

# 超高齢社会の日本における介護をめぐる法制度の現状と課題

稲森 公嘉

(京都大学教授)

2000年に実施された介護保険制度は、介護の社会化を進め、居住形態が多様化している状況の中、要介護高齢者を抱える家族の介護負担の軽減に寄与してきた。これまでは新たなニーズに対応すべく給付の種類が追加されてきたが、2014年改正で初めて法定給付の範囲が縮小されることになった。介護保険制度は、要介護高齢者に必要十分な給付を提供しようとするが、実際には常に介護保険制度だけですべての要介護高齢者の介護ニーズを完全に満たせるとは限らない。そこで、介護保険サービスを補完する、介護保険外のインフォーマルサービスや家族介護が必要になる。育児介護休業法は、家族介護と就業の両立を支援するしくみを定めている。介護休業制度は、家族の要介護状態が変化したときに、新たな要介護状態に対応した介護体制を構築するための準備期間として想定されているもので、1999年の実施義務付け以降、事業所での関係規定の整備は進んだものの、実際の取得率は極めて低いままにとどまっている。また、介護による離職を防ぐために行われる雇用保険制度からの介護休業給付が介護休業期間中の所得保障機能を一定程度果たしているが、育児休業の場合と対照的に、積極的な展開はみられず、給付水準も低いままである。むしろ、就業者が日常的・継続的に就業と家族介護を両立させる上では、短時間勤務制度や時間外労働の制限など、働き方に関するしくみのほうが重要となる。

## 目次

- I はじめに
- II 現行の介護保障法制の基本的な構造
- III 介護サービス保障制度の展開
- IV 家族介護者に関する制度の展開
- V 介護職員の待遇
- VI おわりに

対する公的な介護サービス保障を主に担っている介護保険法と、要介護高齢者を抱える労働者の就業と家族介護の両立を支援する育児介護休業法<sup>1)</sup>及び介護休業期間中の所得保障を担っている雇用保険法を中心に、これまでの展開を整理し、現在の課題を検討する。

## II 現行の介護保障法制の基本的な構造

### 1 介護保険制度

I はじめに

日本の法制度は、どのような介護像を目指してきたのだろうか。現在、高齢者介護保障の領域では、少子高齢化が進む中、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えて、地域包括ケアシステムの推進をはじめとする、さまざまな取り組みが進められている。本稿では、高齢者の介護に関係するさまざまな法制度のうち、要介護高齢者に

2000年4月の介護保険法施行以降、公的な介護サービス保障体制の中核に位置しているのが介護保険制度である。介護保険は、市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者と40歳以上65歳未満の公的医療保険加入者を被保険者とし、被保険者の拠出する保険料と公費を主な財源として、

被保険者が要介護状態等となり、その認定を受け、指定事業者等から介護保険サービスを受けたときに、保険給付を行うしくみである。保険給付について、介護保険法は、被保険者の要介護状態等に関し、必要な保険給付を行うとして（介保2条1項）、その「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、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に配慮されなければならない」（介保2条4項）と定めている。しかし、実際には、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき（組み合わせ）提供される非居住型の居宅サービス・地域密着型サービスには要介護度に応じた支給限度額が設けられており（介保43条1項<sup>2)</sup>、介護報酬との関係で、受けられる介護保険サービスの量には上限が存在している（限度額を超える分を全額自己負担によりサービスを受けること（混合介護）は可能）。施設入所者の場合は、包括的な介護報酬設定により、最低限必要な介護サービスが提供されることになっているが、供給不足から少なからぬ入所待機者が存在していることは周知の通りである。このように、日本の介護保険は必ずしもそれぞれの要介護者等が抱える介護ニーズのすべてを充たしているわけではない<sup>3)</sup>。

## 2 介護保険以外の介護サービス保障制度

介護保険以外の公的介護サービス保障のしくみとして、公費による諸制度が存在しており、介護保険制度を補完している。具体的には、老人福祉法による福祉の措置、障害者総合支援法に基づく自立支援給付、生活保護法に基づく介護扶助である。

老人福祉法による福祉の措置（老福10条の4、11条）は、介護保険法施行後は、主に緊急時や成年後見人の確保が必要な場合など、介護保険の利用が困難な場合に行われている。

障害者は、障害者総合支援法<sup>4)</sup>に基づく自立支援給付として、居宅介護等の障害福祉サービスに関する介護給付費の支給を受けることができる（障総28条1項以下）。介護保険サービスも受けられる場合は介護保険が優先し（障総7条）、自立支援給付は介護保険の上乗せ・横出しを行うこと

になる<sup>5)</sup>。

生活保護受給者については、65歳以上の者は第1号被保険者として介護保険に加入するため、介護保険優先により、介護保険料相当額が生活扶助の介護保険料加算として、介護保険サービス利用時の利用者負担（原則1割）分が介護扶助として、それぞれ支給される<sup>6)</sup>。

福祉の措置や介護給付費の支給については、その要否や内容について一定の行政裁量が認められる。

以上のように、公的介護サービス保障体制では、必ずしもそれぞれの要介護者等が抱える介護ニーズのすべてが常に充たされるとは限らないため、場合によっては家族自身による介護または介護保険外の私的な介護サービスの利用による補完が必要となる。

## 3 育児介護休業法による制度

核家族化の進行や女性の労働市場への進出といった家族のありようの変化は、医学の進歩等による長命化に伴う介護期間の長期化等とも相まって、家族介護のあり方にも大きな影響を及ぼした。独居または夫婦2人のみの高齢者世帯が増え、家族の中で誰が介護を担うのかが問題となった。就業者による介護が増える中、育児介護休業法は、就業と介護の両立を可能にするしくみをいくつか定めている。

第1に、要介護状態にある対象家族を介護するための介護休業制度である（育介2条2項）。労働者（日々雇用を除く）は、①介護休業申出に係る対象家族が要介護状態にあることと、②介護休業期間の初日と末日を明らかにして、事業主に申し出ることにより、介護休業をすることができる（育介11条1項、3項）。ただし、期間雇用者は、申出時点において、同一の事業主に引き続き1年以上雇用されており、かつ、介護休業予定日から起算して93日を経過する日を超えて引き続き雇用されることが見込まれる場合に限られる。また、雇用期間1年未満の者、93日以内に雇用関係が終了する者、週の所定労働日数が2日以下の者については、労使協定で対象外とすることができる。

要介護状態とは、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（育介2条3号、育介則1条）である。「常時介護を必要とする状態」の判断基準は通達<sup>7)</sup>で定められており、介護保険の要介護状態とは直接の関係はない。対象家族とは、配偶者（事実上の婚姻関係を含む）、父母、子、配偶者の父母、及び、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（育介2条4号、育介則3条）である。

介護休業は、対象家族1人につき、要介護状態に至るごとに1回取得できる。介護休業期間は、対象家族1人につき通算して93日まで取得できる。勤務時間の短縮措置等が講じられる場合には、当該日を合わせて93日以内である。

介護休業の申出を受けた事業主は、当該申出を拒否することができない（育介12条1項）。ただし、申し出られた介護休業開始予定日が、申出日の翌日から起算して2週間経過日前の日であるときは、事業主は、開始予定日から2週間経過日までの間のいずれかの日を開始予定日として指定できる（育介12条3項）。

第2に、勤務時間の短縮措置等である。事業主は、その雇用する労働者のうち、その要介護状態にある対象家族を介護する労働者（日々雇用を除く）に関して、対象家族1人につき、要介護状態ごとに、労働者の申出に基づく連続する93日以上（介護休業日数と合わせて最低93日）において、①所定労働時間の短縮制度、②フレックスタイム制（労基32条の3）、③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ、④労働者が利用する介護サービス費用の助成その他これに準ずる制度、のいずれかの措置を講ずる義務がある（育介23条3項）。ただし、雇用期間1年未満の者及び週の所定労働日数が2日以下の者のうち、労使協定で所定労働時間の短縮措置等を講じない者として定められた労働者は対象外である。必要な期間、何らかの理由により介護休業を取得しない労働者に対する措置として設けられたものである<sup>8)</sup>。

第3に、介護休暇の制度である。要介護状態にある対象家族の介護その他の厚生労働省令で定める世話を行う労働者（日々雇用を除く）は、事業主に申し出て、要介護状態にある対象家族が1人

ならば1年度につき5日、2人以上であれば1年度につき10日を限度として、当該世話を行うための休暇（介護休暇）を取得することができる（育介16条の5第1項）。ただし、雇用期間6カ月未満の者または週の所定労働日数が2日以下の者のうち、労使協定で対象外とされた労働者を除く。

介護休暇の申出においては、①申出に係る対象家族が要介護状態にあることと、②介護休暇の取得日を明らかにしなければならない（育介16条の5第2項）。申出を受けた事業主は、当該申出を拒否できない（育介16条の6第1項）。

第4に、時間外労働の制限である。事業主は、要介護状態にある対象家族を介護する労働者が、当該対象家族を介護するために請求したときは、事業の正常な運営を妨げる場合を除き、制限時間（1月について24時間、1年について150時間）を超えて労働時間を延長してはならない（育介18条、育介則31条の3）。ただし、日々雇用者、雇用期間1年未満の者、週の所定労働日数が2日以下の者を除く。制限される期間は1月以上1年以内であり、その初日（制限開始予定日）の1月前までに請求することとされている。回数制限はない。

第5に、深夜業の制限がある。事業主は、要介護状態にある対象家族を介護する労働者が、当該対象家族を介護するために請求したときは、事業の正常な運営を妨げる場合を除き、午後10時から午前5時までの間（深夜）に労働させてはならない。ただし、日々雇用者、雇用期間1年未満の者、深夜に対象家族を介護できる同居の家族（16歳以上で、深夜に就業しておらず（深夜の就業日数が1月につき3日以下の者を含む）、負傷、疾病または身体上もしくは精神上の障害により対象家族を介護することが困難な状態ではなく、6週間以内に出産予定または産後8週間を経過しない者でない者）がいる者、週の所定労働日数が2日以下の者、所定労働時間の全部が深夜にある者を除く（育介20条、育介則31条の11、31条の12）。制限される期間は1月以上6月以内であり、その初日（制限開始予定日）の1月前までに請求することとされている。回数制限はない。

以上の休業・休暇や措置の申出をしたこと、またはその取得等を理由として、当該労働者に対し

て解雇その他の不利益な取扱いをすることは禁止されている（育介23条の2）。

その他、事業主は、就業場所の変更を伴う労働者の配置の変更を行う場合には、就業場所の変更により就業しつつ家族の介護を行うことが困難となる労働者がいるときは、当該労働者の家族の介護の状況に配慮しなければならない（育介26条）。事業主は、介護を理由として退職した者について、必要に応じ、再雇用特別措置その他これに準ずる措置を実施するよう努めなければならない（育介27条）。

#### 4 雇用保険制度からの介護休業給付

介護休業期間中は、労務の提供が行われなため、事業主に賃金支払義務は生じない。その代わり、介護休業を取得した場合には、雇用保険制度から、雇用継続給付の1つとして、介護休業給付が支給される。介護休業給付は雇用保険法の1998年改正で創設されたもので、2000年改正で給付率が引き上げられた。

現行制度では、①雇用保険の一般被保険者が、対象家族（一般被保険者の配偶者、父母、子、配偶者の父母）を介護するために、事業主に申し出て実際に休業を取得した場合に、②介護休業開始前2年間に賃金支払基礎日額が11日以上ある月が12カ月以上あるとき、③一般被保険者の申請により、介護休業の終了後に介護休業給付金が支給される（雇保61条の6）。介護休業給付金は、介護休業期間を介護休業開始日から起算した1カ月ごとの期間に区切り、その各期間について支給額を計算した上で、その合計額が一括して支払われる。各支給単位期間の支給額は、休業開始時賃金日額に支給日数を乗じた額の40%である。介護休業は最長93日なので、介護休業給付金の支給対象期間も3支給単位期間が最大となる。なお、事業主から賃金が支払われる場合には、賃金と介護休業給付金の合計額が休業前賃金の80%を超えるとき、その分だけ介護休業給付金は減額される。

### Ⅲ 介護サービス保障制度の展開

#### 1 福祉の措置の時代

かつて、介護は基本的に私的領域に属する事柄として捉えられ、私的扶養の一環として家族介護が行われてきた。そして、私的扶養に依り得ない介護ニーズを抱える者に対し、公的な介護サービス保障の手が差し伸べられてきた。介護保険以前に高齢者の介護ニーズに対応してきたのは、老人福祉法に基づく老人福祉制度である。

老人福祉制度では、介護ニーズを抱える高齢者に対し、福祉の措置（在宅生活者へのホームヘルパーの派遣、特別養護老人ホーム（特養）への入所等）という形で、必要なサービスの提供が行われてきた。もっとも、これらのサービス保障は税財源によるものであり、その財政的制約から、また、質量ともに不十分なサービス提供体制ゆえのサービス供給上の制約から、必ずしも個々の要介護高齢者が抱える介護ニーズのすべてに答え得るものではなかった。措置の要否及び内容に関しては行政の広範な裁量権が認められ、限られたサービスが優先順位をつけて分配された。施設に入所できれば、最低限の必要なサービスは施設内で提供されたが、応能的な費用負担のほか、入所希望者数に対して施設数が少ないために多くの入所待機者が生じていた<sup>9)</sup>。

#### 2 介護保険法の制定と実施

長年の議論を経て1997年に成立した介護保険法は、2年余の準備期間の後に、2000年4月から実施された。当初は従来からの根強い家族中心の介護意識などから制度の利用が進むかについての懸念もあったが、実際には、居宅サービスや居住系サービスを中心としたサービス供給量の飛躍的な増加とともに、潜在化していた介護ニーズの大幅な掘り起こしにつながり、介護の社会化が進展した。サービスの供給量が増えたのは、居宅サービス分野を中心に、社会福祉法人以外の民間事業主体（NPO法人、医療法人、農林漁業団体、有限会社、株式会社等）にも介護サービス供給の門戸を開いたためでもある。

介護保険制度のその後の展開は、介護保険サービスの利用の増加とそれへの対応が中心となった。利用者のニーズと増え続ける負担にいかに対応するかが、介護保険法の掲げた居宅介護重視、利用者本位の理念と絡み合って、その後の制度のあり方を規定していくことになる。

### 3 費用負担の増加

サービス利用の増加は費用の増大をもたらし、それに伴って介護保険料も上昇していった。第1号被保険者の負担する第1号保険料は、全国平均で第1期（2000～2002年度）2911円、第2期（2003～2005年度）3293円、第3期（2006～2008年度）4090円、第4期（2009～2011年度）4160円、第5期（2012～2014年度）4972円と上昇を続けてきた<sup>10)</sup>。

これは社会保険という給付と負担の連動するしくみを導入したことの帰結である。社会保険では、給付が増えれば保険料負担も増えるのが原則である。

当然ながら負担増には強い抵抗が生じるものであるが、介護保険の場合には、医療保険の場合以上に、給付と負担のバランスを考慮する必要性があった。それは、要介護リスクと疾病リスクの性格の相違もあるが、両制度の財政構造の違いにもよる。すなわち、被保険者自身の負担能力への配慮である。介護保険財政は原則として保険料と公費で半分ずつ担われるが、保険料のうち、第1号被保険者である65歳以上高齢者は、所得段階別定額保険料である第1号保険料を負担することになっており、一定以上の公的年金収入がある場合には、年金給付から特別徴収される。核家族化が進み、独居または夫婦のみの高齢者世帯が増える中で、自身の収入としては公的年金収入しかない世帯にとって、社会保険料の特別徴収は目に見える形での年金収入の減額である。介護保険財政は3年を1期とするもので、3年ごとに3年間の介護保険料を条例で定めることになっており、負担への納得を得るという意味で、その引き上げには政治的にも強い制約がかかる<sup>11)</sup>。

これに対して、現役世代である第2号被保険者の保険料は定率保険料であり、負担への抵抗感は

第1号保険料より低いと思われるが、こちらも無制限に引き上げ可能というわけではない。すなわち、負担水準については介護保険料と同時に徴収される医療保険料と合わせて考える必要があるほか、第2号被保険者の場合、現行の介護保険制度は、第2号被保険者自身の要介護リスクには限定的にしか対応してくれないからである。すなわち、第2号被保険者自身が介護保険から給付を受けるには、その要介護状態がいわゆる特定疾病によって生じたものでなければならない。したがって、第2号被保険者にとっての介護保険料負担というのは、自身の介護保険料としての側面も皆無ではないものの、現役世代による高齢者世代の社会的扶養・社会的支援という意味合いが強いものといえる<sup>12)</sup>。自身の給付（可能性）と直結しない負担の増加には納得が得られにくい。

保険料の引き上げに限界があるとすれば、負担面での残る対応は、公費負担部分の引き上げである。実際、かつて社会保障審議会介護保険部会でも、公費負担割合について、現行の5割から6割に引き上げる案などが議論されたが、結局は見送られた。

### 4 給付の見直し

負担増に限界があるとき、制度を維持するために行われるのは、給付面での見直し（給付の適正化または給付の抑制）である。

施行5年後の見直しとして行われた2005年改正では、軽度者の介護保険サービス利用の急増という状況を踏まえ、要支援区分の見直しと新予防給付の導入という大きな制度変更が行われた。また、事業者等の規制（指定・監督）権限に関して、都道府県が担当する居宅サービス及び施設サービスとは別に、保険者である市町村が規制を行う地域密着型サービスというサービス類型が創設され、日常生活圏域における小規模なサービス提供体制の確保が志向された。さらに、地域包括支援センターも導入され、今日の地域包括ケアシステムの先駆けとなる改正が行われた。

地域密着型サービスの導入自体は、要介護者が従来の生活環境からなるべく切り離されない形で介護生活を送ることができるという観点からは評

価できるものであったが、新たな給付類型の導入に当たり既存の給付類型をそのまま残したことから、給付類型の複雑化を招来し、制度の分かりやすさを損なうことになった。給付メニューの多様化は、新たな（あるいは既存の給付類型では充足されない）ニーズへの制度的対応といえるが、それぞれの給付の枠組（運営基準・介護報酬の算定構造など）が硬直的であることを反映している。この点、良くも悪くも日本の介護保険が法令・通達で緻密に作られており、保険者の裁量の余地が乏しいことの表れでもある。給付の煩雑化は、地域密着型サービスに新たに2つの類型を追加した2011年改正で、さらに深まった。

このような給付メニューの多様化（肥大化？）という展開は、2014年改正で重要な転機を迎えた。要支援者向けの訪問介護と通所介護が法定給付としての予防給付から地域支援事業としての介護予防・日常生活支援総合事業（新総合事業）へと移行することになり（ただし2018年3月まで猶予される）、保険給付の範囲が初めて縮小したのである。もっとも、その財政的効果は必ずしも明らかではない。新総合事業の実施は市町村に義務付けられており、その財源には保険料が充てられるからである。

他方で、一定以上の所得のある利用者については、利用者負担が1割から2割に引き上げられた。すなわち、給付率が9割から8割に引き下げられた。また、住民税非課税世帯に属する介護保険施設等入居者の食費・居住費の負担を軽減するために支給される補足給付について、資産要件が追加され、一定額を超える預貯金がある場合には支給されないことになった。

さらに、重度者のさらなる増加を見据えて、特養への新規入所を原則として要介護3以上の中重度者に限定し、要介護1及び2の者については、やむを得ない事情により特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合に限り、市町村の判断の下で、例外的に入所を認めることになった。

## 5 保険から措置へ？

2014年改正にみられる傾向として特に注意を要するのは、介護保険制度の持続可能性が問われ

る中で、介護保険がその創設当初に有していた社会保険的性格を徐々に薄めてきており（すなわち、社会保険の筋から外れてきており）、かつての措置制度的要素が少しずつ侵入してきているように思われることである。そのことは、上述の①要支援者向けの訪問介護・通所介護の新総合事業への移行、②所得の多寡を理由とする一部負担割合の差異化、③補足給付についての資産要件の追加、④要介護1及び2の者についての例外的特養入所といった変更点に端的にみられる。社会保険の原則は、フローの所得に着目して保険料拠出を行い、保険事故の発生時に、資産・所得の如何にかかわらず定型的な給付を行うことである。もちろん、現実の社会保険制度は多様な姿をしており、後期高齢者医療制度ではすでに所得の多寡により一部負担金割合が差異化されているし、高額療養費制度における自己負担限度額も所得水準により多段階化されている。②は介護保険についても後期高齢者医療制度と同様にするものであるが、③は給付にあたってフローに加えてストックも考慮するもので、従来以上に進んだものといえる（補足給付を福祉的性格の給付と捉えているのかもしれないが、そうであるならば、なぜ福祉的性格の給付を保険料財源で行うのかという疑問が生じよう）。そして、①④は市町村の裁量を認めるものであり、介護保険が掲げる利用者本位、利用者の自己決定という理念もその限りで後退することになる。

介護保険が今後、措置制度的性格を強めていけば、社会保険としての介護保険を維持する必要性（介護保険の存在意義）そのものが問われることになろう。いずれにせよ、介護保険制度は、（特に軽度者について）今後さらに部分保障的性格を強める方向に向かうことが考えられる。そのとき、足らざる部分を補うのは、事業者が提供する介護保険外の（有償・無償の）サービスであり、家族等による介護である。

## IV 家族介護者に関する制度の展開

### 1 介護休業制度の創設

1980年代末以降、急速な高齢化の進展に伴い、

介護を要する高齢者（特に認知症や寝たきりの高齢者）の飛躍的な増加及び介護期間の長期化が見込まれる一方で、核家族化の進展（高齢者単独世帯または高齢夫婦のみ世帯の増加）や共働き世帯の増大など、高齢者を取り巻く家庭環境は大きく変化し、また、少子化の進展による介護の担い手不足の深刻化も懸念される状況にあった。

1993年に厚生大臣の私的懇談会として設置された「高齢社会福祉ビジョン懇談会」の報告書（1994年）では、従来のゴールドプランを強化した新ゴールドプランの策定により介護サービスの基盤整備を図るとともに、介護休業制度が重要であることも指摘された。新ゴールドプランによる介護サービスの社会基盤整備を積極的に進めるものの、それによってすべての介護ニーズを満たさうというのではなく、家族による介護がなお必要になることを前提に、そのための介護休業制度の普及も重要であるとしたのである。

家族等の介護を理由とした休業制度は、企業内福祉制度としてすでに一部の企業で実施されており、労働省も、労使の代表や専門家を集めた検討会議の報告書に基づき、「介護休業制度等に関するガイドライン」（1992年7月）を作成するなど、その普及促進に努めていた。

介護休業制度の法制化を含む有効な普及対策について検討依頼を受けた婦人少年問題審議会婦人部会は、介護休業制度に関する専門家会合の検討結果を参考としつつ議論を進め、法制化についての賛否が分かれる状況の中で部会報告を取りまとめ、審議会総会は「介護休業制度等の法的整備について」と題する建議を労働大臣に提出した。これらの議論を踏まえて、育児休業法に介護休業を追加する等の法改正が1995年に行われ、名称も育児介護休業法に改められた。

育児介護休業法は、事業主に介護休業制度の実施を義務付けたが、その時期は1999年4月1日とされ、実施までに一定の準備期間が設けられた。当初の介護休業制度は、日々雇用者及び期間雇用者を除く労働者を対象とし、連続する3月を限度として、対象家族1人につき1回のみ取得できるというものであった。

## 2 介護休業制度の展開と現状

その後、2004年の法改正で、①介護休業を取得できる回数の制限を緩和し、対象家族1人につき、要介護状態ごとに1回の介護休業をすることができること（通算93日まで）、②期間雇用者についても、雇用期間が1年以上あり、かつ、介護休業開始予定日から起算して93日を経過する日を超えて引き続き雇用されることが見込まれる者は介護休業を取得できることになった。

さらに、2009年の法改正で、介護休業とは別に、介護休暇制度が設けられた。

このように、少子化対策の観点から制度の積極的な見直しが進められていった育児休業制度と比較すると、介護休業制度の展開はわずかなものにとどまっている。しかし、これは現在の介護休業制度に課題がないことを意味するものではない。

制度の実施状況についてみてみよう<sup>13)</sup>。介護休業制度の実施が義務付けられた1999年度の数値と直近の2013年度の数値を比較すると、5人以上の事業所における介護休業等の法定制度の整備状況については、40.2%から84.3%へと大幅に増加しており、特に規模の大きい事業所については、1999年度に500人以上の事業所の96.8%で規定が整備されている。しかし、規定の整備状況と実際の取得状況とは必ずしも連動していない。常用労働者に占める介護休業者の割合についてみると、1999年度の0.06%に対し、2013年度も0.06%と、ほぼ横ばいである。男女別でみると、2013年度は、男性0.02%に対して女性0.11%と、介護休業者の8割以上が女性となっており、男女間の偏りも著しい。これに対して、常用労働者に占める介護を理由とする離職者の割合は、2013年度で0.12%（男性0.04%、女性0.23%）に上っており、介護休業者数の割合の2倍となっている。

このような数値をみると、介護休業制度の整備は進んだものの、必ずしも使い勝手の良いものとなっていない現状が窺える。

そもそも、介護休業制度は、継続的な介護体制を構築するための準備期間という性格のものであり<sup>14)</sup>、要介護状態ごとに1回、93日までというしくみは、このような理解と整合的である<sup>15)</sup>。

労働者が家族介護と就業とを継続的に両立させるという観点からは、勤務時間の短縮措置等の労働者の働き方に関する諸制度のほうに適していよう。その意味では、勤務時間の短縮措置等の義務付けについて、最低限の日数が93日とされていることや、介護休業を取得している場合の日数の計算方法の妥当性が問われ得る。育児と異なり、介護の場合には一般に介護期間の見通しがつかないことが多いためである。

### 3 介護休業時の所得保障

介護休業の取得率は極めて低い水準にあるが、介護休業の取得を阻害する要因の1つに、介護休業期間中の所得保障の問題があると考えられる。介護休業期間中は、事業主は賃金支払義務を負わない<sup>16)</sup>ため、介護休業取得者にとっては、その間の生計を維持する手段が問題となる<sup>17)</sup>。上述の通り、現行の制度体系においては、雇用保険制度から雇用継続給付の一種として行われる介護休業給付が、事実上、介護休業期間中の所得保障の機能を担っている。介護休業給付は、1999年の介護休業制度の実施に合わせて、1998年の雇用保険法改正で創設されたもので、当初は介護休業の終了後に休業前賃金<sup>18)</sup>の25%（当時の育児休業給付と同一水準）を支給するという内容であった。その後、2000年の法改正で給付水準は育児休業給付とともに休業前賃金の40%に引き上げられた。

しかし、その後の経過は、育児休業給付が少子化対策の観点から支給方法及び支給水準に関して積極的な展開を示してきた<sup>19)</sup>のと対照的である。育児休業と異なり、介護休業は期間が短いことも一因であろうか、介護休業給付は特段の変更もなまま今日に至っている。

介護休業給付は、介護を理由とする失業を回避し、雇用の継続を援助・促進するための給付として雇用保険制度上位置づけられているが、介護離職者が少なくない現状を鑑みると、現在の介護休業給付がその意図された機能を十分に果たしているかには疑問が残る。（特に育児休業給付と比較した場合の）給付水準の妥当性のほか、そもそも介護休業時の所得保障機能を雇用保険制度が担うこ

と自体の適否も含めて、制度のあり方を再考すべきであろう。

### 4 通勤災害制度の改正

労働者による家族介護に関しては、通勤災害制度の改正についても触れておきたい。労働者が要介護状態にある対象家族と同居していない場合、通勤途上で対象家族の住居に寄って介護を行うという状況が存在し得る。労災保険法では、通勤災害の成立要件に関して、合理的な経路を逸脱・中断した場合には原則としてそれ以降の移動をすべて通勤と認めないこととし、逸脱・中断が日常生活上必要な行為であって、厚生労働省令で定めるものをやむをえない事由により行うための最小限度のものである場合に限り、通勤経路への復帰後を再び通勤として扱うこととしている（労災7条3項）。この例外事由に関して、労働者が退勤途中に義父宅での介護を行った後、通勤経路に復帰した後に事故に遭った事案についての裁判<sup>20)</sup>が契機となり、2008年に施行規則が改正され、省令で定める行為の中に、「要介護状態にある配偶者、子、父母、配偶者の父母並びに同居し、かつ、扶養している孫、祖父母及び兄弟姉妹の介護（継続的に又は反復して行われるものに限る。）」が追加された（労災則8条5号）。

### V 介護職員の待遇

「完全」であれ「部分」であれ、介護保険は介護サービスを公的に「保障」するものであるからには、その枠組で提供・確保される介護サービスについては、質量ともに一定以上の水準のものであることが要求される。その意味で問題となるのは、少子化による労働者全体の減少や介護労働の過酷さという状況の中で、必要な数の良質な介護職員を確保することである。

制度発足当初は介護職員の量を確保することに重点が置かれたが、制度の普及に伴い、質の確保へと焦点が移り、第三者評価などの義務付けや資格制度の改善などが行われた。しかし、その後、労働者の介護離れが進んでいく。その大きな要因の1つは待遇の悪さ、すなわち、介護労働の心身

への負担の重さと、賃金水準が労働負担に見合うものでないことにある。

もっとも、この問題に対して即効性のある処方箋は存在しない。というのは、措置制度の場合には措置委託契約の中で介護職員の待遇に関する取り決めをすることが理論的には可能であるが、介護保険の場合には、介護職員の人件費は介護保険サービスごとに設定された介護報酬の中に含まれており、各事業所における実際の賃金体系・賃金額の決定は各事業者の経営判断によるからである。介護報酬が全体的に抑制される中では、介護報酬による収入のうち介護職員の処遇改善に向けられる部分も制約を受けることであろう。現在、厚生労働省は、今後必要となる介護職員の確保に向けた施策として、参入促進、労働環境・処遇の改善、資質の向上といった柱に沿った総合的な方策の検討を進めているが、行政が有する手段は間接的なものとどまる。

介護職離れの傾向は、全体としての介護の質の低下につながりかねない。介護保険の体制を前提とする限り、介護報酬本体の引き上げによる対応が本来の筋であり、これを恐れているのは介護職員の処遇改善は進まないだろう。介護職員処遇改善加算による誘導等の工夫が試みられているが、一般に加減算措置の多用は、ただでさえ複雑な制度をいっそう複雑にするばかりである。また、第4期に行われた介護職員処遇改善交付金のような公費の投入は、介護保険財政に将来的な影響を及ぼすことに留意すべきである<sup>21)</sup>。

## VI おわりに

介護保険制度は、現実には必ずしも常に「完全」介護保障ではなく、特に居宅要介護者の場合には「部分」介護保障の性格が強いことから、実際にはある程度の家族介護等も必要になる。すなわち、日本の高齢者介護保障体制は、介護保険制度を中心とする公的な介護サービス保障を基本にしつつ、介護保険外のサービスや家族介護等で補完するという構造であり、その意味で、公的な介護と私的な介護を車の両輪としている（車輪の大きさは異なるが）。

就業と家族介護の両立という観点から重要と考えられる点は、①労働者が24時間365日をどのように配分するか（時間的な意味でのワーク・ライフ・バランス）と、②家族介護への配分時間に対する経済的保障である。前者は労働者の働き方に、後者は所得保障制度のあり方に関わる問題である。

介護休業制度は、労働者が継続的に家族介護を行っていくための制度というよりは、家族の要介護状態が変化した場合に長期的な介護体制を構築するための準備期間であり、就業と家族介護を継続的に両立させるという点では、勤務時間の短縮措置や時間外労働の制限等のしくみのほうが重要である。法律上義務付けられている措置は最低限のものであり、各事業所における一層の体制整備が望まれる。

介護休業時の所得保障の問題は、より広く、家族介護従事時間の所得保障の問題として捉えることもできる。その場合には、介護保険における家族介護給付の是非も論点となる。しかし、これに対しては、介護保険サービスを充実させて介護の社会化を一層進めるべきであるとの反論も聞こえてこよう<sup>22)</sup>。

- 1) 正式名称は「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」である。
- 2) その他、特定のサービスが不足する場合に、市町村の判断で種類支給限度基準額を定めることができるが（介保43条4項）、実施例は少ない。
- 3) 介護保険料の算定においては、財政単位である3年間に必要な介護保険サービス量を要介護度ごとに見積もり、それらの給付に必要な金額から逆算して介護保険料を設定することになっており、その意味では、介護保険財政で賄える範囲で保険給付の水準を設定しているドイツの介護保険制度と比べると、日本の介護保険は「必要十分給付型」であるとの評価もあるが（増田雅暢「日本とドイツの介護保険間の相違」週刊社会保障2798号32頁）、要介護度の認定は、個々の要介護者が置かれている介護環境の如何にかかわらず、専ら本人の日常生活動作能力に着目して行われ、必要とされる介護量は介護時間により算定されるため、個々の要介護者が実際に有している介護ニーズを必ずしもすべて充たすとは限らない。そもそも、医療サービスと異なり、介護に関しては、客観的に必要なサービス量を確定しがたいので、介護保険制度では、金銭給付の形をとったうえで混合介護を認めているのである。その意味では、日本の介護保険制度も「部分保険」である（堤修三『介護保険の意味論——制度の本質から介護保険のこれからを考える』（中央法規出版、2010年）48頁）。
- 4) 正式名称は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支

- 援するための法律」である。
- 5) 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(平成19・3・28障企発0328002号・障障発0328002号)。ただし、一律に介護保険サービスを優先するのではなく、個別に障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを受けられるかどうかを判断することとされている。障害者福祉研究会編『逐条解説障害者総合支援法』(中央法規出版, 2013年)79頁。
  - 6) 65歳未満の生活保護受給者は、国民健康保険等の適用除外により、介護保険にも加入しないので、必要な介護サービスは生活保護の介護扶助として行われる。
  - 7) 「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の施行について」(平成21・12・28職発1228第4号・雇発1228第2号)。
  - 8) 『改訂版 詳説育児・介護休業法』(労務行政, 2005年)441頁。
  - 9) 老人福祉制度の不備の受け皿となったのが老人医療制度であったが、社会的入院の問題を生じた。
  - 10) 第4期の引き上げ幅が小さいのは、介護保険料の上昇を避けるため、介護職員処遇改善交付金による財政措置等が採られたためである。
  - 11) さらに、第1号保険料と第2号保険料の負担割合は、被保険者数の比率に応じて定期的に見直すことになっており、高齢化の進行による第1号被保険者数の増加に伴い、第1号保険料の負担割合は微増を続けている。
  - 12) 堤・前掲注3)104頁。
  - 13) 以下のデータは、『平成11年度女性雇用管理基本調査』及び『平成25年度雇用均等基本調査』による。
  - 14) 雇用保険法のコメントも、一般的に介護休業は「外部介護サービスの利用等介護に関する長期的方針を決めるまでのいわゆる『見極め期間』として取得されるものである」と述べている(『新版雇用保険法』(労務行政研究所, 2004年)165頁)。
  - 15) ただし、対象家族1人につき93日までという介護休業期間の上限があるため、当該対象家族の要介護状態が変化したときでも、すでに日数の上限に達していれば介護休業はできないことになる。
  - 16) もちろん、事業主が賃金を支払うことはできる。その場合、前述のように、支払われた賃金と介護休業給付金の合計額が休業前賃金の80%を超えるときは、80%相当額と支払われた賃金との差額分が介護休業給付金として支給される。
  - 17) 介護休暇についても休暇日の所得保障を担う制度は存在しない。日数は僅かであるが、所得保障の有無は論点となり得るところである。
  - 18) 男女間で取得率に大きな格差があることの原因として、給付額の算定基礎が休業前賃金であることも指摘されている。
  - 19) 育児休業給付は、2009年の法改正で従来の育児休業基本給付金(育児休業期間中に休業前賃金の30%を支給)と育児休業職場復帰給付金(復職後6ヵ月経過時に休業前賃金の20%を支給)が育児休業給付金(育児休業期間中に休業前賃金の50%を支給)に統合され、さらに2014年の法改正で休業開始後180日間については給付率が休業前賃金の67%に引き上げられた。もっとも、現在の育児休業給付のあり方は、本来の雇用継続給付の趣旨からは外れてきているとみることもできる。
  - 20) 義父の介護を「日用品の購入その他これに準ずる行為」(労災則8条1号)に該当すると認めた大阪高判平19・4・18労判937号14頁(羽曳野労基署長事件)である。本判決には種々の評価があるが、法制度上の不備を補う救済的な事例であるといえる(梶川敦子「通勤災害の認定」西村健一郎・岩村正彦編『社会保障判例百選[第4版]』(有斐閣, 2008年)121頁)。
  - 21) もともと介護職員処遇改善加算は、介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、2012年の介護報酬改定で第5期限りの例外的・経過的な取り扱いとして創設されたものである。
  - 22) 堤・前掲注3)44頁。

いなもり・きみよし 京都大学大学院法学研究科教授。  
最近の主な著作に『よくわかる社会保障法』(西村健一郎・水島郁子と共編, 有斐閣, 2015年)。社会保障法専攻。