

高齢化社会における福祉社会づくりへの課題

代表 小寺清孝

1. わが国の高齢化社会の特徴

わが国の高齢化社会をめぐる諸問題の第1は、人口の高齢化のスピードが非常にはやいことである。老人人口比率が総人口の7%から14%に到達するのに、フランスでは115年、スウェーデンは85年かかっているのに対して、わが国は25年である。フランスやスウェーデンは3世代以上かかってゆっくりと高齢化してきたために、これらの国では社会制度、国民の意識や生活態度、家族関係なども、人口構成の変化に無理なく適応していく時間的余裕があった。

ところが、わが国の場合、このスピードが非常にはやくて、わずか1世代で到達することになる。そのため、定年制や年金制度など各種の社会制度は高齢化社会に的確な対応が可能であるにしても、老後生活に関する国民の基本的なものの考え方や家族関係のあり方などを一朝一夕に根本的に変えることは不可能と言わざるをえない。これが高齢化社会をめぐる問題を複雑にしている基本的な要因である。

第2に、老年人口の超高齢化が問題となる。65歳以上の老年人口の中で、75歳以上の後期老年人口が急増しており、約40年後には後期老年人口が75歳未満の前期老年人口を上まわると推計されている。表1のとおり、老年後期になると健康度が低下して有病率は高くなり、寝たきり率や痴呆性老人の出現率が高くなる。このため、介護体制の弱体化は避けられず、家族や地域社会でいかに対応するかが今後の重要な課題となっている。

表1 高齢者の5歳年齢階級別にみた生活指標

項目	①	②		③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	男女比	配偶者の有無		同居率	健康度	有病率	受療率	ねたきり率	痴呆性老人出現率
年齢		男	女						
60～64	1.27	92.4	68.8	55.7	78.9	341.5*	107.08	0.95	-
65～69	1.35	90.4	54.4	57.4	69.0	434.6	134.56	1.74	1.2
70～74	1.37	85.4	40.1	61.9	64.0	537.6	183.44	2.93	3.1
75～79	1.45	78.3	26.1	68.2	59.4	566.8	211.06	4.81	4.7
80～84	1.64	66.5	13.6	77.7	54.1**	569.0**	214.36	8.74	13.1
90歳以上	2.07	46.8	5.2	83.0			209.68	15.58	23.4
平均(65歳以上)	1.44	81.8	36.2	64.6	63.2	512.4	177.50	4.22	4.6

注：①「昭和60年国勢調査」より男性を1とした。②「昭和60年国勢調査」より。単位％。③「昭和60年厚生行政基礎調査」より。単位％。④「昭和59年老人実態調査」より。「健康」または「普通」と答えた者の割合。単位％。⑤「昭和60年国民健康調査」より。人口千対。⑥「昭和59年患者調査」より。人口千対。⑦「昭和59年厚生行政基礎調査」より。単位％。⑧「老人の生活実態および健康に関する調査報告書」（昭和55年、東京都福祉局）より。痴呆の程度が軽度の者を含む。単位％。

なお、*は55～64歳、**は80歳以上を示す。
 出典：「厚生白書」昭和61年版

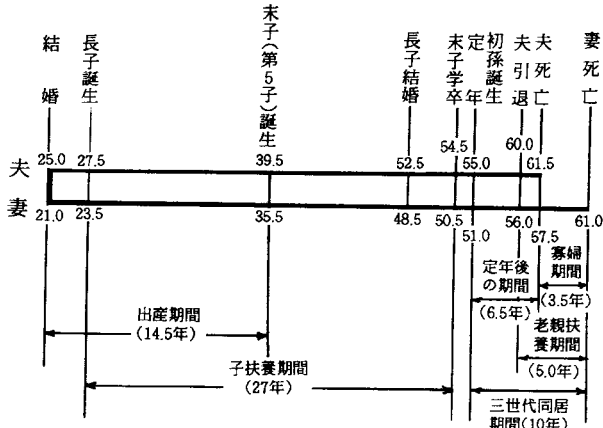
第3は、老後期間の長期化に伴う高齢者世帯の急増である。平成2年現在、日本人の平均寿命は男75.86歳、女81.81歳となった。65歳の人の平均寿命をみても、男が16.16年、女が19.92年となり、老後生活の期間が戦前と比べて著しく長期化してきた。このように平均寿命が長くなり、子どもの数が少なくなったこととあいまって、日本人のライフサイクルは大きく変化した。

老後の期間が長くなり、図1に示すように、夫の場合、職業から引退して死亡するまでの期間が、大正9年には1.5年であったのが、昭和60年には11年に伸びている。妻の場合には老後期間が16年と夫よりさらに長く、また寡婦期間が3.5年から7.7年へと伸びている。

そして老後期間の長期化は、同居率の低下をもたらし、一人暮らし老人や夫婦のみの高齢者世帯の増加となってあらわれている。また一人暮らし老人は女性に圧倒的に多いことにも注目しなければならない。いずれにしても、世帯の老若分化が進行し、

この傾向は今後いっそう強くなる。

(1) 大正期 (大正9年)



(2) 現在 (昭和60年)

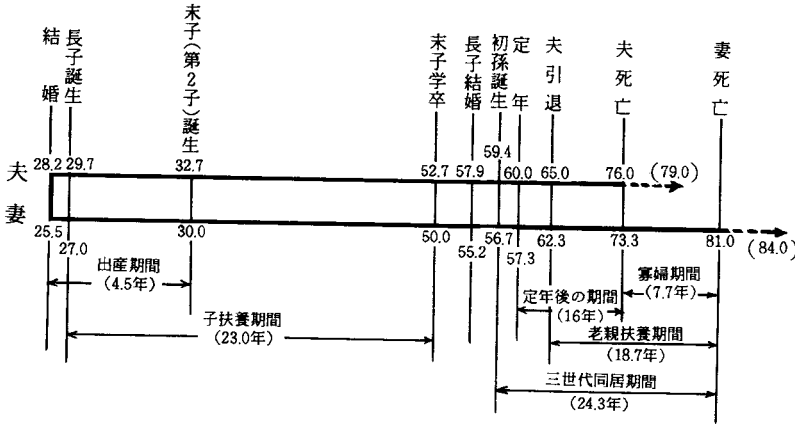


図1 ライフサイクルの変化

資料： 人口問題審議会意見書 (昭和59年) 中の図を基に、現在の部分について最新の数字で修正。

- 注1： 大正期は大正9年前後のデータから作成。大正期、現在とも、数字はすべてクロス・セクション・データの平均値 (概数) を用いている。
- 2： 家族のライフサイクル上の出来事が起こる年齢は、すべて夫婦の結婚時の年齢からの平均余命を用いて算出している。そのため、たとえば本モデルにおける寡婦期間は、実際に夫と死別した妻のそれとは異なることに注意する必要がある。
- 3： (2)の夫と妻のライフサイクルの点線部分は、昭和100年の場合の推計寿命の延長を示す。

第4に、ライフサイクルの変化と家族構成の変化は、必然的にライフスタイルに大きく影響し、わが国の伝統的な親子関係を中心としたものから夫婦関係を中心とした家族関係へ移行する。兵庫県は地域的にみて郡部に伝統的家族関係が、都市部に夫婦中心型家族関係が多くみられる。

いうまでもなく、家族は、人間のライフサイクルのすべてを通じて、サービスを提供する第一的な単位である。それは、親の全面的なケアを必要とする乳幼児期から始まり、成人した子どもたちから全面的にケアを受ける老年期まで、つまり、

サービスの受け手からサービスの与え手の期間を経て、最後にサービスの受け手になるというサイクルを繰り返すのである。歴史的にみて、親子関係を中心とした三世代家族が大多数を占めていた時代には、高齢者の精神的、身体的、社会経済的自立に応じて、家族が総合的な扶養を提供してきたが、核家族の進行とともに、家族の機能が縮小してきた現在では、その機能は年金や社会福祉サービスなどの社会的扶養へと移行してきた。

昭和30年代から始まった経済の高度成長期にとって、優秀な労働力の供給と地域間・産業間の労働力移動を可能にするという理由で、核家族はきわめて好都合であった。人口の社会的移動と出生率の低下によって、家族の規模は、昭和30年までの5人から平成6年には2.95人にまで縮小し、私的扶養はいうまでもなく社会的扶養の基盤を大きくゆるがしてきた。

2. コミュニティ再形成としての福祉社会の必要性

コミュニティの概念には諸語あるが、ここでは以下に述べる説をとりあげたい。「共存することから共同の問題に直面し、その解決のため相互作用過程に入る集合行動」をコミュニティ活動とみる考え方である。すなわち、コミュニティの特徴として、①共住、②共通の問題とその解決、③相互協力の3点があげられる。では、地域社会にあって解決すべき共通の問題に何があるのだろうか。それは「生活問題」であるのはいうまでもあるまい。とくに健康と福祉の問題であり、生命を維持するための根本的な問題である。これらの生命の維持と安全の確保は、現在社会では個人

の生活で完結的に得られなくなっている。生命を守る営みは、つとめて個別的であるとともに、また共同的である。

健康や福祉の確保を中心におく「生活」が戦後の経済の高度成長のなかでおびやかされてきたことはいまでもない事実である。各種の公害や環境破壊は直接的、間接的に生活に影響を及ぼす。経済にみられる個人主義、営利主義は、とくに児童、病弱者、心身障害者、老人等の生活をおびやかしてきた。その他にも経済社会がもつ種々の欠陥が識者によって指摘されてきた。

人々はどのように「共同」を求めるのであろうか。それは、生活が共同のはたらきを抜きにしては考えられないからであろう。まず人間は家族の共同なくしては育たない。保育をはじめとして、その後の人格形成において、また生を終えようとする老人にとって家族間の共同は欠かすことのできないものである。広く社会に生きる現代人は家族機能の社会化をすすめており、社会人としての共同を意識するところである。一方、家族機能の部分的崩壊さえみられる現在、共同の意識が今ここで改めて問われている。コミュニティ機能の充実を求める声がここにあるのであろう。

では、福祉コミュニティ形成に当って、據るべき原理とは何なのか。簡単にふれておこう。いままで述べてきたように、経済にみられる交換原理よりは、K・E・ボールディングのいう統合(愛)原理ともいうべきものが、その中心におかれる必要がある。統合原理は人を育てるために必要とされる原理である。犠牲、奉仕などの精神的次元に立つもの、別名愛の原理というにふさわしいものである。この原理を抜きにしては、おそらく今後の福祉コミュニティ形成を語ることはできないのではないかと考えられる。勿論、交換原理が全く不必要というわけではない。

高度経済成長下で崩れさろうとした既存のコミュニティを新しい時代に即応できるよう、改めて再形成することの意義が問われることでもあろう。再形成は行政サイドの要求でもあろうが、住民サイドの意識的選択行為として把えることに重要な意義がある。なぜならば、住民自身の生活そのものと切り離して考えられないからである。行政は住民の主体的な意思をくみとることを忘れてはなるまい。

3. コミュニティ再形成の社会福祉的意義

今日、社会福祉サービスは、地域住民の日常生活を維持していくうえで必要不可欠なものであり、これらのサービスは社会福祉諸施設(相談・通園・収容施設等を総称する意味で用いている)によって提供されている。過去においては、個々人が直面する生活上の危機や生活機能の障害は、家族や村落共同体で解決されてきた。今日ではそれらの共同体が崩壊あるいはその機能を失ってきたために個人の社会生活上のニーズを充足させる専門機関が必要となった。このような生活構造の変化は、前述した通り家族の扶養能力の低下、他方では地域住民の相互援助機能の低下が原因である。

また、生活構造の変化は住民の福祉ニーズの多様化をもたらした。すなわち、経済的貧困に対応した金銭的・物的サービスのみならず、日常生活に欠かすことのできない介護あるいは養護などの対人福祉サービスが強く要求されるようになってきた。このような社会経済情勢の変化は、社会福祉に対するニーズのみならず、その供給面にも大きな影響を与えることとなった。平成元年に作成されたゴールドプランに代表されるような原則が確立され、国および地方自治体が具体的施策においてコミュニティ・ケアを志向する姿勢を示すことになったことである。

今後は、在宅福祉サービスの拡充が到達目標になるが、絶対的に不足している特別養護老人ホームを中心とした施設福祉の充実も忘れてはならないことである。しかし、在宅福祉の前提となるべき地域福祉サービスの不十分な現状では、住民の共同的解決が当面の課題となろう。その課題の解決を支援するためには、施設ケアと在宅ケアを統合することが重要で、そのことによって、住民の多様なニーズに応えることが可能となる。

4. 福祉コミュニティ・モデルの検討

現代のコミュニティのかかえる福祉問題に対して、上述のように、従来の福祉対策は収容施設に重点をおく傾向が強かった。これだけでは一部の問題しか解決できないので、徐々に施設中心の福祉サービスに在宅福祉サービスを加えてきた。コミュニティ再形成のためには、さらに一步すすめて、住民の福祉ニーズをコミュニティに住む住民の生活の場で把握、これを基盤として、施設・行政・関係機関のサービスを調整しながら、住民の参加と行政の協力のもとに福祉活動を展開させなければならない。すなわち、住民自身が住みよいコミュニティづくりの必要性に目覚め、自発的に参加し、住民同士の利害の対立を調整し、相互の連帯意識に支えられながら、地域社会の問題解決にたちあがり、具体的に福祉を高める必要がある。実際に、尼崎市にある喜楽苑の例もみうけられる。それには行政機関による支援と地域社会の住民の協力が大いに関係していることであろう。

福祉の理念の一つである利用者の人格の尊重という視点からみると、地域社会で福祉ニーズをもった人々を、家族や友人関係などの絆を維持しながら、住みなれた地域社会でケアすることが望ましいことはいうまでもないことである。

ところで、地域福祉の目標は、住民の生活問題

の発生の根源である地域社会に目をむけ、問題発生後の事後的対策よりも、問題の発生を未然に防止することにある。この予防的効果をもつ社会福祉を発展させるためには、行政は地域住民のニーズを把握し、地域社会における他の制度的機関とともに、地域の社会資源の一部として、住民のもつ能力をコミュニティに組み込まなくてはならない。

結局、地域福祉の目的を達成するためには、単なる地理的範囲としてのコミュニティではなく、行政区域の下位集団として住民の自発的共同活動によって成立する「福祉コミュニティ」をつくることが不可欠である。それには住民が生活主体者として、行政をはじめ地域の社会資源、福祉ニーズの全てを統合して、主体的に住みよい社会を推進する責任を分担するか否かにかかっているといっても過言ではない。

岡村重夫が指摘しているように「福祉コミュニティ」は、福祉サービスの利用者の真実の生活上のニーズを充足させるための組織体である。この福祉コミュニティの推進が、現代社会におけるコミュニティ再形成の中核として位置づけられなければならない。それには、住民主体の原則による新しいコミュニティづくりを推進している社会福祉協議会の役割が重要である。福祉コミュニティ実現のためには、直接サービスとしてのコミュニティ・ケア、それを可能ならしめるための地域組織化活動および予防的福祉が必要となる。

ところで、コミュニティ・ケアは、保健、福祉サービスが他の制度的機関による各種サービスとよく調整されていること。それに加えて、家族や地域社会の住民の仲間意識に支えられながら、サービスの利用者がよくこれらに受容されていることが必要である。

また、地域組織化活動は、コミュニティ・ケア

を可能ならしめるために、各種の制度的機関のサービスを調整したり、住民の受容的な態度や自発的な協力体制をつくりだす活動である。

さらに、予防的福祉とは、住民の生活問題に対して、自発的解決を援助し、問題解決能力を高める活動である。

5. 地域社会における老人問題の実態

生活問題をもつ高齢者がどのように地域社会や老人福祉施設と関わりをもっているのだろうか。ケースを通して、その生活実態を明らかにしてみよう。

以下のケースは兵庫県北部の日本海に面したM町の高齢者である。M町の高齢化率は約30%で、老人問題の深刻な地域である。当然のことながら、一人暮らしと高齢者夫婦世帯の多い地域である。

ケース1

80歳のAさんは、73歳の妻がねたきり状態のため自宅で介護していた。ところが、介護者である夫の入院（高血圧症、糖尿病）のため、妻はショート・ステイを利用した。次男は朝早くから隣町の建設会社で働いている。この時点でショート・ステイの1,000ベッドはすべてふさがっていたが、施設はAさんが介護を他に求めることが困難な家庭状況であるとしてAさんの妻に個室を2人で利用してもらった。その結果、病気の後遺症のためか奇声を発するため同室者から厳しい苦情が出た。無理もない訴えであった。そのため、職員間で話し合い、寮母室を利用してもらった。そして施設の思いと方針を夜遅く来園する45歳で未婚の会社員である次男に説明した。4週間余りの利用を終えて、何とか夫による介護が可能になったとのことで退園した。この間の夫との話し合いで食事の大変さが伺えた。妻の食事作りもさることながら、夫自身の糖尿病と高血圧のための食事療法がその

理由である。そのため、食事サービスの利用を夫にすすめた。老夫婦は即座に希望したが、次男は世間体を気にして躊躇した。昼間は夫婦のみとなるので、ホーム・ヘルパーが週3回訪問している。施設としても何とか協力したい旨を次男に説明し了承してもらった。

最初、可能な限り配食サービスを実施する予定であったが、配食マンパワーの問題がネックとなり、週2回でスタートした。具体的には、ヘルパー訪問日に協力をお願いしたり、登録ボランティアに依頼したり、また民生委員協議会で検討してもらったが、いろいろな理由で実現しなかった。

ケース2

2人暮らしのBさんのケースである。Bさんの家には入院中の妻がいる。要付き添いの状態で、Bさんは病院で寝泊まりして妻の排泄、食事、洗濯などの介護をしていた。しかし、長くは続かず、Bさん自身介護に疲れ、妻は現在ショート・ステイを利用することになった。

その結果、Bさんは妻の介護から解放され、心身の安定は図られた。しかし、Bさんには持病があり、食事療法を要する状態であった。その相談を受けたので、施設から食事の提供を申し出た。それ以後、毎夕来園し、妻の居室で食事をしている。運転できるBさんにとって毎日の来園は可能で、そのことが妻の精神的安定をもたらした。

さらに、兵庫県南部のA市のように、「要援護者老人保健医療福祉システムと小地域助け合いネットワーク」など、各自治体に種々の試みがなされているが、地域によっては必ずしも十分機能しないままのところもある。システムはできて、実際に機能しないのであれば、住民にとって意味のないものとなっている。福祉サービスは、住民が利用してはじめて意味をもつことを忘れてはならない。

以上のケースから明らかなように、住民が既存の福祉サービスを申請してくるのを待つだけでなく、住民の間に潜在化しているニーズを把握し、サービスを受けることに尻ごみしている住民を利用するところまで結びつける力量こそ行政や福祉関係者に問われるところであろう。福祉行政は受け身ではなく、積極的に関わろうとする姿勢が大切である。単に、食事や介護サービスにとどまらず、家族全体のニーズは何か、提供できる福祉サービスは何か、地域社会のもつ福祉に対する偏見や誤解は何なのか等を考慮しながら、福祉を推進しなければならない。

6. 福祉コミュニティづくりへの課題

いうまでもなく、地域における福祉問題の解決には、福祉サービスが行政機関によって提供されるだけではなく、それが地域住民の協力のもとに展開され、福祉サービスを必要とする人々を「われわれ意識」によって仲間として受け容れ、できれば問題の発生を未然に防ぐことが一番大切である。この報告書では、そのための前題条件となるべき福祉コミュニティづくりの手順と機能を説明し、社会福祉の立場からみたコミュニティ再形成のための提言としたい。

(1) 福祉対策に対する住民参加

福祉コミュニティづくりにとって第1のポイントは、地域の福祉対策に対する住民参加である。地域福祉の政策や計画を含めて、地域福祉サービス全般に対する住民参加の目的は、つぎの5点に要約できる。

- ①住民の福祉サービスに対する偏見や誤解をなくすこと。
- ②行政や福祉関係者の福祉サービス利用者への偏見や誤解をなくすこと。すなわち住民に福祉サービスの利用を躊躇させないこと。

③福祉サービスの計画や運営が一部の住民に支配されないこと。

④福祉行政の専門化やタテ割行政の弊害を住民の立場からは正すること。

⑤ややもすると利己主義になりがちな住民に対して、必要な地域社会や福祉についての情報を提供し、協同的解決への参加の機会を提供すること。

従来、住民の自己決定とか、問題解決への住民参加という考え方は、社会福祉の援助方法の基本的原則として早くから強調されてきたが、地域の福祉行政の立案や推進についての住民参加の原則は、あまり強調されてこなかった。これが現在の地域福祉活動の停滞に大きく影響したと考えられる。

(2) 地域福祉における情報活動

高齢化社会における福祉コミュニティづくりの第2のポイントは、福祉サービスを必要とする人々の実態と福祉ニーズ、また現行の福祉サービスの欠陥、さらに予測される地域福祉問題についての情報の収集と、それらの情報の提供である。今後、これらの活動を通じて、健常者であれば見すごしてしまうような日常生活上の問題を解決しなければならない。

(3) 地域福祉計画の立案

ゴールドプランの推進のために、各自治体で作成された保健福祉計画などを自治体独自で作成することが第3のポイントである。従来、社会福祉協議会の活動のなかでも、地域福祉計画の立案は最も重要な機能とされてきた。今後、より一層社会福祉協議会は行政や専門機関と協力しながら、住民の要求を福祉計画に反映させなければならない。

高齢化社会における地域福祉計画の立案は、住民のニーズと福祉サービスとを調整しながら、利

ユーザーの権利と利益を擁護するように計画しなければならない。

(4) ボランティアの育成と福祉教育

ボランティア活動がさかんになることは、地域社会を活気づけ、そのことが福祉教育を推進していく上で大切である。専門とボランティアの育成、つまり福祉マンパワーの育成が高齢化社会を豊かにするか否かのターニングポイントである。ボランティア活動は、地域住民の福祉への理解と福祉教育をすすめ不可欠のものであろう。

福祉教育はほかの教育と違った特色をもっている。それは実践をともなった教育である。たとえば、「老人を大切に」「障害者を手をかして」という話やパンフレットだけではその効果は期待できない。実際にどのように手をかすのか、高齢者や障害者との交流が必要とされる。そのような機会を増やすことが、住民の福祉への理解を深め、マンパワーの確保につながることであろう。

(5) 福祉サービスの開発と運営

福祉コミュニティづくりの第5のポイントは、住民のための福祉サービスの開発と運営である。福祉コミュニティ成立のための要件は、最低限度の生活環境諸施設と対人福祉サービスが必要で、特に高齢者や心身障害者などが差別されないという「ノーマライゼーション」の思想の実現がその目的である。

以上、不十分ではあるが、平成6年度の調査・研究の結果、兵庫県内にもボランティアは多数登録され、保健・医療・福祉施設も整備されてきた。しかし、老人や老人を抱える家族が介護に限界を感じた際に、①地域にボランティアはいるが組織化されていない。②医療と福祉は存在するが、それらを調整する人材、すなわち、「ケア・コーディネーター」が育っていない。③そのためか在宅福

祉を求める住民が多いことが明らかとなった。今後、福祉コミュニティづくりが急がれるが、当面、上記の3つの問題の解決に努力したいものである。

参考文献

- 小寺清孝「老人をめぐる家族の諸問題」長谷川編『講座家族心理学5』金子書房1989年
- 小寺清孝「社会生活と社会福祉」『生活経営』明文書房1984年
- 小寺清孝「コミュニティ再形成の社会福祉的意義」熊本女子大学生活文化研究所『研究所報』第2巻第1号1983年
- 小寺清孝ほか『地域福祉推進のあり方』熊本県1984年
- 中村すえ子「発信源としての施設をめざして」地域福祉活動研究第10号 兵庫県社会福祉協議会 1993年
- 明石市ほか『要援護老人保健医療福祉システムと小地域助け合いネットワークまとめ』1995年

共同研究者

市川禮子	島田孝久	高田啓三	津田美智子
中山和人	中村すえ子	永田和稔	野島茂一
服部淳子	堀 尚勝	森口春夫	弓立恭三