

【 論 述 】

問題 1 (必須問題)

日本では現在、高齢者のみの世帯が増えており、年々「孤立」の問題が広がってきている。この問題の要因は、産業構造と人口構造の変化にある。日本は、第二次世界大戦後、急速に第二次産業や第三次産業の割合が高まり、高度経済成長を遂げたが、その過程において、地方から都市部への人口移動が起こり、今もその傾向にある。また、こうした産業構造の変化に並行して、平均寿命の延伸や少子化等も見られ、近年の高齢化率は30%近くまで上がっている。このような産業構造と人口構造の変化により、夫婦二世帯もしくは単身世帯として老後を迎えるケースが増えてきている。

高齢者のみの世帯になった際、健康面や経済面、また社会的な面で問題が生じやすくなる。高齢期には、肉体的な衰えや免疫力の低下により、病気が慢性化・長期化しやすく、日常生活に支障をきたす。また、就労収入がなくなること、年金や貯蓄を中心に生活を賄わなくてはならなくなるが、前述した医療や介護の費用も加わり、経済的に困窮する。さらには、子どもが巣立ち、仕事も退職し、社会との接点が失われていくことから、孤独感に苛まれていく。こうして複合的な問題を抱えることになり、「孤立」した状態が形成されていく。

この「孤立」に対し、日本においては、後期高齢者医療健康診査が実施され、フレイルの早期発見が図られているほか、介護保険の地域支援事業によって、介護予防の取り組みが盛んに行われている。その他、経済的に困窮している高齢者には、年金生活者支援給付金や医療費・介護費の負担を軽減する制度等も設けられている。また、「居場所づくり」や「見守り活動・安否確認」等の活動を通じたネットワークづくりも各地域で実施されている。

このように、今現在、高齢者の孤立を防ぐための制度等は一定程度整備されているが、それでもなお「孤立」は生まれている。そのため、今後は、対象を中年層にも広げ、自治体や地域包括支援センター、企業、地域住民等が連携し、地域活動への参加機会を整える。また、ICTを活用した見守りシステムやオンライン交流の場を拡充し、社会とのつながりを維持しやすくする。さらに、民生委員や地域住民による定期的な訪問活動を強化し、孤立の兆候を早期に把握する体制を構築する。これらにより、高齢期を迎える前から地域とのつながりを維持するとともに、早期発見・早期対応が可能な仕組みを構築することが重要である。

問題 2（選択問題） 400～500 字以内

1.

地域福祉計画とは、地域住民が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域福祉を総合的かつ計画的に推進するための計画である。市町村地域福祉計画は、市町村が策定主体となり、都道府県地域福祉支援計画は都道府県が策定する。特に市町村地域福祉計画では、地域住民、社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO、民生委員・児童委員など、多様な主体の参加・協働を図りながら策定することが重要である。

その目的は、地域における福祉課題や生活課題を把握し、行政だけでなく地域住民や関係機関が協働して、その解決に取り組むための方向性を示すことである。また、高齢者、障害者、子ども、生活困窮者など、制度や分野ごとの支援だけでは対応が困難な複合的な課題にも対応し、包括的な支援体制を構築することが求められる。さらに、地域住民の参加を促進し、支え合いながら誰もが安心して暮らせる地域共生社会の実現を目指す点に意義がある。

2. 介護保険の保険者は、特別区を含む市町村である。ただし、小規模な市町村における保険運営の安定化を図るため、広域的な保険運営も認められており、国や都道府県による重層的な支援体制も設けられている。

介護保険の被保険者には、第1号被保険者と第2号被保険者の2種類がある。第1号被保険者は65歳以上の者であり、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険の加入者である。被保険者となるための国籍要件は設けられていない。

介護保険の財源は、原則として公費と保険料によって賄われ、それぞれ50%を占めている。公費負担50%のうち、居宅給付費については、国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担する。一方、保険料負担50%については、現在、第1号被保険者の保険料が23%、第2号被保険者の保険料が27%を占めている。

介護保険の保険給付には、要介護1～5の者を対象とする介護給付と、要支援1・2の者を対象とする予防給付がある。これらの給付は、法的には現金給付として構成されているが、実際には、事業者による代理受領の仕組みを通じて、現物給付として機能している。

3. 2004（平成 16）年の精神保健医療福祉の改革ビジョンによって、従来の入院医療中心から地域生活中心へと精神保健福祉施策は転換された。それに伴い、入院中から退院後の自立や就労が計画され、目標とされるようになった。つまり、働くことに重点が置かれ、それが目標とされるようになったのである。しかし、その目標は、治療者や支援者を中心とした多数者（マジョリティ）の価値観にすぎないのではないだろうか。

中井久夫は、マジョリティに倣わせようと強いることは、成功した場合にすら、何のために生きるかはっきりせぬままに周囲の眼を怖れる委縮した人生に彼らを導くであろうと述べている。このことから、「治ることは働くことである」という固定観念にとらわれることは危険であることがわかる。働くことよりも大事なこと—それは、“世に棲む”こと—であり、その棲み方、根の生やし方を獲得していくことである。統合失調症の患者は、心に生毛（うぶげ）が生えていると中井は表現している。その生毛をすり減らさないような生き方を支援していくべきであると私は考える。

4. 令和 7 年度版の高齢社会白書からは、高齢化の進行が数字ではっきりと読み取れる。それ故、今後の日本の福祉の方向性はいかにあるべきかについて考察する場合、福祉の方向性も支える福祉から支え合いと予防を重視する福祉へと転換していく視点が重要であると考ええる。

以下具体的に論述する。日本は総人口が減少する一方で、65 歳以上が総人口の 29.3%を占め、しかも後期高齢者が前期高齢者を上回る段階に入っている。さらに高齢者人口では女性が多く、単身高齢女性や介護需要の増加が今後いっそう深刻化すると考えられる。したがって、今後の福祉は、第一に医療、介護、生活支援を地域で一体的に提供する体制を強化すべきである。第二に、要介護状態になってから支えるだけでなく、介護予防、健康づくり、社会参加の促進を重視すべきである。第三に、家族介護に過度に依存せず、独居高齢者や認知症高齢者を地域全体で支える仕組みを整えるべきである。例えば、見守り、買物支援、通いの場の充実は孤立防止に有効である。あわせて、限られた現役世代で制度を支えるため、高齢者自身の就労や社会貢献を促し、支えられる側と支える側を固定しない福祉社会を目指すべきである。

5. セリエ (Selye, H.) が提唱した「一般適応症候群」は、ストレス刺激に対する生体の適応過程を示した理論であり、「警告反応期」「抵抗期」「疲弊期」の三段階から構成される。警告反応期ではストレス刺激に対して生体が緊張状態となり、抵抗期ではストレスに適応するための反応が持続する。しかし、ストレスが長期化すると疲弊期に至り、心身の疲労が蓄積し、意欲や集中力の低下、身体的不調等が生じ、生活機能の低下につながる可能性がある。ソーシャルワーカーが支援の際には、ストレスを本人の対処能力だけの問題として捉えず、生活環境との相互作用から包括的にアセスメントすることが重要である。まず、心身の状態、生活課題、社会関係、利用可能な支援資源等を把握し、本人の自己決定を尊重しながら支援の優先順位を整理し、過重な就労、家族関係、経済的困難等、ストレスの持続要因に対して環境調整を行う。また、医療機関等と連携し、専門的支援につなげることも必要である。したがって、疲弊期の支援では、利用者にさらなる努力を求めるのではなく、心理社会的負担を軽減し、社会資源を活用しながら生活の再構築を図ることが、ソーシャルワーカーの専門的役割として重要である。