

公益財団法人 家計経済研究所・日本女子大学現代女性キャリア研究所  
共催シンポジウム

## 「家族の変化と新しい時代のケアを考える」



### 【第一部】 基調講演

「介護する人（ケアラー）に社会的支援を」

堀越 栄子（日本女子大学家政学部教授・  
一般社団法人 日本ケアラー連盟代表理事・  
認定／埼玉県指定特定非営利活動法人  
さいたま NPO センター副代表理事）

### パネリスト講演

「在宅での家族介護の負担」

菊澤佐江子（法政大学社会学部准教授）

「ヤングケアラーとして見えたこと」

井手 大喜（草加市議会議員、ケアラー）

「広がるダブルケアにどう向き合う？」

佐塚 玲子（特定非営利活動法人  
よこはま地域福祉研究センターセンター長）

「男性性とケア—おとこの看方（みかた）とその見方」

平山 亮（東京都健康長寿医療センター研究所研究員）

### 【第二部】 全体討論

コーディネーター 大沢真知子（日本女子大学現代女性キャリア研究所所長）

日時：2016年12月10日 場所：日本女子大学 新泉山館 大会議室

**田中：**共催シンポジウム、「家族の変化と新しい時代のケアを考える」を始めさせていただきます。本日の司会を担当させていただきます公益財団法人家計経済研究所次席研究員の田中慶子と申します。よろしくお願いいたします。本日は皆さま、年末のお忙しい中ご参加くださり誠にありがとうございます。

開会に先立ちまして、公益財団法人家計経済研究所、専務理事の江崎よりご挨拶申し上げます。

**江崎：**家計経済研究所の江崎と申します。本日は土曜日にも関わらず、かくも多くの方に講演会に参加をいただきましてありがとうございます。

また、共催をお願いしています、日本女子大学現代女性キャリア研究所および今回の講師を快くお引き受けいただきました皆さまに、厚くお礼を申し上げます。

家計経済研究所ですが、名前のとおり、家計の経済に関するいろいろな研究を行っています。最も代表的なのは、パネル調査という毎年同じ人を追跡して質問に答えていただくという調査です。間もなく 25 年になろうとしていますが、そういうデータを作っているというのが一つの大きな柱です。

同時に、介護の問題というものも今の家計にとって非常に重要な問題です。これにつきましても、15 年ぐらい前に最初の調査を行いまして、今から約 5 年前に調査をもう一度行いました。

さらに、今年その追加調査という形で調査を行っています。これは在宅介護について焦点を絞った研究です。本日も講演いただきます、菊澤先生のお話の中に、この研究の成果の一部も出てこようかと思えます。

本日の講演は在宅介護等々だけに限らず、もう少し広い観点から、講演の題をご覧くださいますとお分かりのように、男性の目から見た介護とか、ダブル介護という問題も含めてご講演をいただきたいと思います。

皆さまの介護問題に関する知見や研究に貢献できればと考えております。これから 3 時間半という短い時間ですけれども、どうぞ積極的に、議論にご参加をいただきたいと思います。

では、よろしくお願いいたします。

**田中：**本日のシンポジウムの一部をもとにした論文が家計経済研究所の『季刊 家計経済研究』という雑誌に掲載されますので、そちらのほうも併せてご覧いただきたいと思います。

それでは早速基調講演に入りたいと思います。基調講演は堀越栄子先生、どうぞよろしくお願いします。

## 第一部 基調講演

### 「介護する人（ケアラー）に社会的支援を」

堀越 栄子

#### はじめに

##### 3つの立場でのかかわり

ご紹介いただきました、日本女子大の堀越と申します。今日は「介護する人（ケアラー）に社会的支援を」ということでお話をさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

肩書を3つ書いていますが、1つは日本女子大学家政学部家政経済学科に所属し、生活経済や生活経営に関わる教育研究をしています。そこで、私の話は生活者の視点からケアラーに必要な社会的支援とは何かという提起になるかと思います。

それから、一般社団法人日本ケアラー連盟の共同代表理事をしています。日本ケアラー連盟は2010年に発足をして6年目に入っています。設立のきっかけは、精神疾患を持つお嬢さんを介護していらっしゃるお父さんから、家族はとても大変な思いをしているが家族介護者については何も支援がないというお話があり、では、みんなで取り組もうということでした。家族介護者の支援は社会の課題であると考え、2年間ぐらい勉強会を続けてから2010年に発足しました。

日本ケアラー連盟は、心や体に不調のある人への「介護」「看病」「療育」「世話」「気づかい」など、ケアに必要な家族や近親者・友人・知人などを無償でケアする人をケアラーととらえて支援するために設立され、すべてのケアラーの社会的な支援のために、「ケアラー支援法」の制定を目指しています。ケアラーというとケアワーカーと間違われることもまだ多いのですが、私たちは家族など無償の介護者の支援を目的に活動しています。ケアラーとカタカナにしたのは、介護者というと老老介護を念頭に浮かべてしまいがちなので、あらゆる世代があらゆる世代を介護・ケアしているのでケアラーと言っています。

主な活動・事業は、1. 介護をしている人、介護者を気遣う人に関する調査研究、2. 介護者支援のための立法提言を含む政策立案・提言活動、3. 介護をしている人、介護者を気遣う人に関する支援事業、4. 介護者支援の必要性和政策実現のための啓発・情報提供事業の4つです。毎年ケアラー支援フォーラムを開いていますが、これまでのテーマは、「介護者を孤立から救うために」「『ケアラー』の現状と『支援』のための提言」「ケアラーの暮らしを地域で支える」「ケアラーを地域で支えるツールとしくみ」「ヤングケアラー支援の輪を広げよう」「それは私だったかもしれない＝介護殺人・介護者の人権・介護者支援＝」「世界中が悩んでいる“介護とケアラー支援”」です。調査報告等も掲載しておりますので、詳しくはHPをご覧ください。

3つ目ですが、私の地元はさいたま市で、さいたま市に事務所を置く認定NPO法人さいたまNPOセンターの副代表理事としても「支える人を支える」活動をしています。さいたまNPOセンターは介護者支援を目的とした団体というわけではなく、NPOを支援する中間支援団体で、活動の柱のひとつに、市民自治・地域開発事業があります。市民が自発的に自分たちの生活課題を解決し、あるいは生活を豊かにするために活動することを応援する事業で、「支える人を支える」活動はここに位置づけています。介護をテーマとする活動は、介護保険制度が出来る際にはじめました。

1999 年度には、埼玉県介護支援室の要請にこたえて、約 1100 人が受講した介護保険サポーター研修講座を県内 5 カ所で実施しました。制度の主人公は市民自身であるという考え方で行われた事業です。2000 年度は、受講生のサポーターさんに県内で 60 弱の地域に介護保険サポーターズクラブをつくってもらい、さまざまな活動を展開しました。2007 年度・2008 年度は、これも埼玉県と一緒に、さいたま市浦和区をモデル地区とし、認知症サポーター養成講座、認知症子ども・学校研修、認知症専門家研修、認知症ガイドマップの作成を実施しました。

2009 年度には、さいたま市役所高齢福祉課と、介護者支援のための「支える人を支えたい研修講座」を行い、2010 年度から 2014 年度の 5 年間、埼玉県内で介護者支援セミナーを開催しました。

2010 年度は、深谷市、熊谷市、所沢市、さいたま市浦和区、越谷市。2011 年度は、本庄市、朝霞市、川口市、春日部市、八潮市。2012 年度は、さいたま市岩槻区、坂戸市、三郷市、蕨市。2013 年度は、久喜市、宮代町、川越市、富士見市、さいたま市南区。2014 年度は加須市、上尾市、志木市、東松山市、草加市で行いました。セミナー受講生等はグループを作り、現在、22 市 33 カ所で「介護者サロン」「介護者カフェ」を運営しています。地域に活動をつくり出す実践を皆さんと一緒に行ってきた所です。

## 介護を考えるきっかけとして

お話に入る前に、介護のある生活についてその現状を映像で少し見てみたいと思います。最近テレビ番組がかなりつくられています。今回ご紹介するのは、2009 年の NHK『特報首都圏』『子ども（息子）が親を殺める』という番組です。まず、埼玉県川口市です。フルタイムで働きながら介護していた 40 歳代の息子が、母親の首を絞めて殺害してしまいました。彼は母親を大事に思っていたが、「もうこれ以上こんな生活は嫌だと思ったのです」と裁判の際に述べています。舞鶴市の 20 歳半ばから父親を 10 年介護した若者も、父をととても大事にしています。ただ、介護がいつまで続くかわからないというこの先の不安を持ち、仕事をやめ自宅でできる仕事についたため収入は半減して多い月で 10 万円、400 万円あった貯蓄もほとんど使い尽くしています。また、結婚を申し込んだら自分の親を介護してくれということになってしまうので結婚もためらってしまう、友達の付き合いも減るという生活でした。

この番組では、こうした問題に対する地域の取り組みが 2 つ紹介されています。ひとつは、川崎市の「鈴の会（市民団体）」が開いている集いの場です。要介護者と介護者、両方が参加できる場で、参加者は、「ここは、同じ悩みや痛みを持っているので、分かりあえる人がいる」「心のゆとりができて人の笑顔が見えてくる」と話していました。気持ちを支えあい、孤立から回復しています。殺人事件が起きた川口市の自治会では、地域で助け合おうと、自治会が 1 軒 1 軒丁寧に戻って、顔の見える関係をつくろうとしています。行政のサービスも必要ですが、孤立を防ぐという意味では地域による支援の取り組みが重要であることが分かります。

## 目 次

前置きが長くなりましたが、今日は次の順序でお話しさせていただきます。

1. だれもが介護する・される時代
2. ケアラーの置かれている社会的背景
3. ケアラーの実情を理解する
4. ケアラー支援は生活と人生の支援・応援
5. 国・自治体の支援施策はこれから
6. ケアラーを支援する市民の活動
7. まとめ

### 1. だれもが介護する・される時代

高齢化が進み、65歳以上の高齢者人口は3,300万人（平成26年）となり、2025年には団塊の世代が75歳を超えます。75歳以上の高齢者人口も増加していきます。また、2025年には、認知症の人は65歳以上高齢者の5人に1人と見込まれています。介護が必要な人は、介護保険の要介護認定を受けている人だけで600万人を超えています。厚生労働省の資料から年齢階層別の要介護（要支援）認定率をみると、65歳以上全体の認定率は18%ですが、75～79歳14%、80～84歳29%、85～89歳50%、90～94歳71%、95歳以上84%であり、75歳以上の高齢者人口の増加は要介護（要支援）認定者数の増加と認定率の上昇をもたらすであろうことが推測されます。

要介護者が増加するということは、在宅介護者（ケアラー）が増加するという事でもあり、さらに、政策としても在宅介護は重視されています。平成25年国民生活基礎調査により現在の要介護認定世帯についてみると、主たる介護者の7割以上が家族で、続き柄を見ると嫁（子の配偶者）から配偶者、子どもへ移行し、男性の占める割合が3割以上となっています。

高齢者のいる世帯は、夫婦のみ世帯31.1%（平成元年20.9%）、単独世帯25.6%（14.8%）、親と未婚の子のみ世帯19.8%（11.7%）、3世代世帯13.2%（元年40.7%）と小規模化し、「誰が介護者になるか」という選択は難しくなっています。

介護世帯数や、介護には多様な形があることも明らかになってきています。2010年度の2万世帯調査結果をみると（日本ケアラー連盟のHPからダウンロードできます）、ケアラーがいる世帯は5世帯に1世帯、内4人に1人は複数の人をケア、就学前の子のいる13人に1人は育児と同時に介護をしている、84.5%の人がケアの不安を抱えていることが分かりました。就業構造基本調査によれば、30歳未満の介護者は約18万人です。適切なケアラー支援策を立案するためにはケアラーのいる世帯数やケアの実態、介護者の生活状況などのできるだけ正確な把握が必要です。

また、介護関係は多様で、年齢だけ見てもさまざまな年齢の介護者がさまざまな年齢の人を介護しています。たとえば、40歳未満の介護者は、10歳未満の子どもの介護をしています、80歳代、90歳代の人の介護もしています。80歳以上の介護者は、80歳代の人を介護している人が多いのですが、50歳代や40歳代の人を介護している人もいます。障害を持っているお子さんの場合、一生介護なさっているのではないかなと思います。そのほか、老老介護や認認介護、働き盛り介護、複数介護（多重介護）、育児と介護のダブル

ルケア、老障介護、障老介護、シングルによる介護、一人っ子介護、ヤングケアラーによる介護、遠距離介護等があります。

その結果、介護者による虐待や、うつ症状、介護を理由とした自殺、殺人・心中等が起こり、結婚、子育てにも影響します。そして介護者個人に起こる問題は、結局の所、国民医療費の高騰、労働力不足、貧困の増加、社会不安等社会の問題につながります。したがって、さまざまな介護者の生活をサポートすることが必要であることが分かります。

## 2. ケアラーの置かれている社会的背景（生活を支えて支えられるつながりが必要）

それでは、介護者の生活支援に関わりますので、少し視点を変えて、そもそも私たちの生活はどのような状況にあるのかについて、戦後 50 年ぐらいの変化と、それに伴う生活問題の解決方法の変化についてみておきたいと思います。

まず、ほぼ 50 年の生活問題の背景、生活問題および解決方法の変化についてです。

今日、経済のグローバル化、情報化、地球規模での環境問題、高齢社会、少子化、家族規模の縮小、ジェンダー（社会的性差）、社会的排除等、生活問題の背景や生活問題群およびその解決の方法も大きく変化しています。高度経済成長以降、物的生産の拡大が歓迎されていましたが、国の調査では、1980 年以降、一貫して「モノよりこころ」の豊かさを求める人が増え続け約 6 割に達しています。つまりモノを「持つ」ことから自分がどう生きたいかという「在る」ことへの欲求の変化です。ここは政策的にあまりうまくいっていないのではないかと思います。

生活に不可欠な家庭も、きれいな空気や水といった環境も所与のモノではなくなっています。今日の問題は、持続的可能性を展望する社会において、行政お任せではなく、例えば環境に負荷のかからない暮らしをすとか、近隣の見守りをすとか、家庭や地域など生活主体自身に取り組むべき課題も多く、さらに、家庭や地域団体、NPO、NGO（非営利・非政府民間団体）、行政、企業等が協働して取り組むべき課題として把握されています。人間らしく生きること、そして孤立した生活を支えるには、最大の価値を「お金」に置くのではなく、参加支援が重要ですし、生／生命に価値をおく生活ガバナンスが求められています。介護者支援もこの文脈に位置づけることができます。

次に、ほぼ 50 年の生活の内部条件・外部条件の変化を数字で見えていきます。内部条件、外部条件については後でお話しますが、生命の再生産に関わることや生計の営み、ライフコースはとても変化しています。

少子高齢化が進んでいます。35～39 歳の未婚の割合は、1960 年は男 3.6%、女 5.5%でしたが、2015 年では 34.5%、23.3%となっており、晩婚化、晩産化もすすんでいます。合計特殊出生率は、1960 年は 2.00、2010 年は 1.39 です。平均余命は延びており、1960 年は男 65.3 年、女 70.2 年でしたが、2014 年は男 80.5 年、女 86.8 年となりました。そこで年齢（3 区分）別人口の推移は、1960 年は 15 歳未満 30.2%、15～64 歳 64.1%、65 歳以上 5.7%（うち 75 歳以上 1.7%）が、2015 年は 12.7%、60.6%、26.7%（12.7%）であり、2060 年の推計は 9.1%、50.0%、39.9%（26.9%）となっています。

労働場面についてみますと、この 55 年間で、大きな変化がありました。産業別 15 歳以上就業者割合を見ると、1960 年は第 1 次産業 32.7%、第 2 次産業 29.1%、第 3 次産業 38.2%でしたが、2015 年は第 1 次産業 3.7%、第 2 次産業 23.3%、第 3 次産業 72.9%と

なっています。そのため、従業上の地位（雇用者割合、役員を含む）は、1960年が53.9%、2015年が87.0%と、雇われて働く人、いわゆる賃金をもらって生計を営んでいる人が約9割です。しかしながらそれは安定しているとはいえず、正規雇用者割合（役員を除く）を見ると、1985年は83.6%（男92.6%、女67.9%）であったものが、2015年には65.1%（男81.7%、女45.6%）となっています。また、第3次産業の労働時間帯は24時間に及ぶ職場も多くなっています。

生活の最小単位といわれる世帯についても大きな変化がありました。一般世帯数は1960年22,539千世帯、2015年51,877千世帯と増加しましたが、1世帯当たり人員は1960年4.14人、2015年2.39人と小さくなっています。1人倒れると手代わりがないという状況です。世帯の家族類型別一般世帯の割合は2015年（括弧内は1960年）で、単独世帯32.6%（4.7%）、夫婦と子供からなる世帯28.1%（43.4%）、夫婦のみの世帯20.1%（8.3%）、ひとり親と子どもから成る世帯9.2%（8.6%）、その他の世帯10.1%（35.0%）です。高齢者世帯についてはさきほど見ましたが、65歳以上男性の8人に1人、女性の5人に1人が一人暮らしをしています。このように、生活の不安定や社会的孤立を生じやすい社会変化のなかでつながりを維持するには、「参加と承認」が不可欠です。

最後に、全国家庭動向調査（第1回は1993年、第5回は2013年）により、介護に関する妻の意識を見ておきます。「高齢者への経済的援助は、公的機関より家族が行うべきだ」は、31.5%、30.7%、30.0%、27.1%、28.1%と約3割で徐々に減っています。「年を取った親は子ども夫婦と暮らすべきだ」は、62.0%、50.3%、51.2%、50.8%、44.6%と大きく減少しています。「年老いた親の介護は家族が担うべきだ」についても、74.8%、66.2%、63.3%、56.7%（第2回から第5回）と5割は超えているものの約2割減っています。同居意識、介護意識についての意識は大きく変化しているということができます。

以上見たような生活の変化のなかに介護者の生活もあるという認識が必要です。

### 3. ケアラーの実情を理解する ～追いつめられる介護者～

先述した2010年度の調査結果からいくつかご紹介します。

介護者は健康をそこねる場合も多く、2人に1人は身体の不調、4人に1人強はこころの不調をかかえています。また、4～5人に1人は深夜の睡眠が中断されています。

ケアラーは孤立している場合も多く、8人に1人は協力者がいない、5人に1人は信頼して相談できる先がない、5人に1人は孤立を感じている（いた）と回答しています。とくに認知症の人や、精神疾患の人を介護している人は3人に1人が孤立を感じている（いた）と回答しています。そして、4人に1人は介護が負担（非常に大きな負担8.3%、かなりの負担14.9%）としており、負担感の高い人の幸福度は低いことも検証されています。

多くの介護者が虐待を経験しています。厚生労働省「高齢者虐待調査結果（平成26年）」によれば、養護者による高齢者虐待判断件数は1万5,731件、発生原因は、虐待者の介護疲れ・介護ストレスが23.4%、虐待者の障害・疾病が22.2%、家庭における経済的困窮が16.1%、被虐待者の認知症症状が13.9%となっています。原因の解決により虐待は減少することが分かります。また、虐待の6割は孤立介護（朝日新聞社と虐待防止

学会調査)であることも分かっています。

労働組合の全国組織である連合の「要介護者を介護する人の意識と実態に関する調査(2014)」によれば、「要介護者に憎しみを感じることもある」35.5% (認知症の場合は4～7割)、世話の放棄、暴力、暴言などの「虐待したことがある」12.3% (認知症の場合は26.9%)となっており、1995年調査の結果とあまり変化はありません。

追い詰められた介護者による「介護・看病疲れ」が原因の自殺者は292名(警察庁、平成24年)おり、日本福祉大学湯原悦子先生の調査によれば、1998年～2015年にかけて「介護殺人(心中や殺人)」は672件、つまり1カ月に3件強が発生しています。では、この人たちは特別な人なのかというと決してそうではなくて、ケアマネジャーへの調査(730名)を見ると、「殺人や心中が起きてもおかしくない」55%であり、そのように感じるのは、「ケアラーが心身ともに疲労困憊して追い詰められている」93%からです。ケアラーは、「被介護者への暴力的な言動」59%、「不眠に悩んでいた」54%、「気分が落ち込み、笑顔や口数が減った」51%状態にあるとといいます(毎日新聞2016.2.2826)。

介護離職について、平成24年就業構造基本調査をみると、介護をしている人は557万人(30歳未満の介護者は約18万人)、うち有業者が291万人であり、介護や看護のために仕事を辞める雇用者は年間約10万人に上っています。

さいたま市の調査からは、介護者が介護力が決して十分でない中で介護をしている状況も明らかとなっています。さいたま市は、第4期と第5期の『高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』を策定する際に、在宅介護者の実態把握のために、家族等の介護力についての事業者調査を2011年、2014年に行いました。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所を対象に、利用世帯のうち、家族等の介護力が不十分と感じる世帯があるかを聞いた所、「ある」の割合は、地域包括支援センター17.4%(2014年)、居宅介護支援事業所22.8%(2014年)、訪問看護事業所26.1%(2011年のみ調査)と、在宅介護が十分行われていない状況も明らかとなっています。

では、介護者はどのような支援を望んでいるのでしょうか。2010年度の調査結果からご紹介します。海外で実施されている21項目を提示した所、ケアラーが「とてもほしい」と強く希望する支援項目は、介護者の特徴により異なりますが、合計でみると、要介護者への「19 緊急時のサービス」54.3%、「13 在宅介護者手当」47.0%、要介護者への「18 サービスや制度の充実」46.9%、「14 年金受給要件を考慮」44.6%、「21 地域や職場の理解」35.9%、「20 専門職や行政職員の理解」35.5%、「16 介護休業制度」32.9%、「17 再就職支援」32.4%、「15 勤務体制づくり」30.4%、「4 休息や休養の機会」30.4%、「5 リフレッシュ旅行」29.6%の順となっています。21項目はケアラーへの直接支援策、経済的支援策、仕事と介護の両立支援策、要介護者への直接支援策、ケアラーへの理解についての5分野からなっていますが、「ほしい支援」の種類は幅広く多様であることが分かりました。

しかしながら、ここに並ぶ項目、とりわけケアラーを直接支援する項目については、現在は提供されていない、あるいはケアラーが知らない項目もあるため、希望は低く出ていると予測できます。たとえば、「12 ケアラーアセスメント」は17.3%と低くなっています。

なお、ここで大事なことは、ケアラーは、「ケアラー自身への支援策」と「ケアをして



いる相手に対する日常的そして緊急時の支援策」との両方を強く望んでいることです。ケア関係の両当事者の尊重が必要で、ケアをしている相手へのサービスの提供と、ケアラーへの直接支援は車の両輪となっており、それでようやくケアの包括性が担保されるといえます。

これまでの調査研究・活動の中で、介護者には少なくとも4つの特徴があることがわかってきました。第1に、介護は家族がするものとケアラーも周りも思い込んでいる。第2に、客観的にみると支援が必要であるが、本人がそれに気づいていない。第3に、困りごとが整理できない場合も多く、誰に何を相談していいか困っている。第4に、今後の暮らしや人生に見通しがもてない、ことです。このような特徴を踏まえて支援することで有効な支援ができると思います。

#### 4. ケアラー支援は生活支援・人生の応援

では次に、介護者を支援するということはどのようなことか、現在、どのように考えられているのかについてみてみたいと思います。結論から言いますと、現在行われている支援は要介護者の支援が中心で、介護者は支援の仕組みの中に想定されていない、ほとんど考えられていないということだと思います。

21世紀に向けた社会保障構造改革、社会福祉基礎構造改革の方向性の中では、保健医療福祉介護サービスの普遍化を必要とする社会的状況（高齢化、介護の可能性の高まり、家族の小規模化と機能の変化）をふまえ、「個人の自立を支援する利用者本位の仕組み（情報の開示、適切な費用、利用者が選択、できる限り在宅可能）」を目標とし、その実現を「ケアマネジメント」と「多様な主体の参入促進」「公私の適切な役割分担と民間活力の導入の促進（規制緩和、競争）」ではかるとされました。焦点は要介護者にあたっており、今日ではさらに、保健医療福祉介護サービスに加えて、生活支援が重視され、地域の市民団体やボランティアが当てにされています。

何を支援するかと言えば、「個人の自立」が掲げられていますが、その説明は日常生活動作（ADL）が想定されていると考えられます。しかしながら、それだけでは不十分で、必要なのは「日常生活の継続」であり、その人の人生の流れを大切にし、あまり環境を変えないことです。これは要介護者、介護者ともに重要なことです。

そこで、日常生活、とくに家庭生活の成立について考えてみたいと思います。生活経営学でいわれていることですが、家庭生活とは、①生活主体である家族（家族構成員個人）が協力して、②家族を取り巻く状況や事象のもとで、あるいは家族を取り巻く状況や事象に共に働きかけて必要な生活環境を創り、③家庭の生活資源—人的資源（身体的・認知的・情緒的・時間的な側面を統合した個人的な資源や、家族などの親和的な関係がもたらす対人資源）や物的資源（生活空間、カネ、モノなど生活手段）や情報資源を用いて、④家族（家族構成員個人）の生活欲求を満足させ、⑤家族（家族構成員個人）の生活価値を実現する生活行為の連続過程です。家庭生活成立の条件が意識され、家庭の中に準備されることが日常生活の継続には不可欠で、その上に日常生活動作の維持・改善が図られることになります。

介護者が日常生活の継続を果たす場合には、介護者のエンパワメントを支援する方向での支援が必要となります。松村祥子先生は、現在の生活枠組みを把握するため、生活の内

部条件・外部条件とその関係に着目されています（『生活経営学研究 No.47』2012年）。生活の内部条件とは、①個人や家族の生活意識、②家事活動、③家庭内耐久消費財、④家庭内の人間関係。外部条件とは、⑤労働市場、⑥生活共同施設、⑦社会保険・社会福祉、⑧商品市場です。この内部条件と外部条件がうまくマッチングしないと日常生活は成り立ちません。ここを誰がつなぎ、また、足りない場合、誰がどのように両条件を高めていくかが重要です。たとえば、生活主体が元気であればハローワークに行行って仕事を探しに行けますが、そこに行くまでの支援が必要なときは誰がどのようにするかです。

介護問題についてはケアマネジャーかもしれません。そうしますと次に、ケアマネジャーの姿勢が問われます。私たちは、知識や、技術、経験、援助、共感、信頼、愛などの肯定的なパワーを受け取ると一歩踏み出しやすくなります。しかしながら、暴力、いじめ、抑圧、支配、虐待、無視、無関心、戦争などの否定的なパワーにより、行きていく力を削がれます。たとえば、女性の自立でも知識も経験も大事でした。それと同じように、介護者もエンパワーされることで不安は減少し生きる力は増していきます。

では、介護者の介護役割に注目した時、その役割とはなんでしょうか。まずは直接の世話が念頭に浮かぶと思います。身体的な看護や介護、感情を支える生活支援、費用負担などです。でも、例えば介護休業法では、介護するのではなくてマネジメントしなさいと言っています。要介護者の状況によりますが、方針を決めたり、決定過程への参加です。つまり、介護サービスや医療サービスを探し結びつける、専門職と要介護者の間の情報連絡拠点となる、介護や医療の方針決定の際の意思決定者となる、治療の打ち切り申し出人となる、遺体管理者（葬祭、臓器提供、悲しむ者）となるなどです。

私の母は96歳で要介護5ですが、私たちはいろいろな経験をしています。母が暮らしやすそうな特別養護老人ホームを姉と一緒に複数見て回りました。医師やスタッフから言われたことを母にかみ砕いて話すと、母の思っていることを伝えたりもします。母は、最近食欲がすごく落ちてきて、今後、特養では点滴で水分補給はできますが栄養補給は無理ですといわれました。母は、過剰医療はしないで欲しいといっていましたので、母の考えを伝えました。母ともきょうだいとも十分話し合ってきましたので、伝えることができました。生活の内部条件と外部条件をつなげるところに位置してさまざまな交渉をするわけですが、有用な情報が必要ですし、時間もかかりますし、友人や気軽に聞ける専門職のネットワークがないと1人では難しいです。

さて、ケアラーを介護の質という視点からどう位置付けるかですが、介護保険法の目的は参考になると思います。介護保険法の目的は要介護者がその能力に応じて自立した日常生活を送れることです。家族の行う介護も法の目的を無視できません。家族介護をめぐる論点は、家族の行う「介護の質」、すなわち、「家族」から「介護者」の側面に移ることになるはずで、そこで家族介護者の「生活の質」も社会的課題となるかと思います。

なお、ドイツの介護保険制度は家族に対しても給付をしています。家族介護の質も問うています。

次に、家族介護の支障条件についてみてみます。1993年に「高齢者保健福祉計画」をどの自治体もたてることが決まりました。都内の全ての自治体の計画を見た所、ひとつの自治体が、家族介護の支障条件というものを記載しました。全ての自治体が、計画に、一人暮らし高齢者の増加、高齢者夫婦世帯の増加、核家族世帯の増加、同居世帯の減少を指

摘していますが、この自治体は今後の世帯の変化を考えると副介護者は望めないとし、その変化を介護サービス供給量の算定に組み込もうとしたわけです。

「介護が、労働や地域活動等への社会参加への支障条件になっている」判断基準としては、高齢（70歳以上）、②健康状態（不健康）、③勤め・農業・自営（30時間以上、かなりの時間）、④居住形態（別居）、⑤他に世話を要する人（あり）、⑥ストレス（あり）を掲げて、「①高齢＋②から⑥のうち1つ以上」、「②不健康＋（③から⑥のうち2つ以上）」を、介護に支障があるとしています。

家族介護者を支援している国の施策を見ると、何を支援する必要があるかが見えてきます。ここではイギリスのケアラーズセンターの取り組みを見てみます。イギリス調査の報告は日本ケアラー連盟HPよりダウンロードできます。センターにより特徴はありますが、①社会的活動・サポート活動、②カウンセリングやセラピー、③助言や情報提供による個別支援、④情報サービス、⑤経済的支援、⑥ヤングケアラーへの支援、⑦メンタルヘルスに対応した支援、⑧緊急時の対応（緊急時計画）、⑨医療機関に対する働きかけ（早期発見・早期支援策）、⑩多文化社会への対応等を行っていました。

自治体の取り組みが大事で、自治体は、ケアラーアセスメント（要介護者のケアプランではない）や情報提供（充実したガイドブックもある）などを行っているので、ケアラーズセンターは、ケアラーを自治体とつないだり、よりよいケアラー支援のために自治体に働きかけたりしています。自治体によるケアラーアセスメントは義務化されており、それをバックアップしているのが、ケアラー支援法や全国戦略の立案です。

#### ケアラー支援の考え方と支援の目的

最後に、とても重要な、ケアラー支援の考え方と支援の目的について触れたいと思います。イギリスでも介護者の捉え方は変化していますし、とくに日本では介護者支援について社会の認識は薄く、また定まっていませんし、誤解も多い状態です。介護者支援には4つのモデルがあると言われています（TwiggとAtkin、1994年）。①ケアラーは、要介護者をケアするための存在（主たる介護資源）、②ケアラーは、介護の専門職の協力者（専門職の協働者）、③ケアラーは、よい介護のために支援する相手（援助の対象）、④ケアラーは、あたりまえの社会生活を営めるように支援すべき独立した個人（1人の市民）です。

日本では、介護者支援を、家族介護者が家族として介護役割を果たせるような支援と理解している場合が多いと感じますので、その捉え方は、①②のレベルにあたるのではないのでしょうか。

ケアラー支援の目的についてです。日本ケアラー連盟は、介護者支援について次の4つの基本方針を示しています。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介護者の社会参加を保障し、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（個別支援）。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（地域づくり）。介護者支援モデルの④レベルを目指していると言えます。

#### 5. 国・自治体の支援施策はこれから

国の介護者支援の取り組みは始まったばかりです。市民の生活に身近な自治体では先駆

的に取り組みが始まっています。

### 介護保険制度から地域包括ケアシステムへ

1997年に介護保険法が制定された際には、介護の社会化を進めることが第一に考えられ、女性に介護を強制するという理由で、現金給付には反対意見が多かったです。しかしながら今日では、一方で介護保険制度が出来たことで重度の家族の介護も在宅で行われるようになり、他方では、支援方法は現金給付だけではないことも明らかになってきました。

特に認知症の人の介護の困難さが認識されるようになり、2012年度には、厚生労働省が「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成25から29年度）を公表し、「5.地域での日常生活・家族支援の強化」が掲げられました。2015年2月には新オレンジプランがたてられ、現在では認知症カフェ（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加できる集う場）の普及等が図られています。2016年には「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定され、介護離職ゼロが掲げられました。今のところ、高齢者を介護する介護者に焦点があたっていますが、オーストラリアでも、ケアラー支援は最初高齢者から始めて、障害者のケアラーなどに広がっていったと聞いています。

介護保険制度は、ケアニーズの増大、単独世帯の増大、認知症を有する者の増加、少子高齢多死社会での在宅介護、団塊の世代が75歳以上になる2025年の高齢社会を踏まえ、現在、第6期介護保険事業計画（平成27～29年度）のもとで、介護保険サービスだけでなく、「地域包括ケアシステム」の実現を目指しています。その際、家族等が果たす介護役割と負担が着目され、地域包括ケアシステムを担う諸主体に、介護事業者、都道府県、国、市町村、民間企業、NPO、地域の諸団体とともに介護者が位置づけられました。そして、介護において家族等が引き続き大きな役割を果たしていることも事実であり、介護の社会化がさらに進展しても、介護者の身体的・精神的負担を完全に取り除くことはできず、介護者支援は不可欠であること、家族等が介護を理由に仕事や学業等の社会生活を断念せざるをえなくなること、心身に不調をきたすことは、社会全体の損失であること、介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取組の推進について十分な議論を行うべきことも指摘されました（「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書〈地域ケア研究会〉地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）。

また、今後は多様な主体により重層的に生活支援サービスが提供されるのがよいという厚生労働省が作成したイメージ図には、生活支援サービスのひとつに介護者支援が明記されています。

しかしながら、介護保険法の中では介護者支援は今のところ地域支援事業の中の任意事業と位置付けられており、今後は、自治体・地域の取り組みが期待されるとともに問われることになります。

国の取り組みとしては、介護離職ゼロがクローズアップされています。育児・介護休業法も改正されましたし、ずいぶん調査が積み上がっています。介護のために仕事をやめた人は、自分の意思で介護に専念した人は4割で、いま仕事についていない人のうち就業希望している人は40歳代の8割弱、50歳代の約5割、60歳代の約3割と、本当はやめたくなかった人も多いことがわかっています。また、仕事をやめて介護に専念することに

よって負担は減ったのかというところでもなく、精神面（64.9%）、肉体面（56.6%）、経済面（74.9%）の負担が増したという人が多いです。介護離職をした人は、勤務先の仕事と介護の両立支援制度を利用していない人が5割前後、勤務先に相談した人は1割強と、職場の支援を利用していない人が多いこともわかりました。

一方、企業の取り組みを見ると、「介護をしている従業員を把握している」51.7%、「仕事と介護両立支援制度の開始時に面談をしている」32.6%、「両立支援制度のためにとくに何もしていない」30.1%、「介護保険制度に関する情報を提供している」18.8%、「介護に関する情報提供をしていない」67.9%であり、介護者自身が望む職場の支援としては、「残業をなくす・減らす」29.4%、「出社退社時刻を自分の都合で変えられる」30.5%となっています。取り組みを進めている企業では、企業の中の支援制度や介護保険についての制度のセミナーを開いたり、パンフレットを配布しており、両方やっているところは従業員の不安が少ないという調査結果も出ています。

厚生労働省は、仕事と介護の両立に向けたマニュアルや先進的取り組み事例も示しており、介護離職の予防には、相談窓口・担当者の設置、両立支援制度の周知・利用手続き支援、管理職の理解促進・面談力の向上、復職支援、多様な働き方を前提とした人事制度の見直し・WLB支援、働き方改革などが職場の支援として必要であるとしています。

私は先日、厚労省の委託を受けている団体の勉強会に行ってきました。そこでは、かなり丁寧に説明がされ、介護が始まったときの両立計画のひな形も提示されていました。従業員が立てるものです。そのひな形は1週間のスケジュールを書くものですが、介護者は、7時半ごろ家を出て、6時半に帰宅。月、火、水、木、金の朝と帰宅後、土、日は自分で在宅介護をすることになっていると読めるものでした。自由時間は想定されていませんでした。ここの過ごし方を考えるのが生活支援を考えることになるのだらうと思いました。

このように、企業側、雇用者側双方に、介護と仕事の両立への姿勢がまだまだ弱く、取り組みは始まったばかりです。大事なことは、職場のケアラーを社会で支えるには、介護は家族でという思い込みをなくし、介護には人生のリスクが伴うことを知ることと同時に、職場の支援と、居住地での要介護者へのサービスの充実と介護者支援を進めることです。

（「介護と仕事の両立支援に関する実態把握のための調査研究」三菱UFJリサーチ&コンサルティング、平成24年厚生労働省委託事業等参照）

### 自治体・地域の取り組み

ここでは、北海道栗山町、岩手県花巻市の介護者支援の取り組みを簡単に紹介したいと思います。取り組みの方法としては、調査による実態把握からアクションにつなげることが特徴です。

#### ①北海道栗山町社会福祉協議会・地域団体・行政の取り組み

栗山町は、人口約13,000人、高齢化率33.4%です。1988年に「福祉のまちづくり」をスタートさせました。2010年には全世帯を対象にケアラー実態調査を住民参加型で行い、ケアラーが約6世帯に1世帯いることや健康や生活に支障のあることがわかり、その後、ケアラーを支える在宅サポーターを育て、命のバトンやケアラー手帳などのツールを作り、それらを有機的につなぐケアラーアセスメントの仕組みとケアラーズカフェ（サ

ンタの笑顔ほほえみ)などの場所をつくる取り組みに果敢に挑戦しています。栗山の取り組みは、日本ケアラー連盟のHPからダウンロードできます(『あなたのまちの介護者支援ガイド 参考にしたい介護者支援の3つの活動』日本ケアラー連盟、平成27年度老人保健事業鮎新秘湯補助金老人保健健康推進等事業「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」)。

## ②岩手県花巻市・社会福祉協議会の取り組み

花巻市は、人口約10万人、高齢化率31.3%です。自治体によるアウトリーチ型の介護者支援を行っています。取り組みのきっかけは、①在宅介護者の厳しい全国的状況、②花巻市内の在宅介護者の現状が民生児童委員から報告：活動困難の訴え(介護サービス等受給しない、相談拒否)、③息子が介護している父親を殺してしまうという介護殺人を受けて議会で在宅介護者の支援について議論があったことの3つです。

行政がすぐに在宅介護者実態調査をおこなったところ、次のようなことが明らかになりました。

介護者は高齢化している、約8割の介護者が介護負担を感じている、介護者は介護に関する悩みを抱えている(心労の負担、仕事や外出が出来ない、旅行や趣味など楽しむ余裕がない)、約4人に1人の介護者に軽度および中程度の抑うつ傾向がみられる、相談場所である市役所の窓口や地域包括支援センターを利用する割合は2%にすぎない、介護状態の悩みをきいてほしい、介護方法を教えてほしい、介護手当を支給してほしいという要望が多いなどです(平成21年度「在宅介護者実態調査」社協資料)。

その結果を受けて、花巻市は2010年から在宅介護者等訪問相談事業(社会福祉協議会に委託、2015年度からは地域支援事業)と家族介護者教室を実施することとしました。当該事業は、在宅介護者を対象に、介護や生活上の悩みや不安の解消を目的に訪問相談員を配置し家庭訪問を実施するものです。事業対象者は、介護保険要介護認定者と平成21年の「在宅介護者実態調査」の抑うつ傾向者で、①居宅サービスを利用していない方の介護者、②居宅サービスを利用するようになってからも引き続き訪問希望の介護者、③地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、民生委員等から依頼のあった介護者です。

在宅介護者等訪問相談員の役割は、①対象者の家庭を訪問して受け入れてもらう、②対象者が抱える介護・介護予防、日常生活への様々な悩みや不安の相談を聴き、解消に向けた助言等を行う(聞き役)、③それらの解消に向けた助言等(つなぎ役、内容により、地域包括等につなげる)、④健康状態の把握(食欲、服薬、通院、健康診断受診の有無など確認)、⑤地域包括が開催する介護者教室や家族介護者交流事業への参加をツールとしての広報物を活用して促すことです。

私たちの研究チームは、科研費を得て、2011年度から2015年度の訪問相談記録約3000件を読み、3年以上継続して訪問している事例から、訪問効果の分析し、まとめているところです。

## 6. ケアラーを支援する市民の活動

介護者の支援ニーズに着目し、いち早く何とかしようと介護者支援の活動に取り組んだのは、「認知症の人と家族の会」(1980年)、介護者ネットワークサポートセンター・アラジン(2001年)、男性介護者の全国ネットワーク(2009年)、一般社団法人日本ケアラー

連盟（2010年）などの市民団体です。2014年には全国介護者支援団体連合会が発足し、2016年には介護離職のない社会をめざす会も発足しました。

既に自己紹介で日本ケアラー連盟とさいたまNPOセンターのおおよその活動内容はご紹介させていただきましたので、ここでは、さいたまNPOセンターの介護者支援セミナーについて具体的に紹介したいと思います。

どんなセミナーを行ったかといいますと、6点ほどポイントがあります。①実行委員会方式で、毎年、さいたま県内4～5の市で実施し市民が自ら準備をする、②介護者支援分野ではパイオニアの講師を選定する、③カリキュラムには、具体的な介護者支援の実践例と身近な介護者の体験談を入れる、④聞き放しにしないために、必ずワークショップを入れる。顔見知りにもなる、⑤介護者サロンを運営できるようになることがセミナーの目的のひとつなので、傾聴のスキル講座をいれる。⑥主に市民向けセミナーであるが、行政職員、地域包括支援センターの職員の参加も受け入れる、です。

セミナー終了後、介護者サロン立ち上げのための情報交換会を行います。参加者は、受講生の約半分から3分の1程度の10名から15名に減ります。情報交換会は、各実行委員会でセミナー終了後、3回から7回実施しました。参加者は受講生の他、社会福祉協議会、行政担当課、地域包括支援センターに声をかけます。セミナーを始めた2011年頃は、その場は、改めて地域の介護の現状を話し合う場となり、自分たちのまちをもっとなんとかしようという自主性（自治）が生まれていきました。しかし、2013年頃からはすでに先行するサロンができたことから、最初からサロン運営をめざす会となり、場所や協力団体探しなどがテーマになっていきました。

さいたまNPOセンターでは、介護者サロンやカフェの利用者調査（117名）、スタッフ調査（204名）をアンケート方式で行いました。利用者には、介護者サロン・カフェを知った経路、介護者サロン・カフェに参加したきっかけ・動機、介護者サロン・カフェに通う理由、介護者サロン・カフェを利用した効果、介護者サロン・カフェに対する要望などについて聞きました。スタッフには、介護者サロン・カフェにスタッフとして参加した「きっかけ」について、スタッフとして介護者カフェ・サロンの利用者に心がけていることについて、スタッフとしてサロン・カフェに参加してよかったこと、今後も介護者サロン・カフェを継続するために必要なことについて、「介護者への支援」ために必要だと思われる具体的な支援についてなどを聞きました。

介護者サロンやカフェの利用者について利用した効果をみると、「介護の情報が入手できた」52.1%、「ほっと一息つけた」50.4%、「孤立感がなくなった」30.8%などがあげられます。一方、スタッフとしてサロン・カフェに参加してよかったことをみると、「様々な立場の介護者の話を聴くことで、多様な暮らしへの理解が深まった」79%、「活動を通して新しい友人・知人が増えた」57%、「介護者への支援が必要であることを地域や社会に発信できた」40%、と回答しています。こうした回答をみると、介護者サロン・カフェは利用者にとって有用であること、また利用者だけでなくスタッフにとっても有用であることがわかりました。介護者支援活動（市民活動）は今後、市民に地域活動への参加を促す際の弾みとなると考えられます（前出：『あなたのまちの介護者支援ガイド』参照）。

## 7. まとめ

最後に、介護する人・される人の両当事者がともに尊重され、介護者の社会参加（学業、仕事、交流、ライフイベント等）を保障する地域包括ケアシステムや、ともに生きる社会づくりを実現するため、介護者を孤立させない・介護者を追い詰めないための早期発見・早期支援・継続支援のための仕組みや制度について9点提案したいと思います。

### ①潜っている介護者に早く気づく、同時にSOSを出しやすくする

- 医療機関、学校、職場での発見や、アウトリーチ活動を行う
- ケアラーの存在、支援の必要性について社会的な認知のためキャンペーンを行う
- ケアラー支援のための定期的現状把握調査をし、施策・政策づくりの根拠を得る

### ②黙っている介護者に語ってもらうため、促す、誘うという手法を磨く

- 「語ってもらう」「書いてもらう」「来てもらう」「聴きに行く」「迎えに行く」など工夫する
- 気楽に行けるカフェや居場所、ケアラーのための相談支援窓口をつくる

### ③あきらめている・抱えこんでいる介護者に、それぞれの生活や人生を大事にしてほしいというメッセージをおくる

- 「大切な人を介護しているあなたも大切な人」という自己肯定感を高めるメッセージを機会を捉えて伝える
- 家族員一人一人そして家族全体の支援の必要性を伝える

### ④何も（またはほとんど）介護・介護者について知らないため、知る・考える機会をつくる

- 介護者が、疾患、障がい、被介護者、介護行為、制度等について正しい知識を持つこととそのための機会が重要である。特に介護保険料を納入する40歳の時点では個々人に情報を提供する。

### ⑤心身の健康、社会的孤立、ライフステージ（学業・仕事・結婚・退職・喪失等）、人生のキャリアを配慮した支援を行う

- 総合的な生活支援体系をつくる。

サービスマネジメントへの矮小化に陥らないようにする。人間的ニーズとは、生命＝こころとからだの健康、保護、愛情、理解、アイデンティティ、自由などであることを根底に置き、学業や仕事、楽しみなどの社会参加、余暇や創造的営みを含める

- ケアラー支援施策と必要なツールを開発する（実践事例）

- ・気づきと、つながるツールとしてのケアラー手帳
- ・ケアラー（セルフ）アセスメントとライフプラン（自治体に義務化）
- ・ケアラーズカフェ、居場所、つどい場
- ・経済的支援、就労支援
- ・重層的なサービス提供

- 地域における包括的なケアラー支援拠点の構築

- ・「ケアラーズステーション」を設置しモデル実施する

### ⑥担い手養成を行う

- ケアラーを支援する市民の養成と活動できる基盤づくりを行う
- 「人の暮らし」に共感し、生活を総合的に把握し支援する専門職の養成を行う（傾



聴、ケアラーに寄り添い、ケアラーアセスメント、ライフプラン作成のプロ)

⑦地域ごとに、推進する仕組みや体制づくりを行う

自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、事業者、市民団体、地縁組織等で、地域でケアラー支援の企画・実施・評価を行うチームを作る

⑧家族等の介護が社会的に評価される仕組み、介護経験が生かされる仕組みをつくる

○年金保険料、労災補償、仕事への復帰支援について（ドイツ参照）

○ケアが価値である社会づくりについて（誰も一生の間にはケアラー）

⑨ケアラー支援法（仮称）の制定と自治体の取り組みを推進する

日本では、ケアされる側には、介護保険法、老人福祉法、高齢者虐待防止法、障害者総合支援法、健康保険法など、各々を支援するための制度があるが、ケアする側には、介護役割を応援する制度があるのみである。ケアラー自身の家庭生活や社会生活、人生等を巡って生じているさまざまな問題の解決には、法制定や全国戦略の立案をはじめ社会的な取り組みが不可欠である

最後に、介護者支援のスタンスは、ケアラーの生活・人生に寄り添う（応援する）支援であることを改めて確認したいと思います。

そのためには第1セクター（行政）は制度、第2セクター（企業）は資源・社会貢献意識、第3（サード）セクター（市民団体・非営利セクター）は、人と時間と思いや知識・スキル・志（頼りになる人と人のつながり・地域育て）を活かすことが求められます。個別の取り組みと連携が必要で、それぞれが主体となり自らが「核」となる覚悟がないとうまく行かない場合も多いです。

私たちの経験からは、地域で役立ちたい人を発掘し、育ちあえる組織づくりが重要で可能性があること分かりました。そうした市民の自治を応援する第1セクター（行政）の役割としては、人づくりの機会をつくること、活躍の場をつくることであると思います。

## おわりに

最後に、2000年にNHKスペシャルで放映された、21世紀、『世紀を越えて 絆 ともに生きるー21世紀の介護』から、ケアラーズ・アソシエーション代表の言葉を紹介したいと思います。イギリスの方です。「ケアラーズが介護することを選んだのは、その人を愛し尊敬し、強い家族の絆があり、責任があると感じているからです。政府や行政は、そうした絆を利用しないことが大切です。援助しなければ、逆にその絆を断ち切るようになります。周囲の人を巻き込んで不幸な結果を招くだけです」。本日のシンポジウムのテーマに相応しいと思いましたので、最後に皆さまに贈らせていただきました。

ご清聴、ありがとうございました。

## パネリスト講演

### 「在宅での家族介護の負担」

菊澤 佐江子

菊澤：皆さん、こんにちは。法政大学の菊澤と申します。私の専門は社会学で、家族と福祉、メンタルヘルスといったようなテーマについて、主に統計的な手法を用いて研究を行っています。今日は高齢者の在宅介護に焦点を当てて、家族介護の負担の実態やその背景について、社会学の視点から関連する調査データやその分析結果を元に、主に数値情報を提供させていただき、今後のケアの在り方を皆さんと一緒に考えていければと思っています。

報告ではまず、この30年ぐらいの間に起きた高齢者の介護をめぐる家族状況の変化、そして現在の家族介護が直面している課題について、政府の全国調査データを元にご紹介します。次に、介護保険制度下における在宅での家族介護の負担の実態について、家計経済研究所の調査データを元に、私が最近行った研究の成果をご紹介します。最後に、こうしたデータを踏まえて、今後のケアを考える上で大切な視点は何かを考えてみたいと思います。

まず一つ目の高齢者介護をめぐる家族変化についてお話しするにあたって、皆さんにお伺いしたいのですが、高齢者介護をしている家族というと、皆さん具体的にどのような方をイメージされるでしょうか。

日本では、明治から戦前にかけて、明治民法で定められた家制度の下、長男が家督を相続して老親を扶養することが原則とされていました。そこでは、介護は主に嫁の役割とされていたことが指摘されています（春日井典子 2004「介護の社会史」『介護ライフスタイルの社会学』世界思想社など）。これは、戦後家制度が廃止されたあとも、当時の人々の意識に一定の影響力を持ったと考えられます。実際、1980年代ごろまで三世代同居や嫁介護は実態として一定割合観察されています。しかし戦後の日本では、経済的に豊かになって医療や衛生環境も整う中で、高齢化が急速に進みました。平均寿命が50歳ぐらいの時代には、介護といっても短期間の看病に近いものが一般的だったと考えられますが、戦後平均寿命が長くなる中、介護も長期的で過酷なものになり、家族介護における殺人や心中といった堀越先生のお話にもありましたような問題が、社会問題として認識されるようになりました。そうした中で、2000年に介護の社会化等を目的とする介護保険制度が誕生したわけです。

しかし、先行研究も指摘するように、この制度は、実際には家族介護を前提としてそれを補助するという考え方で運用されています（下夷美幸 2015「ケア政策における家族の位置」『家族社会学研究』27（1）：49-60など）。そういう考え方の根底には、各家庭に誰かしらかつてのお嫁さんのような人がいて介護を担える—そういうことが想定されているように思われます。ですが、そうした家族状況が今の現実の高齢者介護に果して想定しているのか、というのがここでのポイントです。

それが一番顕著に表れているのは高齢者の世帯状況です。これは厚生労働省の国民生活基礎調査等を元に、高齢者のいる世帯の構成割合がどのように変化したかを示したものです。まず、1980年ごろまでは、高齢期の一般的な住まい方といえばまだ三世代世帯で、

50%以上の高齢者が子ども夫婦や孫と生活していたことが分かります。しかし、それから30年間、約一世代のうちにその割合は低下し、2014年現在、三世代世帯は全体の1割程度になっています。代わりに増えたのが夫婦のみ、あるいは一人暮らし、あるいは未婚の子どもとの世帯で、こうした小さい単位の住まい方が全体の4分の3以上を占めるという状態になっています。

高齢期に介護が必要になったとき、まず頼りにされるのが同居家族などの身近な家族としますと、この住まい方の変化は家族介護の変化に直結してきます。まず、高齢者の一人暮らしが増えていますが、介護が必要になったとき子どもは別居している、あるいはそもそも子どもがいないというケースが増えていきます。今日は時間の関係で別居介護についてはあまり触れられないのですが、新しい家族状況として今後のケアの形を考える上で重要な視点の1つかと思います。

今日中心に見ていくのは同居介護ですが、同居介護者の中身も変化しています。このグラフは同じデータを元に、要介護高齢者の同居の主な介護者を続柄別に見た割合です。1995年には、同居介護者で一番多かったのは子の配偶者、要するに嫁だったのが、2013年にかけてこれが大きく減少したということが分かります。代わりに増えたのが、配偶者と実の子どもです。2013年現在、同居介護者の43%は配偶者、35%が実の娘か息子ということが、このグラフから分かります。つまり、現在在宅で高齢者と同居して介護している家族といえ、約8割が配偶者か実の子どもということです。

ここで着目していただきたいのは、この「新しい介護者たち」は、一世代前の家族介護者とまったく異なる状況に置かれているということです。高齢期に介護が必要になる年齢が一般的に今75歳以上だとしますと、その配偶者は多くの場合同年代ですので、やはり70歳以上ということになります。このグラフは同じく国民生活基礎調査で同居の主な介護者の年齢別に見たものですが、2013年現在、全体の4割近くが70歳以上の高齢で、自分自身もいつ介護が必要になってもおかしくない状況にあるということが分かります。これは、一世代前の介護と大きく異なる点の1つです。

次に、子ども世代による介護においても、一世代前と違って雇用が不安定になる中で男女ともに働くことが一般的、かつ自分たちの生活を維持する上で重要になっているということがあります。このグラフは総務省統計局の国勢調査を元に、各年齢でどのぐらいの割合の人が働いているかを示したグラフです。このグラフが示すように、現在の男性、女性にとって40代、50代は就業率が人生の中でも大変高い時期です。これに対して親の介護リスクが高まる時期を四角で囲むと、実はこの時期に重なります。このため、今の子世代の介護は就業との両立が男女ともに大変切実な状況にあると考えられます。

一見一世代前と同じ三世代世帯における介護においても、一世代前と違って、晩婚化の影響で、育児と介護の時期が重なるダブルケアという状況が出てきています。このグラフは厚生労働者の人口動態統計を元に、母親の年齢別出生数の分布が近年どのように変化したかを見たものです。35歳以上の比較的高齢での出産に着目しますと、最近になるほどこの年齢での出産が相対的に増えていることが分かります。ただし、これは出産年齢ですので、このグラフの年齢で子どもを出産した女性が育児を終えるのはもっと後になります。例えば、38歳で出産した女性の子どもの小学校に上がるのはその6年後で、女性が44歳になるころです。一方で、親の介護のリスクは40歳ごろから徐々に高まりますの

で、こうしたケースでは子どもが未就学のうちに親の介護が必要ということも間々起こってくるわけです。

ここまで、高齢者介護をめぐる大きい家族状況の変化について、ざっとお話ししてきましたが、次に介護保険制度下における在宅での家族介護の負担の実態について、家族介護者の抑うつとその要因に着目してみていきたいと思います。

なぜ、家族介護者の抑うつに着目するのかですが、これは介護保険制度下の現在においても、主な家族介護者の4割から5割が抑うつ状態にあるという、大変深刻な状況にあるためです。皆さんも介護うつという言葉聞いたことがあるかもしれませんが、こうした状況に陥ると、介護者は介護を継続することが難しくなるだけでなく、場合によっては、先ほどの先生のお話の中にあつたような、介護をめぐる殺人や自殺につながることもあります。そういった意味で、高齢者にとっても介護者にとっても介護うつは深刻な問題です。

ということで、介護者の抑うつはなぜ起こるのか。この点について次に詳しく見て行きたいと思います。ストレス研究によると、これは一連のストレス過程の結果として起こると考えられています。これはアメリカの社会学者、Leonard Pearlin 教授のモデルを参考に作成した図です。ストレス過程というのは、何らかの先行する問題状況が心身の健康を阻害するプロセスを指します。先行する問題状況のことを学術用語でストレッサーと呼びます。高齢者介護における大本のストレッサー、これを一次的ストレッサーと言いますが、これは要介護者のニーズやそのニーズによって要請される介護の度合いによるストレッサーを指します。例えば、高齢者の体に重い障がいがあったり、認知症があるような場合は、そうでない場合に比べて介護者が提供しなければならない介護も多くなって、介護そのものの大変さが大きくなると考えられます。

ただし、高齢者介護は、介護自体の大変さよりも、介護することによって、介護という場面を超えて介護者の生活に困難が起こること、これが実はもっと大変とも考えられます。このように、大本にある一次的ストレッサーが引き金となってさまざまな生活場面で波及的に起こる問題状況のことを、二次的ストレッサーと言います。介護をすることによって介護者は介護という場面だけではなく、その社会生活、家族生活、就業生活など、さまざまな場面で困難を経験する可能性がありますので、そうした二次的ストレッサーにも着目する必要があるということです。

それでは、この一次的ストレッサーである要介護者の状態と、二次的ストレッサーである生活上の困難、このうち日本の介護者の抑うつのより大きな原因となっているのはどちらでしょうか。この点を家計経済研究所の「在宅介護のお金とくらしについての調査」を使って分析をしてみました。この調査は2011年に家計経済研究所が、親と同居して介護している中高年男女を対象に行ったインターネット調査です。今日は時間が限られますので、調査の詳細は研究所の機関誌やホームページを見ていただくことにして、本報告ではここのテーマに関連する結果の一部のみ、かいつまんで説明させていただきます。

まず、一次的ストレッサーである要介護者の状態と家族介護者の抑うつの間には顕著な直接的関連は見られませんでした。このことは何を指すかということ、要介護度が上がって介護量が増えても、それ自体が必ずしも直接介護者の抑うつを引き起こすというわけではないということです。一方で、要介護者の状態は介護者の生活上の困難に関わっていて、

生活上の困難は介護者の抑うつと深く関わっていました。この結果は、家族介護者を抑うつ状態から救うには高齢者の状態のみに着目するのではなくて、それがいかに家族介護者の生活上の困難を引き起こし、またその生活上の困難がいかに抑うつを引き起こしているかという、このプロセスに着目することが重要であることを示しています。

そこで次に、このデータで明らかになった家族介護者が経験している生活上の困難の中から代表的なものを幾つかご紹介したいと思います。まず1つ目は社会生活上の困難です。8割以上の主介護者が自分のための時間が減ったという経験について、かなりあった、あるいはいくらかあったと答えています。趣味や学習活動などをする自由な時間が減った、友達と過ごす時間が減った、こういったことについても7割以上の介護者がそのように答えています。介護保険の導入によって介護者の介護時間は若干減ったかもしれませんが、家族介護者が社会生活上の困難を回避できるレベルにはまだ遠い状況であるということが、この結果から分かります。

2つ目は、就業生活上の困難ですが、まず、親の介護が必要になったとき仕事をしていた方の約6割が仕事を辞めたり、変えたり、休んだり、減らしたりといった仕事上の変化を経験しています。介護と仕事の両立のために、介護保険制度のほかに介護休業制度などもありますが、多くの介護者にとって現状の体制では両立はまだ難しい状況にあることがうかがえます。実際、調査時点で仕事を辞めずに介護を両立していた方に限定した分析もしてみたのですが、多くの方が仕事上のストレスを感じていました。6割以上の方が仕事に割ける気力や体力が限られているといったことが、自分の仕事の状況としてかなり、あるいはある程度当てはまると回答しています。これは、介護者が短時間勤務などを使って、何とか仕事を継続している場合も、それは相当な無理をして行っているのであって、この点でも現在の体制では不十分であることを示唆しています。

3つ目は、家族生活上の困難ですが、5割以上の介護者が介護によって他の家族のことに思うように手が回らなくなった。他の家族と一緒に過ごす時間が減ったということがかなり、あるいはいくらかあったと答えています。ダブルケアで育児に手が回らなくなったというケースもこの中に含まれると思われます。

4つ目は、経済生活上の困難です。例えば、介護によって世帯収入が減った。あるいは世帯支出が増えたと答えている介護者は5割以上に上りました。先ほど、介護の前に仕事をしていた介護者の6割が介護のために仕事上の変化を経験しているというデータをご紹介しましたが、こうした変化は多くの場合収入が減ることに関わります。一方で介護は介護保険サービスの利用やおむつの購入など、それ自体がさまざまな新しい支出も生じます。世帯全体の家計という観点から考えますと、家族介護の持続のためには収入が減らないよう介護者が仕事を継続できる支援のほか、支出が増えすぎないよう介護サービスが適切な価格で整備されていくということも重要と考えられます。

家計経済研究所が今年度介護費用について調査を行っています。ここではその結果の速報値をいただいていたのでご紹介します。介護保険に関わる支出は、2016年現在4万556円。介護保険以外の支出は3万4,187円で、介護に関わる合計支出は月平均7万4,743円となっています。支出額は要介護度にもよりますし、また高額療養費制度もありますので、実際の支出はもう少し少なくなると思いますが、ここに示されているような金額について今後も注意して見ていく必要があると思われます。この調査の最新情報は研究

所のほうで公開されると思いますので、ご関心がおありの方はそちらをご覧くださいければと思います。

最後に、これらのデータを元に今後のケアを考える視点として重要と思われることをまとめたいと思います。まず1つ目に重要な視点は、今回のシンポジウムの趣旨とも重なりますが、新しい家族状況を踏まえたケア体制の整備です。今回、データでご紹介したように、現在の高齢者の多くは一人暮らしか、そうでなければ高齢の配偶者との二人暮らし、子どもがいたとしても未婚の子どもとの同居で、その子どもが働くことが将来的にも大事な時期にあるというケースが多いです。

しかし、今のケア体制には、実質的に、そうした切実な家族状況がまだ十分踏まえられていないように思われます。新しい家族状況に合うかたちで、家族が関われなくても高齢者が在宅で生活できるような水準、家族が自分達の状況に応じて介護の一部／全部をする／しないを柔軟に選択できる水準に向けてサービスを充実させていく必要があると思います。まずは、そういう意味で介護の社会化をいっそう推し進めるということだと思われま

す。また、今後のケアを考えるにあたっては、介護に手を挙げた家族がその介護によって離職などの深刻な生活上の困難や抑うつなど自分の健康を害するような経験をしなくて済むような体制整備という視点も重要だと思われま

す。介護に自分で手を挙げた人が仕事を辞めたり、社会的な活動を諦めたりすることなく、大卒でこれまでどおりの生活を維持できるよう、支援の体制を整えていくことが重要と思われま

## 「ヤングケアラーとして見えたこと」

井手 大喜

井手：皆さんこんにちは。埼玉県草加から参りました、井手大喜と申します。今日はヤングケアラーとして見えたことを皆さまにお話しさせていただければと思います。

まず、共通認識として、ヤングケアラーという言葉聞いたことがあるという方はいらっしゃるでしょうか。ヤングケアラーという言葉は、何歳ぐらいをヤングケアラーというのか、まだ日本ではおそらくしっかりと定義はなされていないと思います。私の場合は、16歳、高校生、大学生のときに介護を経験して、そのことを皆さまにお話しさせていただければと思います。普通の日本の高校生、大学生が何をしてきたかという背景で見てください。

「16歳の春、介護と看護の区別もなく〇〇は始まった」というのは、普通の高校生だったので、これが看護なのか、介護なのか、特に明確な区別もなく、正直なところ意識しておらず、分かりませんでした。

父親が58歳、私が16歳の時に、父が脳梗塞で倒れてしまったのですけれども、一緒に病院に行って、変な言葉ですけれども死には至っていない。ということは、病院から戻ってくればまた普通の生活ができるのではないかな。また普通の生活に戻れるのではないかなという気楽な思いです。そのあとの仕事はどうなるという悩みもないですし、自分の人生がどう変わるという不安もありませんでした。

▼ヤングケアラーとして

・知識不足

退院したら、また以前の生活に戻れる。

しかし、今までの父親では考えられないことが  
起こり始める。

脳梗塞？認知症？  
介護保険？市役所？行政？

3

ヤングケアラーとして経験した、見たこと  
の1点目としては知識不足ということが  
言えます。知識不足というのは、大人であれ  
ば、2001年だったのですけれども、もうそ  
のころ介護保険はあります。でも、介護保険  
とは何だろう。市役所に行ったほうがいいの  
かな。行政という言葉も出てきました。さら  
に、認知症という言葉も出てきました。

どれも受け入れるには、その知識がありま

せんでした。

父は脳梗塞になった後、一度社会復帰しましたが徐々に能力が衰えていきました。

会社から帰って来られなくなったり、それまでは、昔の威厳のあるちょっと怖い、外の  
目を気にするような父親だったのですけれども、会社から帰ってくる途中、道端で倒れ  
て、そのまま起き上がれなくて、近所の人たちから電話が来て、「お父さん、倒れていた  
よ」。

でも、そんなこと信じられないわけです。今までは外の目ばかり気にしていた父親が、  
なんで帰ってこないのだろう。父は恥ずかしくないのかなと思っていたのですけれども、  
そういったことが認知症にそのあとつながっていくとか、実際に介護が始まっていくなん  
ていうことは、当初は考えもしませんでした。

▼ヤングケアラーとして

・ネットワーク不足

「介護」を知っているのは友達の親世代。  
「自分は一世代ズレたことをやっている。」

父親のオムツ、徘徊は友達には言っても仕方ない。

インフォーマルな情報は手に入らない。

4

2点目に、ネットワーク不足ということが  
挙げられると思います。16歳の高校生。そ  
のときは高校2年生、3年生でしたが、日本  
の高校生が親以外で会う大人といえば学校の  
先生ぐらいしかいませんが、介護のことを相  
談することはできません。学校の先生と高校  
から大学への進学、進路に関する相談時間  
はあったとしても、その先生と介護に関する  
相談はおそらくできないです。

私が担任の先生に、父親がこういう状況なので、1回退院して社会復帰はしているので  
すけれども、そのあと糖尿病の治療もあり、通院を兼ねて父親に付き添わなければいけな  
かったので、学校の先生に「早く帰らなければ」と言っても、「それであればいいよ」ぐ  
らいで終わりです。それ以降、「どうなんだ。それ以降、家庭の中は変わったのか」など  
ということとは、特に学校の先生は聞きません。

介護をしているのは友達の親世代だなど感じたこともありました。父親が徐々にむづ  
が必要になったり、徘徊をするようになったり、それは、友達に言っても介護経験がない  
ので友達には響きません。

でも、どうしても言いたくなって、これは大学1年生になった頃、友達に言ったこと  
があります。でも、その言葉を聞いた友達が、「そういえば自分の父親がそんなことを  
言っていたな」。これは友達と話すことではなくて、私は友達の親御さんと同じ経験をし

ているのかなと感じました。1世代ずれたことをやっているのかと感じました。

ネットワークが不足することによってインフォーマルな情報が手に入らなくなります。インフォーマルな情報とは何かというと、市役所等で配られる介護保険の冊子などは、情報としてその時点で入るようになるのですけれども、例えば、ケアマネさんとの付き合い方や、このおむつがいいのではないか、この事業所がいいのではないかなどの、そういったインフォーマルな情報は手に入りません。冊子やパンフレットどおりの介護しか知らないわけです。

この時期に、ネットワーク不足や、孤立感を感じ始めました。徘徊が父親は始まっていたのですけれども、だいぶ前の言葉だと思うのですが、徘徊をしている姿が近所の方の目に止まって、あまり見栄えがよくなかったのでしょうか、だから、養老院に行きなさいとか、嫌がらせの手紙を受け取ったこともありました。

父親が認知症になって徘徊をして、外でよだれを垂らしている時は、ネットワーク不足であり、孤立していったなと今でも思い出します。

父親の介護をメインに看ていたのは母親だと思うのですが、私は母親と共同してやっていました。昼間は、私は学校へ行っていますので母親が、夜は私が、基本的には、明確に12時間で分けていないのですけれども、朝と夜を母親と交代で父親の面倒を看ていました。

でも、母は日中父といるので、介護保険のサービスを受けるまで、私は父の状況をいろいろ話しながら、何らかの支援はないのかということで市役所に何度も通い、直接サービス事業所に行って、こういう状態でお父さんは痴呆症とみんなに言われているのですが何かないですか、と尋ねていました。

実は介護保険の申請をするまで3年ぐらいかかっているのです。3年間掛かってケアマネさんがようやく来て、やっと救いの手が差し伸べられると思ったのですが、ケアマネさんが見るのは私ではなくて隣にいる母です。でも、自分としては母と同じぐらい気を張っているのです。自分もやっているのです。だから、自分のことも従たる介護者とは見ないでほしい。主たる介護者として意見を組み入れてほしいなんていう、生意気なことも考えていました。

3点目に、能力が制限される家族介護者というのは、まだ未成年なので市役所に行っても、手続き等ができなかったということです。

#### ▼ヤングケアラーとして

#### ・主たる介護者ではない

市役所窓口で  
サービス事業所で  
ケアマネと  
サービス利用の際に

能力が制限される、家族介護者  
相手にされない、家族介護者

5

高校時代には、このようなことがありました。高校の制服で市役所に行って、担当課の窓口に行っても、「お母さんと一緒に来てくださいね」。「でも、今お母さんはお父さんを看ているので、僕しか出られないのです」と言っても、「お母さんが来ないと駄目なのですよ」と、自分の存在というのは、家庭の中では自分がいなければ介護は成立しないけれども、外では自分がいなくても成立するの

か。外では自分は認められない存在と感じていました。



▼ヤングケアラーとして

・職業を選べない

学校のキャリアセンターとは縁がなく

9～17時の仕事はできない

社会に認められていく、同級生とのギャップ

いつ終わるか分からない「介護」

6

4点目に、職業を選ばません。何とか無事、大学には通わせていただいて、大学1年生、大学2年生と過ごさせてもらったのですが、3年生になると何が始まるか。今の日本の大学生をご存じでしょうか。大学3年生になると就職活動が始まります。僕の時代は大学3年生の12月ごろに就職活動が始まりました。

みんな、一気にその辺から髪の毛の色が変わり、大学のキャリアセンターという言葉が口にするようになります。みんな、サークルに行っていたものが企業のインターンなど、違う方向に向き出しました。

しかし、自分が行う介護を継続していくためには、やはり6時ぐらいに帰り、翌朝の6時ぐらいまで自分が責任を持たないと、母と維持している介護の生活が順調に進まなかったもので、9時、5時で絶対帰ってこないといけなくなり、就労するに際して、時間的な制限が出ます。

みんなが選ぶような道を選べないということに気が出しました。キャリアセンターに行き、みんな内定をもらい出すのですが、みんなが社会によりやく認められていく姿を後ろから見て、自分に関しては、自分の家と学校の往復だけですから離されていくなと思いながら学校生活を送っていました。職業はどうしようかなと、あまり頭には浮かばないまま、終わりがいつになるか分からない介護の日々を過ごしていました。

▼ヤングケアラーとして

・負担？ 当たり前のこと？

家族が抱えていた問題

父親の代わりに自分が担い手になる。

姉の障がい者手帳の取得  
父親の介護とは異なる、姉との日々

7

5点目として、「負担、当たり前のこと」と書いてあるのですが、自分としては、これは避けられなかったこととして、ヤングケアラーの特徴というのでしょうか、避けられなかったこととしてお話しできればと思います。

父親が脳梗塞で倒れ、そのあと認知症になり要介護度も上がって行くにつれて、姉が知的障がいなので障がいの認定を受けていて、

実は父親だけではなくて、父親のサポートをするということは、イコール姉のサポートすることにもなったのです。

父親が抱えていたものを一気に父親の分も抱えることになり、想定外でした。父親がやっていたことなので自分には見えていなかったのです。でも、その父親を抱えた瞬間に、お姉ちゃんもいるのだと。

姉は「障害者手帳」を取得していませんでした。今では考えられないのですが、20～30年前は日本の障がいの分野も療育の分野も制度的にも機能していなくて、はざまで見落とされている人たちがいるのです。

姉は、知的障がいの中度でようやく二十歳を過ぎてから手帳を取得して、これから就労しなくてはいけないということで就労支援のB型の施設に姉と行ったり、父親のデイサー

ビスや老健とかショートステイの事業所に行くのと同じくしてほかのタイミングで障がい者のサービス事業所に行ったりということをしていました。

ヤングケアラーの実態ということで、3年前、多くのメディアで取り上げていただいた時期があるのですが、でも今、ちょっとずつ下火になっています。下火というのも変ですが。

なぜかという見えません。映像として多分、メディアの人は残したいのでしょうけれども、報道したいのでしょうけれども、紹介してくださいといってもいないのです。いないというのは、存在しないのではなくて見えません。見ていないのです。

それは、例えば、行政に関して言えば、高齢者を介護する若者を支援する担当課はないのです。さらに障がい者の方をサポートする、介護している若者を支える担当課はないのです。ということは、その若者がいたとしても、今まで行政からは見えない存在でした。

若者自体に問題がなければ、行政の支援あるいは社会的な支援はないのではないかと考えています。社会から見えない存在なのです。

一番最後に、自ら見えない存在になっているというのは、ヤングケアラーであることを隠すということではなくて、介護が終わったら、自分の人生を歩まないといけないうことです。

あしたからどうしますか。今までは介護をやっていたから猶予されていたのでしょうか。でも、介護が終わった瞬間から、あなたはこれから生きるための選択をしてくださいというふうになるのです。

ヤングケアラーだったのですと語る人も、多分少ないと思うのです。メディアで取材していただいた方の中には、取材者自身が、「実は私もヤングケアラーだったんですよ」と話す方が2人いました。でも、語っていないんです。もうヤングケアラーではないからです。介護の場を卒業して自分の違うステージに上がっているから、語り部としてずっとそこにいることはできないということです。

制度的に見えなくなったり、自らがその場にいなくなったりというのが、実態として見えないと言われる、ヤングケアラーの原因ではないでしょうか。

最後に、ヤングケアラーに対して、よく言われたのが「若いのに偉かったね。でも、君が本当に見なければいけなかったのかな」。あるいは、年配の方だったら、「自分も大きな家の中で、兄弟分担して親の面倒を見たよ」と言われたのですが、結局欲しかった言葉は、介護に対するアドバイスや評価ではなくて、今自分が介護者ではなくて1人の人間として何をすれば良いかということを大人から指示してほしいかった。自分を見てほしいかったというのが一番最後に残った気持ちでした。終わりです。ありがとうございます。

## 「広がるダブルケアにどう向き合う？」

佐塚 玲子

よこはま地域福祉研究センターの佐塚と申します。

今日、「広がるダブルケアにどう向き合う？」ということでお話しさせていただきます。

私は、8年ほど横浜の地域ケアプラザという福祉拠点に勤務し、デイサービスの職員、それから在宅介護支援センターの相談員、そして地域福祉を推進する地域交流コーディネ

ネーターという職種を経験しました。その中で出会ったダブルケアラーさん、トリプルケアラーさんのことをお話したいと思います。また、私は、1960年生まれの56歳ですけれども、若いころから、自分自身がダブル・トリプルケアラーでした。そのあたりから、ダブルケア研究者ではありませんが、支援の現場やケア当事者の経験を通して話したいと思います。よろしくお願いします。

はじめに、現在、私は、よこはま地域福祉研究センターの職員です。顔の見える関係作りから始まる、始めるというスローガンを掲げて、対話の中から地域福祉を創造したいと考えています。今日、ダブルケアのお話をさせていただきますが、法人のプロジェクト事業や神奈川県や横浜市の人材育成事業、第三者評価等、直接ダブルケアの問題を扱って事業でなくとも、度々、ダブルケアラーやダブルケア問題への対応に直面する人に出会います。中間支援という立場で仕事をしていますが、それでも、多様な視点で福祉に向き合っているとダブルケア課題がみえてくるということは、ダブルケア・トリプルケアラーが増えていくことを実感します。

私が現場の職員だった頃、既にダブルケア研究をされている方がいらしたということは、後から知りました。2012年から横浜国大の相馬先生や山下先生等が、ダブルケアの研究をされ始めています。狭義、広義とで分けて定義づけていらっしゃるようですが、狭義のところでは育児と介護の同時進行。広義は、家族や親族と親密な関係における複数のケア関係。そこにおける複合的課題ということを捉えて研究されています。

横浜市ではダブルケアの研究が進んでいまして、横浜市の『調査季報』という季刊誌が

**ダブルケアとは**

2012年度～東アジア比較調査研究実施における、分析概念から出発。  
横浜国立大学 相馬直子氏・英国ブリストル大学 山下順子氏他が  
育児と介護の同時進行における実態やその構造を問題化するために概念化。

**狭義：育児と介護の同時進行**

- ・子育てと親の介護は同時に直面すること
- ・世代間のケアリンク（団塊ジュニア・団塊世代）

**広義：家族や親族等、親密な関係における複数のケア関係、そこにおける複合的課題**

- ・夫のケア・自分のケア・障害を持つ兄弟のケア・非正規シングルと親のケア・障害を持つ成人と親のケア・多文化家庭におけるケア関係
- ・ダブルだけではない実態、トリプルケア・・・

ありますが、そこにもダブルケアのことが特集記事として書かれていまして、相馬先生、またその研究会に入られているメンバーの方がいろいろ書かれていますので、インターネットでも見られますので、「調査季報」と引いていただければ、色々な形でダブルケアのことを知って頂けるのではないかと思います。

研究の中に、「ダブルケアの人口と年齢」がありますが、25万人のダブルケアラーがおり、男性と女性で比べると女性のほうが多いです。介護のみの人だと53万人です。またケアラーの平均年齢は、ダブルケアラーは、男性が平均41.16歳。女性が38.83歳です。介護のみを行う人の平均年齢が59.16歳なので、ダブルケアラーに若い人が多いことがわかると思います。

次に、「ダブルケアラーのケアに対する負担」についての調査です。これもダブルケア研究会や、ソニー生命研究所等が調べていらっしゃるものを貸していただきました。どんな負担感があるかという、精神的にしんどいか体力的にしんどい。経済的負担。子どもの世話が十分できないとか、こういうような調査結果が出ています。

更に、「誰かダブルケアを支えてくれたか」という問いもありますが、ここは圧倒的に夫です。次に親とか義理の親。ケアマネジャーが出ていますが、支えてくれた人がいないという回答も15%。ダブルケアラーに、支え手がないと感じていらっしゃる方が多く、

負担感を感じている人の存在が確認できる結果です。

ここまでは、ダブルケアの研究会等が知っていることをご紹介したわけですが、私自身も、地域ケアプラザの勤務時代に色々なダブルケアの方たちに会っています。平成10年から17年ですが、少し紹介させてください。

まず、ケアラーの方Aさん、トリプルケアラーです。専業主婦です。夫が60代後半で脳梗塞になってしまいました。同居の義理の母が80代後半で軽度認知症を発症しています。そして、地方に暮らす実母。80代後半で大腿骨を折ってしまい、頻りに様子を観に行く必要がある。育児はありませんけれども、高齢者のトリプルケアの状態です。

2番目のBさんは40歳パート主婦。4歳の男の子と6歳の女の子を育てていらっしゃいます。近居の義理の父が70代後半でパーキンソン病。義理の母も60代後半で癌になりました。義理のお母さんは、自分のことも夫の介護が思うようにできないことに悩んでいましたし、Bさんとしては、当時、癌は介護保険が使えなかったのも、義理の父母の介護状態に結婚して、6、7年というところに直面し、育児とともに非常に厳しい状態でした。

3番目のトリプルケアラーのCさんは35歳のシングルマザーです。本人はDVで離婚しており、思春期より精神科の通院歴もあって抑うつ状態があります。2歳の男の子がいます。同じ団地で世帯は別の養母が70後半でリウマチを発症していらっしゃいます。このケースは、Cさん自身にケアラー認識が薄い状態でしたが、明らかに介護も育児も適切に行われていない状態でした。

次、Dさんはダブルケアですが、50歳専業主婦。中学校2年生の男の子に知的障害があります。この方が同居の実母80代。糖尿病、高血圧、要介護3です。

最後になりますが、Eさん、ダブルケアですが、専業主婦。2歳の子育て、近居の実母70代、脳梗塞です。

| 地域ケアプラザ勤務時代(H10～17年)に出会ったケアラー達<br>デイサービス・在宅介護支援センター相談員・地域活動交流コーディネーターを経験<br>複数の職務・事業から見えてきたケアラー達 包括的対応が困難だった当時 |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| ケアラー   | ケアの当事者  | 課題                                  |
| トリプル<br>Aさん 45歳<br>専業主婦<br>(パート勤務あり)   | ①夫の代役 ②母の介護 ③父の介護 ④兄弟の介護 ⑤兄弟の介護 ⑥兄弟の介護 ⑦兄弟の介護 ⑧兄弟の介護 ⑨兄弟の介護 ⑩兄弟の介護 ⑪兄弟の介護 ⑫兄弟の介護 ⑬兄弟の介護 ⑭兄弟の介護 ⑮兄弟の介護 ⑯兄弟の介護 ⑰兄弟の介護 ⑱兄弟の介護 ⑲兄弟の介護 ⑳兄弟の介護 ㉑兄弟の介護 ㉒兄弟の介護 ㉓兄弟の介護 ㉔兄弟の介護 ㉕兄弟の介護 ㉖兄弟の介護 ㉗兄弟の介護 ㉘兄弟の介護 ㉙兄弟の介護 ㉚兄弟の介護 ㉛兄弟の介護 ㉜兄弟の介護 ㉝兄弟の介護 ㉞兄弟の介護 ㉟兄弟の介護 ㊱兄弟の介護 ㊲兄弟の介護 ㊳兄弟の介護 ㊴兄弟の介護 ㊵兄弟の介護 ㊶兄弟の介護 ㊷兄弟の介護 ㊸兄弟の介護 ㊹兄弟の介護 ㊺兄弟の介護 ㊻兄弟の介護 ㊼兄弟の介護 ㊽兄弟の介護 ㊾兄弟の介護 ㊿兄弟の介護  | ・介護サービスに関する課題<br>・ケアの負担<br>・介護費用の負担 |
| トリプル<br>Bさん 40歳<br>パート主婦<br>(専業主婦あり)   | ①父の介護 ②母の介護 ③父の介護 ④兄弟の介護 ⑤兄弟の介護 ⑥兄弟の介護 ⑦兄弟の介護 ⑧兄弟の介護 ⑨兄弟の介護 ⑩兄弟の介護 ⑪兄弟の介護 ⑫兄弟の介護 ⑬兄弟の介護 ⑭兄弟の介護 ⑮兄弟の介護 ⑯兄弟の介護 ⑰兄弟の介護 ⑱兄弟の介護 ⑲兄弟の介護 ⑳兄弟の介護 ㉑兄弟の介護 ㉒兄弟の介護 ㉓兄弟の介護 ㉔兄弟の介護 ㉕兄弟の介護 ㉖兄弟の介護 ㉗兄弟の介護 ㉘兄弟の介護 ㉙兄弟の介護 ㉚兄弟の介護 ㉛兄弟の介護 ㉜兄弟の介護 ㉝兄弟の介護 ㉞兄弟の介護 ㉟兄弟の介護 ㊱兄弟の介護 ㊲兄弟の介護 ㊳兄弟の介護 ㊴兄弟の介護 ㊵兄弟の介護 ㊶兄弟の介護 ㊷兄弟の介護 ㊸兄弟の介護 ㊹兄弟の介護 ㊺兄弟の介護 ㊻兄弟の介護 ㊼兄弟の介護 ㊽兄弟の介護 ㊾兄弟の介護 ㊿兄弟の介護  | ・介護サービスの不足<br>・介護の負担<br>・ケアの負担      |
| トリプル<br>Cさん 35歳<br>シングルマザー<br>(パート勤務あり)  | ①本人の介護 ②母の介護 ③父の介護 ④兄弟の介護 ⑤兄弟の介護 ⑥兄弟の介護 ⑦兄弟の介護 ⑧兄弟の介護 ⑨兄弟の介護 ⑩兄弟の介護 ⑪兄弟の介護 ⑫兄弟の介護 ⑬兄弟の介護 ⑭兄弟の介護 ⑮兄弟の介護 ⑯兄弟の介護 ⑰兄弟の介護 ⑱兄弟の介護 ⑲兄弟の介護 ⑳兄弟の介護 ㉑兄弟の介護 ㉒兄弟の介護 ㉓兄弟の介護 ㉔兄弟の介護 ㉕兄弟の介護 ㉖兄弟の介護 ㉗兄弟の介護 ㉘兄弟の介護 ㉙兄弟の介護 ㉚兄弟の介護 ㉛兄弟の介護 ㉜兄弟の介護 ㉝兄弟の介護 ㉞兄弟の介護 ㉟兄弟の介護 ㊱兄弟の介護 ㊲兄弟の介護 ㊳兄弟の介護 ㊴兄弟の介護 ㊵兄弟の介護 ㊶兄弟の介護 ㊷兄弟の介護 ㊸兄弟の介護 ㊹兄弟の介護 ㊺兄弟の介護 ㊻兄弟の介護 ㊼兄弟の介護 ㊽兄弟の介護 ㊾兄弟の介護 ㊿兄弟の介護 | ・ケアサービスの不足<br>・介護の負担<br>・ケアの負担      |
| ダブル<br>Dさん 50歳<br>専業主婦<br>(パート勤務あり)  | ①母の介護 ②父の介護 ③兄弟の介護 ④兄弟の介護 ⑤兄弟の介護 ⑥兄弟の介護 ⑦兄弟の介護 ⑧兄弟の介護 ⑨兄弟の介護 ⑩兄弟の介護 ⑪兄弟の介護 ⑫兄弟の介護 ⑬兄弟の介護 ⑭兄弟の介護 ⑮兄弟の介護 ⑯兄弟の介護 ⑰兄弟の介護 ⑱兄弟の介護 ⑲兄弟の介護 ⑳兄弟の介護 ㉑兄弟の介護 ㉒兄弟の介護 ㉓兄弟の介護 ㉔兄弟の介護 ㉕兄弟の介護 ㉖兄弟の介護 ㉗兄弟の介護 ㉘兄弟の介護 ㉙兄弟の介護 ㉚兄弟の介護 ㉛兄弟の介護 ㉜兄弟の介護 ㉝兄弟の介護 ㉞兄弟の介護 ㉟兄弟の介護 ㊱兄弟の介護 ㊲兄弟の介護 ㊳兄弟の介護 ㊴兄弟の介護 ㊵兄弟の介護 ㊶兄弟の介護 ㊷兄弟の介護 ㊸兄弟の介護 ㊹兄弟の介護 ㊺兄弟の介護 ㊻兄弟の介護 ㊼兄弟の介護 ㊽兄弟の介護 ㊾兄弟の介護 ㊿兄弟の介護 | ・ケアサービスの不足<br>・介護の負担<br>・ケアの負担      |
| ダブル<br>Eさん 35歳<br>専業主婦<br>(パート勤務あり)  | ①母の介護 ②父の介護 ③兄弟の介護 ④兄弟の介護 ⑤兄弟の介護 ⑥兄弟の介護 ⑦兄弟の介護 ⑧兄弟の介護 ⑨兄弟の介護 ⑩兄弟の介護 ⑪兄弟の介護 ⑫兄弟の介護 ⑬兄弟の介護 ⑭兄弟の介護 ⑮兄弟の介護 ⑯兄弟の介護 ⑰兄弟の介護 ⑱兄弟の介護 ⑲兄弟の介護 ⑳兄弟の介護 ㉑兄弟の介護 ㉒兄弟の介護 ㉓兄弟の介護 ㉔兄弟の介護 ㉕兄弟の介護 ㉖兄弟の介護 ㉗兄弟の介護 ㉘兄弟の介護 ㉙兄弟の介護 ㉚兄弟の介護 ㉛兄弟の介護 ㉜兄弟の介護 ㉝兄弟の介護 ㉞兄弟の介護 ㉟兄弟の介護 ㊱兄弟の介護 ㊲兄弟の介護 ㊳兄弟の介護 ㊴兄弟の介護 ㊵兄弟の介護 ㊶兄弟の介護 ㊷兄弟の介護 ㊸兄弟の介護 ㊹兄弟の介護 ㊺兄弟の介護 ㊻兄弟の介護 ㊼兄弟の介護 ㊽兄弟の介護 ㊾兄弟の介護 ㊿兄弟の介護 | ・ケアサービスの不足<br>・介護の負担<br>・ケアの負担      |

お判りになるでしょうか、一口にダブルケアといっても、ケアラーもケアされる当事者も実に様々です。また、これらのケアラー発見のほとんどが相談支援の窓口ではありませんでした。

Aさんはデイサービス利用者の家族でした。同居の義理の母がデイサービスを利用しており、実はうちの夫も、また地方に実母も介護状態であると打ち明けられて知ることと

なりました。

Bさんについては総合相談の窓口に来訪されて、癌のお母さんがいてどうしたらいいのかという相談でした。しかし、自分が、トリプルケア状態であることを打ち明けようとしていたわけではなく、暮らしの状態を伺っているうちにみえてきました。

Cさんは、ボランティア団体と連絡協議会をしていたのですが、そのときにボランティアの方たちからこのシングルマザーの方のダブルケア状態を地域で対応できるだろうか

と、ケースとして報告してくださり、発見されたものです。

Dさんに関しては中学生の居場所サロンをしていたのですが、知的障害個別支援級の男子が参加していて、迎えに来たお母さんとの立ち話で介護の悩みを打ち明けられて、ケースとなりました。

ダブル、トリプルケアラーであっても、重複したケアを課題として自ら相談に来るケースは、ほとんどありません。ケアラー達に、自分たちがダブルケアラーであるという認識は薄く、仕方がない、やらなければいけないと育児も介護も思っているのも、ダブルだから、トリプルだから相談しようとは思っていなかったと思います。

また、当時ケアラーは圧倒的に女性ケアラーで、妻、嫁、娘の立場でケアをしていらっしやいました。育児、介護に生ずる問題解決は自己責任と捉える傾向があって、専門職やボランティアに訴えるのも愚痴レベルだったように思います。

相談をどう活用するか、そういう意識がなかったと思います。

ケアラー達に、一様に不足していたのは、介護、育児ともに社会的サービスの情報です。

当時、介護保険制度が施行され、5、6年というところでしたが、まだまだ、介護の社会的サービスを適正に使うことは市民にとって容易なことではなかったと思います。

もう一点、当時のケアラーに関して、気になっていたのは、孤立です。

若いダブルケアラーの介護における孤立が特に気になるところでした。育児の友達はいるけど若い世代で介護している人が少ないため、介護について話したり、相談したりする身近な存在がいない。また、若いダブルケアラーほど労働者としてのケアと仕事の両立や介護、育児に関わる経済的負担を抱えている傾向もありました。

#### 当時のケアラー達

- 複数のケアを同時に行っているケアラー。その世代は多様だった
- ダブルケアラーであるという認識がないケアラー
- 圧倒的に多い女性ケアラー 妻・嫁・娘の立場でケア
- 育児・介護に生じる問題解決は自己責任として捉える傾向  
→だから、ダブルケア当事者の発見は、相談によるものは少なく、会議や研修・イベントなどの場での発見がほとんど。
- ケアラーの介護・育児共、社会的サービス情報不足  
→適切なサービスを選択と活用する力（リテラシー）が弱い
- 若いダブルケアラーほど孤立  
→家族関係も未成熟、地域や近所との付き合いが少なく、介護についてはケアラー仲間がいない
- 若いダブルケアラーほど労働者としての問題や介護や育児にかかる経済的負担を抱える傾向  
→今は、若者の就業問題や世帯収入の減少などが社会問題となっているが、当時も、既に顕在化しつつあった、？

時間もあまりないのですが、私もトリプルケアラーなので紹介をさせていただきます。38歳のときからダブル、トリプルケアをしていたことに資料を作って気づきました。

私38歳で、義父が70歳で、元気な人だったのですが脳梗塞で倒れて、2年間、いわゆる老人病院で過ごしました。当時はまだ介護保険がなかったので、食事介助に家族が交代で行くような状況でした。このとき長女が高校受験、次女は小学生でしたが、車で1時間半かかる病院介護が頻繁にあり、かわいそうな思いをさせました。ダブルケアです。

42歳のときに、実父が慢性白血病になりまして、私の母も不定愁訴で入院があったので別々の病院に見舞いながら、父母と同居している祖母98歳も介護状態ではないものの生活支援は必要でしたので、結局3か所を見舞い、直接介護はなくとも洗濯・掃除・食事づくりなど生活支援をしていました。このときに長女は17歳で次女は13歳でした。

私はずっと仕事をしていますので、最初のダブルケアのときは施設職員になったばかりで休みがとりにくく、物理的、体力的に大変だったこと思い出されます。

トリプルケアのときも中間支援団体に転職したばかりで、同時に大学院で研究を始め

ており、これも休めないけど、休まなくてはといつも葛藤していました。

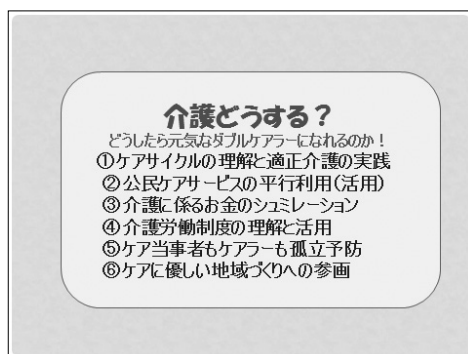
そして、数か月前、長女 31 歳が 9 月に、3 人目の子の妊娠中、重症のつわりで、1 カ月入院しました。上に、5 歳と 3 歳の男子もあり、婿も頑張っていました。娘と孫の面倒を観なくてはならなくなりました。同じ 9 月、実父 87 歳が誤嚥性肺炎で入院。治りたいという強い意志があったのですが、残念ながら 1 か月の入院で亡くなりました。突然の父の病に対する対応と、突然の父の病や死に直面して動揺する母のサポートもありました。孫、娘、父、母、本当に重複するケアに、どのように日常を送っていたのか思い出せないようです。

生活経験と仕事を通してケアに必要なことを考えると、「安心・安全な生活環境の確保」「住まいや住まい方」が必要なケアが適切に行われる状況であることがあります。

また、「子どもの成長段階とか高齢者の要介護度に応じた家族の適切な関わり」が必要になります。育児については子どもが小さいときはもちろん、学齢期になっても親がかかわる必要があることがあります。また、要介護度によっても、家族がしなければならないケアは異なります。どんな家族ケアが必要であるか、ケアラー自身が無自覚であれば、ダブルケアはもちろん、ケアそのものも困難になってしまいます。

更に、ケアに必要なことは「適切な介護サービスの選択と活用」です。子育てについては、ダブルケアのような突発的な状態に対応できる社会サービスがどのくらいあるのか課題があると思いますが、サービスの選択・活用ができることが必要だと思います。

ケアラーとして努めることとしては、「保健、医療、福祉の情報入手と連携」「仕事との両立」「良好な家族関係とか地域関係の構築」「ケアラーの健康維持」「家庭経済の安定」。そして、ダブルケア大変ですが、「ケアによる幸せと豊かさ」も得られるようでありたいと思います。介護当事者やケアラーが社会に発信するメッセージがあるのではないかと思います。し、ダブルケアをしたからこそ、社会に役立ったり、社会を変えることに繋がる発信ができるのではないかと思います。



どうしたら元気なダブルケアになれるのかということをお話しさせていただくために、ケアサイクルについても説明させていただきます。先ほど、要介護度別の家族介護の関わりというお話をしましたが、人は、男性が 3 回から 5 回。女性は 5 回から 7 回病気になるって急性期病院に入院して、治療を受け、リハビリテーションを経て通常の生活に戻るを繰り返し死に至るのだそうです。私の

祖父母とか実の父とか、回数はともあれ、ケアサイクルがあったと思います。ケアサイクルを理解し、どのような要介護状態であるかを考えないと、家族介護も介護サービスの選択も適切にできないのではないかと思います。

また、介護サービスに関しては、今日は、公的サービスの限界を知って、民間サービス

との並行利用が必要になります。在宅介護支援センターの相談員だった頃、介護保険制度が施行され、介護保険を使いましょうと宣伝したのですが、介護保険制度の財源は、ご存知の通り大変厳しく、給付費が2000年介護保険発足年、3.8兆円だったところ、一昨年度実績が10.1兆円です。2025年には21兆円になろうとしています。実際、公的サービスは要介護度の高い人が中心になっており、公的サービス以外の情報を得て、公民、サービスの並行利用をする選択と活用の力が必要です。

そうすると次は、ケアに掛かるお金のシミュレーションをすることの必要性についてです。先ほどお話ししましたが、日本は平均寿命が延びていますが、健康寿命も延ばさないといけません。男性の場合は、健康寿命と平均寿命の差が9.13年、女性が12年あります。先ほども先生方がお話ししていましたが、月々7万7,000円ぐらい。ほぼそのぐらいのお金が掛かります。15年介護期間が続いたら1,400万円ぐらい掛かるという計算になります。介護に対するファイナンシャルプランがなければ、経済的なところでパンクしてしまう家族が少なくないでしょう。今、20歳から39歳、貧困世代とか言われていますし、高齢者の貯蓄も1,270万円とか言われていますが、500万円以下の人たちが全体の5割です。全くない人が16.8%います。実際介護のお金を誰が払っているかということ、80%以上が介護当事者です。子世代ではありません。これからどうするかということはよく考えないといけません。

私の研究センターでも、介護や育児に関して、親世代と子世代がお金の話をどうするかということは、今まであまりされなかったと思いますが、一緒に話さなくてはいけない時代が来ていると考えて、その具体的方法などを探っているところです。

民間サービスについては、インフォーマルなボランティアサービスばかりではなくて、サービス付き高齢者住宅とか、新しく誕生している福祉サービスが色々あります。特養老人ホームや有料老人ホーム等々と比較しながら、自分の経済に合ったサービス、またどんな暮らしがしたいのかということで選ぶ力が必要だと思います。

また、経済的なことを捉えるとき、ケアラー自身の生活設計も忘れてはいけません。

仕事をするケアラーが、介護や育児に追われ離職となるケースが多いのが現状です。

ある調査で、正職員で勤務してた人が、辞めてしまって正社員に転職できたのは、男性は3人に1人。女性は5人に1人。女性の継続就労者の4割は、自分が主な介護者の担い手でありながら仕事と介護の両立をしているということもありますので、就労の問題については、急に辞めないということが大事になるかと思います。

そのためには、労働制度を知り、利用するということも必要になります。企業によって利用している人としていない人、非常に差があります。

そして、何度か、お話ししていますが、注意すべきは、孤立です。社会からの孤立は、様々な問題を引き起こします。健康状態も悪化、衛生状態の悪化、犯罪による被害にも遭いやすくなります。

最後に、多様なケアラーの葛藤が健在化し始めたことは、地域社会を変えていくチャンスなのではないかと思います。誰がダブルケアラーとなっても、子育ても介護も豊かにできる地域づくりをということで、ケアラーの方が声を出していくことが大事だと思います。

後半のお話は、介護のことが中心になりましたが、今日の地域で子どもの成長段階に応じた支援体制の脆弱さは課題と考える必要があるのではないのでしょうか。公民ケアサービスの並行利用といっても、子どもの場合、突発的に利用できるサービスは登録制度や、使い勝手など、時間も経済状態も厳しいケアラーにとって強い支えになるものは少ないと思います。特に児童期、青年期にはほとんどないという状況なので、地域で検討する必要があります。子育てとお金のシミュレーションですが、今6人に1人、子どもが貧困です。この状態でどうやって経済的な安定を図るかということも大事になるかと思います。

ケアラーに優しい地域づくりが求められます。

私はケアラーの社会化、ケアラーをケアに埋没させないことが大事だと思います。

ケアラー達が声を出してほしいと思います。また、専門職はケアラーの声を引き出し、発信する手助けをすることが必要だと思います。

身近な地域でケアラーと専門職の出会いの場を作り、ニーズの掘り起こしをし、新たなサービス開発が子育てにも介護にも必要だと思います。

介護に対する社会教育の取り組みが広がることも求められると思います。

ダブルケアを受け止める人や組織の模索も社会で検討が始まっており、子育てにも介護にも精通するソーシャルワーカーを育成するという話もありますが、これだけケアの今が複雑になっているときに、早々に多問題に対処できるネットワークを持った支援者養成が実現されるかと考えると課題も多いと思います。特別なワーカーを新たに作るというよりは、既存の社会資源で働く、支援者たちがダブルケアやダブルケアラーの実態を知ることが先決ではと思います。

**どのように・誰が支援する？**

- ケアラーの社会化がケアラー支援に
- 身近な地域でのケアラーや専門職の出会いの場の創出
- ニーズ(需要)の掘り起こしによる新たなサービス開発
- 社会教育の取り組みの模索
- 雇用や就労支援課題の検討
- ダブルケアを受け止める人や組織の模索

最後に、ダブルケア、育児や介護に思うことですが、本来ケアは、人間として、非常に貴重な経験であり、時間だと思います。

負担を軽減させる知恵や工夫をしながら、より良いケアを目指していきたいと思います。

## 「男性性とケア—おとこの看方（みかた）とその見方」

平山 亮

平山：皆さんこんにちは。東京都健康長寿医療センター研究所の平山です。私に今日与えられているお題は、男性による家族介護ですので、今日は私自身による男性介護者のインタビュー調査や、関連する研究を元にお話をさせていただきます。

私は主に、息子による介護を中心に研究をしていますので、今日も息子介護を中心にお話をさせていただきます。今日は息子介護者が自分の介護していること＝パフォーマンス



や、自分が介護している相手である親をどういうふうに見ているかということと、周囲の人々が息子介護者をどんなふうに見ているのかをテーマにします。

息子介護者の見方と、息子介護者への見方の中に、私たちのジェンダー観、つまり、「男とは、あるいは女とはどういうものか」という理解の仕方がどう反映されているか。また、そういう見方をする中で、介護の場面でどんなことが起きるのかを考えます。

なお、このお話のタイトルは「男性性とケア」になっていましたけれども、ここで言う男性性というのは、まさに「男とはどういうものか」「どういうものであるべきか」という、男の在り方についての私たちの理解だと捉えて頂いて結構です。

本題に入る前に、日本の息子介護者のプロフィールを確認しておきましょう。息子介護者は全国にどれぐらいいるのか。そして、それはどんな男性たちなのかという点を中心に、息子介護の全体像を見てみます。

これは、厚生労働省の「国民生活基礎調査」のデータを元に、家族の中のどのような続柄の人が主たる介護者になっているか、その割合と変化を表したものです。このデータは同居介護に限っていますが、先ほど堀越先生のお話にも出てきましたように、日本では依然として、主たる介護者が6割以上同居しているということです。

主介護者が息子というケースは、介護保険制度が始まった直後の2001年では最も少ない続柄の1つでしたが、2013年の調査時点では夫の割合をすでに抜いています。

注目していただきたいのは、息子の割合が同じく子世代の介護者である娘や義理の娘と僅差になっていることです。主に息子に介護されている高齢者はもはや珍しくないということです。

今度は別の調査で、親を介護している男性の婚姻状況を見てみます。結婚して配偶者がいる介護者と離別、死別もしくは一度も結婚していないことで配偶者のいない介護者は、ほぼ半々ぐらいの割合なのが見分かります。

息子介護者の増加は一般的に独身男性の増加が原因であるかのように言われていますが、そういう男性ばかりが息子介護者になるわけではありません。

次は、息子介護者の介護開始前の就労状況、つまり、親が要介護になる前にその息子はどんな仕事に就いていたのかを調査した結果を見てみます。というのも、息子介護者が増えたのは、子ども世代の就労状況が不安定になったからだと言われることがあるからです。

ご存じのとおり、非正規雇用の中高年男性は増えています。そのため経済状況が不安定で、実家で暮らす息子たちが、親が要介護になったときになし崩し的にその介護者になるという指摘があります。

しかし、調査結果を見てみる限り、息子介護者の中で最も多いのは、少なくとも介護が始まる前は正規雇用されていた男性たちでした。なお、日本の男性全体で見ると、先ほども時々出てきていましたけれども、正規と非正規の比率はおよそ8対2、4対1ぐらいの割合です。息子介護者の正規と非正規の比率もそれとほぼ同じです。つまり、息子介護者になった男性たちの就労状況は、日本の就労年齢にある男性全体の就労状況と比べて、それほど違うというわけではありません。非正規や無職の男性だけが突出して息子介護者になるわけではないのです。

要するに、息子介護者に特別なりやすい男性というのはいないということだと思いま

す。男性が結婚しようといまいと、またどんな仕事に就いてしようと、介護役割が回ってくる可能性があるのが今の時代で、その意味で、息子介護はどんな男性も経験する可能性のあるものだとことを確認していただければと思います。

そういう当事者は自分がしていることをどんなふうに見ているのかということに話を移します。ここでは自分の介護の仕方＝パフォーマンスについて、中でも自分の家事スキルについて焦点を当てます。

息子介護者の中には家事経験がほとんどないまま介護者になる人も少なくありません。全国調査でも特に食事の準備、炊事がままならない息子介護者が多いことが報告されています。ここでの問いは、では、当の息子介護者たちはそういう家事能力の不足をどのように見ているのかということです。

私のインタビュー調査でも、息子介護者のほぼ全員が男の家事能力不足について言及していました。たとえ、その人自身はそこまで不得意ではないという場合でも、一般的な傾向として男は家事が得意ではないという認識を持っていました。しかしながら、自分自身、家事が得意ではないという人でも、必ずしもそれを問題に感じてはいませんでした。というのは、彼らの場合、男であることが家事能力の自己評価の基準を下げていたからです。男は“普通”家事がうまくないものだという認識によって、自分が家事ができていない状況を楽し観的に見ることが可能になっているのです。

男は“普通”家事がうまくないという理解は、「男とはどういうものか」という理解の1つという意味では、男性性の1つに数えられますが、この男性性が息子介護者の家事能力の自己評価に与える影響は様々ではありません。「自分たち男は家事がうまくないから何とかしなければいけない」と、介護にあたって危機感を募らせる人もいれば、逆に、「男なんてこんなものだ」と現状に満足してしまう人もいます。

重要なことは、どちらの人も男の家事について同じ理解をしているということです。つまり、人々のジェンダー観というのは同じ行動を導くわけではありません。それを用いてどういうふうに見るかによって、同じジェンダー観が真逆の行動につながる場合もあるのです。

このことは息子介護者と支援者の間に対立を生むことがあります。支援者からすれば当然、「家事ができていないのだから困っているに違いない」と思います。けれども、当の息子介護者は、できていないのに「この程度で普通だ」と楽観的に見ていたりします。そして、困ってもいないのに介入しようとする相手だと、支援者を避けるようになることがあります。そういう事例には私も調査の中で何度も出会ったのですが、そこには大抵、介護の仕方に対する認識のズレがあって、そのズレの背景には、「男とはどういうものか」という男性性の用いられ方が関わっていました。

息子介護を理解する上では、家事能力の自己評価の基準だけが関わってくるわけではありません。親の老いと衰えをどういうふうに見るかということも重要な問題です。そこで次に、高齢の親に対する息子の関わり方の特徴として、日本だけではなくて国外でも広く指摘されていることをご紹介します。その上で、親への関わり方にジェンダー観がどういうふうに関与するのかを、母親の老いと父親の老いの受け止め方の違いを元に考えてみます。

国内外を問わず、調査研究で一貫して分かっていることは、息子は娘に比べて、親が老

いても「まだ大丈夫」と思う傾向が強いということです。例えば、娘は息子よりも親の変化に敏感で、早めにそれに対処しようとします。でも、息子は親ができなくなったことよりも、できていることのほうに目が行きがちだと。それによって、「まだまだ大丈夫（な気がする）」と思ってしまいやすいことが知られています。

それに関連して、息子は娘よりも現状の維持や改善をケア目標に掲げやすいことが分かっています。娘の場合、親ができなくなったことを何らかの方法でカバーすることで親の生活を支えようとするのに対して、息子は、親が自分1人で何とかできるようになってもらおうとして、むしろ介入を差し控えたりする人も出てきます。例えば、息子の中には手助けを最小限しかしないという方針を採る人が少なくないことが報告されていますが、それは親ができる限り自分でやることによって、体や認知の機能の維持や回復に繋がるからだ、という理由付けによるものです。

また、その親が自分で何とかやろうという姿勢が見えないと、つまり、自分にあまりに依存的になってくると、「ちゃんとしてよ」と叱咤するのは、娘よりも息子に多く見られることが報告されています。

こういう息子の関わり方は周囲の人、とりわけ一緒に介護に携わる女きょうだいとの間に軋轢を生じさせやすくなります。息子に比べて、親ができていないところが目に入ってくる娘からしたら、息子の親への対応は厳しすぎるように見える。逆に、息子からしたら女きょうだいのやり方は過干渉に見える。そのため、何が適切な介護かをめぐって対立しやすくなります。これは海外の研究ですけれども、男きょうだいが1人でもいる女性は、1人もいない場合に比べて、親の介護による介護負担感が増すことが分かっています。

このような息子の関わり方が一概に悪いとは言えません。というのは、老年学の研究によりますと、親は子どもに助けてもらいすぎてしまうと、放っておかれる場合以上にメンタルヘルスが悪くなることが分かっているからです。そういう意味では、手を出しすぎないやり方には長所もあります。

でも、親の状態の維持や改善がもはや見込めないという状態は必ず来ます。維持改善をケア目標にしやすい息子にとっては、そういう段階を受け入れることは娘以上に難しいとも言えますし、だとすれば、息子にとって特に重要な課題は、どうすれば不可逆的な衰えを認めて、維持改善以外のケア目標に移ることができるのか、ということになります。

ただし、親のできること、できないことは何か、息子がどこで親の衰えを感じるかは、母親に対してと父親に対してでは違う場合があります。というのも、家庭における性別分業によって、この人は何ができるべきかがジェンダー化されているからです。

息子にとって、母親は自分のために家事を担ってくれたり、家族を世話してくれたり、家を切り盛りする存在として捉えられています。とりわけ、親と同居してきた息子は、母親のケア労働の受益者としてずっと生きてきました。だからこそ、母親の老いと衰えは、ケア能力の低下や欠如によって認識されます。先ほど、依存的になってくる親を叱咤する息子がいるとお話ししましたが、息子が母親に対して「きちんとできなくなってしまった」とショックを受けるのは、まさにこの、家事を含めたケア労働の遂行能力の低下に対してです。

同じことは父親に対しては起こりにくい。というのも、高齢世代に属する父親は、今の若い世代以上にケア役割を期待されていなかったからです。自分が中心になって家事を

担ったことのある男性は、その世代には限られています。生涯を通して家事を殆どしたことがなく、自分からしようともせず、やったところで満足にできたためしがない人に対して、家事ができなくなったと今さらショックを受けることはありません。

実際、私のインタビュー調査でも、父親の老いを「家事がどれだけできるか」という点から語った息子は皆無でした。つまり、親をできるだけ自立状態に留めたいという志向が息子に強いといっても、そもそも親の自立状態というものが息子の中でどんなふうイメージされているかは、母と父とで異なっているし、何をもって自立状態の維持とするかはジェンダー化されているということです。だからこそ、息子による親の老いの認識というのは、女性性や男性性と切り離しては理解できません。

男性性、女性性は息子介護者の周囲の人々が彼らをどのように見るかにも関わります。

息子介護者を含め、介護に携わる男性というのは、女性の介護者以上に目に付きます。というのも、私たちは、女性がケア役割を担っている家族像を“普通”としているからです。男性介護者は孤立しやすいと言われていますが、逆説的なことに、良くも悪くも周囲の注意を引くのは男性のほうです。そもそも、孤立していることが分かるほど目を向けてもらえるのは男性の場合であって、介護しているのが女性だと、“普通”すぎて周囲の目を引かないことがあります。

先ほど、良くも悪くもと言いましたが、介護しているのが男性だというだけで、介護のパフォーマンスに懸念や疑いの目が向けられることもあります。

これは、先ほどの「男は“普通”家事が下手なものだ」という認識、つまり、「男性は“劣った”ケア提供者である」というジェンダー観によるものです。ちなみに、女性の場合は逆になります。女性の場合は女性というだけでうまくケアできるはずだと周囲が勝手にハードルを上げてきます。

男性の介護パフォーマンスへの懸念や疑いは、私たち自身の認知の歪みによって、確信に至りやすいという困った問題もあります。心理学を学んだことがある方はご存じかと思うのですが、「確証バイアス」によって、私たちは先入観に適合する情報ばかり認知しやすくなると言われています。男はケアが下手だ」という先入観があると、男性のやっていることのうち、不安な部分の方が目に付きやすくなるわけです。

息子介護者へのネガティブな視線は、彼らが男性の“標準”から外れているほど強くなります。例えば、働き盛り年齢の男性は“普通”毎日仕事に行っているものだし、ある程度の年齢になれば“普通”結婚していて、自分の家族を養っているべきだという男性の標準像はいまだに支持されています。その標準像が基準にされることで、独身の息子介護者や、非正規・無職の息子介護者は、彼らがどんなに熱心に介護に携わっていても、というよりも、ケア役割にばかり熱心になっているからこそ、“問題”に思われるのです。これは、女性の場合とは対照的です。女性の場合、ケアを要する家族がいる状況で働いていると、ケア役割に専念していないことで否定的に見られる場合があるからです。

周囲からネガティブに見られることが分かると、息子介護者は他者との関わりを避けやすくなります。自分のやり方がいつも懐疑的に見られれば、それだけで心理的負担は増すからです。実際、私の調査でも、「介護していることを誰にも言わないほうがいい」と思っている人たちがいました。

しかし逆に、男性性を逆手に取って、息子介護者が有利な立場に立つこともあります。

例えば、正規雇用されていて、結婚している息子介護者は、仕事もしながら親の世話を妻にさせることもしない“立派”な息子として、周囲からの称賛を集めやすくなります。女性が自分で自分の親を介護していても、「夫に任せなくて偉いね」と言われないことは対照的です。

ここで強調しておきたいのは、性別分業から外れることの効果は男女で非対称だということです。先ほども指摘しましたが、ケアを要する家族がいる女性がフルタイムで働けば、「子どもがかわいそう」とか、「親を放りっぱなしでいいの」とか、いまだに非難を受けることがあります。しかし、働きながらケアをする男性は、今のご時世「偉い」と言われることはあっても非難されることは絶対にありません。

正規雇用されている既婚の息子介護者が称賛を受けるとき、彼らの家族、とりわけ女性の家族は、否定的な目で見られる場合があります。「旦那さんの親のことを手伝いもしないで、あのお嫁さん、薄情ね」というのがそれです。

ここにもジェンダー非対称性があります。息子介護者が自分の妻の親の介護にまで携わらなくても、取り立てて何かを言われることはありません。「義理の親のことを本当に何もしてなくていいのかしら」という迷いにさらされるのは、たいてい女性です。今の世の中、夫と妻それぞれが自分の親を看るのが普通になっている、実子介護がトレンドである、と言われます。しかし、実際にそれをする中で受けるプレッシャーは夫婦で非対称です。実子介護のトレンドの下で、男性側に増えた負担にだけ目を向けること、そして、性別分業が完全に解消されていないままで、そのトレンドが進むことによって女性がどういう立場に置かれるかに目を向けないことは、親の介護をめぐるジェンダー関係の理解としては不十分であることを指摘しておきます。

まとめに入ります。家族介護に対する見方は、介護する当事者の主観であれ、周囲の人々の見方であれ、男性性や女性性、「男とは、女とはどのようなものか」「どのようなものであるべきか」という理解が暗黙の前提になっています。

私が今日それをお話ししたのは、それが介護者支援にも関わってくると考えられるからです。例えば、介護者への効果的なアプローチを考えるためには、その介護者が何を考えているのか、状況をどう見ているのかを理解することが鍵になりますが、今日お話ししたように、当事者の状況認識は男性性や女性性を前提として行われていることがあります。

また、支援者がこの家族にはどんな介入が必要かを考えるときには、その家族の中でできていないこと、できにくいことを見定める作業が行われますが、何ができていないのか、何ができるべきかという問題を判定する見方の中に、男性性や女性性が思わず知らず忍び込んでくることがあるのです。

そういう意味では、介護者への支援が、現在の不平等なジェンダー関係を再生産する可能性はないか、常に敏感にチェックする必要があります。もし、性別分業的な見方を無意識のうちに前提として支援の必要性を見定めたり、そういう見方を前提として家族に介入すると、その支援自体が家族の中の性別分業を維持する働き掛けになり得ます。

性別分業の構造の下では、ケアに携わる男性もちろん困難を抱えますが、今日お話ししたとおり、妻たちをはじめとする彼らの周りの女性が、見えにくい抑圧を経験していることがあります。介護に関わる負担を減らすことが支援の目的だとすれば、性別分業に端を発するそのような抑圧は、注意深く取り除かなければいけません。だからこそ、支援

ニーズや介入方法の見極めの際に、忍び込んでくるジェンダー観には敏感になる必要があるのではないかと考えています。私の話は以上です。ご清聴ありがとうございました。

## 第二部 全体討論

田中：では、第2部、全体討論を始めたいと思います。

全体討論はコーディネーターを日本女子大学現代女性キャリア研究所所長の大沢が務めます。どうぞよろしくお願いします。

大沢：現代女性キャリア研究所所長の大沢です。5人のそれぞれの素晴らしい発表がございまして、時代が大きく変わっていく中で家族の形が変わり、ケアの在り方が変わっていく。そういう中で社会的なケアラーに対する支援というのは、まだまだ課題を抱えているということが、皆さまのご報告で出てきたように思います。

また、そのジェンダーの規範のようなものも、そのままにしておく支援が進んだ中で、それがかえってケアラーに対しての締め付けになってしまうということで、社会的支援を考えるとにもジェンダーの視点、あるいはヤングケアラーの視点にも敏感になりながら、社会的な支援を考えるということの必要性も浮き彫りになってきたように思います。

実は皆さまから既に様々な質問を頂いていまして、各報告者への質問に答えて頂くというところから始めたいと思います。では、基調講演をされた堀越先生からよろしくお願いします。

堀越：4名の方から質問をいただきました。ありがとうございます。まず、現在ケアラーサポーターの養成に取り組んでいる方からで、その研修内容はどのようなものかというお尋ねです。

さいたま NPO センターが行っている埼玉県介護者支援セミナーの場合はということでお答えしたいと思います。

埼玉の場合はまず、半日を4日間行います。第1回目はだいたい私が話をさせてもらって、介護する人になぜ社会的支援が必要なのか、どのような支援が必要かという講義をします。そして、介護者による体験事例発表を必ず入れています。もう1回は必ず傾聴入門を入れます。もう1回は、地域で実際に活動している方に、地域で介護者を孤立させないためにとか、地域で取り組む介護者支援とか、先駆的な取り組み事例について実態のお話をしていただいています。あと1回は、年度によって少し変わってくるのですが、介護保険制度のことやケアラーの特性と心理という内容を組んでいます。

特徴的なのは、必ずグループワークを毎回やりまして、グループワークで約40名の受講生同士、仲間になっていただくことです。グループワークを必ずやって知り合いになってもらいます。

4回のセミナーのあと、自由参加で情報交換会を2回やって、受講生と地域包括支援センターや行政、社会福祉協議会、市民団体などが顔合わせをします。そのあとグループを作って、実際に介護者サロンを立ち上げていくという感じです。そのときは10名から15名ぐらいに人数は減ります。

次のご質問は、ケアラー支援法案について、具体的な内容は決まっていますかというお問い合わせです。法制化リーフレットには、ごく簡単ですが介護者支援の推進に関する法律案、略称ケアラー支援法案の要綱骨子を載せています。

今後、これについてなるべく広く知っていただき、皆さんと議論しながらこの内容を詰めていこうと考えています。これはたたき台ですので、みなさまのお声やご意見をたくさんいただきながら内容を詰めていきたいと考えています。

3人目の方は、すでに地域包括支援センターでケアラーズカフェを立ち上げたけれども、介護者さんに声を掛けているが、場所が遠いとか介護で忙しいということで、なかなか参加をしていただけない。参加しやすい工夫等、何かありましたらというご質問です。

私たちのところで工夫をしているのは、1つは広報講座です。いつどこで何をやりますからというのでは人は来ないということで相手の心に届く広報チラシの作り方を学びます。次にチラシをどこに置くかです。行政や事業所と連携したりします。自治会長さんが、これは大事だということで回覧板で回して下さったときがありまして、チラシをずっと持っていて、本当に困って来ましたという方もいました。それから割と地域包括支援センターやケアマネさんが介護者サロンを見に来てくださるのですけれども、ここなら心配な介護者さんに声を掛けてもいいなというふうに思えば、個別に声を掛けて誘ってくださるということがあります。

研修のこととサロン、カフェ等に参加をいただく工夫については、NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジンさんはホームページを持っているので、それも見いただければと思います。

最後、とても難しい質問です。介護休業制度の介護休暇は、実際に介護をするというよりもマネジメントであるということは理解できました。では要介護者の方がサービスを使いたくないとか、いろいろ困ったことが起きたときにどういうふうにすればいいのか疑問ですということですが、これは個別対応だと思います。

例えば、認知症の人を介護している人のためのケアラー手帳というのを私たちは作っているのですが、そこに色々な工夫も載せてあります。また、ケアマネさんたちが色々な知恵を持っていっぱいやると思うので聞いていただくといいと思います。

母の場合、1回行って嫌だったらやめてもいいと言ってみたり、いろいろ工夫しましたが、デイもショートも利用しませんでした。でも、経験者の方に色々伺ったり、合うところを探すとか、そういう工夫は必要だと思います。ごく一般的なことですみません。

独居の方が増えて介護が必要になったときに、支援のキーパーソンは誰になりますかということですが、血縁の人だけに頼るとするのはこれから難しくなるといいますので、民生委員さんも含めて地域の中の繋がりを作っていくということになるのではないのでしょうか。どこかと結び付いていれば大丈夫ですので、まず独居老人ご自身が元気なときから友達を作るとか、知り合いを作るというのも、もちろん必要ですし、地域包括センターもありますので、血縁だけに頼ると思わない社会をつくるという、大きな目標としてはそういうことではないかなと思いました。お答えが足りないかもしれませんが以上です。

大沢：ありがとうございます。それでは井手さん、お願いします。

井手：高校生の当時、メディカルソーシャルワーカー（MSW）が対応してくれなかったのですかという質問をいただきました。先ほどお話しさせていただいたとおり、脳梗塞で

倒れてそのあと糖尿病で病院に通ったり、そのあとリハビリとか、医療との繋がりがありました。

今なら考えつくのですが、メディカルソーシャルワーカーの方がいて、何らかの支援だったり、何らか次の制度に移行するというのが、今なら考えられるのです。

けれども、そのころ私たち家族側からメディカルソーシャルワーカーさんにお話を聞いて頂きたいということもできませんでしたし、ようやく会えてからも、そこから何かに繋がるということはありませんでした。これもまた対外的には僕の役割。対外的に外の方と話すのは僕の役割だと自分で思っていたので、その当時、二十歳そこそこだったと思うのですけれども、メディカルソーシャルワーカーさんと、今でも覚えています個室に通されて、そこで自分の家庭の話をして、何とかならないですかと聞きましたけれども、その先には繋がらなかったのです。

もう一つ、大学生の方です。同級生がヤングケアラーだったので卒論の研究テーマに取り扱っています。来年以降、学校の先生になられるということで、もし自分のクラスにそういったヤングケアラーがいたら、どういった兆候が見られるのか教えてくださいということです。兆候は、多分いっぱい出していると思うのですが、どういう形で現れるかというのは分からないです。

先生に助けてほしいと言ってくる子もいるかもしれませんが、私の場合は、見て見てというタイプだったのですが、先生は気づいていませんでした。悪い意味ではなくて、多分そこが先生の本来の業務、先生の限界だったのかなと思います。

家庭におそらく行かなかったでしょうし、今は家庭訪問は玄関までしか入らないので、玄関が整理されていれば私の家に何の問題がないわけです。そこから1歩踏み込んで、どうなっているのかな。誰がこの家の中にいてどういう状況にあるのかというのは、なかなか見てもらえないです。

今の時代という言葉で片付けていいのか分からないですけれども、見ようとするだけでも、いないということは考えないで、どなたに向かって言えばいいか分からないですけれども、ヤングケアラーの存在を知っていれば必ずそのサインに気付けると思うので、ぜひ教員になった場合にはそういった子どもたちを探し出して、探し出すという言葉を使いますけれども、探し出してあげてほしいと思います。

もう一つ頂いたのは、すごく難しいのですけれども、介護をすると収入が減少したりして、端的に言うと介護手当が必要ではないかということです。正直、1つの自治体で現金給付をすることは、今の状況では難しいのではないかと思います。

失笑されてしまうかもしれないですけれども、財源が足りませんということなのでしょうか。直接的に現金を給付するということは、これからの福祉においてはそぐわないという雰囲気は、自治体としてはあります。

では、これから介護者支援に関して具体的な施策はありますかということですが、先ほど堀越先生からのご紹介があったと思いますが、先進自治体で北海道の栗山町とか、岩手の花巻市とか、先進的な自治体はあるのですけれども、なかなか進んでいないのが現状です。

やはりやりたいのは、介護者の方が、どういった悩みを抱えているのかという実態把握をやりたいというのが本音です。



でも、行政とか国は、今、地域包括ケアシステムという枠の中に介護者も含めているのでしょうけれども、介護者がそこにはない形の地域包括ケアシステムを順調に遂行していくことがメインのテーマになっているようで、ちょっと怖いなどは思っています。以上です。

佐塚：私には1つ質問をいただきました。ダブルケア、トリプルケアなど、ケアラーさん1人でいろいろな課題があること。抱える課題もいろいろ違うことが分かりました。このような状況でケアラーさんに合ったアドバイス、支援ができるように、大切にしていることは何ですかという、学生さんからの質問です。

介護とか育児とかをあまりマイナスに捉えるということではなくて、育児も介護も大変なことはありますが、人間として非常に喜びも味わうことができますし、その時だけではない、将来に対してどんなプラスが自分に降りかかってくるか分からないものだなと思っています。

目標としては、ソーシャルワーカーとして、できれば元気な、前向きなケアラーさんたちを増やしていきたいと思っていますので、課題というふうに言うていただきましたけれども、まずは前提として、介護難民とかケアラー難民にならないために、その前提の社会教育プログラムが必要かなと思っています。

いまどきの介護とはとか、育児とはとか、要介護度に合わせても、育児とか青少年に至っていくまでも、どのような子育てが、介護が今あるのだろうかというような勉強会とか、社会保障制度も知っていただく必要があるので、そのようなことですか。

うちの研究センターでもやっていますが、介護保険丸ごと講座とか、介護保険早分かり講座みたいなことをしたり、民間サービスや、労働制度をいろいろ知ろうとか、このような社会教育プログラムが身近なところで受けられるようにするというのが大事なと思います。

2つ目は、いくら介護や育児が大切なことといっても1人でやってはいけないのです。孤立こそが敵だと思います。前提のところではケアを経験したらみんなが集って懇談できる場所。何でもいいのです。あちこちでそういうような会が開かれて、介護する前からそんな友達ができるようなことをしたらいいのではないかなと思っています。

今度は、困っていらしたときどうすればいいかということですが、私は孤立予防と承認というところで、まずは大変ですねというふうに受容するということが大事だと思います。分かってもらえなくて辛くて、話しただけで随分すっきりする方が育児も介護も多いような気がします。まずそれが大事です。

その次は、何に困っているのかと、少し分析する視点も必要で、それは私も先ほどお話ししたように、ケアに必要なことということで、情報に困っているのか、それとも仕事と両立に困っているのか。家族関係で悩んでいるのか。自分の健康維持なのか。それとも、家庭経済の状況なのか。こういうふうに分けながら相談に応じていくことが必要かなと思っています。

個人的には、情報と離職と経済の3つが今大きいかなと思っていて、介護のときの経済のシミュレーションとか、情報については子どものほうが圧倒的に不足しているところがあって、不足というかサービスがないのです。

ですから、この辺りは先ほども話しましたが、みんなで作っていくというような働き掛

け。ケアラーも含めて身近な地域でそういうことを作っていきましょうということも必要になるかもしれません。あなたの声があったらできるかもしれないみたいな、そういう働き掛けもしています。

大沢：ありがとうございます。平山先生、お願いします。

平山：私がいただいた質問は1つです。発表の中で、父と母とで自立のイメージが異なるとお話ししました。それに関して、親に対するそういう自立のイメージは、息子に特有のものなのでしょうか、という質問です。

これに対する回答は、いいえです。母と父とで異なる自立のイメージ、それ自体は息子に特有なものではありません。ただし、母と父とで異なる自立をイメージしており、家事をこなすことを期待されるがゆえに、家のなかでできないことが目立ちやすいのが母だとしたら、もし介護者が自立状態に高齢者を留め置こうと思った場合に、厳しく当たられるのは母になることが多い。そして、実際に自立状態に維持しておこうとしやすいのが息子だということです。

重要なことは、高齢期の自立とは何かがジェンダー化されているということです。家事労働がこれだけ女性に偏って担われていて、かつ女性のその家事労働に男性がこれだけ依存しているとなると、男性は高齢期ばかりか一生涯のうちに一度も自立したことのない、いわば生涯要支援状態にあるといっても良いでしょう。

男性は、家事ができないことを自立の判断基準から外されている。そういうジェンダー非対称な自立のイメージのもとで息子が介護を担った場合に何が起きるか、ということが先ほどのお話のポイントでした。以上です。

大沢：ありがとうございます。皆さんからいただいた質問に答えていただきましたけれども、お話を伺って、最後の平山先生のお話でも、最後まで要支援の人もあるなどということで、ケアラーの在り方、いろいろな視点から捉えられるのだということが改めて分かりました。

皆さん、時間の制約の中で発表して頂いたのですが、まだまだ言い足りない。この点がこのシンポジウムの中でまだ議論されていない点だということがあるように思うのです。経済的な問題とか、仕事と家庭の両立。そういった問題についてももう少し触れてもいいのかなということもあります。

堀越先生からお願いしていいですか。

堀越：井手さんに質問された方は、ヤングケアラー調査についてご存じの方だと思うのですけれども、少し付け加えさせていただきます。

日本ケアラー連盟の中にヤングケアラープロジェクトというのがありまして、2014年、新潟県南魚沼市の全ての公立小学校、公立中学校、総合支援学校の先生方にアンケートをとらせていただきました。

全員でも450名ぐらいの教員数で、270名ぐらいアンケートに答えてくださいました。結局小学2年生から中学3年までヤングケアラー（子どもケアラー）がいるということが分かりました。

どういうところでその子どもがヤングケアラーであることに気付いたかという問もあるのですが、例えば、子ども本人との会話の中とか、遅刻をする、早退する、欠席をする、部活を欠席する、栄養状態、こざっぱりしていないとか、そういうところですよ。先生が

キャッチして、子どもや親御さんに話を聞くことになっています。

ただ、ヤングケアラーという概念そのものが先生方にはまだなくて、先生方と市役所の子ども関係とか保健医療、福祉関係担当者への調査結果報告会のときに、ある先生が手を挙げて、「自分たちはいじめの問題とかいろいろな問題に感度を上げてきました。だから、ヤングケアラーという概念をもらえれば、そういう目で子どもたちを見て、もしかしたらこの子がそうかもしれないと探すことができます」と、すごく積極的におっしゃっていただきました。ヤングケアラー（子どもケアラー）がいるということを先生方が知れば、発見の目もできますねということです。

でも、ヤングケアラーを発見しても学校だけでは支援は無理です。子どものことを一番分かっているのは私たちですと、インタビューに応じてくださった先生は本当に誇りを持って仕事をしていらしたと思いますが、学校は発見の間ではあるけれども、地域の人や市役所と一緒にサポートするのが大事だとおっしゃっていました。

ここに、イギリスのヤングケアラーが学校に望むことトップテンというのがあります。例えば、遅刻をしたときに理由も聞かないで叱らないでほしいとか、宿題などについてもちょっと配慮してほしいとか、先生にもっと勉強してほしいとか、友達にもケアということがあるということについて知ってほしいとかです。先生方にそれをお見せしたところ、なるほどとおっしゃっていたので、そういう情報を提供することも大事なと思いました。

いろいろな側面からケアラー支援については関わる必要があることを、私も今日は改めて確認できました。会場にいらしてくださった方も、多分さまざまな関心をお持ちの方なので、何かあったときにはまた一緒にできたらいいなと思います。

菊澤：私は今日、先生方のお話を聞かせて頂く中で、大変多くのことを学ばせていただきました。その中でもそうだなと気付かされたのは、堀越先生のご発表の中で、「ケアラーが欲しい支援／サービス」として、第1に、「ケアが必要な人へのサービス」—例えば、高齢者介護ですとおそらくそれは高齢者自身へのサービスということだと思うのですが—そこが挙げられていたということです。

つまり、ケアラーへの支援というと、ケアラーに直接行われるサービスも含まれるわけですが、家族が安心して介護をしないという選択ができるためには、ケアが必要な高齢者が、家族の介護がなくても質が十分高いケアを外部から受けて生活できるということが保証されていないと、それは難しいのだらうと思います。

私がヒヤリングさせていただいた在宅介護の家族介護者の方の中には、以前は施設に親御さんを預けられていたけれども今は在宅で介護されているという方がおられました。その理由は、特養とか色々な施設でサービスを受けてこられたのですが、どの施設に行っても、例えば、お母さまがけがをして帰ってくるといったようなことが結構見られたということでした。

そういう意味で、ケアを必要とされている方への一定以上の質のサービスが外部に充分整備されることがまず求められているように思いました。

井手：川崎で事件がありましたけれども、それがきっかけでスクールソーシャルワーカーをどんどん配置していこう、という動きがあります。

例えば、埼玉県だと県の費用で各自治体に1人程度スクールソーシャルワーカーが配

置されたり、自治体によっては、スクールソーシャルワーカーを厚くしていこうという場合は市費で、単独でも採用するようになってきています。

学校の先生が外に行って、子どもたちの家庭での、地域での生活が見られない状況の打開のために、このスクールソーシャルワーカーが今後生かされていくと思うのですけれども。

これからどこの自治体の先生になるか分からないですけれども、スクールソーシャルワーカーさんという資源を使って、子どもたち、ヤングケアラーということを考えてもらえればなということを追加でお話しさせていただければと思います。

**佐塚：**うちの研究センターで先月やっていたのは、課題先進国、日本という研修でして、生きづらい国、日本、若者、子どもの未来はどうするみたいな研修をやっていたのです。貧困の問題をずっとやっていて、横浜市のケアプラザの研修も貧困でやってきています。

どうしても暗い話題になるのですが、日本の国にお金がない。個人にもお金がないという状況で、確かに介護の問題は大きくなるばかりだし、子どもの育ちも色々な問題がある中で、社会的支援がすごく必要な時代ですけれども、そこがすごく得にくい社会にもなっていると思うのです。

5人に1人が高齢者貧困、6人に1人が子どもの貧困という中で、どうやってそれを乗り切るかというのを、もっともっと社会の問題にしなければならないと思います。支える人、支えられる人という構図ではなくて、ケアラーの人自身が世の中に発信していく、一緒に作っていくということをしなければならないだろうと、つくづく思っています。

もう一つは、うちは地域福祉研究センターなので地域に着目したいのですけれども、私がトリプルケアラーになりやすいのは、私の実家、それから義理の父、母の家、それから娘2人の家が車で1時間圏内にあるので、ちょっと行けるでしょうという感じなのです。1時間圏内といっても、とんぼ返りしても2時間かかるわけです。これがダブル、トリプルになると大変なことになります。

高齢者介護のほうで言っても、実家と義理の父母とは全然違う方向の1時間ですので、その地域で包括支援センターに相談するし、その地域でサービス事業者を選ぶのです。だから、その地域の全く違うサービスとの関係を私とか私の主人が作りながら、やりとりしないとできないのです。このマネジメントがすごく大変なのです。

さらに、子どものことは娘の住んでいる近くの一時的保育所とかそういう所と付き合いなれないといけないのです。相当大変です。私も一応専門職ですけれども、それぞれのところと経過も変わってきます。要介護度もだんだん上がってくるので病院やサービス事業者、包括支援センターともしなくてはいけないということがものすごく大変なのです。

今、包括ケアシステムを作りましようと言っていますが、専門職も努力しています。でも、自分自身がトリプルケアラーになって分かったのですけれども、当事者やケアラーから発信しないと包括ケアシステムは動かないです。

お医者さんにも、自分はこういう生活の仕方とか治療を受けたいからこうしたいのですとか、福祉サービスにも自分の希望を訴えないと動いてくれないです。誰も無視をする人なんかいないです。みんな一生懸命です。だけど、こちらから発信しないと、黙っていて医療や福祉が一緒になってやってくれるわけではないのです。こここのところが包括ケアシステムを作るのも、やはりケアラーなのだろうと思いますし、当事者が埋没しないでもっ

と声を出す人にしていかないとはいけません。

専門職はケアラーを埋没させないということが一番の仕事なのではないかなと、私は思っています。以上です。

平山：私が追加で話をさせていただくこととしたら、先ほど大沢先生もおっしゃっていましたが、社会経済的な観点からの介護の問題について、もう少し深く考えなければいけないのではないかなと思っています。

今日、シンポジストの先生方のお話の中でも何度か出てきましたけれども、就労と介護をいかに両立できるかは重要なイシューです。介護離職が増えているというお話もありましたけれども、介護離職のリスクというのは介護者に平等に分配されているわけではない。介護による離職率は、男性よりも女性の方がずっと高いですし、正規雇用の労働者よりも非正規雇用の労働者の方がずっと高いです。にもかかわらず、一般的に「介護と仕事の両立」といったときにイメージされているのは、たいてい正規雇用の労働者ばかりなのではないか、ということが気になっています。

私が息子介護者のインタビューをしていたときに、「介護と仕事の両立」という言葉が私が使ったときにすごく怒られた経験があります。「それは両立とはいわない」と怒られたのです。どういうことかという、その息子介護者にとっては就労は介護役割の一部だと捉えられていたからです。

介護していくためにはそのための資源が必要です。その資源を入手する手段として、就労は必須なのです。就労と介護は2つの異なる役割なのではなくて、就労もまた介護という役割の一部でなければいけない、と。なのに、両立という、それが2つの役割に分かれているみたいじゃないか、と、私はすごく怒られました。

介護と仕事の両立という視点で考えていくことは大事かもしれないのですが、そもそも仕事は介護の一部だという前提で考えることも必要だと思いますので、最後に私の体験をご紹介します。

大沢：いろいろな視点からケアの問題を考えることができました。また、さまざまな方々のお話から貧困の問題、日本の社会の中で経済格差が非常に大きくなっている中で、ケアラーの持つ問題というのもそれぞれ違います。

しかも、ケアをするためには経済的基盤が必要なのだということが語られた中で、そのために仕事とケアの在り方をもう一度見直していく。どちらかというと今までは仕事の視点からケアというものが、正規の人が仕事を辞めないためにケアが必要だという視点から、もう少しみんなにとって経済的な基盤があってこそそのケアができるという視点から見ると、広報構造の在り方、そういったものについても今後考えていく必要があるのではないかと思います。

皆さん、それぞれのご専門の中でまだまだ話し足りないことがあるかとは思いますが、今日のシンポジウムはこれで終わりにさせていただきます。皆さん、ご協力頂きまして、本当にありがとうございました。

