

2019 年度  
東洋大学大学院審査学位論文

介護者への支援モデルの検討と地域包括ケアへの示唆

福祉社会デザイン研究科 社会福祉学専攻 博士後期課程  
4710110002 森山 千賀子

# 目 次

序 研究の背景と目的.....	7
第1節 研究の背景及び問題意識.....	7
1. 介護保険制度制定以降、介護者の位置づけに大きな変化があるのか .....	8
2. 実践レベルでの支援の質のばらつきと先駆的取り組みをどう評価するのか... 9	
第2節 研究課題・目的及び研究方法 .....	10
1. 研究課題・目的 .....	10
2. 研究方法 .....	10
第3節 研究デザイン.....	11
第4節 本論文の構成.....	12
補節 用語の定義.....	13
第1章 介護保険制成立前後の介護者をめぐる制度・政策の再検討.....	15
－介護者はどのように捉えられてきたのか－.....	15
第1節 老人実態調査による介護者の発見と介護者像の多様化の様相 .....	16
1. 1960年代からの介護者の発見に関する調査研究 .....	16
2. 1977年の老人介護の実態調査最終報告書.....	17
3. 介護者像の変化と多様化の様相.....	19
第2節 介護保険制度成立前後の介護者をめぐる制度・政策.....	21
1. 介護サービスの活用による介護負担軽減策への政策転換 .....	21
2. 介護保険制度の成立と個人の尊厳と自立した生活.....	23
3. 介護者への現金給付に関する論議 .....	24
4. 介護保険施行後の家族介護支援事業.....	26
第3節 介護保険制度の発足以降後の介護離職ゼロへの対応.....	29
1. 介護を理由に離職する働き盛りの就業者の問題 .....	29
2. 政府による介護離職ゼロへの対策 .....	31

3. 改正育児・介護休業法の施行 .....	33
第4節 地域包括ケアシステムの中の介護者政策 .....	34
1. 地域支援事業の中での介護者施策 .....	34
2. 地域包括ケア研究会の報告書の中の介護者 .....	35
3. 認知症施策の中の介護者～オレンジプランから新オレンジプランへ .....	37
第5節 小括 .....	39
第2章 地域包括ケアを担う介護者への支援枠組みの検討.....	40
第1節 介護者の位置づけ－ケアラーの4つのモデルと日本の現状.....	40
1. ケアラーの4つのモデルの考え方 .....	40
2. 第1・第2モデルにとどまる日本の現状.....	46
3. 第3・第4のモデルへの展開の可能性 .....	50
第2節 介護者への支援プログラムの検討.....	57
1. CwC(Caring with Confidence－”自信を持ってケアを”の略記) プログラム .....	57
2. CLSC レネカッスンにおける介護者支援モデル.....	60
3. 日本ケアラー連盟の「ケアラーサポーター養成研修」 .....	64
第3節 介護に対する否定的・肯定的評価に関する研究 .....	68
1. 介護に対する負担感・否定的評価に関する研究 .....	69
2. 介護に対する肯定的評価に関する研究 .....	69
3. 質的研究による否定的・肯定的評価に関する研究.....	70
4. 介護者へのエンパワーメントに関する研究 .....	71
第4節 小括 .....	73
第3章 地域包括ケアの中の医療・介護事業所におけるインタビュー調査 .....	75
－K ケアチームのサービスを利用した経験のある介護者・介護修了者の語りから－..	75

第1節	研究の背景と目的	75
第2節	調査の方法	76
1.	調査対象	76
2.	調査方法	76
3.	分析方法	77
4.	倫理的配慮	77
第3節	結果	77
1.	Kケアチームの支援内容と介護者の受け止め方の要点	80
2.	介護者が求める支援について	85
第4節	考察	86
1.	末期がんの方の介護者に共通する支援内容	87
2.	長期療養者の介護者にみられる支援内容	87
3.	介護者が求める支援・抱える課題	88
第5節	小括	89
第4章	介護者の集いの場における運営スタッフへのインタビュー調査	91
	—M-GTAの手法を用いた質的分析—	91
第1節	はじめに—動機・目的	91
第2節	調査の方法	91
1.	調査対象者	91
2.	調査方法	92
3.	分析方法	92
4.	倫理的配慮	93
第3節	結果	93
1.	6つタイプの介護者の集いの場の概要	93
2.	生成された概念	95



3. 結果図.....	97
4. ストーリーライン.....	99
5. カテゴリーの詳細.....	99
第4節 考察.....	101
1. 多様な介護者への支援プロセスからみえてきた内容.....	101
2. 多様な介護者への支援のあり方.....	103
第5節 小括.....	103
第5章 全体考察—今後の方向性の提示.....	105
第1節 各章のまとめ.....	105
第2節 ケアラーの4つのモデルからみえる介護者支援の方向性.....	106
1. 第3と第4のモデルの違いを考慮した展開をどのように進めていくのか..	106
2. 介護者アセスメントをどう取り入れるのか.....	107
3. 介護者がケア行為から離れる環境をどのようにつくるのか.....	108
第3節 介護者支援の実践の評価と介護者支援の地域づくり.....	112
1. 介護者支援モデルと2つの調査研究からみえる支援のあり方.....	112
2. 地域包括ケアと介護者支援の地域づくり.....	116
第4節 小括.....	118
おわりに—本研究の課題と今後に向けて.....	121
あとがき.....	125
謝辞.....	127
【引用・参考文献】.....	128
【資料】.....	142
<認知症の人と家族の会愛知県支部 介護者憲章>.....	142
<ユーロケアラーズ (Eurocarers、2004年設立) による介護者憲章>.....	143

<フィンランド親族介護協会 10の提言> .....	144
<認知症の人と家族の会 愛知県支部 介護家族よりケアマネジャーに伝えたいことーアセスメントシート> .....	145
<日本ケアラー連盟 ケアラーアセスメントシート> .....	147

## 序 研究の背景と目的

### 第1節 研究の背景及び問題意識

2000 年前後からの欧米諸国では、インフォーマルに近い人をケアする人（以下、介護者）に関心が集まっている。OECD や WHO などの国際機関からも介護者に対する体系的な支援策が提起され、介護者への政策が要介護者の生活の質（以下、QOL）にもつながるとして、国際的な政策課題になっている<sup>1</sup>。

このような動きの背景には、1980 年代後半からの先進国を襲ってきた経済不況がある。この不況の打開策としての保健福祉サービスの構造改革のなかでの「インフォーマルな介護者の発見」があげられる。加えて、スウェーデンのエーデル改革にみられるように、改革の波が施設介護から在宅介護に移行したことも関連し、在宅介護サービスの多様な供給形態を探ると同時に、介護者への積極的な支援に乗り出していった（笹谷 2008:69）。さらに、オーストラリアでは、2010 年に介護者貢献認識法が制定され、翌年からの全国介護者戦略へと政策基盤を明確にしつつ、対象となる介護者の拡大や支援内容の拡充が進められている（木下 2013:57）。

日本においても 1980 年代後半から介護の社会化の論議が起こり、介護保険制度の成立・改正、地域包括ケアシステムの構築の推進、介護離職防止等の社会的要請等を背景に、介護者への支援体制の構築が必須になっている。2013 年 3 月の地域包括ケア研究会の報告書には、「家族等が介護を理由に仕事や学業等の社会生活を断念せざるえなくなること、心身に不調をきたすことは、社会全体の損失」（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 2013.3:9）であると記されている。そして、介護者への支援の必要性が法制度上では位置づけられ、介護者への仕事と介護の両立支援やリフレッシュ策などの方策が進められている。また、「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」では、「認知症の人やその家族の視点」が重視され、7 つの柱の一つに「認知症の人の介護者への支援」が掲げられた（厚生労働省 2015a）。

---

<sup>1</sup> オックスフォード大学が編纂した『福祉ハンドブック』（8 編 47 章）では、福祉国家の分析の 1 章に、「介護（「Long-Term Care」）が、「福祉国家にとって鍵となる重大事である」として、独自の政策課題として掲げられている。August Osterle and heinz Rothgang (2010) Chapter26 Long-Term Care, The Oxford Handbook of The Welfare State, Oxford University Press, 378-390

さらに、2015 年施行の介護保険制度の改正で地域支援事業に位置付けられた生活支援体制整備事業により、介護予防サービスの一つとして介護者支援が明示された（厚生労働省 2015b）。

このように、介護者への支援の必要性が法制度上では位置づけられ、介護者への仕事と介護の両立支援等が模索されてはいる。しかし、日本の社会における介護者の位置づけは、本当に変化しているのであろうか。地域包括ケアの推進の流れが強化している状況においては、介護者の存在は無視できない状況にある。とりわけ、世帯規模が縮小する中での少子高齢社会、人口減少社会と言われる今日において、介護はかつてのイメージにあるような特定の誰かが担うものではなく、誰もが体験する人生の流れの中の一部になりつつある。筆者は、介護者を取り巻く制度・政策の流れの把握とともに、既に始まっている先駆的取り組みの支援プロセスに学びながら、介護者支援のありようについて研究してきた。まずは、これまでの流れを概観し、問題意識として以下の2点について述べることにする。

### 1. 介護保険制度制定以降、介護者の位置づけに大きな変化があるのか

介護の社会化を目指して誕生した介護保険制度は、2005 年の介護保険法の改正において地域包括ケアへの一歩が始まり、2011 年の改正では団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年に照準をあて、地域包括ケアの理念に基づく高齢者介護システムの機能強化が進められた（菊池 2012 : 55）。また、2014 年年度では、介護保険制度の改正と「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」（以下、医療介護総合確保推進法という）」の成立により医療依存度の高い利用者の在宅生活が促進され、2017 年度では、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（以下、地域包括ケアシステム強化法という）により、制度の持続可能性の確保に配慮した、すなわち、サービスを必要とする人への必要なサービスの提供といった観点が目指されている。

介護保険制度の基本的な考え方は、要介護者への介護サービスの利用提供である。したがって、介護者への支援は要介護者への支援に付随した位置づけになる。介護保険制度の成立期には、「へき地や中山間地など介護保険制度サービスが不十分な地域」（菊池 2012 : 59）もあることから、高齢者保健福祉事業として自治体が選択する任意事業である「家族介護支援特別事業」を実施する場合には、国が助成する措置が講じられた。この事業は、2003 年には「介護予防・地域支え合い事業」の中の「家族介護支援事業」に移行し、2006 年以降は 2005 年の介護保険法の改正で創設された「地域支援事業」の中の任意事業として位置づけ

られた（図表 1-3 参照）。つまりは、介護保険制度が改正され新しいシステムが導入された今日においても、事実上は高齢者保健福祉事業を引き継いだ形であり、制度・政策上の介護者の位置づけには、大きな変化が現れていないのではないかと考えられる。

## 2. 実践レベルでの支援の質のばらつきと先駆的取り組みをどう評価するのか

実践レベルの状況では、例えば、2015 年末時点において、全国で 2,253 か所（厚生労働省 2015 a）に増えている認知症カフェに対する実態調査では、認知症カフェを 20 以上の種別の多様な団体が運営する中で、実施主体や運営者によって考え方や理解に違いがあり、支援の質や内容にばらつきが生じていることが明らかにされている（社会福祉法人東北福祉会 2017）。こうした状況の背景には、これまでの介護者への支援の取り組みは自助的グループによるものも多く、自分たちの介護経験を頼りにするものや、傾聴のみを行うものなども少なからずあった。また、行政、専門職、支援者も「介護者をどのように捉え支援するのか」といった指標がないままに、支援が行われてきたことが起因していると考えられる。つまりは、年齢や性別、価値観や生活スタイルが異なる多様な介護者がいる中で、身近な人の介護役割をどのように考え引き受けるのか、あるいは引き受けないのか、どのような選択肢があるのか、さらには、介護者自身が持つ強みをいかした関わり方などに、十分に着目してこなかった現れではないかと考える。

一方、介護者への支援の必要性が指摘される中で、介護者支援のあり方を一歩前進させたと考えられる先駆的な取り組みも増えてきていると思われる。それらは、介護保険事業の展開をベースにした取り組み（第 3 章）や、介護者支援団体による多様な介護者に対する介護者サロンや地域支援事業としての集いの場の取り組み（第 4 章）、さらには、介護者団体等による介護をする当事者による介護者憲章の発信などがあげられる。

EU 諸国の介護者憲章には、第一に「介護者は、コミュニティケアにおいて中心的な役割を担うことから、その役割は承認されなければならない」、第二に「介護者は、社会生活を享受する権利を保障される」と記されている。しかしながら日本の場合は、介護サービスを利用していながらも、家族・親族という括りの中での孤立化や二者関係のバランスの崩れなどから、仕事や学業、社会活動などの断念や、虐待、心中などの生命の危機に陥る事態も生じている。それはどのような理由から起こるのであろうか。そうした意味においても、先駆的事例に学び、その実践を評価していくことが待ったなしに問われていると考えている。

これらをふまえて鑑みると、本研究における問題意識としては、以下の 2 点に整理される。

## 【問題意識】

1. 日本においては、制度や政策における介護者の位置づけは、あまり大きな課題として認識されてこなかった。それはなぜなのか。
2. 現実の支援の場（フィールド）では、支援の質にばらつきが見られる。一方で、先駆的な好事例と思われる取り組みが見られる。これをどう評価するのか。

## 第2節 研究課題・目的及び研究方法

### 1. 研究課題・目的

本研究では、介護者への支援プロセスに焦点をあて、支援のあり方を制度・政策の観点と、現実の支援の場（フィールド）で取り組まれている先駆的な実践事例（支援モデル）から分析し、現在の状況と発展すべき方向性を提示することを目的とする。

### 2. 研究方法

#### 1) 現状把握（先行研究）

- ①介護保険制度成立前後において、介護者をめぐる制度・政策がどのような状況であったのかについて概観し把握する（第1章）。
- ②こうした状況をどう評価するのか—評価の枠組みとして「ケアラー（介護者）の4つのモデル」を活用する（第2章第1節）。

#### 2) 課題の析出（先行研究・調査研究）

- ③課題を析出するためには介護者支援の実践を評価するための視点が必要である。
  - ③-1-1 介護者への支援プログラムの紹介と検討—先駆的な実践モデルについて検討する（第2章第2節）。
  - ③-1-2 実践を評価するための視点—介護に対する否定的・肯定的評価に関する先行文献を検討する（第2章第3節）。
- ③-2 現実の支援の場（フィールド）の検証—③-1-1から得られた視点を踏まえ、介護者への支援内容・支援プロセスがどのような状況にあるのかを分析し、検討する（第3章・第4章）。

#### 3) 総合考察（第5章・おわりに）

- ④今後の方向性—上記から得られた知見から、介護者への支援の発展するべき方向性と課題を提示する。

### 第3節 研究デザイン

本研究では、現実の支援の場（フィールド）では、介護者への支援がどのように行われ、また介護者がどのような支援を求めているのかを把握し、支援のプロセスをできるだけ可視化したいと考え、二つの調査研究を実施した。したがって、本研究の性格上、量的研究では見えにくい面が多いと考え、いずれも質的調査の方法を用いた。調査結果・考察については第3章・第4章で述べるが、対象とする介護者と支援者の特性を若干整理しておきたい。

調査Ⅰで取り上げる「K ケアチーム」は、訪問診療（居宅介護支援診療所）、訪問看護、通所介護、居宅介護支援事業を行う介護保険の事業者チームである。A市において、2005年10月から、地域包括ケアを視野に入れながら独自のコミュニティケアの考えのもと、地域住民や介護終了者の遺族会をも巻き込んで、家族等が直面する諸課題への支援も包含し、地域包括ケアシステムでは零れ落ちる可能性が高い末期がん患者を皮切りに、長期療養者とその介護者の日々の暮らしを支えようとする取り組みを行ってきた介護事業チームである。

ここでの調査対象者は、K ケアチームのサービスを利用した経験のある介護者（現介護者と介護終了者）である。また、本人（療養者・要介護者）及び家族等（身近な人）が、在宅療養を希望していることを前提とし、中には K ケアチームの活動エリアに移り住む人たちもいる。K ケアチームは、活動エリアを限定している点では地域密着型ではあるが、都道府県指定の介護保険の事業者であり、その中でどのような支援が行なわれているのか、支援内容が介護者にどのような影響を与えているのか等を把握出来ないかと考え、調査研究を実施した。

調査Ⅱで取り上げる A 法人は 2000 年代初頭から先駆的に介護者への支援に取り組んできた非営利法人であり、独自で介護者支援サポーター等の養成講座を開催している。ここでの介護者は、高齢配偶者の介護者、認知症の人の介護者、息子介護者、娘介護者、若者介護者など、年齢、性別も異なる多様な介護者である。様々な事情を持ちながら、A 法人が運営するその人にあった多様な介護者の集いの場に参加してきている介護者である。

本研究での調査対象者は、A 法人が行う介護者支援サポーター養成講座の修了者で、かつ A 法人が行う 6 つのタイプの介護者の集いの場の運営スタッフである。調査研究は、A 法人による 6 つのタイプの介護者の集い場に着目し、分析焦点者を「介護者の集いの場の運営スタッフ」として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプロー（Modified Grounded Theory Approach）（木下 2014）の分析手法を用いて支援プロセスを検討した。6 つのタイプの介護者の集いの場は、A 法人の独自事業である 4 つの他に、地域支援事業の一環である介護者交

流会や新オレンジプランによる認知症カフェも含まれている。ファシリテーターとしての役割を担う運営スタッフと介護者と介護者の仲間との関係、地域包括ケアという流れの中での地域づくり、気軽に立ち寄れる場づくりなどについても垣間見られるのではないかと考える。

#### 第4節 本論文の構成

本論文の構成は、図表序-1に示した。

序では、研究の背景、問題意識、研究課題・目的について提示した。また、本論文の構成について述べた。

第1章では、第1節においては介護者が置かれてきた状況を把握するために、介護者像の多様化の様相について概観した。第2節以降は、介護保険制度成立前後の介護者をめぐる制度・政策動向を概観した。近年の動向では、介護離職の問題や地域包括ケアの議論の中で、介護者に対する認識は少しずつ高まってはいるが、介護者に対する取り組み方や社会通念などが、介護者の位置づけや支援の方向性を阻む要因にもなっている面があると考えられた。

第2章では、前章の制度・政策上の観点から得られた状況を評価する枠組みとして「ケアラーの4つのモデル」(Twigg and Atkin1994)を活用し検討した。結果として日本の社会の現状は第2モデルにとどまっているが、近年の動向を鑑みると、第3・第4モデルに向けての具体的な施策が検討され始めていることが示唆された。その上で、介護者に対する国内外の支援の実践プログラム等の紹介と介護者に関する先行研究を参考にしながら、介護者支援の実践を評価するための枠組みについて検討した。

第3章では、A市において2005年10月から、地域包括ケアを視野に入れながら独自のコミュニティケアの考えのもと、地域住民や介護終了者をも巻き込んで、介護保険事業を展開している「Kケアチーム」に着目し、介護者の語りから、介護者がどのような支援を受け、どのような支援を求めているのかを把握した。Kケアチームのスタッフによる介護者への支援内容として、「介護者への気遣い」、「情報提供」、「専門職としての行動」、「Kケアチームの拠点に繋ぐ」の4つの「カテゴリー」が生成された。

第4章では、先駆的に介護者への支援に取り組んできたA法人による6つのタイプの介護者の集い場に注目し、分析焦点者を「介護者の集いの場の運営スタッフ」として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプロー (Modified Grounded Theory Approach) の分析手法



を用いて、介護者の集いの場の運営スタッフによる介護者への支援プロセスについて検討した。その結果、24 の概念から 5 つのカテゴリーと 9 つのサブカテゴリーが生成された。

第 5 章では、全体考察として本研究での問題意識を踏まえ、各章から得られた知見から、日本における介護者への支援の発展すべき方向性について検討した。

おわりにでは、本研究の限界と今後の課題について述べた。

## 補節 用語の定義

### 1. 介護者・介護

一般には家族介護者と呼ばれることが多いが、介護者像の多様化の顕在化とともに、配偶者（夫）、息子、娘、孫、同居人なども考えられることから、本研究では、「インフォーマルに近い人の介護（ケア）役割を担う人」を「介護者」とする。

また、イギリスでの「介護者」の定義（介護者法 1995）は、「定期的に相当量の介護をするすべての年齢層の者（職業・ボランティア活動での介護従事者を除く）で、介護（ケア）の概念が育児、養護、介護などを含む広範囲なもの」（小林 2002：23）である。本研究における「介護」は、要介護者の生活に関わる生活支援全般（介護、家事、諸手続き、配慮など）を含むものとする。

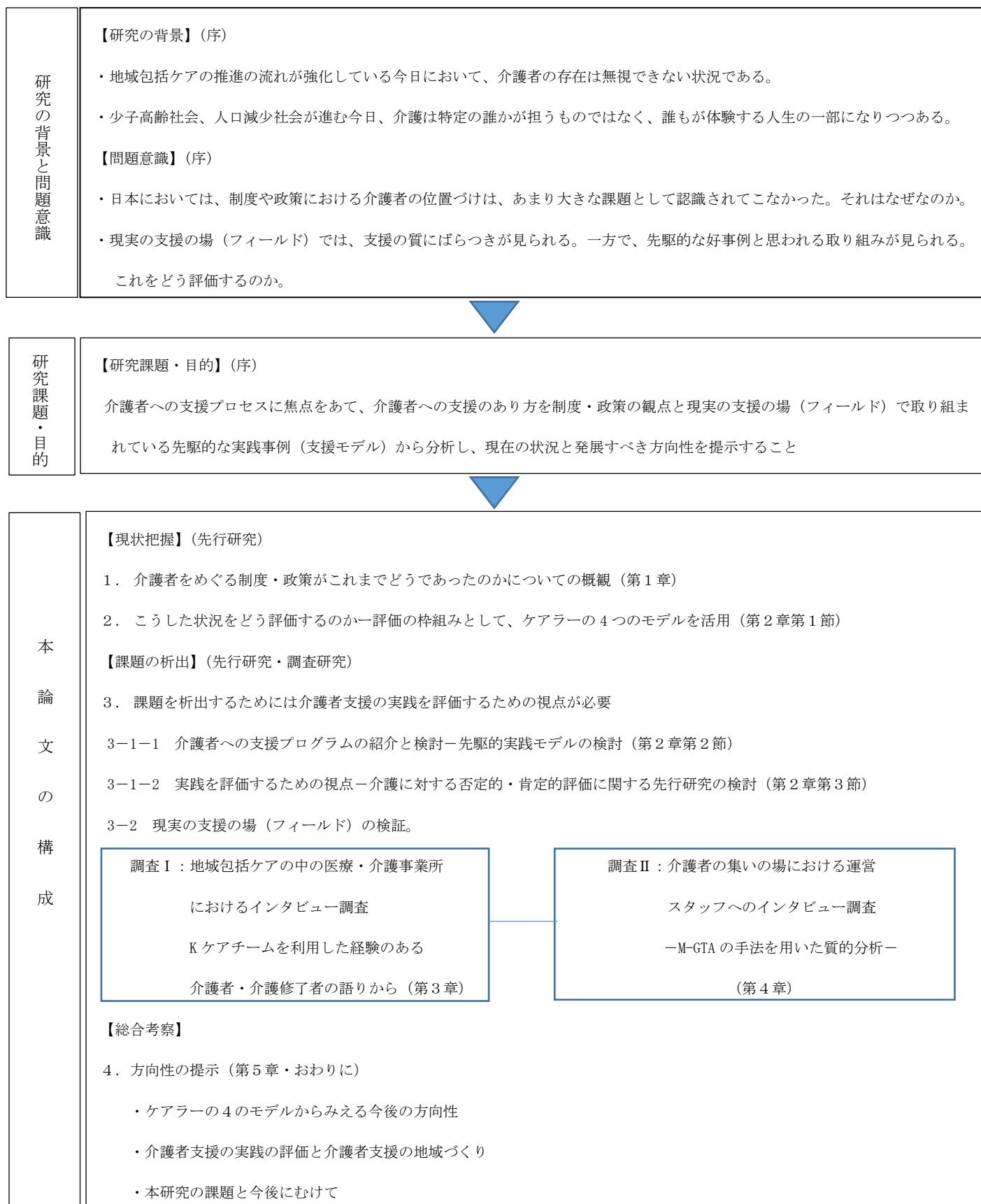
### 2. 介護者・ケアラー

欧米では、介護者を「ケアラー」と呼ぶことが多く、日本の論者でも「ケアラー」の用語を用いることがある。本研究においては、基本的には「介護者」を用いるが、「ケアラー」を同義語と考える。文献等の表現に従い、「介護者」と「ケアラー」の用語を併用する。

### 3. 介護修了者

本研究では、介護役割は「誰も人生の中で何らかの形で体験し、近い人と離別した後もその人の生活を継続するため、「遺族」等の言葉を用いず、「介護終了者」とする。

図表序－1 本論文の構成



## 第1章 介護保険制成立前後の介護者をめぐる制度・政策の再検討

### －介護者はどのように捉えられてきたのか－

わが国における高齢者介護は、介護保険制度の誕生により社会的な介護に移行している。しかし、家族等による私的介護がなくなっているわけではない。むしろ、少子高齢社会、人口減少社会が進展している今日においては、介護をめぐる問題は、「国家・市民社会・企業・地域・家族・個人」といった多様なシーズの絡み合いの中で、乗り越えて行こうとしているのではないだろうか。

周知のとおり、1980年代後半からの男女雇用機会均等化、1990年代以降の市場経済のグローバル化や雇用の不安定化の進行などにより、男性稼ぎ主の雇用に家族がぶらさがる「日本型生活保障の形」（宮本 2013：221）は解体し、介護保険法が成立した1997年を境に共働き世帯が増え続け（宮本 2008：209－223）、仕事と介護の両立支援が社会的課題になっている。とりわけ、高齢化の進展や世帯規模の縮小は、夫や息子といった男性介護者、娘介護者、若者介護者などを増やし、多様な介護者の存在を顕在化させている。

2000年4月に施行された介護保険制度は、2006年の制度改正により予防重視型のシステムの導入と2025年を目途とした地域包括ケアシステムの構想を打ち出した。この地域包括ケアシステムは、高齢者が人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるために必要な支援体制づくりであり、医療・介護などの各種のサービスを複合的に組み合わせ、利用者に適切なサービスを継続的に提供できるように、介護保険制度だけに頼らない、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の組み合わせによる地域介護システムである（厚生労働省 2013）。さらに、2012年度からの第二次介護保険制度の改正以降では、介護老人福祉施設での利用対象を原則要介護3以上にする一方で、新たに介護と看護が連携した地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）が誕生した。2014（平成26）年6月に制定された「医療介護総合確保推進法」の流れでは、医療依存度の高い人も含め在宅での生活者が増えることが見込まれている。加えて、近年の生活支援体制整備事業にもあるように、地域社会の中で高齢者介護の担い手をどのように作り出すかといった取り組みの検討が進んでいる。

本章では、介護保険制度成立前後の介護者をめぐる制度・政策動向を概観するが、その前に介護者が置かれている状況を理解するために、第1節では1960年代から1970年代にかけて行われた介護者の発見に関する調査研究の整理とともに、近年の介護者像の多様化の

様相について概観する。そのうえで第2節以降においては、高齢者介護をめぐる制度・政策が大きく変化した1980年代の後半からを基軸にして、介護保険制度成立前後において介護者がどのように捉えられてきたか、また、地域包括ケアの中でどのように位置づけられ、組み込まれて行こうとしているのかについて概観する。

なおここでは、法律用語や論者による表現等の違いがあるため、老人と高齢者を併用して用いることとする。

## 第1節 老人実態調査による介護者の発見と介護者像の多様化の様相

### 1. 1960年代からの介護者の発見に関する調査研究

戦後の日本は、民法の改正により夫婦を中心とする家族制度に移行し、1950年代後半からの高度経済成長期は、産業構造の変化、人口の都市化と地方の過疎化、女性の社会進出などにより核家族化を進行させた。

その中で老人福祉法の成立期までは、老親と子世代との同居率は8割を超えていた。この点に関して中川は、①1963（昭和38）年の厚生省調査による高齢者全体の「生計維持状況」の設問では、「自分の収入で暮らせる」人は33.2%、「自分の収入で暮らせない」人は66.8%である。②寝たきり高齢者の主たる介護者は、要介護者が男性の場合は過半数が「妻」、女性の場合は過半数が「嫁」である。よって、1960年代前半の経済状況は上向きではあるものの、同居・扶養の規範は、同居＝経済的扶養に同居＝介護（非経済的扶養・家族依存）が含まれ、高齢者と介護者との関係は、親族間関係に集約されていたと指摘している（中川2009：48－67）。

1960年代後半になると、複数の公共団体などで高齢者の生活実態調査が行われ<sup>2</sup>、1967年には東京都社会福祉協議会・長野県社会福祉協議会において「居宅ねたきり老人実態調査」（75歳以上）が実施された。前者の東京都社会福祉協議会による『家庭内ねたきり老人実態－調査報告』では、主な介護者は「配偶者」が21%（妻18%）、「嫁」が38%、「娘」が25%であった（東京都社会福祉協議会1967.9）。また、翌年の1968年に全国社会福祉協議会が実施した「居宅のねたきり老人実態調査」（民生委員による全国一斉のモニター調査）では、主な介護者は「配偶者」が25.1%（主に妻）、「嫁」が49.8%、「娘」が14.1%（全国社会福

---

<sup>2</sup> 前述の厚生省調査（1964年）に加え、東京都社会福祉協議会では、『就労老人実態調査』（1966年）、『出身家族調査』を含む『老人ホーム対象者実態調査』（1967年）などがある。

社協議会 1968.3) であり、いずれの調査においても、嫁が介護者である比率が高い結果であった。

一方で、1968年の全国社会福祉協議会の調査の中で、東京都の場合のみを取り出した報告書では、東京都の単身高齢者の場合では、「娘」が36.4%、「近隣・親戚などのその他」が63.6%であり、「その他の家族と同居」の場合では、「嫁」、「娘」の順で依存が高く、他の自治体に比べて、介護者の比重が「娘」にシフトしている傾向が見受けられた。さらに、介護をしながら仕事をしている人の割合は、「妻」が16.5%（都部）、43.4%（島部）、「嫁」が31.5%（都部）、53.6%（島部）、「娘」が41.8%（都部）、66.6%（島部）であった（東京都社会福祉協議会 1969.3）。この結果から、この頃から仕事と家事と介護の3つ担う介護者の存在が、統計調査上で認識されていたと考えられる<sup>3</sup>。

## 2. 1977年の老人介護の実態調査最終報告書

一方、1977年に実施された全国社会福祉協議会と全国民生委員児童委員協議会による『老人介護の実態調査最終報告書』（1979.3発行）<sup>4</sup>には、「はじめに」のところに調査の重要点が2点あげられている。以下は、それらを本文から一部抜粋した内容である。

- ・第1は、「ねたきり老人」の介護の実態が明らかにされたことである。これまでもいろいろな形で、ねたきり老人の介護に疲れ果てて、家族崩壊一步手前までいった事例、あるいはまた、この介護のために婚期を失った女性の事例、その他多くの事例を耳にしている。
- ・第2には、この調査がわが国の社会福祉政策を考えるうえで与える意義である。これまでのわが国の福祉サービスは専ら個人単位のサービスに終始し、家族問題に対するアプローチは、必ずしも十分に行なえわれていたとはいえない。この調査ではねたきり老人本人

---

<sup>3</sup> 「ねたきり老人の看護にあたる人のうち約3人に1人（都部）、2人に1人（島部）は家事以外のほかの仕事をもっている。」「看護しながら仕事をしているものは、東京都に比べて同じ島部に多くみられるが。同様の傾向は、全国調査にも見ることができる。」と記されている p.20（東京都社会福祉協議会 1969.3『居宅ねたきり老人実態調査報告—東京都の場合』）

<sup>4</sup> 民生委員・児童委員制度創立60周年記念を期してモニター活動として行われた。

に対する適切な援助サービスとあわせて、この介護者の負担軽減をはかるための施設・援助サービスの必要性を明らかにしている。したがってこれまでの社会福祉諸サービスに加えて、介護者を含む家族にたいする社会福祉諸施策が新たに検討されなければならない。この調査の中間報告が公表されたのち、新たに老人短期保護事業が実施されたことも具体的な論証とみることができるのである。

また、この調査は、「介護上の困難」や「健康状態」など介護者に対して踏み込んだ設問をしており、「ある程度の医学の進歩と医療制度の進歩によって、ねたきり期間も長期化にともない、介護も長期化しているにともない、(中略)介護者の固定化が心身共に相当の苦勞を背負うことになる」(同報告書：1)ことを浮き彫りにしている。ちなみに、介護者の性別では、介護者の86.9%が女性、男性が9.0%であり、そのうちの76.7%が60歳以上であった。男性の場合は、主として妻(配偶者)の介護を行っている実態も明らかにされた(同報告書：36-37)。加えて、家族構造と地域社会の変貌による孤立家族は、現代家族の典型であり、心中や殺人などが最も重要な課題であると指摘している(同報告書1-2)。

この『ねたきり老人介護の実態調査最終報告書』によって、「老人短期保護事業」が提案され、1977年の中央社会福祉審議会老人福祉部会の建議「今後の老人ホームのあり方」において、老人ホームの機能の地域開放が提言され、1978年には寝たきり老人短期保護事業、1979年には通所サービス事業が国の補助事業となった。また、入浴サービス、配食サービス、日常生活用具給付等事業など、地域・在宅福祉の仕組みが出来上がっていった。

1970年代の後半には「住民参加型の在宅福祉サービス」が出現し(全国社会福祉協議会1987、松原2010)、家族が介護を担いながらも、地域相互扶助や民間活力と市場システムを重視するという考えが出されてきた。しかしその一方では、1970年代の後半からの経済の低成長期の中での「福祉見直し論」、すなわち、家族を含み資産にした日本型福祉社会論<sup>5</sup>が登場した。

---

<sup>5</sup> 1970年代後半からの経済の低成長を背景に、国は福祉見直し論として、日本型福祉社会論を打ち出した。これは、個人、家族、地域社会などの介護機能を社会福祉に含めるという考え方であり、かつての日本の「家」制度の中にあつた老親扶養などを責務とし、家族を「福祉の含み資産」として位置づけることによって、「家族機能の見直しと強化」を基礎とした「自助」と「社会連帯」とを基本とするシステム転換が目指された。

### 3. 介護者像の変化と多様化の様相

#### 1) 老人介護事件から見える介護者の内訳

1980年代に入ると、認知症の家族を抱える人たちによる家族会が誕生（1981年）し、専門家とともに実施した認知症高齢者の家族介護調査の結果等を受け、介護者の位置づけの論議が始まった。

その一方で、前述の『ねたきり老人介護の実態調査最終報告書』での指摘にもあるように、要介護者と介護者相互の関係が崩れることによる虐待や心中、介護殺人などの「老人介護事件」がニュース等で報道されるようになっていった。太田が、新聞の縮刷版を用いて1974年～1986年までの首都圏でおきた老人介護事件を抽出した論文によれば、老人介護事件の場合の介護者は、「夫や息子の男性の介護者が多いのが特長で、女性の場合の介護者も、未婚の娘が多く、妻や嫁の場合が少ないのが特長」（太田1987:64）との指摘であった。つまりは、高齢者介護を中心とした介護者は、妻や嫁という通念から実態としては夫や息子・未婚の娘であることが認識され、孤立化の中で老人介護事件が起きる様相が、深刻な事件として浮き彫りにされている。

また、湯原が日経テレコムを用い、日本全国を網羅する新聞として全国紙・ブロック紙計38紙を対象に、1996年～2015年までの20年間にわたる介護殺人の調査では、754件中、最も多いのは夫が妻を殺害する事件で252件（33.4%）、次に多いのは息子が親を殺害する事件で239件（31.7%）、続いて妻が夫を殺害する事件で100件（13.3%）、娘が親を殺害する事件で85件（11.3%）であった。高齢の夫婦間の殺害の場合は、頼るべき子どもがいても「迷惑をかけたくない」と考え、頼ろうとしない傾向がみられた。加害者（介護者）については、介護疲れや病気などによる体調不良、あるいは障害がある事例は少なくとも約3割に確認できた。がんや難病、認知症などの事例もあり、加害者（介護者）にも支援が必要であった事例がかなり含まれることが推測できる（湯原2017A、2017B）。

#### 2) 男性介護者の顕在化による介護者支援の課題の多様化

1990年代の後半からは、定年退職や早期退職をして妻や親の介護を担う男性介護者の姿が顕在化しはじめ、男性介護者を対象にした研究が見られるようになっていった（馬庭1996、奥山1997、津止・斉藤2007、斉藤2009A）。その後、2009年3月8日に京都において「男性介護者と支援者の全国ネットワーク」の結成式が行われ、このネットワークの発足を契機に『男性介護者100万人へのメッセージ—男性介護体験記』が企画・発行された。この体験記を概観すると、152人の体験記応募者の平均年齢は71.1歳（最年長93歳、最年少27歳）

で、40歳代以下の男性介護者は8人であり、被介護者を公表している人のうち93人が妻の介護者であった。また、実母25人、実父4人、実父母5人、義母2人、中には複数介護を20年以上続けている人もおり、壮年期、老年期の男性介護者による介護の様相が描写されている（男性介護者と支援者の全国ネットワーク2009、斎藤2009B）。

近年では、息子介護者に焦点をあてた社会学的な分析（堀田2015）や支援のあり方を考える研究（松井2016、北本・黒田2019）、夫介護者と息子介護者の比較研究（宇多・都筑・金川2017）などの男性介護者研究が行われている。男性介護者は、介護はもちろんのこと慣れない家事への戸惑い、これまでの暮らし方や働き方との違いなど、介護から派生する諸問題を抱えている。そうした意味においても介護者の多様化は、新たな介護者支援の課題を顕在化させていると考えられる。

### 3) 主たる介護者の続柄が夫・子（息子・娘）・別居の家族に変化

図表1-1は、介護保険施行後の主たる介護者の続柄を、「国民生活基礎調査」をもとに作成したものである。この図表では、配偶者の率に関しては2001年が25.9%、2016年が25.2%であり大きな変化はない。しかし、夫や息子といった男性介護者の増加を鑑みると、家族間の介護関係に変化が生じていると考えられる。また、介護者が同居の子の場合は、

図表1-1 主たる介護者の続柄

年	同居率	同居					別居の家族等	事業者	その他	不詳	総数
		配偶者	子	子の配偶者	父母	他の親族					
2001年	71.1	25.9	19.9	22.5	0.4	2.3	7.5	9.3	2.5	9.6	100.0
2004年	66.1	24.7	18.8	20.3	0.6	1.7	8.7	13.6	6.0	5.6	100.0
2007年	60.0	25.0	17.9	14.3	0.3	2.5	10.7	12.0	0.6	16.8	100.0
2010年	64.1	25.7	20.9	15.2	0.3	2.0	9.8	13.3	0.7	12.1	100.0
2013年	61.6	26.2	21.8	11.2	0.5	1.8	9.6	14.8	1.0	13.0	100.0
2016年	58.7	25.2	21.8	9.7	0.6	1.3	12.2	13.0	1.0	15.2	100.0

出所：「国民生活基礎調査」より作成

2001年と2016年では1.9%程に増えており、子の配偶者（多くは嫁）は2001年では22.5%、2004年では20.3%、2007年では14.3%と減少している。さらに、同居率は2001年



が71.1%から2016年では58.7%にさがっている中で、別居の家族等が主たる介護者である率が2001年7.5%、2004年8.7%、2007年10.7%に増えている。

このことから、主たる介護者は嫁という子の配偶者から、娘・息子に移行していることがわかる。また、別居の家族等が主たる介護者になっており、老親の単独世帯や高齢者夫婦世帯が増える中での通い介護者が増えていることがわかる。こうした通い介護者の様相は、子育てと介護のダブルケア問題にも関連し（内閣府男女共同参画室 2016.4）、世帯規模の縮小の中で、家庭の手伝いの延長線上できょうだいのケアや家事などを担わざる得ない子どもケアラーの存在も課題として指摘されており<sup>6</sup>、介護者だけではなく世帯・家族全体を視野に入れた検討も必要になっている。

## 第2節 介護保険制度成立前後の介護者をめぐる制度・政策

介護者の発見から介護者像の変化を概観すると、介護保険制度が成立する以前から介護者像は変化し、近年はより多様化してきていることが確認できると思われる。第2節以降では、高齢者介護をめぐる制度・政策が大きく変化していく1980年代後半から、介護保険制度の施行前後の介護者をめぐる動向について概観する。

### 1. 介護サービスの活用による介護負担軽減策への政策転換

1980年代後半は、「在宅サービスなしの介護」から、「地域の相互扶助と地域・在宅サービスの適切な活用による介護」への発想転換が具体化した時期である。1986年6月6日には長寿社会対策大綱が閣議決定され、第3項の健康・保健システムのところには、「家族の負担の軽減を図りつつ、可能な限り住み慣れた地域社会でサービスの提供ができるよう地域の相互扶助を促進しつつ、地域におけるサービス供給体制の体系的な整備を図る。また、これらのサービスが安定的に供給されるようサービスに要する費用の適正化及び負担の公平化を図る。さらに、民間の創意と工夫をいかしたサービスを活用し、多様化しかつ高度化するニーズに対しきめ細やかな対応を図る」と記されている。

1989年には、厚生事務次官の私的懇談会による「介護対策検討委員会報告書」がまとめられた。そして、1989年の福祉関係三審議会合同企画分科会の意見具申「今後の社会福祉のあり方について」において、民間事業者やボランティア団体などのサービス提供主体の育成、在宅福祉の充実、市町村の役割重視などの改革が示され、1989年に「高齢者保健福祉

---

<sup>6</sup> 日本ケアラー連盟ヤングケアラープロジェクトHP参照。 <https://youngcarerpj.jimdofree.com>

推進 10 カ年戦略」(以下、ゴールドプラン)が策定された。

ゴールドプランの策定以降には、「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書<sup>7</sup>により、活力ある高齢者像が示され、「お世話的介護」から「個人の尊厳と自立支援」の観点が求められるようになった。「家族介護の評価」としては、介護者への「現金給付」の検討とともに介護方法の研修や交流の機会が家族の孤立化を防ぐ効果も期待できる」等と記されている(同報告書 83-86)。また、翌年に出された老人保健福祉審議会による「新たな高齢者介護の確立について(中間報告)」(1995年)にも、「介護を要する高齢者やその家族に対し適切な社会的支援を行うシステムの確立が急務になっている」と述べられている。さらに、その後の文章は、「家族が過重な負担を負うことのないよう、介護サービスの量的・質的な拡充を図り、高齢者介護に対する支援体制を整備することが求められている」と続いている。

1980年代の後半は、1970年代に行われた「高齢者介護の実態調査」、「認知症の人と家族会の発足」<sup>8</sup>(1980年)、「認知症高齢者の家族介護調査」(1987)の実施、さらには、東京都老人総合研究所による1975年から1992年にわたる3回の調査等によって、家族介護の実態が明らかになり、家族による介護の位置づけについての論議がはじまっていた。そのため、東京都老人総合研究所の研究班は、介護者対策として、①介護者へのカウンセリング、②介護者への教育、③家族会を利用した相互支援、④介護者の休息のためのショートステイの4つの支援策を提示した(東京都老人総合研究所1996:56)。その一方では、海外からの認知症高齢者のグループホームの実践(バルブロー・ベック・フリスホルム=1993)等がわが国にも紹介され、「高齢者介護・自立支援システム研究会」の基本理念にもあるように、本人本位の介護実践が模索されはじめた。

この時期は、在宅サービスの活用による介護負担の軽減策が図られたが、家族基盤の強化を基本にした「日本型福祉社会論」と並行して、高齢者介護サービスの整備を中心にした新しい政策が進められた。つまりは、「議論の多い家族介護の位置づけを当面棚上げにする方

---

<sup>7</sup> 1994年12月に当時の厚生省から出された『高齢者介護・自立支援システム研究会』の報告書には、「従来の高齢者介護は、どちらかと言えば、高齢者の身体を清潔に保ち、食事や入浴等の面倒をみるといった「お世話」の面にとどまりがちだった。今後は、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、「自立した生活の実現を積極的に支援する」ことが、介護の基本理念としておかれるべきである」と述べている。P.79

<sup>8</sup> 発足当初は、ぼけ老人をかかえる家族の会である。

が得策であり」(東京都老人総合研究所 1996:56)、同研究所が提示した介護者への具体的な支援策は「論ずる段階には至っていない」(津止 2010) という解釈もあった。ショートステイに関しては居宅サービスにおいて重要な支援策になったが、他の3つの事業は自治体の任意事業としての老人保健福祉事業となり、全体としては介護サービスの供給整備に重きが置かれ、介護保険制度の成立へと進んでいった。

## 2. 介護保険制度の成立と個人の尊厳と自立した生活

1989年からのゴールドプラン、1994年からの「新・高齢者保健福祉推進10か年戦略」(以下、新ゴールドプラン)の策定により、市町村による在宅福祉対策や施設整備、介護福祉士やホームヘルパーなどの介護人材の量的確保、さらには、訪問看護ステーションの開設や看護師とホームヘルパーによる24時間巡回型在宅サービス等、介護サービスの供給体制づくりが本格的に始まった(太田 1995:12-58)。また、前述の「高齢者介護・自立支援システム研究会」により「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」が取りまとめられ、社会保険方式を基礎とした新介護システム(介護保険制度)が提案された。翌1995年7月の社会保障制度審議会では、「制度の運用に要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にすべきである」とし、1997年12月に介護保険法が成立した。

さらに、1996年7月5日に閣議決定された高齢社会対策大綱では、「個人の自立や家族の役割を支援し(中略)、自助、共助及び公助の適切な組合せにより安心できる暮らしの確保」の必要性が示され、翌1997年には高齢社会対策基本法が成立した。1997年12月に成立した介護保険制度は、社会福祉基礎構造改革の第一歩として、措置から契約、供給主体の多様化の流れのなかで多様な介護サービスを誕生させていった。その背景となる1998年6月17日の中央社会保障審議会における社会福祉基礎構造改革(中間まとめ)では、社会福祉の理念は「個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、その人らしい自立した生活が送れるように支える」であるとして、「個人の尊厳とその人らしい自立した日常生活」が目指された。図表1-2が、中間まとめの要点である。

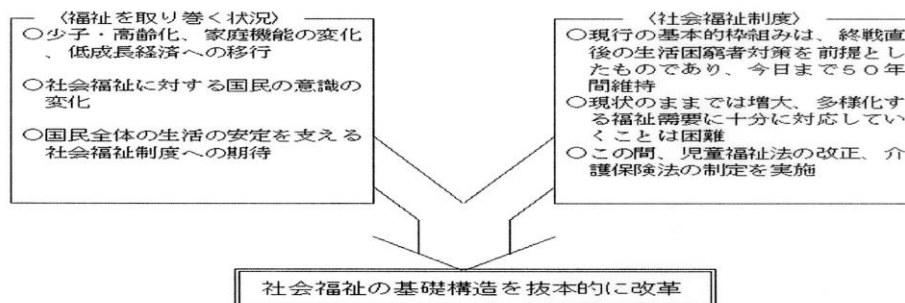
図表 1-2 社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）の要点

「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」の要点

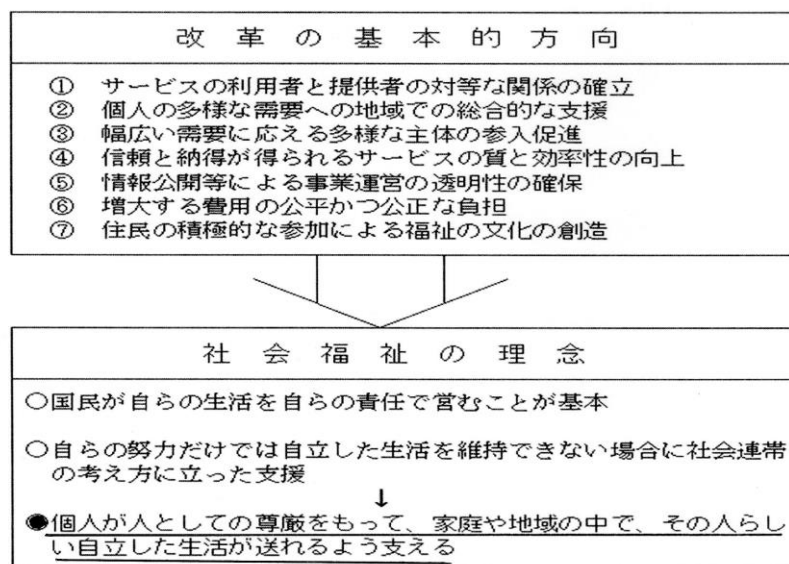
平成10年6月17日

中央社会福祉審議会 社会福祉構造改革分科会

I 改革の必要性



II 改革の理念



※●ないし下線は筆者による加筆である。

出所：中央社会福祉審議会 社会福祉構造改革分科会（1998.6. 17）

3. 介護者への現金給付に関する論議

一方、「高齢社会をよくする女性の会」などの市民団体の運動も盛んになり、家族、とりわけ女性を当てにしない介護政策への要求としても「介護の社会化」が叫ばれた。その流れの中で、介護者への「現金給付」に関する論議が交わされた。結果としては、1996年1月の老人保健福祉審議会（第二次報告）において、「高齢社会をよくする女性の会」による独自

調査に基づく反対意見がだされ（三富 2011：152-162）<sup>9</sup>、1996年4月の最終報告<sup>10</sup>では、現金給付については消極論と積極論の両論併記となった（図表1-3）。

図表1-3 老健審最終報告における介護手当の評価

現金給付に消極的な意見	現金給付に積極的な意見
①現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。	①高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。
②現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。	②現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計に支出が増大している実態もある。こうした現実は無視できない。
③今国民が最ももともとめていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図れなくなるおそれがある。	③介護保険制度下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。
④現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。	

・老健審最終報告（1996.4.22）増田雅暢「特別掲載 家族介護の評価と介護保険（4）」『週刊社会保障』NO. 2201 2002.9

これを受け1996年5月13日に厚生省は「介護保険制度試案」を提出し、「家族介護に対する現金給付は、原則として当面行わない」という立場が言明された。そして、同年5月30日の介護保険制度修正試案、6月5日の介護保険制度案大綱では、保険者は要介護者を介護する家族を評価しそれを支援する観点から、現金給付を認めないものの「あくまでも保険者である市町村に任せられた保健事業」（本沢1996）として位置づけられることになった。

<sup>9</sup> 三富は、高齢社会をよくする女性の会の見解は、要介護者を対象にする「介護手当」と「現物サービスの供給量」の両者を視野に収めながらも、「要介護者を対象にする現金給付の限りであって、介護者に直接給付される介護者手当は、同じ現金給付に属するといえども全く視野にない」と指摘する。

<sup>10</sup> 老人福祉審議会中間報告1995年7月26日、第二次報告1996年1月31日、最終報告1996年4月22日

#### 4. 介護保険施行後の家族介護支援事業

図表 1-4 の上段にある「家族介護支援特別事業」は、2000 年 4 月から適用の高齢者保健福祉事業として開始された。この事業は、2003 年には改称され、「介護予防・地域助け合い事業」になかの家族介護支援事業になった。「介護予防・地域助け合い事業」の事業目的は、「要介護高齢者及びひとり暮らし高齢者並びにその家族に等に対し、要介護状態にならないための介護予防サービス、生活支援サービスまたは家族介護支援サービスの提供により、これらの者の自立と生活の質の確保を図るとともに、在宅の高齢者に対する生き甲斐や健康づくりを推進し、もって要介護高齢者及びひとり暮らし高齢者並びに家族等の総合的な保健福祉の向上に資すること」<sup>11</sup>である。また、家族介護支援事業には 7 つのメニューがあり<sup>12</sup>、2005 年の介護保険法の改正により、2006 年 4 月からは、「地域支援事業」の中の任意事業として再編された（図表 1-4 参照）。

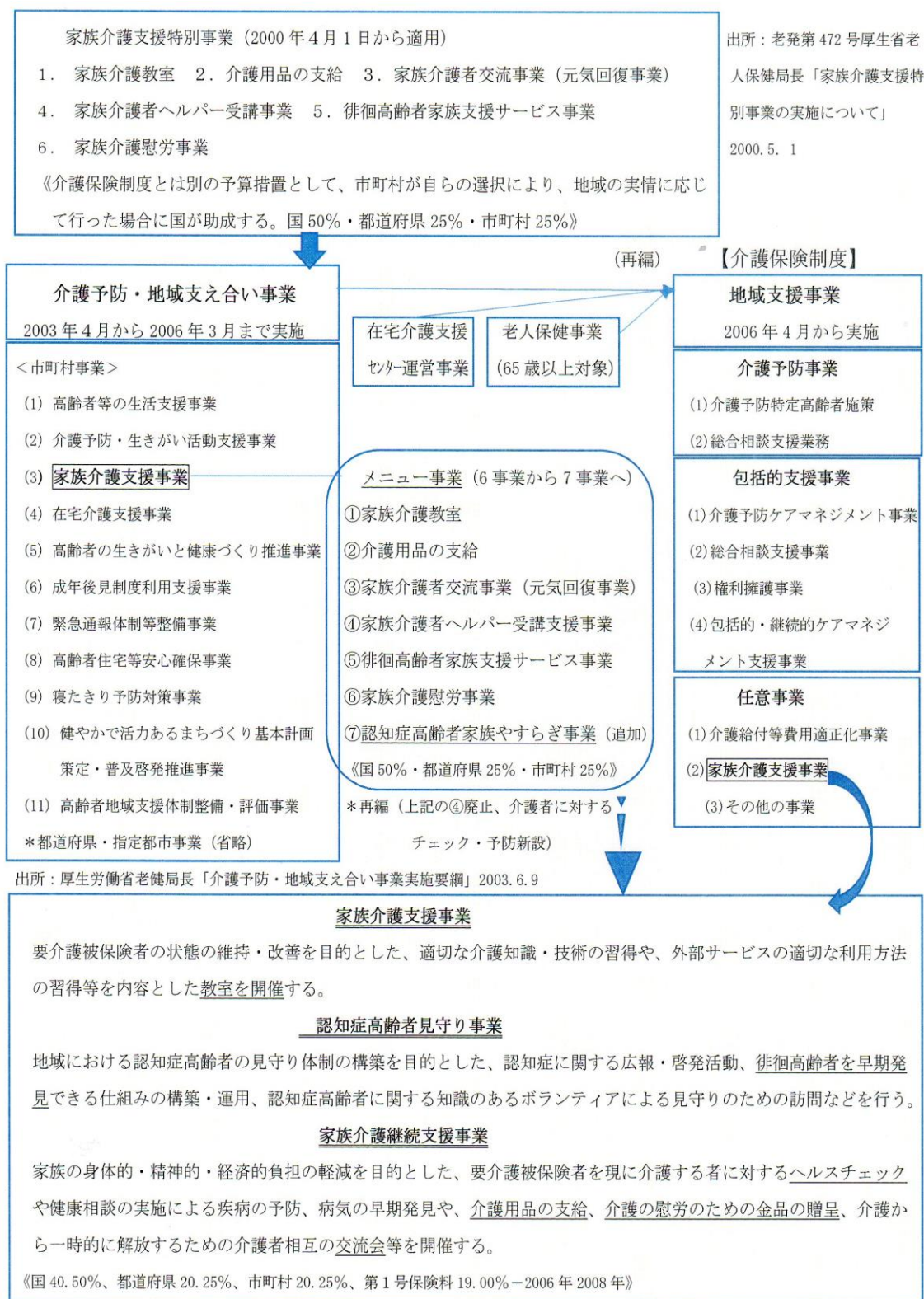
その後 2012 年には地域支援事業の中に介護予防・日常生活支援総合事業が創設され、総合事業の実施は市町村の任意事業とされた。さらに 2015 年度からは、予防給付の見直しとの関連で、2017 年 4 月までにすべての市町村が介護予防・日常生活支援総合事業を実施することになった。（図表 1-5、1-6）。家族介護支援事業は、新しい地域支援事業においても任意事業のままにとどまっている。

---

<sup>11</sup> 平成15（2003）年6月9日老発第0609002号厚生労働省老健局長通知

<sup>12</sup> 当初は6つのメニュー（介護用品の支給、家族慰労事業、家族介護教室、家族介護者交流事業、徘徊高齢者家族支援サービス事業、家族介護者ヘルパー受講支援事業）であったが、2002年度から認知症（当時は痴呆症）高齢者家族やすらぎ支援事業が追加された。

図表 1-4 介護保険制度成立前の家族介護支援事業から介護保険制度における家族介護支援事業への再編の流れ



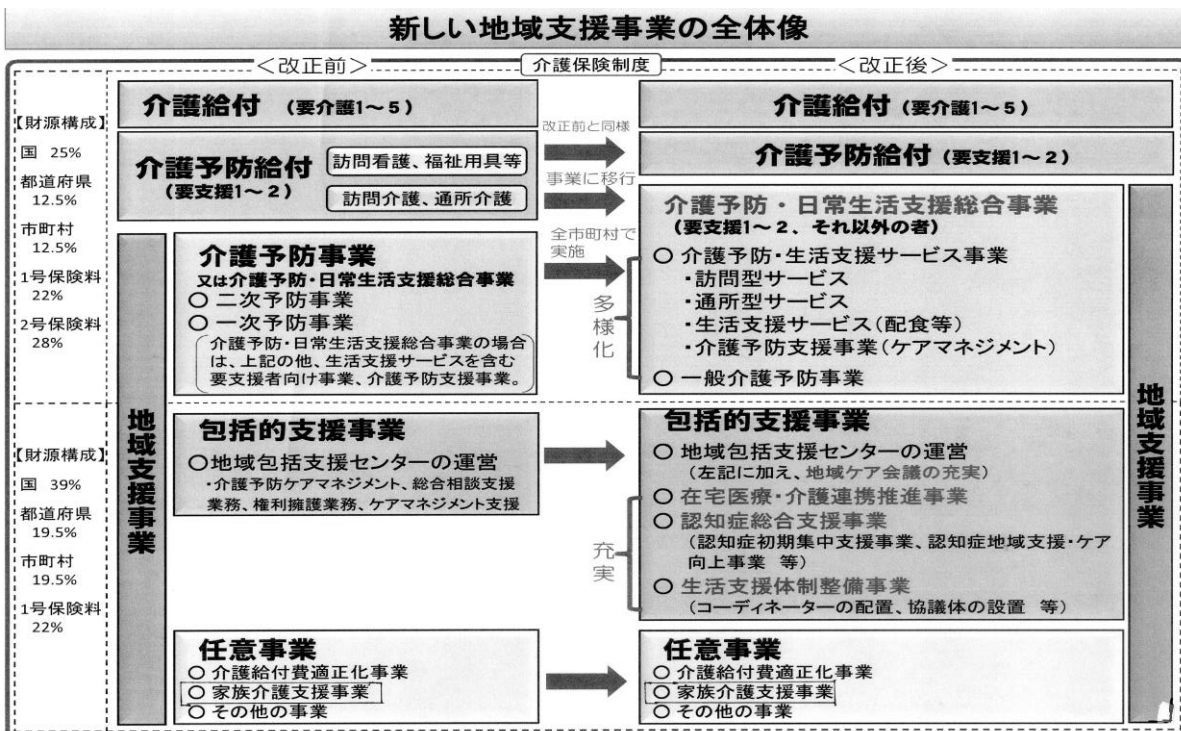


図表 1-5 地域支援事業における任意事業の概要

地域支援事業における任意事業の概要		
<p><b>○事業の目的</b>                      地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、地域の実情に応じた必要な支援を行う。</p> <p><b>○事業の対象者</b>                      被保険者、要介護被保険者を現に介護する者その他個々の事業の対象者として市町村が認める者。</p> <p><b>○事業の内容</b>                      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であり、具体的には以下に掲げる事業を対象。</p>		
介護給付等費用適正化事業	家族介護支援事業	その他の事業
<p>利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施。</p> <p>【主要介護給付等費用適正化事業】</p> <p>① 認定調査状況チェック                      ② ケアプランの点検                      ③ 住宅改修等の点検                      ④ 医療情報との突合・縦覧点検                      ⑤ 介護給付費通知</p> <p>【その他】</p> <p>⑥ 給付実績を活用した分析・検証事業                      ⑦ 介護サービス事業者等への適正化支援事業</p>	<p>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を実施。</p> <p>① 介護教室の開催                      要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした教室の開催                      ② 認知症高齢者見守り事業                      地域における認知症高齢者の見守り体制の構築                      ③ 家族介護継続支援事業                      家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減                      ア 健康相談・疾病予防事業                      イ 介護者交流会の開催                      ウ 介護自立支援事業                      ・ 家族を慰労するための事業（慰労金）                      ・ 介護用品の支給（H26年度に実施している保険者のみ）</p>	<p>介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施。</p> <p>① 成年後見制度利用支援事業                      ② 福祉用具・住宅改修支援事業                      ③ 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業                      ④ 認知症サポーター等養成事業                      ⑤ 重度のALS患者の入院におけるコミュニケーション支援事業                      ⑥ 地域自立生活支援事業                      ア 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業                      イ 介護サービスの質の向上に資する事業                      ウ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業（配食・見守り等）                      エ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業</p>

出所：社会保障審議会介護保険部会（第58回）「地域支援事業の推進（参考資料1）」2016. 5. 25

図表 1-6 新しい地域支援事業の全体像



出所：社会保障審議会介護保険部会（第58回）「地域支援事業の推進（参考資料1）」2016. 5. 25



### 第3節 介護保険制度の発足以降後の介護離職ゼロへの対応

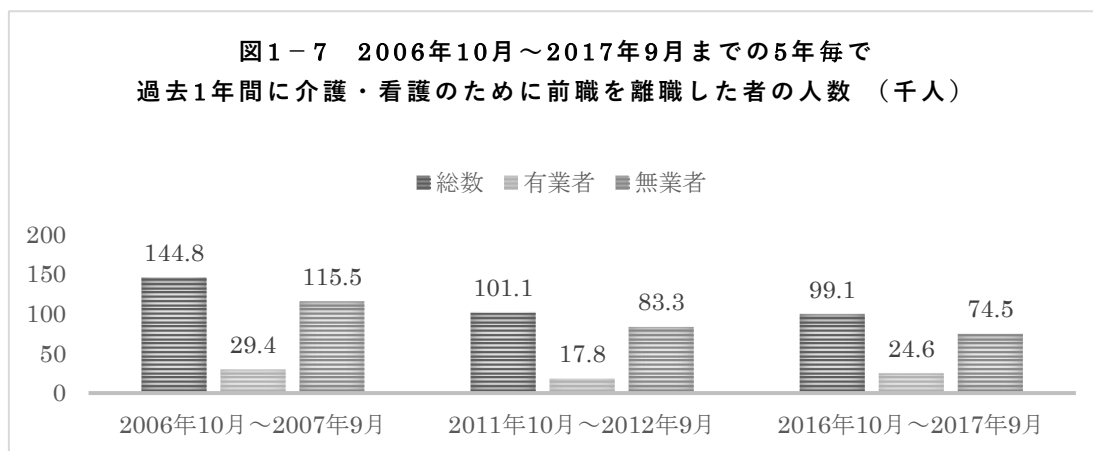
2000年4月に施行した介護保険制度は、措置から契約、供給主体の多様化の流れのなかで多様な介護サービスを誕生させた。これにより、在宅介護に対する環境整備が進み、介護の外部化や家族の就労を介護サービスなどで支援する体制が進展すると思われた。しかし、制度施行後においても、家族介護者の疲労や負担感は軽減されず（上田 2004、菊池 2006）、細切れ状態の介護サービスや費用負担との調整などが、家族の新たな負担として浮上してきた。そして、5年後の介護保険制度の改正以降には、制度の持続可能性を背景にした同居の家族が居る場合の訪問介護の利用制限などにより、「家族の再家族化」（藤崎 2008）という言葉も表れるようになった。

#### 1. 介護を理由に離職する働き盛りの就業者の問題

こうしたなかで顕在化してきたのが、介護を理由に離職する働き盛りの就業者たちの問題である。日本は、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年には、大介護時代を迎えると言われており、それをどう乗り切るのが政策課題になっている。

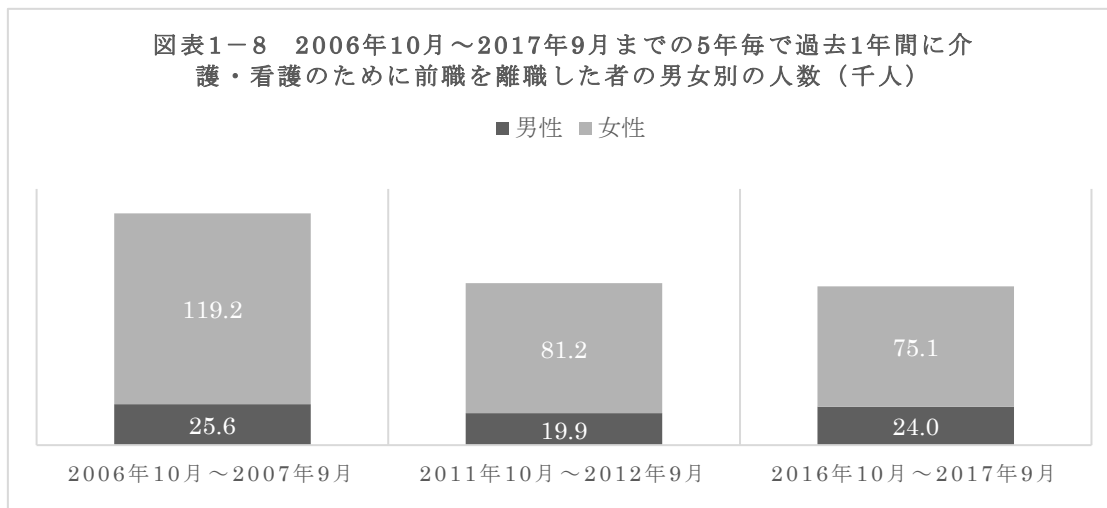
下記の図表1-7～10は、総理府統計局『平成29年度就業構造基本調査結果の概要』をもとに作成したものである。

2016年10月～2017年9月までの1年間に、介護・看護のために前職を離職した者の人数は、約9万9千人である。このうち、有業者は約2万5千人、無業者は約7万5千人である。2006年10月～2007年9月の状況に比べると無業者は減少しているが、2011年10月～2012年9月と比べると介護・看護のために前職を離職した者の人数は、ほぼ横ばいの状況である（図表1-7）。

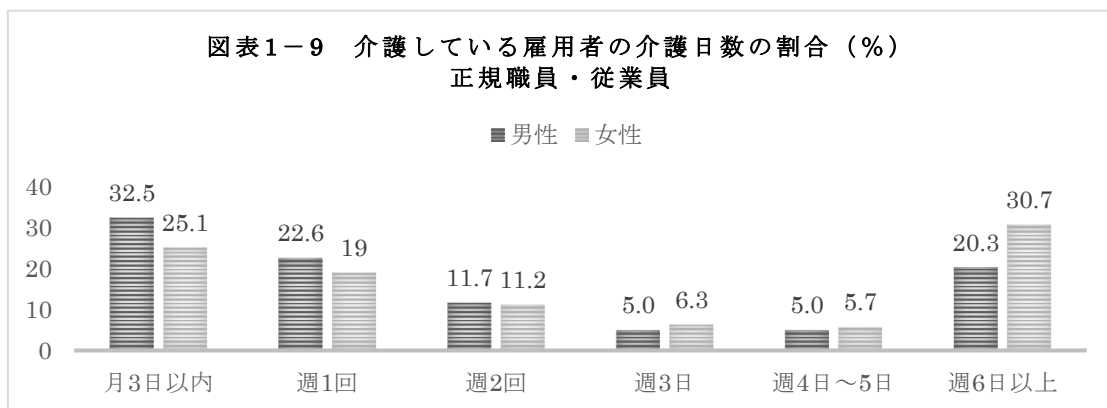


出所：総理府統計局（2018.7.13）『平成29年度就業構造基本調査結果の概要』

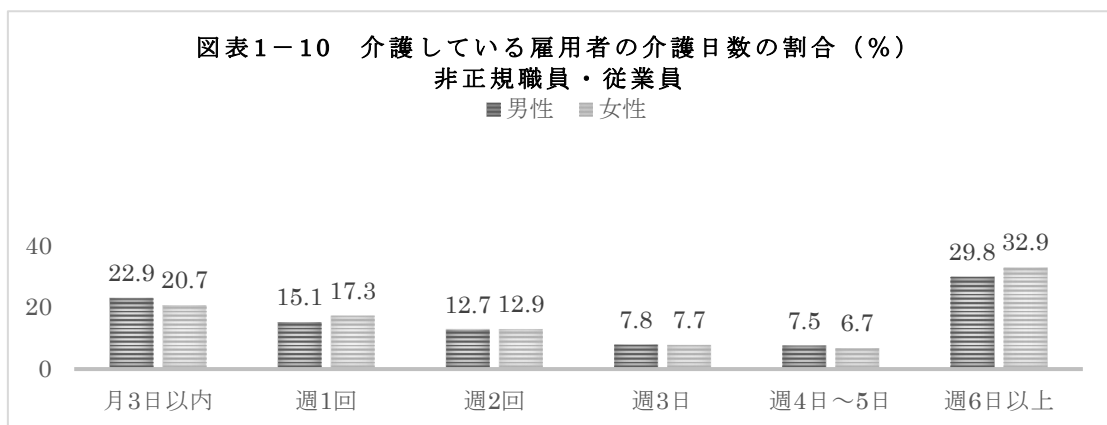
また男女別では、2016年10月～2017年9月では男性2万4千人、女性7万5千人であり、女性が8割を占めている。全体でみると女性の離職率は減少傾向にあるが、男性の離職率は上昇傾向にある（図表1-8）。



出所：総理府統計局（2018.7.13）『平成29年度就業構造基本調査結果の概要』



出所：総理府統計局（2018.7.13）『平成29年度就業構造基本調査結果の概要』



出所：総理府統計局（2018.7.13）『平成29年度就業構造基本調査結果の概要』

さらに図表 1-9、1-10 は、介護をしている雇用者の雇用形態別・男女別での介護日数についてである。正規職員・従業員のうち、男性は月 3 日以内が 32.5%と最も高く、次いで週 1 回が 22.6%、週 6 日が 20.3%となっている。女性は、週 6 日以上が 30.7%で最も高く、次いで月 3 日以内が 25.1%、週 1 回が 19%となっている(図表 1-9)。また、非正規職員・従業員については、男性は週 6 日以上が 29.8%と最も高く、次いで月 3 日が以内、週 1 回が 15.1%となっている。女性は週 6 日以上が最も高く 32.9%、次いで月 3 日以内が 22.9%、週 1 回が 17.3%となっている(図表 1-10)。

正規職員・従業員では、週 6 日以上の介護日数は女性が最も高いが、非正規職員・従業員の場合は、男女ともに週 6 日以上の介護日数である。図表 1-7~8 の結果から、離職者の人数は少しずつ減少してはいるものの、男女ともに非正規職員・従業員として就労し週 6 日以上介護に従事している実態が見受けられる。

## 2. 政府による介護離職ゼロへの対策

こうした増えていく介護・看護による離職に対応するために、政府は 2015 年 9 月に新・三本の矢の一つとして「安心につながる社会保障」を掲げ、「仕事と介護の両立～介護離職を防ぐため」ための施策を、以下のように提示した。

介護離職ゼロの実現では、国民の生活における課題を「介護サービスの提供側」、「介護に取り組む家族」、「高齢者等」の三方向に分類した。その中の「介護に取り組む家族」に対する取り組みをさらに二つに分け、検討する方向性を提示した。具体的には下記の内容である。

### 1. 介護に不安なく取り組みたい

#### ①家族を支える環境づくり

40-50 代の介護離職理由には自分の心身の健康の悪化がある。対応策としては「介護する家族の不安や悩みに答える相談機能の強化・支援体制の充実」する。

### 2. 介護と仕事を両立したい

#### ①家族を支える環境づくり(1. と同様の対応策)

②介護休業・介護休暇の利用率を向上する。対応策としては「介護に取り組む家族が介護休業・介護休暇を取得しやすい職場環境の整備」を図る。

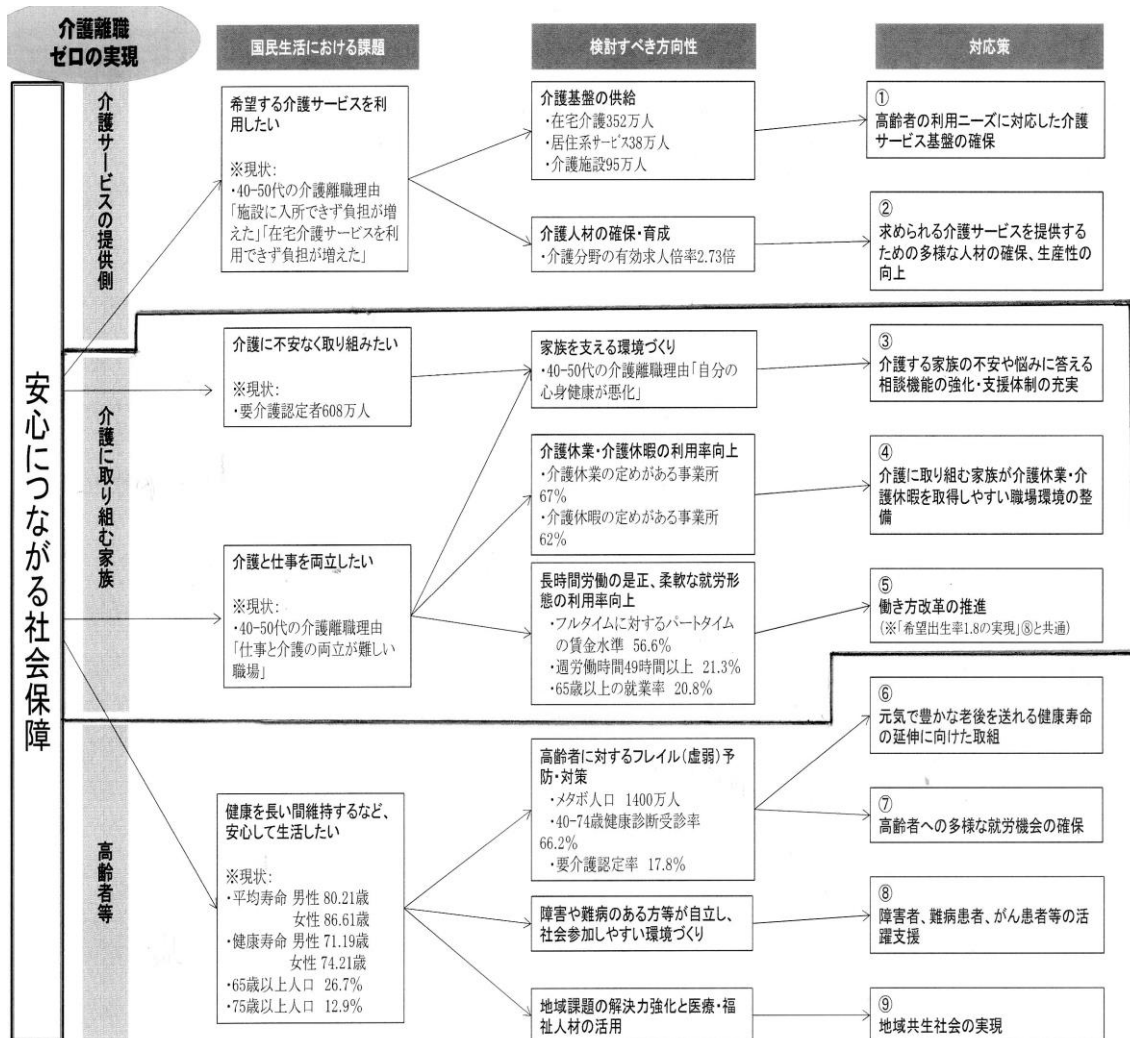
③長期間労働の是正、柔軟な就労形態の利用率を向上する。対応策としては「働き方改革の推進」を掲げる。

また、「仕事と介護の両立～介護離職を防ぐため」という政府(厚生労働省)の施策は、

- ①介護者は、働き盛り世代で企業の中核を担う労働者、管理職、職責の重い仕事に従事する方も少なくない。
- ②そうした中で、介護は育児と異なり突発的に問題が発生することや、介護を担う期間・方策も多種多様であるから、仕事と介護の両立が困難となることも考えられる。
- ③このため、厚生労働省では、育児・介護休業法に定められた介護休業制度などの周知徹底を図り、企業や労働者の課題を把握し事例集を作成する、などとなっている。

図表 1-11 は、政府による介護離職ゼロへの対策についての概要である。

図表 1-11 政府による介護離職ゼロへの対策－安心につながる社会保障



出所：「介護離職ゼロの実現」 [www.kantei.go.jp/jp/singi/ichikokusoukatsuyaku/pdf/plan5.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichikokusoukatsuyaku/pdf/plan5.pdf) (2019.10.20 閲覧)

### 3. 改正育児・介護休業法の施行

これらを受け、「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」（以下、育児・介護休業法とする）が改正され、2017年1月から改正育児・介護休業法が施行された。それにより、①対象家族一人につき、3回を上限として、通算93日までの分割取得を可能とする、②介護者の対象を同居扶養していない祖父母、兄弟姉妹、孫までに広げる、③介護休暇の半日単位取得、④介護休業とは別に介護のための所定労働時間短縮措置、⑤介護のための所定外労働の免除などが定められた。

以下（図表1-12）が、改正介護休業法の概要である。

図表1-12 改正育児・介護休業法の概要

仕事と介護の両立支援制度の見直し			
改正の趣旨			
○ 介護が必要な家族を抱える労働者が介護サービス等を十分に活用できるようにするため、介護休業や柔軟な働き方の制度を様々な組み合わせで対応できるような制度の構築が必要。			
改正内容【介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備】			
	改正内容	現行	改正後
1	介護休業（93日：介護の体制構築のための休業）の分割取得	原則1回に限り、93日まで取得可能	取得回数の実績を踏まえ、介護の始期、終期、その間の期間にそれぞれ対応するという観点から、対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、介護休業の分割取得を可能とする。
2	介護休暇（年5日）の取得単位の柔軟化	1日単位での取得	半日（所定労働時間の二分の一）単位の取得を可能とする。 <日常的な介護ニーズに対応> 子の看護休暇と同様の制度
3	介護のための所定労働時間の短縮措置等（選択的措置義務）	介護休業と通算して93日の範囲内で取得可能	介護休業とは別に、利用開始から3年の間で2回以上の利用を可能とする。 <日常的な介護ニーズに対応> 事業主は以下のうちいずれかの措置を選択して講じなければならない。（措置内容は現行と同じ）①所定労働時間の短縮措置（短時間勤務）②フレックスタイム制度 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④労働者が利用する介護サービス費用の助成その他これに準じる制度
4	介護のための所定外労働の免除（新設）	なし	介護終了までの期間について請求することのできる権利として新設する。 <日常的な介護ニーズに対応> ・当該事業主に引き続き雇用された期間が1年未満の労働者等は、労使協定により除外できる。 ・1回の請求につき1月以上1年以内の期間で請求でき、事業の正常な運営を妨げる場合には事業主は請求を拒否できる。
5	有期契約労働者の介護休業の取得要件の緩和	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、②休業開始予定日から93日を経過する日以降も雇用継続の見込みがあること、③93日経過日から1年経過する日までの間に更新されないことが明らかである者を除く	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、②93日経過日から6か月を経過する日までの間に、その労働契約（労働契約が更新される場合にあっては、更新後のもの）が満了することが明らかでない者とし、取得要件を緩和する。
介護休業等の対象家族の範囲の拡大【省令事項】 同居・扶養していない祖父母、兄弟姉妹及び孫も追加。（現行：配偶者、父母、子、配偶者の父母、同居かつ扶養している祖父母、兄弟姉妹及び孫）			

出所：「育児・介護休業法」平成28年改正法の概要（厚生労働省）[khttps://www.mhlw.go.jp/file/06-](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000132033.pdf)

Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000132033.pdf（2019.12.20閲覧）

政府が掲げる安心につながる社会保障の狙いは、家族らの介護を理由に退職せざるを得ない「介護離職をゼロ」にし、「働く意欲がある高齢者への就業機会を増やす」ことで「日本一億総活躍プラン」を達成し、50年後も人口一億人を維持するというものである。しかしながら、介護を理由に退職せざるを得ない理由やしくみが、どのような構造によるものであるのかについての議論が行われているわけではない。介護（ケア）のために一時的に労働市場から離れることがあっても、男女問わずフレキシブルに働けるしくみがあるのか。また、家族の介護（ケア）を担いたいという思いを支えるための社会的・人的サービスがあるのか。つまりは、介護者が安心して働きに出られる環境がなければ、仕事と介護の両立は難しい。とりわけ、40～50代の働き盛りの人たちは、退職の後のケアに専念すればするほど社会との関係が縮まり、高齢期に入る前に孤立化する傾向も見受けられ、介護役割を終えた後も引きこもり、新たな高齢期ケアの課題を生み出している。とはいえ、「安心につながる社会保障」は、実現しなければならない重要な課題である。

#### 第4節 地域包括ケアシステムの中の介護者政策

地域包括ケアシステムが導入された2000年後半以降では、地域包括ケアの中での介護者政策が新たな課題として登場している。ここではそれらを、3つの切り口から述べることにする。

##### 1. 地域支援事業の中での介護者施策

2005年の介護保険法の改正により、予防重視型のシステムが導入された。介護予防が強調される背景には、①これまでの介護予防事業が期待するような効果をあげなかった。②要支援・要介護1レベルの高齢者が増加してきたということがあげられる。以降、制度の持続可能性＝財政抑制を背景として、同居の家族がいる場合の訪問介護の利用制限などの現象が現れるようになっていった。

また、2006年3月まで市町村が保健福祉事業として実施していた「介護予防・地域助け合い事業」、「老人保健事業」、「在宅介護支援センター事業」が再編され、要介護認定非該当の高齢者に対しての介護予防事業を含む地域支援事業が創設された<sup>13</sup>。そして、そのための

---

<sup>13</sup>地域支援事業の目的は、①被保険者が要介護（要支援）状態になることを予防する。要介護状態になっても可能な限り、地域社会において自立した日常生活を営むことができるように支援するである。 地域

事業として「介護予防事業」、「包括的支援事業」および「任意事業」が誕生した。そして、前者の二つは必須事業、後者の「任意事業」の中に家族介護支援事業が位置づけられた。ちなみに、任意事業としての家族介護支援事業の実施状況は、「地域支援事業の実施状況に関する調査研究」（三菱総合研究所 2011）によれば、「介護用品支給」が保険者の5割強、「家族介護者教室」が4割、「家族介護者慰労金支給」と「家族介護者交流会」が3割であった。介護者への支援は市町村の実施義務の事業ではないため、実際の実施率は高いものではなかったと考えられる。

さらに、任意事業の中の家族介護支援のための事業には、「家族介護支援事業」、「認知症高齢者見守り事業」、「家族介護継続支援事業」がある。これは、基本的には前述の介護予防・地域支え合い事業の中の「家族介護支援事業（7つのメニュー）」の再編ではあるが、家族介護者ヘルパー受講支援事業は廃止され、介護者に対するヘルスチェックや健康相談の実施による疾病予防、病気の早期発見が新設された。

認知症者に対しては、「認知症施策推進5か年計画（2013年から2017年度）（オレンジプラン）」の中に、地域での家族支援の強化・認知症の人やその家族等に対する支援策等が盛り込まれた。

## 2. 地域包括ケア研究会の報告書の中の介護者

2006年からの介護保険制度の改革は、予防重視型のシステムの導入と2025年を目途にした地域包括ケアシステムの構想を打ち出した。2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」の第2条の定義では、『「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう』である。また、介護保険制度だけに頼らない、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の組み合わせによる地域介護システムを目指し、生活基盤となる「住まい」、安定した日常生活を送るための「生活支援」、専門職による「医療・介

---

支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発0609001号）、地域支援事業実施要綱新旧対照表（平成24年4月6日老発0406第2号）より

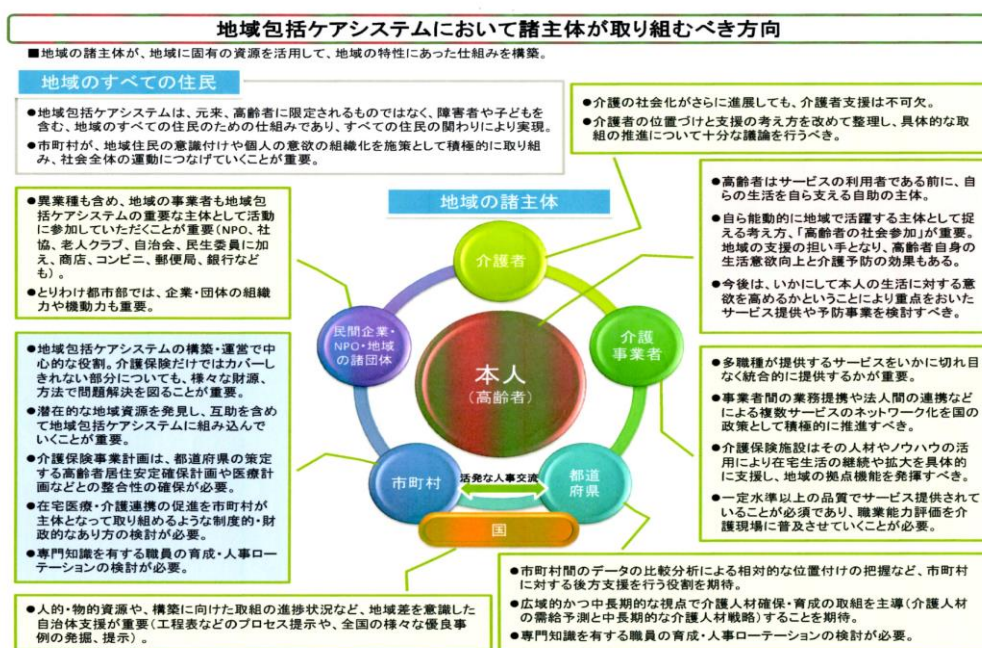


「介護・予防」を有機的ないし一体的に提供するためには、保険者である市町村の創意・工夫が求められる。

介護者に対しては、2012(平成24)年度の「地域包括ケアシステム研究会の報告書」(2013.3発行)により、地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向が提示された。その中で、「介護の社会化がさらに進展しても、介護者支援は不可欠」であり、「介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取組の推進について十分な議論を行うべき」との意見が出され、地域包括ケアの構想に介護者という言葉が登場した。また、同報告書には「家族等が介護を理由に仕事や学業等の社会生活を断念せざるをえなくなること、心身に不調をきたすことは、社会全体の損失となる」と記され、介護者への支援の必要性が、要介護者のQOL(生活の質)の向上のみならず、社会全体の損失の縮小という視点から導き出されている(三菱UFJリサーチ&コンサルティング2013.3:9)。

また、図表1-13の中央の図にもあるように、高齢者(本人)を中心に据え介護者はその周りをとり囲む地域の諸主体の1つとして位置づけられている。つまりは、ケアチームの一員として「地域の諸主体が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築する」ことが目指されていると考えられる。

図表1-13 地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向



出所：2012(平成24)年度の「地域包括ケア研究会」報告書より



その後の「地域包括ケア研究会」の報告書には、こうした介護者に言及した文言は見られていない。2017年3月の報告書では、1994年の「高齢者介護・自立支援システム研究会」並びに2003年にまとめられた「2015年の高齢者介護」の基本理念である「高齢者の尊厳の保持と自立支援」を、「もうひとつの予防」ともいうべき「地域でつながる」ことで支援する取り組みが提示された（三菱UFJリサーチ&コンサルティング2017:13-14）。また、2015年度施行の介護保険制度の改正で地域支援事業に位置づけられた生活支援体制整備事業により、介護予防サービスの一つとして介護者支援が明示された（厚生労働省2015b）。つまりは、個人や世帯が抱える問題を包括的に対応しようとする地域共生社会の推進の中に、介護者が組み込まれる形になってきている。付け加えると、2017年3月の報告書では、従来の介護予防の概念は、どちらかと言えば心身機能や生活機能を重視する傾向にあると考えられ、これまでの概念に加え「もうひとつの予防」として、一人ひとりが地域や社会に参加し「地域でつながる」状態に向けた支援も重要になってきていると述べられている。この報告書による2040年に向けた「地域包括ケアシステムで取り組むべき方向」は、「予防」が中心的課題である。心身が良好であれば自分の希望がかなえられる機会や選択肢がより広がる。地域の中には、高齢者、障害者、子育て中の家族など、さまざまな問題を抱えた人たちが生活している。地域住民がそうした人たちを見守り、支え、社会の中に包摂して行くための支援を「もうひとつの予防」ととらえ、「地域でつながること」を支援する取り組みが模索され、介護者もこの中に組み込まれていると考えられる。

### 3. 認知症施策の中の介護者～オレンジプランから新オレンジプランへ

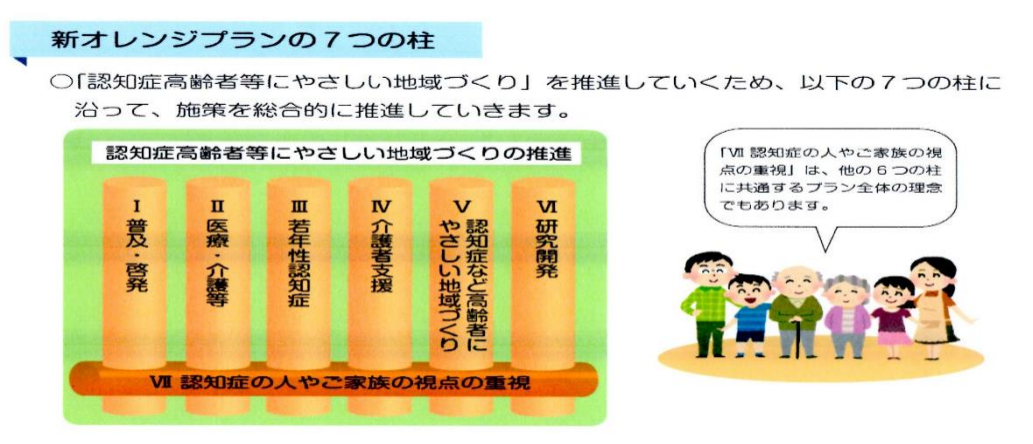
一方、認知症施策では、認知症の人とその介護者への対策が掲げられている。

オレンジプラン（認知症施策推進5カ年計画）は、2013～2017年度までの5カ年の計画として策定されたものである。内容は、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②認知症の早期発見と早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での日常生活・家族支援の強化、⑤若年性認知症施策の強化、⑥医療・介護サービスを担う人材の育成の6項目であり、認知症サポーターの養成などが各自治体で盛んに行われてきた。その後、2015～2025年度に向けての新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）が計画され、認知症対策をより強化するための対策が始まった。

このオレンジプランと新オレンジプランの違いは、オレンジプランが「認知症の人をいかに支援するか」を重視したことに対し、新オレンジプランは「認知症の人やその家族の視点」

を重視したことである。つまりは、図表 1-14 にあるように、Ⅰ. 認知症への理解－普及・啓発の推進、Ⅱ. 認知症の容態に応じた医療・介護の提供、Ⅲ. 若年性認知症施策の強化、Ⅳ. 認知症の人の介護者支援、Ⅴ. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり、Ⅵ. 認知症の予防、診断法、治療法、介護モデルなどの研究開発が縦軸とし、「Ⅶ 認知症の人やご家族の視点の重視」をⅠ～Ⅵまでの土台として横軸を置いたことである。

図表 1-14 新オレンジプランの 7 つの柱



出所：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ついて～

また、オレンジプランからの取り組みとして、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場としての「認知症カフェ」が各地で行われてきた。これは、モデル事業として 2012 年に国内 20 か所で開始され、2015 年末には 2,253 か所に増え（厚生労働省 2015）今もなお増え続けている。

認知症カフェの発祥は、1997 年の始まったオランダにおける「アルツハイマーカフェ」であり、その目的は認知症の人と家族の社会的包摂と偏見のない地域をつくることにある（堀田 2013, 矢吹 2016）。したがって、オランダでは人々が集まりやすい夕方などの時間に開催している。日本において急激に増えた背景には、新オレンジプランによる説明が、「認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置」程度であることや、「場所さえあれば誰でもが始めることができるという気楽さと目新しさ」（矢吹 2017: 44）等がある。2016 年度に実施された認知症カフェの実態調査では、20 以上の種別の多様な団体が運営し、実施主体や運営者によって考え方や理解に違いがあることが明らかにされた（社会福祉法人東北福祉会 2017）。実施主体は行政、

地域包括支援センターや介護サービスの事業所、市民団体などであり、介護者への支援をどのように考えるかという点において、各々の組織やスタッフ・専門家の考え方によってまちまちであることが指摘され、運営上の課題となっている。

厚生労働省は新オレンジプランを2017年にはさらに改正（厚生労働省2017.7.5）し、好事例の取り組みの紹介や地域の実情に応じた認知症支援推進員などによる認知症カフェの企画、認知症の人とその家族が集まりやすいように工夫した「夜カフェ」など、集いの場の取り組みを2020年度までに全市町村に普及させるとした。さらに、認知症カフェ等を活用したボランティアによる居宅訪問（「認とも」）や家族向けの介護教室等の推進はかり、家族等の介護負担の軽減と介護離職の防止に向けての計画実施を進めている（厚生労働省2017.7.5）。

## 第5節 小括

第1節では、介護者の発見と介護者像が多様化している状況について概観した。第2節以降は、1980年代後半から現在までの介護者をめぐる制度・政策について概観してきた。近年の動向では、介護離職の問題や地域包括ケアの議論の中で、介護者に対する認識は少しずつ高まっているとは思われるが、具体的な進展はこれからではないかと考える。むしろ、日本の社会における制度・政策上の介護者に対する取り組み方や社会通念といったものなどが、介護者の位置づけや支援の方向性を阻む要因にもなっている面もあるのではないかと考えられる。

本章では現状までの概観にとどめ、次章において、こうした日本の社会の状況をどう評価するのか、また、介護者をどう位置づけていくのかを考えるために、介護者への支援枠組みについて検討する。

具体的には、第1節では、現状の到達点を鑑みながら、イギリスのツウィッグとアトキン（Twigg and Atkin1994）が考案した「ケアラーの4つのモデル」を活用しながら評価の枠組みについて検討し、現在の状況と発展できる方向性について考察する。第2節では、介護者への支援プログラムを紹介しながら介護者支援の取り組みの先駆的な実践モデルのありようについて検討する。第3節では、介護に関する否定的・肯定的評価に関する先行研究の検討から、実践を評価するための視点について考察する。

## 第2章 地域包括ケアを担う介護者への支援枠組みの検討

介護保険制度が始まって以降、介護者の多くは単独で要介護者の介護を行っているだけでなく、公共的な介護サービスを受け専門職等と何らかの関係を持ち、介護役割を担っていることが多い。その際に専門職や市民が、介護者をどのように捉えて関係を持っていこうとするのかによっては、介護者自身の心身の状況に大きな変化が現れるのではないかと考える。

ここでは、介護者への支援枠組みを検討するにあたり、第1節では、全体枠組みとして参考となるケアラー（介護者）の4つのモデルを活用し、日本の社会における現在の状況と発展できる方向性について考察する。その上で、介護者に対する国内外の支援の実践プログラム等の紹介と介護者に関する先行研究を参考にしながら、介護者支援の実践を評価するための枠組みについて検討する。

### 第1節 介護者の位置づけ—ケアラーの4つのモデルと日本の現状

介護者の立ち位置を理解するうえで参考になるのが、イギリスのツウィッグとアトキン（Twigg and Atkin1994）が考案した「ケアラーの4つのモデル」<sup>14</sup>の研究である。ツウィッグは、1980年代後半にまずは「ケアラーの3つのモデル」を考案し、「介護者は曖昧な立場にあり、公的介護制度の末端の境遇に位置し、福祉サービス運用に当然存在する現実の一部である、と同時に、サービス提供者が認識すべきケアの複雑性の要因でもある」（Twigg1989）と述べている。その後、ツウィッグとアトキンによって、新たに4つ目が追加され、「ケアラーの4つのモデル」ができあがった。ここでは、まずは木下の訳（木下2007、木下2015）を参照し、ケアラーの4つのモデルについて概観する。次に、日本の社会における現在の状況と発展できる方向性について検討する。

#### 1. ケアラーの4つのモデルの考え方

##### 1) ケアラーの4つのモデルの概要

第1のモデルは、「主たるケア資源としてのケアラー」である。イギリスにおけるケアラーの定義は広く、このモデルの場合には、知人、近親者、遠縁などが含まれ、ケアラ

---

<sup>14</sup> ここでは、論者の表現などを鑑み、介護者とケアラーの名称を併用する。

一間に大きな区別はない。ケアラーがほとんどのケアをしていても、それを当然とみる立場である。ケアラーは無料の資源とされ、要介護者とケアラーに利益相反がおきることは無視される。ケアラー負担の軽減に対する社会的、政策的関心は低い。日本の実態に置き換えると、日本の伝統的な家族介護、性的役割分業の中で女性がケアのにない手とされてきた世界に相当する。

第2のモデルは、「ケア協働者としてのケアラー」である。ここでもケアラーの定義は広いが、主たるケアラーに関しては支援という考え方においてはわずかながら考慮される。つまり、ケアラーは専門職と協働してケアに従事する人として認識され、要介護者の状態の維持改善が双方の共有目的である。そのためケアラーの意欲、モラルが重視され、ケアラーの負担も考慮されるが、この目的の範囲においてである。このモデルは、現在の日本の介護保険制度下の状況に近いと考えられる。

第3のモデルは、「クライアントとしてのケアラー」である。ここでのケアラーの定義は、少し狭くなり、ケアに大きく関与している人を支援の対象者として考える。つまり、要介護者だけではなくケアラー自身も支援の対象者であるという考え方である。ケアラーのストレスを軽減し、その結果高いモラルでケア役割を継続的に果たせることが期待される。さまざまな形のレスパイトが大きな効果を発揮する。日本の介護保険制度下のシヨースティや通所型サービスは、ケアラーへのレスパイトの側面がある。しかし、制度の目的がケアラーを支援対象としていないため、このモデルに相当するとは言えない。

第4のモデルは、「ケアラー（のポジション）を越えたケアラー」である。要介護者とケアラーを切り離し、それぞれの立場を尊重し、ケアラーを一人の市民としてとらえる立場である。両者を個人として捉え、個別的に支援するモデルである。このモデルは、第2・第3のモデルとは異なり、ケア提供関係の支援や下支えではなく、ケアする関係から離れる（脱却）もしくは乗り越えることにある。

木下の説明に原著書より補足すると、このモデルにいたるには2つのルートがある。1つ目のルートは、障害のある者とその者の独立性を最大限にするという関心から発するものである。その目的は、障がいのある者がケアラーに頼らずに済むという帰結に向けて関与していくことにある。ケアラーの受け持ちを緩和することではなく、障害のある者が、依存的な関係から自由になることである。2つ目のルートは、ケアラーへの関心から発するもので、障害のある者や高齢者の自立を最大化することと、介護者の負担を軽減することの両方に関心を持つ。障がいのある者や高齢者の自立を最大化することは、潜在的にケアの必要を減

らし、結果としてケアラーの負担軽減にもつながる。さらに、ケアをやめようとするケアラーへの支援という観点では、ケアラーの良好な状態に向けて真摯に受け止めた支援を行っていくものである<sup>15</sup>。このモデルでのケアラーの定義は、より中立的な「親類」、「家族」に置き換えられている。その理由は、ケアラーという用語には、「その立場に付随する義務や責任が優先され、ケアラー自身の QOL 向上を差し置く、あるいは目も向けられなくなってしまう懸念がある」（鈴木 2018 : 68）からである。要介護者とケアラーは別個に捉えられ、双方の利益相反は完全に認識される。

上記は基本的に本文の記述に沿った内容であるが、第4のモデルには、ケアラーの定義が相対的(図表 2-1)とあるように、筆者は「インフォーマルに近い人をケアする人」を包含していると解釈する。その理由は、イギリスにおけるケアラーの定義は幅広く、1995 年介護者法では「定期的に相当量の介護をするすべての年齢層の者（職業・ボランティア活動での介護従事者を除く）」である。その後 20 年近くを経たイギリスにおける 2014 年ケア法のケアラーの定義は、「親族や友人、日常生活に関わる人々を支援する 18 歳以上の者（ケア提供する専門職は除く）」<sup>16</sup>である。つまりは、日本での家族介護者は義務や責任を伴うと思われがちであるが、このモデルでは「近い人をケアする人」をケアラーとして縛るのではなく、要介護者とは別個の存在としてより自由な立場として尊重されることを目指していると考えられる。また、本論文の資料として掲載したユーロケアラーズによる介護者憲章や認知症の人と家族の会愛知県支部が提唱した介護者憲章に見られるように、介護者は、「自らの介護者化や介護のありように関して自由に選び取ることができる立ち位置にある」。すなわち、介護する側と介護を受ける側との関係性をも視野に入れ、支えていくという広がりのあるモデルとしても考えられるのではないかと筆者は解釈している。

加えて、イギリスにおける介護者に均等な機会を与える 2004 年法 (The Cares (Equal Opportunities) Act 2004) では、第4のモデルは理想のモデルとされ、理論的な拠りどころ

---

<sup>15</sup> 例えば、ケアを要する家族（要介護者）への適切なサービスの提供、すなわち、バリアフリー住宅への転居や住宅改修が可能であれば、要介護者は一人でトイレに行き用を足すことができるようになる。そうすれば介護者は、長い間手がけてきた排泄介助から解放され、要介護者の体を支える際の足腰への負担もなくなる。また、第2のケアラーの関心から見れば、要介護者の自立の最大化は介護者の負担軽減につながる。

<sup>16</sup> Department of Health, (2014), The Care Act 2014 Part1:Factsheets8, The Care Act-the law for carers, p1 18歳以下は、子どもと家族に関する2014年法 (Children and Families Acts 2014) で対応。

になっている。つまりは、介護者は要介護者の介護にあたることから、「社会的な排除を

図表 2-1 ケアラーの4つのモデル

モデルの区分	第1のモデル	第2のモデル	第3のモデル	第4のモデル
ケアラーの性質	主たるケア資源としてのケアラー	ケア協働者としてのケアラー	クライアントとしてのケアラー	ケアラー（のポジション）を越えたケアラー
ケアラーの定義	極めて広義 （知人、近隣者、遠縁など）。ケアラー間に、大きな区別は見られない	広義 （知人、近隣、親類など）。主たるケアラーはわずかながら、より重視される	狭義 （介護に大きく関与している人へのみ）	相対的 （中立的な「親類」「家族」といった用語に置き換えられる）。インフォーマルに近い人をケアする人
利益の焦点	要介護者	要介護者であるが、ケアラーの負担も一部考慮される	ケアラー	要介護者とケアラー。ただし、別個に対応
利益相反	無視・軽視	一部認識	完全認識。但し、片側（ケアラー）のみ	認識。但し、ケアラーと要介護者双方との関連
目的	ケアの最大化および代替の最小化	要介護者のための質の高いケア。この意味でのケアラーの良好な状態	ケアラーの良好な状態	ケアラーの良好な状態および要介護者の自立。ただし、別個に捉えられる

出典：Carers Perceived：Policy and Practice in Informal Care p.13 表1に本文を加筆し作成

※なお、ここでは要介護者としたが、原文では「disabled person」となっている。ここでいう「disabled person」とは、身体障がいのある高齢者、精神的な課題のある高齢者（認知症者）、身体障がいのある高齢期に達していない成人、精神的な課題のある高齢期に達していない成人、知的障がいのある高齢期に達していない成人である。

余なくされる社会階層の一員に属する」(三富 2008 : 171) と把握され、介護者が、「他の人と同じように労働市場に参加するとともに余暇を普通に享受することができるように、社会的な包摂の促進を視野に収めた」(三富 : 2008 : 171) ことにある。さらに、このケアラーの4つのモデルは発展段階論でもあるが、イギリスではケアラー支援が「政治的アジェンダとして登場し支援策が具体化される過程」(斎藤 2015 : 40) において、対立・競合しながら共存してきた。

また、ケアラーの4つモデルは、介護者像についての基本的理解でもある。したがって、同じようなケアを介護者がしていても位置づけは異なり、どの立場をとるかによって専門職との関わり方も変わってくる。例えば、日本の介護保険制度におけるショートステイは、「利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図るもの」とされてはいるが、ケアプラン上、介護者の休養は利用者のプラスになるために認められている(堀越 2012 : 13)。したがって、日本の介護保険制度は、第2のモデルに近いと考えられる。また、例えば、介護者が認知症カフェに参加した場合、認知症の人の同行者として扱われるのか、クライアントとして扱われるのかによっては状況が異なってくる。つまりは、介護者が支援の対象として扱われ、介護者が十分にリフレッシュできるレスパイトケアの場であるならば、第3のモデルに相当する。

図表 2-1 は、原著書の表 1 をもとに作成したケアラーの4つのモデルの概要である。

## 2) 近年の第4のモデルの考え方—ヤングケアラーへの施策から

次に近年の第4のモデルの考え方の広がりや、ヤングケアラーへの施策から見てみる。

イギリスでは1980代末にはヤングケアラー(ケアする子ども)の存在が知られ、1990年代の初頭から調査研究や支援が行われてきた(三富 2000)。そこでの支援のあり方は、ヤングケアラーは「子どもであり、ケアラーでもある」(Aldridge and Becker 1993) という二重性をもつとして、1人の人間としての形成期である子どもの発達・成長にとってどのような方法が望ましいかが考えられてきた。そこで、「第1に児童であり、次いでケアラーであるという考え方のもと、ケアをしない権利とケアを主体的に担う権利の両側面から子どもの育ちを見ていくことが求められてきた」(三富 2000 : 443)。ツウィッグもヤングケアラーの調査研究<sup>17</sup>を行っており、「ケアラーの4つのモデル」はそうした社会背景も含み考案さ

<sup>17</sup> 三富紀敬(1997.3)「イギリスにおける在宅介護者の発見」『静岡大学経済研究』1(3・4)78~79 参照



れたと考えられる。

四半世紀を経た今日では、ヤングケアラーは要支援児童であるとともに、親が子どもを必要とし子どもが親を必要としている面があることを考慮して、親だけを見るのでも子どもだけをみるのでもなく「家族全体を考えたアプローチ (whole family approach)」という姿勢が目指されている(渋谷 2017:9)。2014年には「子どもと家族に関する 2014 年法(Children and Families Acts2014)」が制定され、この法律の 96 条<sup>18</sup>には、ヤングケアラーは「他の人のためにケアを提供している、または提供しようとしている、18 歳未満のもの」と定義され、ケアの相手が家族であるという説明や、その状況の具体的な描写はなく、あえて広く設定されている(渋谷 2017:3)。近年ではステップファミリーなども多くなり、ケアの相手が家族という説明をしないのは、ケアラーは家族と限定しているわけではなく、家族という概念にも広がりがあるからだと考えられる。

また、18 歳以下の子どもについては、児童に関する 1989 年法 (the Children act 1989)<sup>19</sup>が、権利保障の拠り所であり、第 96 条には「子どもに関する 1989 年法」第 17 条の「困窮する児童 (Children in need) とその家族へのサービス」の中に、ヤングケアラーのニーズに関するアセスメントという項を挿入する形 (In the Children Act 1989, after 17 insert-) がとられ、ヤングケアラーへのアセスメント権も自治体の責務へと強化された。つまりヤングケアラーは、ケアを通して自分が家族に役立っていると強く感じる一方で、その役割や責任が年齢に釣り合わない、自らの心身の発達や人間関係、勉強にも大きな影響を受けることもある。この法律の基底にあるのは、ケアを要する家族に適切なサービスを提供することが、結果として、ケアを担うヤングケアラーの負担を軽減するという認識である(渋谷 2017:10)。

加えて、図表 2-1 にあるように、ケアラーの定義は、第 3 のモデルでは介護に大きく関与している人のみをクライアントとして支援するが、第 4 のモデルでは、「親族」、「家族」といった用語に置き換えられている。こうしたことを鑑みると、現在のヤングケアラーへの考え方は、理念的に第 4 のモデルを踏襲したものであると解釈できる。近年の日本では、子育てと介護の両方を担うダブルケアの介護者が増え、その狭間で子どもたちが家事やきょう

---

<sup>18</sup> <http://www.legislation.gov.hk/ukpga/2014/6/section/96/enacted> (2019.8. 23 閲覧)

**Children and Familiars Act2014** 第96条 ヤングケアラー (1) の項目

<sup>19</sup> 児童に関する1989年法(1989年児童法)に関しては、秋元が『児童青少年保護をめぐる法と政策—イギリスの史的展開を踏まえて』(2004)の序章・終章において、1989年児童法とケア手続が、「子どもと親、家族と国家、親と国家、子どもと国家」といった関係を、どのように捉えおこなわれるのかについて提起している。

だいの世話などを担っている場合がある。イギリスにおいて「家族全体を考えたアプローチ」が目指されているのであるならば、子育てと介護のダブルケアの状態に対して、要介護者への支援と介護者への支援が別々に行われることが、付随して何らかのケアを担わざる得ない状況にあるヤングケアラーへの支援につながると考えられる。ヤングケアラーだけではないが、世帯規模が縮小する今日では、図表 1-12 にあるように、介護休業等の対象家族には同居・扶養していない孫も追加されており、子世代ではなく孫世代が介護者になる場合もある。社会状況の変化とともに支援のあり方も、少しずつ変化していると考えられる。

## 2. 第1・第2モデルにとどまる日本の現状

ケアラーの4つのモデルの概要を述べてきたが、4つのモデルに照らすと、日本の現状は第2モデルにとどまっていると考えられる。介護保険制度は、第1章の図表 1-13 の地域の諸主体の図にもあるように、本人（高齢者）を取り巻くケア協働者としての1主体として表されている。したがって、要介護者のケアの質に付随した支援のあり方である。ここでは、こうした第2のモデルにとどまっている現状を、3つの観点から整理する。

### 1) 高齢者の尊厳と要介護者の権利利益擁護という法制度上の立場

介護保険制度創設に向けて1994年にまとめられた「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書における高齢者介護の基本理念は、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること」である。したがって、介護保険制度は、この理念に基づいて運営実施されている。また、2003年に「高齢者介護研究会」のもとでまとめられた報告書「2015年の高齢者介護」では、「高齢者の自立支援と尊厳の保持」を重視した提言がなされている。そして、尊厳を保持するケアの意味を、「高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」と定義している。

こうした1994年の「高齢者介護・自立支援研究会」の報告書からの高齢者介護に対する基本的な考え方は、「在宅介護サービスの目的を家族が高齢者の精神的サポートをできるように極度に疲労させないために置いている」（岡村・萩原1995：32）ことから、家族負担の軽減に留まり、介護役割の主体は家族・親族であるという考えが前提にあると考えられる。

1990年代はゴールドプランにより介護サービスの整備が進められ、1992年6月の通知「老人保健福祉計画について」では、「(市町村がサービス目標量を定めるに当たっては) 要介護

老人の障害の程度、家庭における介護力の状況等の地域の実情を十分に勘案する必要がある」、また「家庭の介護力については、核家族化の進展や女性の社会進出等により、今後家庭の介護力は、基本的に低下していくものと考えられることから、家庭の介護力を過大に評価することのないよう十分留意されたい」と明示された。しかしながら、実際にはニーズ調査のための調査票には、介護者の事情についての項目はほとんどなく、具体的な対策はとられなかったと考えられる。

こうした状況に対して、冷水らは家族介護の位置づけについて、「女性の社会進出、男女機会均等化などの動かしがたい社会潮流の下で、家族を構成する個々人が等しくかつ最大限に健康と自己実現を確保できることが福祉政策の目標」（東京都老人総合研究所 1996:57）と指摘した。しかし、介護者へのアセスメントの検討を視野に入れた研究（和気 1998、小林 2002）がなかったわけではないが、介護サービスの量的整備に重きがおかれ、介護保険制度が導入された。

一方で、2006年に施行された「高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、「高齢者虐待防止法」）は、高齢者の権利利益の擁護に資することが目的であるが、早期予防の観点から「養護者」の支援が含まれている（厚生労働省 2018.3）。したがって、同法では虐待予防の観点から介護者支援がなされてはいるものの、包括的な介護者支援がなされているとはいえない。また、2012年に施行された「障害者虐待防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、「障害者虐待防止法」）でも同様であり、養護者は要介護者に付随する存在という認識である。高齢者虐待に関しては、働き盛りの子世代の介護離職や転職が増えている中で、2006年に厚生労働省が高齢者虐待調査を開始して以降、家族による高齢者虐待の加害者は息子が4割を越えており、この数値は下回ったことがない<sup>20</sup>。換言すれば、介護保険制度では40歳以上の医療保険加入者は介護保険料の拠出者ではあるが、保険給付の対象ではない。したがって、予防のための「養護者」支援はなされてはいるが、介護者の心身の健康状態に関心を向けるような性格ではないことが、現行の法制度上の立場である。

## 2) 自治体の任意事業のままの家族介護支援事業

第1章でも述べたが、介護保険制度の成立前後においては、家族介護に対する現金給付

---

<sup>20</sup> 厚生労働省（2017）平成29年度「高齢者虐待防止法、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果参照。

の論議とともに、家族介護支援事業が市町村の任意事業として位置づけられた。

1975年から1992年にわたり3回の大規模な高齢者の家族介護に関する調査を行ってきた東京都老人総合研究所（現、地方独立行政法健康長寿医療センター）の研究班は、1990年代の中葉に、介護者のための支援策として4つの事業を提案した。それらは、①介護者へのカウンセリング、②介護者への教育、③家族会を利用した相互支援、④介護者の休息のためのショートステイである。結果としては、ショートステイ事業以外は主要な施策にはならず現在に至っている。後述するがショートステイは、現状の日本の中での考えは要介護者のプラスになるために認められる介護者の休息である。

他の3つの介護者のための支援策は、2000年4月から適用された自治体選択による家族介護支援特別事業、2003年からの介護予防・地域支え合い事業の中の家族介護支援事業、2006年からの介護保険制度下の地域支援事業の中の任意事業としての家族介護支援事業としては息づいてきた（第1章、図表1-4~6参照）。とはいえ、自治体の任意事業に埋め込まれ、実施は各自治体に任されたため、実施状況や内容等にばらつきが生じた。こうした状況は、増えてきた男性介護者や通い介護者などの多様な介護者のニーズに応えられず、適切な資源が見いだせない地域では、介護者の孤立化に拍車をかけていったと考えられる。

### 3) レスパイトケアについての考え方

次にケアラー支援のありようとの関係で、レスパイトケアの重要性について触れておく。

レスパイトケア（Respite care）とは、一般に、息抜き、一時的休息などと訳され、要介護者と一時的に離れ、リフレッシュすることと解釈されている。欧米ではレスパイトあるいはレスパイトケアという名称は、保健医療福祉分野の多数の文献で見受けられ、障害者、高齢者、難病者等の介護者に対しても広く行われている支援策である。また、アメリカではレスパイトケアという名称を用いているが、イギリス政府は「介護者のための国家戦略」（1999）以降、ブレイク（Break for cares）の表現を用いている。レスパイトケアからブレイクへの表現への変更は、短い休息（short-break）からやや長い休息（longer-break）、さらには休暇（holiday）という、休息に止まらず休暇の機会を保障されることによって、余暇を含む社会生活を享受することができるためである（三富2009：1-2）。

日本では、レスパイトケアに関する研究は障害児（者）領域から先行し、事業としては1976年の心身障害児（者）の短期入所事業（ショートステイ）が、レスパイトサービスの始まりである。したがって、レスパイトケアのためのレスパイトサービスというと、ショート

ステイがまず浮かぶと思われる。高齢者領域でも 1978 年に寝たきり老人短期保護事業、1979 年には通所サービス事業が始まり、先行して事業を行ってきた東京都では、『デイケアセンター利用第一号—立川市至誠ホーム』（1977、東京都映画協会）というビデオにおいて、家族の介護負担のためのデイサービスとショートステイ事業を紹介している。1989 年のゴールドプラン（高齢者保健福祉 10 カ年戦略）によりデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプサービスが在宅福祉の三本柱として計画目標が示され、介護保険制度においても重要な居宅サービスの一つになっている。

このように日本では、レスパイトケアとショートステイは、同様のサービスとして用いられることが多い。しかし、1991 年、92 年に厚生省心身障害研究班が行ったレスパイトサービスについての基礎的研究<sup>21</sup>では、「レスパイトサービスとは、障害児（者）をもつ親・家族を一時的に、一定の期間、障害児（者）の介護から解放することによって、日頃の心身の疲れを回復し、ほっと一息つけるようにする援助である」と定義している。また、介護者の一時的介護休止を可能にするサービスは、すべてレスパイトサービスであるのかについて研究班は、「ショートステイとレスパイトケアはまったく別のものであると認識し、レスパイトサービスはわが国には存在しないシステム」としている。さらに、「成熟したレスパイトサービスの目標は、家庭で障害児を介護する両親の心身両面にわたる疲労を軽減すると同時に、両親に自分の時間をもてるようにすることである。結果として両親は社会と接触する機会を持つことになり、これが孤立を防ぐことになる」と述べている。加えて、この研究班の分担研究者の広瀬は、「レスパイトサービスには、それによって利益を受ける利用者は、親・家族であるが、介護を直接受けるのは、障害児（者）であるという二重性がある。（中略）我々のねらいは、介護者である親・家族も、障害児（者）本人も、同時に心身にリフレッシュが出来るレスパイトサービスである」（広瀬 1993：74-79）と述べる。

こうした見解があるものの、高齢者領域では、在宅福祉の三本柱と言われる 3 つのサービスを、高齢者へのサービス提供が結果として介護者の負担軽減につながるとして、レスパイトサービスとして運用してきた。こうした現状に対して岡村らは、「わが国の高齢者介護施策が、長期に渡って家族介護を補完するという形式をとってきた」（岡村・萩原 1995：32）ことが原因であると指摘する。介護保険制度が誕生した以降もこうした状況は変わらず、後

---

<sup>21</sup> 厚生省心身障害研究『心身障害児（者）の地域福祉体制の整備に関する総合的研究』（平成3年・4年度）（主任研究者 高松鶴吉）のうち「障害者の地域生活援助方法の開発に関する研究」（分担研究者 広瀬寛一）の「レスパイトサービスについての基礎的研究」による。

藤ら（2009）も、高齢者分野では、レスパイトケアはショートステイとして取り扱われており、介護者は直接の支援の対象ではなく、二次的に休息を得られればよいと捉える傾向があると指摘している。

ちなみに、介護保険制度におけるショートステイは、何らかの事情で介護者がケア（介護）できない場合に利用でき、「利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの」（堀越 2012：13）とされている。しかし、ケアプラン上では、あくまでも、介護者の休養は要介護者のプラスになるために認められている。つまりは、介護者支援を目的としているというよりも、要介護者を支援することで間接的に介護者を支援するというものである。

補足すると、介護者を対象にしたレスパイトケアは、介護者に知識や技術を提供しモチベーションを高めるために必要な支援策でもある。「レスパイト」の語源を紐解くならば、ラテン語の *Respectus* であり、「振り返る」、「逃げ場、頼みとするもの」、「顧慮・配慮・尊重」等の意味をもつ（水谷 2009）。つまりは、「レスパイト」には、頼れるところで、気持ちがあわかってもらえる人たち、仲間との共有共感を通し、情報を得ながら自己を振り返り、元気になるというプロセスもある。そういう意味において、自治体の任意事業である家族介護支援事業の中の家族介護教室、家族介護者交流事業、高齢者家族やすらぎ支援事業などは、レスパイトケアにおいて有用な対策であると考えられる。

### 3. 第3・第4のモデルへの展開の可能性

上記のようにケアラーの4つのモデルに照らすと、日本の現状は第2のモデルにとどまっている。その背景には、現行の法制度の立場が高齢者（要介護者）の尊厳や権利利益の擁護に重きが置かれている。ショートステイにみられるように、要介護者に付随する、あるいは要介護者のプラスになるために認められる介護者の休息といった考え方などがある。また、介護者の実態調査や住民生活調査等を通して、介護者の健康悪化や疲弊の実態を指摘される状況<sup>22</sup>では、ケアラーの第1のモデルに相当する考え方も残されていると考えられる。

一方、近年の動向では、政府が安心につながる社会保障を掲げる中での介護離職ゼロに向

---

<sup>22</sup> NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン（2011）の調査報告書では、ケアラーの2人に1人は身体に不調を感じ、4人に1人は心の不調を感じ、20人に1人は受診したくても受診が出来ていなかった。また井口（2014、2017）は、地方都市における量的住民生活調査から、介護保険サービスや家族介護にカバーされていない「潜在的な要介護者」が多く存在する現状や在宅介護者が介護をしていない他の集団と比べ、健康悪化や疲弊が進んでいることを明らかにしている。

けての対応策など、ようやく介護する家族の不安や悩みに応える相談機能の強化や支援体制の充実が対応策として取り上げられた。また、仕事と介護の両立支援に関する研究（橋爪 2005, 斉藤・津止 2014）、介護と子育ての狭間のなかでのダブルケアの研究（相馬・山下 2017）などが着手され、内閣府委託調査による大規模なダブルケアの全国調査（（株）NTT データ経営研究所：2016.4）なども実施されている。

こうした近年の社会状況の変化により、国内においてもケアラーの第3・第4モデルを意識した取り組み行われ始めている。ここでは4つの観点から、第3・第4のモデルへの展開の可能性についてふれる。

### 1) 制度・政策動向の変化

一つ目は、制度・政策動向の変化である。大きな動きとしては、以下の2点があげられる。

第1は、「地域包括ケアシステムの強化の推進」、「『ニッポン一億総活躍プラン』における介護離職ゼロ実現に向けた取り組み」、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」における3つの施策の重点課題が、相互に関連しながら介護者支援を促進していると捉えられるという点である（山口 2017）。それぞれの施策の概要は以下の内容である。

- ・2017年に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、地域包括ケアシステムの進化・推進として、「保険者機能の強化の推進としての地域包括支援センターの機能強化」、「地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進」等の方向性が示された（厚生労働省 2017）。
- ・2016年6月2日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、「介護離職ゼロ」に向けた取り組みとして、「介護に取り組む家族に対する相談支援の強化」や、「介護休業・介護休暇が取得しやすい職場環境の整備」（図表1-11参照）の他に、「子ども、高齢者・障害者などすべての人々が地域、暮らし、域外を共に創り、高め合うことができる『地域共生社会』を実現」し、このため「地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティの育成を推進」を図ることが示された（首相官邸 2016.6.2）。
- ・図表1-14にあるように、新オレンジプランの7つの柱の一つに「認知症の人の介護をする家族への支援重視」が盛り込まれた。対象が認知症の人の介護者に限定されたとはいえ、認知症カフェ（オレンジカフェ）などが各地域にでき、介護者を支援の対象とした総合的な計画が位置づけられた（厚生労働省 2017.7.5）。

第2は、介護離職ゼロの取り組みや市町村・地域支援センターの役割強化などが期待される中で、厚生労働省の事業として、「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～介護者本人の人生支援～」(厚生労働省 2018.3)と題するマニュアルが作成されたことである。

同マニュアルには、今後の家族介護者支援施策が掲げるべき目標は、「家族介護と仕事や社会参加、自分の生活を両立すること」と、「心身の健康維持と生活の質の維持・充実(ひいては人生の質の維持・充実)」の両輪が共に円滑にまわりながら、要介護者の介護の質・生活・人生の質もまた同時に確保される『家族介護者支援』を推進すること(厚生労働省 2018.3:8)と明記されている。

また、この「家族介護者支援」の新たな目標達成に向けて、地域包括支援センターの総合相談事業をはじめとする事業に求められていることは、「家族介護者を『要介護者の介護力』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を持ち、要介護者と共に家族介護者にも同時に相談支援の対象としてかかわり、共に自分らしい人生や安心した生活した生活が送れるよう、地域包括支援センターの事業主体である市町村はもちろん、多機関専門職等と連携を図って、家族介護者にまで視野を広げ相談支援活動に取り組むこと(厚生労働省 2018.3:8)と明記されている。

このマニュアルが目指す方向性は、ケアラーの4つのモデルに照らすと、「要介護者と同時に介護者の介護の質・生活・人生の質もまた同時に確保される」という観点ではケアラーの第4のモデルに相当すると考えられる。また、地域包括支援センター等での総合相談事業についても、ケアラーの第3、第4モデルを目指す方向性が示されていると考えられる。

さらに、目指す方向性のための総合的な展開として、4つの考え方とその手法が示されている。それらの概略は以下の内容である(厚生労働省 2018.3:9)。また、家族介護者の総合展開の4つの考え方の概略図を、図表2-2に示す。

#### ①介護者アセスメントの考え方の導入

介護者本人のクライアントとしての支援として介護者アセスメントを導入し、個別相談・支援を行う。

#### ②多様な専門職への支援ネットワークの形成

多機関・多職種間のネットワークを形成し、要介護者本人と介護者本人へのチームアプローチを行う。

#### ③地域づくり・まちづくりの視点

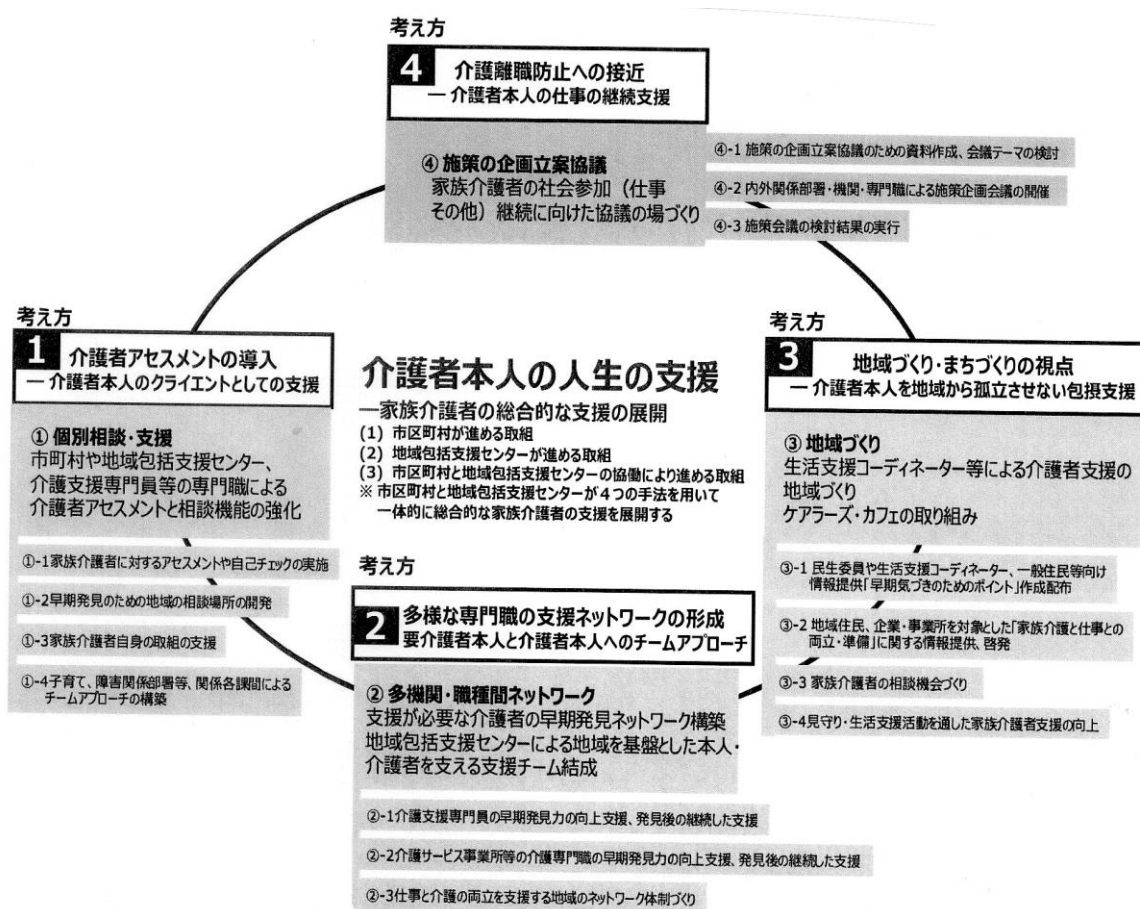


地域づくりを介護者支援の考え方として重視し、介護者本人を地域から孤立させない包摂支援を目指す

④介護離職防止への接近

介護者の社会参加（仕事、その他）、継続に向けた協議の場づくり

図表 2-2 家族介護者支援の総合展開の4つの考え方



出所：厚生労働省（2018.3）「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～介護者本人の人生支援～」11頁

このマニュアルのサブタイトルは、「介護者本人の人生支援」であり、先行する海外の介護者支援政策をはじめ、国内の自治体での独自の施策や実践分析等により検討作業が進められ、今後の日本の介護者支援に示唆的であると評価できる。ただし、制度化や事業化に向けての具体的な施策は示されていない。また、図表 2-2 にあるように、考え方 1 と 2 は、専門職等による具体的な支援方法であり、考え方 3 と 4 は向かうべき政策動向を示していると考えられる。とはいえ、近年の制度政策の動向の変化を踏まえ、現状の事業の延長線上

での対応を推奨する点において、実践面での前進が期待される。

加えて、2017年3月の『地域包括ケア研究会の報告書—2040年に向けた挑戦—』（三菱UFJリサーチ&コンサルティング2017.3）にも、地域共生社会の実現が社会の目的として明示されている。ここでも「尊厳と自立支援」が目指され、「予防」や「リハビリテーション」がそのための手段として位置づけられてはいるが、「すべての住民が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ること」を可能にするために、「予防」がキーワードになっている。そして、従来の介護予防の概念は、どちらかと言えば心身機能や生活機能を重視する傾向にあると考えられ、これまでの概念に加え「もうひとつの予防」として、一人ひとりが地域や社会に参加し「地域でつながる」状態に向けた支援を重要視している。介護予防の最大の焦点は、「一人ひとりの意欲を引き出す」こと、本人への働きかけは介護予防の基本である。そして、障害の有無、年齢等に関わらず、一人ひとりが地域や社会に参加し、地域でつながることも介護予防であると指摘している。

## 2) 介護者アセスメントの展開

2つ目は、前述の図表2-2にあるように、家族介護者支援の総合展開の考え方の第1に介護者アセスメントが導入され、個別相談・支援が盛り込まれたことである。

介護者支援の先駆国であるイギリスでは1995年に介護者法が制定され、2004年介護者（介護者に機会均等を与える）法において、アセスメント請求権を介護者に周知することが自治体に義務づけられ、ケアラーの第4のモデルの根拠にもなっている（三富2008:171）。さらに、2014年介護者法により、介護者アセスメントが自治体による「権限」から「責務」に強化された<sup>23</sup>。

国内においては、「認知症の人と家族の会愛知県支部」が、先駆的に「介護家族よりケアマネジャーに伝えたいことシート」というアセスメントシートを独自に開発（2012.7.27）

---

<sup>23</sup> 介護者法2014（2015年施行（The Care Act 2014）。成人介護とその支援及び健康に関して規定した法律。この法律の施行により、これまでの1995年（承認とサービス）介護者法、2000年（介護者及び障害児）法、2004年（均等な機会）法は廃止となり、介護者支援に関する内容はこの法律の中に組み込まれた。また、子どもと家族に関する2014年法（Children and Families Acts2014）と介護者法2014（Care Act2014）がお互いに連動する形で制定され、ヤングケアラーへのアセスメント権も自治体の責務になった。  
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>（2019.8.23閲覧）

し<sup>24</sup>、愛知県支部のメンバーや湯原らによって検証が進められている（湯原他 2012、2013、湯原 2014、認知症の人と家族の会愛知県支部・ケアラーマネジメント勉強会 2017）。その他にも、一般社団法人全国介護者支援団体連合会や一般社団法人日本ケアラー連盟などにおいても、アセスメントシートの開発が行われている。

こうした「介護者アセスメント」が介護者支援のためのツールとして用いられる場合には、以下の2種類がある。一つは、介護者自身の気づきへのアプローチとしての「セルフアセスメント」である。介護者が自分自身の生活や体調をモニタリングし、自己洞察を行うことで、介護者自身のニーズを把握し、支援を求めるきっかけとなる。もう一つの「介護者アセスメント」は、介護者自身のニーズを知り、介護者がどのような状況でケアを行い、ケアの役割を担うことが、介護者自身にどのような影響を与えているかを把握するためのものである。この介護者アセスメントは、介護者にケアを強制させるためでも、ケアを継続させるためだけを意図したものでもない。介護者を一人の人として尊重し、ケアを継続できる状況なのか、ケアが必要な人とどのような関係を望んでいるかなどを包括的に判断しながら、最適な支援の方法を明らかにするために行うものである（一般社団法人日本ケアラー連盟 2013）

### 3) 介護者のニーズ—介護する当事者からの介護者憲章の発信

3つ目は、国内でも介護者憲章が発信されていることである。介護者のニーズについては、EU の 23 カ国の 54 の介護者団体や研究機関などで構成されるユーロケアラーズ（Eurocarers、2004年設立）による介護者憲章がある。その中には、「介護者は、介護者になることと介護負担の程度について自由に選び取る権利を持たなければならない」とあり、上記の介護者アセスメントの重要性についても述べられている。

国内においては、前述の「認知症の人と家族の会愛知県支部」が介護者憲章（2010年9月発表）を作成し、「介護者は一人の人であり支援を必要とする人とは別個の存在である」、「介護者は、自分の介護のありようを自ら決めることができる」等の6項目をホームページ上に掲げている<sup>25</sup>。こうした介護者憲章は、介護をする当事者から発信された貴重なものであり、介護者の権利とは何かを端的に示している（渡辺 2012:126）。また、介護者憲章

<sup>24</sup> アセスメントシートは、認知症の人と家族の会愛知県支部HP <http://hearttoheart.or.jp/> からダウンロードできる。アセスメントシートは資料として別頁に掲載している。

<sup>25</sup> 認知症の人と家族の会愛知県支部HP参照。介護者憲章については、資料として別頁掲載している。

自体は第4のモデルを目指しているが、自らのニーズに気づけていない人や周囲に気づいて欲しい人への発信とも考えられ、第3、第4のモデルに転換するための当事者の立場からの重要な活動にもなっている。

ニーズ支援論の立場からの潜在ニーズの顕在化には、大別すると①客観的にみて支援が必要と思われても、支援を求めない人たちへの潜在的ニーズへの顕在化への働きかけと、②支援が必要あることに気づいてほしいという個人としては自覚化しているが潜在化しているニーズの顕在化がある（小林 2012:113）。つまりは、介護者に対する社会的承認に向けての働きかけであると考えられる。

#### 4) 先行研究の動向からの展開の可能性

4つ目は、注目すべき取り組みや研究が増えてきていることである。新オレンジプランによる7つの柱の一つである「認知症の人の介護者への支援」を背景に、近年では仕事があっても夕方から認知症カフェなどに参加できる方策も検討されはじめている。その中で、「在宅で暮らす認知症の人の介護者支援のためのガイドライン開発」（研究代表者：馬場みちえ 2016～2019）や「認知症の人とその家族とともに創る認知症カフェ実践モデルの開発」（島岡昌代 2016～2019）などの科学研究費助成事業による研究が進められている。こうした研究を通して、ケアマネジャー（介護支援専門員）を対象とした、家族に対する対応方法についての研修が少ないことや、家族会のピアカウンセリングも大事ではあるが、個人的経験に終始し満足できない人もいること、さらには、専門家は認知症を一括りで考えていることなどが指摘され、認知症の人も介護者も学習し、自分で考え決定できるコンピテンシーの向上が重要といったことが示唆され始めている。つまりは、介護者への支援のあり方が、少しずつ変化している様相が見受けられる。

また、地域包括ケアシステムの構築が進展する中では、介護者を地域の中にどのように組み込み支援するのかという自治体の課題の実態に関する研究、すなわち、家族介護に対する支援事業の課題（菊池 2016）、地域包括支援センターにおける介護者支援の課題（山口 2019）など、政策的な観点からの研究も見られるようになってきている。

さらに、2014（平成26）年6月に制定された「医療介護総合確保推進法」の流れでは、

医療依存度の高い人も含め在宅での生活者が増えることが見込まれているが、実践的な支援のあり方に関しては、在宅医療や介護サービスチームのスタッフに対する介護者が求めている支援に関する研究が行われ始めている。例えば、ターミナルケアにおいては、在宅療養者の介護者がスタッフに求める支援には、「スタッフのサポートによる安心した看取り」、「医師による病状や変化する過程の説明」であることが、2つの文献から示唆されている（山崎 2015、吉田・岡村他 2015）。加えて、制度や体制が整備され、多様なサービスが組み合わされるだけでは、「当事者やその家族にとって、「安心感」を生み出す一助とはなっていない」（鮫島 2013）と主張する研究者もいる。つまりは、頻回な訪問がなくても、ポイントを押さえた専門スタッフの対応があれば、安心した看取りや介護者の力を引き出す支援につながるという指摘もある。

このように国内においても、政策動向の変化とともに多様な角度からの研究や注目すべき実践も積み重ねられている。各地で取り組まれている成果を共有し、第3・第4のモデルへの転換を意識した取り組みが望まれると考える。

## 第2節 介護者への支援プログラムの検討

第1節においては、ケアラーの4つのモデルを活用し、日本における介護者支援の現状の有りようを把握した。第2節においては、実践的な支援モデルの展開に着目する。

欧米諸国においては先駆的には1990年代から、ソーシャルワーカーらの専門職が中心となって、介護による疲弊状態や孤立化している人たちをいかにエンパワーしていくのか、その介入方法などの実践理論等の研究が行われてきた。また家族支援、介護者支援の伝統的な考え方と方法を再考する支援プログラムの検討が行われてきた。ここでは先駆的な取り組みとして、日本にもすでに紹介されているイギリスとカナダにおける介護者への支援プログラムについて概観するとともに、国内で行われているケアラー支援者のための養成研修について取り上げる。

### 1. CwC(Garing with Confidence—"自信を持ってケアを"の略記) プログラム

#### 1) CwCプログラムの概要

イギリスにおけるCwCのプログラムは、ケアラー支援の主力サービスである在宅・施設で

のレスパイトとともに、カウンセリング、気分転換/リラクゼーション、情報提供などの一連の主力サービスの他に、介護者（ケアラー）をエンパワーしていく具体的な方法が盛り込まれていることが特徴である。CwC のプログラムについては、木下康仁が複数の著書（木下 2013：238-249、2015:212-221）で紹介しており、イギリス保健省の政策として開発・試行（2008年～3年間）されたプログラムである。ここでは木下（2015）の著書を参照し、概要を述べる。

イギリスには、介護者支援の啓発活動を全国的に展開するケアラーズ UK、実践的な支援団体であるケアラーズトラスト<sup>26</sup>、その他民間団体が様々な支援活動を行っている。近年では、非営利団体でも寄付だけではなく民間の資金を受け入れる社会的企業型の NPO などもある。CwC は、社会的企業型 NPO である Expert Patient Programme<sup>27</sup>の流れをくみ、専門職の視点からの介護者支援ではなく、「当事者が経験する日常生活世界の理解を踏まえて、心身面の疲労への対応方法から家計のやりくりの方法まで生活全般のマネジメントの力量形成を重視している」（木下 2015:240）。

## 2) 各セッションの概要

CwC のプログラムは、1 回完結型の 7 つのセッションから構成され、各セッションは週 1 回、所要時間 3 時間で行われる。また、このプログラムはファシリテーターによって細やかな時間配分が決められ遂行される。

以下は、7 つの基本セッション、5 つの特別なニーズのある介護者（ケアラー）を対象にした 5 つのセッション、看取りに焦点をおいた 2 つのセッションのタイトルである。

### 【7 つの基本セッション】

- Finding Your Way 「自分に合った方法を見つけよう」（初回）
- Caring Day-to-Day 「毎日のケア：服薬から緊急事態まで」
- Caring and Coping 「ケアと受け止め：自分の感情の振り返りとストレスへの対処」
- Caring and Me 「ケアと私：自分の健康と自分の生活」
- Caring and Resources 「ケアと活用できる資源：収入を最大化する」

---

<sup>26</sup> 「ケアラーズトラスト (Carers Trust)」は、アン王女を総裁とする「プリンセス・ロイヤルトラスト」（非営利慈善団体）と「クロスロードケア」（様々なレスパイトサービスを提供）が、2012年4月に統合してできた団体である。

<sup>27</sup> Expert Patient Programmeの特徴は、慢性疾患患者が日常生活を送るうえで直面するさまざまな課題とそれへの対応に焦点をあて、優れた経験知のある人たちを他の患者への助言者として医療保険制度内に位置づけた点にある。

- ・Caring and Life「ケアと息抜き：することは尽きない現実のなかでどうバランスをとるか」
- ・Caring and Communicating「ケアとコミュニケーション：経験を他者と共有する」

#### 【5つの特別なニーズを対象としたセッション】

- ・Caring for Disabled Child「障害児ケア」
- ・Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Carers and Cared for People  
「ケアラーとケアを受ける人が性的マイノリティの場合」
- ・Caring with Someone with Dementia「認知症の人のケア」
- ・Caring with an Adult with Complex Needs「複合的ニーズのある人のケア」
- ・Caring for Someone with Mental Ill Health「精神面で病気のある人のケア」

#### 【2つの看取りに焦点をおいたセッション】

- ・Coping after Caring「看取り後の対処」
- ・Life after Caring「看取り後の自分の生活」

プログラムの参加者は必ず初回のセッションには参加するが、それ以外は自分の必要性和状況的余裕によって受けても受けなくても構わない。また、このプログラムで最も重要なのは、小さな成功体験からはじめることで（介護者）ケアラーが閉塞した日常、囚われの日常から、将来的時間的志向を具体的にもつことで日常を意識的にコントロールできるようになることである。

このプログラムの特徴をまとめると、以下の内容が内在していると考ええる。

第1の7つ基本セッションは、週1回3時間であっても介護者が要介護者から離れ、気分転換や情報提供を受けられるなどのレスパイトケアとともに、介護者（ケアラー）自身をエンパワーしていく具体的な方法が組み込まれている。

第2の5つのセッションは、マイノリティであるだけで差別されがちである中で、多様な介護者の個別性に合わせた特別なニーズを対象にして組まれている。

第3の2つのセッションは、看取り終えた後のグリーフケア、介護終了後に自分の生活を組み立て直していくためのプロセスではないかと考える。

組織的には、ファシリテーターの養成、セッション運営への助言、参加するケアラーへの連絡窓口を担当するコーディネーター、全体を統括する本部スタッフで構成される。ファシリテーターは実際のセッションの運営のみを担当し、それ以外は参加者と関わらない。その理由は、参加者の中には個人的な問題をファシリテーターに時間に関係なく相談してくるからである。ファシリテーターの養成は、一般の市民から募集し3日間の集中研修し、年1

回は振り返りの研修が行われ、不適と判断されると外される場合もある。また、CwCはケアラーの負担を考慮し居住地で行われ、自治体からの依頼も多い。自治体からの依頼が多いのは、イギリスの場合は、ケアラーが自治体の介護者アセスメントを受けられることが法律で定められていることが関係している。ただし、介護者アセスメントを受けることが、CwCへの参加条件ではない（木下 2015：247-249）。

なおこのこのプログラムは、費用効率の悪さから当初計画満了に半年を残し打ち切りになったようである。しかしながら、受講した介護者（ケアラー）への調査結果では、極めて肯定的であったと評価されている。

## 2. CLSC レネカッスンにおける介護者支援モデル

### 1) 本書の特徴

ここでの先行文献は、2001年にCLSCのソーシャルワーカーらが介護者支援の実践モデルの著書として出版した『Responding Creatively to the Needs Caregivers』であり、2005年に高橋流里子が監訳し日本のソーシャルワーカーや介護者支援の研究者とともに翻訳した実践書である（Pam Orzeck, Nancy Guberman, Lucy Barylak 2001 = 高橋流里子監訳 2005）。

本書の「日本語版刊行によせて」の冒頭には、「本書は、家族介護者支援の伝統的な考え方と方法に異議を唱え、これらを根本から切り崩し、リスクを覚悟し新しく冒険的に実践してきたパイオニアについて書いています」と記されている。つまりは、ここでの介護者サポーターたちは、「医師、看護師など他の専門職に介護者のとらえ方と介護概念を再考してもらい、介護者支援のために協働できるように感性を磨くための研修会の企画・実施」（Pam Orzeck 他 = 2005：3）に挑戦したということを示している。具体的には、①介護者を家族構成員の一人として認識し、個人として尊重すべきとらえる、②戦前生まれの世代より権利意識の強い世代の介護者と専門職との協働、③ソーシャルワーカーは積極的に介護者のところに出向き（アウトリーチ）、介護者の介護負担などに傾聴し、④保健福祉サービスの利用を援助し、⑤介護者仲間とのつながりや介護者の社会生活の活性化を促し、⑥必要なサービスの整備を研究者や介護者と協働して政府に働きかけるなどである。

### 2) CLSC レネカッスンとは

CLSC レネカッスンとは、カナダのケベック州のレネカッスン地区にある小地域に設置された地域保健福祉センター（Centres Locaux de Services Communautaire :CLSC）という公



的機関である。ケベック州の保健福祉サービスの特徴は、①医療と保健と福祉サービスは縦割りではないこと、②CLSC という公的機関が第一線の医療保健福祉のサービスを総合的に担っていること、③病院やCLSC の運営に利用者や住民が参加することである（高橋 2005 : 7)。

人口 3～10 万人に 1 か所設置され、病気の予防・治療、生活上の問題に第一次対応するプライマリケアを目的に、病気の早期発見と簡単な治療、虐待等福祉問題の予防・早期発見と早期対応、福祉と保健の専門職によるホームケアサービス、学校保健とスクールソーシャルワークなどのサービスも行われている。したがって、住民は CLSC に行けばすべてのサービスにつながる仕組みである（高橋 2005 : 7-8）<sup>28</sup>。

具体的な「CLSC レネカッソンの組織とサービス内容」は、以下の通りである。

#### ○高齢者のサービス

- ①ホームケアサービス部門（\*）：医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学・作業療法士、栄養士、ホームヘルパーなどの在宅訪問サービス
- ②最先端サービス部門：高齢者の精神保健福祉サービス、高齢者虐待予防センター、介護者サポートセンター
- ③高齢期をうまく過ごすための事業：Well-Aging Program（専門職、研究者、ボランティアの協働による）

#### ○一般的保健福祉サービス（\*）

- ①24 時間電話相談
- ②診療（医師・看護師、検査、診断、治療、往診を含む）
- ③心理社会的問題に関するサービス（ソーシャルワーカー）
- ④総合受付（ソーシャルワーカーがすべてのサービスの受付、児童・高齢者虐待の危機介入を含む）

#### ○子どもと家庭及び成人へのサービス

- ①身体障害者・知的障害者への支援（看護師、ソーシャルワーカー、ホームヘルパー）  
産前産後の保健福祉サービス（看護師、ソーシャルワーカー、ホームヘルパー）
- ③子どもの発達検診・予防接種と子育て支援サービス

---

<sup>28</sup> 日本でいう、福祉事務所、児童相談所、保健所、社会福祉協議会、診療所、在宅介護支援センターが扱うサービスを、1か所の公的機関に統合し提供している（Pam Orzeck他=2005 : 8）。ワンストップサービスを提供している。

#### ④学齢期の保健とソーシャルワーク

○地域開発とボランティア部門

○サービス向上のための部門

サービス苦情・提言への対応（\*）、倫理綱領（\*）、リスクマネジメント

○運営管理と人事

※（\*）は州が示す基本的任務である。

（高橋 2005：10 より）

### 3) エンパワーメントへの道のりとしての「7つのステップ」

本書では、パワーレスネスについても取り上げており、パワーレスネスを「ある状態ではなくある過程として説明している。その過程は、社会環境での不適応に起因する抑制または傷つきやすさと関連している」（Pam Orzeck 他=2005：115）と述べている。パワーレスネスについてソロモンは、社会集団における個人のパワーレスネスを「価値ある社会的役割の効果的な遂行が個人的な満足に導く方法で、情緒、スキル、知識、さらに物資資源を活用するための能力不足の結果」（Soromon1976:16）と定義づけている。またコックスとパーソンズは、著書の中でパワーレスネスには内面的（個人の内面にある）側面と、外面的（集団や地域に関連する）側面があると指摘している（Cox, E, O. Parsons, R. J1994）。本書でも、「パワーレスネスは、個人と環境との連続性・相互作用の過程で起きていると結論づけることができた」（Pam Orzeck 他=2005：115）と述べられている。

ここでは、エンパワーメントへの道のりとしてのモデルである「7つのステップ」について取り上げる（Pam Orzeck 他=2005：119-122）。

【7つのステップ】には、①～⑦のステップがある。以下、各々ステップの要点を述べる。

<ステップ1：ファシリテーターとの相互作用>

①ファシリテーターとは、パワーレスネスから抜け出すことを支援する人である。ソーシャルワーカー、コミュニティワーカー、警察官など、友人や家族の場合もある。

②ファシリテーターは、複雑・多様な介護関係と介護状態が理解できるように訓練されていることが重要である。

③この段階のファシリテーターの役割は、傾聴が大部分で、時にはタイミング良くユーモアを交えたりする。

<ステップ2：ことばによる表出>

①ファシリテーターは介護者に抑圧に関する批判的な質問をし、抑圧する自分を語れるよ

うに促す。

②語っていくに従い、現実社会における歴史的、社会的、文化的、経済的抑圧への批判的意識が育まれる効果をもたらす。

③ファシリテーターから新しい知識と情報を吸収し、潜在的能力を使えるようにする。

<ステップ3：エネルギーの質的転換>

①ステップ2のことばの表出により、介護者の潜在的能力の開放とエネルギーの質的転換を導き、自己のおかれた状況を見抜くカー「過去のゴミを捨てる」過程を生み出す。

②介護者は、介護状況と介護関係の問題を理解し、狭く苦しい住居によって介護者と被介護者にプライバシー・空間が欠如するなどの環境が介護問題を引き起こすことを理解する。

<ステップ4：行動する能力>

①人間の否定的エネルギーを肯定的エネルギーへと質的に転換する過程により、介護者のパワーlessnessからの脱出を妨げる精神的動揺や無気力な感情・状態から開放できる。

②社会的孤立から抜け出すための、グループ活動への参加、サポートグループへの参加が有効性を認めている。共通の問題を抱える介護者があつまって行う、情報の収集、個別問題をお互いに解決できる協働的活動など、さまざまなタイプの活動が挙げられる。

③自分だけが介護に関わる問題を抱えているのではなく、他の多くの介護者も同じような困難・経験をしていると介護者が実感できるエンパワーメントへの過程の一つである。

<ステップ5：問題の実情と解決に関する記録>

①取り組むべき必要があると認識されたあらゆる介護問題について、記録することが有効であることがわかってきた。手紙を書く、写真を撮るなどの独自の方法が、介護問題の取り組みのために行われてきた。

②介護者のなかには、問題解決過程の全過程において、伴走者が必要であることもわかってきた。

<ステップ6：制度的サービス・社会的資源の利用>

①エンパワーメント達成において重要なステップに、レスパイトサービスなどの介護者の支援と負担軽減のためのサービス利用がある。

②介護者がサービスを利用するということは、介護者のニーズをロビー活動やキャンペーン活動を通して政策立案者や一般に人に知らしめ、集团的社会の次元の活動を可能にし、サービスの需要を導くことになる。

<ステップ7：自立（セルフコントロール）>

①個人の次元、集団の相互作用の次元、集団的社会的次元を踏んで、介護者はエンパワーメントに到達していく。

②自分のための自由時間の必要性を認識し、自由を感じ、自立的に選択・決断ができるようになる。

7つのステップのアプローチは上記のプロセスを踏んでいくが、実際には介護者は、パワーlessnessとエンパワーメントの過程を行きつ戻りつする。その背景には、健康問題、社会的孤立、共依存関係、配偶者間、家庭内暴力等の長い歴史などが、パワーlessnessからの脱出を阻んでいる。また、エンパワーメントの達成のためには、介護者に伴走する第三者であるファシリテーター（専門職のことが多い）の存在が重要であると本書では指摘している。

### 3. 日本ケアラー連盟の「ケアラーサポーター養成研修」

日本においては、一般社団法人日本ケアラー連盟や NPO 法人介護者サポートネットワークアライズなどが、ケアラーサポーターの養成講座を行っている。つまりは、市民、専門家による介護者支援のためのファシリテーターの養成である。ここでは、2012 年度に日本ケアラー連盟が地域の介護者支援の推進・向上に役立てることを目的に、厚生労働省の委託研究事業として実施したケアラーサポーター養成研修の内容について取り上げる<sup>29</sup>。なおこの事業では、ケアラーのためのセルフアセスメント（ケアラー手帳）とケアラーアセスメントシートのモデル開発を行い、養成講座においてもモデル事業として活用した。

#### 1) 目的、養成の対象者、役割、任務

本ケアラーサポーター養成研修は、ケアラーやケアラーを含めた家族全体を支える市民や専門職を養成し、ケアを必要とする人だけではなく、ケアラーもその人自身が尊厳を持って生活を継続できる地域福祉の推進の実現に資することを目的に行われた。

養成の対象は、①ケアラーサポーター（市民）、②ケアラーサポーター（専門職）に2タイプである。①市民サポーターは、介護経験者や福祉・介護に関心のある市民や関係者で、地域社会の中でケアラー支援のリーダーとして活躍が期待される者である。②専門職サポ

<sup>29</sup> 平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人健康送信等事業（厚生労働省）「多様な介護者を地域で支援するツールの検証および人材育成プログラムの開発等モデル実践に関する調査研究事業」の一環として行われたものである。（実施：日本ケアラー連盟、委員長：三富紀敬 筆者は委員して、ケアラー手帳とセルフアセスメント作成、専門職研修に参画。）詳細については、一般社団法人日本ケアラー連盟（2013.3）『ケアラーを地域で支えるツールとしくみ 多様な介護者を地域で支援するツールの検証および人材養成プログラムの開発等モデル実践に関する調査研究事業報告書』に所収。

ーターは、介護や福祉、医療、保健の現場ですでにさまざまな支援に携わっている専門職<sup>30</sup>である。

市民サポーター、専門職サポーターに共通する役割と任務は、ケアラーニーズの発見とニーズ把握、具体的相談支援やサービスへのマッチング、ケアラーの権利擁護等である。市民サポーターの場合は、地域のピアサポーターやケアラー支援ボランティアとしてその役割が期待され、ケアラーの発見や日常の場（家族会、介護者の会、ケアラー同士の支援等）での相談支援が任務である。

## 2) 養成研修カリキュラム

養成研修には、「市民コース」と「専門職コース」の2つのタイプで構成されるが、モデル事業では、基礎研修や一部実地研修等は合同研修で行われた。養成研修は、3日間の講義・演習と2日間の実習であった。下記がカリキュラム内容である。

ケアラーサポーター養成研修カリキュラム【32時間（18時間+2日）】

区分	カリキュラム	内容	方法	時間
環境・政策を理解する	1. ケアラー支援の考え方と社会的支援の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアラー支援の背景</li> <li>・ケアラー支援の考え方と目的</li> <li>・ケアラーへの公的支援の現状（海外と日本）</li> </ul>	講義	2時間
	2. ケアラー支援と地域活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアラー支援は生活支援、地域づくり</li> <li>・ケアラー支援としくみづくり</li> </ul>	講義 演習	2時間
ケアラーと向き合う	3. ケアが必要な人の理解（疾病や障害等の理解）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害の考え方</li> <li>・障害区分</li> <li>・高齢者の社会参加と支援</li> </ul>	講義	2時間
	4. ケアラーの特性と心理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアラーが必要としていること</li> <li>・ケアラーの家族の特性</li> <li>・ケアラーの特性と心理</li> </ul>	講義 演習	2時間

<sup>30</sup> 社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、介護支援専門員、介護福祉士、保健師、看護師、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等で、地域包括支援センターや介護福祉施設、障害者総合相談センターや障害者支援施設、医療機関、保健所、行政機関、社会福祉協議会等でケアラー支援に関わる者

ケアラー 包括支援 を進める	5. ケアラーに関わる 相談支援の基礎 【個別支援】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談援助の基礎—傾聴・共感・かかわり</li> <li>・相談援助の展開過程</li> <li>・ケアラーに配慮した相談援助の実践</li> <li>・ケアラー手帳とケアラーアセスメントの概要</li> </ul>	講義	3時間 30分
		<ul style="list-style-type: none"> <li>【市民コース】</li> <li>・ケアラー手帳とセルフアセスメント</li> <li>【専門コース】</li> <li>・ケアラーアセスメントの実践について</li> </ul>	講義 演習	2時間
	6. ケアラー支援の方 法 【地域支援】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアラーへの具体的支援を考える前に</li> <li>・ケアラーを支援する地域づくり【地域支援】</li> </ul>	講義 演習	3時間
ケアラー を実践する	7. 実習オリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心構え</li> </ul>		30分
	8. 体験実習  (1日目)          (2日目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアラー支援の現場での実習（ケアラーズカフェやサロン、家族会等での実習）</li> <li>【市民コース】</li> <li>・見学実習（スタッフとして入ってもらう） ※ケアラー手帳の配布と意義を説明できる。</li> <li>【専門職コース】</li> <li>・見学実習（スタッフとして入ってもらう） ※現場を理解し専門職としての関わりの気づきを認識する。</li> <li>【市民コース】</li> <li>・4日目と同様</li> <li>・研修の振り返り（半日）</li> <li>【専門職コース】</li> <li>・ケアラーアセスメントの実施</li> <li>・振り返り（半日）</li> </ul>	実習	2日間

出典：一般社団法人日本ケアラー連盟（2012）ケアラーサポーター養成研修テキストをもとに一部改変し

著者作成

### 3) ケアラーアセスメントシートの活用を受けて

筆者は、専門コースのケアラーアセスメントの講義・演習に携わった。その際に、専門コースの受講者自身をケアラーと想定してケアラーアセスメントシートに記入してもらう時間を設けた<sup>31</sup>。目的は、専門職コースのケアラーサポーターには、実習において実際にケアラーへのケアインタビュー担当者になってもらうことから、質問にかかる負担等を体感していただくことであった。また、モデル事業として作成したケアラーアセスメントを実際の実習の場面において、そこに参加されていたケアラー方に協力してもらいアセスメントシートを用いてインタビューを行った。以下がその際の、専門職コースの受講者の感想・意見（例）である。

- ・ケアラーの健康、気持ちを聞いてくれるなんて・・と相方で感激しました（利き手も家族介護者だった）。
- ・第一に気持ちを聞いてほしいとの思いが感じられた。
- ・介護をしていることを評価してほしいとの言葉に考えさせられる。介護の大変さを語ることは、苦勞を売り物にしているようだ、との言葉もあり二重の苦しみを感じる。介護の経験を今後の仕事に生かしたいとのこと。
- ・一度だけのアセスメントで全体を知ることには出来ないと実感した。ケアラーとの信頼関係が結ばれて、次につなげられるのではないかと思えた。
- ・言葉にしてない思いがあるように、一度だけではわからないこともあるのでは。定期的に行けたらよいと思う。
- ・全体として質問が漠然とし過ぎで答えにくい。ケアラーと言われる介護者への配慮に偏り過ぎているのか、じっくりと読むと、介護を一生懸命することへの非難のようにも受け取れなくもない・・と感じた。
- ・介護が複数の場合はどうなるのか。一人ずつ、大変ですね。
- ・制度、サービスに対する不満を述べるケアラーは少なくないため、ケアラーアセスメント担当者（実施者）は、それらの知識があったほうがよい。専門職と言っても職種は様々なようなので、研修で必要最低限を押さえることも必要では。評価と実行プラン作成に無関係ではないと思う。
- ・実習なので難しいと思うが、一度の面接やアセスメントではなく、定期的に継続いた面接を行

---

<sup>31</sup> ケアラーアセスメントシートについては、資料として別頁に掲載する。

ない、信頼関係を構築し徐々にアセスメントをしたり、ニーズの変化をくみ取っていくことがケアラーに対するサポートになるのではないかと思う。（一般社団法人日本ケアラー連盟 2013：41 より）

アセスメントシートを作成するにあたっては、ケアラーがケアをすることが当然ではなく、また、ケア役割は義務ではなく、1人の人として他の役割もあるという立場から質問内容等を検討してきた。しかし、積極的に頑張っているケアラーにとっては戸惑を与える面もあるという意見もあった。演習を行う際にも感じていたことではあるが、専門職コースの受講者の感想・意見からみるケアラーに対する認識は多様であると思われた。

専門職コースの受講者の感想・意見を受け、「ケアラーを傷つけない質問内容や適切な表現の検討の必要性」、「アセスメントを定期的に活用する」、「ケアラーがアセスメントで語ることによって勇気づけられるように考慮する」、「担当者の研修により、担当者が制度やサービスの知識をもつ」などのコメントは重要であり、ケアラーとケアラーサポーターの双方へのアセスメントシートの活用と研修モデルの検討が今後の課題となった。

### **第3節 介護に対する否定的・肯定的評価に関する研究**

日本における介護者に関する先行研究は、数多く多分野にわたっている。その中で、1979年に Fengler らにより、介護によって健康を損なった家族員は「隠れた患者（the hidden patient）」（Fengler 他 1979）と総称できると指摘されて以降、保健・医療・福祉等の各分野において、介護者の介護に対する負担感や健康を損ねる実態などの研究が進んでいった。

また、介護者を概念的に捉え、理論として作り上げていく過程では、ストレス理論や役割理論といった枠組みは重要視されてきたと思われる。こうしたストレス理論の研究には、介護に対する負担感といった否定的な側面ばかりではなく、人を成長させ適応に導く肯定的側面がある（Lazarus& Folkman=1984）ことも指摘されてきた。さらに、量的研究だけでは介護の現象の一部を捉えたにすぎないとして、質的研究からの介護に対する否定的・肯定的評価に関する研究も行われてきた。したがって、ここでは、介護者に対する否定的・肯定的評価に関する研究について、以下の4点から概観する。



## 1. 介護に対する負担感・否定的評価に関する研究

欧米では *burden*、*Strain*、*stress* の3つの概念は同義語として用いられ（井上 1996、太田 1992、wellhagen1998）、1960年代から介護者の負担感に関する研究が行われてきた。日本での負担感、否定的評価に関する研究は、欧米の研究を受けながら1970年代に入ってから盛んに行われるようになってきた。なかでも、冷水豊、中谷陽明、本間昭らをはじめとする、東京都老人総合研究所（現、東京都健康長寿医療センター）の研究者による業績は多数散見される。

例えば、家族介護の困難や負担感に関する研究（冷水・本間 1978、中谷・東條 1989）、介護負担を評価測定する *Zarit* を用いた研究（新名・矢富・本間 1989、中谷 1992）などがある。また、1990年に入ってくるとストレス・コーピング理論をもとにした研究（太田 1992、翠川 1993、杉原・杉澤・中谷他 1998、筒井・東野他 2008）も多数みられる。さらに、ストレスフルな介護は身体的・情緒的な健康だけではなく、経済的・社会的状態にまで影響を及ぼすとしている研究（杉澤 1992、上田・橋本・高橋 1994）などがある。これらの介護者の負担感、否定的評価に関する研究は、既存の尺度やストレス理論に基づいて行われ、介護者の心理的・精神的問題などを検討する研究が多い。

加えて、2000年代前半からは男性介護者と女性介護者とのストレスや負担感の差異に関する研究（青木 2003、杉浦・伊藤・三上 2004、上村・秋山 2006）が増え、夫介護者と息子介護者の比較研究（宇多・都筑・金川 2017）等も行われている。

## 2. 介護に対する肯定的評価に関する研究

一方で、ストレス・コーピングの理論は、介護者が介護場面で生じた様々なストレス状態を引く起こす要因に対処しながら、適応していく力を持っていることが明らかにしていった（太田 1992、杉原他 1998）。また、負担感の研究の進展にしたいがい、客観的には類似した状況に置かれている介護者であっても、負担感を強く訴える介護者と、そうでない介護者がいること」（和気 1998:26）が、研究と臨床の両側面から見えてきた。

1990年代後半以降には、介護者の介護に対する肯定的評価に関する研究（山田・佐々木他 1998、広瀬・岡田他 2005）が散見されるようになり、介護肯定感が介護負担を軽減することに関する研究（櫻井 1999）、介護終了後の介護の成就支援に関する研究（西村 2010）など、介護を負担として見るのではなく肯定的、前向きに捉える研究が増えていった。

さらに、介護に対する否定的な評価の研究は量的研究が多く、*burden*、*Strain*、*stress* の

概念を用いた介護負担に関する研究は、介護現象の一部を捉えたに過ぎず、介護者の生活や介護状況全体の把握に至っていない（太田 1992、井上 1996）という指摘が強調され、質的研究法による検討が行われるようになっていった。

### 3. 質的研究による否定的・肯定的評価に関する研究

質的研究には、事例研究、質的記述法、内容分析、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Ground Theory Approach）、エスノグラフィー、ライフヒストリー、KJ法、ナラティブ分析など、さまざまな方法がある。質的研究では利用者・家族・介護福祉従事者等の体験、主観性、複雑性、記述、意味等の現象への深い理解が求められ、正しい知識・手続きを修得しないと結果・考察に行きつけない場合もある（谷口 2017：49）。

1999年にM-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ）を提唱した木下は、「質的研究とは質的データを用いた研究とし、質的データとは当該の研究テーマに関してディテールの豊富なデータであることを規定します」「データの解釈から説明力のある概念の生成を行い、そうした概念の関連性を高め、まとまりのある理論をつくる方法です」（木下 2007：35）と述べている。

歴史を遡ると、1960年代に社会学者のバーニー・グレイザーとアンセルム・ストラウスによって提唱されたグラウンデッド・セオリー・アプローチ（Glaser and Strauss, 1967=1996）は、後にアメリカの看護学研究の分野で広まり、日本でも看護研究の分野で1990年代中葉から用いられはじめ（太田 1994、定廣・舟島・杉森 1996）、保健医療福祉の分野に広がっていった。

近年の保健医療福祉の分野では、様々な手法を用いた質的研究が盛んになり、介護体験に関する介護者研究においても介護に対する否定的意味づけと肯定的意味づけとして、主観的あるいは間主観的な言動が相互作用的に分析されるものなどがある。例えば、麻原による「過疎農山村における家族介護者の老人介護と農業両立の意味に関する記述的研究」（麻原 1999）は方法論としてエスノグラフィを用い、27名の要介護要介護老人の介護者、住民および保険医療福祉関係者に対するインタビュー、参加観察、村の書類資料の検討を行って

る。結果として、介護と農業両立の動機づけには、〈伝統的な価値規範の内面化〉、〈村落共同体的集団原理に従う〉、〈農業継続困難な現状の受け入れ〉、といった消極的動機づけ、〈老人に対する愛情〉、〈生き甲斐としての農業〉、〈行為へ価値づける〉積極的動機づけがみられ、〈老人農村介護者は介護と農業を両立できることに自己存在の意味を見出す〉をテーマとして抽出した。

また、上山らの「認知症高齢者を介護する娘介護者の体験では、娘が体験する困難としては、〈親の現状を受けとめる難しさ〉、〈役割の両立からくる困難〉、〈自分かやらなければ〉、〈介護協力者との間に生じるずれ〉、〈認知症の症状そのものへの対応の大変さ〉、〈将来への不安〉、〈娘であるがゆえに生じる理不尽さ〉の7つのカテゴリーが見いだされた。その一方で、介護生活の支えとなるものには、〈変わっていく親を共有できる存在〉、〈介護を分担してくれる家族〉、〈距離おく時間〉、〈介護効果の実感〉の4つのサブカテゴリーとして見いだされた（上山・田場・守本 2016 : 67-79）。多くの役割がある中での娘がゆえの困難と、介護を継続していく上で支えとなるカテゴリーが明らかにされている。さらに、娘介護者に焦点を当てた研究は男性介護者に関する研究に比べると多くはないが、娘介護者を対象とした質的研究と心理的援助の提案（片桐 2010）などの研究もある。

#### 4. 介護者へのエンパワーメントに関する研究

エンパワーメントの概念が用いられ始めたのは、1950年代から1960年代のアメリカで巻き起こった公民権運動であり、ソーシャルワークの支援方法にエンパワーメントの概念を導入したのはソロモンであると知られている。ソロモンは「エンパワーメントは、ステイグマ化された集団に属するというに基づいてもたらされる否定的な評価が生み出している無力化された状態を軽減する目的で、ソーシャルワーカーがクライアントやクライアントシステムとともに一連の活動に携わる過程」（Solomon 1976: 19）と定義づけている。また和気（1998: 153-154）はトーレ（Torre, D 1985）の定義を引用し、エンパワーメントは「人が自身の生活に関わる出来事や制度に参加し、統制力をわかちあい、影響をおよぼせるよう、強化していく過程である」。さらに「エンパワーメントは、人が自分や、自分にとって大切な者の生活に影響をあたえられるよう、特定の技能や知識、そして十分なパワーを獲得ことを必然とする」過程であり同時に結果を意味すると述べている。

ソーシャルワークにおいてエンパワーメントに関する研究は、1990年代中葉から盛ん

に行われてきた（小松 1995・久保 1995・中村 1995 等）。理論的研究だけではなく実践的研究も多く、小松が監訳した E. O コックスと R. J. パーソンの著『Empowerment-Oriented Social Work Practice with the Elderly』（1994＝小松 1997）やリーサ・カプランとジュディス・L・ジラルド共著『ソーシャルワーク実践における家族エンパワーメント ハイリスク家族の保全を目指して』（＝小松 2001）などは、エンパワーメントを志向する家族等へのインターベンションに焦点が当てられている。

高齢者を介護する家族へのエンパワーメント・アプローチに関しては、和気（1998）が新しいソーシャルワーク実践のパラダイム転換として、介護者のストレスの対処行動（コンピテンス）、パワーレスネス、エンパワーメントについての理論的検討を行い、エンパワーメントを志向する実践活動をエンパワーメント・アプローチとして定義し、介護者を支援するエンパワーメントの方法について検討している。

介護に携わる専門職からの介護者へのエンパワーメント・アプローチは、訪問看護師の取り組みを対象とした研究（廣森 2003）、ケアマネジャーによる試み（大和 2003）、家族介護者の会などでの介護者のエンパワーメントの必要性に関する研究（大和 2004）などが見受けられるが 2000 年代の前半のものが多い。近年では、家族ソーシャルワークを再考するとして家族エンパワーメントの方法と実践技法を考察した研究（佐々木 2017）などが行われている。

また、相談援助・介護・看護職のエンパワーメント理解の比較研究（岩川・都筑 2017）では、介護職に関しては、エンパワーメントはヘルパーの主目的ではない（橋本 2007）、ヘルパーと利用者との会話はエンパワーメントの機能を持ちながらも専門的な機能として正当に評価されてこなかった（寫末・小嶋 2005）などの指摘にあるように、介護専門職の専門性においてエンパワーメントは重要な位置を占めていないという見解であった。一方で、精神障害者ホームヘルプサービスでの利用者ヘルパーは、相互にエンパワーメントの関係を持ち（末永ら 2005）、また、自立生活をする身体障害者の介助ヘルパーは、利用者の要望に即した介助を継続することで、利用者をエンパワーし、自らもエンパワーされる可能性がある（橋本 2007）。この点に関して岩川・都筑は、こうした相互性は、専門職が利用者によってエンパワーされることを想定していないソーシャルワーカーや看護職と比べて特徴的であったと指摘している（岩川・都筑 2017）。

こうした「パワーの共有や対等性、相互性といった理想的な特徴を含む援助の関係性がパートナーシップ」（稲沢・岩崎 2019：267）である。ヘルパーなどの介護職には相互性

が見受けられるが、何故にソーシャルワーカーや看護職はエンパワーされることを想定していないのか。レスリー・マーゴリンは、『ソーシャルワークの社会的構築』における「エンパワメントというレトリック」の章において、(ソーシャルワーカーの介入は - 筆者加筆)「クライアントの自己決定による道義的な承認があると主張しながら、しかし、計画し、戦略を立て、指示し、コントロールする」(レスリー・マーゴリン=2003 中川・上野・足立:275)と指摘している。ミシェル・フーコーが『監獄の誕生』(ミシェル・フーコー1977)の中で「規律」について言及しているが、ソーシャルワーカーがクライアントと関係をもちエンパワーしようとするほどクライアントは受け身となり、「自ら主体的にパワーを獲得していく力が弱くなってしまう」(稲沢・岩崎2019:268)ことにもなる。介護者への支援においても、介護者の意思や多様性をコントロールしないような支援のあり方が求められると考えるが、実際はどうであろうか。専門職の倫理性や対話性が問われるところである<sup>32</sup>。

#### 第4節 小括

本章では、まず第1節において、前章の制度・政策上で得られた状況を評価する枠組みとして「ケアラーの4つのモデル」(Twigg and Atkin1994)を活用して検討した。結果として日本の社会の現状は第2モデルにとどまっているが、近年の日本の制度・政策動向を鑑みると、第3・第4モデルに向けての具体的な施策は検討され、また実践が取り組まれ始めていることが示唆された。

次に介護者支援の実践を評価するための視点として、第2節では国内外の先駆的な介護者支援の実践モデルに着目し、支援プログラム等を概観した。その中で、専門職に対する介護者のとらえ方や支援のあり方への再考を求めて支援の実践が展開されていることが示唆された。また、介護者がエンパワーしていく過程において、ファシリテーターの存在と共通の問題を抱える介護者との相互作用が重要になると考えられた。

第3節では介護に対する負担感・否定的評価と肯定的評価について先行研究(文献)から検討した。介護者を概念化する過程ではストレス理論の研究が重視されたが、介護には否定

---

<sup>32</sup> 2019年から介護福祉士の養成カリキュラムが改訂され、「求められる介護福祉士像」の3項目目に「介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応し、本人や家族等にエンパワメントを重視した支援ができる」という文言が加わった。介護福祉士養成課程のテキスト等には「エンパワメント」の用語は用いられてきたが、介護職員初任者研修テキストでは今改訂版から「エンパワメント」が盛り込むべきキーワードとなった。ホームヘルパーや介護職の役割・機能としては、重要視されなかったという指摘もあるが、ともに悩み考え対話する姿勢が求められる職種である。養成教育が一層重要になると考える。

的測面ばかりではなく、人を成長させ適応に導く肯定的側面があることも指摘されてきた。また、量的研究だけでは介護の現象の一部を捉えたにすぎないとして、質的研究からの介護に対する否定的・肯定的評価に関する研究も行われてきた。さらに、介護者へのエンパワメントに関する研究では、専門職が介護者に介入する過程において介護者をコントロールする側面がある。第2節でも指摘されてきたが、介護者の伴足者である第三者の存在の重要性が介護者支援の実践を評価する上で、重要になると考えられた。

次章以降では、国内における現実の支援の場（フィールド）において、先駆的な好事例と言われる取り組みがどのように展開され、介護者・支援者がどのように捉え実践しているのか等について、調査研究の分析・整理からの検証を試みる。

### 第3章 地域包括ケアの中の医療・介護事業所におけるインタビュー調査

#### —K ケアチームのサービスを利用した経験のある介護者・介護終了者の語りから—

##### 第1節 研究の背景と目的

医療介護総合確保法（2014.6 成立）や地域包括ケア強化法などの在宅医療を推進する流れの中では、新たな療養の場としての在宅化やそのための医療・介護の連携強化といった事柄が語られる傾向にある。その中で介護者はどのような状況におかれているのであろうか。

本章では、A市において2005年10月から、地域包括ケアを視野に入れながら地域の中でホスピスケアの活動を行ってきた「K ケアチーム」の取り組みに着目し、利用者家族や介護終了者（以下、介護者）の語りから、介護者がどのような支援を受け、どのような支援を求めているのかを把握し分析・整理したので、その内容について述べる。

K ケアチームの取り組みは、複数の文献から把握することができるが、スタッフによる報告が多く、介護者の語りを整理したものは見当たらない。また、K ケアチームのサービス利用の条件は、原則として本人及び家族等が在宅療養を希望していることである。それゆえに家族が家族の介護を担うという現実の世界に生きてきた人たちの語りが、求める支援のあり方を知る上で有効であり、介護者が求める支援内容を把握することにより、介護者も包含した地域包括ケアのありようの可視化に貢献できるのではないかと考える。

ここでのK ケアチームとは、「がん、非がんを問わず、人生の困難に直面している全ての人々に必要な普遍的なケア」（山崎 2015）の提供を目指し、その理念を共有した訪問診療、訪問看護、居宅介護支援事業所、医療ニーズの高い利用者を支える通所介護（デイサービス）の事業所などが一か所に集約された事業体である。一か所に事業体を集約させる理由は、質の高いチームケアを可能にするには、他職種がいつでも顔と顔を合わせながら情報交換や問題共有を行い、支援の過程や結果を速やかにそれぞれの立場から、患者（利用者）や家族（介護者）にフィードバックできるような環境が必要という考えによる。また、訪問活動のエリアは、急変時に車を用い20分程で行ける距離（人が待てる時間）を考慮した半径3km前後の範囲であることも、このチームの特徴である。

活動の中心となる医師は、「全人的ケアをキーワードにすれば、ホスピスケア＝緩和ケア」（山崎 2015:88）であると述べる。WHOによる緩和ケアの定義（2002）による対象は、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族」であるが、ホスピスケアの本来的意味合いは、「患者・家族の生活支援・人生支援」であることから、ここではホスピスケア

という言葉、「地域社会におけるケアを意味するコミュニティケア」と言いかえて用いている（山崎 2012：43-48）。つまり、ここでのコミュニティケアの目標は、「心身の困難に直面しているあらゆる人々の尊厳や権利を可能な限り守る（中略）、その人らしい人生を送ることができるような支援をすること。また同時に、そのような人々の家族が直面する諸問題に対しても可能な限り支援する」（山崎 2012：48）ことである。

本研究では、K ケアチームのサービスを利用する「介護者」の語りをもとに、①K ケアチームによる介護者に対する支援内容、②それに対する介護者の受けとめ方、③介護者が求める支援・抱える課題について把握し、内容の分析・整理から支援内容のありようを検討することを目的とする。

## 第2節 調査の方法

### 1. 調査対象

K ケアチームのサービスを利用する介護者（現介護者2名・介護終了者3名）計5名を対象とした。対象者の選定はK ケアチームに依頼し、了解を得られた上で各対象者に依頼文書を送付した。対象事例の概要は、図表3-1の通りである。

図表3-1 対象事例の概要

対象者	年代	性別	利用者との続柄	介護期間	その他の介護を担う家族	利用者の疾病・障害	サービスの利用状況
事例1 (介護終了者)	70歳代	女性	妻	0.4年	娘	がん	Kケアチーム：訪問看護週1回、訪問診療週1回
事例2 (介護終了者)	60歳代	男性	息子	1年	他の息子・娘	がん	Kケアチーム：訪問看護週1回、訪問診療月2回、デイサービス週1回。 その他（訪問介護、ベッド・車椅子）
事例3 (介護終了者)	70歳代	女性	妻	30年以上	娘・息子	四肢麻痺（事故による）	Kケアチーム：訪問看護週2回、訪問診療月2回 デイサービス週1～2回、リハ週1回。 その他（マッサージ、訪問介護週2回）
事例4 (現介護者)	50歳代	女性	娘	10年以上	娘の配偶者・孫	脳血管障害	Kケアチーム：訪問看護週1回、訪問診療月2回、デイサービス週1回。 その他（デイサービス、ベッド・車椅子、訪問入浴週1回）
事例5 (現介護者)	40歳代	男性	息子	20年以上	父	難病	Kケアチーム：訪問看護週2回、訪問診療週1回

### 2. 調査方法

- 1) 調査期間は、2015年1月7日～2月28日である。
- 2) 調査の方法は、簡単な質問紙を用いた半構造化面接法である。事前に質問紙を送付



した上で実施した。

- 3) 主な質問項目は、①Kチームのスタッフは、あなたに対してどのような支援を行っていますか。②それに対して、あなたはどのように受けとめていますか。③あなたは、どのような支援を求めていますか。また、必要に応じて質問を加筆し、対象者の自由な「語り」に従った。
- 4) 所要時間は30分～90分である。インタビューの内容は、対象者の同意を得てすべてICレコーダーに録音した。面接場所は全て対象者の自宅である。Kチームから指示を受けた連絡先に調査者が電話連絡し、日時等の調整を行い指定時間に訪問した。

### 3. 分析方法

分析にあたっては、佐藤（2008）による質的データ分析法を参考にした。分析のための手続きとしては、1) ICレコーダーに録音されたデータを文字化し、対象者ごとの逐語録を作成した。2) 逐語の内容から質問①、質問②、質問③に該当する内容を抽出し、意味内容を損なわないように要約し、5事例が一覧できるような表を作成した（図表3-2）。3) さらに、「Kケアチームの支援内容」と「介護者の受け止め方」の内容について、意味内容別にセグメント化し「コード」をつけ、インタビューデータ全体の文脈に立ち返りながら、「コード」から「カテゴリー」を生成した。本研究ではカテゴリーごとにコードとデータを示している。

### 4. 倫理的配慮

白梅学園大学・短期大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究の趣旨を文章と口頭で説明し協力を依頼した。また、インタビューへの参加は任意であり、拒否されても社会的不利益は一切生じないこと、途中で中断することはいつでも可能である等を説明し、同意書をもって面接を実施した。研究成果の公表の際には、得られた個人情報が他者に特定できないように配慮すること等を説明し了承を得た。

## 第3節 結果

逐語化した5名の対象者からのデータを、質問項目（質問①②③）に分け、整理・要約したものが図表3-2である。事例1と事例2は末期ガン疾患の療養者の介護終了者であり、事例3は長期療養者の介護終了者である。事例4と事例5は長期療養者の現介護者である。

図表 3-2 質問項目ごとの対象事例の語り (要約)

	Kケアチームの支援内容	介護者の受け止め方	介護者が求める支援・抱える課題	
事例 1	夫に対しても、私に対してもすごく気にかけてくれて、無理をしなくてもいいですよ、こういう時はこうした方がなど事細かに話してくださいました。	心穏やかにさせてくださいました。最初は、夫もショックが大きいので、ドクターに自分の病状というより気持ちを吐露する感じで話した。私の方もこういう風ですがと話す、ここはこうですとこういう風になさったらと、親身になってね。	病院では、先生とコンタクトをとっても、その時に思ったことはとても形式的なお話になる。患者の家族とすると、安定させてもらえない。	
	先生がたぶん次はこうなる。次はということをお話してくださいました。	1つ1つ先生からご指示を頂いていたので、そういう意味では、やっぱりということで、そういう風になるということで私自身冷静に対応できた。一番ありがたかったのはそこだと思います。		
	夫が気持ちの中でトイレに行こうと思ったんですよ。あれと思ったら酸漿が外れて荒い息でした。娘にすぐ連絡し、すぐに看護師さんに連絡してきてくれた。	真夜中にほんとに何分もしないうちに飛んできてくれて、私1人では支えきれなかった。大変なことを支えてくださる方がいたことが、本当にありがたかった。		
しばらくして遺族会のご連絡を頂きました。	これまでに3回ぐらい出させて頂き、こういうシステムになっているのかということを知りました。少しずつ、皆さん気持ちが穏やかになっているように思います。私がデイサービスに行く日は遺族会の方も多く、今後は自分にあうのなら続けたいと思います。	40数年専業主婦で、夫の収入でやれてきた時代です。そういう意味ではカルチャーショックもあります。何が必要なのかの第一歩は個人だと思う。小さな一歩から社会に繋がっていく。少しだけじゃないかなあ。一歩が早ければ早いほど出やすい。気持ち動かなかつたが、それがデイサービスにいつからです。この年でもできることがあるのなら、出てみようと思ったのは、先生方にお世話になり、月日とともにもう一歩につながりました。一番ホッとしたのが娘でした。		
事例 2	胃ろう、ストマで、受け入れる体制も知識もない中で、次はこうなりますよ。と段階的にゆくりと話してくださいました。	冷静に、準備、心構えなどをある程度先が見えるように話してくださいました。先が見えるのと見えないのでは、全然違う。こちら安心できました。状況がわかったため、その間に母といろんな話をしました。	退院しても長くないだろうと思ひ、積極的なリハビリはしませんでした。そこが失敗と言うか、病院で在宅になる前に言えたかどうかです。1年になるとは思いませんでした。	
	訪問入浴は、僕らも家にいないといけない。翌年になってKチームのデイサービスのお風呂に入れました。	そうしたら喜んで、どこかに行ってきたと。最後の1ヶ月は私も行きました。本当は行かなくてもよいのですが。		
	救急車を呼んでくれて冷静に対応してくれました。	訪問看護師さんもしやしとやってくれて落ちつきました。		
遺族会の連絡がありました。	2回行きました。皆さん個々の思いを話していますが、何をどう言ったら良いか。半年や1年で連絡があるとまだつながっているとね。こちらから連絡してもよいのですが、用がなければ連絡することもないし。必要だと思います。2回目の時に、入会しました。	市にも介護サービスに関してまとめた冊子がありますが、初めてだし病院の退院時などに、もう少し詳しく教えてくれると良いんだけど。死後の事務処理も大変で、まだ残っています。		
事例 3	主人がデイサービスに行く日が唯一用足しができる日。2年ぐらい前からデイが週2回になりました。	私も用事がある(パーマや歯科医など)分けです。吸引も何分かおきて、ここ3年ぐらいは扉を開けて入りシャワーぐらいしか浴びていませんでした。	私と同じような境遇の人と友だちになりたい。ここ5年ぐらい前にやっとひとり見つかって、デイに行っている時に、仲良くランチをしたりしています。介護している人なら誰でもよいのではないんです。今は、介護保険で何でもできるようになりました。だから、同じようなことがしゃべれる人、わかってくれる人が一番です。	
	デイサービスは夕方4時頃になると送り返す時間で、掃除人がいて手薄になるんです。私の性格で吸引が気になり、4時頃吸引にいました。失礼かと気にしましたが、デイの所長が良いわよといってくれました。	私のためのデイなのと思うけど、重々意味はわかっているけど、以前何回か家に帰ってすぐに吸引というのがあったので、主人のことを考えるとね。デイの所長は太っ腹ですからね。		病気や疾患があっても自分が体調が良ければ出かけられるけど、介護者は自分の体調が良くて出かけられない。市報に介護の仕方を教えてくれるというような良さそうな会があっても、行かないから、ずっと知らずじまいでやってきている。だから孤立してしまう。鬱にもなりやすいよ。
	デイに行くとき色々とお話してくださいました。	主人がいたところはわかりませんが、スタッフの方は普通の友だちとは違いますでしょう。主人のことを知っていて私のこともわかっていて、それが私も行かせてもらったことが気休めになりました。		私は吸引器をもって、主人とKチームのお祭りに出かけましたが、大体の人は介護をしているから来られない。同じような病気や状況の人と、つなげてくれると良いんだけど。そうもいかないみたい。
デイでは、アドバイスもしてくださいましたね。	行くことでの良いことは、主人は何も言えませんが、ノートにかけないこと、本人から聞けないことを聞かせてもらえました。	主人とは30回以上旅行に出かけました。海外にも。昨年は、事故を起こしてからのアルバムを整理を行い、主人の笑顔もあり気が休まりました。それが癒やしました。今は、私にもできる		



	ベッド上での排泄介助の方法を、訪問さんに教えてもらいました。	主人は背髄損傷でしたので、これまで自己流で排便をやってきました。最初はトイレに座れたので座薬を入れて何とかできましたが、ベッドではどうしてよいかわからず、訪問看護さんがきて先に準備しておいてやるので、これで良いのねとわかりました。今まで病院ではそういうときは病室から出されていたので。	と、やってあげられることはないかなあと思っています。市の講座などにも出るようにしています。
事例 4	先生とか看護師さんは、母のケアをしながら、母の話だけじゃなく子どもの心配、くだらないことなど、色々な話を聞いてくれる。私のサポートとか私の不安なことを聞いてくれる。	私が安心できるので、母の状態も落ち着いています。母の体操をしながら、私がずっとしゃべっているのを母が笑ったりしながら、くだらない話をして発散させてもらっています。	だいぶ子どもが大きくなったんですが、Kチームのデイサービスは緊急時に使えない。何かの時に別のデイサービスを利用しています。
	良くやっている。こういうケアの方法もある。手足はこうやって動かし方がとか、動かしながらアドバイスしてくれる。	完全に上からではなくて、よくやっているとちゃんと認めてくださって、こういうやり方もあるよという、とても優しい感じですよ。	子どもがもう少し大きになったら働きたい。年齢的に段々難しくなる。仕事を辞めちゃうたりするともう復帰できないとか、そこら辺が難しいと思っているんですけど。
	物とかも身近にあるものとかで高価な物は使いません。	家にある物を代用して、用意した方が良いと言われたことはありません。	Kチームの場所にいけば、何かポツカリ空いたところをサポートしてもらえたらどうかなあという安心感もあると思うけど、地域デビューもこの年になったらどうしたらいいのか。
	私が看護師さんに話したこととか、お医者さんに話したことが、私にはわからないような形で、皆んなに伝わっていると思うことがあって。	恥ずかしいような申し訳ないようなのですが、それ以来デイサービスではオムツカバーが減らなくなった。カバーは市からの供給が少ないからやはり助かります。	
事例 5	パックの滅菌ガーゼを最初は準備したのですが、山崎先生はタッパに入れて持ってきて入れてよい。ガーゼも普通の大きなガーゼを切れれば大丈夫という風にいわれました。	一個一個買わなくて良いんだと思ったり、ガーゼも切ったものを用意していたが、大きいものをきればよい。吸引のカテーテルなどもケアタウンを通じて入るようになりました。	父のふらつきを先生が心配して、病院を紹介して頂いて検査したら難病だということがわかりました。クリスマス直前にテスト退院で自宅に戻ることができました。手すり、ポータブルトイレ、介護保険の対応などいろいろありました。母が安定しているので安心して退院の準備ができました。活動的な父が家にいることになったため、去年の夏から、先生が「リフレッシュのためにKチームのデイ」という話をしてくださって、デイサービスに行くようになったんです。最初は、家が気になってすぐに帰ると言っていたんですが、さすがにみなさんプロで、今は最後までいるようになっています。僕がいて、父がいて、そのなかに母がいるというのが、母の健康状態にもプラスになっていると思います。
	帰ってきたときは皮膚がぼろぼろだったので、アロマオイルを使うとと勧められました。髪の毛も下地がぼろぼろでアミノ酸シャンプー。褥瘡にはアズノールでした。	1年半ぐらいでびかびかの足になり、髪はアミノ酸シャンプーを試したら効いてきました。アズノールはてきめん。夏が来るたびの褥瘡が、すぐに治った。今も2〜3日で消えている。最初の看護婦さんたちはレベルが高いスーパーウーマンでした。僕らで母をずっとみていたので、わからないだろうと思っていたら、僕らが引張られ、いつもここにこしていた。	
	最初は月曜日1時間、水曜日1時間だったが、2年目からは、水曜日は車椅子に乗れて、散歩もできて1時間半ぐらいになりました。	Kチームの桜祭りにも、父と二人で母を起こして車椅子で行きました。吸引器は用意してもらって、ドントン活動範囲が広がっていった。母は悪くなるどころは、年々元気になっていきました。	
	母を見る環境が安定できるように僕らを気遣ってくれる。	先生的には、僕らに何かがあって、母のそばに僕らがいる、僕が怒ったり、父が入院したりすると、結果的に母に対していいケアができない。	
	母が熱出したりすると、24時間いつでも連絡してくださいといひます。	この間で連絡したのはほんの何回かしかないですが、このレベルになると自宅ではできませんね。ちょっとした事が、わからないから不安になる。われわれはね。	
	母を直接見るだけでなく、母を見る僕たちをみてくれる。父の血圧、僕には寝てますか。ちゃんと食べてますかなど。	先生たちも母が安定していることがうれしいと、ケアマネさんも言ってくれています。頼っているのか、楽しくやっているのか、運がよかった。	
小さいことでも教えてくれる。必ず「何か気になっていることはありませんか」と、聞いてくれる。徹底なさっている。	僕らにとってはほしくないことでも先生たちにとっては大事だったり、僕らが深刻だと思っていることがたいしたことではなかったり。今は心配ない。周りからがっちり抱えてくれている。		

次に、「K ケアチームの支援内容」と「介護者の受け止め方」の内容について「コード」化し、そこから K ケアチームが目指す考え方を考慮しながら「介護者への気遣い」、「情報提供」、「専門職としての行動」、「K ケアチームの拠点に繋ぐ」の 4 つの「カテゴリー」を、生成した。図表おける介護者の受け止め方の最後の（ ）内の数字は、事例 1～事例 5 に相当する。以下、事例 1～事例 5 を（1）～（5）で表す。さらに、介護者が求める支援・抱える課題を図表 3-7 にまとめた。

ここでは、まずはカテゴリー毎に K ケアチームの支援内容と介護者の受け止め方の要点について説明する。次に、介護者が求める支援について、事例ごとに述べる。

### 1. K ケアチームの支援内容と介護者の受け止め方の要点

#### 1) カテゴリー「介護者への気遣い」

図表 3-3 カテゴリー「介護者への気遣い」、コード、データ

カテゴリー	コード	データの抜粋	
		K ケアチームの支援内容	介護者の受け止め方
介護者への気遣い	気にかけてくれる	夫にも私にも気にかけてくれました。	心穏やかにさせていただいた。夫も自分の病状より気持ちを吐露する感じでした。（1）
		冷静に、心構えを話してくれました。	ある程度先がみえるようにしてくれました。（2）
		母のケアをしながら、母の話だけじゃなく子どもの心配などもしてくれます。	私が安心できるので、母の状態も落ち着いています。（4）
		母を直接見るだけではなく、母を見る僕たちも見してくれる。父の血圧、僕には寝ていきますか。ちゃんと食べてますかなど。	先生たちも母が安定していることが嬉しいとケアマネさんも言ってくれています。母をみる環境が安定できるように僕らを気遣ってくれます。（5）
		熱を出したりすると、24時間いつでも連絡してくださいといえます。	このレベルでは自宅ではできませんね。ちょっとしたことがわからないから不安になる我々はね。（5）
		デイサービスに行くとき々と気にかけてくれました。	主人がいたところはわかりませんでした。スタッフの方は普通の友だちとは違いますでしょ。主人のことを知っていて私のことも分かっていて、それが行かせてもらったことが気休めになりました。行くことでの良いことは、主人は何も言えませんが、ノートに書けないこと、本人から聞けないことを聞かせてもらえました。（3）
	認めてくれる	よくやっている。	完全に上からではなく、よくやっているとちゃんと認めてくださって。（4）
		デイサービスは夕方4時頃になると送り返す時間で手薄になり、私の性格で吸引が気になりました。4時頃吸引に行っていました。失礼かと気にしましたが、ディの所長は良いわよ言ってくれていました。	私のためのディなのと思うけど、重々意味は分かっているけど、以前何回か家に帰ってすぐに吸引というのがあって、主人のことを考えるとね。ディの所長は太っ腹ですからね。（3）
		母を見る環境が安定できるように僕らを気遣ってくれる。	先生的には、僕らに何かがあって、母のそばに僕らがいる、僕が怒ったり、父が入院したりすると、結果的に対していいケアができない。（5）

図表 3-3 のカテゴリー「介護者の気遣い」は、「気にかけてくれる」、「認めてくれる」という二つのコードから生成した。「気にかけてくれる」の上段の二つは、末期がん患者の介護者の語りである。

(1) では、「心穏やかにさせていただいた。最初は、夫もしっかりしていたので、ドクターに自分の病状というより気持ちを吐露する感じでした。私の方もこういう風ですがと話す、ここはこうですとこういう風になさったらと、親身になってね。」という語りがある。病院では落ち着けなかった状況があり、余命が少ない中で心穏やかにさせてもらっている様相がうかがえる。また、(4) (5) では、要介護者だけではなく家族の状態にも気にかけている様子がある。そのことが、介護者自身の安心、心の安定に繋がることうかがえる。(3) は、コード「認めてくれる」ーデイサービスに夕方 4 時頃に行ってお主人の吸引をすることをことーに関連し、「主人がいたころはわかりませんでした。(中略) デイサービスに行くことで気休めになりました」と語っており、介護者のこともわかって気遣ってくれていたことを改めて振り返っていた。

コード「認めてくれる」は、(4) では、訪問時にアドバイスしたことなどを「上からではなくよくやっているとちゃんと認めてくれている」。また (5) では、「僕らに何かあったら、結果的に良いケアができない」ことをスタッフがわかっているということを、介護者が認識していることうかがえる。

## 2) カテゴリー「情報提供」

図表 3-4 のカテゴリー「情報提供」は、「病状の変化を伝える」と「介護方法等の提案・提供」という二つのコードから生成した。コード「病状の変化を伝える」は、(1) (2) であり、末期がん患者の介護者の語りである。末期がん患者の場合は、「たぶん、次はこうなる」などの予測される病状の変化を伝えることで、「やっぱりと、冷静に対応できた」、段階的に話してくれたことで「先が見えるのと見えないのとでは、全然違う」という介護者の受け止め方が見られた。こうした情報があることにより、介護者自身が慌てずに冷静に行動・判断ができたことうかがえる。

コード「介護方法等の提案・提供」は、長期療養者の介護者の語りが多い。(4) では、「こういうケアがありますよ。実践しながらアドバイスをしてくれる」、(3) では、これまでも教えてもらえなかったことを、訪問看護師が行う方法をみて教わるなど場面がうかがえる。(4) (5) は、家にあるものや経済的に負担のかからない方法を提示している。こうし



た提案は在宅療養への負担感の軽減に繋がると考えられる。また (2) の場合は、病状の変化にも関連し介護者が冷静に看取りに対応できることを考慮しながら、夜中でも訪問し説明をしてきている様子が見えてくる。

図表 3-4 カテゴリー「情報提供」、コード、データ

カテゴリー	コード	データの抜粋	
		Kケアチームの支援内容	介護者の受け止め方
情報提供	病状の変化を伝える	先生が、たぶん次はこうなると	一つ一つご指示頂いていたのでやっぱりと私自身冷静に対応できました。(1)
		次はこうなりますよと段階的にゆっくりと話してくれました。	先が見えるのと見えないのでは全然違う。こちらでも安心でき、母と色々な話をしました。(2)
	介護方法等の提案・提供	こういうケアをありますよ。手足はこうやって動かした方がとか、動かしながらアドバイスしてくれています。	上からではなくこういうやり方もあるよという、とても優しい感じですよ。(4)
		ベット上での排せつ介助の方法を、訪問看護さんに教えてもらいました。	主人は脊髄損傷でしたので、これまで自己流で排便をやってきました。最初はトイレに座れたので何とか出来ましたが、ベットではどうしたらよいかかわからず、訪問看護さんが来て先に準備しておいてやるので、これで良いのねとわかりました。今まで病院ではそうした時は病室から出されていたので。(3)
		胃ろう、ストマ、受け入れる体制も知識もない中で、夜中でも聞けたので良かったです。	冷静に、準備、心構えなどをある程度先がみえるように話してくれました。(2)
		病院から帰ってきたときは皮膚がぼろぼろ、アロマオイルも勧められました。褥瘡にはアズノール。小さいことでも教えてください。	1年半くらいでピカピカの足、髪の毛はアミノ酸シャンプーが効いて、アズノールははてきめん。褥瘡は2~3日で治ります。最初の看護師さんさんたちはレベルの高いスーパーウーマンでした。僕らで母をずっと見てきたのでわからないでしょと思っていたら、僕らが引っぱられ、いつもニコニコしていました。(5)
		物とかも身近にあるものとかで高価なものはいりません。	家にあるものを代用して、用意した方がよいと言われたことはありません。(4)
パットの滅菌ガーゼを最初は準備したんですが、医師がタッパガーゼを入れて持ってきて、ガーゼを切れば大丈夫と言われて。	一個ずつ買わなくていいんだと思ったり、ガーゼは大きいものを切ればよい。吸引のカテーテルも、Kケアチームを通して入るようになりました。(5)		

### 3) カテゴリー「専門職としての行動」

図表 3-5 のカテゴリー「専門職としての行動」は、「迅速な対応」、「情報共有」という二つの「コード」から生成した。支援内容の全てが基本的に専門職としての行動ではあるが、専門職として患者（利用者）と家族（介護者）を支えるための医療ニーズを含んだケアに対する「迅速な対応」は、活動範囲を限定して展開している事業所（K ケアチーム）としては、

根幹として求められる行動である。情報交換・問題共有も家族も含んだチームとして行い、支援の過程や結果を速やかにケアに反映させ、患者（利用者）や家族（介護者）にフィードバックできるような環境づくりは、Kケアチームが目指すことである。介護者を気遣い日常的なコミュニケーションを取りながら、介護者をも巻き込んで情報共有を図り、専門性の高いケアを目指している様子が見えてくる。

図表 3-5 カテゴリー「専門職としての行動」、コード、データ

カテゴリー	コード	データの抜粋	
		Kケアチームの支援内容	介護者の受け止め方
専門職としての行動	迅速な対応	あれっと思ったら酸素が外れて荒い呼吸でした。娘にすぐ連絡し、すぐに看護婦さんが来てくれました。	真夜中に数分で飛んできてくれて、私一人では支えきれなかった。（1）
		救急車を呼んでくれて冷静に対応してくれました。	訪問看護師さんもしゃんしゃんとやってくれて落ち着きました。（2）
	情報共有	私が看護師さんに話したこととか、お医者さんに話したことが、私にはわからないような形で、みんな伝わっていると思うことがあります。	恥かしいような申し訳ないようなですが、それ以来デイではおむつカバーが減らなくなった。カバーは市からの供給が少ないから助かります。（4）
		必ず気になっていることはありませんかと聞いてくる。徹底なさっている。	僕らにとってはくだらないことでも先生たちにとっては大事だったり、僕らが申告だと思っていることがたいしたことではなかったり。今は心配な。周りからがっちり抱えてくれている。（5）

#### 4) カテゴリー「K ケアチームの拠点に繋ぐ」

図 3-6 のカテゴリー「ケアチームの拠点に繋ぐ」は、「遺族会」、「デイサービスの利用」、「K ケアチームの主催する桜祭り」の 3 つのコードから生成した。K ケアチームは、訪問活動が主ではあるが、事業所のある拠点には在宅療養支援診療所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所以外に、賃貸の共同住宅、配食サービスを行っている食事処、近所の子どもたちやボランティアが集える場（小コミュニティ空間）がある。

遺族会からの連絡は、グリーフケアの一環でもあり、（1）「こういうシステムになっているのか」、（2）「連絡があるとまだつながっているとね」などの語りが聞かれた。遺族会に入会する方、デイサービスなどのボランティアに参加する方、遺族会の方やボランティアの方からさまざまなアドバイスを受け、図表 3-7 の（1）の語りにもあるように、少しず

つ元気になっていく様子がうかがえる。また、「K ケアチーム主催の桜祭り」が毎年開かれ、療養者と家族（介護者）、地域の人やボランティアの方が参集する。（5）では、「父とふたりで母を車椅子に乗せて行きました」、「（母）の活動範囲がどんどん広がって」と語っている。「がん、非がんを問わず、人生の困難に直面している全ての人々に必要な普遍的なケア」を理念とするK ケアチームの取り組みの一つの形がうかがえる。

「デイサービスの利用」については、（1）「訪問入浴は、僕らも（家に）いないといけない」、（2）「唯一用足しができる日」と語っており、介護者にとっては介護から離れることができる重要な時間である。一方で、（1）「（母が）喜んでどっかにいってきたと。私も行った」、（3）「私も用事がある」と言いつつも、図表3-3において「私にためのデイなのにとと思うけど」と語っている。一見矛盾しているように見えるが、スタッフの「介護者の意のままを尊重する」姿勢や、介護者がデイサービスに行くことによって得られる気持ちの整理、介護者・スタッフ相互の情報共有など、K ケアチームの拠点に繋がることで、その人らしい人生を送ることができるような支援に繋がる一歩になっているのではないかと考えられる。

図表 3-6 カテゴリー「ケアチームの拠点に繋ぐ」、コード、データ

カテゴリー	コード	データの抜粋	
		Kケアチームの支援内容	介護者の受け止め方
K ケ ア チ ー ム の 拠 点 に 繋 ぐ	遺族会	しばらくして遺族会から連絡がありました。	これまで3回ぐらい出させていただき、こういうシステムになっているのか。（1）
			2回行きました。半年や1年で連絡があるとまだつながっているとね。必要だと思います。2回目の時に入会しました。（2）
	デイサービスの利用	訪問入浴は僕らもいないといけない。翌年になってKチームのデイサービスの居風呂に入れました。	そしたら喜んでどっかにいってきたと。最後の1か月は私も行きました。本当は行かなくてもよいですが。（2）
		主人がデイサービスに行く日が唯一用足しができる日です。	私も用事（パーマ、歯科医など）、吸引も何分かおき、ここ3年ぐらいは扉を開けてシャワーぐらいしかあびていません。（3）
Kケアチーム主催の桜祭り	Kチームの桜祭りにも父とふたりで母を車椅子に乗せて行きました。吸引器を用意してもらって。	どんどん活動範囲が広がって母は悪くなるどころか年々元気になっていきました。（5）	



## 2. 介護者が求める支援について

図表 3-2 に記載されている「介護者が求める支援・抱える課題」を、事例ごとに図表 3-7 にまとめた。⇒以降は、K ケアチームの働きかけによる介護者の変化、あるいは介護者が求める支援についてである。在宅介護（療養）が始まる以前から介護終了後までの過程の中に、介護者が求める支援や抱える課題が示されていると考えられる。

(1) は、退院前の医師とのコンタクトは形式的で、家族としては安定させてもらえな

図表 3-7 家族介護者が求める支援・抱える課題

(1)	退院前の医師とのコンタクトは形式的で、家族としては安定させてもらえなかった。家族の死後、再び社会とどのようにつながっていけるかが不安だった。 ⇒ 医師やスタッフが気にかけて心穏やかにさせて頂いた。K ケアチームの拠点のデイサービスや遺族会を知ること、月日とともに小さな一歩に繋がった。一番ほっとしたのが娘だった。
(2)	退院しても長くないと思い、積極的なリハビリはしなかった。在宅ケア、終末期ケアに関する情報提供が欲しかった。家族の死後の様々な処理（手続き）は大変。⇒ もう少し詳しく教えてくれると良いんだけど、事後処理がまだ残っている。
(3)	同じような境遇の人と友だちになりたい。介護者は自分の体調が良くても学んだり、情報を得るような場に出かけられない。知らずじまいで孤立してしまう。 ⇒ ここ 5 年くらいでやっと一人見つかって、デイに行っている時に仲良くランチをしている。介護している人なら誰でも良いのではない。同じようなことがしゃべれる人、わかってくれる人が一番。病院では教えてくれなかったから自己流でやっていたが、K チームのスタッフは方法を教えてくれた。
(4)	K チームのデイサービスは緊急時に使えない。子どもがもう少し大きくなったら働きたい。⇒ 緊急時に対応できる事業所等を確保しておかなければならない。K ケアチームの場所に行けばサポートして頂けるだろうと思うが、地域デビューもこの年になったらどうしたらいいのか。
(5)	父のうらつきを先生が心配して、病院で検査したら難病だとわかった。 ⇒ 僕がいて、父がいて、その中に母がいるというのが、母の健康状態にもプラスになっている。父もデイサービスに行くようになっている。

った。病院を退院する前は、気持ちが安定できなかつたという思いが語られ、K ケアチームのドクター等の気遣いで心穏やかにさせて頂けた。それでも家族の死後の社会との繋がりに不安を持っていたが、デイサービスでのボランティアの方や遺族会の方との関わりを通して、一歩前に進むことができた。一番ほっとしたのは娘さんであり、家族全体を視野に入れた支援の必要性がうかがえる。

(2)「退院しても長くないだろうと思い、積極的なリハビリはしなかつた。そこが失敗と言うか、病院で在宅になる前に言えたかどうか。在宅療養が 1 年になるとは思わなかつた。「初めてだし病院の退院時などに、もう少し詳しく教えてくれると良いのだけど」と語られている。具体的な介護生活が始まる前の適切な情報提供は、考える余地が与えられ、その後の生きやすさにつながると考えられる。

(3)は、「同じような境遇の人とお友だちになりたい。誰でも良いわけではない。また、介護者は自分の体調が良くても(要介護者を一人にして)情報を得られるような場に出かけられない。知らずじまいで孤立してしまう」ということを、30 年以上の介護者体験の中で語られた。介護方法は K チームのスタッフから教わることは出来たが、介護保険が始まって何でもできるようになっても、「同じようなことがしゃべれる人、わかってくれる人が一番」とも語っている。休息の時間が出来たとしても同じような境遇の人とのわかり合える場、共有できる場づくりの必要性が示唆される。

(4)は、K ケアチームは緊急時のデイサービスの利用が難しい。定員以上を受け入れられない介護保険の事業所の現実的な課題でもある。K ケアチームの場所にいけば、何かポツカリ空いたところをサポートしてもらえらるだろうなあという安心感もあると思うけど、地域デビューもこの年になったらどうしたらいいのか。家族の死後の社会参加に対する不安が大きいことがうかがえた。

(5)は、20 年以上にわたり母親の介護を行っている事例である。父親が難病であることがわかった。「僕がいて、父がいて、そのなかに母がいるというのが、母の健康状態にもプラスになっている」と介護者は語っている。K ケアチームのスタッフとしてこうした環境の維持をできるだけ提案しながらも、変化に対応せざるえない状況がうかがえる。

#### 第 4 節 考察

事例を整理する中で、事例 1・2 と事例 3・4・5 とでは支援内容に偏りが見られていることがわかった。事例 1・2 は介護期間が短い末期がん患者の事例であり、事例 3・4・5

は長期療養者の事例である。そこでここでは、短期間療養と長期間療養の二つの観点から、各々に共通する支援内容について考察する。次に、家族介護者が求める支援・抱える課題について検討する。

### 1. 末期がんの方の介護者に共通する支援内容

一般に末期がん患者に対する自宅での介護期間は短く、本事例の場合は1年以内であったが、数日という場合もある。「介護者への気遣い」は5事例すべてに共通するものであるが、事例1・2に共通するコードとしては、「病状の変化を伝える」、「迅速な対応」、「遺族会」の3つがあげられる。

「病状の変化を伝える」に関しては、事例1では「先生からご指示を頂いていた」、事例2では「先が見えるのと見えないのとでは全然違う」という語りがある。Kケアチームの医師は、「生活の基盤さえしっかり守れていて、そこに必要な医療や看護がポイントさえ押さえおけば、ちゃんと人生は完結する」（山崎 2012：153）と指摘する。図表3-1にもあるように、スタッフの訪問回数は週1～2回程度で、決して頻回ではない。ポイントを押さえた専門職の「迅速な対応」が患者（利用者）と介護者の生活を支えている。ターミナルケアにおいて在宅療養者の介護者がスタッフに求めている支援には、「スタッフのサポートによる安心した看取り」、「医師による病状や変化する過程の説明」であることが、他の文献からも示唆されている（吉田・岡村他 2015）。そうした対応が家族の力を引き出す支援に繋がっていると考えられる。

さらに、Kケアチームの拠点にあるデイサービスの場合は、遺族会や地域のボランティアなどとの出会いの場でもある。事例1・2では、遺族会への連絡に対して「こういうシステムになっていたのか」、「まだ繋がっている」などの語りがあり、家族はいつか遺族になるという事実が避けられないのであれば、家族を亡くした家族の悲嘆ケアは、一層求められる。そのためには、専門家による支援だけではなく、地域の人や場がその後のより良い人生のために後押しをしてくれる支援も、誰もが住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることを目指す地域包括ケアの推進には、重要ではないかと考える。

### 2. 長期療養者の介護者にみられる支援内容

長期療養者の場合は、コードとしては「認めてくれる」、「介護方法等の提案・提供」、「情報共有」が浮かび上がった。介護役割を担っていることを「認めてくれる」ことは、長期に

わたって介護役割を担っている介護者にとっては、モチベーションの維持や継続において重要な支援のあり方であると考えられる。また、「介護方法等の提案・提供」は、身近にあるものを活用できることは、経済的・精神的負担を軽減し、安価で容易にできるといった感触や安堵感などをもたらし、介護を続けていこうとする意欲につながる概念ではないかと考える。鮫島は、『『自宅で療養したい』という思いを支える在宅ケア支援には、「現在家族が困っていることに焦点を当て、ケアを受ける当事者や家族の世界観を大切にす姿勢」(鮫島2013)と述べており、上記の内容はそれに通ずるものではないかと考える。

「情報共有」に関しては、がん患者の介護者の語りからはそれだけを取りあげて浮き上がらせることが難しかったが、他職種がいつでも顔と顔を合わせながら情報交換や問題共有を行うことがチームの存在意義でもある。事例5では「僕らにとってはくだらないことでも先生達にとっては大事だったり」と語っており、介護者との日常的なコミュニケーションそのものが情報・問題共有であり、支援あり方に底流するものと解釈できるのではないだろうか。

加えて「K ケアチームの拠点に繋ぐ」では、デイサービス等の資源との関係において、事例3では、「スタッフは主人のことも私のこともわかっていて」、事例5では「父と二人で母を起こして車椅子で行きました」とあるように、K チームの拠点を生かして家族の気持ちもチーム全体で支えようとする K ケアチームの姿勢が、現状を享受し主体的に生きようとする介護者の力になっているのではないかと考えられる。

### 3. 介護者が求める支援・抱える課題

本事例における介護者には、現介護者と介護修了者が含まれている。その中で介護終了者の語りの中には、渦中では気づけなかった振り返りの評価が包含している。事例3では、「主人がいたころはわかりませんでした」、「(デイサービス)に行かせてもらったことが気休めになりました」。事例2では、「喜んで、どっかに行ってきたと、最後の1ヶ月は私も一緒に行了きました」などの語りがあった。これは、K ケアチームの拠点にあるデイサービスに家族(介護者)が通うこと、そしてその中での対応が、精神的な気休めや安堵感、限られた時間の中での家族との時間の共有や回想などに繋がっており、家族が直面する諸問題を見越した支援内容であると考えられる。つまりは、ここでのデイサービスの場合は、介護者の一時休息(レスパイト)のためのデイサービス事業ではあるものの、介護者の自由意志でデイサービスの場に出向くことによって、介護者自身も癒やされる場になっている。「患者・家族の

生活支援・人生支援」はKケアチームの目指すことではあるが、専門スタッフを中心とした介護者に対するとらえ方の違い、すなわち介護者を要介護者とは別の人格として、介護者の思いにそった支援している様相が示唆された。

一方、事例3では、「同じ境遇の方と友だちになりたいがそれができない」、「介護教室に通いたくても、主人をおいては出られない」など、自らのモチベーションを維持するようなつながりがつくれなかったという語りがあった。「やっと同じような境遇の方が見つかって、主人がデイサービスに行った時にお茶をすることがあったけど、その方も同じような境遇のお友だちを探せない」と話していたという語りがあった。インタビューの際に、お友達からこのこと（同じような境遇の人と出会い、おしゃべりをし、わかってもらえる）は、「声を大にして言ってほしい」と言われたと話され、介護者がいかに孤立しているのかが伺えた。事例3は、事故により四肢麻痺になった夫を20年以上にわたり介護してきた介護者であり、Kケアチーム蓄積からも同じような境遇の方はそれほど多くはないと考えられる。Kケアチームを超えたネットワークの必要性が検討され今後の課題と考える。

事例1・4では、家族を看取った後に「社会とどのように繋がっていけるのかーその後の地域デビューや就労といったことへの不安」が語られた。これらは、介護者調査の中の介護者自身が求める支援内容と同様であり（NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン2011.3）、介護の期間が長くなるほど介護意欲の維持継続は難しく、介護終了者になった後の人生への影響も大きいことが事例の語りにおいてもうかがえた。とくに、長期療養者とその介護者に関わる就労や社会参加の機会などは、介護修了者になった後の人生の質にも影響を与えることが推測される。介護者は身近な人の介護を手掛けながらも、その前に一人の人であり人生がある。ケアラーの第4のモデルにもあるように、別の支援を必要とする一人の間人であることを認識しなければならないが、社会の目はそこまで向いていないのが現実ではないだろうか。

## 第5節 小括

Kケアチームが目指すコミュニティケアは、家族（介護者）が直面する諸課題への支援も包含し、地域包括ケアシステムでは零れ落ちる可能性が高い末期のがん患者を皮切りに、長期療養者とその介護者の日々の暮らしを支えようとする取り組みである。Kケアチームはあらゆる人のいのちを受けとめるケアを目指す、活動の範囲は限定されている。しかし、人々が暮らす地域は多面的で広がりがあるものだろう。それ故にKチームが目指すコミュ

ニティケアの考えが地域に広がっていくように仕掛けていくことが、これからの地域包括ケアの推進の課題ではないかと考える。

本研究は、1か所の事業チームの取り組みによるものであり対象事例も少ないため、語りの解釈が汎用性のあるものとは言えない点で限界がある。また、対象者の選定をKケアチームの事務局（ソーシャルワーカー）に依頼したため、選定にバイアスが全くないとは言い切れない。しかし、介護者の語りから支援内容を抽出し概念化しようとする試みによって、可視化の一端にはなったのではないだろうか。

在宅ホスピス（緩和）ケアを中心に、Kケアチームのような取り組みは、少しずつ広がっている。そういった取り組みにも目を向け、人生の選択の一つとして介護役割を引き受けた介護者が、自らの生活を享受しながら介護を前向きに成就できるような支援、さらに、介護終了者がになった後に人生の質等についても、今後の課題として検討して行きたい。

#### 謝辞

本研究にご協力頂きました対象者の皆様、Kケアチームの皆様に心より感謝申し上げます。

## 第4章 介護者の集いの場における運営スタッフへのインタビュー調査

### —M-GTAの手法を用いた質的分析—

#### 第1節 はじめに—動機・目的

本章で取り上げるA法人は、日本の中で「介護者が地域で孤立しない、仕事や人生をあきらめなくてもいい社会の実現」を目指し、先駆的に介護者への支援に取り組んできた非営利法人である。調査研究では、A法人による6つのタイプの介護者の集いの場に着目し、分析焦点者を「介護者の集いの場の運営スタッフ」として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach) (木下 2014) の分析手法を用いて、介護者の集いの場の運営スタッフによる介護者への支援プロセスについて検討した。こうした方法を用いた理由は、日本では介護者支援の実践モデルの研究はまだ蓄積が浅いと思われるため、出来るだけ可視化したいと考えたからである。

ここでの6つのタイプの介護者の集いの場とは、A法人が主催する4つの集いの場と行政の受託事業として行っている2つ (介護者交流会、認知症カフェ) の集いの場である。A法人によるものは、月曜～金曜 (12時～17時) に飲食ができる常設型の「介護者カフェ」と、他の3つは、介護者層が配偶者や嫁等から娘や息子、若者等に変化する中で「地域の会に参加したが馴染めない、もち得る悩みが違う等」の声を受け、地域を超えて同じ立場の人と出会い、話せる場として始まった娘・息子・独身の若者介護者の集いの場である。

本研究では、介護者の集いの場の運営スタッフが、多様な介護者に対してどのような考えをもち、どのような支援を行っているのか、その支援プロセスを明らかにすることを目的とする。

#### 第2節 調査の方法

##### 1. 調査対象者

本研究では、A法人が実施する介護者支援サポーターの養成講座の修了者で、かつA法人が行う6つのタイプの介護者の集いの場の運営スタッフ (各1名、計6名) を調査対象者とした。また、介護者の集いの場の運営スタッフは、頻繁にミーティングを行い、介護者のよき理解者としての共通認識を図るための努力をしていることから、個人の性別・年齢などは勘案せず、スタッフが口述したデータを対象とする。

## 2. 調査方法

調査協力を A 法人に文書で依頼し了承を得た後、6 つタイプの介護者の集いの場の運営スタッフ計 6 名に調査協力の依頼及び説明を行い、同意を得た。調査対象者には、事前に質問紙を送付し、半構造化面接法によるインタビュー調査を実施した。

主な質問項目は、①事業の設立経緯、②参加者の特徴、③事業概要、④介護者の集いの場に対する運営スタッフの考え、⑤参加者に対する配慮・支援方法、⑥参加者の変化である。なお、質問項目①②③は、6 つのタイプの介護者の集いの場の概要説明であるため、常設型介護者カフェを A、娘を対象とした集いの場を B、息子を対象とした集いの場を C、独身の若者介護者の集いの場を D、行政委託の介護者の集いの場を E、行政委託の認知症カフェを F として、図表 4-1 にまとめた。

1 回の所要時間は 60 分～120 分である。インタビューの内容は、スタッフの同意を得て全て IC レコーダーにて録音した。面接は、各々の介護者の集いが行われている会場か A 法人の事務所で行った。A 法人の事務局を通じて面接日時を調整し、指定時間に訪問した。調査期間は、2016 年 9 月～2016 年 10 月である。

## 3. 分析方法

本研究では、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach) (以下、M-GTA) (木下 2014) の手順に従い分析した<sup>33</sup>。

分析のテーマは、「多様な介護者への支援プロセス」であり、分析焦点者を「介護者の集いの場の運営スタッフ」(以下、運営スタッフとする)とし、この 2 つの視点からデータの意味解釈を行った。収集したデータから、関連する箇所に着目しながらバリエーションを抽出し、具体例の概念化を行った。次に、生成された概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討した。さらに、複数の概念の関係からなるカテゴリーとサブカテゴリーを同時並行で分析し、関係図にしていった。そして、カテゴリー相互の関係を図式で示し結果図を作成し、ストーリーラインとして文章化した。

---

<sup>33</sup> M-GTA を用いた理由は、ヒューマンサービスの領域であり「人間を対象に、ある“うごき”を説明する理論を生成する方法」(木下 2014 : 67) だからである。



#### 4. 倫理的配慮

本研究は、白梅学園大学・短期大学研究倫理審査委員会(201609)の承認を経て実施した。調査対象者には、文書と口頭で研究の趣旨を説明し、同意書をもって面接を実施した。また、インタビューへの参加は任意であり、拒否されても社会的不利益は一切生じないこと。研究成果の公表の際には、得られた個人情報が他者に特定できないように配慮すること等を説明し了承を得た。

### 第3節 結果

#### 1. 6つタイプの介護者の集いの場の概要

6つタイプの介護者の集いの場は、A法人が主催するものと、行政の委託事業のものに大別される。まず、A法人が主催するものは、月曜～金曜(12時～17時)に常設型で開設する「ケアラズカフェ」(A) そのカフェで隔月第4土曜(14時～16時)開催の「娘サロン」(B)、A法人の事務所で月1回第1土曜(13時～15時半)開催の「息子サロン」(C)、常設型のケアラズカフェで月1回土曜(18時～20時半)開催の「若者ひろば」(D)の4つである。

常設型のケアラズカフェは、地域の介護者の会は月1～2回の開催が多いため、「今が苦しい、通所サービスに行っているから今なら行ける」という介護者が、自分の都合でふらっと立ち寄れる場として始まった。他の3つは、介護者層が配偶者や嫁等から娘や息子、若者等に変化する中で、「地域の会に参加したが馴染めない、もち得る悩みが違う等」の声を受け、同じ立場の人と出会い、話せる場として始まった。娘サロンは、当初は金曜日に開催したが、仕事を持つ人が参加できない等の声により、土曜日に開催している。介護者の悩みは、例えば息子サロンの参加者では、①日常生活上の戸惑い(食事づくり、母親の下着の買い物)、②仕事と介護の両立(7割は離職、自営業、転職等で介護時間を確保する等)、③親子関係の葛藤(衰えていく母親、まだ生きている、元気でいて欲しい、揺れる気持ち)等がある。参加者は、HP、新聞記事、人伝等で参集し、近隣区・市、近郊区からの人が多い。

一方、行政の委託事業のものは、各自治体単位で行われている。「介護者交流会」(月1回2時間、計8か所)は、B自治体の住民調査により「介護者サポートのしくみがない」という意見を受け、2013年度より介護者の会の立ち上げと運営、介護者サポーターの養成を開始したことが始まりである。また、C自治体による「認知症カフェ」は、医療連携型

認知症介護者支援事業によるもので、地域の認知症専門医との連携が不可欠である。A法人は、地区内の5か所の内の3か所を受託し開催している（月1回開催、10時～16時）。

図表4-1 6つのタイプの介護者の集いの場の概要

	集いの場の特徴	開設の経緯	参加者の様相	開所日・時間等の概要
A	介護者の都合でふらっと立ち寄れる常設型の介護者カフェ	地域で支えあえる拠点、介護者の都合でふらっと立ちよれる常設の場が必要と考え、2012年の4月にA法人が開設。2015年4月に元喫茶店であった場所が確保でき、現在地に移転。	娘・息子介護者が多く、30歳代等、若い層も増えている。地域の住民は2～3割で、近隣区、市、近郊区からの参加者が多い。	カフェ:月～木12時～17時 相談:月～金12時～17時 カフェメニュー 300～500円(コーヒー、お菓子付き)。 第2金曜日は町会カフェ(町会長・民生委員がおもてなしをするカフェ)がある。
B	親の介護をする娘を対象とした集いの場	上記の介護者カフェから独立し、2015年4月より開始。当初は独身の娘さんの集いであったが、今は既婚の娘さんも参加。最初は金曜日に開催していたが、仕事をしている人が来られないため土曜日に変更。	就労者3～4割、独身者7～8割、既婚者2～3割、30歳代から60歳代、40歳代が多い。地域の介護者の会に参加したが馴染めず、HPや新聞を見て参加される方も多い。地元地域より近隣区、市、近郊区からの参加者が多い。	隔月1回第4土曜日14時～16時が基本(17時位の場合もある)。参加費500円。開催場所:上記Aの介護者カフェ。
C	親を介護する息子を対象とした集いの場	一人で母親の介護をしている人が地域にいない、地域の介護者の会の参加者とは悩みが違う等を背景に、2010年7月、母親を介護している息子3人が集まり、A法人のサポートでA法人の事務所内で開始。	主に母親を介護している男性。40～60歳代。父親介護、両親介護の息子、OBも参加する。A法人のHP、チラシや講演会、人伝等で募集。参加者は近隣区、市、近郊区。毎回数人から10名程度。登録メンバーは40名程。	月1回第1土曜日13時～15時半(出入自由)、参加費300円(軽食付き)。開催場所:A法人事務所。参加者の希望により、外出企画(お花見、ハイキング、飲み会等)がある。
D	独身の若者介護者を対象とした集いの場	若者の為の介護者支援として、独身で介護している人の場づくりのためにA法人が設立。	主に30代、40代の独身の介護者、女性、男性、性別関係なし。夜外出できる方が対象になっている。	月1回土曜日18:00～20:30 参加費:1300円(夕食・ワンドリンク付) 開催場所:上記Aの介護者カフェ。
E	行政の委託事業で行っている介護者の集いの場	E自治体の住民調査で、「介護者をサポートする仕組みがない」という意見があり、2013年度よりA法人が介護者の会の立ち上げと運営、ボランティア養成を開始。区域内には住民が立ち上げた介護者の会もあるが、家族の孤立防止を目的として実施。	1回の参加者は平均10名位。学習会開催時は参加者が増える。老老介護の方が多いが、母親介護の独身男性、女性もいる。40歳代から80歳代。	全体で8か所、月1回、2時間。3か月に1回は介護者学習会開催(前半1時間が学習会、後半1時間が交流会) 参加費(運営費)100円(お茶とお菓子付き)開催場所:地区センター等。
F	行政の委託事業で行っている認知症カフェ	行政の委託事業として2014年度から開始。行政の補助金により、区域内の5か所の内3か所を委託。医療連携型認知症介護者支援事業のため、地域の認知症専門医と連携して実施。	地区内在住の65歳以上の認知症の疑いがある人とその家族、若年性認知症の方とその家族等。50歳代～90歳代。90歳代の男性介護者もいる。	月1回開催。10時～16時 参加費200円(材料費実費がかかることがある)。開催場所:地区センター等。

## 2. 生成された概念

インタビューデータから生成された概念は24である。24の概念から5つのカテゴリと9つのサブカテゴリが生成された。カテゴリとサブカテゴリと24の概念の関係を、一覧表にしたものが図表4-2である。

図表4-2 カテゴリ表

【5つのカテゴリ】	<9つのサブカテゴリ>	「24の概念」
安心して参加できる場の提供	参加しやすいツールのつくる	飲食でほっとできる
		曜日、時間、同じ立場
		学習会、専門医の話
	参加しやすい言葉と雰囲気をつくる	発するきっかけとなる言葉かけ
		入り込みすぎない言葉と距離感
		参加のための約束事を伝える
運営スタッフによるファシリテーターになる	運営スタッフによる交通整理	
	運営スタッフによる情報提供	
気持ちの受けとめ		受けとめてもらえるとふっと出る
		受けとめてもらえると頑張れる
日常の気持ち・戸惑いの吐露	肉親に対する揺れる気持ち	母が、病気、娘が故に受け入れられない
		母の衰えが寂しい。でも虐待寸前
	介護に附随する生活上の戸惑い	サービスを利用してくれない
		ご飯づくり、母親の下着の買い物
情報提供と仲間との共有・共感	介護者同士だからわかり合える	仲間同士で盛り上がる
		昔の話で介護者ではない自分に気づく
	情報があり仲間いる	仲間と情報があるかが分かれ道
		応援団がくる
生活が見通せて社会とつながる	気持ちが前向きになる	地域の人と交わる
		自分の健康が大事
		辛いこともネタにする
	気持ちが解放する	気持ちと距離感が離れる
		外に出て楽しむ
		介護経験を活かす

この24の各概念の代表的なバリエーションは、質問項目の④⑤⑥のインタビューデータであることから、運営スタッフの考え・支援内容を『』、運営スタッフの語りからみえる参加者の変化を《》で示し、図表4-3を作成した。分析過程においては、信頼性・妥当性を高めるために、介護者支援の研究グループのメンバーに協力を仰ぎ検討を重ねた。



図表4-3 各概念の代表的なバリエーション

24 の概念名	代表的なバリエーション	
	『運営スタッフの考え・支援内容』	《運営スタッフの語りからみえる参加者の変化》
1 飲食でほっとできる	『男性って食事とか凄くやっしたことないし縁遠い。会費で軽食、フルーツを食べやすく切ってワンプレートで出したり』 A	《喋る前から食べて、何かほっとして、また食べる》 C
	『40歳代の男性で、ここは僕にとって避難所なんですって。家では飲まないでいるアルコールを置いています』 A	《ワイン飲んじゃおうかな。どこかで糞(たが)が外れるのがこわくて。ここなら飲める》 A
2 曜日・時間・同じ立場	『仕事をしている人は、平日だと有休をとったり、電話がかかってきたりで落ちつけない。土曜日の午後に開催』 B/C	《土曜日開設だと、周囲に気にしなくても良くて落ちつけて》 B/C
	『夜出られる人だけのものだけど。土曜日の夜に開催』 D	《同じ境遇、同じ立場、年齢が近いと本音が出ますね》 D
3 学習会・専門医の話	『交流会だけだと来づらいこともあるので、学習会と交流会を組み合わせている』 E	《学習会があると、参加者が増えますね》 E
	『必ず地域の認知症の専門医のお話があるのは、入り口としていい』 F	《専門医に気軽に相談し、色々な話を聞いたりして》 F
4 発するきっかけとなる言葉かけ	『「よくいらっやいましたね」と声をかけます』 A	《新聞記事を握りしめて、不安そうに「ここですか」と。帰られる時は笑顔が見られて》 A
	『「こんにちは」、「どうぞ、お近くですか」』 B	《「HPをみて」、実は「・・・」と》 B
5 入り込みすぎない言葉と距離感	『婚活やろうじゃないか、といったノリ(雰囲気)で』 D	《出会いを求めて来ていますね》 D
	『名前を覚えて呼ぶようにしても、距離を縮めすぎない』 F	《段々と話すようになってきて》 F
6 参加のための約束事を伝える	『①話されたことはここだけのこととする。②限られた時間を譲り合う。③介護者であることが共通。④答えを出したりアドバイスをしすぎない等と伝えます』 A~F	《介護者が長く話さなくても、他の介護者から似たような話が出てきて安堵な表情を浮かべる》 E / F
7 運営スタッフによる交通整理	『介護者OBの中には、何か答えを出したり、アドバイスしがちな人もいます。あなたはどうしたいの等と質問します』 B / C	《「そうなる背景は」(B)「あなたはどうしたいの」(C)等と促すと、体験談などが出てきますね》 B / C
8 運営スタッフによる情報提供	『情報提供として、サービスの種類や内容などは伝える。決めて行動するのは本人だから、行った方がいい、とかは言わない』 A / C	《他のカフェや習い事などにつながる方もいる》 A / C
9 受けとめてもらえるとふっと出る	『地域の会だと、長老の方に、「だめよ、そんなじゃ」って言われたら蓋をしちゃう』 D	《きっかけを作る人がいて受けとめてもらえると、蓋をしていたことがふっと出てくる》 D
10 受けとめてもらえると頑張れる	『1ヶ月にためた気持ち、コップ一杯になっちゃうわけ』 C	《解決策があるわけじゃないけど、受けとめてもらえると何となくコップが空っぽになって頑張れるって》 C
11 母が病気、娘が故に受け入れられない	『母親が病気になったことが、娘だから故に受け入れられない。その後、お母様は施設に入所され、「自分が寂しいんだと気づいたと』 B	《離れても悪くないという同じ境遇の仲間に出会えて。気分転換をして帰られる。最初は寂しい時もあったけど、今は距離感が丁度良いと》 B
12 母の衰えが寂しい、でも虐待寸前	『母が衰えていくのが寂しい。反面、まだ生きてんのかみたいな。揺れる気持ち』 C	《虐待寸前、言葉の暴力もある。言えることによってみんな同じだねと》 C
13 サービスを利用してくれない	『誰にも話せなくて苦しい。母がデイサービスを拒否する(A)したら行けるか(B)』 A / B	《ここなら話せる。今日は聞くだけといっても、話して帰られる》 A / B
14 ご飯づくり、母親の下着の買物	『今まで全部やってきてもらった。ご飯づくりと母親の下着の買物-何着せてるんだとか』 C	《誰かがきっかけで糞(たが)が外れると、排泄の問題とかが露骨に出てきたり、こういう方法があるのかとわかったり》 C
15 仲間同士で盛り上がる	『介護者の方同士で話ができるような配慮ですね』 E / F	《「わかる、わかる」。「じゃあ、あなたは」等。仲間同士で盛り上がっていますね》 E / F

	24 の概念名	代表的なバリエーション	
		『運営スタッフの考え・支援内容』	《運営スタッフの語りからみえる参加者の変化》
16	昔の話で介護者ではない自分に気づく	『昔の話とか、青春時代の話なんかして』 E / F	《自分の違う面を見て、介護していない自分に気づいたり》 E / F
17	応援団がくる	『応援団がくる。仲間意識ね。どうだいみたいに聞きあう不思議な空間』 D	《相性が良い人同士はつながっていきますね》 D
18	仲間と情報があれば考えられる	『仲間と情報があるかどうかが大きな分かれ道。10人いたら10の悩みがある。ここは情報交流と仲間をつくる基地みたいな存在』 C	《情報があれば、知っている人がいれば選択の時に考えられる余地ができる》 C
19	地域の人と交わる	『最初は母親の話をしない。来ても遅刻。体操も参加もしない』 F	《だんだん話すようになって、町でボランティアさんにあって、自分から手を振るとか》 F
20	自分の健康が大事	『鬱状態になって仕事を辞めて、それでも介護されていて。話を聞いて気持ちが元気になるかと色々なことが考えられて。』 B	《自分が元気でないと、自分の健康が大事なんですと気づいたと》 B
21	辛いこともネタにする	『そこに行けば区の方とか包括の方、ボランティアさんもいて、話すことができる』 E	《私だけじゃないっていうのが共有されて。この1ヶ月内にあった今までは多分辛かったこともネタにしよう》 E
22	気持ちと距離が離れる	『最初のご夫妻をられて、介護者のご主人の方も離れられない』 F	《気持ちが解放されてきて、スタッフに任せて離れられるようになってくる》 F
23	外に出て楽しむ	『飲み会やお花見、登山などを企画して出かけますね』 C	《お母様は誰かがみている。入所、入院中とか色々》 C
24	介護経験を活かす	『男性の方は、自分の介護を客観視するのか』 C	《福祉や介護の資格をとる、地域サロンを立ち上げる、事業を興す》 C

※1 A～Fは、各介護者の集い場、アルファベットで表している。

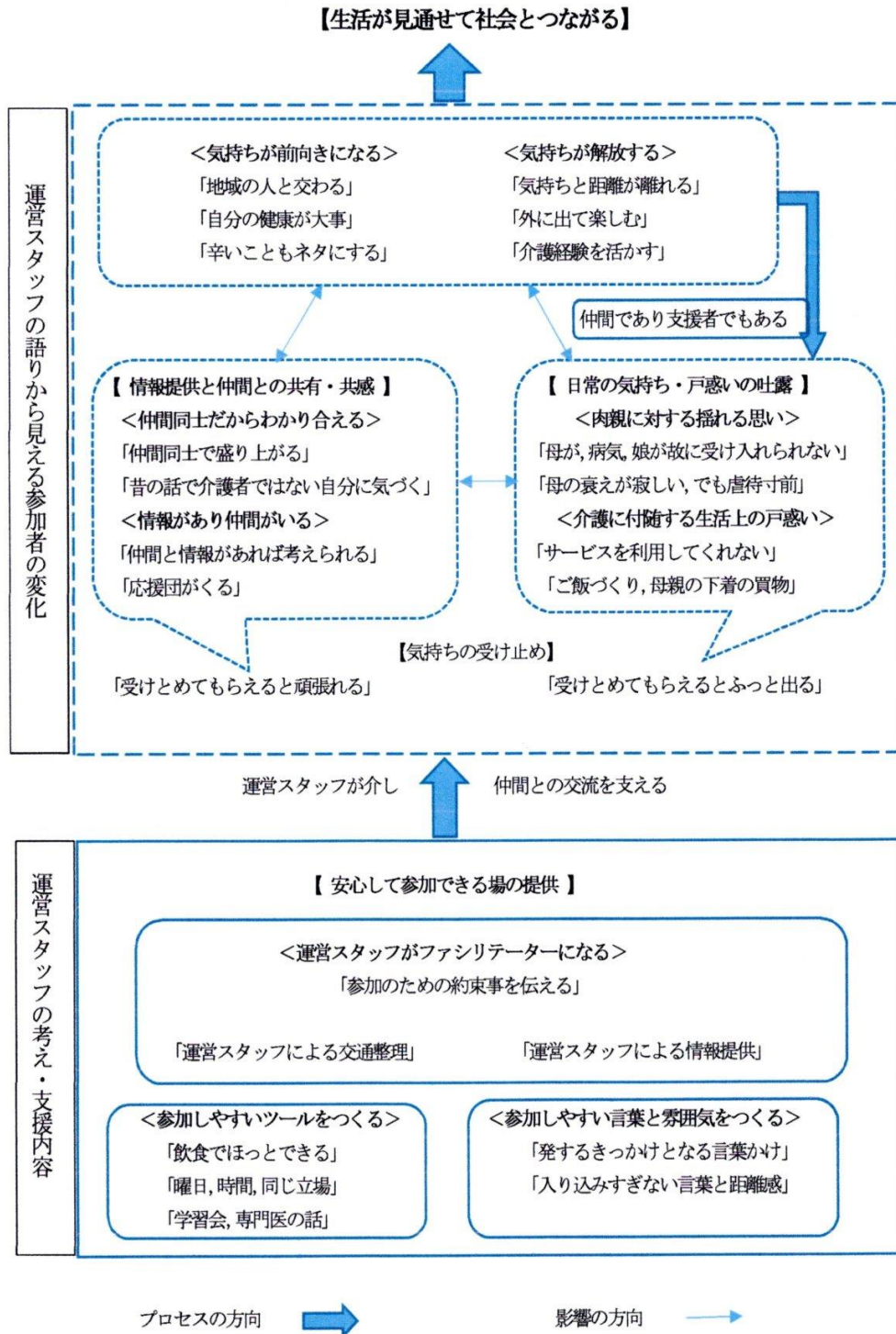
※2 下線部は代表的なバリエーションの中で、本文中に『』で使用した文言である。

### 3. 結果図

結果図は、図表4-4のように図式化した。24 の概念を「」、9つのサブカテゴリーを<>、5つのカテゴリーを【】とし、支援プロセスの方向を矢印で表した。なお、介護者の集いの場の運営スタッフが、多様な介護者に対してどのような考えをもち、どのような支援を行っているのか、その支援プロセスを明らかにすることを目的とすることから、介護者が【安心して参加できる場の提供】のために行っている「運営スタッフの語りからみえる支援内容」と、運営スタッフが介して仲間との交流を支える場面での「運営スタッフの語りから見える参加者の変化」の2つにカテゴリーの括りを分け、支援プロセスを図式化した。また、「介護者が地域で孤立しない社会の実現」を目指すA法人の理念も踏まえ、【生活が見通せて社会とつながる】のカテゴリーのフォントを若干大きくして上段に示した。



図4-4 介護者の集いの場における多様な介護者への支援プロセス



#### 4. ストーリーライン

運営スタッフは、介護者の集いへの参加を促す入口では、「飲食でほっとできる」場づくり、平日に仕事のある人や地域を超えて同じ立場の人が集えるように「曜日、時間、同じ立場」に配慮し、「学習会や専門医の話」なども組み入れながら、各々の介護者の集いの特性に応じた＜参加しやすいツールつくる＞。そして、＜参加しやすい言葉と雰囲気をつくる＞ことに力を注ぎ、＜運営スタッフがファシリテーターになる＞ことで、【安心して参加できる場の提供】に向けての支援を行っていた。

次の過程では、運営スタッフが介し、そこに集まる介護者の仲間との【気持ちの受けとめ】を行いながら、【日常の気持ち・戸惑いの吐露】と【情報提供と仲間の共有・共感】を支え、さらに、＜気持ちが前向きになる＞＜気持ちが解放する＞過程を経ながら【生活が見通せて社会とつながる】ためのアプローチを展開していた。

そして、介護者が介護をしていますが、一人の人として社会とつながり、介護者の仲間であり支援者でもある立場で集いの場に参加できるように、介護者同士の支えあいのしくみづくりを目指していた。

#### 5. カテゴリーの詳細

ここでは、結果図と同様に概念を「」、サブカテゴリーを＜＞、カテゴリーを【】、図表3の各概念の代表的なバリエーションの文言を『』（概念番号を記載）で示し、説明する。

##### 1) 【安心して参加できる場の提供】

運営スタッフは、介護者の集いの場への参加を促す入口では、食事づくりが苦手な男性や皮むきなどの一手間をかけられない介護者もいることから、『フルーツを食べやすく切ってワンプレートで出したり』(1)、常設型の介護者カフェでは、籠（たが）が外れるのがこわくて『家では飲まないでいるアルコール（ワイン）』(1)を置いておくなど、『ここなら飲める』(1)とあって、「飲食でほっとできる」場づくりに注意を払っていた。また、「曜日・時間・同じ立場」という条件を考慮して『土曜日の午後や土曜日の夜』(2)に開催するなど、仕事をしている人や地域の介護者の会では馴染めなかった息子・娘・独身の若者介護者等が、参加できる場を提供していた。さらに、『必ず地域の認知症の専門医のお話』(3)を入れたり「学習会、専門医の話」などを組合せ、地域の介護者の会においても＜参加しやすいツールをつくる＞ことで、多様な介護者の参加を促していた。

次に、『新聞記事を握りしめて、不安そうに「ここですか』(4)と勇気を出して来られた方が、言葉を発しリラックスできるために、『よくいらっしやいましたね。どうぞ、お近くですか』(4)などと、「発するきっかけになる言葉かけ」を行っていた。

さらに、介護者の集いの場は、お互いの意見・存在を尊重し合う場であるため、『話されたことはここだけにする』、『答えを出したりアドバイスをしすぎない』(6)などの「参加のための約束事を伝える」ことが重要になる。時に凄惨なアドバイスをする方がいたら、その場の空気を無理に変えずに、『あなたはどうしたいの』(7)などと運営スタッフが質問し、「運営スタッフによる交通整理」が行われる。また、「運営スタッフによる情報提供」では、『決めて行動するのは本人だから、行った方がいい、とかは言わない』(8)。

## 2) 【気持ちの受けとめ】

娘・息子・独身の若者を対象にした集いでは、地域の会で年配の介護者の方に『だめよ。そんなんじゃ』(9)等と言われ、気持ちに蓋をした状態で来られる方もいる。きっかけを作る人がいて、「受けとめてもらえると(蓋していたことが)ふっとでる」。また、『1ヶ月にためた気持ち、コップ一杯になっちゃうわけ』(10)。『解決策があるわけじゃないけど』(10)、「受けとめてもらえると頑張れる」という【気持ちの受けとめ】は、介護者の仲間同士の交流を経て、元気になり生活が見通せてくる過程での動機づけでもある。

## 3) 【日常の気持ち・戸惑いの吐露】

変化して行く肉親の状況を受け『母親が病気、娘故に受け入れられない』(11)、「母の衰えが寂しいでも虐待寸前」という<肉親に対する揺れる思い>を吐露する。また、『母がデイサービスを拒否する』(13)「サービスを利用してくれない」、『今まで全部やってきてもらった』(14)から「ご飯づくり、母親の下着の買物」をどうしたらよいのかなど、<日々の介護に付随する生活上の戸惑い>を吐露する。そうしたことがきっかけで籠が外れると、別の人も吐露する。その中で『こういう方法があるのかとわかったり』(14)、言えることによってみんな同じだねと思えるようになっていく。

## 4) 【情報交流と仲間との共有・共感】

運営スタッフはどこの集いでも、『介護者の方同士で話ができるような配慮』(15)をすることで、『わかる、わかる』(15)みたいに「仲間同士で盛り上がる」空間や、『青春時代の話』



(16) で盛り上がり、「昔の話で介護者ではない自分に気づく」など、＜仲間同士だからわかり合える＞共有・共感と情報交流の場づくりを、大事にしていた。また、介護者の集いの場は＜情報があり仲間がいる＞場、『どうだいみたいに聞きあう不思議な空間 (17)』『基地みたいな存在』(18)で「応援団がくる」場。悩みがあっても「仲間と情報があれば考えられる」余地ができる。

#### 5) 【生活が見通せて社会とつながる】

参加していく中で、自分なりの生活が見通せてくると＜気持ちが前向きになる＞。『最初は母親の話をしない』(19)人が、だんだんと話すようになり、町でボランティアさんに会うと自分から手をふるなど、「地域の人と交わる」ようになる。また、話を聞いて『気持ちが元気になってくると色々なことが考えられて』(20)、「自分の健康が大事」であると気づいたり、『話すことができる』(21)と辛いのは自分だけではないことが共有され、「辛いこともネタにする」ようになったりする。

さらに、『ご夫婦で参加され介護者の夫も離れられない』(22)状態から、『気持ちが解放されてスタッフに任せて』(22)「気持ちと距離が離れる」と、上手な息抜きが出来るようになってくる。また、＜気持ちが解放する＞と、思い切って介護を誰かに頼んで『飲み会やお花見、登山などを企画』(23)して「外に出て楽しむ」。「介護経験を活かす」ために『資格をとる、地域サロンを立ち上げる』(24)人もいる。

運営スタッフは、介護をしていますが、生活が見通せて一人の人として社会とつながり、また、介護者の仲間であり支援者でもある立場で介護者の集いの場に参加できるように、介護者同士の支えあいのしくみづくりを目指していた。

## 第4節 考察

6つのタイプの介護者の集いの場において、運営スタッフを分析焦点者として、多様な介護者への支援プロセスの分析・整理を試みた。以下、多様な介護者への支援プロセスから見てきた内容と、多様な介護者への支援のあり方について検討する。

### 1. 多様な介護者への支援プロセスからみえてきた内容

本研究の中では、認知症の人の介護者、老々介護の介護者、親（親族）を介護する娘や息子、若者介護者、仕事との両立に悩む介護者等が登場した。また、娘・息子・独身若者介護

者の中には、地域の介護者の会に参加したが馴染めず、やっとの思いで同じ境遇・同じ立場の介護者の集いの場を見つけ参加してきた人もいた。さらに、地域の認知症カフェでは、サービスを利用しながら若年性認知症の家族を抱え、学習会をきっかけにご夫妻での参加の機会を得た人もいた。そうした多様な介護者のニーズに応えるためには、＜参加しやすいツールをつくる＞ことが重要になる。したがって、本研究での6つのタイプの介護者の集いの場は、介護者の事情に合わせたバリエーションの一つであると考えられる。また、運営スタッフは、『10人いたら10の悩みがある』(18)と語っている。つまりは、同じような境遇や立場であっても、介護者の介護に対する考え方や各々の事情は多様であることから、安心できる雰囲気と言葉かけとともに、ファシリテーターとしての運営スタッフに個人々々を中立公平に尊重する姿勢がなければ、【気持ちの受けとめ】はできず【日常の気持ち・戸惑いの吐露】【情報提供と仲間の共有・共感】の場づくりにはならないのではないだろうか。

結果図では、【安心して参加できる場の提供】は、ファシリテーターとしての運営スタッフの役割が大きいと考えた。【気持ちの受けとめ】では、運営スタッフが介し、そこに集まる介護者の仲間と共に気持ちを受けとめながら、【日常の気持ち・戸惑いの吐露】と【情報提供と仲間の共有・共感】を行き交わしていると考えた。

こうした支援のあり方は、岩崎が地域精神保健分野の自助グループの取り組みとして注目してきた「理解し合える関係性を作り出す援助」(岩崎 2002: 121)とも通じ、運営スタッフの『応援団がくる』(17)『情報交流と仲間をつくる基地みたいな存在』(18)という語りは、「ゆるやかな「帰属」の場」(斉藤 2003: 207)とも表現される介護者というフレームで通ずる関係の構築とも考えられる。

さらに、情報提供と仲間との相互交流は、「地域の人と交わる」、「自分の健康が大事」、「辛いこともネタにする」などの心の切り替えや、「気持ちと距離が離れる」、「外に出て楽しむ」、「介護経験を活かす」などに発展している。つまりは、介護者の集いの場における介護者支援のプロセスは、介護者の気持ちが元気になり、生活がある程度見通せて社会につながるまでのプロセスでもある。したがって多様な介護者の集いの場は、そこだけで完結するのではなく、地域社会との連続性の視点を取り入れることが、課題になると考える。

また、仲間でも支援者でもある介護者や介護終了者が介護者の集いの場に参加する場面もある。尹一喜は介護者の会の援助特性は、「介護者同士のピアグループでありながら、介護終了者の援助も受けながら、解決あるいは受容を目指すサポートグループの特徴を同時にもつ」(尹 2017)と指摘している。したがって、相互援助関係の中で一人一人の生活の維

持・継続が行われていると考えられる。

## 2. 多様な介護者への支援のあり方

運営スタッフは、『仲間と情報があるかどうか大きな分かれ道』(18)、『決めて行動するのは本人』(8)と語っている。「日常的な現実に対して取り組む力を増す」(木下 2015:240)支援はエンパワメントと言われるが、本研究では、<気持ちが前向きになる>につれ、「辛いこともネタにする」。妻をスタッフに任せて「気持ちと距離が離れる」、「外に出て楽しむ」など、自分の意思で心と空間的な距離を決めながら、生きる力を身につけていく様相が見受けられた。ここでの重要な点は、情報と仲間によって気持ちが前向きになれば、介護者が介護の対象者と空間的・心理的に離れることができるというプロセスである。そうしたプロセスを経ながら、多様な介護者がエンパワーしていける支援のあり方を検討する必要があるのではないだろうか。

介護者支援は介護者が『『離れる』ところからはじまる』(2015:291)。したがって、介護者の集いの場への参加は、介護の対象者から「離れる」ための一歩でもある。図表4-3の各概念の代表的なバリエーションでは、気持ちの上で離れられない状態を吐露する介護者(参加者)が変化する様相が語られている。それらは、『母親が病気になったことが、娘が故に受け入れられない。お母様は施設に入所され、自分が寂しいんだと気づいた』に対し、『離れても悪くないという同じ境遇の仲間がいて、今は距離感が丁度良いと』(11)。『母が衰えていくのが寂しい。反面、まだ生きているのか』に対し、『言えることによってみんな同じだね』(12)などである。こうした変化は、受けとめや共感、仲間からの別の情報や視点により、『考えられる余地』(18)ができ、前向きな変化に繋がったのではないかと考える。

## 第5節 小括

本研究は、A法人による介護者の集いの場の運営スタッフ6名によるインタビューデータによる分析である。調査対象者が少ないことが本研究の限界ではあるが、M-GTAの研究法を用いることにより、介護者に必要な支援モデルの一端が垣間見られたのではないだろうか。

地域包括ケアシステム構築の流れの中で、新オレンジプランによる認知症カフェ、地域支援事業に位置づけられた生活支援体制整備事業による地域サロン等も含み、地域には沢山の集いの場が点在してくると考えられる。少子高齢社会、人口減少社会と言われる今日は、人生の中で誰もが介護者になりうる時代でもある。誰もが地域社会とつながる連続性の観

点から、介護者の集いの場についてさらに検討していく必要はあると考える。

#### 謝辞

本研究にご協力賜りました A 法人並びに運営スタッフ、介護者支援研究のグループの皆様、この場をお借りして御礼申し上げます。

## 第5章 全体考察—今後の方向性の提示

本章では全体考察として、本研究での問題意識を踏まえ、各章で得られた知見から、日本における介護者への支援の発展すべき方向性について検討する。

### 第1節 各章のまとめ

本研究では介護者支援のあり方を、制度・政策動向と、現実の支援の場（フィールド）で取り組まれている先駆的な実践事例をもとに、考察してきた。

第1章では、第1節において介護者が置かれてきた状況を把握するために、介護者像の多様化の様相について概観した。第2節以降は、介護保険制度成立前後の介護者をめぐる制度・政策動向を概観した。近年の動向では、介護離職の問題や地域包括ケアの議論の中で、介護者に対する認識は少しずつ高まっているが、介護者に対する取り組み方や社会通念などが、介護者の位置づけや支援の方向性を阻む要因にもなっている面があると考えられた。

第2章では、まず第1節において、前章の制度・政策上の観点から得られた状況を評価する枠組みとして、「ケアラーの4つのモデル」(Twigg and Atkin1994)を活用して検討した。結果として日本の社会の現状は第2のモデルにとどまっているが、近年の動向を鑑みると、第3・第4のモデルに向けての具体的な施策が検討され始めていることが示唆された。次に介護者支援の実践を評価するための視点として、第2節では国内外の先駆的な介護者支援の実践モデルに着目し、支援プログラム等を概観した。その中で、専門職に対する介護者のとらえ方や支援のあり方への再考を求めて、支援の実践が展開されていることが示唆された。また、介護者をエンパワーしていく過程においては、ファシリテーターの存在と共通の問題を抱える介護者の仲間との相互作用が重要になると考えられた。第3節では介護に対する負担感・否定的評価と肯定的評価について先行研究（文献）から検討した。介護者を概念化する過程ではストレス理論の研究が重視されたが、介護には否定的側面ばかりではなく、人を成長させ適応に導く肯定的側面があることも指摘されてきた。また、量的研究だけでは介護の現象の一部を捉えたにすぎないとして、質的研究からの介護に対する否定的・肯定的評価に関する研究も行われてきた。さらに、介護者へのエンパワーメントに関する研究では、専門職が介護に介入する過程において介護者をコントロールする側面がある。第2節でも指摘されてきたが、介護者の伴走者となる第三者の存在の重要性が、介護者支援の実践を評価する上で重要になると考えられた。

第3章では、A市において2005年10月から、地域包括ケアを視野に入れながら独自のコミュニティケアの考えのもと、地域住民や介護終了者をも巻き込んで、介護保険事業を展開している「Kケアチーム」に着目し、介護者の語りから、介護者がどのような支援を受け、どのような支援を求めているのかについて把握した。Kケアチームのスタッフによる介護者への支援内容としては、「介護者への気遣い」、「情報提供」、「専門職としての行動」、「Kケアチームの拠点に繋ぐ」の4つの「カテゴリー」が生成された。また、介護期間が短い末期がん患者等の介護者には、具体的な予測の提示やポイントを押さえた専門職の迅速な対応が求められ、長期療養者の介護者には、介護中の介護方法等の情報提供、介護者同士の交流、介護終了後の社会参加など、介護者としての生活から介護終了後に向けてのプロセス全体を視野に入れた介護者への支援が求められていることが示唆された。

第4章では、先駆的に介護者への支援に取り組んできたA法人による6つのタイプの介護者の集い場に着目し、分析焦点者を「介護者の集いの場の運営スタッフ」として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach）の分析手法を用いて、介護者の集いの場の運営スタッフによる介護者への支援プロセスについて検討した。その結果、24の概念から5つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが生成された。結論としては、介護者の集いの場の運営スタッフは、参加を促す入口では、＜安心して参加できる場の提供＞に力を注ぎ、＜気持ちの受けとめ＞を介し、＜日常の気持ち・戸惑いの吐露＞と介護者同士の＜情報交流と仲間との共有・共感＞を支え、多様な介護者が＜生活が見通せて社会とつながる＞ためのアプローチを実践していた。

以下、各章で得られた知見をもとに、全体考察を行う。

## 第2節 ケアラーの4つのモデルからみえる介護者支援の方向性

### 1. 第3と第4のモデルの違いを考慮した展開をどのように進めていくのか

第2章第1節においては、第3・第4モデルへの展開の発展の可能性と述べたが、第3のモデルと第4のモデルの間には大きな違いがある。つまりは、第3のモデルはケアラーであることを前提とした「ケアラーとしてのモデル」であり、第4のモデルはケアラーである前に「一人の人（市民）として捉える」モデルである。また、第3のモデルは、主たる介護者を支援の対象とし、よりよい状態で介護を続けてもらうために積極的な支援策を講じる。それに対して第4のモデルでは、ケアラーの定義が親族・家族、友人、近隣などのインフォーマルに近い人のケアする人となり、介護をすることへの下支えを目的とせず、それぞれを

別個に支援することで、ケアラーへの負担軽減やケア行為から離れる（脱却する）ことを視野に入れている。

現在の日本の状況を鑑みると、制度・政策上では、第2のモデルから第3のモデルへと考え方が移行し具体的な施策が始まった段階である。現状では新オレンジプランによる7つの柱（図表1-14）に示された「認知症の人やその家族の視点」が重視され、多くの地域・自治体において、認知症の人と介護者を対象とする「認知症カフェ」等が開催されている。また、介護離職の対策においても、「政府による介護離職ゼロへの対策—安心につながる社会保障」（図表1-11）にあるように、介護に取り組む家族を対象とした施策が講じられている。したがって、介護者としての家族への支援であることが施策の内容からもうかがえ、介護者であることを前提とした第3モデルとしての支援策であると言えるだろう。無論、認知症の人と家族の会愛知県支部の介護者憲章にあるように、「介護者は支援を必要とする人とは別個の存在であり、自分で介護のありようを決めることができる」という考え方が表明され、第4のモデルの考え方が認識されている。しかし、発展段階論の立場をとるならば、また、家族が介護を担うという社会通念上の捉え方が根強い社会においては、第3のモデルをいかに充実させていくかが、現状としては得策ではないかと考える。加えて、今後の方向性としては、介護サービスの充実を目指し、介護する人と介護される人との関係性をも視野に入れた第4のモデルへと意識していくことも必要ではないだろうか。

ついでながら、イギリスでは「介護者に均等な機会を与える2004年法」において、理論上は第4のモデルの考え方ができあがった。しかし、実際には自治体の財政難などを背景に十分には機能せず、女性の社会進出や要介護高齢者・認知症の人の増加の中で、仕事と介護の両立支援が課題となり、政府が主導する形で検討会が発足し、2013年には最終報告書がまとめられた。その流れを受け、企業や介護者支援団体を巻き込んで政府が主導する形で介護者支援についても規定する2014年ケア法が成立した（藤井2017：49）。そして、この法律により、2004年介護法から10年の歳月を経て、介護者アセスメントが自治体の責務へと強化されることになった。

## 2. 介護者アセスメントをどう取り入れるのか

介護者アセスメントに関しては、日本においても「家族介護者支援の総合展開の4つの考え方」（図表2-2）の考え方1にあるように「介護者アセスメント」の導入が提案されている。介護者アセスメントは、介護者をクライアントとして認識する上で有効な手立てであり、介護者に対するさまざまなサービスを具体化させて行くには有益な役割を担うと考える。

本論文の資料として「認知症の人と家族の会愛知県支部」と「日本ケアラー連盟」のアセスメントシートを添付したが、介護者自身が介護の引き受け方をどのようにしたいのか、仕事と介護を両立したいのか、現在の健康状態はどうか等を記入しながら、介護支援専門員や地域包括支援センター等の職員とともに、介護と自分の生活とのバランスを考えていくことになるだろう。

こうした介護者へのニーズアセスメントが介護役割を担う初期段階から導入されると、要介護者への支援のあり方にも変化が生じると考える。本論文における調査研究の中で出会ってきた介護者が置かれてきた様相にもあるように、介護者になるかもしれない初期の段階に適切な情報が得られないために、介護生活が始まった段階から苦慮する介護者は多い。したがって、介護者が働きながら介護したいのか、一時的に休むつもりであるのかなど、介護者自身も情報を得ながら判断することで、要介護者と介護者双方を考慮した包括的な支援がなされていくと考えられる。

政策動向として「地域共生社会の実現」が目指されている今日においては、先駆的な支援モデルとして取り上げたカナダのCLSC レネッカスンのような「ワンストップサービスセンター」の機能があれば、介護役割の始まりから介護終了後を視野に入れた人生支援も検討できるであろう。しかし、日本の場合は、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員等の相談機能の強化、専門職自身が介護者をどのように捉え向き合っていくのか等、制度の仕組みも含めた支援のあり方を検討する必要がある。方策としては、既に国内で展開されている中核地域生活支援センターなどの取り組みを参考にすれば、介護者アセスメントの導入を図っていくことは検討できるのではないかと考える。

### 3. 介護者がケア行為から離れる環境をどのようにつくるのか

#### 1) 介護者支援は「介護者」がケア行為から離れるところから始まる

筆者は、介護者支援は「介護者」がケア行為から離れるところから始まると考えている。いわゆるレスパイトサービスは、介護者がケア行為から離れることを可能にする介護者支援における主要なサービスである。ケアラーの第4のモデルでは「脱却」という言葉が用いられ、介護者が家族等の身近な人への介護を担わなければならないという義務や責任といった古い観念や固定観念から、抜け出すことも視野に入ると考えられる。介護者がケア行為から離れ、その上で介護関係のありようを自らが決めていくことが望ましいと考えるが、まずは離れる環境をどのようにつくるかを考える必要があるのではないだろうか。



認知症の人やその家族への支援を重視した「認知症カフェ」は、認知症の人とその家族と一緒に参加することが多い。第4章のF事例にもあるように、カフェの中で介護者の会を別の部屋（空間）で開くなどの工夫もあり、既存の施策においていかに要介護者と介護者が空間的にも心理的にも、離れた状態を作り出せるかが課題となる。また、デイサービスやショートステイなどを要介護者が利用する時間に、第4章にあるような介護者の集いの場に出かけるなど、複数のレスパイトを同時に活用する方法も考えられる。さらには、仕事と介護の両立もメリハリのある生活としてバランスのとれた離れ方にもなり、そうした仕組みをどのように構築していくのか、そのバリエーションをどれだけ豊富に増やして行けるかが課題となる。

また、ケア関係による二者関係は、その関係が長期化すると閉塞感や孤立化を生み、虐待や介護殺人などにつながる恐れがあることは、多くの調査研究においても実証されている（太田1987、湯原2017A他）。介護者が離れる環境をいかにつくっていけるのか、今ある制度の枠組みの中でも、介護者を支援の対象者と考えれば沢山の方策が検討できる余地はあるだろう。介護者に対するレスパイトは単なる息抜きや気分転換だけではなく、離れることで自分に立ち返り考える機会ができ、介護者の仲間や他者との関わりを通して、自らをエンパワーしていくプロセスでもあるのではないだろうか。イギリスにおけるCwCのプログラムは、その一例であると考えられる。それゆえに、受講したケアラーの評価が高く、介護者のニーズに合っていたのではないかと考えられる。

加えて、介護者が持ちうる介護に対するその時々感じ方は、第2章第3節の先行研究にも見られるように一様ではない。介護負担を否定的にとらえ、心身の負担だけに目を向ける場合もあるが、介護を通して感じる要介護者の変化に一喜一憂しながらも、仕事（社会生活）と介護を両立し、介護を通してケア関係を他のケア関係者（専門職・他の身近な介護者等）とも共有し合いながら、介護を肯定的に評価していく場合もある。さらに、第4章の介護者の集いの場での介護者の状況の変化を鑑みると、現状の日常生活に大きな変化がなくとも、介護者の集いの場に参加し他者と交流することによって、さまざまな人たちとの相互作用が行なわれている。介護者の集いの場に参加し離れる経験が増えると日常的にも安定し、さまざまなことが考えられるようになり、介護者自らの心の持ちように変化が生じている。

ケアラーの第3のモデルでは、「さまざまな形のレスパイトが大きな効果を発揮する」とされている。介護者が空間的・時間的・心理的にもケア対象者から離れることもレスパ

イトと考えると視野が広がる。具体策を多様に作っていくことによって介護者自身が安定でき、見通しが持てる支援につながるのではないだろうか。

## 2) レスパイトサービスの二重性－介護者・要介護者双方の良好な状態への支援

第2章第1節で述べたように、日本では1976年の心身障害児(者)の短期入所事業(ショートステイ)がレスパイトサービスの始まりである。したがって、レスパイトケアのためのレスパイトサービスというと、ショートステイが先ず浮かぶ。事業の主旨は、「介護者を一時的に、一定期間、要介護者の介護から解放することによって、日頃の心身の疲れを回復し、ほっと一息つけるようにする援助」である。ここで重要になるのは、介護者が要介護者と離れるということは、その一方で、支援が必要な要介護者もその介護者と離れるということである。

北欧諸国のフィンランドの親族介護支援法では、自治体と親族介護契約を締結した親族介護者には、法定上の権利として月3日の休日が定められている。したがって、親族介護者の休日の間は、要介護者には代替介護を保証しなければならない。この場合、ショートステイなどを利用する場合もあるが、要介護者がショートステイを望まず在宅での生活を望むのであれば、別の親族などの近い人が在宅で要介護者を介護する代理親族介護の制度を利用する。また、介護者は自治体との合意があれば、長い休暇をとることもできる。つまりこの法律での「親族介護支援」の考え方は、「親族介護状況が被(要)介護者と介護者のどちらにとっても、よりよい状況に維持されることを目的とした支援」である。サービス提供は自治体に課せられており、血縁関係でも、両者が歪んだ権力関係で、よりよいケア関係でなければ、法的な「親族介護支援」は受けられない。また、介護者の健康や活動能力が親族介護に課せられた要求を満たさなければサービス提供はできないとされている<sup>34</sup>。

日本には、イギリスやフィンランドのような介護者と要介護者の良好な状態を指し示した法律は存在しない。日本の場合のショートステイを中心としたレスパイトサービスは、介護保険制度では、何らかの事情で介護者が、ケア(介護)ができない場合に利用でき、

---

<sup>34</sup> フィンランドにおける親族介護支援法は、2005年12月2日に公布され、2006年1月施行された。笹谷春美(2013:109-113)に詳しい。親族介護支援のあり方については、親族介護支援の認定条件(第3条)、親族介護契約(第8条)、親族介護契約の停止通告と解消(第9条)等で規定されている。

「利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの」（堀越 2012：13）とされている。一方でケアプラン上では、あくまでも、介護者の休養は要介護者のプラスになるために認められているサービスである。

他方、第2章第1章でも述べたように、厚生省心身障害研究班の見解は、「ショートステイ」と「レスパイト」とは全く別物である。レスパイトサービスは、それによって利益を受けるのは家族等の介護者ではあるが、直接的に他者からの介護を受けるのは要介護者本人という二重性があると指摘する。つまりは、「介護者である親・家族も、障害児(者)本人も、同時にリフレッシュできる」（広瀬 1993）のがレスパイトサービスである。こうした要介護者と介護者双方の利益のために別個に対応し、双方の良好な状態を目指すあり方は、ケアラーの第4のモデルに相当すると考えられる。

そうした観点から改めて日本の現状を見てみると、第3章のKケアチームの取り組みや地域密着型の小規模多機能型サービスなどは、さまざまなサービスを組み合わせることによる柔軟な活用ができれば、レスパイトサービスの二重性に配慮した支援に近づけることができると考えられる。Kケアチームのサービスにはショートステイはないが、ナイトケアを検討する動きもあり、何より患者（利用者）と家族の24時間の支援体制を訪問診療・看護（一部他機関の訪問介護）で支えているという側面があるため、介護者が一定の時間に離れることがあっても、リフレッシュだけではなく生活の質を一定程度保つことが出来るであろう。また、看護小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護においては、訪問、通い、泊まりの組み合わせによるサービス利用により、介護者にとっては、仕事と介護の両立がしやすくなった、趣味の時間が増えて介護意欲が高まったなど、介護者自身の生活に変化が見られるようになったという報告がある（小渡他 2015.9）。一方で、利用者（要介護者）にとっては、通所介護で出会うなじみのスタッフによる訪問や泊りのサービスなどにより、その組み合わせによって、要介護者と介護者のニーズにあった柔軟な対応を調整することは可能であろう。さらに、第4章の介護者の集いの場においては、インタビューの際に実際に参加した認知症カフェでは、介護者の方が認知症のご家族と一緒にカフェに参加し、お互いが少しずつ離れながらも、普段見ないような家族の楽しそうな様子や他の人と対等な関係で心地よくいられる様相を目にして、安堵しているような介護者の方の姿があった。そうしたあり方もレスパイトの一つの形ではないだろうか。

レスパイトサービスやレスパイトケアについて考えるにあたっては、ケアラーの第2・第3のモデルを前提にすれば、ケア提供関係の支援や下支えとしての一時休息としてのレ

スパイトになる。1990年代の前半から障がい者分野では、レスパイトサービスの二重性が指摘されてきた。高齢者の分野では「レスパイト」と「ショートステイ」の概念が曖昧であり、介護者と要介護者の日常生活に即したバランスのよい支援のあり方への検討は、実際的には十分には進んでいないのではないだろうか。介護者支援の主力サービスとして、「レスパイト」の概念と機能を再定義することが今後の支援のあり方の広がりにおいて、重要な論点になるのではないかと考える。

### 第3節 介護者支援の実践の評価と介護者支援の地域づくり

現実の支援の場（フィールド）の状況についての実践の評価するために、また、現実の支援の場で取り組まれている介護者への支援内容を把握するために、第3章及び第4章において介護者と支援者（集いの場の運営スタッフ）へのインタビュー調査を実施した。次に、介護者支援の実践を評価するための視点として、第2章第2節において、先駆的な実践モデル（介護者への支援プログラム）の内容について概観した。さらに、介護に関する否定的・肯定的評価に関する先行研究から実践を評価するための視点について検討した。

これらを踏まえて、介護者支援の具体的な内容やありようについて考察し、次に、地域包括ケアと介護者支援の地域づくりについて検討しながら、今後の方向性について述べる。

#### 1. 介護者支援モデルと2つの調査研究からみえる支援のあり方

##### 1) CLSC レネッカッソンの介護者支援モデルとKケアチームの支援のあり方の共通点

第2章の第2節において、介護者支援の実践を評価するために、先駆的な支援モデルについての検討を行った。その中のCLSC レネッカッソンの介護者支援モデルには、本論文におけるKケアチームの調査研究から抽出された介護者支援のあり方と共通する概念が内在していると考えられた。したがってここでは、共通する支援のありようについて検討する。

CLSC レネッカッソンにおける介護者支援モデルは、「医師、看護師など他の専門職に介護者のとらえ方と介護概念を再考してもらい、介護者支援のために協働できるように感性を磨くため」（Pam Orzeck 他=2005：3）に行われてきた。基本的な考え方は、

- ①介護者を家族構成員の一人として認識し、個人として尊重すべきとらえる、
- ②戦前生まれの世代より権利意識の強い世代の介護者と専門職との協働、
- ③ソーシャルワーカーは積極的に介護者のところへ出向き（アウトリーチ）、介護者の介護負担などに傾聴し、

- ④保健福祉サービスの利用を援助し、
- ⑤介護者仲間とのつながりや介護者の社会生活の活性化を促し、
- ⑥必要なサービスの整備を研究者や介護者と協働して政府に働きかけるなどである。

本研究における第3章の調査研究では、K ケアチームのスタッフによる介護者への支援内容と介護者の受け止め方のデータから、9つのコードが抽出され4つのカテゴリーが生成された。図表5-1はカテゴリーとコードを一覧にしたものである。まず、カテゴリー「介護者への気遣い」に関しては、スタッフは介護者を個人として尊重し、介護者の負担などに傾聴し認めるという姿勢をとっていた。また、カテゴリー「情報提供」では、病状の変化や

図表5-1 カテゴリーとコード

カテゴリー	コード
介護者への気遣い	「気にかけてくれる」「認めてくれる」
情報提供	「病状の変化を伝える」「介護方法等の提案・提供」
専門職としての行動	「迅速な対応」「情報共有」
K ケアチームの拠点に繋ぐ	「遺族会」「デイサービスの利用」「K ケアチームの桜祭り」

や介護方法等の提案等をしながら、介護者と専門職が協働してケアにあたる様相が見受けられた。さらに、訪問活動を基本としつつも、カテゴリー「K ケアチームの拠点に繋ぐ」では、「遺族会」や桜祭りやデイサービス等で出会うさまざまな人との相互交流を通して、社会生活の活性化を促していた。こうした観点から、介護者への支援のスタンスに共通点が見いだせているのではないかと考えられた。

CLSC レネッカスは、小地域に設置された第一線の地域保健福祉センターである。その中に、介護者サポートセンターをもち、子どもから高齢者までの保健福祉サービスをワンストップで提供している。行政のシステムとして公的機関のソーシャルワーカーが、介護者のニーズに向き合あうことができる仕組みがあること自体が、日本の状況とは異なっている。日本での介護保険制度の介護支援専門員は、ケアマネジメントを行い、担当する要介護者のサービス調整の役割を担う。そうしたなかで介護者支援に活路を見出すのは、制度上難しい面がある。こうしたことは、今後介護者アセスメントを導入する際にも乗り越えなければならない制度上の課題ではあるが、ここでの関心は、ソーシャルワーカーや専門職が、介護者に対し

て「個人として尊重し、気にかけて、話に耳を傾けるか」などの姿勢を持ちうるかという点にある。つまりは、公的サービスの基盤が整備され、「ソーシャルワーカーが専門性を発揮できる環境にあるカナダですら、介護を家族の責任とする考え方」（高橋 2005 : 15）があることに挑戦したのが、CLSC レネッカスの専門職の取り組みである。

本研究を通して、①介護者を個人として尊重すること、②介護者と専門職が協働してケアにあたること、③介護者自身の悩みを聴き、介護者の仲間とのつながりや介護者の活性化を促すことなどの具体的な取り組みが、専門職チームとしての姿勢として出来る環境にあるのかどうかによって、介護者支援の質のばらつきが生じるのではないかと考えられた。組織や集団がもつこれまでの社会通念や培われてきた教育など、社会の風土を変えていくことは容易ではなく、有能な専門職であっても環境によっては専門性を発揮することは難しい。とはいえ、先駆的な取り組みを通じた分析により、支援プロセスの一端の可視化につながり、支援のあり方のヒントが示されたのではないだろうか。

## 2) 介護者のもつ力が介護者支援につながる

日本には CLSC レネカッソンの活動に影響を受けて、1998 年に先駆的に始まった介護者サポートグループ「ももの会」がある。第 2 章第 2 節で取り上げた著書の中で監訳者の高橋が「ももの会」の活動を紹介している。その中で「ももの会」が最も重視していることは、①近所の人にも家族にすら話せない 1 週間分の介護をめぐるつらさ・うれしさを表出でき、表出したことに対して介護者の仲間らと共感的コミュニケーションが成り立つような関係になることである。また、②発足当初からこの場で介護者が話したことは口外厳禁の約束があり、このことは仲間間で堅く守られている（高橋 2005 : 13）。

第 4 章での介護者の集いの場では、参加者同士の交流の場面において、図表 3-4 にあるように、「辛いこともネタにする」(21)、「母の衰えが寂しい」(12)、「仲間同士で盛り上がる」(15) などの介護者の仲間とのコミュニケーションの様相が代表的なバリエーションとして抽出された。また、介護者の集いの場に参加される介護者には、運営スタッフが、参加のための約束事を伝えており、それらは、『①話されたことはここだけのこととする。②限られた時間を譲り合う。③介護者であることが共通。④答えを出したりアドバイスをしすぎない等』である。話されたことはここだけのこととするというのは、CLSC レネッカスの活動に影響を受けた「ももの会」から A 法人にも継承されたノウハウでもあると思われるが、仲間同士の信頼関係を構築する上で重要な要素であると考えられる。

また双方に共通している点は、集いの中では介護者の仲間などがお互いに介護の経験や情報交換を行うが、そこで生じた介護者の迷いは、情報が介護者に届き、その情報をもとに要介護者と介護者の人生を考えるのであることから、こうしたほうが良いなどとのアドバイスをしないことである。介護者の集いの場の運営スタッフは「決めて行動するのは本人」(8)と語っており、こうした関係性があることで、迷っている介護者が自分の力で一歩前に進み、介護者のもつ力が他の介護者への支援につながっていると考えられる。いわゆるピアサポートやエンパワーメントを促す支援が行われていると考えられる。

### 3) 支援者としてのファシリテーターの役割と養成の視点

第2章第2節における先駆的な支援モデルにおいては、いずれのモデルにおいてもファシリテーターについて語られていた。イギリスにおけるCwCのプログラムでは、ファシリテーターの養成は一般の住民から募集し、3日間の研修と年1回の振り返りの研修が行われる。ファシリテーターはプログラムの運営を中心に行い、介護者が各々の立場でリフレッシュしエンパワーしていくことに力点を置いていた。カナダのCLSCレネッカスでは、ソーシャルワーカー、コミュニティワーカー、警察官、友人や家族などがファシリテーターの役割を担っている。エンパワーメントへの道のりとしての「7つのステップ」の各ステップにおいて、ファシリテーターは大きな役割を担っていた。日本ケアラー連盟では市民コースと専門職コースがあり、3日間の講義・実習の研修が行われる。こうした研修を受け、介護者の集いの場において介護者支援サポーター、ファシリテーターとしての役割を担っていくことになる。

イギリスにおけるCwCのプログラムは、ケアラーからの細かな質問は窓口の専門スタッフが行うためファシリテーターは市民サポーターが主に対応するが、他の二つは専門職と市民サポーターのいずれもが、ファシリテーターとしての役割を担っている。ファシリテーターは、一般的には、プログラムを企画、準備し、実施する人であり、「ファシリテートには物事を『しやすくする』という意味がある」(ジャニス・ウッド・キャタノ 2003:30)。介護者支援におけるファシリテーターは、多様な参加者がいるなかでどのタイミングで仲間同士をつなぐか等の難しい采配でもあると考えられるが、専門職であるか市民サポーターであるかは別にしても、「複雑・多様な介護関係が理解できるように訓練されていることが重要」(Pam Orzeck=2005:120)になる。

第4章での介護者の集いの場の運営スタッフは、A法人が実施する介護者支援サポーター

養成研修の修了者である。出会いの導入部分で介護者と関わることも多く、傾聴や安心できる言葉かけなどを行いながら、その人らしさを取り戻す方向に促すという支援を行っていた。また、その場に参加する介護者の仲間の交通整理も行うが、介護者の仲間との相互作用や共感的コミュニケーションが成り立つように支援することも役割であると考えられた。

こうしたことを鑑みると、地域の中で介護者サポートグループ等を実施する介護者サポーター養成やファシリテーター養成は、市民コースであっても専門職コースであっても、介護者のとらえ方や介護者支援の考え方を伝え、啓蒙していくことが使命になってくると考える。要介護者であっても介護者であっても尊厳のある個人として、その人の生き方が尊重され社会の中の一員であり続けることを伝えることが重要になると考える。CLSC レネッサスの介護者のエンパワーメントに向けてのステップでは、介護者を個人として捉え、介護負担等に傾聴し、言葉による表出を待ち、時折勇気づけたための質問をしたり、タイミングよくユーモアを交えたりする。ファシリテーター自身がエンパワーメントに到達していることが重要であるとされる。さらに、伴走する第三者であるファシリテーターの存在の重要性を指摘しており、健康問題や孤立、共依存、家庭内暴力などの課題を多く抱えた介護者に対しては専門職が関わるが多く、市民、専門職との役割分担も示唆された。

## 2. 地域包括ケアと介護者支援の地域づくり

### 1) 本研究からみえる介護者支援の地域づくり

第3章で取り上げた「K ケアチーム」は、地域包括ケアを視野に入れながら独自のコミュニティケア（患者・家族の生活支援・人生支援）の考えのもと、地域住民や介護終了者をも巻き込んで、介護保険事業を展開している事業体チームである。基本的な立ち位置は、要介護者と介護者をそれぞれに気遣い、その人らしい人生を支援することで、最期まで安心して暮らし続けられる地域社会をつくることである。K ケアチームの成り立ちから末期がん患者とその介護者への支援がケースとしては多いと考えられるが、介護者に病状の変化などの情報を適切に伝え、専門スタッフが生活支援・医療・看護などの生活基盤をしっかりと支えることにより、介護者自身が自らの力を発揮し身近な人の最期に向けて自分の判断で行動している。介護保険の事業所でこうした展開をしているところは多くはないと思われるが、要介護者と介護者を同時に支援することはお互いの生活の質を高めることでもあり、こうした事業体が増えていくことが、安心して暮らせる地域づくりになると考える。

第4章での介護者の集いの場は、A 法人が運営している息子サロンや娘サロンでは、高齢



の配偶者介護の方が多地域介護者の会では馴染めず、同じような境遇にある人との出会いを求めて参集してくる方も多。その中で参加した介護者の仲間を聞き、近隣の人に思い切って母親の介護をしてことを話したら、気にかけてくれるようになったなど、自ら行動し地域とつながった事例も多。また、地域の認知症カフェなどでは、若年性認知症の妻がデイサービスに行きたがらないために、市内の複数の認知症カフェにご夫妻で参加しているケースもある。こうした介護者たちが行き先々でさまざまな介護者の仲間と支援者に出会い、自らの経験や知識や知恵などを伝え情報交流をしながら支え合っている。

図表 2-2 の 3 には、「地域づくり・まちづくりの視点—介護者本人を地域から孤立させない包括支援—」と記されているが、介護者の孤立は要介護者の孤立でもある。現在介護に携わっている人、現在は介護終了者である人は、介護に関する知識と経験の蓄積からさまざまな知恵をもっている。認知症の人と家族の会愛知県支部の介護者憲章には「さまざまな介護経験の蓄積は地域社会の財産となり、他の介護者を支える」と謳っている。換言すれば、介護者のもつ力が他の介護者への支援につながっていると考えられる。

## 2) 地域包括ケア—身近な他者が地域でつながる

本研究における介護者の集いの場だけではなく、地域にはコミュニティサロンや介護者サロンなど、沢山の地域の居場所が増えている。要介護者も介護者も複数おり、それぞれがケアされケアする関係でもあったりする。参考ではあるが、筆者が関係しているコミュニティサロンでは、認知症の人とその介護者である配偶者がペアで訪れることがある。あるご夫妻の事例では、妻は月 1～2 回このサロンのスタッフとして利用者の方にお茶などを出し、夫はデイサービスに通っている時もあるが、時には一緒に訪れ、妻はスタッフとして、夫は利用者としてサロンで半日を過ごし、さまざまな人たちと交流している。

上記のような、多様な年齢層の人たちが集まるコミュニティサロンなどの地域の居場所では、介護者支援の観点からみると、家族の枠を超え、小集団の顔の見える関係に加え、多様な他者との関係によってケアするケアされる関係が生まれている。つまり、そこで出会った他者によって、日常的なケア関係による閉塞感や孤立感を防ぎ、ケアするケアされる関係の複数化、多様化にもつながっており、「ケアしケアされる中で人間は生きている」(M・メイヤーロフ=田村他(1987))といった様相が感じられる。こうした身近な他者と場がケアを引き受ける多様なケアのあるようにも注目する必要があるのではないだろうか。

「地域づくりによる介護予防の推進事業」(厚生労働省 2017.3) により、より多くの高齢者

が介護予防に取り組むために、住民主体による「通いの場」が増えている。要支援者や虚弱高齢者を出来るだけ地域で支えるしくみづくりに意識的に取り組むわけであるが、地域共生社会への流れの中では、ターゲットは要支援者や虚弱高齢者だけではない。2017年3月の『地域包括ケア研究会の報告書－2040年に向けた挑戦－』（三菱UFJリサーチ&コンサルティング2017.3）には、地域共生社会の実現が社会の目的として明示されている。「尊厳と自立支援」が目指され、「予防」や「リハビリテーション」がそのための手段として位置づけられ、「すべての住民が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ること」を可能にするために、「予防」がキーワードになっている。そして、従来の介護予防の概念は、どちらかと言えば心身機能や生活機能を重視する傾向にあると考えられ、これまでの概念に加え「もうひとつの予防」として、一人ひとりが地域や社会に参加し「地域でつながる」状態に向けた支援を重要視している。すなわち、介護予防の最大の焦点は、「一人ひとりの意欲を引き出す」こと、そして、障害の有無、年齢等に関わらず、一人ひとりが地域や社会に参加し、地域でつながることも介護予防であると指摘している。

地域包括ケアの推進に対して太田は、「要介護者と同時に家族介護者にとっての、地域社会での自立した日常生活の営みの意味が、以前にも増して明確に問われる。家族介護者の役割とその家族介護者支援の意味にも、再考が迫られる」（太田2011：1）と指摘している。近年の地域包括ケアの構想は、全世代が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるために必要な支援体制を目指そうとしており、「社会的介護から、地域による介護へ」（筒井2009：84）という転換が志向されている中では、地域づくりの推進が求められ、介護者の役割や介護者への支援の意味は、一層問われてくるのではないかと考える。

こうした観点を素直に捉えるのならば、誰もが地域社会の中で有機的に連なっていくことが地域共生社会ではないだろうか。つまりは、介護者も要介護者も市民として包含し、誰もが孤立せず排除されない地域社会づくりやシステムづくりが求められている。介護者支援の視点から、誰もが家族・地域・社会の中で生きるために身近な他者とつながり、ケアし合う関係を創っていくことが、地域包括ケアの推進ではないだろうか。こうした観点が、本研究における今後に向けての課題である。

#### 第4節 小括

本章では全体考察として、各章で得られた知見から、日本における介護者への支援の発展すべき方向性と課題について検討した。そこから見えてきたことをまとめると、下記の内容

に集約される。

第1は、「第3・第4のモデルを考慮した日本にあった展開」についてである。

ケアラーの第3のモデルと第4のモデルの間には大きな違いがある。前者はケアラーであることを前提とした「ケアラーとしてのモデル」であり、後者はケアラーである前に「一人の人（市民）として捉える」モデルである。日本の制度・政策上の動向では、新オレンジプランにより「認知症の人やその家族へ視点」が重視され、また、「政府による介護離職ゼロへの対策」において、介護に取り組む家族を対象とした点などを鑑みると、第3のモデルへの施策が講じられた段階である。したがって、家族の介護を担うという社会通念が強い日本においては、第4のモデルを意識しつつも、第3のモデルをいかに充実させていくかが、今後の方向性としては重要ではないかと考えられる。

第2は、「介護者アセスメントをどのように取り入れるのか」についてである。

厚生労働省の事業として「家族介護者支援の総合展開の4つの考え方」がまとめられ、「介護者アセスメント」の導入が提案された。介護者アセスメントは、介護者をクライアントとして認識する上で有効な手立てであり、介護者に対するさまざまなサービスを具体化させて行くには根幹的な役割を担う。先駆的な支援モデルとして取り上げたカナダのCLSC レネッサスのような「ワンストップサービスセンター」の機能があれば、介護役割の始まりから介護終了後を視野に入れた人生支援も検討できる。しかし、日本の場合は、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員等の相談機能の強化、専門職自身が介護者をどのように捉え向き合っていくのか等、制度の仕組みも含めて支援のあり方を検討する必要がある。方策としては、既に国内で展開されている中核地域生活支援センターなどの取り組みを参考にし、介護者アセスメントの導入を図っていくことは検討できるのではないだろうか。

第3は、「介護者がケア行為から離れる環境をどうつくるのか」についてである。

介護者支援は「介護者」がケア行為から離れるところから始まる。本研究では、第4章のF事例にもあるように、認知症の人とその家族と一緒に参加する「認知症カフェ」において、カフェの中で介護者の会を別室で開くなど、要介護者と介護者が空間的にも心理的にも、離れた状態を作り出していた。また、要介護者がデイサービスやショートステイなどを利用する時間に、介護者の集いの場に出かけるなど、複数のレスパイトサービスを同時に活用する方法も考えられる。さらには、仕事と介護の両立もメリハリのある生活としてバランスのとれた離れ方にもなり、そうした仕組みをどのように構築していくのか、そのバリエーションをどれだけ豊富に増やして行けるかが今後の方向性として重要になると考えられた。

離れることを可能にする介護者支援の主要なサービスは、レスパイトサービスと呼ばれる。それによって利益を受けるのは家族等の介護者ではあるが、直接的に他者からの介護を受けるのは要介護者本人という二重性がある。したがって、介護者・要介護者双方の良好な状態への支援が求められる。日本では、レスパイトケアのためレスパイトサービスという「ショートステイ」が先ず浮かぶと思われるが、「レスパイト」と「ショートステイ」の概念が曖昧であり、介護者と要介護者の日常生活に即したバランスのよい支援のあり方への検討は、実際的には十分には進んでいないのではないかと考える。「レスパイト」の概念と機能を再定義することが今後の支援のあり方の広がりにおいて、重要になるのではないだろうか。

第4は、「介護者支援モデルと2つの調査研究からみえる支援のあり方」についてである。

介護者支援の実践を評価するために、先駆的な支援モデルについての検討を行った。その結果、CLSC レネカッソンの介護者支援モデルには、第3章のKケアチームの調査研究から抽出された介護者支援のあり方に、共通点が見いだされた。それらは、①介護者を個人として尊重すること、②介護者と専門職が協働してケアにあたること、③介護者自身の悩みを聴き、介護者の仲間とのつながりや介護者の活性化を促すことなどである。介護者に対する捉え方は、組織や個人がもつこれまでの社会通念や社会環境などによって異なり、支援のばらつきもそうした環境によって異なると考えられる。好事例の分析により、支援プロセスの一端の可視化につながった。また、介護者がエンパワーしていく過程においては、ファシリテーターの存在と共通の問題を抱える介護者の仲間との相互作用が重要になることが示唆された。

第5は、「地域包括ケアと介護者支援の地域づくり」についてである。

本研究からみえる介護者支援の地域づくりとしては、第3章の「Kケアチーム」は、地域包括ケアを視野に入れながら独自のコミュニティケア（患者・家族の生活支援・人生支援）の考えのもと、地域住民や介護終了者をも巻き込んで、介護保険事業を展開していた。第4章の「介護者の集いの場」では、さまざまな介護者の仲間と支援者に出会い、自らの経験や知識や知恵などを伝え情報交流をしながら支え合っている。こうした身近な他者がケアするケアされる関係を通して、介護者のもつ力が他の介護者への支援につながっていると考えられ、地域でつながる光景が受けられた。身近な他者とのつながり、介護者が地域で孤立しない社会の実現が、地域包括ケアの推進には求められているのではないだろうか。

本研究を通して得られた知見から、介護者支援に求められる方向性の一端が示唆され、提示することができた。

## おわりに—本研究の課題と今後に向けて

介護者への支援のあり方を制度・政策の観点と現実の支援の場（フィールド）で取り組まれている先駆的な実践事例（支援モデル）から検討してきた。

介護者をめぐる制度・政策がこれまでどうであったのかについては、ケアラーの4つのモデルを活用し検討してきた。ケアラーの4つのモデルはかねてより沢山の論者が論文等で用いてきたと思われるが、章の一部で使われることが多かったのではないかと考えている。そうした意味においては評価の枠組みとして用いることで、介護者を取り巻く動向の整理に役立ったのではないかと考えている。日本の社会はケアラーの4つのモデルに照らせば、第2のモデルにとどまり、多くの人たちが第1のモデルにとどまって生活している現状も、現実の社会の様相でもあるのではないだろうか。本研究においては問題意識として、「制度・政策における介護者の位置づけについては、あまり大きな課題としては認識されてこなかった」と述べたのであるが、揺るぎない社会の変化と専門職等による実践的な取り組みや市民による活動などが絡み合い、ケアラーの第3のモデルへ、そして第4のモデルへと変化を遂げつつある様相を垣間見ることもできた。

イギリスにおいて、ケアラーの4つのモデルが著書として示されたのは1994年である。翌年には世界で最初の介護者法と言われる「介護者の承認とサービスに関する1995年法」が制定され、この法律により要介護者のアセスメントが実施される場合には、要介護者とは別の介護者に対するニーズアセスメントとしての請求権が認められた。2000年には「介護者及び障がい児法」が制定され、介護者独自のアセスメント請求権が規定された。さらに、2004年には「介護者に均等な機会を与える2004年法」が制定され、介護者にアセスメント請求権を知らせることが自治体の義務として規定された（森山2012）。そして2014年には、「成人介護とその支援及び健康に関する2014年ケア法」が制定され、この法律により1995年介護者法から四半世紀を経て介護者アセスメントは自治体による責務へと強化された。イギリスの歴史を遡れば、R.M.モロネイが、1970年代後半に女性の就業率の増加と女性の家族による介護力の低下・弱体化を指摘した（R.M.モロネイ1976）が、女性の就労率は1971年の53%から2013年には67%に高まり、配偶者介護の場合は、男性介護者も増えてきてはいるが、介護者が未だ女性であることも指摘された（Andreas Hoff2015:18）。そうした女性の社会進出と介護を必要とする高齢者・認知症の人の増加の中で、仕事と介護の両立支援に関する課題への関心が社会的にも高まり、政府が主導する形で検討会が発足され、2013

年には最終報告書がまとめられた。この 2013 年の最終報告書<sup>35</sup>では、労働者の仕事と介護を両立するためには、雇用内だけでなく雇用外における支援策との連携が不可欠とされ、あらゆる関係機関と組織は、仕事と介護との両立支援の重要性を認識すべきであると述べられている。日本においては、介護者アセスメントが各地域で導入され、できるだけ早く運用されることを望むが、イギリス社会の中で起こっている状況は、日本の現状とも重なる部分が多い。社会が抱える介護者を取り巻く様相は、国際的に共通する課題を包含していると認識でき、そうした点においては、国際的な動向に一定程度は目を向けることも重要であることが示唆された。

介護者への支援は、介護者自身が一見すると元気そうな自由のある存在のように見受けられることもあるため、支援の必要性がないと思われがちである。ケアラーの 4 つのモデルに照らすと排除と包摂という関係でのとらえ方が見えてくるのであるが、一般的には介護者は社会から排除された人という認識にはなりにくく、ケアラーの第 1 のモデルにもあるように、要介護者の介護資源としても認識されてきた。冒頭の序のところでも述べたが、介護者への政策が要介護者の生活の質に影響を与えることは自明のことであり、介護離職にみられるように社会全体の歯車をも揺るがす事態になっている。社会がそのことに気づいているからこそ、新しい施策への模索が進んでいるのであろうが、具体的な進展はこれからの課題である。そうした制度・政策動向に関心を寄せ、注視し続けていくことは本研究に課せられた課題である。

本論文における調査研究に関しては、その前段で第 2 章第 2 節において先駆的な実践モデルについて概観した。その結果、介護者に対する支援者の向き合い方において、共通する介護者支援のあり方や支援者の姿を垣間見ることができた。それらは、①介護者を一人の人として認識し、個人として尊重すること。②介護者と支援者（専門職・市民等）が、各々の持てる力を生かしながら協働して他者のケアにあたること。③介護者を気遣い悩みを聞き、介護者の仲間とのつながりや介護者の活性化を促すこと。④支援者は伴走する第三者であり続ける姿勢などである。つまりは、現実の支援の場（フィールド）では、第 4 のモデルを具現化した実践が行われており、また、そうしたことをたゆまなく実践し続けている専門職・支援者の姿（文献・データ含む）に敬服することが多かった。一方で、国外で行われている実践モデルは、その国々での社会システムの違いにより、日本の社会の中にすんなりと

---

<sup>35</sup> Carers in Employment Task and Finish Group, Supporting Working Carers : The Benefits to Families, Business and Economy, 2013

導入できるものばかりとは限らないという課題がある。しかしながら、既存の枠組みやシステムの中においても、工夫次第で介護者に対する向き合い方や支援のある方を変えることはできるだろう。先駆的な支援モデルや好事例の取り組みを通して、介護への支援の観点も、学ぶこともできた。

インタビューに協力してくださった介護者の方々は、全員の方が快く筆者を自宅に招き入れ、私たちの経験が少しでも役に立つのであればと、丁寧に真摯に自らの経験や思いを語ってくださった。K ケアチームに関わる遺族会の方々には、別途アンケート調査もさせていただいているのであるが、調査票の作成にあたっては自由記述を多く設けて欲しいとのこと意見を頂いた。その理由は、介護者一人一人の背景が異なること、それだけ多様性があるということからであった。A 法人の介護者の集いの場のスタッフも、介護者は十人十色と語っており、そこが介護者支援、介護者研究の難しさでもあり奥深さでもあると感じている。しかしながら、先駆的な取り組みを取りあげたとはいえ、調査対象者が少なく事例数も限られており、汎用できる説得力がある研究と言えるかどうかについては課題が残る。また、データとの向き合い方や処理の仕方においても稚拙さがあり、研究上の課題と限界があることは否めない。

地域包括ケアの推進の流れが強化している日本の社会において、介護の担い手としての介護者の存在は無視出来ない状況にある。とりわけ世帯規模が縮小する中での少子高齢社会、人口減少社会と言われる今日においては、同居に限らず通いの介護者や孫介護者なども顕在化しており、介護は誰もが体験する人生の流れの中の一部になりつつある。そうであるならば、介護者が排除されない地域社会を創っていくこと、そして、介護者がもつ力が他の介護者への支援につながっていること、ひいては地域づくりに貢献しているということ、社会に認めさせていくことが必要ではないだろうか。もとより介護者である前に一人の市民として、どんなことが社会に貢献できるのか、どんな支援策があれば介護者としても自分の生活を豊かに過ごして行けるのか、地域社会で生きる市民として、介護者支援の地域づくりをどう展開していけるのかなどを、介護者支援の観点から検討していくことは本研究における課題である。

最後に、イギリスの社会政策・介護政策の研究者であるC・アンガーソンは、彼女の母親が彼女の祖母の介護者で、一人娘である彼女自身が介護者になる可能性があることに気づきながら、研究を進めてきた。彼女は著書の中で「公共政策、特にコミュニティ・ケアのための公共政策は個人の生活に根本的な影響を及ぼす。そうだとすれば、同様に個人の生活

が、公共政策に影響を及ぼさなければならない」(Clara Ungerson1987=1999 平岡：191)と述べている。そうした意味において制度・政策は、さまざまな社会の関係性の中で企てられているわけであるから、われわれ自身の確かな研究と実践が社会政策に影響を及ぼすことができる。そのためには、国内外の支援モデル、好事例に学び、一歩ずつ真摯積み重ねていくことが今後に向けてのさらなる課題である。



## あとがき

筆者は、大学卒業後の15年程を、介護福祉職として高齢者施設や在宅介護の実践現場で働いてきた。その間、沢山の介護や支援を必要とする人とその介護者である家族の方々に出会ってきた。その際には、介護者にも関心をもち、常に配慮をしてきたつもりではあったが、その時の筆者自身の認識の中には、要介護者である利用者の生活が第一にあった。とりわけ高齢者施設で働いていた頃は、たまに見える家族という程度の認識しかなかったように思う。その理由は、要介護者は介護者に比べて弱い立場にあり、要介護者の権利・利益を守ることが介護福祉職の役割だと考えていたからである。

しかしながら、ホームヘルパーとして訪問先の高齢者世帯宅を訪問するようになると、玄関先で介護者である夫の話を傾聴しなければ、家の中に入れてもらえないケースもあった。数分のことではあるが、夫はいつも廊下をふさぐように玄関先に立ち、「とにかく私の話を聞いて欲しい。妻の面倒は自分がするから、私の話を聞いて欲しい。」と言い、近所で起こった出来事や夫自身の体調、時には妻へのいらだちなどを一方的に話し、それが終わるとやっとな妻の部屋に案内してくれた。今思うと、一日の大半を妻と二人で過ごし、「妻の介護は僕の役割だ。」と言いながらも、体力と気持ちを維持し続けるには、80歳を超えた身体には相当の辛さや葛藤があったと思われる。

その後、ホームヘルパーと介護福祉士養成校での非常勤講師を経て、1998年に介護福祉士養成校の専任教員となり、2001年には短期大学の介護福祉士養成校での教員になった。その年の11月11日の朝日新聞の朝刊に、友人が役員を務める介護者支援の団体による「ケアする人をケアする」の記事が掲載された。「ケアする人のケア」に関しては、日本では財団法人たんぼの家（奈良市）が、1999年頃からケアする人を支えるしくみのための調査研究を行っていた。その目的は、「ケアする人を社会全体で支える視点をもつ文化づくり」であり、反響を呼んでいた。

翌年には、その友人に連れられて当時は港区に所在していた介護者支援の団体の事務所を訪問した。今でもその団体の賛助会員ではあるが、その後に自らが家族・親族の介護に携わるようになっていく中で、介護者とは何者であるのか、どのような人間として捉えるのかということを考えるようになった。そのような中2005年頃にある古本屋で、三富紀敬著の『イギリスの在宅介護者』（ミネルヴァ書房2000）という書物に出会い、その中に「在宅介護を担う児童」という章を見つけた。近年ではケアを担う子どもやヤングケアラーと呼ばれ

ることが多くなった在宅介護を担う児童は、「第一に児童であり、次に介護者である」（三富 2000）という二面性を持ち、気づかないうちに大人の担うようなケア責任を引き受けている場合があるなどを知り、さらに介護者とは何だろうと考えるようになった。

それからいくつかの文献を読む中で、外国には介護者に関する法律があることや取り組みが盛んであること等を学んだ。実際にイギリスやフィンランドに出向き、実際の支援の取り組みなどに触れる機会があった。

一方で、介護者の立場としては、心の葛藤ともいうべき揺らぎのようなものを感じていた。それは、家族の介護は家族が担うべきという社会通念や社会観念に縛られている気持ちと、大事にしてもらってきたことへの感謝や介護に携わることを通して癒やされている自分の中で、介護者としての権利を主張してもよいのだろうか。しかし、仕事を続けなければならない。やりたいことは沢山ある。そうした葛藤の中で、介護者とはどのような人間なのか、どのような支援が必要なのか。介護の程度に差はあっても、みんな日々悩みながら介護役割を担っているのではないかと考えたりもした。本研究を通して考えてきたことは、介護を通して目の前にいる人に突き動かされてきた自分の存在、エンパワーされてきた自分の存在があること。そして、介護者と自分自身との関係においても介護者としての立ち位置が異なること。つまりは、夫に対しては妻であり、子に対しては母親であり、夫の両親や親族に対しては嫁であり、自分の両親に対しては娘である。時には否定的に捉え、また肯定的に捉えながらも、それぞれの立場を抱えながら介護役割の程度を選択し、その時々々の環境によっても介護に対する意味づけも異なる。

ケアラーの4つの基本モデルの中の第4のモデルは、要介護者とケアラーを切り離し、一市民として別個に支援する立場をとる。そこで別個の存在と認められた上で、その人なりの人生の選択をする。したがって、介護者像は多様であり、主たる介護者だけが介護者ではない。冒頭で世帯規模が縮小する中での少子高齢社会、人口減少社会と言われる今日において、介護はかつてのイメージにあるような特定の誰かが担うものではなく、誰もが体験する人生の流れの中の一部になりつつあると述べた。介護者の概念には多様性があることを認め合いながら、各々の暮らしの中に選択できる自由がどれだけあるのか、自らのバランス点の中でより良い人生を享受して行きたいと思う。これからも悩みながら研究と実践を続けていく所存である。

なお、本論文の第3章は、森山千賀子（2016）「地域包括ケアの中の家族介護者支援—K ケアチームの実践事例から支援内容の概念化を試みる」『研究年報』第21号 白梅学園大学 白

梅学園短期大学 教育・福祉研究センター 39-48、第4章は、森山千賀子（2020）「介護者の集いの場における多様な介護者への支援プロセス―集いの場の運営スタッフへのインタビュー調査から―」『介護福祉学』（26）2に掲載された論文を加筆修正したものであることを、ここに付記させていただく。

## 謝辞

東洋大学大学院福祉社会システム専攻（修士課程）を2004年9月に修了し、2011年度年に福祉社会デザイン研究科後期課程に進学しましたが、ここまで来るのに9年の歳月がかかってしまいました。修士課程からお世話になり今日までお付き合いくださっております秋元美世先生には、一言では言い尽くせない感謝の思いでいっぱいです。

大学院後期課程の授業においては、小林良二先生には研究とは何か。社会をどのように俯瞰した突き詰めるにかといった研究のいろはを教わりました。

稲沢公一先生には修士課程の時に講義を受けさせて頂き、後期課程の後半に副指導教授をお引き受けくださり、わかりやすいご指導に感謝申し上げます。

伊奈川秀和先生には、高齢者保健福祉施策と介護保険制度下の地域支援事業のあり方についてご教授いただき整理ができました。ありがとうございました。

後半は休学が何度か何度か続き、ダッチロールを繰り返してきました。十分とは言えない状況ではありますが、何とかかんとか陸地に漕ぎ着けました。しかし、地面は安定しているとは言えず、自己研鑽が求められます。最後に、インタビューにご協力頂いた皆さま、介護者支援の研究を一緒に行ってきた研究者の皆さま、院生の皆さま、友人・同僚の皆さま、そして、見守りつつほっておいてくれた家族に、この場をお借りして御礼申し上げます。

## 【引用・参考文献】

- ・秋元美世（2004）『児童青少年保護をめぐる法と政策－イギリスの史的展開を踏まえて』中央法規
- ・Aldridge, Jo and Saul Becker, 1993, Children Who Care: Inside the World of Young Carers, Loughborough: Loughborough University, Department of Social Sciences.
- ・Andreas Hoff (2015) 『Current and future challenges of family care in the UK』Government Office for Science
- ・青木頼子（2003）「痴呆症高齢者の男性介護者の介護負担感の特徴－女性介護者の介護負担感と関連要因および対処行動との関連性を比較分析して」『北陸公衛誌』30（1）6－11
- ・August Osterleheinx Rothgang(2010) Chapter26 Long-Term Care, The Oxford Handbook of The Welfare State , Oxford University Press 378-390
- ・馬庭恭子(1996) 「男性介護者の現状と今後のあり方」『保険の科学』38(8)、538－541
- ・バルブロー・ベック・フリス、ホルム(=1993 麻植桂子監訳) 『スウェーデンのグループホーム物語』ふたば書房
- ・Clare Ungerson(1987) Policy is Personal : Sex, Gender and Informal Care, London: Tavistock Publications. (=1999 平岡公一・平岡佐智子訳) 『ジェンダーと家族介護 政府の政策と個人の生活』光生館
- ・Cox, e. o. and Parsons, R. D (1994) : Empowerment-Oriented Social Work Practice with the Elderly. California. BrooksCole Company. (=1997)小松源助監訳) 『高齢者エンパワメントの基礎－ソーシャルワーク実践の発展を目指して－』相川書房
- ・Fengler AP, Goodrigh N, (1979) Wives of elderly disabled men : the hidden patients. Gerontologist 19(2) 175-83
- ・堀越栄子（2012）「第1章 ケアラー支援の考え方と社会的支援の動向」『ケアラーサポーター養成研修テキスト』一般社団法人日本ケアラー連盟 7－18
- ・堀田聡子（2013. 12）「オランダの認知症国家戦略：我が国におけるオレンジプランの推進に向けて」『統計』64（12）12－35 日本統計協会
- ・堀田裕子(2015) 「男性介護者のビデオエスノグラフィー：ある息子介護者を例に」『現象と秩序』(3) 1－15
- ・G・エスピン・アンデルセン（=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

- ・ Glaser. Barney and Anselm Strauss (1967) The Awareness of Grounded Theory: Strategies Company (=1996 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳)『データ対話型理論の発見』新曜社
- ・ 橋本真奈美 (2007) 「自立生活障害者のお地域生活を支えるヘルパーに求められる障害者観：ヘルパーが持つ可能性と「コンアン・「社会モデル」と「医学モデル」」『社会関係研究』13 (1) 熊本学園大学 43-74
- ・ 橋爪祐美 (2005) 『働く女性の介護生活；在宅介護者の支援アプローチ』風間書房、東京
- ・ 樋口恵子 (2008) 「家族のケア 家族へのケア」上野千鶴子他編『家族のケア 家族へのケア』岩波書店
- ・ 広井良典 (1997) 『ケアを問い直すー＜深層の時間＞と高齢化社会』ちくま新書
- ・ 廣森直子 (2003) 「在宅介護者のエンパワーメントの可能性と専門職の役割ー訪問看護師の取り組みを事例としてー」『青森保健大雑誌』5 (1) 25-34
- ・ 廣瀬貴一 (1993. 3) 「レスパイトサービスについての基礎的研究の概要」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 74-79
- ・ 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肯定的評価に関する要因」『厚生指標』52 (8) 1-7
- ・ 藤井直子 (2017) 「第4章 イギリスにおける仕事介護の両立支援」『ヨーロッパの育児・介護休業制度』JILPT 資料シリーズ NO. 186, 2017. 3 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 48-76
- ・ 藤田尚 (2006) 「縄文時代の骨折の病態から推測される看護・介護の状況」『新潟県立看護大学学長特別研究費研究報告書 2005』
- ・ 藤崎宏子 (2008. 10) 「「訪問介護の利用抑制にみる「介護の再家族化」-9年目の介護保険制度」『社会福祉研究』第130号 2-11 鉄道弘済会
- ・ 藤原和彦他(2004) 「在宅認知症高齢者の家族介護者における介護負担感とコーピングの性差の検討：男性介護者・女性介護者の特徴」『日本作業療法研究学会誌』17 (1) 31-40
- ・ 伊奈川秀和 (2018) 『＜概観＞社会福祉法』信山社
- ・ 井口克郎 (2014) 「過疎・高齢化地域における住民の介護問題の実態把握ー三重大学人文学部・医学部による地域住民の生活。健康調査からー」『日本医療経済学会会報』31 巻1号 54-78
- ・ 井口克郎 (2017) 「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会

会報』33巻1号5-32

- ・石黒チイ子（1968.8）『『居宅ねたきり老人』実態調査の実施について』保健婦雑誌 24巻 8号 医学書院 26-29
- ・伊藤千尋（2017.9）精神保健福祉領域における家族支援のあり方に関する研究—統合失調症の子をもつ母親の語りから—東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科博士後期課程学位論文
- ・井上郁（1996）「認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状」『看護研究』29（3）17-30
- ・井上恒男（2005）「介護者支援政策」再考—日英政策展開の比較—『同志社政策科学研究』7（1）13-26 同志社大学大学院総合政策科学会
- ・一般社団法人日本ケアラー連盟（2012.11）『ケアラーサポーター養成研修テキスト』
- ・一般社団法人日本ケアラー連盟（2013.3）『多様な介護者を地域で支援するツールの検証および人材養成プログラムの開発等モデル実践に関する調査研究事業報告書』平成24（2012）年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業
- ・一般社団法人日本ケアラー連盟（2016.3）『地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の支え合いに基づく介護者支援の実践と普及に関するモデル事業報告書』平成27（2015）年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業
- ・一般社団法人日本ケアラー連盟（2016.3）『あなたのまちの介護者支援ガイド 参考にした介護者支援の3つの活動』
- ・伊藤美智予（2012）「家族介護者からみたケアマネジャーの支援」『日本福祉大学社会福祉論集』第127号 63-79
- ・岩川奈津・都築繁幸（2017）「相談援助・介護・看護の専門職のエンパワメント理解の比較」『障害者教育・福祉学研究』第13巻 愛知教育大学 67-78
- ・岩崎晋也（2002）「なぜ『自立』社会は援助を必要とするのか—援助機能の正当性」古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一他『援助するということ—社会福祉実践を支える価値規範を問う』有斐閣 69-133
- ・Jo Aldridge and Saul Becker（1993）「Children Who Care：inside the world of young carer」, 「My Child, My Carer：the parent's perspective」(1994)
- ・上山千恵子・田島真理・守本とも子（2016）「認知症高齢者を介護する娘介護者の体験—介護生活の中で体験する困難と、介護生活の支えとなるもの—」『奈良学園大学紀要』5、

- ・(株) NTT データ経営研究所 (2016. 3) 『平成 27 年度育児と介護のダブルケアの実態に関する調査報告書』 内閣府委託調査
- ・片桐智佳 (2010) 「家族介護者の心理的変容のプロセス：娘介護者を対象とした質的研究と心理的援助の提案」 『教育カウンセリング研究』 3 (1) 27-36
- ・菊池いづみ (2012) 「家族介護支援の政策動向－高齢者保健福祉事業の再編と地域包括ケアの流れのなかで、地域研究」 『長岡大学地域研究センター年報』 (12) 55-74
- ・菊池いづみ (2016) 「地域包括ケア推進における家族介護に対する支援事業の課題－東京都区市町村の取り組みに焦点をあてて－」 『社会政策』 8 (1) 179-191 社会政策学会
- ・北本さゆり・黒田研二 (2019) 「データから見た息子介護者の社会的背景」 『人間健康研究家論集』 (2) 1-22
- ・木下康仁 (2007) 『改革進むオーストラリアの高齢者ケア』 東信堂、東京
- ・木下康仁 (2013) 「オーストラリアのケアラー（介護者）支援」 『海外社会保障研究』 Autumn NO. 184 57-70
- ・木下康仁 (2014) 『ライブ講義－実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて－』 弘文堂
- ・木下康仁編 (2015) 『グラフシリーズ 2 ケアラー支援の実践モデル』 ベスト社
- ・久保美紀 (1995) ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討－power との関連を中心に－ 『ソーシャルワーク研究』 21 (2) 21-27
- ・厚生省 (1964) 昭和 38 年高齢者実態調査報告
- ・厚生省 (1974) 厚生省老人福祉課・老人保健課共編 『詳説老人福祉法』 中央法規
- ・厚生省 (1978) 『厚生白書』
- ・厚生省心身障害研究 (1993) 主任研究者：高松鶴吉 『心身障害児(者)の地域福祉体制の整備に関する総合的研究』 平成 4 年度研究報告書
- ・厚生省 (1994. 12) 『高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』
- ・厚生労働省老健局 (2013) (平成 25 年 6 月 13 日) 「地域包括ケアシステムについて」
- ・厚生労働省 (2015a) 『認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ～認知症高齢者等に優しい地域づくりに向けて』 (H27. 1. 17)
- ・厚生労働省老健局振興課 (2015 b) 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方, H27. 2. 4

- ・厚生労働省（2017.3）「地域づくりによる介護予防を進めるための手引き」  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000166414>
- ・厚生労働省（2017）「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント」  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf> （最終閲覧：2019.12.20）
- ・厚生労働省（2017.7.5）「認知症施策推進総合施策（新オレンジプラン）の数値目標の更新等について」第6回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議（資料1） <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000196653.pdf>
- ・厚生労働省（2018.3）「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～介護者本人の人生支援～」 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf>
- ・厚生労働省（2018.3）「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000200478.html> （最終閲覧：2019.12.20）
- ・小林良二（2002.3）「生活時間と介護時間」『人文学報』No329（社会福祉学18）47-62
- ・小林良二（2002）「家族介護の政策的位置づけについて」『週刊社会保障』2213
- ・小林良二（2012）「ニーズ論とニーズ支援論」古川孝順監修『社会福祉の理論と経営－社会福祉とはなにか』筒井書房 101-114頁
- ・小松源助（1995）「ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント・アプローチの動向と課題」『ソーシャルワーク研究』21（2）4-10
- ・小渡大樹他（2014.9）『郊外型集合住宅で展開する複合型サービスに求められる課題－地域包括ケアシステム上のニーズを明らかにする－』2014年度（前期）勇美財団「在宅医療研究助成」
- ・Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York : Springer. (=1991 本明寛・春木豊・織田正美監訳)『ストレスの心理学[認知的評価と対処の研究]』実務教育出版
- ・レスリー・マーゴリン（=2003）中河伸俊、上野加代子、足立佳美訳『ソーシャルワークの社会的構築 優しさの名のもとに』明石書店
- ・リーサ・カプラン, ジュディス・L・ジラルド共著（=2011 小松源助監訳）『ソーシャル



ワーク実践における家族エンパワーメント ハイリスク家族の保全を目指して』中央法規

- ・増田雅暢（2002.9）「特別掲載 家族介護の評価と介護保険（4）」『週刊社会保障』（2201）50
- ・M/メイヤロフ（=1987）田村真・向野宣之訳『ケアの本質－生きることの意味』ゆるみ出版
- ・松井由香（2016）「息子介護者集うセルフヘルプ・グループ：同一化と差異化のはざままで」『人間文化創成科学論叢』（18）147－156
- ・松原日出子（2010）「住民参加型在宅サービス団体の歴史的意義と限界－地域福祉の新しい形を目指して－」『松山大学論集』（22）1 194-217
- ・ミシェル・フーコー（=1977=2003 田村淑訳）『監獄の誕生－監視と処罰』新潮社
- ・三菱総合研究所 人間・生活研究本部（2011）『地域支援事業の実施状況等に関する調査研究』
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2013.3）『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2017.3）『地域包括ケア研究会報告書－2040年に向けた挑戦』平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2013.3）『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2017.3）『地域包括ケア研究会報告書－2040年に向けた挑戦』平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
- ・水谷智洋（2009.3）『LEXICON-JAPONICUM Editio Emendata 羅和辞典』改訂版、第1刷、研究社
- ・三富紀敬（1997.3）「イギリスにおける在宅介護者の発見」『静岡大学経済研究』1（3・4）78～79
- ・三富紀敬（2000）『イギリスの在宅介護者』ミネルヴァ書房

- ・三富紀敬 (2008) 『イギリスのコミュニティケアと介護者－介護者支援の国際的展開－』ミネルヴァ書房
- ・三富紀敬 (2009) 「介護保障と介護者支援 (2)」『静岡大学経済研究』14 (2) 1－17
- ・三富紀敬 (2011) 「介護の社会化論と介護の歴史認識再考」『立命館経済学』59 (6) 152 (986)－162 (996) 立命館大学経済学会
- ・翠川純子 (1993) 「在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究」『社会老年学』(37) 16－26
- ・宮本太郎 (2008) 「地域再生の新しいデザイン」『研究年報 新しい公共と市民自治』協同総合研究所 209－223
- ・宮本太郎 (2010) 「二つの自由」への福祉国家改革」宮本太郎編集責任『自由への問い 2 社会保障』岩波書店
- ・宮本太郎 (2013) 「権力・承認・福祉社会 政治学的視点から」武川正吾編『公共性の福祉社会学』東京大学出版会
- ・本沢巳代子 (1996) 『公的介護保険－ドイツの先例に学ぶ』日本評論社 178
- ・森川美絵 (2018) 「日本の介護政策における『介護の社会化』の展開」須田木綿子・平岡公一・森川美絵編著『東アジアの高齢者ケア－国・地域・国家のゆくえ』東信堂 280－305
- ・森川美絵 (2019. 4) 「高齢者ケアの全社会的編成と家族ケアの展望」『社会福祉研究』第134号、鉄道弘済会 22－32
- ・森山千賀子 (2012) 「イギリスとフィンランドの介護者支援策－日本が学べる点を検討する」『研究年報』第17号 白梅学園大学 白梅学園短期大学 教育・福祉研究センター 3－13
- ・森山千賀子 (2012) 「介護の語義は変化する－質向上へのパラダイム転換を求めて－」 森山千賀子・安達智則編著『介護の質「2050年問題」への挑戦 高齢化率40%時代を豊かに生きるために』クリエイツかもがわ
- ・森山千賀子 (2014) 「介護者支援のための新たな視座の考察－ケアの論理を手がかりにして－」『研究年報』第19号 白梅学園大学 白梅学園短期大学 教育・福祉研究センター 3－15
- ・森山千賀子 (2014) 「日本の家族介護における家族の政策的位置づけの変遷－老人福祉法の成立期から10年毎区分の整理を通して」『福祉図書文献研究 第13号』91－103
- ・森山千賀子 (2016) 「地域包括ケアの中の家族介護者支援－K ケアチームの実践事例から

- 支援内容の概念化を試みる」『研究年報』第 21 号 白梅学園大学 白梅学園短期大学 教育・福祉研究センター 39-48
- ・ 森山千賀子 (2017. 3) 「介護離職問題から考える介護保障」『国民医療』冬季号 NO. 333 公益財団法人日本医療総合研究所 11-22
  - ・ 森山千賀子 (2017. 8) 「ケアラーの 4 つのモデルと支援のあり方に関する検討」東洋大学社会福祉学会報告要旨集 4-5
  - ・ 森山千賀子・午頭潤子・渡辺道代 (2017. 10) 「介護者支援のコア概念と支援機能ー「レスパイト」の概念に着目してー」日本介護福祉学会第 25 回大会抄録集 107
  - ・ 森山千賀子 (2020) 「介護者の集いの場における多様な介護者への支援プロセスー集いの場の運営スタッフへのインタビュー調査からー」『介護福祉学』(26) 2
  - ・ 内閣府男女共同参画局 (2016. 4) 『育児と介護のダブルケアの実態に関する調査』(内閣府委託調査：株式会社 NTT データ経営研究所実施)
  - ・ 中村佐織 (1995) 「アセスメント過程におけるクライアント・エンパワメントの意義『社会福祉』(36)日本女子大学 54-63
  - ・ 中川清 (2009) 「日本における高齢者福祉調査の形成と高齢者像ー1950 年代と 60 年代の生活実態調査を中心に」『同志社政策研究』第 3 巻 48-67
  - ・ 中谷陽明 (1992) 「在宅障害老人を介護する家族の”燃え尽き” : Maslach Burn-out Inventory 適用の試み」『老年社会学』29, 27-36
  - ・ 中谷陽明・東條光雄 (1989) 「家族介護者の受ける負担ー負担感の測定と要因分析ー」『社会老年学』(29) 27-36
  - ・ 中山亮 (2009) 「精神障がいのある親とその子どもの支援」『北海学園大学学園論集』(139) 97-105
  - ・ 新名理恵・矢富直美・本間昭 (1989) 「認知症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ー老年期痴呆の基礎と臨床』131-144
  - ・ 西野美和子・中島紀恵子 (1969) 「病人をもつ家族の問題 自宅死亡患者の事例」『保健婦雑誌』第 25 巻 3 号 38-46
  - ・ 西村昌紀 (2010) 「介護の成就ー高齢者との死別と家族介護者の適応ー」日米 LTCI 研究会編 高橋龍太郎/須田木綿子編集代表 『在宅介護における高齢者と家族』ミネルヴァ書房
  - ・ NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン (2011. 3) 『家族(世帯)を中心

とした多様な介護者の実態と必要な支援に関する調査研究事業報告書』

- ・ 認知症の人と家族の会愛知県支部・ケアラーマネジメント勉強会（2017）『ケアマネ応援！！自信がつく家族支援 介護家族アセスメントと支援』クリエイツかもがわ
- ・ 岡村裕・萩原清子（1995）「高齢者在宅サービスとしてのレスパイトケアとショートステイケア」『長野大学紀要』第17巻第1号 28-39
- ・ 奥山則子（1997）「文献から見た在宅での男性介護者の介護」『東京都立医療技術短期大学紀要』10、267-272
- ・ 大泉伊奈美・松岡英子（2002）「男性介護者と女性介護者のストレスの差異」一般社団法人日本家政学会研究発表要旨集 45（0）85-85
- ・ 太田喜久子（1992）「老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向」『看護研究』25（6）12-20
- ・ 太田貞司（1995）太田貞司他『24時間在宅ケアの条件』萌文社
- ・ 太田貞司（2011）太田貞司編集代表『地域ケアシステム・シリーズ①地域包括ケアシステム その考え方と課題』光生館
- ・ 太田喜久子（1994）「痴呆症老人と主たる介護者との家庭における相互作用の特徴：痴呆症老人の「確かさ」へのこだわりにより焦点をあてて」『日本看護科学会誌』14(4)29-37
- ・ 大和三重（2003）「介護保険制度下で働くケアマネジャーのエンパワメントフォーカスグループによる試み」『社会学部紀要』(94) 関西学院大学 75-88
- ・ 大和三重（2004）「介護保険制度3年後の課題—家族介護者へのエンパワメントの必要性」『社会学部紀要』(96) 関西学院大学 179-191
- ・ Pam Orzeck, Nancy Guberman, Lucy Barylak（2001）：Responding Creatively to the Needs of Caregivers（=2005 高橋流里子監訳）『家族介護者のサポート カナダに見る専門職と家族の協働』筒井書房
- ・ R.M. Moroney（1976）『The Family and the State: Considerations for Social Policy』London : Longman
- ・ 斉藤真緒（2003）「「ケア」をめぐるアポリアー「ケア」の理論的系譜—」『立命館人間科学研究』第5号 199-210
- ・ 斉藤真緒（2009A）「男が介護するということ—家族・ケア・ジェンダーのインターフェース」『立命館産業社会論集』45（1）171-188
- ・ 斉藤真緒（2009B）「日本における男性介護者支援の課題—「男性介護者と支援者の全国ネ

- ットワーク」の取り組みから]『生活協同組合研究』(403) 41-48
- ・ 斎藤真緒 (2011) 「現代的課題としての家族介護者支援」『共同対人援助モデル研究 1』立命館大学人間科学研究所
  - ・ 斎藤真緒・津止正敏・小木曾由佳・西野勇人 (2014) 「介護と仕事の両立の課題ーワーク・ライフ・ケア・バランスの実現に向けた予備的考察」『立命館産業社会論集』49 (1) 119-137
  - ・ 斎藤真緒 (2015) 「家族介護とジェンダー平等をめぐる今日的課題ー男性介護者が問いかけるもの」『日本労働研究雑誌』658 35-46.
  - ・ 笹谷春美 (2008) 「介護者支援ー日本型介護施策の残された課題」『学術の動向』
  - ・ 笹谷春美 (2013) 『フィンランドの高齢者ケア 介護者支援・人材養成の理念とスキル』明石書店
  - ・ 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
  - ・ 佐々木政人 (2017) 「家族ソーシャルワークを再考するーエンパワメント理論を基礎にー」『愛知淑徳大学論集ー社会貢献学部編』第7部 79-96
  - ・ 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法』新曜社, 東京
  - ・ 鮫島輝美 (2013) 「最期まで「在宅で療養したい」という思いを支える在宅ケア支援モデルの検討」『科学研究費助成研究成果報告書』
  - ・ 澁谷智子 (2017) 「ヤングケアラーを支える法律ーイギリスにおける展開と日本での応用可能性」『成蹊大学文学部紀要』第52号 1-21
  - ・ 冷水豊・本間みさ子 (1978) 「在宅障害老人をかかえる家族における世話の困難とその諸要因」『社会老年学』NO.8, 3-18
  - ・ 定廣和香子・舟島なをみ・杉森みど里 (1996) 「臨床場面における看護ケアの効果に関する研究: ケア場面における患者行動に焦点を当てて」看護教育学研究 日本看護教育学会 5(1) 1-21
  - ・ 寫末憲子・小嶋章吾 (2005) 「高齢者ホームヘルプ実線における生活場面面接の研究ーM-GTA(修正版ギラウンデット・セオリー・アプローチ)を用いた利用者の「持てる力を高める」プロセスの検討ー」『介護福祉学』12 (1) 105-117
  - ・ 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター (2017. 3) 『認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書』
- 平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康推進等事業)

- ・正野良幸 (2015. 2) 「英国ソーシャルワークの市場化とその課題」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』第 11 号 37-42
- ・首相官邸 (2016. 6 . 2) 「ニッポン一億総活躍プラン (概要)」  
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/pdf/gaiyou1.pdf>
- ・杉浦圭子・伊藤美樹子・三上洋 (2004) 「在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討」『日本公衆衛生雑誌』51 (4)、240-251
- ・杉澤秀博 (1992) 「介護老人の介護者における主観的健康観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
- ・杉原陽子・杉澤秀博・中谷陽明・柴田博 (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
- ・末永カツ子・瀬川香子・平野かよ子 (2005) 「精神障害者ホームヘルプサービス事業におけるヘルパー・利用者間の関係性に関する分析-ホームヘルパーと利用者へのフォーカスグループインタビューを実施して-」『東北保険学科紀要』14 (1) 21-32
- ・Solomon, B. B (1976) : Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities, New York : Columbia University Press.
- ・相馬直子・山下順子 (2017) 「ダブルケア (ケアの複合化)」『医療と社会』27(1) 63-75
- ・総理府統計局 (2018. 7. 13) 『平成 29 年度就業構造基本調査結果の概要』 (最終閲覧 : 2019. 12. 20 ) <https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2017/pdf/kgaiyou.pdf>
- ・鈴木奈穂美 (2018) 「オーストラリアのインフォーマル介護者の権利と支援施策の実態」専修大学社会科学年報第 52 号 59-93
- ・ ज्याニス・ウッド・キャタノ (2003) 三沢直子監修, 杉田真・門脇陽子・幾島幸子翻訳『親教育プログラムの進め方 ファシリテーターの仕事』ひとなる書房
- ・谷口敏代 (2017) 「介護福祉に関する質的研究への取り組みの留意点」『介護福祉学』(24) 1 49-57
- ・東京都社会福祉協議会 (1967) 『居宅ねたきり老人実態調査』
- ・東京都社会福祉協議会 (1969. 3) 『全国民生委員福祉モニター活動 居宅寝たきり老人実態調査報告-東京都の場合』
- ・東京都社会福祉協議会 (1983. 12) 『社会福祉関係調査報告書一覧』昭和 53-58 年度
- ・東京都老人総合研究所編 (1996) 『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光星館

- Torre, D (1985) Empowerment: structured conceptualization and instrument development, Doctoral Dissertation, Cornell University.
- 筒井孝子・東野定律他 (2008) 「要介護高齢者の主介護者におけるコーピング指標の開発に関する研究」『日本保健科学学会誌』11 (3) 103-114
- 筒井孝子 (2009) 「地域包括ケアシステムの未来ー社会的介護から、地域による介護へ」『保健医療科学』58(2)84-89国立保健医療科学院
- 津止正敏 (2007) 「終章 男性介護者研究の視座」津止正敏・斉藤真緒著『男性介護者白書 家族介護者支援への提言』かもがわ出版
- 津止正敏・斉藤真緒 (2007.8) 「家事にうろたえ、孤立に悩む夫たち、息子経ちー全国調査データが示した”現実” (男が「介護」に直面するとき)『論座』(147), 261-268
- 津止正敏 (2010) 「介護の社会化と介護者支援を考えるー介護保険10年目の検証」『福祉社会研究』(11) 3-23 京都府立大学公共政策学部福祉社会研究会
- Twigg, J(1989) Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal cares, Journal of Social Policy, 18(1).
- Twigg, J. and Karl A, (1994), Carers Perceived :Policy and Practice in Informal Care, Open University Press.
- 上田照子・橋本美知子・高橋祐夫 (1994) 「在宅要介護高齢者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
- 上田照子 (2004) 「介護保険制度下における在宅要介護高齢者の家族の介護負担」『流通科学大学論集、人間・社会・自然編』16 (3) 175-180
- 上村さと美・秋山純和 (2006) 「男性、女性在宅介護者の介護負担感の違い: Zarit 介護負担感評価尺度を用いた性差による比較」『理学療法学 Supplement2005』公益社団法人 日本理学療法士協会
- 宇田みどり・都筑千景・金井克子 (2017) 「訪問看護を利用している男性介護者の実態と支援ニーズー夫介護者と息子介護者の比較による検討」『神戸市看護大学紀要』(21) 49-59
- 矢吹知之 (2016) 「認知症カフェが生み出す新たな文化: オランダとイギリスの事例から」『ふれあいケア』22(5) 全国社会福祉協議会 16-21
- 矢吹知之 (2017.2) 「認知症カフェとは何かー世界の潮流と日本の現状」『介護保険情報』社会保険研究所

- ・山口麻衣 (2017) 「効果的な介護者支援の方法を身につける」『介護する人のために地域包括支援センターは何ができるか。』認定NPO 法人さいたま NPO センター 43-55
- ・山口麻衣 (2019) 「地域包括支援センターにおける介護者支援の課題－会議者支援の困難性に焦点をあてて」『ルーテル学院研究紀要』 (52) 1-12
- ・山崎章郎・二ノ坂保喜他編 (2012) 『病院で死ぬのはもったいない<いのち>を受けとる新しい町へ』春秋社
- ・山崎章郎 (2015) 「地域の中でホスピスケア (緩和ケア) - ケアタウン小平チームの取り組み-」『医療と社会』 Vol. 25 No1 87-95
- ・山田皓子・佐々木明子・高橋絹子 (1998) 「在宅療養高齢者の介護者の肯定的人間関係に関連する・要因」『日本看護科学会雑誌』 18 (4) 424-425
- ・湯原悦子・尾之内直美・伊藤美智予・鈴木亮子他 (2013) 「介護者セルフアセスメントシートの開発」『日本認知症ケア学会誌』 12 巻 2 号 490-503 (株) ワールドプランニング
- ・湯原悦子 (2014) 「介護者セルフアセスメントの効果検証」『日本認知症ケア学会誌』 13 巻 3 号 627-644 (株) ワールドプランニング
- ・湯原悦子 (2017A) 「家族の介護問題と家族支援のあり方－ケアする人を支える」『月刊福祉』 January2017 全国社会福祉協議会 28-31
- ・湯原悦子 (2017B) 『介護殺人の予防－介護者支援の視点から』クレス出版
- ・吉田里奈・岡村勇飛他 (2015) 「在宅療養者の介護者が在宅医療スタッフに求めている支援」『三重県立看護大学紀要』 18. 9-16
- ・和気純子 (1998) 『高齢者を介護する家族 エンパワーメント・アプローチの展開にむけて』川島書店
- ・wallhagen. M(1998) : Rasponse to “Salient factors that influence the meaning of family caregiving for frail elderly parents in Japan from a historical perspective” . Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal. 12 (2) :135-141
- ・渡辺俊之 (2013) 『新版 ケアを受ける人の心を理解するために』中央法規
- ・渡辺道代 (2012) 「家族・地域・社会のなかで生きる－介護者の視点から」森山千賀子・安達智則編著『介護の質「2050年問題」への挑戦 高齢化率40%時代を豊かに生きるために』クリエイツかもがわ 113-139



- ・ 尹一喜 (2017.3) 『「介護者の会」による援助特性－介護者支援の社会化をめぐる－』 東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科博士後期課程学位論文
- ・ 尹一喜 (2014.3) 『介護者が求める介護者支援－「介護者の会」による支援に着目して』 福祉社会開発研究第6号 79－87 東洋大学
- ・ WHO(世界保健機構)による緩和ケアの定義 (2002)  
<http://www.jspm.ne.jp/proposal/proposal.html>
- ・ 全国社会福祉協議会 (1968) 『寝たきり老人実態調査』
- ・ 全国社会福祉協議会 (1979.3) 『老人介護の実態調査最終報告書』
- ・ 全国社会福祉協議会 (1987) 『住民参加型在宅福祉サービスの展望と課題』

## 【資料】

### ＜認知症の人と家族の会愛知県支部 介護者憲章＞

この憲章は、「認知症の人と家族の会」という当事者の立場から、介護者支援の方向性を示すこと、介護を担っている家族の視野の広がり、自らの行為の価値を再認識し、「私自身も支援を求めてよいのだ」と思えるようになることを意図して作りました。

本憲章では、日常生活上の支援を必要とする「家族」に継続してサポートを提供している者を「介護者」と呼びます。（介護の専門職として働く方々は含みません）。

1. 介護者は、一人の人であり支援を必要とする人とは別個の存在である。

介護者は、介護者であると同時に、一人の人であり、介護をしてもその人自身の人生や生活があると気づくことが大切である。

2. 介護者は、自分の介護のありようを自ら決めることができる。

これまでの家族の歴史や介護を必要とする相手との関係性、自身の生き方を踏まえ、介護者としての役割をどのように担うのかについては、自分で決めることができる。

3. 地域社会のなかで、介護者の健康と幸せは護られる。

地域社会は住民がさりげなく支え合って生活していく「お互いさま」の場です。介護者が社会的に孤立しないよう配慮が必要です。

4. 介護者の経験と知識は地域社会の財産である。

介護者は介護に関する知識を豊富に持っています。さまざまな介護経験の蓄積は地域社会の財産となり、他の介護者を支えていきます。

5. 介護に関わる子どもや青年は、自分の生活を楽しみ自らの可能性を追求できる。

介護に関わる子どもや青年にも目を向け、彼らの将来の可能性が失われないよう、また彼らは自身の子ども／青年期の生活を楽しめるよう支援することが必要です。

6. 介護者にとって必要な支援は適切に行われるべきである。

住んでいる場所や自治体の財政、介護者の貧困や無知などの理由で差が生じないよう、すべての介護者に、支援はタイムリーに適切に十分に行われることが必要です。

（認知症の人と家族の会愛知県支部 HP より 2019.8.2 閲覧）

### ＜ユーロケアラーズ（Eurocarers、2004年設立）による介護者憲章＞

1. 役割の承認：介護者が、コミュニティケアに果たす中心的な役割を公式に承認した上で、この承認は、介護者に影響を与える全ての政策に反映しなければならない。
2. 社会的な包摂：介護者は、社会生活を享受する権利を保障される。
3. 均等待遇：介護者は、生活の全ての場面において均等に処遇されなければならない。
4. 選択：人々は、介護者化と介護負担の程度について自由に選び取る権利を持ち、介護を要とする人々は、介護者を選択する権利を持つ。
5. 情報：介護者は、彼女や彼の生活の局面に応じて希望する情報と助言及び訓練を容易に手にし、あるいは受けることができなければならない。
6. 支援：介護者は、介護者としての役割に関わる経済的にはもとより実際的あるいは精神的な支援を必要としている。
7. 介護から離れる：介護者は、介護から離れる機会を持たなければならない。介護者と要介護者双方に相応しい十分なレスパイトケアが用意され、介護者のニーズに応じて設計されなければならない。
8. 介護と仕事の両立：介護者は、介護と仕事との両立が可能でなければならない。
9. 健康の増進と保護：介護者自身の健康管理に関するニーズが承認されなければならない。
10. 経済的な安定：介護者は、日常生活上の援助に伴う貧困化を避けるために、賃金収入などに変わる手当と労働災害補償及び老齢年金などの社会保障給付によって保護されなければならない。

出典：三富 2011：988 による整理

## ＜フィンランド親族介護協会 10の提言＞

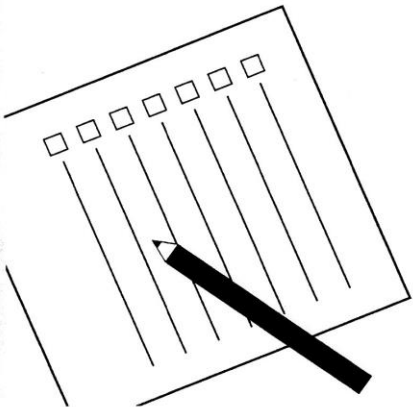
1. 親族介護にはそれに当然帰すべき評価が与えられなければならない。  
親族介護者が疎外され、社会的に引っ込んでしまう自体を社会全体で阻止するようにしなければならない。フィンランドは親族介護なしにやっていたい事実を認識すべきである。親族介護は単に施設ケアの代理介護の地位に甘んずるべきではない。
2. 親族介護状況は早期に認知されるべきである。  
行政担当者は親族介護状況の有無、その限界と可能性に関して敏感に反応すべきである。
3. 個々の親族介護関係に見合った正しい支援が行われなくてはならない。  
サポートやサービスの量は介護の拘束性や介護度が高くなるに従って増やさなければならない。職業を持つ親族介護者に保育などのケアを必要とする近親者がある場合には、日中保育以外の代替保育が提供されなければならない。
4. 親族介護は在宅ケアの全体像の中で捉えられるべきである。
5. 親族介護には十分な知識、講習、指導が提供されなければならない。  
自治体、教会、各種団体は親族介護を支援するために協働活動を行うべきである。
6. 親族介護者の健康や活動能力に十分な配慮がなされなければならない。  
定期的な健康診断、活動の維持やリハビリの可能性が提供されなければならない
7. 親族介護者には定期的な休暇の権利が与えられなければならない
8. 親族介護者にはピアグループ支援へ参加できる可能性があるべきである。  
行政担当者は親族介護者がその地区のピアグループの活動に参加できるように支援すべきである。
9. 介護関係は人間関係である。  
介護者と被介護者の日常生活や自尊の気持ちが維持されることを支援することが大切である。
10. 親族介護者には自分の生活への権利がある。  
良い親族介護とは自明であってはならないし、犠牲を伴うものであってはならないことを常に銘記すべし。

出所：笹谷春美（2013）『フィンランドの高齢者ケア 介護者支援・人材養成のリネンとスキル』

154－156 より

<認知症の人と家族の会 愛知県支部 介護家族よりケアマネジャーに伝えたいこと—アセスメントシート>

# 介護家族より ケアマネジャーに伝えたいこと



【介護家族より ケアマネジャーに伝えたいこと】用紙  
(公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部版)

(認知症の人と家族の会 愛知県支部 2012.7.27 版)

この用紙は、介護をしているあなたの体調や気持ち、考え方をケアマネジャーに知ってもらったためのものです。伝えたい事柄について記入し、それをもとに情報交換をし、家族みんなのよりよい生活づくりに役立てましょう。

1. 私が介護しているのは (該当するところに○)  
a. 配偶者/パートナー b. 自分の親 c. 義理の親 d. 自分のまようだい

e. 自分の子ども f. その他の親戚 g. 隣人・友人・知人

2. 私は、介護している人との人間関係について、次のように感じています (該当するところに○)。  
①介護する前は

a. よかった b. まあよかった c. 普通 d. あまりよくなかった e. よくなかった

②現在は

a. よい b. まあよい c. 普通 d. あまりよくない e. よくない

3. 次の①、②について、私はこう考えています (該当するところに○)。

①介護のために自分の生活 (仕事や学業、家庭や社会の役割) に支障が出るのは

a. 構わない b. まあ構わない c. やや抵抗がある d. かなり抵抗がある

②自分が介護を担うことは

a. 構わない b. まあ構わない c. やや抵抗がある d. かなり抵抗がある

4. 現在の自分自身の状態について、私はこう感じています (該当するところに○)。

① 体調は

a. よい b. まあよい c. ややよくない d. よくない

② 持病は

\_\_\_\_\_ があります

③ 睡眠は

a. よく眠れる b. まあ眠れる c. あまり眠れない d. 眠れない

(認知症の人と家族の会 愛知県支部 2012.7.27 版)

- ④ 食事は  
 a. よく食べられる b. まあ食べられる c. あまり食べられない d. 食べられない
- ⑤ イライラすること  
 a. よくある b. 時々ある c. あまりない d. ない
- ⑥ 落ち込むこと  
 a. よくある b. 時々ある c. あまりない d. ない
- ⑦ 孤立を感じる  
 a. よくある b. 時々ある c. あまりない d. ない
5. 私の介護を実際に手伝ってくれる人は (家族、親戚、きょうだい、友人など)  
 います いません
6. 困った時に頼める人は (介護サービス事業者も含む)  
 います いません
7. 私が悩みや気持ちを相談できる人は  
 います いません
8. 介護に関する専門的なことを聞ける人は  
 います いません
9. 私が介護をするうえで負担と感じるのは、○をつけた事柄です  
 (該当するものを全てに○)。
- |                           |               |              |             |
|---------------------------|---------------|--------------|-------------|
| a. 買い物                    | b. 食事の用意 (調理) | c. 掃除        | d. 洗濯       |
| e. 食事介助                   | f. 起床・就寝の介助   | g. 着替えの介助    | h. 洗面・入浴介助  |
| i. 排泄介助                   | j. 服薬介助       | k. 通院介助      | l. 夜間の世話    |
| m. 認知症の症状への対応 (もの忘れ、徘徊など) | n. 介護する人との会話  | o. 見守り       |             |
| p. 金銭管理                   | q. 仕事との両立     | r. 介護のため通うこと | t. 近隣との人間関係 |
| s. きょうだいや親戚との人間関係         | u. その他 ( )    | v. 負担は感じていない |             |

10. 私が介護のほかに行っていることは (該当するものがあれば○)
- |         |           |            |             |           |
|---------|-----------|------------|-------------|-----------|
| a. 特になし | b. 仕事     | c. 子育て     | d. ほかの家族の世話 | e. ボランティア |
| f. 学業   | g. 趣味 ( ) | h. その他 ( ) |             |           |
11. 私が自分の時間を持つことは (該当するところに○)
- |          |            |              |           |
|----------|------------|--------------|-----------|
| a. できている | b. まあできている | c. あまりできていない | d. できていない |
|----------|------------|--------------|-----------|
12. 今後、自分自身の生活において、大切にしたいこと  
 例：仕事は続けたい、家族の時間を大切にしたい、趣味の活動の時間を確保したい
13. 私が情報や支援を希望することは (希望するものを全てに○)
- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| a. 医療機関や介護施設に関すること    | b. 制度 (経済的な保障や手当など) に関すること |
| c. 介護の仕方や工夫           | d. 将来の見通し                  |
| e. 仕事との両立に関すること       | f. 自分の時間確保                 |
| g. 同じ立場の介護家族と交流する機会   | h. 悩みや心配事を相談する場 (カウンセラー等)  |
| i. 私が緊急時の、私が介護する人への支援 | j. その他 ( )                 |
14. 介護を抱えた生活をするにあたり、私が不安に思うこと、心配なこと
15. 私と家族に関することで、ケアマネジャーに知ってもらいたいこと

平成24年度老人保健事業推進等補助金（老人保健働働推進等事業）「多様な介護者を地域で支援するツールの検証および人材養成プログラムの開発等モデル実践に関する調査研究事業」

2012年11月



一般社団法人 日本ケアラー連盟  
ケアラーアセスメントツール部会

『効果的なケアラーアセスメントのために：』

ケアラーアセスメントシート（モデル版）活用ガイド』

目次

- [1] ケアラーアセスメントとは・・・・・・・・・・・・・・・・・・p1
- [2] ケアラーアセスメントシート（モデル版）開発の目的と特徴  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p1
- [3] ケアラーアセスメント（モデル版）開発プログラムの流れ・・p3
- [4] ケアラーアセスメント実施にあたっての留意点・・・・・・・・p4
- [5] ケアラーアセスメント（モデル版）のポイントと留意点・・p5
- (1) ケアラーアセスメント事前準備・・・・・・・・・・・・・・・・・・p5
- (2) ケアラーアセスメントの実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・p6
- (3) ケアラーアセスメントに基づく評価と実行プログラムの作成・・p14
- (4) ケアラーアセスメントシート開発のための感想・意見の集約  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p15
- [6] ケアラーアセスメントシートをケアラー支援に活用するために  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p16

**[1] ケアラーアセスメントとは**

ケアラーアセスメントとは、ケアラー自身のニーズを知り、ケアラーがどのような状況でケアを行い、ケアの役割を担うことかケアラー自身にどのような影響を与えているかを把握することです。アセスメントの結果、どのような援助やサービスが必要かを評価し、ケアラー自身がその人らしい人生を送ることができるように支援していくために活用します。ケアラーアセスメントはケアラーにケアを強制する目的のものでも、ケアを継続させることだけを意図したものでもなく、ケアラーをまず一人の人として尊重し、ケアを継続できる状況なのか、ケアが必要な人とのようなかわりや望んでいるのかなどを包括的に判断しながら、ケアをする人に最適な支援の方法は何かを明らかにするために行うものなのです。

「ケアラー」とは誰のことでしょうか、ケアラーの定義は様々ですが、ここでは、身体的障がい、知的障がい、精神障がい、精神障がい、認知症、がん・難病など、なんらかの自由な状態にある人（成人が子どもを問わず）のために、家族等の無償でケアを提供している人を指すことにします。これは多様な介護者に関する調査（介護者サポートネットワーク・オプス2011）における「ケアラー」の定義です。したがって、ここでの「ケアラー」は、要介護高齢者を介護する人だけを指すのではなく、障がいをもった子どもを育てる親や精神医療の士をケアする要など、多様なケアの担い手を含みます。

**[2] ケアラーアセスメントシート（モデル版）開発の目的と特徴**

ケアラーアセスメントシート（モデル版）の開発の目的

日本では、高齢者や障がい者自身のケアニーズに対するアセスメントを行う体制が整備されてはいますが、ケアラー自身に対するアセスメントを行う体制は整備されていないのが現状です。福祉サービスや介護サービスが充実しながらも、家族を中心とした多くのケアラーが日々、ケアを続けているにもかかわらず、ケアラーへのケアが必要であり、ケアラーのアセスメントが必要だと認識されてはいません。

欧米諸国の動向をみると、英国、米国、北欧などケアラーに関する法律や支援が整っている国もあります（三書 2010）。たとえば、英国では、ケアラーとサービスに関する1995年法（The Carers (Recognition and Services) Act 1995）において、一定の条件を満たすケアラーは自治体に自分自身のアセスメントを請求する権利が認められました。また、ケアラーの労務等に関する2004年法（The Carers (Equal Opportunities) Act）においては、ケアラーにケアラーアセスメントの請求権があることを知らせる義務を自治体に課しました（三書 2008：介護者サポートネットワーク・オプス 2012）。

このような現状をふまえて、我が国においても、ケアラーを支援する体制整備や政策が必要であり、ケアラーを支援する一の方法として、日本の文化や状況にあったケアラーアセスメントを作成し、その活用を通じて、ケアラー自身の生活をふまえたケアラーを支援するという意識をより多くの人で共有し、社会への働きかけを行うきっかけとなること、今回のケアラーアセスメントシート（モデル版）の開発の目的です。

#### [4] ケアラーアセスメント実施にあたっての留意点

アセスメント実施の際は、以下に書かれたインタビュアー担当者の基本姿勢をとるよう心がけるようにしましょう。

＜ケアラーアセスメントのためのインタビュアー担当者の基本姿勢＞

- 傾聴（話を聴く姿勢、あいづちなど）をこころがけてください。
- 話し方・声のトーン・態度（視線や顔くばり）に気を付けてください。
- 質問の方法に配慮してください。質問の方法としては以下の方法があります。
  - ・ 聞じられた質問…明確に答えが出せる質問
  - ・ 聞かれた質問…いろいろな答えがある質問
- 非審判的な対応をこころがけてください。
  - ・ 答えを判断するような対応、上から自衛的な対応などを避けてください。
  - ・ ありのままを認める、親身に接するなど、同じ市民としての対等な立場をとるようこころがけてください。

#### ● ケアラー（介護者）の心理・特性を理解しましょう

- ① 話すことへの抵抗感があることがあります。
 

「あなたの味方」であることを伝えましょう。
  - ② ケア（介護）を必要とする人（要介護者）にかかわる悩みとケアラー（介護者）自身の悩みがあることを理解しましょう。
 

ケア（介護）するあなたに焦点をあてていることを伝えましょう。
  - ③ ケア（介護）に関する”認めてほしい”と思う気持ちを理解しましょう。
 

承認やねぎらいのような認める言葉が必要です。
  - ④ ケアラー（介護者）がサービス・施設等に対し、罪悪感を抱きやすい気持ちを理解しましょう。
  - ⑤ ケアラー（介護者）がサービス・施設に対して、過剰な期待を持ちやすい気持ちを理解しましょう。
  - ⑥ 家族のきずなが強ければ強いほどケアラー（介護者）は苦しくなることもあることを理解しましょう。「もっとケア（介護）を頑張らなくてはい」と思いやすいこともあります。
- （出典 さいたまNPOセンター 20142）

#### [5] ケアラーアセスメント（モデル版）のポイントと留意点

##### （1）ケアラーアセスメント事前準備

- ① まず、本アセスメント開発プログラムに協いいただけれる可能性のあるケアラーを決め、協力依頼をする。（その際、その方が、ご近所や知人、親戚等、あるいはインタビュアーの所属する事業所のサービス利用者ではないことが望ましい）
- ② 協いいただけることになったケアラーにアセスメントの申請書に記入後、返送いただく。
- ③ 訪問してケアラーアセスメントをさせていただく日時と場所を調整する。場所は、協いいただくケアラーが自宅以外の場所を希望する場合は、喫茶店などでもよい。地図と行き方を確認する。訪問はハッキリ行うので、互いに面接の場所、待ち合わせや連絡方法を確認する。
- ④ 訪問時には、ケアラーアセスメント申請書のコピー、ケアラーアセスメントシート、名札、協いいただくケアラーに渡す謝礼（謝金あるいはお礼の品）を預かり準備する。
- ⑤ 申請書によく目を通しておく。アセスメントシートで聞く内容も確認しておく。
- ⑥ 事前に質問をする聞き役と記録役を決めておく。交代はOK。

ケアラーアセスメント申請書はA4サイズ2ページで、以下のような項目について、訪問アセスメント実施の前に、ケアラー自身に書いてもらうものです。協力依頼の際、わかる範囲でかまわないので、書けるところだけでも書いてもらうようお願いしていただきます。

##### ケアラーアセスメント申請書（モデル版）

- 1 ご自身について（氏名など）
- 2 あなたがケアしている人について
- 3 あなたとの関係
- 4 あなたがケアしている人が利用しているサービス
- 5 ケアラーとして援助している内容
- 6 あなたを手伝ってくれる家族や親戚、友人
- 7 ケアについてあなたが信頼して相談できる人や窓口
- 8 ケアの他にあなたがしなければならぬこと
- 9 ケアラーとしての問題や悩み（自由回答）
- 10 あなたの生活を楽にする支援とは（自由回答）
- 11 その他（自由回答）

##### \*ポイント

- ・ 依頼の際に、今回のインタビュアーの目的・内容をはっきりと伝える。
- ・ 協力していただくことに感謝し、記入後の申請書の返却方法や、訪問日時を確認する。