

公開シンポジウム記録

安心して ケアする・ ケアされる 社会とは

私たちだれもが体験する
老いと介護を考える

北海道大学大学院文学研究科
応用倫理研究教育センター

目 次

北海道大学大学院文学研究科応用倫理研究教育センター主催 公開シンポジウム

安心してケアする・ケアされる社会とは—— 私たちだれもが体験する老いと介護を考える ——

開会の挨拶	1
-------------	---

基調講演

在宅ひとり死は可能か？

上野千鶴子	4
-------------	---

講 演

地域で支える高齢者ケア—— 北海道的特色はあるか ——

笹谷春美	13
------------	----

講 演

家族介護を考える—— 国際比較の視点から ——

松本勝明	20
------------	----

討 論

.....	26
-------	----

講演者紹介

上野千鶴子（うえの・ちづこ）

立命館大学特別招聘教授、東京大学名誉教授、認定 NPO 法人ウィメンズアクションネットワーク（WAN）理事長、日本学術会議会員

専門分野：女性学、ジェンダー研究。この分野のパイオニアであり、指導的な理論家のひとり。近年は高齢者の介護問題にかかわっている。

関連業績：『老いる準備——介護することされること』（朝日新聞出版、2008 年）、『おひとりさまの老後』（文藝春秋、2011 年）、『ケアの社会学——当事者主権の福祉社会へ』（太田出版、2011 年）、『上野千鶴子が聞く小笠原先生、ひとりで家で死ねますか?』（朝日新聞出版、2013 年）ほか。

笹谷春美（ささに・はるみ）

北海道教育大学名誉教授、北海道立女性プラザ館長

専門分野：家族社会学、ジェンダー論、高齢者ケア論。

関連業績：『ニーズ中心の福祉社会へ』（共著、医学書院、2008 年）、『介護予防——北欧と日本の戦略』（編著、光生館、2009 年）、『フィンランドの高齢者ケア——介護者支援・人材養成の理念とスキル』（明石書店、2013 年）、『北海道社会とジェンダー——労働・教育・福祉・DV・セクハラの実態を問う』（編著、明石書店、2013 年）ほか。

松本勝明（まつもと・かつあき）

前 北海道大学公共政策大学院教授

専門分野：社会政策・社会法に関する国際比較研究。

関連業績：『ドイツ社会保障論Ⅰ——医療保険』（信山社出版、2003 年）、『ドイツ社会保障論Ⅱ——年金保険』（信山社出版、2004 年）、『ドイツ社会保障論Ⅲ——介護保険』（信山社出版、2007 年）、『ヨーロッパの介護政策——ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析』（ミネルヴァ書房、2011 年）ほか。

安心してケアする・ケアされる社会とは —— 私たちだれもが体験する老いと介護を考える ——

日 時：2014年1月11日（土）13：30～

場 所：北海道大学学術交流会館講堂

（妙 木）

皆様、お寒い中、またお忙しい中、ようこそ北海道大学へお越しくださいました。誠にありがとうございます。これより、北海道大学大学院文学研究科応用倫理研究教育センター主催のシンポジウム「安心してケアする・ケアされる社会とは—— 私たちだれもが体験する老いと介護を考える」を開催いたします。

私は応用倫理研究教育センターの妙木忍と申します。どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

それではまず、北海道大学理事・副学長の新田孝彦より、皆様にご挨拶をさせていただきます。

開会の挨拶

（新 田）

本日はお忙しい中、応用倫理研究教育センター主催の公開シンポジウムにおいでいただき、誠にありがとうございます。本学ではジェンダー教育の一環として幾つかの講義をすべての学生、大学院生を対象に開講しておりますが、さらにその一部を広く市民の皆様と共有するために、このような公開シンポジウムを毎年開催しております。私は数年前までこの応用倫理研究教育センターのセンター長を務めておりまして、現在は教育担当の副学長という立場にありますので、こうしてご挨拶を申し上げる次第であります。

さて、この公開シンポジウムではこれまで、「老いとテクノロジー」や「ワーク・ライフ・バランス」といった男女共同参画社会の実現にかかわるさまざまなテーマを取り上げてまいりましたが、今回は「介護」がテーマでございます。個人的なことで恐縮ですが、私どもの年代になりますと多くの人たちが親の介護という問題に現実的に直面しておりますし、他方ではそろそろ自分自身の老いについても真剣に考えなければならないという年代になっております。古くから仏教では生・老・病・死という四つを「四苦」と呼んでまいりましたが、老後というのはまさに、この四苦がすべて重なり合って現象するようなさまを呈するわけです。そこでは、自分自身の生き方が問われるとともに、四苦の中にある人たちとのかかわりというものが問われますし、個人と個人の関係だけではなく、社会制度、社会システムの中でのかかわりというものが問題となってまいります。

介護やケアといいますのはこのように複雑な問題を含んでおりますけれども、それではなぜ、これが倫

理学の問題になるかということでもあります。それは介護やケアが、実はこれまで私たちが当然として受け入れてきた人間の見方、人間観というものに大きく変更を迫るような問題をはらんでいるからだと言えます。倫理学といいますのは人間と人間の間にいてどのような規範が望ましいのかということを考える学問でありますけれども、これまでは基本的に、理性的に思考し自立的に判断できる人間、そういう人間同士の対等な関係というものを基盤としてきたわけであります。教育もまた、そのような人間の育成ということを目指してまいりました。少なくとも近代社会というのはこういう人間観を前提として組み立てられていると言ってよろしいかと思います。

しかしながら、理性的に思考し自立的に判断できる人間の間の関係というものを前提にいたしますと、介護やケアというのはある意味で、弱者に対する強者の関係、問題ということにならざるをえません。そこで、ケアというものを真剣に考える人々の中からは、そうした強者と弱者といった非対称的な人間関係の中のとらえ方では、ケアというものの持つ意義を本当に十分に理解することができないのではないか、という反省が生まれてきております。人間の理想像というものを、理性的に思考し、自立的に判断し、行為できる存在というところに置くのではなくて、むしろ人間は身体的にも精神的にもほんのちょっとしたきっかけで容易に傷ついてしまうものなので、そういう「傷つきやすさ」というものこそ人間の本質ととらえるべきではないのか。そうすることによって初めて、われわれは介護やケアというものを本当に人間らしい活動としてとらえることができるのではないかということでもあります。この二つの人間観というものは一見相容れないわけでありますので、この関係をどう理解するかというのは非常に難しい問題となりますけれども、少なくとも介護やケアというのは、自立と依存という二つの狭間に位置している問題であると言えるのではないかと思います。

本日は、上野千鶴子先生、笹谷春美先生、そして松本勝明先生をお迎えし、私たちだれもが体験する老いと介護の問題を考えるシンポジウムを開催することができました。お忙しい中、講演をお引き受けいただきました3人の先生方に、改めてお礼を申し上げます。本日のシンポジウムが私たちにとって、本当に切実な問題である介護やケアに対する理論と実践に大きな示唆を与えてくださることを期待して、私のご挨拶といたします。(拍手)

趣旨説明

(妙 木)

次に、このシンポジウムの開催趣旨についてご説明させていただきます。

皆様、改めまして、本日はご来場いただき誠にありがとうございます。本日皆様がお越しくださいますことを、心から楽しみにしておりました。それでは、このシンポジウムがどのような経緯で生まれたかについてご説明させていただきます。

文学研究科にあります応用倫理研究教育センターは、北海道大学における「ジェンダーに関する研究教育の推進」体制を構築してまいりました。このシンポジウムもその一環の行事でございます。この分野において、家事、育児、介護など、広義のケアに関する研究は重要な領域となっております。本日は、その中でも特に高齢者介護に焦点を当ててお話をさせていただきたいと思っています。なぜなら、老いというものは私たちだれもが体験する可能性があるものですし、一人一人の皆様にとって切実な問いとな

りうるからです。お元気な方も、男性も女性もいずれ、老いを迎えることになります。その意味において、安心してケアを受けることができる社会というのはどのような社会だろうか、ということを考えてみたいと思いました。また、ケアとは、受ける側だけではなくケアをする側の存在もあります。私たちはだれでも、大切な人の介護に直面する可能性があります。そのような場合にケアをする側にとっても安心してケアを行なうことができれば、という願いを込めて、本日のシンポジウムを企画させていただきました。このように、ケアをする側・される側にとっての話題を皆さんとともに考えたいと思います。

本シンポジウムの内容は、この会場の中だけにはとどまりません。このシンポジウムを通して、皆様お一人お一人が印象に残った事柄をぜひお持ち帰りくださって、周りの方とともに一緒に考えていただく機会になったらという、発展への願いも込めております。

さて、本日は上野先生、笹谷先生、松本先生にお越しいただいておりますが、まず上野先生の基調講演があり、そして笹谷先生のご講演、松本先生のご講演がございます。その後に休憩時間を15分間、取りたいと思っております。

本日の配布資料についても簡潔にご説明いたします。

皆様のお手元に、この資料がございますでしょうか。最初に、このシンポジウムのポスターがついております。その紙をめくっていただきますと、小さなサイズの質問用紙がついております。今日の講演を聴いてご質問のある方は、この紙にご記入いただきたいと思います。この質問用紙は、休憩時間中にスタッフが皆様のところをお訪ねして回収いたします。第2部の討論の際に先生方から、皆様のご質問に対してできる限りお答えを頂こうと考えております。15分という短い休憩時間ではありますが、その間にぜひ、ご質問をたくさんお寄せいただきますようお願いいたします。

また、その次の紙にアンケートが入っております。こちらはシンポジウムがすべて終わって皆様がお帰りになるときに、出口のところでスタッフが回収させていただきたいと思っております。今後の企画に役立てていきたいと思いますので、ぜひ皆様の貴重なご意見をいただけますようお願いいたします。

以上をもちまして、私からの趣旨説明とさせていただきます。

では、最初の講演者である上野千鶴子先生の紹介をさせていただきます。

上野千鶴子先生は、女性学、ジェンダー研究をご専門とされておられる、この分野のパイオニアです。現在、東京大学名誉教授、立命館大学特別招聘教授を務めておられます。近年は高齢者介護の問題を研究されており、特に最近は見取りの研究にも関心を寄せておられます。例えば、『老いる準備——介護することとされること』（学陽書房、2005年）、『おひとりさまの老後』（法研、2007年）という多数の著作があります。実は私は、大学院生のときに上野先生のもとで研究をしていましたので、上野先生の指導学生でございます。

本日は、「在宅ひとり死は可能か？」というテーマでお話をさせていただきます。

基調講演

在宅ひとり死は可能か？

上野千鶴子

立命館大学特別招聘教授

東京大学名誉教授

「在宅ひとり死は可能か？」—— 縁起でもないタイトルの話を聞いていただきますが、このコピーライト「©chizuko ueno」というのは、今のところ「在宅ひとり死」という言葉を使っているのは私だけです。で、「孤独死」と呼ばれたくないので自分で作りました。商標登録しようかと思っています（笑）。

これから皆様方に感動の写真を見ていただきたいと思います。日本人の死とはこういうものだったと、写真家の國森康弘さんが撮ったものです。畳の上で、家族に見守られて在宅で死んでいく姿です。この小さな子どもさんは、お孫さんではなくてひまごさんです。長寿社会ですから、やがてそこにまた新しい命が生まれる。日本人の死とはこういうものだった、という感動の写真集で、評判になりました（國森康弘『恋ちゃんはじめでの看取り』農山漁村文化協会、2012年）。これを見ていただくのはほかでもありません、「こんな死に方、望んでももうできません」ということをお伝えするためです。これができるのは、家族の支えがあってこそのことだからです。嫁の力がなければできないのが、家族の看取りというものでした。もうこんな時代は二度と来ない。懐かしんでもむだ。おひとりさまで老いて、やがて死んでいくのがこれからのわたしたちだ—— というので、「在宅ひとり死」という言葉を作りました。『おひとりさまの老後』（法研、2007年）という本を書いたら、おかげさまで売れました。それで、こういうところにも呼んでいただけるようになりました。「男性版はないのか？」というので、『男おひとりさま道』（法研、2009年）を書きました。こちらもそこそこ売れました。今、三作目を準備中ですが、タイトルが決まっております。『おひとりさまの最期』というのですが、それでおひとりさまシリーズ三部作が完結する予定です。

ここのところ都内で、「在宅ひとり死準備セミナー」という企画を3回ぐらいやりました。こんなテーマに人が集まるかと思ったら、500人の会場が満杯になりました。来たのはほとんど女性です。女性は、最後に残されるのは自分だと思っています。一方、男性は先に逃げ切れると思っておられるようですが、それもだんだん難しくなってきました。こういうシンポジウムをやった後の質疑応答では、本当にいろんな質問が出てまいります。「死ぬのはひとりで死ねるが、遺体の始末は一人ではできません。どうしましょう」というような質問が飛び交います。私が本当に驚いたのは、死をめぐる話題が、ちょっと前までは「縁起でもない」「めっそももない」と言われていたのに、そういうタブーが急速に解かれつつあることです。

去年私が出した『上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとりで家で死ねますか？』（朝日新聞出版、2013年）という新刊があります。在宅医療をやっておられるドクターと共著で、「がんの末期でも大丈夫ですか」「痛みのコントロールは家でできますか」「離れて住んでいる家族とはどんな関係を作っておけば



いいですか」「ほけても大丈夫ですか」「お金はいくらかかりますか」ということを、根掘り葉掘りお聞きいたしました。答は……知りたいですよ。お買い求めください。(笑) お金はいくらかかかるが、べらぼうにはかからないという事例がちゃんと載っております。

90年代あたりから死の臨床をめぐる常識がだんだん変わってまいりまして、病院死は本当に幸福なのか、という疑問を持つ人たちが出てきました。初期のころはまだ、「家で死ぬのはわがままですか」とか「やっぱり、家で死にたいんだ」という表現があったのが、やがて「病院で死ぬのはもったいない」とか「大往生したければ医者にかかわるな」という本が出てきました。最近でも「それでもわが家から逝きたい」と、「それでも」がつきます。このところ在宅看取りの関連書が次々出ていますが、主としてご家族向けで、「家族が在宅で看取るには」という本でした。ところがやがて、「ひとり世帯で、最期まで在宅でいられるだろうか」という本が登場し、私と小笠原さんのこうした共著も出てきたわけです。「ひとりで家で死ぬますか?」の「?」を、できれば取りたい。その話をさせていただこうと思います。

それというのも、単身世帯はいやも応もなく増えているからです。日本は完全に人口減少社会に入りました。子どもがこれ以上増える兆しはありません。性別・年齢階級別の有配偶率を見ますと、妻のいる男性が一番多いのは60代後半ですが、男性も長生きすれば死別が増えてきます。50代、60代で婚姻率が高くないのは、離別が増えているからです。30代、40代では非婚率が増えてきています。今、男性の20%、女性の10%が生涯非婚者です。この先、30代男性は非婚率が3人に1人になると言われております。女性のほうは有配偶率が最大になるのは男性より前倒しで40代後半ですが、それ以降低下していき、70代後半になれば死別率のほうが高くなります。ですから、「長生きすれば最期はひとり」ということが、いやも応もなくデータからも分かります。生涯非婚率はどんどん増えてまいりますし、単身者はありとあらゆる年齢で増えています。単身世帯もいやも応もなく増えています。離別率も増えていますから、既婚者だって「妻がいるから大丈夫、逃げ切れる」と思っている、捨てられることもあります(笑)。

みんながみんな結婚する時代、結婚が一生ものだった時代は、もはや終わりました。これからはひとり暮らし高齢者というのは大きな問題になる、と予測なさったのは社会学者の河合克義さんです。この方

表1 死の臨床に関する書籍リスト

- 1990 山崎章郎『病院で死ぬということ』主婦の友社 1990/ 文春文庫 1996
1994 川越厚『やすらかな死—癌との闘い・在宅の記録』日本基督教団出版局
1998 宮崎和加子『家で死ぬのはわがままですか—訪問看護師が20年実践した介護の現場から』主婦の友社 1998/ちくま文庫 2002
2001 玉地任子『在宅死—豊かな生命の選択』講談社
2004 川越厚『在宅ホスピス・緩和ケア—演習形式で学ぶケアの指針』メヂカルフレンド社
2005 川越厚・川越博美『家で看取るということ』講談社
2005 川越厚・柳田邦男編『家で生きることの意味—在宅ホスピスを選択した人・支えた人』青海社
2005 川人明『自宅で死にたい—老人往診3万回の医師が見つめる命』祥伝社
2008 網野皓之『やっぱり、家で死にたいんだ—都市の在宅医療12年』日本評論社
2010 網野皓之『在宅死のすすめ—生と死について考える14章』幻冬舎
2010 中村伸一『自宅で大往生—「ええ人生やった」と言うために』中公新書
2012 山崎章郎・二ノ坂保喜『病院で死ぬのはもったいない—〈いのち〉を受けとめる新しい町へ』春秋社
2012 山崎章郎『家で死ぬということ』海竜社
2012 中野一司『在宅医療が日本を変える—キュアからケアへのパラダイムチェンジ』ナカノ会
2012 沖藤典子『それでもわが家から逝きたい—在宅介護の現場より』岩波書店
2012 川越厚『がん患者の在宅ホスピスケア』医学書院
2012 佐々木淳『家族のための在宅医療実践ガイドブック』幻冬舎
2013 高瀬義昌『自宅で安らかな最期を迎える方法—本人も家族も満たされる在宅平穏死』WAVE出版
2013 大頭信義編著『「在宅ホスピス」という選択—家族に看取られて』現代書館
2013 長尾和宏『「平穏死」という親孝行—親を幸せに看取るために子どもがすべき27のこと』泰文社
2013 長尾和宏・土村悦子『家族が選んだ「平穏死」—看取った家族だけが知っている本当の「幸せな逝き方」』祥伝社文庫
2013 松永安優美『在宅死の心がまえ—幸せな最期を迎えるために』ポプラ社
2013 中澤まゆみ『おひとりさまでも最期まで在宅で—平穏に生きて死ぬための医療と在宅ケア』築地書館
2013 上野千鶴子・小笠原文雄『上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか?』朝日新聞出版

が恐ろしい調査をしておられます。高齢者対象に「子どもさん、生きてますか」と聞いて、「生きている子どもがいる」と答えた人が、何と5割を切っているのです。理由は何か。子どもを2人までしか生んでいないからです。この超高齢社会で自分が80代、90代になると子どもも高齢者になります。すると、子どもに先立たれることもあります。「高齢逆縁」と申しますが、自分が長生きしたら、頼りにしていたはずの子どもに先立たれることすらあるという事態が発生しています。

では、おひとりさまは孤立しているのでしょうか。孤立を何で計るかという、決まった尺度がありません。河合先生はご自分で尺度を作られました。すなわち、「あなたは正月三が日を一人で過ごしましたか」というものです。イヤな質問ですよ、答えたくないです。(笑)ところがこれに、何と前期高齢者の男性10人に6人が「イエス」と答えています。女性の割合は激減します。やっぱり男性の孤立度が高く、しかも後期高齢者より前期高齢者が高いというのは、この世代で離別と非婚率が高くなっているからです。ということを考えると、おひとりさまの老後は実はあまり明るくありません。その中でどんなふう生きていけばいいかということなのですが、こういうのを「無縁社会」と呼ぶ人たちもいます。これまで高齢おひとりさまが孤立と貧困の状態に陥っていったのは、これだけの超高齢化を想定外とし、予期せぬ長い長い老後を家族頼みだけで迎えてきたツケが来ているのではないのでしょうか。だとしたら、家族頼みではない老後をいかに設計するか、ということが問われていると思います。

人口高齢化の波は、地方ではもはや山を越したと言われています。これからは大都市圏の高齢化が非常に大きな問題になってきます。首都圏では高齢化の天津波が来る、と言われています。そういう中で政府の医療・福祉政策はどういう方向を目指しているかということ、もはや病床を増やすつもりはありません

ん。入院期間も短縮して、できるだけ高度医療と慢性期医療を切り分けようとしています。また、療養型病床はやめようということになってきています。全体として医療が在宅誘導になってきているだけでなく、介護老人施設もコストがかかるからこれ以上は作らないように抑制しています。在宅だけでなく、民営のサービス付き高齢者住宅とか、有料老人ホームに誘導しています。介護保険制度は重度の要介護者を中心にして、要支援を給付対象から外すなど、私たちにとって大変困った方向に向かっていきます。こういうことで、危機感が高まっています。すなわち、高齢者の受け皿がなくなって、病院にも行けない、施設にも行けない介護難民が生まれます。また、「死に場所難民」が生まれると言われております。ですが、病院と施設だけが死に場所でしょうか。日本人の死に場所は現在、病院死が8割、在宅が14%、施設死が徐々に増えて6%と言われております。日本人は以前、畳の上で死んでおりました。在宅死と病院死が逆転したのは1976年のことで、そんなに古いことではありません。だとしたら、昔に戻るわけではありませんけれども、もともと自分の持ち家に住んでいるわけですから、そこで老いて、介護を受けて死んでいければ、それでよいはずです。

こんな人口減少社会に、これからわざわざ新しく施設や住宅を作る必要はもうありません。あるものを使えばいいのです。地域で家が空き家になっていく時代です。そうした住宅に外付けの介護と医療サービスがあればいいのです。そして、最期までその家で暮らすことができればいい。「暮らす」というのは、口から食べて、お尻から出して、最後まで清潔を保つということ、すなわち食事・排せつ・入浴の「三大介護」の3点セットを持ちこたえることができさえすればいい。これがこれまで家族頼みだったのですけれども、家族以外の介護力があれば何とかなることです。それで、私は、こういうおひとりさまの在宅死を実践していらっしゃる方たちを訪ねて調査研究をやっています。その方たちが口をそろえておっしゃる「在宅死の条件」が幾つかあります。

一つめは、本人の強い意思があること。

二つめは、介護力のある同居家族がいること。同居家族が同居に同意してくれること。愛があるだけではなくて、介護力があることです。

三つめに、地域に利用可能な医療・介護資源があること。

そして最後に、プラスアルファの経済力があること。なぜならば、日本の介護保険というのはもともと絶対量が足りないように作ってあるからです。同居している家族の介護負担を軽減するという政策意図のもとに設計され、そのとおりの政策効果を上げたと言われています。ですから、もともと絶対的に足りない分を自己負担で補うための、プラスアルファの経済力があることが条件というわけです。

そういう話をお聞きいたしますと、在宅死というのは家族持ちでないとできないのか、経済力がないと無理なのかということになり、私のようなおひとりさまは施設か病院に行くしかないのか、と思います。だけど、ちょっと待てよと。ひとり死を孤独死と呼ぶなくてもいい。孤独死というのはもともと孤立した生の結果ですから、周囲の人々に支えられて、在宅でひとり暮らしをしながら死んでいけるのであれば、それを「在宅ひとり死」と呼べばいい、孤独死とひとり死は区別しようと提案しました。それは決して不可能ではありません。

これまで在宅介護は、無条件に家族介護を意味していました。しかし、在宅介護と家族介護を区別しましょう。在宅介護から家族介護を引き算したら、一体どうなるか。家族を引き算しても成り立つだろうかと考えてみましょう。現場から「できる」というお答えを得てまいりました。以下の3点セットがあれば、单身でも在宅で死んでいける、という答えです。

まず第一に、24 時間対応の巡回訪問介護があることです。定時巡回随時対応型の短時間訪問介護が今、ようやくシステム化されつつあります。1 日何回か来ていただければいい。病院だって 24 時間看護師さんがはべってくださるわけでもなく、施設だって 24 時間職員さんがついてくださるわけではありません。何時間かごとに来ていただくだけです。私はヘルパー同行で夜間訪問介護を取材いたしましたが、15 分あればおむつを替えて、退去できます。そんなに時間はかかりません。看護師さんだって、病室へ来て 15 分もいてくださるわけではない。介護力があれば、最期の最期、死の前日までご自宅のおふろにお入れして、翌日看取るという実践をやっておられるところがあります。それに 24 時間対応の訪問医療と訪問看護を加えた 3 点セット、この多職種連携があればいいのです。

ですが、在宅死をできなくさせている“抵抗勢力”があります。抵抗勢力の第一は、家族です。同居家族から「家から出ていってくれ」と言われる。死にかけの年寄りを家に置いておけないというので、家族が救急車を呼んでしまう。ですから、家族がいない家に一人で住んでいれば、そもそも出ていってくれと言う者がおらず、そこにいてもよいかという許可を得る相手もないわけです。つまりは、もともと一人で暮らしていれば、だれからも出ていけと言われずにすみません。

抵抗勢力の第二は、病院しか知らない医療関係者が「こんな重篤な患者を家に戻せない。ましてや、だれもない家に戻せない」とおっしゃる。そういう人たちに対して、私の本の共著者、小笠原ドクターのような方は「いいえ、私どもがお引き受けしますから、安心して戻してください」という実践をやっておられます。

そして阻害条件のその 1 は、北海道もそうかもしれませんが、施設を作り過ぎたことです。地方では待機高齢者数は相対的に減ってきて、施設入居のハードルが下がりました。ご家族が施設入居の待機リストに申請すると、割合と早い時期に順番が来てしまっ、一人で家で持ちこたえようというお年寄りが地域に増えません。増えないからニーズが生まれない。ニーズが生まれないからサプライが生まれない。サプライが生まれないからニーズが生まれない——というデフレスパイラルが起きます。その結果、選択肢がなくなるということがあります。

阻害条件のその 2、最後はプラスアルファのお金ですが、本当にお金はないのかというと、実はあることが分かっています。日本の高齢者の持ち家率は非常に高く、資産を形成しています。だから、ストックを持っているわけです。自分の住宅があるのに、わざわざ家賃を払って介護老人施設やサービス付き高齢者住宅などに移る必要はありません。住まいを変えれば賃料を支払わなければなりません。

もう一つは、年金です。これまで自営業者の方のなかには、低年金や無年金の人がいましたけれども、これから先の高齢者は雇用者比率が高いので厚生年金受給者が多く、そこそこの年金を持っています。フローはある。ストックもないわけではない。ストックというのはフローを資産化したものですから、ストックに手をつけて再フロー化する——こういうのをリバースモーゲージ（逆担保融資）と言います——ことさえできればよいのです。ですからこれから高齢期に入っていく「団塊の世代」は、経済資源がないわけではありません。にもかかわらず、現状を見ていると、フローもストックも家族が管理していて、使わない、使わせない。自分名義の家ですら、家族が同居しているばかりに家から出ていってくれと言われることになる。となると、おひとりさまのほうがずっとよかったと思えてきます。

団塊世代はこれから高齢者のボリュームゾーンになっていくわけですが、この世代には次のような特徴があります。婚姻率がほぼ 98% と高く、かつ婚姻の安定性が高い。雇用者比率が高いので、厚生年金の受給者が多い。持ち家率が高く、65 歳以上では 85%。子育てが終了している。それに加えて、エコ

ノミストの方に教えていただいたのですが、団塊世代は生命保険加入率が高いそうです。それで、夫が死ぬと妻に一時金がつまり入る、とか（笑）。ですから、この世代は経済力がないわけではない。ただ、不安定要因としては、離別・死別の可能性、それから、子どもの将来に不安がある場合にはそれがリスク要因になってきます。それより若い世代だと非正規雇用者が増えてくる可能性があります。ストック形成をしなかった高齢者は住宅弱者になり、持ち家がない場合には負担が重くなります。

そういう中で実践現場をお訪ねしてまいりました。

先ほどの小笠原ドクターは岐阜市在住です。90代、認知症の入ったおばあちゃまが、「わしゃ、ここを動かん。死ぬまでここにいる」といって、あばら屋ですが持ち家に住んでおられます。ヘルパーさん、ドクター、ナースといて、上野が往診同行取材をやらせていただいています。ドクターから「上野さんとお訪ねしたおばあちゃまは、ご本人のご希望どおり、在宅で私たちがお送りしましたよ」というお話を聞きました。

このドクターは、お年寄りの貯金の額を聞き出す名人でいらっしゃいます（笑）。貯蓄の額というのは子どもにも教えたくないものなのですが、

「ばあちゃん、金持とんのやろ。何ぼぐらいや、言うてみ。100万ぐらいか」

「そんなもんやあらへんで」

とおっしゃって、300万円お持ちでした。

小笠原ドクターから「上野さん、あのおばあちゃんは、私たちがちゃんとご自宅でお見送りしましたよ」とお聞きしたときの私の最初の質問は、「先生、おばあちゃんのお金に手をつけられましたか」。ほんと身もふたもない社会学者なのですが、先生は「はい、手をつけました。でも、半分残りました」とおっしゃいました。最末期、家政婦さんに泊まりに入っていて1カ月50万円、3カ月で150万円。おばあちゃまのお金を半分使ってお見送りをした、ということをおっしゃいました。たった一人の相続権者の甥御さんが「使ってよいと許可された」とおっしゃったので、びっくりしました。自分の金でもないのに許可するのか、と思ったからです。そのぐらい、日本では家族の権利が強いのです。

こういう現場をいろいろお訪ねしました。これが、東京都杉並区の立派な1戸建ちにひとり暮らしのがんな患者さんです。若きプライマリ・ケアのリーダー、松村ドクターが、ご本人が「在宅で」とおっしゃっているのを支えておられます。息子さんは栃木におられますが、3カ月に1度しかいらっしゃいません。

これがホームホスピスのパイオニア、山崎章郎ドクターの「ケアタウン小平」です。私と同年の末期がんな患者さんをお訪ねして、後でご報告を受けました。「上野さん、お会いしたあの方、あれから1週間後に亡くなりました」と。これは、お亡くなりになる1週間前の写真です。ご本人の許しを得て撮らせていただきました。独居の男性です。

これは「バリアン」の川越ドクター、パイオニア中のパイオニアです。東京都墨田区は経済階層が低く、生活保護の受給率も高いところですが、ここで「在宅ひとり死」ができれば日本中でできないところはないとおっしゃっています。四畳半の木賃アパート、おふろもないところに男性独居、生保受給、がん末期という患者さんが、「わしは、ここを動かん」というところをお訪ねしてまいりました。ちゃんと支えておられます。

これは山梨県の山間急傾斜地の限界集落、最後に5世帯残ったうちの1人、90代のひとり暮らし。頼りにしていた60代の娘さんに先立たれた高齢逆縁のケースです。足が不自由で、買い物弱者です。近所の方が買い物をお手伝いするだけ。日本の家屋はバリアだらけですけれども、いざって歩いて、お

ふろもトイレも食事も、何もかも一人でやっておられます。そういう方をちゃんと支えるドクターのチームができています。

もしかして大都市のどまん中ではかえって医療・介護過疎地かもしれないと思ったら、新宿の都庁の真下で、退院移行専門のビジネスモデルを作った「ヒロクリニック」があります。外来もなく、往診専門の医療モデルです。独居の90代の男性を支えています。

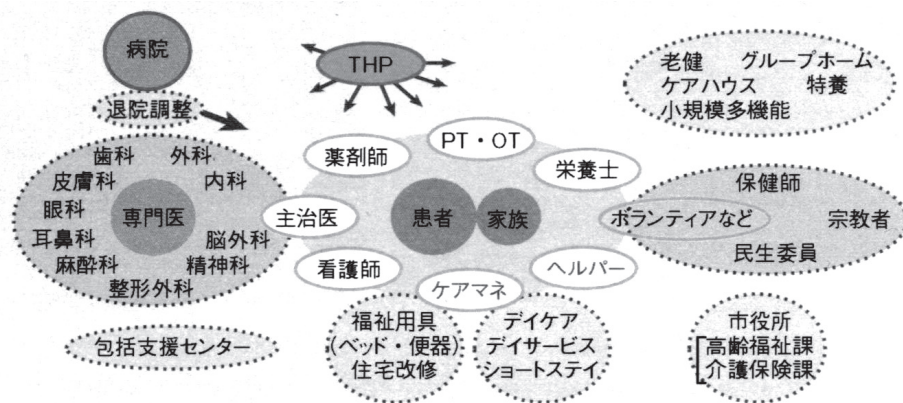
こういう在宅看取りを事業にしまった人がいます。これが有名なホームホスピス宮崎「かあさんの家」です。ここは初期投資は非常に少ないです。地域で空いた民家を借り上げて、それを地域相場の家賃で部屋貸して、ホームヘルプを外からつけて、夜間見守りをつけて、1カ月15万円で看取りまでやってくださいます。これをやっておられる方が市原美穂さんです。看取りに頼りになるのは医者より看護師というので、宮崎地域で種をまいて、訪問看護ステーションを育ててこられました。私がお訪ねしたときには訪看ステーションが22あって、カバーするエリアをマッピングすると、宮崎市内全域が入る。「宮崎市内であれば、どこにお住まいでも、在宅で安心して死んでいただけます」という心強い言葉を聞いてまいりました。ですから、私のように係累のない者、土地に縛られない者でしたら、「死ぬなら宮崎で」と引っ越せばよいのです。実際にやってしまった方がおられます。横浜市在住の70代、末期がんで余命3カ月の宣告を受けた男性が「市原さん、あんたとこで死なせてくれ」といって、ここに引っ越してこられました。余命3カ月だったのが、機嫌よく過ごされて、何とここで1年半過ごして亡くなられました。このような実践をやっておられる方たちが生まれてきています。

在宅看取りというのは、何よりもご本人の満足度が高く、ご家族の満足度も高い。離れて暮らしておられるご家族も安心しておられます。ただし、事業をやっている方たちは声をそろえて「看取りは家族の役目」とおっしゃいます。今のお年寄り、家族をいったん作った方が多いので、遠くに離れている子どもさんがいらっやいます。ずっと巡回しているうちにそろそろかなと思ったら、遠くに離れているご家族に「喪服を持ってお越しください」とお声かけをする。駆けつけて2晩、3晩、親のもとで添い寝をして見送ると、ご家族に心から感謝される ― というのです。私はこういうときも食いがたまって、「それはそうでしょう、2泊3日で済めば感謝されますでしょう。でも、当てが外れて(笑)、そろそろが長引いたらどうなさいますか」と聞いたら、プロってすごいものです、複数の方のお答えがほぼ一致しました。そろそろかなと思って、はずれても「マックス2週間」とおっしゃいました。2週間ぐらい親元に一緒にいてもバチも当たらないでしょう。こういう在宅死では、終末期の「スパゲティ症候群」も経験せずに済みます。そのとき、介護保険だけでは足りないところをあと一息、自分のお金を使ったらこれだけのサービスが受けられるのに、というときに自己負担していただいて、最末期の生活のQOLを向上していただければいいのです。

以上のような在宅誘導を厚労省もやってきて、在宅医療に医療保険の点数を手厚く配分するようになってきています。

これが厚労省のホームページにある「地域包括ケアシステム」です。ここで住宅が出てきますが、問題なのは、同居家族がいるばかりに「家から出ていってくれ」と言われることです。ですから、だれからも「出ていけ」と言われないおひとりさまの在宅を確保しておきさえすれば、外付けのサービスで多職種連携して支えてもらえます。これを実践現場でやっているのが小笠原医院で、これがそのサポートシステムです。その際のキーパーソンである「トータルヘルスプランナー」を小笠原ドクターは育成しようとしておられます。介護にはケアマネージャーがいますが、末期まで看取ろうと思ったら、医療と介護の両方に

図1 トータルヘルスプランナーとケアマネジメントのイメージ



出典：小笠原文雄氏提供。Medical Tribune、2011 年 12 月 29 日。

目配りのできるマネージャーが必要だということで、トータルヘルスプランナーを育成するカリキュラムを名古屋大学と共同で開発して、人材育成に努めておられます（図1）。

これは東京・千住地域の柳原病院が作り上げた多職種連携のモデルです。もともと病院から始まったところに、リハ、老健、薬局、ホームヘルプ、デイサービスなどの事業所を次々に追加し、いわば独自に地域包括ケアに当たるようなシステムを作っていたケースです。というより、民間がこうやって作り上げてきた自前のモデルに追随し、それを後から政策化していったのが厚労省の地域包括ケアだということがよく分かります。こういう多職種連会をモデル化すると、ここに医療と看護を入れて、トータルヘルスプランニングというものができます。私などはここにもう一つ、命と健康だけではなく、お金の管理、かつ死後や葬式も含めたトータル・ライフ・マネジメントのようなシステムが潜在的に必要なではないかと思っておりましたら、首都圏ではNPOなどがその受け皿になるようになってきました。

こういう調査研究をやってきてよく分かるのは、在宅ひとり死は現在、地域によっては可能です。それにはどういう条件があるかという、ケアマネさんや訪問ナース、そしてドクターといった人が、カリスマ的な能力を持って自分の役割を踏み越えた特別なコミットメントをするときにだけ可能だということです。ですから、例外的な事例なのです。在宅ひとり死のハードルは、ご家族がいらっしゃる場合よりもやはり高いです。そこで、そういう特別な能力や意欲を持った人たちのコミットメントがなくても、だれにでも手が届くようなシステムが作れたらいいと思います。なぜかといえば、システムを作るということは、特別の能力や資源のない人にもハードルが越せるようになるということです。ただし、ただではできない。そのコストをだれが負担するかという問題があります。

安心して在宅ひとり死できるようになるために、介護保険を何とか使い回して、よくしていきたいと思っています。今の介護保険は同居家族の介護力があることが前提になっており、それ（家族介護）を軽減することが介護保険の政策意図だと指摘しました。介護保険は単身世帯を前提には作られていません。けれども、介護保険ができてからこの十数年の間に世帯構成が非常に大きく変わりました。そこで介護保険を、家族がいようがいまいが、同居していようがいまいが、ひとりで老いてひとりで死んでいけるという「おひとりさま」仕様に変えてほしいと思うのです。最末期の集中ケアを可能にすれば在宅で死んでいただけます。介護保険は今でも、混合診療と同じように自己負担が使えます。そのとき、支払い能力ある人には払ってもらおうではないか。今は払えないが死後清算ができる人にはそうしてもらおうではない

か。それでもどうしても先立つものがない人には公的な助成をしてはどうだろう。短期集中高額ケア費用の、負担能力に応じた減免制度を作っても、医療・介護全体の総費用の抑制ができると私は読んでいます。ですから、そういう方向に政策誘導してもらえればいいのですけれども、今の政治はどうなっているかというと、ない袖は振れないというわけです。そこで、国民負担率を上げようと、私たちは涙をのんで消費税増税に同意しました。消費税は社会保障目的で使うという約束のはずが、現政権は当初は建設国債の償還に充てると言いました。最近では法人税減税と相殺されそうな勢いです。というわけで、私たちが求めている方向とは全く逆、しかも介護保険をより使いにくくしていく方向に動いているようで、大変困ったことです。そういう政治状況も含めて、どういう政策や制度が望ましいか、後で皆さん方と議論できればと思います。

最後に一つだけ、エピソードを話して終わりたいと思います。

在宅ひとり死の条件は「強い意思」と、どのドクターもおっしゃいました。私はつい最近、自分と同年のおひとりさまの友人を末期がんで見送りました。人持ちでしたので女友達が入れ替わり立ち替わり泊まり込んで、彼女を在宅で支えました。周りが「ホスピスを準備していつでも入れるようにしてあるから、あなたさえ『うん』と言ってくれたら、ホスピスに移ろうよね」というのを、ご本人はのりくりにかわしながら、家に居続けました。「もう限界かな」といって重い腰を持ち上げて、ホスピスに行ったら2日で亡くなりました。その報告を私は友人から受けましたが、その友人が「たった2日だったのよ。これだったらもっと早く決断してくれたらよかったのに」と言うのを聞いたときの私の最初の感想は、こうでした。「ああそう。たった2日だったら、あと2日、のりくりにしていたらよかったんじゃない？」

在宅死に決断は要りません。「ぐずぐず、だましまし、最期まで家にいよう」——これが上野の希望でございます。これが可能な条件の整備と制度の設計を考えていければと思っております。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(妙 木)

では次に、笹谷春美先生のご講演に移りたいと思います。

笹谷春美先生は、家族社会学、ジェンダー論、高齢者ケア論のご専門です。1980年から2013年3月まで北海道教育大学札幌校に勤務され、現在は北海道教育大学名誉教授、北海道立女性プラザ館長を務めておられます。著書に『フィンランドの高齢者ケア——介護者支援・人材育成の理念とスキル』（明石書店、2013年）、『北海道社会とジェンダー』（札幌女性問題研究会編、明石書店、2013年「第7章 北海道の高齢者介護」）などがあります。

本日は、北海道の特殊性に焦点を当てた「地域で支える高齢者ケア——北海道的特色はあるか」というタイトルでご講演いただきます。

講演

地域で支える高齢者ケア — 北海道の特色はあるか —

笹谷春美

北海道教育大学名誉教授

北海道立女性プラザ館長

私に与えられたテーマは、高齢者ケアについて北海道の特色はあるか、ということです。私は道産子でして、函館で生まれ、18歳から札幌に来て、ほかの土地で暮らしたことはありません。今日は、北海道で社会学者をやってきて、道内各地域の人々の暮らしを見たり、特に高齢者の方々にお会いしていろいろな調査にかかわり、そこで得られた知見なども参考にしながら、北海道における高齢者ケアの特色はあるかという非常に難しいテーマについて、問題提起をさせていただきたいと思います。先ほど上野さんから、全国の極めて先進的な、素晴らしい、あるいはすてきな死に方をお示ししていただいたのですが、その辺が北海道ではどうなのかということも含めてのお話になるかと思います。

確かに、死ぬときは誰でもひとりですが、どういう死に方ができるか、あるいはその前に、終の住みかでどういう住み方ができるかというのはやはり、地域の特性に規定されるところがあると思います。私たちは空中を飛んでいるわけではなくて、地域のさまざまな歴史、社会経済的な状況、文化的な特性の中で生きているわけです。したがって、そういった「地域性」を重視するというのは、これからとても重要になると思っています。こんにちでは、21世紀の高齢社会の理想として、介護が必要になっても住み慣れたわが家、住み慣れた地域で、なじみの関係の中で暮らし続けることと言われております。また、認知症になってまちの中を徘徊しても、みんなが気づいてくれて事故がないよう見守ってくれるような、安心できる地域、まちに住みたいということが言われております。ですから、私は、これからのケアの母体は個別家族というより、「地域」だと思っています。政策的にも、地域が一体となって、生活支援、医療、介護そして予防も含めた地域包括ケアシステムを作る方向に向かっていますので、「地域」「地域性」ということを改めて考えていきたいと思うわけです。もちろん、ユニバーサルなサービスやシステム、つまり介護保険とか医療保険がある程度の基準で備わっており、必要に応じてどこでも同じようなサービスが受けられるという側面は絶対に必要であり、それをもっと充足する必要があると思いますが、それをベースに、さらに地域の特性に合った、地域に住む高齢者のニーズに寄り添った対策を考える必要があると思います。

それでは、北海道はどのような特性があるのか、まず人口学的なデータで押さえておきましょう。第1の特徴は、北海道は少子・高齢先進地域であるということです。今後もそのスピードは、全国レベルに比べて早まると予測されます。実は北海道は、少子化がものすごく早くから進んでおります。それに伴って、家族構成も変化しました。子どものいる世帯の減少や三世帯同居の急減、その中で高齢者夫婦、高齢単身者が急増するという、全国を先取りするような傾向を示しています。まさに、シンプルな小家族化が



極限まで進行しています。このことが高齢者世帯の日常生活やケアに多大な影響を与えているということは否めません。この動向は1980年あたりからマスコミ等でも指摘されてきましたが、対応が十分だったかという、そうとは言えません。「では、どうする?」「今でしょ」という状況だと思います。(笑)

ここで、資料を見ていきたいと思います。

北海道の高齢化率は、95年に全国とは逆転して以来全国平均を急速に上回ることが想定されています。中でも75歳以上の後期高齢者の割合の高まりが特徴的です(図1)。北海道の中を見ると、また地域格差があります。夕張市は高齢化率が46%で、全国の市町村レベルで言うと、全国一です。そして、道内では高齢化率40%以上は179市町村のうち13の市町村、高齢化率30%以上が179市町村のうち116市町村で、65%です。

このたび大変驚いたのですが、北海道はかなり以前から全国に先駆けて少子化が進んできました(図2)。合計特殊出生率は、丙午の年でぐっと下がって、その次の昭和42年(1967年)から全国よりも一貫して下がっております。もうこの差は縮まらないようです。その結果、合計特殊出生率は、平成10年に全国最下位になったのですが、その後も一貫して下から2位から3位をキープしています。今は全国47都道府県中45番目です。それに伴って、児童のいる世帯の割合が北海道は20.8%で、全国46位です。また、児童のいる世帯の平均児童数は1.64人で、最下位東京の1.61人に次いで、全国で2番目の少なさです。

それから、三世代家族ですが、北海道は1985年では10.1%で低いほうから全国1位となりました。全国的にも三世代家族の割合は急減していますが、北海道はかなり以前から下位から3番以内に入っており、全国に先駆けています。

高齢者世帯の状況はどうでしょう。夫婦世帯の割合も単身世帯の割合も北海道は全国平均よりも高いのですが、北海道の中で見た場合、今から6年後の2020年には、夫婦世帯と単身世帯の割合が逆転し、単身の方が多くなります。これからは、夫婦世帯でずっと生活してきながら、どちらかが亡くなっても単身で生き、子どもとの同居にはつながらないということです。それで、結局、単身化がスピードアップしていくということになります。つまり、上野さんが言う「在宅ひとり死」は、北海道こそ現実的な課

図1 全道の高齢化の推移と推計（全国との比較）

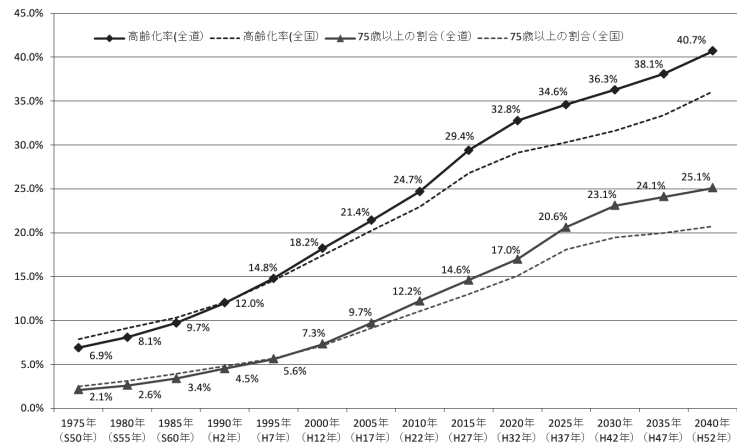


図2 北海道の出生数と合計特殊出生率の推移（全国との比較）

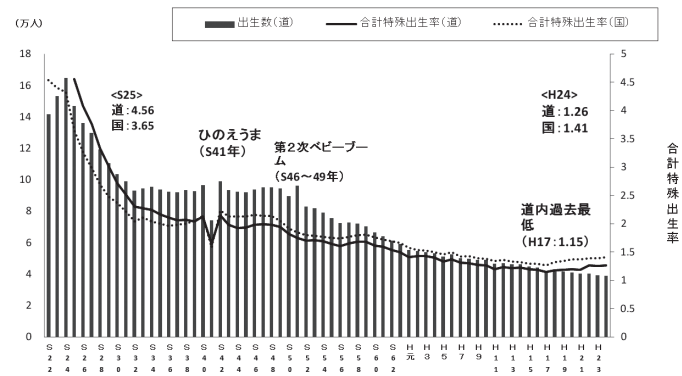


図3 単身高齢世帯の数と男女比率（全国との比較）

	北海道	率	全国	率
単身高齢世帯	261,553	100.0%	4,790,768	100.0%
男性	66,166	25.3%	1,385,742	28.9%
女性	195,387	74.7%	3,405,026	71.1%

図1～3の資料：北海道保健福祉部より

題です。ただし、「在宅で」ということが可能かどうかは後で述べたいと思います。単身者が増えますが、全国レベルよりも女性の割合が多いことが特徴です（図3）。高齢単身女性は経済的な問題がありますし、高齢単身男性は孤立化の問題があり、ジェンダー差があるということも付け加えておきたいと思います。

なぜ、こんなにも早く小家族化していったのか、そして高齢者のみの世帯が増えていったのか——。その背景には、北海道が今まで置かれてきた歴史的、政治的、経済的、文化的な要因があります。まずは、内地で食いつぶぐれて北海道に移住してきた人たちというのは、本州の母村から切り離され、厳しい自然の中に置かれて、本州のような「家」的共同体ネットワークを作るまでには至らなかったということがあると思うのです。このような厳しい生産と生活の状況は戦後も続き、高度成長期においては炭鉱、農業、林業といった北海道の地場産業がスクラップ化され、若年労働力がどんどん流出していきました。

このことは反面、伝統的な価値にこだわらない新しい気風といいいましょくか、家とか結婚に関する古い価値観を持たない人たちが多く、血縁にとらわれずに新たな共同体的な関係を構築せざるをえないというところがあったと思います。

このように、北海道の高齢者は家族・親族、特に子どもにケアを頼ることが困難なことが明らかになりました。それは実際にどのように現れているのでしょうか。そこで、私も関係して北海道福祉協議会が全道で初めて行ないました「老老介護実態調査(2014年)」の結果から申し上げます。

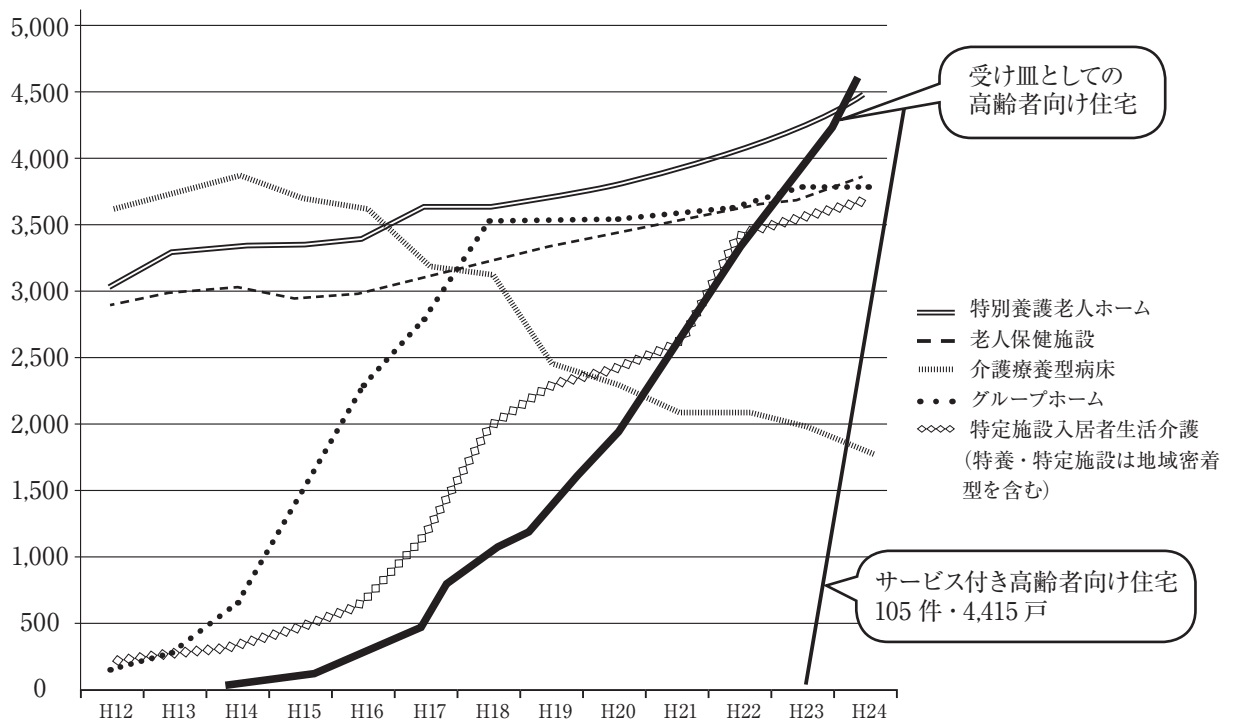
「老老」ですから65歳以上の介護者が65歳以上の要介護者をケアしているという世帯の調査ですが、複合的なリスクを抱えている方が多くいました。すなわち――年金が少ない。そのために、介護サービスを抑制する。在宅介護には適さない住宅に住んでいる。また、この調査では、認知症の診断を受けている方と、診断を受けていないけれども症状がある方が49%もいました。老老介護調査ということでしたが、実際には75歳以上の方が75歳以上の方を介護しているいわば後期高齢者間の「超老老介護」が主要な関係でした。当然、「認認介護」、つまり認知症の方が認知症の方を介護するということもあって、大変な状況です。昔あった地縁関係が薄くなり、みんな高齢化して町内会も成り立たないというところに住んで、孤立化している方も多くいました。また、強い夫婦間規範といいいましょくか、子どもたちには頼らないし頼れない、夫婦でいる間はどちらかが介護し、1人になっても子どものところには行かないで頑張るという方が多いのです。それから、男性介護者がけっこう多いということもわかりました。

事例を一つ挙げます。80代の夫婦でご主人の認知症がかなり進み、そのせいで奥さんの生活が昼夜逆転する。ご主人が排泄物をあちこちにまき散らすし、寝ていられない。体重が半減してしまって、いよいよ「お父さんと一緒に死ぬしかない」となる。その段階で、遠く離れている息子さんに電話して、それで地域包括支援センターにつながってケアマネージャーさんが来てくれて、特養に入れたというケースがありました。その方のお話を聞くと、「そのときは、私がやるしかないと思いました。だれかに助けを求めるとか、専門的な方に聞いてもらうということは全く考えなかった」とおっしゃっていました。このようなケースがけっこうあるような気がします。そういうことから言いますと、今困難を抱えている家族介護者への支援の制度化というのは、喫緊の課題だと思います。特に北海道はそうです。介護力の弱い人たちが多く孤立しがちです。

さらに、在宅ひとり死に至る前の「在宅ひとり暮らし」は可能かという、かなり困難なことだと思います。今は冬ですのですごい雪の中で暮らしているという現実があり特に考えてしまうのですが、限界集落や、高齢化率が高い町村での冬場のひとり暮らしは、とても困難なことです。確かに医療過疎などの問題もありますけれども、「老老除雪」といわれるように、除雪ボランティアも高齢化しています。屋根の雪下ろしをしているうちに屋根から誤って滑り落ちて、死んだりけがをしたりする高齢者が多いことも、テレビなどでよく報道されます。

「越冬入院」という言葉もあります。これは入浴サービスをやっている介護事業者の方から聞いたのですが、雪のために家まで入浴車が入れず、冬だけ入院してしまうということがけっこうあるそうです。また、冬場は大変なので、冬季のみ都市部の子どものところに同居するという、いわば「冬季限定呼び寄せ」というものもあります。暖かくなったら田舎の自分の家に戻りたい、ということです。それから、「冬期集住」という言葉もあります。ひとり暮らしの人たちを冬期間だけ空いている住宅に集めて、一緒に暮らしてもらうということです。これはNPOや自治体がやっています。このように、北海道の場合、季節によってはひとり暮らしが難しい側面があります。

図4 札幌市における施設系サービスの推移 (NPO シーズネット奥田龍人氏作成)



介護保険三施設の総計 9,571 人 (平成 12 年) → 10,148 人 (平成 24 年) = 577 人増加。
この間、高齢者人口は 16 万人増加。

次に、「在宅死」のデータを見てみましょう。これは警察のデータですが、65 歳以上の自宅死は 2011 年で 8.7% です。全国平均は 12.5% ですから極めて少ない。これは、子どもとの同居率と相関しているといわれています。確かに先ほど述べたように、子どもとの同居率は北海道の場合は全国 46 番目の低さです。

これは、病院や施設での死が他の都道府県に比べ多いということの反映です。

在宅ひとり暮らし、あるいは「在宅ひとり死」は北海道の現状ではなかなか難しいことがわかりました。それでは終の住処をどこに求めるのでしょうか。その場合、経済的な格差や地域格差の問題があります。そこで、NPO 法人のシーズネットと同じく「あんしん住まいサッポロ」にお話を聞きました。すると、都市部で「札幌モデル」と言ってもいいかもしれない住み方が増えている、ということです。特養とか老健は新しく建設する枠が制限されていて、それほど増えません。そして、介護療養型病床も削減されます。そうした介護保険サービス施設が減り、一方で在宅ひとり暮らしも難しい方々がどんどん増えている中で、厚労省が新しく制度化した「サービス付き高齢者向け住宅」がぐんと増えております。それから、グループホームです。結局、介護保険施設ではない、民間が主となる高齢者対応の住宅が急速に増えています (図 4)。

何しろ、いわゆる「サ高住」というサービス付き高齢者住宅の建設は今、都道府県別では大阪が 1 位で、北海道は 2 位ということです。政令指定都市では札幌が第 1 位ということです。これは地価が安いということもあるのでしょうけれども、需要があるということでどんどん建っていて、すでに飽和状態かもしれません。これからは質の確保が問題になって淘汰されるのではないかというお話でした。先ほど、農漁村地帯でひとり暮らしができなくなった高齢の親を都市に住む子どもたちが呼び寄せるという、

「呼び寄せ同居」「中途同居」の話をしましたが、札幌市の場合には、親を呼び寄せても同居ではなくて「サ高住」に入居させるケースが多いそうです。その場合、入居者本人が「サ高住」を見に来て入居を決めるというケースは少なく、圧倒的に家族が決める、あるいは退院の受け皿となる住宅としてケアマネージャーが決めることが多いそうです。だから、これはいろいろな矛盾や問題をはらんでいるわけです。

こうした中、高齢者対応住宅が単に見守りと食事のお世話をするというだけでは対応できなくなって、看取りやホスピス的な役割を果たさざるをえなくなっている、あるいはサービスを拡充せざるをえなくなっている、とも言われております。施設の在宅化か、高齢者対応住宅の施設化か、当初の制度の目的の変更を余儀なくされている、いわば過渡的情况が生まれています。

ところで、民間の「サ高住」が参入しない過疎自治体はどうなるか。ここでは先ほどの冬季集住のように、市町村やNPOによる「集住化」というのが模索されています。先進的事例として釧路町のコレクティブハウスが挙げられます。釧路町では、新たな町営住宅を建設するにあたり、1階をシルバー住宅、2・3階を一般の多様な世帯用とし、さらに渡り廊下で行けるコレクティブセンターを併設しました。そこは食事や子育てなど入居者の生活の一部の共同など入居者の交流の場でもあり、高齢者ケアサービスの提供の場でもあり、地域住民の交流の場でもあります。したがって入居の条件として集住・交流について理解をもっていることが求められています。それが嫌な方は既存の公営住宅へ、ということです。全体として、在宅ひとり暮らしというよりは、共同化といいたいでしょうか、集住化といいたいでしょうか、あるいはグループリビングというか、そういう方向に北海道は先取りして進んでいるように思います。

では、まとめに入りたいと思います。

北海道らしい、厳しい状況の乗り越え方はあるのか。これまで見たように、北海道は家族基盤が非常に脆弱で、「家」的な規範やネットワークが弱く、それゆえに家族を超えた地域の共同関係というものを必然化せざるをえないと思うのです。

また、施設入居のこだわりが低い、あるいはこだわってられないという状況もあり、多様な終の住み家、看取り家が強く模索されております。また、ケアのジェンダー規範が弱いということも言われております。だから、男性もケアせざるをえない。つまり北海道的な特色として、ケアの脱家族主義化、脱ジェンダー化の条件はそろっていると言えるわけです。

結局はどういう住み方が理想かという、本当の意味での地域包括ケアシステムが作られ、安心してケアされケアすることができる状況でしょう。地域をベースにした日常的な暮らしの共同化、そして、そこでケアが必要になったらケアの共同化になっていくということが必要ではないかと思っています。その場合、財政難にある地方自治体が多いので、上野さんの言葉である「官・民・協・私」の四つの領域の最適混合、すなわち「官」だけでも支え切れないし、「私」だけでも支え切れないという中で、さまざまな領域がそれぞれの責任と役割を果たして、その地域に適合するシステムを作っていく。システム化ということでは、地域の持っている資源、あるいは地域の人々の暮らしの希望というか、それに沿った最適混合というものを求めていくことが必要だと思うのです。当然、これらをつなぐ新しい職種・人材が必要だと思います。地域の人々の状況やニーズを、人々のところに向き把握すること、そこから当事者が必要とするトータルなケアをコーディネートし、必要に応じて新たなサービスを開発できるような専門職も必要とされるでしょう。

高齢化社会、特に2015年には団塊の世代が65歳になります。地域には、要介護の高齢者とともにまだ元気な高齢男性や女性がともに暮らすようになります。そういったさまざまな年齢間、男女間、ある

いは世代間の助け合いの繋がりに住民が積極的にかかわってゆくことが必要となるでしょう。住民が主体となった地域包括ケアシステムを作っていくためには、何よりも、高齢者個々人のエンパワーメントが求められます。

80代、90代の方たちに「何かしたいことがありますか」「望みはありますか」と聞くと、「いいえ、何もありません。早く天国からお迎えが来てくれないかと待っています」「お花見に行きたい、温泉に行きたいと思っても、自分では車いすも使えないし、サポートしてくれる人もいないから、もう何も望みません」という方が多いのですが、それではだめなのです。私はこれをしたい、あれをしたい、最後まで、私はこのように生きたい、という要求をどんどん出していく必要があります。介護が必要になっても社会の一員として社会参加し、閉じこもることなく社会のお役に立つ、ということは皆さんが持っている要求だと思うのですが、そういうことを心がけ、覚悟しなければいけません。そして、当然のことながら、それをエンパワーし力を引き出してくれる地域の専門家というものも必要になってきます。

また、介護保険の「おひとりさま仕様」というのは、まさにその通りだと思います。介護保険、医療保険等の公的に行なうサービス、これはユニバーサルサービスと言っていいと思うのですが、どこに住んでも、どういう階層の人でも必要なときに受けられる全国一律のサービス内容をもっともっと豊かにしていく必要がありますし、そのことも当事者である私たちが言っていかなければならないと思っております。(拍手)

(妙 木)

次に、松本勝明先生のご講演に移りたいと思います。

松本先生は、社会政策、社会法に関する国際比較研究をご専門とされています。1980年に当時の厚生省に入省され、現在は厚生労働省社会保障担当参事官室におられます。その間に、千葉大学、一橋大学などを経て、国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官、北海道大学公共政策大学院教授などを務められました。主要な著作に、『ヨーロッパの介護政策——ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析』（ミネルヴァ書房、2011年）があります。

本日は、「家族介護を考える——国際比較の視点から」というタイトルでご講演いただきます。

講 演

家族介護を考える —— 国際比較の視点から ——

松本勝明

前 北海道大学公共政策大学院教授

今日は、このような場で報告させていただくことを大変うれしく思っております。最初に、現在の所属先との関係で一言だけお断りしておかなければいけないことがあります。これからお話しすることは、一研究者としての私個人の考えです。ですので、今の所属先の組織としての考え方とか意見ということとは違います。その点を念のためお断りしておきたいと思います。

今日のテーマは「家族介護を考える —— 国際比較の視点から」ということですから、日本以外、特にドイツの話に触れつつ、家族介護の在り方を考えてみたいと思っております。今日のお話は大きく分けて二つあります。一つめは日本の家族介護をめぐる状況、二つめがドイツの話です。そして最後に、全体をまとめてどういうことが言えるかを考えてみたいと思います。

最初に日本の状況です。2000年に日本では介護保険が導入されました。そのときの考え方は次のようなものでした。これから高齢化が進展していく。それに伴って介護が必要な高齢者も増えていくし、要介護の高齢者一人一人に必要な介護の期間も長くなっていき、これによって介護のニーズが拡大していくことが予想される。ところがその一方で、核家族化が進行し、ひとり暮らしや高齢夫婦だけの世帯が増えていく。介護する家族自身も高齢化していく。こうした状況の中で、介護という問題に個人や家族だけで対応していくことにはやはり限界がある。そのため、それに対応して、高齢者の介護を個人や家族の責任ということではなくて、社会全体で支え合うような仕組みを作ろうということで、介護保険が導入されたわけであります。

介護保険でどういうことが行なわれているかということですが、今日はこのサービスの内容を細かくご説明する時間ありませんので、ごく簡単に申し上げます。

さまざまな介護サービスが提供されるわけですが、要介護者に対するサービス提供が中心になっています。つまり、介護している家族ではなくて、介護の必要な高齢者自身を対象にしたものです。またサービスの提供が中心になっていて、現金を支給することは、行なわれていません。

したがって、家族だけで介護をしている場合は、基本的に介護保険のサービスや給付は受けられないことになります。仕組みとしては、家族介護だけで要介護者を支えている場合には、要介護認定を受ける必要ありません。もちろん実際には、将来、サービスが必要になったときに介護保険が利用できるようにということで、あらかじめ要介護認定を受けている方もおられますが、仕組みとしては必要ありません。

次に、介護保険が導入されてから10年以上の期間が経過したわけですが、この間にどのような変化があったかを見てみたいと思います。



2000年の介護保険開始時には全体で149万人のサービス利用者がいましたけれども、2012年ではそれが445万人と、何と3倍近くになっています。これを居宅サービス、つまり自宅で受けるサービスと、老人ホームや老健施設などに入って受ける施設サービスに区分して考えると、居宅サービスが97万人から328万人ということで、より大きな割合で増加していることが分かります。もちろんこの間に高齢者の数も増えているわけですが、それを上回る勢いでサービスの利用が広がっていると言えます。

次のグラフは、第1号被保険者1人当たり給付費を示しています。要は65歳以上で介護保険の対象になっている人たちに1人当たりで、介護保険からどれぐらいのお金が支出されているかを示したものです。2000年では1人当たり年間14万5,000円でしたけれども、それが現在では25万6,000円に増加しています。そして、その影響を介護保険全体の費用で見ると、2000年には3.6兆円でしたけれども、2012年には8.9兆円かかっています。厚生労働省が示している2025年の予測を見ると、20兆円となっています。介護保険というのは保険制度ですので、皆さんが支払う保険料によって成り立っています。このように介護保険の費用全体が増えることに伴って保険料も上がってきていて、65歳以上の被保険者が負担している保険料は、2000年には月平均で3,000円ぐらいでしたけれども、2012年には5,000円弱にまで上昇しています。このように介護保険が2000年に導入されて、より多くの要介護者が1人1人で見てもより多くのサービスを受けるようになってきています。

それでは、このようなサービスの受給者の拡大やサービスの量の拡大が介護にどういう影響を及ぼしているのでしょうか。表1は、要介護者の主な介護者がどういう人かを示しています。全体的な傾向として、介護保険が入ってから家族による介護は若干減少して、事業者による介護が少し増えているという状況が見て取れると思います。しかしながら、家族と事業者の割合が、介護保険が入ったことによって大きく変化したかという、決してそうではないということです。

それから、事業者が提供している居宅サービスがどの程度利用されているのかを見てみると、介護保険の費用負担でサービスが受けられるようになってからでも、介護サービスを全く利用していないという人は2010年でも22%いるわけです。どういう理由で利用しないのか聞いてみると、「家族介護で何とかやっていけるから利用しない」という人が53%を占めています。

表1 主な介護者の構成割合

年次	同居の家族等	別居の家族等	事業者
2001 年	71.1%	7.5%	9.3%
2004 年	66.1%	8.7%	13.6%
2007 年	60.0%	10.7%	12.0%
2010 年	64.1%	9.8%	13.3%

出典：厚生労働省『平成 22 年国民生活基礎調査の概況』に基づき作成。

表2 介護に関する意識（2010 年度）

介護を受けたい場所	自宅	37%
介護を受けさせたい場所	自宅	40%

自宅で受けたい介護形態

家族の介護だけ	20%
家族の介護が中心+外部の介護	50%
外部の介護が中心+家族の介護	24%
外部の介護だけ	4%

出典：内閣府大臣官房政府広報室『介護保険制度に関する世論調査』（平成 22 年 9 月調査）に基づき作成。

もう一つ見ていただきたいのは、「介護に関する意識」（表2）です。これは 2010 年度を対象に、内閣府で行なった意識調査の結果です。

自分自身が「介護を受けたい場所」はどこかという質問に対して、「自宅」と答えた人が 37%です。逆に、介護する側あるいは家族の側が要介護者に「介護を受けさせたい場所」はどこかを聞いてみても、これも「自宅」が 40%ということで、自宅の比率が高くなっています。

「自宅で受けたい介護形態」としてはどういうものが望ましいかという質問に対しては、「家族の介護だけ」という人が 20%、「家族介護が中心+外部の介護」という人が 50%です。逆に、「外部の介護が中心+家族の介護」という人は 24%、家族の介護はなしで、「外部の介護だけ」という人が 4%という状況です。

このように、介護保険が入って、介護サービスの利用が拡大していますが、依然として家族介護は大きな役割を果たしていますし、このような意識からすると、家族介護の役割が急に大きく変わるとは考えにくい状況にあります。

ここまで日本の状況をお話ししてきましたけれども、ここからはドイツの状況をお話ししたいと思います。ドイツでは日本に先だって介護保険が導入されました。日本の介護保険を導入する際には、ドイツの状況も参考になる重要な先行事例として考えられたわけです。現在のところ介護保険が導入されている国は限られています。そこで、ドイツの状況を日本と比較して考えてみたいと思います。まず、ドイツの要介護者の状況を見てみましょう。

要介護者数は 250 万人です。そのうちの 7 割が「在宅」で暮らしていて、しかも、在宅で暮らしてい

表3 家族が介護する場合に介護手当を支給（2013年）

要介護度	介護手当月額
要介護Ⅰ	235 ユーロ
要介護Ⅱ	440 ユーロ
要介護Ⅲ	700 ユーロ

* 介護サービスと組み合わせた受給も可。
 (例) 要介護度Ⅱの要介護者は、月 550 ユーロ（上限額の半分）
 のホームヘルプと 220 ユーロの介護手当を受けられる。

出典：講演者作成。

る要介護者のかなりの部分が「家族介護のみ」で生活しています。外部の「介護サービス利用」は 58 万人にとどまっています。

この数字を見て意外に思う方もいらっしゃると思います。ドイツのようなヨーロッパの国では、子どもが成人して親と一緒に暮らしているのはあまりない状況で、家族介護の割合はもっと少ないと考える人が多いと思います。ところが、「家族介護のみ」の要介護者が多くなっています。ただし、この場合の家族は必ずしも同居家族という意味ではなくて、別居家族も含んでいます。ドイツの状況からすると、別居の家族が要介護者を介護しているというケースが多いのだと思います。

私の個人的な体験ですけれども、私がドイツに暮らしておりましたときに、当時はまだ介護保険が始まっていませんでしたけれども、隣に高齢者の夫婦だけの家族が住んでいました。娘さんがやってきていろいろと世話をしている光景を見かけました。そういう形での家族介護が多いのではないかと思います。

これがドイツの場合の「主たる家族介護者」の状況ですけれども、全体として見ると、やはり中高年の女性が主たる介護者になっている割合が多くなっています。ドイツ的な特徴は、主な介護者の続柄に「母」や「父」が出てくることです。これはどういうことかという、ドイツの介護保険の対象は年齢に制限がありませんので、障害を持った子どもを父母が介護しているケースもこの中に含まれているということです。

ドイツの話をしましたけれども、周辺のヨーロッパ諸国の状況を見てみると、国によって家族介護と外部の介護サービスを利用している人の割合には違いがあります。北欧のように在宅サービスが充実している国では介護サービスの利用の割合が大きいですし、ドイツやオーストリア、さらには家族の役割が重視されている南欧諸国を見ると、家族による介護の割合はもっと大きくなります。しかし、北欧も含めて、家族介護が一定の割合を担っているということがわかります。

ドイツの介護保険は日本とどういう違いがあるか見てみましょう。ここに「ドイツ介護保険の主な給付」を挙げています。黒字のものは日本でも行なわれています。ドイツに特徴的なことは、介護手当や、介護者に支障がある場合の給付や、介護者の社会保障が行なわれていることです。日本の場合の特徴は要介護者に対するサービス提供が中心である、と申し上げました。一方、ドイツでは、要介護者に対するという限定もありませんし、サービス提供が中心でもありません。

介護手当というのは、サービスを利用するのではなくて、家族自身が介護する場合に支給されるものです。金額は表 3 のとおりです。

それから、家族だけで介護するわけではないが、家族も介護するし、介護サービスも利用するという場合には、介護手当と併せて介護サービスも受けられます。例えば、要介護Ⅱの場合の上限額は月

1,100 ユーロとなっていますので、その上限額の半分のホームヘルプサービスを受けると、残り 440 ユーロの半分、つまり 220 ユーロの介護手当を受けられます。

家族介護を考えると常に議論になるのは、家族のような専門家でない者だけで介護をしていて本当に大丈夫なのか、質はちゃんと保障されるのかということです。介護手当のようなものが出ると、お金が欲しいから自分たちで介護する場合もありうるので、本当にちゃんと介護されているのかが問題になってきます。その意味で、家族が介護する場合の介護の質をどう確保するかは大きな問題なわけです。日本の場合には、介護サービスを受けずに家族だけで介護する場合、基本的に介護保険は利用しませんので、要介護認定を受ける必要はないわけです。ドイツでは介護手当を受けるために要介護認定を受けないといけません。そのときに、本当にその金額に見合うだけの介護を家族がやっているのか、あるいはやれるのかを専門家が審査することになっています。

介護手当を受けている人に関しては、定期的に介護の専門職が訪問をして、介護の状況を見て、必要な助言をすることになっています。助言の内容は、例えば、どうも家族だけでは介護し切れていないので、外部のサービスを利用してはどうかというようなものであったり、介護講習を受けたらどうかというものです。

二つめの「介護者に支障がある場合の給付」ですが、家族が介護している場合に、介護疲れを癒すために家族自身が休みたい、あるいは家族自身が病気になって介護できないという場合、放っておくと在宅介護がそこで中断してしまうわけですが、そういう場合にも在宅介護の継続を可能にするという目的でこの給付があります。内容的には、家族介護ができない期間、介護保険の費用負担でほかの人が家族等の代わりに代替介護を行なうことになっています。

三つめは、「介護者の社会保障」です。介護するために、家族自身が働くことを辞める、あきらめる、あるいは就労する時間を短くするというケースがあります。そういう場合には現在の稼得収入が減少しますし、年金保険料を掛けられなくなり、将来の年金受給でも不利になる可能性があります。これに対応して、週 14 時間以上介護する家族介護者の年金保険料を介護保険自体が負担することになっています。要介護Ⅲの重度の要介護者を家族が介護している場合には、最高で月 407 ユーロ、すなわち 5 万数千円の年金保険料を家族に代わって負担します。これによって、働いている人が家族を介護することによって年金保険の面で不利になることがなくなります。この保険料の負担はもともと働いていなかった家族にも行なわれますので、無償で行なわれている介護に対して、こういう意味での社会的な評価をすることにつながるわけです。また、年金保険以外にも、労災保険の対象にすることも行なわれています。また、近親者の介護のための「介護休業」の制度なども設けられています。

ここまで見てきましたように、ドイツでは現金給付である介護手当にとどまらず、家族介護の質を確保するための措置、家族介護者が社会保障の面で不利にならない仕組み、介護者が病気になったときにその代わりに介護する人を確保するような仕組み、介護者が就労することと介護することとの調和を図りやすい仕組みが設けられていることが分かります。

最後にまとめをしたいと思います。

日本では、介護保険によって介護サービスの利用が拡大してきました。そのこと自体はもちろん、家族の介護負担の軽減につながっているはずです。

もう一つ言えることは、多くの家族が介護保険の導入後も家庭での介護を担っているということです。そして、近い将来にそれが大きく変わるということもないのだと思います。そういうことから、要介護者に対するサービスだけではなくて、家族介護者の支援を考えていく必要があると思うわけです。

その場合の支援策の目的としては、現に介護を行なっている家族の負担を軽減するということにありますし、家族が要介護者である自分の家族を介護するということを、自分の意思で選択しやすくなるような状況を作っていくことにもあると思います。

では、どういう支援策が必要でしょうか。家族支援の話をするとしても、現金給付がいいのか悪いのか、どういう問題があるのか、どういうメリットがあるのかという議論に終始しがちだと思います。お金を支払うだけで家族の支援が成り立つわけではないと思いますので、現金給付にとどまらずに、多様な支援策について考えていく必要があると思っています。介護保険が入った当時は介護サービスが不足していて、そのことによって家族の負担が非常に重かったわけです。ですから、介護サービスをできるだけ充実して、家族負担を軽減することがまず重要であって、その当時は介護者支援よりもサービスの充実ということに重点が置かれたのだと思います。しかし、十数年たってかなりサービスの面での拡充は進んでいますから、こういう多様な介護者支援策も考えていく必要があるのではないかと考えております。

最後に一つだけ、これも誤解のないように言っておきますと、私が申し上げたいことは、ドイツでこういうことをやっているから日本でもやったらどうかということではありません。もちろんドイツと日本の介護保険には似た部分もありますけれども、異なった部分もあって、かつそれぞれの制度にいい点もあれば悪い点もあるということです。例えば日本の地域包括支援センターやケアマネジメントの仕組みが日本で実施されたのを見てドイツで導入されているということもあり、必ずしもどちらが優れているということではありません。家族介護の支援を考えていくうえで一つの参考になる事例ではないかと思って、お話しさせていただいたわけです。

時間が参りましたので、ここでお話を終わりにします。ありがとうございました。(拍手)

(妙 木)

松本先生、ありがとうございました。

それでは、ただいまより15分間の休憩を取り、15時42分ごろから後半の討論を始めたいと思います。

なお、休憩時間に、スタッフが皆様のところに質問用紙を回収に参ります。1枚につき一つのご質問をお書きいただきますようお願いいたします。さらにご質問のある方には、用紙をスタッフがお届けいたします。

それでは、休憩といたします。

(休憩)

討 論

(妙 木)

それでは、後半の討論を始めたいと思います。

今日の先生方のお話で、上野先生のご講演では、家族がいてもいなくても、あるいは遠くに住んでいても、地域の住み慣れた家で老いて、人生を終える——すなわち「在宅ひとり死」が可能となる条件についてお話をいただいたと思います。

そして、笹谷先生には、北海道という地域の特殊性に注目して、全国との比較データなどを示していただきながら、北海道が高齢・少子の先進地域であって、どのような課題があり、それをどのように克服していったらいいかということで、地域の協力ということをお話いただいたと思います。

また、松本先生からは、日本において介護保険制度の充実が図られてきた中で、さらに今後、どのように展開していったらいいかということで、ドイツの事例を参考に、家族介護者への支援についてお話しいただきました。

では、まず上野先生に伺いたいのですが、笹谷先生や松本先生のご講演について、どのような感想をお持ちでしょうか。

(上 野)

お二人の話は大変情報量が多く面白くお聞きしました。笹谷さんに三つ、松本さんに二つ、質問があります。

まず、笹谷さんに。「北海道型」というと、家族に頼れないというので、高齢者は冬季の厳しい季節に集住していただくというモデルが出てきて、北海道ではサービス付き高齢者住宅が急速に増えたということですが、それでもこういう高齢者住宅はピンからきりです。私たちは、一番劣悪なケースを「賄い付き四畳半高齢者下宿」と呼んでいます。ホームホスピス宮崎「かあさんの家」のように非常に良心的なNPOが最期まで責任を持って看取りをやっていただくなら安心できますけれども、基本は住宅ですから本人の自己責任。ですから、事業者は手抜きをしようと思えばどこまでもできるわけです。こうなると質の管理が問題です。良心的なところからほとんど貧困ビジネスすれすれのところまで、ピンからきりまでの格差が出てくると思うのです。そこでその品質をどんなふうにコントロールしたらいいのか。大きな問題だと思うのですが、お聞かせください。

二つめですが、「冬期集住」は私も聞いたことがあります。釧路のように非常に広域で、冬は道路が凍結して、ホームヘルパーさんも高齢者の元に行けない。そうすると、冬だけ一緒に暮らしてもらう高齢者の方たちがいらっしゃるそうですね。冬の間、そこで暮らしたのなら1年じゅうそこにいてもらった方がいいじゃないか、と私たちは思いがちですが、その方たちも、季節がよくなると、限界集落化した地域でも「やっぱり家に帰りたい」とお帰りになります。それを考えると、どんなに不便でも、どんなにあばら家でも、家にいたいのは年寄りの悲願、というのは私の調査の結論なのです。自分の家に住んでいた場合は家賃がかかりません。ですが、サービス付き高齢者住宅や個室特養に入居すれば、ホテルコストや

家賃負担が月に5～8万円かかります。ですから、その5～8万円をプラスアルファのサービス購入費用の自己負担分に充てたらけっこうなことができるのに、自分の家がありながら、何で家賃まで払ってよそに行かなきゃいけないの?という気分になります。この辺をどうお考えになるか、お聞かせいただきたいと思います。

三つめ、「地域」とおっしゃいました。地域というのはマジックワードです。地域という箱の中に何が入っているかもよく分からないわけです。最後に「官・民・協・私」という私の用語を使っていただきました。私は、「協」セクター、すなわち市民の互助に非常に期待していますが、これは、隣近所という意味ではありません。隣近所というよりも、志のある方たちの「選択縁」というネットワークのことです。そういうことをやっている担い手は、ほとんど女の人です。そういう介護系NPOが随分増えたのですが、ほとんど女の人たちがやっている。こういうことを考えると、「地域、地域」といっても支えるのは女の人で、男はみんな「ただ乗り」(笑)なのか、と思ってしまうのです。グループホームに入っておられても、男性は孤立しがちです。女性たちが一緒に談笑していても、男の人だけそっぽを向いていたりします。

これは松本さんにも答えていただきたいのだけれども(笑)、男の人って、社会人を長期間やってこられましたよね。社会人というのは組織人で、人と協働しないと一緒にやれない仕事をやってきたのに、この社会性が何で老後に生きないのか。何で男は仕事を辞めたらあそこまで孤立するのか、ぜひお教えいただきたい。(笑)そして男の人にぜひ、支える側にも回っていただきたい。家族介護者に男性が増えているのは確かなのですが、「協」セクターの市民的な互助の支え手に、男性にも回っていただきたいのです。

それで、松本さんに対する質問ですが、介護に関する意識調査の結果を見て、仰天しました。「介護を受けたい場所」と聞かれて、「自宅」と答えた人が37%。しかもその2割が「家族の介護だけ」で、ほかの人は入れたくない、ですって? まず思ったのは、何様だ?ということです。(笑) こういうのはジェンダー統計を出していただきたい、つまり答えた人が男女どちらか、ぜひ内訳を教えてください。のです。「介護を受けたい場所」で「自宅」が37%という数字は、ほかの地域で取っているデータより低いです。女性の間には非常に抑制があって、家族介護を受けたいと思っていても無理だから最初から期待しない、という傾向があります。そこで、この37%、答えている人が男性なのか女性なのか、ぜひ教えてくださいと思います。(笑) また、家族以外のほかの人には入ってほしくない、など言うのは何様なのか。こちらも教えてください。そんなこと言っている場合じゃないだろう、と思いますが。

二つめ、松本さんはドイツの介護保険と日本の介護保険の比較をなさって、「どちらがいいかは分からない」とおっしゃいました。私ははっきり、日本のほうがはるかによかったと思っています。日本の介護保険はたんなるドイツの模倣ではありません。ユニークモデルです。ドイツに比べて何がよいかというと、まず第一に、給付水準が非常に高い。ドイツはI、II、IIIという要介護度で重度中心なので、日本の要介護度III、IV、Vに当たります。IVで大体1,100ユーロ、11万円ぐらいです。日本はIVで27万円ぐらいですから、まず給付水準が全然違います。

それと、ドイツは要介護認定を受けた人のうち半数の家族が現金給付を受けています。確かにドイツは家族支援は充実しているかもしれませんが、でも、介護保険は誰のための保険でしょうか。家族のための保険なのか、高齢者のための保険なのか。「御利用者様」とは誰なのか。そこはやっぱり、家族と高齢者本人との混同があると思うのです。介護保険を要介護高齢者のためのサービスだと考えると、外部サービスを使わずに現金給付を受けながらお年寄りのお世話をしている家族が、どんな介護を提供しているのか。家族という闇の中で何が行なわれているか分かったもんじゃない、という恐怖を持ちます。



半年に1回指導に入るというのだけれども、そのときだけその場を繕うことはいくらだってできるでしょう。それを考えると、日本の介護保険のように現金給付を設けずサービス給付のみで、できるだけ他人の目と手が入る、それもたくさん入るというふうにしたことは、要介護者のためにほんとによかったと心から思っているのですが、その判定についてはいかがお考えでしょうか。

(妙 木)

では、笹谷先生と松本先生よりお答えをいただきたいと思います。

(笹 谷)

なかなか難しい質問でしたが、「サ高住」等の民間の高齢者対応住宅は、北海道全体というよりは札幌に集中し、過疎自治体には人口が少ないため、作られる可能性は低いです。そういう意味では、都市型の住み方の一つの選択肢として、固定化してくる可能性はあります。だからこそ、質が問題になってくるわけです。この制度はできたばかりなので、それをチェックする機関が公的にはできておりません。ただ、市は、例えばNPO法人シーズネットという昔から高齢者の住まいや社会的参加のための多様なサービスを提供している団体に委託し、「サ高住」を評価するガイドラインを作っています。そこには、ケアマネージャーとか地域の事業者も含めて、チェック項目の検討や評価をし合うことを始めています。

また、あまりにも質の悪いものは利用者が減って市場競争の中で淘汰されるということもありますが、ただ、入居者がそういうことを言える状況にあるかどうか。元気な人ばかりではなく認知症ぎみの方も入ってきますので、当事者が不満を言えるかどうかも問題です。そこで、家族やNPOは、「傾聴ボランティア」といいますか、住宅に入り込んで高齢者のお話を聴くような活動もしながらアドボカシーの機能につなげることも考えています。

2番目の質問については、逆に上野さんにもお聞きしたいのです。

冬季は、雪に埋もれて、買い物にもなかなか行けず雪かきも大変なので、ひとりで暮らすのは大変です。そこで、冬期集住というのは昔からあったと思うのですが、最近は目的を持って（運営され）、きちんとしたNPOや自治体がやるようになってきて、注目されています。でも、それは冬季だけのこと、春になって雪が解け、夏になったらやっぱり戻りたいというのが本音ではないかということですが、確かにそれはそうだと思います。ただ、それはそうなのだけれども、絶対に自宅が一番と思う人ばかりとは限らないと思うのです。果たして、自宅が（一番）心地よいところなのか。バリアフリーの家ではなく、段差があって台所にも立てないにもかかわらず改修できないというときには、使いやすいサービス住宅なり、高齢者対応住宅が今はできておりますので、そこで仲間を作り、ケアしてもらうことを希望する人だっていると思うのです。その辺を上野さんはどうお考えでしょうか。

確かに、「地域」というのはマジックワードです。今日のお話は北海道社会ということで、都道府県レベルでの地域的特長について話しましたが、町内会なども地域と言えるわけで、その範囲はさまざまです。ところが、町内会にも嫌いな人、合わない人はいっぱいいるわけです。そこで、空間的な範囲を超えて、志を同じくし、気の合う人たちが一緒に暮らし、ケアするという今回の事例にあったようなことは、大変素晴らしいと思います。そして、そういうことが住み慣れた地域で実現するのが一番だと思うのです。今までの農漁村や行政的な地域というのは、生産と生活の共同体であり、統治のための地域であっているのです。しかし高齢化に伴い、生産と生活の共同関係が消滅した地域では、ですから、こうしたこれまでの地域を、今の超高齢社会に合った地域に再編していく、あるいは、むしろ作っていく必要があります。それには隣近所も入るでしょうし、住み慣れた場所の志の合った人たち、あるいは専門家の助けをかりて作ってゆくことが必然的に求められています。

（松 本）

介護を受けたい場所とか、受けたい介護の形態についての男女別の数字についてお尋ねがありました。現在の住まいで介護を受けたいという人が、全体では37%です。これを男女別で見ると、男性が44.7%、女性が31.1%ということで、男性のほうがかなり高くなっています。さらに年齢別に見ると、70歳以上の人では43.9%ですが、年齢が若くなると30%台前半ということになります。世代によって考え方が違うのか、それとも今の若い人たちが実際に介護を受ける年になるとその数字が上がっていくのかは分かりません。

それから、自宅でどういう形で介護を受けたいか、という質問に対して、「家族の介護だけ」という人が、全体では20%ですけれども、男性では23.5%、女性では16.3%と、これも男性のほうが高くなっています。これを年齢別に見ると、70歳以上では28.4%ですから、3割近い人が家族だけに介護されたいと思っているということで、それ以外の世代になると10%台後半です。

逆に、家族に「介護を受けさせたい場所」として、「現在の住まい」という人が全体で38.6%、約4割です。そして、男性が41.1%、女性が36.6%ということで、これも男性のほうが高くなっています。ただ、年齢別で見ると、70歳以上では33.7%ですけれども、30代では45.7%、20代では43%と、家族に介護を受けさせたい場所として「現在の住まい」を挙げているのは若い人のほうが多いという結果です。

それから、介護保険の日独比較の問題ですけれども、上野先生がおっしゃるように、給付水準は日本のほうが高くなっています。その理由は、ドイツの場合はそもそも、一定の限られた財源の中でどのように介護を保障するかという前提で考えていて、いわゆる「部分的な保障」という考え方を採っているからです。したがって、日本のほうが高い水準になっています。ただ、今後の話として、保険制度というのは

皆さんが支払う保険料や税金が投入されることによって成り立っているわけですので、給付水準が高く、給付する対象者も多いということは、そのための負担も大きくなるという問題があります。

ドイツの介護保険では例えば月 1,500 ユーロの限度額が決まっていますが、実際には 2,500 ユーロまで利用するという場合があります。その差額 1,000 ユーロは自己負担になりますが、必ずしも年金収入などでそれを皆が負担できるわけではありません。そこで、負担できない人については別途、税金を財源とした給付がなされていて、その費用が埋められます。ですから、日本とドイツを比較すると、日本は 1 割自己負担ですから 9 割の給付がなされていますけれども、ドイツでは、年金収入などで払える人にはその差額を払ってもらい、払えない人は税金で埋めるという傾斜的な配分になっています。したがって、介護保険の水準だけで単純に比較するのは問題があるという気がします。

それから、介護手当に伴う家族介護の質のチェックについてご質問がありました。

そのチェックについては、専門の機関や専門家が行なうわけです。それから、特に要介護者が認知症を伴っている場合は、さらに頻度を高めたチェックをすることになっています。仕組みとしてはそういうチェックの体制が設けられています。

一方、日本の場合、介護保険を全く利用しないということになると、公的な主体の関与の外側になってしまうので、家族や個人に全くゆだねられてしまうわけですが、そういうことだけで本当にいいのかという気もいたします。

(妙 木)

それでは、上野先生からリプライをお願いいたします。

(上 野)

データを教えていただいて、ありがとうございます。なるほど、介護を受けたい場所が自宅で、しかも家族の介護だけを受けたいというのは、男性、つまり「オレ様」たちだということがよく分かりました。

(笑)

(妙 木)

それでは、会場の皆さんからたくさんのご質問を頂いておりますので、そちらをご紹介したいと思います。

今日は北海道の特殊性に注目したお話もありましたので、皆さんのご質問の中ではやはり北海道の状況についての関心も高いようです。

上野先生に「北海道で在宅ひとり死が可能でしょうか」というご質問があります。また、もし可能であるとすればどのような条件があるか、というのが私からの補足の質問です。

(上 野)

北海道のことは北海道の人に聞いてください。(笑) 残念ながら地域差があります。私がお示ししたような介護・看護・医療資源複合があるところと、そうではないところの落差がどこでも非常に大きいのです。そういう人たちは確実にいるが、どこにでもいるわけではないということです。

先ほど笹谷さんのお答えを聞いて、世の中には自分の住まいとか地域とかにこだわりがなくて引っ越しを繰り返す人もいるから、どこかに集住しようかという高齢者もいるということはもちろん、分かります。

ですから、選択肢があればいい、というのは分かるのですが、不自由に耐えても、どんなにあばら家でもやっぱり家に帰りたいという人は、それはそれで少なからずいるのですよね。そういう人たちが在宅で最期までいられる仕組みが作れないだろうかということなのですが、そのための条件というのは、先ほどお示ししたような介護・看護・医療複合があって、そこにどういうキーパーソンがどういうマネジメントをするかということで決まります。今やっている方は確実にいらっしゃるのですが、そういう人材育成をちゃんと自分たちの足元でやっていくということが大事なことでないでしょうか。

在宅医療の条件は、人口集積の規模でも変わります。地方都市や大都市圏の郊外は相対的には有利ですが、過疎地とか首都圏のどまん中みたいなところはかえって、「サービス過疎地」になる可能性はあります。

(妙 木)

それに関連して笹谷先生に、「道内で、医療チームや介護システムがうまく構築されて、うまく機能しているところはあるでしょうか」というご質問が届いております。

(笹 谷)

私は上野さんのように同行診療の調査もあまりしていないのでよく分かりませんが、ないとは言えません、あると思います。頑張っているところもいろいろあります。

上野さんの議論を聞いていますと、「自宅」とか「家」というもののイメージもいろいろあると思うのです。だから、上野さんが考えている「自宅」「家」と、北海道の私たちが考えている「自宅」「家」はちょっと違うかもしれません。そのあたりが問題だと思います。

ただ、小笠原先生のような地域医療に熱意を持っている方たち、それから何件か紹介された、共同住宅あるいはサービス住宅……介護事業所兼共同住宅を運営している、特に志のある女性たちというのが地域にいないといけないのですが、その人材はどうしたら得られるのか。札幌にも在宅医療を専門にやっている人たちがいますけれども、やっぱり少ないのではないかと思うのです。それはどうしたらいいのか。それがあれば北海道だって在宅ひとり死は可能だし、ハッピーに逝けるかもしれませんけれども、そのあたりどうしたらいいのか、上野さんにお聞きしたいのです。

(上 野)

「道内にそういう安心できるところがありますか」という質問に対しては、「はい、あります。知っています」とお答えできます。

「上野さんのような在宅ひとり死が安心してできる地域は、日本のどこにありますか。教えてください」と、よく聞かれます。あります。知っています。「では、どこですか」と聞かれたら、「もったいのうて、教えられん」。(笑)

つまり、まだそのぐらいレアです。そこで、笹谷さんのおっしゃるとおり、ないものは作るしかないのです。

今厚労省は、点数配分を手厚くして在宅医療に誘導しています。つまり、やればちゃんと報酬が入る。こうなると困った人たちも参入してくるので、パイオニア、つまり金にならないことを最初に始めた人たちには、いい人が多いです。金になってから参入してくる人たちには、ばらつきがあります。



診療報酬で誘導するというのも制度設計の一つですが、もしトータル・ライフ・マネジメントをやってくれそうな NPO がほしかったら、創業支援制度が大事だと思います。先ほどお示したホームホスピス宮崎「かあさんの家」は、参入障壁が非常に低いモデルです。民家を借り上げて貸すだけだから、初期投資はそんなに要らない。北海道にもその辺に空いている物件がありますでしょう。そういうことをやってもいいな、と考えておられる人材は決していないわけではないでしょう。学びたければ簡単です。パイオニアのところに行って、研修したらいいのです。宮崎までお飛びになればいい。そうして学び合って、種をまいて育てばいいのだけれども、種をまいて育てるときに、最初の投資が必要です。最初のハードルを越す創業支援制度が、例えば自治体のような公的な団体にあるかどうかは大きな違いです。NPO のような市民の活動が最初のハードルを越すときに、「頑張れよ」というリップサービスだけではなく金を出すことが大事です。そういう支援の制度は札幌市にありますか。

(笹 谷)

それは全国的な事業ですか。

(上 野)

やっているのはほとんど自治体です。私がよく知っておりますのは、富山の事例です。日本にまだ小規模多機能型デイサービスが全くなかったときに、そのモデルを作ったのは富山で、そのため「富山型」と言われています。富山型の創業支援制度は自治体が創設しました。もともと事業者たちの要求によって作ったのですが、新設の場合には上限 1,000 万円、増改築の場合には上限 300 万円を助成します。私は、「ジョセイ金」というから女性にくれる金だと思っていました(笑)。そういう制度を作ると、事業所の数は増えます。ケアネット富山という事業体連合が種をまいて増やして、93 年に第 1 号がスタートしてから、2012 年で 53 まで増えています。一部では市場飽和状態で、年寄りの奪い合いをしているようで

す。ここまでサービスの選択肢が増えると、笹谷さんのおっしゃるような市場淘汰が利いてきます。

(妙 木)

先ほどの議論の中で、介護の人材のお話も出ました。また、なければ私たちが作っていく、学ぶ、ということについてもお話が出ました。質問カードでもちょうど、「介護の人材不足」「地域在宅ネットワークでのスキルの充実をどうするか」という声を頂いておりますが、今のお話を回答にさせていただきたいと思います。

それから、「今後、国は介護サービスを充実していく可能性がありますか」というご質問と、国の政策について「民間に介護支援を頼るほかにないような思われますが、国がどこまでを担い、どこまでを地域が担うのか」というご質問が来ております。松本先生、いかがでしょうか。

(松 本)

最初にお断りしたように、私は国の代表としてここに来ているわけではありませんので、その答えを国に代わってするわけではありません。ただ、介護は医療とどこが違うのかと考えてみると、医療の場合は基本的には、医師とか看護師といった医療の専門の方が提供していくサービスですけれども、介護というのは必ずしもそれと同じではなく、家族が介護しているケースもありますし、地域における助け合いの中で介護しているケースもあります。介護保険制度などを通じて提供するサービスは、これからもっと必要となるでしょう。ただ、それだけで地域によって異なる多様な問題にすべて対応できるわけではないでしょう。ですから、それと併せて、地域での取り組み、ボランティア、NPOによる取り組みも含めて、地域での医療も含めた包括ケアを作っていくことがこれからの課題だと思うのです。ですから、この部分はやるけれどもこの部分はやらないということではなくて、中核のところは国が制度として設けて、全国的に実施していく部分があるのでしょうかけれども、それにいろんなものが付け加わり、かつそれぞれが連携することで、各地で望ましい姿ができていくのだと思うのです。

国のもう一つの役割は、政策によって、各地でのそういう取り組みが一部の先進的な地域だけではなく、広く普及していくようにすることだろうと思います。ですから、「国の役割は?」というご質問に対する私個人の考えとしては、そういう面で地域にゆだねるだけではなくて、国としてリードしていく部分がないといけないし、それが大事だと思っています。

(上 野)

松本さんはお立場上、奥歯に物の挟まったような言い方しかされないと思います。(笑) 厚労省のお役人は良心的な方が多いと思うのですが、はっきり申し上げますと、今の政権には介護保険を充実する気はありません。むしろ、後退の一途だと思います。厚労省のお役人には、政権に抵抗していただきたいと期待しております。(拍手)

(妙 木)

松本先生にもう一つ、お聞きしたいと思います。日本の介護者支援の実態について、「どのくらい進んでいますか」という質問をいただいているのですが、現在は介護者支援というのはあまり行なわれていないのでしょうか。

(松 本)

地域での相談拠点などは家族の支援に役立っていると思います。しかし、例えば年金保険料を負担するようなことは行なわれているわけではありません。

介護者支援といっても幅広い内容があるし、ありうると思いますけれども、日本の場合には介護休業など、一部が行なわれているという状況だと思います。

(妙 木)

次は上野先生に伺いたいのですけれども、おひとりさま仕様のモデルを作ったとして、家の片付けや遺体の取扱いについてどうしたらいいか、というご質問が届いています。

(上 野)

死後の始末について話すのですか。

(妙 木)

それについて教えほしいというご質問がありました。また、あの本の名前を教えてくださいという方もいらっしゃいました。『上野千鶴子が聞く小笠原先生、ひとりで家で死ねますか?』（朝日新聞出版、2013 年）に、今の質問についても書かれているのでしょうか。

(上 野)

あの本には、生きている間のことしか書いてありません。私は生きている間のことに関心がありません。死んだら、知ったこっちゃない。(笑)

そのほかに、おひとりさまの在宅死を迎える心構えみたいなことが、ご質問にありましたか。

(妙 木)

はい、ありました。「上野先生は、在宅ひとり死を実現するために、どのようなことを心がけていますか」というものです。

(上 野)

例えば、健康寿命を延ばすためにできるだけ食生活や健康に配慮して、できるだけ人に迷惑をかけないように暮らす、という心構えをお答えになりそうな人もいらっしゃるでしょうが、私はそんなことは言いません。(笑) 超高齢社会はゆっくり下り坂を下りてゆく、だれもが衰えに抵抗できない、そういう社会です。そういうときには、人に助けてもらうつながりをつね日ごろからつくっておくことです。つまり、数日連絡がなかったら誰かがチェックしてくれるとか、メールの返事がなかったら何かあったかと気にしてくれるとか、そういうふうに関わりで自分のことを心にかけてくれる——「ケア」というのは心にかけるという意味ですからね——「人つながり」を自分の財産としてつくっておくということが一番大事だと私は思っています。困ったときに「助けて」と言える人つながりです。

先ほど、男の人はフリーライダーなのではないか、という話はスルーされてしまったようですが(笑)、

男の人たちに孤立度が高いということは、そういう人つながりをおつくりになれないのですかねえ……。 (笑)

(妙 木)

なるほど、今の先生のお話ではつまり、助けてほしいときに「助けて」、困っているときに「困っている」と正直に言える状況や、お金持ちならぬ「人持ち」ということが重要になるということですね。上野先生のもとで学んできた中で出会った「弱さの情報公開」という言葉も思い出しました。

(上 野)

それは北海道産の言葉です。「べてるの家」特産です。

(妙 木)

浦河の、ですね。

(上 野)

はい、「弱さの情報公開」。それを上野が頂いただけです。

(妙 木)

失礼いたしました。クレジットをはっきりしておかないといけませんね。

本日は、たくさんのご質問を頂いておりますので、簡潔に私から紹介させていただいて、最後に究極に重要な質問を1点取り上げたいと思います。

それでは、ご質問を紹介します。

「これまでの論点の中で、おひとり様仕様のモデルを作ったら、家族という“かご”を外側から解くことになるのか。“かご”を内側から解くことになるのか、また、そういうことはできるのだろうか」

「死にあらがう医療、つまり薬や検査や治療というものを、これからも日本は続けていくのだろうか。変わっていくのだろうか」

「ヨーロッパの宗教と日本での宗教の違いというのがあるのではないか」

「家族介護者の技術的指導も行なうとよいのではないか」

——といったものがございました。

それで、最後に1点、大変重要なご質問を頂いておりますが、これはどなたが下さったのでしょうか。

「老いの問題は女性の問題か、ジェンダーの問題か」という問いです。そしてその下に、「今回の発表者のお二人(上野先生、笹谷先生)は、女性研究を背景としてきたキャリアから、高齢社会に取り組んでいらっしゃいます。老いの問題はジェンダーの問題にリンクするのでしょうか」「『女性が男より長生きして、ひとりで生きる可能性が高いので』というのが、回答でしょうか」というご質問を頂いておりますが、お答えを頂く前に私からちょっとだけ補足してもよろしいでしょうか。

このご質問を書かれた方も他の方も、老いの論点というのは女性の論点やジェンダーの論点とは別だと思われるのでしょうか。実は私が考える共通点が一つあります。それは「当事者性の重視」です。上野先生は女性学やジェンダー研究のバイオニアの一人ですが、上野先生がなぜ、老いの論点に向き合ってお

られるのか。そして当事者、つまり介護を受ける側という立場にも上野先生が関心を寄せているということについて、当事者性の話に多分、これはつながると思うのです。そこで、少しコメントを頂けないでしょうか。

(上 野)

そうか、今日はジェンダーシンポだというのに、ジェンダーが出てこない。まずい！ 主催者としてはどうしてもそれを言わないと具合が悪いのですね(笑)。つまり、あなたにとって最重要課題だということですね。(笑)

(妙 木)

いえ、違います。確かにそういわれるとそうかもしれませんが(笑)、これは当事者研究という点でつながっているという意味において、とても重要なのです。

(上 野)

たった一つどころか、たくさんの共通点があります。まず第一は、超高齢社会ではケアされる人もケアする人も圧倒的に女だということです。そして、男がケアされる場合と女がケアされる場合、男がケアする場合と女がケアする場合は、ケアの内容も質も全く違います。これをたんに一言で「家族介護」などとあっさり言ってほしくない。これを類型別に細かく分析なさったのは、笹谷さんの功績だと思います。

それと二つめは、ケアするのは女の仕事、とずっと考えられてきただけではなく、ケアされることにも、ジェンダーがものすごくかわるのです。なぜかという、ケアされるのは本当はそんなにうれしいことではないからです。なぜか。自分が衰えて、弱っていくことを受け入れるということだからです。かつて強かった人、パワーを持っていた人にとっては、もっと受け入れがたいことでしょう。「弱さの受容」というのは、ジェンダーの課題そのものだと思います。私はケアの研究をやり始めてから、つくづく、女でよかった!と痛感することが多くなりました。「だって、チズコ、できないんだも〜ん。助けて」って、言えるから。(笑)(そうした言葉を)男性にも言ってもらいたい。男の人のお世話をしないというわけではありません。女の方は優しいから、男性のお世話もして差し上げましょう。だったらかわいげと感謝ぐらい見せろよ、という話です。(笑)そのときのかわいげというのは、自分の弱さや衰えをちゃんと受容していくということですよね。これはやっぱり、ジェンダーに非常に深くかわります。男が“男らしさ”にこだわって生きてきた挙げ句に、グループホームでもお互いにそっぽを向き合う関係を見てきましたので、「ああ、男という病気は死ぬまで治らないのか」と思ってしまいますので。ここは最後に、松本さんに何か言ってもらおうかな。(笑)

(妙 木)

松本先生、一言お願いします。(笑)

(上 野)

すみません。「政府の代表ではない」とおっしゃったのに男の代表扱いして、ほんとに申しわけありません。(笑)それよりも、今の論点に関して、ケアとジェンダーがどうかかわるかということを、笹谷さん、

松本さんそれぞれに一言ずつ言っていただくというのが、司会者としてはいい締め方ですね。(笑)

(妙 木)

全くそのとおりです。

そうしましたら、ケアの論点とジェンダーの論点について、笹谷先生と松本先生から一言ずつお願いいたします。

(笹 谷)

私が高齢者ケアの研究をするという背後には、ジェンダーという論点がありました。実体験でも、うちでは父親と母親が二人で住んでいて、母が先に倒れました。私が長女で病院に行くと、お医者さんや看護師さんは、同居している父親のほうを見ないで遠距離からきている私のほうを見て、これはこうですああですと言うわけです。まさにケアは女性(の役目)であると言わんばかりに話しかけてくる。すると、ああそうか、とジェンダーの罠にからめ捕られていく。ジェンダーの罠に私ははまってしまった、という感じです。しかし、今の超高齢社会の状況を見たり実態調査なんかをすると、そんなことは言っておられません。今、ケアのジェンダー規範は変わらざるをえないと思うのです。だから、ジェンダーは変えることができるのですよ。男の本性は直らない、と言う方もいますが、でもやっぱり変わるものだと思うのです。だからこそ私たちは頑張ってきているわけなのです。

ところで、女性が圧倒的に長生きするから、女性が夫の面倒を見て、そして自分はひとりになって「私はどうしましょう」というのが多いのですけれども、80歳を過ぎると、何と夫のほうを妻を介護している割合が高くなるのです。よく分からないのですが、要するに男性は早く死ぬ人と、そこを乗り越える人は強くて長生きするということがあるらしいのです。これは、東大の生命科学の秋山先生なんかがおっしゃっています。そういうことからすると男性もケアをしなければなりません、男もケアの仕方を習得できると思います。

それから、夫婦規範がすごく強いのです。男性の介護者はまず、同じことを言います。「現役時代に妻に大変お世話になった。今は罪滅ばしで、僕が一生懸命やって……」と、本当にみんな同じくそう言います。(笑)だから、そういう反省はできる(笑)ということで、期待してもいいのではないのでしょうか。でも、日ごろからの教育が必要です。(笑)妻が倒れてすぐ、「家事をせよ」といっても無理ですから。ふだんから家事もする、掃除もする、洗濯もするということがやらせておかなきゃ(笑)……やっていたかなければならない。このような男女共同事業、男女共同参画は、安心してケアされる、ケアする社会の最低必要条件であると思っています。ですから、今までは女性がケアの担い手として社会的に縛られていると思っていましたが、今は変わりつつあって、超高齢社会はちょうどその良いチャンスでも試練でもあります。

ハイ、松本先生、どうぞ。(笑)

(松 本)

私の場合はジェンダー論の専門家でもありませんので、そういう観点から介護の研究を始めたわけはありません。先ほど数字もお見せしましたが、介護の実態として中高年の女性が非常に大きな役割を担っているというのは分かっていますし、そういうことを踏まえて考えています。しかしながら私個

人は、家族の介護は女性の問題だという感じはあまりないのです。親や子どもで介護が必要になったら、自分として何をやるべきかを当然考えるでしょうし、そんなことは妻が考えればいい、というようなことは、こういう場だから言うわけではなくて、日ごろからそんなふうを考えてはいません。逆に、その質問に対しては「え!？」という感じです。

(妙 木)

つまり、男性であるからとか女性であるからということではなくて、自分に何ができるかということから考えておられるということですね。

では最後に、司会者のこだわりで一つだけ論点を取り上げさせてください。皆様のご質問の紹介はもう終わりましたし、時間の過ぎているのも承知しておりますので、1分半くらいで終わらせたいと思います。

私が印象に残ったのは、笹谷先生の講演の中でも出てきたことですが、こうしたいということを高齢者の方ご自身が声を出していく、という論点です。このことは、当事者のニーズ——すなわち、私たちがこういうことで困っている、こういうことで助けてほしい、自分はこういう介護を受けたい、ということを自らの言葉で発信していくこと、と理解してよろしいでしょうか。

(笹 谷)

それを言わないと、制度も十分に発展しません。それから、ケアされる身になって考えると、下手な人には介護されたくありません。また、気持ちのない人にはケアされたくありません。夫に対してもそうです。私が先に倒れたら、今の夫の状況では……(笑)、ケアしてもらいたくない。うちは娘がいませんから。例えばおしゃれにも気をつけてもらうとか、おいしいものをちゃんと作ってくれるとか。そうやってほしいから、お互いが元気なうちにそういうこともちゃんと言わなければならないと思います。また、地域社会にも発信してゆきましょう。

(上 野)

権利と制度は歩いて向こうからやってこない。要求して闘いとらない限り自分のものにならない。これまでのお年寄り、特に女性は、他人さまのお世話を受けて生きているだけで身の置き場のない思いをしてこられた方たちだと思いますが、これからの年寄りは違います。私はうるさい高齢者になってやるぞ!(拍手)

(妙 木)

笹谷先生、松本先生、付け加えることはないでしょうか。大丈夫ですか。(笑)

そうしましたら、本日の討論はここまでで終了し、講師と司会者はいったん退席いたします。(拍手)

それでは、北海道大学大学院文学研究科長、弐和順より、皆様にご挨拶を申し上げます。

閉会の挨拶

(弐)

本日は、北海道大学大学院文学研究科応用倫理研究教育センター主催の公開シンポジウムに多数ご参集くださいまして、誠にありがとうございます。会の最後に当たりまして、文学研究科を代表いたしまし

て一言ご挨拶申し上げます。

本日のテーマは「老いと介護」でございました。言うまでもなく、人間にとりまして老いとは回避できないものでございますし、また高齢化社会を迎えた現在、介護というのは極めて重要で、かつ切実な問題でございます。そうした中、本日はまず上野先生から基調講演を頂き、そして笹谷先生、松本先生から講演を頂きました。さらに、三先生に加えまして、妙木先生の進行のもとでパネルディスカッションを行なっていただきました。私自身は門外漢でございますが、つくづくパネリストでなくてよかったと思っております。松本先生、どうもお疲れさまでございました。(爆笑)

会場の皆様にはこれを機に、お帰りになられてからぜひ、ご家族、ご友人とこの問題についてお話しいただければ幸いに思います。私自身も家に帰り、この問題について家族で話し合いたいと思っております。

最後になりますが、本日ご登壇いただきました三先生をはじめ、この会を企画してくださいました応用倫理研究教育センターのスタッフの皆様に心から感謝を申し上げまして、簡単ではございますが挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

(妙 木)

それでは、本日はこれもちまして終了いたします。誠にありがとうございました。

なお、皆様のご意見をアンケートにご記入のうえ、ご提出くださるようお願いいたします。

公開シンポジウム記録
「安心してケアする・ケアされる社会とは
—— 私たちだれもが体験する老いと介護を考える」

2014 年 4 月 30 日発行

編集：妙木 忍

©2014 応用倫理研究教育センター

ISBN 978-4-9904046-8-0

〒 060-0810
札幌市北区北 10 条西 7 丁目
北海道大学大学院文学研究科
応用倫理研究教育センター
Tel : 011-706-3062
E-mail : caep@let.hokudai.ac.jp
URL : <http://ethics.let.hokudai.ac.jp/>