# A Study of the family-provided care system


| メタデータ | 言語: jpn<br>出版者:<br>公開日: 2017-10-02<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者:<br>メールアドレス:<br>所属: |
| --- | --- |
| URL | http://hdl.handle.net/2297/48247 |

【研究ノート】

# 家族介護制度についての一考察

A Study of the family-provided care system.

金沢大学　森　山　　治

## はじめに

介護保険制度が実施されてから15年以上経過した。その間も日本の少子高齢化は進み、団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題への対応が迫られている。

介護保険制度が導入されるにあたって、議論となったことの一つに現金給付の導入の是非という問題があった。1994年にスタートしたドイツの介護保険制度では現金給付が導入されており、我が国でも介護保険制度の導入プロセスにおいてこの問題が検討された結果、現金給付を導入しないとの結論に至った。2008年に導入された韓国の老人長期療養保険制度では、離島などのサービスが行き届かない地域に限って現金給付を制度内では認めているが、実際には実施されることはなかった。その一方で家族療養保護士制度が導入され、療養保護士の資格を取得した同居・非同居の家族による訪問療養・訪問入浴サービスが認められている。

本研究は、我が国ではインフォーマルな位置づけである家族等を介護労働者としてフォーマルなサービスのにない手として再考することを試みたものである。

ヨーロッパでは家族や友人を介護労働のにない手として位置づけ、労働に対する対価を支払っている状況がある。ドイツの様に現金給付として介護保険制度に位置づけられるものもあれば、介護保険制度を導入していないフィンランドでは、公的なサービスと並立して親族扶養法が施行されている。しかし、アジアにおいては、韓国で家族療養保護士が実施しているに留まっている。

本論文ではまず最初に、我が国の介護を取り巻く状況、特に介護のにない手不足の現状を確認する。次に、介護保険制度の形成過程において、現金給付制度が導入されなかったプロセスを振り返ることによって、その意義について再評価を試みる。次に海外との比較として、家族療養保護士制度を導入した韓国についてその現状と課題について整理する。そのうえで家族等をフォーマルなサービスのにない手として再考することの意義について明らかとしていく。

はじめにこの論文で述べる家族等の範囲を確認しておきたい。ここでは民法で親族として位置づけられる範囲 (1) に限ることなく、友人等までの範囲を含むこととする。福祉サービスにおいての、インフォーマルなサービス提供者の範囲を対象と考えている。

一度否定されたフォーマルな家族介護制度について、主張は異なるものの、なぜ議論の俎上に載せようと試みるのか。プロフェッショナルな介護サービスの充実を望んでいる筆者自身としても、どの様に主張が受け取られるのかリスクも大きいと考えるが、世界で最も早く高齢化する我が国において、介護のにない手についてさまざまな角度からの議論をおこなう意味で意義のあることと考えている。なお、今回は検証作業に留まるため、論文ではなく研究ノートとして位置づけたい。

## 1．我が国における介護のにない手の現状

ここで確認する必要があるのは、一つには超高齢社会をむかえるにあたっての介護人材の

不足という認識である。介護福祉士養成がスタートして30年を迎えようとするが、近年は介護職離れと言われるように介護人材は十分に充足していない状況にある。不足を補うために外国人介護人材の導入が検討されているが、ここにもさまざまな課題がある。

他方人材の不足を補うために資格を統合化する動きもある。フィンランドの保健福祉の基礎資格であるラヒホイタヤが俎上にのせられているが、介護福祉士との成立過程の違いに注意をしなければならない。

(1)介護人材の不足と問題点

団塊の世代の介護問題、いわゆる2025年問題が社会的な問題となっている。介護が必要な利用者が今後増え続けるなかで、介護人材のにない手不足も大きな社会的問題である。

2015年６月に公表した「2025年に向けた介護人材にかかる受給推計（確定値）」をみると、2025年における介護人材の需要見込みは253万人であり、現状の供給見込みと37.7万人の差がある。

それに対して第４回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（平成27年２月23日）資料から従事者数をみると、2013年度の訪問介護員は48万人（常勤14万人、非常勤33万人）、施設等の介護職員は123万人（常勤88万人、非常勤35万人）のあわせて171万人である。

介護福祉士登録者数（2016.3末）は[2]、140万8,533人（うち養成施設出身者は33万4,260人、31%）であるが、2013年データによると、登録者（118万9,979人）のうち介護福祉士が介護職として従事している者は、66万546人（55.5%）に留まっている。

また、旧ホームヘルパー（１・２級課程）修了者は2012年度で単純合計上は383万2,214人存在するが、これも実際に介護現場に従事する者は限られていると考えてよいであろう。

介護人材の不足理由については、業務の内容に対して賃金が低いことがその大きな理由にあげられている。加えて国家資格とインセンティブという視点に立つと、介護福祉士は質の担保、雇用条件の改善にコミット出来ていない不幸な国家資格であるともいえる。国家資格化は本来、ミニマムの教育水準を一定にすることから、質が担保され、待遇面の改善等に結びつく要素があるが、介護福祉士の場合には資格取得ルートが複数に分かれており、これまでも現場経験のみで受験資格が与えられるといった資格取得ルートも存在したことから、質の担保までにたどり着いていない。実際に介護の職場で従事する職員の割合は、養成校出身者よりも実務経験者の方が多いのが実情である。本来であれば介護福祉士の養成ルートを養成校に一本化することで、質の担保を計り、あわせて帰属意識を高めることで職能団体等への加入率を高めていくことが雇用条件の改善に結びつくことにつながるが、現状では遅々として進んでいない。そして、本来養成の主力となるべき養成校の数、定員数、入学者数も減少している。2016年度の介護福祉士養成施設の定員充足率は46.4%（定員１万6,704人に対し入学者7,752人）であり、2010年度（75.7%）と比較すると30ポイント以上低下している。入学者のうち離職者訓練制度対象者1,435人を除くと定員充足率は37.8%に過ぎない[3]。あわせて養成校を卒業しても介護の仕事に就かないといった可能性もある。高い離職率によって介護現場から介護人材が逃げていくばかりか、若い介護人材の養成にも大きな陰りがある。

では、外国人介護人材を導入することが介護人材不足を解消することにつながるのであろうか。2016年10月25日、「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律案」、「外国人技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に

関する法律案」が衆議院本会議において可決され、参議院に送付された。今後可決・施行される可能性は高くなった[4]。

これらの法律が施行されることでどの様な影響があるのか。外国人介護人材と一口に言っても、大きくは３つのルートが存在している。

一つには日本で教育を受けた外国籍の介護福祉士である。これまでは介護福祉士として在留資格は認められてはこなかった。今回出入国管理及び難民認定法が一部改正されることにより、介護福祉士として在留資格が認められるようになる。このルートは、日本の教育制度のなかで一緒に教育を受けることで、日本人との賃金格差は生じない。言語に加えて生活習慣も時間をかけて学ぶことができることから望ましいルートであると言える。但し、発展途上の国々から留学生を招く場合は、経済格差を考慮して授業費・生活費の一定程度の保障が必要不可欠となる。

次に、経済連携協定(平成20年度・EPA)により、フイリピン、インドネシア、ベトナムからの介護福祉士候補者を受け入れるルートである。これは、経済連携が主目的であるため、合格者数やその後の日本定住者が今後の介護人材を左右するだけの数を確保出来るわけではない。しかし、EPAは母国（主に発展の途上にある国々）によって教育を受けた資格所有者、いうなれば完成された人材を活用するのである。これは先進国による発展途上国からの人的搾取という意味も含まれる。

最後に「日本再興戦略」改訂2014(平成26.6.24閣議決定)において、外国人技能実習制度の対象職種に介護分野を追加することが決められた。こちらも前出の法律が施行すれば具体化されることとなる。しかし技能実習生制度については、実質的な低賃金労働との批判が国内外がら寄せられているのも事実である。技能実習生制度をこのまま維持すること自体が、大きな人権問題・国際問題につながる可能性が高い。あわせて技能実習生は有期限雇用であることから、出稼ぎ労働者としての側面が強い。このことは、技能実習制度を利用して介護人材を受け入れることは、我が国の一時的な介護人材の量的確保だけが目的の人材の使い捨て政策ともいえる。ましてや介護の質を高めるものでもなく、働く外国人介護人材の人権を保障する施策とも言い難いのである。

(2)地方における人材確保と資格の統合

2016年７月15日、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の初会合が開催された。この会合において医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直しとして、保健・医療・福祉教育に共通基礎課程を設ける提案がなされた。具体的な制度設計がされているわけではないが、会合の資料を参照すると、人材キャリアパスの複線化として、福祉系有資格者への保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討、介護福祉士と准看護師の相互単位認定の検討が2021年を目途に計画されている。

このうち福祉系有資格者への保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討については、保育士資格と介護福祉士資格の統合(中長期的課題）という目標をたてた、2013年３月に厚生労働省「まち・ひと・しごと創生サポートプラン」において医療・介護、福祉サービスの基盤整備に関する取組方針として次の意見がまとめられている。

地方圏や中山間地域においては、人材確保やサービス提供が困難な地域の増加に備え、利用者の利便性や相乗効果も勘案し、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉といった福祉サービスの融合を図ることが必要である。厚生労働省としてもその更なる推進方策とともに、これらのサービスのにない手となる専門職種を統合・連携させる方策を検討するための検討チームを設置する。

＊下線は筆者による。

これを受けるかたちで厚生労働省内に2015年４月より「介護・福祉サービス・人材の融合検討チーム」が設置されている。

しかし保育士資格と介護福祉士資格の統合についてはこのプランが初見ではない。2008年７月に日本学術会議社会学委員会社会福祉学分科会は「近未来の社会福祉教育の在り方について」－ソーシャルワーク専門職資格の再編成に向けて－を提言している。この提言は社会福祉士に関する内容が中心であった。しかし、ソーシャルワーク専門職資格の再編成に向けた、社会福祉に関係する資格間の関連性において、４つの国家資格の関係についても一定の整理が必要と述べている。そのなかで、介護福祉士と保育士については、ケアワークという概念を導入する事で一つの範疇として捉えられるとしている。

またこのプランでは、地方における人材の確保という視点から、「ラヒホイタヤ」（Lahihoitaja）が注目された。ラヒホイタヤは、1990年代に社会・保健医療ケア分野の日常ケアに関する中卒レベルの資格が一本化されてできたフィンランドの社会・保健医療共通基礎資格である。現在は、保健医療部門における７つの資格（准看護師、精神障害看護助手、歯科助手、保育士（病児）、ペディケア士、リハビリ助手、救急救命士－救急運転手）と社会ケア部門における３つの資格（知的障害福祉士、ホームヘルパー、日中保育士）、計10種類の資格からなっている。教育期間は３年課程（中卒）、２年課程（高卒）の２つがあり、最終の１年間は各分野の専門教育を受ける仕組みとなっている。筆者は近年フィンランドの養成学校を複数カ所訪問し、ラヒホイタヤの養成状況や就職状況を現地調査しているが、高齢者の介護部門に関してのラヒホイタヤの採用は多く、就職先として有望であるとうかがっている。

ラヒホイタヤは社会・保健医療共通基礎資格であることから、EU圏内では准看護師として資格を使用することができる。「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部会合で、保健・医療・福祉教育に共通基礎課程を設けるといった提案は、こうしたラヒホイタヤの教育課程が参考となっていると考えられるが、実現するには大きな障壁が存在する。現在我が国の保健・医療と福祉の資格教育は全く異なる基盤のうえに立脚していることから、准看護師と介護福祉士に共通基礎過程を設けるには、抜本的な教育改革をおこなう必要があることがその理由である。また、准看護師の廃止を要求する日本看護協会とは対立する提案であるとも言えるため、今後何らかの政治的な決着がなされなければ実現はかなり困難と考えられる。

## ２．介護保険制度の形成過程における現金給付制度導入をめぐる議論

我が国の介護保険制度の成立過程において現金給付は導入しなかった。政治的妥協の産物として、従来地方自治体で実施されていた介護に対する慰労金制度を参考に、国が予算措置を行い市町村長の判断により、介護保険給付とは別枠で「家族介護慰労金」の支給事業助成を実施するに留まった。また、家族ヘルパーについても、同居家族に対する訪問介護は禁止し、別

居親族ヘルパーについても、親族以外による訪問介護が極めて困難な心身状況にあることや、離島・山間地域等で訪問介護のサービス提供量が不足しているなどのかなり限定的な条件で、なおかつ、その必要性をあらかじめ保険者と協議し、介護保険サービスとして適正かどうかを判断された上で提供可能となるとした厳しい条件をつけたため、事実上制度としては大きな役割を持つことはなかった。

この章では介護保険制度の成立過程において現金給付がどの様な過程において不採用となっていったのかを改めて整理し直してみたい。介護保険制度の成立に関与した関係者によってまとめられた介護保険制度史研究会「介護保険制度史」社会保険研究所（2016）を参考に、それを時系列に整理し、同様に関係者によって著述された書籍を参照して整理することとする。

①高齢者介護・自立支援システム研究会（1994.7-12）報告書

1994年７月に厚生省（当時）に設置された「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書では、現金給付（介護手当）についての考え方は「サービスが絶対的に不足している状況下で、保険料を負担している人が適切なサービス利用ができないケースも十分に想定されるため、公平性の観点から現金給付はやむを得ない。」と整理しつつも、家族の研修受講、専門家がケアプランを管理すること、外部サービスに切り替えが可能なバックアップ体制といった条件整備が必要としている。以後、老人保健福祉審議会でも支給の是非をめぐり意見は対立する。

②老人保健福祉審議会５回会合（1995.4）意見対立

第５回、第８回会合（５月）において、家族への依存には限界があると委員の意見はほぼ一致するも、現金給付については意見対立したままであった。

③介護給付分科会1995

具体的な議論は分科会へ移行するも、家族介護に対する現金給付をめぐる問題は対立したままであり、双方意見の列記となった。

④老人保健福祉審議会21回会合1996.1「新たな高齢者介護制度について」（第2次報告）

家族介護に対する現金支給については、積極的な意見と消極的な意見があり、さらに今後の広範な国民的議論を期待するとの記述に留まった。

⑤高齢者介護保険制度の創設について（1996.4.22）老人保健審議会最終報告

家族介護については、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記述され、以下消極・積極の双方の意見が列挙された。

■現金支給に消極的な意見

・現金給付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。
・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。
・現在最も必要なのはサービスの充実である。

■現金給付に積極的な意見

・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。
・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。
・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。

⑥介護保険法要綱案に係る修正事項（1996.9.19）

家族介護の評価と支援については、現金給付

については、当面行わないこととし、介護基盤整備への資金投入を優先することとするが、家族介護に対する適切な評価と支援を行う観点から、ショートスティ利用枠の拡大等家族介護に対する在宅サービスの重点的提供を行うとされた。

⑦第140回通常国会（1997.2-5）各党修正案

（民主党、新進党、共産党、21世紀）

介護手当の支給に関しては介護手当と介護給付の併給を認め、選択制にすることを旨とした共産党による修正案のみ提出された。

⑧一万人市民委員会（1996.9）

1996年９月に旗揚げした「介護の社会化を進める一万人市民委員会」（代表．堀田力、樋口恵子）は、介護保険法案の修正してはならない部分として、サービスは現物給付に限ることを主張していた。

こうしてサービス給付が現物給付に傾くなか、施行間近となった1999年10月に入って、与党議員より再度異議が唱えられる。

⑨自民党政調会長亀井静香発言

（1999.10.6）

「子供が親の面倒を見るという美風を損なわないよう配慮が必要だ。家族のきずなとお年寄りの精神的な幸せを無視した機械的な対応は好ましくない」（発言）

⑩一万人市民委員会（1999.10.26）

14団体が緊急記者会をし、家族介護への現金給付反対を表明した。

⑪自民党議員（1999.10.15）

家族介護に現金給付を行うこと等を推進する「家族介護推進議員連盟」結成。

⑫介護保険法の円滑な実施に向けて

（1999.11.5）内閣官房長官記者発表資料

現金給付を主張する与党議員等に対して、家族介護支援対策をうちだす一環として「家族介護慰労金」の支給事業助成が打ち出された。

経過をみると現金支給については両論対立の様相で議論がおこなわれているが、厚生省高齢者介護対策本部事務局では早い段階（1994.4）で現金給付は行わず介護サービス基盤整備を重視するというコンセンサスができていたと和田勝（当時．事務局長）は証言している。

その理由として和田は、１.給付費の膨張。不正請求。大蔵省主計局（当時）の反対。２.家族介護の固定化。３.現物給付による基盤整備の促進。不適正使用の抑制。４.過疎地域の雇用創出。地域社会に貢献。５.バウチャーの不採用（現金給付と同様）。といった理由をあげている。

同じく事務局次長補佐であった増田雅暢は、事務局は介護手当の制度化に対して消極的となり、第４回勉強会（1995.10.5）では、「家族介護固定論」「介護費用増大論」を強調するようになったと証言している。第６回勉強会（1995.12.27）では、現物給付を基本とし、現金給付は極めて例外的なものと位置づけとすること。支給水準は特別障害者手当（1995年度26,230円）の水準以下に抑えること。訪問介護と通所介護の費用平均が月額20万円であるため、総給付費の1/8に押さえること。現物給付とは併給禁止とすることを条件にし、導入した場合は月額25,000円程度を想定していたと記している。

研究会では別表に示すように、介護手当については国際比較を踏まえた検討がおこなわれており、現金支給をするとしてもヨーロッパの支給根拠とは異なり、介護慰労に近い水準で費用を抑制することを念頭に置いている。

例えば、特別障害者手当が例にあげられているが、この手当の目的は「精神又は身体に著しく重度の障害を有し、日常生活において常時特別の介護を必要とする特別障害者に対して、重

度の障害のため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障害者の福祉の向上を図ること」を目的としたものであり、精神又は身体に著しく重度の障害を有するため、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある在宅の20歳以上の者に月額26,830円（2016年度・所得制限あり）支給するものであった。あくまでも目的は精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助でしかなく、介護者の経済的保障をするものではない。

当時、介護手当として際だって金額が高かったものとしては、東京都の単独制度として実施していた「老人福祉手当」をあげることができる。内容としては、6ヶ月以上の寝たきり、認知症の状態にある者に対して支給し、70歳以上月額51,000円（1994年度）、65-69歳42,000円。所得基準超過者は28,000円と規定していた。入院に対しても支給対象としていたため、当時老人病院のお世話代といった法定外負担の基準にもなっていた。

こうして振り返ると、審議会・政界での議論とは別に、厚生省内部では早い段階で、現物給付サービスに限定した制度の設計を意図していたことが理解出来る。また、現金給付についても、ヨーロッパでみられる、労働の対価や社会的機会に対する損失補填といった視点ではなく、慰労的な位置づけに限定することで、現金給付が仮に導入されたとしても低額に抑えることを意図していたことも理解出来る。慰労的な位置づけとすることで、支出を抑制することで大蔵省主計局の同意を得ること。それまでアンペイドワークまたは、含み資産としてみていた家族等を、ヨーロッパの様に介護労働者として位置づけ、比較的高い労働の対価を渡すことに対しての心理的な抵抗感といったものがあったと言えるだろう。亀井静香議員に代表される発言は、当時の家族介護に対する中高年者からみれば一般的な認識であったとも考えられる。であれば、我が国において現金給付が実現されなかったことは、当時としては適切な対応であったと言えるのではないだろうか。

### 3．韓国における家族療養保護士制度の現状と課題

韓国の老人長期療養保険の特徴の一つとしてあげられるのが家族療養保護士制度である。韓国では、現金給付については事実上実施されていないが、民法で定められた親族が療養保護士として、訪問介護サービス、訪問入浴サービスを提供することは認められている。

家族介護が認められる基本的なルールとしては、家族による訪問介護サービスがおこなわれた日は、他の訪問介護サービスは認められないこと。家族介護者が月160時間以上一定の仕事に従事している場合はサービス提供者としては認めないこと。直接的な現金給付はおこなわず、事業所に所属し、給与を受けるシステムとするといったルールが定められている。

韓国では老人長期療養保険制度が実施される以前には、介護職に関する資格制度は韓国ケア福祉協会による資格「ケア福祉士」が存在するだけであった。しかし必ずしもこの資格は社会的に影響力のあるものとは言えず、療養保護士が成立することによって存在意義は失っている。

療養保護士は学歴要件が無いため、家庭内で介護のにない手であった中高年の女性を中心に教育をうけるものが多かった。制度発足後1年あまりで45万6,633人の療養保護士が養成されている。

家族療養保護士は、儒教精神が生活習慣に大きな影響を持つ韓国の特徴的な制度であるといえるが、そのにない手となる中高年の女性に

とっては、家族を介護することが収入を得る手段ともなった。制度発足から短期間に療養保護士を大幅に増やすことができたのも家族療養保護士の影響が大きいと考えられる。

制度の内容について触れておくと、2008年当初は同居家族一日90分、非同居家族については一般の訪問介護サービスと同様の条件でサービスを提供できた。しかし2011年の制度改定により家族療養保護士制度は大幅な利用制限が導入された。2011年８月の改定では、従来は同居家族によるサービス提供時間のみ制限されてきたものが、同居の有無にかかわらず制限が加えられることとなった。訪問介護の場合、同居、別居の関係なく一日のサービス時間を90分から60分に、月の利用日数を31日から20日へ縮小した。但し、65歳以上の配偶者がサービスを提供する場合および利用者に認知症による問題行動がある場合は既存通りの扱いとなっている。

制度改定の通知は５月30日付であり、当初は７月１日に実施（実際は８月１日に変更）という我が国ではまず考えられない性急なものであった。

このサービスに利用制限が導入された背景には、別居家族によるサービス提供がおこなわれていないといった不正請求の問題がある。その他、サービス量と質の把握が困難であることなど削減理由があげられている。しかし、国民健康保険公団の目的は、サービス利用の多いこの制度に対して利用制限を加えることで制度全体の給付抑制を図ることにあると考えられる。当時介護保険料率は制度利用者が増えることにより着実に増加していた（2009年4.78%→2011年6.55%）。筆者による現地調査では、訪問介護サービスの利用が85%と圧倒的に高く、かつ訪問介護サービスの半分は家族療養保護士によるサービス提供で成り立っていると韓国の研究者から指摘も受けた。利用制限が導入された後、訪問介護サービス事業所数は確実に減少していることからも抑制効果は働いたものといえる。

## おわりに

（介護労働のにない手としての家族）

第一章であきらかとしたとおり、我が国の介護人材不足はかなり厳しい状況にあると言える。厚生労働省は介護人材の階層化（いわゆる富士山型）を提言し、介護人材の裾野を広げようと検討している。しかし、階層化を進めてもそれにあわせて労働条件が向上していかなければ、今後益々介護人材の低位下が進行するだけに留まる危険性がある。介護の質の向上とはむしろ逆の方向に進もうとしているいまの介護労働の現状を危惧するのは私だけであろうか。

確かに家族等を介護労働の担い手として位置づけるには、第三章の韓国の事例を踏まえればリスク回避の措置を事前に準備しなくてはならない。あわせて、介護保険制度の成立過程でみたように、我が国においても家族介護を未だに美風ととらえる層がいなくなったとは言いがたい。介護人材として家族等を位置づけることに対する心理的な違和感も払拭できる根拠を確かにしていく必要も残る。今後の課題としては、フィンランドの親族扶養法等を参考としながら介護保険制度と親族扶養サービスが我が国において並立できる可能性について取り組んでいきたい。（2016年11月10日脱稿）

本研究は、「社会的包摂を視点とした介護労働力の政策化とキャリア形成に向けての国際比較研究」（2015年度～2017年度・基盤研究Ｃ15K03911）の成果である。

注

1）民法では親族の範囲を、①６親等内の血族、②配偶者、③３親等内の姻族と定めている。

2）介護福祉士登録者数（2016.3末）

（出典．介養協HP）http://kaiyokyo.net/data/index.html　11月1日確認

3）福祉新聞2016年10月17日記事による。

参考文献

介護保険制度史研究会『介護保険制度史』社会保険研究所2016

和田勝編著『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社2007

増田雅暢著『介護保険の検証』法律文化社2016

東京の福祉研究会『図説東京の福祉実態1995年度版』萌文社1994

医療福祉問題研究会『医療福祉問題研究21号』2012

医療福祉問題研究会『医療福祉問題研究22号』2013

なお、家族療養保護士については、本学留学生金泰均氏より資料をいただいた。ここに感謝したい。

4）2016年11月18日公布された。

別表１

## 「介 護 手 当」

### (1) 介護手当について

| | 介護者に支給する場合 | | | 要介護者本人に支給する場合 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 長　所 | ・現在の介護実態に合う<br>・家族介護の支援が明確 | | | ・支給対象者が明確<br>・負担（保険料）と受益関係が明確 | |
| 短　所 | ・家族介護の固定化との批判<br>・被保険者以外の者へ給付することの理屈弱い<br>・介護者が複数いる場合の特定が困難 | | | | |
| 制度趣旨 | 介護者の慰労 | 介護者の休業補償 | 介護者の労働対価 | 要介護者の慰労 | 施設・在宅サービスの受給者との均衡 |
| 考え方 | 介護業務に従事することによる介護者の負担感を軽減し，公的に慰労することによって介護を奨励する． | 介護者が介護業務に従事することによる逸失利益の補塡をすることで，介護者の被る経済的損失を緩和する． | 介護者による介護業務を外部サービス同様に労働として評価し，報酬を支払う． | 要介護状態になったことによる本人の負担感を軽減する． | 外部サービスを利用せずに介護者から介護サービスを受けていることから，施設・在宅サービスの受給者との均衡を図る． |
| 支給額 | 一定額<br>（低額） | 介護者の逸失利益 | 保険給付の場合の相当額 | 一定額<br>（低額） | 在宅給付（ホームヘルプ）の一定額<br>（高額） |
| 必要最低限の支給開始要件 | ・本人の要介護状態<br>・介護者による介護 | ・本人の要介護状態<br>・介護者による介護<br>・介護者が介護開始前の仕事を継続するのが困難な状況にあること | ・本人の要介護状態<br>・介護者による介護<br>・介護者による介護の質が一定以上であること | ・本人の要介護状態 | ・本人の要介護状態<br>・専ら介護者からのみ介護を受けていること（外部サービスの利用は一定以下）<br>・介護者による介護の質が一定以上であること |
| 問題点 | ○介護の質が担保されない<br>○対象者が際限なく広がり，バラマキの批判 | ○本来は雇用保険で対応すべき性格<br>○退職時の取扱い<br>○専業主婦が介護を行う場合との均衡<br>○介護の質が担保されない<br>○給付額の設定に苦労 | ○家庭介護を経済的に評価することへの心理的抵抗感 | ○介護の質が担保されない<br>○対象者が際限なく広がり，バラマキの批判 | ○他目的に消費される可能性<br>○家庭介護を経済的に評価することへの心理的抵抗感<br>○給付額の設定に苦労 |

（出所）厚生省高齢者介護対策本部事務局資料（平成６年）．

出典　　和田勝編著『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社2007　p389

別表２

(3) 諸外国における家族介護への対応――介護手当を中心に――

| | 給付 | 給付対象者 | 実施主体 | 財源 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| スウェーデン | 近親者介護手当 | 介護者（要介護者１人当り60日が上限） | 国（社会保険庁） | 医療保険 | |
| | 市介護手当 | 要介護者 | 市 | 市税 | 市毎に給付額を設定 |
| | 有給家庭内介護者 | 介護のために退職した介護者 | 市 | 市税 | 市のホームヘルパーと同額の時間単価 |
| デンマーク | 社会手当 | 要介護者 | 市 | 国：50％<br>市：50％ | 複数障害を持つ者に対する加算 |
| | 社会手当 | 要介護者 | 市 | 67歳以上：市<br>67歳未満：市と県で折半 | ホームヘルプサービスの自己負担に対応 |
| | 介護手当 | 介護者 | 市 | 同上 | |
| イギリス | 付添費用手当 | 要介護者（65歳以降に発生した要介護状態が６か月以上継続） | 国 | 国庫 | 重度46.70ポンド（１週）<br>中度31.20ポンド（１週）<br>軽度　――― |
| | 障害者生活手当（介護部分） | 要介護者（65歳以前に発生した要介護状態が６か月以上継続） | 国 | 国庫 | 重度46.70ポンド（１週）<br>中度31.20ポンド（１週）<br>軽度12.40ポンド（１週） |
| ドイツ | 介護保険による現金給付 | 介護保険の被保険者で要介護認定を受けた者（年齢は不問） | 介護金庫 | 介護保険 | 要介護度別の給付額（１月）<br>要介護度Ⅰ：月額 400DM<br>要介護度Ⅱ：月額 800DM<br>要介護度Ⅲ：月額1300DM<br>（１DM＝約60円） |

（出所）厚生省高齢者介護対策本部事務局資料（平成６年）、

出典　和田勝編著『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社2007　p391