

# 認知症の人を巡る社会的支援と家族

## ——日本とドイツ——

豊 田 謙 二

小論の目的は、単身化と認知症の人の増加、という近未来予測を念頭に置きつつ、「家族介護」のあり方を問うことにある。私は、認知症ケアは難しく、しかもそのケアは長期に及ぶ、その支援のためには介護専門職を含めたソーシャルワークの充実が将来的に必要と看做している。だが、わが国における近年の「親族扶養」の強化は、その「社会的（＝social）」なことの必要性和「social」な関係の形成の芽を摘み、要介護者・介護者関係の破綻を惹き起こしている、と論ずるものである。

認知症のケアにおいて最も重要なことは、ケアの担い手とそのケアへの支援に関する仕組みづくりである。日本ではケアの担い手に「家族」が優先されている。その「家族介護」は用語としてはドイツと同じである。ただし、日本では、「同居」・「嫁」、ドイツでは「近居」・「隣人」、その対照性が特徴的である。

さらに、日本では「親族扶養」が基本とされるが、ドイツではfamily careとsocial careとの組み合わせである。ケアが必要とされる時、当然ながら、ケアされる人とする人との間に合意が必要である。単身化などの人口構造激変期においては、「親族」のような固定的関係は対処力が弱く、「social」は変化に柔軟であり、ケアは多様で人も代替できる。また、「care for carer」の強化においては、「social care」の意義は極めて大きいのである。

### 目次

#### はじめに

#### 1. 認知症の人はどこに住んでいるか

- (1) 病院
  - (2) 在宅か施設か
  - (3) 同居か近居か
2. 認知症と診断されてケアが求められる
- (1) 「イエ（＝家）」と家族
  - (2) 親に対する子どもの扶養
3. 家族ケア
- (1) 日本での子どもの老親扶養
  - (2) ドイツでの子どもの老親ケア
4. 「日本的なこと」「ドイツ的なこと」
- (1) 「イエ」と「日本的なこと」
  - (2) 認知症ケアにおける「日本的なこと」
5. 人口構造の激変を予測しながら
- (1) 人口構造の激変
  - (2) 通時性と共時性
6. 認知症の人と社会的支援—むすびに代えて—
- (1) 介護者の質
  - (2) 社会的支援強化のために

## はじめに

ウチのなかのことですから、自分たちでしないといけなことを、  
他人の人によろしくとは言えない<sup>1)</sup>

上記の言葉は、徘徊が繰り返される母を世話する娘、その娘が徘徊する母を見つけたら連絡して欲しい、という支えの文書を認知症介護施設のスタッフとともに、近隣の商店に配布する際の言葉である。周知のように、「徘徊」は記憶障害とともに認知症状の一つであり、いわゆる「行動障害」に属する

ものである。

実は、上記事例は、「宅老所よりあい」（以下「よりあい」）<sup>2)</sup>に通う小林さん（仮称）を支えるケアの一環なのである。「よりあい」は、お年寄りの「徘徊」を止めず、そのお年寄りに添うことで、「散歩」に転回させる実践を続けている。

上記の語りのなかで、娘が家族のことを「ウチ」と表現している点に注目したい。「ウチ」の用語法は私たち日本人であれば異なることなく、むしろ私たちの共通感覚に属することである。その「ウチ」は「ソト」に対応している。<sup>3)</sup> 上記の表現を少し丁寧に言うと以下ようになる。「ウチ」のことは、つまり、認知症の母のケアは「ウチ」（＝内輪）だけのことから、自分たち家族の責務、そのことを「ソト」の人に手伝って下さい、とはとても言えない。

なぜ、娘は「ウチ」がケアの責務を負う、と発言したのであろうか。また、「ウチ」とか「ソト」という表現は、日本人にとっては何を意味しているのか。その「ウチ」「ソト」という日常的意識のなかに、私は日本の「家」が人をつないできた伝統的規範を読み取りたいのである。なぜなら、日本での在宅ケアは、家族という人のみではなく、「家」という観念に深く関わっているからである。小論は、認知症の人の在宅ケアを中心的課題としているのだが、「家族」、あるいはここに言う「家」についても、ケアに関わる限りにおいて検討の対象としなければならない。

## 1. 認知症の人はどこに住んでいるか

認知症か否かは医師の診断に負う。現在は、「早期診断」がお勧めの時代である。その理由は「認知症」の投薬による早期治療である。治療で認知症は治癒できないが、症状によっては進行を緩やかにできると言われている。重要なことは、「認知症」という診断書がなければ、たとえば、認知症の若年者では障害年金や介護保険給付、あるいは障害者総合支援法などの社会サービスを受給できない。

認知症の症状は進行する。その認知症状についての知識や認知症ケアについての学習は、認知症当事者の行動障害への理解を深めることができる。その点において、ケアを受ける認知症の人にとっては望ましいことである。しかも、認知症にあっては、当事者の死を看取るまでのケア期間が、10～15年と長い。したがって、長期に亘るこうした認知症ケアに対してどのような支援が望ましいのか。この課題は、高齢化に備えて1995年に介護保険制度を導入したドイツにおいても同様に、緊迫の状況にある。

認知症は、アルツハイマー病や脳血管障害などの原因疾患によって引き起こされる行動障害である。症状の表れ方は原因疾患如何に関わるとともに、また基本的には、認知症ケアの質に依存することが知られている。したがって、だれがケアの担い手なのか、どのような質のケアを提供できるのか、それが認知症の当事者にとっても、またケアの当事者にとっても極めて重要なことである。

認知症と診断された時に、唐突に、その当事者へのケアが始まるわけではない。ケアは人間関係のなかの過程として認識しなければならない。ケアの用語法を理解すると理解できる。英語の「ケア (= care)」、そのドイツ語訳では「プレーゲ (= Pflege)」というが、それぞれの用語の意味は近く、その範囲は極めて広い。たとえば、身体のケア・髪の毛のケア・肌のケア・子どものケア・老人のケア・動植物のケア、さらに庭のケアや学術・研究ケアの用例もある。他者へのケアとともに、他者からのケアも日常的な作法である。

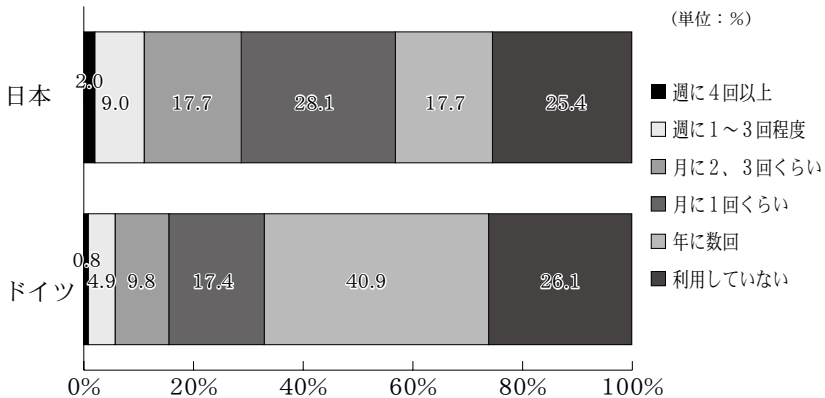
認知症高齢者は、どこでケアされているのか。まずその点から確認しておきたい。在宅でケアしているのは、わが国では66.8% (2003年)、ドイツでは68.8% (2004年) である。その数値は、日本では、厚生労働省老健局の推定、ドイツでは介護保険受給者での在宅ケア比率に基づいている。なお、ドイツでは介護保険制度の導入以来、在宅ケアの優先を掲げながら、なお施設ケアが増加している。したがって、在宅ケアへと認知症の人を誘導する、そうした新たな介護保障政策が模索され、「2008年介護改革」において在宅認知症ケアの強化が図られている。

さて、以下では現在の認知症高齢者がどのような社会サービスの環境のもとで生活しているかを、統計情報をもとに整理してみたい。認知症のある人の多くはこの「高齢者」に含まれるのであり、総体的な理解を得るためにまずその図柄を得たい。

### (1) 病院

身体の衰えが顕著となる加齢の進行のなかで、高齢者と医療サービスはきっても切れない関係となる。日本の高齢者の医療サービス依存については、「社会的入院」という表現によって示されるような、医療依存の傾向が議論されているところである。以下では、医療サービスに関して日本・ドイツの高齢者の依存状況を検討してみたい。

図表－1 高齢者（60歳以上）の医療サービス利用状況



出所：内閣府共生社会政策統括官「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」平成17年度より作成

日本では「利用していない」「年に数回」を合わせると43.1%、ドイツでは67.0%である。病院の特性は診療機関であり、「医療法」第1条の5には、その病院の「定義」が揭示されている。

病院は、傷病者が、科学的かつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ運営されるものでなければならない。（「医療法」第1条5）

したがって、急性期の療養が終了すれば自宅に帰らねばならないのだが、実際には、自宅に帰れず医療機関に留まっている状況がある。それが「社会的入院」と称されている。その実数をつかむのは容易ではないが、ここでは、一般的な傾向として、在院日数に関して先進諸国と比較対照してみたい。

図表－ 2 平均在院・外来受診数の比較

(年平均)

	ドイツ	日本	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
入院時の 平均在院日数＊	10.4	36.3	13.4	6.2	7.2	6.5
外来受診回数 ＊ ＊	7.3	13.8	6.7	2.9	5.3	3.9

出所：『厚生労働白書』2010年，OECD Health Data (2006)

注：＊ 2000年～2004年における平均

＊ ＊ 2004年のデータ

上掲諸国の内、社会保険としての医療保険が導入されているのは、ドイツ・日本・フランスである。平均在院日数はドイツに比べてその3倍強、外来受診回数は2倍弱であり、いずれも他国の群を抜いている。

## (2) 在宅か施設か

日本人高齢者の「医療」依存度は先進工業国のなかでも、極めて強い。一つは「国民皆保険」制度や老人医療費の「無料化」など、いわゆる「福祉元年」をめぐる政策の過程において、「社会サービス」は自己負担が低いほど「福祉度」は大きいと国民を啓発したからである。さらに、自己負担を小さく、国の負担は大きく、それが「福祉国家」だ、という原像が国民に教え込まれた。だが当然にも、この国の財源の支えは最終的には国民の負担となる。

なぜ施設入所なのか、あるいはなぜ施設が増設されてきたのか。ドイツでは「入居」と表現されるが、自宅から病院、そして施設あるいは病院から自宅へ、という移住が試みられる。その移住を促がす理由は、時間の経過に伴う個々人の身体的・症状の変容や在宅介護者の状況にある。ケアが必要とされる状況、さらに認知症と診断される状況、そうした変化する状況のなかでケアされる人とケアする人には、新しい生活設計が促がされる。

図表－３ 要介護者の移住先

要介護者の認知症老人 自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在（再掲）単位：万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再掲	認知症自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	認知症自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

出所：厚生労働省老建局総務課推定（2003年）

その瞬時の生活設計が日本人の不得手領域である。時間の経緯を追うことにしよう。なにが直面する課題なのか、その時々での認識と判断が求められる。老いとともに、さまざまな身体の変化に直面する。脳卒中の結果不自由になった身体、ガンと告知され余命を知らされた時、あるいは「もの忘れ」を認知症と診断された時、その時々が必要とされる「ケア」が浮き彫りにされ、その当事者とともにケアする人に新たな生き方が迫られる。

つまり、それからの、その居場所とはどこか。「病院」なのか、あるいは「施設」か、自宅の生活を継続するのか、その回答が求められるわけである。自宅での生活の継続は多くの人の優先順位が高いのであるが、その実現には家族・社会サービスなどの生活・社会環境の整備状況が、その決定を左右している。

### (3) 同居か近居か

高齢者の家族関係をつないでいく方法としては、同居あるいは、別居、さらにドイツでは近居という形式もある。ここではまず、「同居」についての現状を認識したい。

図表－4 高齢者と家族との同居の状況

(単位：％)

	配偶者 /パートナーと 同居	既婚の子供と 同居	未婚の子供と 同居	独居
ドイツ	51.7	3.8	6.6	39.5
日本	69.7	27.2	20.1	11.0

出所：内閣府共生社会政策統括官「高齢者の生活と意識 第6回国際比較調査結果」

\*同居者については複数回答有（例：配偶者と未婚の子供）

日本とドイツの比較における特徴的な差異は、以下の二点である。その一つは「子ども」との同居に関することである。その点に関してもさらに二点ある。同居する「子ども」が未婚か既婚かである。いずれの場合であれ、日本はドイツに比べその「同居」割合は段違いの大きさである。

「未婚」は未成年者を含むのであるが、ここでは、65歳以上高齢者との同居が対象とされており、「未婚」者と言ってもその年齢は高い。子どもは18歳で家族から巣立というドイツでの伝統的な「自立」観からすれば、ドイツでは未成年者は少ないと解するべきであろう。この数値は、親と子の関係における日本とドイツとの文化的差異を端的に表現しているように思える。もう一つ、「既婚」者と親との同居、その日本とドイツとの差異の大きさも家族観における文化的相違を示すものである。

この章においては、高齢者の生活環境、とくに「住」と「同居」に関して日本とドイツの現況をデータで追認した。なお、「パートナー」との同居はいずれも半数を越えているが、パートナーの一方が死去し、同居者がいなければそのまま「単身」世帯となる。ドイツでのその際立つ数値の高さこそが、ドイツ人高齢者における強い「私（＝ich）」の意思表示であろう。<sup>4)</sup>



## 2. 認知症と診断されてケアが求められる

認知症の人がいてケアが求められ、そして介護、あるいはケアをする人が必要となる。それは当たり前の筋道なのだが、往々にして、先に介護・ケアの人が設定されている。ここで強調したいのは、介護・ケアの人に認知症の人が合わせるのではなく、認知症の人に介護・ケアを合わせる、という基本の確認である。

台所で朝食を食べていた時、階段を下りる足音に気が付いた姑はふりむいて、台所に入ってきた主人を見て「あんた、また、あの人を泊めたんやね。いい加減におし。はよ帰ってもらい」と言った。もはや息子の顔も識別できないかと悲しくなりました。<sup>5)</sup>

上記の事例では、息子の妻、つまり嫁による姑へのケアが示されている。嫁の義母への介護は、東アジアを除けば国際的にみても稀有の事例かもしれない。また、この事例のような「同居」としての介護事例も少ないと思われる。その是非についてはここでの検討課題とはせずに、以下では、家族のありかたを巡る日本とドイツとの対比を課題としたい。

### (1) 家族を巡る日本とドイツ

小論冒頭の引用文に際して、実母をケアする娘の心情にある「イエ(=家)」の潜在的意識を指摘したのであるが、わが国では家族と「イエ(=家)」とは不可分であると思える。そこに、あるいはそれが故に、ケアを「ウチ」としての家族だけで抱えることが、高齢者虐待あるいは児童虐待が止まらない遠因に思える。

「家」に関しては、戦後約60年の経過ですでに「家」はない、あるいは「家」の伝統を継承すべきだ、さらに存続する「家」を廃棄すべしだ、など様々な意見が「ケア」絡みで対立・交差している。<sup>6)</sup>

ここでは、「ケア」の課題に即しつつ、日本とドイツでの「ケア」に関わ

る家族観やその実像についての対比を試みてみたい。

まず、「家族」という概念についてである。

以下の図表－5 資料は、「認知症の人と家族の会」による調査「報告書」からの引照である。私たちが日常「家族」と表現しているのは、少なくとも以下の事例にうかがえる範囲を指すものと理解していいであろう。

図表－5 介護者の続柄ごとの人数、平均年齢

	人数（％）	平均年齢
夫	245（22.4）	74.5歳
妻	274（25.0）	68.9歳
息子	92（8.4）	57.8歳
娘	279（25.5）	56.4歳
息子の妻	163（14.9）	55.5歳
娘の夫	5（0.5）	62.5歳
孫	4（0.4）	34.5歳
兄弟姉妹	5（0.4）	73.8歳
実父母	7（0.6）	64.0歳
おい・めい	3（0.3）	65.3歳
その他	3（0.3）	51.0歳
不明	14（1.3）	
合計	1094（100.0）	

出所：認知症の人と家族の会『意識調査』、2011年

嫁の介護は14.9%、娘・妻・夫に次いで多い。介護者の性・年齢の概要は以下の通りである。男性の年齢層、最多は70歳代の32.3%、次いで60歳代の22.6%、80歳代17.6%である。女性では、60歳代の28.4%、50歳代の26.8%、差があいて70歳代の15.8%である。

次いでドイツでの、これもケアに関わる家族についての実情を示すものである。

図表－6 主たる家族介護者（ドイツ）

（単位：％）

	1991年末	2002年末
（続柄）		
配偶者	37	28
母	14	12
父	0	1
娘	26	26
嫁	9	6
息子	3	10
孫	1	2
その他の親族	6	7
友人、隣人、知人	4	8
（性別）		
男	17	27
女	83	73
（年齢）		
45歳未満	19	16
45-54歳	26	21
55-64歳	26	27
65-79歳	25	26
80歳以上	3	7
回答なし	1	3
平均年齢	57歳	59歳

出所：松本勝明「ドイツにおける介護者の確保育成策」（一橋大学経済研究所、世代間問題研究機構、2008年4月）より作成

以上二つの資料は出所の性格を異にしている。日本の資料は認知症の人の介護者であり、ドイツのケースは介護保険での在宅介護者である。ここでの対比の目的は、在宅での介護者の属性を掴む、という点ある。なぜ「属性」なのか、という点に関して言えば、両国での介護者の相違を確証したいから

である。

さて、その両国間の相違であるが、まず顕著なのが「嫁」の介護である。日本では珍しくはないが、ドイツでは稀有である。<sup>7)</sup> 日本では「兄弟姉妹」ドイツでは「その他の親族」となる。注意を要することの一つが、ドイツでの「母」である。ドイツの介護保険では被保険者は医療保険加入者に準じているので、年齢の区別なしに保険を利用できるのである。その「母」とは、障害のある子どもへのケアを担当していると解したい。

## (2) 親に対する子どもの扶養

老いとは何か。「不老不死」の秘薬を求めに徐福を日本に派遣したのは、秦始皇帝であった。その朗報を待たずに皇帝は死去した。「老い」とは、「老人になること」(岩波『古語辞典』)にほかならない。古代ギリシャの女神カリュプソーはオデュセウスを愛し孤島に閉じ込めたいのだが、オデュセウスは女神に応えていう。故郷の妻、ペーネロペイアは「美しき姿、身の丈、御身とは比べにもならず劣りたるは、我ももとより承知なり」。「御身は不死の身にて不老なり」。オデュセウスは妻が「人の子、死すべき身」、されど我は「死すべき人間でありたい」と妻のもとに帰ることを宣言する。<sup>8)</sup>

老いも、死も、時の経過のなかにある。老い逝く過程において人は身体の衰えを訴え、他者の助けを時に必要とする。その必要時に同居するパートナーは、お互いのケアの役割を了解するであろう。

また、子どもが老親を扶養することが基本とされる国がある。ヨーロッパ諸国においても、主として子どもが老親のケアを担っている国がある。イタリア・スペイン・ポルトガルなどの諸国である。社会サービスによって老親のケアを担うのは、福祉先進国としての高齢化社会をリードしてきたスカンジナビア諸国である。ドイツなどの中欧諸国は家族ケアと社会サービスとの組み合わせである。その仕組を担うのが介護保険制度である。図表-7には、ヨーロッパ諸国での家族ケアと社会的ケアの組み合わせ様式が示されている。

図表－7 ケアシステムの比較

	デンマーク	ドイツ	スイス	イタリア
社会政策的 関連事項	個人主義	核家族	個人主義/核家族	拡大家族
法的義務	なし	ふつう	わずか	非常につよい
規範的義務	わずか	つよい	ふつう	非常につよい
ケアへの責任	国家	家族/国家	国家/家族	家族
職業的ケア	ひろく普及	普及	ひろく普及	普及なし

出所：Klaus Haberkern, “Pflege in Europa—Familie und Wohlfahrtsstaat,” VS Verlag  
2009 S. 75

ドイツはヨーロッパのなかにおいては、家族ケアが重視されている。その点については、すでに増田雅暢「家族介護の評価と介護保険」<sup>9)</sup>、松本勝明「家族介護者の支援と介護従事者の確保・育成」<sup>10)</sup>によって詳しく展開されている。増田論文では、家族介護中心の日本の現状において、その家族介護者への社会的支援が課題とされ、とくに介護手当の導入されなかった経緯やその論点の開示が試みられている。そのうえで、介護手当の制度化を提議するのである。小論との兼ね合いで言えば、ケアする人へのケア、つまり「care for carer」の認識が薄い日本において、なによりも「介護手当」などによる在宅介護者支援は、とくに今後の在宅ケア機能の弱体化を展望するにおいて、最重要課題である。

また、松本論文に学ぶ点は、ヨーロッパ諸国を展望しつつ、ドイツでの家族介護者支援策への評価に関するものである。とくに、現物給付と金銭給付との組み合わせを含めて、その利用は要介護者たる当事者の裁量に委ねられる。また、金銭給付の受給にあたっては、保険者の定期的な審査が制度化され、介護の質確保に貢献している。松本の提案するように、家族介護者への様々な支援は在宅介護での質を向上させうるのであり、また介護サービスの需要を抑える効果も持ち得ると思われる。

### 3. 家族ケア

ドイツは、ヨーロッパ諸国のなかにあっても家族ケアが重視され、それを補完する仕組みとして社会サービスが制度化されている。その点に関しては、日本のケアの実情はとても近いように思える。そこで本節においては、両国での家族ケアを対比検討しつつ、その差異性を検出することにした。

すでに触れたように、パートナーの場合にはいずれかの「要介護」という「事故」については、お互いが明示的、あるいは黙示的に了解済みのはずであり、とくに検討を要しない。ここでの課題は、なぜ老親のケアを子どもが担うのか、という点であり、両国の実情を比較しつつ考察してみたい。

#### (1) 日本での子どもの老親扶養

子どもの老親への扶養は、子どもが親と同居をしていれば、時間の経過がごく自然に「扶養」へとつながる。子どもが親と同居していない場合においては、親がケアを必要とし始める際にケアの担い手が課題となる。ドイツではその場合には、一般に家族会議が開かれるようであるが、日本にはそうした合議でケアの担い手を決める伝統はない。

わが国には、老親の扶養に関して次のような法律が定められている。<sup>11)</sup>

直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養する義務がある

(「民法」第八七七条第一)

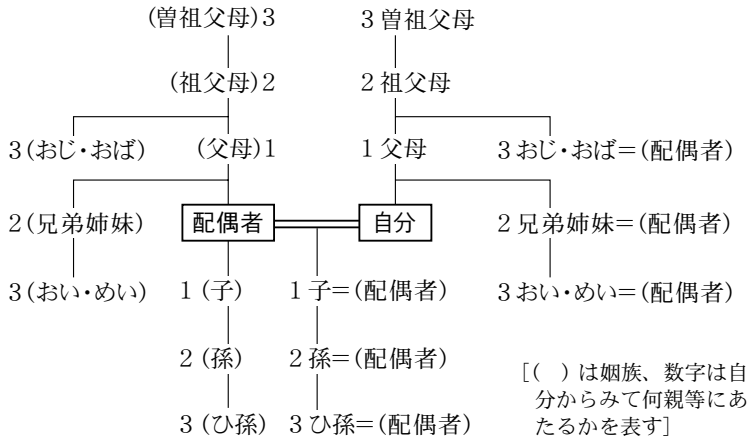
家庭裁判所は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合のほか、三親等内の親族間においても扶養の義務を負わせることができる

(「民法」第八八七条第二)

ここに言う「扶養」は、「引取り扶養」ではなく、金銭的援助を意味する。その場合には、ケアを必要とする当事者は、そのケアサービスを法制度、あるいは民間サービスに求めてその費用を「扶養義務者」に請求することがで

きるのである。つまり、直接のケアは扶養義務者に求められていないのである。<sup>12)</sup>

図表—8 三親等内の親族関係



出所：二宮周平『家族をめぐる法の常識』前掲書、127頁

では、「三親等内」とはどの範囲を意味するのか、図で示しておきたい。

この「親族扶養」の形態および「扶養」のような義務は、ドイツでは規定されていない。この子どもによる老親扶養は、ドイツなどのヨーロッパでは一般的には、「文化的規範」と呼ばれる、いわば「慣習」の一つである。

## （2）ドイツでの子どもの老親ケア

ドイツでも子どもが老親をケアしている。すでに述べた通りである。日本での老親扶養との相違を確認しておきたい。まず、「嫁」の可能性は少ない、また、「同居」は少なく「近居」が多い。もう一つ重要と思えるのは、家族介護者への金銭給付に関してなのである。ここで言う「家族」とは血縁の必要もなく、近隣の人で構わないことである。つまり、一人暮らしのお年寄りが世話をする人を探して世話を依頼する、その対価として介護保険の「金銭

給付」を活用できるのである。ドイツの介護保険は、日本のような、言わば「老人介護保険」ではなく、医療保険の被保険者が自動的に介護保険の保険者であるために、被保険者に障害のある子どもや若者がいる。介護サービスを当事者一人ひとりの生活に合わせて活用することは、障害のある人の自立的運動なのであるから。

子どもが老親ケアを担うには、二通りの筋道がありそうに思う。その一つは子が親の財産を生前に相続し、同時に親のケアを担う。子どもと老親とのケアと相続に関する双務契約の締結である。いかにも、ドイツらしく、契約を中心に据えた老後生活の継続である。この点については、坂井洲二『ドイツ人の老後』<sup>13)</sup>に詳しい。ただし、こうした契約を基にした子どもの老親ケアは、ドイツのどの地域にも見られるものではない。

もう一つ、より一般的には、「補完性」の原則と呼ばれる制度がそれである。少し説明が必要と思われる。

この「補完性（＝Subsidiarität）」の原則は、教皇ピオ十一世の「社会回勅」に由来するという。それは社会福祉の領域に関わることであり、「人間はなによりも自分自身について責任を負うべき存在であり、社会の援助は個人がみずからの力でなし得ない時のみに限るべき」<sup>14)</sup>とするのである。だから、先ず個人的努力、できなければ補完は、家族、次いで隣人、さらに民間の非営利組織、ついで民間営利組織、自治体、国家という順に支援の輪は拡大する。この補完性の原則は「社会国家の連帯にとっての本質的な編成原理」なのであり、具体的には個人とコミュニティ、私法と公法、ボランティアと専門職との間<sup>15)</sup>をつなぐのである。

まず、ケアを受ける当事者、個々人の意思の公表が迫られ、その意思が尊重される。子どもが老親をケアするかどうかは、その原則の地平にありつつも、子ども個々人の意思に基づく。ただし、そのケアの判断は文化的規範なのだが、それは宗教的影響も大きいように思える。つまり、ヨーロッパの南部はカトリック教（旧教）の信者が多く、家族ケアが強い。北の諸国はプロテスタント教（新教）の信者が多く家族ケアは弱い。ドイツはアルプス以北



の中部にあり、旧教徒と新教徒とが拮抗している。

#### 4. 「日本的なこと」「ドイツのこと」

小論の目的は、認知症の人の増加を念頭におきつつ、一人暮らしであってもその生活が続け得ること、その支えとしてのケアのあり方を探ることにある。それにしても随分迂回してきた。まず、認知症の人の在宅ケアの実情をデータに即して、日本とドイツとの対比を試みた。

さらに、家族ケアにおける日本とドイツとの同一性と差異性とを、それぞれの社会的・文化的条件を検証しながら追跡した。そこで重要なことは、家族ケアとは言え、日本とドイツとは全く異質だ、ということにほかならない。日本とドイツとは在宅ケアに関する社会的・文化的環境が全く異なる、という確認である。

本節において改めて、その差異性に踏み込み、そのケアに関わる歴史的・文化的側面を検証したいと思う。その検証のうえにおいて、認知症の人の一人暮らしを支える枠組みについて考察したい。

##### (1) 「イエ」と「日本的なこと」

日本では住む居場所を「家」と表現している。その「家」は、日本では建物だけを指すのではない。その「家」の定義は古く、「イヘ」と表現していた時代に遡る。『岩波古語辞典』から引用しよう。

家族の住むところ、家庭・家族・家柄・家系をいうのが原義。(屋)  
は、家の建物だけをいう。<sup>16)</sup>

「イヘヌシ (=家主)」の使命は、イヘを継ぐことにあった。嫁はイヘのヌシたる夫に、つまり「イヘ」に嫁いだのである。その「継ぐ」とは、世代間をつなぐことに他ならない。さらに、その「イヘ」を永続的に、代々継ぐためには、常に新しい世代に繰り返し教育する必要がある。それは、冠婚葬祭

の行事や親族名称のかたちで実行されている。結婚はイエとイエとの関係であり、夫婦はイエを介して個々につながり、女性はイエに嫁ぐ。ドイツでは、結婚は男と女との個々人の契約であり、互いにファースト・ネームで呼び合う。日本でもファースト・ネームで呼び合う夫婦があるが、子どもが誕生すると一変する。つまり、夫婦のあいだの呼びかけは、その子どもを基準とした相互の呼称へと転回する。つまり、お互いに、親族名称の「パパ」「ママ」で呼び合う。ドイツでは子どもが誕生しても互いの呼称に変化はない。なぜ日本では転回するのか。

夫婦は、お互いのそれまでの横の関係を、共通の子供を基準とした縦の関係、つまり、お互いに同一の子供の父であり母であるという与えられた関係に組直し見直すことで、永続的状态に入ろうとする。<sup>17)</sup>

「イエ」の形成要因には立ち入れないが、上記の解釈において重要と思われるのは、「永続性」が子どもを介した血縁関係において形成されることである。1943年（昭和18年）の文部省社会教育局による「家」の定義を参照しよう。その「永遠ノ生命ヲ具現」することが「イエ」の使命である、と言う。

家ハ、祖孫一体ノ道ニ則ル家長中心ノ結合ニシテ人間生活ノ最モ自然ナル親子ノ関係ヲ根本トスル家族ノ生活トシテ情愛敬慕ノ間二人倫本然ノ秩序ヲ長養シツツ永遠ノ生命ヲ具現シ行ク生活ノ場ナルコト<sup>18)</sup>

「ソト」に対して「ウチ」が維持、継承されねばならない。「ウチ」においては、『女大学』に「良妻賢母」の規格として、「舅姑に従はざる女は去るべし」<sup>19)</sup>と示されている。「イエ」の擁護者は、「イエ」に権利義務を定める法の導入を強く警戒した。個々人の「権利」と言われていながら、日本での「個」

は、今日においてなお、依然として無権利状態に置かれている。

## (2) 認知症ケアにおける「日本的なこと」

86にもなって、廃人となっても、なお生命を大切にすることが醇風美俗のお題目なら、あたしは宗旨変えをするわ。人間は何故生きなければならないのか、という問題は、生きてることに何か意義が見出せる間のことでしょう？—中略—あたしたちを厭がらせるだけの生命なんて、ちっとも尊重出来ないわ。それでもなお、生命は大切だと思わなければならないのかしら。<sup>20)</sup>

上記の引用は、1947年（昭和22年）の『改造』に発表された丹羽文雄の短編小説から引いたものである。認知症の義母をめぐる、世話の確執の様相を綴る語りの一部である。アメリカのように「老人ホーム」ができると預けられるのに、と自問している。ちなみに、1963年（昭和38年）の「老人福祉法」を法的論拠に特別養護老人ホームが設立されることになる。2000年に介護保険制度が導入されて、その老人ホームは「指定介護老人福祉施設」と呼ばれるが、現在では、入所を希望してもすぐに入所できるわけでない。定員の何倍かの入所待機が常態化している。

義母の「醜態」を描いた作家 丹羽文雄は、晩年には、自身が認知症状に悩まされ、文章の書けない作家は日夜原稿用紙に「丹羽文雄」、と何度も書き続けたという。<sup>21)</sup>

「醇風美俗」は今日ではほぼ死語と化しているが、家族（＝「イエ」）に関わる重要な用語の一つであった。その用語が法制度として登場したのは以下の文言である。

「一国ハ一家ノ如ク一団ノ藹気大和民族ノ地盤ニ漲リシハ是レ古来  
我国ニ於ケル醇風美俗ノ状景ナリ」<sup>22)</sup>

これは、民法改正の諮られた「臨時教育会議」（1917～1919年〔大正6～8年〕）での、当時の検事総長平沼騏一郎の提案の一部である。各階級をこえて国家に奉仕すること、それが、教育目標の根底にあつた。その後、その用語は戦前期・戦中期を通じて国民教育の基調として、「国体維持」に向けて、繰り返し情宣され続けられたのである。

さて、「醇風美俗」は民法改正論議で採り上げられるのであるが、家族、あるいは親族扶養とどのように関わるのであろうか。要点のみを整理することで、以下に日本のケア観を確認しておきたい。

1871年（明治4年）、明治政府は廃藩置県を実施して土農工商の廃棄しつつ、天皇を頂点とする中央集権国家に向けて、地方の整備に着手した。その一つが地方官の派遣による戸籍制度の統一的な実施である。その国家統治組織の末端に位置づけられたのが、「戸」であった。「共同生活を営む血縁・家族集団を一つの戸として、その長を戸主」<sup>23)</sup>とした。戸主は「家長」としての責任と権限を担い、明治国家の推進する施策に合わせた、「臣民」の訓育の役割を演じたのである。1880年代後半には、民法典の作成に保守派の強い抵抗が生じた。注目すべきことは、保守派代表の穂積八束「民法出デテ忠孝亡ブ」に窺えるように権利関係を家族内に導入しない、という姿勢である。換言すれば、「家ハ法律ノ及フ所ニアラス純白ナル敬愛ト徳義トノ棲息スル境界ナリ」、<sup>24)</sup> という。

ここで「ケア」の担い手に話題を移したい。さて、一方では民法における「親族扶養の義務」を謳いながら、他方では「家ハ法律ノ及フ所ニアラス」とする。つまり、親族がケアを引き受けるのに「民法」は強制力を発揮しないのである。また、実際にはケアを必要とする人のケアのために、民法の条項は参照されないからである。では、なぜ親族はケアを引き受けるのか、認知症の人を在宅でケアする人の「意識調査」を参照としたい。

まず、介護時間について。「ほとんど一日中」が51.3%、「半日程度」13.4%、「3～5時間」13.4%である。<sup>25)</sup>

さらに、介護の継続意思に関することが問われている。

図表－9 介護者の続柄別にみた介護継続意思

	夫	妻	息子	娘	息子の妻	その他	不明	合計
介護を続けたいので、続けるつもり	104 57.5%	109 50.7%	22 38.6%	96 54.5%	37 32.5%	7 50.0%	0 0.0%	375 49.3%
介護を続けたいが、現実的には厳しい	35 19.3%	50 23.3%	10 17.5%	32 18.2%	17 14.9%	2 14.3%	1 33.3%	147 19.3%
介護を続けたくないが、続けるしかない	36 19.9%	46 21.4%	21 36.8%	40 22.7%	52 45.6%	4 28.6%	1 33.3%	200 26.3%
介護を続けたくないで、やめたい	0 0.0%	1 0.5%	2 3.5%	0 0.0%	3 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	6 0.8%
特に介護をする必要がないので、わからない	2 1.1%	3 1.4%	2 3.5%	0 0.0%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	8 1.1%
不明	4 2.2%	6 2.8%	0 0.0%	8 4.5%	4 3.5%	1 7.1%	1 33.3%	24 3.2%
合計	181 100.0%	215 100.0%	57 100.0%	176 100.0%	114 100.0%	14 100.0%	3 100.0%	760 100.0%

出所：図表－5 に同じ

ここでも、嫁の意向に焦点を充てたい。「介護を続けたくないが、続けるしかない」が嫁45.6%、息子36.8%、娘22.7%、妻21.4%、最後に夫19.9%である。

もう一つのデータを紹介したい。このデータでは、嫁の相談割合が多い。嫁の相談件数は、1,317件と娘の2,335件について多い。全体の26%にあたる。相談の内容だが、嫁の語りである。

介護役割を引き受けることそのものへの疑問を感じているうえに、もっとも身近にいる夫からの理解が得られず、小姑たちの非協力や無責任な口出しに悩まされている<sup>26)</sup>

日本での老親ケアの特徴は、ドイツとの比較でいえば、「同居」・「嫁」である。その視座における在宅ケアのあり方には、半ば強制された息苦しさや吐露されている。「家族愛」というべき主体的自己によるケアの引き受けでもなければ、生前相続と老親ケアとの双務的契約の合理性に依拠するわけでもなく、いわば、「世間」の、とは言ってもウチなる声につき従ってのケアへの縛りであるかのようである。

介護保険の保険給付、つまり介護サービスが提供される日本とドイツの受

図表－10 相談者と被介護者の続柄

相談者の続柄	件数	%
娘	2,335	46.1
嫁	1,317	26.0
妻	565	11.1
息子	210	4.1
夫	158	3.1
孫	67	1.3
本人	44	0.9
婿	9	0.2
母親	7	0.1
弟	5	0.1
おば	2	0.0
専門職	192	3.8
その他	164	3.2
	5,075	100.0

出所：図表－5に同じ

注）不明225件を除く

給者に伏在する根本的な相違、その日本的なケアとドイツ的なそれとの対照性に関して、精神科医・哲学者の木村敏は次のように言語化している。それは、在宅でのケアにおいて、家族個々人のあいだに「へだて」がなく、ケアは「ソト」に対して区切られた私的空間の「ウチ」にあることに関わる。そのことについての発言である。

西洋人が個人として社会に関与するのに対して、日本人は家の一員として社会に関与するという一般的傾向と、密接に関与する。<sup>27)</sup>

介護サービスで提供されるのは、「モノ」ではなく、実践としての「コト」のはずである。だから、ケアは人と人のあいだを媒介しつつ関係させる、あいだへの介入である。このケアの過程において個々人としての意思が促がさ

れ、ここに「社会サービス」の可能性が形成されるのではないだろうか。つまり、「親族ケア」に限定されない、「社会サービス」への開けである。

## 5. 人口構造の激変を予測しながら

近未来への私たちの道標を、数値という「もの」化して表現してみよう。すでに、国勢調査「速報」でお馴染みであるが、以下に二つの特徴的な傾向を示すことにする。

### (1) 人口構造の激変

#### ① 単身化の勢い

図表－11 高齢者一人暮らし世帯数の推移

(万世帯)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
一般世帯	4,678	4,904	5,014	5,048	5,027	4,964
世帯主が65歳以上	1,114	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
単独比率	303 27.2%	386 28.9%	471 30.6%	566 32.2%	635 34.4%	680 36.9%
夫婦のみ比率	385 34.6%	470 35.1%	542 35.2%	614 34.8%	631 34.2%	609 33.1%

出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成15年10月推計—」

(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合である。

人口構造が激変する。図表－11および12で示されているが、「構造」の変化は量とともに質の変化を含む。特徴的なことは、単身化と認知症の人の増加である。日本とドイツの近未来の予測では、両国が同様な傾向を示す。異なるのは、日本とドイツでの「ケア」のあり方についてである。ここでは日本の「ケア」の行方について考察を試みたい。

## ②認知症の人の増加

図表－12 認知症高齢者数の見通し

(万人)

将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症 自立度Ⅱ 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症 自立度Ⅲ 以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※下段は、65歳以上人口比（％）

出所：平成15年6月 厚生労働省老建局総務課推計

注：

自立度Ⅱ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。

自立度Ⅲ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。

「イエ（＝家）」という家父長的システムは、そのものとしては眼前にはない。ただし、私たち日本人の身体には、長い時を貫いてその精髓が継承されているようである。その持続的な影響力の源は、常に「イエ」が多くの新しい後継者を準備できたことにある。その後継者づくりを支えたのが女であった。男は、このシステムの命じる「戸主」の役割や「イエ」の食料源を支える労働力を演ずることで、その「強さ」を演出できたのである。個々の男が強いわけではなく、システムが男に権威を与えたのであった。

「イエ」においてアイデンティティを得てきた男は、今日では「イエ」の溶解のなかで強さを失った。高度経済成長期での市場経済の進展のなかで、女は「出産」の権利に目覚め、と同時にシステムへの「子ども」の提供を拒否した。それが、出生率の低下という数値である。それは「イエ」システムへの女の反乱であり、その持続性の妨害なのであるが、それによってシステムへの人材の供給は断たれた。その煽りをくって、男はそのシステムにのみ支えられてきた自己の居場所と強さを喪失する。現時、男の弱さの表出は、女の強さを鮮明化



「イエ」の精髓だけは現在の家族に継承されている。たとえば、「ウチ」「ソト」の感覚である。だが、家族の規模を縮小し始めた途端に、「ウチ」「ソト」の家族境界は溶解してきた。伝統的に堅持してきた「ウチ」の、包摂力・危機対応力・生殖力などが衰弱してきたからである。信頼すべきはずの家族はすでに孤立し、危機への対応にも柔軟な対応能力を失い始めているのである。

さて、「日本的なこと」と「西欧的なこと」との境界を表示するものを改めて掲示してみたい。日本の家族は血縁を基にした親子、そして現在から過去、さらに未来へとつなぐ祖先崇拝を特徴とする。他方、ドイツでは家族は夫婦と子どもである。子どもが独立して家族から離れると夫婦だけのパートナーになる。自立した子どもがパートナーの元に戻ることはない。その「自立」を支えるために「social」という関係が形成されているのである。それは支えなのであるから、「social」とは檻のような固定した枠ではなく、運動体であり、流動的なものと理解したい。

日本的な特徴とドイツ的、つまり西欧的な特徴は、前者は「通時態」、後者は「共時態」として表現される。その対比に関して少し説明を加えたい。<sup>28)</sup> 通時態は、家族を時間的経過に即して把握する。共時態は現在の時間の一点においての人間関係のありかたを示す。それを文化対比的な視点で言えば、家族特性での日本の関係とは「血縁」であり、西欧的とは「契約」である。

日本ではイエにおける「個人」であり、西欧では「契約」における個人である。前者では、火葬後に「家」の墓に収められ、後者では自治体から25年間契約で貸与される個人の墓に土葬される。その対照性において表現すれば、イエ（＝家族）は「自然」であり、契約は「文化」である。その契約は権利と義務との双務性であり、「social」な性格を有し、これも「文化」である。19世紀半ばのヨーロッパは失業・貧困・疾病など、「西欧の没落」を思わせる事態にあった。その危機の時代において、「social」意義が再発見されるとともに、その「social」が二つの「social」、つまり「social insurance」（社会保険）と「social work」（ソーシャルワーク）という運動に展開され、支え支えられる法制度と個人への支援・援助活動が形成される。ここに、ヨーロッパ諸国が会保障制度へと展開する端緒が得られたのである。

人口構造の激変と述べた。そのもたらす影響も予測できる。だが、その予測が社会展望として取り込まれたとしても、対処の方法は親族扶養から逃走できないであろう。「民法」の定めのことではない。だが、近未来での人口構造の激変で「イエ」依存が壊れると、「個人」は孤立無援に落ち込む。ここに、「social」という問への介入が不可欠となる。家族からの自立と「social」な生活とは、実は表裏の関係にある。と同様に、単身世帯化と認知症の人の増加への備えにおいては、固定的な血縁関係では応えられず、「social」という関係づくりこそが極めて重要であると思われる。動的な均衡は生物の根本的なありかたである。急速に変わる人間と人間の関係、人間と環境との関係、その変転への対処には、より高い安全性確保のためにも、融通性の大きな人のネットワークを必要とするのである。それが「social」な意義なのである。

## 6. 認知症の人と社会的支援—むすびに代えて—

「認知症のひと家族の会」（以下、「家族の会」）は1980年に結成されている。2000年に介護保険が導入されたのだが、それを挟んですでに30年以上が経過している。2010年時点で会員9,826人であり、会員は認知症の人の推定数約250万人のなかで約250分の1の割合である。

以下に「家族の会」でのアンケート調査結果から、認知症ケアの現状の問題性と課題を見出したい。「家族の会」がすべての認知症の人や介護する家族を代表しているわけではないが、その活動力は高く評価すべきであり、その活動において重要な提言あるいは示唆が見出せるのである。<sup>29)</sup>

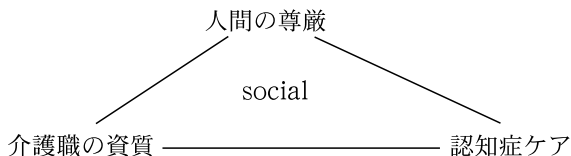
まず、調査結果のなかから、「ケア・対応」に関する自由回答の収録を対象として、その回答をカテゴリー化したうえで、さらに構造的に解釈を試みたい。その考察が以下の内容である。<sup>30)</sup>

### (1) 介護者の質

自由回答の数量的な概観を一言。その事項の自由回答数は147件、その内で「ケア・対応」が139件である。私は、その自由回答の記述をカテゴリー化して分類し、さらに最終的には基本的に三つのカテゴリー、つまり「介護職の資質」「認知症ケア」「人間の尊厳」に分類した。この三つのカテゴリーを「ケア・対応」の基本軸として再解釈できる。まず、それぞれの「軸」についての説明が必要であろう。回答において最も大きな比重を占め、最も厳しい批判に直面しているカテゴリーは、「介護職の資質」に関するものである。

その発言のなかからとくに厳しい批判のものを、例示として以下に掲示したい。

図表—13 認知症ケアを巡る課題



出所：筆者作成

- ・「ケアの質は認知症の人の実情に応じてどれだけ個人対応できるかということ。一律の食事介助、トイレ介助ではなく、本人に一

番適した介助がどれだけできるかにかかっている」

- ・「認知症への偏見は強くある。特に介護、看護などのスタッフ側の理解が不十分」
- ・「画一的な区割りを出来る限りなくして、ひとりひとりに合った、その人が必要とするケアが受けられることを望む」
- ・「介護という職務についてベテランが育たないことであり、技術の蓄積とか伝習が行われないことに直結します。これは入所するものにとっても不幸なことです。」
- ・「認知症ケア研修が現場で生かされていないため、介護スタッフの数を増し身分保障をした上でケアの質を求めたい」<sup>31)</sup>

認知症の人へのケア、そこでまず、留意すべきことは、ケアの難しさとケアの長期化にあると思われる。難しさというのは、身体的ケア中心の、いわゆる標準化され得る従来型のケアではない、という点にある。ケアの長期化というのは、認知症状は加齢とともに重度化し、しかも診断から10年以上に亘り、個々人で症状の違いを発症しながら経過することにある。まさに、それぞれの認知症状の変動と個性に付き合うことが「ケア」に他ならない。認知症ケアを正面から論ずることは、この小論の範囲を超えているので、ここでは以下のような指摘で責めを塞ぐこととしたい。

上記の回答者に共通する認識は、施設でのケアの質は「介護職」に依存している、つまり「人」だということである。ケアの質が「人」に向けられると、その人の介護能力という資質、さらには認知症ケアに関する学習・研修の実効性が問われることになる。

認知症ケアには、まさに新しいケアの研究・研修、そうした養成という新しい課題が伏在している。従来型の、いわゆる古いケアであれ、あるいは新しいケアであっても、もとより、常に「人間の尊厳」が高く掲示されるべきこと、という理念は不動である。その上で求められているケアとは、「一人ひとりに合った」、認知症の人が「必要としていること」、その気づきに始ま

るケアが基本とされる。

家族介護者の発言を真摯に受け留めることで、改めて、認知症の人へのケアのあり方が再審に付されるのである。「ケア」の項目では、「低すぎる」と端的に言い放つ事例がある。また、「身体拘束」の項では、以下のような怒りに近い言葉に出会う。

「医師全員に8時間のベッド固定及び拘束の実体験をすることを義務づける」。<sup>32)</sup>

当事者のそうした批判や不満への回答は、今後どのように改善されるのであろうか。当事者活動、いわゆるセルフヘルプ運動の提起している課題・懸案に改革で応え得ていない。日本においては、法制度の立法化がもっぱら中央官庁の主導であり、草案づくりからして官庁依存である。議員立法を基本とする欧米と日本を比較すれば、私たちの自治能力を問われてもいるのだ。

## (2) 社会的支援強化のために

さて、「認知症の人とその家族」と主題化した、この小論を結ぶにあたって改めてその主意と洞察の帰結を記すこととしたい。

主題化の出発点は「認知症の人の一人暮らし」である。この暮らしにはリスクが伴う。住むこと・食すこと・排泄のこと、さまざまな生活での通り道が難しくなる。そこで、施設入所や精神病院への入院の誘いが始まる。と同時に、認知症の人を巡る親族探しが始まる。私の身近に多くの事例があるので、他の地域も同様と思われる。親族探しは言うまでもなく、「親族扶養」への道筋である。

他人に危害を与えない限り自由が保障されるべきだ、と私は思う。すでに述べたが、自己の意思を通し自立して生きる、という生き方があり、その社会的支援が必要とされる。「ここで生きる」という個人の意思に反して、「施設」「病院」へと送られるのは「自己決定」に反するであろう。だが、残念

なことに「認知症で一人暮らし」の社会的・文化的諸条件は不備である。

介護保険は役に立たない。家族が介護、という前提で制度化されているので、「介護」できなければ施設・病院送りとなる。人口構造の激変にふれたが、「施設」「病院」さえも満杯状態が続き、思わざる「単身化」という「孤立化」が展開するであろう。認知症の「発症」は、その人の生活時間の経過のなかにおいて出現する。その発症は唐突であり、無作為である。まさにこの世界は不合理である。認知症ケアはその基本に家族が据えられている。もちろん、認知症ケアだけではない。ガンや難病、脳卒中の慢性期も家族依存である。今後もこの風景のなかでケアが展開され得るのであろうか。

小論は認知症の人のケアを課題とし、さらに家族との関係を主題化した。その主題に関しては、まず家族の介護およびその介護者への支援、もしくは家族ではなく社会的な介護の推進、その二つが予想される回答である。私の立ち位置はそのいずれでもない。つまり、ケアは認知症の人と家族の合意、あるいは家族外で担う、そのいずれでもありうる。最も重要なことは、認知症の時間による変化、また介護者の身体的・経済的状況の変化、そうした経過の変化に掛かっている。つまり、時間の経過が、ケアしている人をケアされる人へ、ケアされている人が生き続け、ケアしている人が死を迎える。それは私たちの毎日の身近な経験であり得る。だから、小論では、「ケア」する、あるいは「ケア」される、という役割行動を固定できないと論じている。「ケア」という役割、それは時間の経過で破壊されるからである。可能性のある途は一つしかない。ケアする仕組みの柔軟さの確保である。認知症状が常に変化するのであるから、認知症ケアにおいてもその変化に対応すべきことである。ドイツでは、家族の概念を変更する提起もある。つまり、新しい家族とは、「異なる世代がおたがいに責任を引き受ける共同体」であり「夫婦と子ども」ではない。<sup>33)</sup>

親族（イエ）の一端としての家族は、柔軟さとは対照的な、固定的な役割を演じてきた。認知症ケアに関して、もちろん私は認知症ケアに習熟すれば、他のケアにも応用可能と解釈している。そこで、認知症の人とその家族の関

係について、以下三点に関して私見を提示しておきたい。

- ① ケアが必要になってきた当事者が、自ら、自分を補完できる条件を築くことができない。つまり、家族のなかで「ケア」を完結しないことである。つまり、ここに、「social」な支援の必要性が生まれる。
- ② “care for carer”、つまりケアする人へのケア、それはケアする人への金銭給付に限らない。ケアする人への支援は、当該ケアの質を改善できるという展望がある。ケア連鎖の最終には、当事者のQOL（＝生活の質）を改善することが可能である。
- ③ ケアされる人、およびケアする人への支援のための人材は、居住区におけるボランティアなどのインフォーマルによる人と人とのあいだのつながりが重要となる。そのつながりにソーシャルワークの仕事が発生し、その担い手の社会的意義が公に承認され得ると思われる。

## 注

- 1) NHK「老いの笑顔は街とともに」2009年4月29日放送
- 2) 「宅老所よりあい」、福岡市の市街地に設置された認知症ケアを中核とする介護施設。市内3箇所に同じ理念の施設が設置されている。認知症ケアにおいて日本の最先端を担う力量を有している。
- 3) 「日本語の社会で最も古く根源的なのは、人々が、近いか遠いかを軸にして人間関係を考えることでした。上か下かの認識を大切にするのは、古墳時代以後の漢字文化の輸入による社会の階層化、家父長制的社会制度の成熟と関係があるようです。」大野晋『日本語練習帳』岩波新書、1999年、153頁
- 4) 「ドイツ語の〈私〉のichは省略されることがない。相手に対して〈私〉を明確に言い、表現しなくてはいけない。」小塩節『ドイツ語とドイツ人気質』講談社学術文庫、1988年、130頁
- 5) [社] 呆け老人をかかえる家族の会（編）『呆けの人の思い、家族の思い』中央法規、2004年、37頁

- 6) 増田雅暢「家族介護の評価と介護保険」(『週刊社会保障』2002年 8/26~2002年 9/23)、とくに家族介護者への「家族手当」を巡る対立図式の検討は興味深い。
- 7) グレーフェ或子『ドイツの姑を介護して』(中公文庫、1999年) ドイツで日本人の嫁が看取りまでのケアを担う、社会サービスの多様性も紹介されて、貴重な事例である。
- 8) 斎藤忍隋『プラトン』岩波新書1972年、29-30頁
- 9) 増田雅暢「家族介護の評価と介護保険」前掲書
- 10) 松本勝明「家族介護者の支援と介護従事者の確保・育成—ドイツの取り組み—」(社会政策学会誌『社会政策』第1巻第3号、2009年)
- 11) 浅野清「日本社会の「イエ」的構成(再考)」(『日本文化の中心と周縁』風媒社、2010年)の問題構成を参照。
- 12) 二宮周平『家族をめぐる法の常識』講談社現代新書、1996年、126頁
- 13) 坂井洲二『ドイツ人の老後』法政大学出版局、1991年
- 14) 大西健夫編『現代のドイツ 社会保障』三修社、1982年、31頁、Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung [Hrs.] “Übersicht über das Sozialrecht” 3. Auflage, 1995, S.30参照。
- 15) ドイツ連邦労働社会省『ドイツ社会保障総覧』(ドイツ研究会訳、ぎょうせい、1983年) 5頁
- 16) 大野晋・佐竹昭広・前田金五郎共編『岩波 古語辞典』補訂版、岩波書店、2011年
- 17) 鈴木孝夫『ことばと文化』岩波書店、1973年、190頁
- 18) 磯野誠一・磯野富士子『家族制度—淳風美俗を中心として—』岩波書店、1958年、75-76頁
- 19) 同上、111頁
- 20) 丹羽文雄「嫌がらせの年齢」『丹羽文雄文学全集』1974年、100頁
- 21) 小宮英美『痴呆症高齢者ケア』中央公論社、1999年、108-110頁
- 22) 同上、40頁



- 23) 同上、11頁
- 24) 同上、17頁
- 25) 認知症の人と家族の会『認知症の人と家族の暮らしに関するアンケート調査及び国民の認知症と介護に関する意識調査』[報告書] 2011年3月、14頁
- 26) 湯原悦子・尾之内直美・伊藤美智予・鈴木亮子・旭多貴子「認知症の人を抱える家族を対象とした電話相談の役割」(『日本認知症ケア学会誌』第9巻第1号、2010年4月) 40頁
- 27) 木村敏『人と人との間』弘文堂、1972年、218頁
- 28) E、レヴィナス『倫理と無限』西川雄二訳、筑摩書房、2010年、76頁
- 29) とくに、「電話相談」に伺える「介護」の実態の分析や「相談」の機能の重要性の指摘など、多くを学び得る。湯原悦子等共著「前掲書」を参照。
- 30) 同上、79-83頁
- 31) 同上
- 32) 同上、86頁
- 33) ドイツの「第7家族報告書」(2005年)のことである。姫岡とし子『ヨーロッパの家族史』山川出版社、2008年、86-87頁、参照。

**Persons with Dementia, the Social care and the Family Care  
(The Case of Germany and Japan)**

**TOYOTA Kenji**

This paper attempts to examine the difficulties of dementia patient and his family in sustaining family livelihood under the forecast of increasing number of both “single household” and “dementia patient” in Japan. Generally, take caring a family member with dementia is difficult task and it also requires a considerable long period of time. Having mutual understanding and social attachment between dementia patients and carer is also very important. Accordingly, medical treatment from professional dementia-care experts and support from social workers, family, relatives and neighbor are extremely necessary. In Japan, generally, a person with dementia is taken care by family member and daughter-in law. But in Germany, dementia patients are supported by a combined system of “family care” and “social care” (relatives who live nearby and the neighbors). It is the fact that over reliance on family care tradition has been creating deterioration of family livelihood in recent Japan. Moreover, Japan which heavily relies on “family care” shutouts and keeps distance from the formation and introduction of appropriate “social care system”. In practice, it is needless to point that family care alone cannot able to cope with the drastic changes of Japanese families and population structure as well as family attachment. Accordingly, this paper suggests the timely introduction of combined “family and social care system” in Japan which can integrate the “dementia care” and “care for carer” as well as alleviate the daily family burden.