

家族・地域社会のゆくえと高齢者介護

南山 浩二

はじめに

みなさん、こんにちは。静岡大学公開講座『高齢化社会における地域とまちづくり』に、ようこそお越しくださいました。本日の講師をつとめさせていただきます南山浩二でございます。よろしくお願い致します。今回は「家族・地域社会のゆくえと高齢者介護」と題してお話しできればと思います。大学院は人文社会科学研究所臨床人間科学専攻、学部は、人文学部社会科学科社会学コースに所属しており、専門は、家族社会学・臨床社会学・質的調査法です。具体的な研究としては、これまで、精神障害者（統合失調症）・高齢者・葉害HIV感染被害者と家族との関係について、ケア・介護に主な焦点をあてながら調査研究をしてきました。私の研究室のホームページもありますので、もしよろ

しければご覧ください（南山研究室ホームページアドレス
<http://www.geocities.jp/sociomiami/>）。

本日の講義の位置づけと概要

※今回の公開講座を振り返りながら

本題に入る前に、今回の公開講座『高齢化社会における地域とまちづくり』における本日の講義の位置づけについてご説明します。初回と第二回、特に初回の講義では、高齢者の方々が地域社会・文化の存続・再生のため、どのように活躍されているかという点に主に焦点があたっていたのではと思います。

六五歳以上の高齢者人口は、二〇〇九年九月一五日現在（推計）で、二八九八万人。総人口に占める割合は

二二・七%となっています。敬老の日特集ということで、新聞にも様々な統計データが掲載されていたのでご存じの方も多いのではないかと思います。調査結果をみてみますと、改めて確認できるのは、ひとくちに「高齢者」といってもその生活の実情は多様であるということです。地域・学区の活動、NPO、ボランティア、サークルなど様々な社会的活動に多くの高齢者のみなさんが参加されています。労働についてもそうですね。確かに、不安定な雇用状況や職を得にくい現状など、雇用をめぐる今日的な問題については留意が必要ですが、二〇〇八年のデータでいいますと六五歳以上の労働力人口は五五三万人に及んでいます。政策レベルでも高齢者の社会参加を支援する施策もさかんに展開されています。静岡県も「静岡県ふじの国長寿社会二〇一五年」プランを策定し、高齢者の社会参加の促進も視野に入れたまちづくりを目指しています。今回は、話題をかえて、もう一つの暮らしぶりの側面、介護に焦点をあててお話をしたいと思います。

★大きな関心事・社会的課題の一つとしての「介護」

介護の社会化という発想のもと、介護保険制度が施行されてから、はや一〇年あまりがたちました。この制度につ

いては見直しの必要性が議論されていますが、いずれにしましても、基本的には、高齢者介護を支える社会的なシステムの重要性については、広く認められていることだと思っています。

そして、健康や介護は、今日、多くの方々にとって、自分自身の生活・老後にとっても大きな関心事・心配事となっています。二〇〇七年度の「静岡県高齢者の生活と意識調査」によりますと、「自分の健康」が心配・不安であるとしているのは、五四%と半数をこえています。確かに「患者調査」の年齢別の受療率を見ると、受療率は、乳幼児期に一定割合、以降下降横ばいになっており、中高年期以降、年齢とともに上昇していることが分かります。それから、確認ですが、介護を必要としている方も少なくないわけです。二〇〇七年から二〇〇八年まで一年間のサービス受給者の調査結果をみますと、一年間の介護予防・介護サービス受給者約四四〇万人に及んでいます。こういうデータを見てみますと、やはり、健康や介護は私たちの暮らしにとって大きな関心事でありますし、重要な社会的課題であると改めて思うわけです。

＊重要な視点としての家族と地域社会

以上のようなことから、高齢者介護に的をしばってお話をしたいと思いますが、その際、重要な視点として加えたと思うているのは、家族と地域社会です。といいますのが、これまで、高齢化の進行に伴い介護が大きな社会的課題になるだろうと議論される中で、たびたび家族と地域社会が重要な役割を担うはずだという意見が出されてきました。少し、古い話になりますが、財政状況の急激な逼迫を一つの背景とし福祉予算を削減しようと政策転換が図られました。内閣でいうと中曽根内閣の時でしょうか。旧厚生省は、「日本型福祉社会論」という言葉を使って、日本独自の福祉社会を構築すべきだと提案しました。具体的には、北欧等の手厚い社会福祉、つまり福祉国家型の政策を日本も踏襲してきたが、多くの福祉国家は財政問題に直面しているの、同じ轍を踏むのではなく、今こそ、日本独自の政策を展開する必要があるとしたのです。その際、その役割が強調されたのが日本に固有の「福祉の含み資産」である家族と地域社会でした。とくに、家族については、第一義的に介護義務を担うべきだという見解は今も一定程度主要な意見としてあり続けているでしょう。かつて、ある大物の国会議員が「家族介護は美徳である」と発言したこともあり

ました。しかし、いろいろ調査してみますと、単純に家族や地域社会に任せておけばよいという話ではないことが分かってきます。ですので、こうした点に留意しながら、きちつと差し引いて議論した方がよいのではと思います。

「介護」をめぐる社会的背景

＊高齢社会としての日本

高齢化は、寿命ののびと子どもの数の減少、「多産多死」型社会から「少産少死」型社会への変化などを背景に生じる現象です。一般に高齢化という場合、人口全体にしめる高齢者人口（六五歳以上）の割合（高齢化率）が上昇することをさしています（高齢化率七％以上を「高齢化社会」（高齢化している社会）、高齢化率一四％以上を「高齢社会」（高齢化した社会）として区分する場合があります）。

総務省統計局二〇〇九年九月発表の高齢者人口は、先ほど申し上げたとおりですが、前年比で八〇万人増、〇・六％増となっています。過去に遡って高齢者人口割合の推移を調べてみますと、一九五二年五・〇％で二〇人に一人だったのが、現在、五人に一人の割合をこえているわけですね（資料①「男女別高齢者人口割合の推移」参照）。倍化年数（高

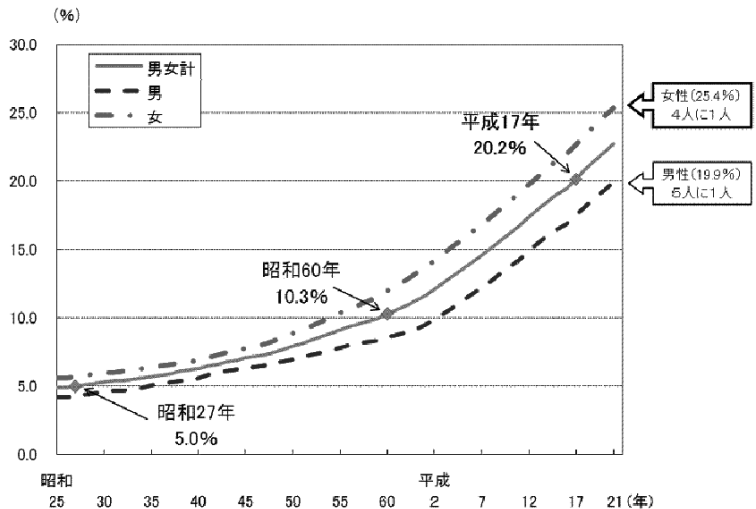
齢化率がある割合から二倍に到達するまでに要する年数)の国際比較などをみても、他国に比べ日本において高齢化が急速に進行してきたことが確認できます。

みなさんもご存じのことと思いますが、日本の高齢化の特徴は、他の国々と比較し高齢化率が高い、日本の高齢化の進展の歴史は浅く(＝高齢化の進展が急速に進行)、高齢化の将来到達水準が他国に比して高い、ということなんです。高齢者介護が急務の社会的課題であるとしてしばしば強調されるのは、こうした日本の高齢化現象の特徴が背景にあるわけです。

＋社会モデルの転換と家族・地域社会

人口増加社会では成長経済型モデルは前提としやすい社会モデルです。戦後の日本社会は「成長」を最大の価値としてきましたが、人口論的にいいますと、一九五〇年代以降の人口ボーナス(豊富な若年労働力と相対的に少ない扶養人口のコンビネーション)が、高度経済成長を後押しした一つの要因であったと考えられています。

現在、日本では、少子化・高齢化が進展し、人口減少モードに突入しています。懸念されるシナリオは、人口減少に伴い労働力が減少し、国民生産の低下、消費の冷え込みが



資料：「国勢調査」及び「推計人口」

注1) 平成20年及び21年は9月1日現在、その他の年は10月1日現在

2) 昭和46年までは沖縄県を含まない。

3) 国勢調査による割合は、年齢不詳をあん分した結果

資料① 男女別高齢者人口割合の推移

おこり、結果として社会保障水準が低下してしまうのではない、介護・看護・治安・消防・安全保障など国民生活の基盤をなす分野における人材確保が困難になるのでは、

ということですが。つまり社会全般の活力が急速に低下していく可能性が指摘されているのです。このようなシナリオをふまえながら、社会モデルをどのように転換していくべきかということが課題となっているわけです。もちろん、少子化対策や雇用・労働政策、景気対策など、様々な形で取り組んでいくことは必要ですが、人口・労働力の減少や経済の低成長を抜本的に解消することは簡単なことではありませんので、同時に「成長」することを第一義的な価値としない社会をみんなで構想していくことも重要ではないかと思えます。広井良典さんが、『定常型社会』（岩波書店）という著書の中で、新しい社会モデルとして「定常型社会」（＝経済成長や物質的富の拡大を絶対的目標としなくとも「豊かさ」の達成が充分に見込めるような社会）を提案されていますが、私もこのモデルに共感しています。

他方、こういった時代だからこそ、家族・地域が大事だという考えがあります。従来「家族」は、子を産み育て、人々を支える場として社会的に期待され、その役割を担ってきたといえるでしょうし、戦後社会福祉制度の根底を貫いてきたのも家族扶養主義（家族が第一義的な扶養責任を負うべきとする立場）だったと指摘されています。また地域についても、「まちづくり」という言葉をよく耳にしますし、今、

地域社会が改めて注目されていると感じます。しかしながら、既に申し上げましたが、こういった期待を単純に抱くことが難しい現状にあることも、やはりきちんと考えなければならぬということなんです。一つの例をお示しいと思います。リーマンショックで景気が冷え込み、失業率も上昇し、未だ出口が見えにくい厳しい経済状況が続いています。少し前ですが、ある報道番組のなかで「派遣切り」で近日中午に寮から退去しなければならなくなった人たちが、今後のことについて語り合っているシーンがありました。ひとり、家族がいる田舎に帰るといい、別のもうひとり、自分には帰る田舎（家族）がないから途方にくれていると語っていました。この人たちにとって、家族は、最後の最後の「頼みの綱」（＝セーフティネット）になっているわけです。やはり、家族がいる／いないということが、その人の生のあり様に直結してしまいやすい状況、頼りたくとも家族がいらない、あるいは、頼れない人もいるという現実をきちんとふまえなければならぬと思います。

＊新しい「社会現象」としての「介護」

あと、「昔から家族は「介護」をしていた」という考え方があります。こうした考え方は、「介護は家族がすべき」と

いう考え方の理由として示されることが多いように思えます。しかし、この見方も、少し歴史的に丹念に見ていくと、注意が必要であることがわかってきます。つまり、現代に生きる私たちが考えているような「介護」という現象が生まれてきたのは、歴史的にいうと案外新しいということです。

岡本祐三さんが『高齢者医療と福祉』（岩波書店）の中で、戦前・昭和二〇年代までの「介護」の様相をうかがい知ることが出来るある語りを紹介しながら、現代とは違う「介護」の実状について考察しています。その語りによれば、本人が普段は布団の上で暮らしているがなんとか身をおこすことができる場合ですが、できるだけ栄養のある食物、当時でいいますと主に卵などを優先的に食べさせてはいたので、朝、家族全員で農作業に行く際に、枕元におにぎりとお水をおいて、昼間は「なげておく」（＝放置しておく）のが普通で、夜、家に帰って、ようやくオシメをかえたということなんですね。身をおこすことが難しくなると、本人にあたえる水分や食物を減らしたり、場合によっては、全くあたえないこともあり、死期を早めた場合もあっただろうということなんですね。本人もわかっていて覚悟をきめていた。ですので、結果として、寝たきりの期間が長期化する

こともあまりなかったということです。岡本さんの整理によりますと、戦前または昭和二〇年代では確かに「介護」の担い手は「家族」であったが、「最後を看取る介護」であったということです。医療のバックアップのもと、重度の心身の障害がある高齢者を比較的長期にわたり介護するという現代の「介護」とは、かなり異なったものだということが分かります。

医療保険制度が充実（国民皆保険制度）したことで低所得層も受療可能となったことや老人医療費が無料化されたこと（今は、財政的な問題から自己負担が生じていますが）、医療技術の高度化や全般的な生活水準の上昇などを背景に、現代的な「介護」という現象が出現したということです。疾病構造が感染症中心から生活習慣病・慢性疾患中心へと変化し、生命の危機は回避しつつ病気を抱えながら生きる状態が可能となった、こういう社会状況の中で、今はもうこういった言葉は使わなくなりましたが、「寝たきり老人」といった表現も誕生したわけです。ここらへんの「介護」の内実がどのように歴史的に変化してきたかということについては、春日キスヨさんの『介護問題の社会学』（岩波書店）を見ていただければと思います。

ここまでのまとめをしておきたいと思います。データか

らしても「高齢者」の生活・暮らしぶりは多様であることが分かりますが、「介護」もやはり主要な社会的課題であることを確認しました。急速に少子高齢化が進展していく中で、再び、家族・地域社会に焦点があたっていますが、家族・地域社会の現状をふまえる必要性があります。私たちが思い浮かべる現代的な「介護」は、歴史的にいつて新しい現象であるということ、そして、「介護」の内実は変化し介護水準も上昇していることから、単純に、家族や地域社会に期待することは難しいことについて述べました。それでは、現代的な「介護」とは何か、さらに、その特徴について考えてみたいと思います。

「介護」の特徴

十 全般的特徴

いくつかの先行研究や介護を必要とする高齢者・介護者の体験が綴られた手記などを参考にしながら、介護の全般的特徴について考えてみたいと思います。最初に特徴を列挙しますと、①継続性が高い、②省力化がしにくい、③新たなコミュニケーションスキルが必要となる場合がある、④行動予測が困難な場合がある、などが考えられます。こ

うした特徴は、高齢者の心身の障害程度が重度であるほどより顕著なものとなる可能性が想起されます。

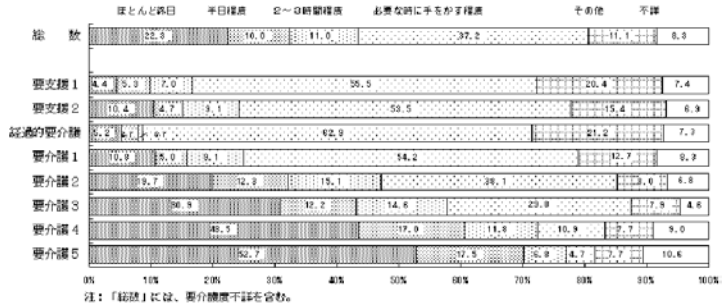
少し補足しておきましょう。まず、①継続性です。介護の場合、今日しっかり介護したので、明日は休みにしようというわけにはいきません。特に要介護度が高い場合では、二四時間体制で介護をされていたというお話をお聞きすることもあります。もちろん、夜も、状況を見ながら睡眠をとったり、昼間に仮眠をとったりして、ある程度睡眠時間を確保する努力はされていると思います。しかしながら、これではなかなか気も体も休まりませんね。

次に②省力化が困難であるということです。これは、介護者が介護の時間を省くべく労力を削減することが難しいということです。今日、リフトや介護用ベットなどの普及によって、だいたい介護者の負担が減っているともいえるかもしれませんが、将来的には、介護用のロボットやスーツが市販化すれば、介護の様相は大きく変化する可能性があるでしょう。しかし、今のところ、一部機械化しているとはいえ、日常的な介護のほとんどを担っているのは、介護者に他なりません。

そして、③新たなコミュニケーションスキルの必要性です。聴覚や視覚、言語などに障害がある場合、お互いに言

業を話し他者の言葉を理解するといった形での意志疎通ではない、新たなコミュニケーションの方法を工夫していく必要性が生じます。とりわけ認知症では、そのニーズが高まることが考えられますし、場合によっては、④行動予測の困難性も伴うこともあるでしょう。

以上まとめますと、介護は継続的なものであり介護者が休息をとりにくく、気配り（＝「共感」や「配慮」の努力）が求められるため、介護者に心身の疲労が蓄積されやすいということがいえるのではないかと思います。このグラフは、要介護度別の介護者が介護に要した時間を示していますが、確かに要介護度が重くなるほど、介護時間が顕著にのびていることがお分かりいただけます。

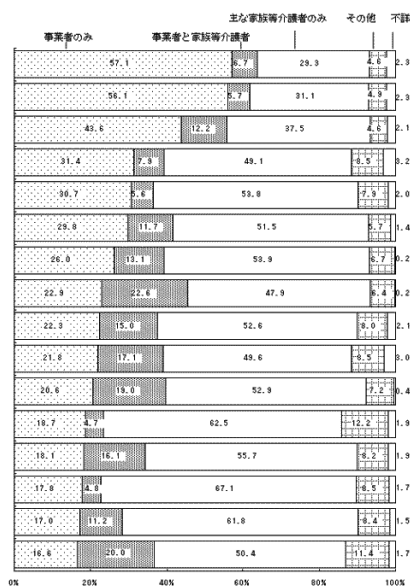


資料② 要介護度別 介護に要する時間／平成19年国民生活基礎調査

と思います（資料②「要介護度別介護に要する時間」）。次のグラフは、介護内容別にみた介護者の組合せの状況別構成割合ですが、どの介護内容でも介護保険サービスを主とした外部サービスの利用が一定程度ありますが、家族が何もやっていないかという決断してそうではないことが分かります。内容によっては、家族がやはり中心的に担っているんですね（資料③「介護内容別介護者の組み合わせ」）。

＋介護を必要とする人と介護をする人との関係性

介護の特徴についてもう少し焦点をしばって考えてみたいと思います。介護を必要とする高齢者と介護をする人との関係性についてです。介護を必要とする高齢者は、心身の障害ゆえに援助をうける位置にあるといえ、とりわけ障害が重い場合、その傾向は顕著なものとなるでしょう。この状況は、互酬性の原理に沿わない状況、すなわち、援助をうけつつ返礼ができない状態にあるといえます。社会学における議論で、社会的交換理論というものが有ります。この理論では、人間は、他者との関係を維持するために、日々、他者というものをやりとりしていると考ええます。ですので、人間関係を維持していくには、相手から何かを受け取ったならば、それに対して返礼をする必要が生



注：「その他」とは、「主たる家族等介護者」と「その他の家族等介護者」をいう。

資料③ 介護内容別介護者の組み合わせ／平成19年国民生活基礎調査

じますが、うまく交換が成り立たないと、人間関係もぎくしゃくしてしまうんですね。交換のルール（＝何を交換するか、どのタイミングで交換するかなど）が最も明確で分かりやすいのが経済的交換です。例えば、私がコンビニに行っておにぎりを一つ手に取ります。そしてレジに向かいコンビニの店員さんの前に差し出します。店員さんは、バーコードを読みとり値段を言い、私は、代金のお金を手渡しおにぎりを受け取るでしょう。そうです。商品とお金を交

換していますね。こうした経済的交換だけではなく、私たちは、日々、いろいろなものを他者と交換しています。おはようと挨拶されれば、おはようと言うでしょうし、いろいろお世話になったお返しに菓子折をわたすかもしれません。こうした交換という視点から、介護を必要とする人と介護をする人との関係をみてみましょう（拙著『精神障害者・家族の相互関係とストレス』ミネルヴァ書房を参照のこと）。

介護を必要とする人は、介護者から支援を受けていますが、その心身の障害ゆえ、またそれが重篤であるほど、日々受けている支援に対してなかなかお返しができないわけです。介護者にしてみれば、日々支援し続けていますが、それに対する報酬がない状態が続いているわけですね。つまり、依存する・される関係になるわけです。こういう状況ですと、場合によっては、介護を受けている高齢者には、「負い目」が生じやすいかもしれませんし、介護者には「報われなさ」がうまれるかもしれません。よく介護経験が綴られた手記などをみると、「ありがとう」と一言言われて胸がすっとしたといったことが書かれています。これは、介護者にしてみればその一言が返礼になって報われたということですね。

それから介護をめ

ぐっては、「羞恥心」

「当惑」「不浄感」「性

的な嫌悪感」など様々

な否定的感情が生起す

場合があります（春

日二〇〇一）。介護

は、一方向的なケアの

関係になりやすいとい

うことで、育児によく

似ていると言われます

が、決定的に育児と異

なることは、介護の対

象は成人であるという

ことです。成人ですか

ら、成長・社会化の過

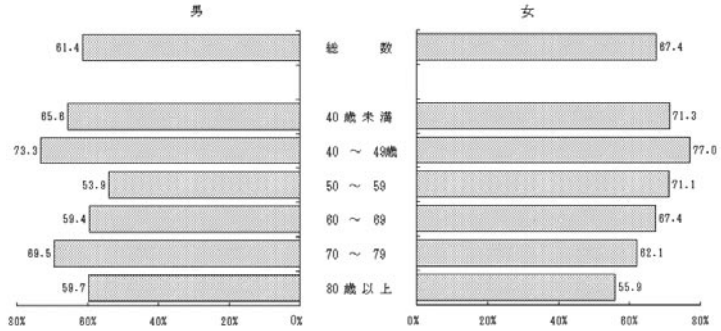
程で身体イメージ、排

泄物に対する一定の感覚、男である・女であるといったジェ

ンダーアイデンティティを獲得しているわけです。そうし

ますと大人同士ですから、いろいろと、介護場面で既にあ

げたような否定的感情が生起しやすいわけです。ですので、



資料④ 同居介護者で悩みやストレスのある者 (%) / 平成19年国民生活基礎調査

介護をうけている人も、介護する人も、こうした「否定的感情」をめぐっている不安や心配を抱え、気遣うことも増えてきます。

以上「介護」の特徴を概観してきましたが、介護は継続的なものですし、実際に体力も必要です。いろいろな気遣

いも求められますので、介護をめぐるス

トレスも増幅してい

く可能性があります。

心身の疲労が蓄積し、

介護者の気力・体力

をこえてしまう場合

もあるわけです。資

料④（「同居してい

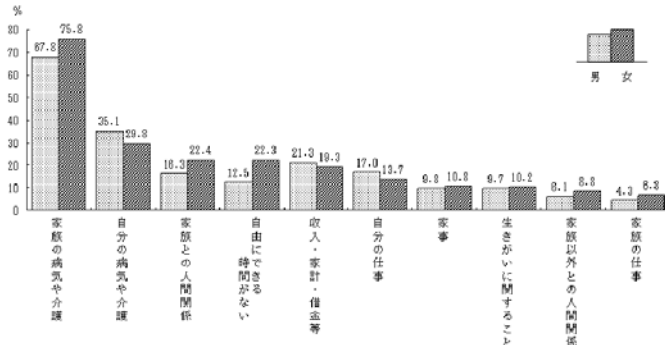
る主な介護者の悩みや

ストレスのある者」）

資料⑤（「同居してい

る主な介護者の悩み

やストレスの原因」）



資料⑤ 介護者の悩みやストレスの原因 (%)・複数回答 / 平成19年国民生活基礎調査

た限界状態での介護というのは、実は介護の質にもあまりよい影響を与えないとの指摘もあります。やはり、支援、制度サービスをうまく利用して抱え込まない、介護関係を外に対して閉じない「開いた関係」にしていくことが重要です。

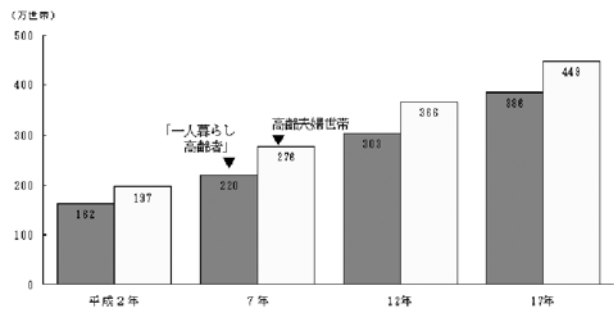
家族・地域社会の変化

① 家族の変化——世帯構成と家族意識

世帯構成の変化について国勢調査の結果から見てみたいと思います。国勢調査は、五年ごとに実施されていますが、二〇〇五年調査が最新で第一八回目となっております。二〇〇〇年と二〇〇五年を比較してみますと、一世帯当たり人員は二・五五人に減少しており、世帯規模の縮小化の傾向が読みとれます。一人暮らし世帯（単独世帯）の増加が顕著で、核家族世帯が三・九%増ですが、核家族として想起しやすい「夫婦と子供から成る世帯」は一・八%減で、増えているのは「夫婦のみの世帯」（九・一%増）なんです。さらに、高齢者に焦点をあてますと、「一人暮らし高齢者」「高齢夫婦世帯」の割合の増加が顕著です（資料⑥）「一人暮らし高齢者と高齢者夫婦世帯の推移」。今後、こうした高

齢者世帯の更なる増加が見込まれていますが、このことは、高齢者が家族・親族による支援が得にくく、高齢者による高齢者介護の可能性も高まるということです。「老老介護」という言葉をご存じかと思いますが、最近では認知症患者が年々増えていることもあり、「認知介護」という言葉も生まれてきました。つまり認知症を患う高齢者を同じく認知症を患う高齢者が介護するということです。

つぎに、家族意識の変化です。明治民法下では家制度というものがありませんでした。端的に言って、家長・男性を中心とし家の連続性などが重要な価値に位置づけられていた家族制度でした。戦後、家制度が廃止されて、夫婦を中心とした夫婦家族制が導入されましたが、高度経済成長期以降、



資料⑥ 一人暮らし高齢者と高齢者夫婦世帯の推移／国勢調査

都市を中心に実態的にも、夫婦を中心とした家族が出現していくこととなります。しかし、家族意識は、こうした家族制度の変遷と必ずしも時間的・内容的には同じではありません。一定の地域・世代・階層等では「家」意識の持続性が見られましたし、今もそのような傾向が残っているともいえるでしょう。例えば、長男があとつぎである、とか、老親介護は長男の嫁の仕事、というものが「家」意識にあてはまります。いかがでしょうか。

今日、必ずしも長男の嫁であることを前提にしない介護のあり方が出現しています。息子の嫁ではなく自分の娘へという例や、こどもが協力しあって介護をするというケースです。男性も介護に積極的に関われるような条件整備も必要性との認識も高まっています。介護は嫁、女性が行うもの、という意識は今後さらに変化していくものと思われるますし、介護は、より家族・親族間における協議や調整に基づくものになっていく可能性があります。「遠距離介護」「選択的介護」という言葉が出てきたのも、こうした社会状況を反映しているのではないかと思います。

先ほどの介護の特徴も含めて、上記のような家族の構成や意識の変化をふまえますと、「昔から家族が担っていたのだから家族が介護を」と簡単にいえない状況にあります。

ですので、こうした状況をふまえた高齢者・家族を支える仕組みこそが必要性だということになります。

＋地域社会の変化と再生にむけて

では、地域社会はどうでしょうか。一九六〇年代～七〇年代の高度経済成長期、農村部等から都市部への大規模な人口移動がおこりました。そうですね。ご存じの通り、過疎化・過密化が大きな社会問題となりました。先ほど述べましたが、ちょうどこの時期「家族」をめぐるても大きな変化が生じたわけです。過疎地域では共同体が脆弱化し住民組織の維持も困難になり、過密化した都市部では、住民間のつながりの希薄化などが指摘されるようになり、地域を「福祉コミュニティ」（奥田 一九七一）として再生する必要性があるとの議論が登場してきました。

国・行政の政策展開を概観してみますと、一九八〇年代あたりから、様々な形でボランティア活動の推進ははかられてきましたが、一九九五年「ボランティア元年」以降、非常に活発化した市民による自主的な福祉活動を支援していかうという動きが顕著になります。これが、市民の非営利活動を支援することを目的とした特定非営利活動促進法の制定（一九九八）に結びついていくこととなります。N

POに対する支援策も展開されていますし、企業による様々な社会貢献・社会還元的な取り組みも見られるようになりました。介護保険制度も、理念として身近な地域における高齢者の生活を支援することを位置づけていますし、地域を「福祉コミュニティ」として再生しようとする試みは、今日まで引き続き、いろいろな形で展開されてきているともいえるでしょう。

＋福祉コミュニティとは何か

福祉コミュニティの定義ですが次のようになります（中野二〇〇七：一四四頁）。福祉コミュニティとは「ある特定の地理的範囲内に居住する要援護者とその家族援護者を中核として、彼らが居宅で通常の生活を営めるように援助するインフォーマル及びフォーマルなサービス提供者と、さらに、その地理的範囲内の住民が要援護状態に陥らないように自発的に相互援助を行う住民とフォーマルな予防サービスの提供者が、援助と予防という共通関心に基づいて、相互に結び合わされた社会関係のネットワークの総体」ということになります。

福祉コミュニティの範囲ですが、居住・生活の場となっている一定の地域ということです。援助と予防、相互に支

援しあう関係の構築を共通関心としながら、要援護者と家族援護者が通常の居宅生活を継続できるようにするとともに、住民が要援護状態に陥ることを防止することを目的とします。こうした目的を達成するためには、インフォーマル及びフォーマルなサービス提供者と住民が連携して最適切かつ総合的な援助・サービスを提供していくことが必要になるわけです。

静岡県「ふじのくに長寿社会二〇一一年三か年計画」をみてみると、「予防」「備え」「絆」をキーワードに、援助と予防が前提となる理念として位置づけられていますし、地域住民や各種団体の参加と協働が重要であるとされています。行政任せではなく、地域住民も主体的にまちづくりに参加し、NPO、ボランティア、企業等各種団体も参加・協働していくということです。すでに静岡各地で、住民が参加した福祉のまちづくりへの挑戦が始まっています。県内ですと記事をご紹介しました「認知症サポーター」「S型デイサービス」「いきいきサロン」などの取り組みがあげられます。

＋地域再生をめぐる課題

福祉コミュニティとして地域社会を再生していくために

は、既存の社会関係を生かしたネットワークを形成し、ケアを必要とする人・ケアする人を支えていくつながり、「予防」「健康づくり」にも焦点をあてた支援を充実させていくことが必要です。福祉というと、ごく一部の人を対象としたものであり、暮らし全般、とくに経済活動には関わりのないことのように思われがちですが、そうではありません。福祉とは、人をケアすることを支え、生活を支えていくことに他なりません。生活に不安のないまちづくりは、そのまちのアメニティ・付加価値を高め、地域の活性化をもたらすものであるとの認識を持つことが重要だと思います。その地域に魅力を感じ住みたいと思う人も増えるでしょうし、結果的に経済的・財政的にも潤い、行政サービスも豊かになるという好循環が生まれる可能性があります。

しかしながら、様々な問題点があることも現実です。福祉のまちづくりには、地域住民の間に、援助と予防、相互に支援しあう関係の重要性といった目標や理念が共有されることが重要ですが、現実的には、なかなか一筋縄ではないわけですね。比較的住民の流入が激しい地域では、そもそも共有しようと思っても、人がどんどん入れ替わってしまうわけですから難しいでしょうし、そういった地域でなくとも、世代間のギャップが大きい場合も少なくない

ですね。それから、連携・ネットワーク化が必要といっても、人・サービスの不在を背景に難しいという問題もあるでしょう。それから、いくら住民参加型のまちづくりだからといって、行政・専門家は何もしなくてもよいということではないですね。基本的な公的制度サービスや行政支援は必要ですが、これについても十分ではないという問題が考えられます。お手元の新聞記事のコピーを見ていただければと思います。

それから、地域といった場合、どの程度の範囲を想定するかということですね。行政的には、保健医療福祉サービスを効率的・効果的に提供することを目的として、圏域等を設けていますが、住民サイドから考えた場合、より居住・生活に密着した形で、地域の単位を想定していく必要があるでしょう。例えば、すでに存在している町内会や学区単位での組織体を前提とするというのも現実的です。それから、地域の実情をふまえつつ福祉コミュニティを構想・構築していくことが必要です。市町村間での高齢化率、高齢者世帯割合にも大きな開きがありますし、実は、同じ市町村内でも、町内会の間で高齢化率・高齢者世帯割合もかなり違う場合があります。経済・財政状況、地理的条件も含んだ地域特性も違うでしょうし、文化も異なります。やは

り、本当にまちをどうしていくかということを考えた場合、こうした実状の違いをどこまでふまえて個別的に考えているのかということに成否が左右されてしまうわけです。福祉のまちづくり構想は、理念としては異論はありませんが、具現化することはそう簡単ではないということを改めて確認してお

く必要がある
かと思っていま
す。静岡県を
例にとります
と、かなり高
齢化率に地域
差があるんで
すね。また、
統計データは
ありませんが、
静岡市は市全
体ですと、現
在の高齢化率
は二三・五%
ですが、静岡市

主な介護者の性・年齢階級

性別	年齢階級	割合 (%)
男	40歳未満	2.8
	40～49	28.4
	50～59	24.9
	60～69	12.0
	70～79	19.1
	80歳以上	8.4
女	40歳未満	2.8
	40～49	31.6
	50～59	24.3
	60～69	29.3
	70～79	19.1
	80歳以上	8.4

資料⑦ 主な介護者／平成19年国民生活基礎調査

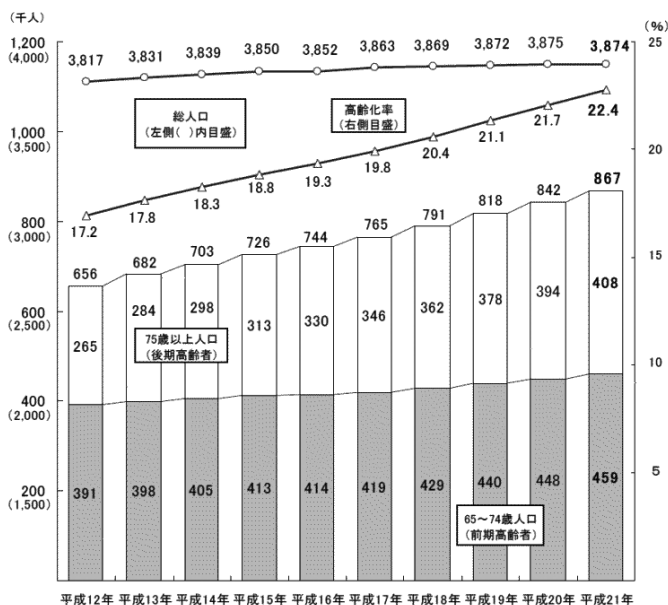
資料⑦ 主な介護者／平成19年国民生活基礎調査

も広いですから、山間地域に比べ高齢化率が高い傾向がありますし、比較的、市の中心地であるといっても、比較的古くからの街ですと、昔からの住民の方が多いので、高齢化率が案外高く、お年寄りのひとり暮らしも少なくないですね。やはり、こうした高齢化率の違いをはじめとした、個々の地域の実状を考えながら、福祉コミュニティを構築・構築していくことが必要であると思います（資料⑦～⑩）。

まとめにかえて

介護は歴史的に新しい社会現象であり、介護水準も上昇しました。介護の特徴や内実、家族や地域の変化・実状を考えても、家族が介護を担うべきものと当然視することはできない現実があります。介護を通じて、高齢者はもとより家族の生活や人生が逼迫してしまい、両者の関係がストレスに満ちたものとなってしまふことを回避するためには、高齢者・家族・介護者を支える仕組みが必要であるといえるでしょう。今、静岡県をはじめ全国の地方自治体で構想されている福祉のまちづくり（＝地域社会の福祉コミュニティの再生）は、その一つの重要な方策として位置づけられると思います。

まず何よりも、公的サービス・支援等が基盤として整っていることが肝要ですが、福祉のまちづくりの理念と目的を、行政・諸機関も含め多くの地域住民の間で共有していくことが重要であると思いますし、住民の「暮らしやすいまちにしたい」という意識と積極的な参加が必要です。そ



資料⑧ 高齢者人口の推移／平成21年静岡県の高齢者の人口と世帯

れから、いろいろな福祉のまちづくり計画を見ますとやや予防という観点が強調されやすい傾向にあり、やはり、援助と予防のバランスと組み合わせが重要だと思えます。最初に確認しましたように、やはり高齢者の存在のあり様というのは多様な場合、高齢者が充分に尊厳を保ちながら介護を受けることができる条件を整えておく、これはやはり基本であると思います。予防ばかりが強調される社会では、病気・障害がある人々を社会の周縁へと押しやってしまう（＝社会的に排除してしまう）社会になりがちだからです。

順位	高 位		低 位	
	市町名	高齢化率(%)	市町名	高齢化率(%)
1	川根本町	40.7 (39.5)	裾野市	18.0 (17.3)
2	西伊豆町	38.8 (37.9)	袋井市	18.1 (17.7)
3	熱海市	36.3 (35.2)	御殿場市	18.2 (17.8)
4	南伊豆町	35.7 (35.2)	長泉町	18.2 (17.6)
5	松崎町	35.4 (34.8)	湖西市	18.5 (17.8)

資料⑨ 市町村別高齢化率順位表／平成21年静岡県の高齢者の人口と世帯

順位	割合が高い順		割合が低い順	
	市町名	割合	市町名	割合
1	熱海市	30.2% (29.5%)	菊川市	5.3% (5.3%)
2	下田市	23.8% (23.7%)	裾野市	5.8% (5.6%)
3	東伊豆町	23.1% (22.0%)	島田市	6.5% (6.5%)
4	河津町	20.1% (18.4%)	牧之原市	6.7% (6.6%)
5	南伊豆町	19.8% (19.7%)	御前崎市	7.4% (7.2%)

※()内は、平成20年4月1日現在

資料⑩ 市町村別高齢者人口に占めるひとり暮らし高齢者の割合／平成21年静岡県の高齢者の人口と世帯

参考文献

- 岡本祐三『高齢者医療と福祉』岩波書店、一九九六年
- 奥田道大「コミュニティ形成の理論と住民意識」磯村英一他編『都市形成の論理と住民』東京大学出版会、一九七一年
- 春日キスヨ『介護問題の社会学』岩波書店、二〇〇一年
- 中野いく子「福祉コミュニティの考え方と形成」『地域福祉論』中央法規出版、二〇〇七年
- 広井良典『定常型社会―新しい「豊かさ」の構想』岩波書店、二〇〇一年
- 南山浩二『精神障害者―家族の相互関係とストレス』ミネルヴァ書房、二〇〇六年