

博士学位請求論文

指導教員 横山 壽一 教授

介護問題の深刻化と介護保障に関する研究

—介護殺人の社会的性格と社会的背景—

佛教大学大学院

社会福祉学研究科社会福祉学専攻

田中 武士

目次

序章 本研究の視点と課題	5
第1節 本研究の背景と問題意識	5
第2節 本研究の課題と方法	6
1. 本研究の課題	
2. 本研究の方法	
3. 先行研究と本研究の特徴	
第3節 本論文の構成	12
第1章 介護問題の深刻化の現状	14
第1節 現代における介護問題とは何か	14
1. 要介護者等の状況	
2. 家族介護の生活状況	
3. 介護で命が失われる実態	
4. 現代における介護問題とは何か	
第2節 深刻化する介護問題ーアンケート調査から	18
1. 介護者の生活実態調査結果が示す介護問題の深刻化	
2. 介護問題深刻化の4段階	
小括	25
第2章 介護をめぐる政策と立法	26
第1節 介護をめぐる政策と立法の展開	26
1. 第二次世界大戦後から1950年代まで	
2. 1960年代から1970年代まで	
3. 1980年代から1990年代まで	
4. 2000年代から2010年代まで	
5. 2020年代から現在まで	

第2節 介護保険法の特徴と問題点	34
1. 介護保険法の目的と基本原則	
2. 介護保険の給付構造の特徴と問題点	
3. 介護保険の財政構造と保険料滞納者の増大	
4. 介護保険制度改革の特徴と問題点	
5. 介護殺人の潜在的リスクを高める介護保険	
第3節 高齢者虐待防止法の概要と課題	45
1. 高齢者虐待防止法の概要	
2. 支援の方法	
3. 高齢者虐待防止法の課題	
第4節 障害者福祉関連施策の概要と課題	48
1. 障害者総合支援法の概要と課題	
2. 障害者虐待防止法の概要と課題	
小括	50
第3章 介護殺人の検討	51
第1節 介護殺人の現状	51
1. 「(高齢者)虐待等による死亡例」調査	
2. 自殺統計	
3. 犯罪統計	
4. 小括	
第2節 介護殺人に関する調査の概要	53
1. 調査目的	
2. 調査方法	
3. 研究倫理	
4. 事例の選択理由	
第3節 介護殺人に関する調査結果—事件の概要	54
1. <事例1> 「親子3人による心中事件」	
2. <事例2> 「障がいのある娘の母による事件」	
3. <事例3> 「20代の介護者による事件」	

第4節 介護殺人事件に関連すると思われる要因	68
1. <事例1>「親子3人による心中事件」	
2. <事例2>「障がいのある娘の母による事件」	
3. <事例3>「20代の介護者による事件」	
小括	69
第4章 介護殺人関連要因の分析	70
第1節 介護殺人関連要因の分類	70
第2節 介護殺人関連要因の社会的性格と社会的背景	72
1. 健康・疾病要因	
2. 経済・労働要因	
3. 家族関係要因	
4. 社会的関係要因	
5. 社会保障関連要因	
第3節 特殊要因の社会的性格と社会的背景	81
小括	82
第5章 権利侵害としての介護殺人—権利保障に向けて	83
第1節 人間らしく生きる権利の侵害—小川権利論を手がかりに	83
1. 小川権利論とは何か	
2. 法的な位置づけ—憲法13条、憲法25条を中心に	
3. 権利侵害としての介護殺人	
第2節 権利侵害から権利保障へ	88
1. 追い詰められる家族	
2. 権利としての介護保障	
小括	91
第6章 事件防止のための条件と課題—介護保障の実現に向けて	92
第1節 社会的責任の明確化	92
1. 社会的責任とは何か	

2. 社会的責任を果たすために	
第2節 介護殺人関連要因へのアプローチ	94
1. 健康疾病要因	
2. 経済・労働要因	
3. 家族関係要因	
4. 社会的関係要因	
5. 社会保障関連要因	
小括	101
終章 結論と課題	102
第1節 本研究の結論	102
第2節 本研究の意義と限界	102
1. 本研究の意義	
2. 本研究の限界	
第3節 今後の研究課題	104
参考・引用文献	105
謝辞	114

介護問題の深刻化と介護保障に関する研究

－介護殺人の社会的性格と社会的背景－

序章 本研究の視点と課題

第1節 本研究の背景と問題意識

現代の日本では、様々な世代で貧困が拡大、深刻化し人々の生活困難な状況と不安は増大している¹。また、そのような状況に追い打ちをかけるように 2020 年初頭からは新型コロナウイルスの感染拡大がこれまで平穏な生活を送ってきた人々の生活を一変させてしまった。また、感染状況の拡大以前から苦しい生活状況を強いられてきた人々については、その生活困難な状況が一層顕在化させられている。今まさに文字通り、命と健康が失われ、市民生活へ甚大な影響が及んでいる。まさに災害級の事態であり、市民生活の日常が一向に改善されず、事態を悪化させ続けている状況は、国家責任を果たさない人災とも言える様相を呈している。そして、平時から非正規雇用で働くなどして社会的に不安定な立場にあった人々、貧困状態にあった人々、ドメスティックバイオレンスや虐待などで生きづらさを抱えてきた人々は更なる苦境に追い込まれているのである²。

私はこれまで医療機関や在宅介護支援センターでソーシャルワーカーとして活動し、路上生活者や経済困窮に陥った人々、人間らしい生活に必要な医療や福祉、介護などに関わる社会保障制度の利用から排除される人々に多く接してきた。それら人々の生活実態は、まさに一人ひとりの人間としての尊厳が脅かされている状況にあるものだった。

1 『2019 国民生活基礎調査の概況』によると、全体の相対的貧困率は 15.4%と、2015 年から 0.3 ポイント改善したものの、国際的には依然として高水準である。なお、志賀（2020）は、現代における貧困問題は「資産・所得」のみならず「自由・権利」という視点からも理解する必要がある、それを踏まえれば相対的貧困率に示される貧困とは、貧困問題の深刻さを示す 1 つの指標であって、そのすべてを表現しているわけではないと指摘している。

2 長年に渡り、路上生活者への支援活動に取り組んできた稲葉（2021：16）は、「住まいの確保は自己責任と考えられてきた日本社会では、適切な住まいを保障することが住民の福祉の向上につながるという『居住福祉』の観点が弱く、『自宅』をめぐる格差は温存されてきた」と指摘している。新型コロナウイルス感染予防に伴う休業要請のために、住まいのない人々の居場所となっていたネットカフェが休業を余儀なくされ、もともと不安定であった生活状況が更に悪化する事態となった。稲葉は「住まいは基本的人権である」と訴え活動を続けている。

たとえば、今も介護殺人や無理心中といった事件が発生し続けている。この種の事件は、各種報道等により社会の中でショッキングな出来事として一時的に国民のなかで共有され、多くの場合は同情的に扱われる。しかし、これはあくまで個々の特殊なケースであるとみなされ、現代社会における介護問題の深刻化のシグナルとする見方は必ずしもされてこなかった。それは、各ケースの特殊性のみに注目し、社会的性格を捉える視点が弱かったことに理由があるのではないかと思われる。つまり、社会的な問題として捉えられていないのではないかと考えられる。人々の個々の事件に対する記憶は風化しやすく、直にまた新たな事件が発生するということが繰り返される状況である。

事件前、当事者らが人間としての尊厳を保ち、生きるために必要かつ適切な支援を受けることができなかつたとすれば、それは当事者らの責任のみに帰すことはできず、その事件を起こすことをいわば社会から強いられたとも言えるのではないかと思われる。このことを公正さをもって評価するためには、事件の内容をできるだけ詳細に検討することを通して、介護問題の深刻化と介護保障の課題について追究する必要があると考える。

第2節 本研究の課題と方法

1. 本研究の課題

現代社会における介護問題の深刻化が顕著に表れているものの一つとして介護殺人を例に挙げ、事件の背景などを踏まえ検討を行っていく。また、事件に至る過程において、当該家族の生活がどのように変化していったのかについて確認する。さらに、その過程から介護問題が深刻化する状況を考察することによって、介護保障のための具体的な課題を明らかにする。

2. 本研究の方法

はじめに現代社会における介護問題の深刻化の現状について、介護当事者による手記やアンケート結果、各種統計、報道、先行研究などを用いて確認する。ここでは介護問題の深刻化を表すものとして当事者の生命自体が脅かされる実態を検討していく。

次にこのような生命が脅かされる実態を含めた介護問題に対し、社会はどのように捉えてきたのかについて、政策や立法の状況から検討する。

さらに、今日も発生し続ける究極の介護問題とも言える介護殺人のケースに着目し、その関連要因について整理を行った上で、社会的性格と社会的背景の視点から考察を深めて

いく。なお、これらのケースの情報は筆者が裁判員裁判全日程を傍聴した際に記したメモや裁判資料、当時報道された新聞記事等を用いて行う。

そして最後に、事件防止のための条件と課題を整理することを通して、介護保障の実現に向けた考察を深めることとする。

3. 先行研究と本研究の特徴

(1) 介護問題や介護保障、介護殺人に関する先行研究

介護問題や介護保障に関連して、井口（2015）は、介護保険サービスの利用を抑制する政策を強く批判している。それら政策や関連する立法に対して憲法第 25 条に規定されている社会保障の国家責任や、国による向上・増進義務（後退禁止）に違反するとして、次の 2 つの次元について考える必要があると指摘する。1 つ目は国内で提供されるサービスの総量、つまり介護保険サービスの受給者数や介護労働者および専門職の人数、介護事業所の数、財政規模である。そして、2 つ目は受給できるサービスの範囲や質の問題である。この 2 つは関連しており、人権保障の視点からすれば、前者のみならず後者がいかにして拡充されるかが問われなければならないとしている。また、介護の「社会化」は近隣住民やボランティアによる介護の「社会化」へと一部すり替えられようとしており、介護者、被介護者の双方の人権を保障するためには、人々の健康で文化的な生活が実現可能な介護保障制度への再編をしなければならないとしている。具体的には、当事者や市民の人権保障を第一とする視点、社会保険方式から税方式への転換を見据えた議論の必要性、莫大な利潤をあげるグローバル大企業などの社会的責任や社会保障財政への貢献を問うこと、当事者の実態や声を反映できる民主的な社会保障政策過程（当事者・市民の政策参加）の実現を求めていくことであるとしている。

また、曾我（2017）は、2012 年 8 月に成立した社会保障制度改革推進法から介護保険制度の「効率化・重点化」が進められ、社会保障制度の「解体」が始まったとして政策を強く非難している。そして、2016 年度からの経済・財政再生計画の推進によって、「自助」や「共助」といった自己責任と保険システムの強化、「公的責任」の後退である「公助」による支援が強調されたとして、生存権保障たる社会保障制度を形骸化させるものであると指摘している。近年の介護保険制度の変化は、保険料負担増と保険範囲の縮小がセットで行われ、縮小した保険給付に代わり、産業としての介護サービスの積極的参入が政府主導で行われていることは、社会保障の公的責任の原理を崩壊させることにつながり、国民

の権利性も行政の責任もあいまいにならざるを得ないと警鐘を鳴らしている。

そして、横山（2015a：292）は、「高齢者ケアは介護保険の給付にとどまるものではなく、生活のケアを広く含むものとして位置づける必要がある」と指摘しており、このことは介護保障を実質化するための基礎となる重要な点である。また、介護保険には構造的欠陥があり、そのことは財政構造と一体不可分であるとして詳細な分析を行っている。介護保険制度が改訂されるたびにより強化される利用上の制約は、費用負担を抑制される仕掛けであり、それを実際に機能させるように設計しているのが独自の財政構造であるとする。年齢制限や要介護認定、特定疾病による利用制限は、この制度がはじめから全てのニーズに対応するようには設計されていないとの指摘は介護保険制度のもつ本質的な問題を突いている。その他にも介護度ごとの支給限度額があること、利用量を増やせば自己負担額も増大することなど利用抑制につながる仕組みとなっていることを指摘している。そして、「利用者は、介護ニーズが充足されているかどうかではなく、どの程度利用料を負担できるかで利用量を決定せざるを得ない。その意味で、応益負担の利用料設定は、いわば『個人レベルにおける給付と負担の調整』の仕組みとあってよい」としている（横山 2015a：147）。また、給付と負担の調整を自治体ごとに行う仕組みとその限界などを指摘した上で、介護保険制度が利用抑制につながる仕組みを備えていることにとどまらず、成長戦略を担う存在として位置づけられていること、その両方の目的が一体不可分に展開されているところに重要な意味があることを強調している。「経済・財政優先による介護保険の再編・縮小は、市場化された民間サービスが公的サービスに取って代わる過程の本格的なはじまりとみななければならない」との指摘は、現に介護を要する者とその家族らがどのような社会環境に置かれているのかをしっかりと認識するために非常に重要なポイントである。

濱島（2018）は、「家族介護（者）問題」を研究する視点として、「介護保険制度、高齢者医療を含む医療保険制度、介護休業制度等ワーク・ライフ・バランス政策を総合的にとらえたうえで、そこでの家族介護（者）の位置づけ、家族介護（者）問題との関連性について整理、分析を行い、家族介護（者）問題を引き起こす政策的背景・原因を究明することが、家族介護者への支援政策を検討するうえで必要不可欠となる」としている。また、「介護の脱家族化」をめぐる論考は、過去から現代に通底する介護問題の一端を示していると思われ、非常に重要な論点であると思われる。濱島（2018：18）は、『介護の脱家族化』とは、『高齢者の介護＝家族の役割』という認識から脱し、家族が高齢者介護のすべてを担うのではなく、介護保険制度やその他の介護サービス利用を通して、家族が高齢者

介護から解放されることを指す」としている。そして、それは単に介護の担い手の選択に関するだけでなく、介護を必要としている人の生命や生活を守る責任はどこにあるのかについて検討することが重要だと指摘する。すなわち、これこそが「介護保障の責任主体」の問題であり本質である。介護保障の責任は社会にあり、政府がその社会的条件を整える義務を有することが明示される。そしてそれを基礎として、家族の意思、就労、生活、健康等の状況にあわせて、家族が介護の全部または一部を担わないことを何の障害もなく選択でき、介護サービスの利用を通して家族が担う介護役割のレベルを自由に調整できるようにすることが、「家族の脱介護化」だとしている。

これらの先行研究からは、現代における介護問題について、単に介護を担うことから生ずる心身の負担のみをその問題として捉えるのではなく、介護者や要介護者自身の存在自体を、一個の人間の尊厳に関わることとしてより広い視野で介護問題を捉えることの重要性を指摘している。このことは現代の高齢者介護をめぐる政策や立法を批判的に検討することを通して、介護サービスの利用抑制や費用負担の増大が明らかになっていることからして説得力がある。そしてこれらの指摘についてさらに検討を進め、政策の実行に反映させていくためには、より具体的な個人、当事者の生活実態に即した研究が必要であると思われる。

介護殺人について、主として介護者支援の視点から研究を重ねている湯原（2017）は、介護殺人の事例から介護者の心情をたどり、事件発生に至るプロセスと介護者の介護負担について明らかにしてきた。そして、事件の原因や動機として「介護疲れ」と「将来に悲観」があることが特徴であると指摘した。そのような現状に対し、海外の介護者支援施策などを紹介しながら日本でもその必要性を主張している。個別支援の場面での介護者アセスメントの重要性を指摘し、「介護者やその家族の支援にあたっては、彼らが適切な情報と支援を得、介護を抱えた生活を自ら構築していけるよう環境を整えることが最優先課題」（湯原 2017：201）だとしている。また、介護者を社会で支えるという視点から、地域包括ケアシステムにおける「自助」「互助」の重視、政策的には介護者についても基本的に、自らの生活を整え、周囲の協力を求めることができる者が想定されているように思うと指摘している。しかし、現実的にはそのような介護者ばかりではない。むしろ専門職など第三者の介入が必要不可欠であるとし、そのためには、公的責任による介護者支援のシステム整備が求められるとしている。湯原は、このように特に介護者支援の必要性を強調している。確かに、そのことは目の前の現実として介護者が抱える介護負担を直接的に軽減さ

せるために、また要介護者が適切な環境下で生活するために重要なことだと考えられる。しかし、家族介護を前提として、その遂行のために制度が補完的な役割を担うことになるとの捉え方で、介護殺人のような事件を本当に防止することができるのか、その妥当性には疑問が残る。

(2) 本研究の特徴

本研究の特徴は、現代社会における介護問題の深刻化のシグナルとして介護殺人を例にあげ、事件発生に至る社会的要因を分析し、介護保障の実現のための課題を明らかにする点にある。

これまで介護殺人のように介護で命を落とすケースはあくまで特殊な例とみなされ、介護問題の深刻化のシグナルとみる見方は必ずしもされてこなかった。高齢化や家族・地域の変化、介護政策の変遷などを背景に介護問題は深刻化している。介護を担う家族は疲弊し、心身の健康を悪化させて絶望感を抱き、生きること自体を諦めざるを得ない状況まで追い詰められている。介護殺人に至るまでには介護問題が深刻化していく過程、すなわちそこには連続性がある。その深刻さを正確に捉えるためには、介護殺人のように命が失われるケースを介護問題全体の中に位置づけ、その社会的要因を明らかにすることが不可欠である。本論文では、介護殺人の検討を通し介護問題の深刻化を明らかにした上で、介護保障のあり方について考察を深めていく。

(3) 倫理的配慮

倫理的配慮については、事件に関する記述は当該事件が起きた地域や関係者が特定されないよう匿名化した。また、分析を行った内容は市民に公開された裁判において筆者が聞き取りを行ったものである。なお、この裁判における聞き取りについては、2021年7月26日付で、「人を対象とする研究」の計画等倫理審査を申請したが、「人を対象とする研究」倫理審査委員会より書面審査の結果、非該当との判定を得た。

(4) 用語の定義

本研究でのキーワードとなる「介護問題」「介護保障」「介護殺人」については、次のような意味で用いることとする。

①「介護問題」

本研究では、「日常生活の心身の世話といった狭義の介護における問題だけでなく、より広義の「配慮」や「社会や制度との関係性」も含み、生存権、健康権³が侵害される可能性のある問題」と定義する。家族が介護を担うことによって、自分自身や家族の生活の水準や質が低下した状態が続き、心身状態の悪化や仕事、学業、市民生活への支障が及び、自分自身の尊厳が否定されるような問題のことを意味する。

②「介護保障」

本研究では、介護を「高齢者・病院などを介抱し、日常生活を助けること」(『広辞苑 第七版』)など、単に身体的な世話という狭義の意味で用いるのではなく、より広い概念、すなわち「ケア」の概念として捉えている⁴。このことから、岡崎(2020)の「介護保障とは国民が病気や障がいによって、孤立、社会関係の喪失、非文化的な生活、劣悪な居住環境、心身の状態の悪化や貧困に陥ること、つまり要介護によって最低限度の生活水準以下に“滑落”することを防ぐという観点から、また現実にそのような状態に置かれている人々の生活を底上げし困難な状態から脱却させるという観点から、全国民に保障すべき最低限度の生活保障政策の一環を構成するものである」との説明がケアの概念に通ずるものがあると考えられることから本研究において定義として採用することとする。

③「介護殺人」

本研究では、「社会生活上の何らかの困難を背景に、施設以外の在宅で介護を担う親族などの介護者により、被介護者を殺害または被介護者と無理心中を図る事件」と定義する。

3 国連の専門機関であるWHOの1948年憲章は、「到達可能な最高水準の健康(the highest attainable standard of health)を享受することは、すべての人間の基本的権利のひとつ」であると明言し、人種、宗教、政治的信条、経済的条件、社会的条件による差別を禁止した。なお、福祉国家と基本法研究会(2011:135)によると、「日本国憲法においても、健康権は憲法25条に直接的根拠をもつ。さらに、憲法前文、13条、および、批准した国際人権規約A規約の12条は、健康権を重層的に根拠づけている」としている。

4 ケア概念について、Fabienne(2013:87)の『ケア』は配慮の領域に属し、さまざまな事柄にかかわる。『配慮する』と言うとき、それは具体的に行動を意味する。すなわち、病者、環境、制度をも配慮する。そもそも『配慮する』とは、すべてのこと、現存するもの、生物と無生物とにかかわることだ。それは、人間の場合、存在し、語り、行動する力の発達、維持、回復を助ける活動のことだ」と説明しており、この概念を参考にしていく。

第3節 本論文の構成

本論文の構成は次の通りである。

序章では、本研究に取り組むことに至った背景と問題意識、本研究の課題と方法について記す。

第1章「介護問題の深刻化の現状」では、現代における介護問題とは何かを検討し、それらが深刻化している状況を明らかにしていく。急速に高齢化が進む我が国において、は介護に関する話題や実際の経験は身近なものとなり、それに関わる問題も日常的なものと言えるまでになっている。しかしそれゆえ、介護殺人のような介護に関連して命が失われるような事件が起きたときには、自分たちの日常にある介護問題とは別の特別なものだと認識し自身の問題ではないと捉えるように思われる。しかし、介護は国民の誰もが向き合う可能性が高いものであり、また制度や政策に大きく影響を受ける分野であるからこそ、そこから惹起される問題は誰にとっても特別なものではないはずである。介護問題の深刻さは国民の無意識下で進行している状況にこそあるのかもしれない。

第2章「介護をめぐる政策と立法」では、介護をめぐる政策と立法について概観する。そして特に介護殺人のような介護で命を失うような事案との関連が深い介護保険法と高齢者虐待防止法、障害者総合支援法、障害者虐待防止法について記す。介護者、要介護者の生活は政策や立法と無関係ではいられず、さまざまな面で大きな影響を受けて生活をせざるを得ない。そして、このことは必ずしも当事者が意識しているものではないことから、意識化されたときには既に生活に相当の影響が及んでいる可能性がある。これまで歴史的に制度や政策が大きくどのような方向性をもって展開されてきて、今後どのような方向性が目指されているのかを把握することは極めて重要なことである。

第3章「介護殺人の検討」では、介護殺人の現状について、各種統計をまとめた先行研究から確認する。また、具体的に介護殺人の検討を行うために、筆者が調査を行った3つの事件について、それぞれの概要を確認し、「事件と関連すると思われる要因」として抽出し整理を行う。ここでは事件が単独の要因で発生するのではなく、生活困難に至るいくつかの要因によって引き起こされていることが明らかになる。

第4章「介護殺人関連要因の分析」では、第3章で扱った「事件に関連すると思われる要因」をさらに個別に検討を加えるために、①健康・疾病要因、②経済・労働要因、③家族関係要因、④社会的関係要因、⑤社会保障関連要因と分類し、これらを「介護殺人関連要因」として分析を進めていく。そして、それらの社会的性格と社会的背景について特殊

要因とみならず視点も含みながら検討する。ここでは介護殺人関連要因が連動的・連鎖的な関係にあることを明らかにしていく。

第 5 章「権利の侵害としての介護殺人—権利の回復に向けて」では、社会保障法の研究者であった小川政亮氏のいわゆる小川権利論を手がかりに、介護問題、介護殺人など要介護者と介護者の生存権や生活権、健康権の侵害している状況を考察する。また、それらを保障することの重要性について確認する。

第 6 章「事件防止のための条件と課題—介護保障の実現に向けて」では、事件防止のために介護殺人関連要因への社会的対応の必要性を主張し介護保障の実現に向けた事件の防止のための条件と課題を記す。

終章「結論と課題」では、本研究の結論、意義と限界、今後の研究課題を記す。

第1章 介護問題の深刻化の現状

本章では、現代社会における介護問題とは何かについて、要介護者等の状況、家族介護者の生活状況、介護で命が失われる実態などを検討した上で、深刻化する介護問題について、介護者の生活実態調査や介護問題深刻化の4段階と照らしながら考察を深めていくこととする。

第1節 現代における介護問題とは何か

1. 要介護者等の状況

いま日本では、高齢化が急速に進行している。総人口は令和元年10月1日現在で、1億2,571万人となっている⁵。令和元年版の『国民生活基礎調査』によると、65歳以上人口は、約3,763万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も28.8%となった。65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は、1994年に14%を超え、2013年には25%を突破した。75歳以上の人口の割合も12.3%に達し、人口の4人に1人が65歳以上の高齢者という超高齢社会になっている。そして、高齢化の進展とともに、日常生活の場面で介護を必要とする高齢者も増えてきている。

厚生労働省の『介護保険事業状況報告の概要（令和3年3月暫定版）』によれば、3月末現在の第1号被保険者数（65歳以上の高齢者数）は、およそ3,579万人である。また、65歳以上の要介護（要支援）認定者は、およそ682万人となっている。したがって、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は18.7%となる。これらの数値はすべて増加傾向にある。

そして、令和元年版の『国民生活基礎調査』によれば、要介護者等の年齢を年次推移について、年齢が高い階級が占める割合が上昇していることがわかる。また、要介護者の年齢を性別にみると、男は「80～84歳」が23.2%、女は「90歳以上」の28.6%が最も多くなっている。介護が必要となった主な原因を現在の要介護度別にみると、要支援者では「関節疾患」が18.9%で最も多く、次いで「高齢による虚弱」が16.1%、「骨折・転倒」が14.2%の順となっている。また、要介護者では「認知症」が24.3%で最も多く、次いで「脳血管疾患（脳卒中）」が19.2%、「骨折・転倒」が12.0%の順となっている。

5 令和2年版『高齢社会白書』

2. 家族介護の生活状況

令和元年版の『国民生活基礎調査』によると、要介護者等のいる世帯は「核家族世帯」が40.3%で最も多く、次いで「単独世帯」が28.3%となっている。「核家族世帯」の割合は上昇傾向であり、「三世帯世帯」の割合は低下している。主な介護者は、要介護者等と「同居」が54.4%で最も多く、続柄は「配偶者」が最多(23.8%)となっている。また、同居の主な介護者を性別にみると、女が65.0%となっている。さらに、同居の主な介護者と要介護者等の組み合わせを年齢階級別に年次推移でみると、60歳以上同士、65歳以上同士、75歳以上同士の組み合わせにおいて、いずれも上昇傾向となっている。同居の主な介護者の介護時間を要介護度別にみると、「要介護3」以上では「ほとんど終日」が最も多く、その主な介護者の約7割が女性である。

濱島(2018:37)によれば、「高齢者の介護を担う家族とは、身の周りの世話や家事、金銭管理、精神的援助、生活経営の援助に加え、看護・医療(医療的ケア)までをも含めた包括的なケアを行う者であり、同居・別居の家族・親族もそこには含まれている」。これはその家族の生じる介護者としての介護問題のみに焦点を当てるのではなく、多角的かつ包括的にとらえる必要があることを教えている。つまり、家族介護者は、日常生活の中で介護のみを行っているわけではないということである。

このような状況の中で、周囲のサポートを受けながら前向きに介護を担うことができる世帯がある一方で、様々な理由から生活困難な状況に追い詰められている世帯は少なくない。認知症の人と家族の会の調査(2020)によると、介護家族の現在の気持ちとして、「意欲がある」と「前向きな気持ち」を合わせて、全体の21.4%であった。また、参加者からは、「漠然とした不安がある(45.5%)」、「イライラする(32.7%)」「気分が落ち込む(25.6%)」となっていた。アンケートの自由記述欄からは、「これからどうなるのだろう」という絶望的な思い「気持ちにゆとりがない」「日々緊張している。リラックスできない、時間に追われている」「とにかく体も心も疲れがとれない。介護しているが死にそうです」などとの声が上がった。また、特別養護老人ホーム入居待機者家族会(2017)の行ったアンケートからは、「高齢化が進んでいるのに高齢者にとって住みにくい世の中であってはいけないと思う」「自宅介護が大変でようやく施設へ入っても支払いのことで頭がいっぱいになってしまいます。ほんとに施設に入るのが良かったのか今でも悩む」「介護が必要などきときのために保険料を払ってきたのに、今利用するのに制限があるなんて。介護保険

は詐欺みたいなものだ」これらの声には、当事者が抱く、悩みや疲れ、要介護者への敬意、絶望感などの行き詰まった感情が重く表れている。

3. 介護で命が失われる実態

(1) 頻発する事件

今も全国各地で餓死や孤独死、介護殺人、自殺など深刻な事態が起きる現状が続いている。関西地方で発生した母子餓死事件では、介助を必要としていた母が多量服薬によって死亡、同居していた息子も衰弱しその後に死亡した⁶。また中部地方では、要介護状態の母をその息子が背負い、河川にかかる橋の欄干から飛び降りて心中を図る事件が起きた。また別の地方では、同居する寝たきりの父を息子が首を絞めて殺害しその後に息子が自殺した事件もあった。そして、さらに別の地方では介護を要する難病の子を父親が殺害した後に両親ともに後を追うという事件も続いた。いずれもここ数年の間に起きた事件であり、すべての事件において介護を要する者が被害者となっていた。

NHK スペシャル取材班（2017：52、88 - 90）の調査によると、2010年から2015年の6年間に介護殺人（未遂や傷害致死などを含め）が少なくとも138件起きており、犯行後の行動が判明した106件のうちの半数以上の加害者が自らも死のうとしていた。本論文で定義したように、介護殺人の多くの実態は介護心中なのである。心中、すなわち自殺に至る要因は実に複雑であり、精神保健的要因や社会的要因のそれぞれが関係している。「自殺は追い込まれた末の死」⁷であり、WHO（2014）は「自殺は予防することができる」と指摘している。

(2) 介護殺人と自殺の現状

介護殺人の多くの実態が、介護心中、すなわち自殺が関係している。『令和元年版 自

6 当該事件については、生活保護制度の運用面において重大な問題があることが疑われ調査団が結成され筆者も参加した。母と息子二世帯であったが、生活保護費については母1名分しか支給されておらず、息子の分がなぜ支給されていなかったのか不明であり、担当行政からも明確な説明がなされていない状況が続いている。2名の世帯であるにもかかわらず、1名分のみの支給しかないのであれば当然に生活は経済的に困窮していくことが容易に予想される。しかも、年末年始を控えた年内最後の支給日、それまで役所の窓口で毎月欠かさず保護費を受け取りに来ていた母の姿がなかったにも関わらず、行政は積極的に状況を確認することはなかった。年明けに親子の変わり果てた姿を発見したのは母の担当ケアマネジャーであった。

7 平成19（2007）年に策定された『自殺総合対策大綱』で「自殺は追い込まれた末の死」「自殺は防ぐことができる」「自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している」の3つの基本的認識が示された。

自殺対策白書』によると、平成 30（2018）年の日本の自殺者数は 2 万 840 人で前年に比べ 481 人（2.3%）減少し、昭和 56（1980）年以来 37 年ぶりに 2 万 1,000 人を下回った。自殺死亡率（人口 10 万人当たりの自殺者数）も統計を取り始めた昭和 53 年以降、最小の 16.5 であった。たしかに自殺者数が最大となった平成 25（2013）年の 3 万 4,427 人と比較すると低下傾向にあり、これまでのさまざまな自殺予防対策の結果といえるかもしれない⁸。しかし、依然として 2 万人を超えており深刻な状況に違いなく、国際的にみても自殺率は高い水準にある。

厚生労働省は、社会全体の自殺リスクを低下させる取組の 1 つとして「介護者への支援の充実」をあげている。しかし、その具体的内容は、介護保険制度における短期入所生活介護や通所介護等の介護者に対するレスパイトケア、地域包括支援センターにおける相談・援助、地域支援事業の家族介護支援事業において市町村等が行う介護教室・介護者相互の交流会開催等の経費の一部を負担する等の支援にとどまっている。

松本（2015：7）によると、自殺者の 9 割は自殺直前には何らかの精神障害の診断が可能な状態にあり、そのなかでも特にうつ病が多いことが確認されている。そして、自殺は精神障害だけが原因となるわけではなく、経済的困窮や家族、友人関係、労働問題など多様な要因が複雑に重なり合って起こる。平成 10（1998）年以降「健康問題」や「経済・生活問題」が大きく増加している。近年は全体的には下降傾向にあるものの依然として高水準であることに違いない。現代社会における所得格差の拡大、貧困の広がりから固定化という状況から健康状態と経済・生活問題が相互に影響を及ぼす関係性が推察される。また、松本（2016：15-16）は、「自殺を考える者は両価的であり、その考えはたえず『助かりたい』と『助かりたくない』とのあいだを揺れ動いている」と指摘し、『死にたい』という告白には、『死にたいほどつらいが、もしもそのつらさが少しでもやわらぐならば、本当は生きたい』という意味がある」としている。このことが理解されずに、「本当は生きたい」という願い叶えられない社会状況が続いている。これは重大な人権侵害である。

4. 現代における介護問題とは何か

現代の介護問題は、様々なかたちをとって現れており、しかもそれらが相互に関連し絡

8 平成 19（2007）年に策定された『自殺総合対策大綱』で「自殺は追い込まれた末の死」「自殺は防ぐことができる」「自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している」の 3 つの基本的認識が示された。

み合って広がっている。制度上の不備や介護労働力不足、過重な費用負担等による介護ニーズの不充足、それらの背後にある財政問題、労働力問題、高齢者の生活問題など多様である。しかし、それらの問題は、最終的にはすべて本人・家族の生活問題へと帰着する。

したがって、現代の介護問題とは、加害者と被害者の家庭内での属性が異なっても、いずれも何らかの介護ニーズの不充足によって自分自身や家族の生活の水準・質が低下した状態が続き、心身状態の悪化や仕事、学業、市民生活へ支障が及び、自分自身の尊厳が否定されるような問題であると捉えることができる。そしてそこに、介護殺人や介護心中など命が失われるケースも含まれること、しかも介護問題に対応する社会制度が存在するもとでこれらの問題が生じていることも、現代の特徴である。

次に、深刻化する介護問題の実態を、介護者へのアンケート調査の結果から明らかにしておく。要介護者は高齢者や障害児・者など想定され、介護者の生活も様々であると思われるが、次節では介護者の中でも多数を占める高齢者介護を担う介護者を対象にその実態と特徴に焦点をあてたい。

第2節 深刻化する介護問題－アンケート調査から

1. 介護者の生活実態調査結果が示す介護問題の深刻化

(1) 背景と目的

介護を要する者（要介護者）の居宅介護支援を行う介護支援専門員（ケアマネジャー）は要介護者の尊厳ある生活を実現するために介護保険制度を中心として様々な社会保障制度を利用し、また地域資源を活用、開発するよう日々努めている。

現在、要介護者に対する支援については介護保険制度や各自治体独自の事業など不十分ながらもサービスを利用できる仕組みは存在する。しかし、介護者自身の生活をサポートする公的制度はほとんど無い。全国的にみれば介護者の介護疲れや社会的孤立、経済的困窮など複数の要因を理由とした介護殺人や介護心中も後を絶たない。介護者自身の生活が保障されにくい介護者はどのような思いで介護にあたり毎日の生活を送っているのだろうか。介護支援専門員は要介護者本人のみならず、介護者の生活の質についても着目して活動していく必要があると思われる。本調査では、介護者の生活実態を把握することによって、その社会的支援の必要性を明らかにすることを目的とする。

(2) 対象と方法

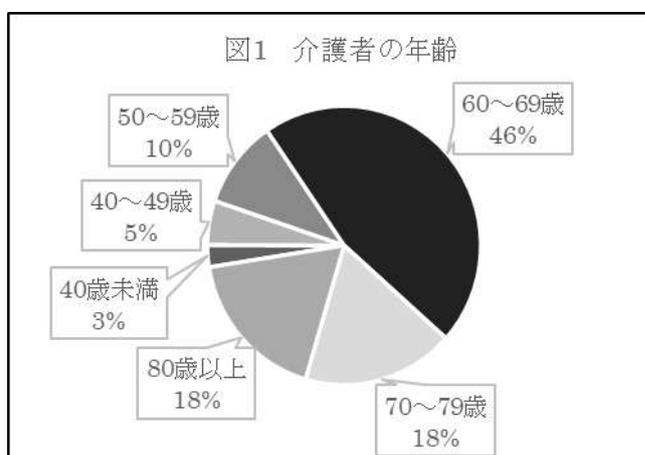
A市内のB居宅介護支援事業所で担当する181ケースのうち、在宅で介護担当介護者40名を対象にアンケート調査を実施した。日本ケアラー連盟が実施した調査⁹の項目を参考に、それぞれに担当する介護支援専門員が半構造化面接によるアンケート調査を行った（2018年8月～2018年11月）。これらの調査はすべて各介護者の自宅において実施された。

（3）倫理的配慮

調査対象者には、調査の目的、内容、プライバシーの保護、結果の公表について書面にて説明し了解を得た。また、アンケート実施の際に適宜メモを取ることにしても、その目的とそれ自体を拒否できることを説明し承諾を得た。なお、本調査については、調査担当した居宅介護支援事業所の長の了解を得て実施した。

（4）結果

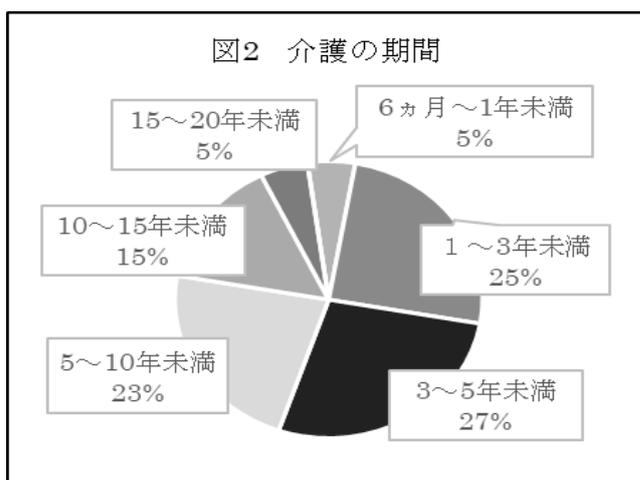
介護者の性別は男性36%、女性が64%であり、その年齢は60歳～69歳が最も多く46%を占めている。また70歳～79歳で18%、80歳以上で18%を占めることから60歳以上の介護者が全体の8割を超えることになる（図1）。



現に介護をしている人数は1名が87%であるが、いわゆるダブルケアである2名を同時に介護している人も13%いる。介護をしている期間は3年～5年が27%で最多であるが、5年～10年が23%、10年～15年が15%と長期間介護をしている介護者も多い（図2）。

また1日に介護にかかる時間は、「ほとんど終日」であるとの回答が55%であった。ここには身体的な介護のみならず要介護者の様子を見守るといった時間も含んでいる。要介護者の年齢は80歳以上が70%を占めている。また要介護者との続柄は配偶者と実母が42%ずつであった。要介護者の介護度

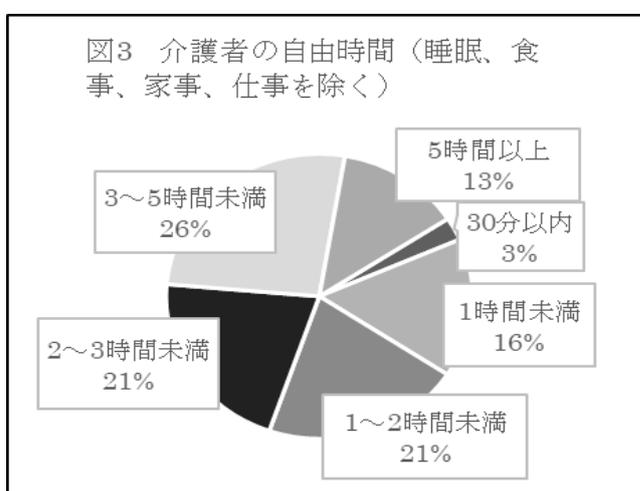
9 一般社団法人日本ケアラー連盟（2016）『ケアラーを支援する地域をつくる』地域包括ケアシステム構築に向けた地域の支えあいに基づく介護者支援の実践と普及に関するモデル事業報告書 平成27（2015）年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業。



は要介護2が最も多く26%、要介護1が25%、要介護5が21%であった。

経済的不安については67%が「ある」と回答している。そして1ヶ月間に介護にかかる費用は5万円~10万円が42%であった。さらに10万円以上との回答も17%ある。

睡眠や食事、家事、仕事を除いた介護者の自由時間について、3時間~5時間未満が26%、2時間~3時間未満と1時間~2時間未満がそれぞれ21%であった(図3)。



また、介護の協力者については「たまにいる」が45%、「頻繁にいる」が31%であったが「誰もいない」との回答も24%あり、介護者一人に負担がかかっている様子がわかる。そして介護者自身の孤立感の有無につ

いては「ある」が23%、「なし」が77%であった。さらに心身の不調については70%が「ある」と回答し、負担感については「かなり負担」と「非常に大きな負担」を合わせると49%を占めた。

自由に回答してもらった設問は3つ設けた。1つ目の「現在、あなたには介護者としてどのような問題や悩みがありますか」には次のような切実な回答が寄せられた。

- ・自分自身の体力の減退でこの先どうなるのか不安でいっぱい。
- ・時折、何もかも投げ出して一人になりたいと思うときがある。
- ・介護職員の人手不足でフル回転で介護されているスタッフの方々にどのようにお願いすればいいのか思い悩む日々です。
- ・この先、主人をどうやって見ていけばいいのか不安。84歳の母を見ていかないといけないのも不安。
- ・今後のことが心配。疲れてしまうと亡くなったお父さんに早く迎えに来て、と思うと

きもある。でも親子だからもうちょっと頑張ろう、と思い直す。

2 つ目の「あなたに自由な時間や立場があるとして、せめてこんなことができればと思うことはどんなことですか」の問いには次のような回答が寄せられた。

- ・睡眠時間がほしい。
- ・公民館の習い事や何か催し物に出かけたい。
- ・一泊や二泊でいいので温泉旅行に行きたい。
- ・現在出かけられるとしても自分の年齢や体力的に無理でしょう。家でちょっとした花を咲かせることかな。
- ・おいしいものを食べに行きたい。時間を気にせずになりたい。
- ・自然に自分をあきらめさせている今がある。

3 つ目の「現在、あなたには介護者としての喜びや幸せを感じる時がありますか」の問いには次のような回答が寄せられた。

- ・お風呂に入れてあげたときに「ありがとう」と言ってくれること。
- ・戦時中を共に過ごしてきたし、同じ会社にいたときもある。何とか二人いつまでも一緒に居られたらという気持ち。
- ・介護というよりは家族として共に生きている感じ。主人には今まで良くしてもらったので、その恩返しを今している。
- ・母へ今までのことを感謝しながら愛おしいと思い、ゆっくりと時間を共有できるのは幸せだと感じる。
- ・職員の方々や介護士さん、看護師さんなどの親切な対応がありがたい。病院の待合室では新しい知り合いもできた。私も元気になれる。

(5) 考察と結論

今回のアンケート調査より介護者の生活実態の一端が明らかになった。また、日々の介護を担いながら介護者が抱く複雑な思いを聞かせていただくこととなった。

要介護者自身が利用できる制度は介護保険制度や各自治体での独自の制度などあるが、介護者を直接支援するための制度はほとんどないのが現状である。もちろん国も介護者支援の必要性は把握しており、介護離職者防止という観点から介護者支援のあり方の検討も

行われ始めてきている¹⁰。

今回のアンケート調査では、介護者についての直接の公的支援がない中で、心身の負担は大きく日常生活が制約されていることがわかった。これは介護者の就労の場面に限ったことではなく、介護者自身の生活全体についての厳しい実態であるといえる。

しかし、一方で介護者が要介護者とともに暮らすことでそれまでの人生を振り返り積極的な意義を見出すに至った例もあった。年齢を重ね介護を要するようになったが、それまで夫婦や家族として共に過ごしてきた掛け替えのないときを確認できるような例である。そのように語る介護者からはそこに流れる穏やかな時間を感じさせた。現実としての厳しい実態があるなかで、このような介護者は稀なのかもしれない。しかし介護を辛いものだけで捉えず、介護に関するポジティブな面についても意識する上で先の介護者のような語りは重要なことだと思われる。

日々の負担の大きい介護の中でも介護者は要介護者の「ありがとう」など感謝の言葉に喜びを感じている。介護者の感情は介護の相手である要介護者の何かしらの反応によって影響を受ける。その反応が感謝の言葉のようなポジティブなものであった場合に介護者は喜びを感じるという。介護自体が楽になるわけではないが、負担感という意味では少し軽減されるのかもしれない。

逆に要介護者の反応が暴言や非難、あるいは死にたいなどの悲観的な訴えなどネガティブなものであった場合には介護者の負担感は増大するであろう。しかもそれが日々継続的な介護生活の状況だとすると、その心身の負担は極めて厳しいものとなるはずである。要介護者が介護者に「ありがとう」などの感謝の言葉が発せられる介護生活とはどんなものなのだろうか。たとえばそのような言葉が自然と行き交い、一方通行ではない双方向の関係があるような状況が望まれるのであろう。要介護者自身が言葉での意思表示が難しい場合でもその感情は介護者にはわかるものもあるのかもしれない。それと同時に専門職には要介護者の言葉にできない思いをくみ取ろうと努め、介護者へ伝えていくようなサポートも必要だと思われる。そのことが介護者の負担感を少しでも軽減させ、場面によっては積極的な意義も感じる可能性がある。

しかしながら、現実的に介護にかかる生活がなくなるわけではない。アンケート調査の

10 厚生労働省（2018）『市町村・地域包括支援センターによる家族介護者支援マニュアル～介護者本人人生の支援～』

結果からは介護にあたる当事者の厳しい生活状況が明らかになった。ここからは、要介護者の生活の安定が介護者個人の資質や頑張り、犠牲によるのではなく、介護者の生活も尊重されたものとする必要がある。そしてそのためにはどこで生活していても人間らしい生活が保障される公的制度が必要である。

そして忘れてならないのは地域には未だ把握されてない介護者と要介護者の存在があるということである。当然ながら介護保険制度における要介護認定だけがそれらの存在を示しているわけではない。それらの世帯がもし困難を抱えているのであれば迅速に適切な生活保障が得られるべく対応していく必要がある。

(6) 本調査の限界と今後の課題

本調査ではアンケートの調査対象者の人数が少ないこと、対象者を担当ケアマネジャーが選定していることから、結果に偏りが生じている可能性がある。また、対象者はすでにケアマネジャーと一定の信頼関係が構築されていることから結果に影響を及ぼしている可能性もある。

今後は無作為に抽出した介護者を対象に調査を行うことで、より広い範囲での生活実態を反映した結果を得られるようにする必要がある。

2. 介護問題深刻化の4段階

介護政策の変化、高齢化や家族・地域の変化などを背景に介護問題は深刻化している。そしていま現実として介護に関連して命を落とす事態が生じている。これら事件の背後には、膨大な介護の不充足、介護の行き詰まり、心身の衰退という状況が広がっていると思われる。介護が必要な心身状態になっても十分な介護を受けることができない、介護保険を始めとした人間の尊厳に関わる社会保障制度を利用することができない、たとえ制度利用に至ったとしてもそれが人間らしい水準のものと言えない等、現実としてそのような状況がある。このような現実には、家族が介護を担うことによって介護者自身の生活の水準・質・尊厳・自由を犠牲にせざるを得ないところまで追い詰めることになる。

津止（2021：101-106）は、要介護者の同居家族への支援不足について、「同居家族がいる場合は要介護者への家事などの生活援助も原則利用できない」「2006年施行の制度改定でさらにこの原則の厳格な運用が始まり、全国で生活援助の支援剥がしのような状況が広がった」としている。さらに、今後は同居家族の利用制限どころか、本人利用を含む家事

援助サービスそのものが介護保険制度から枠外として削除されていく議論も、既に始まっていることに懸念を示している。また、「在宅介護を支える社会資源としていま最も切望されるのは、介護者を支援する根拠となる法制度の整備だ」としている。つまり、介護者もまた支援の対象として捉えることの重要性を指摘している。

介護問題の深刻さの度合いを判断することは容易ではない。というのは、本人の介護度が仮に同じであっても、本人・家族の経済状況、家族関係、社会的関係、社会保障との関わりなど、多様な要素によって影響を受け、深刻さの度合いは異なってくるからである。とはいえ、本人・家族に結果として起きる生活の水準・質が低下、心身状態の悪化や仕事、学業、市民生活への支障、そして自分自身の尊厳の否定などの度合いによって、介護問題の深刻さをおおよそ判断することは可能である。

その度合いは、本人・家族が何らかの対応すべき介護問題に直面した状態を出発点とすれば、以下のおおよそ4つの段階に分けることができる。すなわち、①家族介護なしで本人の介護ニーズが充足され、本人も家族も生活の水準・質が維持されている状態、②家族によるある程度の介護を必要とするが、本人の生活の水準・質は何とか維持され、家族も従来の生活を大きく変えることなく維持できている状態、③家族介護なしには本人の生活が維持できず、本人生活の水準・質が低下し、家族にも心身状態、仕事、学業、市民生活に影響が及び生活の水準・質が低下している状態、④家族介護なしには本人の生活が維持できないが、家族介護にも限界が現れ、経済的行き詰まり、家族関係の動揺、社会的孤立等によって、現在の状態がいつ破綻してもおかしくないような状態である。

何らかの対応すべき介護問題に直面している本人・家族のうち、どの段階にある人たちがどの程度存在するのか、社会全体として、その段階は軽減されているのか、悪化しているのかによって、介護問題の深刻さの度合いがある程度判断できる。ただし、これらを量的に把握することはきわめて困難であり、また量的な分布状況だけで判断することにも慎重でなければならない。

では、介護殺人や介護心中など命を失うケースが相次いで起こり、そうした状態がかなりの期間にわたって続いてきている現在の状況はどのように位置づけることができるだろうか。介護殺人は、4つの段階でいえば、④に置かれた人たちが、実際に破綻に至っていく状態であり、そうした状態が続いているということは、④に置かれた人たちが増大を続けているということの意味している。そのことは、社会全体として、介護問題が深刻化している状態にあるということができる。

介護殺人は究極の介護問題である。そこに至るまでには生活困難な状況を引き起こす様々な問題があるはずである。そして、それらの問題には連続性がある点が非常に重要なところである。介護殺人はある日いきなり発生するのではない。その背景は質的な変化を含み、介護問題の深刻化が新たな段階に入りつつあることを示している。社会が放置することによる「緩慢な殺人」とも言うべき状況である。生存権・健康権の侵害にとどまらず、それら権利の存在自体の抹殺ともいえる。

小括

本章では、介護問題の深刻化の現状を確認すべく、現代社会における介護問題とは何かという問題意識をもとに、要介護者等や家族介護者の生活状況を統計やアンケート調査を用い検討を行い、当事者らの生活実態を確認した。介護政策の変化、高齢化や家族・地域の変化などを背景に介護問題は深刻化している。その表れのひとつとして、介護殺人や心中事件、自殺などが頻発し介護に関連して命が失われる事態は決して看過できず、これらは紛れもない人権侵害であることを指摘した。これら事件の背後には、膨大な介護の不充足、介護の行き詰まり、心身の衰退という状況が広がっている。そして、これらの度合いを本人・家族が何らかの対応すべき介護問題に直面した状態を出発点として、介護問題深刻化の4段階と名付け分類し検討した。介護殺人は究極の介護問題であり、そこに至るまでには生活困難な状況を引き起こす様々な背景がある。そして、それらの問題は個々別の問題なのではなく、互いに連続性がある点が非常に重要であることを指摘した。介護殺人が発生するその背景は質的な変化を含み、介護問題の深刻化が新たな段階に入りつつあることを示している。これは社会が放置することによる「緩慢な殺人」とも言うべき状況であり、生存権・健康権の侵害にとどまらず、それら権利の存在自体の抹殺である。

第2章 介護をめぐる政策と立法

本章では、第二次世界大戦後から現代に至るまでの介護をめぐる政策と立法をあげながら、それらのこれまでの展開過程を確認していく。そして、高齢者の介護殺人と特に関連が深いと思われる「介護保険法」と「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、「高齢者虐待防止法」とする）、障害者の事件との関連では「障害者総合支援法」と「障害者虐待防止法」について確認していくこととする。

第1節 介護をめぐる政策と立法の展開

1. 第二次世界大戦後から 1950 年代 まで

第二次世界大戦後の 1947 年に日本国憲法が施行され、社会福祉施策は憲法 25 条に基づいて進められることになった。戦後すぐに整備された児童福祉法（1947 年）や身体障害者福祉法（1949 年）とは異なり、高齢者福祉に関しては福祉施策の中ではかなり後になるまで独自の法律は制定されず、貧困対策の一つとして生活保護法（1950 年）のもとで行われていた。

1947 年 12 月に改正された新民法では、家督相続性を中心とする家制度を廃止した。財産の相続も子世代で均等となり、子どもたちが結婚すれば親世代から独立して戸籍を持ち世帯主となった。このように家中心主義から変容していったが、実際には同居して老人の面倒をみるという状況は続いていた。民法でも直系血族及び兄弟姉妹の扶養義務は規定されており（同法 877 条）、老親扶養は家庭内で行われていた。しかし、1950 年代後半からの高度成長によって地方の若者は都会へ移動し、親世代と離れ核家族化が進んだ。自営業者よりも被雇用者が増加した時期でもあり、核家族化の進行とともに老親を扶養する意識も薄れていった。しかし、そのような状況に対応する社会保障制度は未発達のみであり、高齢者が取り残されていく時代であった。

2. 1960 年代から 1970 年代まで

1960 年代は老人福祉政策が始まった時代である。1961 年に国民皆保険制度、皆年金制度が実施された。国民健康保険は 1938 年に既に施行されていたが、任意加入であり多く的人是は自費診療であったため、高齢者が日常的に医療にかかることは困難であり、心身の健康を保つことは容易ではなかった。

1963年7月、初めての高齢者福祉独自の法律であり、高齢者福祉の法体系の基盤となるものとして老人福祉法が制定された。この法律の目的は、「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ること」（老人福祉法第1条）である。また基本的理念は、老人は「多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障される」（同法第2条）としている。そして、同法は、国および地方公共団体の責務として「老人の福祉を増進する義務を有する」（同法第4条1項）、老人福祉に関わる施策を通じて「基本的に理念が具現されるように配慮しなければならない」（同法第4条2項）と規定している。

1960年代後半は、老人福祉法を受けて福祉サービスの整備が動き出したものの、なお端的な段階であった。しかし、高齢化は確実に進行し、1968年に行われた全国社会福祉協議会の「居宅ねたきり老人実態調査」で示されたように高齢者問題も広がりを見せ始めていた。この高齢者問題は、まず高齢者の医療問題として現出した。当時、国民健康保険の窓口負担は5割と重く（後に3割）、経済的理由で医療を受けられない高齢者の存在が社会問題となっていた。その負担軽減を目指して、各自治体が高齢者医療の無料化に取り始め全国へと広がっていった。

1970年代に入ると、高度経済成長の歪みが顕著になり、生活改善の立ち遅れも目立つようになった。そして、1970年には「高齢化社会」に移行したことを背景に、医療、年金、社会福祉等の改善が国民的課題として登場した。こうした動きを受けて、政府も積極的に対応し、1973年には社会保障費が前年度比28.8%の大幅な伸び率で、「福祉元年」といわれた。田中角栄首相（当時）による高齢者施策が実施され、老齢年金は夫婦で5万円となった。そして同年、老人医療費の無料化が全国で実施された。1978年、短期入所生活介護（ショートステイ）、1979年には日帰り介護（デイサービス）がそれぞれ事業として創設された。

しかし、1973年10月に起きた第一次オイルショックによって高度経済成長は終わりを告げ、「福祉元年」の翌年から福祉見直しに向かって動き出した。そして1978年「新経済社会7か年計画」での「日本型福祉社会論」の提起によって福祉抑制への転換が本格化する。

また、障害者福祉については、1949年に制定された身体障害者福祉法を先駆けとし、

1960年には精神薄弱者福祉法（1998年に知的障害者福祉法に名称変更）が制定された。1970年には障害者政策を総合的に推進するため、心身障害者対策基本法が成立、1975年には、国連総会で「障害者の権利宣言」が決議され、障害者の「完全参加と平等」を掲げられた。

3. 1980年代から1990年代まで

1980年代は財政削減による福祉見直しが行われた時代である。とりわけ社会的入院や老人医療費の増大など高齢化に伴う社会保障費の増大が問題視され、削減を迫る動きが強まった。

1982年には老人保健法が制定され、老人医療の無料化制度は廃止された。同年家庭奉仕員が有料化され、1984年には健康保険等の実施により、被雇用者本人に1割が科せられるようになった。高齢者福祉など社会福祉に対する国庫補助率も削減され、福祉施策の整備は停滞した。他方で、高齢化は急速に進行し介護ニーズは増大を続けたことから、介護問題は深刻化した。介護殺人・介護心中などが出現し始めるのはこの時期である。

こうして高齢者施策のなかでも介護分野が緊急の課題とされた。1989年には消費税が導入されたが、その使途として政府が挙げたのが高齢者施策、とりわけ介護施策であった。1990年からの10年間で長期的に高齢者の生基盤整備をするために当時の大蔵省、厚生省、自治省の3省の大臣が合意して高齢者健康福祉推進10か条（ゴールドプラン）を策定した。このゴールドプランでは、特別養護老人ホームの整備、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイなどの整備により、在宅福祉対策を推進した。

1990年代には福祉八法改正による老人保健福祉計画の作成および福祉サービスの市町村への一元化などが行われ、高齢者保健福祉の推進が本格的に開始した。福祉八法とは、社会福祉事業法（現、社会福祉法）、老人福祉法、老人保健法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法（現、知的障害者福祉法）、児童福祉法、母子および寡婦福祉法（現、母子及び父子ならびに寡婦福祉法）、社会福祉・医療事業団法である。福祉八法改正では老人福祉法と老人保健法の一部が改正され、地方自治体に老人福祉計画の策定が義務付けられた。

1994年には、厚生省に高齢者介護対策本部が設置され、保険制度の検討が始まった。前年度に全国の地方公共団体において策定された地方老人福祉計画において、ゴールドプランで作成した整備目標を大幅に上回るサービスの整備の必要性が明らかになったことから、

あらためて新高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）を策定した。

1995年には、急速に進展する高齢化社会への対策を総合的に推進するための法律として高齢社会対策基本法が施行された。その基本理念は、「一 国民が生涯にわたって、就業その他の多様な社会的活動に参加する機会が確保される公正で活力のある社会」「二 国民が生涯にわたって社会を構成する重要な一員として尊重され、地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会」「三 国民が生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができる豊かな社会」となっている。

1996年には、連立与党が介護保険制度の創設に合意し、翌年1997年に消費税3%が5%へ引き上げられるとともに介護保険法が制定された。介護保険法の施行に備えて1999年に今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向性（ゴールドプラン）が確定され、その具体的施策として次のようなものをあげられた。①介護サービス基盤の整備、②痴呆性高齢者支援対策の推進、③元気高齢者づくり対策支援、④地域生活支援体制の整備、⑤利用者保護と信頼できる介護サービスの育成、⑥高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立である。

障害者福祉の分野では、1993年には障害者の自立と参加を基本理念とする障害者基本法が制定され、障害者の医療・介護、年金、教育、雇用の促進、住宅の確保、公共施設等の利用におけるバリアフリー化など多岐にわたる施策の基本方針が定められた。

4. 2000年代から2010年代まで

日本における社会福祉政策は、少子高齢化の進展や財政負担をめぐる議論を背景とし見直しが重ね進められてきた。その見直しの過程では、従来の措置制度に対して、とくに「権利性」の面から社会保険方式の優位性が主張されてきた。そして、社会保険方式であれば、社会保険料の負担（拠出）との連関があり、所定の保険事故が発生した場合、給付受給について法的権利性が認められると強調してきた。特に社会保障構造改革の始めとして位置づけられた介護保険制度は、契約方式の導入や民間事業所の参入など、これらは私たちの社会保障・社会福祉政策に大きな影響を与えることになった。そして、2000年より導入された介護保険制度は、改正を重ねるうちに制度の仕組みを大きく変える反面、高齢者の生活全体を視野に入れて支援することからはますます遠ざかっている。介護保険制度の創設にあたっては、それまで介護を担ってきた家族だけが負担を背負うのではなく、社会全体で支えるという理念、すなわち「介護の社会化」をめざしたものであった。しかし、施行から20年が経過した現在、その理念に近づくことができているとはいえない。介護保

険制度のこのような状況は介護保障を検討する上で看過することはできないことから本章第2節で詳しく述べる。

そして、高齢者に対する身体的・心理的虐待、介護や世話の放棄・放任などが家庭や施設などで深刻化してきたことを背景に、2005年11月に議員立法で高齢者虐待防止法が成立し、2006年4月から施行された。高齢者虐待防止法では初めて虐待の定義を定め、養護者だけでなく、養介護施設従事者等による虐待も対象としていることや国および市町村の責務も規定している。さらに養護者に対する支援を上げていることも特徴的である。高齢者虐待防止法については、介護殺人を検討する上でも重要な法律であるため、本章第3節で詳しく述べることにする。

なお、介護保険の導入で先鞭をつけられた「措置から契約へ」の制度転換は、障害者福祉の分野にも及び、身体障害者福祉法などが改正され、2003年から支援費制度が実施された。その後、障害者自立支援法（2005年成立、2006年施行）、障害者総合支援法（2013年施行）と展開され、2011年には障害者虐待防止法も制定されているが、ここは障害者が被害者となり介護者が加害者となる介護殺人のケースとも関連し重要だと思われるため、第4節で検討を深める。

民主党政権時代の2012年8月に、社会保障・税一体改革の一環として社会保障制度改革推進法が成立している。これによると、社会保障改革は、「自助、共助および公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互および国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」（同法2条1号）と規定している。2013年8月には、社会保障改革国民会議が「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」と題する報告書をまとめた。報告書は、社会保障制度改革推進法の内容を具体化したものだが、同時に新たな考え方や制度見直しも盛り込んだ。それを受けて安倍政権は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」を国会へ提出し、2013年12月に参議院本会議で可決・成立した。この法律は、制度改革の内容と時期をあらかじめ定める異例の法律であった。そしてこの法律に基づいて2014年6月には、医療法や介護保険法などを一括して改定する「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立した。この法律によって、医療提供体制の効率化＝抑制のための手法（地域医療構想、病床機能報告）とその受け皿としての地域包括ケアシステムが制度化された。さらに、2015年5月には、2018年度からの国民健康保険の都道府県化などを定めた「持続可能な医療保険制度を構築

するための国民健康保険等の一部を改正する法律」が成立している。給付抑制と利用者や患者の負担増を内容とする一連の改革が進行している。

1997年4月、2014年4月、2019年10月と社会保障の充実を名目に増税されてきた消費税であるが、充実の方向ではなく社会保障制度の抑制や削減が進められている現状である。介護保険制度においては更なる給付抑制や利用者の負担増を内容とする改革が進められようとしている。

2016年6月2日、政府は「ニッポン一億総活躍プラン」を閣議決定し、「新三本の矢」を示した。すなわち、第一の矢は「戦後最大の名目 GDP600兆円の実現」、第二の矢は「希望出生率 1.8」、そして第三の矢が「介護離職ゼロ」である。特にこの第三の矢についていえば、年間 10 万人以上とされる介護離職者と約 52 万人に上る特別養護老人ホーム入居の自宅待機者の解消を目指しているとされる。その実現に向け、在宅・施設サービスの整備については、2020 年度に見込んでいた特別養護老人ホーム約 38 万人分以上に加え、約 12 万人分を前倒し・上乘せし、「約 50 万人分以上に拡大する」と明記した。そして、「介護人材」の処遇改善策に関しては、月額平均 1 万円相当の改善を行うことを示している。また、介護休業の取得促進に関する周知・啓発の強化、仕事を介護の両立が可能な働き方の普及を促進させるとしている。しかし、上記のような介護保険制度の見直しでサービスの利用制限を進めながら、一方で「介護離職ゼロ」を謳うのは矛盾している。「ニッポン一億総活躍プラン」の基本的性格は経済政策・成長戦略であるが、社会政策・社会保障政策の側面も併せ持っており、介護政策との関連でも今後の動向を注視する必要がある。

これまでの介護者をめぐる政策と立法では介護者支援の必要性が十分に認識されてきたとはいえない。介護を受ける本人はもちろん、その介護者も同様にそれぞれ独立した生活がある。しかし、現実においてそれらの生活は社会保障制度で対応するのではなく、家族依存の関係での対応が前提とされている。憲法 25 条の生存権で定められた公的責任を縮減させ、家族内や地域内での助け合い、絆を重視する色合いが濃くなってきている。たとえば、今盛んにその必要性が説かれている地域包括ケアシステムでは、その構築を目指すという方針の下に「自助」「共助」「公助」の重要性が謳われている。このことの本質をどのように捉えるべきなのであろうか。この点、日本弁護士連合会は、「憲法第 25 条に基づき、最期まで住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる医療・介護提供体制を国及び地方自治体の公的責任で実現すべきであり、『共助』の名の下に、公的責任で実施すべき施策を後退させ、これを地域住民の互助によって補うようなことになってはならない」と述べて

いる¹¹。厚生労働省は、地域包括ケアシステムの構築において、住民を含めた関係者間での「規範的統合」を強調している。この「規範的統合」の意味は同省によると、「地域の課題が何か、またどのような地域社会を作るのかに関しての、関係者間での目標や考え方の共有、価値観、文化、視点の共有」だという¹²。このことについて伊藤（2016：83）は、『健康の保持増進』『能力の維持向上』に努める『義務』（介護保険法第4条）を一面的に強調し、個人の自助努力とさらに家族、近隣で支え合うことを『自立支援・介護予防の理念・意識』とし、これらの住民や地域社会全体が共有し『統合』を図っていくというようなもので、空恐ろしさすら感じます」と述べている。

「自助」「共助」という基本的な考え方は決して新しいものではなく、1982年7月の第二次臨時行政調査会の『基本答申』には既にその文言が記されている。高島（1985：294）は、この『基本答申』のいう「活力ある福祉社会」を「70年代後半、構造的危機の発言下で、福祉の『見直し』＝抑制を主張する政府や財界関連の諸文書が形成してきた『日本型福祉社会』と同義である」として強く非難している。また、「臨調は意図的に『自立』と『自助』、『連帯』と『互助』を等置している。『自助』『互助』は一定の条件のもとでは、『自立』『連帯』の構成部分となる」、「『福祉』を人間的な『自立』『連帯』に対置して人間にとってマイナスな存在であるかのように描くことはまったくの欺瞞に他ならない」と厳しく指摘している（前掲：296）。また、これら『自助』『互助』の概念を更に遡れば、小川（1964：2-17）は日本の戦前の救貧法をめぐる歴史にふれる中で、「公的扶助に優先すべきものとして隣保相扶・親族相愛が醇風美俗・家族制度の美風維持の名の下に明治以来一貫して要求され続けた」ことを指摘している。そして、恤救規則の趣旨を確認する中では、「極貧独身生業不能の老幼廢疾疾病で、しかも親族隣保等よりも援助の得られない者は、まったく言葉の本来の意味での『目下差し置き難き無告の窮民』というほかはない。このような者だけを国家がやむを得ず救うというのが恤救規則の態度である」としている。現在の公的扶助、生活保護制度においては条文で権利性が明文化されてはいるが、申請権の行使や資産調査、扶養義務者調査等の手続きについては、現代においても未だ重大な問題のあることが指摘されている（稲葉 2021：169-175）。

11 日本弁護士連合会（2014）『「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律整備等に関する法律案」における介護保険体制に関する意見書』

12 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2016）『地域包括ケアシステムと地域マネジメント』

5. 2020年代から現在まで

2020年6月5日、「地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」が成立した。

社会福祉法改正では、地域共生社会の実現に向けて包括的な支援体制を構築することを目的に、「断らない相談体制」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を目的とする「新しい支援事業」を創設するとしている。高齢者・障害者、子育て、生活困窮への対応に加え、「8050問題」と称されるように生活問題が世帯化・複合化している中で、「包括的」「重層的」な相談支援、アウトリーチ支援の体制をつくることはどの地域にとっても急がれる課題である。しかし今回の改正では、財政措置をふくめた政府の責任が明確にされていないため、市町村の対応に大きな格差が生じるおそれがある。さらに、取り組みの主体が住民とされており、自治体の責任・公的支援を縮小させ、住民の活動に移し替えていく「互助」の制度化と環境整備を本格的に推進するものである。改正では、社会福祉法人を中心とする「社会福祉連携推進法人」を新たに創設する。多くの小規模の社会福祉法人が経営上の困難を抱えている中で、複数の法人、事業体が相互協力を図り、地域での活動基盤を強めていくこと自体は否定されるものではない。しかし、改正では、資金力のある法人によって小規模法人が吸収されたり、連携推進法人に加わらない法人が淘汰されていくなど、地域の福祉体制の効率化・再編につながらないか危惧される。経営困難を理由とした事業譲渡や合併が強制される流れがつくられることにならないのか懸念もある。営利企業の参入を必ずしも否定していない点も問題である。また、前述の「新しい支援事業」を住民個人が担うことは実際上困難であり、地域の社会福祉法人が中心的な役割を果たしていくことが想定される。

「新しい支援事業」は自治体はその運営責任を担うとともに、自治体間の格差を生まないよう政府として必要な財政支援等を講じることが必要である。社会福祉連携推進法人についてはその非営利性、公益性をしっかりと担保するとともに、小規模社会福祉法人が単独で事業を継続できるよう、介護報酬・障害サービス報酬の大幅な引き上げをふくめた対策を先行して講じることを改めて要請する。

また、今回の改正は、介護保険法、老人福祉法との一括改正とされており、介護保険事業計画の記載事項として介護人材確保の取り組みを追加することなどが盛り込まれている。今般の新型コロナウイルス感染症は、介護現場の人手不足の深刻さを改めて浮き彫りにしている。従来の延長線にとどまらない、抜本的で実効性のある人材確保対策、処遇改善策

を求める。

今般の社会福祉法改正は、政府が進める全世代型社会保障改革の一環として実施されたものである。全世代型社会保障は、「安上がり」な働き手の確保と社会保障費の削減を一体的に進めるものであり、すでに今国会で高年齢者雇用安定法、年金法などの改正が行われた。社会福祉法改正は、働くことが困難な高齢者、障害者に対処する受け皿を整備するという点にその本質的な狙いがある。

2020年12月15日、全世代型社会保障検討会議の最終報告である「全世代型社会保障改革の方針」が閣議決定された。ここでの方針は、全世代型社会保障改革の基本的考え方として、「目指す社会像は、『自助・公助・共助』そして『絆』である」と宣言し、それに基づいた社会保障制度の見直しを通じて、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築するとしている。その上で、①少子化対策と②現役世代の負担上昇を抑えるための高齢者医療の見直しという2つの「改革」に取り組みることにより、全ての世代が公平に支え合う『全世代対応型社会保障への改革』を前進させるとしている。

このような政府の動きは、憲法25条に基づく公的責任を後退させるものである。「自助」「共助」といった概念を強調し推し進められる現在の政策をどのように捉えるべきなのか。このような政策の流れの中で介護を受ける当事者はもちろんのこと、介護にあたる介護者がおかれる現実の生活がどのような状況にあるのかについて、まさにそのことが人権保障に関わる課題として深く認識しなければならない。

新型コロナウイルス感染症は、公費抑制、営利・市場化という新自由主義の考え方を基本に推進されてきたこれまでの政府の改革が、いかに社会保障の基盤や雇用環境や劣化させてきたかを鮮明にしている。全世代型社会保障改革がこのまま推進されていけば、コロナ禍のもとで当事者、事業者に生じている深刻な困難、矛盾を加速させていくことになる。全世代型社会保障改革の撤回と、安全・安心の介護保障・地域福祉の構築、まともな年金、まともに働ける制度の実現をめざし、引き続き世論と共同を広げていかなければならない。

第2節 介護保険法の特徴と問題点

1. 介護保険法の目的と基本原則

日本は高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護の長期化など、介護ニーズはますます増大する一方で、核家族化は進行し、家族の介護力は低下している。このような状況の中で介護保険制度が導入されてきた経過をまず確認する。

介護保険法は 1997 年 12 月に制定され、2000 年 4 月から実施された。介護保険制度は「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理、その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことで、「国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」を目的としている（介護保険法 1 条）。当時、この制度の導入により、それまで家族に依存してきた日本の介護が大きく転換され、「介護の社会化」が達成されるという期待が生まれた。しかし、現実の介護保険の給付水準では、例えば在宅の一人暮らしの要介護者高齢者の 24 時間介護を保障することは困難であり、家族による介護が必要となってくる。また、介護保険の給付には、要介護度ごとに給付上限（支給限度額）が設定されており、それを超える利用については保険外での全額自己負担となる。このような介護保険制度のもとではサービスの不足分を全額自費で購入できる人か、家族介護者がいないと在宅生活は困難である。一方で家族介護者の負担は重くなっていくという事態が起こっている。

介護保険法は 1 条で、要介護者等が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とするとしている。また同法 2 条 4 項で、給付の内容・水準は、要介護状態になっても可能な限り居宅において自立した生活を営めることができるように配慮するべきものとされている。そして、同法 3 項で給付は要介護状態の軽減または悪化の防止に力点を置くこと、被保険者の選択にもとづくことが要求される。

一方で、介護保険法 4 条 1 項は、自ら要介護状態になることを予防するために加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚した上での国民の健康保持増進義務、要介護状態になった場合の能力の維持向上義務を定める。これについて伊藤（2021：290）は、「介護保険法は、国民が要介護状態になった場合の介護給付等を受ける権利ではなく、要介護状態にならないための健康増進義務を強調する点で、特異な法律といえよう」と批判している。また、同法 4 条 2 項で、国民は共同連帯の理念にもとづき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものと規定するとしている点についても、「憲法 25 条の生存権の理念ではなく、この『共同連帯の理念』が介護保険の基本原則とされ、介護保険料の設定方法や保険料滞納者への給付制限の根拠理念として作用している点に問題がある」と指摘している。

2. 介護保険の給付構造の特徴と問題点

介護保険の給付は、「居宅サービス費」のように、費用支給の形をとっており、医療保険の「療養の給付」のような現物給付ではなく、サービス費用の償還給付（現金給付）と言える。ただし、実際は要介護者が介護事業者から介護保険サービスを受けた場合に代理受領方式をとるため、要介護者にとっては医療保険のような現物給付と同様となる。

介護保険制度の導入による措置制度から契約制度への転換が、利用者の福祉サービス受給権（選択権）を認めるものと積極的な評価がなされた。しかし、介護保険給付が現金給付であることを考えれば、介護保険サービスの利用者には、サービスの受給権ではなく、要介護認定を経て、要介護度に応じた介護サービス費の償還給付を受ける権利が生ずるととどまる。

介護保険の受給権については、他の社会保障給付の受給権と同様に譲渡や担保、差し押さえが禁止され、保険給付として支給を受けた金品に対して租税その他の公課が禁止されるなど受給権の保護規定がおかれている。

被保険者が介護保険料を滞納している場合には、給付制限がなされ、受給権が制約される。保険料滞納について、「特別な事情」がある場合には償還払化などの給付制限は行われないが、この事情は、災害など突発的の事情により一時的に収入が減少した場合に限定され、恒常的な生活困窮の場合には含まれない。介護保険法では、保険料滞納の場合の給付制限が強化されている。しかし、介護や医療ニーズが高い低所得者ほど、保険料が負担できず、給付制限を受ける可能性が高いことからすれば、保険料滞納者に対する給付制限は、滞納が悪質であるような場合など必要最小限にとどめられるべきである。

3. 介護保険の財政構造と保険料滞納者の増大

介護保険に関する収支につき市町村は特別会計を設けることになっている。介護保険の費用は、利用者負担部分を除いた給付費と事務費いおおむね区分される。給付費については、その50%を公費で賄い、残りを保険料で賄う。第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担は、それぞれお総人口で按分して算定し、3年ごとに政令で定める。この方式は、高齢化が進行する度合いに応じて、第1号被保険者の負担割合が自動的に引き上げられる方式であり、年金しか収入のない人が大半を占める第1号被保険者の負担が徐々に重くなる方式である。

第 1 号被保険者の介護保険料は、市町村介護保険事業計画に定めるサービス見込量にもとづく給付費の予定額等に照らして、おおむね 3 年を通じ財政の均衡を保つことができるように算定され、政令の定める基準に従って条例で定める。第 1 号被保険料の全国平均は、第 1 期（2000 年～2002 年）は月額 2911 円であったが、第 7 期（2018 年～2020 年）は月額 5869 円となっている。しかも、所得段階別の定額保険料のため、低所得者ほど負担が重く逆進性が強い。このように介護保険料の引き上げが続き、第 1 号被保険者のうち、年金天引きとならない普通徴収者の保険料滞納が増加している。厚生労働省の調査では、介護保険の利用者約 605 万人のうち、介護保険料を滞納し給付制限を受けた人は 1 万 4321 人である。

月額 1 万 5 千円以上公的年金受給者の保険料は、年金保険者が支給時に天引きし、市町村に納付する。所得がなくても無年金でも保険料は賦課され市町村が個別に徴収する。なお、この場合世帯主および配偶者が連帯して納付義務を負う。

介護保険法 1 4 2 条では、市町村は、条例で定めるところにより「特別の理由がある者」について保険料の減免または徴収の猶予を行うことができるとしている。行政解釈では、減免等の要件となる「特別な理由」は、災害など突発的な事情に限定されており、恒常的な生活困窮は含まないとされている。

4. 介護保険制度改革の特徴と問題点

介護保険制度は、制度自体が社会福祉改革の先駆けとして位置づけられ、それをモデルとして社会福祉法制の再編が行われてきた経緯がある。介護保険法は、予防重視を標榜し、新予防給付を導入するなどの大幅な改正となった 2005 年の法改正以降も 3 年ごとの介護報酬改定に合わせる形で頻繁に改正が繰り返されてきた。

2014 年に 6 月には、医療法など 19 の法律を一括して改正する「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立した。そしてここで介護保険法も改正され、①特別養護老人ホームへの入居の要介護 3 以上の者への限定②一定の所得のある者へのサービス利用時の自己負担 2 割への引き上げ、③介護予防給付（訪問介護・通所介護）の「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」への移行等がなされた。介護保険サービス利用へのハードルを引き上げ、介護の役割を家族や近隣住民による「自助」「共助」に押し戻す趣旨の制度の後退が推し進められている状況である。そして、2017 年 5 月には、11 の法律を一括で改正する「地域包括ケアシステムの強化のた

めの介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、介護保険法が改正され、2018年4月から順次施行されている。

服部（2020）は、介護保険制度施行から20年目の現在、検討すべき課題は5点あることを次の通り指摘している。すなわち、第1に介護保険で必要なサービス受給ができているか、第2に家族の負担は軽減されたか、第3に医療や多職種と連携するケアマネジメントが機能しているか、第4は介護サービス提供事業所の経営と介護職の充足は進んだか、第5は保険者である市町村の役割と介護保険の財政は安定しているのか、である。

（1）介護保険で必要なサービスは受給できているのか

①介護保険受給者は中重度中心型に移行し利用が抑制

サービス受給者は中重度中心型へ移行し、自己負担増加で利用が抑制されている。第1回の介護保険法改正が2005年に行われたが、サービス利用者の32.4%を占めていた「要介護1」を、介護認定更新ごとに「要支援2」へ移行させた。「要介護1」に残るのは認知症の「日常生活自立度2以上」と「半年以内に悪化する状態不安定な人」と判定された人のみとなった。

要介護1が要支援2に変わると、介護保険の介護別支給限度額が16万5800円から104,000円に下がり、要支援2は要支援1になると6万1500円から4万9700円に下がる。自費でサービスを「購入」できる人は限られており、これが利用抑制につながったのである。

②特別養護老人ホームは重度中心で要介護3以上に入所限定

特別養護老人ホームへの入所者はこれまで「要介護1以上」とされてきたが、2014年の「医療及び介護の総合的確保の促進に関する法律」は中重度中心型への移行として、「要介護3以上」と入所条件が変更された（介護虐待での措置入所を除く）。これまで入所していた人は退所させられることはないが、要介護1・2の特別養護老人ホーム入所待機者は行き場を失った。施設の介護職配置は変わらずに重度者が増えたことで介護負担は増加し、人材確保と介護の質確保が大きな課題となった。

③利用者負担が1割から2割、3割負担へ

介護保険は利用者負担が1割で9割は保険給付であったが、2014年の「医療及び介護の総合的確保の促進に関する法律」で65歳以上に所得に応じた2割負担が導入された。そし

て2017年の介護保険法改正で3割負担が導入された。2020年時で介護保険利用者の496万人の3.2%が3割負担、5.8%が2割負担である。国は2割負担の要件である所得を下げることにより、ほとんど一律を2割負担にすることを検討している。また、高額介護費で一定額以上の自己負担は後から戻る仕組みがあるが、その高額介護費の戻す基準の見直しも現在検討されている。

④施設とショートステイの利用料負担増へ

介護保険導入後、国は施設の個室ユニット化を進めてきた。2006年、2回目の介護保険報酬改定から、施設やショートステイ（短期入所）に部屋代が導入された。ユニット型個室、従来型個室、多床室に分け部屋代が徴収されることになり、その分施設への介護報酬が減額された。施設、ショートステイの食事代は、介護保険スタート時は材料費が自己負担であったが、この制度改正で厨房の人件費、水道光熱費等すべてが自己負担になり、価格は施設により自由価格だが、非課税世帯の負担への補填が設定された。

住民税非課税世帯は非課税の所得に応じて減額され、差額を介護保険から施設に支払うことになった。これを「補足給付」という。2014年の「医療及び介護の総合的確保の促進に関する法律」に基づき、世帯の預貯金の額により非課税であっても補足給付をしない、障害年金も収入に加える等の条件が課された。補足給付がなくなることで、多くの住民税非課税世帯の利用料負担が増えることになる。

（2）家族の介護負担は軽減されたのか

「介護の社会化」を掲げてスタートした介護保険制度だが、家族の介護負担は軽減されているとは言い難い。家族の介護にあたるために離職する人の数は2000年に5.9万人だったが2019年には10万人と倍増に近い状況である。

国は、雇用・労働仕事と介護の両立～介護離職を防ぐとして、「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及び雇用保険法の一部を改正する法律」などで対応しようとしているが離職者は減らない状況である。離職をすれば介護することに専念することはできるかもしれないが、経済的困窮や社会との接点を失う等さまざまな生活困難となる課題が出てくることになる。そしてこのような介護離職は、家族介護なしには介護が成り立たない実態を現していると思われる。

居宅での高齢者虐待も増加している。2018年の厚生労働省『高齢者虐待防止、高齢者

の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果』によると、養護者による虐待は2006年は1.25万人だったが、2020年には1.69万人になっている。また虐待死は2000年から2018年で合計327件発生している。また、介護する家族の負担としては、「精神的負担」が63.7%で最も多く、次いで「身体的負担」(48.8%)、「経済的負担」(44.5%)となっている。虐待は家族による介護負担の極限状態だと言える。

また、厚生労働省(2018c)によると、核家族による介護も11%から16%に増えており、独居、老夫婦について3番目である。このなかにはいわゆる8050問題といわれる世帯も含まれており課題が複雑化している。

(3) ケアマネジメントは機能しているのか

ケアマネジメントは介護保険の要と言われる。ケアマネジャーは、介護保険を利用する者と契約し、アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議を経て必要なサービス調整を行い、毎月自宅を訪問し、ケアプランの目標達成状況、新たな課題の有無、利用者の請求内容を利用者ごとにすべてチェックして国保に毎月送付する。ケアマネジャーの国保請求とサービス事業所からの国保請求が合致すると、サービス事業所に保険給付が支払われる仕組みである。これらの役割をケアマネジャーが担う。そしてこれら業務を遂行するためには、医療・介護・看護・リハビリ・服薬管理・福祉用具、地域資源との連携や調整も行うことになる。ケアマネジャーが介護保険の要と言われる所以である。

ケアマネジャーの大部分は、介護事業所を経営する法人(社会福祉法人、医療法人、営利法人等)に所属しており、独立型ケアマネジャーは例外的である。このような状況下では、公平中立性が保障できないケアマネジメントとなる可能性が高い。

ケアマネジャーが特定のサービスや事業所をケアプランに位置づけることはあるか、との問いに対して、「ある」と答えたのは2016年度で28.1%、2018年度で18.6%である¹³。また、法人・上司の圧力で自法人のサービス利用を求められた経験はあるか、との問いに対しては、本人自身に経験ある人は25.0%、周囲のケアマネジャーが経験したという話を聞いたことがある人が40.2%である¹⁴。

13 三菱総研(2019)『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務の実態に関する調査研究事業報告』

14 医療経済研究機構(2020)『ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取り組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業』

事業所経営と人材確保についても厳しさが増している。居宅介護支援業務は慢性的な赤字であり、実際は併設のサービス（訪問介護が36.2%、通所介護が32.2%）でカバーしている状況である。この赤字の原因はケアプラン数と単価にある。介護予防プランは地域包括支援センターへ委託することができるが単価は半減してしまう。しかも受託している場合には特定事業所加算の対象から除外される。また、ケアプランを39件以上担当すると1件の単価を減額する仕組みとなっている。このような状況の中、ケアマネジャーを辞めたいと思っている人が67%もいる。そして、ケアマネジャー試験の受験者も大幅減少している。2017年の13万人から2018年の5万人に激減。もはやケアマネジャーがなりたいた仕事や資格ではなくなったと考えられる。

（４）介護サービス提供事業所の経営と介護職の充足は進んだか

①多くは厳しい経営状況

介護サービスにおける収支差率は全サービス平均で2.4%であり、前年比で大半がマイナスとなっている。このような状況から、一部を除く低収益・不安定経営であると言える。倒産や廃業も増大傾向にある。小規模多機能事業所の高い比率もあるが、継続的な給付抑制が影響を与えている。

②在宅サービスの給付抑制

在宅サービスの給付抑制が在宅の3本柱と言われる福祉用具、通所介護、訪問介護についてすべて利用は抑制されていく傾向にある。最も利用者の多い福祉用具については自由価格である。しかし、国が全国平均価格を算出し、標準偏差で16%高いものは介護保険から除外することとなっている。福祉用具は開発努力が進み、利用者の自立支援や介護負担軽減の役割を果たしてきたが、価格の下げ競争でその利用は抑制されるおそれが出てきたのである。

また、通所介護は介護報酬改定のたびに、1日の利用定員で「大規模通所介護の減算」「中規模通所介護の減算」が行われた。民家改造型の小規模通所介護が増えると「小規模通所介護は地域密着型サービスへ移行」が行われ、利用者が地域限定になり、単価が大きく減額され、規模別1時間単位に変わるなど報酬改定のたびに変更されてきている。

訪問介護は、頻回な生活援助については、その必要性をチェックするために市町村へケアプランを提出することが義務化された。

③定額サービスの拡大と誘導

2005年、「小規模多機能型介護」が制度化された。これは、第一回の介護保険法改正で訪問介護、通所介護、ショートステイを1つの事業所がまとめて提供し、価格は何回利用しても上限設定されたもので（介護報酬は定額）、その市町村の住民だけが利用できる「地域密着型サービス」として制度化された。2011年には、これに看護も含めた「看護小規模多機能型居宅介護」と「定期巡回随時対応型訪問介護看護」（看護と介護を何回利用しても介護報酬は定額）が制度化されている。

2011年、「サービス付き高齢者住宅」が制度化された。これらにも上限設定サービスを併設することが推奨されている。丸抱えでデイサービスを利用しヘルパーが訪問、夜はまとめてショートステイを利用するとスタッフは効率的に動けることになる。しかし、利用者は他のところのサービスを利用できない状態になる。国は「医療介護確保資金」で補助金を出して上限設定サービスを利用するよう誘導している。

④深刻な介護人材不足

厚生労働省の『介護労働の現状』によると、介護職員（施設等）39.0%、訪問介護職員69.7%が非正規雇用となっていて、その比率は非常に高いといえる。他の産業に比べ獲得競争が激しい、他の産業に比べ労働条件が悪いという特徴がある。

そこで外国人の介護職受け入れがいくつかの方法で行われてきているが、人材不足に対応することは容易ではない。特に外国人技能実習生制度には重大な問題が指摘されている。2017年より企業の実習計画申請で最長5年働きながら介護福祉士を目指すものであるが、受け入れ機関がマージンを取り安価に働かせる等の問題が出ている。国は受け入れ機関への指導を行い、また、2019年から新たに特定技能1級と2級を設けた。介護技術と日本語試験を受け、技能実習3年以上で試験免除し最長5年働く制度となっている。

⑤施設は重度中心で厳しい運営

特別養護老人ホームは、措置の時代は国が毎年措置費を見直し経営が安定していた。しかし、2000年からの介護保険スタートからは、介護保険報酬で経営するようになり、さらに入居者が要介護3以上を原則対象とすることで、排泄や入浴、食事等の介護量が増加し厳しい経営が求められるようになっている。

(5) 保険者である市町村の役割と介護保険の財政は安定しているのか

①市町村への権限移行のスタートー「地域密着型サービス」の誕生

2005年の第1回介護保険法の改正により、全国一律のサービスから、認知症グループホーム、認知症専用デイサービス、地域密着型サービスに移行した。新たな地域密着型サービスに「小規模特定施設」と「小規模特別養護老人ホーム」が誕生し、訪問介護、デイサービス、ショートステイを3つの1つの事業所が提供する「小規模多機能型サービス」が誕生した。このことは、介護保険を都道府県から市町村へ権限（責任）を移行する始まりである。そして、2011年には、看護小規模多機能型居宅介護と定期巡回随時対応型訪問介護看護が地域密着型として誕生した。

②財源の半分は医療等からの移行

これまで医療保険で支払われていたサービスを介護保険サービスに移行させ、財源を介護保険に移した。居宅療養、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、短期老健、短期療養、老健、療養施設で介護保険1年目の介護給付の46.5%は医療保険から財源が移行したものである。老人保健法で24時間相談窓口として設置されてきた在宅介護支援センターは助成金を廃止し、介護保険の地域包括支援センターに移行する措置が取られた。地域包括支援センターの機能強化として、生活支援コーディネーター配置、地域ケア会議、在宅医療・介護連携、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員が業務追加になった。

③保険者機能強化交付金で市町村を競争させるシステムの導入

保険者機能強化交付金は、市町村の成果に合わせて現金を市町村に出す「税制インセンティブ」の規定の整備で、要介護認定率などの項目等、全国3700市町村を順番に並べ、成果の出た市町村に現金を出すという市町村競争システムの導入である。このことにより、介護保険制度を利用しないこと、または制度利用を中止すること（通称「卒業」）に評価の基準を置くという、本来の自立の趣旨から大きく逸脱するような例が全国で多発しており、サービスを利用しないことで心身状態を悪化させる者も出ている。

④介護保険財政は一貫して黒字

介護保険創設以来、全国レベルでは一貫して黒字になっている。赤字とならないのは、

保険料の引き上げ、利用料の引き上げ、給付の抑制（対象者の限定、利用者負担の拡大、第2号被保険者の利用制限等）、保険給付からの除外（介護予防給付）というサービスを利用しづらくさせる制度改定を繰り返しているからである。たとえ保険財政が健全であっても、サービス利用ができない人、費用負担ができない人が存在していることは重大な問題である。これは介護保険法の要介護者等が、自らの尊厳を保持し、その有する能力に応じた自立した生活を営むことができるよう必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る給付を行うことを目的とするという制度趣旨に反する実態であるといえる。

5. 介護殺人の潜在的リスクを高める介護保険

1997年に介護保険法が制定され、2000年度より開始された介護保険制度は、介護保険法第1条で規定するように、介護を要する者の「尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことを目的としている。そしてそれは、要介護者とその家族を社会全体で支えていくという「介護の社会化」の理念を土台として目指されてきた。しかし、近年特に強調されている「自立支援・重度化防止」¹⁵という政策の方針は、要介護者の尊厳や自立についての概念を歪めている。

日下部（2021:8）はこのような政策方針を「自立支援介護」と呼び、その問題点を指摘している。すなわち、「自立支援介護」とは、①要介護者が「自立」する、②介護サービスが不要になる人が多くなる、③介護費用が抑えられる、である。そして、新井（2021:33）は、「介護保険制度は「自立」が目的ではなく「自立した日常生活」の保障が目的」だと述べ、現在の「自立」の概念については身体的自立のみに矮小化されており、評価の対象もそれに応じており問題であると指摘している。

介護保険法は改正のたびに、目まぐるしくその内容が変更されてきた。予防重視型システムへの転換（2005年）、新総合事業の実施（2014年）、保険者機能強化（2017年）、科学的介護の推進（2021年）であるが、これらの結果、介護保険制度によるサービスが縮小され、制度から排除される市民が増加するなど問題が深刻化している。

本来、介護は要介護者一人ひとりの考え方や価値観などの個別性を重視し、その人らしい生活を最期まで支援すること意義があると思われる。しかし、これは現在の「自立支援

15 令和3年度介護報酬改定時に示された5つの強化方針のうちの1つ。

介護」の方針とは真逆であり、人権上大きな問題があると考えざるを得ない。このように現在の介護保険制度は、必要なサービスを受けられない人々を増大させている。現在の状況を放置したままでは、本人・家族の健康もいのちも守ることができない。すなわち、潜在的に介護殺人を発生させるリスクを生み出し、高めているのである。

第3節 高齢者虐待防止法の概要と課題

1. 高齢者虐待防止法の概要

急速に進む高齢化に対して、必要な介護サービスを提供するだけの社会資源は十分に追いついていない。たとえば、仕事を失った息子が寝たきりの高齢の母の介護にあたる中で、母親の年金収入に生活を依存し年金を使い込んでしまったというケースや、夜間に1人で10数名の高齢者の担当していたグループホームの職員が、利用者の爪をはがしてしまった事件など、在宅だけではなくグループホームや施設での虐待事例も頻発している¹⁶。介護保険制度の導入により第三者が家庭内に入ることによって顕在化した高齢者虐待や、職員の体制が十分ではない中での施設等での事件を前に、高齢者虐待を防止・救済するための仕組みをつくることが重要な課題であると認識されるようになってきている。

「高齢者虐待防止法」は2005年11月の成立し2006年4月1日より施行された。同法1条では、高齢者虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳を守るために虐待防止が非常に重要であることから、高齢者の虐待の防止、養護者への支援等に関する施策を促進して、高齢者の権利利益の擁護に資することを目的としていることが記されている。この法律における「高齢者虐待」とは、①身体的虐待、②養護を著しく怠ること（ネグレクト）、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待であり（同法2条イ～ホ）、家庭における養護者と介護保険等にかかわる居宅サービス事業や施設等の職員によるものは分けて考え、対応が示されている。また、同法5条では、高齢者福祉に関係ある団体や職務上関係のある者は、発見しやすい立場にあることを自覚し早期発見に努め、啓発活動や保護の施策に協力する努力義務があることが規定されている。

国民は、高齢者虐待の理解を深め施策に協力し（同法4条）、虐待を受けたと思われる高

16 『令和元年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果』によると、養介護施設従事者等に虐待判断件数は、平成30年度は644件であったが、令和元年度には644件となっており、増減率は3.7%となっている。なお、養護者による虐待判断件数は、平成30年度は17,249件であったが、令和元年度には16,928件となっており、増減率は-1.9%となっている。

高齢者を発見した者は市町村に通報する努力義務があり（同法 7 条 2 項、21 条 3 項）、生命または身体に危険が生じている場合は、市町村へ通報する義務がある（同法 7 条 1 項、21 条 2 項）。なお、早期発見と通報を促進するため、通報の際は虐待と「思われたら」でよいことになっており、事実確認する必要はなく、職務上の守秘義務違反は問われず（同法 7 条 3 項、21 条 6 項）、通報者が特定されないように配慮される（同法 8 条、23 条）。

2. 支援の方法

高齢者虐待の未然防止、早期発見・早期通報、虐待対応、再発防止の包括的虐待防止は責任主体である市町村において、高齢者虐待防止ネットワークを構築し、地域包括支援センターにおける社会福祉士等が、地域における高齢者の権利擁護と虐待防止に専門性を発揮し、支援を展開していく制度設計となっている。

高齢者虐待防止法における高齢者虐待防止ネットワークについては、次のように記されている。同法 3 条 1 項で、「国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体との連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない」とし、さらに 16 条で、「市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法第 20 条の 7 の 2 第 1 項に規定する老人介護支援センター、介護保険法第 115 条の 46 第 3 項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない」としている。先に見た高齢者虐待防止法第 3 条 1 項の「高齢者虐待の防止や早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する適切な支援」という表現からも、虐待の事後対応のみならず、未然防止を含めた高齢者虐待防止のネットワークを整備することが求められている。そして、連携の強化や民間団体の支援とともに、「その他必要な体制の整備」も含まれているので、地域における人的資源、社会資源の開発も行いながら構築していくものである。また同法 16 条で「いつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない」と記されていることから、機動性のあるシステムであることが重要である。

高齢者虐待防止ネットワークの構築については、厚生労働省が作成した手引書『市町

村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について』において示されている。2006年の介護保険の改定を受けて創設された地域包括支援センターが構築する高齢者虐待防止ネットワークを活用し、高齢者虐待の防止や個別支援の各段階において関係機関・団体等と連携協力し、高齢者や養護者・家族に対する多面的な援助を行うこととしている。このネットワークの形成・運用については、市町村および地域包括支援センターを中軸に、①早期発見・見守りネットワーク、②保健医療福祉サービス介入ネットワーク、③関係専門機関介入支援ネットワークの、機能に応じた3つのネットワークを構築し運用することとされている。

ただし、これらネットワーク構築は容易ではない。津止（2021：104-105）はあるイベントにおける参加者からの次のような訴えを紹介している。「なぜ介護者虐待防止法はないのだ。自分たち夫婦は父の介護のために収入源を絶たれ、24時間365日介護拘束を受けているような生活だ。これは介護する者への虐待そのものではないのか」。津止は高齢者虐待防止法でいうところの「養護者」とは、高齢者虐待に至った、あるいは虐待を疑われる養護者に限定されていることを確認し、日本では家族介護者に対する社会的支援はそれらに該当しない限り支援の対象とはならないことを指摘した。つまり、虐待加害者となっていない圧倒的多数の介護者は、ただ介護に従事する人的資源としてのみ位置づけられているのである。

3. 高齢者虐待防止法の課題

高齢者虐待防止法は、その附則において、「施行後3年後を目途として、この法律の施行状況を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする」と記されている。施行後、14年が経過したが、現時点で一度も法改正は行われていない。

日本高齢者虐待防止学会（2010）では、法律の課題に対応する改正案を作成し、法改正に向け国への働きかけを行っている。改正案では、①高齢者の尊厳維持回復に社会が強い関心を持っていることから、虐待の類型にセルフネグレクトを追加すること、②無認可の介護サービス事業所における虐待事例が発生し被虐待高齢者を漏れなく保護し、その尊厳の維持回復をすべきことから、介護保険の認可を受けていない入所事業所も虐待類型に含めること、③市町村は高齢者虐待防止の実施責任者として、個々の当該高齢者の状況を把握し、具体的な支援計画を策定し実施する責任を明記すべきであること等を提案している。

第4節 障害者福祉関連施策の概要と課題

1. 障害者総合支援法の概要と課題

介護保険制度の導入によってもたらされた社会福祉法制における措置制度から個人給付・直接契約方式への転換は、障害者福祉の分野にも及んだ。身体障害者福祉法などが改正され、2003年4月から支援費制度が実施された。支援費制度は、従来の措置制度から給付金方式・直接契約方式への転換を図るものであったが、サービスの利用者負担については、障害者の所得に応じた応能負担となっていた。その後、支援費制度が財源不足で行き詰まり、サービスの利用者負担を介護保険と同じ応益負担とする障害者自立支援法が成立したが、その結果、サービス利用を控える人が続出するという問題が発生した。この問題に対する批判は同法の違憲訴訟にまで発展した。

先の訴訟は原告・弁護士と国（厚生労働省）との間で基本合意書が締結され、事実上の和解となった。これを受けて、障害当事者が参加した障がい者制度改革推進本部総合福祉部会が、障害者自立支援法に代わる新法の検討を進め、新法の構想を「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言－新法の制定を目指して」としてまとめた。この提言のなかでは、障害福祉サービスの利用者負担の原則無償化や障害区分の廃止などの指摘があったが、結局それらは反映されずに「障害者の日常生活お呼び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）が成立し、2013年より施行された。

障害者総合支援法は、その目的条項に地域生活支援事業その他必要な支援を総合的に行うことに加え、法に基づく日常生活・社会生活の支援が共生社会を実現するために障害者に社会参加の機会の確保および地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するように総合的かつ計画的に行われることを基本理念に掲げている。障害者総合支援法には介護保険の優先原則が残っている。障害者が65歳になると、応益負担が課され給付上限の存在によりサービスの利用量が制約されることになるという、いわゆる「65歳問題」は解消されていない。介護保険優先原則は合理性を欠いていることへの検討の必要性に加え、加齢に伴う障害と障害者の高齢化のニーズの違いをどのように捉えて検討するのか等の重要な課題がある。

このような障害者関連施策の展開のなかで、制度設計やそれを支える理念に障害のある当事者がどのように捉えられているのか、大いに疑問の余地がある。高度な医療行為や濃密なケアを必要とする障害児・者、専門的な配慮を要する心身障害児・者などの地域生活はどのように考えられているのか。障害者福祉関連施策が障害の種類や障害区分、利用料

負担割合などによって分断され、これらの議論から障害児・者や家族が排除されていないか強く懸念されるところである。

2. 障害者虐待防止法の概要と課題

障害のある人に対する虐待の事例は、その一端が各地で発覚するたびに報道機関などで取り上げられてきた。障害のある人への虐待の特性として、障害のある人は、家庭や学校、施設、病院、職場などの生活の場において従属的な立場に置かれることが多く、この構造が虐待を生み出す要因の 1 つとなっている。そして、障害のある人に対する虐待は、本人に虐待を受けたことの認識がない場合があること、被害を訴えていくことが困難であることに加え、虐待が行われている空間の密室性や閉鎖性、周囲の無理解により適切な初期対応がなされないなどの要因もあり、その被害が顕在化しにくいという特徴がある。

このような障害のある人への虐待の実態があるなかで、障害者虐待防止法は 2011 年 6 月に成立し 2012 年 10 月から施行された。同法は、障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的としている。また、この法律で対象となる「障害者」とは、身体・知的・精神障害、その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものとされている。

障害者の介護殺人のケースで検討する上では、この法律でいうところの「養護者」への支援のあり方が重要となる。世帯の貧困や精神疾患、介護疲れなど、虐待している養護者自身が支援を必要としている場合もある。したがって、虐待対応にあたっては、障害者自身を保護するだけでなく、養護者も支援するという視点が重要となる。

現在、障害者虐待防止法が施行されて 10 年が経過したが、障害のある人々への虐待事案は後を絶たない。状況は決して改善されたわけではない。日本障害フォーラム（2021）は同法改正に向けて下記のような点を要望している。すなわち、（1）通報義務の対象に医療機関、教育機関、官公署などを含めること、（2）通報者保護についての規定を拡大すること、（3）障害者虐待の調査機関の独立性を担保すること、（4）障害者虐待防止につ

いての研修実施に障害者団体の意見を踏まえること、である。

障害者虐待防止法は、2014年の障害者権利条約の批准を念頭に成立した背景がある。障害者権利条約16条1項は、「搾取、暴力及び虐待からの自由」と題して、あらゆる形態の搾取、暴力及び虐待から家庭の内外で障害のある人を保護するための全ての適切な立法上、行政上、社会上、教育上その他の措置を取ることを締約国に義務付けている。これら完全実施に向けた取り組みが政府によってなされているのか、独立性を保った組織による継続的な監視が求められている。

小括

本章では、第二次世界大戦後から現代に至るまでの介護をめぐる政策の展開を確認した上で、介護殺人と特に関連があると思われる介護保険法、高齢者虐待防止法、障害者総合支援法、障害者虐待防止法について概要と課題を述べた。特に介護保険については、従来の高齢者福祉制度を個人給付・直接契約方式に転換したのみならず、税方式による介護保障を社会保険方式に転換した点で思い切った改革がなされたため、制度改革の特徴や動向について詳細に述べた。このような介護保険制度のあり方は、その後の障害者福祉関連施策等にも影響を与え、その後の社会福祉法制の改革のモデルとされている。ただし、これらの改革は、介護保険サービスの給付抑制・負担増を内容とする制度改革であり、介護報酬改定のたびに断行されてきたことを批判的に指摘した。改革の結果、その被害を受けるのは紛れもなく制度利用者とその家族である。

第3章 介護殺人の検討

本章ではなぜ事件に至ってしまったのか、実際の介護殺人事件を例に検討する。第1節では、いくつかの調査結果や統計から介護殺人の現状の把握をしていく。第2節では調査の概要、第3節で調査の結果について述べる。そして、第4節では事件に関連すると思われる要因について整理を行う。

第1節 介護殺人の現状

介護殺人については、それだけに特化した国の公式統計は存在しない。しかしながら、参考になる統計として、厚生労働省による「(高齢者)虐待等による死亡例」調査と内閣府の自殺統計、警察庁による犯罪統計がある。これらはあくまで参考であり、実数を表しているわけではない。そもそも介護殺人は、例えば単に「介護疲れ」といった単独の要因で発生しているわけではない。「介護疲れ」のみならず、複数の生活困難となる要因が複雑に絡み合い、事件にまで追い詰められるのが実態である。現段階では、事件の背景をふまえた上で、その要因までを分析するような公式統計は存在していない。したがって、参考にする統計に反映されない事件もあると考えられ、実際の事件数はさらに多いことが推察される。これら各統計をもとにした湯原(2017:8-16)が行った調査結果を確認する¹⁷。

1. 「(高齢者)虐待等による死亡例」調査

厚生労働省は、2006年より施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(以下、高齢者虐待防止法)」に基づき毎年調査を行っている。2006年度から2014年度までの9年度分の集計結果から、虐待等による死亡例の件数は227件、被害者は230人であった。いずれの年度においても被害者は男性より女性、加害者は女性より男性が多い。被害者の年齢で最も多い層は80歳以上85歳未満である。また、被害者と加害者との関係では、研修が多かった順に息子が親を、夫が妻を、娘が親を、妻が夫をであった。事件に至るまでに介護サービスの利用があった事件はおよそ3割から7割(2009年度より調査)とのことである。

17 湯原は各種統計以外にも新聞報道による調査も詳細に行っている。

2. 自殺統計

内閣府は、警察庁から提供を受けた自殺統計原票データに基づき、概要資料及び詳細資料を発表している。2007年度以降、自殺の原因・動機に「家庭問題（介護・看病疲れ）」の項目が新設された。2007年から2015年の9年間に介護・看護疲れを動機とした自殺者数は2,515人、うち男性は1,505人、女性1,010人だった。60歳以上の者は1,506人、うち男性904人、女性602人で全体の6割を占めている。介護・看病疲れを動機とした自殺数は女性より男性の方が多いが、その傾向は2007年から2015年までどの年を見ても変わらない。

3. 犯罪統計

警察庁は国内で生じた犯罪について、毎年動機別の集計を行っている。2007年度以降、犯罪の直接動機・原因に「介護・看病疲れ」という項目が新設された。2007年から2014年までの8年間に介護・看護疲れを動機として検挙された殺人は398件、自殺関与は17件、傷害致死は22件であった。加害者を女性に限ると、殺人は155件、自殺関与は6件、傷害致死は6件だった。加害者は女性より男性が多い。

4. 小括

湯原（2017：13-14）は、（高齢者）虐待等による死亡事例調査からは、介護している親族による介護をめぐる発生した事件で、被介護者が65歳以上、かつ虐待等により死亡にいたったものは年間25件程度であると述べている。また、自殺統計からは、介護・看病疲れによる自殺が年間250から300件程度生じていること、犯罪統計からは、介護・看病疲れによる殺人・自殺関与・傷害致死事件が年間50件程度生じていることが確認できたとしている。そして、これら3つの統計に共通する傾向として、自害・他害ともに女性に比べ男性が加害者となる割合が多いことを指摘している。

これら統計に表れた数は、いわば「既遂」となったものである。この事態の深刻さを改めて認識する必要があると同時に、この統計に表れていない命が失われたケースがあることを忘れてはならない。そして、さらに深刻さの度合いを深めるのは、その背後にある「未遂」のケースや間際のところで何とか踏みとどまっているケースが多数存在している可能性である。

第2節 介護殺人に関する調査の概要

介護殺人の発生要因を検討するために、3つの事件について調査を行った。事件に至る経過において当該家族の生活がどのように変化していったのかを裁判の中で明らかになった証言や各種資料から検討していく。

1. 調査目的

事件に至る経過において、当該家族の生活がどのように変化していったのかについて明らかにする。事件が起こる過程から、事件の社会的性格と社会的背景について検討することとする。

2. 調査方法

筆者が各事件について、裁判員裁判の全日程を傍聴した際に記したメモや裁判資料、当時報道された新聞記事等を用いて行う。なお、〈事例1〉については、当該事件が発生した地域の福祉事務所職員からの発言内容も用いる。また、各事件に関する調書等の資料閲覧について、各事件とは無関係の知人の弁護士のアドバイス¹⁸を得ながら所轄する検察庁記録係に閲覧の申し入れを行ったが、〈事例1〉と〈事例2〉については保管検察官の判断により閲覧は認められず、〈事例3〉については訴訟係属中¹⁹との理由で閲覧することはできなかった。

3. 研究倫理

事件に関する記述は当該事件が起きた地域や関係者が特定されないよう匿名化した。また、検討を行った内容は市民に公開された裁判において聞き取りを行ったものであり、「人を対象とする研究倫理審査」について佛教大学倫理審査委員会で審査する必要性はないとの判断を同大学側より得た。なお、福祉事務所職員の発言内容については、当時結成された調査グループが福祉事務所を訪問し懇談した内容を同グループのメンバーから入手

18 訴訟関係人以外が研究目的で閲覧する場合、根拠は刑事訴訟法53条1項、刑事確定訴訟記録法4条、記録事務規程となり、原則的には閲覧は可能である。ただし、例外的に刑事確定訴訟記録法4条2項に当たる部分は保管検察官により閲覧を制限される、とのアドバイスを受けた。

19 〈事例3〉は現段階で控訴審となっており、本研究で扱う事実は第一審の内容となる。なお、被告人は殺人の事実については争っていない。

したものである²⁰。

4. 事件の選択理由

＜事例1＞については、同一世帯に要介護者が2名おり介護者の心身の負担は重いと思われた。しかし、被告人となった介護者は「介護するのは嫌ではなかった」と証言しており、事件に至る要因には介護負担以外の要因がある可能性があることが推察された。公判では介護者が事件に至るまでの心情を語っている場面があり、その言葉を手がかりにして事件が発生した理由を明らかにできる可能性があるため検討の対象として選択した。

＜事例2＞については、高齢の母が障がいのある子を殺害した事件である。事件前より行政や別居の親族は当該世帯の異変を認識しており、介護のサポート等を申し出ていた。しかし、介護者はそれに応じることはせず、事件に至ってしまった。積極的なサポートが得られる可能性があったにもかかわらず、なぜそのサポートを受けなかったのかについて明らかにする必要があるため、検討の対象として選択した。

＜事例3＞については、20代の娘が60代の母を殺害した事件である。もともと仲の良い親子であったが、母の脳出血後遺症への介護負担が増大していった。20代の若者の生活が介護中心となっていく中で周囲のサポートは得られなかった。このような若者が自身の生活を犠牲にして家族の介護を担わなくてはならないことの背景をふまえ、彼らが事件にまで追い込まれていく要因を明らかにする必要があるため、検討の対象とした。

なお、これら3つの事例は、それぞれ加害者と被害者の家庭内の属性が異なり、実際の支援の場面では各関係性に配慮した専門的な支援方法があるはずである。しかし、本研究ではあえて属性のことなる3つの事例を取り上げている。これは、現代社会において家庭内の属性を問わず介護問題が深刻化していること、すなわち介護殺人がさまざまな関係性の中で発生していることを表す重要な点だと考えるからである。

第3節 介護殺人に関する調査結果—事件の概要

1. ＜事例1＞「親子3人による心中事件」

①事件までの経緯

長年一緒に暮らしてきた、父親（70代）と母親（80代）、娘（40代）の3人は互いに支

20 調査グループメンバーから入手した情報は、事件当時に新聞報道もされており、その内容は一致している。

え合い慎ましく暮らしていた。新聞配達員をしていた父親にはもともと腰痛はあったが、事件の半年前より手足のしびれを感じるようになっていた。それはしだいに強くなっていき、手足の感覚を失い配達用のバイクで転倒することもあった。受診の結果、そのしびれの原因は頸椎を圧迫する病気にあることが分かった。治療が進まず数カ月後には歩くことも困難となり、事件直前には髭を自分で剃ることもトイレに行くことも不可能な状態で、おむつを使用するほどであった。主治医からは手術をしても完全な回復は難しいであろう旨が説明されたという。

一家の生計は父の新聞配達による給料（月収約 18 万円）で支えられていたが、父は職場に迷惑をかけるという自らの辞めた。これまで大きな病気もしたこともなく、健康に自信のあった父親は失職してからというもの、生きる力をなくし「辛い」という言葉を漏らすようになっていた。日に日に弱っていく父親の様子を間近に見ていた娘は「かわいそうだ、惨めだ」と思っていた。

母親は事件から 10 年以上前にも膜下出血で倒れ、しだいにパーキンソン病や認知症の症状がみられるようになっていた。医療機関での診察を受けたこともあったが、認知症の影響で血圧を測る、聴診器を胸にあてるという行為にも抵抗する状態であった。また、点滴をする場面でも暴れてできなかった。徘徊しては行方不明になる、家の中の引き戸を何回も開けたり閉めたり、昼夜問わず大声を上げる、「死んじまえ」「こんちきしょう」などと家族に暴言を浴びせるなど、客観的には介護による負担が重くなっていった。しかし、娘はそのような状況であっても介護のことは一度も辛いと思ったことはないと言っている。もう一緒に居たくないなどとも思ったことがないと語った。事件当時、母親の病状は進行し、もはや自力で歩くことはできなかった。また認知症のために娘らのことも認識できない状態であったが、娘は筆談やジェスチャーなど工夫して意思疎通を図ろうと努めていた。

娘にとって、母の介護をすることは決して辛いことでも嫌なことでもなかったが、一家の大黒柱として頼りにしていた父親が急な病に倒れ、収入も途絶えるという中で、今後の生活に大きな不安を抱いていた。それまでの経済的にも精神的にもぎりぎりだった生活は一気に破綻へと向かっていった。

娘は生活保護の相談に市役所の窓口を訪れ、担当職員より制度の説明を受けた後、申請することができた、その 4 日後には市役所職員による自宅への訪問調査が行われた。生活保護が受けられるのかどうか、結果が分かるまで約 2 週間から 1 ヶ月はかかるという内容

の話しが職員から娘へ伝えられた。公判において娘は、訪問調査を受けたときの印象を「私の中では調査に来たから、これでこれからは大丈夫という安心感はなかった」と振り返っている。また、姉にあてた携帯電話のメールには、「生活保護が受けられるか不安」と記した。

母に対し介護保険サービスを利用するために、生活保護の手続きと並行して要介護認定の申請手続きも行われていた。それまで介護保険サービスは全く利用していなかった理由について娘は、「介護保険料をずっと払っていなかったから、相談することは敷居が高かった」と説明した。また、在宅介護ではなく、施設などを利用するということを選択することもなかった。それは施設入所のための経済的な負担が重いという理由の他に母親の暴言や暴力が施設に迷惑をかけるのではないか、あるいは施設の職員から母親がいじめられるのではないかなどの心配があったという。

事件後に筆者が行政担当部署の職員よりヒアリングを行ったところ、行政側の認識としては、「何ら問題なく生活保護申請後の手続きは行った」「今回の事件がなぜ起こってしまったのか分からない、戸惑っている」というものであった。そして、逮捕後に行政職員が面会したところ娘は「生活保護だけは受けたくなかった」²¹という趣旨の話をしていてことを明かした。

事件が起こる2日前、夕飯後に父親はこう切り出したという。「Aちゃん（娘の名前）、3人で一緒に死んでくれるか。お母ちゃんを残していくのは可哀想だから」。娘は「いいよ」と即答した。「歩けないから川に入って死にたい。自分の手術日までにはやろう」、父は続けた。娘はこのときの心境をよく覚えていないとしながらも、「若いころから死にたいと思うことがよくあったから、あまり死というものに抵抗がなかったのかもしれない」と述べた。とにかく死ぬのであれば、家族3人が一緒じゃないと意味がないと思ったと語った。

翌日、生活保護制度の手続きの一環である行政職員による居宅への訪問調査が行われた。ここでは現在の暮らしぶりのみならず、過去の生活歴などプライバシーに関わることも含め聞き取りが行われた。娘は父親が行政職員に話す過去の人生を傍で聞きながら、「今ま

21 生活保護制度に対する忌避感、スティグマは未だ非常に強い。2020年3月、東京で84歳の姉が要介護状態の82歳の妹を殺害するという事件が発生した。事件前、担当ケアマネジャーから生活保護の利用を勧められていたが、姉は「税金をもらって生きるのは他人に迷惑をかける」と考え利用には至らなかったという（2021年12月3日朝日新聞朝刊）。最後のセーフティーネットである生活保護制度がより利用しやすくなり、有効に機能することが生命を守ることにつながるはずである。そして、それだけではなく、新たな生活の展望を見出していくところこそ、この制度の重要性がある。

での人生…仕事も転々として惨め…高校も中退で惨め…父も同じような人生…親子一緒なんだなあって。あまりにも惨めに感じました」と証言した。訪問調査を受け終わった後、娘は「死ぬのを早めよう」と思ったという。この娘の証言から、調査の場面で果たして娘の心情に配慮した適切なやり取りが行われたのかという疑念を抱かざるを得ない。これは制度利用にいたる手続き過程に重大な問題があるといえるのではないだろうか。

②事件当日

以前から決めていた決行日の昼過ぎ、娘は母親を軽自動車の助手席に、父親を後部座席に乗せ自宅を出発。娘が運転する車は以前に家族でドライブに出かけたことのあるという隣県のダム湖に向かった。娘は「そのまま車ごとダイブできる場所があったらそこでもいい」と思って車を走らせた。確実に3人が一緒に死ぬる方法を探していた。しかし、周囲にそのような場所を見つけることはできず、以前に下見をしてあった河川敷へ向かった。父親は途中、電車に突っ込もうかとも言ったが、それには娘が反対した。事故後の損害賠償の請求などで親族に迷惑をかけてしまうと考えたからであった。

同日18時、辺りが暗くなった頃、3人を乗せた軽自動車のエンジンはうなりを上げて河原を疾走し、そのまま川の中へと突っ込んだ。その瞬間、娘の耳には「Aちゃん、ごめんねー！」という父親の声が聞こえたような気がした。浸水し始めた車は途中で停車した。「冷たいよー！冷たいよー！」と叫ぶ母を娘は水に浮かべるようにして、車外へ引っ張り出した。そして父親も何とか車外へ出した。娘にこのときの詳しい記憶は残っていない。ただ、自身の足が何とかまだ着いていたこと、両親は浮いたような状態になっていたことは覚えている。右手で母親、左手で父親を必死に掴んでいた。そこから3人一緒に死ぬべく深みへと歩みを進めて行った。「死んじゃうよー！死んじゃうよー！」と恐怖におののく母親はそう叫んだという。娘は「ごめんね、ごめんね」と謝り続けた。そして次の瞬間、父親が手から離れていった。辺りは漆黒の闇であり、たちまち行方は分からなくなってしまった。娘はこのときの様子を「父が私のことを突き放したように感じた」と証言した。娘自身も深みで溺れ、川の水を大量に飲みながら母親とともに流されていた。苦しみに耐えかねて何とか川面に顔を出しては水を吐くことを繰り返した。その中でいつしか母親が動かなくなっていることに娘は気付いた。どれほどの時間が経ったのか分からない。

「ふと父が足を掴んでくれたのかと思って一瞬喜んだ」と娘が感じたのは、自身の足が川底に着き、引きずられるような感じがしたときだった。そこから娘は母の遺体を川岸に

引き上げた。河原に腰かけ、母が川に流されることのないよう夜明けまで注意していた。途中、娘は河原で少し寝たり、歌を唄ったり、夜明けに行き交う鳥を眺めたりしていたという。

朝になり、現場近くを通りがかった市民により母の遺体とともに居た娘が発見された。その後、午前中のうちに警察により入水地点から約1、5 km下流で父親の遺体も発見された。両親ともに溺死であった。娘は母に対する殺人と父親に対する自殺幫助の疑いで逮捕された。

判決では、動機に情状酌量を認めた上で、「社会的な援助を受けることもできたのに、(略) 生命を軽視していたものといわざるを得ず、(略) 被告人の意思決定は相応に批難されなければならない」として懲役4年(求刑懲役8年)が言い渡された。

2. <事例2> 「障がいのある娘の母による事件」

①事件までの経緯

事件の16年前、家族が頼りにしていた温厚な父が病気で急死すると母と娘2人きりの暮らしが始まった。母は頼りにしていた夫を亡くしてからというもの、気分の落ち込みが大きいくつ病と診断されてから現在に至るまで治療を受けてきた(精神障害者手帳3級を取得)。娘は知的障害(IQ:36、精神年齢は6歳4月程度)があり、地元の特別支援学校を卒業した後は作業所に通いお菓子作りなどに熱心に取り組んでいた。明るく元気な性格であり、周囲との関係も良好であった。

一家の収入は、母の厚生年金の月約12万円と娘の障害年金の月約8万円を合わせた月20万円ほどであった。貯金は300万円ほどあり、とくにお金に困るということはないという。

事件が起こる半年前、朝いつもなら目覚まし時計の音で起きてくる娘が来ないことから様子を見に行った母がベッド上でぐったりしている娘を発見した。母はすぐさま救急車を要請し、病院へ搬送された。脳出血の診断であった。治療の結果、当初あった麻痺も軽減し何とか独歩が可能なレベルまでに回復した。しかし、排泄や入浴については介助を要し、もともと快活であった性格が全く反対に元気もなく意欲が低下したような様子になってしまっていた。母はその様子を「抜け殻のよう」だったと話した。

約3か月間におよぶ入院の期間、娘は母の様子が見えなくなると大声を上げたり物を投げたりするので、母はほとんど泊まり込みで看病していた。本人がたくさんの点滴やチュ

ーブにつながれている様子を見て母は、「なぜうちの子ばかりが小さな頃から辛い目に合わなければいけないのか。あんまりにも可哀そうだ」と感じた。入院中は母が付き切りでいなければならず、母の体力は限界にまで達していた。退院前、主治医から病状説明と退院日についての話しが母と母の妹同席のもとで行われた。主治医からの話しでは「本人の全身状態からして、再発の可能性はゼロではないが低い」ことが話された。しかし、ここで母は再発する可能性もあると解釈して思い込み、「脳出血の原因はストレスですか。うつりますか」と何度も主治医へ質問したという。このエピソードからは、母親のこの病気についての理解が十分だと言えなかったことが推察される。また、入院中に知り合った他の家族から「脳出血は繰り返す病気」などと聞かされ、これ以上娘を苦しませるわけにはいかないと考えた。母は主治医や看護師に向かって「連れて帰って一緒に死にます」「退院する日は最後の日だから」などと話した。

退院後の自宅での娘の様子といえば、一人でトイレには行けず、また尿意や便意の訴えもなく一日中オムツを付けていた。やはり元気がない様子で、親子で会話することはほとんどなくなってしまっていた。病前に行っていた作業所には退院後 4 回行ったが、その後はしだいに足が遠のいていってしまった。

その頃、母は胃腸炎で入院したことがある。その入院中にも母は看護師に対し、自宅には介護を要する娘がいること、もうすぐ一緒に A 岬に行って身投げしようと思っていることなどを話した。看護師は「死んではいけない。市役所で相談した方がいい。今の福祉は発達しているから」などと伝えたという。

家に戻った母は、菩提寺の住職に電話をした。心中する前に仏壇を処分するつもりだった。長年にわたり世帯の様子を知っていた住職は心配になり、仏壇を処分する理由を聞いた。すると母は「私は子どもと一緒に死にます」と答えた。住職はこれは冗談ではないと感じ、「それは殺人だよ」と言った。しかし、母は「それでもいいんです」と返したという。

また、母は銀行口座をすべて解約することにした。顔なじみの銀行員に母は「家売って遠くへ引っ越す」「A 岬に行って死のうと思う」などと話した。これらの話しを聞いた銀行員は心配し、母の妹へ連絡を入れた。

それからおよそ 2 週間後の夕方、母は思い立って娘と一緒にタクシーに乗って A 岬をめざした。A 岬が近づくと、タクシーの運転手に「ここで命を絶ちます。海に飛び込んでも遺体が浮かばないところはどこですか」と尋ねた。それを聞き驚いた運転手は「それでは降

ろすわけにはいかない」と言い、そのまま親子を乗せ警察へ向かった。

地元の警察官が母へ「自殺をしたいのか」と尋ねると、母は「生きてるのがつらいもんで死ぬために来たのです」「もうしんどいんです。一日も早く死にたい」「この子の世話が疲れるんですよ」と答えた。警察官が「娘さんは別の人格なんだから一緒に死んだらいけないよ」と言うと、母は「そんならあんたらが娘の面倒をみってくれるんか」と言って怒った。母は脳出血が再発したら娘がまた苦しむだけ。なぜ私たちだけが不幸な生活を送らなければならないのか、と思った。その日の深夜、妹夫婦が親子を迎えに行き自宅に戻った。早朝に自宅に帰った母は「家に着いてほっとした。死ななくてよかった」と思った。妹夫婦は「他人に迷惑をかけてはいけないよ」などと言ったが、母は「関係ないやんか。誰にも迷惑はかけていない。私はこの子の将来が心配なの」と言った。妹らは「私たちも手伝うから」と言ったが、母は「この子は私以外はあかんのや」と答えた。

それから2日後、警察から連絡を受けたという障害関係の行政職員が自宅を訪問した。母はここでも「もう死ぬ」と伝えた。行政職員は現状で利用できるサービス、介護保険などの制度利用について説明した。このとき母は「周りが心配してくれるので、もう少し頑張ってみる」と語った。この言葉を聞いた行政職員は、準備してきた母の措置入院の対応は保留として次週必ず訪問する旨を伝えた。しかし、母の内心で「市の人はいろいろと力になると言ってくれたが、私はもう死ぬつもりなので関係ない」「もう遅い」など思っていた。

②事件当日

その日もいつもと変わらない時間が流れていた。昼、冷蔵庫にある残りのものを二人で少し食べ、テレビを眺めていた。「今日死のう」と母が思ったのはすでに夕方4時くらいだった。母は、自宅から少し離れたところにある温泉街に向かうことにした。タクシーでいくつか宿を案内してもらいながら部屋に風呂があるホテルを探した。あるホテルにチェックインし部屋に入るとすぐに浴槽にお湯をためた。この間、母も娘も無言だったという。「この風呂で死ぬんだ」と母は思った。その後、2人は一緒に夕飯を食べに行き、ジュースで乾杯をした。「最後の乾杯やな」と思った。

夕飯中、母は娘の椅子が濡れていることに気づいた。下着を替えてあげなければと思ったが、替えのものを準備していなかった。ホテルの人に聞くと男性用のものなら販売しているとのことで、それを購入した。母と娘は部屋に戻り部屋に鍵をかけた。ズボン、パン

ツ、パッドを外した。そして男性用のパンツを履かせた。そのときふと、ホテルの従業員が来るのではないかと思い、「早く死なないと」という思いが強くなった。覚悟を決めた母は娘と一緒に浴室に入った。服を着たまま浴槽に入り正面向かい合って座った。そして母は娘の上に馬乗りになった。娘は「いや、怖い！」と言って抵抗した。娘は抵抗して水面から頭を出したりしたので、母はパニックになった。紐で首を絞めてもみたが娘が苦しうだったのでやめた。そのときの記憶はあいまいだが、力に任せて娘の頭を沈め続けた。動かなくなってしまった娘を見て思ったのは、楽にしてあげることができたということだった。開いていた目をそっと閉じてあげ、心のなかで「ごめんね、お母さんもすぐに逝くからね」と言った。

母は風呂の湯を大量に飲んだり、鴨居に浴衣の帯をかけ首を吊ろうとしたが死にきれなかった。翌日、チェックアウトの時間なっても出て来ず応答のない親子を不審に思ったホテル従業員が警察に通報。二人がずぶ濡れの状態で倒れているところが発見され、母は一命を取りとめたものの、娘はその場で死亡が確認された。

母は裁判で「私だけが助かってしまった。助けた人を恨んでいます。娘への約束を果たすことができなくなってしまった」「娘が退院したころから、一緒に死のうと思っていた。体力的、精神的に限界だった」「脳出血は再発すると思った。娘にこれ以上辛い思いをさせたくないと思った」「退院後の娘は変わり果てた様子だった。生きる力を失っているようだった。私以外に世話を出来る人はいない。自分が先に死んだらこの子は一人では生きていけない。障害者をもつ親の責任として、この子と一緒に死ななくてはいけないと思った。そのような生活の中で希望を持つことはできなかった」と語った。逮捕後に行われた精神鑑定では、うつ病だけでなく、軽度知的障害（IQ=67）のあることが指摘された。

検察側は、「うつ病や知的障害があっても、犯行当時それを思い止まる能力が著しく低下していたとまでは言えない」として懲役 5 年を求刑した。一方弁護側は「犯行はうつ病などの精神症状の影響を受けたもので、完全な責任能力があるとは言えない」と述べ、執行猶予判決を求めた。その結果、裁判所は「被害者としての人生があることに思いを致すことなく、心中目的で被害者を殺害したことは、決して許されない」として懲役 3 年 6 か月の実刑判決を言い渡した。

3. <事例3> 「20代の介護者による事件」

①事件の概要

ある地方で、娘（20代）が介護を必要とした母（60代）を殺害するという事件が発生した。娘と母は二人暮らしで、脳血管疾患の後遺症により母が要介護状態になって以降、娘が一人で母の着替えや食事、排泄の世話などに加え家事全般を担っていた。

しだいに娘は心身共に疲弊していき、あるときの母の言動に立腹したのをきっかけに母の首にメジャーで巻き付け、頭からビニール袋を被せて首を絞めるなどして死亡させたものである。

母を殺めた後、娘は自身の首や手首を数十か所に渡りカッターナイフで切ったり、鎮痛剤の多量服薬によって自殺を図ろうとしたが、いずれも目的を果たすことはできず、犯行から数時間後に自首するに至った。

裁判員裁判で、娘は「殺そうとは思っていなかった」と明確な殺意は否定した。「お母さんの首を絞めているとき、誰か私のことを殺してでもいいから止めてほしいと思っていた。途中で止めたい気持ちもあったができませんでした。それがなぜなのか自分でも説明ができません」「母は私にとって大切な存在、精神的な支えだった」「母に大変なことをしてしまった。もう生きていけないと思って自殺しようとした」と話した。

判決は「被告はうつ病の影響で判断能力が低下し、母の病状悪化もあって精神的に追い詰められていた」と指摘した。しかし一方で「最初は毛糸で首を絞めて手加減するなど、自分の行為を十分に理解している。うつ病の影響は大きいとは言えない」とした。その上で「強い殺意に基づいた犯行である。親子間の言い争いがきっかけであり、動機は短絡的だ」として、懲役5年の実刑判決となった。

②事件に至る経過

もともと母の日常生活動作能力は自立していた。しかし事件から3年前、母がスーパーでの買い物中に倒れ、病院へ救急搬送されたのをきっかけに生活状況が大きく変わっていく。

母は脳出血と診断され、すぐに手術施行、その後リハビリを受けることになった。娘はほとんど毎日病院へ見舞いに通った。母の身体の状態は回復傾向にあったが、後遺症として半身麻痺、構音障害が残った。当時のリハビリ担当者作成の報告書には「屋内は伝い歩きレベルで屋外は転倒の危険性が高いので付き添いや介助が必要とされる状態」と記載されていた。入院中に病院からの勧めで要介護認定の申請を行い、要介護2の認定結果となっていた。退院のための準備として介護保険制度を利用し電動ベッドのレンタルと入浴用

の椅子を購入した。この準備について、弁護士から娘へ「居宅介護支援契約をしたがその意味はわかりますか」と質問したところ、娘は「分かりません」と答えた。娘はそのような状況ではあったが、病院職員やケアマネジャーからのサポートを受け退院の準備を進めていた。

入院から約3か月後に自宅へ退院。自宅は公営住宅の4階だがエレベーターはなく、階段を使用するしかなかった。このとき階段昇降は娘の見守り下で何とか行うことができた。また、排泄や着替えも何とか自力でできた。ただし、娘は当時の母の様子について「病気になる前はよく話してくれていたのに、会話が弾まなくなってしまった。何もかも興味を失ってしまったような。活舌も悪くて聞き取りにくくなってしまった。表情も暗いし、話しをしてくれなくなった。とても変わってしまった感じがして寂しかった。本当は母も辛いんだと思った。病気になる前はいっぱい話してくれたのに暗い母になってしまった。とても差を感じた」と公判の中で語った。

退院後から母の担当となったケアマネジャーは、契約終了までの約1年間に計10回自宅訪問をしたが、いずれも玄関先での対応だったという。娘が担当ケアマネジャーに会ったのは初回訪問時のみだった。要介護認定から1年後、要介護認定の更新時期を迎え、担当ケアマネジャーは要介護認定の更新を勧めたが母と娘は断った。その理由は要介護認定の更新に必要な主治医意見書を書いてもらうために「私一人では病院に連れて行けなかったため」と娘は説明した。なお、退院後から当時に至るまでの約1年間、母が病院嫌いとの理由で一度も病院受診はしていない。しかし、このときの状況について弁護士からの「誰かが助けてくれたら受診に行っていましたか」の問いに、娘は「はい」と答えた。

それから半年後のある日、母は急激に歩けなくなり、立ち上がることさえ困難になってしまった²²。立とうとしても尻もちついたり横倒しになったりしていた。そんな様子を毎日見ていた娘は、転倒を予防するために母に「座って動いて」と言った。母はそれに従ってくれた。

母は発語がスムーズにできず、呂律が回らない、会話しても主語がなにか分からないという状態であった。そして食事の際にはスプーンも使えない状態になってしまった。食事を食べる量も減っていったので娘が食パンに冷凍食品を挟んだものを作ってあげたりしていた。3食食べる以外では、母からの希望はなくても娘はコップに水を入れ、1時間から2

22 このときの様子について、証人として裁判に参加していた医師は、あくまで推測と断った上で、母の様子からして脳梗塞などの脳血管疾患が発症した可能性を指摘した。

時間くらいおきに確認して水を足したりもしていた。着替えも一人ではできないので娘が介助した。下着やズボンは母をトイレに座らせて脱がせたり着せたり 1日に1回はした。尿で漏れてしまったときはその都度気づいたときに着替えさせた。風呂に入れるのは難しいので、娘が3日に1回くらいタオルで体を拭いてあげていた。トイレへは母がいざって行っていた。何とか自分でできたときもあるが、体調が悪いときは服に汚れがついているときもあった。いざって行ってもトイレ前の段差で倒れて動けなくなって、ばたばたともがいているときがあった。そんなときは、娘がトイレに行きたいのかを母に確認して、そうであれば両脇に手を入れて体を持ち上げてトイレに座らせた。そして少し立ち上がってもらいズボンと下着を下ろすことをした。失禁は週に何回かあった。母が自分でなんとかトイレまで行ったものの、自分で膝の下まで下着を下ろせず漏らしてしまう。臭いや床が濡れていることで娘は気づく。その都度、娘が着替えや清掃など対応した。母はおむつをすることについては抵抗があったので娘のナプキンで代用した。

娘はこのような毎日からしだいに疲弊していった。公判で娘は当時を振り返り「色々と悲しかった。私はなんでこんなことしなければいけないのかと思っていた」と語った。トイレの後でも母は自分で手を洗えなかった。そのことについて娘は「いい気持ちではなかった」と感じていた。母がその手で冷蔵庫を開けるようとするのはやめて欲しかった。母へは「自分で開けないでほしい」と伝えた。そう言うと大抵はすぐにやめてくれた。しかし、そのお願い自体を忘れてしまうこともしばしばあった。座って移動してほしいと言っているのに立ち上がろうとしてしまうことがあった。娘は母に対して「なにか欲しいものがあれば私を頼って欲しい」とも言ったが、母はあまり頼ることはなかった。なぜ頼ってくれないのかと母を叩いてしまうこともあった。

ある日、娘は母が自分の手首を切ろうとしているところを目撃する。母は娘に迷惑をかけるのが申し訳ないと思ったからと言った。娘は強くショックを受け、絶望感を抱いた。

事件当日、その日は母の体調は比較的良いようだった。母が小腹が空いたというので、娘は焼きおにぎりを作ってあげた。一時間後くらいにまた冷蔵庫を開ける音がしたので見に行き「なにかお腹が空いているの？」と聞くと、母は「なんとなく開けた」と言った。用もないのになぜ開けるのかと腹立たしく思った。そこから言い争っているうちに母は「もう寝る」と言った。なんでそういう態度を取るのかと口論になってしまった。「私を頼って欲しい」と言ったが、「うるさいな」と母。娘は自分を困らせるために、母がわざと冷蔵庫を開けているのだと思った。

娘は冷静になろうと廊下へ出た。すると近くに落ちていた毛糸が目に入った。とっさにその毛糸を母の首に巻いて脅かそうと思った。何回お願いしても言うことを聞いてくれなかったので他の方法で懲らしめてやろうと思った。そして、座っていた母のその首に毛糸を巻き付けた。しかし母は全く怖がりもしなかった。力を入れて締め上げた瞬間、思ったよりも早く毛糸が切れてしまったので、次に近くにあったメジャーを母の首に巻いた。母は手足をばたつかせ、「あー」「うー」とうめき声を出した。咄嗟に娘はその声を聞きたくないと感じパニック状態になり、声が聞こえないようにビニール袋を被せ、そしてその上から首をさらに圧迫した。娘は途中、「誰か私を止めてほしい。私を殺してでもいいから止めてほしい」と思っていた。どうしても自分では止めることができなかった。娘は「母に大変なことをしてしまった。もう生きていけない」と思い、後を追うつもりで自殺を図ろうとしたが死にきれず自首するに至った。

③生活状況と娘の心情

娘が小学生の頃から父親にはアルコールに関連した問題があった。複雑な家庭環境の中で娘はしだいに小学校へ行くことができなくなっていった。当時のことを娘は次のように証言した。「小5までは両親との三人暮らしだった。小5のときから学校に行けなくなった。家がごたごたして。お金のことでいつもお父さんとお母さんが喧嘩していた。お父さんはお金にだらしない人。お父さんから学校に行かないなら家から出て行けと言われ、母親と一緒に茨城の祖母のところで住むことになった。でも小学校は結局卒業まで1回も行けなかった」。

中学生になってからも不登校傾向は変わらなかった。その後、通信制高校、アニメの専門学校を卒業したが就職はしなかった。娘はこのときを振り返り「甘えてしまった」と語った。娘は絵を描くことが好きだった。そのための画材や本などを月に2~3回買いに出かけていた。弁護人が問う。「友達と言える人はいましたか」。娘「いません」。弁護人「お母さんはどうですか」。娘「いなかったと思います。お母さんも私も人付き合いがうまくないので」。弁護人から母の人柄やどのような存在だったのかを問われると、「やさしい人だと思う。私のことをいつも気にかけてくれる。病気で倒れるまでは。私が外へ出かけてバスで帰ってくる時には危ないからと言ってバス停まで毎回迎えに来てくれました」と答えた。

経済状況については、母も本人も無職であるから母の貯金を取り崩したり、祖父母から

の援助を受けるほか、父から月 5 万円が家賃として振り込まれることで何とか維持していた。しかし、母が倒れてからは家賃や水光熱費を除いて月 3 万円で何とかやりくりしていた。娘は経済的な不安を抱きつつも生活を何とか維持しようと努めていたのである。

事件前、1 度だけ娘自ら外部へ SOS を発したことがある。事件が起きる 3 日前、娘は祖母に連絡している。「もう限界、助けてほしい。お祖母ちゃんが思っているほどお母さんは良くないんだよ」。すると祖母は「市役所に相談に行ったら」と言った。しかし娘はそれは正論にすぎないと感じた。娘は自分のことを人見知りで他人を信用できないと思っていた。両親は正式に離婚してなかったから市役所ではお父さんを頼ったらどうかと言われると思った。それが嫌だった」。このとき娘は大泣きして電話をかけている。しかし祖母からの言葉は「正論」であり娘の負担を軽減することにはならなかった。幼少期からの父親との複雑な関係や葛藤があることからすれば娘が上記のように懸念するのも無理はないと思われる。対人関係をつくるのが苦手で友だちは一人もいなかったと告白する娘が一人で自治体窓口に出向き、父との関係も含めて現在の生活困難な状況を相談するということは相当な労力を要するし、それは実質的には不可能であったであろう。

もともと母と娘との関係は良好であった。父のいた生活困難な環境から二人で飛び出し、その生活が長くなる中で互いに支え合って生きてきた。病前の母はよく会話し、娘の不登校も優しく受け止めてくれたこと、母は外出した娘を心配し毎回バスの降車場まで迎えに来たことなど、娘が告白するように母の存在はまさに「心の支え」そのものであった。また、母からのそのような信頼は娘にとっては自身の存在を確かめるものとなっていたのではないかと思われる。

しかし、そのような関係性が母の病気をきっかけに崩れていってしまった。脳出血の後遺症による影響かははっきりとは確認できないが、母は別人のように話しをすることがなくなり、着替えや食事、排泄など日常生活全般にわたり介護を要する状態になってしまった。しかし、そのような状況の中でも娘は自分なりに懸命に介護をしていた。母はしだいに「死にたい」などと口にするようにもなった。娘はたまたま「そのようなことを言わないでほしい」と言って母に手を上げてしまうこともあった。そんなときでも、母は「あなたは優しい子だから無理して抱え込んでしまう」などと言っていたという。母子は二人きりの閉じられた関係性の中をますます強めていった。

④ 追い詰められるまでの経過

「お母さんの首を絞めているとき、誰か私のことを殺してでもいいから止めてほしいと思っていた」と娘は証言した。母を殺めてしまったことへの後悔を口にしながらも、なぜその行為に至ってしまったのか、その理由を「自分でも分からない」と言って説明することができなかった。これは自身がなぜそのような状況にまで追い込まれてしまったのか、その問いと同義である。娘は決して母親が憎くて首を絞めたのではない。事件に至る前に果たして娘はどのような行動を取れば良かったのだろうか。娘の立場にあって、現実的に何を期待できたのだろうか。

検察官は求刑の際の弁論において「この事件は介護殺人の事案ではない。母の介護は客観的にみて負担が重いとは言えない」と述べた。ここに介護についての理解不足を感じずにはいられなかった。介護は単に身体的な世話だけを意味するわけではなく、気遣いや配慮などの精神的な関りやコミュニケーション、それらの関係性も含めた広い概念として理解される必要がある。その意味で介護はケアの概念に含まれる。しかし現実的にはこの検察官の介護への理解は特別なものではなく、むしろ現代社会における一般的な理解であるのかもしれない。また、客観的な評価のみによって介護負担の大きさを判断することは困難である。それは当事者の置かれた生活環境から影響を受けた主観面に大きく左右される。重要なのは負荷のかかった当事者が、そのとき現実的に状況を改善させるための他の取りうる手段を選択できたのか否かである。そのような具体的な代替手段が存在していたかどうか、そしてそれを選択し実際に利用できる可能性があったかどうかまで検討される必要がある。

母と娘は病院職員と退院後しばらくの介護保険制度上のケアマネジャー等を除き、二人の閉じられた関係の中だけで生活していたことになる。娘によると、退院後の母は病院嫌いとの理由から一度も受診することはなかったという。しかし理由はそれだけなのか。約3か月間に渡る入院生活に母が馴染まなかったというエピソードはない。入院治療を受け、リハビリにも取り組む姿からは病院嫌いで診察を受けたくないという強い拒否は感じられない。娘が証言するように、自宅から病院まで移動することができなかったことは受診の際の具体的なハードルとなっている。事実この点について、弁護人から「もし誰かに助けってもらったら受診したか」と問われ、娘は「はい」と答えている。また、介護保険も退院後しばらくは利用していたが、要介護認定の有効期間が失効すると同時に支援の対象とはなくなってしまう。こうして母と娘はいよいよ社会から孤立していった。生きる気力を失ってしまったような母であってもその母は娘の唯一の拠り所であった。自分を

これまで信じてくれた唯一の存在であった母からの信頼感を得られなくなったとき、娘は絶望感を抱いたのではないか。母からの信頼を失うということは、娘自身の存在の承認が得られないことを意味する。誰か一人でもこのとき母と娘の存在を気にかけて、信頼関係が構築できる第三者がいれば最悪の事態は避けられたのかもしれないと思わずにいられない。

第4節 介護殺人事件に関すると思われる要因

本節では、先の各事例について事件に関すると思われる要因について整理を行う。

<事例1> 「親子3人による心中事件」

<p>事件と関連すると思われる要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母は認知症のため意思疎通が困難であった。暴言暴力、徘徊、大声もある状況だった。またパーキンソン病もあった。日常生活に常時介護を要する状態だった。 ・ 娘はうつ傾向であった。受診歴はない。若いころから死にたいという気持ちがあった。 ・ 介護保険料滞納のため、サービス利用できなかった。「相談すること自体、敷居が高かった」 ・ 施設は経済的負担から選択できなかった。 ・ もし母を施設に入れた場合でも、母が迷惑をかけるのではないか、または、施設から母がいじめられるのではないかと心配していた。 ・ 生活保護申請後の訪問調査を受けた際に惨めさを感じさせられた。「これで大丈夫という安心感」はなかった。予定していた日より早めて心中することにした。 ・ 行政側の認識としては、「何ら問題なく生活保護申請後の手続きは行った」「今回の事件がなぜ起こってしまったのか分からない、戸惑っている」 ・ 逮捕後の「生活保護だけは受けたくなかった」との娘の言葉。 ・ 頸椎の病気により父が働けなくなり経済的に困窮。 ・ 「家族だから三人一緒に死ななければ意味がない」という強い思い。家族だけの社会に対する閉じた関係。
-----------------------	---

<事例2> 「障がいのある娘の母による事件」

<p>事件と関連すると思われる要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ うつ病を18年間にわたり治療中（精神障害者手帳3級）。 ・ 逮捕後の精神鑑定で母は軽度の知的障害があると指摘された（IQ：67）。 ・ 母の厚生年金の月約12万円と娘の障害年金の月約8万円、合計月20万円ほど。貯金は約300万円。 ・ 娘は脳出血後遺症により、要介護状態となった。活気なく「抜け殻のよう」になってしまった。 ・ 事件前、母は「娘をこれ以上可哀そうな目に合わせたくない」「自分しかこの子を見ることはできない。自分が先に死んだらこの子の面倒をみる人がいない」「一緒に死ぬつもりです」などと周囲に話
-----------------------	--

	<p>していた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 母は、行政や親族からのサービス利用の勧めや手伝いの申し出に「もう遅い」と感じた。 ・ 「私以外に世話を出来る人はいない。自分が先に死んだらこの子は一人では生きていけない。障害者をもつ親の責任として、その子と一緒に死ななくてはいけないと思った。そのような生活の中で希望を持つことはできなかった」 ・ 親子の社会に対する閉じた関係。
--	---

<事例3> 「20代の介護者による事件」

<p>事件と関連すると思われる要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 娘のうつ傾向。受診歴なし。 ・ 母は脳出血後遺症により、要介護状態。表情が暗く、会話もほとんどなくなった。精神的にも不安定。リスカあり。 ・ 父にアルコール関連問題あり。後に別居。 ・ 経済的困窮（家賃、水光熱費除き月3万円ほどで生活） ・ 親子の社会に対する閉じた関係。 ・ 退院後の受診中断 ・ 介護保険制度の関りの不十分さ
-----------------------	--

小括

本章ではなぜ介護殺人という事件に至ってしまったのか、実際の事件を例に検討を行った。調査結果や統計から介護殺人の現状の把握した上で、介護殺人の発生要因を検討するために3つの事例について調査を行った。事件に至る経過において当該家族の生活がどのように変化していったのかを裁判の中で明らかになった証言や各種資料から検討した。また各事例について、事件と関連すると思われる要因について抽出し整理した。これらの要因は各事件が起こる過程に表れたものであるが、これらについて個別の要因に留めるのではなく、それぞれの社会的性格と社会的背景について検討することが事件の発生要因を追究するために重要となる。

第4章 介護殺人関連要因の分析

介護殺人関連要因について、第1節で5つの分類をしたうえで、第2節で介護殺人関連要因の社会的性格と社会的背景について分析を進める。そして、第3節では当事者固有の問題とみなされる特殊要因の社会的性格と社会的背景について論じる。

第1節 介護殺人関連要因の分類

各事件より抽出した「事件に関連すると思われる要因」について、さらに検討を加えるために、①健康・疾病要因、②経済・労働要因、③家族関係要因、④社会的関係要因、⑤社会保障関連要因に分類し、これらを「介護殺人関連要因」として分析を進めることとする。

事例 要因	<事例1>	<事例2>	<事例3>
①健康・疾病	<ul style="list-style-type: none"> 母の認知症（強い周辺症状）やパーキンソン病 父の頸椎の病気 娘のうつ傾向。受診歴なし。若いころから死にたい気持ちがあった。娘：「あまり死というものに抵抗がなかったのかもしれない」 	<ul style="list-style-type: none"> 娘のIQは36。精神年齢は、6歳4月程度。 娘は脳出血後遺症により、要介護状態となった。活気無く、「抜け殻のよう」になってしまった。 母は18年間にわたり、うつ病を治療中（精神保健福祉手帳3級を取得）。 母に軽度知的障害あり（IQ：67）。 	<ul style="list-style-type: none"> 娘はうつ傾向があった。受診歴なし。 母は脳出血後遺症により、要介護状態となった。表情が暗く、会話もほとんどなくなってしまった。精神的に不安定で、リスカットもある。 別居の父にアルコール関連問題あり。
②経済・労働	<ul style="list-style-type: none"> 低収入、父の失業、労働条件（有休、賞与、退職金なし） 娘の不安定就労 介護保険料滞納しており、サービス利用、相談 	<ul style="list-style-type: none"> 母の厚生年金の月約12万円と娘の障害年金の月約8万円、合計月20万円ほど。貯金は約300万円。母：「特にお金に困るという 	<ul style="list-style-type: none"> 母、娘ともに収入なし。母の貯金を取り崩し、父からの家賃代月5万円、たまの親戚からの援助。母の退院後は家賃や水光熱

	<p>することさえもできなかった。</p>	<p>ことはなかった。</p>	<p>費を除き月約 3 万円で生活していた。</p>
③家族関係	<ul style="list-style-type: none"> 娘：「家族だから三人一緒に死ななければ意味がない」 	<ul style="list-style-type: none"> 母：「私以外に世話ができる人はいない。自分が先に死んだらこの子は一人では生きていけない」「障害者をもつ親の責任として、この子と一緒に死ななくてはいけない」。 	<ul style="list-style-type: none"> アルコール関連問題、金銭問題があった父から逃れるようにして二人暮らしをしてきた。元々は母子関係は良好だったが、その関係性は社会に対しては閉鎖的であった。 娘：「母は心の支えであった」。 娘は事件の 3 日前に祖母に介護は「もう限界」だと相談したが、「市役所で相談したら」と言われた。
④社会的関係	<ul style="list-style-type: none"> 娘：「もし施設に母を入れると迷惑をかけてしまうかもしれない、または母が施設の人からいじめられるかもしれないと思った」 娘：「生活保護申請後の訪問調査時に感じた『みじめさ』。行政職員から父と自分、それぞれの過去の話を詳しく聞かれた。父の過去を傍らで聞いていると、自分と同じだなと思った。若いころから自分の人生はみじめだと感じていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 母：「娘をこれ以上可哀そうな目に合わせたくない」。 母は心中する意思を周囲に伝えている。他者とのつながりがなかったわけではない。(伝えた相手：①娘が入院していたときの主治医や看護師、②母が入院していたときの看護師、③菩提寺の住職、④銀行員、⑤福井県警の警察官、⑥妹夫婦、⑦行政職員(障害担当者)) 親族や行政からのサポートの申し出に対し、「も 	<ul style="list-style-type: none"> 母も娘も近所付き合いはなく、友人と呼べる人もいなかった。 母の脳出血加療中には医療機関の職員などとの関係はあったが、退院後は一度も受診することにはなかった。 受診しなかった理由は、娘によると、母が病院嫌いだったとのことだが、歩けない母を病院に連れて行くのは無理だったとも証言している。 介護保険のケアマネジャーと月一回程度玄関先で会う程度だった。娘はケアマ

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高校卒業後に非正規雇用の仕事を転々としている。M娘：「(職場の) みんなが悪口を言っているように感じた」 	う遅い」と母。	ネジャーに会ったのは退院後の1回のみ。
⑤社会保障関連	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険料を滞納していたため、サービスが利用できなかった。 ・ 生活保護の申請は行えたが、訪問調査の場面でみじめさを感じさせられた。→ 心中する日を早めた。 ・ 行政側の認識：「何ら問題なく生活保護申請後の手続きは行った」「今回の事件がなぜ起こってしまったのか分からない、戸惑っている」 ・ 逮捕された後、面会した行政職員の話しによると、娘は「生活保護だけは受けたくなかった」と話していたとのこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母も娘も入院歴あり。医療保険は所持している。 ・ 作業所、自治体の障害関係部署などとの接点があった。 ・ 母は厚生年金、娘は障害年金をそれぞれ受け取っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母は要介護2の認定を受けていた。要介護認定の更新時期に主治医意見書が作成されず認定は失効した。 ・ 娘は自治体へ介護の相談に行こうと考えたが、娘自身が人見知りな生活であり、「父を頼ったらどうか」などと言われることを恐れ、行動に移すことはできなかった。

第2節 介護殺人関連要因の社会的性格と社会的背景

1. 健康・疾病要因

健康・疾病要因について分析を進める上では、「健康の社会的決定要因」の視点を用いることが重要である。すなわち、健康状態を悪化させたり疾病になる原因は、遺伝や身体的な側面など個人的な因子が影響するからだけではなく、社会格差やストレス、社会的排

除や労働、貧困など社会的な因子²³が影響を及ぼすことにある。たとえば、貧困とは単に低所得であることを意味するわけではない。社会参加や他者との交流、社会保障といった制度との接点、労働市場における地位など、さまざまな社会的不利を内包する概念であるが、貧困は物質的、心理的、社会的負荷を与える結果、当事者を不健康にする。貧困が健康に及ぼす影響についての理解は、社会保障や資源配分のあり方に関して重要な政治的含意を持っている。

近藤（2005）は、社会疫学の立場から現代社会において社会格差が拡大していることを前提に、社会経済的因子による「健康における不平等」について指摘している²⁴。たとえば、所得階層別の抑うつ群を分析した研究では最低所得層と最高所得層の格差は、女性で4.1倍、男性では6.9倍の差がある。また、所得階層別の要介護高齢者の割合は、男女ともすべての年齢層で、最低所得層で要介護者はもっとも多い。全体では、最高所得層の3.7%に対し、最も低い所得層では17.2%であり、その差は5倍である。

このように個人の健康状態は、社会経済的因子によって大きく左右され、「健康における不平等」が生じていることが明らかになってきている。高齢者の孤立の問題でも、低所得者であるほど、また教育年数が短いほど、閉じこもりがちになる。高齢男性のうつ状態の割合が、2人暮らしの6.5%に比べ、1人暮らしの場合は17.7%と高い。また、教育年数が低いほど1人暮らしになる可能性が低い。社会階層に代表される社会経済的因子、複雑な経路を経て、健康に影響している。たとえば、社会階層が低い者ほど、健康保護作用がある社会的サポートやストレス対処能力が乏しく健康を害しやすいのである。

健康・疾病のもつ社会経済的要因の分析は、近年、国際的に急速な進展を見せ、各国の保健・医療政策にも影響を及ぼしている。WHO「健康の社会的決定要因委員会」の委員長を務め、世界医師会長の歴任したイギリスのマイケル・マーモット（2017：39）は、「病気を引き起こすのは医療の欠如ではない。健康の不平等は社会の不平等から生じている」とし、多くの事例を挙げながら、健康の不平等が社会的決定要因に帰着することを明らかにしている。例えば、ソ連崩壊後の貧困・不平等の拡大とアルコール消費量の増大、その後の男性死亡率の劇的上昇（2017：70-71）、社会階層が低いほど有病率が高い糖尿病の社

23 Michael Marmot、Richard G. Wilkinson（2003）は、社会格差、ストレス、幼少期、社会的排除、労働、失業、社会的支援、薬物依存、食品、交通の10テーマをあげ、それら社会的要因がいかに健康に影響を与えているかを論じている。

24 近藤（2005：28）は、社会的排除の結果としての不健康を、社会的因子が健康に影響するプロセス（健康の生物・心理・社会モデル）から説明している。

会的勾配（2017:73）、貧困と乳幼児発達の悪さとのリンク（2017:140）などである。マーマットが中心となってまとめた「WHO 健康の社会的決定要因委員会報告書」の提言は、2009年WHO総会で決議され、新しい変化を世界に生み出した。日本でも、この決議を受け、健康の社会的決定要因に関する研究は2000年頃から新しい盛り上がりを見せはじめ、日本公衆衛生学会や日本学術会議などの提言が出された。

本論であげた3事例はいずれも、ともに加害者がうつ病（傾向）、被害者が要介護状態という共通点がある。このような心身状態となるにはそれ相当の原因があるはずであるが、その原因への対処は個人の努力だけではどうにもならないこともある。つまり自己責任では解決しがたい要因があるということである。横山（2015a）は、これまで政策的に推し進められてきたいわゆる成長戦略と社会保障改革が一体的な改革として位置づけられ、両者が相互に促進しあう関係であることをつよく批判した上で、「健康の自己責任」論の克服が重要であることを指摘している。すなわち、「健康が社会的決定要因によって大きく影響を受けざるをえないとすれば、健康保持は個人の責任だけに帰するわけにはいかず、社会の責任で健康保持のための条件を整えられなければならない」ということである。健康の自己責任論に対して社会的責任論を対置しなければならないとの指摘は極めて重要である。

2. 経済・労働要因

<事例1>については、一家の唯一の収入源であった父の体調不良による失業から一気に経済的困窮に陥っていく状況であり、そのことについてすぐさま経済的保障がなされなければならなかった。また、<事例2>については、収入は公的年金のみであり、現在のその水準からすると母子二人きりの生活のなかで生活面や精神面で余裕があったとは考えにくい。<事例3>においても、詳細な経済状況は不明であったが、逮捕された娘の証言によると、事件の直前には家の経済状況のやり繰りが大変だったと振り返っており、決して経済的に余裕のある状況だったとは言えないであろう。

これらの事例からみえるのは、経済的基盤の脆弱性である。もともと余裕のない経済的状况のなかで、失業や疾病という重大な局面を迎えたとき、収入は途絶え一気に生活困窮に陥ってしまう。また低水準の公的年金で生活するには日頃からの計画的な対応が必要となるであろう。<事例1>についても、娘は非正規の仕事を転々としているようだった。どの職場でもなかなか馴染むことができず、人間関係につまずき辞めることが多かった。

労働という点で見れば、＜事例1＞について父の雇用関係など詳細は不明である。ただ、生活困窮に陥っていった状況からすると、賞与や傷病手当、退職金など毎月の給与以外の情報は得られなかったため、もともと非常に不安定な働き方であったと推察される。

労働を自己責任とする見方は根強く存在するが、働く意思も能力もあっても働けないこともある。なぜなら、労働の機会が与えられるかどうかの決定権は企業の側にあり、その企業も市場における激しい競争のなかで活動しており、企業の決定権も競争に規定されざるを得ないからである。雇用の形態、賃金・労働条件等の決定も同様である。格差・貧困に大きく影響を及ぼしている非正規雇用の増大は、一部に本人の希望によるものとの見方があるが、実際には正規雇用を希望している人が多数で、余儀なくされた選択の結果である。そもそも、資本主義経済のもとでの労働は賃労働として現れる。資本・賃労働関係のもとでは、賃労働は資本の従属変数であり、構造的な制約をもつ存在である。不安定雇用も低賃金も、資本によって余儀なくされた結果である。

したがって、労働は、決して自己責任ではなく、社会経済的要因によって決定される。働き方や賃金によって大きく左右される年金も労働と同様の性格を持っている。労働者は、賃金と引き換えに使用者に「労働力」を提供するので、労働力は商取引の対象となる商品としての側面を持つとみることができるが、労働の担い手は自然人である人間そのものである。労働者は、労働力を提供して賃金を得て生活せざるを得ないのであり、商品＝モノのように、生産調整や在庫調整をして売り控えることはできない。人間性と不可分である労働は、商品＝モノのように、使い捨てられ、買い叩かれるようなことがあってはならない。労働は商品ではないのである。

労働法は、労働力の商品化を規制し、労働者の生命・安全を保護する法律である。しかし現在、企業は、雇用の調整弁として「必要なときだけ使い、必要でなくなったら使い捨てる」という労働力を確保するため、派遣やパートなどの非正規雇用を増大させている。一方、正社員・正職員も過酷な長時間労働を強いられ、健康を損ない、過労死・過労自殺の増加という深刻な状況にもなっている。労働は商品ではないという原則の意義と重要性を確認する必要がある²⁵。

憲法13条では、一人ひとりの人間が人格の担い手として国政のあらゆる場において最大

25 国際労働機関によると、人間らしい労働のことを「ディーセントワーク」とよぶ。働く権利が保障され、十分な収入を得ることができ、適切な社会的保護のある生産的な仕事のことである。また、働く人々と家族が健康で安全な生活を送ることができ、子どもたちが安心して過ごせる場があり、安心した老後を送れる仕事であるともいえる。

限尊重されなければならないという個人の尊厳の原理に立脚し、幸福追求権について最大の尊重を求めている。また、憲法 25 条では、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障し、この生存権の保障を基本理念として、憲法 27 条の勤労の権利および 28 条の労働基本権は、勤労者に対して人間に値する生存を保障すべきものとする見地に立っている。このことにより、勤労の権利を保障し、経済上劣位に立つ勤労者に対して実質的な自由と平等を確保するための手段として労働基本権を保障している。そして、憲法 14 条が法の下での平等を定めていることに照らせば、憲法は、すべての人に公正かつ良好な労働条件を享受しつつ人間らしく生きる権利を保障しているというべきであり、人間に値する生活を保障する憲法 25 条と相まって、すべての人の人間らしく働き、生活する権利を保障していると言える。

3. 家族関係要因

まずこれまで長年にわたり政策的に意図して展開されてきた家族依存・家族前提の問題を指摘しなければならない。1970 年代より始まった福祉拡充から福祉見直しの動き、いわゆる「日本型福祉社会論」、臨時行政調査会および行政改革の流れのなかで、自立・自助、家族・地域の役割の強調がなされてきた。

このように強調された家族の役割を担わされた当事者は心身ともに疲弊し生活困難な状況へ追い込まれていく。現実的にさまざまな家族関係の葛藤やゆらぎがあるなかで、家族は周囲から孤立した状況（関係性の同質化と閉塞性）に陥っていく。これは文字通り全く孤立している場合のみならず、周囲との接点は一応ありながらも具体的な生活改善につながるような関係ではない場合でも当てはまる。事実、本論文で対象とした 3 事例については、別居の親族や行政、さらに言えば社会保障制度との接点もあった。しかし、実態としては社会的に孤立した状態であり、結果的に事件を防ぐことはできなかった。今も家族介護を前提として制度利用を阻むような不適切な対応は全国各地で見られるものであり、根本的な課題が解決されていない状況である²⁶。

26 2021 年 2 月 27 日毎日新聞「自助といわれても：公助願う ALS 患者、門前払い『生きたい』かなえて」。長野県 X 町に住む 56 歳の女性は難病の筋萎縮性側索硬化症（ALS）であり、同居する母が 80 歳になり介護することが困難になりつつあることから、X 町に対して法的に保障された長時間介護の実施を求めたが当初拒否された事例。その際の X 町障害福祉課からの拒否する旨の返信は次の通りだったという。「福祉の考え方の基本は、『自助』→『共助』→『公助』です。Y 様の生命のために大切な決定ですので、至急 Y 様自身が『自助』として、レスパイトをご利用ください。その上で最も大切なお母様とご家族や地域の方々の協力や協働、そして補完的な役割として『公助』があります」。X 町障害福祉課からの返信内容とこれまでの対応の重大な問題を把握した弁護団はその後も交渉を重

家族関係や家族問題は、一見すると個々の家族の個別・特殊事情によってその内容が決まるように見えるが、実際には、社会的要因によって複雑に影響を受けている。これまで見てきた健康・疾病要因、経済・労働要因は、いずれも家族関係と相互に規定し合う関係にある。さらには、家族成員の健康・疾病状況、就労・収入状況は、直接に家族関係に影響を及ぼす。

家族関係や家族問題の特徴は、夫婦や親子といった親密な関係性の重なり合いにある。親密さは互いの距離が近く、喜怒哀楽の感情が行き来する関係である。その分、心理的葛藤も大きい。家族は感情的な関係性であり、身体的な共生を基本とする。共に食べ、共に寝て、共に生きる。誰かが誰かのケアをする私的で共同的な領域である。しかし、その私的な領域は大きく政策の影響を受けている。日本の家族をめぐる政策は、旧来の国家秩序の基盤としての家族の保護²⁷という視座が未だに維持され、かつ、本来は国家が責任を負うべき福祉領域の多くを家族に依存し、国家の負担を家族に押し付ける形で展開してきた。家族の役割を強調し、家族責任を求める支配的イデオロギーは、家族意識を変容させ、家族内で生じる介護・保育・教育などへの対応に影響を与えることで、家族関係を変化させる。さらに、そのことが社会サービスのあり方にも影響を及ぼし、両者は相互に規定し合う関係をつくり出す。2000年の介護保険制度創設時に掲げられた「介護の社会化」がスローガンにとどまり、家族による介護へと再び傾斜していくなかで、介護サービスの質も低位にとどめられ、家族が介護に苦悩し良好な家族関係の維持も難しくなっていった。こうした状況は、まさしく家族関係が社会的要因によって規定され、変化させられていくことを示している。

日本の戦後の家族政策は、実際の家族へのサポートを回避しながらケア領域の責任を家族に押し付けるなどして、政府の福祉負担をできるだけ軽減させるために実行されてきた。その一方で、秩序形成の場としての精神論的家族イデオロギーだけが強調されてきたのである。「家族は助け合うべきだ」とするいわゆる共助はその典型例だといえるだろう。

ねたが、一向に進展しないことからやむなく提訴したところ、X町はようやく24時間介護の必要性を認めたため、裁判は取り下げとなった。女性はヘルパー支援を得て今も一人暮らしをしながら生活している。

27 若尾(2018:131-133)は、自民党改憲草案24条に着目し、次のように述べている。すなわち「(改憲派が)家族保護規定を要求する理由は、その主張にも明確なように『国家が健全に機能する』ためであり、しかも、この要求は日本国憲法の全面的否定と結び付いている。24条改憲派のもくろみは、日本国憲法の基本原理である憲法13条『個人の尊重』を家族関係において破壊することで、家族を国家に奉仕する『基本単位』へと転換させることにある」

4. 社会的関係要因

社会的関係要因については、「生きづらさ」という言葉にこの問題が収斂されているように思われる。たとえば<事例2>では、母は心中する前にその意思と揺れる感情を周囲に吐露している。娘と母が別時期にそれぞれ入院していたときの各担当医師や看護師、菩提寺の住職、銀行員、警察官、妹夫婦、行政職員（障害担当者）の少なくとも7つの場面でその意思を伝えていたのである。そのように他者との関係が全くなかったわけでもないに関わらず事件は起きた。この事実をどのように考えればいいのか。

現代社会における「生きづらさ」を単に対人関係スキルや性格などの問題にすり替えてはならない。構造的につくり出される貧困や格差によって、社会的関係から排除され、生活の見通しや生きる意欲をも奪われていく状況こそ「生きづらさ」の根源である。「生きづらさ」には、様々な社会問題が凝縮されている。そもそも人間にとって「生きる」とは、社会的関係を取り結ぶことに他ならない。したがって、「生きづらさ」は社会的関係に何らかの支障が生じていることを意味する。問題は、社会関係における支障が何によって生じているかである。社会的関係は、基本的には人と人との関係であるから、支障に個人的要因が関わることは否定できない。しかし、外見上は個人的要因に見えても、その背後には社会的要因が影響を与えている場合がほとんどである。例えば、「不登校」には、学校教育や学校環境、そのもとで生み出されるいじめや人権軽視が関わり、「うつや自殺」の増加には、職場の多忙や競争、貧困や雇用不安が関わり、「犯罪」には差別や貧困や政治の無責任さが、「少子化」には働きづらさ、子育てのしづらさが、それぞれ関わっている。「生きづらさ」を論じた多くの研究が、「生きづらさ」の根源には今日の閉塞的な社会状況があるとの認識を共通に示している背景には、こうした実態がある。「生きづらさ」は決して対人関係スキルや性格の問題にすり替えることはできないのである。

近年、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）と呼ばれる概念が注目されている。ソーシャル・キャピタルは、「人々の協調活動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、『信頼』『規範』『ネットワーク』といった社会組織の特徴」（Putnam R:1993）と定義することができるが、端的に「住民の力」「地域の力」「絆の力」などと表現されることも少なくなく、統一された定義はない。しかしどの定義にも、「社会関係に内在する資源的な側面で、人々の協調行動を起こすものという包括的な要素」を備えているといえる（川上ら 2015 : 222）。

地域で生活する市民の心身状態とソーシャル・キャピタルとの間にはどのような関連が

認められるのであろうか。たとえば、これまでの研究では、前期高齢者でも後期高齢者でも、男性でも女性でも、地域の趣味の会に参加している高齢者が多い市町村ほどうつ得点が低くメンタルヘルスが良く示唆しているものがある。また、社会サポートの豊かさ指標でも、それが豊かな市町村ほどうつの割合が低いという関連がある（近藤2017:153-154）。また、ソーシャル・キャピタルは健康格差の縮小にもつながる可能性があるとして示されている。所得の不平等さの指標であるジニ係数が大きい（不平等な）地域や国ほど、ソーシャル・キャピタルが乏しいという関連があることが明らかになっている（Kawachi I, Kennedy :2002）。これには、社会経済的な格差の拡大がソーシャル・キャピタルを毀損するという関連とともに、その逆の因果関係を含むと思われる。情報が共有しやすく、共感が広がりやすくなったり、社会保障制度などへの信頼が高まったりすれば、所得の再分配機能、市民の生活保障をするための社会保障の機能強化を支持する人が増えると考えられる。

このようにソーシャル・キャピタルは市民の健康や暮らしに良い影響を及ぼす可能性があり重要な概念である。しかし、社会的に不利な立場におかれた人々にまでその良い影響が及ぶことには困難がある。なぜならば、他者、周囲との関係性を構築するのがそもそも困難なかで、社会的孤立を深めている人も少なくないからである。そして、社会や制度に対する信頼感も乏しいことが多い。現在の生活、心身状況に至るまでのプロセスのなかで、適切なサポートを受けることもできず、さまざまな困難に直面してきたはずである。そのような経験のなかで社会や制度へ信頼を寄せることなど非常に困難である。ソーシャル・キャピタルはこのような立場におかれる人々へどのようなアプローチをしていくか大きな課題である。

5. 社会保障関連要因

上記のように社会的に排除され、生きづらさを抱えた状況であるにも関わらず、生活困難なときには自ら声を上げるよう求める行政の対応は、あくまでその選択の自由²⁸は当事者にあることを指し示しているように思われる。言わば、「助かりたいなら自ら助けてほ

28 横山（2009：91-93）は、介護保険制度における選択の自由を例にあげ、それは事業所での選択の自由には過ぎず、生活それ自体の選択の自由ではないことを強く批判している。また、「こうした『選択の自由』は、個人に責任を転嫁することで逆に不自由をもたらし、生存そのものを脅かすことになりかねない」と指摘している。

しいと言わないと助けない」と強要するようなものである。もちろんこのことは、「助からなかった場合、助けてと言わなかったその責任はあなたにある」ということとセットである。ここには、社会的排除の状況にある責任を個人の問題として矮小化する巧妙な手口が端的に現れている。そして、注目すべきは何らかの社会保障制度と接点があっても事件は発生し続けているという事実である。この点からすれば社会保障制度がしっかりと機能を果たしていると言えない、つまり社会的責任が果されていないことは明らかである。

たとえば、〈事例1〉の生活保護における訪問調査について、加害者となった娘は非常に「みじめさ」を感じたことを公判で繰り返し話した。そしてその結果、心中の決行日を早めたのだ。小川（1978：68-69）は、「社会保障権の実現にとって、そのための手続きがどう進められるかが重要な意味を持つことは明らかである。（略）そして給付の実施に至る一連の手続きについても、それが、権利本来の『人たるに値する生活の保障という目的』にふさわしく進められるように要求することができるのでなければならず、（略）」と述べている。社会保障制度が生活困難な状況にある人々にとって信頼するに値するものとなっており、そのように実際に感じることもできるのかどうかは非常に重要な点である²⁹。このことは文字通り、当事者の生死を左右するものである。

〈事例2〉では、既に介護負担が過重になっており、無理心中を考えていた母は行政職員からのサービス利用の勧めに「もう遅い。自分には関係のないことだと」感じたと言証している。一体何のための、誰のための社会保障制度なのか、権利の視点からあらためて捉え直す必要がある。本来、社会保障制度は必要としている人が確実に利用でき、生活改善への見通しが立つような仕組みでなければならないはずである。

〈事例3〉では、要介護状態となった母は、介護保険サービスを初めて利用し始めた。しかし、要介護認定の更新のための手続きができず、それ以降サービス利用は中止となってしまった。そこに積極的に関わる専門職の存在はなく、社会保障制度の1つである介護保険は、本人らの申請手続きがなければ一歩も動かないという受け身の姿勢であった。当事者の命や健康、生活を守ることがその使命であるはずの社会保障の視点から捉えた場合、このような状況は看過できない。

29 児玉（2021：97）は、自身が障害のある子の親として、またいわゆる障害児・者の親なき後問題にふれ、次のように言う。『わが子を託して逝けるだけ、親の私がこの社会を信頼しているか』であり、その信頼の根拠を親である自分たちの体験に求めます。その信頼の根拠を見つけたときに初めて、子を社会に託す方法を具体的に考えられると思うのですね。このことは社会保障制度自体が信頼性をいかに備えるか、その重要性を指摘している。

現代では、社会保障制度を適切に利用することができなかつたため、市民の生命を脅かすといった事態が起きている。典型的には、生活保護の申請の際のいわゆる水際作成なるものがある。水際作成とは、扶養照会や求職活動の不足などを理由に、申請は受け付けられない等と嘘を言い、福祉事務所の窓口から追い返す対応のことを意味する。実際このような対応ゆえに何人もの市民が犠牲になっている³⁰。福祉が当事者との関係を切ってしまうことは、当事者を死に追いやる、生きる意欲を失わせるということにつながる。いわば、社会福祉が凶器として機能しているのである。社会保障制度を利用する前提としての人間像をどのように想定するかが社会保障では重要であると思われる。

社会保障制度は、本来、人々の命や暮らしを守り尊厳ある生活を社会の責任で保障する社会的仕組みである。そこには、人類が長年にわたって経験してきた飢餓や貧困、差別や不平等、支配や隷属等を克服するために、命をかけて積み重ねてきた努力が凝縮されている。その最大のポイントは、これらの問題は決して自己責任ではなく、個々人の努力では如何ともしがたい社会的背景や要因によって引き起こされた問題であり、そうであるがゆえに問題の解決には社会が責任を持たなければならないという認識である。この認識こそ、人類の歴史の到達点である。その社会保障制度が、本来の役割を果たすためには、絶えず制度を拡充することはもちろん、制度の利用へとつなげるための取り組み、制度の利用をためらわせないための働きかけと配慮が欠かせない。社会的責任にはそれらも含んでいる。

社会保障制度を利用しなかった人々の責任に転嫁したり、惨めな思いにさせて利用をためらわせることは、社会的責任を果たさない犯罪的行為である。繰り返すが、社会保障制度は社会の手によって適切に運用されてはじめて本来の役割を果たすことができる。それを行わない、あるいは妨げる行為は社会の側に責任が問われるべき問題である。

第3節 特殊要因の社会的性格と社会的背景

一見すると当事者固有の問題とみなされる特殊要因³¹についても、社会的性格を帯びるだけの社会的背景が確認できる。たとえば、「健康の社会的決定要因」による視点は、まさにこのことを示している。介護殺人の加害者となった人々は特殊要因としてうつなど精

30 福祉事務所による様々な不適切かつ人権を侵害する事例が後を絶たない。寺久保光良（2001）、同（2012）、井上英夫ら編（2016）に詳しい。現在も半ば強制的に扶養照会を行う福祉事務所の不適切な対応の例が相次いでいることから、つくろい東京ファンドは「照会を止めるツール（申請者用、親族用）」をホームページ上で公開し、積極的な活用を呼びかけている。

31 特殊要因とは、所得、学歴、職業、心身の健康状態、家族、住居などのことである。それらは一見すると特殊要因として捉えられがちであるが、それぞれに社会的性格と社会的背景がある。

神症状を呈していることが少なくないが、そのような健康・疾病は生物医学的な要因とともに社会的要因による影響が大きいことが明らかにされている。また、経済・労働要因、家族関係要因、社会的関係要因、社会保障関連要因も含めてこれらは連動的・連鎖的な関係にある。

当事者の心身状態の不安定さは、安定した労働環境を得ることを困難にさせ、その影響から経済状況についても余裕はなく厳しくなるであろう。また、それぞれ事情を抱えた家族関係はさまざまな葛藤を抱くことも少なくない。それら複雑な背景のある環境下におかれた当事者が複合的な要因によって生活困難な状況に追い込まれていく。しかし、それは当事者の努力で改善していくことは困難である。当事者固有の問題、すなわち特殊要因とされるものの社会的決定要因を検討することによって、そこに伏在している社会的性格と社会的背景が明らかになるのである。

小括

本章では、介護殺人に関連すると思われる要因を「介護殺人関連要因」と名付け整理し、そして更に検討を深めるために、①健康・疾病要因、②経済・労働要因、③家族関係要因、④社会関係要因、⑤社会保障関連要因とに分類し分析した。その結果、各要因が単独で存在しているわけではなく、それらが連動的・連鎖的な関係にあることが明らかになった。したがって、介護殺人の社会的性格と社会的背景については、それらが個人的要因によってのみ導かれ形成されるのではなく、社会的要因が大きく影響を及ぼしているといえる。

第5章 権利の侵害としての介護殺人—権利の回復に向けて

第1節 人間らしく生きる権利の侵害—小川権利論を手がかりに

1. 小川権利論とは何か

介護殺人のような生存権・健康権の存在自体が抹殺されるような現状は決して見過ごされてはならない。社会保障法学者である小川政亮氏（1920年～2017年）は、社会保障を人権としてとらえるという理論（以下、小川権利論とする）を、社会保障の歴史や人々の生活実態をもとに主張し続けてきた。小川権利論はまさに介護が必要な生活状況であっても要介護者、介護者ともに人間らしく生きる権利が保障される必要があることを証明する理論的根拠となる。ここでは小川権利論を手がかりに、人間らしく生きる権利、すなわち生存権・生活権・健康権の侵害にとどまらない権利自体の抹殺がなぜ重大で決して看過してはならない問題なのかを考察する。

小川権利論は、「権利としての社会保障」を一貫して提唱するものである。この理論については既に多くの分析・評価がなされている。小川権利論は、1960年代の朝日訴訟³²を端緒として形成され、社会保障を必要とし、受給している人々のための権利論の立場から社会保障法学を構築してきた。この点、社会保障法学者の木下（2007）も「小川権利論の最も際立った特徴は、一貫して社会保障を権利として捉えていることである」と述べている。そして、小川（1964：120）自身は著書の中で次のように述べている。

「およそ十分な資産をもたない勤労階級に属するものにとって、出産・傷病・失業・老齢・死亡・その他の事故によって生活を脅かされることのないよう、常にまともな生活が保障されるよう望まない者はいない。そして、もとよりこれらの保障は恩恵として与えられるものではなく、権利として得られるものでなくてはならない。これが社会保障の権利である」。

32 1956年当時の生活扶助費月額600円が健康で文化的な最低限度の生活水準を維持するのに足りるかどうか争われた事件。一審判決は、原告の主張を容れ、「健康で文化的な最低限度の生活水準」の具体的内容は固定的ではないが、理論的には特定の国における特定の時点においては一応客観的に決定し得るから、厚生大臣の生活保護基準の設定行為は裁判的統制に服する羈束行為だとし、本件のように右生活保護基準を維持する程度の保護に欠ける場合は、生活保護法3条・8条2項に反する、と判示し、憲法25条の裁判規範性を認めた。しかし、最高裁判決では憲法25条につき、直接個々の国民に対して具体的な権利を付与したものではないとした上で、厚生大臣の合目的的な裁量に委せられるとし、広範な行政裁量を認めた。

小川権利論の特徴としては次のようなものがあげられる。第1に、小川権利論は、明治期以来の救貧法、さらに家制度等の綿密な歴史研究の基礎の上に構築されていること。第2に、徹底して人々の生活実態を踏まえていること。第3に、綿密な立法過程、政策分析がなされていること。第4に、社会保障組織、財政法を社会保障法の構成要素としてあげていること。第5に、裁判研究を単に判例評釈、批評ではなく、問題が如何なる生活実態と法制度、行政運用とのギャップの中から、如何なるニーズをもって生じたのか、そこから研究していることである。小川自ら裁判に参加し、原告の権利行使を支援し、社会保障の権利実現に寄与してきた。裁判こそ小川権利論にとって理論形成、有効性検証の場である。第6に、日本の問題の解決のための外国法研究に取り組んでいること。第7に、研究の対象が子ども、家族、女性、障害のある人、患者、高齢者、外国人、被爆者等、社会保障を必要としている全ての人に及んでいること。第8に、社会保障を必要とする働く人々の人権保障という実践目的をもち、とりわけ裁判でたたかうための実践的な解釈の学であることである。同時にそこで提起された理念、原理、原則、そして規範としての基準は、立法、行政についての指針となる。その意味で、小川権利論は、解釈であると同時に立法政策にも寄与している。そして何よりも、「権利としての社会保障」を提唱、普及させ、人々の主権者、権利意識を高めた意義は大きい。そして、小川（1998：224-225）は社会保障の人権性の確認として端的に次のように述べている。「社会保障の権利は人として生きる権利、人間としての基本的な人権から発しているものだという確認です。社会保障の人権性を確認するのは、人間の尊厳、平等の実質化要求が生存権保障の基礎だということであり、社会保障はその一環であるということを言いたいからです」。ここに小川自身の言葉で語る小川権利論のエッセンスがあると思われる。

2. 法律的な位置づけ—憲法 13 条、憲法 25 条を中心に

井上（2007）は、小川権利論は、憲法第 25 条に生存権的基本権の総論的位置づけと社会保障の権利の基礎があると説明している。そして、ワイマール憲法から I L O の所得保障、医療保障勧告、とくに世界人権宣言 22 条が『社会保障の権利』を掲げ、基本的人権として位置づけていることをあげている。また、国際人権規約が国連で採択されたのは 1966 年であり、日本が批准したのが 1979 年であることから、国際的動向を踏まえるという小川権利論の先見性も指摘できるとしている。小川権利論は誰もが人間らしい生活ができるこ

とを保障することを中心に据えているが、そこにとどまらず、憲法 13 条に通ずる「人間らしく保障せよ＝人格の尊厳を尊重する」という手続的権利を掲げたこと、また、自らの権利実現のためのいわば手段的権利としての自己貫徹的権利を掲げたことも、小川権利論の先見性を示すものであるとしている。ここでいう自己貫徹的権利とは、異議申し立てや審査請求、行政訴訟の権利にとどまらず、社会保障の管理・運営、行政訴訟への行政参加の権利、団結権や団体交渉の権利も含んでいる。以上のように小川権利論は憲法 25 条に加え憲法 13 条で個人の尊重、人間の尊厳の理念を基礎に据えていることが分かる。

また、小川（1993：217-218）はこれらの権利を構成するものは、社会福祉サービスを含む社会保障の権利だけではないと述べている。労働権や教育に対する権利、そして人権としての家族も生存権を構成する重要な一環であると指摘している。人権としての家族とは、「実質的男女平等同権に立った民主的家族の維持形成」であるとし、女性の働く権利、社会的諸活動の権利が保障されるために保育所を例にあげ、その役割の重要性と整備の必要性を述べている³³。さらに小川は、人権としての家族が「児童の健やかな民主的な人格的発達の権利からも要請されている」とも述べている。ここで保育所を高齢者や障害者の施設と読み替えても、人権としての家族の重要性は変わらない。介護負担で生活が追い詰められことがないようにするばかりではなく、積極的に介護を担いたいと希望する介護者の権利も含め、人権としての家族が保障されなければならない。

3. 権利侵害としての介護殺人

介護が必要な状況であろうとなかろうと、人には誰でも可能な限り健康で自分らしく生きる権利がある。このことは、先述のように小川権利論からその重要性を認識することができる。たとえ完全な心身状況でなくとも、可能な限りの健康を維持しながら自分らしく生きていたいと願うことは何も特別なことではないはずである。そうであるならば、それは権利として保障されなければならない。しかし、介護殺人の例でいえば、生きる権利や生きていく自由を奪われ、殺し殺されている現実がある。これは権利という視点から見れば、決して看過することのできない事態である。さらにそのような現実について、社会にある問題が深刻化していると捉えられるのではなく、個別の問題として矮小化されている。つまり、介護負担に対する社会から多少の同情を寄せられることはしばしばあっても、命

33 社会福祉サービス利用にあたって、費用徴収制度が妥当なのか否か議論されている。

が失われたという結果については基本的には自己責任として扱われることがほとんどなのである。このような社会状況のなかで介護殺人は繰り返し発生し続けているのである。

介護が必要となる生活になったとしても、人間らしい生活が維持できるということは、本来当然のことである。また、維持にとどまらず、できる限りその生活が豊かなものとなるよう望み、現実はその実現に向け活動することも特別なことではない。つまり、それは介護を権利として捉えるということである。そのような当然の願い（権利）を実現する（保障する）環境を構築するためにはどのようなアプローチが必要なのだろうか。人間が生まれながらに持っている権利が人権とされ、その基本となるものが基本的人権である。その基底には、人間の侵すことのできない尊厳への視座があり、人間存在のかけがえのなさが内包されている。このように考えるならば、人権は規範として法律に位置づけられるだけでなく、社会福祉の根底をなす思想であるともいえる。

小川権利論、すなわち「権利としての社会保障」を実質的に保障するためには、社会保障学だけではなく、経済学、財政学、さらには立法、行政等の他分野から批判にも耳を傾け、議論する必要がある、もちろんこのような状況において、社会福祉学も無関係であるはずがない。具体的な事案はどれもそれぞれ固有の課題をもっており、それらの課題をより広い視野で捉え、解明することが求められている。国際的な人権、社会保障の発展と国内で拡大、発展してきた社会保障の成果を踏まえ、なおかつ現代の社会保障のおかれた厳しい状況に対応し、生存権、社会保障権の根拠をより明確に提示する必要がある。そのために憲法の制定過程に遡って憲法 25 条の規範的構造を明らかにすること、そして、人間の尊厳の理念、平等、自己決定・選択の自由の原理や諸原則を含めた立体的、総合的、統一的な「権利論」の構築が今後の課題だと思われる。この点、井上（2015）は、憲法 25 条をより豊かに捉えるべきとして、「健康権」や「独立生活保障」³⁴ など創造的人権論を展開している。小川権利論を更に発展させた研究として注目される。

そして、社会福祉学はこのような現実的課題に対し、一体どのようなアプローチをすべきなのかについて追究されなければならない。たとえば貧困は経済的なそれのみを指すのではなく、誇りや尊厳など人権に関わる事柄の欠如をも意味する。貧困は個人の責

34 井上（2015）は、『『独立』生活とは、諸種の社会的サービスを十分に受け、諸権利を活用しながら、家族や施設職員、役人に支配されないで自己決定しながら生活していくことである（保護・従属から脱却し権利主体として生きる）』『恩恵主義と劣等処遇意識を克服し、保護される対象ではなく、権利の主体として、『自立』ではなく独立を、支援でなく保障を』と主張している。

任からではなく、社会の仕組み、構造的な要因によって生み出される³⁵。そうであるならば、その解決は個人の自助努力ではなく、社会、特に国家の責任においてなされなければならない。まずこのことを貧困問題の本質として改めて認識する必要がある。

この本質のもとに、社会福祉はどのような使命をもって取り組むべきなのだろうか。また、「基本的人権の保障」のために社会福祉学はどのような貢献ができるのか、またすべきなのかについても同様に検討する必要がある。

小川は（1964：121）、「わが憲法 25 条は、このような歴史の中で、とくに第二次世界大戦に際会した人類の平和と生活の保障を求める強い希求の上に立って作られたものであり、ここにわが国における生存権的基本権の総論的位置付けと社会保障の権利そのものの基礎とを見出すことができるのである」と言い、自身の権利論が、「社会保障の権利はその権利を保障するに最もふさわしい社会保障施策が、その細部まで構成され、かつ運用さるべきことを要求する権利である」としている。そして、先に触れたように、その権利はより具体的には、①実体的給付請求権、②手続的権利、③自己貫徹的権利の 3 つから構成されている。①は法律の定める要件をみたくす場合に、そこで定める内容の給付を利用できる権利であって、本体的な、中心的な権利である。また、②は①の実現のための一連の手続きの過程が、本来の権利保障の目的にふさわしく進められることを要求する権利である。これは単に形式的な手続きのみを意味するのではない。そして、③は①と②が貫徹されるために、これらの権利が違法または不当な行政の対応によって侵害された場合などにその救済を求めて異議を申し立て、市民が行政参加をしていく権利などを意味している。なお、②手続的権利について小川（1978：69）は、「国際連合の『各国の公的扶助行政』に関する 1952 年報告では、『手続きが人間的に公平、公明に、敬意あるある態度で、人格の尊厳を尊重するように、冷静に、迅速かつ効果的にすすめられるように要求する権利であり、これらの手続きが保護申請者にとって破壊的でなく、建設的な意味をもつようであればならない』とも述べている。」としている。この点は、社会保障制度の利用を実質的に保障するという目的のために極めて重要なものである。

小川権利論における上記の権利の構造は、憲法 13 条（人間の尊厳性）を基底とし、憲法 25 条（生存権）を保障するために構築されてきたものである。しかし、その生存権保障に

35 志賀（2016）は、絶対的貧困理論→相対的貧困理論→社会的排除理論という貧困理論変遷の歴史を辿り、現代の貧困（1980 年代以降の貧困）とは、単に食べることができないような生活状態だけに限定されるのではなく、社会的人間であることの否定や社会参加の否定がなされているような生活状態（すなわち「社会的排除」状態）まで含まれることであると指摘している。

ついて、そのときどきの市民の生活実態に照らして実現されているなどとは小川自身は決して認識してこなかった。むしろ、生活実態から見たときの生存権保障の不十分さを常に強く訴えている。小川権利論は社会保障制度を一貫して、それを必要としている人々や実際に利用している人々の立場からとらえ活動してきた³⁶。社会保障法学の礎を構築してきた小川権利論から50年以上を経過した今もなお、生存権保障が十分に実現されていないとすれば、現代の社会情勢や人々の生活実態について小川権利論の観点から捉え直すことは重要な意義をもっていると思われる。

本研究で取り上げてきた介護問題の深刻化、介護殺人はまさに命に関わるものである。生存そのもの、人権そのものが失われている状況である。個人が人間らしく尊厳をもって生活できること、また人権としての家族が保障されること、それらのために社会保障制度は存在するはずであるから、生存権・健康権は公的責任において保障されなければならないのである。そして、このことが当事者の人間らしく生きる権利を回復することにつながるはずである。

第2節 権利侵害から権利保障へ

1. 追い詰められる家族

権利侵害としての介護殺人は、まさに命そのものが失われるものであり、生存権や健康権を抹殺するものである。これは紛れもなく要介護者自身への究極の人権侵害であると言える。そして同時に、そのような犯罪に手を染めなければならなかった家族にとっても最大の悲劇となる。加害者でありながら被害者の家族でもあるという立場となる。もちろん家族であろうとも加害者として犯罪の事実について責任を負うことは当然であるとしても、事件に至るまでの要因を特定の個人の責任として矮小化すべきではない。介護殺人は、介護殺人関連要因によって介護者および要介護者が追い詰められた結果、引き起こされるものである。

現代においても介護は家族がなすべきことであり、社会保障制度などの仕組みに頼るの

36 小川(1999:19)は、「権利としての社会保障のためには、実体的権利や手続き的権利が当局によって違法・不当に侵害された時に泣き寝入りすることなく、争う権利が重要であること、さらには人として生きる権利、社会保障の権利の担い手として、社会保障の運営に主体的に参加することや、団結して当局と交渉する、要するに権利の自己貫徹のための権利とも言うべきものが、これまた不可欠ではないか」として、多くの社会保障裁判事件に社会保障の主体の側の立場で証人として証言し、意見書を出し、また運動組織にも関わってきた。

はできるだけ避けるべき、という意識は根強く残る³⁷。つまり介護に対する自己責任論である。もちろん、大切な家族のために積極的に介護を担いたいとする意思を有する介護者もおり、それについては介護者の負担が大きくなり過ぎぬよう、またより良い介護環境を保障すべく多種多様な制度が整備されその利用が推進されるべきである。しかし、ここで問題となるのは、介護は家族がすべきという潜在的な意識のなかで心身ともに追い詰められていく世帯である。言い換えれば、現在の困難な生活を自己責任という考え方で何とか支えている世帯の存在である。

日本の社会保障の特徴は、OECD 加盟の先進諸国と比べて社会保障に対する公的支出が顕著に少ないことが挙げられる（唐鎌 2020）。この特徴は日本においては、憲法 13 条による幸福追求権と憲法 25 条による生存権保障を具体化するための制度である社会保障制度もまた、自己責任という考え方を前提としてつくられていることに起因している。現行の社会保障制度は、その主要な構成部分である年金や医療、介護において、社会保険の仕組みによる現金給付（年金・介護）もしくは現物給付（医療）という社会保険中心主義の考え方に基いて制度が設計されている。しかしながら、日本は憲法上、明文で生存権が保障され、これに対応して国は社会保障推進義務を負っており、社会保障制度は基本的人権である生存権の保障を目的として、現実に生存権を保障し得る内容で形成されることを要するのであり、社会保険中心の社会保障制度は憲法の要請するものではない。

このように見れば、自身を生活困難な状況にまで追い込む自己責任の考え方に基く介護生活は、本来の社会保障制度の意義に照らせば到底是認できるものではない。しかし、現実的にはそれでも自己責任の考え方が根強く介護生活を支配している。広く心身の健康状態を含め、自己責任などの考え方はある日突然、個人に備わるのではなく、社会環境や社会的なつながりなどによる影響を複雑に受けて形成されることを認識しておくことが重要である（近藤 2017：21）。したがって、自己責任として問題の本質を矮小化することは誤りである。介護により生活困難な状況にまで追い込まれる家族は紛れもなく、人間らしく生きる権利を侵害されているのである。

37 2021年3月、東京都内で80代の妹が同じく80代の寝たきりの姉を殺害するという事件が発生した。妹は5年に渡り姉の介護をしてきたが、心身の負担の増大とともに経済的に困窮するようになっていた。姉妹に関りのあったケアマネジャーが生活保護の申請を勧めたが、妹は「税金をもらって生きるのは他人に迷惑をかける」「親にも、他人に迷惑をかけないように言われて育った」などと言い、利用には至らなかった（2021年12月3日付朝日新聞）。最後のセーフティーネットとして確実に機能しなければならない生活保護制度であるが、その利用にはこの事件に示されるような強烈的な忌避感があり、介護は家族の責任と認識することと関連して大きな問題である。

2. 権利としての介護保障

日本の社会福祉は、日本国憲法第 25 条第 1 項の「すべて国民は、健康で文化的な生活を営む権利を有する」を基本としている。また、同条 2 項では、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」としている。そして、世界人権宣言第 1 条の「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である。人間は、理性と良心とを授けられており、互いに同胞の精神をもって行動しなければならない」という条文を重視している。これまでの社会福祉の歴史は、社会保障や社会福祉が権利として論じられるまでにいかに困難なたたかいがあったか、そして、いかに克服しなければならない課題が多くあったかを示している。人間の尊厳と権利は、たえず蹂躪されながらも、歴史の中から立ち上がり築かれたものである。権利を論じるための確かな視座を得るには、このような歴史的変遷を通して捉えることが必要である。

人は誰もが介護し介護される可能性がある。心身に何らかの変化があったとき、周囲のサポートが必要になる可能性は万人にあるわけである。そのようなとき、多くの人が適切な介護サービスを利用したいと願う。ここでは単に身体的な介護にとどまらず、その概念をより広めて、ケアという意味を込めた方が適切だと思われる。ケアについて、Fabienne (2013 : 87) は『『ケア』は配慮の領域に属し、さまざまな事柄にかかわる。『配慮する』と言うとき、それは具体的に行動を意味する。すなわち、病者、環境、制度をも配慮する。そもそも『配慮する』とは、すべてのこと、現存するもの、生物と無生物とにかかわることだ。それは、人間の場合、存在し、語り、行動する力の発達、維持、回復を助ける活動のこと』と述べている。つまり、介護はケア概念に内包され、介護保障とはケア保障を意味することとなる。

公的ケア保障の必要性を強調している曾我 (2022 : 196-206) は、現在の介護保険制度について、「公的責任を排除したものである」と述べている。また、新型コロナウイルスの感染の広がりが今も変わらず懸念されるなか、「事業所の休止や閉鎖、倒産は、利用者の命と健康、そして家族を含めた生活に多大な負荷を生じさせている。現行の介護保険制度で必要なニーズが満たされていないことは、全国各地で介護心中や介護殺人が発生していることにも表れている」と述べている。これらの指摘は先に挙げた社会保障と社会福祉を人権として保障するという方向性と真逆の状態であることを示している。

小川も一貫して社会保障と社会福祉を人権として保障することの重要性を繰り返し主張してきた。現代においても曾我が述べているようにその重要性は変わらない。むしろ、本研究で検討してきたように介護問題が深刻化している現状からすると、その重要性がさらに増していると言わざるを得ない。まさに権利として介護が保障されなければならない現状にある。

小括

本章では、権利侵害としての介護殺人を検討し、権利保障の実現に向けて考察を深めた。まず介護殺人が人間らしく生きる権利の侵害であるとして、小川政亮氏の社会保障・社会福祉を権利として捉える論（小川権利論）を手がかりに考察した。介護殺人という事件には、生きる権利や生きていく自由を奪われ、殺し殺されている現実があることから、これは権利という視点から見れば決して看過することのできない事態であることを指摘した。このように権利が侵害された状況で介護を担う介護者は、それでも生活困難な状況は自分の責任であると認識していることが少なくない。この認識はある日突然に備わった性格などではなく、社会環境からの影響によって形成されたものであり、自己責任として問題の本質を矮小化することは誤りであることを指摘した。介護により生活困難な状況にまで追い込まれる家族は紛れもなく、人間らしく生きる権利を侵害されているのである。そして、権利として介護を保障する必要性については、日本の社会福祉が日本国憲法や世界人権宣言に根拠がある。これら人間の尊厳と権利はたえず蹂躪されながらも歴史の中から立ち上がり築かれたものであり、権利を論じるための確かな視座を得るには、歴史的変遷を通して捉えることが必要であることを指摘した。さらには、ケア概念に内包される介護と捉えるべきであり、介護問題が深刻化する現代において、人権としての家族の保障を土台として介護が権利として保障されるべきであること重ねて強調した。

第6章 事件防止のための条件と課題—介護保障の実現に向けて

これまで第3章と第4章で具体的な事件を例に挙げて検討してきたように、介護殺人は介護者の介護疲れなど個人的要因のみで事件が発生しているわけではなく、介護殺人関連要因が影響していることが明らかになった。すなわち、当事者固有の問題とみなされる特殊要因のみを事件発生の原因とすることはできないのである。したがって、事件を防止するためには、近年強調されてきている介護者の介護疲れを直接軽減するような、いわゆる介護者支援のアプローチのみでは限界があると思われる。

もちろん、現実として目の前で介護疲れが限界に達している介護者への支援は欠かすことはできない。しかし、そのような介護者支援を行いつつだけでは、今後も同様の状況に追い込まれる人々は後を絶たないであろう。今後より重要となるのは、眼前の介護者支援の必要性を踏まえながらも、介護者が死を思うほどに追い込まれる環境をつくり出す根本的な問題、すなわち社会構造的な問題の解決に向けたアプローチであり、介護者自身を介護を担う資源として扱うのではなく、介護者と要介護者の双方が尊厳をもった個人として生きる権利を保障する必要があると考える。現状ではそのような介護保障が権利として実現されることはなく、あくまで自助努力が前提となっている。いかにすれば介護殺人を防止することができるのか。そのための条件と課題、介護保障の実現に向けた考察を介護殺人関連要因に焦点を当て深めていく。

第1節 社会的責任の明確化

1. 社会的責任とは何か

介護は家族の責任ではなく、社会の責任であることを明確化させなければならない。介護をひとつの要因として介護殺人という事件が現実として頻発している以上、これまでの家族介護を前提とした制度・政策を見直す必要がある。家族介護を前提とせず、家族介護なしでも当事者の生命、生活、人生が守られる関連諸施策を整備する必要がある。家族介護を前提としない制度・政策が構築されれば、理論上は世帯の中で介護の必要が生じたとしても、その家族は生活に負荷がかかるような影響はなく、介護殺人も起こる可能性も低くなることだろう。介護者と要介護者の生命、生活、人生を守るということを考えた場合、このことがもっとも基礎的で効果的なものであるといえる。

第2章で論じたように、介護保険制度や高齢者虐待防止法などの制度や法律は、家族を

介護の担い手として想定した上での設計となっている。しかし、正式に家族が介護者として位置づけられることはなく、現実の生活場面で生じる負担や問題は潜在化させられ介護者の自助努力で対応するしかなくなっている。介護者支援といわれるものは、あくまで家族介護の継続のためであり、根本的な問題の解決にはなっていない。

本研究において、介護保障とは「国民が病気や障がいによって、孤立、社会関係の喪失、非文化的な生活、劣悪な居住環境、心身の状態の悪化や貧困に陥ること、つまり要介護によって最低限度の生活水準以下に“滑落”することを防ぐという観点から、また現実にもそのような状態に置かれている人々の生活を底上げし困難な状態から脱却させるという観点から、全国民に保障すべき最低限度の生活保障政策の一環を構成するものである」と定義している。すなわち、これは単に介護の場面だけを想定しているのではなく、広く人間が人間らしく生活できることの保障を意味している。国民にこのような生活環境を保障するのは、まさに国の使命であり社会的責任を果たすことそのものである。そしてそのことが問題解決の基本であることを明確にしておく必要がある。

2. 社会的責任を果たすために

人間が人間らしく生活できることの保障は社会的責任において果たされるべきである。そうであるならば、社会的責任を果たすためにはより具体的にどのような体制が求められるのであろうか。

人間の尊厳に値する生活の保障においては、健康を享受する権利、すなわち健康権の保障が非常に重要である。世界保健機構の1948年憲章が規定するように、健康は単に病気や病弱ではないという意味ではなく、「完全な肉体・精神的・社会的な充足状態 (well-being)」を指している。そしてそれは「到達可能な最高水準」を表わすものである。したがって、健康権は、「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」であると説明できる。政府はこの社会に居住するすべての人の健康に責任を負い、その健康を実現するための諸前提を整備することが求められている。

1966年に国際人権規約が採択され、日本も1979年にこれを批准した。そのA規約第12条1項は、「この規約の締結国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」として健康権を明記した。その第2項は、健康権の完全な実現を達成するための措置として、①「死産率、幼児死亡率低下と児童の健全発育のための対策」、②「環境衛生、産業衛生の改善」、③「伝染病その他の疾病の予防、

治療、抑圧」、④「病気の場合にすべての者に医療及び看護を確保するような条件の創出」を挙げている。

また、健康権は日本国憲法 25 条にも直接的根拠をもつ。そして憲法前文や 13 条の個人の尊重、国際人権規約 A 規約 12 条が健康権を重層的に根拠付けている。このように、国は健康権の実現のために公衆衛生や就業環境の安全、居住環境や自然環境の整備・保全などへの十分な責務を果たすため、より細かな法整備や適切な人員配置、十分な財政の確保に取り組まなければならないのである。

第 2 節 介護殺人関連要因へのアプローチ

1. 健康疾病要因

健康・疾病要因について分析を進める上では、「健康の社会的決定要因」の視点をを用いることが重要であると指摘した。「健康の社会的決定要因」は、健康状態を悪化させたり疾病になる原因は、遺伝や身体的な側面など個人的な因子が影響するからだけではなく、社会格差やストレス、社会的排除や労働、貧困など社会的な因子が影響を及ぼすことを明らかにした。このことを世界保健機構（2008）は、「健康格差」を生じる原因、健康を左右する社会的な要因とよび、個人に起因しない構造的な要因を指し、「人々が生まれ、育ち、生活し、働き、そして年を取るといふ営みが行われる社会の状態」と定義している。

本論で検討した 3 事例でいえば、犯行当時に加害者がうつ病に罹患していた、またはうつ傾向であり、また、被害者は要介護状態であった。そのような心身状態になるまでにはそれ相当の理由があるはずであるが、その原因への対処は個人の努力、すなわち自己責任で対応できるものばかりではない。そのことを「健康の社会的決定要因」は明らかにしている。健康が社会的な要因によって決定されるのであれば、社会の責任で健康を保持するための環境が整備されなければならないのである。これは文字通り人間の生命、尊厳に影響を与えるものであり、基本的人権に関わる課題そのものである。

尊厳ある人間らしい生活の保障のためには、健康を享受する権利、すなわち「健康権」の保障が重要である。第 1 節でも触れたように、世界保健機構の 1948 年憲章は「健康」は単なる病気、病弱の不在ではなく、「完全な肉体的・精神的・社会的な充足状態 (well-being)」と規定している。本来それは、「最低限度」ではなく、「到達可能な最高水準」を表わす概念である。したがって、健康権は「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」である。政府はそこに居住するすべての人の健康に責任を負い、その健康を実現するため

の諸前提を整備し、医療と介護を保障しなければならない。WHO（1948）は、「到達可能な最高水準の健康」を享受することは、すべての人間の基本権利のひとつ」と明言し、健康権は明確に人権としての地位を獲得した。そして医療保障は、健康権の保障の中核をなすものである。医療保障は、すべての人に、健康の維持・増進、傷病の予防、治療、リハビリテーションなどの包括的な医療サービスを権利として保障するものでなければならない。医療保障においては、生命や健康の価値の平等に立脚した平等原理が貫徹されなければならない。これはたとえば、支払い能力に応じて医療サービスが異なることがあってはならないということの意味する。

2. 経済・労働要因

現代の日本では、非正規雇用やワーキングプアとしての労働者が急増し固定化している。その背景には、日本の雇用社会の激変ともいえる状況の広がりがある。女性と若者を中心に大量の正規雇用が非正規雇用置き換えられ、正規雇用男性でも企業規模を問わず低賃金労働者が急増した。

失業時の保障は、失業者とその世帯の生活保障が第一の機能であるが、二つ目として、失業者が悪条件の職への就業を余儀なくされる状況を回避し、労働条件全般の悪化を防ぐという機能がある。しかし、現状ではこれらの二つの機能を果たすことが全く不十分であり、労働環境の改善はなされていない。

このような労働環境下において、労働者として、家族として介護を担いながら実際に就労することは非常に困難であると考えられる。そして、高齢者世帯の貧困率は高いままに放置されてきたため、高齢者人口割合の上昇によって貧困高齢者世帯は大きく増加している。本来、高齢期における所得保障と位置付けられるべき、年金制度は不十分である。低額な老齢基礎年金額や介護保険制度や後期高齢者医療制度による保険料負担の増加などによって、生活が脅かされている。高齢者世帯の平均所得金額は、およそ 312 万円であるが、高齢者世帯の所得階層別分布では、150 万～200 万円未満が最も多くなっており、全体のおよそ 4 割を占めている³⁸。高齢になっても働かなければ生活ができない人が増えているのである。これは死ぬまで働く必要がある社会であることを意味している。

経済・労働要因が直接関係する生計面は人が生きていく上で、最も基礎的かつ絶対に欠

38 令和 2 年版『高齢社会白書』

かせないものであり、まさに生活の基盤をなすものである。それがゆえに、生計面での安心・安定が得られない場合は一気に生活困難な状況に追い込まれることになる。2006年に京都府伏見区で発生した母子心中事件は、失業後の経済苦から介護保険サービスが利用できなくなり、最後のセーフティーネットである生活保護制度についてもいわゆる水際作戦によりその利用を阻まれ、事件を起こすまで追い込まれたものである³⁹。

すべての人が、その人にとって適切な仕事、かつ適切な処遇で働く権利と失業の際の十分な生活保障が提供される権利を持つことは、市場経済に基づく社会の労働者の尊厳ある生活を守る上で欠かせないものである。これは経済面のみならず、人的交流やつながりとも関連し、やはり人間らしく生きる上で重要な要因であるといえる。

3. 家族関係要因

1978年の『厚生白書』には、高齢者や同居家族のことを「福祉における含み資産」と述べられている。

岡野（2010:353）は、介護責任のような「強制されたわけではないが、自由な選択でもないような責任の引き受け」を、自律の名の下に家族という私的領域に閉じ込め、公的な問題として取り上げないことで社会を存続させてきたことの異常性を、あるいはそれを異常とは思わぬことへの異常性を指摘している。ここで述べられる自律という単語は社会福祉学において、その概念が重要視されており、「生活者としての主体性や自己決定を目標とし、『自立』よりも精神的なものを重視する意味合いが大きい」と説明されている⁴⁰。たしかに、自分のことは自分で決めることができる、そのことについて他者から強制されることはない、という原則は憲法第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」に基づき決して侵害されることのない基本的人権として保障される。そしてここから当事者自身が自己決定すること、すなわち自律の重要性が導き出されるわけだが、ここで問題となるのは、その自己決定が真に自律と言えるのかどうかである。家族関係において、より具体的には介護を担うか否かの場面において、真に自律した判断ができる余地があるのかということである。現実的には半ば強制的に介護者としての立場におかれるケースが少なくない。この点、ジェンダーやヤングケア

39 2006年4月20日毎日新聞朝刊「京都・伏見区の母子無理心中：地裁が泣いた」

40 秋元美世、大島巖、芝野松次郎ら（2003）『現代社会福祉辞典』有斐閣、249。

ラーの観点からも研究が重ねられてきている⁴¹。また、障害のある子を育てる親や高齢者同士の世帯などでも、実質的に家族が介護をすることが当然視されている。このような現実の生活のあり様は自律による結果とはいえない。近年、ヤングケアラーとよばれる若年介護者の存在が社会のなかで少しずつ認知されるようになってきた。厚生労働省のホームページ（2021）によると、「ヤングケアラーとは法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子ども」のことでありと説明している。また、厚生労働省、文部科学省（2021）の調査によると、公立中学2年生の5.7%（約17人に1人）、公立の全日制高校2年生の4.1%（約24人に1人）が「世話をしている家族がいる」と回答し、1学級につき1～2人のヤングケアラーがいる可能性があるとのことである。全国のいくつかの地方自治体ではヤングケアラーを支援する条例も成立している。子ども期をヤングケアラーとして過ごさざるを得ないことから、通常期待できる学習や遊び、さまざまな発達の体験などの機会を逸してしまうのは、家族関係の中だけで抱えることの限界を示している。

今後必要とされるのは、多様な家族の存在の承認とそれを支えるための個人が尊重された家族政策である。個々人の平等と公正を守り、家族の多様性を前提にした政策、社会保障制度の展開が求められている。

4. 社会的関係要因

介護殺人に至る世帯は周囲から孤立し、生きづらさを抱えていることが少なくない。新井（2020：16）は、孤独死に至る要因の一つとして「社会的孤立」を指摘し、「貧困や疾病などのさまざまな原因により、単身者に限らず、同居家族がいても世帯丸ごと地域や社会から孤立する場合がある。（略）また居住施設に入居していても社会的孤立を回避できるとは言い切れない現状がある」と述べている。単に家族や介護事業所、行政機関とのつながりの有無という表面上の問題ではなく、それらが当該世帯にとって生活改善へ効果を及ぼす存在となっているか否かという点こそが重要である。第4章で指摘したように、現代社会における「生きづらさ」は構造的につくり出される貧困や格差によって、社会的関

41 近年多くの研究成果があるが、差し当たり前者は、Joan C. Toronto (2015) *Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics*, Cornell University Press. (=2020、岡野八代訳・著『ケアするのは誰か？-新しい民主主義のかたちへ』白澤社。)を、後者は、澁谷智子（2018）『ヤングケアラー—介護を担う子ども・若者の現実』中央公論新社。をあげておく。

係から排除される。そして、生活の見通しや生きる意欲をも奪われていく状況こそ「生きづらさ」の根源であると言える。「生きづらさ」には、様々な社会問題が凝縮されている。そもそも人間にとって「生きる」とは、社会的関係を取り結ぶことに他ならないのである。

岡崎（2017a）は、地域ケアシステムを構想するにあたり、積極的な相談援助体制の構築の必要性を訴えている。より具体的には、地域における公的な「相談援助体制」の確立である。相談機関への来訪や申請のあった人の相談援助を対応するにとどまらず、地域の福祉ニーズを掘り起こし困難を抱える人を探し当て、確実に制度と専門職の支援につなげるための実践、すなわちアウトリーチである。

そして、アウトリーチが必要となる理由を次のように2点指摘している。1点目は、現在の制度の「排除」構造によるニーズの潜在化、制度による排除と選別の構造である。たとえば、介護保険制度においては、申請主義を採用し本人が要介護認定を申請しなければ何もスタートしない。この時点ですでに制度から排除する構造を有しているのである。また、サービス利用料の負担があるため、所得によってケアの内容が実質的には決まってしまう。そのほか、要支援・要介護認定と給付のシステムが組み換えられ、要支援者への保険給付の一部が制度基盤の脆弱な総合事業に移管され、事実上の制度的給付からの排除が行われている。これらの問題は、個々人の偶然の状況というより、今日の医療制度や介護保険制度がもつ本質的な問題である。制度における保険主義の強化と患者・利用者負担の強化が、「排除」の構造を強化していると言える。「医療保障」や「介護の社会化」を約束しているはずの制度が、保険料納付や費用の一部自己負担という条件をもって対象を選別することになっている。つまり、現在の医療や介護の制度は地域における貧困・低所得層、生活困難を抱えている人々を制度から切り離し、選別してしまう構造をもっているのである。そうすると、本来ニーズある人は地域に埋もれていく。したがって、相談機関に来られる人だけでなく、制度から排除され選別されている人はいないのかという視点が重要となる。

そして2点目としては、地域におけるニーズの潜在化である。先にみた排除や選別の構造といった制度上の問題だけでなく、地域に広がる貧困や経済的困難、家族の喪失、人間関係の悪化、劣悪な居住環境などの問題がある。また、自己責任や家族責任といったイデオロギーが医療や介護のニーズ、介護問題を内部に押し込め、外部化させずに生活内に潜在化させる傾向が強い。ここからついには孤立状態に陥っていくことも容易に想像ができ

るであろう。状況を悪化させる前に積極的な相談支援、アウトリーチが必要となるのである。

しかし、こうした積極的な問題対応が、生きづらさを抱えた人々への支援としてすぐさま効果を生むとは限らない。なぜならば、その対象として想定される人々はそれまでの人生経験から他人や社会に対しての不信感が固定化している可能性が高い。そのような中で支援者との信頼関係を構築して、問題解決に向けて一緒に取り組むことをめざすのである。ただし、これは単に対人援助スキルをもって対応し終結するものではない。個別支援としてより丁寧かつ具体的な対応が必要とされると同時に、介護殺人のような究極の介護問題の多くが対人関係のみならず、さまざまな制度との接点や関係も含めた社会的関係から排除されることによって引き起こされていると理解することは、当事者のおかれた社会的状況に共感的な姿勢で対応し、同種事件の発生を防止するための適切な対応を行う上で重要である。

5. 社会保障関連要因

横山（2011:77）は、社会保障について「生活における自助・自己責任の限界を社会が承認し、社会的要因によって生じる問題の解決を個人の責任に委ねるのではなく、社会の責任で対応し解決する原則を確立した。つまり、生活や生存に関わる諸問題のうち、個人の責任や努力ではどうすることもできない現実があることを社会が認め、そのような問題については、社会が責任をもって解決にあたることを新たな社会的合意として確認したことに歴史的な意義がある」と述べている。このことを介護殺人との関連で検討してみると、まさに介護を含めた生活状況が自助や自己責任の限界を迎えていることから、個人の責任に委ねることができない段階にあると言える。また、介護は誰もが経験する可能性のあることがらであり、その境遇を完全に回避することは不可能である。これらのことを総合的に検討すれば、介護殺人に至るような生活状況は、社会の責任において対応し解決すべき段階であることは明らかである。

実現すべき社会保障の原則は、人間の尊厳に値する生活の保障に関わるものである。すなわち人権としての社会保障原則である。人権としての社会保障は、人間の尊厳を理念とし、自己決定・選択の自由、そして平等を原理としている。福祉国家と基本法研究会（2011）は、人権としての社会保障を具体化し歴史的に確立されてきたものは次の4つの原則であると述べている。

1つ目は、「権利性の原則」である。これは社会保障を受ける権利が、国籍のいかんに関わらず、日本に居住するすべての人が有する人権として扱われなければならない。また、人権は最高位の権利であり、最高法規たる憲法によって保障される。さらに人権は義務の履行と引き換えに保障されるものではない。義務と権利が相関関係にある契約上の権利とは異なり、租税や保険料、利用料負担ができない人も含めて、すべての人に尊厳に値する生活が保障されなければならない。

2つ目は、「保障水準に関する原則」である。被保障者の包括性と普遍主義の原則、すなわち特殊な社会的弱者だけが対象となるのではなく、社会保障制を必要としているすべての人が保障対象者とされるべきである。そして、すべての人に対し、社会保障はその必要に応じた現金および現物の給付によって、「健康で文化的な最低限度の生活」が保障される。また、社会保障の給付は尊厳ある人間らしい生活が確保できる水準が必要であり、そのための手続きと自己決定の権利が十分に尊重されなければならない。

3つ目は、「公的責任と制度運営に関する原則」である。社会保障の責任主体は国家および自治体である。国は社会保障を実施するために全国的な最低水準を設定し、かつその実施に伴う費用負担について最終的な責任を負う。また、医療や介護、保育、障がいのある人へのサポートを行うサービス提供事業は非営利で行わなければならない。そして、すべての人が社会保障に関わる自己決定を可能にするためには、政治、行政、司法、社会活動などあらゆる場面で市民の参加が保障されていなければならない。

4つ目は、「企業の責任」である。企業は、雇用している労働者の安全と定年後を含む生活安定に責任を持つべきである。企業は社会の支えと恩恵のもとでその事業活動ができていく。企業は雇用する労働者のための社会保障負担のみならず、都市基盤や社会の安定と安全などを維持、改善するための社会保障のコストを負担する責務がある。企業はその責務を総人件費に応じた社会保険料・税負担で果たすべきである。

以上4つの原則から、介護者や要介護者であろうとも尊厳ある人間らしい生活が保障される。そして、そのためには社会保障が人権として扱われる必要がある。より具体的に言えば、人間らしい生活を送るためには介護や医療、住居等が充足される必要がある。とくに介護の場面では、介護保険により介護の現物給付が崩され現金給付となった結果、1割の利用料のために介護サービスの利用を断念せざるを得ない状況に陥っている高齢者が後を絶たない。高齢者にとって経済的困窮がとりわけ深刻に発生しやすいことを踏まえれば、社会保険料などにおける高齢者の減免制度を充実させるべきである。

小括

本章では、介護殺人を防止するための条件と課題を整理して検討を進めた。介護保障の実現に向けて、国の社会的責任を明確化させるとともに、介護殺人関連要因を取り除くための具体的アプローチを検討した。その結果、介護者や要介護者であろうとも尊厳ある人間らしい生活が保障されるためには、社会保障が人権として扱われる必要があることを強調した。さらに、高齢者にとって経済的困窮がとりわけ深刻に発生しやすいことを踏まえれば、社会保険料などにおける高齢者の減免制度を充実するべきであることを指摘した。

終章 結論と課題

第1節 本研究の結論

現代社会において介護問題は深刻化している。本研究で焦点を当てた介護殺人のような事件は各種報道等により、社会の中でショッキングな出来事として一時的に国民のなかで共有され、多くの場合は同情的に扱われる。しかし、これはあくまで個々の特殊なケースとみなされ、介護問題の深刻化のシグナルとする見方は必ずしもされてこなかった。それは各ケースの特殊性のみに注目し、社会的性格を捉える視点が弱かったことに理由がある。そして、社会的性格を捉える視点の弱さは、その社会的背景を捉える視点の弱さにも通じている。つまりそのことは、介護殺人が起こる背景を見失うことを意味している。

介護殺人は介護者の介護疲れなど個人的要因のみで発生しているわけではなく、5つの介護殺人関連要因が影響を及ぼしている。すなわち、健康・疾病要因、経済・労働要因、家族関係要因、社会的関係要因、社会保障関連要因であり、それらは社会的性格と社会的背景を内包している。介護殺人にはこれらの重層的な問題が存在している。重層的な問題へは重層的な対応が必要であり、それらの問題を個人の問題のみに矮小化されてはならない。個人の問題として取り扱っている限り、同種の事件は繰り返されることだろう。そして、本来はどのような心身状態であっても人間らしい生活を送れるようにサポートするはずの介護という営みに関連して命が失われてしまうという悲劇、この介護問題の深刻化に気づくことはできない。介護殺人を防止するためには、5つの介護殺人関連要因について、社会的責任によって適切に対処されなければならない。

第2節 本研究の意義と限界

1. 本研究の意義

本研究では、現代社会における介護問題の深刻化が顕著に表れているものの一つとして介護殺人を例に挙げ、事件の背景なども踏まえて検討を行った。これら事件が起こる過程から介護問題が深刻化する状況を検証することによって、介護保障のための具体的な課題を明らかにすることを目的とした。

現代社会において、介護殺人のように介護で命を落とすケースはあくまで特殊な例とみなされ、介護問題深刻化のシグナルとみる見方は必ずしもされてこなかった。しかし、介護殺人の事件を検討すると、個人の意思や力では介護問題を含めた生活状況を改善するこ

とが困難な事情が背景としてあることが推察された。このことは、現代社会における介護問題が一層深刻化している状況、すなわちこれまでの状況から介護問題はまた新たな段階に入ったと考えられる。

本研究の意義は、第1に、介護殺人を個人的な要因による特殊な例ではなく、介護問題深刻化のシグナルと位置づけ、また誰にでも起こりうる問題として位置づけ、その防止のためには、介護者支援のみならず、関連する要因について総合的に働きかける必要があることを明らかにした点にある。

第2に、介護問題の深刻化を、本人・家族に結果として起きる生活の質・水準の低下、心身状態の悪化や仕事、学業、市民生活への支障、自分自身の尊厳の否定などの度合いによって4つの段階に整理し、介護で命を落とす事態の深刻さをより具体的に示したことである。

第3に、家族の属性が異なる3つの事例の考察から、介護殺人に関わる関連要因を健康・疾病要因、経済・労働要因、家族関係要因、社会的関係要因、社会保障関連要因の5つに整理し、介護殺人の社会的性格と社会的背景を体系的に明らかにしたことである。

第四に、介護殺人を権利論から位置づけ、人権そのものが失われている状態、生存権や健康権が抹殺された状態であること、介護殺人へと至る過程でいくつもの人権侵害が生じており、人権侵害の複合的発生の結果として介護殺人が生じることを明らかにした。問題解決と事件防止の取り組みは、人権保障の課題として、そして人権保障を土台とした介護保障の課題として、それらを踏まえて実施しなければならないことを提起したことである。

2. 本研究の限界

本論文で検討した介護殺人の事件はすべて既遂のものであり、失われた命を元に戻すことはできない。しかし、介護殺人が起こる要因を検討し、その性格と背景を明らかにすることは、事件発生の原因を矮小化し自己責任で終わらせないために非常に重要である。

そして、最も重要なことは同種の事件を発生させないことである。既遂事件の背後には、事件発生と紙一重で苦しい生活を強いられている世帯の存在がある。また、ここには事件の未遂に終わった世帯も含まれているはずである。寸前のところで既遂とならず未遂となった世帯へのその後の支援はどうあるべきか。また、そもそもなぜそのような苦しい生活環境で介護を担わなければならなかったのか。それらのことについて本研究では検討

することができず、ここが限界であると考え。介護殺人や心中の再企図のリスクから考えるとその支援の必要性は高いと考えられる。

第3節 今後の研究課題

厳しい現実の生活の中でも事件に至らずに何とか寸前のところで踏みとどまっている当事者の生活状況から、事件を防止する要因について何らかの手がかりが得られるかもしれないと考える。これは個人の頑張りなど精神論に陥ることなく、当事者らがおかれる社会環境を広い視野から検討する必要があるものである。そして、そもそも誰もが安心して最期まで生きていける地域や社会をいかにつくるかというところにこそ、本質的な課題があると思われる。

また、諸外国ではどれくらいの数の介護殺人が発生しているのか、日本とは生活状況が異なる環境下で、単に介護疲れだけでなくどのような社会的要因があるのか、海外の状況を調査することで日本の介護問題の深刻さもより鮮明に表れてくる可能性があるため、今後の課題としたい。

参考・引用文献

あ

坪洋一・金子充・堅田香緒里ら（2011）『社会政策の視点－現代社会と福祉を考える－』法律文化社。

秋元美世・大島巖・芝野松次郎ら（2003）『現代社会福祉辞典』有斐閣。

新井康友（2020）「孤独死の実態と要因に関する一考察」日本科学者会議編『日本の科学者』55（11）、11-16。

新井康友（2021）『『自立支援介護』による自立の変質』大阪社会保障推進協議会「自立支援介護」問題研究会編『「自立支援介護」を問い直す 介護保険を使わないのが「自立」なのか』日本機関出版センター、28-40。

い

稲葉剛（2021）『貧困パンデミック 寝ている「公助」を叩き起こす』明石書店。

井上英夫（2007）「人権としての社会保障と小川権利論」『法律時報』79（4）、72-75。

井上英夫（2009）『患者の言い分と健康権』新日本出版社。

井上英夫（2015）「社会保障制度改悪に人権の旗を掲げよう」『経済』237、62-73。

井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・ほか編（2017）『社会保障レボリューション－いのちの砦・社会保障裁判－』高菅出版。

井口克郎（2015）「介護保険サービス抑制の問題点 岐路に立つ介護保障」『経済』237、23-33。

井口克郎（2017）「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会会報』33（1）、5-32。

石橋未来（2019）『介護離職の現状と課題』大和総研資料。

伊藤周平（2008）『介護保険法と権利保障』法律文化社。

伊藤周平・日下部雅喜（2016）『新版 改定介護保険法と自治体の役割』自治体研究社。

伊藤周平（2019）『「保険化」する社会保障の法政策－現状と生存権保障の課題』法律文化社。

伊藤周平（2021）『社会保障法－権利としての社会保障の再構築に向けて』自治体研究社。

医療経済研究機構（2020）『ケアマネジメントの公正中立正性を確保するための取組や質

に関する指標のあり方に関する調査研究事業』。

岩田正美（2008）『社会的排除 参加の欠如・不確かな帰属』有斐閣。

え

NHK スペシャル取材班（2017）『「母親に、死んでほしい」介護殺人・当事者たちの告白』新潮社。

お

岡崎祐司・中村暁・横山壽一ほか編（2015）『安倍医療改革と皆保険体制の解体－成長戦略が医療保障を掘り崩す』大月書店。

岡崎祐司（2017a）「地域包括ケアシステムと『アウトリーチ』」『民医連医療』537、30-37。

岡崎祐司・福祉国家構想研究会編（2017b）『老後不安社会からの転換－介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店。

岡崎祐司（2020）「介護保障を阻む構造－介護保険制度の問題点」『佛教大学社会福祉学部論集』16、21-37。

小川政亮（1964）『権利としての社会保障』勁草書房。

小川政亮編（1978）『扶助と福祉の法学』一粒社。

小川政亮（1992）『社会事業法制 第4版』ミネルヴァ書房。

小川政亮（1993）『社会福祉の利用者負担を考える』ミネルヴァ書房。

小川政亮（1998）『社会保障権－歩みと現代的意義』自治体研究社。

小塩隆士（2021）『日本人の健康を社会科学で考える』日本経済新聞出版。

落合恵美子（2019）『21世紀家族へ（第4版） 家族の戦後体制の見かた・超えかた』有斐閣。

か

加藤悦子（2008）『介護殺人－司法福祉の視点から』クレス出版。

唐鎌直義（2020）「コロナ禍とこれからの日本の社会保障」『月刊保険診療』75(11) 37-41。

河合克義（2015）『老人に冷たい国・日本－「貧困と社会的孤立」の現実』光文社。

川上憲人、橋本英樹、近藤尚己編（2015）『社会と健康－健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』東京大学出版会。

き

木下秀雄（2007）「解題」『小川政亮著作集 1』大月書店、403-406。

く

日下部雅喜（2021）『『自立支援介護』をめぐる動向～保険者機能強化と科学的介護』大阪
社会保障推進協議会「自立支援介護」問題研究会編『「自立支援介護」を問い直す 介
護保険を使わないのが「自立」なのか』日本機関出版センター、8-27。

こ

伍賀一道・西谷敏・鷺見賢一郎ら編（2011）『ディーセントワークと新福祉国家構想一人
間らしい労働と生活を実現するために』旬報社。

児玉真美（2019）『殺す親 殺させられる親—重い障害のある人の親の立場で考える尊厳
死・意思決定・地域移行』生活書院。

近藤克則（2005）『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』医学書院。

近藤克則（2017）『健康格差社会への処方箋』医学書院。

近藤克則編（2020）『ソーシャル・キャピタルと健康・福祉—実証研究の手法から政策・
実践への応用まで』ミネルヴァ書房。

厚生労働省『介護労働の現状』。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000482541.pdf>、2021.6.25)

厚生労働省（2017）『自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現
を目指して～』

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html、2021.5.1)

厚生労働省（2018a）『市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援につい
て』

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000200478.html>、2021.7.2)

厚生労働省（2018b）『高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基
づく対応状況等に関する調査結果』。

厚生労働省（2018c）『家族介護者支援マニュアル』。

厚生労働省（2020）『令和2年版 高齢社会白書』日経印刷。
厚生労働省（2019）『令和元年度 自殺対策白書』日経印刷。
厚生労働省（2020）『令和元年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果』
厚生労働省「ヤングケアラーについて」
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>、2021.7.1).
厚生労働省、文部科学省（2021）『ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング。
厚生労働省（2021）『介護保険事業状況報告の概要（令和3年3月暫定版）』

し

志賀信夫（2016）『貧困理論の再検討ー相対的貧困から社会的排除へ』法律文化社。
志賀信夫（2020）「貧困ー反貧困のための貧困理解」埋橋孝文編『どうする日本の福祉政策』ミネルヴァ書房、89-105。
志賀信夫（2021）「生活保護基準引下げと貧困理論」『賃金と社会保障』1778、11-21。
芝田英昭（2019）『医療保険「一部負担」の根拠を追うー厚生労働白書では何が語られたのかー』自治体研究社。
芝田英昭編（2020）『検証 介護保険施行20年ー介護保障は達成できたのかー』自治体研究社。
澁谷智子（2018）『ヤングケアラーー介護を担う子ども・若者の現実』中央公論新社。
首相官邸（2020）「全世代型社会保障改革の方針」。
生活保護問題対策全国会議（2018）『これがホントの生活保護改革「生活保護法」から「生活保障法」へ』明石書店。
全国社会福祉協議会（1968）「居宅ねたきり老人実態調査」。
全国老人福祉問題研究会編（2019）『高齢者福祉白書2019』本の泉社。
曾我千春（2017）「介護保険制度の改編と介護保障」『経済』265、46-54。
曾我千春（2022）「介護保険・地域包括ケアの制度的破綻とケア保障の再構築ー市場化・営利化から公共性・公益性へ」日本医療総合研究所『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後ー新自由主義をこえて』新日本出版社、173-207。

た

高島進（1985）「第 5 章 社会保障の危機と社会保障憲章－『日本型福祉社会』論批判－
小川政亮編 『人権としての社会保障原則－社会保障憲章と現代－』ミネルヴァ書房、
292-310。

武田裕子編（2021）『格差時代の医療と社会的処方-病院の入り口に立てない人々を支える
SDH（健康の社会的決定要因）の視点』日本看護協会出版会。

太刀川弘和（2019）『つながりからみた自殺予防』人文書院。

高平奇恵（2021）「判決所からみた介護殺人事案の量刑の課題」『季刊 刑事弁護』105、22-
27。

竹内章郎、吉崎祥司（2017）『社会権－人権を実現するもの』大月書店。

田中智子（2020）『知的障害者の貧困－家族に依存するケア』法律文化社。

田中智子（2021）『障害者家族の老いる権利』全国障害者問題研究会出版部。

田中武士（2016）「ある心中事件から見出される介護者の生活保障の課題－小川学説を手
がかりに」日本福祉大学大学院社会福祉学研究科 2016 年度修士論文。

津止正敏（2021）『男が介護する』中央公論新社。

寺久保光良（2001）『「福祉」が人を殺すとき』あけび書房。

寺久保光良（2012）『また、福祉が人を殺した』あけび書房。

特別養護老人ホーム入居待機者家族会（2017）『酷暑 Part 3 先が見えない介護保険制度
許さない！こんな制度改定！！』。

な

内閣府（2021）『令和3年度版 高齢社会白書』日経印刷。

永岡正己（2014）「社会福祉における権利の思想的変遷」『社会福祉研究』120、20-28。

二宮厚美・福祉国家構想研究会編（2011）『誰でも安心できる医療保障へ－皆保険50年目
の岐路』大月書店。

日本高齢者虐待防止学会（2010）『解説 高齢者虐待防止法改正案要綱（案）』

(<https://japea.jp/1756>、2021. 8. 20)

日本障害フォーラム（2020）『障害者虐待防止法改正について（要望）』

(<https://www.normanet.ne.jp/~jdf/opinion/20210323.html>、2022. 2. 1)

日本弁護士連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会編（2006）『高齢者虐待防止法活

用ハンドブック』民事法研究会。

日本弁護士連合会（2007）『検証 日本の貧困と格差拡大—大丈夫？ニッポンのセーフティネット』日本評論社。

日本弁護士連合会（2012）『強いられた死のない社会をめざし、実効性のある自殺防止対策を求める決議』。

日本弁護士連合会（2014）『「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」における介護保険体制に関する意見書』

日本弁護士連合会（2019）『権利性が明確な「生活保障法」の制定を！』

(https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/publication/booklet/data/190520_seikatsu_hosyo.pdf、2021.5.5)

認知症のひとと家族の会（2020）『認知症のひとと家族の思いと介護状況および市民の認知症に関する意識の実態調査 報告書』。

は

服部万里子（2020）「介護保険の誕生からたどる現在の課題」芝田英昭編（2020）『検証 介護保険施行 20 年—介護保障は達成できたのか—』自治体研究社、69–94。

濱島淑恵（2018）『家族介護者の生活保障—実態分析と政策的アプローチ』旬報社。

ふ

笛木俊一（2007）「小川権利論における歴史研究の現代的意義」『法律時報』79（9）、76–79。

福祉国家と基本法研究会・井上英夫・後藤道夫ほか編（2011）『新たな福祉国家を展望する—社会保障基本法・社会保障憲章の提言』旬報社。

藤松素子（2021）「コロナ禍における『我が事・まるごと地域共生社会』の実現は可能か—公的責任の縮小と地域福祉推進との乖離—」『国民医療』349、29–39。

ほ

堀越栄子（2011）「市民参加型にふさわしいケアラー支援と支援策」『ケアラーを支えるために—家族（世帯）を中心とした多様な介護者の実態と必要な支援に関する調査研究事業報告書』平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業、NPO法

人介護者サポートネットワークセンター・アラジン、179-186。

ま

松本俊彦 (2015) 『もしも「死にたい」と言われたら—自殺リスクの評価と対応』中外医学社。

松本俊彦 (2016) 「総論：『死にたい』の理解と対応」『こころの科学』186、10-16。

松本俊彦・編 (2019) 『「助けて」が言えない SOS が出せない人に支援者は何ができるのか』日本評論社。

や

湯原悦子 (2017) 『介護殺人の予防—介護者支援の視点から』クレス出版。

湯原悦子 (2021) 「自殺や心中を凶った高齢の人への支援」『こころの科学』218、日本評論社、72-76。

横山壽一 (2002) 「第3章 現代の政策動向と日本の特質」真田是監修・唐鎌直義・河合克義・宮田和彦ら編『講座・21世紀の社会福祉 1 国民生活と社会福祉政策』かもがわ出版、158-179。

横山壽一 (2003) 『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社。

横山壽一 (2009) 『社会保障の再構築—市場化から共同化へ』新日本出版社。

横山壽一 (2011) 「民主党政権と医療政策の新自由主義化」二宮厚美・福祉国家構想研究会編『誰でも安心できる医療保障へ—皆保険50年目の岐路』大月書店、37-80。

横山壽一編、日本医療総合研究所・監修 (2013) 『皆保険を揺るがす「医療改革」—「自助」論やTPPがもたらすもの』新日本出版社。

横山壽一 (2015a) 「第3章 成長戦略と医療の営利産業化」岡崎祐司・中村暁・横山壽一ほか編『安倍医療改革と皆保険体制の解体—成長戦略が医療保障を掘り崩す』大月書店、137-191。

横山壽一 (2015b) 「医療・介護の一体的見直しがねらうもの」『経済』237、14-22。

横山壽一 (2017) 「経済・財政一体改革と社会保障」日本医療総合研究所『国民医療』334、2-7。

横山壽一 (2022) 「コロナ禍が浮き彫りにした医療・介護の問題と改革の課題」日本医療総合研究所『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後—新自由主義をこえて』新日本

出版社、17-38。

わ

若尾典子 (2017) 「自民党改憲草案二十四条の『ねらい』を問う」『国家がなぜ家族に干渉するのか—法案・政策の背後にあるもの』青弓社、121-154。

外国語

Fabienne Brugère (2013) La politique de l'individu, Editions du Seuil et la Republique des Idees (=2016、原山哲・山下りえ子・阿部又一郎訳『ケアの社会—個人を支える政治—』風間書房)

Joan C. Toronto (2015) Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics, Cornell University Press (=2020、岡野八代訳・著『ケアするのは誰か?—新しい民主主義のかたちへ』白澤社)

Kawachi I, Kennedy B (2002) The Health of Nations: Why inequality is harmful to your health, The New Press, (=2004、西信雄、高尾総司、中山健夫監訳『不平等が健康を損なう』日本評論社)

Michael Marmot (2015) The Health Gap: Challenge of an Unequal World(=2017、栗林寛幸監訳、野田活夫ら役『健康格差 不平等な世界への挑戦』日本評論社)

Michael Marmot, Richard G Wilkinson (2003) Social determinants of health. The solid facts second edition, Oxford University Press, (=2004、高野健人監訳『健康の社会的決定要因 確かな事実の探求 第二版』健康都市推進会議)

Putnam R (1993) Making Democracy Work, Princeton University Press, (=2001、河田潤一訳『哲学する民主主義—伝統と改革の市民構造』NTT 出版)

Richard G. Wilkinson (2005) The Impact Of Inequality How to Make Sick Societies Healthier, The New Press (=2009、池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳『格差社会の衝撃—不健康な格差社会を健康にする法』書籍工房早山)

Ruth Lister (2004) Poverty, Polity Press (=2011、松本伊智郎・監訳 立木勝・訳『貧困とはなにか—概念・言説・ポリティクス』明石書店)

The Care Collective (2020) The Care Manifesto (=2021、岡野八代・富岡薫・武田宏子訳『ケア宣言—相互依存の政治へ』大月書店)

WHO (2008) Final Report, Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (=日本福祉大学訳『一世代のうちに格差をなくそう～健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた公平性』)

WHO (2014) Preventing Suicide: a global imperative (=国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター訳『自殺を予防する 世界の優先課題』)

謝 辞

本論文は筆者が佛教大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものです。本論文の執筆にあたり、多くの方々にご指導ご鞭撻を頂きました。

指導教官の佛教大学社会福祉学部社会福祉学科客員教授 横山壽一先生には、本論文執筆にあたり、問いの立て方から全体構成など論文の基本的な書き方を、また生活困難な状況にある人々への共感的な眼差しと共に、社会問題へ対峙する揺るぎない確かな視点を基盤にして、きめ細やかな指導をして頂きました。この経験は私にとって生涯にわたる貴重な財産となることでしょう。ここに深謝の意を表します。

また、同学科教授 田中智子先生、並びに同学科准教授 新井康友先生には、本論文の作成にあたり、副査として適切なお助言を頂きました。感謝申し上げます。

最後に、本研究の遂行にあたり、介護困難な状況にある世帯の現実の生活から多くを学びました。この学びを社会に還元することを決意し、ご協力いただきました皆様に誠意の意を表します。

本研究の一部は、佛教大学大学院支援費、日本医療総合研究所研究費を頂き、取り組むことができました。記して感謝申し上げます。