

第5章

よりよい生活を求めて ——介護サービスの利用実態から

大阪市立大学文学部 学部生
桂 智子

5.1 はじめに

今回私たちが聞き取り調査を行った人々は、高齢になり生活費を稼ぐことが難しい、頼れる身内がない、など様々な理由により生活保護を受けて暮らしている。生活保護を受けている人は、職を得ることができず働けないでいる高齢者、特に「非稼働年齢」とみなされる65歳以上の高齢者が多い。生活保護は、生活保護を受ける以外に生計の手段を持たない人に支給されるものだからである。高齢者が多いため、やはり医療や福祉のサービスを必要とする人も増えてくる。まして生活保護を受けて暮らすということは、多かれ少なかれ、自分で働き稼いで暮らすよりも生活の上で様々な制限がかかってくる。

毎日の食費や光熱費を切り詰め、最低限の生活を何とか送っているという人も多く、食費を切り詰めるために食事の回数を減らしたり、スーパーでも惣菜は買わないようにする（惣菜は値段が高いため）などして十分な栄養を取れていない人も多い。

趣味や娯楽を楽しむ余裕がないなどして、精神的にゆとりがなく生きる活力を見出せない人もいる。

また今回私たちが聞き取りを行った人々は、そのほとんどが野宿生活を経てから生活保護を受けるようになった单身男性である。聞き取りをしていると「料理は全くしない」、「(病気、精神的疾患により)あまり動けない(もしくは、動きたくない)」といった声も多く、彼らには充実した福祉サービス、社会資源がより必要である。

社会資源と一言でいっても、医療・介護・配食サービス・金銭管理・服薬管理…というように、生活のあらゆる面で一人一人の状況に応じて必要となるものなので、「これだけあれば大丈夫」ということはない。同じサービスを受けていても、Aさんには適切なのにBさんには不十分、ということもある。今回の聞き取りにおいて、現時点で社会資源を何か利用しているかと尋ねたところ多かったのが、ホームヘルパーなどの介護保険制度の利用である。

介護保険制度は、国や行政など上からの目線ではなく利用者が必要なサービスを必要なときに受けること、また「自立した日常生活を営む」ことができるようになることを目的として2000年にスタートした。そのような理念はあるが、実際に介護サービスを受けている人はどのように感じているのか。聞き取りをしてみて、この介護サービスの利用一つをとっていても各利用者が感じていることは様々であり、改めて社会資源を有効利用することの難しさを感じた。

難しい問題ではあるが現状を知って、足りないものは何なのか、どう変えていけば良いのかを探ってい

かなければならない。この章では、介護保険制度という社会資源の一般的な問題点を取り上げた後、生活保護を受けている単身男性たちのヘルパー利用に関する声、そこからさらにこれから必要となってくる社会資源について考えてみたい。

5.2 介護保険制度の流れ

5.2.1 介護保険制度の成立

介護保険が始まる前の高齢者福祉サービスは、市区町村が必要の有無やサービス内容を決める措置制度で、低所得者が主な対象だった。このため、いわゆる中間層以上は“家族介護”が当然とされ、介護をする家族の負担は大きかった。さらに、医療と介護の区別があいまいだったため、治療が必要でなくても病院で過ごす”社会的入院”も問題となっていた。

介護保険制度の目的としては、このような家族の負担を軽減したり、医療と介護の区分の明確化によって医療費高騰を抑えそれぞれ独自のシステムを構築することにある（結城、2008）。

確かにこの制度ができたことによって、中間層以上の家族は、以前より介護の負担から解放されたことであろう。制度が始まった2000年から制度改正後の2007年までの間で、在宅サービスや施設サービスを利用する人の数は、在宅サービス利用者は97万人から257万人、施設サービス利用者は52万人から81万人になっている。全体としては、149万人から356万人まで利用者は増えている。

しかしながら、“家族介護”の負担軽減を目的としたこの制度は、家族がいることを前提に作られたものであって、介護の必要な単身者がこの制度を利用して、居宅で十分に生活できるように設計されたものではなかった。

5.2.2 介護保険制度の始まりと改正

介護保険制度が始まる前の措置制度に対し、2000年に始まった介護保険制度は利用者がそのニーズに合わせて利用できるようになり、それまでよりも利用者主体の制度になったといえる。それは、中間層だけでなく、それまで措置制度として福祉サービスを受けていた生活保護受給者を含む低所得者にとっても良かったことであるといえる。

ただ介護保険制度が“家族介護”を前提としていることを踏まえると、中間層以上は、介護をする家族が介護の負担から解放され、単身者なら自分でお金を払えばサービスを増やすことができるが、単身の、生活保護受給者を含む低所得者への介護は十分なものとはなっていない。

3節で詳しく取り上げるが、生活保護を受けている人々には家族がいない人が多く“家族介護”という前提は通用しない。介護保険制度による「家族の負担軽減」というメリットは関係なく、利用する本人にとっては使いにくい制度になっている場合があるのだ。

さらに、2006年にはこの制度の改正が行われている。

この改正によって「予防重視」の政策が打ち出され”認定ランク”が変更された。“認定ランク”とは病気や障害の重さではなく、介護の手間や介護にかかる時間を客観的に判断したものである。それまで「要支援」だった人が「要支援1」に、「要介護1」だった人は、「要支援2」と「要介護1」に分けられ（要介護2～5については以前と変わらない）、認知症の人や病状が不安定な人を除いて、原則として「要支援2」にランク下げされた

「要介護」から「要支援」にランク下げされると、受けられるのは「介護サービス」から「介護予防サー

ビス」になり、電動ベッド（特殊寝台）や車椅子などの福祉用具レンタルの利用品目が制限されたり、利用できるサービスが減ることになる。

その結果、必要な介護サービスが切り捨てられ、「介護難民」と呼ばれる人たちが生まれている（小竹、2007）^{*1}。

サービスを受けるための手続きも改正前より複雑になり、利用者が本当に受けたサービスが受けられない状態に追い込まれている。改正したことで、逆に利用者には困惑が広がっているのである。

2009年春に介護保険制度はまた見直しされる。利用する“権利”を主張して始まった介護保険制度であるが、いまだ様々な面で制限をかけられて利用者の欲しいサービスが使えていないのが現状である。

家族がいる利用者にとっても不便な面はあるが、そもそも2000年に発足した介護保険制度は家族がいることを前提に“家族介護”の負担を軽減する目的で作られたため、家族がいない単身の、生活保護受給者を含む低所得者は、介護保険制度を利用するに当たってより多くの問題を抱えることになる。

以下、その問題点について述べていきたい。

5.3 生活保護受給者の介護保険利用

今回の調査対象者である、NPO 釜ヶ崎支援機構を通じて生活保護を受けた人々は、現在家族のいない人・家族とは音信不通であるという人が多く、単身で暮らす人がほとんどである。前述の通り、生活保護費は資産調査、扶養調査、稼働調査などを行い、もう生活保護を受ける以外に生計の手段がない人に対して、原則的には支給されることになっている。

生活保護受給者の場合は、介護保険制度を利用する上での費用は、介護保険料を納める必要のある人については生活扶助で補填し、サービス利用料は介護扶助によって負担することができる。

よって、生活保護受給者が利用したい介護サービスがあれば、生活保護費で賄うことが可能である。

2000年に介護保険制度が始まる前に行われていた社会福祉制度（措置制度）は、必要だと思われる人に対して行政がサービスの内容を決めるものだった。そのため生活保護受給者や低所得者は、措置制度においても行政からある程度の福祉サービスを受けることができたが、介護事業所やサービスの種類は少なく施設入所が中心で、施設に入るのにも時間がかかっていた。あまり質のよいサービスとはいえなかったのである。

介護保険制度が始まったことによって事業所やサービスの種類が増え、それまでほとんどなかった社会資源が供給されて、サービスの質が上がったことは事実である。そして措置制度しかなかった時より利用者も増えた。

しかし、介護保険制度が始まり、特に2006年の改正後には、家族のいない一人暮らしの生活保護受給者は介護保険サービス利用時だけでなく、申請時や申請後にも不利益を被っている。問題となるのは、生活保護を受けている人々には自分の面倒をみてくれるような家族や親類がいないというケースが非常に多いことである。彼らが頼るところは福祉サービスのみなのであって、日本的な“家族による在宅介護”は期待できない。

支えている“家族”がいるということを前提に考えると、家族の負担を軽くし利用者にとっても種類が

^{*1} 本文で取り上げたこと以外にも改正による変更点がある。介護保険財政の支出の伸びを抑える「給付抑制」や、サービス利用料に応じて原則1割を支払う「応益負担」（「1割負担」）などだ。「給付抑制」により、保険料は増えないかもしれないが実際は介護サービスにおける自己負担額が増えることになっている。「給付抑制」や、「応能負担」から「応益負担」への変更によって利用者の経済的な負担は大きくなり、サービス利用を控える高齢者が出てきている。

豊富なサービスを受けられる介護保険制度だが、生活保護を受け単身で暮らしている人々にとっては、次のような点においてこの制度が逆にマイナスの効果をもたらしているともいえる。

まず、今回調査を行った野宿から生活保護を受けるようになった人々は、家族や相談できる相手が少なく、情報量の不足ゆえにサービスを利用したいと思ってもどこに相談に行けばよいかわからない、ということである。ちなみに、単身男性の多い釜ヶ崎では、家の近くにある介護事業所を自ら探し、直接事業所に行って申請を開始する人が多いようだ。

次に、申請できたとしても訪問調査や介護度の認定をしてもらうまでに約1ヶ月かかる。その間、家族がおらず誰にも面倒をみてもらえない単身男性の生活保護受給者は、どのようにして過ごすのかという問題がある。制度改正前は、介護度が認定される前にサービスを提供するという「前倒し」の制度を行っていた事業所もあったが、改正後はそれも難しくなった*2。

また、介護度が認定されると、たとえば「要支援1」や「要介護2」などそれぞれの介護度に応じて受けられるサービスの上限が決まっている。お金を上乗せすれば、上限以上のサービスを受けることも可能だが、生活保護受給者は上限以上のサービスを受けることは認められていない。仮に認められていたとしても、上乗せしてお金を払うということは金銭的に楽なことではない。家族がいれば足りない部分を家族が補助することもできるが、単身者は、家族はもちろん、家族同様に頼れる人がいないことが多い。

サービスの上限が決められていると、介護度が認定されてサービスを受け始めてから利用者が「上限の範囲内のサービスでは足りない」と感じたときに、介護度を変更したい場合が出てくる。しかし、ここでもまず情報量の少なさゆえに、そもそも変更できるということを知らない人もいる。毎日一緒に暮らす家族がいれば、本人の体や精神状態の変化に気づき変更を勧める人もいるだろうが、本人があきらめてそのままでもいることもある。

ケースワーカーも、1人が抱えている人数が多いため特定の人に注意を向けることができず、本人の変化に気づけない。聞き取りの中でも本来よりケースワーカーの訪れる回数が少ない人が多かった*3。

最後に、変更を申請しても「予防重視」の考え方から認定ランクを上げることは難しく、なかなか認められない。認知症の人であれば比較的高い介護度がつくこともあるが、体が悪くても精神面がしっかりしているとあまり高いランクはつかないのだという。かえって下げられてしまうことも多いそうだ*4。ランクが上がらなければ現状以上のサービスを受けられないので、単身で暮らしている人々にとっては介護保険を利用して居宅で十分な生活を送ることは難しいのである。

*2 「前倒し」の制度を行うかどうかは各事業所による。事業所のケアマネージャーが介護度申請の際の訪問調査に立ち会い、事業所にあるパソコンのソフトを用いて訪問調査のデータから申請者の介護度を予想する。そして予想した介護度に従ってケアプランを作成し、介護度の認定が出る前からサービスを開始することが「前倒し」である。正式に介護度が出れば、過去にさかのぼって事業所がサービス料を徴収する。改正前は、予想した介護度と正式な介護度がずれることはほとんどなかったため、認定が出てからサービス料を徴収できた。しかし、制度改正後は「予防給付」の考え方から「要支援1、2」ができたため、認定された介護度が予想した介護度よりも下がる可能性が大きくなり、予想が難しくなった。もしも下がっていた場合、事業所が不利益を被ることになる。また、「要支援1、2」と認定された場合、担当が事業所ではなく地域包括支援センターのケアマネージャーに変わるため、事業所がサービス料を回収することはできなくなった。

*3 ケースワーカーの訪問回数の少なさの例

…ケースワーカーはめったに来ず、3ヶ月に1回くらい。どれくらい来るのですか、と聞いたら「そんなに…やね」と苦笑いしていた。ちょっと来てすぐに帰ってしまうらしい。ケースワーカーの人が体調の相談にのったりするのか尋ねると、「いやー…」と首をかしげていた。(事例12、男性、60代前半)

…ケースワーカーは10日ほど前に来た。めったに来ない。上の階の60代の人のところには2、3ヶ月に1回くるらしい。自分のところにはそんなに来ない。(事例10、男性、60代後半)

*4 筆者の知り合いの看護師は、少々体に不自由があっても話がしっかりとできたり頭の回転の良い人は高いランクがつくことは少ない、と話していた。

5.4 生活保護受給者の事例

今回の聞き取りの中でヘルパーを利用している人々は、それぞれ皆介護度やヘルパーの必要な程度は違っていたが、ほぼ全員利用時間は1～1.5時間だった。もちろん、その時間内でヘルパーを利用することに何も問題がなく助かっているという人もいれば、もう少し利用時間を増やしたいという人もいた。

その中には気になるケースもあった。例えば、右半身がマヒしている男性だ。

彼は一昨年まで働いていたが、作中に倒れてしまう。脳内出血だった。約9ヶ月間入院し、退院してから生活保護を受けるようになった。現在は障害者手帳も持っている。

…外出は全くしない。したくても出来ない。身体の右半分が硬直して、しびれがひどいので歩くと足首が痛くなったり、足先が曲がって歩きにくい。補助具をつけることを考えたこともあるが、上手くつけられないので普通のサンダルを使っている。部屋はフローリングで、歩くのが楽だそう。しかし、本人は立つのにも必死である。車椅子は動くのが大変だし、他人に世話をかけるのがイヤだからムリして歩く練習をした。そのおかげで今は動いていると思う。涼しくなって外に行けるようになったら行きたいと思っている。ヘルパーや友人にもそう伝えているらしい。でも、本人はやはりしんどい。「自分の思い通りにならん。ここまでしんどくなるとは…」。ストレスは溜まるし、身体がピリピリする。24時間こんな感じだから、休まる時がないそうだ。「何もしていない普通の状態が、普通じゃないのがしんどい」。気分転換は「なるべく考えないようにしている」そうだ。(事例12、男性、60代前半)

この男性は上述のように、部屋の中ですら1人で歩くことに困難を感じている。身体の半分が硬直してしまい、筋肉が衰えているため皮膚が垂れ下がってくるし、体温調節も上手く出来ない。人に頼みすぎると自分がどんどんダメになる、と言って積極的に自分で出来ることをしようとしている。しかし、このような障害を抱えながら自分1人で暮らしていくことには、当然不安がつきまとう。

…「(硬直した時は)たいがい辛抱する。ヘルパーにもっと頼れればいいんやろうけど、そうなったら入院とかになるし」。「このままいったら(=死ぬ)…」と思ったこともある。(事例12、男性、60代前半)

この男性がヘルパーを利用する時間もやはり1時間ほどで、週3回。食事や掃除、買い物をすませるとすぐに帰ってしまう。聞き取りをした日も途中でヘルパーが来たが、2人でチラシを見ながら買い物の相談をし、ヘルパーが買い物に行き、帰ってきた頃にはもう1時間が経とうとしていた。あとの時間は全て1人で過ごしていかなければいけないと思うと、なんとも心細い。

実際本人もヘルパーにもう少しいて欲しいと話していたが、決められた時間だからしょうがない、とあきらめている様子だった。

現状のサービスで不足を感じているのであれば、認定ランクを変更するしかない。この男性は認定ランクの変更ができることを知らないのかもしれないし、あるいは知っているけど手続きが複雑なため1人で変更の申請を行うことは困難だと感じているのかもしれない。そして、仮に変更の申請をしたとしても、この男性がランクを上げてもらうことは難しいと思われる。彼の場合は身体が不自由であっても精神面がしっかりしているためである。

現状のヘルパーサービスに問題を感じるケースはこの男性だけではない。他にも、単身で暮らしている

ためヘルパーにしか頼ることができず、利用時間がすぐになくなってしまふ、と不満に感じている人はいる。

…さらに週1回、若いヘルパーが来てくれるという。時間は1時間ほど。床やトイレの清掃、食器洗いをしてくれる。買物は、お願いすればヘルパーがしてくれるが、運動も兼ねてほとんど自分で済みます。1時間しかヘルパーがいないので、話す時間はほとんどない。(事例9、Oさん、男性、80代前半)

…現在はヘルパーが毎日来る。…ヘルパーが料理をしないのは病院に行って帰りにスーパーによっていたら指定されているヘルパーの利用可能時間(1.5時間)が終わってしまうからだ。たまに余裕があれば掃除はしてくれる。食器も食べ終わった物を置いておいたら洗ってくれる。…一番心配なのは夜中などヘルパーがいないときに倒れた時だ。(事例10、男性、60代後半)

一番いて欲しい時にいなかったり、必要とするサービスが満足に受けられないのは介護保険制度の主旨からも外れている。

このように、「自立した日常生活を営む」ことができるために利用者主体の“権利”としてサービスを受けられるという理念で始まった制度であるが、現実には利用者が本当に満足できるまでにはなっていない。特に、家族がおらず一人で生活している人は、ヘルパーが帰った後は自分で何とかやっていくしかないのである。

今回の生活保護を受けている男性のように、精神面がしっかりしていてもあまりに身体が不自由な場合には利用時間の延長を認めるなどしてはどうか。「予防を重視」することも大事ではあるが、行政は実際の利用状況を知って制度を見直す必要があるだろう。

「制度で定められていないからその要望には応えられない」と切り捨ててしまうのではなく、介護保険制度の手続きの簡素化、サービス利用時間の延長、単身者への情報提供など柔軟に検討していくべき問題である。

もちろん、上述の発言にもあるような「話し相手が欲しい」「夜が心配」といったことは、介護保険制度だけに依存できる問題ではない。ホームヘルパーなどの在宅サービスではなく、デイサービスやショートステイなどの施設サービスであれば他の人との関わりも出てくるが、介護度が高くなければ入所にくい。また、希望したからといってすぐに入れるものでもない。

だが介護保険制度の例を通して、生活保護を受けて単身で暮らす彼らが、日本国憲法25条にも示されている「健康で文化的な最低限度の生活」をするためにどのような社会資源を必要としているのか考えさせられる。

それでは、彼らの感じている不足をどのようにすれば解決することができるだろうか。

5.5 介護保険制度の枠をこえて

4節でも書いた通り、ヘルパーにもう少しいてほしい、話す時間がほしいという人がいた。

しかしホームヘルパーが本来行うサービス内容は、生活援助・身体介護・通院等乗降介助で、ヘルパーに話し相手の役割までさせるのは時間的にも困難である。

さらに夜1人で過ごすのは心配だという人もいたが、これもヘルパーに頼むには限界がある。介護労働市場は、現在人手不足である。介護職の人手不足については、収入の低さや年次有給休暇制度がないな

ど、厳しい労働環境が背景にある。こうした人手不足により、介護従事者個人の負担が増え、日々の介護業務に追われ余裕のない状況で仕事をしているため、利用者一人一人のサービスの質の低下を招いている(結城, 2008)。こうした中では、「夜1人は不安なので来て欲しい」と頼まれても事業者側が受け入れられないのが現状だろう。もっと核心的な話をすると、夜間のホームヘルプサービスを利用できるのは「要介護1~5」の人だけで、「要支援1、2」の人は使えない(小竹, 2007)。

要するに、“家族介護”を前提とする介護保険制度という社会資源だけでは補えない問題があるのだ。以下、夜間の安全に関する問題、話し相手などのコミュニケーションに関わる問題、の2点についてそれぞれ述べていきたい。

一人での生活には、当然不安を感じることも多い。夜間の安全に関しては、現在「緊急通報システム」という制度が存在する。これは、家にブザーを置いておき、あらかじめ半径500m以内に住む知り合い2人の連絡先を登録しておく、何かあった時にブザーを鳴らして知らせることができるというものである。これにより、孤独に暮らす生活保護受給者に少しでも安心感をもたらし、孤独死を防ぐこともできるだろう。

しかし、このシステムの存在を知らない人もいると考えられ、また近くに連絡先を登録できる人がいないということもあり得る。聞き取りの中で家族・親類と連絡を取っていると答えた人でも、遠くに住んでいる場合がほとんどである。

生活保護を受けて単身で暮らす人々には、身近で助け合える人間関係が必要だと思われる。それは、「話し相手が欲しい」というもう一つの問題とも関わってくる。コミュニケーションの取れる相手がいることで心が満たされるだけでなく、互いの安全を守りあうこともできるだろう。

話し相手などのコミュニケーションについて考えてみると、何度も書いているように今回聞き取りをしたのは、ほとんどが野宿から生活保護を受けて暮らすようになった単身男性である。家族とは音信不通で友人がいてもめったに会わないという人、地域の人とは交流がない、隣に住む人の顔は知らない、町内会の連絡は来ないなど隣近所とつながりがない人が多い。普段から全く誰とも交流を持たない人もいる。

…「こんなところで一人で暮らしていたら気がくるう」と言う。「部屋が狭いからですか？」と尋ねるとそうではなく、一人で話し相手がいないことのせいだという。いらいらしてもそれをぶつける相手もない。…1人で暮らしていると朝から晩までテレビを見ている。人付き合いもチャンスを作ればできるのだと思うが、あまりしたくないと思っている。とにかく気持ちが落ち込んでいる。(事例23、男性、60代前半)

…約2時間の聞き取りを終えて帰る際、「こんなに人としゃべったのは1年ぶりぐらいだ」と言っていた。(事例5、男性、60代前半)

また、近くに友人がいたとしても、障害があったり、病気をしていたりしていると自分から交流を図ることに抵抗を感じると話した人もいる。

…友達が遊びに行こうと誘ってくれるが、相手の家にも障害を抱えた人がいて気を使う。「遠慮せずに行けばいいんやけど…やっぱり他人やし。車で来てくれるといっても、(自分が)動かなあかんし…」と、やはり外出は億劫なようだ。自分の家に友達が来ることにもしんどそうな様子で、最近では呼ばないようにしている。たまに友人が顔を見に来ることはあるが、付き合いはやはり少ないようで、1人で家にいることがほとんどだと言う。近所の付き合いはなく、同じアパートの人とも話さない。町内会の案内などもない。(事例12、男性、60代前半)

自分からコミュニケーションを図ることが難しいのであれば、地域住民などが協力して行事のある月にイベントを行うなどして、様々な人々がお互いに交流できる場を設けていけば良いのでは…と思った。NPO スタッフの話によると、以前そのようなイベントがあった。地域福祉担当の行政が企画した町内会の地蔵盆のようなイベントで、行政から「NPO 釜ヶ崎を經由して生活保護にかかった单身男性が多く住むアパートを対象に、ビールを配って欲しい」と頼まれたそうだ。しかし、結局あまり集まらなかったらしい。「寂しい、人と話したい」という思いがありつつも、「やはり人と接するのは気がひける」というのも本音なようで、複雑な問題を抱えている。

家族や親類の存在が近くにない彼らにとっては、同じアパートや町内に住む近隣の人と知り合いであることは大きな心の支えになると思われる。しかし、現実にはそのような交流はほぼ皆無といった状態だ。同じ地域に住んでいても余程のことがない限り関わりがない。「人とコミュニケーションが取りたい、でも一歩踏み出せない」。

野宿から生活保護を受けるようになった人々にはこうした心の葛藤もあり、簡単には解決できない問題である。

こうした孤独な状況は野宿から脱した人々だけの問題ではない。例えば森岡は、社会全体において”都市的生活様式”が深化・拡大していると述べている。”都市的生活様式”とは、居住地で発生する共同の生活問題を、行政や市場の提供する専門的サービスによって処理することが原則となるような生活の営み方のことである。

つまり、生活で生じる住民共同の様々な問題を、住民の相互扶助ではなく、専門サービスによる処理に高度に依存して解決するようになってきているのだ（森岡、2008）。

このような状態であることから、地域住民との交流など、生活保護を受けて暮らす单身男性の人的ネットワークをどのように構築していくか、ここでは具体的な解決策を提示することはできないが、次のことだけは言うことができる。人的ネットワークの構築については、単身の生活保護受給者あるいは「ホームレス問題」に限定して考えるのではなく、社会全体の問題として取り組んでいかねばならない課題である。

5.6 おわりに

今回聞き取りを行った野宿から生活保護を受けるようになった人々の暮らしを見てみると、彼らがほぼ家族と音信不通であること、近所付き合いが全くないことに気付く。現在の在宅の介護保険サービスは、介護保険制度が家族の負担を軽減させる目的をもっていたため、あくまでも“家族介護”が前提となっており、それを補完する機能に過ぎない。

たとえ、家族と一緒に暮らし生活保護を受けていない人であっても、何らの社会資源を使わずに生活することは不可能である。まして、生活保護を受けて限られた資源の中で暮らしている、特に单身の人々にとって、病気などをした時に頼れるところは本当にわずかである。一人で暮らしている男性の多い釜ヶ崎の生活保護受給者がこれから年を重ねていく中で、必要となる社会資源もまた増えてくるだろう。

生活保護費の中で生活するということは、豊かな物に囲まれて暮らしたり、精神的に満たされて生きることが困難な状況にある。介護保険制度を申請しても手続きの複雑さから認定まで時間がかかる。その間の生活を単身で暮らす人々はどうするのかということ。介護度の上限以上のサービスが必要となっても、金銭的に厳しく、世話をしてくれる家族もいない場合はどうすれば良いのかということ。そして、楽しい時間を共有しあい相互に助け合って暮らせるような人的ネットワークをいかに構築していくべきかという

こと。

これらは彼らが必要としている社会資源のほんの一部に過ぎず、簡単には解決できないものもあるが、制度の見直しなどを含めて早急に対策をとる必要がある。今、利用者の目線に立った改善が求められている。

参考文献

- 結城康博『介護 現場からの検証』、2008年、岩波新書
- 小竹雅子『介護情報 Q & A』、2007年、岩波書店
- 森岡清志編『地域の社会学』、2008年、有斐閣アルマ
- 内閣府 共生社会政策統括『平成 20 年度版 高齢社会白書』