

在宅要介護高齢者の介護者における介護負担感とその関連要因

—日本と韓国の比較を通じて—

キム ドンソン
金 東善*1*2

目的 在宅要介護高齢者の介護者における介護負担感に影響する要因について日本と韓国を比較し、それぞれの国の事情を勘案して在宅介護者の介護負担の軽減について考察をする。

方法 在宅で65歳以上の高齢者を主に介護している者とした。日本では2009年5月12日～6月6日まで168部の質問紙を配布し、各自返送する方法で回収した。韓国では2009年11月1日～30日まで329部の質問紙を配布し、各自返送する方法で回収した。介護者の基本属性、要介護高齢者の基本属性、介護者の介護時の悩み、介護負担感の項目などを設定した。介護負担感については、日本語版Zarit介護負担感尺度を用いて、妥当性と信頼性を検証した。

結果 日本では63.1%が回収され、韓国では62.0%が回収された。日本と韓国の介護者の悩みについて主成分分析（バリマックス回転）を行った結果、「家事援助に関する悩み」と「身体的援助に関する悩み」の2因子が抽出された。介護者と要介護者の基本属性、介護者の悩みの2因子を独立変数とし、介護負担感を従属変数とした重回帰分析の結果、日本では介護者の健康状態が良い、要介護者に認知症がある、家事援助に悩みがあることが、介護負担感を増加させているという結果がみられた。一方、韓国では介護者の健康状態が悪い、介護者の1日の介護時間が長い、要介護者が女性、要介護者に認知症がある、家事援助に悩みがあることが、介護負担感を増加させているという結果がみられた。

結論 両国の介護者は、要介護者が認知症を抱えていることで介護負担感への影響は大きいことが共通していた。日本と韓国ともに身体的援助に関する悩みより家事援助に関する悩みの方が介護負担感への影響は大きかった。特に、家事援助に関する悩みの介護負担感への影響は、日本より韓国の方が高かった。介護者は介護をもっと頑張らないといけないう思から献身的になってしまい、介護も家事も長く一人で抱え込んでしまった結果、介護負担感は高くなっている。介護負担軽減のためには、介護サービスなどの社会資源を利用するとともに、介護者の崩れている日常生活を取り戻せることが大事であると考えられる。

キーワード 在宅要介護高齢者、介護者、介護家族、介護負担感

I はじめに

日本の平成20年版高齢社会白書¹⁾によると、2006年度末の65歳以上の要介護認定者数は、高齢者人口の16.0%であり、2007年度の居宅サービス利用者は、介護保険制度利用者全体の72.3

%であった。韓国の国民健康保険公団²⁾によると、2008年9月の老人長期療養保険制度（日本の介護保険制度に当たる、以下、介護保険制度）の認定者は、高齢者人口の3.35%であり、居宅サービス利用者は、介護保険制度利用者全体の30.6%であった。介護される人も介護する

* 1 東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科博士後期課程 * 2 練馬区社会福祉協議会

人も高齢化することから、今後、老老介護が増加すると予想される。特に、韓国では介護保険制度の居宅サービスが施設サービスより自己負担が少ないことで、今後は、居宅サービスの利用者が増え、在宅介護のあり方やその家族への介護負担の軽減と支援が課題となることが予測される。

介護保険制度上のサービスを利用することは、家族介護者の介護の代わりに専門的な公的介護サービスの支援を受け入れて、家族の介護負担を軽減することを視野に入れていると思われる。しかし、要介護者の要望に応じた生活全般における公的介護サービスを利用することができないこともあり、家族の介護も余儀なくされている。従って、養護者である家族は介護を行いながら介護負担を感じていると思われる。

介護負担に関しては、以下の先行研究がみられる。

Zaritら³⁾は、介護負担の定義を「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的健康、社会生活、及び経済状況に関して被った被害の程度」と述べている。

丸山⁴⁾は、介護保険制度は家族介護を前提とした制度であるという指摘もあり、濱島ら⁵⁾は、家族は依然として大きな負担を強いられると述べている。陶山ら⁶⁾は、在宅で高齢者の介護に携わる家族は、介護労働による身体的・精神的な疲労や時間を拘束されることによる生活行動の制限など多大な負担を負うことになると述べている。なお、荒井⁷⁾は、介護保険制度施行前後で、介護負担に関して有意な変化が見られず、介護保険導入により介護サービスの量は増えたものの、その効果は在宅介護者の負担軽減に至っていないと述べている。また、田辺⁸⁾は、2006年介護保険制度の改正が行われ、高齢者の増加に伴う将来的な財源確保等が憂慮され、施設から在宅での介護に重点が移行されつつあるが、依然として在宅介護の負担が軽減されることがなく今後は増加する可能性があるとして述べている。岡本⁹⁾は、主介護者以外の家族員に支えられ安心感が増し、介護負担が軽減されたとして述べている。

介護は、今後、日本と韓国ともに施設介護から在宅介護を中心に行われるだろう。特に、韓国では老人長期療養保険制度の施設介護サービスと在宅介護サービスの不足により、家族介護者の介護負担の軽減に至ることは日本より少ないと思われる。

また、家族介護者の基本属性に焦点を当てた介護負担感の研究は佐々木ら¹⁰⁾、佐伯¹¹⁾、矢富¹²⁾、野田ら¹³⁾など、多くあるが、介護負担感を因子分析し、介護負担感に影響する要因について重回帰分析を行った国際比較研究は見当たらない。

本研究では、介護負担感に影響する要因について日本と韓国を比較し、それぞれの国の事情を勘案して在宅介護者の介護負担の軽減について考察した。

Ⅱ 研究方法

(1) 調査対象

日本では2009年5月現在、介護家族会に参加し、在宅で65歳以上の高齢者を主に介護している者とした。複数の要介護者を介護している場合は、最高齢の要介護者について回答を求めた。公的機関のホームページに在宅介護家族会の情報が見当たらなかったため、民間団体のホームページの東京都在宅介護家族会名簿に掲載されている在宅介護家族会37団体に対して、アンケート調査の依頼を行ったところ、23団体より調査の協力が得られた。そのうち7団体には、著者が介護家族会に参加し、回答者に調査の趣旨などを説明し、協力を得た。他の16団体には、代表者に調査の趣旨などを説明し、自己式質問紙の配布を依頼した。

韓国では2009年10月現在、在宅で65歳以上の高齢者を主に介護している者とした。複数の要介護者を介護している場合は、最高齢の要介護者について回答を求めた。ソウル市とソウル市付近の京畿道内のデイケアセンター、ショートステイ、ホームヘルパー教育機関70カ所を選定し、機関関係者にアンケート調査の趣旨などを説明し、依頼を行ったところ、16団体より研究

協力が得られたので、自己式質問紙の配布を依頼した。

(2) 調査時期と方法

日本では2009年5月12日～6月6日まで168部の質問紙を配布し、2009年6月1日～7月15日の間に返信用封筒を用いて各自返送する方法で回収した。韓国では2009年11月1日～11月30日まで329部の質問紙を配布し、2009年11月1日～12月31日の間に返信用封筒を用いて各自返送する方法で回収した。

(3) 調査項目と内容

日本と韓国ともに、介護者の基本属性として性別・年齢・健康状態・1日の介護時間、介護期間、居住形態、要介護高齢者の基本属性として年齢・性別・認知症の有無、介護者の介護時の悩み、介護負担感の項目を設定した。要介護度においては、介護保険制度の等級を参考に、日本では自立を含め8段階、韓国では自立を含め4段階に設定した。介護時の悩みについては、日本と韓国の公的介護サービスを中心に介護行為に関して項目を設定し、「まったくない」「ほとんどない」「少しある」「大いにある」の4件法で評価し、悩みが大きいほど高得点になるように配点した。

介護負担感については、荒井⁷⁾の日本語版 Zarit 介護負担感尺度を用いて、妥当性と信頼性を検証した。介護負担感の程度を、「全くない」「たまにある」「ときどきある」「しばしばある」「いつもある」の5件法で評価し、負担を感じるほど高得点になるように配点し、信頼係数を求めた。

(4) 分析方法

日本と韓国の介護者と要介護者の基本属性の違いが介護負担感に影響する程度の違いを把握するため、クロス分析を行った。さらに、介護者の悩みに関しては家事援助に関する悩みと身体的援助に関する悩みを構成するため主成分分析を行った。また、介護負担感尺度22項目の合計点を従属変数に、介護者の基本属性と要介護

者の基本属性、介護者の悩みの2因子を独立変数とした重回帰分析を行った。統計解析は SPSS15.0 for Windows を用いた。

日本では、106部が回収された。回収割合は63.1%であった。韓国では、204部が回収された。回収割合は62.0%であった。日本と韓国ともに回収されたすべてのものを有効回答とし、分析の対象とした。

(5) 倫理的配慮

東洋大学ライフデザイン学部研究等倫理委員会の承認を得ており、匿名性の保持および調査への協力の有無で何らかの不利益にならないことを説明し、データを研究以外の目的に使用しないこと、プライバシーの保護についても説明を行った。また、アンケートの返送があったものを、研究に同意を得たものとして取り扱った。

Ⅲ 結 果

(1) 介護者の属性 (表1)

介護者の性別は、日本と韓国とも「女性」の割合が高い傾向があった(有意差なし)。年齢は、「65歳未満」が日本48.1%、韓国76.5%で有意に韓国で高く、「65歳以上」は日本51.9%、韓国23.5%で割合が有意に日本で高かった($P < 0.001$)。年齢の平均は、日本65.3歳であり、韓国55.2歳であった。介護者の健康状態は、日本と韓国とも「時々悪い」が高いが、韓国の方が日本に比して有意に高かった($P < 0.001$)。介護者と要介護者との暮らしは、「三人以上暮らし」の割合が韓国において有意に高かった($P < 0.01$)。1日の介護時間は、「10時間以上」の割合が韓国に比して日本が有意に高かった($P < 0.05$)。なお、1日の介護時間の平均は、日本は11.4時間であり、韓国は10.0時間であった。介護期間は、「4年以上」が日本63.0%、韓国41.7%で日本の割合が有意に高かった($P < 0.001$)。

(2) 要介護者の属性 (表1)

要介護者の性別は、日本と韓国ともに「女

性」の割合が高い傾向があった（有意差なし）。年齢を前期高齢者と後期高齢者にわけた結果、日本と韓国ともに、「75歳以上」の後期高齢者の割合が有意に高かった（ $P < 0.001$ ）。年齢の平均は、日本は82.9歳であり、韓国は77.0歳であった。認知症の有無は、日本と韓国ともに「有」の割合が高い傾向があった（有意差なし）。要介護度については、日本では「要介護5」が多く、韓国では「要介護3」が最も多かった。

（3） 介護者と要介護者との関係（表2）

介護者と要介護者との関係は、夫が妻を介護しているケースは、日本が12.3%であり、韓国が5.4%であった。妻が夫を介護しているケースは、日本が30.2%であり、韓国が26.1%であった。息子が親を介護しているケースは、日本が1.9%であり、韓国が7.4%であった。嫁・娘が親を介護しているケースは、日本が51.9%であり、韓国が53.2%であった。

（4） 介護者の悩み（表3）

日本と韓国の介護者の悩みの13項目について主成分分析を行った結果、2因子が抽出された（表3）。その累積寄与率は、日本54.5%であり、韓国64.1%であった。日本と韓国ともに、第I因子は、調理・掃除・食事・洗濯・薬の管理・買い物に関する悩みであり、生活と関連がある内容と解釈し、「家事援助に関する悩み」とした。第II因子は、着脱衣・入浴・排泄・口腔清潔・健康維持に関する悩みであり、身体と関連がある内容と解釈し、「身体的援助に関する悩み」とした。内的整合度を示す信頼係数（Cronbachの α ）は、日本では「家事援助に関する悩み」が0.909、「身体的援助に関する悩み」が0.781であり、韓国では「家事援助に関する悩み」が0.815、「身体的援助に関する悩み」が0.796であり、信頼性が高いと判断できる。

表1 介護者と要介護者の属性等の分布

(単位 人, ()内%)

	日本	韓国	検定	
介護者	性別			
	男性	16(15.1)	26(12.7)	n.s.
	女性	90(84.9)	178(87.3)	
	年齢			***
	65歳未満	50(48.1)	156(76.5)	
	65歳以上	54(51.9)	48(23.5)	
	平均値(標準偏差, 歳)	65.3(10.5)	55.2(12.2)	
	健康状態			***
	いつも悪い	10(9.6)	55(27.2)	
	時々悪い	65(62.5)	92(45.5)	
	良い	29(27.9)	55(27.2)	
	要介護者との暮らし			**
	別居	13(12.4)	28(13.8)	
	二人暮らし	45(42.9)	44(23.0)	
	三人以上暮らし	47(44.8)	119(62.3)	
1日の介護時間			*	
10時間未満	39(42.4)	108(56.0)		
10時間以上	53(57.6)	85(44.0)		
平均値(標準偏差, 時間)	11.4(7.5)	10.0(6.7)		
介護期間			***	
4年未満	37(37.0)	109(58.3)		
4年以上	63(63.0)	78(41.7)		
平均値(標準偏差, カ月)	71.8(48.5)	57.0(62.4)		
要介護者	性別			
	男性	44(41.5)	73(35.8)	n.s.
	女性	62(58.5)	131(64.2)	
	年齢			***
	75歳未満	20(18.9)	78(39.0)	
	75歳以上	86(81.1)	122(61.0)	
	平均値(標準偏差, 歳)	82.9(9.8)	77.0(8.2)	
	認知症の有無			n.s.
	有	21(19.8)	43(21.1)	
	無	85(80.2)	161(78.9)	
	要介護度			17(8.5)
	自立	8(7.5)		
	要支援1	3(2.8)		
	要支援2	2(1.9)		
	要介護1	10(9.4)		
要介護2	19(17.9)			
要介護3	19(17.9)	121(60.2)		
要介護4	21(19.8)	48(23.9)		
要介護5	24(22.6)	15(7.5)		

注 1) Pearsonの χ^2 検定. * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$, n.s.=No Significant

2) 日本の介護保険制度の要介護3, 4, 5は韓国の老人長期療養保険制度の長期療養3, 2, 1等級と類似する(韓国国民健康保険公団による回答)。日本の介護保険制度の要介護2以下は韓国の老人長期療養保険制度の等級外にあたる。韓国の老人長期療養保険制度の長期療養1・2等級は施設サービスと在宅サービスを利用できるが、3等級は在宅サービスのみ利用できる。無回答は、分析対象より除外した。

表2 介護者と要介護者との関係

(単位 人, ()内%)

	日本	韓国	検定
	N = 106	N = 203	
介護者：要介護者			n.s.
夫：妻	13(12.3)	11(5.4)	
妻：夫	32(30.2)	53(26.1)	
息子：親	2(1.9)	15(7.4)	
嫁・娘：親	55(51.9)	108(53.2)	
その他：その他	4(3.8)	16(7.9)	

注 Pearsonの χ^2 検定. n.s.=No Significant

表3 日本と韓国の介護者の悩み

	I 因子	II 因子	共通性
日本			
I 家事援助に関する悩み ($\alpha=0.909$)			
調理に関する悩み	0.851	0.067	0.729
掃除に関する悩み	0.817	0.079	0.673
食事に関する悩み	0.772	0.162	0.623
洗濯に関する悩み	0.629	0.366	0.529
薬の管理に関する悩み	0.611	-0.015	0.374
買い物に関する悩み	0.582	0.054	0.342
II 身体的援助に関する悩み ($\alpha=0.781$)			
着脱衣介助に関する悩み	0.247	0.767	0.651
入浴介助に関する悩み	-0.003	0.758	0.574
排泄介助に関する悩み	-0.027	0.757	0.575
口腔清潔介助に関する悩み	0.082	0.703	0.502
要介護者の健康維持に関する悩み	0.184	0.628	0.428
因子寄与率	3.2	2.8	
寄与率	29.1	25.5	
累積寄与率	29.1	54.5	
韓国			
I 家事援助に関する悩み ($\alpha=0.815$)			
掃除に関する悩み	0.888	0.091	0.797
買い物に関する悩み	0.875	0.094	0.775
洗濯に関する悩み	0.834	0.236	0.752
調理に関する悩み	0.821	0.219	0.721
食事に関する悩み	0.698	0.391	0.639
薬の管理に関する悩み	0.632	0.371	0.536
II 身体的援助に関する悩み ($\alpha=0.796$)			
口腔清潔介助に関する悩み	0.101	0.782	0.621
要介護者の健康維持に関する悩み	0.153	0.744	0.512
排泄介助に関する悩み	0.156	0.711	0.577
入浴介助に関する悩み	0.358	0.643	0.541
着脱衣介助に関する悩み	0.411	0.642	0.582
因子寄与率	4.1	2.9	
寄与率	37.7	26.4	
累積寄与率	37.7	64.1	

表4 介護負担感の程度

	平均値 (標準偏差)	
	日本 (N=106)	韓国 (N=183)
要介護者がそばにいると気が休まらない	2.5(1.2)	1.7(1.2)
頼れるのはあなただけというように、あなたが介護することを望んでいるようにみえると思う	2.9(1.4)	2.2(1.4)
体調を崩したことがある	2.1(1.2)	1.6(1.0)
要介護者の行動に対し、困っていることがある	2.3(1.2)	1.9(1.2)
あなたに頼っているとと思う	3.3(1.0)	3.0(1.0)
今後の事が心配になることがあると思う	2.8(1.2)	2.6(1.0)
介護が始まって以来、自分の思う通りの人生ができなくなった	2.2(1.4)	2.1(1.2)
かかわっていると腹の立つことがある	2.3(1.3)	2.1(0.9)
自分の社会参加の機会が減った	2.1(1.3)	2.1(1.1)
これ以上に、もっと頑張って介護をするべきだと思うことがある	1.1(1.1)	2.2(1.0)
自分をもっと上手く介護ができると思うことがある	0.9(1.1)	2.0(1.0)
何をすればよいのか、わからないことがある	1.8(1.1)	2.6(1.0)
介護のことで自分のプライバシーを保つことができないことがある	1.4(1.2)	2.1(1.1)
もうこれ以上、介護はできない	1.7(1.3)	2.2(1.2)
介護するのに十分な経済状況でない	1.5(1.4)	1.9(1.2)
介護のために友人を家に呼ぶことをためらうことがある	1.8(1.5)	2.2(1.2)
介護を誰かにまかせてしまったと思ったことがある	1.6(1.3)	1.8(1.1)
介護のほかに、仕事や家事に対する責任のため、葛藤(悩み)を感じるがある	2.1(1.2)	2.2(1.1)
介護のために家族や友人との付き合いがうまくいかない	1.7(1.2)	1.9(1.0)
介護のために自分の時間が十分にとれない	2.4(1.2)	2.5(1.1)
必要以上に世話を求めていると思う	1.7(1.2)	1.8(1.1)
介護をする事に負担を感じるがある	2.2(1.3)	2.2(1.0)
平均値	2.0	2.2
信頼係数	$\alpha=0.914$	$\alpha=0.922$

(5) 介護負担感(表4)

介護負担感の項目別の介護負担感の平均値の差をみると、日本の方が韓国より高いのは、「要介護者がそばにいると気が休まらない」(0.8の差)、「頼れるのはあなただけというように、あなたが介護することを望んでいるようにみえると思う」(0.7の差)などの8項目であった。一方、日本より韓国の方が高いのは、「これ以上に、もっと頑張って介護をするべきだと思うことがある」(1.1の差)、「自分をもっと上手く介護ができると思うことがある」(1.1の差)などの12項目であった。介護負担感の22項目の平均値は、日本2.0、韓国2.2であり、日本より韓国の方で介護負担感が高い傾向があった(有意差なし)。介護負担感の内的整合度を示す信頼係数(Cronbachの α)は、日本が0.914、韓国が0.922であり、これらの項目の信頼性は高いと判断した。

(6) 介護負担感の重回帰分析(表5)

介護負担感を従属変数にした重回帰分析の結果をみると、日本では介護者の健康状態が良い、要介護者に認知症がある、家事援助に悩みがあることが、介護負担感に大きく影響している結果であった。一方、韓国では介護者の健康状態が悪い、介護者の1日の介護

時間が長い、要介護者が女性、要介護者に認知症がある、家事援助に悩みがあることが、介護負担感に大きく影響している結果であった。

Ⅳ 考 察

本研究における日本と韓国の介護者の悩みに関する主成分分析を行った結果、両国ともに「家事援助に関する悩み」「身体的援助に関する悩み」の2因子が抽出され、それぞれの因子の信頼性も高くこの結果を分析に用いた。「家事援助に関する悩み」「身体的援助に関する悩み」、介護者と要介護者の基本属性を独立変数に、介護負担感を従属変数とし、重回帰分析を行った。

介護者の健康状態は、介護負担感へ影響を与えているが、日本では健康状態の良い介護者が、韓国では健康状態の悪い介護者が、介護負担感の高い結果であることが確認された。権¹⁴⁾、斎藤ら¹⁵⁾は、健康状態が悪い介護者は、健康である介護者より介護負担感が高いと述べている。しかし、本研究の日本の介護負担感とは違う結果であった。日本の健康状態の良い介護者は、介護者自身が要介護者の介護と生活を同時に抱え込んでいることが介護負担になっていると考えられる。一方、韓国では、権¹⁴⁾、斎藤ら¹⁵⁾の日本での研究と同じ結果であり、介護者の健康状態が悪くなるほど、介護負担が高くなると述べている。介護者は健康状態の悪化により介護行為の困難を伴っているにも関わらず、介護そのものには積極的に関わろうとして、過重な負担を招いてしまったと考えられる。介護者の健康状態が介護開始により悪化したか否かの因果関係はわからないが、介護を行ってから健康状態が良くなることは考えられない。介護者は健康な状態を維持することが介護負担の軽減につながると考えられる。地域の保健職は、高齢の介護者への訪問などを通して健康管理と健康維持に努めることが必要であると考えられる。

両国の介護者は、要介護者が認知症を抱えていることで介護負担感への影響が大きいことが共通していた。佐々木ら¹⁰⁾、佐伯¹¹⁾、矢富¹²⁾の

表5 介護負担感を従属変数にした重回帰分析

	介護負担感	
	日本	韓国
介護者の性別	0.177	0.035
介護者の年齢	0.091	0.121
介護者の健康状態	0.244*	-0.146*
介護者の1日の介護時間	0.165	0.185*
介護者の介護期間	0.004	0.122
要介護者との同居	0.036	-0.081
要介護者の性別	0.171	0.174*
要介護者の年齢	-0.207	-0.087
要介護者の認知症の有無	-0.212*	-0.177**
家事援助に関する悩み	0.283**	0.402***
身体的援助に関する悩み	0.194	0.103
R	0.659	0.654
R ²	0.435***	0.427***
調整済みR ²	0.351	0.384

注 1) *P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

2) 介護者・要介護者の性別、認知症の有無、要介護者との同居はダミー変数であり、1男性、2女性または、1あり・している、2なし・していないである。介護者の健康状態は、1いつも悪い、2時々悪い、3良いである。

研究も同じく、認知症がある要介護者を介護する者の介護負担が高かった。日本の認知症がある要介護者を介護する介護者は、介護期間が長かった。一方、韓国の認知症がある要介護者を介護する介護者は、年齢層が若かった。なお、介護者の年齢が低いほど家事援助に関する悩みは大きかった。認知症は、慢性化・進行化を伴うことが多く様々な行動面・心理面での予測できない変化が見られ、その要介護者を介護する者にも、身体的または心理的な悩みなどの困難を招くことがあると考えられる。特に、介護者と要介護者の二人暮らしでは、介護と生活を共にする時間が長いことで、介護者は近隣や家族と接する機会が減ってしまう。社会保障や介護サービスなどの社会資源を積極的に利用し、介護に関わる時間を出来るだけ減らし、心身の余裕を持つことが介護負担の軽減になると考えられる。

従来から日本も韓国も家族の介護は、在宅で家族が介護を行っていた。しかし、介護保険制度導入により介護の担い手などは大きく変わった。介護保険制度は、日本では10年が経過しており、韓国では2年しか経過していないことで、介護保険制度上の介護サービスの成熟度の違いはあるが、両国ともに社会化を目指して歩んでいることは間違いないだろう。韓国の介護保険

制度上の施設サービスを利用できる要介護者は、日本の要介護認定に換算すると要介護度4・5のみであり、それ以外に該当する者は、介護者の健康状態に関わらず在宅で介護を受けざるを得ない状況である。韓国の社会保障や介護保険制度などのサービスの対象者の範囲は日本より狭く、在宅サービスのメニューも少ない。したがって、介護需要のことを考えると、介護保険サービスの利用者層やサービスの量と質などの拡大により介護負担感は軽減されると考えられる。

認知症の高齢者を介護する者は、認知症によって引き起こされる症状に対しての対応などに関する混乱を招くことがある。古賀¹⁶⁾は、認知症高齢者は知的機能が衰えることによって判断能力が低下することに加えて、ADL低下や疾病が伴うことにより、周囲の人との人間関係が円滑に行えなくなることも多いと述べている。家族介護者は、認知症や介護に関する正しい知識の習得もさることながら、一人で介護を抱え込むより介護サービスなどの社会資源を利用することが介護負担の軽減につながると考えられる。

本研究では、日本と韓国ともに身体的援助に関する悩みより家事援助に関する悩みの方が介護負担感への影響は大きかった。特に、家事援助に関する悩みの介護負担感への影響は、日本より韓国の方が高かった。介護者は介護をもっと頑張らないといけないという思いから献身的になってしまい、介護も家事も長く一人で抱え込んでしまった結果、介護負担感は高くなっていった。また、介護者は介護生活において弱音を吐かずに、誰にも頼らずに、一人で抱え込み、介護を介護者自身が全うすることがある。その代価として、要介護者の心身状態が改善されることを期待しているが、認知症の高齢者は介護者の期待に応えることができないことが多い。介護負担軽減のために、介護を一人で抱え込まないことと介護者の崩れている日常生活を取り戻せることが大事であると考えられる。

V おわりに

本研究の対象者は、日本では介護家族会に参加している介護者であり、韓国では介護サービス利用者の家族とホームヘルパー養成機関などであって、回答者が同じカテゴリではなかった。また、両国とも一部の地域を対象にしているもので、代表性があるとは言いきれない。日本の介護家族会に参加している介護者は、介護の意識が高く、介護負担の軽減の方法などに関心を持っていた。韓国では、家族が介護を抱え込むことが多かった。

文 献

- 1) 内閣府. 平成20年版高齢社会白書. 東京: 佐伯印刷, 2008.
- 2) 国民健康保険公団(韓国). 老人長期療養対象者及びサービス拡大方案研究 (<http://www.nhic.co.kr/portal/site/main>) 2009.08.15.
- 3) Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers; a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26(3): 260-6.
- 4) 丸山桂. 高齢者福祉の制度と政策—家族介護の評価と市民の役割—. *生活経営学研究* 2001; 36: 17-23.
- 5) 濱島淑恵, 宮川雅充. 家族介護者の介護負担感と各種生活行動に対する主観的評価の関連—就労している家族介護者への支援制度の検討. *人間関係学研究* 2008; 15(1): 1-12.
- 6) 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子. 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. *老年社会科学* 2004; 25(4): 461-70.
- 7) 荒井由美子. 在宅介護における介護負担と介護負担が介護者におよぼす影響. *GPnet* 2002; 24-31.
- 8) 田辺毅彦. 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* 2009; 47(1): 53-62.
- 9) 岡本明子. 介護負担のある家族が家族内介護を継続する理由と背景. *日本赤十字看護学会誌* 2008; 8(1): 60-7.
- 10) 佐々木朋子, 山田皓子, 桂晶子. 在宅療養高齢者の介護者の介護負担感に関連する要因. *埼玉県立大学紀要* 2009; 1: 117-21.
- 11) 佐伯あゆみ. 認知症高齢者を介護する家族の家族機能および家族システムが主介護者の介護負担感に及ぼす影響. *日本赤十字九州国際看護大学* 2006; 5: 55-62.
- 12) 矢直直美. 認知症予防の戦略的アプローチ. *老年社会学* 2006; 28(3): 381-6.
- 13) 野田由佳里, 荒川あつ子. こころとからだのしくみ—認知症の理解. 愛知文教女子短期大学研究紀要 2009; 30: 63-70.
- 14) 権順浩. 在宅介護における家族介護者の現状と課題—介護保険制度成立以前と以降の比較を通して—. *龍谷大学社会学部紀要*, 2007; 31: 1-14.
- 15) 斎藤久美子, 木田和幸, 木立るり子, 他. 在宅要介護高齢者を介護する介護者の介護負担とその影響要因. *弘前大学医学部保健学科紀要* 2003; 2: 37-44.
- 16) 古賀陽子. 認知症を受けとめた支援—支援・介護編—. *九州大谷研究紀要* 2008; 34: 131-44.