

要介護高齢者と家族の紐帯

関 根 聡

Senior Citizens' Nursing Care and Family Emotional Involvement

Akira Sekine

抄 録

介護保険法の施行から4年経ち、徐々にその制度が充実し始めている。そこで本稿では、介護保険制度における重要な課題の一つでもある、要介護者と家族、及び家族員、看護職、介護職における情緒関係に焦点を絞り、介護保険制度の推移と現状を踏まえながら今後の方向性や問題点を明確にしたいと考える。

キーワード：家族員、看護、介護、情緒関係

(2004年9月30日 受理)

Abstract

The nursing insurance system has gradually been enhanced in the past four years. Among the important problems in the nursing insurance system, the focus has turned to the emotional relations necessary between care workers, family and senior citizens in nursing care. Based on the present state and changes in the elderly care system, this paper will try to clarify the future direction and issues in this field.

Key words : family, nursing, care, emotional involvement

(Received September 30, 2004)

はじめに

高齢者に対する、介護、医療、療養を中心とする各種サービスやケアといった取り組みは、厚生労働省をはじめ地方自治体、各種福祉関係施設、医療関係施設が中核となって、2000年4月からの介護保険制度のもとでの運用が行われている。介護保険法の施行から4年経ち、徐々に介護保険制度の運用に円滑さが伴ってきているが、一方介護保険制度における課題も認識され始め、加えて今後急速な高齢化に伴い増加するであろう介護を必要とする高齢者（要介護者）に対するケアの拡充問題、制度を支える保険料の問題等は、改善されなければならない点として残されたままである。この点は日本のみならず、介護保険制度の先進国である北欧をはじめとするヨーロッパ諸国においても問題となっている。先進福祉国家であるスウェーデンでさえ、社会保障という再配分システムの基盤となっている高税・高給付の限界や、経済の停滞、失業率の高さといったことから、社会的給付の削減がはじまり福祉に対する揺らぎが発生し（高島2003:116-121）、どの社会においても高齢者に対する社会保障制度は完成していないのが現状である。

また高齢化や介護といった課題は、介護保険制度の基盤を支える第2号被保険者や、現在介護に無縁である若年層にとっても、自己の問題としてライフサイクルの後半においての問題となりうる事象であり、同時に自己の家族の生じる危機として、ライフサイクルの中盤に他の家族員の介護という形で直面する可能性のある事柄でもある。

こうしたなか日本において高齢社会のピークとされている2025年に向けてこれからの方向性として求められるものには、高齢社会に対する対処療法ではなく、高齢者という特定の限られた人々を越えた全世代の生き方の問題としてとらえられること（小倉2001:50-51）、高齢者福祉の持続と規模の拡大の必要性、個別のニーズに合わせたケアが主要な課題となることは言及するまでもない。特に介護をめぐる様々な問題、医療及び介護従事者とその対象となる要介護高齢者（高齢者の家族員）、そしてその背後に存在する家族との関係や、その関係構築についての重要性がクローズアップされるようになってきている。介護用具や技術の飛躍的な進歩と同時に、援助過程についても不変ではなく複雑化しているのが現状であり、こうした中でも早急にそのシステムの構築が求められているものに、高齢者に対する介護の質という問題が存在する。

この介護保険制度の運用の中核となるのは、制度を支える税制、施設認可などのハード面の充実でもあるが、同等もしくはそれ以上に要介護者の背景に存在する家族員と、援助をおこなう看護・介護職員の連携、そして当事者となる要介護者の利用満足であり、これらが伴うことにより介護保険制度が持続及び充実していくことになる。しかし介護保険制度を支える有用な社会的資源⁽¹⁾については近年、高齢者と社会ネットワークに関するもの、高齢者介護システムの意義、また公的介護と地域福祉の関連性及び推進する条件についての研究、高齢化と社会保障の構造改革、高齢者福祉の財政問題、年金制度を含めた社会保障費の変動について言及しているものなど、多岐にわたる研究や試みはなされているものの、要介護者及び家族員における相互関係の変化や情緒的環境の整備についての研究は、

先にあげたものに比べそれほどなされていないのが現状である。

そこで本稿では、介護保険制度における課題の一つでもある、要介護者と家族の関係性、及び家族員、看護職、介護職における情緒関係、そして介護過程における問題に焦点を絞り、推移と現状を踏まえながら今後の方向性を探りたいと考える。

1. 高齢化をめぐる推移と現状

内閣府が発表している日本における高齢化の推移は、1970年に高齢化社会に入り、1994年には高齢社会⁽²⁾へと急速に進展し、また今後2015年には、高齢化率が26.0%、2050年には35.7%に達することが予測され、国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者という状態が見込まれている（内閣府2004：2-4）。

また高齢化の現状は、2003年10月現在65歳以上の高齢者人口は2431万人で、総人口に占める割合（高齢化率）は19.0%となっており、男女別にみると、女性は1405万人、男性は1026万人となっている。また高齢者人口のうち65歳以上74歳未満の前期高齢者人口は1376万人（女性735万人男性641万人）、75歳以上の後期高齢者の人口は1055万人（女性670万人男性385万人）とそれぞれなっており（上掲書：2-4）、これらの指標からも高齢社会における介護は避けることのできない課題であることが分かる。

また高齢者のいる世帯についてみると、2002年現在、65歳以上の者のいる世帯数は1685万世帯であり、全世帯（4601万世帯）の36.6%を占めている。65歳以上の者のいる世帯の内訳は、「単独世帯」が341万世帯（20.2%）で初めて20%を超え、「夫婦のみの世帯」が482万世帯（28.6%）、「親と未婚の子のみの世帯」が263万世帯（15.6%）、「三世帯世帯」が400万世帯（23.7%）となり、三世帯世帯の割合が低下し、単独世帯及び夫婦のみの世帯の割合が大きくなっており（上掲書：14）、家族形態も単一化ではなく夫婦家族制をとっているものから、直系家族制をとっているものまでにわかれる。

さらに日本の高齢者の世帯数の今後の予測推移をみると、世帯主の年齢が65歳以上である一般世帯の総数は、2000年の1114万世帯から、2025年には1843万世帯と約1.7倍に増加すると見込まれている。一般世帯の総数は2000年の4678万世帯から2015年に5048万世帯とピークに達し、その後2025年には4964万世帯になると見込まれている。この結果、高齢者世帯の一般世帯総数に占める割合は、2000年の23.8%から2025年には37.1%へと上昇することが見込まれ、さらに高齢世帯数に占める家族類型別割合の変化を2000年と2025年の比較でみると、「単独世帯」の割合が上昇するものと見込まれている（上掲書：14-15）。

また65歳以上の一人暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著であり、1980年には男性約19万人、女性約69万人、高齢者人口に占める割合は男性4.3%、女性11.2%であったが、2000年には男性約74万人、女性約229万人、高齢者人口に占める割合は男性8.0%、女性17.9%となっている。今後も一人暮らし高齢者は増加を続け、特に男性の一人暮らし高齢者の割合が大きく伸びることが見込まれている（上掲書：14-16）。

ただし子どもとの同居についてみると、65歳以上の高齢者の子との同居率は、2002年現在、47.1%と低下傾向にあるものの、逆に夫婦のみの世帯に属する者は35.1%と上昇傾

向となっている。年齢別に見ると年齢の高い子どもとの同居率は高く、65～69歳で男性が40.4%、女性が40.9%であるのに対し、80歳以上で男性が51.8%、女性が66.8%となっている（上掲書：16-18）。こうした状況から今後の数としては単独世帯に移行する可能性が高いものの、しばらくは家族と同居する世帯が多いことが分かり、この点で家族による介護について、さらに検討を加えなければならないことが見えてくる。

2. 介護サービスと家族介護の関係性

先の統計資料からも介護保険制度の基本部分は、高齢化の進行および家族員による介護が中心であるということは明確であり、介護の外部化については、その家族員による介護ケアのサポートとして存在していることが分かる。そこで検討を進めるにあたり、現在における家族員と、看護職、介護職による介護状況の整理が必要となってくる。ここでは、要介護家族をめぐるサービスの利用度と家族による介護及び接触頻度の度合いを軸とする分類化をおこなう。現在の要介護者をめぐる介護状況をモデル化すると、次の4つに分類することができると思われる（図1参照）。

A. 家族・介護サービス関与型

家族介護における正機能と介護保険制度によって整備された正機能である、関係的資源、文化的資源、人的資源、物的資源といった社会的資源が整った状態にある。この場合は要介護者一人を取り巻く、看護及び介護関係者の数が最も多い形態となり、家族員及び介護サービス事業者一人一人の介護に要する時間や労力の質と量が分散した形となる。

ただし全てのケースにおいて均等になることは考えられにくく、同じ「家族・介護サービス関与型」であっても、家族関与が強い場合には、サービス事業者の時間及び労力の質と量は軽減され（家族関与型に近い形態）、それに反比例して家族の時間及び労力の質と量は増加し、同様にサービス事業者の関与が強い場合には、家族員介護の時間及び労力の質と量は軽減され（家族非関与型に近い形態）、それに反比例してサービス事業者の時間及び労力の質と量は増加する。ともにその割合や介護の形態について了解や合意が伴う場合には、問題は起こりにくく、加えて要介護高齢者に対する総接触頻度は一定しているため、要介護者を取り巻く介護内容が充実していること、また家族員と介護職員の両者の関わりが密接になることから、双方の要介護者に関する情報交換や、専門職から家族員に対してアドバイス等を含めたスキルの伝達による向上が見込まれる。

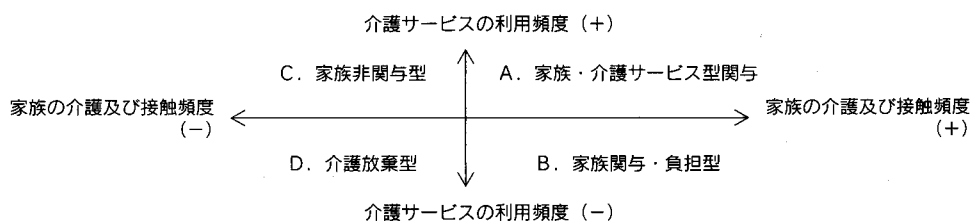


図1 介護を通して見える要介護高齢者への関与に関する類型

B. 家族関与・負担型

家族介護の比重が高く、介護サービスの利用度が低い場合であり、介護をする家族員にとって、危機的状况であるといえる。家族が関与するという点においては、要介護者側からすると情緒的部分はある一定に保たれ、介護をする家族員にとっても情緒的側面が支えられる。ただし介護期間の長期化や介護の総量が増えるにつれて、負担からもたらされるバーンアウトなど、危機的状况を起ししやすい形となる。また家族員にとっては、介護以外の時間を介護による疲労のため、有効利用をできなかつたり、他者との関わりが極端に縮小もしくは制限されるといった状況を生み出す。この背景には一般に介護サービスにウェイトがかからないこと、家族員が中心となった献身的な介護といった側面から、一般に「理想的な家族」といった価値観やそれに伴った評価が付与されているため、この状況に一旦陥ると、おかれている環境から離脱することが難しい。

他方、家族関与が強い場合においても、介護サービスの利用度がやや多い場合には、介護をする家族員にとって危機的状况ではあるものの、介護の崩壊の可能性は比較的におさえられると考えられる。それに対して家族の介護及び接触の頻度が低い方に偏っていけば、介護放棄型に近い形態となり、介護をする家族員にとっても要介護高齢者にとっても、危機的状况になりやすい。

C. 家族非関与型

介護サービスの利用度が高いにもかかわらず、家族介護の比重が低い場合に「家族非関与型」となる。すなわちこの形態は、介護の外部化が先行している状態にある。この背景には、本来の介護保険制度の理念と矛盾した形で、居宅サービスと施設サービスの併用よりも、全面的に施設サービスにした場合の方が、家族及び要介護高齢者にとって経費が低く抑えられるといった制度上の問題もかかわっている。この形態をとる場合、要介護高齢者と看護及び介護職員との関係は密接であるものの、要介護高齢者と家族員との関係は稀薄である。要介護高齢者の意思伝達能力が保たれている場合は、看護及び介護職員との自発的な関わりは維持されるものの、その能力に問題が生じている場合においては、要介護高齢者と、看護及び介護職員、家族員との三者の関係において意思の疎通は維持されず、それぞれが分離した状態となる。この場合、要介護高齢者と看護及び介護職員との間に、身体的ケアという相互作用はおこなわれるものの、心的部分での相互作用は前者に比べ、おさえられる可能性がある。

加えて介護サービスの利用度が高いのに合わせ、家族介護及び接触頻度のやや高い場合には、家族と要介護高齢者との間で、ある一定の相互作用による意思の疎通が発生し、看護及び介護職員、家族員との三者の関係において分離した状態が少なくなると考えられる。逆に家族介護は低いままで、更に介護サービスの利用度がより低くなっていく場合には、看護及び介護職員と要介護高齢者における意思の疎通は減少し、要介護高齢者にとって危機的状况となる。

D. 介護放棄（遺棄）型

介護サービスの利用度も低く、また家族介護の比重も低い場合が「介護放棄型」となる。介護が必要な場合におかれていながら、家族が介護をおこなわず遺棄している状態、家族員の生活パターンが物理的に介護実施不可能という場合、様々な要因により要介護申請を受けない場合、老老介護のように文化的資源が極めて少ない状態であること、独居の高齢者、家族内部の出来事を他者に隠すといった慣習などの原因から引き起こされる。この形態をとる場合、要介護高齢者と家族員とは分離している状態にあり、先にあげた三分類とは違い状況によっては、看護及び介護職員との関係は発生しない場合もある。また要介護高齢者の意思伝達能力や身体機能が保たれている場合は、本人自身による他者への働きかけによって改善は見られるであろうが、それらの能力に問題が生じている場合においては、状況の改善は考えられにくい。

ただし介護サービスの利用度が低いものの、家族員介護の比重が外部の介護サービスよりもやや高い場合には、家族負担が伴うものの遺棄型の中にある要介護高齢者にとっては、状況改善に繋がる可能性も出てくる。同様に家族員介護の度合いが低いものの、介護サービスの比重が家族員介護よりもやや高い場合には、看護及び介護職員の関わりによりまた状況改善に可能性がある。

3. 類型から見る「家族・介護サービス関与型」へのプロセス

この分類は要介護高齢者に、同居、別居のいかんに関わらず、家族が存在していることが前提となっており、いわゆる全く身寄りのいない独居高齢者を除き、上記の分類が可能である。そこでこの4分類を用いながら、これからの介護制度が目指す情緒関係安定への、いくつかの移行の流れを考えることにする。4分類のうち、「介護放棄型」、「家族非関与型」、「家族関与・負担型」から「家族・介護サービス関与型」への誘導のプロセスを3つに整理してみる。ここでは介護保険制度が目指す、介護の問題を当該の家族のみに担わせるのではなく、普遍的な問題として家族員を中心に、社会全体で介護を支え合おうとするものとしての介護保険制度の理念を踏襲する形で論述を進める。そして「家族・介護サービス関与型」が財政及び個々の経費負担の側面、情緒関係の維持、介護保険法の基本理念に即していることから、現状では理想型だと考えられる。

しかし現状としては全ての介護状況が「家族・介護サービス関与型」に移行できていない、もしくは移行できるかが不明であること、「家族・介護サービス関与型」から「介護放棄型」、「家族非関与型」、「家族関与・負担型」に逆に移行する可能性も考えられるが、本稿では高齢者の身体的状態が改善よりは悪化していく可能性が十分に高いことや、「家族・介護サービス関与型」が家族以外の第三者の監視システムでもあり逆行しにくい点、そして政策が目指す介護サービスであるということから、介護の外部化と家族介護がともに高いレベルで関与する、「家族・介護サービス関与型」への移行が可能であるという仮定上での議論を進めることをあらかじめ断っておく。

①D→C→A型（C→A型）

「介護放棄型」から「家族非関与型」を経て「家族・介護サービス関与型」への移行は、家族が介護をおこなわない状態から要介護申請後、介護サービスを受け、のちに外部サービスと同時に家族からの援助も受けることのできる「家族・介護サービス関与型」に移行するプロセスである。

この場合、早期の移行タイプには既に介護放棄というプロセスが存在することからも、「介護放棄型」から「家族非関与型」への移行は、家族の抵抗をあまり受けず実現する可能性が高い。例えば仕事等によってどうしても介護できないといった場合、介護支援専門員とともに、介護サービスの種類やケアの度合いを選択しながら、在宅介護サービス、施設介護サービスなどといった社会的資源を取り入れることよって、その移行が進むという可能性や、また要介護高齢者自身が望んで移行する場合などは早期に実現が可能となる。他方、介護放棄状態が長期にわたって存在している場合や、シルバーハラスメントが日常的に行われている場合など、いったん危機的状态に陥っている「介護放棄型」という場合には、「家族非関与型」であったとしてもその移行は難しいことになる。

またこのプロセスにおける「家族非関与型」を経て、「家族・介護サービス関与型」への次への移行については、家族態度の変化が重要となる。非関与である状態は先にあげたように、仕事等で物理的に不可能な場合は難しいものの、その環境の変化や介護サービスを利用することによる家族員の感情の変化（気が楽になる、家族による公的介護利用の後ろめたさの解消）などの場合においては、「家族・介護サービス関与型」に移行することも考えられる。

②D→B→A型（B→A型）

一方、「介護放棄型」から「家族関与・負担型」を経て「家族・介護サービス関与型」への移行は、家族が介護をおこなわない状態から、家族介護のみにより要介護家族の介護をおこない、その後、要介護申請および介護サービスを受け、外部サービスと平行して家族からの援助も受けることのできる「家族・介護サービス関与型」に移行するプロセスである。

このプロセスの場合、第一段階として既に存在している介護放棄という状態から、家族による介護までの移行が難しいと考えられる。この移行段階における家族員によってのみの介護ということは、状況によってはこれまでの家族員の生活を脅かすほどの時間的、空間的制約を要介護高齢者から受けることになる。仮に軽度の状態ですスタートしたとしても、要介護高齢者の状況は現状維持もしくは悪化することが十分に考えられ、どの状況においても度合いは変化することから、介護開始時期にそれほど影響されない。

ただこの移行過程において注目すべき点は、当該の家族員による要介護高齢者の介護が始まった場合、その次の段階である「家族・介護サービス関与型」へは比較的移行しやすいということである。なぜなら「家族関与・負担型」に移行するということは、家族員の介護を行うという意志がはっきりしていること、家族介護の負担が既に家族員に重くのしかかっていること、家族介護スキルへの関与がもたらす、享受できる公的介護サービス全

般についての情報や、ケアに関わる知識といった文化的資源の習得、そして負担から解放されたいといった家族員の欲求や衝動などが、移行を促すことになると考えられる。

しかし留意すべき部分は残っている。家族介護はその当該の家族における伝統的家族規範、いわゆる「親の老後は家族が見るべき」「介護できない家族＝家族ではない」といった評価など、これらの規範が強い場合、この「家族関与・負担型」で定着してしまう可能性も捨てきれない。

これらの憂慮すべき部分を除けば「家族・介護サービス関与型」に移行した場合、要介護高齢者に対する、家族員の自発的関与、及び看護・介護職員の関与がある一定のレベルで維持されることが予測される。

③D→A型

最後に「介護放棄型」から直接の「家族・介護サービス関与型」への移行は、例えば要介護高齢者の突然の事故や疾病などによる入院、統計からも分かるように65歳以上の者のいる世帯や「夫婦のみの世帯」といった高齢者の単独世帯が増加することは、他出家族員にとっては、要介護高齢者の状況の把握が今以上遅れる可能性が高まるということである。その状況がもたらす結果として、予測を超えた高齢者の身体状況（飢餓状態・不衛生な状況下での発見等）により、施設介護を含む介護の緊急性にせまられ直接「家族・介護サービス関与型」移行することも予測される。この場合、上述のものとは違い、危機や緊急性を要するものが大部分を占めることから、移行するべきかしないべきなのかといった選択の有無や判断、家族員の思考などは余り入り込まず、速やかに「家族・介護サービス関与型」移行することが考えられる。

加えて、介護家族員及び要介護高齢者が、介護保険制度を周知していないことによってもたらされた遺棄の場合、公的介護サービス全般についての情報の入手、ケアに関する知識といった文化的資源の習得、公的機関や民間機関、地域民生委員などによる介護保険利用の勧奨などによって、速やかに「家族・介護サービス関与型」移行することも考えられる。

次にこのプロセス下で、今後重要になるであろう要介護者をめぐる家族員、看護職、介護職における情緒関係はどう働くかについて検討を続ける。

4. 類型から見る情緒関係の安定の度合い

類型からある一定の情緒関係の揺らぎを検討していくと以下のようなになる。本稿において情緒関係とは、要介護高齢者、家族員、看護・介護職員の間で保たれる「感情的なかかわりあい」や「つながりから得られる感情的満足」として扱う。

はじめに「家族・介護サービス関与型」においての情緒関係は、介護の質と量の安定、及び要介護高齢者自身の身体的安定からもたらされる心理的余裕から、要介護高齢者、家族員の双方に、また要介護高齢者と看護・介護職員間、そしてそれを支える家族員と看護・介護職員に働くことが予測され、上記の4分類の中でも強く保たれることが見込まれる。また情緒関係が安定することにより、それぞれが保有する緊張についても緩和されやすい

愛着関係^③となる。

次に、家族介護の比重が高く、介護サービスの利用度がおさえられている「家族関与・負担型」においては、情緒関係が保たれにくいと考えられる。介護期間の長期化や介護の総量が増えるということは、家族員にとっては最も危機的状況となり、要介護者側から情緒的融合の求めがあったとしてもその関係は成立せずに、双方から情緒が保たれたものではない反発関係ということになる。ただし注意すべき点は、あくまで要介護者が家族のみの介護を求めている場合（介護の外部化の拒絶）には、要介護者から家族員に向けられる情緒的な満足が高まる可能性がある。

「家族非関与型」においては、要介護高齢者の意思伝達能力が保たれている場合は、看護及び介護職員との関わりの中で情緒関係は維持されるものの、その能力に問題が生じている場合においては、要介護高齢者、看護及び介護職員、家族員との三者の関係において情緒関係は発生せず、それぞれが分離した状態となる。この場合、要介護高齢者と看護・介護職員間には愛着関係が発生しやすく、一方要介護高齢者と家族員間、また支える側にある家族員と看護・介護職員の間においては、無関心及び反発関係が成立することになる。加えて、家族に負担をかけたくないという要介護高齢者の場合には、家族介護から独立できることによる心理的負担の解消から、以前よりも家族に対する情緒的満足が高まることも予測できる。

また「介護放棄型」においては、介護をめぐる関係性が成立せず、要介護高齢者と家族員との間に情緒関係は発生しにくい状態であることから反発関係のある解体型ということになる。一方要介護高齢者と看護及び介護職員の間に関係性が発生することがほとんど考えられない。

5. おわりに ——情緒関係という課題——

情緒関係はその要介護の状況や、要介護高齢者のおかれている介護環境、家族員との関係によって変化するが、特に注目しなければならないのは、介護という行為においては多少なりとも情緒関係を保つ必要性があるということである。分類の結果からおおよその介護状況と情緒関係の関連は見えるものの、例えば強く保たれるであろう「家族・介護サービス関与型」においても関係が変化する可能性もある。当該の家族員の要介護高齢者に対する接触頻度が減少していく場合（在宅介護サービス利用、施設介護サービスの増加）や、指定介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、指定介護療養型医療施設（療養型病床群等）などへの入院入所といった、その接触が制限される場合には、直接反発関係にはなりにくいものの、情緒関係が薄らいでいくもしくは無関心に近づくことになる。

物的な介護システムが整ってきた現在、検討すべきは心理的ケアとしての情緒関係の維持であり、それを確保するための介護プログラムが必要となってくる。これから先のさらなる要介護高齢者の増加を踏まえた上で、情緒的サポートをプログラム化すること、もしくは情緒関係を維持させるような介護システムを構築しないかぎり、介護保険制度は本来

の趣旨から外れ、家族員と要介護高齢者を引き離してしまうこと、現在においても介護の比重が看護・介護職員にかかりすぎている状態を、更に悪化させるということから、三者を分離させてしまい、制度自体を揺るがすことになるおそれがある。

最後に、誰もが一定の割合で情緒関係を築けるのではなく、介護の度合いや、介護機会を得られるかどうか、介護のする側とされる側それぞれのライフ・ヒストリー、性別や世代などによる違い、介護以前の家族員の関係性などによっても変化することが考えられることから、今後もこれらの点を含めながら考察していく必要性がある。

注

- (1) ここでいう社会的資源とは個人または社会システムにとって有用な行為の客体であり、その性質によって以下のように関係的・文化的・人的・物的資源に分けることができる。関係的資源とは、権利（介護を受ける権利）、制度（憲法・介護保険制度などの関連法）、審査（公的機関による調査など）である。文化的資源とは、情報（家族状況・要介護者の身体的状況・社会的状況など）、知識（専門的知識）をさす。人的資源とは、人員の配置・労働力（家族・看護師、保健師、医師、介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士・ホームヘルパーなど）、審査（福祉オンブズパーソン・民間機関による調査）をいう。物的資源とは、施設・設備・生活財・消費財（在宅介護サービス・施設介護サービス・福祉用具など）、研修機関（養成・教育・復帰）をさすという（拙稿2000:37-38）。
- (2) 一般に国連の報告書に従い、総人口における65歳以上人口の割合（高齢化率）が7%を越えた社会を「高齢化社会」、14%を越えた社会を「高齢社会」とする。また高齢化の速度について、高齢化率が7%を越えてからその倍数である14%に達するまでの所用年数（倍化年数）によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、比較的短いドイツが40年、イギリスが47年であるのに対して、日本の場合は24年と、他国と比べて急速に高齢化の進んでいる状況が分かる（清家1998:5；内閣府2004:4-13）。
- (3) 家族の情緒構造は、家族員相互の情緒関係の総体としてとらえることができる。それは通常は、役割構造や勢力構造の背後にあって、それらの安定に寄与しているが、情緒性が異常に強まり表面化すると、役割構造や勢力構造の安定を脅かし、危機的状況をもたらすこともある。情緒関係は、相互に牽引しあう愛着関係と、相互に拒否しあう反発関係のほか、情緒性をあまり示さず、形式的な関係だけが維持されている無関心の3種を分類することができる。無関心は、外見上は問題がないようにみえるが、情緒関係の状態としては反発関係より悪い状態で、相互に心の交流がなく、臨床的にはその改善が非常に困難な関係である。そこで情緒関係のパターンとしては、愛着関係を統合型、反発関係と無関心とを合わせて解体型とする（森岡1997:113-114）。

文献

- 安達正嗣, 1999, 『高齢期家族の社会学』世界思想社。
森岡清美・望月嵩, 1997, 『新しい家族社会学四訂版』培風館。
内閣府, 2004, 『平成16年度版高齢社会白書』ぎょうせい。
野辺政雄, 1999, 「高齢者の社会的ネットワークとソーシャル・サポートの性別による違い」『社会学評論』50(3):375-391。
小倉康嗣, 2001, 「後期近代としての高齢化社会と〈ラディカル・エイジング〉」『社会学評論』52(1)。
社団法人全国老人保健施設協会編, 2004, 『平成16年度版介護白書』ぎょうせい。
清家篤, 1998, 『生涯現役社会の条件』中公新書。
関根聰, 2000, 『介護保険制度の導入における社会資源の活用』吉備国際大学大学院社会学研究科論叢2。
高島昌二, 2003, 「スウェーデン・モデルと福祉国家」『福祉と政治の社会学的分析』ミネルヴァ書房。