

「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」

分担研究報告書

横断比較と日本への示唆

研究者代表者 松本 勝明 一橋大学経済研究所 教授

（平成 19 年度～平成 20 年度実施）

研究要旨

本研究では、各事例国における介護者の確保育成策に関する調査研究の成果をもとに横断比較を行い、「介護供給における公私バランス」、「家族介護者の支援」、「介護従事者の確保」及び「介護専門職の養成」について考察・整理するとともに、日本への示唆を取りまとめた。

研究結果からは、次のことが明らかとなった。各事例国は、福祉国家レジーム論においてそれぞれ異なる類型に属する国とされており、介護供給における公的部門、市場部門及びインフォーマル部門のバランスに関しても、この4カ国にはそれぞれの類型に関連する特徴を見出すことができた。

家族介護者に関して特に注目されるのは、ドイツ、イタリア、アメリカだけでなく、公的責任による介護サービスの保障を理念とするフィンランドにおいても、家族介護者を支援するための公的施策が講じられていることである。また、各国での具体的な施策としては、現金給付だけでなく、代替介護の確保、年金給付での配慮、相談・助言、講習など様々な施策が実施されている。

いずれの国においても、増大する介護ニーズに対応して必要な介護従事者を確保するための公的な施策が実施されている。ただし、具体的な施策の内容には、各国の介護供給の違いに応じた差異がみられる。特に注目される施策としては、労働条件改善のために介護従事者の給与水準に関する基準を定めるなどの公的関与や、中高年失業者や転職者などから介護従事者を確保するための再教育・資格取得の支援などが挙げられる。

介護専門職の養成に関して、事例国では、介護専門職に求められる専門性の範囲の拡大などに対応した養成教育の見直し、並びに広範なケアに対応できる新たな資格制度の導入及び介護職と看護職の共通基礎教育の試行が行われている。後者は、就労機会の拡大、介護従事者の確保にも効果を持つものである。

以上のことを通じて、介護を行う家族の負担を軽減し、家族介護を支援するための方策、介護従事者の労働条件の改善、中高年失業者・転職者から介護従事者を確保するための方策、専門性の拡大などに対応した専門職養成教育のあり方などに関して、日本への重要な示唆を得ることができた。

A. 研究目的

本研究の目的は、平成 19 年度及び平成 20 年度に行った各事例国における介護者の確保育成策に関する調査研究の成果をもとに横断比較を行うことにより、「介護供給における公私バランス」、「家族介護者の支援」、「介護従事者の確保」及び「介護専門職の養成」について考察・整理するとともに、日本への示唆

を検討することにある。

B. 研究方法

各事例国に関する調査研究の成果を、「介護供給における公私バランス」、「家族介護者の支援」、「介護従事者の確保」及び「介護専門職の養成」について整理し、それに基づき各国担当者間での討議及び学会報告などの機会

を通じた専門家との意見交換を行うことにより、横断比較の観点からの考察を行い、その結果を取りまとめるとともに、日本への示唆を検討した。

C. 研究結果及びD. 考察

各事例国は、福祉国家レジーム論においてそれぞれ異なる類型に属する国とされている。介護供給における公的部門、市場部門及びインフォーマル部門のバランス（公私バランス）に関しても、この4カ国にはそれぞれの類型に関連する特徴を見出すことができる。介護者の確保育成策に関しては、公私バランスの違いに関わらない共通点と違いを反映した相違点が並存している。

家族介護者に関して特に注目されるのは、ドイツ、イタリア、アメリカだけでなく、公的責任による介護サービスの保障を理念とするフィンランドにおいても、家族介護者を支援するための公的施策が講じられていることである。各国で実施されている具体的な支援策には、単なる現金給付にとどまらず、代替介護の確保、年金給付での配慮、相談・助言、講習など様々な施策がある。

いずれの国においても、増大する介護ニーズに対応して必要な介護従事者を確保するため、事業者等による取組みだけでなく、公的な施策が実施されている。ただし、具体的な施策の内容には、各国の介護供給の違いに応じた差異がみられる。特に注目される施策と

しては、労働条件改善のために、介護従事者の給与水準に関する基準を定めるなどの公的な関与が行われていることや、中高年失業者や転職者などから介護従事者を確保するために再教育・資格取得を支援することなどが挙げられる。

介護専門職の養成に関して、事例国では、介護専門職に求められる専門性の範囲の拡大などに対応した養成教育の見直し、並びに広範なケアに対応できる新たな資格制度の導入及び介護職と看護職の共通基礎教育の試行が行われている。後者は、就労機会の拡大、介護従事者の確保にも効果を持つものである。さらに、養成教育を受ける者に対する経済的な支援を行うための制度も設けられている。

以上のことは、公私バランスの考え方、特に家族介護の位置づけの明確化、介護を行う家族の負担を軽減し、家族介護を支援するための方策、介護従事者の労働条件を改善するための公的な関与、中高年失業者・転職者から介護従事者を確保するための方策、専門性の拡大などに対応した専門職養成教育の見直しなどの必要性に関して、日本にも重要な示唆を与えるものである。

E. 結論

異なる介護供給類型に属するフィンランド、ドイツ、イタリア、アメリカを対象に行った調査研究の成果を基に、介護の供給に関する公私バランス、家族介護者の支援、介護従事

者の確保策及び介護専門職の養成について比較の視点から考察・整理することにより、各国に共通する政策の方向性や各国間の相違をもたらしている要因が明らかとなった。これらを通じて、日本の介護者確保育成策への重要な示唆を得ることができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

松本勝明・笹谷春美・宮崎理枝・森川美絵
「介護者の確保育成策 - 国際比較の視点から -」、社会政策学会第 117 回大会、2008 年 10 月 11-12 日、岩手大学

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

本研究では、第一章から第四章までに報告された事例国における介護者の確保育成策に関する調査研究の成果を基に横断比較を行い、「介護供給における公私バランス」、「家族介護者の支援」、「介護従事者の確保」及び「介護専門職の養成」について考察・整理するとともに、日本への示唆を検討した。その結果は次のとおりである。

1. 介護供給における公私バランス

介護供給における公的部門、市場部門及びインフォーマル部門のバランス（公私バランス）に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の視点から重要であると考えられる。

フィンランドにおいては、中央政府及び地方自治体が、介護を必要とする国民に対し、等しく権利としての介護サービスを保障する責務を負うものとされている。一方、家族による介護も行われており、約30万人(全人口約520万人)が家族の介護を主として行っている。具体的な介護サービスの供給は、地方自治体が主体となり、主に、国及び地方自治体による公的資金(税金)を財源として、各地方自治体の正規職員である介護従事者によって行われている。ただし、食事、掃除、散歩などに関するサービスについては、地方自治体から民間事業者への委託が増加している。

ドイツにおいては、介護保険が要介護者にとって必要な介護を確保するための公的制度の中心となっている。介護保険は、家族による介護及び要介護者による費用負担が行われることを前提に、それを補完して要介護者を支援するための基礎的な保障を行うものとされている。実際に、要介護者の6割(在宅の要介護者の9割)は、家族による介護を受けている。介護保険による介護サービスは、主として福祉団体、民間事業者が供給主体となり、それらに雇用される介護従事者によって提供されている。

イタリアにおいては、高齢者介護に関しても家族の役割・責任が重視されている。国レベルで介護の現物サービスを提供する制度は存在せず、現金給付(介添手当・国レベル、介護手当・コムーネレベル)が要介護者支援のための最重要施策となっている。家族で対応しきれない介護ニーズは、限定的な公的サービスよりもむしろ、現金給付などを基に家庭で直接雇用される有償介護者(家族援助者)によって満たされている。こうした有償介護者として、近年、不法就労の外国人介護労働者が急速に増加している。

アメリカにおいては、介護ニーズに対する対応も、要介護者及びその家族による自助を基本とすることが政策的スタンスとなっている。メディケイド、高齢アメリカ人法に基づくサービスなどの公的施策は低所得者、マイノリティーなどを対象とする選別的・残余的なものとなっている。このため、公的制度の対象とならない者は、介護サービスの費用を

私費により負担することが基本となる。また、家族等によるインフォーマル介護の比重が高い。メディケイド、高齢アメリカ人法に基づく介護サービスは、主として非営利団体及び民間事業者が供給主体となり、それらに雇用される介護従事者によって提供されている。

この4カ国は、福祉国家レジーム論において、それぞれが異なる類型に属するものとされている。すなわち、フィンランド、ドイツ、イタリア及びアメリカは、それぞれ社会民主主義型(公的部門大)、保守主義型(公的部門中/補完的)、家族主義型(公的部門・フォーマル市場ともに小)及び自由主義型(公的部門残余的・市場大)の類型に属するものとされる。前述のように、介護供給における公私バランスに関する基本的考え方及び実態に関しても、この4カ国にはそれぞれの類型に関連した特徴が見出せる。介護者の確保育成のための施策に関しては、介護供給の公私バランスの違いに関わらない共通点と、公私バランスの違いを反映した相違点が並存している。

日本の場合には、介護供給の公私バランスに関する基本的考え方が必ずしも明らかではない。政策的には、家族の過重な負担を軽減するため、家族介護に代わる介護サービスの供給を拡充する必要性が強調されている。その意味で、日本ではフィンランドと同様の考え方が採用されているようにもみえる。しかし、現実には、家族が介護の確保に大きな役割を果たしている。介護サービスの供給が、介護保険により、社会福祉法人、民間事業者などが供給主体となって、それらに雇用される介護従事者によって行われる点では、むしろ、ドイツとの共通性が存在する。しかし、ドイツでは、家族介護を前提とした基礎的保障を行うものとしての介護保険の位置づけが明確され、次に述べるように介護保険の給付として家族介護者の支援が行われている。この点では、ドイツとも大きく異なっている。介護ニーズの一層の増加が予想される中で、特に、家族介護をどのように位置づけるのかを明確にする必要があると考えられる。

2. 家族介護者の支援

家族介護者の支援に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の観点から重要と考えられる。

フィンランドにおいては、親族介護支援法(2006年)により、家族介護者に対して親族介護支援(現金給付(介護報酬)、休日の取得と代替介護の保障、年金累積、研修、相談・助言、指導など)の受給権が付与された。その背景には、親族介護支援により、公的な介護サービスに対する需要増加の抑制及びその代替が可能になるとの考え方がある。実際にも親族介護支援には大きな費用節約効果があると評価されている。親族介護支援としての現金給付(介護報酬)は、当該介護者が地方自治体との契約及び介護・サービス計画に基づき介護を行う場合に支給される。親族介護支援を受ける場合には、ソーシャルワーカー等による家庭訪問・審査が実施され、介護が適切に行われるかどうかを確認される。親族介護支援のほかにも、介護と仕事との両立を可能にするため、収入減少分の補填を伴う部分的介護休暇

などの制度が設けられている。

ドイツにおいては、介護保険の給付として、介護手当、代替介護、介護者の年金保険料の負担、介護講習、相談援助、介護休業期間中の社会保険料の負担などの家族介護者支援策が実施されている。その目的は、家族介護者に報いるとともにその負担を軽減し、在宅介護を推進することにある。介護手当は、現物給付としての介護サービスを受ける代わりに、あるいはそれと併せて、家族等が介護する場合に支給される。介護手当に用途の制限はない。現物給付よりも低額の介護手当が受給されることは、介護保険における費用節約をもたらしていると評価されている。介護手当を受ける場合には、家族等による適切な介護が行われるよう、専門審査機関であるMDKによる審査及び介護専門職による家庭訪問・助言が実施されている。介護保険の給付以外にも、6か月までの無給の介護休業制度などが設けられている。

イタリアにおいては、現金給付に用途の制限がないため、家族援助者の費用を負担するだけでなく、家族等による介護を評価し、報いるためにも用いることが可能となっている。ただし、現金給付受給者の介護が家族等により適切に行われるかどうかはチェックされていない。現金給付は、介護サービスの供給が十分整備されていないことと相まって、不法就労外国人による介護労働を普及させる一因となっている。現金給付以外の家族支援策としては、介護費用に関する所得税額控除制度が設けられている。また、地域によっては、要介護者とその家族に対して電話により緊急時及び日常の相談・助言を行うサービスなども実施されている。

アメリカにおいては、全州において家族介護者支援プログラムが導入され、情報提供、プログラム利用アクセスの支援、カウンセリング、支援グループの組織化、介護者の訓練、レスパイトケアなどが行われている。これにより、インフォーマルな介護の役割及びそれを維持するための公的支援の必要性が政策的に認知されている。州によっては、消費者主導モデルによる現金給付が実施され、高齢者・障害者が家族(配偶者を除く)、友人などを含めた介護者を直接雇用するための費用が助成されている。この場合には、サービス状況のチェックや給付受給者のための相談体制の整備も行われている。これ以外にも、親族及び医療休暇法により、12週間までの無給の介護休業制度が設けられている。

以上のように、この4カ国の全てで家族介護者の支援を目的とした公的施策が実施されている。特に、国民に必要な介護サービスを保障することが政府の責任とされているフィンランドにおいても、家族介護支援のための取組みが積極的に進められていることが注目される。こうした支援策の目的としては、家族介護を評価し、報いること、家族の負担を軽減すること、在宅介護を推進することのほか、介護サービス(現物給付)への需要を抑制し、費用を節約することなどが挙げられる。また、具体的な支援策としては、単なる現金給付にとどまらず、家族等が継続的に介護を行うことを可能にする代替介護の保障、講習、相談・助言の実施、社会保険に関する配慮など様々なものが実施されている。なお、イタリ

アの例は、現金給付が必ずしも適切な介護の確保につながらないことを示している。これに対して、フィンランドでは現金給付が介護に対する報酬として支払われ、ドイツでは現金給付と現物給付との選択・組合せが可能とされ、また、両国とも現金給付が行われる場合に家族等による介護の状況の審査・確認が行われるなど、適切な介護の確保に配慮した仕組みが設けられている。

日本においても、現に多数の家族による介護が行われている。しかし、介護保険は家族介護者に対する給付を行っておらず、家族介護者を支援する効果をもつ施策は、介護休業制度、地域包括支援センターによる相談援助などにとどまっている。その背景には、前述のように、介護サービス供給の拡充が優先されてきたことがあげられる。確かに、介護保険の給付として提供される介護サービスは、家族が自ら介護する代わりに介護サービスを利用することを可能し、家族の負担を軽減する効果をもつ。しかし、介護サービスの拡充と併せて、実際に介護を行っている家族の負担を軽減するとともに、家族が自ら介護することを選択しやすくする一層の支援策が必要であると考えられる。そのためには、単なる現金給付の是非にとどまらず、年金制度など社会保険における配慮、家族が休暇を取る場合の代替介護の確保など多様な施策の検討が必要となる。また、家族による介護の質を確保するとともに、家族介護者の孤立を防ぎ、社会に包摂する上で、家族介護者に対する相談・助言、指導、講習なども重要な意味を持っている。

3. 介護従事者の確保

介護従事者の確保に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の観点から重要と考えられる。

フィンランドにおいては、介護従事者の教育・トレーニングの水準、フルタイムの割合、自治体職員の割合及び賃金水準が高いことが特徴となっている。ただし、従事者の健康問題や、従事者数の増加が抑制されていることによる労働密度の増大などが問題となっている。年齢、障害及び症状の異なるあらゆるケアを必要とする人に対応しうるラヒホイタヤ資格を創設したこと自体が、介護従事者確保のための戦略といえる。また、ラヒホイタヤへの需要に応えるため、ラヒホイタヤ訓練校学生のリクルートと学業継続の支援(経済的な支援を含む。)が実施されている。その際には、新卒者のみならず、失業者、他職種の者、移民による資格取得にも配慮されている。新たな動きとしては、単純ケア労働を行う労働力の必要性に関する議論(軽介護論)が浮上してきている。

ドイツにおいては、介護需要の大幅な増加に対応し、介護従事者不足を回避するため、介護従事者を獲得し、定着させるための積極的な対策が必要と考えられている。そのため、介護職のイメージの向上、負担軽減につながる労働条件の整備、健康管理及び労働災害防止の徹底、労働時間の弾力化、給与の改善、継続教育の機会の提供、介護職養成に対する経済的な支援、職業再教育の促進などを目的として、連邦、州、事業者などが改善のため

の取組みを行っている。その中でも特に注目される点は、介護従事者の給与改善のため、介護保険における認可介護施設の要件として、「その地域で通例の労働報酬」の支払いを追加したこと及び中高年失業者を対象に介護専門職資格取得のための再教育援助プログラムが再就労に大きな成果をあげていることである。さらに、介護ホームにおいて認知症高齢者の見守り等の業務に従事する者として、一定の研修を受けた中高年失業者を充てることが予定されている。

イタリアにおいて、介護従事者の確保策は、要介護者のいる家庭で直接雇用される有償介護者である家族援助者の労働条件の改善及び家族援助者としての就労を希望する者と家族援助者を求める要介護者・家族とのマッチングが中心となっている。具体的には、政府、労働組合及び使用者団体の3者の合意に基づき、家族援助者の労働条件を定める労働協約が改定され、家族援助者についても、労働内容の専門性に応じた賃金体系の導入、賃金水準の大幅な引上げ、働きながら資格取得のための教育を受けることが可能な就労形態の導入などが行われた。また、地方自治体によっては、求職者と家族援助者を求める家庭とのマッチング、求職者及び家庭に対して雇用契約や費用等に関する情報の提供、相談を行うための窓口の設置などが行われている。

アメリカにおいては、近年、介護ニーズが増大する一方で介護従事者の離職率が高いために十分なサービスが供給できない「ケアギャップ」に対する政策的関心が高まっている。介護従事者の確保定着については、新たな層からの介護従事者の確保、効果的な教育訓練の実施、労働条件の改善、給与、昇進機会の改善などが課題として挙げられる。こうした課題に対応するため、連邦政府や財団等からの大規模補助金により、各種のモデル事業が各地で実施されている。また、州レベルでは、介護職員の任用要件としての基礎訓練の充実、キャリアラダー（賃金・職階の上昇とリンクした研修プログラム）の整備、公的機関と労働組合との集団交渉や健康保険の充実による介護者の給与・労働条件の改善などの取組みが行われている。

このように、この4カ国のいずれにおいても、増大する介護ニーズに対応して必要な介護従事者を確保することは、重要な政策課題として認識されている。ただし、具体的な施策の内容は、介護従事者が主として地方自治体公務員であるフィンランド、非営利団体及び民間事業者に雇用される者であるドイツ及びアメリカ、要介護者の家庭で雇用される家族援助者であるイタリアの間で違いがみられる。各国の施策に関しては、特に次の点が注目される。ひとつは、国や地方自治体が、介護従事者の給与に関する基準を定めることや給与・労働条件に関する合意に参加することなどを通じて、給与・労働条件の改善のために積極的に関与しようとしていることである。もうひとつは、中高年失業者、他職種からの転職者など新たな層からの介護従事者の確保を図ろうとしていることである。さらに、介護職の資格制度に関しても介護従事者確保への配慮が行われていることや日常的であまり専門性を必要としない世話のニーズに対応する人材に関する議論が行われていることで

ある。

日本においても、介護従事者の確保のため労働条件などの改善が重要な政策課題となっている。このため、介護保険から介護サービス事業及び介護施設に対して支払われる介護報酬の引上げなどが議論されている。しかし、このことが介護従事者の給与の改善に確実につながるようにするためには、介護サービス事業及び介護施設における給与水準に関する基準を設けるなどの公的な関与が必要になると考えられる。また、高齢者介護に対する関心が高い中高年失業者や他職種からの転職者など幅広い層から介護従事者を確保することが重要であり、そのためには、再教育・資格取得を支援することが有効である。さらに、介護従事者確保の観点から、広範な領域でケアサービスが行える人材の育成や日常的世話のニーズに対応する人材のあり方を検討することも必要であると考えられる。

4. 介護専門職の養成

介護専門職の養成に関する各事例国の状況については、次の点が横断比較の観点から重要と考えられる。

フィンランドにおいては、入所から在宅への転換を進める中でも、マンパワーの総量は変えずに、個々の介護従事者の能力向上及び合理的な配置により対応することが基本方針となった。介護従事者の能力向上の中心は、従来のホームヘルパー、准看護婦、保育士資格などを統合したラヒホイタヤ資格の創設である。ラヒホイタヤは、高齢者に対する入所サービス及び在宅サービス提供の中核的ポジションを占めている。ラヒホイタヤの養成教育は3年間で、2年間の共通学習により、介護、看護などあらゆる種類のケアを必要とする人に対応しうる技能・知識を習得し、その後、1年間の希望分野に応じた専門学習を行う。これにより、ケアに関連する幅広い職場で働くことが可能な能力・技能・知識を習得する。ラヒホイタヤの養成教育の費用は地方自治体により負担されている。

ドイツにおいては、老人介護を自立して行う専門職である老人介護士の資格が全国統一化され、教育内容も養成教育期間を3年とするなど看護師と同等の水準に引き上げられた。介護保険においては、老人介護士が看護師と同等の専門職として位置づけられ、介護専門職が責任を持つべき業務の範囲が定められている。このことは、サービスの質を確保する上で重要な意味を持っている。ただし、専門職以外の者も専門職の指導の下に介護サービスに従事することとされている。介護専門職に求められる専門性の拡大、介護職としての就労機会の拡大を目的として、現在、老人介護士と看護師との共通基礎教育の導入が検討されている。介護専門職の養成教育を受ける者には、実習施設から養成教育報酬が支給されている。

イタリアにおいては、介護分野の資格として、社会援助士及び社会保健士がある。社会援助士資格の要件・位置づけは州によって異なる。一方、社会保健士資格は、国・州間の合意による一定の基準に基づき各州の州法で規定されている。社会援助士は、地域によっ

ては、養成教育期間が3年で、単独あるいは他の社会・医療サービス従事者とともに要介護者の介助、援助などに従事する者の資格として位置づけられている。また、社会保健士は、養成教育期間が1年で、医療・看護従事者の指示を受け、患者・要介護者の清潔・衛生環境の保持のための対人サービスに従事するものの資格として位置づけられている。社会援助士及び社会保健士は、公的に提供される入所サービス及び在宅サービスの双方で直接介護の提供者となる。県によっては、社会援助士及び社会保健士の養成教育の学費を負担している。

アメリカにおいては、高齢者入所介護施設の中核であるナーシングホームの場合、看護師が看護部門の責任者となる。そのほかにも看護師及び准看護師の配置基準が定められている。看護師等の監督の下で、直接介護職員（看護助手）が介護に従事している。在宅ケア事業においては、看護師等の監督の下で、身体・在宅ケア助手が家事や日常的な身体介護サービスに、在宅保健助手が健康状態のチェック、処方された運動の補助、起床・就寝、入浴、衣服の着脱の介助などの業務に従事している。州により異なるが、75時間程度の訓練・講習の受講などが直接介護職員の資格取得の要件となっている。

以上のように、フィンランド、ドイツ及びイタリアでは、3年の教育により養成され、独立して介護を行う介護専門職の資格がある。ただし、こうした資格を有する者が、介護サービスの供給において果たす役割は国によって異なっている。一方、アメリカでは、看護師等の監督の下で介護に従事する直接介護職員の要件が定められている。介護・看護に関する幅広い専門性を有する専門職を育成するため、フィンランドでは新たな資格の導入、ドイツでは共通基礎教育導入の検討などが行われている。また、養成教育を受ける者に対する経済的な支援を行うための制度も設けられている。

日本においても、介護サービス事業及び介護施設における職務内容が変化し、介護専門職に求められる専門的な知識及び能力の範囲が拡大している。事例国の状況は、こうした変化に対応した専門職養成教育のあり方を検討する必要性を示唆するものである。その際には、介護専門職に求められる資質の面だけでなく、介護保険による介護サービスの提供において介護専門職が果たすべき役割、介護福祉士と看護師との関係のあり方、介護職としての就労機会の拡大などを含めた検討が必要になる。また、介護保険による介護サービス提供の前提条件となる介護専門職を確保する観点から、養成教育を受ける者に対する経済的支援についても検討する必要があると考えられる。

III 日本^の現状等

日本における家族介護者支援策の現状と課題

齋藤暁子

1. はじめに

日本における家族介護者支援策は、包括的な高齢者ケアサービスである介護保険制度において、制度の枠外におかれた。導入時の議論では、家族介護支援策として家族介護者への現金給付が論点となり、世論では給付が支持されていた¹。しかしながら、女性介護者の負担や家族を介護に「縛り付ける」ことに対するフェミニストを中心とした反発運動と、家族介護の提供を促すことが在宅サービスの拡充を妨げるという考え、さらに、現金給付よりも在宅サービスのほうが財政上のメリットがあるという見通しから、家族介護者への現金給付は導入されなかった（Campbell 2002）。現状では、公的な家族介護支援事業は、自治体の任意事業として行われている。

しかし、介護保険制度により在宅サービスの拡充が行われた現在でも家族が担っている介護の割合は大きく、虐待などの家族介護における問題も深刻化している²。利用者に提供される在宅サービスの拡充によってのみでは、家族介護支援として十分ではないということ指摘され、政策課題としても介護者のケア（Carer's care）へ関心が持たれてきている³。

そこで本稿では、日本における家族介護者支援策を再考したい。家族介護の実態や支援策の現状から、現在日本の置かれている家族介護の課題を明らかにし、どのような家族介護支援策が今後必要と考えるのかについての基礎資料を提示する。家族介護支援に関する先行研究では、ヨーロッパを中心とした介護者の権利化の議論をうけ、家族介護を集団としてみなすのではなく、「家族介護者」に焦点をあてた支援論の重要性が認識されつつある。本稿では、こうした議論をふまえて、日本の家族介護の実態に即した実践的な家族介護支援策について検討する。日本の家族介護の現状から、必要とされる家族介護者象をいくつかタイプ化し、現在提供されている家族介護支援策と対比しながら、今後のような家族介護支援策が必要なのかについて考えていきたい。

¹厚生省高齢者介護対策事務局（2007）によると、平成7年から平成8年に行われた家族に対する現金給付について世論調査の結果は次のとおりである。総理府の調査では、賛成が58%で反対が27%、朝日新聞社による調査では、賛成が48%で反対が42%（その他、答えないが10%）、毎日新聞社の調査では、賛成が72%、反対が24%と概ね賛成のほうが多い。さらに、NHKの調査では、現金給付とサービスの組み合わせを希望している人が63%もあり、サービスのみ25%、現金給付のみ7%を大きく上回っていた。

² 実際に、厚生労働省（2009）の調査によると、高齢者への家族・親族・同居人からの虐待件数平成18年で12,569件、平成19年で13,273件と2年間で709件増加している。これは、施設での虐待が平成18年62件、19年54件であるのと対照的である。2006年の介護保険制度改正の際に設置された地域包括支援センターでは、こうした虐待への対応を含めた「家族支援」を業務として掲げている。

³ たとえば、2004年の第8回社会保障審議会介護保険部会では、認知症の家族介護者への支援について検討されている。

2. 家族介護支援策に関する議論の展開

介護保険制度導入以降、家族介護者支援策の必要性を再考する議論がいくつか展開されてきている。大きな理由としては、介護保険制度が目指した「介護の社会化」が十分ではなく（在宅サービスの供給も24時間ケアを実現できるほどには設定されていない）、現在も家族介護者が介護を担い続けている状況があるにも関わらず、制度的には家族介護者が位置づけられていない制度状況であることが挙げられる。介護保険制度後は、措置制度で行われていたホームヘルプサービスよりも、家族要件（同居家族がいる場合は家事援助サービスを提供しない、もしくは削減する）が厳しくなっており、「介護の再家族化」を引き起こしているという指摘もある（藤崎 2008）。つまり、介護保険制度における不十分な介護の社会化および、家族介護支援の弱体化という状況が、家族介護支援策を改めて検討する必要性を生じさせている。一方で、家族介護者支援が考えられるもう一つの理由として、公的サービスには代替できない家族介護へのニーズや必要性の認識が挙げられる。「社会化」という公的サービス化では代替できない、家族介護の特質という面から、家族介護の評価の必要性が言及されている（岩間 2003、井上 2005）。

このような背景のもと展開されている近年の家族介護者支援の議論では、海外（特にヨーロッパ）での介護者支援の実践をうけ、介護者の権利やニーズが着目されている。EUでは、1995年に『在宅介護者憲章』（Euro link Age）⁴が採択され介護者の権利が明文化された。この憲章に基づき、スウェーデンでのレスパイトケアの権利化、イギリスでのセスマントの権利の請求権⁵など介護者の権利が次々と制度化されている。また、日本と同様に公的介護保険制度を持つドイツでは、家族介護者への現金給付が制度化されている。このような状況をうけ、日本においても、家族介護者のニーズや権利が認識されてきており、ケアする権利としての介護者の積極的な評価（下夷 2007）や、ケアが必要な高齢者とは異なる家族介護者のニーズへ着目し支援していく必要性（笹谷 2005）が指摘されている。岩間(2003)は、イギリス・スウェーデン・ドイツでの家族支援策の検討から、日本への必要な論点として、家族介護者を法的に位置づけ、制度上の権利を持たせること、高齢者と同様に家族介護者にもアセスメントを導入し、介護者のニーズを把握すること、家族介護者の

4 憲章として権利化されているのは次の項目である。①在宅介護者はコミュニティケアに果たす中心的な役割について承認される権利を持つ、②在宅介護者は個人としてのニーズの存在を正式に承認される権利を持つ、③在宅介護者は介護作業を手がけるにあたり、ホームヘルプサービスなどの援助を受ける権利を持つ、④在宅介護者は、自分自身の時間を持つために短期および長期にわたる一時急速の権利を有する、⑤在宅介護者は情緒の安定を図るための援助を受ける権利を持つ、⑥在宅介護者は金銭的な援助を受ける権利を持つ、⑦在宅介護者は非介護者のアセスメントについて請求する権利を持つ、⑧在宅介護者は情報や条件を用意に手にする権利を持つ、⑨在宅介護者は全ての家族構成員が介護に加わることを期待する権利を持つ、⑩在宅介護者は介護の各段階においてカウンセリングをうける権利を持つ、⑪在宅介護者は介護技術に関する教育訓練をうける権利を持つ、⑫在宅介護者は、援助計画の全ての立法過程に参加する権利を持つ（三富 2000）。

5 ただし、制度導入後の調査では、サービス提供者や介護者自身が、こうした権利について認知しておらず、十分に機能していないことが指摘されている（Carers UK 2003）。

休暇・休息を保障すること（レスパイトケア）、現金給付の検討、家族介護者の社会保障上の優遇措置、家族介護者の範囲の拡大の6点を挙げている。これらの介護者の権利は、狭義の現金給付などのサービスに留まらず、「介護者の生活を取り戻す」という「介護福祉アプローチ」（井上 2005）までも包含されている。介護者の権利の議論によって、ケアが必要な人とは異なるケア提供者の独自のニーズへの着目と支援策の必要性が認識されている。このため、これまでケアが必要な人を通じてされていた支援や、ケアが必要な人と家族を集団として把握する「家族介護支援」アプローチとは異なり、「家族介護者」として高齢者とは別のニーズの存在を把握することの重要性が認識されつつあるといえる。

具体的に出されている支援策は、先行研究でもいくつか挙げられているが、ここでは、EU諸国の既存の家族介護支援策をもとに比較枠組みを提示した三富（2008）と岩間（2003）の議論を参照にしたい。両者は、細かな分類に異なる部分はあるが、基本的な枠組は共通しており、①介護者へのサービス（さまざまな介護者向けの社会福祉サービス、岩間はレスパイトケアを別項目に挙げている）、②現金給付（三富は社会保障とともに所得保障に含めている）、③社会保障上の優遇処置、④仕事と介護の両立、が挙げられている。要介護者へのサービスについては、三富も岩間も家族介護者支援策の一環としていたが、ここでは、介護者への直接的な支援とは別の間接支援として分類しなおした（図表1）。

ただし、家族介護者支援が強調される一方で、こうした主張が持つ危うさも指摘されている。藤崎（2003：24）は、家族介護者支援の強調が、「意図すると否にかかわらず、ケアニーズを満たすことが本来的には家族（とりわけ女性）の役割であることを再認識させる効果を有する」と指摘する。これは、日本において現金給付が棄却された理由の一つでもある。森川（2008）は、ケアする権利を主張することが孕む、ケアを必要とする人のニーズとの衝突、ケアする／されるという関係性の固定化という問題から、ケアが必要な人へのケアする権利の拡大や、ケアをする権利と同時に家族以外にも開かれた、「ケアをしない権利」の保障を提案する。

このように、家族介護者支援策を介護者の権利としてのみ主張するだけでは、十分ではない。財政の削減のための「安価な」インフォーマルケアの利用にならないように、介護者の固定化を避けるような代替性を確保することや、家族支援策の推進と同時に、家族以外のサービスの充実が必要であろう。同時に、支援策を進めることでケアを受ける人へどのような影響があるのか（たとえばレスパイトケアにおいて、介護者と要介護者でニーズが異なる場合など）も考え、調停していく必要がある⁶。

さらに、こうした家族介護者支援の議論では、海外の実践をいかに日本いかに導入するか、という論点を中心であったが、日本の介護状況は必ずしもヨーロッパでの議論が当てはまるとはいえないだろう。そこで、より具体的な実態に即した議論を行うために、次節

⁶ こうしたニーズの調停については、ケアの必要高齢者と家族介護者だけでなく、その他の家族メンバーとの調停なども問題となっている（Orzeck etc 2001=2005）。下夷（2007）は、ニーズの調停については、本人同士ではなく、第三者（ケアマネジャー）などが行うべきだという主張を行っている。

以降では、日本の家族介護の特徴から、介護支援策について考えていきたい。

図表1 家族介護支援策、三富(2008:34表序4)、岩間(2003:38票13)をもとに筆者作成

	支援策	具体的なプログラム
介護者への直接支援	介護者へのサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ レスパイトの保障 ・ 情報提供と助言 ・ カウンセリング ・ 介護者自助グループ ・ 介護者支援センター ・ 介護技術の訓練 ・ 介護者へのアセスメント
	現金給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者に対する対価 ・ 介護に伴う機会費用の補填 ・ 介護に対する慰労 ・ サービスの代替 ・ ケアに伴う付加的費用の補填
	社会保障上の優遇措置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会保障上の優遇
	仕事と介護の両立	<ul style="list-style-type: none"> ・ 柔軟な働き方 ・ 介護休業制度
要介護者を通じた間接支援	現金給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護手当て
	要介護者へのサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅サービス ・ 住宅の改修

3. 日本における家族介護の現状

(1) 高齢者介護の現状

まず、『国民生活基礎調査』から、現在の高齢者介護の状況を把握したい。65歳以上のケアが必要な人(手助けや見守りが必要なもの⁷)への介護者数の推計をみると、平成13年には、23万9千人(うち家族・親族介護者は19万7千人)だったが、平成16年には30万人(うち家族・親族介護者は24万2千人)まで増加している。高齢者数の増加にともない、介護者数も増加しているが、介護サービス導入後でも家族介護者が増加していることが指摘できる。また、介護者の属性で比較すると、最も多いのは嫁介護者だった(平成13

⁷ 国民生活基礎調査では、「手助けや見守りを要する者」とは介護保険制度の要介護者に加えて、「在宅の6歳以上の世帯員であって、歩行・移動、着替え、洗面、食事、排泄、入浴等際して何らかの手助けや見守りを必要とするものや、意思疎通が困難な者」を指す。

年 57 万人、16 年 62 万人)。次に多いのが、妻 (52 万人、16 年 54 万人)、娘 (42 万、50 万)、息子 (24 万人から 32 万人)、夫 (18 万人、26 万人) である。特に男性介護者の増加傾向が顕著になっている。家族介護が圧倒的に多い状況であるが、13 年から 16 年にかけて事業者も 19 万人から 25 万人まで増加している。

次に、要介護認定を受けている高齢者に限定してみていくため、『国民生活基礎調査』の介護票⁸の集計結果に着目しよう。平成 13 年とから 19 年までの 6 年間の間は、家族介護および同居介護が中心であることに代わりはないが、家族介護は 13 年の 78.6 から 16 年の 74.8%、19 年の 70.7%へ、同居家族介護は 13 年の 71.1%から、16 年には 66.1%、19 年には 60%と、6 年間で 10 ポイント近く減少していた (図表 2 参照)。父母と別居家族を除いて、ほとんどの家族介護で割合が減少している。特に、同居の子どもの配偶者 (多くは嫁) による介護の減少傾向が挙げられる。その一方で、平成 13 年から 16 年については、介護保険制度が浸透したことによる、外部サービス利用の増加がみられ、平成 13 年から 19 年までは、別居介護が増加している。

以上から、日本の現在の介護状況は、介護保険制度導入後であっても、「介護の社会化」の実現には程遠く、70%以上が家族介護によって担われていた。事業者による介護も増加しつつあるが、その割合は 10%前後である。また、家族の中で誰が介護を担うのかということについては、配偶者間介護という老老介護が最も多く、次に子の配偶者 (ほとんどが嫁) もしくは子による介護という状況であった。ただし、子世代による介護は減少傾向が見られた。また、若干ではあるが、子どもによる別居介護が増加傾向にあった。

さらに『国民生活基礎調査』の介護票 (平成 13 年、平成 16 年) を検討すると (詳しくは、齋藤 2007 参照)、次のような家族介護者の状況が明らかになった。男女比は 2 : 7 で圧倒的に女性が多いが、男性介護者の割合は 13 年から 16 年で若干増加している。年齢層は、男性は 60 代から 70 代が最も多く 2 割前後、女性介護者は 50 代および 60 代が 3 割と多いが、40 代・70 代も 1 割程度いる。これは、さきほどみた介護者の属性とも関連しており、男性介護者はほとんどが配偶者であることから年齢層が高めであると考えられる。また、女性介護者のほうが男性介護者よりも、要介護度の高い高齢者をみている傾向があり、健康問題もストレスも女性のほうが割合が高かった。また、子ども世代を中心に介護者の 4 割が仕事を持っていた。ただし、介護時間が多い場合は、仕事と介護を両立している介護者のストレスや健康問題は、同じ時間を介護している仕事を持たない介護者よりも高くなっていた。

介護の内実としては、介護時間と介護の内容についてみたが、介護時間は「必要な時に手を貸す」か、「一日かかりきり」かで二極化しており、要介護度 3 を超えると、後

⁸ 国民生活基礎調査では、介護保険制度導入以降の平成 13 年度本調査から、世帯票・健康票、所得票に、要介護者 (介護保険制度で認定された要介護者) がいる世帯を対象とした介護票が加わり、高齢者介護に関するデータが収集されている。サンプル数は世帯票と異なり、5000 前後のため推計値はでないが、介護の状況に関して、非常に細かく設問がある全国調査のため、ここでは参照したい。

者の割合が急に高くなる。介護の内容は、家事サービスの割合が最も多かった。要介護者は、軽度ケースでは家事系のみを受けているが、重度化するにつれ、身体介護も加わり、要介護度5になると、全ての介護の内容を受けることになる。フォーマル・インフォーマルケアとの連携については、介護の分担については、一部の専門的な身体ケアを除き、半数以上が家族介護のみで担っていた。これらのことは、介護保険制度が導入された現在でも、家族介護のニーズが高いことを示している。また、インフォーマルネットワークとして、多くは、子や子の配偶者であるが、介護者の約半数が自分以外の介護を手伝ってくれる家族・親戚を持っていることが明らかになった。こうした介護の支援者は、主介護者と同居している場合は、ほぼ半数が毎日主介護者をサポートしていた。

図表2 主たる介護者の属性（出典 『国民生活基礎調査』）

家族関係	平成13年	平成16年	平成19年
総数	100	100	100
同居介護	71.1	66.1	60.0
配偶者	25.9	24.7	25.0
（夫）	8.2	8.3	—
（妻）	17.6	16.5	—
子	19.9	18.8	17.9
（息子）	7.6	7.6	—
（娘）	12.3	11.2	—
子の配偶者	22.5	20.3	14.3
（婿）	0.4	0.4	—
（嫁）	22	19.9	—
父母	0.4	0.6	0.3
その他の親族	2.3	1.7	2.5
別居介護	19.3	28.3	23.3
別居の家族等	7.5	8.7	10.7
事業者	9.3	13.6	12.0
その他	2.5	6	0.6
不詳	9.6	5.6	16.7

*平成19年は概況のみ公開のため、男女別は不明

以上、介護保険制度導入後も依然として高い割合で家族による介護が行われていた。また、フォーマルサービスを利用していても、家族介護とは異なる役割分担となっており、必ずしも家族介護の代替にはなっていなかった。介護は、高齢者間の夫婦間介護と、子ども

も世代による同居介護がほとんどであったが、子ども世代を中心に介護者の4割が仕事を持っており、介護と仕事の両立が求められる状況であった。

(2) 高齢者介護についての意識

次に、介護への意識について見てみよう。実態の背景にある高齢者介護(もしくは扶養)に対する意識の変化について見てくことで、現在の高齢者介護の問題や今後の展開について考えていきたい。ここでは、1995年と2002年に実施された高齢者介護についての意識調査⁹を中心的に取り上げて検討していく(内閣府 2003)。

まず、自分が介護を受けたい場所についてみていこう。介護保険前の調査では、施設介護の可能性について¹⁰、65.3%の人があると答えている。2002年の制度後は、介護を受けたい場所を詳しくきいているが、「可能な限り自宅で介護を受けたい」という人が、1995年には44.7%で最も多く、次に「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい」の33.3%が多かった。「介護付きの有料老人ホームや痴呆性高齢者グループホーム(痴呆の高齢者が共同生活を営む住居)などに住み替えて介護を受けたい」という人は9%だった。ただし、男女で希望する割合には大きな違いがあり、男性では自宅希望は52.3%で施設希望が27.7%と在宅が施設の倍近くいるのに対して、女性では、在宅希望前者が38.6%で施設希望が37.7%と在宅と施設の希望の差が少ない。男性では高齢になるにつれ、在宅希望の割合が増え、施設希望の割合が減る傾向がみられるが、女性では30代~40代、65歳~74歳の層で、施設希望が40%近くあった(特に30代~40代では在宅希望の割合を上回っている)。

一方、家族をどこで介護させたいか、ということについては、1995年と2002年で調査項目が異なるのでそれぞれみていこう。1995年には両親の介護について聞いているが、最も多いのは自宅の52.8%で、場合によっては施設を利用してもよいが35.1%となっている。2002年の調査では、可能な限り自宅が57.7%、施設希望が23.9%、グループホーム等が5%となっており、年齢や性別による大きな違いはない。

在宅介護を希望する理由、施設介護について見てみると、在宅介護を希望する理由は最も多いのが「できるかぎり自宅で生活をしたいから」(1995年73.6%)、「住み慣れた自宅で生活をしたいから」(2002年85.6%)であり、自宅での生活を希望している人は、介護保険制度導入以降増加している。また、次の理由は、「施設で他人の世話になるのはいやだから」「他人との共同生活はしたくないから」「施設では自由な生活ができないから」など

⁹ この調査は、全国の20歳以上の5000人を対象に行った郵送調査で、1995年は3,596人、2002年は3,567人(71.3%)の有効回答が得られている。このうち、回答時に60歳以上であったのは、1995年は、全体の30.2%にあたる1336名で(男性541名と女性545名)、2002年は、全体の37.5%にあたる1336名で(男性666名と女性670名)である(内閣府 2003)。

¹⁰ 設問は、「あなたが老後に寝たきりや痴呆症になり、介護が必要となった場合に、あなたの希望と条件に合うような特別養護老人ホームや老人保健施設など、介護の受けられる施設があったら、あなたは入ってもいいという気持ちはありますか、それともありませんか」というものである。

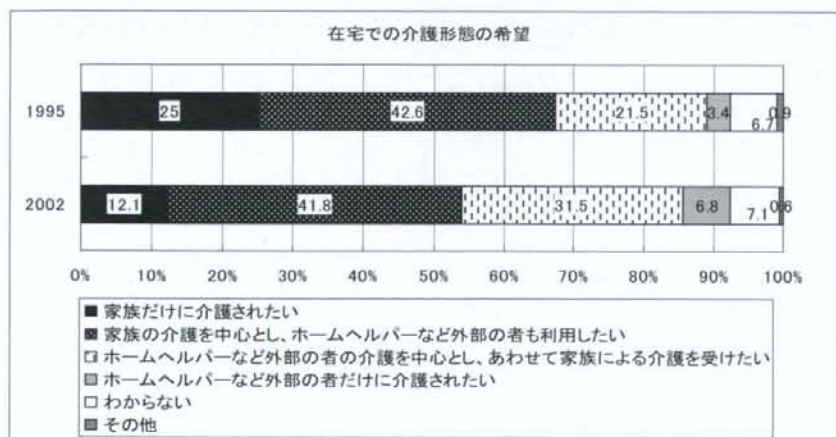
施設ケアのデメリットを挙げる人が1998年と2002年とも2割前後いた。また、「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」という経済的な要因を理由として挙げる人は1998年の14%から2002年の21%まで増加していた。これは、利用者負担が明確になった介護保険制度下のほうが、コスト意識が発達したためではないかと考えられる。「在宅で十分な介護を受けられるから」という理由は1998年の21%から2002年の15%と減少していた。

逆に、施設介護を希望する人の理由として、最も多いのが「家族に迷惑をかけたくないから」(1995年76.9%、2002年77.1%)であった。「家族には仕事をしているなど、介護の時間が十分にとれないから」(1995年37.8%、2002年25.9%)は介護保険制度後割合が減り、「専門的な介護が受けられるから」(1995年・2002年とも35.9%)と順位が逆転している。

このように、介護を受ける場所については、介護保険制度の導入以降においても在宅での介護を希望する人がケアを受ける側・ケアをする側両方で多かった。特にケアを受ける側では男性にこの傾向が顕著に見られた。また、こうした希望については、在宅ケアを望む人は自宅での生活を重視しての選択であるが、施設ケアを望む人は本人の意思よりも家族への介護の負担や迷惑を考えての選択であった。

次に、介護者の希望についてみると、在宅介護の場合は、家族だけに介護されたいという希望が介護保険制度導入後に半数以下まで減っており、外部サービスを中心とする介護や外部サービスのみによる介護を希望する割合が増えている(図表3)。2002年のデータでは、家族のみの介護を希望する人が男性16.9%、女性8.3%、ホームヘルパーを中心を考える人が男性23.9%、女性37.5%と、男性のほうが家族中心の介護を望んでいる傾向がみられた。また、男女とも年齢があがるにつれ、家族のみの介護や家族を中心とした介護を期待する割合が増えていた。つまり、介護保険導入後、家族のみで介護をする体制を希望する割合が減少し、外部サービスを中心としたサービス体制を希望する割合が増えているが、特に女性と若年層でその傾向が見られた。

図表3 在宅での介護希望の推移 (資料出展：『高齢者介護に関する世論調査』)



他の調査においても、介護保険制度以降の家族介護への期待が裏付けられている。三鷹市での杉澤らの研究（2005）によると、1998年と2002年の調査の比較で、在宅サービス志向は、19.6%から25.9%に増加したものの、家族介護志向も35.0%から37.7%に増加しており（増加分はその他の減少）施設介護志向が33.5%から34.05%と大きな変化はなかった。つまり介護保険制度導入後であっても、「大きな転換には程遠く『家族に介護されたい』という意識をもつ高齢者が依然として多い」（杉澤ら 2005：40）状況といえる。

さらに、家族のみに介護を希望する人たちが、家族の中で誰に介護をしてもらいたいのか、ということについては、配偶者（1995年の54.8%から2002年の60.7%）、息子（1995年の5.7%から2002年の7.2%）が増加しており、娘（1995年の19.4%2002年の17.3%）、嫁（1995年の12.1%2002年の6%）と特に嫁介護者への期待が大きく減少していた。ただし、男女で介護者への期待は大きく異なり（図表4）、男性の場合は配偶者への期待が圧倒的に高く、女性の場合は、実の娘が最も多く、次が配偶者で、嫁という割合になっている。これは、女性のほうが女性介護者への期待が高く、男性である配偶者への期待が低いと考えられる。ただし、女性の嫁に対する期待は、60代以上の人から多くなっており（2002年で60～69歳16.2%（家族のみ）、11.8%（家族+ヘルパー）、70歳以上25.6%（家族のみ）、22.7%（家族+ヘルパー））今後高齢者の世代が交代すると、嫁への介護期待はますます弱まるのではないかと考えられる。また、大都市と町村では、他の親族への期待に大きな違いはないが、嫁に対する期待は異なっており、町村のほうが大都市よりも期待が倍近く高かった（2002年で町村は8.5%（家族のみ）、町村6.4%（家族+ヘルパー）、大都市は4.1%（家族のみ）、大都市3.6%（家族+ヘルパー））。

図表4 介護者として期待される家族の続柄（資料出展：内閣府 2003『高齢者介護に関する世論調査』）

性別 \ 介護者	配偶者	息子	娘	婿	嫁	わからない・その他
	家族のみの介護を望んだ人					
1995年	54.8	5.7	19.4	0.4	12.1	7.8
2002年	60.7	7.2	17.3	0.2	6	8.9
男性（2002年）	76	7.5	4.5	—	3	7.7
女性（2002年）	36.1	6.6	38	0.6	10.8	7.8
家族+ホームヘルパー、ホームヘルパー+家族の介護を望んだ人						
1995年	50.9	4.8	19.2	0.1	7.6	7.5
2002年	57.3	5.3	19.6	0.1	5.1	8.6
男性（2002年）	78.8	3.7	5	—	2.4	8.9
女性（2002年）	42.1	6.5	29.9	0.2	7	7.8