

「格差社会」の中の地域福祉と自治体の役割

佐野短期大学 山田 昇

はじめに

佐野短期大学の山田です。前職は栃木県の職員でして、38年間、福祉の分野で仕事をしてきました。

今日の講座のテーマは非常に大きな「格差社会」ということですが、私は「格差社会」を本当に身近に感じるのは生活福祉問題であろうと思っています。

「格差社会」というのを調べてみましたら、七つくらいの格差があるようです。「雇用格差」は正規雇用か非正規雇用かです。パートなどがどんどん増えてきていますが大きな問題です。「会社間格差」での待遇の差、あるいは業種間格差といってもよいかもしれませんが。福祉分野から考えるとやはり「所得格差」、貧困層への転落というのが今非常に目に見えてきています。現在、生活保護世帯が100万世帯を突破して、10年前の2.5倍になってきている現状を考えた時に、景気がいいと言いながらも現実的には様々な格差の中で特に所得が減り貧困層への転落が顕著になってきているということです。それから「資産格差」、さらに気になるのが「教育格差」ということがあります。お金を持っている人の子が学習塾に入って偏差値が上がるといってもわかりませんが、そんな報告がありました。それから「自治体格差」、これは合併によって福祉がどう変わったかという検証は余りされていません。合併によって水道料、国保料、介護保険料等問題が出ますが、合併によって本当に住民の暮らしがよくなったのかということがあまり検証されなくて、「はじめに合併ありき」という問題があるようです。福祉の面からみると、住民サービスの優劣が明確になってきたのではないかといえることです。7番目が「治安格差」です。

このようなことがいわれていますが、今日は3番目の「所得格差」と6番目の「自治体格差」に焦点を絞ってお話したいと思っています。

1 地域福祉とは

福祉サービスの基本理念

まず、地域福祉とは何かということです。従来の福祉というのは、社会福祉六法という法律があり、児童は児童福祉法、老人は老人福祉法、障害者は身体障害者福祉法とか知的障害者福祉法という対象別の法律によって福祉が図られてきました。しかし、よく考えてみれば高齢者も障害者も児童も住んでいるところは市町村という地域で、対象別にいろいろなサービスを提供したとしても、そこに住み、住み続けている地域が豊かにあるいは安全で便利でなければ駄目ではないかということです。生活の基盤である地域社会をベースに、誰もが生き生きと生活し続けていける福祉を目指そうというのが今の地域福祉の考え方です。要は各対象別の法律を横に並べてその人たちが暮らしやすいような基盤整備を図っていくということです。例えば、拠点施設だとか、福祉を担う人の養成だとか、サービスを利用しやすくするとか、街をバリアフリーにするとか、人の心のバリアをフリーにするとか、ボランティアを増やしていくとか、あるいはサービスの苦情の解決を図るというように福祉を必要とする人たちだけではなくて、そこに住む住民全体が豊かに暮らせるように総合的に社会福祉を推進していくことが今の福祉の考え方です。

その基本理念は、正に一人一人の個人の尊厳の保持を尊重するということです。一人一人の生き方、あるいは考え方を尊重していくこと、そして福祉サービスはその人なりに応じた

自立した生活ができるように支援していこうというものです。

この「自立」という問題に対して非常に抵抗を感じる考え方があります。「自立」というと、例えば障害者を例にとれば、就職をして経済活動に参加することが自立だとよく言われます。あるいはリハビリをして自分で歩けるようになることが自立、母子家庭は生活保護を返上して頑張って生きることが自立だというように言われがちなのですが、それでは、その自立の可能性が薄い、ある意味ではそのような私たちの持つ自立の概念から離れていると思われる人たちの自立は何かということになります。

私はこれまで重度の障害者や寝たきり老人、認知症の仕事に係わって、ずっと悩んできた部分がありましたが、今はこのように考えています。「自立」とは、社会、経済、文化などの活動それだけの参加ではなくて、その人がその人なりに自己実現できるということを考えればいいのではないかと。今の標準といわれる枠組みに入ることが自立ではなくて、その人がその人なりに生活をしていける、自己実現ができればいいということです。重症心身障害児、脳性麻痺で1級の重い人達の自立というのはどのようなことかなどについて様々な考え方がありますが、私はどんなに脳性麻痺で全面介助であっても、その人が生きていくということ自体は、生きたいというエネルギーが燃焼していることだと考えてみれば、それも立派な自立ではないか、もっといえば存在そのものが自立だというように考えていくと、どんな重い人にも自立の可能性がないわけではありません。今の「自立」の考え方を一つの枠組みに当てはめていくことが自立だと考えていくと、重い障害者や重度の認知症の方はそういう部分から遠ざけられていくということになりかねません。そういう意味で社会福祉法では「能力に応じ自立した」と言っていますが、ここの能力のとらえ方がどうも一般化している能力ととらえがちであるように思っています。

良質の福祉サービスと福祉労働

それから福祉サービスは「良質かつ適切なものでなければならない」ということです。老人ホームに行くにしても施設援助にしても、やっぱり最高の良質のものを考えなければならない。ここで今、施設の経営の問題と福祉労働とがバッティングしている部分があります。働いている労働者はもっと良い援助を望むが、正直いって賃金が安い、辛い、汚い、そして今景気が良くなって福祉への応募者が少なくなりました。以前は介護と言えば買い手市場であったのが、今は介護のなり手がなくなってきています。一方では高齢化に伴う要介護高齢者が増加して大変と言われているが、介護福祉を目指す人が少なくなっている。私の大学でも本年4月から、介護福祉の定員を80人から60人に変更せざるを得ない状況です。先般、テレビ番組で、30歳代の男性がグループホームで認知症の人を介護していても月収9万円では結婚もできない、やっていけないと職場を去って行くというシーンがありました。良質のサービスを提供したいが無理ということ。福祉労働の環境は必ずしも改善されていない。それでバッティングをするという問題が生じることになります。

地域福祉の推進

福祉サービスを必要とする人たちが地域で暮らし続けていけるためには、社会福祉法では様々な議論がありますが、基本的には地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者、それから社会福祉民間団体等がお互いに協力して推進していくことになっています。これが今非常に強調されております。一般的に地方公共団体は福祉に対して責務を負うというのが法律の定義になっているのですが、社会福祉法では地域住民が一番最初に載っています。これは決して悪いことではないと思います。本来、地域福祉というのは民間の活動も当然ですが、障害者福祉も児童福祉も基本的には行政に責任がある。地域福祉も住民相手の福祉であって当然行政に責任がある訳ですから、行政はどちらかというと支援する方、すなわち、法律では「福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない」と規定しています。ど

うもその辺があいまいになっている部分があるようです。だから、一般的には未だ地域福祉は、社会福祉協議会が民間ボランティアが進める活動が福祉というとらえ方になっているのではないだろうかと思います。

住民参加、住民主体というのは非常にいいことです。しかし現在、市町村の地域福祉計画をつくる動きになっているのですが、行政の動きは老人福祉計画はあるし障害者計画もあるし児童福祉計画もある、要は分野別の計画があればいいのではいか、ボランティアとか住民参加は社会福祉協議会が担っているのだから地域福祉計画は無くてもよいのではないかという意識は非常に強いようです。でも違うわけです。様々な計画はその対象者の福祉を推進しますが、その対象者が住んでいる地域全体を、福祉の町づくりのように福祉政策を推進していくうえでは絶対に必要な計画であるわけです。どうもその計画の位置付けや策定が進んでいない。介護保険事業計画や老人保健福祉計画は法定義務があるわけです。エンゼルプランや障害者プランは、平成19年度からは策定が義務づけられますが、地域福祉計画は策定が義務づけられていないために、策定の必要性が十分認識されていないということのようです。

福祉サービス提供の原則

提供する福祉サービスについては、利用者の意向を十分に尊重し保健医療福祉サービスが総合的に提供されなければなりません。「利用者の意向を十分に尊重し」というところが新しい福祉の概念として出てきました。でも実体はどうかといえば、利用者の意向が十分に尊重されているかということの検証が難しいわけです。サービス供給量の基盤が必ずしも十分でなければ、限られた資源の中でサービスを選ぶということになり良質であろうがなかろうが選択の余地がないということでありまして、ここも大きな問題と考えます。

ただ、一つの方法として苦情解決、権利擁護の制度、仕組みができ、できるだけ意向を十分に尊重していくということで、施設サービス分野でもかなり認識が図られてきています。そして苦情解決の中で本人の意向に反したサービスについては契約を解約できるという形もできてきました。しかし、まだまだ福祉サービスを受ける立場からすれば弱い立場ということもあって、なかなか機能しないということもない訳ではありません。

自治体の責務

いずれにしても、地域の中で暮らし続けていくためにあらゆるサービス、フォーマル・インフォーマルサービスを使いながら支援していくということが地域福祉の考え方であるととらえていただきたいと思います。そこには地域住民の役割が表面に出ておりますが、私は住民の命と暮らしを守るとするのは障害者であれ児童であれ高齢者であれ自治体の責務であると考えております。しかし、その認識がまだまだ縦割りになっています。考えてみれば福祉サービスはセットのメニューです。一つのサービスだけでそのニーズを完全に充足できるわけがないと思います。老人の問題をとってみれば、医療の問題、保健の問題、福祉の問題、住環境の問題、生活環境の問題など様々な問題を併せ持っていて日常生活が苦しくなるわけですから、単品のサービスだけで生活し続けていくことはできないわけです。そこをトータル的にとらえて支援していくという仕組みが必要です。子どもにとって安全なところは老人にとっても安全だし、老人にとっても安全なところは障害者にとっても安全です。交通事故をとってみても、年寄りが危ないといっても年寄りが安全になれば子どもも安全になるし障害者も安全になるわけです。このように考えていくことが一番大事な問題です。

2 社会福祉サービスを必要とする人々（要援護者）の生活福祉問題

(1) 低所得者、生活保護世帯の生活福祉問題

生活保護の実態

では、地域のなかで暮らしている人々の生活実態はどうなっているのかが2番目です。いわゆる所得格差、貧困格差、それから自治体の格差ということをや要援護者といわれる人の生

活実態から見てみると、それが顕著になってきています。例えば、生活保護法は国民の生存権のセーフティーネットとして位置づけられているわけです。憲法25条の基本理念に基づいて公的扶助制度としての生活保護法が制定され、その第1条で「国が生活に困窮する全ての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障すると共に、その自立を助長することを目的とする」としています。最低限度の生活を保障する、自立を助長する、こういう生存権の保障は自立を前提として生活保護が適用される。これは冒頭自立の概念と私が言ったいわゆる一般的な自立の概念とほぼ同様な概念ととらえていいと思います。

2004年度の生活保護の被保護世帯は100万世帯を超えております。100万世帯で142万人、人口千人当たり11.1人、つまり千人に1人が生活保護を受けざるを得ない。10年前の約1.6倍に増えてきているということです。生活保護費は約2兆5000億円、10年間で倍近く増えてきました。そして不正受給が約62億円近くあるようです。不正受給というのは、先日も新聞に載っていましたが、暴力団が関わり、ホームレスの人に住所を与えてその人に保護を申請させて保護を受け、12万の保護費なら僅か2万円程度しか渡していないということでした。それから、意識的な不正というものもあるかもしれません。いずれにしても生活保護世帯は100万世帯で約10年前の約1.6倍に増えてきているということです。

財政負担割合の攻防、水際作戦

その2兆5000億円の財源はどうかというと、国が75%を負担し、残りの25%を県・市が負担をしているわけです。一昨年国会で国はこの生活保護費の負担割合を三位一体の改革のなかで半分にしたいという議論をしました。全国知事会などが反対し、結果的には現状維持で決着しましたが、国は憲法25条の生存権の保障という責任を、ある面ではお金がなくなったので地方自治体に肩代わりさせるということを考えたわけです。ただ、この時の大きな問題は決着の結果として「地方は生活保護の適正化に真摯に取り組む」という国との約束ができたことです。「真摯に取り組む」、「適正化」というのは先程言いました不正受給というのがありますが、もっと厳しくルールにのっとってやりますよという約束をしたということです。それで今日、この真摯に取り組むという約束を背景にして、厚生労働省が水際作戦という形で生活保護の実施に対して厳しい指導を始めてきています。

このような動きの中で、新聞報道によれば日本弁護士会が2006年の6月から8月にかけて電話相談を開設しました。634件の相談が寄せられ、そのうち生保に該当しそうだ、おかしいというケースを180件調査したそうです。収入と支出の状況を調査したところ、118件で違法な対応をしている可能性があったという報道がありました。どういう内容かということ、生活保護は捕足制の原理で親族の扶養義務があるわけでありませんが、その扶養義務を強要して生活保護の申請を受け付けない、あるいは申請書を渡さないという水際作戦をやっていたようです。若いから働ける職安に行けといわれて、行ったけれども職安には仕事は無い、また福祉事務所に来たけれども若いから働けるはずだ死ぬ気でやればなんでもできないことはない、という強力な就労指導ということで生活保護が受けられない。家があるんだったら家を処分しなさい、家売ってアパートを借りて生活できるでしょうと、こんな指導もしたようです。家はある、でも家売ったら生活はできないわけですし、間違った資産の活用ということになってくるわけです。資産の活用は大事ですが、今の法律の中では住む家まで処分してアパートを借りなさいということはありません。大きな家で一人暮らしで人に貸せば十分収入があるという場合は別かも知れませんが、普通の家を売って生活を維持するということにはならないわけです。あなた借金があるからだめじゃないですか、生活保護費を渡しても借金の返済になるんでしょ。それでは自立にならないでしょという形もあるかもしれません。全般的にそういうものが118件あったということです。それで、よく

調べた結果本当に命の危険がある、食事が満足に取れない、1日の食事代が800円、600円で、缶詰を買いラーメンを食べ1日2食などということも新聞報道されています。かなり切り詰めてやっているわけです。例えば家賃4万円の高齢者が生活保護の指導を受けたら、家賃が高いということです。70歳以上の高齢者です。公営住宅に移りなさいよ斡旋してあげますよと指導されても、年寄りにしてみれば長年住み慣れたその地域が良いのであって、いくら安いからと言って3キロも4キロも離れた公営アパートには住む気にはなれないと思います。それから就労指導、保護の指導に従わないということでもかなり厳しく言われる。結局、そこに住み続けるためには家賃は減らせませんから食費を減らさざるを得ないということになってきます。

1800年代のイギリスで、貧困が病気を生み、病気がまた新たな貧困を生むという貧困と病気の循環説が報告されています。今日本でも貧困が病気を生み、病気がまた新たな貧困を生む、それが生活保護という形になってきています。命の危険がある、食事が満足に取れない、病気治療のお金がない。これは北九州で起きた事件ですが、50代後半の人がリストラされ、糖尿病のため顔がむくみ病気がちでした。それで生活保護の申請に行ったらまだ若いから働けるといって生活保護の申請書をもらえなかった訳です。そのうち水道やガスが止められて孤独死という報道です。その50代後半の人がポリバケツを持って公園の水道で水を汲んでいたということがあったわけです。その後、3ヶ月ぐらい経ってからアパートで孤独死が発見されたということです。その時の北九州市の担当は、まだ働けるとして職安に行くように指導した、けれども1回行ってかなりきつく言われてその後行かなくなってそのうちに事件が起きました。北九州市は生活保護費が非常に高いということで、厚生労働省から職員が派遣されていて、生活保護の適正実施を厳しく運営している地域だと聞いています。そういうなかで孤独死というものが出てきています。

それから基準以下の生活をしているけれども生活保護申請書を窓口が渡さない、あるいはもう既に受給していて少し良くなったから辞退届を書きなさい、もっと厳しいケースは半年間だけ何とか生活保護をやるけれどもその後は辞退するという約束をして申請がなされたということで辞退届を渡す書き方まで教えるこういう事例が水際作戦として報告されています。法律上は生活保護の申請があったときには申請書を渡さなければならないという規定になっているわけです。申請書を渡して申請が出てきたら収入や支出や家庭の状況を調査して、基本的には30日以内に給付可否の決定をしなければならないということになっているわけです。申請保護の原則というのがあります。申請書を渡さないというのは相談扱いにしてしまう。生活保護を受けたいという相談がありました、指導は何件でした、大部分が担当窓口の相談扱いで生活保護の申請書さえもらえないという水際作戦が今かなりやられているということのようです。

受給者が増えて強まる適正化圧力、適正化というのは必要ですが、かなり厳しいことがやられている。申請書渡さないとか辞退届を書かせるというのは正に給付する側の違法な行為であって、「適正化」も必要ですが、生活保護を受ける側のあるいは受けている側の適正化だけがかなり強調されているのではないかと感じる訳です。

生活保護基準の見直し

生活保護は最後のセーフティーネットとして、健康で文化的な最低限度の生活を保障する制度ですが、その最低限度の基準そのものが今見直されてきています。健康で文化的な最低限度の生活の基準を国が定める、これを生活保護基準といいます。保護基準は毎年厚生労働省の告示で定めることになっています。例えば栃木県でいえば宇都宮で何歳の人が暮す場合に健康で文化的な最低限度の生活はいくらか、だいたい老人で9万5千円程度、一人世帯で9万5千円が健康で文化的な生活の保護基準だということになります。今まで生活保護基準が上がらないということはありません。あるいは物価が下がって全体の生活費が下がると

ということで、物価スライドで若干下がることはありましたが、基準そのものを大きく変えるということは余りありませんでした。生活保護は聖域だったという捉え方がないわけではありません。生活保護基準のとらえ方は人間の最低生活を保障するというで余り切り込まなかったというのが今までの状況です。

この保護基準の上に加算制度があります。例えば老人世帯であれば病気がちで普通の家庭よりお金がかかります。だから普通の生活の基準にプラスしていました。母子世帯はお金がかかるからということで母と子どもの生活基準+若干の母子加算があって、それで何とか生活を維持していました。ところが、国は2005年度あたりから老齢加算をなくし、昨年度から母子加算を段階的に廃止していくようにしています。例えば、母子家庭で子どもが高校で部活をやっている、部活をやっていると当然1日4食位食べないとやっていけない、生活保護基準では1日3食分しか見ていないわけですからその分をどこかで埋めなければならぬ。子どもの部活の終わった後の栄養補給にもお金がかかるわけです。ある新聞では母子家庭で加算を受けて生活保護を受けていたのがだんだんきつくなり1万円程度に減らされてしまう。1万円というのは結構大きい額です。500円の昼食に何かおにぎりを買うにしても、子どもが「母さん、俺はもういいよ」と言って胸を痛めたという記事が載っていました。結局はいろんなものを削ると言っても削れないのです。電気代も例えば蛍光灯2本を1本にするとか、点けたら消すとか、食材はスーパーに行って6時半過ぎの割引になったものを買うとか、消費期限が本日限りというのを買うと安い、そういう生活を現実に行っているということなのです。このような実態がマスコミ等で報道されています。若干大げさと思われがちですが、そういう部分がないわけではありません。1日の食事が親子二人で計算してみたら884円、蛍光灯を2本を1本にし、必要最小限のガスを使い、暖房も合算して1日1人当たり884円でした。私達は普通ランチは600円くらいかもしれません。母親は「絶望したときもあつたけれども子どものために何とか生きてこられた」、「文句はあるけれども生活保護は最後の命綱だ」というふうに言っています。老齢加算と母子加算、基準そのものはあまり踏み込んで行かないが、その領域について国はかなり厳しくやっているということです。

保護基準の見直しというの、国の2006年の骨太の方針で出されています。老齢加算、母子加算の廃止を進めるということです。例えば、母子家庭の問題をとってみても、生活保護を受けている家庭のだいたい2割が母子家庭、5割が老人、2割が傷病障害世帯、あとの1割がその他、大体そういうことです。母子家庭の母に対する児童扶養手当も3年前から所得制限が厳しくなっています。児童扶養手当の額は、年収200万円までは1人当たり4万2千円くらいでしたが、制度改正で年収130万円に基準が下げられました。130万円を超えるとその手当が減らされていきます。130万円というのは月だいたい10万円です。国には養育費をもらっているんだろうという考え方もあります。それから誰かの援助を受けているということもあるかもしれません。しかし、実は養育費をもらっている離婚した家庭は6割までっていない、半分くらいしかもらっていないのです。なぜか、DVで逃げた、逃げた相手に慰謝料を要求したら、いるところが分かっちゃいます。もちろん裁判所で代理請求できますが、そこまではなかなかできない。もういやだと、さんざん苦労させられてもうこれ以上関わりたくないという形で養育費をもらっていないようです。現在、養育費を、という形の運動をしていますが、当事者がやっぱりもう関わりたくないというのは案外多いようです。国の借金が厳しいから所得制限によって手当を減額するという考え方は非常におかしい訳です。

生活保護基準を引き下げる背景の一つに、年金受給者と生活保護受給者のバランスの問題がでてきます。例えば東京23区の単身高齢者の生活保護基準は最低で約8万円です。基礎年金の満額は40年納めて6万6千円です。そうすると、ある人は一生懸命年金保険料を払

っても6万6千円、無年金者あるいは保険料を払わなくて年金をもらっていない人は8万円の生活保護費がもらえる。本来は考え方が違う訳ですが、このようにPRされると生活保護を受けている人に対する誤った見方が起こりやすい。かつて私は福祉事務所でケースワーカーをやっていました。今でも印象に残っていますが、福祉事務所に電話がかかってきて、あそこの家は母子家庭で生活保護を受けているのに贅沢をしているという話です。子どもの中学校の卒業式、入学式にやっぱり母子家庭であろうがパーマに行って頭をきちんとしていい格好していきたいというのは当たり前です。帰りに皆でお寿司を食べたって、それは何ら問題はないんですが、外から見ると生活保護を受けていて何だという匿名の電話が20数年前にあったわけです。今も何となく年金保険料を払っても6万6千円しかもらえないのにあの人生活保護で8万円もらっている。どうも納得できないということに繋がってしまうのかもしれない。そういう問題もあるということです。

リバースモーゲージの導入

生活保護世帯の5割から6割が高齢者世帯で、全く住宅がないという高齢者もいますが、一人暮らしで自宅がある人もおります。国はリバースモーゲージを0.5%くらい考えているようです。この制度は自宅を担保に生活費を貸し、亡くなったらその自宅を売ってお金を返してもらおうという仕組みです。低所得、生活保護に該当しない人であれば生活資金を借りてということもあります。しかし、明らかに生活保護基準以下だと思われるケースで保護を受け付けない「水際作戦」で、自宅を担保に生活費が借りられます、その方がいいですよと指導することは果してどうなのだろうか。また、自宅を担保に生活費を借りるかということ、子ども達の間には当然遺産相続の問題がでてくるわけであって、そう簡単にはいかないと思います。低所得者でお金を借りて生活費に充てるということはあっても、生活保護基準以下の人が、本来ならば申請をすれば生活保護を受けられるかもしれない人が、水際作戦でこういう指導がされてきたら一体どうなのだろうかと大きな疑問がしています。

コメント

以上、所得格差の問題を考えてみたのですが、私の考え方としては、生活保護制度が揺らぎ始めてきている。自立助長を前提としている保護制度ですが、受給の状況は高齢者・障害者などが9割近くを占めるなかで、自立といっても現実的には難しい。高齢者の経済的自立、精神障害で長く入院してる人の自立、重度の障害者の自立と言っても難しいでしょう。母子家庭はある面では子どもが大きくなれば働いて生活保護の対象外ということはあるかもしれませんが、全般的には難しいわけです。生活保護には四つの原理があります。四つの原理四つの原則と言っているわけですが、「国家責任の原理」、「生存権の保障」、特に「無差別平等」は、貧困の原因は問わないという考え方です。かつては怠けているとか何とかという理由で排除されていましたが、現在は基本的には貧困の原因は問わない。いま現に生活に困っていればやるということです。今例に挙げました水際作戦では働ける親族の扶養ということで保護が受けられない現状があるようです。三つの原理は国が国民に対して責任を負うべき原理です。もう一つの原理として「補足性の原理」というのがあります。これは生活保護を受ける国民が国に対して守るべき義務ですが、現実には前の三つの原理より扶養義務を履行し、家売り、ぜいたく品を売り、生命保険を解約し、貯金を解約しありとあらゆるものを活用してなおかつ足りない分を生活保護で見るという「補足性の原理」というのが非常に強調されてきているという感じを持たざるを得ない訳です。

補足性の原理を強調することが、法の適正実施という形につながっていったような感じがします。制度運用が非常に厳しくなっています。また、生活保護の期間が長期化し固定化してくると、なかなか働く能力があっても就労意欲がわかなくなってくるという人間の弱さみたいなものがある程度あるのかもしれない。全てではありませんが、中には何パーセントかが依存型になってしまうということもあるのかもしれない。そういうなかでス

ーパーバイザーから自立を指導するようと言われても、難しく担当のケースワーカーは非常に悩むということがあります。それから担当ケースが1件増えるというのは大変なことです。申請を受理し、家庭を調査し、親族の調査をし、資産を調査し、収入を調査し、本人に面接するなどものすごく事務処理に手間がかかります。法律上では2週間以内に決定ということになってはいますが、とても2週間ではできません。したがって、1ヶ月ということになっています。だからできるだけケースを増やしたくないということがないわけではありません。むしろケースがあったとしても、病院なり施設に入ってくればある面では在宅よりは楽です。病院のケースワーカーに連絡すればいいわけです。

行政の合理化で福祉事務所が次第に廃止になってきました。かつて福祉6法を担当した県の福祉事務所は、今は生活保護が中心です。福祉事務所の権限が市町村に移譲になり、県の福祉事務所は縮小の方向です。将来、生活保護だけが残り、町村の生活保護をいつまでも県が持つのか、介護保険のように広域で事務所を持てばいいのではないかとということもないわけではありません。できるだけ職員を減らすということや専門性の問題もあります。児童問題や福祉問題は専門性が求められます。栃木県では、現在は福祉職の専門職の採用はしていません。かつて3年間ほど福祉職を採ったことがありますが、今は採っていません。一般の行政職員を採用して人事異動で福祉部門に回すということになっております。その人たちが生活福祉問題を抱え悩んでいる人たちの相談に応じて適切なアドバイスができるかどうか、例えば、20代の新採で1、2年の人が児童相談所に配置になったとして、不登校や虐待などいろんな問題に対して適切な判断ができるかどうか。東京、埼玉、神奈川県などは社会福祉士などの専門職を採っているようです。社会保障の中でも、年金などはある面では一定の年齢が来ればコンピューターが納入通知を出しますが、対人サービスはそうはいかないわけで、専門性が非常に求められるわけです。

また、生活保護費の75%は国が負担していますが、今後その半分は市町村が負担するということがでてくると思います。財源の問題で、国が半分負担して地方に権限を移す、本来国の事務ではあるが地方分権一括法を含めて全部権限が委任されてくるということになってくれば、生活保護もある面ではそういう動きが出てこないわけではないのかも知れませんが、福祉事務所は市の必置義務ですが、町村には必置義務はありません。ただ町村合併での福祉事務所ができます。それはそれで町村に比べればいいのかもしれませんが、果たして先ほどの専門性の問題、人の確保の問題ということがうまくできるかどうかこの辺は大きな問題になると思います。

(2) 高齢者世帯の生活福祉問題

高齢期の生活福祉問題

次に、生活保護と同じように大きな社会問題になりつつある高齢者問題について触れたいと思います。今後50年の日本はどうか、合計特殊出生率が1.26で推計した結果、今1億2千万人の人口は約8千万人くらいになるという数字が出ました。あと1世紀で人口は半分、5、6千万人くらいになるといわれています。また、平均寿命も今女性は85歳ですが90歳になるだろうといわれています。男性は、今78歳ですが83歳くらい、だいたい5年くらい延びるということになります。世界一の長寿国なのです。長寿は非常にうれしいことですが、様々な問題が生じます。

一般的に75歳以上の後期高齢者になると、寝たきりや認知症、虚弱という何らかの援護を必要とする要援護高齢者になりつつあります。2025年には4人に1人が65歳以上の高齢者になります。高齢期の最大の問題は、やはり健康の問題だといわれています。寝たきり、虚弱、認知症などの医療健康問題や年金など老後の生活費問題、さらに今非常に感じられるのが、地域社会での孤独・孤立問題です。この間の新聞では、男性の孤立化が著しい

といわれています。女性は結構お友達ができやすいのですが、男性は地域の中で孤立して4人に1人くらいの割合で友達がいないという数字が出ていました。

それから災害時の安全・安心問題も重要な問題です。阪神淡路大震災から12年過ぎましたが、その大きなニュースの端に復興住宅での孤独死が66名という数字が出ていました。私も復興住宅を見ました。マンションのような建物なのですが、そこで孤独死が年間60数回起きている。病気、お風呂場での事故、栄養失調、自殺ということです。仮設住宅の時にはそのようなことが起きなかったようです。プレハブですからちょっと隣を見れば様子が見られた訳です。復興住宅になって孤独死が多い。一昨年の新潟での水害でも十数名亡くなりましたが、だいたい皆70歳以上の高齢者が水に吞まれて亡くなるというケースが多かったわけです。

今後「老両世帯」、いわゆる老人夫婦の世帯がどんどん増えてきます。そのうちどちらかが欠けて一人暮らしの独居老人が増えてくるということは十分予想されます。老人夫婦もそうですし、一人暮らしになったとしても非常に孤独や災害時の安全安心という問題は最大の問題になってくるだろうと思います。

75歳以上の後期高齢者は寝たきりや虚弱、認知症などの「要介護高齢者」の予備軍になる可能性が高いのです。介護保険法の介護認定者が平成15年度で65歳以上で320万人、ただ全員サービスを利用しているわけではないのですが、約300万人以上が福祉サービスを利用しています。最も重い要介護5は、寝たきりあるいは認知症などで、食事、移動、介助、入浴、着物の着脱等々で全面的な介助を必要とする人々です。この要介護5の高齢者は12.5%ですから37~38万人くらいになっているということになります。今、介護予防を推進していますが、今後も増え続け、2025年には約520万人になると推計されています。私はこの推計は間違っていないだろうと思います。虚弱260万人、弱い人ですが、これらの人々は重度化する予備軍だということです。要介護の認知症40万人、寝たきりであって認知症が230万人と推計されています。

問題は、例えば虚弱260万人ですが、この人たちができるだけ重度にならないようにすればいいのですが、介護予防はあまり進んでいません。例えば、介護度2と認定された人は1年経つと介護度3、4に下がるというのは確実のようです。良くなることよりはだんだん機能が落ちていくということがあります。今病院はある一定期間過ぎると診療報酬の問題もあり、積極的に退院の指導しています。ある程度歩けるようになって家に戻ります。何故病院でリハビリが頑張れるかといえば、要素は三つあります。専門のOTやPTや医者がいる、リハビリのプログラムを作ってくれる、ある意味では強制的に訓練させられる、もう一つ訓練室にいけば同じような仲間が一生懸命訓練している、だから自分も頑張らなくてはと頑張れる訳です。ところが家に帰ってくれば、家族がそれだけプログラムを組んで綿密にリハビリや日常の支援をするかということ、これはできません。結局は最初の1週間10日間は手を貸して車いすで散歩するけれども、今日は雨だから、寒いし年寄がかわいそうだから、となってしまうわけです。そしてまた寝たきりになってしまう。寝たきりになってまた病院に入院し、また新たな医療費がかかるということになってくる訳わけです。ここが寝たきり老人は作られるという日本の背景の一つではないかを感じるわけです。

問題は介護予防対策です。予防は二つあると思います。寝たきりなどになる前の予防と、なってからもっと重くならない予防があります。介護予防事業が始まりましたが、対象者の制限が厳しくて、計画では5%程度を見ているのですが、今0.2~0.3%台です。同時に、専門職のOT、PTがいない。やる拠点が無い。今、介護度1、2の軽い人が重くならないように予防しようとしてもできないというのが現状かもしれません。だから、重度化が進んでいくということがいえます。

高齢化の最大の問題は、介護問題です。誰が介護しているかということ、在宅介護の主な介

護者は配偶者で、70歳80歳の方が80歳の人を介護している、約27%程度です。親が80代になれば子どもは60代です、どちらかということの人たちだって介護を必要とする予備軍になっているかもしれません。高齢者が高齢者を介護するなどということは容易にできることではありません。ましておばあちゃんが倒れて、申し訳ないけれどもあまり生活能力が高くない男性が食事を作っておむつを交換してということはかなり厳しいものがあります。また、今のお年寄り、昔のお年寄りと違って非常に体格がよく、それを80のおばあちゃんがトイレに連れていくなどということは困難です。

今日、高齢の介護者が自分の配偶者を殺して心中を図るという事件が全国で年間20数件起きています。佐賀県内で起きた事件が象徴的ですが、80台の妻を足の不自由な同じ80台の夫が介護していた訳です。「足腰が痛くてしょうがない。爺ちゃんオレはもう死にたい楽にして」、「俺ももう限界だ、じゃ明日一緒に」といって二人で川に飛び込んだ事件です。おばあちゃんが亡くなっておじいちゃんが承諾殺人で起訴されて、佐賀地裁では懲役3年執行猶予3年の判決が出ています。それから新潟県でもやはり80代の夫が70代の妻を電気コードで絞め殺して自分も首を切りました。死ねなくて、殺人罪で起訴され、これも懲役3年執行猶予5年の判決が出ています。栃木地裁でも裁判中ですが、足利のケースで、50代の息子が70代後半のお母さんを殺した承諾殺事件が起きています。これらの家庭は決して福祉サービスを利用してないわけではありません。新潟のケースは特養を申し込んだら後3年かかりますよと断われた。佐賀のケースはデイサービスを使いショートステイを使っていたのですがやはり問題や悩みを埋められなかった。制度があっても制度の隙間はあります。一般的に不安や苦しみ生まれやすいのは夜のようなようです。そういう時の駆け込み寺ではないのですが、何か一言相談したいときに受けてくれるような拠点ができないだろうか、いのちの電話だとか希望のダイヤルだとか、いろいろなものがありますが、私は介護で困っている人の悩みに答える専用電話があってもいいのではないかと考えています。これは行政がやるかあるいは民間の相談機関に委託してできないことはありません。NPOでやるやり方もあるかもしれません。これまで、明治、大正、昭和、平成と頑張り子どもを育て社会のために貢献した高齢者がそのような選び方をしなければならないということは非常に悲しいと思います。年老いた老夫婦が川に向かって車いすで押していく風景を考えたら切ないものです。介護保険料を払い税金を払っているのに、そういう問題もあるわけです。

介護の問題

要は80歳代の高齢者が80歳代を介護することは不可能に近いし、60歳代の子どもやその配偶者が80～90歳代の高齢者を介護するのでは限界があると思います。病院はなかなか入れてもらえない。今療養型の病院が38万床あります。国は医療費抑制の視点からこれを廃止して、老健や特養に変えることを7～8年でやるといっています。しかし、全部は入れず、「介護難民」が4万人くらい生まれてくるというようにいわれています。「難民」、行くところがないという人が予想されています。どうも強引に医療費や保障費を削減する視点が弱い方にしわ寄せがいつているのだと考えられます。

国はゴールドプランや新ゴールドプラン21などを策定して施設整備やホームヘルパーの増員などを進めてきました。しかし、福祉の予算は全般的には削られている。必要性を感じながら予算全体がシーリングで編成され、あるいは民間に対する補助金の額はかなり減額されてきているということです。私も今とちぎコープで法人を作っています。約7億5千万くらいかかる特養で2億5千万程度の補助金です。あとは自前でという話であって、民間事業者がやりたいけれども金がないということです。一時本当に施設不足で大変だった時、栃木県は、良い悪いは別として凄惨な制度を考えました。設置者負担の4分の1の補助金に上乗せしました。その結果、様々な事業者が参入し、様々な問題が起きたということもないわけではありません。今、老健施設が破たんして、東京都が中止命令を出し利用者が他の

施設に分散したケースや、今後特養が担保にされていて競売にかけられる時代がくるかもしれない。そのような問題もあるわけですが、全般的に器が少ないということは現実です。

もちろん、私は在宅対策が一番良いと思っています。誰だって住み慣れた地域社会のなかで家族、仲間と触れ合って住んでいきたい、家族の手を握って、握られて死んでいきたいというのは当たり前の話です。しかし、条件整備が充分できていない段階で、すぐに施設から在宅にシフトしていくというのはかなり難しい。施設も必要です。最悪の場合は施設に入らなければならないが、それまでの間はできるだけ地域の中で、デイサービスやショートステイ、小規模多機能、看取り、これはできるかどうかわかりませんが、そういうサービスを受けながら暮らしていくというのが理想です。そういう意味で、施設または在宅かというORという考えではなくて、私はWITHだと思っています。今までの考え方は施設かまたは在宅かという2極分化で考えていましたが、今後は、施設も在宅も一緒になって施設の機能や在宅の持つ機能をお互いに上手く補完し合いながら施設を使い、病院を使い、在宅サービスを使うという形で、最後の看取りはどこかという問題もありますが、考える時期に来ています。

小規模多機能施設

その意味では施設の整備基盤がまだまだ不十分といえます。ただその施設ですが、私は大きな施設を作らなくてもよいのではないだろうかという感じを持っています。500人、1000人の施設は、とすれば効率化と合理化、働く職員のサイドで処遇が決まってしまう傾向があるようです。例えば食事ですが、時間どおりみんなで一斉に行かなければいけない。本来ならば、ゆっくり時間をかければ手すりにつかまって歩けるのに、それだと食事の時間に間に合わない、次のプログラムが間に合わないから歩ける人も車いすに乗って行ってしまう。そうすると依存型になってしまう。よく施設にいくと、給食が間に合わなくて、介護職員さんが何をやるかという、遅い人3人くらいのところに行って「はいご飯ですよ、はいスープですよ、次はハウレンソウですよ」と食べさせることになります。ゆっくり食べたい、散らかしても構わないのですが、大きな施設になるとそうになってしまう。しかし、今施設の新しい考え方は、地域密着型の小規模多機能で、利用者が7~8人で、通って泊まって来てくれる。場合によっては看取りもやれるようなものができてきています。

これはこのように考えてください。例えば、大きな施設の今日のお昼ご飯はもう1ヶ月前にメニューが決まっています。50人が全部食べたい物でもないわけです。一般的には栄養士さんが考えて献立を作る。もちろんできるだけ旬のものを使いながらと考えていますが、やっぱり好き嫌いはありますよ。でも7~8人だったら1カ月前に献立を決めなくても、今日は何食べたい、カレーを食べたいといったら、認知症の人たちでもみんなで手をつないでスーパーに行って材料を買ってきて作れます。認知症のおばあちゃんは電気釜は使えないかもしれないけれど、野菜を切ったりしてカレーくらい作れるかもしれない。そういう形で、小さな施設でみんなで自分の望む良質なサービスが受けられればこんなよいことはない訳です。

それからもう一つは地域にあるということです。地域の中に民家があって、そこに暮らしている人が遊びに来る、お年寄りもたまには花でも作って近所に配る。その人たちは徘徊があるかもしれない。その施設が地域と結びついていれば、もし徘徊しても少ない家族が探すのではなくて近所の人たちがその存在を知っていて見つけてくれれば助かります。まだまだ認知症は隠したい、家族はあまり近所には言わない傾向にあります。しかし、近所の人うちのおばあちゃんこういう具合なのでもし見かけたら連絡して下さいとお願いし、近所の人たちもそのことを知っていれば見つかるかもしれない。そういうことは施設ではなかなかできないのですが、地域のなかではできるかもしれない。ボランティアでちょっと寄ってみるかということがあるかもしれない。そのようなことが今求められてきているわけです。

もちろん在宅サービスについても、市町村の財政基盤とかがありますが、大きな問題はホームヘルプサービスもショートステイ、デイサービスでも福祉用具でもペイできなければ民間業者は行かないということです。介護保険の規制緩和で民間業者が介護事業に参入したといっても、儲からないところには業者は行かない訳です。このことは福祉という商品を買う選択肢が、過疎地域やあまりニーズが少ない所はサービスが受けられないということになってしまう訳です。考えてみれば私たちは衣類などの買い物するときに何軒かお店があってその中から自分の好みに合ったものを買います。福祉サービスも本来はそうでなければいけないわけです。今まではそれを措置ということで決定していたわけですが、利用者が選べるお店がなかったわけです。介護保険で福祉サービスはよくなったと言われますが、市町村間の格差は民間でも出てきている。儲かるところには行くけれども儲からないところには行かないという問題がでてくるわけであって、ここも大きな問題だと感じています。

介護保険制度の問題

市町村間格差が明らかになってきているわけですが、介護保険の財源は現在、保険料50%、国25%、県・市町村12.5%です。保険財政は非常に苦しくなっています。現在月額約4千円位が平均的な介護保険料ですが、多分今後上がらざるを得ないと考えます。要介護者が520万人に増えるわけですし、さらに重度化してくるわけです。介護度5の人はだいたい月額35万円程度が使える限度額になっています。月35万円ですから年間で420万円です。420万円の介護サービスを受ける人が、自己負担1割を払う訳ですが、今後増えてくれば今の介護保険だけではやっていけないと思います。今40歳以上の保険料ですが、なぜ40歳以上かというと老人保健法の対象は40歳以上です。昔成人病は40歳くらいから始まるということで始まったわけです。老人保健法では40歳から健康診査や健康教育をやることになっています。それを受けて介護保険も40歳からになっているのですが、多分、国民年金と同じように今後介護保険料もやっていけなければ、若い人からも保険料をもらわざるを得ない。今40歳からですが、それが30歳になるのか国民年金の強制加入と同じように20歳になるのかという問題があります。しかし、考えてみると、今20歳の人に介護保険料の納付を義務付けしても納められるかどうかはわかりません。国民年金でも今の若い人は納めていないわけです。しかし年金保険料は納めないのですが、健康保険は納めています。しかし、今でも国保の保険料が払えず現に保険証がもらえなくて、病気になって孤独死したというケースも結構出てきています。保険料が払えない、払えないから保険証ももらえない、受給資格証だけもらえるけれども、それは立て替えて払わなければならない、その日に払わなければならないということで、そういう問題もあるわけです。

介護保険料が4千円で40歳以上の家族が4人いたら月1万6千円です。年間では19万2千円の保険料になります。さらに1割の自己負担があります。1割というと皆さんは平等のように思いがちです。医療保険も3割、みんな同じようだと思われがちですが、これは大きな問題です。例えば年間所得が1千万円の人が10万円のサービスを使って1万円の自己負担を払う1割と、年収百万円しかない人が1万円払うのでは同じ1割であっても必ずしも平等とはいえない。これは応益負担の原則という形になっているわけです。もともと福祉は応能負担でした。お金がある人からはお金をもらい、ない人は安くしますよということです。介護保険料も1.5倍の範囲内で調整はありますが、そういう問題も出てくるわけです。

もう一つは、施設サービスです。特養に入るには、今までは国民年金の基礎年金6万6千円の範囲内で、所得のない人は自己負担が決まっていた。無料の人もいれば2万円、3万円の人もいたわけです。今後は原則として1割負担が導入され、なおかつ1割負担と同時にホテルコストと呼ばれる居住費、高熱水費、管理費というものがとられるようになりました。それから部屋料です。利用料も取られます。多分月平均9万円から12~13万円程度に大幅にアップをしていると思います。利用者の中には自己負担が払えないから退所する人

がないわけではありません。しかし、退所するわけにはいきません。家族が出し合っとなんとか看ているというケースもあります。デイサービスも利用者が減ったというケースもないわけではありません。考えてみれば必要だから特養に入ったのであって、お金が無くなって払えないから自宅に引き取るといったら、いったいどのくらいの介護が担保されるのだろうかということになります。まさにすごい介護になってしまうのではないのでしょうか。施設の介護にも問題はありますが、施設は大事なことは確かです。老人問題が社会的な問題になり、介護保険制度をつくり、国民同士がお互いに助け合う制度として発足しましたが、財政の面から非常に使い勝手が悪くなってきた、費用負担が多くなってきたということがいえます。

介護報酬も改正ごとにカットされてきています。結局何で費用を切り詰めるかといえば、食費では詰められません、電気代も節約できない、結局は職員の人件費を削ることになります。今、短大2年卒業で介護福祉士の国家資格を取ったとしても初任給は北関東3県の平均で14万5千円程度です。14万5千円が高いとは思いません。ここから社会保険料や年金、税金などを引かれたら、手取り12~13万にいくかいかないかの程度です。夜勤をして手当てが1回4千円程度、月4回で2万円くらいが上積みされますが、福祉の意欲に燃えていたとしても、生活できるだけの満足感なりがなければいい仕事ができないということになります。だからいくら熱い胸に情熱を持っていても、やはりいい仕事ができないということにつながってくると思います。

一方で、良質なサービスを提供しなければなりません。資格取得は厳しくなる傾向にあります。今度の国会に出るかどうかわかりませんが、介護保険法、社会福祉法の改正が出てくる予定です。今介護福祉士は、私の短大のように専門学校に2年間行って必要な単位をとれば卒業時に資格が与えられます。でもこれからは、これを国家試験にする。従って、介護福祉士の養成学校、短大を出ても、国家試験の受験資格が生まれる程度に変わってきます。そうすると正直言って、今私のいる大学でもかなり厳しいと思います。一方では介護が必要、良質なサービスを提供するといいいながら、一方では良質なサービスを提供する人の労働条件、雇用条件、所得条件にリンクするものを介護保険の報酬を下げることによって対応していくという考え方です。現在、介護福祉士の資格をとっても全ての学生が介護の現場に行きません。民間がよくなったので、私の担当でも3~4人は民間の会社に就職しました。給料が3万円程度違います。

医療の問題

医療の問題も重要です。医療費が増加しているのです。高齢者の自己負担を2割から3割にアップしました。そして長期入院患者の医療費単価も削減しています。強制とは言えませんが早期退院指導が非常に活発になってきているようです。患者側からすれば医者から「もう退院してもいいですよ」と言われれば「先生お願いですから」と言って頼んでも、「いや病床がいっぱいで」と言われれば退院せざるを得ません。一次医療、二次医療とか対応を考えていますが、研修医制度の改革で公立病院などでは医者が引き上げられ、あるいは開業する医師が多くなってきて公的病院は厳しいものがあります。佐野市民病院も医者がいなくて入院は一部停止ということになりました。医療の格差、病院はあるけれども医療が受けられない、医療を受けても退院させられる、退院させられたら症状が悪化する、管をつけたまま退院するということを考えてみると、これは自治体間だけではできない問題で国がもう少しきちっと研修医制度を見直すことなどが必要でしょう。先程言いましたように、病気が貧困を生みだし、貧困がまた病気を生み出すわけですから、この問題を解決していかないと介護問題に通じるわけですから大変だと思っています。

療養型医療施設があります。いわゆる老人病院と言われるものですが、これも今後なくしていく計画が出されています。そして「介護難民」が4万人発生することが予測されていま

す。その他、独居老人の孤独死や自殺も問題です。自殺は今3万件を超えています、若い人の自殺が報じられていますが、高齢者、中高年者の自殺も非常に多いということです。災害時の犠牲者、それからリフォームなどの悪徳商法の被害者、認知症の人などが被害者になっています。今後、社会的弱者、災害弱者と言われる人たちを地域で支えていくような地域福祉が大事だと思うわけです。「老人は多年にわたって社会の発展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有するものとして敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」と老人福祉法では掲げていますが、現実的にはかなり豊かではありません。私は親孝行に金がかかるのは仕方がないと思っています。社会保障で老人に金がかかってもある程度は仕方がないと考えます。これは急激に日本で高齢化が進んだからです。フランスなどは110年かけてゆっくりと高齢化が進み、ドイツだって60年、アメリカだって4~50年、イギリスが7~80年かかってゆったりと高齢化が進んだため年金や医療や福祉などの財政は比較的計算できました。日本はたった25年で一気に進んでしまいました。その対応が間に合わず、今日老人福祉にお金がいっているわけです。少子化対策の対応がやっと進んできましたが、子どもに使っているお金は社会保障関係費用の約6%です。やっと分娩費を無料にするとか医療費を無料にするとかなってききましたけれどもそういう問題もあります。

コメント

私のコメントとしては「生きがいの持てる健全で安らかな生活の保障」というのはやはり一つだけではなくて医療・保健・福祉の充実、住環境の整備、地域社会の支援があって初めて実現すると考えます。高齢化が急激に進んでいったために年金、医療、福祉などの施策が追いつかなくて後追いになり、その結果費用がかかる。だからお金がかかるということで老人福祉をなんとなく問題視する、お荷物扱いにすることは間違いです。社会保障の原理からいえば現実的に社会保障のお金が6割、5割かかっていることは確かです。そこをどうするのか。ただ高齢社会の到来は十分予測できなかったわけではありませんでした。そういう意味では政策形成に問題があったということが言えると考えます。

日本は1990年あたりから社会福祉が大きく変革してきたわけですが、それまでは年金とか医療とかが大事であってトータルの社会保障政策が出てきたのは1990年くらいではないでしょうか。「負担やむなし」という流れが出てきたのかもしれませんが。ただ私は親孝行にお金がかかることは当たり前だと、これまで戦争犠牲も含めて高齢者には冷たい行政だと言わざるを得ないと思います。全ての高齢者が貧しいわけではありません。8割の高齢者は元気です。だいたいリスクを負うのは2割です。だから8割の高齢者が病気にならないで元気に頑張ってくれていればそんなに大きな負担というようにかかるとは考えられません。8割の高齢者の大きな負担の問題は年金の問題です。社会保障費の5割が年金ですから、年金の改革がなされようとしています。ここをどうするのかは難しい問題です。当面、厚生年金と共済年金が1本化するとかいろんな議論がありますが、年金は国民の最後のセーフティネットです。年金は積立方式ではなくて世代間扶養方式です。私たちの年金は若い人が払った保険料からもらっていて、今は世代交代の時期になってきている。今、年金の積み立ては何十兆円となってこれを運用しているわけですが、そこがどうなるのか積み立て方式と扶養方式の折衷だとかいろいろやり方が国によって違いますが、日本はどうなのか不安に思います。

少子化の背景の一つである合計特殊出生率1.26は今後も増加しないだろうし、労働力不足の問題や経済成長にも大きな影響をするといわれています。したがって生産年齢層に大きな負担がかかる。国民負担率が先ごろ公表されましたが、国民が税金と社会保険料で負担している割合は約39%です。これでも世界ではまだ低い方だといわれています。潜在負担率は、借金を含めて42%くらいということになっています。今後とも国民負担率は高くな

っていくことが指摘されています。

(3) 障害者の生活福祉問題

障害者の現状

障害者は国民の約20人に1人といわれています。約656万人、圧倒的に在宅者が多くて約590万人、施設入所者が10%ということになっています。障害者を大きく分けると、身体障害者、知的障害者、精神障害者、この三つが日本でいう障害者になっています。圧倒的に身体障害者が多いということがいえます。精神障害者はとらえ方が難しいのですが、病院にかかっている人等の推計で約258万人といわれております。身体障害者約350万人、知的障害者約46万人となっています。問題は、650万人の障害者のうち、60歳以上の高齢者が7割を超えてきたということで、障害者問題と高齢者問題との議論につながっている、リンクしているといってもいいわけです。身体障害者福祉法で見る部分と老人関係で見る部分の連携というか制度の見直しも必要かもしれません。身体障害者では手足が不自由な方たちが圧倒的に多い。それから最近非常に増えてきたのが内部障害です。心臓、呼吸器、腎臓、小腸、膀胱、人工肛門などが増えてきています。腎臓、心臓、呼吸器これを3大循環器といいますが、それから器官とすれば膀胱、小腸、エイズも若干増えてきています。これから多分怪我をしたとか交通事故で車いすということもあるでしょうが、外部障害、先天的な障害は今は医療が進んでおり、今後少なくなってくるかもしれません。しかし、心臓、呼吸器、それから腎臓こういう内部障害がどんどん増えてくるかもしれません。人工透析なども非常に増えてきています。そういう対策をどうするのかというのは、先程言いました医療とか福祉だけではなくて様々な問題を含んでいるということです。

大きな問題は精神障害の問題です。統合失調症が多くてほとんどが入院しています。6割が入院です。3割近くが外来、外来では躁鬱病が多く、それから神経症、ストレスとかがあります。統合失調症は大きな問題なのですが、よく新聞に出るのが精神障害者の犯罪の問題です。外泊中とかそういうときに犯罪を犯すとマスコミが非常に大きく取り上げます。でも一般の人の再犯率と比べるとほとんど少ないのが事実です。精神障害者は危険だ危ないといわれがちです。一部池田小事件とかありましたが……。これまでの精神障害者の処遇は社会治安的な視点からなされていたことが多い。措置入院で医者が印を押せば強制的に病院に入院させられたということがあります。今は、二人以上の医者とかいろいろな制約がありますが。

ニーズの高度化・多様化

障害者のサービスはこれまで対象者別にされてきました。しかし、障害者の生活福祉問題・ニーズは非常に大きく変わってきて高度化・多様化してきました。これまでの社会福祉サービスという狭い福祉6法という中ではもう止まらず、住宅問題や生きがいの問題や雇用の問題など大きく変化してきています。だから従来のサービスでは対応できない。ニーズも変わってきています。20年位前に障害者運動が日本で大きく展開されました。その発端は仙台にある国立療養所の筋ジストロフィーの若い青年達で、できれば地域で暮らしたいといってアパートで暮らす運動が出てきました。ボランティアが支援しました。これが地域生活運動で障害者運動の発端になっています。あるいは脳性麻痺の会だとかいろいろグループが地域生活を求めて運動をしてきました。その時、私たちも含めて福祉関係者はどんなことを言ってきたか、自分のことも充分にできないのに地域で生活することは難しい、と言ってきました。でも、若い青年がいくらハンディがあろうが地域で生きていきたいというのは当たり前です。喫茶店に行きたいし、パチンコもしたい、でもそれは施設では制限があったということで大きく変化をしてきたわけです。ニーズが高度化してきたといえますか、高度化というか当たり前のニーズなのです。当たり前のニーズが顕在化してきたというように言っても良

いのかもしれません。

ノーマライゼーションの思想が1970年代あたりから本格化してきましたが、やっぱり施設処遇が中心だった。これは知的障害者が最たるものでしたし、それから精神障害者が病院というのも顕著でした。同時にその背景としては、家族の扶養意識が変化をしてきたことがあります。核家族化が進んで家族の支える能力が弱くなってきたということもあります。施設は確かにいろいろな問題がありましたけれども、大規模な施設から小規模な施設へ変わってきています。例えばコロニーがあります。栃木県でも氏家コロニー、茨城県でもコロニーができました。300人~400人が同じ敷地の中で生活をする。昔は非常に素晴らしいと言われていました。よく考えてみれば異常です。同じ敷地の中に生活しているのはみんな障害者です。ちょうどアメリカやヨーロッパではおかしい、それをなくそうというときに日本は施設の大規模化が始まっています。今やっと小規模多機能、コロニー解体論になってきています。できるだけ5人や10人のグループホームで、地域で暮らしていくということを支援していこうという動きになってきています。

ただ大きな問題が一つあるのは、施設に入っている人を地域に戻すことについて家族があまり賛成をしない。施設に入れば安心だという今までの在宅福祉の弱さがよく身にしみている。だから折角入れた子どもをいま引き取ってきても自分が年をとったら見られなくなるのではないか、だからできれば私は施設の方がいいというように言っています。ところがよくよく話してみると、最初はお母さん方が知的障害の子供達を地域で住ませたいから働く場所を作りたいということで作業所づくりが始まりました。バザーをやりいろんなことをやってお金を集めて作業所を作った。もともとは地域で生活をさせたいという気持ちがあったからでしょう。しかし、そうは言っても私たち年を取って他の兄弟に扶養の負担をかけたくないというのは親からすればあります。ただもう一度振り返ってみようということで、いま大きな施設から地域で受け入れ先をだんだん作って行って、親の会がもう一度、今度は施設を作って入れる運動ではなくて地域で自分の子どもたちを守っていこうというように変わりつつある。ここに行政や民間がどのくらい力を出せるかということが重要なカギだと思います。

障害者自立支援法

基本的にはどんな障害者でも生きているということが生命のエネルギーの燃焼だということを考えていくことが大事です。先般、障害者自立支援法ができました。私は自立支援法そのものに反対ではないのですが、仕組みが問題だと思います。「自立」という考え方とお金を取るという考え方がかなり出てきています。三つの障害は別々ですが、障害者にも介護保険の制度の一部を導入して同じようなやり方をとっています。障害程度区分の認定というのは非常に難しいのです。寝たきりは比較的判断しやすい。精神障害の障害の程度だとか介護度などというのは、あるいは自立度などというのはなかなか測定されません。環境によって大きく変わるわけです。多分介護保険の仕組みを導入したということは、近い将来3年後ぐらいいかもしれませんが、2009年あたりの介護保険の改正の中で一体化をしてくる。介護支援法とか介護及び自立支援法かになってきて、同じ仕組みで今までの公費負担から社会保険負担の方式にシフトし、国民から介護保険と同じようにお金を取るというやり方が出てくるだろうと思います。老人問題が国民共通の問題だといえば障害者問題だって国民共通の問題です。いつ身体障害になるとも限らないという切り口はあるかもしれません。この辺をどうとらえるのかと言うのは大きな課題です。注意をして見ていかなければならない問題です。

自立支援法では施設・在宅を問わず自立訓練・就労移行支援・就労継続・共同生活援助というのが非常に重要視されています。でもやっぱり就労できない。就労も福祉的就労もありますが、作業所とか精神障害の方は8時半から5時まで働けませんからワークシェアリングで午前中働いて休むとかということが大事です。私は自立支援を否定するつもりはありません

んが、あまり強調すると非常に厳しくなってくると思います。施設から出さなければならぬ、出さないと施設の費用がやっていけないという問題もでてきています。介護負担も1割になりました。知的障害者と精神障害者が作業所で働く収入は月約1万円です。1万円は高い方ですが、その施設を利用すると1万5千円の利用料が徴収されます。利用料を払って得た収入が1万円、2万5千円働けるんだったら1万5000円払っても1万円の収入がありますが、働いても5千円のマイナスになってしまうわけです。果たしてこれで生きがいを持って額に汗して働くということを彼らができるだろうかと思えます。そのように考えてみると、自立支援ではなく自立の足を引っ張るとらえ方ではないかということが言えると思えます。

自立を支援するための雇用拡大のために厚生労働省は何をやってきたか、民間企業に雇用率を義務づけています。しかし、法定雇用率を達成していない事業所は数多くあります。それは公表もしていない。雇用していない企業から反則金を取って雇用促進に努めているわけですが、どうなのでしょう。ものを作る仕事を分割していったら誰でもできる仕事があると思えます。駅そばとかラーメン屋さんを考えてみてください。片腕のない人が3人いたらできます。ゆでる人、丼を出す人、ネギを入れる人、仕事を分割すれば出来ると思えます。ワークシェアリングです。シルバー人材センターは、県全体で52億円くらいの契約があります。そこに知的障害の人と一緒に入れてもらって、例えばスーパーの駐車場で買い物かごを集めるとか、自転車を並べかえるとかいくらでも一緒にできるはずですが、だから高齢者ばかりではなくてワークシェアリングでいっしょに仕事を分かち合ってくれないかと言っているのですが、法律が違うからと言ってなかなかウンと言ってくれません。

先程言いましたように特養も厳しい、障害者施設も厳しい。例えば通所制度だと職員を何人が配置しています。それは何人来るということを想定して配置基準が決まっています。だから今までの補助金とか報酬は月額で決まっていた訳です。ところが今度は利用者が来なければ1日の人が減れば収入も減るわけです。しかし職員は来る来ないにかかわらず置いておかなければならない。熱出したり風邪をひいて休むかも知れません。そうすると常勤で雇っている人たちだけでもその根拠となる人たちが来なかったら赤字になるのは当たり前です。今非常に困っているわけです。職員の給料の問題も大きな問題になっています。

障害児教育

障害児教育ですが、この間学会で埼玉に行ってきました。最近、自閉症児がものすごく多くなってきています。普通学級ではとて対応できない子どもが多く、先生はそっちだけで精一杯です。自閉症の子どもを持つある保護者が言っていました。同じクラスのPTAの会合に行ってみると、あなたの子どもがいるおかげで私たちの子どもは十分な教育を受けられないよというのを目線で感じるということです。埼玉県は「支援籍」という制度を作りました。養護学校、普通通学校でもいいですが、養護学校に籍を置いて週によって普通学級に行ったり来たりする、場合によっては養護学校の先生が普通学級にいてそこで一緒にやる、ダブルシフトという形を作っています。そこに“ほほえみさわやか”という指導員が配置されていて、自閉症の育児の経験のある人が自閉症の子どもがいるクラスに配置されて、その子どもを見るという形でやっています。そこに時給いくら払うかという問題はありますが。そういう仕組みがあって非常に子どもの教育権が保障されている。私は県に入ったのは38年前ですが、障害福祉をやっているいろいろ疑問なことがありました。義務教育の猶予免除が禁止されたのが20年くらい前です。それまでは義務教育の猶予免除というのがされていました。重い障害者は学校に行かなくてもよかったのですが、教育を受ける権利がありながら基本的には猶予免除というのがされていた訳です。だから養護学校はあまりできていなかったのかも知れません。その間に教育権の保障の問題が出てきて、特殊学級や養護学校ができてき、でもまだ養護学校の高等部の設置は全部ではありません。栃木県の高等学校の進学率は99%ですが、

養護学校はそうではありません。中学校卒業すると施設にいくとかになります。私はこう考えます。知的障害は障害があるからこそ長い期間教育しなければならないと思うのです。だから私は障害者の短大があってもいいと思うし、専門学校があってもいいと思うのです。教育権の保障もこれは県レベルの問題ですが自治体間格差があります。

コメント

コメントですが、障害者の自立支援・地域生活支援は障害の発生の早期発見、早期療育、リハビリテーションなどと併せて極めて重要です。これは進んできました。栃木県でもリハビリテーションセンターができたし、発達支援センターができました。しかし、全体として仕組みや制度が遅れていると思います。特に地域社会の受け入れ態勢がなかなか難しい。さすがに現在は障害者の施設をつくることに反対という住民はなくなったかも知れませんが、東京ではまだあるようです。東京の反対運動は養護施設を出た子どもたち、あるいは児童自立支援施設ですが、その子ども達は18歳になると原則として施設を出なければならないので、その人たちの施設を作ろうという運動が進められました。住民が真っ先に反対をしたケースもあります。今後障害者も施設だけではなくて、小規模多機能型のものが必要なのではないかと思っています。サービスの一元化というのはいいのですが、三つの障害を果たして同じ法律の中で支援できるのかというのはあります。かつて「障害を持っていることは不幸ではない。けれどもこの国に生まれたことが不幸なのだ」といった名言があるわけですが、こうしたことを十分考えて障害者施策を推進すべきであろうと考えます。

(4) その他、児童などの生活福祉問題

かつて青森県で児童虐待問題が起きたときに青森県は児童相談所の職員を倍にしたと聞いています。栃木県で小山の事件があって翌年増員したのは数名と聞いています。埼玉県は今児童相談所の一時保護をNPOに頼む、そこには児童心理専門の職員を配置するとか、どこも今児童相談所の専門家を採用しています。栃木県は相変わらず行政職員を人事異動で回している。児童相談所の職員は厳しいと言っています。携帯を持たされて、今厚生労働省は48時間以内の対応を指導しています。現実的には48時間以内の対応は困難でしょう。虐待問題はすぐには解決できません。また現在のところ児童相談所の職員には立ち入り調査は認められていません。やはり親と子を離していくということについては後々のことを考えると若干躊躇せざるを得ない。ただ、緊急の場合については一時保護をしなければならないということがありますが、非常に大きな問題になってきています。

3 市町村合併と社会福祉

市町村合併もいいのですが、やはり光と影の部分があります。社会福祉の分野は影の部分として見られがちです。これからは地域福祉計画がやはり大事だというのは冒頭に話した通りです。合併により行政組織の改革や組織の変化があったが、それによって自治体の福祉機能がどう変化したかというのをまだ検証されていないのです。本当に住民が完全安心でよりよい行政サービスを受けられるようになったかということは全く検証されていないといっても過言ではありません。

市町村は全体的に人・物・金・戦略・専門性などが不十分ですが、福祉は本来はこれが全部必要なんです。特に戦略、専門性この辺は大事になってくるだろうと思います。現行の法律的に制定されたフォーマルサービスだけの対応が精一杯でなかなか住民のニーズに対応したサービスまでは行かない現状です。

民間の社会福祉団体、社会福祉協議会もありますが、これも大きな問題点が出てきています。合併したのだけれども何をしていたかわからない。行政よりはもっと合併前組織間の確執が強いようです。これまで独自に地域活動やってきた、それがいっしょになってやろうとい

うのだから行政どころではありません。ある市では支所を作ってやっていますが支所と本所がうまくいかない。同じレベルの課長がいっぱいいて指揮命令系統不十分というような社協もあるようです。

4 おわりに～まとめとして～

最後ですが、これまで「格差」について私見を述べさせていただきました。私は、市町村は住民に最も近い基礎的な自治体として住民生活の全ての分野に直接・間接的にかかわる必要があると思います。これは指定管理者制度などで民間委託したとしてもやはり基本的な責任というのは、住民の命と暮らしを守る、あるいはもっと質の高い生活を保障するための必須の条件だろうと思います。そういう意味では、医療・保健・介護を含む広義的な福祉が充実されなければならないと思います。縦割りでバラバラではなくて一人一人がその地域で生活し生き続けるための仕組みを考える必要があるだろうと思います。今後、自治体は直接的なサービスはかなり減らし、自らサービスを提供するのはギリギリの法定のサービスだけに、あとはできるだけ民間や社会資源に任せていく、それも私は選択肢であるし弾力的なことを考えねければなりません、責任の問題というのは必ずあると思います。規制緩和が必ずしもいいわけではありません。介護保険の不正事件、不正請求事件だとかいろんなことを考えるとやはり監視が必要です。一方では規制緩和しながら、一方では監視しないと公正性が保たれないというある面では福祉の特徴かも知れません。そのような意味では、もう一度地域を見つめるとか地域を耕すということを自分の自治体でやっていかなければ駄目なのではないかと思っています。

(本稿は、事務局が作成した講演記録を基に、講演者が加筆、修正したものである。)