

杉浦 浩美 埼玉学園大学教授

2000年4月にスタートした介護保険制度は度重なる改変を経ながらまもなく24年目を迎える。制度導入以前の措置制度では「高齢者の状況」のみならず「家族の状況」が検討され、家庭内だけでは介護が困難であると行政が判断して初めて支援が受けられる、という仕組みだった。「介護は家族の責任」とされ、その機能に欠ける場合のみ行政が支援するという考え方においては、その支援の対象は「家族機能」であった。それが介護保険制度では支援の対象は「高齢者個人」となる。家族構成や家庭の状況にかかわらず、高齢者が個々の必要に応じてサービスを選択し、契約し、利用することができるという制度への転換は、家族依存から脱却し「介護の社会化」に道を拓くものとして期待を集めた。

だが現在のところ、高齢者が主体的にサービスを利用し自立した生活を送る、という導入時のビジョンからは遠ざかる結果となっている。当初は介護保険の制度内に位置づけられていた「要介護1」は2005年には「要支援」となり地域密着型サービスへと移行、2014年改定からは各自治体の総合事業へ移され介護保険制度の枠外となった。2020年の改定では要介護1と2を総合事業へ移行するという議論すら出ており、制度利用の対象者はどんどん狭められている。

提供されるサービスも変容している。需要の多い在宅サービス（生活援助）は時間単位から45分、20分と分単位で刻まれるようになり、細切れ介護にならざるを得なくなった。これは利用者の不利益はもちろん、介護労働者に多大な負担と精神的苦痛を強いる。ホームヘルパー国家賠償訴訟を闘っている伊藤みどり氏はサービスの短時間化について「高齢者の命の

すぎうら ひろみ

早稲田大学第一文学部卒業後、出版社勤務を経て、立教大学大学院社会学研究科博士課程に進学、修了。博士（社会学）。専門は労働とジェンダー、マタニティ・ハラスメント。著書に『働く女性とマタニティ・ハラスメント』（大月書店、2009年、第30回山川菊栄賞受賞）、共著に『なぜ、女性は仕事を辞めるのか』（青弓社、2015年）、『新版 排除と差別の社会学』（有斐閣、2016）、『はじまりの社会学』（ミネルヴァ書房、2018年）等がある。

尊厳が奪われていると同時に、ホームヘルパーの専門職としての仕事の尊厳も奪われている」と訴える(伊藤〈2023〉61p)。

サービスの利用抑制、介護報酬の減額、利用者の自己負担増と後退していく介護保険制度に対し上野千鶴子氏は「介護の社会化とは別名、「脱家族化」のことだが、介護保険の後退で介護の「再家族化」が起きかねない状況に、わたしたちは直面している。」(上野〈2020〉5p)と警鐘を鳴らす。だが「再家族化」という以前に介護保険制度は開始から現在に至るまで「家族ありき」が埋め込まれてきたのであり、家族の責任や負担はその様相を変えながらもますます重くなっているのではないだろうか。というも筆者自身、制度導入時から現在に至るまで介護保険制度を利用しながら4人の親(義父母と実父母)の介護にかかわってきた。この23年の制度の変遷を「家族当事者」として経験してきたゆえの実感である。個人的な経験になるが、少し振り返ってみたい。

＊

関東近郊で二人暮らしをしていた義父母の介護が必要となり始めた頃、ちょうど介護保険制度がスタートした。当時のケアマネジャーの澆刺とした仕事ぶりには大いに励まされたし、情報提供にも助けられた。在宅での家事援助サービスと週2回のデイサービスを利用したが、手続きはどれもスムーズに進められた。むしろこの頃は、サービスの利用に抵抗がある義父母の心理的ケアの方が大変だった。特に義母はデイサービスの利用を嫌がった。一方でこうしたサービスに助けられながらも「家族にしかできないこと」は残り

続ける。息子である連れ合いは、一時は毎週のように実家に通っていた。

実父母の介護認定を受けたのは2014年頃である。長くガンを患っていた父がいよいよ余命宣告を受け、父の方から介護保険の認定を受けたいと相談があった。二人暮らしの母を心配してのことだった。まだ普段どおりの生活を送っていた父は足腰もしっかりしており、外見上は特に問題なかったが要介護3と認定された。面談に来た職員に「むしろお母さんの方が大変そう」と言われた母は膝が悪く、歩行が心もとなかったが要支援2であった。父は母の負担を減らすような家事援助サービスを望んでいたが、この頃にはもう「身体介護」に重きがおかれていたせいなのか、家事援助サービスにはつながれなかった。かわりに提案されたのは父のデイサービス利用と訪問看護だった。父母のニーズとは違っていたし、父の状況にも特に必要ないものだった。日々の家事援助は家族の週末介護だけでは限界があった。父の思いをかなえるような制度利用ができなかったのか、そのためにもっとうまく「交渉」すべきではなかったのかと、今でもこの時のことを後悔している。

父が亡くなって一人暮らしとなった母の生活を支えるため、介護保険はますます重要で切実なものとなった。だが介護保険ではできないと言われるサービスもあり、自治体のサービスを利用するよう勧められた。地域の主婦たちが担う地域密着型サービスの仕組みを知ったと同時に、突然、利用料が大幅にアップするなど驚くこともあった。介護保険制度の家事援助サービスは1時間だったものが、ある時から45分に切り下げられた。サービス利用と家族の週末介護で何とか支え

てきた母の生活は昨年、骨折と手術というアクシデントによって新たなステージに入った。この間、制度利用の手続きはますます煩雑になり、書かなければならない書類も多く、必要な支援やサービスにつながるためには知識や情報はもちろん、的確な判断力が要求される。担当者との交渉、ヘルパーやサービス提供者たちとの情報共有などを円滑に進めるためにはコミュニケーション能力も必要となる。家族として果たさなければならない役割が増えていくなかで、家族がいない高齢者はいったいどうしているのだろうと、何度も思った。

＊

こうしたささやかな個人的経験をふまえ、今一度、考えてみたい。

宮本太郎氏は「介護保険導入にあたっては、たしかに介護の社会化が謳われたが、現実には、家族介護を前提にしてその負担を軽減することが目指されたのである。」(宮本(2021) 165p)と指摘する。では軽減された「家族の負担」とはいったい何だろう。本特集の執筆者藤崎宏子氏は「家族の負担」を「介護にともなう①労働、②費用、③管理・責任の3要素」と整理している(藤崎論文参照)。この整理にならえば、少なくとも③の要素は一向に軽減していない、むしろ負担は増しているのではないか、と思う。そもそも高齢者が当事者としてサービスを選択するというモデルの背景には家族がいる。高齢者が必要なサービスの選択や適切な判断ができない場合、代行するのは家族である。家族はその選択に責任を負うが、迷いや葛藤、時に後悔が生じることも少なくない。天田論文にはそうした家族の側

の葛藤が克明に描き出されている。筆者は取り上げられている女性のケースを自分のことのように読んだ(天田論文参照)。そうした家族を支える側の介護労働者もまた現場で苦しんでいる。山根論文は、ホームヘルパーと家族が「協働」「支援」の関係を築くことを阻む制度の矛盾を鋭く指摘するのである(山根論文参照)。

さらに、現在では介護を必要とする高齢者とそれを支える家族という「単純な構図」を描けないケースがたくさん生じている。例えば、高齢夫婦では介護を必要とする「当事者」と支える側の「家族」という立場が、夫と妻で入れ替わったりねじれたりする。そこに認知機能の問題が入ってくるとさらに複雑になる。新田論文はそうした高齢夫婦のリアルなケースを丹念に描きだしている(新田論文参照)。

また現在、未婚で家族介護を担うシングルケアラーたちの負担が着目されている。娘・息子としてこの複雑な制度に対応し、格闘してきた彼女ら／彼らは、やがてその役割を誰に託すことになるのか。シングル世帯がますます増えていくなかで、現状の仕組みのままで制度利用は保障されるのか。介護保険制度へのアプローチはさまざまあるが、家族との側面からだけ考えても疑問は尽きない。■

《引用文献》

- 伊藤みどり(インタビュー)(2023)「介護保険制度下のケア労働の実態」『大原社会問題研究所雑誌』No771
 上野千鶴子(2020)「はじめに」上野千鶴子・樋口恵子編『介護保険が危ない!』岩波ブックレット
 宮本太郎(2021)『貧困・介護・育児の政治』朝日新聞出版

「介護の社会化」はどこまで進んだか

—23年目の介護保険制度—

藤崎 宏子

お茶の水女子大学名誉教授

はじめに

2000年4月の介護保険制度の始動から、はや23年が経とうとしている。法制定の準備期から盛んに喧伝された「介護の社会化」はどこまで進展したのか。本小論では、限られた視角と資料の範囲内ではあるが、その足跡を振り返る。

そもそも「介護の社会化」とは何だったのか。筆者はそのルーツを、1989年12月、厚生事務次官の私的懇談会である介護対策検討会がとりまとめた『介護対策検討会報告書』にあったとみる。本報告書で提唱された基本理念の一つ、「家族介護に関する発想の転換」とは、「在宅サービスなしに相互に無理を重ねる介護」から「在宅サービスを適切に利用する家族介護へ」の転換を意味していた。今日的な感覚からすればあたりまえの言明に過ぎないが、政策論議のなかで「介護の社会化」が取り

上げられる嚆矢となり、その後1990年代の介護保険制度創設につながる一つのきっかけをつくったものと評価できる(藤崎 2006)。

周知のとおり、介護保険制度それ自体のなかには、家族支援・介護者支援の施策は盛り込まれなかった。それでもなお、要介護高齢者への介護サービスの充実は、介護役割を担う家族の負担軽減につながる。ここでいう「家族の負担」の要素として、筆者は、介護にともなう①労働、②費用、③管理・責任の3要素を想定した(藤崎 2006)。「社会化」の一つの意味が、「家族から社会へ」の高齢者介護の中心的担い手の移行を意味するならば、「何を」を移行するのかを明確にする必要があるからである。

本稿では、このうち介護「労働」の担い手の移行あるいは停滞を中心に論じる。また、この20年余りに限定しても、「家族介護」を論じる前提となる「家族」そのものが、かつてとは異なる様相を示すことに留意しなければならない。この点についても、「家族の多様化」に注目して検討する。

介護サービスの利用動向と社会的評価

1) サービス利用量の拡大

まず表1により、介護サービス利用者の増加状況を確認しておこう。介護保険制度がスタートした2000年4月と直近の2022年3月末のデータを対比すると、65歳以上の被保険者数は2,165万人から3,589万人へと1.7倍に増加した。この人数は

ふじさき ひろこ

東京都立大学大学院社会科学研究所博士課程退学。博士(社会学)筑波大学。専門は家族社会学・福祉社会学。東京都立大学助手、東京都立医療技術短期大学講師、聖心女子大学助教授、お茶の水女子大学教授などを歴任。単著に『高齢者・家族・社会的ネットワーク』(培風館1998年)、編著書に『親と子—交錯するライフコース—』(ミネルヴァ書房2000年)、『ミドル期の危機と発達—人生の最終章までのウェルビーイング—』(金子書房2008年)、『現代日本の家族社会学を問う—多様化のなかの対話—』(ミネルヴァ書房2017年)など。

表1 介護保険制度の認定者・利用者数等の22年間の変化

	a.2000年4月末	b.2022年3月末	増加倍率 (b ÷ a)
65歳以上被保険者数	2,165万人	3,589万人	1.7倍
要介護(要支援)認定者数	218万人	690万人	3.2倍
サービス利用者数(総数)	149万人	516万人	3.5倍
在宅サービス利用者数	97万人	407万人	4.2倍
施設サービス利用者数	52万人	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—	89万人	—

(注) 厚生労働省老健局社会・援護局 社会保障審議会介護保険部会資料(2022.12.2)をもとに藤崎が一部改変

原則として65歳以上人口と重なるため、この22年間の人口高齢化の進展をそのまま反映している。一方で、要介護認定を受けた要介護(要支援)者数は、218万人から690万人へと3.2倍に、そして、実際にサービスを利用した人は3.5倍へと増加している。このことは、介護保険サービスの利用が高齢者人口の増加にともなういわば自然増を大きく超えて一般化したことを示している。また、サービス利用者の内訳をみると、施設サービス利用者は1.8倍と、65歳以上被保険者数の伸び率と近似しているのに対し、在宅サービス利用者は4.2倍であり、1970年代後半から高齢者福祉領域でも重視されるようになった地域福祉・在宅福祉への潮流が本格化したことをみてとることができる。

2) サービス利用にともなうスティグマの低減

介護保険制度の創設にあたり、その財源を税とするか保険料かの議論は紛糾したものの、最終的には社会保険の枠組みが採用された。その一つの狙いは、福祉サービスの利用にともないがちな社会的スティグマを低減し、高齢者の権利意識を醸成することにあった。

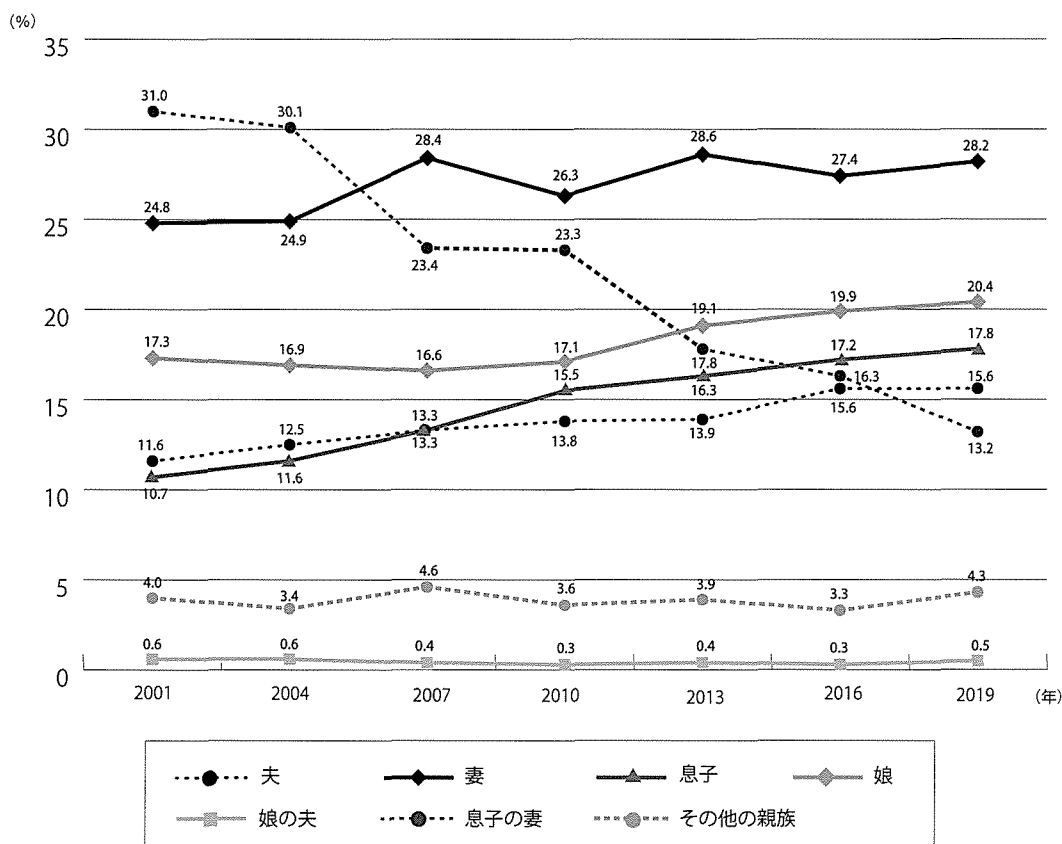
筆者が高齢者の福祉サービス利用とその意識についてインタビュー調査を重ねていた1980年代後半には、調査依頼段階で「福祉に関する…」というひとことを口にするだけで、本人もしくは同居家族から、「ウチは間に合っています」「関係ないです」と厳しい口調で協力を断られることも珍しくはなかつ

た。介護保険制度導入直前の1999年調査では、ホームヘルプサービスを利用していることを近所に知られたくないため、ヘルパーの所属事業所の名の入った車を自宅から離れたところに停めてもらうなどのエピソードも語られた(藤崎 2002)。しかし近年では、親の介護や自身の将来の介護について話題にする際に、外部サービスの利用は外せない前提とみなされるようになり、社会意識の変化が実感される。

こうした調査経験や素朴な生活実感を越えて、この点を的確に示すことは難しいが、世論調査などから傍証となるデータを例示しよう。内閣府が2010年に20歳以上の男女を対象におこなった「介護保険制度に関する世論調査」によれば、介護保険制度が始まったことにより、介護の状況が「(どちらかといえば)良くなった」と思う人は51.3%で、「(どちらかといえば)良くなったとは思わない」の28.8%を上回った(内閣府2010)。

さらに、厚生労働省が国民生活基礎調査の調査対象者の一部を無作為抽出しておこなう「社会保障制度企画調査」の結果から、いくつかの関連項目を紹介する。2009年調査において、社会保障の諸分野につき、「重要と考える分野」を複数回答で尋ねると、「老人医療や介護」を挙げるものは55.2%と半数を超えて「老後の所得保障(年金)」に次ぐ値を示し、「今後さらに充実させるべき分野」では「老人医療や介護」は35.3%で、「雇用対策」「少子化対策」に次いだ。2013年調査では、「高齢者

図1 主な同居介護者の介護者に対する続柄の推移



(注) 各年の厚生労働省『国民生活基礎調査』のデータ(e-Stat)を用いて藤崎作成

の手助けや見守りのための公的サービス（介護保険など）の満足度を尋ねた結果、「(やや)満足」は50.1%と「(やや)不満」の39.3%を上回り、年齢階層別にみると50歳以上で「(やや)満足」の割合がいつそう高まっている。2015年調査では、介護保険制度の運営に要する税や社会保険料の負担と介護サービス給付の拡充の関連を問うている。総数では「負担と給付の関係は現状のままでよい」とする人が44.9%と最多であるが、「負担が増えてもサービスの拡充を望む」という意見も40.6%あり、少なくとも本制度は必要だと認識している人が大勢を占めた(厚生労働省 2009 2013 2015)。

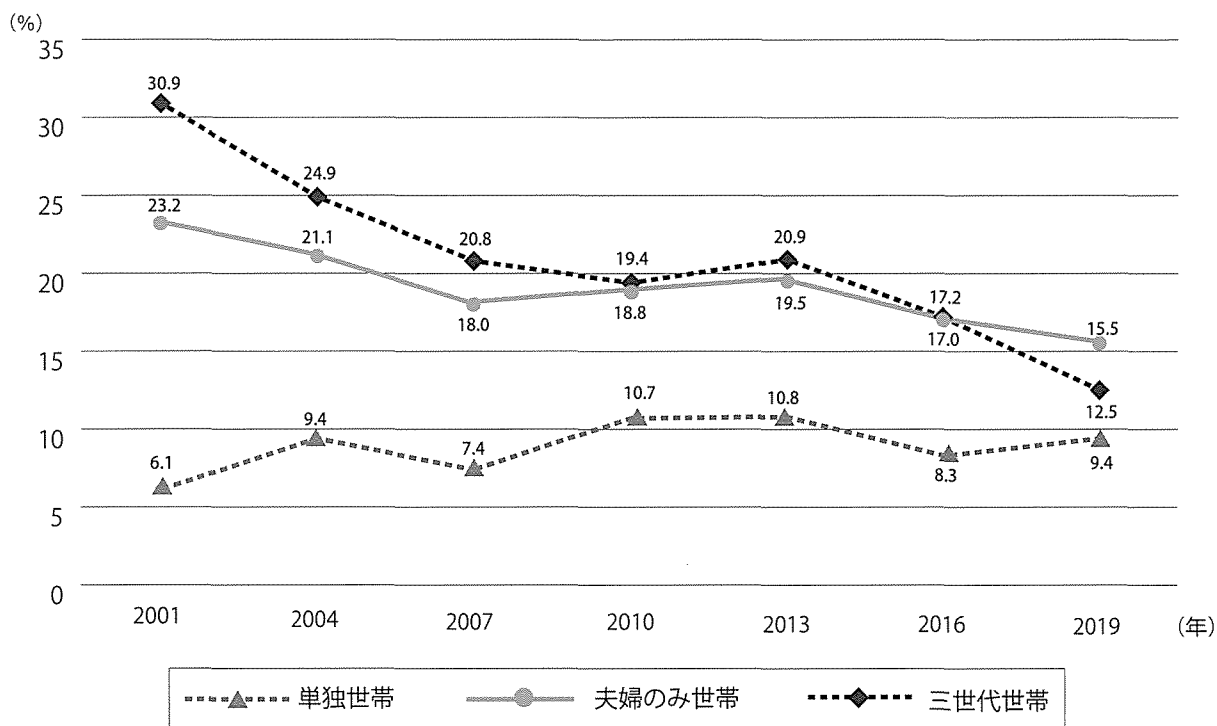
これらのデータや個人的な生活実感をもって、介護サービスの利用にともなうスティグマが低減したと言い切るのは早計である。しかし、制度発足から20年余りの時を経て、それはすでに私たちの現在と将来の生活において必須の前提要件となっており、またそうであるべく守っていかなければならないものになったといえる。

介護保険制度と家族

1) 家族の多様化と介護

冒頭でも述べたように、「介護の社会化」の最大の含意は、介護の中心的な担い手を家族から社会へと移行させることだった。ただ、介護保険制度導入以降に限っても、「家族」のありようそのものが大きく変容してきたことには留意しなければならない。国民生活基礎調査により、2001年と2021年における65歳以上の人がいる世帯の世帯形態別割合をみると、単独世帯19.4%→28.8%、夫婦のみ世帯27.8%→32.0%、親と未婚の子の世帯15.7%→20.5%、三世代世帯25.5%→9.3%へと変化している。かつて日本の高齢者介護を考える際のモデルともされた三世代世帯は激減し、単独・夫婦・親と未婚子の世帯が計8割を占めるに至っている。もちろん、家族・親族間の地理的距離や日常的交流・相互支援の現状も含めて判断する必要はあるが、

図2 世帯形態別・要介護4及び5の人がいる世帯割合(2001～2019年)



(注) 各年の厚生労働省『国民生活基礎調査』のデータ(e-Stat)を用いて藤崎作成

介護態勢の脆弱さを予測させる世帯が顕著に増加している現状をふまえないといけない。

日本では1990年代に入って少子化と高齢化の同時進行が明確に意識され、政策文書などにも「少子高齢化」の語が頻用されるようになった(藤崎 2014)。高齢世代の長寿化はいつそう顕著になるとともに、支える側の子世代は長期的な少子化の流れのなかにある。このことを子世代の立場からみれば「きょうだい数の減少」を意味するために、かれらが「親の介護」という課題に直面する蓋然性はおのずから高まっている(菊澤 2007)。

さらに、「家」制度の基盤が失われた後も一定の影響力をもち続けた、親の扶養や介護を長男夫婦が引き受けるべきという規範も大きく変容した。図1にみるように、2001年に在宅要介護高齢者の主介護者として3割強を占めた「息子の妻」は激減し、妻、娘、息子、夫という近親に比率が分散する変化が示されている。

2) 世帯形態と介護サービス利用

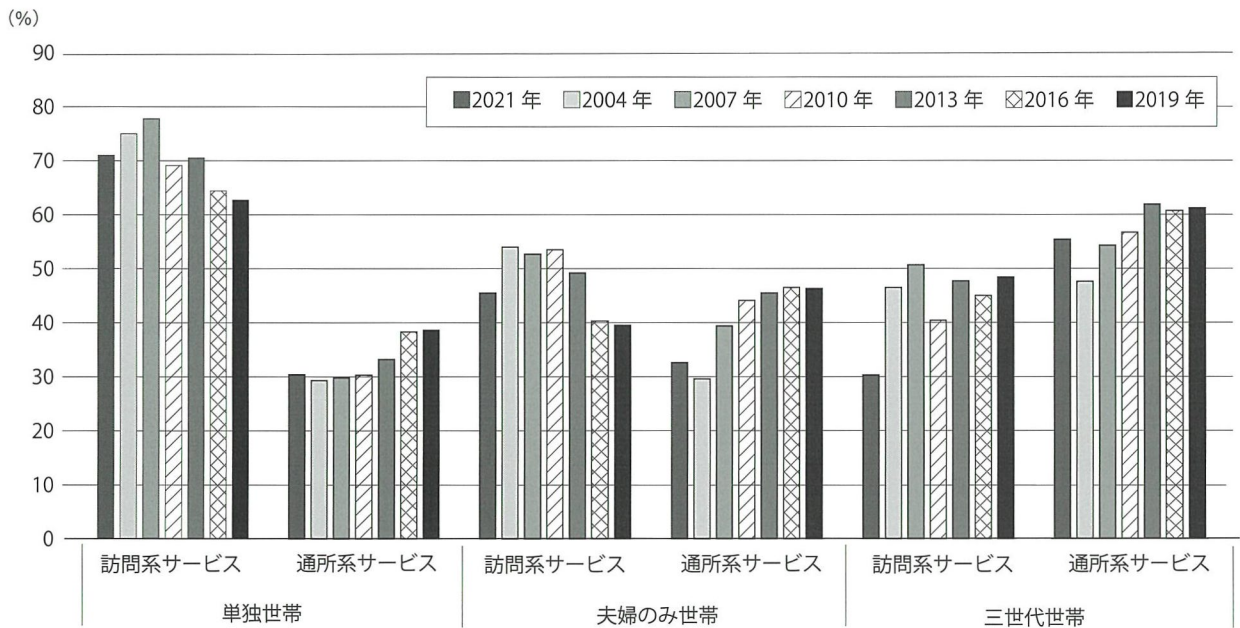
前述したような家族と介護の変容を背景として、介護保険サービスはどこまで家族と高齢者を支え

ることができるのだろうか。十分な検証はできないが、国民生活基礎調査のデータを用いて作成した2つの図をもとに考察しよう。

ここでの分析軸は、要介護認定の結果、要支援1から要介護5のいずれかの認定を受けた人が属する世帯の形態である。長期的なデータ把握が可能である単独世帯、夫婦のみ世帯、三世帯世帯の3類型に絞り、2001年から2019年にかけての変化を、2つの観点から分析するための図を作成した。

図2では、3種の世帯形態別に、要介護4及び5というもっとも重い介護度の人世帯内にいる割合とその推移を図示した。介護保険制度が始動して間もない2001年には、要介護4及び5の人は、三世帯世帯30.9%、夫婦のみ世帯23.2%、単独世帯6.1%と、一般に家族介護力が高いと想定される世帯ほど高い割合でいた。しかし、2019年にかけて、三世帯世帯と夫婦のみ世帯ではその比率が12.5%、15.5%まで低下し、単独世帯では9.4%まで上がるという変化が確認された。この内、単独世帯に関しては、日常的な家族介護力の欠如を介護サービスの利用により補う可能性が増した

図3 世帯形態別・訪問系/通所系サービスの利用割合（2001～2019年）



(注) 各年の厚生労働省『国民生活基礎調査』のデータ(e-Stat)を用いて藤崎作成

とみなすならば、肯定的に評価できる結果だといえよう。一方で、重介護の人が存する比率が低下した三世帯世帯、夫婦のみ世帯については、サービス利用により介護度が改善した人が多いという解釈は成り立ちにくく、施設サービスに切り替える事例が多くなったという解釈のほうが妥当かもしれない。肯定的に評価すれば、これもまた「介護の社会化」の一つの側面としてみることもできる。

図3では、同じく世帯形態別に、訪問系サービス、通所系サービスの利用率の推移を示した。全般的にみると、2001年には単独世帯の訪問系サービス(71.0%)、三世帯世帯の通所系サービス(55.4%)の利用率の高さが目立ち、一方で、単独世帯と夫婦のみ世帯の通所系、そして三世帯世帯の訪問系サービスはいずれも3割程度と利用率が低い。2019年にかけての推移をみると、単独世帯では訪問系の比率が低下しつつも6割強と高く、通所系は増加するが4割に届かないため、訪問系サービス中心の傾向は維持されている。夫婦のみ世帯では45.5%であった訪問系サービスの利用が4割弱に微減するのに対し、通所系サービスが46.3%まで増加して訪問系サービスを上回る。一方で、三世帯世帯の場合、通所系サービス

が61.2%まで微増するとともに、訪問系サービスも48.4%に増加した。単独世帯と夫婦のみ世帯では訪問系と通所系のサービス利用率の合計はほぼ変わらないため、両サービスがトレードオフ関係にあるのに対し、三世帯世帯ではいずれのサービスの利用も増加する傾向が確認できた。一般に同居家族の存在はサービス利用の媒介にも障壁にもなりうるが、本図に示される傾向からは、媒介役の意味合いが強いと推測される。ただし、前述したとおり、三世帯世帯自体が激減しているため、サービス利用に際してケアマネジメントの重要度が増していることには留意しなければならない。

「介護の社会化」の現在地

筆者はかつて、介護保険制度の10年弱の足跡を、訪問介護(とくに生活援助サービス)の動向に注目して「介護の再家族化」という観点から論じた(藤崎 2008、2009)。それは、高齢者個人の自立を支えることを目的としたはずの介護保険サービスの利用にあたり、ふたたび家族要件が問われる事態になったことに警鐘を鳴らすためだった。

この問題はなお注視していく必要があるものの、

その後の介護保険制度は予想をはるかに超える利用者と給付費の増大への対応のため、さまざまな変革を重ねてきた。要支援1及び2の人へのサービス給付の地域支援事業への移管、一定所得以上の層に関するサービス利用者負担の2割・3割徴収などがそれである。現在も2024年度からの第9期介護保険事業計画の策定に向けて財務省との間の駆け引きが続いている。ここでは、「給付の効率化、負担能力に応じた負担」（財務省財務制度等審議会 2022.11.29）という観点が前面に押し出され、「利用者負担を原則2割に」「要介護1、2の人への訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行」「ケアマネジメントに関する利用者負担の導入」などの提案がなされている。

筆者には現在、こうした制度論に的確に切り込むだけの準備はないものの、「介護の社会化」が提唱された出発点における問題意識、すなわち家族の犠牲や過剰な負担に依存する介護の在り方を社会的に変革していくという理念を後退させてはならないと考える。その際、池田(2021)のいう、「誰が介護を担うのか」ではなく「どのように介護をするのか」を考える必要があるという提言は示唆的である。

池田(2021)は、労働政策研究・研修機構がおこなった調査研究(2020)のデータを用い、家族介護者が直面する生活と介護サービスのミスマッチに対する短時間勤務の必要性の有無を分析した。その際、家族介護者の介護に対する意識を「自立重視的介護」「献身的介護」に区分して、その影響に着目している。分析の結果、要介護者に一定の自立可能性を見込む介護方針を採ることにより、労働時間の変更なしに介護を継続できる傾向が確認できた。池田自身も付言するように、この知見は要介護者の重度化により成り立たなくなる可能性があるがゆえに相対的なものである。とはいえ、介護過程のさまざまな状況に応じて家族介護とサービス利用、そして仕事への向き合い方を調整することで、介護家族は自身の生活の重要な要素を手放すことなく維持できる可能性が示されたといえる。

前述の通り、少子高齢化という人口構造の変動は、誰しものが家族・親族の介護という課題に直面す

る可能性を高めている。各人があたりまえの生活を維持しつつ、同時に介護も可能な範囲で担うことができる。そのような制度の在り方を考えることが、世代を超えた課題として共有されなければならない。■

《参考文献》

- 藤崎宏子(2002)「介護保険制度の導入と家族介護」金子勇編著『高齢化と少子社会』（講座・社会変動8）ミネルヴァ書房 191-222.
- 藤崎宏子(2006)『介護の社会化』—その問題構成『法律時報』78巻11号 37-43.
- 藤崎宏子(2008)「訪問介護の利用抑制にみる『介護の再家族化』」『社会福祉研究』103号 2-11.
- 藤崎宏子(2009)「介護保険制度と介護の『社会化』」『再家族化』『福祉社会学研究』6号 41-57.
- 藤崎宏子(2013)「介護保険は高齢者介護を変えたか?」福祉社会学会編『福祉社会学ハンドブッカー現代を読み解く98の論点—』中央法規 198-199.
- 藤崎宏子(2014)「ケア政策が前提とする家族モデル—1970年代以降の子育て・高齢者介護—」『社会学評論』64巻4号 604-624.
- 池田心豪(2021)「介護サービスの供給制約と短時間勤務の必要性—介護の再家族化と自立重視的介護」『社会保障研究』6巻1号 45-58.
- 川越雅弘(2021)「地域在住要支援・要介護高齢者に対する家族介護の実態—全国調査を中心に」『社会保障研究』6巻1号 4-17.
- 菊澤佐江子(2007)「女性の介護：ライフコース視点からの考察」『福祉社会学研究』4号 99-119.
- 厚生労働省(2001,2004,2007,2010,2013,2016,2019,2021)『国民生活基礎調査』: e-Stat 参照
- 厚生労働省(2010)『介護保険制度に関する世論調査』.
- 厚生労働省政策統括官付政策評価室(2009,2013,2015)『社会保障制度企画調査結果の概要』
- 厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室(2018)『社会保障制度企画調査結果の概要』
- 厚生労働省老健局社会・援護局(2022.12.2) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見(参考資料)」
- 労働政策研究・研修機構(2020)『再家族化する介護と仕事の両立—2016年改正育児・介護休業法とその先の課題—』(労働政策研究報告書 No.24)
- 財務省財政制度等審議会(2022.11.29)「令和5年度予算の編成等に関する建議」

介護保険時代における 家族介護者のケアコスト責任

天田 城介

中央大学文学部教授

介護保険でやってくれるのは介護のうちの一部ですから、結局のところ、「介護保険以外の全部」は家族がやるしかないんですね。実際、ヘルパーさんがやってくれること以外のこと、おじいちゃんのお酒や日用品は私がそろえてストックしなければならないし、体調を崩したら、病院に連絡するのも私です。もちろん、ヘルパーさんに通院介助をお願いすることもできますが、いつも通院しているならともかく、たまに体調をひどく崩して入院するなどの場合にはいちいち全てをヘルパー事業所に説明するだけ大変なので、結局は私がやります。そして病院の医師や看護師にも本人の体調や希望も私が伝えなければならない。おまけに、在宅では、私の仕事の都合上、土曜日や日曜日にヘルパーをお願いしているのですが、ヘルパーさんがなかなか見つからない。ケアマネサ

んが走り回ってなんとか手配してくれるんだけど、ヘルパーさんも皆さん高齢なので、長い坂道を登って通わなければならない実家（父の自宅）にはしんどくてやめてしまう。ケアマネさんはそれでまたヘルパー事業所を探す。やっと（訪問介護事業所が）見つかったと思ったら、すぐに体調を崩して入院するので、また調整が必要。退院する時にはまたスケジュール調整。ヘルパーさんが手配できない場合にはしばらく別の病院に転院したり、デイ（サービス）を利用したりするけど、それもまた交渉と調整。ケアマネさんもやってくれるけど、結局、詳しく説明して、納得してもらって、おじいちゃんがそれなりに気分よく生活してもらうような形にしていくしかないんです。それぞれの事業所がすんなりと理解して納得してくれればいいんですが、あちらの都合や事情もあってできなくてできないことが出てくる。それまた交渉して、調整。押したり引いたりして、感情的になって疲弊して。（中略）でもね、専門家だけではないんです。こんなジェットコースターみたいに体調がよくなったり悪くなったり、入院したり、デイ増やしたり、ヘルパー事業所変えたり、全部のスケジュール組み直したり、おじいちゃんに必要な日用品をストックすることなどを他のきょうだいに説明して、いちおう理解してもらう。家族への連絡調整でももうへ口へ口。そんなこと的一切切切をやらなければなりません。いろいろの人に頼って関わってもらってことは、結局のところ、それを整える仕事が必要なんだけど、それは私しかできないんですよ。

あまだ じょうすけ

1972年埼玉県浦和市（現さいたま市）生まれ。中央大学文学部教授。専攻は社会学。日本学術振興会特別研究員、立教大学社会学部助手、熊本学園大学社会福祉学部助教授、立命館大学大学院先端総合学術研究科教授などを経て、現職。

著書に『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』（多賀出版、2003年→〔普及版〕多賀出版、2007年→〔増補改訂版〕多賀出版、2010年）、『古い衰えゆく自己の／と自由—高齢者ケアの社会的実践論・当事者論』（ハーベスト社、2004年→〔第二版〕、2015年（予定））、『〈古い衰えゆくこと〉の発見』（角川学芸出版、2011年）。編著に、天田城介・北村健太郎・堀田義太郎編『老いを治める—老いをめぐる政策と歴史』（生活書院、2011年）、天田城介・村上潔・山本崇記編『差異の繫争点—現代の差別を読み解く』（ハーベスト社、2012年）、天田城介・角崎洋平・櫻井悟史編『体制の歴史—時代の線を引きなおす』（洛北出版、2013年）ほか多数。

介護保険時代における 家族介護者のケアコストと責任の増大

「介護の社会化」を標語に創設された介護保険制度もあと数年で四半世紀を迎える。周知のように、介護保険制度はそれまでの家族介護のあり方を大きく変容させた。

第一に、介護保険制度の創設によって、それまでは家族のみで担わざるを得なかった高齢者ケアが、多くの場合において公的介護サービスを利用しながら担われるようになった「介護保険を利用することが当たり前の時代」になったと言ってよい。もちろん、「介護保険前夜」においてであっても、ホームヘルプサービスやデイサービスやショートステイなどが利用されることはあったが、限定的なものであった。ところが、2000年に介護保険制度がスタートしたことによって、公的介護サービス利用のハードルが一気に下がり、公的介護サービスの利用を前提に家族による高齢者ケアが担われるようになった。

第二に、介護保険制度の創設を契機に高齢者ケア倫理あり方も大きく変化した。春日キスヨが「高齢者介護倫理のパラダイム転換」(春日 2003)と呼ぶように制度創設を契機に宅老所やグループホームなどのケア実践や施設のユニットケア化が広がったこととともなって「集団ケアから小規模多機能ケアへ」「身体介護だけでなく心の介護も」「利用者中心の介護」というパラダイム転換が生じたことでケア労働者は大きなケアコストと責任を余儀なくされるようになった(春日 2003)。しかしながら、こうした「高齢者介護倫理のパラダイム転換」はケア労働者のみならず、家族介護のあり方も大きく変化させた。実際、家族介護においても家族は様々な愛憎入り乱れる中であった。「高齢者中心の介護」「寄り添うケア」といった高齢者介護倫理を踏まえつつ高齢者(老親)の日々の介護をせざるを得なくなった。高齢者に対する家族介護者のケアコストや責任も飛躍的に増大したのだ。

第三に、介護保険制度のもと、家族介護者は公

的介護サービスをできる限り利用しつつ、高齢者(老親)にとって望ましい形を作ろうとするため、様々な機関や専門職と細やかに調整し、全体をマネジメントするコストを家族が担わざるを得なくなった。いわば家族介護者のマネジメント・調整コストが大きく増大することになった。実際、介護保険サービスを利用する際の自己負担額を気にしながらも、できる限り介護サービスを利用しつつ、家族がその中で「マネジメント役」「調整役」となって日常を組み立てていくという状況になっている。その意味で、家族のマネジメント・調整コストははるかに増大したのだ。かつては家族の手によって日常の中に組み込まれていた高齢者ケアを、様々な機関や専門職と相談・交渉・調整しながら、各種のサービスを組み合わせるようなマネジメントをしなければならない。いわば家族介護者による責任労働が増大したのだ(上野 2011)。

第四に、「介護の社会化」の名の下で、家族介護の一部はアウトソーシングしたが、結局のところ、それ以外の「一切合切」を家族介護者は依然として担わざるを得ない。平山がJ.メイソンの「感覚的活動 sentient activities」を引きながら論じたように、他者はどのような人物であり、何を好み/好まないのかを理解した上で、他者の状態・状況を注視したり、この他者には現在何が必要かを見定め、他者の生存・生活を支え、他者の人間関係を慮りながら関係調整していくような「マネジメント」を家族介護者は担わざるを得ない(平山 2019: 37-42)²。介護サービスの利用にともなう各種機関や専門職とのマネジメントのみならず、家族介護者は「目に見えないマネジメント」を担わざるを得ないのだ。実際、老親がどんな性格であり、いかなる人生を経てきたのか、どんな好き嫌いやこだわりや癖があるのか、体調や健康面や精神面でどんな注意が必要か、どのような言葉や声かけに反応するのか、その上でどのような支援が必要であり、利用可能なサービスを用いてどのように望ましい状況を実現させていくのかを思慮し、段取りを考え、全体を整え、実行するのは他ならぬ家族介護者にならざるを得ない。そして、それを実現するためには、各種機関や専門家

のみならず家族・親族を含めた関係者への丁寧かつ膨大な説明コストが必要になる。今日の家族介護者は日々の高齢者ケアを回していくための膨大な「下支えマネジメント」にともなうケアコストと責任を抱え込まざるを得ないのである。

第五に、終末期や医療ニーズの高い高齢者ケアの場合、その高齢者に対する生命・生存に関わる深刻な選択・決断を家族介護者が担わざるを得なくなっている。いわば高齢者の生命・生存に関わる家族介護者の選択・決断のコストと負担の増大である。春日が「長寿期高齢者家族」の現実を描き出したように、今日においては高齢者ケアは長期化し、重度化・複雑化した状況の中で胃ろうや人工呼吸器などをつけたり、人工透析を続けて生活する高齢者が増大していることが少なくない（春日2018）。その際には、胃ろうや人工呼吸器や人工透析などを継続するか、差し控え・中止するかなどの判断を家族介護者が迫られることになるのだ。しかも、高齢者本人の意思を慎重に確認しなければならないし、認知症等によって本人の意思が確認できない場合には、本人の思いを汲み取りながら、家族介護者は高齢者の生命・生存に関わる深刻な倫理的な選択・決断を余儀なくされてしまう。加えて、家族・親族のあいだでもこうした生命・生存に関わる倫理的な選択・決断の見解は一致しないことも少なくなく、また時間的制約の中でそのような選択・決断を強いられることになるため、家族・親族間に大きなコンフリクトをもたらすこともある。そのため、家族介護者はそのような難しい舵取りをし、家族・親族間で交渉し、調整し、「落としどころ」を探り、「折り合いをつけていくこと」を家族介護者は求められることになるのだ。今日においてはこうした高齢者の生命・生存に関わる倫理的選択・決断をめぐる家族介護者のケアコストと責任が著しく増大しているのだ。

介護保険時代において増大した家族介護者のケアコストと責任はほかにも数多あるが、ここでは割愛しよう。いずれにしても、こうした介護保険時代における家族介護者のケアコストと責任の増大にもかかわらず、介護保険制度改革によってより一層

ケアコストと責任は家族介護者が引き受けるほかない¹。このように介護保険創設から四半世紀を迎えようとしている現在においても改めて「介護の再家族化」が生じており、「介護における家族と社会サービスの責任分担のあり方を問うという、介護における古典的ともいえる問題を提起」（藤崎 2009: 55）しているのだ。「介護の社会化」の名のもと介護保険制度は少なくない高齢者本人や家族がそれまで家族が担ってきた高齢者ケアを家族以外の他者に委ねることを可能にしたのも事実であるが、介護保険時代において家族介護者はそれまでとは別様のケアコストと責任を余儀なくされるようになったのだ。

家族介護者のケアコストと責任の増大の中での苦悩と葛藤

エピソードは、首都圏で87歳の実父を「娘」として介護するAさん（56歳）が介護保険時代における家族介護者のしんどさを語った言葉だ。それまでも病気がちであった実父は3年前から次第に日々の支援が必要となり、介護保険サービスを利用するようになったが、Aさんは増大するケアコストと責任に耐えながら、誰にも相談することができないまま、幾重にも深い苦悩と葛藤を抱え込んでいる。

Aさんは東京都郊外に夫と2名の子どもと暮らしているため、埼玉県に住む実家には電車とバスを乗り継いで1時間半ほどかかる。現在、2名の子どもは社会人と大学生のため、Aさんは週4回のパートタイムの仕事をしながら、父の介護を続ける。父は3年前から要介護状態となったが、当時は慢性疾患を抱えていた母がギリギリ何とか父の介護を引き受けていたが、2年前に他界。それ以降はほぼ毎週末実家に通いながら、在宅介護を続ける。

エピソードにあるように、「介護保険でやってくれるのは介護のうちの一部」でしかなく、「介護保険以外の全部」は家族がやるしかないのだ。ヘルパーは日々の介護を担ってくれるが、食料品は購入してくれても直接介護に関わらない日用品などはAさんが調達してストックしておく。また、父は数

か月に1回は体調を崩すため、病院に連れて行くのもAさんである。定期的な通院であれば、ヘルパーに通院介助を頼むこともできるが、その都度で体調や病状も異なるようなイレギュラーな通院のため、ヘルパーや訪問介護事業所への説明コストを考えると、自分で連れて行ったほうがかえって負担が少ない。また、病院に事情を説明したり、医師から診断結果を聞いた上でそれらを家族・親族に伝える手間を考えると、「自分でやってしまった方が楽」である。たまたま2歳年上の兄に通院介助を頼むことがあるが、「いちいち最初から説明するのも大変」だし、「要領を得ない上に、肝心なことを伝え忘れたりする」ので「戦力として期待できない」状況である。先述の通り、Aさんは今日の高齢者介護倫理を踏まえ「高齢者中心の介護」を整えるがゆえに、様々な機関や専門職とその都度ごとに調整・マネジメントするコストと責任を感じているのだ。

Aさんの負担はそれだけにとどまらない。現在の訪問介護事業所では高齢のヘルパーが勤めていることも少なくなく、どこも人手不足であるがゆえに、土日の訪問介護に入ってくれるヘルパーが見つからず、見つかったとしても長続きせず、そのたびにケアマネや訪問介護事業所と調整をせざるを得ないのである。やっとのことで引き受けてくれる訪問介護事業所が見つかったと思ったら、今度は父が体調を崩して入退院を繰り返すので、またもや各種機関や専門職との調整・マネジメントが必要となる。そのたびに各方面に説明し、交渉し、調整していくケアコストと責任を担わざるを得ないのだ。更には、その説明・交渉・調整にともなうケアコストと責任はたんにサービス調達のそれにとどまらず、上述の「感覚的活動sentient activities」を踏まえた「目に見えないマネジメント」を行うがゆえに、理解してもらうのは一筋縄にはいかないし、膨大な労力がかかる。Aさんはこうした「目に見えないマネジメント」を日々担わざるを得ない苦悩と葛藤を感じているのだ。

そのようなAさんの苦悩と葛藤を2歳年上の兄は全く理解することができず、相談するたびにかえってくるのは「そんなふうにお前が抱え込む必要はな

い。なるようにしかならない」という「トンチンカンな言葉」である。また、「他の家族や親族に連絡してもまともなレスポンスは期待できない」のだ。また、父は1年前に持病が悪化して入院した際に、医師から「本人の意思が明確なうちに、万が一の時の医療の中止・差し控えなどを含めた延命治療に関わる本人の意思確認をしておいた方がよい」との勧めを受けたのだが、父は娘と二人きりでそうした話題をすることは望まないため、Aさんはいつまでも切り出せないでいる。差し迫ったものではないとはいえ、先述したような高齢者の生命・生存に関わる倫理的選択・決断をめぐる家族介護者のケアコストと責任をAさんも感受しているのである。

皮肉にも家族介護者が自らケアコストと責任を増大させてしまうジレンマ

介護保険時代における家族介護者のケアコストと責任の重さを経験する中で、家族介護者の苦悩と葛藤は幾重にも深い。しかしながら、皮肉にも、こうしたケアコストと責任を介護者自らが自ら引き受け、増大させてしまうことがある。Aさんは以下のように語る。

兄は「お前が抱え込む必要はない」とは言うけど、実際、私がこうしたことをしなければ、父は在宅生活を続けることができないので、即、老人ホームに入れるほかないんですね。父がそれを望んでいないので、私としては躊躇する部分があります。でも、父の様態のアップダウンがさらに激しくなり、自宅で暮らせなくなったら、自宅で暮らせないと本人が腹を括ったら、父も私も仕方がないと諦めもつくんです。私のできる範囲はそこまでと割り切ってもいます。周囲は「割り切れ、割り切れ」というんですけど、病気が悪くなるとか、現実的に在宅は不可能となったり、老人ホームしかない現実を突きつけられると、こちらもやっとなり割り切ることができるんですけど、ちょうど、ボーダーラインというか、どっちつかずの状態のため、「無理のない範囲で、ギリギリやれるところまで

やるしかない」という感じですね。

家族介護者はケアコストと責任のもとで幾重にも深い苦悩と葛藤を抱えている。そして、それに対して「抱え込む必要はない」ということも理解している。だが、その「見えないマネジメント」を含めた「膨大なケアコストと責任」を投げ出すことは、父のこれまでの歩みや性格や選好や感情と、現時点での父の状態・必要・状況などを鑑みると、そしてそれらを思慮し、段取りを考え、全体を整え、実行することがギリギリながらもできている限りにおいては、「家族介護者としてのケアコストと責任を投げ出すこと」が困難であると語っているのである。むしろ、物理的に在宅が困難となるなどの「仕方がないと諦めがつく」ような状況の訪れによって決めるほかないと語るのである。

Aさんのような例はレアケースでかもしれないが、それでも介護保険時代における家族介護者は膨大なケアコストと責任を感受していること、その中で幾重にも深い苦悩と葛藤を抱えていること、そして、皮肉にも高齢者本人の思いを慮って、全体を整え、実行することが可能な限りにおいては、時として自らが引き受けてしまうこと、このような家族介護者はジレンマを感じざるを得ないこと、そして何よりも「介護の社会化」を標語に創設された現行の介護保険制度はこうした家族介護者の苦悩と葛藤とジレンマを作り出すことはあっても、その家族介護者の見えざるケアコストと責任を家族以外の他者に委譲し、社会的に担っていくという社会設計には全

くならないのである。■

《注》

- 1 介護保険創設後、いくども介護保険改革がなされてきた。代表的なものとしては、2006年には介護予防重視ならびに地域支援事業と地域包括支援センターの創設が提唱され、2007年以降には給付適正化とローカルルールによって介護保険給付を抑制されるようになり、2014年には「介護予防・日常生活支援総合事業」によって要支援サービスが切り分けられるようにして要支援者の訪問介護は大幅に制限されるようになった。この間の介護保険改革の詳細は小竹（2018）ほか参照。
- 2 このような本人の思いや感情をくみ取り、周囲との社会関係をメンテナンスすることのコストを著者はかつて「社会関係のメンテナンスコスト」と呼んだ（天田2015）。ここではそうしたメンテナンスコストを指している。

《文献》

- 天田城介（2011）『古い衰えゆくことの発見』角川学芸出版。
- （2015）「男がケアをするということ—社会関係のメンテナンス・コストのジェンダー非対称性をめぐって」『現代女性とキャリア（日本女子大学現代女性キャリア研究所紀要）』7：6-20。
- 藤崎宏子（2009）「介護保険制度と介護の「社会化」「再家族化」」『福祉社会学研究』6：41-57。
- 平山亮（2017）『介護する息子たち—男性性の死角とケアのジェンダー分析』勁草書房。
- 春日キスヨ（2003）「高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働」『思想』955：216-236。
- （2018）『百まで生きる覚悟—超長寿化時代の「身じまい」の作法』光文社新書。
- 小竹雅子（2018）『総介護社会—介護保険から問い直す』岩波新書。
- 上野千鶴子（2011）『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』太田出版。



訪問介護サービスは「家族介護」を救うか

—介護保険制度の矛盾を背負うホームヘルパー—

山根 純佳

実践女子大学人間社会学部教授

はじめに

家族介護依存の「介護の社会化」

介護保険制度は、保険料を払った市民誰もが受けられる普遍的なサービスとして開始された。「日本型福祉社会論」が謳った家族介護規範は衰退し、サービス利用への抵抗感も薄らいでいる。しかしこの20年間の給付の限定化・短時間化によってサービスの範囲は縮小しており、家族に求められる責任は大きくなっている。購買力のある世帯は、介護保険外の市場のサービスの利用が進む。サービス資源においても経済的責任においても、資源の配分という点では介護は「私化」「家族化」されたままといえる。

家族介護者の内訳をみると特に60歳以上の老々介護の割合は7割を超えている（厚生労働省2016）。施設に入所できない「要介護2」の要介護者に対しても、家族介護者の2割が「終日介護をしている」（同調査）。また同居子の週あたりの介護時間は30時間に達しているとの報告もある（山田・田中・大津2013）。家族介護者の責任は大きく、生活の大部分を要介護者と過ごす家族介護者にとって

やまね すみか

東京大学大学院人文社会系研究科博士課程修了。博士（社会学）。山形大学准教授、実践女子大学准教授を経て、現職。主著に『産む産まないは女の権利か—フェミニズムとリベラリズム』（勁草書房、2004年）『なぜ女性はケア労働をするのか—性別分業の再生産を超えて』（勁草書房、2010年）など。

在宅介護サービスは、命綱といえる。

一方で、介護保険制度開始当初から、同居家族がいる場合の「生活援助」の利用は抑制されてきた（藤崎2009）。また2004年の介護給付適正化推進運動以降、ホームヘルパーが家族の分の食事を作ること、家族が利用する部屋を掃除すること、大型ゴミを出すこと、これらは全て「不適正利用」として規制されることになった。2017年の改定では、ケアプランに厚生労働省の規定よりも多くの生活援助を含むケアプランを作成した場合、市区町村に届けて審査を受けることが義務づけられた。介護報酬単価においても、「生活援助」は「身体介護」よりも大幅に低い単価である状況は変わらない¹。単価設定にも、生活援助は本来家族がすべきものであり「給付」に値しない、という家族規範が反映されているといえる。

給付の縮小も家族介護者を苦しめている。生活援助を中心に利用していた「要支援1・2」のサービスは2015年から介護保険給付から地域の総合事業（介護予防・日常生活支援事業）へと移行している。個人が受け取る「給付」と異なり、市区町村が受け取る事業費は、年間予算に上限がある。2017年段階で、支給限度額に対する平均利用率は要支援1で37.8%、要支援2で31.9%にとどまっている²。

こうしたサービス縮小の一方で、高齢者人口の増加による介護給付費の増加を理由に、介護保険料の値上げと利用者の自己負担額のアップが続い

ている。2015年から2割負担、2018年には3割負担が導入された。要介護認定者のうち受給者の割合は、2016年81.5%に対し、2022年（令和4年4月）には75.6%にまで下がっている（厚生労働省2021）。国民生活基礎調査の「サービスを利用しない理由」は「家族介護でなんとかやっつけている」が43.9%ともっとも高くなっている（厚生労働省2016）が、利用料負担も要因の一つと推測される。

本稿では、在宅介護の要である訪問介護サービスに焦点をあて、近年の制度改正が家族介護にもたらしている影響を考察する。

訪問介護現場の葛藤

訪問介護の現場では、サービスの短時間化が進み、またヘルパー不足も深刻化している。制度開始当初から、時間給で働く訪問介護員のひと月の平均実賃金は7～8万円程度で、介護職の中でもっとも低賃金に抑えられてきた（介護労働安定センター2012）。その意味で介護保険制度は、パートタイムで働く既婚女性を前提にした報酬体系でも労働力が供給されるはずというジェンダー規範を含んだ制度といえる。ホームヘルパーが制度化された当初の家庭奉仕員制度では訪問介護員一人当たり年俸や月給を定めた「人件費」方式が取られていた。しかし介護保険制度以後は、提供したサービス時間分にだけ報酬が支払われる「出来高払い」方式に統一され、その報酬額は、労働市場の女性パート水準で設定された。ホームヘルパーは短時間で、かつ利用者が必要な時間だけ勤務する非正規雇用中心になる（山根2023a）。

そもそも人件費方式は、介護保険制度の論理とは相いれない。なぜなら介護保険制度は、利用者の選択と民間事業者間の市場競争という市場化の論理を理念にしており、利用者を選択されたサービスにのみ給付されることが前提だからだ。利用者が求める時間にのみサービスを提供する訪問介護事業が、安定した収入を得ることは困難になるのは「市場化」の必然ともいえる。さらにホームヘルパーは利用者宅への移動や、サービスとサービスの待機時間も拘束されることになるが、そうした拘

束時間は非正規雇用の「登録ヘルパー」の賃金に含まれていない。移動にかかるガソリンや電動自転車の維持費についても、ヘルパーが自腹で支払っている状況である（山根2023b）。

さらに介護報酬の改正によって訪問介護のサービス時間が30分や45分と短時間化しており、報酬の対象にならない移動や待機時間の割合が増えている。その結果、ホームヘルパーの手取りの賃金自体も下がることになる。事業所にとっても、特に生活援助の低い報酬単価から、移動・待機の分の賃金を支払うことは困難である。また上述の総合事業の事業費は介護保険サービスより安く設定されていることから、要支援1、2の利用者のためのケアを提供しようとする事業者側はさらに低賃金での労働に依存することになる。

2019年には移動・待機などの付帯労働時間への未払いという労働基準法が遵守されえない状況を国が是正しないことは違法だとして、訪問介護ヘルパーが国家賠償請求訴訟を起こしている³。移動や待機時間分の賃金を事業所が支払うことができない介護報酬を放置しているという原告の訴えに対し、国側はあくまで事業所の責任であるとしている。

ホームヘルパーの不安定な雇用条件の原因となっているが、サービス利用の「キャンセル」である。家族の都合や入院によって事前に契約していたサービスをキャンセルすることはあり得る。またコロナ禍では感染予防からの利用控えも広まった。一方で働く側は、その分の仕事と給与を失うことになる。法的には、キャンセルを理由に登録ヘルパーを休ませた場合でも事業所には休業手当の支払い義務が発生することになっている⁴。しかしキャンセルされたサービス分の介護報酬の請求は制度上できない。また通常1割負担（248円）の利用者から介護報酬分（2480円）のキャンセル料を事前契約することもある意味法外である。そのため予定の1日前のキャンセルまではキャンセル料を取らないとしている事業所が多い。このような仕組みが事業所側に、休業補償をすることを困難にしている。筆者が原告と実施したホームヘルパーへの調査によれば、キャンセル時の対応として一番多いのは「そ

の時間が空き時間になってしまう」51%で、「休業手当が出される」は19%にとどまっている⁵。このように利用者にとっては入院や、親族の都合によるキャンセルは不可避であるが、ホームヘルパーにとってはキャンセルによって給与が減ったり、恒常的な収入の不安定さをもたらす。上述のアンケートによれば、非正規登録ヘルパーの月の手取りは多い月で7.8万、少ない月で5.5万と月によって異なる。労働者としては、固定の収入が入るスーパーのパートタイムを選ぶ方が経済合理的となる。現在ホームヘルパーの有効求人倍率は15倍と人手不足が加速しているが、介護報酬の仕組み自体が、社会的な介護システムの維持を困難にしているのである。

介護職員の賃金を上げる策として「介護職員処遇改善加算」が存在する。しかしこの加算を事業所が取得すると、利用者の利用料も加算される仕組みになっている。筆者が実施した調査では、580事業所のうち33.8%の196事業所が労働者の賃金を改善する「特定処遇改善加算」を加算していなかった⁶。その理由として「利用料が上がるから」との回答が27.4%に上っている。このようにホームヘルパーの労働条件を上げるには、キャンセル料や加算といった形で利用者負担を上げなければならない仕組みになっており、制度的には、家族(利用者)と労働者は対立させられている。

ホームヘルパーと家族

このように制度的な対立状況にはあるが、ケアの場では、本来ホームヘルパーと家族は「協働」「支援」の関係にある。ホームヘルパーは家族と「協働」し、また家族を「支援」する役割を持っている。特に増える老々介護に対しては、家庭の中に入って行くホームヘルパーは介護する家族の状況を理解する貴重な存在でもある。

カナダのソーシャルワーク研究者ネイスミスとアロンソンは、「ホームヘルパーが自分の労働を語る」という論文のなかで、ホームヘルパーが表現する「支援 help」とは、「観察、利用者についての知識、利用者の自己決定を慎重に承認すること、ホームヘル

パーの側の柔軟性」(Neysmith and Aronson 1996: 8)といった複雑な事柄を含んでいるとする。ネイスミスらはこうした労働の関係的な要素は不可視化され「名前のない」労働だとする。ここでは、このホームヘルパーの名前のない労働を、J. メイソンが用いた「察知し思案する活動 Sentient Activity」として考えてみたい。メイソンは、ケアには「愛情」とも「身体的労働」とも区別される、相手のニーズや状況を理解したり、関係性を調整する活動が含まれるとする(Mason 1996)。メイソンは、これはケア責任を引き受けた人が能動的にやっている活動だとする。

上述のホームヘルパー国賠訴訟の原告の一人は陳述書にこう記している。80代の妻を介護する90代の夫に対して、入浴の際のヒートショックを避けるために早めに風呂の蓋を開けて脱衣所を温めておくといった提案をすることで、家族の介護を支える活動をしている(藤原 2020)。このように家族の状況を観察し、家族介護がうまくまわっていくような「支援」をしている。

もちろん家族介護者も(察知・思案)の担い手である。家族は、家族の好みやこれまでの生活歴など「個別性」に基づいた情報を用いるしかない。たとえば家族介護者にとっては、認知症の症状はこれまでの本人の人生との連続性から(以前とは)「性格が変わった」と理解される。一方で、多くの利用者の生活を見ているホームヘルパーはケアの実践をとおして獲得された「実践知」を用いることができる。怒りっぽくなっている状況に対し、「このような状況ではこれが有効かもしれない」と、問題のタイプわけをし対処法を考えることができる。このように家族介護者とホームヘルパーは、異なる視点を共有することでケアを協働できる可能性がある。

しかし介護保険制度で介護報酬の算定の対象になるのは、あくまで「利用者本人」への身体的ケアや「調理」といったタスクである。利用者の心身の状況観察したり、本人や家族の要望を聞いた上で、今必要としていることを判断するといった「ケア」することは求められていない。家族への「支援」や「協働」はホームヘルパーが自らの負担で補っている。現状の訪問介護は、家族介護の量的な「代替」にも質的

「補完」としても不十分なものとなっている。30分や45分のケアでは利用者とも家族と十分に話す時間もないため、「おしゃべり」は賃金の支払われないサービス残業としてするしかない(山根2014)。またホームヘルパー同士の情報共有や連携によって、利用者の家族関係や介護の状況に対する理解は深まるが、サービス単価の介護報酬では、それも困難である。時間給で働く非正規雇用のホームヘルパーには、こうした情報共有や会議のための給与が支払われる余地がないからである。藤原ヘルパーは、上述の家族に入っているもう一人のホームヘルパーと情報交換したりカンファレンスを持つたりすることは、5年間の訪問中一度もできなかつたとしている。個々のヘルパーが自分の時間・体力資源の中でできることだけをやるが、必要だと思われることもやり残して時間が終了する、というのが訪問介護の現場である。利用者や家族が喜ぶ顔を見る、利用者の生活状況が改善される、ことはホームヘルパーにとってのやりがいとモチベーションとなるが、現行の介護保険制度はそうした感情的報酬すらホームヘルパーに与えていない。

最後に

このようにホームヘルパーは、出来高払いとサービスの短時間化・タスク化といった制度的な条件と、家族介護者と利用者を支援し協働する役割の間の矛盾を背負わされた存在となっている。拘束時間に対する支払いも含めて「人件費」を保障する形での給付に切り替えられない限り訪問介護の担い手の再生産は困難であろう。最後に、家族のケアとは異なるホームヘルパーのケアの専門性を評価していく必要がある。ホームヘルプ労働の現場では「生活援助」は「身体介護」と同じくらい、もしくはそれ以上に難しいと指摘されてきた(小竹2022)が、これは生活援助に伴う〈察知・思案〉の必要性や困難に起因すると考えられる。生活援助においても、安全な生活環境を維持するには、食欲を出すには、食事介助における家族の負担を減らすにはどうすべきか〈思案〉が必要になる。このような〈察知・思案〉のための時間やその労力を、制度的に評価し

ていく必要がある。■

この論文は、JSPS 科研費 20K02071 の助成を受けたものです。

《注》

- 1 2000年の開始当初は1時間あたり生活援助153単位(1530円)、身体介護402単位(4020円)、現在は、生活援助45分183単位(約1830円)、身体介護30分250単位(約2530円)となっている。
- 2 要支援1では支給限度額50,030円に対し、平均利用額は18,918円、要支援2では104,730円に対し、33,434円にとどまっている(厚生労働省社会保障審議会2017)。
- 3 ホームヘルパー国賠訴訟 <https://helper-saiban.net>
- 4 労働基準法では、使用者(事業所など)の責に帰すべき事由で労働者(職員)を休業させた場合、休業手当を支払わなければならないと定められている。
- 5 ホームヘルパー国賠請求訴訟原告団(2020)「ホームヘルパー実態調査アンケート報告書」
- 6 山根純佳(2022)

《参考文献》

- 藤崎宏子 2009 「介護保険制度と介護の「社会化」「再家族化」」『福祉社会学研究』6, 41-57.
- 介護労働安定センター(2012)「介護労働実態調査」
- 藤原路加(2020)東京地方裁判所令和元年(ワ)第29483号 陳述書
- 厚生労働省社会保障審議会(2017)介護給付費分科会 第145回資料
- 厚生労働省(2016)「平成28年国民生活基礎調査介護票」
- 厚生労働省(2019)令和3年「介護給付費等実態統計の概要」
- 小竹雅子(2022)「介護保険制度のゆくえ」『女も男も介護労働・家族介護のいま・未来』140, 34-49.
- Mason, Jennifer, 1996, Gender, care and sensibility in family and kin relationships. In *Sex, sensibility and the gendered body* (pp. 15 - 36), edited by Janet Holland and Lisa Adkins. London, England: Macmillan.
- Neysmith, Sheila M. & Jane Aronson, 1996 'Home Care Workers Discuss Their Work: The Skills required to "Use your Common Sense",' *Journal of Aging Studies*, 10, Nov.1, 1-14.
- 山田篤裕・田中慶子・大津唯(2013)「在宅介護にかかる総費用・時間の実態」『季刊家計経済研究』spring 98:12-24.
- 山根純佳(2014)「介護保険下におけるホームヘルプ労働の変化—「業務化」する個別ケアの現場」『日本労働社会学会年報』25, 2-21
- 山根純佳(2022)「コロナ禍での訪問介護事業に関する調査」
- 山根純佳(2023a)「新自由主義とケア労働」『大原社会問題研究所雑誌』771, 29-43.
- 山根純佳(2023b)「ケアのコストを支払うのは誰か—介護保険制度下の訪問介護労働」『女性労働研究』67号

家族の臨界と制度の限界で

—地域包括支援センターにおけるソーシャルワークのケーススタディ—

新田 雅子

札幌学院大学人文学部人間科学科准教授

家族の臨界

奇才よしながふみのコミック『きのう何食べた?』が筆者を惹きつけてやまないのは、その繊細な作画や矛盾のないストーリー展開、誰もが作りたくなる料理の数々よりもむしろ、主人公のふたりが物語の進行とともに加齢している点にある。2007年の連載開始時、43歳と41歳のゲイカップルとして登場したかれらは、今、60代に差し掛かっている。職場ではふたりとも「長」のつく立場となり、生活保護受給者となっていた生き別れの父の遺骨を役所に引き取りにいったり(よしなが2011:34、2013:140)、両親が家売って老人ホームに入居することになったり(よしなが2019:66、2020:6)と、定位家族の晩年のこもごもに否応なく付き合わされる。そして、定年のないプロフェッショナル(弁護士と美

容師)ではあるがかれら自身にも着実に老いはおとずれる。かれらがこれからどうなっていくか、物語の行く末から目が離せない。

ライフスタイルや人生選択の自由を、二十一世紀を生きるわれわれが共有すべき価値とするなら、「家族」の範囲や形態の多様性を承認しなければならない。夫婦の結婚によって成立し一方ないし双方の死亡で消滅する夫婦一代限りの家族形態である核家族の、その最終段階といえる妻と夫の人生の終わりに、好むと好まざるとに関わらず実態として多くの場合子が付き添う。しかし、子のいない夫婦や子に依存できない夫婦、その他さまざまな、まさに多様なカップルの最晩年を、誰がどのように守り支えるのか。

家族社会学者の庄司洋子はかつて、次のように述べた。

近代家族は、労働力の再生産に対して直接意味をなさない老人扶養の機能を原理的に含みえないのであり、したがって近代家族は前近代家族における老人扶養機能を過渡的に継承しているにすぎない。したがって、そうした過渡期を終えた段階では、老人扶養の問題は家族問題ではなくるのである(庄司1986:136)¹。

37年前の庄司の言う「老人扶養」の意味を、経済的な扶助だけでなく身体的な介護その他の世話全般を含むものとするなら、今まさに日本社会が直

にった まさこ

立教大学社会学研究科社会学専攻博士後期課程単位取得退学(2003年)。社会学修士。専門分野は老年社会学。2003年4月より札幌学院大学人文学部人間科学科講師、2011年4月より同准教授。

著書に「高齢者福祉の実践」横山登志子編著『社会福祉実践の理論と実際』放送大学教育振興会(2018)所収、『晩年の自由』に向けてのフェミニストソーシャルワーク」横山登志子・須藤八千代・大嶋栄子編『ジェンダーからソーシャルワークを問う』ヘウレーカ(2020)所収、「社会問題の表現型としての『孤独死(孤立死)』と、ソーシャルワークへの期待」『生活経済政策』No.290(2021年)など。

面する「老老介護」の現実には「前近代家族における老人扶養機能を過渡的に継承している」状況なのだろうか。つまり、庄司が当時恐らく主に子世代による老親扶養を念頭に置いて述べた「老人扶養の問題は家族問題ではなくなる」という示唆は、文字通りいずれそうなると見るべきで、今日的状況はその過渡期的段階と言えるのか、それとも、「老人扶養」や「家族」や「家族問題」の意味内容の変化なり拡張なりを踏まえるなら、それは依然として「家族」の問題であり、当面そうあり続けると反論できるだろうか。

この点について、『ケアの社会学』で高齢者介護も家族の再生産機能の一つであることを理論的かつ経験的に示した(上野2011:92-3)上野千鶴子は、今日の「家族」の意義を次のように説明している。

市民社会の法は、「自己決定できる個人」したがって「責任能力のある個人」を「法的主体」として措定している。市民社会の成員がすべてそのような「法的主体」であれば、問題はない。だが、そのような「法的主体」たりえない「依存的な他者」を、市民社会はその「外部」に配置し、その領域を「家族」と呼んできたのだ。この「依存」をめぐる問題が解かれない限り、個人主義的な家族論が如何に家族を個人に還元しつつも、「家族」はくりかえしゾンビのように甦ることになる。(上野2009:15)

そして、子どもや高齢者といった、生きていく上でケアを必須とする依存的な存在を抱え込み、「ケアの絆」(Fineman1995=2003)が成立する領域は目下のところ家族以外に出現していないから、それを「法制度的に守ることは必要」であり、逆に言えば、そうした領域を「事後的に『家族』と呼ぶことも可能である」と上野は言う(上野2009:22)。

このような家族の機能的必要性に加えて、山田昌弘は、人びとのアイデンティティを保証する制度としての家族の、代替不可能性を指摘する。つまり、「自分を個別的な存在、固有名を持った存在として

認めてもらいたい、自分も誰かを認める存在となりたいという欲求、自分がこの社会で不可欠な存在であることを確認したいという欲求、個人が生きている意味を求める欲求」(山田2009:205)を満たし、かけがえのない存在として承認してくれる相手は、そう取り換えられるものではない。したがってこれも逆に言えば、一度きりの人生において、同じ時間を過ごし経験を重ね、これ以上親密で重要な他者とはもう他に出会わないと互いに確信できるような存在を、事後的に「家族」と呼ぶことも可能ではないか。

いずれにせよそこが恐らく家族の臨界である。だから上記のような機能(「依存的他者」のケア)と意味(アイデンティティの抛り処)を喪失した段階で発生する事態——たとえば「孤独(孤立)死」は、庄司のいうように、社会的な「老人扶養の問題」の一部ではあってもすでに家族問題ではなくなっており、地域社会の問題となっているのである(新田2021)。

したがって、老年期の家族の臨界でわれわれが直面する問題は、家族の存在を明示的にも暗示的にも前提として構築された日本の公的介護保険制度においても、必然的に限界の様相を呈する。なぜなら今のところ、入所型生活施設での介護サービスを除けば、家族の日常的なケア機能を代替するのではなくその不足を補い可動域を広げるという水準で、制度が構築されているからである。家族が行き詰まる時に制度が発動するのではあるが、そこでただちに制度も行き詰まってしまうことはしばしばあり、そうすると、新たに「家族」が動員されたり、場合によっては「解散」せざるを得なくなる。

次に取り上げるのは、極小化した「家族」であるカップルの最終段階で、ふたりの生活と関係を守ろうとしたソーシャルワーカーの支援プロセスである。コロナ禍と重なるこの約2年半の記録から、家族の臨界と制度の限界における実践のリアリティをつかみたい。

地域包括支援センターにおける ソーシャルワークのケーススタディ

【2020年5月～7月】

X市地域包括支援センター（以下「センター」と略記）の社会福祉士T（以下、全て敬称略）がA（男性1945年生・インテーク時75歳）たちのことを知ったのは、2020年5月のことだった。以下はすべて、センターに残された記録とTからの話による²。

市内のアパートで同居しているB（女性1952年生・インテーク時68歳）から、センターの母体である医療法人S病院に早朝「Aが包丁を振り回している」と電話があり、Tがすぐに訪問したところ、窓ガラスと風呂場のドアのガラスが割れていた。Bからの通報を受け警察も駆け付けたが、到着時には落ち着いており間もなく退去した。その時の警官の話では、昨日Aが窓ガラスを壊し、修理屋に電話しようとしたがその日は祝日だったので営業していないのではとBが発言したところAが憤慨して、箒でたたかれ足蹴にされたのでBが110番通報したとのことだった。

Bによれば「Aが最近イライラする様子があり困っている」。Aは前年の2019年に脳梗塞でS病院に入院していた。手術等はせず、リハビリ目的での転院後、自宅退院となったが、左上下肢麻痺と高次脳機能障害が残っていた。A本人がいる前で細かい話はしづらいため、Bに翌日センターへの来所を促し、Bも了解したが、時間になっても来所しないのでTが自宅訪問した。その際、Bに服薬の状況や次回受診予定を確認するが、書類が見つからなかったり記憶があいまいで要領を得ない。その様子を見てAはTに「イライラするのわかるでしょ?」と言い、その言動に対してBも「は?」と怒りを助長するような応答をしていた。

数日後、警察署からこの世帯について高齢者虐待の通報があったが、緊急性が高いとは言えないので虐待とは判断せず、高次脳機能障害または認知症の症状悪化にともなう要見守りのケースとして、センターが介入を継続することとなった。

Bは前年のAの入院時にキーパーソンとして位置づけられていたが、S病院の医療ソーシャルワーカーは彼女の理解力の低さを認識していた。Bが約束通り来所出来ないようなので、Tは自宅まで迎えに行き、最初の来電から6日後にセンターであ

らためて話を聞いた。

Bによれば、30歳の頃に暮らしていたアパートで、その1階に住んでいたAと親身になり、同居するようになった。以来30数年一緒に暮らしているが、入籍はしていない。Aはトラック運転手として働いていたが、56歳時に追突事故にあい意識不明となった。その後障害は残らなかったが復職しなかった。Aの家族は居らず、学歴・職歴等経歴は不明。Bは中学卒業後林業手伝いなどを経て、X市繁華街の喫茶店で長く働いていたとのことだった。

Aはこれまで「『短腹(たんばら：短気で怒りっぽいことを意味する北海道方言)』というわけではなかったのに、脳梗塞をしてから少しずつ変わってきて、今年の3月頃から特にひどくなった」とのことだった。「私のモノを隠してしまう」「物忘れが進んだように感じる」「俺は死んでも良い」と薬も時々拒否する」「私の言い方が悪いこともあるので怒ってしまうのだろうか」「何をやるにも時間がかかってしまうので腹が立ってしまう」との言葉が聞かれた。

AだけでなくBの認知障害も懸念されたため、S病院の主治医から兩名の精神科受診を勧められて、6月初旬にTはその受診予約と「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策による特別定額給付金」(2020年4月27日を基準日として所得制限なしで1人10万円が給付された)の申請について確認するため自宅訪問している。

定額給付金について届いていた書類をTが確認すると、給付を「希望しない」ほうに署名していた。同封すべき書類の不備もあるので、市役所同行で申請を手伝うことにした。ふたり合わせて月12万円ほどの年金と貯金が一定額あるため、現時点で生活保護対象とはならないが、家計的にもA本人の気持ちとしても介護サービスを利用する余裕はなく、Tはこの定額給付金を、サービス利用を試みる動機付けにできないかと考えていた。

数日後の精神科受診では、精神科医師より認知症進行を予防する薬を処方することと、他者との交流で脳機能の活性化を図るため介護保険の申請を勧められた。Aはあまり乗り気ではなかったが、待合室でのやりとりでTに「あれ(B)と相談してみ

て」と言いつつ、要介護認定調査の申請書にサインした。

AはMMSE 20点、Bは19点でAより低い結果であった(MMSE:ミニメンタルステート検査。国際的に使われる認知症スクリーニングテスト)。この日TはBについて次のような記録を残している。「今後内縁の夫(A)については介護認定結果に合わせて介護サービス(デイサービス等)へつなげる支援を予定していることを共有。B氏自身についてもやりとりから認知機能の低下がみられているが車の運転をされているなど気になる状況あり。現状で困り感の表出なく、経過に合わせ認知機能の精査の促しや必要な支援を行っていくこととする。」

7月になってAの「要支援1」の認定結果が通知された。Tは、長期にわたりほとんど自宅から出ることなく過ごしてきたAが人と交流できるのか、一日落ち着いて過ごせるのかを見ることと、入浴して清潔を保つとともに全身状況を観察することをねらいとして、デイサービス利用を勧めた。しかしそれに向けた診断書作成のための検査で大腸菌が検出され、利用開始が先送りされるうちに、Aから「デイサービスなんていかない、行っても無駄」と意思表示されるようになった。さらにコロナウイルス拡大にともなってデイサービスの新規受け入れが中断されたことに加え、両名とも何曜日何時に行くという連絡や計画が立てられない、立てても実施できない状況で、BはAを送り出せるのか、必要な物をどう用意するか、お金の支払いなど、サービス利用にあたっての壁がいくつも立ちはだかった。

そうして保留状態のまま、コロナ禍の1年が過ぎ、要介護認定は更新されなかったため失効した。

【2022年1月～6月】

状況を打開する方策が見えないままさらに半年が過ぎ³、2022年1月、Tは思いがけない人からの電話を受ける。Bの郷里であるD町に住むBの5歳下の弟Cからである。

Cによれば、Bは年末に物損事故を起こして廃車となり、以来徒歩で買い物やパチンコに出かけるようになったが、帰れなくなって路上で保護され警

察に送り届けられたという。そういうことがたびたび起こっていたようで、AからCに「(Bが)もう手に負えない、どうしたらいいのか。止めても出ていってしまう」との訴えがあった。そこでCが市役所に相談し、当センターを紹介された。1年半にわたるセンターの断続的なかかわりのなかで、Cの存在はこれまで一度も浮上しなかったし、AみずからCに連絡を取ることは考えられないので、Bの交通事故の際に警察からB自身を通じてCに連絡が入ったのではないかとTは推測している。なぜなら、ふたりが自分たちだけで警察や保険会社とやり取りをして事故後の処理をしたとは考え難いからである。

Tはすぐに両名の要介護認定申請を代行したが、コロナウイルスの影響で認定調査や外来受診が延期され手続きが進まない中、Bが外出先で保護され110番通報されることが相次いだ。自宅の電話は料金不払いで不通になっており、Aは携帯電話を持たないため、Cが「身柄引き受け人」となって車で1時間かけ警察にBを迎えに行く。3月末には「今年に入ってから4回も警察から連絡が来ているので困っている」「施設を探してほしい」という要望がCから寄せられた。

認定結果はふたりとも「要介護1」で認知症の症状もあり、将来的に生活保護受給となる可能性もあることを踏まえて、Tはふたりで入れそうなグループホームを探しCに紹介した。Cは早速見学に行き入所を申し込んだが、Aは「行きたくはないけどBが一緒なら」、Bはアパートで飼っている猫がいるから「行きたくない」とのことで、入所意向は固まっていなかった。

隣り合わせで2部屋空くのを待っているあいだに、144センチ63キロとふくよかだったBはどんどん痩せてげっそりしていった。CはBにGPSを持たせており、8キロ先の「道の駅」で見つかったり、日に3万5千歩歩いていたこともあったという。

【2022年7月～10月】

2022年7月、センターに警察署から電話があり、Aが本日14時頃包丁を持って斜め向かいの家に侵入し110番通報され、銃刀法違反の疑い

で現行犯逮捕、連行されたという。侵入された家の人から後日Tが聞いた話では、Aが包丁を持って歩いて庭に入ってきて、「警察に連絡しただろう」と怒っていたとのことだった。Aは以前数回「妻がいない」とこの家に来たことがあり、家の電話が使えないようなので電話を貸したことがあったという。

その日は、朝からBが居なくなり、Aが探しに出かけたが、異様に髪が伸びほぼ下着姿でさまようAを見かけた誰かが不審者として通報し、パトカーが出動して、Aを自宅に連れ帰ったという経過があった。以前電話を借りたことのある斜め向かいの家の息子が警官だということを知っていたAが、「お前が通報しただろう」と庭に乗り込んだというのが事の顛末だった。警察署でTが対面した時Aは、目が血走って興奮している様子で、自分がなぜここにいるかよくわかっていなかったが、Tの顔は覚えていた。

この「事件」はローカルニュースで報道された。そのとき警察発表にしたがってBは「同居人」と表記された。

措置入院になり得る状況だったが、Aが徐々に落ち着きを取り戻したことから、2日後には自宅に帰された。「事件」の4日後にTが自宅を訪れると、Aは玄関ドアを開けっぱなしにし、上がり框に腰かけて涼んでいた。「おまわりさんの件では周りの人たちにいろいろと迷惑をかけた。隣近所へお詫びに行ってきた。それぞれ握手をして和解してきた」と述べたが、A自身詳細は忘れており、事実関係は不明である。この時も、また、警察署での面会時も、「Cがお金を持っていく。自分の分もBの分も通帳を持って行った。田んぼ(現在Cは農家ではないが、BC姉弟の実家はかつてD町で稲作農家だった)で何に使うかわからないが保険証も持って行ってしまった」と語った。

「事件」以来近隣の目も一層厳しくなってきたため、Tは、Cが4月に申し込みをしたグループホームに電話をして現状を聞いた。1人分の空きはあるが、2人同時は難しいとのことだった。さらにグループホームは「症状の安定」が入所要件に含まれるため「事件を起こしたとなると法人内部での協

議が必要となる」。加えて「職員体制上病院受診の付き添いは困難なので受診時は家族等で対応をお願いする」と言われ、新たな入所先を検討する必要が生じた。Aの受診付き添いを彼の親族ではないCに期待することは難しいからだ。

また、Cによればこの年の初め(つまりTがCの存在を知った頃)からAB両名の金銭管理の不備が目立つようになったため、Cが通帳を預かって必要な額を渡すようにしていたという。しかし2人は渡したお金や財布をどこかにしまってたびたび失くしてしまう。そのようななかで、Aが「Cに勝手に通帳や現金を持っていかれた」と言うようになり、次第にBも同調して、ふたりはCへの不信感を徐々に強めていた。

Tは、Bの金銭管理は当面Cが担うこととして、Aについては成年後見制度の利用が必要なケースと見なした。被害妄想の可能性が高いとはいえAもBも「Cがお金を盗む」と明言する状況で、Cを「身内」として扱うことははばかられたので、親族申し立てではなく市長申し立てで進めることにして準備を開始した。それは施設の入所契約に向けた手続きというだけでなく、Aのこれからの生活の安定という意味でも必要なことだった。

入所先は9月によく見つかった。郷里のD町に近い場所でCが行きやすく、Bが「その辺りなら」と受け入れたことでAも了承したもようであった。猫はCが引き取った。「ゴミ屋敷」となっていた部屋の退去も、Tが紹介した業者にCが依頼した。成年後見に関わる手続きは入所先の施設長に引き継がれ、コロナ禍と重なる約2年半のTの介入は終結となった。Aは78歳、Bは71歳になっていた。

考察

TによればAはBをファーストネームで「○○ちゃん」と呼び、一方BはAを名前では呼ばず、「ねえ」とか「ちょっと」と呼んでいて、どちらかと言えば7つ下のBのほうが乱暴な物言いをしがちだった。しかしある時Tが敢えて軽い口調で「なんで結婚しなかったの?」と聞いたところ、Bは「だまされた」と

言って笑ったという。真実はわからないが、複雑な家族的背景のあるAが入籍を望まなかったのも、共に暮らしていくためにBが妥協したのかもしれない。何にせよ三十年来、ふたりは互いが自己を認識するために必要不可欠な鏡のような存在であったことは想像に難くない。その鏡である双方が双方とも認知症となり、互いにいらい、しばしば衝突した。

特にAは、自分が中年になってから連れ添うようになったBを自らのケア役割として期待し、Bも自認していたふしがある。だがそれが思うようにはならず、混迷のなかでトラブルが頻発した。反対に、Bが帰宅できずにたびたび通報・保護される状況においては、Aが彼女の身を案じ生命を守る役割を全うしようとした様子も見られる。しかしそれもまた思うようにいかないために、己の不甲斐なさから妄想を膨らませ、包丁を持って隣家に侵入するという攻撃的な衝動につながったのではなからうか。

つまりAとBの関係は「アイデンティティの抛り処」であり「ケアの絆」であった。その関係を何とか保持しようとしていくなか、家族の臨界で、新たな「家族」としてCが動員され、Tが専門職として関与したのである。

戦前から内縁を婚姻に準じて扱ってきた日本において、とりわけ社会保障の領域で、法律結婚をしていない夫婦にも一定の保護がなされてきたことを踏まえれば(下夷2021:103-107)、ふたりを終始夫婦と見なして支えようとしたTの実践は、介護保険とは関係なく、さまざまな福祉の現場で日々なされてきたことである。

このカップルの事例からわれわれが学ぶべきことは多々あるが、「介護保険制度と家族」という本号のテーマに即して最後に問題提起するなら、入院時やサービス利用時のキーパーソンとしても緊急時連絡先としても覚束なく、契約時の保証人にも身元引き受け人にもなれない認知症の「夫／妻」と、その舞台に引っ張り出された「妻の弟」を相手にしながら、ソーシャルワーカーとしてTが行ったことが、介護保険法第115条の45「地域支援事業」のうちの「包括的支援事業」(として市町村が地域包括支援センターにおいて実施することが必須の「総合相

談支援業務」と「権利擁護業務」)にあたり、制度本来の目的である「要介護状態にある高齢者に対する介護給付」ではないということだ。ふたり揃って施設入所にいたるまで、かれらは結局一度も居宅サービスを利用しなかった。サービスを利用する手前の、あるいはその周辺の、対価性の乏しい複雑な専門的支援を、見方によっては介護保険財源の「目的外使用」でまかなっているのがこの制度の実態なのである⁴。

客観的に見れば、ドメスティックバイオレンスに始まり、認知症による交通事故や帰宅困難による捜索願、隣家への不法侵入など、ふたりの生活は破たん寸前でいつ何があってもおかしくなかった。「要支援」「要介護」と認定されても居宅サービスは機能せず、刃物を持ち出すとなっては地域の協力も得られない。新型コロナウイルス感染拡大もあいまって何もかもが停滞するなか、Tが糸を切らさず関わり続けたことは、Cが有給を取ってまで認知症の姉を警察署に迎えに行ったのと同じくらい、ふたりにとっては幸運なことだったと残念ながら言わざるを得ない。インフォーマルサポートの個別性や不安定さはその性質上避けがたく、「Cがやっつくらしいことは実の弟なら誰でもする」とは到底言えない。しかし公費と第1号被保険者の保険料で運営され、全市町村に配置されている地域包括支援センターのフォーマルサポートが、「Tがやっつくらしいことは包括の社会福祉士なら皆やっている」と当然のように言える制度設計でないことは、もっと問題化すべきである。

「家族」や「地域社会」以上に、介護保険制度の内部あるいは外部において、専門的支援の不足を補い可動域を拓けるべき時が来ているということである。「ダイバーシティアンドインクルージョン」を標榜しながら、人生の最終段階で「自業自得」と切り捨てる社会にしないために。■

謝辞

本稿執筆にあたりご協力を賜りましたX市およびY市地域包括支援センターの皆様、ならびにT様に、厚く御礼申し上げます。

《注》

- 1 下夷美幸は、庄司（1986）が示した「家族機能論に基づく家族政策の範疇化」を、「政策主体の意図という家族政策の基軸を押さえたもの」としてあらためて評価している（下夷 2021：12-14）。
- 2 ここで紹介する記録は、本稿執筆のために筆者が独自に社会福祉士 T と T が所属する地域包括支援センターに事例提供の依頼をし、当該センターの管理者及び当該センターを所管する X 市の担当課に承諾を得て掲載している。匿名性を担保するために事実と逸脱しない範囲で情報を修正している部分がある。なお、データの収集と取り扱いにあたっては『札幌学院大学における「人を対象とする研究」倫理ガイドライン』を遵守した。
- 3 もちろん、2020年7月から2022年1月までの間、Tを初めとする地域包括支援センターのかかわりが皆無だったわけではない。要介護認定の更新の相談や受診同行など折に触れ接触していたし、夫婦間のいさかいで B がけがをして救急搬送された2021年8月には、関係者によるケースカンファレンスや地域ケア会議を開催し、状況打開に向けての試行錯誤を続けていた。
- 4 この部分の考察に関しては、三原（2021）を参照した。

《参考文献》

- Fineman, Martha A. (1995) *The Neutered Mother, the Sexual Family and Other Twentieth Century Tragedies*, Routledge. = 上野千鶴子・速水恵子・穂田信子訳 (2003) 『家族、積みすぎた方舟: ポスト平等主義のフェミニズム法理論』学陽書房.
- 三原岳 (2021) 「20年を迎えた介護保険制度の足取りを振り返る」『ニッセイ基礎研究所報』Vol.65、pp.21-49.
- 新田雅子 (2021) 「社会問題の表現型としての「孤独死（孤立死）」と、ソーシャルワークへの期待」『生活経済政策』No.290、pp.17-21.
- 下夷美幸 (2021) 『家族政策研究』放送大学教育振興会.
- 庄司洋子 (1986) 「家族と社会福祉」『ジュリスト増刊総合特集 No.41 転換期の福祉問題』pp131-137、有斐閣.
- 上野千鶴子 (2009) 「家族の臨界：ケアの分配公正をめぐって」牟田和恵編『家族を超える社会学：新たな生の基盤を求めて』新曜社.
- 上野千鶴子 (2011) 『ケアの社会学：当事者主権の福祉社会へ』太田出版.
- 山田昌弘 (2009) 「家族のオルタナティブは可能か？」牟田和恵編『家族を超える社会学：新たな生の基盤を求めて』新曜社.
- よしながふみ (2011-2022) 『きのう何食べた?』講談社.

