



Title	大阪府下にみる在宅介護の実態とサービス利用に関する研究
Author(s)	久保, 恵理子
Citation	年報人間科学. 2023, 44, p. 1-16
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/90759
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

〈研究ノート〉

大阪府下にみる在宅介護の実態とサービス利用に関する研究

久保 恵理子

要旨

高齢化が進む国々において、介護供給の「再家族化」「市場化」「私費購入化」が進んでいる。日本では、介護の社会化を掲げて開始した介護保険制度の施行から20年余が経過し、介護保険サービスの利用が一般的になる一方、生活援助サービスの利用抑制や制度外サービスである民間サービスの拡がりなど、介護の再家族化、私費購入化の動きもみられる。本調査では、日本における在宅介護の実態を明らかにすることを目的とし、現役ケアマネジャーを対象者としたインタビューを実施した。インタビューでは、介護保険サービスを利用して生活する12ケースの要介護高齢者の具体的なサービス利用や介護の様子について聞き取り、内容を分析した。その結果、認知症や医療的ケアが必要、本人の希望や住宅環境などが要因で適切にサービスを利用できない場合に、より頻回な見守りや介助が必要となっていることが分かった。その見守りや介助について、家族が対応しているケースでは、家族の介護負担が大きくなっている。独居で、介護できる家族はいないが、経済力があるケースでは、支給限度額を超えたサービスを利用することで在宅介護の継続が可能となっていた。ただし、ケアマネジメントの現場では、利用者の「自己負担」をできるだけ抑えるために、支給限度額を超えた介護保険サービスの利用や自費サービスとの併用はレアケースであることも分かった。

キーワード

介護保険制度、在宅介護、ケアマネジメント、家族介護者、自費サービス

1. はじめに

高齢化が進む国々では、福祉国家の機能縮小と市場化の導入、介護労働市場のグローバル化が進み、介護供給における「再家族化」「市場化」「私費購入化」の方向性が指摘されている。日本では、介護の社会化を目的として始まった介護保険制度の施行から20年余が経過し、開始時に約149万人だった利用者は592万人を越え（厚生労働省 2022）、財政規模は12.4兆円（厚生労働省 2020）を越えた。社会保障費の増大を背景として、介護保険制度のサービス給付においては重度者へのターゲット化がすすみ、特に地域包括ケアシステムでは、「地域化」の中で、軽度者の生活支援に地域住民の貢献が期待される。また、介護保険制度は介護の社会化を目的としているが、日本では現在でも1年に約10万人が介護離職をしており（総務省 2017）、この数字は、家族の介護負担が大きいことを示していると言える。

介護保険サービス利用の動向や介護保険制度が家族の介護負担に与える影響については、これまでも様々な角度から研究がなされてきた。介護保険制度が家族の介護負担に与える影響については、介護保険制度の開始前と開始後の家族の介護負担を比較した研究が行われており、その多くは、介護保険サービスの利用により介護負担が軽減していると考えられる状況はあるものの、依然として家族の介護負担は大きいとの結果を報告している（鷺尾ほか 2003、大浦ほか 2005、渡邊ほか 2013）。また、藤崎（2008、2009）は、訪問介護サービスにおける生活援助サービスの利用抑制をめぐる実態から、施行から10年を経た介護保険サービスの状況について、「高齢者と家族が“1つの単位として”自立し支え合うことが求められている『介護の再家族化』とでも表現せざるをえない」（藤崎2009: 57）と指摘している。これらの先行研究からは、古くから家族が担ってきた要介護高齢者の介護や介護負担をどのように評価するのか、また、核家族化や単身世帯の増加といった社会の変化の中で、介護保険制度が個々の要介護高齢者の生活をどのように支えうるのかについて再考していく必要性を感じさせられる。

そのような中、厚生労働省は、経済産業省、農林水産省と共に2016年に「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（保険外サービス活用ガイドブック）」を発行した。このガイドブックでは、市場サービスの活用例として、様々な事業者によるサービスを紹介している。その前提として、地域包括ケアシステムを補完・充実していくためには、公的サービスのほかに、ボランティア等の「互助」、市場サービス購入等の「自助」を充実していく必要があるとし、さらには特に「自助」において、自費で購入する保険外サービスがより拡充されることへの期待が示されている。

介護保険制度のサービス給付における重度者へのターゲット化が進み、生活援助等のサービスの利用抑制が図られる一方で、サービスの私費購入化が推奨される現在、在宅で暮らす要介護高齢者はどのように生活を送っているのだろうか。

本研究では、現役ケアマネジャーへのインタビューを行い、在宅で暮らす要介護高齢者の中でも特に、家族の介護負担が大きい、あるいは、介護保険の支給限度額を超えたサービスを利用している具体的なケースを検討することで、在宅介護の現状を明らかにすることを目的とした調査を行った。今後、本調査の結果を踏まえながら、日本の在宅介護システムにおいて、「市場化」「再家族化」「私費購入化」がどの程度進んでいるかを明らかにすることを目指す。

2. 調査概要

在宅で介護保険サービスを利用する要介護高齢者の生活の実態を明らかにすることを目的として、2021年2月～3月に大阪府内A市の異なる居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー5名に対してインタビュー調査を実施した。本調査では、現在、自宅で暮らす要介護高齢者についてよく知っており、介護保険制度の変遷に伴う在宅介護サービスの変化についても詳しい専門職として、現役で働き、かつ、経験年数が10年以上のケアマネジャーを調査対象とした。調査対象者の選出は縁故法によって行った。調査対象者が勤務する居宅介護支援事業所の内訳は、訪問介護事業所併設型3名、通所介護事業所併設型1名、

施設併設型1名であった。また、調査対象者はいずれも勤務歴12年以上で、平均勤務年数は17年であり、介護保険制度の始まりの頃から現在までの変化を経験している。新型コロナウイルスの感染拡大に関するリスクを考慮し、インタビューは感染対策を十分に行える環境での対面、もしくはZOOMを用いたオンラインの両方で可能とし、調査対象者の希望に沿っていずれかを選択してもらった。4名が対面、1名がオンラインでの実施となり、各対象者に1～1.5時間のインタビュー調査を行った。

インタビュー調査では、在宅介護における再家族化、市場化、私費購入化の現状を明らかにしたいため、5名の調査対象者がこれまで担当してきたケースの中から、「家族の介護負担が大きい」ケース、「介護保険の支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケース（以下、「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケース）を挙げてもらった。インタビューではそれらのケースについて詳細に聞き取り、さらに、ケースを通して感じる介護保険制度の変化、在宅介護の課題についても尋ねた。インタビューの質問項目の決定にあたっては、介護保険制度の開始直後からケアマネジャーとして働くベテランのケアマネジャー2名に、事前に在宅介護の現状や課題、近年の介護保険制度の変化を表す特徴的なケースについてヒアリングを行った。インタビュー調査の内容は、調査対象者の同意のもと録音し、音声データの文字起こしから、内容分析により特徴を分析した。

本調査は、大阪大学大学院人間科学研究科社会系研究倫理委員会による承認を得て実施した。（受付番号2020042）

3. 結果・分析

調査対象者から出されたケースは合計12ケースで、内訳は「家族の介護負担が大きい」ケースが6ケース、「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケースが6ケースだった。12ケースのうち4ケースは、インタビュー実施の時点で死去や施設入所等で終結しているケースだった。ケースにおける要介護者の年齢は60代～90代、要介護度は要介護2～5だった。

各ケースの概要は表1、2の通りである。

表 1. 「家族の介護負担が大きい」 ケース

	年齢・性別 要介護度	介護者	利用サービス (介護保険サービス)	利用サービス (介護保険以外)	備考
A さん	80 代・女性 要介護 3	娘 (60 代)	デイサービス 5 回 / 週 (ショートステイ 3 ～ 4 日 / 月) 福祉用具貸与		認知症症状があり、娘家族に引き取られて同居。症状が進行し、一人で外に出してしまう不安が増したためショートステイを利用するが、利用後に本人が「体を触られた」と話し、利用が難しくなった。
B さん	80 代・男性 要介護 5	妻 (70 代)	訪問介護 1 回 / 日 福祉用具貸与	訪問リハビリ 1 回 / 週 訪問看護 2 回 / 週 往診	統合失調症あり。リンパ浮腫罹患後、転倒し寝たきりになる。受診や入院を拒否するため必要な治療やリハビリが十分に受けられず、介護負担が大きくなっている。体が硬直して車いすに乘れず、デイサービスなどの利用もできない。現役並み所得があり、家政婦を使ったこともあるが、妻の代わりにはならなかった
C さん	80 代・女性 要介護 5	妹 (70 代)	訪問介護 1 回 / 日	訪問看護 1 回 / 日 往診	すい臓がん末期で余命 1 ～ 2 カ月の宣告。CV ポートからの点滴が必要。家政婦も検討したが、「自分がみる」と妹が泊まり込みで介護している。看護多機能型居宅介護の利用を提案しているが、本人が拒否。
D さん	70 代・男性 要介護 5	妻 (70 代)	訪問介護 6 日 / 週 (3 回 / 日) 福祉用具貸与 訪問入浴	訪問看護、訪問リハビリ、レスパイト入院	ALS、呼吸器使用、吸引が必要。医療的ケアが必要なため、デイサービスやショート入居の受け入れが難しく、通所サービスを利用できていない。
E さん	70 代・男性 要介護 3	妻 (80 代)	ショートステイ (特養 申請中) 福祉用具貸与	訪問看護	脳梗塞から左半身麻痺・車いす使用。高次脳機能障害があり、思い込みが強い。EV のない団地の 5 階に住んでいるため、通所サービス利用が困難。訪問リハビリを拒否したため ADL が急速に低下し、介護の負担が増した。
F さん	70 代・男性 要介護 3	妻 (70 代)	デイサービス 3 日 / 週	訪問介護 1 回 / 日 (障害) 外出支援 (障害)	夫婦共に統合失調症があり、妻も要介護 1、被害妄想や幻聴があり、外に出られない中、夫の介護をしていた。本人は、外出支援など障害者福祉サービスも利用。障害者手帳を所持。

表 2. 「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」 ケース

	年齢・性別 要介護度	介護者	利用サービス (介護保険サービス)	利用サービス (介護保険以外)	備考
G さん	90 代・女性 要介護 5	独居 (息子・娘 が 1 回 / 週 程度訪問)	訪問介護 3 回 / 日 デイサービス 1 日 / 週 福祉用具貸与	訪問看護 2 回 / 週 往診 1 回 / 週 地域福祉員の見守り	認知症。要介護 1 の夫と暮らしていたが、夫が急死した後、転倒・骨折して要介護 5 に。人見知りで集団生活を好まず、自宅で過ごすことを基本にしたいとの希望があり、家族もそれを希望している。自己負担は 20 万円 / 月ほど。自治会会長や近所の人に本人が認知症で独居であることを伝える。
H さん	80 代・女性 要介護 4	独居 (次男夫婦 が 1 回 / 週 程度訪問)	訪問介護 3 回 / 日 デイサービス 3 日 / 週		集団が苦手で、本人が家にいたいと希望。施設入所も検討できる程度だが、家族が在宅で過ごすことを希望した。手すりを持って立つことはできるが、自力で歩けないため外に出る危険がない。自己負担は 15 万円 / 月ほど。費用は家族も援助している。
I さん 夫婦	夫 80 代・要 介護 3、妻 80 代・要介 護 2		訪問介護 3 回 / 日 デイケア 2 日 / 週	訪問看護 2 回 / 週	自宅が高台の上であり、リフトを利用する必要があるため、通所サービスを頻繁に利用するのが困難。現役並み所得があり、3 割負担で自己負担額は 10 ～ 15 万円 / 月ほど。夫は囲碁が趣味で、要介護状態になり外出が困難になった後、訪問の囲碁ボランティアを利用していた。
J さん	60 代・男性 要介護 2	独居	デイサービス 1 日 / 週 訪問介護 6 回 / 週 訪問看護 2 回 / 週 福祉用具貸与	居宅介護 (障害) 外出支援 (障害)	障害福祉サービスを利用していたが 65 歳になり、介護保険に移行。それまでと同様のサービスを利用すると支給限度額をオーバーするため、オーバー分は障害福祉サービスを利用している。生活保護受給者のため、自己負担はなし。
K さん	80 代・男性 要介護 5	独居	デイサービス 3 日 / 週 ショートステイ (不定期) 訪問介護 3-4 回 / 日		認知症。妻と 2 人暮らしだったが、妻の死後、独居となる。認知症が進行し、多くの場面で見守りや介助が必要なため、ヘルパーが 3 ～ 4 回 / 日訪問している。要介護 5 は以前の入院時のもので、更新すれば下がるが、コロナ禍で認定期間が延長されている。現在の自己負担は 16 万円 / 月ほど。年金と貯蓄で対応。
L さん	90 代・男性 要介護 5	独居 (甥夫婦が 関東在住)	デイサービス 3 日 / 週 夜間ヘルパー (毎日 21 時、0 時、6 時) 訪問介護 2 回 / 日	訪問看護 1 回 / 週 民間家事サービス 土日 に 2 時間 (教会付添い、 買い物など)	認知症。徘徊、近所の方に大声で叫ぶなどの症状あり。家の中は歩行可能、外出時は車椅子。認知症が進行し、独居は困難と CM が判断、施設入居を甥夫婦に提案するが、自宅で過ごすことを希望していた本人の意思を尊重したいとの理由で、夜間ヘルパー等を導入して在宅生活を継続。自己負担は 35 万円 / 月ほど。

3.1「家族の介護負担が大きい」ケース

家族の介護負担が大きいケースでは、①適切なサービス利用が困難（4ケース・以下、（）内は該当ケース数）、②家族に介護意欲がある（4ケース）、③家族介護者の心身の状態から、介護負担が大きくなっていると考えられる（6ケース）、という3つの特徴がみられた。

まず1つめに、「適切なサービス利用が困難」については、Aさん、Cさん、Eさんのケースにおいて、認知症や精神疾患を起因とした本人のサービス利用拒否、Dさんのケースにおいて、呼吸器使用、喀痰吸引の医療的ケアが必要であることによりデイサービスやショートステイでの受入れが難しいことが原因となり、適切なサービスを利用できていなかった。例えばAさんのケースでは、認知症症状があり、家族の介護負担を軽減する目的でショートステイを利用するが、利用後に本人が「（職員に）体を触られた」と話したため、その後の利用が難しくなっていた。また、要介護高齢者本人が精神障害（Bさん）や高次脳機能障害（Eさん）などを有しているケースについては、疾病や障害を背景とした、思い込みが強い、サービスの拒否が強いといった本人の特徴も、適切なサービス利用を困難にしていることがうかがえた。Bさんのケースでは、統合失調症があり、過去には入院歴もあるが、本人が受診や通院を強く拒否するため、精神科など必要な医療の介入ができなくなっていた。同様に、必要性があることから訪問リハビリなどのサービスの導入も試みたが、本人の拒否が強く、利用には至っていない。

次に、2つ目の特徴である「家族に介護意欲がある」については、Aさん、Bさん、Cさん、Eさんのケースでみられた。Cさんのケースでは、本人に子どもはおらず、近隣市に住む妹が介護者となっている。末期の膵臓がんと診断され、どのような介護体制をとるかについて、ヘルパーの利用、家政婦の雇用など検討していたが、「私が泊まる方がお姉さん（本人）にとっていいと思うから」と妹が自ら申し出て、Cさん宅に泊まり込んで介護をしていた。がんの進行に伴って本人が動けなくなることで介護の負担が増すことが予想されたため、ケアマネジャーは介護者である妹に「負担が大きいですよ」と声をかけるも、妹は「もう慣れました」「大丈夫です」「（義父の介護を）やったことあるし、頑張る」と、介護を継続しているとのことだった。

3つ目の特徴として、「家族介護者の心身の状態により、介護負担が大きくなっていると考えられる」という点が挙げられる。この特徴は、AさんからFさんのいずれのケースにもあてはまる。Aさんを介護していた家族（長女）は60代と今回の調査における介護者としては比較的若いですが、自営業を営む夫の仕事を手伝いながら認知症の母親であるAさんを介護しており、仕事と介護の両方を担っていた。BさんからFさんのケースでは、介護者がいずれも70～80代と高齢であることから、特に身体介護が必要な場合、介護負担が大きいと考えられる。他にも、経済的な事情から現在もパートで仕事をしている、自身も内臓疾患がある（Eさん）、介護者である妻も精神疾患を有しており、幻覚や妄想といった症状がある（Fさん）など、介護者自身の健康状態、経済状況や生活状況により、介護負担がより重く経験されていることが想像できる。

3.2「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケース

支給限度額を超えた在宅サービスを利用するケースの特徴として①独居（5ケース）、②1日に3回以上の訪問サービスが必要（5ケース）、③本人や家族に経済力がある（5ケース）ことが挙げられた。

まず1つ目の「独居」については、Iさん以外のすべてのケースであてはまった。特に、Gさん、Kさん、Lさんは認知症を有しており、認知症症状の進行によって介助や見守りが必要な場面が増えることで、より多くのサービスが必要となった。Gさんのケースでは、当初は要介護認定を受けた夫と二人暮らしだったが、夫が急死してしまう。夫の死後、Gさん自身も転倒して歩けなくなり介護度が上がったが、Gさんは元々人見知りで集団生活を好まず、自宅で過ごしたいとの強い希望があった。Gさんの家族は、できるだけ本人の希望を叶えたいと話し、認知症のために食事や排泄に介助が必要なGさんは、1日3回の訪問介護サービスなどを利用しながら在宅生活を続けることとなる。夫の生前は、夫の介護保険サービスとして生活援助のサービスを利用できていたが、Gさん一人の介護保険サービスでは、必要なサービスを利用すると支給限度額内には収まらず、月に20万円ほどの自己負担金が発生していた。Gさんの場合、本人の遺族年金に加えて家族（近居の息子）も実費を負担して自己負担金を支払うことが可能になっていた。

次に、2つ目の「1日に3回以上の訪問サービスを必要とする」のは、Jさん以外のすべてのケースにあてはまる。多くのケースでデイサービスやデイケアなど通所サービスを併せて利用していたが、本人が人見知りで集団生活を好まない（Gさん）、自宅が高台にあり、通所サービスを頻繁に利用することが難しい（Iさん）、本人が自宅で過ごすことを希望した（Lさん）などの理由で、週の半分以上（4～6日）を自宅で過ごしていた。そして、いずれのケースも要介護度が要介護4または5であるか、認知症を有しているために食事や排泄に介助を要する状態であり、かつ、独居であることから、自宅で過ごす日には、1日に3回以上の訪問サービス（訪問介護、訪問看護）が必要だった。

3つめの「本人や家族に経済力がある」については、生活保護を受給しているJさん以外の5ケースに当てはまる。該当する5ケースでは、本人、家族に在宅生活を送りたいという強い希望があり、本人や家族に経済的なゆとりがあった。具体的には、本人の年金や所得、貯蓄、家族からの援助などにより、1カ月に約10～35万円の自己負担金を支払うことが可能になっていた。ここでの自己負担金とは、支給限度額内で利用する介護保険サービスの利用料（所得に応じて1割～3割）と、支給限度額をオーバーして全額自己負担で支払うサービス利用料、介護保険制度外で利用する民間サービス利用料の合計を指している。自己負担金を本人が支払っている場合には、本人に充分な額の年金や、不動産を所有していること等による所得がある、家族が援助しているケースでは、家族（子供など）の経済状態が良好であることが話された。また、本人に現役並みの所得があるケースでは、介護保険サービス利用についても、自己負担が通常の1割ではなく3割負担であり、それによって合計の自己負担額が増えていると考えられた。

生活保護を受給しているJさんは、脳性麻痺のため障害福祉サービスを利用しながら生活を送っていたが、65歳になり、要介護認定が出たことで介護保険制度に移行した。しかし、身体に障害を持ちながら独居で生活するJさんが、それまで利用していたサービスのすべてを介護保険サービスに移行して利用すると、支給限度額内に収まらない。加えて、余暇支援など介護保険サービスとして提供されていないサービスも

利用していた。そのため、支給限度額をオーバーするサービス、あるいは介護保険サービスのメニューにない余暇支援などのサービスについては、障害福祉サービスの支給を受けることで、それまでの自立した生活を維持することが可能となっていた。

3.3 介護保険制度の現状と課題

インタビューでは、調査対象者のケアマネジャーに、ケースを通して感じる現在の介護保険制度の現状と課題についても聞き取りを行った。

まず、調査対象者のケアマネジャーに話してもらった「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケースは、いずれのケアマネジャーにとってもレアケースであるとの回答だった。なぜレアケースなのかについて問うと、「ケアマネジャーは支給限度額を超えないようにケアプランを作成するのが基本」であることが理由として話された。介護保険サービスでは、サービス利用費の原則1割を利用者が負担するため、認定された要介護度ごとに設定されている支給限度額内であっても、サービス利用料が生じる。さらに、支給限度額を超えて利用したサービスに関しては、サービス利用費の全額を利用者が支払う必要がある。それらの利用料や、民間サービスに代表される自費サービスの利用料は、利用者にとっての「負担」という認識が強く、ケアマネジャーはケアプランを作成する上で常に自己負担額＝利用者負担額を意識していることが語られた。

また、利用者の経済力によって提示する選択肢が変わることも、調査対象者のうちの多くのケアマネジャーの経験として話された。具体的には、本人や家族に経済力があるケースでは、民間サービスの他、自宅での生活が難しくなってきた際に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅への入居を提案するなど、より多くの選択肢を提示できる。一方で、自己負担金の支払いやサービスの自費購入が難しい場合には、家族による対応を前提とする、それが困難であれば特別養護老人ホームなどへの入居を検討することとなる、とのことだった。加えて、近年の状況として、経済力があるが、家族による見守りや介護が困難なケースでは、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅へ入居する場合も多いことが話された。そのような住宅へ入居した場合、その住宅のケアマネジャーが担当となるケースが多く、いずれの調査対象者も入居後の生活については把握していなかった。そのため、調査対象者の実感として、「(有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は) 在宅という扱いだけど、私たちケアマネジャーからすると、施設という感覚」との言葉も聞かれた。

4. 考察

本調査では、現役ケアマネジャー5名に、「家族の介護負担が大きい」ケース、「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケース、介護保険制度の現状や課題について聞き取りを行った。この章では、具体的に聞き取りを行った個々の要介護高齢者のケース分析からの考察、調査対象者のケアマネジャーの経験から話された、介護保険制度の現状や課題についての考察を行う。

4.1 ケース分析からの考察

4.1.1「家族の介護負担が大きい」ケース

家族の介護負担が大きいケースの特徴として、「適切なサービスを利用できない」「家族に介護意欲がある」「家族介護者の心身の状態により、介護負担が大きいと考えられる」ことが挙げられた。

まず、1つ目の「適切なサービスを利用できない」については、医療的ケアが必要、本人が介護サービスの利用を拒否するなどの理由で、適切なサービス利用が困難となっているケースが複数挙げられた。本人の状態に応じて適切な介護保険サービスを利用することが、本人の残存能力の維持・向上や介護度の重度化防止につながることは、先行研究から示されている（吉行ら2016、岡村ら2018など）。同時に、特にデイサービスやショートステイなど、通所を伴うサービスを利用する場合には、家族介護者が自分の時間を持てるようになるなど、家族の介護負担の軽減にもなる（Zaritほか2014、立松2014、中越ほか2016）。つまり、適切なサービスを利用できないことは、要介護高齢者の残存能力を低下させる、家族介護者が介護に関わる時間が長くなるといった状況を作ることなどから、家族にとって介護負担がさらに大きくなると言える。

例えばBさんは、精神疾患を有しており、転倒した後の受診や入院を拒否したことから、傷病に必要な治療やリハビリを十分に受けられず、身体の硬直が進行した。身体の硬直が進行したことで、身体面での介助がさらに必要になったことに加え、車いすに乗ることができなくなり、その後の通所サービスの利用も困難になっていた。車いすに乗れないことは、高齢者本人の移動を大きく制限し、常に自宅で過ごす状況をつくることとなる。自宅からの外出が制限されることは、家族の介護負担の軽減となるデイサービスやショートステイの利用を困難にするという点で、家族の介護負担を大きくしていると考えられた。同様にEさんについても、本人がリハビリを拒否したことからADLが急速に低下し、介護の負担が大きくなっていたが、住宅環境から通所サービスの利用が難しく、家族による介護が続いていた。

高齢者が適切なサービスを利用できないことは、特に常時見守りや介護が必要な高齢者を介護する家族にとっては、「高齢者から離れられない」時間が長くなるだけでなく、本人のADLを始めとした残存能力の低下が早まって介護が必要な場面が増えるなど、介護負担の増大につながる。今回の調査で分析したケースにおいても、本人による拒否や住宅環境などを背景とし、適切な介護サービスを利用できないことが、家族の介護負担を大きくする一因となっていると考えられた。

2つ目の「家族に介護意欲がある」ことも、複数のケースに見られた特徴だった。家族介護者がいることや、家族が在宅介護を希望していることが、高齢者の在宅生活を長期継続させたり、施設入所を遅らせたりする上で重要であることは、これまでの研究からも明らかである（Gauglerほか2000、石附ほか2009）。Aさんのケースでは、認知症症状がみられるようになったAさんを介護するため、娘家族が同居を始めており、Cさんのケースでも、末期のすい臓がんで余命1〜2カ月と診断されたCさんを、介護者である妹が「自分がみる」とCさんの自宅に泊まり込んで介護をしている。Bさんのケースでは、本人の強い希望を受け入れる形で内縁の妻が在宅介護を開始していた。

家族が介護を担うまでの経緯は多様だが、介護を引き受ける家族がいることで、要介護高齢者の在宅

生活が可能となるケースが多いことが分かる。一方で、介護者が担う介護量や介護負担感が増大することが、要介護高齢者の在宅介護の継続に影響を与えることも指摘されている（Kajiwaraほか 2015, 赤澤ほか 2002）。Cさんのケースでは、本人がサービス利用を拒否しているとの話だったが、Cさんの妹は「本人が不安がるから」「自分が泊まるのが本人にとっていいと思う」など、Cさんの状況を考慮した上で、自ら選択して介護役割を担っている。Cさんは膵臓がんの末期と診断されており、余命が宣告されて「ゴールが見えていた」（インタビューより）ことも家族が介護を受け入れた理由となっていたが、介護者であるCさんの妹は泊まり込みを始めて2〜3週間で「しんどくなってきて」おり、ケアマネジャーがヘルパーの訪問回数を増やす調整を行ったこともケースの詳細として報告されている。このようにCさんのケースでも、Cさんの妹がどの程度の介護を担えるかが、Cさんの在宅介護継続の可能性に影響を与えることがうかがえた。当初、家族が意欲的に介護を引き受けたケースであっても、本人の状態変化や、適切なサービスを利用できない、介護期間の長期化などの状況が合わさることにより、家族の介護負担が大きくなるのが今回の調査でも確認できた。

3つ目の「家族介護者の心身の状態から介護負担が大きい」については、すべてのケースで当てはまった。上記で見てきたように、家族が介護を引き受けることで在宅介護が始まるが、家族介護者の心身の状態、要介護者の状態、両者の生活状況などが変化することにより、家族にとっての介護負担は変化していく。近年では、介護負担とは、具体的な介助の頻度やそこに要する時間だけでなく、介護者自身の心身の状態、要介護高齢者との関係や得られるサポートも含めて、介護者が介護をどのように経験しているか、という主観的な負担感として捉えるべきであるとされている（涌井 2021, Wimoほか 1991, Torntoreほか 2004）。そして、家族の介護負担感には、経済状況（大浦ほか 2005, 大山ほか 2001）、介護者自身の健康状態（Chouほか 2011, 大山ほか 2001）、ソーシャルサポート（緒方ほか 2000, 牧迫ほか 2008）などが関連するとされている。

本調査で分析したケースも、高齢者が介護を必要とする場面が増える、介護のために拘束される時間が増えるといった実際の介護負担のほかに、家族介護者自身の健康状態が良くない（Eさん・Fさん）、仕事との両立（Aさん）、経済的状況（Eさん）などと関連することで、家族介護者の主観的な経験として介護負担感が大きくなっていることが考えられた。同時にそれらは、調査対象者のケアマネジャーから見て「家族の負担が大きいと考えられるケース」として挙げられたケースであり、ケアマネジャーは、ケアマネジメントにおいて要介護高齢者の状態だけでなく、主たる介護者の状況についても把握し、その負担を評価していることも分かった。

4.1.2 「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケース

「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケースに共通して見られた特徴として、「独居」「1日に3回以上の訪問サービスが必要」「本人や家族に経済力がある」という3点が挙げられた。

まず1つ目の「独居」という特徴については、5ケースで当てはまった。延原ら（2001）が行った調査によると、独居であることは自費サービスの1つである配食サービスの利用に大きな影響を与えている。

このことから、同居家族がいる場合には家族が高齢者の食事の用意をしていることがうかがえるが、同時に独居のケース＝介護を担う同居家族がいないことで制度外のサービスが必要となりやすいことが分かる。

Gさんのケースでは、以前、要介護の夫と2人暮らしだった時には、Gさんが利用する介護保険サービスに加えて、Gさんの夫に生活援助サービスが入ることで、介護保険サービスの利用は支給限度額に収まっていた。しかし、夫が急死したことで、夫が利用していたサービス分が支給限度額からオーバーすることとなる。調査対象者のケアマネジャーからは「ご夫婦共に要介護認定があれば（支給限度額内で利用できるサービスの）可能性が広がる」「2人暮らしでも、どちらかに要介護認定がおりていなければ、生活援助サービスは利用できない」（インタビューより）といった言葉が聞かれた。同居する家族がいる場合の生活援助サービスの利用については、藤崎（2008、2009）も指摘するように、介護保険制度の創設時から「高齢者介護の責任分担をめぐる家族と社会サービスの線引き問題」（2009: 42）として議論されてきたが、介護保険サービスにおいて、同居家族がいる場合にはヘルパーが家事を代行する生活援助サービスは利用できない。現在は、同居家族に障害や疾病がある、もしくは障害や疾病がなくても同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合には利用できることとなっているが、今回の調査からも、実際に介護保険サービスを調整するケアマネジャーは、「同居家族がいる場合、生活援助サービスを利用できない」との基本原則に沿ってケアマネジメントを行っていることが確認できた。また、前項でも述べた、介護や生活の援助を行う家族がいることが要介護高齢者の在宅生活を可能にするとの先行研究は、同時に、介護や援助を日常的に行う家族がいない独居の要介護高齢者は、在宅生活が困難となりやすい状況を示しているとも言えるだろう。

2つ目の「1日に3回以上の訪問サービスが必要」という特徴について、1つ目の「独居」であることと関連していることは容易に想像できる。多くのケースにおいて、デイサービスなどの通所サービスを利用せず自宅で過ごすことを希望しており、同時に認知症や寝たきりのため、食事や排泄に介助を要する場合に、1日3回以上の訪問サービスが必要になっていた。そして、ケアマネジャーの「1日に3回以上の訪問サービスを週に3～4日以上利用すると、支給限度額をオーバーしてくる」（インタビューより）との言葉から分かるように、週の半分以上を自宅で過ごす場合、家族による介護や見守りがなければ、全額自己負担によるサービスや民間サービスを利用する必要があることが分かった。また、訪問サービスの利用については、「できるだけ（介護保険サービスの利用を）支給限度額内に収めるために、訪問看護を医療サービスとして利用できるように調整する」との話もあった。

3つ目の「本人や家族に経済力がある」については、Jさんを除くすべてのケースで当てはまった。介護保険サービスの利用には1割から3割の自己負担があり、サービスを利用すればするほど自己負担額は大きくなる。所得と介護保険サービスの利用について、遠藤ら（2007）は、国民生活基礎調査の分析から、所得によって介護ニーズに対するサービス利用の充足に相違はほとんどないとしているが、中越ら（2014）は、家族介護者への調査から、利用者が介護保険サービスの利用に係る経済的負担を理由にサービス利用を制限している可能性を指摘している。自己負担の上限は2015年に2割、2018年には3割に引き上げられており、今回の調査では、3割の自己負担に加えて、支給限度額を超えたサービスを利用しているケースもあった。

自己負担額が実際のサービス利用に与える影響については今後も検証が必要であるが、本調査で分析したケースでは、本人あるいは家族に経済力があることで、日常的に介助を行う家族がいなくとも、多くの見守りや介助を必要とする高齢者が在宅で過ごすことが可能となっていた。

特に、Lさんのケースでは、支給限度額を超えた介護保険サービスの利用の他、週末には、介護保険サービスでは利用できない「教会への付添い」や「好きな物を買う」といった余暇の支援に、民間サービスのヘルパーを利用していた。Lさんは独居で、キーパーソンである甥夫婦は関東在住のため、日常的にLさんの生活を支えることはできなかったが、1晩に3回の夜間ヘルパー、デイサービスをはじめとした介護保険サービスのほか、往診や訪問看護の医療サービス、余暇支援としての民間サービス、近隣の人の見守りにより、本人の希望通り、最期の看取りまで自宅で過ごすことができた。

4.1.3 分析ケースに共通して見られた特徴

今回の調査でケアマネジャーに紹介を依頼した「家族の介護負担が大きい」ケース、「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケースは、いずれも、現在の介護保険制度のみでは要介護高齢者や介護を担う家族のニーズがカバーされていないケースであると言える。それらのケースに共通していたのは、認知症を有する、自宅で過ごしたいという強い希望、夜間に対応する必要があるといった本人の状態を背景として、生活を送る上で多くの「見守り」が必要であるということだった。その中で、本人や介護する家族の経済状況により、自己負担を始めとした経済的負担が可能な場合には、1日複数回の訪問サービス、自費ヘルパーや家政婦などの民間サービスを利用することによって、在宅生活を継続していた。一方で、家族に介護意欲がある、経済状況などを理由に家族が対応している場合には、家族の介護負担が大きくなっていることがうかがえた。

今回あげられたケースの多くについて、支援経過の中でケアマネジャーが施設入所を検討していたことから、同様の状況にある要介護者のほとんどは、特別養護老人ホームをはじめとした施設に入所して、常にスタッフによる見守り、ケアを受けられる状況で生活を送っていることが推測された。在宅で生活する高齢者の場合、デイサービスなどに通所する日中の時間はスタッフの見守りのもとで過ごすことができるが、自宅で過ごす時間については、訪問介護サービスを利用できるのは、食事や排泄など、何らかの「介護」が必要なごく一部の時間に限定される。つまり在宅介護においては、夜間を含め、自宅で過ごす時間の多くは家族による見守りが前提となっていると言える。延原ら（2001）は、要介護高齢者の要介護認定では家族構成等は考慮されないが、実際に提供されるサービスのレベルを考えると、家族による介護が期待できない場合、介護保険で給付されるサービスのみで在宅生活を送ることは非常に困難であると指摘しており、今回の調査でも同様の状況があることが分かった。そして、在宅生活を継続する上で必要となる多くの見守りについて、本人および家族の経済状況によって負担が可能な場合には、支給限度額を超えるサービス利用や、自費サービスの利用が選択されている現状が明らかとなった。

4.2 ケアマネジメントの現状と課題

4.2.1 他制度・サービスとの組み合わせ

今回の調査では、支給限度額を超えた在宅サービスを利用するケースは、ケアマネジャーにとってレアケースであり、それは、「ケアマネジャーは支給限度額内で介護保険サービスを提案するのが基本」との認識によるものであることが話された。支給限度額と実際のサービス利用について、榊原ら（2014）は、支給限度額に対するサービス利用に関する調査から、支給限度額に対する利用率が30%未満である割合が約半数に上り、サービス利用を控える理由の1つとして「利用料の負担が大きい」ことが挙げられたと報告している。ケアマネジャーの認識の背景には、こういった現状が関係していると言えるだろう。そのため、在宅生活に必要なサービスを利用すると支給限度額を超え、自己負担が大きくなりそうなケースに対して、ケアマネジャーは、障害福祉サービス、医療保険サービス、自治体独自のサービスなど、介護保険制度以外の様々な制度を利用することで、利用者のニーズを満たしながら、介護保険サービスについては利用が支給限度額内で収まるよう工夫していた。ただし、このような調整は、個々のケアマネジャーの知識や経験によって可能かどうかが変わってくることも話された。

他にも、Jさんのケースのように、障害福祉サービスを利用しながら65歳を迎え、介護保険制度に移行するケースは今後もますます増えることが予想される。障害福祉サービスから介護保険制度に移行することで、利用できるサービスが減少したり、自己負担が増大したりする状況は、「65歳問題」等の言葉で表現され、現在は個々の利用者の状況に合わせて配慮することが自治体に求められている。しかしながら、そうしたケースを実際に担当したことがあるケアマネジャーはまだまだ少ない。また、65歳問題に関して全国的に統一した対応が定められていないため、適切なケアマネジメントを行うためには、自治体の障害福祉サービスについて精通していることも必要である。それぞれの利用者が生活に必要なサービスを可能な負担額で利用するには、ケアマネジャーによって行われるケアマネジメントの内容や質にも課題があることがうかがえた。

4.2.2 本人の経済力による選択肢の変化

要介護高齢者本人やその家族の経済状況により、ケアマネジャーから提案できる選択肢が変わってくることも多くの調査対象者から話された。具体的には、自己負担があることでサービスの利用を控える利用者に対しては多くのサービス利用を提案しにくく、一方で、経済力がある利用者には、介護保険サービスと併せてより多様なサービスを受けられる民間サービスも提案できるほか、家族による見守りや介助が困難なケースに対しては、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅といった住宅への入居を案内することもあるとのことだった。利用者の経済状況が介護保険サービスの利用に与える影響について遠藤ら（2007）は、所得階層間での介護サービス利用における格差はないとしているが、介護保険サービスでカバーできないニーズが発生した際のサービスの選択には、本人やその家族の経済状況が影響していることがうかがえた。

特に近年は、サービス付き高齢者向け住宅が急増しており（厚生労働省 2014）、見守りや介助が必要

になってきた高齢者の住まいとして選ばれている。サービス付き高齢者向け住宅は施設ではなく住居であるため、本来であれば、それまで利用していたサービス（訪問ヘルパーなど）も継続して利用できる。しかし、入居する住宅（事業所）のケアマネジャーが担当となるケースが多く、自宅での生活を知っているケアマネジャーが転居後の経過について把握することは困難である。そういった住宅への入居後について、調査対象者のケアマネジャーからは、住宅を運営する事業所が提供するサービスを利用することが入居の条件になっているなどの理由で、入居前に利用していた事業所を継続して利用するケースはほとんどないとの話もあった。また、介護保険サービスと併用する形で、見守りや日常生活の援助を自費サービスで提供していることもある。家族が日常的な援助を行えない場合には、多くの自費サービスの利用が必要になることも想定でき、今後、介護サービスの質に関わる課題が顕在化してくる可能性をはらんでいることがうかがえた。

5. おわりに

本研究では、現役ケアマネジャーへのインタビュー調査を実施し、特に「家族の介護負担が大きい」、あるいは、「支給限度額を超えた在宅サービスを利用する」ケースについて検討することで、在宅で生活する要介護高齢者の実態を明らかにすることを試みた。

その結果、認知症や医療的ケアがあることで日常生活において多くの見守りを必要とする、本人の希望や状態、環境上の理由から適切なサービスを利用できず、自宅で過ごす時間が長くなるといった特徴を持つケースにおいて、家族の負担が大きくなる、あるいは支給限度額を超えた在宅サービスが必要となっていた。そのことから、要介護高齢者が在宅生活を送る場合には、夜間を含めた自宅で過ごす時間のほとんどは、家族による見守りが前提となっている状況が明らかとなった。

そして、多くの見守りを要する、一日複数回の訪問サービスを必要とするなど、より多くのサービスが必要な場合、経済状況や家族による対応の可能性により、在宅生活を継続できるかどうかが決まってくることも分かった。具体的には、家族による対応が可能なケースでは、家族が大きな介護負担を担うことで高齢者の在宅生活を支え、家族による対応はできないが、経済的に豊かなケースでは、支給限度額を超えた介護保険サービスや民間サービス等を利用することにより、高齢者の在宅生活の継続が実現していた。そして、通常の多くのケースが該当するが、たくさんの見守りを要するケースで、家族による対応や多額の自己負担が困難な場合には、特別養護老人ホームを始めとした施設への入居が検討されることが確認された。

しかしながら、待機者が多い特別養護老人ホームへの入居は容易ではないため、日常生活で見守りや介護が必要な場面が増え、家族が対応できないケースでは、サービス付き高齢者向け住宅などを始めとした住まいを選択するケースも増えている。

今回の調査で詳細に分析した要介護高齢者の在宅介護の実態からは、在宅で生活を送る要介護高齢者の介護において、介護保険サービスでカバーできない見守りや援助については未だにその多くを家族が負担

しており、家族が関わるできない場合に、私費でのサービス購入という選択肢が選ばれる場合があることが分かった。本調査を踏まえ、今後、国際比較も含めてさらに多くのケースと比較・検討することで、日本における介護供給の「再家族化」「市場化」「私費購入化」がどのように進んでいるかを検証する必要がある。

参考文献

- [1] 赤澤 寿美・岩森 恵子・原田 能之・前原 貴美枝・山村 安弘, 2002, 「痴呆性高齢者の在宅介護長期継続と介護中断に影響する因子の検討」『日本地域看護学会誌』4(1):76-82.
- [2] Chou, Y.C., et al., 2011, “Predictors of subjective and objective caregiving burden in older female caregivers of adults with intellectual disabilities”, *International Psychogeriatrics*, 23(4):562-572.
- [3] 遠藤久夫・山田篤裕, 2007, 「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」『医療経済研究』19(2):147-167.
- [4] 藤崎宏子, 2008, 「訪問介護の利用抑制にみる「介護の再家族化 - 9 年目の介護保険制度」『社会福祉研究』103 : 2-11.
- [5] 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.
- [6] Gaugler, J.E., et al., 2005, “Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: family help and the timing of placement”, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55 (4):247-255.
- [7] 石附 敬・和気 純子・遠藤 英俊, 2009, 「重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因」『老年社会科学』31(3):359-365.
- [8] Kajiwa K, Nakatani H, Ono M, et al., 2015, “Positive appraisal of in-home family caregivers of dementia patients as an influence on the continuation of caregiving”, *Psychogeriatrics*, 15 (1) :26- 31.
- [9] 厚生労働省, 2014, 「介護を受けながら暮らす高齢者向け住まいについて」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038010>
- [10] 厚生労働省, 2020, 「令和2 年度介護保険事業状況報告」
- [11] 厚生労働省, 2020, 『令和2 年版 厚生労働白書—令和時代の社会保障と働き方を考える—』
- [12] 厚生労働省・経済産業省・農林水産省, 2016, 『地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集 保険外サービス活用ガイドブック』
- [13] 牧迫 飛雄馬・阿部 勉・阿部 恵一郎・小林 聖美・小口 理恵・大沼 剛・島田 裕之・中村 好男, 2008, 「在宅要介護者の主介護者における介護負担感に関与する要因についての研究」『日本老年医学会雑誌』45(1):59-67.
- [14] 中越 竜馬・武政 誠一・南場 芳文・森岡 寛文・雄山 正崇・中山 可奈子, 2014, 「介護保険制度の利用における家族介護者の満足度と家族介護者の経済状況」『理学療法科学』29 (6):867-871.
- [15] 中越 竜馬・武政 誠一・南場 芳文・森岡 寛文・雄山 正崇・中山 可奈子, 2014, 「居宅サービスの利用における家族介護者の満足度」『理学療法科学』29(6):983-987.
- [16] 延原 弘章・安西 将也, 2001, 「在宅サービスの利用に影響する因子の検討」『日本保健福祉学会誌』8(1) : 53-60
- [17] 緒方 泰子・橋本 勉生・乙坂 佳代, 2000, 「在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担」『日本公衆衛生雑誌』47(4):307-319.
- [18] 岡村 和典・江川 晃平・岡本 ひかる・沖井 明・金井 秀作, 2018, 「介護予防通所リハビリテーションの運動介入に

- よる歩行能力の経時的変化」『ヘルスプロモーション理学療法研究』8(1):23-27.
- [19] 大浦 麻絵・鷺尾 昌一・和泉 比佐子・森 満, 2005, 「介護保険制度導入4年目における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感」『日本老年医学会雑誌』42(4):411-416
- [20] 大山 直美・鈴木 みずえ・山田 紀代美, 2001, 「家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析」『老年看護学』6(1):58-66.
- [21] 榊原一恵・伊藤美樹子・三上洋, 2014, 「介護保険サービスの支給限度額に対するサービス利用の実態とサービス利用に影響を与える要因」『甲南女子大学研究紀要』8:13-21
- [22] 総務省, 2017, 『平成29年度就業構造基本調査』
- [23] 立松 麻衣子, 2014, 「家族介護者の介護負担感とショートステイサービス利用効果の横断的調査からみたショートステイサービスの課題—要介護高齢者の地域居住を支える介護事業所のあり方に関する研究(第2報)—」『日本家政学会誌』65(11):632-642.
- [24] Torntore, J. B. & Grant, L. A. 2004. "Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of relative with dementia", *Journal of Gerontology* 59(2): 80-88.
- [25] 鷺尾 昌一・荒井 由美子・和泉 比佐子・森 満, 2003, 「介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit 介護負担尺度日本語版による検討」『日本老年医学会雑誌』40(2):147-155.
- [26] 渡邊 愛記・長山 洋史・川口 敬之・福田 倫也・阿久津 二夫・神田 直, 2013, 「介護保険導入前後における在宅脳卒中患者の介護状況と介護負担感」『理学療法科学』28(4):511-516.
- [27] Wimo, A., Strauss, v. E., Nordberg, G., Sassi, F. and Johansson, L., 2002, "Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden", *Health Policy* 61:255-268
- [28] Zarit, S.H., et al., 2014, "Daily Stressors and Adult Day Service Use by Family Caregivers: Effects on Depressive Symptoms, Positive Mood, and Dehydroepiandrosterone Sulfate", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12): 1592-1602

Research on Home Care for the Elderly and Service Use in Osaka

Eriko KUBO

Abstract:

Although it has been over 20 years since Long-term Care Insurance System was established in Japan, family caregivers still have a significant responsibility for family members in need. Long-term care insurance service users are no longer able to receive less home visit care services such as cooking, laundry, or cleaning; however the government encourages people to purchase private services, instead of using long-term care insurance services. This study analyzed 12 elderly-in-need cases who receive home care services including long-term care insurance services, family care, and private services, to examine how the elderly in need live at home with home care services. There were two types of cases; the burden on family caregivers was large (six cases) and the amount of long-term care insurance services use went over the maximum payment pertaining to an allowance (six cases). Results showed that having dementia, medical care or a specific living environment needs prevent appropriate use of services, such as day care. This has caused a situation where someone needs to keep watching them. When a family caregiver could take care of them, the burden was considerable and when they or their family could afford extra services, they lived at home with more services. Care managers mentioned that in most cases, long-term care insurance service users did not prefer an extra charge even if it is a fee paid for services; thus care managers rarely suggested extra services use.

Key Words : Long-term Care Insurance, Home Care, Care Management, Family Caregiver, Private Services