

日本におけるケア・ダイヤモンドの再編成： 介護保険は「家族主義」を変えたか

落合 恵美子
阿部 彩 埋橋 孝文
田宮 遊子 四方 理人

■ 要約

本稿は、「ケア」という視点から日本の福祉レジームを論じるものである。本稿の特色は、「ケア」を、高齢者介護、児童保育など対象者や制度によって分断して論じるのではなく、「ケア＝家族の世話」という共通点から論ずる点にある。そして、それが家族内および市場において女性に多く担われているという観点から、社会保障制度の発展と家族主義の関係に焦点をあてる。本稿の目的は、第1に、なぜ「家族主義」が今もこれほど根強いのか、その理由を探るために、日本の社会福祉レジームの形成過程を考察することにある。第2に、社会保障制度に市場原理を導入した1990年代後半の改革や社会福祉削減が「家族主義」に及ぼした効果について検討する。その結果、改革にもかかわらず、「家族主義」が温存されていることが確認された。日本と他のアジア諸国を比較すると、他のアジア諸国では、家族主義と自由主義との結合が主流の福祉レジームとなっているが、日本ではヨーロッパ型のアプローチを採用し、市場と国家の役割を組み合わせさせた規制されたケア市場を創り出している。

■ キーワード

ケア、家族主義、福祉レジーム

はじめに

日本は経済的にも生活様式の面でも高度に発展した社会だが、ケアの提供については、「家族主義」¹⁾という多くの発展途上国と共通する構造にいまだにとらわれている。日本では昔から、子どもや高齢者、病人、あるいは障害者の世話は、多くの場合、家族が行ってきた。第2次世界大戦後、日本国は欧米に倣って、ケアサービスの提供を始めた。しかし皮肉なことに、日本が福祉元年を謳ったその矢先、オイルショックが福祉国家建設の途上にあつた日本を直撃した。そこで政府は政策の方向転換を余儀なくされ、結果として「家族主義」と男女の役割分担が再強化されることに

なった。ケア提供の基本構造は、このようにして、少なくとも20世紀の終わりまで維持されたのである。

本稿では、2つの課題を追究しようと思う。第1に、なぜ「家族主義」が今もこれほど根強いのか、その理由を探るために、日本の福祉レジームの形成過程を考察する。第2に、社会保障制度に市場原理を導入した1990年代後半の改革や福祉削減が「家族主義」に及ぼした効果について検討する。

日本では人口の高齢化が大規模かつ急速に進展しているため、本稿では子どものケアではなく高齢者のケアを主な対象とし、なかでも家族の介護負担を軽減するために2000年に導入された介護保険制度が、家族（特に女性）に及ぼす影響を及

ぼしたかを中心に考察する。介護保険制度の影響評価にあたっては、生活時間分析と、家族介護者および介護労働者へのインタビューの結果を用いる。最後に、日本のケア・ダイヤモンド（図3）が介護制度改革の前後でどのように変化したか、あるいはしなかったかについて考察する。

日本の福祉レジーム： 家族主義とワークフェア

歴史的背景

日本で福祉政策が始まったのは20世紀前半である²⁾。まず1927年に健康保険が導入され、1942年には年金制度が施行された。ほかの後発資本主義国と同様、採用されたのは、ビスマルク型社会保険制度を手本とした保険型のモデルであった。

戦後60年間の福祉の理念や計画の発展過程は、次の3期に分類できる（Uzuhashi 2009）。

- 第1期：最低生活水準の確立期（1945年～1950年代）
- 第2期：拡大期（1960年代～1970年代）
- 第3期：改革と削減の時代（1980年代～現在）

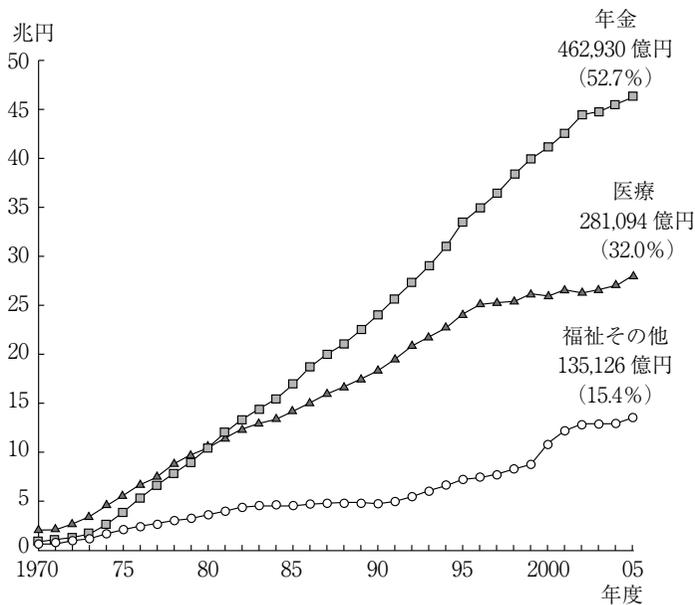
第1期には、国家はすべての国民に対し、ミーンズ・テストを行った上で最低限度の生活を保障しなければならないとする生活保護法（1946年）が施行された。この法律は、1930年代および40年代に米国で成立した社会立法および1942年の英国ババリッジ報告をモデルとしている。さらに「国民皆保険」元年といわれる1961年には、対象が農業従事者や自営業者に拡大された。だが、扶養されている無職の配偶者（主に主婦）や学生は国民年金の強制加入対象外で、加入は任意であった。

1960年代の高度成長期には経済成長が優先され、社会政策や社会福祉は後まわしとされた（Campbell 1992）。日本の政策立案者たちは、完全

雇用が達成されればその他の福祉機能は不要だと考えたのである（「ワークフェア」）。この傾向は70年代から80年代前半にかけて他の東アジア諸国（韓国、台湾、シンガポール、香港等）でも見られた。家族や個人のニーズを満たすには既存の福祉制度では不十分だと日本政府がようやく考えたのは、大幅な経済成長を達成した60年代後半から70年代前半にかけてであった。そして「福祉元年」といわれる1973年、医療保険の自己負担分の引き下げと、年金給付額の引き上げが行われた。

しかし皮肉なことに「福祉元年」は、オイルショックの年にあたり、政府は福祉負担の削減を同時に目指さねばならなくなった。1970年代後半以降の社会政策は、いわゆる「日本型福祉社会」の考え方に基づいて再構築されることとなった。そこで重視されたのは、自助と家族や地域社会による相互扶助であるが、これを可能としたのは高い個人貯蓄率と企業の手厚い手当だった（Goodman and Peng 1997；Ochiai 2007）。日本政府は福祉「国家」ではなく福祉「社会」を推進して、一部の西欧福祉国家に重くのしかかるようになった財政負担を免れようとしたのである。こうして「ワークフェア」と「家族主義」は、日本型福祉レジームを特徴づけるものとなった。そしてヨーロッパより長く保たれた人口学的好条件（いわゆる人口ボーナス）とそれに支えられた経済的繁栄によって、この制度は受け継がれ維持された。

しかしそれも長くは続かなかった。1991～2年のバブル崩壊とともに、日本は新しい時代に入突する。したがって第3期（改革と削減の時代）は、バブルの前と後の2つの時期に再区分されるべきだろう。1990年代には失業率が上昇し³⁾、「ワークフェア」が維持できなくなり、自前でセーフティネットを用意することが家族に求められるようになった。しかし家族の構造やサポート機能はすでに変化しており、新たな重い負担は多くの家族にとっての問題となった⁴⁾。



出典：国立社会保障・人口問題研究所, 「平成17年度社会保障給付費」(2005)

図1 社会保障支出の内訳 (1970年～2005年)

社会保障とGDP

日本の公的社会保障支出の対GDP比は、まだ多くの欧州諸国よりは低かったものの(国立社会保障・人口問題研究所 2005)、2004年に25.7%と20年前から倍増した。医療、年金、福祉その他(生活保護、児童手当、社会福祉サービスなど)の3種類の社会保障費をみると、1980年までは医療費が支出の一番大きな割合を占めていたが、1981年以降は年金支出の伸びがほかの2種類を上回るようになった。一方で、福祉その他の割合は非常に低い(図1)。つまり、日本の社会政策は、国民皆保険(年金と医療)をベースに、それによりはるかに少ない公的扶助や社会福祉サービスを上乗せしたという基本構造になっている。

性別役割の固定化

1961年にいわゆる国民皆保険が導入された際、

主婦はその対象から外されていた。これが変更されたのは1986年に国民年金保険(NPI)制度が改革され、男性だけではなく女性も個人として年金に加入できるようになってからである。このような前進があったにもかかわらず、女性の大部分は夫が厚生年金保険(EPI)に加入している主婦であり、夫の「被扶養者」として厚生年金保険と健康保険(EHI)が適用されていた。その結果、「皆保険」とはいいながらも、男性を稼ぎ手とするモデルが概ね基本とされたのである。

この仕組みは多くの問題を引き起こした。ひとつは、女性間の不公平という問題である。日本の税・社会保障制度では、ある人の年収が103万円を超えると、税制上の扶養者から外れ、130万円を超えると厚生年金保険、健康保険の被扶養配偶者対象外となり、本人が保険料を負担することとなる。つまり既婚の有職女性は自ら保険料を支払わねばならないが、夫が厚生年金保険に加入してい

る（会社に雇用されていることを通じて）主婦は保険料を納めなくても年金を受け取ることができる。これでは有職女性にペナルティを課したようなものである。第2に、自営業者である男性には国民年金保険が適用されるが、その配偶者で主婦である女性は、夫とは別に国民年金制度に加入して、自ら保険料を支払わねばならない。これらの制度はあきらかに、夫が厚生年金保険に加入している女性が主婦となる（主婦であり続ける）、あるいは有職の場合も非常勤または非正規の仕事に就いて年収を130万円未満に抑えるインセンティブとして働く。従ってこの制度は、保険料の納入者の数を減らし、財政問題を悪化させることにもなる。

ジェンダーの観点からみると、日本型福祉レジームは依然、「男性は稼ぎ手、女性はケアの担い手」というモデルを基本としている（居神 2003）。税制も社会保障制度もいまだにこうした世帯を、共働き世帯と比べて優遇している。つまり社会保障制度自体が「男性稼ぎ手」モデルと性別による労働市場の分化を固定化しているのだ⁵⁾。同様にこれが、「家族主義」および家族のケアの担い手という女性の役割を固定化してきたのである。

1986年の年金改革は、日本がまだ経済的繁栄を謳歌し、「日本型福祉社会」が強力に推進された時代に導入されたことを思い出しておこう。この好条件が持続すると過信した日本政府は、当時の欧州諸国とは正反対のジェンダー政策を選択した。そして「ワークフェア」と「家族主義」という時代遅れの組み合わせを、この時期の制度改革によって再強化した。その結果、男女の役割は固定化し、女性にはケアの担い手および融通のきく安価な労働者という二重の役割によって、家族福祉と経済の双方に奉仕する存在とされた。では、「ワークフェア」と「家族主義」という前提が崩れた次の時代に、この制度はどのように変更されたのかをこれから見ていこう。

介護保険制度の導入

介護保険制度導入以前

1980年以降、日本では公的年金の給付削減と所得補償制度の後退がみられた。しかしこの間に政府は、急激な高齢化の進展に対応すべく、新たな介護政策を導入した⁶⁾。その結果、要介護度が高く、かつ、低所得で低資産、また介護を担う同居家族がいない単身高齢者などは、ミーンズ・テストを経た上で、無料または低額な費用で介護サービスを受けることができるようになった。費用は一般予算から拠出され、高齢者ケアを提供するのは公的施設、資格の認定を行うのは市町村であった。しかしその反面、日々医療を必要とするわけではないにも拘らず、前述の公的介護サービスの受給資格にあてはまらないために、病院に長期入院を続ける高齢者が多数存在した。彼らが受けるサービスは医療保険の対象とされたため、このいわゆる「社会的入院」は大きな財政問題となった。

2000年、政府は介護保険制度を導入した。この制度は、高齢者介護を国民全員で支える「ケアの社会化」を目的としたものだ。しかし、実際に介護保険導入の原動力となったのは、社会からの圧力というより、むしろ財政負担の問題だった。高齢者の介護を措置制度から社会保険（介護保険）へと移行させることにより、公的支出を減らしつつ、高齢者介護サービスの利用範囲を拡大することをめざしたのである。政府の目的は、1) 保険料の徴収を通じて歳入を増やす、2) ケアサービス利用に自己負担金を導入して需要を抑制する、3) 介護市場に競争原理を導入して（すなわち民間業者の参入促進により）公的支出を減らしつつサービスを充実させることにあった。これにより日本は、オランダ（1962年）とドイツ（1995年）に次いで、世界で3番目に社会保険方式の介護サービス提供制度を導入した国となった。

介護保険の概要

介護保険は、この国の公的年金や公的健康保険制度と同じような制度である。40歳以上の国民は、介護が必要であるか否かにかかわらず、全員が介護保険に加入しなくてはならない⁷⁾。保険料は給付の受給の有無にかかわらず支払わねばならない。2006年4月現在の加入者は、65歳以上が約2400万人、40～64歳が約4300万人である。介護保険の財源は、保険料、公費、利用者の自己負担金から構成される。

介護保険制度では、在宅（訪問とデイサービスを含む）と施設の2種類のケアサービスが設けられている（表1参照）。しかし、介護保険の基本理念である「ケアの社会化」の目的は、施設における高齢者ケアを増やすことではない。逆に、社会的・財政的理由から、在宅ケアが奨励されている。

保険加入者が65歳になると（第1号被保険者）、市町村から要介護の認定を受けた上で、実際にかかるより安い費用でサービスを利用できるようになる。利用できるサービスの上限額は、要介護度に応じて決定される。市町村が任命するケアマネジャーが、要介護者が利用するケアの組み合わせを決定し、それに基づいて営利・非営利の提供事業者からケアサービスを「購入」する。ケアの種類や提供事業者は自由に選ぶことができ、かかる費用の90%が保険で支払われる（つまり加入者の自己負担分は10%となる）⁸⁾ 施設ケアを利用した場合の10%の自己負担金は平均して月額約8万円（厚生労働省 2007a）だが、比較のためにパートタイムで働く女性の月収を上げると約9万円に満たない。介護保険制度は、表面上は手厚い制度のようにみえるが、自己負担金の額は多くの人にとって支払える限度をしばしば上回っている。

ケアサービスの提供者：規制されたケア市場

介護保険制度の導入後、一部の農村部などでは短期間、制度のもとで受けられるべきサービスが

受けられないという問題があった。供給が追いつかなかったのである。しかしその後、介護保険の総費用は2000年の3.6兆円から2008年の7.2兆円へと急増し（厚生統計協会 2009、p. 98）、それと並行してケアの市場も成長した。

2000年から2006年にかけては、在宅ケア利用の大幅増を反映して、訪問ケアとデイサービスの提供業者の数が2倍以上に増えた（厚生統計協会 2009、p. 79）。在宅サービスを提供事業者の多くは非営利団体で、社会福祉法人（2006年は30.6%）、医療法人（21.2%）、さらには社会的企業（3.8%）、協同組合（3.5%）が含まれる。これらの非営利団体は、税制上などの優遇措置を受けている。他方、全体の約3分の1は民間の営利企業によって運営されている。県や市町村などが直接運営している団体は3%未満にすぎない（厚生労働省 2006b）。高齢者の施設ケアも公的・民間団体によって提供されているが、県や市町村などが運営している団体の比率が高い。政府の規制が厳しいため、施設ケアの営利事業者の数はあまり増えず、そのため在宅ケア提供事業者の数よりはるかに少なくなっている（厚生労働省 2006b）。

しかし受益者の観点からすると、ケア市場全体が大きく規制されているため、サービス提供事業者が公的機関か民間企業かは、あまり問題にはならない。ケアの基準や介護保険で支払われるサービスの料金は政府が定めており、それによってほぼすべての〈公的〉ケアサービスが提供されるからだ。その縛りがあるために、民間のサービス提供事業者も介護保険の中にある限り、料金を自由に設定することはできない。介護保険制度はケアサービスの巨大な市場を創り出したが、それは厳しく規制された市場なのである。

政府財政支出への影響とその後の改革

介護保険は、高齢者ケアの公的支出の削減を主な目的としていた。だが間もなく、当初予定して

いた財源では介護提供のコストを賄えないことが明らかとなった。介護サービス利用者の数は、2000年9月の149万人（内訳は施設ケアが52万人、在宅が97万人）から2005年4月には329万人（施設78万人、在宅251万人）に増えた（Abe 2009）。財政支出もまた、2001年の3.8兆円から2008年には7.4兆円に増加した（国立社会保障・人口問題研究所 2009b）。高齢者健康保険と社会福祉（高齢者福祉を含む）の財政支出の増加は2001年以降、抑制されたが、介護保険支出は、その節約分を上回って増加したのである（図2参照）。

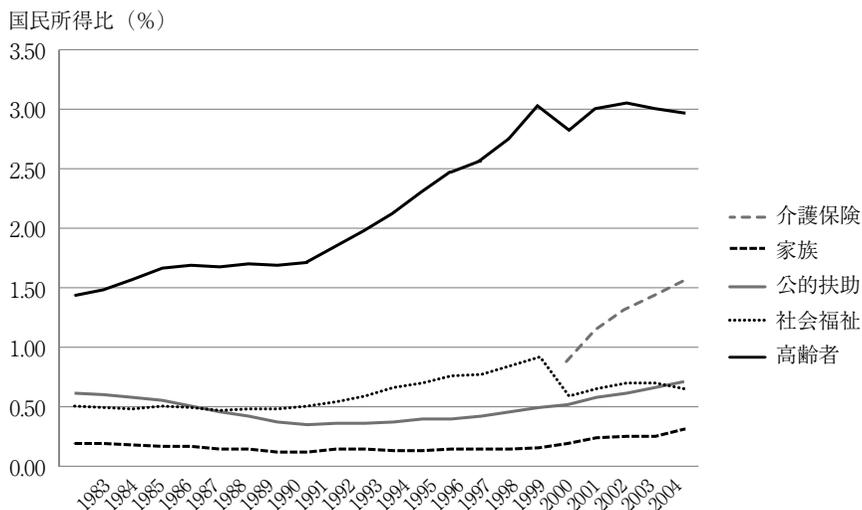
そこで財政難のなか、介護保険制度の見直しが行われ、制度導入から5年目の2005年に一部が改正された。たとえば、介護保険を通じてケアサービスを受けるための要介護度の下限が引き上げられ、介護施設においては施設ケアへの需要を抑制するために食事代と住居費（いわゆる「ホテル・コスト」）が徴収されるようになった。むしろ在宅ケアを増やそうとしていた政策立案者たちは、施設ケアのこのような需要増を予想していなかったのである。

介護保険の家族への影響

ケアサービスの利用者

2005年、日本の65歳以上人口は25,672,005人で、総人口の20.1%を占めていた。その内訳は男性が10,874,599人、女性が14,797,406人である（国立社会保障・人口問題研究所 2009a：表2-2）。前述のように、介護保険が導入された2000年から2005年にかけて、ケアの利用者が2倍以上に増えたことは（Abe 2009）、高齢者ケアの拡充が急務であることを物語っていた。ケアを必要とする人の3分の2近くは女性で、その大部分（2004年に84.2%）は高齢者であった（厚生労働省 2007b）。

要介護者、特に要介護度の高い人の多くは施設に入所している。要介護の高齢者（介護を必要とする度合いに応じて要介護度1から5に分類される）のうち、2006年の施設ケア利用者数は合計78万人で（Abe 2009、厚生労働省 2007b、表1を参照のこと）、介護度別の施設利用者の割合は、要介護1が7.0%、要介護2が15.5%、要介護3が31.1%、要介護4が49.3%および要介護5が60.4%だった



出典：国立社会保障・人口問題研究所（ホームページ，2009）

図2 部門別公的社会的支出（国民所得比）

(Uzuhashi 2010、厚生労働省、2007a)。つまり、施設入所者は要介護者の17%で、残りは在宅でケアを受けていることとなる (Abe 2009)。

介護保険制度の導入後も、在宅高齢者の介護はおおむね、家族によって提供されていた。2004年の調査によると、介護の主な担い手は配偶者(28.0%)、子ども(25.4%)、および子どもの配偶

者(18.1%)だった。職業的介護労働者(ケアワーカー)から介護を提供されている割合は9.9%にすぎず、これは一人暮らしで介護を必要としている人の割合(17.5%)より少ない。つまり一人暮らしの場合でさえ、離れて暮らしている家族が必要に応じて介護しているのである。介護の提供者は圧倒的に女性が多く(71.8%)、その多くはすでに高

表1 ケアサービスの利用者、従事者、事業所・施設数(2006年)

	(9月) 利用者	2006年 (10月) 従事者	(10月) 事業者
居宅ケアサービス			
(訪問系)			
訪問介護	1,042,347	176,527	20,948
訪問入浴介護	62,412	9,580	2,245
訪問看護	291,907	27,015	5,470
(通所系)			
通所介護(デイケア)	1,105,211	177,094	19,409
通所リハビリテーション	466,745	57,513	6,278
介護老人保健施設	273,523	31,689	3,288
医療施設	193,222	25,824	2,990
(その他)			
介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	227,990	97,550	6,664
介護予防短期入所療養介護(ショートステイ)	59,028	-	5,437
リハビリテーションサービス			
介護老人保健施設	53,592	-	3,340
医療施設	5,436	-	2,097
特定施設入居者生活介護	73,313	41,422	1,941
福祉用具貸与	726,948	-	6,051
地域密着型サービス			
夜間対応訪問介護	51		
認知症対応通所介護(デイケア)	37,017		
小規模多機能型居宅介護	1,643		
認知症対応共同生活介護(グループホーム)	116,749	101,917	8,350
特定施設	396		
介護老人福祉施設	878		
在宅介護管理	1,889,213	71,488	27,571
介護保険施設			
介護老人福祉施設	392,547	240,683	5,716
介護老人保健施設	280,589	176,170	3,391
介護療養型医療施設	111,099	90,941	2,929

出典：厚生労働省、「平成18年介護サービス施設事業所調査」(2006)

厚生労働省、「平成18年社会福祉施設調査」(2007)

注：従事者の数は、常勤換算従事者総数である。

齢が高齢に近い、「老老介護」の現象が生じている。家族介護者の内訳は、50代が29.1%、60代が26.9%、そして70代以上が26.2%である（厚生労働省 2006a）。

多くの場合、家族介護者は1日数時間、あるいは1週間に数日、介護労働者の支援を受けている。1か月あたりの在宅介護サービスの利用者数は、2000年の123.6万人から2007年には262.5万人へと急増したが、一方で施設ケアサービスの利用者は、2000年の60.4万人から2007年の81.9万人へと増加は緩やかである（厚生労働省、2007a）。この数字からも、施設ではなく在宅ケアサービスの利用が奨励されているのは明らかである。

表1に、2006年のケアの利用者、介護労働者（従事者）、提供事業者の内訳を示した。在宅で受けることのできる介護サービスには、自宅への訪問サービスと、自宅以外の施設に通って受ける通所サービス（デイケア、ショートステイなど）がある（厚生労働省 2006b）。表1には2006年の施設入所者数も示した。世帯の種類によるケアサービス利用パターンの違いをみると、単身世帯は訪問サービス、世帯規模の大きい三世帯世帯などはデイケアサービスを多く利用する傾向にある（厚生労働省 2007b）。

介護保険導入の家族介護者への影響

本稿の目的は、介護保険制度が日本の介護現場に及ぼした影響を及ぼしたか、そして「家族主義」から脱却した新たな介護システムを構築する上でこの制度は役立ったのか、を検討することにある。そのために、総務省が5年ごとに実施している「社会生活基本調査」の1991年（平成3年）、1996年（平成8年）、2001年（平成13年）および2006年（平成18年）のデータを用いて、家族が高齢者の親族のケアに費やす時間の分析を試みた^{9）、10）}。

2000年に介護保険制度が導入されたにもかかわらず、家庭内でケアを提供する人の比率は、女性

の場合は1991年の4.7%から2006年の6.0%へ、男性は1991年の2.3%から2006年の3.8%へと、男女とも増加した。原因の1つは、すでに述べた人口の高齢化だと思われる。いずれの年も、介護者の割合は男性よりも女性の方が高かった。介護者の自宅以外（すなわち介護される人の自宅など）においてケアを提供する人の割合を2001年と2006年のデータで比較すると、男性も（36.7%から39.0%へ）、女性も（36.4%から39.6%へ）いずれも増加しているが、どちらの場合もそれ以外は、つまり男女とも60%以上は自分の家でケアを提供している。同居している成人の子や孫が介護の主な責任を担うことを原則とする直系家族制度は、変化の兆しはあるものの、まだ強く機能している。

介護保険制度は、家族が介護に費やす時間に影響したのだろうか。女性が高齢の家族の介護に費やす時間は、1991年の1日72分から2006年の60分に確かに減少している。しかも73分から62分へと大きく減少したのは1996年から2001年にかけてである。これは介護保険制度が2000年に導入されたことを考えると、注目すべき変化である。反面、男性が介護に費やす時間は、1991年から2006年にかけて1日29分から31分へと若干増えた。従って介護保険制度の導入は、家族の介護に費やす時間を軽減する上で、少なくとも女性にとっては役立ったといえる。

介護保険制度の影響をさらに詳しく分析するために、保険の給付対象となる介護支援の「利用の有無」が、家族が介護に費やす時間にどう影響するかをみてみよう。全体で見ると、介護支援の利用者の比率は、2001年から2006年にかけて男女とも増加している（女性は31.9%から38.7%へ、男性は35.9%から42.3%へ）。そしていずれの年も、利用者の比率は女性よりも男性の方が高い。一見すると皮肉なことに、男女とも、介護支援の利用者の方が利用していない人よりも介護に時間を多く費やしているが、これは介護ニーズの高い、しか

も費用を支払う余裕がある家族のみが、介護サービスを利用しているということだろう。

興味深いことに、介護支援サービス利用の家族に及ぼす影響は、男性と女性とで異なる。2001年から2006年に、サービスを利用している女性が介護に費やす時間は1日85分から76分へと大きく減ったが、利用していない女性ではほとんど変化はみられなかった(1日54分から53分へ)。一方で男性は、支援サービス利用の有無にかかわらず、介護にかかわる時間が若干増えた。

つまり、介護保険制度の導入により、要介護度の高い高齢者を介護している女性家族員にとっては負担が軽減された。しかし急激な高齢化により、家族にのしかかる介護の負担は全体として増大し、男性や同居していない家族・親族も介護にかかわるようになったのである。

家族介護者へのインタビュー

統計分析は、介護保険制度の影響を検討するための1つの方法であるが、それだけでは家族の心理的・身体的介護負担を軽減する上で、制度がどの程度役立っているかを十分に明らかにできない。したがって、家族介護者自身の声にも耳を傾ける必要がある。

介護保険制度の導入直後から、この制度が介護者の生活にどう影響したか、マスコミがしばしば報道するようになった。その中には、制度の劇的な効果を伝える報道も多かった。たとえば西日本新聞は2001年、次のような内容の記事を掲載している。「1998年以来、吉田さん(68)は右半身麻痺の夫(73)を自宅で介護している。週一回、下着姿にエプロンを付け、びしょぬれになりながら夫の入浴を介助していた。介護保険制度の導入後、入浴のための身体介護を受けるようになり、妻の心身の負担感は一気に薄らいだ。今、夫は週二日のデイケアを楽しんでいる。」

その後、家族介護者はどうなっただろうか。筆

者らと学生からなる研究グループではアルツハイマー病患者を介護する家族の自助グループに属する女性4名、男性4名にインタビューした。その多くは自身も高齢者である(60代2名、70代3名、男性1名は80代)¹¹⁾。

インタビュー対象者はいずれも、介護に長い時間を費やすと答えた。実際、家族を自宅で介護している場合、介護が生活の中心となり、その他の事に費やす生活時間が限られてしまう。特に夜間介護があるので、介護に費やす時間は非常に長くなる。インタビューでは全員が、夜間介護のため、慢性的な睡眠不足に悩まされていると答えた。眠っているわずかな時間でさえ、異変にすぐ気がつくようにしていなければならない。したがって、「患者」がデイサービス(週に数回)、またはショートステイ(月に数回)に行っている時間以外は、ホームヘルパー(介護保険制度に基づき訪問介護を行う)が自宅に派遣されて働いている間も含めて、家族介護者の生活は介護のために費やされる。このように在宅介護の場合、外部のケアサービスは補助的なものにすぎず、責任はすべて家族の肩にかかってくる。

外部のサービスの利用は、家族によってまちまちである。もっともよく利用されているサービスはデイケアで、次いで訪問サービスだった。料金が高いため、その間ゆっくり眠ることができる「ショートステイ」のサービスを利用している家族介護者は少なかった。インタビューの中で介護の金銭的負担がとても心配だと言う人は多かった。自己負担金や介護保険でカバーされない費用を含めた、1か月の介護費用は、4万円から8万円であった。比較のために上げれば、2006年(平成18年)の国民年金保険の平均支給額は、月額55,196円(厚生統計協会2008)にすぎない。介護を受けている人の心身の状況や利用する介護の種類によっては、さらにその他に医療費、交通費などの費用もかかる。ある家族は1か月に30万円も支払って

いたが、その中には介護保険の対象とはならない家政婦や夜間介護の費用が含まれていた¹²⁾。

さらに介護のために、家族介護者の多く（女性3名と男性3名）は、自分の仕事の時間を減らしたり、仕事を辞めたりせざるをえず、それによる収入減を経験していた。重い障害のある家族の介護は、家族にとって大きな経済的負担を伴うものである。インタビュー対象者の中には、グループホームなどの介護施設の利用を検討したものの、それらは費用が高すぎたのであきらめた人もいた。このように、経済的な理由から、しかたなく施設介護ではなく在宅介護を選んだ人もいる。

将来、自分自身はどのような介護を受けたいかという質問には、全員が家族には介護されたくないと答えた。家族介護の大変さがわかっているので、子どもやほかの家族の「負担」になりたくない、と言うのである。

介護保険制度をいかに改善するかについては、2つの意見に分かれた。一部の家族介護者は、費用がかかるとしても、新たな、もしくはより便利なサービスを望むと答えた。一方、経済的な余裕のない人は、料金の削減を望むと答えた。全員が、費用や介護する自分自身の体力が心配だと述べたが、家族の状況によって意見や心配事の内容はさまざまだった。

所得レベルによって相反する効果

高齢者ケアの負担軽減を目的として導入されたはずの介護保険制度が、逆に低所得者には負担増になっているという問題は、よく指摘される。この制度は、一部の社会サービスや社会的入院に替わるものとして導入された。それまで多くの市町村は、現在この保険の給付対象となっているサービスの一部を、無料または少ない負担で提供していた。だが、介護保険制度が導入されることにより、保険料と自己負担金を支払わなくてはならなくなり、その金額は加入者の所得レベルに応じて

設定されたものの、多くの低所得高齢者にとっては負担が重すぎることが明らかとなった。その対策として、多くの市町村が、低所得者を対象とした保険料免除制度を導入した。介護保険はあくまでも保険の制度であり、免除などの措置は保険制度としての介護保険の基本的性格を脅かすと厚生労働省が主張したにもかかわらず、である。

多くの報告書は、介護保険制度によって提供されるケアの量は増えたものの、「国家」が提供するケアの総量、特に介護保険導入以前に社会サービスを受けていた要介護度の高い人々に対するケアは実際には減少した、と指摘している。その理由は、1) 介護保険制度が、要介護度に応じて、利用者が受けることのできるケアの量に上限を設けた、2) すべてのサービスについて10%の自己負担金を設定し、これは一見、大した負担ではないようだが、低所得高齢者にとっては過重な負担となりえる、などである。この自己負担により、切り詰めた生活をしている人の中には、本来なら受けられるべきサービスを辞退するという「選択」をする場合も出てきた。どの所得層に含まれるかによって、要介護度により設定された上限額のどれだけ近くまで制度を利用できるかには、大きな差が存在する¹³⁾。

したがって介護保険制度は、日本の誰にも等しい影響を及ぼしたわけではない。より広範囲の人々がケアサービスを受けられるようになった一方で、低所得者にはかえって利用可能性を狭めてしまった。この矛盾を、けっして見過ごしてはならない。

規制されたケア市場における介護労働者

介護労働者とは

日本では、介護保険制度のもとで雇用されている人々が、事実上唯一の介護労働者である。一般に家事労働者の雇用が行われていないからであ

る。家政婦を雇うという慣行は、高度経済成長の中でほぼ消滅し、今では雇うのに高額な費用がかかる。また日本の入国管理法は単純労働者の受け入れを認めていないため、外国人の家事労働者を雇用することはできない。これは現在の世界において珍しい状況だということに注意を喚起しておきたい。医療・介護施設における外国人看護師・介護福祉士の受け入れは、インドネシアとフィリピンとの経済連携協定（EPA）に基づいて始まったばかりである（安里 2009；Asato 2010）。

介護保険制度のもとで雇用される介護労働者は、主に次の2つのカテゴリーに分類される。

- (1) 利用者の自宅において訪問ケアサービスを提供するホームヘルパー
- (2) 介護施設または、デイケアセンターなどの通所サービスを提供する施設における介護労働者

2006年のホームヘルパー数は167,141人、施設介護労働者数は672,028人（介護労働者総数に占める割合はそれぞれ24.8%と75.1%）であった（厚生労働省2007b）¹⁴。「平成19年介護労働の現状」（財団法人介護労働安定センター、2008）によると、ホームヘルパーの83.1%、施設介護労働者の70.7%は女性で占められている。平均年齢は、ホームヘルパーが49.8歳、施設介護労働者が39.8歳である。正社員の比率は、ホームヘルパーが15.6%、施設介護労働者57.4%となっている（Uzhashi 2010）。つまり、介護労働を担っているのは一般的に女性が多く、パートタイム雇用者の比率も高いが、ホームヘルパーよりは施設介護労働者の方が男性や正社員の比率が高い、といえる。

介護労働者の低賃金問題と「家族主義」

介護労働者全体の1か月の平均賃金は160,753円だが、カテゴリー別に見るとホームヘルパーは88,994円、施設介護労働者は168,255円であり、その他の職業の平均賃金を大幅に下回っている。

2007年9月現在、正社員である介護労働者の平均月収は221,248円だが、これは全職種平均の80%程度にとどまっている（Uzhashi 2010）。しかし、介護労働者の大部分はパートタイムであるため、実際の平均収入はそれよりさらに低い。ホームヘルパーの82.1%は、賃金を時給で支払われる非正規雇用であり、平均月収は72,428円にすぎない。さらに、女性介護労働者の平均賃金は男性介護労働者の70%に過ぎない（財団法人介護労働安定センター、2008）。

前述のとおり、日本の社会保障制度においては多くの女性が夫の扶養者として扱われるため、既婚女性は年収を制限することが多い。この制度は、安い労働力を介護市場に提供していくためにも利用されているのである。女性介護労働者の著しく低い賃金には、介護労働者の賃金レベルが一般的に低いという男性と共通の問題と、「家族主義」による女性の低賃金という問題が、複合的に作用している。「家族主義」のもとでは、高齢の家族や親族の介護を身内の女性が無報酬で担うものだと考えられている。低賃金の介護労働者は、それと同じ役割を担わされている。介護保険制度は、家族の介護負担を軽減して「家族主義」に挑戦するために設計されたはずだったが、実際には、その構造を再生産することになってしまっているのである。

介護市場における労働力不足の原因

近年、介護労働市場では深刻な労働力不足が生じている。2008年、介護事業者全体の59.7%が「人手が不足している」、そして80%が「ホームヘルパーの雇用が困難である」と報告している。労働力不足に加えて、離職率の高さも問題を悪化させている。介護労働者の1つの事業所における平均勤続年数は3.1年（ホームヘルパーは3.2年、施設介護労働者は2.8年）であった（財団法人介護労働安定センター 2008）。

私たちの研究グループが実施したインタビュー調査で得た回答によれば¹⁵⁾、介護職が敬遠される、あるいは離職率が高い理由の1つは、労働条件の厳しさである。特に介護施設の正規職員の場合、残業を強制された上に残業代が支払われないことも多い。法律上は有給休暇制度があるものの、慢性的人手不足のために、権利を行使して有給休暇を消化できる施設介護労働者はまずいない。

ホームヘルパーの場合は、さらに大きな問題として、介護する相手との人間関係に起因する仕事上のストレスを挙げる。特に介護相手と1対1で向き合わねばならない場合には深刻だ。「死にたいと繰り返すのを聞かされたり、毎日グチに耳を傾けたりするのは、仕事とはいえ、とても疲れます」とあるヘルパーはいう。また別のヘルパーも、「『お前はバカだ、死ぬ、二度と来るな』などという暴言を聞かされると、相手は病気で悪気はないのだと後になって気が付くものの、本当に嫌になります」と言う。介護の現場ではセクハラは大きな問題とは言われていないが、起こるとすれば介護施設よりも閉ざされた環境の個人宅の方が深刻だろう。

介護労働者の数を増やして慢性的な人手不足を解消するためには、賃金を上げて、労働条件を改善する方策を検討しなければならない。日本の介

護市場に労働力不足と低所得という矛盾が存在するのは、政府によって市場が厳しく規制されているからである。実際、介護労働者の低賃金は、通常の「需要と供給」のメカニズムが働く労働市場の結果ではなく、介護保険制度により設定されたものだ。介護の仕事を担うのは圧倒的に女性が多かろうという前提のもとに、このような低水準の賃金が設定されているのではないかと疑われる。

結論：日本の高齢者介護におけるケア・ダイヤモンドの再編成

介護保険導入前後のケア・ダイヤモンド

図3に介護保険制度導入前後の、日本の高齢者ケアの構造を示した。制度導入以前は介護の大半を家族が担っており、国家は要介護度の高い低所得者に限られた援助をするのみであった。以前はアッパーミドル層であれば介護のために家政婦を雇うことができたが、この慣習も1960年代にはほぼ消滅した。介護の大半を家族が自宅で行っていったため、市場の役割も小さかった。介護保険制度の導入後、日本の高齢者ケアの構造は、国家と市場の役割が著しく大きいものへと変化した。現在、以前よりも幅広い層の人々が国家に援助を求めることができ、そして実際に求めており、国家

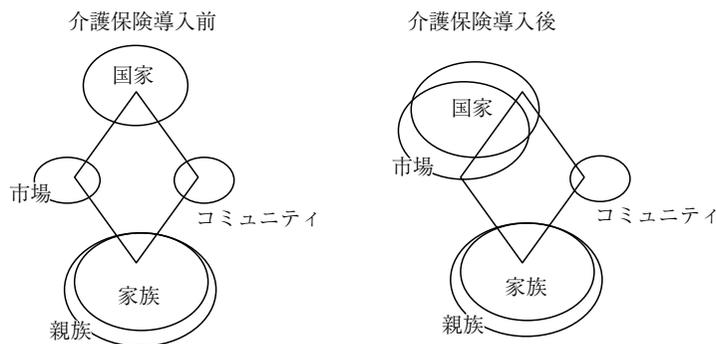


図3 日本の高齢者ケア・ダイヤモンド

がケアサービス提供の責任を負うという考え方も、広く受け入れつつある。

国家と市場の重複

介護保険制度導入後の新たな高齢者介護のケア・ダイヤモンドは、国家と市場がほぼ重なり合っているのが特徴である。高齢者ケアの責任は国家にあると事実上認められているものの、国家による実際のケアサービスの「提供」は増えていない。さらにサービス購入に自己負担を含めることで、市場的な機能はさらに強調され、利用者の所得レベルによって制度の効果を違ったものとする原因となった。介護保険制度によって公的な支援を受けるケアサービスを全国民が利用できるようにはなったが、介護ニーズの高い低所得者は以前の権利を失い、新たに課せられる自己負担金を支払えないために、ケアサービスの利用をあきらめざるをえない状況にある。

さらに、介護保険制度が作り出す規制された市場は、介護労働者の賃金と労働条件を低い水準に留め置くことになっている。介護労働者の賃金は国家が決めるため、深刻な労働力不足にもかかわらず、事業者は賃金を上げて人材を集めることもできない。介護労働に関しては「自由市場」が低賃金問題を解決するわけでないことはよく知られているが、かといって国家のコントロールによって解決されるわけでもないようだ。

根強い「家族主義」とジェンダー不平等

生活時間調査の分析では、要介護度の高い高齢者を抱える家族への負担が介護保険制度によって軽減されたことが示された。しかし介護給付の上限を設定し、また自己負担金を設けたため、特に低所得者の場合は依然として家族がケアの大部分を引き受けている状況にある。実際、介護保険制度のもとで提供される在宅ケアサービスは、主な介護の担い手が依然として家族であるため、家族

による介護を補完するものにすぎない。したがって、在宅ケアの推進という介護保険の戦略は、「ケアの社会化」という最終目標とは矛盾したものとなった。制度は実際には「家族主義」を温存しているのである。

ケアの現場ではジェンダーの不平等が根強い。介護への男性の関与も少しは増えているものの、家族介護者の大部分は女性である。女性は労働市場において不利な立場に置かれており、フルタイムのケアワーカーを雇ったり、高齢の親族を介護施設に入所させたりするのに十分な賃金を得ている女性はほとんどいない。それよりはむしろ、仕事を辞めて自らフルタイムで無給の介護者になる女性の方が多い。

女性の介護労働者、とくにホームヘルパーは同じように不利な状況に置かれている。彼女たちの賃金は他のケア従事者と比べても低い。そしてその多くは夫の扶養者とみなされる非正規労働者であるため、自分自身は健康保険その他の社会サービスの恩恵を受けていない。女性介護労働者の低賃金は、介護労働者一般の低賃金と日本の「家族主義」の双方の産物なのである¹⁶⁾。

介護保険の評価

介護保険制度は、国家と市場の働きを組み合わせ、ケアの社会化を実現するために設計された。そして保険を通じて給付されるケアサービスを利用した在宅介護を推進した。実際に介護保険制度により日本の高齢者に提供されるケアの総量は増加し、介護を担う家族にかかる重い負担がある程度は軽減した。だがこの制度は、「家族主義」的な介護構造を根本から変革することはできなかった。家族の中で、そして市場において、介護をめぐるジェンダー不平等は再生産されている。「家族主義」とジェンダー不平等が介護保険の制度自体に組み込まれ、制度を支えているとすら言えるのではなからうか。

介護保険制度によるケア・サービス提供の問題点を改善するためには、市場の機能を、少なくとも経済的に恵まれない層の人々に影響する部分について、コントロールすべきである。それに加えて、施設ケアの公的提供をもっと重視すべきである。施設における包括的なケアの提供こそが、家族の介護負担の大きな軽減につながるからだ。介護保険制度の枠組みでは在宅ケアが推進されたにもかかわらず、施設ケアへの需要は減らず、公的な介護施設への入所を希望する待機者の数が減る兆しはない。できるだけ長く自宅で暮らしたいと希望する人は多いものの、誰も自分の子どもや家族を犠牲にしてまでそれを望んでいるわけではない。

グローバルな文脈における日本

急速な高齢化によってもはや維持不可能となった「家族主義」的な制度の修正に向けて、日本は遅いスタートを切った。日本の経験は、成功も失敗も含めて、他の「遅れてきた国々」の参考となるかもしれない。しかしながらその半面、日本の歩んだ道は独特なものだった。他のアジア諸社会はすでに、外国人労働者をケアワーカーとして受け入れて、施設介護から在宅介護まで各種のケア提供における市場の役割を拡大している（たとえばLan 2006を参照）。アジアでは家族主義と自由主義との結合が、主流の福祉レジームとなっているのだ（Ochiai 2009；Ochiai and Molony 2008；Asato 2010）。日本はこれとは対照的に、ヨーロッパ型のアプローチを採用し、市場と国家の役割を組み合わせさせた規制されたケア市場を創り出した。

しかし、皮肉な見方をすれば、日本では女性の介護労働者や無報酬の女性家族介護者が、ほかの国々における外国人労働者と同じような役割を果たしているとも言える。根本的な問題は、ケアを必要とする人が、そのための十分な支払いをする資力があるとは限らないということだ。介護労働

者が自国の女性であれ、移民女性であれ、彼らにしかるべき賃金を払う力がない。家族介護者や介護労働者を不利な立場に置くようなことのない介護提供の制度を作るためには、介護ニーズが高いものの市場賃金を支払う経済力を持たない人々に対する公的補助が役立つだろう。

注

- 1) 「家族主義」(“familialism”)とは「家族主義的福祉レジーム」すなわち家族成員に対する福祉を家族に大きく依存する福祉レジームをさす。
- 2) 本節の詳細は、Uzuhashi (2009)とAbe (2009)を参照のこと。
- 3) 失業率は1990年の1.9%から、1995年の2.7%、2005年の3.5%に上昇し、2007年には再び減少して2.3%となった(国立社会保障・人口問題研究所, 2009)。
- 4) たとえば、育児不安、子どもの虐待、成人後も親に依存し続ける「パラサイト・シングル」, 「介護過労死」などを現象としてあげることができる。
- 5) 本論の詳細はAbe (2009)を参照のこと。
- 6) 画期的な出来事はいくつかあった。第1に1989年のゴールドプランの策定(94年から新ゴールドプラン、99年から2004年までゴールドプラン21)の発表である。第2に、94年に発表された「21世紀福祉ビジョン：少子・高齢社会に向けて」である。この報告書は、当時はおよそ5:4:1となっていた3部門(年金、医療、福祉等)の給付構造を、およそ5:3:2程度へと転換していくと提案しており、介護サービスを充実させる方法として一般にも大いに歓迎された。
- 7) 健康保険の被扶養配偶者の分は、その夫・妻が払う保険料によって自動的に賄われる。
- 8) この制度の詳細についてはAbe (2009)と厚生統計協会(2008, 2009)を参照のこと。
- 9) 詳細はTamiya and Shikata (2008, forthcoming)を参照のこと。
- 10) 調査対象は、調査に先立って統計調査員が作成した世帯名簿から抽出された約7~10万世帯(世帯員の合計20~25万人)である。調査世帯の10歳以上の世帯員(1991年調査までは15歳以上)は、9~10月の9日間のうち連続する2日間の生活時間について回答した。
- 11) 家族介護者と介護労働者へのインタビュー、および介護状況についての統計分析は、同志社大学大学院生の山村りつ、中原耕、咸日佑、廣野俊輔、徐栄および京都大学大学院生の木下敬介、木下衆、谷紀子

- が実施した。家族介護者へのインタビューは、2008年の年末から2009年初めにかけて大阪で、木下衆が実施した。インタビュー対象者のうち6名（女性2名、男性4名）は配偶者を、2名（いずれも女性）は親を介護していた。なお、本稿で紹介する事例には、介護対象者がアルツハイマー病患者であることを反映した特徴が含まれていることをお断りしておきたい。
- 12) 日本で家政婦を頼むと高い費用がかかる。ある家政婦紹介所の料金は、3時間5,500円、1日（8時間）10,545円である。
 - 13) 低所得高齢者やその家族、なかでも要介護度の高い場合に、介護保険制度導入後にそれまで受けていたサービスの利用をあきらめざるを得なかったというケースは新聞等で数多く報道されている。だが、その裏付けとなる政府統計は存在しない。
 - 14) 別の観点から言えば、介護従事者の57.1%は通所ケアを含む在宅介護に、そして42.9%は施設介護に従事していることとなる（厚生労働省2007b）。
 - 15) 2008年末から2009年初めにかけて京都で介護施設職員5名とホームヘルパー5名にインタビューした。詳細はUzuhashi（2010）を参照のこと。
 - 16) 「親族」や「コミュニティ」があまり、あるいはまったく役割を果たしていないのも、日本の介護をめぐるケア・ダイヤモンドのもう1つの特徴である。これについては本稿では十分に論じることができなかったため、Ochiai（2009）、Ochiai and Molony（2008）を参照されたい。

参考文献

- Abe, Aya. 2009. The Political and Social Economy of Care. Research Report 3, UNRISD, Geneva.
- 安里和晃 2009「外国からの人材受け入れの論点」安里和晃・前川典子編『始動する外国人材による看護・介護——受け入れ国と送り出し国の対話』笹川平和財団
- Asato, Wako. 2010. Familialization of care and transnational migration in East Asia. *Journal of the Intimate and Public Spheres*: 1, Kyoto.
- Campbell John C. 1992. *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton University Press, Princeton.
- 財団法人介護労働安定センター 2008「平成19年度事業所における介護労働の実態調査」
- Goodman, Roger and Ito Peng. 1997. The East Asian Welfare States: Peripatetic Learning, Adaptive Change and Nation-Building. In Esping-Andersen, G., ed. *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. SAGE Publications, Thousand Oaks, Calif.
- 厚生統計協会 2008『保険と年金の動向 2008』
- 厚生統計協会 2009『図説 統計でわかる介護保険 2009年版』
- 居神 浩 2003.「福祉国家動態論への展開—ジェンダーの視点から」埋橋孝文編著『比較の中の福祉国家』、ミネルヴァ書房、p. 43-67
- International Monetary Fund (IMF). 2004. *World Economic Outlook Database 2004*.
- Lan, Pei-Chia. 2006. *Global Cinderellas*, Duke University Press, Durham.
- 厚生労働省 2006a.「平成16年国民生活基礎調査」
- 厚生労働省 2006b.「平成18年介護サービス施設・事業所調査」
- 厚生労働省 2007a.「介護給付費実態調査月報（平成19年3月審査分）」
- 厚生労働省 2007b.「平成18年社会福祉施設等調査」
- 総務省統計局 1991, 1996, 2001, 2006「社会生活基本統計調査」
- 総務省統計局 1970, 1985, 2007「就業構造基本調査報告」
- 西日本新聞 2001年3月19日付記事「模索続く介護保険」
<http://www.nishinippon.co.jp/media/news/0103/kaigohoken/kaigohoken.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所 2005「平成17年度社会保障給付費」
- 国立社会保障・人口問題研究所 2009a「人口統計資料集 2009」
- 国立社会保障・人口問題研究所 2009b「制度別社会保障給付費の推移」
- Ochiai, Emiko. 2009. Care Diamonds and Welfare Regimes in East and Southeast Asian Societies: Bridging Family and Welfare Sociology. *The International Journal of Japanese Sociology*, 18: 60-78.
- Ochiai, Emiko and Barbara Molony. 2008. *Asia's New Mothers: Crafting Gender Roles and Childcare Networks in East and Southeast Asian Societies*. Global Oriental, Folkestone.
- Ochiai, Emiko. 2007. The Post-war Japanese Family System in Global Perspective: Familialism, Low Fertility, and Gender Roles. *U. S. - Japan Women's Journal*, 29: 3-36.
- Ochiai, Emiko. 1997. *The Japanese Family System in Transition: A Sociological Analysis of Family Change in Post-war Japan*, LCTB International Library Foundation, Tokyo.
- Tamiya, Yuko and Masato Shikata. 2008. The Political and Social Economy of care. Research Report 2, UNRISD, Geneva.
- Tamiya, Yuko and Masato Shikata. Forthcoming. Analysis of time use surveys on work and care in Japan. In Debbie ed Budlender.

United Nations (UN). 2009. (HP). *National Accounts Main Aggregates Database*.

United Nations (UN), 1997. *Demographic Yearbook, Historical Supplement*.

Uzuhashi, Takafumi. 2001. Japan: Bidding Farewell to the Welfare Society. In Alcock, P. and G. Craig, *International Social Policy: Welfare Regimes in the Developed World*, Palgrave, Basingstoke.

Uzuhashi, Takafumi. 2009. *The Political and Social Economy*

of Care. Research Report 1. UNRISD, Geneva.

Uzuhashi, Takafumi. 2010. *The Political and Social Economy of Care*. Research Report 4. UNRISD, Geneva.

(おちあい・えみこ 京都大学教授)

(あべ・あや 国立社会保障・

人口問題研究所国際関係部第2室長)

(うずはし・たかふみ 同志社大学教授)

(たみや・ゆうこ 神戸学院大学准教授)

(しかた・まさと 慶應義塾大学 COE フェロー)