

家族福祉から見た介護保険の問題性

村 田 紀代子
Kiyoko MURATA

はじめに

介護保険制度の実施を5ヵ月後に控えた1999年11月5日、政府から「介護保険法の円滑な実施にむけて」という特別対策の提起が行われた。その内容は、保険料の徴収延期、軽減などと共に、介護家族慰労金をはじめとする家族介護支援対策などを含んだものであり、家族政策に関わる事柄も多い。現在はその特別対策を踏まえた自治体段階の施策が具体化しつつあるところである。本稿はそのような介護保険をめぐる新しい動向をふまえて、家族福祉から見た介護保険の問題性を探るものである。

なお、本稿では家族福祉を「家族構成員の一人も犠牲になることなく、家族全員の自立をめざすことを目標とする」ものとし、とくに高齢者と女性の自立に関わる問題を中心に考察することにする。

第1章 日本の高齢者問題の特徴

はじめに、介護保険制度導入の背景となった日本の高齢者問題の特徴を整理しておくことにする。

1. 急激な長寿化

ここ数年毎年更新している平均寿命が、1998年には全国では男77.16歳、女84.01歳となり、男女共世界一の水準を保っている（表1）。なお、同年の長野県の平均寿命は男78.67歳、女84.86歳で、男は全国1位、女は4位であり、長野県は長寿国の中の長寿県だといえよう。

2. 急激な高齢化

わが国の65歳以上の人口比率が7%から14%に到達した所要年数は24年であり、45年以上かかっている欧米諸国に比較するとそのスピードは非常に早く、それだけ高齢化対策に早急

に取り組まなければならなかったといえる（表2）。ただし、高齢化率を都道府県別にみると、その格差は大きく、島根県（23.8%）は埼玉県（11.5%）の約2倍（ともに1998年）であり、また、長野県は21.0%（1999年10月）で、全国では8番目に高い。

3. 家族形態の変化

社会生活における様々な変化の中で家族形態の変化は最も大きいものの一つである。以下、項目を挙げてその簡単な推移を見てみよう。

①高齢者世帯の増加

高齢者世帯とは65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいうが、1975年は3.3%であったのが、1998年は12.6%と大きく増加している。これは平均寿命が伸びたことと別居志向の表れとみることができる。

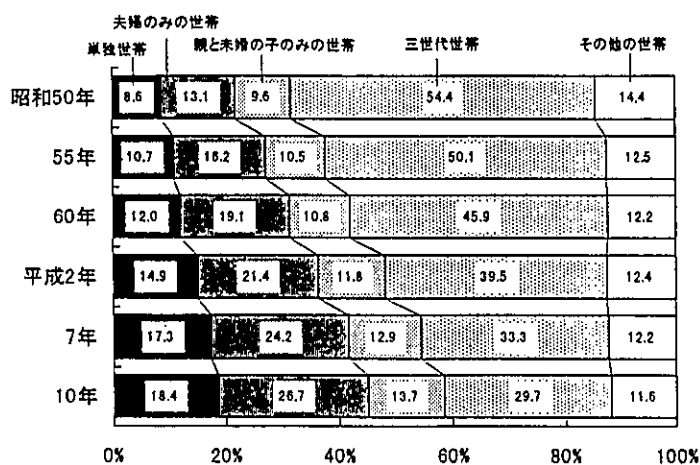
②女性の単独世帯が多い。

高齢者世帯の構成割合（1998年）は単独世帯が最も多く48.5%であるが、その内訳は女の単独世帯が38.6%、男の単独世帯は9.9%で、女の方が多く、年齢が上がるほどその差は大きくなっている。女性のほうが長生きということの証左だといえよう。

③3世代同居の減少

日本的家族形態の特徴の一つである3世代同居は、1975年は54.4%であったのが、1998年は29.7%と大きく減少している（図1）。このような家族規模の縮小も介護の社会化を促進する要因となっている。

図1 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯数の構成割合の年次推移



「国民生活基礎調査の概況」（厚生省・平成10年）より

表1 平均寿命の国際比較

国 名	作 成 基 礎 期 間	男	女
		歳	歳
日 本	1997年	77.19	83.82
中 国	1990～1995	66.70	70.50
韓 国	1991	67.66	75.67
ア メ リ カ	1994	72.40	79.00
イ ギ リ ス	1995	74.06	79.32
フ ラ ン ス	1996	74.00	81.90
ド イ ツ	1993～1995	72.99	79.49
スウェーデン	1996	75.91	81.18
ノ ル ウ ェ ー	1995	74.80	80.82
デン マ ー ク	1994～1995	72.62	77.82

「厚生白書」平成11年版より

表2 人口高齢化速度の国際比較

国 名	65歳以上人口比率の到達年次		所要年数
	7 %	14 %	
	年	年	年
日 本	1970	1994	24
ア メ リ カ	1945	2015	70
イ ギ リ ス	1930	1975	45
ド イ ツ	1930	1975	45
フ ラ ン ス	1865	1980	115
スウェーデン	1890	1975	85

「老人福祉の手引き」平成10年版より

表3 家族形態別にみた65歳以上の者の数の年次推移

年 次	総 数	全人口に 占める割合 (%)	ひとり 暮らし	夫婦のみ	子と同居	子供夫婦 と同居	配偶者の いない子 と同居	その他の 親 族 同 居	非親族と 同 居
構 成 割 合 (単位：%)									
昭和55年	100.0	・	8.5	19.6	69.0	52.5	16.5	2.8	0.2
60	100.0	・	9.3	23.0	64.6	47.9	16.7	2.8	0.2
平成2年	100.0	・	11.2	25.7	59.7	41.9	17.8	3.3	0.2
6	100.0	・	12.0	29.0	55.3	37.5	17.7	3.5	0.1
7	100.0	・	12.6	29.4	54.3	35.5	18.9	3.5	0.2
8	100.0	・	12.6	30.6	53.1	33.9	19.2	3.5	0.2
9	100.0	・	12.7	31.6	52.2	32.8	19.4	3.4	0.2
10	100.0	・	13.2	32.3	50.3	31.2	19.1	4.0	0.2

注：平成7年の数値は兵庫県を除いたものである。

「国民生活基礎調査の概況」（厚生省・平成10年）より

④同居率は減少しているが、国際比較ではまだ高い。

65歳以上の者の内「子と同居」している者は、1985年は69.0%であったが、1998年は50.3%と減少している（表3）。しかし、欧米諸国では18%程度（1987年）であり、スウェーデンでは4%（1985年）であるのに比べるとまだまだ高いといえる。こうした同居率の減少が家族を「福祉の含み資産」とした日本型福祉社会論の破綻を招いたことは周知のことである。

⑤老親扶養期間の長期化

大正期は5年程度であったが、現在は20年以上であり、この老親扶養期間の長期化が様々な介護問題を生み出す一因ともなっている。

4. 少子化の進行

高齢化の進行と同時に少子化も進行していることが、今日のもうひとつの特徴であり、介護問題を一層切実なものにしている。

①合計特殊出生率の一層の低下

一人の女性が一生のうちに出生する平均の子ども数は1985年以来減り続け、1998年は1.38となり、低下傾向は引き続き継続している。

②1.57ショックとその後

1966年の丙午の年は1.58であったが、1989年にはそれを下回って1.57になり（1.57ショック）社会問題となったが、それ以後毎年下がり続けている。このような人口減少型社会の到来は政府・財界の不安を招いているが、その課題は、(1) 高齢化のスピードを加速する、(2) 国全体の生産力を支える生産年齢人口の減少（労働力の不足）、(3) 社会保障に係わる現役世代の負担の増大、(4) 保健・医療・福祉の人材確保の問題だとしている。そして政府は、有識者会議（「少子化への対応を考える有識者会議」）を設置（1998年7月）し、その提言に基づいて少子化対策に取り組んでいるが、今日では子どもを産むことは女性・夫婦の主体的選択によるものとなっているから、ことは単純ではない。女性の社会進出に対応した出産後も働き続けることのできる条件づくりが鍵だといえよう。

第2章 要介護者をめぐる現状と問題点

1. 要介護者の現状

以下、とくに年数の明示のないものは1998年のものである（厚生省「国民生活基礎調査の概況」各年版より）。

①要介護高齢者の増加

65歳以上の在宅の要介護者は、100万4000人で、そのうち寝たきり者は31万6000人であ

表4 在宅の要介護者数（65歳以上）
（推計数・単位千人）

	要介護者	（寝たきり者）
1998年	1,004	(316)
1995年	861	(284)

表5 期間別にみた要介護者・寝たきり者の構成割合（65歳以上）1998年
（単位：％）

	1月未満	1月～1年	1年～3年	3年～5年	5年～10年	10年以上	3年以上
要介護者	1.7	16.7	26.1	19.7	19.8	14.2	53.7
寝たきり者	2.8	23.8	24.3	19.0	18.9	10.8	48.7

表6 寝たきり者（65歳以上）の主な介護者の続柄
－性別構成割合 1998年

同居	86.1	(単位：％)
配偶者	28.5	
子	22.5	
子の配偶者	32.5	
その他の親族	2.7	
別居	13.9	
親族	4.9	
親族以外	9.0	
男	14.8	
女	85.2	

表7 寝たきり者（65歳以上）の主な介護者の
年齢構成割合 1998年

39歳以下	2.6	(単位：％)
40～49歳	15.4	
50～59歳	27.6	
60～69歳	29.2	
70歳以上	25.2	

*表4から表7は「国民生活基礎調査の概況」（厚生省・平成10年）より
筆者作成

る。また、人口1000人に対する要介護者は48.7人で、寝たきり者は15.3人である。1995年の調査では、要介護者は86万1000人、寝たきり者は28万4000人であったのに比べると、共に増加している（表4）。

②長期化する要介護・寝たきり期間

要介護者の要介護期間は「1年以上3年未満」が26.1%、「5年以上10年未満」が19.8%、「3年以上5年未満」が19.7%で「3年以上」が53.7%を占め、寝たきり者の寝たきり期間は、「1年未満」が26.6%、「1年以上3年未満」が24.3%で、「3年以上」は48.7%となっている（表5）。

③大部分が同居し、介護者の年齢は半数以上が60歳以上

寝たきり者の主な介護者は、同居が86.1%、別居が13.9%であり、同居が圧倒的に多い（表6）。また、65歳以上の寝たきり者（同居）の主な介護者の年齢は、50歳代が27.6%、60歳代が29.2%、70歳以上が25.2%で、60歳以上が54.5%と半数以上を占めている。介護者の高齢化がいつそう進行しているのである（表7）。

④介護の担い手は女性が圧倒的

寝たきり者の主な介護者の性別は、男は15.6%、女は84.4%で圧倒的に女性が担っている（表6）。1995年の同調査では、男は16.0%、女は84.0%、1992年は男14.1%、女85.9%であり、男女の割合はそれ程変化がないといえよう。

⑤介護者の続柄は嫁、妻、娘の順

寝たきり者の介護者の割合（同居86.1%の内訳）は、子の配偶者32.5%、配偶者28.5%、子22.5%である。女性が圧倒的に多いということからすると、その順位は即ち、嫁、妻、娘となろう（表6）。介護問題が女性問題といわれる所以である。

⑥多くの介護者は悩みやストレスを感じ、その内容には男女差がある。

要介護者を介護している者の69.9%が、また、寝たきり者を介護している者の70.5%が悩みやストレスを感じている。性別では男性よりも女性の方が悩み・ストレスを感じている者が多い（要介護者を介護する男63.1%、女71.5%、寝たきり者を介護する男64.2%、女71.7%）。

性別によるその原因の順位は、女は「同居家族の介護」が40.1%で最も高く、次いで「同居家族の健康・病気」が38.8%であり、男は「同居家族の健康・病気」が34.2%で最も高く、次いで「同居家族の介護」が28.0%となっている（図2）。

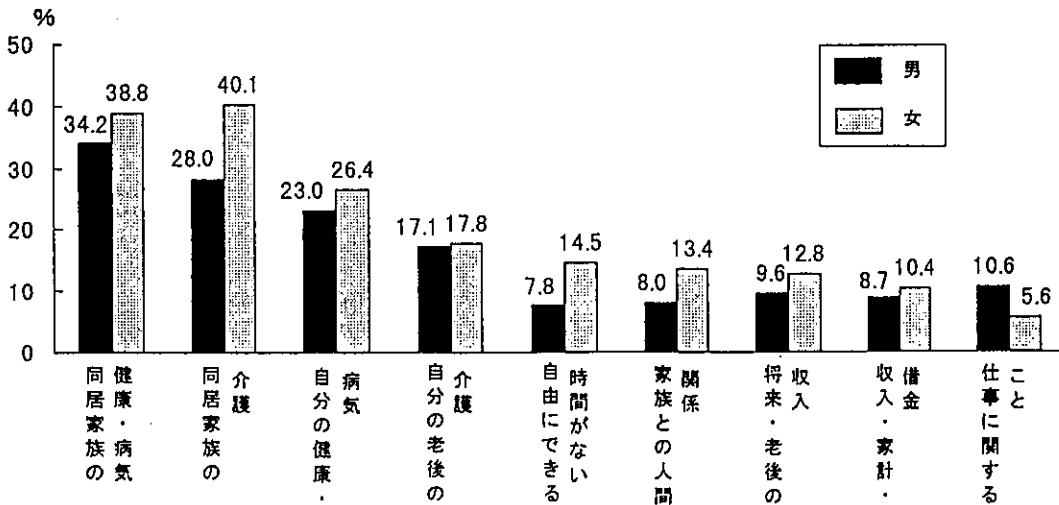
⑦老老介護の増加

65歳以上の者が介護する側であり、介護される側でもあるという、いわゆる「老老介護」は、95年は35.7%であったが、98年には38.3%に増えている。

⑧介護のために離職した者も女性が多いが、男女共増加している

「家族の介護・看護のため」に離職した者は、1992年は男9000人、女8万8000人であった

図2 要介護者の同居の主な介護者の悩みやストレスの原因（複数回答）



「国民生活基礎調査の概況」（厚生省・平成10年）より

のが1998年には男1万1000人、女9万人で、女性が圧倒的に多いが、増加数は男女共に同数の2000人で、増加率は男性の方が多くとも注目し値する。男性も介護を担うことの傾向を示すものといえよう。（この項のみ総務庁「就業構造基本調査」1992年、1998年）

2. 介護問題の顕在化

以上のような介護をめぐる状況のなかで起きているのが、介護地獄ともいわれる高齢者虐待であり、無理心中事件である。

①高齢者虐待

しばしば例に出されるが、労働組合の連合が1994年に行った「要介護者を抱える家族」についての実態調査では、半数近くが何らかの虐待をした経験があると答えている。また、大阪老人虐待問題研究会が1997年に行った全国調査では、虐待する側の6割が高齢者に何らかの憎しみの感情を持っているという結果が報告されている。これらは、家族介護がいかに非人間的状態をうみ出すかを示したものだといえよう。

②家族介護の悲劇

長野県ではこの3年余りで6件もの無理心中事件が起きている。長野県を含めて全国的な特徴としては、①痴呆症の妻を介護する夫が妻を殺害し、自分も自殺を図る、②老老介護型が多いこと、③同居介護であること、④公的サービスを利用しない場合が多いこと等が挙げられる。また、サービスを利用しない理由は、①家族が介護するのが当然だから。家族の手で介護したい。家の中のことは家で解決したい。家長の責任（長男のメンツ）、②お上の世

話になるのは恥だから、③世間体が悪いから、④他人を家庭に入れたくないから。他人様の世話になりたくないから、⑤忠孝の精神（親を大事にするのは当然という道德教育）などである。

このような事件をなくすためには、基本的には、介護は私事ではなく、社会的な問題として捉えることが大切である。そして、社会的介護を受けることは憲法に保障された権利（第25条の生存権）であることを確認することが大切である。

第3章 介護保険制度導入の目的と制度の特徴

1. 介護保険制度導入の目的と性格

介護保険制度の主たる目的とその性格は、①介護問題の社会連帯による解決（国民全体がお金を出し合って介護サービスを用意し、皆で利用する）、②個人の自立支援（高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること）、③サービス選択権の保障（利用者が主体的にサービスを選ぶ権利があること）だとされているが、これらは妥当なものといえよう。

また、介護地獄といわれるように過酷な家族介護の状態を改善するためには、介護の社会化が必要だというのが一般的な理解であるといえる。この点でも介護保険と家族の関係は密接だといえよう。したがって、介護保険が本当に家族を過酷な介護から解放するものなのかということが検討課題となろう。

2. 介護保険制度の特徴と問題点

①利用契約型のサービス

利用契約型ということは、利用者は直接事業者と契約してサービスを利用し、利用料を支払うことになる。つまり、お金で買う福祉になるということである。したがってお金のない人は生活保護を受けないとサービスを利用することができなくなるのである。

②個人主義的制度

個人主義的ということは、事業者と個人が私的に契約する制度だということである。サービスが限られていると、利用者は少しでも質のよいサービスを安く買える所を求めて個人主義的に動くようになり、利用者同士が限られたサービスを奪い合うということにもなりかねないのである。

③都市型制度

介護保険は民間事業者参入を前提にした競争原理に基づき、サービス供給を行うものとされ、サービスの質と効率性は競争原理で確保されるとしている。しかし、競争原理が成り

立つためには多くの事業者が参入しなければならないが、農村地域では困難であり、結局、都市型制度ということができる。

④介護概念の矮小化

要介護認定は身体介護を中心としたもので、そこに対策を限定し、精神的ケアや予防的機能は除かれている。このように介護対策を身体介護に限定したことは、介護概念の矮小化といわざるをえない。例えば在宅ケアの場合、援助者と利用者の援助関係を形成するには時間がかかるが、そうしたコミュニケーションをとる時間はコストに反映しないので、いきおい身体的ケアのみに終わってしまうというおそれがある。これはまた、介護の専門性の評価にもつながるものであるといえる。介護の専門性を低下させることは、高齢者にとっても好ましいことではない。

⑤介護ニーズの限定

要介護状態は、身体的・心理的・社会的要因の複合的要素で生じるものであるが、身体的要因のみを切り離したものになっている。人間は病気や障害をもつと、その人の置かれている環境との相互作用で良くも悪くもなるという意味では社会的視点が大切であるが、介護保険はこうした背景やプロセス、即ち、介護の社会的性格を否定したものといえることができる。

⑥給付対象の限定

サービスを利用できるのは65歳以上の者と40歳以上65歳未満の特定疾患の者であるが、このように65歳できちんと対象を切ってしまうっており、年齢で限定している。老人福祉法でも対象は一応65歳となっているが、実際の運用上は柔軟に行われているが、介護保険では厳しく割り切っているのである。

もう一つの問題は障害者の場合で、65歳になったら逆に介護保険のサービスを受けなければなくなり、障害者施策の水準のほうが高いこともあるので、介護保険によってサービスが低下することになりかねない。とくに、自立生活運動の障害者は地域で自立して生きていくために相当高い水準のサービスを受けている者も多く、個人の自立支援という介護保険の理念が建前だけのものになる危険性がある。

⑦地域性が弱まる危険性

措置制度では自治体が地域に責任をもってサービス供給を行うこととされてきたが、介護保険では自治体は調整機能が中心で、サービス提供は民間企業を含めた事業者が地域に関わりなく行うことができるのである。その点では営利のためには地域の弱者が切り捨てられる危険性をはらんでいるといえる。

⑧家族支援型制度

同居による家族介護を前提にしたサービス水準が設定されている（厚生省は2000年の時

点で家族介護を45%と想定)ことは、本紀要第8号で検討した通りであるが、これは介護保険が介護の社会化をめざしたのではなく、家族支援に止まっていることを表したものといえる。

第4章 介護の社会化と家族介護

介護の社会化とは「専門的職業としての介護サービスを社会的に用意し、そのサービスを個人や家族が日常生活に取り入れ、介護問題の解決を図ること。また、社会化には家族介護者の介護労働者化も含むものとする」と定義しておく。前章までに明らかになったように、家族介護をめぐる様々な問題を解決するためには、思い切った介護の社会化が必要である。次に、介護保険がそうした問題を解決できるのかについて検討することにする。

1. 介護保険の家族介護への現金給付問題

介護保険は現物給付が原則となっているが、家族介護については制度創設時から現金給付肯定と否定の両意見が最後まで議論され、最終の審議会でやっと決まったという経過がある。この賛否両論があったことは本紀要第8号で検討した通りである。

しかし、介護保険法が成立した後に、ヘルパー確保が困難な地域から家族介護を現金給付の対象にしてほしいという要望が出され、厚生省は厳しい条件をつけた上で限定的に認めることにした。1999年9月の医療保険福祉審議会の答申によると、在宅介護者がホームヘルパーの資格を取得し、登録ヘルパーとして家族介護を行った場合、①離島・山間の僻地等で訪問介護の見込み量が困難と市町村が認める地域、②居宅介護支援事業者の作成するケアプランにもとづく、③訪問介護事業所の責任者の具体的な指示に基づく、④身体介護を主とする、⑤同居家族に対する介護時間の合計が、全体の従事時間の概ね二分の一を超えないという条件を満たす場合は基準該当居宅サービスとして認めることとした。

この現金給付の問題は、北京女性会議で確認された性別役割分業を是正するという観点からみることが大切である。即ち、家族介護を無償労働(アンペイドワーク)として社会的に認知させ、正当に評価することである。そして、家族介護者がホームヘルパーの2級程度の資格を取得できるような条件を作り、家族介護労働の社会化を図るのである。また、当面の現金給付額はホームヘルパーの非常勤に見合う金額を保証するという方向をとれば、厚生省の案も生きてくるといえよう。

これは、①介護の社会化につながる、②家族介護労働の社会化になること、③家族介護者の専門職化が実現すること、④女性の自立に向かうことなどから評価できる案ではないだろうか。

2. 理念の欠けた政府の特別対策

「はじめに」であれたように、1999年10月から11月にかけて介護保険をめぐる大きな問題が自民党の亀井静香政調会長から提案された。「子が親を介護する美風を損なう制度はよくない」と介護保険への疑問を投げかけ、制度の見直し論議が行われた。その結果、11月4日、自自公連立政府は「介護保険法の円滑な実施に向けて」という文書を発表し、介護保険見直しの特別対策を決定した。文書は前文で、「お年寄りにとって家族に介護してもらうことが最も望ましい」が、「家族が長期の介護で疲れ果てて崩壊してしまわないよう、介護の負担を国民皆で支え合う制度」というだけで、介護保険の理念の一つである「個人の自立支援」という言葉はなかったのである。具体的な対策の概要と問題点は以下の通りである。

(1) 保険料軽減策

①第1号被保険者の保険料は2000年4月から9月までの半年間は国が負担し徴収しない。

その後1年間は半額に軽減する。

②第2号被保険者の保険料は、医療保険者全体として従来よりも負担増になる額は、国が1年分を医療保険者に財政支援する。

(2) 利用者負担の軽減策

介護保険法施行時にホームヘルプサービスを利用している低所得者の利用者負担を当面3年間は3%に軽減し、その後段階的に引き上げ、平成17年度から10%とする。

(3) 介護保険対象外への支援事業

市町村が自らの選択により行う介護予防・生活支援事業に対する助成の拡大である。

これらの対策は、介護保険の問題点の改善策ではあるが、問題は最も大切なサービスの基盤整備が完全に行われるかどうかなのである。その保障のないままでは、問題の先送りにすぎないのである。

(4) 家族介護支援対策

家族介護支援対策の趣旨は、「介護保険制度は介護サービスを受けることが基本ではあるが、しばらくの間は介護サービスが不十分な地域もあり、また、自分たちの手で介護したいという家族もあるので、市町村が介護保険法とは別に支援事業を行った場合に国が助成する」というものである。事業のメニューの概要は以下の通りである。

ア) 平成12年度から実施する事業

①家族介護教室—介護家族や近隣の援助者などに介護方法や介護者の健康づくりなどの知識・技術習得のための教室を開く事業

②家族介護用品の支給—重度で市町村民税非課税世帯の在宅高齢者を介護している家族に対して介護用品の支給をする事業

③家族介護者交流事業（元気回復事業）—いわゆるリフレッシュ事業のこと

④家族介護者ヘルパー受講支援事業—家族介護の経験を生かしてホームヘルパーとして社会で活躍することを支援するため、ヘルパー研修（2級・3級課程）の受講料を助成する事業

⑤徘徊高齢者家族支援サービス事業—早期発見のためのシステムの整備

イ）平成13年度から実施（支給）する事業

家族介護慰労事業— 重度の低所得高齢者を介護している家族への慰労として金品（年額10万円まで）を贈呈した場合に経費を助成する事業で、対象者は過去1年間介護保険のサービス（年間1週間程度のショートステイの利用を除く）を受けなかった場合に、その者を現に介護している家族である。

3. 活用すべきヘルパー研修受講支援

以上の家族介護支援対策のうち、検討すべき事項はもちろん家族介護慰労金問題ではあるが、大いに活用すべきだと思われるのは、④のヘルパー研修受講支援である。

この問題は、現金給付問題のところで検討したように、家族介護労働の社会化につながるからである。したがって市町村で積極的に受け止めてほしい事業なのであるが、しかし、受講対象者はじめ、補助金なども未定である。家族介護者の社会化は、過酷な家族介護から家族を解放することが重大な介護保険の使命でもあり、介護の社会化を図るためにも必要なことなのである。今後の取り組みに期待したいものである。

4. 家族介護者への慰労金支給問題

さて、問題の家族介護者への慰労金支給であるが、第1に、過去1年間介護サービスを利用しなかった者という対象の限定は、家族介護奨励に結びつく考え方であること。現に「子が親を介護する美風」という亀井氏の考え方はまさに復古主義の家族介護奨励以外の何者でもない。今回の政府の対策はこの考え方からきたということを忘れてはならない。

第2に、金額のあまりの低さである。本当に慰労したいのなら、その10倍は必要であろう。それだけあれば、過酷な家族介護への慰労になるかもしれない。

第3に、重度（要介護度4・5）の者への介護という点である。重度であればあるほど家族介護は大変な労働であるが、こういう場合こそ介護保険を利用してほしいのではなかったのか。重度で長期にわたる介護は家族を極度に疲労させるものであるが、それを改善するのが介護保険の使命であったはずである。

第4に、市町村民税非課税世帯という低所得者を対象者にしたことである。低所得者にとっては介護保険の利用料1割負担は相当厳しいのである。わずか年10万円ではあってもサービスを利用しなければ支給されるのであれば、サービスの方を我慢して慰労金を受けようと

する人も多いだろう。そうすると介護家族は家族介護から解放されることはないのである。実施すべきは保険料・利用料の減免制度である。

5. 家事援助の利用制限問題

2000年1月下旬、またまた亀井静香政調会長によるホームヘルパーの家事援助利用制限問題が噴出した。亀井氏は、「家族が同居している場合まで、税金や保険料で家事の面倒をみるのはおかしい」と主張。その理由は「当面は高齢者の8割は介護が必要と認定されないため、サービスを受けることができない。そういう人たちから支持されないと、制度が根底から崩れてしまう危険性がある」というのである。

これを受けて厚生省は2月10日、介護報酬の告示を公布、訪問介護については家事援助の対象を「単身の世帯に属する利用者、または家族もしくは親族（以下、家族等）と同居している利用者であって、家族等の障害、疾病などの理由により、利用者または家族等が家事を行うことが困難である者」と制限する規定を盛り込んだ。

これにはいくつかの問題点がある。第1に、要介護者を抱えた家族の家事と、一般の家族の家事とは全く異なるということである。要介護者を抱える家族は、たとえ同居家族に障害や疾病はなくても、高齢者世帯や共働きである場合は、家事援助は必要なサービスである。家事援助を受けることにより、家族の健康維持や休息により、要介護者へいっそう暖かい介護を行えることは、多くの介護家族の経験からいえることである。

第2に、介護保険は利用者の選択の権利と自由を保障するものであるが、利用の制限はその理念に反することにならないだろうかということである。

第3に、要介護者のニーズは個別性があり、そのニーズにあったケアプランは専門職であるケアマネジャーの裁量にまかせるべきである。国が利用制限をする権利はないのである。

第4に、家族介護の支援により過酷な家族介護から家族を解放するという介護保険の理念に逆行することにもなるのである。

おわりに

介護保険の問題性を家族福祉から見てきたが、もともと家族介護支援とはいっても、言葉の正しい意味での「介護の社会化」をめざしたものではなかったことが明らかである。なぜならば、「介護の社会化」と「家族介護支援」は本質的に矛盾するからである。介護保険の家族介護支援は、基本的には家族介護が基礎にあり、過重な負担が生じるときに社会的に支援するにすぎないのである。

介護問題を社会的サービスの充実によって解決し、家族福祉の目標である家族全員が自立できるようにするには、①ニーズに見合った介護サービスの用意、②家族介護労働の社会化、

③性別役割分業の是正（女性に介護を押し付けないで、男女平等に担う）、④家族関係の民主化（家族が民主的な話し合いを通して気持ちよく役割分担することであり、また、家長・長男・長女などという家族制度的な考え方を払拭すること）、⑤地域・職場での民主主義の追求（介護問題を抱える家族への地域・職場の支えあい）などが必要である。介護保険をこのような方向で改善・実行することが今求められているといえよう。

○参考文献

- (1) 春日キスヨ著「介護とジェンダー」家族社、1997年
- (2) 和気純子著「高齢者を介護する家族」川島書店、1998年
- (3) クレア・アンガーソン著、平岡公一・平岡佐智子訳「ジェンダーと家族介護」光生館、1999年
- (4) 長野県社会福祉士会「介護問題緊急アピール特別委員会保障報告書」1999年
- (5) 拙稿「少子・高齢社会における女性の自立と育児・介護サービスの社会化」『総合社会福祉研究』10号、総合社会福祉研究所、1997年
- (6) 拙稿「介護家族の悲劇はなくなるか」『福祉のひろば』75号、総合社会福祉研究所、1998年
- (7) 拙稿「介護家族から女性を解放するために」『福祉のひろば』79号、総合社会福祉研究所、1999年
- (8) 拙稿「ジェンダー論と介護」『2000年日本の福祉—論点と課題』大月書店、1999年
- (9) 拙稿「介護家族と介護の社会化」『女性労働研究』37号、ドメス出版、2000年

(2000年1月9日記)