

2016 年度

東洋大学審査学位論文

「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—

福祉社会デザイン研究科 ヒューマンデザイン専攻 博士後期課程

4730110002 尹 一喜

序章 研究の背景と目的.....	4
第1節 研究の背景および問題意識.....	4
1. 介護者支援は社会の課題.....	4
2. 介護者に焦点をあてた研究の必要性.....	6
3. 介護者の会への参加が介護者にもたらす影響、援助特性を一般化する研究の必要性.....	8
第2節 研究の目的と仮説.....	9
第3節 研究デザイン.....	9
第4節 論文の構成.....	10
補節 用語の定義.....	11
第1章 高齢者扶養と介護者像の変化.....	13
第1節 高齢者扶養の変化.....	13
1. 高齢者扶養と家族形態の変化.....	13
2. 高齢者扶養の役割と意識の変化.....	15
第2節 介護者像の変化と介護者の現状.....	17
1. 介護者像の変化.....	17
2. 介護者の現状.....	20
第2章 介護者支援に関する取り組みの現状.....	21
第1節 国・自治体による取り組み.....	21
1. 介護保険制度.....	21
2. 高齢者虐待防止法.....	23
3. 介護休業制度.....	24
4. 家族介護支援事業.....	27
第2節 民間団体による取り組み.....	28
1. 公益社団法人 認知症の人と家族の会.....	28
2. NPO 法人 介護者サポートネットワークセンター・アラジン.....	29
3. 一般社団法人 日本ケアラー連盟.....	31
第3章 介護者と介護者支援に関する先行研究の検討.....	33
第1節 はじめに.....	33
第2節 介護者の実態および働く介護者の実態に関する研究.....	34
1. 介護者の実態に関する研究.....	34
2. 働く介護者の実態に関する研究.....	35
第3節 介護の概念化・理論化に関する研究.....	37
1. 介護の否定的側面に関する研究.....	37
2. 介護の肯定的側面に関する研究.....	39
3. 介護者の生活ならびに介護体験に関する研究.....	40

第4節	介護者支援および支援プログラムの開発に関する研究	41
1.	介護者支援に関する研究	41
2.	介護者支援プログラムの開発に関する研究	42
3.	介入に関する研究	43
4.	レスパイトケアに関する研究	44
5.	介護者支援の政策的検討に関する研究	44
第5節	考察	45
1.	家族介護者への支援に関する研究の現状	45
2.	家族介護者支援の意味についての視点	46
第4章	介護者の会がもつグループ機能についての分析枠組みの検討	47
第1節	本研究が対象とする介護者の会とはどのような組織か	47
第2節	グループ機能の検討	47
1.	相互援助グループとは何か	47
2.	セルフヘルプグループとは何か	50
3.	サポートグループとは何か	55
第3節	相互援助グループに関する先行研究の検討	56
1.	福祉領域における相互援助グループの検討	56
2.	高齢者介護の領域における相互援助グループの検討	58
第4節	グループとしての介護者の会	59
第5章	介護者の会による支援に関する質問紙調査	60
第1節	はじめに	60
第2節	調査方法	60
1.	対象	60
2.	調査の内容	61
3.	本調査で用いた尺度	61
4.	調査の手続きおよび分析方法	62
5.	倫理的配慮	63
第3節	結果	63
1.	対象者の概要	63
2.	「介護者の会」参加による変化	67
3.	ケアマネジャーから受けている支援と「介護者の会」からの支援との比較	70
4.	介護現役者と介護終了者との比較	73
5.	介護者が望む支援	77
第4節	考察	78
1.	「介護者の会」参加者の概要	78
2.	「介護者の会」による支援の特性	79

3. 介護者が望む介護者への支援とは.....	79
第6章 介護者の会による支援に関する質問紙調査の自由記述分析	81
第1節 はじめに.....	81
第2節 研究方法.....	81
1. 調査対象者と調査方法.....	81
2. 分析対象および内容.....	81
3. 分析方法.....	81
4. 倫理的配慮.....	82
第3節 結果.....	82
1. 現在介護中の人々の分析結果.....	82
2. 介護終了者の分析結果.....	82
第4節 考察.....	89
1. 介護中の人と介護終了者の自由記述の共通点と相違点.....	89
2. 介護終了者に特有のサブカテゴリー.....	89
3. 介護者の会における相互援助過程.....	89
第7章 介護終了者へのインタビュー調査.....	92
第1節 はじめに.....	92
第2節 研究方法.....	93
1. 調査対象.....	93
2. 調査期間および方法.....	93
3. 調査項目.....	93
4. 分析の手続き.....	93
5. 倫理的配慮.....	94
第3節 結果.....	94
1. 対象者の概要.....	94
2. 語りの分析.....	99
第4節 考察.....	114
終章.....	116
第1節 総括.....	116
第2節 介護者の会の援助特性.....	118
第3節 介護者の会の新たなとらえ方.....	124
第4節 本研究の課題と今後に向けて.....	125
引用・参考文献リスト.....	126
資料.....	136

序章 研究の背景と目的

第1節 研究の背景および問題意識

本研究にとりくんだ背景には次の3点がある。①介護者支援は社会の課題である。介護保険導入によって介護の社会化のためのサービス提供体制は整えられてきたが、介護者支援の基盤となる法制度は不十分である。家族の介護面に対する扶養意識は変わらないままであり、家族が介護役割から解放されたとはいえない。介護者像は変化し多様化している。そのため、社会的支援が促進される必要がある。②介護者に焦点をあてた研究、介護者をひとりの人間として、その人の生活の質（QOL）を保障するために、介護者が求める介護者支援についての研究が求められている。また、介護者自身が支援を必要としている。さらに、介護者は要介護者を支える人や資源ではない。③介護者の会への参加が介護者にもたらす影響、援助特性を一般化する研究を行なう必要がある。それによって、介護者が求める介護者支援が介護者の会で得られるのではないかと考え、研究にとりくんだ。以下、詳細を述べる。

介護者の会の援助特性を研究することによって、介護者支援のあり方や、これからの介護者支援の社会化を示唆するものが得られるのではないかと考え、研究にとりくんだ。以下、詳細を述べる。

1. 介護者支援は社会の課題

超高齢化社会に突入している日本においては、要介護者数も増加の一途をたどっている。平成26年版高齢社会白書によれば、介護保険制度における要介護者または要支援者と認定された人は、平成24年度末で561.1万人となっており、平成13年度末から262.8万人増加している。

日本では、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最後まで続けることを標榜する地域包括ケアシステムの構築をめざし、医療提供体制、介護保険制度ともに大きな改革が進められているが、地域ケアを強調するほど、在宅で介護を担う介護者自身の生活の質が懸念される。

介護保険制度創設時のスローガンの一つとして「介護の社会化」があげられる。研究者により「介護の社会化」が意味するところは異なるが、従来の家族依存的な介護体制からの脱却を目指すもの、介護体制の中心を「私（家族）」から「官（国家）」「民（市場）」「協（市民社会）」へと移行するものととらえられている。しかし、介護保険制度施行から16年が経過した現在、介護の社会化によって家族が介護役割から解放されたとはいえない。

今も、在宅介護を担う主介護者は同居の親族が62.6%（「平成28年度高齢者白書、2016」）であり、老老介護の増加、介護・看護を理由とした離職や介護・看病疲れによる自殺の減

少はみられないなど、介護者は介護保険制度施行後も依然として厳しい環境におかれている。また、介護者の高齢化（要介護者と主な介護者が65歳以上同士が51.2%「国民生活基礎調査」2014年）や、主な介護者が子の配偶者から実子へと移行（2001年「国民生活基礎調査」では、主な介護者は、子の配偶者22.5%、子19.9%であったが、2013年には、子の配偶者は11.2%に減り、子21.8%に増）、さらに、男性介護者が増加（2001年23.6%から2013年には31.3%に増）していた。就労しながら介護の担い手となっている実態は現存している（「全国国民健康保険診療施設協議会による調査」2012年によれば、介護者の介護前と介護後の就労状況は、男性38.3%、女性29.2%が職業の異動を経験していた）。

家族形態の変化をみると、2014年の国民生活基礎調査によれば、高齢者のみの世帯（高齢者単独世帯と高齢者夫婦のみの世帯）が55.4%であり、子どもと同居する世帯（40.6%）を上回っている。だが、高齢者扶養意識（内閣府「家族の法制に関する世論調査」2012年）をみると、「親の世話をするという介護面」は2006年よりも2012年が2%増加していて、介護が家族の役割だと感じている人はむしろ増加している。

介護保険制度では、サービスの対象となるのは要介護高齢者であり、高齢者を介護している家族を支援するという視点は不十分である。介護基盤整備に資金投入がなされ、要介護高齢者が在宅サービスを利用することを通して、間接的に介護者の休息や就労を支援してきた。通所系サービスや短期入所サービス事業所数は増え、24時間365日の在宅生活を支援するために新たなサービス類型も創設された。しかし、介護基盤整備の不足や偏りが解消されていないことは、介護離職者が減少していないことをみても明らかである。

さらに家族の介護役割の現実的な必要性と重要性は高まっている。藤崎（2009）は、訪問介護、とくに生活援助サービスの抑制に高齢者介護における家族責任の強化、「介護の再家族化」とも表現すべき傾向があることを指摘している。地域ケアシステムの構築に影響を与えてきた平成20年地域包括ケア研究会報告書では、介護保険サービスは介護の社会化に大きな役割を果たしてきたが、家族等が要介護者の生活を支えるうえで大きな役割を果たしていることも事実であるとし、介護者自身に対する直接的なサポートの強化の必要性を指摘している。家族に介護の役割を続けてもらうために、サポートを強化しようとしていると読み取れ、家族依存的な介護からの脱却とは逆の方向性がうかがえる。しかしこれは、高齢者扶養に関する意識調査からも同様の結果が読み取れる。高齢者扶養意識について、介護保険制度開始後も親の世話をする介護面を家族の役割と認識している人が増えており、育児や介護といったケア行為およびそれに基づく人間関係は、完全には外部化することができないとも読み取れる。

このように、家族による介護を前提として「介護の社会化」を進めるのであれば、要介護者へのサービスの充実のみならず、介護者を支援するという視点も必要である。介護保険制度などを通じて介護が社会化されつつある今日の介護環境の中で、依然として家族による介護の犠牲と固有の困難さがあるという認識に基づいて、介護者に対する社会的支援を促進していく必要がある。

しかし、日本では、介護者支援の基盤となる法制度は十分に整備されていない。要介護高齢者を介護する者について言えば、介護保険法を根拠とする家族支援事業は任意事業であり、自治体には行わなければならない義務はない。高齢者虐待防止法では「養護者」への支援が規定されているが、目的は支援を要する高齢者の権利利益の擁護であり、介護者支援はそのための達成手段にすぎない（湯原 2010）。

次に、家族による私的介護を社会の中に位置づけることについて考えてみたい。2001年6月に第100回ILO（国際労働機関）総会において、「家事労働者のためのディーセント・ワークに関する条約（第189号）」および付属する補完的な同名勧告（第201号）を賛成多数で採択した。これは、ILOが定めた国際的な労働基準をインフォーマル経済に初めて導入した極めて画期的な条約であり、対象となる家事労働者は世界全体で推計5,300万人から1億人と推測されている。この条約では、家事やケアに従事する家事労働者は、他の労働者と同様の労働者としての権利を有しており、妥当な労働時間や休暇等の労働条件など、労働者としての基本的な権利が保障される。これは、家族を対象とした働きではないが、インフォーマルな家事やケアを可視化すると同時に、他の有償労働と同等に扱われるべきであるという考え方を基礎づける非常に大きな第一歩であると考えられる（斉藤 2010）。また、介護者を労働者として捉えた場合、そこには一切の法的規制がない。労働者として介護者を守ってくれる手だてもなく、当然、無償で行われているものなので、賃金が発生するわけでもない。一般の労働者であれば保障されている、労働条件（労働時間・休日、介護によって発生するさまざまな危機に対する安全確保など）が一切保障されていない。

2. 介護者に焦点をあてた研究の必要性

筆者は、修士論文「介護職で家族介護も担っている二重介護者の実態に関する研究 - 優位性と困難性に焦点を当てて -」において、介護施設あるいは介護事業所に勤務する介護職568人にアンケートを行った。また、介護職で現在家族介護も担っている人を対象としてインタビュー調査を行った。結果、優位性として、介護の専門知識は技術を活用、専門職の同僚が身近にいてアドバイスが得られる。一方、困難性として、途切れない介護、精神的な負担等が明らかになり、家族介護と職業生活の両立には社会的支援が必要だという知見が得られた。介護職には知識や技術があるが一般の人にはない。介護の職場には様々な専門職がいるが、一般の人には身近ではない。修論を踏まえて、一般の介護者が抱える現状と求める支援について深めてみたい、介護者に焦点をあてた研究を継続してみたいと考えた。

介護者に関する研究をレビューしてみると、広く行われているが、介護者の位置づけはさまざまであることがわかった。Twigg and Atkin (1994) は、介護者の位置づけを4つに類型化している。主たる介護資源としての介護者 (carers as resources)、介護協働者としての介護者 (carers as co-workers)、クライアントとしての介護者 (carers as co-clients)、介護者規定を超えた介護者 (the superseded carers) の4類型である。

主たる介護資源としての介護者 (carers as resources) は、介護者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。関心は要介護者におかれ、介護者と要介護者に利害関係が起りうることは無視される。介護者は無料の資源とされ、インフォーマルなケアを公的ケアで対応しようとしたり、介護者の負担の軽減については社会的、政策的に関心がもたれない。これは、日本の伝統的な家族介護、とくに女性が介護の当然の担い手をされていた世界である。

介護協働者としての介護者 (carers as co-workers) は、介護者は専門職と協働してケアに従事する人として認識され、公的ケアとインフォーマルなケアの統合が試みられる。要介護者の状態を改善することが双方に共有される目的で、そのためには介護者の意欲、モラルが重要とされる。介護者の負担も考慮されるが、この目的の範囲においてである。このタイプは、介護保険制度下の現在の日本の状況に近いのではないだろうか。

クライアントとしての介護者 (carers as co-clients) は、要介護者だけでなくその介護者自身も援助の対象者であるという考えである。介護者のストレスを軽減し、その結果、高いモラルで介護役割を継続的に果たせることが期待され、さまざまな形でのレスパイトが大きな効果をだせるのもこのタイプである。これは、ケアプランにショートステイやデイケアが組み込まれることによって、実質的に介護者の負担軽減になっている場合もある。そのため、介護保険制度下でも部分的には該当する。しかし、その目的が介護者を援助の対象としているわけではないため厳密な意味でこのタイプとは言えない。

介護者規定を超えた介護者 (the superseded carers) は、介護状況にある要介護者と介護者を切り離し、介護者を要介護者との関係で従属的に規定しない立場である。両者を個人として個別的に支援する。このタイプが理想的とされ、ケアラー学も基本的にこの立場となる (木下、2012)。

ところで、日本における介護者を対象とした研究を概観してみると、介護者を主たる介護資源・介護協働者として捉えた研究がほとんどであり、介護者をクライアントとしてまたひとりの個人として捉えた研究は見当たらない。介護者支援のためには介護者を、介護を担う人として認識し、一人の個人であるという視点で研究を行う必要がある。

斉藤 (2010) は、最も重要な点として言われているのは、介護者の「二次的依存」という特性であると述べている。自分が要介護者になったときは当然、誰かへの依存状態となるが、「二次的依存」というのは、要介護者だけでなく、介護者も介護を担うことによって、特に経済活動を中心とする社会生活においてきわめて不安定で脆弱な存在になるということである。介護者は、他の人と同じようにどンドン外に働きに出られるわけではなく、自分の好きなときに自分の自由時間を享受できるわけでもない。その意味では、要介護者もまた、派生的に、依存的な存在にならざるを得ないと確認できる。

3. 介護者の会への参加が介護者にもたらす影響、援助特性を一般化する研究の必要性

介護者の会に着目して研究を行うこととしたのは、「介護者が介護者の会に集まるのはなぜか。」という筆者自身の問いがきっかけとなっている。

本研究では、介護者の会を相互援助グループとしてとらえ、研究を行なった。Shulman (2004) は、グループには共通課題をもつクライアントのための相互援助としての可能性があること、すなわち、メンバーがお互いを援助しあう理想的なグループ状態をめざす「相互援助システム」としてのグループワーク・アプローチに最大の関心を示している。相互援助システムとしてのグループの諸機能としては、①情報・事実の分かちあい、②弁証法的過程、③社会的タブー領域についての許容、④同じ運命体としての現象、⑤相互援助、⑥相互の要求と期待、⑦個人問題の解決、⑧リハーサル、⑨グループとしての強み、がある。

既存の専門職による支援に欠けているものが相互援助グループにはあり、相互援助グループに参加することにより個人が変化するとともに、それを通じて社会にも働きかける機能がある（伊藤、2009）という研究に出会った。現に、介護保険制度によるサービスなどは、要介護者のためのサービス・支援を社会化したものであり、現在の制度化された専門職による支援は、介護者を支援の中心に置いたものではない。介護者支援の制度や専門職支援が不十分な現状において、それを補う何かは相互援助グループ、相互援助グループとしての介護者の会にあるのではないかと考えた。

介護者の会に関する先行研究をレビューすると、介護者の会に関する研究は数自体が少なく、介護者の会の参加者のインタビューに基づく質的研究がほとんどであり、介護者の会への参加が介護者にもたらす影響を一般化して示すためには量的研究が求められることがわかった。

介護者は支援を必要とする人であり、要介護者を支える資源ではなく、介護者もひとり人間として、その人の生活の質(QOL)を保障することが重要であるという考え方に立つ。当然ながら介護者は、介護の担い手・支え手であると同時に、ひとり人間であり、個人の生活設計（自分の仕事をどうするのか、余暇時間、社会参加等）のバランスのなかで介護を位置づけていくことが大切である。介護によってさまざまな社会的不利益を被ることがあるとすれば、その社会的不利益をできるかぎり払拭する取り組みがなされなければならない。

また、介護者が自分の資源（身体、メンタルヘルス、自分の生活、身につけたいキャリア等）を枯渇させることなく介護をまっとうするには、社会的な支援が必要になることである。従来のように、「家族であればやって当然」ではなく、介護者は、社会的にきわめて弱い存在であるからこそ、介護者に対する支援・保障の社会化という視点が必要である。

これらをふまえて、3つの問題意識が整理された。

【問題意識】

1. 介護者をひとりの個人として捉える研究が欠如している。
2. 介護者の会が果たす機能と介護者に及ぼす影響との関連が明らかになっていない。
3. 介護者の会への参加が介護者にもたらす影響を一般化するために量的研究が必要である。

第2節 研究の目的と仮説

本研究の目的は、以下4点である。

1. 介護者の会の参加者の実態と介護者が求める支援を把握する。
2. 専門職による支援と介護者の会による支援の違いから、介護者の会の援助特性を明らかにする。
3. 介護者の会による内部機能を分析することが、介護者支援の社会化にとってどのような意味をもつのかを考察する。
4. 介護者支援の法制度の在り方や介護者支援の社会化の仕組みについて提起する。

研究目的を検証するために、以下のように研究仮説を立てた。

1. 介護者の会では、社会的サービスでは満たされない部分を支援しているのではないか。
2. 介護者の会による支援は、専門職による支援と異なるのではないか。
3. 介護者の会による支援は、介護者支援の社会化にとって独自の機能を持っているのではないか。

第3節 研究デザイン

介護者支援のとりくみの現状と、介護者自身が望んでいる介護者を中心とした介護者支援を把握し、介護者を支援する組織の一つである「介護者の会」参加者を対象として、「介護者の会」による支援がどのように役立ちどのような意味を持っているのか、専門職による支援と異なるのか、介護者の会による援助特性を明らかにする研究を行なうこととした。

研究協力を得た介護者の会は、行政主導・市町村の保健師などのよびかけで結成された会ではなく、首都圏を中心として、それぞれの地域で、介護者が自主的に結成した会である。特定のミッションに偏らず、様々な介護者がもつ悩みや問題に基づいた介護者の自主的・自発的な組織である。

研究目的に沿って、調査Ⅰ「介護者の会による支援に関する質問紙調査」、調査Ⅱ「介護者の会による支援に関する質問紙調査の自由記述分析」、調査Ⅲ「介護者の会終了者へのインタビュー調査」という3つの調査を実施した。

調査Ⅰ「介護者の会による支援に関する質問紙調査」は、介護者の会の参加者の支援ニ

ーズの概要を把握するための調査である。介護者の会参加者を対象に、参加者の実態を把握するとともに、介護者の会による支援とケアマネジャーによる支援との違い、介護者が求める支援ニーズを把握した。この調査では、介護者の会参加者の42%が、介護を終了したあとも介護者の会に継続して参加している者（以下：介護終了者）であることが判明した。なぜ継続参加しているのか、その理由や介護終了者の介護者の会での役割についてさらに研究する必要があることが見えてきた。

調査Ⅱ「介護者の会による支援に関する質問紙調査の自由記述分析」は、介護者にとって、介護者の会による支援がどのような意味を持っているのかを明らかにするための調査である。介護者の会による支援に関する質問紙調査の自由記述項目である、介護者の会に参加して一番良かったこと、を質的に分析した。

調査Ⅲ「介護終了者へのインタビュー調査」は、介護終了後も介護者の会に継続して参加している人を対象に、介護者の会による支援が、介護者支援の社会化にとってどのような意味をもつのかを考察するための調査である。介護終了者を対象として調査を行った理由は、介護者の会に入った経緯、介護者の会で得た援助、さらには、介護終了者として介護者の会に継続参加している理由、現在行っている役割や支援内容についても、長いプロセスをふりかえって言語化することができる。このことに、介護終了者に焦点をあてた研究は見あたらない。

そして、調査Ⅰ・調査Ⅱ・調査Ⅲの3つの調査結果より、介護者の会の援助特性、介護者の会の内的機能について総合的に分析・検討した。

第4節 論文の構成

本論文の構成を図1に示した。

序章では、研究の目的と目的にもとづく研究課題を示した。また、本研究が成される意義を述べ、さらに論文の構成を概観した。

第1章では、第1節により高齢者扶養意識について社会調査結果と家族社会学の文献等を参考に検討を行った。その結果、高齢者扶養意識について、介護保険制度開始後も親の世話をする介護面を家族の役割と認識している人が増えていることが確認できた。第2節では、介護保険制度施行後も依然として厳しい環境におかれている介護者の現状が再確認できた。また、介護者の高齢化や、主な介護者が子の配偶者から実子へと移行、男性介護者の増加、就労しながら介護の担い手となっている実態は現存しているなど、介護者像も多様化していることが明らかになった。

第2章では、介護者支援に関する取り組みの現状について検討を行った。第1節では、国・自治体による取り組みの現状について検討を行ったが、介護者支援の基盤となる法制度は十分に整備されていないことが明らかになった。第2節では、民間団体による取り組みの現状について検討を行った。民間団体による支援は、より現実的であり、介護者に寄り添った支援を行っていることが確認できた。

第 3 章では、介護者と介護者支援に関する先行研究（介護者の実態および働く介護者の実態に関する研究、介護の概念化・理論化に関する研究、介護者支援および支援プログラムの開発に関する研究についての文献研究）から、本研究の理論的背景を明らかにし、さらに本研究の位置づけを明らかにした。

第 4 章では、本研究の調査対象である「介護者の会」を相互援助グループととらえ検討を行った。第 1 節では、Shulman の援助過程技術論をもとに、相互援助システムとしてのグループの諸機能について検討を行った。第 2 節では、相互援助グループ中、セルフヘルプグループとサポートグループを取り上げ、それぞれの特徴と機能について検討した。さらに第 3 節では、福祉領域における相互援助グループに関する先行研究について整理をした。

第 5 章と第 6 章・第 7 章では、調査に基づく実証研究を扱った。

第 5 章では、「介護者の会」参加者を対象に質問紙調査を行った。その結果、介護者自身が望んでいる介護者支援を明らかにするとともに、「介護者の会」による支援と、ケアマネジャーによる支援とを、比較検討した。

第 6 章では、介護者の会で行われる参加者同士の相互援助過程を把握した。質問紙調査の自由記述を質的に分析した。

第 7 章では、介護終了者に対するインタビュー調査から、介護者にとって介護者の会による支援がもつ意味を明らかにするとともに、介護者の会の援助特性について検討した。

終章では、第 1 章から第 7 章によって明らかとなった研究結果を総括した。また、本研究によって最終的に得られた知見と成果を述べ、介護者の会がもたらす内部機能と相互援助過程について考察を深めた。さらに、介護者支援の社会化の方向性について提起した。

補節 用語の定義

1. 介護者

これまでの介護者研究において、介護者の定義が実に曖昧だったことが指摘されている（新名、1991）。本研究で用いる「介護者」とは、家族の一員に介護が必要になった場合、その介護を担っている家族員を指す。また、介護に従事する者については、介護職とする。

2. 介護終了者

要介護者を看取り終えた介護者を、介護終了者とする。

3. 介護者の会

介護者の会とは、要介護高齢者を介護する介護者の集いであり、要介護高齢者の疾病名や介護者の続柄で限定されたものではない。また、本研究で対象とした介護者の会は、行政主導・市町村の保健師などのよびかけで結成された会ではなく、首都圏を中心として、それぞれの地域で、介護者が自主的に結成した会である。特定のミッションに偏らず、様々な介護者がもつ悩みや問題に基づいた介護者の自主的・自発的な組織である。

研究背景と問題意識

【先行研究】(第1章、第2章、第3章)

- ・介護者支援は社会の課題
- ・介護保険導入後も介護面に対する扶養意識は変わらない
- ・介護者像の変化と多様化
- ・介護者支援の基盤となる法制度は不十分

【修士論文(介護職で家族介護も担っている二重介護者の実態に関する研究 - 優位性と困難性に焦点を当てて -)から得られた知見】(序章)

- ・対象と調査：介護職で現在家族介護も担っている人9名(インタビュー調査)
- ・結果：介護の専門知識や技術を活用、専門職の同僚が身近にいてアドバイスが得られる等の優位性がある一方、困難性として、途切れのない介護、精神的な負担等がある。
- ・考察：介護職であっても、家族介護を行う際には困難を抱えている。家族介護と職業生活の両立には介護者に対する社会的支援が必要である。今後、対象を広げて、一般の介護者を対象に、彼らが抱える現状と求める支援について深めてみる必要がある。

【問題意識】(序章)

- ・介護者をひとりの個人として捉える研究の欠如
- ・介護者の会が果たす機能と介護者に及ぼす影響との関連は明らかではない
- ・介護者の会への参加が介護者にもたらす影響を一般化するための量的研究が必要

研究仮説と研究の目的

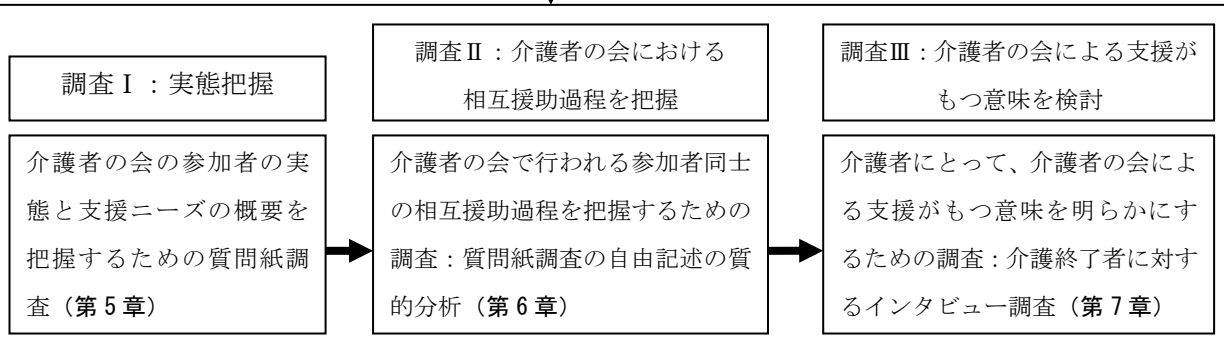
【研究仮説】(序章)

- ・介護者の会による支援は、専門職による支援と異なるのではないか
- ・介護者の会による支援は、介護者支援の社会化にとって独自の機能を持っているのではないか

【研究の目的】(序章)

- ・介護者の会の参加者の実態と介護者が求める支援を把握する
- ・専門職による支援と介護者の会による支援の違いから、介護者の会の援助特性を明らかにする
- ・介護者の会による内部機能を分析することが、介護者支援の社会化にどのような意味をもつのかを考察する
- ・介護者支援の法制度の在り方や介護者支援の社会化の仕組みについて提起する

調査



総合考察

- ・介護者の会の援助特性
- ・介護者の会の新たなとらえ方
- ・介護者支援の社会化をすすめるために
- ・今後の介護者支援に向けての提言

<図1. 本論文の構成>

第1章 高齢者扶養と介護者像の変化

第1節 高齢者扶養の変化

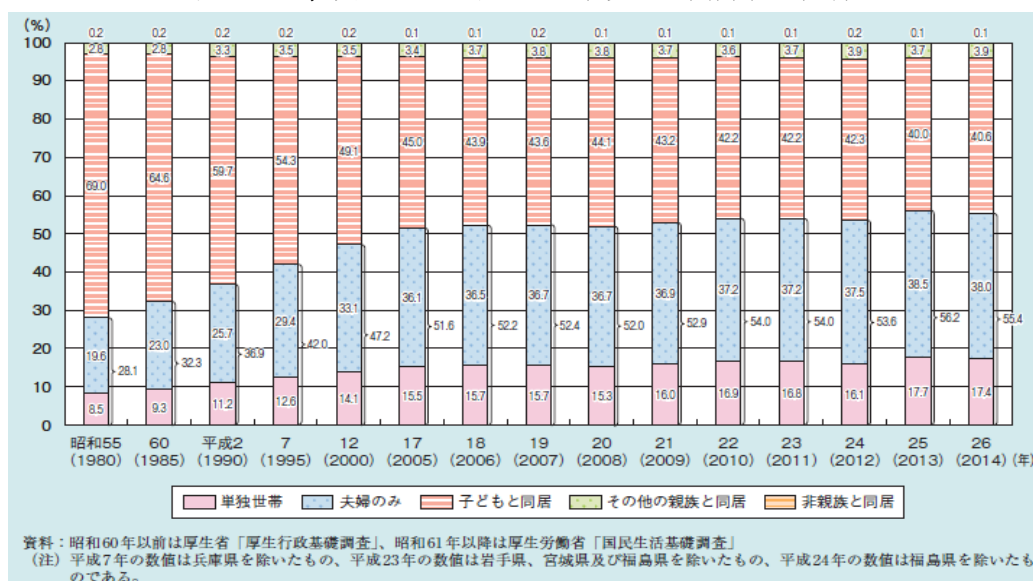
1. 高齢者扶養と家族形態の変化

家族社会学の領域では、家族が形態面において変化し始める1960年代から今日に至るまで、家族をとらえる分析視角は「集団から個人のネットワークへ」と変化してきたと言及する(森岡、1998)。目黒(1987)によれば、「家族の個人化」は親族組織の一員としての個人、あるいは家族集団の一員としての個人というあり方から、個人が一生のうちに多数の多様な家族または家族的連帯を経験するような方向に変わりつつあることを意味すると述べている。

また、鈴木(2005)は、家族形態を家族が何人の成員からなるのかという家族規模の側面と、どのような関係の成員によって構成されているのかという家族構成の側面から述べている。ここでは、その二つの側面を踏まえながら、家族形態の変貌と高齢者扶養について検討していきたい。

65歳以上の高齢者について子供との同居率をみると(図1-1)、1980年にほぼ7割であったものが、1999年に50%を割り、2014年には40.6%となっており、子どもとの同居の割合は大幅に減少している。その一方、一人暮らし又は夫婦のみの世帯については、ともに大幅に増加しており、1980年には合わせて3割弱であったものが、2004年には過半数を超え、2014年には55.4%まで増加している(平成28年版高齢社会白書)。このことは、これまで形態的には依然として直系家族が支配的であり、子どもの家族と同居することによって履行されてきた高齢者扶養が家族という集団から高齢者個人へと変化してきたと言えるだろう。

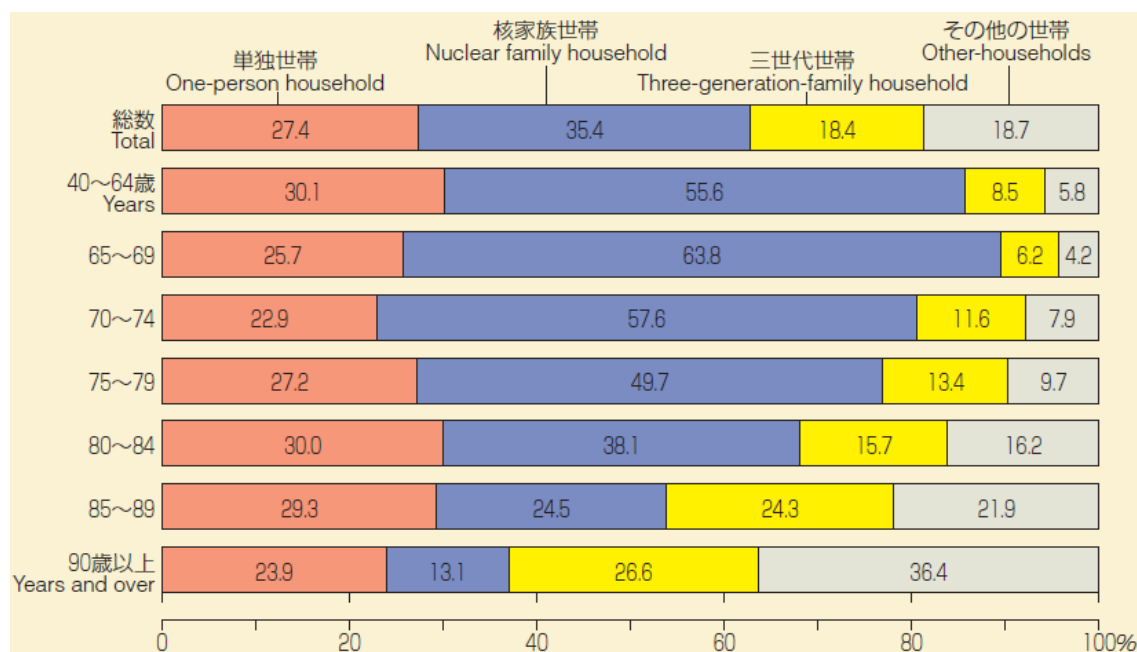
＜図1-1. 家族形態別にみた65歳以上の高齢者の割合＞



出典：内閣府「平成28年版高齢社会白書」2016。

しかし、結婚をきっかけに子どもは親夫婦と別居するが、「あと取り」となる既婚子夫婦の多くは数年経った後に親夫婦と同居する傾向があるという指摘（安藤、2004）もあり、既婚子の誰かが親と同居し、何かあれば面倒をみようという意識は強く、そのことによって直系家族性自体は維持されてきたという（浅利、2008）。実際のデータ（図 1-2）からみても、要介護者等の年齢が高くなるに従い、「三世帯世帯」が増加傾向であることが確認できる（国民生活基礎調査、2014）。

<図 1-2. 要介護者等の年齢階級別にみた要介護者等のいる世帯の世帯構造の構成割合>



出典：厚生労働省「平成 26 年グラフでみる世帯の状況－国民生活基礎調査（平成 25 年）の結果から－」2014.

注：世帯に複数の要介護者等がいる場合には、年齢が高い方に計上した。

また、全般的には親子間で別居化が進んでいるが、一方で親（夫婦、あるいは一人親）と未婚の子のみの世帯が増加（2000 年 14.5%→2014 年 20.1%）している点には注目が必要である。その背景としては、子どもの未婚化・晩婚化をあげることができる。高齢者の親が同居の未婚子を養っているケースと、逆に子供に扶養されているケースがあることも理解しておくべきであろう。

なお、Shanas ら（1968）によれば老親との同居形態では、夫方の親との同居か、妻方の親との同居かという親等別の調査が必要であるが、これについてはイギリスでは妻方の老親との同居率が親の高齢化につれて高くなる傾向があると報告している。しかるに日本の場合は表 1-1 のように、夫方の老親との同居率が高いという調査結果が出ている。

那須（2009）によると、日常的な生活の一体化には子どもとの空間的距離の問題よりは、生活を共同体験する時間的な変数のほうがきわめて大きな規定要因として作用するという。したがって、高齢者扶養に関しても時間的な共同体験が大きく影響することから、夫婦間にあっても、夫の親と同居するのか、妻の親と同居するのかによって、扶養の受け止め方

に差異が生じると考えられる。今後、高齢者扶養の実態や意識を調査する場合には、誰の親と同居しているのか、また同居年数や別居年数を媒介変数として設定する必要がある。

このように、高齢者扶養を考える時には、単純に家族世帯だけでは説明しきれない部分があるため、家族規模を検討すると同時に家族構成員も視野に入れる必要がある。

<表 1-1. 親との続柄別、同居・別居状況 (%)>

	夫の父	夫の母	妻の父	妻の母	親と同居していない	わからない
東京都区	9.3	17.8	5.6	3.7	75.7	-
6 大市	6.5	12.9	3.2	5.2	77.4	0.6
人口 1 0 万以上の市	11.4	19.1	1.6	4.7	72.0	0.8
人口 1 0 万未満の市	19.4	28.8	3.6	8.7	56.1	-
町村	25.6	37.1	3.6	7.1	47.0	0.5
総数	16.4	25.4	3.0	6.1	62.6	0.5

出典：総理府「家族法に関する世論調査」1968.

注：調査対象は 20 代～50 代の既婚者である。

2. 高齢者扶養の役割と意識の変化

家族は社会を構成する最も小さな単位である。家族成員の人数が減れば危険に対抗する力が目立って減ると言われている。多人数であれば、だれかが傷害を受けたり病気になったりしても、傷病者の介護と傷病者が担当していた役割の肩代わりをみなで分担し、打撃を分散することができる。しかし、人数が少なければ、誰か一人の傷病が集団の存立そのものさえ脅かしかねない。家族もそうである。

2014 年のデータでは高齢者のみの世帯（高齢者単独世帯と高齢者夫婦のみの世帯）が 55.4%であり、子どもと同居する世帯（40.6%）を上回っている。また、65 歳以上の高齢者人口と 15～64 歳人口の比率をみると、1950 年には 1 人の高齢者に対して 12.1 人の現役世代（15～64 歳の者）がいたのに対して、2015 年には高齢者 1 人に対して現役世代 2.3 人になっている。今後、高齢化率は上昇を続け、現役世代の割合は低下し、2060 年には、1 人の高齢者に対して 1.3 人の現役世代という比率になると推測している（平成 28 年版高齢社会白書、2016）。

このように、家族構成員の数の減少とともに、高齢者を扶養する現役世代の減少と高齢者のみの世帯の増加が著しい。

高齢者扶養の観点からみると、これからの高齢者扶養を考える時には、それに関わる役割を誰が担うのか、またその役割がどのように変化してきたのかについて検討する必要がある。

那須（2009）によると、戦前の扶養携帯が血縁的な扶養を主体とし、家督や家産や家業の血縁的継承を予定していたのに対し、戦後の同居扶養は生活の日常性への一体化を主体として構成される傾向があるという。また、同居形態での扶養の役割を「経済的援助の役割」と「情緒的な役割」にわけて説明している。ここではこの分類を参考にし、

同居と別居とを問わず、その役割がどのように変容してきたのかについて検討していきたい。

まず、経済的援助の役割について収入源をみると、「子どもなどからの援助」は男性より女性の方が割合が高い（但し、単身世帯以外では、自分自身の収入源だけでなく、同居家族等の収入源を含めて回答している場合がある）。また、時系列にみると、「子どもなどからの援助」が 29.8%（1980 年）から 7.8%（2010 年）と、減少傾向ではあるが、年齢階層別にみると、80 歳以上では 16.8%（2010 年）であり、子どもからの経済的援助が依然として高齢者の収入源の一部になっている（内閣府、2010）。

経済的援助の役割は、高齢者と子どもの双方の経済状態が大きく影響するから、階層差をとらえなければ明瞭にならないが、すべての子どもと別居する高齢者が経済的扶養を必要としない高い階層に属しているか、あるいは同居扶養を期待しても子どもの側が経済的扶養力をもたない低い階層に属しているかのいずれかであろう。したがって、子どもの収入が中流階層にランクされる場合には、同居扶養の形態をとりやすいという事情が考えられる（那須、2009）。

次に、情緒的な役割について、内閣府の調査結果（2010）をみると、「心の支えとなる人」をたずねているが、平均人数は、アメリカでは 2.98 人、スウェーデンは 2.27 人、日本 1.87 人となり、他国に比べると日本は低い数値であった。では、「心の支えとなる人」としてどのような人が挙げられているのだろうか。5 カ国を通じて大きな比率を占めているのは「配偶者あるいはパートナー」と「子供」である。日本の場合、「配偶者あるいはパートナー」が 65.3%、「子供」については 57.4%となっており、子どもより配偶者を挙げる人のほうが多い。さらに、「配偶者あるいはパートナー」と「子供」を挙げる人の比率をみると、5 カ国に共通して、男性は配偶者を女性は子供をより多く挙げる傾向が確認できる。日本についていえば、「配偶者あるいはパートナー」を挙げるものは男性 78.8%、女性 54.0%で、男性が 25%ほど高い。また「子供」を挙げるものは、男性 48.3%、女性 65.0%と、女性のほうが 17 %ほど高かった。

世帯類型別に「心の支えとなる人」をみると、単身世帯は「子供」（52.3%）、夫婦世帯は「配偶者あるいはパートナー」（91.4%）、夫婦と未婚の子の世帯では「配偶者あるいはパートナー」（日本 92.5%）、三世帯世帯では「子供」（71.3%）であった。このことから、世帯タイプの違いにかかわらず、配偶者と子供は多くの高齢者に「心の支え」として認識されていることが確認できた。

最後に、高齢者扶養意識について、家族役割に関する調査結果（2012）から検討してみたい。全国 20 歳以上の人を対象としたこの調査は、家族の役割を「子どもをもうけ、育てるという出産・養育面」「親の世話をするという介護面」「心のやすらぎを得るという情緒面」「日常生活の上で必要なことをするという家事面」と 4 つにわけてきている。最も大切だと思うのは何か聞いたところ、「親の世話をするという介護面」と答えた者の割合が 9.4%、「心のやすらぎを得るという情緒面」と答えた者の割合が 38.1%となって

いる（表 1-2）。時系列にみると、「心のやすらぎを得るという情緒面」は 49%（1996 年）から 38.1%（2012 年）に低下しており、家族の情緒的な役割が弱まってきたとも言えるだろう。

一方、「親の世話をするという介護面」は 8.6%（1996 年）→7.8%（2006 年）→9.4%（2012 年）のような変化をしてきた。1996 年から 2006 年にかけての変化は、2000 年に介護保険制度が施行されたことにより、家族による介護の役割が減ったように感じた人が増えたからかも知れない。しかし、2012 年の結果をみると、2006 年よりも約 2%ほど増加していることが興味深い。公的な制度が整えればそれに対する家族の役割と負担は減るはずだが、この結果をみると、むしろ介護保険制度がない時よりも介護が家族の役割だと感じている人が増加したともいえる。これで介護保険制度の施行によって介護が社会化されたと言えるのだろうか。また、性別にみると（2012 年）、「親の世話をするという介護面」を家族の役割だと意識している人は、男性が 11.3%、女性が 7.9%であり、女性より男性の方が家族による介護役割の意識が強い傾向であることが確認できた。

このように、介護は依然として家族の役割として残っており、却って介護保険制度の開始によってその認識が強くなっているように見える。

次の節では、家族の中でその役割を担っているのは誰なのかについて検討していく。

＜表 1-2. 家族役割の割合の推移（%）＞

	出産・養育面	介護面	情緒面	家事面	その他	わからない
1996 年	22.2	8.6	49.0	15.9	0.1	4.1
2006 年	29.2	7.8	44.4	15.8	0.8	2
2012 年	29.5	9.4	38.1	20.2	0.5	2.2

出典：内閣府「家族の法制に関する世論調査」2012.

第 2 節 介護者像の変化と介護者の現状

1. 介護者像の変化

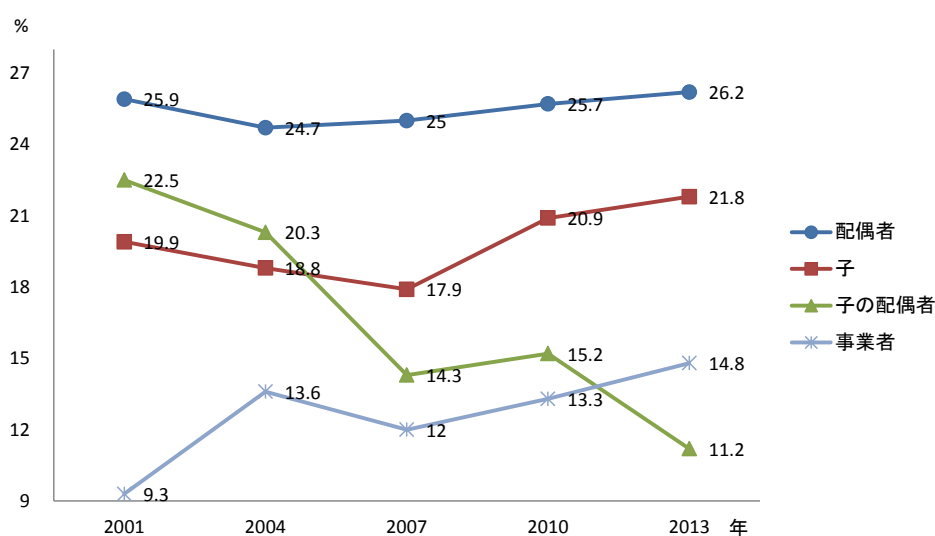
高齢者はさらに長生きになることから、さらに介護が必要となる。こうした高齢者の介護には、それを担う人が必要となる。ここでは、家族内で介護を担う介護者がどのように変化してきたのかについて検討してみる。

要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、要介護者等と同居している主な介護者が 62.6%、別居している家族が 9.6%、事業者が 14.8%となっている（平成 28 年版高齢社会白書、2016）。同居している主な介護者の内訳をみると、配偶者が 26.2%、子が 21.8%、子の配偶者が 11.2%となっている。また、この 3 つの続柄に関して時系列にみると（図 1-3）、配偶者と子の割合が上昇傾向である一方、子の配偶者の割合は著しく減少しており、2001 年に比べると 2013 年のその割合は 2 分の 1 となっている。これまで、在宅で介護を担うのは、子の配偶者とくに息子の配偶者である、嫁であるという意識が強く、実態も同様であった。しかし、この 10 年間の推移をみると、主な介護者が子の配

偶者から子へと移行しているように見える。

さらに、同居している子の配偶者と別居している家族よりも事業者が主な介護者になっている割合が大きいのは非常に興味深い。これは、高齢者のみの世帯の増加（2000年46.8%→2014年、55.4%）と子どものいない世帯の急増（1990年、11.7%→2000年、16.5%）、そして介護保険制度の導入等が影響していると考えられる（平成17年版国民生活白書）。なお、65歳以上の一人暮らしの男女を対象に、65歳以上の一人暮らし高齢者が、病気などの時に看護や世話を頼みたいと考える相手をたずねた調査（平成28年版高齢社会白書）でも、子供がいても「ヘルパーなどの介護サービスの人」と答えた人は男女それぞれ6.7%、9.5%となっており、高齢者の意識が変化している点もその一因であると推測できる。

<図 1-3. 続柄別にみた主な介護者の割合の推移>



厚生労働省、平成13～25年「国民生活基礎調査」を参考に筆者作成。

次に、介護者の性別については、男性が31.3%、女性が68.7%と女性が多くなっている。しかし、時系列にみると、男性は増加、女性は減少傾向にある（表1-3）。とくに、男性介護者の場合、現在65万人程度がいると見込まれる（男性介護者に対する支援のあり方に関する調査研究事業報告書、2011）。また、高齢者のみの世帯の増加、夫婦の年齢差の縮小、認知症高齢者の増加（特にアルツハイマー型認知症の発症は女性に多いといわれている）、未婚や離婚率の増加などを背景に、男性介護者による介護は今後もさらに増加すると予測される。

<表 1-3. 性別からみた主な介護者の割合の推移 (%)>

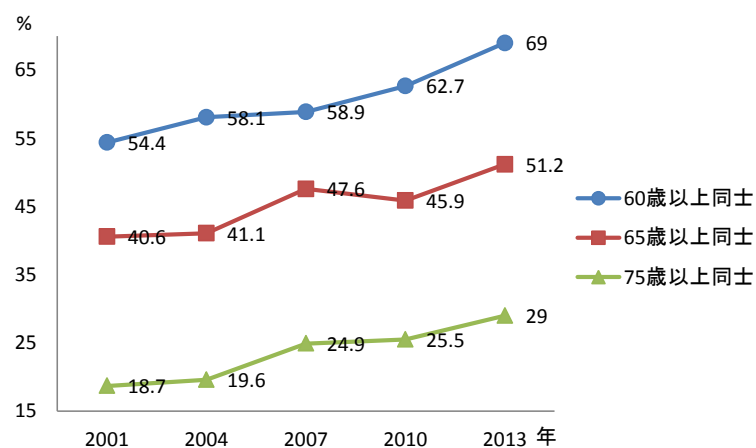
	2001年	2004年	2007年	2010年	2013年
男	23.6	25.1	28.1	30.6	31.3
女	76.4	74.9	71.9	69.4	68.7

内閣府、平成13～25年「高齢社会白書」を参考に筆者作成。

地域からの孤立によって、男性介護者が引き起こす、高齢者虐待、介護殺人などの事件は 7 割を占めている。これらの背景には、男性介護者は家事に不慣れなどのほかに離職・転職による経済的な面での困難を抱え、孤立した介護生活に追い込まれるなどの問題がある。この問題の解決策を探るために、男性介護者の実態や男性介護者のニーズ等を把握するための調査・研究が 2010 年を前後にして行われ始めた（津止ら、2007）。今後、介護者支援を考える時には、男性介護者が抱える様々なニーズを正確に把握することが必要であり、それをふまえて、介護支援体制には性別に応じた配慮を行なう必要がある。

最後に、要介護者等と同居している主な介護者の年齢構成について 2001 年と 2013 年を比べてみると、2001 年において、介護者は「50～59 歳」が最も多かったが、2013 年においては「60～69 歳」が最も多くなっている。この変化の背景には、2001 年調査時点では 52～54 歳であった、いわゆる団塊の世代の人が、2013 年調査時点では 64～66 歳になったことが考えられる。また、主な介護者の中、男性では 69.0%、女性では 68.5%が 60 歳以上であり、いわゆる「老老介護（65 歳以上の要介護者等を 65 歳以上の者が介護している場合）」のケースも相当数存在していることがわかる。年齢別にみた同居の主な介護者と要介護者等の割合の年次推移（図 1-3）をみると、60 歳以上同士、65 歳以上同士、75 歳以上同士の組み合わせにおいて、いずれも上昇傾向である。

＜図 1-3. 年齢別にみた同居の主な介護者と要介護者等の割合の年次推移＞



出典：厚生労働省「平成 26 年グラフでみる世帯の状況－国民生活基礎調査(平成 25 年)の結果から－」2014.

このように、主な介護者は子の配偶者から子へと移行しつつあること、事業者の割合が増えていることが確認できた。また、男性介護者の割合が 3 割を超えていることから、介護支援体制には性別に応じた配慮が必要であることも示唆された。さらに、介護者も高齢化していることから、介護者を支援するシステムを構築することが急務であると再確認できた。

2. 介護者の現状

ここまで、介護者像がどのように変化してきたのかについてみてきた。ここでは、介護者がどのような環境にあるのか、その現状について検討していきたい。

まず、介護者の介護前と介護時の就労状況についてみてみたい（社団法人全国国民健康保険診療施設協議会による調査、2012）。介護時の就労状況は、介護前に「正社員・職員として勤務」の男性の40.0%が「無職」となり、女性の場合も33.7%が「無職」に移行した。特に男性の老親介護については「正社員・職員として勤務」が14.3%に減少し、「無職」が介護前の13.3%から介護時35.8%へと大きく増加した。介護時の就労状況は老老介護では介護前同様「無職」が多いが、老親介護の場合は正職員、パート等の勤労者が大幅に減少し「無職」が多くなっており、介護前後の就労状況は老親介護の特に男性において老老介護よりも顕著な変化が見られる。背景としては、介護者自身が定年退職したことも考えられるため、介護時に65歳未満の介護者について就労状況の推移を見ると男性では介護前に「正社員・職員として勤務」していたものがそのままの就労を続けている割合は57.4%、「無職」に移行したものが28.9%であり、女性では同様に58.0%、30.2%であった。介護開始時点で就業していた可能性が高い老親介護で介護前と介護時での職業の異同を見ると男性で38.3%、女性で29.2%が職業の異動を経験していた。

次に、同居している主な介護者が1日のうち介護に要している時間をみると、「必要な時に手をかす程度」が42.0%と最も多い一方で、「ほとんど終日」も25.2%となっている。要介護度別にみると、要支援1から要介護2までは「必要な時に手をかす程度」が最も多くなっているが、要介護3以上では「ほとんど終日」が最も多くなっており、要介護4以上では約半数がほとんど終日介護している。さらに、介護の内容別にだれがその行為を行っているのかについてみてみると、「入浴介助」「洗髪」「身体の清拭」は事業者のみが行うことが多く、それ以外は家族等主な介護者のみが行う割合が多かった。そのうち、事業者と介護者による行為として一番多い割合を占めたのは「排泄介助」であった。このように、在宅に事業者が入ったことによって、分業化された部分はあるが、事業者が入っていても、依然として介護者のみが行う介護関連行為は多いものである。

第2章 介護者支援に関する取り組みの現状

第1節 国・自治体による取り組み

1. 介護保険制度

高齢化の進展とともに、寝たきりや認知症等によって介護の必要な高齢者の数も増加し、要介護高齢者を支えるにはこれまでのように家族だけでは限界があり、社会全体で担う必要性が唱えられた。高齢化は今後さらに進み、社会的、経済的な要因だけでなく家族形態の変化や老親扶養の考え方の変化もあいまって現状のままでは増加する要介護高齢者のニーズに応えることは難しい。そこで介護の財源を確保し、要介護高齢者を支えていく公的な仕組みとして介護保険制度が創設された。

介護保険制度は、国民の共同連帯の理念と利用者個人の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援する目的で創設された。この制度の創設にジェンダーの視点からは、従来の家族という私的介護の問題から社会的領域の問題へと移行し、嫁、娘を中心とする女性の過重な負担が軽減されるであろうという期待感があった。

しかし、制度の導入後、介護者への負担には変化があったのだろうか。厚生労働省の調査結果をみると、2000年4月以前からサービスを利用していた者の現在の制度に対する評価では、「家族の介護負担が軽くなった」、「気兼ねなく利用できるようになった」、「(ケアマネジャー等に) 要求・苦情を言いやすくなった」という回答が多いと報告している。この結果は、一見介護保険による介護者の負担が軽減されたようにみえるが果たして本当にそうなのであろうか。この種の調査結果は一様に介護保険のサービスを利用することによって介護者の状況は好転したと解釈するものが多い。そもそもこれらの調査には、介護保険制度の利用によって介護者に及ぼす負の影響に関する項目すら設けられていなく、負担が減少したと前提した上で調査を行っているようにもみえる。したがって、このような調査報告をもとに介護保険制度の評価を結論づけてよいのであろうか。

日本労働組合総連合会が行った『要介護者を介護する人の意識と実態に関する調査』(2014)では、介護者の80.0%が「ストレスを感じている」と答えており、「ストレスは感じていない」18.6%を大きく上回っている。また、虐待の有無については、「虐待がある」と答えた人が全体で12.3%であり、介護者のストレスが虐待にもつながっていることが明らかになった。なお、介護保険サービス全体の満足度をきいたところ、「満足」60.8%が「不満」35.4%を大きく上回っており、介護保険サービスへの評価は高い。しかし、不満の理由をみると、「自己負担額が大きい」45.6%、「事情や希望に対応したものが少ない」36.8%、「サービスが利用しづらい」23.3%となっている。

神戸市(2002)の調査でも、介護保険サービス利用によって「介護に関わる時間が増えた」3.1%、「身体的にきつくなった」3.0%、「精神的にきつくなった」4.9%、「時間に余裕がなくなった」2.9%、「経済的に苦しくなった」7.0%という結果がでている。

厚生労働省や地方自治体の調査では、全体として介護者の負担は軽減されたと公表しているが、介護者の実態はこの解釈とかけ離れている。

このように、介護保険制度の評価研究においては、ホームヘルパーを主体とする在宅介護体制がどこまで進んだか、また介護の社会化によって、介護負担の変化を分析した研究などが報告されているが、介護者の介護負担の問題はいまだ残されていることが明らかである。

牧里（1992）は介護の社会化を、要介護者の残存自立能力を開発し、自己実現を可能とするために、要介護家族の介護力を高めるために、その介護を家族にのみ荷重に依存するのではなく、家族外体系の社会資源を積極的に活用しながら家族と社会の間での共同介護もしくは協働的介護が行われるプロセスおよび取り組みと暫定的定義をしている。

しかし、社会で支えるというときの私的介護の位置づけについては、必ずしも共通化、明確化されたものはない。そのような不確実なところで、介護保険制度による社会化によって家族介護の負担は軽減されるものと期待し、進まない実態に苛立ちを感じている。介護保険制度導入にあたっては、従来介護者だけに負担を押し付けるのではないことが前提であったため、要介護認定に関しても家族の有無が認定に影響を与えないように指導されてきた。しかし、実際には家族というインフォーマルなセクターがなければ在宅介護はあり得ない。統計からみても、500万人の要介護認定者の圧倒的多数は、家族と暮らしているか、あるいは一人で暮らしながら家族のサポートを受けているという方が合わせて8割を超えている。2000年の介護保険施行以降、急激に増えているのも、家族と一緒に暮らす要介護者、あるいは一人で暮らしている在宅の要介護者である。介護保険導入後も、介護者は増え続けて、介護時間は増え続けている。

では、介護する家族の労働はどのように評価され、支援されるべきなのか。介護保険制度の政策過程をふりかえると、『新たな高齢者介護システムの構築をめざして』の具体的な提言の多くは現行制度に反映、実現化していった。しかし、「在宅ケアの推進について」の項目中の家族介護に対する評価については「外部サービス利用との公平性等を考慮し、現金支給を検討すべき」と積極的意見が出されたが、慎重な検討が必要と加えられて審議は見送られた。その後の老人保健福祉審議会（）の経過で、各委員から現金支給に対しての賛否両論がまとまらず、結局、最終報告においても消極的意見と積極的意見の両論併記で終わった。

増田（2003）は、介護保険制度の政策過程分析の研究を通し、家族に対する給付として、介護手当に関する議論が情緒的レベルや財政的視点や事業者からの発想にとどまり、社会保険における保険給付の意義、被保険者の立場からの議論、家庭内の介護労働への評価という観点からの議論が不足したままになったことを指摘している。その背景には、財政的事情や本格的論議を持つ時間的余裕をつくらなかった政治的判断

が推察される。

関連の審議資料を通してみる限りにおいても、介護に対する評価と給付は現金給付に限定した賛否両論でとまり、現金給付にかわる介護手当の内容の検討には踏み込んでいないと推察される。財政的事情を鑑みながらの制度の維持は不可欠である。しかし、家族で介護するか、しないかは利用者とその家族が選択するものである。よって、どちらを選んでも不公平感のない給付をめざすことも今後の改正論議が必要であると考える。

2. 高齢者虐待防止法

介護の社会化などを目的に、2000年に介護保険制度が導入された。以降、第三者（行政、ケアマネジャー、介護サービス事業者など）による家庭状況の把握により、家庭内における虐待の問題が表面化された。親子げんか、夫婦げんかと認識されていた事柄が、家族だけでは対応できない、近隣の住民も介入できない、介護サービスの利用だけでは補いきれない社会問題と捉えられるようになった。

2005年11月1日に国会において、高齢者虐待の防止、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）が議員立案で可決、成立し、2006年4月1日から施行されることになった。

この法律では、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持によって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下、養護者に対する支援）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的としている（第一条）。

在宅で養護者による虐待が起きる場合には、虐待している養護者を加害者として捉えてしまいがちだが、介護疲れなど養護者自身が何らかの支援を必要としている場合も少なくない。厚生労働省の調査結果でも、養護者による虐待の発生要因中、最も回答が多い要因は「介護疲れ・介護ストレス」23.4%であった。また、他の家族等の状況や経済状況、医療的課題、近隣との関係など様々な問題が虐待の背景にあることを理解しておく必要がある。したがって、ここでは介護者支援の観点から高齢者虐待法を検討してみたい。

高齢者虐待防止法において、養護者とは「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの（第二条）」とされており、高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等が該当すると考えられる。日本社会福祉士会が出した「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の改正及び運用改善に関する意見」（2010）では、養護者の範囲について次のように指摘している。現行法は、養護者の

範囲を「現に養護しているもの」としているが、家族関係の多様性を反映し虐待者も様々であり、同居の孫や別居の親族、知人等による虐待もあることから、それらの者からの虐待に対応するため養護者の範囲の見直しが必要である。また、養護者という言葉から、養護されていない自立の高齢者は法の対象者でないと考えている自治体もある。そのため、養護者の意味を明確にすることも必要であるとし、養護者の範囲を「特に必要がある場合は、現に養護している養護者以外の同居の親族、別居の親族やそれと同等の関係にある者を含むもの」と見直す必要があると指摘している。

養護者の支援については、「養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずる（第十四条）」ことが規定されている。しかし、相談、指導、助言方法について、具体的な内容・方法が明記されていないため、誰がどのように関わるのか等支援計画の中で明確にして対応・評価していくことが必要である。また、養護者支援の目的が、被虐待高齢者の保護と養護者支援の考え方に混乱がみられるので、その目的が「養護者の負担の軽減」なのか「虐待の再発の防止」なのか、それとも両方の意味を含んでいるのかを明確にする必要がある。なお、養護者支援について、虐待だと判断されたときの対応・支援のみならず、終結後においても継続的に支援を行う必要があると考える。

以上のように、高齢者虐待の問題を高齢者や養護者のみの問題として捉えるのではなく、家族全体の状況からその家庭が抱えている問題を理解し、高齢者や養護者・家族に対する支援を行うことが必要である。

3. 介護休業制度

大沢（2011）は「いま日本では、仕事とケアが両立できる働き方を非典型的の働き方とみなしている。しかし、介護はだれでも直面する課題であるとするならば、仕事と家庭（介護）が両立できる働き方こそ典型的な働き方になる必要がある。このような発想の転換をしたあとに、そこに焦点を当てて税や社会保障制度を見直す。このことこそがいまもっとも社会に求められている働き方革命であり、社会保障制度革命なのではないだろうか。」と指摘している。このように、介護をしながら働いている人は今後増えると予測されることから、彼らの生活スタイルを支えていくための仕組みを構築していかなければいけない。

超高齢社会の中、要介護者が増加している現状は、その介護にあたる家族員の働き方にも影響を与える。総務省の2012年就業構造基本調査によると、15歳以上人口について、介護をしている有業者は291万人であり（男性131万人、女性160万人）、前職を「介護・看護のため」に離職した者は、過去5年間で48万7千人となっている。男女別にみると、男性は9万8千人、女性は38万9千人となっており、女性が約8割を占めている。介護をしつつ働いている者は、特に40代・50代の働き盛りが多く、その世代の従業員は、企業において中核的な人材として活躍している場合も多い。また、

一旦離職すると再就職が困難になる場合などが想定される。

仕事と家庭の両立が及ぼす影響については、共働きの妻あるいは夫の心理的状态への影響や、子どもに及ぼす影響について一定の研究蓄積がある。しかし、介護と仕事の両立等が介護者にどのような影響を及ぼしているのかを検討した研究は数少ない。中西（2013）は、介護負担感に影響を及ぼす諸要因のうち、とくに経済状態と就労状態に着目して分析を行った。その結果をみると、男性の場合は自身の就労状態よりも世帯の経済状態によって介護負担感は左右され（世帯年収が低いほど介護負担感が高い）、介護の環境としての経済の重要性を示していた。また、女性の場合は、正規就労に従事しながら介護を行っている女性は、無職の状態で介護を行う女性よりも介護負担感が低いという結果が出ており、就労していることが介護負担感を減少させることが示唆された。就労している場合でも、非正規就労や自営・家族従業者として働いている場合には、正規就労の場合よりも介護負担感が高かった。つまり、単に就業役割を持っているか否かが介護負担感に影響を及ぼしているのではなく、雇用形態に左右される部分が大きいといえる。

また、仕事と介護の両立に関する労働者アンケート調査中、離職後の変化を尋ねたところ、負担が増した（非常に負担が増した、負担が増した）としている人は、経済面について 74.9%、精神面について 64.9%、肉体面 56.6%であり、いずれも負担が減るのではなく、むしろ増したとの回答割合が高かった。介護者の経済的基盤の揺らぎは、介護者が要介護者の年金などに依存せざるを得ないというねじれた関係を発生させやすく、介護を終えた後の介護者自身の生活への直接的なダメージだけではなく、精神的な不安をも増大させるのである。

このように、安定した就労・経済状態が介護負担感を低くしており、介護者の就労継続支援を行うことは、介護者の介護負担感を減少させることにもつながると考えられる。介護を必要とする家族を抱えている人が仕事を辞めることなく、一定期間、介護のために休業できるように、介護休業制度が義務化された（1999年）。また、就労規定等に介護休業の定めがある事業所の割合が、1999年は 40.2%であったところ、徐々に上昇し、2012年で 65.6%となっている。

しかし、介護休業制度が義務化されてから約 16 年が経過しているが、その利用率をみると 0.06%と低水準にとどまっているのに対して、同一の法律で規定されている育児休業制度の場合は 84.0%に達している。介護休業制度の利用率が低い理由として、介護休業制度が想定するような連続した期間の休暇が必要になる労働者は少なく、仕事を休む場合であっても、多くは年次有給休暇制度を使っていることである。長期の休業よりも短期の休暇の方が、仕事と介護の両立を図る労働者のニーズに適っている可能性がある。介護に関する長期的方針決定後、介護保険制度を利用する際にはその手続きやケアマネジャーとの打ち合わせ等で、スポット的に労働者が仕事を休まざるを得ない場合が生じる。このため、介護に関する長期的方針決定後の期間における仕事と

介護の両立支援のための新たな仕組みが必要不可欠であることから、2009年改正では、年間5日まで1日単位で取得できる「介護休暇」が創設された。しかし、その取得者割合は2.3%（2014年）となっており、現行の育児・介護休業法では同一要介護状態では分割取得ができないため、もっと大変な時期に備えて取り控える傾向もあると推測できる。労働者に仕事と介護の両立のためにはどのような働き方が望ましいかを尋ねた調査では、必要な時に1日単位、半日単位または1時間単位での休暇をとるというニーズが高かった。このように、介護休暇の取得単位については、介護保険関係の手続き、ケアマネジャーの打ち合わせ、通院等について、まる一日休暇をとる必要はない場面も想定されることから、時間単位や半日単位での取得等、介護休暇制度の活用・利用拡大を進める必要があると考えられる。また、就業時間中に中抜けを認めている事業所において、継続就業率が高い傾向がみられたこと等を踏まえつつ、柔軟な取得が可能となるように検討すべきである。

<表 2-1. 介護休業等にかかる制度の見直し>

	改正内容	現行	改正後
育児・介護休業法	介護休業の分割り取得	原則1回限り、93日まで取得可能	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。
	介護休暇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。
	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）	介護休業と通産して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回以上利用可能。
	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ができる。1回の請求につき1月以上1年以内の期間で請求できる。
雇用保険法	雇用保険から支給される介護休業給付の給付率の引き上げ	賃金の40%	賃金の67%

*厚生労働省等の資料を参考に筆者作成。

*育児・介護休業法の改正内容は平成29年1月1日、雇用保険法は平成28年8月1日から開始。

以上の内容を踏まえて、介護休業制度の平成28年改正では、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、柔軟な働き方・制度の利用等、制度をさまざまに組み合わせる対応できるように整備が行われた。

現行の育児・介護休業法では、対象家族一人につき要介護状態に至るごとに1回の

介護休業の申請が認められていたが、2017年1月からは3回まで取得することが可能になった。また、短時間勤務制度やフレックスタイム制度等所定労働時間が短縮できる措置も3年以上の期間に渡って認められるようになった。今までは、短時間勤務等が活用できる日数は、介護休業と合わせて93日と短く制限されていたが、平成28年度改正では、介護休業とは別に連続して3年以上取得できるようになった。現行では、介護休暇は1日単位で5日認められているが、2017年1月からは、半日単位での取得が可能になる。そうすることで、仕事を丸1日休まなくても、効率良く半日休暇を回数多くとることができ、必要な介護をこなすことができるようになる。

その他に、現行では、介護保険に加入しており一定の要件を満たす人は、介護休業給付金の申請ができ、賃金の40%の給付金をもらえるようになっている。それが、2016年8月からは、賃金の67%にアップされた。

両立支援制度を充実させる一方、現在の長時間労働等の働き方が変わらないままでは、育児や介護を行う労働者のみが特別な働き方をするという形となり、当該労働者のキャリア形成が損なわれる恐れなどがあることに留意する必要がある。とくに、介護は、労働者にとって予見性が低く、育児とは異なり、いつまでの期間となるか分からないという不安がある。また、介護の状況は、介護される者が必要とする介護の内容、介護をする者との関係、利用する介護サービスの内容等によってさまざまであり、個人差が大きい。また、長期間にわたりうるため、法律上の制度のみですべてをカバーすることはできない。したがって、国において長時間労働の削減等ワーク・ライフ・バランスが実現できる環境の整備を推進するとともに、企業においても、育児や介護を抱える従業員以外も含め、長時間労働の削減や柔軟な働き方の整備など、ワーク・ライフ・バランスを推進することが重要である。

4. 家族介護支援事業

2005年の介護保険改正による、地域支援事業が創設され、その包括的支援事業と介護予防支援を合わせた総合的な介護予防マネジメントを行う中核機関として、地域包括支援センターが創設された。

地域支援事業は、要支援状態となる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、在宅介護支援センターの介護総合相談事業に新たに介護予防事業や介護予防マネジメント事業を加えて創設された。2011年度から市町村判断で、介護予防事業と介護予防ケアマネジメント事業の統合化による「介護予防・日常生活総合支援事業」が創設された。また、地域支援事業は、市町村が実施主体となり、市町村が直接実施あるいは、民間事業者へ委託して実施する。

地域支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業と包括的支援事業、任意事業と大きく3つに分けることができる。本稿では、任意事業中、家族介護支援事業に焦

点をあてて検討していきたい。

家族介護支援事業は、高齢者を介護している家族等の様々なニーズに対応し、各種サービスを提供することにより、高齢者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、向上を図ることを目的とするものである。事業の種類としては、「介護用品支給（購入費の助成等を含む）」、「家族介護者教室」、「家族介護者慰労金支給」、「家族介護者交流会」等がある。その実施状況（2012年）をみると、実施保険者の割合が最も高いのは「介護用品支給（購入費の助成等を含む）」であり、67%の保険者出実施されている。次いで、「家族介護者教室」46%、「家族介護者慰労金支給」42%、「家族介護者交流会」40%であった。また、効果があると思われる事業としては、「介護者交流会の開催（21.5%）」が最も多く、次いで「認知症高齢者見守り事業（13.3%）」、「介護教室の開催（12.0%）」の順であった。今後の方向性として、限られた財源で効果的な事業を行うにあたっては、特に実施数が多く、効果もあるとされている事業を任意事業の柱としつつ、逆に実施数が少なく、効果が少ないとされている事業を優先的に見直すことが考えられる。

しかし、これらの家族介護支援事業の実施は、地方自治体の自主性に委ねられているため、市町村による取り組みのばらつきも大きく、介護者支援を強く意識した全国的、本格的な取り組みとはいい難い。

第2節 民間団体による取り組み

1. 公益社団法人 認知症の人と家族の会

認知症の人と家族の会（以下、家族の会に略す）は、1980年に地域医療に携わる医師と認知症の人の介護家族らによって京都で結成された。会員は、認知症の介護家族をはじめ、保健・医療・福祉・行政関係者・教育者・研究者など様々な分野の会員で構成されている。また、認知症の人や介護家族等の「当事者の視点」を大切にしている。各会員の専門性や経験を活かし、認知症に関する問題について先駆的に取り組み、社会改良的な働きかけも行っている。本部と支部の二つの体制で組織され、会員数約1万1千人の巨大な組織である。

活動内容としては、①集い、②講演会・研究集会、③電話相談、④会報の発行、⑤認知症に関することの調査・研究、⑥国・自治体への陳情、⑦国際交流などを行っている。

会報は、全国組織の会報と各支部発行の会報に分かれ、全国紙としては、世界中の最新情報や全国の介護体験談などの認知症に関する情報をまとめたものを発行している。また、会報の一部の内容は、インターネットで検索でき、会員以外の多くの人にも最新の情報を提供している。

認知症高齢者などの要介護高齢者に対する社会の対応は、人権や尊厳などへの配慮に欠け、高齢者の権利が十分守られているとは言いがたい面もあった（日本弁護士連

合会、1996)。そこで、家族の会では、認知症に関する実態調査・研究分析を行い、国や自治体に陳情活動や社会に認知症の正しい理解の浸透と対応の改善を訴えてきた。

家族の会では、1992年に国際アルツハイマー病協会に加盟し、国際交流などを行っている。2004年10月には京都で開催された国際アルツハイマー病協会第20回国際会議では、若年期認知症の人が思いを語り、社会に大きな影響を与えた。2006年からは認知症の人が集まり「本人会議」を開催し、2007年2月に「若年期認知症サミット」を開催した。このように、家族の会では認知症の人の声を大切にしながら、先駆的に支援に取り組んでいる。

家族の会は、結成当初は「呆け老人をかかえる家族の会」という名称で活動を行ってきた。「呆け老人をかかえる家族の会」という名称については、発足当初から賛否両論があった。山添（2006）によると、社会にアピールするためには、多少耳障りの悪い言葉ではあるが、「呆け」という言葉を使った方が一般的に分かりやすいということもあり、「呆け老人をかかえる家族の会」という名称で活動をはじめたようである。その後、1994年に「社団法人ぼけ老人をかかえる家族の会」に改め、2006年6月から名称を「社団法人認知症の人と家族の会」に改めた。また、2010年に公益社団法人の認定を受けて、現在の「公益社団法人認知症の人と家族の会」として活動を行っている。

2. NPO 法人 介護者サポートネットワークセンター・アラジン

2001年10月に介護する人へのサポートの必要性を新聞等のメディアを通し、社会的に呼びかけ、活動志願者15名により「介護者サポートネットワークセンター・アラジン（以下、アラジンと略す）が結成された。ここで、介護する人へのサポートとは、介護する家族や、介護に携わるケアワーカーやヘルパー等の人々へのサポートを含み、広く「ケアする人へのケア」を提言するものである。

アラジンは、介護の問題に関心のある市民が主体になって活動を行っている。その他にも、介護を取り巻く社会的状況をかんがみ、その矛盾や困難を少しでも改善するためにさまざまな分野の専門家・研究者・活動家等とも相互に協力をし合いながら活動を行っている。

また、アラジンは、「介護者及び介護家族に対して、介護を取り巻く現状の理解を深め、介護者及び介護家族への具体的支援の方法を研究・開発または支援に関する事業を行い、介護者及び介護家族が安心して暮らせる社会の実現」をミッションとして活動を行っている。

具体的な活動内容としては、①介護者支援、②人材育成、③ネットワーク推進、④地域場の場づくり、⑤研修・講演会、調査研究事業などがあげられる。

介護者支援事業としては、相談事業、介護者の集まる場づくり、「介護者の会」立ち上げ支援などがある。相談事業の場合は、電話相談のみならず訪問相談も行っており、まさにアウトリーチを実践している。また、「介護者の会」立ち上げ支援は、行

政などと協働して行っており、今までアラジンが立ち上げ支援をした地域は関東地域だけでも、杉並区、港区、練馬区、目黒区、豊島区、新宿区、府中市、狛江市などがある。

人材育成事業については、2001年より地域の中で介護者が孤立しないために、支えあいのシステムを導入しながら、介護者のための電話相談の設置と「聴き手ボランティア」の養成、介護者を訪問し、気持ちに寄り添う「ケアフレンド」の養成と介護者同士が集う「介護者の会」づくりを行ってきた。これらの介護者支援ボランティアを総称して「介護者サポーター」と銘打ち、「介護者サポーター」を養成する講座を行っている。また、「介護者サポーター」であるボランティアのフォローアップのための研修も行っている。

ネットワーク推進としては、介護者の会ネットワーク会議、全国介護者支援団体連合会（全国介護者支援ネット）、ケアフェス（市民発！介護なんでも文化祭）があり、介護者間のネットワークの構築にも努めている。介護者の会ネットワーク会議は、2003年から、主に首都圏の介護者の会のリーダーが集まり、交流・情報や意見交換・会の運営の悩みなどを話しあう場である。単なる情報交換のみにとどまらず、地域を越えたネットワークが形成され、それぞれの地域での活動に活かされている。全国介護者支援団体連合会（全国介護者支援ネット）は、2010年、全国で介護者支援活動をしている団体や個人が集まり会合を開いた。各々の地域で日常的に介護者の集う場を開いたり、介護者を支える仕組みづくりを模索している人たちである。その話し合いの中で、「全国で介護者支援活動をしている団体が連携して声をあげていくことが必要」ということが確認され、これが母体となり、2014年キリン財団の助成により、「全国介護者支援団体連合会」が発足された。ケアフェス（市民発！介護なんでも文化祭）は、介護者の会ネットワーク会議の参加者から「介護者の会」をもっと知ってもらいたい、「介護というイメージを変えよう！」という声があがり、「市民発！介護なんでも文化祭」が生まれた。市民の目線で、介護者が相談できるコーナーや、介護に関わる情報の発信、展示、講座やフォーラムなど様々開催してきた。普段は一堂には揃わない、介護の様々な分野で活動するスペシャリストが会場に揃い来場者を迎える。また、介護の始まりから、終りまでの情報を様々な出展者が展示し、これを介護者の目線で案内するツアーも開催している。

地域の間づくりは、アラジンが主催する事業と行政の委託事業で立ち上げたものに分けられる。2002年より、介護者や高齢者、また認知症になっても地域で安心して暮らしていけるように、地域でつどう場を創り、支援する事業を行っている。地域でつなぐ・つながる・支える仕組みを創っており、地域でこのような場（ケアラズカフェなど地域のつどい場）を立ち上げたい方のために、立ち上げ講座も開催している。

研修・講演会、調査研究事業については、介護者の問題を社会に啓発するために、その時々タイムリーな課題を挙げ、研修や講演会、フォーラムを開催している。介

護者、介護者支援をしたい人、一般市民等が学び、情報交換し、つながる場になっている。

その他にも、会報を発行しており、アラジンの活動、介護者の会ネットワーク会議の報告、全国の活動にわけて発行している。

以上のように、アラジンは、行政と積極的に協働して事業を行っている点が他の介護者支援団体との大きな違いだと思われる。これについて牧野（2013）は次のように述べている。既存の「家族会」と大きく異なる点は、立ち上げ時に、地域包括支援センターや地域のボランティア人材を巻き込むことである。その理由は、「それまでの家族会の大半は、会自体が孤立していた。それゆえに情報に乏しく、資金援助もなく、志のあるリーダーひとりにすべてが任されているような状態であった。意見や活動に幅をもたせ、地域資源として根づかせていくためには、地域包括支援センターや地域ボランティアの力は必須である。外部の力は最初から入れるのがポイントであり、立ち上げてからだと、外部の人間に当事者の気持ちはわからないという認識が外部の人を寄せ付けなくなってしまうためである」と述べている。また、啓発活動を事業として表には出していないが、文化祭の開催やケアラーズカフェの運営等によって、介護・介護者と一般市民とが自然に関われるようにしている。介護者を訪問して相談を行うなど、介護者に寄り添った支援を行っているようにも思われる。

3. 一般社団法人 日本ケアラー連盟

ケアラー連盟は、介護をしている人、介護者を気遣う人、介護者の抱える問題を社会的に解決しようという志をもつ人が集い、病気や障がいごとの縦割り介護を横につないで、「市民の共感と連帯の力がいかされる社会保障」に向けた改革を推し進め、ともに生きる社会をつくることを目的として、2010年7月に発足された。ケアラー連盟では、ケアを広範囲にとらえ、要介護高齢者や身体的・知的・精神的などの障がい者の介護、難病などの看病、あるいは病児や障がい児の療育、さらには依存症やひきこもりなどの家族や知人の世話や気づかいなど、多様なケア役割を担っている人をケアラーを定義している。

また、活動に取り組む基本方針としては、①介護される人、する人の両当事者がともに尊重される、②無理なく介護を続けることができる環境を醸成・整備する、③介護者や社会参加を保障し、学業や就業や社交、地域での活動などを続けられるようにする、④介護者の経験と、人びとの介護者への理解と配慮がともに活かされる社会（地域）をつくる、をあげている。すなわち、介護を受ける側・する側、両方とも当事者であるという視点は、アラジンと家族の会とも同様の立場に立っているといえる。

活動内容としては、①調査・研究事業、②政策立案・提案事業、③ケアラー支援事業、④啓発・情報提供事業などを行っている。

調査・研究事業については、ケアラーがおかれている実情を把握し、ケアラーとそ

の家族を総合的に支援する仕組みや施策をどのように創造したらよいかを明らかにするために調査研究を行っている。その実績をみてみると、2010年度には「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」を、全国の5つの地区で各4,000世帯に調査を行っており、ケアラーをメインターゲットにした日本初の調査だといっても過言ではないと思われる。この調査では、「5世帯に1世帯がケアラーのいる世帯である」、「12人に1人は20年以上ケアをしている」、「5人に1人が孤立感を感じている」ことが明らかになった。2011年度には、「東日本大震災被災地のケアラー（家族など無償の介護者）の実態と今後のケアラー支援に関する調査研究」を実施した。また、今後のケアラー支援の検討するために、英国ケアラーズセンターに訪問しヒアリング調査も行った。2012年度には「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」を行い、ケアラーを地域で支えるためのツールと仕組みに関する調査とともに、ケアラーを支援する人材養成プログラムについても検討を行っている。2015年度には「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」を実施しており、実際に地域の中でケアラーをどのように支援していけばよいかということ、実践を通して検証していくとともに、普及活動に関する提案も行っている。

政策立案・提案事業については、障がいや病気、世代、性別を超えたケアラーの支援を実現するため根本的な仕組みである、支援法制定や政策実現を目指して活動を行っている。また、ケアにかかわる多くの人々の活動を支えるための「介護者支援法」の設立を要求している。

ケアラー支援事業としては、ケアラーの暮らしを支援するために、ケアラー手帳を作り、ケアラーのみならず、彼らを支援する行政機関・支援団体に知ってもらい、活用できるようにしている。ケアラー手帳とは、自分自身がケアラーであるという意識をもてるようにすること、ケアラーとサービスやサポートをつなぐことで、ケアラーの社会的孤立を防ぐこと、を目的に開発しており、ケアラーへの情報提供やケアラー本人の心と体の健康を守るための健康管理ができるようにしている。いわば、「母子健康手帳」のケアラー版ともいえる。

そして、ケアラーへの情報提供、一般の人のケアラーへの理解を広めるために毎年フォーラムなどを開催している。

このように、ケアラーにスポットをあてた全国調査を行いながら、それを現実に反映するためにツールやプログラム開発を行い、介護者法支援法設立の要請までつないでおり、介護者支援の仕組み作りのための活動が中心になっているような印象をうける。

第3章 介護者と介護者支援に関する先行研究の検討

第1節 はじめに

日本において急速に高齢化が進む中で、高齢者介護が社会的課題として議論されるようになって久しい。近年、介護が必要となった要介護高齢者への支援とともに注目を集めてきたのがその介護を担っている家族介護者への支援についてであろう。

従来、高齢者の介護は家族の役割とされ、その多くが家族によって担われてきた。しかし、現代における高齢者人口の増加や長寿化、核家族化、扶養意識の変化などにより、家族によって高齢者の扶養・介護などを担うことが次第に困難になってきた。

そこで、2000年に介護保険制度が施行され、要介護高齢者の自立支援を基本理念とするとともに「介護の社会化」を具現化したサービス提供体制が整えられた。

しかし、介護保険制度は、要介護高齢者にとっては効果的な制度ではあるが、介護する側から見てみると、介護者の物理的な負担の軽減はそれなりに実現してはいるものの、精神的な負担感の軽減には至っていない実態が浮き彫りになった。

家族介護者に着目した研究は、1979年にFenglerらによって家族介護者が「隠れた患者(the hidden patients)」であるとされて以来、保健・医療・福祉の各分野において多くなされてきた。これらの研究では、家族介護者の健康や介護による負担に焦点をあてたものが多くみられ、家族介護者が強い負担を感じていることや、健康を損ねているという実態が明らかにされてきた。さらに、介護保険が施行されてから現在に至るまでの10年間においても、依然として家族介護者の負担は高いままであるという問題がしばしば指摘されてきた。このことは、家族介護者の介護疲れによって引き起こされることが多いとされる介護殺人の件数が2000年以降も減少傾向にはなく、むしろ増加傾向にあることからもうかがうことができるだろう。

さらに、家族介護者の実態が示される中で、多くの識者によって家族介護者への支援の必要性が指摘されるようになってきた。そこには、家族介護者の負担を軽減するため、家族介護者の健康を保持するため、また要介護高齢者の在宅生活を継続させるためなど、様々な論点が含まれていた。また、このような家族介護者支援の必要性の指摘を受け、家族介護者に対して教育的介入や情緒的支援など、さまざまな支援が試みられ、その効果が検証されてきた。

以上のように、先行研究において家族介護者に関する非常に多くの議論が蓄積されてきたといえる。しかし、これまでの家族介護者に関する議論においては、家族介護者のおかれている状況や状態、家族介護者への支援の必要性、さらには家族介護者にどのような支援が有効か、という点についてはそれぞれ個別に言及したものは多くみられるものの、家族介護者への支援に関する研究を支援方法(試み、視点、種類)別に概観したものはみあたらない。

そこで、本稿においては、これまでなされてきた家族介護者支援に関する先行研究・文

献を参考に支援方法別に論点を整理する中で、現在求められている家族介護者支援とはどのような支援なのかを明らかにし、今後の家族介護者支援に関する研究において求められる視点を提言することを目的とする。

また、現在求められている家族介護者支援を明らかにするためには、今まで家族介護者への支援に関する研究がどのように論じられてきたのかを整理する必要がある。そこで、本節においては、家族介護者への支援に関する先行研究・文献を支援方法別にわけて論点を整理していくこととする。

第2節 介護者の実態および働く介護者の実態に関する研究

1. 介護者の実態に関する研究

介護者の実態に関する研究は、①疫学的研究手法を用いた介護者の年齢・性別・収入などの属性と、高齢者の介護を要する程度および心身機能障害の程度との関連の検討、②既存の、または研究者が新たな作成した測定尺度による介護者の実態把握、そして③介護者の健康的な生活支援に関する提言の3点に特徴づけることができる。早乙女ら(1997)は、介護者の実態把握として、横浜市在住の在宅要援護高齢者の主介護者180人を対象に、既存の測定尺度を用いて主観的負担感と抑うつ感、および関連する要因について検討した。その結果、①高齢者に食事の介助が必要で、②介護者の主観的な健康感が悪く、③気分転換を図れずイライラ感を募らせている介護者では、主観的負担感や抑うつ感が高いことを明らかにした。山田ら(1997a)は、介護者の犠牲感について、デイケアを利用する高齢者の主介護者223人を対象に、自記式質問紙を使って調査し、犠牲感に関連する要因として、高齢者の身体的・精神的機能レベルの低下による介護者の身体的・精神的負担の増大と、介護によって自由になる時間が失われることに対する不満感をあげた。そして介護者支援策として、介護者の健康管理による介護負担感の軽減を提言した。有園ら(1997)は、介護環境と介護者の健康状態との関連を明らかにする目的で、某自治体の訪問看護サービスを利用する、60歳以上の高齢介護者28人を対象に、既存の精神健康調査票を用いて調査し、介護者が介護に迫られ、ゆとりのない生活を送るために精神的健康が損なわれている実態を見出した。支援策として、在宅ケアサービス導入による介護からの一時的な解放と、時間的ゆとりづくりを提言した。山田(1997b)は、高齢者介護に携わる介護者のライフスタイルと疲労感について検討し、静岡県的女性介護者49人を対象に、一部既存の測定尺度を使って調査し、介護時間で分析した。その結果、介護時間の違いで介護者のライフスタイルに有意差は見られなかったものの、24時間介護する介護者では、睡眠・栄養について望ましい生活習慣がとられない傾向を明らかにした。介護者支援策として、介護者が主体的に健康的なライフスタイルを身につけるよう管理する旨を提言した。

以上の研究を概観すると、介護者は介護によって睡眠・食事など基本的な生活が妨げられる身体的負担と、気分転換をはかる時間的ゆとりがない中で、焦燥感、犠牲感などの精神的負担を感じていると要約できる。介護者支援策としては、在宅介護サービス導入によ

る介護時間の削減と介護からの解放、そして、精神的支援と健康的なライフスタイルづくりにむけた助言について提言がある。

2. 働く介護者の実態に関する研究

近年、勤続年数が長期化する一方、老親介護の長期化によって、仕事と介護の両立を迫られる介護者が増える傾向にある。旧労働省婦人局が1991年に行った「介護を行う労働者に関する措置についての実態調査」によると、過去3年間に、働きながら介護に携わった労働者は、女性44.0%、男性56.0%で、平均年齢は女性46.1歳、男性53.1歳であった。介護の対象は老親が圧倒的な割合を占めており、女性は76.8%が、男性では78.2%が自分または配偶者の両親の介護に携わっていた。一方、介護に実質的に携わった者の割合は、女性42.6%に対して男性はわずか7.1%にとどまっている。介護にほとんど携わらなかった者の割合は、男性25%に対して女性はわずか5.2%であり、介護者が就労する場合であっても女性が介護を中心的に担っている（袖井、1993）。そして介護のために仕事上影響を受けるのも、また女性である。1989年に日本労働研究機構が、デイケア利用家族を対象に行った調査によると、介護開始以前から働いていた231人の労働者のうち、退職、勤務先の変更、労働時間短縮、労働時間帯の変更、仕事内容の変更など、何らかの変更を余儀なくされた者は6割を越えた。また、老親介護の場合では、嫁の45.5%、娘の30.2%が退職・転職を体験していた。その一方で、退職・転職を体験した息子は、わずか14.3%であった。（袖井、1993）。老親介護で娘や嫁が退職・転職を余儀なくされるのは、儒教精勤、親孝行にもとづく老親介護の当然視と、敬老精神による施設介護への偏見、プライバシー尊重による介護サービス利用のタブー視、そして第2次世界大戦以降、法的には廃止されたものの今尚残る家制度の定める長子の責任による親の扶養義務という、抑圧された考え方に起因するとの指摘がある（Hashizume2000、南1980日本家政学会、1999坂西、1999袖井1993）。ここで欧米の介護者の実態を概観すると、介護者の約7割は女性で老親介護を主体的に担っているのは娘である（袖井、1993）。欧米の働く介護者の実態も、日本と同様に就業に何らかの影響を受けている。1982年に行われた「全米長期療養・家庭介護者調査」によると、介護のために退職した者は8.9%であった。30.9%の介護者が就業を続けているものの、労働時間の短縮・仕事内容の変更・無給休暇など、7割近くの介護者が何らかの変化を経験していた（Stone et al.、1987 in 袖井1993）。ScharachとBoydが、1989年に南カリフォルニアの大企業に勤務する1898人を対象にした調査によると、老親を含む60歳以上の家族を介護する341人のうち、退職した者2.6%、介護休暇をとった者11.4%、就業時間を短縮した者3.4%、転職を試みた者5.3%、配置転換を断った者7.9%、昇格を断った者1.8%、降格した者は1.5%を占めた（袖井1993）。Worcesterは、介護負担に関する既存の知見から、関連する要因として『周囲から高齢者をいつも見ているよう要求されること』を抽出し、後の研究で、この要求に応えられない介護者が罪の意識を感じている実態をみ出しており（太田1992）、職責と老親介護に対する義務感との間で、働く介護者がジレ

ンマを感じている状況がうかがわれる。

在宅介護支援策が不十分なために、介護で辞職せざるを得ない状況は、内外で同様に見受けられている。欧米の働く介護者支援の実態については、Lechner らが米国 New York 市で行った、1988 年と 1992 年の縦断的調査の報告がある。これによると、1988 年～1992 年の 4 年間に、3 つの働く介護者支援策が整備された。それは、①介護休暇や介護のための早退の奨励、②総従業員数 50 人以上を抱える企業における、介護に携わる従業員の無給休業の認可（12 週間まで）、③と②の間、従業員のポストの確保と退職時までの健康保険給付である。ここで注目すべきことは、これらの介護者支援策の整備に伴い、マスメディアにおいて働く介護者の苦境の実態に関する報道が増え、それによって、就業と介護の両立について、人々の権利意識が高まった点である（Lechner&Gupta、1996）。

日本の働く介護者支援の実態を概観すると、法的整備や企業努力による支援が始められたところであるが、人々の権利意識の向上には至っていない様子うかがわれる。日本の大企業は 1990 年前後から、好景気に伴う人手不足と採用難を解消する意図で、育児・介護を含んだ家庭生活と仕事を両立させる、働きやすい環境整備に取り組み始めた。代表的なものとして、出退勤の時間を自分の都合に合わせて決めるフレックスタイムの導入がある。厚生労働省の就労条件総合調査によると、フレックスタイムを採用する企業の割合は、1988 年末 0.8%であったが、1999 年度末には 5.7%に増加した（朝日新聞 2003）。

また、1999 年度より育児・介護休暇法が施行され、介護休業が労働者の権利として認められ、全事業所に義務化された（労働安全情報センター2000 小野 2002a、b）。本法では、企業は家族を介護する従業員に対して、最低 3 ヶ月間の休業取得を認め、その間、国から休業前賃金の 40%分の手当てが給付される（ただし、社会保険料本人負担は免除されない）（小野 2002b）。また本法は、企業が休業の代わりに短時間勤務など、最低 3 ヶ月利用できる別の代替制度を一つ設けることを義務づけており、国は所定労働時間 8 時間の場合で、2 時間以上の短縮を望ましいとした。しかし、介護のための有給休暇や在宅勤務は代替制度の含まず、各企業の自助努力に任せている（小野 2002b）。これらの制度をうけて、2000 年度、男女雇用機会均等対策基本方針において、仕事と介護の両立を容易にする職場環境づくりを目指した企業を‘ファミリー・フレンドリー企業’と称し、企業規模での働く介護者支援策が始まった（日本労働研究機構 2000）。厚生労働省は本制度の普及を期待して、仕事と育児・介護を両立しやすい制度を整えた企業を、ファミリー・フレンドリー企業として表彰し、1999 年度には 38 社、2000 年度には 46 社、2001 年度には 40 社が表彰された。企業の介護者支援の実態を概観すると、短時間勤務制度については表彰を受けた 40 社中 37 社で取り入れており、そのうちの 27 社で、半年以上の利用を認め、4 社では介護の必要がなくなるまで認めていた（小野 2002a）。介護休業制度の利用状況についてみると、小野によるファミリー・フレンドリー企業 40 社を対象に行った調査によれば、2000 年度の介護休業制度利用者は女性 46 人に対して男性 9 人、2001 年度では女性 48 人に対して男性 18 人であった。介護休業は女性の利用が圧倒的に多く、その要因として小野は、社員が

『在宅介護は女性が担う』との規範意識を強く持っていることの影響を指摘した。また、女性社員が新規事業・企画開発などキャリアアップにつながる仕事に挑戦したくても、いつ終わるかわからない高齢者介護の特徴を考慮した上で断念している様子も指摘しており、実際に 2000 年および 2001 年度で、40 社中 7 社の企業において、有給休暇利用後で 5 人、短時間勤務利用後で 2 人、介護休業後では 13 人の社員が辞職していた。一方、日本の経済は 1990 年代後半より不況と低迷が続き、企業は倒産やリストラに見舞われているが、この影響は働く介護者にもおよんでいる。厚生労働省の就労条件総合調査によれば、企業は相次いでフレックスタイムを廃止・休止しており、2002 年 1 月に本制度を採用する企業の割合は、5.0%に下がった（朝日新聞 2003）。以上から今後、働く介護者の就労と介護の両立は、ますます難しくなる状況がうかがわれる。国は老人医療費の抑制をねらい在宅介護を推進する一方で、在宅介護サービス資源の量は需要を満たすに至っていない。また国は、高齢者の生活の質は在宅介護で守られるとして（厚生統計協会 1999）、家族による在宅での老親介護の推進を謳っている（吉田 2000）。社会経済状況の変化に対応した介護者支援制度の充実・強化は必須であるが、一方で働く介護者自身の規範意識など、老親介護に関連する歴史的・文化的要因の介護者にもたらす影響を解明することが必要になるだろう（Hashizume1998、2000）。

第 3 節 介護の概念化・理論化に関する研究

1. 介護の否定的側面に関する研究

学問は現象を解釈して概念や理論を創りあげ、学問的知識に位置づけることによって発展する。高齢者介護は歴史、文化など様々な学問領域に関わる現象であり、その概念化・理論化は複雑を極めるといわれている。介護の概念化の研究では、介護の否定的側面に関する研究が数多く行われてきた。中でも最も多く検討されてきた概念は介護負担である。これらの研究は欧米でも 1960 年代より、日本においては 1970 年代より着手されている。欧米における介護負担研究では、burden、strain、stress の 3 つの概念が同義語として用いられてきた（井上 1996、太田 1992、Wallhagen1998）。Stress、strain は、ストレス理論や役割理論という理論枠組みを備えた概念であるが、burden には明確な理論枠組みがない（井上 1996、太田 1992）。これら 3 つの概念の中で、最もよく研究されたのが burden であるが、理論枠組みを欠くことから、たびたび従属変数としても独立変数としても扱われ、研究結果に曖昧さが伴われることになった（井上 1996、太田 1992）。日本の介護負担研究では、冷水豊、中谷陽明をはじめとする、東京都老人総合研究所研究員によって、多大な研究業績が築かれた（石原 1985、井上 1996、中谷ら 1989、冷水ら 1978、坂田 1989、手島ら 1991）。これらの研究で数多く検討されている概念は、介護負担である。しかし、burden と同様で介護負担も理論枠組みをもたない概念であるため、研究結果の不明確さが指摘されている（井上 1996）。

Stress および strain 概念を用いた代表的な介護負担研究には、Pearlin らによる、アル

ツハイマー認知症高齢者の介護者に関するストレス概念モデルの構築（太田 1992）や、杉原ら（1998）による介護負担感モデルの構築がある。これらの研究では、ストレス理論やストレス・コーピング理論をもとに、概念枠組みをつくって仮説を設定し、介護者の社会的背景や、高齢者の状態、および介護者による介護体験の評価など、特定の要因が介護者の健康にもたらす影響や、介護負担の生じるプロセスが明らかにされた。また Archbold らは、役割理論をもとに概念 **role strain** を用いて、介護者役割を担う上で介護者が感じる困難さについて検討し、介護を担う準備体制が整っていれば介護者の困難さが軽減される旨をみだした（井上 1996、太田 1992）。このように、**stress**、**strain** 概念を用いた介護負担研究では、理論モデルを提示することで介護状況の客観的な分析が可能になる。さらに、ストレスと介護負担概念を用いて、介護によって被るストレスを意味する概念、介護ストレスに着目した研究が行われている（岡林ら 1999、和気 1993、和気ら 1994）。和気らは一般的なストレスに関する対処方略の尺度をもとに、介護ストレス対処のために介護者が用いる方略の分類化について検討した（和気 1993、和気ら 1994）。岡林ら（1999）は、和気らの検討結果の一般化を目的として、東京都三鷹市の要介護高齢者 834 人を対象に、介護による燃え尽き状態の回避を目的とした、介護者の対処行動の類型化と、対処行動が介護者の精神的健康に及ぼす効果を検討した。そして①健康管理に留意し、できる範囲でペース配分しながら介護を行い、②気分転換をするという 2 種類の行動によって、介護者の燃えつき状態が回避されることがわかった（岡林ら 1999）。和気と岡林らの研究は、要介護高齢者の介護者の対処方略について、はじめて行われた研究であり、具体的な介護者支援法を提示したものとして意義が大きい（岡林ら 1999、和気 1993、和気ら 1994）。一方、岡林らの研究では、調査項目作成の際、はじめに西洋文化圏で作成された既存の対処方略の尺度の適用を考慮した（岡林ら 1999）。

終わりに、日本の介護負担研究における介護者の就労との関連について注目してみよう。日本の介護負担研究における、介護者の就労との関連の検討では、いずれも既存の尺度を用いた調査が多く、研究手法は多変量解析を駆使した量的研究方法による。注目すべき点は、介護者の就労が介護負担感を高めるか軽減するかについて、一貫した知見が得られていないことである。東京都老人総合研究所は、東京都墨田区の 457 人の介護者を対象に主観的負担感尺度を用いて調査し、就労状況との関連を検討した。そして自営業の介護者の場合で、①高齢者の世話にかかれない、②介護が仕事に差し障る、③介護が経済的に負担である傾向をみだした（前田・冷水 1984）。同様に、中谷と東條（1989）は、認知症高齢者の介護者の負担感について、独自に作成した測定尺度を用いて調査し、多変量解析によってその要因を分析した。そして、常勤の介護者の介護負担感、働いていない介護者よりも低かったことから、就労は、介護者を一次的に介護から解放し社会と接する機会をもたらすために、介護負担感を軽減する要因となると結論付けた（中谷・東條 1989）。しかし、緒方ら（2000）の介護者 98 人に関する実態調査では、介護者の主観的介護負担感と、就労状態との有意な関連は認められていない。また杉原ら（1998）は、東京都三鷹市の在宅要介

介護高齢者の介護者 833 人を対象に、介護によって被るストレスと、介護者の就労状況の関連を検討した。そして統計的な有意差は認められなかったものの、介護期間は長い介護者で、就労が介護による抑うつ感を低く抑える可能性をみだした。しかし、杉原ら（1989）は、働く介護者は本来、介護と就労の複数の役割をこなす高い能力を持っており、介護によって被るストレスに対処する能力も高いと考え、就労が介護者の福利を高めるとの結論に注意を喚起した。中谷ら（1989）は、就労する介護者は、①比較的年齢が低く、②健康状態が良好で、③介護の援助者がおり時間に余裕があるという、就労が可能になる条件に恵まれていると指摘した。一方、土井と尾形（2000）は、熊本県の認知症高齢者の介護者 294 人について、既存の尺度で把握した介護者の精神的健康状態と関連する要因について分析し、就労との関連は見られなかったものの、介護者の認識する経済状態との有意な関連をみだした。前田ら（1984）の報告で、自営業の介護者では、介護と仕事の双方に差し障りがあるものの、経済的事由のため働かざるを得ない状況が指摘されている。

以上を概観すると、介護者の就労が介護負担感を高めるか軽減するかについて一貫した知見が得られていないが、働く介護者は①介護により被るストレスを解消する能力や、②就労・家事・介護などの多重役割をこなす能力、および、③家族の協力や、社会資源・在宅介護サービスの導入など、就労を可能にする条件を備えていると考えられる。その一方で、経済的事由で就労する介護者の場合は、これらの高度な能力や、就労を可能にする条件（在宅介護サービスを導入できる経済状態）を問わず、『生活のために』働くことを余儀なくされている様子がうかがえる。いずれにしろ介護負担研究では、介護者の就労が介護者の福利を高める肯定的側面がある可能性は示唆されており（杉原ら 1998）、働く介護者について検討することで、就労による介護負担軽減のメカニズムや、就労のもたらす肯定的側面が解明される可能性はあるといえる（井上 1996、松下・平山 1999、杉原ら 1998）。

2. 介護の肯定的側面に関する研究

近年、在宅で高齢者を介護する家族の精神的側面、負担感やストレスなど介護者の否定的な側面に焦点が当てられる研究が多く行われている。一方で、1990 年代以降、心理学の方向にポジティブな流れができてくるに従って、介護者の精神的側面における研究も介護に対する「生きがい」「肯定的認識」「マスタリー」「自己成長感」など肯定的側面に関する研究が多くみられるようになった。Kramer は、介護の肯定的側面を探求する重要性について、第 1 に、肯定的評価は自己価値を高め、要介護者との深い親近感などの意味づけをしていく能力における自信につながることを、第 2 に、肯定的側面を理解することで、臨床家や実践家は介護者と援助過程の中で効果的に働くことができることを、第 3 に、高齢者へのケアの質を決定するのに重要であること、第 4 に、介護者の介護への適応と心理学的幸福についての理論拡大に向けての情報を提供できることの 4 点をあげている。一方、Farran らは、介護者の成長や意味づけを実存主義モデルによる質的研究で捉え、suffering（苦悩）を通して得られた meaning（意味づけ）は介護者の介護経験を理解するうえでの構成概念

を導き出すのに有効であると述べている。そして、必要な適応をしていくという意味の「介護適応モデル」を提唱したが、これは介護に否定的・肯定的な評価が混在しているところに人生の目標を介護者がいかに追求していくかというさらなる研究デザインを生み出している。

日本においては、安部（2002）は、caregiving mastery（介護による達成感）が介護者の精神的健康の悪化を防ぐ重要な役割を果たしていると報告し、山本ら（2002）は、介護に対する肯定的評価が高いほど介護者の生きがい感が高くなることを明らかにしている。このように、介護の肯定的側面に関連する要因の研究が近年散見されるようになったが、その概念化や尺度化における研究はこれからであるといえる。

また、Louderback（2002）が介護の肯定的側面についての理解が介護者へのより効果的な援助につながると指摘していることから、今後介護者を援助することを念頭において研究を進めるためには、負担感だけではなくこのような肯定的な精神的側面との関連要因の解明が必要と考えられる。

3. 介護者の生活ならびに介護体験に関する研究

これまで要介護高齢者の介護体験についての研究報告では、介護者が介護に「生きがい」や「心の支え」を見出せることが明らかとなっている。また、高原によると、介護が「得るもの」の多い、価値ある経験であるとの認識が介護の動機付けを行っている可能性がある」と述べている。

太田（1996）は、アルツハイマー型認知症高齢者とその介護者を対象に、高齢者と介護者の相互作用について検討し、研究方法論にグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。その結果、介護者と認知症高齢者との相互作用を解釈して、「不確かさ」という概念を創り、介護者とかかわる機能が減退して行く中で、認知症高齢者に残されている健康な能力について、「確かさ」という概念を創り出した。これらの概念によって、認知症高齢者の理解を深める新しい視点が提供されることになった（太田 1996）。

藤田によると、介護負担感をもつ主介護者の「介護に対する見方」は、主介護者が自分なりの介護役割の果たし方を創りあげていくプロセスにおける、①自分自身にあった満足な介護の場を創造しようとする状態、②介護上の満足な意思決定ができずにいる状態をあらわしていたと述べている。また、松本らは、在宅認知症高齢者の家族介護者の介護に対する思いについて、将来自分が受けるであろう介護に対する思いに焦点をあてて調査を行った。その結果から、在宅での介護と施設での充実した介護を望む2つの思いがのぞいていた。また、介護を受ける場合、身内に負担はかけたくないが、自分を理解してくれる優しい介護を望んでいる部分もあると報告している。

以上のように、介護者の生活ならびに介護体験に関する研究では、介護者が自分なりの介護役割の果たし方を創りあげていることと、介護が価値ある経験であるとの認識が介護の動機付けを行っている可能性があることが明らかになった。また、介護者自身の介護体

験の仕方は、介護者が抱く介護への感じ方の違いが大きく関係していると推測される。

第4節 介護者支援および支援プログラムの開発に関する研究

1. 介護者支援に関する研究

日常生活で介護が必要になった障害者や高齢者の在宅生活の継続において、家族介護者の支援は重要である。在宅での介護は、家族に負担を強いるため、家族介護者の精神状態や身体状態の悪化に影響を及ぼすことが知られている。身体機能や精神機能の低下した高齢者の家族介護者はしばしば高度なストレスを経験し、介護生活は幸福感の低下や負担感の増大、うつ状態を招くといった精神状態を悪化させる要因となりうる。また、介護は介護者の身体的健康を害し、介護者の死亡を早めるおそれがあるとまで報告されている。

家族介護者の介護に対する精神的・身体的負担を軽減するための方法は、集団および個別的な介入方法によって実施されてきた。Yin らの1980～2000年の介護者に対する介入方法をまとめたメタアナリシスによると、18の集団介入研究のうち90%以上が教育的な介入と仲間支援プログラムを含むものであった。その他、集団カウンセリングやレスパイト（息抜き）ケアに関する内容（33%）、ストレス管理（27%）が含まれた。一方、個別介入は8研究であり、介入内容としては電話や訪問による個別カウンセリングが多く、それらの効果量は、集団介入と比べて差はなかった。

介護負担を経験する家族介護者への支援に関する日本語による介入研究では、井上らが、認知症の家族を対象に疾病・治療の教育、介護技術、社会資源活用指導を実施し、ZBIで測定した介護負担感の軽減を報告しているが、このような支援の効果を検証した研究は、ごくわずかであるのが現状である。英語文献の介入研究報告では、脳血管障害、認知症または虚弱高齢者の家族介護者の個人およびグループを対象として、カウンセリング、情報提供、教育・指導、サービスのアセスメントと計画を含む介入、電話やコンピューターなどの機器の活用、専門看護師による総合的退院指導、専門分化したアセスメントや指導の効果が報告されている。その結果は、カウンセリングおよび教育的介入において短期間にあられると報告されているが、プログラム回数と設定、対象者数の少なさ、介護者特性とニーズ、介入群と対照群への群分け方法など、研究方法上の問題から科学的には未確立とされている。したがって、要介護高齢者の家族介護者の介護負担感軽減をはかる効果的な支援をすすめていくためには、科学的に検証された介入の確立が求められている。

新名（1992）は、家族介護者支援の課題として、社会資源との連携による支援方法の開発をあげているが、社会資源による家族介護者に対する支援の内容としては、心理的支えだけでなく、介護方法や認知症に関する正しい知識などの提供、家族介護者同士の情報交換の場などが考えられると述べている。これらを享受することになり、家族介護者が介護破綻に陥らないこととなり、そして家族介護者の望ましい介護行動につながり、介護負担感や主観的QOLに良好に影響をおよぼす可能性が考えられる。また、在宅における家族介護者への看護介入に関する研究では、家族介護者の介護負担を軽減するためには、看護職

は、専門的な介護方法に関する支援、医療処置や病状についての不安軽減のための支援、在宅療養移行時における病院と在宅ケア従事者との連携、介護保険制度についての適切な情報提供、福祉への働きかけ、職種間の連携を深めることが必要であると報告している。

以上のように、効果的な方法は科学的に検証されていないが、介護者支援内容として、心理的支えだけでなく、電話や訪問による個別カウンセリング、疾病・治療の教育、介護技術、社会資源活用指導の実施など介護方法や認知症に関する正しい知識の提供、家族介護者同士の情報交換の場などがあることが明らかになった。さらに、社会資源との連携による支援方法の開発が必要である。

2. 介護者支援プログラムの開発に関する研究

日本の法制度に基づく介護者支援としては、前述した介護休業法や介護保険法がある。この他、医療機関や地域保健行政の場では、医師、看護職者や学識経験者らが共同してさまざまな介護者支援プログラムの開発に取り組んでいる。それらは主に、認知症高齢者の介護者を対象とした相談や介護技術の教授に関する教育プログラムである（厚生統計協会 1999、井上 1996）。

保坂ら（1999）は、神奈川県のある在宅介護をする介護者の自助グループメンバー20人（うち18人が認知症高齢者の介護者）を対象に支援プログラムを開発し、その効果を検討した。プログラム内容は精神科医と看護師による「ストレスと心身との関係」に関する講話と、参加者同士のフリートーク、および自律訓練法によるリラックス法の教授で、週1回90分の長さで5回にわたって行う。フリートークで話題に上がった参加者の疑問については、精神科医、看護師とグループメンバーが助言を行う。保坂らは、このプログラムの効果について、プログラム実施前・実施直後・2ヵ月後の3回、気分感情調査と一般健康調査を実施し比較検討した。その結果、気分感情調査では、「抑うつ」「怒り・敵意」「疲労」「混乱」について、プログラム実施前に比べて実施後に有意な改善が確認された。また一般健康調査の「不安と気分障害」で有意な改善が確認された。しかし2ヵ月後の時点では、気分感情調査の「怒り・敵意」「混乱」は実施前と同程度に認められており、本プログラムには日常的な介護負担感の解決に解決に限界があると結論づけた。

小西ら（1997）は広島市の8保健所で、保健師が1ヶ月間継続して関わった、494例の在宅療養する高齢者の家族への保健師の支援内容の種類と件数を分析し、家庭訪問、電話相談、家族の保健所来所による相談の順に、多くの支援が行われていたことがわかった。また支援の内容では、家族介護者の健康問題や、高齢者の身体的・精神的症状、疾病に関する相談、医師・医療機関に関する相談が多かった。この他、渡部ら（1999）は、かかりつけ医療機関外来における老人クラブ参加者を対象にした介護技術法の教授と、老後について考えるグループワークプログラムを開発した。

以上述べたプログラムや保健師の支援は、いずれも家族介護者が、平日、日中の時間帯に支援の場に出向かなければならないもので、働く介護者にとっては参加すること自体が

極めて難しい。働く介護者の場合、職場における支援プログラムの開発や、プログラム提供者が職場に出向くなど、今までにない形式の支援が求められると考えられる。米国では企業規模で **Employee Assistance Programs**（労働者支援プログラム）が開発され、働く介護者の生活と介護に対する思いを理解し、介護者固有の要求に速やかに対応するトレーニングを積んだプログラム提供者によって、①短期のカウンセリング、②介護サービスなどの社会資源情報の提供、③職場と政府からの支援に関するマネージメントが提供されている（Lechner&Gupta1996）が、日本でも同様のプログラムの開発と提供が期待されよう。

3. 介入に関する研究

家族介護者への支援に関する介入研究では、井上ら（1999）が、認知障害のある者の家族を対象に疾病・治療の教育、介護技術、社会資源活用指導を実施し、ZBIで測定した介護負担感の軽減を報告している。また望月（2005）は、家族介護者を介入群と統制群に分け、介入群には介護知識の提供と電話による情緒的支援を行った結果、統制群と比べて介入群の介護負担感が有意に低下したことを報告している。ただし介入群の中でも、介護度の高い高齢者を介護している家族介護者においては、すでに介護知識を習得していたり、負担感が深刻であるためにこの介入による効果が見られなかったことも述べている。しかし、このような支援の効果を検証した研究は、ごくわずかであるのが現状である。

英語文献の介入研究報告では、脳血管障害、認知症または虚弱高齢者の家族介護者の個人およびグループを対象として、カウンセリング、情報提供、教育・指導、サービスのアセスメントと計画を含む介入、電話やコンピューターなどの機器の活用、専門看護師による総合的退院指導、専門分化したアセスメントや指導の効果が報告されている。その結果は、カウンセリングおよび教育的介入において短期間に現れると報告されているが、プログラム回数と設定、対象者数の少なさ、介護者特性とニーズ、介入群と対照群への群分け方法など、研究方法上の問題から科学的には未確立とされている。したがって、要介護高齢者の家族介護者の介護負担感軽減をはかる効果的な支援をすすめていくためには、科学的に検証された介入の確立が求められている。

新名（1991）は、家族介護者支援の課題として、社会資源との連携による支援方法の開発をあげているが、社会資源による家族介護者に対する支援の内容としては、心理的支えだけでなく、介護方法や認知症に関する正しい知識などの提供、家族介護者同士の情報交換の場などが考えられると述べている。これらを享受することになり、家族介護者が介護破綻に陥らないこととなり、そして家族介護者の望ましい介護行動につながり、介護負担感や主観的 QOL に良好に影響をおよぼす可能性が考えられる。また、在宅における家族介護者への看護介入に関する研究では、家族介護者の介護負担を軽減するためには、看護職は、専門的な介護方法に関する支援、医療処置や病状についての不安軽減のための支援、在宅療養移行時における病院と在宅ケア従事者との連携、介護保険制度についての適切な情報提供、福祉への働きかけ、職種間の連携を深めることが必要であると報告している。

以上のように、効果的な方法は科学的に検証されていないが、介護者支援内容として、心理的支えだけでなく、電話や訪問による個別カウンセリング、疾病・治療の教育、介護技術、社会資源活用指導の実施など介護方法や認知症に関する正しい知識の提供、家族介護者同士の情報交換の場などがあることが明らかになった。なお、社会資源との連携による支援方法の開発が必要であることも示唆された。

4. レスパイトケアに関する研究

レスパイトについての研究は障害児領域のものが先行しているが、高齢者については、初期のものでは、天野（1999）がある。当時点でレスパイトサービスの政策的実践について、障害者の在宅福祉の領域で少しずつ成果をあげ始めているものの、高齢者家族の家族介護者に対する試みはほとんど見られないことから、高齢者の家族介護者のレスパイトサービス・ニーズを明らかにし、介護保険法実施後における急激な介護需要への対応を検証している。調査はホームヘルパーおよび介護利用者家族を対象に実施された。結果、レスパイトサービスについての認知度は、高齢介護者より障害高齢者により高く認知されていた。これは、障害者福祉の領域で主として実践されていたことによるとしている。高齢者福祉については、まだ家族介護への依存度が高く、家族介護者へのレスパイトサービスという発想は定着するに至っていないと指摘している。

国内での文献では、事例による報告はいくつか見られるものの、広範囲に及ぶ調査や比較研究等の検証によるものはほとんど見られなかった。また、介護サービス利用の研究において、その副次的な効果としてレスパイトケアについて触れられているものはよく見られるものの、介護者支援として実態や効果に焦点をあてたものは少なかった。後藤ら（2009）は、高齢者福祉分野では、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、家族介護者は直接の支援の対象でなく、二次的に休息を得られればよいと捉えられる傾向があると指摘している。また、欧米におけるレスパイトケア研究は日本と比べ非常に多く、その対象は障害者、高齢者、悪性疾患、終末期患者等の家族介護者に対して広く行われており、このようにレスパイトケアなどの家族介護者支援が活発に議論される背景には、国レベルの政策的な取組みが強く影響していると述べている。

以上のように、レスパイトについての文献の多くはレスパイトケアについての解説や施設運営者による実施状況報告であり、調査研究による原著論文は少なかった。また、介護サービスの利用実態や介護負担についての研究の要約や本文の中で「レスパイト」という用語が登場することは多くあるものの、レスパイトケアそのものをテーマとしている文献は少なかった。なお、高齢者分野におけるの先行研究は、レスパイトの実態や成果等の報告は少なかった。

5. 介護者支援の政策的検討に関する研究

介護者支援の政策的検討に関する研究は、海外との比較において日本の現状を指摘して

いる研究が多くみられる。

水野（2007）は、日本では介護者支援の基盤となる法制度は十分に整備されていないと述べ、要介護高齢者を介護する者について言えば、介護保険法を根拠とする家族支援事業は任意事業であり、自治体には行わなければならない義務はないと指摘している。また、高齢者虐待防止法では「養護者」への支援が規定されているが、目的は支援を要する高齢者の権利利益の擁護であり、介護者支援はそのための達成手段にすぎないと指摘している。

一方、三富（2000）によると、イギリスでは介護者法を根拠に介護者を要介護者の支援者にとらえるのみならず、要介護者とは違う個人として認め、その社会的役割を認識し、彼らが介護を原因に社会から孤立しないことを目指していると報告している。また、オーストラリアにおいても、イギリスと同様にいくつかの州で介護者法を設け、介護者支援の充実をめざす動きが広がっていると述べている。

また、湯原（2010）は、イギリスとオーストラリアの介護者法の検討から、介護者を独自のニーズを有する個人であると認識し、「社会的包摂」を目的に介護者法を制定し、それを根拠に財源を確保すること、そして自治体は介護者とサービス提供者に法の内容を告知し、介護者アセスメントを実施し、その結果に基づき適切なサービスの給付を行うこと、これらが今後、日本が目指す介護者支援であると述べている。

このように、イギリスとオーストラリアの介護者法を制定する動きは、介護者支援のための法的な基盤が薄く、かつ介護者支援の目的を要介護者の権利実現に求める日本とは大きく違う点であり、今後、日本における介護者支援のあり方を検討するうえで注目すべき事項と考える。

第5節 考察

1. 家族介護者への支援に関する研究の現状

以上のように、本稿では家族介護者への支援に関する先行研究の中でも支援方法（介入プログラム、セルフヘルプグループ、レスパイトケア、介護者支援の政策的検討）に焦点をあてて整理を行ってきた。

まず、介入プログラムに関する研究では、その支援内容として、心理的支えだけでなく、電話や訪問による個別カウンセリング、疾病・治療の教育、介護技術、社会資源活用指導の実施など介護方法や認知症に関する正しい知識の提供、家族介護者同士の情報交換の場などがあることが明らかになった。しかし、効果的な方法は科学的に検証されておらず、多くの介入研究は要介護高齢者と家族介護者の両者に焦点を当てることはしていなかった。また、支援プログラム開発に関する研究においても、多くの研究が保健師・看護師によるものであり社会福祉士・介護福祉士によるものは少なかった。なお、仕事と介護を両立している人が増加していることもあり、働く介護者にとっては支援プログラムに参加すること自体が極めて難しいため、職場における支援プログラムの開発や、プログラム提供者が職場に出向くなど、今までにない形式の支援が求められると考えられる。

次に、介護者のセルフヘルプグループに関する研究は、その有効性は参加者からのインタビューに基づく研究や家族介護者による手記などによって示されてきたが量的な研究は少ない。今後、高齢社会の発展に伴い家族介護者支援の社会的資源として介護者のセルフヘルプグループの役割は一層高まるものと想定され、家族介護者の家族会参加による影響を量的に調査することも重要な課題となってくると考える。

最後に、レスパイトケアに関する研究では、障害児・者のレスパイトの実績や海外での実績を踏まえた上での高齢者介護支援システムを検討する調査であるため、高齢者介護に関するレスパイトの研究は障害児・者のそれより遅れていることが分かる。また、家族介護者は直接の支援の対象でなく、二次的に休息を得られればよいと捉えられる傾向があるという後藤ら（2009）の指摘のように家族介護者への支援の目的を介護者そのものを対象とした基本的人権の擁護という視点に立って考える必要がある。介護者支援の政策的検討においても、日本の介護者への支援は要介護者の権利擁護が注目的であり、介護者を要介護者とは違う個人として認め、その社会的役割を認識し、介護を原因に社会から孤立しないことを目指している海外の支援とは異なる問題点があることが指摘されている。

2. 家族介護者支援の意味についての視点

多くのことが求められる状況のなかで、その精神的負担やストレスを解消するための手段や防ぐためのシステムが確立されていない現状にある。家族介護者への支援が要介護高齢者本人への支援につながるという視点だけでなく、家族介護者自身が社会的役割をもった個人であり、その権利を擁護するという視点も重要である。

つまり、要介護高齢者本人への支援のための家族支援という視点だけではこれまでの考え方と変わらないということである。本来の家族支援を考えるのであれば、家族介護者への支援の目的を介護者そのものを対象とした基本的人権の擁護という視点に立って考える必要がある。

これらの点を踏まえて、現在求められる家族介護者支援について考察すると、①家族介護者の意思による介護の選択を保障し尊重すること、②家族介護者が介護を選択した際には、家族介護者自身を、ニーズをもった援助対象であると見なし支援していくこと、③家族介護者のニーズ充足に向けた支援が、要介護高齢者の自立支援につながるようにするため、家族介護者と要介護高齢者との相互作用や葛藤も考慮に入れた支援を行っていくことが必要である。

第4章 介護者の会がもつグループ機能についての分析枠組みの検討

第1節 本研究が対象とする介護者の会とはどのような組織か

本研究は、NPO 法人介護者サポートネットワークセンターアラジン（以下、アラジン）を通して、39の介護者の会のうち27から研究協力を得た。本研究で対象としている介護者の会は、行政主導・市町村の保健師などのよびかけで結成された会ではなく、首都圏を中心として、それぞれの地域で、介護者が自主的に結成した会である。特定のミッションに偏らず、様々な介護者がもつ悩みや問題に基づいた介護者の自主的・自発的な組織である。

それら介護者の会を、アラジンの主催によって結成された「介護者の会ネットワーク」が見つないでいる。「介護者の会ネットワーク」では、月に1回、各会のリーダーが集まって、交流や意見交換を行っている。

アラジンは、「介護者及び介護家族に対して、介護を取り巻く現状の理解を深め、介護者及び介護家族への具体的支援の方法を研究・開発または支援に関する事業を行い、介護者及び介護家族が安心して暮らせる社会の実現」をミッションとして活動を行っている市民団体である。

介護者の会は、「親の会」、「介護者の集い」、「家族会」など類似の表現があり、幅広く様々な領域で活動が行われている。よく知られているものとしては、知的障害児・者の家族会「手をつなぐ親の会」、精神障害児・者の家族会「精神障がい者家族の会」、薬物依存症者をもつ家族会「ダルク家族会」、「ひきこもり家族会」、「認知症の人と家族の会」等がある。

今回の研究対象とした介護者の会とは、「要介護高齢者を介護する介護者の集いであり、要介護高齢者の疾病名・介護者の続柄で限定されたものではない」ととらえ、論をすすめることとした。また、他領域の介護者の集まりは、家族会とする。

第2節 グループ機能の検討

1. 相互援助グループとは何か

Caplan (1979) は、人は、人間関係をもちこたえることで満足を得るような種々の欲求をもっている、と述べる。たとえば、愛情への欲求、自己を意識しないで気楽に感情を表現できるような親密さへの欲求、個人的な価値とアイデンティティの確認への欲求、養育され依存することによる満足への欲求、仕事への援助の欲求、そして情動を統御し、衝動をコントロールする援助への欲求である。ほとんどの人は、生まれてきてから人間関係のつながりの中に自分をおくことによって幸福の感覚を育て維持してきた。

そうすると、以上のような欲求が満たされていない、あるいは、満たされていても満足していない人にはどのような支援が必要なのか。ここではグループワークに焦点をあて、相互援助システムとしてのグループについて検討してみたい。

Shulman (1979) は、グループには共通課題をもつクライアントのための相互援助としての可能性があること、すなわち、メンバーがお互いを援助しあう理想的なグループ状態を

めざす「相互援助システム」としてのグループワーク・アプローチに最大の関心を示している。

しかしながら、このようなグループの理想的状態が可能なのか、という疑問がある。各メンバーが悩みをもち、非生産的な状態にある場合、見知らぬ他のグループメンバーを前にして、そのメンバーにとって個人的な関心や問題を話すことができるのだろうか。これは、ワーカーの専門的援助者としての役割機能にも関連してくる。

また、グループメンバーはそれまでの過去の体験による異質の価値観に基づいてグループに参加してくるのであり、お互いがお互いを理解し、援助するための能力を作用させない障害要因も存在している（黒木、1983）。

Shulman（1979）は、このような状況や障害要因があるからこそメンバーの相互作用を生み出す「媒介者」としてのワーカー役割の必要性があると主張している。

ここからは、Shulman の援助過程技術論をもとに、相互援助システムとしてのグループの諸機能について検討してみる。

（1）情報・事実の分かちあい

グループ過程においてメンバーはお互いに「情報源」としての役割を果たすことが可能である。他のメンバーからでてくる知識、意見、価値観などの情報や事実を聞くことにより、問題に対する異なった洞察が可能となる。共通課題を達成するために多くの情報が必要となるが、グループにおいてはお互いが情報源となることが可能である。また、課題によっては専門的知識や意見に基づく特定の情報の提供が必要な場合があり、ワーカーも情報源として機能を果たすことになる。

（2）弁証法的過程

メンバーが情報を集め、分かちあうことは、テーゼからアンチ・テーゼという弁証法的過程をたどりながら、メンバーに対して見解の修正や異なる感情の理解へと導くことが可能である。

（3）社会的タブー領域についての許容

相互援助グループにおいては、ふれにくい領域の関心事や問題を打ち明けたり、タブー視されている領域についてメンバーに肯定的人間関係が成立すると、自由に討論できる可能性、すなわち、「逸脱を許容する」機能がある。タブー領域についてのメンバーの異なる切迫感、グループにてふれにくい領域やタブー領域について話し合いが進行し始めたときに、さまざまな反応をもたらしてくることになる。

（4）同じ運命体としての現象

グループ全体がタブーのことに触れたとき、メンバーはお互いの感情を聞くことで自分

では気づかなかった感情を発見し、その発見が後の人生にとって影響力をもつかもしい。また、メンバーは自分だけがそんな感情をもつた一人の人間ではないという事実
に安心をするかもしれない。これらのことが、グループメンバーに同じ運命にある現象を
植え付けていくことになる。つまり、グループメンバーにとって、他のメンバーと感情を
分かち合うことが可能であるということを体得することは、不安を少なくし、肯定的人間
関係を作ることを容易にするのである。一人のメンバーとして、直面した問題に圧倒され
て悩んでいたのは自分だけではないことを発見した時、あるいは、みんなが悩んでいるこ
とを発見した時、そのメンバーは安心をし、積極的にその問題に取り組んでいくことが可
能となる。また、このことは、相互援助過程において、メンバーに強力な変化を起こす力
となる。

(5) 相互援助

グループメンバー同士は、ワーカーよりもより深くお互いの感情を理解することが可能
であり、他のメンバーの感情を理解した時に、自分自身の感情をも受容し始めることにな
る。メンバーは共通の関心事・問題を分け合うことからお互いに感情移入が可能となり、
このことが相互援助に強力な効果をもたらすこととなる。グループにおけるこのような相
互援助は、個人同士での相互作用とは異なる本質を持っているといえる。すなわち、単な
るメンバーの合計からだけ生まれてくる相互作用ではなく、複雑な複雑からの感情移入の
両となるからである。

(6) 相互の要求と期待

相互援助は、メンバー同士の共通の関心事の分かちあいと同様に相互の要求を通じても
与えられることが可能である。相互に直面している問題を第三者によって解決してもらえ
るかもしれないという要求や期待を持ち込んでくる。これらの要求や期待が相互の問題に
関心を引き起こしてくる。自分の要求と期待のためには、メンバーは自分の本当の意見や
考え方をあえて他のメンバーに述べなければならないし、同時に他人のことも熱心にきか
ねばならない。また、自分の要求や期待を横におきながら、他人の要求や期待への答えを
出していかなければならない。しかしながら、グループメンバーは最終的には自分の問題や課
題は自分で解決しなければならないことを受容してくるのである。

(7) 個人問題の解決

相互援助グループは、参加するメンバーが問題を持ちこんでくる、あるいは援助を求め
てくることによって成立する。メンバーは最初、間接的表現で、後には本当の感情をこめ
て自分の問題を表現してくるが、この状況においては他のグループメンバーがその問題の
理解と援助を提供できるようになってくる。このことによって、自分の直面していた問題
に対する意見や考え方に、異なる見方があることを理解することになり、自分の従来の意

見や考え方の「ゆがみ」を気づくことにもなる。また、メンバーは似たような関心や境遇に対して協調できるし、物事に対するささいなコミュニケーションの違いが、人間関係の誤解を容易に引き起こすことを理解することができる。相互援助グループにおいては、このようにお互いの特別な個人的問題の解決を辻手他のメンバーを援助することが自分自身をも援助することになる。

(8) リハーサル

相互援助グループにおいては、特別の生活課題を予習し、課題達成に必要な機能を発達させることが可能である。メンバーが直面する課題のために新しい考えや技術による役割を準備することが必要な場合において、メンバーはこのグループにおいて自分の行動を予習し、実験し、実践することができる。メンバーにとって難しいと思われる感情の表現や新しいコミュニケーションの方法を実験する安全な場所になりえるのである。

(9) グループとしての強み

相互援助グループにおいては、個人レベルよりもグループとして活動する方がメンバーにとって効果的な場合がある。個人の不安やアンビバレンスは、同じ運命にある他のメンバーを認識することによって、あるいは他のメンバーの不安やアンビバレンスに挑戦する勇気を発見することによって少しずつ克服することが可能となってくる。

以上のように、相互援助システムとしてのグループの諸機能についてみてきた。しかしながら、このことは個人レベルの援助システムよりもグループの方が優先的手段になり得ることを述べようとしたのではない。個人レベルの援助システムか、またはグループレベルでの相互援助システムを選択するかはクライアントの直面している問題・課題の要因や性質、あるいはクライアントの好みによるかもしれない。個人とグループのそれぞれの援助システムは、焦点の相違があるものの、クライアントが相方を活用することによって、より生産的になり、お互いに重要な刺激を与えることが期待できるのである。

2. セルフヘルプグループとは何か

久保（1998）は、セルフヘルプグループ（以下、SHG）を、何らかの問題・課題を抱えている本人や家族自身のグループである、と定義している。日本における SHG の形成と発展は、田中（2001）によれば、「1960年代～1970年代の萌芽期、1980年代の助走期、1990年代の発展期」と、社会に浸透しながらその活動が認められてきたプロセスがある。

伊藤（2001）によれば、生きづらさを抱える人々の問題のほとんどに、セルフヘルプグループが存在すると言っても過言ではないくらい認知度は高まっているとしている。一方で、生きづらさを抱える人々とは多様な人々を対象にしており、SHGを一括りに語る事が難しくなっている。また、それほどまで広がりを見せた SHG であるが、その多様性ゆえ、未だ存在そのものの定義や活動の実際は不明な点が多い。田中の指摘も「1990年代の発展

期」で締めくくられており、2000年代以降、日本のSHGがどのような発展を遂げているかという問題は扱われることが少ない。

ここでは、SHGの定義と機能を確認しながら、日本におけるSHGの意味と認識とを検討してみたい。

Katz&Bender(1976)は、セルフヘルプグループを次のように定義している。

「セルフヘルプグループは、自然的に結成された相互援助と特定の目的の達成をねらった仲間(peer)の小グループである。メンバーは通常、相互援助のために集まり、メンバーのもつ共通のハンディキャップとか生活を苦しくさせている問題などに取り組み、望ましい人格ないし、社会変化を引き起こそうとする。提唱者やグループメンバーは、既存の社会施設や組織では要求が満たされていないが、その可能性がないと考えている。セルフヘルプグループは、顔をつきあわせての付き合いを強調し、メンバーの個人的責任を強調している。精神的な支えばかりでなく、物質的な援助もなされることが多く、メンバーの個人的同一性を高めるような価値観なり、イデオロギーを啓蒙しようとしている」

Katz&Benderの定義には、「メンバーの個人的同一性を高めるような価値観なり、イデオロギーを啓蒙しようとしている」のようにその時代特有の文化的背景を象徴するような文言も含まれているが、久保(1998)によれば、これまで海外において多くの研究が存在しており、定義と分類についても多くのものが存在するが、「それほど大きな変化はみられない」ことも現実であると思われる。

また、岡(1985)は、海外の様々な研究者の意見をレビューし、SHGにはその定義から二つのはたらきが意識されているということを指摘している。それは、参加者個人の変容を促す意味での治療的機能と制度変革や啓発といった社会的機能である。

そして、岡(1990)は、日本におけるSHGの展開について、SHGという用語は日本においては、保健医療・心理療法の分野において使われており、いわゆる患者会・家族会として扱われることが多く、神経症患者、アルコール依存症、精神障害者のような心理的問題を抱えたサポートシステムとして捉えられていることが多いことを述べている。このように、日本でのSHGとは、治療的機能を指向するグループを指してきたと思われる。

岡の主張からは、日本のSHGは治療的機能を検討されることが重視されており、社会変革や啓発活動の主体となる社会的機能は認識されることが少なかったことが読み取れる。しかし、両者の関係について岡は「両向性」という性格をもち、同時に二つの機能を持つことが多いとも述べている。また、伊藤(2009)も「二つの機能は密接であり、セルフヘルプグループが既存の専門的援助に欠けているものを顕わして社会を変えてゆくという側面を持つにしても、それはセルフヘルプグループが個人を変えてゆくという機能と別個にして捉えることはできず、むしろ、セルフヘルプグループは個人を変えてゆくことを通じ

て社会にもはたらきかける」と解説を加え、全く別の機能ではないことを述べている。

日本における SHG とは、「心理的問題を抱えたサポートシステムとして捉えられていることが多い」という岡の指摘を鑑みて、臨床心理学の分野で SHG を研究してきた高松（2009）による定義を参照したい。

「セルフヘルプグループ（self-help group）とは、同じ悩みや障害を持った人たちによって作られた小グループのことである。その目的は、仲間のサポートを受けながら、自分自身で、問題と折り合いをつけて生きていくことである。問題解決を目指して社会に対して働きかけるグループもあるが、解決できない問題（障害や死別など）とどうつきあっていくかを考えるのもセルフヘルプグループの大きな特徴である。専門家がグループ開設・維持に協力することもあるが、基本的に本人たちの自主性・自発性が最も重視される。」

上記の高松の定義においても問題解決のための治療的機能と社会に働きかける社会的機能が両方とも盛り込まれているが、やはり治療的機能の方が中心である印象を受ける。SHG とは何かという問題に関しては、その時代・文化の影響や、国民性や社会の要請によって様々であるように思われる。

一方で、近年では、専門家指導のサポートグループや集団精神療法等、専門家によって整備された患者会、デイケアなどのグループ活動と混同されることも多いと思われる。サポートグループについては、項をあらためて検討することにしたい。

そうすると、社会福祉学の分野では、SHG をどのように捉えているのだろうか。ここでは、稲沢（1996）の定義を参照したい。

「セルフヘルプグループ（self-help group：以下 SHG と略す）とは、一方向的な援助関係の向こう側に位置するものである。それは、共通の問題や課題を抱えた者たちが相互に援助しあう場として生み出されたものだからである。そこでは、人の「生」が他の「生」と向き合う中で、自らの意味を問い、確かめ、新たなものへと生まれ変わっている。それは、「生」と「生」とが直接出会う場面であり、もともと援助というものが生まれ出た原風景をなしている。SHG における「生」の意味を問うことによって、援助は、自らを生み出した深みに再びふれ、援助自身の意味を再び模索し始めることになる。」

稲沢は、SHG での関わりの中で人が変わる場面に着目し、それを「生」という言葉を用いて説明している。SHG での変化については、「自らの意味を問い、確かめ、新たなものへと生まれ変わっている」としており、参加者自身の自発性を重視しているように読み取れる。

また、上記で紹介してきた SHG の定義では、どのような人々が SHG に参加しているのか

(援助の対象)、誰によって援助がおこなわれているのか(援助者のレベル)、人々は SHG で何を得ているのか(SHG の目的)などをあげており、SHG の機能的・外部的な側面に注目している。これに対して、稲沢は SHG の参加者(人)の内面的な側面に注目をしているのが印象的である。

本稿では、「介護者の会」の機能的・外部的な面だけでなく、参加者の内面にも注目をし、検討していくことにする。

SHG には、専門的な援助とは異なり、何か特別な技術を備えた専門家がグループの中にいるわけではない。参加者はみな問題の当事者である。そのような環境の中での参加者の回復についてその機能が提唱されてきた。

伊藤は、どのような回復機能研究が示してきた代表的な機能は 4 つに分けられることを示唆している。

①コミュニティの感覚

伊藤(2000)はコミュニティの感覚を、「ここにいるひとたちは同じ体験を分かち合っている」、「自分たちは仲間である」と表現している。それまで自分一人で問題を抱えていた状態から、SHG に参加することで同じ問題を抱えた仲間に出会いエンパワメントされるという効果が SHG にはある。岡(1999)は、この現象を「わかちあい」と呼び、参加者が今までためこんでいた気持ちを吐き出し、同じ立場の人どうしだから分かり合えることをわかちあい、情報を交換し合うことができるという機能を提示している。一方で伊藤(2000)はコミュニティの感覚について「これらの感覚はグループ参加と同時に無条件に得られると考えるのには大きな飛躍である。参加によって無条件に得られるものではなく、参加者がグループ内の何らかの相互作用を得て達成されるはずであるが、先行研究ではただ一連の情緒的変化があることの指摘に留まっている」と指摘している。

②役割モデリング

グループの中で、モデルになる人を選ぶことによって、新しい参加者はそのモデルの考えや行動を模倣しようとしたり、あるいは「あの人にできるなら私も」というように比較の対象とし、参加の動機を高めたり、問題に対処する態度や方法を吸収したりすることができる(伊藤、2000)。これは伊藤(2009)の指摘の通り、バンデューラの社会的学習理論に影響を受けた回復メカニズムである。これまで、自分のような問題を抱えた人が社会でどのように適応していくのかが分からない状態から、自分と同じような問題を抱えながらその問題に対処している他の参加者との出会いから得るものは大きい。

③ヘルパーセラピー原則

Riessman(1965)が提唱した「ヘルパーセラピー原則(Helper Therapy Principle)」は、

SHG での回復において多くの研究で用いられている。これは最も単純に言えば、「人は援助することで最も援助を受ける」（三島、198）というものになる。また、Riessman は、ロールプレイングで説得する役割を演じた者の方が説得させる役割を演じた者より意見を変更しやすいという社会心理学の実験や、子どもの読解能力が教える側の役割を演じることで増進するという報告などを引き合いにだしながら、サービスの恩恵を受けるのは、普通はそのサービスを受ける者だと考えられがちだが、実はサービスを与える役割を担う者の方だと述べる。このように、この概念はもともと SHG を舞台に作られたものではない。しかし、これまで自分自身を苦しめるだけであった問題や症状、それらにまつわる体験が他者に伝わることで他者を支え、参考になるということは SHG 内で参加者に体験される出来事であると考えられる。そして、そのやりとりによって、参加者は問題の位置づけを変容させ、自身を支えることにつながっていく。また、SHG という専門家の支援から離れたフィールドという特性上、これまで専門家の援助を受ける側のみであった参加者にとって他者を支援する側にまわるというこれまでになかった出来事が起きる。

④知識の伝達機能

Borkman (1976) は、SHG では体験的知識 (Experiential Knowledge) の交流と蓄積が行われていると出張した。体験的知識は、ある状況への直接の関与から習得された洞察は真である、という高度の確信を示しており、そうした知識は専門的知識と異なり、実際の、長期的進展よりもむしろ「今ここでの行動」に志向していて、生理・病理学に限定されるむしろ情動的なものを含んだ全体的な知識である (伊藤、2000) とされ、専門家が用いる「専門的知識」とは異なった性質をもつものである。高松 (2009) は、「体験的知識」と「専門的知識」の違いを次のように述べている。医者や心理士は治療の専門家ではあるが、問題を抱えて日常生活をどう生きるかという意味では専門家ではない。当事者は 24 時間その問題と付き合っているのだから、その問題の専門家でもあるし、様々なノウハウをもって。それは同じ問題をもつ他者の生き方にも参考になるものである。

また、グループに存在する「知識」という側面では Levy (1976) と Antze (1976) の研究がある。Antze (1976) は各々の SGH は、取り扱う問題に関する一定の知恵を求め、メンバーが回復への秘伝として尊ぶ、特殊化された教え (teaching) の体系を持つとみていた。彼は、こうした「教え」をあえてイデオロギーと呼び、この機能こそが、メンバーの軽快の状態を維持させ、再発のプロセスを防ぐ鍵という意味で、メンバーにとっての SHG の機能と役割の中核をなすものであると位置づけた (三島、1998)。また、それらの教えの体系やイデオロギーはしばしば成文化されていて、例えば、AA (Alcoholics Anonymous) の 12 ステップやハイヤーパワー等がそれにあたる (伊藤、2000)。さらに、Levy (1976) は、グループの中でやり取りされる情報やアドバイス、問題の根本的理由に関する説明力といった言語的情報にこそ、SHG の固有性の鍵がある、という仮説を立てており、SHG にはこのよ

うにグループが扱う問題にたいしてイデオロギーと称されるほどの何らかの強固な方向付けを有していることが参加者の回復を支える一つの要因であるといえる。

3. サポートグループとは何か

高松（2004）はサポートグループを次のように定義している。

「サポートグループ（support group）とは、特定の悩みや障害を持つ人たちを対象に行われる小グループのことである。その目的は、参加者が抱えている問題を仲間のサポートや専門家の助言を受けながら、解決あるいは受容を目指すものである。専門家あるいは当事者以外の人びとによって開設・維持されるが、参加者の自主性・自発性が重視される相互援助グループである。」

サポートグループは、通常、専門家や問題をすでに乗り越えた先輩、親や年長者が企画して実施される。場合によっては専門家に対する謝礼などがかかるので、参加費が高くなることがある。しかし、サポートグループの方が優れているのかという一概には言えない（高松、2009）。

金（2010）によると、当事者組織はソーシャルアクション、サービス提供、つどい等に分類することができる、と述べている。またつどいは、専門職が主導するグループワーク、専門職の主導が強いサポートグループ、当事者が主導するセルフヘルプグループに分類している。

Powell（1987）は、「当事者の自律性の強いタイプ」だけでなく、「専門家の指導の強いタイプ」という専門職が介入している場合もセルフヘルプグループに含めているが、Kurtz（1997）は、専門職が介入しているグループは、セルフヘルプグループでなく、サポートグループであるとしている。

Kurtz（1997）と Borkman（1999）によれば、サポートグループとは、①しばしば専門職によって促進され社会福祉機関もしくはより大きな公的組織と連携している、②情緒的な支援が受けられる、③共通の問題を抱える人々に情報を提供される、④参加は自由であり強制されない、⑤メンバーは共通の目的を共有できると定義されている。

以上でみてきたように、セルフヘルプグループとサポートグループの大きな違いは、専門職の介入可否にあるといえる。

また、サポートグループは、比較的短期間に何らかの学習をしたり、行動を変えたりしようとしたりする。どちらかという、サポートグループは保護された入門グループ。セルフグループは独り立ちのための次のステップという印象がある（高松、2009）。一般的には、セルフヘルプグループは長く継続される場合が多くみられるが、サポートグループは3ヶ月か半年等の期限があるものが多い。サポートグループについての情報は非常に流動的である理由も、さまざまな機関が短期的に実施しているグループが多いからである。

また、サポートグループという形式を取りながら、ほとんどセルフヘルプグループと同

じ活動をしているグループもある。一方で、熟練した臨床家によって実施されているサポートグループは「集団精神療法」と捉えて治療に近いものもあり、サポートグループの範囲はかなり幅があると考えられる。

いずれにしても、サポートグループでは、スタッフ（ファシリテーター）の役割と責任が大きくなる。

第3節 相互援助グループに関する先行研究の検討

1. 福祉領域における相互援助グループの検討

福祉領域において相互援助グループについて報告されているものとしては、実践報告が多く、精神障害者、知的障害者、高齢者などと多岐にわたっている。しかし、その数は少ない。とくに、ここではピアサポートに焦点をあてた研究を中心に検討してみる。

育児中の女性のピアサポートに関する研究（新道ら、1998）では、出産後「周囲との育児価値の相違」に悩みながらも「話し相手がいないストレス」を抱え、孤独感や育児の不安などから子どもへの愛着を失うおそれを感じており、またそのような悩みから逃れ、解放されることを求めている母親像が浮かび上がってくる。そのような母親にとってピアグループ参加のきっかけは、市町村で行われる妊産褥婦対象の母親学級であったり、育児支援活動事業における仲間づくりであった。しかしやがて、日本全国に自然発生的に生じ自主的に運営・活動をつづける「子育てサークル」が出現してくる。原田ら（2002）による関西地域の「子育てサークル」の統計調査によれば、2000年の調査において、10年以上続いているサークルもあるが、約半数はここ3・4年のうちに生じている。地域共同体が失われ「母子カプセル」といわれる閉塞した環境の中で、母親が「子育てサークル」を求めるのは、健全な自己防衛手段であり、「子育てサークル」は相互援助グループとして機能（ピアサポート）をする。しかし、すべての母親がグループの形態に馴染むかといえばそうではなく、虐待のような深刻なケースには専門職が前面に出て支援すべき場面もある。

知的障害者のピアカウンセリングの取り組みとしては、佐藤（2000）によれば実際に「山口県手をつなぐ育成会」では、知的障害者のリーダー育成としてピアカウンセリング支援事業を1994年～1996年まで行ったが、参加した知的障害者にピアカウンセリングについて理解してもらうまでには至らず、当事者の状況の違いもあり話がかみ合わなかった。その反省として、複数年度で一貫したカリキュラムを策定し、継続参加による育成を行う必要があること、知的障害者本人の意見が反映される事業展開、活躍できる社会的場の確保などを検討し、1997年から実行委員会を設けて、3年計画で取り組み成果を収めている。

精神障害者のピアサポート活動は、従来セルフヘルプグループという形でも行われてきた。村上（2005）によれば、沖縄で精神障害者の「つどい」なるグループ活動があるが、その活動は、精神障害者当事者を中心に（当事者以外にも門戸を広げ）、定期的に集まり話をするというもので、10名未満の「つどい」のグループが沖縄各地のみならず、長崎県などにも点在する。その活動はエンドレスで毎週開催して400回を超えるグループも存在す

る。村上はこれをピアカウンセリングの一つも形態と捉えているが、むしろセルフヘルプグループによるピアサポート活動と位置づける方が妥当であると考ええる。しかし、実際にはセルフヘルプグループの活動の延長線上にメンバー相互による個人レベルの相談・支援活動が行われることも多く、セルフヘルプグループ活動とピアカウンセリングには明確な線引きができないのが現状である。

一方、セルフヘルプグループから発展して、自称「精神医療サバイバー」の広田（2003）のように、個人が自宅において、電話相談やピアカウンセリング活動を行っているものもある。その活動は、自宅に宿泊させるなどサポート活動と私的生活が一体となったものである。一見、危うい印象も受けるが、地域の交番の警察官とのパイプをもっていたり、「いのちの電話」や精神科急医療相談窓口から相談者をまわされるなど、地域の中で存在感を示している。また、加藤（2004）の報告によれば、自らも引きこもりの時期を経験し、立ち直って大学卒業後、精神科のSW、作業所の職員などの福祉職を経て、1998年、精神障害者ピアサポートセンターを仲間と立ち上げ今日に至っている。センターの活動はピアカウンセリングからパソコン、出版、お菓子作り、地域との交流カフェ、社会見学など多岐にわたり、現在はピアヘルパー養成講座を展開するなど、その活動は組織的なものとして発展している。

知的障害者においても、セルフヘルプグループの活動は、以前より存在しており、谷口（2005）によれば、日ごろあまり積極的に話さない知的障害者がグループの中で堰を切って話す姿がみられるという。一方で、知的障害のある人がピアカウンセリングをすることは、深く考えることができないから無理であると考える向きもあったが、谷口は知的障害者をもつピアカウンセラーの必要性を説いている。知的障害者のセルフヘルプグループの場合においても、グループの中に「世話焼きの人」が出てくるが、その場合、他者を助けながら本当は自分が一番助かっている面があり、谷口はこれを「ヘルパーセラピー原則」と指摘している。経度の知的障害をもつピアカウンセラーが自分より障害が重い人のことを考えるという過程自体が自分自身を見つめる糧となると述べている。

板倉（2005）によれば、名古屋市の障害者地域生活支援センターでピアサポートを受けた中途視覚障害者の相談記録の分析から、中途障害に起因する心理面での苦悩が相談者に共通して見られ、そのような相談者にとって同一障害を有し障害体験を共有する相談員は「役割モデル」であり、心理的安定や回復を促す援助となっていた。

高齢者の分野では、斉藤（2005）は通所リハビリテーション施設の利用者である高齢者を対象に、施設利用時間中の他者との交流時間とQOLとの相関について調査し、その結果、中等度の相関がみられた。すなわち、他者との交流時間が長い利用者ほどQOL向上がみられ、斉藤はこのことから、他者との交流時間にピアカウンセリング的要素があると結論づけている。

2. 高齢者介護の領域における相互援助グループの検討

高齢者介護の領域で、介護者が活動参加しているグループはどのようなグループとしてとらえられているのか、先行研究によれば、「介護者の会」をセルフヘルプグループとしてとらえたものがほとんどであった。

セルフヘルプグループに関する研究はアメリカにおいては1960～70年代よりさまざまな領域の対象についての活動効果の報告がある。しかし、日本では1980年代後半からセルフヘルプグループが注目されるようになったものの、主に精神障害者の家族支援（蔭山 2001、全家連保健福祉研究所 1998、石下 1995）、嗜癖（平野 1995）、難病およびがん患者グループなどの実践活動の紹介（金子 1991）などがその多くを占めている。

高齢者の分野では、「介護者の会」の機能や「介護者の会」活動の効果を検討したもの、介護者の「介護者の会」参加による介護への適応モデルを提示した研究、「介護者の会」活動を地域に発展させていく方法に関する研究などがある。また、「介護者の会」をセルフヘルプグループとして取り上げた研究もみられる。

介護者を対象としたセルフヘルプグループの活動に関しては、井伊（1996）が介護者の相互作用に着目して介護者集団の力量形成を果たすことを意識するよう組み立てたグループ活動支援研修の実践例の報告から介護者の学習の発展と組織活動の内容を整理している。

百瀬ら（2002）は、介護者セルフヘルプグループへの参加を通して認識している意味付けの発展プロセスを明らかにしている。そのプロセスには、①閉鎖的介護から一歩踏み出す、②様子をうかがいながら必要な情報を得る、③孤立感から開放される、④仲間意識が芽生え互いに支えあう、⑤本音で語り合い、⑥義務感や罪悪感から開放される、⑦自分はまだまだしと気持ちを立て直す、⑧自分の経験を他の介護者に役立てる、⑨介護の社会化にむけて地域を変えようと動き出す、の9つの段階があった。

また、佐分ら（2007、2008）は、「介護者の会」参加による介護者の共感的関係と介護者の創造的な適応との関連を明らかにし介護への適応モデルを提示している。介護者の「介護者の会」参加による介護への適応モデルは、共感（下位概念：他者からの肯定的配慮、他者への肯定的配慮、他者の受容）と適応（下位概念：認知症の家族員の理解、自己一致、介護の見通し）を要素に構成されている。また、「介護者の会」における共感が介護への適応を促進し、適応と「介護者の会」継続意図に関連があることを述べている。

なお、尾之内ら（2010）は、「介護者の会」の試みとして介護者への支援が進んでいる海外の事例を参考とした比較のなかで、日本では要介護者への支援に付随する間接的な利益を受けるに過ぎず介護者の社会的排除に関する配慮が見られないことを指摘している。

これらの先行研究は、セルフヘルプグループの機能や参加効果を多様な側面から抽出し、その有効性を論じているが、家族介護者のセルフヘルプグループの機能と介護者への影響の関連は明らかではない。また、日本における要介護高齢者を介護している介護者の介護者の会参加に関する研究は数少ない。

第4節 グループとしての介護者の会

介護者の会は、セルフヘルプグループなのか、サポートグループなのか、どのようなグループとしてとらえればよいのか、について考察する。

セルフヘルプグループについて、Powell (1987) は、「当事者の自律性の強いタイプ」だけでなく、「専門家の指導の強いタイプ」という専門職が介入している場合もセルフヘルプグループに含めている。しかし、Kurtz (1997) は、専門職が介入しているグループは、セルフヘルプグループでなく、サポートグループであるとしている。

セルフヘルプグループは、共通の課題をもつ当事者の集まりであり、仲間同士の共同による自助が基本となっており、介護者の会もそうである。しかし、介護者の会には、現在介護を行っている人だけではなく、介護を終了した人（以下、介護終了者）も参加している。このように、介護終了者も当事者と言えるのだろうか。介護者の会は構造と機能上、セルフヘルプグループであると言えるが、介護者の会を定義するときには、介護終了者をどのようにとらえるのかによっては注意が必要である。

次に、介護者の会をサポートグループについて検討すると、専門職の介入がないことから、介護者の会は純粋な意味ではサポートグループには当てはまらない。

第5章 介護者の会による支援に関する質問紙調査

第1節 はじめに

介護保険制度の導入により、ショートステイやデイサービスなどの要介護高齢者への居宅サービスは普及したものの、家族介護者の負担感や抑うつ感は解消されたとはいえない。また、要介護高齢者を介護する場が、施設から在宅へ移行するなかで、介護を担う家族介護者の役割は大きくなっている。この傾向は、「地域包括ケア」と呼ばれる新しい高齢者ケアの考え方が導入されることで、一層強くなっている（伊藤、2013）。

また、日本では、介護者は要介護者への支援に付随する間接的な利益を受けるに過ぎず、介護者の社会的排除に関する配慮は見られないという指摘（尾之内ら、2010）もあるように、従来の専門的な支援だけでは、介護者のニーズに対応しきるのは難しいのではないだろうか。

このような状況において、家族介護者を支援するインフォーマルな社会資源として注目を集めているのが、介護者による集い（以下、「介護者の会」と記す）である。「介護者の会」は、要介護者の疾患名（若年性認知症、知的障害、精神障害、レビー小体型認知症等）・介護者の続柄（男性、娘等）等によって、いくつかに分類することができるが、本稿では、要介護者の疾患名や介護者の続柄で限定されない、要介護高齢者を介護する介護者の集いを、「介護者の会」とする。

「介護者の会」に関する先行研究には、「介護者の会」の機能や活動の効果を検討したもの、家族介護者の「介護者の会」参加による介護への適応モデルを提示した研究、「介護者の会」活動を地域に発展させていく方法に関する研究などがある。また、「介護者の会」をセルフヘルプグループとして取り上げた研究もみられる。

これらの先行研究は、「介護者の会」の機能や参加効果を多様な側面から抽出しその有効性を論じているが、家族介護者が「介護者の会」に果たす機能と家族介護者への影響の関連は明らかではない。また、日本における要介護高齢者を介護している家族介護者の「介護者の会」に関する研究は数自体が少ない。さらに、「介護者の会」参加者のインタビューに基づく質的研究がほとんどであり、「介護者の会」への参加が介護者にもたらす影響を一般化して示すためには量的調査が求められる。

本稿では、「介護者の会」参加者を対象として行ったアンケート調査の結果をもとに、「介護者の会」による支援の特性を明らかにすることを目的とする。また、「介護者の会」の参加者が求める介護者への支援についても検討する。

第2節 調査方法

1. 対象

調査の対象は、介護者を支援する NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン（以下、NPO 法人アラジン）が主催する「介護者の会ネットワーク」に登録

している 39 の介護者の会の中、許可が得られた 27 の会の参加者である。

「介護者の会」ネットワークとは、首都圏中心の「介護者の会」をつなぐためのものであり、月に 1 回各会のリーダーが集まり交流、意見交換、悩みを話す会議（以下、ネットワーク会議と記す）を開いている。

2. 調査の内容

本研究は、介護者を支援する NPO 法人アラジンが主催する介護者の会ネットワークに登録している 27 の団体の参加者を対象とし、介護者の会の参加者の実態と介護者が求める支援を把握するために行う量的調査である。要介護者の基本属性、介護者の基本属性、利用サービス、介護者の会参加のきっかけ・年限・参加前後の変化、介護者の会から受けている支援とケアマネジャーが行っている支援、介護者の認識・状況を把握する尺度（COPE）である。

3. 本調査で用いた尺度

COPE Index（Carers of Older People in Europe、以下 COPE 尺度と略す）は、欧米 6 か国における高齢者の介護者のニーズ、サポート・サービスの使用状況、またその役割に対する介護者の認識を含め、介護者の状況を調査するために開発された。15 項目、3 因子（Negative impact、Positive value、Quality of support）で構成されている。

質問紙の信頼性と妥当性を測定する前の手順である日本語訳に関しては、残念ながら一定の手順は確立されているとはいえない（福田、2010）。その中で妥当性が高いとされている方法の一つにバックトランスレーション法（訳し戻し法）がある。バックトランスレーション法とは、英語を日本語に訳し、その日本語訳を英語に訳し戻し、原文の英語と比較し、日本語訳を検討し直す方法を指す。富田・中野（2006）では、質問項目の訳出にあたって、英語教育の専門家である第二著者が行い、その後、英語のネイティブスピーカーであり、かつ日本語が堪能である大学院生にバックトランスレーションを依頼している。また、下仲他（1998）も、在日アメリカ人心理学者にバックトランスレーションを依頼している。このような方法をとる目的は、誤訳を避けるためである。誤訳された質問項目がある質問紙について、信頼性や妥当性の検討を行っても、もともとの質問の意味が異なっていれば、本来の目的を達することはできない。日英言語に精通した第三者に依頼をするためコストはかかるが、バックトランスレーション法を行うことは非常に重要である。これらの方法は、一つの質問項目が一つの短い文で構成されている質問紙法でも、必須である手順と考えられる（福田、2010）。

そこで、筆者は本研究に COPE 尺度を用いる際に、社会福祉分野の論文翻訳を専門とする翻訳会社に依頼をし、上述の手続きを踏んで日本語に翻訳された尺度を使用した。

Index Questions

- (1) Overall, do you feel well supported in your role of caregiver?
Always Often Sometimes
Never
- (2) Do you feel you cope well as a caregiver?
Always Often Sometimes
Never
- (3) Do you find caregiving too demanding?
Always Often Sometimes
Never
- (4) Does caregiving cause difficulties in your relationships with friends?
Always Often Sometimes
Never N/A
- (5) Does caregiving have a negative effect on your physical health?
Always Often Sometimes
Never
- (6) Does caregiving cause difficulties in your relationship with your family?
Always Often Sometimes
Never N/A
- (7) Does caregiving cause you financial difficulties?
Always Often Sometimes
Never
- (8) Do you feel trapped in your role as a caregiver?
Always Often Sometimes
Never
- (9) Do you feel well supported by your friends and/or neighbours?
Always Often Sometimes
Never N/A
- (10) Do you find caregiving worthwhile?
Always Often Sometimes
Never
- (11) Do you feel well supported by your family?
Always Often Sometimes
Never N/A
- (12) Do you have a good relationship with the person you care for?
Always Often Sometimes
Never
- (13) Do you feel well supported by health and social services?
(for example, public, private, voluntary)
Always Often Sometimes
Never N/A
- (14) Do you feel that anyone appreciates you as a caregiver?
Always Often Sometimes
Never N/A
- (15) Does caregiving have a negative effect on your emotional well-being?
Always Often Sometimes
Never

- (1) 総体的に、あなたは介護者として十分なサポートを受けていると感じますか？
- (2) あなたは介護者としてうまく仕事をこなしていると感じますか？
- (3) 介護をきついつと感じますか？
- (4) 介護はあなたの友人関係に問題をもたらしていますか？
- (5) 介護はあなたの身体の健康状態に悪影響を及ぼしていますか？
- (6) 介護はあなたとあなたの家族との関係に問題をもたらしていますか？
- (7) 介護はあなたに経済的な困難をもたらしていますか？
- (8) あなたは介護者としての役割に閉じこめられていると感じますか？
- (9) あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか？
- (10) あなたは介護をやりがいがあるものと感じていますか？
- (11) あなたは家族に十分支えられていると感じますか？
- (12) あなたは介護をしている相手と良い関係を築けていますか？
- (13) あなたは医療・社会サービスに十分に支えられていると感じますか？(たとえば公共、民間、ボランティア)
- (14) あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか？
- (15) 介護はあなたの精神的な健康に悪影響を及ぼしていますか？

4. 調査の手続きおよび分析方法

調査は、2013年8月1日から9月30日までの期間に行った。

調査を行うにあたり、事前にネットワーク会議にて研究調査の協力について相談をした。その後、①依頼書とアンケート用紙を持参し、各「介護者の会」の定例会に参加する、または②「介護者の会」の代表に依頼書とアンケート用紙を送付する、とい

う 2 つの方法で配布を行った。また、回収は郵送で行った。

その結果、248 部が回収され、そのうち有効回答であった 231 部を分析対象とした (有効回収率 52.8%)。分析には、SPSS statistics 20 を使用した。

5. 倫理的配慮

調査は無記名式で行うこと、協力しない場合に不利益をこうむることは無いこと、得られたデータはすべて数字で統計処理し本研究以外の目的では調査結果を使用しないことを書面にて確認し同意を得た上で実施した。なお、本調査の内容は、東洋大学研究倫理委員会にて承認を得て行った。

第 3 節 結果

1. 対象者の概要

回答があった者について「介護中」(在宅介護、入院、施設入所を含む、133 名)と「介護終了」(要介護者の死亡による介護終了、98 名)に分けて分析を行った。

1) 介護者の基本属性 (表 5-1)

(a)性別

「介護中」の人は、女性 75.2%、男性 24.8%であり、「介護終了」の人は、女性 82.7%、男性 17.3%であった。全体からみると、女性 78.4%、男性 21.6%であり、介護者の会参加者中 5 人に 1 人が男性介護者であることが明らかとなった。また、「介護終了」と「介護中」を比較しても、「介護中」が「介護終了」より男性の割合が 7.5%多いことから、男性介護者の状況と男性介護者が抱え込みやすい困難等を把握する必要がある。

(b)年齢

「介護中」は、60 代が 30.8%で最も高く、70 代、50 代、80 代の順であった。「介護終了」も 60 代が 46.9%で最も高く、70 代、50 代、80 代の順であった。平均年齢は、「介護中」が 64.8 歳、「介護終了」が 66.9 歳、全体からみると 65.7 歳であり、高齢者である介護者が多いことが伺えた。

(c)就労状況

「介護中」は、主に家事と答えた人が 42.1%で最も高く、次いで無職、非常勤の順であった。「介護終了」も主に家事と答えた人が 36.7%で最も高く、次いで無職、非常勤の順であった。しかし、「介護中」の主に家事と無職を合わせると 68.4%でありその他の人について、介護と就労・離職との関連を明らかにし、それに対する対策を模索する必要があると考えた。

(d)介護従事者として働いた経験

「介護中」は、あると答えた人が 15.8%、なしが 83.5%であり、「介護終了」は、あると答えた人が 11.2%、なしが 87.8%であった。全体からみると、あるが 13.9%、なしが 85.3%であり、介護者の会参加者中 10 人に 1 人が介護従事者として働いた経験の

ある人であることが明らかとなった。

(e)要介護者との関わり

「介護中」は、主介護者が 89.5%、副介護者が 8.3%であり、「介護終了」は、主介護者が 85.7%、副介護者が 11.2%であった。全体からみると、主介護者が 87.9%、副介護者が 9.5%であり、介護者の会参加者中 10 人に約 9 人が主介護者であることが明らかとなった。

(f)介護をしている（していた）人数

「介護中」は、1名と答えた人が 78.9%、2名が 14.3%、3名以上が 6.8%であった。「介護終了」は、1名と答えた人が 79.6%、2名が 13.9%、3名以上が 6.9%であった。全体からみると、1名が 79.2%、2名が 13.9%、3名以上が 6.9%であり、2名以上の要介護者を介護したと答えた人が 20.8%であった。このことから、介護者の会参加者中 5 人に 1 人が複数の要介護者を介護している（していた）ことが明らかとなった。

2) 要介護者の基本属性（表 5-2）

(a)介護者からみた要介護者との関係

「介護中」は、配偶者と答えた人が 46.6%で最も高く、次いで実母 33.1%、義母 9.8%の順であった。「介護終了」は、実母が 37.8%で最も高く、次いで配偶者 29.6%、義母 15.3%の順であった。全体からみると、配偶者と答えた人が 39.6%で最も高い割合を占めていた。「介護終了」と「介護中」を比較してみると、「介護中」が「介護終了」より配偶者の割合が 17.0%増加している。これは、家族形態の変化によって生じたことだと考えられる。今後、増えるだろうと予測される老々介護やひとり暮らし高齢者に対する対策も必要である。

(b)性別

「介護中」は、女性 59.4%、男性 40.6%であり、「介護終了」は、女性 58.2%、男性 41.8%であった。

(c)年齢

「介護中」は、80代が 43.6%で最も高く、70代、90代以上の順であった。「介護終了」は 80代が 40.8%で最も高く、90代以上、70代の順であった。

(d)要介護度

「介護中」は、要介護 3 が 28.6%で最も高く、次いで要介護 5、要介護 2、要介護 1 の順であった。「介護終了」は、要介護 5 が 49.0%で最も高く、次いで要介護 4、要介護 3・介護認定を受けていない順であった。「介護中」をみると、介護度が重いと言われる要介護 3 以上が 62.4%であることから、重い状態である要介護者を介護している人が、介護者の会に参加する傾向があることが伺えた。

(e)認知症自立度

「介護中」は、Ⅳが 35.3%で最も高く、次いでⅡb、Ⅰ、Ⅲa の順であった。「介護

終了」は、IVが62.2%で最も高く、次いでIIIa、IIa、IIIbの順であった。

＜表5-1. 介護者の基本属性＞		n (%)	
	介護中	介護終了	全体
性別			
女性	100 (75.2)	81 (82.7)	181 (78.4)
男性	33 (24.8)	17 (17.3)	50 (21.6)
年齢			
30代	2 (1.5)	1 (1.0)	3 (1.3)
40代	9 (6.8)	3 (3.1)	12 (5.2)
50代	31 (23.3)	14 (14.3)	45 (19.5)
60代	41 (30.8)	46 (46.9)	87 (37.7)
70代	37 (27.8)	25 (25.5)	62 (26.8)
80代	12 (9.0)	8 (8.2)	20 (8.7)
90代以上	1 (0.8)	1 (1.0)	2 (0.9)
就労状況			
常勤	3 (2.3)	4 (4.1)	7 (3.0)
非常勤	25 (18.8)	16 (16.3)	41 (17.7)
主に家事	56 (42.1)	36 (36.7)	92 (39.8)
無職	35 (26.3)	31 (31.6)	66 (28.6)
その他	14 (10.5)	11 (11.2)	25 (10.8)
介護従事者として働いた経験			
ある	21 (15.8)	11 (11.2)	32 (13.9)
なし	111 (83.5)	86 (87.8)	197 (85.3)
その他	1 (0.8)	1 (1.0)	2 (0.9)
要介護者との関わり			
主介護者として	119 (89.5)	84 (85.7)	203 (87.9)
副介護者として	11 (8.3)	11 (11.2)	22 (9.5)
その他	3 (2.3)	3 (3.1)	6 (2.6)
介護をしている (していた) 人数			
1名	105 (78.9)	78 (79.6)	183 (79.2)
2名	19 (14.3)	13 (13.3)	32 (13.9)
3名以上	9 (6.8)	7 (7.1)	16 (6.9)

<表 5-2. 要介護者の基本属性>

n (%)

	介護中	介護終了	全体
介護者からみた要介護者との関係			
実母	44 (33.1)	37 (37.8)	81 (35.1)
義母	13 (9.8)	15 (15.3)	28 (12.1)
実父	10 (7.5)	11 (11.2)	21 (9.1)
義父	2 (1.5)	4 (4.1)	6 (2.6)
祖母	2 (1.5)	1 (1.0)	3 (1.3)
配偶者	62 (46.6)	29 (29.6)	91 (39.4)
兄弟姉妹	0 (0.0)	1 (1.0)	1 (0.4)
性別			
女性	79 (59.4)	57 (58.2)	136 (58.9)
男性	54 (40.6)	41 (41.8)	95 (41.1)
年齢			
50代	4 (3.0)	3 (3.1)	7 (3.0)
60代	12 (9.0)	11 (11.2)	23 (10.0)
70代	38 (28.6)	20 (20.4)	58 (25.1)
80代	58 (43.6)	40 (40.8)	98 (42.4)
90代以上	21 (15.8)	24 (24.5)	45 (19.5)
要介護度			
要支援 1	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.4)
要支援 2	6 (4.5)	0 (0.0)	6 (2.6)
要介護 1	19 (14.3)	1 (1.0)	20 (8.7)
要介護 2	23 (17.3)	4 (4.1)	27 (11.7)
要介護 3	38 (28.6)	9 (9.2)	47 (20.3)
要介護 4	16 (12.0)	17 (17.3)	33 (14.3)
要介護 5	29 (21.8)	48 (49.0)	77 (33.3)
介護認定を受けていない	1 (0.8)	9 (9.2)	10 (4.3)
その他	0 (0.0)	10 (10.2)	10 (4.3)
認知症自立度			
I	20 (15.0)	4 (4.1)	24 (10.4)
II a	4 (3.0)	8 (8.2)	12 (5.2)
II b	27 (20.3)	5 (5.1)	32 (13.9)
III a	22 (16.5)	12 (12.2)	34 (14.7)
III b	9 (6.8)	6 (6.1)	15 (6.5)
IV	47 (35.3)	61 (62.2)	108 (46.8)
M	4 (3.0)	2 (2.0)	6 (2.6)

3) 「介護者の会」参加者の全体像

「介護者の会」に関するこれまでの研究をみると、すでに述べたように参加者のインタビューに基づく質的研究がほとんどであり、「介護者の会」参加者の全体像を把握した研究論文は見当たらない。そのため、ここでは本研究で得られた結果から「介護者の会」参加者の全体像について考察を行う。

まず、介護者の基本属性からみると、「男性」が 21.6%であり、『認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書』（25.8%）より若干低い割合ではあるが、参加者 5 人に 1 人が男性介護者であることが明らかとなった。男性介護者は、家事・近所付き合いが苦手であると言われており、悩みごとを一人で抱え込む傾向があり、それが虐待につながる場合も多くあると報告されている。少子化が進んでいる中、未婚の男性が増えていくことから考えると、介護を担う男性が増加することが予測される。このような状況の中で、男性介護者同士が気軽に話せる機会・場作りなど男性介護者のための支援も充実していくことが求められる。

次に、現在の介護状況をみると「死亡による介護終了」が 42.4%、「在宅介護中」が 40.7%でほぼ同じ比率であった。今まで「介護者の会」は現在介護をしている介護者を支援する仕組みの一つであり、参加者も現在介護中の人が多いだろうと認識されてきた。しかし、今回の調査で明らかになったように、要介護者が死亡し、現在は介護をしていなくても継続して、あるいは介護を終了した後からも「介護者の会」に参加している人が多く存在していた。

今後、「介護者の会」での介護を終了した人の役割と「介護者の会」のあり方を明らかにしていく必要がある。

2. 「介護者の会」参加による変化

1) 平均値の検討

対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、すべての項目において、0.1%水準で有意差が認められた。（項目 12「介護に対する認識が否定的に変わる」は、項目 11 と逆転項目であるため、以降の分析から除外した。）

「介護者の会」に参加する前と後に感じたことについて、全くあてはまらない（1）…とてもあてはまる（5）と設定し、5 件法での設問に対して、表 5-3 のような結果が出た。参加する前と後の平均値をみると、すべての項目において参加後の平均値が高かった。参加する前に期待度が一番低かったのは「社会参加ができる」2.71 であり、参加後の項目でも低い数値を示した。また、参加する前に期待度が最も高かったのは「制度の活用方法を知ることができる」3.21 であるが、参加後では「気分転換ができる」が 4.26 で一番高い数値であった。また、参加前後の平均値の差をだしてみると、「気分転換ができる」と「介護者同士での連帯感を得ることができる」が 1.24 で一番差が大きく、「疾患に伴う症状・対処方法を知ることができる」が 0.93 でその差が一番小さかった。このように、参加する前

は情報を得るためというねらいがあったが、参加することによって、むしろ心理的に変化があったことを評価していることがうかがえた。

<表 5-3. 「介護者の会」参加による変化>

項目	平均値		②-①	t 値
	参加前①	参加後②		
(1) 気分転換ができる	3.02	4.26	1.24	-13.70***
(2) ストレス発散ができる	2.94	4.04	1.1	-12.32***
(3) 制度の活用方法を知ることができる	3.21	4.23	1.02	-11.85***
(4) 介護用品の使い方を知ることができる	2.87	3.84	0.97	-11.48***
(5) 疾患に伴う症状・対処方法を知ることができる	3.10	4.03	0.93	-11.29***
(6) 介護者同士での連帯感を得ることができる	2.99	4.23	1.24	-12.73***
(7) 将来発生する症状への心構えができる	3.02	4.11	1.09	-12.29***
(8) 友だちができる	2.92	4.05	1.13	-11.69***
(9) 社会参加ができる	2.71	3.75	1.04	-11.34***
(10) 他の介護者にアドバイスができる	2.74	3.76	1.02	-12.29***
(11) 介護に対する認識が肯定的に変わる	2.87	3.93	1.06	-13.47***
(13) 自分の人生を捉えなおすことができる	2.78	3.79	1.01	-12.39***

*** p < .001

2) 因子分析（「介護者の会」参加前のデータ）

「介護者の会」参加前と参加後のデータを分けて得点分布を確認したところ、参加前は正規分布であったが、参加後の方は(1) 気分転換ができる、(3) 制度の活用方法を知ることができる、(5) 疾患に伴う症状・対処方法を知ることができる、(6) 介護者同士での連帯感を得ることができる、(7) 将来発生する症状への心構えができる、(8) 友だちができる、の項目において天井効果が見られた。

そこで、正規分布であった「介護者の会」参加前のデータを分析対象とし、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、表 5-4 のように2つの因子が抽出された。また、2因子で12項目の全分散を説明する割合は64.30%であった。

第1因子は9項目で構成されており、「友だちができる」「介護者同士での連帯感を得ることができる」「気分転換ができる」など、心理的な変化を期待する内容の項目が高い負荷量を示していたため、【情緒的サポート】因子と命名した。

第2因子は3項目で構成されており、「介護用品の使い方を知ることができる」「制度の活用方法を知ることができる」など、情報や知識を得るための内容であるため、【手段的サポート】因子と命名した。

また、2つの下位尺度に相当する項目の平均値を算出し、【情緒的サポート】下位尺度得点 (M=2.88、SD=0.94)、【手段的サポート】下位尺度得点 (M=3.05、SD=1.05) とした。なお、内部整合性を検討するために各下位尺度の α 係数を算出したところ、0.93、0.87 と十分な値が得られた。2つの下位尺度は互いに有意な正の相関を示した。

<表 5-4. 「介護者の会」参加前、因子分析の結果>

	1	2
【情緒的サポート】下位尺度得点 (M=2.88、SD=0.94)		
(8) 友だちができる	1.016	-.181
(6) 介護者同士での連帯感を得ることができる	.853	-.004
(1) 気分転換ができる	.740	.123
(9) 社会参加ができる	.720	.037
(13) 自分の人生を捉えなおすことができる	.715	-.066
(2) ストレス発散ができる	.701	.162
(7) 将来発生する症状への心構えができる	.586	.284
(11) 介護に対する認識が肯定的に変わる	.580	.225
(10) 他の介護者にアドバイスができる	.458	.276
【手段的サポート】下位尺度得点 (M=3.05、SD=1.05)		
(4) 介護用品の使い方をすることができる	-.149	.928
(3) 制度の活用方法を知ることができる	.056	.802
(5) 疾患に伴う症状・対処方法を知ることができる	.127	.750
α 係数	.933	.870
因子間相関		.715
相関係数		.705**

** p < .01

各下位尺度得点について t 検定を行った。その結果、【情緒的サポート】下位尺度について、「介護従事者として働いた経験が無」(p<.05)、「会参加前に相談者が有」(p<.05) のほうが有意に高い得点を示していた。【手段的サポート】下位尺度については、得点の有意差が見られなかった (表 5-5)。

<表 5-5. 介護者の会に参加する前の情緒的サポート得点、t 検定の結果>

		情緒的サポート得点	
		M (SD)	t 値
介護従事者として働いた経験 (n=229)	ある	2.54(0.81)	-2.50*
	なし	2.94(0.95)	
要介護者とのかかわり (n=225)	主介護者	2.93(0.97)	2.21*
	副介護者	2.53(0.77)	
介護する前の要介護者との関係 (n=231)	やや良子	2.73(0.92)	-2.45*
	とても良子	3.04(0.95)	
ケアマネジャー得点 (n=219)	低い	2.71(0.96)	-2.76**
	高い	3.07(0.90)	

*p<.05、 **p<.01

各下位尺度得点について t 検定を行った。その結果、【手段的サポート】下位尺度については、得点の有意差が見られなく、【情緒的サポート】下位尺度のみ、有意差がみられた。【情緒的サポート】下位尺度については、「介護従事者として働いた経験」がない人の方が平均値が高く、有意差もみられた (p<.05)。「要介護者とのかかわり」については、主介護者である人の方が平均値が高く、有意差があった (p<.05)。「介護する前の要介護者との関係」については、とても良好だった人の方が、また「ケアマネジャー得点」が高い人の方が有意に高い得点を示していた (p<.05、 p<.01)。すなわち、かつて介護従事者として働いた経験のない人は、身近にそして気軽に相談できる専門職がいないことから、介護者の会に情緒的な部分を期待し、参加している可能性があることが伺えた。また、主介護者であるほど、介護を一人で抱えて誰にも相談する相手がいないことから、介護者の会に情緒的な部分を求めて参加していた。介護する前の要介護者との関係については、要介護者と関係が良いほど、情緒的なサポートを求めており、それは関係が良かったからこそ、要介護者が元気だった頃と要介護状態になった今を比較することから、ジレンマと葛藤を大きく感じているのかもしれない。それから、ケアマネジャー得点が高い人ほど、情緒的なサポート得点が高いことは、ケアマネジャーによる支援にも満足しているが、情緒的な部分には物足りなさを感じていると解釈することができ、それを求めて介護者の会に参加していることであり、興味深い結果であった。

3. ケアマネジャーから受けている支援と「介護者の会」からの支援との比較

1) 平均値の検討 (表 5-8)

ケアマネジャーから受けている支援と「介護者の会」の仲間からの支援について、全くあてはまらない (1) …とてもあてはまる (5) と設定した、5 件法での設問に対して、表 5-8 のような結果が出た。平均値を見てみると 10 項目の中、8 項目は「介護者の会」の仲

間からの支援、2項目はケアマネジャーから受けている支援の数値が高かった。

ケアマネジャーから受けている支援の項目の中、一番数値が高かったのは「サービスや制度についての説明」が3.61であった。「介護者の会」の仲間からの支援の項目の中からは、「介護者の悩みごとを聞く」が4.31で一番高い数値を示していた。このように、ケアマネジャーからは、サービスや制度に関する部分を、「介護者の会」の仲間からは、悩みごとの相談という回答であり、それぞれ受けている支援の内容が異なっていた。また、平均値の差を出してみると、「介護者の悩みごとを聞く」が-1.00で一番差が大きく、裏を返せば、ケアマネジャーには悩みごとなどの相談はあまりしていないことが伺えた。

また、対応のあるサンプルのt検定を行った。その結果、(1) 介護のことについての相談、(6) 家族の立場になって一緒に考える、(7) 介護者の悩みごとを聞く、(8) サービス内容について不平・不満をきく、項目について0.1%水準で有意差が認められた。なお、(3) サービスを選ぶ際、迷った時の助言の項目については、1%水準、(2) サービスや制度についての説明、(9) サービス内容の変更の相談にのる、項目においては、5%水準で有意差が認められた。

<表 5-8. ケアマネジャーと「介護者の会」のt検定結果>

項目	平均値		②-①	t 値
	ケア マネジャー①	「介護者の会」 の仲間②		
(1) 介護のことについての相談	3.47	4.23	0.76	-6.96***
(2) サービスや制度についての説明	3.61	3.99	0.38	-2.46*
(3) サービスを選ぶ際、迷った時の助言	3.55	3.95	0.4	-2.67**
(4) 特に連絡をしなくても行われる訪問や電話	3.00	3.01	0.01	1.32
(5) 要介護者に合うサービスの提案	3.41	3.47	0.06	1.37
(6) 家族の立場になって一緒に考える	3.46	4.13	0.67	-6.07***
(7) 介護者の悩みごとを聞く	3.31	4.31	1	-9.62***
(8) サービス内容について不平・不満をきく	3.19	4.03	0.84	-8.59***
(9) サービス内容の変更の相談にのる	3.53	3.47	-0.06	2.57*
(10) 自身の判断や決定を強引に押しつける	1.86	1.83	-0.03	1.35

*p<.05、 **p<.01、 ***p<.001

次に、ケアマネジャーないし「介護者の会」の仲間から受けている支援10項目について得点分布を確認したところ、いくつかの質問項目で得点分布の偏りが見られた。しかしながら、得点分布の偏りが見られた項目の内容を吟味したところ、項目(10)自身の判断や決定を強引に押しつける、以外の項目については、支援内容を測定する上で不可欠なものであると考えられた。そこでここでは、項目(10)のみを除外した質問項目を以降の分析対象と

した。

次に、9項目の平均値を算出し、ケアマネジャーから受けている支援の尺度得点（以下、【ケアマネ得点】とする） $M=3.39$ 、 $SD=1.26$ 、「介護者の会」の仲間から受けている支援の尺度得点（以下、【仲間得点】とする） $M=3.84$ 、 $SD=0.86$ とした。

これらを用いてt検定を行った（表5-9）。その結果、【ケアマネ得点】が有意に高いのは、「介護する前の要介護者との関係がとても良好」（ $p<.01$ ）、「通所サービス利用する」（ $p<.001$ ）、「短期サービス利用する」（ $p<.05$ ）の3つであった。また、【仲間得点】が有意に高いのは「同居」（ $p<.05$ ）、「介護する前の要介護者との関係がとても良好」（ $p<.01$ ）の2つであった。すなわち、要介護者と同居であるほど、介護する前の要介護者との関係がとても良好であるほど、介護者の会の支援を求めていることであった。また、介護する前の要介護者との関係が良好であるほど、通所サービス・短期サービスを利用している人ほど、ケアマネジャーに対する満足度が高かった。要するに、サービスの利用有無は介護者の会に参加するかしないのかには影響していないことが明らかになった。

<表 5-9. ケアマネ得点と仲間得点との比較、t 検定の結果>

N=231		ケアマネ得点		仲間得点	
		M (SD)	t 値	M (SD)	t 値
同・別居	同居	3.41 (1.22)	0.45	3.91 (0.82)	2.25*
	別居	3.32 (1.38)		3.61 (0.97)	
介護する前の要介護者との関係	やや良好	3.21 (1.35)	-2.26*	3.69 (0.98)	-2.75**
	とても良好	3.58 (1.13)		4.00 (0.70)	
通所サービス利用	利用する	3.63 (1.08)	3.83***	3.91 (0.75)	1.78
	利用しない	2.93 (1.43)		3.70 (1.03)	
短期サービス利用	利用する	3.68 (1.03)	2.52*	3.83 (0.84)	-0.12
	利用しない	3.24 (1.33)		3.84 (0.88)	

* $p<.05$ 、** $p<.01$ 、*** $p<.001$

以上の結果から、ケアマネジャーからは「サービスや制度についての説明」、「介護者の会」の仲間からは、「介護者の悩みごとを聞く」を受けていると答えており、それぞれから受けている支援内容が異なっていることが確認できた（表5-8）。表5-9をみても、介護サービスを利用している人の方がケアマネジャーに対する評価が高くなっており、その一方、介護サービスの利用と「介護者の会」とは有意差がみられなかった。つまり、介護者自身も、ケアマネジャーと「介護者の会」を使い分けていることが確認できた。

「(7) 介護者の悩みごとを聞く」という項目についてみると（表5-8）、ケアマネジャーと「介護者の会」との平均の差が一番大きかった。多数を相手にして話をする「介護者の会」に比べて、ケアマネジャーと介護者は、一対一の関係で話をする事、また、専

門職とピアという立場性の違いからも、介護者はケアマネジャーに悩みを相談しづらいと感じているかもしれない。

介護者の年齢による違いをみると（表 5-7）、「65 歳未満」の人が手段的支持を期待して「介護者の会」に参加していることが明らかになった。一方、「65 歳以上」の人の方の仲間得点が高くなっており、「介護者の会」参加によって得られる、情緒的なサポートを高く評価していた。

4. 介護現役者と介護終了者との比較

1) 介護者の状況（COPE 尺度）

① 平均値の比較

家族介護者自身の状況について、全く感じない（1）…常に感じる（4）と設定し、4 件法での設問に対して、表 5-12 のような結果が出た。【介護中】【介護終了】ともに平均値が一番高い項目は、「(2)介護をとっても骨の折れる仕事だと感じますか」であった。また、【介護中】より【介護終了】の平均値が高い項目は、「(9)あなたは介護をやりがいがあるものと感じますか」「(10)あなたは家族に十分支えられていると感じますか」「(11)あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか」「(13)あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか」であった。

<表 5-12. 現在の介護状況による比較、t 検定の結果>

項目	平均値		②-①	t 値
	介護中①	介護終了②		
(1) 介護者としてうまく対応していると感じますか	2.60	2.60	0.00	-0.00
(2) 介護をとっても骨の折れる仕事だと感じますか	3.25	3.15	0.09	0.845
(3) 介護はあなたの友人関係に困難をもたらしていると感じますか	2.22	2.08	0.13	1.01
(4) 介護はあなたの身体の健康状態に悪い影響を与えていると感じますか	2.82	2.70	0.11	0.90
(5) 介護はあなたとあなたの家族との関係に問題をもたらしていると感じますか	2.47	2.29	0.18	1.30
(6) 介護はあなたに経済的な困難をもたらしていると感じますか	2.43	2.21	0.21	1.46
(7) あなたは介護者としての役割に閉じ込められていると感じますか	2.63	2.40	0.23	1.70
(8) あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか	2.50	2.33	0.17	1.25
(9) あなたは介護をやりがいがあるものと感じますか	2.22	2.59	-0.37	-2.83**
(10) あなたは家族に十分支えられていると感じますか	2.58	2.77	-0.18	-1.40
(11) あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか	2.76	2.99	-0.23	-1.76
(12) あなたは介護・医療・福祉サービスによって支えられていると感じますか	3.08	2.82	0.25	2.12*
(13) あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか	2.37	2.64	-0.27	-1.99*
(14) 介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか	2.68	2.35	0.33	2.42*
(15) 全体を通して、介護者として十分なサポートを受けていると感じますか	2.40	2.33	0.07	0.66

*p<.05、 **p<.01

なお、対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、「(9)あなたは介護をやりがいがあるものと感じますか」(p<.01)、「(12)あなたは介護・医療・福祉サービスによって支えられていると感じますか」(p<.05)、「(13)あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか」(p<.05)、「(14)介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか」(p<.05)、4 項目の有意差が認められた。

②因子分析

COPE 尺度の 15 項目について得点分布を確認したところ、得点分布の偏りが見られた項目「(2) 介護をとて骨の折れる仕事だと感じますか」と全体を評価する質問項目である「(15) 全体を通して、介護者として十分なサポートを受けていると感じますか」を除外した質問項目を以降の分析対象とした。

その後 13 項目を用いて、【介護中】【介護終了】にデータを分けて、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、それぞれ 3 つの因子が抽出された。

i) 【介護中】の因子分析結果

3 因子で 13 項目の全分散を説明する割合は 44.03%であった。

第 1 因子は 6 項目で構成されており、「介護はあなたの身体の健康状態に悪い影響を与えていると感じますか」「介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか」など、介護を行うことからくるマイナ斯的な影響に関する内容の項目が高い負荷量を示しているため、【否定的認識】因子と命名した。

第 2 因子は 5 項目で構成されており、「あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか」「介護者としてうまく対応していると感じますか」など、介護を行うことからくる肯定的な影響を及ぼす内容の項目が高い負荷量を示していたため、【肯定的認識】因子と命名した。

第 3 因子は 2 項目で構成されており、「あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか」など、周りから受けているサポートに関する内容の項目が高い負荷量を示していたため、【周囲からのサポート】因子と命名した。

また、3 つの下位尺度に相当する項目の平均値を算出し、【否定的認識】下位尺度得点 (M=2.54、SD=0.73)、【肯定的認識】下位尺度得点 (M=2.50、SD=0.72)、【周囲からのサポート】下位尺度得点 (M=2.65、SD=0.72) とした。なお、内部整合性を検討するために各下位尺度の α 係数を算出したところ、0.78~0.56 の値が得られた。

<表5-13. 【介護中】の因子分析結果>

	1	2	3	
【否定的認識】 下位尺度得点 (M=2.54、SD=0.73)				
(4) 介護はあなたの身体の健康状態に悪い影響を与えていると感じますか	.860	-.025	.022	
(14) 介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか	.612	-.212	.024	
(7) あなたは介護者としての役割に閉じ込められていると感じますか	.607	-.309	-.024	
(5) 介護はあなたとあなたの家族との関係に問題をもたらしていると感じますか	.552	-.174	-.123	
(6) 介護はあなたに経済的な困難をもたらしていると感じますか	.529	-.014	-.211	
(3) 介護はあなたの友人関係に困難をもたらしていると感じますか	.484	-.040	-.068	
【肯定的認識】 下位尺度得点 (M=2.50、SD=0.72)				
(11) あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか	-.217	.822	.092	
(1) 介護者としてうまく対応していると感じますか	-.093	.718	.189	
(13) あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか	-.069	.701	.304	
(9) あなたは介護をやりがいがあるものと感じますか	-.162	.512	.139	
(12) あなたは介護・医療・福祉サービスによって支えられていると感じますか	-.105	.433	.098	
【周囲からのサポート】 下位尺度得点 (M=2.65、SD=0.72)				
(8) あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか	.016	.003	.657	
(10) あなたは家族に十分支えられていると感じますか	.050	.044	.581	
	α 係数	.777	.787	.564
	因子間相関	—	-.424	-.264
			—	.480
	相関係数	—	-.371**	-.226**
			—	.499**

ii) 【介護終了】の因子分析結果

3 因子で 13 項目の全分散を説明する割合は 49.44%であった。

第 1 因子は 7 項目で構成されており、「あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか」「介護者としてうまく対応していると感じますか」など、介護を行うことからくる肯定的な影響を及ぼす内容の項目が高い負荷量を示していたため、【肯定的認識】因子と命名した。

第 2 因子は 4 項目で構成されており、「介護はあなたの身体の健康状態に悪い影響を与えていると感じますか」「介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか」など、介護を行うことからくるマイナ斯的な影響に関する内容の項目が高い負荷量を示しているため、【否定的認識】因子と命名した。

第3因子は2項目で構成されており、「あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか」など、周りから受けているサポートに関する内容の項目が高い負荷量を示していたため、【孤立感】因子と命名した。

また、3つの下位尺度に相当する項目の平均値を算出し、【肯定的認識】下位尺度得点 (M=2.38、SD=0.71)、【否定的認識】下位尺度得点 (M=2.71、SD=0.72)、【孤立感】下位尺度得点 (M=2.48、SD=0.65) とした。なお、内部整合性を検討するために各下位尺度の α 係数を算出したところ、0.82~0.61の十分な値が得られた。

<表5-14. 【介護終了】の因子分析結果>

	1	2	3	
【肯定的認識】下位尺度得点 (M=2.38、SD=0.71)				
(1) 介護者としてうまく対応していると感じますか	.829	-.025	.022	
(13) あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか	.818	-.212	.024	
(11) あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか	.711	-.309	-.024	
(12) あなたは介護・医療・福祉サービスによって支えられていると感じますか	.592	-.174	-.123	
(8) あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか	.578	-.014	-.211	
(9) あなたは介護をやりがいがあるものと感じますか	.554	-.147	.018	
(10) あなたは家族に十分支えられていると感じますか	.418	-.040	-.068	
【否定的認識】下位尺度得点 (M=2.71、SD=0.72)				
(14) 介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか	-.217	.887	.092	
(4) 介護はあなたの身体の健康状態に悪い影響を与えていると感じますか	-.093	.743	.189	
(5) 介護はあなたとあなたの家族との関係に問題をもたらしていると感じますか	-.069	.665	.304	
(6) 介護はあなたに経済的な困難をもたらしていると感じますか	-.162	.498	.139	
【孤立感】下位尺度得点 (M=2.48、SD=0.65)				
(3) 介護はあなたの友人関係に困難をもたらしていると感じますか	.016	.357	.551	
(7) あなたは介護者としての役割に閉じ込められていると感じますか	.050	.282	.526	
	α 係数	.827	.809	.613
	因子間相関	—	-.278	-.030
			—	.393
	相関係数	—	-.242*	-.114
			—	.664**

現在の介護状況別に COPE 尺度を因子分析した結果、現役介護者たちからは、【否定的認識】、【肯定的認識】、【周囲からのサポート】の因子が、介護終了者は、【肯定的認識】、【否定的認識】、【孤立感】という因子がそれぞれ抽出された。現役介護者には【否定的認識】

という因子の負荷量が一番高いが、介護終了者においては、【否定的認識】より【肯定的認識】の負荷量の方が高くなっている。また、現役介護者の場合【周囲からのサポート】という外部からの支援を意識している反面、介護終了者は【孤立感】という因子が抽出されており、自分が抱えていた内部的な部分に注目をしていることが興味深い。このことは、介護を行っている時には、自分が孤立していることに気が付かない、自分のことを考える余裕がない等、自分がおかれている状況を客観的に見れないことから、介護終了者だけに出てきた因子であると解釈できる。

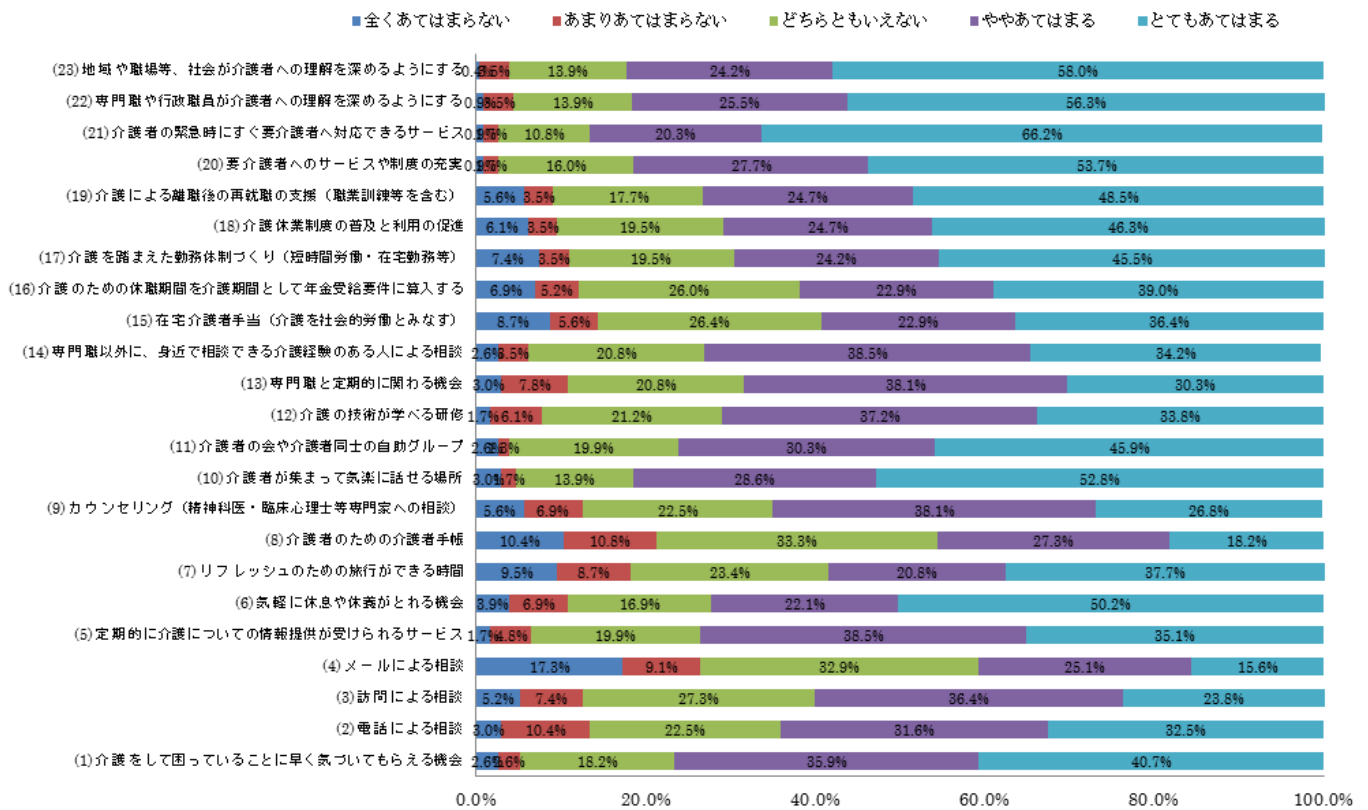
5. 介護者が望む支援

介護者が望む支援については、図 5-1 のとおりである。各項目の別に、とてもあてはまるという回答の割合をみると、「(21) 介護者の緊急時にすぐ要介護者へ対応できるサービス」が 66.2%、「(23) 地域や職場等、社会が介護者への理解を深めるようにする」が 58.0%、「(22) 専門職や行政職員が介護者への理解を深めるようにする」が 56.3%、「(20) 要介護者へのサービスや制度の充実」が 53.7%、「(10) 介護者が集まって気楽に話せる場所」が 52.8%、「(6) 気軽に休息や休養がとれる機会」が 50.2%の順であり、一番低い割合を占めているのは「(4) メールによる相談」15.6%であった。

また、各項目別に、全くあてはまらないと答えた回答の割合をみると、「(4) メールによる相談」が 17.3%、「(8) 介護者のための介護者手帳」が 10.4%、

「(7) リフレッシュのための旅行ができる時間」が 9.5%、「(15) 在宅介護者手当（介護を社会的労働とみなす）」が 8.7%、「(17) 介護を踏まえた勤務体制づくり（短時間労働・在宅勤務等）」が 7.4%、「(16) 介護のための休職期間を介護期間として年金受給要件に算入する」が 6.9%の順であり、一番低い割合を占めているのは「(23) 地域や職場等、社会が介護者への理解を深めるようにする」0.4%であった。

このように、介護者は地域や職場だけではなく専門職からの理解も求めており、次に要介護者に関する支援、その次が介護者自分のための息抜きを考えていることが明らかとなった。なお、介護者に対する具体的な支援方法や制度を整えることよりも、介護者への理解を深めることが求められていることが明らかになった。



< 図 5-1. 介護者が望む支援 >

第 4 節 考察

1. 「介護者の会」参加者の概要

「介護者の会」に関するこれまでの研究をみると、すでに述べたように参加者のインタビューに基づく質的研究がほとんどであり、「介護者の会」参加者の全体像を把握した研究論文は見当たらない。そのため、ここでは本研究で得られた結果から「介護者の会」参加者の全体像について考察を行う。

まず、介護者の基本属性からみると、「男性」が 21.6%であり、『認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書』（25.8%）より若干低い割合ではあるが、参加者 5 人に 1 人が男性介護者であることが明らかとなった。男性介護者は、家事・近所付き合いが苦手であると言われており、悩みごとを一人で抱え込む傾向があり、それが虐待につながる場合も多くあると報告されている。少子化が進んでいる中、未婚の男性が増えていることから考えると、介護を担う男性が増加することが予測される。このような状況の中で、男性介護者同士が気軽に話せる機会・場作りなど男性介護者のための支援も充実していくことが求められる。

次に、現在の介護状況をみると「死亡による介護終了」が 42.4%、「在宅介護中」が 40.7%でほぼ同じ比率であった。今まで「介護者の会」は現在介護をしている介護者を支援する仕組みの一つであり、参加者も現在介護中の人が多いだろうと認識されてきた。しかし、

今回の調査で明らかになったように、要介護者が死亡し、現在は介護をしていなくても継続して、あるいは介護を終了した後からも「介護者の会」に参加している人が多く存在していた。

今後、「介護者の会」での介護を終了した人の役割と「介護者の会」のあり方を明らかにしていく必要がある。

2. 「介護者の会」による支援の特性

上記の結果で述べたように、「介護者の会」に参加する前と後に感じたことでは、参加する前に期待度が最も高かったのは「制度の活用方法を知ることができる」であるが、参加後では「気分転換ができる」が一番高い数値であった。また、参加前後の平均値の差をだしてみると、「気分転換ができる」と「介護者同士での連帯感を得ることができる」の差が一番大きく、「疾患に伴う症状・対処方法を知ることができる」が一番小さかった。このように、参加する前は情報を得るためというねらいがあったが、参加することによって、それよりは心理的に変化があった部分を評価していることが伺えた。

また、ケアマネジャーから受けている支援と「介護者の会」の仲間からの支援について、同じ項目を用いた 5 件法での回答では、ケアマネジャーから受けている支援の中、一番数値が高かったのは「サービスや制度についての説明」であり、「介護者の会」の仲間からの支援の中からは、「介護者の悩みごとを聞く」が一番高い数値を示していた。このように、ケアマネジャーからは、サービスや制度に関する部分を、「介護者の会」の仲間からは、共感・分かち合えることで心理的な部分が支えになっており、それぞれ受けている支援の内容が異なっていた。

なお、また、ケアマネジャーと介護者の会による支援の各項目の平均値の差を出してみると、「介護者の悩みごとを聞く」という項目の差が一番大きかった。これはケアマネジャーには、悩みごと等の本音が言えない、言いづらい部分があるが、介護者の会では、自分と同じような問題や悩みをもつ人たちがいるので、抵抗なく本音が言えているのではないかと思われる。また、相談相手が家族介護をした経験があるかないかによっても相談する内容は変わってくると考える。伊藤（2013）は、家族を介護することは、介護経験のない人には理解されにくい特有の経験であり、これは専門職であっても受け止めることは難しいと述べている。本調査の介護者が望む支援の結果においても、「専門職と定期的に関わる機会」よりは「専門職以外に、身近で相談できる介護経験のある人による相談」の方が高い比率であった。したがって、今後介護経験のある人の支援者としての可能性について明らかにすると共に、その知見を介護者支援に活用していくこと、また彼らが介護者を支援する一つの社会的資源としても重要な存在になってくると考える。

3. 介護者が望む介護者への支援とは

介護者が望む支援については、「(23) 地域や職場等、社会が介護者への理解を深めるよう

にする」、「(22) 専門職や行政職員が介護者への理解を深めるようにする」など、専門職のみならず介護者に対する理解が十分ではないことが伺えた。このことは、介護者は自分が介護者であることをまわりの人から認めてもらいたいという意味にも捉えることができる。

また、「(8) 介護者のための介護者手帳」、「(7) リフレッシュのための旅行ができる時間」、「(15) 在宅介護者手当（介護を社会的労働とみなす）」、「(17) 介護を踏まえた勤務体制づくり（短時間労働・在宅勤務等）」、「(16) 介護のための休職期間を介護期間として年金受給要件に算入する」が比較的低い割合を占めていた。このことから、介護者自身も自分への支援をあまり重要視していないことが伺えた。

このように、介護者は、介護者に対する具体的な支援方法や制度・政策を整えることよりも、介護者への理解を深めることを求めていることが明らかになった。

多くの先行研究は、介護者支援を制度化することが重要であると述べており、それには筆者も同意する。しかし、本調査の結果をみると、介護者支援を制度化することも大事ではあるが、まず介護者の役割を認めてもらえる機会を確保するなど介護者への理解を深めることが求められていることが明らかになった。学界では、1979年に Fengler らによって家族介護者が「隠れた患者（the hidden patients）」であるとされて以来、保健・医療・福祉の各分野において多くの研究がなされてきた。また、市民団体として＜日本ケアラー連盟＞の発足などで介護者に関する考え方が広がったように見えるが、未だに介護者への一般市民の理解が十分ではないことであろう。

このように、制度化を進めていく前に、介護者が介護者への支援についてどのように考えているのか、何を求めているのかを明確にするとともに、一般市民への啓発も必要であると考え。また、彼らが介護を原因に社会から孤立しないようにすることが求められていると考える。

今後、介護者が求める介護者への支援の具体的な中身と、介護経験のある人の支援者としての可能性について明らかにするために質的調査を行う必要があると考える。

第6章 介護者の会による支援に関する質問紙調査の自由記述分析

第1節 はじめに

介護者は要介護者への支援に付随する間接的な利益を受けるに過ぎず、介護者の社会的排除に関する配慮は見られないという指摘がある（尾之内ら、2010）。また、このような介護者支援の考え方では、介護者のニーズに対応しきるのは難しい。

このような状況において、介護者を支援するインフォーマルな社会資源として注目を集めているのが、介護者による集い（以下、「介護者の会」と記す）である。「介護者の会」に関する先行研究では、「介護者の会」の機能や参加効果を多様な側面から抽出しその有効性を論じているが、介護者が「介護者の会」に果たす機能と「介護者の会」が介護者に及ぼす影響とそのプロセスは明らかではない。

今回は、介護者に関するアンケート調査（尹 2014、第5章）の部分研究として、その結果を踏まえて、介護者が「介護者の会」に馴染んでいく、そのプロセスを明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査対象者と調査方法

介護者を支援する、NPO 法人介護者サポートネットワークセンターアラジンが主催する「介護者の会」ネットワークに登録している39の「介護者の会」の中、許可が得られた27の「介護者の会」参加者を対象に、自記式による郵送調査を実施した。調査期間は、2013年8月1日から9月30日までであった。調査項目は、介護者・要介護者の基本情報、「介護者の会」について、介護者への支援について等である。なお、248部が回収され、そのうち231部が有効回答であった（有効回収率52.8%）。

2. 分析対象および内容

自由記述、「介護者の会」に参加して一番良かったことについてご自由にお書きください」について得られた非定型自由記述回答を分析した。本稿では、この欄に記載のあった、現在介護中の人72名と介護終了者71名の記述を分析対象とした。

3. 分析方法

自由記述をすべてエクセルに入力した。川喜田（1986）のKJ法を参考に分析をすすめた。まず、自由記述の回答を全て抽出し、文章または段落ごとにコード化した。収集したデータから、意味内容の類似性によってコードを集めその集合したコードの本質が明らかになるまで内容を読み返し解釈した。そして、その文脈を示す表現を考えカテゴリー化した。次に、導き出されたカテゴリー、サブカテゴリーを意味の関係性により配置した。分析の全過程は、介護福祉学の研究者と2人でディスカッションしながら、妥

当性を確認しながらカテゴリーを収束し、精緻化した。

4. 倫理的配慮

調査は無記名式で行うこと、協力しない場合に不利益をこうむることは無いこと、得られたデータはすべて数字で統計処理し本研究以外の目的では調査結果を使用しないことを書面にて確認し同意を得た上で実施した。なお、本調査の内容は、東洋大学研究倫理委員会にて承認を得て行った。

第3節 結果

まず、現在介護中の人と介護終了者をわけて分析を行った。以下、その結果をそれぞれのべる。

1. 現在介護中の人分析結果

現在介護中の72名からの自由記述を分析した結果、【介護に関する客観的な情報】、【理解してくれる人の存在】、【自分の位置の確認】、【自分の状況をさらけ出す】、【自分の変化の自覚】、【介護者の会の場の意味】、【経験に基づいた介護に関する主観的な情報】の7つのカテゴリーが抽出された（表6-1）。

具体的な内容をみると、【介護に関する客観的な情報】には、知識の獲得と情報の獲得という2つのサブカテゴリーが、【経験に基づいた介護に関する主観的な情報】には、経験談と介護経験者からの助言という2つのサブカテゴリーが、【理解してくれる人の存在】には、聞いてもらえる、理解してくれる人というサブカテゴリーで構成された。

また、【自分の位置の確認】には、自分より大変な人がいる、ひとりではないというサブカテゴリーが、【自分の状況をさらけ出す】には、分かち合える、本音が言える、仲間ができるという3つのサブカテゴリーで構成された。

【自分の変化の自覚】には、見通しがつく、要介護者への理解、介護に対する肯定的な理解というサブカテゴリーが、【介護者の会の場の意味】には、精神的安定、ホッとできる、頼れる、解放されるという4つのサブカテゴリーで構成された。

2. 介護終了者の分析結果

介護終了者71名からの自由記述を分析した結果、【介護に関する客観的な情報】、【理解してくれる人の存在】、【自分の位置の確認】、【自分の状況をさらけ出す】、【自分の変化の自覚】、【介護者の会の場の意味】、【経験に基づいた介護に関する主観的な情報】の7つのカテゴリーが抽出された（表6-2）。

具体的な内容をみると、【介護に関する客観的な情報】には、知識の獲得と情報の獲得という2つのサブカテゴリーが、【経験に基づいた介護に関する主観的な情報】には、経験談と介護経験者からの助言という2つのサブカテゴリーが、【理解してくれる人の存在】

には、相談できる、聞いてもらえる、理解してくれる人という3つのサブカテゴリーで構成された。

また、【自分の位置の確認】には、自分より大変な人がいる、ひとりではないという2つのサブカテゴリーが、【自分の状況をさらけ出す】には、分かち合える、本音が言える、仲間ができるという3つのサブカテゴリーで構成された。

【自分の変化の自覚】には、見通し、要介護者への理解、視野が広がるというサブカテゴリーが、【介護者の会の場の意味】には、精神的安定、安心感、振り返り、社会参加という4つのサブカテゴリーで構成された。

<表 6-1. 介護者の会に参加して一番良かったこと、分析結果：現在介護中の人>

カテゴリー	サブカテゴリー	コード		
介護に関する客観的な情報	知識の獲得 (5)	介護について学べる		
		色々と介護の方法などを学べる		
		傾聴について学べる		
		正しい知識を得ることができる		
		知識を得ることができる		
	情報の獲得 (7)	情報が受けられる		
		新しい情報を得ることができる		
		色んな制度利用のノウハウを得られる		
		情報が入る		
		情報を効率よく得ることができる		
		色んな情報を教えてもらえる		
		介護に関する情報（介護資源等）が得られる		
		経験に基づいた介護に関する主観的な情報	経験談 (9)	介護経験者から経験したことの情報をもらえる
				介護先輩から経験した生の話が聞ける
介護をしている経験者からの話を聞くことができる				
介護者同士の体験情報交換ができる				
体験談を得られる				
介護経験者の体験談をきける				
他の人の経験談を聞ける				
人の話を聞いて参考になる				
明るく経験談を話してもらったことを聞ける				
介護経験者からの助言（2）	助言を聞ける			
	アドバイスしてくれる			

理解してくれる人の存在	(4)	イライラ・うっぷん、不満等をきいてくれる		
		愚痴を聞いてもらえる		
		話を聞いてくれる		
		共通の悩みを理解してもらえる		
	(5)	信頼できる人と出会える		
		自分の立場を理解してもらう人ができる		
		困ったことについて相談できる人が身近にいる		
		自分の大変さをわかってくれる人がいる		
		話を聞いていただける人がいる		
自分の位置の確認	(5)	まだまだ大変な人がいると認識できる		
		私よりもっと手のかかる介護をしている方がいて、私は楽な方だと思う		
		自分よりもっと苦勞している介護者がいることを知る		
		自分より人様の方がより大変であることを実感する		
		自分よりもっと大変な介護をしている人がいると思う		
	(11)	自身の考えは特別なものではないと思えた		
		自分一人苦勞しているのではないことがわかった		
		同じように思っている人がいることで安心感が得られる		
		ひとりではないと思える		
		自分だけが大変な思いをしているのではないと思えるようになる		
		ひとりではないと気付くことができる		
		同じ思いを抱えている人が近くにいることの安心感が得られる		
		私だけじゃないんだと共感できる		
		自分だけなのではと思ったことが、皆も同じだということが分かる		
		多くの方が苦勞の中で介護をしていることを知る		
		自分は一人ではないんだというホットした気持ちになれる		
		自分の状況をさらけ出す	(7)	傷みを分け合える
				介護者の思いや罪悪感、疲勞、頭から離れない感情を共に分かち合える
				同じ境遇の人と話ができる
自分と同じ悩みを持っている人がたくさんいて分かち合える				

		同じ悩みを持つ人同志が交流するので苦労を分かち合える
		共感したり思いを共有できる
		「介護あるある」が話し合える
	本音が言える (8)	家族にも言えない(子供たちに負担をかけたくない)ことも言える
		とにかく自由に話ができる
		感情を思いきり吐き出せる
		介護仲間と悩みを率直に話せる
		悩みと愚痴を吐露できる機会
		介護をしている人ではないと話せない内容も打ち解けて話すことができる
		何でも悩みを話すことができる
		自分の思っていることを話せる
	仲間ができる (6)	話し合い仲間ができる
		友達になってもらえる
		友人ができる
		話し相手になってもらえる
介護者の友人ができる		
良い仲間として付き合い下さる信頼感がある		
自分の変化の自覚	見通しがつく (4)	将来どうなるのか、目安がつく
		これから先の覚悟ができる
		将来の心構えができる
		認知症の父がこれからどういう状態になっていくのか知ることができる
	要介護者への理解 (2)	自分自身が要介護者へ優しくなる
		要介護者に対して以前より優しく接することができる
	介護に対する肯定的な理解ができる (4)	プラス思考に変わる
		介護に対して前向きに考えるようになる
		介護に対する認識が肯定的になる
		自分の介護の在り方を客観的に見直すことができる
介護者の会場の意味	精神的安定 (5)	ストレスが解消される
		励みの力をもらえる
		孤立感が薄れる
		精神面で救われる
		我慢ができるようになる

	ホッとできる (4)	皆さんの受け入れの心を感じ、ホッとできる
		憩いの場
		コーヒーを飲みながら1時間半ホッとできる
		新たな居場所ができた感じがする
	頼れる (2)	どうしようもなくなったら訪ねてみようと思う場所がある
		介護に対する自分の本音を話してもここではいいんだと思える
	解放される (2)	ひと時夫から離れることが気分良い
		主人と少し離れて活動するのでほっとする

<表6-2. 「介護者の会」に参加して一番良かったこと、分析結果：介護終了者>

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
介護に関する客観的な情報	知識の獲得 (3)	介護についての知識を知ること
		介護保険についての知識が深まった
		介護だけでなく、看護や看取り等についてケア学全般について学ぶことができた
	情報の獲得 (6)	医療福祉サービスなど情報を頂けたこと
		情報の入手
		情報を得る
		介護保険について情報をもらえた
		介護に関する情報を多く得られる(例えば、レンタルベット、介護食など)
	認知症について理解が深まった	
	経験に基づいた介護に関する主観的な情報	経験談 (8)
たくさんの経験の話から知ることができた		
同じような介護で苦勞している人の体験談を読む		
リアルな体験が参考になり力になる。		
色々な事例を聞く		
先輩から介護の具体的な手法など話し合ったこと		
胃ろうやタンの吸引など具体的に教えてもらった		
対処の仕方、サービス利用の仕方		
介護経験者から	色々介護についてアドバイスをいただいた	

	の助言 (3)	リーダーの方や経験者から適切な助言を頂けたこと アドバイスを頂いた	
理解してくる	聞いてもらえる (6)	悩みを聴いてもらった	
		自分の抱えているストレスや悩みを聴いてもらうことができる	
		自分の苦しさについて聞いてもらったこと	
		介護の辛さや悲しみを聴いて下さり	
		話を聞いてもらえること	
		理解してもらえた	
	相談できる (4)	何でも相談ができた	
		人に言えないこと (下の世話等) を相談できる	
		相談に乗ってもらえた	
		介護している人同志だから何でも相談できる	
	仲間ができる (6)	介護を通じて友人ができた	
		同じ立場の友人ができた	
		親しい友人ができた	
		会の人と信頼関係ができたこと	
分かり合える仲間に出会えたこと			
友人 (介護仲間) が多くできた			
自分の位置の確認	自分より大変な人がある (2)	自分が置かれている状況が最悪ではないと感じた	
		自分よりもっと大変な思いをされている方がいる	
	ひとりではない (5)	大変なのは自分だけではないということ	
		悩んでいるのは自分一人じゃないと思えたこと	
		私一人ではないと思う	
		自分一人だけではないんだという安心感	
		不幸を一人でかかえていたという思いが消えた	
	自分の状況をさらけ出す	分かち合い (8)	同じ立場に立って共感・共有でき
			介護についての同じ悩みを共有できた
みんな同じ苦しみを共有している連帯感			
苦しみに同感した			
自分の環境を話すことで悩みを共有			
皆さんの悩みや苦労を身近に感じ			
介護中の苦しみは他の人たちも同じだということ			
同じ思いで介護している人が自分の周りにこんなにたくさん			

	本音が言える (8)	んいること
		ためられずに現状を話せた
		思いきりお話できた
		本音が言える
		悩みや不安感を口に出すこと
		お互いの思いを話した
		安心しておしゃべりできてた
		何でも気軽に話せる
		行政や専門職への不満を遠慮なく吐き出せた
自分の変化の自覚	見通し (2)	何となく方向性が見えた
		この先の介護が読めるようになった
	要介護者への理解 (2)	要介護者との話の話題が増えた
		要介護者に優しく接することができた
	視野が広がる (2)	色んな病気の方の介護者と接し視野が広がった
		多くの方のお話で視野が広がった
介護者の会の場の意味	精神的安定 (5)	孤立感から解放された
		精神的に助かった
		気持ちが癒された
		孤立感から救われた
		気分転換できた
	安心感 (2)	気分転換が定期的にできるのが確実に思えることがある安心感
		いつでも「助けてほしい」と言える人がいるだけで安心
	ふりかえり (3)	語ることでの自分の振り返り
		経験したことを伝えること
		自分自身の精神的立ち直りのチャンス
	社会参加 (3)	アドバイスして他の方の役に立てたという実感は、
		ボランティアとして、多少なりとも社会貢献できる
自分が社会参加できたという喜びにつながった		

第4節 考察

1. 介護中の人と介護終了者の自由記述の共通点と相違点

介護中の人と介護終了者の自由記述を分析した結果、7つの【介護に関する客観的な情報】、【理解してくれる人の存在】、【自分の位置の確認】、【自分の状況をさらけ出す】、【自分の変化の自覚】、【介護者の会の場の意味】、【経験に基づいた介護に関する主観的な情報】同じカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、介護中の人と介護終了者で共通であったが、コードの中身は異なっている。たとえば、【介護に関する客観的な情報】をみると、介護中の方は、【介護の方法】、【傾聴】、【正しい知識】等すぐ使えるような、具体的な内容を求めていることであった。それに対して、介護終了者は、【介護保険】、【ケア学】など制度や理論に関する内容であった。

また、介護終了者では、ストレス、不幸、苦しさ、辛さ等の否定的な言葉も示されていた。これらの言葉は、渦中にいると、なかなか外に出せない言葉である。これは、深い信頼や本音も安心して語る、そして支えてもらえる関係を経験した結果ということを示しているのではないかと解釈される。育まれてきた時間・信頼関係があるから、本当の気持ちを出せるのかもしれない。

2. 介護終了者に特有のサブカテゴリー

介護終了者に特有のサブカテゴリーとしては、「視野が広がる」、「社会参加」、「ふりかえり」の内容であった（図6-1、網掛けの部分）。

「視野が広がる」では、色々な病気の人の介護者と接し視野が広がった、多くの方のお話で視野が広がった、というコードであり、「社会参加」では、アドバイスして他の方の役に立てたという実感、自分が社会参加できたという喜びにつながった、ボランティアとして多少なりとも社会貢献できた、というコードであった。また、「ふりかえり」は、語ることで自分の振り返り、経験したことを伝えること、自分自身の精神的立ち直りのチャンス、であった。

介護終了者は、様々な状況にある他者を見て、自分が経験してきたことにふりかえてみることで、自分が行った介護やその時の感情等を客観的に見るようになる。さらに、それを通して、介護終了者である今の自分の立場から、介護者の会に参加する意味を捉えなおしている。

3. 介護者の会における相互援助過程

分析結果に基づき、7カテゴリー間の関係性を検討した結果を、図6-1に示した。

介護者の会における相互援助過程を大きく2つに括ると、「介護者の会に参加することで得られるもの」と、「介護者自身の内部における変化」になる。

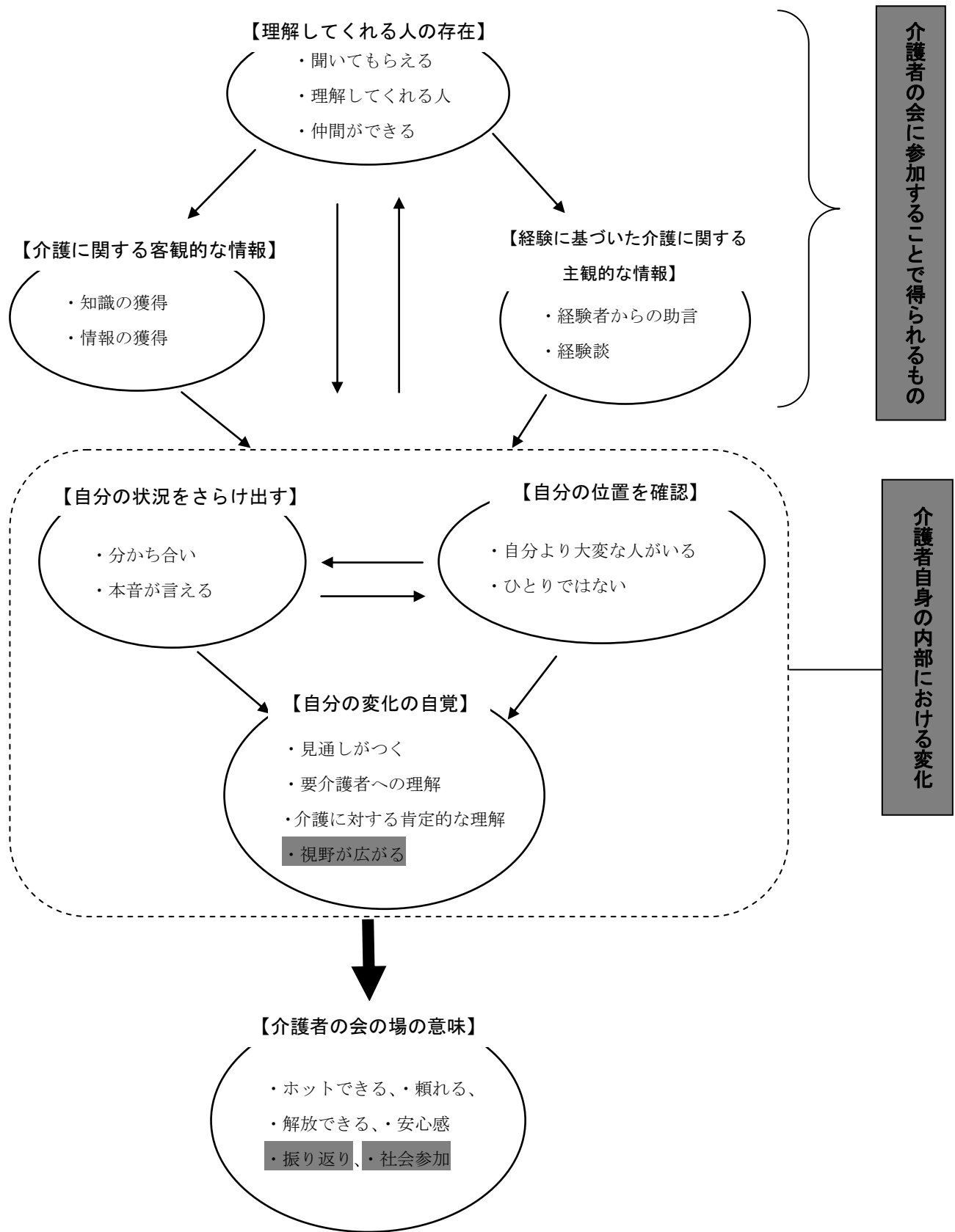
「介護者の会に参加することで得られるもの」は、参加者はお互いに情報源になり、介護者の会に参加することで自然に得られるものである。他の参加者からでてくる知識、意

見、価値観などの情報や事実を聞くことにより、問題に対する異なった洞察が可能となる。共通課題を達成するために多くの情報が必要となるが、相互援助グループにおいてはお互いが情報源となることが可能であり、情報・事実を分かちあえることができる。

また、「介護者自身の内部における変化」は、「介護者の会に参加することで得られるもの」を受けて、介護者自身の中で消化する過程とも言える。家族介護を担うことによって起こる様々な問題は、未だに、外にむけて打ち明けるとは難しい領域であると思われる。タブー視されてきた、介護者が抱える悩みについて触れたとき、お互いの感情を聞くことで自分では気づけなかった感情を発見するようになる。自分だけがそんな感情をもつのではないという事実で安心するかもしれない。一人の参加者として、直面した問題に圧倒されて悩んでいたのは、自分だけではないことを発見した時、あるいは、みんなが同じように悩んでいることを発見した時、安心し、積極的にその問題に取り組んでいくことが可能となる。また、このことは、相互援助過程において、参加者に変化を起こす力となる。Shulman (1987) は、参加者は共通の関心事・問題を分け合うことからお互いに感情移入が可能となり、このことが相互援助に強力な効果をもたらすこととなり、グループにおけるこのような相互援助は、個人同士での相互作用とは異なる本質を持っていると述べている。

さらに、介護終了者の場合、介護をしている時に相互援助過程を経て介護終了者となり、今、介護者の会を、社会参加の場としても認識している。このように、出発は介護に関する悩み相談であったが、介護者の会への参加を通じて、あるいはそれをきっかけに、社会ともつながりを持つようになる。

第7章では、第6章で明らかになった相互援助過程をふまえて、介護終了者に焦点を当て、介護者の会がもつ意味を検討してみることにした。



<図 6-1. 介護者の会における相互援助過程>

第7章 介護終了者へのインタビュー調査

第1節 はじめに

高齢者人口の増加に加え、今後在宅での高齢者介護はますます増加していくと考えられる。介護保険が適用されているとは言え、介護者の身体的・精神的負担は大きく、それまでの生活パタンの変更を余儀なくされることになる。塚田ら（1992）によれば、日本には未だに、「老親の世話は子供（特に嫁）がするもの」「介護は女性が担うもの」といった古い家族制度的体質が残っているとされる。またニーズがあるにも関わらず、公的サービスの利用は恥ずかしいと思う高齢者や家族がいることも報告されている。公的サービスを必要としながらも世間体が気になり利用できず、ひとり悩み・迷いながら日々の介護を行っている介護者にとって、セルフヘルプグループである「介護者の会」の参加は、介護者自身の心身に大きな影響を与えていくのではないかと思われる。

介護者の負担軽減に、公的サービス、特にデイサービスの存在は大きく、要介護者がデイケアに行っている間、介護者は「介護者の会」に参加し、同じ立場にある者同士の交流によって、それぞれの抱える身体的・精神的健康問題を軽減することができると言われている。セルフヘルプグループとは、同じ悩みを抱えた人同士が集まり、苦しみを分かち合ったり、問題解決のために助け合ったりするグループを指し、近年ますますその活動は盛んになってきている。その理由として、西川（2000）は、①家族・近隣などの普段のサポートシステムが崩壊したり、機能しにくくなってきていること、②ニーズがあるのに専門機関・制度などが少なかったり、まったくないこと、③制度によるサービスでは満足できないものを満たしたいという欲求が出てきていること、④利用者の主体性、権利意識などが増大していることを挙げている。また岡（1999）は、セルフヘルプグループを、「わかちあい」「ひとりだち」「ときはなち」の場であると述べている。

さらに西川（2000）の紹介によれば、Adams はセルフヘルプグループを、①専門職がセルフヘルプグループを取り込むタイプ、②専門職がセルフヘルプグループを側面から援助するタイプ、③専門職からセルフヘルプグループが自律しているタイプの3つに分類している。「自律的」タイプでは、専門職とセルフヘルプグループのあいだにはっきりとした距離があり、専門職から独立して運営がなされ主体的に組織されており、常に両者の関係を問いながら活動する特徴が見られる。更に全国規模で運営されているもの、個人が発起し、地区単位で行われているものなどにも分類される。

また、今回調査の対象とした「介護者の会」には、現在介護をしている介護者（以下、現役介護者とする）と、現在は介護を終了した介護終了者の両者が参加している。現役介護者同士が経験を話し合うことで得られるピアカウンセリング効果に関する研究報告は過去にもいくつか見られるが、介護終了者に焦点をあてた研究は見あたらない。

そこで本研究は、介護終了者に焦点を当て、入会のきっかけや会参加する前に何を期待していたのか、実際に何が得られたのか、介護が終わっても「介護者の会」に継続参加して

いる理由は何かを研究課題とし、介護者の会がもたらす意味を明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査対象

介護が終わっても「介護者の会」に継続して参加している11名である。対象者の選定については、次の通りである。第5章のアンケート調査を行った際に、質問紙の末尾にインタビュー調査協力の可否について印をつけてもらった。その中から、介護が終わっても継続して「介護者の会」に継続して参加している人に調査協力の依頼をした。

2. 調査期間および方法

調査期間は、2014年3月～7月であった。

調査は半構造化面接法で行った。具体的には次の通りである。所要時間は、一人当たり60分～90分であり、すべてのインタビューはICレコーダーで録音した。面接場所や面接時間については、対象者の指定場所・指定時間に従った。なお、面接終了後、得たデータについて筆者の解釈が適切かどうか、郵送・メールにて再度確かめる機会を持つとともに聞き漏らした事柄や事実確認を行った。

3. 調査項目

①「介護者の会」に参加した経緯について、②「介護者の会」参加前後の変化について、③「介護者の会」以外からの支えについて、④介護を終了しても継続して「介護者の会」に参加している理由について、⑤介護者に必要な支援についてである。また、必要に応じて質問をしながら対象者の自由な「語り」に従った。

4. 分析の手続き

本研究では、介護終了者の体験に注目し主観的意味世界を射程しているため、特定の現象だけでなく社会の文脈の中での人々の感情や認識に焦点を当てる手法である質的研究法を選択した。また、質的研究法の中、佐藤（2008）の定性的コーディングの手法を参考に分析を行った。

定性的コーディングで内容分析するにあたっては、あらかじめICレコーダーに録音されたデータを文字化し逐語録を作成した。各対象者の文章をある一定の長さの内容によって区切り単位化し、その内容を適切に表現するオープンコードをつける作業を行った。次に、対象者間のデータを継続的に比較分析し、同様の内容であると判断したものを集合させ、オープンコードの上位の意味をもつコードをつけた。さらに、これらのコード間で同様の意味をもつと判断したものを集約しカテゴリー化を行った。この作業は何度も繰り返し行った。

また、データの信頼性と妥当性を高めるために、分析の全過程は高齢者福祉分野の専門家とともにを行った。カテゴリー化は2名の判断と解釈が一致するまで繰り返し検討を行った。

5. 倫理的配慮

東洋大学大学院倫理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、協力を断ってもよいこと、協力した場合データは個人のプライバシーの保護に十分配慮し、匿名性が確保されること、インタビューに際しては語りたくないことは語らなくてもよいこと等を説明し、本研究以外の目的では調査結果を使用しないことを書面にて確認し同意を得た上で実施した。

第3節 結果

1. 対象者の概要

対象者の概要は、表7-1に示した通りである。性別は、女性が8名、男性が3名であり、平均年齢は67歳であった。介護中にも仕事量を維持した人が4名、仕事をやめた人が3名、仕事を制限した人が2名であった。また、介護者の会に参加した時期は、1名を除いた全員が介護中に参加しており、参加した年数の平均は、10年であった。

また、以下の文章において氏名のあとの()の中には、対象者の性別、年齢、要介護者との関係についてこの順で示している。

<表7-1. インタビュー調査、対象者の概要>

	年齢	性別	介護中の 仕事状況	会参加 時期	参加 年数	要介護者①			
						関係	年数	介護度	疾患名
A	67	女	仕事量維持	介護中	17	義母	21	3→5	認知症
B	76	男	仕事量維持	介護中	4	実母	11	3→5	認知症
C	67	女	仕事を制限	介護中	12	義母	16	2→5	認知症
D	74	女	仕事をやめた	介護中	15	義母	4		老衰
E	58	女	仕事をやめた	介護する前	4	実父	3	2→4	認知症
F	84	男	仕事量維持	介護中	13	配偶者	24	2→5	若年性認知症
G	62	女	無職	介護中	7	実母	10	3→5	認知症
H	55	女	仕事を制限	介護中	7	実母	4	3→5	パーキンソン
I	62	女	仕事をやめた	介護中	11	実父	10	5→5	身体障害
J	63	女	無職	介護中	12	実母	12	2→5	認知症
K	70	男	仕事量維持	介護中	14	実母	14	3→5	認知症

Aさん（女、67、義母・義父）

結婚してからずっと義父母と同居していた。息子2人が産まれてからは6名家族で暮らす。介護保険制度が始まる約8年前から義母の様子がおかしくなり、認知症と診断され、在宅で介護をすることになった。家計のために仕事をしなければいけなく、寝る暇もないくらい忙しい毎日であった。Aさんが仕事に出ている間は、義父が義母の面倒をみていたが、義父も高齢だったため、ショートステイを利用することになった。しかし、義母が段々暴力的になったり、徘徊をするようになり、2カ月に1回利用していたショートステイを1カ月に1回に増やしたり、デイサービスを利用し始める等の工夫をしてきた。その後も何年か在宅で介護を行ったが、義父がガンになり、在宅で介護をするのが難しい状況になった。その時、義母が利用していたデイサービスで開かれた父兄会にて、（外部の）介護者の会の代表に会い、介護に関する色んな情報を得るようになった。嫁として義母を施設に入所させることに戸惑いがあったが、介護者の会の代表の話と次男からの後押しで義母を老人保健施設に入所させることになった。入所後も仕事の帰りに義母の施設に毎日のように訪問する等見守り続けて、在宅で10年、施設で11年と計21年間介護を行った。

義母が施設に入所するとほぼ同時に義父がガンと判明され、手術後は在宅で10年間療養生活を送ることになった。

（本稿では、義母に対する介護を中心にお話を聞き、分析を行った。）

Bさん（男、76、実母）

同居していた実母を11年間在宅で介護をしたBさん夫婦。長男ということで、兄弟には何も頼まず奥さんと2人ですべての介護を行った。実母が認知症だと診断され、介護を始めたのがちょうど介護保険制度が施行された2000年である。近くの施設でショートステイやデイサービス等を利用した。徐々に回数を増やして、最後は2か所の施設で週に5日間サービスを利用した。当時、Bさんは仕事をしていたため、実母と時間を過ごしたのは奥さんの方が多かった。しかし、実母が施設に行っている間、Bさんが洗濯や掃除等をしたり、友人と約束をしても、実母が帰ってくる時間に合わせて帰ってくる等、制約された生活を送った。その時、実母が利用していたデイサービスで年に2回ほど開かれた、家族会に参加していた（ここでいう家族会とは、施設側が設けたデイサービス利用者の家族の集まりである。）

Cさん（女、67、義母・叔母・夫）

5人兄弟の長男の嫁だったCさん。同居していた実母に認知症の病状が現れはじめたのが、介護保険制度が開始される4年前である。認知症と診断された後、兄弟に集まってもらい、義母の症状を説明したが、全く理解してもらえなかった。介護保険制度が施行された年に、義母が入退院をしており、介護保険制度を使い始めることになった。Cさんが仕事に行っている間は、ヘルパーさんに頼んでいた。しかし、段々義母が夜に寝ないで起きて

おり、Cさん呼び続けることが多くなった。夫は仕事、息子は学生だったこともあり、義母の介護は他の自分一人で全部背負っていた。その日々が続く中で、Cさんは寝不足とうつ状態にまでなり、在宅で継続して介護をするのは難しいと判断して、2002年頃、兄弟に現状をもう一度説明をし、義母を老人保健施設に入所させることを決めた。また当時、民生委員をやっていたCさんは民生委員の会議で、社会福祉協議会が主催する「介護者リフレッシュ旅行」の存在を知り、参加することになった。旅行から帰ってきた後、そこで出会った仲間たちと介護者の会を立ち上げて活動をするようになった。

また、未婚の叔母の介護まで頼まれ、近くのグループホームに入居させる等、4年程義母と並行して介護を行った。そして、義母が亡くなった5か月後にはCさんを支えてくれていた夫まで亡くなる。

(本稿では、義母に対する介護を中心にお話を聞き、分析を行った。)

Dさん(女、74、義母)

福祉系の公務員として長年働いていたDさん。義母は夫の弟夫婦と同居しており、子どもがいないDさん夫婦とは別居の状態であった。自分の仕事に限界を感じたDさんは仕事を辞めることにして、その頃から義母を呼び寄せて同居することになった。当初、義母は介護が必要な状態ではなかったが、同居して3年後くらいに骨折をしてしまい、歩けなくなったことで、在宅での介護が始まった。当時、介護保険制度が始まる前だったため、歩行だけが不自由な義母に利用できるサービスはほとんどなかった。お風呂もDさんと一緒に入ったり、仲良く生活をしていましたが、義母は今まで自分一人ですることができなくなったことを認めることができなかった。その後Dさんは一日家で過ごすよりは、他の人たちと楽しく過ごせた方が良く判断し、保健師の集いがあることを知り、そこに義母と参加するようになった。その時に、保健師から介護者の集いがあることを教えてもらい、介護者の集いにも参加することになった。Dさんは、長年、社会福祉関連の仕事に携わっていたので、自分が持っている関連情報を提供したいという考えもあり、介護者の集いに参加することになった。

Eさん(女、58、実父)

知り合い(現在も参加している介護者の会の代表)から、介護者の会を立ち上げるので手伝ってもらえないかという声掛けがあり、介護者の会に参加することになった。実の両親は弟夫婦と同居しており、弟の嫁が両親の面倒をみていた。Eさんは近所に住んでおり、たまに様子を見に行く程度であり、当時は介護を行っていなかった。しかし、介護者の会に入ってから2年後に実父が繰り返して転倒・骨折をし、身動きが取りにくくなった。当時、弟の嫁は仕事をしながら、両親の介護をしており、弟の嫁の身体にも限界が来ていた。その時から、Eさんは仕事を辞めて実父の介護をすることになり、実母は特別養護老人ホームに入居することになった。

実父は、認知症の症状と幻視が見えたり、夕方になると興奮して暴力的になることもあった。デイサービスも利用していたが、状態はどんどん悪くなる一方であり、1年の間に要介護2から4になってしまった。そのうち、誤嚥性肺炎を起こし、病院に緊急入院をすることになり、入院して半年後に亡くなった。

Fさん（男、84、配偶者）

38年間教職にいたFさん。当時、Fさん夫婦と娘親子が同居していた。定年退職後、知り合いに声かけられ、不登校の子どものための教育相談室で仕事をするようになった。その頃、家にかかってきた電話に出ても通じないことが多かったり、奥さんに異変が起きていた。教育相談室には、月に1回精神科の医者がきていたが、ある日、奥さんの状態を相談したら、アルツハイマーではないかと言われた。その後、近くの病院に行ったら若年性認知症だと診断されることになった。Fさんは、認知症について、図書館に行って調べたり自分なりに情報収集をしていた。在宅で介護をし始めて12年ほど立った頃、娘がインターネットで調べてくれて、介護者の集いがあることを知った。その後、会の代表に連絡を取り、会に参加することになった。

Gさん（女、62、実母）

両親とは別居をしていたGさん。たまに、家事の手伝いに通っていたが、実母の様子がおかしいと思って病院に行ってみたら、認知症だと診断された。その後から家に通う回数を増やして、実母の介護を行うことになる。近くに嫁がいたが、嫁姑関係が良くなく、介護を引き受けてくれる関係ではなかった。

自分で情報を得るために、介護に関連する本・雑誌を読んだり、ネットで調べたりしているうちに、介護者の会の存在を知った。実際に介護者の会に参加したのは、介護をし始めて5年後のことである。

Hさん（女、55、実母）

実母と同居していたHさん家族。近所で喫茶店を経営していたHさんは、実母がパーキンソンだと診断された後、仕事を制限しなければならなかった。在宅で介護をしながら、ヘルパーさんに来てもらったり、デイサービスも利用していたが、そのうち、Hさんがリウマチで入院することになった。入院している間は、夫と息子がHさんの代わりに実母の介護をしていた。そのごろ、ケアマネジャーから介護者の会を紹介されが、実母を家に置いて行くのが不安だったので断っていた。しばらく経って、また行ってみないかと何度も誘われて介護者の会に参加し始めることになった。

Iさん（女、62、実父）

両親と同居をしていたIさん家族。Iさんが職場に向かっているある日、実父が交通事故にあって、寝たきり状態になる。その後、Iさんは仕事を辞めて、入退院を繰り返す実父を在宅で介護することになった。実父は、要介護5で、全く動けない状態で、気管切開で胃ろうまでしており、デイサービスもショートステイも受け入れてくれるところがなかったため、24時間10年間、在宅で介護を行った。弟と母親もいたが、Iさん一人ですべての介護を行った。

実父が入院した時に、同じ病室に入院していた方の介護者と話をする機会があり、介護者同士で励まし合えるように、介護者の会を立ち上げることにして立ち上げた。

Jさん（女、63、実母）

実母に認知症が発症したのは実母が70歳の時である。5年間は実父が面倒をみていたが、実父が亡くなってから、Jさんの家族と同居することになった。実母とは仲が良かったので、介護をするのも苦痛ではなかったが、寝不足になる等大変だった。知りあいから誘われ、介護者のためのリフレッシュ旅行に行くことになり、その時一度ショートステイを利用したが、実母に対する職員の対応があまりにも不親切で、その後は全く利用していない。要介護5になってからは胃ろうになり、家で痰の吸引までするなど、在宅で12年間介護を行った。

Kさん（男、70、実母）

実母と二人で暮らしていたKさん。他に兄弟もいないのでKさん一人で介護をしなければいけない状況であった。実母が認知症と診断され、介護をすることになったのは、ちょうど介護保険制度が始まった2000年である。当時Kさんは、仕事はしていたが、フリーランサーだったため、在宅勤務が可能だった。そのため、仕事量を維持しながら14年間在宅で介護を行うことができた。また、介護保険制度を利用するようになったときに、保健師からすすめられ、介護者の会に参加するようになった。

2. 語りの分析

(1) 「介護者の会」に参加した経緯について

ここでは、介護者は何を機に「介護者の会」に参加するようになったのかについて表7-2に整理した上で、それぞれについて検討を行った。

<表7-2. 介護者の会に参加した経緯>

内容	回答者
検索して	F、G
施設内で開かれた家族会に参加してから	A、B
自ら求めて声掛けをして集う	I
保健師からの紹介	D、K
ケアマネジャーからの紹介	H
会の代表からの声掛け	E
リフレッシュバス旅行に参加してから	C、J

まず、自分であるいは家族員が介護に関する情報を得るために、情報を検索しているうちに、介護者の会を知るようになり、参加につながったケース（F、G）である。

Fさん：娘がネットで調べていて、こんなところ（介護者の会）があるみたいよ、と言ってくれたんです。
Gさん：介護の情報がほしくて検索してみたときに、家族の会、介護者の会というのを、見つけて、それからですね。

FさんとGさんの語りをみると、介護保険制度を利用しており、かつ専門職もかかわっているはずなのに、介護者の会の存在は、介護者自身（家族員）が調べないと得られない情報であった。

二つ目に、要介護者が利用していた施設内で開催された会（父兄会・ミニ家族会）に参加した時に、施設外の介護者の会の人たちと出会ったり、その存在を知って外部の介護者の会に参加するようになったケースである（A、B）。

Aさん：デイホームに行っただけ、デイホームでも3か月1回、父兄会があるんですよ。父兄会って、家族の人を呼んで、懇談会ですよ。だから、その父兄会にNさんが（今、Aさんが継続して参加している介護者の会の代表が）アドバイザーで入っていたんですよ。Nさんから老健という言葉聞いた。私も関心があったから、老健とか色々なシステムを聞きに行ったときに、詳しいこととか、色々なことね、キツイこと、辛いこともいっぱいあったから、1997年9月から今までずっと関わってきた。

介護者の会は、地域で介護者が自主的・自発的に開くことが多いが、施設などの主催で開かれる場合もある。しかし、施設内で開かれる介護者の会の場合、施設側が主導的に行なうことが多く、介護者同士で自由に意見交換ができない可能性もあると思われる。そのため、施設内であっても介護者が自主的に会の運営ができるようにすることと、施設外で開かれる介護者の会などの地域資源との連携を図ることも必要であるとする。

三つ目、社会福祉協議会が主催した介護者リフレッシュ旅行がきっかけで「介護者の会」を立ち上げたケースであった（C・J）。

Cさん：ある時、社協で、リフレッシュのバス旅行って言うのがあって、私普段だったら、知らなかったと思いますけど、私その前に民生委員っていうことになってて。民生委員の会議で、こういう方がいたら、このチラシを配って、そういう方がいたら声かけて、というけど、誰も会議で、みんなそんなの関心ないし、それで、私私！と思って、私っていいのかしらって言ったら、いいですよっていうので、すぐに申し込んで、私の周囲にいないので。

Jさん：S県でやっているリフレッシュツアー（社協）というバス旅行があったんですね。行く人を募った時に、たまたま出会ったんですね。1泊だったんですけど、1泊のホテルで、一部屋に参加した人が集まって、みんなどんな介護してるんですかってきいたのがきっかけで、帰ってから、できる範囲でいいから、集まりませんかってということで、ファミリーレストランで最初始まったんです。

孤立しやすい介護者にとっては、自分と同じ悩みを抱えている人がいることを知るだけでもホッとします。CさんとJさんの場合は、社会福祉協議会の介護者リフレッシュ旅行に参加することによって、自分と同じような状況にいる人がたくさんいることに気がつく。しかし、介護者リフレッシュ旅行が終わってしまうと、また集まる機会がないことで、それが実現できるように場を設けることにしたことである。このように、介護者同士が互いの存在を意識する機会（例、介護者リフレッシュ旅行）と、それをつないで継続していくこと（介護者の会）は、介護者が求めており、介護者にとってその存在意味は大きい。

しかし、私普段だったら、知らなかったと思いますというCさんの語りからもわかるように、介護者支援に関する情報が介護者に行き届いていない可能性があることが推測された。介護者支援に関する事業や情報を行う際には、それが必要な人に届くように、広報活動や発信方法についても工夫が必要であるとする。さらに、このような情報は、介護者のみならず、一般の人に対しても事業の目的と内容などが伝わるように、分かってもらえるような、啓発活動も行っていくことが重要であろう。

四つ目、保健師やケアマネジャー等の専門職の紹介によって、介護者の会に参加するようになったケースである（D・H・K）。

H さん：うちのケアマネジャーさんから、紹介されたんですね。最初は母を置いて（会に）行くっていうのは、ちょっとあれだったので、お断りしてたんですけど、ケアマネさんの方が、どんなものか見に行きたいので一緒に見に行こうかって、何度か誘われて、じゃーって行ったのが一番最初ですね。

K さん：母の介護をすることになって、ちょうど介護保険が始まった頃、2000年。で、介護保険を利用するようになったときに、担当の保健師からすすめられてね、それで参加したんです。

在宅にて長時間の介護を行う介護者にとって専門職からの支援は大きな支えになると思われる。特に、要介護者がおかれている状況にあわせてサービスを組み立ててくれるケアマネジャーによるサポートは介護者にとっても頼りになる存在である。H さんの場合、介護者の会を紹介されても、要介護者が在宅にいることもあり、実際に参加するまでは戸惑いがあった。しかし、ケアマネジャーの何回にわたる誘いの結果、実際に参加することになった。また、ここで注目したいのが、‘一緒に見に行こうか’というケアマネジャーの発言である。山田（2012）の報告によると、介護者もケアマネジャーを要介護者のみを支援する専門職と認識し、自分自身をケアマネジャーのクライアントシステムであると認識していない可能性もあると述べている。ケアマネジャーの支援対象は、要介護者だけでなく、その家族も含まれているので、介護者が自分も支援対象であると認識するように、介護者に寄り添った声かけ、支援体制を考える必要がある。

その他に、自ら求めて声かけをして会を立ち上げたケース（I）、介護者の会の代表である知り合いからの声かけで、介護を担う前から参加したケース（E）もあった。

（2）参加する前に「介護者の会」に期待したもの

以上でみたように、「介護者の会」に参加する契機はいくつかのパターンがあることが確認できた。そうすると、介護者は何を求めて「介護者の会」に参加するのか。ここでは、語りの中から、介護者が「介護者の会」に入る前にどのようなことを期待して参加するのかについて、表7-3に整理をし、検討していく。

<表7-3. 介護者の会に参加する前に、期待したもの>

	内容	回答者
情報	客観的な情報を得たい	A
	主観的な情報を得たい	B、F、G、J
	客観的な情報を伝えたい	D
その他	私みたいな人に出会いたい	C
	誰から‘ありがとう’と言ってもらいたい	I
特になし		H、K

まず、情報を求めて参加したケースである（A、B、F、G、J）。情報的な支援には、また客観的な情報を求めたケース（A）と主観的な情報を求めたケース（B、F、G、J）とに分けることができた。

A さん：介護保険が始まる前だったので、受け皿がなかった。ここのデイサービスに行
って、N さん（今、A さんが継続して参加している介護者の会代表）に会って。
N さんから老健という言葉聞いた。私も関心があったから、老健とか介護のい
ろんなシステムの話を聞きに行った。

A さんの場合、‘老健とか介護の色々なシステムの話’のように、介護を行うために必要
な専門用語や知識などの客観的な情報が得られるのではないかと、という期待をもち、介護
者の会に参加をした。

いきなり介護をすることになった介護者にとっては、介護用語も介護用品の使い方も、
そして介護保険制度も不慣れなものである。しかし、行政窓口や専門職からは、大まかな
サービス利用の流れを説明されることが一般的だと思われる。このような情報は、関連の
書籍やインターネットで調べればよいのではないかと、思う人がいるかも知れないが、介
護の渦中にある人にはそうそう簡単なことではない。

このように、専門職ではないが、気軽に介護保険制度、介護用語などの客観的な情報を
収集することを目的に、介護者の会に参加することが確認できた。

F さん：図書館で読んだ本で、文章に書いてある程度の理解しかないわけであって、実
際に現場に入ってみると、それぞれ個性がありますから、そうはいかないという
ことがあるでしょう。そういうところで悩み悩んで、これを解決するにはどうし
たらいいか、と思って、認知症の家族の会に、しょっちゅう出かけていた。

G さん：介護の情報がほしくて検索してみたときに、家族の会、介護者の会というのを、
見つけて、それからですね。自分で情報を得るために。介護の本とか、雑誌とか
ありますよね、そういうのをみても、自分が求める情報がなかなか得られなかつ
たので、そこに書いてあった、情報の中から、内容を調べてみて、介護者の会を
見つけたんですね。

F さんと G さんの語りを見ると、本・雑誌をみても自分がほしい情報はなかったと語つ
たうえ、‘自分が求める情報’を得るために介護者の会への参加を決めたと語っている。こ
こでいう、‘自分が求める情報’ということは、一般的に言う介護に関する情報とは違うも
のであるだろうか。

‘100 人がいれば 100 通りの介護がある’とよく言われるように、介護は、要介護者の

状態によって対応の仕方が異なる、個別性の強い行為である。そのため、世の中に出版されている書籍には、様々な状態に対する対応方法等がすべて記載されているわけではない。また、介護を担う際に必要とされるのは、介護に関する技術・法制度・理論等の客観的な情報だけではなく、実際の介護を行う場面で生じる問題にどのように向き合っていけばよいのか、他の人たちはどのように対応しているのだろうか、ということに対して、体験に裏付けられた主観的情報が求められる。しかし、疑問があったときにすぐに聞ける人がいればよいが、現実には難しいことである。つまり、同じ体験を持つ人がもつ情報を‘自分が求める情報’と表現し、それが得られるのではないかという期待をもち、介護者の会に参加している。さらに、これによって、介護者が要介護者・介護以外に目を向けられるようになる機会でもあるだろう。

その他に、長年、社会福祉関連の仕事をした職歴から‘自分が知っていることを伝えたい (D)’という思いで参加したケースもあった。

次に、特に期待をもてずに参加するようになったケース (H・K) である。

H さん：うちのケアマネジャーさんから、紹介されたんですね。最初は母を置いて（会）行くっていうのは、ちょっと不安だったので、お断りしてたんですけど、ケアマネジャーさんの方が、どんなものか見に行きたいので一緒に見に行こうかって、何度か誘われて、じゃーと行ったのが一番最初ですね。

K さん：保健師から介護者の会というところに行ってみませんかということで進められたんです。だけど、すすめられた時も気が乗らなかった。だけど、すすめられたので、1回だけ行こうかと、それで行ったんです。

このケースは、何か目的があって介護者の会に参加したわけではなく、ただ専門職の誘いに反応したことである。特に H さんの場合は、ケアマネジャーの粘り強い声掛けの成果だと言えるだろう。

このように、介護者が悩みを抱えて孤立しないようにするためには、専門職による働きかけが重要であることが示唆された。

(3) 「介護者の会」による支えとそれ以外からの支えについて

それぞれの期待を持って「介護者の会」に参加した人は、実際に参加してどのような支えをもらっていると感じているのだろうか。また会以外からはどのような支えをもらっていると感じているのか。ここでも、対象者が語った内容を、「介護者の会」からの支援とそれ以外からの支援に分けて検討する。

【「介護者の会」による支えについて】

①息抜きができた

自分を理解してくれる人たちがいるので、本音が言えることで息抜きができ、誰かに聞けるという安心感があることから、精神的に安定できるようになった。

A さん：息抜きの。結局、息抜きよ。言いたい放題言っているんだから。私誰も聞く人いないは。・・・私仕事しないと困るし、息子2人いたから学校に行かなくちゃいけなかったし、稼がなきゃいけなかったからね。寝ないで働いてたのね。だから、そんなに行くところはなかったけど、ここ(介護者の会)だけは行ったよね。やっぱり、精神の安定でしょうね。

F さん：やっぱりね、ずいぶん聞いてもらって、楽になりましたね。そういう鬱憤(うっぷん)を1ヵ月1回の介護者の集いに行って、話を聞いてもらって、こんななんですって行って、それですごいすっきりしたというか

J さん：10年間24時間、本当に在宅だったんです。だから、もしも会が無かったら、私は24時間ずっと家にいるということじゃないですか。でも、会のおかげで、目線を少しでも、活動によって、切り替えられますよね、だから、私は逆に、皆さんに支えて頂いたと、思っています。

②共感・連帯感が得られた

同じ立場の人たちが同じ話題で話をすることで、共感を得ることができた。

D さん：出会えた喜び、一番最初は。そんなに私がばーと話さなくても、その人たちが話すのを聞く。癒される、一つは、私が話していることにそうだよねと、否定されずに、聞くこともそうだけど。反対に、他の方が、私に向かって話すときもあるし、どなたとの同士で話すのも、共通な思いがあるでしょう。そういうのが共通していると、私のことを言っていると、その人が、代弁者というかね。そうすると、なおさら気持ちがキュウっときますよね、共感しますよね。嫌されるその向こうに共感。共感が無かったら癒されないんで、共感するというのはすごく、いいことかなと思いますね。

J さん：支えられた、元気をもらった。あとは共感できること。同じ立場の人で共感できるというのがやっぱり、介護者の会もちろんそうですけど、同じ介護者同士で。何も知らない人に頑張ると言われるのと、同じ立場のもの同士で、頑張ろうねということでは、全然受け止め方が違うと思いますね。

③実体験に基づいた情報を得ることができた

本ではわからない情報を実際に体験した人たちから聞くことができる。

H さん：こういうものを使うといいよとか、こういうものがあるよとか、そういう情報、実際にやっている人たちから情報がもらえる、そういうことによって、あ、こうすればいいんだと、自分の頭の中だけじゃなくて、実体験から基づいた人たちのアドバイスというのが得られることによって、落ち着いてきたというのがありますね。

I さん：何ていうのかな、実用的に分らせてくれるっていう印象が最初は一番強かった。あと、介護保険でギリギリになっちゃって、車いすを借りたいという時に、社会福祉協議会ではただで貸してくれるよとか、そういう情報とかも入るわけじゃないですか。それはすごくありがたいですよ。だから、どうということでも情報って大事だなって思いましたよね（笑）。

L さん：色んな方の体験を聞く、それから、情報、役所からは得られない情報を、本からは得られない情報を聞いて、みて、自分のものにしていく。それは、正しいこともあれば、間違っていることもいっぱいあるんですよ。自分たちではどうにもならないような種類の呆けを、今からすれば前頭側頭とか、レビーですね。そういう形の困難なケース。完全失語状態になった人とか、近所の医者に行っても良くわからない。

④自分の立ち位置が確認できる

介護者の会の参加者の話を聞くことによって、自分の状況と照らし合わせて、自分の立ち位置を確認することができる。

E さん：他の人の話を聞いてみると身内のしんどさは、なかなか表に出せないし、ということで、あ～みんなゆえに言えない苦勞をいっぱい抱えているんだなということで、自分の苦勞は苦勞でもないなと。そういうふうな、他を見て、自分の立ち位置みたいなのがわかるから、なんでもないやという感じで。

K さん：自分よりも大変な介護があることを知ることができた。様々な人の介護を知ることによって、今のところまだ自分はいい方だということが分かって、またこれから大変になるかも知れないという見通しがついた。様々なことを実感できるようになった。

⑤「ありがとう」と言われる

家族の中、自分が介護を担うことを当然とみなされ、誰からも感謝の言葉を言ってもらえないという現状があり、自分がやってきた介護に対して、他者から認めてもらいたい期待を込めて、介護者の会を立ち上げたケースである。

Jさん：母親とか弟は、全然悪気はないんですけど、やって当たり前、という感じで。家族同士だから、言いにくいかもしれないけど、それこそ、ありがとう、というのは出ないですね。まあ、当たり前は当たり前なんですけど、お礼言われてやってるわけではないんですけど、ほしいですね。

・・・介護者って、誰にもありがとうって言われたいよね、って言ったら、一緒に病室に入ってた方が、じゃ、ありがとうって、2人だけでも言い合おうか、というのが（会を立ち上げた）きっかけです。

⑥同意が得られる

自分が行った介護に対して、「これで良いのか」という確認と「それで良い」という賛同を介護者の会のメンバーから得られることで、安心感につながる。

Fさん：や〜どうなっちゃうんだろうと思って、そうしたら、ある人が、介護度4だから、施設にお願いしてもいいんじゃないですかって、言ってくれたのね、それですっごい救われて。あ、預けてもいいんだなって、私ちゃんとした仕事してなかったし、弟夫婦も子どもいなかったし、私隣にいたから、できることなら、デイサービスとかお願いしてるから、（施設入所は）どうかかなと思ってたんだけど、そういわれてフッと楽になって、あ、いいんだよなって、預けてもいいんだって、そんなところでも救われたというか（笑）

【「介護者の会」以外からの支えについて】

i) 家族・親族

①支えてもらったと感じた

Iさん：私が病気になっていた時が一番ですね、夫や子供に。あと、二人とも母に対して、愚痴を言わなかったですね。1、2回ですけど、下の世話とかやってもらったこともあるんですよ、どうしても自分ができなくて、その時に中学生の息子がね。だから、もしこれで夫や息子で非難をされるんだったら、きつかったんだろうなって思うんですけども。それはなかったですね。だからそれでもありがたいなと思いますね。

Gさん：どうして認知症の人と家族の会に入ることになったのかと言うと、娘がネットで調べていて、こんなところがあるみたいよと言ってくれたんです。

②支えてもらったと感じていなかった

B さん：わかりやすく言えば、こっちが細かいことまで、頼まなかったということに理由があるのかもしれないな。助けてとか、そういう言葉は最後までしなかったのも悪かったんだと思うよ。だからわざと、もうダメだと、きてくれと、頼むよと、ジェスチャーでも良いから、すべきだったんだよ、だからね、僕の失敗だったんだよ。

D さん：夫はね、お手伝いしなくていいから、自分の体は自分で治してくださいと言って。だから、この人にそんなにやってもらいたいとかは思わなかったですね。それと、息子が一人いるんですけど、その時、中学生から高校生、大学生だったので、私なんかはね、協力してもらおうということよりも、夫は仕事も行ってたし、夜はちゃんと寝かせなきゃと思ったのね、仕事に行かせなきゃと思うし、子どもには学校行かせなきゃ。だから、夜は起こさせないようにしたいとか、私一手に背負わなきゃじゃないんだけど、私の仕事だみたいな、私の役目なの、っていうふうに思っていましたね。だから、他の家族にやってもらおうということよりは、色んな部分、私が背負うわみたいに、すごく思いましたね。

J さん：母親とか弟は、全然悪気はないんですけど、やって当たり前、という感じで。家族同士だから、言いにくいかもしれないけど、それこそ、ありがとう、というのは出ないですよ。まあ、当たり前は当たり前なんですけど、お礼言われてやってるわけではないですけど、ほしいですよ。

家族・親族については、他の家族員には支援を求めている、頼もうとしない傾向がうかがえた。特に D さんの場合は、「私一手に背負わなきゃじゃないんだけど、私の仕事、私の役目」と思っており、伝統的介護規範が強いと思われる。また、J さんは、家族だからこそ言ってもらいたい感謝の言葉を聞いたことがないということで、失望感を感じていた。

ii) 専門職

①支えてもらったと感じた

A さん：ケアマネからはとても良くしてもらった。良い人に当たったよ、男性だったけど。色んなことを飲み込んでから、私は色んなことトライする人だし、先に先にやる人だから、こういうのがあるよとか、介護保険できくよとか、いうとすぐ、サクサクやってくれた。もうね、色んなこと助かった。色んなことで、私がこんなことで困ってるんだという、いいよって聞いてくれて、探してくるねって言ってくれて。必ず、きちんと対応してくれた。だから、私はケアマネとの出会いはすごく良かった。

私はヘルパーさんも良くしてもらった人はいるけど、そのヘルパーさんはお祖父ちゃんについてくれたんですよ。お祖父さんは全然ね、(認知症じゃなかったの) 言え

ばわかるし、何でもなかったけど、私に色んなことを教えてくれたから。

B さん：スタートをする時に一番助かったのは、介護を始めたのがちょうど介護保険が
はじまった年だから、タイミングは良かったんだけど、誰も介護保険のことを知ら
なかったスタートだったんですよ。だからね、ケアマネさんとね、一緒に勉強できたん
ですよ。それがよかった。たまたま、ケアマネさんが看護師さんだったんですよ。だから実
力があつたんですよ、その人に色んなことを教わって、行政が持っているサービスというのも
あるでしょう、例えば、申込み・申請に対して反応するですよ、それで条件があえば
オッケーというそういうサービスが多かったんですよ。10年前のスタートの時は行
政のサービスをどれだけきめ細かく理解して。B さん、これは申請した方がよいですよ
と、そういった話をね。

②支えてもらったと感じていなかった

D さん：専門職の方については、ヘルパーさんとか、ケアマネさんというのは、その方
たちのやるべき仕事は、ちゃんとしてくださいましたよね。ただ、私の精神的な、
介護者の会で話すようなこととか、そういうのを期待してないですね。期待できない
というか、期待はそんなにしないですね。ケアマネさんより、ヘルパーさんの方が、
どっちかと言うと、お話がね、よりあれだけど。ケアマネさんは本当に、介護保険を
使うための、必ず通る方、という、介護者の他の方もそういう、認識なんですよ。仕
事が忙しいからなかね、じっくりそこの介護者の話とか、そこのうちの様子からし
て、どういうことが大変なのか、じっくり聞いて、と言う方は少ないかな。だから、
そういう人たちに受け止めてもらいたいと思ってないし。

H さん：いわゆる専門職、ケアマネとか、ヘルパーさんからは全くありません。言えないしね、
こっちも。忙しいでしょう。時間がないし、忙しい方たちだから、そちらの時間と
か理由があるので、話し合いを持ったことがあるけど、ちょっとね、やっぱり難しいで
すね。

K さん：ケアマネからは特にないですけど（笑）、ケアマネ忙しいからね、そのスケジュー
ルを立てるのが精いっぱいという感じでしたね。

専門職については、困っている状況に対して、適切な情報・サービスを提案してくれる
等の情報的なサポートが中心になっていた。一方、専門職からは介護者自身に対する支援
は求めているなど、介護者がケアマネジャーを介護サービスの利用者である要介護者の
みを支援する専門職と認識し、自分自身をケアマネジャーのクライアントシステムである
と認識していない可能性がある（山田、2012）。

iii) 友人・知人

①支えてもらったと感じた

F さん：友達にも、私もまわりにも、年代的にも、やっぱり親のどちらかをみているとか、そういう人がぼちぼちいたんで、会えば、認知症のこととか、情報交換みたいなこともしながら、そういう面で助けられた。

H さん：(介護度)軽い状態の時は、友達が愚痴を聞いてくれました。全く住んでいるところが違う、考え方が違う、という友達がいたので、彼女には結構愚痴を言っていましたね。でも、介護度が重くなると、その話はちょっと彼女には、重いので、でもすごく助かりましたね、愚痴を聞いてくれる人がいて。

②支えてもらったと感じていなかった

A さん：あんまりないね、知人とか友人とかで介護している人はそんなにね、こんな早くからやっていた人、あんまりなかった。

B さん：知人なんかね、ほとんどゼロだね。

D さん：特にないですね。私が思ったのは、それ（介護）をしていない人に、訴えても、なかなか、言葉って、行き違う、ズレを感じるとね、ううん、ってなるんですよ。相手は親切に言ってくれることを、そうじゃないの、って思った瞬間、こちらは、傷つくというと大げさだけど、分かってないんだよねって、言わなきゃよかった、という気持ちが、そういうのを何回か繰り返すと、閉ざすじゃない、もう言わないようにしようとか。

知人・友人による配慮、言葉遣いがむしろ介護者に傷をつけることがある。つまり、サポートを送る側と受ける側が認識するサポートの意味が違うことともいえる。このように、知人・友人による介護者支援を考える時に、ポイントになるのは、介護経験の有無が重要である。

(4) 介護終了後も継続して「介護者の会」に参加している理由について

<表 7-1. 介護終了後も継続して会に参加する理由>

	内容	回答者
会のため	介護・仕事経験を活かす	B, D, E, I
	恩返しする	A, E, G, H
	会の運営のため	C, J
自分のため	介護終了後・老後のため	D, H
	つながりを維持（育む）するため	A, D, K
	人をみる楽しさ・好奇心	D, K
	知識・情報を増やすため	B, G
	生きがい	F
社会のため	必要とされる場	J
	自分の子供に同じ思いをさせたくない	H, I, J

①介護・仕事経験を活かす

今まで、介護・仕事で経験してきたことを無駄にしたくないという思いから、それらを現役の介護者に伝えたいことである。また、その中には同じ経験をしてきたという話だけではなく、自分のように失敗しないようにという思いから失敗談も話されていた。

B さん：私は人に言うときは、こうした方が良いとか言わないの、私がね、こうやって失敗したんだけど、って言うんですよ。そうするとね、これから介護する人の取り組みのね、少しは違ってくるんじゃないかなっていう私が失敗したのはこういうことですよって言って。

D さん：おせっかいだね。自分の(仕事の)経験が、役立つことがないかなということですよ。

E さん：自分の経験が、役に立つことがあれば、役に立つっていうか、話をきいて、自分も、うちもこうだったんですよとか、これからこの先、こうなるかもよとか、そういうちょっとでも助言してあげられることがあったらいいなとか。

I さん：自分がやってきた経験とか、体験とか、そういうのを、無駄にしたくないというのがまず理由かな、せつかく父が教えてくれたわけじゃないですか、10年間一生懸命、私に教えてくれた、と私は思ってるんですね。それを無駄にしたくないということ。悔しさみたいなものがありますね。

②恩返しする

介護をしているときに、会の仲間から助言をもらったり精神的な面で支えられたりしたので、その恩返しとして、同じようなことを現役の介護者に行うことである。

A さん：自分が助けてもらったから、違う人にペイなくちゃ。その苦しさ、辛さ、とい

うものはみんな同じじゃない。私もそうだったよって、本当にそうだったんだから、それを共有して、自分が助かったことはやっぱりペイしなくちゃ。それはルールじゃない。

E さん：自分がそうやって、救ってもらったというか、気持ちの面とかも、救われたし、

G さん：周りが経験者ですから、みなさん看取った経験を教えて下さって、それがすごくありがたかったのね。・・・施設と交渉したり、すごい参考になること、ありがたいことを教えてもらったので、去年母が亡くなっただけでも、そのあと、行ける時に、挨拶ですね、ありがとうございましたという。

H さん：最初は終わった後、感謝してるんですよ、会に対して。だから、1年間くらいは、お礼じゃないけど、私車の運転ができるんで、車使うところはね、私がやりますよ、みたいな感じで。

③会の運営のため

会を主催する側として、会の運営のため、継続して参加していることである。

C さん：私がいつの間にか、だんだん主催者というか、みんながきやすい場所にしたとか、ここが自由に、安心して話せる場にしないではいけないとか。そういう主催者、そういう気持ちにだんだんくなっていく。でもそうならざるを得ないでいくということが、いつの間にか、私が、ただのいち介護者だけにいる気持ちから、距離がとれるので、普通のいち介護者参加者とまたちよつと違うかもしれない。

J さん：私はやっぱり主催者側ですから、責任ですよ。始めた以上は、ただの趣味のサークルではないわけで、困った人たちが集う会ですから、介護って。

④介護終了後・老後のため

介護は終わっているが、今後介護をされる側になることを備えて、継続して会に参加していることである。また、会で自分の経験を話すことで、介護を終えた自分自身に対するリハビリにもなると語っている。

D さん：いずれ自分の行く道、子供がないから、人のお世話にならないと思うから、やっぱり続けて席を置いておく、多くの人が、そうやって席を置いているし、一緒に老いを歩んでるというか、そんな感じね。

H さん：経験をしゃべることが、意外に自分自身のリハビリにもなるんですよ。やっぱり、自分でしゃべっていて、その前のことを思い出したり、その前の自分と親との関係、ドンドン思い出して行ったり、つらいことも思い出したりしていくと、どうも自分のリハビリになってるような気がするんですよ。

⑤つながりを維持（育む）するため

長年にわたって介護をしながらできた仲間なので、あるいは、介護の期間が長かったことで、介護関係のつながりが多くなっているため、これからも大事にしていきたいということである。

A さん：（終了者たちと）ずっと付き合っているよ、絵を見に行ったり、芝居を見に行ったり。終わったから、楽になったんじゃない、本当のこと言って。

D さん：地域の人を知ることになったということは大きいですね。自分の友好関係というのは地域にはなかったですからね。ほとんどないですよ。だけど、介護者の会に入ることによって、友達ができて、20年近い友達かな。だから、みんな年取っちゃって、自分が今度介護される側に回るねという感じね。なんか不思議なつながり。

K さん：一つのコミュニティになるからです。介護のことで困っていることを話することだけではなくて、それを入り口にして。また行ってみたいなど思えるような、興奮する、わくわくするような。

⑥人をみる楽しさ・好奇心

「介護者の会」に参加して、色んな人の話を聞くことにより、人に対する関心・好奇心が湧いてきて、その延長線で継続して参加している。

D さん：介護っていうのは奥も深いし、・・・ライフヒストリーとか関心もあるし、ただそんなことは、どうしたのとかという質問から聞ける話ではなくて、何気ないあほ話の中からね、見えてくるものが、あ～あの人そうだったんだね、とか、人をみる楽しさ、関心、それが介護に引っ掛けていくと、嫁姑の関係とかね、そんな感じかな。

K さん：好奇心の延長ですね。それで、新しいことをどんどんやって行くから面白いということもあるし。

⑦知識・情報を増やすため

介護に関する情報・知識はもちろん、要介護者の死後に関わる情報まで得ることができるので、継続して参加している。

B さん：新しい知識が増えるということも一つの理由ですね。例えば、出てくる人の色んな状況、100の介護があるというのをね、良く聞かし、その通りだと思う。この人が言う介護とこの人が言う介護はリンクしないんですよ。全然違うんですよ。

E さん：まだ片付けが完全に終わったわけじゃないので、まだ聞きたいこともある。終わった後でも、例えば、お墓、納骨どうしてますとか、他の人には聞けないこと、そういうことも聞ける場所なので。

⑧生きがい

「介護者の会」に参加して、現役の介護者の悩みを聞き、アドバイスすることにより、現役の介護者が変化していくことをみて、生きがいを感じている。

Fさん：私の方からべちゃべちゃしゃべることはできるだけ控えて、今日おいでになったのはどんなことでお困りですか、そうすると、色々話されるから、あ～あの辺の部分だなど、そこに焦点を当てて、そういう時に私はこういうふうにやったよって。そういうことがおいでになった方にすごく、おいでになった時の、出会った時の表情と、帰られるときの表情は、まるっきり変わりますから。別の言い方で言えば、それが私の生きがいというのかな。やらなくちゃならない仕事だなどと思って、及ばずながらやってる。

⑨必要とされる場

会を自分が必要とされている場だと認識している。また、会での活動を社会に役立つ一つだとも評価している。

Jさん：やっぱりやった人じゃないと、分からないですよ、やってみないと。という点では、私が少しでも、社会にお役にたてることの一つなのかなって思って、・・・もちろん、家族も大事だし、自分の健康も心配ではあるけれども、それだけではなく、何か自分が必要とされている場が、家族会にあるということは、やっぱり、お稽古とかそういうこととは違う、意味があるような気がするんですよ。

⑩自分の子供に同じ思いをさせたくない（⇒現状を変えていきたい）

自分は介護をしながら辛い体験をしてきたが、自分の子どもには同じ思いをさせたくないということから、現状を変えていきたいことである。

Hさん：これから、私介護される側になりますからね。私は結構その意識が強くて、自分が介護されるときに、同じようなことを一人息子にさせるわけには行けないなって思ってますよね。それを考えたら、現状はちょっと厳しいですよ。だから、ちょっとずつでも変えていけたらいいかなって思いますよね。

Iさん：これからどんどん介護者って、増えるじゃないですか。だから、そのためにも、今度は私たちの子どもの世代になるまでに、少しでも優しい町にしておかなければいけないなという思いもあります。

Jさん：自分は母でしたし、最期胃ろうで、覚悟もしてたので、家族会続けられましたけども、でも、自分の子供には、こんな思いをさせたくないと思います。

第4節 考察

以上の結果を整理してみると、次の通りである。「介護者の会」に参加した経緯は大きく、①自発的参加、②紹介による参加に分けることができた。

「介護者の会」参加によって得られる援助内容を、House (1981) が分類した4つのサポート、情緒的サポート（共感、愛情、信頼、感心の提供）、道具的サポート（現金、労働、時間、その他の直接援助の提供）、情動的サポート（個人的・環境上の問題に対処していく際に役立つアドバイス、指示、情報の提供）、評価的サポート（肯定、フィードバック、社会的比較、自己評価）を用いて分析した。ソーシャルサポートに注目した理由は、介護者の会が行っている支援の内容は、単に情緒や情報だけではないのではないかと考えたからである。

研究対象者の語りを分析した結果、情動的サポートについては、介護者の会だけではなく、家族や知人・専門職等からも得ていた。しかし、その情報の中身は異なっていた。ケアマネジャーからは、困っている状況に対する適切な情報・サービスを提案等の情報を得、介護者の会では、実体験に基づいた情報、「実体験に基づいたアドバイス、役所からは得られない情報、本からは得られない情報・体験」に関する情報を得ていた。

家族や知人・専門職等、介護者の会から情緒的サポートを得ていたが、特に介護者の会では、「言いたい放題」息抜きができる、「出会えた喜び、同じ立場の人で共感できる」共感・連帯感が得られる等の、情緒的サポートを得ていた。

さらに、「自分の立ち位置が確認できる」、「“ありがとう”と言われる」、「施設にお願いしてもよい等と自分の判断に対して同意が得られる」等、House のソーシャルサポートのどれにもあてはまらないものが抽出された。介護者の会では、他者と比べて自分の状況をとらえ直したり、感謝の言葉が聞ける、決断に対する後押しをしてくれる等のサポートを得ていた。これらのサポートを、承認サポートと名付けた。介護者は「介護者の会」参加することによって、自分が集団から価値ある存在と認められ、尊重され、承認欲求を満たされる。要するに、介護を担う人ではなく、ひとりの人間として承認される。以上のように、介護者にとって「介護者の会」は、人として承認される時間と空間を提供してくれる場であることが明らかになった。この承認サポートは「介護者の会」でしか得ていないものであった。

最後に、介護を終了しても継続して「介護者の会」に参加している理由については、①会のため、②自分のため、③社会のために分けることができた。「会のため」の例として、介護・仕事で経験してきたことを無駄にしたいくないという思いから、それらを現役の介護者に伝えたい。自分のように失敗しないようにという思いから失敗談を伝える。会を主催する側として、会の運営のため、継続して参加していることである。「自分のため」の例として、介護を終えた自分自身に対するリハビリになる。介護仲間との関係を維持するため。色んな人と出会い、人に対する関心・好奇心。要介護者の死後の片づけ・お墓・納骨等に関わる情報を得るため。現役の介護者にアドバイスすることが生きがいにつながる等であ

る。「社会のため」の例としては、会での活動を通して、社会に役立てる。自分の子どもには同じく辛い思いをさせたくない（私たちの子供の世代には優しい街にしたい）、現状を変えたい等である。

介護者は、①家族・親族、②専門職、③知人・友人、④介護者の会に支えられていた。家族・親族からは、直接介護を手伝ってくれる等の手段的サポートを得、さらに情緒的サポートを得ていた。が、中には家族・親族には援助を求めないケースもあった。専門職からは、主に法制度やサービスに関する情動的サポートを得ていたが、すごく助かったという意見と全く助けにならなかったという2つに分かれた。介護者の会参加によって、①情動的サポート、②情緒的サポート、③承認サポートを得ていた。「介護者の会」参加経緯を問わず、参加後には大きく情緒的サポートを受けていた。特に、承認サポートは「介護者の会」でしか得ていないものであった。

介護を終了しても継続して「介護者の会」に参加していることで、介護仲間が友達になり、「介護者の会」内での活動から地域・社会の活動に広がっていた。また、介護をしているときに、会の仲間から助言をもらったり精神的な面で支えられた経験から、その恩返しとして、現役の介護者や次の世代に貢献したいということが明らかになった。

今後、介護終了者の役割と支援者としての可能性について明らかにするとともに、その知見を介護者支援に活用していくこと、また彼らが介護者を支援する一つの社会的な資源としても重要な存在になってくると考える。

終章

第1節 総括

本研究では、介護者を支援する組織の一つである「介護者の会」に焦点を当て、介護者の会の援助特性について、相互援助過程に注目して考察を行った。

第1章では、高齢者扶養意識について社会調査結果と家族社会学の文献等を参考に検討を行った。その結果、高齢者扶養意識について、介護保険制度開始後も親の世話をする介護面を家族の役割と認識している人が増えていることが確認できた。また、介護保険制度施行後も依然として厳しい環境におかれている介護者の現状が再確認できた。そして、介護者の高齢化や、主な介護者が子の配偶者から実子へと移行、男性介護者の増加、就労しながら介護の担い手となっている実態は現存しているなど、介護者像も多様化していることが明らかになった。

第2章では、介護者支援に関する取り組みの現状について検討を行った。国・自治体による取り組みの現状について検討を行い、介護者支援の基盤となる法制度は十分に整備されていないことが明らかになった。民間団体による取り組みの現状については、民間団体による支援は、より現実的であり、介護者に寄り添った支援を行っていることが確認できた。

第3章では、介護者と介護者支援に関する先行研究（介護者の実態および働く介護者の実態に関する研究、介護の概念化・理論化に関する研究、介護者支援および支援プログラムの開発に関する研究についての文献研究）から、本研究の理論的背景を明らかにし、さらに本研究の位置づけを明らかにした。

第4章では、本研究の調査対象である「介護者の会」を相互援助グループととらえ検討を行った。主に、Shulmanの援助過程技術論をもとに、相互援助システムとしてのグループの諸機能について検討を行った。また、相互援助グループ中、セルフヘルプグループとサポートグループを取り上げ、それぞれの特徴と機能について検討した。

第5章では、「介護者の会」参加者を対象に質問紙調査を行った。介護者自身が望んでいる介護者支援が明らかになった。「介護者の会」による支援と、ケアマネジャーによる支援とを、比較検討した結果、ケアマネジャーから受けている支援では、「サービスや制度についての説明」の数値が最も高く、介護者の会による支援では、「介護者の悩みごとを聞く」の数値が最も高かった。ケアマネジャーからは、サービスや制度に関する情報や助言を、介護者の会からは、共感・分かち合えることで心理的な支えを得ており、それぞれ受けている支援の内容が異なっていることが明らかになった。また、ケアマネジャーと介護者の会による支援の各項目の平均値の差を出してみると、「介護者の悩みごとを聞く」という項目の差が一番大きかった。

第6章では、介護者の会で行われる参加者同士の相互援助過程を把握するために、質問紙調査の自由記述を質的に分析した。介護中の人と介護終了者の自由記述を分析した結果、

7つの同じカテゴリーが抽出された。介護者の会における相互援助過程を大きく2つに括ると、「介護者の会に参加することで得られるもの」と、「介護者自身の内部における変化」になる。「介護者の会に参加することで得られるもの」は、参加者はお互いに情報源になり、介護者の会に参加することで自然に得られるものである。他の参加者からでてくる知識、意見、価値観などの情報や事実を聞くことにより、問題に対する異なった洞察が可能となる。共通課題を達成するために多くの情報が必要となるが、相互援助グループにおいてはお互いが情報源となることが可能であり、情報・事実を分かちあえることができる。また、「介護者自身の内部における変化」は、「介護者の会に参加することで得られるもの」を受けて、介護者自身の中で消化する過程とも言える。

第7章では、介護終了者に対するインタビュー調査から、介護者にとって介護者の会による支援がもつ意味を明らかにするとともに、介護者の会がもたらす内部機能の独自性と相互援助過程について検討した。介護者は介護者の会に参加することによって、情緒的なサポート（息抜きができる、共感・連帯感が得られる）、実体験に基づいた情動的サポートを得ていた。この他に、自分の立ち位置が確認できる、“ありがとう”と言われる、同意が得られる等の項目が抽出された。上記の情緒的なサポートと情動的サポートは「介護者の会」以外に家族や知人・専門職等複数で得ていることが明らかになったが、その他と分類された項目については、介護者の会でしか得ておらず、筆者はここに注目をして検討を行った。結果、他者と比べて自分の状況をとらえ直したり、感謝の言葉が聞ける、決断に対する後押しをしてくれる、等が明らかになった。これは、自分が集団から価値ある存在と認められ、尊重されることを求められる欲求である、承認欲求という概念と類似していると判断した。要するに、介護者は「介護者の会」参加することによって、承認欲求を満たしており、これは介護者としてではなく、ひとりの人間として承認されることであった。以上のように、介護者にとって「介護者の会」は、人として承認される時間と空間を提供してくれる場であることが明らかになった。

第8章では、第1章から第7章によって明らかとなった研究結果を総合的にまとめ、介護者の会が持つ援助の独自性を明らかにするとともに、介護者を一人の人間として認め、介護者自身が支援を必要とするクライアントであると意識を転換していく必要があることを示した。

最終的に、介護者は自分の状況を理解してもらえ人と場を求めており、現在、それを満たしているのが介護者の会であった。すなわち、介護者は、自分が抱えている問題を根本的に解決することよりは、その問題を共有・共感できる人たちとつながっていることに安心感を示していた。そのため、今後は、介護者同士が出会える場を確保することとともに、ゆるやかな形のつながりが持てるような機会を提供することが重要であると考えられる。

第2節 介護者の会の援助特性

介護者の会がもたらす内部機能の独自性と相互援助過程について考察を深め整理した。また最終的に、研究仮説に対して、本研究で明らかになったことは、以下の3点である。

まず、介護者の会では、社会的サービスでは満たされない部分を支援しているのはいか。という仮説に対して、検討してみたい。

これまでの介護者支援は、介護者を“介護を担う人”として認識しており、支援内容も「介護用品の支給」、「家族介護者慰労金支給」、「家族介護者教室」など、介護をより負担なく行うための支援であった。これに対して介護者の会は、介護者を“介護を担う人”かつ“ひとりの人間”という両面性をもつ人であることを認め、その人を丸ごと受け止めて総合的に支援している。介護を行う際に必要な地域の資源・実体験で得られた情報を伝え、介護者同士をつなぎ、介護者を“ひとりの人間”としても認識し、介護者を中心とした相互相談を行っている。

介護は、主になる家族員一人が“介護を担う人”となり、家族も専門職も、その介護者が介護を行うことを当然と見なしがちである。しかし、介護者は介護職と違って、報酬をもらえるわけでもないし、悩みを相談できる相手・場所もないことが多い。このような状況の中で、介護者の会に参加して、自分の悩みごとをさらけ出し、分かち合えることはもちろん、自分のことを理解してくれる・支持してくれる人がいることを認識することを通じて、自分の立ち位置を確認することができる。

また、介護者は、介護者の会に参加することによって、承認欲求を満たしている。介護者の会に参加することで、自分のことを理解してくれる・支持してくれる人に出会い、自分の立ち位置を確認することができる。介護者の会は、介護者にとって、他者から認めもらう時間と空間となっている。これは専門職による他の支援からは得られない、介護者の会がもつ独自の機能であった。

介護者の会に参加して間もない時期は、介護に関する相談等を間接的かつ消極的であっても、自分の状況を認めてもらえたと実感し、承認欲求が満たされることによって、本当の感情をこめて自分の問題を表現することができるようになる。これは、まさに Shulman (1979) のいう相互援助システムとしてのグループの「個人問題の解決」機能である。このように、承認欲求が満たされることは、自分の本音を言ってもよい、という安心感につながり、その瞬間“介護を担う人”から解放され“ひとりの人間”になれるのである。

研究対象となった介護者の会には、介護が終わっても継続して参加している、介護終了者が42%もいた。高齢者介護領域では、介護者より高齢者が先に亡くなることが多い。一方、他領域の親世代が子を世話する介護者の集いなどでは、介護者のほうが先に亡くなることが多い。要するに、介護終了者が介護者の会に参加し続けることは、高齢者介護領域における介護者の会ならではの特徴であろう。

次に、介護者の会による支援は、専門職による支援と異なるのではないか、という仮説に対しては、本研究では、介護者と要介護高齢者の身近な存在として、専門職であるケアマネジャーを取り上げて、介護者の会が行っている支援と同じ項目を用いて比較・検討を行った。

その結果、ケアマネジャーから受けている支援では、「サービスや制度についての説明」の数値が最も高く、介護者の会による支援では、「介護者の悩みごとを聞く」の数値が最も高かった。ケアマネジャーからは、サービスや制度に関する情報や助言を、介護者の会からは、共感・分かち合えることで心理的な支えを得ており、それぞれ受けている支援の内容が異なっていることが明らかになった。また、ケアマネジャーと介護者の会による支援の各項目の平均値の差を出してみると、「介護者の悩みごとを聞く」という項目の差が一番大きかった。

結果から読み取れることは、ケアマネジャーには、悩みごと等の本音が言いづらい部分があるが、介護者の会では、自分と同じような問題や悩みをもつ人たちがいるので、抵抗なく本音が言えているのではないか。また、このように本音を外に出すことによって、介護や要介護者に対して、悶々としていた感情や罪悪感から解放される機会にもなる。このように、介護者の会では、ケアマネジャーに相談しにくい本音についてもありのまま抵抗なく表出できる。

また、介護者の会では悩みことを受け止めてもらえる、外に出しやすい、という援助特性がある。限られた財源の中で、すべてのことを専門職や公に求めるのは無理があると考えられるため、今後、介護者支援を行う際には、専門職が行う支援と非専門職であっても行える支援とに分けて、進めていくことが望ましいと考える。

また、介護者の会では、相談する相手が家族介護を行った経験者だからこそ相談できる内容があると考えられる。伊藤（2013）は、家族を介護することは、介護経験のない人には理解されにくい特有の経験であり、これは専門職であっても受け止めることは難しいと述べている。近親者を介護するという経験は、家族ならではの複雑な感情を呼び起こす特別な経験であり、そのような経験は手を差し伸べてくれるはずの専門職にも受け止めてもらえないという現実がある。今後、介護経験のある人を介護者支援の担い手として試みる必要があり、その知見を介護者支援に活用していくことが期待できる。

介護終了者は、介護という特有の体験から得られた知識を、渦中にいる人より冷静に、そして客観的な視点をもって伝えることができる。これは、介護終了者は、現在介護を行っていないので、介護者という特定の立場にとらわれることなく、物事をみたり、考えたりすることができるからである。もちろん、現在介護中の人同士でも体験的知識にもとづいて相互交流を行うが、介護を担うときに生じる困難に対する対処方法や要介護者との関係、法制度、資源の活用等まで幅広く包括的かつ客観的にアドバイスができるのは、介護終了した人だからこそできることである。

体験的知識は、Borkman（1976）が定義した概念であり、ある体験に見舞われ、身体・

精神を含めてその人の全体が巻き込まれ、しかも、その体験を生き抜く過程を通じて獲得されるものである。また、その体験への全体的参加なしには決して得られないという点で、絶対的な意味をもつ。その特性は、具体的で特殊で、常識的なものであり、それゆえに、独自性をもち限界もあると同時に、多少とも共通の問題を抱える他者の体験を代表するものである（三島 1998）。すなわち、介護者の会においても、介護という体験的知識をもってることが基礎となっており、それはここでしか共有できないものである。また、現在介護中の介護者にとって、同じ体験的知識をもつ介護終了者は一つのロールモデルになるのであろう。現在介護中の介護者は、介護終了者からもたらされる体験的知識を自分の介護にも取り入れて、活用することができるようになる。さらに、誰かひとりの体験的知識では心もとないものを感じるかもしれないが、介護者の会という組織化されたグループの中で体験的知識を共有することは、説得力をもつ。

介護者の心の中には、大切な存在として介護をしたいという気持ちと同時に、早く介護が終わってほしいと願う気持ちもある。介護者の会は、このような肯定・否定の両評価が混在する介護者のアンビバレントな感情をそのまま表出できる場であると同時に、受け止めてもらえる場でもある。Lawton（1989）は、介護者の精神的な側面を肯定・否定およびイデオロギ的な評価で構成されるひとつの尺度として開発を試みた。また広瀬は（2010）は、介護者の語りからその「生きられた世界」を現象学的に分析し、介護者の精神的側面を「アンビバレントな世界」ととらえている。「アンビバレントな世界」は、「ある状況下に対して、時間的推移を経て肯定・否定両評価が混在する多義的な精神的側面」と定義されており、否定と肯定が混在するのみならず、自己成長への志向性や時間的推移によって変動する動態性をも兼ね備えた多義性によって特徴づけられる。介護者の精神的な側面に多義性があることは明らかになっているが、それらをありのまま表出できる機会・場は限られている。

筆者は、修士論文「介護職で家族介護も担っている二重介護者の実態に関する研究 - 優位性と困難性に焦点を当てて -」において、介護施設あるいは介護事業所に勤務する介護職を対象に調査を行った。その結果、介護職として「他人」を介護することと、家族として「家族の一員」を介護することには違いがあり、接し方・姿勢などが変わってくるということが明らかになった。「他人」への介護では、今ここにいるその人、に対して介護を行う。だが、「家族の一員」への介護では、対象の生きてきた世界を介護者が知っていること、また介護者と対象となる人との折り合い等によって生じる否定的・肯定的な感情が介護に影響を及ぼす。介護者は、複雑な感情を抱いて介護に向き合っている・向き合っていた人である。

介護者の会では、介護者が抱く否定的な感情と肯定的な感情が混在する、アンビバレントな感情を、ありのまま理解し受け止めてもらい、それらを否定されることなく理解してもらえることで、安心感・信頼感など肯定的な感情が生まれてくることも示された。これは、介護という同じ経験をした人同士（ピア）だからこそできる理解である。

以上のように、介護者の会には、家族介護の経験をもつ人たちによって介護者が抱く悩みと困難をありのまま受け止めて理解し、“介護を担う人”かつ“ひとりの人間”であることが認められ、その人を丸ごと受け止める独自の内部機能があり、相互援助過程を通してそれらの独自機能が生じる。

介護者の会は、特有かつ介護者を支援していく重要な資源である。また、介護者の会は、“ひとりの人間”として認められる“時間”と“空間”を提供する場であることも明らかになった。

最後に、介護者の会による支援は、介護者支援の社会化にとって独自の機能を持っているのではないかと、という仮説について考察してみたい。

介護者の会の活動を通して、介護者に、自己信頼や自尊心が芽生える。自分自身の問題に立ち向かう勇気・自信・信頼をもつ。すなわち、介護者の会の活動によって、ひとりの個人として認められ、体験的知識にもとづく介護終了者からの支援を得ていくことはエンパワメントのプロセスであり、介護者個人がパワーを獲得することにつながる。

Torre (1985) は、エンパワメントは、支持 (support) と相互援助 (mutual aids)、そして、その人がもつ考え方や経験が正当化 (validation) されるような他者との相互交流を通して達成され、そのなかでもとくに考え方や経験に対する正当性の付与が、自尊心や自信、あるいは自己有用感を高めるのに重要であるとしている。

また、Torre のエンパワメントの原理を引用した和気は、エンパワメントプロセスを次のように述べている (1998 : 17-25)。

エンパワメントプロセスは、他者との相互作用を通して成立するが、この場合の他者は必ずしも専門職に限定されているわけではなく、むしろその関係性によって規定されている点が重要である。この相互作用では、経験とそれにもとづくものの考え方や感覚が共有され、共感性を基盤として「正当化」が図られることが前提となる。すなわち、その人がもつ考え方や経験は、決して「異常」あるいは「問題」として特定されるのではなく、共感をもって理解され、共通の課題として相互に受容されるのである。またこの関係性は、1対1の人間関係でのみ築かれるよりも、複数の人で構成される集団のダイナミックスをかりた方が強化される傾向がある。

介護者の会の役割や意味について、和気のエンパワメントに照らし合わせてみると、介護者は自分だけが苦しんで悩みを持っているのではないかと、それが異常なのではないかと、思いがちだが、同じ悩みをもつ人同士が交流を深めていく中で、そのような思いを抱くことは異常ではなく、他の人も同じ悩み・考えを持っていることを知り、相互に分かりあい、共通の課題として解決していこうと思えるようになると読み取れる。

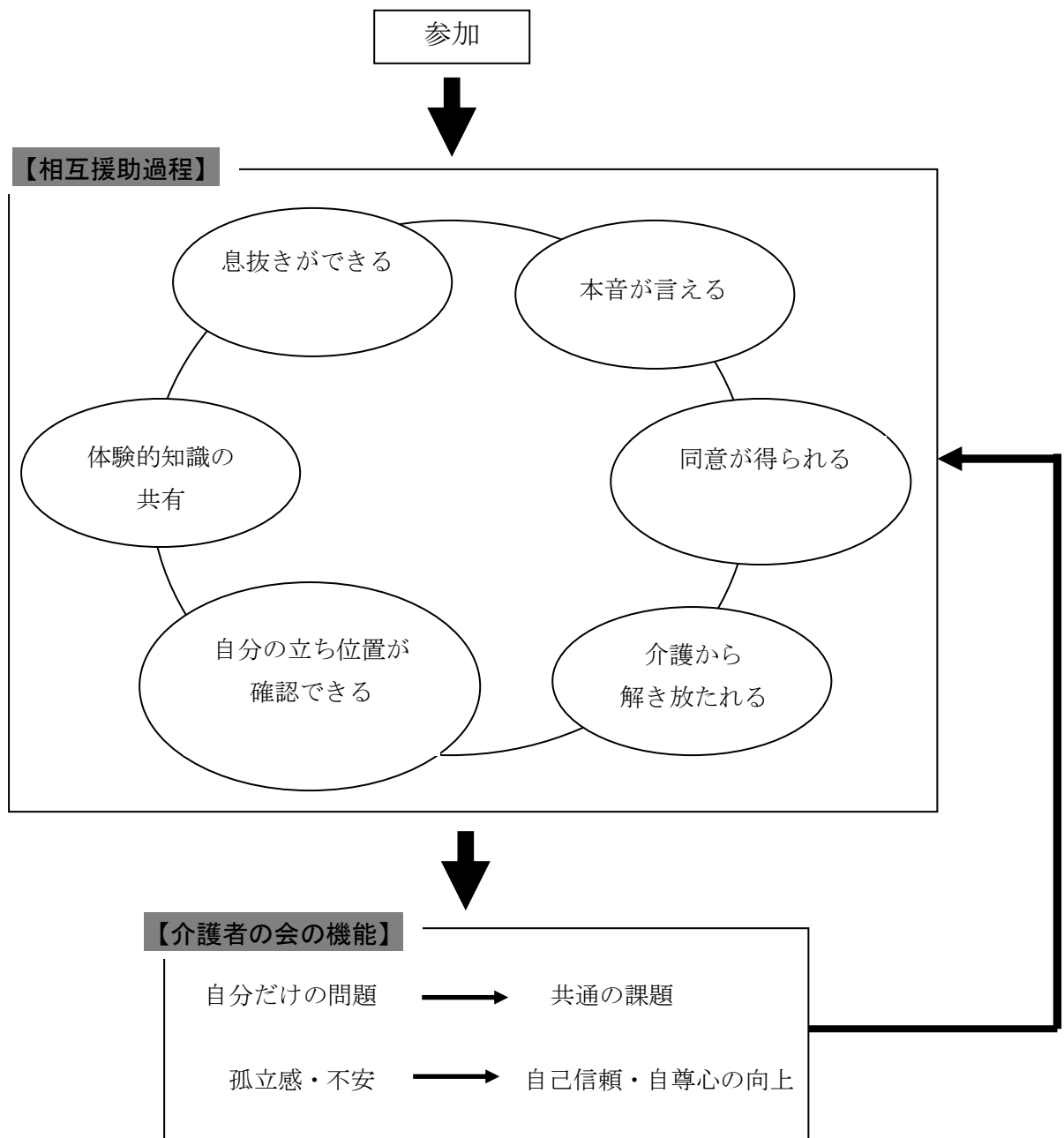
さらに、援助を与える側と受ける側が共通の課題を抱えていることによって、深いレベルで共感し、実感を伴って理解することができる。これは、Riessman (1965) の、人は援助をすることで最も援助を受ける、という「ヘルパーセラピー原則 (the helper therapy

principle)」である。つまり、問題を抱えているそのこと自体が、問題解決の一部となるのである。問題状況にともなう自らの体験的知識が、介護という同じような経験や悩みをもつ介護者の会のメンバーを援助する力となる。また、これを実感することによって、自分が抱えている問題が異常なものではなく、その問題に対して積極的に向き合い、また他の人の意見を積極的に受け入れることが可能となり、介護者の自尊心が高まり、援助をうけることが容易になる。一般的には、援助を与える側は与えるだけであるが、介護者の会では、人を援助することで最も援助を受ける人になり、ヘルパーセラピー原則と一致する。

また、介護者は介護者の会での活動を通して、社会からの孤立感を克服し、他の人々と交流ができるようになる。絶望感を抱いたり他者と全く交流しないで一人で抱え込んでしまうと、孤独や不安、将来への心配から生きる気力を失ったり、介護を放棄することさえ起こりうる。だが、介護者の会参加によって、エンパワーメントされ、孤独感が和らぎ、冷静に自分の立ち位置を確認することができるようになり、再び生活の意欲が湧いてくるのである。

介護者に対する支援を考える時、要介護者と介護者、または専門家と介護者との二者関係だけに焦点をあてることが多い。しかし、介護者支援に関する公的な仕組みが乏しい中、二者関係だけに焦点を当てて支援を行うことには限界がある。「介護者の会」は複線的にとらえて支援を行う際の有効な資源になる。特に、介護終了者は、会の仲間から助言を得て、精神的な面で支えられた経験から、その恩返しとして、現役の介護者や次の世代に貢献したいという思いもあり、「介護者の会」内での活動が、地域・社会の活動に還元されていくことも見えてきた。

さらに、これらの「介護者の会」が横につながれば、介護者が抱える問題を吸い上げ、介護者の会という当事者組織が個々の介護者の抱える問題を社会に発信していく代弁的機能をもつことも期待できる。「介護者の会」は、介護者支援の社会化の核となるポテンシャルを秘めていると考えられる。



<図 8-1. 介護者の会の援助特性と機能>

第3節 介護者の会の新たなとらえ方

介護者の会は、セルフヘルプグループなのか、サポートグループなのか、どのようなグループとしてとらえればよいのか、について考察する。

セルフヘルプグループについて、Powell (1987) は、「当事者の自律性の強いタイプ」だけでなく、「専門家の指導の強いタイプ」という専門職が介入している場合もセルフヘルプグループに含めている。しかし、Kurtz (1997) は、専門職が介入しているグループは、セルフヘルプグループでなく、サポートグループであるとしている。

現在介護をしている人だけが参加するとセルフヘルプグループ、そこに専門職（保健師等）が入ると、サポートグループとして捉えることができる。しかし、今回の研究で見えてきたことは、介護者の会は、介護終了者が42%も存在しており、現在介護をしている人と、介護終了者が混在していた。介護終了者は、同じ経験をもっている仲間という点からみるとピアではあるが、当事者と言えるのだろうか。よって、介護終了者をピアとして捉えると、介護者の会はセルフヘルプグループである。しかし、介護者の会の定義は、介護終了者をどのようにとらえるのかによっては注意が必要である。介護終了者をポストピアとしてとらえれば、介護者の会はセルフヘルプグループではなくなる。

次に、介護者の会をサポートグループについて検討すると、専門職のサポートではなく、介護終了者が現役介護者をサポートしている特徴がある。一般的には、専門職が介入しサポートするグループをサポートグループということから、介護者の会は純粋な意味ではサポートグループには当てはまらない。しかし、介護者の会では、介護終了者が現役の介護者をサポートしていた。専門職からの支援を受けているわけではないが、介護終了者の助言を受けながら、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持っていた。

要するに、介護者の会は、介護者同士のピアグループでありながら、介護終了者からサポートも得ており、二つの機能を同時に持つグループであることが判明した。介護者の会を相互援助グループとして検討した結果、メンバーがお互いを援助しあうことから、介護者の会は相互援助グループであることが示された。

今回の研究対象である介護者の会は、相互援助グループではあるが、セルフヘルプグループとサポートグループには当てはまらない側面をもつグループであることが示された。介護者の会は、セルフヘルプグループとサポートグループという既存の相互援助システムではとらえきれない第3のグループとしてとらえる必要があるということが見えてきた。今後、このような組織の機能がもたらす効果と意義についてさらに検討が必要である。

介護終了者はなぜ介護者の会に継続参加しているのか、読み解いてみたい。介護は一時的な役割であり、介護が終了すれば、介護者ではなくなる。また、介護をするときには、娘・嫁・息子という家族としてのそれぞれの立場があったが、介護が終わると、その立場性もなくなる。介護を担う介護者でいるときは、日常生活では、役割期待や立場性から逃れることは難しい。介護者の会は、ひとりの人間として認めてもらえる時間と空間となる。体験的知識をもつ介護者同士が共感を伴って理解し、これまでやってきたことを承認され

ることによって、介護者から介護を切り離して“ひとりの人間”になれる。このような、相互援助過程を経て得られた自己肯定感は、介護が終わって重荷から解放された時、介護に注いできたエネルギーを、現在介護している人をサポートすることに注ぐ意欲に転化するのではないかと考える。

第4節 本研究の課題と今後に向けて

本研究では、介護者を支援する組織である「介護者の会」を対象として、「介護者の会」による支援がどのように役立ちどのような意味を持っているのか、専門職による支援と異なるのか、介護者の会がもたらす内部機能の独自性と相互援助過程について検討を行なった。

本研究は、NPO 法人介護者サポートネットワークセンターアラジンが持つネットワークに登録された介護者の会を研究対象としている。介護者の会に参加している人は氷山の一角であり、隠れている母集団は全く見えない。つまり、どの会にも参加していない介護者を対象とした大規模調査を行って、一般化できるレベルで介護者が求める支援内容を明らかにする必要がある。

今回の研究対象であった、介護者の会には、介護終了者が42%いた。しかし、これが一般化できるのかどうか、さらなる研究が求められる。さらに、介護終了者の介護者の会での役割を明確にするためには、対照群である、介護終了後に介護者の会を離れた人を対象とした研究を行う必要がある。また、今回は、首都圏を中心とした調査であるため、今後農村部や過疎地域などの介護者の会でも同様の調査を行い、地域特性による差異があるのか、検討していく研究が必要であろう。

また、続柄別に求める支援内容を明らかにすることや、特に実子・男性介護者の求める支援に注目した分析を行い、より現実に即した支援に結び付けていく必要がある。

今後、今回の結果をふまえて、介護者の会という当事者組織が個々の介護者の抱える問題を社会に発信していく代弁的機能について更なる研究が求められる。

引用・参考文献リスト

- 安藤由美（2004）「家族とライフコースの変化」、清水浩昭・岩上真珠・山田昌弘・森謙二編『家族革命』弘文堂.
- 浅利宙（2008）「第6章高齢者と家族」、木下謙治・園井ゆり・保坂恵美子編『新版家族社会学—基礎と応用—』九州大学出版会.
- 清山洋子（1995）『高齢社会を考える視角』学文社.
- 有園博子・田中亜智・亀田直子・ほか（1997）「在宅要介護高齢者の“高齢介護者”に対するGHQを用いた健康調査」『老人看護』78-81.
- 朝日新聞（2003）「どうなる社会・中，くらし」（2003.4.2）21.
- 有吉佐和子（1972）『恍惚の人』新潮社.
- アメディオ, ジオルジ（1981）『現象学的心理学の系譜—人間科学としての心理学』勁草書房.
- 安部幸志・荒井由美子・池田学（2006）「家族が認知症となった場合の対処行動：一般生活者に対する調査から」『日本医事新報』4292, 63-67.
- Boaz R, Muller C（1992）Paid work and unpaid help by caregivers of the disabled and frail elders. *Medical care*, 30(2), 149-158.
- Brody E（1987）*Women in the middle: Their parent-care years*. Springer Publishing Company, inc.
- 千葉喜久也・中里仁（2007）『高齢者福祉論—利用者主体の支援をめざして』中央法規出版.
- C, ウィリッグ（2003）『心理学のための質的研究法入門—創造的な探求に向けて』培風館.
- 独立行政法人 労働政策研究・研修機構（2015）『労働政策研究報告書 No.170 仕事と介護の両立』独立行政法人 労働政策研究・研修機構.
- Denzin・Lincoln（2000）*Handbook of qualitative research*, 2nd Ed., Sage publication. (=2006, 平山光満義監訳『質的研究ハンドブック』北大路書房.)
- Evandrou M（1995）: Employment and care, paid and unpaid work; The socio-economic position of informal carers in Britain. In *working carers: International perspectives on working and caring for older people*, ed. By Phillips J, 20~41, Avebury Aldershot, England.
- E, キーン（1989）『現象学的心理学』東京大学出版会.
- Fengler A. P. and Goodrich N（1979）Wives of elderly disabled men: the hidden patients, *The Gerontologist*, 19, 175-183.
- Gignac M, Kevin K, Gottlieb B（1996）The impact of caregiving on employment: A mediational model of work-family conflict. *Canadian Journal on Aging*, 15(4), 525-542.
- 畑亮輔（2010）「要援護高齢者の家族介護者への支援に関する文献的研究」『生活科学研究誌』9, 51-62.

- 堀越栄子 (2012) 「介護者が望む支援に関する一考察」『日本女子大学大学院紀要』 18, 219-230.
- 藤崎宏子 (2009) 「介護保険制度と介護の「社会化」「再家族化」」『福祉社会学研究 6』, 41-57.
- 古橋エツ子 (1999) 『岩波ブックレット NO.475 介護休業—家族の介護が必要になったとき—』岩波書店.
- 橋爪祐美 (2005) 『働く女性の介護生活—在宅介護者の支援へのアプローチ』風間書房.
- Holloway・Wheeler (1996) *Qualitative Research for Nurse*, Blackwell science. (=2000, 野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで』医学書院.)
- 福田志津枝・古橋エツ子 (2009) 『これからの高齢者福祉—改正版—』ミネルヴァ書房.
- 船島なをみ (2002) 『質的研究への挑戦』医学書院.
- 萩原清子 (2000) 『在宅介護と高齢者福祉のゆくえ』白桃書房.
- 林俊克 (2002) 『テキストマイニングの基礎—Excel で学ぶテキストマイニング—』オーム社.
- 堀之内高久 (1998) 『介護職のためのストレス対処法』中央法規出版.
- 藤本信子 (1997) 「有職者による家族サービス供給の可能性—老親をめぐる意識の世代差—」『社会福祉研究』 70, 184-190.
- 藤本哲史・吉田悟 (1999) 「ワーク・ファミリー・コンフリクト」『組織科学』 33(2), 66-78.
- Hashizume, Y (2000) Gender issues and Japanese family-centered caregiving for frail elderly parents or parents-in-law in modern Japan, from the sociocultural and historical perspectives, *Public Health Nursing*, 17(1), 25-31.
- Hashizume, Y (1998) 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), 123-134.
- 日野由佳子・河野保子・赤松公子・ほか (2006) 「在宅アルツハイマー病患者の主介護者の介護負担感に影響を及ぼす要因—介護状況と認知症重症度に焦点をあてて」『高齢者のケアと行動科学』 11(2), 36-43.
- 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和 (2006) 「家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造—肯定・否定の両側面に焦点をあてて」『社会福祉学』 47(3), 3-15.
- 藤若 恵美・進藤 貴子・永田博 (2010) 「孫世代の高齢者介護観と介助に対する自信：祖父母との親密性と介護経験との関連」『川崎医療福祉学会誌』 19(2), 351-357.
- 藤岡純一 (2009) 「スウェーデンにおける家族・親族介護者支援とボランティア組織」『北ヨーロッパ研究』 6,95-103.
- 一般社団法人全国介護者支援協議会 (2011) 「男性介護者に対する支援のあり方に関する調査研究事業報告書」
- 伊藤智樹 (2013) 『ピア・サポートの社会学』晃洋書房.
- 稲沢公一 (1997) 「精神障害者セルフヘルプ・グループの基礎的研究—援助関係論の検討—」

博士学位論文

- 井上治代 (2005) 『子の世話にならずに死にたいー変貌する親子関係』 講談社.
- 岩田正美・中谷 陽明・小林 良二・ほか (2006) 『社会福祉研究法ー現実世界に迫る 14 レッスン』 有斐閣.
- 石川利江 (2007) 『在宅介護家族のストレスとソーシャルサポートに関する健康心理学的研究』 風間書房.
- 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.
- 一原由美子・鈴江毅 (2008) 「家族の介護負担感に影響を及ぼす要因に関する検討」『香川県立保健医療大学紀要』5, 39-45.
- 石川利江・井上都之・岸太一・ほか (2003) 「在宅介護者の介護状況, ソーシャル・サポートおよび介護バーンアウトー要介護者との続柄に基づく比較検討」『健康心理学研究』16(1), 43-53.
- イチロー・カワチ, S.V. スブラマニアン, ダニエル・キム著, 藤澤良和, 高尾総司, 濱野 強訳: ソーシャル・キャピタルと健康. 日本評論社, 1-14, 2010.
- 鯨岡峻 (2005) 『エピソード記述入門ー実践と質的研究のために』 東京大学出版会.
- 厚生労働省 (2014) 「平成 26 年グラフでみる世帯の状況ー国民生活基礎調査 (平成 25 年) の結果からー」
- 加藤久恵, 兵藤 好美 (2006) 「「介護者の会」参加によってもたらされる介護への影響ー現役介護者の変化と介護終了者との相互作用ー」『岡山大学医学部保健学科紀要』16(2), 67-78.
- 公益法人認知症の人と家族の会 (2012) 『認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究 事業報告書』 平成 23 年度老人保健事業推進費等助成金.
- 厚生労働省 都道府県労働局 (2015) 『育児休業や介護休業をする方を経済的に支援します』 厚生労働省 都道府県労働局.
- 厚生労働省 都道府県労働局雇用環境・均等部 (室) (2016) 『育児・介護休業法のあらまし (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)ー平成 29 年 1 月 1 日施行 対応ー』 厚生労働省 都道府県労働局雇用環境・均等部 (室).
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課 (2016) 『改正育児・介護休業法 参考資料集』 厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課.
- (株) 三菱総合研究所 (2015) 『平成 26 年度 仕事と家庭の両立に関する実態把握のための調査 調査結果概要 (介護開始時雇用者限定)』 (株) 三菱総合研究所.
- 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 (2014) 『平成 26 年度 高齢者虐待の防止、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』
- 窪田暁子 (1991) 「老人のケアと家族」福祉研究 1991 No.65
- 木下謙治・保坂恵美子・園井ゆり (2008) 『家族社会学ー基礎と応用ー』 九州大学出版会.
- 木下康仁 (2007) 『ライブ講義 M-GTAー実践的質的研究法 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.
- 金貞任 (2003) 『高齢社会と家族介護の変容—韓国・日本の比較研究』法政大学出版局.
- 春日キスヨ (2001) 『介護問題の社会学』岩波書店.
- 川喜田二郎 (1967) 『発想法』中央公論社.
- 小林修一・久保田滋・西野理子・ほか (2005) 『テキスト社会調査』梓出版社.
- 川喜田二郎 (1986) 『KJ 法—渾沌をして語らしめる』中央公論社.
- 片多順編 (2000) 『高齢者福祉の比較文化—マレーシア・中国・オーストラリア・日本』九州大学出版会.
- 車谷典男・徳永力雄 『介護職の健康管理—今すぐできる予防と対策』ミネルヴァ書房.
- 上村さと美・秋山純和 (2007) 「Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を用いた家族介護者の介護負担感評価」『理学療法科学』22(1), 61-65.
- 小林良二 (2002) 「生活時間と介護時間」『都立大学人文学報』329, 47-63.
- 厚生統計協会 (1999) 「国民衛生の動向」『老人保健』46(9), 114-125.
- 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 介護負担尺度を用いた性差による比較—」『理学療法学』33, 531.
- 上村さと美・西田裕介・大嶽昇弘 (2005) 「要介護高齢者の介護者における介護負担と介護期間との関係」『理学療法学』32, 101.
- 厚生労働省 (2007) 「平成 19 年国民生活基礎調査」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html>, 2010.1.25) .
- 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己編: 社会と健康 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京大学出版会, 157-173,209-232,2015.
- 黒木 保博 (1985) 「グループワーク論の新しい展開をめざして—3-L.シュルマンの相互援助システムとしてのグループ」同志社大学人文学会『評論・社会科学』(26), 87-105.
- Lechner, V, M and Gupta, C (1996) Employed caregivers - a four year follow up, The journal of Applied Gerontology, 15(1), 102-115.
- Lawrence Shulman (1979) The skills of helping industrials and groups. F.E Peacock publishers, Inc.
- 森岡清美 (1998) 「家族形態の変化」森岡清美・望月嵩『新しい家族社会学』培風館.
- 目黒依子 (1987) 『個人化する家族』勁草書房.
- 武藤宏典 (2005) 「介護保険制度における在宅介護—「介護の社会化」とは—」『経済政策研究』1(1), 25-44.
- 丸山晋 (2003) 『精神保健と KJ 法』啓明出版.
- 前田信彦 (2000) 『仕事と家庭生活の調和—日本・オランダ・アメリカの国際比較』日本労働研究機構.
- 松下光子・平山朝子 (1999) 「1992 年～1996 年の高齢者への家族介護にかかわる研究の状況」『Quality Nursing』5(7), 43-47.

- 南博 (1980) 『日本人の人間関係辞典』 講談社.
- 森川美絵 (1999) 「在宅介護労働の制度化過程—初期 (1970 年代~80 年代前半) における領域設定と行為者属性の問題をめぐって」 『大原社会問題研究所雑誌』 486, 23-39.
- モブノリオ (2004) 『介護入門』 文春文庫.
- Moen P, Robinson J, Fields V (1994) Women`s work and caregiving roles: A life course approach. *Journal of Gerontology, Social sciences*, 49(4), 176-186.
- Matthews, A・Martin・Keefe, J (1995) Work and care of elderly people; A Canadian perspective. In *working carers; International perspectives on working and caring for older people*, ed. By Phillips J.
- 三徳和子・森本寛訓・矢野香代 (2008) 「施設における高齢者ケア従事者の職業性ストレス要因とその特徴」 『川崎医療福祉学会誌』 18(1), 121-128.
- 内閣府 (2016) 「平成 28 年版高齢社会白書」 (http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html, 2016.8.8)
- 那須宗一 (2009) 「第 5 章老人扶養の変貌」、家族問題研究会編『第 17 巻現代日本の家族—動態・問題・調整—』 日本図書センター.
- 内閣府 (2010) 「平成 22 年度第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」
- 内閣府 (2012) 「家族の法制に関する世論調査」 (<http://survey.gov-online.go.jp/h24/h24-kazoku/index.html>, 2016.8.8)
- 内閣府 (2005) 「平成 17 年版国民生活白書」 (http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h17/01_honpen/html/hm01010001.html, 2016.8.13)
- 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) 『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』 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.
- 中野いずみ (2011) 「「介護の社会化」と介護保険制度~家族介護に焦点をあてて~」 『静岡大学紀要』 第 7 号, 53-60.
- 中西泰子 (2013) 「在宅要介護者の主介護者における介護負担感と経済生活——就労・経済状態の関連性」 『季刊家計経済研究』 98, 46-53.
- 日本社会福祉士会 (2010) 『「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の改正及び運用改善に関する意見』 日本社会福祉士会.
- 西村昌記・須田木綿子・出雲祐二 (2010) 『介護するということ—家族介護の理想と現実—』 ダイヤ高齢社会研究財団.
- 波平恵美子・道信良子 (2005) 『質的研究 step by step—すぐれた論文作成をめざして』 医学書院.
- 直井道子・宮前静香 (1995) 「女性の就労と老親介護」 『東京学芸大学紀要』 3(46), 265-276.
- Neal M, Chapman N, Ingersoll-Dayton B, et al. (1993) Balancing work and caregiving

- for children, adults, and elders 3rd, Sage Publications, Inc., Newbury Park, California.
- 直井道子 (2001) 『幸福ぬ老いるために—家族と福祉のサポート』 勁草書房.
- 日本家政学会 (1999) 『変動する家族—子ども・ジェンダー・高齢者』 建帛社.
- 日本労働研究機構 (2010) 「男女雇用機会均等対策基本方針 (案) のポイント」
(http://www.jil.go.jp/kisya/josei/20000616_01_j/20000616_01_j_ppoint.html, 2010.3.20) .
- 中谷陽明・東條光雅 (1989) 「家族介護者の受ける負—負担感の測定と要因分析」『社会老年学』 29, 27-36.
- 新鞍真理子・荒木晴美・炭谷靖子 (2008) 「家族介護者の続柄別にみた介護に対する意識の特徴」『老年社会学』 30(3), 415-425.
- 新名理恵 (1992) 「痴呆性老人の介護家族者の負担感とその軽減」『老年社会学』 14, 38-44.
- 内閣府 (2005) 「平成 16 年版 高齢社会白書」 ぎょうせい.
- 内閣府 (2006) 「平成 17 年版 高齢社会白書」 ぎょうせい.
- 内閣府 (2003) 「高齢者介護に関する世論調査」
- N, K, デンジン・Y, S, リンカン (2006) 『質的研究資料の収集と解釈』 北大路書房.
- 尾之内直美、湯原悦子ら (2010) 「介護者支援の法的基盤整備に向けた家族会の試み(1)」『認知症ケア学会発表報告要旨集』 389.
- 大森彌・山崎史郎・香取照幸・ほか (2016) 『介護保険制度史—基本構想から法施行まで—』 社会保険研究所.
- 沖藤典子 (1999) 『介護休業でいい仕事いい介護—家庭も自分も大切にするために—』 ミネルヴァ書房.
- 太田貞司 (2007) 『高齢者福祉論』 光生館.
- 大久保孝治 (2001) 『家族生活におけるサポート関係と高齢者介護—彼女達はどの親を介護したか』 家族生活についての全国調査報告書 (NFR98), 日本家族社会学会全国家族調査 (NFR) 研究会, 2(6), 153-186.
- 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.
- 小野智美 (2002a) 「休業で“共倒れ”回避, 仕事と介護 40 社アンケート上, 暮らし」(朝日新聞, 2002.6.25) 20.
- 小野智美 (2002b) 「無給避け“在宅”“有給”, 仕事と介護 40 社アンケート下, 暮らし」(朝日新聞, 2002.7.2) 21.
- 小澤芳子 (2006) 「家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究」『認知症ケア学会誌』 5(1), 27-34.
- 岡本和士, 原澤優子 (2008) 「在宅要介護者の主介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討」『厚生指標』 55(4), 21-25.
- 小澤芳子 (2006) 「家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究」『認知症ケア学会誌』 5(1),

27-34.

大浦麻絵・鷺尾昌一・桑原裕一・ほか (2005) 「介護保険導入前後における福岡県K地区においての要介護高齢者を介護する家族の抑うつ」『札幌医学雑誌』74(1-2), 5-8.

Phillips, J (1995) Conclusion; Rethinking perspectives. In working carers; International perspectives on working and caring for older people, ed. By Phillips J.

劉晨・盧志和・石村貞夫『社会調査・経済分析のためのSPSSによる統計処理』東京図書.

労働政策研究・研修機構 (2006) 『仕事と生活の調和を可能にする社会システムの構築に関する研究－仕事と生活の両立:育児・介護を中心に』労働政策研究・研修機構研究調整部研究調整課.

労働安全情報センター (2010) 「家族の介護休業制度が離陸滑走路に！」
(<http://www.campus.ne.jp/~labor/rootseiri/kaigo3.html>, 2010.3.20) .

労働省婦人局 (1996) 「介護休業制度と両立支援事業の解説」『財団法人 21 世紀職業財団』

労働政策研究・研修機構 (2006) 「介護休業制度の利用拡大に向けて－介護休業制度の利用状況等に関する研究報告書－」73.

ローネン・ジェイムズ (2010) 『テキストマイニングハンドブック』東京電機大学出版局.

鈴木富美子 (2005) 「家族社会学からみる家族」、得津慎子編『家族支援論 一人ひとりと家族のために』相川書房.

鈴木富美子 (2005) 「家族社会学からみる家族」、得津慎子編『家族支援論 一人ひとりと家族のために』相川書房.

Shanas, E. et al., Old People in Three Industrial Societies. London: Routledge and Kegan Paul, 1968.

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 (2011) 「男性介護者に対する支援のあり方に関する調査研究事業報告書」

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 (2012) 「家族介護者の実態と支援方法に関する調査研究事業報告書」

斎藤真緒 (2011) 「男性介護者の介護実態と支援の課題：男性介護ネット第 1 回会員調査から」『立命館産業社会論集』47(3), 111-127.

佐分厚子、黒木 保博 (2008) 「家族介護者の家族会参加における 3 つの主要概念の関連性：共感、適応、家族会継続意図を用いた構造方程式モデリング」『社会福祉学』49(3), 60-69.

佐藤博樹・松浦民恵・池田心豪 (2015) 『介護離職を予防するための両立支援対応モデルと実証実験』今後の仕事と家庭の両立支援に関する研究会.

総務省統計局 (2013) 『平成 24 年就業構造基本調査 結果の概要』総務省統計局, 70-73, 143.

桜井厚 (2002) 『インタビューの社会学－ライフストーリーの聞き方』せりか書房.

佐藤進 (1996) 『福祉と保健・医療の連携の法政策－高齢社会・障害者社会への対応を考えるうえで』信山社出版.

- 冷水豊・本間みさ子（1978）「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』8, 3-18.
- 佐藤友香・杉岡直人（2001）『家族生活におけるサポート関係と高齢者介護—親の介護経験からみたインフォーマル関係の特質』家族生活についての全国調査報告書（NFR98），日本家族社会学会全国家族調査（NFR）研究会，2(6)，119-134.
- 佐藤友光子（2001）『家族生活におけるサポート関係と高齢者介護—出産順位と介護経験』家族生活についての全国調査報告書（NFR98），日本家族社会学会全国家族調査（NFR）研究会，2(6)，169-187.
- 早乙女京子・渡邊慎一・成田すみれ・ほか（1997）「在宅要援護高齢者を支える介護者の実態調査」『日本公衆衛生雑誌』44(10)，926.
- 袖井孝子（1993）『家族社会学の展開』培風館.
- 坂西友秀（1999）『ジェンダーと“家”文化』社会評論社.
- 佐分厚子・黒木保博（2008）「家族介護者の家族会参加における3つの主要概念の関連性—共感，適応，家族会継続意図を用いた構造方程式モデリング」『社会福祉学』49(3)，60-69.
- 杉原陽子（2009）「介護者のストレスとサービス利用に関する継続研究—パネル調査と反復横断調査によるストレスの変化と介護の社会化の検証」『老年社会科学』31(2)，165-166.
- 清水由貴子（2009）「“いい人”が陥った介護の孤独」『AERA』朝日新聞社，2009年5月4日～11日号，89.
- 産経新聞（2007）「介護を変える孫力—しがらみなく冷静になれる」(<http://sankei.jp.msn.com/life/welfare/071007/wlf0710071128000-n1.htm>，2010.6.10).
- 佐々木恵・新井明日奈・荒井由美子（2008）「家族の介護に対する意識：平成18年一般生活者調査から」『日本医事新報』008(4382)，70-73.
- 津止正敏・斎藤真緒（2007）『男性介護者白書』かもがわ出版.
- 田垣正晋（2008）『これからはじめる医療・福祉の質的研究入門』中央法規出版.
- 竹原卓真（2010）『3要因の分散分析をすべてカバー』北大路書房.
- 津止正敏・斎藤真緒（2007）『男性介護者白書—家族介護者支援への提言』かもがわ出版.
- 筒井孝子（2004）『高齢社会のケアサイエンス—老いと介護のセイフティネット』中央法規出版.
- 鶴見俊輔（1999）『いま家族とは』岩波書店.
- 東京都老人総合研究所（1996）『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館.
- 田辺毅彦（2009）「家族介護者の在宅介護負担の現状とその対策—北海道T町における介護負担調査および介護に関する啓発活動の効果—」『北星論集（文）』47(1)，53-62.
- 田中共子・兵藤好美・田中宏二（2002）「在宅介護者のソーシャルサポートネットワークの機能：家族・友人・近所・専門職に関する検討」『社会心理学研究』18(1)，39-50.
- 湯原悦子、伊藤美智予ら（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』127, 63-79.

- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・ほか (2008) 『ケアすること』岩波書店.
- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・ほか (2008) 『家族のケア—家族へのケア』岩波書店.
- 上田照子・三宅真理・西山利正・ほか (2009) 「要介護高齢者の息子による虐待の要因と多発の背景」『厚生指標』56(6), 19-26.
- WAMNET (2013) 「要介護認定者数」
(<http://www.wam.go.jp/wamappl/00youkaigo.nsf/vAllArea/201308?Open>, 2014.1.2)
- 渡辺俊之 (2005) 『介護者と家族の心のケア介護家族カウンセリングの理論と実践』金剛出版.
- Wagner D, Neal M (1994) Caregiving and work; Consequences, correlates, and workplace responses. *Educational Gerontology*, 20, 645-663.
- 鷺尾昌一・斎藤重幸・荒井由美子・ほか (2005) 「北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討: 日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて」『日本老年医学会雑誌』42(2), 221-228.
- 和気純子 (1998) 『高齢者を介護する家族』川島書店.
- 大和三重 (2004) 「介護保険制度 3 年後の課題—家族介護者のエンパワメントの必要性—」(関西学院大学) 『社会学部紀要』96, 179-190.
- 山田祐子 (2004) 『家族介護と高齢者虐待』一橋出版.
- 大和礼子 (2008) 『生涯ケアラーの誕生—再構築された世代関係, 再構築されないジェンダー関係』学文社.
- 山縣文治・山本和義・杉村和子・ほか (1999) 『介護の仕事』朱鷺書房.
- 山田祐子 (1992) 「職業生活と老親介護Ⅱ—雇用労働者の実態を中心に—」日本女子大学 社会福祉学科紀要 『社会福祉』32
- 山田祐子 (1992) 「職業生活と老親介護—介護休業制度の現状と問題点—」『社会老年学』36
- 山田祐子 (1995) 「日本および諸外国における介護休業制度と国内の雇用労働者の老親介護問題をめぐる研究動向」『共栄学院短期大学研究紀要』11
- 山田祐子 (1998) 「在宅介護支援センターにおける就労している介護者への相談援助活動」浦和短期大学 『浦和論叢』20
- 山田祐子 (2000) 「在宅介護支援センターへの相談ケースにみる高齢者介護を行う雇用労働者の事例分析」浦和短期大学 『浦和論叢』25, 123-141.
- 山田祐子 (2001) 「介護保険制度が高齢者介護を行う労働者にもたらした変化に関する事例研究」浦和短期大学 『浦和論叢』27, 193-213.
- 山口麻衣 (2004) 「高齢者ケアが就業継続に与える影響—第 1 回全国家族調査 (NFR98) 2 次分析—」『老年社会科学』26(1), 58-67.
- 山本則子 (1995a) 「痴呆老人の家族介護に関する研究—娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味」『看護研究』28(3), 2-23.

山田皓子・佐々木明子・鈴木育子・ほか (1997a) 「在宅療養高齢者の家族の犠牲感の検討」
『日本公衆衛生雑誌』44(10), 1035.

山田紀代美・鈴木みずえ・佐藤和佳子・ほか (1997b) 「要介護高齢者の介護者のライフスタイルと疲労感に関する研究—介護時間による分析」『日本看護科学会誌』17(4), 11-19.

吉田晋 (2000) 「家族の悩み受けとめて, 介護の仕組みを考える」(朝日新聞, 2000.6.7)
24.

全国民生委員児童委員協議会・全国社会福祉協議会 『在宅痴呆性老人の介護者実態調査報告書』1987

資料

「介護者の会」による支援に関する調査

調査ご協力をお願い

本調査では、「介護者の会」の会員さんを対象とし、高齢者を介護している（していた）介護者にとって「介護者の会」による支援がどのように役立ち、またどのような意味を持っているのかについて検討することを目的としております。また、現役介護者ならびに介護終了者への支援についても検討します。

研究を進めるにあたって自然に介護者と関わる機会を持つこと、介護者支援を考えるときに専門職である介護職だけでなくNPO団体・地域住民等の活動も重要になることを考慮し、現在、NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジンの活動に定期的に関わっております。

本調査の内容は、東洋大学研究倫理委員会にて承認を受けて行っております。

研究へのご協力は、皆様の自由意志に基づいて行われるもので、強制されるものではありません。またご回答いただかなくても皆様の不利になるようなことはありません。

調査は無記名で行い、回答については統計処理をいたしますので、個人が特定されることはありません。また、回収した回答は、厳重に保管し、外部に漏れることはないように致します。

分析結果は、研究報告書・学術論文としての発行や学術集会等で公開いたします。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、本調査の主旨をご理解いただき、ご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

2013年7月

東洋大学福祉社会開発研究センター
(担当) 研究支援員 尹一喜

[回収]

同封の返信用封筒にてご返信ください。

2013年9月20日までに投函していただけますようお願いいたします。

[お問い合わせ先]

東洋大学福祉社会開発研究センター

担当者：尹一喜（ゆん・いるひ）

〒112-8606 東京都文京区白山5-28-20

TEL：090-3816-3985

E-mail：tlovenlove@yahoo.co.jp

本調査は、平成25年度井上円了記念研究助成を受け実施しております。

【介護者ご本人について】

問1. あなたの年齢をご記入ください。 () 歳

問2. あなたの性別 (1つに○) ①女性 ②男性

問3. 介護従事者(介護福祉士、ホームヘルパー)として働いた経験 (1つに○)
①ある ②なし ③その他 ()

問4. 現在の就労状況 (1つに○)
①常勤 ②非常勤(パート、アルバイト) ③主に家事に従事している ④無職
⑤その他 ()

問5. 介護の状況 (1つに○)
①在宅介護中 ②入院中 ③施設入所 ④死亡による介護終了 ④その他 ()

問6. あなたは要介護者とどのように関わっていますか(関わっていましたか) (1つに○)
①主たる介護者として ②副介護者として ③その他 ()

↓
<付問1>①の場合、あなたが行う介護を手伝ってくれる人はいますか(いましたか) (1つに○)
①いる ②いない

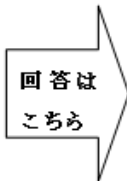
↓
<付問2>①の場合、その人はどのような関係の方なのか(だったのか)を具体的にご記入ください。
()

【要介護者について】

問7. あなたが介護をしている(していた)人の数と、介護を行っている(行った)年数をご記入ください。
(ただし、要介護者が3名以上の場合は、3名までのことをご記入ください。)

例) 要介護者を2名介護した場合

要介護者	介護年数	直近の人に○
1名	約 年	
2名	約 5年	
	約 2年	○
3名	約 年	
	約 年	
	約 年	



★下記の表にご記入ください

要介護者	介護年数	直近の人に○
1名	約 年	
2名	約 年	
	約 年	
3名	約 年	
	約 年	
	約 年	

【問8からは、直近で介護をしている(いた)人、一人についてお答え下さい。
また、介護を修了した場合は、その当時のことを振り返ってお答えください。】

問8. 要介護者はだれですか (1つに○)
①実母 ②義母 ③実父 ④義父 ⑤祖母 ⑥祖父 ⑦配偶者 ⑧兄弟姉妹
⑨その他 ()

問 9. 要介護者の性別 (1つに○)

- ①女性 ②男性

問 10. 要介護者の年齢 (1つに○)

- ①30代 ②40代 ③50代 ④60代 ⑤70代 ⑥80代 ⑦90代以上

問 11. 要介護者との同・別居状況 (1つに○)

- ①同居 ②別居

問 12. 要介護者の要介護度 (1つに○)

- ①要支援1 ②要支援2 ③要介護1 ④要介護2 ⑤要介護3 ⑥要介護4 ⑦要介護5
⑧介護認定を受けていない ⑨その他 ()

問 13. 要介護者の認知症自立度 (1つに○)

- ①I (日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。)
②IIa (たびたび道に迷うとか、買物や事務などそれまでできたことにミスが目立つ)
③IIb (服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応答など一人で留守番ができない)
④IIIa (日中を中心として、着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。)
⑤IIIb (夜間を中心として、着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。)
⑥IV (症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。)
⑦M (せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や、精神症状に起因する問題行動が継続する状態。)

問 14. サービスの利用状況について、定期的に使っているサービスの日数をご記入ください。

- (1) 通所介護サービス (デイサービス) : 週に () 日
(2) 短期入所サービス (ショートステイ) : 月に () 日
(3) 訪問介護サービス : 週に () 日
(4) その他 ()

問 15. 要介護者が要介護状態になる前のあなたとの関係について、あてはまる番号に○をつけて下さい。

	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
(1) 要介護者と正月や誕生日等を一緒に過ごしたりしましたか	5	4	3	2	1
(2) 要介護者から経済的なことで援助をしてもらいましたか	5	4	3	2	1
(3) 要介護者を頼りにしていましたか	5	4	3	2	1
(4) 要介護者とうちとけた関係でしたか	5	4	3	2	1
(5) 要介護者とよくお話をしましたか	5	4	3	2	1

【「介護者の会」について】

問 16. 「介護者の会」に参加する前、周りに相談できる人はいましたか (1つに○)

- ①いた ②いなかった

↓
 <付問>①の場合、その人はどのような関係の方だったのかを具体的にご記入ください。
 ()

問 17. どのようなきっかけで「介護者の会」に入会しましたか (1つに○)

- ①医療機関からの紹介 ②行政からの紹介 ③地域包括支援センターからの紹介
 ④居宅介護支援事業所からの紹介 ⑤「介護者の会」の会員からの紹介 ⑥ホームヘルパーからの紹介
 ⑦介護施設職員からの紹介 ⑧インターネット ⑨新聞・テレビ ⑩「介護者の会」のチラシ
 ⑪講演会・研修会に参加 ⑫その他 ()

問 18. 「介護者の会」に参加してからの年数をご記入ください。

約 () 年 () ヶ月

問 19. 「介護者の会」に参加する前に期待していたことと、参加した後に感じたことについて、それぞれの項目についてあてはまる番号に○をつけて下さい。

	参加 前					参加 後				
	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
(例) ワイワイ騒げる (2か所に○を) →	5	④	3	2	1	⑤	4	3	2	1
(1) 気分転換ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(2) ストレス発散ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(3) 制度の活用方法を知ることができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(4) 介護用品の使い方を知ることができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(5) 疾患に伴う症状・対処方法を知ることができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(6) 介護者同士での連帯感を得ることができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(7) 将来発生する症状への心構えができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(8) 友だちができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(9) 社会参加ができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(10) 他の介護者にアドバイスができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(11) 介護に対する認識が肯定的に変わる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(12) 介護に対する認識が否定的に変わる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(13) 自分の人生を捉えなおすことができる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

問 20. 「介護者の会」に参加して一番よかったことについて、ご自由にお書きください。

【介護者への支援について】

問 21. 介護者として生活している中で一番困っている（いた）ことについて、ご自由にお書きください。

問 22. ケアマネジャーから受けている（いた）支援と、「介護者の会」の仲間からの支援について、それぞれの項目についてあてはまる番号に○をつけて下さい。

	ケアマネジャー					「介護者の会」の仲間				
	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
(例) ワイワイ騒げる (2か所に○を) →	5	④	3	2	1	⑤	4	3	2	1
(1) 介護のことについての相談	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(2) サービスや制度についての説明	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(3) サービスを選ぶ際、迷った時の助言	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(4) 特に連絡をしなくても行われる訪問や電話	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(5) 要介護者に合うサービスの提案	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(6) 家族の立場になって一緒に考える	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(7) 介護者の悩みごとを聞く	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(8) サービス内容について不平・不満をきく	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(9) サービス内容の変更の相談にのる	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
(10) 自身の判断や決定を強引に押しつける	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

問 23. 支援についてあなたが望むこととして、あなたのお考えにあてはまる番号に○をつけて下さい。

	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
(1) 介護をして困っていることに早く気づいてもらえる機会	5	4	3	2	1
(2) 電話による相談	5	4	3	2	1
(3) 訪問による相談	5	4	3	2	1
(4) メールによる相談	5	4	3	2	1
(5) 定期的に介護についての情報提供が受けられるサービス	5	4	3	2	1
(6) 気軽に休息や休養がとれる機会	5	4	3	2	1
(7) リフレッシュのための旅行ができる時間	5	4	3	2	1
(8) 介護者のための介護者手帳	5	4	3	2	1
(9) カウンセリング（精神科医・臨床心理士等専門家への相談）	5	4	3	2	1
(10) 介護者が集まって気楽に話せる場所	5	4	3	2	1
(11) 介護者の会や介護者同士の自助グループ	5	4	3	2	1
(12) 介護の技術が学べる研修	5	4	3	2	1
(13) 専門職と定期的に関わる機会	5	4	3	2	1
(14) 専門職以外に、身近で相談できる介護経験のある人による相談	5	4	3	2	1
(15) 在宅介護者手当（介護を社会的労働とみなす）	5	4	3	2	1
(16) 介護のための休職期間を介護期間として年金受給要件に算入する	5	4	3	2	1
(17) 介護を踏まえた勤務体制づくり（短時間労働・在宅勤務等）	5	4	3	2	1
(18) 介護休業制度の普及と利用の促進	5	4	3	2	1
(19) 介護による離職後の再就職の支援（職業訓練等を含む）	5	4	3	2	1
(20) 要介護者へのサービスや制度の充実	5	4	3	2	1
(21) 介護者の緊急時にすぐ要介護者へ対応できるサービス	5	4	3	2	1
(22) 専門職や行政職員が介護者への理解を深めるようにする	5	4	3	2	1
(23) 地域や職場等、社会が介護者への理解を深めるようにする	5	4	3	2	1

問 24. 問 23 以外に、介護者を支援するために必要なことについて、ご自由にお書きください。

問 25. あなたはご自分の状態をどのように考えていますか、あてはまる番号に○をつけて下さい。

	常に感じる	しばしば感じる	時々感じる	全く感じない
(1) 介護者としてうまく対応していると感じますか	4	3	2	1
(2) 介護をとっても骨の折れる仕事だと感じますか	4	3	2	1
(3) 介護はあなたの友人関係に困難をもたらしていると感じますか	4	3	2	1
(4) 介護はあなたの身体の健康状態に悪い影響を与えていると感じますか	4	3	2	1
(5) 介護はあなたとあなたの家族との関係に問題をもたらしていると感じますか	4	3	2	1
(6) 介護はあなたに経済的な困難をもたらしていると感じますか	4	3	2	1
(7) あなたは介護者としての役割に閉じ込められていると感じますか	4	3	2	1
(8) あなたは友人や近所の人に十分支えられていると感じますか	4	3	2	1
(9) あなたは介護をやりがいがあるものと感じますか	4	3	2	1
(10) あなたは家族に十分支えられていると感じますか	4	3	2	1
(11) あなたはあなたが介護をしている人と良い関係を築いていると感じますか	4	3	2	1
(12) あなたは介護・医療・福祉サービスによって支えられていると感じますか	4	3	2	1
(13) あなたは介護者として誰かに感謝されていると感じますか	4	3	2	1
(14) 介護はあなたの精神的な健康に悪影響を与えていると感じますか	4	3	2	1
(15) 全体を通して、介護者として十分なサポートを受けていると感じますか	4	3	2	1

お忙しい中、アンケート調査にご協力いただきありがとうございました。この調査後、介護者の思いをお聴きするために、インタビュー調査を予定しております。ご協力いただける方は、お名前とご連絡先（電話番号・メールアドレスどちらでも構いません）をご記入ください。後日、こちらからご連絡させていただきます。

お名前： _____ 連絡先： _____

ご協力ありがとうございました。