

論 説

資本主義社会における老年者介護と家族

上 瀧 真 生

1989年12月、厚生省は「高齢者保健福祉推進10か年戦略」を発表し、これにもとづく予算拡大を90年度、91年度とはかってきた。

こうした福祉予算の明示的な拡大は、それ自体が、1980年代に第二次臨時行政調査会の諸答申にもとづいて一貫してすすめられてきた福祉予算の削減路線の手直しという側面をもっている。同時に、それは政策イデオロギーの面では、福祉予算削減のイデオロギーとされた「日本型福祉社会」論の手直しでもあった。

福祉社会の「日本型」という由縁は、家族による老年者扶養を日本的な伝統として評価し、それに依存することを明確化した点にあった。厚生省は、『厚生白書』（1978年版）の中で、老年者を含む同居の傾向を日本における福祉の「含み資産」と評価した。ところが、今回の「10か年戦略」はこうした家族の老年者扶養機能の弱体化を認めて、それを援助するという見地から打ち出されている。

この手直しは、一面では、消費税導入との関連をもっている。高齢化社会への準備が消費税導入の一つの論拠であったため、そうした施策を一定すすめる必要があったのである。しかし、それだけでない。その現実的基盤として、家族関係の変化と「長寿化」という事態の進展がある。とくに老年者の介護問題を焦点にして深刻な貧困状態が生まれており、これを放置してはおけない状況になっていることから、福祉政策の見直しが必要となっているのである。

本稿は、こうした現実的な関係を表象におきながら、老年者介護と家族の問題を資本主義的生産様式の諸法則との関連で把握することを課題としている。

I 老年者介護の諸特徴

資本主義的生産様式が支配的となっている社会において、家族によって老年者を介護するということは、どういうことなのだろうか。

袖井孝子は、介護を「自力で生活を営めないような人に対する援助」であると規定する。そのうえで、老年者の介護について、一方で子どもや病人、障害者への世話との共通性をとりだし、“care”として把握する。そして家族内でおこなわれる“care”の諸特徴について、キャサリン・グラハムに学んで次のように述べている。

第一に、それは対象者への愛情と責任と義務感のないまぜになった行為である。ケアのもつアンビバレントな特徴である。第二に、それは特定化されない作業である。対象者の状態に応じて多面的なサービスを提供しなければならない。第三に、それは継続性と反復性を持ち、同じ作業を際限なく繰り返す必要がある。第四に、それは世話する人を拘束する。世話する人は、作業の時間やペースを世話される人にあわせなければならない、自由を奪われ、精神的なストレスを増す。第五に、それは世話する人と世話される人とが長時間にわたって限られた居住空間のなかで一对一の関係を結ぶという密室性をもっている。そのため、世話する人と世話される人の両方に緊張感や精神的ストレスを増すことになる。第六に、それは他者の目に触れることが少なく、その社会的な評価が低くなる。それは家族内で密室的におこなわれることによっている。第七に、それは無償の行為である。第八に、それは女性の仕事であり、そのために社会的評価が低い⁽¹⁾。

他方で、袖井は老年者にたいする“care”は子どもにたいする“care”と基本的に違うとして、その違いを次のように述べている。違いの一つは、老年者介護は将来の見通しがつかないということである。子どもの世話の場合は、ある程度の範囲で自立の時期を見通すことができる。つまり、子どもの世話は自立にむけた発達過程での世話であり、個人差があるとしても種の発達過程として段階認識が可能だということであろう。しかし、老年者の介護の場合は個人

差が大きく、いつそれが終わるのかということの見通しがまったくつかない。もう一つは、介護者にたいする拘束力が肉体的にも精神的にも非常に強いということである。老年者は意思表示があり、身体的にも子どもにくらべて大きく、重いからである。こうした条件から、対象者にたいする愛情と責任と義務感のないまぜになった行為という共通性を持ちながら、子どもの世話では愛情の部分が大きいのに対し、老年者の介護では義務感のほうが大きいとしている⁽²⁾。

また袖井は、それが介助と看護との合成語であることから、医療的ないし看護的サービスと身体的に不自由な人に対する援助とを含んだものだとしている⁽³⁾。そこで老年者にたいする看護についてみると、鎌田とし子によれば、老年者看護は成人看護の延長線上にあるものではないという。それには、老年者の特性をふまえた独自の考え方、方法が必要である。つまり、病状の改善やコントロールとともに、老年者の「生活の質」“Quality of life”を保つことが目的とされる。いいかえれば、疾病の治癒のみの志向ではなく生活志向の看護が必要であり、その意味で老年者看護は介護につながるとしている⁽⁴⁾。

これらの特徴づけは、今日の資本主義的生産様式が支配的な社会における家族内での老年者介護を現象的にはよくとらえている。しかしそれは、老年者介護にともなう諸問題を資本主義的生産様式の諸法則の反映として、したがって今日の資本主義社会における貧困問題として認識してはいない。諸特徴の羅列におわっているのである。これらの特徴づけをふまえながら、老年者介護の諸問題を社会科学的見地から分析することが必要である。

【註】

- (1) 袖井孝子「現代社会の変化と家族機能の社会化」『社会福祉研究』第48号、1990年4月、16～17ページ。
- (2) 同「老人と家族のための介護システム」『季刊 社会保障研究』第26巻1号、1990年夏、15ページ。
- (3) 同上。
- (4) 鎌田ケイ子「老人看護の理念と原則」那須宗一監修『老年学事典』ミネルヴァ書房、1989年、196ページ。

Ⅱ 人間の本質からみた老年者介護の二側面

老年者介護という労働を具体的有用性という見地から概括すれば、老年者が老化や傷病によって失った自立的な生活を送るための能力を、老年者自身に残っている能力に依拠しながら、補い、支援する労働である。日常的な生活能力の喪失や弱化を補うのであるから、介護は、老年者の生活サイクルにあわせて、継続的に反復することを必要とする。ところでこの労働は、人間の種としての本質、すなわち意識性と共同性、およびその発現である共同体⁽¹⁾との関係でいえば、次の二つの側面をもっている。

第一は、介護が老年者の能力を維持し、これを発揮させる媒介となるという側面である。老年者において、人間の本質は、共同体のなかで祖父母的な伝承者、評価者、アドヴァイザーの役割を果たすことによって発現する。老年者は、共同体を維持していくための直接的な責任から徐々に解放されながら（祖父母性）、自分がそれまで身につけてきた認識の枠組みを若い世代に伝え（伝承者）、またその認識の枠組みに依拠して若い世代の労働を評価し（評価者）、彼らに助言を与える（アドヴァイザー）。

ところで、このような老年者の能力が有効に発揮されるためには、老年者が健康であること、また身体的な機能の衰えをなんらかの方法で補われることが必要である。そこで共同体は、老年者を援助し、そのことをつうじて老年者の知恵を吸収する⁽²⁾。老年者にたいする介護とは、こうした老年者にたいする共同体の援助の一環であり、老年者の能力発揮を保障する労働なのである。介護者は、この労働をつうじて直接に老人の知恵を吸収するだけでなく、それを共同体のものにしていく役割を担っている。

第二の側面は、老年者自身および共同体が死を受け入れることにかかわらざるをえないということである。自立的な生活能力をもたない者にたいする世話といっても、子どもにたいする世話は、自立に向かう発達過程でのものである。ところが、老年者にたいする介護は全体としてみれば最終的には死で終わる身体的能力の衰退の過程における世話である。そこでは個人としても共同体とし

でも死を受け入れることが問題となる。

人間が種として自己保存の本能をもち、しかも意識的な存在であるかぎり、老年者自身にとっても、他の共同体成員にとっても、死は畏怖すべき、また忌避すべきものである。しかし老年者自身にとってみれば、死はやがて必ずやってくるのであり、受け入れなければならない。宗教などの想像的な認識においてであれ、物質的な消滅という現実的な認識においてであれである。

共同体にとっても、成員個人の死は必ずやってくるし、それを受け入れなければならない。それがどんなに優れた有能な個人であってもである。むしろ、死を受け入れることによってこそ、共同体の再生がはかられる。老年期の有能さは、自らの経験に裏打ちされたものであるだけに、新しい変化には対応しにくい。共同体は、現役からの引退、祖父母的な役割の発揮、身体的衰退と死という個人的なサイクルを含み込むことによって、再生する。エンゲルスは、「唯物論的な見解によれば、人間の歴史を究極において規定する要因は、直接の生命の生産と再生産とである」³⁾と述べているが、単に生産でなく再生産であるのは、個人の死を含み込んでいるからである。共同体にとって、個人の死は共同体の再生産を構成する契機なのである。したがって共同体は、個人の死に関心を払い、個人が自らの死を受け入れることを援助する。死に際しての様々な儀式的の発達は、こうした援助の発現である⁴⁾。そして、老年者にたいする介護は最終的にはこうした個人の死の受け入れへの援助という側面をもつのである。

これら二つの側面は、生産力と生産関係のちがいによって、ある場合には第一の側面が大きくなり、ある場合には第二の側面が大きくなるであろう。しかし、どんな場合にも老年者介護はこれらの両側面をもつ。ここに、袖井のいうように老年者介護がアンビバレントな性格をもち、喜びよりも苦役となる抽象的な可能性が存在する。なぜならば、介護者は、自己保存の本能からすれば忌避したい衰退と死に、老年者とともに対峙しなければならないからある。しかし、それはあくまで抽象的な可能性にしかすぎない。

〔註〕

- (1) 鈴木茂「マルクスにおける人間と歴史」、鈴木茂論文集刊行会編『鈴木茂論文集 1 理性と人間』文理閣、1989年、参照。
- (2) 上瀧真生「老年期と社会(1) — 老年期・人間の本質・共同体 — 」『高知論叢』第40号、1991年3月、参照。
- (3) エンゲルス『家族、私有財産および国家の起源』『マルクス＝エンゲルス全集』大月書店（以下、『全集』と略す）、第21巻、27ページ。
- (4) P. アリエス（伊藤晃、成瀬駒男訳）『死と歴史』みすず書房、1983年、は、中世から現代までの欧米における死を受け入れる態度の変化を記述している。疑問点は多いが、死を受け入れる態度が現代の病院での死において大きく変化した、という指摘は興味深い。

III 老年者介護の資本主義的形態

人間の本質との関係でみた老年者介護の内容は、資本主義的生産様式が支配的な社会においては、どのような形態をとるのであろうか。賃金労働者の老後について、関連する諸法則を概観してみよう。

①老年者の位置と介護

資本主義的生産様式は、資本のもとへの生産手段の集中を前提としている。そこでの生産的労働とは、自らの労働力を商品として売る賃金労働者によって担われ、資本のもとで剰余価値を生み出す労働である⁽¹⁾。

それ以前の階級社会においては、敵対的生産関係のもとに地縁や血縁による共同体的関係が残存し、それらが生産的労働の基礎であった。そうした共同体的関係のなかで老年者は、生産的労働に必要な経験知識の体現者としてその役割をはたすことができた。したがって老年者にたいする介護は、彼らの能力の発揮を媒介するものとして生産的労働と結びついていたのである。

ところが資本主義的生産様式では、直接的には生産的労働の共同性は資本によって担われる⁽²⁾。だから、老年者の能力が剰余価値を生み出すうえで必要でなければ、老年者は生産的労働から排除される。そして実際にそうなる。なぜならば、生産の意識性もまた資本がになうからである。すなわち、資本は科学

の意識的応用を自らの生産力として包摂することを必要とし、それをおこなう。それも急速な科学・技術の発展による生産過程のスクラップ・アンド・ビルドをともなっている。こうした科学の意識的応用は、高齢者が生産的労働にかかわるための基礎である経験的知識を無意味化する⁽³⁾。高齢者は、介護など余分な労働を必要とするだけの無用な労働力として、資本の生産過程から排除される。こうして高齢者にたいする介護も、生産的労働との結びつきをなくす。高齢者の介護は、少なくとも生産的労働との関連においては、高齢者の能力発揮を媒介するという側面を失う。高齢者介護が苦役となる第一の根拠である。

②「長寿化」と介護

資本主義的生産様式における科学の意識的応用の必要性は、他方でいわゆる「長寿化」を生み出す。それが一般的な科学と生産力の発展を推進するからである。第一に農業分野での生産力の発展によって、さまざまなゆがみを含みながらも、栄養状態が改善する。第二に医学の発展によって、それまでの死にいたる病を予防したり、治療したりすることができるようになる。

もちろん、これらの成果ははじめは資本家をはじめとする支配的階級の独占物であった。しかし、やがて生産力発展の成果を自らのものにしようとする労働者階級の運動が高まり、社会主義の思想と結びつき、社会主義建設をめざす国家をも生み出す。これと対抗し、これを懐柔するために、帝国主義的な高利潤を基礎とした「社会改良」⁽⁴⁾として、実質賃金がある程度引き上げられ、医療保険や医療扶助、公衆衛生などが普及する。それらは帝国主義戦争のための総動員体制の必要と結びついて、一層促進される。こうして、もちろん階級的な格差は依然としてありながら、少なくとも発達した資本主義国においては、労働者階級でも生産力発展の成果を一定程度享受することが可能となる。高齢者の大量化という意味での「長寿化」が生まれる。

「長寿化」は抽象的には、多くの高齢者に能力を長期に維持し、発揮する可能性を与えている。しかし現実には、一面で先に述べたとおり、維持された能力を少なくとも生産的労働との関連で発揮する場が奪われる過程が存在する。他面で、死を受け入れる過程の最終的な局面が肥大化される傾向も生まれる。

「寝たきり」などの現象がそれである。

医学の発展は、対症療法的な生命の維持の側面が先行する。リハビリテーションなどの身体的・精神的機能回復の側面は遅れ、第一次世界大戦における大量の傷病者の職場復帰の必要性に直面してようやく発達する⁽⁵⁾。また、医学の発展段階として機能回復をなしえない病気も存在する。こうして、医学の発展過程そのものが死への最終局面を肥大化させることがありうる。しかし問題なのは、その国の資本蓄積のあり様と労働者階級の運動の成熟度合との関係に規定されて、医学の最新の成果が労働者階級にまで普及されない傾向が存在するということである。そこでは、生産力発展に比して、いわゆる「寝たきり」などの死を受け入れる過程の最終的な局面がいたずらに肥大化させられていることになる。老年者の能力発揮の場の制限とあいまって、死への最終局面の肥大化は介護者にとっての苦役を長期化することになる。

③労働者家族と介護

資本は、労働力の価値どおりに支払うことによって、必要な労働力の再生産を、労働者の私事として、彼らの自己維持本能と生殖本能に委ねる⁽⁶⁾。ここに、労働力の再生産の単位としての労働者家族が成立する。老年者にたいする介護も、世代から世代へという労働者階級の再生産の一コマとして、労働者家族に委ねられる。

この労働者家族は、労働力の価値＝再生産費である賃金によって生活する。労働力の再生産費の基本的な構成要素は、本人の労働力の肉体的・精神的・文化的な再生産と次世代のそのための費用である⁽⁷⁾。つまり、現役労働者の賃金には、現役を引退した親の世代を扶養するための費用は含まれないのである。労働者階級の寿命が一般に短いうちは大きな問題にならないが、前述の「長寿化」によって老年期の生活費問題＝老親の扶養問題が社会問題化する。これに対応する社会改良として老齢（退職）年金が制度化される。

こうして、現役を引退した老親世代と現役労働者である子世代との生活単位が分離する傾向が生まれる。もちろん、この両世代が生活単位を共にする労働者家族も残存する。しかしそれは、老後生活保障の費用を節約しようとする資

本の運動に規定された生活費の不足にたいする労働者階級の自己防衛である。それは、前資本主義的生産様式における血縁にもとづく共同体的関係のイデオロギー的伝統とその再編を基礎にしているが、それを裏づける経済的關係はすでに失われている。したがって、それは労働者家族にとっては貧困の一形態としてのみ現れるのである。

他面、老親世代と現役世代との生活単位の分離は、伝統的な地縁および血縁による共同体的関係からの労働者家族の分離（核家族化と都市集住）とともに起こる。これらのことは、家族内の高齢者介護の担い手の減少に帰結する。

介護者からいえば、担い手の減少は介護負担の集中と代替者の不在である。そこでは、介護労働の継続性や反復性が、介護者の自由を奪う拘束性として現れる。介護者は、高齢者につきっきりで世話しなければならないのである。介護者が現役労働者の子世代である場合には、介護のために職をかえたり、やめたりしなければならない。介護者の貧困問題である。

介護をうける高齢者にとってみれば、介護の質の低下という問題が生じる。第一に、前述の「長寿化」とあいまって生じる介護の担い手の高齢化が問題である。高齢者夫婦が健在である場合はその一方が介護者となる。夫婦の一方が死亡した場合、家族で高齢者を介護するためには子世代の誰かが介護者とならざるをえないが、この場合も「長寿化」のなかで子世代自身が高齢者となっている場合が多い。介護者自身が身体的機能の低下の過程にあるわけで、拘束性が強く、精神的にも身体的にもつらい介護は困難になる。

第二に、高齢でない現役労働者の子世代が介護を担うとしても、そこでもやはり同様の問題が生じる。まず介護者が賃金労働者として家族の生活を支える必要がある場合である。拘束性のつよい介護と賃金労働者としての資本のもとでの労働とは両立しがたい。介護者が賃金労働者としての生活を優先させれば、介護の質の低下が生じ、場合によっては介護が一定期間行われないうまま高齢者が放置されるという事態が生じる。介護者が介護に専念できる賃金労働者の妻であったとしても、次に論じるように、介護者と高齢者との人間関係の問題が生じる。これも場合によっては、介護の質の低下をもたらす。

介護は高齢者の基本的な生活能力を援助するものであり、それなしに高齢者

が生活することはできない。介護の質の低下や喪失は老年者の生活を破壊することにつながる。介護をうける老年者の貧困問題である。

④女性の位置と介護

ところで資本主義社会では、労働力の再生産のための、広くいえば自己維持本能と生殖本能を満たすための消費活動を媒介する労働（家事労働）が、生産的労働から切り離されて女性に固定化される傾向がある。

女性は、妊娠・出産・哺育という固有な機能を有する。資本主義以前の共同体的関係を基礎とした社会では、直接的生産者自身が自分の労働について裁量する余地をもつ。そこでは、女性は妊娠・出産・保育の機能を果たしながら、家事労働が主であるとしても生産的労働にも従事した。

しかし、資本主義的生産では労働にたいする裁量権は直接的生産者に与えられない。それはすべて資本に属することになる。資本が決めた労働の内容やペースについてこれられないものは、劣った労働力として排除される。機械の資本主義的充用が女性労働力を濫用し、次世代労働力の再生産に悪影響を及ぼし、これへの社会的反作用として女性労働力にたいする保護が法的に行われるようになる⁽⁸⁾と、結婚し、子どもを産む女性は、劣った労働力として排除される傾向が生じる。女性が家事に閉じ込められ、男性が資本のもとでの生産的労働に専念させられるのである。これを前提にして、老年者介護の主要な担い手も女性となる。こうした傾向は、老年者の介護にも影響を及ぼす。

第一は、事情によって男性が介護の担い手にならざるをえない場合の問題である。この場合、介護者がまだ現役労働者であると、前述したように、介護の質の低下か退職という問題が生じる。現役から引退した世代であったり、現役でも職を放棄したりして、介護に専念できる状況になったとしても、別の問題が生じる。すなわち、男性は、長い間、家事から切り離されるために、十分な家事能力を身につけていない。したがってその延長という側面をもつ介護の能力も十分もたない傾向がある。介護の質が低下するのである。

第二は、介護者が妻である場合である。ここでは、すでにみたように介護者の高齢化による介護の質の低下が問題である。

第三は、介護者が子世代の妻である場合である。この場合、そうした介護の形式をとること自体が、それを裏づける経済的な関係のない労働者家族にあっては貧困の一形態である。さらにこの状況下で介護関係をとりむすぶのは、高齢者と女性という生産的労働から切り離されたもの同士である。お互いに能力発揮できない欲求不満をかかえながら、狭い限られた空間で継続的に接触するのだから、人間関係が悪化する傾向も生じる。まして子世代の妻は、介護を受ける高齢者と血縁の関係をもたず、共同した生活経験をもつことも少ないのだから、なおさら介護の拘束性に苦しめられることになる。

最後に、資本による家事労働の女性への固定化の傾向と矛盾する、もう一つの資本の傾向が介護問題に影響する。女性の賃金労働者化である。資本は、機械の導入による労働の単純化を基礎として、安価な労働力として女性の労働力を利用しようとする傾向を最初からもっている⁽⁹⁾。資本主義的労働力再生産への労働者階級の対応として、少産化が進み、好況局面で労働力の「不足」が問題化するとき、女性の賃金労働者化は一層進む。そこでは当然、現役男性労働者が介護にあたる場合と同様に介護の不在か、失業か、という問題が生じる。介護を女性の労働としようとする傾向も同時に存在するだけに、問題はより深刻になる。

〔註〕

- (1) 「生産的であるのは、ただ、資本家のために剰余価値を生産する労働者、すなわち資本の自己増殖に役立つ労働者だけである」K. マルクス『資本論』第1巻、『全集』第23巻第2分冊、660ページ。
- (2) 「協業者としては、一つの活動有機体の手足としては、彼ら〔労働者—引用者〕自身はただ資本の一つの特殊な存在様式でしかない」同上書、『全集』第23巻第1分冊、437ページ。
- (3) 「機械としては労働手段は、人力のかわりに自然力を利用し経験的熟練のかわりに自然科学の意識的応用に頼ることを必然とするような物質的存在様式を受け取る」同上書、503ページ。
- (4) 社会改良と帝国主義とのつながりについては、レーニンの指摘を参照。たとえば、「資本主義の最高の段階としての帝国主義」『レーニン全集』大月書店、第22巻、でのセシル・ローズへの言及（296～7ページ）、及び、同書、第8章。

- (5) 砂原茂一『リハビリテーション』岩波新書、1980年、第3章、参照。
 (6) 前出『資本論』第1巻、『全集』第23巻第2分冊、744～745ページ。
 (7) 同上書、『全集』第23巻第1分冊、223～225ページ。
 (8) 同上書、第8章第4節、第13章第9節、参照。
 (9) 「婦人・児童労働は機械の資本主義的充用の最初の言葉だった」同上書、515ページ。

IV わが国の老年者介護と家族 — 介護の資本主義的形態の例解 —

わが国の老年者介護の特徴の一つは、いわゆる「寝たきり」の老年者の多さだといわれる。一般にいう「寝たきり」の概念はあいまいであるので、ここでは厚生省の研究報告⁽¹⁾での整理(表1)にもとづいて、この現象をみていこう。この研究報告によると、わが国では1987年時点で、在宅の老年者(65歳以上)のうち、「常に寝たきり」Bed-boundの者は0.6%、「家にこもりきり」House-boundの者は4.1%、それらを含む要介護の老年者が9.1%である。また、病院長期入院者と特別養護老人ホーム入所者(65歳以上)のうちでは、Bed-boundの者が33.8%、「ベッド上で体を起こせる」Chair-boundの者が25.4%である。これを欧米の先進資本主義国とくらべてみると、在宅の場合、要介護の者や

表1 「寝たきり」概念の整理と比較

英語での表現		日 本 で の 用 語		寝たきりの概念
		ADL (移動)		
		行 動 状 況	介 護 状 況	曖昧な概念としての寝たきり
		日常生活支障なし	完全自立	
House-bound	Immoblized	屋 内 歩 行 可	一部介助	様態としての寝たきり
Chair-bound		ベッ ド 上 で 体 を 起 こ せ る		
Bed-bound Bed-fast Bed-ridden		常 に 寝 た き り	全面介助	

(出所) 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課『寝たきりゼロをめざして』第2版、中央法規出版、1990年、8ページ、表-5。

Bed-bound と House-bound との合計では大差ないが、Bed-bound だけを取り出すと欧米の約3～6倍である。施設入所者でも Bed-bound と Chair-bound との合計では大差ないが、Bed-bound のみで比べると欧米の約5～8倍となっている(表2)⁽²⁾。

こうした事態は、わが国において身体的・精神的機能の維持・回復をはかる医療の発展が、「社会改良」としての医療保障や介護保障の制度の中に十分にとり入れられていないことを示している。その結果、「寝たきり」にならなくてもよいはずの人が「寝たきり」になっているのである。このことによって、介護者の精神的・肉体的苦痛は増している。

老人福祉開発センターのワーキング・グループが1985年に行った東京都内の入浴車利用者、訪問看護対象者で「常時寝たきり」の老年者をかかえる家族にたいする調査(以下、老人福祉開発センター調査という)によって、介護者が何に苦勞しているかをみてみよう⁽³⁾。表3は、「寝たきり」老年者をかかえる

表2 在宅および施設での「寝たきり」老年者比率の国際比較

調 査 年	日本 1987	デンマーク (ホルベック市) 1989	イギリス (全国)	スウェーデン (全国)	アメリカ (全国)
在宅居住者(65歳以上)を100として	(1)	(2)	(3)		
・家にこもりきり(House-bound) ただし常に寝たきり (Bed-bound)を含む	4.1	—	8.0	不明	不明
・常に寝たきり(Bed-bound)	0.6	0.1	0.2		
長期ケア施設入所者(65歳以上)を100として	(6)	(2)		(4)	(5)
・ベッド上で体を起こせる (Chair-bound)	25.4	—	不明	61.8	40.8
・常に寝たきり(Bed-bound)	33.8	4.5		4.2	6.5
長期ケア施設入所率(65歳以上)	3.7(7)	5.7	不明	6.8	4.6

(資料) (1)東京都調査 (2)ホルベック市調査 (3)General Household Survey (4)スウェーデン全施設 (5)The National Nursing Home Survey (6)老人の専門医療を考える会及び東京都調査より推計 (7)長期入院者及び特養入所率(出所)表1に同じ、14ページ、表-10。

家族が一番苦勞した（困った）時期とその内容を示したものである。これで見ると「退院直後」や「ねたきり直後」に苦勞した時期が集中している。これは、現在の福祉行政では「6ヵ月以上寝たきり」状態にある者だけが「寝たきり老人」と認定されており、それ以前の「寝たきり」老年者は在宅サービスの資格対象から外され、家族が全面的に介護負担を負わざるをえないためである。家族のみによる「寝たきり」老年者の介護の難しさを示している。これを除くと、介護期間が長くなるほど苦勞が増える傾向を示している。苦勞した内容も、経済的な面よりも介護技術の問題や身体的あるいは精神的な面に集中している。「寝たきり」の長期化＝介護における死の受け入れ側面の肥大化によって介護者が非常に苦しみ、そのなかでなんとか老年者の状態を改善し、自らの負担も減らそうと苦勞している姿がみてとれる。なお、この調査における「寝たきり」期間の平均は4年7ヵ月である⁽⁴⁾。

ところで、高度成長期にようやく急速に農民層分解が進展したわが国では、長く老年者を含む異世代家族が同居する傾向が残存してきた。しかし近年、異

表3 「寝たきり」老年者の介護で一番苦勞した（困った）時期とその内容

	経済的	精神的	身体的	介護技術	その他	計
退院直後 (25.9%)	10.7%	17.9%	32.1%	28.6%	10.7%	100%
ねたきり直後 (13.9)	20.0	20.0	26.7	26.7	6.7	100
ねたきり後 1ヵ月 (5.6) 3ヵ月 (2.8) 6ヵ月 (3.7)	7.7	23.1	15.4	30.8	23.1	100
ねたきり後 6ヵ月～ (12.0)	7.7	15.4	23.1	30.8	23.1	100
ねたきり前(2.8)	—	—	—	—	—	—
苦勞せず (5.6)	—	—	—	—	—	—
その他 (26.9)	—	—	—	—	—	—
無回答 (0.9)	—	—	—	—	—	—

(出所) 老人福祉開発センター『在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実証的研究報告書』1987年、55～56ページ、表3-22、表24-①より作成。

世代同居は減少し、高齢者のみの世帯が増大している。国勢調査によれば、高齢者を含む世帯のうち高齢者夫婦のみの世帯が占める割合は、1970年の10.1%から85年の17.8%へ、同じく一人暮らしの世帯の占める割合は70年の6.7%から85年の12.4%へと増大している。しかも世代ごとの同居率の推移をみると一つの世代では年齢があがっても同居率は変わらず、世代が下がるにしたがって同居率が低下するという傾向が生じている(表4)。それだけでなく、高齢者を含む異世代が同居していても、生計費は別々であったり、主要な介護関係は夫婦関係によって担われる傾向も存在している。

老人福祉開発センター調査でも、子ども世代が全面的に生計費負担をしている世帯は同居世帯の4割弱で、残りの6割強は高齢者がなんらかの負担をしている。その中には、家計が全く別々の世帯が5.6%、高齢者世代が全面的に負担している世帯も13.9%存在している(表5)。この結果から、高齢者の収入

表4 年齢別高齢者の同居率の推移

年齢 調査時	70~74歳	75~79歳	80~84歳
1970年	79.0%	82.0%	85.5%
1975年	73.3%	77.3%	81.5%
1980年	68.2%	73.1%	77.3%
1985年	63.9%	68.1%	73.2%

(資料)総務庁統計局「国勢調査」

(出所)『厚生白書』厚生統計協会、1990年、23ページ、第1-16表より。

表5 「寝たきり」高齢者をかかえる家族の生活費の分担

	合計	全く別々	子世代負担	老人世代負担	子+老人負担	費目ごと分担	その他	欠測値
老人夫婦	36 (100)	— —	— —	— —	— —	— —	— —	36 (100)
それ以外	72 (100)	4 (5.6)	28 (38.9)	10 (13.9)	15 (20.8)	5 (6.9)	6 (8.3)	4 (5.6)
合計	108 (100)	4 (3.7)	28 (25.9)	10 (9.3)	15 (13.9)	5 (4.6)	6 (5.6)	4 (37.0)

[註] ()内は% (出所)表3と同じ、78ページ、表4-2より再計算。

の有無や収入額が子世代の負担や負担感に大きな影響を及ぼしていることが推測され、労働者家族における老年者の所得保障の必要性を示している。

さらに同調査は、介護負担の大きい「寝たきり」老年者であっても、配偶者がいるかぎり老年者の介護は夫婦関係によって担われることを明らかにしている。それによると、全体としてみた場合、「有配偶」の9割は配偶者が主な介護者となっている。そして「無配偶」の場合にはじめて子世代が介護者となる。その5割は未婚および既婚の娘、4割弱が嫁である(表6)。配偶者がありながら介護をそれ以外の者が担うのは、その配偶者が80歳を越える高齢である場合か、あるいは病弱である場合に限られている⁽⁵⁾。つまり、子世代が親の介護を担うのは、たとえ同居をしていても、いまや親が非常に高齢であるか、病弱であるか、配偶者を失った場合に限られるのである。

こうした異世代同居の減少とその空洞化とでも呼ぶべき事態のなかで、介護負担の特定の個人への集中がおこっている。老人福祉開発センター調査によると、「代わりの介護者」があるとしている割合は全体として3割強にすぎない。老年者夫婦のみの世帯の9割が代わりの介護者をもたないだけでなく、二世帯同居でも7割、三世帯同居でも半分が代わりの介護者をもたない(表7-①)。また、介護を手伝ってくれる同居家族員がいないとする世帯も、家族三人以上の場合でも三割近く存在する(表7-②)。

表6 「寝たきり」老年者介護における主な介護者(性別・配偶者の有無別)

		夫	妻	娘	息子	嫁	その他	計(%)
ねたきり老人 男	有配偶	0	42(93.3)	2(4.4)	0	0	1(2.2)	45(100.0)
	無配偶	0	0	0	2(66.7)	1(33.3)	0	3(100.0)
	計	0	42(87.5)	2(4.2)	2(4.2)	1(2.1)	1(2.1)	48(100.0)
ねたきり老人 女	有配偶	15(75.0)	0	2(10.0)	0	3(15.0)	0	20(100.0)
	無配偶	0	0	21(52.5)	3(7.5)	15(37.5)	1(2.5)	40(100.0)
	計	15(25.0)	0	23(38.3)	3(5.0)	18(30.0)	1(1.7)	60(100.0)
計	有配偶	15(23.1)	42(64.6)	4(6.2)	0	3(4.6)	1(1.5)	65(100.0)
	無配偶	0	0	21(48.8)	5(11.6)	16(37.2)	1(2.3)	43(100.0)
	計	15(13.9)	42(38.9)	25(23.1)	5(4.6)	19(17.6)	2(1.9)	108(100.0)

(出所)表3に同じ、52ページ、表3-19。

表7-① 「寝たきり」高齢者介護における「代わりの介護者あり」の割合（同居世代別）

一世代	二世代	三世代	四世代	五世代	合計 (%)
8.3	31.3	50.0	66.7	85.7	33.3

表7-② 「寝たきり」高齢者介護を手伝う同居家族の人数（世帯人員別）

手伝い 世帯員	0人	1人	2人	3人	4人	計(%)
2人	49(100)	-	-	-	-	49(100)
3人以上	17(28.8)	20(33.9)	12(20.3)	8(13.6)	2(3.4)	59(100)
合計	66(61.1)	20(18.5)	12(11.1)	8(7.4)	2(1.9)	108(100)

(出所) 表3に同じ, 53ページ, 表3-21-①, ②より作成。

介護者の高齢化もすすんでいる。一般的な要介護高齢者にたいする介護の場合, 50歳台が約3割, 60歳以上が4割近いと推計されている(表8-①)。老人福祉開発センター調査では, 50歳台が2割, 60歳以上が6割であり, より高齢化している。子世代の介護者でも平均して50歳前後である(表8-②)。この両結果を比較すると, 「寝たきり」高齢者の介護ほど介護者が高齢化するという傾向がわかる⁽⁶⁾。より負担の大きい介護を身体的機能の弱体化が進むより高齢の介護者がおこなっているのである。

こうしたなかで, 介護者の生活は介護によって非常に拘束されている。老人福祉開発センターの調査では, 介護に要する時間を聞いたところ, 回答のなかつたものを除くとほ

ぼ6割が6時間以上と答えている。平均介護時間は8時間であり, フルタイムの労働に匹敵するという⁽⁷⁾。しかし介護の拘束性は, 単に介護に

表8-① 高齢者介護における同居介護者の年齢

介護者の年齢	推計数	構成比
～19	1千人	0.2%
20～29	10	2.0
30～39	55	11.2
40～49	84	17.1
50～59	151	30.8
60～	191	38.9
総数	491	100.0

(資料) 「国民生活基礎調査」1986年

(出所) 表4に同じ, 25ページ, 第1-18表より。

要する時間の総計だけでは測れない。介護の必要が漸続的に生じるからである。とくに排泄の介助が必要な場合にはその間隔は短くなり、それだけ介護者を拘束する。この調査は、一日で介護者が自由にできる時間を聞いている。これによると、回答者の約65%が3時間未満と答えている。さらに2時間未満しか自由時間がないという介護者が実に4割近くいる。4時間以上と答えたのは1割にすぎない(表9)。こうした介護状態が、一日の休みもなく続くのである。

表8-② 「寝たきり」 老年者介護における同居介護者の年齢(続柄別)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	合計	平均年齢
夫					3人	12人	15人	75.7歳
妻				3人	22人	17人	42人	67.1歳
娘	1人	1人	6人	10人	7人		25人	52.3歳
息子			1人	4人			5人	52.8歳
嫁		1人	10人	5人	3人		19人	49.6歳
むこ					1人		1人	62.0歳
合計	1人 (0.9)	2人 (1.9)	17人 (15.9)	22人 (20.6)	36人 (33.6)	29人 (27.1)	107人 (100)	61.0歳

[註] 介護者が家政婦である場合を除く。()内は%。

(出所) 表3に同じ, 21ページ, 表1-9, 52ページ, 表3-20より作成。

表9 「寝たきり」 老年者をかかえる介護者の生活時間

一日の介護時間	世帯数	一日の最長自由時間	世帯数
なし	1 (1.2)	2時間未満	32 (37.6)
1時間 ～5時間	32 (39.0)	2時間以上 3時間未満	23 (27.0)
6時間 ～10時間	31 (37.8)	3時間以上 4時間未満	21 (24.7)
11時間以上	18 (22.0)	4時間以上	9 (10.6)
合計	82 (100)	合計	85 (100)

[註] ()内は%。調査対象世帯は108世帯であるが、介護者が家政婦、ヘルパーであるもの、及び無記入のものを除いている。

(出所) 表3に同じ, 136ページ, 表5-2より再計算。

この拘束性は、介護者の消費生活を侵害する。老人福祉開発センターの調査での老年者夫婦世帯の消費支出をみると、家賃地代、水光熱費、家具家事用品、保健医療費で全国消費実態調査におけるそれをかなり上回っている。その一方で、被服履物、交通通信、教養娯楽、交際費は下回っている⁽⁸⁾。上回っている費目は家賃地代を除くと介護に関連する費目であり、下回っている費目は個人の社会との交流や活動範囲などを反映する費目である。もちろん「寝たきり」老年者は、生活範囲が狭まり、こうした費目が減少する。しかしそれだけではなく、介護者もこうした費目の支出が少なくなっているのである。介護者が介護に振りまわされ、社会との交流をもてず、消費欲求も減退し、また消費欲求を満たす機会をもてない様子が見てとれる。介護に伴う経済的負担も問題であるが、介護者の過小消費もまた老年者介護に特徴的な貧困の現象形態である。

介護の拘束性は、また、介護者が現役の労働者世代である場合、その労働にも影響を及ぼす。全国の市部を対象にした一般的な老年者にたいする介護についての調査⁽⁹⁾では、中心介護者で14%（介護従事前に無職であったものを除くと25%）が介護のために退職、11%（同じく19%）が労働条件や仕事（勤め先）を変えている（表10-①）。老人福祉開発センターの調査では、退職したものが3割（介護従事前から勤めていなかったものを除くと54%）、勤めをかえた

表10-① 老年者介護による介護者の就業にたいする影響

	中心 介護者	二番目の 介護者	全 体
介護従事前より継続	43%	67%	54%
同一条件で	32	60	45
労働条件を変えて	9	6	7
仕事（勤務先）を変えて	2	1	2
介護従事により退職	14	6	10
介護従事前より無職	41	22	33
介護従事後有職	2	5	3
合 計	100	100	100

（出所）住友生命総合研究所「老人介護と家族の就労に関する調査」1989年、36ページ。

ものを含めると全体の3分の1（同じく約6割）になる（表10-②）。介護が介護者の就労の機会が奪い、狭めているのである。このことは、介護者の将来にわたる生活の経済的基盤を脅かす。同時に介護に閉じ込められた介護者が介護への意欲を失うことにもつながる。その一方で、「寝たきり」老年者の介護であっても、全体の14%の介護者が就労しつつ介護を行っていることも注目し得る。この場合、適切な社会的援助が受けられていないとすれば、介護の質の低下が起こっていることが予想される。

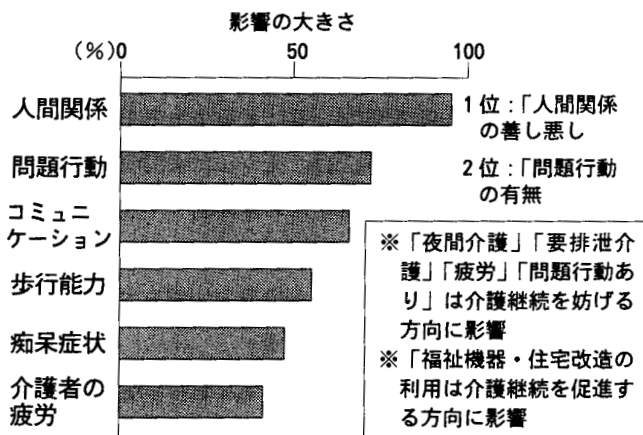
また、介護者が限定されたなかでの介護の拘束性は、介護者と老年者との人間関係に否定的な影響を及ぼすことが予想される。安梅勅江は、東京都・青森県・宮城県の在宅老年者の介護者にたいする調査をもとに、介護者と老年者との精神的な意味での人間関係の善し悪しが介護継続にもっとも大きい影響を及ぼすと分析している（図1）⁽¹⁰⁾。ところが、他の人からの援助も受けられず、自分の自由になる時間ももてず、消費や労働の欲求を犠牲にして、老年者と長期間向きあっているというのが介護者の現実の姿である。しかも、血縁関係もなく、共有する生活の経験も少ない嫁が主要な介護者となっている場合も依然

表10-② 「寝たきり」老年者介護による
介護者の就労にたいする影響

	女性	男性	合計
もともと勤め といなかった	36人 (45.0)	10人 (40.0)	46人 (43.8)
勤めをやめた	22 (27.5)	10 (40.0)	32 (30.5)
介護の可能な 勤めに変えた	2 (2.5)	1 (4.0)	3 (2.8)
介護しながら 勤めている	11 (13.8)	4 (16.0)	15 (14.3)
その他	6 (7.5)	0	6 (5.7)
無記入	3 (3.8)	0	3 (2.8)

〔註〕（ ）内は％
（出所）表3に同じ、154ページ、表5-4より。

図1 高齢者介護継続に関する要因



(出所) 安梅勲江「地域社会の変化と地域・家庭の介護か」『社会福祉研究第48号, 1990年1月, 22ページ, 図4。

として多い。こうしたなかで本当に良好な人間関係が維持できるであろうか。非常な困難が予想される。

以上に述べてきた家族内での高齢者介護をめぐる現状は、介護の質に影響する。山口春子は、武蔵野市における1987年度の訪問看護事業の対象ケースのなかで訪問看護婦が介護不十分とみなし、介護する家族の側に問題があると考えたケースについて、それらを次のように分類し、その背後の問題を分析している⁽¹¹⁾。

第一の類型は、主たる介護者の介護能力に問題があり、家族内に介護の協力者がいないケースである。この類型には、介護者が体力的に限界をもっているケース、介護者が日中就労しており不在であるケース、介護者が精神障害をもっているケース、介護者の知的レベルや家事能力に問題があるケースがある。

第二の類型は、主たる介護者の介護意欲が低く、家族に協力者がいないケースである。これには、「寝たきり」の期間が長期に及ぶケース、家族に精神障害者をかかえているケース、同居の家族が介護に無関心で非協力的であるケース、主たる介護者が自分の老後に不安をもっているケースなどが含まれている。この類型において介護者の介護意欲に影響を及ぼす要因として、山口は次の三

つをあげている。第一は、主たる介護者と本人との関係である。この類型には、主たる介護者が嫁であるケースが多く、そこでの人間関係の悪さが介護意欲に悪い影響を与えていると考えられる。第二は、家族が介護者に非協力的であることである。これらのケースでは、同居家族がいるにもかかわらず、主たる介護者一人に介護者の負担が集中している。第三は、そうした状況のなかで介護しているにもかかわらず、主たる介護者に介護のための体制づくりなどに関する決定権が与えられていないことである。専業主婦である妻の立場のゆえに、そうした決定権がもてないでいるのである。自分が自分の仕事をする条件を決定できないということが、介護者の意欲を削いでいる。

第三の類型は、主たる介護者の介護意欲は強いが、老年者が末期状態であり、施設利用を強く拒否しているケースである。

こうした事例をみると、介護担当者の減少、介護者の高齢化、介護の拘束性とそこから生じる介護者への肉体的・精神的負担、介護者の女性への集中などが、相互に作用しながら、老年者介護の質を引き下げる要因となっていることがわかる。そして問題は、こうして生じる介護の質の低下が老年者の基本的な生活を脅かしているということである。

山口は、家族に起因する介護の問題ケースは、人間のもっとも基本的な生活の要素である食事と排泄の介助に多いとしている⁽¹²⁾。その場合の食事介助の問題とは、具体的には、食事の量そのものが不足していたり、菓子パンだけ、おにぎりだけ、などというように、内容が単調で栄養のバランスがよくなかったり、寝ている高齢者の枕元にただ置かれるだけというように、提供のされ方が悪かったり、という状況である。また排泄介助の問題とは、便意・尿意があり、ポータブルトイレが使用可能であるにもかかわらず、おむつが使用されたり、またそのおむつがきちんと使用されず、失禁状態が放置されたり、おむつの交換回数が1日2回以下であり、そのためにじょく瘡やかぶれができたり、臭気がひどかったり、という事態である⁽¹³⁾。いずれも老年者の肉体的な能力を低下させ、生きる意欲をも失わせるような状況である。介護の質の低下は、老年者の生活のもっとも基本的な要素の部分でその生存を脅かすのである。

〔註〕

- (1) 竹中浩治他「寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究」厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課『寝たきりゼロをめざして』第2版，中央法規出版，1990年。
- (2) 同上，11～15ページ。
- (3) 老人福祉開発センター『在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実証的研究報告書』1987年。
- (4) 同上，19ページ。
- (5) 同上，51～52ページ。
- (6) この調査の母集団については，50歳台が2割強，60歳以上が4割弱となっており，一般的な要介護高齢者にたいする介護者と同等の数字となっている。しかしこれは，年齢不明となっている者が2割弱もいるためである。これを除くと50歳台が3割弱，60歳以上が5割弱となって，やはり介護者がより高齢化する傾向を示している。同上，21ページ。
- (7) 同上，66ページ。
- (8) 同上，100～103ページ。
- (9) 住友生命総合研究所「老人介護と家族の就労に関する調査」1989年。
- (10) 安梅勅江「地域社会の変化と地域・家庭の介護力」『社会福祉研究』第48号，1990年1月，22ページ。
- (11) 山口春子「在宅の要介護高齢者に対する家族ケアの限界と公的施策の課題」『東京都立大学人文学部 人文学報』第218号，1990年3月，199～207ページ。
- (12) 同上，192ページ。
- (13) 同上，199ページ。

むすびにかえて

以上，高齢者介護をめぐる今日の問題状況が資本主義社会における貧困問題であること，そしてわが国の実態はまさにその例解にふさわしい悲惨な状態であることを明らかにしてきた。

残された問題は，「高齢者保健福祉推進10か年戦略」がこうした状況にたいする政策的対応としてどのような意味をもっているかである。一番，大きな問題は，「10か年戦略」があくまで家族のなかで高齢者介護に専念する家族員がいるという前提のうえで，その補完としての福祉施策を準備している点にあると考えられるが，この問題についての分析は他日を期したい。