

日本の低福祉と高齢者観の問題

中 島 英 司

はじめに

人間としての尊厳をもって人生を全うしたいという願いはだれもがもっている。年老いてどのような状態になろうとも、最後の瞬間まで人間らしくありたいものだ。そして、そのような願いを私たちはもっともな、正当なものだとためらうことなく認めることができる。しかしながら、この日本では高齢者の処遇の改善が遅々として進まない。否、むしろ 1980 年代からの新自由主義的な施策の推進によって、高齢者は医療でも介護でも年金でも一層きびしい状況に置かれている。種村完司氏が指摘したように⁽¹⁾、少子高齢化の進展にともなう「高齢化社会危機論」の喧伝によって、福祉の充実を求める声がきびしく抑えこまれてきた。そして今、「聖域なき構造改革」によって、社会保障制度のあり方が大きく変わろうとしている。

後述するように、私の祖母は 101 歳のときに、たまたま転院したりハビリテーション病院でリハビリを受けるようになり、「寝たきり」生活から脱することができた。そして、102 歳の今も以前よりも穏やかに暮らしている。祖母の例はけっして例外的なものではないであろう。「寝たきり」は「寝かせきり」と指摘されているとおり、適切な診断と十分なりハビリを受ければ、ほとんどの「寝たきり」老人が「寝たきり」状態から脱け出せるにちがいない。しかし、問題はさらにその先にある。「寝たきり」状態から脱したが、それでも依然として誤嚥や褥創の危険がある虚弱な高齢者を誰がどこでどのように介護するのかという点である。私は祖母の介護と入院・転院に立ち会うなかで、日本の低

い福祉の現実に直面することになった。

小論では高齢者の福祉をめぐる問題を以下のような順序で考察したい。第1に、高齢者は今どのような状況に置かれているか(第1節)。第2に、高齢者を取りまく状況は国の社会保障制度の「再構築」の方針とどう関係しているか(第2節)。第3に、そのような低福祉を支えている高齢者観とはどのようなものか(第3節)。第4に、私たちはどのような高齢者観を対置すべきか(第4節、5節)。

竹内章郎氏は「生命倫理の前進のために」という論文⁽²⁾のなかで、二つの問いを区別している。「なぜ当該事態が生じるのか」(なぜ)と「なぜ当該事態が正当化できるのか/否か」(「なぜ 」)である。生命倫理の議論では、生じている事態を前提としたうえで「なぜ 」が問題とされる場合が多いが、竹内氏は「なぜ 」に先立って「なぜ 」の徹底した探究、すなわち、その事態がなぜ生じるのかを、社会・文化の在り方の問題として問うべきであると強調している。というのも、「なぜ 」の回答しただけでは、「なぜ 」は、問いとしての意味を失うか、ほとんど発せられなくなるからである。たとえば、竹内氏の挙げている例では、アルツハイマー型の老人性痴呆症に罹患した人が、ごく早期の段階で尊厳死として自死を選択する事態がある。この事態が、痴呆をもつ人々の現実の悲惨な生活ゆえの選択であり、現代社会による痴呆の受容の程度が低いゆえの選択であるなら、「なぜ 」に答えて痴呆をもつ人々の自死の正当化を図ることは安易で不適切であり、「なぜ 」の問いを発すること自体が問題だということになる。これは重要な指摘であると私は考える。

私は、まず、高齢者を取りまく状況とそのような高齢者にたいする処遇がなぜ生じるのかという問題から論を起こそうと思う。

1 . 高齢者はどのような状況に置かれているか

高齢者の置かれている状況を論じる前にあらかじめ、「日本の高齢者は経済

的に豊かでけっして弱者ではない」という主張を検討しておかなければならない。結論から先に言えば、高齢者の富裕層と貧困層との「二極化」が進行している事実を正確にとらえなければならない。経済的に豊かな高齢者が存在することは事実であるが、それは、生活苦を抱えた高齢者が減っているということではない。老人層の「二極分解」については種村氏がすでに1990年代の初頭に検討されているが⁽³⁾、厚生労働省の「2002年国民生活基礎調査」をもとに中日新聞がまとめた「生活図鑑」⁽⁴⁾が説得力のある資料を提供している。それに基づけば、高齢者世帯の年収は平均304万円で、全世帯の収入の平均602万円のほぼ半分。高齢者世帯のうち年収300万円未満の世帯が6割を占め、そのうち、200万円未満の世帯が41.3%もある。一方、高齢者世帯の蓄え（預貯金などの金融資産のみ）は平均2420万円で、全世帯平均の1688万円に比べかなり高い。これを根拠に「豊かな高齢者」像を描くむきもあろう。しかし、高齢者世帯で貯蓄が3000万円以上ある世帯が27.1%、そのうち4000万円以上は18.6%もあり、この層が平均値を引き上げているという点を見落としてはならない。貯蓄が平均以下の世帯は3分の2を占め、そのうち1000万円未満の世帯が33.4%、600万円未満も19.6%である。つまり、高額貯蓄者と低額貯蓄者の差が非常に大きく、二極化しているのである。さらに、高齢者の年収の7割が公的年金（恩給を含む）で、6割の高齢者が公的年金しか収入がない。年金をたよりに、つつましく出費を切り詰め、蓄えを取り崩しながら暮らしている高齢者が多数いるのである。このことを念頭において、医療・介護・年金にしぼって高齢者がどのような状況に置かれているか、見ていくことにしよう。

まず、医療の分野から特徴的な事項だけを列記してみよう。

第1に、老人医療費の患者負担が増大している。1982年の老人保健法の成立によって、患者の一部負担が再開された。最初は外来月400円、入院1日300円の定額制で始まったが、その後、その負担額は徐々に増額。2001年1月からは、70歳以上の患者は限度額を設けた定率1割負担となっている。自

自己負担限度額は、2002年10月診療分から70歳以上の患者は外来月額上限が3,200円から12,000円に、入院月額上限が37,200円から40,200円に大幅に引き上げられた。

1ヶ月間に支払う医療費の自己負担額が限度額を超えると超えた分が後日払い戻される。ただし、この高額療養費制度は償還払いとなっており、医療費がどんなに高額でも患者はいったん病院の窓口でその1割を支払わなければならない。限度額を超えた分は患者側が月ごとに書類を提出して請求する。実際にその金額が患者の口座に振り込まれるのは3ヵ月後となる。高齢者本人にとっては手続きがかなり面倒で、かつ、窓口での支払いから償還までの期間が長すぎる。低所得者にとっては負担が大きい制度である。

2004年8月、厚生労働省が2002年度の国民医療費を発表した。医療費の総額は31兆1240億円。前年度に比べ0.6%減。高齢者を対象にした老人保険制度からの支払い分は10月から高齢者の自己負担分が増えたことともない、0.9%減⁽⁵⁾。高齢者人口が年々増えているなかでの医療費の減少である。患者負担増が高齢者の受診控えに直結している。

第2に、患者負担増に加えて高齢者の受診・検査・入院を抑制する特別な仕組みがつくられている。一般病棟に90日を超えて入院している高齢者は「特定患者」として他の患者と区別され、検査や投薬、注射などの処置を包括した「老人特定入院基本料」が適用される。すなわち、高齢の患者の場合、病気の種類や合併症、過去の病歴などを問わず、低い診療報酬しか病院に支払われないのである。こうして、高齢の長期入院患者が増えれば病院が経営的に苦しくなるような仕組みをつくって、患者の長期入院を抑制しているのである。「高齢者は3ヶ月で退院させられる」と言われるのはこのような仕組みによる。伊藤周平氏は「年齢によって差別する診療報酬の仕組みをとっている国は、日本以外にはみあたらない⁽⁶⁾」と指摘している。

つぎに介護の分野ではどうか。

第1に、2000年から施行された公的介護保険の保険料は、65歳以上の第1号被保険者については無年金や無収入の人からも徴収される。保険料の金額は市町村によって異なるが、月3,000円から4,000円ほど。月額15,000円以上の老齢・退職年金の受給者は本人の年金から保険料が差し引かれる。また、保険料とは別に、介護サービスを受ける利用者は1割のサービス利用料を負担する。介護保険が適用される療養型の病院や介護施設などに入院・入所している高齢者の場合、介護保険サービスの利用者負担額の月額上限は37,200円。この限度額を超えて支払った金額は高額介護サービス費として後日払い戻しを受ける。この高額介護サービス費は前述の高額療養費制度と同様に償還払いとなっており、利用者には高額療養費制度と同じような不都合をひきおこしている。

第2に、介護度に応じて、介護保険で受けられるサービスの量に限度が設けられており、その限度を超えると全額自己負担となる。したがって、利用者は受けるサービスを自己規制することになる。深刻なのは、サービスの利用抑制が、「老々介護」の高齢者世帯や年金生活の低所得者、さらには重度の要介護高齢者など援助をもっとも必要とする人々に集中的に現われていることである⁽⁷⁾。サービスの利用量が利用者の支払能力によって決まってしまうのである。

第3に、大都市圏では特別養護老人ホームや老人保健施設が不足しており、膨大な待機者が存在している。自宅での介護がむずかしい高齢者を抱える家族はいくつもの施設に足を運び、入所申し込みをして、ひたすら待つことになる。また、在宅でも施設でも、ヨーロッパの先進諸国には見られない、「寝たきり」=「寝かせきり」にされる状況があり、身体拘束、介護放棄、暴言、暴力などの虐待も問題となっている。きわめて深刻なのは、北欧の国々では高齢者の問題が一般市民の権利の問題として扱われるのにたいして、日本では高齢者にたいする虐待が「必要悪」で片付けられがちで、人倫にもとる行為だという認識が希薄であるということである⁽⁸⁾。病院や施設によっては、今でも痴呆性高

高齢者の身体拘束は「やむをえない」と考えるむきもある⁽⁹⁾。限られた職員で患者の安全を確保するためには「仕方がない」と考えられるのである。これは職員配置の制度上の問題であると同時に、高齢者をどう見るかという根本的な高齢者観、人間観にかかわる問題である。

年金の分野では、あいつぐ制度「改正」で支給開始年齢が段階的に引き上げられた。そして、2004年6月の制度改正では、厚生年金の保険料率は2004年10月から、国民年金の保険料は2005年4月から、それぞれ2017年に至るまでのあいだ、審議なしで毎年段階的に引き上げられることになった。しかも、2017年から固定するとした国民年金の保険料は、賃金上昇にあわせて2017年以降も増えていくことが明らかになった。厚生年金の給付額が標準世帯で「現役世代の平均年収の50.2%で安定する」という説明も、現役世代の年収の50%確保は受給開始時だけの話で、20年後には40%近くになることが判明した⁽¹⁰⁾。

このように列記してくると、今日の社会保障制度はその姿を大きく変えていることに気づかされる。まず、国民の負担増と給付減が徹底的に追及され、社会保障制度は国民の人間らしい生活を保障するものではなくなろうとしている。とりわけ、負担のあり方が質的に変化していることが注目される。以前には負担を免除されていた低所得の人からも保険料や利用料が徴収されるようになった。さらに、受けられる医療や介護サービスが厳しく制限されていることも深刻である。とくに、年齢によって、入院がきびしく抑制され、うけられる医療が制限されていることは重大である。伊藤周平氏が言うように、「高齢者は必要な医療が受けられなくなる危険がある⁽¹¹⁾」。

2. 社会保障制度の「再構築」とその問題点

前節で列記された高齢者にたいする諸施策は、社会保障制度の「再構築」=「構造改革」という国の方針のもとに進められている。以下、1995年にまとめら

れた社会保障制度審議会勧告「社会保障体制の再構築⁽¹²⁾」(以下「95年勧告」と略す)と、2001年に経済財政諮問会議⁽¹³⁾で審議され閣議決定された「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針⁽¹⁴⁾」(以下「基本方針」と略す)とを検討してみよう。

社会保障制度審議会の95年勧告は、現在の社会保障制度が「すべての国民の生活に不可欠なものとして組み込まれ、それなくして国民の生活が円滑に営まれ得ない体制となっている」という認識に立ち、「21世紀に向けて社会保障体制を充実させるためには、はっきりと、広く国民に健やかで安心できる生活を保障することを、社会保障の基本的理念として掲げなくてはならない」としている。そして、21世紀における社会保障の理念を「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない」と言う。ここまでは概ね首肯できる⁽¹⁵⁾。

しかしながら、95年勧告は、その理念の前提として、「国民は自らの努力によって自らの生活を維持する責任を負うという原則が民主社会の基底にある」と自己責任論を強調している。そして、「社会保障の財源」の節では、「社会保険は、その保険料の負担が全体として給付に結び付いていることからその負担について国民の同意を得やすく、また給付がその負担に基づく権利として確定されていることなど、多くの利点をもっているため、今後とも我が国社会保障制度の中核としての位置を占めていかななければならない。したがって、増大する社会保障の財源として社会保険料負担が中心となるのは当然である」と「社会保険主義」の考え方を強くうちだしている。

保険とは、あらかじめ一定の掛け金(保険料)を互いに拠出しておいて、この積立金をもちいて保険事故にあった加入者に一定金額(保険金)を給付してその損害を補償する制度である。保険料を負担した人だけが給付を受けることができ、負担が給付に結びついていることから、保険料の負担について理解をえやすい。それゆえ、増大する社会保障の財源として、国民に社会保険料の負

担を求めるというのである。

2001年6月に閣議決定された基本方針（いわゆる「骨太の方針」）の「第3章 社会保障制度の改革」では、「自助と自律」の精神を基本として、「世代間の給付と負担の均衡を図り、相互に支えあう」と表現されている。

ここで「自助と自律」といわれているのは、文脈から判断すると、「国民の一人一人が社会保障の意義、役割、内容をよく理解し、痛みを分かち合っ、制度を支えるという自覚をもつ」という意味である。基本方針では、「応分の負担」とか「適正な患者自己負担の実現・保険料負担」という言葉が繰り返され、国民に「痛み」に耐えることを求める内容になっている。特に高齢化の進展に伴って増加する老人医療費については「目標となる医療費の伸び率を設定し、その伸びを抑制するための新たな枠組みを構築する」と述べ、医療費抑制の「数値目標」を定めて、高齢者が受けることのできる医療に制限を加えることを明確にしている。高齢者の生命と健康を守る立場からどのような医療制度が望ましいかと考えるのではなく、医療費にかかる財政支出をいかにして削減するかという観点から制度の「改革」が論じられている点に一番大きな問題がある。医療費抑制の「数値目標」を定めるというのは、政府が強引な手法で老人医療費の抑制に着手するという意志を表明したものである。高齢者の入院の抑制や受けられる医療の制限は今後いっそう厳しくなると懸念される。

また、年金に関して基本方針は「自助努力の支援」という項目で「公的年金の見直しに合わせ私的年金を拡充」と述べている。公的年金の給付を減らす分、個人が自ら将来の生活費の不足分を補填することができるように民間の保険会社の参入を誘導するというのである。高齢者の多くは公的年金を命綱としているのにたいして、国のほうでは公的年金で高齢者の暮らしを支えるという考えはとっくの昔に放棄されている。基本方針の「第3章 社会保障制度の改革」には「国民の安心と生活の安定を支える」という副題が添えられているが、それを読むかぎり不安ばかりが増す内容となっている。

さて、上述のことから明らかなように、社会保障制度の「再構築」の問題点は、第1に、社会保障への公費支出の抑制と削減によって国の社会保障義務が縮小・軽減化されていることである。基本方針では「自助」や「共助」という言葉は頻繁に使われるが、「公助」や「国の責任」という言葉は一度たりとも使われていない。国の責任には意識的に触れないという後ろ向きの姿勢を感じさせる。

第2の問題点は、国民負担の強化と応益負担の考え方である。国の責任を軽くする一方で、国民の「自主的責任」が強調され、「社会保険主義」の考え方が全面に押し出されていることである。前節で触れたように、従来、負担を免除された人々からも介護保険の保険料や利用料を徴収し、医療費の負担や年金保険料率を増やしているのは、このような方針に沿ったものである。「負担なければ給付なし」社会保険料を支払って社会保障に必要な経費を拠出した者だけが医療や介護サービスや年金を受けることができる。社会保障制度が民間の保険商品に近いものに変質しようとしている。その結果、所得の低い人ほど負担が重くなる逆進性が著しく強まっている。

第3の問題点は、公的年金の給付や公的サービスを削減して私企業の参入をすすめている点である。保険会社各社はずいぶん以前から、公的年金の給付の見直しや削減と歩調を合わすような形で個人年金の分野で各種商品を販売してきた。年金給付の将来不安のなかで、私的年金のシェアは今後高まるであろう。しかし、私的年金が生活を支える選択肢の一つとなるのは保険契約を結んで保険料を支払うことのできる人だけであることは言うまでもない。また、すでに介護保険のもとで民間の営利企業が事業者として在宅介護の分野に進出している。利益をあげることが難しい分野だけに、サービスの低下や利用者保護への対策が求められている。

本来、社会保障は、芝田英昭氏が指摘しているように⁽¹⁶⁾、不測の事態として発生する生活問題を国家責任において緩和・解決するための施策である。社会保障が対象とするものは、「生活問題を抱える生活者」であり、被保険者だ

けが対象者だとする考えは、社会保障の理念の大幅な後退である。また、社会保障における「保険主義」の拡大は、生活問題の解決における自己責任論の拡大である。さらに、社会保障は所得の再分配によって、国民生活を安定・向上させ、消費を活発にする機能をもっている。しかしながら、所得の少ない高齢者に負担を強いることは、その人の消費を減退させるだけでなく、そうした状況を見ているまわりの人々に将来不安を募らせ、消費を冷え込ませる結果となる。

なるほど、平素は「自分の生活を自分の責任で維持する」というのは当然のことである。しかし、当人にまったく責任のない社会経済的不運や、突然の病気や事故、自然災害によってその生活を阻害されるときにまで自助努力を説くことには疑問を抱かざるをえない。経済的にも精神的、身体的にもダメージを受けて、再び立ち上がることが困難な人には国の責任で十分な支援をすることが必要である。そのような支援がそれを必要としている人に確実に届くということは、支援を受ける当人にとってありがたいだけではない。だれもが安心して享受することができるのである。社会保障の役割・機能は、だれもが安心して生きることのできる社会をつくることにある。国の責任を回避するような仕方で「自助」や「共助」を強調することは、安心できる社会保障制度からは遠ざかることになると指摘しなければならない。

さて、このように主張すると、国と地方で700兆円を超える公債残高（2004年度末）⁽¹⁷⁾をかかえる財政状況のなかで、増大する社会保障費をどう賄うのかと反論されるであろう。天文学的な数字の借金をかかえて国の財政が破綻寸前であると聞くと、国民も多少の「痛み」には耐えなければならないと考える人もいるかもしれない。しかしながら、日本ではこれまで社会保障などの生活基盤に税金が優先的に使われることはなかった。おもに公共事業費に投入されてきたことは周知の事実である。そのために膨大な赤字国債が発行されてきたのである。しかも、医療費の対GDP比も、社会保障給付費の対国民所得比も

日本は先進資本主義国のなかで格段に低い水準で推移してきた⁽¹⁸⁾。

すべての国民の生活に欠くことのできないものでありながら、このように冷遇されてきた社会保障分野のさらなる切り捨てによって、これまでの財政運営のつけを支払わせるのは筋違いだ。なるほど今後、高齢化の進展にともなって社会保障関係費が増大することが予想されるが、無駄な公共事業を見直し、国の財源を年金や医療・介護などに回すことが安心できる社会保障制度の実現のために求められている。歳出構造の抜本的な見直しこそ必要だ。そのような歳出構造の見直しをすすめるためには、社会保障費の財源に占める国庫負担の割合などの国際比較が国民のあいだに広く理解されることが何より重要である。国民の暮らしを中心に税金の使いみちを考える国々ではどのような歳出構造になっているのか、日本の特異な税金の使われ方が議論の俎上にのぼらなければならない。また、ヨーロッパの先進諸国並みに公的資金が社会保障分野に投じられれば、高齢者の処遇がどれほど改善されるか、その未来予想図を描く想像力をもつことが必要だ。その未来予想図は、すでに現行制度のもとでも部分的には、高齢者の人権や「生活の質」に配慮した病院や特別養護老人ホームの実践のなかで目に見えるかたちで示されている。さらに、蓄積された社会的富を社会保障にまわして、それがそれぞれの地域における雇用を創出し、経済の波及効果という点からも良い循環をつくり出すということが国民の目に見えてくれば状況は一変するであろう。

3 . 高齢者福祉を否定するあいつぐ発言 低い社会保障の底流

さて、これまで述べてきたような日本の低福祉を支えている思想とはどのようなものであろうか。多くの論者が言及しているように、この日本では以前から、閣僚や官僚による高齢者福祉を否定する発言があいついだ。

佐藤内閣のときには、厚生省の官僚が「老人に金を使うことは枯れ木に水をやるようなものだ」と発言して問題となったことがあった⁽¹⁹⁾。国民の医療や

福祉を担当統括する行政部門の役人が、働くことができなくなった高齢者の医療に税金を使っても無駄であると主張したのである。

1983年11月24日、元厚生大臣渡辺美智雄氏の発言はさらに衝撃的であった。

「乳牛は乳が出なくなったら屠殺場に送る。ブタは8ヶ月たったら殺す。人間も働けなくなったら、死んでいただくと、大蔵省は大変助かる。経済的に言えば、一番効率がいい⁽²⁰⁾。」

このような暴言や放言が許容されるような政治的・思想的後進性がこの国には残っている。

渡辺氏の高齢者についての発言はこれだけにとどまらない。第二次中曽根内閣で通産大臣を勤めていた渡辺氏は、1986年3月1日、次のように発言している。

「働かない老人がいっぱいいつまでも生きよって、21世紀は灰色の世界だ」

「稼ぐことができない人が税金を使う話をする資格はない、最初から⁽²¹⁾。」

渡辺氏は「高齢化社会危機論」を声高に唱えるとともに、働かない高齢者は税金の使いみちについて発言する資格はないと主張している。稼ぐことができない人、税金を納めない人は市民としての権利が制限されて当然であるというのである。時代錯誤的な発言である。

これらの暴言や放言は、その都度問題となり、謝罪や辞任に追い込まれることもあったが、真摯に反省されたことはついぞなかった。この種の発言が通奏低音のように、低福祉政策の底に響いている。

さて、渡辺美智雄氏は「人間も働けなくなったら、死んでいただくと助かる」と言い放った。もう働けなくて「役にたたなくなった」高齢者は、早く死んでくれたほうが、年金や医療・介護に税金を使わなくてすむ。これは、社会に富をもたらさない高齢者には税金を使うべきではないという「枯れ木に水」発言と同じ趣旨の主張である。

日本には勤勉を高く評価する文化がある。このように勤勉を尊ぶ文化のなか

では、生産活動に従事してモノを生み出す能力のある人は大事にされるが、働けない高齢者や病弱者や障害者は「無駄飯食い」のように見なされる。役に立つか否かで人間の価値に差をつけ、それに応じた処遇をするのである。種村完司氏が指摘するように「社会が効率主義・能力主義にかたむけばかたむくほど、老人をうとんじ、老人の存在を無用視する傾向は強まる⁽²²⁾」。

「人間も働けなくなったら死んでいただくと助かる」という発言を聞いて眉をひそめ、反発を感じる人は多いだろう。しかし、その発言に含まれている経済的な効率を重んじる考え方は思いのほか大きな影響力をもっていて、社会保障を低く抑える方向に働いている。この効率の問題について少し考えてみたい。

一般にどの分野でも効率の問題が重要であることはいうまでもない。限られた財源や労働力をどのように配分し配置すれば最大の効果が期待できるか、現状の制度やシステムに無駄はないのかという問題は、たえず問われ続けなければならない。ただ、社会保障における効果や効率とは何だろうか。それは、資源を投下することによって生存権をどれだけ実効あるものとしたか、国民の福祉をどれだけ向上させたか、という指標で評価されるものであろう。福祉の現場においては、災害や病気や失業などのために、つらい目にあった人々に「生きていてよかった」と実感してもらえたかどうか、「もう一度がんばって生きていこう」という気持ちになってもらえたかが肝心の点である。その意味で、社会保障の分野で効率を問題にする場合には、何よりも福祉の水準を上げることが前提になければならない。反対に、福祉の水準を低く抑えるという方針のもとで「効率」が強調されると、その「効率」の意味はまったく違ったものになってしまう。たとえば、医療費抑制の数値目標を立ててその達成を目指すとするならば、ちょうど、渡辺美智雄氏が言うように、働かない高齢者には早く死んでもらって、医療費の支出をしないで済むことが一番効率がよいということになってしまう。つまり、社会保障費への国庫負担の削減を至上命題として効率が強調されるとき、行政担当者のレベルでは、やみくもに支出を減らす

ことに走りがちである。なぜなら、どれだけ負担を減らしたかがその担当者を評価する指標となるからである。こうして、社会保障や高齢者福祉からかけ離れた、本末転倒の効率主義に陥りやすいことを指摘しなければならない。

さて、「枯れ木に水」発言のような暴言は高齢者福祉の分野に限ったことではない。たとえば、重度の知的障害者の療育に尽力した糸賀一雄⁽²³⁾は、敗戦直後の混乱期に知的障害者のための施設を建設しようとする試みにたいして投げかけられた言葉を忘れることはできないと述懐している。それはつぎのような批判や非難であった。

「普通の人間さえまともに教育を受けることがむつかしい世の中なのに、
どんなに教育しても普通にさえなれない精神薄弱児のために金を使うのは、まるでドブに金を捨てるようなものだ⁽²⁴⁾。」

このような「ドブに金」発言は、「どうせ役に立たない」という能力主義的な人間観にもとづき、生存権の保障よりも経済的な効率を重視し、障害者を「普通の人間」からなる「健全な社会」の外にあるものとして排除の論理をとる点で、「枯れ木に水」発言と共通している。

このことは、障害者であれ、高齢者であれ、だれかを社会から疎外しようとする場合には、同じような論理が持ち出されるということ、また、だれかを疎外する社会は、だれをも排除する可能性のある社会であるということを物語っている。なぜなら、障害者福祉にたいする「どぶに金」発言をいったん受け入れるならば、同じような論理は高齢者にも、病弱者にも、妊産婦にも及ぶからである。

デンマークのノーマライゼーションの父、バンク・ミケルセンは最晩年、日本のジャーナリストの質問に答えて次のように語っている。

「障害をもった人々や高齢者に税金を使うことに抵抗をもつ国民は、（デンマークには）まず、いません⁽²⁵⁾。」

このバンク・ミケルセンの言葉を日本の「どぶに金」発言や「枯れ木に水」

発言と対比すると、日本の貧しい思想と文化になんともやりきれない気持ちになる。社会に財力があるにもかかわらず、その富をこの分野に振り向けようという国民的合意がない⁽²⁶⁾。社会と文化のあり方が鋭く問われているのである。

戦後の混乱期、だれもがその日生きるのに必死であった時代に生存権の平等が受け入れられなかったことは、いたましいことではあるが、やむを得ない気もする。しかし、60年代の高度経済成長の時代になっても、巨大な経済力を誇るようになった80年代になっても、まったく同じような、生存権をないがしろにする発言が繰り返されてきたのはなぜだろうか。

その疑問に答えてくれるのが、1967年の佐藤喜一郎三井銀行会長（当時）の発言⁽²⁷⁾である。佐藤氏によれば、十分な財政的当てをして、老後のことは考えなくてもいいような社会保障制度にすることは考えもので、日本のように低い水準にとどめておくことが国民の「貯蓄性向」をたかめることになる、そしてそれが経済成長にプラスであると考えられたのである。それでは、なぜ「貯蓄」が伸びると経済成長に有利か。それは「第二の予算」といわれた財政投融資にかかわる。すなわち、国民が将来にたいする不安のために家計をやりくりしてためた郵便貯金や簡易保険の保険料などは、高度経済成長の重要な財源であったからである。高度経済成長を支えてきたこれらの巨額な資金が途絶えることは経済界には打撃であったわけである。

以上のことから明らかなように、高齢者にたいする医療や福祉を「枯れ木に水」と同類とする発言は、たまたま口の悪い閣僚や官僚の単なる失言、放言の類ではない。それは、国民の生存権の保障よりも経済成長を優先させる一貫した方針を表現し、世論の誘導操作までねらったものであったと言えよう。現に、その後、この言葉をなぞるように老人医療や年金などの諸制度が「改革」されてきたことはすでに述べた通りである。

ところで、「枯れ木に水」発言とは独立に、「寝たきり」や重い痴呆の患者を介護している家族は、胸を衝かれるような思いで「生きるに値する生命」とい

うものを考えさせられる。来る日も来る日も、臥せっているだけで、子や孫の顔も区別できない。昼と夜とが逆転していて、昼間はうとうととしている。食事のときも力なく口をあけるだけで表情すら変えない。夜中には大きな声で何度も家族を呼ぶが、どうしてほしいのか要領を得ない。そのような「寝たきり」の肉親の姿を見て、「何の楽しみがあって生きているのだろうか」「生きている甲斐があるのだろうか」という思いに襲われるのである。おそらく、治療や看護にあたっている医療関係者にもそれに似た思いがあるであろう。

このような、「寝たきり」や痴呆の高齢者の生命を「生きるに値しないもの」とみなす風潮も、高齢者の処遇に影響を与えていると思われる⁽²⁸⁾。「自分が寝たきりになったら、生き恥をさらしてまで生きたくはない」という意見の言外には、自分の場合にかぎらず、このような状態になった人は死んだほうが良いのだという思いが込められている。このような、要介護の高齢者の家族をしばしば襲う思いは、政治家や役人の「枯れ木に水」発言を高齢者の家族の側から補完する思想と言えよう。痴呆状態になった高齢者、働けないばかりか、考える力や記憶をたぐりよせる力も萎えてしまった人の生きる意味と価値とをどのように考えたらよいのか。次節ではこの高齢者観の問題について考えてみたい。この問題に肯定的に説得力をもって答えることができれば、「生きるに値しない生命」という考えをしりぞけ、高齢者の処遇の改善を主張する足場を築くことになるであろう。

4 . 「寝たきり」でも痴呆があっても豊かに生きることができる

100歳を過ぎて「寝たきり」になっても、適切なケアとリハビリテーションを受ければ、「寝たきり」状態から脱するケースもある。

私事にわたるが、私の祖母は現在102歳、介護療養型⁽²⁹⁾のリハビリテーション病院に入院している。100歳の誕生日まではほぼ自立生活ができていたが、その後、急速に足腰が弱り、在宅でほとんど「寝たきり」の状態になった。食

事も排泄も全介助。痴呆の症状も顕著になった。食事を終えたばかりなのに、また食べたがった。昼夜逆転して、夜間、頻繁に「助けて」と大声で家族を呼ぶようになった。101歳の誕生日を過ぎた頃、誤嚥性肺炎になり、救急病院に入院。危険な状態に陥ったが懸命な手当てをしていただき一命を取りとめた。その後、別の病院に転院して2ヶ月間過ごす。そこでもベッドの上だけの「寝たきり」の生活であった。

家族としては、もうすでに1年以上も「寝たきり」の状態が続いていたこと、101歳という超高齢であること、さらに誤嚥性肺炎をおこして死線をさまよひ、鼻や口から何度も吸引処置を受けて身体的にも精神的にもダメージを受けていたこと、これらのことからもう二度と起き上がることはないものと思い込んでいた。ところが、現在入院しているリハビリテーション病院で初めて診断を受けたとき、理学療法士の先生が即座に「まだまだ力が残っています。車椅子にすわれますよ。」と言われた。家族は半信半疑であったが、祖母はまもなく、それまでの生活がうそのように、車椅子に腰掛けてリハビリを受け、自分でスプーンをもって食事をするようになった。1年以上に及ぶ「寝たきり」生活は、ただ「寝かせきり」にしていたに過ぎなかったのである。

大熊一夫氏が言うように⁽³⁰⁾、寝ているときの表情と起き上がったときの表情は誰でも違う。祖母の場合も、横になっているとまさしく病人であるが、起きれば表情がすっかり変わる。ベッドから起こせば床擦れも減る。車椅子に載って移動すれば、たくさんの人と出会う。耳はほとんど聞こえないけれども、声をかけられると笑顔を交わすチャンスが増える。食事の時刻になるとホールに移動して、他の患者さんといっしょに自分でスプーンをもって自分のテンポで食事をとる。食事のメニューや彩りも見ることができる。寝て食べるのと腰掛けて食べるのとでは、食事の量も違ってくる。

痴呆になっても、常時、呆けているわけではない。記憶の回路がよみがえる瞬間がある。古いアルバムを見せると背もたれから頭をもたげて見入る。若い

ころから朝晩読みなれたお経の本を手にするのと文字を目で追う。自分の名前や生まれ育った家のことを看護師さんやヘルパーさんに語って聞かせることもある。ベッドに臥せたまま、「助けて」「痛い、痛い」と訴えていたときとはまったく違う穏やかな表情を見せる。人間の生命力のはかなさばかりでなく、たくましさや頼もしさも感じさせてくれる。家族の目から見れば、リハビリを受けるようになってから、痴呆の進行が止まっているように思われる。超高齢の「寝かせきり」患者の場合でも、十分なケアとリハビリによって「生活の質」を高めることはできるのである。「寝かせきり」にしていたときと、リハビリを受けるようになったときとの「生活の質」の違いは、あらためて「寝かせきり」の罪深さを告発している。

リハビリテーションという言葉は、日常生活動作の回復のための訓練という意味合いで理解されるのが通常である。しかしながら、後期高齢者にとっては、生活にアクセントをつけ生活を豊かにするリハビリというものもあるのではないか。一日の大半をベッドで仰向けに臥せている患者の場合、ひじや肩、ひざや足首をやさしく動かしてもらうことは心地いいにちがいない。自分で手足を動かさない人ほどリハビリが必要である。また、お手玉をかごの中に入れる課題や粘土での団子づくり、フーセンバレーにとりくむ姿や表情は家族にとって衝撃的である。残存能力の大きさに圧倒される。こうした毎日数十分の積み重ねが脳に刺激を与え、「生きる力」を持続させることになる。

陽光がいっぱい差し込むリハビリ室で、102歳の高齢者が若い療法士の先生とアイコンタクトをとりながらマッサージを受けている光景は、「豊かさ」を実感させるものである。100歳を過ぎても痴呆があっても社会から排除されずに、社会とつながって生きているという事実が豊かさを感じさせるのである。老先の短い患者にリハビリなどして何の意味があるのかと、「枯れ木に水」論者には叱られるかもしれない。しかし、暉峻淑子氏が『豊かさとは何か』で指摘しているような⁽³⁰⁾、「老人や障害者、自然環境を含めて、すべての人びと

が生活の福祉をともに実現しようとする状態」や営みはそのリハビリ室にはある。もちろん、患者の病状や性格にもよるが、リハビリの過程そのものが患者の生活にメリハリをつけ、生活の内容を豊かなものにする可能性がある。

糸賀一雄の「縦軸の発達」と「横軸の発達」という言葉⁽³¹⁾に倣って、日常生活動作の回復や社会復帰への道を「縦軸のリハビリテーション」と呼ぶとすれば、高齢者の日々の生活の内容を充実したものにすることを営みは「横軸のリハビリテーション」と呼ばれるであろう。縦軸のリハビリがほとんど絶望的であっても、すなわち、自分で起き上がったり、再び歩いたりすることは望めないとしても、横軸のリハビリ、すなわち、車椅子での生活の内容を豊かなものにすることは可能である。同じことは、車椅子にすわれない場合にも言える。ベッドやストレッチャーの上だけの生活であってもケアと療法の工夫しだいで生活の内容を無限に充実したものにできるのではないだろうか。

強調したいことは、痴呆性高齢者のリハビリや生活の変化は、患者自身の気持ちを引きだすばかりでなく、それを目の当たりにするまわりの人々にさまざまな考え方の変化をもたらすという点である。「何の楽しみがあって生きているのだろう」とか、「他人の世話になってまで長生きしたくない」という意見をもっていた家族が、「痴呆になってもこんな生き方ができるのなら、まわりのお世話になりながら長生きするのもいいかもしれない」と考え方を变える場合もある。高齢者にたいする見方が変わったのである。また、100歳を超えた患者が「寝たきり」から脱して、自分でスプーンをもって食事をしている姿は、同じテーブルを囲む他の患者さんやその家族の方に「自分たちも」と発奮する気持ちを引き起こしている。病院や施設での医療や介護が患者の生を支え、患者の生がまわりの人々の生き方や考え方に肯定的な影響を与えている。だれもが他者との関係において重要なものを産み出す力をもっているのである。

5 . 生命の内面的共感的理解

糸賀一雄は戦後の知的障害者対策の実践の底に流れている一つの価値観をつぎのように表現している。

「どんな生命でも、それを外から眺めるのではなくて、その生命そのものを内面的に理解し共感しようとするれば、そこに何ものにもかえがたい絶対的ともいいたいようなきびしさに触れるのである。この純粋な経験は、われわれを支え、力づけてくれる⁽³³⁾。」

かれが知的障害児との生活のなかで見出したものは、障害のあるなしにかかわらず、だれもが直面する生きることの困難さ、その困難を打ち破り乗り越えていく営みの激しさ、発達して自己を実現していく能力とその可能性の大きさであった。それらに触れるとき、私たちの「生命にたいするまなざし」が変わるのである。

同じ思想を別の著作ではつぎのように表現している。

「ちょっと見れば生ける屍のようだとも思える重症心身障害のこの子が、ただ無為に生きているのではなく、生き抜こうとする必死の意欲をもち、自分なりの精一ぱいの努力を注いで生活しているという事実を知るに及んで、私たちは、いままでその子の生活の奥底を見ることのできなかつた自分たちを恥ずかしく思うのであった。重症な障害はこの子たちばかりでなく、この事実を見ることのできなかつた私たちの眼が重症であったのである⁽³⁴⁾。」

糸賀は、障害児の生命を外側からながめる外面的な理解にたいして、それを内面的・共感的に理解する大切さを強調している。それは要介護の高齢者の生命と生活を理解する場合にも等しく必要とされるであろう。ここで、高齢者の問題を論じているときに障害児の療育の底にある価値観をもちだすのは、けっしてこじつけではない。というのも、高齢者は加齢にともなって必ず何らかの障害をもつようになり、突然死の例外を除いて、障害者として死を迎えるから

である⁽³⁵⁾。

「寝かせきり」にされて日常生活動作が低下しても、誤嚥を起こしやすくなっても、それらの問題を乗り越えて生きようとしている命がある。それらの困難を乗り越えていく営みの激しさ、100歳を過ぎても残存している力とその可能性の大きさは驚くほどである。たとえば、リハビリを受けながら自分で食事をしている高齢者は、日によって心身の具合が悪いときがあり、おかゆをスプーンですくって口に運ぶ途中で何度もエプロンの上にこぼしてしまうことがある。こぼさないように口に運ぶには、手首や指先を微妙に動かして、食べ物を載せたスプーンのくぼみがたえず水平になるように調整しなければならない。ということは、患者がこぼさないで食事をしている日は、幼児期に獲得した運動調節機能をぎこちない仕方ではあれ、十全に発揮しているのである。このように「生きようとする必死の意欲をもち、自分なりの精いっぱい努力を注いで生活している」姿は、日常、なにげなく生きている私たちに、生命のきびしさや頼もしさを伝え、私たちを支え、力づけてくれる。要介護の高齢者は助けを受けると同時に多くのものを与えてくれるのである。

佐藤久夫氏は『障害者福祉論』でつぎのように言う。

「絶対的価値論も人間の価値の一元性・平等性を説くものではあるが、糸賀の思想に示される関係的価値は、その一元性に内容を盛り込み、すべての人間が互いに貢献し合う「生産者」であることを示すことによって、より強固で実践的な人間観への道を開いたものといえる⁽³⁶⁾。」

人間の生命の「内在的価値」や「絶対的価値」の主張は、役に立つか否かを基準にして人間の価値を定めようとする能力主義的人間観を否定する。「役に立つか否かに関係なく人間には価値がある」、「ただ存在するだけで価値がある」という立場をとる。

これにたいして糸賀は、「役立たなくても価値があるとせず、私たちの社会に役立ち貢献するから価値がある」という立場をとる。重症の障害児も「自己

実現という生産活動」をしており、そのことを通して「社会が開眼され、思想の変革までが生産されようとしている⁽³⁷⁾」と考えるのである。

「どの生命もただ存在しているだけで価値がある」という人間の生命の「絶対的価値」や「内在的価値」の主張は、なるほど、独特の勢いをもっており人々の心をつかむ。しかしながら、そのような生命の「絶対的価値」が主張される場合も、実は、このように主張する人と障害者とのこれまでの関係の深さや、介護や介助の過程での「生命へのまなざしの変化」を念頭において、人間の「関係的価値」に裏打ちされているのではないだろうか。

生命の平等性は戦後の教育を受けたものにとっては自明である。「生きるに値しない生命」という思想に反発を覚えるのも、そのような平等な生命観・人間観をもっているからである。しかし、人間の平等性、生命の絶対的価値の議論は、その自明性のために、ともすると上滑りして、未消化なかたちで受け止められる傾向がある。論理や体験の裏打ちを欠いているからである。その弱点をついて、能力主義的な高齢者観や「生きるに値しない生命」という考えが影響力を広げてくる。したがって、私たちが、高齢者の処遇の改善を実現するには、日本の低福祉を支える能力主義的な高齢者観に、高齢者を「同じ人間のなかま」として受け止める人間観を対置しなければならない。そのためには、人間の関係的価値を豊かに語ることによって人間の平等性を主張するというのが有効な方略のひとつではないだろうか。老親の介護体験記や、障害児者や難病患者と家族との関係をつづった作品は、いずれも人間の関係的価値に触れている。

人間の生命の価値を互いに認め合う。老いた人間を「健全な社会」の外にあるものとは考えない。そして、蓄えられた富や人手をもちいて、治療や介護を必要とする高齢者を人間のなかまとして処遇する。先人たちはそのような価値観を歴史的に形成し、社会保障制度を構築してきた。社会保障制度の見直しの動きは、このように歴史的に構築されてきた制度と文化を「再構築」＝「解体」しようとするものだ。私たちは人権思想と社会保障制度の岐路にたつてどのよ

うな未来社会を選択するのか。しっかりとした判断をくださなければならない。

注

- (1) 種村完司「生活のなかの病理と倫理」、種村他著『「豊かな日本」の病理』青木書店、1991年、23.
- (2) 竹内章郎「生命倫理の前進のために」唯物論研究年誌第5号『新たな公共性を求めて』青木書店、2000年、302 - 319.
- (3) 種村完司、前掲論文「生活のなかの病理と倫理」前掲書21.
- (4) 中日新聞、2004年11月30日付「生活図鑑」
- (5) 読売新聞2004年8月4日付
- (6) 伊藤周平『介護保険を問いなおす』筑摩書房、2001、67.
- (7) 伊藤周平、前掲書、145.
- (8) 大熊一夫『有料老人ホーム』朝日新聞社、1995年、203.
- (9) 「特養ホームを良くする市民の会」が呼びかけた全国調査では、特別養護老人ホームの70%で車椅子やベッドに入所者を縛り付けるという身体拘束が行われていたことが明らかになった。中日新聞2003年6月29日付。
- (10) 読売新聞2004年6月16日付、6月23日付。沖縄タイムス2004年6月4日付社説。神戸新聞2004年6月5日付社説。
- (11) 伊藤周平『介護保険と社会福祉 福祉・医療はどう変わるか』ミネルヴァ書房、2000年、202.
- (12) 社会保障制度審議会ホームページ <これまでの報告書のページ>
<http://www8.cao.go.jp/hoshou/whitepaper/council/kankoku/>
- (13) 半世紀余にわたって日本の社会保障制度について審議・答申・勧告してきた社会保障制度審議会は中央省庁再編に伴い、平成13年(2001

年)1月6日廃止。経済財政諮問会議(内閣府所管)に機能を引き継いだ。

- (14) 経済財政諮問会議ホームページ 閣議決定等 平成13年 2001.6.26
<http://www.keizai-shimon.go.jp/cabinet/2001/decision0626.html>
- (15) もちろん、「みんなで支えていく」という文言をよりどころに低所得者に負担を強いるような議論には賛成することはできない。
- (16) 芝田英昭『これからの社会保障』かもがわ出版、1999年、4。
- (17) 中日新聞 2004年11月26日付
- (18) 伊藤周平、前掲書『介護保険を問いなおす』203。伊藤周平『介護保険で福祉が消える』かもがわ出版、2000年、82。
- (19) 衆議院会議録情報 第075回国会 大蔵委員会 第15号 1975年3月12日
- (20) これらのセンセーショナルな発言は海を越えて欧米にも紹介されているという(暉峻淑子、1987年7月15日、参議院会議録情報第109回国会 国民生活に関する調査会第1号)。
- (21) 衆議院会議録情報 第104回国会 予算委員会 第19号 1986年3月5日
- (22) 種村完司、前掲論文「生活のなかの病理と倫理」前掲書、28。
- (23) 糸賀一雄(1914~68)は1946年知的障害者施設「近江学園」を設立。1963年重症心身障害児施設「びわこ学園」開設。障害児の療育の実践に尽力した。
- (24) 糸賀一雄「施設養護の将来」糸賀一雄・積惟勝・浦辺史編『施設養護論』ミネルヴァ書房、1967年、258。
- (25) 大熊由紀子『「寝たきり老人」のいる国いない国』ぶどう社、1990年、85。
- (26) 大熊一夫『ルポ・有料老人ホーム』朝日新聞社、1995年、219。
- (27) 1967年、フランスのカンヌでひらかれた国際会議に出席した佐藤喜一郎三井銀行会長(当時)は帰国後、次のように語っている。
「ヨーロッパでは、各国とも、政府は貯蓄を奨励しているが、なかなか

か伸びないという状態にあり、貯蓄性向は低い。その原因の一つは、やはり社会保障が非常に進んでいて別に老後のことを考えなくてもいいというようなことになっていることにあるのではないかと思うが、会議に出席していたヨーロッパ関係者も大体同じように見ているようであった。…社会保障の問題については真に困っている人については十分手をさし伸べるような措置を講ずべきであるが、選挙用の公約として、社会保障ならば総花的にあれもこれもとり上げるといような恰好で社会保障に金を使うことは疑問である」(『経団連月報』1967年3月)。

渡辺美智雄氏たちの暴言・放言とくらべれば抑制のきいた表現ではあるが、高齢者にたいする施策を低い水準に抑えようとする経済界の胸のうちの語っている点に注目すべきである。

- (28) デンマークの老年精神医学のニルス・グルマン博士は、痴呆性高齢者に薬を投与して静かにさせる「現在の医師の非倫理的介入の背景には痴呆の高齢者を『人間性を失った物』『生きている価値のない生命体』とみる風潮がある」と述べている。大熊一夫『あなたの老後の運命は』ぶどう社、1996年、106.
- (29) 介護療養型の医療施設(病床群)とは、病状が安定した患者にたいして医学的管理のもとで療養介護とリハビリテーションを行う、介護保険が適用となる施設のことである。
- (30) 大熊一夫・大熊由紀子『ほんとうの長寿社会をもとめて』、ぶどう社、1992年、182.
- (31) 暉峻淑子『豊かさとは何か』岩波新書、1989年、69.
- (32) 糸賀一雄、前掲論文「施設養護の将来」、前掲書、266 - 7.
- (33) 糸賀一雄、前掲論文「施設養護の将来」、前掲書、262.
- (34) 糸賀一雄『福祉の思想』日本放送出版協会、1968年、175.

- (35) 佐藤久夫 『障害者福祉論』[第3版] 誠信書房、1999年、61.
- (36) 佐藤久夫、前掲書、57.
- (37) 糸賀一雄、前掲書 『福祉の思想』177、178.