

## 現代親孝行考

### — 家族介護から社会的介護へ —

酒向 一次

#### I はじめに

超高齢化社会を迎えようとしているわが国では、活力ある長寿社会をつくるため早急に解決すべき課題が山積みされている。その中で最も遅れている分野と云えば、寝たきりや痴呆の老人などの介護対策である。介護を必要とする高齢者を抱えた家庭では、施設を利用しようにも空床がなく時には1年・2年と長い間待たなければならない。家で世話をするととなると経済的、精神的な負担が大きく、共稼の家庭ではとても介護しきれない状態にある。長く続いた伝統的、道徳的な親孝行と呼ばれる女性を中心とした家族による献身的な奉仕や努力も限界に達して、行政や社会の手が差し延べられなければならない現状である。おそらく現在、家族介護による親孝行をしている人たちの世代は、私的扶養の最後の世代であり、裏を返せば私的扶養による親孝行を受けることの出来ない最初の世代であると思われる。

金さえ貯めておけば老後は保障され安心だと、現在の高齢者世代は勤勉に働き続けて老後を迎えたが、しかし政治の力なしでは、いくら金があっても安心出来る老後は送れないという「自助努力」の限界を知った。

そのような中で政府はようやく90年度から「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」をスタートさせた。十年間で①ホームヘルパーを約三倍増の十万人にし、②老人

を短期間預かるショートステイのためのベット数を五万床、③日帰り介護サービスを受けることの出来るデーサービスを一万か所作る。などの目標を掲げ「高齢者は住み慣れた自宅での介護をより望んでいる」として在宅介護を基本とした計画を、全国三千三百近い市町村に求めた。

今年三月この老人保健福祉計画はほぼ出揃った。だがこのプランは消費税導入の見返りとして、実施を約束したことから、その内容についても短期間で煮詰めたということもあり、実情にマッチしない面も多くあり、厚生省はこのプランを早急に見直すという。具体的には、高齢者対策として高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）を大幅に見直し、新プランを策定してサービス量を拡大し、これを基盤に国民だれもが必要な介護サービスを受けられるよう、医療・保健と一体の総合的介護システムの構築を呼びかけるものである。

多くの現場からの、家族からの必死の叫びは1日でも早い計画の実現であり実施である。また果たしてこのような計画だけでもって救われるだろうかという強い疑問を持つものである。老後を誰とどのように過ごしたいのか、何をどのようにしたいのか、残された時間をどのような活動にどれだけ当てたいのか、そして最後をどこで迎えたいのか、これらは人生が長くなったがゆえに、より切実に考えざるを得ない私どものテーマとなった。

30年前からスウェーデンでは国を挙げて高齢化問題に取り組んできている。試行錯誤の上に成り立ったスウェーデンの福祉制度はわが国と国情が異なり、文化が違うこともあるが良い手本である。福祉制度の充実と介護の仕方によって「寝かせきり老人」をなくし老人たちに人間らしい生活を権利として保障し、人間の尊厳を最後まで守っていることを北欧の多くの文献から学び、一度、北欧を訪れこの目やこの耳で確かめたいと思っていたが幸い学園本部のご理解とご支援を得て研修が出来たことを嬉しく思っている。

北欧に行って一番聞きたかったことは、老人のケアがすべて公的に行なわれている中で家族は何をしているのか、老親と成人した子供との結びつきは、親子の愛情は、というようなことであった。親が子のためにいつまでも懸命に尽くす愛情は本能であるが、子が親に尽くす親孝行は教育によって育てられるという事を聞いたことがある。北欧の家庭教育や、公教育が如何に行なわれているかを知ること大きなテーマであった。スウェーデンの市職員が家庭について「この国では国全体が家庭です」と答えられたことが印象的だった。

本稿は、養老孝子伝にあるような子がひたすら親に孝養をつくす形の孝行から、高度経済成長期において年金が「社会的親孝行」と言われたように、家族を中心としながらも、社会全体で世話をしていくシステムに親孝行が移行しつつある社会保障や福祉の在り方に視点をあててみることにする。

孝経に「身体髪膚これを父母に受く、敢えて毀傷せざるは孝の始めなり、身を立て道を行い、名を後世に揚げ、以て父母を顕すは孝の終わりなり」とあるが、ここではこのような孝を理念界の孝と考え、「養老孝子伝説」にあるような地上界・政策界の孝について考察することにする。すなわち年老いた親を養い、人生の最後を安心して暮らせる環境を作り与え、病に罹れば看病し、介護し「長生きしてよかった」と老親が思えるような親孝行が出

来るシステムへの考察である。

## II 親孝行の推移

### 1 養老孝子伝説

養老の孝子伝説は「しよくにほんき続日本紀」(717)には全くその記録がなく、約500年を経た建長4年(1252)に成った「じっせんしやう十訓抄」に初めて見ることが出来る。十訓抄に載せられている養老孝子伝は次のとおりである。

「昔、元正天皇の御時、美濃国に貧しく賤しき男有けるが、老いたる父を持ちたり。此男。山の草木を取りて、其値を得て、父を養ひけり。此父、朝夕あながちに酒を愛しほしが。これによりて男、なりひさごとうるいものを腰につけて、酒を沽家に行て、常に是を乞て父を養ふ。あるとき、山に入て薪を取らんとするに、苔深き石にすべりて、うつぶしまろびたりけるに、酒の香しければ、思はずにあやしくて、そのあたりを見るに、石中より水流出る事有。其色酒に似たり。汲みてなむるにめでたき酒なり、うれしく覚えて、そののち、日々に是を汲みて、あくまで父を養う。時に帝、此事を聞召て、靈龜三年九月に、その所へ行幸有りて、御覽じけり、是則至孝の故に、天神地神あわれみて、その徳をあらはすと感ぜさせ給ひて、後に美濃守になされにけり。其酒の出る所をば、養老の瀧とぞ申す。且は依て同十一月に、年号を養老と改められける」。<sup>(1)</sup>とある。

ここんちよもんしやう古今著聞集に載せられている養老孝子伝もこの十訓抄とほとんど同じであり、これらは江戸時代に何回となく翻刻され、当時の民衆に親しみやすい読み物として、全国に広く普及した。私達が読み聞きした物語もこの内容のものであったと記憶している。

「十訓抄」「古今著聞集」「大日本史」にも孝行者があったとだけで名前はなく、子が父につくす孝養の話であるが、「養老寺縁起」は孝子の名前を源丞内と名付け、成人した子供夫婦が母親に孝養をつくす話である。しかも山奥で酒を発見したのは嫁であり、嫁が姑に

つくす孝養の様子を物語っている。以下要点のみを養老町教育委員会『養老美泉』より抜粋させて頂く。

養老寺略縁起 「夫孝道は天地の源、衆善の基也と古人の詞宣なるかな。ここに当山養老の瀧と名づくる来由を尋るに、往昔人王二十二代雄略天皇の御宇、当所に源丞内という民あり。一人の老母を育む。其孝行尤也に異れり、此母常に酒を好めり、しかるに其家貧しくて、朝の煙、夕の営だに心に任せざりしかど至孝の誠止事なく、日々に苦行してこれを調べ、母の志を養う事おこたらず。或時、公命によりて上京せる事あり。——省略——妻を招き、我在京の間は汝母に仕よ、我常になせしに露違ふ事なかれと堅く示て上洛しけり。女房また温和従順の生得にして、全く夫の命に背く事なく、日夜の孝養、心を先として其誠を尽す事、猶、夫に勝れり。或は市に出、里に入、或は沢を渡り、山を回る其艱苦。しかしながら母孝養の外他事なきのみ。去程に風光おしうつりて、嚴冬の寒き頃、雪ふり積、薪を取らん道既に絶え、母孝養の営為方なき折から、女房ひそかに思えらく。凡、至孝の道は我命を惜むべきにあらず。況んや此黒髪をやと。自、髪を切て、里に出、これを代替て酒を求め、家に帰り、老母に与え侍りき。——省略——ある夜の夢に、老翁一人来りて宣く。此山の奥に一つの瀧、一つの泉有。是汝が母に与べき霊水なり。此瀧に洗い、此泉の水を呑ば齢若きにかえり、家門豊に、命千歳を保つべしとあらたに告げ給えり。——省略——ある時、薪を採ん為に山深く入しに音も涼き瀑有。女房立寄て面を濯い、手をそそぎなどして柴を負帰る。山路の險阻につかれ、とある傍に休けるに、巖の下より流れ出る清水有。何心なく暫時の苦を休んと手づから汲て服するに其味甘美なる事、言思の及ぶ所に非ず。偏に味の妙なるのみならで心潔く身も亦健なり。妻つらつら思うに彼霊夢の前瑞是ならんと、乃水を簞に入れて家に帰り、老母にすすめけるに母是を服して云く。気味誠に甘露の如し、未曾てかかる美酒を服する

事なしと喜び。婦も天に仰ぎ地に伏て互に歛あえる事譬をとるに物なし。夫より日々に汲て母に進め自も服するに幾程なくて膚潤い、顔美にして形容既に若きにかえる。然る所に源丞内在京三ケ年を過て私宅に帰るに、老母及妻の形昔に替りしを見て大に驚、既に逃退んとせしに、二人源丞内にすがり、前の靈験のあらましを述て相共に喜の泪、袖をしぼる。然して源丞内も亦彼瀧水を汲て洗浴し、泉の水を服しぬれば齢久しく保ち宛も仙境の如し。これ全く孝行の威徳也。此事天下に隠れなく、時の天子雄略天皇の叡聞に達し、勅使下向有て嘉瑞の次第委く尋ねさせ給い、直に瀧の本に詣で見廻り給うに絶景四方に続けり。されば老人若きにかえるといい又、老を養うという義を以て即養老と名づけ給えり。——以下省略——」。(2)

## 2 家族扶養期の親孝行

この節は老人扶養・介護が前節の養老孝子伝説のように家族の枠内で解決されていた時代について述べることになるが、いつの時代からかということとは決めがたい。しかし終わりは、戦後およそ数十年たった頃に設定したい。(3)昭和30年代初め頃までである。朝鮮動乱を期に敗戦によって沈滞していた経済も息をふき返す一方、講和条約も結ばれ一人立ちを認められたわが国が、工業を中心とした経済復興の波に乗り出した時代である。この頃迄の家族は昔ながらの家庭生活を営み、孝養の面においても、家族が他人の力を借りることなく自助努力でこれにあたるという養老孝子伝説にあるようなわが国孝道をつづけていた。

家族とは、すべての人間が生まれ育ち、巣立っていく生活の基地集団であり、家庭は、本来家族が日常生活を営み、人間関係を親密化していく生活の場所である。日本の現行民法は、三親等内扶養であり、未成年と親との関係の扶養が中心の西欧の二親等内扶養と異なり、両親を成人の子供が面倒をみるという親の扶養が義務づけられているのである。すなわち親孝行の観念を民法が裏付けているこ

とになる。また戦後、民法の改正によって「家」制度が解体されても、この時期まではわが国の老人扶養は同居家族による私的扶養であった。公的な老人保護事業としては、身寄りがなく貧困にあえぐ老人のみが、施設に收容されて最低限の生存を保障されると云うものであった。

昭和30年代初めまで、なんとかわが国孝道が家族の手でまがりなりにも続けられたのは、その後にやがて来る高度経済成長とそれに伴う人々の、ものの考え方の大きな変化の前だったからである。

親と子夫婦が同居する直系家族制のもとの親孝行は、扶養と介護が一体化していた。この時代までは農業を営む人が多く、商家、工芸とかの自営業の数もそれぞれの伝統を守るような形で多数存在していた。

小規模な設備を生かしての技能による生産は、親から子に伝承される。すなわち「家業を継ぐ」のであり、二世代同時に働くことが経済的効率も上がり、必然的に親子二世代同居が成立していたのである。

同居によって高齢期を迎えた親は、経済的に子に扶養されながら、介護を受けることもまたごく当然の事とみなされていたのである。

大正10年9月20日付けの都新聞に、帝国学校衛生会理事会の委員長談として「最近の統計によれば、欧州各国では大抵40歳くらいの平均寿命を保っているに反し、わが国では29年7か月という憂うべき統計を示している。この際一大研究所を設けることは、健全なる国民を作り出す上において必要欠くべからざることである」と記載されている。ちなみに、17世紀末の英国では32歳、ドイツでは27歳程度だったという。19世紀終わり頃までの大多数の人々の寿命は非常に短かったようである。それゆえに高齢者がいなかったわけではないにしても少数であり、高齢期まで生き延びることが奇有な状況のもとでは、高齢者の介護・扶養問題が、今日のような意味で問題になることはありえなかった。

昭和36年(1961)に「国民皆保険制度」が

出来たが、老人の場合は、家族であるから医療費の負担は5割必要であり、なかなか医者にはかかれない状態であった。若いうちに一生懸命働いて、子供を養育し、立派に成人させることが、自分の老後を保障する唯一の方法であるとして子供に依存していた老人たちも、寝付いたら家で寝かされきりであり、一か月か二か月位しか生きていられなかった。懸命な家族の介護があったにしても、医者の往診がちょっとあるだけで、脱水が起こり肺炎が起こって死んでしまうような例が多かった。こんな状態で、この時代までは日本の世帯には今日見るような長期化した「寝たきり老人」はまれな存在であった。

### 3 家族孝行の動揺要因

わが国の場合、欧米諸国に比して老人の同居志向が強く、子供夫婦と生活し孫の守をしながら暮らすことが、最高の幸福と考える人が多く、また人生の最後は住みなれた地域で家で、子供たちに看取られながら死んで行きたいと願っている。そして子供たちも出来れば老親を家庭で介護したい気持ちは持っているが、それが容易に出来ない時代の流れ現実の波が押し寄せてきている。ここでは家族介護を崩壊するような時代の流れを大きく三つに分けて述べてみる。

#### (1) 老親との同居率の低下

昭和30年代に入ると「もはや戦後は終わった」という言葉を聞くようになり、時の政府の「所得倍增計画」の掛け声も高く、アメリカを代表とする先進諸国に追い付け、追い越せとわが国は高度経済成長の時代へと入っていった。

知識の倍增周期と社会の変化との関係にはどれほどの相関関係が有るかは明らかではないが、知識の量が増すのにあわせて社会の変化のペースも速くなって来るのはたしかである。18世紀頃には知識の量の倍增に約1世紀かかったのが、現在では漸次短縮されて約20年ほどで知識が倍增されるという。戦後の激しい知識の変化と、産業化の成熟は社会体系

の変化による必然的な影響となって家族のあり方に大きな変化を与えた。

日本社会は、産業の近代化によって生産の場が家庭から会社や工場へと移っていった。すなわち自営業者を主体とする村落社会から雇用者を主体とする都市社会へと転換した。そのため農村部から多くの若者が、第二次産業へ就業するため大都市及びその周辺に集中していった。そして、その人たちの生活や仕事を支えるための副次的・第三次産業が発展し、新たな就業の場を提供した為に大都市はふくれあがっていった。

こうした社会構造の変化は、わが国の労働人口の90%がサラリーマンとなったためにこれまであった同居による経済合理性はなくなった。それに加え職場への通勤不能のために親との別居を余儀なくされる者や、また転勤とか会社の都合で家族は解体されていった。

「厚生省の国民生活基礎調査によると91年現在で65歳以上の人口は1560万人。うち11.6%の182万人が一人暮らしだ。夫婦とも65歳以上の二人だけの暮らしは167万世帯、334万人で、65歳以上人口の21.4%にあたる。

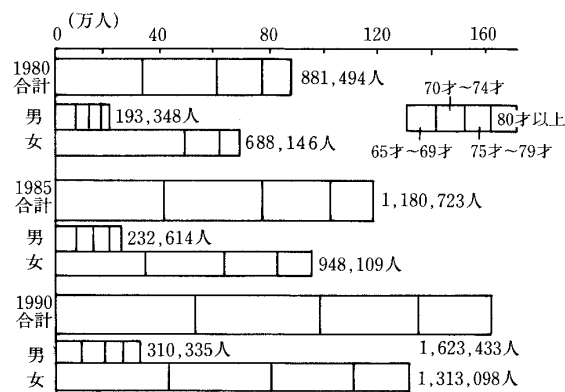
ほかに90万人が、65歳以上の配偶者と二人だけで暮らしている。この人たちも合わせると、全体の27.2%の高齢者が夫婦だけの暮らしをしている。

約十年前の80年には、65歳以上人口のうち一人暮らしは8.5%で夫婦とも65歳以上の暮らしは13.5%だった。過去十年間で、一人暮らしと老夫婦だけの暮らしは、全体の2割強から3分の1に増えた。

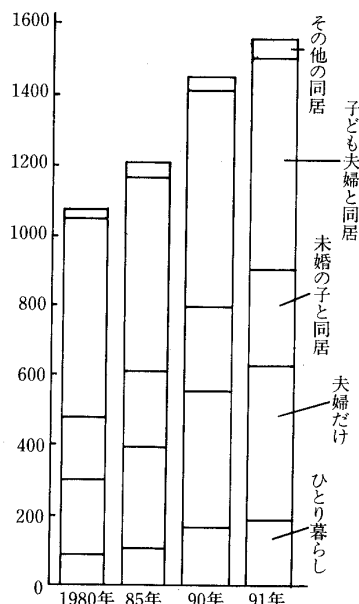
一人暮らしの高齢者の中では、女性の割合が圧倒的に高い。90年の国勢調査によると、高齢者の一人暮らし162万人のうち、男性は31万人で、女性は131万人。女性がざっと4倍も多い。女性の方が平均寿命が長いうえに、結婚相手の男性は平均して3歳ほど上だから、女性の老後は一人暮らしの期間が長くなる」。(4)

それでは現在、45歳以上の働き盛りの人々の未来は如何であろうか。「このほど厚生省の

一人暮らしの高齢者  
(国民生活基礎調査、国税調査、人口推計から)



高齢者の暮らし方  
(国民生活基礎調査、国税調査、人口推計から)



人口問題研究所が発表した『日本の世帯数の将来推計』(平成5年10月推計)によると1990年の平均世帯人員は2.99人で、20年後には2.55人と減少するものの、65歳以上の高齢世帯数は、658万世帯から1479万世帯へと2.5倍に増えることが推計され、今後の老人福祉対策の充実がさらに重要となることが考えられる。介護需要が高い高齢の「夫婦のみ」と「単独」世帯の合計が67.2%に達するという数値も驚異である。

以上述べてきたように社会構造変動が進んだことで、老人と成人した子供との同居率が

高かったわが国も同居世帯比率が年々低下する一方それとは反対に、老人夫婦世帯と老人単独世帯は増加している。これは扶養機能のうち特に介護機能それ自体の低下につながり、家族に対する過度の扶養役割の期待や介護責任の転嫁が非現実的な要求であることを認識しなくてはならなくなってきた。

## (2) 長くなった高齢期

厚生省の「平成5年簡易生命表」によると日本人の平均寿命は女性が82.51歳、男性76.25歳となっており、女性は9年連続、男性が8年連続の世界一を保ち、男女間の差も6.26歳と過去最大の開きを見せ、女性の長寿が際立っている。これは医療水準の向上などで中高年層の死亡率が低下したのが主な要因であるという。例えば50歳の人なら女性84.07歳、男性78.61歳まで生きるのが平均的な寿命となっている。この年に生まれた0歳の子が80歳まで生きられるのは女性69.3%、男性47.7%と予想され、男性は過去30年間で生存率が約2倍になったことになり、女性は80歳で約70%が、85歳になっても半数以上の人が生存している見通しとなっている。

人間にとって長く健康で生きられるということは、古えから探し求めた「不老長寿」の夢の実現とまではゆかなくても、長寿という人類の永遠の夢を手にしたことになり、その意味では近年のめざましい平均寿命の伸びは喜ぶべきことである。だが昭和30年代頃までわが国にはなかった「老人問題」という言葉が昨今、高齢者の問題として認識されるようになってきた。

国民皆保険制度が昭和36年(1961)にでき、昭和48年(1973)に老人医療が無料化になってから、その老人医療無料化制度を使って老人の医療の利用度がすごく高まってきた。この頃までの医療の大きな課題は、細菌性、ウイルス性の急性疾患が対象であり、結核とか肺炎などでの死亡を防ぐことやまた乳児の死亡率を下げるという「救命」であったのが、これらのものは大体昭和40年代位までに制圧

されて、疾病構造に大きな変化が起こってきた。急性疾患から慢性疾患への変化である。

医療の政策化により、救命医療が普及してきたために平均寿命の延長が起り、後期高齢者の数が増加した。高齢者の増加とともに高血圧、糖尿病というような年をとることによって起こる病気が原因となって他の病気を併発するような慢性の病気を抱えた高齢者が増加してくる。このような慢性の疾患にかかっても、老人医療無料化とか、医療制度の普及や、生活水準の向上によって、とにかく病院に入院でき、そして多くの老人の生命は助けられる。しかし生命は助かっても、内臓とか手足に「障害」を残すことになる。岡本祐三氏は「高齢者と在宅ケア」という座談会で次のように述べている。

「身体障害者数の年齢階級別分布の数字を見ると、1970年から1980年の10年間に身体障害者の方の数がどう変わったか。10代、20代の方はむしろ減っているのですが60代、70代で倍増しているのです。つまり、おびただしい高齢の障害者が、実は社会の中に生まれていったのです。この究極の姿が『寝たきり老人』なのです。つまり、寝たきり老人というのは、我々は『病人』というふうに考えますが、それは間違っているのです。寝たきりの原因は、脳卒中とか、リウマチとか、骨折とか、病気や怪我で起こりますが、結果として問題になっているのは、寝たきりという高度な障害状態なのです。『リウマチ性寝たきり』とか『脳卒中性寝たきり』などとは言わないわけです。最初の病気はもう関係がなくなっている。本質は、『高齢障害者』なのです」<sup>(6)</sup>と述べている。

老化は年齢に比例して進展するために、後期高齢者の増加は心身機能の衰えた虚弱老人や、いろいろな障害を持つ老人の増加につながり、「寝たきり」や「痴呆性」の老人の増加となって現われる。

日経新聞は平成6年6月10日付けで「介護が必要な寝たきりの高齢者は、2010年には90年の2倍強の236万人に達する」在宅は170万

人に」と日本の将来推計人口や寝たきり者の出現率推計などをもとに算定したものを発表している。

また痴呆性老人の将来推計も発表しておりアルツハイマー症や脳梗塞などによる痴呆性老人は1990年に全国で100万人いるとみられていたが2000年には150万人に達すると書いている。痴呆性老人は、老人の中でも75歳～80歳ぐらいの年齢から急増する傾向があり、北欧などでも問題になつている。痴呆症は本人の日常生活に様々な支障があるだけではなく徘徊など問題行動が著しい場合は介護にあたる家族の肉体的・精神的負担がきわめて大きい。

「経済水準が上がり豊かになって、医療が政策化され救命医療が普及し、平均寿命が延び大量の『高齢障害者』が出てくる。そのときに、障害に対する対策を全く打ってこなかったのが、日本の形なのである」。(7)人口の高齢化のうち後期高齢者の激増は、家族による老親介護すなわち親孝行の形を大きく変える要因の一つとなった。

### (3) 女性の社会進出

家族による親孝行を動揺させ、困難に導いた要因として前記した(1)の社会構造の変化に伴う老親との同居率の低下と、(2)の老後の長期化と要介護老人の増加に加えて、(3)として女性をめぐる社会の変化をとりあげる。女性の社会進出が家族関係に大きな変化を与えた事は確かな事であり、この要因を見逃すことは出来ない。

日本女性の地位向上の獲得は、明治の末期から昭和の始めにかけてのいわゆる大正デモクラシー時代における女性の地位向上の為に戦ってきた少数の先駆者の存在はあったが、このような努力や闘争によって獲得されたものではなく、日本の民主主義同様に占領軍によって与えられたものである。

しかし、与えられた地位向上であったにしても女性は各種の法制上の平等のもとに妻・母親の座を確実に強めていった。「職住分離」

が進むにつれて家庭は妻たちにまかされ、収入の維持は夫まかせであっても、家計の維持、生活内容の決定、子供の教育、などすべてが妻にゆだねられ、女性はまさしく強くなつていった。そして昭和35年(1960)以降の高度経済成長期には労働力としての女性が質量ともに重要性を増してきた。「金の卵」と言われた若年労働者とともに中高年女性も、ほとんどすべての職場において働くようになった。昭和55年(1980)には働く女性の数は、2113万人となり、これは男性を含めた全雇用者の3分の1を占め、その3分の2は既婚者である。主婦の2人に1人が職業に従事するようになったのは、昭和57年(1982)頃からである。

昭和40年頃は、三種の神器と言われた電気製品やマイカーなど物の消費への興味が中心であった専業主婦たちも昭和50年頃からは、豊かさを享受するための支出の増加の調整のための「家計の補助」という理由や、キャリアウーマンになること、つまり仕事を持つことをあこがれの対象として、時世に乗り遅れないように労働市場へ競って参入していった。

しかし職場に進出したからといって、性別役割分担が一度に変わるわけではない。専業主婦の時代は「男は仕事、女は家庭」だったのが、「男は仕事、女は家庭と仕事」と云う家庭と仕事の両立を迫られることになった。すなわち女性は常に結婚・出産・育児という女性特有の過程と仕事との間にあって葛藤をしなければならない。と同時に、家庭と仕事のバランスを気にし、家事・育児が疎かになってはと、掃除、洗濯、日常の買物、食事の支度・後片付けなどは妻の領域と考え、奮闘し続けた。家庭責任は夫と妻が対等に負担するものだと言ふ新しい意識の変化は、旧態依然として急速な時代の変化に対応できなく、女性に過大な負担をかけることになった。若い世代には若干の意識の変化が見られるが、熟年層においては家庭責任は妻が負うという旧来のものの考え方の前提にたつ者が多い。

「働く主婦たちが直面する悩み、迷いなど

を、生の声で追ってみよう。以下に紹介するのは、1987年に『働く主婦の意識と行動調査』を行なった際、自由回答として寄せられた意見である（回答者の学歴は短大、大学卒、年齢は30代）

最も多かったのは、子育ての悩みだった。『キャリア・ウーマンなどという表現で働く女性がもてはやされるけれど、実態はそんなに優雅なものではない。私は3歳の長女の保育園の送迎があるため、出社は遅刻寸前、退社は終業ベルが鳴る午後6時きっかり。職場には私より早く出勤する準社員、おそくまで仕事をするアルバイトがいる。そのため〈それでも正社員か〉と問いかけるような同僚の視線を感じる。だから仕事の途中で〈熱を出したから子供を迎えに来るように〉などと保育園から連絡があると、泣きたい気分になる……』(28歳)。

こんなに悩みを抱えながら働く母親への、周囲の視線は冷たい。それが彼女らの悩みをよけいに増幅させる。『母親が働いているから子供が不良になる、性格がゆがむといった非難を、夫の親族などから浴びせられると本当に悲しくなる。女が働き続けるのが当たり前前の社会のように言われるけれど、社会の壁はものすごく厚いことを痛感します。』(35歳)。

勢い女性たちの不満の矛先は、家事を手伝わない夫たちや男性中心の職場環境、保育制度、はては男女平等の理念だけが先行した均等法へと向けられる。<sup>(8)</sup>

核家族化した共稼ぎ家庭の内情を、出産、育児、家事について時代の流れと共に働く女性を中心にみてきたが、本題から外れる「家庭教育」の問題など多くの課題を含み持っている「家族」について今こそ考えなければならぬ。

#### 4 家族孝行の崩壊

老人問題が社会問題化するまでは、養老孝子伝に見るような形で老人のほとんどは家族の介護力に依存してきた。全面的な家族介護には大きな負担がつきまとうものであるが、

家族達の家族介護によって親孝行を貫徹しようとするなみだぐましい意志が、道徳観が客観的ないろいろな条件を凌駕した。なかでも女性の我慢・忍耐・優しさの上のうちたてられた家族の自助原則が大きく働いていた。

家族介護の条件の一つに、介護を受ける老人と介護する家族との同居が求められる。親との同居問題は高齢化社会のキーワードである。「扶養という概念について1970年代の社会学のテキストでは、『老人に対する扶養には、金銭の給付を中心とした経済的扶養だけでなく、身の回りの世話や病気の際の看護を中心とした身体的介護、および孤独感や寂寥感をなくさめるための精神的援助が含まれる』と説明している。ここでは、扶養の主たる意味が経済的扶養にあるとしながらも、身体的介護と精神的援助を含めて、扶養の三つの側面をあげており、扶養の意味が広がりをもって捉えられていることがわかる。

しかし、家族による日常的な高齢者の身体的介護や精神的援助は、一般には老親と子との同居が前提されている。あるいはそうした介護や援助のために、高齢期には子との同居が最善であると考えられてきた。したがって扶養の三つの側面は概念的には独立した内容を意味していても、実態的には一つのもので想定され、あるいは一つのものとして機能していたといつてよいだろう。<sup>(9)</sup>

ところが第II章3節の「老親との同居率の低下」の項で述べたように、産業の近代化による社会構造の変化は、同居による経済の合理性をなくし家族は解体され、老人夫婦世帯と老人単独世帯が増加の一途をたどっている現状ではもはや多くの家族にこうした条件を求めることが出来なくなっている。

またたとえ同居の状態にあっても、その同居の長所が老人の幸福につながってゆくとは限らない。三世代同居、共稼ぎ、子供の教育等現代社会の複雑な要因から、むしろ介護が不十分であったり、嫁姑間の葛藤や家族間の人間関係の悩みが孤独感を高めてゆく場合もある。とくに前節で記した平均寿命の延長か



らくる後期高齢期の延長は、この葛藤期間を長くしているといわなければならない。

朝日新聞大阪厚生文化事業団が「痴呆性老人を地域でどうみるか」というテーマでシンポジウムを催したときの猪谷幸代さんの介護体験を記してみることにする。

「私が介護を経験しましたのが、1969年から79年という、痴呆について何の相談窓口もない、受皿も少ない時でしたから本当に困りました。それと、私には3人の子供がいるのですが、一番下の子がお腹にいて、長男が3歳、次男が2歳という育児の真っ最中でした。おばあちゃんが、ある日突然『かんできがない』と言い出しました。台所の床下にあるのに『ない』『ない』と言い出して、被害妄想が出ました。皆さんも痴呆というによく聞かれることと思いますが『通帳がなくなった』『盗った』『盗られた』と私が目の敵にされました。その介護について、10年間のことを30分で充分にはお話することはできません。私自身、今振り返ってみて、どのようにしてきたかと、我ながら不思議なくらいです」と前置きして「それから8年余、筆舌も及ばぬほど、いろいろなことに家中のものがふりまわされ、昭和53(1978)年秋、とうとう下もゆるみだし早くおむつを当てると一層幼児化すると伺っていたので、汚されるたびに後を始末してまわり、毎日洗濯物におわれぱなっして、そのうち私が腰を痛めてしまい、昭和54(1979)年5月23日、とうとう思い切っておむつを当てなければならなくなり、まったくの赤ん坊と同じ状態になられ、石鹼を食べて救急車のお世話になったり、目的なしに出かけては家中のものに捜しまわらせ、警察のお世話になること数知れず。タンスから次から次へとひっぱり出され、その上にたれ流されたり、自分の便を食器になすりつけたり、おしまいは口に入れて食べられ平気な顔。

これほど異物を口にされても内蔵は驚くほど丈夫で、食欲旺盛なので便の量も多く、まったく毎日、主人の世話、子供の世話の上に姑さまの世話にふりまわされ、小姑鬼千匹以

上の主人の妹のいやがらせに神経をすりへらし、とうとう私自身の身体をこわし、私の身体が元気になる2~3日だけでも預かって頂ける所はないものかとお相談に参ったこともありましたが、当時、今ほど痴呆症のことは表向きにはされず、何の解決策、お知恵も得られぬまま、反対に私の方が、あれこれと8年間の体験にぶち当たりながら、いろんな書物や記事から学んだことの方が多く、くやしきだけが残って、病身の身体をひきずつて帰ったものです。幸い主人も子供たち3人もよく助けてくれまして、私も、今度私が倒れたら一家は全滅同様と肝に銘じ、精神力でもったようなものです。

周囲の者に愚痴をこぼしたところで、嫁の姑いびりにとられ、まして、近所の姑と同世代の多いところでは禁句とされ、実際に体験した者同士でしか理解してもらえず、嫁の立場は不利な一方でした。<sup>(10)</sup>まだまだ話は続くが紙数の都合で、あとは省略する。

この体験談一つだけでも寝たきり老人や痴呆性老人の介護がどれほど大変であるかがわかる。新聞記者の夫をもち本人は専業主婦と言うこの家庭においても、何らかの社会的な援助がないかぎり、このようなすざまじいまでの闘いのなかに、介護する者も、介護される者も呑み込まれ、家庭は崩壊状態まで追いやられるのである。

次にNHKクローズアップ現代が、この7月に放映した「『もう外に出ないで』ある痴呆性老人傷害致死事件」の概要を紹介したいと思う。

「事件当時、息子56歳、妻63歳、母82歳の3人暮らしの家庭で起きた事件である。昨年(平成5年)1月頃、まず妻が痴呆性にかかり続いて妻の看病をしていた母親も痴呆性にかかってしまった。母親は徘徊が激しく、妻も日常生活に介護を要するような状態であった。

裁判所はこの5月(平成6年)に息子に懲役3年執行猶予3年の判決を下している。息子は執行猶予がついたため妻の介護に現在は

あたっている。事件のあと職を失い、妻の介護に明け暮れの毎日である。

妻の痴呆性は進み、話す言葉もはっきりせず、手足も不自由である。昨年亡くなった母親は82歳、事件の起きる半年前頃から痴呆性となり、毎日のように徘徊を繰り返していたという。

埼玉県の上福岡市は東京の通勤圏にあるベッドタウンである。人口5800人、65歳以上、すなわち高齢者人口は9.4%、全国平均の13.5%から比べれば若い町であるが高齢化は急速に進んでいる。

事件当時56歳になる息子は、食品会社で配送の仕事をしていた。子供はなく63歳の妻は家事のかたわらパートに出ていた。82歳になる母親は老人会などに出席し、友達も多かったという。この生活が急に崩れ始めたのは昨年1月のことである。

年の暮れから妻に異常が起りはじめ、正月になると痙攣が急激に起こり始めたので、あわてて病院に連れていくと、妻はアルツハイマー型の痴呆性であると診断された。この病気はしだいに脳が萎縮し、言語障害や物忘れなどの症状が出始め、早い人では40~50台から発病する。アルツハイマー型の既往症は現在ではその原因は明らかでなく、決め手となる治療法もまだ見つかっていない。

妻は病院に通い、薬による治療を始めたが症状は悪化していった。買物籠の代わりに「やかん」をさげてゆく姿を団地の人たちが見かけられるようになった。息子の嫁が病気になって以来、母親が食事の準備、洗濯、買物など家事を代わってするようになった。これまで母親は老人会などに積極的に参加し友達と歌ったり、踊ったりするを楽しみにしていた。しかし介護をするようになってからは、老人会などに次第に姿をみせなくなった。

母親に事故が起きたのは今年の2月のことである。買物に出かけてスーパーで人と接触して転倒し右腕を骨折した。整形外科の病棟に入院した母親に2日目の夜から急激な変化が起こりはじめる。妄想状態が続いたり、徘徊

の症状が現われはじめた。高齢者の場合、入院などの急激な環境の変化によって、これまで出てこなかった痴呆の症状などが表面化することがあるといわれている。

入院から一週間後、母親の徘徊がひどくなり自宅にもどしたほうがよいという電話が病院から息子の方にあり、妻と母親の痴呆性の二人の介護という息子の生活が始まった。

母親の徘徊は病院から自宅にもどった後もいっこうに良くならなかった。朝は5時に起き朝食を作り、会社へ、昼休みは家にもどり昼食を食べさせた。夕方は5時半に帰宅、食事洗濯、入浴、排泄の世話と家事に追われる毎日が続いた。兄もみかねて、姉、妹、弟と3人いる兄弟のうち比較的時間のある弟が週に一度見舞いにやってきた。週に一度くらいの手助けでは焼け石に水と息子は言っていた。

一家を支えながら突然襲いかかった家事と痴呆性の二人の身の回りの世話は、肉体的にも精神的にもほんとうに大変だったと思う。

そして事件はそれから半年余りたった9月に起こる。この間いったい何があつたのか、そして福祉行政は、地域の実態はどのように対応したのか、

息子が朝出かけるときに母親に書き残したメモに『お母さん出歩かないで』と毎日のように書いている。昨年2月に開始した母親の痴呆性は悪化するばかりで、特に徘徊がひどくなっていく。母親は朝早くから毎日のように家を出てトラックなどの大型車がゆきかう国道添いを徘徊し続けた。遠いときは家から6km位離れた隣町で保護されている。家からおおよそ1km位離れた国道添いの洗車場に母親はよく立ち寄っていた。早いときには朝8時にきてベンチに腰掛け、一日中店の人達の仕事ぶりを見ていたという。

母親が毎日のように足を向けたのは上福岡市の隣の川越市の方面であった。母親は『歩こう会』という会に入り川越方面によく歩きに出かけていた。『寝たきりになると迷惑をかける』これが口癖の母親は足腰を丈夫に保つために『歩こう会』に入っていたのである。

あるときは近所の方々に、あるときは警察に迷惑をかけることが多くなり、もうこれ以上迷惑を掛けることは出来ない、息子は『お母さん出歩かないで、警察に怒られる』これが母親にあてた息子のメモである。息子は朝出かけるとき同じ痴呆症の妻にもメモをのこした。妻は冷蔵庫のドアを閉め忘れてたり炊飯器の蓋を閉め忘れてりする事が多くなった。手足が不自由になった妻は、夫が会社に出かけ母親が徘徊している間、一人で家の中でじっとしていたという。

母親が発病してからまもなく様子をみかねた母親の友達の連絡で、同じ学区に住む民生委員が家を訪れている。この民生委員は上福岡市の行なっている福祉サービスを紹介したが、紹介された福祉サービスの中にすぐ利用出来るものはなかった。

高齢者の家を訪ね食事や入浴などのサービスをするホームヘルパーが派遣されるのは週に平均して2回である。しかし母親は徘徊のため家を空けることが多く役にたたない。昼間だけ施設で介護を受けるデーサービス、そして一週間滞在出来るショートステイ、しかしこれらのサービスを受けるには、送迎バスの停留所や、施設まで母親を送り届けなければならない。仕事をしている息子には無理なことであった。

痴呆性の母親と妻の二人を抱えて息子は、徘徊のおさまらない母親だけでも預かってくれるところがないかと考えはじめた。6月半ば民生委員からの連絡を受け、市の福祉関係の職員が家を訪ねている。職員は特別養護老人ホームについて説明している。特別養護老人ホームは寝たきり老人等介護を必要とするも介護する人がいない場合預かる施設である。上福岡市は特別養護老人ホームがなく県内の特別養護老人ホームに依頼し必要とき預かってもらっている。埼玉県では1000人余りが入所を待つ状態が続いている。上福岡市の場合1年か2年待たなくてはならない。特別養護老人ホームに入れず介護が出来ない老人は病院に入院させるより方法がないが、中でも

痴呆性で徘徊のある老人は入院を断られるのが実状である。

母親と妻の二人の介護に追われながら解決できる手立てもない毎日が続いていった。6月以降、民生委員は度々訪ねて来たものの市からは何の連絡もなかった。このままでは精神病院か痴呆性専門の病院へ入れるしかないと兄弟と入院費用について相談を始めたそのやさき事件は起こった。

9月20日事件当日、息子は昼休みを利用して何時ものとおりの家にもどり母親と妻に昼食を食べさせている。仕事にもどる前『お母さん川越の方へは絶対に行っては駄目です』とメモを残し『お母さん外へ出ないでネ』と声をかけた。しかし夕方5時過ぎ家に帰ってくると母はいなかった。一人残された妻はいつものように茶の間に座っていた。

息子は急いで車を走らせ国道添いを捜し回るが母の姿は何処にも見当らなかった。一旦家に帰り夕食を作り、缶ビールを飲みながら母親の帰宅を待っていた。そのころ母親は国道添いのいつもの自動車販売店にいた。この日は夕方6時頃ふらりと店に姿を見せ、店長が残業を終え店を閉めるまで店にじっと座っていたという。

午後9時半、警察から母親を保護したという連絡が入る。しかしこの日は仕事や介護で疲れ、缶ビールを飲んでいたので、母親をタクシーに乗せて帰してくれるよう頼んだ。母親を乗せたタクシーが自宅に着いたのは午後10時過ぎであった。母親は息子が家に入れようとする『何をするか』と暴れだした。なんとか母親を家に入れた息子は、足腰さえ弱くなれば徘徊も無くなるかもしれないと思い『少し歩かないでいてくれよ』と母親の足腰を踏みつけるように蹴ったという。息子はぐったりと茶の間に倒れた母親を病院に運んだが、母親はまもなく息をひきとった。暴行によるショック死であった。

この事件後、上福岡市の老人会の人たちを中心に3000人以上の減刑を求める嘆願書が集まった。裁判所は母親を死亡させた罪は重い

が、二人を介護していた負担と裁判中も病状が悪化する妻の介護の必要性を考慮して執行猶予付きの判決を言い渡している」。(11)

猪谷幸代さんの介護体験は専業主婦である嫁が姑を介護する事例であり、上福岡市で起こった事件は、仕事を持つ息子の介護の限界を赤裸々に描き出している。いずれも社会の大きな変化が、嫁や、子供の親孝行の前にたちふさがって、身動き出来ない状態迄に追い込んでいる。なぜ、一人で介護しなければならなかったのか。ここまで来るまでに、もっと適切な助けや協力が行政、親族、近隣社会からなかったのかと、やりきれない気持ちがこみあげる。

在宅介護に疲れはてて自分を見失い、家族による老人虐待も問題化してきている。殴るつねるなどの暴力から、言葉のいじめ、以前からの親子関係の歪みの悪化、財産争いの絡み、果ては介護放棄などさまざまである。

また、仕事と介護の狭間でゆれる女性たちは「親の介護はなぜ女だけに」という叫びを発している。女性には自分の親と夫の親の介護が降りかかって来る。ずっと今まで続いてきた介護労働力として、女性を位置付けてきた家意識が改まらないうちに、一方で女性の就業率が高くなったことと、女性が一個の人間としての問題意識を持ち自分の目的をはっきり認識してきたことがこのような問題を生んでいる。

以上、家庭介護の崩壊について述べてきたがこれらは、家族が親不孝になったとか、薄情になったとかということではなく、社会の変化、時代の変化がこうさせたと考えたい。

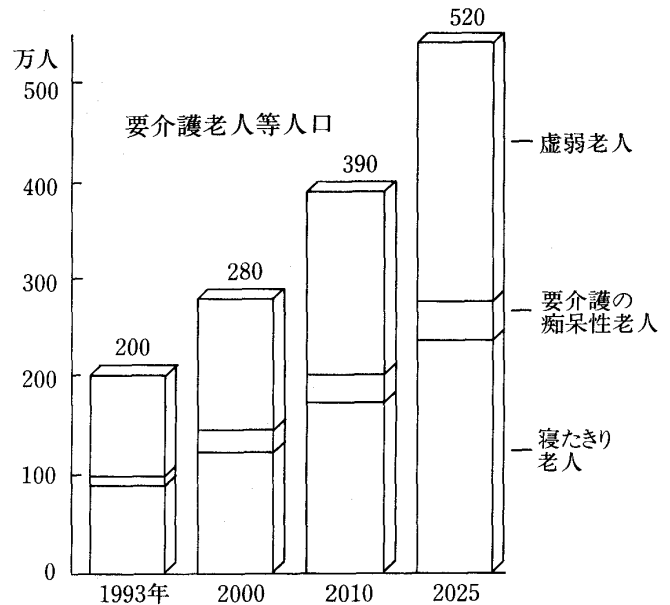
### Ⅲ 社会的親孝行への移行

#### 1 高齢者保健福祉推進十か年戦略

今後、わが国の高齢化が急速に進行していくことは周知のとおりであるが、特に注目されるのは、要介護老人等（寝たきり、痴呆性、虚弱老人）の増加であり、現在、約200万人といわれているが、2025年（平成37年）には現

在の2.6倍の520万人に達すると推計されている。平成5年9月、総理府が行なった「高齢期の生活イメージに関する世論調査」によれば国民の約9割が自己の高齢期の生活に不安を感じており、その中でも最大の不安要因は自分や配偶者に介護が必要になった時のこととされている。

高齢化の進展で要介護老人などが急増



(注) 寝たきり老人には寝たきりでかつ痴呆の者を含む。  
要介護老人等の痴呆老人には寝たきり者を除く  
(出所) 厚生省

出典：『週聞東洋経済』FLASH 1994.8.

このため、要介護となった場合に必要となる保健・福祉サービスが的確に供給され、家族の不安や、崩壊を招かぬ体制を整備していく必要がある。政府はようやく「国民だれもが、迎える老後を光輝く『ゴールドエイジ』とするためのプラン」として高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の推進を図り、在宅福祉サービスの強化に本腰をいれる姿勢を示した。これは、長生きが惨めなものとならないためには、長寿を心から喜ぶためには、どのような施策を重点に考え、それをどう実施していくかを図るため国が本格的に乗り出したものであるが、少なくとも高齢者の保健・福祉の分野においては実際には市町村の取り組みに大きく依存している。

この「高齢者保健福祉推進十か年戦略」通称ゴールドプランは、自由民主党からの検討要請を受けて1989年（平成元年）12月内閣官房長官から大蔵、厚生、自治の3大臣に検討要請があり、その後厚生大臣が大蔵・自治大臣に本案を提出し了解を得たものである。

この時、政府は消費税の導入に踏み切ろうとしていたが、消費税は一般に悪評であったため、「高齢社会への対応」をうたって消費税の理由付けとした。それ故に福祉充実、特に高齢者福祉充実を具体的に示す必要があった。

また、これ以前の1988年（昭和63年）10月厚生省は「福祉ビジョン」なるものを提示している。いわゆる平成元年度より実施された「在宅3本柱」である。これは2000年（平成11年度）における在宅老人福祉サービスの整備目標であって

- 1 ホームヘルパー 50,000人(平成11年)
  - 2 ショウトステイ 50,000床(平成11年)
  - 3 デイ・サービスセンター 10,000所(小規模も含める)
- となっている。

もう一つは福祉ビジョン提出後、自由民主党と公明党の政策協定として「在宅3本柱」施策の具体化が図られている。

こうした経緯を経て提示された「高齢者保健福祉推進十か年戦略」は次のように7つの柱より構成されている。

- 1 市町村における在宅福祉対策の緊急整備
- 2 「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開
- 3 在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置
- 4 施設の緊急整備—施設対策推進十か年事業
- 5 高齢者の生きがい対策の推進
- 6 長寿科学研究推進十か年戦略
- 7 高齢者のための総合的な福祉施設の整備

この計画に投入される予算は、10年間で6兆円に達すると言われている。

この計画のメニューは多岐にわたっているが、本稿に関係のある在宅福祉サービスおよ

び施設サービスについて記すことにする。いずれも整備目標は2000年（平成11年）の数字である。

◎在宅3本柱の大幅充実

- 1 ホームヘルパーの充実 100,000人
- 2 ショートステイ 50,000床
- 3 デイ・サービスセンター 10,000か所

と、福祉ビジョンの整備目標に比べて「十か年戦略」ではホームヘルパーについては2倍の目標となっている。デーサービスセンターについては箇所数は同じであるが、全国の市町村3265を前提としている。

◎施設の緊急整備

- 1 特別養護老人ホームの整備  
平成元年度末 平成11年度  
162,019床 → 240,000床
- 2 老人保健施設の整備  
27,811床 → 280,000床
- 3 ケアハウスの整備  
200人 → 100,000人
- 4 過疎高齢者生活福祉センターの整備  
0カ所 → 400カ所

となっている。

以上に見るように、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」の主な柱である「市町村における在宅福祉対策の緊急整備」にしても「施設の緊急整備」にしても「寝たきり老人ゼロ作戦の展開」にしても具体的な目標水準は、市町村に対する活動方針としての意味を強く持っている事が解る。これは住民に最も身近な市町村において、在宅や施設の福祉サービスを、それぞれの地域の実状に応じて、きめ細かく、一元的に、そして計画的に提供する体制作りをするようにと努力規定として提示されたものである。

今後の福祉サービスの方向は、北欧の例が示すように、在宅での介護・介助に向かっての可能性の追求がきわめて重要であり、それが市町村の責務である。この分野では明確に「市町村の時代」が到来したことになり、平成5年度末をめどに全国3300近い市町村は、その課題を検討し、計画に着手した。筆者も

県内の3つの市町村の「老人福祉計画作成委員会」の一員として計画に参加した。この計画はそれぞれの市町村でまとめられ国に提出されている。この事については次の節でふれることにする。

## 2 新ゴールドプラン

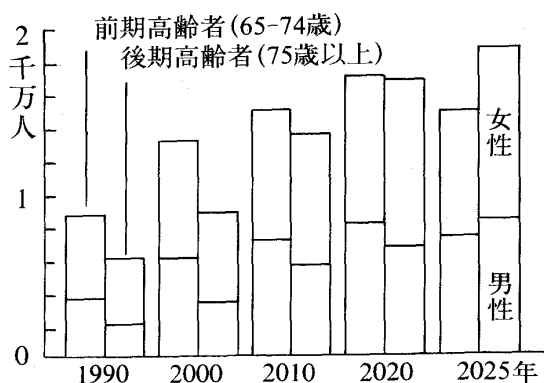
「高齢者保健福祉推進十か年戦略」いわゆるゴールドプランについては概略記述したが前記したように、このプランはその内容についても短期間で煮詰めたということもあり、厚生省はゴールドプランの見直しを必要としていた。

本年3月28日、高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会へ向けて—」を厚相に提出した。これは育児と介護を社会全体で支え「だれもが安心できる活力ある福祉社会」を作ろうと提言しその「財源と負担」も試算している。

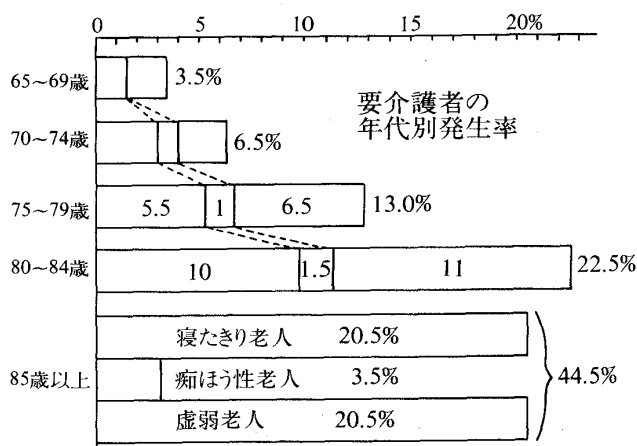
ゴールドプランは1990年度から99年度の10年間の在宅および施設サービスの大幅拡充をめざした老人福祉プランであったが厚生省の今後の推計では、要介護老人は現在200万人だが2025年には520万人となり、高齢者6人に1人となる。現在の2.6倍にも増えるのは、75歳以上の後期高齢者が2.7倍になり、要介護者の発生率が高くなるからである。

このように寝たきりなど要介護老人の急増は必至で、予想以上に高齢化が進んでいることがわかった。そこで全国市町村の「老人保

### 高齢者人口の推移



### 要介護者の年代別発生率



出典：『中日新聞』「生活けいざい」1994.5.12

健福祉計画」の数を睨みながら「21世紀福祉ビジョン」では、介護対策を緊急の課題としてゴールドプランの見直しを示唆した。見直し後のプランが「新ゴールドプラン」である。

本年3月、全都道府県、全国市町村から提出された「老人保健福祉計画」を基にしてまとめた数値は次表の通りである。

### 地方(47都道府県)老人保険福祉計画の集計値(サービス供給量)

サービスの種類	92年度実績	99年度計画集計値	現行ゴールドプラン目標値
ホームヘルパー	5.7万人	16.8万人	10万人
デイサービス	2,743か所	1.3万か所	1万か所
ショートステイ	1.8万床	6万床	5万床
在宅介護支援センター	791か所	8千か所	1万か所
特別養護老人ホーム	20万床	29万床	24万床
老人保健施設	7万床	25万床	28万床
ケアハウス	3,760人	8万人	10万人
高齢者生活福祉センター	101か所	400か所	400か所
老人訪問看護ステーション	208か所	3,100か所	5,000か所

(注) ホームヘルパーの計画集計値欄には障害者分を含まず  
出典：『東洋経済』1994.8.13~20

この集計値によると「ホームヘルパーは、16.8万人(現行10万人)、特別養護老人ホーム29万床(現行24万床)、デイサービス1.3万か所(現行1万か所)、ショートステイ6万床(現行5万床)などが現行のゴールドプランより底あげになっている。

特にホームヘルパーの数は、ゴールドプランには障害者分も含まれているが、今回の集

計値には含まれていない。それを勘案すると20万人程度になり、現プランに比べ2倍にもなる。」<sup>(12)</sup>

「ホームヘルプは早朝・夜間や日曜・祝日でも派遣する。在宅医療・看護やデイサービス、訪問入浴、配食なども組合せ、必要なら毎日どれか在宅サービスをする。在宅、施設ケアの人材を養成し、地域のボランティア参加を進め、介護休業の法制化を図る。ホームヘルパーは現在52,000人。ゴールドプランでは99年の目標が100,000人。だが、武川正吾・東大助教授の試算では、人間らしい生活を支えるには、この時点で家族介護があれば190,000人、なければ、300,000人必要という。2025年には、少なくともこの倍は必要ではないか」<sup>(13)</sup>という。

「このように新ゴールドプランは総じて現プランの底上げの方向にあるが問題は財源。新プラン実現のためには政府予算ベースで、9000億円（今年度5000億円）必要とする。これを基に地方負担、施設設置費用も加えた新プランの事業費を推計すると、2兆2500億円（今年度1兆2500億円）にも上がる。

財源が確保されなければ新プランも絵に書いた餅にすぎない。その要の税制改革も先行き不透明であるサービス供給量の基礎数値は固まったものの、当初、概算要求までに作成したいとしていた新ゴールドプランそのものの策定は、財源問題を睨みながら大幅に遅れそうだ」<sup>(14)</sup>

介護について新ゴールドプランは「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスをスムーズに手に入れられるシステム」の構築の必要性を明示している。在宅、施設を通じてこうしたことすべては、財源的裏付けであり、増大する介護需要とそれに対する介護サービスに係る費用をどのように賄っていくかが最大の問題点である。日本は高齢化社会といっても、その比率は1994年（平成5年）14%に達したばかりで、超高齢化とまでには至っていない。高齢化比率が20%前後ともなる21世紀始めまでにはまだ10年はある。貯蓄も、労働

力もあるこの期間に、その枠組みを作っておくことが重要である。

ビジョンが目指す介護サービス

	サービスの種類	要介護老人	虚弱老人
在宅	ホームヘルプ	週3-6回	週1-2回
	デイサービス	週2-3回	週1-2回
	ショートステイ	年6回	年1-2回
	老人訪問看護	週1-2回	週1回
施設	特別養護老人ホーム 老人保健施設	全国で入所待機者が 数万にあるのを解消	

出典：『中日新聞』「生活けいざい」1994.5.12

IV 北欧の親孝行システム

1 スウェーデンの高齢者福祉

北欧の国々は、規模も社会福祉の歴史も、わが国とは違うところが多いが福祉先進国の北欧の国々には学ぶところが多い。この章ではスウェーデンの高齢者福祉について述べることにする。

高齢者が必要とする各種サービスや健康管理のニーズに対応していくことは、福祉国家スウェーデンの基本政策の一つであり、今後も優先される分野である。高齢者福祉の目標は次のように要約される。すなわち、経済的な保障、良好な住環境、そしてニーズに合った各種サービスと健康管理を提供することである。各個人は自らが受ける公的援助の内容について選択権と影響力を持つことができ、また福祉の水準は高いレベルで維持されなければならないとしている。

(1) 人口動態

1990年12月現在の人口は約860万人。65歳以上が17.4%を占め、そのほとんどは年金生活者である。新生児の予想平均寿命は女子が80.2歳で男子が74.4歳であった。

65歳以上の人口は今後2000年までは変化しないが、2000年から2020年の間に25%増加すると予想される。一方ここしばらく増加している最高齢者層の人口は今後も増え続ける。80歳以上の人口は1980年以来44%の増加を見たが、予想では今後2000年までの間にさらに

約20%増加し、中でも90歳以上の人口は約50%の増加が見込まれている。

年齢は社会サービスや保健・医療サービスの利用と最も深い関連がある要因であるため最高齢者層の人口増加が種々の高齢者福祉の負担増も伴うことは避けられない。

## (2) 責任官公庁

高齢者福祉についての総合的な責任は国が負う。政府と議会はどのように高齢者福祉をおこない、各種サービスの責任をどこが負うかについて立法化し、指針を定める。地方行政の最小単位であるコミューン (KOMMUN: 1992年1月現在で全国に286) は社会サービスを担当している。保健・医療サービスの整備・運営は、主として地方行政の広域単位で全国に23あるランスティング (landsting) と、マルメ、ゴットランド、イエーテボリの三大地区のコミューンが責任を持っている。

コミューンとランスティングの任務は法律により規定されている。例えば1982年には、新社会サービス法が発効した。これは各個人には人生の全段階を通してコミューンのサービスを受ける権利があることを強調した大枠となる法律である。その日の暮らしを営むのに援助を必要とするものは誰でも「他の方法では解決出来ない場合」援助を要求する権利を持つ。

1983年には、新保健・医療サービス法が発効した。同法によれば、保健・医療サービスは社会を構成する全ての人々が利用できなければならないとされ、それによって全員に同等の資格で高水準の一般保健サービスを保障している。

他の多くの国に比べると、スウェーデンのコミューンとランスティングは国に対してはるかに大きな自治権を持っている。地方議員は総選挙のさいに直接選挙によって選出される。コミューンもランスティングも徴税権を持つ。社会サービス法と保健・医療サービス法によって、各コミューンおよびランスティングは独自のサービスを計画組織する大きな

自由が与えられており、その資金調達のために徴税できる。

この二つのレベルの地方行政に自治権があるということは、高齢者福祉のサービスの在り方も地方によってある程度異なってくることを意味する。したがって、例えば人口に対する施設のベット数の割合や、ホームヘルプサービスや訪問看護サービスの範囲も特に都市部と農村部の間ではかなりの違いがある。他方、高齢者福祉に関するスウェーデンの福祉国家としての一般原則は全国共通である。すなわち、高齢者のための社会サービスや健康管理は公共部門の主要な義務であり、訓練を受けた有資格の職員によって提供されなければならないとしている。

しかしながら、高齢者福祉の責任がコミューンとランスティングの間で分担されるこの制度は理想的でないことが明らかになった。協力の難しさ、高齢者への継続的な訪問の欠如、時には、一人の高齢者に対する主な責任と付随する全ての費用を相手側に転嫁しようとする試みなど、目に付く問題が繰り返起こった。

そのため、新しい制度を導入する事が議会で可決され、コミューンが高齢者を対象とする全てのタイプの施設内住居やケア施設の法的責任を持つことになった。コミューンはまた施設に居住する高齢者とケア施設に対する健康管理を行なう法的責任も負う。ランスティングとの合意によって、コミューンは訪問看護ケアについても責任を負う事が出来る。さらに、肉体疾患用の総合病院で治療が完了した若干の患者も対象に含めた。他の全てのタイプの長期療養施設におけるケアについての財政的な責任もコミューンが負うことになる。

高齢者福祉に関する政治的、経済的および行政的責任を一つの官公庁に移すことによって、調整およびサービスの効率化の上で相当な利点があるものと期待されている。改革の主目的の一つは、費用のかかる施設でのケアをもっと低いコストのものに替えていく努力



を進めることである。

### (3) 住宅

今日の高齢者福祉の指針となる主な概念は誰もができる限り長い間自宅で生活ができるようにすべきだということである。施設で生活する高齢者の割合が減っているが、それは高齢者が自宅で暮らせるよう手助けすることに重点をおき、施設の居住者を減らすことが人道的であるとともに、財政上でも利益がえられるという考え方が、スウェーデン国内や他の多くの国々に広まった結果である。

スウェーデンの高齢者の大多数(92%)は一般住宅に暮らしており、その約半数は自分の持ち家である。総体的に住宅水準は高くほとんどの高齢者は設備の整ったキッチン、給湯設備のある水道、屋内トイレを完備した近代的な暖房付きの住宅に住んでいる。それでもなお、できるだけ多くの人が自宅で暮らすようにという政策を実現するためには、普通の住宅を特殊なニーズに応えるよう設備改善をしたり、また高齢者が、もはや自力で暮らせなくなった時に十分なケアや手伝いが得られるようにする必要がしばしば出てくる。そこでコミュニティは階段や敷居などの障害物を最小限に少なくするため、住宅の改善を行っている。この種のサービスには多額の補助が出るか、無料で行なわれている。

社会サービス法によれば、自宅での生活が不可能になった人は、他の形の住宅の利用が可能となる。

### (4) サービス付き住宅

1990年現在で42,000人がコミュニティが所有および運営するサービス付き住宅即ちサービスハウスに居住している。これは集合住宅の中を20から100の居住ユニットに分けたアパート形式のもので、そのほとんどが70年代から80年代に建てられたものである。コミュニティごとに異なるケア付き住宅への入居の可能性や割り当て方針によって入居者の年齢その他の適格性の範囲は様々である。しかしながら

入居者の大部分は年金生活者で、地方当局との間に通常の賃貸契約を結んでいる。アパートは1~3部屋からなり、キッチンと浴室が付いている。入居者は一般住宅での自宅生活者と同様に、(資産審査の上で)補助付でコミュニティのホームヘルプサービスが受けられる。施設内にはレストランがあり、他に各種の活動用ルームや足治療なども行なわれている。1990年にはサービス付き住宅が約2000戸増設された。

### (5) 老人ホーム

1990年現在、コミュニティが運営する老人ホームが約850か所あり、ホームヘルプサービスや訪問看護サービスの助けによっても自宅での生活が不可能になった高齢者を対象に約39,000人分の場所を提供している。自宅に留まる人の数が増えるにつれ、新規の老人ホームの建設は70年代に下降線をたどり始め、次の10年間には殆ど絶えた。1990年には収容数が約2000人に減少した。

老人ホームの入居者の大半はトイレ付きの小さな個室(約10~15㎡)に住んでいて私物の家具を持ち込むことが許されている。食事は決められた時間に共同でとる。さまざまな設備が利用でき、色々な活動に参加できる。専任職員による24時間体制の介護がある。月極めの老人ホームの料金は所得に応じた額となる。

### (6) グループ住宅

近年、グループ住宅が介護や監督を非常に多く必要とする人々の施設に代わるものとなってきている。なかでも身体障害者や知的障害者のためのグループ住宅がある。しかし、最も一般的なのは痴呆性老人のためのものである。「グループ住宅」という概念や住宅形式には決まった定義はないが、通常は6~8人用の小共同住宅で、各居住者の個室と共有スペースがあり、住み込み職員による24時間体制のサービスやケアが受けられるものをいう。コミュニティがグループ住宅に責任を負う地域

が若干あるが、それ以外の地域ではランスティングが責任を負っている。

1990年現在、グループ住宅の入居者は2500人である。以前はスウェーデンには痴呆性患者に適した住居や介護の形態が存在しなかった。これまでのところグループ住宅の成果は好ましいものであり、現在そうした施設を運営している全てのコミュニンとランスティングはここ数年のうちに収容能力を拡大する計画である。

#### (7) ホームヘルプサービス

コミュニンの社会福祉部がホームヘルプサービスの責任を負っている。これは自分だけでは生活できない在宅の高齢者に、買物、掃除、料理、洗濯や身体衛生管理といった手助けをするものである。このサービスにかかる料金はコミュニンごとに異なり、またサービスの所要時間によっても異なる。サービスは夕刻、夜間、週末でも受けられる。大多数のコミュニンは現在看護要員とホームヘルパーの両者からなる夜間パトロールを実施している。60年代中頃からホームヘルパーを利用する高齢者や障害者の数は3倍以上になった特に60年代後半と70年代に急増している。

1990年には老齢年金受給者（65歳以上）の17%程が何らかの形態のホームヘルプを利用している。80歳以上では約40%である。

ここ10年間でサービス時間は増加したがサービスを受ける人の数は減少している。従って前と比べると利用者の多くは平均してずっと多くの時間利用するようになっており週に1～2時間の利用というのは少数となっている。以前よりも利用が減ったのは主に80歳以下の年金生活者と65歳以下の人々である。これはサービスを整理・合理化して特定の年齢層（ここでは最高齢者のグループ）に集中しようとする試みの結果である。

他の形態のサービスは往々にしてホームヘルプサービスと組合せて行なわれる。たいいていコミュニンでは、足治療、調髪、給食サービス(車での出前)、入浴介助、雪掻き等を

提供している。こうしたサービスの多くは地域の独立した施設としてあるか、またはケア付き住宅や老人ホームに併設されているデイセンターで運営、提供されている。デイセンターは地域の高齢者達が、食事、グループ活動、また時には作業療法が出来るような集会の場として機能している。

デイセンターの数は目下増えつつある。当初は、全てがコミュニンの運営であったが、今ではそうではない。コミュニンによって開所された後、高齢者自身が運営を引き継ぐケースが次第に一般的になってきている。これは、活動の方針と内容については、利用者自身の必要と興味によって決定されるべきだという考えに基づいている。

最近になって痴呆性老人のための特別なデイケアチームのいるセンターが創設されている。現在でも多くの痴呆性老人は自宅で住んで家族の介護を受けており、しばしば家族には大きな負担となっている。痴呆性老人のためのデイケアセンターは老人に必要な監督とケアを提供し、家族の負担を軽減するという点で重要な役割を果たす。これらのセンターが一度に対応する患者の数は限定されており、特に選ばれたスタッフによってケアが提供される。目下こうした特別なデイケアセンターは急速に数が増えている。

デイセンターが機能していくために欠かせないものとしてコミュニンの乗り物サービスがある。これは公共交通網を補足する上で重要なものである。すべてのコミュニンは通常の公共交通手段が使えない高齢者と障害者に対し、移動サービスを行なっている。このサービスの利用資格は必要性を審査した上で決められ、利用料金はコミュニンによって異なる。

郵便局による高齢者に対する福祉サービスは、農村部におけるホームヘルプを補足するものである。コミュニンのホームヘルプサービスとの協議の後、地方の郵便集配員が一人住まいで、隣家から遠く離れて住む高齢者に対して特別のサービスを提供している。

(8) 保健・医療サービス

①訪問看護

スウェーデンの医療サービス全体の中では高齢者が利用する割合が増え続けている。ランスティングの訪問看護サービスは1970年代と1980年代に発展した。1989年には全国で(フルタイムに換算すると)5000人以上の地区看護婦がおり、これは1970年代半ばから3倍に増加したことになる。近年、準看護婦と地区医師の数も非常に増えている。

たいていの在宅高齢者は地区看護婦や医師の診断を診療室で受ける。地区の診療室へ行くことの困難な人には、主に地区看護婦と準看護婦によって往診が行なわれている。地区看護婦は勤務時間を医院でのケアと往診に割り振っており、準看護婦は主に往診に割り当てている。

②長期療養

多くの高齢者は訪問看護で得られる以上のケアとリハビリを必要としている。1989年には肉体疾患による長期療養用のベット数が長期療養病院とナーシングホーム(介護老人ホーム)を併せてほぼ2000に達していた。長期療養病院はしばしば総合病院に結び付いた形で、病棟の一つとしてある。ここでの目標はリハビリを行い、高齢の患者ができるだけ早く自宅に戻れるようにすることである。同病院では、自宅で高齢者の介護をしている家族が休息することができるように患者を一定期間預かる、いわゆるリリーフ(休息)ケアを提供している。同病院ではまた、患者が何か定期的に一定期間を過ごせるレスピット(休養)ケアも提供している。

ナーシングホームは、より家庭的な状態で長期間に渡るケアを提供する。スウェーデンでは3つのタイプのナーシングホームが発達してきた。中央ナーシングホームは通常、長期療養病院に併設され、本質的には別館として機能する。これらは重要性が減少しているようである。地方ナーシングホームは、病院から独立しており、初期医療システムの下にあって、通例、地区医師が患者を紹介する権

限を持っている。目下、地方ナーシングホームのベット数は増えている。最後のものは私立のナーシングホームで長期療養ベット数の7%を占めている。

1980年代に肉体疾患による短期介護に要した総ベット数と入院日数が減少し、1989年のベット数は約36,000であった。他方、高齢者により消費される介護日数の割合が増え続けている。1988年に肉体疾患による短期入院介護の59.2%が75歳以上の年齢層(全人口の7.9%)で占められた。この傾向の背後には様々な要素がある。一つには高齢者の人口の増加がある。いま一つは、老人医学の分野が進歩した結果で、より多くの老人が新しい形態の治療を享受できるようになった。更に、自宅で介護が受けられず、またもっとふさわしい介護を受けるために移されるべき長期療養施設のベット数が足りないために、しばしば治療を終えた高齢者の患者を退院させることが困難な場合がある。その結果、これらの患者が通常肉体疾患のための短期病棟に残ることになる。

(9) 経済

①年金と諸手当

スウェーデンの国民年金と諸住宅手当の制度は高齢者に経済的な保障を与えることを目指して作られている。

国民年金は、以前の労働による所得にかかわらずなく全ての人に支払われる基礎年金と雇用による収入に基づく付加年金(ATP)とを含む。また特別部分年金によって60~64歳の従業員と自営業者が年金とパートタイム労働を組み合わせることが可能になっている。

通常退職年金は65歳である。しかし老齢年金の支給開始は、本人の選択で60歳の誕生日からもらうことも、70歳まで延ばすこともできる。支給額は、支給開始が早ければ低く、遅ければ高くなる。

国内に住むスウェーデン国民は基礎年金の全額受給資格があり、特定の条件下では海外在住のスウェーデン人や国内在住の外国人も

同様である。

A T P年金の受給資格を得るためにはスウェーデン国民も外国人も最低3年間、基礎査定額よりも高い所得がなければならない。この年金の額は、給与の最も良かった15年間の年金対象所得の平均値に基づいて計算される。

基礎年金受給者にはコミューンの住宅手当の受給資格が付与される。この手当は資力評価によって審査され、資格判定の基準は各コミューンが決める。1991年には老齢年金受給者の29.6%がこの種の手当の支給を受けた。

住宅手当は、基礎年金やA T P年金と組合せ可能な広範に及ぶ各種主要手当や補助手当の一つに過ぎない。

年金額は政府により毎年決められ、消費者物価指数に連動した基礎額に従って計算される。大ざっぱに言えば、平均的な工場労働者の収入を得ている人の基礎年金とA T P年金を組み合わせた額は、その人の以前の純所得の70%強に相当する。

#### ②助成金支給を受けた諸サービスと保健

保健医療サービスと社会サービスはいずれも多額の助成金の支給を受けており、通例、利用者は実際に掛かる費用のごくわずかな部分を支払うだけである。料金は各ランスタイングやコミューンで異なる。健康管理と社会サービスに関する料金（自己負担分）は高くなってきている。しかしながら利用者の費用を制限するため「高額費用適用範囲」を設けている。これは、受けたケアの種類と量を問わず年間総額1500SEK（スウェーデンクローネ、1992年5月現在 1クローネ＝約22円）以上誰も支払う必要がないというものである。

ケアやサービスを受けるための必須条件はその必要性有りと判断されることである。その条件の唯一の例外がデイセンターである。

高齢者を対象とした公共のケアやサービスは約800億SEKに上がるものと概算されている。このうちおよそ3%が病院、長期介護、老人ホームなどの施設に向けられる。

#### (10) 非公式のケア

福祉国家スウェーデンでは、従来は家族が行っていた役割に対する責任を社会が肩代わりして負っている。この例が児童福祉と高齢者福祉である。このようになった背景には二つの原則がある。すなわち、高齢者のケアは公共部門の主たる責任であり、また実際のケアの仕事がそのために特別に訓練を受けた資格のある職員によって行なわれねばならないということである。

しかしながら高齢者のための広範囲な公的なサービスにもかかわらず、家族その他のボランティアによる非公式のケアは重要な意義を持つ。実際どれほどこれが行なわれているのかの信頼のおける全国的な統計はないが、いくつかの地域的な調査ではこれが非常に広範囲に行なわれていることを示しており、実際、あまりにも広範囲に渡るため、もしホームヘルプサービスでこの非公式のボランティアのケアをカバーすることになれば、職員数を倍増しなければならなくなる程である。

在宅の高齢者数が増加していくことから、将来は高齢の肉親に対する家族の責任が増大していくことになろう。家族による非公式のケアが機能していくためには、長期介護制度に組み込まれているリリーフケアとレスピットケアがもっと利用出来るよう拡充することが必要条件である。デイセンターやデイケアセンターの拡充もある程度非公式ケアを支えるものとしてみなされねばならない。

高齢の肉親の面倒をみる親族はコミューンとランスタイングから報酬を受けられる。1991年からは、高齢の肉親（または高齢の近しい友人）の介護をする者は、社会保険制度から補償金を得て、肉親一人につき合計30日まで仕事を休むことも出来るようになった。

#### (11) ボランティア組織

いくつかのボランティア組織が高齢者を支え、手助けを行なっている。一例に救世軍や赤十字がある。こうした組織がどの程度の援助を行なっているかはわからないが、スウェーデンではこの分野の主な責任は公共部門が

負うという伝統がしっかりと根付いているため、他の多くの国々と比較してそのような活動は小規模であると考えてよかろう。従来、労働組合もボランティアによる非公式ケアに、より重点を置くことに反対してきた。

### (12) 私的高齢者住宅介護

目下のところ、私設団体によって運営される高齢者介護の割合は非常に少ない（長期介護のベット数の約7%、老人ホームの収容数の2%）。その多くは基金、その他の非営利団体である。1960年代と70年代に高齢者向けに包括的公共部門サービスが拡充されたために、それに代わる私的なサービスの需要はこれまで大きくなかった。しかしながら施設入居や、様々な形態の治療のための（特に大都市部での）長い順番待ちのため、支払い能力のある人には私設のものがより魅力的になってきている。営利目的の私設ケア付き宿泊設備や、共同で所有、運営するケア付き住宅の建設は公共システムに代わるものとして関心が増している例である。

### (13) 将来の展望

1980年代は、従来の資源をよりうまく合理的に活用することで増大する高齢者ケアの需要に 대응していくことが大体において可能であった。職員の研修、組織の再編成、優先事項の見直しなどの結果、ケアシステムの多くの分野がより効果的に働くようになった。しかしながら、将来はスウェーデンでも他の多くの国でも、既に予測されている社会変化と人口統計的变化によって、高齢人口層に対するサービスやケアの需要は増加するであろう。高齢者の増加が続いているにもかかわらず、ここ数年それに歩調を合わせたケアサービスの拡充が見られない。これからの数年間の問題は質的にも量的にも水準をいかに保っていくかであろう。

現在のところ老人ホーム、長期介護施設、精神医療、ないし短期介護病院の増強の計画はない。その結果、2000年に現在と同じ割合

の老人が公共部門のサービスと保健を受けたと仮定してもこうしたサービスとケア付き宿泊施設は大幅な拡充が必要となるであろう。

二つの要因によってこの拡充は不可能となっている。第一にこのようなサービスの拡充は増税を必要とするが、現在の高率の税を将来も引き上げることは不可能だという点では事実上の政治的合意点に達しているからである。第二には、最も重要な事実として、拡充のために欠かせない職員の増強をすること自体が非常に難しいことが明らかであることである。さらに問題であるのは、勤労年齢の女性の80%以上が既に雇用されて働いているため、介護職の伝統的な人員の補給がほとんど出来ない状態にあることである。換言すれば拡充のための財源が確保されたとしても、十分な人数の職員を補充できるかどうかは疑わしい。したがって将来、家族が今以上に高齢の肉親に対する責任を負うことになるかもしれない。

国際的な比較においては、スウェーデンは引き続き高度に包括的、進歩的な高齢者介護制度を維持していくであろう。にもかかわらず増え続けるケアに対するニーズに合わせてサービスが発展していくことはありえないと思われる。将来、サービスの優先順位を決める必要性が次第に増えるであろう。公共部門のサービスのかなりの部分が重度障害をもっている。それが、身内のいない高齢者に集中されていくことになりそうである。

## 2 北欧福祉の認識

北欧の都市ストックホルムもコペンハーゲンの町並みも、古風な歴史を匂わせた美しい街である。郊外に出れば、これまた美しい田園風景が続く豊かな国である。

訪問したプライエム（ナーシングホーム）で老人達の住む室を見せてもらう。部屋の広さは、1LDKで約60㎡。居室、寝室、キッチン・バス・トイレ付きの3室からなり、窓には美しいカーテンが掛かり、壁のあちこちには絵の額が、そして窓際は色とりどりの花

や小物で飾られている。居室には、古いが立派なテーブル、肘掛椅子、飾り棚、テレビと全て昔家に有ったものが持ち込まれ、在宅時代の懐かしい雰囲気にも包まれた自分の城を作りあげている。そしてなんとなく柔らかい感じの中に活気が満ち、老人たちの服装も若々しく、介護される人、介護する人の区別がつかぬほどである。

デンマークのプライエムは個室である。スウェーデンでも老人施設はすべて個室が原則である。日本ではほとんどの特別養護老人ホームは4人部屋、6人部屋である。このように部屋の雰囲気一つを取り上げても福祉先進国の「理想を具現化した」老人ケアシステムは、あまりにも日本のシステムとは差がありすぎて「豊かだなあ」という印象を強く感じた。「豊かな国の貧しい福祉」といわれる日本の老人福祉をおもいらされた。

TABY市(コミュン)を訪問して、MSANN-KLISTIN GRANBERGのレクチャーを受けたとき彼女は、日本の皆様を始め世界の方々が、この国の選挙がある度ごとに「スウェーデンの福祉は見なおされる」「逆もどりする」などと親切に報道してくださって誠に有り難いことであると皮肉な表現で話したあと、スウェーデンの福祉はもう後戻りするようなことは絶対がない。スウェーデンの福祉をもっと理解し勉強して欲しいと言っていたことが印象的であった。

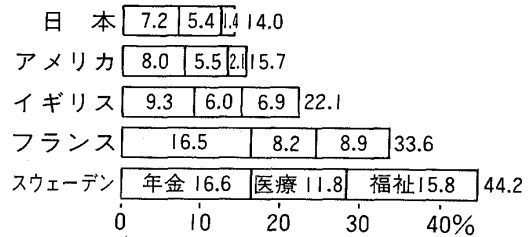
たしかに日本では「スウェーデン経済が岐路に立っている」とか「スウェーデン：福祉負担にも限界」というような記事が目をついたようなことがあった。スウェーデンは世界屈指の福祉国家である。その「スウェーデン福祉モデル」がうまくいくか否かは福祉国家を目指す国としては気にせざるをえない問題である。「福祉にはコストがかかる。福祉もただでは手に入らない。だから高福祉を得られるなら高負担もやむを得ないのだが、負担にも限度があるのではないかと思う人も多かろう。スウェーデンも過度の福祉を改め国民の自助努力を刺激し経済の再活性化を」と

いうのである。国営企業の民営化もする。旧ソ連・東欧で社会主義の実験が失敗したが『スウェーデン・モデル』がどうなるかも、見過ごすことのできない大問題であろう<sup>(15)</sup>と関心が深いあまりの表現がこんな言葉でもって表されたことであろう。

前節でも記述したように、スウェーデンでは高福祉高負担の政策がとられて来ている。ちなみに、「スウェーデンの税金は、所得が18万クローネ(約410万円)以上の場合所得税率は一律20%である。これではそれほどでもないかなと思うと、地方税が高い。首都ストックホルムの場合で30%だから、合わせて50%である。所得の半分がもっていかれてしまう。しかも、間接税が25%である。

国民所得に占める社会保障費の割合

〈注〉日本は1991年度、ほかは1989年度



出典：『中日新聞』21世紀世界ビジョン① 1994.5.10

国民負担率もスウェーデンは驚くほど高い国民負担率は税金と社会補償負担の合計の、国民所得に対する比率だが、日本40.4%、アメリカ36.3%、イギリス53.3%に対してスウェーデンはなんと77%である<sup>(16)</sup>

しかしながら、将来はスウェーデンでも既に予測されている社会変化と人口統計的变化によって、高齢人口増に対するサービスやケアの需要は増加するだろう。だが、現在の高率の税を将来引き上げると言うことは不可能だという点では与野党間で政治的合意点に達している。

このため改善の必要には迫られるが、スウェーデンの社会保障の展開をみれば「福祉国家から福祉社会へ」という動向を示す国であり、地域社会とか地方自治体とかは、住民・市民の下からの盛り上がりとその体質の基本

線とするものであることから、また一つの理念の元に具体化したのが現在のスウェーデンの福祉であり、試行錯誤の上に成り立った福祉制度であるため、多少の手直しはあっても根本からやり直したり、崩壊するようなことは有り得ない。改革の主たるものは、一つに、医療と福祉の問題があり、もう一つは施設と在宅の問題である。費用のかかる老人医療や、施設でのケアをもっと低いコストの在宅ケア等に替えていくことがあげられる。これはノーマライゼーションの理念にもマッチして、今では在宅ケアを中心としたすばらしい老人福祉がなされている。

高負担、高福祉の国、スウェーデンの国民が重税をあえて受け入れている理由はどこにあるのだろうか。それは国民の、政府に金を預けておけば間違いない、という政治への信頼の深さである。そして税金の使途をたえず監視するための関心が、政治への関心となって選挙の投票率は90%台と高く、その結果として質の高い政治が行なわれている。「政府に預けるより自分で貯金」という政治不信の根強い日本人とは大きな違いである。

でも、重税では生活が苦しいのではないかという疑問が湧いてくるが、一人当たりの消費支出はスウェーデンの方が日本人より多い事に驚く。税金が高くても生活が楽なのはまず、ほとんどの家庭が共働きであり、一世帯当たりの収入が日本より多いということである。そして、困ったとき、いざというときのための社会サービスがしっかりしていて、貯金をする必要があまりなく、手取りの金をほとんど消費しても心配ないのである。ちなみに日本人の家計貯蓄率は17%、スウェーデン人の家計貯蓄率はほぼ0%である。

日本では子供の教育に多くの金がかかる。総務庁の「全国消費実態調査」(平成元年)の子育てコストの試算によれば、一人の子供が成人するまでの子育てコストはおよそ2000万円にのぼること、また子供が大学に進学する時期には、子育てコストは可処分所得の45~70%にあたるとある。これにひきかえ、スウ

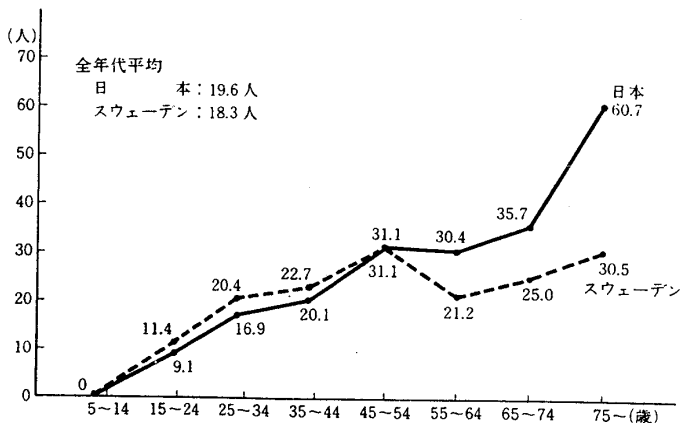
ェーデンの教育は、小学校から大学まで学費はすべて無料で、塾等はない。そして子供は18歳を過ぎると、両親から離れて独立し、大学生も生活費は自分で稼ぐか、低い金利の公的学生ローンの借金をし、生計をたてながら学問に励むのが普通であると聞く。子育ては楽である。

このような状態であるので、税金は高くても、消費にまわせる金は日本より多く、老後になると金は返ってこないが良い福祉サービスが戻ってくる安心感があり、老後への貯金もさほど必要でなく、自分の時間のあるこの国の人たちは、ほとんどの人がヨットを持つか、それとも別荘を持ち、夏冬には5週間の休暇が保障されており、家族団欒を楽しんでいる。

北欧に行って一番知りたいと思ったのは、老人の自殺のことで、家族の在り方についてであった。「スウェーデンでは福祉は充実したが老人の自殺は減少しない」と聞くが、この事について「スウェーデンの老人の自殺率が高い、というのは、アイゼンハウアー元アメリカ大統領の不用意の出まかせ発言によって世界に拡がった誤解であるが、如何に福祉の水準を高めてもスウェーデン老人の自殺が減らない、ということは為政者の悩みの一つであった」<sup>(17)</sup>と高須祐三は書いている。

これは1970年代のことである。今から数十年前、即ち老人介護を家族任せにしていた頃は老人の悲劇が多かったが、その惨状を克服した今ではそんなことはないという。「孤独」や「生きがいの欠如」が悲劇を生む場合が多い。これは高齢者の自立と大きな関係がありお互いが自立し、人間関係をドライに保つ事が大切であるという。その反面老人を老人ホームに収容すれば事足りるとするのではなく人と人との人間関係を良くするのであればほんとうの、幸せにはなりえないという「家族」見直しの方向に旋回したスウェーデン福祉は、予算の節約を含めて、本質的には老人の幸福の真髄をねらったものであろう。

日本とスウェーデンの自殺率  
(人口10万人対)



出典：1987年厚生省人口動態統計、  
日本とスウェーデンの自殺率(人口10万人対)  
『体験ルポ世界の高齢者福祉』より引用

1987年、厚生省人口動態統計は、スウェーデンの汚名をそそぎ、日本にとってはショッキングな統計値を発表している。「日本の高齢者自殺率は世界でもトップレベルであることだ。これでは『平均寿命世界一』も自慢できない。例えば、スウェーデンと比べると、日本の問題点が見えてくる。宗教の違いなどもあるので、自殺率の高い低いでは単純には比較出来ないが、『歳をとるほど自殺率が急激にあがる』日本人の自殺パターンは、お年寄りにとっての日本の住みにくさを象徴しているのではないかと。さらに、男女別の高齢者(75歳以上)を比べると、日本人男性は、スウェーデン人男性の1.5倍の自殺率だが、日本人女性は、スウェーデン人女性の2.9倍の自殺率だ(1987年、厚生省人口動態統計)。とくに、日本の高齢女性の自殺率は、ハンガリーに次いで、世界第2位である」。(18)

デンマークの高齢者サービスの3原則に、  
自己決定の尊重  
継続性の尊重  
残存能力の活用

があると同じように、スウェーデンにも「高齢者ケアの供給原則」がある。

- 1 自己決定
- 2 積極的参加
- 3 人格の尊重
- 4 安全性、安心感の保障

- 5 ニーズの総合的把握
- 6 ノーマライゼーション
- 7 近接性
- 8 活性化(残存能力を生かす)

これらは、すべて高齢者が生きがいをなくさないで、最後まで生きぬくことを願ったサービスの原則である。

最後に、家族について述べることにする。共働きが当たり前のスウェーデンでは、「介護休暇制度」がしっかりと出来ている。この制度は、年間最大1人1か月、有給で介護のために休む事ができる。また「家族ヘルパー制度」がある。自分の親の介護をして、それで給料がもらえるのである。日本の「家事は無償」という考え方でなく、労働と位置づけているところが違う。

「高齢者社会」世論調査によれば、老後、体が不自由になったとき、だれに世話してもらいたいかでは、「配偶者」が51%、「病院や老人ホームの介護」が16%、これに対して「娘」は12%、「息子」は5%であり日本の場合でも、近親者よりも福祉介護を望む傾向にある。「スウェーデンの高齢者に尋ねたが『子供には、絶対に迷惑はかけたくない。彼らには彼らの生活があるんだから。自分のために子供に好きな仕事を辞めさせるくらいなら、死んだほうがマシです。でも、週末に孫をつれて、家に遊びに来てくれるのは私の一番の楽しみです』とほとんどの高齢者が答えた」。(19)

スウェーデンでは、高齢者と子供との同居率は、ほぼ0%。同居はしないが、電話をかけたり、週末は親子孫の水いらずで一緒に楽しむ家族が多い。家族とはという質問に次のように答えてくれた。

- ・手を握つて欲しいときに手が握られる。
- ・話し合いたいときに話し合いが出来る。
- ・スウェーデン人は家族を大事にする。
- ・それぞれの人は独立している。
- ・家族には逢いたいけれど離れて暮らしたい・子供だけが生きがいではない。横のつながりがある。
- ・余暇活動ができる。



・距離をおいての家族関係。

であり、我々も家族の在り方や意識をもっとドライに軌道修正しなければならないと思った。

## V これからの親孝行

30年前の北欧の老人福祉は現在の日本のような状態であったと言われるが、今では福祉先進国としての体をなし、素晴らしい老人天国を作りあげている。

わが国にも、好むと好のまざるにかかわらず核家族化、高齢化の波が押し寄せてきている。わが国の高齢化はかつてどの国も経験していない急速な変化で進むことになるわけである。そこで、北欧の国々とは、国柄も、文化も、歴史も違うが、先進国の築いた成果を参考に、独自の福祉サービスを一日も早く作り上げ「長生きして、よかった」と親達から言われるような社会的親孝行の道を開かなければならない。

### 1 日本の福祉サービス

#### (1) 公的介護保険

今まで年老いた親の扶養は、衣食住、医療介護まで全てが子によってなされていた。

衣食住の扶養は主として経済的な扶養であり、かつては直接子供から受けていたが、今は働く現役世代が払う保険料から間接的に年金という社会保障制度によって扶養される。つまり自分の親ということではなく、働き盛りのものが、みんなで保険料を拠出することで現在の高齢者の扶養を行なう社会的親孝行である。年金は世代間の順送りの扶養である。

医療については、これもまた経済的な負担を意味するものであるが、病気にかかった場合の経済的な保障を社会保険の仕組みを利用した「健康保険」の制度で国民の全てが恩恵に浴するようになった。高齢者に対する医療費の支出は大きい。

以上の衣食住、医療を保護する制度は長い月日を経て、国際的にも高水準の社会保障が

達成されている。これをこれからやってくる超高齢社会に如何にうまく適合させていくかが課題であるが、これに対して、福祉とりわけ高齢者介護の問題については、まだ制度として十分整備されていない。今後、公的に介護する体制を作り上げていく必要がある。

現在のわが国の高齢者の介護をみると、要介護者の大部分は家族によって介護され、公的に介護するものとしては、特別養護老人ホームなどの施設介護、ホームヘルプサービス等の在宅介護の制度があるが、この財源は基本的に公費によって賄われている。この他「社会的入院」といわれる要介護者の入院費は医療保険料を中心に賄われている。

このような高齢者介護では、在宅の要介護者に対しては公的資金はわずかしか投じられておらず費用の大部分を家族が負担しているのが現状であり、費用負担の面で大きな差が出てくる等の問題がある。このため、在宅の要介護者にも十分な給付を行い、介護と医療が一体的に行なわれるような新しい介護費用の財源調達のシステムを設ける必要がある。これが「21世紀福祉ビジョン」の内容を具体化するための「介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム」という公的介護保険である。在宅、施設を通じての費用負担の公平化は、どこにいても要介護状況に応じて必要なサービスを受け、適切な費用負担をするというシステムであり、速い日の実現を期待するものである。

ドイツでも、高齢化による要介護者の急増は深刻な社会問題であり、発案から20年、政党間の激しい論争を繰り返し、やうやく、このほど「介護保険法」を成立させた。北欧型の徹底的な公的介護サービス方式ではなくて、家族介護への支援を軸にするドイツ型である。介護保険の構想にさいしては、北欧型か、ドイツ式か、どちらが高齢者にとって幸せか、社会の実情に合うのか、実現可能はどの程度かと全力を尽くして「日本型介護保険」を作りあげなければならない。

この問題について、本年9月8日、厚生省

は社会保障制度審議会の公的介護保険制度の導入提言を踏まえて本格的な検討に入り、早ければ97年度の導入をめざしている。

この「公的介護保険」は健康保険などと同じように国民から強制的に保険料を徴収し、これに税金なども合わせた財源で、介護を必要とする老人に、介護サービスや現金を支給する仕組みである。厚生省は介護保険の具体化を進める上での考えとして、①65歳以上の全ての国民を保険からの給付の対象とし、②20歳以上の全ての国民から、月収の1%相当の保険料を徴収するとし、給付については、現在、特別養護老人ホームで老人1人に必要な経費は1ヵ月当たり30万円相当かかることから、この程度の介護サービス給付を目安としている。

社会的親孝行実践についての年金、医療に加えて、公的介護保険制度の導入が提起されたことは老人福祉にたいする前向きの姿勢であり、家庭崩壊を救う一つの策である。介護については、まず、施設やマンパワーの基盤整備が最優先課題であることを認識し、公費を柱とした介護保険の導入に全力を尽くすことが重要である。

## (2) その他の介護対策

老人介護に必要な衣食住(年金)、医療、介護のうち、医療は世界でも屈指の先進国として、高く評価される程であるが、超高齢社会に向けての課題もあり、毎年1兆円にのぼる医療費の増加は財政を圧迫している。また公的年金への不満、老後の生活、在宅介護の心配など国民の率直な不安感が噴出している中で「高齢者保健福祉推進10か年戦略」「新ゴールドプラン」の前向きな行政の介護施策に同調するように、民間や企業も老人介護対策に理解を示し乗り出してきた。

健康保険組合の役割は、従来の医療、健康管理面でのサポートに加え、介護、福祉の分野まで及ぶようになってきた。その裏には、老人を病院から家庭に戻すことによって、入院医療費の節減を図る医療費対策もあげられ

るが、大事なことは、介護家庭への負担軽減を目的とした福祉対策の一面である。

企業としては、高齢社会に対応する観点や社会の一員であるという自覚に基づき、介護問題を重要課題としてとらえ、個人の自助努力を積極的にサポートすると共に、親の介護に直面せざるをえない従業員の、ニーズに合わせた選択可能な施策を検討している。

日経連の「企業福祉と介護問題に関するプロジェクト」<sup>(20)</sup>の報告書によれば、在職従業員への介護福祉施策の「臨時支出に対する貸し付け」について実施している企業が48.8%、「配置転換に対する配慮」について、これを実施しているのが42.9%と共に4割以上である。

「介護休業制度」、「介護のための休暇積立」、「勤務時間短縮制度」、「勤務時間帯変更制度」、「介護要員の斡旋」、「介護に関する相談、情報提供」、「介護機器等の斡旋」、「介護施設の斡旋」、「介護要員の提供」、「介護退職者の再雇用」、「介護機器等の提供」、「介護施設の提供」、「介護講習、研修」等では、実施しているところが3割に満たない状態であるが、「介護休業制度」は50.0%、「勤務時間短縮制度」は41.1%、「勤務時間帯変更制度」36.3%、「配置転換に対する配慮」35.8%は、現在は実施していないが「実施の予定あり」と「検討中」を合計した数であり、将来を大いに期待出来る数値となっている。また「従業員が自助努力しやすいようにサポートしたい」が85.2%と圧倒的に高い割合を示しているのが力強い。

また今後の企業(健康保険組合)の目指すべき方向は、以下の通りである。健康作りへの支援、老後の備えに対する支援、介護に関する相談・情報提供、講習・研修等、臨時支出に対する貸付制度、介護制度、介護休業制度、労働時間、人事配置関連制度、契約型介護施設への入所施策、福利厚生費の配分等である。

寝たきり等の状態になった場合に、伝統的な家族による介護が期待出来ないケースが増

## 酒 向 一 次

加してくる現在、第一義的には今後とも公的な制度によって保障していくべきである。

だが、高齢化の進展、家庭における介護機能の低下等に伴って、国民の医療、福祉のサービスに対する要望は高まってくることは必定であると共に、一方では高齢者の所得水準や貯蓄額の上昇等もあり、良質な民間サービスの期待も高まってきた。このようなニーズの多様化、高度化に対して公的サービスが全ての要望に対応することが実際に現状では困難である。

そこで公的サービスを補完するものとしてまた、公的サービスに組み込まれたものとして民間事業（シルバーサービス）の役割は大きく市場規模を拡大している。シルバーサービスの主なものをあげてみることにする。

①在宅サービス：高齢者は出来るかぎり自宅に住み続けられるような生活が望ましく、それを援助することが、老人介護の重要な課題である。スウェーデンでは65歳以上の老人の92%が自宅に住んでいる。民間による在宅サービスの事例を次に示す。

### 在宅サービスの事例

サービスの種類	サービスの内容	料金システムの例
在宅介護サービス	高齢者宅を訪問し、介護、家事援助を行うサービス	1時間当たり、1,000～2,000円が一般的(入会金が必要な場合あり)
在宅医療支援サービス	在宅医療機器のレンタル等のサービス	酸素供給装置の場合、レンタル料は、月額4～5万円程度が一般的
在宅入浴サービス	移動入浴車が訪問し、浴槽を運び入れ、入浴の世話をするサービス	1回当たり、12,000～15,000円程度が一般的
緊急通報サービス	救急時に発信装置を押すと、各家庭に置いた末端機からサービスステーションに信号が発せられ、サービス員が駆けつけるというシステムが一般的	システムにより幅があるが、緊急通報のみの場合は、3,000円程度が普通
救急サービス	救急の宅配を行うサービス	朝食と夕食のセット料金で、1食当たり500～1,200円程度が一般的
移送サービス	通院、入退院等の移動を援助するサービス	時間、距離などによるが、30分3,000円程度が基本料金

出典：平成3年度版厚生白書『社会保険』(15)より引用

②介護機器関連サービス：高齢者が寝たきりの状態になるのを防ぎ、生活の自立を確保すると共に、介護者の労力を軽減し、介護をしやすくするうえから介護機器の普及が叫ばれている。厚生省は「老人日常生活用具給付事業」として介護用のベットや、車椅子など計15品目を自治体から支給したり貸与している。国から支給される用具は、全額補助で無料となる場合もあり、所得に応じて有料となることもあるが、要介護老人を世話する家族の中には、このような公的な補助制度が有ることを知らないケースも多く有ることや、市

### 介護機器レンタルサービスの事例

機器・用品の種類	料金の例
療養ベッド（電動式） （手動式）	7,000～20,000円 5,500～9,000円程度
車椅子（標準式）	15,000円程度
歩行機	3,000円程度
ポータブルトイレ	2,000円程度

出典：平成3年版厚生白書『社会保険(15)より引用』

町村にあっては、財政の関係から必要な時、必要な機器が借りれない状況もあり、民間介護機器レンタルサービスがこれを補完している。

こうした介護機器の必要な人たちが、業者からレンタルしている特殊ベットや、移動リフトなどの機器のレンタル料の一部を負担しようと社会保険庁は財政的援助に乗り出した。

③有料老人ホーム：公的な特養・養護老人ホームに必要な費用は、応分負担が原則であり、費用的には安い、施設の絶対数が足りないため、常に待機しなければならない状態である。新ゴールドプランによって一日も早い解消を望むものである。

公的施設に入れない老人、あるいは、より快適な老後を望む老人は、民間の有料老人ホームに入居することになる。この事業は不動産会社や、シルバー産業の専門会社が行なっているが、最近では生命保険会社や損害保険会社が乗り出してきている。生損保各社の参入の背景には、保険会社が契約に基づいて保険金を支払うだけでなく、将来、介護や医療などのサービスも契約者に対する保障の一部として供与するという新しい考え方からであろう。

民間有料老人ホームは、入居者が要介護状態になったとき、同一施設内で介護が受けられるものと、契約を解除されるものがある。又、費用の面で誰もが利用出来るものではない。ちなみに入居一時金の平均は、二人住まいで、5341万円という金額が計算されており、現在の住居を処分する方法で費用を賄う老人が多いという。この他、介護費、管理費、食事代として二人住まいの費用は毎月、22万9000円となっており、年金全額が必要となる。

④民間保険：保険会社は高齢社会の到来によって、間違いなく、年金型の保険や介護費用保険、特定疾病保険等のニーズが増大することを承知しているが、これを老人ばかりでなく将来の介護需要等に、若いうちから備えるための、高齢化対応商品の開発、販売にも力を入れてきている。

#### 介護費用保険の計算例

(35歳から60歳まで男性が毎月約8000円の保険料を支払う設計の場合の給付)

◇医療費用・介護施設費用保険金月額  
： 20万円(実損補填)

◇介護諸費用保険金月額  
： 20万円(定額)

◇臨時費用保険金額 : 200万円(実損補填)

『社会保険』サラリーマンのための老人保健福祉入門より引用

これからは、民間事業者によるシルバーサービスの拡大は必至であり、民間のサービスの導入は公的サービスにも、ある種の刺激を与え、お互いに創意工夫が生かされ良質なサービスの供給が期待される。この意味でスウェーデンでも民間サービスを取り入れているようである。わが国の場合は、まだ公的なサービスが十分とは言えない状態であるため、民間サービスは公的なものの補完という形で存在が強いようである。

#### (3) 福祉ミックス論

「日本の国に生まれてよかった」と思っている筆者も、北欧の国を訪問することによりデンマークやスウェーデンのような「豊かな国」にわが国もしなければと、つくづく思った。

たしかに、わが国の社会福祉も救貧的なものから普遍的な、皆が享受することの出来る福祉へと変わってはきているが、介護の面では、まだまだ点の存在にすぎない。

わが国でも、北欧に見るような介護施策のすばらしい市町村の有ることを聞き、胸おどる思いにかられるが、他にそのような市町村は数えるほどしか無いことを知る。これを北欧の国々のように、そのレベルのことは、ごく当たり前に全地域に保障されていて、全国的にきちんとしたシステムが社会の中にあるというように、線から面まで発展させ、何処でも、何時でも上質の介護が受けられる豊かな福祉の国にしなければならない。

北欧の高福祉と比べると、わが国は社会保険はともかく社会福祉が立ち後れている。経

済大国であっても、福祉小国である。わが国はヨーロッパやオーストラリア等の福祉社会から学ぶ必要がある。あくまでも、たんなる模倣ではなく、わが国の現実から出発した日本型福祉社会を構想しなければならない。これについては財源の負担と、人の確保が鍵を握っている。

日本型福祉社会を構想するについては、北欧型の高福祉・高負担、アメリカ型の低福祉・低負担を手本に、中福祉・中負担の道を選ぶのが良いと言うのがおおかたの意見である。

一般的に言われている日本型福祉社会について以下照会し、この稿の社会的親孝行の施策面の見通しを考察することにする。

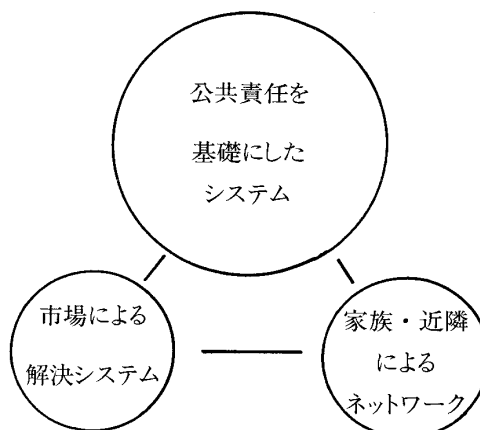
スウェーデン等北欧にみられる高負担・高福祉の政策にみる公的な社会保障を中心とした福祉供給は、わが国にはなじまないところも多くあり、福祉供給に民間企業とインフォーマル部門(家庭や近隣やボランティア事業)の3部門を最適に組み合わせたものが、福祉ミックス論である。<sup>(21)</sup>

図のGが公的部門による福祉供給領域であり、医療、福祉サービス等が行なわれるMが民間の市場システムによる福祉供給が行なわれる領域であり、ここでは企業年金や民間保険事業による個人年金の供給、民間によるホームヘルパーの供給等である。Fがインフォーマル部門であり、家庭、近隣、ボランティアの自助型福祉が行なわれ、その他GにもMにも属さない非営利的組織による福祉供給の領域である。

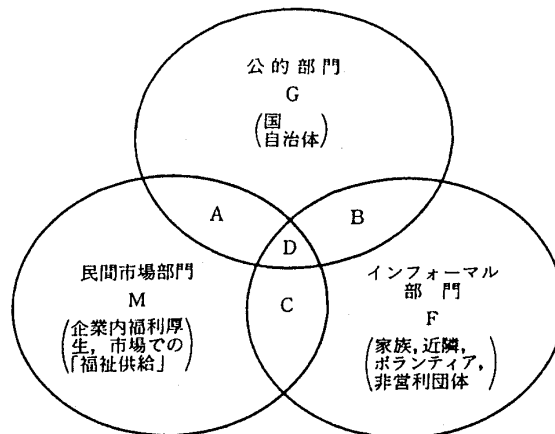
GとMの重なり合うAの領域は、公私混合部門であり、例えば医療供給は、供給自体はM部門の民間病院と個人開業医が多いが、その費用の大部分は社会保険料と公費で賄われているので一種の混合システムである。またボランティア事業に政府が補助を出す場合はFにGが関与するBの場合がある。

スウェーデンの場合は、公的部門Gが拡大しているために民間企業のMとインフォーマル部門のFの機能がクラウド・アウトされている。最近この国でもインフォーマル部門の

スウェーデンの福祉供給システム



わが国のめざす福祉供給システム



出典：中央法規出版社会福祉士養成口座『社会保障論』

役割を見なおす空気が出てきている。

福祉改善の観点から、福祉ミックス論が提唱されているが、いずれにしても、それぞれの部門の長所は公的部門の普遍性・公正性、民間市場部門の効率性・弾力性・多様性、インフォーマル部門の人間的温かさであり、この長所を生かし効率的に総合システム化することがこれからの福祉政策と福祉社会への課題である。

## 2 社会的親孝行への心構え

「自分の問題はまず自分で解決する。それが出来ない場合は、家族で解決する。そしてそれでも出来ないときは慈善団体で、なお出

来ないときは国が、」という「補完の原理」というのがキリスト教のカソリックにある。わが国の場合もこれと同じように、老人介護を私的な問題とする古くからの伝統が、相変わらず現在まで続いている。核家族化、女性の社会進出等で家族の変化があっても、家族が面倒を看るのが当然であり、看なければ親不孝との風潮が世間一般に根強く、要介護老人を抱えた家族を苦しめている。そういう幻想の中で、地方自治体はまだまだ政策に対して消極的なところがある。

これは家族の意識の変化ではなく、社会構造の変化で起こってきたものであり、女性の高学歴化、少産化、社会進出などは近代化に伴う必然的なことであり、現実の急激な社会変化の中で古い価値観を拭い去るための対応を急がなければならない。

#### (1) 家族神話の検証

我々は、あまりにも家族を「神話」化しすぎているのではないだろうか。ここで再び養老孝子伝説に触れてみることにする。「十訓抄」や「古今著聞集」にある養老孝子伝は、成人した息子が父親につくす孝養の話であるが、「養老寺縁起」では成人した子供夫婦が母親に孝養をつくす話であり、夫が京に単身赴任中に嫁が姑につくす孝養の様子を物語っている。しかもあの有名な酒を発見したのは嫁である。

寝たきり老人の主な介護者は女性である。要介護者の性別によって介護者の続柄が異なり、男性の場合は妻が、女性の場合は嫁と娘が介護者である。女性は夫の親を介護し、夫を介護し、やがて自分が介護されて「老いを三度生きる」と言われてきた。「養老寺縁起」に出てくる源之丞の妻も他の女性と変わらず老いを三度生きる女性であったであろう。

嫁・姑の問題は日本の永遠の女性問題といわれる。「養老寺縁起」があえて「十訓抄」や「古今著聞集」と異なって嫁の孝養を取り上げていることに注目したい。

わが国にはいくつかの孝子伝があり、何時

の時代にも美談としてまた道徳的な価値観の基準として語り継がれ、教えこまれてきた。儒教の影響も考えられる君に忠、親に孝の思想は、わが国のバックボーンでもあった。

いま仮に、世間一般に親孝行が何の障害もなくスムーズに行なわれていたならば、あえて孝子伝がもてはやされることはなく、孝子伝を使つての親孝行を説く教育の必要も薄かったであろう。元禄の太平の世に、武士道が問われる世にあつてこそ赤穂浪士の討ち入りが「武士の鏡」と世間から称賛されたゆえんも同じようなものである。

倫理的行動の一つの尺度となるものは、皆がしなければならぬことと、実際にしていることとの間のギャップである。この二つが一致すればする程その行動は倫理的であるといえる。しかしながら問題は成人した子供たちが老親に対して、しなければならぬとされたことが、経済的、精神的ないろいろな面から必ずしもなされていなかったことによるギャップは大きく、孝子を讃え、これを手本にして、自らのなしている行為に反省を加え親孝行倫理観を育ててゆくためのものであったことも事実ではなかったかと思われる。

明治の老人自殺率は現在の自殺率の1.7倍も有ったというデータが出ている。筆者が子供の頃、近所の貧困家庭の老人が池へ入ったという事があつたが、報道統制の時代でもあり、離れた他の地域でもこのようなことがあつたかも知れないが、あまり問題にはされなかったようである。

現在でも、国際的にみてわが国の老人の自殺率は非常に高いが、それでもわが国だけの統計からみた過去からの老人の自殺率は、現在が最も低くなっている。そして、わが国の老人の自殺は独居や老人単独世帯より、同居世帯の方が多くことに驚く。表向きは同居していて親孝行らしく振る舞いながら貧困と人間関係のもつれから精神的に親を捨てていたのではないだろうか。わが国の家族は困窮した老人を守つてはこられなかった。

そしてもう一つは、昔は老人の数が現代に

比べて遙かに少なく、寝たきり状態も、せいぜい2か月か3か月であり、家族はこの問題でそんなには苦勞していなかったと思う。寝たきり老人の長期に渡る介護問題は極めて新しい問題である。

19世紀の終わり頃までは、人々の寿命は非常に短かった。70歳を古希といって祝い「古代稀なり」といったのである。当時、高齢者がいなかったわけではないにしても、少数であり、子供が自分の祖父母を知ることは稀だったのである。こんなことから成人した子供が老親を看るといっても年令的に若く、そして長期に渡る介護はなかった。現代の長命化の時代では、100歳のおばあさんの場合息子は80歳位と考えられ、孫も50歳を越える。昔なら介護される年齢が現在では介護する年齢となり共倒れの現象をおこすことも少なくなく、寝たきり老人の長期化もこれに拍車をかけてゆくのである。

社会状況がこれだけ変化しているというのに、意識のほうはいっこうに変わらない。家族の扶養義務の限界を越えている今もなお、「年寄の面倒を看るのは家族が一番」とか「家族と同居さえしておれば老人は幸せ」というあまりにも家族を「神話」的に理解していることに気付くのである。家族神話は必ずしも正しいとは言えない時代になってきた。美しい倫理感や道徳意識そして家族愛や精神力だけでは解決をみない。わが国は精神論だけで問題が解決出来るという間違いを何度もしている。

## (2) コペルニクスの転回

「物的豊かさと心的平穩」<sup>(22)</sup>が福祉を示すならば、福祉は個人の場に留まるものである。「人とは本来、人と人との関係であった。その関係をよくするのでなければ、ほんとうの『しあわせ』にはなりえない。そこで個人の福祉の世界から、さらに人と人との関係の場に入りこむところに真の幸せの可能性が開ける。その『しあわせ』とは『仕合わせ』の意味で、『あわせ』とは親と子、恋人同士、夫と

妻、師匠と弟子、友人同士といったように人間関係のウマが合い、その間に阿吽のいきが呼応して生命力が充実躍動する状態であるそれこそ人間の世界の本質の世界である。『しあわせ』の『仕』は、そのように主体的に仕向ける意味である」<sup>(23)</sup>

条件として施設や年金、医療と、政治や行政が整備を進めてゆくことは、もちろん大事なことであるが、福祉は作り得てもこれが幸せを作ることにつながるか否かは心の問題である。いくら制度が充実しても、世代間に断絶が生じれば、安心して老いることは難しいその意味において、我々は従来親孝行観に対するコペルニクスの転回を計らなければならない。

わが国では現在、老人介護は家族のケアから始まり、家族が行き詰まった段階で公的な援助が入るというケースが多い。今だに家族介護が中心の状態である。このやり方が本当にお互いにとって幸せだろうか。現在の社会状態の中において、家族だけで老人の面倒を看るのは惨憺たるものだろうと思う。人間だれしも精神的、経済的に余裕があるなら親の面倒を看たいと思うのではないだろうか。親しい家族に介護されることは、介護される者にとっては幸せであろうし、また家族としての人間的な義務・責任でもある。

だが、きれいごとだけでは、すまされない面が大きい。血のつながった長い間の親子関係、兄弟姉妹の関係、さらには嫁・姑の問題など、それまでの生活の中での、いろいろな感情や心情的なものが複雑に絡む者たちが世話をする立場に、またされる立場に立つということは一種の地獄である。

家族の介護にはたんに看病とか介護・介助という事だけではなく、親しいがゆえに起こる問題がある。それは介護される老親の方ではどうしても、わがママが当たり前となってくる。介護する子供側には、他人なら我慢出来ることでも身内であるがゆえに、我慢出来なくなってしまふ忍耐力の不足がおこる。そして介護の専門的な知識は乏しく、しかも高

齢化している嫁や娘、あるいは仕事に忙しく片手間ということもあって、北欧の国々に比べて「寝たきり老人」がどうしても桁違いに多くなっていってしまう。

ノーマライゼーションの理念から在宅ケアが望まれる現在において、特に親子はそれぞれ自立・独立した生活のほうが幸せではないだろうか。トラブルの多くは経済問題とか寂しさも関係するであろうが、それよりもむしろ嫁や孫との関係からくる人間関係にあるようである。子供が結婚して同居したのち、なんらかのトラブルがあり別居生活に入った人たちから聞く言葉であるが、「失敗だった。うまくいっていた親子関係に傷をつけてしまった。これからは離れて暮らすのがゆえの良い関係を作りたい。離れて暮らしたほうがもっと良い」という。北欧にみるいわゆる「スーブの冷めない距離」である。別居生活には孤独の寂しさもあるであろうが、同居の場合にはないとは言えない。同居の場合は会話がどうしても遙かに少なくなる。息子夫婦の生活の音、孫たちのはしゃぐ声、そして笑い声などが、かすかに聞こえる生活の方がずっと寂しく、孤独感に襲われる。

非常にうるわしい家族間の家庭もあるが、多くの場合、価値観の違う世代が同じところで暮らすということは、一般的には辛いと考えなければならない。このように現実から目をそらすのではなく、現実を「直視」していかなければ問題は絶対に解決の方向に進まない。老人の介護というものが、親から子へ子から孫へと伝統的に伝わって行くものなるが故に、我々は次の時代の人達を束縛してはならない。どこかでこの家族だけによる親孝行を断ち切ってスウェーデンやデンマークにみるような社会的親孝行システムに切り替えるためには、大きな意識のコペルニクスの転回が必要である。

それは、“要介護者との血のつながりのない、今までお互いに関係のない人が、白紙の状態に介護に当たることである。介護のノウハウを持った専門家がしっかりと高齢者を支

えて行くことである。家族は介護の担い手ではなく、精神的絆を重要視していくことである。”

これは家族が親孝行を放棄し冷たくなるというのではない。まったく反対である。福祉のシステムを活用することによって、ある距離をおくことによって親子関係は改善され、精神的な繋がりが深まり、親子の愛情は深まる。北欧でみたような親子の親しい心の交流の知恵として、訪問や、手紙や、電話は欠かせない。

北欧でみた在宅介護は、まことにそれは、24時間体制、365日体制である。緊急通報システム、毎日の給食サービス、ホームヘルプサービス、医療と福祉が必要によって届けられる。「ベットは我が家に」であり、高齢者は独りでも自分の家で晩年を送る事ができる。わが国もこのように他人の手によって老いの幸せを守るようにしなければならない。親孝行は個人の領域のみにあるのではなく、家族と社会的なサービスシステムががっちり手を組んだ社会的親孝行の形をとって初めて豊かな親孝行が出来ると言いたい。

## VI おわりに

『哲学物語』W・デュラント（豊川昇訳）の言葉「我々は自分に似ているものが好きです」の解説を岡井隆は『『自分に似たもの』との間には、自然に『感情の模倣』が生ずるこの感情をもとにして家族の間のやさしい感情が生ずるのだという。スピノーザ（哲学者）の思想を一言で要約したのが掲出句である似たものに飽きることもあるが、結局我々は似たものが好きである」と家族の結びつきについて述べている。

高齢化が進み老人の希少価値がだんだん無くなってきている。人生の経験が尊重されなくなり、そのため老人を尊敬する念も薄れてきている。核家族化のため子供たちは老人を知らない。老人との生活を知らない。先進国アメリカと日本で今、家族についての問題が



あがってきている。行くところまで行った先進国の落ち着いたところはやはり家族であったのである。今年も国際家族年でもある。家族の良さを考え直さなければならない。そして親孝行問題を真剣に考えなければならない時が来ている。

本稿では親孝行をテーマに取り上げたために、子が親につくす親孝行が主となって述べられてきたが、介護される立場の親の子孝行について若干述べて終わりとしたい。

江戸時代に庶民道徳に影響を与えた中江藤樹は「孝」の思想を普及させた。その「孝」は、子どもが親に孝行をすることのみを求めているのではなく、親が子どもに「子孝行」をすることを説いている。まさに親の子に対する「思いやり」である。

再び養老孝子伝の「養老寺縁起」をみると「此母常に酒を好めり」とあり、嫁は「至孝の道は我命を惜しむべきにあらず、況んや此黒髪をやと、白、髪を切て、里に出、これを代替て酒を求め、家に帰り、老母に与え侍りき」となっている。あくまでも筆者の推測であるが、あの養老の瀧が酒になったのではなく、酒を買おうとしても金の工面の出来ない嫁が、瀧の水（現在でいうミネラルウォーター）を汲んできて老母に与えた時、日頃からの嫁の孝養に感謝していた老母が「酒より美味しい」といって喜んで飲んだのではないだろうか。この物語から、ひしひしと老母の嫁への「思いやり」の気持ちが伝わってくる。この介護される立場の者の、介護する立場の者への「思いやり」がどれほど福祉社会を潤して行くかは、計りしれないものがある。だがこの「思いやり」は、ただ単に感謝からくるものだけであってはならない。それは老人に対して家族や社会や隣人が助けることの出来る部分と、どうしても助けられない部分があるからである。それは老人自身の心の問題であり自立の問題である。一般に言われる老後に向けて趣味を持って、生きがいを持ってということであり、それらが老いの孤独や寂しさを守り生きる張りを作り、ひいては介護する

立場の人たちに力を貸すことになるのであり、これがもう一つの大きな「思いやり」となる。

「高齢期の生活イメージに関する世論調査」による「高齢者が生きがいを持って暮らすために最も重要だと思うこと」について「本人の心構え」が64.4%と最も高く、次いで「家族関係」16.8%、「夫婦関係」は10.2%、「友人関係」2.6%、「地域活動、社会参加活動」2.5%、「隣人との付き合い」1.1%、「若い世代との交流」1.1%の順となっており、高齢者が生きがいを持って暮らすためには、まず何よりも自分の自覚が大切だと考えている者が多い。

こうした高齢者が自覚をもって生きる例はいろいろと有るが、社会奉仕の面にも多くみることが出来る。

「お年寄りたちがお金と労力を出しあい、地域社会での自立を目指すコミュニティー組織『高齢者生協』を作る準備が進められている」という新聞記事を最近読んだ。これは営利でもボランティアでもない新しい発想であるとあった。こうした色々な動きは老人たちのパワーを社会に役立てると共に、血縁、地縁、知縁につながって明るい余生を送ることになると同時に、人生の最後が最後までなるべく若い人たちに厄介にならないよう「寝たきり」の時間を短くすることにつながる。これも一つの子孝行である。

わが国はまだ高齢化が本格化してくる迄には10年はある。貯蓄も十分あり、労働力もある。この期間に、下水や道路といった社会資本の整備とあいまって老人施設等福祉の整備にも着手することが大事な急務である。高齢化が本格化してからでは身動きができなくなる。そして家族と社会的なサービスシステムが、がちり手を組んで老いの看とりが豊かな福祉大国にしなければならない。

## 〔註〕

- (1) 『養老美泉』養老町教育委員会 1985. 3 13頁
- (2) 上掲書 17頁
- (3) 河島修編集福祉文化学会編『高齢者生活年表』

- 日本エディタースクール出版部によると昭和元年から平成5年までの時代区分は
- I 救貧と家族扶養の時代  
昭和初期から昭和19年まで
  - II 戦後福祉体制の整備へ  
昭和20年から昭和29年まで
  - III 高度成長による家族変容の時代  
昭和30年から昭和49年まで
  - IV 進む高齢化社会  
昭和50年から昭和63年まで
  - V 高齢社会の新しい姿へむけて  
平成元年から平成5年まで
- となっている。
- (4) 「高齢者シングル1割超す」『朝日新聞』 1992.9.9
- (5) 「時の流れ」『健康保険』 1994.1
- (6) 岡本祐三「高齢者と在宅ケア」『ジュリスト』増刊 有斐閣 1993.4 7頁
- (7) 上掲書 9頁
- (8) 鹿嶋敬『男と女変わる力学』岩波新書 1989 163頁～164頁
- (9) 庄司洋子「現代家族の介護力」『ジュリスト』 1993.4 増刊 191頁
- (10) 猪谷幸代「苦闘が笑顔に」『わしらも当たり前暮らしたい』エルピス社 1994.1 9頁～10頁
- (11) NHKクローズアップ 1994 7 放映
- (12) FLASH「新ゴールドプランに数値たたき台、ホームヘルパー倍増の方向」『週間東洋経済』 1994.8 13～20 71頁
- (13) 「生活けいざい・21世紀福祉ビジョン③」『中日新聞』 1994.5 12
- (14) FLASH「新ゴールドプランに数値たたき台、ホームヘルパー倍増の方向」『週間東洋経済』 1994.8 13～20 71頁
- (15) 神崎倫一「けいざい時評」『中日新聞』 1992.5.7
- (16) 山井和則『体験ルポ世界の高齢者福祉』岩波新書 1991.10.20 131頁
- (17) 高須祐三『社会保障の基礎理論』八千代出版 1986.4.20 273頁
- (18) 山井和則『体験ルポ世界の高齢者福祉』岩波新書 1991.10.20 12頁
- (19) 上掲書 82頁
- (20) 旬刊『福利厚生』1994.1.28 NO1475 30～31頁要点引用
- (21) 『社会保障論』中央法規社会福祉養成講座⑤ 1992.3 20～21頁
- (22) 高須祐三『社会保障の基礎理論』八千代出版 1986.4.20 179頁
- (23) 上掲書 180頁

参考文献

- 高須祐三『社会保障の基礎理論』八千代出版 1986.4.20
- 山中康裕『老いのソウロロジー（魂学）』有斐閣 1993.3.20
- 菱山辰一編著『日本の社会保障』三一新書 1959.3.31
- 近藤文二『社会保障の歴史』厚生出版 1964.5.25
- C.S.レヴィ B.ヴェクハウス訳『社会福祉の倫理』草書房 1987.4.1
- 山口昇他編『市民参加と高齢者ケア』第一法規 1993.12.25
- 松原一郎他編『社会的ケアシステム』全国社会福祉協議会 1989.7.10
- 久世敏雄他編『家族関係の心理』福村出版 1989.3.20
- 四方寿雄他編『現代の社会病理学』学文社 1990.4.10
- 四方寿雄他編『崩壊する現代家族』学文社 1993.3.30
- 鹿嶋敬『男と女変わる力学』岩波新書 1989.12.1
- 松戸庸子「家族変動に関する日中比較研究Ⅰ」『教職課程センター研究報告』朝日大学 1992.3
- 全国社会福祉協議会社会福祉研究センター編『老人介護の国際比較』中央法規1991
- 山井和則『体験ルポ世界の高齢者福祉』岩波書店 1991.10.20
- 羽田澄子『安心して老いるために』岩波書店 1993.12.5
- 後藤安史編『高齢社会と在宅ケア』ジュリスト増刊 有斐閣 1993.4.20
- 金森トシエ『老いを看とり歌をうたう』ドメス出版 1994.8.20
- 沖藤典子『誰が老いを看とるのか』ミネルヴァ書房 1993.9.15
- 朝日新聞大阪厚生文化事業団編『わしらも当たり前暮らしたい』エルピス社 1994.1.10
- 野村喜美子『シルバーノート』エイジレス研究会 1994.4.1
- 養老町教育委員会『養老美泉』 1985.3
- 大森彌「福祉最前線に立つ市町村」『社会福祉研究』

## 酒 向 一 次

通巻第50号特集 鉄道弘済会

宮田和明他 3名 「戦後社会福祉の軌跡と21世紀への  
社会福祉展望」『社会福祉研究』通巻第50号記念特  
集 鉄道弘済会

坂巻熙 「在宅介護への取り組み」『社会福祉研究』  
第47号 鉄道弘済会

村川浩一 「高齢者保健福祉推進10か年戦略と老人福  
祉法の改正」『社会福祉研究』

阿部志郎他 6名 「90年代における社会福祉の政策と  
実践」『社会福祉研究』