高齢社会における介護ストレスとその対策

服部万里子

立教大学コミュニティ福祉学部福祉学科
NPO 渋谷介護サポートセンター

(ストレス科学研究 2011, 26, 1-7)

Abstract

Although the system of Long Term Care Insurance has been introduced in Japan the burden of care takers has not been lessened substantially since then. In order to lessen the stress on the part of care takers various support and assistance must be necessary. I think, therefore, this insurance is literally the Long Term Care Insurance.

Keywords: Care stress, Long Term Care Insurance, family care giver

はじめに

介護保険が導入され 10 年が経過した。家庭における介護者の負担を軽減し、介護を社会全体で担う「介護の社会化」がうたわれたが、10 年目の現実には介護負担の軽減や介護に伴う虐待などの問題は解決されているとは言い難い現状である。ここでは高齢化社会の介護ストレスに関して、在宅の家族介護者のストレスを中心にストレスの分析と対応策に関して述べる。

1. 介護保険の現状と介護者の状況

1. 1 介護保険 10 年目の要介護者の状況

1. 1. 1 認定者は 500 万人を超えた

介護保険の認定者は 2000 年 4 月の 218 万人から増加し、2010 年 6 月には 500 万人を超えた。また、国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2025 年には 75

歳以上の後期高齢者と 65～74 歳までの前期高齢者に割合は 6：4 になると予測されている。厚生労働省の推計では、介護を必要とする高齢者は、2025 年には 755 万人になると推定されている。

1. 1. 2 介護保険利用者の 7 割は自宅で介護されている

認定者の 8 割が介護保険サービスを利用している。グラフ Fig. 2 のように、利用者の 71% が自宅で暮らしながら介護保険を利用している。(要支援者が 20%, 要介護者 50%) 他に介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に計 22%, 特定施設に 3%, 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に 4% が介護保険を利用して暮らしている。小規模多機能居宅介護に 1% であるが、この利用者は自宅にいるため、自宅が 71%, 施設 22%, ケア付き住宅に 7% である。

要介護度別の状況をみると、在宅では要支援者が 29%, 要介護 1 が 21%, 要介護 2 が 21%, 要介護 3 が 14%, 要介護 4 が 9%, 要介護 5 が 6% であり、要

The stress on the part of care takers at the aged society

Mariko Hattori

College of Community & Human Service, Rikkyo University

NPO Shibuya Care Support Center

© Public Health Research Foundation

出典：厚生労働省介護給付費実態調査10月審査分より作成

Fig. 1 要介護認定者の推移

出典厚生労働省介護給付費実態調査平成22年6月審査より

Fig. 2 介護保険サービス利用者の居場所

出典：厚生労働省介護給付費実態調査平成22年6月審査より

Fig. 3 要介護認定者の年齢構成

支援から要介護2の軽度要介護者等で7割を占めている。(2010年6月審査分)、重度の要介護者の場合には身体介護の割合が高く、介護者には身体的、時間的負担がかかるが、反対に軽度要介護者の場合には、その本人の生活の意向や、考えに即した支援や介護サービスが求められるのである。

1. 1. 3 認定者の半数は85歳以上

介護保険は40歳から利用することができるが、年齢別の認定者をみると、40~64歳の第二号被保険者は3%であり、97%が65歳以上である。中でも後期高齢者が85%であり、そのうち85歳以上が48%である(Fig.3)。これらの人々は、加齢に伴い、白内障や老眼で目が見えにくくなり、耳が遠くなり、歯が脱落し、関節の疾患や血圧などの疾患を持つ人が多く、それに加えて要介護になる原因があり、介護認定を受けることになるのである。

出典：国民生活基礎調査平成19年度版介護表

Fig. 4 介護者の属性

出典：国民生活基礎調査平成19年度版介護表

Fig. 5 同居介護者の年齢構成

1. 2 介護者の状況

1. 2. 1 介護者は配偶者、子、嫁で約6割

介護している主な介護者の属性をみると、25%が配偶者、18%が子供、子の配偶者が14%、別居の家族等11%であり、事業者が介護者は12%である。介護者の年齢をみると老老介護が多いことが明確である。また介護者の性別では男性が3割、女性が7割である(Fig.4)。

1. 2. 2 同居介護者の6割は60歳以上

介護されている者の年齢も高いが、介護する者の年齢もグラフのように、同居介護者では59%が60歳以上であり、80歳以上の介護者も11%いるのが現実である。60歳未満では介護と仕事の両立が課題になり、また、高齢介護者の場合には、介護する側の心身の疲弊や、自分の疾病と向き合いながらの介護をしている像が明らかである(Fig.5)。

2. 在宅介護者のストレス

2. 1 在宅介護者の介護負担は軽減されたか

Table 1 介護者の介護負担

平成7年人口動態社会経済面調査(65歳以上の死亡者の主介護者)

・ ストレスや精神的負担が大きかった	(52.7%)
・ 十分睡眠を取れなかった	(45.7%)
・ 家を留守にできなかった	(41.8%)
・ 自分の時間が持てなかった	(40.3%)
・ 食事, 排泄, 入浴など負担が大きかった	(37.3%)
・ 症状の変化に対応できず不安だった	(21.6%)
・ 仕事にでられなかった	(17.3%)
・ 介護の経済的負担が大きかった	(14.8%)
・ 介護の手助けをしてくれる者がいなかった	(14.4%)
・ 適切な介護の仕方が分からなかった	(11.9%)
・ 持病の治療ができなかった	(9.9%)
・ 相談する者がいなかった	(5.1%)
・ 介護する部屋が無かった	(2.2%)
・ その他	(7.8%)
・ 特に困ったことは無かった	(19.6%)

出典: 国民生活基礎調査平成19年度版介護表

Fig. 6 要介護者等の要介護度別にみた同居している主な介護者の介護時間別構成割合

介護保険が導入される前は在宅三大介護サービスはホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイであり、1989年の保健・医療・福祉10ヶ年戦略以降、サービス量の拡大が図られてきた。しかし、措置の時代には福祉のサービス利用に対する抵抗感やサービス量の不足もあり介護サービス利用者は限定的であった。平成7年の調査では、介護者の負担感は「ストレスや精神的負担が大きかった」がトップであり、十分睡眠をとれなかった、自宅を留守にできない、自分の時間が持てなかったと続いており、精神的負担が多かった。

しかし、介護保険が導入されて8年が経過した平成19年の調査で、「同居家族の介護時間」をみると、介護にほとんど終日時間がとられたのは要介護5では52.7%、要介護4では43.5%、要介護3でも30.9%と負担軽減されているとは言えない状況である。介護以外に自分の時間が取れない状況では、ストレスや精神的負担、睡眠、家を留守にする、自分の時間を持つこと

ができない状況は改善されていないのである。

介護保険が導入されてからの負担が軽減されていないのは、在宅介護で最も利用されてきた訪問介護では短時間の排泄、入浴、食事介助が導入されても自宅を空けられない状況は変わらず、通所介護を数時間利用しても夕方～夜間、朝や土日の介護は家族にゆだねられており、短期入所が不足し続けている現状では、介護の多くが介護者に頼らざるを得ない現状があるのである。

2.2 在宅介護のストレスの状況

2.2.1 同居家族の介護負担とストレス

同居家族の場合には時間的な負担が多い。朝起きてから寝るまで、夜間も含めて、要介護者の状況に合わせた見守りや介護が求められる。重度の場合には家を空けられないことが多く、認知症の場合には目を離せないという生活の自由の束縛=拘束感があり、ストレスになっているのである。加えて3度の食事や洗濯、

掃除、買い物等の要介護者に即した対応が求められる。汚したトイレの掃除や、やわらかい食事を工夫したり等に日々の手間がかかる。身体的には睡眠不足や腰を痛める、自分の病気に対応できない等のストレスも加わる。子育てと両立している場合には充分に対応できないジレンマに陥ることや、居住環境により介護スペースが負担になる場合もある。

介護者が仕事をしている場合には、その負担が倍加され、退職を余儀なくされることも少なくない。厚生労働省の「雇用均等基本調査」(平成 20 年度)では介護休業は 61.7 が%の事業所が就業規則に定めているが、取得は女性就労者で 0.11%, 男性就労者では 0.03% である。また、介護による退職は総務省の「就業構造基本調査」(平成 19 年度)では過去 5 年間の介護看護による退職者は男性 87,400 人、女性 414,700 人の計 502,100 人と年間 10 万人を超えている。中でも 40~59 歳の働き盛りの退職者が 58.4% であり、就業においても家計においても影響が大きいのである。青山¹⁾は女性の自己破産の原因の一つに介護を挙げている。

また、平成 18 年度から「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく養護者による虐待報告件数は年々増加している。20 年度では、虐待と確認された者 1 万 4889 件の内、同居の養護者による虐待が 86% であった。虐待者は息子 40.2%, 夫 17.3%, 娘 15.1%, 嫁 8.5%, 妻 5.2% となっており、男性介護者は介護者の三分の一だが、虐待では約 6 割が男性介護者であった。このことは介護のやり方や生活支援の経験が少ない男性に介護負担が大きいことや、男性介護者の場合には女性以上に相談する人がいないために孤立化しやすいことが虐待につながっているのではないかと考えられる。

2. 2. 2 近距離介護の介護負担とストレス

一時もてはやされた「スープの冷めない距離」などの近距離介護の場合には、同居家族に比べて自分の生活環境は確保できる。しかし、食事介助に合わせて通い介護することや、往診に同席するために医師が来るまで親の家で待機をしたりするなど、要介護者の介護に合わせて自分の行動を調整することが余儀なくされるなど生活時間を自分でコントロールできないストレスがある。また、一人にして帰ることで、転倒や徘徊や火の始末等「危険性に対する不安」が常に頭を離れないことや常時ケアできないことに、「精神的痛み」を覚えるなどの精神的なストレスがある。さらに周囲からは「いつまで一人にしておくのか？」などの「同居圧力」にさらされるなどの家族間の問題も出ている。

2. 2. 3 遠距離介護の介護負担とストレス

田舎に両親等が暮らす場合に、一人が脳梗塞や骨折などで入院や介護が必要な状態になったり、死亡によ

り一人暮らしになる等により、一挙に介護の課題が噴出して来る。飛行機の通いや車での移動時の有料道路の「介護割引」があるが新幹線などで通い介護をする場合には、まず、経済的負担と時間的負担が大きい。また急激な変化に対応できないために、状況がつかめず、対応や行動が起こせないジレンマに追いこまれる。要介護者の住む地域に協力者や話の通じるサービス事業所やケアマネジャーがいることが不可欠である。しかし、地域や親族から「介護サービスの利用が親不孝とみられる」等の問題もあり、ストレスになるのである。

2. 2. 4 施設介護の家族の負担感とストレス

厚生労働省は 22 年 1 月 15 日に特別養護老人ホームの入居待機者を 42 万人と公表した。この時点の入居者数は 43 万 4900 人であり、ほぼ同数が待機している状況である。このような状況下で入居している場合に介護家族は安心して居るであろうか？特養ホームのケアの質を研究している本間郁子は入所者の家族が施設の介護内容への不満に関しホンネが言えないと指摘している。前述の高齢者虐待報告においても、養護施設の虐待通報は 451 件であり、その中で、虐待が確認されたのは 70 件 (15.3%) と少ない。家族が不満を感じても他に行き場がない、在宅で介護できないジレンマがあるのである。また、同室者や施設への遠慮がある。家族は介護から解放され、在宅で介護できない専門的な介護者の感謝と安心が得られる。反面では老親への「これ以外に道がない、しかたがない」という思いと、「これでよかったか？」と言う葛藤は続くのである。また、施設入所後に体調が良くなり、要介護度が軽くなることに対しても、「施設から退去を求められる」不安から素直に喜べない複雑な心理状態になるのである。

3. 在宅介護のストレスへの対応

3. 1 精神的ストレスへの対応

3. 1. 1 孤立感への対応

精神的ストレスの内容として、介護を変わる人がいない場合や介護に関する身内の無理解は介護者を孤独にする。「誰も分かってくれない」という事により、相談することや辛さを表出することができにくくなる。ストレスのはけ口がなくなると、介護が孤立を深め、心理的に追い詰められるのである。清水は介護うつが自殺につながった²⁾。この場合にはケアマネジャーや他の家族からの意識的な介入が必要である。「力になりたい、聞かせてほしい」と寄り添うことから関係性を作ることである。援助者は、まずは向き合い、介護者の話を聞くことが大切である。介護の辛さや介護サービスや身内に対する不満を言っても、受け止めてくれ人が

いることが実感できることで孤立感が和らぐ。また、介護者の会や介護する家族の会などの同じ経験をしている者の集まり等を紹介して、そこに誘導することが大切である。参加することにより、「仲間がいること」「理解されること」「アドバイスが得られること」につながればより孤独感は緩和される。

3. 1. 2 介護者自身の介護感をゆるめる

介護者が追い詰められる根拠の一つに「完璧にこなしたい」「人にとやかく言われたくない」「サービスを使う事は介護放棄ではないか」等の介護の目標が高く、おいしく栄養を考えた食事を採らせたい、リハビリで回復を早めたいなどの思いが先行し、できない自分や効果が上がらない要介護者に対してジレンマを感じる場合がある。介護者は懸命に努力するが、そのことで疲弊したり、効果につながらないことや、評価されなかったりすると反対に落ち込む等の完全主義的な介護感を持つ場合がある。介護に勝ち負けはないのだが、成果主義の社会の反映が家庭の中の介護にも影響を与えている。介護者に「自分が楽しみ事は許されない」「これだけ介護しているのだから継続できてきたことを感謝されるのが当然」などの思いがあると、自分で自分を追い詰めていくことになる。

この場合の対応として、「介護は生活の一部で、すべてではない」「自分を許し生活を楽しむことは良いことだ」「介護する方も、介護受ける側もリラックスできると楽だ」「楽しんで良い、介護で頑張らない」また、「介護では解決できないこともある」と広く介護をとらえる価値観の転換が必要である。このような働きかけをする際にはキーパーソンが誰かを見極めることが大切である。誰のいうことなら介護者は受け入れられるか？をケアチームで検討し、役割分担して関わると介護者の変化につながりやすい。

また、このように介護者が考える背景に「介護者と要介護者の共依存」がある場合も少なくない。共依存の関係性は長年の生活の中で培われた関係で一挙に解決は困難である。そこに介護が加わると、「自分しか介護はできない」「他人の介護は受けたくない」として、2者間で完結型の介護関係が強固に作られる。そのため、介護者だけでは介護が貫徹なくなり、他者のサービスを受け入れることになった場合でも、その介護サービスに対する心理的な抵抗感が、介護家族にも介護を受けている者にもあり、「しかたないから受けているサービス」として、介護サービスに対する納得性がなく、介護事業所には「難しい利用者」になることが多い。

この場合の対応として、介護者の苦勞を評価し、称え、高齢者自身の体力低下や回復力の低下を理解し、ゆっくりペースであること、今までの関わりが現状を

維持してきたことを、今後は回復だけではなく、介護を受けながらの豊かな生活があることに気づくような働きかけが大切である。介護で心が満たされている事例や、こんな人が介護と両立させている、完璧より継続が大切、介護で人は成長できるなどの事例を本や集まりなどを通じて「介護感をゆるめる」ことが受け入れられるように働きかけることが大切である。

また、介護は人間関係性で成立する支援プロセスであるため、嫁と姑などの過去の関係性のこじれや怨恨が、介護に影響を与えることも少なくない。この場合には、関係性はいつでも修復できる可能性を持つものではあるが、現実的に共に受け入れられない心理的は違和感も否定できないのが生身の人間である。「ここで恨みを果たそう」などと虐待や人権侵害をすることは倫理的にも許されないことであるが、扶養義務関係だけでは対応できない場合には、無理せずに他者にゆだねることで自分の心理的安定を確保することも間違いではない。

3. 2 身体的ストレスへの対応

3. 2. 1 介護の身体的負担を減らす

身体的な介護負担は心理的、精神的負担感と表裏の関係であるが、現実には身体的負担が介護者の入院や在宅介護の継続ができない状況を作っている現実もある。対応の第一は、介護者の身体的負担感の把握を行い対応法を検討することから始める。介護者自身が感じている身体的苦痛の中には「腰を痛める」「睡眠不足」「入浴が一人でできない、転びそうで不安」「自宅から車いすで出ることや、一定距離を押しての外出が辛い」「通院が遠方で疲れる」「介護物品の手配や購入で疲れる」「調理に時間が取られ、疲れる」「買物が多く、重い荷物を持って歩けない」など多様である。介護者の性別や年齢や介護経験や自身の疾患の有無や、自宅の建物の構造や自宅内のトイレやふろ場の構造などにより異なる。また、男性介護者に見られる傾向として、「人に弱みを見せたくない」「できないと思われたくない」と無理する傾向や、「問題ないです」と辛さを表出することができにくい場合もあるので、介入するケアマネジャーや医師や地域包括支援センターなどの専門職の関わり方が大切である。親身になり、心から介護者を受け止め、「支援（お手伝い）できるとうれしい」などと丁寧なコミュニケーションと関係作りが前提的に求められる。

身体的ストレスへの対応の第二は、サービスをコーディネートする専門職が、介護者自身の負担感をしっかり把握して「解決の優先順位」を介護ニーズとの関係で整理することである。このニーズは要介護者と介護者の生活全体を捉えたニーズであり、専門職がアセ

スメントを通じて、また、他職種との情報交換や意見導入を経て抽出したニーズとの関係で介護者の負担感に向き合う事が必要である。要介護者のニーズとの関係で緊急性のあるもの、負担感との関係で優先順位の高いものを介護者と共に整理し、解決の姿を描きだすことである。

対応の第三は、認知症に対する認識や介護方法の理解や、疾患に対する知識や用具の活用法や腰を痛めない、体の負担を軽減する、安全で楽な介護方法に関する知識と技術の習得である。特に若年性認知症の場合には家族を取り巻く問題や経済的問題がある³⁾。経験や知識は専門職が支援することで培われていくが、疾患や認知症に対する認識などは医師等からの働きかけが必要な場合も多い。現在の方法を否定することなく、楽にできる方法や道具の工夫をすることで簡便にできたりするなど現実的に身体的な負担を軽減することが大切である。

対応の第四はサービス導入や介護負担の家族間の分散や、福祉機器の活用や、住宅改修や介護方法の教受などを進める際の要介護者、介護者、サービス提供者の三者のコーディネートをしっかりすることである。ケアマネジャーや地域包括支援センターや医療ソーシャルワーカーなどの援助職によるサービスのマッチングや導入支援が不可欠である。なぜなら、既存のサービスをメニューとして導入するだけで解決することはほとんどない。むしろサービス導入に伴う「契約」「支払い」「変更手続き」「状況説明」「介護手順の確認」「要介護者への受け入れ説明」などの手間が増えるのである。加えて「自己負担」と言う新たな金銭負担も発生する。

また、要介護者、介護者共に、他者の介助を受け入れる『許容量』が存在することを忘れてはならない。その『許容量』を広げるか、狭めるかはコーディネーターの関わりにより左右される。受け入れる側には「家族と同じにできることはないが、専門的支援の良さがあること」を説明し、サービス提供者には、今までの経過により、「サービス提供時に配慮してもらいたいこと」や「観察のポイント」や「介護者への精神的支援」と一体的に身体介護を提供してもらう事などのサービス担当者会議などの意思一致が大切である。

さらに対応の第五は関わり経過のモニタリングである。要介護者や介護者には一度も経験していないサービスに対して意見や要望は出しにくいものである。従ってケアマネジャーや地域包括支援センターやサービスをコーディネートする専門職は、新たな支援の導入後の早い時期に、「新たなサービスや福祉用具や住宅改修や他者の支援を受けてからの評価や不満を把握する」ことが必要である。この時点で不具合や不満を把握し、解決することによりサービスのマッチングを進

める関わりがサービス受給者の『許容量』を広げることにつながるのである。

3. 2. 2 施設やケア付き住宅なども介護の種類として活用する

「特定施設等のケア付き住宅」や「認知症対応型共同生活介護」や「施設入居」も選択肢として検討することが必要である。これも介護者の介護の形態の1つであり、介護放棄ではないことを理解することも大切である。家族のかかわりには専門職では代われない役割が存在することを理解して、施設入所をしても介護者として家族が関わられるようにすることが大切である。沖藤は特養ホームへの偏見が入所させた家族に罪悪感を植え付けると指摘している⁴⁾。施設介護に対する評価が正当に行われないと、逆に「預ける事」への罪悪感や「介護任務放棄」ととらえることにより、「世間体が悪い」と施設介護の価値を認めない傾向や、在宅ではサービスを利用せず、矢付き刀折れて施設入所すると、一切お任せになるような二者択一的な思考方法は介護に関する理解の偏向がみられる。概して、このような場合には「入院」や「有料老人ホーム」を選択する傾向もある。有料老人ホームは選択肢の1つであるが、それぞれのサービスの質やケア体制は個性があり、要介護者のニーズへの適合で判断することが大切である。当然だが、入院は医療の必要性により決まるものである。また、施設等が入所ににくいことから、介護者として「意見を言わない」「関わらない」ことは、別の意味での介護放棄である。要介護者の意見を代弁して人権を守ることや、施設訪問や家族会への参加や、イベントへの参加や対話などの心のケアを含めて、要介護者への関わり継続して行くことが大切である。この場合にも「施設介護への不満」と、「在宅に戻ることができないジレンマ」からストレスを感じることも少なくない。しかし、意見を出し、協力して現状を改善する働きかけを続けることでストレスと感じている課題に対して取り組むことがストレスへの実践的な対策である。

4. 介護ストレスへの取り組みの課題

高齢社会における介護ストレスと対策に関して、在宅の要介護者と家族を中心と述べてきたが、最後に今後強化しなければならない課題に関して問題提起をする。

4. 1 地域の介護への参加とコミュニティケア

介護は介護する者と、介護される者の二者間の人間関係性となりつつ個別的な関わりであるが、両者の生活をする地域との関係性が不可欠である。近隣や自治

会や商店街や付近の住民や友人との関係性で介護を支援することが要介護者の孤立化を予防し、介護に対する不安を和らげることにつながる。これは受ける側だけではなく、地域住民にとっても、緩やかな見守りや、ごみ捨てや緊急対応や風水害時の協力等があることで「介護が安心できる街」として将来の安心につながるのである。特にこれからの超高齢社会では独居が増加するため、家族以外の介護への協力や緩やかな見守りが不可欠である。これは、過去の閉鎖社会における支配-被支配の関係の地域コミュニティではなく、住民が自発的に自らの意志で作りに上げる参加型のコミュニティケアでなければならない。

4. 2 介護におけるライフ・ワーク・バランスの構築

介護は受ける側も提供する家族介護者にとっても生活の一部である。たとえ24時間の見守り介護が必要なALSの要介護者においても、呼吸や栄養や排泄が不可欠の介護であるが、それが生活のすべてではない、音楽を聞き、人と出会い、おしゃべりして、外出し、人生を楽しむことが生活である。このことは介護を受ける側も介護を提供する側も同一である。現実的には限られた時間や経済的制約があるが、できるだけ介護だけの人生にしないように生活のコーディネートをすることが大切であろう。そのためには介護保険や障害認定だけではなく、家族や親族間の役割分担や、市町村の諸制度の活用やインフォーマルな支援の創設などの課題がある。

4. 3 多様な介護者支援の取り組み

介護者同士の家族の会などがストレス軽減に役立つことは3で述べたが、介護者に対するアラジン⁵⁾やパオッコ⁶⁾等の介護者支援のNPOやケアラーズ連盟⁷⁾の

創設の動向がある。このような動向と併せて遠距離介護の交通機関の割引や介護保険の利用制限の緩和や地域における介護者支援の独自の取り組みを広げることが課題であろう。湯原は介護者には要介護者とは異なるニーズがあり、その支援を位置付けた「介護者法」が必要であると提言している⁸⁾。松田は介護ネットワークが在宅介護者の負担を軽減するとしている⁹⁾。21世紀は介護が地域における主要な課題になる。あらゆる地域や団体や組織が介護者支援を位置付けることが求められる。このことは介護に関わることを通じて自分や組織自身が新たな発見やアイデアを生み出すことにつながる。介護は人を育て、地域を育て、サービスを開発し豊かな社会の創造につながるものである。

文 献

- 1) 青山佳代, 女性の高い自己破産率～その原因と対処法. 早稲田大学商学部5年.
- 2) 清水良子, 介護うつ. ブックマン, 2009.
- 3) 宮永和夫監修, 若年認知症とは何か. 筒井書房, 2005.
- 4) 沖藤典子, 介護元気で日本あつ晴れ. 医歯薬出版, 2008.
- 5) アラジン, 特定非営利活動法人, 介護者サポートネットワークセンターアラジン, 介護者支援に特化した活動を10年続けている非営利法人.
- 6) パオッコ, NPO法人パオッコ, 離れて暮らす親のケアを考える会.
- 7) ケアラーズ連盟, 介護者や介護者を気遣う人が介護者の社会的問題を市民の共感と連携で解決しようとして設立準備が行われている.
- 8) 湯原悦子, イギリスとオーストラリアの介護者法の検討. 日本福祉大学社会福祉論集. pp. 122, 2010.
- 9) 松田茂樹, 介護者ネットワークに関する研究. LDI REPORT. pp. 141, 2002.