

# 高齢者介護とジェンダー：家族支援 によるジェンダー変革の可能性

下 夷 美 幸

## ＜ キーワード ＞

高齢者、介護、ジェンダー、福祉国家、家族支援、現金給付、ケアワーク

## ＜ 要 旨 ＞

フェミニストは女性の無償労働としてのケアワークの存在を指摘した。ケアワークへの社会的評価とジェンダー平等の観点から、今後は男女ともケアワークを担う「普遍的ケア提供者モデル」(N. フレイザー)が目指されるべきである。

日本の高齢者介護についてみると、介護保険が導入されたが、依然女性による家族介護が続いている。それは介護保険が「個人」と「国家」の関係で構成されているからである。これは単純な公私二元論に陥るおそれがあるため、家族を加えた関係、すなわち「個人」「家族」「国家」の関係に再構成されるべきである。そこで期待される国家は、家族や個人からの要請に応じて、私的領域の問題にも応答する国家である。そのような国家がケアワークにおけるジェンダー変革の要請に応答するには、家族介護へ現金給付を行い、それを起点として、家族へアプローチする方法が有効である。しかし、現金給付の制度化によって、女性が望まない介護を押し付けられるという懸念がある。それに対しては「ケアしない自由」の保障が重要である。また、女性の階層化がもたらされるという問題もある。それには「ケアする自由」の保障が重要である。

高齢者介護への現金給付は近代家族が原理的に含まない老親介護が強制される、という警戒感から、否定的にとらえられやすい。それへの対処としては、現金給付の対象を核家族メンバーに限定することが考えられるが、逆に支給対象を家族を超えた範囲に拡大することの意義も大きい。制度設計にあたっては、家族規範と実態の乖離、家族関係の日本の特質、給付がもたらす長期的および短期的影響など、多面的な検討が必要である。また、家族へのアプローチを適切に行うには、公私の境界線画定のガイドラインが不可欠であり、家族政策研究には公私関係の理論化が期待される。

### 1. 福祉国家とジェンダーの関係

#### (1) フェミニズムがとらえる福祉国家

##### ① 福祉国家とジェンダーの両義的關係

福祉とジェンダーはどういう関係にあるのだろうか。福祉国家は保育や介護サービスを提供することで、女性の就労を促進している。また福祉国家は女性に公務員という雇用を提供することで、その経済的自立に直接的に貢献している。たしかに福祉国家と称される北欧諸国では女性の就労率が高く、国連開発計画(2001年)の「ジェンダー・エンパワーメ

ント指数(GEM)」<sup>1)</sup>でも、ノルウェー、スウェーデン、フィンランドはそれぞれ1位、3位、4位と上位を占めている[内閣府2002:32]。こうしてみると、福祉国家はジェンダー変革を推進するものとして肯定的に評価される。

しかし、フェミニストの福祉国家研究は、福祉国家とジェンダーの関係の両義性を指摘している。すなわち、福祉国家はジェンダー関係を解消する方向だけではなく、ジェンダー関係を強化する方向にも作用する、というのである。

## ② フェミニストの福祉国家類型論批判

ではフェミニストは福祉国家をどのように論じ、何を批判しているのだろうか。フェミニストの主張は、エスピン-アンデルセンの福祉国家レジーム論において登場した「脱商品化」に対する批判として鮮明に示されている。アンデルセンは、脱商品化と社会階層化を指標として、福祉国家体制を自由主義的レジーム、保守主義的レジーム、社会民主主義的レジームの3類型に分類した。ここで用いられた「脱商品化」とは、諸個人あるいは諸家族が、市場の参加から独立に社会的に受容可能な生活水準を維持する程度と定義されている [Esping-Andersen 1990]。

これに対し、フェミニストは次のような批判を展開する [Kilkey 2000: 47-49, Daly 1994: 105-109]。「脱商品化」はすでに市場労働に参加している男性のライフスタイルを前提にしている。脱商品化は人々を市場への依存から解放するという論理だが、それはあくまで男性にあてはまることである。女性はそもそも家庭でのケアワークを担当していることで、市場労働から排除されるか、または不利に扱われ、自らの収入を十分に得ることができない。このことが女性にとっての当面の問題であり、女性は脱商品化の前に、商品化されることを求めている。

こうしてみると、たしかに北欧諸国のジェンダー平等の進展も、脱商品化によるというより、むしろ福祉国家が女性を商品化することによってもたらされた面が大きい。フェミニストが指摘するとおり、アンデルセンの「脱商品化」は明らかにジェンダー・ブラインドであり、女性によるケアワークという無償労働への認識を欠いているといえる。

そこで、フェミニストたちはジェンダーの視点を投入した福祉国家論を展開し、アンデルセンの類型に代わるモデルを提示している [居神 2003、堀江 2002]。そのなかでも J. ルイスの「男性稼ぎ手モデル」は、市場労働だけでなく、家庭内のケアワークという女性による無償労働も組み入れている点で、福祉国家体制の理解に有用である。J. ルイスは、福祉国家が「男性は稼ぎ手、女性はその被扶養者」という家族モデルにどの程度依拠しているか、という観点から福祉国家の3類型を抽出している。それは、アイルランドやイギリスのような「強固な (strong) 男性稼ぎ手モデル」、スウェーデンのような「弱い

(weak) 男性稼ぎ手モデル」、フランスのような「修正された (modified) 男性稼ぎ手モデル」の福祉国家である [Lewis 1992]。これは、強弱の差や修正の有無はあるものの、福祉国家自体が「男性稼ぎ手モデル」を内包していることを示している。

このような分析により、フェミニストは福祉国家そのものがジェンダー関係を前提にしていること、そして女性による無償のケアワークに依拠した福祉国家の進展は、従来のジェンダー関係を強化・再生産することを明らかにしたのである。

## ③ ケアワークとシティズンシップ

フェミニストは女性の無償労働としてのケアワークの存在を指摘したが、このことはシティズンシップ論と交錯することで、さらなる問題を提示している。シティズンシップとは、市民であることから派生する権利と義務を意味し、福祉国家が提供する社会的給付への権利は、社会的シティズンシップに基づくものとみなされる。そこで家庭内でケアワークを担っている女性についてみると、その社会的給付に対する受給資格は自らのケアワークによるものではなく、夫の被扶養者という地位によって与えられているのがわかる。つまり、女性の社会的シティズンシップは夫を介した派生的権利として保障されるに過ぎないのである [深澤 2002]。

このような議論により、ケアワークが市民であることの権利に結びついていない、ということが明白になる。こうしてフェミニストによる無償のケアワークという指摘は、われわれの社会が人間存在に不可欠なケアワークに対する認識を欠き、ケアワークの価値に対する評価を十分になしえていない、という問題提起に到達する。

## (2) ケアワークをどう位置づけるか

それでは、ケアワークをこれまでの女性の無償労働という位置づけから、どのように変えていけばよいのだろうか。家庭内でのケアワークをすべて外部化し、女性の市場労働への移行を可能にすることで問題を是正するのがよいのか、それとも、家庭でのケアワークに対して、手当を支給するなどの社会的評価を与えることで、問題を是正するのがよいのか。

ケアワークに対する上記の2つの方策は、N. フレイザーの「普遍的稼ぎ手モデル (Universal Breadwinner Model)」と「ケア提供者等価モデル (Care-



giver Parity Model)」という概念と符合する。フレイザーは、男性稼ぎ手に妻子を扶養できる賃金を提供する、いわゆる家族賃金という形態は、ポスト産業社会では不可能であり、福祉国家も転換が必要であるという立場から、はじめに2つのモデルを提示する。それが「普遍的稼ぎ手モデル」と「ケア提供者等価モデル」である。「普遍的稼ぎ手モデル」とは、ケアサービスを国家が提供し、女性就労を促進するというものである。他方、「ケア提供者等価モデル」とは、国家が家庭内のケアワークに手当を支給することでケアの価値を高めるというものである。

しかし、いずれにも短所がある。「普遍的稼ぎ手モデル」では、すべてのケアワークを外部化することは不可能であり、結局、移転されないケアワークは家庭に残り、それを女性が無償で引き受けることになる。また、「ケア提供者等価モデル」では、女性とケアワークの結合が維持されたままで、市場労働における女性の周辺化という現状は改善されない。しかも、どちらのモデルも男性のケアワークへの参加を要求しない、という問題がある。

そこでフレイザーは第三のモデルとして、「普遍的ケア提供者モデル (Universal Caregiver Model)」を提示する。これは、ケアワークを提供している現在の女性のライフパターンを男女の規範とするもので、男性にケアワークへの参加を要請するモデルである [Fraser 1997]。

ケアワークに対する社会的価値という観点からみても、「普遍的ケア提供者モデル」は前2つのモデルより優れている。なぜなら、「普遍的稼ぎ手モデル」はケアワークを市場化するだけで、ケアの価値を高めることにはつながらないからである。また、「ケア提供者等価モデル」は手当によりケアワークに対する社会的評価をもたらすが、国家による手当には限界があり、結局、市場労働が優位に位置づけられるのは避けられないからである。

こうしてみると、ジェンダー関係の不平等を是正し、ケアワークに社会的価値を付与するには、「普遍的ケア提供者モデル」が今後目指されるべきモデルと認められる<sup>2)</sup>。

### (3) 本稿の課題

#### ① 日本のケアワークの分配状況

さて現実の日本社会では、誰がどれぐらいのケア

ワークを担っているのだろうか。1997年に経済企画庁（現 内閣府）が公表した「無償労働の貨幣評価」をみてみよう。それによると、1991年の無償労働の総額は99兆円、GDPの21.6%に相当し、その労働の85.3%を女性が行っている。その後の1996年の推計では、GDPの23.2%、女性が行っている割合は84.5%で、5年前に比べて男性が行っている割合がわずかに増えている。しかし、1人あたりでみると女性の評価額は男性の5.2倍で、男女格差は依然大きい<sup>3)</sup>。なお、この無償労働には育児や介護等のほか、炊事・洗濯等の家事や買物なども含まれている。

そこで、育児と介護について、経済企画庁（現 内閣府）が1999年に公表した「介護・保育サテライト勘定」<sup>4)</sup>をみてみよう。ここでは1996年時点で、家族がその老親や子供のために無償で行った介護・保育サービスが貨幣単位で推計されている。まず介護についてみると、家族による介護サービス額は1兆6,814億円で、市場介護サービス額（福祉給付を含む）の約6割に相当し、対GDP比は0.34%である。そして、家族によるサービスの82%は女性によって生産されている。つぎに保育についてみると、家族による保育サービス額は7兆3,138億円で、市場保育サービス額（福祉給付を含む）の2.7倍に達しており、対GDP比は1.46%である。そして、介護と同様、家族によるサービスのほとんどは女性によって生産されており、母親が86%、父親が9%、祖父母が5%という割合である<sup>5)</sup>。

このような貨幣評価をみると、現代日本においても膨大なケアワークが家庭内の無償労働として、女性に不均衡に配分されているのがわかる。

#### ② 課題の限定

ではこのような現況から、どうすれば「普遍的ケア提供者モデル」に移行できるのだろうか。本稿ではケアワークの中でも高齢者介護についてとりあげる。2000年に介護保険が実施されてから3年が経過し、介護保険をめぐる議論は盛んだが、ジェンダーの視点からの検討が尽くされているとはいいがたい。そこで本稿では、高齢者介護に限定して、介護政策によるジェンダー変革の可能性、およびそれを進めるうえでの検討課題について考えてみたい。

以下、2節ではジェンダーの視点から介護保険の仕組みと導入の影響を確認する。続く3節では家族介護におけるジェンダー変革の手段として、家族介





護支援について検討する。そして4節で家族介護支援の具体策として、家族介護への現金給付をとりあげ、その制度化により生じる問題点と課題について考察する。最後に今後の検討課題を提示する。

## 2. 介護保険と家族介護

### (1) 介護保険の導入と仕組み

まず、家族介護との関連を意識しながら、介護保険について確認しておこう。介護保険は2000年4月から実施されている。それ以前の高齢者介護は措置制度によっていた。措置制度とは、行政が要件に合致する人を対象に必要なサービスを決定し、それを提供する仕組みである。しかし実際にはサービスの供給量が十分でなく、高齢者介護の多くは家族の負担となっていた。

しかし、寝たきりや痴呆など介護を必要とする高齢者の増加、介護期間の長期化、介護者の高齢化などから、家族介護の限界が指摘されるようになり、高齢者介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険が創設された<sup>6)</sup>。介護保険は介護の社会化を目指すものであり、それは介護費用の社会化とともに、介護サービスの利用によって介護を家族から外部化することを目的としたものと考えられる。

制度の基本的な仕組みはつぎのようになっている。介護保険は社会保険方式で運営されており、本人が保険料を拠出し、給付を受けるのが基本である<sup>7)</sup>。同じく社会保険方式で運営されている医療保険とは利用の仕組みに違いがあり、医療保険のように保険証をもって直接病院に行き、制限なく医療サービスが受けられる、という具合にはいかない。高齢者が介護保険を通じてサービスを利用するには、まず市町村に要介護認定を申請しなくてはならない。それから介護認定審査会の審査・判定により、要介護認定が行われ、認定された要介護等のレベルに応じて、介護サービスの利用限度額が決まる。その後、保険給付対象の在宅サービスや施設サービスの中から、高齢者自らの意思でサービスを選択し、サービス事業者との契約によって利用する<sup>8)</sup>。利用した介護サービスの費用については、原則として本人が1割を負担し、残りは利用限度額を上限として保険から給付される。

### (2) 介護保険における家族介護の扱い

このような介護保険の仕組みにおいて、家族介護はどのように扱われているのだろうか。介護保険では要介護認定がまず重要な段階だが、ここで家族介護の状況が判断対象となることはない。高齢者が要介護状態にあるかどうかの認定は、あくまで高齢者本人の心身の状態や日常生活の自立度によって判定される。したがって、一人暮らしであっても、家族介護者が同居していても、そのような家族状況は要介護度の判定には影響しない。

つぎに選択した介護サービスについては、前述のとおり、事業者との契約が必要だが、事業者と契約する際に、家族介護の有無が契約の成否に影響することはない。たとえば、家族介護者がいるから契約してもらえない、あるいは一人暮らし高齢者だから優先して契約してもらえる、ということは基本的には生じない<sup>9)</sup>。

また、給付についても、介護保険からは家族介護に対して現金が給付されることはない。この点は後述のとおり、介護保険の創設以前から議論があったが、結局、介護保険では家族介護への現金給付は制度化されなかった。

このように現行の介護保険は、家族の有無に影響されない個人単位の制度として設計されている<sup>10)</sup>。介護保険は、家族介護を保険給付の制約条件にも優遇条件にもしないことで、介護サービス利用へのインセンティブを高め、介護の社会化の進展を狙っているのである。

### (3) 家族介護の実態

では上記のような介護保険の導入により、高齢者の介護は家族から外部の介護サービスに移行したのだろうか。実績データをみると、介護保険の実施後、要介護認定を受けた高齢者数も、介護サービスを利用する高齢者数も急増しており、全体としては介護サービスの利用が進んでいる。しかし、要介護認定を受けた高齢者のうち約2割は介護サービスを利用していないという実態もある<sup>11)</sup>。介護保険利用者の調査によると、サービスを利用しない理由としては、家族介護でやっていけるという回答が、半数以上を占めている<sup>12)</sup>。また、東京都が2000年12月に実施した調査によると、日常生活上で常に世話を受けている高齢者の32.6%は、介護保険の申請を行っていない



いが、その理由も「家族等の介護で十分」が、半数以上で最も多くなっている<sup>13)</sup>。

たとえ、介護サービスを利用しているケースであっても、在宅介護では家族介護があわせて行われているケースが多い。厚生労働省が2000年6月に実施した調査で、要介護等と認定された者のいる世帯についてみると<sup>14)</sup>、主な介護者は女性が72.2%、男性が19.5%で、女性が圧倒的に多い。要介護者と介護者の性別の組み合わせでは、女性が女性を介護している割合が42.9%で、そのなかでは50歳代が80歳代を介護しているケースが多い。これは娘や嫁が母親を介護しているものと考えられる。女性が男性を介護している割合は29.2%、男性が女性を介護している割合は17.3%で、いずれも70歳代が70歳代を介護しているケースが多い。これらは高齢期の夫婦間での介護と考えられる。こうしてみると、女性は中年期に高齢期の親を介護し、高齢期には夫の介護を行う、という以前から指摘されていた介護のパターンが現在も続いていると予想される。

また、介護保険導入後も家族が在宅介護の重い負担を担っていることは、藤崎(2002)の事例研究でも明らかにされている。事例をみると、介護者の在宅サービス利用に対する心理的抵抗感が大きな制約条件となり、結果的に家族が介護を囲い込み、いっそう困難な状況に追い込まれている。そして、もはや自宅での介護が困難という段階になってはじめて、介護保険を利用した施設入所が家族の意思で決定されている[藤崎2002]。このように、介護保険が家族介護の解放、軽減につながっているとは言い難い現実がある。

#### (4) 家族介護の見通し

高齢化の進行とともに、要介護高齢者のさらなる増加が見込まれるが、今後も引きつづき家族が介護を担うことになるのだろうか。その見通しの鍵となるのは、介護される高齢者自身の意向である。一人暮らしおよび夫婦のみ世帯の高齢者(60歳以上)に対する調査によると<sup>15)</sup>、介護を必要とするようになったときに介護を受けたい場所は、「現在の自宅」が44.4%と最も高く、ついで「医療施設」が22.7%、「福祉施設」が11.3%である。このように自宅での介護が望まれているが、その割合は高齢になるほど高い。また、夫婦世帯で高く、一人暮らしの28.0%に

対し、夫婦世帯では54.1%である。性別では男性に高く、女性37.9%に対し、男性では54.3%である。つぎに在宅介護(自宅や子供の家等での介護)を希望する高齢者が介護を頼む相手についてみると、家族に頼む割合が高く、「子供」が67.1%、「配偶者」が57.7%であるのに対し、「ホームヘルパー」は22.5%、「訪問看護婦」は13.7%である。このように高齢者の家族への介護期待は強いが、世帯や性別によって頼む家族には違いがあり、一人暮らしでは「子供」が70.1%と高く、夫婦世帯では「配偶者」が78.6%と高い。男性では「配偶者」が79.3%、女性では「子供」が71.2%である。この結果に夫婦の年齢差や平均寿命の男女差を含め考えると、高齢期の夫が妻に介護を頼み、その後、一人になった妻は子供に頼むというパターンが想定される。このような高齢者の意向からは、現状の女性による家族介護が今後も続く可能性がみてとれる。

### 3. 家族介護支援の検討

#### (1) 介護保険における個人と家族と国家の関係

これまでみてきたとおり、介護保険の実施以後、介護サービスの利用は増加しているものの、依然として女性による家族介護も根強く残っている。今後は介護サービスの供給拡大により、外部化の進展が予想されるが、家族介護者のサービス利用に対する抵抗感や、高齢者の家族介護への期待を考慮すると、家族介護が介護サービスへと順次移行し、完全に昇華していくとは考えられない。今後もお、女性による家族介護が続くとみられる。

では、なぜ、介護保険は家族介護におけるジェンダー関係を十分是正できないのだろうか。介護保険における個人と家族と国家の関係を手がかりに考えてみたい<sup>16)</sup>。まず介護保険導入前の状況から確認しておこう。措置制度においては、本来、国家がその責任において、高齢者個人に対して必要なサービスを提供する。しかし実際にはサービスが不足しており、高齢者介護は家族が担うものとされ、国家は家族介護が受けられない高齢者に対してサービスを提供する、というのが現実であった。このような場合、個人は家族の中にあり、国家は個人ではなく家族と向き合うことになる。つまり、個人をふくむ「家族」と「国家」という2者関係である。しかし、国家は介護を家族に押し付け、一方家族はスティグマの付

与された国家の福祉援助を回避しようとするため、両者の関係は疎遠であった。このような関係においては、国家に対して家族介護のジェンダー変革を期待することはできない。

こうした状況での家族による介護の限界に対処するために、介護の外部化を目指して介護保険は導入され、前述のとおり、家族介護を一切考慮しない仕組みに設計された。介護保険では、高齢者個人は家族状況に関わりなく国家にサービスを要求し<sup>17)</sup>、国家も家族を考慮することなく個人に対処する。この場合、高齢者個人は家族とは切り離されて存在し、国家は高齢者個人と向き合うことになる。つまり介護保険は、「個人」と「国家」の2者関係であり、理念的にそこに「家族」の存在はない。

現実には多くの高齢者が家族の中で生活し、家族介護が高齢者を支えているが、現行の介護保険は家族を不問にした、「個人」と「国家」の2者関係で構成されているため、家族介護との接点を持ちえない。したがって、かつての措置制度と同様、介護保険に対しても、家族介護のジェンダー変革を期待することはできない。こうして介護保険導入後も、家族介護はジェンダー関係を維持したまま行われている。

## (2) 育児政策における個人と家族と国家の関係

同じ家族内のケアワークでも、近年育児に関しては、ジェンダー変革に向けた動きがみられる。たとえば、厚生労働省の「少子化対策プラスワン」(平成14年9月)では、「子どもが産まれたら父親誰もが最低5日間の休暇を取得することを促進する」「育児休業取得率の目標値を男性10%、女性80%に設定する」などが掲げられ、父親の育児参加を促す取り組みが行われている<sup>18)</sup>。

このような育児と介護の政策における動きの違いは、どこから生じるのだろうか。ここでも個人と家族と国家の関係から考えてみたい。そもそも子どもは高齢者と異なり、家族から離れた個人としてはとらえられない。したがって育児に関する政策では、子どもは家族に含まれた存在と想定され、国家は子どもを含む家族と向き合うことになる。つまりこれは、「国家」と、子どもを含む「家族」との2者関係である。このような関係においては、国家が家族のケア構造に関わることは可能である。

ただし、少子化が問題となるまでは、育児は家族

で営まれる私事という考え方が強く、国家と家族の関係は限定的なものであった。それが予想を上回る少子化の進行という事態に至り、それに危機感を抱いた国家は家族に接近し、育児に関する両者の関係は以前より強くなってきた。そして最近になり、国家の関心は家族内の育児のジェンダー構造に向かい、ジェンダー変革的な政策が始まったのである。

## (3) 公私のチャンネルとしての家族支援

このように育児政策ではジェンダー変革に動き出したが、介護については現行どおり、家族に中立的な態度で家族介護のジェンダー関係を静観するしかないのだろうか。しかしそれでは「普遍的ケア提供者モデル」は実現できない。

ここでもう一度、介護保険について考えてみたい。介護保険が個人単位の制度として創設されたことは妥当である。介護保険導入後、介護サービスの供給体制や個人の権利擁護の制度が整備されたのも、個人への介護保障の確立という理念が基盤としてあったからである。

しかし、前述のように介護保険を「個人」と「国家」の2者関係に完結させると、個人の属する家族が不可視な存在になってしまう。この状況は、公私二元論批判を想起させる。すなわち、公的領域と私的領域を峻別する公私二元論において、家族は公権力が介入してはならない私的領域として聖域化されたが、近代家族という私的領域こそ、家父長的支配の下で男性による女性の支配や性暴力が行われていたのである。そのため、現在、公私二元論はこのような私的領域における女性への抑圧や差別を隠蔽した、と批判されている[井上2003:24-25]。

すでに家族をめぐるのは、一方では個人主義の徹底による家族の解体(私化・個人化)、他方ではドメスティック・バイオレンス防止法にみられるような家族の公化・憲法化が同時に進行しており[辻村2002:206-8]、公私の境界は揺らいでいる。また、女性のシティズンシップをめぐる議論では、公私の境界線は時、場所、権力関係に応じて相対的に画定されるべき、という提唱もなされている[Lister2003:122-4、辻村2002:192-3]。

このような家族をめぐる議論が行われているなか、果たして、介護保険は家族に関与しないという態度を貫くべきなのだろうか。多くの場合、要介護





の高齢者には家族が深く関わっており、政策対象から家族を完全に分離するだけでは、解決できない問題が残る<sup>19)</sup>。もちろん、介護の場合、国家の家族に対する関与の仕方は単純ではない。高齢者虐待のような人権侵害に対しては、児童虐待やドメスティック・バイオレンスと同様、家族への公的介入が制度化されるべきである。しかし、本論で問題としている家族介護のジェンダー関係については、基本的には私的領域において自由に決定されるべき事項であり、公権力が一定のあり方を強制すべきことではない。

そうではあるがすでに述べたように、国家が関わらなければ、家族介護のジェンダー問題は改善されない。つまり、公権力の直接介入はできないが、不関与もまた許されないものであり、公私の境界線は可変的と考えるべきである。しかし、その境界線の画定も一様にはいかない。

そこで、このような公私関係を含む問題に対しては、「応答する国家」に期待したい。大村（1998）はポスト福祉国家の消費者政策を論じる中で、「大きな国家＝与える国家」でも「小さな国家＝沈黙する国家」でもない、大きすぎも小さすぎもしない「適正な国家」、国民の多様な要請に対して必要な範囲で「応答する国家」が求められる、と説く〔大村 1998：25〕。まさに家族介護のジェンダー関係の是正には、当事者からの要請に適切に応答する国家がふさわしいだろう。

要するに、介護に関しては、単純な公私二元論につながる「個人」と「国家」の2者関係ではなく、そこに「家族」を登場させた3者関係としてとらえることが重要であり、そこでの国家は家族および個人からの要請に応じて、私的領域の問題にも応答する国家でなければならない、ということである。

しかし、ここで「応答する国家」を採用するとしても、介護に関しては、大きな困難に直面する。それは、家族介護の当事者からは、ジェンダー変革を求める要望があがりにくいという問題である。とくに家族介護や女性介護の規範に基づく周囲からの圧力や、高齢者や介護者自身の規範の内面化により、当事者が介護に関する意向を自ら表明することは難しい。

結局、要請を待つだけでは不十分であり、応答する国家が機能するためには、当事者の意向を国家へ

の要請として引き出す仕掛け、言い換えれば、公私をつなぐチャンネルが必要である。それには、家族支援を介して当事者に働きかけを行う、という方法が有効である。

#### （4） 家族介護への現金給付

では、具体的にどのような家族支援の方策が、家族介護のジェンダー改革にはふさわしいのだろうか。先に示したとおり、目指される「普遍的ケア提供者モデル」は、ケアワークへの社会的評価を伴わなければならない。この点をふまえると、家族介護に対する現金給付があげられる。ただし、ここで重要なのは、現金を給付するということだけでなく、それを契機に家族介護の当事者にアプローチし、介護のジェンダー関係を是正する方向に支援する、ということである。より具体的には、家族介護に現金を給付し、家族介護の質の管理を行う過程において、福祉専門職が介護する家族や介護される高齢者にアプローチし、相談等の援助を行い、それを通じて必要なサービスの利用につなげたり、介護のジェンダー関係の是正を図っていくのである。したがって、このような意味での現金給付は、家族介護を社会的に評価するという点ばかりでなく、それ以上に家族介護の当事者へのアプローチの起点となるという点で重視される。

なお、現金給付と受給ケースへの訪問は、ドイツの介護保険においても介護の質の管理として行われている。ドイツの介護保険では、家族介護やボランティアなどによる在宅介護に対して、現金給付が行われるが、現金給付は適切な介護が確保されていることが支給要件となっている。そのため、現金給付の申請を審査した機関は現金給付が行われている間も、定期的な訪問調査によって介護の質を審査し、適切な介護が行われていない場合には現金給付の停止や現物給付への移行を保険者に勧告するという仕組みである〔本沢 1996、増田 2002〕。

日本の介護保険でも制度上の工夫を行えば、現金給付を媒介に家族介護への働きかけを行い、介護のジェンダー関係を是正することは可能である。そこでつぎに、日本の介護保険における現金給付についてとりあげる。現金給付はドイツのようにボランティア等の家族以外の人々による介護を含めて構想されるべきであるが、以下では本稿の問題関心から、

家族による介護に対するものとして検討する。

#### 4. 現金給付によるジェンダー変革の可能性

##### (1) 現金給付をめぐる議論の経緯

###### ① 介護保険創設までの議論<sup>20)</sup>

日本の介護保険では家族介護への現金給付は行われないが、これは介護保険の導入を検討する段階から、大きな議論となった点である。介護保険法は1997年12月に成立したが、介護保険の制度化の議論は、主に1994年以降、高齢者介護・自立支援システム研究会や老人保健福祉審議会で行われた。そこでは現金給付も論点のひとつとなっており、研究会の報告書や審議会の答申でも現金給付について記されている。

1994年12月に公表された高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書では、「家族による介護に対しては、外部サービスを利用しているケースとの公平性の観点、介護に伴う支出増などといった経済面を考慮し、一定の現金支給が検討されるべきである。これは、介護に関する本人や家族の選択の幅を広げるという観点からも意義がある」とあり、現金給付に対する積極的な評価がなされている。そのうえで、「ただし、現金の支給が、実際に家族による適切な介護サービスの提供に結びつくのかどうかという問題があるほか、場合によっては家族介護を固定させたり、高齢者の状態を悪化させかねないといった懸念もあるので、制度の検討は慎重に行われなければならない」との留意点が示され、つづいて検討課題として、「1) 介護の経験や知識に乏しい家族には研修を受けてもらうとともに、2) 専門家がケアプランに基づき全体を管理し、3) 必要な場合には直ちに外部サービスへの切り換えが行えるようなバックアップ体制がとられていることなどに十分留意する必要がある。また、このような現金支給の対象者は、被保険者である介護の必要な高齢者本人なのか、それとも家族なのか」といった点が示されている。この報告書は現実的な問題点を指摘しながら、制度化に向けた議論を促しているとみられる。

この報告を受けて、介護保険の検討は老人保健福祉審議会において本格化するが、同審議会は1996年4月に最終報告「新たな介護保険制度の創設について」を公表している。ここでは、介護保険制度においては現物給付が基本となるべき、という原則が示

されている。しかし、現金給付には消極的な意見と積極的な意見があるとして、両論が併記され、さらなる国民的議論が期待される、とある。この報告に示された消極的意見とは、① 現金給付は必ずしも適切な介護に結びつかず、家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある、② 高齢者の自立を阻害するとともに、家族の身体的精神的負担が過重となり、かえって介護の質も確保できなくなる、③ サービスの拡充が十分に図られなくなるおそれがある、④ 新たな給付であり、費用増大につながるおそれがある、というものである。一方の積極的意見は、① 高齢者や家族の選択、外部サービスを利用している場合との公平性の観点から現金を支給すべきである、② 家族による介護を望む高齢者も多く、また家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う支出が増大している実態は無視できない、③ 現物給付を受けられないケースは保険料負担に対する見返りとして現金給付を行うべきである、というものである。こうしてみると、賛否いずれも妥当な意見であり、家族介護の実態や介護サービスの不足という現実に対して、その是正に力点をおくか、それとも負担を担っている家族の保護に力点をおくか、の違いである。

審議会の最終報告の後、家族介護に対する現金給付の検討は、当時の厚生省と与党に委ねられる。最終報告の翌月、1996年5月に厚生省は介護保険制度試案を公表しているが、すでにそこには現金給付は当面行わないことが明記されている。当時、世論調査では約6割が現金給付を支持し、また地方自治体からの要望もあったが、与党の意見は介護基盤整備への資金投入を優先するというものであった。そして、国会に上程された法案でも現金給付は見送られ、最終的に家族への現金給付は制度化されなかった<sup>21)</sup>。

このように現金給付については、政府から法案が出される以前の、審議会等での検討段階においては賛否の意見があったが、その後の議論の経過が明らかにされないまま、つまり論理的な決着をみないまま非制度化が決定したといえる。

###### ② 家族介護支援事業

こうして介護保険では家族介護に対する現金給付が行われないことになったが、介護保険実施の直前、政権与党の求めに応じる形で、介護保険とは別に「家





族介護支援事業」が創設されている。そしてその中に設けられた「家族慰労金事業」により、市町村が家族介護者へ慰労金を支給した場合に、その経費に対して国から助成が行われる仕組みが導入された。

国の援助の対象となる家族介護慰労金とは、重度（要介護度 4、5）で市町村住民税非課税世帯の在宅高齢者が過去 1 年間介護保険サービスを受けなかった場合に、その高齢者を介護している家族に市町村から慰労として支給される金品（年額 10 万円まで）である。厚生労働省の調査によると、2002 年 4 月現在、2,006 自治体、全国 3,241 市町村の 61.9% で家族慰労金事業が実施されている<sup>22)</sup>。

この家族慰労金事業は、家族介護を介護保障のメインストリームである介護保険とは別に位置づけ、しかも十分な根拠も示されないまま、慰労の対象にしており、ケアワークの社会的評価という観点からは問題が大きい。

## (2) 現金給付にともなう問題点と課題

上記のとおり、介護保険で家族介護への現金給付が行われないことについては、論理的根拠に基づく決定がなされたとはいえない。また、介護家族への慰労金の支給は、ケアワークの評価としては問題がある。本稿は、家族介護のジェンダー変革の手段として、介護保険における現金給付を求めるものである。そこで、現金給付の制度化によってジェンダー関係に生じる事実上の問題点を整理し、制度化に向けての検討課題を確認しておきたい。

まず、現金給付が制度化されると女性は望まない介護を押し付けられる、という懸念がある。これは現金給付の反対論として強く主張される点である。この問題に対しては、「ケアしない自由」をいかに保障できるか、が検討課題となる。利用できるケアサービスが不十分で、しかも女性の就労機会が制限されている場合、ケアしないという選択は難しい[Hammer and Osterle 2003]。ケアしない自由の保障としては、サービスの供給体制および女性労働市場の整備が必要である。また、このような選択のための環境整備と同時に、選択する主体に対して、その自己決定をエンパワーする援助も必要である。そこでは市場サービスの情報提供、情報へのアクセスの保障のみならず、女性自身がとらわれている介護規範からの解放を促す働きかけも重要である。

また、現金給付に関して懸念される問題として、介護をめぐる女性の階層化がある。家族内でも市場でも介護は主に女性が担っているが、家族介護への現金給付レベルが市場の介護サービスに比べて低く抑えられると、介護をどこで行うかによって、女性介護者の間に地位の格差が生じる。さらに市場の介護サービス労働が、他の産業に比べて労働条件が低いことを含めてとらえると、家族介護者、介護サービスの労働者、介護以外の市場労働者という女性の階層化がもたらされる。

市場の介護労働に対する低い社会的評価は、家族介護の評価と連動している。たとえば、ホームヘルプなどの在宅介護は、低賃金の女性パートタイマーによって担われているが、これは女性による無償の家族介護を反映したものである。したがって、市場の介護労働の問題の解決にも、家族介護に対する社会的評価と家族介護のジェンダー変革が不可欠である。この問題に対しては、「ケアする自由」をいかに保障できるか、が検討課題である。ケアする選択ができるためには、現金給付の水準の確保のほか、介護の質の向上のための技術的支援や、社会保障および労働法上の権利など、介護者に対する給付の整備が重要である。これは男性の介護参加の促進という点からはとくに重要である。

## 5. 終わりに

本稿では高齢者介護のジェンダー変革の手段として、家族介護に対する現金給付とそれに基づく家族へのアプローチを主張した。最後に、現金給付と家族へのアプローチのそれぞれに関する留意点についてふれたい。

家族介護への現金給付に対しては、家族介護の強制、国家の家族依存、女性の抑圧といった否定的な感覚でとらえられやすい。これは育児に対する現金給付である、児童手当に対する人々の受け止め方とは大きく異なる。それには児童手当がより普遍的な社会手当としてすでに存在している、ということも影響しているが、それ以上に介護の場合には、現金給付によって、核家族を超えて既婚の子供やその配偶者にまで介護役割が強いられる、という警戒感があるのではないだろうか。それは近代家族が原理的に含まない老親介護を強制されることへの抵抗感ともいえよう。そうであれば、対応策として、現金給

付の対象を夫婦間の介護に限定することも考えられる。しかし、それでは現実の家族介護の多くにアプローチすることができなくなる。また、世帯構造や親子関係の日本的特質への配慮を欠いたまま、近代家族の扶養原理を採用することの妥当性も問われよう。むしろ、家族を超えた範囲へ担い手を多様化することで、ケアワークが社会的労働に転化する可能性が開ける、という見方もある[深澤 2002]。現金給付の制度設計にあたっては、家族規範と実態の乖離、家族関係の日本的特質、現金給付がもたらす短期と長期の影響など、多面的な検討が必要になる。

つぎに家族へのアプローチについて考えてみよう。これは介護のジェンダー変革を目的に、家族という私的な領域において、家族間で行われている介護という営みに介入し、一定の方向へ誘導しようとするものである。しかし、どの程度のジェンダー不平等に介入すべきなのか、あるいは、どの程度の介入はジェンダー変革の正義として認められるのか、といった根本的な問題は議論されていない。家族という私的な領域で生じる問題でありながら、私事性だけでなく公共性も関わる問題へのアプローチには、公私の領域の判断が難しく、行き過ぎると不当な介入になり、遠慮しすぎると援助がとどかない。家族政策研究はこうした公私の関係についての理論的検討を急がなくてはならない。そうでなければ、まさに介護をめぐる公私の境界線画定という難しい問題が、何のガイドラインもないまま、援助の現場にゆだねられることになる。

〈注〉

- 1) 女性が積極的に経済界や政治生活に参加し、意思決定に参加できるかどうかを測るもの。具体的には、女性の所得、専門職・技術職に占める女性割合、行政職・管理職に占める女性割合、国会議員に占める女性割合を用いて算出される [内閣府 2000: 32]。
- 2) 野崎(2000)は正義に適う無償労働の分配という視点からフレイザーの議論を検討し、「普遍的ケア提供者モデル」が社会全体レベルにおいて正義に適うモデルと評価し、このモデルに従って社会制度を組み替えるべきであると主張している。
- 3) 経済企画庁の「1996年の無償労働の貨幣評価」(1998年11月公表)による。
- 4) これは非市場分野で無償労働として供給される介護・保育サービスと、市場等を通じて供給される介護・保育サービスとの両面を把握し、さらにサービスの利用と費用負担の関係を示した統計である。
- 5) 経済企画庁の「介護・保育サテライト勘定の研究結果」(2000年6月公表)による。
- 6) 介護保険は「介護の社会化」を目指して導入されたが、ほかにも、措置方式の下では利用者がサービスを選べないという点、福祉サービスと老人保健サービスの分立による利用手続きや費用負担に不均衡があるという点、介護を目的とした医療機関への入院(いわゆる社会的入院)が医療財政を圧迫している点などの是正も制度創設の目的であり、「利用者本位、サービスの総合化」も特徴とされている。
- 7) 保険者は市町村で、被保険者は65歳以上が第1号被保険者、40-64歳が第2号被保険者となるが、本稿では65歳以上の高齢者の場合についてのみとりあげる。
- 8) その際、介護支援専門員(ケアマネジャー)にどのようなサービスをどこからどれぐらい利用するか、といった介護サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼することもできる。
- 9) ただし、施設サービスについては、市町村のガイドラインにより、家族状況を考慮してニーズの高い高齢者の入所を優先させる場合がある。
- 10) ただし、保険料の算定や普通徴収の面では、実務上世帯単位になっているため、成人子が老親と同一世帯で生活する場合に、成人子の収入が考慮される場合や世帯主の成人子が老親の保険料納付の連帯責任を負う場合もある [本沢 2003: 199]。
- 11) 厚生労働省の「介護保険事業状況報告」(平成13年2月)で第1号被保険者についてみると、要介護認定者は3,278,806人、居宅サービス利用者は1,871,020人、施設サービス利用者は701,813人である。居宅と施設を合わせたサービス利用者は2,572,833人で、これは要介護認定者数の78.5%である。
- 12) 厚生労働省が実施した介護保険利用者アンケート調査の結果(2002年1月25日集計分。対象は77保険者)によると、サービスを使わない理由は、「今のところ家族介護で何とかやっていける」59%、「今のところ自分で何とかできる」36%、「外出したり、他人と関わりたくない」17%の順である。全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議(2002年2月12日)の資料による。
- 13) 「家族等の介護で十分だから」55.8%、「手続きの仕方がよくわからないから」19.2%、「健康なので、利用する必要がないから」19.2%の順となっている。東京都福祉局「平成12年度東京都社会福祉基礎調査：高齢者の生活実態」による。
- 14) 厚生労働省「平成12年介護サービス世帯調査」による。ただし、認定を受けた者のうち、4.4%は40-64歳である。なお、本文中の介護者の性別については、不詳も含めた割合である。
- 15) 内閣府「高齢者一人暮らし・夫婦世帯に関する意識



- 調査（1999年度）」による。
- 16) 介護保険の保険者は市町村だが、ここでは介護保障の責任主体であり、かつ公権力を有する主体として国家をとりあげる。
  - 17) 注 16) のとおり、介護保険の保険者は市町村であるが、ここでは議論を単純化するため、国家として論を進めていく。
  - 18) そのほか、文部科学省の「今後の家庭教育支援の充実についての懇談会報告書（2002年7月）」や、内閣府「青少年の育成に関する有識者懇談会報告書（2003年4月）」も、父親の育児参加を求める内容となっており、ジェンダー変革を進める動きは加速している。
  - 19) 現行の介護保険下の在宅介護は、家族介護を前提としなくては成り立たない、という指摘もある。仮にそのような状況があるとするれば、介護保険として家族に非関与の態度をとることはできない。
  - 20) 現金給付に関する経緯については、増田（2002）が当時の厚生省内での検討等も含めて詳しく論じている。
  - 21) 増田（2002）は、財政的な新たな負担増という問題が、1996年時点で制度化を見送ることとなった実質的な要因であったと指摘している。
  - 22) 厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料（2002年6月4日）」による。
- 191-222
- 深澤和子 2002 「福祉国家とジェンダー・ポリテクス—ジェンダー関係の戦略的転換への途—」宮本太郎編『福祉国家再編の政治』ミネルヴァ書房：pp. 215-246
- Hammer, E. and A. Osterle 2003 "Welfare State Policy and Informal Long-Term Care Giving in Austria: Old Gender Divisions and New Stratification Processes Among Women", *Journal of Social Policy*, vol. 32(1) : pp. 37-53
- 堀江孝司 2002 「シティズンシップと福祉国家—危機の諸相と刷新の方向性をめぐって—」宮本太郎編『福祉国家再編の政治』ミネルヴァ書房：pp. 277-305
- 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『比較のなかの福祉国家』ミネルヴァ書房：pp. 43-67
- 井上達夫 2003 「フェミニズムとリベラリズム—公私二元論批判をめぐって—」『ジュリスト』1237 : pp. 23-30
- Kilkey, M. 2000 "Feminist Perspectives on Comparative Welfare State Research", in Kilkey, M. *Lone Mothers Between Paid Work and Care: The Policy Regime in Twenty Countries*, Ashgate : pp. 39-66
- Lewis, J. 1992 "Gender and the Development of Welfare Regimes", *Journal of European Social Policy*, 2(3) : pp. 152-169
- Lister, R. 2003 *Citizenship: Feminist Perspectives* (Second Edition), Palgrave Macmillan
- 増田雅暢 2002 「家族介護の評価と介護保険」『週刊社会保障』2198 : pp. 54-7, 2199 : pp. 54-7, 2200 : pp. 24-7, 2201 : pp. 48-51, 2202 : pp. 54-7
- 本沢巳代子 1996 「公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ—」日本評論社
- 本沢巳代子 2003 「社会保障法と家族」『21世紀における社会保障とその周辺領域』編集委員会編『21世紀における社会保障とその周辺領域』法律文化社：pp. 188-201
- 内閣府 2002 「男女共同参画白書 平成14年版」財務省印刷局
- 野崎綾子 2000 「正義論における家族の位置—リベラル・フェミニズムの再定位に向けて—」『国家学会雑誌』113(11・12) : pp. 1025-1090
- 大村敦志 1998『消費者法』有斐閣
- 辻村みよ子 2002 「市民主権の可能性—21世紀の憲法・デモクラシー・ジェンダー—」有信堂
- (しもえびす・みゆき 法政大学助教授)
- 〈参考文献〉
- Daly, M. 1994 "Comparing Welfare States: Towards a Gender Friendly Approach", in D. Sainsbury (ed.) *Gendering Welfare States*, SAGE : pp. 101-117
- Esping-Andersen, G. 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press. (岡澤憲英・宮本太郎監訳 2001『福祉資本主義の三つの世界—比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房)
- Fraser, N. 1997 "After the Family Wage: A Postindustrial Thought Experience", in Fraser, N. *Justice Interruptus: Critical Reflections on the "Postsocialist" Condition*, Routledge : pp. 41-66
- 藤崎宏子 2000 「家族はなぜ介護を囲い込むのか—ネットワーク形成を阻むもの—」副田義也・樽川典子編『現代家族と家族政策』ミネルヴァ書房：pp. 141-161
- 藤崎宏子 2002 「介護保険制度の導入と家族介護」金子勇編『高齢化と少子社会』ミネルヴァ書房：pp.