

介護休業制度に関する専門家会合報告書

平成 6 年 7 月

介護休業制度に関する専門家会合報告書目次

I 検討の趣旨	1
II 検討の内容	1
1 介護休業の位置付け	1
2 家族による介護の状況	2
3 介護休業取得のための要件	8
4 介護休業取得のための手続－要介護状態の証明	9
5 要介護者の範囲	10
6 介護休業の期間等	10
7 勤務時間の短縮等の措置	11
8 介護休業になじみにくいと考えられる場合の取扱い	12
介護休業制度に関する専門家会合名簿	13
【参考資料】	
1 脳血管性疾患の場合に必要とされる世話	14
2 アルツハイマー型痴呆に関する必要とされる世話の概念図	16
3 骨粗鬆症の楔状圧迫骨折に関する必要とされる世話の概念図	17

介護休業制度に関する専門家会合報告書

I 検討の趣旨

高齢化、核家族化等の進展に伴い介護休業制度の普及促進は益々重要な課題となっており、制度の一層の普及のため、法的措置のあり方の検討が必要な時期にきている。

この法的検討に当たっては、これに先立ち、要介護者及び要介護者を有する労働者の置かれた状況が様々であることから、例えば「介護が必要な状態」をどこまでの範囲とし、どのように特定するか等、専門的、技術的見地からの検討が必要な問題がある。

このため、「介護休業制度に関する専門家会合」（以下「専門家会合」という。）においては、介護休業制度等が関連諸制度の中でどのように位置付けられるべきかという問題も含めて、介護休業制度について、専門的、技術的見地から、広く検討を行い、とりわけ医学的、法学的見地から「介護休業取得のための要件」、「介護休業取得のための手続－要介護状態の証明」に重点を置いて議論をしたところである。

制度の具体化に際しては、さらに現実の社会状況や人事労務管理を行う立場からの視点も入れて検討を深めることが必要である。

II 検討の内容

1 介護休業の位置付け

これまで介護の問題は、とかく個人の私的な問題あるいは嫁、娘といった女性の問題とされがちであったが、急速に進展する少子・高齢化社会の中で、介護の問題は今や社会全体で取り組まなければ解決し得ない重要な課題となっている。その具体的な対応策としては、特別養護老人ホーム、デイケアセンター、老人保健施設などの施設ケアやホームヘルプサービス事業などの在宅介護サービスを充実することが必要であると考えられる。

これらのサービスが充実された場合には、家族による世話は、主として情緒的な支えなど家族としての情愛によるものになるであろうが、現状においては、家族が相当の範囲で介護等の世話を行わざるを得ない状況にある。

この場合、現実問題として、家族は小規模化しており、仮に介護を担う者がいても1人で担いきれるものではなく、また、男女ともに仕事をしていることが当たり前になりつつある現在、介護を行うためには仕事を辞めざるを得ないなど、仕事と介護とを両立させることの困難に直面することとなる。

このような状況を踏まえると、介護休業制度は、要介護者を抱えた労働者からみると、雇用の継続と家族の介護の必要性を調和させるために必要な措置であるということができる。

もとより、企業にとっては、介護休業制度は要員管理等の負担となりかねないものであるが、今や急速に進展する少子・高齢化社会をいかに乗り切っていくかということが国民全体の最重要課題となり、介護の問題についても、個人だけでなく、国も地方自治体も企業もそれぞれの立場でこの問題に取り組んでいかなければならないもの

となっている。このため、国及び地方自治体においては、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）により介護に関する社会サービスの充実を進めているところであり、企業としても介護の問題への取組を避けて通ることはできず、少子・高齢化社会を担う一員として社会的役割を果たすことが期待される。

これを企業の側からみると、現実介護のために仕事を継続できない労働者がいるということは、企業にとってマイナスであり、しかも、今後要介護者を抱える労働者が増えることが予想されることから、こうした労働者にも能力を有効に発揮できる機会を与え、活力ある企業活動を維持していくためにも介護休業制度などの措置を講じることが必要であると考えられる。

以上のことから、家族の介護を行う労働者が介護のために仕事を辞めざるを得ない状況を回避するため、企業において介護休業制度等を設けることが要請される場所である。

この場合、介護の問題は、大企業の労働者であると中小零細企業の労働者であることを問わず共通に抱える問題であることから、制度の基本的なところは法律で定めることが適当であり、それ以外のところは労使間で話し合って決めていくことが適当であると思われる。そして法律で定める場合も、以上のような事情にかんがみると、その内容は、家族による介護の必要と労働者の雇用の継続を念頭に置きつつ、企業の要員管理等の負担との調和が図られているものであることが必要であろう。

もとより、要介護者の症状経過、必要とされる介護の程度などは千差万別であり、その対応も一様ではないこと、要介護状態が長く続く場合も多いことから、そのすべてを介護休業で対応するということはできず、国や地方自治体は介護施設や在宅介護サービスのなお一層の充実を図り、介護休業後もなお要介護者を抱えた労働者が雇用を継続できるよう、このような労働者や要介護者に対し施設介護あるいは在宅介護サービスを提供できるようにする必要がある。

さらに、企業としても、介護休業以外にも勤務時間の短縮等の措置を講じたり、介護施設や介護要員などの社会的サービスの利用を援助したりすることにより休業せずに対応できるようにするなど、要介護家族を抱えた労働者が職業生活と家庭生活とを両立していくことができるよう様々な援助を行っていくことが期待される。

そして、国や地方自治体が、このような家族の介護に当たる労働者やその労働者の仕事と介護の両立を支援する企業に対して積極的な援助をすることにより、介護休業制度やその他の両立支援措置が企業の中に定着し、円滑に運営できるようにすることが必要であると考えられる。

2 家族による介護の状況

介護休業制度の内容を考えるに当たって、家族による介護の状況がどうなっているかをみていく必要があるが、まず、ここでは「介護」という枠にとらわれず、家族が現実に行っている世話について幅広くみていくこととする。

(1) 要介護状態の典型例及び必要とされる世話

介護等の世話がが必要な状態については、傷病の種類や程度及び要介護者が誰であるか等世話を受ける側や世話をする側の問題があり複雑であるが、ここでは、今後

の高齢化社会で最も問題となる高齢者の世話に焦点を当て、いくつかの典型例によりどのような家族の世話が必要とされるのかを検討する。

このため、患者調査により65歳以上の長期入院患者において最も多い脳血管性疾患、そのほか代表的な傷病として精神障害の中からアルツハイマー型痴呆、また、慢性進行性疾患の中からパーキンソン病、さらに近年問題となっている骨粗鬆症を取り上げる。

イ 脳血管性疾患の場合

(イ) 疾患の特徴等

脳血管性疾患は、脳の血管が詰まったり、破れたりすることによって急激に脳の血液の流れがおかされて起こる病気であり、重い場合には死に至ったり、運動機能障害や、言語障害、記憶、知性に障害を起こしたりするなどの後遺症を残す。

脳血管性疾患については、長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会中間報告「老親介護に関する労働者福祉対策のあり方について」（平成元年）に詳しい。

(ロ) 症状の経過及び必要とされる世話

脳血管性疾患の場合は、発病後入院が原則（軽くても2週間程度）であり、急性期（発病から1か月ぐらまで）の間は、病院において治療・リハビリが続けられることとなる。この間家族としては、情緒的な支えはもちろん、入・退院のための手続、入院中の身の回りの世話、退院後の介護者探し等在宅での世話を行う場合の受け入れ体制の整備等を行うことが中心となる。

発病後1か月から3か月の間は、本人の病状は回復期に入り、この頃から在宅での療養が始まることとなる。したがって、この間家族が在宅での世話を行う必要度は高く、在宅で世話を行う場合、病気の手当、身の回りの世話、通院介助等の世話が必要となってくる。

発病後3～6か月頃は慢性期であり、個人差はあるものの、本人の状態が安定してくる時期である。この頃から、寝たきり・痴呆になった者についてはその状態も固定してくるため、施設での世話を受けることになる者と引き続き在宅で世話を受けることになる者とに分れてくる。

ロ アルツハイマー型痴呆の場合

(イ) 疾患の特徴等

痴呆とは、日常生活に支障を来す程度の知的機能障害をいい、アルツハイマー型痴呆の特徴として、特に認知障害が顕著であることが挙げられる。

また、発症の時期がいつかわからず、さらに、痴呆の程度について、統計上「軽度・中度・高度」と分類されるが、症状の経過には個人差があり、類型化しにくい。

例えば、家族や周囲の受け入れる側の対応の仕方により症状の経過、世話の必要度も変わってくる。特に知的機能は人格に大きな影響を与えるものであり、それまでに獲得されたものの大きさ、質等によって変わる。したがって、家族の混乱も必ずしも一様ではない。

(d) 症状の経過及び必要とされる世話

痴呆の初期においては、ADL（日常生活活動）の状況はしっかりしており、食事、排せつ等の介助は必要としないが、記憶障害や意思疎通の困難さなどがみられ、本人自身が痴呆であることが理解できないだけでなく、認知障害があるために家族が本人のために行っていることについて理解してもらえないなど、家族にとって精神的ストレスが大きい。また、痴呆症ではないかと判断される場合であっても、家族はどこへ行けばよいのか、神経内科なのか、精神科なのかシステムが分からないといった問題がある。

痴呆の程度が進行するにしたがって、徘徊や夜間せん妄、失禁などの病状が現れ、しだいに24時間目が離せない、昼夜が逆転するなど家族の心理的負担が大きくなる。逆に、終末期には食事、排せつ等の介助が全面的に必要となり、片時も目が離せないという状態ではないが、家族の身体的負担が大きくなる。

ハ パーキンソン病の場合

(i) 疾患の特徴等

老年者の神経疾患としては脳血管障害に次いで多いもので、脳の老化と密接に関連して発症する慢性進行性変性疾患である。

初発症候としては、①手指などの振顫、②筋痙縮又は固縮、③小刻み歩行、前屈姿勢、急速な交互運動の繰り返しが緩慢かつ困難等の運動過小及び仮面様顔貌、便秘など④自律神経症候、⑤知的機能障害がみられる。

(ii) 症状の経過及び必要とされる世話

症状の経過は、パーキンソン病重症度分類のとおりであり、始めは日常生活に支障を来さないが、徐々に病状が進行するとともに通院等他の人の介助を必要とするようになり、どの時点で要介護状態となるかについては個人差が大きい。

パーキンソン病重症度分類（資料：厚生省特定疾患変性性神経疾患調査研究班）

Hoehn & Yahr の重症度分類	生活機能障害度 (異常運動疾患調査研究班)
Stage I : 一側性障害で体の片側だけの振顫、固縮を示す。軽症例である。	Ⅰ度：日常生活、通院にほとんど介助を要さない。
Stage II : 両側性の障害で、姿勢の変化がかなり明確となり、振顫、固縮、暴動～無動とも両側にあるため日常生活がやや不便である。	
Stage III : 明らかな歩行障害がみられ、方向変換の不安定など立ち直り反射障害がある。日常生活動作障害もかなり進み、突進現象もはっきりとみられる。	Ⅱ度：日常生活、通院に介助を要する。
Stage IV : 起立や歩行など日常生活動作の低下が著しく、労働能力は失われる。	
Stage V : 完全な廃疾状態で、介助による車椅子移動または寝たきりとなる。	Ⅲ度：日常生活に全面的な介助を要し、歩行、起立不能。

〔註〕厚生省特定疾患対策の治療対象疾患として認定されるのは、Hoehn & Yahr のⅢ度、生活機能障害度Ⅱ度以上である。

二 骨粗鬆症の場合

(イ) 疾患の特徴等

骨粗鬆症とは、骨密度の減少している状態をいい、骨粗鬆症である限りにおいては、日常生活に支障を来すものではないが、骨折しやすく、骨折により寝たきりになるケースが多い。骨粗鬆症は、食事、ホルモン及び老化と関係が深く、骨塩量（カルシウムを中心としたミネラルの量）の減少によるもので、特に更年期後の女性と老人に起こりやすく、近年その頻度が著しく増してきている。

骨粗鬆症の症状は、腰背痛、脊柱の変形等であり、骨折を伴うことが多い。そのほかに、心臓、肺及び消化器の機能低下、脳・神経の機能低下も来しやすい。骨折が起こりやすいのは脊椎、大腿骨、橈骨（手首）であり、脊椎、大腿骨の場合は寝たきりになる可能性が高い。

このうち、脊椎骨折の一般的な例として楔状圧迫骨折（転倒などの外圧による脊椎骨の変形）について検討を行った。

(ロ) 症状の経過及び必要とされる世話

楔状圧迫骨折の場合、まず、受傷後医療機関において数日間臥位による安静を必要とする。この間、家族は入院の手続、入院中の身の回りの世話等が必要となる。1～2週間もすれば坐位による訓練が始まり回復に向かう。受傷後1か月以降になると慢性期に入り、リハビリが始まる。通院・リハビリの介助等が必要となる。また、寝たきりになった場合は施設又は在宅の世話が始まる。

筋力低下や感覚鈍麻などの神経症候を伴う場合は手術が行われる。この場合、退院するまでに2～3か月を要する（リハビリ期間を含む。）が、寝たきりにはならない。

(2) 家族による世話・介護・看護等

以上のように家族によることが必要とされる世話は、傷病の種類・経過・程度等により異なってくるが、これを次のように分類することが可能である。

① 病気の手当……投薬、吸引・吸入、インシュリン注射、褥瘡の手当等

② 日常生活の世話

- ・ 直接身体に触れる世話……食事、排せつ、入浴、衣類の着脱、移動等の介助
- ・ 痴呆の場合の監視
- ・ 側にいる（精神的な支え）
- ・ 要介護者のための調理、洗濯等
- ・ 通院、デイサービスなどの送り迎え

等

③ 入退院の手続、診療方針の決定に当たっての医師との相談等

④ 今後の方針の検討、決定、手続等（介護体制の整備など）

⑤ いわゆるターミナルステージにおける看取り

このように、家族の世話の範囲は広く捉えられるが、一方、介護という用語については、一般的には、以下のように取り扱われている。

老人福祉法においては、市町村のとることのできる居宅における介護等の措置について「身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものにつき、政令で定める基準に従い、その者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活を営むのに必要な便宜であって厚生省令で定めるものを供与し、……」と規定されている。社会福祉士及び介護福祉士法等においても介護に関して同様な規定が置かれている。

介護と類似の概念に看護があり、保健婦助産婦看護婦法においては、「『看護婦』とは、厚生大臣の免許を受けて、傷病若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする女子をいう。……看護婦でなければ、第5条に規定する業をしてはならない。」と規定されている。

介護と看護は重なり合う面もあるが、介護休業を考える際の介護については、看護婦が業として行う看護を意味するものではないことは言うまでもないことである。しかし、時に家族が医師の指導の下に必要な範囲で病気の手当を行う場合があり、これについては、介護休業を考える際の介護の範囲に含めて考える必要があると考えられる。

(3) 家族による介護に影響を与える要因

家族の介護の内容は状況により様々であるが、その必要度、程度の軽重に影響を与えるものとしては次のものが考えられる。

イ 傷病の状況

(1)でみたように傷病により家族の介護の負担が異なってくるが、必ずしも傷病の進行や重さに比例しない。例えば、重度の寝たきりであっても、体位変換やおむつ交換など定期的な介護は計画的に行いやすい。これに対し、アルツハイマー型痴呆の場合は、初期、中期の方が障害が理解できない上に、食事、排せつ等の行為は1人で行えるが、火の元の始末を忘れたり、徘徊するなど常時目が離せないために、家族のストレス、負担は大きいことが多い。

ロ ADL（日常生活活動）の程度

介護を要する者本人が食事、排せつ等の日常の動作をどの程度行い得るのか（寝たきりか、車椅子の使用が可能か、補助具を用いれば手が使えるか等）、また、どの程度自分で行おうとしているのか、精神障害の程度はどの程度か（知覚障害がどの程度か等）等により家族の介護の必要度が異なってくる。

ハ 家族の介護能力

介護を期待できる家族がどの程度いるか、同居か別居か、本人、家族がどの程度の介護を望むのか（できるだけ手厚く行うのか、本人の自主性に委ねるのか等）、外部のサービスをどの程度望むのか（施設の利用を望むのか、ホームヘルパー等の外部サービスを利用したいのか、家族のみによる介護を望むのか、外部サービスをどの程度の頻度で利用したいのか等）、介護サービス利用のためにどの程度費用を支出できるか等本人、家族の意識、要求水準、経済状況により家族の介護の質・量が異なってくる。

ニ 住宅の状況

スロープなど要介護者の自立を助けるような住宅構造になっているかどうか、車イスなどの福祉器具が使える生活室内があるかどうかによっても介護の必要度、負担度は異なる。

ホ 地域の社会サービスの整備状況

介護施設・介護サービスの整備状況、地域住民への周知度などが、本人の生活の自立、家族の世話に与える影響が大きい。

(4) 社会サービスと家族の介護

介護施設やホームヘルパーなどの社会サービスを利用している場合においても、家族しかできない介護、家族によることが期待されている介護がある。

例えば介護施設の充足状況については地域差があり、また、ホームヘルパーの派遣を受けている場合であっても、ホームヘルパーの絶対数が少ないため、派遣を受ける日数や時間が限られており、一般に介護のかかなりの部分は家族が行わなければならない状況にある。また、アルツハイマー型痴呆の場合は、在宅で介護サービスを受けている場合であっても、危険防止のための監視については家族に期待される状況にある。病院に入院している場合については、付添看護を廃止する方向にはあるが、現在のところ付添が必要な場合もあるため、この場合、費用面で家族が自ら付き添うことを選択することもある。

3 介護休業取得のための要件

「1 介護休業の位置付け」において検討したように、介護休業は、介護のために仕事を辞めざるを得ない状況を回避するため、一定期間の休業を認めることにより雇用の継続を図ろうとするものと考えるべきであるが、その内容は、家族による介護の必要性と労働者の雇用の継続を念頭に置きつつ、企業の要員管理等の負担との調和が図られているものであることが必要である。

したがって、労働者が介護休業を取得することができる場合を明確にする必要があり、そのためには、(1)労働者の家族に要介護者がいること、すなわち、労働者の家族に要介護状態が存在し、かつ、それが一定期間継続すると見込まれること、(2)要介護者が労働者の一定範囲の家族であること、(3)労働者が要介護者の介護をすることの3つの要件を満たすことが必要であると考えられる。このうち(2)については、「5 要介護者の範囲」において検討を行う。

(1) 要介護者がいること

労働者の家族に要介護状態が存在し、かつ、それが一定期間継続すると見込まれることが一つの要件となる。

ここで「要介護状態」とは、「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障があり、常態的かつ継続的に日常生活を営むのに必要な便宜の供与を必要とする状態」をいうものとし、具体的には、「歩行等の移動、排せつ、衣服の着脱、入浴、食事等に関し（補助具を用いても部分的にでも）介助を必要とする状態にあること又は痴呆等によりもたらされる危険防止等のための監視を必要とする状態にあること」をいうものとするのが適当であると考えられる。

その理由は、上記2において代表的な症例と必要な家族の世話についてみたとおり、その必要度、負担度は傷病名だけではなく、複数の要因によるものと考えられるが、介護休業を一律に法律で規定することを前提に考えると、要介護状態にあるかどうかの判断は、家族の介護能力や住宅の状況など要介護者の個別の周辺事情まで斟酌して行うこととすることは困難と思われ、当人の介護をどの程度必要とするか、いいかえればどの程度自分で身の回りのことなどができるかというADL（日常生活活動）の評価を重視して判断されるべきであると考えられるからである。

実際、常時介護を必要とする者を入所させる施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設）の入所判定、寝たきりや痴呆の場合の自立度の判断においても、ADL（日常生活活動）の評価に重点が置かれている（注）。

ここでいう「ADL（日常生活活動）の評価」は、歩行等の移動、排せつ、衣服の着脱、入浴、食事等に関し介助を必要とするか否かによるのが典型的であるが、痴呆の場合はこれらの能力を有していても、認知障害のため生ずる危険を防止するなどの必要がある場合もあり、危険防止等のための監視の必要性も考慮される必要がある。

なお、精神的な支えや終末期の看取りの必要性については、心情的には理解されるが、介護のために仕事を辞めざるを得ない状況の回避という介護休業制度の趣旨と、企業の要員管理等の負担にかんがみると、介護休業を取得して行う介護の必要性という観点からは馴染み難いと考えられる。

「要介護状態が一定期間継続すると見込まれること」を要件とする理由は、労働者が介護休業をとる必要度と企業の要員管理に配慮する必要との兼ね合いによるものである。

なお、子供の一時的な病気やけがの場合のような、ごく短期の看護の場合については、別途考慮すべき問題であると考えられる。

(注) 具体的には、特別養護老人ホームの入所措置の基準として、「入所判定審査票による日常生活動作事項のうち、全介助が一項目以上及び一部介助が二項目以上あり、かつ、その状態が継続すると認められること」又は「入所判定審査票による痴呆等精神障害の問題行動が重度又は中度に該当し、かつ、その状態が継続すると認められること」等の要件が挙げられており、入所判定審査票による日常生活動作事項は、下記のとおりとなっている（昭和62年1月31日社令第8号厚生省社会局長通知）。

ア 歩行	(ア自分で可	イ一部介助	ウ全介助)
イ 排泄	(ア自分で可	イ一部介助	ウ全介助)
ウ 食事	(ア自分で可	イ一部介助	ウ全介助)
エ 入浴	(ア自分で可	イ一部介助	ウ全介助)
オ 着脱衣	(ア自分で可	イ一部介助	ウ全介助)

(2) 要介護者が労働者の一定範囲の家族であること

後述「5 要介護者の範囲」部分に譲る。

(3) 要介護者の介護をすること

「要介護者の介護をする」とは、労働者本人が、「通常勤務に服せない程度に、自ら現実かつ常態的に介護を行うこと」をいう。

特定の1人の者が24時間介護を行うことは不可能であり、また、特定の者のみに介護の負担を負わせることは適当でもないので、ホームヘルパーの派遣を受けている場合や、家族の中に専業主婦等他に介護を期待できる者がいるような場合であっても、当該労働者が要介護者の介護を現実かつ常態的に行うものであれば、これに含めてよいと考えられる。

ただし、特別養護老人ホーム又は老人保健施設に入所している場合のように、家族の介護を必要としないことが明らかな場合については、「要介護者の介護をする」に該当するものとする必要はないと考えられる。

4 介護休業取得のための手続－要介護状態の証明

介護休業は、企業の要員管理等の負担において労働者の仕事と介護の両立を図るものであることから、雇用管理において混乱が生じることのないよう当該要介護状態について、介護休業の取得が認められるべきかどうかの判断がある程度労使でできるようなものでなければならないと考えられる。

このため、最終的には何らかの証明が必要になる。

要介護状態の証明の方法として現在行われているものとしては、①加療を要するような傷病等の場合には医師の診断書が、また、②自立度判断基準で一定水準以上の場合には保健婦等の判断がある。

このような現状からみると、主たる証明方法としては、通常、医師による証明書の添付が考えられるが、それ以外にも、保健婦等公的な資格を有する者、機関等による証明及び労使間で取り決めた方法などいずれの方法によっても証明できることとするのが適当ではないかと考えられる。

このように、医師等による証明を制度の中に位置付ける場合に、行政上の指針として医師等及び労使に対して、ADL（日常生活活動）による要介護状態の判断をするための一定の様式（対象項目、全介助・一部介助等の評価基準等を示したもの）を具体的に示すことが必要であると考えられる。

5 要介護者の範囲

介護休業取得の対象となる要介護者の範囲の決定においては、民法における親族の扶養義務等の規定も参考にはなるが、新たに介護休業制度を創設するものである以上、介護休業の趣旨、位置付けを踏まえてその範囲を考えるべきである。

その場合、介護休業を高齢化対策としてのみとらえると、要介護者の範囲を老親に限定するという考え方もあるが、高齢化対策だけではなく、労働者の仕事と介護の両立という制度の目的から介護の実態等も踏まえて考える必要があろう。そこで、介護休業制度を導入している企業の制度の内容をみると、配偶者、本人の父母及び子供を範囲に加える割合が非常に高く、次いで配偶者の父母を範囲に加える割合もかなり高くなっている。また、実際に介護休業制度を利用した労働者と介護の対象となった家族との続柄の割合をみると、これら4者で93%に達しているので、これら4者を要介護者の範囲に加えることが適当であると考えられる。

この場合、核家族化が今後も更に進行すると考えられること、老親について金銭の仕送り等の扶養をしている子と介護を行う子が連うことは社会通念上よくあること等からして、同居又は扶養の要件を付すことは適切ではないと考えられる。

また、実際の介護者をみると、孫が祖父母を介護する場合や兄弟姉妹間で介護する場合もあるが、これらは必ずしも一般的ではなく、祖父母が親代わりであった場合や同居の未婚の兄弟姉妹等一定の関係にある場合に限られると思われる。したがって、これらの者については、同居又は扶養の要件を付すことも考慮することとした上で範囲に含めるかどうか、企業の介護問題に関する社会的な役割とのバランスも考慮しつつ検討することが期待される。

6 介護休業の期間等

要介護者の症状の経過、介護の必要性は様々であり、介護休業をいつ、どの程度の期間取得するかは、まず第一に介護休業請求者の申出によることとするのが適当であるが、介護休業が家族による介護の必要性と労働者の雇用の継続を念頭におきつつ、企業の要員管理等の負担との調和を図らなければならないものであることを考慮すると、介護休業の制度化に当たっては、その期間等について一定の限度を設ける必要があると考えられる。

以上を踏まえ、要介護者の症状の経過と家族による介護の必要度を勘案し、最低限必要と考えられる休業の期間や回数を判断すべきである。

ここで、介護が必要となる高齢者の典型的な症例である脳血管性疾患等をみると、要介護家族が急性期を脱して、その後の介護に関する恒常的方針を定めることができるようになるには、最低、回復期を経過し、状態が安定してくる慢性期の初期に至る約3か月程度の期間が必要とされる。このため、最低限としては、この約3か月程度の期間につき介護休業が認められることが必要であると考えられる。

アルツハイマー型痴呆のように、発症時期も含めて症状経過が明確でないものや、老衰等回復の見通しが立たないもの等もあるが、3か月程度の介護休業期間の介護を通じて、施設への入所が適当か、引き続き家族による介護が適当かについて家族が冷静に判断し、その対応を考えることができると考えられる。また、骨粗鬆症のような例もかなり対応できるものと考えられる。

平成5年度女子雇用管理基本調査によると、実際に労働者によって取得された介護休業の期間としては「3か月未満」で77.7%という高率になっており、この実態からみても、この程度の期間の確保は必要と考えられる。

以上のことから、介護休業の期間としては最低3か月程度を確保することが適当であろう。

この場合において、その期間は、企業における要員管理等への影響を考えると、連続した期間とすることが適当であると考えられる。

取得回数についても、繰り返し介護休業を取得することを認めることは労働者にとっては望ましいが、代替要員の確保、計画的な人員配置等に支障が生じることとなり、特に中小企業においてその負担は著しいと考えられる。

また、要介護者の継続する一要介護状態について1回は介護休業を認めるという考えもあるが、再発・併発の場合など一要介護状態が継続しているか否かの判断が困難な場合もあり、難しい問題を含んでいる。

いずれにせよ、介護休業の制度化を前提に考えると、介護休業の取得回数については、要介護者1人につき最低1回は確保することとするのも止むを得ない面がある。

ただし、症例によっては、終末期においても一定期間病気の手当や日常生活上の世話などを行わなければならないような終末期介護の必要が生ずることもあり、期間の長さは別として、追加的にそのための休業が取得できることが望ましいという意見や、回数を1回に制限した場合、介護休業が必要と思い取得したが、数日で回復したというような場合、2回目の介護休業は取得できなくなるため、取得すべきかどうかの見極めが難しくなるという問題の指摘もあったところであり、今後、関係者間で議論が深められることが期待される。

また、介護休業制度で対応することが困難な場合には、8で述べるような別途の休暇制度など新たな仕組みが必要となることも考えられる。

7 勤務時間の短縮等の措置

「2 家族介護の状況」においてみたように、症状の経過や社会サービスの利用などにより必ずしも家族の介護が全日の休業を必要としない場合もあることから、介護休業のように全面的に休業せず、仕事と介護を両立させるための措置として、育児休業等に関する法律にみられるような勤務時間の短縮等の措置が有効な場合もあると考

えられる。これについては、全日の休業と異なり、職業生活の継続や経済面でのメリットも見逃せない。

措置の形態としては、次のようなものが考えられる。

- ① 短時間勤務制度
- ② 一定の時間単位で労働者が個々に勤務しない時間を請求することを認める制度
- ③ フレックスタイム制度
- ④ 出勤・退社時間の変更等

8 介護休業になじみにくいと考えられる場合の取扱い

「6 介護休業の期間等」でも述べたように、特に急性期（発病直後）で要介護状態の継続が不明確な場合は介護休業を取得すべきかどうか判断しにくいこと、また、子供の一時的な病気やけがなど要介護状態が短期の場合は、一定期間の介護休業による雇用の継続とは問題の側面が異なること等から、これまでみてきた介護休業にはなじみにくいと考えられる。しかしながら、これらの場合も家族の介護が必要であり労働者が働き続ける上での問題となる。

これまでこのような場合は労働者は年次有給休暇や欠勤等により対応してきたと考えられる。労働者がその意思により年次有給休暇を使用することは1つの選択ではあるが、本来年次有給休暇はその目的、時季にとらわれることなく労働者の健康や福祉のための制度であるから、短期的な介護であるとしても、これを前提とすることは適当ではない。

諸外国においては、高齢者介護は社会サービスにより行い、子供の場合の責任は親が負担するという考え方を背景として、年間数日の子供の看護休暇制度を設けている例が多い。

こうしたことから、これまで検討を行ってきた介護休業とは別に年間数日の休暇が必要な場合もあると考えられ、これについても、企業の要員管理等の負担との均衡を考慮しつつ関係者間で議論が深められることが期待される。

介護休業制度に関する専門家会合メンバー

天 本 宏 天本病院院長

岩 村 正 彦 東京大学法学部助教授

大 友 英 一 浴風会病院院長

鎌 田 ケイ子 東京都老人総合研究所主任研究員

袖 井 孝 子 お茶の水女子大学生活科学部教授

(座長) 保 原 喜志夫 北海道大学法学部教授

(五十音順、敬称略)

1 脳血管性疾患の場合に必要なとされる世話

(1) 病気の状態～急性期及び亜急性期（発病後～1か月）

この期間は患者、家族ともに混乱期にある。必要とされる世話は、

- ① 入・退院のための手続き、付添等の手配
- ② 入院中の付添及び情緒的な支え
- ③ 入院中の身の回りの世話
- ④ 退院後の介護者探し等在宅で介護を行うに当たっての受け入れ体制の整備
- ⑤ みとり（死亡の場合）

である。

(2) 病気の状態～回復期（発病後1か月～3か月）

患者の病状は回復または安定しつつある。なお、家族の状態は混乱からは脱するものの動乱状態にある。必要とされる世話は、

- ① 病状が固定するまでの世話、付添及び情緒的な支え
- ② リハビリのための病院探し
- ③ 退院後介護者が決まるまでの家庭環境の調整及び情緒的な支え
- ④ 通院介助
- ⑤ 家庭でのリハビリ介助
- ⑥ みとり（死亡の場合）

である。

(3) 病気の状態～慢性期、安定期（発病後3か月以降）

患者の状態も安定し、介護を行う体制もほぼ整うため家族の状態も安定期に入る。この時期に至ると、ねたきり・痴呆になった者についてはその状態も固定してくるため、施設での介護を受けることになる者と引き続き在宅で介護を受けることになる者とに分かれてくる。なお、在宅で必要とされる世話は、

- ① 身の回りの世話、病気の手当
- ② 通院介助
- ③ デイ・ケアセンターへの通所など福祉サービス導入とその調整
- ④ みとり（死亡の場合）

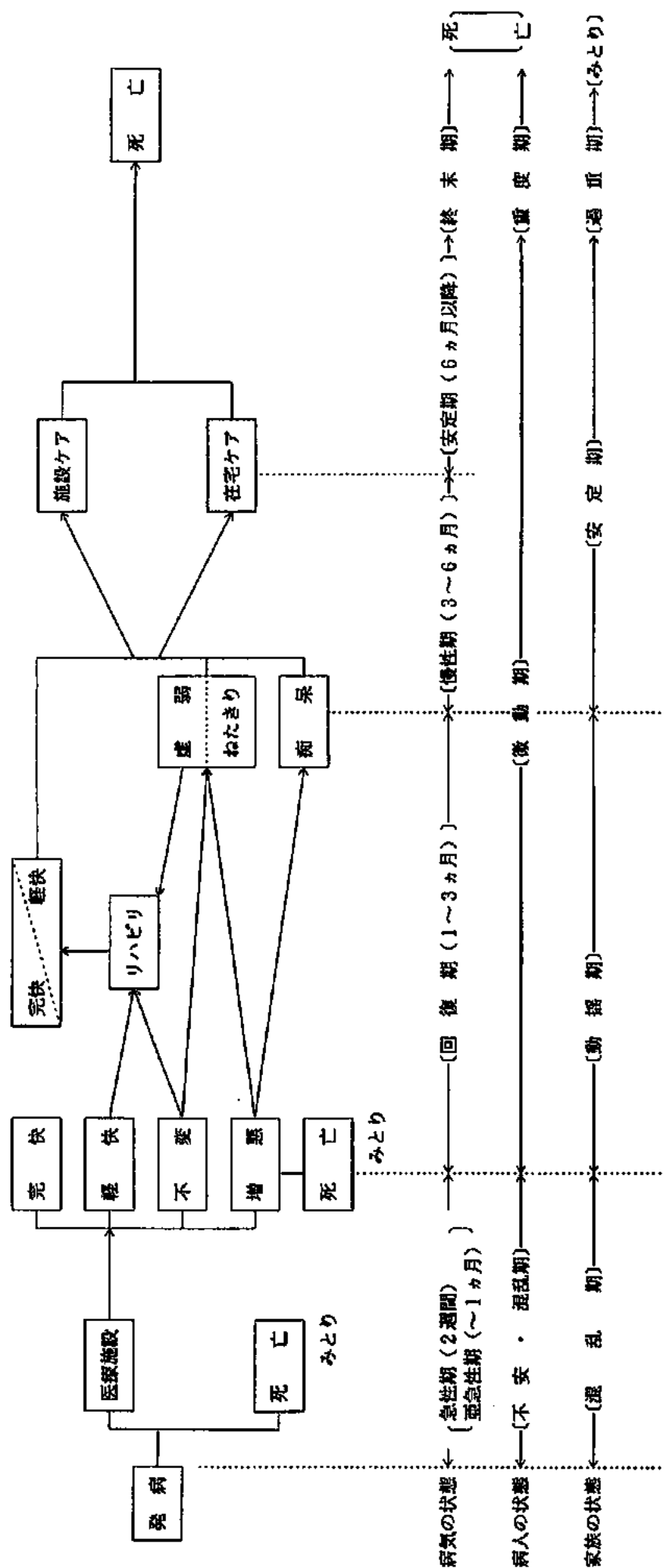
である。

(4) 終末期

この時期は、主にみとりが中心となる。病院・施設における世話は、情緒的な支えが中心となるが、家族の精神的負担は大きい。在宅介護の場合は、ほぼ全面的な介助を必要とするため、家族の精神的、身体的負担は過重なものとなる。

参考資料：「老親介護に関する労働者福祉対策のあり方について」（平成元年）
－長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会中間報告－

脳血管性疾患に関する必要とされる世話の概念図



急性期及び重急性期

- ①入・退院のための手続き、付添等の手配
- ②入院中の付添及び情緒的な支え
- ③入院中の身の回りの世話
- ④退院後の介護者探し等在宅で介護を行うに当たっての受入体制の整備
- ⑤ひとり（死亡の場合）

回復期

- ①病状が固定するまでの世話、付添及び情緒的な支え
- ②リハビリのための病院探し
- ③退院後介護者が決まるまでの家庭環境の調整及び情緒的な支え
- ④通院の介助
- ⑤家庭でのリハビリ介助
- ⑥ひとり（死亡の場合）

慢性期・安定期

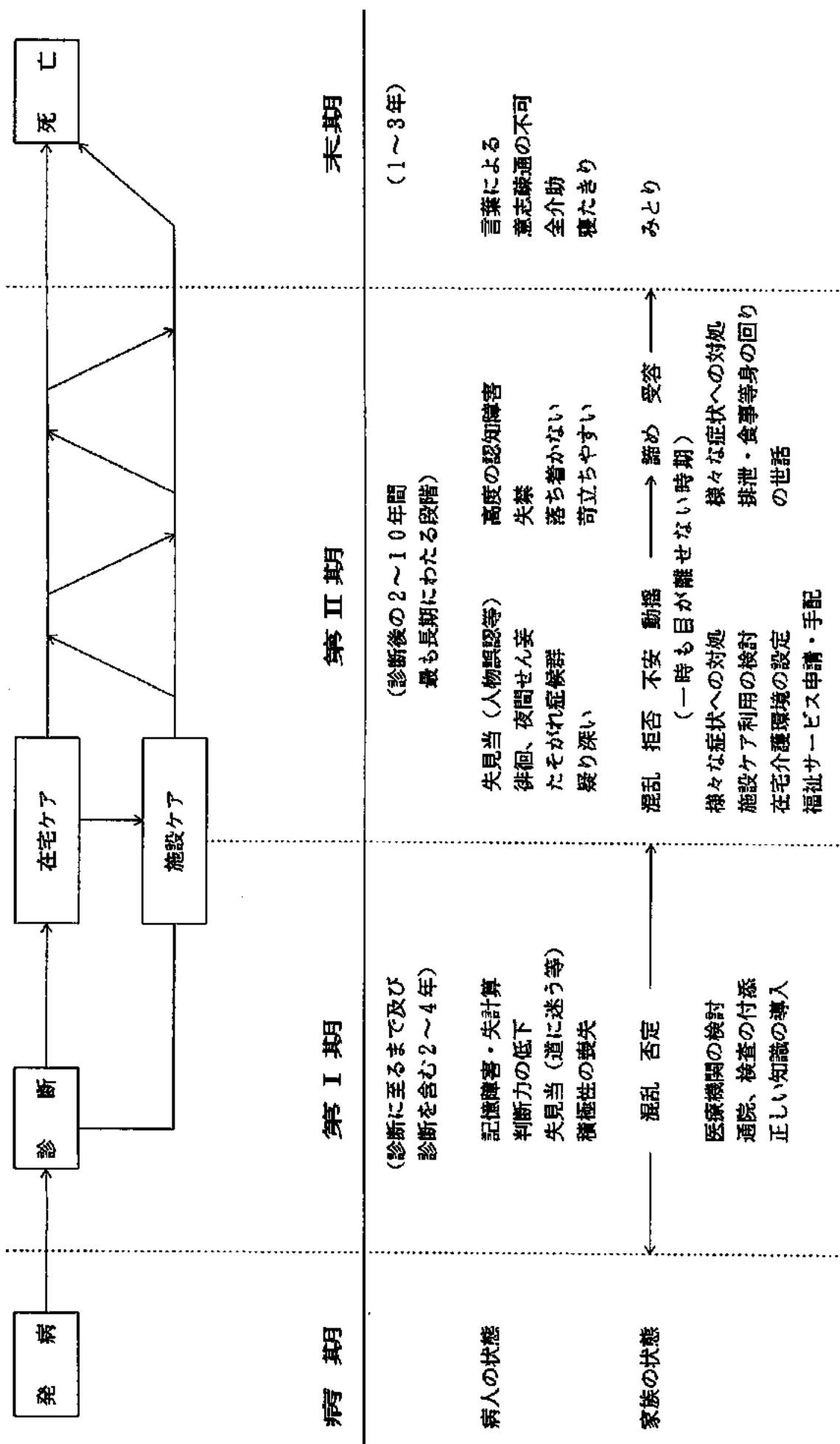
- ①身の回り及び医療・医療上の世話
- ②通院の介助
- ③デイケアセンターへの通所等福祉サービスへの導入とその調整

終末期

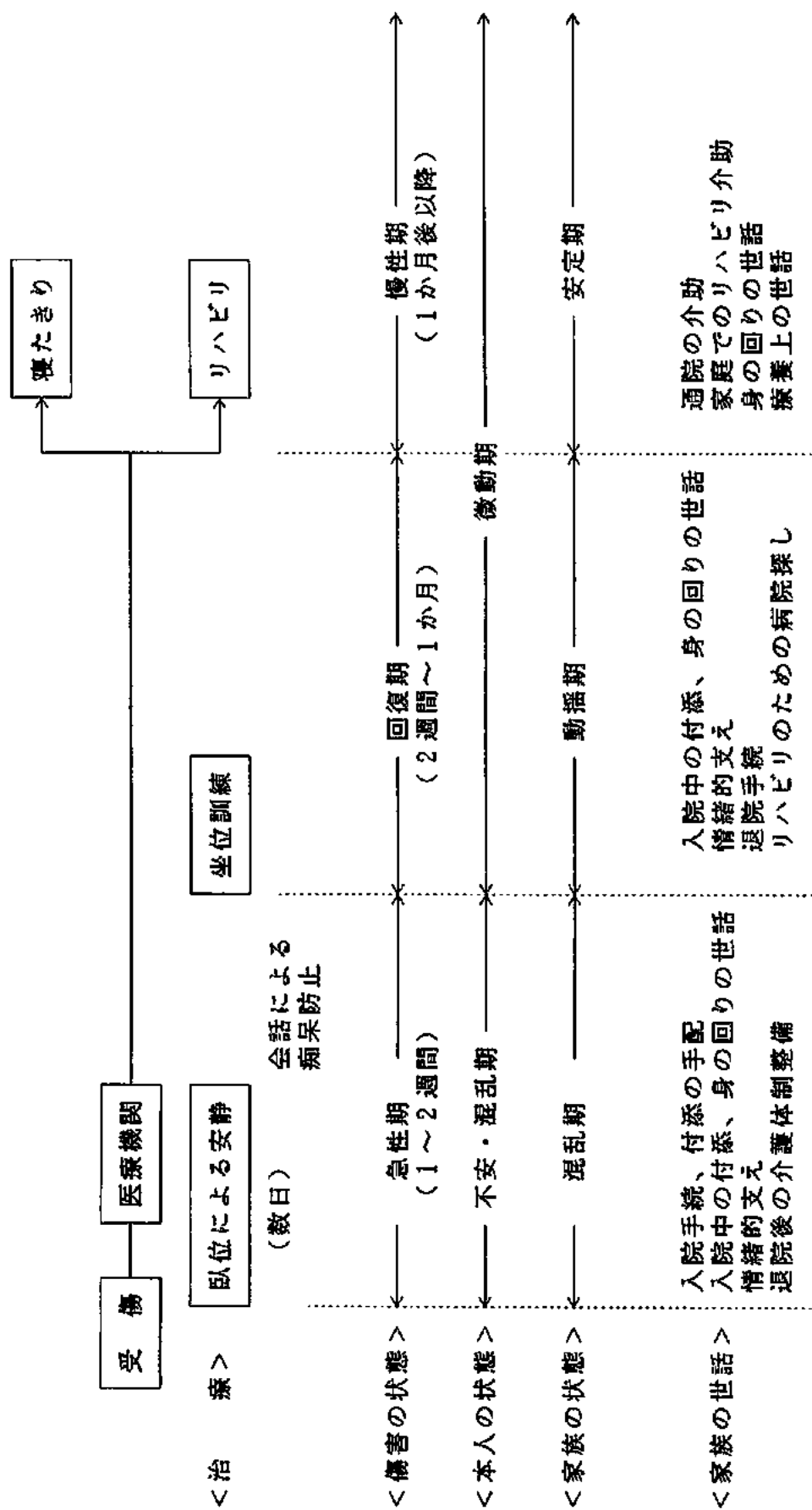
- ①ひとり

参考資料：「老親介護に関する労働者福祉対策のあり方について」（平成元年）
—長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会中間報告—

2 アルツハイマー型痴呆に関する必要とされる世話の概念図



3 骨粗鬆症の楔状圧迫骨折に関する必要とされる世話の概念図



- ・脊椎骨折における一般的な例として楔状圧迫骨折を挙げた。
- ・この骨折においては痴呆となるケースは少ない。
- ・筋力低下や知覚鈍麻などの神経症状を伴う場合は手術治療が行われる。

参考資料：厚生省老人保健福祉局老人保健課監修「骨粗鬆症による寝たきり防止マニュアル」

〔 附 属 資 料 目 次 〕

1	介護休業制度等の実施状況等	1
2	要介護状態の判断	6
(1)	施設入所基準等	6
①	老人福祉施設の入所基準	6
②	在宅福祉サービスにおける基準	13
(2)	自立度判定基準	14
①	障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準	14
②	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準	16
3	国 の 施 策	18
(1)	介護休業制度等に関するガイドライン	18
(2)	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）	21
4	諸外国の介護休業制度等	26

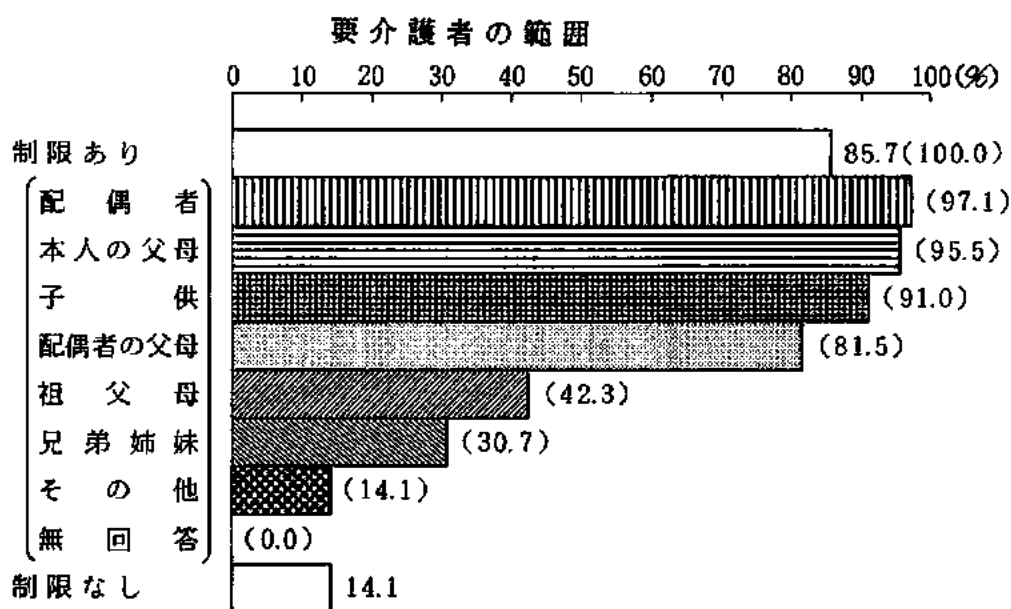
1 介護休業制度等の実施状況等

介護休業制度の普及率

(%)

区 分		計	介護休業制度あり
計	昭和56年度	100.0	8.7
	昭和60年度	100.0	11.4
	昭和63年度	100.0	13.6
	平成2年度	100.0	13.7
	平成5年度	100.0	16.3
平成5年度	鉱業	100.0	8.7
	建設業	100.0	9.3
	製造業	100.0	14.2
	電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	84.4
	運輸・通信業	100.0	15.7
	卸売・小売業、飲食店	100.0	17.4
	金融・保険業	100.0	41.0
	不動産業	100.0	13.0
	サービス業	100.0	11.6
	その他	100.0	11.6
規模	500人以上	100.0	51.9
	100～499人	100.0	22.5
	30～99人	100.0	14.2

資料出所：労働省「女子保護実施状況調査」（昭和56年度、60年度）
労働省「女子雇用管理基本調査」（昭和63年度、平成2年度、5年度）



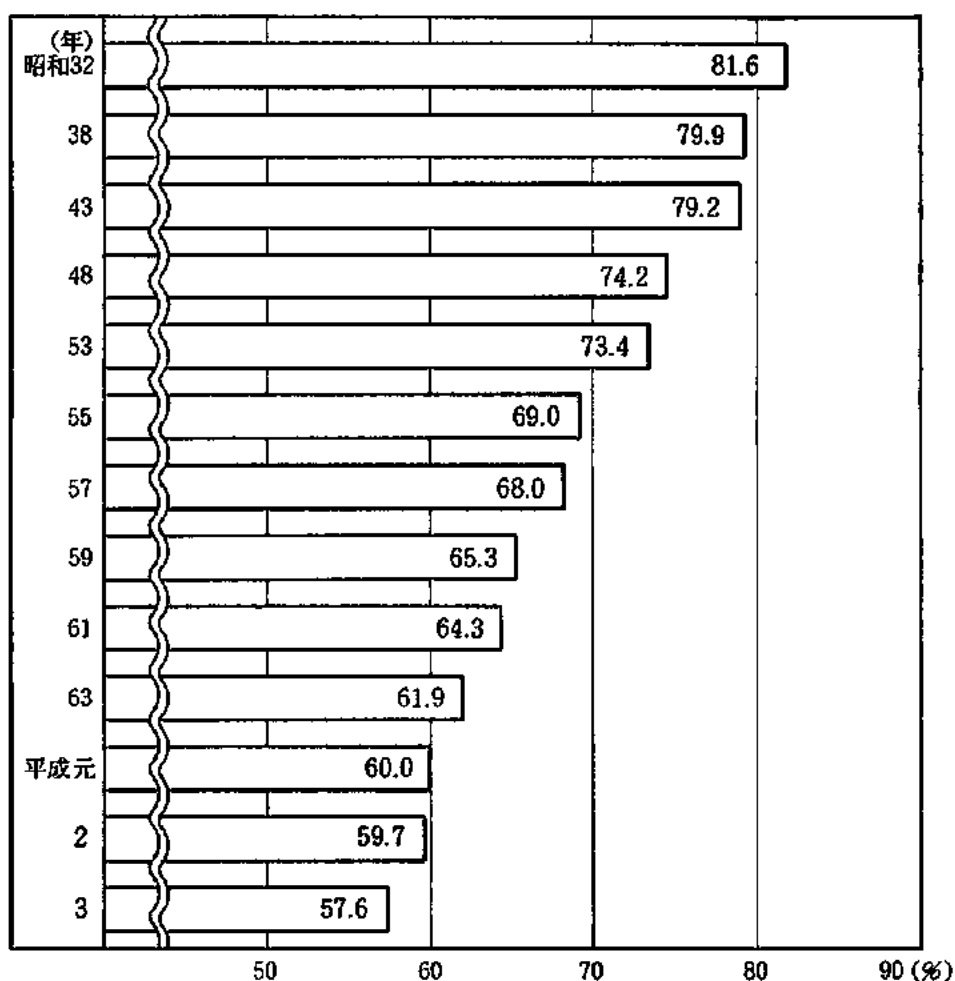
介護休業制度利用者と介護の対象となった家族との続柄

(%)

区 分	計	自分の 父 母	配偶者の 父 母	配偶者	子 供	祖父母	兄弟姉妹	その他	無回答
計	100.0	33.8	21.7	14.5	23.1	2.9	1.3	1.3	1.3
女 子	100.0	33.0	23.5	11.9	24.6	2.9	1.2	1.4	1.4
男 子	100.0	42.9	—	46.4	3.6	3.6	3.6	—	—

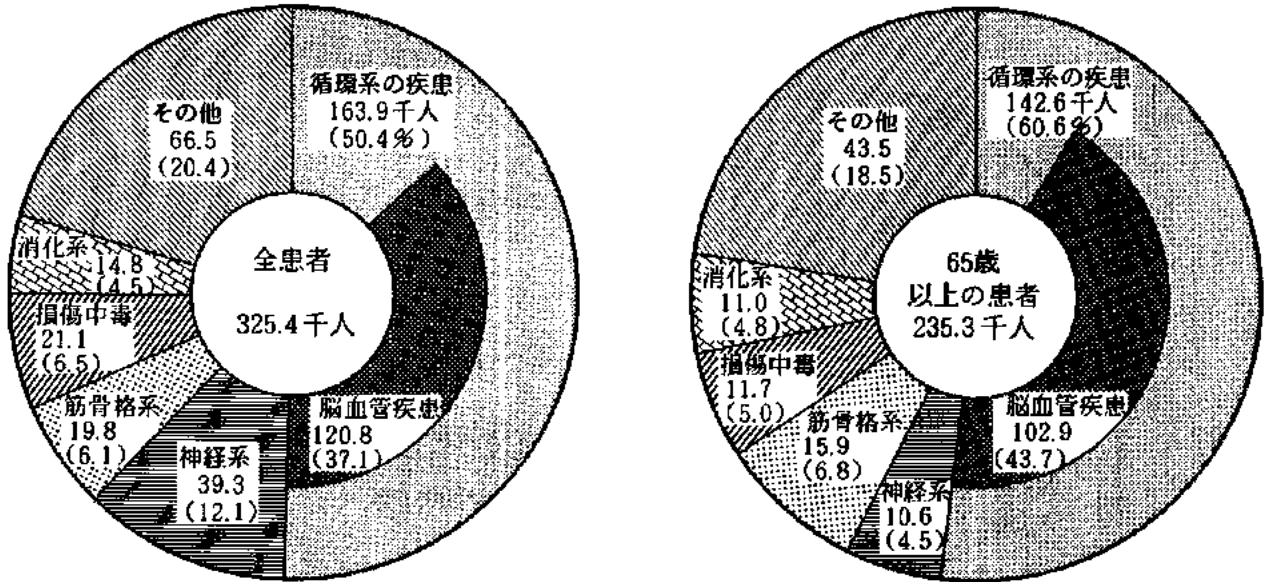
資料出所：労働省「介護を行う労働者に関する措置についての実態調査」（平成3年）

老人（65歳以上）の子との同居率の推移



資料出所：昭和32、38年は厚生省大臣官房統計情報部「高齢者実態調査報告書」
 昭和43年は同「高年者実態調査報告」
 昭和48、53年は厚生省社会局「老人実態調査」
 昭和55年から59年は厚生省大臣官房統計情報部「厚生行政基礎調査」
 昭和61年以降は同「国民生活基礎調査」

6か月以上入院患者の傷病構造



資料出所：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」（平成2年）

(注) 精神障害患者を除く。

要介護者の病名別労働者数の割合

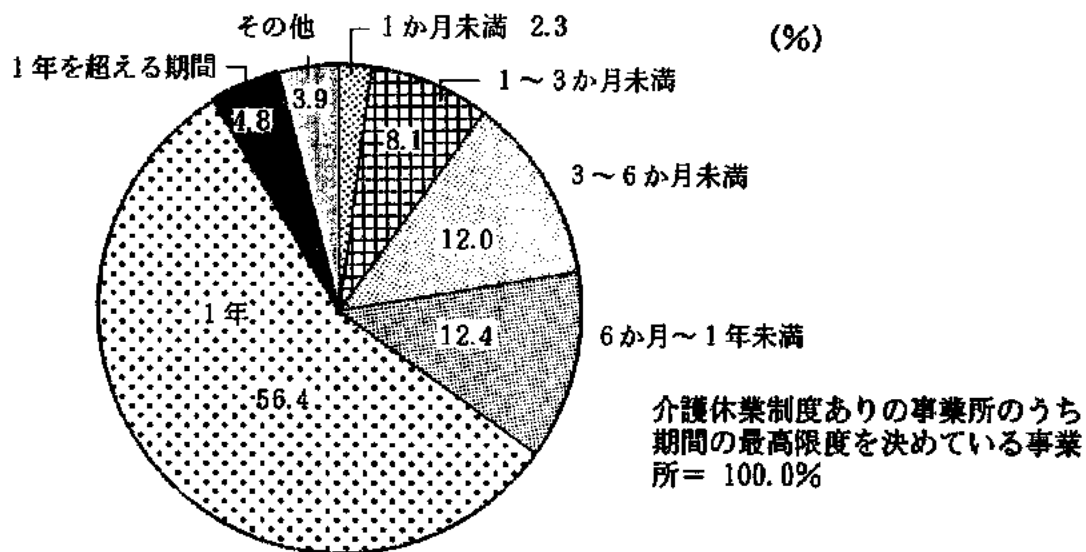
(%)

区 分	計	脳卒中	が ん	痴 呆	リウマチ	心臓病	老 衰	骨折等 外 傷	その他	無回答
計	100.0	16.8	18.7	10.1	2.6	6.5	9.1	7.9	27.5	0.8
要介護者										
自分の父母	100.0	18.0	19.6	10.6	2.7	7.7	7.6	8.0	25.3	0.5
配偶者の父母	100.0	18.2	17.5	11.5	2.2	6.3	11.9	7.1	24.5	0.7
配 偶 者	100.0	16.1	22.0	3.4	3.4	7.6	—	7.6	39.8	—
祖 父 母	100.0	14.6	9.0	14.6	3.4	1.1	34.8	9.0	12.4	1.1
子 供	100.0	—	13.7	—	—	—	—	11.8	74.5	—
兄 弟 姉 妹	100.0	14.3	33.3	9.5	4.8	4.8	—	4.8	28.6	—

資料出所：労働省「介護を行う労働者に関する措置についての実態調査」（平成3年）

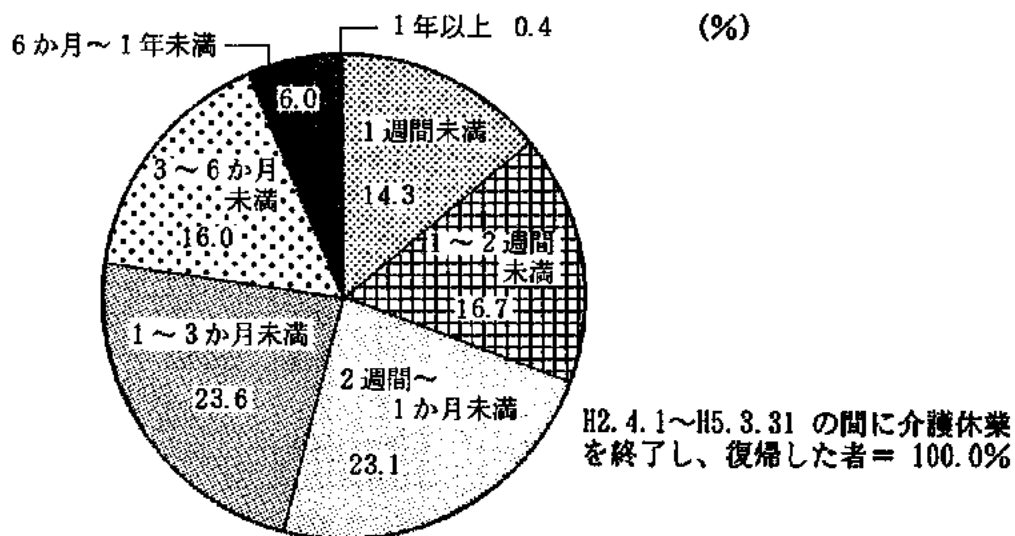
(注) 家族の中に、過去3年間程度の間に1か月程度以上の介護（病院での介護を含む）を必要とする者がいた労働者の割合である。

最長休業期間別事業所数の割合



資料出所：労働省「女子雇用管理基本調査」（平成5年度）

利用期間別労働者数の割合



資料出所：労働省「女子雇用管理基本調査」（平成5年度）

勤務時間短縮等の措置の有無及び勤務時間短縮等の措置の形態別事業所割合

(%)

計	措置あり の事業所	措 置 の 形 態 (M.A.)						措置な しの事 業所
		短時間勤 務制度	一定の時間単位で 勤務しない時間を 請求する制度	介護のための フレックスタ イム制度	出勤・退 社時間の 変更	その他	無回答	
100.0	7.5 (100.0)	(65.6)	(21.2)	(14.5)	(23.2)	(10.9)	(1.8)	92.8

事業所総数 = 100.0%

資料出所：労働省「女子雇用管理基本調査」（平成5年度）

平日1日の勤務時間の最長短縮時間別事業所割合

(%)

計	1時間未満	1時間以上 ～2時間未 満	2時間以上 ～3時間未 満	3時間以上 ～4時間未 満	4時間以上	無回答
100.0	7.0	29.2	20.2	19.9	15.1	8.7

短時間勤務制度ありの事業所 = 100.0%

資料出所：労働省「女子雇用管理基本調査」（平成5年度）

2 要介護状態の判断

(1) 施設入所基準等

① 老人福祉施設の入所基準

区 分	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	老 人 保 健 施 設
目 的	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活に支障があるものを入所させ、養護することを目的とする施設	疾病、負傷等により寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話を行うことを目的とする施設
対 象 者	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする者（いわゆる寝たきり老人等）であって、居宅において適切な介護を受けることが困難な者 60歳以上65歳未満の者であって特に必要と認められるもの（身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活に支障があるもの等） 60歳未満の者であって次のいずれかに該当するとき - 老衰が著しくかつ、生活保護法に定める救護施設への入所要件を満たしているが、救護施設に余力がないため、これに入所することができないとき - 初老期痴呆に該当するとき - その配偶者が老人ホームの入所の措置を受ける場合であって、かつ、その者自身が老人ホームへの入所基準に適合するとき	- 疾病、負傷等により寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人 - 老人以外の者であって初老期痴呆により痴呆の状態にある者
設置・開設主体	地方公共団体（都道府県知事への届出が必要）又は社会福祉法人（都道府県知事の認可が必要）	市町村、医療法人、社会福祉法人等（都道府県の許可が必要）
措置の実施者	市町村（市又は福祉事務所を有する町村は福祉事務所に委任）	老人保健施設
入所措置の決定の方法	- 入所措置の要否の判定に当たっては、入所判定委員会*の意見を聞くものとする - 措置の要否の判定に当たっては、老人ホームへの入所措置の基準（別紙1）に基づき - 健康状態、日常生活動作の状況、精神の状況、家族、住居の状況等について「老人ホーム入所判定審査票」（別紙2）により総合的に判定を行う	「老人保健施設の入所者の範囲」（別紙3）により、当該老人の身体の状態及び病状に照らし施設療養の提供が必要であると認められる入所申込者を入所させる - 入所申込者の入所に際しては、その者の病歴、家庭状況等の把握に努めなければならない - 入退所の判定に当たっては、医師、看護婦、相談指導員等の職員の協議により対応するよう努めなければならない

(注) 入所判定委員会*

- 老人福祉指導主事、市町村老人福祉担当者、老人保健所長、医師（精神科医を含む。）及び老人福祉施設長のそれぞれの代表者で構成する。
- 福祉事務所を有しない町村の長は、高齢者サービス調整チーム（市町村の老人福祉・保健・医療担当者及び保健婦、保健所の保健婦・精神衛生相談委員、福祉事務所の老人福祉主事、医師等医療関係者、市町村社会福祉協議会職員、老人福祉施設職員、ホームヘルパー、民生委員等から構成され、高齢者に対する保健・福祉・医療等に係わる各種サービスを総合的に調整することを目的として市町村に設置されている）に同委員会の機能を付与することができる。

○老人ホームへの入所措置等の指針について (抄)

昭和六十二年一月三十一日 社老第八号
各都道府県知事・各指定都市市長あて
厚生省社会局長通知

老人ホームへの入所措置の基準

2 特別養護老人ホーム

法第十一条第一項第二号の規定により、老人を特別養護老人ホームに入所させ、又は、入所を委託する措置は、当該老人が、次の(1)に該当し、かつ、(2)又は(3)のいずれかの事項に該当する場合に行うものとする。

事 項	基 準
(1) 健康状態	入院加療を要する病態でないこと。 伝染性疾患を有し、他の被措置者に伝染させる恐れがないこと。
(2) 日常生活動作の状況	入所判定審査票による日常生活動作事項のうち、全介助が一項目以上及び一部介助が二項目以上あり、かつ、その状態が継続すると認められること。
(3) 精神の状況	入所判定審査票による痴呆等精神障害の問題行動が重度又は中度に該当し、かつ、その状態が継続すると認められること。 ただし、著しい精神障害及び問題行動のため医療処遇が適当な者を除く。

老人ホーム入所判定審査票

氏 名			明治 大正 年 月 日 (満 歳) 昭和	男・女
住 所			身体障害者手帳 有 (級) ・ 無	障害名
1 身体及び日常生活動作の状況				
(1) 身体状況			(2) 日常生活動作の状況	
ア身長	cm		ア歩 行	ア自分で可 イ一部介助 ウ全介助
イ体重	kg		イ排 泄	ア自分で可 イ一部介助 ウ全介助
ウ視 力	ア普通	イ弱視 ウ全盲	ウ食 事	ア自分で可 イ一部介助 ウ全介助
エ聴 力	ア普通	イやや弱視 ウ難聴	エ入 浴	ア自分で可 イ一部介助 ウ全介助
オ言 葉	ア普通	イ少し不自由 ウ不自由	オ着脱衣	ア自分で可 イ一部介助 ウ全介助
カ褥 瘡	ア無	イ有 (程度)		
キおむつ 使用	ア無	イ有 (昼夜、夜のみ)		
2 健康状態				
3 精神の状況				
(1)性格	ア 朗らか イ 親しみやすい ウ 几帳面 エ こり性 オ 自分のことを気にしやすい カ 人にとけこめない キ すき嫌が多い ク わがまま ケ 頑 固 コ 短 気 サ 無 口 シ 融通がきかない			
(2)対人 関係	ア 拒否的である イ 普 通 ウ 協調的である			
(3)精神 状態	ア 正 常 イ 精神障害あり (7) 痴 呆 ⑦ 記憶障害 a 重 度 b 中 度 c 軽 度 ⑧ 失見当 a 重 度 b 中 度 c 軽 度 (イ)心気症状 (ロ)不 安 (ハ)焦 燥 (ニ)抑うつ状態 (ホ)興 奮 (ヘ)幻 覚 (セ)妄 想 (ケ)せん妄 (コ)睡眠障害			

(4)問題 行動	ア攻撃的行為 イ自傷行為 ウ火の扱い エ徘徊	(7)重度 (1)中度 (9)軽度 (7)重度 (1)中度 (9)軽度 (7)重度 (1)中度 (9)軽度 (7)重度 (1)中度 (9)軽度	才不穩興奮 力不潔行為 キ失 禁	(7)重度 (1)中度 (9)軽度 (7)重度 (1)中度 (9)軽度 (7)重度 (1)中度 (9)軽度
-------------	---------------------------------	--	------------------------	---

4 家族の状況

氏 名	続 柄	年 齢	備 考

5 住居の状況

--

6 経済的状況（市町村民税等の課税状況）

生計中心者の氏名	ア 生活保護法による被保護世帯 イ 市町村民税非課税世帯 ウ 市町村民税課税世帯（(7) 均等割 (1) 所得割） エ 所得税課税世帯
----------	--

7 総合判定

(1)医学による判定	(2)日常生活動作による判定	(3)精神状況（問題行動）による判定	(4)経済的状況による判定	(5)家族及び住居の状況による判定	(6)総合判定
ア要入院 イ要通院 ウ入通院の必要なし	ア養護老人ホームの対象 イ特別養護老人ホームの対象 ウ老人ホーム入所の対象外	ア著しい問題行動あり（要入院） イ問題行動あり (7)養護老人ホームの対象 (1)特別養護老人ホームの対象 ウ問題行動なし	ア養護老人ホームの対象 イ養護老人ホーム入所の対象外	ア養護老人ホームの対象 イ養護老人ホーム入所の対象外	ア要入院 イ養護老人ホームの対象 ウ特別養護老人ホームの対象 エ老人ホーム入所の対象外

〔作成上の留意点〕

- 1 「身体及び日常生活動作の状況」、「精神の状況」、「家族の状況」、「住居の状況」及び「経済的状況」欄は福祉事務所又は町村において記入すること。
- 2 「身体及び日常生活動作の状況」及び「精神の状況」欄は、「要領1」及び「要領2」により該当事項に○印を付すこと。
- 3 「健康状態」欄は、新規入所者については老人保健法による健康診査の記録票（写）等を、入所中の者については当該施設の健康管理に関する記録（写）を添付すること。
- 4 痴呆性老人について医療処遇の要否の判断が必要な場合は保健所等の精神科医の診断書を添付すること。
- 5 「家族の状況」及び「住居の状況」欄は、訪問調査を行い記入すること。
また、「家族の状況」欄は、特に介護者の健康状態を記入すること。
- 6 「経済的状況」欄は、課税台帳等により確認のうえ記入すること。
- 7 「総合判定」欄は、入所判定委員会等の判定結果に基づき記入すること。

（要領1）

「日常生活動作の状況」欄は次の状態を参考として記入すること。

事 項	1 自 分 で 可	2 一 部 介 助	3 全 介 助
ア歩 行	○ 杖等を使用し、かつ、時間がかかっても自分で歩ける。	○ 付添が手や肩を貸せば歩ける。	○ 歩行不可能（ねたきり）
イ排 泄	○ 自分で昼夜とも便所で行ける。 ○ 自分で昼は便所、夜は簡易便器を使ってできる。	○ 介助があれば簡易便器で行ける。 ○ 夜間はおむつを使用する。	○ 常時おむつを使用している。
ウ食 事	○ スプーン等を使用すれば自分で食事ができる。	○ スプーン等を使用し、一部介助すれば食事ができる。	○ 臥床のままで食べさせなければ食事ができない。
エ入 浴	○ 自分で入浴でき、洗える。	○ 自分で入浴できるが、洗うときだけ介助を要する。 ○ 浴槽の出入りに介助を要する。	○ 自分でできないので全て介助しなければならない。 ○ 特殊浴槽を利用している。 ○ 清拭を行っている。
オ着脱衣	○ 自分で着脱ができる。	○ 手を貸せば、着脱できる。	○ 自分でできないので全て介助しなければならない。

(要領2)

精神の状況の(3)精神状態の「痴呆」欄及び「(4)問題行動」欄は次の状態を参考として記入すること。

(1) 痴 呆

	重 度	中 度	軽 度
記 憶 ア 障 害	自分の名前がわからない 寸前のことも忘れる	最近の出来事がわからない	物忘れ、置き忘れが目立つ
イ失見当	自分の部屋がわからない	時々自分の部屋がどこにあるのかわからない	異なった環境におかれると 一時的にどこにいるのかわからなくなる

(2) 問題行動

	重 度	中 度	軽 度
攻撃的 ア 行為	他人に暴力をふるう	乱暴なふるまいを行う	攻撃的な言動を吐く
自 傷 イ 行 為	自殺を図る	自分の身体を傷つける	自分の衣服を裂く、破く
火 の ウ 扱 い	火を常にもてあそぶ	火の不始末が時々ある	火の不始末をすることがある
エ徘徊	屋外をあてもなく歩きまわる	家中をあてもなく歩きまわる	ときどき部屋内でうろうろする
不 穏 オ 興 奮	いつも興奮している	しばしば興奮し騒ぎたてる	ときには興奮し騒ぎたてる
不 潔 カ 行 為	糞尿をもてあそぶ	場所をかまわず放尿、排便をする	衣服等を汚す
キ失 禁	常に失禁する	時々失禁する	誘導すれば自分でトイレに行く

○老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準の施行について (抄)

(昭和六十三年一月二十日 健老第九号
各都道府県知事あて 厚生省保健医療局老人保健部長通知)

老人保健施設の入所者の範囲

1 老人保健施設の入所者は、次のいずれかであること。

- ① 病弱な寝たきり老人
- ② 病弱で寝たきりに準ずる状態にある老人
- ③ 痴呆性老人
- ④ 初老期痴呆により痴呆の状態にある者

2 1の①及び②でいう「病弱」とは、高血圧性疾患、脳血管疾患後遺症などで病状が安定しており、入院による治療を必要としないが、医師の下での医学的管理が必要な状態であること。したがって、急性期にあるものや慢性疾患であっても病状が不安定なものは対象とならないものであること。

3 1の①でいう「寝たきり」とは、ベッド上での起坐や坐位保持が自力でできない状態であること。

4 1の②でいう「寝たきりに準ずる状態」とは、屋内での歩行が困難な者及び屋内での歩行が可能であるが、次の項目のうち二項目以上該当する者であること。

- ① 他人の介助がなければ食事ができない状態
- ② 他人の介助がなければ排せつができない状態又はおむつを使用しなければならない状態
- ③ 他人の介助がなければ衣服着脱ができない状態

④ 他人の介助がなければ入浴ができない状態

5 老人保健施設の対象となる痴呆性老人及び初老期痴呆により痴呆の状態にある者は、痴呆のため日常生活の自立が困難であり、かつ、その状態が継続すると認められるものであって、次表によりばけの程度が中等度以上に該当するものであること。

なお精神症状又は問題行動のため行動制限を必要とするものや精神症状又は身体的合併症のため入院による治療を必要とするものは原則として対象とならないものであること。

6 老人保健施設の対象となる初老期痴呆患者は、具体的にはアルツハイマー病及びピック病の患者であるものとする。

(+1) 軽度のばけ

- ・日常会話や理解は大体可能だが、内容に乏しく、あるいは不完全
- ・社会的な出来事等への興味や関心の低下
- ・生活指導、ときに介助を必要とする程度の知的衰退

(+2) 中等度のばけ

- ・簡単な日常会話がどうやら可能
- ・なれない環境での一時的失見当
- ・しばしば介助が必要、金銭の管理、投薬の管理が必要ことが多い

(+3) 高度のばけ

- ・簡単な日常会話すら困難
- ・施設内での失見当、さっき食事したことすら忘れる
- ・常時手助けが必要

(+4) 非常に高度のばけ

- ・自分の名前すら忘れる
- ・寸前のことも忘れる
- ・自分の部屋がわからない
- ・身近な家族のこともわからない

②在宅福祉サービスにおける基準

区 分	老人ホームヘルプサービス（老人家庭奉仕員派遣）事業
目 的	身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに必要がある老人の家庭に対して老人ホームヘルパー（以下「ホームヘルパー」という）を派遣し老人の生活の世話をを行い、もって老人が健全で安らかな生活を営むことができるよう援助することを目的とする
実 施 主 体	市町村（特別区を含む） 派遣世帯、サービス内容及び費用負担区分の決定を除き、この事業の一部を社会福祉協議会、社会福祉法人等に委託することができる
対 象 者	老衰、心身の障害及び傷病等の理由により臥床しているなど日常生活を営むのに支障があるおおむね65歳以上の者（65歳未満であって初老期痴呆に該当する者を含む）のいる家庭であって、老人又はその家族が老人の介護サービスを必要とする場合
サービスの内容	1 身体介護に関すること - ア 食事の介護 - イ 排泄の介護 - ウ 衣類着脱の介護 - エ 入浴の介護 - オ 身体清拭、洗髪 - カ 通院等の介助その他必要な身体介護 2 家事に関すること - ア 調理 - イ 衣類の洗濯、補修 - ウ 住居等の掃除、整頓 - エ 生活必需品の買物 - オ 関係機関等との連絡 - カ その他必要な家事 3 相談、助言に関すること - ア 生活、身上、介護に関する相談、助言 - イ その他必要な相談、助言
派遣世帯の決定	1 ホームヘルパーの派遣を受けようとする者（原則として世帯の生計中心者）は、「ホームヘルパー派遣申出書」を市町村長に提出する 2 市町村長は、申出があった場合は、老人ホームヘルプサービス事業運営要綱を基にその必要性を検討し、できる限り速やかに派遣の要否を決定する その際には、必要に応じ高齢者サービス調整チームを活用する

(2) 自立度判定基準

① 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

平成3年11月18日 老建第102-2号
各都道府県知事、各指定都市市長あて
厚生省大臣官房老人保険福祉部長通知

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

期 間	ランクA、B、Cに該当するものについては、いつからその状態に至ったか 年 月頃より（継続期間 年 か月間）
-----	--

*判定にあたっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

『ADLの状況』

- | | |
|-----------------|---|
| 1 移動 | a 時間がかかっても介助なしに一人で歩く
b 手を貸してもらうなど一部介助を要する
c 全面的に介助を要する |
| 2 食事 | a やや時間がかかっても介助なしに食事する
b おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する
c 全面的に介助を要する |
| 3 排泄 | a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する
c 全面的に介助を要する |
| 4 入浴 | a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b 体を洗ってもらうなど一部介助を要する
c 全面的に介助を要する |
| 5 着替 | a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b そでを通してもらうなど一部介助を要する
c 全面的に介助を要する |
| 6 整容
(身だしなみ) | a やや時間がかかっても介助なしに自由に行える
b タオルで顔を拭いてもらうなど一部介助を要する
c 全面的に介助を要する |
| 7 意志疎通 | a 完全に通じる
b ある程度通じる
c ほとんど通じない |

*判定にあたっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

②痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

〔平成5年10月26日 老健第135号
各都道府県知事、各指定都市市長あて〕
厚生省老人保険福祉局長通知

- 1 この判定基準は、地域や施設等の現場において、痴呆性老人に対する適切な対応がとれるよう、医師により痴呆と診断された高齢者の日常生活自立度を保健婦、看護婦、社会福祉士、介護福祉士等が客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されたものである。なお、痴呆は進行性の疾患であり、定期的に判定を行う必要がある。その際、必要に応じ主治医等と連絡をとること。
- 2 判定に際しては、意志疎通の程度、見られる症状・行動に着目して、日常生活の自立の程度を5段階にランク分けすることで評価するものとする。評価に当たっては、必要により家族等介護にあたっている者からの情報も参考にする。なお、このランクは痴呆の程度の医学的判定とは必ずしも相関するものではない。
- 3 痴呆性老人の処遇の決定に当たっては、本基準に基づき日常生活自立度を判定するとともに、併せて「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」についても判定したのち行うこととする。なお、処遇の決定は、判定されたランクによって自動的に決まるものではなく、家族の介護力等の在宅基盤によって変動するものであることに留意する。
- 4 痴呆性老人に見られる症状や行動は個人により多様であり、例示した症状等がすべての患者に見られるわけではない。また、興奮、徘徊、物取られ妄想等は、例示したランク以外のランクの痴呆性老人にもしばしば見られるものであることに留意する。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項等
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もある。訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することで、訪問指導の改善と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	なれない場所で道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等	具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等	

ランク	判 定 基 準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意志疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。 「ときどき」とはどのくらいの頻度をさすかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 ランクⅢ aに同じ	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることにによる在宅での対応を図る。
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。		具体的サービス例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせて利用する。
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区別される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。

M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門標を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。
---	---	--	--

3 国 の 施 策

(1) 介護休業制度等に関するガイドライン

第1 趣 旨

このガイドラインは、家族の介護に従事する労働者の職業生活と介護との両立を図るため、企業において実施されるべき企業内福祉制度のあり方を示したものである。企業は、介護休業制度及び勤務時間の短縮等の措置について以下に示す内容を企業内福祉制度として最低限導入していくことが要請される。もとより、それぞれの企業において、ガイドラインの内容を上回る、より労働者にとって選択の幅が広い制度を導入することは望ましい。

第2 介護の定義

このガイドラインにおいて「介護」とは、家庭での医療・療養上の世話や身の回りの世話、入院中の身の回りの世話やリハビリ介助、通院介助等のいわば直接的介護のほか、入・退院のための手続、付添等の手配、入院の付添及び情緒的な支え、退院後の介助者探し等在宅介護を行うに当たっての受け入れ体制の整備等も含めて幅広くとらえるものである。

第3 介護休業制度

介護を必要とする家族を有する労働者の申出により、その労働者が介護のため一定期間休業することを認める介護休業制度は、労働者の家族に介護を必要とする者が発生した場合、緊急避難的に休業をとることを可能にし、労働者の不本意な退職を防ぐためには是非とも必要な制度である。

(1) 対象となる労働者の要件

イ 介護休業を取得できる労働者を男女労働者とする。

ロ 介護休業を取得できる労働者について、一定期間の勤続を要件とすることや日々雇用される者をはじめとする期間雇用者、継続就業の意思のない者、65歳を超える者などを除外するなど、目的に照らしてある程度の制限を設けることはやむを得ないこと。

ハ 介護休業を取得できる労働者と要介護者との関係で、他に介護する人がいないことを条件とすることは、制度を合理的に運営し得るような具体的かつ有効な認定の方法が見出し難いことから適当でないこと。

ニ 同居や扶養の条件をつけることは、特定の者にのみ介護の負担を押しつけること

になる可能性があり、適当でないこと。

(2) 対象となる要介護者の範囲

対象となる要介護者の範囲には、最低限、配偶者、本人の父母、子供、配偶者の父母を含めるべきであり、これらの者が、身体上又は精神上の障害のあることにより日常生活を営むのに支障があるような状態になった場合に休業をとることができる制度とすべきであること。

(3) 期間・回数

イ 介護を必要とする家族をかかえた労働者にとっては、その家族の症状等がある程度安定するまでの間の休業の緊急性、必要性が高いこと、また、(1)において介護休業を取得できる労働者と要介護者との関係には条件を付さないとしていること等をかながみると、休業に期間を設定する場合には少なくとも3か月とすることが必要であること。

ロ 回数に制限を設ける場合は、要介護者1人につき1回は確保すること。

(4) 取得の形態

一定期間の連続した休業の制度をまず最低限確保すべきであること。

(5) 賃金、配置その他の労働条件

休業期間中の賃金の取扱い、休業後の昇給、賞与の取扱い、退職金の算定における休業期間の取扱い、休業後の配置等の労働条件については、労使が十分話し合った上決定し、その上で就業規則に定めるなど労働者に周知させるための措置を講ずること。その際、個々の取扱いが介護休業制度を取得させることとした趣旨を失わせるような不利益なものであってはならないこと。

第4 勤務時間の短縮等の措置

勤務時間の短縮等の措置は、労働者の多様なニーズに対応してその雇用の継続を図っていくためにも介護休業制度と並び労働者が選択できる措置として導入を図っていくべきである。

(1) 措置の実施方法

勤務時間の短縮等の措置としては次のような形態のものが適当であること。

イ 通常の所定労働時間より短い所定労働時間で勤務時間帯を一種又は数種特定し、労働者が希望したときに適用する制度。

ロ 一定の時間単位で労働者が個々に勤務しない時間を請求することを認める制度。

ハ フレックスタイム制度や就業時刻の繰上げ又は繰下げにより勤務時間帯を変更することを認める制度。

イ又はロの場合に実施すべき所定労働時間の短縮の幅は、実質的に介護に必要な時間が確保できるよう労使の実情に応じて決定されるべきであること。

(2) 措置の内容等

対象となる労働者の要件、対象となる要介護者の範囲、回数については、介護休業制度と同水準の内容が最低限確保されるべきであること。

また、期間については、勤務時間の短縮等の措置は介護休業制度と並ぶ選択肢として設けるものであるので、措置を受けられる期間は3か月を上回ることが必要であること。

賃金その他の労働条件についても、労使が十分話し合った上決定し、その上で就業規則に定めるなど労働者に周知させるための措置を講ずるよう努めること。その際、個々の取扱いが勤務時間の短縮等の措置を受けさせることとした趣旨を失わせるような不利益なものであってはならないこと。

(2) 高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）

（平成11年度までの10か年の目標）

我が国は、いまや平均寿命80年という世界最長寿国になり、21世紀には国民の約4人に1人が65歳以上の高齢化社会となるが、このような高齢化社会を国民が健康で生きがいを持ち安心して生涯を過ごせるような明るい活力のある長寿・福祉社会としなければならない。このため、消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進めることとし、在宅福祉、施設福祉等の事業について、今世紀中に実現を図るべき10か年の目標を掲げ、これらの事業の強力な推進を図ることとする。

1 市町村における在宅福祉対策の緊急整備——在宅福祉推進十か年事業

- (1) ホームヘルパー 10万人
- (2) ショートステイ 5万床
- (3) デイサービスセンター 1万か所
- (4) 在宅介護支援センター 1万か所
- (5) ショートステイ、デイサービスセンター及び在宅介護支援センターを全市町村に普及させる。
- (6) 在宅福祉事業の実施主体（財団法人たる公社等）を全市町村に普及させる。
- (7) 「住みよい福祉のまちづくり事業」を推進する（人口5万人未満の市町村をも対象）。

2 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開

- (1) 地域において機能訓練を受けやすくするための体制の整備を図り、希望する者誰もが機能訓練を受けられるようにする。
- (2) 全国民を対象とする脳卒中情報システムを整備する。
- (3) 介護を支える要員を確保する。

ホームヘルパーの増員とあわせ、在宅介護支援センターにおける保健婦・看護婦の要員等を計画的に配置する。

- ・在宅介護指導員（保健婦・看護婦等） 2万人
- ・在宅介護相談協力員（地域のボランティア） 8万人

- (4) 脳卒中、骨折等の予防のための健康教育等の充実を図る。

3 在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置

- (1) 在宅福祉事業等の振興を図るため、700億円の基金を設置する。
- (2) 基金は、主として次の事業を行う。

(7) 在宅福祉・在宅医療事業の支援

(イ) 高齢者の生きがい・健康対策の推進

4 施設の緊急整備——施設対策推進十か年事業

- | | |
|-------------------|-------|
| (1) 特別養護老人ホーム | 24万床 |
| (2) 老人保健施設 | 28万床 |
| (3) ケアハウス | 10万人 |
| (4) 過疎高齢者生活福祉センター | 400か所 |

5 高齢者の生きがい対策の推進

- (1) 「明るい長寿社会づくり推進機構」を全都道府県に設置する。
- (2) 「高齢者の生きがいと健康づくり推進モデル事業」を推進する。

6 長寿科学研究推進十か年事業

- (1) 研究基盤充実のための国立長寿科学研究センターを設置するとともに長寿科学研究を支援する財団を設立する。
- (2) 基礎分野から予防法・治療法の開発、看護・介護分野、更に社会科学分野までの総合的な長寿科学に関するプロジェクト研究を実施する。
- (3) これらにあわせて、将来の高齢化社会を担う児童が健やかに生まれ、育つための施策を推進することとし、とりわけ、生涯の健康の基礎となる母子保健医療対策の一層の充実について中長期的視野に立って検討する。

7 高齢者のための総合的な福祉施設の整備

- (1) 民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備を促進する（「ふるさと21健康長寿のまちづくり事業」）。
- (2) 公的事業主体による高齢者の生活、介護、健康づくり及び生きがい活動を目的とした総合的施設の整備を検討する。その際、国立病院・療養所の再編成に伴う跡地等の活用についても検討する。

以上のほか、地方公共団体が地域の特性に応じて自主的に実施する高齢者保健福祉施策を支援する。

「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」の推進状況

事 項	4 年度予算	5 年度予算	6 年度予算	整備目標(11年)
1. 在宅福祉対策の緊急整備				
(1) ホームヘルパー（訪問し看護を行う者）の充実	46,405人 (+ 5,500人)	52,405人 (+ 6,000人)	58,005人 (+ 6,600人)	100,000人
(2) ショートステイ（特別養護老人ホーム等に短期滞在する事業）の充実	15,674床 (+ 4,000床)	19,674床 (+ 4,000床)	24,274床 (+ 4,600床)	50,000床
(3) デイサービス（日帰りで介護サービスを受ける事業）の充実	3,480か所 (+ 850か所)	4,330か所 (+ 850か所)	5,180か所 (+ 850か所)	10,000か所
(4) 在宅介護支援センターの充実	1,200か所 (+ 500か所)	1,800か所 (+ 600か所)	2,400か所 (+ 600か所)	10,000か所
(5)・「住みよい福祉のまちづくり事業」の推進 ・「障害者や高齢者にやさしいまちづくり推進事業」	150市町村 (新50市町村) —	150市町村 (新50市町村) —	100市町村 30か所	— —
2. 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開				
(1) 機能訓練の充実				
①機能訓練を行う場の確保 (市町村保健センター等の活用)	4,998か所 (+ 215か所)	5,213か所 (+ 215か所)	5,428か所 (+ 215か所)	—
②機能訓練会場への送迎のためのリフト付バスの配備	1,502台	215台	215台	—
(2) 脳卒中情報システムの整備	15県	15県	15県	—
(3) 脳卒中、骨折等の予防のための健康教育等の充実	22,992百万円	24,171百万円	23,685百万円	—
3. 在宅福祉等充実のための長寿社会福祉基金	—	—	—	—
4. 施設の緊急整備（整備費）				
(1) 特別養護老人ホームの整備	192,019床 (+10,000床)	202,019床 (+10,000床)	212,019床 (+10,000床)	240,000床
(2) 老人保健施設の整備	91,811床 (+22,000床)	113,811床 (+22,000床)	139,811床 (+26,000床)	280,000床
(3) 軽費老人ホーム（ケアハウス）の整備	9,700人 (+ 5,000人)	16,700人 (+ 7,000人)	23,700人 (+ 7,000人)	100,000人
(4) 高齢者生活福祉センターの整備	120か所 (+ 40か所)	160か所 (+ 40か所)	200か所 (+ 40か所)	400か所
5. 高齢者の生きがい対策の推進				
(1) 「明るい長寿社会づくり推進機構」の設置	47県	47県	47県	—
(2) 「高齢者の生きがいと健康づくり推進モデル事業」	306市町村 (新163市町村)	306市町村 (新163市町村)	306市町村 (新163市町村)	—
6. 長寿科学研究の推進				
(1) 長寿科学医療体制確立のための国立病院施設の整備	509百万円	2,332百万円	2,936百万円	—
(2) 長寿科学総合研究経費	1,654百万円	1,785百万円	1,898百万円	—
7. 高齢者のための総合的な福祉施設の整備 「ふるさと21健康長寿のまちづくり事業」基本計画策定費	60百万円	60百万円	60百万円	—
8. ゴールドプラン推進支援方策				
(1) 福祉人材の確保				
①福祉人材センターの設置	32か所 (+ 17か所)	47か所 (+ 15か所)	47か所	—
②福祉人材バンク事業の推進	95か所	95か所	95か所	—
(2) 在宅福祉サービス推進等事業	1,000百万円	1,000百万円	1,000百万円	—
(3) 介護実習・普及センターの設置	7か所	(+7) 14か所	(+7) 21か所	—
(4) 福祉厚生センターの設置	—	—	265百万円	—

〈厚生省の要介護老人に対する公的サービスの概要〉

○ 施設福祉対策

入 所 型	特別養護老人ホーム	65歳以上の寝たきり老人等で、居宅において適切な介護を受けることが困難な者を入所させて養護する。入所者及び扶養義務者から一定額の費用を徴収。 * 2,576か所 182,280人
	養護老人ホーム	65歳以上の人で、心身機能の減退などのために日常生活に支障がある、あるいは住宅に困っている場合等であって、被保護世帯か市町村民税所得割非課税世帯に属する者を入所させて養護する。入所者及び扶養義務者から一定額の費用を徴収。 * 948か所 67,678人
	軽費老人ホーム	低所得階層に属する60歳以上の者で、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な者を低額な料金で利用させる施設。A型とB型に区分され、A型は給食サービスが付いていて、B型は自炊が原則となっている。 A型→* 253か所 15,307人、B型→* 38か所 1,809人
	ケアハウス (平成元年度創設)	高齢者のケアに配慮しつつ自立した生活を確保できるよう、車いすでの生活が容易であるなど工夫された住宅としての機能があり、生活相談、給食等のサービスを提供する。 * 46か所 2,300人
	老人短期入所施設	養護者の疾病その他の理由により、居宅において介護を受けることが一時的に困難になった65歳以上の者を短期間入所させて養護する。 * 5か所 224人
	有料老人ホーム	おおむね60歳以上の健康な老人を入所させ、日常生活上の便宜を供与する。 * 244か所 24,276人
	シルバーハウジング	単身高齢者、夫婦のみ高齢者を入居対象者とし、10～30世帯に1人の生活援助員（ライフサポートアドバイザー）が配置され、高齢者向けの設備・構造を有し、緊急通報システムが組み込まれた集合住宅。生活指導、相談、一時的な家事援助等のサービスを行う。 (計画策定箇所累計) 平成4年度まで 127か所
利 用 型	老人デイサービスセンター	65歳以上の者であって、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障がある者を通わせ、入浴、食事の提供、機能訓練、介護の方法の指導その他の便宜を供与する。 * 1,997か所
	高齢者生活福祉センター	過疎地等の高齢者向けに、介護支援機能、居住機能及び地域における交流機能を総合的に有する小規模の複合施設。
	老人福祉センター	地域の老人に対して各種の相談に応じるとともに、健康の増進、教育の向上及びレクリエーション等のための便宜を供与する。 * 2,123か所
	老人憩の家	地域の老人に対して、無料又は低廉な料金で教養の向上、レクリエーション等のための場所を提供し、老人の心身の健康を図る施設、老人クラブの拠点とされており、老人福祉センターより小規模なもの。 * 4,316か所
	老人休養ホーム	景勝地、温泉地などの休養地に老人の保健休養、安らぎと憩いの場として設置された宿泊利用施設。老人が気軽に利用できるように一般の国民宿舎よりさらに低料金になっている。 * 70か所

(注) 事業の概要欄の*印は、平成4年10月1日現在の施設数・定員数。(ただし、有料老人ホームについては、平成4年7月1日現在の施設数・定員数。)

老人病院	病状の急性期又は慢性期の治療を必要とする老人に対し、医療を中心に提供する。
老人保健施設	病状の回復期・安定期にあり、入院治療よりも看護や介護を必要としている寝たきり老人等に対し、機能訓練や療養に必要な看護等の入所サービスを提供する。 平成5年度末現在 795施設、66,940床

○主な在宅福祉事業

ホームヘルプサービス事業	寝たきり老人の身の回りの世話等のために、市町村が老人の居宅に家庭奉仕員（ホームヘルパー）を派遣する事業。サービスの内容は、食事等の介護、洗濯、清掃等の家事、生活上の相談助言等。利用者世帯の前年度所得税課税区分に応じ、定額の負担。 ホームヘルパー数 56,543人
デイサービス事業	寝たきり老人等に対し施設に通わせ、入浴や食事等のサービスを提供する事業。老人デイサービスセンター等に1日預かったり、居宅への訪問等を行う。市町村が、入浴サービス、給食サービス、洗濯サービス等に伴う原材料費等の実費を定め、利用者がこれを負担する。 2,748 か所
ショートステイ事業	寝たきり老人等を介護している家族が、急な病気や旅行等によって老人を介護できなくなった時に、特別養護老人ホーム等で老人を一時的に預かり、介護をする事業。入所の期間は、原則として7日以内。無料（特定の利用者については定額負担）。 ベッド数 17,797床
日常生活用具給付等事業	寝たきり老人等の日常生活を容易にするための日常用具を給付又は貸与。（利用者世帯の前年度所得税課税区分に応じ、定額の負担。） 品目〔特殊寝台、マットレス、エアーマット、腰掛便座（便器）、特殊尿器、体位換器、緊急通報装置、痴呆性老人徘徊感知機器、火災報知器、自動消化器、電磁調理器、車いす、歩行器、移動用リフト、老人用電話〕

資料出所：「平成4年版厚生白書」 （注）人員・か所数等は平成4年度実績の数値である。

4 諸外国の介護休業制度等

国名 法律名	対象者	資格要件	形態	期間	手当	罰則
スウェーデン 育児等の休暇 の権利に関する法 (1976年) 国民保険法	社会保険事務所に登録 されている被保険者で ある親（監護者、養 親、継親を含む）たる 労働者	12歳に達しない子供の病氣、子供の 通常の保育者の病氣等の理由によ り、子供の世話をするために欠勤す る場合 12歳以上16歳未満の子供の病氣、精 神的障害、又はその他の障害のため に特別な援助又は介護を必要とし、 欠勤する必要がある場合	全日休暇	一時介護両親手当を受給し ている間（各子供各年ごと 最高年間60日間） 分割取得可	一時介護両親手当 （収入の90%）	
			1/2又は 3/4 に労働時間を 短縮	1/2又は 1/4の一時介護両 親手当を受給している間	一時介護両親手当 1/2又は 1/4	
親族等介護休 暇法 (1988年) 国民保険法	国民保険法に基づき社 会保険事務所に登録さ れていること	家庭内又はその他の個人の住宅にお いて重病人である親族等を介護する 労働者が欠勤する場合 疾病者が国民保険法に基づき社会保 險事務所に登録されていること	全日休暇	介護される人1人につき、 介護をする各人合計で最高 30日間	国民保険法に基づ く傷病保険から支 給 親族手当（介護者 の傷病手当相当額 ＝収入の90%）	
			1/2又は 3/4 に労働時間を 短縮	1/2の場合 最高60日間 （2日で1日分とみなす） 1/4の場合 最高 120日間 （4日で1日分とみなす）	上記親族手当の 1/2又は1/4	

国 名 法 律 名	対 象 者	資 格 要 件	形 態	期 間	手 当	罰 則
アメリ カ 家族・医療休 暇法 (1993年)	従業員50人以上の事業 主に雇用されている労 働者 公務員にも適用あり	当該事業主に12か月以上雇用されて いたこと 過去12か月の労働時間が1,250時 間以上であること 1 子が出生し、その養育のため 2 養子縁組又は里子を受け入れ、 その養育のため 3 重大な健康状態にある配偶者、 子、又は親の世話 4 労働者本人がその職務を遂行す ることができないような重大な健 康状態にあること 3・4の場合、事業主は担当医によ る証明を求めることができる	全 日 休 暇 3・4につい ては医療上必 要な場合は、 勤務時間短縮 の方法により 取得可	12か月ごとに1～4の1つ 又はいくつかの事由により 合計12週間まで 3・4については医療上必 要な場合は、継続して取得 すること可	無給でも可 医療給付は休暇中 も継続	
ドイ ツ 社会法典第5 巻 (注) (1988年)	被保険者である労働者	8歳未満の病児を監督、世話、看護 するため欠勤する場合 家庭に子供を監督、世話、看護する 人が他にいないこと 診断書により証明することが必要	全 日 休 暇	疾病手当を請求できる期間 (各子供につき1暦年最大 限5労働日)	疾病手当	

(注) 1989年ドイツ統一に向けた法典の整備において規定されたものであり、1974年より旧西ドイツライヒ保険法において実施されていたものと同旨である。

国名 法律名	対象者	資格要件	形態	期間	手当	罰則
ノルウェー 労働者保護及び労働環境法	被保険者	12歳未満の病気の子供の世話をするため欠勤する場合	全日休暇	1年につき10日（片親の場合20日） 子供が2人以上15日（同30日）	賃金の100%	
		16歳未満の子供が慢性の病気又は機能障害の場合		1年につき20日（同40日）	賃金の100%	
		16歳未満の子供が瀕死の又は重大な傷病の場合、傷病の末期又は危険な時期にあるとき 精神障害のある子供（年齢制限なし）を世話をするため欠勤する場合		個々の子供について、期限の上限なく休暇を取得できるが、手当の支給があるのは780日 最初の260日 賃金の100% 残余の期間 賃金の65% いずれも上限額あり 上記給付に加え、12週を限度として支給された手当の10.2%を休暇手当として支給		
国民保険法		病気又は傷害によって末期にある近親者を家庭で看護するため欠勤する場合		個々の患者の看護につき20日まで	賃金の100%	

国名 法律名	対象者	資格要件	形態	期間	手当	罰則
ギリシャ 親休暇法 (1984年)	民間企業の男女労働者 (海上労働を除く)	扶養する児童又は当該労働者の看護 若しくは支援を必要とするその他の 扶養家族（配偶者、両親、兄弟姉 妹）の疾病の場合 診断機関又は保健機関の診断書によ る証明が必要	全日休暇	各暦年6労働日まで 児童が2人 8労働日 児童が3人以上10労働日	無給	1万ドラ クマ以上 100万ド ラクマ以 下の過料
	50人以上規模企業に働 く民間男女労働者（海 上労働を除く）	精神的、心理的、身体障害のある児 童を持つ場合 診断機関又は保健機関の診断書によ る証明が必要	1日1時間の 労働時間の短 縮	特に規定はおかれていない	短縮に応じて賃金 の削減	
スペイン 労働者憲章 (1980年)	労働者 公務員、家族労働者等 を除く	2親等以内の親族及び姻族の重病又 は死亡の場合	全日休暇	2日 (移動を伴う場合4日)	有給（報酬を失わ ない）	
		6歳以下の子又は稼得活動をしてい ない身体上又は精神上障害のある者 を法律上世話をする責任を有する場 合	1/3から 1/2 の範囲内で労働時間を短縮	特に規定はおかれていない	短縮に応じた給与 の削減を受ける	

国名 法律名	対象者	資格要件	形態	期間	手当	罰則
オーストリア 労働休暇法 (1976年)	労働者	夫又は労働者の直系親族である被扶養者、養子又は養育している子、その他の同一生計に属する病気の近親者を看護するため勤務できない場合	全日休暇	1労働年に1週間の範囲内	1労働年に1週間 正規の労働時間の支 範囲内で報酬の支 払いを請求する権 利を有する	
イタリア 母親労働者の 保護に関する 法律 (1971年)	「女子労働者労働帰還 する男女同一待遇法」 により父親が母親に代 わって育児をする場合 は父親	3歳未満の子供が病気の間 医師の診断書の提出が必要	全日休暇	特に規定はおかれていない	無給	各労働者 ごとに2 万リラ以 上10万リ ラ以下の 罰金