

高齢者の地域生活を考える～地域福祉の視点から～

山田 昇（佐野短期大学）

1 高齢者の地域生活の問題

(1) 高齢者の6つの喪失と対応

① 健康の喪失→医療・保健・介護・介護予防施策

高齢者の喪失の中で、最も大きなものが「健康の喪失」でしょう。世界保健機関（WHO）の定義によれば、健康とは単に病気であるかないかの身体的健康だけではなく、精神的・社会的に良い状態を「健康」と定めています。75歳以上を後期高齢者と言っていますが、この時期から虚弱・寝たきり・認知症が増加します。核家族化の進行などによって家族機能が低下し、要介護高齢者の介護などは益々困難になっていきます。国は介護保険制度によって充実を図ろうとしていますが、特別養護老人ホーム待機者（入所待ち）が約43万人（栃木県内約1300人）と言われています。また医療保険制度の問題（早期退院の勧奨・リハビリテーションの制限・在宅訪問医療の不在など）、介護保険問題（ホームヘルプサービス受給の制限・保険料と1割負担・介護予防対策の取り組みの不十分など）、自殺予防などの精神保健対策、地域連帯感の喪失による孤独死の問題など、身体的・精神的・社会的な健康対策はまだまだであると感じます。介護予防対策、社会活動参加などの精神的健康の保持、社会の一員として地域社会の中で生活し続けていけるような総合的な健康対策が重要であると考えます。当面要介護高齢者の対策と介護予防、社会参加対策の充実が求められるところです。

② 収入の喪失→年金・就労・所得保障施策

健康とともに生活するために重要な喪失が「収入の喪失」です。現役からの引退は必然的に収入減をもたらします。老後の生活保障は年金ですが、自営業者などの加入する国民年金（基礎年金）は40年加入での満額年金は66000円です。全員が6万円余り受給しているとは限らず、加入期間や保険料未納期間を考慮すると4万円程度が普通かもしれません。ここから介護保険料や国民健康保険の保険料が引かれることとなります。かつて「老後は年金で」と言われましたが現実には極めて厳しいものがあります。生活保護受給者の5割以上が高齢者であるという現実はいかに高齢期の生活が困難であることを物語っています。不景気で高齢者の雇用は進まず、年金の増額が期待されない中で、高齢者の生活は極めて厳しいものがあります。

また、生活保護受給者は現在、増加の一途を辿っております。雇用情勢が好転しない中で再就職ができず生活に困窮するのは当然です。福祉事務所のケースワーカーの増員が図られない中で、業務量が増加し個別的な支援や指導ができないのが現状のようです。

福祉事務所のワーカーはもうくたびれおります。福祉を離れたいと言っている状況です。いずれにしても収入が失われる、年金も十分ではなく、就労もなかなか難しい。定年制は一応65歳ですが、60歳で一旦退職し再雇用になります。全部とは限りませんが、なかなか就職口は無く、収入は減るわけ。所得保障政策で、民主党政権は7万円の最低保障

年金といっていますが、財源はどうするかという問題もあるわけです。

③ 役割の喪失→社会参加・活動関連施策

3番目は役割の喪失です。これは一般論ですけれども、現役からの引退は社会的活動の縮小をもたらします。又、これまでの自分のポジションが失われます。働いていない、社会的な活動が十分できなければ当然役割を失うことになるのであって、これも大事な部分です。

④ 馴染み関係の喪失→コミュニティ形成・地域政策

4番目、これが非常に大きな部分かもしれませんが、馴染みの関係が失われてきているということです。地域で孤独死が増えてきており、栃木県も例外ではありません。自殺も増えてきております。いわゆる高度成長の中で、私たちは「隣は何をする人ぞ」という流れのなかで生活してきました。結果として「孤立化」ということになりました。特に男性高齢者の一人暮らしでは、親友あるいは親しい人がいない人が5割近くになります。女性は2割位です。相談する相手がいない、親友がいないということで非常に孤立をしているわけです。生活も厳しい。役割もない。私自身も考えてみても、仕事を辞めたら暇だから、昼間からビールを飲んで、TVを見て・・・という生活になってしまうかもしれません。

これは、少子・高齢社会のコミュニティ政策あるいは地域政策というのが必ずしも十分ではないことにあると思います。自治会はあるけれども、行政の協力機能的な要素が強い組織です。やっと今、孤独死事件の増加で一人一人の住民を自治会で支えていこうということになってきました。地震や災害によって高齢者や障害者をどう守るかという災害救援活動の視点で地域を見直すということになりましたが、必ずしもうまくいっている地域ばかりではありません。高齢者が50%を占める限界集落の中では、高齢者が高齢者を支えることは極めて困難です。

⑤ 情報の喪失→高齢者の被害防止関連施策

5番目は情報の喪失です。悪質商法が最近また出てきました。かつては健康器具と健康食品だったのですが、ここにきて自動警報機の悪質商法が出てきました。情報化社会の中で、高齢者はその選択がかなり難しいわけです。「今度、法律で自動警報機をつけることになりました」と言って、消防署の服を着て新聞記事をもって来ると、すぐに騙されてしまうわけです。振り込め詐欺もそうかもしれませんが、情報の喪失は、それを防ぐコミュニティや仲間がなく情報が伝わらないことから起きると思います。

⑥ 生きがいの喪失→高齢者虐待・権利擁護関連施策

6番目は、生きがいの喪失ということです。生きがいをどうとらえるかという問題はあります。私は明治・大正・昭和・平成を一生懸命生きてきた高齢者の老後が、何の生きがいもなく、希望も持たなくて孤独死をすとか、自殺をすとかという国は良くない国家だと思えます。また、高齢者虐待の問題もあります。それだけではなく、高齢者夫婦の心中事件もしくは殺人事件が新聞報道では年間30件以上起きています。大部分は夫が妻を殺害し、自分も自殺を図り未遂で終わり逮捕される事件です。

2、3日前もありましたが、70歳の夫が妻を殺して懲役3年の裁判でした。以前ですが、新潟県であった殺人事件は、夫が介護疲れで妻を殺害して、自分は首を切って自殺を図り、死ねなくて逮捕されました。この方は80代ですが、その理由は、特養入所を申し込んだら後3年待たされるということでした。3年待たなければ入れない、80代で80

代の妻を介護するというのは一日や二日はできますが、そう長期間出来るはずがありません。展望が持てないのです。もちろん介護保険サービスを使っていないわけではありません。ヘルパーさんも来ていますしデイサービスも利用していましたが、全ての職員がその悩みを受け止めて聞けるかという、現実的にはなかなかそうはいきません。

佐賀県の例は、80代の夫が介護度5の80代の妻を車椅子に乗せて自宅から250メートル先の川まで行って、手ぬぐいで自分と車いすを結びつけて飛び込んで亡くなったという事件です。妻が死んで、夫は承諾殺人の罪で懲役3年執行猶予5年の判決が出ました。新潟事件の弁護人は、特養があればこういう事件は起きなかった、したがってこれは行政の責任ではないかということで弁護をしました。しかし、裁判官はそれはそれとして長年連れ添った配偶者を殺すということについては・・・という判決の主旨だったそうです。

高齢者虐待、児童虐待というのは本当につらい話ですが、高齢者虐待もかなり増えてきています。ただ、児童虐待もそうですが、高齢者虐待はあまり表に出ないわけです。家庭という密室の中で家族が見ているわけですから、そこにヘルパーや誰かが行かないと分からないわけです。オムツが交換されていないとか、食事が一日一回しか与えられていないとかということが全く分からないわけです。児童は、幼稚園や保育園、学校などで比較的発見されやすいのですが、場合によっては防げないわけです。特に、最近の傾向としては、独身の息子が仕事を持ちながら介護をしていて親に身体的暴力をふるうというケースが全国的にかなり増えてきています。

もちろん、虐待と併せて権利擁護もあります。親の年金を勝手に使ってしまうなど、いろんな部分で高齢者の権利が守られていない。これはなかなか難しい問題です。

こう考えてみますと、高齢者の6つの喪失というのは誰でも起きやすい要素があるわけで、これに対して行政や地域や家族がどう対応していくか、この点を検証しないと駄目なのではないかと考えています。

(2) 地域生活の実態

① 要医療・要介護難民の存在→早期退院・在宅支援・施設不足

6つの喪失があるなかで、これを防ぎノーマルな地域生活が過ごせることが本当の豊かな老後だと考えますが、実際の生活実態はそうではないわけです。具体的には要医療・要介護難民という形に表れています。今、県内では特養の待機者は1300人位ということですが、実際にはかなりの方がいると思います。もちろん、家族が介護をし、あるいはヘルパーやデイサービスを使っていて、昔よりサービスの使い勝手が良くなったし、ある面では措置ではないから後ろめたさもなく保険料を払っているから堂々と使えるということはあるのかもしれませんが。

しかしながら、現在の医療制度の問題、国は約38万床の療養病床等の2分の1を医療費の抑制の視点で減らすとしています。特養や老健の受け皿がなく、実際には介護難民が生まれてくると思います。また、介護を担う人が増えない、介護離れの傾向です。私の大学の介護福祉士養成コースも定員に満たない。他の養成校も今定員減です。大学で介護福祉士養成コースを閉鎖したところもあるわけです。2025年には520万人といわれる要介護高齢者の介護を誰が担うのか、家族ではなかなか担えなくなってくるなかでの問題があります。

病院は3ヶ月程経つと退院指導ですが、入院中に医者やケースワーカーが在宅のきめ細かな指導しているとはいえない感じがします。医療費の問題については相談を受けるけども、退院した後どんなサービスがあつて、住宅改造はこうして、こういう支援事業所に行ってプランを作ってもらつてというきめ細かな部分まで指導しているわけではありません。病院は完全看護ですから家族は余り手を出せません、病院にお任せです。病院にいる間は、家族はほっとします。でも、ある日突然退院してくださいと言われてたらどうなるでしょうか。そのために、例えば、老人保健法で老人保健施設ができたわけです。直接病院から在宅は難しいから中間施設として老人保健施設でリハビリをして帰すべきだという形でできたのですが、実質的には何の中間施設か、特養の入所待ちの中間施設という要素がかなり強くなってきているわけです。ですから病院と行ったり来たりしているという問題もあります。

早期退院、在宅支援が果たしてどうなのだろうか、もちろん以前に比べれば改善されていますが、在宅医療の部門がスポット抜けているわけです。在宅医療の医者は、私も数人しか知りませんが、多くの医者は在宅の看とりまでやっていないと思います。実際には在宅の看とりは医療分野は不十分です施設不足もあつて、今後、要医療・要介護難民というのが出てくるでしょう。市町村ごとに護保険事業計画で対応していますが、市町村間に非常にばらつきがあるというのは確かなようです。

② 地域生活難民の存在→過疎・買い物・通院・社会生活

次に、地域生活難民です。これはまだ栃木県ではあまり顕在化していませんが、一昨年、神戸・大阪に行ってきました。万博の時に丘陵を開発して造成した公団住宅が今はゴーストタウン化してきて、残っているのは高齢者が中心です。坂ばかりで手押し車を押して歩けるような状態ではありませんでした。小学校もなくなりました。スーパーもなくなりました。お金があつても買物ができません。それで、社会福祉協議会や地域の自治体を中心になって、団地の集会所を使って一週間に一回市内の業者に来てもらつて、そこで買物ができるような事業をしています。もちろん孤独死も多いということでした。

その後に神戸の災害復興住宅を見てきたのですが、復興住宅では年間60数人が亡くなっています。風呂場の事故、自殺、病死、栄養失調、栄養失調などというのは考えられないのですが、聞いてみたらラーメン一杯を復興住宅の12階までは出前ができないということのようです。仮設住宅の時はそれはなかったわけです。皆でお互いの無事を確かめながら生活をしていたのです。マンションのような建物ではなかなか12階から下に降りてこない、商店街も移転してしまったので買い物する場所もないということでした。

私は今佐野に赴任していますけれども、佐野の商店街でもシャッター通りが多くなってきています。葛生の秋山地区に行ってみましたけれども、85歳の年寄り「先生おれん所はあと10年もたねえな、この部落無くなるよ」と言っていました。何が大変か聞いたら、買い物だということです。今までは引き売りもきたけれども、最近はお来なくなってきたそうです。なんとか、市内に嫁いだ娘さんが週1回買い物をして持ってきてくれるので助かっているということでした。また、一番大変なのは通院だということです。近所の人でまとまるとの通院はと聞きましたら、診療科目と時間が違うのでまとまってタクシーではいけないということでした。タクシー代もかなりかかる。買い物難民というのはピンとこなかったのですが、確実に出てきています。そういう意味では、年をとったら街の中に住

むのが良いと思っています。

③ 孤独死・自殺の増加→コミュニティ機能の脆弱化・孤立・孤独

孤独死の問題ですが、この間、ラジオで特殊清掃人という報道がありました。孤独死あるいは身寄りのない人の遺品の整理とか色々な事をやる人たちのことです。これは東京でしたが、1日に1、2件必ずあるということです。こういう孤独死が増えているわけです。コミュニティ機能が脆弱化している、孤立、孤独というものはある面では1人1人もそうですが、地域自体も孤立をしているということは十分あり得るのかなと思っています。

2 行政・民間福祉事業の対応

(1) 県・市町行政

① 県行政→総合行政→縦割り→市町への権限委譲→指導監督権限の強化？

多様な喪失があって、失いながらも地域生活を我慢しているのですが、現実的にはかなり厳しいということがあります。住民の命と暮らしを守るのは行政の仕事だと思います。行政を県と市町村に分けたときに、私は、以前県職員として37、8年福祉をやってきましたが、現在はどうかは別にして、県行政は総合行政であり、特に福祉は総合行政ということことです。

障害者にとっても高齢者にとっても保健、医療、福祉、住環境という政策が縦割りではなくて横につながっていかねばと思います。しかし現実には縦割りで、それが権限移譲の名のもとに市町村にどんどん権限が移されていく、福祉の分野で今県に残っているのは児童相談所の入所措置と生活保護だけだと思います。精神保健福祉の相談も市町村に移譲されました。移譲した以上は市町村の責任だというのが県行政の考え方です。住民に最も近い基礎自治体の市町村が実施責任をもつのは良いと思いますが、県は指導監督の責任だけを強化しているような感じがします。

② 市町行政→権限委譲→専門職・財源不足→トータルサービス困難→事業者依存

一方、市町村はどうか。合併してスケールメリットが増えたということがあるかもしれませんが、一般的には権限が移譲されて仕事が増え、増えないのは人と物と金です。特に地方交付税が削られて事業費が削られていく、職員は増えない。今日の午前中は離職対象者の介護セミナーを担当してきたのですが、倒産をして人が余ったからそれを足らない介護の現場にもっていけばいいというものではないと思います。福祉、介護は人間相手の仕事であって、物を造るのとは違うわけです。こっちで余ったからあっちへ持っていけばそれでいいというのが今の雇用政策です。それに補助金を出して介護従事者を養成しているわけです。受講者の大半は中高年ですから、実際の就職は難しいと思います。

また、専門職が市町村には少ないことが指摘できます。市になると福祉事務所の設置義務がありますから、それなりに社会福祉主事なり社会福祉士なりの専門職が必要だということになります。かといってそういう福祉専門職は栃木県でも採用していません。土木や農務や林務から4月1日付で異動してきた人を現場に貼り付けて、そこで通信教育などで資格をとらせ、3年経ったらまた異動ということになっています。30代の母子家庭で離婚をし、現在障害を持つ子を抱えている。その担当が他部局から異動してきた職員でどんな指導ができるでしょうか。今ある制度、サービスは提供できますが、本当にその子どもを含めて今後どのように支援していくかというサポートは難しいでしょう。もちろん専門

の施設や機関に任せた方がいいということはありませんが、全体としてトータルサービスができないということになります。

また、介護保険を例にとれば、全部事業者任せという傾向にあります。契約で自分で選ぶのが原則ですが、ある日突然親が倒れて介護が必要になったときに、地域の中でいい介護事業者がどこにあってどういうケアプランを立てるといった情報が私たちになかったら選べません。行政側からすれば、それは公平性の問題だから、どこの事業所が良いとは言えないということになります。だから、非常に戸惑うということになります。倒産したある事業者があれほど拡大したというのは確かに問題はありましたが、方針は介護は24時間いつでもどこでも行くということでした。これは非常に歓迎されました。ただこれに伴う人材養成が伴わなかったので問題になったということです。

市町村が基礎自治体として本当に重要な役割を担っていますが、その基礎自治体としての人・物・金・戦略を考えたときに、県は市町村の役割と言いますが、市町村民は県民であるし、県も責任があると思います。市町村格差をどこが是正するのか、市町村を支援するといっても何を支援するのかの検討と役割分担がまだ必ずしも十分ではないと思います。総合行政といいながら、総合的な行政機能を果たしていないのではないだろうか、市町の福祉のビジョンをある面では県が支援をして作るべきだろうと思っています。

(2) 民間社会福祉事業

① 高齢者介護保険事業者→市町間格差・サービス評価の格差→保険あって介護なし

次に、民間社会福祉事業はどうかというと、これにもやはり市町村間格差があります。第3者評価制度が導入されていますが、一般の人はどこが良いか悪いかは分かりません。評価をするのは行政や評価機関なんですけど、依然として市町村間格差があります。このことはある面では、サービス評価の格差も出てくるということになります。保険あって介護なしといわれますが、介護保険に入っていてサービスを受ける資格はある、しかし民間事業者が市場原理でいけばペイできないから入らないというところもあるわけです。沖縄の離島などはその具体的な例です。介護保険はあるが、実際の訪問介護事業者だとかデイサービス事業者がいないわけです。だからサービスを受けられない。使わないから介護保険は安いかも知れない。だけど介護が必要な人がいるわけです。たまたま島にはコミュニティがあるので、コミュニティが支えている部分があるにしても、いつまでもそれが続くわけではないわけです。

② NPO事業者→介護保険の規制・制限→特徴あるサービス提供困難→廃止・統合

NPOの事業所もあります。私はかつて宅老所制度を考え、栃木県独自のデイホームを県単事業で制度化しました。それがいま介護保険で大部分NPOになりました。NPOになったら介護保険事業所として非常に規制が厳しい。だから昔のように自由にできないわけです。職員の配置基準とか設備基準が厳しく、検査も厳しい。そういう意味では、あえてNPOの資格をとらないで自由契約でやっている宅老所もあるわけです。あるいは一方で介護保険の事業をやりながら、昔の思いを伝えたいということで私的契約で自主事業としてやっているところもあります。

渋川の火災事故やグループホームの事故もありまして、規制は更に厳しくなるかもしれません。民間事業所で善意から始まった宅老所がなんとか事業所の資格をとって、4苦8苦でやっています。給料月8万、9万でやってくれる人いないかと言われますが、若い人

は無理です。弾力的運営可能なNPOを使うのは良いのですが、経営は厳しいものがあります。かつて思い描いた理想が、公的サービスを導入することによって何か変な方向に行ってしまう感じがします。

私は特養に勤務し、高齢対策課にもいましたが、以前の特養の施設長や私たちが会うと、保育もそうだと思いますが、「どんな保育?」「どんな介護?」が話題となりました。今は経営問題が中心になっています。福祉の理念が経営の理念になってしまって、経営者が介護の理念を議論しないで、経営上というだけのマネジメントでは寂しいと思うときがあります。

③ 社会福祉協議会→行政合併→組織・財源・活動計画・指針→混迷状況?

合併によって市町村社協も合併しました。しかし現実的にはどう地域福祉を推進していくのか、混迷の状況です。県は、市町に地域福祉計画の策定を指導してきました。しかし、現在のところ栃木県内では約半分の市町しか策定していません。策定が社会福祉法で定められたのは10年前です。なぜかといえば、どうせ合併するんだから合併前に策定してもと、というわけです。それは逆です。合併前に地域の福祉の実態を把握しておいて、合併してどういう対策が必要なのか、これが前提となります。合併が優先して合併した後の福祉がどうなるのか、住民の福祉がどうなるのかという検証は十分されていないと考えられます。

④ 社会福祉施設→法律・制度改正→職員待遇と確保問題→対象者支援と経営問題

社会福祉施設については、これは障害者の自立施設もそうですし高齢者の施設もそうですが、やはり財源確保の問題が出てくるわけです。パイが増えなければ配分する金が増えないわけであって、それを受益者負担で補うというのは大きな問題です。

3. 今後の課題として～私見～

今後の課題としては、合併した後の住民の生活がどうなるのか、あるいは合併した後の検証、合併前に市町村で実施していた福祉の独自事業が合併によって中心の市に飲み込まれて廃止される、縮小されるということがあられるわけです。

それから、先程申し上げた地域福祉計画も約半分しか策定されていません。社会福祉協議会の地域福祉活動計画の策定状況も同様です。

私は、社会福祉の取り組みが余り進展しないのは県民性もあると考えています。栃木県の県民性は勤勉ですが、長いものには巻かれろということで、先取性や積極性に欠けると言われます。

社会福祉・保障に関する県民運動というのは、今までなかったのではないかと思います。確かに、昭和55年の身体障害者スポーツ大会の時には「完全参加と平等」の運動が少し継続しましたが、本当に「いのちと暮らしを守る」という県民参加の県民運動がないような感じをもっています。今こそ、やはりいろんなものを含めて、「苺が一番」も良いのですが、県民誰もが「暮らしやすさが一番」を感じるようになっていかなければならないと思っています。

(本稿は、当日の講演録に基づき事務局が編集した原稿に講演者が手を加えて作成したものです。)