



ケア、感情、ジェンダー：  
高齢者介護問題をとおして(第3回講演,ケアの現在-制度と現実のはざま-)

|       |   |
|-------|---|
| メタデータ | 言語: jpn<br>出版者:<br>公開日: 2010-06-30<br>キーワード (Ja):<br>キーワード (En):<br>作成者: 春日, キスヨ<br>メールアドレス:<br>所属: |
| URL   | <a href="http://hdl.handle.net/10466/9982">http://hdl.handle.net/10466/9982</a>                     |

### 第3回講演

## ケア、感情、ジェンダー

### — 高齢者介護問題をとおして —

春日 キスヨ

今日は「ケア、感情、ジェンダー」というテーマでお話しさせていただくことになっております。レジュメに示しておりますように、家族介護の担い手も社会的介護の担い手も圧倒的に女性です。なぜ女性だけが担うことになるのでしょうか。さらに、家族ケアの場合、ケアをめぐる関係が男女によって異なるように、施設ケアに従事する場合でも女性と男性の位置というのは明らかに違います。男性は、現場に入ってもすぐに管理職になり、女性は常雇いになってもヒラで介護スタッフとして働き続けることが多いという業務内容の違い、さらに、同様に介護スタッフとして働いている場合でも男性スタッフに要求されることと女性スタッフに要求されることは異なり、同じ業務につきながらも、男性より女性の負担が重いという事実が見られます。なぜ、こうした違いが生み出されていくのでしょうか。

一方、ケアのパラダイム転換期にある現代日本においてオピニオンリーダーとなって政策推進をしているのは男性の施設長や男性経営者たちです。現実には女性が家族内外のケア労働を9割以上担いながら、しかし1割未満の男性たちが新たな政策の立案者になっている。そして現場の問題はジェンダー非関与的に「人間の視点」で語られていく。そうしたなかで実質的にケアを担っている女性たちの労働内容はどのように変わっていきつつあるのでしょうか。これまでと比べて改善される方向で進んでいるのでしょうか。そして、超高齢化が進む中で高齢者福祉が後退し、何ごとにも

「自己責任」(=「自己負担」)が要請される時代状況の中で、前半の人生で介護のみならず育児も含めて家族内外で無償のまたは低廉なケア労働を担わされ続けた女性たちの高齢期はどのようなものになっていくのでしょうか。こうしたことの一部でも今日はお話できたらと思っています。

結論から言いますと、ケアとジェンダーという点に関し、私は2つの危惧を持っております。1つは女性にケア負担が重くかかっている現状から帰結する問題、すなわちこれからの時代、高齢女性の貧困化問題が介護期により深刻化していくだろうということです。つまり、これからは介護費用を自前で払っていかなければならない時代になってくると思うのですが、そうした時に、それを払えない女性たちがいっぱい出てくるだろうと思うのです。現実には介護保険開始以降、それは始まっています。これは広島市の調査ですが、介護保険の利用限度枠まで使っていない理由の第一に挙げられるのが、「経済的負担が重いから」という理由でした。この「経済的負担が重いから」という理由はジェンダー非関与的に聞こえますが、現実にはそれは低い年金収入者が多い女性の側に偏っていると考えられます。さらに、現在グループホームを利用するためには、京都近辺でしたら月々10万から15、6万が必要とされる一般的な金額です。そうした金額を後顧の憂いなく出費できる女性たちは全女性のうち何パーセントぐらいでしょうか。経済的に恵まれた上中流層のほんの一部でしかないでしょう。介護の市場化が進むなかで介護費用の捻出に苦しまねばならないという圧力が、男性より女性高齢者に強くかかってくる時代になっていくと考えます。現に市場化が日本より進んだアメリカなどでは夫を見送るために自分の貯蓄を使い果たした後、高齢女性がプアなナーシングホームで最期を終えるというケースが非常に多いと聞きます。家族介護という支えを失った後の時代、高齢女性の貧困問題が深化していくことを非常に危惧しているところ

です。もうひとつ私が危惧していることは社会的介護の場での労働内容の変化に伴う問題です。介護保険開始後、旧来の排泄、食事、入浴といった身体ケアに加えて生活の場で心を通わせながら介護していくというグループホームとかユニットケアという形の新しいケア実践が普及しつつありますが、

そこでのケア労働のなかで燃え尽きていく女性や病気になって倒れていく女性が増えるのではないか、もしくは労働負担のひずみが密室化した施設の中でそこを利用する高齢者に対する虐待といった形で下手したら増えるのではないのかというものです。

## 1. 介護は女性に負担の多いジェンダー関与的領域

さきに述べた家族内外でのケアをめぐる問題点をジェンダー関係に焦点をおいたデータに即して具体的にみていきましょう。まずは統計データでおさえたいと思います。ここに示した各種データが示している事実から、介護は見る側に立っても看られる側に立っても、女性に負荷の多いジェンダー関与的領域であることがわかります。人口学的に見ると、いまは前期高齢者が多いのですが、これからは75歳以降の後期高齢者が増えていく時代だと言われております。そういうなかで、2012年の女性の平均寿命は84.6歳、男性は77歳です。これは人口の男女差ともなって現れ、85歳以上層になると女性人口が男性の2.5倍以上となります。そして女性の方が男性より長寿であるという事実は「男性より長生きできていいね」と単純には喜べない部分をもたらします。どういうことかと言いますと、長寿であることは男女の疾病原因の差異をもたらし、女性の方が要介護期間が長いという結果をもたらします。表「要介護者等の性別にみた手助けや見守りが必要になった主な原因」を見ていただきますと、女性の場合には「高齢による衰弱」「骨折・転倒」「痴呆」が多く、男性の場合には「脳血管疾患」「心臓病」等が多いという具合に、要介護状態になる原因にジェンダー差があります。この事実は、女性のほうが長生きする分だけ痴呆症や骨粗鬆症や転倒による大腿骨折からの寝たきり等といった形で長期間の介護を受ける可能性が高いということを意味しています。それを具体的な数値として示しているのが、厚生省（現厚生労働省）の研究班による調査結果です。これは新聞などで「お達者度調査」という形で発表されたものですが、平均余命から自立期間を引いて、寝たきりの期間、つまり要介護期間が何年あるかというのを算出したものです。たとえば75歳を見ますと、女性の

平均余命12.88年、自立期間は10.2年。したがって差し引き約2年半の要介護期間、男性の場合には平均余命9.81年、自立期間8.23年で要介護期間が約1年半。この数値は平均的に見て男性の要介護期間の方が女性より短いことを示しています。話はちょっとずれますが、そうした疾病の男女差の背景にも実は男性優位社会であるということが関わっているのです。つまり、男性優位社会ですから、男性は仕事はし放題、酒は飲み放題、タバコは吸い放題が許されます。その結果、確率からいうと男性は癌などで早く死ぬことが多い。女性は、とりわけ皆さんの世代は、専業主婦が日本の社会で歴史上初めて誕生した時代で、厳しい労働で一生を過ごしてこられていないから、平均寿命はもっと上がるかもしれない。そうすると長生きすることは喜ばしいことのように思えるのだけれど、80歳を過ぎて元気であっても、加齢による虚弱化した部分を支えてくれる人が必要な介護期が多くの女性の必然になってきます。

ところで、長期化した介護期間を支える条件での男女差はどのようになっているのでしょうか。夫婦家族化的な価値観が普及しますと、娘よりも息子の妻よりも夫が一番という形で夫婦間介護を望む人が多くなります。けれど、夫に看てもらいたいと思っても、配偶者という安定した関係の恩恵を受けることが少ないのが女性です。高齢期の有配偶率の差には大きな男女差があり、男性は80歳代後半になっても半数以上は有配偶であり、女性の有配偶者は一割にも満たない。それは1つには、やはり男性優位性を反映した夫の方が年長であるという夫婦間の年齢差。それともう1つは、離婚などでシングルになった場合の、男性の再婚率の高さ。さらに平均寿命の男女差、そうした諸要因が関わって、男性の方が高齢期になっても有配偶率が高くなり、結果として配偶者間介護を受ける率が高くなってきます。ということは、女性のほうがより不安定な社会的介護ないしは子世代による介護を受ける確率が高くなることを意味します。老人ホームにおける「年齢階級別にみた性別構成割合」の表をみましても、年齢が上になればなるほど女性の割合が増えていきます。たとえば養護老人ホームに入っている割合は90歳以上で女性が約75%、男性が約25%と大きな差があります。さらに、家族介護を受ける場合でも、男性より女性の方が虐待の被害者に

なりやすい。多くの高齢者虐待の調査結果を見ましても、被害者割合というのは女性が7～8割を占めるという具合に、女性のほうが虐待の対象になることが多いのです。これは、子世代の介護を受ける機会も多く、その際家族間葛藤のはけ口として虐待を受けるという不安定な境遇におかれている事実を示しているといえるでしょう。

しかも、家族介護の場にあっても高齢者本人の経済力の差が介護基盤を大きく左右する方向への変化が1980年代後半くらいを境として生まれてきています。すなわち老親扶養についての考え方が、1985年ぐらいを境にして、「子どもとして当たり前義務」「よい習慣」が多数派だったのが「施設・制度の不備ゆえやむをえない」「よい習慣ではない」という考えを持つ人が多数派になるという変化が生まれているのです。つまり、年金制度の充実とともに親の扶養意識が変わってきたのです。年金制度が充実するまでは、子どもによる老親扶養というのは、経済的な扶養と日常の世話という両面を含んで成立していました。しかし、年金制度が充実してくるにつれて、介護費用の負担は高齢者本人が、そして世話は家族のなかの女手が、というかたちで分化してきたのです。そして今そうした傾向は、公的介護保険制度の開始によってもっと明確化しています。つまり、同じ仕事をヘルパーがしたらいくらになるといった金銭勘定が、家族が介護を担う場合にも入り込む。そうすると、介護費用すら自己負担できない親の世話をするということが、介護する子世代の女性にとっては非常に不満で不条理感を募らせるような状況が進行していく。かつては介護役割は息子の妻の運命、嫁としての義務みたいに思われていたのが、1985年ぐらいを境に、ある意味では業績主義的に「ケアを担う私の貢献そのものが報われるべきだ」という意識に変わってきているのです。

こうしてひとり暮らしのみならず子どもと同居している場合であっても、経済的条件が介護基盤を大きく規定する時代になってきますと、男性より女性の方がより不安定な状況に置かれることになります。なぜなら男性高齢者と女性高齢者では圧倒的な経済力の差があります。単独世帯の女性高齢者の平均収入は単独世帯男性と比べて半額以下であり、非常に低い。本当にこれでどうやって介護保険料を払い、医療費を払うのか。グループホ

ームの利用料が10万円以上だとしたら、どうすればそれを賄っていただけるのか、といったような状況になるわけです。ただし、女性といっても前半生の働き方によって平均収入額が違います。資料をみますと、給与所得中心の人だったら女性でも年間191万円の収入です。しかし、仕事をしていない期間中心の人、要するに専業主婦的な生き方をし、「愛の労働」という無償労働を担ってきた人は85万円の平均収入です。こうした人が家族基盤が脆弱化するなかで老後に不安定な経済条件に立たされることになる。そうしたなかで、お金を持たない高齢女性の家族上の地位が非常に不安定化し、寄る辺ない状況になっている。『介護問題の社会学』（岩波書店、2001年）のなかでこうした変化について私は、介護される高齢者側の人権、家族介護を受ける権利というのがある意味低下していったと指摘しました。そういう意味で女性の老後の生活安定が公的に社会保障としてきちっと保障されるようにならないと、女性にとっては本当に危惧すべき状況が進行していくのではないかと思います。

## 2. 介護はなぜ女性の役割なのか

そういう状況の中で介護が社会化されたといっても、相変わらず家族が担う、女性が担うことを前提につくられているのが今の介護保険制度です。確かに担い手としては、高齢者夫婦世帯が増えるにつれて、妻が先に倒れたときには夫が看るというかたちの男性介護者は増えていますが、子世代の息子や娘の夫が介護の担い手になるという状況は生まれていません。日本で最初に在宅で寝たきりの老人の調査である1968年の資料と1993年の「老人訪問看護実態調査」とで介護の担い手の変化を見ていきましょう。高齢の女性や娘が担う割合は確かに増えています。しかし、息子が担う割合はこの間あまり変わっていません。娘の配偶者が看るというのは1%にも満たない。子世代男性が介護を担う形での男女平等は進んでいないのです。私にとってはこのことが非常に不思議なことでした。「愛情中心家族」に移行した結果、「親のことが気がかりで気がかりで」という形で実の娘が息子の妻に代わって自分の親を看るという方向に変化したというのならば、で

はなぜ、実の息子の介護関与率は上昇しないのか。愛情深い男性たちはなぜ自分の親を看ようとししないのか、という疑問です。それに、娘の配偶者が看るというのは1%にも満たないというのも不思議でした。息子の妻たちは夫の親を看続けているというのに。私は「それは昔から介護は女の役割だから」というふうには思わないのです。なぜなら江戸時代には看護婦なんかいなかったのです。時代劇の戦さの場面には女性の従軍看護師みたいなのが登場しませんね。看護師制度ひとつとっても、明治以降に近代の産物として、女は優しくてケア役割を担っているというかたちで日本のなかに制度化されたものなのです。現代の性別分業社会を維持するためには、家族内外で「男は仕事、女は家事育児」「男は逞しく、女は愛情深い」といった支配的なジェンダー観により、女性を絶えずケア役割に繰り込み、男性をそこから排除していく「権限、統制、強制に関わる権力」、「情緒的な結びつきに関わるカセクシス（情動規制）」が働いているからだ、というふうに考えます。

### 3. 家族介護場面で働く力

では、家族介護の場で働いている力というのは、どんな力なのでしょう。それはどのような形で男を家族介護から排除し、女をそこに組み入れるような力としてあるのでしょうか。一例として、いろいろな家族に会って話を聞くなかで、不思議に思った事例を挙げてみます。3年ほど寝たきりの女性でした。彼女に「誰に介護されたいですか」と尋ねると、「そうですね、主人ですね。主人が一番ですね」と言われました。「その次は誰ですか。」「娘ですね。」「その次は誰ですか。」「嫁さんですね。」「息子さんはどうなのですか」と尋ねたら、「あれは優しいから、よう（介護）せんと思うよ」と言われた。「えっ、優しいのならしてくれるのじゃないのですか」と聞き返しましたら、「いや、あの子はよく気がつく優しい子じゃけん、私が恥ずかしいという気持ちがあるから、自分じゃようせんと思う」という答えが返ってきたのです。これにはびっくりしてしまいました。もうひとつ事例をあげます。妻に重度の痴呆症の親の介護を任せて息子は何もしようとは



しなかったというケースです。その男性について親戚が何と言ったかという、「あの人は親思いだから、親があんなふうになり果ててしまったのを見るのが辛いだろう、だからよう看んのよ。優しい人だからね」といったというのです。つまり、女性に対してはケアを強制していく「優しい」という感情に関わる言葉が、男の場合には、「男は看ない」ということを正当化するための論拠として使われる。すなわち「優しいからよう看ん」とケア責任を免除していく方向で使われていたのです。

こうした側面とともに、なぜ子世代の男性介護者が増えないのか、ということについての身体性すなわちセクシュアリティに関わる規範も大きく関わっていると考えます。この規範のあり方は夫婦間と親子間では異なっています。身体性に関わる次元についていえば、夫婦間では排他的性の専有関係がある、つまり性器の独占権がお互いに公的に承認されたのが夫婦関係だと思えるのです。したがって、妻が排泄介助を夫からしてもらっても羞恥心を生み出しません。しかし、息子の場合には、「インセスト（近親相姦）タブー」、さらに、伝統的な母性観のなかでは、母親を性的な存在とはみなさず、性的な部分、セクシュアリティの部分が消すようなかたちで日常生活が営まれています。それが、先ほどの事例では、「息子は私のおむつを替えるのは恥ずかしいと思うよ」という形で語られていました。今ひとつ事例をあげてみましょう。要介護の高齢女性とその夫、そして36歳ぐらいの息子という構成の家族でした。介護者である夫に「将来何が一番不安ですか」と聞きますと、「いまはトイレに連れて行けば、自分で排泄ができる。おむつをするようになっても自分でできる間はいいけれど、そのうちにカテーテルを入れて導尿をしなきゃおしっこもでないようになるだろうというふうに看護師に言われている。そうすると、目もうすくなる、手も震えるなかで、わしはどうすりゃいいんじやろう。看護師さんがしても“痛い痛い”と言うのに、それがどうなるだろうかというのが一番の悩みだ」という答えが返ってきました。そして、そのあと、「親戚の者なんかは気楽に、“息子がおるやないか”と言う。だけど30半ばのまだ独り者の息子に、親だったらそういうことはさせられるものじゃない。家族だからといってさせられるものじゃない」というふうに言われたのです。つまり、介護関

係を規定していくのは「家族愛があれば」といった単なる規範力によるものではなくて、このような身体に関わる規範性も関わっているわけです。

こうした規範がバリアーとなって介護への関わりが当初はブロックされたとしても本当はそんなのは慣れですから、1週間もしたら、あんたがいい、あんたにしてもらうのが一番うれしい、というふうに人の意識は簡単に変わっていくものなんですけどね。しかし、その壁を乗り越えて子世代男性が介護を担っていくことはこれまでは少なかった。施設ケアの場合でも、職員さんたちに「女の人というのは同性介護をどうしても望まれますか」と聞きますと、「いやそんなことはないですよ。男の職員が好きな人もおられますし、女の職員が好きな人もおられます。最初の間は“女じゃないと嫌だ”と言っていた人が、いっぺん男の人に看てもらおうと、こりゃ安心だということで、“次からは男に”というふうに変わる方もおられる。ある時、髪の高い女性職員が女性高齢者の入浴介助をしていたのですが、突然、ケアされている側の女性が、“あんたは女か、私は女はいらん”というふうになって撥ね付けられたというケースもあった」ということでした。そんなものだろうと思うのです。にも関わらず、最初の関わりを決定するのは、日常の元気なときの規範です。そういうレベルで、息子はできるだけ避けたい。避けるときの論理の組み換えも、「うちのは優しいから」といったようなかたちに男性に都合がいい形で組み換えられていく。こうした現実があるのです。

次に、娘の夫の介護関与の低さに関して言えば、男性優位の家族制度下においては、その関わりは低い方向で規定されてしまう。高齢女性が娘夫婦と同居している場合に、娘が先に亡くなったら、高齢女性は残った娘の夫から介護をしてもらうのでしょうか？あっても非常に稀でしょう。これが息子の妻だったら、息子が亡くなった後も同居して最後まで看取る、というのが戦後の戦争未亡人の場合などでは普通の形でした。けれども、いま娘家族と同居する人が増えているからといって、娘が50代で癌になって亡くなってしまったとして、80代の娘の母親と50代の娘の夫が仲良くぺちゃくちゃお話ししながら一生楽しく暮らしていくなど、よっぽど娘の夫がざっくばらんでこだわらない人でないと無理でしょう。しかし、そういう人で

もやっぱり介護まで担うというのは例外的なことだと思うのです。そして、娘が自分の親を介護する場合には、やはり夫婦関係での夫優位という規範がありますから、私の親を看させてもらうだけで有り難い、さらにそのうえ夫に私の親を看てちょうだいなんてとても言えない、といったような夫婦間の権力差、そういうものが関わってきます。つまり、息子や夫の介護関与を低くする諸力として、先ほど言った身体性に関わる規範、そして、父系重視、夫婦関係における夫優位の規範、そういうものが関わっていると思うのです。

そうした要因とともに家族という場での個人の立場性が関係性によって多元的な性質を帯びるといふ点も関わってきます。『介護問題の社会学』でその点に触れたところを読み上げさせてください。

「さらに、家族の地位関係は、1人の人物が、母に対しては息子、妻に対しては夫、子どもに対しては父親、弟や妹に対しては兄という具合に複数の位座を占め、それぞれがそれぞれの関係において求められる役割義務も異なったものとして規定されている。息子の立場にある男性にとって妻子への愛情義務と、自分の親への愛情義務とは拮抗する。」

これはどういうことかという、たとえば皆さんの夫が、皆さんの気持ちも全然汲まず、息子や娘の気持ちなんかも全然汲まないでほったらかし。にも関わらず自分の親には甲斐甲斐しく、言われなくても小まめによく世話をするタイプの男性だったとしたら、どのような反応をされるでしょうか。「私たちのことには目もくれないのに自分の親のことに関しては一生懸命になって。何よ、あの人は」というような感情は働きませんか。つまり夫婦家族制の下では男性が自分の妻子を差し置いて自発的に自分の親の介護をするということに対してはブレーキがかかりやすい。その結果息子の関与が低く抑えられていくような部分もある。だから、男女平等に介護を担いましょう、と理念を説くのはたやすいけれども、実は日常の行為場面で関係を規定する多元的な価値や規範や規制等が関わって、「男も女も半分こ」というのはなかなか実現され難いのです。

ただ、こうした傾向は中年以下の若い世代では変わってくるかもしれませんが。たとえば、ここにおられるお若い20代ぐらいの方にお聞きしますが、自分の親と夫の親が同時に倒れたらどちらを優先されますか。他で聞いた例を挙げますと、若い女性たちはこの問いに対して「自分の親」とはっきり言う人が圧倒的に多いですね。「夫の親はどうされるんですか？」と聞きますと、「それは彼の親だから彼が看ればいい」という答えが返ってきます。1人っ子2人っ子世代になると、双方の親が同時に倒れたら、男性は子としての自分の義務を自分で担うしかない、女性は女性で自分の親への義務を担うしかないという方向に変わりつつあるのだろうと思います。ただ、その際、介護義務とは何かという内容そのものも変わっていくだろうと考えます。いまは身体のケアまで含めて介護義務といっていますが、次の時代は、医師とか介護支援センターとかにつなぎ、いろいろな情報を集めてマネジメントし、親しく交流し続けることを介護義務とみなし、男も女も自分の親に対する責任は自分で担う方向に変わっていくかもしれません。

#### 4. 社会的介護場面で働く力

次に家族介護の場から社会的介護の場におけるジェンダー関係に目を転じたとき、社会化されたケア場面では男性の参入が増大していくでしょうか。結論から言うと、男性の参入は今後も増えないだろうと私は考えています。そう考える一番の理由はケア職の低賃金です。40代の男性ヘルパーさんの聞き取りをしたことがあります。やはりその方もしばらく勤めたらヘルパーを辞めていきました。男性がヘルパーになりたいと思って介護現場に参入しても続けられない社会的強制力が働いているわけです。どのような強制力か。その方は、ヘルパーの就職の面接を受けるときに、「これだけでは食えません。あなた、食えないんでどうします」と面接者に言われて、「いや、ぼくは塾の講師もしていますからやれます」と答えると、「それならいいですが、物好きですな」と言われたそうです。「決意がないとひるみますよ」と彼は言っていました。面接者のみならず彼は利用者からも次のような対応を受けたそうなのです。

「ほくみたいに40代の男性でヘルパーなんていないでしょう。だから予想もしていなかったことにぶつかりますよ。83歳の独り暮らしの女性の家にヘルプに行ったんです。そしたら、家に入れてくれないんです。“年を取っていても私は女だ。女1人の家にわけのわからん男を入れるわけにはいかん。あんたがヘルパーだというんなら身分証明書を出せ”。そのとき身分証明書を持っていなかったんで、とうとう入れてもらえなくて。そんな人がいるかと思うと、これは男性なんですが、“あんたは外人か”って。“日本人の男がこんな女のするような仕事をするはずがない。だから出稼ぎの外国人労働者だろう”と。ほんと、こんな人に出会うと、こっちがびっくりしますよ。」

このように「介護は女の役割」というジェンダー観が支配的な社会では、女性並みに仕事をしていても男だから「心配りができない」とか「料理はできないだろう」とか利用者側の拒否感情によって男性ケアワーカーが排除されることも多いのです。

そうした側面と共に、やはり介護で非常に大きく働く力というのは、男性に対してよりも女性に対する方が介護する側が気兼ねをしなくていいという点なのではないでしょうか。誰でも地位が上の人からケアしてもらうのは気兼ねだし負担に感じるじゃないですか。だから女性で、あまりえらくないと思える人にケアしてもらう方が負担感を感じなくてもすむ。世話される側にはできるだけ世話になっているという部分を薄めたいという心理が働く。この男性ヘルパーさんの場合には、ある高齢の男性のところに行くと、必ずヘルプに入る前に儀式があるんだそうです。その高齢の男性が「火、つけ」と言ってたばこを出される。だから「はい」と言われたとおりにする。服従の儀礼というか、下位に置く儀礼というか。「それが終わると、“あの仕事をしてくれ、これしてくれ”と頼まれる。複雑なものですよ」と、そのヘルパーさんは語っておられました。そういうふうに、男に介護されるのと女に介護されるのでは介護される側の気兼ね感が違うということが女性が選好される要因のひとつになっていると思うのです。

それからもう1つ、ケアの場面には医師を頂点にして看護師とかヘルパ

—とかいろんな専門職者間の序列がありますね。この男性ヘルパーさんの場合には、看護師と組んで利用者を訪問する最初の時に、リーダー役のヘルパーから、「看護師の方が上だからね。あなたは男だけれどもそのところは心がけといてね」と指導されたというのです。つまり、「ヘルパーであっても俺は男だから上だ」といった振る舞いをするなということですね。そういうように、女性が9割を占めるケアという職に男性が参入していった場合、性別による権力関係では上位に置かれる男性が、職業的地位としては下位に置かれることが、双方にとって気詰まりというか居心地の悪い状況を生んでいく側面があり、そうした力も作用して男性が介護の場から排除されていく。

このように、要するに女性を絶えずそこに組み入れ、男性をそこから排除するような力が作用しているのがケアという場で、そういう力学の総和として女性がケアを担う現実が生み出されているのだと考えます。

## 5. 介護倫理のパラダイム転換と介護保険の開始(市場化)が及ぼすもの

そういうなかで、いま私たちが考えなくてはいけないのは、介護保険が始まることによって介護が社会化されていくなかで、施設ケアの現場でどのような形でジェンダーの再編が行われつつあるのかという問題です。

施設ケアの大転換のひとつとしてユニットケアへの転換があげられます。ユニットケアをご存知かどうかわかりませんが、一口で言えばグループホームの施設化ですね。高齢者に個室を提供して10人前後の単位(ユニット)をひとまとまりとして施設でも生活中心、高齢者中心のケアを提供していくというもので、厚生労働省の方針として打ち出されているのです。グループホームも1995年頃は10施設ぐらいだったのが、もういまは2,000を越えております。厚労省は2004年までに3,400箇所ぐらいをつくるとかいう方針を出しておりますが、グループホームはもう雨後の筍みたいに増えていきます。

では、グループホームや施設でのユニットケアというのは本当に私たちにとってバラ色の未来なのか、家族が当てにならない時代の社会化された

ケアの理想の場として描けるのでしょうか。もちろん理念どおりにそうしたケアが実現できたらどんなに素晴らしいことでしょうか。しかし、問題は理念を実現する方向でケア提供者の労働環境は整えられていっているのかということなのです。私は、現代はケアのパラダイム転換期だと思っています。要するに、医療モデル、業務中心のケア、つまり医師がトップで看護師、ヘルパーといった序列のなかで、高齢者が縛られたり、自分の気持ちを聞いてもらうこともなく保護監督されるような従来のケアのあり方から、高齢者中心、生活中心のケアの方向への転換期だと。生活中心のケアとは、グループホームやユニットでご飯をつくったり散歩をしたりといった生活を重視し、ケアワーカーと利用者が愛情や共感を交流しながら対等で応答的な関係をつくるなかで、高齢者の痴呆の「問題行動」は治まっていく、そうしたケアをしなければならないという方向への転換です。それは、高齢者が縛られたり、悲惨でどうしようもない施設に3、40人がぶち込まれる「姥捨て山」といわれたような過去の高齢者施設ケアに較べれば、本当に大きな喜ぶべき方向への転換です。

## 6. 社会化されたケア労働の現在

資料の従来型のケアサービスとこれからのケアサービスのところで、理念、専門的な認識、ケアの効率性、チームケアの考え方、ケアをする人に求められることというのが書いてあります。生活中心のケアへの転換のためにはケア労働のあり方、施設の働き方、職員の働き方が変わらなければならないということで、高齢者ケアの研修センターが全国に3ヶ所つくられて、各施設のリーダーたちが3ヶ月ぐらいそこに宿泊して研修を受けて各地方に帰り、専門課程の実務研修や初心者実務研修というかたちで各病院やグループホーム、施設に勤めているケアワーカーさんたちの研修が全国的に行われ始めています。それが平成13年からですから、ここ2年間ぐらいの間の変化です。それで、生活中心のケアを担える人たちをどのような方向で研修していくかというのが大きな課題になってきているのです。

私自身、京都で行われた専門課程の実務研修、それから中国地方の全国

的に有名なある痴呆ケアの実務者研修に入ってみました。すごくハードな研修なんですね。朝6時半ぐらいに起こされて、グループホームに入って朝ご飯、昼ご飯、夕ご飯を一緒に食べて、お散歩にも一緒に行って、午後6時半から夜中12時半ぐらいまで指導を受けるというような研修でした。私は、そこでケアワーカーに何が求められているのかということを知りたくて実習に参加したのです。そこで私が感じたのは、これまでもケアワーカーさんの仕事というのは大変重労働だったのですが、これからさらに多くのものが求められていくのではないかということでした。新たなケア理念に立つ介護実践はこれまでの3大業務と言われた排泄介助・入浴介助・食事介助に加えて、高齢者の日常生活を支える仕事、高齢者同士の人間関係を調整するグループワーク的工作、高齢者の心を汲んで気持ちを支える仕事が求められる方向への変化です。そのためのコミュニケーション能力をどう向上させていくかが研修の主要な部分だったのです。これまでの高齢者ケアにおいても、ケアワークには感情労働という部分がありましたが、それは職業倫理として強くは要求されてきませんでした。しかし、現在進行しつつあるのは、職業倫理としてそれがケアワーカーに要求され始めた時代、つまり、ケアの感情労働化が本格的に始まった時代だというふうに私自身は考えるのです。アメリカの社会学者ホックシールドは、感情労働を次のように定義しています。

1. 一般の人々との面と向かっての接触か、声による接触。
2. 働き手には例えば感謝や恐怖といった特定の感情状態を引き起こすことが要求される。
3. 雇用者は被雇用者の感情面での活動を、訓練や指導監督を通じて、ある程度コントロールすることが出来る。

現代とは、まさに国が、ケアワーカーの訓練や指導監督を通して、感情を汲むということを要求し始めた時代なのです。そうした研修で指導者たちが介護職者に求めているケアワーカー像というのを、レジユメに指導者の「語り」として載せています。それを手がかりにして、個別ケアに求められるケアワーカー像はどういうものなのかをみていきたいと思います。

G指導者「個別ケアをしたいと思うならデータを捨てる。科学的な知識



は一般論であって一人一人個別に見ていくというアプローチとは正反対のものです。個別ケアに必要なのは感じ取れることです。知識を学ぶようにコミュニケーションを学んではいけない。自然と出てくるようになるまで練習しなければいけない。そのためには相手の気持ちを知りたいという思いを持つことが一番のベースになる。」

つまり、いままでは排泄介助や入浴介助といった業務をどううまくやるかということは強く要求されてきたのですが、コミュニケーション能力に関しては、「優しく共感・受容的である」に越したことはないけれどそれが職業倫理として強く要求されてはこなかったのです。だけど、いまはそうした感情が「自然と出てくるようになるまで」、自分を深く関わらせる方向に自分を変えていくことが求め始められている。それを次にG指導者はもう少しはっきり言っています。

G指導者「今日のところは冷静な観察者。それで今まではよかったのだと思う。冷静に観察してどこが劣っているか。どこを手助けすればよいのか。悪いところを補ってあげようという立場。でも、それは間違いなんですよ。そうじゃないんですよ。相手があなたに何を望んでいるか。相手はどんな気持ちなのか。それをまず感じてあげる。寂しそうだったというのなら寂しそうな原因を探るというのでは駄目なんです。それを感じてあげなければ。どうしてそんなに寂しいのか私にその寂しさを分けてくれませんか。そこから全てが始まる。そのためにはあなたの感情がもっと出てこなくっちゃ。あなた自身が苦しいとか哀しいとか、そこらからいかなければ相手の苦しみや悲しみはわからない。それを感じるものがユニットケアの真髄。ユニットケアとは何か。あなたの悲しみを一緒に感じる。涙を流すことができますか。それが出来ますかというのが真髄なんです。」

高齢者ケアの場合には、やはり死が近いというようなこともあり、また、慢性症の場合は症状が一定していて完全に回復することもないということで、ケアのやりがいというのがどちらかといえば乏しくなりやすいことも

関わって、これまでの働き方としてはルーティン化、マンネリ化しやすい側面があったと思うのです。「ケアワークのためのケアワーク」といった「お決まり仕事をいかに効率よくする」とか、それから、いけないことですが相手を子ども扱いすることによって自分の位置を保つとかいうようななかで、ケアワーカー自身が自分を守り、自己の深層までさらさなくても日常の仕事はこなしていくような部分があった。けれども「生活を共にする」ケアになると、「相手の悪いところを補ってあげる」とかいった関わりではなくて、「私があるあなたとどう関わるか」という自分の深層部分まで関わらせていく方向に変わっていく部分がある。では、そうなったとき、ケアワーカーに求められるのはどのような自己意識なのか。指導者は次のように言っています。

G指導者「本当の包み込むような優しさは相手と一緒にいることが心地よいと思っているところからしか出てこないんですよ。でも、あなたは自己意識が強いんだと思う。自分に対する意識が強く頭の中で考えている。相手と一緒にいるのが心地よいか言うのではなくって、楽しむというのがなくて、そこが相手を包み込めるような優しさをもてない状況かな。自己意識が強くて私はどうすればいいのか、とか、そういうことばかりを一生懸命考えている。」

S指導者「受容するとはあなたの価値観や考え方を横に置き、自分を真っ白けにして相手のことを聞くことだと思う」

ここでは、「相手とともにいることが心地よいと思っていなければいけない」。そうなるためには、「あなたが自己意識を持ったらいけない。自分を真っ白にする」ことが求められている。「素のままの自分で関わらなくてはいけない。素のままの自分が、相手と一緒にいることで心地よくされるような自分でなければならない」。そうでないと生活を快適にするということは難しいんだ、というようなことが求められている。こうした「生活を共にする」という理念の下で「9時間労働9時間休憩」という働き方に変わってきている施設もある。普通でしたら8時間働いたら1時間の休みがある

じゃないですか。その1時間の休みがないんです。「共に生活するんだから、日常の生活は家族で暮らしていて休憩時間取りますか」という論理で、「9時間労働9時間休憩」という勤務形態に変わっていつている園もあるのです。労働の概念が生活の概念によって消されるような側面が出てきているのです。グループホームなどに行って観察されるとわかると思うのですが、職員の休憩室や夜勤職員の泊れる部屋を確保しているホームがどれだけあるでしょうか。少ないんですね。家族的でなければならぬから、ご飯も一緒、何もかも一緒。「家族的であること」と「家族であること」とは全然違うと思うのですが、「家族的でなければならぬ」ということで、職員の休憩の場所もないグループホームなんかも増えている。そうすると、職員には感情労働という部分を要求しながら感情を補給し調整する時空間が保障されないという事態が生まれていることになります。

さらに、ユニットケアというのは、先ほども言いましたように個室があって、そして昼間のルームがあって、そこで10人前後が昼間は一緒にご飯を食べたり、テレビを見たり、休憩をしたりというのをケアワークしていくのですが、その労働条件というのは、厚生労働省の基準は利用者2.5人に対してケアワーカーが1人となっています。厚生労働省の基準というのは、特養の基準が利用者3人に対してケアを担う人が1人で、3対1なんです。3対1だったらいいじゃない、というふうに思うでしょう。だけど24時間を3対1ですからね。現実の働き方としてはどうかというと、勤務時間は夜勤帯が16.5時間、他は8時間の早出、遅出、夜勤といったような不規則勤務。そして、ケアワーカーの担当人員2.5対1というこの基準は現実の施設ではどういう働き方かというと、夜勤帯は24人もしくは26人を1人のケアワーカーが16.5時間看るということなのです。すごいですね。この夜勤帯の24人もしくは26人を1人で看るという労働内容は、私が聞いた施設では、特養は要介護度4や5の重い人が多いので、この26人中17人が排泄介助が必要で、だから17人のおむつを夜中の11時、朝3時、朝5時半の3回、ケアワーカー1人で替える。それで、午前6時ぐらいからモーニングケアをする。痴呆の人だったら、服を着せて次の人のところへ行ったら、いま着せたばかりの人がもう脱いでいたとか、もうこれは大変なんです。それを

1人でするわけです。その後、口腔、歯のケアとか洗顔とかの介助、それも1人でするわけです。それから朝食準備、食事介助、後片付けを1人でする。これは生活能力という点ではハンディのない、あっても短期間の患者の看護をする病院の看護婦さんの労働よりもハードな労働なんですね。

しかし、一方、介護保険の介護報酬基準は引き下げられていっています。それで、介護報酬基準内でやるために各施設が取っている方法は、バイトや非常勤職員を入れて正職員を減らすということで採算を上げようとしている。そういうなかで、介護労働の現状としては、感情労働という新たなものが倫理として要求される一方で、重労働を孤立した空間で少人数で同僚とのつながりも薄いなかで担っていかねばならない状況も生まれている。そうした状況下で、私は育児の場面で起こったことと同様のことが社会化されたケアの場面でも起こりかねないのではないかと危惧しているのです。

## 7. 社会化された介護の未来

育児の場面で起こったことというのは、1人の母親が愛情深く、子どもの気持ちを汲んだ関わりを閉鎖的な「家族」という空間で担い続けた結果、育児ストレスによる児童虐待といったようなことが起きているという事実です。それと同じようなことがケアワーカーの現在の労働条件が改善されないままに進むと施設ケアの現場においても起きるのではないか。グループホームやユニットという狭い空間で相手の気持ちを汲むことが要求されながら、その労働条件は今述べたような状況にある。そうした状況がこれからも続けばケアワーカーのストレスのはげ口として利用者の虐待・放置が起こりかねない。そんなことをしないケアワーカーの場合はケアワーカー自身の心身が病んでいくのではないのか。現在のところは、転換期であり、グループホームにしてもカリスマ的な担い手が実践している段階だから、そういう矛盾というのはあまり出てきていません。しかし、これが制度化されて一般化していったときに、初代の人たちがつくってきた倫理観、それに基づく実践が形骸化し、現実の過酷な労働の前で社会化された虐待ということも起こってこないだろうか。そうならないためには、やはり施

設ケアの場を開かれたものにして、皆さん方みたいな住民がどんどんケアの場に入っていくとともに、やはりケアワーカーの労働を評価して、それ相応の賃金を与えていくという方向が必要ではないかと考えるのです。

しかし、私はそうした方向に進むのだろうかという危惧も持っています。イギリスでの経験として、「市場化」が進むイギリスでおこったことについて、パム・スミスという社会学者は「感情面でのケアはコストの見積もりが容易ではないので、ヘルスケアに市場原理が導入されるにつれ、（感情面の要素は）さらに追いやられてしまう傾向がある」というふうに言っています。情緒的な関わり、共感的な関わりを要求しながら、しかし市場の論理はそのコストを無視してしまう方向に展開する。そういう大きな流れがあって、決して楽観はできないというふうに思っております。

それでは、質疑応答の時間もありますので、足りない部分はそこで補足することにして、いったん、ここで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。