

平成 27 年度 博士論文

「家族介護を支える制度に関する研究—介護手当、  
介護休業、地域包括ケアシステムを中心として」

主査：石橋敏郎教授

副査：明石照久教授

副査：黄 在南教授

熊本県立大学大学院

アドミニストレーション研究科

博士後期課程 3 年

学籍番号：0985002

氏 名：木場 千春

## 目次

I	はじめに	1
II	介護手当	
1	本章の問題意識	4
2	わが国の介護手当	4
	（1）介護保険法制定と介護手当	
	（2）市町村における介護手当の実際	
3	介護手当の意義	18
4	小括	20
III	介護休業	
1	本章の問題意識	23
2	わが国の介護休業制度	24
	（1）介護休業制度の背景	
	（2）介護休業制度の内容	
	（3）介護休業制度の実施状況	
3	諸外国の介護休業制度	35
	（1）アメリカ	
	（2）スウェーデン	
4	介護休業制度の意義と課題	54
	（1）労働者の家族的責任	
	（2）休業期間中の所得保障	
	（3）ワーク・ライフ・バランス	
5	小括	78
IV	地域包括ケアシステム	
1	本章の問題意識	81
2	地域包括ケアシステムの背景と内容	82
	（1）地域包括ケアシステムの萌芽	
	（2）介護保険法2011年改正	
	（3）介護保険法2014年改正	
3	地域包括ケアシステムにおける要介護者と家族	109
	（1）訪問介護のあり方	
	（2）通所介護のあり方	
	（3）ショートステイのあり方	
4	地域包括ケアシステムの意義と課題	113
	（1）提供体制の整備	
	（2）住民参加の促進と自治体の役割	
5	小括	116
V	家族介護と自己決定権	
1	自己決定とは	119
2	自己決定権の尊重	121
3	ダイレクト・ペイメント	123
	（1）ダイレクト・ペイメントの背景	
	（2）ダイレクト・ペイメントの内容	
	（3）ダイレクト・ペイメントの意義	
VI	おわりに	130

## I はじめに

わが国の高齢化は今後一層進展することが見込まれる。また、10年後の2025（平成37）年は戦後ベビーブーム世代が後期高齢者（75歳以上）となる年である。高齢者の考え方や価値観もますます多様化することが予想されるとともに、高齢者だけの世帯や認知症高齢者の増加など高齢者を取り巻く家族環境も引き続き変化していくものと考えられている。当然のことながら介護を必要とする高齢者は増え続けていくであろう。もはや介護はわが国の福祉行政にとって最優先課題になっていると言えよう。2000（平成12）年から実施された介護保険制度は、家族による私的介護から社会的なサービスによる介護へという目的を持って登場したものであり、この制度の実施により、その後は、施設サービス・在宅サービスともにそのサービスの種類の拡充および内容の充実が図られてきている。介護保険制度の実施後、介護サービスの利用者数は、在宅サービスを中心に大きく増加しており、施行時の利用者約184万人（2000年）から、現在は約458万人（2012年）と大幅な伸びになっている<sup>(1)</sup>。その反面、自宅で家族による介護を受けて生活している高齢者もかなりの数にのぼっている。

2012（平成24）年に厚生労働省が実施した調査によると、全国の20歳以上の者に対して、「年をとって、介護が必要となった場合に、自宅で介護されたいとしたら、どのような形の介護をされたいですか」と尋ねたところ、「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」という答えが最も多くあがっていることが報告されている。また、「家族だけに介護されたい」とか、「家族の介護を中心とし、ホームヘルパーなど外部の者も利用したい」という回答を合計すると過半数を超える結果が出ている。このことから、介護保険制度の導入などにより、ホームヘルパーなど外部の者による介護に対する抵抗感は少なくなっているものの、依然として家族による介護を希望する（あるいは、家族とホームヘルパーなど外部の者の両方からの介護を受けたい）者の割合が高いことがうかがえる<sup>(2)</sup>。

介護保険制度が実施されてから15年が経過した現在、介護サービスは国民に身近なものとして生活に確実に定着してきているといえる。しかしながら、言うまでもなく、介護保険によるサービスだけではすべての介護ニーズを充足

できるわけではない。かといって、家族介護を最初から当てにするような介護保険制度であってはならない。しかし、現に「家族からの介護を受けたい」と希望する高齢者は多数存在するのであり、また、「家族で介護をしたい」と望んでいる家族もいるのである。もしそのような希望をもった高齢者と家族がいたとしたら、その希望がかなえられるように政策を考えていくことが必要であり、また、それを無理なく実現できるようにするための各種の支援策が求められているのである。

在宅での介護を、高齢者自身と介護する家族の双方が希望した場合に、それを支援する制度としては以下の3つが重要であろう。まず、第1に、在宅で要介護高齢者を介護している場合、在宅介護者の介護労働を社会的に評価し、その身体的・精神的負担を慰労しようという趣旨で設けられた制度としての介護手当がある。

第2に、介護者が就労している場合には、仕事と介護の両立が図られるような支援策を考えていく必要がある。総務省が実施した調査において、過去5年間に介護・看護のため前職を離職した者は48万7千人、このうち女性は38万9千人で、全体の約8割を占めるという結果が出ている<sup>(3)</sup>。女性労働者にとっては、家族介護は離職の大きな原因となっているのである。そこで、多くの女性労働者が遭遇することになる介護という家庭責任を果たしながら、仕事との両立を可能にする仕組みとして介護休業制度がある。

第3に、本人たちが希望したとしても、要介護高齢者の介護ニーズをすべて家族による介護によってまかなうことは難しいし、また、そのような重い負担を家族にだけ負わせたのでは、介護は長続きしないことは眼に見えている。家族の介護能力にも限界があるからである。従って、介護者の負担を軽減するために、ホームヘルプサービスやデイサービスなどの在宅サービスを合わせて利用することが望ましい。この場合に、現在、介護保険給付だけに限定せず、地域の実情にあわせて総合的にサービスが提供できる体制として「地域包括ケアシステム」の構築が提唱され、整備されつつある。すなわち、家族介護を軽減するための仕組みとしての地域包括ケアシステムである。

この論文が取り上げる範囲としては、以下の3つの論点についてである。  
①介護保険法では制度化されなかったが、家族介護に対する現金給付としての

介護手当。

②家族を介護するために、労働者が一定期間仕事を休むことのできる制度である介護休業制度。

③家族介護を補完し、支援するために、要介護高齢者も介護する家族も住み慣れた地域での生活を継続できるように、保健・医療・福祉サービスが総合的にしかも継続して提供されるための地域包括ケアシステム。

本論文は、これらの3つの制度について、それが登場してきた背景、その制度の仕組みや実態、問題点などを探りながら、家族介護を支援するための総合的家族介護支援システムの構築を提唱することが目的である。

次に、この3つの分野に共通する理論的視点について述べておかななくてはならない。介護サービスなどが充実されれば、結果的には、家族による介護の余地は次第に少なくなるかもしれないが、しかし、それは要介護高齢者の「自己決定権の尊重」とは別の次元の問題である。公的在宅サービスがどんなに整備されたとしても、要介護高齢者自身が家族による介護を望み、家族もまたその介護をしたいと考えたとき、その意思を尊重し、それを実現させていくことこそが、現在の福祉サービスの新しい考え方であろう。その際には、従来のようにサービスを受ける側としての要介護高齢者という受動的な高齢者のとらえ方から脱皮して、要介護者を介護サービス受給権の主体としてとらえ、要介護者の意思を尊重した利用者中心のサービス提供体制の確立ということが目標にされなくてはならない。これを可能にする中心的概念として「自己決定権の尊重」がある。高齢者の自己決定権を尊重しながら、自宅で介護されることを可能にする制度やシステムとはどのようなものであるのか、本論文は、高齢者自身の「自己決定」を理論的支柱として、上記の3つの政策ないし制度を、理論化・総合化・体系化しようとする試みである。

注

- (1) 厚生労働省『平成26年版 厚生労働白書』（ぎょうせい、2014（平成26）年）396頁。
- (2) 厚生労働省政策統括官付政策評価官室『平成24年 高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書』
- (3) 総務省統計局『平成24年就業構造基本調査結果の概要』72頁。

## II 介護手当

### 1 本章の問題意識

高齢者は、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう望んでいる。そうした高齢者の希望に応えられるように、わが国では、介護保険制度が2000（平成12）年4月から施行された。しかし、家族介護に対する現金給付（介護手当）については、結局、介護保険法では制度化されなかった。その理由としては、介護手当を支給することによって家族介護が固定化される、介護手当は必ずしも適切な介護に結びつくものではない、介護手当によってかえって在宅サービスの拡大を阻害する、介護手当を支給するとなれば膨大な財政的措置が必要であり、その実施は事実上困難などである。一方、賛成意見としては、外部サービスを利用している者と家族による介護を受けている者との公平性、家族の介護労働に対する社会的評価が必要であること、介護者に対する慰労の意味があること、家族に介護されたいという高齢者の自己決定権を尊重するべきであることなどがあった<sup>(1)</sup>。現在、これに代わるものとして、国の補助金を受けて行われる家族介護慰労事業があるが、この事業によるサービスを受けるには、他の介護サービスを受けていないことなど受給要件が厳しく、また、金額においても決して十分なものではなく、介護手当に代わるものとはとてもいえない状況にある。

介護手当の制度化については、賛成、反対それぞれの意見があったが、各意見は、それぞれ視点の置き方と論じるレベルが違っており、どの意見を優先させるかの判断は容易ではない。そこで、本章では、その中で最も重要であると思われる「施設・在宅サービスを受けている者との受益の公平性」と「家族による在宅介護労働の社会的評価」の2点に絞って、介護手当の意義とその導入の必要性を論じたいと思う。

### 2 わが国の介護手当

## (1) 介護保険法制定と介護手当

介護保険法は、1997（平成9）年12月17日に制定され、2000（平成12）年4月1日より施行された。介護保険制度検討過程において、介護手当導入の可否に関しては、老人保健福祉審議会で議論されている。1995（平成7）年2月から審議を重ね、1996（平成8）年4月に取りまとめられた、老人保健福祉審議会報告「高齢者介護保険制度の創設について」の中では、家族介護に対する現金給付についても言及されている。この最終報告では、家族介護について、「介護保険制度においては、現物給付が基本となるべきである。家族介護に対する現金支給については、消極的な意見と積極的な意見があり、さらに広範な国民的議論が期待される。」と述べられており、介護手当支給については、消極論・積極論の両論併記となっている。この最終報告に至る経緯としては、1995（平成7）年5月31日の老人保健福祉審議会にて以下の4点について、家族介護をテーマとした議論がなされている。1点目は、在宅介護に対する基本的な考え方についてであり、多くの高齢者は、できる限り在宅で介護を受けることを望んでおり、在宅介護を基本に置き、高齢者が無理なく在宅介護を選べるような環境を整備すべきである、という意見である。この点については、制定された介護保険法の目的・理念に、「…保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、この有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」（介保法2条4項）と明文化され、報告書で示されていた在宅介護重視の考え方が条文として盛り込まれることになった。2点目は、在宅介護における家族の役割についてである。介護保険の与えるサービスは、家族介護を完全に代替するものではなく、依然として、24時間対応可能な介護や話し相手、精神的支え等、家族の役割はきわめて重要である。しかし、他方で、社会的な支援の不十分さや家族構成の変化、家族も就労している場合が多いなどの理由により、家族介護の限界が浮き彫りとなっている。また、家族介護のために、離職を余儀なくされているケースも出ている、などの報告がなされている。

3点目に、実際に介護を行っている家族に対する介護労働の評価についてである。現に自宅で、懸命に介護をしている家庭が数多くあり、こうした家族介

護の実態は、制度的にも評価されるべきであるという意見ももつともなことである。また、どのような形で介護を受けるかは、高齢者や家族が選択すべきものである。家族介護を選択した場合においても、それを尊重し、その介護労働に対して適切な評価がなされるべきであるとの意見がある。他方で、家族介護に対する評価については、介護サービスの中身がどういうものかによって評価が変わってくるであろうし、また、家族による介護では一定の質が保障されるのか、といった問題も残される。あるいは家族による介護を固定化させるおそれもあるので、家族介護の評価については慎重な検討が必要であるということも言われている。

4点目が、家族介護に対する現金支給（介護手当）についてである。家族介護に対する現金支給の取扱いについては、次のような意見がある。まずは、現金支給に積極的な意見として、次のようなものがある。

- ① 高齢者やその家族の選択を重視する、外部サービスを利用しているケースとの公平性を保つ等の観点から、家族介護に対して一定の現金支給を検討すべきである。ただし、家族への介護研修や専門家によるバックアップ等を条件として現金の支給をすべきである。
- ② 介護を受ける人の考え方と、それを囲む家族の考え方の中には人間関係も含めて難しい問題が存在していることも多い。そのような中では、本人、家族それぞれに様々なニーズがあることを前提とした上で、家族介護と公的介護との間に選択の自由を持たせるべきである。制度として現物サービスしかないというのは問題ではないか。
- ③ 多くの自治体が現金支給事業を行っているのは、家族が面倒を見るのは当然であり、しかもそれは無償であるべきだという議論はもうできないとの認識の現れと考えられる。ただし、手当をもらった家族がきちんと高齢者の介護をするとは限らないので、現金支給の場合、介護の基準に対する一定の条件が必要である。

次に、現金給付に慎重な意見であるが、以下のようにまとめることができる。

- ① 家族介護は十分に評価されるべきであるが、現金の支給は、必ずしも家族による適切な介護の提供に結びつくものではない。場合によっては、現金を受け取ることにより、家族介護が固定化される懸念がある。また、現金の支

給要件の定め方次第では、高齢者の状態の改善につながらないおそれもある。

- ② 現金給付を多くの人を選択するようになると、現物サービスが拡大しないのではないか。したがって、現物サービスをまず行うとか、現金給付をするとしてもその金額を抑えること等が必要ではないか。
- ③ 現金給付は現在の制度には存在しないものであるから、新しい介護保険で実施することになれば、新たな予算措置が必要となるので、慎重な検討が必要である。
- ④ 家族が介護に果たす役割は極めて大きい、過大な負担とならないよう、社会的支援すなわち介護システムの中でカバーすることが必要である。サービスの現物給付を基本に、それを側面から家族が支えるというのが好ましい姿である。仮に、現金支給を行うとしても、家族介護に関するケアプランの作成など一定のルールに基づいて、それを満たしている場合のみ、介護に当たった家族に対して現金を支給するということが適当である。

また、現金支給の取扱いについての積極論・消極論に加えて、現金支給のあり方に関して、その後の老人保健福祉審議会介護給付分科会では、次のような意見が出ている。

- ① 家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格は様々である。例えば、a) 本人や家族に対する慰謝激励、b) 現物サービスとの公平性の確保、c) 介護に伴う収入減の補填、d) 家族介護に対する労働として評価、などいろいろな考え方があり得る。支給するか否かということだけでなく、こうした点も議論すべきである。
- ② 仮に、現金支給を行う場合には、誰に対して支給するのかということも論点である。保険制度としてのあり方から見ると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本である。

1996（平成8）年6月、老人保健福祉審議会に諮問された「介護保険制度案大綱」において、介護手当についての記載は、次第に有力となってきた消極説<sup>(2)</sup>の影響を受けて以下のとおりとなった。「保険者は、要介護者を介護する家族を評価し、それを支援する観点から、保健福祉事業の一環として、自らの保険料財源により各種の家族支援事業を行い得る。ただし、家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わないものとする。」。ただし、「家族介護の実態から

みて、当分の間、現金支給を行うべきであるという少数意見があった」と積極論を併記する形になったが、結局、介護手当は介護保険法では制度化されなかった。

審議会における議論はまとめると、表Ⅱ－１に示したとおりである。

表Ⅱ－１ 老人保健福祉審議会における介護手当をめぐる議論

	消極的意見	積極的意見	その他
老人保健福祉審議会・報告（概要） 一高齢者介護保険制度の創設について 平成8年4月22日	<p>○現金支給は必ずしも適切な介護に結びつかず、家族介護が固定化するおそれがある。</p> <p>○高齢者の自立を阻害するとともに、家族の負担が過重となるおそれがある。</p> <p>○現在最も必要なのはサービスの充実である。</p>	<p>○高齢者や家族の選択と外部サービス利用との公平性からみて現金を支給すべきである。</p> <p>○高齢者が家族介護を望んでおり、また、介護に伴い支出が増大している実態は無視できない。</p> <p>○現物給付が受けられないケースは保険料の見返りとして現金を支給すべきである。</p>	
老人保健福祉審議会・報告 一高齢者介護保険制度の創設について 平成8年4月22日	<p>○現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。</p> <p>○現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。</p> <p>○今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>○現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立つて、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。</p> <p>○介護保険制度の下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置付けや性格について、例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物給付との公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。</p> <p>○また、サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族への研修の義務付けなど要件を付すことにより、限定的な手当として位置付けるという方法も考えられる。仮に支給する場合には、被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる。</p> <p>○サービスが不足している現状においては、まずサービスの充実を最優先すべきである。現金支給は、高齢者が自らの希望に応じて実際にサービスを利用できるような環境になった時点で、高齢者の選択権の確保という観点からその導入を検討すべきである。</p> <p>○現金支給はいったん始めると廃止しにくいということを踏まえ、仮に支給する場合でも期限を区切るなど、確実に廃止できるような仕組みとすべきである。</p> <p>○現金そのものを支給するという方法のほか、利用券（パウチャー）方式を採用するなど、その支給が実際に介護サービスに結びつく方式も検討すべきである。</p>
老人保健福祉審議会 介護給付分科会における議論の概要	<p>○現金の支給は、必ずしも家族による適切な介護に結びつくものではない。場合によっては、現金を受け取るにより、家族介護が固定化され、特に女性が家族介護にしばりつけられるおそれがある。ドイツの介護保険では現金支給が認められているが、わが国とドイツとは家族の状況が異なっている。</p> <p>○「寝たきり状態」が継続する方が現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。</p> <p>○介護を家族だけに委ねると、介護がいわば密室化し、介護の質も確保できないことになり、高齢者にとっても問題が多い。</p> <p>○今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>○現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p> <p>○家族介護に対する評価を行うとしても、その方法としては現金支給よりはむしろ税制上の控除措置等を検討する方が適当である。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点から、一定の現金支給を検討すべきである。</p> <p>○高齢者と家族の関係は多様であり、ニーズも様々であるので、家族介護と公的介護との選択の自由を尊重すべきであり、制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○介護によって休・退職し、収入が減少するようなケースもある。そうした収入減を補填すべきではないか。</p> <p>○現状は、家族が介護しているケースが大半であり、直ちにそれが変わることはない。また、介護に伴い家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できず、家族介護に対して何らの給付も行わないという訳にはいかない。</p> <p>○国民に新たな負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置付けや性格は様々である。</p> <p>例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物サービスとの公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。支給するか否かということだけでなく、こうした点も議論すべきである。</p> <p>○仮に、現金支給を行う場合には、誰に対して支給するのかということも論点である。保険制度としてのあり方からみると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本である。</p>

	消極的意見	積極的意見	その他
「新しい介護システムの在り方」に関する主な論点とこれまでの議論等の概要（分科会における主な意見を含む。）	<p>○現金の支給は、必ずしも家族による適切な介護に結びつかず、場合によっては、現金を受け取ることで、家族介護が固定化され、特に女性が家族介護にしばりつけられるおそれがある。</p> <p>○ドイツの介護保険では現金支給が認められているが、わが国とドイツとは家族の状況が異なっている。</p> <p>○「寝たきり状態」が継続する方が現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。</p> <p>○介護を家族だけに委ねると、介護がいわば密室化し、介護の質も確保できないことになり、高齢者にとっても問題が多い。</p> <p>○国民が求めていることはサービスの充実であり、現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られないおそれがある。</p> <p>○現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものであり、財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点から、一定の現金支給を検討すべきである。</p> <p>○高齢者と家族の関係は多様であり、ニーズも様々であるので、家族介護と公的介護との選択の自由を尊重すべきであり、制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○介護によって休・退職し、収入が減少するようなケースもあり、そうした収入減を補填すべきである。</p> <p>○現状は、家族が介護しているケースが大半であり、また、介護に伴い家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できず、家族介護に対して何らかの給付を検討すべきである。</p> <p>○国民に新たな負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給は必要だ。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格は様々である。例えば、①本人や家族に対する慰謝激励、②現物サービスとの公平性の確保、③介護に伴う収入減の補填、④家族介護に対する労働としての評価などの考え方があり得る。</p> <p>○仮に、現金支給を行う場合には、誰に対して支給するのかということも論点である。保険制度の性格からみると、高齢者本人に支給することが基本ではないか。</p>
老人保健福祉審議会・第2次報告 —新たな高齢者介護制度について— 平成8年1月31日	<p>○現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。</p> <p>○現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。</p> <p>○今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>また、現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立つて、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。</p> <p>○新制度の下で国民に負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格について、例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物サービスとの公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。</p> <p>○また、現物サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族介護者への研修の義務づけなど一定の要件を付すことにより、限定的な手当として位置づけるという方法も考えられる。</p> <p>○誰に対して支給するのかということも論点となるが、保険制度としての在り方からみると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる。</p>

（出展）厚生省高齢者介護対策本部事務局『高齢者介護保険制度の創設について』（ぎょうせい、1996年）16-196頁より作成

## (2) 市町村における介護手当の実際

2001（平成13）年4月1日からの国の補助金の対象としての「介護予防・地域支え合い事業」の中に、市町村を実施主体とした「家族介護支援事業」が規定されている。趣旨は、「高齢者（40歳以上65歳未満の者であって特定疾病に該当する者を含む。）を介護している家族等の様々なニーズに対応し、各種サービスを提供することにより、高齢者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、向上を図ることを目的とするものである。」とされており、具体的な事業としては、家族介護教室、介護用品の支給、家族介護慰労事業、痴呆性（当時の名称）高齢者家族やすらぎ支援事業などがある。中でも、家族介護慰労事業は、介護手当の名称は使用していないが、現金の支給を認めており、介護手当と同じ役割をもったものと見ることができる。具体的な実施基準については、以下のように定めている<sup>(3)</sup>。

### ① 実施方法

支給対象者に対して、介護を行っていることの慰労として金品（年額10万円まで）を贈呈した場合に、これに要する経費を助成する。

### ② 支給対象者

要介護4又は5に相当する市町村民税非課税世帯に属する在宅の高齢者であって過去1年間介護保険サービス（年間1週間程度のショートステイの利用を除く。）を受けなかったものを現に介護している家族。

### ③ 事業実施にあたっての留意点

- a) 要介護認定を受けていない高齢者については、市町村の判断で、正式な審査判定を経ないまでも、基本的には要介護認定と同じ方法を利用して、要介護4又は5に相当すると判断されるものを対象とする。
- b) 家族が高齢者と同居していない場合であっても、隣地に居住していて事実上同居に近い形で介護に当たっている場合などは、実情に応じて市町村が支給するかどうか判断するものとする。
- c) 過去1年間介護保険サービス（年間1週間程度のショートステイの利用を除く。）を受けなかった高齢者を介護する家族を支給対象者とする

から、支給を行う 1 年前に要介護 4 又は 5 に相当することが認められていることが必要である。したがって、市町村は、支給を行う 1 年前から順次対象予定者のリストアップを行った上で、それぞれの者について 1 年間のサービスの利用状況を見て支給を行うか否かの判断を行うものとする。

市町村における介護手当制度について、福岡県の状況を示したものが表Ⅱ－2 である。2004（平成 16）年 4 月現在、県内 96 市町村のうち、46%にあたる 44 市町村が何らかの形で介護手当制度を実施している。市町村によって、独自に支給月額や対象者の要件を設定しているため、その点については多少の差異はあるが、対象者は概ね共通して、65 歳以上の寝たきりや認知症の高齢者を在宅（同居・同一生計）で介護している者となっている。要介護度を明示している市町村については、4 以上（4 又は 5）としているところが多いが、中には 3 以上としているところもある。介護をしている期間や要介護状態の継続期間についての定めも設けてあり、3 ヶ月以上や 6 ヶ月以上という規定が多いようである。また、受給者は低所得者（住民税非課税世帯）であることを要件に加えているところも見られ、さらに、高齢者だけでなく、寝たきりの（重度）心身障害者を対象に含めている市町村もある。給付額については、月額 5 千円から 2 万 2 千円まで開きがあるが、月額 1 万円又は 2 万円と設定している市町村が多く見られる。制度の開始年度から見て、大半は介護保険制度創設以前から実施されていた地方単独事業としての介護手当が継続しているものと推測されるが、先に述べた 2001（平成 13）年度から国庫補助の対象となった家族介護慰労事業を 93%にあたる 89 市町村が実施しており、その要件が類似していることを併せると、これらの大半が国庫補助を受けて実施している制度であると考えられる。

表Ⅱ－２ 福岡県 平成16年度介護手当実施状況

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
北九州市	×				○	
福岡市	×				○	
大牟田市	×				○	
久留米市	×				○	
直方市	×				○	
飯塚市	平成元年	10,000	無	要介護認定において要介護3, 4又は5と判定された者を常時介護している同一生計家族の介護者	×	
田川市	平成5年	5,000	無	65歳以上で引き続き3ヶ月以上寝たきりの高齢者と同居し、介護している者	○	無
柳川市	平成3年	10,000	無	在宅にて6ヶ月以上寝たきり状態又は重度の痴呆状態にある65歳以上の高齢者を介護している者	○	無
山田市	昭和52年	10,000	無	在宅で食事、排便等の日常生活に支障があり、寝たきりの状態が3ヶ月以上継続している者	○	無
甘木市	×				○	
八女市	×				○	
筑後市	×				×	
大川市	×				○	
行橋市	平成12年	10,000	有	半年前に要介護(4, 5)者であり、過去半年間サービス利用額の平均額が支給限度額に対して2割を超えない	○	無
豊前市	平成5年	20,000	無	介護度3以上、在宅介護15日/月以上(デイサービス除く)	○	無
中間市	×				×	
小郡市	平成12年	12,000	有		○	有
筑紫野市	昭和63年	20,000	有	介護保険の要介護認定4又は5の認定を受けた者を在宅で常時介護している者	×	
春日市	昭和59年	15,000	有	寝たきり及び痴呆の状態が3ヶ月以上継続している65歳以上の者を同一住所地で介護している介護者	○	有
大野城市	昭和59年	14,000	有	寝たきり高齢者等と同一の住所地で常時介護している者	○	有
宗像市	×				○	
太宰府市	×				×	
前原市	×				○	
古賀市	×				○	
那珂川町	平成4年	10,000	無	要介護4, 5の者を在宅で介護している者	×	
宇美町	平成6年	15,000	無	要介護4, 5に該当する者を家庭で常時介護している家	○	無
篠栗町	昭和56年	15,000	無	介護保険の要介護認定で要介護4以上に該当する者、又はそれに準ずる者を在宅において3ヶ月以上介護している者	○	

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
志免町	平成3年	20,000	無	・介護保険要介護認定 要介護4, 5 ・在宅介護実績が月15日以上	○	無
須恵町	平成6年	20,000	無	在宅の寝たきり老人(65歳以上)を家庭で介護している者 「寝たきり老人」とは6ヶ月以上臥床の状態にある者	○	無
新宮町	平成11年	20,000	無	65歳以上の寝たきり高齢者及び痴呆高齢者を在宅で6ヶ月以上、常時介護している者	○	無
久山町	昭和49年	22,000	無	65歳以上、要介護4又は5認定期間1年以上経過した者で介護保険サービスを利用せず、入院期間が通算30日以内	○	無
粕屋町	平成13年	20,000	無	・介護保険で要介護3以上と判定された高齢者等の介護者 ・介護対象期間を連続する4ヶ月間とし、その2分の1以上	○	無
福間町	×				○	
津屋崎町	×				○	
大島村	×				○	
芦屋町	×				○	
水巻町	×				○	
岡垣町	×				○	
遠賀町	×				○	
小竹町	×				○	
鞍手町	×				○	
宮田町	×				○	
若宮町	×				○	
桂川町	平成6年	10,000	無	寝たきり高齢者を6ヶ月以上常時介護を行っている同居家族	○	無
稲築町	平成2年	10,000	無	居宅で6ヶ月以上臥床している65歳の者	○	無
碓井町	平成16年	10,000	無	介護度4, 5の高齢者を介護する世帯	○	
嘉穂町	平成6年	10,000	無	町内在住で、6ヶ月以上在宅で常時寝たきりの高齢者等を介護している者	○	無
筑穂町	平成6年	10,000	無	町内居住者で65歳以上の寝たきり高齢者を常時介護している期間が6ヶ月以上経過し同一生計家族の介護者	○	無
穂波町	平成6年	10,000	無	在宅の寝たきり高齢者等を6ヶ月以上にわたって常時介護を行っている同居の介護者	○	無
庄内町	平成6年	10,000	無		○	無
穎田町	平成6年	10,000	無	在宅で6ヶ月以上寝たきり高齢者、痴呆高齢者を介護している者	○	無
杷木町	×				○	
朝倉町	×				○	
三輪町	×				○	
夜須町	×				○	

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
小石原村	平成11年	10,000	無	居宅において、寝たきり老人及び痴呆性老人を常時介護している者	○	無
宝珠山村	平成7年	10,000	無	65歳以上の者で、居宅において常時介護している者で、寝たきり状態が6ヶ月以上継続している者	○	無
二丈町	×				○	
志摩町	×				○	
吉井町	×				○	
田主丸町	×				○	
浮羽町	×				○	
北野町	平成6年	5,000	無	介護保険で要介護3以上に認定された者を在宅で介護している者	○	無
大刀洗町	平成4年	10,000	無	長期寝たきり療養者等及び痴呆性老人に対し、当該対象者の住居又は居所において常時介護をする者	○	有
城島町	平成2年	20,000	無	寝たきり高齢者又は重度身体障害者を居宅において常時介護する者	○	無
大木町	平成6年	10,000	無	介護保険介護認定4以上の者を在宅で3ヶ月以上介護している介護者	○	無
三瀨町	平成7年	10,000	有	要介護4、5で、その者の属する世帯の生計中心者（最多課税者）の町民税所得割が非課税であること	○	無
黒木町	×				○	
上陽町	平成12年	10,000	無	65歳以上の者で、要介護度4及び要介護度5に認定された者の家庭において常時介護する者	○	無
立花町	×				○	
広川町	×				○	
矢部村	×				○	
星野村	×				○	
瀬高町	×				○	
大和町	平成5年	10,000	無		○	無
三橋町	×				○	
山川町	×				○	
高田町	×				○	
香春町	×				○	
添田町	×				○	
金田町	平成6年	5,000	無	寝たきり状態が継続すると見込まれる高齢者、医師の所見により状態が継続すると認められる者	○	無
糸田町	×				○	
川崎町	×				○	
赤池町	×				○	

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
方城町	平成12年	10,000	無	要介護者を常時介護している者	○	無
大任町	×				○	
赤村	×				○	
苅田町	×				○	
犀川町	平成4年	20,000	無	要介護者を1ヶ月以上介護し、引き続き介護する意志のある者	○	無
勝山町	平成2年	20,000	無	・65歳以上で在宅において3ヶ月以上寝たきり状態の者 ・65歳以上で在宅において3ヶ月以上痴呆状態の者	○	
豊津町	×					
椎田町	昭和63年	20,000	無	居宅療養の老人を介護する者	○	無
吉富町	平成2年	20,000	無	介護度3～5であり、居宅において6ヶ月以上常時介護を要する者を常時介護する者	○	無
築城町	平成5年	20,000	無	・65歳以上で居宅において6ヶ月以上寝たきり状態で常時介護を要する者（重度心身障害者含）	○	
新吉富村	平成2年	20,000	無	65歳以上で、居宅におい6ヶ月以上常時臥床の状態である、寝たきり老人等の介護に従事する者	○	無
大平村	平成2年	20,000	無	要介護度3以上の者、重度心身障害者	○	無
44市町村					89市町村	

※家族介護慰労事業は、広域連合加入市町村は、広域連合が実施。

(出典) 2004(平成16)年4月調査(福岡県調べ)

家族介護慰労事業は、2004（平成 16）年 4 月 1 日現在、全国で 1,775（56.8%）の市町村が実施している（表Ⅱ－3）。全国的に見ても半数を超える市町村が、事業を実施していることがわかる。

表Ⅱ－3 全国における家族介護慰労事業の実施状況

平成 13 年		平成 14 年		平成 15 年		平成 16 年	
	実施率		実施率		実施率		実施率
1,979	60.9%	2,006	61.9%	1,973	61.4%	1,775	56.8%

（出典）各年 4 月 1 日現在（厚生労働省調べ）

2005（平成 17）年の介護保険法の改正に伴い、上述の「介護予防・地域支え合い事業」が廃止され、新たに「地域支援事業」が創設され、2006（平成 18）年 4 月 1 日から実施されている。地域支援事業は、「被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする」とされており、全市町村が行う必須事業と、各市町村の判断により行う任意事業がある。先に検討した「家族介護慰労事業」を継承した事業としては、任意事業の中の「家族介護支援事業」が該当する。事業内容としては、「介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施する」とされており、家族介護教室、認知症高齢者見守り事業、家族介護継続支援事業などが例示されている<sup>(4)</sup>。家族介護継続支援事業には、「介護の慰労のための金品の贈呈」が挙げられており、毎年の介護保険事務調査の集計結果を見ると、表Ⅱ－4 のような実施状況になっている。

表Ⅱ－4 全国における家族介護支援事業（慰労金等の贈呈）実施状況

平成 21 年		平成 22 年		平成 23 年		平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年	
	実施率										
661	40.5%	647	40.8%	671	42.4%	759	48.0%	751	47.5%	749	47.4%

（出典）各年 4 月 1 日現在（厚生労働省調べ）

### 3 介護手当の意義

介護手当導入に関する賛否両論については表Ⅱ－1でみてきた。賛成意見の紹介および反対意見に対する妥当性の検証は、増田雅暢氏が丁寧に整理している<sup>(5)</sup>。増田氏は、消極論のうち、「①現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。」という理由は、前半部分については、現金給付を適切に行うための条件を整備すれば解決できるものもあり、後半部分については、実際の介護者の意識・行動の分析を無視した情緒的な観念論といわざるをえないと指摘する。また、「②現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。」の問題については、介護手当の給付方法を工夫すれば改善可能な問題にすぎないと言う。そして、「③今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。」という理由に対しては、制度施行直後と比較して民間事業者の経営が好転してきた状況からして、現在ではウエイトが小さくなった問題であると評している。最後に「④現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。」との理由、つまり、新たな負担論であるが、これについてもドイツの介護保険制度の例を引き、正しくない論拠であると述べている。

介護手当の意義については、さまざまな視点から肯定する根拠がいくつか挙げられているが<sup>(6)</sup>、本章では、その中で、「施設と在宅との受益の公平性」及び「家族による在宅介護の評価」の2点<sup>(7)</sup>が最も重要であると考えてるので、その点について考えていきたい。

要介護高齢者が家族による介護を受けたいと願い、家族もまた要介護高齢者の介護をしたいと思う場合には、高齢者の自己決定権を尊重する意味で家族介護の実現に向けた支援策が講じられる必要がある<sup>(8)</sup>。その場合、在宅サービス

がその支援策の中心になろうが、仮に在宅サービスをどれだけ利用しようとも、家族の介護負担を完全に払拭することは難しい。介護者の介護負担については、心身ともにその苦労が過重であることは以前から指摘されてきたが<sup>(9)</sup>、介護保険制度導入後においてもこの負担はなお続いていると言える。在宅において介護をしている家族（主な介護者）の介護時間を平成25年国民生活基礎調査（厚生労働省）から見ると、「ほとんど終日」介護している割合が、要介護4で53.9%、要介護5では56.1%となっており、その中で居宅サービスの利用に関して1種類でも利用したという割合が全体で86.1%を占めているところからみても、サービスを一部利用しながらも介護度の高い高齢者を在宅で介護する家族は、多くの時間と労力を介護に費やしていることが分かる。アメリカにおいても、在宅介護の負担は年々増加してきている。平均寿命の延びとともに、介護労働は10年以上にわたることが多く、しかも、身体的あるいは精神的な障害をもった重度の高齢者を自宅で世話しなくてはならない状況に追い込まれることもある。Genworth Financial Nationalの世論調査によれば、たとえば、回答した40歳以上のアメリカ国民の約半分が、自宅あるいは在宅施設、特養で親を現に介護しているとか、過去に介護した経験があると答えている<sup>(10)</sup>。高齢者の在宅生活が家族の重い介護負担の上に成りたっているという現実をみる限り、やはり、施設入所との公平性を考える必要があるのではないかと思う。現実問題としては、要介護度の重い者は施設に、軽い者は在宅にという結果も想定されるが、しかし、そのような単純な区分では高齢者の自己決定が尊重されているとはいえない。この点で保険給付としての介護手当は、被保険者である高齢者の老後の生活に対する選択の幅を広げることにつながると言えるのではないだろうか。ドイツの介護保険制度には、在宅サービスと並んで介護手当が設けられており<sup>(11)</sup>、その場合、介護手当の受給権者は要介護者本人となっている。わが国の家族介護慰労事業は受取人を介護している家族としている点でドイツの介護手当とは異なるが、高齢者が自己決定により家族介護を選択でき得る環境づくりという側面で家族介護慰労事業も評価できる仕組みではないかと思う。またドイツでは、現物給付と金銭給付は二者択一的に選択させられるのではなく、両者を組み合わせて受給することもできるようになっており、わが国の介護手当のあり方を考えるうえでも参考に値する制度であろう<sup>(12)</sup>。

介護保険制度は、家族介護から社会的なサービスへと転換することを可能にしたが、なおも在宅での生活を望む高齢者や家族は多く、そうした家族は、基本となる支援策のないまま家族介護を続けていく中で、自らの介護に対する社会的な評価を望んでいると考えられる<sup>(13)</sup>。諸外国には、家族介護人への介護評価を制度化している国々があり、前述のドイツ以外にもフィンランドで家族介護手当が支給されている例がみられる<sup>(14)</sup>。介護手当は、介護労働に対する社会的評価を望む家族への重要な支援策の一つになり得るのではないか。そうしたことを考慮すれば、表Ⅱ－２に示した家族介護慰労事業は、介護手当の先駆的形態と理解したい。ただし、現行の家族介護慰労事業は、厚生労働省通達で、過去1年間介護保険サービスを利用していないことを要件としているが、「家族介護への慰労」を目的とする以上、その要件は厳し過ぎるように感じられる。介護手当は、在宅での介護を社会的に評価するものであり、他のサービスを多少受けたとしても、家族介護者に対してその労苦に報いることは必要であろう。逆に、家族介護慰労金を受けようとするれば、他のサービスは受けられないということで、かえってサービスの利用が抑制されては、介護の社会化をめざした介護保険の目的からして、本末転倒の結果になりかねない。介護手当の支給要件については、財源の問題が大きいと厳しく設定する傾向にあるとしても、在宅サービスとの併用要件については、家族介護の実態をみながら、介護負担の軽減のためにいくつかのサービスの利用も可能とする方向で、緩やかに設定すべきであると思われる。また介護手当は、在宅で高齢者を介護する家族が受給要件や給付内容に関して、どの市町村に居住していようとも等しく利用できるものでなくてはならない。よって、現在のように、さし当り地方公共団体への補助金として実施していく場合でも、市町村はより緩やかな基準で給付が受けられるようにすべきである。そして、何よりも、こうした補助金制度ではなく、将来は介護保険制度のなかで全国的に統一した形で制度設計を行い、国の責任で介護手当を実現していくことが望ましいと言える。

#### 4 小括

介護保険制度については、法施行後5年を目途に全般に関して、見直しを行うこととなっている<sup>(15)</sup>。見直しに向けた議論は、2003（平成15）年5月27日からの社会保障制度審議会介護保険部会にて行われ、2004（平成16）年7月30日には、「介護保険制度の見直しに関する意見」という報告書が取りまとめられた。この報告書は、家族支援と現金給付についても、制度施行後の状況をみながら言及している。介護保険部会は、介護を行っている家族は、介護サービスの利用の有無に関わらず、何らかの心理的な負担や孤立感を感じていることを指摘し、家族支援の必要性を認識しているが、現金給付については、以下の3点を理由に消極的な意見が強まっているとまとめている。まず1点目は、制度設計時に議論となった「利用者が現物サービスを受けられない場合の保険料負担の見返り」としての現金給付の意義は薄れていると考えられるためであり、2点目は、国民の意識も「家族だけに介護されたい」とする者の割合が大幅に減少したためである。最後に3点目として、現金給付を導入した際に介護費用が増大するという財政的な問題のためであるとしている。こうした点を踏まえ、今後、家族に対する相談・支援体制の強化を図るとともに、地域におけるサービスの充実を図っていく必要があると述べるにとどまっている。しかし、介護保険法が介護サービスの利用を強制するのではない以上、家族介護を選択する者の介護保険料が事実上「掛け捨て」となり、被保険者や家族の選択の幅を狭めている実態は、利用状況や国民意識の変化にかかわらず、問題とされなければならないであろう<sup>(16)</sup>。また、この家族支援と現金給付の論点については、今回の見直しの議論の中で十分に検討されたとは言い難いように感じる。消極論は、一面的な見方によるものであったり、以前から検討課題とされていた理由によるものであったりしているためである。介護手当（現金給付）は、家族による在宅介護を社会的に評価する手段となり、高齢者の自己決定権の尊重や実施の仕方次第では在宅ケアの推進に資することも大いに期待される。そのため、早期に制度化されることが望ましいと言えよう。

## 注

- (1) 佐藤 進・河野 正輝『介護保険法—権利としての介護保険に向けて—』（法律文化社、1997（平成9）年）230-233頁。
- (2) 増田 雅暢『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』（法律文化社、2003（平成15）年）178頁では、①老健審の女性委員からの強い反対論、②財政的問題からの慎重論、③民間事業者からの利用伸び悩みへの懸念の3点を理由として挙げている。
- (3) 「介護予防・地域支え合い事業の実施について」（老発第0809001号）2004（平成16）年8月9日。
- (4) 「地域支援事業の実施について」（老発第0609001号）2006（平成18）年6月9日。
- (5) 増田注(2)、前掲書、182-186頁。
- (6) 西村健一郎「介護保険における家族介護と介護手当」（週刊社会保障2215号、2002（平成14）年12月23日）は、介護の専門家による介護サービス提供の意義は否定できないとしながらも、被保険者・家族の介護サービス選択の問題として考えると、介護手当が制度化されなかったことで、サービスを受ける者とサービスを見送る者との不公平感を増幅していると指摘している。
- (7) この二つの論点は、石川 恒夫・吉田 克己・江口隆裕『高齢者介護と家族—民法と社会保障法の接点—』（信山社出版、1997（平成9）年）35-39頁にて、介護の社会化と家族の役割について述べるに当たり、取り上げられている。
- (8) 山脇貞司「第4章 介護保障と家族」（日本社会保障法学会編『講座 社会保障法第4巻 医療保障法・介護保障法』、2001（平成13）年、法律文化社）225-226頁は、要介護高齢者の家族から介護を受ける権利及び家族が要介護高齢者の介護をする権利について述べ、その本質は、家族として互いに交流し家族生活を営み得るような条件整備をすることを国や自治体に請求する権利として位置付けられると指摘している。
- (9) 岩田正美・平野隆之・馬場康彦『在宅介護の費用問題—介護にいくらかけているか—』（中央法規出版、1996（平成8）年）144-153頁では、個別世帯レベルにおいて、社会サービス利用の動機づけが弱いために在宅介護は費用化されにくく、介護費用の負担感より無償の介護労働の負担感がいぜん大きいという問題があることを提示している。また、介護者への手当給付を、家族の心身の負担を社会的に評価する一つの手段とする可能性があることを言及している。
- (10) Cynthia Massie Mara & Laura Katz Olson, *Handbook of Long-Term Care Administration and Policy*, CRC Press (2008), p.20-21
- (11) 田中耕太郎「介護手当（金銭給付）の意義、実施状況およびその評価」（海外社会保障研究131号、2000（平成12）年）。
- (12) 本沢巳代子『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』（日本評論社、1996（平成8）年）64-67頁。
- (13) 筒井孝子『介護サービス論 ケアの基準化と家族介護のゆくえ』（有斐閣、2001（平成13）年）190-193頁。
- (14) 古橋エツ子「家族介護人への介護評価と社会保障」（週刊社会保障2142号、2001（平成13）年7月2日）24-27頁。
- (15) 介護保険法附則第2条。
- (16) 稲森公嘉「介護保険制度見直しの方向」（ジュリスト1282、2005（平成17）年1月1日・15日号）87頁。

### Ⅲ 介護休業

#### 1 本章の問題意識

近年、女性の労働力率は上昇し、自宅で女性が介護をすることは容易でなくなってきた状況がある。そうした状況を受けて、1995（平成7）年に育児休業法が「育児休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」と名称変更され、同法の中で介護休業制度が事業主の努力義務として法制化されることになった。さらに、1999（平成11）年には、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」と再度名称変更され、これと同時に介護休業制度が義務化された。これにより、対象家族が要介護状態にある労働者は、3ヶ月を限度に介護休業を取得することができることとなった。また、1999（平成11）年より、雇用保険の被保険者が介護休業を取得した場合に、介護休業給付金として3ヶ月を限度に休業前賃金の25%相当を支給することとされた。さらに、介護休業取得の申し出や取得を理由とする解雇その他の不利益取扱いの禁止の創設（1999（平成11）年）、介護休業給付の給付率の40%への引き上げ（2001（平成13）年）、介護休業の対象労働者の拡大、介護休業の取得回数制限の緩和（2004（平成16）年）、介護のための短期の休暇制度の創設（2009（平成21）年）など、介護休業制度等の充実が図られた。しかし、2012（平成24）年において、常用労働者に占める介護休業取得者の割合は、女性は0.12%（2008（平成20）年0.11%）、男性は0.02%（同0.03%）と極端に低く、その状況はいまだに変わっていない。

また、最近、労働者の働き方において、労働時間と生活時間とがバランスよく配分されているという意味での「ワーク・ライフ・バランス」が提唱されるようになってきた。わが国では、これが崩れていることが大きな問題となっている<sup>(1)</sup>。もっとも、ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の調和）といっても、個々の労働者の置かれた状況によって仕事を優先する場合もあれば、生活を優先しなければならない場合もあり、労働生活のすべての局面で仕事と生活のバランスを常に保つことは難しい。高い地位・ポスト、高い収入を得るために、あるいは仕事を通じた自己実現を図るために、人生のある局面で仕事重視

の時期があるのは当然のことであるし、逆に、高齢者の生きがい就労のように、仕事以外にやりたいことがあってそのため生活の方に重点を置く、生活重視の時期があってもよいであろう。他方、子育て中の労働者、老親を介護している労働者のように育児・介護等の家庭生活と労働生活の双方を重視しなければならない時期もあり、そうした局面では仕事と家庭生活の両立のための支援が重要な意味を持つことになる。

そこで本章では、「介護休業制度」に焦点を当て、まず、わが国における介護休業制度成立の歴史的展開過程を探り、次に現行介護休業制度の内容と実施状況を紹介します。これをアメリカ・スウェーデンの制度と比較しながら、その意義と問題点を検討することを試みました。また、育児や介護といった労働者の家族的责任について、それを社会的にどのように評価して、どのような位置づけを与えて、どのような形で支援を制度化していくのが適切かどうか、育児と介護は保険事故としてどのような性格の違いがあるのか、ILOの「労働者の家族的责任に関する条約・勧告」を紹介しながら、労働法学・社会保障法学両方の見地から理論的な解明を行ってみたいと思う。もう一方で、介護休業を充実・普及させていくためには何が必要なのかという政策上の課題についても考察することを試みました。介護休業制度の更なる充実・拡大のためには、理論的研究と政策的な検討の両者が不可欠であると考えたからである。

## 2 わが国の介護休業制度

### (1) 介護休業制度の背景

1995（平成7）年6月5日、「育児休業等に関する法律の一部を改正する法律」、いわゆる「介護休業法」が成立した。この立法は、1992（平成4）年に成立した育児休業制度が、家族の家庭責任（育児、介護）を果たすという意味では類似の制度であることから成立し、育児休業法の一部改正という形式をとり、中小企業等に配慮した準備期間を置いて、4年後の1999（平成11）年4月1日から施行された。

育児休業法が施行された 1992 (平成 4) 年 4 月からまもなくの 1992 (平成 4) 年 7 月に、当時の労働省は「介護休業制度等に関するガイドライン」を策定し、企業内福祉制度としての介護休業制度のあり方を提示した。当時、育児休業法の施行に合わせる形で介護休業を制度化する動きも始まり、1993 (平成 5) 年度には、500 人以上の規模の事業所では、51.9%が、何らかの形で介護休業制度をもつに至っている。ただし、中小企業における介護休業制度の普及はすすまず、労働大臣の諮問機関である婦人少年問題審議会では、1993 (平成 5) 年 4 月より、介護休業制度の普及促進についての議論をはじめた。以下が研究・討議も含めた介護休業法成立に至る経過である<sup>(2)</sup>。

- 平成 4 年 7 月 「介護休業制度等に関するガイドライン」制定
- 平成 5 年 4 月 婦人少年問題審議会で介護休業の普及促進を検討開始
- 9 月 同審議会は専門的見地から調査・研究が必要であるとして、専門家に検討を委ねることに決定
- 11 月 「介護休業に関する専門家会合」発足
- 平成 6 年 7 月 「専門家会合」は検討結果を婦人少年問題審議会に報告
- 9 月 婦人少年問題審議会で介護休業の普及促進を検討再開
- 12 月 同審議会は「介護休業の法的整備が必要である」という「建議」を労働大臣宛て提出
- 平成 7 年 1 月 労働大臣は婦人少年問題審議会などに「育児休業等に関する法律の一部を改正する法律案要綱」を諮問し答申を得る
- 6 月 第 132 回国会で「育児休業等に関する法律の一部を改正する法律案」は衆議院において一部修正され可決・成立
- 10 月 支援措置の部分など施行・努力義務による介護休業実施
- 平成 11 年 4 月 義務化による介護休業の施行

介護休業制度の立法化は、要介護高齢者の急速な増加、女性の職場進出および核家族化の進行に伴い、家族の介護が仕事の継続にとって大きな障害となってきたという現実を背景にその制度化が求められてきた<sup>(3)</sup>。当時の総務庁の調査では、家族の介護に携わる約 222 万人の有業者のうち、約 3.6%にあたる 8 万 1 千人 (90%が女性) が、家族の介護のために離職している (1992 (平成 4) 年)。また、介護に関する企業内福祉制度に対する労働者の要望としても、介護休業

制度を要求する声が 68.8%と最も多く、労使交渉においても主要なテーマの一つとなった。労働者の継続した就業の確保及び能力活用の観点から、雇用主としても関心を持たざるをえず、その後、介護休業制度を導入した事業所は、1981（昭和 56）年から 1993（平成 5）年の間に、平均では 8.7%から 16.3%、500 人以上の事業所では 12.4%から 51.9%へと増加していった。

こうして、介護を理由に仕事の継続が困難となる労働者の増加と、官公庁や企業において、介護休業制度がある程度普及してきた実態を背景に、労使の団体及び政党の意見表明、次の 4 研究会での検討報告並びに建議を経て、介護休業制度が制度化されるに至ったのである。

- ① 婦人少年協会・長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会「老親介護に関する労働者福祉対策のあり方について」中間報告（1989（平成元）年）。
- ② 「介護に関する企業内福祉制度についてのガイドライン検討会議報告書」（1992（平成 4）年）。
- ③ 「介護休業制度に関する専門家会合報告書」（1994（平成 6）年）。
- ④ 婦人少年問題審議会建議「介護休業制度の法的整備について」（1994（平成 6）年）。

## （2）介護休業制度の内容

介護休業とは、要介護の状態にある家族を介護するために、労働者が一定期間仕事を休む制度である<sup>(4)</sup>。「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成 16 年法律第 160 号）」が、平成 16 年 12 月 1 日に成立、平成 16 年 12 月 8 日に公布され、平成 17 年 4 月 1 日から施行された。これにより、介護休業の対象労働者が一定範囲の期間雇用された労働者に拡大されたほか、介護休業の要介護状態ごとの複数回取得が可能となった。さらに、平成 21 年 6 月の法改正（原則として平成 22 年 6 月 30 日施行）により、介護のための短期の休暇制度が創設された。以下が制度の概要である。

① 休業の定義（法第2条第2号、第3号）

労働者が、その要介護状態（負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり、常時介護を必要とする状態）にある対象家族を介護するためにする休業をいう。

② 対象労働者（法第2条第1号）

日々雇用される者を除いた労働者が対象となる。なお、労働契約の形式上日々雇用されている者であっても、当該契約が期間の定めのない契約と実質的に異なる状態となっている場合には、実質的に期間の定めのない契約に基づき雇用される労働者であるとして介護休業の対象となる。

また、期間を定めて雇用される労働者は、その事業主に引き続き雇用された期間が1年以上であり、かつ、介護休業開始予定日から93日を経過する日を超えて引き続き雇用されると見込まれる場合（一定の例外あり）に限り、介護休業を取得することができる（法第11条1項ただし書）。また、使用者は、過半数組合または過半数労働者との労使協定によって、継続雇用期間が1年に満たない者などを、制度の適用対象外とすることができる（法第12条2項、施行規則23条）。

③ 対象となる家族の範囲（法第2条第4号）

法に先行して介護のための休業の制度を導入していた企業の実態等を踏まえ、当該労働者が介護をする必要性の高い家族として、配偶者（内縁関係にある者を含む）、父母、子、配偶者の父母、並びに父母及び子に準ずる者（当該労働者が同居し、かつ、扶養している祖父母、兄弟姉妹及び孫）を介護休業の対象となる家族の範囲とする。

④ 回数及び日数（法第15条）

介護休業の期間は、当初は、同一家族について連続3ヶ月間を限度として1回限り認められていた。しかし、介護については短期間の休業や複数回の休業のニーズもあるため、平成16年改正により、同一の対象家族については通算して93日（3ヶ月間）<sup>(5)</sup>まで、要介護状態が生じるたびに1回ずつ、複数回に分けて介護休業を取得できるようになっている（法第11条第2項）。

⑤ 手続

労働者は、休業の開始日と終了日などの所定の事項を明記した書面を提出

することなどによって、事業主に介護休業を申し出る（法第 11 条第 3 項、施行規則 22 条）。一定の要件の下で、労働者からの期間の変更の申出（法第 13 条）や休業の申出の撤回（法第 14 条）、および事業主による休業開始日の指定（法第 12 条 3 項）も認められている。

#### ⑥ 不利益取扱いの禁止

事業主は、原則として、労働者からの介護休業の申出を拒むことができない（法第 12 条第 1 項）。また、事業主は、労働者が介護休業の申出をしたこと、または介護休業を取得したことを理由として、当該労働者に対して解雇その他の不利益な取扱いをしてはならない（法第 16 条）。

#### ⑦ 介護休暇

介護休暇は、平成 21 年改正によって新しく創設された。要介護状態の家族の日常的な介護のために、年休や欠勤などで対応している労働者が多いことから、介護のための短期の休暇制度として導入された。

要介護状態の家族（介護休業の対象と範囲は同じ）の介護、通院の付添い、介護サービスの提供を受けるために必要な手続きの代行、その他の必要な世話をを行う労働者は、事業主に申し出ることによって、年 5 日（対象となる家族が 2 人以上の場合は年 10 日）を限度として、休暇を取得することができる（法第 16 条の 5、施行規則第 30 条の 4）。事業主は、労働者からの介護休暇の申出を拒むことはできない（法第 16 条の 6 第 1 項）。ただし、事業主は、過半数組合または過半数代表者との労使協定によって、継続雇用期間が 6 カ月に満たない者などを、適用対象外とすることができる（法第 16 条の 6 第 2 項、施行規則第 30 条の 6）。

介護休暇の申出または介護休暇の取得を理由とする解雇その他の不利益取扱いは、禁止されている（法第 16 条の 7）。

#### ⑧ 時間外労働・深夜業の制限、所定労働時間の短縮

要介護状態にある家族を介護する労働者は、小学校就学前の子供を養育する労働者と同様、時間外労働の制限や深夜業の免除の措置を請求することができる（法第 18 条、20 条）。また、要介護状態にある家族を、介護休業を取得せずに介護している労働者に関して、事業主は、労働者からの申出に基づき連続する 93 日間（当該家族について介護休業を取得したことがある場合に

は、休業日数を差し引く）以上の期間について、所定労働時間の短縮（短時間勤務制度）、フレックスタイム制または時差出勤の措置を講じなければならない（法第 23 条第 3 項）。

#### ⑨ 休業給付金と社会保険料

事業主には、休業中の賃金の支払いは義務付けられていない。しかし、休業期間中の所得保障として、雇用保険法により、一定の要件の下で介護休業給付金が支給される。介護休業給付金の額は、休業前の賃金の 40%相当である（雇用保険法第 61 条の 6）。また、休業期間中も社会保険の資格は継続する。育児休業の場合と異なり、介護休業については社会保険料の免除は定められていない。

### （3）介護休業制度の実施状況

厚生労働省が、男女の雇用均等問題に係る雇用管理の実態を把握することを目的として、調査対象事業所への郵送調査の方法により、平成 24 年 10 月現在で行った「雇用均等基本調査」によると、以下の結果が出ている。なお、調査対象は、常用労働者 5 人以上を雇用している民営事業所のうちから、産業・規模別に層化して抽出した 5,862 事業所（有効回答率 71.0%）であった。

#### ① 介護休業制度の規定状況

介護休業制度の規定がある事業所の割合は、事業所規模 5 人以上では 65.6%（平成 20 年度 61.7%）となっている。事業所規模 30 人以上では 89.5%（同 85.5%）と、平成 20 年度調査に比べ、それぞれ 3.9 ポイント、4.0 ポイント上昇している。事業所規模別にみると、500 人以上で 99.9%（同 99.6%）、100～499 人で 96.8%（同 95.4%）、30～99 人で 87.5%（同 82.6%）、5～29 人で 60.0%（同 56.5%）と規模が大きくなるほど規定がある事業所の割合が高くなっている（表Ⅲ－1）。

表Ⅲ－１ 介護休業制度の規定がある事業所割合の推移

規模	平成 11 年度	平成 14 年度	平成 17 年度	平成 20 年度	平成 24 年度
5 人以上	40.2%	55.3%	55.6%	61.7%	65.6%
30 人以上	62.7%	73.2%	81.4%	85.5%	89.5%

(出典)「平成 24 年度雇用均等基本調査」の概況(厚生労働省) 25 頁

## ② 介護休業制度の内容

### a) 最長介護休業期間

介護休業制度の規定がある事業所において、介護休業の期間について「期間の最長限度を定めている」とする事業所割合は 96.5% (平成 20 年度 98.0%) であり、「期間の制限はなく、必要日数取得できる」とする事業所割合は 3.5% (同 1.8%) となっている。期間の最長限度を定めている事業所についてその期間をみると、「通算して 93 日まで(法定どおり)」とする事業所が 82.7% (平成 20 年度 81.5%) と最も高くなっており、次いで「1 年」が 10.3% (同 11.2%)、「6 ヶ月」が 3.8% (同 4.5%) の順になっている。

### b) 取得可能回数

介護休業制度の規定がある事業所において、介護休業の取得回数について「制限あり」とする事業所割合は 72.1% (平成 20 年度 80.0%) となっている。取得回数に「制限あり」とする事業所のうち「同一対象家族の同一要介護状態について」回数を制限している事業所が 96.2% (同 97.3%) であり、そのうち取得回数を「1 回」に制限している事業所が 93.6% (同 95.4%) と最も高くなっている。

### c) 介護休業制度の対象労働者

介護休業制度の規定がある事業所で、育児・介護休業法では労使協定で除外できることとなっている者について、介護休業制度の対象としている事業所は、「所定労働日数が週 2 日以下の者」については 10.8%、「勤続 6 ヶ月以上 1 年未満の者」については 13.6%、「勤続 6 ヶ月未満の者」については 9.1%、「93 日以内に退職することが明らかな者」については 11.5% となっている。

### ③ 介護休業者の有無

これまでに介護休業を取得した労働者がいるかについてみると、介護休業制度の規定がある事業所では「取得者あり」が6.8%であった。一方、介護休業制度の規定がない事業所では「取得者あり」が1.5%となっており、制度の規定の有無による取得者割合に差があった。

### ④ 介護休業中及び休業後の労働条件等の取扱い

#### a) 会社や企業内共済会等から介護休業中に支給される金銭の支給状況

介護休業中の労働者に会社や企業内共済会等から金銭を支給している事業所割合は14.4%（平成20年度14.3%）であり、このうち「毎月金銭を支給する」は9.0%（同7.9%）、「一時金等を支給する」は6.4%（同7.2%）となっている（表Ⅲ－2）。また、毎月金銭を支給する事業所において、その支給内容をみると、「定額を支給」が26.1%と最も高く、次いで「所定内給与額の40%以上を支給」が19.6%、「労働者負担分の社会保険料相当額を支給」が18.0%、「所定内給与額の40%未満を支給」が13.8%となっている。一時金等を支給する事業所においては、「日数限定で有給とする」が41.5%と最も高く、次いで「一時金を支給する」が37.9%となっている。

表Ⅲ－2 介護休業期間中の会社や企業内共済会等からの金銭支給の有無及び内容別事業所割合（複数回答）（%）

	事業所計	金銭の支給あり	支給方法（複数回答）		金銭の支給はしない	不明
			毎月金銭を支給する	一時金等を支給する		
平成20年度	100.0	14.3	7.9	7.2	84.4	1.3
平成24年度	100.0	14.4	9.0	6.4	85.0	0.6

（出典）「平成24年度雇用均等基本調査」の概況（厚生労働省）27頁

#### b) 復職後の職場・職種

復職後の職場・職種については、「原則として原職又は原職相当職に復帰する」が75.5%（平成20年度70.1%）と最も高くなっており、「本人の希望を考慮

し、会社が決定する」が 17.1%（同 19.8%）、「会社の人事管理等の都合により決定する」が 6.9%（同 9.0%）となっている。

⑤ 介護休業制度の利用状況

a) 介護休業者の有無別事業所割合

平成 23 年 4 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの間に介護休業を取得した者がいた事業所の割合は 1.4%であった。介護休業者がいた事業所のうち、男女労働者ともに介護休業者がいた事業所の割合は 1.9%、女性労働者のみいた事業所の割合は 74.5%、男性労働者のみいた事業所の割合は 23.5%であった。

b) 介護休業者割合

常用労働者に占める介護休業者割合は、0.06%（平成 20 年度 0.06%）であり、男女別にみると、女性は 0.12%（同 0.11%）、男性は 0.02%（同 0.03%）となっている（表Ⅲ－3）。また、介護休業者の男女比は、女性 79.5%、男性 20.5%であった。

表Ⅲ－3 介護休業者割合 (%)

	男女計		女性		男性	
	常用労働者計	介護休業者	女性常用労働者計	介護休業者	男性常用労働者計	介護休業者
平成 20 年度	100.0	0.06	100.0	0.11	100.0	0.03
平成 24 年度	100.0	0.06	100.0	0.12	100.0	0.02

（出典）「平成 24 年度雇用均等基本調査」の概況（厚生労働省）29 頁

c) 介護休業の取得期間

平成 23 年 4 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの 1 年間に介護休業を終了し、復職した者の介護休業期間は、「1 ヶ月～3 ヶ月未満」が 29.6%（平成 20 年度 34.7%）と最も高く、次いで「2 週間～1 ヶ月未満」が 20.4%（同 20.5%）、「6 ヶ月～1 年未満」が 15.8%（同 3.1%）の順になっている。

⑥ 介護のための勤務時間短縮等の措置の制度の導入状況

a) 介護のための勤務時間短縮等の措置の制度の有無、利用可能期間

介護のための勤務時間短縮等の措置の制度がある事業所の割合は 56.7%（平成 20 年度 45.4%）となっており、平成 20 年度調査に比べ 11.3 ポイント上昇した。事業所規模別にみると、500 人以上で 92.2%、100～499 人で 88.2%、30～99 人で 77.5%、5～29 人で 51.2%と、規模が大きくなるほど制度がある事業所割合は高くなっている。また、介護のための勤務時間短縮等の措置の制度がある事業所における最長で利用できる期間をみると、「93 日」が 75.8%（平成 20 年度 75.9%）で最も高く、次いで「1 年を超える期間」が 10.2%（同 11.8%）、「1 年」が 7.2%（同 7.7%）の順となっている。

#### b) 介護のための勤務時間短縮等の措置の各種制度の導入状況

介護のための勤務時間短縮等の措置の各種制度の導入状況（複数回答）をみると、「短時間勤務制度」が 53.9%（平成 20 年度 39.9%）、「介護の場合に利用できるフレックスタイム制度」が 10.7%（同 6.4%）、「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」が 29.2%（同 20.7%）、「介護に要する経費の援助措置」が 3.4%（同 1.8%）となっている。また、各制度の最長利用可能期間の状況をみると、「短時間勤務制度」については、「93 日」が最も高く 78.7%（平成 20 年度 80.5%）となっている。「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」については、「93 日」が最も多く 72.4%（同 67.9%）、次いで「1 年を超える期間」が 12.7%（同 16.6%）、「1 年」が 8.2%（同 10.2%）の順となっている。

#### c) 介護のための勤務時間短縮等の措置の利用状況

介護のための勤務時間短縮等の措置の制度がある事業所における各措置の利用状況をみると、平成 23 年 4 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの 1 年間に「短時間勤務制度」の利用を開始した者（開始予定の申出をしている者を含む）がいた事業所の割合は 1.9%（平成 20 年度 1.1%）、「介護の場合に利用できるフレックスタイム制度」が 1.2%（同 0.5%）、「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」が 1.9%（同 1.3%）、「介護に要する経費の援助措置」が 0.7%（同 0.8%）となっている（表Ⅲ－4）。また、措置の制度がある事業所における常用労働者のうち、同期間の各措置の利用者の割合をみると、「短時間勤務制度」0.09%（平成 20 年度 0.04%）、「介護の場合に利用できるフレックスタイム制度」0.05%（同 0.02%）、「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」0.06%（同 0.04%）、「介護に要する経費の援助措置」0.04%（同 0.04%）となっている。

表Ⅲ－４ 介護のための勤務時間短縮等の措置の制度の利用者あり事業所割合

	制度あり 事業所計	短時間勤務 制度	介護の場合に 利用できる フレックスタイム制度	始業・終業時 刻の繰上げ、 繰下げ	介護に要する 経費の 援助措置
平成 20 年度	100.0%	1.1%	0.5%	1.3%	0.8%
平成 24 年度	100.0%	1.9%	1.2%	1.9%	0.7%

(出典)「平成 24 年度雇用均等基本調査」の概況(厚生労働省) 31 頁

d) 利用者割合

介護のための勤務時間短縮等の措置の利用者割合を、各制度がある事業所における介護休業後復職者に占める利用者からみると、女性については「短時間勤務制度」の利用者が 19.6%と最も高く、次いで「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」が 11.5%、「介護の場合に利用できるフレックスタイム制度」が 6.5%の順になっている。一方、男性については、「始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ」が 8.2%、「短時間勤務制度」が 2.8%になっている。

以上の調査結果から、常用雇用労働者に占める介護休業取得者は、平成 20 年度から平成 24 年度の間、女性では 0.11%から 0.12%に、男性では 0.03%から 0.02%にと低下していることが分かる。もっとも、育児休業と違って介護休業の場合には、その母数を確定することがきわめて難しい。育児休業の場合には出産という事実に基づいて母数を確定することができる。だが、介護休業については親族に介護を必要とする者がいるかいないかは、本人が申し出ない限りわからない。したがって常用雇用労働者全体に占める割合でとらえることになるが、常用労働者の中には介護者になる確率の低い若者世代やすでに親や配偶者の親が死亡した者までが含まれる。したがって、介護休業の取得率は低下したというよりも、利用が進んでいないと見るべきであろう<sup>(6)</sup>。

また、労働政策研究・研修機構『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」報告書一』(2006(平成 18)年)は、介護休業制度の利用状況について以下のように分析している。

① 同居家族における介護の担い手は、性別、年齢、就業状況によって様々で

あるが、主たる介護者は「親世代の女性（母）→子世代の女性（娘・妻）→男性（父・息子・夫）」の順で割り当てられている。老親介護において、女性は自分の親か配偶者の親かにかかわらず介護を担っており、要介護者と別居している場合でも、何らかの介護を担っている。男性が介護を担うのは、ほとんどの場合、自分の親の介護である。

- ② 介護開始時の態勢作りに関与した労働者ほど、当時の勤務先をやめている。ほとんどの労働者は介護休業を取得せずに、年休、欠勤、遅刻、早退で介護に対応している。連続休暇の必要性が生じても、「職場に制度がない」「制度の内容が使いづらい」「休業取得したら収入が減る」との理由から介護休業を取得していない。
- ③ 介護の状態が安定した時期に、雇用労働者の4人に1人は、勤務時間短縮等の措置に係る労働時間の調整を行っている。しかし、そうした措置が勤務先で制度化されている者は少なく、多くの場合、インフォーマルに行われている。休業取得ニーズがある者も現実的には、年休等の休暇制度の利用、あるいは欠勤、遅刻、早退で介護に対応するとしている。出勤前・帰宅後の介護負担は大きく、とりわけ深夜の介護による睡眠不足は重い負担になっている。要介護者の状態が悪化した場合は、退職も視野に入れている。
- ④ 介護休業制度が利用されるためには、休業期間・取得回数の柔軟化、休業中の経済保障の充実といった、家族介護の実態に即した制度の構築と、休業しやすい職場環境づくりが重要である。

### 3 諸外国の介護休業制度

#### (1) アメリカ

アメリカの育児・介護休業法制の中心に位置するのは、1993年に制定された「家族・医療休暇法」(Family and Medical Leave Act of 1993、以下「FMLA」という)である。ビル・クリントンが大統領に就任して最初に署名した法律として知られるこの連邦法は、被用者が育児や家族介護のために必要とする場合、

12 ヶ月の期間中に合計 12 労働週の無給休暇を取得することを、法的権利として保障したものである<sup>(7)</sup>。

しかし、FMLA は、決して単なる育児・介護休業法制にとどまるものではない。被用者本人が病気（重大な健康危機状態）のために就労できない場合も、同じ休暇の対象となる。この重大な健康危機状態には、女性労働者の妊娠・出産も含まれる。いわば、育児休暇、家族介護休暇、病気休暇、出産休暇を統合した、包括的な休暇立法なのである。

FMLA の内容および特徴については、改めて触れることにするが、アメリカ労働法の文脈で見た場合、この法律は、かなり特殊な位置を占めている<sup>(8)</sup>。ニューディールに確立されたアメリカの連邦労働政策は、実体的な労働条件については団体交渉プロセスによる自主的な決定にゆだねることを、その大前提としていた。わずかに 1938 年の公正労働基準法（Fair Labor Standards Act）が、時間あたり最低賃金と、週 40 時間を超える労働に対する 50%の割増賃金の支払義務を定めるにすぎない。

このような図式は、1960 年代以降、いわゆる雇用差別禁止立法の発展によっても変更されることはなかった。人種、性、年齢等にもとづく差別は許されないうににしても、それはいわば相対的な規制にとどまり、そもそも使用者が休暇を与えること自体は義務づけられていない。また、1970 年代には、安全衛生や年金などについて連邦法の規制が出現したが、これはどちらかといえば周辺的な条件に関するものである。

FMLA のように（無給とはいえ）被用者に対して休暇取得の「権利」を付与するという立法者の決断は、相当に思い切った飛躍といわざるをえない。連邦議会は、ほぼ同内容の法案を 1990 年と 1992 年の 2 回にわたり通過させている。しかし、両回とも、当時のブッシュ大統領が拒否権を行使し、連邦議会においてそれを乗り越えるだけの議決を確保できなかったため、結局は不成立に終わった。新大統領の署名によりようやく成立を見た 1993 年は、FMLA 立法に向けての長い道筋の最終章であったといえよう。

FMLA につながる最初の動き（下院の特別委員会における公聴会）が始まったのは、1984 年秋のことである。翌年 4 月に最初の法案が下院の 2 つの委員会に提出されて以来、上下両院でいくつもの法案が審議されては消え、1990 年に初

めて連邦議会を通過するまでに6年、1993年のFMLAの成立までに9年近くを要した。

この間、圧力団体を含む多くの当事者が衝突と妥協を重ねながら、連邦議会のさまざまな手続やメカニズムを駆使しつつ、最終的に法律制定に至るまでのプロセスを、R・エルビング氏の著書（Ronald D. Elving, *Conflict & Compromise: How Congress Makes the Law Touchstone*, 1995）が、きわめて詳細かつダイナミックに描き出している。

エルビング氏によれば、FMLAは、そのような連邦議会のプロセスを何度も壁に突き当たりながら長い時間をかけて1歩1歩進んでいった、究極の議会立法である。民主党のクリントン政権が発足するや直ちにFMLAが成立したという事実が、その本質を見えにくくしているが、クリントン政権が発足後2年経っても（当時）社会立法で他に見るべき成功例がないことは、FMLAがホワイトハウスではなく連邦議会の落とし子であることの証左であるとされる。8年間のクリントン政権が終わった現在、この指摘の妥当性はますます高まったと言わざるを得ない。

エルビング氏の著書によれば、1984年にFMLAへの最初の1歩を記すきっかけになったのは、いわゆるCal Fed事件の1審判決であった。この事件は、女性労働者の妊娠・出産について4ヶ月の無給休暇の付与を義務づけたカリフォルニア州の1978年の立法が争われたものであるが、1984年3月21日に1審の連邦地裁は、同法は女性にのみ特別の休暇を与える点で、連邦の1964年公民権法第7編（いわゆるタイトルセブン）の性差別禁止規定に反するとして、無効判決を下した。

この事件は後に連邦最高裁にまで上告され、結局、1987年の最高裁判決によって、同法はタイトルセブンに違反しないという形で決着がつけられた（*California Federal Savings & Loan Association v. Guerra*, 479 U.S. 272 (1987)）。しかし、1審判決が出た時点では、かつてカリフォルニアの州議会議員として出産休暇法を推進したバーマン下院議員が、大きな危機感を抱き、出産休暇の権利を守るために、むしろこれを連邦法として制定するための努力を開始した。連邦法になれば、出産休暇の権利を全米に拡大することができ、かつ、連邦法に劣後する州法よりも、タイトルセブンとの関係が安定化するか

らである。

けれども、これに関して協力を求められた女性団体のスタッフ（具体的にいえば、Women's Legal Defense Fund の Donna Lenhoff）は、女性のみに出産休暇を与えるという「保護」の発想に強く反対した。それに代えて、男女を問わず、病気など身体的理由による一時的労働不能のための休暇とするよう主張した。妊娠・出産を病気等の一時的労働不能とパラレルに扱うという発想は、1978年にタイトルセブンに追加された妊娠差別禁止法（PDA）にも具現されており、これがアメリカにおける「平等」の重要な柱である。それが受け入れられた結果、性中立的な「病気休暇」が、そこに出産休暇も内包されることを当然の前提としながら、FMLAに至る諸法案の不可欠の核となったのである。

ここに合流してくるのが、子の誕生にあたり被用者に休暇を与えるというアイデアである。もともとはチャイルドケアに関する公聴会の中で、識者がむしろ（特に母親が）子と過ごすために休暇を与える必要性や、ヨーロッパ、カナダの育児休暇の事例に言及したことが契機となったようであるが、子どもの福祉というテーマの抗しがたいアピール力により、先の出産休暇・病気休暇とともに議論が高まってくる。

かくして、1985年にシュローダー下院議員が初めて連邦議会に提出した法案は、親休暇（parental leave）と呼ばれる育児休暇と、一時的労働不能休暇（temporary disability leave）と呼ばれる病気休暇との二本柱とするものであった。いずれも無給であるが、育児については最長18週、病気については最長26週と、取得可能期間について両休暇がはっきりと区別されており、かつ後者のほうが手厚い保護を受けるものであった。また、後者の休暇は、病気の子を持つ被用者をも対象としており、その限りで家族介護休暇の要素も含まれていたといえる。

以後の諸法案の動きをフォローすることは本稿の目的ではないが、ひとつの転機となったのは、1986年6月に下院労使関係小委員会が可決した修正案である。そこに至るまでの調整と妥協の中で、病気の親の介護をするための休暇が盛り込まれ、法案名でも「親休暇」が「家族休暇」に改められた。これが「医療休暇」という名称となった被用者自身の病気休暇と合体し、最終的なFMLAと同じ名称の法案になったのである。

たしかに、この法案は本会議で審議未了に終わり、また上院の法案は育児としての「親休暇」に固執するなど、状況はまだ混沌としていた。しかし、法案の支持者の拡大という観点からいえば、病親の介護休暇（「親休暇」がこれを意味しないのでしばしば混乱が起こったといわれる）が盛り込まれたことによって、強力な政治的影響力で知られる全米退職者協会（AARP）など、高齢者団体のサポートが得られるようになり、大きなプラスであった。

この時点では含まれていなかった病気の配偶者の介護のための休暇が、後の法案で「家族休暇」に盛り込まれるようになったのも（法案によりこれが除外されたりまた入れられたりという動きはある）、これら高齢者団体の主張によるところが大きい。その一方で、一部の青少年保護団体が、子どもの福祉という当初の重要な法目的が薄れてしまったとして、法案のサポートを取りやめるといふ反作用も生じたようである。

以上のように、親休暇から出発して病気の家族介護にも拡大された「家族休暇」と、被用者自身の病気等に関する「医療休暇」とは、1989年の諸法案までは、後者のほうがより長い休暇の権利を与えるという形で、かなり明確に区別されていた。しかし、1990年5月に下院の本会議において、これらを統合した法案が可決された。委員会を通過した法案では、家族休暇10週、医療休暇15週となっていたのを、両者で差異を設ける理由は乏しいとして、いずれについても合計で12週という形に改めたのである。

この修正によって、どの事由についても同じ長さの休暇の権利が与えられることになり、實際上「家族休暇」と「医療休暇」の区別の意味はなくなった。どの事由についても、統合された医療・家族休暇、いわゆるFMLA休暇が12週である。まさにFMLAにとって決定的な意味を持つ修正というべきであろう。

当初からの法案推進者にとって、12週の病気休暇ではあまりに短すぎるという不満も大きかったが、法案が可決されるために不可欠の妥協として受け入れざるを得なかった。他にも、法適用を除外される使用者の規模を、委員会案の被用者数35人から50人に拡大するという修正もなされた。また、委員会案では、病親の介護のための休暇について、義理の父母も対象に含めていたが、修正案ではこれが生物学的な親に限定された。他方で、委員会案では、病気の配偶者の介護のための休暇が欠落していたが、それを追加する修正もなされてい

る。

いずれにしても、現行の FMLA の枠組みは、この修正案によってほぼ完成した。以後は、これと同じ法案が上院を通過したものの、ブッシュ大統領の拒否権行使によって不成立となり、1992 年にも同様の経緯があり、1993 年にクリントン政権の下でようやく成立する、といった前述の経緯があるが、法案の基本的な内容については、大きな変更は見られない。

以上のような FMLA の立法過程を見れば、エルビング氏が指摘するように、まさにそれが連邦議会における「衝突と妥協」の産物であることがわかる。アメリカ流の育児休業や介護休業の理念がそこに含まれているのは確かであるが、病気休暇、出産休暇、さらには男女平等という時代的背景と、これに対する産業界の強力な反対と、女性団体、高齢者団体、青少年団体などのせめぎ合いの中で、当事者たちも予期しなかったような内容の法律として成立したという側面が強いようである。

また、州法でもさまざまな休暇立法が進展しているが、パブリックセクターのみを対象とするものがかなりあり、一般民間労働者にも適用される立法は必ずしも多くない。とはいえ、連邦法として 4 つの事由を統合した FMLA が成立したことは、州の立法にも一定の影響を及ぼしている。たとえば、Cal Fed 事件の争点となる出産休暇立法により、FMLA への道筋のきっかけを作ったカリフォルニア州でも、現在ではそれとは別の法律により、男女を問わない「家族・医療ケア休暇」として、FMLA とほぼ同内容の、12 週の無給休暇の権利を保障している。2000 年末の時点で、このような統合型の家族・医療休暇立法は、以下の諸州で採用されている（ここでの記述は、Peter A. Susser, Family and Medical Leave Handbook, Thompson Publishing Group, looseleaf によっている。なお、ワシントン DC の法律は省略）。ただし、休暇の週数やその算定単位については、若干のばらつきが見られる。また、対象となる家族や病気の範囲についても、それぞれの法律で異なり得ることに注意が必要である。

- ①カリフォルニア 12 週、②コネチカット 16 週（2 年間のうちに）、③メイン 10 週（2 年間のうちに）、④ニュージャージー 12 週（2 年間のうちに）、⑤オレゴン 12 週、⑥ロードアイランド 13 週（2 年間のうちに）、

特殊な例として、バーモント州では、12 週の親休暇と 12 週の家族休暇（本

人の病気も含む)が併存し、適用対象使用者の基準も両者で異なるようである(前者は被用者10人以上、後者は15人以上)。また、ウィスコンシン州も一応、統合型の立法であるが、子の誕生または養子縁組みの場合が6週間、家族または本人の病気の場合が2週間と、FMLAよりもかなり週数が少なくなっている。ニュージャージー州とハワイ州では、本人の病気のための休暇がなく、育児と家族介護のための休暇に限られる。週数は、ニュージャージー州が2年間に12週、ハワイ州が4週である。家族の病気も除外して、純然たる親休暇のみを定めるものはミネソタ州であり、週数は6週である。

以上に対して、女性のみを対象とする出産休暇を有する州もある。カリフォルニア州の4ヶ月の出産休暇は、先に述べた統合型立法と併存する形で存続しているが、アイオワ州(8週)、ルイジアナ州(4ヶ月)、マサチューセッツ州(8週)は、他の休暇立法を有していない。

FMLAの最大の特徴は、先に述べたように統合型立法という点である。休暇の取得目的は、育児(養子や里子の受け入れも含む)、家族介護、本人の病気のいずれでもよい。合計12週の枠内であれば、被用者はいずれの利用目的であっても権利として休暇を取得できる。ただし、育児に関しては、子の誕生または受け入れの時点から12ヶ月以内という限定がある。また、家族介護の休暇については、その者が重大な健康危機状態(serious health condition)にあるために、被用者が世話をする必要のあることが要件となる。この重大な健康危機状態は、被用者本人の病気のための休暇についての要件でもある。入院や継続的な治療等を要しないような、軽微な傷病は除外される。家族のうち「親」については、先に立法過程の中で触れたように、義理の親は含まれない(州法ではこれを含むところもある)<sup>(9)</sup>。なお、夫婦で同じ使用者に雇われている場合には、使用者は、育児と親の介護のための休暇に関して、2人の合計で12週を上限とすることができる。

FMLAの適用対象となる使用者は、州際通商に影響を与える産業や活動に従事し、50人以上の被用者を有する使用者に限られる。この基準は、たとえばタイトルセブンの15人以上と比較しても非常に高く、大多数のsmallビジネスはFMLAの適用を免れる結果となる。立法過程でなされた妥協の産物であるが、そのことが、FMLAの実効性に対する懐疑的意見を生む大きな原因となっている。

休暇取得の権利を有するのは、このような法適用使用者によって 12 ヶ月以上雇用されており、かつ、直近の 12 ヶ月間に 1250 時間以上勤務した被用者である。ただし、当人の労働場所から半径 75 マイル以内に、使用者が合計 50 人以上の被用者を使用していない場合は（遠隔地にある小さな支所の勤務者など）、有資格被用者から除外される。このかなりテクニカルな例外も、立法過程における妥協の痕跡と見てよい。

FMLA が義務づける休暇は「無給」でよい<sup>(10)</sup>。もっとも、使用者が FMLA の対象となる事由について有給休暇制度を設けることは少なからずある。この場合には、その有給休暇の取得分を、FMLA の 12 週にカウントすることができる。休暇中における使用者の重要な義務として、健康保険の継続がある。被用者は、もし働き続けていたならば与えられたのと同じ内容で、健康保険制度の適用を受けることができる。使用者の保険料の負担分も、もちろん継続する。ただし、休暇の終了後も被用者が職場に復帰しないときには、一定のやむを得ない事由による場合を除き、使用者はその間の保険料の負担分を被用者に償還させることができる。

休暇の休暇たる所以は、その終了後、被用者が職場に復帰する権利を有する点である。使用者は、当人をもとの職に、またはそれと同等な条件を有する職に、復帰させなければならない（ただし、当該施設から半径 75 マイル以内にいる被用者のうち俸給額が上位 10%に入るような高給の基幹被用者については、特別の例外規定が設けられている）。休暇取得を理由に懲戒処分その他の不利益を与えることも、もちろん許されない。アメリカでは解雇自由原則がとられているので、無給休暇ではあっても、このような職場復帰の権利の保障が解雇に対する制約として重要な意味を持つことに、注意しておく必要がある。

FMLA の休暇は、必ず連続して取得しなければならないわけではない。「断続的休暇」あるいは「時間短縮による休暇」も認められている。このようなフレキシビリティも、FMLA の特色というべきであろう。実際、これらの最小単位は定められておらず、たとえば時間単位でも取得しうる。これに対して使用者側からは、時間管理上の問題を引き起こすと、しばしば不満が述べられているようである。ただし、育児休暇に関しては、使用者が特に同意しない限り、断続的休暇や時間短縮による休暇は認められない。他方、本人または家族の病気（重

大な健康危機状態) の場合には、使用者の同意は要求されず、医学的に必要である限り、断続的休暇あるいは時間短縮による休暇が認められる。

休暇の取得にあたって、被用者はその事由が予見可能な場合、30 日前までに使用者に予告する義務がある。育児の場合、出産予定日や養子受け入れの日がこれにあたる。家族介護や本人の病気の場合も、診療予定日の設定が可能であれば、使用者の事業運営を不当に阻害しない日にするよう合理的努力を行った上で、原則としてその 30 日前までに使用者に予告しなければならない。これに対して、急な病気やけがのように予見不能な場合には、実行可能な限りすみやかに（通常は 1 日か 2 日以内を意味する）使用者に通知しなければならない。

なお、家族介護や本人の病気の場合に関しては、被用者の予告や通知に対し、使用者が（対象となる家族または本人の）健康状態の証明を要求することが認められている。提出された証明に対して使用者が疑問を抱く場合、「第 2 の意見」を得るために、使用者の指定する病院等で受診するよう求めることもできる。これが当初の証明内容と食い違った場合には、両当事者の合意により選んだ病院等で受診して、最終的な「第 3 の意見」を求めるという手続きとなる。

連邦労働省は 2001 年 1 月、“Balancing the Needs of Families and Employers” と題された FMLA に関する調査報告書を発表した。この調査は、同省の委託を受けた Westat 社が、2000 年の夏から秋にかけて約 2500 人の労働者と 1800 の企業を対象に行ったものである。FMLA の施行や遵守といった法的側面よりも、現場において医療休暇や介護休暇の制度がどのように運用されているかという実情把握という性格が強い。

FMLA に関しては 1995 年に最初の公式調査が行われており<sup>(11)</sup>、今回の調査は 2 回目にあたる（以下「2000 年レポート」という）。報告書の内容について、以下にいくつかのポイントを記す。

FMLA の適用対象は、先に述べたように、50 人以上の被用者を有する使用者である。2000 年のレポートでは、企業統計にもとづく推計値として、実に私企業部門の 89.2%が FMLA の適用除外にあり、適用を受けるのは 10.8%の企業にすぎないとしている。もっとも、それらは相対的に規模が大きいので、被用者数でいえば、全体の 58.3%と半数以上が適用対象に含まれる。しかし、それでも 41.7%

の被用者が対象外となっており、FMLA の大きな弱点を示すものといえよう。

1999 年 1 月以降、FMLA に定められた事由のいずれかにより休暇を取得した被用者を、その事由によって分類すれば、自分の健康状態：52.4%、出産：7.9%、子の出生（養子や里子の受け入れも含む。以下も同じ）：18.5%、病気の子の世話：11.5%、病気の配偶者の世話：6.4%、病気の親の世話：13.0%である。被用者自身の病気休暇としての利用が、最も多いといえる。

これを男女で分けると、以下のようになる。

	男	女
自分の健康状態：	57.6	48.6
出産：	NA	13.6
子の出生：	22.8	15.3
病気の子の世話：	10.4	12.2
病気の配偶者の世話：	7.5	5.5
病気の親の世話：	11.0	14.5

女性の出産休暇を、自分の健康状態にもとづく一時的労働不能として合算すれば、女性全体の 60%以上がこれに該当することになる。上記の時期における休暇取得者のうち 27.8%は、少なくとも一度、断続的休暇を取得している。断続的休暇の頻度も、取得した休暇のうち約半分という者が 19.6%、半分以上が 26.4%であるから、かなり利用されているとあってよいであろう。休暇の最長部分を断続的休暇の形で取得した者の比率を、休暇取得の事由との関係で見ると、自分の健康状態が 15.0%、出産が 12.7%、子の出生が 14.9%であるのに対し、病気の子の世話が 39.5%、病気の配偶者の世話が 30.9%、病気の親の世話が 33.1%で、利用率が目立って高い。レポートでは、家族介護にあたっては他の誰かと責任を分担することが多いのが一因ではないかと指摘している。

休暇を取得した被用者に対して、その際に懸念したことを複数回答で聞いたところ、最も多かったのが、金銭的にやっつけられるかという心配（53.8%）であった。それに続く、職を失うかもしれないという心配（26.9%）や、昇進に差し支えるかもしれないという心配（26.2%）に比べると、金銭的不安は 2 倍、先任権を失うかもしれないという心配（12.9%）の 4 倍にあたる。無給休暇にとって不可避ともいえるこの金銭面の懸念は、休暇のニーズがありながら取得しな

った者に対する不取得理由の質問（複数回答）においてもトップを占める（77.6%）。そして、もし別に収入があったとしたら休暇を取得したかという質問に対して、圧倒的多数（87.8%）が、そうしたと答えている。とはいえ、休暇を取得した被用者が必ず賃金を失うわけではなく、使用者がその全部または一部を支払うこともある。たとえば、被用者自身の健康により休暇を取得する場合、法適用の対象となる調査企業のうち、32.9%が全額支給、17.0%が一部支給、20.3%が状況によると回答し、支払わないとの回答は29.8%にとどまった。

女性被用者の出産については、少し支給率が下がるが、それでも全額支給30.7%、一部支給18.1%、状況による16.3%となり、支払わないは35.0%であった。これに対して、子・配偶者・親の病気については、全額支給がぐっと下がって15.9%、一部支給が3.6%、状況による21.1%で、支払わないは59.4%に達する。育児についても同様の傾向であり、子の出生の場合には、全額支給17.3%、一部支給6.0%、状況による22.7%、支払わない54.1%、養子・里子の受け入れの場合には、全額支給16.5%、一部支給2.7%、状況による20.5%、支払わない60.3%であった。

FMLAの適用対象となる企業に、休暇取得者の穴埋め方法を複数回答で尋ねたところ、他の被用者に一時的に仕事を割り当てるという回答が、98.3%という高率を獲得した。続いて、外部から一時的に代替者を雇うが41.3%、本人が復帰するまで仕事を保留しておくが15.5%、休暇中にもある程度の仕事をさせるが9.0%、常勤の代替者を雇うが4.4%となり、その他の方法も10.6%ある。1995年のレポートと比較すると、外部から一時的に代替者を雇うが60.5%から41.3%、常勤の代替者を雇うが11.8%から4.4%と、相当に大きく落ち込んでいるのが目を引くが、これは労働市場がよりタイトになったためであろうと分析されている。

FMLAの運用にあたって使用者が困難を感じる事項についての調査では、たいへん困難・どちらかといえば困難の合計が半数を超えるものとして、通知や証明などの手続要件（54.4%）、他の連邦法との調整（52.8%）がある。いずれも使用者側からしばしば指摘される場所であり、それを裏付ける形となった。続いて、州の休暇立法との調整（42.9%）、重大な健康危機状態にあたるか否かの判断（42.3%）、他の休暇制度との調整（40.1%）、記録の保存（38.0%）などにつ

いて、困難を指摘する声強い。

FMLA が与える影響については、まず企業のパフォーマンスへの影響として、生産性、収益性、成長という3つの要素ごとに、プラス、マイナス、特に影響なしのいずれかという形で意見が求められている。いずれの要素についても、特に影響なしが圧倒的に多いが、プラスとマイナスを比較すれば、生産性（プラス7.1%、マイナス16.3%）、収益性（プラス2.6%、マイナス9.8%）、成長（プラス2.6%、マイナス9.7%）と、いずれも否定的な評価が目立っている。被用者のパフォーマンスについても、やはり特に影響なしが圧倒的に多いが、モラル（プラス24.2%、マイナス11.1%）の面では、肯定的な評価の多さが目立っている。しかし、それ以外の要素では、生産性（プラス15.8%、マイナス17.2%）、欠勤（プラス4.8%、マイナス18.9%）、定着率（プラス4.8%、マイナス8.4%）と、いずれの要素でもマイナスの評価が上回る。しかも、企業・被用者いずれのパフォーマンスに関しても、1995年の調査と比較すると、否定的評価の増加が目立っている（モラルについては1995年調査なし）。1995年調査はFMLAが施行されて間もない時期に行われているので、今回と単純に比較することは適切でない可能性があるとはいえ、やや懸念される傾向といえよう。

以上、アメリカにおける育児休業・介護休業の法政策を体現するものとして、FMLAを中心に考察してきた。繰り返し述べたように、FMLAは、これを病気休暇あるいは出産休暇と統合したところに特徴がある。しかし、だからといって、たとえば育児休業に特有の施策を実施する余地がなくなったわけではない。そのことを示す例として、最後に、2000年1月に連邦労働省が最終的規則を制定した「出生および養子のための失業給付」（BAA-CU: Birth and Adoption Unemployment Compensation）のプログラムに言及しておきたい。

これは1999年5月に当時のクリントン大統領が、仕事と家庭の両立を支援するための施策のひとつとして打ち出したものであり、子どもの出生または養子の受け入れによる休暇取得の場合に、失業保険の財源から一定の給付を行うことを内容とする。FMLAが無給の休暇であることに対して、育児の場合については所得保障の措置を講じ、被用者が休暇を取得しやすくしようという趣旨である。アメリカの失業保険は、連邦と州が財政的に連係するやや複雑な構造で

あるが、給付の内容は、各州が独自に定めることになっている。連邦政府としては、規則の中でこの制度の趣旨の説明と州法のモデルを示し、各州が積極的に対応するよう呼びかける形でイニシアティブを発揮することとなる。

これに対しては失業保険制度の整合性や財政の面から反対論も出されたが、上記のように、2001年1月に連邦労働省の最終規則の制定に至った(20 CFR Part604)。規則の中では、失業保険の給付要件として、本人に「働く能力と用意があること」が求められているという問題に対して、職業訓練、病気、陪審義務などについて、すでにこれを緩和した例がある等々の説明がなされている。雇用保険制度の中に雇用継続給付として育児休業給付および介護休業給付を創設したわれわれの目から見て、きわめて興味深いものがある。いずれにしても、このプログラムは実験的な性格のものであり、各州がそれぞれ給付の額や期間などについて定めるよう求めている。この規則制定(発効は2001年8月)を受けて、20あまりの州で法案が提出されたが、現在までのところ、実現に至ったところはなく、その前途は決して容易ではないようである。

## (2) スウェーデン

スウェーデンには年間最高30日間の有給の休業期間が認められており、所得の80%が保障されている。介護対象者は、重病人であって、かつ親族関係にある人(配偶者、両親、16歳以上の子(16歳未満の子供については別制度))、または親しい身近な人(家族や親族のいない友人や隣人、お互いに婚姻関係にない同居人(事実婚、同性婚など)、または一人住まいの人)と極めて広い内容となっている。

親族等介護有給休暇は、子どもの介護休暇同様、仕事と介護の両立を目的としている。ただし、この介護休暇は、家族による通常の介護をする際には利用できない。この休暇は、さまざまな介護サービスを受けながら自宅で生活している人や病院・介護施設にいる人が、重病患者となったときに最期を「看取るための介護休暇」である<sup>(12)</sup>。すなわち、介護サービスにとって代わる介護休暇ではないと言える。ここでは、家族や親しい身近な人による精神的な介護を

期待している。つまり、愛する人に看取られることを可能にする制度である。もともと、スウェーデンでは高齢者の介護は「社会サービス」という考え方が基礎にあるため、子どもの介護休暇に比べて遅れて制定されている。スウェーデンでは、高齢者の介護は「社会の責務」という考え方が基礎にある。したがって、65歳以上の92.4%が、自宅で様々なサービスを受けながら自立した生活をしている。在宅介護といっても、家族や親族がかかわる個人介護が前提ではなく、ホームヘルパー、訪問看護婦、保健婦など、プロによる社会的介護が前提となっている<sup>(13)</sup>。

1980年の社会サービス法が制定されるまでは、高齢者に関する法律はなかった。それまでは、親族の危篤、死去、葬儀、遺産相続の手続きなどに関して、国家公務員は1年間に最高15日間まで、また、コミューンの地方公務員は1年間に最高10日間までの有給休暇が団体協約の規定にもとづいて取得できるようになっていた。だが、民間企業では、最高で1~2日間であった。こうした実状や社会サービス法の施行とともに、2000年に向けての高齢者数の予測が注目され、従来の高齢者福祉政策の改革、ホームヘルパー不足の問題などに注目せざるを得なくなっていく。

社会サービス法（SFS 1980 : 620）の特徴は、フレーム法とも呼ばれているように、①法の大きな枠組みを示してコミューンに広範な裁量権を委ねていること、②コミューンが、その地域内に暮らす人々の必要とする扶養および援助の提供に関して最終的責任を負うことである。本法の高齢者に関する規定は、社会福祉委員会の役割として、①高齢者が住民および生活において自立し、かつ、他の人々と一緒に活動的で有意義な生活を送ることができるようにすること、②高齢者が良質な住居が得られるよう、かつ、必要とする高齢者には在宅における扶助、援助、その他のサービスなどをしなければならないこと、③特別な援助を必要とする高齢者には、サービスハウスを整備しなければならないことなどを明記している。ただし現在、③については、医療（県）と社会サービス（コミューン）の管轄をコミューンに一本化した関連で、コミューンが高齢者にサービスと養護を提供できる特別な住居—グループ住宅などを準備しなければならなくなった。

スウェーデンの同居率は、10%以下である。しかし、老親と子どもは比較的近

距離に住んでいて、お互いの交流もよい。とくに、65～84歳の老親と子どもの交流度調査では、交流が「週1回以上」が65%、「月1回以上」が20%、「年1回以上」が13%、「まれに」と「全くなし」が1%である。また、老後の生活をどこでどのように過ごしたいかという調査では、「サービス付の集合住宅に住むことを希望」する回答者が、全体の約半数で一番多い。ついで、「コミュニケーションのサービスを受けながら自宅に住み続けたい」と答える者が約20%、「1人部屋式の老人ホームへの入居を希望」する者が20%近くいた。これに対応して、親が存命中の介護者と推定される45～59歳の男女を対象とした高齢者介護に関する意識調査によると、「一定の条件が整えば老親を自分で介護したい」と回答した者が46%（男性53%、女性38%）と一番多く、「高齢者介護は社会がすべき」が16%（男性10%、女性24%）と続いている。その後、介護休暇の法制化のために行った意識調査では、約60%が「1日数時間ならば親族の介護をすることは可能である」と答えている。また、家族がどれだけ介護を必要とする高齢者の世話を引き受ける意思があるかについての面接調査では、大半の家族が「負担が過重になったときはいつでも公的サービスが対応してくれる」という条件があれば、家族介護を続ける意思があるとしている。

1980年代に入って、老後は施設で過ごすことが理想的であるという1970年代までの考え方の見直しが始められた。すなわち、高齢者が希望すれば可能な限り自宅で過ごせるようにサービスを充実させ、施設も大規模なものから小規模なものが生活の場として理想的であるとされた。そこで、スウェーデン議会の高齢者委員会は、高齢者福祉政策の改革を求める報告書の中でいくつかの提案を盛り込んで、親族のための介護休暇も掲げている。以下、主要な提案をあげる。

- ① コミュニティという地域単位で高齢者が自宅で生活できるように、ホームヘルパー、看護婦、保健婦などの派遣により充実させること
- ② 訪問看護については、これまで県が管轄していた医療とコミュニティが管轄していた社会サービスを連携させるために、管轄を一本化すること
- ③ 介護サービス付きの集合住宅やグループ住宅を増設すること
- ④ ホームヘルパーの基礎および専門訓練の強化などといったホームヘルパー養成に力を入れて社会的な評価を高めること

⑤ 高齢者となった親族のために、一定期間介護のできる介護休暇権を認めること

これらの提案のなかで、介護を必要とする高齢者住宅の増設が明言されたのは、1984年以降の身体障害者用の住宅改造計画の一環として、その対象が高齢者にまで拡大されたことが要因となっている。コミューンによるホームヘルプ・サービスは、在宅の高齢者のためだけでなく、子どものいる家庭、心身障害者、麻薬中毒患者、エイズ患者なども対象にサービスを提供している。公的なホームヘルパー（地方公務員）は、1993年は、①フルタイムのヘルパーが39,919人、②パートタイムのヘルパーが100,435人、③時間雇用のヘルパーが36,333人である。また、高齢者と障害者のためのパーソナルアシスタントの数は、238,335人である。かつて、パーソナルアシスタントは、地方公務員として個人的なヘルパーの役割をしていた。「障害へのサポートおよびサービス法」および「ケアアシスタント補償法」が1994年1月1日に施行された関係で、ケアアシスタントの料金分の補償額が、週に最高20時間の介護が必要な高齢者や障害者に対して、直接本人に支給されることになった。したがって、高齢者や障害者が、補償金を受けて直接アシスタントを雇用することになるので、ケアアシスタントの使用者はコミューンから介護を受けている者になった。使用者となったことで、彼らはケアアシスタントの一般社会保障費を負担しなければならないが、反面、家族または親しい友人などをケアアシスタントとして雇用できる柔軟さも得ることになる。

スウェーデンには、配偶者・パートナー、親族などが高齢者や障害児・者などの家族を介護する場合、親族介護人＝家族ヘルパーとして、地方自治体（コミューン）に認定されて雇用される制度がある。しかし、コミューン毎に雇用内容が異なっていたため、介護への評価についても全国的な基準が必要となっていた。しかも、高齢者福祉委員会の報告書にあるように、癌末期患者や高齢者の精神的なケアとして、人生の最期を看取る休暇の必要性が提案されてきた。

そこで、介護休暇の法制化への作業が始められた。その際、介護を受ける被介護者が自ら介護者を指定できるなど、彼らの精神面を重視している。また、介護対象者は16歳以上の子どもや家族のみならず、婚姻関係のない同居人、友人、隣人など身近な親しい人までと広範囲にしている。すなわち、家族形態の

多様化している現状や高齢者の進む 21 世紀への対応が考慮されている。

当初は、無給の介護休暇法案が提出されたが、無給では休暇取得の実効性がないとの批判がされたため、1988 年、ようやく介護有給休暇法(SFS 1988:1465)として成立した。したがって、介護有給休暇法は、子どもの介護休暇よりかなり遅れて法制化されている<sup>(14)</sup>。

現在の休暇法に到達するまでの主な改正は、①1992 年の改正で介護の場所を自宅のみならず、病院・施設などにまで広げたこと、②1993 年改正で、本人給与の 90%補償から 80%補償へと減額したが、同時にエイズ感染者には年間 240 日間と休暇日数を増加したこと、③1994 年改正で、従来の各年毎 30 日間の有給休暇日数が 60 日間に倍増したことなどである。

介護休暇取得の要件は、以下のとおりである。

- ① 介護者、被介護者のいずれも、社会保険事務所に登録されていること
- ② 介護は、スウェーデン国内で行われること
- ③ 被介護者が、重病もしくはエイズ感染者であること

重病であるか否かは、基本的には医師の診断書によるが、被介護者の病状に関する調査書によっても判断される。最終的には、社会保険事務所が審査し決定をする。なお、社会保険事務所の決定、決定の再審査および変更などへの不服申し立ては、裁判所もしくは社会保険委員会にすることができる。

休暇を取得できる介護者は、自宅・病院・施設などで重病人を介護するために、休業または休学する 16 歳以上の男女労働者または勉学中の男女である。被介護者の範囲は、以下のとおりである。

- ① 親族関係にある人＝配偶者、両親（養親を含む）、16 歳以上の子ども、兄弟姉妹
- ② 親しい身近な人＝家族や親族のいない友人・隣人、お互い婚姻関係のない同居人または 1 人住まいの人（事実婚・同性婚）など

当初、被介護者の範囲は、親族としていたが、近年の家族形態の変化に合わせることを要望され、その範囲は親しい身近な人と広がった。

介護休暇を申請するときは、申請書のほかに被介護者の看護や治療にあたっている医者や診断書、被介護者の病状の調査書も提出する。調査書には、介護を受ける被介護者が自ら介護者の介護に「同意」したことを明記しなければな

らない。ただし、認知症などの症状で被介護者の同意が得られないときは、その旨を明記すればよい。休暇の申請は、使用者に「可能な限りすみやかに」申し出なければならない。また、できれば予定の休暇期間の長さも言わなければならない。子どもの介護休暇の場合は、休暇取得の当日に申請できるが、親族などの介護休暇は、原則として医師の診断書、調査書などを整えて社会保険事務所に申請をし、決定を待つことになるため、現実にはある程度の余裕が必要となるであろう。

介護休暇は、子どもの介護休暇と同様に、以下の休暇形態となっている。

- ① 全日休暇型の介護休暇、② 通常の労働時間を2分の1（4時間）または4分の3（6時間）に短縮できる労働時間短縮型の介護休暇

休暇期間は、被介護者により異なる。通常、被介護者が重病人の介護者は、1年間に60日間の介護有給休暇が取得できる。また、介護だおれへの配慮もあって複数の介護者による介護が想定されているので、介護者が複数の場合は、各介護者合計で1年間に60日間の介護有給休暇となる。一方、エイズ感染者の介護に対しては、1年間に240日間の介護有給休暇である。240日間としたのは、1年365日間のうち、休日・祝祭日・年次有給休暇を除いた労働日数が約240日となるからである。結果的に、1年間の介護休暇となる。

全日休暇型の介護休暇は、1日の介護有給休暇であるため1日分の所得補償がされる。なお、運用上、所得補償は「親族手当」と称して支給される。また、労働時間を2分の1（4時間）に短縮した介護休暇には2日間で1日分の有給休暇と計算し、労働時間を4分の3（6時間）に短縮した介護休暇には4日間で1日分の有給休暇と計算して、当該日数分の親族手当を支給する。したがって被介護者が、①自宅で最期を迎える場合、②医療・福祉施設で最期を迎える場合、③集中治療室に入っているため面接時間が限定されている場合など、介護状況に合わせて休暇を柔軟に使うことができる。

本法は介護有給休暇となっているが、年次有給休暇とは異なり、介護者本人の給与の80%が休暇期間中の所得補償・親族手当として支給される。手当金額の計算方法は、以下のとおりである。

$$\text{1日分の親族手当額} = \frac{\text{年収（＝月給} \times 12.2\text{）}}{365 \text{日}} \times 80\%$$

また、所得保障である親族手当は、子どもの一時介護両親手当と同様、原則として介護者本人の傷病手当相当額となっているが、傷病手当の待機日は適用されない。親族手当を受給している期間は、国民保険法にもとづく傷病手当、妊娠手当、両親手当給付もしくはリハビリ手当の併給は禁止されている。または、労働災害保険法にもとづく傷病手当、または、その他の法令、特例もしくは傷病給法にもとづいて相当の補償を受けている場合は支給されない。ただし、それぞれの手当が別の期間・時間帯である場合には受給することができる。なお、介護者が複数の場合は、複数の介護者への同時支給はされない。

介護休暇の取得者が、申請書もしくは調査書に虚偽の報告をしたり、報告義務および申請義務を怠っていたり、また、その他の方法で不正に所得補償である親族手当を受給していた場合は、社会保険事務所により手当の返還が決定される。決定により、不正受給者は手当を返還しなければならない。また、多額に手当が支給されていた場合も同様に手当の返還義務がある。なお、社会保険事務所は、特別の事由がある場合には返還すべき金額の全部または一部を譲歩できる

介護休暇の権利は、所得保障である親族手当を受給している期間を通じて保障されている。労働協約により、この権利を廃止したり、制限したりすることは禁じられている。もし、介護権を廃止もしくは制限する規定を協約上に明記した場合には、該当部分は無効となる。有給の介護休暇であるため、休暇期間中の所得補償である親族手当は収入として取り扱われる。したがって、課税対象となる。また、年金の基礎額にも算定される。さらに、休暇中は勤務日として取り扱われるため、年次有給休暇の有給日数の基礎となる。

使用者は、労働者が介護休暇を請求したり休暇を取得したりしたことを理由に、解雇予告および解雇をすることはできない。同様に、休暇の請求や取得を理由とする不利益取り扱いも禁止されている。介護休暇取得後は、労働者は休暇を中断し、再び休暇前と同程度の職業に復帰することができる。給与も、休暇取得前の給与が保障される。これらに違反した使用者は、休暇取得者に損害賠償をしなければならない。また、解雇予告または解雇を理由とする訴訟は雇用保護法が、その他の訴訟は共同決定法が適用される。

親族等介護有給休暇の所得保障である親族手当も、その財源は、自営業者を

含む使用者が約 85%、国が約 15%を拠出している。使用者が負担する約 85%は、国に使用者が納入した法定社会保障費のなかから配分されている。1993/94 年度の負担割合は、使用者が約 84%、国が約 16%となっている。

使用者が負担する法定社会保障費は、法律（SFS 1981 : 691）にもとづく一種の目的税である。法定社会保障費は、支払賃金総額に対して課せられ、毎年その割合が決定される。ちなみに、1990/91 年度の法定社会保障費の使用者負担率は 37.29%、1992/93 年度は 34.83%、1994/95 年度は 35.11%である。

社会保険関係の支出増にともなう財源問題は、いまだ議論されている。もともと、育児や介護を社会的に支援するための財政負担とその社会的支援によって働く人々、とりわけ、子どものいる女性が働くことによって税金を支払う側にまわることの意義も主張されている。

#### 4 介護休業制度の意義と課題

##### （1）労働者の家族的責任

###### ① 家族的責任と労働関係

介護休業法は、労働者に仕事と介護との両立を保障するという意味では雇用保障的機能を持ちながらも、従来の休日・休暇規定と共通する面を持っている。この法制度の展開をうながした直接の条件は、女性の大量職場進出である。それゆえに、育児・介護休業の制度が男女の雇用平等との結びつきで論じられてきたのである。介護休業は、労働法の視点からみれば、労働者の家族的責任に基づく労務提供義務の免除制度である。こうした休業制度は、現実の必要性に迫られて、まずは大企業において労使当事者の合意により実施され普及した後、一般にその必要性和合理性が認識され是認されるようになってきた段階で、法制度化されるのが通例である。労働協約による休業制度の段階では、その根拠につき明確な合意がなくても労使の利害の妥協の上で制度の運営が可能であるが、法令で休業を規定する場合には、少なくともその政策的必要性和合理性が明確にされていなければならない。各国でこの種の法制度が成立しているとい

う事実は、労働関係一般にその必要性和合理性が認識されていることを示している。家族的責任を果たすための休業については、従来の労働契約の観念からすれば、使用者が直接の契約当事者ではない家族の態様（要介護家族）にかかわって法的義務を負担すべき理由はないとされてきた。したがって、労働者本人の労働能力には問題がないのに、その家族のケアのために労務提供義務の免除が認められるのは、いかなる法的根拠によるものであるか検討する必要がある。育児や介護という問題は、従来から社会保障の領域で取り扱われてきたが、労働関係ではほとんど関心をはらわれてこなかった。その育児や介護問題が労働関係においても新たな権利義務の形成をうながしたという事実は、労働法が社会保障のとらえるニーズを自己の法的関心とするにいたったことの表われである。育児・介護の休業・休暇の法制度の出現は、育児・介護という家族的責任を労働契約関係と結びつけるのであるが、そこには社会保障の法理と制度が少なからず影響していることは否定できない<sup>(15)</sup>。

従来の労働契約関係にはほとんど無縁と思われてきた労働者の家庭内の状況ないし条件が、立法をうながすほどに重要なテーマとなった社会的背景としては、次の4点が主要なものとしてあげられよう。

第1に、直接の契機となったのは、いうまでもなく女性労働の拡大、普遍化である。第二次大戦前はもちろん戦後においても高度経済成長期までは、女性労働者の労働力構成に占める重要性は質、量ともに男性に比べれば低いものであった。しかし高度経済成長の時期から女性の高学歴化が進み、それと並行して職場への進出が拡大した。この現象はいわゆる専業主婦から労働者たる主婦への転換であり、それまで一般に専業主婦の役割とされてきた育児や介護を、労働者である女性も果たさなくてはならなくなり、そうなる職場での労働と育児・介護の両立が課題となる。出産・育児、病人や老親の介護は女性労働者にとっては、労働生活を断念せざるを得ない理由になることが多い。とくに職場における雇用機会均等が労働関係の原則として確立されたいま、労働継続を困難にする家族的責任を度外視しては、職場での男女平等は建前に終わらざるを得ない。女性の労働市場への大量進出、それに伴う雇用平等原理の確立が、伝統的に女性の役割とされてきた家族的責任を労働関係においても取り上げざるを得なくした背景である。

第2に、わが国の家族構成の変化がある。戦後、しだいに核家族化が進み、それも高度経済成長期にはテンポが速くなった。とくに都市ではほとんどが両親と未成年の子からなる核家族となってきた。核家族の主婦が労働者を兼ねているとき家族的責任の遂行機能は著しく低下せざるを得ない。三世代家族の場合にはさほどではないとしても、共働きの核家族では育児・介護能力はきわめて限られてくる。女性の職場進出と並行して核家族化が進んだことによって、家族的責任とくに介護責任の社会的対応（社会化）が必要となってきた。同時に、労働の場においても労務提供義務と家族的責任との調和がはからねばならなくなってきたのである。

第3に、わが国の人口構成の高齢化が急速に進んできたことが指摘される。高齢者の増加は必然的に介護を要する高齢者の増大を生じさせる。公的介護サービスが充実してきているとはいえ、要介護状態にある親の世話は結局その子が負担することが多い。同居の場合は一般にその家の主婦が世話を引き受けることになる。超高齢社会を迎えて、職場の労働者にますます高齢者介護の責任が重くのしかかってくる。労働義務と家族介護との両立は、もはや個人の努力では解決できない段階にいたったのである。

第4に、育児や介護は、社会保障制度の発展によって、社会保障制度のなかでも、要保障事故と認められ、各種サービスの対象となっていたのであるが、しかし、社会保障制度がどんなに充実したとしても、それは労働者の家族的責任をすべて免除するものではない。社会保障サービスが充実した段階においても、労働者の家族的責任は依然として残るのであるから、労働生活と家族的責任の調和の問題は、社会保障とは別の制度で処理すべきだという主張が起きてくる。

以上にあげた家族的責任問題の背景は、それぞれ重なりあっており、またそこには日本的特質も加わっているのであるが、基本的には現代の経済社会に共通した課題である。それゆえにこそ経済先進国で家族的責任に関する立法が相次いで現れ、またILOが家族的責任を持つ労働者について条約を制定し、勧告を行っているのである。そして社会的人権の思想が国際的に確立されてきた現在では、家族的責任の遂行が労務提供義務と矛盾しないように制度を整備することが、労働者の人権保障の一環としてとらえられるようになってきている。

## ② ILO 条約における家族的責任

ILO 156 号条約・165 号勧告において、「家族的責任」とは「保育責任」だけではなく、「保護または援助を必要とする子ども以外の近親者に対する責任」も含まれる（条約 1 条 1～2 項、勧告 1 項(1)(2)）。また、「家族的責任を有する労働者」とは、「家族的責任を持つために、経済活動に入るための準備、経済活動への参入・参加、経済活動における向上等の可能性が制約される者」である（条約 1 条 1～2 項、勧告 1 項(1)(2)）。適用対象となる労働者は経済活動の全ての部門で働く全ての男女で、家族的責任を有する者である（条約 2 条、勧告 2 項）。政府は、家族的責任を有する男女労働者が差別を受けることなく働き得ることを保障する国内政策を策定しなければならない。この場合の「差別待遇」は、111 号条約第 1 条と第 5 条の定義によるとされている（3 条 1～2 項）<sup>(16)</sup>。

条約の目的を達成するための措置として、主に以下のものが示されている。家族的責任を有する労働者が職業を自由に選択する権利の保障（4 条(a)）、そのニーズに配慮した雇用条件と社会保障の整備（同条(b)）、保育と家族に関わる地域的・社会的諸サービスの拡充（5 条(b)）、一般社会の理解を広めるための教育と情報の提供（6 条）、職業指導・訓練の分野における特別措置の実施（7 条）。解雇に関して、条約は、「家族的責任のみをもって、雇用の終了の妥当な理由としてはならない」（8 条）と定めている。日本は、1995（平成 7）年に、この条約を批准している。

ILO 165 号勧告は、上述の規定に加えて、家族的責任を持つ労働者に対する差別を排除するため、111 号条約の諸規定を根拠とした諸措置をとることを要請し、例えば、間接差別の禁止（7 項）やポジティブ・アクションの実施についても明記している（8 項(2)）。家族的責任を有する労働者にとって重要な雇用諸条件として、勧告は、以下のようなことをあげている。

- (a) 1 日当たりの労働時間の漸進的短縮、および時間外労働の削減をする（18 項(a)）。
- (b) 作業計画、休息期間・休日に関し、一層弾力的な措置をとる（同項(b)）。
- (c) 交代制労働および夜業の割当を行う場合に、労働者の特別の要求を考慮する（19 項）。

- (d) 地方へ転勤させる場合、労働者の家族的責任・配偶者の就業場所、子を教育する可能性などを考慮する（20 項）。
- (e) パートタイム・臨時・家内労働等に従事する者の雇用諸条件を、フルタイムおよび常用労働者の雇用諸条件と可能な限り同等なものとする。適当な場合には、両者の権利を比例的に考慮する（21 項(2)）。
- (f) パートタイム労働者に対し、フルタイム雇用への就業または復帰の選択権を付与する（21 項(3)）。
- (g) 育児や介護等の社会的諸サービスを、無料または労働者の支払い能力に応じた妥当な料金で提供する（25 項(b)）。
- (h) 公共輸送、水およびエネルギーの供給などの地域社会サービスを提供する（34 項）。
- (i) 有給親休暇の導入により男女平等参画を奨励し、また休暇中の諸権利ならびに社会保障上の保護を維持する（22・23・28 項）。
- (j) 家族的責任に関する公式の情報の提供および教育プログラムの策定（10 項）、ならびに研究・教育の促進等を行う（11 項(a) (b)）。
- (k) 就業および再就業のための職業指導および職業訓練のための措置をとる（12 項）。

### ③ 家族的責任と労働法

従来の労働法においては、女性労働者について特別の保護規定をおいてきた。しかし、それは労働者である女性自身の保護が目的であって、その家族的責任を視野に入れたものではなかった。改正前の労働基準法の女性に対する保護規定には、深夜労働の禁止（62 条）、時間外労働の制限と休日労働の禁止（61 条）、産前産後の就業禁止（65 条）と解雇禁止（19 条）、生理休暇（67 条）等があった。それらはすべて本人の心身の保護が目的であって、その家族構成のいかんは保護規定の内容や適用になんらの影響も及ぼさなかった。そこには女性労働者の家族的責任への顧慮は全くなかったといつてよい。

しかし、家族的責任立法の出現以前において、労働者の家庭状況が法的問題の局面で考慮されることがなかったわけではない。解雇、配転等の場合において、学説は労働者の家庭状況（例えば重度の障害をかかえた親の介護）を使用

者の解雇や配転命令の効力を判定する際の判断材料とすべきであるということ  
を主張するものがあり、判例でもそのような判断をしたものが見られる。それ  
は使用者の解雇・配転命令について、使用者側の必要性和労働者のこうむる不  
利益とを比較考量して、労働者側の不利益があまりにも大きすぎるときは、権  
利濫用の法理を適用して配転や解雇を無効とするものであった。これらの法的  
判断は、労働者自身のみならずその家族の状況をも視野に入れるという点で、  
伝統的な労働契約の考え方から一步踏み出したと言えるであろう。少なくとも  
本人の労働能力以外の要素を考慮するというのは、労働契約を労働力の売買と  
見る資本主義社会の通念からすれば、例外的な処理として許容されるにすぎな  
かった。それだからこそ、解雇や配転に当たって労働者の家庭の実態を考慮す  
るとすれば、権利濫用の法理や信義則の適用という一般法理を駆使して処理せ  
ざるを得なかったのである。家族的責任の制度化は、そこに労務提供義務を阻  
却させる新たな要素を導入したのと同じであるから、労働契約法理に少なから  
ぬ変化があったと見るべきである<sup>(17)</sup>。

#### ④ 家族的責任の範囲、内容

家族的責任と労務提供義務との両立は、まずは大企業の労働協約等の労使間  
の合意による方法で実施されたのであるが、それを中小企業も含めた労働関係  
全般に及ぼうとすれば、立法的手段が必要となる。いまや法制度による休  
業が世界的な潮流となってきた。ILO の 156 号条約及び 165 号勧告は家族的責  
任を持つ労働者の雇用上の処遇について規定するが、そこには、労働者の家族  
的責任と両立し得る労働条件の整備が男女の雇用平等実現に必要という認識が  
表明されている。すなわち同条約第 3 条(1)は「男性と女性の労働者に機会と処  
遇についての効果的な平等を実現するために」加盟国は国の政策目的のなかで  
「家族的責任をもつ人々が差別なしに、また可能な限り雇用と家族的責任との  
矛盾なしに、その権利を行使できるよう」にしなければならない、と定めてい  
る。同様な文言は勧告の第 6 項にも見られる。このような発想はこの種の立法  
を成立させている国に、共通して認められるところである。家族的責任と労働  
関係との調整を、まずは女性労働者に対する差別禁止の観点から出発して、や  
がては男女を含めた労働者一般の権利へと拡大してきたのがこれまでの推移で

ある。

家族的責任のための休業・休暇を制度化するに当たっては、以下の3点が考慮されなければならない。第1に、家族的責任というとき、それをどの範囲に限定するかである。同一世帯内での扶養家族に対する育児、老人・病人等の介護や世話などがまずは念頭に浮かぶが、しかし、制度上これを労働者の世帯内の親族に限定すべき論理的必然性はない。制度の目的と当該社会の現実的な諸条件を勘案して、その範囲が決められることになる。条約第1条(2)および勧告第1項(3)では「直接の家族」(immediate family)と規定するが、その具体的範囲は各国の法令や協約等に定めるところによるとしている。日本の育児・介護休業法第2条は、対象家族を「配偶者、父母及び子並びに配偶者の父母」と規定している。これは家族的責任を親族扶養の限度内にとどめる趣旨と解される。ILOの報告書にも書かれているとおり、いまの段階では各国の大勢として、家族的責任の対象範囲を広く解することには消極的な姿勢がうかがわれる。

第2に、家族的責任と労働義務との両立の手段として、一定の限度において継続的または断続的な労働義務の免除(休業または休暇)を認めるとき、これをいかなる態様において実施するかが問題となる。そこでは一定期間を上限とする休業、短期間の休暇、勤務を続けながらの労働時間短縮やフレックスタイムの利用等、手段としては多種多様なものが考えられる。ILO勧告第17項から第21項にかけて、家族的責任を持つ労働者の労働条件について規定しているが、そこでは労働時間の短縮、休日・休暇、交替制、職場配置等が政策的に留意すべき事項としてあげられている。その場合に加盟国の状況、実現の可能性、他の労働者の正当な利益が考慮されるべきことが付言されている。

立法形態としては、家族的責任による休業等を伝統的な労働条件保護立法の系列で規定することも不可能ではないだろう。そのときは家族的責任を持つ労働者の最低労働条件を法定して、これを使用者に義務付ける方法、すなわち公法的命令規範の定立という形をとることになる。別の方式としては、雇用政策立法の形態、例えば雇用機会均等法や60歳定年法に見られるように、全体を強制規範で律するのではなく、行政的指導もしくは誘導によって政策目的を実現しようとする方式も考えられる。家族的責任立法においていずれの方式をとるかは、立法政策の問題であるが、そこでは法制度の実効性についての考慮だけ

ではなく、後に述べるように問題の法理論的なとらえ方も微妙にかかわってくるはずである。

第3に、休業または休暇として一定の範囲で労働義務の免除制度を認めるとき、その期間の収入をどうするかが問題となる。労務を提供しないのだから当然に無給だと単純に割り切れれば、制度の意義と機能は著しく損なわれよう。いわゆるノーワーク・ノーペイの原則がすべての場合に妥当するかは問題であり<sup>(18)</sup>、また家族的責任の社会化を考えると、賃金に限らず何らかの形で所得保障的措置が必要なことは明らかである。それをどのような方法で実施するのが合理的かつ実地的であるかが検討の対象となる。

休業中の収入を、労働契約の枠組みの中だけで問題なく処理するのは困難だとすれば、関連領域を含めた対応策を検討しなければならない。1993（平成5）年に労働省が発表したわが国の育児休業制度の実態調査で見ると、休業中に何らかの金銭を支給している企業は32.7%である。そして賃金等を支給している企業のうち79.5%が労働者の社会保険料の負担分相当額となっている。所定内給与の金額を支給するのはわずかに0.8%にすぎない。この実態は、休業労働者への金銭給付義務を法定していないとき、使用者側において賃金そのものの支払い意識がいかに薄いかを示すものである。ILOの報告書は、各国の社会保障制度による所得保障の方法について紹介している。そこでは税制上の措置、賃金補償、及び社会保障による資格保持と給付等があげられているが、なかんずく社会保険給付による所得保障措置が注目されるところである。

労働義務を免除する事由として家族的責任を制度化するとき、まず取り上げられるのは育児である。それは労働者の家庭が核家族化し、かつ夫婦共働きが一般化してきた現在、育児と労働継続の両立が切実な問題となってきたからである。そこには少産化傾向への対策としての役割も期待されている。しかし基本的には労働力確保の見地と男女平等の実現手段としての期待が結合されているのである。また女性労働について産前産後の休暇が母性保護の見地から法定され労働関係に定着してきており、それに接着した一定の期間を育児のための休業として認める制度に抵抗が少なかったのも否定できないであろう。経済先進国において育児休業が比較的スムーズに制度化されてきたのも偶然ではない。

これに比べると、高齢者・障害者・病人等の介護や世話は、従来の労働条件

保護の立法ではほとんど視野に入っていなかった。また社会保険法の分野でも、育児は給付の対象とされていたが、家族の介護や看病は保険事故に含まれていなかった。そのような背景を考えると、高齢者・障害者・病人等の介護や看病について、それを理由とする労働者の休業ないし休暇を制度的に認めることは、伝統的な労働保護の見地からは未知の領域に一步を踏み出すものと映り、育児の場合ほど簡単ではなかった。とくに介護休業は、その対象の特質からいって労働力保全や創出の機能がほとんどないので、その制度化には育児の場合以上に積極的な法理念と理由付けが必要とされるのである。

育児と老親介護等とは家族的責任としての違いが多少あるとしても、それは本質的なものではなく、関連する法の沿革、労働者の生活態様とそこからくる意識上の差異でしかない。育児といい介護・看病といっても、そのいずれも伝統的な労働契約の論理からすれば、労務提供義務を阻却する事由になじみにくかったものである。あえて両者の相違点をあげれば、育児については生後一定期間（おおむね1年、長くて2年）という形で家庭内での保育のニーズに応じて休業を制度化すればよいが、介護・看護の場合にはそのニーズが多種多様であり、要介護・看病の期間も一定せず、しばしばかなりの長期に及ぶこともある。したがって労働義務を免除する態様や期間を考えると、介護の場合は、育児休業のような定型的基準がおのずから定まるということにはならない。また老親の介護や看病については、核家族化が進めば進むほど同一世帯外のことになるので、それは公的な福祉サービスへの依存度が高くなる。そうすると福祉サービスの充実も図られなくてはならないが、労働力政策の面でも育児と介護との差異は無視できないものがある。ともあれ介護休業の在り方については、介護のニーズを踏まえた上で育児休業とのバランス、高齢者や障害者への社会福祉サービスの充実状況、労働関係当事者等の意向等を勘案しながら制度の在り方が決められることになろう<sup>(19)</sup>。

#### ⑤ 家族的責任と社会保障法

家族的責任に基づく休業又は休暇（家族的責任休業）は、すでに述べたように、伝統的な労働契約理論ではほとんど問題とされていなかった。例外的に、解雇・配転等において甚だしく労働者に経済的もしくは精神的苦痛を生じさせ

るとき、権利濫用や信義則違反としてその法的効力を否定するにすぎなかった。労働者が家族的責任を果たすため不利益を受けずに休業又は休暇を取るには、就業規則か労働協約にその旨の特約がなければならず、そのような特約のない大多数の企業では、家族的責任のための欠勤は自己都合による欠勤として取り扱われ、勤務評定上不利益を受けるのが一般であった。この不利益を避けるために労働者は年次有給休暇を利用せざるを得ず、その範囲を超えて家族的責任を果たそうとすれば、結局は仕事を続けるか退職して家庭に帰るかの選択を迫られることになる。そして家族的責任の負担が事実上女性の肩にかかっている状況のもとでは、問題は女性労働者の家族的責任と労働義務の矛盾として現れる。それゆえにこそ家族責任休業が雇用平等立法と一体となって推進されたのであった。

従来労働保護法が労働者の家族的責任をほとんど無視してきたのは、およそ次のような背景があったからである。第1に、労働力の根幹は成年男性の労働者であって、家族的責任は家庭にあるその配偶者たる妻が行うのが当然、とする社会通念が支配的であった。使用者にとっては、契約当事者たる労働者本人の労働のみが関心事であり、その家族の態様などは労働契約とは無縁だと考え、労働者もそれをやむを得ないものと甘受してきた。労働力が豊富であった時期には、このような考えが許容され、労働保護立法もこのような意識の上に展開されてきた。労働者自身の労働条件のみが問題とされた所以である。

第2に、労働者保護法の形成から展開の過程において、法の描く女性労働者像は家計補足的な結婚前の独身者（工場法の目的と機能を想起されたい）であって、立法者には労働者の家族的責任等の観念は皆無であった。わが国で第二次世界大戦後も依然として女性労働者の結婚退職制や若年定年制が企業慣行となっており、これを違法とする判決が相次いでようやく廃止された事実を見れば、このことは容易に理解できよう。

第3に、労働法は職場を適用の対象とする法であって、家庭内の事情は法の関知するところではない、というのがいわば通念であった。あえていえば、労働者の家庭内部の事情はたかだか労務管理上の関心事にすぎなかった。「労働法家庭に入らず」が、当然とされていた。わが国の特色とされる家族的経営の思想は、労使関係において法の介入を排除する論理として利用されたのであった。

このように労働者本人のみをとらえてその労働条件を規律するという労働契約及び労働者保護法の基本的発想は、資本主義経済社会における労働関係の経済的側面の法的表現であった。労働契約関係は労働力の売買関係であるという理解に立てば、労働者の家族的責任などは労働者自身の問題にすぎなかったのである。労働の人格性が論じられるようになったときも、それは労働が労働者の精神と肉体との消費過程に他ならない事理を強調して、労働者自身の精神・肉体の保護を理論的に基礎づける趣旨に出たものであった。そこでもまだ労働者の家族的責任にまでは思考射程が延びていなかった。

労働関係を経済的に見れば労働力の取引であるという事実は、労働保護立法が出現した 19 世紀中期も現在も本質的には変化してはいない。したがって従来の労働契約法は現在も基本的には維持されるのは当然である。しかし前に指摘したように、雇用をめぐる労働関係の諸条件が著しく変化し、それに対応して新しい型の立法が出現してきた。それらが伝統的な契約法理からストレートには包接しにくいものとなっているのは、否定できない。この事実は労働契約の法的考察に、新たな発想ないし視角からの試みを触発するものではあるまいか。家族的責任休業の問題も、労働契約について新たな視角からの考察が求められているように思う。

第二次大戦後の社会保障の展開は、労働者の社会保険をその体系に組み込むことによって労働関係をその対象領域に収めた。被用者保険法を従来の手法にしたがって労働法の体系におき、その法原理で説明することもできなくはないが、それは理論的にも実際的にも無理がある。現実には労働生活において労働法と社会保障法が複雑に交錯し、また相互補完の関係を持っている。労働義務と家族的責任休業の問題もこの両者のかかわりにおいて考察しなければ、妥当な解決は難しいであろう。

被用者の社会保険法は、労働者を、労働力の担い手としての側面を前提にししながら、彼を一個の社会的存在として、言い換えると一個の生活主体としてとらえる。したがって社会保障法では労働者を家族から切り離して見るのではなく、家族の一員としての地位において、とくに家族の生計維持者としてとらえる。それは被用者保険の給付を見れば一目瞭然である。

社会保険給付を具体的に見ると次のようになっている。被保険者本人に対す

る給付は、労働不能時の賃金喪失を補う目的で基礎給付費日額（平均賃金とほぼ同一）の一定率を支給するが、それは提供された労働力の対価ではなく、また使用者が支払うものでもない。その財源は保険集団内の労使の拠出（労災保険では使用者のみの拠出）と国庫負担から成り、その目的は労働者の生活の資の補給である。社会保険給付が社会的扶養と称される所以である。

さらにまた社会保険各法は、被保険者たる労働者の扶養家族をも給付の対象に含んでいる。労災保険法の遺族補償年金、厚生年金保険法の遺族年金はその典型的なものであるが、健保法の配偶者分娩費、育児手当金もその例である。被保険者本人への給付においても扶養家族による加給が認められている。老齢厚生年金の加給年金額がその例である。このように被用者保険が家族的給付を含んでいるのは、労働者の生活実態を直視しなければ制度の目的を実現し得ないからである。この点は、労働法が労働者個人をとらえてその生活基礎たる家庭を捨象してきたのと対照的である。

労働関係を基礎とする被用者保険が、労働契約当事者たる被保険者本人のみならずその家族をも保険給付の対象とし、その財源に使用者の拠出を含んでいるのは、企業に労働者家庭の生活維持に一定の社会的責任を負わせていることを意味する。伝統的な労働関係の法理からは、このような発想は出てこない。そこに二つの法の主体像、すなわち労働力の担い手としての労働者像と生活主体としての労働者像の差違が示されている。

ところで労働者の生活と社会保障とのかかわりは、医療や年金といった社会保険法に限られるのではない。社会福祉各法もそれと深くかかわっているのである。児童に対する保育サービス、高齢者とくに心身の機能に著しい障害をもつ高齢者への福祉サービスは、労働者の家族的責任を社会的に分担するものである。その充実の程度が労働者の生活の在りように大きく影響してくるのは当然である。仮に福祉サービスが完全に労働者の家族的責任を肩代わりするならば（それが望ましいか否かは別として）介護休業を問題にする余地はなくなるであろう。しかし、福祉サービスが完全に介護を肩代わりするような環境になったとしても、自宅で家族によって介護されたいという高齢者の希望や、親は自分の手で介護したいという家族の希望はやはり尊重されるべきであろう<sup>(20)</sup>。このように見てくると、家族的責任休業の法的問題を伝統的な労働関係の枠組

みの中だけで処理しようとするのが不適当なことは明らかである。

労働契約上の労働提供義務と家族的責任の履行という矛盾する2つの要請を調和させるものとして現れた育児・介護休業の制度は、その背景に労働法と社会保障法の間人像と法理をあわせ持っていることを認識しなければならない。それは週休制や年次有給休暇と同質のものではなく、したがってその延長上にあるものでもない。そこには、社会保障法の原理の労働関係への投影が顕著に認められるのである。労働契約関係に労働者の家族的責任が定着するには、労働者の扶養家族（子どもや高齢者）の「人たるに値する生活」の権利を労働者本人の労働義務からの解放の権利に結合させることが必要である。そこに家族的責任に基づく新たな性格の休業要請権が形成されるのである。それはまた企業にとっては契約当事者ではない家族の生活権を尊重することであるから、いわば企業の社会的責任に基づく家族的責任の契約化ともいうことができよう。

以下、育児・介護休業の法制度化にかかわる主要な問題点について指摘しておくことにしよう。第1の要点は、契約上の労働義務からの解放である。この休業の権利は業種・企業規模等によって差違を生じる性質のものではないから、すべての労働契約関係当事者に等しく認められなければならない。立法上、特定の業種や小規模事業を適用除外とすることがあっても、それは過渡的な措置にすぎない。全面適用のためには中小零細企業に対する行政的指導と実現のための支援が必要である。

第2に、休業する期間中の所得保障についてである。賃金そのものの支給（その全部又は一部）を法令で義務付けるのは困難だとしても、労働協約等で有給とするのは可能であり、現実に実施されている事業所もある。しかし、中小零細企業の実態を考えると、賃金の支給はほとんど期待できない。むしろ、休業中の所得保障は社会保障給付によって行うのが合理的であり、また実現可能性も高い。この場合、社会保険方式と無拠出の手当方式が考えられるが、休業の制度が労働関係を基盤とすることからいえば、被用者保険によって給付するのが適当と思われる。給付内容をどうするかは政策的な要素を含むであろうが、健保法の傷病手当金や雇用保険法の失業保険等を考慮して、それとあまり差のない程度にするのが望ましい。名目的な金額の給付では所得保障の名に値しないであろう。

第3に、育児・介護休業と福祉サービスとの関連が重要である。現在の高齢者への介護サービスはニーズを満たすには十分とは言い切れないのが現状である。それだけに扶養家族を持つ労働者の休業の必要性も高くなる。換言すれば福祉サービスの充実度と育児・介護休業の必要性は密接な関連性を持っている。労働者のなかにも、できれば休業するよりは時間短縮や配置転換等によって勤務を続けたいと思う人々もいる。それが可能になるためには、高齢者への社会福祉サービスが相当に充実していなければならない。これまでは育児・介護休業と社会福祉サービスは全く別個のものと考えられていたように思われる。育児・介護休業が立法化された現在、それを労働者の労働権（憲法27条1項）と家族の生活権（憲法25条1項から導き出される権利）との結合した社会制度として把握することが重要である。

第4に、家族的責任を持つ労働者のなかで、休業をとった労働者の取り扱い上の問題がある。休業をとるか否かは労働者の自由な選択に委ねられるが、休業をとったことを理由とする不利益取り扱いは禁止されなければならない。使用者としては、労働を続けた者と休業した者とを同一に扱うのはかえって不公平だと考えるかもしれない。だが休業を労働者の権利（契約上の権利たるのみならず社会的権利の性格をも有する）として認める以上、その行使について不利益を課するのが許されないのは法理上当然である。年次有給休暇、ボーナス査定、昇進昇格等において休業を理由に不利益を課したとすれば、それが違法の評価を受けるのは明白である<sup>(21)</sup>。

## （2）休業期間中の所得保障

### ① 介護休業と雇用保険法

労働者の介護休業期間中、使用者の賃金支払い義務はない。それを説明するのによく用いられる言葉が、「ノーワーク・ノーペイ」の原則である。すなわち、介護休業期間中に労働者は労務の提供をしていない「不就労」の状態にあるから、その期間について使用者は賃金を支払う必要はないという論理である。しかし、ノーワーク（不就労）の結果が、当然にノーペイ（無給）とならないこ

とはいうまでもない。不就労の原因が使用者側にある場合は賃金請求権は失われぬし（民 536 条 2 項）、年次有給休暇を取得した労働者は、休暇中賃金の支払いを受けることができる（労基 39 条）。すなわち、ノーワーク・ノーペイの原則を、労務の不提供が「労働者の意思によらず、育児や介護による場合」は反対給付たる賃金請求権は失われぬと理解するとしても、労働法に規定がない以上、やはり休業中の賃金を確保することは難しい<sup>(22)</sup>。

とするならば、介護休業期間中の労働者に対して賃金（もしくは賃金の一部）を支払わせることを使用者に義務付けるような法律を制定することは、社会政策上の要請が強ければ、理論的・形式的には可能である<sup>(23)</sup>。それでは、介護休業期間中の賃金支払いを使用者に義務付けることは、社会政策上の必要性といえるであろうか。この問題を検討するに際して、介護休業期間における「不就労」の意味を明確にする必要がある。

介護休業における「不就労」の原因は、介護である。介護は、労働者本人と家族の問題であり、労働者の私的生活に関わるものといえる。しかし、介護は社会的性格も伴っているとみることができる。社会保障法は、労働者を家族と生活を共にする「生活主体」とみる人間像を基礎においている。そうすることによって、介護休業制度は政策的な労務提供免除措置と捉えることが可能である。それは、企業の側から見れば契約当事者でない家族の生活権を保障することであり、企業の社会的責任の具体化だと考えられる<sup>(24)</sup>。

介護休業については、これまでの労働契約論では説明できないとの指摘もあるが、このこと自体が、とりもなおさず介護がこれまでの労働契約概念では説明がつかない社会的要因であることを意味している。伝統的な性別役割分業体制の崩壊により、職業生活と介護は無縁のものではなくなってきた。企業は、介護を理由とする労働者の不就労を受忍することにより、労働者の生活全般にわたっての社会的責任を果たすことになる。介護の問題は、もはや労働者の私的領域に属するだけでなく、労働関係において使用者があらかじめ考えておかなければならない普遍的な問題である。つまり、介護休業期間における「不就労」は、労働者のまったく個人的な問題ではなく社会的な要素を含んだところの「不就労」であるといえる<sup>(25)</sup>。

介護休業の取得は、労働者の完全な個人的理由による不就労ではなく、「社会

性」を有する理由に基づく不就業である。不就業の理由がまったくの個人的な事柄でない以上、不就業期間中の所得喪失リスクを労働者がすべて負うというのは妥当ではない。しかし当然ながら、そこから使用者が賃金を支払うべきという論理も引き出すことはできない。企業が社会的責任を負うべき主体であるとしても、国が「社会性」を根拠に使用者に無制限に負担を求めることは許されないからである。したがって、労働者に一定の負担を求めることも適当でないとはいえない。また労働関係における問題であるとはいえ、労使の負担のみならず、社会保険制度やそれに類する制度の利用が検討されるべきであるし、そもそも国が責任を果たすべき問題であるとも考えられる。

不就業時の所得保障は、ノーワーク・ノーペイの原則が妥当する場面では、労働者自らが所得（生活）の担い手となる。労働者は、預貯金を取り崩したり家族の収入をあてにしたりすることになる。しかし、ノーワーク・ノーペイの原則がつねに妥当するわけではないことは、すでに述べたところである。他者による所得保障として、使用者が労働者に不就業期間中も賃金を支払うことがまず考えられる。労働協約や就業規則などで、不就業の理由に応じて、使用者に不就業時の賃金（もしくはその一部）の支払いを義務付けることは、実際によくみられる。しかし、法律がそれを義務付けている例は、きわめて少ない。使用者以外による所得保障として次に考えられるのは、公的給付である。労働関係に社会保障法が適用される場面でもある。労使双方の保険料による社会保険制度、使用者および国庫負担による基金制度、もっぱら国庫による経済的援助措置などが考えられる。

それでは、介護休業以外にも「社会性」を有する理由に基づいて不就業期間中における所得保障が講じられている事例があるのであろうか。公民権行使あるいは公の職務の執行に際して、それが労働者の労働時間と重なる場合には、労働者は使用者に必要な時間を請求することができる（労基7条）。それによる不就業期間（時間）中の所得保障は法定されておらず、有給にするか無給にするかは当事者の自由に委ねられている（昭23・11・27基発399号）。ただし、選挙権行使のための遅刻、早退については賃金を差し引かないことが望まれている（昭42・1・20基発59号）。

冠婚葬祭も、家族や地域とのつながりのために不可欠な行事であり、個人差・

地域差はあろうが、「社会性」の要素が幾分か含まれる。これらに関する法定の休業はなく、労働者は所得喪失のリスクを自ら負うことになる。しかし、現実には年次有給休暇を利用することもあるし、就業規則や労働協約中に冠婚葬祭に関する休暇が規定され、賃金もしくは類似の手当が支払われることもある。慶事、弔事については有給とする定めが多い。

ボランティア休暇やドナー休暇は、比較的新しい休暇の種類である。ボランティアへの参加や臓器の提供は労働者の自発的意思に基づくものであるが、同時に社会的な活動ともいえる。しかし、これらの休暇も法律上の休暇ではなく、就業規則や労働協約に根拠を有する。不就業期間中の賃金支払いも、労使間で取り決められることになる。

さて、妊産婦である女性労働者は、産前6週間（多胎妊娠の場合は14週間）、産後8週間、休業する権利を有する（労基65条、なお産後6週間は絶対的な就業禁止期間である）。産前産後の不就業期間中の所得保障は労基法に定めがなく、健康保険から出産手当金が支給される（健保50条2項）。出産手当金は、被保険者（女性労働者）の標準報酬日額の60%に相当する額であり、これが女性労働者の不就業期間中の所得保障の役割を果たしている。健康保険法が予定している保険事故は病気であり、出産は病気に当たらないので、正常分娩に関する通院、入院時の処置は、健康保険の療養の給付の対象外となる。しかし、出産手当金に関しては例外的に出産が保険事故となり、健康保険が給付を行っている。

以上のことからすると、「社会性」を理由とする不就業期間については、産前産後の不就業期間において社会保険制度を利用した公的な給付がなされているものの、それ以外の場合には、公的な援助はない。また、使用者に労働者の不就業期間中の所得保障を義務付ける法律上の規定もなく、就業規則、労働協約など当事者間の約定に委ねられている。

介護を理由とする不就業期間中は、産前産後の不就業期間におけるのと同様、社会保険制度を利用した公的給付がなされている。「社会性」を理由とする他の不就業期間において公的給付が予定されていないのに対して、介護休業時の所得保障が公的になされていることは、介護休業が公的制度であり、介護休業給付はその範囲に限定されていることから、相当であると考えられている。もっ

とも、産前産後の不就業が絶対的な就業禁止期間を含むものであるのに対し、介護休業を取得するか否かは労働者の選択に委ねられている。しかし、介護休業給付の対象は、実質的に介護休業法によって限界付けられている。このことはすなわち、介護休業をめぐる社会的コンセンサスが確立している範囲に限定して、介護休業給付を支給するものであり、公的保険制度における給付として適切を欠くものではないとされる。

現在の介護休業給付は、雇用保険法に基づく介護休業給付金として構成されている（雇保 61 条の 7）。介護と雇用保険は一見関係が薄いようにも思われるが、雇用保険における給付とされているのは、介護が「雇用継続が困難となる事由」のひとつとして保険事故と捉えられているためである。ここで、「雇用継続が困難となる事由」として労働省（当時）の理解するところは、一次的には介護そのものであるが、二次的には介護休業の取得に伴う賃金収入の全部または一部の喪失であると考えられている。

介護はかなり長期間にわたって継続するものであるから、労働者が年次有給休暇を利用することだけでそれに対処することは難しい。それゆえ、労働者がある程度長期にわたる介護の必要に迫られた場合には、雇用の継続が困難となる。そこで、介護休業制度が創設され、それによって労働者は、介護休業法に基づく介護休業を取得できるようになり、退職することなく家族的責任を果たすことが可能になった。しかし、介護休業法は所得保障の規定をおいていない。したがって、労働者は介護休業の取得（＝不就業）により、賃金の全部または一部を喪失することになる。この賃金喪失という実態が労働者の生活に与える影響が大きければ大きいほど、労働者の介護休業取得は事実上困難になる。その際、労働者には 2 つの選択肢がある。第 1 の選択肢は、介護という家族的責任を果たすことを断念して仕事を続けることである。もう 1 つの選択肢は、退職して介護に専念することである。退職は長期的にみれば収入の喪失を意味するが、短期的には一定の所得を意味する。というのも、雇用保険から基本手当を受給することが事実上あり得るし、また多かれ少なかれ、それまでの勤務期間に応じて退職金の支給を受けるであろう。しかし、このような介護を理由とする労働者の退職は、職業生活を中断させるとともに、再就職の保障がないという点で問題がある。それゆえ、このような介護責任遂行状態が「失業」に準

じた職業生活上の事故と理解されるのである。

介護休業給付制度は、労働者の介護休業取得を容易にし、その後の円滑な職場復帰を助成する観点から雇用保険法に創設されたものである。雇用の継続を援助、促進するための給付を行うことにより雇用の安定を図ることは、雇用保険制度の趣旨に合致すると考えられている。雇用保険法における給付は、基本手当を中心とする求職者給付、就職促進給付など失業者に対するものと、育児・介護休業給付や高年齢雇用継続給付といった在職者を対象とする給付に大別される。育児・介護休業給付は、在職者を対象とする雇用継続給付であり、保険事故として失業が予定されていないことに特徴がある。また、在職中という点では、高年齢雇用継続給付と共通するが、高年齢雇用継続給付が、現在就労し賃金を得ている労働者に支払われるのに対して、育児・介護休業給付は休業中の支給を中心とするものである。その意味では、雇用保険法において独特な給付である。

## ② 介護休業と医療保険法・介護保険法

介護は今や社会の要請するところであり、介護休業給付が公的給付の形でなされていることには、一定の意味が見出される。しかし、現行制度が完全な制度であるわけではない。そこで、他の方法による所得保障の可能性を以下に検討する。

今のところ、育児・介護休業給付制度は、雇用保険法のなかにおかれている。その理由は、育児・介護という「雇用継続が困難となる事由」が保険事故として捉えられたためである。しかし、「雇用継続が困難となる事由」は、育児・介護に限定されるわけではない。例えば、私傷病も雇用継続が困難となる事由に当たるが、この場合は健康保険法において所得保障がなされている。

健康保険法は不就労中の所得保障に関する規定をおいている。すなわち、被保険者である労働者が病気や怪我のため働けなかった場合、労働不能の日より起算して四日目以降に傷病手当金が支給される（健保 45 条）。また、女性被保険者の産前産後の不就労期間には、出産手当金が支給される（同 50 条 2 項）。傷病手当金、出産手当金は、被保険者の標準報酬日額の 60%に相当する額である。

それでは、育児・介護休業期間中の所得保障を健康保険法に根拠づけることは可能であったであろうか。健康保険の保険事故は病気や怪我である。ただし、出産手当金に関しては、例外的に出産を保険事故としている。とするならば、政策的配慮から健康保険の保険事故を拡大することは一応可能であると考えられる。しかし、傷病手当金と出産手当金に共通する支給目的として、労働者の健康保護があげられる。すなわち、病気、怪我、出産といった保険事故に際し、労働者が就労可能な状態になるまで安心して休むことができるためにも、この所得保障は機能しているのである。それに対して、育児・介護は、労働者の健康保護という側面を欠く。その違いは、病気、怪我、出産が、労働者自身の労働能力の一時的不存在（もしくは低下）を意味するのに対し、育児・介護は不就労の理由が労働者の環境的要因に見出されることにある。そのように考えるならば、健康保険の保険事故に育児・介護を含めるとするのは難しいといわざるを得ない。

なお、介護休業給付に関しては介護保険の利用が検討されるべきである。介護保険の保険事故は要介護状態（他者による介護を必要とする状態）であり、介護（他者に対する介護）を保険事故にすることは近接性がある。また、現行の介護保険において介護者に対する金銭給付が欠落しているが、その必要性があることはすでに指摘されているところである<sup>(26)</sup>。技術的な問題点は存在するが、検討の余地はあるものとする。

### ③ 休業期間中の使用者の賃金支払い義務

育児・介護休業が社会の要請であるのであれば、休業期間中の所得保障を使用者に担わせることができるであろうか。たしかに、育児・介護休業自体伝統的な労働契約論をこえる制度であるが、それをさらに一歩進めて企業に社会的責任を果たさせることは可能であろうか。育児・介護休業を法的に有給とすることは困難であるとする見解もあるが、「休暇」を有給にするか無給にするかは、これに対する政策の在り方により決定されるものであるから、育児・介護休業を法的に有給とすることを検討することは無意味とはいえない。

その可能性を検討するにあたって、社会的必要性和使用者の不利益が比較衡量されるが、とりわけ使用者の経済的不利益が問題となる。労働者の育児・介

護休業中、使用者は当該労働者の代替要員に対する人件費を負担している。したがって、休業中の労働者に対する賃金支払いを使用者に求めることは、使用者に二重の負担を強いる結果となる。また、不就労中の賃金支払いを定めた法規規定は、年次有給休暇（労基 39 条）があるに過ぎず、例えば産前産後休業（同 65 条）に際して使用者は何ら賃金を支払うべき義務を負うものではない。使用者の責に帰すべき事由による休業の場合においても、使用者は平均賃金の 60% 以上を支払えばよいのであり（同 26 条）、これと比較しても大きな負担になるといえる。休業中も労働者には、守秘義務や兼業禁止義務などが課せられるのであるから、労働契約上の義務を負うことへの給付がなされてもおかしくはないとする見解もあるが、その立場に立ったとしても賃金全額の支払いを使用者に求めるのは困難であり、また賃金の一部の支払いを使用者に強制するのであれば、助成金をさらに充実させることや税制面などで優遇措置をとることも必要であろう。

#### ④ 休業期間中の所得保障の課題

育児・介護休業中の所得保障の担い手を誰にするかは政策上決められるべき事柄であり、一義的に決まるものではない。伝統的な性別役割分業と伝統的な労働契約論の下では無給もやむを得なかったが、社会の状況変化により、今や育児・介護休業は社会性を有する不就労であるといえるので、所得（生活）保障を労働者のみに委ねるのは妥当ではない。育児・介護の社会的重要性をふまえて公的給付としての育児・介護休業給付が規定されたこと、そして給付率が引き上げられたことには一定の評価がなされる。

しかし、その一方で、いくつか問題点が指摘できる。育児・介護休業給付を受給できるのは、雇用保険の一般被保険者に限られる。高年齢継続被保険者、短期雇用特例被保険者、日雇労働被保険者は適用を除外される。とするならば、「老老介護」を行っている 65 歳以上の労働者や、労働時間がきわめて短いパートタイム労働者は、育児・介護休業給付を受給できないことになる。次に、支給期間の問題がある。育児・介護休業給付は法定の育児・介護休業と連動して支給される。したがって、労働関係において使用者が法定外の育児・介護休業を認めているとしても、その期間については育児・介護休業給付は支給されな

い。また、育児・介護休業給付は対象家族 1 人につき連続した期間 1 回に限られているので、同一の対象家族について細切れに休業を取得した場合、2 回目以降の休業については、原則として育児・介護休業給付は支給されない。育児・介護休業給付は公的給付であることから、支給期間についても硬直的な運用がなされている。さらに、育児休業給付と賃金の併給制限がなされていることは使用者による休業制度の充実を阻害する原因となること、労働者の段階的な早期復職意欲を損なわせていることも指摘されている。

しかしながら、最も問題点として指摘されるのは、育児・介護休業給付の給付率の低さである。この問題はかねてから指摘されていたが、2000（平成 12）年の雇用保険法改正により、育児、介護休業給付の給付率が、それまでの 25% から 40%に引き上げられた。一応の改善はみられたものの、傷病手当金（健保 45 条）や基本手当（雇保 16 条）と比べるとまだ十分ではないといわざるを得ない。

しかし、そもそも育児・介護休業給付の目的は所得保障であったのであろうか。それについては、いくつかの点から疑問に感じられる。育児休業給付新設当時の説明によれば、職業生活の円滑な継続を援助、促進することにより、失業を回避し、その雇用の安定を図ることが目的であり、介護休業給付が規定された後には、労働者が育児・介護休業を取得しやすくするとの内容が付け加わったが、いずれも所得保障という目的をストレートに述べたものではない。

以上のことからすれば、育児・介護休業給付は所得保障を目的とするものではなく、就業支援とセットになった「所得補填」の性格をもって制度化されたものと考えられる。育児・介護休業取得者の職の確保がまず重要であり、育児・介護休業給付の支給規定は政策的配慮としておかれたに過ぎない。しかし、社会的状況の変化から、育児・介護休業給付は引上げの必要があり、次第に所得保障の性格に移行していくものと予測されるし、そうなることが望ましい。そして、所得保障の性格をもたせるのであれば、健康保険法の傷病手当金の水準である、60%給付が確保されるべきであろう。

現行の育児・介護休業給付が所得保障の目的を有していないと解するならば、公的制度である雇用保険法によって経済的援助がなされていることは、一応評価できる。また、給付率の改善は望ましいことといえる。しかし、そのように

理解したとしても問題は残る。給付率が低いことは、労働者、とりわけ家庭内で多くの場合高所得者である男性労働者が、育児・介護休業取得を躊躇する原因となる<sup>(27)</sup>。また、育児・介護休業給付が実効化するためには、育児・介護休業が容易に取得できるような状況が求められる。職場環境、ひいては社会環境の改善が今後の課題となろう。

なお、育児・介護休業給付を所得保障の水準にまで押し上げるというのであれば、育児・介護が社会的要請であり、社会全体に与える利益が大きいことをアピールする必要がある。現行制度の主目的は労働者の雇用継続促進であり人口政策ではないことが確認されているが<sup>(28)</sup>、特定労働者の雇用の確保というのでは、社会的要請に限界を感じざるを得ない。育児・介護休業期間の所得保障のためには、少子化対策や介護環境整備といった目的を加えることも必要であるように思われる<sup>(29)</sup>。

さらに、育児・介護休業が社会的に普及・認知されていることや、労働者の家族的責任に対する考え方の変化などを背景に、育児・介護休業給付の性格づけも変わっていくべきではないだろうか。そして、育児・介護休業給付に所得保障的性格を与えること（現行の給付水準を引き上げること）は、育児・介護休業中の労働者の生活を経済面から保障することのみならず、育児・介護休業の取得を促すことにもつながるであろう。育児・介護休業中の所得保障をどのように考えていくかは、今後、雇用保険法からの給付が妥当であるか否かも含めて、新たな制度設計の可能性が検討されるべきであるといえる<sup>(30)</sup>。

### （3）ワーク・ライフ・バランス

介護休業制度は、育児休業制度とともに国が推進する「ファミリー・フレンドリー企業施策」の一部を構成している。ファミリー・フレンドリー施策は、女性の社会進出、家族形態の多様化、男女労働者の意識の変化そして少子高齢化を背景に、仕事と家庭の調和を求めて、1970年代以降、欧米で展開されてきたものである。わが国では、厚生労働省が1999（平成11）年に「ファミリー・フレンドリー企業表彰」を設けて、ファミリー・フレンドリーを推進してきた。

近年では、ファミリー・フレンドリーに代えて、「仕事と家庭の調和」から「仕事と生活の調和」へとその内容を広げ、ワーク・ライフ・バランスという言葉が頻繁に用いられるようになってきている。

ワーク・ライフ・バランスとは、広い意味では「企業で社員の仕事、家庭ならびに個人生活を効率的に管理することにより、彼らの幸福を満たすことを目的とする企業方針、プログラム、サービスおよび態度」とアメリカでは理解されている。イギリスでは「年齢、人種、性別とは関係なく、誰もが仕事とそれ以外の責任、欲求とをうまく調和させられるような生活のリズムを見つけられるように、就業形態を調整すること」と定義している。ワーク・ライフ・バランスの本質は、これらの定義から「性別、年齢とは関係なく、労働者の仕事と生活全般の調和を支援する」と理解できる。生活全般には、子育てや家庭生活だけではなく、地域活動や趣味・学習などあらゆる活動が含まれている。ワーク・ライフ・バランスは、出産・育児のための母親への支援を中心とするファミリー・フレンドリー施策よりも、より広範な施策を含んでいる。この施策は、生活全般に関わるものであるため、その取り組みは国そして企業によって異なっている。

ワーク・ライフ・バランスは、アメリカでは当初から企業が積極的に「どのように優秀な人材を確保し、生産性を向上させるか」という視点からファミリー・フレンドリーと同様に、企業が積極的に展開してきている企業戦略である。イギリスやドイツでは、ワーク・ライフ・バランスは、政府がその必要性を啓蒙することから始まり、その後企業がこの施策の展開に積極的に関与してきている。日本では、先に見たように、ファミリー・フレンドリーが政府主導で展開されてきた。しかし、ワーク・ライフ・バランスについては、日本企業自身にその施策を積極的に推進しようとする姿勢が見られる。アメリカ企業は、ワーク・ライフ・バランスをダイバーシティ（多様性）マネジメントの一環として展開してきている。日本企業は、このアメリカ企業の展開を参考にして、ワーク・ライフ・バランスをダイバーシティマネジメントとして位置づけようとしている。ファミリー・フレンドリー企業施策は福祉的色彩が濃厚にあり、日本企業は積極的に関与してこなかった。しかし、ワーク・ライフ・バランスは、「どのように優秀な人材を確保し、生産性を向上させるか」を本質としている。

企業からすれば、それは人事戦略あるいは経営戦略上の課題である。それゆえ、企業が、ワーク・ライフ・バランスに積極的に関与しようとするのであろう<sup>(31)</sup>。

育児・介護休業制度の課題の多くは、柔軟な働き方の問題に行き着く。ワーク・ライフ・バランス施策は、企業が自らの成長のために、多様な人材を確保し、多様な人材の能力を発揮できる環境を整えることである。日本では、官民が一体となってワーク・ライフ・バランスの実現に取り組むために「仕事と生活の調和推進官民トップ会議」が設置され、2007（平成19）年12月には「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」が策定された。2010（平成22）年6月には、施策の推進状況や経済情勢の変化を踏まえて見直されている。仕事と生活が調和できるように、労働者の働き方を見直し、ワーク・ライフ・バランスを実現するためには、行政による企業への支援とも相まって、経営者による自主的かつ積極的な取り組みが広がることを期待したい<sup>(32)</sup>。

## 5 小括

要介護高齢者が家族による介護を受けたいと願い、家族もまた要介護高齢者の介護をしたいと希望する場合には、環境がそれを許す限り、高齢者の自己決定を尊重する意味で家族介護の実現に向けた支援策が講じられる必要がある<sup>(33)</sup>。本章においては、介護休業制度が、介護保険制度における在宅サービスや介護手当等とともに、家族介護を支援する制度として重要であるにとらえ、その意義と問題点を明らかにしてきた。育児・介護休業法は、「…家族の介護を行う労働者等の雇用の継続及び再就職の促進を図り、もってこれらの者の職業生活と家庭生活との両立に寄与する…」(育児・介護休業法1条)と規定しており、家族的責任を持つ労働者の雇用と介護の両立を保障することを目的としている。しかしながら、わが国においては介護休業制度の利用は進んでいないのが現状である。

国は、次世代育成支援対策の一つとして、仕事と子育ての両立など仕事と生活のバランスのとれた働き方を実現させるため、「ワーク・ライフ・バランス」

の考え方の浸透を図っている<sup>(34)</sup>。また、「ワーク・ライフ・バランス」という考え方にそって、各企業は、優秀な人材の確保と生産性の向上という企業戦略の一つとしても介護休業制度を位置づけようとしている。急速な少子化の進行が問題とされ、育児支援への注目が集まっているところであるが、家族介護についても仕事と家庭生活の両立のための支援が求められるのは同じである。労働契約上の労働提供義務と家族的責任の履行という一見矛盾するような二つの要請を調和させるものとしての育児・介護休業制度は、本質的には同じものとしてとらえられなくてはならない。

介護休業制度は、仕事と家庭生活との両立支援策として、介護の社会的な意味を確認し、それを法的権利として保障したものであると言えよう。法改正を経て、育児・介護休業法は次第に改善されてきたが、家族介護を支援する制度として、その制度内容はいまだ十分とはいいがたく、今後も対象者、期間、所得保障の面で充実させていくことが必要である。高齢者の自己決定権の保障を最優先に考えるとき、介護休業制度の果たす役割はますます重要になっていくものと思われる。

## 注

- (1) 西村健一郎「ワーク・ライフ・バランスの回復とその処方箋」(週刊社会保障 NO. 2418、2007(平成19)年)40頁。
- (2) 天野マキ「介護休業制度の現状と今後の課題」(法律のひろば、1996(平成8)年)18頁。
- (3) 関ふ佐子「介護休業法」(日本労働法学会誌86号、総合労働研究所、1995(平成7)年)153頁。
- (4) 袖井孝子「女性の就業継続と介護休業制度」(週刊社会保障 NO. 2029、1999(平成11)年)50頁。
- (5) 袖井孝子「育児・介護休業法の改正」(週刊社会保障 NO. 2311、2004(平成16)年)によると、93日という期間は、当時寝たきりの最大の原因であった脳卒中が、3ヶ月程度で症状が安定することをモデルに設定されたものである。
- (6) 袖井孝子「介護休業制度の利用はなぜ進まないのか」(週刊社会保障 NO. 2450、2007(平成19)年)30頁。
- (7) 古橋エツ子『介護休業—家族の介護が必要になったとき—』(岩波書店、1999(平成11)年)39頁。
- (8) 中窪裕也「第4章 アメリカにおける育児・介護休業の法政策」『育児休業・介護休業の法政策に関する実証的研究』(平成11年度～平成13年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(2))研究成果報告書、2002(平成14)年)36頁。

- 
- (9) 菅野淑子「アメリカの介護休業制度」『諸外国における介護・看護休暇制度』（婦人少年協会、1995（平成7）年）178頁。
  - (10) 奥西好夫「第7章 雇用政策と労働保険」『先進諸国の社会保障7 アメリカ』（東京大学出版会、2000（平成12）年）142頁。
  - (11) 菅野注(9)、前掲書、179頁。
  - (12) 古橋注(7)、前掲書、44頁。
  - (13) 訓覇法子「第8章 雇用関連の社会保険」『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』（東京大学出版会、1999（平成11）年）181頁。
  - (14) 古橋エツ子「スウェーデンの介護休暇法制度」『諸外国における介護・看護休暇制度』（婦人少年協会、1995（平成7）年）32頁。
  - (15) 荒木誠之『生活保障法理の展開』（法律文化社、1999（平成11）年）225頁。
  - (16) 木村愛子「第9章 女性・家族的責任」『講座ILO（国際労働機関）・（下）社会正義の実現をめざして』（日本ILO協会、1999（平成11）年）269頁。
  - (17) 荒木注(15)、前掲書、229頁。
  - (18) 野田進「休暇・休業と労働契約」（季刊労働法No.167、年）11頁。
  - (19) 荒木注(15)、前掲書、234頁。
  - (20) 石橋敏郎・河谷はるみ・長千春「介護保険法の改正に伴う諸問題について一新『予防給付』、地域支援事業、サービスの質の評価、情報の公開、介護手当を中心として」（熊本県立大学総合管理学会『アドミニストレーション』12巻1・2合併号、2005（平成17）年）81頁。
  - (21) 荒木注(15)、前掲書、240頁。
  - (22) 野田進『「休暇」労働法の研究—雇用変動のなかの休暇・休業・休職』（日本評論社、1999（平成11）年）51頁。
  - (23) 水島郁子「第3章 育児・介護休業給付」（日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 第2巻 所得保障法』、法律文化社、2001（平成13）年）254頁。
  - (24) 荒木注(15)、前掲書、239頁。
  - (25) 野田注(18)、前掲書、16頁。
  - (26) 石橋・河谷・長注(20)、前掲論文、84頁。
  - (27) 菅野淑子「第13章 育児・介護をめぐる法的問題と今後の展望」（日本労働法学会編『講座 21世紀の労働法7 健康・安全と家庭生活』、有斐閣、2000（平成12）年）250頁。
  - (28) 浅倉むつ子「少子化対策の批判的分析—妊娠・出産・育児・介護の権利保障の観点から」（労働法律旬報No.1609、2005（平成17）年）
  - (29) 水島注(23)、前掲書、267頁。
  - (30) 水島郁子「改正育児・介護休業法の意義と課題」（ジュリストNo.1282、2005（平成17）年）144頁。
  - (31) 山ノ内敏隆「ワーク・ライフ・バランス—その可能性と課題」（週刊社会保障NO.2435、2007（平成19）年）42頁。
  - (32) 厚生労働省『平成18年版 厚生労働白書』（ぎょうせい、2006（平成18）年）199頁。
  - (33) 山脇貞司「第4章 介護保障と家族」（日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 第4巻 医療保障法・介護保障法』、法律文化社、2001（平成13）年）225頁。
  - (34) 厚生労働省『平成19年版 厚生労働白書』（ぎょうせい、2007（平成19）年）198頁。

## IV 地域包括ケアシステム

### 1 本章の問題意識

要介護高齢者に対するホームヘルプサービスやデイサービスなどの在宅サービスは、近年、質量ともに充実・発展してきているといえる。充実・発展の契機となったのは言うまでもなく、介護保険法が成立し、介護を社会的に支える仕組みが整ってきたからである。しかし介護保険制度は、その後の要介護高齢者の急激な増加と介護保険財政の窮迫化により、ほぼ5年ごとに大きな改革を迫られてきた。2005（平成17）年改正では、予防重視型システムへの転換（新予防給付、地域支援事業の創設）、施設給付の見直し（居住費と食費の自己負担）が行われ、2011（平成23）年改正では、施設から在宅へという政策目標を実現するために「地域包括ケアシステム」の構築と、その基盤となる高齢者の住まいの整備等の促進が図られることになった。

ここで政策概念として使われ始めた「地域包括ケアシステム」という考え方は、今後施設を整備するには膨大な予算が必要となってくるので、それよりも施設サービスに比べ財政的に安価な費用で賄える在宅サービスの方を充実していこうという発想からきているものではない。高齢者が在宅での生活を望むならば、その人がたとえ重度の要介護状態であっても、その希望がかなえられるように、保健・医療・福祉の包括的提供体制を身近な地域で整備しようという考え方に基づいている。アメリカにおいても、要介護高齢者および家族ともに、施設サービスに対する否定的イメージも重なって、親や配偶者をなるべく自宅で介護したい、介護されたいと希望する者が多いという統計結果が報告されている。

「長期介護問題を論じるに当たっては、介護者の希望や介護力だけでなく、介護される高齢者自身の意向もまた重要視されなければならない。高齢者の多くは、介護者と同じように、介護施設入所ということについては、否定的な考え方をもっている。圧倒的多数の高齢者は、施設に入ることを望んでいないし、特養に入所しなくてはならない状況を恐れている。高齢者は、配偶者や子どもの世話にならずに、できるかぎり住み慣れた地域で自立して生活していきたい

と望んでいる。」<sup>(1)</sup>。

介護される場所と介護を提供してくれる人に関しては、「介護される高齢者自身の意向もまた重要視すべき」という「自己決定権の尊重」は、日本のみならずアメリカの高齢者介護問題を論じるにあたっても基本的な考え方になっている。そこで、本章では、「地域包括ケアシステム」の考え方が登場してきた背景を、介護保険法改正の内容を含めて紹介し、その意義と課題を明らかにしていきたいと考える。

## 2 地域包括ケアシステムの背景と内容

### (1) 地域包括ケアシステムの萌芽

地域包括ケア研究会が2009（平成21）年5月に発表した報告書「地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理」によると、地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。また、その際の、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることとしている。

さらに、同研究会は2010（平成22）年3月にも「地域包括ケア研究会報告書」をまとめ、その中で、2025（平成37）年を迎えた頃の、望ましい地域包括ケアシステムの姿を、以下のように提示している。

「地域住民は住居の種別（従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅（持ち家、賃貸））にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

上記のうち多様なサービスとは、

居場所の提供

権利擁護関連の支援（虐待防止、消費者保護、金銭管理など）

生活支援サービス（見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援）

家事援助サービス（掃除、洗濯、料理）

身体介護（朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助）

ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーション

をいい、これらのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。」<sup>(2)</sup>。

こうした「地域包括ケア」の考え方は、同研究会によって初めて定義されたものではなく、1980（昭和55）年代から、広島県公立みつぎ総合病院（尾道市御調町）での実践活動の中で使用され始めたものである<sup>(3)</sup>。その後、介護保険制度が創設され、制度の持続可能性を考えた改革の中で、地域包括ケアシステム構築の必要性が提示されてきた。地域包括ケアの必要性が示された報告書には、「2015年の高齢者介護」（2003（平成15）年）、「社会保障国民会議・中間取りまとめ」（2008（17）年）などがある。

#### ① 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」（2003（平成15）年）

この報告書では、一人一人が住み慣れた街で最期までその人らしく生きることを保障するための方法として、現在の在宅サービスを複合化・多機能化していくことや、新たな「住まい」の形を用意すること、施設サービスの機能を地域に展開して、在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること、施設において個別ケアを実現していくことなどが提言されている。また、このようなサービス基盤が整備された際においても、要介護高齢者の生活をできる限り地域において継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が、継続的かつ包括的に提供される仕組み（「地域包括ケアシステム」）が必要であることには変わりはないとしている。

報告書の内容をみると、「地域包括ケアシステムの確立」について、a) ケア

マネジメントの適切な実施と質の向上、b) 様々なサービスのコーディネート  
の2点に分けて言及している。

a) では、介護保険制度において導入されたケアマネジメントの仕組みについて、十分に機能していないと述べている。その上で、ケアマネジメントを担うケアマネジャー自身の資質の向上や、本来の機能を発揮できる環境整備の必要性を指摘している。さらに、「要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、また、例えば在宅での終末期を尊厳を持って送ることができるためには、適切なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が不可欠である。地域において、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行うことが必要である。」としている。

b) で述べられているのは、介護保険でのサービス提供や適切なケアマネジメントのみでは、高齢者の生活を支えきれないということである。現実問題として、高齢者の中には、介護が必要な状態であることに加え、医療が必要であるケース、高齢夫婦二人暮らしで介護をしている人に精神的負担が大きくかかっているケース、目が不自由である等の身体障害を併せ持っているケース、家族との関係に問題を抱えているケースなど、様々な社会的支援を必要とする人も多いことが指摘されている。具体的な例を挙げて、専門機関や近隣住民と連携することや、地域における受け皿づくり・支援体制のシステム化の必要性について言及している。また、相談先が分からない住民や外部サービスによる介護を拒否する要介護高齢者などのケースも挙げられている。そのため、「介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である。」として、地域包括ケアの意義を提唱しているのである。

② 社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））「中間

とりまとめ」(2008(平成20)年)

中間とりまとめでは、介護・福祉分野における課題とその対応として、以下の2点を挙げている。

a) サービス需要の増大への対応

今後の医療・介護サービス需要の大幅な増大は構造的なものである。従って、サービス提供体制の効率化の努力を継続しつつ、質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための体制整備を進めていくことが必要であり、そのための安定的な財源を確保していくことが必要である。

医療や介護・福祉といったサービスは、広い意味での「生活支援サービス」と言える。国民一人一人の社会生活を支えるサービスであり、その意味でニーズの個別性が高く、その人の価値観やライフスタイルによって必要とされるサービスの内容・水準等は異なる。したがって、国民の医療・介護・福祉サービスに対する需要について、社会全体としてどのように応えていくか、という点については、まず、個人の生活を成り立たせていく基本的責任はその人自身にある、という意味での「自立・自助」を基本に置き、次に、個人の選択・自由意思を尊重しながら個人の抱える様々なリスクを社会的な相互扶助(=共助)の仕組みでカバーしていく、さらにそれでもカバーできない場合には直接的な公による扶助(=公助)で支える、という、「自立と共生」の考え方に立って様々な制度を構築していくことが必要である。

同時に、「社会的な相互扶助(=共助)の仕組み」として、社会保険のような「制度化された仕組み」のみならず、地域社会の中での支え合いやNPO・住民参加型相互扶助組織のような「自律的・インフォーマルな相互扶助(共助)の仕組み」を活用し、制度化されたサービスの受け手として、それのみに依存して生きるのではなく、国民一人一人が相互扶助の仕組みに参加し、共に支え合って生きていくことを実感できるような地域社会づくりが重要である。

b) サービス提供体制の構造改革

我が国の医療・介護サービス提供体制には、様々な問題がある。これらの問題は長い時間をかけて形成されてきたものであり、様々な背景要因が複雑に絡み合っていることから、問題解決のためには、文字通り思い切った「構造的な改革」が必要である。

すなわち、「選択と集中」の考え方に基づき、効率化すべきものは大胆に効率化し、資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのための人的・物的資源の計画的整備とメリハリをつけた資源配分（投入）を行うことが必要である。

具体的には、「地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現」が必要である。多くの国民は、要医療・要介護の状態になっても、可能であれば住み慣れた地域や自宅で必要なサービスを利用しながら生活し続けることを願望している。医療や介護を必要とする高齢者や障害者の地域生活・在宅生活の継続を可能にするには、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスが、その人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることが必要となる。そのためには、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制（地域包括ケア）づくりが必要である。

地域包括ケアづくりには、在宅支援機能をもつ主治医（在宅療養支援診療所）とケアマネジメントを担う介護支援専門員（ケアマネジャー）の緊密な連携が不可欠であり、両者の連携が核となり、サービス提供に関わる様々な関係職種と協働しながら、地域医療ネットワークや地域の在宅介護サービスなどの「サービス資源」を駆使して、一人一人の患者・要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供していく、という「地域包括ケアマネジメント」が不可欠である。このため、地域における医療・介護・福祉サービスの量的整備と併せて、マネジメントを有効に機能させるためのワンストップの総合相談体制の整備・診療所の在宅支援機能の強化、介護支援専門員（ケアマネジャー）の機能強化等を進めることが必要である。

さらに、より総合的な高齢者・障害者の地域生活支援を地域で実現していくためには、ボランティア組織や地域の互助組織などのインフォーマルな共助の仕組みも含めた、文字通り地域ぐるみの取組みが不可欠である。多くの地域の実践事例が示しているように、十分強化された在宅支援機能があり、地域全体で高齢者・障害者の生活支援を行うことのできる地域であれば、要

医療・要介護度の高い高齢者や障害者であっても最後まで地域（在宅）で暮らしていくことが可能となる。限られた医療・介護サービス資源を効果的に活用し、より患者・利用者満足度の高い医療・介護サービスを実現する観点からも、地域包括ケアの実現は極めて重要である。

## （２）介護保険法２０１１年改正

前回の「介護保険法等の一部を改正する法律」（平成１７年法７７号）の附則２条が、「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、…平成２１年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。」と規定していたのをみても分かるように、２００５年改正法が成立した段階では、５年後には、被保険者および保険給付対象者の範囲を含めた介護保険制度の抜本的改革が想定されていたと思われる。これを受けて、社会保障審議会介護保険部会が再開され、１３回にわたって検討を重ねた結果、改正法の原案とでも言うべき報告書（「介護保険制度の見直しに関する意見」）が、２０１０年１１月３０日に公表されている。この報告書では、期待されていた財政面での改革については、ほとんど賛否両論併記となっている。例えば、①要支援者等軽度者に対する給付の廃止や利用者負担増（２割）の提案、②ケアプラン作成における利用者負担の導入、③公費による介護職員処遇改善交付金の廃止と介護報酬改定での対応、④第２号保険料についての人頭割制から総報酬制への変更、⑤保険料の上昇を抑えるための公費導入、⑥高額所得者に対する利用者負担の２割への引き上げ、⑦被保険者年齢の引き下げなどである。財政面について両論併記となった理由としては、山崎泰彦部会長によれば、①閣議決定「財政運営戦略」（２０１０年６月２２日）が、「歳出増を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、恒久的な歳入確保措置による安定的な財源の確保」を要求するというペイアズユーゴー原則をかかげていたこと、②第１号被保険者の保険料は現在の４１６０円（全国平均）から５１８０円程度に上昇すると予想されるが、それを５０００円以下に抑えたいという政府の意向があったこと、③現在、障害

者総合福祉法案が準備されており、いまは第2号被保険者の範囲の拡大について議論しにくい状況にあったこと、④参議院選挙において民主党が大敗し、消費税増税等による安定財源確保の議論が進まなくなったことなどがあげられている<sup>(4)</sup>。

しかし、今回の改正法が目玉ともいえるべき「地域包括ケアシステム」にしても、このシステムのもとで、たとえ重度の要介護高齢者であっても、「住み慣れた地域や住まいで、自らサービスを選択し、自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活」(意見書3頁)が送れるような、そのような満足度の高いサービスの提供は、暫定的な予算措置では実現が困難であろうことは誰の目にも明らかである。地域包括ケアシステムを形骸化させないためにも早急な財政的措置が望まれる。政府・与党社会保障改革検討本部決定「社会保障・税一体改革成案」(平成23年6月30日)のなかに、地域包括ケアシステムの確立が盛り込まれているのは、確実かつ恒久的な財源でなければこれが実現しないことの左証と理解したい。

今回の改正法の主な内容は以下の通りである。

- ① 医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援を推進する(地域包括ケアシステム)。

新たに、「国及び地方公共団体は、被保険者が可能な限り、住みなれた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」(介保法5条3項)という条項が追加された。具体的には、単身・重度の要介護者等にも対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを創設する(8条15項、地域密着型サービスとして実施する)。24時間対応の在宅医療・訪問看護やリハビリテーションを充実強化する。小規模多機能居宅介護と訪問介護など、複数のサービスを組み合わせた複合型サービスを新たに設ける(8条22項)。見守り・配食・買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護サービスを推進する。一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サ

ービス付高齢者住宅として「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法、平成13年法26）に位置づけ、高齢者の住まいを整備する（国交省と連携）。

② 保険者（市町村）による主体的な取り組みを推進する。

市町村は、介護保険事業計画に、認知症支援策・在宅医療・住まいの整備・生活支援を盛り込むように努める（117条3項）。保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能にする（115条の45、NPO・ボランティア・民生委員など多様なマンパワーの活用、公民館・保健センターなどの地域の多様な社会資源の活用など）。グループホームや特養等を除く地域密着型サービスについて、6年間を超えない範囲で市町村の公募・選考による指定を可能とする（78条の13）。地域密着型サービス等の介護報酬については、厚生労働大臣の認可によらず、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬額を設定すること可能にする（42条の2第4項）。

③ 介護人材の確保とサービスの質の向上を図る。

介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能にする（社福士法2条2項）。介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期する（同法附則1条）。介護事業所における労働法規の遵守を徹底し、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加する（介保法70条2項・77条1項他）。事業者の負担を軽減するために、公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施する（115条の35第2項・第3項・115条の36第3項・115条の42第3項）。

④ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を平成30年3月31日まで猶予し、新たな指定は行わない（健保法附則130条の2）。

⑤ 有料老人ホーム等における権利金等の受領禁止、一定期間内契約解除の場合の前払金の返還等の利用者保護規定を追加する（老福法14条の4第1項・3項・29条1項・8項）。

⑥ 保険料の上昇を緩和するために、平成24年度に限り、各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用する（介保法附則10条）。

⑦ 社会医療法人による特養老人ホーム及び養護老人ホームの設置を可能とす

る（老福法15条4項）。

基盤整備に関する国の責務について、介護保険法は、「国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない」（5条）と規定している。これを受けて、厚生労働大臣は、保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定めるものとされ、そのなかに、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保に関する基本的事項を盛り込まなければならないことになっている（116条）。市町村は、この基本指針に即して、3年を1期とする介護保険事業計画を策定するものとされ、この計画には、各年度におけるサービス利用の見込み量と、その見込み量を確保するための方策を定めることになっていた。しかし、今回の改正法により、「サービス利用見込み量の確保のための方策」の記載は、市町村の努力義務へと変更された（117条3項）。また、都道府県が策定する介護保険事業支援計画においても、介護支援専門員その他介護保険サービスに従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項の記載は努力義務に変わっている（118条3項）。地方公共団体の裁量の範囲を拡大するための変更であろうが、しかし、法文上は、地方公共団体の基盤整備責任は一步後退したといえる（医療計画についても同様のことが言える。医療法34条の4第3項）。もともと、改正前のように「サービス利用見込み量の確保のための方策」を市町村介護保険事業計画の必要記載事項だと規定していたとしても、そこから直ちに市町村の基盤整備責任が導かれるとは考えにくい。市町村老人福祉計画は、市町村が地方自治法2条4項の基本構想に則して、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関して策定する計画である。そこには、供給体制の確保のための基盤整備計画であることが明記されており、しかも、地方自治法2条4項が市町村に基本構想の策定とその実施義務を課していることと合わせて考えれば、市町村の供給体制確保義務がかなり強調された規定の仕方になっている（老福法20条の8）。これに対して、市町村介護保険事業計画については、「地方自治法2条4項の基本構想に則して」という文言もないし、計画の性格も、あくまで「基本指針に即して…保険給付の円滑な実施に関する計画」（117条1

項)となっており、その内容も、「サービスの種類ごとの量の見込み」(117条2項)を基本としたサービス必要量予測計画である。これは、介護保険制度が、医療の療養給付(現物給付)とは違って、介護の費用を要介護者本人に支給するという金銭給付の形式をとっていることからくる違いと思われる(ただし、事業者や施設が利用者本人に代わって受領する仕組みになっているので、事実上、現物給付とおなじように見えるだけに過ぎない)。

しかし、介護保険法が介護費用の保障システムをとっていることと、国・地方公共団体の介護サービス基盤整備責任とは別の問題である。現物給付であれば、それを可能にするための体制の確保も、当然、給付と一体となった問題としてとらえることができるので、同一法律体系に組み込みやすい。これに対して、金銭給付方式をとる法体系では、サービス供給体制に関する事項は給付そのもの(介護サービス費用の支給)とは一応切り離された課題であるので、保険者たる市町村に介護サービスに関する人的・物的設備の確保義務を負わせることと給付とは直接には結びつかない。したがって、金銭給付に関する規定のみを根拠に、その供給体制の確保に関する法的責任を市町村に問うことは難しいということはある<sup>5)</sup>。だからこそ、介護保険事業計画あるいは介護保険事業支援計画の策定を市町村や都道府県に義務付け、それをもって介護サービスの基盤整備を進めようとしたと考えるのが自然である。だが、介護保険制度が金銭給付方式をとったのは、利用限度額を超えたサービスを自己負担で受給できるようにしたためであり、金銭給付だから国や地方公共団体の基盤整備責任が薄くなるという結論にはもちろんならない。国のサービス体制確保義務は介護保険法5条に明確に規定されている。この義務は、介護サービスは、医療・福祉サービスと同様に、要介護者の生活障害を除去し、自立した日常生活を支援するための制度であるから、それを実現するには人的・物的資源の確保が不可欠であるという給付の性格からくる要請であるといわなければならない。

いま福祉サービスの地方分権化が進むなか、介護保険についても、サービス実施権限が次第に市町村へと移譲されていき、しかも、市町村の裁量権を拡大するという趣旨のもとにサービス供給体制の確保責任が法文上は希薄になっていくように思われる現象が起きている。こうした状況のもとでは、介護保険法とは別立てで(医療計画が健保法・国保法とは別の医療法で規定されているよう

に)、いまいちど国と地方公共団体の介護サービス供給体制確保責任を明確にするような法律上の手立てが必要ではないかと思われる<sup>(6)</sup>。もちろん、それは整備不履行責任を具体的に司法の場で追及できるような規範的効力を有するものではなく、基盤整備に向けての政策的指針あるいは政治的責任の根拠に留まるかもしれない。今回の改正法は、ボランティアの活用等を含めた地域包括ケアシステムを構想しているが、それは介護費用の保障という介護保険法の法体系とは余りにもかけ離れた地域ケアづくりの構想であり、改正法の中に盛り込むことに不自然さを禁じえないという批判もある<sup>(7)</sup>。そうであれば、なおさら、介護サービス供給体制確保あるいは地域包括ケアシステムの構築に関する別立ての法体系の整備が望まれるところである。

介護保険法2011（平成23）年改正の基礎となったのは、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010（平成22）年11月30日）である。同意見書には次のような事項が提案されていた。まず同意見書は、介護保険部会は、介護保険制度の一部を改正する法律（2005（平成17）年法77号）附則第2条の規定（3）等を踏まえ、介護保険制度全般にわたって検討を行なうため、2010（平成22）年5月以来13回にわたって審議を行なったという文章で始まっている。附則第2条は、政府は2009（平成21）年度を目途として、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲についても検討することという文言になっていたが、この問題も含めて、介護保険財源の確保、被保険者年齢の引き下げ、公費負担の導入、利用者負担の引き上げ、第2号保険料についての総報酬制の導入など財政関係につながる改革についてはほとんどが賛否両論併記の形をとっており、解決があと送りされた結果となっている。そのため、2011（平成21）年改正は、財政問題にはほとんどふれることなく、法律の名称を見ても分かるように、介護サービスの基盤強化をはかるための法律、その中でも、特に医療・介護・生活支援サービスを連携させて、重度の高齢者であっても在宅での生活が可能になるようにするための、包括的な在宅介護支援システムを整備・拡充をすることをめざした法改正となっている。

以下、上記介護保険部会の報告書のうち、「介護保険制度の見直しについて」

という部分を中心にその主たる内容を簡単に紹介しておこう。

a) 要介護高齢者を地域全体で支えるための地域包括ケアシステムの構築

具体的には、①単身・重度の要介護者等にも在宅での生活が可能になるように、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを創設する、小規模多機能型居宅介護と訪問介護を組み合わせた複合型のサービスを導入する、介護福祉士等によるたんの吸引・経管栄養などの医療的ケアの実施を可能にする、②要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図る。これについては、要支援1といった軽度者に対する給付の廃止や軽度者の利用者負担増（1割から2割へ）をはかるべきであるとの提案があったが、それに反対する意見との両論併記となった、③保険者の判断により地域支援事業に介護予防・生活支援サービス（例えば、配食サービス）を導入するなどサービスの総合化を図ること、④高齢者に快適な住まいを確保することと介護・生活支援サービスとの連携を図ること、⑤特別養護老人ホームを平成21年度から23年度の3年間で16万床を目標に整備すること、社会医療法人にも特養の設置を認めるようにすること、介護療養病床の廃止を一定期間に限って猶予すること、⑥認知症を有する人に対するケアモデルの構築と継続的・包括的な実施を図ること、⑦家族介護を支援すること、⑧地域包括支援センターの運営の円滑化を促進すること。

b) サービスの質の確保・向上

①ケアマネジメントについて、ケアマネジャーの質の向上、現在10割保険負担となっているケアプラン作成費用を改め、作成に利用者負担を導入する（賛否両論併記）、②要介護度認定そのものの廃止（賛否両論併記）、③情報公表制度については、事業者の負担軽減のため、調査が必要な時だけの実施にし、また、費用負担の軽減を図ること。

c) 介護人材の確保と資質の向上

①公費による介護職員処遇改善交付金制度を廃止し、介護報酬改定での対応に変えること（賛否両論併記）、社会福祉事業所における労働基準法違反(77.5%)に対して、介護保険法上の指定拒否や指定取消を検討すること、たんの吸引等を介護福祉士等が実施できるように法整備を行うこと。

d) 給付と負担のバランス

①平成24年度には全国平均で5000円を超えると予想される介護保険料

の伸びを抑えること、閣議決定「財政運営戦略」（2010（平成22）年6月22日）のペイアズユーゴー原則（新たな施策の導入には原則として恒久的な財源を確保するという考え方）に沿った財源の確保（賛否両論併記）、40歳から64歳が負担する第2号保険料について、現在は医療保険の加入者数に応じて負担金が決めている（人頭割、介護保険法152条）のを改め、被保険者間の負担の公平性を図る観点から総報酬制を導入すること（賛否両論併記）、保険料の上昇を抑えるための公費の導入（賛否両論併記）、一定以上の高額所得者に対して利用者負担を現在の1割から2割へと引き上げること（賛否両論併記）、被保険者年齢を20歳程度まで引き下げること（賛否両論併記）。

#### e) 保険者の役割強化

精緻な介護保険事業計画の策定、認知症対策を計画に盛り込む必要性、および、地域密着型サービスについては、これまでの申請に基づく指定に代えて、市町村が公募を通じた選考により事業者の指定を行えるようにすること、都道府県は、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に支障があると判断した場合には、指定を拒否できる仕組みを導入すること、総量規制の維持、地域密着型サービスは、これまで利用者が当該市町村に居住することが利用条件となっているのを改めて、近隣の市町村住民も利用できるようにすること、地域密着型サービスの介護報酬については市町村独自の設定を可能とすること。

#### f) 高齢者・低所得者の負担への配慮

低所得者に対する食費・居住費の補助（補足給付）は全額公費の福祉的制度とするべきであるという意見、生活保護受給者のユニット型個室への入所を可能にすること、低所得者のグループホームの利用補助の創設、保険料を抑えるための財政安定化基金の取り崩し（賛否両論併記）。

この意見書を受けて、2011（平成23）年、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成23年6月15日成立、平成24年4月1日施行、法77号）が制定された。改正の趣旨については、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新たなサービス類型の創設、保険料率の増加の抑制のため財政安定化基金の取崩し、介護福祉士

等による喀痰吸引等の実施等の措置を講ずること」となっている。厚労省資料、および厚労省老健局介護保険計画課から都道府県介護保険担当課宛の通知をもとに抜粋すると、改正法にはおよそ以下のような内容が盛り込まれている。

① 医療と介護の連携の強化等

a) 地域包括ケアシステムの推進 高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まいの確保、生活支援サービス（給食サービスとか移動サービス）が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

b) 単身・重度の要介護者等の在宅生活に対応できるよう、24時間対応の定期巡回、随時対応サービスや複合型サービスを創設する。

[24時間対応の定期巡回] 重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応による訪問を行う。

[24時間対応の随時対応サービス] 利用者からの通報により、電話による対応・訪問などの随時対応を行う（ITC機器やITC情報通信技術（Information and Communication Technology））を活用する。両者は、地域密着型サービスとして位置づけ、市町村（保険者）が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

[複合型サービスの創設] 現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。そこで小規模多機能居宅介護と訪問介護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供する複合型サービスを新たに創設する。複合型事業所は地域密着型サービスとして位置付ける。

c) 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設する。利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援（配食・見守り、移動支援等）、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供できるようにする。利用者像としては、要支援と非該当を行き来するようなハイリスク高齢者に対して、総合的で切れ目のないサービスを提供

すること、虚弱・ひきこもりなど現状では介護保険利用に結びつかない高齢者に対し、円滑にサービスを導入してそれ以上状態が悪化しないように配慮すること、自立や社会参加意欲の高い者に対しては社会参加や活動の場を提供して、健康づくりと生きがいくくりとを一層促進できるようにすること。

介護保険事業者、NPO、ボランティア、民生委員など多様なマンパワーを活用すること、公民館、自治会館、保健センターなどの地域の多様な社会資源を活用すること、ボランティアポイント制など地域の創意工夫を活かした取り組みを推進すること、配食・見守りなどの介護保険以外のサービス（生活支援サービス）を推進すること。

- d) 介護療養病床の廃止期限（2012（平成24）年3月末）を猶予する。  
これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるために必要な追加的支援策を講じること。

## ② 介護人材の確保とサービスの質の向上

- a) 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能にすること。介護福祉士及び一定の追加的な研修を修了した介護職員等が、たんの吸引等の実施が可能となるように社会福祉士及び介護福祉士法を改正する。実施可能な行為は、たんの吸引その他介護保険利用者が日常生活を営むのに必要な行為であって、これらは医師の指示のもとにおこなわれるものとする。
- b) 介護福祉士の資格取得方法についての見直し（2012（平成24）年4月実施予定）を延期する。2007（平成19）年の法改正により、介護福祉士の資格取得については、実務経験者は3年以上の実務経験に加えて、実務者研修（6ヶ月）を義務付ける、養成施設卒業者には国家試験を義務付けることとして、これは2012（平成24）年度から実施の予定であった。しかし、介護福祉士によるたんの吸引等の円滑な施行に向けて、一定の準備期間が必要であるので、施行を3年間延期し、2015（平成27）年度から実施とすることにした。
- c) 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直し

を実施する。事業者の負担を軽減するという観点から、1年に1回の調査の義務付けを廃止し、都道府県が必要があると認める場合にのみ調査を行えるように変更する。情報公開を事業者の手数料によらずに運営できる仕組みへと変更する。

### ③ 高齢者の住まいの整備等

厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進する（高齢者住まい法の改正）。日常生活や介護に不安を抱いている「高齢単身・夫婦のみ世帯」が特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能にするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

### ④ 認知症対策の推進

- a) 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進する。
- b) 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込むこと。

### ⑤ 保険者による主体的な取組の推進

- a) 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とすること。市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービス等（地域密着型在宅サービス）についての事業者指定を行えるようにする。
- b) 保険者による主体的な取り組みの推進。地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスについて市町村独自の報酬設定権が拡大された。現行では、全国一律の介護報酬額を上回る額を設定するためには、厚生労働大臣の認可が必要であり、その額も厚生労働大臣が定めることになっていたが（ただし小規模多機能居宅介護等に限る）、これを改め、地域密着型サービス等の介護報酬については、厚生労働大臣の認可によらず、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬額を設定することが可能になった。

### ⑥ 保険料の上昇の緩和

各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用すること。

「地域包括ケア研究会報告書」（２００９（平成２１）年５月）は、「多くの人は、要介護状態等になっても、可能な限り、住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる。この研究会で提唱する『地域包括ケアシステム』は、おおむね３０分以内に駆けつけられる圏域で、個々人のニーズに応じて、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制である。こうした地域包括ケアシステムが構築されれば、人生最期のときまで自分らしく生きていける。」（同報告書４頁）と地域包括ケアシステム完成時のイメージを記している。２０１０（平成２２）年３月の同報告書では、「２０２５年の地域包括ケアシステムの姿」を構想して、「地域住民は住居の種別（従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅（持ち家、賃貸））にかかわらず、おおむね３０分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを２４時間３６５日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている」（同報告書２７頁）と、目標とする将来の姿を想定している。そして、「多様なサービス」としては、居場所の提供、権利擁護関連の支援（虐待防止、消費者保護、金銭管理など）、生活支援サービス（見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援）、家事援助サービス（掃除、洗濯、料理）、身体介護（朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助）、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションをあげている。

こうした地域包括ケアシステムの構築を図るために、法文上は、以下の条項が介護保険法５条３項として新しく盛り込まれることになった。

「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」。

こうした地域包括ケアシステムは、2025（平成37）年までに全国に整備するという目標を持っている。それを実現させる第一歩として、2012（平成24）年度の介護保険報酬と診療報酬との同時改定が行なわれ、同改定は同年4月1日から施行された。2012（平成24）年度の介護報酬の改定率は、予算編成過程において財務大臣・厚生労働大臣合意、政調会長確認という形で行なわれることになった（14）。具体的には、介護職員の処遇改善の確保、賃金・物価の下落傾向の考慮、介護事業者の経営状況の把握、地域包括ケアシステムの確実な推進という点などに配慮しながら、結局、全体で1.2%（うち、在宅分1.0%、施設分0.2%）のプラス改定とされた。今年度（平成24年度）の改定は、地域包括ケアシステムの基盤強化と地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保を大きな柱としていることが特徴である。地域包括ケアシステムの基盤強化についての介護報酬面で改革は、高齢者の自立支援に重点をおいた在宅・居住系サービスを確保すること、要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供に努めること、介護保険施設については、要介護度重度者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、機能に応じたサービス提供の強化を図ること、医療と介護の役割分担・連携を強化すること、認知症にふさわしいサービスの提供を推進することなど、多方面にわたる分野で行なわれている。以下、地域包括ケアシステムの推進に向けて、報酬単位を引き上げたサービス、加算されたサービス、新たに設けられたサービス、算定要件を緩和して利用しやすくしたサービスなど、その主なものを幾つか紹介しておくことにしよう。

a) 居宅介護支援 サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するために、運営基準減算について評価の見直しを行なう。（現在）所定単位数70/100を乗じた単位数→（改定後）50/100を乗じた単位数。以下、（現在）→（改定後）という形で表記する。

b) 特定事業所加算 質の高いケアマネジメントを推進する観点から、特定事業所加算の算定要件を見直す。特定事業所加算とは、訪問介護事業者、居宅介護支援事業者のうち、これまでの要件に加えて、新たに、研修計画の策定、月1回以上の会議の開催、サービス提供後の報告内容の記録の保存、地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合であっても、居

宅介護支援サービスを提供していることなどの要件を満たす場合に、これまでと同じように加算が継続されるものとするとしたものである。

- c) 医療等との連携強化 医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価等の見直しを行なう。あわせて在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員（ケアマネジャー）が参加した場合に評価を行なう。医療連携加算（I）150単位/月→入院時情報連携加算200単位/月。緊急時等居宅カンファレンス加算（新規）200単位/回。複合型サービス事業所連携加算（新規）300単位/回。
- d) 訪問介護 身体介護の時間区分について、1日複数回の短時間訪問により中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から、新たに20分未満の時間区分を創設する。20分未満（新規）170単位/回。
- e) 生活機能向上連携加算 利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成する場合についての評価を新たに設ける。生活機能向上連携加算（新規）100単位/月。
- f) 訪問看護 短時間かつ頻回な訪問看護のニーズに対応したサービスの提供の強化という観点から、時間区分ごとの報酬や基準の見直しを行う。訪問看護ステーションの場合の20分未満285単位/回→316単位/回。30分未満425単位/回→472単位/回。
- g) ターミナルケア加算 在宅での看取りの対応を強化する観点から、ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行なう。すなわち、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行なった場合に加算されることになった。
- h) 医療機関からの退院後の円滑な提供に着目した評価 医療機関からの退院後に円滑に訪問看護が提供できるよう、入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同して在宅での療養上必要な指導を行った場合や、初回の訪問看護の提供を評価する。退院時共同指導加算（新規）600単位/回。初回加算（新規）300単位/月。
- i) 看護・介護職員連携強化加算 介護職員によるたんの吸引等については、

医師の指示のもと、看護職員との情報共有や適切な役割分担のもとで行われる必要があるため、訪問介護事業者と連携し、利用者にかかる計画の作成に対して助言等の支援を行った場合に加算する。(新規) 250単位/月

j) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携に対する評価 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて訪問看護を提供した場合についての評価を行なう。また、要介護度の高い利用者への対応について評価を行なうとともに、医療保険の訪問看護の利用者に対する評価を適正化する。定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護(新規) 2920単位/月。要介護5の者に訪問看護を行なう場合の加算(新規) 800単位/月。医療保険の訪問看護を利用している場合の減算(新規) 96単位/日。

k) 訪問看護事業所との連携に対する評価 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション実施時に、訪問介護事業所のサービス提供責任者ととも利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状態などの評価を共同して行ない、当該サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行なった場合に評価を行なう。訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算(新規) 300単位/回。

l) 重度療養管理加算 手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護度4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者に対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行なった場合に加算を認める。重度療養管理加算(新規) 100単位/日。

m) 緊急時の受け入れに対する評価 短期入所療養介護(ショートステイ)での緊急時の受け入れを促進する観点から、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、居宅サービス計画に位置づけられていない緊急利用者の受け入れについて評価を行なう。緊急短期入所受入加算(新規) 90単位/日。

n) 定期巡回・随時対応型サービス 日中・夜間を通じて1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応型サービスを創設する。定期巡回・随時対応型サービスは地域

密着型サービスとして行なわれる。(新規) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(一体型で介護・看護両方の利用者の場合) 要介護1 9,270単位/月～要介護5 3,0450単位/月

- o) 複合型サービス 複合型サービスは、今回新設されたものであり、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つサービスである。利用者の病状・心身の状況・希望・おかれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、利用者が住みなれた地域での生活を継続することができるように支援するものである。泊まり・訪問(介護・看護)サービスを柔軟に提供する観点から、要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬を設定する。(新規) 要介護1 13,255単位/月～要介護5 31,934単位/月

その他にも、地域包括ケアシステムを実現するためには、こうした介護保険サービスだけでなく、見守り・配食・買い物など多様な生活支援型サービスの確保や、高齢者が安心して暮らせるための財産管理などを行なう権利擁護事業、あるいは、高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備など多くの課題が残されている。地域包括ケアシステムは、2025(平成37)年に完全実現をめざそうとしているが、人的・物的資源の十分な確保と、保健・医療・福祉の有機的連携の確立という絶対的条件が整ってこそ実現できるサービスである。量的にも質的にも、現在より何倍もの予算と基盤整備が必要とされる気の遠くなるような広大な構想である。その広大な構想からすれば、今回の診療報酬・介護報酬の改定は、その実現に向けた第一歩を記した改革であるとは一応言えるとしても、あまりにも小さな一歩ではないかという印象をぬぐいきれない。また、こうした、いわば、医療機関や福祉関係事業所の目の前に報酬をぶら下げて、一定の方向に導こうとする「馬の前に人参」型の誘導型推進政策で、果たして壮大な地域包括ケアシステムが実現できるのかという不安もある<sup>(8)</sup>。

しかも、地域包括ケアシステムが効果的に機能を発揮するためには、保健・医療・福祉の連携がひとつの鍵になるが、この連携は、保健・医療・福祉関係者が共同でケア計画を立てるとか、協力して複数者がサービス提供に出かけるというように一定の形式を整えればそれで実現できるという性格のものではない。連

携を形式的な仕組みから、実効性ある仕組みに変えていくためには、いくつかの実質的要件が満たされていなくてはならない。連携が必要とされる根拠については、重複の無駄を省くといった財政的理由や、施設と在宅の公平性を図るとか、それによってノーマライゼーションの理想が実現できるといった様々な理由があげられるが、やはり基本となるのは、連携によって相乗効果が発揮され、利用者に質の高いサービスが提供できるようになるという点であろう。そうだとすれば、まず第一に、保健・保健・医療・福祉関係者の間で、対象となっている利用者の身体的・精神的状態、家族関係、必要なサービス等についての「共通認識」が存在することが必要である。これまで、保健・医療・福祉関係者によるケア会議が開かれているが、それぞれの分野の担当者の中で、当該利用者にとって、もっとも相応しいサービスとは何か、どのようなサービスの組み合わせがもっとも効果的かについて認識が違っていることがしばしば見受けられた。それぞれから「医学的な見地から見ますと・・・」、「ホームヘルパーの立場から言いますと・・・」というような発言が相次ぎ、結局、それぞれが違う立場から発言することだけで終わってしまうような会議も多くあったのではないだろうか。やはり、保健・医療・福祉関係者が、状態を異にする個別ケースごとに、一定の共通認識をもったうえで検討を加えていくという「共通認識の確立」とそのつどのその確認が必要となってくるであろう<sup>(9)</sup>。次に、利用者の「自己決定権の尊重」という理念を関係者が共有する必要がある。従前の高齢者福祉サービスの時代には、保健・医療・福祉関係者は、高齢者に対して、単一のメニュー（たとえば、デイサービスの利用）を示して、これを利用するかどうかをたずねていた。このようなやり方では、高齢者の答えは、「Yes」か「No」かの選択しかないのであって、そこにはもともと保健・医療・福祉の連携という発想が出てくる余地はない。時には、利用者が、「こういうサービスをこれくらい利用したい」といっても、サービス提供機関の都合や提供する人員の数が足りないことを理由にその希望を断るといような事態も少なからずあった。そこでは、提供事業所の都合が優先されているのである。そうではなくて、利用者の自己決定権の尊重を第一義的価値と認識し、「どうすれば利用者の希望を実現できるか」という発想を出発点にすれば、自己の事業所でできない部分を他の事業所やボランティアで補ってもらうという方向で検討が進んでいくはず

である。こうすることによって、少ない資源をどのように組み合わせれば、当該利用者の希望（自己決定）をかなえることができるかという考え方が関係者の間に定着していくことになる。これが連携の基本であろう<sup>(10)</sup>。

さらに、地域包括ケアシステムをより効果的に作動させるためには、介護保険法に規定されているような事業者・行政機関だけでなく、NPO、ボランティア、民生委員など多様な民間マンパワーの活用、公民館、自治会館、保健センターなどの地域の多様な社会資源の活用が不可欠の要素である。これは、これまで地域福祉の分野でも盛んに言われてきた事柄であるし、これについて誰も異論をはさむものはいない。ただ、こうしたいわばインフォーマルな人的・物的資源も含めた広範囲のケアシステムの構築を、介護保険法という法制度のなかで規定することが法体系としてふさわしいことなのかという問題は残される。介護保険法は、事業者が本人に代わってサービス費を受領するので、本人にはサービスが直接行く現物給付のような体裁をとっているが、法形式は、利用者がサービスを利用した場合、市町村に介護サービス費用の支払いを義務づけた金銭給付法であり、それを社会保険という方式を使って実現している制度である。金銭給付法である介護保険法に、保険給付の仕組みが盛り込まれることは当然であるが、保険給付とは直接的に関係のない地域福祉の一部ともいべきケアシステムという仕組みを盛り込むことが妥当かどうかという点である。こうしたことに抵抗感を覚える論者もいる<sup>(11)</sup>。この点で、医療というサービスを提供することを公的に義務づけている現物給付法たる医療保険法とは事情が異なっている。医療保険法は、医療そのものを患者に提供する現物給付法であり、給付が現物給付である以上、それを可能にするための人的・物的設備の確保（すなわち、病院とか医師とか看護師の存在）は不可欠の要素となる。つまり、医療保険法においては、医療というサービスの提供と並んで基盤整備や医療システムの構築はいわば連動した形で理解することが可能である。しかし、介護保険法が、介護費用償還方式（金銭給付）をとっているからといって、事業所・施設や人材の確保に関する国や地方公共団体の基盤整備責任が薄められることはない。国・地方公共団体の基盤整備責任は医療と同じである。ただその責任をどの法体系のなかで規定することが適切であるかという問題である。医療の分野においてさえ、基盤整備や医療システムの構築は、医療保険法とは別の「医療

法」(1948(昭和23)年法205号)という法体系のなかで実施する建前をとっている。それは、医療サービスの提供に関する法律(医療保険法)と提供する人材や施設に関する法律(医療法)とは別立てであることが望ましいという配慮からであろう。これと同じように、介護サービス費用の支払いという保険給付の体系たる介護保険法とは別の法律(例えば、介護サービス基盤整備法といった法律)を制定して、国および地方公共団体の基盤整備責任とケアシステムの構築を明確にしていくことも一考に価しよう。

### (3) 介護保険法2014年改正

2014年の介護保険法改正で、従来、予防給付の中に含まれていた訪問介護(ホームヘルプサービス)と通所介護(デイサービス)については、2017(平成29)年4月までに、市町村が行う地域支援事業に移行することになった。地域支援事業は、2005(平成17)年改正により予防重視型システムが導入された際、要支援・要介護状態にならないよう予防するために、市町村が実施主体となって、要介護状態になるおそれのある高齢者(二次予防対象者)等を対象とした介護予防事業、包括的支援事業(介護予防ケアマネジメント事業)、その他の任意事業が介護保険法に盛り込まれたことに始まる(115条の45第1項)。その後、2011(平成23)年改正により、要支援者に対する介護予防サービスと二次予防対象者への介護予防事業を総合的かつ一体的に実施できるように「介護予防・日常生活総合支援事業」が追加された(115条の45第2項)。「介護予防・日常生活総合支援事業」事業は、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、地域の創意工夫を活かした取り組みを市町村に期待するものである。このことにより、たとえば、要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供したり、虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者にも、それにふさわしいサービスを提供したり、また、自立や社会参加意欲の高い高齢者には、社会参加や活動の場を提供するなど、これまでの枠(要支援認定を受けた高齢者と二次予防対象者たる高齢者、自立高齢者などの枠)を超えて総合的にサービス

を提供することが可能になった。いずれも介護保険財源の3%を（厚生労働大臣の認定を受けた場合は4%）を使って行われる事業である。

しかし、これまでの介護予防サービスについては、その効果があまりあがらなかったこともあって、以下のような問題点が指摘されてきた。①介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったこと。②介護予防プログラム終了後の受け皿がなく、活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分ではなかったこと。③介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかということ。

そこで、これからの介護予防の考え方として、機能回復訓練だけに偏った予防策ではなく、活動や参加も含めた予防策として、以下のような改善策が打ち出されてきた。①機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスのとれたアプローチが重要である。地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現をめざす。②高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手たる高齢者にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果をもたらす。③住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。④このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である<sup>(12)</sup>。

こうして、内容的には、心身機能回復訓練だけでなく、活動や参加といった要素を加えた形で、対象者的には、要支援認定を受けた高齢者も一般高齢者も含めて、市町村による地域支援事業としての「新しい総合事業（新しい介護予防・日常生活支援総合事業）」がスタートすることになったのである。

厚生労働省の説明によれば、今回の新しい総合事業には、以下のような点で効果が期待できると説明されている。

「予防給付について、柔軟なサービスの内容等に応じて、人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取り組みを実施し、効率的に事業を実施することが可能。

- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施。
- ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施。
- ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。
- ④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施。従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。利用料の下限については、要介護者の利用料負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要。①～④の取り組みを通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。」<sup>(13)</sup>

新しい総合事業では、これまでの要支援者は、新しい総合事業によるサービス（訪問介護・通所介護サービス等）と、予防給付による他のサービス（たとえば、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護など）とを適切に組み合わせながら、サービス利用できるようになる。また、新しい総合事業のみ利用する場合（たとえば、訪問介護）には、要支援認定は不要とされ、基本チェックリストのみで判断を行うことになっている。特徴的なのは、これまでの二次予防事業対象者把握のために用いてきた「基本チェックリスト」を、介護予防・生活支援サービス事業の対象者把握に用いている点である。市町村や地域包括支援センター等の窓口相談にきた利用者や家族に対して、まずはこの基本チェックリストを用いて事業対象に該当するかどうかを簡便に判断する。その結果、より状態が重いと判断されれば、要支援認定につなぐほか、状態が軽度で介護予防・生活支援サービス事業の対象に該当しない場合は、一般介護予防事業等や、その他の市町村事業等につなぐことになる。

財源措置については、訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行するのであるから、これまでのように当該市町村の介護給付見込額の3%以内という基準は見直すことが検討されている。ただし、地域支援事業への移行は、介護保険財源の中でかなりの部分を占めている要支援者に対する訪問介護と通所介護部分の事業費（しかも予防給付の給付額は高齢者の伸び以上に伸びている）を抑制しようという意図を持って実施されるのであるから、現在の給付見込み額の伸び（約5～6%程度）を抑えて、将来的には認定率が高まる後期高齢者の人数の伸び（約3～4%）程度に抑制・効率化することを推進するとされている。

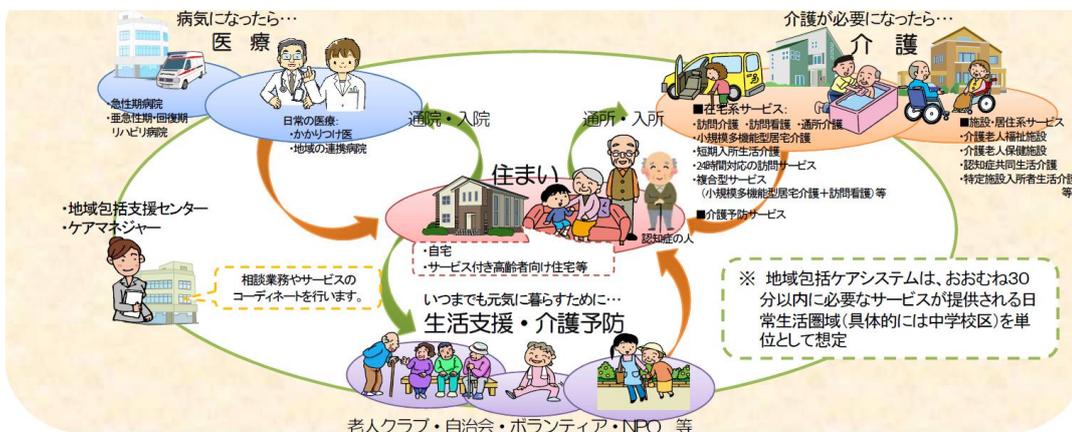
また、新しい総合事業では、地域での見守りとか配食とかゴミ出しといったような各種生活支援サービスの実施が強く打ち出されているのも特徴的である。具体的にいうと、訪問型サービスでは、既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護のほかに、NPO・民間事業者等による掃除・洗濯・配食等の生活支援サービス、住民ボランティアによるゴミだし・洗濯物の取り入れ・食器洗い・安否確認、交番・金融機関・コンビニ等の連携による認知症高齢者見守り等の様々な生活支援サービスが考えられる。通所型サービスでは、既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護のほかに、NPO・民間事業者等によるミニデイサービス・コミュニティサロン・認知症カフェの実施、住民が主体となって行う体操・スポーツ活動・交流の場の設定、リハビリ・栄養・口腔ケア等の専門職等が関与して行う各種健康教室の開催などが考えられている<sup>(14)</sup>。そして、生活支援も含めた総合的な日常生活支援事業がスムーズに展開できるように、市町村に「生活支援サービスコーディネーター(地域支え合い推進員)」を配置することになった<sup>(15)</sup>。こうした市町村による日常生活支援サービスは、すでに2011（平成23）年改正段階で介護保険法に盛り込まれていた事項であるが、任意事業であったため、2012（平成24）年度では、わずか27の保険者（市町村等）が実施しているに過ぎなかった（第5期介護保険事業計画期間では約132の保険者が実施予定）<sup>(16)</sup>。そこで今回の改正では、これを改め、日常生活支援サービスは、2018（平成30）年3月まで、すべての市町村で実施するようにしたものである。

### 3 地域包括ケアシステムにおける要介護者と家族

「地域包括ケア研究会」報告書では、地域包括ケアシステムを構成する要素として、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」の5つが示されている<sup>(17)</sup>。図示すると以下のとおり（図VI-1）である。ここでは構成要素としてはあげられていないが、「本人と家族の心構え」が基礎に置かれていることは重要であろう。すなわち、2025（平成37）年には、単身または高齢者のみの世帯が主流になることを踏まえて、仮に十分な介護サービスを利用でき、地域社会の支えが十分確保されるとしても、それだけでは不十分であり、それ以外に、各人が「在宅生活」に対する意識をもつことが必要になってくるという考え方がそれである。

地域包括ケアシステムは、それぞれの地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築するものである。地域包括ケアシステムを支える各種主体としては、本人（高齢者）、介護者（家族等）、地域住民、市町村、都道府県、国、介護事業者、民間企業、NPO、地域の諸団体などが想定されている。各種主体のそれぞれの役割としては、以下のように整理されるであろう。まず、高齢者本人は、サービスの利用者である前に、自らの生活を自ら支える自助の主体であるとされている。介護者（家族等）は、介護の社会化がさらに進展しても、身体的・精神的負担を完全に排除することはできないため、介護者支援は不可欠なものであるとしている。また、介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取り組みの推進について十分な議論を行うべきであるとされている<sup>(18)</sup>。

図VI-1 地域包括ケアシステムの姿



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (2015(平成27)年1月14日閲覧)

地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方として、訪問介護、通所介護、ショートステイという個別の介護保険給付については、以下の論点が挙げられている<sup>(19)</sup>。

### (1) 訪問介護のあり方

中重度者の要介護者で在宅生活を継続しているケースには、同居家族の身体介護における負担が大きくなっている場合が少なくない。レスパイト機能を持つサービスの需要が高まる背景には、訪問系の身体介護サービスが適切に提供されていない(利用されていない)という問題もあるのではないかと。とりわけ、身体介護のニーズが高まる要介護3以上でのショートステイの長期利用や特養申込者が増加する現象は、こうした在宅での身体介護の不足も影響しているのではないだろうかと思われる。

在宅での家族介護に対する支援を強化するという観点からも、2012(平成24)年度から導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、在宅生活継続を実現する上で重要なサービスであり、今後も普及・拡大していく必要がある。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入と並行して、2012（平成24）年度より身体介護における20分未満の時間区分が一定の条件のもとに導入された。在宅における1日の生活リズムにあわせた一日複数回の短時間巡回型ケアの提供は、自立支援を実現し、在宅限界点を引き上げていく重要なケアであり、アセスメントに基づく短時間巡回型のケアを推進することは、地域包括ケアの実現において、重要な意味をもつ。今後は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や20分未満の身体介護によって、ADL（日常生活動作能力）やQOL（生活の質）の維持向上をめざしながら、これらのサービスを受けることによって在宅生活継続に関する効果が上がることについて普及啓発を進めることが必要であろう。さらに、短時間ケアの有効性を踏まえた訪問介護における介護報酬のあり方についても再検討する必要がある。また、訪問系のサービスにおいては、夜間・深夜帯は、日中に比べ、人材の確保が難しい状況があることから、夜間・深夜帯も含めて適切に業務を行う事業所に対する報酬上の評価を相対的に手厚くするとといった工夫が必要とされよう。

## （2）通所介護のあり方

通所介護については、その機能に着眼し、①預かり機能（レスパイト）に特化したサービス、②機能回復訓練を中心とした自立支援の要素の強いサービス、③専門性が必要とされる認知症ケアに特化したサービス、④ナーシング機能を持つサービス等に分類・整理することができる。また機能回復訓練を中心とした通所介護については、事前に十分なアセスメントを行った上で、具体的な到達目標（歩行能力の改善など）を明示し、継続的なアセスメントを行いながら、成果が得られた後は、適時、提供するサービス内容を変更していく必要がある。

また、これからの高齢者は現役時代に地域外で就労していた人も多く、退職後地域に戻っても居場所がなく、閉じこもりがちになる場合もある。現行制度（2014年改正法が実施される以前）では、要支援状態の者にも介護保険サービスが給付されることから、高齢者が、機能回復訓練というよりは、単に友達を求めて、あるいは、居場所を求めて、相対的にコスト高の介護保険サービスを利用している場合も少なくない。こうした高齢者に対しては、見守り、配食、

外出支援、サロン（集いの場）など地域の活動を充実させ、選択肢を増やすことによって、介護保険サービスを利用しなくとも、社会参加が促進され、健康が維持されることが期待される。2014（平成26）年の介護保険法改正は、まさにそうした期待にこたえようとするものである。

また、今後、多様な価値観を持つ団塊世代が利用者となってくることを想定しなくてはならない。特に社会参加型の通所介護においては、メニューやアクティビティの多様化が必要になると考えられる。各事業所の創意工夫に基づく有料サービス（全額自己負担）と通所介護サービスとの柔軟な組み合わせがしやすい仕組みの検討等、サービス内容の多様化を進めていくべきである。とりわけ認知症高齢者に関しては介護者支援も大きな課題である。たとえば、通所介護において、要介護者に対するケアを提供するだけでなく、介護者に対するサポートも組み合わせるといった取り組みによって、結果的に本人の在宅生活の継続につながるのではないかと思われるからである。

一方、通所系サービスについては、足腰が弱っている高齢者にとっての移送サービスが魅力となっている。通所系の介護保険サービスだけでなく、地域内の様々なサービスや集いの場（たとえば、喫茶店やカラオケ店、雀荘、碁会所など）に出向きたいと考える高齢者は少なくない。移送手段が十分に確保されていれば、これが可能になる。地域内のボランティアやコミュニティバスなどを有効に活用しつつ、より活発な外出支援を行うことを考えていかななくてはならない。

通所介護について、いわゆる「お泊りデイ」が増加している状況があるが、まず小規模多機能型居宅介護やショートステイの緊急時受け入れ等の介護保険サービスを充実させていく取り組みが重要である。一方で、いわゆるお泊りデイに対しては、夜間の十分なケア体制がない、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されていることから、サービスの届出制度など、サービスの実態を早急に把握したうえで、利用者や、ケアマネジャーに正しい情報が提供される仕組みなどを検討すべきではないかと思われる。

### （3）ショートステイのあり方

ショートステイや通所系サービスは、レスパイト機能を持つ居宅サービスとして、家族介護者からも人気が高く、また家族介護者の就労機会を確保する上でも重要な役割を担っている。ただし、ショートステイを1カ月以上にわたって利用するような、ロング利用が見られる状況は、心身の状態の維持改善という観点からも不適切なサービス利用といえる。また、こうしたショートステイのロング利用は、擬似的な施設入所あるいは施設入所待機者の待機場所ともいえるべきものであり、施設不足を表した現象というほかない。日本の在宅ケアの不十分さと現状の在宅ケアに対する信頼のなさが、ショートステイの長期間利用につながっていることは明らかといわなくてはならない。

また、ショートステイを利用した際にかえって自立度が低下し、在宅復帰がますます遅れる場合があるという指摘がある。こうした指摘を受けないように、ショートステイ利用者の在宅での生活や介護の状況を、日頃サービスを提供している居宅介護事業者とショートステイ事業者が十分に情報連携し、利用中のケアのあり方に個別的に配慮することが必要である。また、ショートステイに関しては、地域によっては、緊急時の受入体制が不十分な場合があり、その強化を図ることも緊急の課題であろう。

#### 4 地域包括ケアシステムの意義と課題

##### (1) 提供体制の整備

地域包括ケア提供体制を実現するには、ケアを構成する様々なサービスについて、その制度的配置の整理が必要である<sup>(20)</sup>。介護保険法は、高齢者が「要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」(介護保険法2条4項)ようにするという目的で制定されたものである。つまり、介護保険法は、「可能な限り、その居宅において」生活できるように、初めから在宅での生活を支える制度として構想されたものである。しかしながら、現実には、特養や老健施設などへの入所を希望する施設志向の傾向は依然として続いている。それは、特養

希望待機者の数の多さをみれば一目瞭然であろう。地域包括ケアシステムは、施設機能の最小化を図りながら、それに代替するものとして地域で要介護高齢者を支援していこうとするシステムとして構想されたものであるとの見方もある<sup>(21)</sup>。2011（平成23）年の介護保険法改正で介護保険に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護および複合型サービスが導入された。利用者に選択肢が増えたことは歓迎すべきであろうが、既存の介護保険サービスや他の類似サービスとの関係を十分に整理しないままであれば、いたずらに制度の複雑化を強めるだけになりかねない<sup>(22)</sup>。

地域包括ケアシステムによって地域で総合的に提供されるべきとするサービスには、それこそ多様なものが掲げられており、しかも、それらを地域の実情に応じて提供するとなれば、それを可能にするような体制の整備と確保が前提条件となる。そうなると、地域包括ケアシステムの具体的な仕組みを考えていく前に、現行介護保険法の保険給付がどの範囲をカバーしているのか、今後、介護保険でカバーする範囲としてどのようなものが適切なのか、それと予防給付や地域支援事業をどのように組み合わせていくのか、それぞれのサービスの目的・関係・位置づけの問題も含めて、理論的な整理と検討がなされなくてはならないことになる。もちろん、それらの仕組みを創設し、機能させ、継続させていくためには財源措置が大きく関わってくることは言うまでもない。さらに、地域包括ケアシステムに関する法体系上の問題もある。地域包括ケアシステムを現行の介護保険法上の制度として構築することが、果たして、法体系として適切なかどうかという問題も検討しなくてはならないであろう<sup>(23)</sup>。

## （２）住民参加の促進と自治体の役割

地域包括ケア提供体制については、フォーマルとインフォーマルのケアバランスをどうするかの問題が問われていることも指摘しておかなくてはならない<sup>(24)</sup>。フォーマルサービスとインフォーマルサービス双方の性質の違い、成立条件、適用される対象者とサービスの内容、その組み合わせといった問題は重要な課題である。むしろ、すべてのケアニーズの提供をフォーマルサービスで担

おうとすることは無理であろう。そのようなことになれば、コスト爆発を起こし、制度の持続可能性を揺るがすことが明らかだからである。したがって、当然のごとくインフォーマルケアとの組み合わせが重要になってくる。インフォーマルケアの意義を今一度確認して、必要があれば再定義し、今後それをどのように活用していくのかを考えていかななくてはならない。地域包括ケアシステム研究会報告書では、「自助・互助・共助・公助」の連携をうまく機能させることが重要であるという表現が用いられている。近隣の助け合いやボランティアなどのインフォーマルな相互扶助をさす言葉として、これまで多く使われていた「共助」という用語とは別に「互助」という用語が用いられている。「互助」は、住民主体の、住民が自発的に行なうところのサービスやボランティア活動を意味する用語であるが、それらのサービスは、当然のことながら強制される性格のものではない。ましてや、そうした互助サービスが提供されるからといって公的責任が後退することもあるとはならない<sup>(25)</sup>。互助サービスは、具体的に言えば、種々の生活支援サービス、たとえば、見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどさまざまな日常生活にかかる支援を意味することになる。そして、その提供主体として、個々の住民や地域組織（自治会、老人会、地域婦人会など）、NPO団体等が期待されている。

今回の2014（平成26）年介護保険法改正もまさにこうした「互助」のサービスを介護保険サービスと結び付けて、総合的に提供しようとしている。種々の生活支援サービスを地域包括ケアシステムに位置づけるとき、それを保健・医療・福祉サービスとどのように結び付けるか、そのシステム化のあり方が重要となる。システム化といってもこれらは標準化できる内容ではないため、それぞれの地域がそれこそ地域の実情に応じて取り組むことになる。たとえば、住民同士の見守りという、いわゆるインフォーマルなケアをセミフォーマル化し、低額な利用料でもってそれらのサービスを利用できるような仕組みを地域の独自事業として実施している例がいくつか報告されている<sup>(26)</sup>。こうした先進事例を参考にしながら、それぞれの自治体や地域で、地域の実情にあった互助システムの構築・整備が望まれるところである。

互助システムは、地域に暮らす要介護高齢者の生活維持の責任がどこにある

かにかかわる課題ともいえる。生活支援の積極的な担い手として地域住民を包摂した地域社会のネットワークを構築するためには、要介護高齢者の生活維持の責任を行政も按分して引き受けるしくみが用意され、地域住民に過度の責任を負担させないことが不可欠である。まず法制度や行政の支援がはっきりとされることが先決で、そのうえで行政では支援不可能なサービスを次に住民にお願いするという文字通りの補完性の原理が担保されているからこそ、地域住民の力量が発揮できるのである。生活支援については、生活維持の責任の按分を強く意識したシステム構築を行わなければならない。加えて、地域包括ケアシステムの構築における自治体の役割にかかる課題も指摘されている。責任の按分を強く意識したシステムの構築において、ローカル・ガバナンスがどれくらい機能するかはまだ明らかになっていない。先の課題を考えると、自治体が地域社会のネットワークにおける支援の最終責任を引き受ける必要がある。もちろんこの主張は、国による責任を解除することにはならない<sup>(27)</sup>。

## 5 小括

「地域包括ケアシステムの構築」は、なにもいまに始まった問題ではない。当初は、国の側に、施設サービスを充実させることは、建設費およびその後の給付費まで考えると、国と地方公共団体の財政負担が大きすぎるという判断があった。こうした財政面からの配慮のもとに、それならば比較的財政面で負担のかからない在宅サービスの方へと比重を移していこうという意図があったように思われる。しかし、現在の「地域包括ケアシステム」はそうした当初の意図とはずいぶん異なった理念のもとに推進されているといつてよい。すなわち、地域包括ケアシステムは、在宅サービスの方が財政的に安価な費用でやれるから在宅サービスの方を充実しようという発想ではなく、高齢者が在宅での生活を望むならば、その人がたとえ重度の要介護状態であっても、その希望がかなえられるように、保健・医療・福祉の包括的提供体制を身近な地域で整備しようという「高齢者の自己決定権の尊重」を基本的理念においていることである。だからこそ、在宅サービスの充実は、現在、わが国が進める多くの政策におい

て、その目標概念として共通に使用されているのである。その点で、2014（平成26）年改正においても、政府が、要介護度が重い高齢者であっても、住み慣れた地域での安心した生活を続けることを可能にする体制づくりをさらに一歩進めようとした点は評価できる。ただし、その実現は、容易なものではない。望ましい地域包括ケアシステム実現のためには、高齢者の身体的・精神的・環境的状况に合わせて利用可能な多種・多様なサービスの存在が不可欠だし、それを支えるための基盤整備は欠かせないことだからである。現行介護保険法の給付や事業の範囲との関係を整理し、財源問題や人的資源の問題、公的責任の明確化、インフォーマル活動との組み合わせなどを考えながら、このシステムを機能させていくことが望まれる。

## 注

- (1) Cynthia Massie Mara & Laura Katz Olson, *Handbook of Long-Term Care Administration and Policy*, CRC Press (2008), p. 21-22
- (2) 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2010（平成22）年）27頁。
- (3) 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』（オーム社、2012（平成24）年）30-37頁。
- (4) 山崎泰彦「高齢者介護、介護保険のこれから」月刊福祉（2011年4月号）27頁。
- (5) 新田秀樹『社会保障改革の視座』（信山社、2000年）256頁。
- (6) 当時の厚生省内部では、介護保険法とは別に施設整備のための特別立法をつくることが考えられていたとある。木下秀雄「介護保障の権利論」社会保障法11号（1996年）176頁。
- (7) 鏡論「第5期介護保険事業計画の策定と自治体の責務」週刊社会保障No. 2642（2011.8.29）44頁。
- (8) 「[地域包括ケアシステムの構築という]その壮大な実験に比べ、今回の介護保険法改正と介護報酬・診療報酬の同時改定は小さな一歩を踏み出したに過ぎない。しかも、報酬というにんじんをぶら下げて誘導する伝統的な手法が通用するかどうか。失敗に終われば、かかりつけ医制度の義務化や特養の入居の厳格化等へ走る事態が待ち受けるだろう。」宮武剛「施設と居宅、介護と医療はいかに連携するか」月刊福祉2012年5月号、38頁。
- (9) 石橋敏郎「保健・医療・福祉の連携と地方自治」河野正輝・菊池高志編『高齢者の法』（有斐閣、1997年）248-251頁。
- (10) 石橋注(9)、前掲書、251-253頁。

- 
- (11) 「ここに構想する地域包括ケアシステムとは、介護保険の範囲を超え、医療や地域のコミュニティまでを構想する壮大なネットワークをイメージしている。それらの構想が介護保険制度改正のなかで語られることは、正直不自然さを感じる。介護保険制度は、言うまでもなく介護事故に対する保険制度である。介護保険法の改正に基づいて議論されるならば、何らかの保険給付の仕組みが組み込まれているはずであるが、厚労省の構想する地域包括ケアシステムは、自治体が地域住民と協力して、地域でつくる連携のシステムとなっている。そうであるならば、自治体の独自のシステムによる保険給付以外の保健・医療・福祉の対応が必至となる。しかし、厳密に言えばそれは保険の枠組みで語る問題ではない。地域のトータルケアの取組であり、もともと自治体の責任範囲課題である。」鏡論「第5期介護保険事業計画の策定と自治体の責務」週刊社会保障 No. 2642、2011. 8. 29、44 頁。
- (12) 社会保障審議会介護保険部会（第 51 回）平成 25 年 10 月 30 日、資料 1「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」
- (13) 前掲資料、注(12)
- (14) 社会保障審議会介護保険部会（第 52 回）平成 25 年 11 月 14 日、資料 2「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」
- (15) コーディネーターには特定の資格要件は求めないが、地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であるので、国や都道府県が実施する研修を修了としていることが望ましいとしている。厚労省では、今年度中にコーディネーターの養成に向けて研修カリキュラムやテキストの作成を行うことになっている。
- (16) 前掲資料、注(12)
- (17) 地域包括ケア研究会「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、2013（平成 25）年）2 頁。
- (18) 地域包括ケア研究会報告書、前掲書注(17)、7-15 頁。
- (19) 地域包括ケア研究会報告書、前掲書注(17)、25-29 頁。
- (20) 高橋紘士「地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて」季刊社会保障研究 Vol. 47, No. 4（2012 年）344-345 頁。
- (21) 里見賢治「介護保険の 10 年と 2011 年改定の動向」賃金と社会保障 No. 1535（2011 年）9-10 頁。
- (22) 稲森公嘉「24 時間安心の居宅介護保障と介護保険一定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設をめぐる」ジュリスト No. 1433（2011 年）21 頁。
- (23) 石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」ジュリスト No. 1433（2011 年）12 頁。
- (24) 太田貞司「地域社会を支える「地域包括ケアシステム」『地域包括ケアシステム—その考え方と課題』光生館（2011 年）31-32 頁。
- (25) 佐藤卓利「介護保険と地域包括ケアシステム」賃金と社会保障 No. 1535（2011 年）は、この点について危惧する主張をしている。
- (26) 筒井孝子「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方」季刊社会保障研究 Vol. 47, No. 4（2012 年）は、武蔵野市の「認知症高齢者見守り支援事業」を自治体による生活支援サービスのシステム化として紹介している。
- (27) 井上信宏「地域包括ケアシステムの機能と地域包括支援センターの役割」地域福祉研究 No. 39、2011 年。

## V 家族介護と自己決定権

### 1 自己決定とは

「自己決定」という言葉は、個人の自己実現のために、あるいは、自分の人生を自ら決定できるという意味で、生き方を選択できるようにする重要な条件の一つとして捉えられており、しばしば「権利」として主張されている。そこでは、他者決定と対峙して自己自身による意思決定が重視されるのであり、自分の人生における重要な決定に際しては、他者による一方的な押しつけを極力排除しようとする意図をもって主張されてきた概念である。女性が他者から妊娠・出産を強制されない権利としての「中絶の権利」や、自らの生命に関わる出来事を自らが決めたいとする「患者の自己決定権」は、その代表的な例である。福祉政策の領域では、自分で選択して契約を結んだときは、その選択の結果には本人も責任をもつという意味での個人の自己責任が強調される場合があり、こうした自己責任の原則と並んで、その前段階で個人の選択（自己決定の尊重）が重要な条件として示されることが多い。

「自己決定」は様々な場面や領域で語られており、その意味するところも多様である。また、「自己決定」は権利なのか、理念なのか、単なる現実なのか、という問題もある。人は、朝起きてから寝るまで、何を食べるか、何をするか、といった日常生活に関わる小さな自己決定から、どのような仕事をするのか、誰と生活を共にするのか、といった人生上の大きな決断まで、日々その場その場において自己決定を行っている。自己決定は人が生きていく上で、なくてはならないものであると同時に、せざるを得ないものとしての「事実」として捉えることもできる。他方、法学、特に憲法学の分野では、自己決定権は「基本的人権」の一つとして捉えられ、憲法に照らして、自己決定権がどのような根拠や構造を持つのか、またその内容や制約原理はどのようなものなのか、といった問題が議論される。そしてそこでは、自己決定権が、主に「国家による干渉を受けずに個人が私的な事柄を自分で決定する権利」として理解され、実質的に保障される権利は、もっぱら私事、すなわち避妊や中絶、結婚や離婚、自己の生命や身体、容姿や趣味・嗜好といった、「プライバシーの領域に関わる事

柄を決定する権利」として捉えられている。さらに、このような憲法上の権利としては明確に位置付けることができず、既存の法的権利の枠には収まりきらない様々な自己決定権の主張、例えば、フェミニズムの主張にみられる、男女間の格差是正を求める女性の自己決定権や、異性愛を正常とみなし、同性愛を異常で劣ったものとみなす社会のあり方に異議をとなえる同性愛者の権利、あるいは同性愛者の自己決定権、といったものも存在する。このような自己決定権の主張は、権利を主張する形を取るものの、憲法上の明確な基礎付けを伴わないという意味で、「理念」としての自己決定権として把握することもできる<sup>(1)</sup>。本論文では、自己決定という言葉、憲法に根拠を置く定法上の権利としての自己決定権としてではなく、理念としての自己決定権、具体的には、高齢者や障害者が、日々の生活のなかで、住まいや職業、学校を選択したり、福祉・介護サービスを選択したりする際に、自分が望む生き方や受けたいサービスを自ら決定するという事実としての「自己決定」を指す言葉として使用することにする。

また、自己決定のプロセスには、選択の概念が含まれている。提供してほしい福祉サービスを決定するためには、決定主体を取り巻く個別的环境下における選択を可能なものとするための条件整備と、選択する際の各選択肢の比較・評価の判断基準が必要である。また、各選択肢は並列的に存在しているのではなく、有機的に関係するシステムとして存在している。さらに、決定主体と環境も相互に作用しあう関係にある。決定主体は、環境との関係性において選択の際の判断基準や、自らが望むライフスタイルの構想を持つことになる。

「自己決定権の尊重」は、個人の多様な選択が、置かれた環境下で「自由」になされることを要請する。強制された選択の結果としての自己決定は、本来の意味での自己決定とはいえない。したがって、「自己決定権の尊重」は、個人の望むライフスタイルを「自由」に実現するための積極的な決定を周囲で保障することである。また、選択可能なものが著しく制限されている環境下に個人が存在し、あらゆる可能な選択の組み合わせによっても、好ましくない状態に置かれる場合、「自己決定権の尊重」が保障されているとはいえない。選択における「自由」度の、社会全体のコンセンサスに基づくレベルにおける「平等」性を、「自己決定権の尊重」は、同時に志向するものである<sup>(2)</sup>。

## 2 自己決定権の尊重

わが国の介護サービスは、当初は、低所得者に対する特別の給付という選別主義的な姿をとって登場してきた。その後、介護ニーズは、所得の多寡にかかわらず、高齢者に共通に発生するものであるという普遍主義的な考え方がこれに代わることになった。その後、特別養護老人ホームのような施設整備が進められていった。現在では、施設から在宅へという動きが主流であり、たとえ重度の要介護高齢者であっても、地域で生活することを可能にする地域包括ケアシステムの構築がいまや最重要課題となっている。これまでの議論は、施設が良いか、在宅が良いか、それぞれのメリット・デメリットを論じたり、あるいは、国家予算の急迫が深刻になると、施設建設は費用がかかるので、なんとか高齢者を在宅で最後まで看取れるような仕組みはできないだろうかといった在宅優先論が大半であった。しかし、これらの議論は、要介護者本人である高齢者をどこか除外して論じられてきたという批判を免れない。

要介護高齢者に対する介護サービスのあり方を考えるときには、どこで、誰に、どのように介護されたいかという要介護高齢者本人の「自己決定権の尊重」を基本にして考えていくことが大切である。従来、高齢者に対する介護サービスは、行政が一方向的に決定する措置制度のもとに提供されていた。この制度のもとでは、高齢者は行政からサービスの提供をうける客体としての地位しか与えられていなかった。しかし、介護保険制度の創設により、介護サービスは措置制度から契約制度へと改められることになった。すなわち、介護サービスの受給は、要介護高齢者とサービス提供事業者との契約によって実現されることになったのである。サービスを受給する者とこれを提供する者が直接的な権利義務関係に立つという構造になったことは、契約当事者の主体性が尊重され、契約内容について、少なくとも形式的には自己決定ができるという点で意義をもつものといえる<sup>(3)</sup>。また、措置制度のもとでは、措置決定にあたって、対象者である要介護高齢者と家族等は一体的なものとして把握されていた。このような理解は、介護保険制度のもとでも、家族は家族であるがゆえに、当然に、

要介護高齢者に対する代理権を有しているという考え方になりがちである。ここでは、常に、本人と家族は利害が一致しているという誤解を与えてきている。

介護保険給付の目的は、保険事故の発生した被保険者である要介護高齢者が「地域社会で生活する」ために必要な保険給付を支給することであって、要介護高齢者に対する保険給付の支給が結果的に介護家族の負担を軽減することはあっても、介護家族の負担軽減それ自体が保険給付の直接的な目的ではない。社会保険も保険である以上、保険事故の発生の認定や保険給付の程度・内容の決定は、できる限り客観的で合理的なものでなければならない。むしろ、介護する家族に対する支援は、介護保険の給付の問題とは別個に論じられるべき重要な課題である<sup>(4)</sup>。

介護サービスなどが充実されれば、家族による介護の余地は次第に少なくなるかもしれないが、しかし、それは要介護者の「自己決定権の尊重」とは別の次元の問題である。公的な在宅サービスがどんなに整備されたとしても、要介護高齢者自身が家族による介護を望み、家族もまたその介護をしたいと考えたときには、お互いのその意思を尊重し、それを実現させていくことこそが、現在の社会福祉サービスの新しい考え方であろう。その際には、従来のようにサービスを受給する側としての要介護高齢者という受動的なとらえ方から脱皮して、要介護者を受給権の主体としてとらえ、要介護者の意思を尊重した利用者中心のサービス提供体制の確立ということが目標とされなくてはならない。

介護サービス受給権利者たる高齢者の「自己決定権」を尊重するという視点にたてば、介護手当は、家族から介護を受けたいと望む高齢者の意思を尊重し、高齢者自身に支給され、高齢者から介護家族に渡される性質の現金給付という性格を持つことになる。介護休業制度については、これまた、一定期間、家族からの安定した、継続的な介護を望む高齢者の希望をかなえる制度ということになる。そうだとすれば、当該高齢者が長期ケアを必要とし、かつ高齢者がその後も家族による介護を望むならば、その両者の意思を尊重して介護期間を延長できるような仕組みも準備されなくてはならないであろう。

さらに、要介護高齢者の自己決定権を尊重する介護サービスということを中心におくならば、実際に受けることになる給付の種類やサービスの量の問題までも「自己決定権の尊重」を基本にして考えていかななくてはならないことにな

ろう<sup>(5)</sup>。どのような介護サービスをどれだけ受けるかの選択は、もちろん本人が決めることになるが、選択を可能にするための条件整備は国や地方公共団体の義務であろう。地域包括ケアシステムの構想は、高齢者が在宅での生活を望むならば、その人がたとえ重度の要介護状態であったとしても、その希望がかなえられるように、保健・医療・福祉の包括的提供体制を身近な地域で整備しようという考え方に基づいている。地域包括ケアシステムによって地域で総合的に提供されるべきとするサービスには、現行介護保険法の保険給付でカバーする範囲のものだけでなく、ボランティアや地域住民による見守り活動などそれを超えるインフォーマルなサービスが含まれている。ボランティアや地域住民も含めた高齢者地域包括ケアシステムは、それこそ地域の実情に応じてそれぞれの地域に適した形で進められていくことが期待されるが、それを可能にするような基盤体制の整備と人材の確保は、国や地方公共団体が責任をもって行わなければならないことであろう。決められたサービスの受給者というこれまでの受動的な捉え方を脱し、高齢者を介護サービス受給の「主体者」として位置づけ、真に必要なサービスを選択できるような仕組みを地域で実現することがこれからの課題であろう。高齢者の「自己決定権の尊重」を基本的理念においたうえで、日本の家族介護サービスは今一度再構成されていくことが必要であるように思われる。

### 3 ダイレクト・ペイメント

#### (1) ダイレクト・ペイメントの背景

ダイレクト・ペイメントは、イギリスの障害者福祉サービスの受給形態のひとつとして新しく考え出された方式の一つであり、障害者自身に社会保障としての金銭給付を給付し、その費用を使って自分にサービスを提供してくれる者を障害者が雇用するという仕組みである。障害者がサービス提供者を雇用するという点で画期的であり、そのことによって障害者の自己決定権を尊重し、障害者サービスにおける障害者の主体性の確立をめざそうとしたものである<sup>(6)</sup>。

ダイレクト・ペイメントは障害者運動から生まれたものである。それは、同時に、障害者にとってより質の高い支援の組み合わせを受けることができ、障害者自身の満足度も高まるし、一方で、地方自治体にとっても費用の面で効率的な運用ができるというメリットがある。ダイレクト・ペイメントは社会的介護に大変革を起こす可能性を持っている。ダイレクト・ペイメントは、必要に応じたサービスの代わりに障害者に金銭を与えるという、単純な考え方に基づいている。ダイレクト・ペイメントは障害者に自分自身のサービスを自分で決めて運営・実施できるようにしたもので、どんな形で、いつ、どのように、誰から援助を受けるかを自分で決定することを可能にしている。サービス提供はニーズがあり、そのニーズが続く限り提供され、在宅か施設かなど1つの場所に固定されることなく、その人がどこにいても提供されるようになっている。この結果、障害者は彼らの選択に基づく生活を続けていくことがより可能になる。ダイレクト・ペイメントはこのように自立した生活を実現するために重要な手段となっている。

サービスの代わりに現金を渡すことだけで、本質的に、障害者により大きな選択権と管理権が保障されていると見てはいけない。多くの場合、地方自治体が障害者のニーズを決定する際に、当該障害者にどのくらいの選択の幅を与えているかによるからである。ダイレクト・ペイメント・パッケージの中に柔軟性が保てるコミュニケケアアセスメントが盛り込めるかどうかは鍵となる。さらに、情報を提供し、障害者それぞれがどのようなサービスを望んでいるかを聞き、ピアサポートの機会を提供する等の援助サービスは、ダイレクト・ペイメントが成功するための絶対条件である。ダイレクト・ペイメントによって提供されるこうした援助サービスは、最初は障害者福祉の分野で発展してきたものであるが、いま高齢者にも広がっている<sup>(7)</sup>。

## (2) ダイレクト・ペイメントの内容

ダイレクト・ペイメントとは、地域において福祉サービスを受ける際のサービス提供方法の一つの形態である。一般に、福祉サービスは地方自治体が費用を負担し、その費用を使って福祉サービス部を通して現物給付という形で行わ

れることが多い。しかし、ダイレクト・ペイメントはアセスメントにより必要と認定されたケアについて、それがケアマネジメント・プロセスの中に盛り込まれると、障害者がそのケアサービスを受けるという点ではこれまでと同じであるが、それに伴う経費を障害者自ら管理するという点に特徴がある<sup>(8)</sup>。

① イギリス保健省によるダイレクト・ペイメントについての説明

- a) 福祉サービスを使う成人にとっての自立と選択の向上に重要な手段であり、自己決定の原動力となるものである。
- b) ダイレクト・ペイメントは、個人のニーズを最大限に満たすため、日々の生活を決定する手段を与えるものである。選択権をもつということは、福祉機器やサービスを購入する自由と同様、さまざまな程度や内容をもつケアを購入することができることである。そして、個人の個性にあった形で環境を改善し、よりよい生活の質を高めていくことにつながる。
- c) すべての人は、尊厳ある自立生活を送る権利をもっている。そして、彼らが望む限り、彼ら自身の家で暮らし続けることができる権利をもっている。

② ダイレクト・ペイメントの資格要件

- a) National Assistance Act (1948) の 29 条に該当する者
- b) 最新の法律に定められた年齢の範囲にある者
- c) コミュニティケア (ダイレクト・ペイメント) 法施行規則に基づき非該当となる者は受けられない。例えば、精神保健、薬物・アルコール依存、犯罪裁判に関わる特定の法によって自らのケアをアレンジする自由が制限されている者は、受給できない
- d) 自分自身のケアを管理することを進んで行い、そのことができる者 (必要なら適当なアシスタントによる援助を受けてもよい)
- e) コミュニティケア・サービスに対する受給基準に基づいてアセスメントを行った結果、そのサービスを受ける権利をもつと認定された者

③ ダイレクト・ペイメントのレベル決定の方法

ダイレクト・ペイメントの受給内容・水準・金額は、ケアプラン (ケアプランで確認されたニーズ) に基づいて決定される。アセスメントとケアプランを

前提にしたのは、ダイレクト・ペイメントを受ける人と直接現物給付サービスを受ける人の間に公平を期すと同時に、フレキシブルなプロセスをもつように配慮したからである。地方自治体は、ダイレクト・ペイメントの適用に関連して、各自治体がもっている裁量に基づいてすべてを決定してしまうものではなく、個別の個人的な事情（要介護状態、家族介護の有無、その地域の福祉資源など）を考慮して給付内容・水準・金額を決定することになっている。支払いのレベルは、次のようにして合意される。

- a) 社会サービス部は、ダイレクト・ペイメントを現物給付サービスの代替措置として位置づけ、それを提供する経費として計上する。各サービス項目に対して、サービス提供者から少なくとも2件の見積りをとる。費用の比較はサービス利用者にとってより価値あるサービスを提供しているのはどちらか、利用者のニーズに適切に対処できるのはどちらかという判断をする。経費を計算する責任のある職員は、よい雇用実践につながるようになければならない。その経費には、介護スタッフのトレーニング費用などを含んでいる。
- b) ダイレクト・ペイメント利用者は、ダイレクト・ペイメントを受けることで、自らのケアを選択し管理する計画をよりよいものに向かわせることができる。
- c) 支払い金額は、ダイレクト・ペイメント利用者の計画に照らし合わせて検討され、合意される。ダイレクト・ペイメント利用者（すなわちサービスを受ける障害者）は、パーソナル・アシスタントの雇用主として、サービス提供者に対して報酬、手当などの支払い義務を負っており、支払った際には詳細な記録をとらなければならない。なお、利用者がダイレクト・ペイメントを開始する際、自治体と合意した年間支払額の5パーセントの資金が社会サービス部より支給される。

#### ④ ダイレクト・ペイメントの受給者数

2007年度のイングランドにおける福祉サービス受給者数及び種類に関して、その障害別・年齢別受給者推計数（18歳以上）は下表のとおりであり、（ ）内は65歳以上が占める割合を示している。日本では65歳以上は主として介護保

険制度に移行するため統計的に区分されているが、イギリスではコミュニティケアとして18歳以上の障害別統計が行われている。すなわち、加齢に伴い機能障害が出現した場合に、それに対して何らかのケアを与えるのがコミュニティケアと解釈できる。ダイレクト・ペイメントをみると他の福祉サービスと異なり、65歳以上の占める割合は40%である。この数字をみる限り、18～64歳までの年齢層が多く利用しているとも言えるが、一方で高齢者の人たちもパーソナル・アシスタントを雇用してサービスを受けており、ケアの自己管理を行っているということがうかがえる<sup>(9)</sup>。

表V-1 2007年度 障害別福祉サービス受給者数(千人)

障害	総数	ホームケア	デイケア	配食サービス	ダイレクト・ペイメント	福祉用具・住宅改修
全体数	1535(66.8)	577(81.6)	227(54.6)	136(92.6)	<b>67(40.2)</b>	519(77.1)
前年度2006	1526(67.3)	586(81.4)	237(55.2)	15(93.3)	<b>49(36.7)</b>	491(73.7)
身体障害	1114(81.0)	474(88.0)	112(83.0)	119(94.1)	<b>48(50.0)</b>	484(78.3)
肢体不自由	876(81.5)	385(88.3)	89(83.1)	98(93.9)	<b>37(48.6)</b>	399(78.7)
聴覚障害	13(51.5)	1.4(50.0)	0.7(42.9)	0.1(50.0)	<b>0.5(60.0)</b>	6.7(50.7)
視覚障害	40(80.0)	13(92.3)	4.2(81.0)	4.5(95.6)	<b>1.8(44.4)</b>	15(80.0)
重複障害	6.2(85.5)	2.3(91.3)	0.7(85.7)	0.7(100)	<b>0.4(50.0)</b>	2.4(83.3)
知的障害	111(8.4)	33(12.4)	58(6.0)	1.6(37.5)	<b>11(3.6)</b>	7.9(15.2)
精神障害	266(33.1)	58(69.0)	53(45.3)	12(82.5)	<b>6.9(33.3)</b>	16(68.8)
薬物依存	11(6.4)	1(40.0)	0.8(12.5)	0.3(33.3)	<b>0.08(-)</b>	0.4(25.0)
脆弱な状態	32(78.1)	11(90.0)	3.1(87.1)	3.5(91.4)	<b>1.1(54.5)</b>	11(50.9)

出典：Adult Social Service Statistics, 2009

#### ⑤ ダイレクト・ペイメントの利用範囲の拡大

ダイレクト・ペイメントは、法の施行と同じ1997年に誕生した労働党トニー・ブレア政権下で発展の方向に向かった<sup>(10)</sup>。当初は、18～65歳未満の障害者が対象となっていたが、その後に範囲の拡大および自治体の機能強化が図られ

ている。2000年より高齢障害者も対象となり、介護者および障害児法 Carers and Disabled Children Act (2000)、保健および社会ケア法 Health and Social Care Act (2001) などの整備により、介護者、障害児をもつ親、16～17歳の障害者にも広げられていった。また2003年、ダイレクト・ペイメントの施行規則改正が行われ、自治体のダイレクト・ペイメントに対する取り組みが強化された。つまり、福祉サービスを受けたいと希望する住民にその資格がある場合に、ダイレクト・ペイメントの選択も可能であることを明確に示すことになった。

### (3) ダイレクト・ペイメントの意義

わが国の介護保険制度は、規定のうえでは金銭給付の形をとっているが、事業者による代理受領が認められているので、実際には利用者への現物給付方式となっている。ケアマネジメントという過程を経て、利用者はサービスを与えてくれる事業所を選択し、そこと契約を結んでサービスを受ける仕組みとなっているが、利用者と事業所との間に雇用関係があるわけではない。つまり、契約を結ぶといっても、利用者が相手方やサービス内容を自ら決めるわけではなく、実際には、事業所の選択においても、サービス内容についても、結局のところケアマネージャーの判断に任せられ、利用者はそれを承認ないしは追認するという形での「契約」制度となっている<sup>(11)</sup>。つまり、利用者側に優位性や主体性は認められにくいシステムになっているということである。ダイレクト・ペイメント方式では利用者がサービス提供者を直接雇用する形をとるので、そこには使用者と被用者という主従の関係が成り立っている。

サービス利用者を雇用主としての立場に置き、そのことによってサービス内容決定と提供者の選択において利用者に優位性を持たせ、より完全な形でサービス利用者の自己決定権を尊重し、サービス提供過程においても、主体性を発揮できるようにしたところに金銭給付たるダイレクト・ペイメントの意義があると考えられる<sup>(12)</sup>。これまで介護・福祉サービスは現物給付方式が常識と考えられてきた日本のやり方に対して、イギリスの障害者福祉サービスで展開されているダイレクト・ペイメントは、その考え方を大きく転換させるものであり、日本の介護・福祉制度の将来に大きな示唆を与えるものといえよう。

## 注

- (1) 金井直美「自己決定の限界と可能性—自己決定の主体と能力をめぐる考察」(政治学研究論集 33号、2011(平成23)年) 148-151頁。
- (2) 中村俊也「福祉(well-being)概念における『自己決定の尊重』理念の検討」(社会関係研究 第7巻第1号、2000(平成12)年) 56頁。
- (3) 品田充儀「第2章 社会福祉法制の構造と変容」『新・講座 社会保障法 第2巻 地域生活を支える社会福祉』、法律文化社、2012(平成24)年、43頁。
- (4) 本澤巳代子「第3章 社会福祉の権利の実現」『新・講座 社会保障法 第2巻 地域生活を支える社会福祉』、法律文化社、2012(平成24)年、55頁。
- (5) 秋元美世『社会福祉の利用者と人権』有斐閣、2010(平成22)年、132頁。
- (6) 石橋敏郎「第6章 保険給付の範囲と水準 6-2 介護保険給付」河野正輝ほか編『社会保険の法理と将来像』、法律文化社、2010(平成22)年、90-98頁。
- (7) Heather Clark, Helen Gough and Ann Macfarlane, *'It pays dividends' Direct payments and older people*, The Policy Press (2008)
- (8) 小川喜道『障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス、ダイレクト・ペイメント—英国障害者福祉の変革』、明石書店、2005(平成17)年。
- (9) 小川喜道「障害者福祉—ダイレクト・ペイメントの行方」(特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年)、海外社会保障研究 No. 169、2009(平成21)年、83-94頁。
- (10) 舟場正富・齊藤香里『介護財政の国際的展開—イギリス・ドイツ・日本の現状と課題』、ミネルヴァ書房、2003(平成15)年。
- (11) 阿部和光「第10章 社会保険の将来像 10-4 福祉サービスにおける社会保険の将来像」河野正輝ほか編『社会保険の法理と将来像』、法律文化社、2010(平成22)年、223-230頁。
- (12) 岡部耕典『障害者自立支援法とケアの自律—パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント』、明石書店、2006(平成18)年。

## VI おわりに

本論文では、まず、自宅で高齢者の介護を行う家族の介護労働を社会的に評価し、介護家族を慰労し、支援する制度として、介護手当と介護休業制度を取り上げてきた。介護手当および介護休業制度については以下のような課題が残されている。介護手当は、現在は、市町村の独自事業として行われ、その金額も事実上「おむつ手当」に相当するわずかな金額でしかない。今後は、全国で統一的に行われる国の制度として、介護手当が実施されていくべきであろう。介護休業制度については、対象者、期間、休業中の所得保障などいずれも諸外国の制度に比べて劣っている。これらの充実が課題である。

また、家族介護を軽減又はサポートするための在宅サービスのあり方について、本論文では、在宅サービスの種類や内容を論じるのではなく、在宅サービスの提供体制として、住み慣れた地域での生活を継続するための生活支援サービスが、地域で適切に提供できる体制を意味する「地域包括ケアシステム」を考察対象とした。地域包括ケアシステムについては、理念としては在宅生活を望む高齢者の希望がかなう仕組みであるが、保健・医療・福祉の連携をはじめとして、特に医療との協力関係が創れるかどうか、その財源をどうするのかなど、その運用については課題が多く残されている。

これら3つの制度（介護手当、介護休業、地域包括ケアシステム）に共通している基本理念は、サービスを受ける側の高齢者の「自己決定権の尊重」である。これは、これまで、長く介護サービス受給者はサービスを受ける客体として見られてきた発想を転換し、介護サービスの権利主体として位置づける考え方である。それが顕著に表れた制度として、高齢者（利用者）が自らサービス提供者を選択し、雇用契約を締結し、雇用主として在宅サービスを受けるというイギリスのダイレクト・ペイメントの例も紹介した。ダイレクト・ペイメントに関しては、主体者である要介護高齢者にサービス受給のための現金を支給するという制度であり、介護サービスは現物給付というこれまでの福祉給付の「常識」を覆すものとなった。日本の介護保険法では、要介護高齢者はサービス提供事業者の選択は可能であるが、そこには、高齢者が雇用主で事業者は雇用者であるという雇用関係はなく、依然としてサービスを受ける対象者の位置

を脱することはできていない。

受給権利者たる高齢者の「自己決定権」を尊重するという視点にたてば、介護手当は、家族から介護を受けたいと望む高齢者の意思を尊重し、高齢者自身に支給され、高齢者から介護家族に渡される現金給付という性格を持つことになる。介護休業制度については、これまた、一定期間、安定して家族からの介護を望む高齢者の希望をかなえる制度ということになる。そうだとすれば、当該高齢者が長期ケアを必要とし、かつ高齢者がその後も家族による介護を望むならば、その意思を尊重して介護期間を延長できるような仕組みも準備されなくてはならないであろう。さらに、地域包括ケアシステムが理想的な形で実現すれば、在宅での生活を望む高齢者の希望はかなうことになる。在宅サービスが充実し、保健・医療・福祉の包括的提供体制が身近な地域で整備されることは、たとえ重度の要介護状態であっても在宅生活を選択可能にするであろう。イギリスのダイレクト・ペイメントは、サービスを受給する高齢者を完全な形で「主体者」として位置づけ、その「自己決定権」を尊重する仕組みとして考え出されたものである。「要介護高齢者はサービスを受ける客体」といったこれまでの発想を百八十度転換して、「要介護高齢者＝介護者や介護サービスを決定する主体」と位置づけることによって、要介護高齢者が介護者を雇用するための金銭給付としてとらえる考え方に行き着いていったのであろう。高齢者の「自己決定権の尊重」を基本的理念においたうえで、日本の家族介護に対する支援サービスは、高齢者・介護者両者の意思を尊重し、それが実現するような形で、今一度再構成・再構築されていくことが必要であるように思われる。