

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

Factors related subjective well-being in a middle-aged Japanese population using stratified analyses by gender

研究分担者 森山葉子 国立保健医療科学院 主任研究官
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授

研究要旨

【背景】昨今、わが国を含めたいくつかの国で国家の豊かさを示す指標として幸福感が用いられ始め、政策に反映させる取り組みが行われている。

幸福感については、国内外で幸福感と年齢との関係はU字型を示すとされており、中高年の幸福感が最も低い。また男女間でも幸福感の程度およびそれに関連する要因が異なることが指摘されているが、具体的にどういった要因が男女別の幸福感に関連するかを示す論分はまだ少ない。そこで、本研究は、幸福感が最も低いとされる中高年を対象として、どういった要因が幸福感の程度に関連するのか、男女別に明らかにすることを目的とした。

【方法】2011年に行われたつくば市における高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査の40～64歳の有効回答者865人（男性：3444人、女性：521人）を対象とした。0点～10点の間で回答された幸福感について、中央値が7点であったことから、8点以上を高幸福感、7点以下を低幸福感と2分し、これを従属変数とした。独立変数は、内閣府主催の「幸福度に関する研究会報告」で示された3本柱、経済的社会状況、心身の健康、関係性に基づいて、経済的社会状況：仕事、心身の健康：喫煙、規則正しい生活、睡眠、健診、疾病等、関係性：配偶者との同居、家族介護の有無を用いた。 χ^2 検定を用いた単変量解析、および多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】男女別に行った多変量ロジスティック回帰分析で高幸福感と有意に関連していた項目は以下の通りである。男性は、仕事をしている、十分な睡眠、規則正しい生活、定期的な健診受診、非喫煙、複数疾患なし、配偶者との同居であった。女性は、家族介護をしていることのみが低幸福感と有意に関連していた。

【結論】本研究により、幸福感に関連する要因は性別により異なることを明らかにした。男性では、仕事をしている、健康に関連する項目、配偶者との同居が誘因に関連したが、女性では家族介護をしていることのみがネガティブに関連した。日本を含めた各国で幸福感を政策に反映させる取り組みが始まっているが、年齢や性別により幸福感に関連する要因が異なることから、これらを考慮した取り組みをすることが重要である。特に、女性においては、家族介護をしていることのみが低幸福感に関連しており、今後ますます在宅介護が推進される中、家族介護者への具体的な支援を行う必要がある。

A. 研究目的

昨今、多くの国で幸福感を国家の豊かさを表す指標として利用しはじめている。こ

れは、Easterlinが収入と幸福感は必ずしも比例しないと述べたこと¹や、1976年にブータンがGNP（Gross national product）

の代わりにGNH（Gross National Happiness＝国民総幸福量）を用い始めたことから各国に広まっていった。日本においても、2010年にGNHが国家戦略の一つに加えられ、また、特に2011年の東日本大震災が起きて以降、心の豊かさや絆といった精神的つながりが改めて着目され、幸福感に着目した取り組みが行われ始めている。

幸福感には、いくつかの要因が関連することが言われており、年齢や性別もその一つである²⁻⁶。国内外で幸福感と年齢とはU字型の関連を示すとされており²⁻³、中高年の幸福感が最も低い。性別は、以前は女性の方が男性より幸福感が高いとされることが多かったが^{4,5}、昨今は女性の幸福感が低下しているとも言われている⁶。男女で幸福感の程度や、それに関連する要因は異なることは示されてきたが^{7,8}、具体的にどういった要因が関連するか男女別に示された研究はまだ少ない⁸。

本研究は、幸福感が最も低いとされる中高年を対象として、どういった要因が幸福感の程度に関連するのか、男女別に明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. データおよび分析対象

2011年に行われた、つくば市における高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査を用いた。調査は自記式で、市内の40～64歳の男女2000人（層化無作為抽出）に郵送し、906人（回答率45.3%）から回答を得た。有効回答者数は865（男性：344、女性：521）であり、これを分析対象とした。

2. 従属変数と独立変数

調査の中に、「現在、あなたはどの程度幸せですか。」との問いを設け、「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点とした場合の点数を申告してもらい、男女ともに中央値が7点であったことから、8点以上を高幸福感、7点以下を低幸福感と2分し、

これを従属変数とした。

独立変数は、内閣府主催の「幸福度に関する研究会報告」⁹で示された3本柱、経済的社会状況、心身の健康、関係性に基づいて、経済的社会状況：仕事、心身の健康：喫煙、規則正しい生活、睡眠、健診、疾病等、関係性：配偶者との同居、家族介護の有無を用いた。

3. 分析方法

男女別に、幸福感（高か低か2値）と独立変数の各要因との関連を χ^2 検定を用いて単変量解析をし、p値が0.2以下の項目を用いて、多変量ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行い、男性か女性かに有意であった項目と、重要な項目（年齢と喫煙）を用いてファイナルモデルとし、多変量ロジスティック回帰分析を行った。

（倫理面への配慮）

筑波大学医学部研究倫理委員会の承認を受けて実施した（承認日：平成23年9月30日、通知番号：第23-221号）。つくば市長の許可を得て、無記名自記式質問紙調査の結果に基づく、連結不可能匿名化したデータを使用した。

C. 研究結果

1. 男女別幸福感の分布

男性では、高幸福感：139人（40.4%）、低幸福感：205人（59.6%）、女性は高幸福感：278人（53.4%）、低幸福感：243人（46.6%）であった。

2. 短変量解析

χ^2 検定を用いた短変量解析で高幸福感と有意（ $P<0.05$ ）に関連していた項目は、男女共に有意であったのは、十分な睡眠、規則正しい食事、規則正しい生活、配偶者との同居であり、男性のみ有意であった項目は、仕事をしている、喫煙していない、複数疾患をかかえていない、定期的な健診受診であり、女性のみ有意であった項目は、定期的な運動習慣、家族介護をしてい

ない、であった。

3. 多変量ロジスティック回帰分析

男女別に行った多変量ロジスティック回帰分析で高幸福感と有意に関連していた項目は以下の通りである。男性は、仕事をしている、十分な睡眠、規則正しい生活、定期的な健診受診、非喫煙、複数疾患なし、配偶者との同居であった。女性は、家族介護をしていることのみが低幸福感と有意に関連していた。

D. 考察

本研究により、幸福感に関連する要因は性別により異なることを明らかにした。男性では、仕事をしている、健康に関連する項目、配偶者との同居が有意に関連したが、女性では家族介護をしていることのみがネガティブに関連した。

就業について、先行研究においても失業は女性より男性において心理的負担が重いとされており^{10, 11}、特に日本では男性は大黒柱としての責任が伝統的に言われていることから、中高年において仕事についていることは重要であり幸福感にも大きく関連することが考えられる。

健康と幸福感に関連があることは以前から示されており¹²⁻¹⁴特に男性の方が精神的に脆弱な部分があり、このことが過度な飲酒や喫煙につながることも指摘されており¹⁴、精神的ストレスのない幸福感の高い人は、日頃から規則正しい生活を送っていたり、喫煙をしない健康的な生活を送っていることが考えられる。

配偶者との同居と幸福感については、男性において、より関連が示されており、特にこの傾向は日本において顕著であることが言われている¹⁵。

先行研究において、家族介護をする女性の幸福感は低い⁸、男性では介護をしても自分の時間を持つことができれば、負担感を軽減させ、幸福感を低減しないこと

が指摘されている¹⁶。介護をしても、いかに自分の時間を持ち、ストレスや負担感を蓄積させないか。またそうした支援をすることが必要であると思われる。

E. 結論

日本を含めた各国で幸福感を政策に反映させる取り組みが始まっているが、年齢や性別により幸福感に関連する要因が異なることから、これらを考慮した取り組みをすることが重要である。特に、女性においては、家族介護をしていることのみが低幸福感に関連しており、今後ますます在宅介護が推進される中、家族介護者への具体的な支援を行う必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

Yoko Moriyama, Nanako Tamiya, Nobuyuki Kawachi : Factors related to the subjects well-being by gender in middle age people – Tsukuba aging survey. The 1st International Conference on Global Aging, 2014

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

引用文献

1. Easterlin RA: Will raising the incomes of all increase the happiness of all. J Econ Behav Organ 1995, 27: 35-47.

2. Blanchflower DG, Oswald AJ: Is well-being U-shaped over the life cycle? Soc Sci

- Med 2008, 66: 1733-49.
3. Shishido K, Sasaki T: Happiness in Japan: A hierarchical age-period-cohort analysis based on JGSS cumulative data 2000-2010. *Japanese sociological review* 2011, 62: 336-355. (Japanese)
 4. Blanchflower DG, Oswald AJ: Well-being over time in Britain and the USA. *J Public Econ* 2004, 88: 1359-86.
 5. Ohtake F, Shiraishi S, Tsutsui Y. *Happiness in Japan: Disparity, Employment, Family: Nippon Hyoron Sha* 2010 (Japanese)
 6. Stevenson B, Wolfers J: The paradox of declining female happiness. *Am Econ J Econ Policy* 2009, 1: 190-225.
 7. Jens B, Mette D, Mette L: Time and money. A simultaneous analysis of men's and women's domain satisfactions. *J Happiness Stud* 2009, 10: 113-31.
 8. Giusta MD, Jewell SL, Kambhampati US: Gender and life satisfaction in the UK. *Fem Econ* 2011, 17: 1-34.
 9. The Commission on Measuring Well-being, Japan: *Measuring National Well-Being: proposed Well-being Indicators* 2011.
 10. Frey BS: *Happiness. A revolution in economics. Munich Lectures in Economics* 2010.
 11. Sano S, Ohtake F: Employment and Happiness. *Japanese Journal of Labour Studies* 2007, 558: 4-18. (Japanese)
 12. Steptoe A, Wardle J: Positive affect and biological function in everyday life. *Neurobiol Aging* 2005, 26S, S108-S112.
 13. Kageyama J: Happiness and sex difference in life expectancy. *J Happiness Stu* 2012, 13: 947-967.
 14. Möller-Leimkühler AM: The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 253: 1-8.
 15. Lee KS, Ono H: Specialization and happiness in marriage: A U.S.- Japan comparison. *Soc Sci Res* 2008, 37: 1216-34.
 16. Uemura S, Sekido K, Tanioka T: Characteristics of male family caregivers in Japan and their sense of care burden. Capacity to deal with stresses, and subjective sense of well-being. *Health* 2014, 6: 2444-52.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

子どもの障害の有無が与える母親の精神的健康度への影響

研究分担者 山岡祐衣 筑波大学医学医療系ヘルスサービス分野 研究員

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービス分野 教授

研究要旨

子どもが障害を有する場合、障害を有さない場合の子育てと比較して、母親の精神的健康度がより悪化することが懸念される。国内において population-based なデータを用い、子ども障害の有無を比較した場合の母親の精神的健康度を評価した研究の報告は乏しい。そのため、本研究では国民生活基礎調査を用いて、障害の有無における母親の精神的健康度の状態を比較することを目的に実施した。平成 22 年度の国民生活基礎調査を用い、6 歳以上の子ども（世帯から一人を抽出）・母親・父親を特定して連結させた。従属変数は母親の Kessler-6 スコアを用い、5 点以上（psychological distress を感じている状態＝低い精神的健康度）と 5 点未満の 2 群に分けて評価した。連結させた 33,739 組のデータのうち、629 人の子どもが障害を有していた。子どもに関する変数のみ（性、年齢、通院の有無等）を調整した場合、母親は障害児が世帯に 1 人の場合で 1.57 倍（odds ratio (OR) 1.57,; 95% confidence interval (95%CI) 1.32-1.87）、障害児が 2 人いる場合に 2.38 倍（OR 2.38, 95%CI 1.18-4.80）有意に低い精神的健康度になりやすいことが認められた。子どもの変数に加えて、母親の変数（学歴、仕事の有無）、世帯の変数（世帯構成、持ち家の有無等）を調整しても、同様の傾向が認められた。今後の研究として、さらに世帯構成が母親の精神的健康度に与える影響を詳細に検討していく必要がある。

A. 研究目的

母親にとって、子どもが障害を有する場合、精神的、身体的、経済的な負担をおうことが知られている。特に母親が精神的問題を抱えていると、望ましくない子育ての行動^{1,2}や、子ども自身の健康問題^{3,4}にも繋がること知られている。そのため母親の精神的健康度の評価や支援が必要である。しかし、そもそも子どもが障害を有さない場合の子育てと比較して、どの程度障害を持つ子どもを育てることが母親の精神的健康度の悪化に影響を与えるのかについて、国内において population-based なデータを用いた報告は乏しい。そのため、本研究では

国民生活基礎調査を用いて、子どもの障害の有無における母親の精神的健康度の状態を比較することを目的に実施した。

B. 研究方法

1) 使用するデータ

平成 22 年度の国民生活基礎調査の世帯票・健康票を用いた。国民生活基礎調査では世帯を対象とした調査であり、約 28.9 万世帯が調査対象となり、そのうち約 23.0 万世帯（世帯員で約 60.9 万人）より回答を得ている（世帯回収率は 79.4%）。

2) 対象者の選出

まず親子関係を特定するために、二人親

世帯、三世帯世帯、一人親世帯の中から、子ども、母親、父親を特定して連結させた。その際に本研究での従属変数は母親の精神的健康度であるため、今回はシングルファザーの世帯(1,261人)は除外した。また障害児の選定方法として、世帯票にある6歳以上を対象として質問項目で「手助けや見守りを必要としていますか？」に「はい」と答えた6歳以上の児を、「障害を有する児」と本研究では定義した。そのため6歳未満の子どもは障害の有無を評価できないため、除外した(27,222人)。子ども・母親・父親の情報を連結させる際に、母親・父親の情報が重複してしまうことを避けるために、子どもは同一世帯から一人を抽出した(年齢が若い方、障害がより重い方を選んだ)。最終的に、子ども・母親・父親を連結させた33,739組(triad)を研究対象とし、そのうち33,110人が障害を有しておらず、障害を有していたのは629人であった。

3) 精神的健康度について

母親の精神的健康度は、抑うつ・不安を測定する尺度である日本語版のKessler-6(K6)スコアを用いた(6項目、5件法)。5点以上の場合、過去30日間に一般的精神的苦痛(nonspecific psychological distress)を感じていたことを表し、本研究では従属変数を母親のK6スコアとして、5点以上(低い精神的健康度)・5点未満の2群に分けて評価した。

4) 分析方法

各変数の記述統計を行い、母親の精神的健康度(K6 5点未満・5点以上)で2群にわけて、単変量解析(χ^2 検定、t検定、Fisher直接確率検定)を実施した。次に、下記に示した子どもに関する変数を強制投入してモデル、及び、さらに母親の変数・世帯の変数も投入したモデルを用いて、多重ロジスティック回帰分析を実施した。

【子】年齢、性別、障害の有無、通院の有

無、活動制限の有無

【母】学歴、就労の有無

【世帯】障害のない子どもの人数、月額の世界帯支出額、持ち家の有無、世帯構成(二人親世帯で祖父母同居あり、二人親世帯で祖父母同居なし、一人親世帯で祖父母同居あり、一人親世帯で祖父母同居なし)

5) 倫理的配慮について

本研究は二次データを用いており、統計法33条に基づいて利用申請の上で使用している。また、本研究は筑波大学の倫理審査委員会で承認を得て実施した(No.862, 2014年5月14日)。

C. 研究結果

表1は母親の精神的健康度(K6 5点未満・5点以上)で2群にわけて実施した単変量解析の結果である。子どもの属性では、平均年齢が10.5±3.5歳(mean, SD)で性別はほぼ同割合であった。約2割の子どもが何らかの医療施設に通院をしており、約1割の子どもで過去1ヶ月以内に健康問題による活動制限(学校を休んで臥床している等)を経験していた。日常生活において見守りや手助けが必要な児を本研究では障害児と定義するが、その障害児の割合は1.9%(n=629)であった。母親の低い精神的健康度と有意な関連がみられたのは、子どもの年齢がより高い(p<0.001)、外来通院をしている(p<0.001)、活動制限があった(p<0.001)、子どもが障害を有している(p<0.001)場合であった。親の属性については、母親と父親の平均年齢はそれぞれ母親が41.0±5.8歳(mean, SD)で、父親が43.5±6.7歳(mean, SD)であった。母親も父親も高校卒業までの学歴である者が約半数であり、未就労の母親の割合は約3割であるが、未就労の父親の割合は1.9%であった。そのうち、母親の低い精神的健康度と有意な関連がみられたのは、父親の年齢が

より高い($p<0.001$)、母親および父親の学歴が高卒以下である($p<0.001$)、父親が未就労である($p<0.001$)という項目であった。世帯の変数としては、68.3%が二人親のみの世帯であり、二人親と祖父母の同居がある世帯は全体の21.2%、一人親で祖父母の同居があるのは3.3%、一人親のみの世帯が7.2%であった。約3分の4の世帯が持ち家を持っており、子どもの人数の中央値は2人(IQR; 1-2)で、月間の世帯支出額は中央値で12万円であった。そのうち、母親の低い精神的健康度と有意な関連がみられた変数は、世帯構成($p<0.001$)、持ち家でないこと($p<0.001$)、子どもの人数($p<0.001$)であった。

図1に多重ロジスティック回帰分析の結果を示す。まず、子どもの変数のみ(性、年齢、通院の有無、活動制限の有無)を調整すると、世帯に一人障害を有する子どもがいる場合は1.57倍(odds ratio (OR) 1.57; 95% confidence interval (95%CI) 1.32-1.87)、世帯に障害児が2人いる場合は2.38倍(OR 2.38, 95%CI 1.18-4.80)、有意に母親の低い精神的健康度になりやすいことが認められた。子どもの変数に加えて、母親の変数(学歴、仕事の有無)、世帯の変数(世帯構成、持ち家の有無、障害の無い子どもの人数、世帯支出額)を調整すると、世帯に一人障害を有する子どもがいる場合は1.49倍(OR 1.49, 95%CI 1.23-1.79)、世帯に障害児が2人いる場合は2.54倍(OR 2.54, 95%CI 1.13-5.72)、有意に母親の低い精神的健康度になりやすいが認められた。

D. 考察

本研究では、子どもが障害を有する場合、子どもが障害を有さない場合の子育てと比較して、子・母親・世帯の変数を調整しても、母親は低い精神的健康度に1.49倍有意になりやすいことが認められた。さらに障害児が2人いる場合は、低い精神的健

康度になるリスクは2.54倍に上昇することも判明した。今回は子どもの性、年齢と同時に、通院の有無や活動制限の有無も調整している。障害がなくても(日常的に見守りや手助けが必要なくても)、通院や活動制限を経験している児も存在していると思われるが、その健康状態を調整しても、障害をもつ児を育てていることが独立して有意に母親の精神的健康度に影響を与えていることが判明した。さらに母親の精神的健康度に影響を与えうる、母親自身の社会経済的要因(学歴、就労、世帯状況)を調整しても、障害児を育てていることによる影響は有意に残っていた。population-basedなデータを用いたカナダの報告⁵では、健康問題を抱えている子どもと健康な子どもを比較した場合、母親のうつ症状になりやすさは約2.5倍上昇していた。本研究のpoint estimateは先行研究より低い理由としては、対象者の選出方法や調整した変数の違いが関係している可能性があるが、本研究では障害児の人数が増えるごとに母親の低い精神的健康度へのリスクは上昇しており、障害児を育てている母親に与える精神的な影響に対して、さらなる評価と支援体制が必要である。

E. 結論

平成22年度国民生活基礎調査を用いて、子どもの障害の有無が母親の精神的健康度に与える影響について検討した。子どもが障害を有する場合、母親は有意に低い精神的健康度になりやすく、障害児の人数が増えると更にリスクが高まることが認められた。今後はさらに子育て状況を個別に評価するため、世帯構成別の母親の精神的健康度の評価を行い、支援提供体制への充実に繋げていくことが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

※現在投稿中

2. 学会発表

山岡祐衣、田宮菜奈子、森山葉子、野口晴子。「障害を持つ子どもを育てるとのこと ―母親の精神的健康と就労への負担」第74回日本公衆衛生学会学術集会（2015年11月4日、長崎）

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

予定なし

2. 実用新案登録

予定なし

3. その他

特になし

H. 文献

1. McLennan JD, Kotelchuck M. Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics*. 2000;105(5):1090-1095.
2. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005;115(2):306-314.
3. Ferro MA, Speechley KN. Depressive symptoms among mothers of children with epilepsy: a review of prevalence, associated factors, and impact on children. *Epilepsia*. 2009;50(11):2344-2354.

4. Schwebel DC, Brezaussek CM. Chronic maternal depression and children's injury risk. *Journal of pediatric psychology*. 2008;33(10):1108-1116.
5. Brehaut JC, Kohen DE, Garner RE, et al. Health among caregivers of children with health problems: findings from a Canadian population-based study. *American journal of public health*. 2009;99(7):1254-1262.

表 1

子ども・母親・父親・世帯に関する変数と母親の精神的健康度との関係

			精神的健康度が高い K6 5 点未満 (n=21,021)		精神的健康度が低い K6 5 点以上 (n=11,718)		p value
			n	(%)	n	(%)	
子ども (n=33,739)	年齢	(mean, SD) (range)	22,021	(10.4, 3.5)	11,718	(10.6, 3.5)	<0.001 †
	性別	女性	10,803	49.10%	5,698	48.60%	0.45
		男性	11,218	50.90%	6,020	51.40%	
	外来通院	なし	17,365	82.20%	8,718	77.90%	<0.001
		あり	3,769	17.80%	2,469	22.10%	
	活動制限	なし	18,423	89.90%	9,409	86.80%	<0.001
		あり	2,075	10.10%	1,429	13.20%	
障害	なし	21,702	98.60%	11,408	97.40%	<0.001	
	あり	319	1.40%	310	2.60%		
母親 (n=33,739)	年齢	(mean, SD) (range)	22,021	(41.0, 5.8)	11,718	(41.1, 5.9)	0.525 †
	卒業	大学、専門学校	10,453	51.50%	5,154	47.90%	<0.001
		高校まで	9,825	48.50%	5,600	52.10%	
	就労	あり	15,456	70.30%	8,154	69.70%	0.27
なし		6,541	29.70%	3,547	30.30%		
父親 (n=30,181)	年齢	(mean, SD) (range)	20,063	(43.4, 6.7)	10,118	(43.7, 6.8)	<0.001 †
	卒業	大学、専門学校	9,414	50.60%	4,405	47.00%	<0.001
		高校まで	9,192	49.40%	4,972	53.00%	
	就労	あり	19,593	98.50%	9,764	97.40%	<0.001
なし		307	1.50%	265	2.60%		
世帯 (n=33,739)	二人親・祖父母同居あり		4,741	21.50%	2,400	20.50%	<0.001 ‡
	二人親・祖父母同居なし		15,322	69.60%	7,718	65.90%	

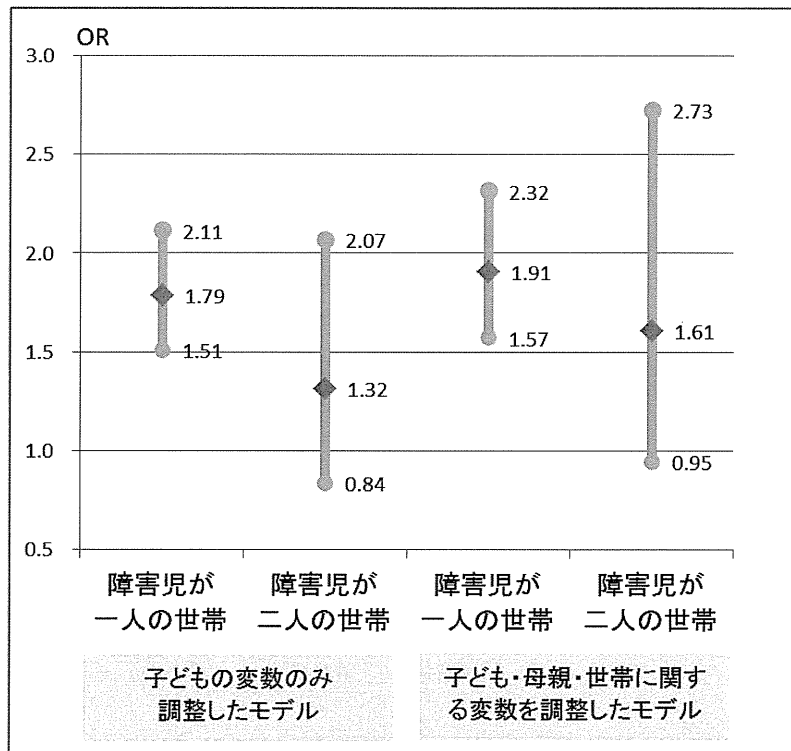
一人親・祖父母同居あり		686	3.10%	430	3.70%	
一人親・祖父母同居なし		1,272	5.80%	1,170	10.00%	
持ち家	なし	5,212	23.70%	3,321	28.30%	<0.001
	あり	16,809	76.30%	8,397	71.70%	
子の人数	(median, IQR) (range)	22,021	(2, 1-2) (1-13)	11,718	(2, 1-2) (1-10)	0.006 ‡
人口規模	15 万人未満	10,894	49.50%	5,862	50.00%	0.332
	15 万人以上	11,127	50.50%	5,856	50.00%	
世帯支出額	25%tile 以上	16,083	76.30%	8,487	75.90%	0.404 †
	25%tile 未満	4,999	23.70%	2,699	24.10%	

χ^2 test

† t test

‡ Wilcoxon rank sum test

図1 児が障害を有することが母親の精神的健康度に与える影響について



在宅要介護者の原因疾患と介護費用との関連性

研究分担者 山中克夫 筑波大学人間系 准教授

研究協力者 河野禎之 筑波大学ダイバーシティ・アクセシビリティ・キャリアセンター
助教

研究協力者 伊藤智子 つくば国際大学医療保健学部 助教

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授

研究要旨

本研究は、平成 25 年度国民生活基礎調査のデータをもとに、在宅要介護者における疾患とその介護費用（今回は介護保険によって給付される居宅サービスに対する自己負担額）との関係について明らかにすることを目的とした。その結果、居宅サービス費用の月平均は、全体で 10.5 千円（標準偏差 10.6 千円）であった。また、要介護になった主な原因の疾患別にみると、特に認知症が最も高く、次いで脳血管障害、パーキンソン病と高くなっており、特に中枢性疾患が主たる原因の場合に比較的費用が高いことが明らかにされた。

A. 研究目的

高齢社会を迎えたわが国において、社会保障費の増大は大きな問題となっている。国全体が費用の抑制に向かう一方で、ミクロの視点、すなわち、利用者の視点に立ち、彼らがどれくらい経済的負担を背負っているのかを把握することも大切な点である。また、現介護施策において、特に経済的負担が大きい原因疾患を明らかにしていくことも、制度改善に役立つものと思われる。

今回は、平成 25 年度国民生活基礎調査のデータをもとに、在宅要介護者における疾患とその介護費用（今回は介護保険によって給付される居宅サービスに対する自己負担額）との関係について明らかにする。

B. 研究方法

研究 1 では平成 25 年度国民生活基礎調査の介護票の結果を用いた。この調査の対象は平成 22 年国勢調査区から層化無作為抽出された 5,530 地区のなかで、さらに無作為抽出された 2,500 地区内の要介護者・要支援者 7,270 人であった。このうち調査票が回収された対象は 6,463 人であり、集計可能な対象は 6,342 人であった。

上記 6,342 人のうち、下記 3 点の選択条件を満たす対象を分析対象とした。

選択条件 1 世帯票および健康票と 1 対 1 のデータ突合が可能である者。突合キーは、都道府県番号、地区番号、単位区番号、世

帯番号、性別、生年月である。

選択条件 2 介護票の居宅サービス費用への有効回答があり、40,000 円未満の者。

選択条件 3 介護票の要介護状態となった主な原因疾患への有効回答があり、回答が選択肢「14 わからない」以外の者。

なお、選択条件 1 は、今後、要介護者や家族介護者における説明変数として世帯票および健康票の調査項目を用いることから設定した。また選択条件 2 は、介護票の居宅サービス費用への有効回答において、回答された内容にばらつき（あるいは外れ値）がみられたため設定した。本研究で目的としているのは介護保険によって給付される居宅サービスに対する自己負担額である。介護保険制度では各要介護度区分に応じた区分支給限度基準単位があり、最大単位は要介護 5 の 35,830 単位である（平成 18 年度改定）。単位数単価は地域区分によって異なり、平成 27 年度地域区分 1 級地では 1 単位 10～11.4 円であった。これを約 11 円とみなし、要介護 5 での区分支給限度額は 35,830 単位×11 円/単位=394,130 円であった。そのうち自己負担額は一律 1 割（平成 25 年当時）であり、39,413 円がおおよその自己負担額の最大値であると仮定できる。妥当な居宅サービス費用（利用自己負担額）を扱うため、回答した額が 40,000 未満の者を分析対象の選択条件とした。

分析に用いた調査項目は、要介護状態となった主な原因疾患と居宅サービス費用である。介護票質問 4 の「介護が必要になった原因は何ですか」に続いて、主な原因を問う 14 選択肢（1 脳血管障害（脳卒中）、2

心疾患（心臓病）、3 悪性新生物（がん）、4 呼吸器疾患、5 関節疾患、6 認知症、7 パーキンソン病、8 糖尿病、9 視覚・聴覚障害、10 骨折・転倒、11 脊髄損傷、12 高齢による衰弱、13 その他、14 わからない）への回答結果を用いた。居宅サービス費用は、介護票質問 9 の「5 月中に事業者を支払った介護サービスの自己負担額」の実数（円単位）への回答結果を用いた。

分析方法は、要介護状態となった主な原因疾患を基準にした居宅サービス費用の分散分析および多重比較（Tukey 法、 $\alpha=0.05$ ）を用いた。なお費用は千円単位とした。また、費用ゼロへの対応から、円単位の費用の対数も検定した。有意水準は 5%とした。分析は SAS Ver.9.2、SPSS Ver. 23 を用いた。

C. 研究結果

1. 分析対象の選択結果

選択条件 1 について、同一の都道府県番号、地区番号、単位区番号、世帯番号の者で、同一の性別、生年月の者が 1 組（2 人）いた。この 2 人を除いた 6,340 人において選択条件 2 および 3 を検討した。

選択条件 2 について、居宅サービス費用に関するデータ不詳は 423 人（6.67%）であり、0 円は 1,261 人（19.89%）であった。1 円以上は 4,656 人（73.44%）であり、この 4,656 人における費用の分布は、最大値 797,316 円、95 パーセンタイル値 103,037 円、90 パーセンタイル値 65,000 円、中央値 15,000 円、25 パーセンタイル値 6,161 円であった。費用 40,000 円未満の者は 5,077 人であった。

選択条件 3 について、選択条件 1 によっ

て選択された 6,340 人において要介護状態となった主な原因疾患に関するデータ不詳は 85 人 (1.34%)、「14 わからない」は 46 人 (0.73%) であった。なお、選択条件 1 かつ 2 によって選択された 5,077 人においては、不詳 65 人 (1.28%)、「14 わからない」38 人 (0.75%) であり、選択条件 1~3 を満たした最終分析対象は 4,974 人であった。

2. 基本属性 (表 1)

分析対象 4,974 人において、女性 66.43%、40 歳以上 65 歳未満 3.74%、65 歳以上 75 歳未満 11.98%、75 歳以上 84.28%であった。

3. 要介護状態となった主な原因疾患 (説明変数) の分布 (表 1)

分析対象 4,974 人において、1 脳血管障害 (脳卒中) 18.64%、2 心疾患 (心臓病) 4.58%、3 悪性新生物 (がん) 2.19%、4 呼吸器疾患 2.25%、5 関節疾患 11.76%、6 認知症 14.46%、7 パーキンソン病 2.96%、8 糖尿病 3.48%、9 視覚・聴覚障害 1.85%、10 骨折・転倒 12.99%、11 脊髄損傷 2.21%、12 高齢による衰弱 15.46%、13 その他 7.18%であった。

4. 居宅サービス費用 (被説明変数) の分布 (表 2)

分析対象 4,974 人において、最大値 39.9 千円、75 パーセンタイル 17.6 千円、中央値 7.1 千円、25 パーセンタイル 0.6 千円、最小値 0.0 円であり、平均 10.5 千円 (標準偏差 10.6 千円) であった。

5. 主な原因疾患を基準とした居宅サービ

ス費用の分散分析の結果 (表 2)

原因疾患別に費用 (千円単位) が最も高かったのは (平均±標準偏差)、認知症 15.6 ±11.7 千円であり、次いで脳血管障害 12.7 ±11.3 千円、パーキンソン病 11.1±10.5 千円であった。

費用 (千円単位) に対し、自由度 12 の分散分析では、F 値 29.87、P 値<.0001 であった。対数変換した費用に対しては、自由度 12、F 値 9.67、P 値<.0001 であった。

6. 主な原因疾患を基準とした居宅サービス費用の多重比較の結果 (図 1、図 2)

費用 (千円単位) に対する 13 原因疾患を基準とした Tukey 法による多重比較では、脳血管障害と、パーキンソン病を除く他の 11 疾患との間に有意差がみられた。また、認知症においては他の 12 疾患全てとの間に有意差がみられた。その他、関節疾患とパーキンソン病、関節疾患と骨折・転倒、関節疾患と高齢による衰弱との間に有意差がみられた。

費用 (千円単位) における多重比較の結果に比して、費用の対数変換における結果は脳血管障害と呼吸器疾患との間に有意差はなく、関節疾患と糖尿病との間に有意差がみられた。

D. 考察

平成 25 年度国民生活基礎調査の介護票をもとに、居宅サービス費用の月平均は、全体で 10.5 千円 (標準偏差 10.6 千円) であることが明らかにされた。しかし、要介護になった主な原因の疾患別にみると、費用の月平均は異なり、認知症が最も高く、次いで脳血管障害、パーキンソン病と高く

なっており、全体の疾患の中で、特に中枢性の疾患が比較的費用が高くなっていることが明らかにされた。こうした違いについては、各疾患の要介護区分別構成比、他サービスの利用との関連性などが影響している可能性が考えられ、今後の検討が必要である。

E. 結論

居宅サービス費用の月平均は、全体で10.5千円強であり、要介護になった主な原因の疾患別にみると、認知症の場合が最も高いことが明らかにされた。

表1 要介護状態となった主な原因疾患と基本属性との関係

主な原因疾患	女性	40歳以上	65歳以上	75歳以上	All	N
	PctN	PctN	PctN	PctN		
1脳血管障害(脳卒中)	45.85	9.82	22.76	67.42		927
2心疾患(心臓病)	63.6		7.89	92.11		228
3悪性新生物(がん)	51.38	1.83	20.18	77.98		109
4呼吸器疾患	41.07	1.79	12.5	85.71		112
5関節疾患	85.3	2.56	9.57	87.86		585
6認知症	72.88	0.7	4.03	95.27		719
7パーキンソン病	51.02	5.44	27.89	66.67		147
8糖尿病	54.34	6.94	24.28	68.79		173
9視覚・聴覚障害	58.7	3.26	8.7	88.04		92
10骨折・転倒	82.35	1.39	7.89	90.71		646
11脊髄損傷	50.91	8.18	21.82	70		110
12高齢による衰弱	73.99	0.26	1.95	97.79		769
13その他	64.15	7.84	18.21	73.95		357
All	66.43	3.74	11.98	84.28		4974

表2 要介護状態となった主な原因疾患と居宅サービス費用(千円)との関係

主な原因疾患	Mean	Std	Min	Q1	Median	Q3	Max
1脳血管障害(脳卒中)	12.7	11.3	0.0	1.8	10.6	20.0	39.8
2心疾患(心臓病)	8.0	9.9	0.0	0.0	4.1	13.0	39.5
3悪性新生物(がん)	8.3	9.9	0.0	0.0	4.3	12.8	38.9
4呼吸器疾患	9.2	9.3	0.0	0.5	6.9	13.0	37.6
5関節疾患	6.8	8.5	0.0	0.0	3.8	10.0	38.0
6認知症	15.6	11.7	0.0	5.3	15.0	25.0	39.9
7パーキンソン病	11.1	10.5	0.0	2.3	7.0	18.7	38.4
8糖尿病	8.7	9.5	0.0	0.0	5.6	15.1	36.6
9視覚・聴覚障害	7.2	8.9	0.0	0.0	4.0	10.9	37.6
10骨折・転倒	9.7	9.9	0.0	1.3	6.8	15.1	39.8
11脊髄損傷	7.7	9.4	0.0	0.0	2.8	13.0	34.8
12高齢による衰弱	9.5	9.9	0.0	0.5	6.2	15.0	39.4
13その他	8.9	10.1	0.0	0.2	4.8	15.0	37.7
All	10.5	10.6	0.0	0.6	7.1	17.6	39.9

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1脳血管障害(脳卒中)	1脳血管障害(脳卒中)												
2心疾患(心臓病)	*	2心疾患(心臓病)											
3悪性新生物(がん)	*		3悪性新生物(がん)										
4呼吸器疾患	*			4呼吸器疾患									
5関節疾患	*				5関節疾患								
6認知症	*	*	*	*	*	6認知症							
7パーキンソン病					*	*	7パーキンソン病						
8糖尿病	*					*		8糖尿病					
9視覚・聴覚障害	*					*			9視覚・聴覚障害				
10骨折・転倒	*				*	*				10骨折・転倒			
11脊髄損傷	*					*					11脊髄損傷		
12高齢による衰弱	*				*	*						12高齢による衰弱	
13その他	*					*							13その他

図1 居宅サービス費用(千円)に対する要介護状態となった主な原因疾患による多重比較(Tukey法)

* P値<.05

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1脳血管障害(脳卒中)	1脳血管障害(脳卒中)												
2心疾患(心臓病)	*	2心疾患(心臓病)											
3悪性新生物(がん)			3悪性新生物(がん)										
4呼吸器疾患				4呼吸器疾患									
5関節疾患	*				5関節疾患								
6認知症		*	*		*	6認知症							
7パーキンソン病		*			*		7パーキンソン病						
8糖尿病						*		8糖尿病					
9視覚・聴覚障害						*			9視覚・聴覚障害				
10骨折・転倒		*			*	*				10骨折・転倒			
11脊髄損傷						*					11脊髄損傷		
12高齢による衰弱					*	*						12高齢による衰弱	
13その他						*							13その他

図2 居宅サービス費用の対数に対する要介護状態となった主な原因疾患による多重比較(Tukey法)

* P値<.05

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

法医学データを用いた農作業関連死亡の実態

研究分担者 山本秀樹 帝京大学公衆衛生学研究所 教授

研究要旨

農業従事者の高齢化が進んでいるが、農作業にともなう死亡事故は労働災害統計に含まれない事例が多く、実態が把握されていない。今回、2001-2013年の岡山大学「法医学データベース」から、農作業との関連が疑われる死亡事故を検討した結果、岡山県下で316件(24.3件/年)の農作業関連死亡事故が発生していることが明らかになった。全国の労働災害を集めた「死亡災害統計」のうち同時期(2001-2013年)の農業の死亡事故は199件で、そのうち岡山県下の死亡事故の報告は2件のみ(0.15件/年)で法医学データベースと大きな差があった。

死亡事故の多くは、トラクター等の農機具に関わるもの、作業中の心血管・脳血管障害による死亡であった。農作業関連事故を防ぐ取り組みが必要であり、正確な原因究明のためにも農業従事者の事故(労働災害)について情報収集を行うシステムの整備が求められる。

A. 研究目的

近年、我が国において農業従事者の高齢化が課題になっている。(農業就業人口の平均年齢 66.4 歳、65 歳以上が 63.5%, 2015)。農業従事者は小規模な自営農家が多く、労働者災害補償保険(労災保険)の対象にならないため農作業による事故は労働災害として把握されていない。

本研究は岡山大学法医学教室(大学院医歯薬学総合研究科法医学分野)が作成した法医学データベースにおける死亡事件事故のうち農作業中の死亡事例を抽出し、農作業関連死亡事故の状況を把握し、農作業の安全性を高める対策づくりに生かすことを目指すものである。

B. 研究方法

岡山大学法医学教室が保有する、法医学データベース(2001-2013年、26,273例)の個票に記載された死亡時の状況の記録より農業関連のキーワード「農作業、田んぼ、トラクター、コンバイン」等で抽出した。

これらの抽出事例 862 例の中で、自殺として判断されたもの、農作業以外の要因で死亡したことが明確な事例を除外した。

全国の労働災害との比較には、厚生労働省が公表している「職場のあんぜんサイト」における「全国死亡災害データベース」(平成3年から平成26年が公開)では、大分類「農林業」、小分類「農業」の項目で該当する死亡災害事例を抽出した。

(http://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzen_pg/SIB_FND.aspx)

都道府県別発生例データより、2001-2013年の岡山県での発生例と比較した。

(倫理面への配慮)

岡山大学法医学データベースには個人を特定できる個人情報削除されている。法医学データの扱いについて「日本法医学会倫理綱領(平成25年6月)及び「日本法医学会プライバシーポリシー」(平成18年4月)を遵守した。

C. 研究結果

法医学データベースの全 26,273 例のうち 316 例が農作業との関連死が疑われた。2001-2013 年の 13 年間、岡山県下で農作業と関連がある死亡が年間平均 24.3 件発生していることがわかった。(表 1)

全国労働災害統計では、2001-2013 年の同時期に全国で 199 件(15.3 件/年)の農業での死亡労働災害が報告されているが、岡山県では 2001-2012 年の間全く農業分野での死亡災害の報告がなく、2013 年に 2 件の死亡災害が報告されたのみであった。2001-2013 年の死亡災害発生率は平均 0.15 件/年であった。(表 2)

D. 考察

現在、労働災害の報告対象が労災保険適応事業所に限定されており、厚生労働省の労災統計と法医学データベース上での岡山県下の農業関連死亡件数の比が 0.15 : 24.3 (件/年)で、農業作業関連の死亡の 0.63%が死亡労災事故として報告されているに過ぎない。全国で 15.3 件/年の農業分野での労災死亡事故が報告されているが、農業従事者人口(全国 : 2,605,736 人、岡山県 : 59,570 人、農林業センサス : 2010 年)を考慮すると全国で 1,062 件/年に相当し、労災統計とのギャップが大きい。

法医学データベースで農作業と関連した死亡事例が労働災害に相当する死亡であると判定するには、因果関係・蓋然性について、個別の事例について詳細に検討を行う必要がある。

法医学データベースでは、死亡時の状況について目撃者がいない等の理由で、詳細な状況が把握されていない事例が多い。その中で、トラクター、耕耘機(耕運機)、コンバイン等の農機具使用時の転落や巻き込まれ事故が 72 件(各 : 47 件, 16 件, 9 件)と

目立った。これらの農機具利用時の事故は、農作業との関連も明確であり、労働災害とみなすことができると考えられた。一方で、田んぼで作業者が倒れていたところを発見された事例について、業務に関連したものであるかどうか判断するには意見が分かれる可能性がある。

E. 結論

農業従事者の高齢化が進んでいるが、農作業にともなう死亡事故は労働災害統計に報告されていないものが多いが、今回の法医学データベースから、労働災害統計で報告されていない農作業関連死亡事故が多数発生していることが判明した。岡山県下では死亡災害統計では 2001-2013 年で 2 件(0.15 件/年)の報告が、法医学データベースでは 316 件(24.3 件/年)あった。

今後、農業従事者(特に高齢者)の農作業中の事故防止のため、農機具の関する安全対策(機器の設計、啓発活動、講習等)や持病(循環器疾患、高血圧等)の管理を進める必要があると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし

2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録
該当なし

3. その他
該当なし

表1：法医学データベース（岡山大学）において農作業との関連が疑われた死亡例

(2001-2013)				
キーワード	検索結果	除外		農作業と関連がある事例
		自殺	農作業以外	
農業	41	16	23	12
農作業	86	2	16	68
田んぼ	17	0	0	9
畑	198	12	58	128
用水	392	22	368	2
トラクター	47	0	1	46
耕耘機(耕運機)	16	0	1	15
コンバイン	9	0	0	9
田植え	5	0	0	5
草刈り	33	0	23	10
稲刈り	7	0	0	7
ビニールハウス	11	6	0	5
合計	862	58	490	316
平均(件/年)	66.3	4.5	37.7	24.3

表2： 全国労災(死亡災害) 統計データベース

(厚生労働省：2001-2013年)							
年 (西暦)	全国			岡山県			
	死亡災害総数	大分類(農林業)	小分類(農業)	死亡災害総数	大分類(農林業)	小分類(農業)	小分類(林業)
2001	1,790	70	16	45	4	0	4
2002	1,790	65	16	40	1	0	1
2003	1,790	3	12	22	1	0	1
2004	1,790	59	13	33	2	0	2
2005	1,790	60	13	34	4	0	4
2006	1,472	77	20	23	1	0	1
2007	1,357	65	15	25	1	0	1
2008	1,268	55	13	15	1	0	1
2009	1,075	56	13	19	1	0	1
2010	1,195	85	26	18	0	0	0
2011	1,025	54	16	17	0	0	0
2012	1,093	53	16	33	2	0	2
2013	1,030	49	10	35	2	2	0
合計	18,465	751	199	359	20	2	18
平均(件/年)	1,420	57.8	15.3	27.6	1.54	0.154	1.38
SD(件/年)	731.4	25.6	9.6	14.9	1.19	1.18	1.33
			農業/全産業	1.1%		農業/全産業	0.6%
			農業/農林業	26.5%		農業/農林業	10.0%

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

娘による母親の介護と義理の娘による義母の介護の比較
—つくば市におけるアンケート調査結果から

研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	教授
研究協力者	桑名温子	筑波大学医学群	医学類 学生
研究分担者	森山葉子	国立保健医療科学院	主任研究官
研究協力者	堤春菜	筑波大学医学医療系	客員研究員
研究分担者	柏木聖代	横浜市立大学	教授

研究要旨

目的 家族介護の状況，特に子世代による介護状況を把握することは，今後の介護政策展開の上で重要である。日本ではこれまで，介護者の続柄に焦点をあてた研究は行われてきたが，続柄を娘と義理の娘に限定し，かつ被介護者の要介護度と性別を考慮した上で介護状況を比較した研究はない。そこで，本研究では娘と義理の娘による介護に関し，被介護者の性別を女性に限定した上で，被介護者の要介護度で層別化し，介護期間，介護への考えおよび介護負担感などの状況を比較することとした。

方法 つくば市保健福祉部高齢福祉課が平成23年2月に実施したアンケート調査を二次データとして分析した。サンプリングは層化抽出法により，在宅療養中の65歳以上の要支援・要介護認定者1,400名とその主介護者とした。分析対象は介護者が娘または義理の娘である165名のうち，被介護者が女性の115名とした。介護期間や介護者の心情などを比較した後，要介護度2以下と3以上で層別化をして同様に分析した。さらに，続柄による違いがあった要介護度2以下の層において，年齢や副介護者の有無等を考慮して負担感を検討するために多変量解析を行った。

結果 要介護度で層別化すると，全体で有意差があった項目のほとんどが，要介護度2以下の層においてのみ有意差があり，その項目は，娘および義理の娘において，被介護者の年齢（中央値84歳vs88歳），介護期間が3年以上（60% vs 33%），経済的負担がある（23% vs 4%），介護方針の決定に自分の意見が反映される（91% vs 73%）などであった。加えて，住居が持家（88% vs 100%），介護負担感が高い（31% vs 55%）は，全体ではなく要介護度2以下でのみ有意差があった。多変量解析の結果，要介護度2以下の層では介護者の年齢，被介護者のIADL，副介護者の有無を考慮しても，義理の娘の方が娘よりも負担感が高かった（オッズ比：3.47，95%信頼区間：1.11-10.88）。

結論 娘と義理の娘という介護者の続柄の違いにより，要介護度が低い場合にのみ被介護者の年齢，介護期間，経済的負担などに違いが見られ，要介護度が高い場合には介護状況にあまり差がないこと，また，義理の娘は年齢や副介護者の有無などの交絡要因を調整しても，被介護者の要介護度が低い場合に娘より負担感が高いことが明らかになった。義理の娘が義母を介護する場合には，要介護度が低くても負担感を軽減するための支援が必要と考えられる。

A. 研究目的

わが国では、2000年に在宅介護を推進する介護保険制度が導入され、在宅サービスが整備されたことなどから、介護サービス利用者における居宅サービス受給者の割合は2000年の65.2%から2013年には73.9%と¹⁾、在宅介護の割合が増加した。この在宅介護における主な介護者は、事業者が13.3%であるのに対し、約75%が家族（別居も含む）により担われている²⁾。欧米諸国においても、介護政策は施設から在宅へシフトしており³⁾⁴⁾、多くの国で介護家族の実態調査がなされ、それをもとに在宅介護者を直接支援する施策がなされている⁵⁾⁶⁾。英国では2014年に介護者の実態とニーズを把握し、被介護者と同様に支援することが自治体の義務とされた⁷⁾。

しかし、世界一の長寿国で、かつ在宅介護における家族の役割が今だ大きいわが国では、家族介護者の実態を把握する公的調査や介護者を直接支援する政策は整備されていない。そこで、家族介護政策の中で家族をどう支援するかを検討するためにも、まず、わが国の介護家族の実態を明らかにすることは重要であると考えられる。

家族介護者についての先行研究では、介護者の続柄により介護状況が異なることが報告されており、介護者の続柄により利用する介護サービス⁸⁾、介護期間や介護時間⁹⁾、介護者の自由な時間¹⁰⁾が異なる、介護者が息子か嫁の場合に介護協力者が多い¹¹⁾などが示されている。また、介護者が配偶者よりも義理の娘の方が、年齢などを調整しても被介護者の生存が短いことを示した研究¹²⁾もある。さらに、その結果は被介護者が女性の場合にのみ見られたことから、家族介護の実態把握には、介護者の続柄による違いに加え、被介護者の性別も考慮することが重要であると考えられる。

一方で、わが国の家族介護者の続柄は、近年大きく変化してきている。まずは、配偶者

介護が増え、子世代の介護が2000年の56.2%¹³⁾から2013年の40.5%¹⁴⁾に減少している。さらに、子世代の介護者の中でも義理の娘の割合は2010年²⁾から2013年¹⁴⁾において、17.2%から9.6%と減少し、一方、娘は15.6%から19.3%と増加しており、わが国の特色でもあったいわゆる嫁の介護が実の娘に急速に転換してきたところである。子世代介護は減少してはいるものの、今後も家族介護の重要な担い手であり、義理の娘から娘への変化の背景を探ると共に、これらの介護の実態を把握する必要がある。また、韓国でも同様に、義理の娘の割合が2001年および2014年において、38.0%から12.4%に減少している¹⁵⁾。今後急速に高齢化を迎える途上国においては義理の娘による介護が占める割合は今だ高く、バングラデシュでは47.8%¹⁶⁾を占めると報告されているが、いずれ日本や韓国のように推移する可能性もあり、各国における今後の介護政策を検討する上でも、大きく変遷してきた日本の子世代家族介護者の実態を明らかにすることはこれらの追随する国々にとっても有益であると考えられる。

しかし、子世代介護の中心である女性家族介護者に焦点をあてて娘と義理の娘の介護状況を比較した先行研究は今だ少ない。著者らが検索した中で唯一の研究は、介護が必要になったために子どもの元に引っ越した高齢者を介護する娘と義理の娘を比較したものであり、娘の方が長時間、重度の人を介護しているが負担感は義理の娘の方が大きいと報告されている¹⁷⁾。しかし、この研究では被介護者の性別は男女いずれも含まれ、かつ介護状況に大きく影響すると考えられる被介護者の重症度や介護者の年齢などの交絡要因は調整されていない。

そこで本研究では、被介護者の性別を女性に限定した上で、被介護者の要介護度で層別化し、介護期間、介護への考えおよび介護負担感などの状況について、娘による