居/別居、睡眠時間等の変数を投入しても介護方針の効果は有意であることから、これらの変数との関係で同じくらい介護をする必要があっても、介護方針によって介護サービスの利用時間や短時間勤務のニーズは異なるといえる。

に誰かが寄り添い献身的に介護をするという前提があるからである。そのような前提に立って、これまでの高齢者介護政策は誰が介護を担うべきかを問題にしてきた。だが、今後はどのように介護をするかという問題の方が重要であるといえる。

この「どのように」という問題において、家族主義を支持する介護者であっても、多くは自立重視であり、所定労働時間を短縮してまで介護をしようとはしない傾向がある。そのようにいうと冷たい印象を受けるかもしれないが、これは要介護者を丸一日放置して仕事をするという話ではない。短時間勤務は1日の所定労働時間を1~2時間短縮するのが一般的である。その1~2時間を要介護者が1人で過ごせるのなら、収入やキャリアのロスを受忍してまで短時間勤務をする必要はないだろう。介護が長期化した場合には、なるべく通常勤務で柔軟に介護に対応できた方が介護離職防止になることも過去の研究では明らかになっている(池田 2016; 2017; 2021)。

一方で、要介護状態が重くなってもなお自立重視の方針を貫くという想定は現実的ではないだろう。自分でできることは自分でさせるといっても、できないことが増えていけば付き切りの献身的介護が必要になってくる。その場合は短時間勤務が必要になることも分析結果は示唆している。その意味で、本稿で議論した自立重視は相対的な問題である。

したがって、極端な献身にも極端な自立重視にも振れず、現実的な判断として、要介護者をどの程度自立した存在とみなし得るか、家族はどの程度要介護者を1人にして仕事ができるかという問題を今後さらに掘り下げていく必要がある。本稿は正規雇用者の短時間勤務という限定的な視点からこの問題を論じたが、より多角的な視点で議論を深めていくことが重要である²¹⁾。

参考文献

井口高志 (2007) 『認知症家族介護を生きる—新しい認

知症ケア時代の臨床社会学』, 東信堂。

池田省三 (2002) 「介護保険の思想とシステム」, 大森彌編著 『高齢者介護と自立支援—介護保険のめざすもの』, ミネルヴァ書房, pp.115-143。

池田心豪 (2010) 「介護期の退職と介護休業—連続休暇の必要性と退職の規定要因」, 『日本労働研究雑誌』, No.597, pp.88-103。

———— (2013) 「仕事と介護の両立支援の新たな課題—介護疲労への対応を」, JILPT Discussion Paper 13-01。

———— (2016) 「在宅介護の長期化と介護離職—労働時間管理と健康管理の視点から」, 『季刊労働法』, No253, pp.51-63。

———— (2017) 「長期在宅介護に対応した仕事と介護の両立支援」, 佐藤博樹・武石恵美子編著 『ダイバーシティ経営と人材活用—多様な働き方を支援する企業の取り組み』, 東京大学出版会, pp.283-301。

———— (2021) 『仕事と介護の両立』, シリーズダイバーシティ経営, 中央経済社。

春日キスヨ (2001) 『介護問題の社会学』, 岩波書店。

加藤慎司 (2007) 『認知症を介護する人のための本—ケアする家族をストレスから救う』 河出書房新社。

厚生労働省 (2020) 『育児・介護休業法のあらまし(令和3年1月1日施行対応版)』パンフレット13。

厚生労働省老健局介護保険計画課 (2021) 『令和2年12月分介護保険事業状況報告』(暫定)。

厚生労働省職業安定局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長 (2009) 「育児休業, 介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律の施行について」職発第1228第4号, 雇発第1228第2号。

佐藤博樹 (2015) 「両立支援ケアマネジャーの育成を」, 『日本労働研究雑誌』, No.658, p.3。

清水谷論・野口晴子 (2005) 「長時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」, 『経済分析』, No.175, pp.1-32。

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』, 第27巻1号, pp.49-60。

津止正敏・斎藤真緒 (2007) 『男性介護者白書—家族介護者支援への提言』, かもがわ出版。

内閣府 (2016a) 『ニッポン一億総活躍プラン』閣議決定。

———— (2016b) 『経済財政運営と改革の基本方針 2016—600兆円経済への道筋』。

日本経済団体連合会 (2018) 『仕事と介護の両立支援の一層の充実に向けて—企業における「トモケア」のススメ』。

平山 亮 (2014) 『迫りくる「息子介護」の時代—28人の現場から』, 光文社。

———— (2017) 『介護する息子たち—男性性の死角と

²¹⁾ いうまでもなく、介護者の都合で要介護者の自立を重視することが要介護者にとって好ましくない結果をもたらす可能性はある。自立重視的介護が多数になっていることを総合的にどう評価すべきかという問題は今後の重要な検討課題である。

- ケアのジェンダー分析』, 勁草書房。
- 藤崎宏子 (2002) 「介護保険制度の導入と家族介護」, 金子勇編著『高齢化と少子社会』, ミネルヴァ書房, pp.191-222。
- (2009) 「介護保険制度と介護の『社会化』『再家族化』」, 『福祉社会学研究』, No.6, pp.41-57。
- 松浦民恵・武石恵美子・浅井由紀子 (2015) 「ケアマネジャーによる仕事と介護の両立支援の現状」, 『日本労働研究雑誌』, No.658, pp.66-79。
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2018) 『通所介護に関する調査研究事業報告書』。
- 労働省婦人局編 (1993) 『介護休業制度等に関するガイドライン』, 労働基準調査会。
- (1994) 『介護休業制度について—介護休業専門家会合報告書』, 大蔵省印刷局。
- 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。
- (2015) 『仕事と介護の両立』 労働政策研究報告書, No.170。
- (2020a) 『家族の介護と就業に関する調査』 JILPT調査シリーズ, No.200。
- (2020b) 『再家族化する介護と仕事の両立』 労働政策研究報告書, No.204。
- Esping-Andersen, Gøsta (1999), *Social Foundation of Postindustrial Economics*, Oxford University (=2000, 渡辺雅男・渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎—市場・福祉国家・家族の政治経済学』, 桜井書店)。
- Ikeda, Shingou (2016) “Addressing the Issue of Fatigue among Working Carers: The Next Challenge after Reforming the Family Care Leave System,” *Japan Labor Review*, 13 (2), pp.111-126.
- (2017) “Family Care Leave and Job Quitting Due to Caregiving: Focus on the Need for Long-Term Leave,” *Japan Labor Review*, 14 (1), pp.25-44.
- (2021) “The Necessity of Reduced Working Hours under the Re-familization of Elderly Care,” *Japan Labor Issues*, Vol.5, No.30, pp.16-33.

(いけだ・しんごう)

Restrictions of Care Service and Necessity of Reducing Scheduled Working Hours: The Effects of Autonomy-oriented Caring

IKEDA Shingou *

Abstract

This paper presents a new perspective on combining work and elderly care, focusing on how the restrictions of care service supply influences family caregivers' labour supply against the Long-Term Care Insurance's financial constraints, while the number of care recipients is increasing.

The data analysis results show that full-time employees caring for their parents, parents-in-law, or spouses are inconvenienced and forced to reduce their scheduled working hours. However, most full-time working caregivers emphasise the autonomy of care recipients, contrary to traditional caregivers who devote themselves to complete assistance for all of the care recipients' needs. The autonomy-oriented caring does not lead to the inconvenience of care service and the necessity of reducing scheduled working hours. The consciousness about the ideal division of providing care between family and professionals on daily care has no significant impact on the inconvenient time of care service or the necessity of reducing scheduled working hours.

It implies that refamilisation of caring might not be a serious problem for autonomy-oriented family caregivers to work full-time, although preceding discussions focus on who should provide care in the context of defamilisation of caring based on Japanese traditional devoted caring. Therefore, it is important to discuss how caregivers can keep an adequate distance from care recipients in their autonomy-oriented caring.

Keywords : Combining Work and Elderly Care, Long-term Care Insurance, Child Care and Family Care Leave Act

* The Japan Institute for Labour Policy and Training Senior Researcher

特集：高齢者介護における家族介護の実態

市町村における介護者支援事業の展開
——介護保険制度改革のもとで——

菊池 いづみ*

抄 録

本稿では、地域支援事業の拡充に象徴される、持続可能性を視野に収めた介護保険制度改革のもとで、家族などインフォーマルな介護者に対する支援事業を取り巻く環境変化について、1. 緊縮財政による財源問題、2. 経路依存的課題、3. 認知症施策の推進、4. 介護者像の多様化への対応の観点から整理した。そのうえで、市町村における介護者支援事業の実施状況に関する独自の全国調査の結果を用いて、地域包括ケアシステム構築に向けた今後の事業展開のあり方を示した。

地域支援事業の拡充を機に、任意事業としての家族介護支援事業が見直されるなか、市町村には事業の推進役が期待される。介護保険制度改革のもとで重要なことは、第1に、地域支援事業における事業間の連携、第2に、地域包括支援センターの相談業務を中心とする事業展開、第3に、事業評価を通じた保険者の機能強化における事業展開である。市町村には、地域の実情に応じた創意工夫が求められる。

キーワード：介護者支援事業、介護保険制度改革、地域支援事業、家族介護支援事業、地域包括ケアシステム

社会保障研究 2021, vol. 6, no. 1, pp. 59-74.

I はじめに

全国の市町村¹⁾では、2021年4月より2024年3月までを期間とする第8期介護保険事業計画のもとで、介護保険事業の運営が始まっている。市町村の策定する介護保険事業計画は、2015年度からの第6期以降、国の基本指針において「地域包括ケア計画」と位置づけられている。団塊の世代がみな後期高齢者の仲間入りをする2025年を目前にして、各市町村では、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが加速しているといつてよい。

この地域包括ケア計画のもと、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で最期までその人らしい暮らしができるようなサービス提供体制の構築が、中核機関である地域包括支援センターの機能強化を図りつつ、急ピッチで進められている。近年の介護保険制度改革改正においては、認知症施策をはじめとする医療と介護の連携による、地域支援事業の拡充の動きとしてとらえることができる。そして、本稿で取り上げる、家族などインフォーマルな介護者を対象に、市町村が任意で実施する支援事業は、家族介護支援事業として地域支援事業に位置づけられている²⁾。

* 大妻女子大学 人間生活文化研究所

¹⁾ 特別区を含む。以下同じ。

地域支援事業は、介護保険制度が予防重視型システムへと転換され最初の大きな法改正となった2005年に創設され、2006年度より地域包括支援センターとともに導入された。その後、2015年度に予防給付のうち訪問介護と通所介護が地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）³⁾として再編されるなど、地方分権改革推進の流れのなかで市町村事業としての役割が増している。また、消費税増税による税収を充てた、社会保障充実分とする事業が包括的支援事業に新たに追加されるなど、拡充が図られている⁴⁾。

家族介護支援事業もまた、このときの法改正で見直しの対象となった。介護保険の財源は、国費によっても賄われているため、財政的見地から検討がなされたものであり、持続可能性をめぐる制度改革の一環といえる。市町村においては、家族介護支援事業の新規導入のみならず、事業継続を取り巻く環境は一段と厳しくなっていることが推察される。

一方、地域包括ケアシステム構築にあたり、認知症高齢者の在宅生活継続を可能とする支援体制を市町村単位で整備することが重要課題となっている。その際、近年の介護者像の多様化を踏まえ、介護者の人生や生活の質の観点からの支援策の必要性が指摘されている⁵⁾。

また、市町村を後方支援する役割の都道府県において、全国初となる介護者支援のための計画策定の動きもある⁶⁾。介護者支援において立ち遅れていた日本も、介護者の生活保障に向けて、いく

らか前進の兆しがみえる。今日、家族介護支援事業の見直しの提起する課題をはじめ、介護者支援事業のあり方をめぐっては、地域支援事業の拡充を踏まえた事業間の連携⁷⁾とともに、高齢者福祉関連事業の全体像のなかで議論することが重要である。

本稿では、近年の介護保険制度改革のもとで、家族などインフォーマルな介護者を対象とする支援事業を取り巻く環境変化を整理したうえで、市町村における介護者支援事業の実施状況に関する独自の全国調査の結果を用いて、地域包括ケアシステム構築に向けた今後の事業展開のあり方を示すことを目的とする。なお、本稿の対象とする介護者は、高齢者の介護にあたる、家族などインフォーマルな在宅介護者を指している。

本稿の構成は以下のとおりである。はじめに、問題の所在と本稿の目的を述べた。Ⅱ節では、介護者支援事業を取り巻く環境変化について整理する。そのうえで、Ⅲ節で、全国の市町村を対象として実施した質問紙調査をもとに、介護者支援事業の実施状況を把握し、Ⅳ節で、介護保険制度改革のもとでの今後の事業展開のあり方について得られた示唆をまとめる。おわりに、本稿の限界と残された課題について述べる。

Ⅱ 介護者支援事業を取り巻く環境変化

市町村の介護者支援事業⁸⁾を取り巻く環境変化について、緊縮財政による財源問題、経路依存的

²⁾ 家族介護支援事業は、市町村が地域支援事業として行える事業（任意事業）のうち、「介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業」（介護保険法第百十五条の四十五第3項2号）と定められている。

³⁾ 介護予防・日常生活支援総合事業は2012年度より市町村の選択によって導入され、2015年度より必須事業（当時は「新しい総合事業」と呼ばれた）として再編され、すべての市町村が2017年4月までに開始することになった。

⁴⁾ 創設された事業は、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業の4事業である。

⁵⁾ 厚生労働省（2018）。

⁶⁾ 埼玉県（2021）。埼玉県ケアラー支援条例に定める「ケアラーの支援に関する推進計画」として「埼玉県ケアラー支援計画」を策定。2020年度現在提案中。

⁷⁾ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2019）、p.4。地域支援事業が成果を得るための取り組み方に関する先行事例に基づく調査研究において、「その地域において設定・共有されている目標の達成に向けて、各事業が連携しながら、事業を推進していく必要がある」という考え方を示し、「この事業間の連携のことを『連動性』と呼んでいる。

課題、認知症施策の推進、介護者像の多様化への対応の観点から整理する。

1 緊縮財政による財源問題

日本の進める地域包括ケアシステムは、国際的にはintegrated care（統合ケア）を実現するモデルのひとつとされる⁹⁾。背景には、高齢者人口の増大がもたらす医療費の肥大化をいかに抑制するかという、福祉国家諸国に共通する政策課題がある。いわば日本の国家戦略ともなった地域包括ケアシステムの構想は、2014年に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」に基づく介護保険法改正により強化され、2015年度から地域支援事業の拡充が図られた。同時に、国費の使途の明確化が一層求められることになった。住み慣れた地域で可能な限り生活を続けたいという人びとの希望をかなえつつ、財政支出の抑制を目指すことになったものといえる¹⁰⁾。

ここでは、地域支援事業の再編を機に浮上した財源問題のうち、家族介護支援事業が焦点となった任意事業の見直しの経緯を整理する¹¹⁾。

(1) 任意事業の見直しの経緯

地域支援事業は2015年度の再編まで、費用額の

上限を事業全体で介護給付費見込額の3%以内と定めていた¹²⁾。しかし、この上限額内では十分な事業展開が見込めないことが、市町村から聞こえてきていた。2015年度の地域支援事業の拡充にあたっては、事業全体の上限額の廃止をはじめ、事業費の柔軟な運用を可能とした¹³⁾。その一方で、任意事業のあり方も見直されることになった。財政制度等審議会等から次のような指摘を受けたことによる¹⁴⁾。

「地域支援事業（任意事業）は、様々な事業を行うことができる一方、国の義務的経費（国庫負担金）としての性格を有する事業でもあることから、全ての事業について国の補助事業として行う必要があるのかについて検討が必要」であり、「介護保険制度上の上乗せ給付や横出し給付（市町村特別給付）、保健福祉事業、介護予防事業等の他の補助事業、更には地方単独事業との明確な差別化を図るべき」という指摘である。また、「社会保障4経費として消費税財源を充当できる事業であることから、使途範囲を明確化する必要がある」とし、所管の厚生労働省としても、説明責任を果たす姿勢を示している。

そこで、⑦「新たに創設された介護予防・日常生活支援総合事業、新しい包括的支援事業、新しい基金等¹⁵⁾で実施すべきもの」、④「介護給付サービス（保険給付）の上乗せ・横出しとなるもので

⁸⁾ 本稿では、介護者支援を目的とする財政資金による事業を指す。このうち、介護保険法に定める保健福祉事業（後掲注20）のとおりによる事業は、「介護者支援事業」と「」書きする。

⁹⁾ 筒井（2014）。

¹⁰⁾ 沼尾（2014）、pp.129-130。地域支援事業の拡大の背景には、医療保険財政の危機があると指摘している。

¹¹⁾ 地域支援事業の運用は「地域支援事業実施要綱」（以下、実施要綱）に基づいている。実施要綱は、「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）の別紙として施行され、本通知の一部改正により更新されている。

¹²⁾ 鏡（2014）、p.22。上限額が保険給付費の3%となった理由は、「三位一体改革で補助金縮減の3兆円に組み込んだ500億円と同額となる」と指摘している。

¹³⁾ 「地域支援事業充実に係る上限の取扱い及び任意事業の見直しについて」（平成27年2月18日厚生労働省老健局振興課事務連絡）によれば、総合事業については75歳以上高齢者の伸び率など、包括的支援事業と任意事業をあわせたものについては65歳以上高齢者の伸び率などを考慮して算定されることになった。また、社会保障充実分として創設された4事業については、4事業の合計額の範囲内での柔軟な実施も可能となっている。

¹⁴⁾ 前掲注13)の資料。

¹⁵⁾ 「『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律』の一部の施行等について」（平成26年6月25日医政発0625第1号・社援発0625第1号・老発0625第1号厚生労働省医政局長、社会・援護局長、老健局長通知）によれば、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」を根拠として基金を都道府県に設置し、国はその費用の2/3（消費税増収分を充当）を負担する。

あり、市町村特別給付又は保健福祉事業等により実施すべきもの、㊸「全国での実施率が低いことから、市町村の一般施策等で実施すべきもの」を任意事業の対象外とする考え方が示された。地域支援事業の実施要綱上、任意事業は地域の実情に応じ創意工夫を生かした多様な事業形態が可能とし、例示された事業以外にも実施できた点が見直され、対象事業が明確にされた。

その結果、家族介護支援事業は、実施要綱において、「介護教室の開催」「認知症高齢者見守り事業」「家族介護継続支援事業」に大別された。このうち、「家族介護継続支援事業」の対象となったのは、「健康相談・疾病予防等事業」「介護者交流会の開催」「介護自立支援事業」である¹⁶⁾。市町村にとって実質上の影響は、これまで例示のあった「介護用品の支給」が対象外となったことである。ただし、激変緩和措置がとられ、2014年度に任意事業として実施している場合は、当分の間、実施して差し支えないこととされた。

また、介護保険創設時に議論となった「介護の慰労のための金品の贈呈」、いわゆる家族介護慰労金は、「介護サービスを受けていない中重度の要介護者を現に介護している家族を慰労するための事業」として、「介護自立支援事業」の名称で残った。その後、会計検査院からの指摘を受けて、「介護サービスを受けていない」「中重度の要介護者」の明確化が図られている¹⁷⁾。そして、任意事業のその他の事業に、「認知症サポーター等

養成事業」が対象として明記された。

その後、介護用品支給事業は、2018年度からの第7期においては、2014年度の再編時に実施していた市町村であれば、㊹高齢者の個別の状態を踏まえた支給、㊺地域包括支援センターの運営等、対応方針の検討、㊻低所得世帯等への影響も考慮しつつ、事業の廃止・縮小に向けた具体的方策の検討の3点を要件として、引き続き実施できることになった¹⁸⁾。こうした経過措置を経て、2021年度からの第8期には、㊼に配慮した所得要件が示され、例外的な激変緩和措置として、市町村特別給付等への移行など任意事業としての事業の廃止・縮小に向けた検討が促されている¹⁹⁾。

(2) 家族介護支援事業等の実施状況

(1)を踏まえ、図1は、家族介護支援事業等の実施状況について、家族介護支援事業全体、ならびに対象とされている各事業、また、保健福祉事業全体²⁰⁾、ならびに保健福祉事業のうち「介護者支援事業」として実施している事業を、厚生労働省による調査をもとに、2012年度（第5期）、2015年度（第6期）、2017年度（第7期の前年）の時系列で比較したものである²¹⁾。以下、事業内容別に用いられている用語を、で示す。

介護用品の支給、は、2015年度以降、家族介護支援事業の原則対象外となったものの、2015年度の64.8%に対し、2017年度現在66.0%の市町村が実施している。そして、家族介護支援事業全体の

¹⁶⁾ 「『地域支援事業の実施について』の一部改正について」（平成28年1月15日老発0115第1号厚生労働省老健局長通知）。

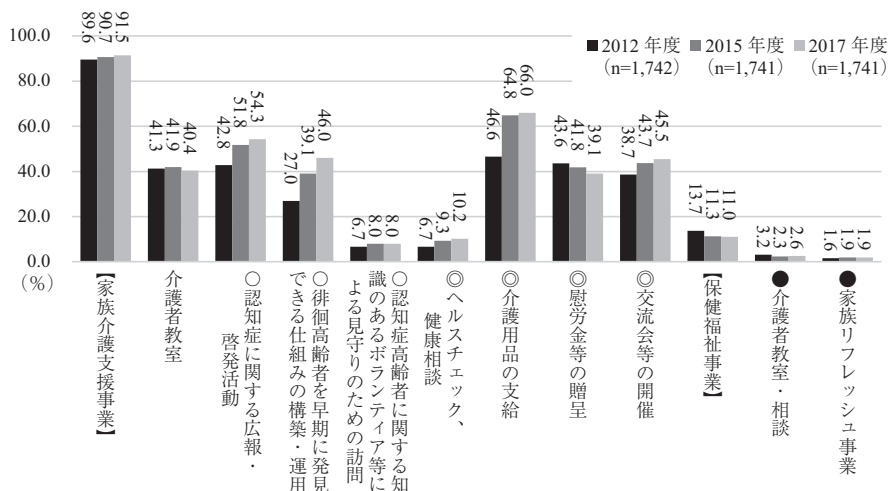
¹⁷⁾ 「地域支援事業の介護自立支援事業の取扱いについて」（平成30年11月6日厚生労働省老健局振興課地域包括ケア推進係事務連絡）。

¹⁸⁾ 「『地域支援事業の実施について』の一部改正について」（平成30年5月10日老発0510第3号厚生労働省老健局長通知）。

¹⁹⁾ 「任意事業における介護用品の支給に係る事業の取扱いについて」（令和2年11月9日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課事務連絡）。

²⁰⁾ 市町村は保健福祉事業（介護保険法第百五十五条の四十九）として、「要介護被保険者を現に介護する者の支援のために必要な事業、被保険者が要介護状態等となることを予防するために必要な事業、指定居宅サービス及び指定居宅介護支援の事業並びに介護保険施設の運営その他の保険給付のために必要な事業、被保険者が利用する介護給付等対象サービスのための費用に係る資金の貸付けその他の必要な事業を行うことができる」。

²¹⁾ 調査の出所は図1に記載のとおり。同調査において2018年度以降、家族介護支援事業のデータが公表されていないため2017年度が比較できる最新データとなる。各年度とも東京都福祉保健局ウェブサイト「介護保険最新情報（厚生労働省からの通知）」より取得。https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/info/saishin/index.html（2021年3月1日最終確認）。



注：家族介護支援事業のうち○は「認知症高齢者見守り事業」、◎は「家族介護継続支援事業」。●は保健福祉事業の「介護者支援事業」として実施。なお、保健福祉事業は保険者（全体2012年度1,580、2015年度1,579、2017年度1,578）で集計している。各年度とも調査時点は4月1日現在である。

出所：厚生労働省「介護保険事務調査の集計結果について」の平成24年度、平成27年度、平成29年度の各年度の集計結果をもとに作成。

図1 市町村における家族介護支援事業と保健福祉事業の実施状況の推移（複数回答）

実施率は90%にのぼる。一方、保健福祉事業（保険者数で調査）の実施率は10%程度である。保健福祉事業の財源は市町村特別給付²²⁾と同様に全額第1号被保険者の保険料負担となることもあり、実施率は制度開始当時より一貫して低い。`介護者教室・相談、`家族リフレッシュ事業、は2~3%程度でしかない。

第8期も引き続き任意事業として介護用品を支給する場合は例外的な激変緩和措置とされているが、多くの市町村が困難な状況に直面しているものといえる²³⁾。市町村は、国からの補助金の活用

により、自由裁量の範囲が狭くなるとしても、限られた財源で多様な事業を実施しようとしている実情がみてとれる²⁴⁾。

2 経路依存的課題

1の財源問題の背景ともなる各事業の経路に着目してみる²⁵⁾。図2は、家族介護支援事業を中心に、2000年の介護保険制度導入を契機とする介護者支援事業，ならびに関連する施策の変遷をまとめたものである。

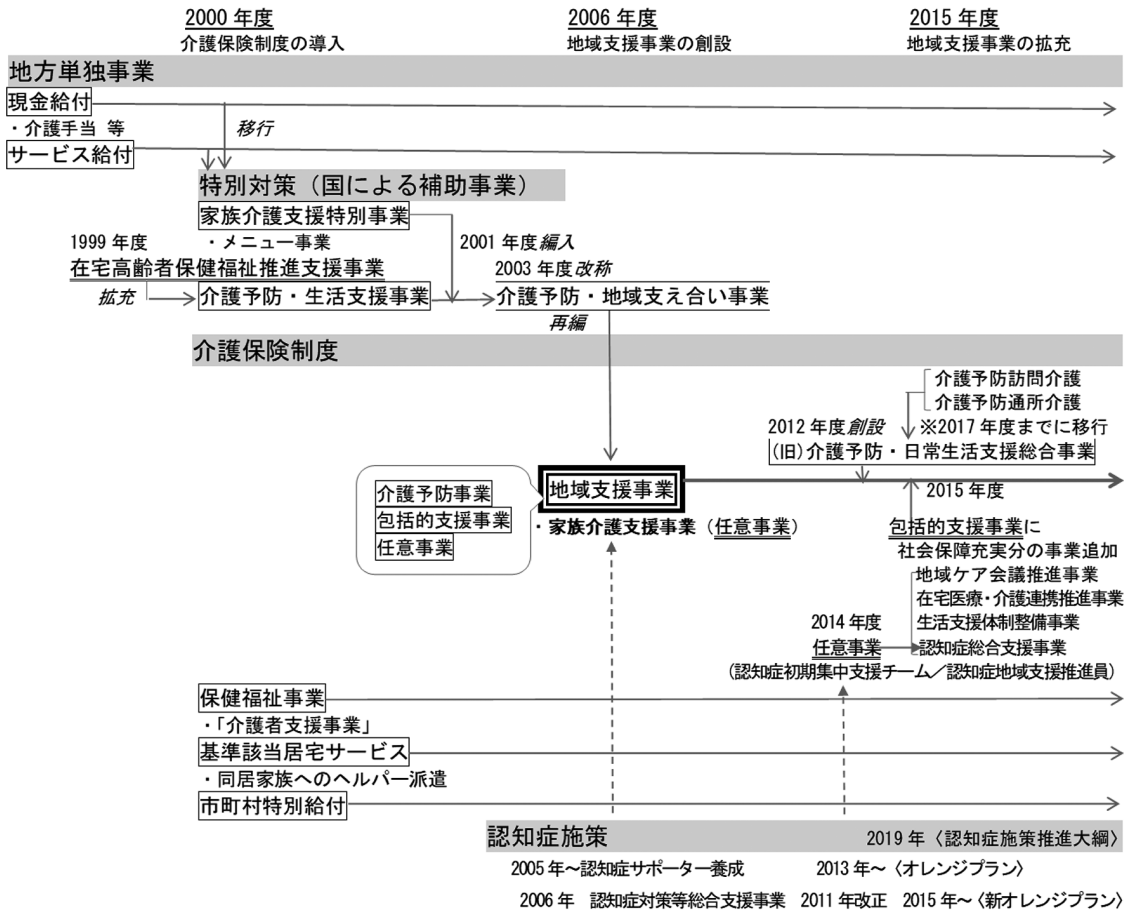
家族介護に対する支援事業は、介護保険導入に

²²⁾ 「市町村は、要介護被保険者又は居宅要支援被保険者」に対し、「条例で定めるところにより、市町村特別給付を行うことができる」（介護保険法第六十二条）。

²³⁾ 前掲注21)の調査において、その後、保健福祉事業の「介護者支援事業」に追加された調査項目をみると、2018年「オムツの支給」5.2%（保険者1,571のうち82）、2019年「介護用品の支給」4.8%（保険者1,571のうち75）の実施率となっている。

²⁴⁾ 西尾（2007）、pp.84-85。地方自治にとって最大の弊害は、国庫補助負担金の「誘導」効果であることが指摘されている。

²⁵⁾ 平岡（2018）、pp.76-78。介護保険の制度変化を政策発展の「経路依存（path dependence）」と「経路離脱（path departure）」の視角により分析している。このうち本節では経路依存に焦点化している。経路依存（path dependence）」とは、平岡〔（2016）、p.4〕にない、「最初の選択を含む時間的に先行する政策・制度に関わる意思決定（の累積）が、変化を促す外的・環境的な要因が作用するなかでの政策・制度の変化の方向性（無変化を含むがそれだけではない）を左右し、制約することを含む概念」として用いる。



出所：社会政策学会第129回（2014年度秋季）大会における報告原稿をもとに加筆修正。

図2 介護者支援事業の変遷

際しては、家族介護支援特別事業として国庫補助（負担割合は、国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）による選択的なメニュー事業でスタートした。したがって、当初より市町村が任意で実施する事業であったといえる²⁶⁾。国が講じた2000年度の当面の特別対策という性格上、表舞台に登場することなく2001年度から「介護予防・生活支援事業」に統合され、同事業は2003年度に「介護予防・地域支え合い事業」へと改称された。そして、「介護予防・地域支え合い事業」は、2005年介護保険法改正にあたり旧老人保健法のもとで実施されてきた

老人保健事業、在宅介護支援センター運営事業とともに再編され、地域支援事業の創設へとつながっている。これより、家族介護支援事業は、介護保険法のもとでの事業展開が求められることになった。そして今日、介護保険制度の持続可能性の観点から、地域包括ケアシステム構築の推進にあたり、創設時に講じられた、当面の措置に対する見直しが求められている。

当時のメニューとは、`家族介護教室、`介護用品の支給、`家族介護者交流事業（元気回復事業）、`家族介護者ヘルパー受講支援事業、`徘徊高齢者

²⁶⁾ 詳しくは、菊池（2010，2012）で検討している。

家族支援サービス事業、`家族介護慰労事業、`認知症高齢者家族やすらぎ支援事業、²⁷⁾である。このうち、`家族介護者ヘルパー受講支援事業、は、地域支援事業に移行することなく廃止された。そして、2015年度以降、地域包括ケア計画において、`介護用品の支給、が事業縮小、廃止の対象となっている。在宅高齢者に対する保健福祉事業として、国の補助事業により実施していた当時の`介護用品の支給、の要件等をみておく²⁸⁾。

支給する介護用品は、「紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプーなど」とあり、関連用品も対象となっている。支給対象者は、「要介護4又は5に相当する在宅の高齢者であって市町村民税非課税世帯に属するものを現に介護している家族」とし、被保険者の要介護度と所得要件が設けられている。また、留意点として、「a. 支給額は、年額1人当たり上限75,000円とする。ただし、対象者が家族介護者交流事業（元気回復事業）のサービスを併せて受けることを希望しない場合に限り、年額1人当たりの上限を100,000円とすることができる」とする上限額を示したうえで、「b. 具体的な支給方法は市町村の判断によるものであり、地域の実情に応じて紙おむつ等の引き換えのためのクーポン券で支給することも可とする。ただし、現金（いわゆる償還払い方式を含む）でおむつ代等を支給することは不可とする」として、現物給付（バウチャーは可）を原則としている。

2006年度より、地域支援事業の任意事業として家族介護支援事業が再編され、市町村の創意工夫で多様な事業展開が可能となった。`介護用品の支給、は、上記の要件を基本としつつ、市町村の実情に応じて支給されることになった。図1のとおり、家族介護支援事業のなかでも実施率は高く、在宅介護を支える役割を担ってきた事業といえる。

しかしながら、先述のとおり、2015年度以降の

見直しのなかで、第8期介護保険事業計画期間において引き続き実施する場合は、次の要件のもとでの例外的な激変緩和措置とされている²⁹⁾。所得については、本人課税（第6～9段階）を対象外とし、本人非課税・世帯員課税（第4～5段階）に対しては年間6万円の上限額が設けられた。また、新規利用で要介護3以下の場合は、認定調査票で必要性を個別に判断する。つまり、国庫負担としては、本来、「要介護4又は5に相当」かつ、「市町村民税非課税世帯に属するもの」の介護者を対象としていた点が明確に示されたといえる。そして、「地域包括支援センターの運営等、ほかの事業との優先順位を勘案した上で、市町村特別給付等への移行等」、任意事業としての事業の廃止・縮小に向けた検討が求められている。

こうした廃止に向けた事業の見直しがなされる一方で、近年の認知症施策の推進とともに、図1のとおり、認知症高齢者見守り事業は、`認知症高齢者家族やすらぎ支援事業、を例外として、実施市町村が増加してきている。背景となる認知症施策の推進における介護者支援事業の展開は、次項でみていくことにする。

3 認知症施策の推進

市町村における介護者支援事業の取り組みは、認知症高齢者を介護する家族に対する支援の必要性の認識の高まりとともに、全国的な広がりをみたといいよい。

2004年12月に「痴呆」という用語を「認知症」に改めたのを機に、2005年度から、認知症の人が安心して暮らせるまちづくりを目指す、「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想における普及啓発の取り組みの一環として、認知症サポーター養成が開始された³⁰⁾。

その翌年には、介護保険制度において地域密着型サービスが創設される一方、総合的かつ継続的な支援体制を地域単位で確立することを目的に、

²⁷⁾ 2002年度に追加された事業である。なお、認知症の用語に改められる以前の事業名称は、「痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業」であった。以下、改称前の事業に言及する際は、「痴呆」の用語のまま表記している。

²⁸⁾ 「介護予防・生活支援事業の実施について」（平成13年5月25日老発第213号厚生労働省老健局長通知）。

²⁹⁾ 前掲注19）。

都道府県ならびに指定都市による認知症対策等総合支援事業が創設された。このなかで「認知症高齢者をかかえる家族に対する支援事業」に取り組むことになり、介護知識や技術だけでなく、電話相談や交流会等の精神面を含めた支援体制の構築が目指された³¹⁾。その後、2011年度の改正で、「認知症対策普及・相談・支援事業」(当時)に再編され、認知症対策等総合支援事業が拡充されていくなかで、市町村の裁量で事業展開できる環境を整備するため、同事業に、市町村認知症施策総合推進事業が創設された³²⁾。このなかで、認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人や家族を支援する取り組みを実施することになった。

2013年の改正では、市町村を実施主体とする認知症ケアパス等作成・普及事業が創設される³³⁾。市町村は認知症ケアパスを作成し、2015年度以降の介護保険事業計画への反映に努めることになった。また、2012年9月に策定された「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」を推進するために、認知症の人と家族の支援に身近な市町村が積極的に取り組むことが重要とされ、介護家族の負担軽減を図る目的で、「認知症カフェ」の開設が登場する。さらに、認知症初期集中支援チーム設置促進のモデル事業が進められた。

2014年には、認知症対策等総合支援事業を廃止して、新たに認知症施策等総合支援事業が創設されている。都道府県等の支援により、市町村による地域における支援体制の確立を目指したものである。

2015年度には、先述のとおり、地域支援事業の包括的支援事業として認知症総合支援事業が創設された。同事業において、認知症初期集中支援

チームの設置や認知症地域支援推進員の配置を位置づけるとともに、認知症カフェの普及など、認知症の人の介護者への支援が盛り込まれた。また、認知症サポーター等養成事業が、任意事業のその他の事業の対象となった。

これらの事業は、2015年に策定(2017年改定)された「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」において、整備目標値が掲げられている³⁴⁾。同プランの基本的な考え方とする7つの柱のひとつは、「認知症の人の介護者への支援」であり、介護者の精神的身体的負担軽減のための支援とともに、介護者の生活と介護の両立支援のための取り組みを推進することとされた。

また、2017年の介護保険法改正では、認知症に関する施策の総合的な推進等(第五条の二)のなかで、人材確保に関連し「認知症である者を現に介護する者への支援」が明記された。制度改正にあたっては、これまでと同様に、社会保障審議会介護保険部会において見直しの意見がとりまとめられている³⁵⁾。介護者支援のあり方の議論は、介護離職防止や女性の活躍推進のための仕事と介護の両立支援の必要性へと焦点のあて方に変化がみられるものの、審議会における踏み込んだ支援策の提言がみられない。そうしたなかで、「認知症の人の介護者への支援」として、「認知症の人の家族もまた認知症と向き合う当事者」との見方を示し、「精神的側面への支援を含めたより重層的な介護者への支援の在り方等」の検討を求めている。

さらに、2019年6月の関係閣僚会議において、認知症施策推進大綱がとりまとめられた³⁶⁾。ここでも、認知症の人の介護者への支援が柱のひとつと

³⁰⁾ 厚生労働省「『認知症を知り地域をつくる10ヵ年』の構想」<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html> (2021年3月1日最終確認)。

³¹⁾ 「全国厚生労働関係部局長会議資料 7. 認知症対策の総合的な推進について 平成18年1月25日(水)」。

³²⁾ 「『認知症対策等総合支援事業の実施について 新旧対照表(案)』(平成23年6月6日老発0606第1号厚生労働省老健局長通知)」。

³³⁾ 前掲注32)。

³⁴⁾ 「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)―認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079009.pdf> (2021年3月1日最終確認)。

³⁵⁾ 厚生労働省(2016)。詳しくは、菊池(2018)で検討している。

³⁶⁾ 認知症施策推進関係閣僚会議「認知症施策推進大綱 令和元年6月18日」https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/shisaku_taikou.pdf (2021年3月1日最終確認)。

っており、家族等の負担軽減を図るための取り組みとして、認知症カフェのほかに、家族教室や家族同士のピア活動等が取り上げられている。

4 介護者像の多様化への対応

介護者像が多様化するなかで、仕事と介護の両立支援の観点からの介護者支援事業に対する関心も高まってきている。そのひとつとして、家族介護者からの相談窓口である地域包括支援センター（以下、センター）の相談業務を取り巻く状況にも変化がみられる。図2では、地域支援事業の包括的支援事業における業務とすることができる。

地域包括ケアシステム構築を推進するうえで、センターの機能強化は重要課題となっている。2015年度より、市町村やセンターは事業評価を行い必要な措置を講じることとなり、その後、2017年の介護保険法改正において義務化された。

評価指標をみると、センターの運営による包括的支援事業のひとつである総合相談支援業務に対するもののなかに、センター指標として、家族介護者からの相談の件数や内容についての記録等、ならびに市町村指標として、その把握が設けられている。この評価指標の趣旨・考え方として、介護離職防止の観点を含めることとされている。

2018年7月に、「市町村及び地域包括支援センターが行う家族介護者支援について」とする通知が発出されている³⁷⁾。センターを中心とする家族介護者からの相談は、「介護者本人の人生の支援」を目的とする支援へと展開している³⁸⁾。これからの家族介護者支援施策の目指す方向性として、センターをはじめとする相談支援業務に求められることは、「家族介護者を『要介護者の家族介護力』として支援するだけでなく、『家族介護者の生活・

人生』の質の向上に対しても支援する視点」で相談支援活動に取り組むこととされる。そのための有効な手法として、家族介護者のアセスメントの導入が提案されている。介護者を対象とするアセスメントの必要性は、日本においても1990年代後半以降に複数の研究者によって提起されていたにもかかわらず、一般的な制度に結びついていなかった³⁹⁾。2010年代以降になると、家族介護者支援の観点から、介護支援専門員による家族へのアセスメントに着目した実証研究⁴⁰⁾や、アセスメントツールの開発⁴¹⁾なども進められてきていた。そして、ようやく市町村の事業として、緒に就いたものといえる。

Ⅲ 介護者支援事業の実施状況

前節を踏まえ、筆者が全国の市町村を対象として実施した質問紙調査の結果をもとに、介護者支援事業の事業種別の実施状況をみていく。

1 調査の概要

質問紙調査は、2018年10月から12月にかけて、「介護者支援事業に関する自治体アンケート調査—地域包括ケアシステム構築に向けて」とするテーマで、配票・回収ともに郵送法で実施した⁴²⁾。本調査は、全国の基礎自治体における介護者支援事業の実情を明らかにし、地域包括ケアシステム構築に向けて、介護者支援の有効な方策を探るための基礎資料とすることを目的とした。調査対象は、基礎自治体1,741団体（815市区、743町、183村：2018年10月現在全数）とし、介護者支援にかかわる高齢者福祉の担当課長宛に協力を依頼した。

³⁷⁾ 「市町村及び地域包括支援センターが行う家族介護者支援について」（平成30年7月4日老振発0704第3号厚生労働省老健局振興課長通知）。

³⁸⁾ 前掲注5）。

³⁹⁾ 三富（2010），pp.323-324。

⁴⁰⁾ 畑他（2011）。

⁴¹⁾ 相山他（2018）。

⁴²⁾ 本調査の実施にあたり、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の承認を得た。調査期間は当初2018年10月26日から11月15日とし、督促葉書を1回発送して12月17日まで延長した。調査項目は、⑦介護者支援事業の実施状況、④行政課題としての介護者支援策、⑤地域包括ケアシステムにかかわる事項、についてたずねた。

表1 回答者の基本属性

	【全国】			【回答者】		
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
人口 (人)	1,741	73,352.82	188,232.341	512	99,870.41	240,398.621
高齢化率 (65 歳以上) (%)	1,741	32.72	7.153	512	32.14	6.758
高齢化率 (75 歳以上) (%)	1,741	17.35	5.298	512	16.94	5.065
財政力指数	1,741	0.51	0.288	512	0.55	0.290

注：人口は2018年1月1日現在、財政力指数は2015～2017年度の平均をもとに算出。

回収結果は、有効回収数512票（市区299票，町182票，村31票）で、有効回収率29.4%（市区36.7%，町24.5%，村16.9%）であった。

回答者の特性を簡単にみておく。市区，町，村の構成割合は，全国（N=1,741）が市区46.8%，町42.7%，村10.5%に対して，市区58.4%，町35.5%，村6.1%であった。回答者は市部（市区）の割合が10ポイント強高く，その分，郡部（町村）の割合が低い。また，本稿で議論する内容⁴³⁾は紙幅の都合上，市町村における事業種別の介護者支援事業の実施状況について，全国的な単純集計の比較に留まることから，基本属性として，人口や高齢化率⁴⁴⁾，ならびに財政力指数について回答者全体と全国との比較をしておく。表1のとおり，回答者で人口の平均値が高くなっている。本調査の回答者は，市部の構成割合が若干高いことによるものとみられる⁴⁵⁾。

2 調査結果

図3は，介護者支援事業として取り上げた15事業（〃で示す）について，事業種別（「任意事業」「保健福祉事業」「都道府県の補助事業（以下，補助事業）」「市町村単独事業（以下，単独事業）」「その他の事業」「該当する事業は実施していない（以

下，実施していない）」による実施の有無を複数回答でたずねた結果である。左上から右下にかけて，該当する事業の実施率の高い事業（「実施していない」割合の低い事業）から順に載せている⁴⁶⁾。はじめに，事業種別を問わず，該当する事業の実施率の高いものから順にみていく。数値は「実施していない」と回答した割合である。

実施している市町村が9割を超える事業は，「認知症サポーター養成、1.6%，「認知症に関する広報・啓発活動、5.1%，「介護用品の支給、9.0%であった。

次に過半数の市町村が実施している事業をあげると，順に，「徘徊高齢者を早期に発見できる仕組みの構築・運用、18.4%，「家族介護相談、25.6%，「介護者交流会等の開催、38.7%，「介護者教室、40.4%，「緊急時の短期宿泊、40.4%と続く。

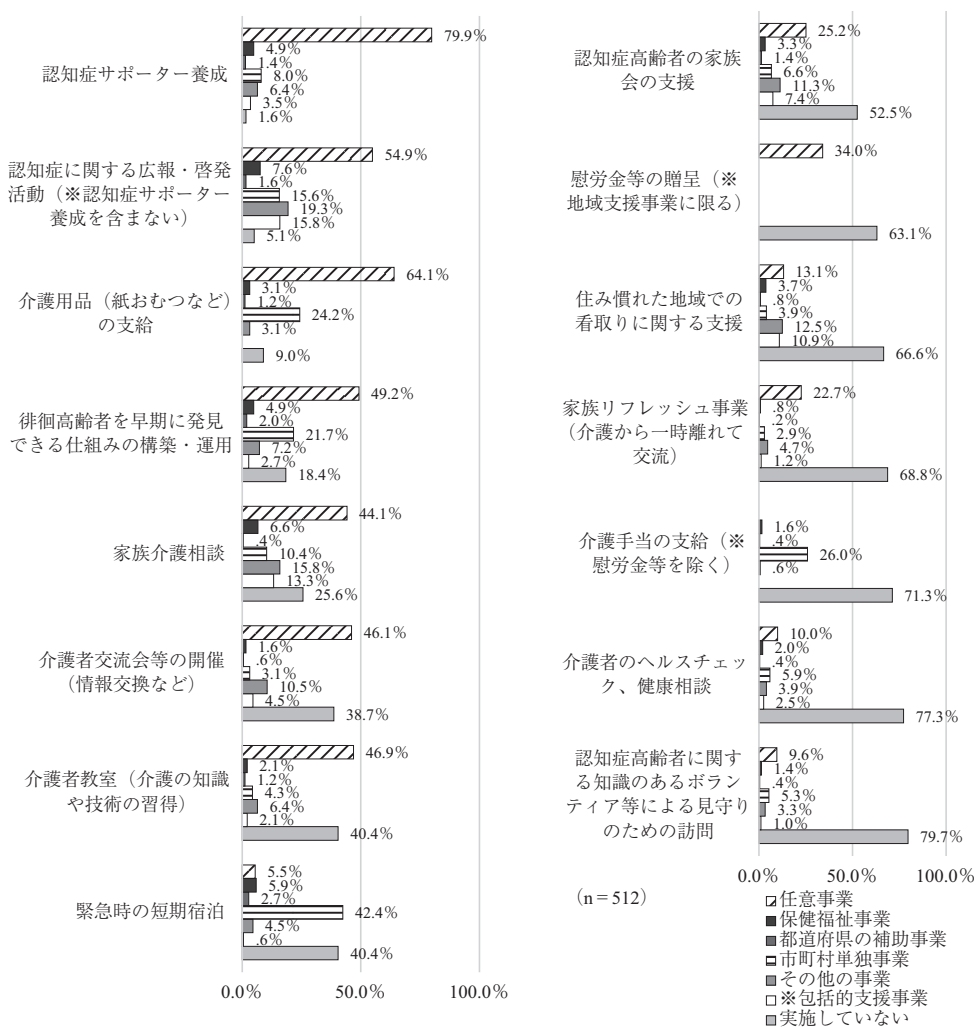
そして半数に満たない事業は，「認知症高齢者の家族会の支援、52.5%，「慰労金等の贈呈、63.1%，「住み慣れた地域での看取りに関する支援、66.6%，「家族リフレッシュ事業、68.8%，「介護手当の支給、71.3%，「介護者のヘルスチェック，健康相談、77.3%，「認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問、79.7%であった。

⁴³⁾ 本稿のもととなった日本社会福祉学会第67回大会報告では，介護者支援事業の実施状況等について市町村（市部と郡部）別の分析をしている。

⁴⁴⁾ 高齢化率は自治体ごとの平均値であるため，全人口で算出した値とは異なっている。

⁴⁵⁾ 本調査の集計と確認は，IBM SPSS ver.23とver.27を用いた。

⁴⁶⁾ 本調査の回収率は30%弱で全国より市部の構成割合が若干高いため，国の調査結果（図1）と同様の事業を比較したところ実施率に大きな差のないことを確認した。参考までに，任意事業で実施と回答した割合は次のとおりである。（ ）は，国による2017年度調査における家族介護支援事業（任意事業）の実施率である。「認知症に関する広報・啓発活動、54.9%（54.3%），「介護用品の支給、64.1%（66.0%），「徘徊高齢者を早期に発見できる仕組みの構築・運用、49.2%（46.0%），「介護者交流会等の開催、46.1%（45.5%），「介護者教室、46.9%（40.4%），「慰労金等の贈呈、34.0%（39.1%），「介護者のヘルスチェック，健康相談、10.0%（10.2%），「認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問、9.6%（8.0%）。



注：「※包括的支援事業」は、「その他の事業」のうち該当する事業を再掲した。

図3 市町村における介護者支援事業の事業種別実施状況 (複数回答)

3 事業種別実施状況の特徴

図3より、事業種別実施状況の特徴をみていく。はじめに、実施率の上位3位の事業を取り上げる。

2005年当時より「認知症サポーター100万人キャラバン」として取り組まれてきた、`認知症サポーター養成`は、「実施していない」割合が1.6%で、全国的に普及したことがわかる。「任意事業」と回答した割合は79.9%にのぼり、2015年度から、その他の事業の対象となったことが反映

されたものといえる。また、認知症総合支援事業も創設されたことから、「包括的支援事業」(3.5%)と回答した市町村も見受けられる。

認知症総合支援事業の創設によるものとみられる傾向は、2番目に実施率の高かった`認知症に関する広報・啓発活動`にも表れている。「任意事業」(54.9%)の次に多かった回答が「包括的支援事業」(15.8%)で、わずかながら「単独事業」(15.6%)を上回っている。

そして、任意事業の見直しの対象である`介護

用品の支給、は、9割にのぼる市町村が実施している。事業種別では、「任意事業」が64.1%と最も高く、だいぶ差が開いて「単独事業」が24.2%で続き、「保健福祉事業」(3.1%)、「補助事業」(1.2%)、「その他の事業」(3.1%)はわずかである。本調査結果の限り、激変緩和措置とされる「任意事業」で実施している市町村が依然として多くを占めており、「保健福祉事業」等への移行は進んでいない。市町村特別給付は、「その他の事業」の回答のなかで、4団体があげているだけであった。

第7期介護保険事業計画期間が終了するのにあたり、2019年度調査結果として厚生労働省が公表した「介護用品の支給に係る今後に向けた検討状況」(複数回答)⁴⁷⁾によれば、市町村が検討している移行先は、「市町村一般財源事業」58.2%、「市町村特別給付」23.8%、「保健福祉事業」14.0%で、「事業の廃止」も17.7%となっている。また、支給要件の見直しは、「支給上限額」28.6%、「介護度要件」26.7%、「所得要件」24.8%で、「新規の申請受付を中止」が4.4%となっている。第1号被保険者の保険料が上昇しているなかで、保険料負担に跳ね返る事業への移行はそう簡単ではない。一般財源による単独事業として、支給要件を見直し対象範囲を限定したうえで継続の道を検討していることがうかがえる。

そこで、移行先とされる「保健福祉事業」に着目すると、本調査結果からも実施率の低さが顕著になっている。その点、`認知症に関する広報・啓発活動、7.6%、`介護者相談、(本調査では`家族介護相談、)6.6%、`緊急時の短期宿泊、5.9%は、相対的にみると高いといえる。`介護者教室、は、「保健福祉事業」と回答した割合は2.1%にとどまっている。「保健福祉事業」の「介護者支援事業」として`介護者教室・相談、を実施できるが、多くは「任意事業」(46.9%)によっているものと

いえる。また、`家族リフレッシュ事業、を実施している市町村は30%ほどであり、その多くは、やはり「任意事業」(22.7%)と回答しており、「保健福祉事業」は0.8%でしかない。

実施している事業のうち、「包括的支援事業」による回答が多かったのは、`住み慣れた地域での看取りに関する支援、である。2015年度に、社会保障充実分として在宅医療・介護連携推進事業が創設されたことを反映している。本調査では、住み慣れた地域で「最期まで」という地域包括ケアシステム構築の理念を踏まえ、質問項目に加えている。地域包括ケアシステムの構築を前提とし、国が求めている「地域医療ビジョン」の遂行は、「これまで病院が担ってきた終末期の療養や看取り機能を地域に移行することになる」⁴⁸⁾。介護者支援事業としての位置づけは、並行して検討すべき課題である。

また、「単独事業」による回答が最も多かったのは、`介護手当の支給、(26.0%)である。地方単独事業として実施されてきた介護手当の支給は、介護保険導入以降、創設された家族介護慰労金(`慰労金等の贈呈、)への移行や、介護の社会化に反するという理由で廃止する市町村も少なくはなく、実施する市町村は減少傾向にあった。本調査での「単独事業」による実施率は26.0%となっている。また、「補助事業」と回答した、同一県内の市町村が2団体(0.4%)あった。2007年当時、介護手当を市町村に対する補助事業(都道府県単独事業)として実施していたのは群馬、富山、山梨、兵庫、愛媛の5県であった⁴⁹⁾。本調査によって、2018年現在継続している自治体が、1県あることが確認できる。

介護保険制度は国と市町村の関係は密接であるのに対して、これまで都道府県の役割は補足的な内容となっているとの指摘もある⁵⁰⁾。介護者支援事業においても、「補助事業」と回答したのは、

⁴⁷⁾ 「全国介護保険担当課長会議資料 令和2年7月31日(金) 振興課」。

⁴⁸⁾ 筒井(2019), p.4, pp.87-89。`住み慣れた地域での看取りに関する支援、については、研究協力者(白石敦子)が分析を進めている。

⁴⁹⁾ 菊池(2010)。なお、日本の介護手当に関する最近の研究では権(2020)が詳しい。

⁵⁰⁾ 前掲注48), p.45。

緊急時の短期宿泊、が2.7%であったほか、ほとんどみあたらない。

4 その他の介護者支援事業

図3の15事業以外に、実施している介護者支援事業についてたずねた結果をまとめておく。のべ44件の事業があげられ、「任意事業」が52.3%で過半数を占めている。事業内容は、認知症カフェ、介護マーク普及、成年後見制度利用支援、介護支援者育成、介護離職防止リーフレットの作成、認知症外出見守りなど多様である。

次に多かったのは「単独事業」の27.3%であった。在宅高齢者短期入所、在宅療養ガイドブック発行・セミナー開催、寝具丸洗いサービス、介護に関する相談体制の強化、ヤングケアラーに関する啓発、介護職員初任者研修奨励金などがあげられていた。「任意事業」とあわせると両方で約8割にのぼる。残る2割には、「総合事業」によるものもあった。

回答のなかには、直接的な介護者支援とはいえないような事業も見受けられる。関連する事業を含めても数として決して多くはないなかで、介護者支援を意図して実施しているものと推察される。家族介護支援事業の見直しにより対象が限定されたとはいえ、任意事業において、創意工夫による事業を実施している実情がうかがえる。そして、財源問題を横に置けば、単独事業によって、自由度の高い、多様な事業展開が可能となっていることが読み取れる。

Ⅳ 市町村における今後の事業展開

2015年度の地域支援事業の再編にあたり、任意事業が見直され、家族介護支援事業の対象は原則として図1にあげる事業となった。とはいえ2018年の本調査によれば、多様な事業内容で実施している市町村が少なからずある。任意事業の見直しが提起する課題は、少額といえども国による公費負担の削減が不可避となった緊縮財政が根底にあ

る。一方、住民福祉の向上の観点から、市町村には事業の推進役が期待される。「国全体の政策目標と地方自治体の事務内容との整合性」の観点から、国と地方の関係の問い直しが求められる⁵¹⁾局面ともいえる。以下、近年の介護保険制度改革の動向を踏まえ、市町村における介護者支援事業の今後の事業展開のあり方について、得られた示唆をまとめる。

第1に、地域支援事業における介護者支援にかかわる事業間の連携である⁵²⁾。任意事業の見直しの考え方として、総合事業、包括的支援事業、基金等で実施すべきものを対象外とする考え方が示されていた。拡充された地域支援事業における事業間の連携の重要性が示唆される。

介護者支援においては、「認知症に関する施策の総合的な推進等」として、介護保険法にも明記された現在、認知症高齢者の介護者の負担軽減は優先課題となっている。家族介護支援事業のなかで、認知症高齢者見守り事業は年々実施率も上昇傾向にある。2015年度からは、認知症総合支援事業が創設されたことで、包括的支援事業による事業展開も見込める。認知症サポーター養成、がほとんどの市町村で実施されるに至った現在、具体的な支援活動につなげるには、包括的支援事業との連携が鍵となるに違いない。

これとは対照的に、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問、(以下、やすらぎ支援員の訪問、)は、2002年度に、痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業としてスタートした事業であるが、思うように普及していない。本調査では、単独事業で実施している市町村も確認できたが、約8割は実施していない。地域のボランティアの養成は、総合事業においても懸案となっている。そして総合事業の運用は、生活支援体制整備事業の推進なくしては難しい。やすらぎ支援員の訪問、を例にとっても、今後、総合事業や包括的支援事業など、地域支援事業の事業間での連携が不可欠といえる。

第2に、地域包括支援センターの相談業務を中

⁵¹⁾ 山本(2002), pp.10-11。

⁵²⁾ 前掲注7)。

心とする事業展開である。上記の地域支援事業の連携を実質的に推進する機関はセンターである。したがって、第1の点はセンターの機能強化によっても実現される。

センターの機能強化を目的として導入された事業評価では、包括的支援事業のひとつである総合相談支援業務において、家族介護者からの相談件数や内容の記録等の評価指標が設けられた。任意事業の家族介護支援事業との連携が求められる。本調査結果からも、⁵³⁾家族介護相談、はほかの事業に比較すると、包括的支援事業をあげた市町村の割合が高い。センターの総合相談支援業務にあたり、介護者の生活の質の向上の視点が盛り込まれ、介護者のアセスメントを導入する機運が高まっている⁵³⁾。⁵⁴⁾介護者のヘルスチェック、健康相談、の実施率が低い現状にあって、センターによる相談機能を向上させ、事業の普及につなげることも必要である。また、任意事業による⁵⁴⁾介護用品の支給、の廃止にあたっては、センターの運営等、ほかの事業の優先順位も考慮することとされた。介護者支援事業におけるセンターの役割は増している。そうしたとき、委託型センターが約8割にのぼっている現状において、設置主体である市町村によるマネジメントが重要である。

第3に、事業評価を通じた保険者の機能強化における事業展開である。2017年の改正介護保険法において、介護保険事業を担う市町村、都道府県、国との協働により地域包括ケアシステムを発展させることを目的とし、保険者機能強化推進交付金が創設された⁵⁴⁾。介護保険事業計画に盛り込んだ高齢者の自立支援、重度化防止等の事業評価を通じて、市町村及び都道府県に交付金として財政的インセンティブを付与するものである。その性格上、保険者である市町村には、交付金を活用した地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業の充実が求められている。

介護者支援にかかわる直接的な評価指標は、「認知症総合支援」に設けられている。そこには、

介護保険外サービスの整備として認知症カフェのほかに、「認知症サポーター養成講座の受講者を傾聴や見守り等のボランティアとして登録、活用する」などが目にとまる。全国的に実施率の低い⁵⁴⁾やすらぎ支援員の訪問、を想定していることがわかる。

事業評価によるインセンティブは、将来的には調整交付金に反映させるとの議論もあるなかで、その是非はともあれ、市町村には、地域の実情に応じた活用と創意工夫が重要となる。介護者支援事業の展開も、地域包括ケアシステム構築に向けた保険者の機能強化が図られるなかで、市町村の取り組み姿勢にかかっているものといえる。

V おわりに

本稿で用いた調査結果は、介護者支援事業の事業種別の実施状況を中心に、全体像の把握に留まっている。地域包括ケアシステム構築の観点からすると、市町村の特性を踏まえた詳細な分析が求められる。また、各事業が介護者そして要介護者にとってどのような支えとなっているか、事業展開するうえでどのような課題をかかえているか等の究明も必要である。この点、2020年中に、市町村担当職員やセンター職員を対象とするインタビュー調査等を実施した。そのなかで、コロナ禍にあって、各種事業が思うように進んでいない実情が聞き取れた。感染拡大防止対策は第一義であることはいうまでもないが、必須事業ではないことによる影響があるならば見過ごせない。今後の検討課題としたい。

2018年の社会福祉法の一部改正で、地域福祉計画の策定が地方自治体の任意であったものから努力義務となり、高齢者福祉をはじめ福祉の各分野の上位計画として位置づけられた。団塊ジュニアが高齢期となる2040年を見据え、地域共生社会の実現を視野に収めたものである。地域包括ケア計画と位置づけられている第8期介護保険事業計画

⁵³⁾ 前掲注5)。

⁵⁴⁾ 「平成30年度における保険者機能強化推進交付金(市町村分)について」(平成30年2月28日 厚生労働省老健局介護保険計画課事務連絡)。

は、地域福祉計画と調和の保たれたものとして作成、遂行することがこれまでも増して求められる。介護者支援事業のあり方も、地域福祉の全体像のなかで議論することが重要となる。ヤングケアラーにも目配りしつつ、領域横断的な「ケアラー支援計画」を策定した都道府県⁵⁵⁾の登場などは、市町村の介護者支援事業の牽引役として期待したい。

付記

本稿は、日本社会福祉学会第67回秋季大会(2019年)での報告をもとに論考を発展させたものであり、JSPS科研費JP18K02079の助成を受けた研究成果の一部である。

参考文献

- 相山馨・寺本紀子・加藤和美・茂古沼江里(2018)「介護者支援におけるアセスメントツールの開発—介護者の生活ニーズに対応するケアマネジメントの展開に向けて」、『社会福祉士』, No.25, pp.35-37。
- 畑亮輔・岡田進一・白澤政和(2011)「居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族へのアセスメントと家族介護者支援との関連」、『介護福祉学』, Vol. 18, No.2, pp.112-121。
- 平岡公一(2016)「高齢者介護政策の展開と制度変化—制度的枠組の再編, レジーム変容, 経路依存の視角から」, 福祉社会学会第14回大会報告資料。
- (2018)「介護保険制度の創設・改革と日本の高齢者ケアレジーム」, 須田木綿子・平岡公一・森川美絵編『東アジアの高齢者ケア—国・地域・家族のゆくえ』, 東信堂, pp.54-80。
- 鏡論(2014)「介護保険における地域包括ケアシステム」, 『淑徳大学研究紀要』, No.48, pp.1-60。
- 菊池いづみ(2010)『家族介護への現金支払い—高齢者介護政策の転換をめぐる』, 公職研。
- (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『地域研究』, No. 12, pp.55-75。

- (2018)「家族介護に対する支援策の今日的課題—現金給付の再検討」, 『個人金融』, 2018年春号, pp.53-65。
- 厚生労働省(2016)「介護保険制度の見直しに関する意見 平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会」, http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf (2021年3月1日最終確認)
- (2018)「市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル—介護者本人の人生の支援 平成30(2018)年3月」, <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf> (2021年3月1日最終確認)
- 権 順浩(2020)『家族介護と経済的支援—経済的支援はなぜ必要か』, あいり出版。
- 三富紀敬(2010)『欧米の介護保障と介護者支援—家族政策と社会的包摂, 福祉国家類型論』, ミネルヴァ書房。
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2019)「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業 報告書(平成30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)平成31(2019)年3月」, https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_15.pdf (2021年3月1日最終確認)
- 西尾 勝(2007)『行政学叢書5 地方分権改革』, 東京大学出版会。
- 沼尾波子(2014)「地域包括ケアシステムにおける自治体行財政運営の課題」, 宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編—新しい「支え合い」システムを創る』, 明石書店, pp.119-150。
- 埼玉県(2021)「埼玉県ケアラー支援計画(案)令和3年度～令和5年度」, <https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/192442/01.pdf> (2021年3月3日最終確認)
- 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその応用』, 中央法規出版。
- (2019)『地域包括ケアシステムの深化—integrated care理論を用いたチェンジマネジメント』, 中央法規出版。
- 山本 隆(2002)『福祉行財政論—国と地方からみた福祉の制度・政策』, 中央法規出版。

(きくち・いづみ)

⁵⁵⁾ 前掲注6)。

The Development of Caregiver Support Projects in Municipalities: Under the Long-term Care Insurance System Reform

KIKUCHI Izumi*

Abstract

This study presents environmental changes surrounding support projects for informal caregivers, such as family members, under the long-term care insurance system reform, symbolized by the expansion of Community Support Projects with a view on sustainability, described from the perspective of (i) financial resources problems caused by austerity, (ii) path-dependent issues, (iii) promotion of dementia measures, and (iv) response to the diverse caregiver image. Additionally, using the results of our nationwide survey on the implementation status of caregiver support projects in municipalities, I offer the ideal solution to future projects development for the establishment of integrated community care system.

Municipalities are expected to promote the expansion of caregiver support projects as Family Care Support Projects are considered optional. First, cooperation between projects is important in Community Support Projects under the long-term care insurance system reform. Second, the development of projects on community support centers should generally be centered around consultation services. Third, project development should strengthen the functioning of insurers through project evaluation. Municipalities are expected to innovate according to the actual situation of the region.

Keywords : Caregiver Support Projects, Long-term Care Insurance System Reform, Community Support Projects, Family Care Support Projects, Integrated Community Care System

* Institute of Human Culture Studies, Otsuma Women's University

特集：高齢者介護における家族介護の実態

東アジアにおける介護者支援をめぐる状況
——台湾を例に——

小島 克久*

抄 録

介護制度には介護サービスの提供のほか、家族介護者支援も重要である。介護制度が整えば整うほど、かえって家族介護の役割は大きくなり、彼らへの支援策は重要になる。東アジアでは、家族介護者支援を制度化した例として台湾がある。台湾では、長期照顧十年計画2.0という介護政策プランの中で、家族介護者支援策が給付のひとつとしてあり、その内容は、レスパイトケア、介護相談、介護技能訓練、経済支援と多様である。レスパイトケア、家族介護者手当、家族介護者支援拠点の利用状況を、当局の統計を用いて県市別に分析すると、公的介護サービスの利用が多い県市ほど、これらの家族介護者支援サービスの利用が多い傾向が見られた。こうした地域では、高齢者の同居・近居率、外国人人口割合が低く、一人あたり世帯所得も低く、台湾で一般的な外籍看護工の雇用も相対的に少ない。台湾の例から、家族介護者支援の普及には、公的介護サービスの普及が重要である。

キーワード：介護制度、介護政策、介護者支援、家族介護者、台湾

社会保障研究 2021, vol.6, no.1, pp.75-89.

I はじめに

介護制度では、介護サービス提供とともに家族介護者支援も重要である。在宅の高齢者が介護を受ける場合、訪問介護員が来ない時間帯の介護や話し相手といった情緒的サポートなどの場面では、家族がその役割を担っていると考えられる。こうした場面では、介護者である家族への身体的、精神的、経済的な負担がかかり、これを軽減する支援が必要になる。OECD (2020) によると同加盟国の一部である欧州の17か国では、65歳以上の要介護者の大半が家族などによるインフォ

マルケアのみを受けている。さらに約30%はインフォーマルケアと制度化されたフォーマルケアの両方を受けている。そして、家族介護者に対する介護技能および情緒的な支援の重要性を指摘している。またOECD (2011) でも、加盟国を対象にインフォーマルケアを担う家族介護者の状況を詳細に分析しており、彼らへの支援策の充実を提言している。

東アジアの介護制度の内容は、増田 (2014) で示されるように、国や地域によって大きく異なる。そのような中、家族介護者支援策を介護制度の中に含めて制度構築している例として台湾がある。法律で家族介護者支援策が介護サービスの一

* 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長

つとして位置づけられている。また、実際の介護制度でも、家族介護者支援が地域（通所）ケアとして位置づけられているほか、家族介護者手当などの経済支援もある。これらは台湾当局が定めた中央レベルの介護制度の内容であり、全国レベルでの包括的な家族介護者支援策が明確でないわが国と大きく異なる。

一方で台湾の老人福祉に関する文献では、家族介護者支援に関する言及の仕方が、文献により異なる。例えば、葉（2012）では台湾の介護政策の課題として、介護制度の財源、介護サービス提供体制の整備に重点が置いた上で、レスパイトケアについて論じている。徐他（2013）では、OECDの報告書などを引用しつつ家族介護者支援をまとめつつ、台湾で家族介護者支援を行う組織についてまとめている。呂（2016）では、家族介護者支援の施策メニューを整理しながら、今後の家族介護者支援の重要性を指摘している。台湾の社会保障や社会福祉については、日本語で刊行されている文献が少ない状態にある。それでも、宮本（2015）、須田他（2018）があるほか、上村（2020）では台湾の社会福祉の歴史から、各制度の現状や課題をまとめている。また論文として、台湾の介護制度を取り上げた廣橋（2018）や小島（2021）、台湾の介護システムとケアマネジメントなどを取り上げた西下（2021）などがある。しかし、家族介護者支援を主に取り上げたものではない。

本稿では、介護制度の中に位置づけられている台湾の家族介護者支援策について、その内容及び利用状況について、台湾の公的資料や統計を用いた分析を行う。そして、今後のわが国の介護制度における家族介護者支援の進め方に係る示唆について考察を行う。

II 台湾の家族介護と介護支援策の現状

1 台湾の家族介護者の現状

台湾では家庭においても、高齢者等の介護を目

的にした外籍看護工と呼ばれる外国人介護労働者の雇用が多い。実際に、2019年で約25.9万人（うち家庭では約24.4万人）が就労している¹⁾。そのような中でも家族介護者の役割は大きく、その現状は衛生福利部『老人状況調査』で明らかにされている²⁾。この調査は55歳以上の者を対象とするが、2017年の調査では、家族介護者への調査も行われている。この年の調査結果から、台湾の高齢者への家族介護者の状況をまとめたものが図1である。

この図によると、台湾の要介護高齢者数は約90.6万人と推計されている。同じ年の台湾の高齢者人口が約326.8万人であり（内政部統計による）、高齢者の3割近くを占めることになる。これはこの調査での要介護高齢者の定義が、「ADLs（衣服の着脱、食事など6項目）またはIADLs（日常的な買い物、服薬管理など9項目）のうち1つでも手助けが必要な者」と幅広くなっているためである。彼らの中で介護者がいる者は94.3%であるが、そのうち家族は67.1%（約60.8万人）である。さらに続柄別では、配偶者が21.5%、子が33.4%、子の配偶者が9.2%、その他の家族・親族が3.0%で合計が67.1%となる。なお、家族以外の27.2%のうち、外籍看護工は17.1%である。

介護者である家族について、男女及び年齢構成を見ると、男女別では男性が46.1%、女性が53.9%であり、女性の方が多い。年齢構成は、55歳未満が41.5%と最も多い。次いで55～64歳が24.1%を占め、65～69歳は12.4%、70～74歳は8.0%と年齢階級が上がるにつれて構成比は低下し、80歳以上では6.4%にとどまる。65歳以上の家族介護者の割合は34.5%となり、わが国の58.8%（2019年、厚生労働省『国民生活基礎調査』）と比べると、台湾の家族介護者の年齢構成はわが国よりも若い。要介護者との同別居を見ると、同居が89.9%、別居が10.2%であり、同居して介護する家族が非常に多い。仕事の有無では、仕事ありが39.2%、仕事なしが60.8%である。わが

¹⁾ 外籍看護工の仕組みや詳細は小島（2017）参照。

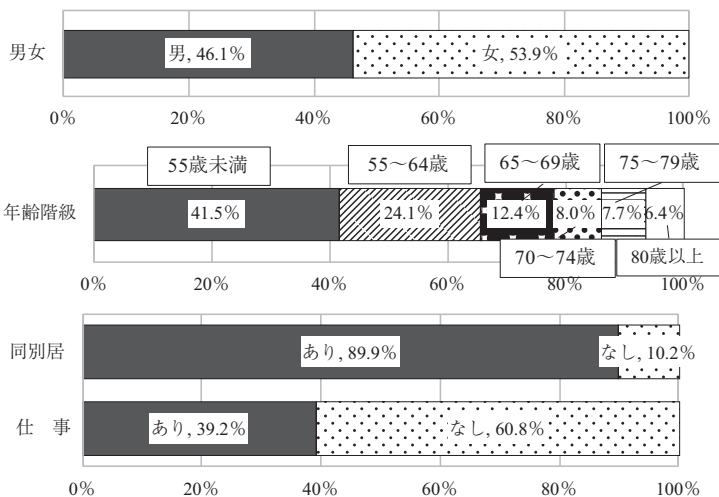
²⁾ この調査の詳細は、衛生福利部webサイト（<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1767-113.html>）参照（2021年2月19日最終確認）。

国でも同居の介護者で仕事ありの者は39.9%である（厚生労働省同調査）。台湾の家族介護者は、女性が多く、年齢はわが国よりも全体的に若い。同居の者が多い。また、わが国同様に仕事をせずに介護を担っている者が多い状況となっている。

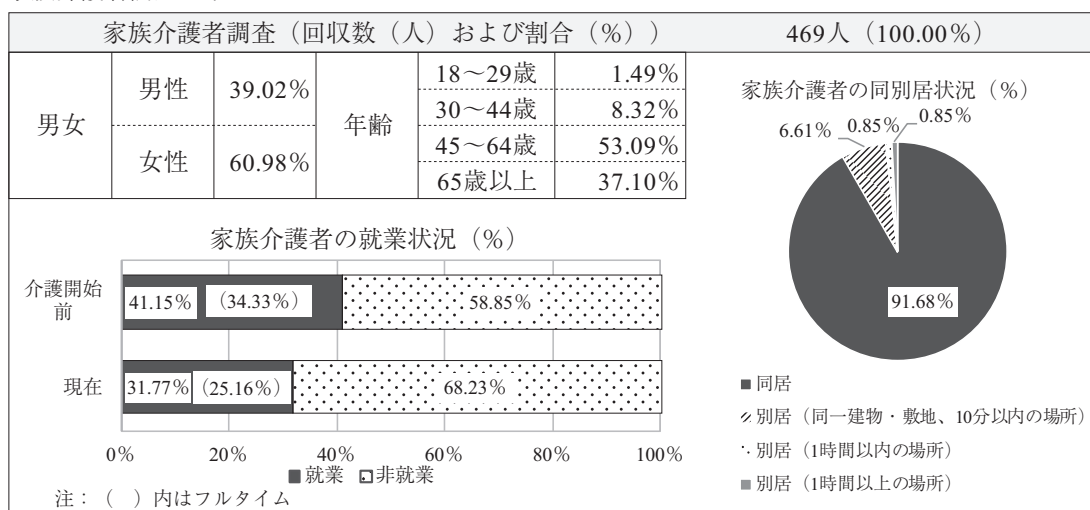
また、図1の下半分から家族介護者への調査結果からも同様のことがわかる。家族介護者のうち要介護高齢者との同別居の割合は同居が91.68%、別居（同一建物・敷地、10分以内の場所）が6.61%となっている。つまり、ほとんどの家族介護者が

1.本調査（55歳以上対象）結果より

2017年	人数・割合
要介護等高齢者	906,533
介護者あり	94.3%
家族	67.1%
配偶者	21.5%
子	33.4%
子の配偶者	9.2%
その他家族・親族	3.0%
家族以外	27.2%
隣人・知人	2.7%
外籍看護工	17.1%
介護従事者	7.2%
その他	0.2%
介護者なし	5.7%



2.家族介護者調査より



注：この調査でいう「要介護高齢者」とは、ADLsまたはIADLsの少なくとも1つで手助けが必要な者。四捨五入の関係で合計が100%にならない場合がある。

出所：衛生福利部「老人状況調査」より筆者作成。

図1 台湾の家族介護者の状況（2017年）

同居または近くに住む親を介護している。就業に関する調査結果を見ると、介護を行う前は就業していた者は41.15%（うちフルタイムは34.33%）、介護を始めてからは31.77%（同25.16%）であり、10%程度就業する者の割合が減っている。

2 台湾の介護制度と家族介護者支援策

(1) 台湾の介護制度の枠組み

台湾の家族介護者支援策を見る前に、介護制度の枠組みを表1から確認する。まず、高齢者福祉の基本的な法律として、老人福利法（老人福祉法、1980年制定）がある。この法律では、高齢者福祉の政策分野として、所得保障（年金など）、老人福祉サービスなどの内容がある。特に、介護制度に関係するものとして、要介護高齢者に対して、施設、居宅、地域（通所）ケアを当局が提供する、という内容が盛り込まれている。

次に、介護サービスに関する基本的な法律として、長期照顧服務法（介護サービス法、2015年制定）がある³⁾。この法律ではまず、介護制度を所管

する組織として、衛生福利部（中央省庁）、県市政府（地方自治体）⁴⁾を定め、これらの政府当局の役割を定めている。それに加えて、介護サービスの枠組みについて定めている。具体的には、介護サービスの種類（施設、居宅、地域ケアなど）及び具体的な内容（居宅ケアの場合、身体介護など）、介護サービス利用の原則（要介護認定を受けるなど）、介護事業所の種類（施設、居宅、地域の各ケア、総合型ケア及び設置主体）や管理（設立、廃業、責任者など）などである。また、介護人材（介護事業所に登録、定期的な介護技術訓練を受けるなど）や個人看護者（家庭で私的に雇用される介護者で定期的な介護技術訓練を受講すること）、介護サービス利用者の權益保護などの内容も含まれている。

さらに具体的な公的介護サービス提供・整備のための政策実施プランとして、長期照顧十年計画2.0（介護サービス十年計画2.0、略称は長照2.0）が2017年から実施されている。この計画は、長期照顧十年計画（2008～2016年に実施、長照1.0）を

表1 台湾の介護制度の枠組み—主な法律と政策プラン—

項目	内容
老人福利法 (老人福祉法)	・1980年制定の老人福祉に関する基本的な内容について定めた法律 高齢者の定義（65歳以上の者）、政府当局の役割、財源、所得保障（年金など）、老人福祉サービス（介護サービスなど）、老人福祉事業所など
長期照顧服務法 (介護サービス法)	・2015年制定の介護サービスの基本的な枠組みを定めた法律 総則（介護制度を所管する組織、用語の定義、当局の職務など） 介護サービス（種類や具体的な内容、提供体制整備など） 介護事業者（介護事業所の種類、管理、介護人材の登録、訓練など） 介護サービス利用者の權益確保、罰則など
長期照顧十年計画2.0 (介護サービス十年計画2.0)	<ul style="list-style-type: none"> ・2017年から実施の介護サービス提供のための政策実施プラン。費用は税財源。 ・主な仕組み <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;"> <p style="text-align: center;">対象者</p> <p>65歳以上の者、若年障害者など</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">サービス利用までの流れ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 要介護認定（第1級から第8級） 2. ケアプラン、サービス利用プラン作成 3. 介護サービス利用（第2級以上） </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;"> <p style="text-align: center;">利用できるサービス</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設ケア、2. 居宅ケア 3. 地域（通所）ケア ※家族介護者支援を含む 4. 福祉用具・住宅改修、5. 移送等 <p style="text-align: center;">サービスの種類・所得に応じた自己負担（0～30%）</p> </div> </div>
その他 (主なもの)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族介護手当（中低収入老人特別照顧津貼）月5,000台湾元を支給（約1.9万円、条件あり） ・外国人介護労働者（外籍看護工）当局の許可を得れば家庭・施設で雇用できる ・税制 介護費用控除税制（2019年より）

出所：衛生福利部、労働部資料から筆者作成。

³⁾ この法律の詳細は、小島（2015）参照。

⁴⁾ 行政院に直轄・直属の地方自治体であり、台北などの大都市は市、そのほかの地域は県（例：阿里山のある嘉義県）であり、あわせて22ある。

前身とし、要介護高齢者などに、税財源で施設、居宅、地域（通所）ケアを提供する行政プランである⁵⁾。

長照2.0の対象者は、65歳以上の者のほか、若年障害者なども含まれる。介護サービス利用希望者は、県市政府の介護管理センターに要介護認定を申請する。要介護認定（自立の第1級から最重度の第8級までの8段階）を受け、第2級以上で認定された者は、ケアプラン（要介護度と公的介護サービスの利用限度額が決定）およびサービス利用計画（ケアプランに基づく介護サービス利用スケジュール）の作成を経て、介護サービスを利用する。利用可能な介護サービスとして、施設ケア（介護施設）、居宅ケア（訪問介護、訪問看護など）、地域（通所）ケア（デイサービス、レスパイトケア、配食サービス、小規模多機能、家族介護者支援など）などがある。介護サービス利用時には、収入および介護サービスの種類に基づく0～30%の自己負担がある（低所得でない要介護高齢者による居宅および地域ケア利用では16%）。

このほかに、中低収入老人特別照顧津貼（家族介護手当）があり、重度の要介護高齢者を同居家族（就業していないなどの条件がある）が介護している低所得世帯に月額5,000台湾元（約1万9千円）が支給される。さらに、高齢者等の介護を目的とした家庭や施設での外籍看護工の雇用が、当局の許可により可能である。そして、2019年から所得税の税額控除で介護費用の支援も始まっている⁶⁾。

（2）介護制度の中での家族介護者支援策

こうした枠組みを持つ台湾の介護制度における、家族介護者支援策の位置づけをまとめたものが表2である。これをもとに台湾の家族介護者支援の内容と特徴を概観する。

① 老人福利法と長期照顧服務法

まず、老人福利法では2007年改正時に、家族介護者支援に関する規定を盛り込んでいる。具体的

には第19条で、老人福祉施設が提供するサービスのひとつとして、家族教育サービスを含めている。このサービスの具体的な内容は関係規則⁷⁾によると、①老人及び家族支援サービス、②家族への各種社会サービス利用支援、③家族を対象とした座談会及び広報活動 ④老人及び家族への入所施設紹介、である。第31条では、県市政府が提供する家族介護者支援が明示されている。その具体的な内容は、①臨時あるいは短期利用のレスパイトケア、②介護者の介護技能訓練及び講習、③家族介護者支援の相談サービス、④介護サービス情報の提供、⑤その他家族介護者の介護能力及び生活の質の向上に資するサービス、である。

次に、長期照顧服務法には家族介護者支援に関する規定が制定当初から盛り込まれている。ただし、この法律の当初案には、こうした規定は盛り込まれていなかった。しかし審議の途上で、家族介護者支援のあり方が介護制度の成否を左右するという趣旨から、修正案にこの内容が盛り込まれた。具体的には第3条の用語の定義で、介護サービス、介護事業所とともに、家族介護者が「家庭の中で日常的に要介護者に介護を提供する家族または同居人」として定義されている。第9条の介護サービスの提供方式に関する条文では、家族介護者支援として「家族介護者に対して特定の介護拠点または居宅にて提供する支援サービス」となっている。第13条の家族介護者支援の内容として、①介護サービス情報の提供または紹介、②介護知識及び技能に関する訓練、③レスパイトケア ④情緒的支援サービスの紹介、⑤その他家族介護者の介護能力及び生活の質の向上に資するサービス、が明示されている。

このように、老人福祉、介護サービスに関する法律の中で、家族介護者支援に関する内容が明確に示されている。その内容として、家族介護者からの相談、介護サービス紹介、介護技術講習など、家族介護者のニーズに幅広く対応することを念頭に置いた内容を含むという特徴を有する。

⁵⁾ 長照1.0から長照2.0への変遷経緯や変更点は前掲1参照。

⁶⁾ 詳細は小島（2019a）を参照。

⁷⁾ 老人福利服務提供者資格要件及服務準則（老人福祉サービス提供資格要件及びサービス基準）の第109条。

表2 台湾の介護制度における家族介護者支援策

項目	内容							
介護制度の基本的な法律	<p>【特徴】 2007年改正で家族介護に関する規定が盛り込まれる</p> <p>第19条：老人福祉施設が利用者のニーズに基づいて提供するサービスに家族教育サービスが含まれる ※具体的な家族教育サービスの内容 （「老人福利サービス提供者資格要件及サービス準則」第109条） ①老人及び家族支援サービス ②家族への各種社会サービス利用支援 ③家族を対象とした座談会及び広報活動 ④老人及び家族への入所施設紹介</p> <p>第31条：県市政府が提供する家族介護者支援策が明示 ①臨時あるいは短期利用のレスパイトケア ②介護者の介護技能訓練及び講習 ③家族介護者支援の相談サービス ④介護サービス情報の提供 ⑤その他家族介護者の介護能力及び生活の質の向上に資するサービス</p>							
	<p>【特徴】 制定当初から家族介護に関する規定が盛り込まれる</p> <p>第3条（用語の定義）で家族介護者が定義 家庭の中で日常的に要介護者に介護を提供する家族または同居人</p> <p>第9条（介護サービスの提供方式）で家族介護者支援の提供方式が明示 家族介護者に対して、特定の拠点または居宅にて提供する支援サービス</p> <p>第13条で家族介護者支援策の内容が明示 ①介護サービス情報の提供または紹介 ②介護知識及び技能に関する訓練 ③レスパイトケア ④情緒的支援サービスの紹介 ⑤その他家族介護者の介護能力及び生活の質の向上に資するサービス</p>							
行政プラン	<p>政策課題のひとつとして、「家族介護者支援の強化」を挙げる これまでの電話相談などに加え多様な家族介護者支援メニューを確立 介護サービス内容として、地域（通所）ケアに「家族介護者支援」が含まれる</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">施設ケア</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">居宅ケア</td> <td rowspan="3" style="border: none; padding-left: 20px; vertical-align: middle;"> <p>→</p> <p>デイサービス、小規模多機能、配食サービス、 レスパイトケア、家族介護者支援（家族介護者支援センター 電話相談、家族介護者支援拠点の整備、介護技能訓練の実施）</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">地域（通所）ケア</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">その他</td> </tr> </table> </div>	施設ケア	居宅ケア	<p>→</p> <p>デイサービス、小規模多機能、配食サービス、 レスパイトケア、家族介護者支援（家族介護者支援センター 電話相談、家族介護者支援拠点の整備、介護技能訓練の実施）</p>	地域（通所）ケア		その他	
施設ケア	居宅ケア	<p>→</p> <p>デイサービス、小規模多機能、配食サービス、 レスパイトケア、家族介護者支援（家族介護者支援センター 電話相談、家族介護者支援拠点の整備、介護技能訓練の実施）</p>						
地域（通所）ケア								
その他								
経済支援	<p>家族介護を受けている要介護高齢者に月5,000台湾元（約1.9万円）を支給（支給条件）</p> <p>1. 要介護高齢者 ①低所得 ②要介護度が重度 ③介護サービスを利用していない 2. 家族介護者 ①16歳以上65歳未満 ②仕事をせずに介護を行っている ③介護している高齢者と同居または同一市区町村内に居住 など</p>							
	<p>税制（長期照顧特別扣除）</p> <p>所得税の控除として配偶者や親の介護費用として年間12万台湾元（約45万円）を所得から控除（高所得者を除く） （適用条件：いずれか1つにあてはまる） ①外籍看護工を雇用 ②要介護度が第2級から第8級で介護サービスを利用している ③施設入所してから90日に達した</p>							

出所：衛生福利部、法務部、財政部資料から筆者作成。

② 長照2.0

現在の台湾の公的介護サービス提供の根拠となっている長照2.0では、「家族介護者支援の強化」を課題のひとつとして掲げている。これまで実施されていた電話相談などに加え、多様な家族介護者支援メニューの確立を進めている。具体的には、長照2.0の一環として提供される介護サービスに地域（通所）ケアがあり、そのひとつとして「家族介護者支援」がある。さらに具体的なサービスメニューとして、①家族介護者支援センター電話相談、②家族介護者支援拠点の整備、③

介護技能訓練の実施、がある。介護に困っている家族へのアドバイスや利用できる介護サービスの紹介、介護技能訓練など、介護を担う家族にとって必要と考えられるサービスメニューとなっている。

家族介護者支援の詳細な内容は、「家庭照顧者支持服務原則」（家族介護者支援サービス原則）で定められている。その主な内容は表3のとおりである。家族介護者支援サービスの原則として、①家族介護者の負担感軽減を目的、②家族介護者支援サービスは事業所または居宅で提供し、個々の

表3 家族介護者支援の原則と拠点整備補助制度

項目	内容
家族介護者支援サービスの原則 (家庭照顧者支持服務原則)	<p>対象者：介護サービス法でいう家族介護者</p> <p>1. 支援サービスの原則：</p> <p>①家族介護者の負担感軽減を目的</p> <p>②支援サービスは事業所または居宅で提供する。個々のニーズに対応し、関係するサービスとの連携も図る</p> <p>③家族介護者の健康、経済状態、就業等の権利の保護を図る</p> <p>④家族介護者の自主性と選択を尊重する</p> <p>⑤家族介護者に必要かつ十分な情報と支援サービスを提供</p> <p>⑥家族介護者の負担感を軽減する各種の支援サービスを提供する</p> <p>2. 提供する支援サービス</p> <p>①介護サービス情報の提供と紹介 ②介護知識の普及と技能訓練</p> <p>③レスパイトケアサービス ④情緒的支援サービスの紹介</p> <p>⑤その他家族介護者の能力と生活の質の向上に資するサービス</p> <p>3. サービス提供方式</p> <p>①レスパイトケアは施設、居宅、地域ケアの事業所を通じて提供</p> <p>②その他は当局が認定した事業所で提供</p>
家族介護者支援サービス創新計画 (家庭照顧者支持性服務创新型計畫)	<p>1. 目的 既存の家族介護者支援サービスに加え、新しい支援サービス提供主体の開発の推進</p> <p>2. 新たに家族介護者支援サービスを行う事業者がいる県市政府に補助金を支給 県市政府1か所当たり1,000万台湾元を上限（2020年度） 人件費などの運営費、設備購入費、光熱費などの管理費を補助 申請内容を衛生福利部で審査</p>

出所：衛生福利部資料から筆者作成。

ニーズに対応し、関係するサービスとの連携も図る、③家族介護者の健康、経済状態、就業等の権利の保護を図る、④家族介護者の自主性と選択を尊重する、⑤家族介護者に必要かつ十分な情報と支援サービスを提供する、⑥家族介護者の負担感を軽減する各種の支援サービスを提供する、となっている。この原則に則って提供する家族介護者支援サービスとして、①介護サービス情報の提供と紹介、②介護知識の普及と技能訓練、③レスパイトケアサービス（施設、居宅、地域ケアの事業所で提供）、④情緒的支援サービスの紹介、⑤その他家族介護者の能力と生活の質の向上に資するサービス、としている。

こうした家族介護者支援を行う拠点整備も重要であり、その整備計画として「家庭照顧者支持性服務创新型計畫」（家族介護者支援サービス創新計画）がある。この計画は、新しい家族介護者支援サービス提供事業所の創設推進を目的としている。新たに家族介護者支援サービスを行う事業者がある県市政府に補助金を支給する仕組みであり、県市政府1か所当たり1,000万台湾元を上限（約3,700万円、2020年度）に、人件費などの運営費、設備購入費、光熱費などを補助する。県市政

府からの申請を衛生福利部で審査して、補助の可否を決定する。

このように、長照2.0では家族介護者が必要とする支援をより具体的にした形で、サービスメニューが盛り込まれている。

③ 経済支援

家族介護を行う場合、介護費用の負担も伴う。また、家族介護は無償労働であり、それを社会が評価することも重要である。そうした意味から、家族介護者支援には経済支援も重要であり、台湾におけるこの種の支援策を再び表2から見てみる。

まず、中低収入老人特別照顧津貼（中低所得高齢者特別介護手当）は、長照2.0とは別の規程に基づく家族介護手当である。対象者は、家族から介護されている低所得の要介護高齢者である。手当として月5,000台湾元（約1万9千円）を支給する。この手当の支給条件は要介護高齢者、家族介護者それぞれにある。要介護高齢者には、①低所得である、②要介護度が重度（現在の要介護度では第7級、第8級）、③（長照2.0による）介護サービスを利用していない、という条件がある。家族介護者にも、①16歳以上65歳未満の者、②仕事をせずに介護を行っている、③介護している高齢者と同居

または同一市区町村内に居住，などの条件がある。つまり，家族介護だけに頼る高齢者で経済状況が良くない者への経済支援という特徴がある。

次に，この手当の対象とならない人による公的介護サービスの自己負担割合は高く，施設入所の場合も全額自己負担になる場合もある。こうした費用を支援する仕組みとして，2019年に制度化された税制優遇である，長期照顧特別扣除（介護費用特別控除）がある。所得税の控除として新設されたもので，高齢の配偶者や親の介護費用として年間12万台湾元（約45万円）を所得から控除する制度である。この控除が適用される条件として，①外籍看護工を雇用（賃金などを支払う），②要介護度が第2級から第8級で介護サービスを利用している（介護費用を支払う），③施設入所してから90日に達した（施設入所の費用を支払う），のいずれかに該当することがある。ただし，高所得者はこの控除を利用することができない。つまり，中所得層を主な対象とした支援という特徴がある。なお財政部によると，2019年度にこの控除制度の恩恵を受けた者は約34万人である⁸⁾。

このように，台湾の家族介護者支援は，中央当局レベルの介護制度で明確な位置づけがある。その内容も，家族介護者への相談，サービス紹介，介護技能訓練，レスパイトケア，経済支援と幅広い。特に経済支援は低中所得層をターゲットとした内容になっている。

Ⅲ 家族介護者支援利用の現状

1 家族介護者支援利用状況の推計と分析

① 利用状況の評価指標としての「カバー率」

既述のような仕組みと特徴を持つ台湾の家族介護者支援であるが，これらの政策評価として，家族介護者支援がどの程度住民の間で利用されているかを定量的に推計することが重要である。台湾

では，介護サービスの利用・普及状況の評価指標として，「カバー率」（カバー率）がある。その推計方法は，「公的介護サービス利用者で外籍看護工を雇用していない者の数」を「在宅の要介護者で外籍看護工を雇用していない者の数」で除するというものである⁹⁾。本稿でもこれに倣う形でカバー率を推計することで，家族介護者支援の利用状況の評価を行う。当局による推計方法は，要介護高齢者の介護サービス，外籍看護工の雇用状況が同時にわかるデータが必要となる。ところが，台湾の公開されている公的統計ではこうしたデータが利用できない。そこで本稿では，公表されている公的統計から推計可能なカバー率にアレンジした。具体的には，要介護高齢者に対する家族介護者支援サービス利用者数の比率とした¹⁰⁾。分母の要介護高齢者数には，施設入所，主介護者が家族以外の高齢者が含まれる。しかし，彼らが何らかの理由で家族介護を受ける立場に転じる可能性もある。また，比較のために同じ推計方法で介護サービスのカバー率の算定も行う。これらの理由から，分母は要介護高齢者の数とした。一方の分子は，レスパイトケアの利用者，家族介護者手当受給者数などである。これらは公的統計が県市別に公開されている。家族介護者支援拠点数も公的団体の資料がある。これらの公的統計・資料の活用により，家族介護者支援の利用者数が得られ，カバー率の算定も可能になる。長照2.0は2017年から実施のため，時系列分析は困難である。その一方で，公的統計の得られる県市別のカバー率を算定することで，家族介護者支援の利用状況の地域差とその背景の分析が可能である。そこで本稿のここからは，家族介護者支援のカバー率推計方法，その結果に基づく分析結果をまとめる。

② 「カバー率」推計方法と使用データ

家族介護者支援のカバー率の推計のために用いたデータ表4のとおりである。最新の統計が利用

⁸⁾ 衛生福利部2021年2月14日発表資料による。https://www.mohw.gov.tw/fp-16-58004-1.html（2021年2月26日最終確認）

⁹⁾ 詳細は行政院第3667次會議『長照十年計畫 2.0成果報告』（衛生福利部提出資料）を参照。https://www.ey.gov.tw/File/F90052EC873423BB?A=C（2021年3月13日最終確認）

¹⁰⁾ 同じ考えによるカバー率推計による分析は，小島（2019b）参照。

表4 台湾の地域別家族介護者支援および介護サービスの状況（2019年）（単位：人、カ所）

2019年	要介護 高齢者数 (推計)	家族介護者支援サービス				(参考) 主な介護サービス				(参考) 家庭 外籍看護工 (高齢者介護、 推計)	
		レスパイト ケア利用者 (推計)	家族介護手 当受給者数	家族介護者 支援拠点数 (カ所)	家族介護者支 援拠点利用者 数 (推計)	訪問 介護	デイ サー ビス	施設	合計		
		②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		⑩
台湾	451,121	30,190	8,597	102	2,559	72,898	5,013	50,966	128,877	221,652	
北部	新北市	45,684	3,322	825	5	125	6,778	482	9,788	17,048	36,230
	台北市	66,311	1,163	307	4	100	4,187	220	5,336	9,743	38,536
	基隆市	7,614	232	198	3	75	605	33	1,476	2,114	3,414
	新竹市	8,974	358	60	3	75	562	50	365	977	4,854
	宜蘭県	10,519	392	103	4	100	1,167	216	2,116	3,499	5,911
	桃園市	37,322	2,260	619	7	176	4,139	163	2,866	7,168	18,594
	新竹県	8,012	499	104	4	100	868	117	1,142	2,127	5,710
中部	台中市	48,380	5,784	916	6	151	8,918	609	3,558	13,085	23,294
	苗栗県	11,999	727	109	5	125	1,651	132	748	2,531	6,896
	彰化県	25,136	2,034	434	7	176	5,459	230	2,209	7,898	10,402
	南投県	11,445	1,730	341	5	125	3,538	201	1,054	4,793	5,374
	雲林県	17,543	1,162	169	6	151	3,112	297	1,923	5,332	7,532
南部	台南市	37,487	2,376	942	4	100	7,153	686	4,906	12,745	13,970
	高雄市	54,455	3,464	2,646	7	176	10,992	707	7,029	18,728	18,745
	嘉義市	6,812	534	105	4	100	1,168	125	796	2,089	2,498
	嘉義県	13,677	1,012	97	7	176	2,631	94	1,223	3,948	5,622
	屏東県	20,670	1,542	175	7	176	5,645	302	2,398	8,345	6,662
(離島)	澎湖県	2,630	144	36	5	125	620	66	133	819	899
東部	台東県	5,035	435	53	5	125	1,298	112	721	2,131	1,700
	花蓮県	8,967	789	347	3	75	2,107	140	915	3,162	3,958
福建省 (離島)	金門県	2,210	227	11	1	25	292	31	235	558	728
	連江県	239	4	0	0	0	8	0	28	36	123

注：要介護高齢者数（推計）は2019年の高齢者（65歳以上）人口に2010年の行政院主計総処「人口及び住宅センサス」から得られる要介護高齢者の割合を乗じて推計した。長照2.0では高齢者以外も利用対象であるため、レスパイトケア利用者（推計）は、レスパイトケア利用者数に訪問介護利用者のうち高齢者の占める割合を乗じて求めた。家族介護者拠点利用者数（推計）は、台湾全体の同拠点の利用者数を拠点数をもとに求めた。同拠点一カ所あたり利用者数を地域別同拠点数（2020年）に乘じて求めた。「家庭外籍看護工」（高齢者介護）は、労働部統計から得られる「外籍看護工」の数に、労働部「104年外籍勞工管理及運用調査」から外籍看護工が雇用主の配偶者と父母を介護している割合（90.7%）を乗じて推計した。長照2.0の施設ケアは地域が特定されない衛生福利部直轄を地域別の利用者数で割り振って推計した。

出所：行政院主計総処、内政部、衛生福利部、労働部統計、中華民国家庭照顧者關懷總會資料から筆者推計。

可能な2019年を対象とし、分母と分子に用いたデータの具体的な内容は以下の通りである。

まず、カバー率を推計する際に分母となる県市別の要介護高齢者数は、内政部統計処『内政統計年報』（2019年）、行政院主計総処『人口及住宅普查』（人口と住宅センサス、2010年）をもとに求めた。県市別に前者からは高齢者人口、後者からは要介護高齢者¹¹⁾の数が得られる。後者には高齢者人口の数値があるので、後者では要介護高齢者割

合が得られる。この割合が2019年も変わらないと仮定して、前者の高齢者人口に乘じて、2019年の県市別要介護高齢者数を推計した（表4の①）。

次に、カバー率推計の際に分子となる、家族介護者支援の利用者数のうち、レスパイトケア利用者数と家族介護者手当受給者数は衛生福利部の統計を用いた。長照2.0では若年障害者も対象とするので、前者については高齢者介護に係る利用者数に補正する必要がある。レスパイトケアの利用

¹¹⁾ 食事、更衣、入浴、家事などの8項目の身体及び生活能力の機能のうち1項目以上で手助けが必要な状態が6ヶ月以上継続する65歳以上の者。

者数は、要介護者の年齢別の統計がない。そこで同じ統計の中で、訪問介護の利用者について高齢者の利用者がわかる統計がある。そこで、訪問介護利用者のうち高齢者の割合を求めて、これを代理変数として、レスパイトケア利用者数に乗じることで、高齢者介護に係るレスパイトケア利用者数を推計した(表4の②)。家族介護者手当は高齢者介護を担う者が対象であるため、公的統計をそのまま用いた(表4の③)。

家族介護者支援拠点利用者数には区市別の公的統計が存在しない。そこで、当局と公的団体の資料をもとに推計した。まずこの拠点数は中華民国家庭照顧者關懷總會(中華国家族介護者支援協会)が公式ウェブサイトで公開している拠点情報(2020年6月現在)をもとに、区市別の拠点数を筆者が整理した(表4の④)。拠点の利用者数は、表4の①の要介護高齢者数に、衛生福利部『老人状況調査』(2017年)から地域別(北部、中部、南部、東部、福建省(離島))¹²⁾の介護者が家族である割合を対応する区市ごとに乗じ、同調査の『老人状況調査』の家族介護者調査(サンプル数469人)で得られる家族介護者支援拠点利用率(0.85%)を乗じた。これを合計することで台湾全体の利用者数を推計し、表4の④の拠点数で割ることで台湾全体の拠点1カ所当たりの利用者数を求めた。その結果を表4の④にある区市別の拠点数に乗じて区市別の家族介護者支援拠点利用者数を推計した(表4の⑤)。

こうして推計された3つの家族介護者支援の利用者数を要介護高齢者数の推計値で除することで、これらのカバー率を推計した(結果は表5)。

家族介護者支援の利用と介護サービス利用および外籍看護工の雇用との関係を分析するため、後者のふたつのカバー率も分母を要介護高齢者として推計した。介護サービス利用者数は、衛生福利部が公表している区市別の訪問介護(高齢者のみ)、デイサービス(高齢者または50歳以上の認知症の者)、高齢者介護施設の入所者数を用いた(それぞれ表4の⑥、⑦、⑧)。これらの合計を主な介

護サービス利用者数とした(同表⑨)。家庭外籍看護工(高齢者介護)の数は労働部の統計をもとに推計した。労働部の統計から得られる2019年の区市別家庭外籍看護工の人数、これに、労働部『104年外籍勞工管理及運用調査』(2015年)から、家庭外籍看護工のうち雇用主の配偶者と父母(明らかに高齢者を介護)を介護している割合(90.7%)を乗じて、高齢者を介護する家庭外籍看護工の数を区市別に推計した(表4の⑩)。これらを要介護高齢者数で除することで、主な介護サービス及び家庭外籍看護工のカバー率も推計した(結果は表5)¹³⁾。

③ 結果の分析

表5をもとに、家族介護者支援のカバー率の地域差の傾向を概観した。そして、介護サービス及び家庭外籍看護工のカバー率と合わせて、これらが似通った水準にある区市の分類を、クラスター分析により行った。分類されたクラスターをもとに、各クラスターに分類された区市の地理的傾向、推計されたカバー率の水準、社会経済状況の分析を行った。社会経済状況として、高齢化率、高齢者の子との同居・近居割合、外国人人口割合(行政院主計総処『人口及住宅普查』(2010年)結果を利用)、一人当たり世帯所得(月額換算、行政院主計総処『家庭収支調査』(家計調査、2019年))を用いた。なお、分析にあたってはStata15.1を用いた。

2 「カバー率」推定結果による分析

(1) 家族介護者支援利用の地域差

表5から家族介護者支援のカバー率の区市別での地域差を見ると次のとおりである。

まずレスパイトケアのカバー率は、台湾全体で6.7%であり、主な介護サービスの28.6%よりも20%以上低い。特に、北部の新北市、中部の台中市、彰化県、南投県、南部の嘉義市、嘉義県、屏東県、東部の台東県、花蓮県、福建省(離島)の金門県で高い。これらの地域のうち、主な介護サービスのカバー率が台湾全体の数値よりも高い

¹²⁾ 地域と区市の対応は表4を参照。

¹³⁾ こうしたカバー率の推計による外籍看護工の分析は、小島(2017)参照。

表5 台湾の地域別家族介護者支援サービスのカバー率推計結果（2019年）（単位：％）

2019年		家族介護者支援サービス			(参考) 主な介護サービス	(参考) 家庭外籍看護工
		レスパイトケア 利用者（推計）	家族介護手当受給 者数	家族介護者支援拠 点利用者数（推計）		
		②÷①	③÷①	⑤÷①		
台湾		6.7%	1.9%	0.6%	28.6%	49.1%
北部	新北市	7.3%	1.8%	0.3%	37.3%	79.3%
	台北市	1.8%	0.5%	0.2%	14.7%	58.1%
	基隆市	3.1%	2.6%	1.0%	27.8%	44.8%
	新竹市	4.0%	0.7%	0.8%	10.9%	54.1%
	宜蘭県	3.7%	1.0%	1.0%	33.3%	56.2%
	桃園市	6.1%	1.7%	0.5%	19.2%	49.8%
	新竹県	6.2%	1.3%	1.3%	26.5%	71.3%
	中部	台中市	12.0%	1.9%	0.3%	27.0%
苗栗県		6.1%	0.9%	1.0%	21.1%	57.5%
彰化県		8.1%	1.7%	0.7%	31.4%	41.4%
南投県		15.1%	3.0%	1.1%	41.9%	47.0%
雲林県		6.6%	1.0%	0.9%	30.4%	42.9%
南部	台南市	6.3%	2.5%	0.3%	34.0%	37.3%
	高雄市	6.4%	4.9%	0.3%	34.4%	34.4%
	嘉義市	7.8%	1.5%	1.5%	30.7%	36.7%
	嘉義県	7.4%	0.7%	1.3%	28.9%	41.1%
	屏東県	7.5%	0.8%	0.8%	40.4%	32.2%
	澎湖県	5.5%	1.4%	4.8%	31.2%	34.2%
東部	台東県	8.6%	1.1%	2.5%	42.3%	33.8%
	花蓮県	8.8%	3.9%	0.8%	35.3%	44.1%
福建省 (離島)	金門県	10.3%	0.5%	1.1%	25.3%	33.0%
	連江県	1.9%	0.0%	0.0%	15.1%	51.5%

注：カバー率は家族介護者支援サービスの利用者数（推計）、主な介護サービス利用者数の合計、外籍看護工の数をそれぞれ要介護高齢者数（推計）で乗じて求めた。表頭の○付きの数字は表4の推計結果に対応。色つきの部分は家族介護者支援などの種類別のカバー率が対応する台湾全体の数値よりも高い地域。

出所：表4と同じ。

のは、新北市、彰化県、南投県、嘉義市、嘉義県、屏東県、台東県、花蓮県とほとんどの県市が該当する。つまり、介護サービスの利用が多いほどレスパイトケアの利用も多い傾向がある。

次に家族介護手当のカバー率は、台湾全体で1.9%とレスパイトケアよりも大幅に低い。この手当の受給要件が厳格であり、対象者がかなり限定されていることが背景にあると思われる。このカバー率が高い県市は、北部の基隆市、中部の南投県、南部の台南市、高雄市、東部の花蓮県である。これらのうち、主な介護サービスの利用率も高い県市は、南投県、台南市、高雄市、花蓮県とほとんどの県市が該当する。つまり介護サービスの利用が多い地域では介護手当の利用も多くなる傾向がある。

そして、家族介護者支援拠点のカバー率は台湾全体で0.6%にとどまる。家族介護者からの相談を介護事業所で対応している、こうした拠点の整備が今後進められるという背景があるものと思われる。カバー率が高い県市は、北部の基隆市、新竹市、宜蘭県、新竹県、中部の苗栗県、彰化県、南投県、雲林県、南部の嘉義市、嘉義県、屏東県、澎湖県、東部の台東県、花蓮県、福建省（離島）の金門県である。これらのうち、主な介護サービスのカバー率が高いのは、宜蘭県、彰化県、南投県、雲林県、嘉義市、嘉義県、屏東県、澎湖県、台東県、花蓮県であり、ほとんどの県市が該当する。つまり、介護サービスの利用が多いほど、家族介護者の相談に応じるサービスもよく利用される傾向にある。

表5にある家庭外籍看護工のカバー率を見ると、北部の県市で台湾全体のカバー率より高い傾向が見られる。これらの県市のうち、台北市、桃園市では3つの家族介護者支援、主な介護サービスのカバー率すべてで低い。ほかの県市でもこれらのカバー率のうち2つ、3つが低い。家庭外籍看護工の雇用が優勢な地域では、家族介護者支援を含めた公的な介護制度の利用が少ない傾向にある。

このように、家族介護者支援の利用は介護サービスの利用が多い地域で多くなる傾向がある。これに加え、家庭外籍看護工のカバー率が高い地域では、家族介護者支援、介護サービスの利用ともに少なくなる傾向が見られる。

(2) 「カバー率」をもとにしたクラスター分析
表5の結果から、家族介護者支援のカバー率の水準に地域差があり、介護サービスや外籍看護工

のカバー率との関係が推察される。そこで、これらの水準の傾向が類似した県市をクラスター分析により分類し、クラスター別にこれらのカバー率、高齢化率などの社会経済状況の分析を試みた。

表6の(1)はクラスター分析の結果と、各クラスターに分類された県市の状況を地理的に示したものである。まず、Calinski/Harabasz pseudo-Fの数値をもとにクラスターの数を判断すると、クラスター数を4としたときに、この値がいったん最も高くなるので、クラスター数を4として県市の分類を行った。これら4つのクラスターに属する県市の傾向を見ると、クラスター1は北部の新北市、新竹県であり、台北から近い地域である。クラスター2は北部の台北市、新竹市、桃園市、中部の苗栗県、福建省(離島)の連江県である。連江県を除くと台北とその近隣、台湾の西側の地域で

表6 家族介護者支援カバー率などのクラスター分析結果

(1) 県市の分類結果

クラスター数	Calinski/Harabasz pseudo-F	クラスター	地域					合計
			北部	中部	南部	東部	福建	
2	20.02	1	新北市, 新竹県					2
3	21.31	2	台北市, 新竹市, 桃園市	苗栗県			連江県	5
4	21.75	3	基隆市, 宜蘭県	台中市, 彰化県, 南投県, 雲林県	嘉義県	花蓮県		8
5	20.01	4			台南市, 高雄市, 嘉義市, 屏東県, 澎湖県	台東県	金門県	7
6	19.04							
7	19.63							
8	18.93							
9	18.89							
		合計	7	5	6	2	2	22

(2) クラスター別カバー率と社会経済状況

クラスター	カバー率					社会経済状況				県市数
	レスパイトケア	家族介護者手当	家族介護者支援拠点	主な介護サービス	家庭外籍看護工	高齢化率	同居・近居率	外国人割合	一人当たり世帯所得(毎月, 万台湾元)	
1	10.7%	2.5%	1.2%	31.9%	75.3%	13.5%	75.4%	3.1%	3.0297	2
2	6.0%	1.1%	0.8%	16.2%	54.2%	14.3%	72.3%	3.0%	3.2692	5
3	11.8%	3.0%	1.3%	32.0%	45.7%	16.8%	65.6%	2.2%	2.5317	8
4	11.1%	2.7%	2.4%	34.0%	34.5%	15.9%	64.3%	2.0%	2.6592	7
台湾	10.2%	2.4%	1.5%	29.0%	46.8%	15.6%	67.6%	2.4%	2.7852	22

注：色つきの部分は台湾全体の数値よりも高い地域。

出所：表5をもとにしたクラスター分析結果。ただし、社会経済状況は行政院主計処『人口と住宅センサス』（2010年）、『家庭収支調査』（2019年）をもとにした結果。

ある。クラスター3は北部、中部の県市を中心としており、特に中部は台中市、彰化県、南投県、雲林県と相互に隣接した4つの県市が含まれる。南部は彰化県と隣接した嘉義県が含まれる。そして、クラスター4は南部の県市を中心に構成され、お互いに隣接しあう台南市、高雄市、嘉義市、屏東県と離島にある澎湖県が含まれる。東部の台東県、福建省（離島）の金門県がこのクラスターに含まれる。これより4つのクラスターはある程度地理的なまとまりを持つ形で分類されている。

表6の(2)は4つのクラスター別に表5の推計結果であるカバー率、高齢化率などの社会経済状況を見たものである。

まず北部の県市を中心としたクラスター1では、レスパイトケア、家族介護者手当のカバー率が台湾全体の水準よりも高く、主な介護サービス、家庭外籍看護工のカバー率も高い。介護サービス、家族介護者支援ともに利用されている一方で、家庭外籍看護工の雇用も多い。社会経済状況として、高齢者の子との同居・近居率、外国人割合は台湾全体の水準よりも高く、所得水準も高い。つまり、同居家族の介護が行われる可能性が高い一方で、外国人も多く、彼らを介護者として雇用する経済力も高い地域である。

次に北部と中部の県市を中心とするクラスター2は、レスパイトケア、家族介護者手当、家族介護者拠点のカバー率が台湾全体の水準よりも低く、主な介護サービスのカバー率も低い。一方で家庭外籍看護工のカバー率が高い。つまり、家庭外籍看護工の雇用が優勢な地域と言える。社会経済状況は、高齢化率は低いが、高齢者の子との同居・近居率が高く、外国人割合、所得水準が高い。つまり、同居家族による介護と外国人介護労働者の雇用で高齢者介護に対応しており、彼らを雇用するための経済力も高い地域である。

また中部と南部の県市を中心としたクラスター3では、レスパイトケア、家族介護者手当のカバー率は台湾全体の水準よりも高く、主な介護サービスのカバー率も高い。一方で家庭外籍看護工のカバー率は低い。つまり、介護サービスが普及し、各種の家族介護者支援もよく利用されている地域

である。社会経済状況を見ると、高齢化率は台湾全体の水準よりも高い。しかし、高齢者の子との同居・近居率、外国人割合は低く、また所得水準も低い。高齢化が台湾の中で進み、外国人も少なく、経済力も相対的に低さが背景に持ちながら、介護サービスの利用、家族介護者支援の利用が優勢な地域である。

そして南部の県市を中心としたクラスター4では、レスパイトケア、家族介護者手当、家族介護者拠点いずれのカバー率は台湾全体の水準よりも高く、介護サービスのカバー率も高い。クラスター3と同様に家庭外籍看護工のカバー率が低い。つまり、クラスター3同様に介護サービスが普及し、各種の家族介護者支援もよく利用されている地域である。社会経済状況を見ると、高齢化率、高齢者の子との同居・近居率、外国人割合、所得水準ともにクラスター3と同様の傾向にある。つまり、高齢化率が台湾の中で高く、外国人も少なく、経済力も相対的に低い背景を持ち、介護サービスや家族介護者支援利用が優勢な地域である。

このようなクラスター分析の結果、介護サービスや家族介護者支援の利用も多い地域には、ある程度地理的なまとまりがあることがわかる。ただし、北部や中部では介護サービスや家族介護者支援よりも、家庭外籍看護工の雇用が優勢な状況が見られる。また高齢化率などの社会経済状況の差が背景として存在する。

Ⅳ 考察

本稿の結論を以下のようにまとめることができる。まず、台湾の介護制度の枠組みとして、老人福利法、長期照顧服務法の法律があり、長照2.0という行政プランによる介護サービス整備、提供が行われている。その中で、家族介護者支援が位置付けられている。しかもその内容は、家族介護者を対象とした相談、情報提供、介護技術訓練サービス、レスパイトケア、経済支援など、家族介護者が必要とされるものが幅広く盛り込まれている。これらの利用状況を見ると、レスパイトケアの利用が最も多く、家族介護者手当、家族介護者

支援拠点の利用が続く。これらの家族介護者支援の利用は、介護サービスの利用が多い地域ほど、多くなる傾向が見られる。具体的には、台湾の中部や南部の県市で顕著である。北部にはこれらの利用よりも外籍看護工の雇用が優勢な県市もある。

この結果から言えることとして、家族介護者支援サービスは、介護サービス提供体制の整備とあわせて行うことではじめて利用も多くなる。つまり、介護サービスがあることで、家族が介護を行いつつ、どのような介護サービスがあるかという相談ニーズも現れる。こうした公的な支援を求めるインセンティブが機能するためではないかと思われる。

介護制度の構築は、介護を社会全体で支えることで家族介護者の負担軽減になると考えられてきた。特にわが国では、介護保険の実施、介護サービス提供体制の整備、地域包括ケアシステムの構築が進められてきた。しかし、高齢者介護において、家族介護の役割は大きく、家族介護と介護サービスの利用は一律背反ではない。両者にはそれぞれの役割があり、個別の事情に応じて、要介護者への介護サービス、家族介護者を支援するサービスを利用できるようにする必要がある。家族介護者への支援ニーズは、身体的、精神的、経済的な負担軽減にあるので、経済支援に限らずさまざまな支援メニューを総合的に整える必要があろう。こうした支援策を全国共通の標準的なメニューとして整えることで、介護保険の保険者である市町村、それを支援する都道府県も地域の実情に応じた家族介護者支援を考えることができよう。

付記

本稿は、科学研究費補助金（基盤研究C）「東アジアにおける高齢者介護制度の多様性をもたらす背景に関する研究」（令和2～4年度、課題番号20K02229）、厚生労働科学研究費補助金「長期的人口減少と大国際人口移動時代における将来人口・世帯推計の方法論的発展と応用に関する研究」（課題番号20AA2007）、厚生労働行政推進調査事業費補助金「日中韓における少子高齢化の実態

と対応に関する研究」（令和2～4年度、課題番号20BA2001）での成果をもとに筆者が執筆したものである。これらの研究活動等で助言、研究協力をくださった方々に御礼を申し上げる。

参考文献

- 増田雅暢 編著（2014）『アジアの介護保障【第2版】』、法律文化社。
- 小島克久（2015）「台湾における介護保障の動向」、『健保連海外医療保障』、No.106、pp.1-12。
- （2017）「台湾の社会保障（第3回）台湾の高齢者介護制度について」、『社会保障研究』、第2巻4号、pp.595-598。
- （2019a）「アジアの公的医療および介護制度—台湾—」、『健保連海外医療保障』、No.124、pp.15-24。
- （2019b）「台湾の地域別介護サービス利用状況の検証」、『週刊社会保障』、No.3047、pp.48-53。
- （2021）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」、『月刊健康保険』、2021年1月号、pp.16-21。
- 宮本義信（2015）『台湾の社会福祉—歴史・制度・実践』、ミネルヴァ書房。
- 須田木綿子・平岡公一・森川美絵 編集（2018）『東アジアの高齢者ケア』、東信堂。
- 廣橋雅子（2018）「台湾「長期照顧十年計画2.0」の新たな取り組み：政策の変遷と今後の課題について」、『佐久大学信州短期大学部紀要』、第29号、pp.1-10。
- 上村泰裕 編著（2020）『新世界の社会福祉 第7巻 東アジア』、旬報社。
- 西下彰俊（2021）「台湾における高齢者介護システム、ケアマネジメント、エンドオブライフ・ケアの新展開」、『現代法学』、第40号、pp.53-93。
- OECD（2011）“Help Wanted?” OECD.
- （2020）“Who Cares?” OECD.
- 葉至誠（2012）『老人長照政策』、揚智。
- 徐慧娟、葉玲玲、朱僑麗、謝媽媽、黃英家、張李淑女（2013）『長期照護政策與管理』、洪葉文化。
- 呂寶靜（2016）『老人福利服務』、五南。
- 衛生福利部（2017a）『長期照顧十年計畫2.0（106～115年）（核定本）』。
- （2017b）『中華民國106年版衛生福利年報』。

法律、制度などは以下のwebサイトを参考にした。
 衛生福利部 <https://www.mohw.gov.tw/>（2021年3月15日最終確認）。
 全國法規資料庫 <https://law.moj.gov.tw/>（2021年3月15日最終確認）。

（こじま・かつひさ）

Family Caregiver Support Policy in East Asia - from Taiwan LTC Policy -

KOJIMA Katsuhisa*

Abstract

Family caregiver support policy is indispensable to construct the comprehensive long-term care system. More constructed long-term care service, more importance of family caregiver support policy. In East Asia, Taiwan has constructed it with comprehensive support for family caregiver under “Ten Years Plan of Long-term Care System 2.0” and related laws. In this plan, family caregiver can use various kinds of supports including respite care, counseling of long-term care, training of long-term care skills and family care allowance. I have found that Taiwan family caregiver support has a feature of its comprehensiveness.

I also have analyzed such support service usage including respite care, family care allowance and family caregiver support center by prefecture with Taiwan public statistics. I have found that prefectures with more public long-term care services use tend to more these family caregiver support service use. In these prefectures, the percentage of elderly people living together / close to family and the percentage of foreign population are low. In addition to it, average per capita household income is low, and the employment of foreign born care workers, which is commonly employed in Taiwan, is relatively low.

I can say that the dissemination of public long-term care services is important for the dissemination of family caregiver support from Taiwan case analysis.

Keywords : Long-term Care Policy, Long-term Care System, Family Caregiver Support, Caregiver, Taiwan

* Director, Department of Information Collection and Analysis, National Institute of Population and Social Security Research

情報 (所内研究報告 (人口))

長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究

石井 太*

わが国の平均寿命は20世紀後半に著しい伸長を遂げ、2019年には男性81.41年、女性87.45年と、世界有数の長寿国となった。「日本の将来推計人口(平成29年推計)」によれば、平均寿命は2065年には男性84.95年、女性91.35年(死亡中位仮定)に達すると推計されている。このような世界最長寿国であるわが国の長寿化の要因の解明や社会・経済への影響、また長期化した生存の質改善にかかわる健康寿命の延伸等、長寿・健康に関する研究深化、また関係分野との複合的展開や研究成果の国内・国際的発信は、わが国の人口学研究における重要な課題となってきた。

こうした課題を踏まえ、国立社会保障・人口問題研究所では、「わが国の長寿化の要因と社会・経済に与える影響に関する人口学的研究」(平成23~25年度)、「長寿化・高齢化の総合的分析及びそれらが社会保障等の経済社会構造に及ぼす人口学的影響に関する研究」(平成26~28年度)」において、長寿・健康に関する総合的な研究を推進してきた。本事業「長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究(平成29~令和元年度)」はこれらの後継プロジェクトにあたるものである。

この事業では先行プロジェクトに引き続き、Human Mortality Databaseと整合性を持ち、わが国の生命表を総合的に再編成した日本版死亡データベース(JMD)を作成し、ホームページ上で公開してきた。本事業では、現在JMDで提供が行われていない戦前へのデータ拡張に不可欠となる、死亡の届出遅れが生命表に及ぼす影響分析を行うと

ともに(石井 2018)、JMDのデータ提供年次の拡充が行われた。

また、本事業では、先行プロジェクトに引き続き、フランス国立人口研究所(INED)等が主催している長期死因系列の構築を行う国際プロジェクトに参画し、長期死因別データベース構築に関する共同研究を行ってきたところであるが、この国際プロジェクトは2016年にHuman Cause-of-Death Database(HCD)という国際データベースに発展して現在に至っており、本事業ではこの日本データの構築に関する研究を推進した。わが国の長期死因系列については、WHOが勧告する国際疾病分類(ICD)の第10回改訂(ICD-10)の導入と同時に死亡診断書の改訂が行われたことから、心不全死亡を中心とした不連続性が発生しているという固有の問題が存在している。大津他(2018)は、このようなわが国固有の不連続性の影響を除去するため、HCD本来の手法だけでは解決できない新たな手法の開発を行ったものである。

また、死因分析として「複合死因」に関する分析を行ったことも本事業の特色である。従来の死因統計は死亡届に記載される直接死因や間接死因から推定された原因のみを扱っていたが、近年、わが国でも原因以外の複合死因データが新たに利用可能となった。この複合死因データは、諸外国においては従来から活用事例が存在しており、特に、国際的な複合死因に関する研究ネットワークであるMultiCause Networkにおいてさまざまな研究が蓄積されている。本事業でもこの研究

* 慶應義塾大学経済学部 教授

ネットワークと連携しながらわが国の複合死因データに関する分析手法の開発等に取り組み、MultiCause Networkが提案する分析指標のわが国への適用（石井他 2019）、突然死および認知症関連死亡の分析（林他 2019）、糖尿病と関連死因の分析（別府他 2020）、ネットワーク分析の応用（石井他 2020）などの研究成果が得られている。

一方、長寿化の進展に伴い、健康状態などの生存の質の問題は重要性を増しているが、健康状態は疾病状態やその程度、日常生活動作など多様な側面を含む概念であり、こうした多様性を測定する必要がある。このため本事業でも先行プロジェクトに引き続き健康寿命関係の研究を推進し、施設人口を考慮した健康寿命の動向（林 2018a）、傷病と主観的健康観の関係からみた健康期間の分析（別府・高橋 2018）、複数の健康指標を組み合わせた分析（林 2018b）などさまざまな成果を得たところである。

また、本事業は長寿・健康に関する人口学的研究に留まらず、関連領域との複合的な研究展開など、国内外の長寿・健康に関する研究ネットワークの構築・維持を目指しており、公的年金財政検証と統合的なマクロ計量モデル開発（佐藤他 2020）など社会保障分野との共同研究のほか、2018年2月には、本プロジェクトが中心となって企画に携わり、第22回厚生政策セミナー「長寿化に関する国際シンポジウム -二大長寿国 日本とフランスの比較-」を開催した。本セミナーは、日仏両国の長寿化の達成とその生存の質、医療・介護等社会保障への影響、長寿化への対応について比較し、両国の今後の長寿化の行方を総合的に展望することを目的として開催され、厚生政策セミナーとしては初めての試みとしてINEDとの共催で行われたが、この実現には本事業におけるINEDとの共同研究が貢献している。

なお、現在、本事業の後継プロジェクトとして

「超長寿社会における人口・経済・社会のモデリングと総合分析（令和2～4年度）」が進行中であり、本事業のさらなる深化・発展が推進されていることを付言しておく。

参考文献

- 石井 太（2018）「死亡の届出遅れが生命表に及ぼす影響について」、『人口問題研究』、第74巻第2号、pp.129-142。
- 石井太・林玲子・篠原恵美子・別府志海・是川夕（2019）「わが国の複合死因データによる死因間の関連分析」、『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 第2報告書』、pp.13-36。
- 石井太・篠原恵美子・別府志海（2020）「複合死因間関連分析へのネットワーク分析の応用」、『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 第3報告書』、pp.13-27。
- 大津唯・是川夕・石井太・マルケータ ベフホルド ヴァー・フランス メレ・ジャック ヴァリン（2018）「日本における長期時系列死因統計の再構築に向けて—1995年の死亡診断書改定に伴う影響の除去—」、『人口問題研究』、第74巻第2号、pp.99-117。
- 佐藤格・石井太・増田幹人（2020）「2019年財政検証における経済前提と統合的なマクロ計量モデル開発のための予備的研究」、『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 第3報告書』、pp.89-99。
- 林 玲子（2018a）「施設人口を考慮した健康寿命の動向」、『人口問題研究』、第74巻第2号、pp.118-128。
- （2018b）「健康指標の組み合わせ」、『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 第1報告書』、pp.45-54。
- 林玲子・石井太・篠原恵美子・別府志海・是川夕（2019）「複合死因データの概況と突然死および認知症関連死亡の分析」、『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 第2報告書』、pp.37-54。
- 別府志海・高橋重郷（2018）「傷病と主観的健康観の関係からみた健康期間の分析：2001、2013年」、『人口問題研究』、第74巻第2号、pp.143-163。
- 別府志海・石井太・林玲子・篠原恵美子（2020）「複合死因データを用いた糖尿病と関連死因の人口学的分析」、『長寿革命に係る人口学的観点からの総合的研究 第3報告書』、pp.53-76。

（いしい・ふとし）

新刊紹介

野沢慎司・菊地真理 著
『ステップファミリー——子どもから見た離婚・再婚』
(KADOKAWA, 2021年)

藤間 公太*

日本国内におけるステップファミリー研究を牽引してきた著者らによる、待望の一冊である。ステップファミリーとは、「親の一方あるいは双方の新しいパートナーとの関係をもつ子どもがいる家族」を指す (p.76)。日本は、親の再婚を経験する子どもの数を把握するための公的統計すらも存在しておらず、総じてステップファミリーに対する関心が低い社会である。当事者への調査にもとづき、ステップファミリーをめぐるさまざまな現実を描き出した本書は、そうした状況に一石を投じるものといえる。

本書の概要は以下の通りである。第1章では、子ども虐待死亡事例をもとに、ステップファミリー当事者や支援者が「普通の家族」を志向することが内包する問題について論じられる。第2章では、離婚や再婚を含めた日本における家族の動向を歴史的に追うとともに、離婚や再婚をめぐる親子の利害が必ずしも一致しないこと、日本における離婚と子どもをめぐる状況は世界標準とは齟齬があることが示される。第3章、第4章では、筆者らが実施したアンケート調査、インタビュー調査にもとづいて議論がなされる。継親が別居している実親（以下、別居親）になりかわり、同居している世帯メンバーのみを「家族」とみなす「代替モデル/スクラップ&ビルド型」を親が志向することによる子どもとの葛藤や衝突と（第3章）、離婚、再婚後も子どもと別居親の関係が継続し、また別居親も子どもの養育に責任をもってかわる「継続モデル/連鎖・拡張するネットワー

ク型」がもつ独自の強みが（第4章）、そこでは示される。最後に第5章では、ステップファミリーが『『普通の家族』というフィクションと決別し、『事実』に基づく家族関係の実現を目指す』（p.176）ために必要な支援や制度のあり方が論じられる。

本書が示唆するのは、離婚・再婚をめぐる「常識」を相対化することの重要性である。その「常識」とは、「親が離婚をしたら両親のどちらかが子どもを引き取って『ひとり親家庭』となり、その『ひとり親』が再婚したら再婚相手が子どもの『新しいお父さん/お母さん』となって『ふたり親』に戻り、『ふつうの家族』のようになるとみなす考え方」のことである (p.43)。この「常識」の問題は2つ指摘できよう。第1に、親が離婚や再婚をした場合でも、子どもにとっては別居しているもう1人の親が存在していることを看過していることである。離婚をしたら「ひとり親」、再婚をしたら「ふたり親」という見方は、別居親の存在や、別居親と子どもの関係性を後景化してしまう。関連して第2に、再婚して「ふたり親」になれば「普通の家族」のようになるという見方は、あまりにも形式的である。伝統的な社会学の言葉を使えば、世帯に「親」が二人いる「構造」であれば、世帯員のニーズ充足という「機能」が果たされるという想定が、この見方には潜んでいる。離婚・再婚に関するこうした「常識」は、ステップファミリー特有の困難や経験、さらには「継続モデル/連鎖・拡張するネットワーク型」がもつ可能性を潜在化させてしまう。

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第2室長

離婚・再婚をめぐる「常識」の相対化は、社会保障や社会福祉のあり方を考える上でも重要である。「構造」と「機能」を直ちに結びつけることで当事者のニーズが看過されれば、適切な支援施策は整備されえない。当事者が経験する困難や不利に対応していくためにも、「普通の家族」や「常

識」にとらわれない議論が求められる。本書は、研究者のみならず、政策策定者や支援提供者も含め、多くの人に読まれるべきものである。

(とうま・こうた)

『社会保障研究』への投稿論文の査読状況について

『社会保障研究』に投稿された投稿論文受付数、一回目の査読結果が投稿者に通知されるまでの期間（査読期間）、採択率はそれぞれ下記のとおりでした。

期間	投稿論文 受付数（本）	査読期間 （日：平均値）	採択率（％）	採択率に関する 備考
2020年10月～2021年3月	8	－	－	2021年3月31日までの 受付分
2020年4月～2020年9月	4	77.3	50.0	2020年9月30日までの 決定分
2019年10月～2020年3月	12	91.4	58.3	2020年3月31日までの 決定分
2019年4月～2019年9月	5	84.0	20.0	2019年9月30日までの 決定分
2018年10月～2019年3月	6	52.5	33.3	2019年3月31日までの 決定分

引き続き、皆様の論文の投稿をお待ちしております。

『社会保障研究』編集委員会

『社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- (1) 論文：20,000字 (4) 社会保障判例研究：12,000字
 (2) 動向・資料：12,000字 (5) 書評：6,000字
 (3) 情報：3,000字

3. 原稿の構成

1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。

3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編「地域包括ケアシステム―「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして」、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について―生活と支え合いに関する調査を用いて―」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/>（2010年10月5日最終確認）

4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) …〔森田（2014）、p.45〕 …〔Le Grand（2003）、p.3〕

…〔森田（2014）、pp.45-46〕 …〔Le Grand（2003）、pp.3-4〕

(例2) 著者が2人の場合

…〔泉田・黒田（2014）、p.408〕 …〔Finkelstein and McGarry（2006）、p.938〕

(例3) 著者が3人以上の場合

…〔金子他（2013）、p.311〕 …〔Poterba et al.（2014）、p.159〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田（2014）、p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版、p.45。

5. 表記

1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は 京極氏は→京極は

6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

9. 原稿の提出方法など

1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

『社会保障研究』投稿規程

- 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
- 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
 - 1) 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
 - 2) 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
 - 3) 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
- 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。
- 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受付をしません。再投稿に当たるかどうかの判断は編集委員会が行います。
- 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。
- 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受ける必要があります。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
- 原稿の送り先・連絡先
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp
郵送による提出：〒100-0011
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

編集長

田 辺 国 昭 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

尾 形 裕 也 (九州大学 名誉教授)
 駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)
 高 橋 紘 士 (東京通信大学 人間福祉学部教授)
 武 川 正 吾 (明治学院大学 社会学部教授)
 野 口 晴 子 (早稲田大学 政治経済学術院教授)
 林 玲 子 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
 加 藤 典 子 (同研究所 政策研究調整官)
 小 西 香 奈 江 (同研究所 企画部長)
 是 川 夕 (同研究所 国際関係部長)
 小 島 克 久 (同研究所 情報調査分析部長)
 丹 藤 昌 治 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)
 泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

渡 辺 久 里 子 (同研究所 企画部第1室長)
 竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)
 佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)
 黒 田 有志 弥 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第2室長)
 菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)
 榊 原 賢 二 郎 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)
 井 上 希 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
 斉 藤 知 洋 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
 西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第1室長)
 藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)
 暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)
 盖 若 琰 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)

 社会保障研究 Vol.6, No.1 (通巻第20号)

令和3年7月25日 発行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.6 No.1

2021

Foreword

Current Issues regarding Family Caregivers in Long-term Care for Older People
..... KOJIMA Katsuhisa **002**

Special Issue: Current Issues regarding Family Caregivers in Long-term Care for Older People

The Actual Situation of Family Care for the Elderly Who Need Support or
Care in the Community
: Focus on National Surveys
..... KAWAGOE Masahiro **004**

Recent Changes in Lives and Burdens of Care of Family Caregiver
..... KOYAMA Yasuyo **018**

Factors Related to the Caregiving Burden of Informal Caregivers
..... WAKUI Tomoko **033**

Restrictions of Care Service and Necessity of Reducing Scheduled Working Hours
: The Effects of Autonomy-oriented Caring
..... IKEDA Shingou **045**

The Development of Caregiver Support Projects in Municipalities
: Under the Long-term Care Insurance System Reform
..... KIKUCHI Izumi **059**

Family Caregiver Support Policy in East Asia
: from Taiwan LTC Policy KOJIMA Katsuhisa **075**

Report and Statistics

Comprehensive Research from a Demographic Viewpoint on the Longevity Revolution
..... ISHI Futoshi **090**

Book Review

Comments on “Good Economics for Hard Times” TOMA Kota **092**

Edited by
National Institute of Population and Social Security Research
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO·JINKO MONDAI KENKYUSHO)