

# 家族介護は介護者の QOL を下げるか<sup>1</sup>

大阪大学 山内直人研究室

吉村 友里<sup>2</sup>

長田 玲奈

山本 知輝

日下 拓也

---

<sup>1</sup>本稿は、2013年11月23日、24日に開催される、WEST論文研究発表会2013に提出する論文である。本稿の作成にあたっては、大阪大学大学院国際公共政策研究科教授山内直人氏、関西学院大学大学院人間福祉研究科教授大和三重氏、京都産業大学大学院経済学研究科教授福井唯嗣氏、大阪府府民文化部国際交流監楠本政幸氏、福岡工業大学ポスドク研究員立福家徳氏、大阪大学大学院国際公共政策研究科博士後期課程伊角彩氏、大阪大学大学院国際公共政策研究科博士前期課程佐々木周作氏など、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

<sup>2</sup>u887503g@ecs.osaka-u.ac.jp

## 要 旨

---

近年日本では高齢化が急速に進行し、それに伴って要介護者も急増している。しかし老人福祉施設の数は要介護者の増加に追いついておらず、待機者が 42 万人も存在する状況である。そのため在宅介護の重要性が非常に高まっている。また介護を受けたい場所として自宅を挙げる高齢者が約 4 割おり、高齢者の希望をかなえるためにも、要介護者が自宅で生 x 活できる環境を整える必要がある。

しかし介護保険制度のサービスだけで在宅介護に必要なニーズを全て満たすことはできず、サービスの足りない部分は家族介護で補わざるをえない。現状では在宅介護を行う際に、要介護者の家族に対して、身体的、精神的、経済的に非常に大きな負担がかかる。

以上の現状から我々は、在宅介護の必要性が非常に高いにも関わらず、在宅介護を行いやすい環境が整えられていないのではないかと、との問題意識を持った。在宅介護を行いやすい環境を作るには、家族介護者の負担を減らし、彼らが自身の生活の質を保ちながら介護を行うことができるようにサポートすることが重要である。そこで我々は介護が家族介護者の生活の質に及ぼす影響について考察した。

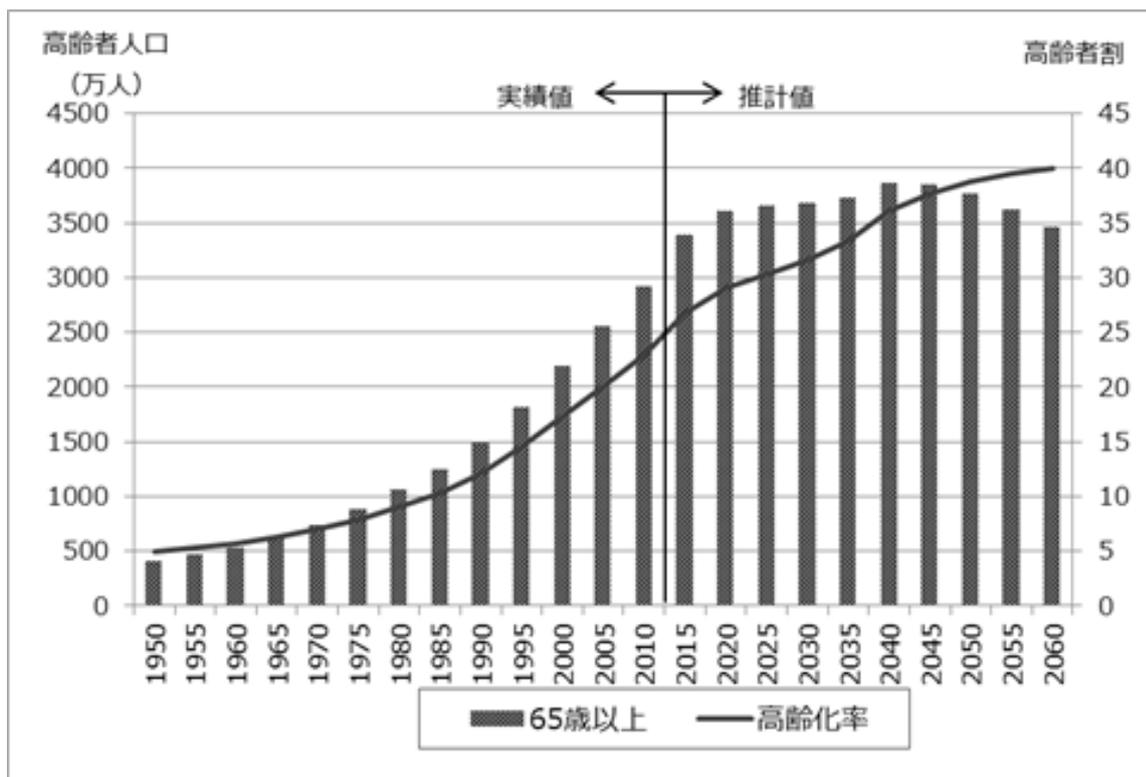
本稿では、介護を行うことが人々の生活の質に与える影響について、日本版 **General Social Surveys** <JGSS-2010> の個票データを用いて実証分析を行った。本稿の分析では生活の質を測る指標として、幸福度を用いた。実証分析の結果、要介護者の介護を主に行う主介護者であることが幸福度を下げていることが明らかになった。さらに専門家へのヒアリングや介護負担に関する先行研究の蓄積などから、主介護者にかかる負担としては精神的負担が最も大きいこと、家庭の状況によって介護環境が大きく左右されることが分かった。

そこで我々は、それぞれの家庭の状況に合わせたサービスを提供することが家族介護者の生活の質を高めると考え、家庭の状況に応じて給付を柔軟に行う仕組みと潜在的介護者に対する広報活動を提言する。給付制度の改正と広報活動によって家族介護者は、家庭の状況にあわせてサービスが使いやすくなり、また周囲の理解や協力を得やすくなるを考える。また、介護において重要である家族関係や社会関係、経済面での準備は一朝一夕にできるものではないが、広報活動によって介護者でない人が介護に対する知識を得ることで、将来よりよい介護ができるよう環境を整え準備することができる。

## はじめに

近年、日本では急速に高齢化が進み 2012 年 10 月 1 日現在、65 歳以上の高齢者人口は過去最高の 3079 万人（前年 2975 万人）、総人口に占める割合も 24.1%（前年 23.3%）となった（総務省「人口推計」）。今後も日本の高齢化は進行すると見込まれ、2060 年には総人口の 39.9%、およそ 2.5 人に 1 人が 65 歳以上になると推計されている（図 1）。

図 1 65 歳以上の高齢者人口と高齢者割合の推移



総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」より筆者作成

このような中で介護を必要とする高齢者も年々増加しており、介護保険制度における 65 歳以上の要支援・要介護認定者数は 2011 年には 515 万人にもものぼった。急速な高齢化に伴って介護が必要となる人の数も急増していることから、我が国では介護問題に注目する必要性が非常に高まっている。

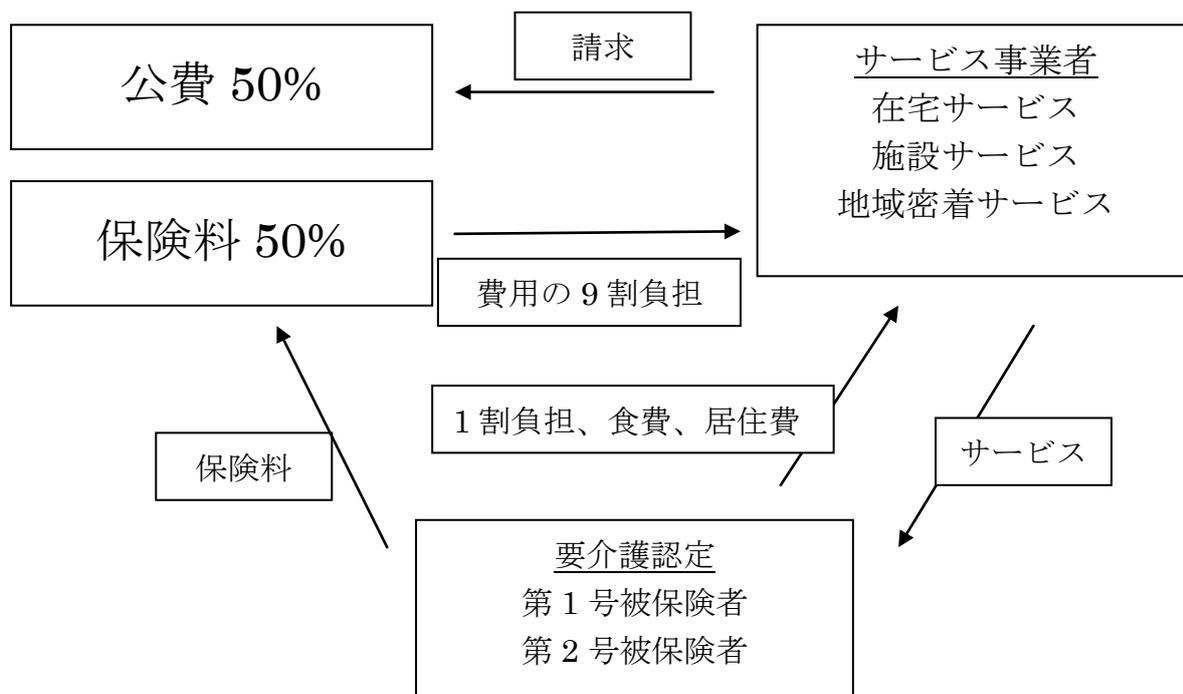
# 第1章 在宅介護の現状

## 第1節 介護をめぐる国の政策

急増する我が国の介護が必要な高齢者を支える仕組みとして、介護保険制度がある。この制度は、従来家庭の中だけで完結するものとみなされてきた介護を地域社会に開き、医療・福祉サービスを提供することで、要介護者一人ひとりを支えていくことを目的としている。また、負担と給付の関係が明確な社会保険方式を採用したこの制度では、利用者の選択により多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けることができるという特徴がある。

介護保険制度では、要支援・要介護認定を受けた被保険者が、介護等のサービスを利用する際、利用限度額内であればサービスの費用の1割と必要な場合は食費、居住費を負担するだけで、サービスを受けられる（図2）。

図2 介護保険給付の仕組み



厚生労働省「介護保険制度の概要」より筆者作成

## WEST 論文研究発表会 2013

介護保険制度によりサービスを受けることのできる被保険者は第1号被保険者と第2号被保険者の2種類に分かれている。第1号被保険者は65歳以上の高齢者で要介護または要支援認定を受けている人を対象としている。第2号被保険者は40歳から64歳までの介護保険加入者で、加齢による疾患により要介護または要支援認定を受けている人を対象としている。

介護保険制度において給付の対象となるには、要支援・要介護認定を受ける必要がある。要支援・要介護認定では、対象者に対する介護サービス等の必要度、すなわちどのくらい介護サービス等を行う必要があるかを判断する。認定には、対象者の状況をあらかじめ用意されたモデルケースに当てはめてコンピュータで判断する一次判定と、それを原案として保健医療福祉の学識経験者複数人による話し合いによって行われる二次判定の二段階がある。

被保険者に支給されるサービス利用限度額は、要支援・要介護認定の段階によって決まる(表1)。

表1 要支援・要介護度と利用限度額

区分	本人の状態	利用限度額(円)/月
自立	支援・介護が必要ない	なし
要支援1	身の回りの世話に一部介護が必要	49,700
要支援2	立ち上がり・歩行などがやや不安定で排泄・入浴に一部介助が必要	104,000
要介護1	立ち上がり・歩行が不安定。排泄・入浴に介助が必要	165,800
要介護2	立ち上がり・歩行が自力では困難。排泄・入浴に介助が必要	194,800
要介護3	立ち上がり・歩行が自力でできない。排泄・入浴・衣類の着脱に介助が必要	267,500
要介護4	排泄・入浴・着脱など日常生活に全面的に介助が必要	306,000
要介護5	日常生活全般に全面的な介助が必要。問題行動が見られ、意思伝達が困難	358,300

厚生労働省「介護保険制度の概要」より筆者作成

要介護認定を受けた人の方が要支援認定を受けた人より症状が重いため支給される金額の限度額も大きい。また、認定の数字が大きくなるにつれて限度額が大きくなる。

また、被保険者が利用できるサービスは在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスに分かれており、その中でもさらに細かく分類されている(表2)。

# WEST 論文研究発表会 2013

表 2 利用できるサービスの主な分類

在宅サービス	訪問サービス 通所サービス 短期入所サービス
施設サービス	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設
地域密着型サービス	定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 複合型サービス

厚生労働省「介護保険制度の概要」より筆者作成

まず在宅サービスについて説明する。在宅サービスとは、要介護者が居宅で受けられる介護サービスのことであり、訪問サービスや通所サービス、短期入所サービスが含まれる。訪問サービスは、訪問介護と訪問看護に分けられる。訪問介護とはホームヘルパー（介護福祉士や訪問介護員 1 級・2 級などの資格所持者）が要介護者の入浴、排せつ、食事等の介助や、調理、洗濯、掃除等の家事を要介護者に代わって行うなど、要介護者の生活を支援するサービスである。訪問看護とは看護師、保健師、理学療法士等医学的知識を持つ者が病気や障害を持った人がその居宅を訪問して看護ケアを提供し、療養生活を支援するサービスである。訪問介護は主に日常生活の介助を、訪問看護は医学的ケアを行うサービスとなっている。次に通所サービスとは、要介護者の主な生活の場を居宅に置きつつ、施設を利用するサービスである。利用者は通所サービス事業を行う施設に通い、介護や日常生活支援、相談等を受けることができる。通所サービスはリハビリを主とするデイケアと、日常の生活援助を主とするデイサービスに分類される。また、短期入所サービスとは、特別養護老人ホームなどの福祉施設や、介護老人保健施設などの医療施設に数日間入所し、介護や日常生活上の世話を受けるサービスである。

次に施設サービスについて説明する。施設サービスではサービス利用者は長期間施設に入所してサービスを受ける。施設サービスにおいて利用される施設は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設の 3 つに分けられる。特別養護老人ホームは高齢者のための生活施設としての性格を持ち、主に社会福祉法人や地方自治体による設置が可能である。老人保健施設は要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指すことを目的としており、主に医療法人や地方自治体による設置が可能である。介護療養型医療施設は医療の必要な要介護高齢者が医学的治療を受けながら長期療養を行うための施設であり、主に医療法人や地方自治体によって設置でき

## WEST 論文研究発表会 2013

る。特別養護老人ホームは入所期間の平均が4年程度と長く、要介護高齢者の日常生活の支援施設としての生活が強く、老人保健施設と介護療養型医療施設は常勤の医師の配置が義務付けられているなど医療施設としての性格が強い。

次に地域密着型サービスについて説明する。これは高齢者がこれまで暮らしてきた地域の中で、一人ひとりに応じたサービスを提供することを目的としたサービスである。2012年の介護保険制度改正では「定期巡回・随時対応型訪問介護」「複合型サービス」の2つが新たに創設された。定期巡回・随時対応型訪問介護とは、介護・看護を一体的に提供できるようにしたサービスで、一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する介護・看護一体型と、訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する介護・看護連携型がある。複合型サービスとは、通所介護を中心に利用しながら、必要に応じてショートステイや訪問介護、訪問看護を受けることができるサービスである。これら2つは、地域包括ケアシステム実現のために創設されており、要介護者とその家族が理想とする介護生活に必要な環境を提供することが期待されている。

2000年に開始された介護保険制度は3年ごとに改正されてきた。(表3)。介護保険制度は開始当初は利用者の少ない制度であったが、認知されてくると飛躍的に利用者が増えたため、それに伴い介護保険の総費用も伸びた。財政悪化に伴い、2003年改正では主に保険料の見直し、介護報酬の改定が行われた。2006年改正では、「介護予防」の考え方が導入され、新たな制度の枠組みが打ち出された。2009年改正は、2006年改正の枠組みから大きく外れることはなく、介護報酬のアップや加算の追加など、料金調整が中心の小さな改定がなされた。そして、直近の2012年改正では「地域包括ケアシステム」の強化を大きな柱として、再び大規模な改正が行われた。これは、急速に進む高齢化の中で、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指すものである。さらに、地域と介護の連携強化に加えて、医療と介護の連携も強化すべく、介護職員に一部の医療行為を解禁したのも大きな特長の一つである。増え続ける介護職への負担に考慮し、介護職員の処遇改善のための加算なども新設された。

# WEST 論文研究発表会 2013

表 3 各改正の主な内容

改正年	改正の主な内容
2003 年改正 (第 2 期～)	第 1 号保険料の見直し
	第 1 回介護報酬の改定 -2.3% (在宅+0.1%、施設-4.0%)
	介護保険部会設置
2006 年改正 (第 3 期～)	第 1 号保険料の見直し
	第 2 回介護報酬の改定 -0.5%
	要支援への移行
	自己負担額の増額 (施設給付の見直し)
	ヘルパーの利用制限
	介護予防の導入
	地域密着型サービスの誕生
	レンタルの制限
	ケアマネジャーの更新制と更新時の研修の義務付け
2009 年改正 (第 4 期～)	第 1 号保険料の見直し
	第 2 回介護報酬の改定 +3% (制度開始以降初のプラス改定)
	地域区分ごとの介護報酬単価見直し
	加算の追加
	要介護認定の仕組み変更
	高齢者住まい法改正
	事業者規制の強化
2012 年改正 (第 5 期～)	地域包括ケアシステムの強化
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設
	複合型サービスの創設
	認知症対策の強化
	介護職の医療行為を解禁
	サービス付き高齢者向け住宅の促進
	介護職員の処遇待遇改善
	介護福祉士資格取得方法見直しの延長
	介護療養型病床転換期限の延長
	地域ニーズに応じた事業者の指定
有料老人ホームの利用者保護	

厚生労働省「介護保険制度改正の概要及び地域包括ケアの理念」より筆者作成

今後の介護保険制度の展望としては、2015 年の改定を控え、「要支援」を受けた高齢者に対する予防給付を廃止し、「新しい地域支援事業」によってこれら的高齢者を支えていくという方針が示されている。この地域支援事業の担い手としてはボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等が想定されており、市町村とインフォーマルな主体との協働が求められている。

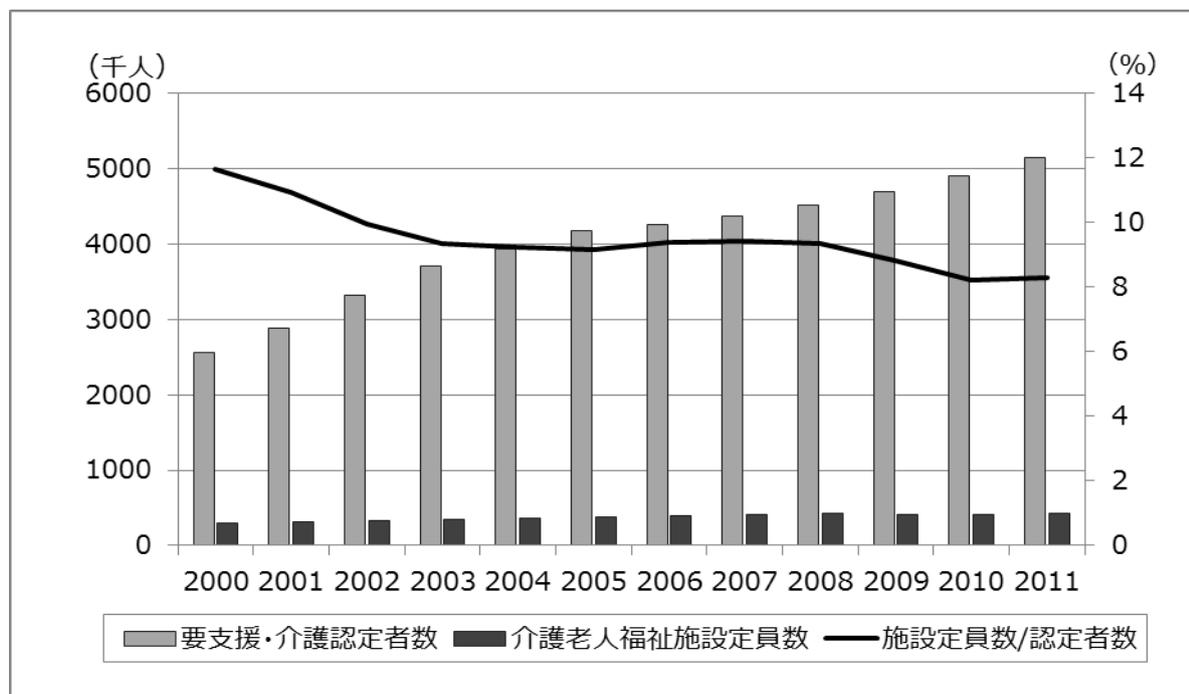
# WEST 論文研究発表会 2013

## 第2節 在宅介護の必要性

在宅介護の必要性は今後更に高まってくると予想される。その理由として、要介護者を介護するための介護施設には総量規制があり物理的に介護する場所が足りないこと、要介護者が自宅で介護を希望していることがあげられる。だが在宅介護を支える仕組みは現状では十分に整えられているとはいえない。これらについて説明していきたい。

まず介護施設の総量規制についてである。ここでいう介護施設とは特別養護老人ホームや介護老人保健施設等のことを指す。施設利用をしたいと考える要介護者は特別な医学的疾患がない限り特別養護老人ホームへの入所を希望するが、特別養護老人ホームは社会福祉法人や地方自治体により設置されたものしか認められていないため、その総量に規制がかかる。これらの施設の建設には莫大な建設費がかかり、そしてその建設後にはそこで働く人たちに介護報酬を支払わなければならない。この建設費や介護報酬の増加はそのまま介護保険料と税負担に転嫁される。2012年2月時点での介護保険料の平均額は4,972円であるが、保険料が12年後の2025年には8,000円程度まで上昇するという試算もある。保険料増額の抑止を理由として施設数の総量規制が行われているため、この総量規制により入所を希望しても施設に入れない要介護者が大量に待機を強いられている。認定者数に占める施設定員数は2001年の11.7%から2011年には8.3%となり、減少傾向にある(図3)。

図3 65歳以上の要支援・要介護認定者数と介護老人福祉施設定員数の推移



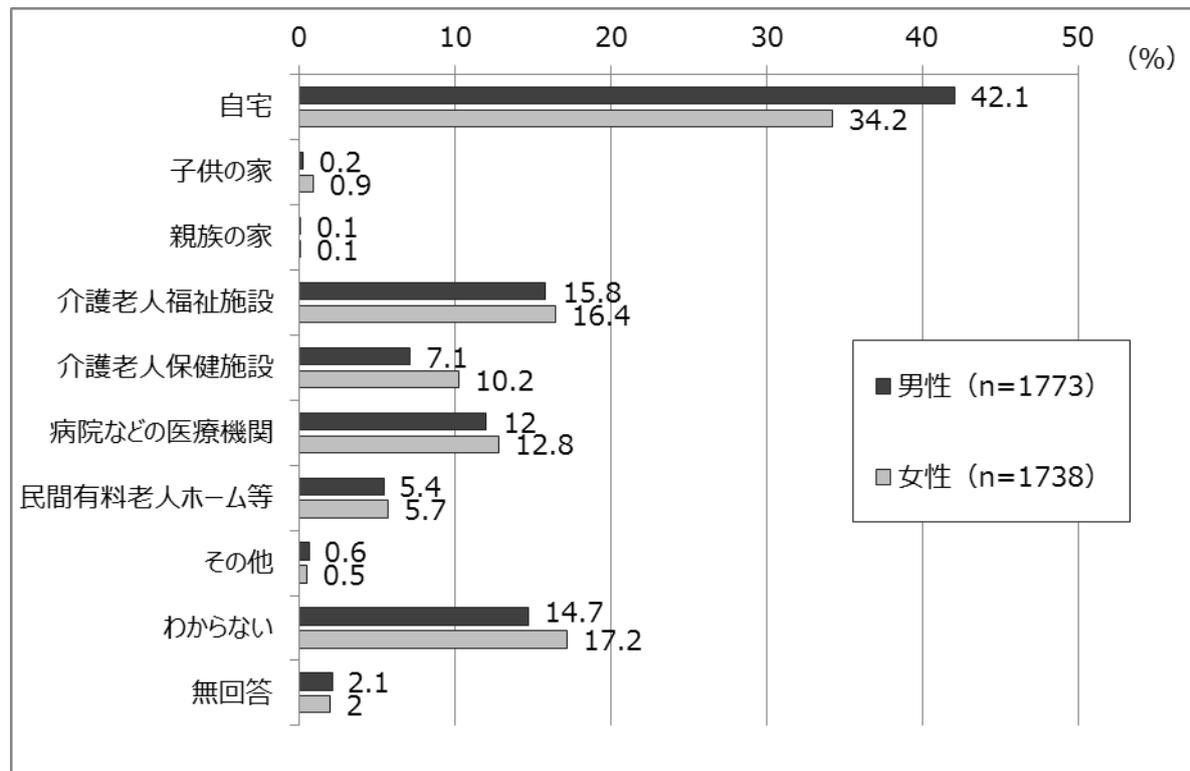
厚生労働省「介護保険事業状況報告」「介護サービス施設・事業所調査」より筆者作成

## WEST 論文研究発表会 2013

2009年に厚生労働省が行った調査では、約42万人が介護施設の種類である特別養護老人ホームに入所できず待機しているという結果が出ている。これらの待機者は、入所希望を申請後複数年は施設に入ることができない場合が多い。

また、要介護者は自宅での介護を望んでいる。内閣府が行った「高齢者の健康に関する意識調査」では、施設に入所して介護を受けたいと答えた人が全体の2割弱であった一方で、自宅での介護を希望する高齢者は全体の34.9%にのぼった(図4)。

図4 介護を受けたい場所

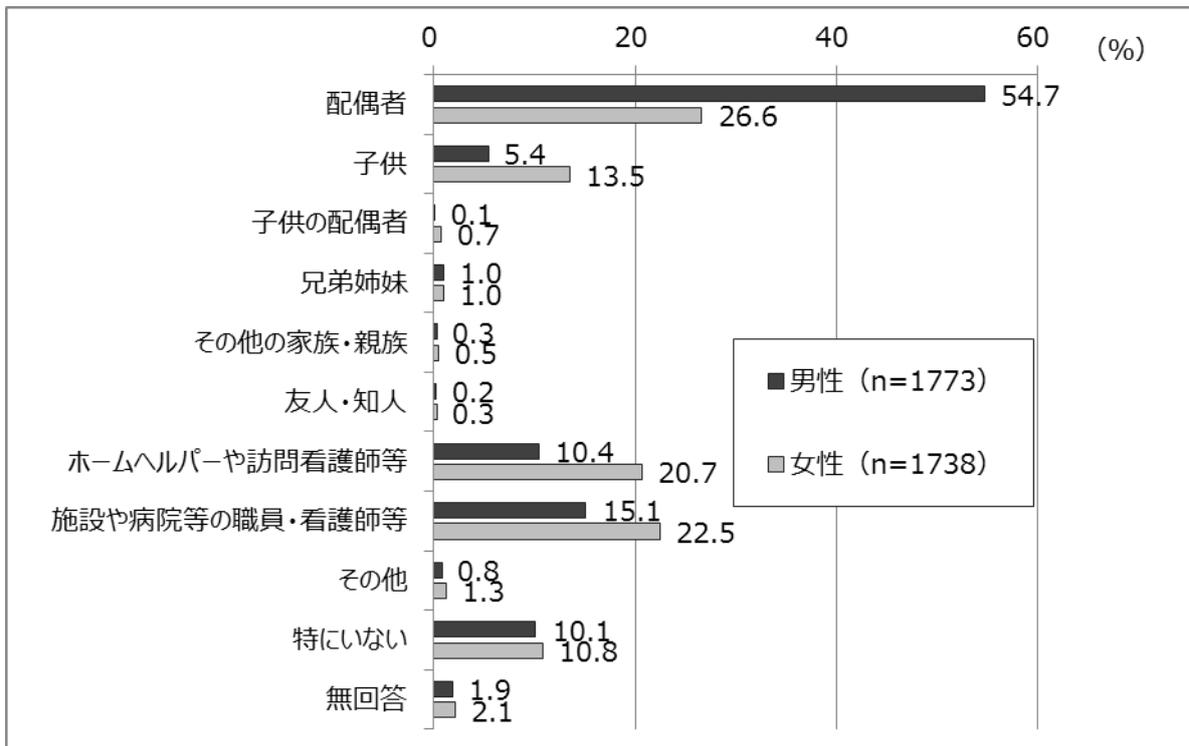


内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」より筆者作成

「平成25年度版高齢社会白書」には自分が介護を受けることになったとき、誰に介護をしてもらいたいか訊いたアンケートがある(図5)。ここでは、男女ともに配偶者による介護を希望する割合が最も高く、次いでヘルパー・施設職員による介護を希望している。要介護者は施設ではなく、気心の知れた配偶者による住み慣れた自宅での介護を望んでいると読み取ることができる。

# WEST 論文研究発表会 2013

図 5 誰による介護を受けたいか



内閣府「平成 25 年版高齢社会白書」より筆者作成

このように福祉施設の供給の限界や要介護者の希望から在宅介護の必要性は高まっている。しかし実際には在宅介護をサポートする環境は十分に整っているとは言えない。介護保険制度下での在宅介護においては、家族が介護サービスの不足分を補わなければならない状況が発生している。具体的には利用限度額までのサービス利用では回数や時間が足りない場合がある。在宅介護の場合サービスを最大まで利用しても介護が不十分なときは、家族でその分の介護を行うか、全額自己負担でさらにサービスを利用するか、どちらかを選ばなければならない。家族のみで介護をする場合にはサービスを利用できない家族内だけでの介護となり身体的、精神的に大きな負担がかかると考えられる。サービスを追加で頼む場合には全額自己負担となり、これは大きな経済的負担である。このように現状では介護保険制度では家族が含み資産とみなされてしまっている。要介護者の自宅での介護をサポートする体制を充実させることがいま求められている。

## WEST 論文研究発表会 2013

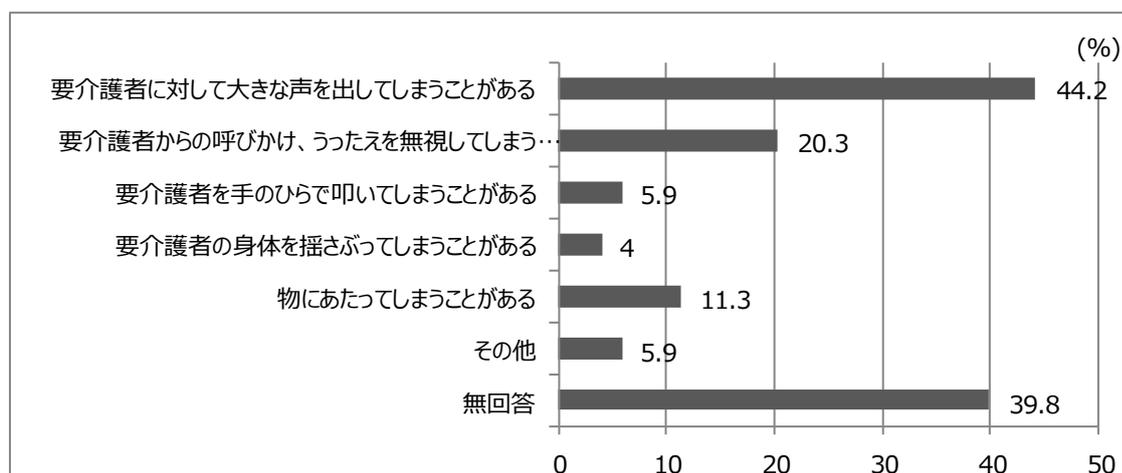
### 第3節 在宅介護をめぐる問題点

前項で述べたように、近年在宅介護の必要性が高まっているにもかかわらず、実際には在宅で介護をしやすい環境に整っていないのが現状である。

在宅介護は在宅サービスだけでできるものではなく、家族による介護が不可欠である。要介護度や家庭環境にもよるが、主に介護を行う主介護者の介護従事時間は平均 5 時間以上であり、「半日程度」の人が全体の約 11%、「ほとんど終日の人」が 22.8%にも上る。さらに要介護度 4 以上の人を介護している主介護者に限ってみれば約半数がほとんど終日介護を行っている。(厚生労働省「平成 22 年度国民生活基礎調査」) 介護のみに専念できる環境であれば、体力的な余裕はあるかもしれないが、仕事や家事、育児などを行っている人であれば、ここまで介護に拘束されると両立が非常に困難である。また、中にはケアマネージャーやホームヘルパーなど、他人の干渉を嫌がる家庭もあり、介護を一人で担おうとして追い込まれていく家庭も珍しくない。

そうした困難な状況下での介護は、家族介護者の、身体的負担だけでなく精神的負担をも増幅させる。2012 年 3 月に社団法人全国国民健康保険診療施設協議会が発表した報告書によると、要介護者に対して大きな声を出してしまったり、要介護者の呼びかけや訴えを無視してしまったりと、介護のストレスによって要介護者に対して家族介護者が不本意な行為をとってしまっている現状がうかがえる(図 6)。

図 6 介護を行なう過程で行なったことがある行為(複数回答可、n=1130)



社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
「家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業 報告書」より筆者作成

## WEST 論文研究発表会 2013

このように在宅介護では、家族介護者への負担が非常に大きいことがわかる。

また、要介護認定は介護にかかる負担を正しく表せていないという指摘もある。現在要介護認定は、その要介護者にどの程度介護サービスの必要性があるか、という基準で出されるが、これは要介護者のみの観点から出されたものであり、各家庭の介護環境の違いを考慮していない。例えば、同じ要介護度 5 で寝たきりの要介護者がいたとして、家計を支える家主がいて介護に専念できる環境の家庭と、2人暮らしで金銭的余裕も体力的な余裕もない家庭では負担が大きく違う。要介護者のみの観点から出された要介護度によって利用限度額が決められる現在の制度では、そうした家庭環境の違いに対応できない。

こうした負担を抱えたまま介護を続け、結果として家族介護者が難病や障害を抱えるケースも少なくない。連合総合生活開発研究所が平成 13 年に行った調査では、週 20 時間以上介護する者の 50%が長期疾患を抱えている。介護時間が長くなる程、身体的精神的な健康状態が悪くなり、介護時間 20～50 時間未満のものでは 61%が、50 時間以上の者では 72%が不調（疲労、憂鬱感、食欲不振、睡眠不足、精神的重圧感、身体的変調、短気、家庭医受診のうち一つまたは複数）を訴えている。以上のような問題から、要介護者を虐待、殺害してしまうケースや、要介護者と心中してしまうケースもある。

高齢化の進行により要介護者が増大し、在宅介護の必要性が叫ばれている中、家族が介護を行いやすい環境を整備し、家族介護者と要介護者が共に生活の質を保てるような介護を行えるようにしていくことは急務である。

## 第2章 問題意識

---

近年日本では高齢化が急速に進行し、それに伴って要介護者も急増している。しかし老人福祉施設の数は要介護者の増加に追いついておらず、待機者が 42 万人も存在する。さらに財政的な問題で施設をこれ以上大幅に増やすことは不可能である。そのため在宅介護の重要性が非常に高まっている。また介護を受けたい場所として自宅を挙げる高齢者が約 4 割おり、高齢者の希望をかなえるためにも、要介護者が自宅で生活できる環境を整える必要がある。

しかし介護保険制度のサービスだけで在宅介護に必要なニーズを全て満たすことはできず、サービスの足りない部分は家族介護で補わざるをえない。現状では在宅介護を行う際に、要介護者の家族に対して、身体的、精神的、経済的に非常に大きな負担がかかる。

以上の現状から我々は、在宅介護の必要性が非常に高いにも関わらず、現状では在宅介護を行やすい環境が整えられていないのではないか、という問題意識を持った。家族の負担を減らし、家族が自身の生活の質を保ちながら介護を行えるような環境を作ることが重要である。そこで本稿では、要介護者を家族に持つ人々が、自身の生活の質を保ちつつ介護を行うことができる環境を作るにはどのような政策を行えばよいかを検討し、提言する。

## 第3章 先行研究及び本稿の位置づけ

---

### 第1節 介護者の QOL に関する先行研究

介護と介護者の心身の生活の質（Quality of Life; QOL）との関連を分析した研究は 1990 年代半ば頃から活発に行われるようになった。

山本他（2002）では、「介護に関する肯定的認識」が、介護者の QOL や生きがい感、および介護継続意思に与える影響を、続柄毎に検討している。東京、神奈川、静岡、三重、沖縄の全 21 機関において訪問看護を利用している 322 人の高齢者の家族介護者を対象に、質問紙調査を実施し、分析には QOL、生きがい感、介護継続意思を被説明変数に、属性および介護に関する肯定的認識・否定的認識を説明変数とした、重回帰分析およびロジスティック回帰分析を用いている。「介護者の QOL」には WHO-QOL26 の「身体的 QOL」と「心理的 QOL」を用いている。WHO-QOL とは、既に信頼性・妥当性が確立され（田崎他[1995]）、主に医学的領域の研究で広く活用されている主観的 QOL の尺度である。分析の結果、いずれの続柄でも生きがい感には「肯定的認識」が強く関連していることが明らかとなった。結論として、介護者の心理的 QOL や生きがい感を高める支援を考えるため、介護の継続を予測するためには、介護の肯定的認識を把握することが重要としている。

さらに、斉藤（2003）は、介護の実態および介護行動、介護者の QOL に影響する要因を明らかにし、介護行動スケールの信頼性・妥当性の検討を行っている。訪問看護ステーションによるサービスを利用している介護者 105 人を対象に、介護者のインフォーマル・ソーシャルサポート、介護者の自己効力感、介護者と要介護者の関係性、介護行動、介護者の QOL 等に関して訪問面接調査を実施し、分析を行っている。「介護者の QOL」には「生活満足度尺度 K (Life Satisfaction Index K; LSIK) (古谷野[1996])<sup>3)</sup>」を採用している。これは主に、ジェロントロジー（老年学・加齢学）の領域で用いられている QOL を測る尺度である。その結果、介護行動は、介護者と要介護者の関係性、要介護度と有意な関連が見られた。また、介護者の QOL は介護者の健康状態と有意な関連あることもわかった。介護者の健康状態を維持し、介護への否定的な感情を取り除き、介護への満足感、さらには介護者の QOL を高めるための働きかけが必要であると報告されている。

---

<sup>3)</sup>生活満足度尺度 A (Life Satisfaction Index A; LSIA) (Neugarten et al., 1961) 及び PCG モラル・スケール (Lawton, 1975) に検討を加えて開発した

## WEST 論文研究発表会 2013

また、田中・武政・嶋田（2007）は、在宅介護高齢者に対する家族介護者の介護負担感、抑うつ感、QOLの現状を把握し、それに及ぼす要因を明らかにする目的で検討を行っている。対象は、神戸市の介護老人福祉施設で実施しているデイサービスを利用している在宅介護高齢者 72 名とその主介護者 72 名とし、身体的・精神的機能面および QOL を中心とした調査を実施した。主介護者の QOL の測定には、介護者の QOL を主観的幸福感と捉え、Lawton が開発した Philadelphia Geriatric Center Model Scale (PGC モラール・スケール) を日本語版にしたもの（前田他[1989]）を用いている。この PGC モラール・スケールも、ジェロントロジー（老年学・加齢学）の領域で多く用いられている QOL を測る尺度である。PGC モラール・スケールも分析の結果、主介護者の介護負担感は、要介護者の要介護度と ADL（Activities of daily living; 日常生活活動）自立度に関連していた。さらに、主介護者の QOL は、在宅要介護者の ADL 自立度と主介護者自身の抑うつ感、介護負担感と関連していた。したがって介護者の QOL を向上させるためには、要介護者の ADL 自立度を高め要介護状況を軽減させるためのリハビリテーションと、介護負担感を軽減するための主介護者への心理的サポートの必要性が示唆された。

以上見てきたように、介護者の QOL には介護に対する肯定的認識、介護者自身の健康状態や抑うつ感、負担感に関連しているということが明らかになっている。また、介護者に対する心理的サポートの重要性が示唆されている。このように、介護と介護者の QOL について保健医療的見地からの研究は、現在に至るまで多くなされてきた。

## 第2節 本稿の位置づけ

家族介護者の QOL に関する研究には、保健医療的見地からのものが多く、家族介護者の所得や雇用形態などの経済状況、地域とのつながりなどの社会的状況を考慮した研究は少ない。そこで私たちは社会経済的な見地から研究を行い、介護が家族介護者の生活全体に対してどのような影響を与えるのかを考察する。

また従来の研究は、ある市町村や病院に通う高齢者とその家族を対象に研究を行ったものが多かった。そこで私たちは日本版 General Social Surveys <JGSS-2010><sup>4</sup>をデータに用い、介護が家族介護者の生活に与える影響について、全国的な傾向を考察する。

本稿の分析では、家族介護者の QOL を表す指標として、幸福度を用いる。幸福度とは人々の主観的な幸福感を指標化したものであり、アンケート調査で回答者に現在の幸福度の程度を尋ね、その回答を幸福度の指標としている。主観的幸福感の質問は、「全体としてみて、あなたは現在、どの程度幸せですか、あるいは不幸ですか」といったものであり、それに対して 5 段階、ないし 10 段階で回答するといったものが典型的である。

幸福度は政策研究の中で近年注目を集める指標である。一か国、一時点での人々の所得と幸福度については相関関係があるものの、多国間の比較を行うと、国の所得水準と人々の平均的な幸

---

<sup>4</sup>日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター（文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点）が、東京大学社会科学研究所の協力をを受けて実施している研究プロジェクトである。

## WEST 論文研究発表会 2013

福度には必ずしも相関関係があるわけではない (Easterlin[1974])。これを幸福のパラドクスという。幸福のパラドクスが明らかになったことで、これまでの経済的な指標だけでなく、人々の精神的な豊かさを測る指標の必要性が指摘されるようになり、幸福度に注目が集まるようになった。「先進国では経済指標よりも幸福度が政策にとってより重要な情報を与える」(Diener and Seligman,[2004])、「社会の不平等は寿命や幸福度で測定すべきだ」(Veenhoven[2004]) という主張も多く、日本でも福祉などに関する研究で幅広く使われている。

### 第3節 幸福度に関する先行研究

従来、幸福度に関する研究は社会学や心理学が中心であり、経済学の分野における研究は少なかった。しかし、1998年の *Economic Journal* の特集を契機に、幸福に関する経済学的な研究が本格的に行われるようになった。その後は、急速に研究が蓄積され、定型的な事実も確立されている。本節では、まず幸福度に影響を与えるさまざまな要素を先行研究に言及しながら紹介していく。

まず性別については、男性よりも女性の幸福度が高いことが一般的に知られている。大竹(2004)、山田(2007)などの先行研究でも同様の結果が実証されている。

次に年齢については加齢に伴って、幸福度は U 字状を描く(Blanchflower and Oswald[2000])。つまり幸福度は若年期に高く、中年期に一度低下した後、高齢期に再び上昇する。大竹(2004)はこの U 字の底が 40 代であることを実証した。しかし加齢とともに幸福度が低下する(筒井他[2009]) という研究結果もあり、年齢が幸福度を与える影響については今後さらなる議論が必要である。

健康については、主観的健康感が高まると社会活動への参加意欲も増し幸福度も上昇すると推測される(竹内他[2011])。しかし主観的健康感と幸福度の関係には、幸福度が高まると主観的健康感が上昇するという逆の因果関係も指摘される。

結婚、子どもの有無については、未婚者よりも既婚者の幸福度の方が高いということが一般的に知られており、山田(2007)、筒井他(2009)などの先行研究で実証されている。さらに Kristen and Ono(2008)は日本では男性は仕事、女性は家庭というような性別役割分業を行ったほうが、幸福度が高まる傾向があることも示した。また白石・白石(2007)は子供を持つことで女性は精神的には幸せを感じるものの、生活面での満足度は低くなることを示した。

所得の増加は幸福度に正の影響を与える(Blanchflower and Oswald [2000])。しかし筒井他(2009)は、幸福度が所得の増加に伴って高まるものの、一定以上の所得を超えると上昇しなくなることを指摘した。また同研究は、所得は絶対水準よりも相対水準に依存することを示した。この結果は、幸福度は他者との比較した相対所得の影響を受けるという相対所得仮説(Dynan and Ravina[2007],Clark et al.[2008])を実証している。さらに、Dynan and Ravina (2007)は所得が平均より高い地域に住む人の方が、平均より低い地域に住む人よりも相対所得が幸福度に与える影響が大きいことを示した。また松浦(2002)は、高齢者の幸福感を支える経済的要因は所得では

## WEST 論文研究発表会 2013

なく、消費と資産（貯蓄残高）であることを示した。

雇用については、大竹(2004)は所得水準や個人属性をコントロールしても失業、失業経験、失業不安が幸福度に負の影響を与えることを実証した。森川(2010)は幸福度に対して賃金は正、労働時間は負の影響を与えるが、男性は女性よりも賃金の幸福度への影響が大きく、労働時間短縮への選好が弱いことを示した。そのため男性のワーク・ライフ・バランスの達成が困難であることを示唆している。業種に着目してみると、佐野他(2007)がサービス業や金融業や公務員といった職種が労務職やパートタイマーと比べ幸福度が高いことを実証した。また産業をコントロールした場合、管理職は幸福度が高いことを示した。

## 第4章 分析

---

### 第1節 実証分析

本稿では日本版 General Social Surveys <JGSS-2010> の個票データを用いて実証分析を行い、介護を行うことが幸福度に与える影響を明らかにする。JGSS-2010 では、全国の 20～89 歳の男女個人を対象とした調査であり、複数の調査形態が存在するが、本稿では留置 B 票を用いる。被説明変数に幸福度を、説明変数を介護参加変数と幸福要因の調整変数を加えて分析を行う。分析手法は順序プロビット分析を用いる。

#### 第1項 変数選択

##### 《被説明変数》

本稿では、被説明変数に個人の幸福度を用いる。幸福度については、JGSS-2010 において、「あなたは、現在幸せですか。」という問いに、「幸せ」から「不幸せ」の 5 段階で回答する設問があり、このデータを「不幸せ」を 1、「幸せ」を 5 として数値化したものを各個人の幸福度として使用する。

##### 《説明変数》

#### (1) 介護参加変数

介護参加変数には「主介護者ダミー」と「家族に要介護者はいるが主介護者ではない（非主介護者）ダミー」の 2 種類を用いた。JGSS-2010 では「あなたのご家族には、長期にわたる心身の病気・障がいや高齢のためにケアが必要な方はいますか。（あなたと別々に暮らしている方も含めてお答えください）」という問いに対して、「いる」と回答した人に対し、さらに「あなたは、そのご家族のケアを主にしていますか。」という問いがある。後者に「はい」と答えた人を主介護者、「いいえ」と答えた人を非主介護者とした。

#### (2) 幸福要因の調整変数

幸福要因の調整変数には「女性ダミー」、「配偶者の有無」、「年代別ダミー（20～80 代）」、「主観的健康感」、「正規雇用ダミー」、「非正規雇用ダミー」、「相対世帯収入」、「世帯人数」、「地域団

## WEST 論文研究発表会 2013

体への加入ダミー」、「13大都市ダミー」、「町村ダミー」を用いる。

「女性ダミー」は男性を 0、女性を 1 としたダミー変数である。大竹(2004)では、一般的に女性の方が男性より幸福度が高いことが示されている。

「配偶者の有無」は、「あなたは結婚していますか。」という問いに「現在、配偶者がいる」という回答を 1、それ以外（「離別」、「死別」、「未婚」、「離婚を前提に別居中」、「同棲中」）の回答を 0 とするダミー変数である。婚姻状態に関しては白石他(2007)によって、配偶者がいない場合に比べて、いる場合の幸福度が大きくなることが明らかにされている。

「年代別ダミー (20~80 代)」とは、20~89 歳の人のうち、20~29 歳を 1 とする 20 代ダミー、30~39 歳を 1 とする 30 代ダミー、...、80~89 歳を 1 とする 80 代ダミー、以上 7 つのダミー変数である。Frijters et al. (2001)によると、幸福度は若年から中年にかけて一度低下するものの、高齢になるにつれて再び上昇する U 字型の関係があることが示されているが、これについては現在議論がなされている。

「主観的健康感」については、「あなたの現在の健康状態は、いかがですか。」という問いに「良い」から「悪い」の 5 段階で回答する設問を用いて、「悪い」を 1、「良い」を 5 として数値化したものを各個人の主観的健康感とした。佐野他(2007)において、主観的健康感の値が大きくなればなるほど、幸福度の値も大きくなることが示されている。

「正規雇用ダミー」、「非正規雇用ダミー」については、「先週、あなたは収入をとまなう仕事をしましたか、または仕事をするようになっていましたか。」という問いに対して「仕事をした」「仕事をもっているが、病気、休暇などで先週は仕事を休んだ」「仕事をしていない」の 3 択で答える設問がある。前者 2 つのどちらかを答えた人に対して、さらに「あなたの仕事は、大きく分けて、この中のどれにあたりますか。」という問いを与える。この問いに対する選択肢は 1「経営者・役員」、2「常時雇用の一般従業者」、3「臨時雇用 (パート・アルバイト・内職)」、4「派遣社員」、5「自営業主・自由業者」、6「家族従業者」、7「わからない」があり、このうち 1、2、5、6 と答えた人には正規雇用ダミーに 1 を、3、4 と答えた人には非正規雇用ダミーに 1 を入れる。

「相対世帯収入」について、日本人の国民性として、他者との比較により自身の価値や地位を評価する傾向があるということが、先行研究により明らかにされている。そこで、本稿においては絶対的な世帯収入ではなく、相対世帯収入を使用した。具体的には、自身の世帯収入を世間一般の世帯収入と比較して「平均よりかなり少ない」と思う場合を 1、「平均よりかなり多い」と思う場合を 5 とする 5 段階で評価したものを変数として用いた。Clark et al.(2008)より、所得と幸福度には正の相関があることが予想される。

「世帯人数」は「あなたが一緒に暮らしている方は、あなたをのぞいて何人になりますか。」という問いの回答に 1 を加えた値を変数として用いる。

「地域団体への加入ダミー」は「あなたは、次に挙げる会や組織に入っていますか。」という問いに対して、業界団体、政治団体、ボランティアグループ、市民運動のグループ、宗教の団体や会、スポーツ関係のグループやクラブ、趣味の会、生協の計 8 つのグループや団体にそれぞれ属していれば「はい」、属していなければ「いいえ」と答える形式の設問を利用した。このうち、地域とのつながりを示す団体として、ボランティアグループ、宗教の団体や会、スポーツ関係のグ

# WEST 論文研究発表会 2013

ループやクラブ、趣味の会、生協の1つ以上に「はい」と答えた場合を1、いずれの組織にも所属していない場合を0とした。組織への所属に関しては Helliwell and Barrington-Leigh (2010) によって、所属団体が多いほど幸福度の値も大きくなることが明らかにされている。

「13大都市ダミー」と「町村ダミー」について、「13大都市ダミー」は、13大都市（札幌市、仙台市、千葉市、東京都区部、横浜市、川崎市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、広島市、福岡市、北九州市）に暮らしている人を1、「町村ダミー」は、2000年時点での町村に暮らしている人を1としている。

## 第2項 分析結果

表4に分析結果、表5に記述統計量を示す。

表4 分析結果

変数	係数	標準誤差	Z 値
主介護者ダミー	-0.189	0.070	-2.7 ***
非主介護者ダミー	-0.046	0.067	-0.68
女性ダミー	0.154	0.047	3.24 ***
配偶者ダミー	0.549	0.057	9.61 ***
30代ダミー	-0.038	0.096	-0.39
40代ダミー	-0.200	0.098	-2.04 **
50代ダミー	-0.266	0.098	-2.72 ***
60代ダミー	-0.191	0.098	-1.95 *
70代ダミー	0.044	0.106	0.41
80代ダミー	0.356	0.129	2.75 ***
主観的健康感	0.429	0.029	14.59 ***
正規雇用ダミー	-0.040	0.059	-0.68
非正規雇用ダミー	-0.102	0.070	-1.46
相対世帯収入	0.126	0.025	5.1 ***
世帯人数	0.028	0.016	1.74 *
地域団体加入ダミー	0.154	0.045	3.4 ***
13大都市ダミー	0.095	0.059	1.6
町村ダミー	0.013	0.053	0.24
loglikelihood		-2853.8989	
Psuedo R2		0.0735	
Sample Size		2404	

\*\*\*、\*\*、\* はそれぞれ1%、5%、10%水準で統計的に有意であることを示す

# WEST 論文研究発表会 2013

表 5 記述統計量

変数	サンプル数	平均	標準偏差	最小値	最大値
幸福度	2404	3.683444	0.8910946	1	5
主介護者ダミー	2404	0.1173045	0.3218497	0	1
非主介護者ダミー	2404	0.1310316	0.3375051	0	1
女性ダミー	2404	0.5345258	0.4989103	0	1
配偶者ダミー	2404	0.7242097	0.4470046	0	1
30代ダミー	2404	0.156406	0.3633154	0	1
40代ダミー	2404	0.1626456	0.3691188	0	1
50代ダミー	2404	0.1734609	0.378724	0	1
60代ダミー	2404	0.2167221	0.4120974	0	1
70代ダミー	2404	0.1430948	0.3502424	0	1
80代ダミー	2404	0.0532446	0.2245675	0	1
主観的健康感	2404	2.888519	0.816528	1	5
正規雇用ダミー	2404	0.4421797	0.4967489	0	1
非正規雇用ダミー	2404	0.1651414	0.3713854	0	1
相対世帯収入	2404	2.767055	0.9167491	1	5
世帯人数	2404	3.231281	1.483072	1	11
地域団体加入ダミー	2404	0.4484193	0.4974358	0	1
13大都市ダミー	2404	0.1900998	0.3924614	0	1
町村ダミー	2404	0.2537438	0.4352432	0	1

## 第3項 分析結果の考察

### (1) 介護参加変数

介護参加変数には「主介護者ダミー」と「家族に要介護者はいるが主介護者ではない（非主介護者）ダミー」の2種類を用いた。分析結果より、主介護者であることが幸福度に負の影響を与えることがわかった。なぜ主介護者であることが幸福度を下げることについては、次節で考察する。

### (2) 幸福要因の調整変数

「女性ダミー」について、先行研究に示されている通り、女性の方が男性より幸福度が高いことが示された。

「配偶者の有無」について、これも先行研究に示されている通り、配偶者がいない場合に比べて、いる場合の幸福度が大きくなることが示された。

## WEST 論文研究発表会 2013

「年代別ダミー（20～80代）」について、これも先行研究に示されている通り、20代から50代にかけて一度低下するものの、高齢になるにつれて再び上昇するU字型の関係があることが示された。

「主観的健康感」について、これも先行研究に示されている通り、主観的健康感の値が大きくなればなるほど、幸福度の値も大きくなることが示された。

「相対世帯収入」について、これも先行研究に示されている通り、自身の世帯収入が世間一般と比べて相対的に多いと考えているほど、幸福度の値が大きくなることが示された。

「世帯人数」について、世帯人数が多い方が幸福度が高いことが示された。

「地域団体への加入ダミー」について、これも先行研究に示されている通り、地域団体へ加入していれば幸福度の値も大きくなることが示された。

## 第2節 家族介護者のQOLを下げる要因

前項の実証分析により、主介護者であることが幸福度を下げていることが分かった。本節ではなぜ主介護者であることが幸福度を下げるのか、主介護者の幸福度を高めるためにはどのような政策を行うべきであるかを専門家へのヒアリング、介護負担に関する研究およびアンケート調査から考察する。

### 第1項 専門家へのヒアリング

介護を行うことで家族介護者、特に主介護者にはどのような負担がかかるのかについて、関西学院大学人間福祉学部教授の大和三重氏にお話を伺った。

家族介護者の負担には身体的負担や精神的負担、経済的負担など様々なものがあるが、一番大きいのは精神的負担である。特に主介護者の精神的負担はとても大きい。介護は終わりの見えないものである。主介護者は先が見えない中で介護を続けていかなければならないので、大きな精神的負担を抱えることになる。

精神的負担に影響を与える要因としては、家族関係や要介護者の認知症の有無などがある。

介護が必要となる前の家族関係は、必ず介護に反映される。親子や嫁姑の葛藤があったのちに、子供や嫁が介護をする側に回ると、以前の関係から要介護者と関わることに大きなストレスが溜まってしまう。また、要介護者が主介護者を受けつけない、ひどい言動を浴びせるといったケースもある。また、家族に他に介護を行ってくれる人がいなければ、介護者は自分だけで介護を抱え込んでしまうことになる。介護に協力してくれる人や相談できる人が多いほど、またその頻度が多いほど主介護者に掛かる負担は減る。そのため家族が介護に協力的であるかどうか、主介護者の負担を大きく左右する。また、介護を行っていない家族が、介護の方法などに対して過度に口出しすることも、主介護者の負担になる。

要介護者に認知症があると、介護の負担はより大きくなる。認知症には記憶障害などの中核症

## WEST 論文研究発表会 2013

状のほかに、周辺症状として物とられ妄想や徘徊、暴力的になるなどの症状がある。昼夜を問わず徘徊する要介護者などは家族が一日中見守らなくてはならず、主介護者が自分の時間を持つことができずに追い詰められてしまう。また症状によっては人格が変わってしまい、主介護者が献身的に介護をしても唾をかけられる、つねられる、暴言を吐かれるなどされ、介護に伴う身体的負担に加えて大きな精神的負担が蓄積される。主介護者は自分が介護をする人からの「ありがとう」の一言で大きく救われ、それを励みとして介護を続けることも多いが、認知症の人は次第に意思疎通ができなくなり感謝の言葉をかけてくれることもないので、精神的に報われることがなく負担ばかりが募ってしまう。こうした状況から認知症の介護が高齢者虐待につながるケースも多い。

主介護者の精神的負担を減らすには、主介護者が気持ちを吐きだせる状況を作ること、主介護者を一時的に介護から離して自分の時間を持たせることが重要である。主介護者が気持ちを発散させるためには、家族が日常的に介護者の話に耳を傾けることが必要である。主介護者は辛いことを思いっきり外に吐き出すだけでも楽になるものであり、一人でため込まないことが最も重要である。家族は主介護者の話に耳を傾け、また介護を分担するなど主介護者一人に負担が集中しないように配慮することが重要である。介護に関わることができない家族は、主介護者に過度の要求をすることや介護に対してやかましく口を挟むのではなく、あくまで主介護者の方法や気持ちに寄り添うことが大切である。しかし、例えば主介護者である嫁に向かって、要介護者の息子である夫が、仕事で疲れているのを理由にして話を聞かないといったことはよくある。そのような場合、介護の辛さを聞く活動や主介護者の交流の場を提供する活動を行っている NPO がある地域では、それを利用するのも有効である。地域の人が要介護者のいる家庭を気にかけることも、主介護者が一人で抱え込むことを防ぐことにつながる。

また主介護者を一時的に介護から解放する方法として、通所サービスや短期入所サービスなどを利用して、要介護者が出かけている時間に介護者が自分の時間を作れるようにすることが有効である。このように主介護者の負担を減らすには、主介護者を支援してくれる人数や頻度、支援の内容といったソーシャルサポートネットワークが重要であり、生活の質に大きく関わる。

## 第2項 介護負担に関する研究

家族介護者の介護負担に関しては、1980年代以降多くの研究蓄積がある。Zarit (1980) は介護者の健康状態や幸福感、経済的、社会的な生活状態を含めた介護負担という概念を提唱し、この介護負担には要介護者の心身状態や介護者の心身状態、社会的要因などさまざまな因子が関連していることを明らかにした。介護者の介護負担に影響を与える要因としては、介護者自身の不安や抑うつ感、精神的疲労感が関連すると報告されている (Grunfeld et al.[2004], 鷲尾[2005], Shurgot et al.[2005])。また、社会的支援がより得られる状況であれば介護負担感は低く、介護者の幸福感や健康感が良好であり、抑うつも低いとされている (Vitaliano et al.[1991])。桑原他 (2005) では、患者を1人にして外出できることは、介護負担感を減らす傾向が認められ、身体的あるいは精神的に介護から解放される時間をもつことが、介護の負担を軽減させるということ

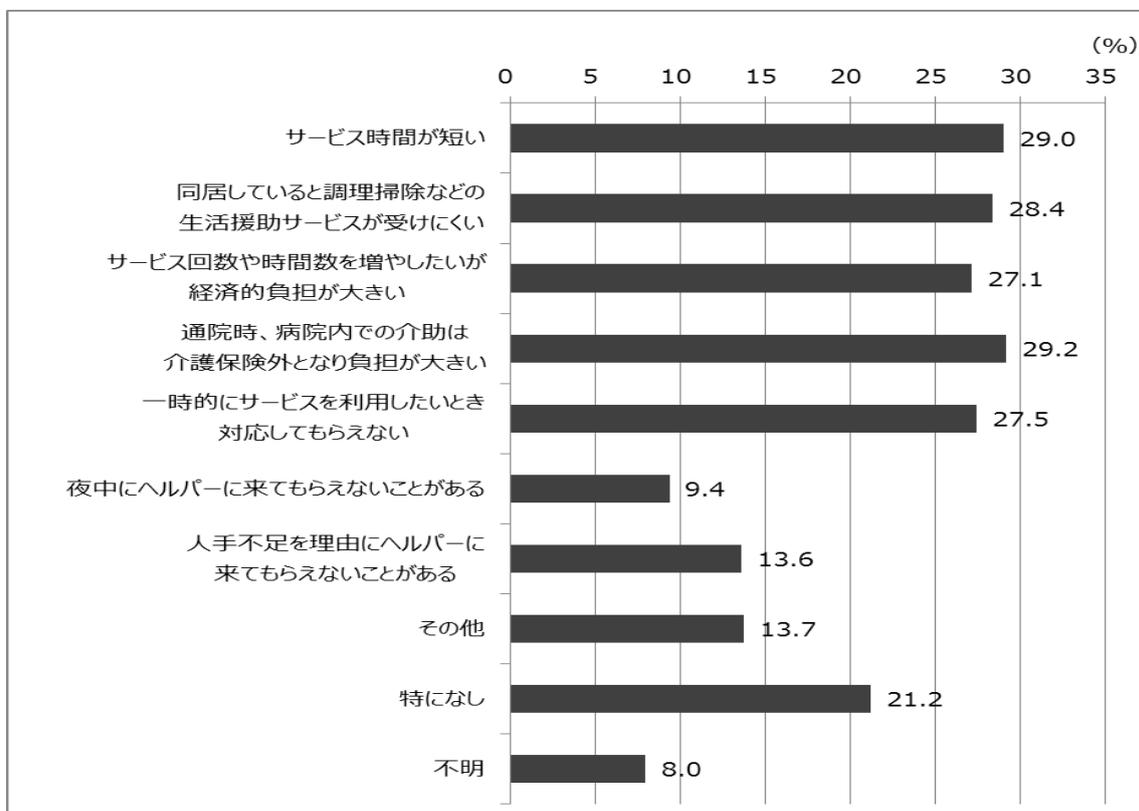
## WEST 論文研究発表会 2013

が示唆されている。川本他（1999）では、副介護者がいるほど、また、手段的支援ネットワークや情緒的支援ネットワークが強いほど、介護者の主観的幸福感は大きいと報告している。一日のうちの長い時間にわたって要介護高齢者の世話をする介護者が、友人を訪問したり、リラックスしたりする時間を失うことを示した研究も報告されている（George and Gwyther[1986]）。このように、介護者の負担感には介護者の精神状態、介護者の身体的、精神的支援の有無が影響を及ぼすことがこれまでの研究で明らかにされている。

### 第3項 アンケート調査

また、家族介護の状況や家族介護者が抱える負担については様々な団体の行ったアンケート調査からも、その状態を考察することができる。東京都社会福祉協議会が全国の介護保険サービス利用者に対して行った「介護保険利用者の声 アンケート調査」では、介護保険サービスに関し不便なことや不都合なこととして、「サービスの時間が短い」、「同居していると調理掃除などの生活援助サービスが受けにくい」、「通院時、病院内での介助は介護保険外となり負担が大きい」、「一時的にサービスを利用したいとき対応してもらえない」、などの意見があがっている（図7）。経済的負担や設定されているサービスの時間、回数の不足により、サービスを利用したいと思っても利用できない場合があることがわかる。

図 7 不便なことや不都合なこと（複数回答可、n=641）

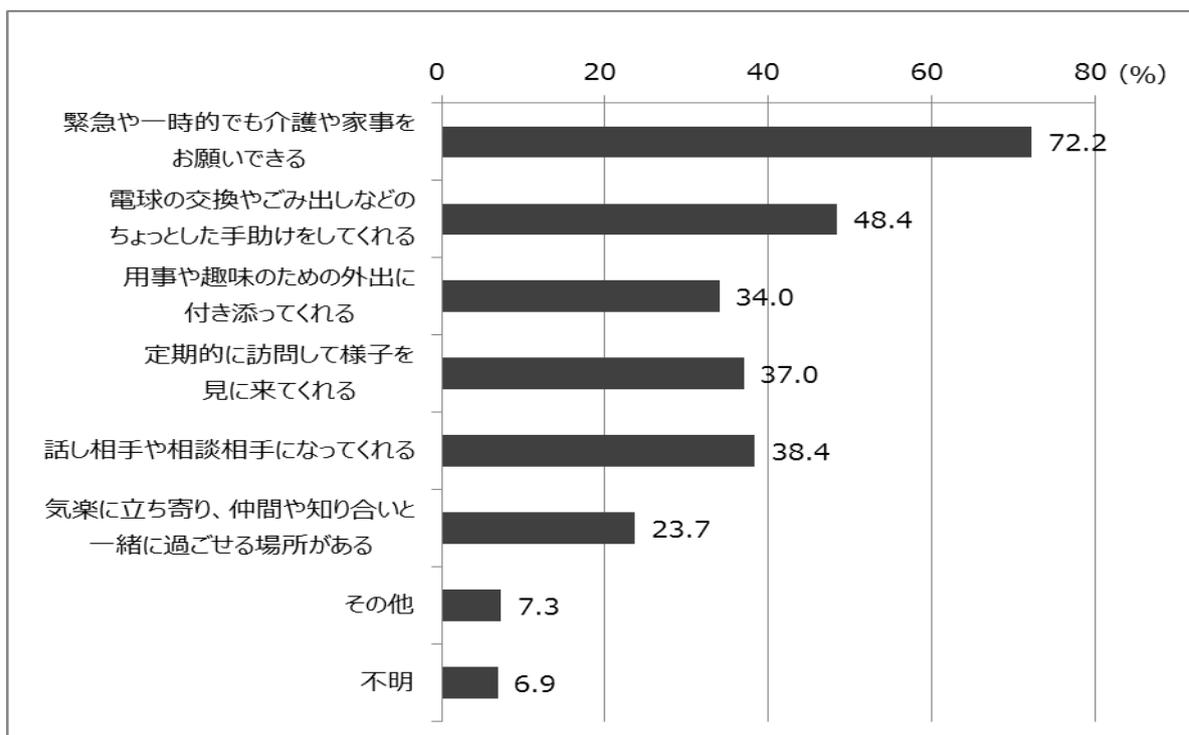


東京都社会福祉協議会「介護保険利用者の声 アンケート調査」より筆者作成

## WEST 論文研究発表会 2013

同アンケートでは、現在は存在しないが、介護サービスとしてあればいいと思うサービスや手助けについても尋ねている。ここでは保険利用者は、「緊急や一時的でも介護や家事をお願いできる」「電球の交換やごみ出しなどのちょっとした手助けをしてくれる」「用事や趣味のための外出に付き添ってくれる」「定期的に訪問して様子を見に来てくれる」「話し相手や相談相手になってくれる」サービス等を希望している。このように介護保険利用者は、それぞれの家庭状況に合わせ様々なサービスを求めているが、現在の政策だけでは十分に対応しきれていないのが現状である（図 8）。

図 8 あればいいと思うサービス（複数回答可、n=641）

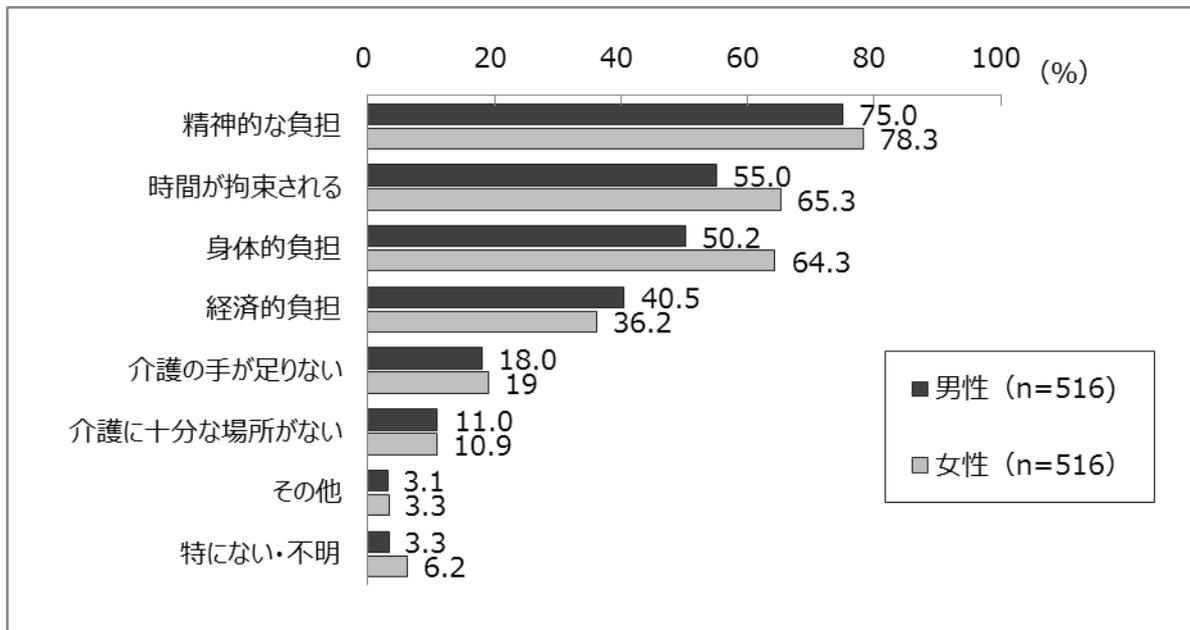


東京都社会福祉協議会「介護保険利用者の声 アンケート調査」より筆者作成

また明治安田生活福祉研究所が家族等の介護経験がある全国の40歳代から70歳代の男女を対象に行った「介護生活の実態と意識に関する調査結果」では、介護をされていて苦勞を感じることで、全体の約8割が精神的負担を最も大きな負担として捉え、次いで介護に時間が拘束されること、身体的負担、経済的負担を挙げている（図 9）。

# WEST 論文研究発表会 2013

図 9 介護をされていて苦勞を感じること



明治安田生活福祉研究所「介護生活の実態と意識に関する調査結果」より筆者作成

このことから、経済的、身体的負担も介護者は大きな苦勞とを感じるが、最も大きな負担は精神的負担であり、時間が拘束され自分のやりたいことができないこともストレスとして精神的負担につながっていると捉えることができる。

我々の研究では、介護をすることは主介護者の幸福度を下げることが実証的に示された。本節で見えてきたように、主介護者の精神的状態が介護負担感に影響を及ぼし、幸福度を引き下げる要因になっていると考えられる。特に、家庭状況によって介護のあり方は大きく異なる。したがって、家庭状況の多様さに配慮しつつ、主介護者の身体的、精神的負担感を軽減し、主介護者が介護と肯定的に関われるよう支援する政策が必要であると考えられる。

## 第5章 政策提言

---

分析やヒアリングの結果などから、介護をめぐる状況は家庭によって大きく異なっており、それぞれの家庭の状況に合わせたサービスを提供することが、主介護者の生活の質を高めるということがわかった。そこで我々は、家庭の状況に応じて給付を柔軟に行う仕組みと、現在介護を行っていないが将来介護を行う可能性のある人にも介護について考える機会を持ってもらうための広報活動を提言する。給付制度の改正と広報活動によって主介護者は、家庭の状況にあわせてサービスが使いやすくなり、また周囲の理解や協力を得やすくなると考える。また、介護において重要である家族関係や社会関係、経済面での準備は一朝一夕にできるものではないが、広報活動によって介護者でない人が介護に対する知識を得ることで、将来よりよい介護ができるよう環境を整え準備することができる。

### 第1節 家庭環境に応じた介護給付

介護保険制度では要介護度に応じて、サービスの利用限度額が設定されている。要介護者は利用限度額内であれば、介護サービスを1割負担で受けることができる。利用限度額を超えるサービスの利用については、全額自己負担である。要介護認定はコンピュータによる一時判定と、審査会による二次判定によって行われる。要介護度は本人の日常生活活動（ADL）自立度と認知症による問題行動の有無を考慮して決められる。

現在の給付のあり方では、本人の要介護度によって一律に利用限度額が定められているので、要介護者の周りの環境が考慮されず、必ずしも要介護者やその家族のニーズに対応することができない。特に家庭の状況によって必要となるサービスの種類や量は異なるのにも関わらず、要介護認定において家族の状況が考慮されないのは問題である。

実際に介護サービスを利用限度額いっぱいまで使っているのは利用者全体の約40%であり、約30%が利用限度額の半分以下、約10%が1割分以下のサービスしか利用していない（図10）。一方、利用者の約25%が利用限度額以上の上乗せサービスの利用経験がある（図11）。日高（2001）は要介護度が高くなるにつれて、介護サービスの利用量のばらつきが大きくなることから、単に要介護度が高くなるにつれて介護サービスの利用ニーズが高くなり、多くの介護サービスを利用するとは限らないことを示唆した。

このようにサービスの利用状況は介護者によりまちまちであり、要介護度以外にもサービスの利用状況に影響を与える要因があると考えられる。そこで、より家庭環境に合わせた給付を行う

## WEST 論文研究発表会 2013

ことで、サービスを利用したい人が利用しやすい環境を整え、家族介護者の生活の質に寄与することができる考える。

このような、要介護認定で考慮される ADL などの要因以外の家庭環境を考慮する仕組みとして、現在要介護度ごとに定められている利用限度額を個々の状況によって上下させる仕組みを提言する。新しい給付制度のもとでは、従来通り ADL を基本とした要介護認定によって要介護度を決めたと、家庭環境に合わせて利用限度額に幅を持たせる。現在の利用限度額を基準として、家庭環境に応じて最終的な限度額を上下させる形をとる。利用限度額の最終決定には、要介護認定で考慮されない要介護者の世帯所得や家族構成などの家庭環境を考慮する。利用限度額の最終決定は、現在要介護認定の二次判定を担う審査会が行うこととする。その際、決定が恣意的にならないように、ガイドラインに沿って判断を下すこととする。

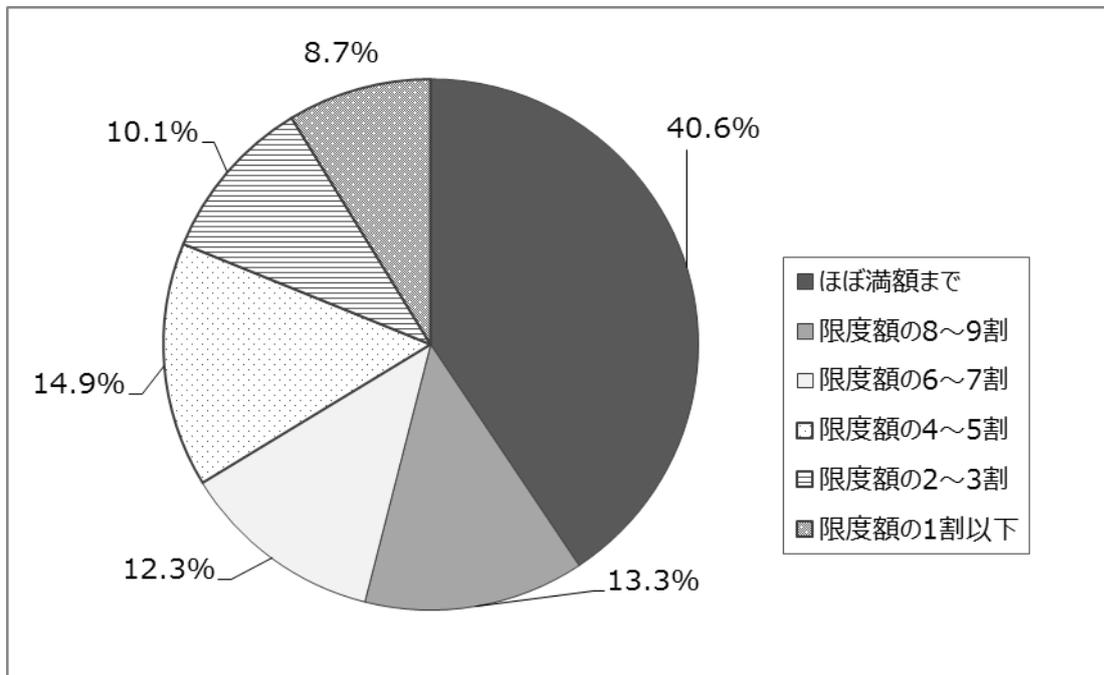
利用限度額の最終決定の際に考慮すべき項目として、上にあげた世帯所得や家族構成などの家庭環境は、要介護度以外でサービスの利用状況に大きく影響を与える要因である。まずサービスの利用には、経済状況が大きく影響する。明治安田生活福祉研究所の行った「介護生活の実態と意識に関する調査」によると、介護経験者の約 3 分の 2 が「もっとお金があれば利用したいサービスがあるか」という問いに、あると答えている。

また、家族構成もサービスの利用状況に大きな影響を与える。高齢者がひとりで暮らす単身世帯は核家族世帯や三世代世帯に比べて、訪問系のサービスの利用割合が高く、通所系、短期入所系のサービスの利用割合が低い。核家族世帯や三世代世帯では通所系のサービス割合が大きい、特に三世代世帯では通所系サービスの利用割合が訪問系のサービス利用割合を上回っている（表 6）。普段家に介護を行う人がいない状況では訪問介護が、普段は家に介護を担う人がいる場合は一時的に介護者を介護から解放する通所介護のニーズが高まると思われる。また、延原他（2001）は在宅サービス利用の要因分析の結果、独居ではホームヘルプサービスと配食サービスの利用率が非独居に比べ非常に高いことを示した。

以上のように世帯所得や家族構成などの介護環境を考慮した柔軟な給付制度を設計することで、家庭の状況に応じてサービスが使いやすくなり、主介護者が自身の生活にあわせてサービスを利用しやすくなる。これによって、主介護者が生活の質を保ちつつ介護を行うことができるようになる。

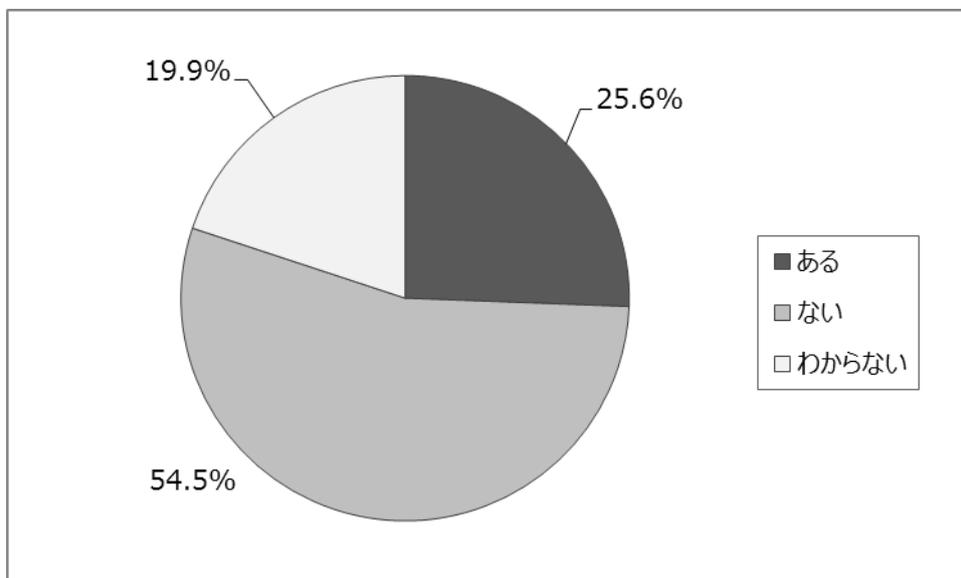
# WEST 論文研究発表会 2013

図 10 公的介護保険の限度額の何割まで消化している（していたか）（n=503）



明治安田福祉研究所 平成 24 年介護生活の実態と意識に関する実態調査 より筆者作成

図 11 上乗せサービスの利用経験（n=730）



明治安田福祉研究所 平成 24 年介護生活の実態と意識に関する実態調査 より筆者作成

# WEST 論文研究発表会 2013

表 6 世代別にみた居宅サービスの利用割合

利用の有無 居宅サービスの種類	総数	単独世帯	核家族		三世代 世帯	その他 の世帯	高齢者 世帯
			世帯	夫婦の みの世 帯			
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
利用した	77.9	84.0	76.4	75.4	75.6	75.3	79.4
訪問系のサービス	51.9	69.1	53.7	53.5	40.4	40.5	59.6
通所系のサービス	46.2	30.3	46.7	44.1	56.7	53.5	37.5
短期入所サービス	11.7	4.7	9.2	8.4	17.7	17.8	7.9
小規模多機能型居宅							
介護	2.7	5.7	0.9	1.1	2.2	2.4	3.7
配食サービス	7.6	13.4	7.4	8.3	4.1	4.8	10.5
外出支援サービス	2.7	3.4	3.1	3.2	1.6	2.1	3.3
寝具類等洗濯乾燥消							
毒サービス	0.9	0.9	1.1	1.1	0.7	0.9	1.0
利用しなかった	22.1	16.0	23.6	24.6	24.4	24.7	20.6

厚生労働省 平成 22 年度国民生活基礎調査より

## 第2節 潜在的介護従事者への広報活動

本節では、介護者を取り巻く人々が介護に理解を持つため、また潜在的介護者が介護を行う時に備えて準備をするために潜在的介護者への広報活動を提言する。

在宅介護を行う際には、サービスを利用していない時の介護を家族が担わなければならない。そのため主介護者に対しては非常に大きな負担がかかる。また 2 人暮らしの家庭などでは介護のために仕事をやめる介護者もいる。パートやアルバイトなどで働き続けることはできても、介護のための十分な収入は得られないことが多い。

このように家族介護者は精神的負担が非常に大きく、主介護者が気持ちを吐きだせる状況を作ったり、一時的に介護から離れるなどして、一人で溜め込まない状況を作ることが重要である。また親戚などからの経済的な援助が必要となる場合もある。

我々は広報活動によって、介護者の周囲の理解が深まり、主介護者が援助を得やすくなると考える。特に、誰よりも主介護者の状況を理解できる立場にある家族の助けは、主介護者にとって大きな心の支えとなる。同居別居を問わず、要介護者を持つ家族全員が介護の大変さを理解し、ケアマネージャーやホームヘルパーなども含めた全員で要介護者および主介護者を支えていくことが、より幸福な介護につながるであろう。また社会全体の介護に対する理解が深まれば、さらによりよい介護が実践できるようになると考える。

## WEST 論文研究発表会 2013

在宅介護をしている人の中には介護を自分たちで抱え込んでしまうケースもある。こうした家族の状況は、ケアマネージャーなどが働きかけたところで、容易に変えられるものではない。介護に対する家族の意識や家庭環境を変えることは、結局はその人自身でしかなしえないものである。また介護を行うための経済的な準備はすぐにできるものではない。

そこで現在は介護を行っていない人に対して、介護についての情報を提供することで、介護に対する準備を促すことが重要であると考えられる。潜在的介護者が介護に対する準備を行うことで、介護を抱え込んでしまう状況に陥ることを未然に防ぐことができる。良好な家族関係を気づくことの重要性や、介護の際には周囲に協力を求めることが重要であることを知っていれば、介護が始まる前に心構えをすることができる。また介護のためにはどの程度の経済的準備が必要か事前に知ることができれば、介護が必要となるまでに準備をすることができる。

行政も広報活動の重要性は認識している。平成 20 年 7 月より、「介護についての理解と認識を深め、介護サービス利用者及びその家族、介護従事者等を支援するとともに、これらの人々を取り巻く地域社会における支え合いや交流を促進する観点から、高齢者や障害者等に対する介護に関し、国民への啓発を重点的に実施する日」が設定された。「11 月 11 日」を「介護の日」とし、介護に関する啓発を重点的に実施する取り組みがなされている。具体的には、「11 月 4 日から 11 月 17 日までを『福祉人材確保重点実施期間』として設定し、関係機関と連携して、福祉・介護サービスの意義の理解を一層深めるための普及啓発及び福祉人材の確保・定着を促進するための取組」が各自治体・関係団体によって実施されている。この政策は主に、介護従事者として働く人材の確保を目的としている。

一方、私たちの提言する広報活動は、特に在宅での介護者にスポットを当てて、将来家族介護の担い手になる可能性のある人々に対して、自分自身の生活の質を保ちつつ、持続可能でよりよい介護を達成できるように、介護に対する準備を呼びかけていくものである。潜在的在宅介護者に対する広報活動によって主介護者が周囲からのサポートを得やすくなり、また現在介護を行っていない人が介護に対する準備をすることができれば、よりよい介護の実践につながる。

こうした広報活動の手段として、具体的に以下の 2 つを提言する。

### 第1項 40 歳を迎えた人々へのパンフレットの送付

介護保険料は、第二号被保険者である 40 歳以上の人々から納める義務が発生する。仕組みとしては、加入している医療保険と合わせて徴収される。介護保険料の納付は市町村ごとに行われているため、地域によって異なるが、40 歳を迎えて納付義務が発生したとしても、必ずしも通知が送られてくるとは限らない。被雇用者の中には、特に通知が来ることなく企業側が給与から天引きしている人もいる。このような方法では、定められているから、という理由だけで特に介護のことを考えずに納付する人も少なくないだろう。被保険者になり、保険料を払っている以上、介護について考える必要があるのではないかと。また、保険者も介護保険料を徴収している以上、被保険者に対して、そうした情報を伝える義務があるのではないだろうか。介護保険制度と似た徴収方法の制度として、国民年金がある。国民年金は 20 歳以上の人々に納付の義務があるが、20

## WEST 論文研究発表会 2013

歳になると通知が来るようになっていく。そこで国民保険と同様に、介護保険料納付の通知を送ることを提言する。またその際に介護についてのパンフレットを送付することを提言する。

40歳は、親が高齢期を迎えて、自分が介護従事者になる可能性は高まってきている年齢である。パンフレットの内容としては、介護保険制度の説明だけでなく、介護者の経験談や介護従事者になる心構え、幸福な介護実現のために今から準備しておくことなどを載せる。その際「こうしないと大変ですよ」という伝え方ではなく、介護に肯定的なニュアンスすなわち「こうすることで幸せな介護が達成できます」という様な伝え方が適当であろう。

### 第2項 高齢者の子供世代への呼びかけ

現在、要介護者になりうる可能性のある人々に対しての予防施策として、「介護予防事業」があり、各地域によって様々な事業がなされている。介護予防事業は、一次予防事業と二次予防事業の2つに分かれている。一次予防事業は、65歳以上の全ての高齢者を対象にしており、生活機能の維持または向上を図るための事業である。具体的には、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一次予防事業評価事業などからなっている。一方で、二次予防事業の対象は、要支援・要介護者ではないが、生活機能の低下があるため、要支援・要介護になる可能性があるとして認定された、65歳以上の高齢者である。この介護予防事業は、高齢期を迎え、要介護状態になる可能性の高い高齢者の予防のための事業である。こうした高齢者は要介護状態になる可能性が高まっており、このことは同時に彼らが介護従事者になる可能性が高まっているということである。

私たちの提言は、この介護予防事業に並行して、こうした子供世代に対しても介護者になる心構えを伝えていくことである。例えば、介護予防普及啓発事業では、地域の高齢者に対して要介護状態の予防や、要介護状態になった際の対策などについての講演会を行っている。この講演会にその高齢者の子供を招き、介護をしていく環境づくりなどについての講演も同時に行う。こうすることで自分の親が要介護状態になった時のことを、実感を帯びて想像でき、いざ介護をすることになってあわてずよりよい環境で介護ができるようになるのではないかと。

## おわりに

---

本稿では、近年日本において在宅介護の必要性が非常に高まっていることをうけ、家族介護者の生活の質に介護が与える影響を分析した。その上で家庭環境に応じた柔軟な給付制度、及び潜在的介護者に対する広報活動に関する提言を行った。

しかし、本稿には以下のような課題も残されている。まず今回用いたデータでは、要介護度など介護の状況に影響を与える変数を入れることができなかった。家族介護者のおかれた状況に関する調査には、社会的、経済的な側面についてなされているものが少ない。家族介護者に対する有効な支援策を立案するためには、今後、社会的、経済的な面も考慮した調査が広くなされることが望まれる。

また本稿では、経済的に困窮して介護サービスの1割負担さえ払えない人や、すでに介護を抱え込んでしまっている人に対しての支援について提言することができなかった。こうした状況におかれた人は少なからず存在しており、彼らに対する支援を充実させることが必要である。

急速に高齢化が進む我が国においては、高齢者とその家族がともに幸せな生活を送れるよう、早急に環境を整備することが望まれる。特に介護の現場においては、介護を担う家族に対する支援が不可欠である。最後に、本稿が日本における介護政策、特に家族介護者の生活の質の向上の一助となることを願い、本稿を締めくくる。

## 《先行論文》

- 大竹文雄 (2004) 「失業と幸福度」『日本労働研究雑誌』No.528、pp. 59-68
- 山田憂子(2007)「勝ち組・負け組」論の真実—JGSS-2002 データにおける幸福感規定要因分析からの考察—『日本版 General Social Surveys 研究論文集』(6)、pp.159-167
- Blanchflower, D. G. and Oswald, A. J. (2000), “Well-being over Time in Britain and the USA”, *Journal of Public Economics*, 88, 1359-1386
- 竹内香織、磯和勅子、福井享子(2011)「地域高齢者における主観的幸福感に関連する社会活動要因」『三重看護学誌』Vol.132011、23-30
- 筒井義郎、大竹文雄、池田新介 (2009) 「なぜあなたは不幸なのか」『大阪大学経済学』第 58 巻、第 4 号、20-57
- Kristen Schultz Lee, Hiroshi Ono(2008), “Specialization and Happiness: A U.S.-Japan Comparison,” *Social Science Research*, 37, 1216-1234
- 白石小百合、白石賢(2007)「少子化社会におけるワーク・ライフ・バランスと幸福感—非線形パネルによる推定—」『内閣府経済社会総合研究所 Discussion Paper Series』 No.181
- Karen E. Dynan and Enrichetta Ravina(2007)“Increasing Income Inequality, External Habits, and Self-Reported Happiness” *The American Economic Review* Vol. 97, No. 2, 226-231
- Clark, A. E., Frijters, P. J and M.A. Shields (2008), “Relative Income, Happiness, and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles,” *Journal of Economic Literature*, vol. 46(1), 95-144
- 松浦克己(2002)「黄昏の幸せ-高齢者の幸せ感を支えるもの」『郵政研究所ディスカッションペーパーシリーズ』No.2002-02
- 森川正之(2010)「地域間経済格差について：実質賃金・幸福度」『経済産業研究所 ) Discussion Paper Series』10-J-043
- 佐野晋平、大竹文雄 (2007) 「労働と幸福度特集・仕事の中の幸福」『日本労働研究雑誌』, No558、4-18
- Walker, A. J., Acock, A. C., Bowman, S. R., et al. (1996) Amount of Care given and Caregiving Satisfaction : A Latent growth Curve Analysis, *Journal of Gerontology, :Psychological Science*, 51 B (3), 130-141.
- Picot, S. J., Youngblut, J., Zeller, R., (1997) Development and testing of a measure of perceived caregiver rewards in adults, *Journal of Nursing Measurement*, 5 (1), 33-52.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly : correlates of feeling of burden, *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Lawton, M. P., Moss, & Kleban, M. H., (1991) A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being, *Journal of Gerontology*, 46, 181-186.
- 石井京子 (2003) 『高齢者の家族介護に関する心理学的研究』風間書房
- 広瀬美千代、岡田進一、白澤政和 (2005) 「家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造：肯定・否定の両側面に焦点をあてて」『日本在宅ケア学会誌』9 (1), 52-60.
- 中谷陽明・東條光雄 (1989) 「家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析」『社会老年学』29, 27-36.
- 新名理恵・矢富直美・本間昭 (1989) 「痴呆性老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究」『東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書—老年性痴呆の基礎と臨床』131-144.
- 中谷陽明 (1992) 「在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき” : Maslach Burn-out Inventory 適用の試み」『老年社会学』34, 15-26.
- 松岡英子 (1993) 「在宅介護者老人の介護者のストレス」『家族社会学研究』5, 101-112.
- 杉澤秀博 (1992) 「介護老人の介護者における主観的健康感および生活満足感の変化とその関連要因に関する研究」『日本公衆衛生誌』39, 23-31.
- 上田照子・橋本美知子・高橋祐夫 (1994) 「在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究」『日本公衆衛生雑誌』41 (6), 499-505.
- 杉原陽子・杉沢秀博・中谷陽明 (1998) 「在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響」『日本公衆衛生雑誌』45 (4), 320-335.

## WEST 論文研究発表会 2013

- 櫻井成美 (1999) 「介護肯定感がもつ負担軽減効果」『心理学研究』70 (3), 203-210.
- 山本則子 (1995) 「痴呆老人の家族介護に関する研究；娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味」『看護研究』28 (3), 2-23.
- 山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 河原 (前川) 宣子, 長谷川喜代美, 林邦彦, 杉下知子 (2002) 「高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質 (QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連：続柄別の検討」『日本公衆衛生雑誌』49 (7), 660-671.
- 斉藤基 (2003) 「家族介護における介護行動及び介護者の QOL に関する研究：介護行動スケールの開発とその信頼性・妥当性の検討」『日本看護科学会誌』23 (3), 57-68.
- 田中清美, 武政誠一, 嶋田智明 (2007) 「在宅要介護高齢者を介護する家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因」『神大保健紀要』23, 13-22
- Ronald Inglehart and Pippa Norris (2003) "Rising tide: gender equality and cultural change around the world", Cambridge University Press,
- Frijters, P., J. P. Haisken-DeNew and M.A.Shields (2001) "The Balue of Reunification in Germany: An Analysis of Changes in Life Satisfaction" Tinbergen Institute, mimeo.
- John F. Helliwell and Christopher P. Barrington-Leigh (2010), "Measuring and Understanding Subjective Well-Being", Canadian Journal of Economics, Vol. 43, Issue 3, 729-753.
- 延原弘章, 安西将也 (2001) 「在宅サービスの利用に影響する因子の検討」『日本保健福祉学会誌』8(1), 53-60
- 日高正巳, 住居広士, 武政誠一, 有村大士, 嶋田智明 (2001) 「介護保険利用量調査からみる要介護認定制度の検証」『神大医保健紀要』第17巻, 43-50
- 田崎美弥子, 野地有子, 中根允文 (1995) 「WHO の QOL」『診断と治療』83 (12), 2183-2198
- 古谷野亘 (1996) 「QOL などを測定するための測度 (2)」『老年精神医学会雑誌』7 (4) 431-441
- Neugarton BL, Havighurst RJ, Tobin SS (1961), "The measurement of life satisfaction" *J Gerontol*, 16, 134-143
- Lawton M.P. (1975) "The Philadelphia Geriatric Center Model Scale" *A revision. J Gerontol*, 30, 85-89
- 前田大作, 野口祐二, 玉野和志他 (1989) 「高齢者の主観的幸福感の構造と要因」『社会老年学』30, 36-16
- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A, Viola R, Cristine M, Janz T, Glossop R. (2004) "Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers" *Canadian Medical Association Journal*, vol.170(12), 1795-1801
- 鷺尾昌一, 斎藤重幸, 荒井由美子, 高木 覚, 大西浩文, 磯部 健, 竹内 宏, 大畑純一, 森 満, 島本 和明(2005) 「北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討：日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて」『日本老年医学会雑誌』 42, 221-228
- Shurgot GR, Knight BG (2005) "Influence of neuroticism, ethnicity, families, and social support on perceived burden in dementia caregivers: Pilot test of the transactional stress and social support model" *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), 331-334
- Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Becker J, Maiuro RD (1991) "The screen for caregiver burden" *Gerontologist*, 31(1), 76-83.
- 桑原裕一, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 和泉比佐子, 森満(2002) 「要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因：福岡県京築地区における介護保険制度発足前後の比較」『保健医療科学』51(3), 154-167
- 川本龍一, 岡本憲省, 山田明弘, 小国孝 (1999) 「在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究」『日本老年医学雑誌』36, 35-39
- George LK and Gwyther LP (1986) "Caregiver well-being ; a multidimensional examination of family caregivers of demented adults" *Gerontologist*, 26, 253-259

# WEST 論文研究発表会 2013

## 《参考文献》

- 三好春樹、東田勉 (2013) 『完全図解 介護のしくみ』 講談社  
 大竹文雄、白石小百合、筒井義郎 (2010) 『日本の幸福度』 日本評論社  
 角谷快彦 (2012) 「家族介護と幸福度 親の介護をするのは不幸か」 ISER Discussion Paper No. 833  
 福祉士養成講座編集委員会 (2007) 『社会福祉士講座 2 老人福祉論』 中央法規  
 厚生労働省 HP  
 全国訪問看護事業協会 HP

## 《データ出典》

- 総務省『国勢調査』 <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm> 2013/10/24  
 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp> 2013/10/27  
 内閣府『高齢者の健康に関する意識調査』  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/> 2013/10/24  
 日本版 General Social Survey 2010 (JGSS-2010) <sup>5</sup>  
[http://jgss.daishodai.ac.jp/data/dat\\_top.html](http://jgss.daishodai.ac.jp/data/dat_top.html) 2013/05/20  
 厚生労働省『平成 22 年度国民生活基礎調査』  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/> 2013/10/20  
 明治安田生活福祉研究所『2012 年 介護生活の実態と意識に関する調査結果』  
[http://www.myilw.co.jp/life/enquete/nursing\\_life.html](http://www.myilw.co.jp/life/enquete/nursing_life.html) 2013/10/20  
 総務省『人口推計』  
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/> 2013/10/24  
 厚生労働省『社会福祉施設等調査』  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/23-22.html> 2013/10/26  
 厚生労働省『介護保険事業状況報告』  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html> 2013/10/24  
 厚生労働省『公的介護保険制度の現状と今後の役割』  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html) 2013/10/24  
 厚生労働省『介護保険制度改正の概要及び地域包括ケアの理念』(2011)  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/index.html> 2013/10/26  
 厚生労働省『特別養護老人ホームの入所申込者の状況』  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003byd.html> 2013/10/24  
 厚生労働省『第 5 期計画期間における介護保険の第 1 号保険料について』  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000026sdd.html> 2013/10/24  
 東京都社会福祉協議会『介護保険利用者の声 アンケート調査』  
<https://www.tcsw.tvac.or.jp/bukai/zigyousya.html> 2013/10/26  
 厚生労働省『社会保障に係る費用の将来推計の改定について』  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html>  
 2013/10/24  
 内閣府『団塊の世代の意識に関する調査』  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/kenkyu/gaiyo/index.html> 2013/10/24

<sup>5</sup> 二次分析に当たり、東京大学社会科学研究所付属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブから「日本版 General Social Survey 2010<JGSS-2010> (大阪商業大学 JGSS 研究センター)」の個票データの提供を受けました。