

論文

人間の生とケアの社会理論 —ケア政策研究の前提として—

岡崎 祐司

〔抄録〕

介護保険改定により、「自立」への誘導が強化され権力的運営構造が強化されている。ケアとはなにか、その本質を看過しているところに根本問題がある。そこでケア政策の前提としてケア論をさぐる。社会福祉理論においては生活「状態」、社会問題分析を基礎にしているが、人間の生・生活という活動的側面を含めて考察するべきである。生活主体の権利保障、実践者と対象者の相互作用が明らかになる。ケア政策の目標はケアの社会的保障である。

キーワード：介護保険、自立、生活のケア、相互作用、ケア政策

1. 課題の設定—政策論とケア

(1) 自己責任を強化する介護保険改定

介護保険制度が施行されて2018年度で19年になるが、この間、5回の法改正、6回の介護報酬改定が実施された。

2014年の「医療介護総合確保法」(一括法)の成立、2015年の介護報酬改定(全体で2.27%引き下げ)、2017年の「地域包括ケアシステム強化法」(一括法)の成立、2018年度の介護報酬改定(全体で0.54%の引き上げ)という近年の改定では、予防給付の訪問・通所介護の地域支援事業への移行、認知症総合支援事業の強化、在宅医療・介護連携促進の法定化、介護報酬での重度者対応の重点化と訪問事業・通所事業の大幅引き下げ、高齢者への「自立支援・重度化予防」の保険者(市町村)責務の強化、一定所得以上の65歳高齢者の3割負担の導入などが行われている。高齢期の疾病による入院→治療後のリハビリテーション→退院→在宅療養という流れでいえば、「川上」といわれる医療制度改革(病床機能の再編、急性期病床の再編・削減、早期退院の促進、介護保険対応への早期移行促進⁽¹⁾など)とかわらせて、「川下」といわれる介護保険制度改革の動向をみると、介護保険の「重度者対応」の重点化・「軽度者」の給付の削減、「軽度者」の「川上」への逆流を防止する「自立支援重度化予防強化」、「軽度者」

の自費自力での対応強化という改革の意図が読み取れる⁽²⁾。

介護保険制度は介護給付の現金給付という構造的特質をもち、高齢期の医療費抑制、病床削減（のちの病床機能再編）、診療報酬から切り離れた介護部分の受け皿という性格を付与されたもので、ケア・サービスの社会的保障の制度としてつくられたわけではないのである。介護給付の現金給付とは介護を日常生活上でおこる「私的領域」とみなし、それへの「公的な補助」という範囲で介護給付を位置づけていることを意味している。つまり、自己責任を前とした公的支援が本質であり、給付費増大と財政問題を理由にして、社会保障本来の目的や理念の達成を度外視した介護保険給付の縮小・削減を正当化する政策的認識が形成されている。

(2) 改定にみる「権力的運営構造」

だからといって、「私的領域」とみなされている個々の介護や生活について、政策主体側が干渉しないというわけではない。むしろ、干渉・誘導・動員が強化されている。それは、2018年4月からの介護報酬改定のなかでも端的に表れている。

例えば、介護予防訪問リハビリテーションでの、要支援状態の維持・改善率に応じた事業所評価加算の新設、生活行為向上リハビリテーション実施加算とリハビリテーション目標を6か月間で達成できない場合の減算扱い、通所介護では機能訓練指導員が利用者全員の日常生活動作（ADL）を測定し、維持改善が一定水準を超えていればADL維持加算をつけることになっている。つまり、加算のために利用者のADL改善が優先され、それに利用者個人を誘導する状況を生み出す報酬改定である。個人の要求と生活の質の向上のために、リハビリテーションを位置づけた設定ではない。

また、「居宅介護支援（ケアマネジメント）の運営基準等」では、統計的に見て、通常のケアプランより「かけ離れた回数」の訪問介護（生活援助）を入れる場合、保険者にケアプランの届け出をさせ、保険者が地域ケア会議等で検証する、（2018年10月から実施）ことになっている。これは生活援助サービスの利用抑制効果をねらったものであり、高齢者に生活援助サービスにたよらない生活を強いる仕掛けである。

さらに、すでに2006年にスクリーニングの手段として導入されている「基本チェックリスト」を活用して、相談のあった高齢者を要介護認定調査するよりも、「介護予防・日常生活支援総合事業」の「介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）」の対象にするという仕掛けもつくられている。一部自治体では、介護保険給付外の「体操」を高齢者に強制し、介護保険給付からの卒業を迫る事態も発生している⁽³⁾。つまり、生活を支える給付を介護保険に求めるのではなく、自らの努力で対応することを個人に強制する仕掛けである。

これらは、介護保険制度の対象者の制限、「軽度」な高齢者の排除ともいえるが、同時に給付抑制・制限という政策主体の改革方策に個人を取り込み、生活活動や身体活動に干渉し、政策目的達成のために個人を動員するという側面ももつものと言わざるを得ない。高齢者の人権

保障ではなく、政策目的達成のために個人を従属させる「権力的な運営構造」を介護保険がもつと言ってもよいだろう。介護保険制度では、「自立」が理念あるいは目的として多用されている。ただし、介護・ケアにおける「自立」とはなにかが探究され、政策上位置づけられたのではなく、「権力的な運営構造」を正当化するために、「自立」が利用されているのである。

こうした「権力的な運営構造」を転換し高齢者の人権保障を出発点に、ケア・サービス保障政策を構築するためには、介護、ケアとはなにか、その本質的探究が求められる⁽⁴⁾。

率直いって、政策的には、介護サービスは多少の知識とノウハウがあれば担うことができると、みなされている。だからこそ、介護、ケアの専門性の基盤をさぐりケア政策の公共性・権利性の確立をめざすことが重要である。それは、ケア・サービスを担う職員の雇用・労働条件の基本につながる議論であり実践レベルだけではなく政策レベルでも、ケアの本質をめぐる検討が求められるのである。

もちろん、介護、ケアの専門性はたとえば「業務独占」を基本にしている医療とまったく同じ視点で論じることはできないだろう。なにより個人々の生活過程で普通に行っている生活行為・動作にかかわることであり、日常と専門性の区別がつきにくいことも確かである。だからといって、ケアに専門性がないわけではなく、やはり固有の専門性があると考え。介護・ケアの専門性を正当に評価しない政策主体は、介護報酬の単価を引き下げ、家族依存の介護を前提とする政策を実施する。現行の介護保険制度の構造とその維持を前提としていては、介護保障＝高齢期のケア・サービス保障を展望することはできない（介護保険制度の構造的欠陥である現金給付を現物給付にし、公的責任の強化、財政改革、必要充足原則にたつ普遍的なサービス保障の改革をめざすべきであろう）⁽⁵⁾。

本論文はこうした問題意識のもと、高齢者の介護・ケアに焦点をおいて「ケアとはなにかを探り、ケア政策の再検討の方向性を定めようとするものである。

2. 「生活のケア」―検討の視点

ここまで介護とケアの意味を特定することなく使ってきたが、検討を進めるにあたって介護、ケアなどの用語を表1のように整理しておく。

広い意味での「ケア」は、医療、看護と養護・介護・生活支援・保育といった社会福祉や教育も含む（教育にもケア的要素が含まれる）。

高齢者福祉での養護、介護、生活支援などといわれる生活過程におけるケアは「生活のケア」あるいは「社会福祉のケア」としておく。ソーシャル・ワーカー（社会福祉職）による社会福祉実践は「生活のケア」に限られるものではなく、相談援助、地域における福祉・医療・雇用などとの多職種連携あるいは地域住民を含めた「連携やネットワークづくり」、さらに制度の谷間に落ち込んでいる人と、孤立者、またその人たちと住民との軋轢を緩和するコミュニティ・

表1 ケア、介護に関する用語の整理

「ケア (広義)」—医療、看護、社会福祉、保育、教育
「生活のケア」(社会福祉のケア)—養護、介護、生活支援、自立援助。担い手はケア・ワーカー
「生活のケア」にかかわるソーシャル・ワーク：連携・ネットワークづくり、コミュニティ・ソーシャルワーク、アウトリーチ、相談援助
「ケア的かかわり」—市民、住民による見守りや「声掛け」、「関係づくり」、サロン活動

ソーシャルワーク、地域で困難を抱えた人を探りあてるアウトリーチなどがある。

なお、地域住民、市民の「ケア的かかわり」も重要になる。それは住民が地域のなかで、「生きづらさ」や生活困難を抱える他者に気づき、孤立させることなく、心配や心遣いをもって支援をする関係を結ぶことを意味する。

「生活のケア」は病気、障がいのある人、生活上の困難をかかえる人の日常生活を支えるものである。生活のケアの中での食事、離床、移動、着替え、排泄、入浴、歯磨き(口腔の衛生保持)など生活行為は日常的な私的な領域のことである。高齢期の場合、ある時期まで、こうした生活行為を自分独自の行為として行ってきた。したがって、介護や生活支援は、個人の個別の生活行為・動作の他者による支援・代行という形態のみでとらえられがちである。しかし、ある生活行為が、その人自身の力で十分に遂行できないことは、生活全体の質の低下やその人の意識や感情に大きな影響を与える。

生活は多層で多面的であり、労働力の再生産・健康の再生産の場であり、安息や成長の場であり、人間の精神的活動と肉体的活動の場である。労働と生活、生活の各場面は相互に関連しており、全体性をもっている。生活はある「状態」というだけではなく、生活する人の意識、心情、行動、運営の力量など生活の力によっても規定される。生活は、労働とともに人間の実践活動、つまり「人間の生」の活動である。

各人の生活(生活単位)はその時代、その社会で共通した自然環境や社会的基盤のうえで営まれ、共通した生活様式を強いられ、共通した社会変動による影響をうける。一方で、生活の営み方は個人や家族によって個性的・特徴的であり個別性が高い。生活の主体すなわち個人の、人間形成や思考、行動は社会的諸条件に規定され社会的性格を帯びているが、一方で個性的で独自の性質をもっている。生活の個別性が高いという性質と、社会的規定をうけるという性質は矛盾するものではなく、一定の自然的・歴史的・社会的諸条件、環境に影響を受け規定されながら、生活単位・個人の独自性・主体性をもって営まれている。

社会福祉研究、社会保障研究で、重視してきたのは生活上の諸困難を生活問題として把握し、生活の状態や構造を分析する社会問題論からの接近である。

しかし、ケア・サービス保障を考えた時に、状態、社会問題という視点だけではなく、いま述べたように生活する人間の実践活動としての生活、つまり「人間の生」とその活動にも着目する必要がある。それは、ケアが生活行為に関連しケアを必要とする人の心情により添い、生活活動を支えるからであり、その文脈で専門性を評価する必要があるからである。

社会問題を重視する社会福祉理論では⁽⁶⁾、対象を貧困問題、生活問題など、ある状態として把握する。この観点は重要であるが、ケア・サービス保障を視野に入れた時に、問題の発生過程・進行過程において認識、感情、行動、交流・コミュニケーション、関係などを生活主体である人間の活動そのものにとらえることも重要である。

医療は、病気・傷害とそれを抱えた人＝患者を中心に治療やケアの焦点をおき、その関連で生活上の問題にも注目する。学校教育は、子どもの学力の形成、成長発達を中心に置き、その関連で児童・生徒の家庭生活上の困難にも着目し、教師は子どもへの「ケア的関わり」を行う。では、「生活のケア」の中心にはなにか。

「生活のケア」は、生活上の諸困難とそれらをかかえた人そのものに焦点をあて、その人の主体的な生活を支える。ここでいう生活上の諸困難とは、≪病気、傷害、障害、生活行為・動作や移動の不全・困難、貧困、低所得、生活の不安定化、孤立、虐待、暴力、差別、教育や医療など制度からの排除状況≫などを列記しておく。諸困難をかかえた生活の主体者は、自尊心や生活への意欲をもち、コミュニケーション力をもっているが、自信を失い、意欲を低下させ、諦観（あきらめの気持ち）をかかえ、人とのかかわりに消極的になっている場合もある。「生活のケア」では客観的な状態と生活者の「生」のあり方の双方をとらえることが必要になる。

こうした観点に立った時に注目すべきは、哲学からの生活へのアプローチとくに岩佐茂の著作『人間の生と唯物史観』（1988年）である⁽⁷⁾。同書は、歴史的に把握した社会体制的視点との関連で構造的かつ動的に生活と人間活動、「人間の生」をとらえている。社会問題を重視してきた政策研究だけではとらえきれない、活動・相互作用という観点から「ケア」の本質をとらえることができ、ケア政策研究に深い示唆をえることができるとおもわれる。以下、「生活のケア」を「人間の生・生活」とのかかわりから、探ってみたい。

2. 「人間の生・生活」と介護問題の本質的構造

(1) 人間の生・生活に関する基本的視点

岩佐茂は人間の存在、人間の生の全体性をつかむ必要があるとし、ドイツ語の *Leben* を引き、その意味は生命・生活・生存・人生・生涯であり、動詞 *leben* は生命活動・生活活動といった活動に力点が置かれているとする。

そのうえで岩佐は、人間の生は「生物の生命の人間の形態」⁽⁸⁾ であると端的に述べている。生物は自己の生命を維持し生存するために外的自然との物質代謝を行い、種としての生命を維

持する（子どもを産み育てる）という生物生命共通の活動を行うが、人間は自らの労働によって生活手段を産出し、それを消費し、衣食住を充足するという生産的労働の媒介によって人間生活は営まれているのが特徴であるとする⁽⁹⁾。

そして、マルクスの『ドイツ・イデオロギー』に依拠しながら⁽¹⁰⁾ マルクスは人間的生を生活としてとらえており、人間的生の問題を抽象的ではなく生活全体のうちで具体的に考察することが重要であり、その生活とは生活活動であるとする。生活活動は、歴史的に形成され一定の自然的・社会的・文化的生活諸条件のもとで行われる動的過程すなわち「生活過程」であるとしている。岩佐は、「生活過程」は、生活主体、生活諸条件、生活活動、生活手段、生活関係、生活目標（目的）の諸契機が有機的・構造的に連関しており、それぞれの内容と関連をつかむトータルな考察が重要であるとし、物質的生活の基底性、活動性、共同性・社会性、生の表現が基本的契機であるとする。

では、「生活過程」のなかで活動する人間あるいは「人間の生」をどうトータルにとらえればよいのか。岩佐は、まず人間を「精神と身体との統一」において、人間の意識を「知・情・意の統一」において、人間の活動を「認識活動・実践活動・評価活動の統一」において考察すべきだとする。さらに、「生」の主体を主体がかかわる客体（働きかける人やもの）との連関や取り巻く環境とのかかわりのなかで具体的に考察すべきであり、「人間の生」を社会的諸連関のなかで考察するならば、「人間の生」は閉じられたものではなく、外界に対して開かれた開放系として存立する総体であるとしている⁽¹¹⁾。これらが、岩佐の「人間の生・生活」分析の基本的範疇である。

(2) 生活をどうとらえるか

次に、生活からケアを検討するうえで重要になる三つの視点をあげておきたい。

①生活過程と「生活主体」

第一の視点は、生活過程の意味と「生活主体」のとらえかたである。生活は労働力の再生産、健康の維持・再生産、生活そのもの継続の過程であり、それは消費や生活手段の使用により要求を充足する消費過程である。同時に生活者は文化的諸要求を中心にさまざまな要求を生活の中で生み出すのでもあり、「消費的生産」(岩佐)⁽¹²⁾ という面ももつ。生活は労働力の再生産を行うが、それは単に資本家に消費されるためだけの能力を再生産しているのではなく、人間の本質的な諸能力を再生・発展させている過程でもある。

生活の再生産は自動の運動ではなく、そこに人間の活動、生活者の力がなければ前には進まない。つまり、生活は生命の維持や健康の保持、人間的文化的要求の充足とそれによる成長や目的達成のためのなんらかの行為・活動から織りなされる人間活動によって進展する。いま生活者を「生活主体」とよんでおくと、「生活主体」による起床・摂食・着替え・排せつ・洗顔・歯磨き・移動など生活維持のための《生活行為》や、家事（炊事・掃除・洗濯・衣服管理・衛

生保持など)、時間管理、家計管理、情報交換、教育、世話、近隣との付き合い、地域での協力・助け合、外部との交渉・契約などの《生活活動》が行われる。生活のなかの行為・活動は、個人・家族の生活水準、生活内容、健康、衛生面を規定する主体的条件でもある(もちろん、生活はその世帯の賃金・所得などの収入や居住環境など客観的条件にも規定される)。

生活が生活者の行為・活動が不可欠とするならば、「生活主体」の意志・意思・意欲がなければならず、それらは生活過程の主体的条件といえる。また、「生活主体」の心身の健康、体力は、活動の現実を規定するし、意思・意欲にも影響を与える。ひらたくいえば、病気や加齢などにより生活への意思・意欲が弱くなり生活行為や活動が十分に行えないようになれば、生活の質の低下やひいては生活の維持が危ぶまれることにもなりかねない。

また、生活には日々のことだけではなく、時間管理、家計管理・貯蓄、財産形成・管理、防災準備、子どもの教育、介護、家族関係の形成、近隣や地域住民との関係づくりや調整など中長期の見通しを考え、持続的に行われなければならない活動も含まれる。

こうした日々の生活行為や活動をこなす力と、中長期の見通しを要する生活活動を実現する力を「生活力」ということにすれば、生活は「生活主体」による「生活力」によって営まれる過程であり、「生活力」の低下は生活の質の低下をもたらすといえる。

生活とは、「生活主体」である人間の生理的・目的意識的活動の場、空間であり、生活単位(家庭、世帯)の構成員相互の関係によって織りなされる場であり、動的で変化する過程である。生活および「生活主体」の活動は、閉ざされたものではなく、労働力と健康を再生産し社会的には労働・雇用の提供単位であり、新たな生命の誕生や次世代の育成の場となる場合、社会の維持とかかわることもある。また、消費生活(市場での生産物と貨幣との交換、消費財としての消費)によって市場に組み込まれる。地域では、文化の継承や地域自治の単位となる。このように、さまざまな形で生活は社会のなかに組み込まれている。

生活は、私的性格をもちながら、社会的性格を帯びている。「生活主体」の活動は、生活のなかであれ、労働のなかであれ、社会全体を構成する活動の一つとなっている。

②家族関係、家庭内関係

第二の視点は、家族内の関係や分担のありかたである。通常、生活は個人(独居)か、パートナーや子どもなど家族によって営まれ、その場合は家庭(血縁とは限らない)が形成される。生活の単位は個人か、同居者による世帯となる。そこで、家族・同居者の人間関係のありかた、交流・コミュニケーションのありかたは生活の特徴づける。成人を前提として言う。「生活主体」として、家庭内でどのような関係を築き、どのような協力・分担をもつかも、主体的に生活のありかたをつくる条件になる。通常、家庭生活は「生活主体」による助け合いや協力、家庭内の仕事(家事など)の分担によって維持される。差別のない適切な協力、分担は安定した生活継続の条件でもある。

ただしこれは、「家族は助け合い、協力しあうべきだ」という規範的な観念を当然視するも

のでも、強制するものでもない。あらゆる家族、家庭が構成員の関係が良好で協力できるかという、そうではない。むしろ、介護問題は、ある特定の家族員に介護が過重にのしかかっている問題である。家庭内の人間関係が複雑で、関係そのものが困難さを持ち、対立、支配・被支配、抑圧、暴力、虐待、ネグレクトなどの問題が家庭内で吹き出し、深刻な家庭内問題、家族問題という社会問題を発生させることも少なくない。それらの多くは男性による支配、抑圧、暴力などの権力的行動、歪んだ怒りの行動に起因する。貧困・生活問題を、歪んだ支配関係・権力関係が支配的な場合、家族内で対応させるのではなく、社会的に引き出し対応するべきであり、そこに社会福祉の重要な役割のひとつがある。介護など福祉問題への対応を、家族責任に押し付けることはできない。

ただ、ここで確認しておきたいのは、「生活主体」の行為・活動は個人としてのそれだけではなく、家庭の構成員への配慮や家族との関係性、協力・分担という「関係づくり・分担」がかかっていることである。

③生活を規定する社会的条件—所得、居住

第三の視点は、生活を規定するいくつかの社会的条件についてであり、家族介護やケア・サービスに困難さをもたらしている日本の社会的条件の欠如あるいは阻害要因の問題である。

まず、生活を根底的に規定する所得水準である。所得水準の低さは、消費生活の悪化だけではなく、健康状態の悪化、孤立・孤独、社会的排除、虐待、暴力、ネグレクト、家族関係の悪化、生活の荒れ、居住環境の悪化など貧困・生活問題を招来する。資本主義社会においては、本質的には階級関係もたらす社会問題である。高齢期の場合、貧困や不安定化した生活の強制は年金給付水準だけではなく、消費税・社会保険料や医療・介護にかかわる個人負担が圧迫要因となって、底辺に個々の生活を押し下げてしまう。一部の階層にとどまらず、勤労諸国民・中小零細経営層の老後を襲っている日本の姿である。税と社会保険料負担、サービス利用時の負担がケアの社会的阻害要因となっていることが少なくない。

また、生活は、居住空間を必要としそのなかで営まれている。構造、面積、設備、日照（日当たり）や風通しのほかに、持ち家か借家か、築年数・改修の必要性の有無、周囲の環境など居住をめぐる項目は、災害発生時や病気、障がいをもつようになった場合には、生活行為・動作、生活活動の制約要因となる。健康な場合には主観的には問題にならないことでも、介護、ケアにおいては大きな問題（阻害要因）になる。また住居の構造は、生活者の外出、他者との交流、心の安定など社会関係や文化生活にも大きな影響を与える。

いうまでもなく居住水準には、階層格差が明瞭に表れる。貧困・低所得階層ほど居住条件は厳しい。適切な構造と良好な環境の居住を選択できる高齢者は階層的に限られており、居住の選択は経済的能力・階級的位置に規定される。したがって、現状のままでの在宅介護（居宅ケア）重視の政策は、事実上、富裕層を除いて、介護を受けるには不安の大きい居住環境や劣悪な居住環境を高齢者に社会的に強制するに等しいことになる。文化的生活が保障される「ケアを受

ける場としての居住」を社会的に保障することが、ケアの社会的条件になる。

④生活と地域

生活は地域社会のなかで営まれる。各生活単位は地域の自然環境、文化、慣習の影響をうけ、地域住民との関係のなかにある。また、生活は公共上下水道、ごみ収集・処理、エネルギー供給、交通、医療・福祉・教育文化の機関・施設や行政サービスといった地域の社会資本＝社会的共同生活手段に依拠している。視点を変えれば「生活主体」は地域社会の環境、文化、慣習の担いであり、地域関係をつくる当事者であり、自治会・町内内など住民活動を担う。また、地域住民として自らにとって必要な共同活動、福祉活動、当事者活動を創りだし運営する。

生活は地域社会の種々の条件や環境に規定されるが、「生活主体」は地域社会を構成する担い手でもある。「生活主体」が地域住民の共通課題や問題を自覚的にとらえ、それを乗り越える道筋や方法を、助け合いや共同、住民運動のなかに見出し、行政に働きかけ地域生活の社会資本＝社会的共同生活手段を整備させ、医療・福祉・教育の担い手たる専門職員と共同し連携システムをつくり、誰もが生活しやすい地域をつくる集団のエネルギーをもつことがある。こうした動きは各「生活主体」が地方自治の担い手であり、地域社会形成の主体であることを意味している。「生活主体」にはこうした、共同、運動、自治の主体という意味も含まれている。

(3) 「生活主体」と介護問題の視点

次に、「人間の生・生活」や「生活主体」という概念から、家族介護、居宅介護の問題構造をどうとらえることができるのか検討したい。

介護問題のあらわれかたはさまざまであり、背景・要因も複数のことが絡み合い、生活の個別性や当事者の生活歴も反映し、地域的な要因もかかわっているが、要介護者（と介護者家族）の生活の質が低下し、「個人としての尊厳」が守られているとはいえない状態に陥ることが問題の本質である。家族関係、家庭内の関係が不安定な場合だけではなく、家族関係が安定しているようにみえても、深刻な事態が進行している場合がある。

家族・家庭は共同性を持ち、生活は共同的な生活活動と共同的な生活要求の充足過程である。ところで、各「生活主体」は、個人としてそれぞれの生活行為・動作に関する独自の範囲を持ち、独自でも生活要求と充足を行い、「自分の時間」をもっている。各「生活主体」は自律性をもっている。また、各「生活主体」はそれぞれ社会のなかで自分の労働領域を持ち、人間活動を行う。労働は自己表出であり生の表現であり、活動のなかで所産（生産物や成果）を生み出し、そのなかに自分の生が対象化されていることを確証し（自己確証）、そこに喜びや生きがいを見出す⁽¹³⁾。生活も労働もそれぞれの「生活主体」の個性が発揮されるが、その活動は「人間の類としての本質的諸力」⁽¹⁴⁾を発揮する過程である。働きかけるものに、力やアイデアや願いを対象化して自己を表現し、そのことを通して自らの生を創造する⁽¹⁵⁾。だからこそ主体といえるのである。

家族介護は「生活主体」の間で行われる。一方の「生活主体」による、もう一方の「生活主体」への生活行為・生活活動への支援や代替である。しかも、介護される「生活主体」が、これまで家族にも見せなかつた単独の生活行為を含む⁽¹⁶⁾。介護は、「生活主体」にとって最も自律性・独自性の高い（通常は家族員にも関わらせない）生活行為・生活活動の範囲に他者が入り、その実施を支援する面をもつ。しかも、その方法や段取りは、各自の生活経験や習慣を経て個性的な面や「こだわり」ともなうことも多い。

介護者となる「生活主体」は、介護のために自らの生活領域・労働領域を編成し直し（時間の変更・活動の削減、要求充足をあきらめる、自己確証を後回しにする、自身の生活行為・生活活動を大きく変更するなど）、介護を受ける「生活主体」の独自性の高い生活領域に入り、介護する時間を優先する。つまり介護者は、自らの生活領域・労働領域を、本来の自己要求や社会的要請、自己確証とは異なった形に変形するか、縮小せざるを得ない。そこに、精神的・肉体的負担やストレスが発生するのは当然である。介護を受ける側も、健康な時に自力で行ってきた生活行為・動作、生活活動を、家族に支援、代替してもらうことへの複雑な心情や、自力で行いたい、自力では行うことができないジレンマを感じ、ストレスを感じる。これが、子どもの世話と高齢者介護が本質的にことなるひとつの要因である。

子どもは幼ければ幼いほど、排泄、入浴、食事、下着の着替え、洗顔・歯磨き、就寝・起床、時間管理など自力ではできない。そこで親や養育者が子どもがこれらを自力でできるよう世話をする。できるだけ子どもが「生活主体」として自律的にそれらができるよう促し、親と一体であったこうした生活行為・動作の領域を、独自の範囲として確立できるように（親が傍にいても実行できるように）仕向ける。また、子どもが自力で生活行為をできるようになるその過程が、成長の証であり子育ての喜びになる。独自性の高い生活行為・動作、生活活動の領域を確立させようとするのが、子どもへの世話なのであり、いつごろ終わるかは、通例は見通すことができる。

介護は、いったん確立された高い独自性をもつ生活行為・生活活動で、本来は他者が傍にいるのでは実行しにくいものを、他者が支援し代替する。しかも、それがいつまで続くのか、終わりの時期を見通すことはできない。これが、家族の介護負担が発生する構造である。この負担構造は、ストレス、心身の健康の悪化、独自の生活領域・労働領域の削減・縮小、それに伴う収入の低下（経済的生活の困難、貧困）、自己表現や自己確証の機会の喪失（介護離職）という問題を引き起す。そして介護する「生活主体」の負担が調整されず問題が拡大すれば、介護の質は低下し、今度は介護される側の心身の健康問題・ストレスひいては生活の質の低下をもたらす。この悪循環が、「人間の生・生活」からみた家族介護問題の構造である。

家族介護を「家族は助け合い、協力しあうべき」という一般的に流通している規範にもとづいて、家族・家庭内の私的問題として位置づけ、その支援というレベルでケア政策を運営することや、「在宅介護の限界点を引き上げる」などという目標で制度改革をすることは、家族介

護問題の本質を無視するものである。家族生活・家庭生活は、構成員それぞれ＝各「生活主体」が独自の生活領域・労働領域をもち社会の構成員であることを前提に、助け合い協力している共同の生活である。

家族介護はそのままでは、「生活主体」の独自の生活領域・労働領域の縮小を伴いながら、負担を増大させる構造をもち、生活共同の基盤を崩すことにつながる。生活は閉じられた領域なのではなく、労働力の再生産、次世代の育成、社会的生産物の消費、地域の構成単位、文化の継承単位としての社会的位置と役割をもっている。介護負担の増大・介護問題の深刻化は、消費生活の縮小、健康問題、離職、労働力確保の困難、住民活動の停滞などさまざまな影響を社会にもたらす。生活領域、労働領域の縮小再編、無理な変形は、個人の生の表現、自己確認や喜びや生きがいを奪い、「個人の尊重」を損ねる状況を拡げる。結局は、家族共同を崩し生活困難を社会に拡大する。「個人の尊厳」を守り社会を安定的に構成するうえで、家族介護支援ではなく、家族介護を前提にせず、個人々が「生活主体」としての領域と活動を実施できる社会保障としてのケア・サービス提供がケア政策の目指すべき方向である。

3. 「生活のケア」と専門性

(1) 生活行為・活動とケアの専門性—自尊心とのかかわり

では、「生活のケア」をどのようにとらえ、「生活のケア」への専門性をどう考えればよいのであろうか。

「生活のケア」は病気、障がい、高齢などなんらかの理由で身体的機能・精神的機能が弱まっている人への、生活行為や生活活動に関する他者から援助である。それは、図1のように、①「日常生活行為・動作の援助」、②「その人らしい文化的生活の実現への援助」、③「地域生活（社会参加）への援助」から構成される。生活の維持には、「生活主体」による a)起床・摂食・着替え・排せつ・洗顔・歯磨き・移動など生活維持のための生活行為・動作、b)家事（炊事・掃除・洗濯・衣服管理・衛生保持など）、時間管理、家計管理、健康管理、教育などの生活活動、c)近隣との付き合い、地域での協力・助け合、外部との交渉・契約などを必要とする。したがって、「生活のケア」は生活成立・維持の根幹を支える実践である。

先に述べたように、生活行為・動作のほとんどは各「生活主体」として最も自律的な単独の（家族であっても「見せない」）行為・動作であり、本質的に「自力でやる」もので、自尊心にもかかわる援助が、「生活のケア」である⁽¹⁷⁾。高い倫理性と自尊心を傷つけない援助方法が求められるのは、そのためである。ここに「生活のケア」の専門性の根拠の一つがある。排泄や入浴介護を「身体介護」として、生活援助を区別することが一般化しているが、援助の外形の違いがあっても「生活のケア」という本質はかわらない。

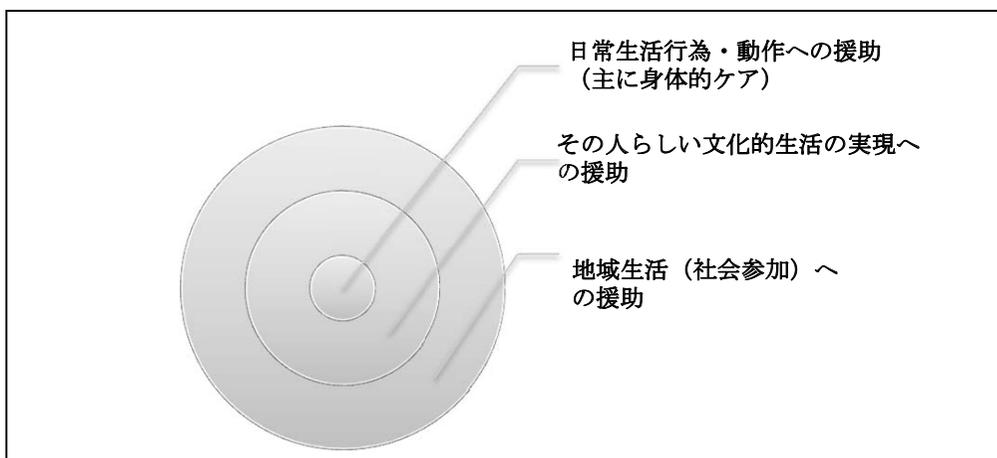


図1 生活の基本構造とケア

(2) 「生活主体」の生活活動への評価と援助

生活では収入、消費、時間、衣食住などの管理、先を見通した生活設計、地域や社会組織との関係づくりなど、主体的な生活活動が求められ、家族や同居者がいる場合は、家族、家庭内でのコミュニケーションや協力共同関係を築くこと、生活活動の役割を分担する力も求められる。つまり「生活主体」とは、管理運営的な機能と、関係づくりの機能の統一された生活活動の力を持つ人ということになる。この力には、市場の強力な商業主義・営利主義に自律性を損なわれないような自覚や性差別的発想にとらわれない自覚が必要である⁽¹⁸⁾。

しかし、この生活活動の力が精神的・身体的状態の変化によって弱化する、生活の維持に支障がでてくる。あるいは、生活外部の要因—失業、所得の低下、災害による被災、など社会的リスクによって生活状態が悪化し、混乱のなかで生活活動の力が低下する可能性もある。

高齢期に、病気や障がいにともない心身機能の低下がでてくる場合、家計管理や家事の遂行、周囲の環境との関係づくりが困難になり、困難な状況が継続すると、生活意欲が低下し、外出がひかえられ、引きこりがちになになり、人間関係の希薄化や孤立という問題もあらわれてくる。生活活動の力の低下と人間関係の悪化は、重層的に生活困難を深化させる。こうしたハイ・リスク構造は広く勤労国民に共通するものであり、苛烈な対立的競争主義や分断主義、家計に重い税・社会保障負担を強いられる現代日本の資本主義的生活様式は、病気・障がい、心身機能の低下、不安定な雇用、収入低下に直面する人々の生活困難をいっそう深刻なものにする。

したがって、「生活のケア」において福祉専門職は、生活活動の状況や心身の健康、生活活動の現実的機能、意欲への評価 (アセスメント) を踏まえて、その人の意思や心情、要求に寄り添い自律的な生活を保障しようとする。「生活のケア」の専門性である。生活活動は社会的文化的地域の共通性をもつが、それぞれの家庭や「生活主体」が、人生の歩みのなかで形成した方法や規範、価値観にもとづく個別性をもつ。生活活動の管理運営的機能と関係づくりの

機能をとらえ、それぞれの家庭や高齢者の生活歴のなかで培ってきた個性に即して、生活の質や個人の尊厳の確保の観点から、援助内容をつくるのが「生活のケア」の専門性である。状況把握—評価（アセスメント）—生活の質や個人の尊厳にもとづく個別目標の設定—生活活動を支える援助実践という一連の過程をつくる専門性である。

状況把握—評価（アセスメント）—個別目標の設定は、機械的に判定して家事援助を切り捨て自立を強制することや、介護予防と称して体操を強制することではない。また、どんなに厳しい状況であっても耐えられる生活活動の力をつけてもらうことではない。自律的生活をおくするために必要な生活活動力の低下が、人間らしい生活の維持を困難にすることに着目して、人としての尊厳が守られる生活を保障するために援助するということである。同時に生活困難、生活の混乱に人々を追い込んで行くあらゆる社会的背景・要因にも目をむけ、貧困・生活困難が拡大しない社会改革を追求する運動志向をもつ専門性である。

(3) 「その人らしい文化的な生活」の実現とケア

「生活のケア」は、「その人らしい文化的な生活」の実現を援助するためのものである。生活は「生活主体」の要求充足過程であるが消費だけではなく、文化的要求（音楽を聞きたい、映画を見たい、小説を読みたい、花を育てたい、おしゃれをしたい、化粧をしたい、季節を感じたい、旅行をしたいなど）の充足過程でもある。文化的要求の充足様式は個人的であり、またその充足過程は自ら動き対象に働きかけるという主体的活動としての側面をもつ。要求充足活動のなかで友人や近隣、住民、職業人など他者との関係を多様に結ぶ。つまり、「生活主体」と「労働主体」とのコミュニケーション、相互作用をともなって、文化的要求の実現の充足過程は営まれる。

文化的要求の実現・充足は「生活主体」にとって意欲や生活している実感、前向きな感情をつくる。生きている実感を味わい、次の要求実現にむけての意欲が引き出され、生活の質を高める。日常の生活行為は生活維持に不可欠であるけれども、文化的生活・社会的生活を豊かさを追求するからこそ、日々の生活行為を繰り返すことができる。

しかし、病気、障がい、高齢などで心身の活動が制約され、文化的要求にかかわる活動に制約が生じる場合には、「生活のケア」が必要となる。自分らしい文化的生活をあきらめず実現できる見通しがあれば、日常の生活行為に対する意欲が生み出され前向きな生活姿勢が形成できる。したがって、「生活のケア」は日常生活行為の援助だけではなく、「その人らしい文化的生活」の援助を実践の範疇とするのである。これは「生活のケア」が「人間の生」の実現、尊厳の確保をめざす性格をもつことを意味している。日常の生活行為は生活維持という観点で中心に位置するが、「その人らしい文化的生活の実現」への援助も、自己が表現され自己が確認される「人間の生」にかかわる援助として重要なのである。

実際に介護現場では生活行為のケアとともに、文化的要求を重視したケアが行われている。

しかし、心身の機能低下や健康の問題で、文化的要求の実現をあきらめることも少なくない。したがって、「生活のケア」では、潜在化し埋没しがちな「生活主体」の文化的要求を引き出し、心情に寄り添いながら実現の可能性を伝え、対象者の心身の状況に応じて享受できる文化的活動の場面をつくらうとする。ただし、その場面において、「生活主体」が自らの活動し、心身を機能させものごとを五感で感じとり、ときには創作・創造の楽しみを享受できる過程として成立させようと工夫をする。ここにも「生活のケア」の専門性がある。

(4) 地域生活と社会参加

「生活のケア」の第三層は、健康や生活のニーズにかかわる社会的要求や権利の実現過程及び社会の一員としての参加にかかわる援助である。前者のニーズは、社会制度や専門職員と「生活主体」との関係を結ばせることが基本になる。「生活主体」の制度知識の不足、利用者負担の懸念、情報の不足などにより、ニーズをもちながらそれが顕在化していないケースもある。専門機関や制度との関係が認識されていないケースもある。したがって、「生活のケア」の担い手は、生活状況の把握にもとづき、社会的制度や専門的サービスの知識・情報と結び付けて、生活上の種々の課題や困難が社会的ニーズであることを「生活主体」に伝え、確実に制度や専門職対応に結び付けなければならない。ここにも「生活のケア」の専門性の意義がある。

地域社会の一員としての参加には、地域活動や地域交流に参加する場合の援助、政治的行動や表現を求めることへ援助がある。自治会会・町内会の行事に参加するときの配慮や援助、選挙の投票への配慮や支援、政治的集会やデモへ参加するときの配慮や援助などである。

(5) 「生活のケア」の専門性—葛藤と後ろ向きの感情への洞察と援助

次に、ケアを受ける側の「葛藤」、「後ろ向きの心情」など心情にかかわるケアの専門性について明らかにしておく。

だれしも自分らしく生き、自立的で自律した生活をおくりたい、という「願い・要求」をもっている。しかし、病気・障がい・加齢による心身の機能低下にともない、生活行為や生活活動が後退・低下すれば、そうした「願い・要求」と実際の生活や自らの活動との「落差」や「乖離」を感じざるを得ない。種々の生活機能の低下に直面するなかで、自立的で活動的であった自己像が残存し、その「落差」、「乖離」にどう対応するかは、生活援助上の重要な課題である。

心身機能の低下や生活活動の低下を受容し、新たな自律観をもって積極的にケアを受け入れて、これまでとは異なる自己表現・自己確証をしようとするのが、難しくなるケースもある。それは個人の心構えという話ではなく、社会的な支援課題である。かつての自己像や自力で自立し自律していた（と思っている）生活へのこだわりから、現実の状況に対して「後ろ向きの心情」や「感情の乱れ」—不安感、疑心、疎外感、拒否感、喪失感、虚無感、諦観、意欲低下、失意、いらだち、怒り、不信など—を抱くこともでてくる。こうした心情は、生活活動だけで

はなく、文化的要求の実現過程や地域生活でも、抱える心情可能性がある。これらは自立・自律への志向とケアを受け入れることとの「葛藤」という心情をうみだす。ここでいう「落差」、「後ろ向きの心情」、「葛藤」は、介護をする家族も同様に抱える。

こうした状況に対する社会的援助や専門的対応が欠落してしまうと、「葛藤」への悩み苦しみや「後ろ向きの心情」が深化し、ケアや支援を受け入れることそのものへの「拒否感」をつくる可能性もでてくる。家族介護のなかで、「逸脱」行動⁽¹⁹⁾ 怒りに満ちた言葉や行動、暴力、あるいは逃避やネグレクト（無視）が起こるのは、社会的援助や専門的対応の欠落が続くことで、自己責任論に「生活主体」と家族が追い込まれているからである。

こうした生活困難に追い込まれている人の状況を、状態とともに心情を含めて把握し、援助的に生活に入り対応をはかることは、「生活のケア」の専門性の中心をなす。社会福祉職には、生活状態の客観的把握だけではなく、当事者とその家族がかかえる「葛藤」や「後ろ向きの心情」、生活を荒廃させる言葉・行動、家族内・家庭内の関係性（支配、従属、依存、対立など）をとらえ、人が自己確認できる生・生活を求めるかぎり持ち続ける真の願い・要求を引き出し、「生活主体」に寄り添い援助、ケアを受け入れ問題解決に向かうベクトルを「生活主体」と共につくって行く力量が求められる。こうした生活困難への「分析力」と「洞察力」が「生活のケア」の担い手の専門性の一つである。生活の深部に入ることができ、「生活主体」の心情を受容しつつ援助・ケアを行うという点に、「生活のケア」の専門性がある。

4. ケアにおける「自立」

(1) 「自立」の権力的統制的実施

いま、介護保険サービスの目標を高齢者の「自立」におくことが当然視されている。「地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（2017年5月26日可決、6月2日公布）にともない、2018年4月から「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組」が実施され保険者＝市町村が厚生労働省の示したデータに基づき要介護被保険者の「自立」に向けて取り組み、成果を上げた保険者には「保険者機能強化推進交付金」を交付するとした。もちろん、その前提として市町村介護保険事業計画に高齢者の自立のための日常生活支援、介護予防・要介護度重度化防止、介護給付等に要する費用適正化の各施策を盛り込み、それぞれの目標数値の設定を行う。そして、厚生労働省が示した目標達成評価の指標によって交付金額が決定される。

この政策発想は、1) 介護サービス提供によって高齢者を身体的に「自立」させること、2) 生活行為は自力でやることを最善とする「自立」観、3) これらにもとづいて介護保険サービスを利用しないことを政策目的とする、つまり「自立」への権力的統制的誘導である。要介護高齢者の生活実態とそこに存在する生活問題に基づいてニーズを把握し、「生活の質」と「個

人の尊厳」をすべての人に保障するために、どのようなケア・サービスを保障するかという、本来の社会保障政策の発想ではない。

これは病気、障がいのある個人にとっては、国家の用意した「自立」に同意し、それに適した資源（介護保険給付、保険給付ではない事業、介護保険制度外の支援）を、自らの責任で生活の中にとりこみ、身体レベルを改善するか、少なくとも維持するよう強いられることを意味している。介護保険改革で強調されている「自立」した高齢者は、介護市場のなかで情報を収集し自己にふさわしいものを適切に判断し選択できる計算力・予測力を持ち、公的なものへの依存を低くするよう努力し、しかし納税や保険料納付は遅滞なく行い、選択の結果には責任を負う責任感あふれる人間である。そして「支援」とは、そうした自立を支えることに焦点化される。

自立を主眼とする介護保険は、「容赦のない市場合理性に、権威主義的な国家主義が一体となって付け加えられる」⁽²⁰⁾システムである。「自立」には通例、「意思決定における自己決定権と、遂行における自己管理能力」⁽²¹⁾が含まれる。しかし、介護保険制度における「自立」誘導の強化は、2006年度の制度改革で導入された「基本チェックリスト」の活用による申請者のスクリーニングや、地域ケア会議における自立支援・重度化防止の方針徹底、保険者による個別のケアプランチェック、ケア・マネジャーへの指導・啓発などを背景に、被保険者が介護サービス利用を控えることによって可能となるものであり、いわば自己決定権を奪取することによって成立しているのである。高齢者に「自立」が保障されるのではなく、むしろ阻害されることによって、介護保険制度改革の「自立」は成り立っている。

新自由主義改革は公共サービスを市場化・営利主義化するために、市民に、損得計算や利害を判断基準とすることを勧め、それらが規範として個々人に深く浸透させ、「個々人を完全に経済合理性に寄与する生物へと変貌させる」⁽²²⁾危険性があると指摘されている。介護保険制度改革のもとでは、自らの介護ニーズの充足、介護問題の解決よりも介護保険給付の抑制的利用、制度外のサービス利用促進という、経済界と国家のもとめる方針に個人を寄与させる力が強く作用しているといわざるを得ない。つまり、新自由主義改革と国家主義的統制の同居・結合である。したがって、介護保険制度改革の「自立」は実は自立ではなく、新自由主義改革と国家主義的統制への個人の「寄与」であると、見なさざるを得ない。

(2) 「生活のケア」における「主体—客体の弁証法」

以上述べた介護保険改革の「自立」に対抗する論理を、どう考えればよいか、本論文は、哲学者岩佐茂の示す「人間の生・生活」の論理から「生活のケア」の意味を探ることにあるが、「自立」についても、同様に岩佐の示す生活における「主体—客体」の関係から問い直したい。それは、「生活のケア」は、相互依存や相互作用を内包した実践だからである。

「生活のケア」をケアの担い手（ケア・ワーカー）からみると、自身の言葉や表情、介護を

媒介にして、ケアを必要とする人(高齢者)へ働きかける実践である。その方向からいえば、高齢者はケアの客体(対象)であるが、単に対象という位置にあるだけではない。そこには主体—客体、コミュニケーションの媒介による関係が存在し、ここにケアの本質と自立の本来のありかたを考える鍵がある。

そこで重要になるのは、「主体—客体の弁証法」である。岩佐は、生産的労働を基本において、「主体と客体の弁証法」を「主体の対象化(客体化)」と「客体のわがものとしての獲得(主体化)」の双方から成立するもので、それは人間のあらゆる生活活動、実践に内在するとする⁽²³⁾。生産的労働における、「主体の対象化(客体化)」とは、主体が自己の本質的諸力(類的諸力)を発揮して、生産の場で客体に働きかけ対象を変えるという活動である。一方で「客体の主体化」とは、働きかけた対象をわがものとして獲得し、また対象から新たな力を獲得し、それらによって自己を変革し、確認するということである。生産労働に限らず、実践過程とはこうした二つの側面、二つの契機が統一されたものであり、だからこそ主体は対象変革とともに自己表現や自己確認を行うことができるとする⁽²⁴⁾。

「生活のケア」という実践も、その過程は「主体と客体の弁証法」によって織りなされるとみてよいだろう。「主体—客体の弁証法」にもとづいて「生活のケア」の特質みると、次のようになる。

I. ケア・ワーカーの側からみる、「生活のケア」の過程

【①客体・対象の分析・洞察】

その人の心身の状況、生活状況、家族関係、生活歴、性格、願い、要求、葛藤、さまざまな心情、居住構造、居住環境、地域関係、医療機関との関係などをトータルに把握し分析し、洞察する。

【②実践目標についての対象との共有】

分析・洞察を踏まえて、当事者本位のケアの目標、めざすべき生活の姿を設定し、対象者と共有する。

【③ケア・ワーカーとしての専門的諸力、人間としての類的諸力を実践過程そのものに表し対象化する】

対象者の願い・要求や心情によりそって、生活行為や生活活動を支えるケアを行う。そこでは実践者の表情、言葉、身体動作を含めたコミュニケーションを伴う。

【④対象本位の自己確認】

対象者の願い・要求の実現やニーズの充足と、それによる対象者の評価や表情、前向きな心情、生活状況そのものの改善を、自らの喜びとを感じる。

【⑤ケアの過程から諸力を獲得し、対象者から人として学ぶことにより諸力を獲得。自己の変化】

ケアの振り返り、評価と反省によって、また対象者の表情・言葉・考え方・生き方から謙

虚に学び、実践の理念や目標、大切なことを再確認しケア・ワーカーとして自己を変え、より高い専門性を獲得する。その際、スーパーバイザーや同僚がケース内容を共有し客観的評価を持たせることにより、実践の意義や自らの成長を確認する。

この過程はいずれも、「主体の対象化 (客体化)」と「客体の主体化」を含んでいる。ケア・ワーカーは対象者に働きかけるが、同時に対象者からの働きかけを受け実践の意義を確認し、対象者から何かを学び自己を変化させ、他者との対話の中で成長を確認する。「生活のケア」の過程は、「主体の客体化」と「客体の主体化」とが線を引くように区分されるのではなく、折り重なり合いながら実践される。それはケアが生きた人間と人間、労働主体と生活主体の相互作用によって成り立っているからに他ならない。

II. ケアを必要とする側からの「生活のケア」の過程

高齢者は「生活のケア」(ケアの担い手にとって対象・客体)であるが、「生活主体」である。したがって、生活の質を保ち自己の尊厳を保持するために自らの生活行為や生活活動の中に他者からの援助を受け入れ、自らの意思で生活活動する過程が「生活のケア」である。

【①自らの意志を伝える対象・客体としてのケア・ワーカー】

「生活主体」として、自らの意思や希望を、ケア・ワーカーに伝える。その意味でケア・ワーカーは、自らの意志を伝える対象・客体である。

【②自己と共同するもうひとつの主体の受け入れ】

ケア・ワーカーの援助を、自己の生活行為・生活活動のなかに取り入れ、共同して生活活動を行う。

【③自己の確証】

ケア・ワーカーの援助と自己の活動によって生活上のニーズを充足させ、人間らしい生活を維持し、自分らしい生活をつくり、自己を確証する。

【④ケア・ワーカーとの相互作用による意欲・実感】

ケアの過程で、自己と共同するもう一つの主体であるケア・ワーカーの活動、言葉、表情を自らの中に受けとめることによって、生活に対する意欲や生の実感を形成し、「後ろ向き的心情」の深化を防ぐ。「生活のケア」は、生・生活を実感しようとする人間相互の活動である。

ケアを必要とする側からみても、「生活のケア」は「主体の対象化 (客体化)」と「客体の主体化」が折り重なり合う実践である。

「生活のケア」は、ケア・ワーカーの専門性・技能を前提にしつつも、働きかける側と働きかけられる側との相互作用の過程なのである。ケア・ワーカーは対象者本位の立場を貫き、ま

た対象者から人間としてさまざまなことを学びとる。高齢者は、ケア・サービスを利用するからといって、ある生活行為や生活活動をケア・ワーカーに主体性なく委ねるのではなく、共同者としてケア・ワーカーを認め生活し、生の実感を得る。こうした人間的な相互関係は、「主体と客体の弁証法」にはほかならない。ケアには、「主体と客体の弁証法」が織り込まれているのである。

つまり、ケアを必要とする人とケア・ワーカーとの関係は、「個人が他者を一個の人格として承認するとともに、自分もまた他者によって一個の人格として承認される」⁽²⁵⁾ という人格の相互承認関係なのである。ケアの専門職は対象者を一個の人格、生活の主体として承認し、その観点から援助を行い、対象者はケアの専門性を取り込みつつ自らを生活の主体と自覚し、専門職を主体的生活の併走者・共同者として承認する。こうしたケアの専門性の承認と生活の主体者としての承認を、「専門性と主体性の相互承認」といっておこう。

(3) 「自立」の社会的基盤と援助の保障

以上、述べたように「主体－客体の弁証法」、「人格の相互承認」、「専門性と主体性の相互承認」から、「生活のケア」をとらえるならば、介護における自立は、介護保険サービスを利用しなくても生活できるように身体を維持することでも、単純に自力でやれる生活行為を増やすことでもない。全ての人は、他者への依存、他者からの支援や援助があって生活が可能となっている。「主体－客体の弁証法」、「人格の相互承認」は全ての人の全ての生活において（付言すれば労働生活においても）成立している関係である。

病気、障がいがあり、生活の主体的力の弱まり、社会関係の衰退、孤立の中にある人にとって、ケアや介護が自己の「自立」と関連してもつ意義は、ケアという援助を受け入れ、ケア・ワーカーを生活行為・生活活動の併走者・共同者として生活のなかに位置づけることによって、自己決定権や主体的な生活活動、地域生活、社会参加「自立」が保障されることにある。これが、ケアの社会的保障である。

つまり、ケア・介護の目的は、高齢者を介護保険給付から「切り離し」、独自の力での自立遂行を求めることにあるのではなく、自立の社会的基盤（権利擁護制度やケア・サービス）を保障し、専門職が当事者に寄り添い共同するなかで「自立」を保障することなのである。ここでいう「自立」とは、自力、単独の力ではなく、他者の支え、他者への寄りかかり、他者への依頼、他者との共同を含みながら、主体的に自らの生を歩もうとすることである。政策目標として重視すべきは、社会制度のもとで「生活主体」としての尊厳と権利の保障ができているかどうかなのである。

おわりに

本論文は、ケア政策研究の前提として、ケアをどうとらえるべきなのか、という問題意識を出発点としている。さらに述べるなら、介護保険制度を含めた社会福祉諸制度がケアの専門性を十分に認めておらず、専門労働に対する低い評価を前提に構築されていること、さらに最近の介護保険制度改革にみられるように、自己責任型の「自立」を誘導する動きが顕著になり、いっそうケアの本質を踏み外した制度改革が実施され、新自由主義改革にともなう営利主義の拡大とあいまって、ケア・サービスの衰退をもたらすのではないか、という危機感を出発点としているといってもよい。

もちろん、本論文が哲学、政治学、社会学におけるケア論の豊富な内容と到達点を全て汲みとっているわけではなく、「生活のケア」理論を全面展開できたわけではない。しかし、状態としての生活だけではなく、人間の生という活動や主体性を視野にいれた「生活のケア」を探ったつもりである。「生活のケア」論の深化とそれをふまえた政策論研究については、後日を期したい。

〔注〕

- (1) 最近の医療制度改革については、岡崎祐司・中村暁・横山壽一・福祉国家構想研究会編『安倍医療改革と皆保険体制の解体』大月書店、2015年を参照。
- (2) 介護保険制度の改定については、業界向け解説書であるが田中元『2018年度決定版 改正介護保険のポイントがひと目でわかる本』ばる出版、2018年が参考になる。自立支援重度化法防止の強化を、軽度者が「川上」(医療制度)に逆流しないようにする意図をもつとした見方は同書による。
- (3) 詳しくは大東社会保障推進協議会・大阪社会保障推進協議会編『介護保険「卒業」がもたらす悲劇』日本機関紙出版センター、2018年参照。
- (4) ケア政策とはなにかについて、定まった定義があるわけではないが、本論文では、ケア・サービス保障、ケア職員の養成・人材確保、地域におけるケア・サービス基盤整備と提供体制、居住、予防・保健、医療保障、地域ケア、経済的保障(年金、社会手当)など、これら一連の政策の行財政と財源を含んだ総合的な政策名称としておく。もちろん、ケア政策は高齢期に限定されるものではなく、子ども、障がいのある人を含む全てのケアを必要とする人の政策である。ただし、本論文では高齢期のケアに焦点をおいて論じている。
- (5) 介護保障(ケア保障)については、岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店、2017年を参照。
- (6) 戦後の社会科学的な社会福祉理論で代表的な研究者は孝橋正一(『社会事業の基本問題』ミネルヴァ書房、1962年など)、一番ヶ瀬康子(『社会福祉事業』誠信書房、1964年、『社会福祉論 [新版]』(真田と共編)有斐閣、1975年など)、真田是(編著『現代の福祉』有斐閣、1977年、『現代の社会福祉理論—構造と論点—』労働旬報社、1994年など)である。
- (7) 岩佐茂『人間の生と唯物史観』青木書店、1988年。なお岩佐の論文でほかに参考にしたものは、「社会的生活過程としての生活世界」(「一橋論叢」第97号、1987年、一橋大学)、「認識論における史的唯物論的観点」(仲本章夫編『認識・知識・意識』総風社、1992年)、「人間の社会とその歴史の唯物論的基礎づけ」(岩佐、小林一穂、渡辺憲正編『『ドイツ・イデオロギー』の射程』創風社、1992年)。

- (8) 岩佐『人間の生と唯物史観』、13 ページ
- (9) 岩佐『前掲書』、15 ページ
- (10) 岩佐『前掲書』、10 ページ。なお、マルクス、エンゲルスの「ドイツ・イデオロギー」の翻訳について補足しておく。服部文男は『マルクス＝エンゲルス全集』の翻訳（第3巻、大月書店、1963年、7頁～589頁）はアドラツキー版を底本にしており、これは「フォイエルバッハ」の章をマルクス、エンゲルスの執筆した順序ではなく作成者（アドラツキー）独自の解釈と判断によって並び替えられており、重大な問題があると指摘している。服部の監訳でマルクスの草案、エンゲルスの筆跡にしたがった「新訳」―服部文男監訳『「新訳」ドイツ・イデオロギー』新日本出版、1996年が刊行されている。また、廣松渉の『ドイツ・イデオロギー』（1974年）も代表的な訳のひとつであるが、それをもとにマルクスの追補、エンゲルスの追補・加筆を区分整理した翻訳として廣松渉編小林昌人補訳『新編版ドイツ・イデオロギー』岩波書店、2002年が出されている。廣松版『ドイツ・イデオロギー』のもつ問題点については、友長平子「廣松渉版『ドイツ・イデオロギー』の根本問題」（『マルクス・エンゲルス・マルクス主義研究』マルクス・エンゲルス研究者の会、第48号、2007年）が詳しい。本論文で依拠した岩佐『人間の生と唯物史観』で使用している「ドイツ・イデオロギー」の引用は「全集」のものであるが、岩佐他『「ドイツ・イデオロギー」の射程』（前掲）およびマルクスの思想と理論形成のなかでの「ドイツ・イデオロギー」を解説した浜林正夫『カール・マルクス―人間的開放をめざして―』学習の友社、2010年（61ページ～68ページ）や不破哲三『古典への招待上巻』新日本出版、2008年（59ページ～162ページ）の研究に照らしても、岩佐の研究に本質的な問題があるわけではなく、むしろ示唆に豊む研究であると考える。
- (11) 岩佐『前掲書』、5 ページ
- (12) 岩佐『前掲書』18 ページ
- (13) 岩佐『前掲書』44 ページ
- (14) 「類としての本質的諸力」について、岩佐は「人類が歴史のうちで展開し、継承してきたもの」で、「生物的な素質や能力を基礎にして、そこから出発しながらも、人類によって歴史のなかで継承・発展させられてきたところの、類的な素質や能力の総体」であるとしている（『前掲書』43ページ）。つまり、人間が歴史のなかで獲得してきた精神的・身体的・感性的・理性的諸能力や共同する力であり、社会的に人間として人間らしさのことである。なお、マルクスは『1844年の経済学・哲学手稿』で「生活活動の仕方のうちに一つの種の全性格、それへの類的性格があるのであって、そして自由な意識的活動は人間の類的性格である。（中略）意識的な生活活動は人間を直接に動物的生活から区別する。まさにこのことによつてのみ人は一つの類的存在なのである。」（『マルクス・エンゲルス全集』第40巻、436ページ～437ページ、真下信一訳）としており、人間の自由な意識や活動が、人間らしい実践をつくることを示唆している。また、「人間の本質は、人間が真に共同的な本質であることにある」（『ジェームス・ミル著『政治経済学要綱』（J・T・パリゾ訳、パリ、1823年）からの抜粋）、いわゆる『ミル評注』、『マルクス・エンゲルス全集』第40巻、369ページ、細見英訳）とし、共同性を志向することが類的存在の意味のひとつであることを示している。
- (15) 岩佐『前掲書』40 ページ
- (16) たとえば、排泄や入浴、下着の着替えなどである。食事も調理は共同の活動であるとしても、箸やスプーンを使って食事をとる行為（摂食）そのものは、本来は各人の独自の生活行為である。
- (17) もちろん自尊心は生活行為・動作が自力でできることだけで形成されるものではない。地域、教育、学校教育、職場のなかでの人間関係や活動のありかた、集団のありかたに規定され社会的に形成されるものである。同時に生活過程も個人の自尊心の形成の過程である。そして、通例は自力で行う生活行為・動作が自力で行えないことは、自尊心に影響することは明らかである。例えば大人の排泄の失敗が、精神的にダメージを与えることは否定できない。認知症の人へのケアにおいて、自尊心を傷つけないことが、ポイントの一つになっていることも、生活行為・動作と自尊心の関係を示すものである。

人間の生とケアの社会理論—ケア政策研究の前提として— (岡崎祐司)

- (18) 生活の運営については、「家庭管理」として研究がなされてきた。その内容については、宮崎礼子、伊藤セツ編『家庭管理論 [新版]』有斐閣、1989年が参考になる。宮崎、伊藤は女性を家庭管理の主体にすえる「性別的役割分担」ではなく、両性の人間的自由の発展、家族員の全人格的発達の視点に貫かれた家庭管理を追及している。
- (19) ここでいう「逸脱」とは、deviance、「社会規範や規範期待に違反すること」で「狭義の逸脱行動は犯罪や非行」をさす。宮島喬編集『岩波小辞典社会学』岩波書店、2003年。
- (20) フェビエンス・ブルジュール／原山哲、山下りえ子訳『ケアの倫理—ネオリベラリズムへの反論』白水社、2014年、89ページ
- (21) 見田宗介、栗原彬、田中義久編『社会学辞典』弘文堂、1994年の「自立」の項の説明(479ページ)
- (22) フェビエンス・ブルジュール『前掲書』90ページ
- (23) 岩佐『前掲書』23ページ～24ページ
- (24) 岩佐『前掲書』29ページ～30ページ
- (25) 岩佐『前掲書』126ページ

(おかざき ゆうじ 社会福祉学科)

2018年10月31日受理