

介護疲労と休暇取得

池田 心豪

(労働政策研究・研修機構副主任研究員)

目次

- I 問題
- II 先行研究のレビュー
- III 仮設と分析方法
- IV 分析結果
- V 結論

I 問題

高齢人口が増加し、介護を必要とする高齢者が増える状況でも労働者が生き生きと働くことができるために、仕事と介護の両立支援の整備が重要であるという問題意識が広がりつつある。本稿では、今後の仕事と介護の両立支援の課題として、これまでの制度が想定してきた勤務時間内の介護対応だけでなく、勤務時間外の介護負担が仕事に及ぼす影響にも目を向けることの重要性を示す¹⁾。

仕事と介護の両立支援の前提となる基本認識として、勤務時間と介護時間の物理的な調整のために休暇が必要という認識は広く共有されている。平日の日中に医療機関や介護事業所に赴くために休暇を取るというケースは典型である。だが、こうした仕事と介護の物理的な時間のやり繰り（タイムマネジメント）の問題とは別の理由で仕事を休む介護者がいることには、あまり関心が向けられていない。その典型が、介護疲労の蓄積にともなう介護者の体調悪化である²⁾。認知症をもつ要介護者が昼夜逆転しており、深夜介護が日常的にあるという状況を考えてみよう。介護時間と勤務

時間が重なっていなければ、タイムマネジメントの観点から仕事を休む必要はない。しかしながら、日中は仕事をし、帰宅後に深夜まで介護をする生活が続けば、介護者は睡眠不足から体調を崩す可能性がある。そのために仕事を休んでいる介護者もいるのではないだろうか。さらに、この体調悪化が一時的なものではなく、慢性化している場合、出勤しているときも仕事の能率は低下している可能性がある。そうであるなら、介護者の健康管理の観点から両立支援のあり方を検討することも重要であろう。

介護疲労の蓄積が企業の外での介護生活に重篤な影響を及ぼしうることは、これまでも指摘されてきた。しかし、その影響が職場にも及んでいるという問題意識が広く共有されているとはいいがたい。この点に関する問題提起をデータ分析の結果にもとづいて行う。

II 先行研究のレビュー

日本における仕事と介護の両立に関する研究は、介護者の就業の可否を主たる問題にしてきた。その背景にある日本の家族の特徴として、袖井（1989）は成人親子の同居率の高さを挙げ、舅姑を介護する嫁がやがて姑になって嫁の介護を受けるというライフサイクルがあると指摘する。こうした親との同居が女性の就業に与える影響について、前田（1998）は、75歳以上の親との同居は就業にマイナスの影響があるという分析結果を示し、同居親の介護のために就業を断念している可

能性を指摘する。前田 (2000), 岩本 (2000), 山口 (2004), 西本・七條 (2004), 西本 (2006) も、介護によって女性の就業が抑制されることを指摘している。

このように、家事・育児とともに介護もまた女性の就業を困難にする家族的責任として問題にされてきたが、津止・斎藤 (2007) が指摘するように男性の介護者も増えており、近年は、男女に共通の問題という認識が広がりつつある。

仕事と介護の両立を図る労働者の多くが、仕事を休む必要性に直面していることは、多くの研究が指摘している。育児・介護休業法は、1999年から介護休業を企業に義務づけている。だが、連続した期間の休業をまとめて取るよりも、短期間の休暇を繰り返し取る労働者の方が実際は多く、袖井 (1995) や労働政策研究・研修機構 (2006a, 2006b, 2007), 西本 (2012) が指摘するように、まずは年次有給休暇 (年休) で介護に対応するケースが多い。そうした実態を踏まえて、2010年施行の改正法から、1日単位で取得可能な「介護休暇」も法制化されている。介護休暇が必要な場面の具体例として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2008) は「通院の付添い」を挙げるが、ほかにも医療機関や介護事業所が開いている平日の日中に介護の用事が入るために休暇が必要という報告はよく聞かれる。介護休業が想定する、緊急対応や介護生活の態勢づくりも、その具体的内容の中核は入退院の付添いや介護サービスの利用手続きといった日中の介護対応である。このように、介護時間と勤務時間が重なることから仕事を休む必要が生じるという想定のもとで、両立支援制度の整備は進められてきた。

しかしながら、介護時間と勤務時間が重なっておらず、その意味で勤務時間を調整する必要がなくても、仕事と介護の両立が困難な状況もある。出勤前・退勤後といった勤務時間外の介護負担から介護者に疲労が蓄積し、そのことが仕事に悪影響を及ぼしている可能性がある。女性介護者の事例調査を分析した直井・宮前 (1995) は、介護疲労の蓄積にともなう介護者の健康状態悪化が就業を困難にしていると指摘する。その健康状態悪化を招く原因として、深夜の介護による睡眠不足

を挙げる。具体的に取り上げている事例の要介護者は、風呂場で転倒して「寝たきり、全介助」となっており、深夜介護の具体的内容として排泄介助が挙げられている。もう1つ、よく挙げられる一般的な例に、認知症による昼夜逆転のケースがある。認知症の要介護者が夜寝ないため、介護者である家族も眠れないという問題である。池田 (2010a) は休業の必要性とは別の退職要因として、重度認知症の影響を指摘している。そこにも深夜介護による介護疲労の蓄積が関係している可能性があると述べている。

だが、退職だけに着目しては、見逃してしまう問題もある。直井・宮前 (1995) や池田 (2010a) などの先行研究でも指摘されてきたことだが、介護に直面してすぐ退職する労働者は少なく、多くはまず両立を試みようとして仕事を続ける。退職というのはあくまで結果であり、その前段階で、様々な両立困難に直面している可能性がある。同じ両立困難に直面しながら、結果的に退職せずに乗り切ったというケースは、退職しなかったから問題ないといえるだろうか。本稿では、退職していない労働者が直面する両立困難に焦点を当て、この観点から介護による体調悪化が仕事に及ぼす影響を明らかにしたい。

Ⅲ 仮説と分析方法

1 仮説

介護による体調悪化の影響として、まず考えられるのは、仕事を休む可能性である。要介護者の通院ではなく、自分自身の通院のために休暇を取得しているということである。あるいは、自宅で静養するために休暇を取る介護者もいるだろう。いずれにせよ、疲労が蓄積しやすい介護者ほど、仕事を休む可能性は高いと考えられる。この観点から、介護者の休暇取得状況に着目したい³⁾。

さらに踏み込んで、仕事を休まずに出勤していれば問題ないのか、という問題にも目を向けた。労働政策研究・研修機構 (2013) のヒアリング調査では、認知症のある要介護者の深夜介護をしながら出勤し続けていた介護者の事例が報告さ

れている。慢性的な睡眠不足から勤務時間中に居眠りをしたり、ボーッとしたりすることがあったという。介護者が体調を崩す原因に睡眠不足があることは、前述したように直井・宮前（1995）も指摘していた。介護疲労が慢性化している場合、出勤しているときも職務をきちんと遂行できずに、仕事の能率が低下している可能性がある。

加えてもう1つ、データで確認しておきたいのが、繰り返し述べている、深夜介護の影響である。これまで取り上げてきた先行研究の事例は、介護者の体調悪化が、深夜介護に起因していること、その背景として、全面的な身体介助の必要性

や認知症といった要介護状態があることを示唆している。勤務時間の調整を物理的に必要とする日中の介護に比べて、深夜介護の実態は勤務先企業から把握しにくい。要介護状態も勤務先が直接把握することは難しいだろう。その意味で、介護疲労の問題は勤務先で顕在化しにくい。データ分析の結果からも、そのようにいうことができるか確認したい。

以上の仮説を図にすると図1のようになる。従来の両立支援は、要介護状態に応じて日中の介護対応が必要になるために、介護者が休暇を取得するという想定であった。図1の白いボックスの因

図1 介護による体調悪化が仕事に及ぼす影響の相関図

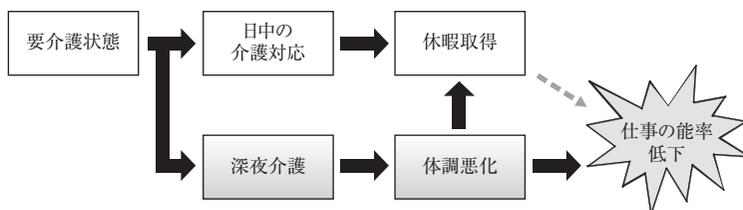


表1 分析データの基本統計量

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
性別（男性 = 1, 女性 = 0）	.517	.501	0	1	201
介護開始時年齢	44.075	7.987	25	58	201
教育年数	13.940	1.827	9	16	201
職種（該当 = 1, 非該当 = 0）					
専門・技術職	.202	.403	0	1	193
管理職	.171	.377	0	1	193
事務職	.337	.474	0	1	193
営業・販売職	.140	.348	0	1	193
サービス職	.062	.242	0	1	193
技能工・労務職	.088	.284	0	1	193
同居家族の介護者有無（あり = 1, なし = 0）	.801	.400	0	1	201
在宅介護サービス利用有無（あり = 1, なし = 0）	.743	.439	0	1	167
介護期間	2.699	1.622	0.08	5.83	201
日中（9～17時）介護有無（あり = 1, なし = 0）	.669	.472	0	1	172
深夜（22～翌5時）介護有無（あり = 1, なし = 0）	.186	.390	0	1	172
身体介助の必要（該当 = 1, 非該当 = 0）					
必要なし	.112	.316	0	1	197
一部必要	.827	.379	0	1	197
全面的に必要	.061	.240	0	1	197
認知症の程度（該当 = 1, 非該当 = 0）					
認知症なし	.523	.501	0	1	199
軽度認知症あり	.327	.470	0	1	199
重度認知症あり	.151	.359	0	1	199
介護による体調悪化有無（あり = 1, なし = 0）	.373	.485	0	1	193
介護のための年休取得有無（あり = 1, なし = 0）	.528	.501	0	1	159
家族的責任による仕事の能率低下有無（あり = 1, なし = 0）	.146	.354	0	1	185

注：分析対象は調査時正規雇用

資料出所：「仕事と介護に関する調査」（労働政策研究・研修機構 2006）

果関係である。しかし、要介護状態によっては、深夜介護による疲労の蓄積から、介護者の体調が悪化しているために休暇を取っている可能性もある。さらに、この体調悪化は仕事の能率低下も招いている可能性がある。図1のグレーのボックスで表している因果関係である。これらの仮説をデータ分析によって検証する。

2 分析方法

分析には、「仕事と介護に関する調査」(労働政策研究・研修機構 2006年)のデータを用いる⁴⁾。データには非正規労働者も含まれるが、本稿の検討課題は正規労働者に典型的であることから、分析対象は調査時に正規雇用の労働者に限定する⁵⁾。また、今日の高齢者介護の制度的枠組みのもとでの両立支援の課題を明らかにする目的から、要介護者の年齢は介護保険の第1号・第2号被保険者に当たる40歳以上とし⁶⁾、介護保険制度が施行された2000年4月以降に介護を開始したサンプルを分析対象にする。

この調査では「介護が原因で体調が悪くなる」(以下、「介護による体調悪化」と略す)ということが自身にあてはまるか否かを質問している。この質問に対する回答に着目して、介護疲労が仕事にどのように影響するかを分析する⁷⁾。その仕事に関する変数として、介護のために取得した年次有給休暇(年休)の日数を知ることができる。この情報をもとに、年休取得の有無を分析する⁸⁾。仕事の能率を客観的に測る変数は調査票にないが、「家事・育児・介護のために、仕事での責任を果たせていない」という自己評価はわかる。この質問に肯定的な回答をしている対象者は、家族的責任による仕事の能率低下を感じているといえる。分析データの基本統計量を表1に示す。

このデータを用いて、次の分析を行う。はじめに、介護による体調悪化の規定要因を分析する。その要因として、図1に示したように深夜介護と、その背景にある要介護状態に着目する。要介護状態は、身体介助の必要性と認知症の程度を分ける⁹⁾。この分析を通して、勤務時間内に相当する日中の介護対応だけでなく、勤務時間外の介護負担もまた両立困難の原因になりうることを示

す。その結果を踏まえて、介護による体調悪化が仕事に及ぼす影響として休暇取得と仕事の能率低下の規定要因を分析する。

IV 分析結果

1 介護による体調悪化の要因

介護による体調悪化の有無の規定要因を表2に示す。被説明変数は、体調悪化「あり」=1、「なし」=0とする¹⁰⁾。説明変数とする深夜介護と要介護状態は関連性があると予想されることから、はじめに要介護状態を投入せずに、深夜介護(22時~翌5時の時間帯の介護)の有無のみ投入する¹¹⁾。これを「モデル1」と呼び、このモデルに要介護状態を追加したモデルを「モデル2」と呼ぶ。説明変数には、コントロール変数として、性別、介護開始時年齢、学歴(教育年数)、職種、同居家族の介護者有無、在宅介護サービスの利用有無、介護期間¹²⁾を投入する。性別は男性=1、女性=0、職種は事務職をベンチマークとする。また、深夜介護を担う労働者は中心的な介護者として日中も介護をしている可能性がある。これをコントロールするため、日中(9時~17時)の介護の有無も投入する。分析方法はロジスティック回帰分析とする。

結果をみよう。分析に用いるサンプルは「モデル1」が134、「モデル2」が131であるが、モデルの χ^2 検定結果はいずれも有意である。「モデル1」の分析結果は、深夜(22時~翌5時)の介護があるほど、体調悪化を招きやすいことを示している。だが、要介護状態をコントロールした「モデル2」において深夜介護の効果は有意でなく、代わって「重度の認知症あり」が有意な効果を示している。「モデル1」の深夜介護の効果には認知症介護の影響が表れていたといえる。なお、直井・宮前(1995)は事例調査から、全面的な身体介助にともなう疲労の影響を指摘していたが、「モデル2」の身体介助の効果は有意でない。一般的には、身体介助より認知症の方が介護者の健康状態に影響しているといえる。

表2 介護による体調悪化の有無の規定要因（ロジスティック回帰分析）

被説明変数（あり = 1, なし = 0）	介護による体調悪化の有無					
	モデル1			モデル2		
	係数値	標準誤差	オッズ比	係数値	標準誤差	オッズ比
性別（男性 = 1, 女性 = 0）	-.418	.477	.658	-.338	.516	.713
介護開始時年齢	.018	.029	1.018	.017	.032	1.017
教育年数	-.114	.126	.893	-.192	.140	.825
職種（BM：事務職）						
専門・技術職	.427	.541	1.533	.264	.589	1.302
管理職	-.483	.706	.617	-.958	.822	.384
営業・販売職	1.102	.676	3.009	.824	.732	2.280
サービス職	-.499	.830	.607	-1.156	.994	.315
技能工・労務職	-1.678	.960	.187	-2.158	1.105	.116
同居家族の介護者有無（あり = 1, なし = 0）	.149	.513	1.160	-.239	.569	.787
在宅介護サービス利用有無（あり = 1, なし = 0）	.793	.508	2.210	.414	.554	1.513
介護期間	.086	.129	1.090	.097	.145	1.102
日中介護有無（あり = 1, なし = 0）	-.353	.439	.702	-.343	.485	.710
深夜介護有無（あり = 1, なし = 0）	1.430	.518	4.178 **	1.121	.615	3.067
身体介助の必要（BM：なし）						
一部必要	—	—	—	.060	.710	1.061
全面的に必要	—	—	—	1.412	1.398	4.106
認知症の程度（BM：認知症なし）						
軽度の認知症あり	—	—	—	.434	.515	1.544
重度の認知症あり	—	—	—	2.791	.781	16.291 **
定数	-.470	2.341	.625	.837	2.639	2.309
χ^2 乗値		27.739 *			42.743 **	
自由度		13			17	
-2対数尤度		152.948			133.256	
Nagelkerke R2 乗		.253			.377	
N		134			131	

注：BM：ベンチマーク **1%水準で有意 *5%水準で有意 分析対象は調査時正規雇用
資料出所：表1に同じ

2 介護による体調悪化が仕事に及ぼす影響

つづいて、介護による体調悪化が仕事に及ぼす影響を分析する。介護のための年休取得の有無を被説明変数とするロジスティック回帰分析の結果を表3に示す¹³⁾。

説明変数には、介護による体調悪化の有無に加えて、表2と同じコントロール変数を投入している。分析に用いるサンプルは111であるが、モデルの χ^2 検定結果は有意である。分析結果は、日中の介護があるほど、介護による体調悪化があるほど、年休取得確率は高いことを示している。日中介護の効果は、従来いわれてきた介護時間と勤務時間の物理的な調整の必要性によるものと考えられることができる。だが、こうした理由とは別に、介護による体調悪化も年休取得確率を高めている。

しかしながら、次の図2は、介護のための休暇取得が即座に仕事の能率低下を招くとはいえないことを示唆している。この図は、家族的責任によ

る仕事の能率低下を感じている割合を、介護による体調悪化の有無と、介護のための年休取得の有無で3重クロス集計した結果である。仕事の能率低下を感じる割合は「体調悪化あり・年休取得あり」において最も高いが、同じ「年休取得あり」でも「体調悪化なし」の場合、その割合は低く、「体調悪化なし・年休取得なし」と差がない。問題とすべきは仕事を休むか否かではないといえよう。年休取得はあくまでシグナルであり、これを契機に介護者の健康状態に目を向けることが重要であるということが出来る。

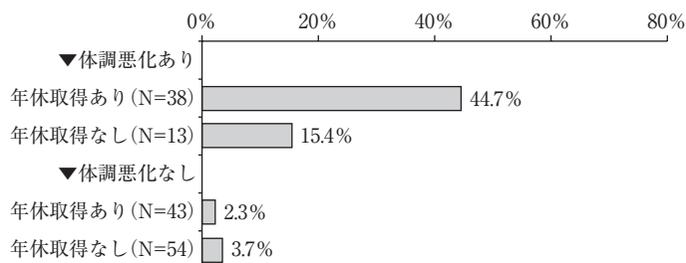
介護による体調悪化が仕事の能率に及ぼす影響は表4でも確認できる。前出の表2と同じく、推計式は時間帯の影響を検証するための「モデル1」と、これに要介護状態と介護による体調悪化の有無を加えた「モデル2」に分けている。コントロール変数は表2と同じである。分析方法も同じくロジスティック回帰分析とする。分析に用いるサンプルは「モデル1」が130、「モデル2」が

表3 介護のための年休取得の規定要因（ロジスティック回帰分析）

被説明変数（あり = 1, なし = 0）	介護のための年休取得有無		
	係数値	標準誤差	オッズ比
性別（男性 = 1, 女性 = 0）	-.063	.596	.939
介護開始時年齢	.006	.033	1.006
教育年数	.226	.153	1.254
職種（BM：事務職）			
専門・技術職	1.060	.679	2.885
管理職	.287	.750	1.333
営業・販売職	.671	.924	1.956
サービス職	.158	.867	1.171
技能工・労務職	.682	1.047	1.978
同居家族の介護者有無（あり = 1, なし = 0）	-.176	.625	.839
在宅介護サービス利用有無（あり = 1, なし = 0）	.047	.550	1.048
介護期間	-.119	.148	.888
日中介護有無（あり = 1, なし = 0）	1.445	.550	4.241 **
深夜介護有無（あり = 1, なし = 0）	-.709	.681	.492
身体介助の必要（BM：なし）			
一部必要	-.957	.735	.384
全面的に必要	.167	1.529	1.182
認知症の程度（BM：認知症なし）			
軽度の認知症あり	-.313	.551	.731
重度の認知症あり	-.142	.795	.868
介護による体調悪化有無（あり = 1, なし = 0）	1.917	.578	6.799 **
定数	-3.727	2.929	.024
χ^2 乗値		29.474 *	
自由度		18	
-2対数尤度		122.879	
Nagelkerke R2乗		.312	
N		111	

注：BM：ベンチマーク ** 1%水準で有意 * 5%水準で有意 分析対象は調査時正規雇用
資料出所：表1に同じ

図2 家族的責任による仕事の能率低下を感じている割合
——介護による体調悪化の有無・介護のための年休取得の有無別



注：分析対象は調査時正規雇用。

127であるが、 χ^2 検定結果はいずれも有意である。「モデル1」は女性ほど、深夜介護があるほど、仕事の能率低下を感じていることを示している。だが、「モデル2」において深夜介護の効果は有意でなく、代わって身体介助が全面的に必要であるほど、介護による体調悪化があるほど、仕

事の能率低下を感じていることを示している。表2でみた深夜介護と体調悪化の関係から、「モデル1」の深夜介護の効果には体調悪化の影響が表れていたということが出来る。

表4 家族の責任による仕事の能率低下の規定要因 (ロジスティック回帰分析)

被説明変数 (該当 = 1, 非該当 = 0)	家族の責任による仕事の能率低下					
	モデル1			モデル2		
	係数値	標準誤差	オッズ比	係数値	標準誤差	オッズ比
性別 (男性 = 1, 女性 = 0)	- 2.042	.897	.130 *	- 2.340	1.086	.096 *
介護開始時年齢	.035	.045	1.036	.068	.067	1.071
教育年数	- .037	.200	.964	- .041	.267	.960
職種 (BM: 事務職)						
専門・技術職	1.406	.802	4.079	1.145	.990	3.143
管理職	.097	1.378	1.102	- .551	1.667	.576
営業・販売職	.581	1.085	1.788	.537	1.234	1.711
サービス職	- .229	1.298	.796	- 1.536	2.904	.215
技能工・労務職	.023	1.342	1.023	- 2.413	2.381	.090
同居家族の介護者有無 (あり = 1, なし = 0)	.883	.753	2.417	1.078	.971	2.938
在宅介護サービス利用有無 (あり = 1, なし = 0)	.916	.877	2.498	.099	1.014	1.104
介護期間	.222	.185	1.248	.227	.242	1.255
日中介護有無 (あり = 1, なし = 0)	- .471	.650	.625	- .758	.880	.469
深夜介護有無 (あり = 1, なし = 0)	1.338	.662	3.811*	- .050	.996	.951
身体介助の必要 (BM: なし)						
一部必要		—		- .080	1.258	.923
全面的に必要		—		5.179	2.519	177.508 *
認知症の程度 (BM: 認知症なし)						
軽度の認知症あり		—		- .790	1.015	.454
重度の認知症あり		—		.770	.963	2.161
介護による体調悪化有無 (あり = 1, なし = 0)		—		2.783	1.003	16.163 **
定数	- 4.973	3.823	.007	- 6.977	5.325	.001
χ ² 乗値		25.132 *			46.100 **	
自由度		13			18	
- 2 対数尤度		79.430			57.557	
Nagelkerke R ² 乗		.318			.546	
N		130			127	

注: BM: ベンチマーク ** 1%水準で有意 * 5%水準で有意 分析対象は調査時正規雇用
資料出所: 表1に同じ

V 結 論

介護者が休暇を取得する理由には、勤務時間内の介護対応に加えて、勤務時間外の介護疲労の蓄積による体調悪化もある。だが、同じ休暇取得でも、仕事と介護の物理的な時間調整と体調悪化では意味が異なる。介護者の体調悪化において、休暇取得はシグナルであり、問題の本質は仕事の能率低下にある。休暇取得の可否のみを問題にするのではなく、休暇を取得した介護者の健康状態に目を向け、適切な健康管理措置を行うことが重要であるといえよう。その具体的な施策のあり方を検討していくことが、今後の課題である。

- 1) 本稿は労働政策研究・研修機構の研究成果として公表している池田 (2013) を元としている。
- 2) 本稿で特に断りなく「体調悪化」という場合は介護による体調悪化を指している。

- 3) 以下の分析では年休を取り上げるが、介護に限らず、日本では私傷病のために年休を取ることが広く見られる。小倉 (2003) の分析結果からは、通院に年休を使うことが労働者の間で一般的になっている実態もうかがえる。介護による体調悪化においても同様の可能性を考慮することができる。
- 4) 調査の概要は次のとおり。調査対象は介護を必要とする同居家族がいる 30 ~ 59 歳の男女。調査会社の郵送調査専用モニターより該当者をすべて抽出 (抽出数 1111 件) し、郵送法で実施した。回収数は 1024 件 (回収率 92.2%) である。調査時期は 2006 年 2 月 15 日 ~ 3 月 5 日。調査実施は調査会社 (株式会社インテージ) に委託。なお、サンプルはモニターであるが、層化 2 段抽出法の全国調査である「仕事と生活調査」(労働政策研究・研修機構 2005 年) の介護経験者と比較した結果、データに大きな偏りはないことが確認されている。詳細は労働政策研究・研修機構 (2006b) を参照。
- 5) 調査票では介護開始時の就業状況も質問しているが、本稿では調査時 (現職) の就業状況を分析する。
- 6) 介護開始時の要介護者の年齢は、調査時の要介護者年齢から介護期間 (介護開始から調査時までの年数) の整数値を引いて算出し、その値が 40 以上の対象者を分析対象とする。
- 7) 調査では「ややあてはまる」「あまりあてはまらない」といった段階をつけて回答を得ているが、本稿では「あてはまる」「ややあてはまる」を合わせて体調悪化「あり」(= 1) とし、「あまりあてはまらない」「あてはまらない」を体調悪化「なし」(= 0) としている。「わからない」は分析から

除外している。「家族的責任による仕事の能率低下」に関する質問も同じ形式であるため、同様に処理している。なお、先行研究が報告している睡眠不足をはじめ、体調悪化の具体的な内容に踏み込んだ分析については、調査票に情報がないため、今後の課題とした。

- 8) 分析対象は介護休業が法制化された後に介護を開始しているが、その取得者はきわめて少ない。また、介護休暇が法律で企業に義務づけられたのは2010年からであり、本調査が実施された2006年時点で同制度はまだなかった。こうした背景から、介護のために最も利用されている制度として年休を取り上げる。分析対象のうち介護のために年休を1日以上取得したケースは84件と少なく、分析に耐えうるサイズでないことから、取得日数の分析は別の機会の課題とし、年休取得の有無に焦点を当てる。
- 9) 身体介助の必要は、調査時点で「起床介助」「衣服の脱着衣・身なりの保清」「食事の介助」「トイレの介助」「入浴介助」「徒歩での外出」「通院介助」のいずれかについて「全面的に手助けが必要」「一部手助けが必要」としている場合に「必要」とし、これらのいずれも「全面的に手助けが必要」としている場合に「全面的に必要」、その他「必要」に該当するものを「一部必要」とする。「全面的に必要」は寝たきりかそれに近い状態に相当する。認知症の程度は、同じく調査時点で「徘徊」「意思疎通の困難」「不潔行為や異食行動」「暴言暴力」のいずれかが「いつもある」場合に「重度」、それ以外で認知症が「ある」場合は「軽度」としている。「重度」は常時見張りの必要がある状態に相当する。
- 10) 以下で用いる「有無」に関する変数はいずれも「あり」= 1、「なし」= 0とする。
- 11) 深夜介護の有無は日曜から土曜の各曜日のうち22時～翌5時の時間帯に介護する日が1日以上ある場合に「あり」、1日もない場合に「なし」としている。日中(9時～17時)の介護の有無も同様である。
- 12) 介護期間は調査時点の年・月から介護開始の年・月を引いて算出している。
- 13) 表示は割愛するが、表3のモデルから「介護による体調悪化」「身体介助の必要」「認知症の程度」を除いても深夜介護の効果は有意でない。また、「介護による体調悪化」を除いて「身体介助の必要」「認知症の程度」だけを投入しても、これらの変数は有意な効果を示さない。つまり、表2で有意な効果を示していた「深夜介護」や「重度認知症」は直接的に年休取得確率を高めるとはいえない。これら2つの推計式の χ^2 乗検定結果は有意でないことから、表に示して検討することはしない。

参考文献

- 池田心豪 (2010a) 「介護期の退職と介護休業——連続休暇の必要性と退職の規定要因」『日本労働研究雑誌』No.597, pp.88-103.
- (2010b) 「ワーク・ライフ・バランスに関する社会学的研究とその課題——仕事と家庭生活の両立に関する研究に着目して」『日本労働研究雑誌』No.599, pp.20-31.
- (2013) 「仕事と介護の両立支援の新たな課題——介護疲労への対応を」JILPT ディスカッションペーパー pp.13-01.
- 岩本康志 (2000) 「要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化」『季刊社会保障研究』Vo.36 No.3, pp.321-337.
- 小倉一哉 (2003) 「日本人の年休取得行動——年次有給休暇に関する経済分析」日本労働研究機構。

厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2008) 『今後の仕事と家庭の両立支援に関する研究会報告書——子育てをしながら働くことが普通にできる社会の実現に向けて』。

佐藤博樹・武石恵美子 (2010) 『職場のワーク・ライフ・バランス』日本経済新聞出版社。

——・——編著 (2011) 『ワーク・ライフ・バランスと働き方改革』勁草書房。

袖井孝子 (1989) 「女性と老人介護」マーサ・N・オザワ、木村尚三郎、伊部英男編『女性のライフサイクル——所得保障の日米比較』第5章、東京大学出版会。

—— (1995) 「介護休業制度の現状と課題」『日本労働研究雑誌』No.427, pp.12-20.

津止正敏・斎藤真緒 (2007) 『男性介護者白書——家族介護者支援への提言』かもがわ出版。

東京大学社会科学研究所ワーク・ライフ・バランス研究・推進プロジェクト (2012) 『従業員の介護ニーズに企業はどう対応すべきか——従業員の介護ニーズに関する調査報告書』。

直井道子・宮前静香 (1995) 「女性の就労と老親介護」『東京学芸大学紀要』No.46, pp.265-275.

西本真弓 (2006) 「介護が就業形態の選択に与える影響」『季刊家計経済研究』No.70, pp.53-61.

—— (2012) 「介護のための休業形態の選択について——介護と就業の両立のために望まれる制度とは?」『日本労働研究雑誌』No.623, pp.71-84.

西本真弓・七條達弘 (2004) 「親との同居と介護が既婚女性の就業に及ぼす影響」『季刊家計経済研究』No.61, pp.62-72.

前田信彦 (1998) 「家族のライフサイクルと女性の就業」『日本労働研究雑誌』No.459, pp.25-38.

—— (2000) 「日本における介護役割と女性の就業」『仕事と家庭生活の調和——日本・オランダ・アメリカの国際比較』第4章、日本労働研究機構。

山口麻衣 (2004) 「高齢者ケアが就業継続に与える影響——第1回全国家族調査(NFR98)2次分析」『老年社会科学』Vol.26 No.1, pp.58-67.

労働省婦人局編 (1994a) 「介護休業制度等に関するガイドライン」労働基準調査会。

—— (1994b) 「介護休業制度について——介護休業専門家会合報告書」大蔵省印刷局。

労働政策研究・研修機構 (2005) 『介護休業制度の導入・実施の実態と課題——厚生労働省「女性雇用管理基本調査」結果の再分析』労働政策研究報告書No.21.

—— (2006a) 「仕事と生活の両立——育児・介護を中心に」労働政策研究報告書No.64.

—— (2006b) 「介護休業制度の利用拡大に向けて——「介護休業制度の利用状況等に関する研究」報告書」労働政策研究報告書No.73.

—— (2007) 『仕事と生活——体系的両立支援の構築に向けて』プロジェクト研究シリーズNo.7.

—— (2013) 『男性の育児・介護と働き方——今後の研究のための論点整理』資料シリーズNo.118.

いけだ・しんごう 労働政策研究・研修機構副主任研究員。最近の主な著作に「介護期の退職と介護休業——連続休暇の必要性と退職の規定要因」『日本労働研究雑誌』No.597 (2010年)。職業社会学専攻。