

「1人暮らしあしん電話」－これまでの活動からの教訓

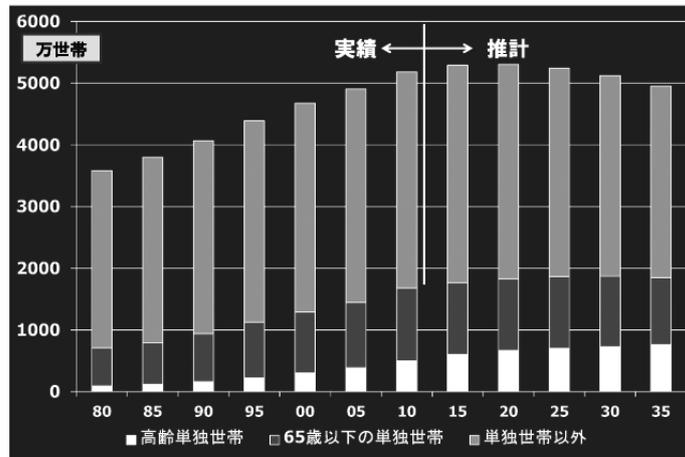
医療法人社団緑星会 どうたれ内科診療所院長

千葉大学医学部臨床教授 堂垂伸治

<独り暮らし高齢者の増加>

これまで各所で繰り返してきたが、今後独居高齢者は飛躍的に増大し、その「密度」も増加する。(図1)は「国立社会保障・人口問題研究所」の調査と新たな予測に基づいたものである^[1]。10年の全世帯数は5184万世帯、うち単独世帯は32.4%の1679万世帯で、全世帯の9.6%の498万世帯が高齢単独世帯である。すでに「独り暮らし高齢者」は全世帯の10件に1件で、今後10～20年のうちに6～7件に1件になる。その数は762万人に達し、これは「団塊の世代、3学年全員が独り暮らし」ということに相当する。

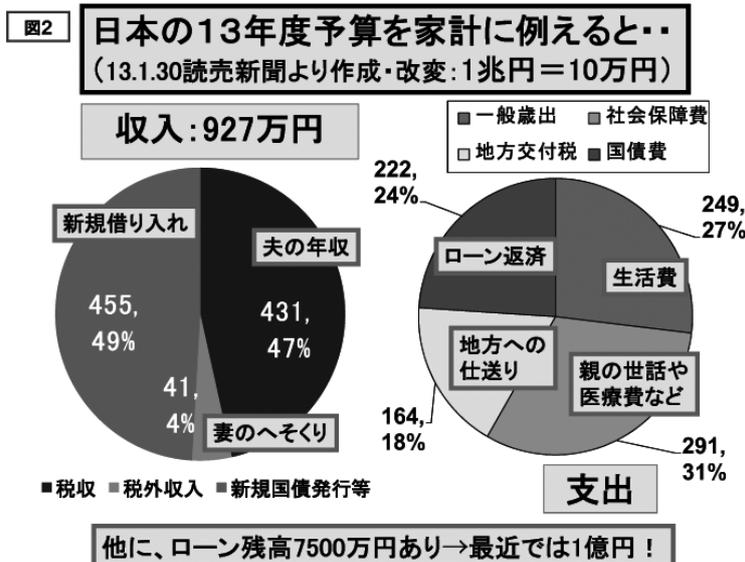
図1 単独世帯の年次推移(15年以後は予測)



<日本は借金大国>

日本は今や借金 = 1,000兆円の国である。GNPの2.2倍以上の借金があり、欧州債務危機の各国を大きく上回っている。もちろんこの責任は一般国民には無く、これまでの政治家・政権であり、群がってきた関係者たちである。

日本の財政状況を家計に例えると(図2)のごとくである。

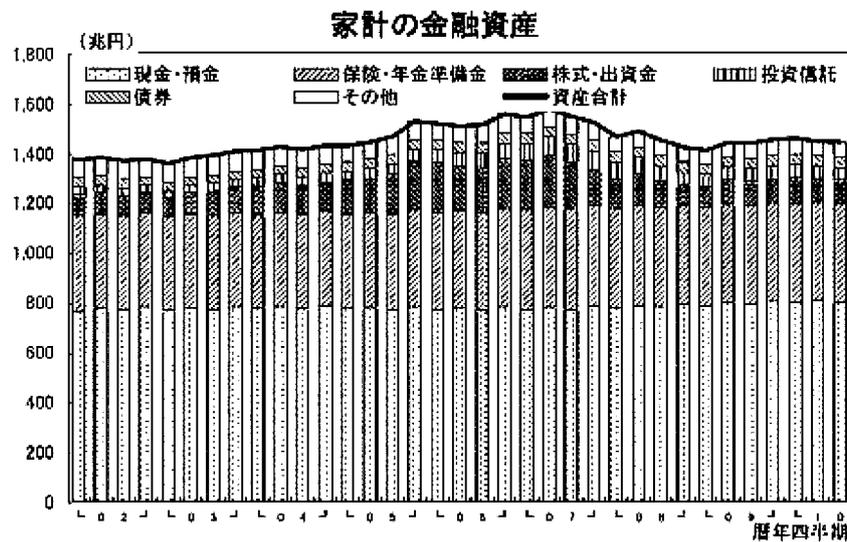


毎年の年収が431万円しかないのに、「生活費」と「親の世話や医療費（社会保障費）」だけで540万円の支出がある。毎年の借金返済が222万円あり、それを返すために455万円借りている。いわゆるプライマリーバランスが赤字なのである。その上「1億円のローン」を抱えており、これは正に「分不相応な億ションに住み、さらに借金を積み重ねている」ようなものである。実際に、皆さんの家計がこうだったら、どうされるだろうか？

この財政状況を知ると「独居高齢者や要介護者の問題を解決するため」として、やみくもに施設を作ることはいかがだろうか。眼前の課題解決に終始し施設建設に邁進したら、将来世代に大きな禍根を残すだろう。私は最近、「現在でも716万戸の空き家がある。さらに多くの箱モノを作って50年後にはどうなるのだろう」「膨大な廃墟が残り、子どもや孫の世代は負担に押しつぶされるに違いない」と感じている。

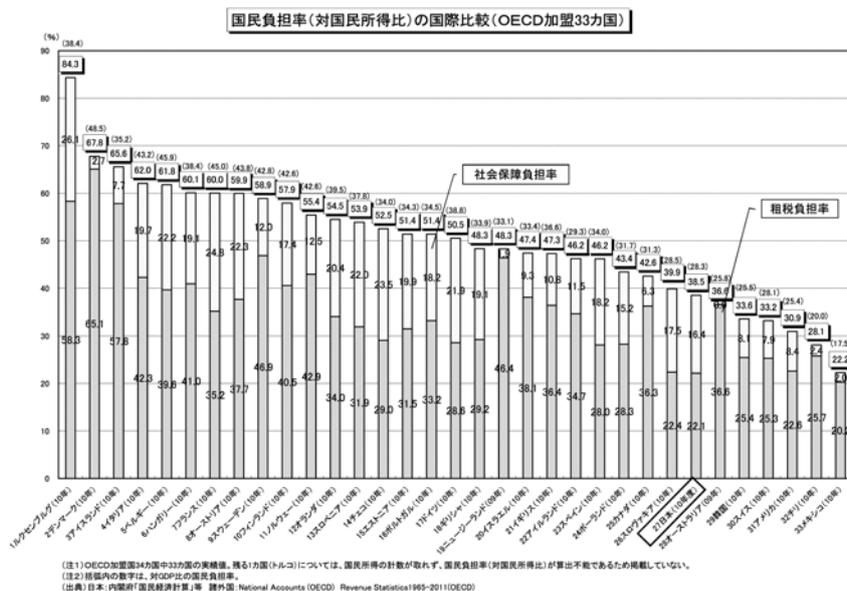
よく「日本国民には1,500兆円の資産がある」と言われている^[2]が、年々借金が膨らむ事実を直視すべきである。この1,500兆円の中身は（図3）のごとくであるという。つまり「この借金を何とかする」という事は、「国民の懐に手を突っ込んで奪い取る」事を意味している。私はもちろん経済の専門家ではないが、こういう直感は多分間違っていないだろう。

【図3】



<日本の将来制度は、中福祉・中負担しかない>

【図4】



【注1】OECD加盟国34か国中33か国の実績値。残る1か国(トルコ)については、国民所得の計数が取れず、国民負担率(対国民所得比)が算出不能であるため掲載していない。
 【注2】括弧内の数字は、対GDP比の国民負担率。
 【出典】日本:内閣府「国民経済計算」等 諸外国:National Accounts(OECD) Revenue Statistics1965-2011(OECD)

(図4)は、「(国民所得に対する)国民負担率」のOECD 33カ国の国際比較である。「国民が社会保障負担と租税負担をどれだけ行っているか」を比較したものである。

日本は現在約40%である。アメリカがわずか30%という数値には驚くが、それはつまり「弱肉強食」「自己責任」「医療は民間保険任せ」が徹底している事を意味していよう。この低率さから、低所得者や貧困層が十分な医療や社会保障を受けられないことがうかがい知れる。

それと対照的に、北欧諸国やデンマークなどは国民負担率が押し並べて60%である。医療や介護・福祉の世界ではしばしばこうした国をモデルにした話しが行われる。最近では認知症の分野でも、この方式の導入がベストのように語られる。しかし、日本国民が北欧並みの高福祉を望むなら、それに応じた「高負担」を覚悟すべきである。自ら「さらに税金や社会保険料・国民保険料の支払いを増やす」という「決断と同意」が必要である。

しかし、それはこの国の借金をさらに増やすことで、「目先の(高齢者だけの)享楽」を求めることだと言ったら言い過ぎだろうか？ これまで現場の苦勞で積み上げてきた「世界の長寿国」がなぜ「北欧」を見習わなければならないのか、私自身は大変疑問を感じている。また現在の「中負担」のまま「高福祉」を求められたら、それは「現場を窒息死」させることを意味している。このこともよく理解して頂きたい。

<医療や介護などの現場では、「薄利多売」精神で行くしかない？>

私は国民全体が今一度「中福祉・中負担」の「日本型医療・保健・福祉・介護の体制」を再評価し、その枠内で対応すべきだと考えている。

そのためには当然ながら双方の歩み寄りが必要である。国民全体の側は「少しの寛容とがまん」が必要である。例えば茶飲み話で「あんた先生に言って、頭のMRIをとってもらったら」とか「(高血圧でかかっていて何も症状のない患者さんが)先生、毎年胃カメラを(保険で)やってくださいよ」などという－現場では他にもたくさん出される－「法外な要求」は慎むべきである。私は、支払明細書＝領収書に「あなたの支払った金額の背後には○人分の保険料負担が支えています」という文章または図を入れた方がいいとまで感じている。

現場も「利潤本位の検査やサービス提供」を慎むべきである。例えば、「救急患者さんに(医療訴訟から身を守るため)全ての検査を行う」とか「毎月型どおりの検査を行う」とか「製薬会社の宣伝に乗って高額な新薬を使う」等々、「多くの無駄」がある。

膨大な高齢者群の登場を前に、私は各関係者が「薄利多売精神」「自主規制の論理」を少しでも持つ必要があると感じている(逆に言えば、そうしないと従事者個々人が収益＝給料を上げられないだろうと感じている)。総じて大変残念なことに、今後も日本人は「ウサギ小屋」で「働きアリや働き蜂」のように、ゆとりのない生活を続けざるを得ないのではないだろうか。

<在宅で過ごすという事>

国民へのアンケート調査の殆どで、6割以上の方が、在宅＝現在の居宅で最後まで過ごしたいと考えておられる。外来で患者さんとお話すると、多くの方が「ピンピンコロリ」を理想とされている。つまり、「生きている間は充実し日々安心した生活をおくる」、「万が一、不治の病にかかっても苦しまず、自宅で最期を迎えたい」と考えておられる。

これは独居の方でも同様である。したがって、「膨大な独り暮らし群」を控えて行すべきは、「安心して安全に暮らせる独り暮らしをどう保障するか」である。

なお、誰も「死後何日も何か月も放置される」事態を望んでいない。自分の遺体が放置され腐臭を放ち虫がわく、こういう状況だけは避けたいと思っている。こうした公衆衛生的観点からは「孤独死」は早期発見しないといけない。また家屋や部屋の資産価値という点でも、死体が何か月も放置されるのは不都合である。

<機器を介した高齢者見守りシステムについて>

これまでも何度も指摘したように、独居高齢者の見守りシステムの主なものは、契約料・加入料が相当程度、利用料が月々5,000円程度かかるものである。この負担は年金暮らしの方々には馬鹿にならない金額である(「国民年金」の金額は驚くほど少ない!)。したがって、これらは実は余り普及していない。

また、センサー型の見守りシステムは、監視されているようで心理的負担も大きい。さらに、水道水やガスメーターの消費量で管理する大規模システムは、その維持管理費が高額で継続困難な場合が多い。

図5

“緊急通報装置”について

某市の場合

年度	申請者数	設置台数	委託料	通報内容			
				救急	相談	誤報	計
18	217	1467	6283万円	175(36)	2228	2169	4572(36)
19	176	1482	6261万円	166(9)	2158	2325	4649(9)
20	190	1488	6215万円	161(11)	2255	3170	5586(11)

*対象は「65歳以上の一人暮らし老人」で「所得税非課税世帯及びシルバー○中○入居世帯」

*通報内容の救急の()は、救急通報のうち救急搬送なしの件数

問題点

- *維持費が高い→対象者が多いと財政的負担が重くなる
- *誤報が多い→お互いに消耗感・心理的負担感が生まれる
- *実際に手足となるのは民生委員で、その負担も大きい

機器を介した見守りシステムでは「緊急通報装置」が一番普及している。しかし、これも実態は(図5)のように、1人当たり年間維持費が約4万円かかり、多くは導入自治体が負担している。したがって例えば「非課税世帯のみ」「対象人数は抑える」など制限がある。また実態は誤報や単なる相談という場合も多い。明らかに、これから何百万人と出現する独り暮らしの方々を対象とするには、「費用対効果」に合わない「旧来型の発想のシステム」である。何よりも真面目に働き続け、今は国民年金だけで生活している「旧中産階級」を身捨てている状況に、私は腹立たしい思いを抱いている。

<「1人暮らしあんしん電話」の試み>

私は松戸市の「地域ケア」版である「常盤平高齢者支援連絡会」に発足当初の04年から参加して来た。専門部会には、地域包括、保健師、ケアマネ、介護事業所など毎回20人以上が参加し、地域の「対処困難事例」の検討と情報交換を行ってきた。月1回開催してきた検討事例の半分以上が独居高齢者であった。独居の事例では知恵を絞っても連携しても対応には大変困難だった。私はこの経験から、「独居になっても安心して住める地域社会を作れないか」、「医療機関として何か効率的な方法はないか」という問題意識を持った。

その結果、07年2月頃から工学院大学のご協力で「1人暮らしあんしん電話」のシステムを考案した。

実際の運用では、当院事務員が朝・夕2回PCを立ち上げ、「回答結果一覧」を見て「問題なし」以外の回答の方々を検討する。「連絡をした方が良い」と判断した場合には、個別に別途電話連絡を行う。もちろんその際に看護師や私(医師)に相談される場合もあり、その都度適宜指示を出す。場合によっては往診を行うこともある。この機器はその後、(株)数理技研により10年1月に“おたずねフォン”として製品化・商品化されている。

初期購入費用は（たった）約50万円である（ちなみに私自身も(株)数理技研から購入した）。月々の電話代（ISDN回線代）は約80人を管理していて約7,200円である。何よりも利用者側（受信者側）の費用はタダである。費用も安く労力も少なく済み、効果が優れたシステムである。プリミティブなシステムなので、いわゆるウイルス感染などとはもちろん無縁である。

<現在の実施状況と課題・限界>

図6 「あんしん電話」現在稼働中の団体・機関
(当院と全国)

開始時期	設置場所	対象者	対象人数
07.7~	どうたれ内科診療所	患者さん	約80人
10.4~	大阪府和泉市地域団体	地域住民	約90人
11.1~	北海道松前郡福島町 社会福祉協議会	地域住民	約50人
11~	あいち診療会	患者さん	約20人
12.1~	静岡市 宮下医院	患者さん	約20人
12~	大阪府八尾市地域団体	地域住民	約80人
13.1~	茨城県 宮田医院	患者さん	23人

13.6.19時点

13年6月時点での「あんしん電話」参加団体（設置場所）と参加者数（対象者数）を（図6）と（図7）に示す。対象者数は本システムの性格上、出入りがある。例えば入院したりお亡くなりになったりすれば減少し、新たな申込者があれば増加する。結局、現時点では約580人が参加されている。12年以後の増加は、勇美記念財団事業が貢献し、また私が所属している「松戸市医師会在宅ケア委員会」の先生方のご協力に由来している。全国各地での実施の多くは、NHKやTBSテレビに報道されたことに由来している。

図7 「あんしん電話」
現在稼働中の団体・機関(松戸市内)

開始時期	地域	住民	高齢化率	パソコン 設置場所	対象人数
07.7~	新松戸東・ 幸谷町会	2300人		新松戸診療所	63人
12.9~	常盤平 団地	6455人	42.3%	どうたれ 内科診療所	67人
12.9~	南部市営 住宅	300人	約30%	どうたれ 内科診療所	21人
13.1~	梨香台 団地	1244人	30.4%	梨香台診療所	23人
13.2~	牧の原 団地	3103人	36.3%	どうたれ 内科診療所	16人
13.3~	野菊野 団地	1224人	30.1%	島村トータル ケアクリニック	27人

現在「後援 松戸市医師会」となっています。
「あんしん電話」対象者総数
松戸市内:297人、松戸市外:283人、全国で約580人

これらは殆ど私の「手仕事」によるもので、それゆえ率直に言って未だ大変不十分な展開である。もっと大規模に宣伝や広告が出来ればと思うが、力不足は否めない。しかし、これまで要した金額は、世の

中の補助金やモデル事業費などと比べられないほど微々たるものである。逆に言えば、そうした「補助金」のわずかでも手にできかつ然るべき行政が決断すれば、「燎原の火」のごとく進展し得ると考えている。

例えば「初期投資費用」＝「商品名：おたずねフォン」の購入代金＝約50万円だが、国や県からは「ちょっとした補助金」も数百～1,000万円単位が出されている。例の「東日本大震災復興予算：17兆円」での流用＝無駄は1兆円規模だった。この無駄の1%でも、「一定地域の地域包括支援センターに本システムを導入する事業」に使われれば、もっと広範に国民へ安心と安全を提供できるだろう。

<現在の問題意識>

これまで行ってきた「あんしん電話」の経験から、今後の「独居高齢者への対策の教訓と提言」を以下に列挙する。

- ① 独居高齢者の把握について・・・「個人情報保護法」が一人歩きしている今日、現場では独居高齢者の把握は大変困難なものとなっている。他方、詐欺業者間では「かもリスト」が出回っており、個人情報には現実には垂れ流し状態である。災害時の「要援護者」の把握も含めて、国レベルも含めた現実的な対応が望まれ、やはり行政が果たすべき役割が大きい。
- ② 「行政の決断」が必要・・・「独居高齢者対策」は本来行政が主体となって行うべき筋合いである。「あんしん電話」は何度も繰り返して言っているように極めて「安上がり」で「費用・労力対効果」に優れたものである。財政負担が少なく、各自治体の首長や幹部職員が決断するだけで、相当効果があるはずである。関係各位のご検討をお願いしたい。
- ③ 地域住民組織－医療機関や介護・福祉等（設置場所）の連携が必要・・・「あんしん電話」導入に至ったいずれの地域でも、住民サイドで「独居高齢者を何とかしないといけない」「現状のままでは対応しきれない」という認識があった。やはり、自治会長や町会長・住民ボランティア等、住民自身の積極姿勢がまず必要である。

そして、もちろん住民側の熱意に応える医療機関・中核組織が必要である。この間、実は他の地域からも数件問い合わせや見学があった。その中には、対応する医療機関等が見つからず、実現に至っていない地域もある。これは大変残念なことである。医療機関や介護保険事業者等は、患者さんや利用者から業務上直接感謝されることが多い。しかしそれに安住することなく、医療機関といえども（日常業務以外に）「地域社会に貢献する」という意識が求められている。
- ④ 住民側も「縦割り」になっていないか・・・私は最近、地域のNPOなどとも交流・連携した。地域には、私たち医療機関や介護関係者では知り得ない異なった連携・人間関係を持っている方々がいる。そうした方々を通じ、町会や自治会などで意欲的な方々と交流可能になった。住民は行政に対し、しばしば「縦割り組織が問題だ」と批判する。しかし、地域住民側自体も「縦割り」になっていないか、今一度見直すべきである。
- ⑤ 民生児童委員の拡充が必要・・・ところで現在第1線で高齢者の見守りをを行っている公的な人材は「民生委員・児童委員」である。民生委員は、守秘義務を伴いながらも個人情報保護法の制約を超えて、踏み込んだ見守り活動が可能な立場である。私はこの分野に詳しくないが、伝え聞くところでは民生委員の現状には多々課題があるようである。

一つは成り手がなかなか少ないという。多くの場合は後継者を探して初めて辞められるが、後継者が見つからなければ、高齢になっても続けないといけないそうだ。しかし、こうした「1対1の後継者探し」に頼るのではなく、広く「公募」という方法もとるべきである。特に、大量に地域社会に登場する「団塊の世代」をこの分野で活躍してもらうよう道をつけるべきだと思う。

図8

民生児童委員の定数
「区域又は事項を担当する民生委員・児童委員
配置基準表」より(平成13年6月29日)

区分	配置基準
1 東京都区部及び指定都市	220から440までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人
2 中核市及び人口10万人以上の市	170から360までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人
3 人口10万人未満の市	120から280までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人
4 町村	70から200までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人

関東信越厚生局>管轄法人等一覧>重要法令・通知等一覧>民生委員・児童委員の定数基準について【民生委員法】
http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shokan/kenko_fukushi/hourei/tsuchi_no1145.html

現在の定数は（図8）のごとくである。実際にこの「配置基準」^[3]を守っている自治体はどれくらいあるのだろうか？ 現在松戸市の民生児童委員数は約500人という。松戸市（人口48万人）の世帯数は約21万世帯なので「約420世帯に1人」ということになり、この表の「170から360世帯に1人」という基準をクリアしていない。

今後「100世帯中15世帯以上の独居高齢者」が生まれる超高齢社会が到来する。したがって、そもそもこの「配置基準」ですら不十分で「100世帯に1人」でも足りないくらいと言える。民生児童委員の定員順守と大幅な拡充が必要と考える。

- ⑥ 専門職間だけでなく地域住民とも「顔の見える関係」作りが必要・・・最近では流行のように「多職種連携」が唱えられている。本システム導入を機会に、地域住民の方々と具体的な「顔の見える関係」が築けた。自治会長・町会長・民生児童委員・ボランティアの方々等々、多方面の地域リーダーの方々と知り合うことができた。さらに、その方々が地域住民を「あんしん電話」に誘う行動自体が、「社会から孤立した独居高齢者への声かけ」となった。見回り・見守り活動を豊富化し、独居高齢者に話しかけるきっかけになった。こういう「地域住民との直接的な接触」を目指せば、少なくともその手前の「多職種連携」は自ずと進むと考えられた。

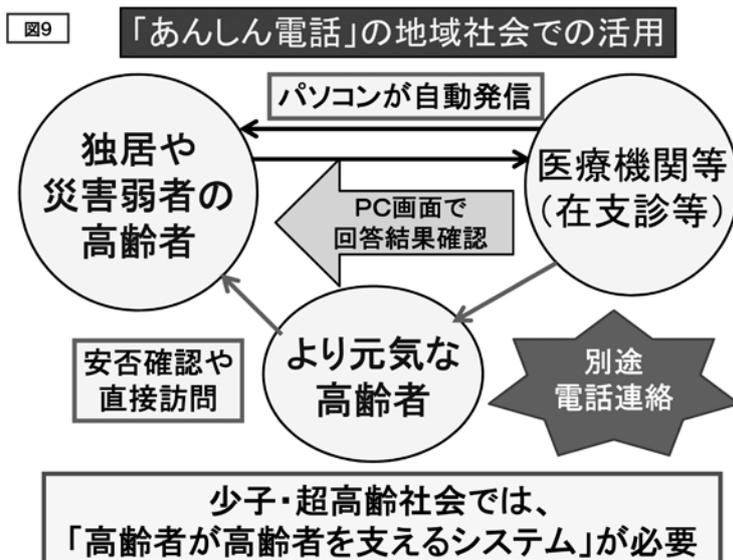
- ⑦ 専門職と地域住民の協働作業が必要・・・最近私は（医療・保健・介護・福祉の）専門職と地域住民組織が、「地域の見守り活動」を協働して行うと良いと感じている。

専門職側には「地域住民の生活や課題を直に接触できる」という利点がある。協働作業を通じて地域の方々の考えがわかりお互い顔を知り交流ができる。

他方、地域住民側も「専門職のものの見方」を学べ、やはり「顔見知り」になれる。例えば、これまで自信のなかった「見守り活動」への援護となることもあるだろう。「孤立した高齢者」に別の視点で接することが出来るかもしれない。

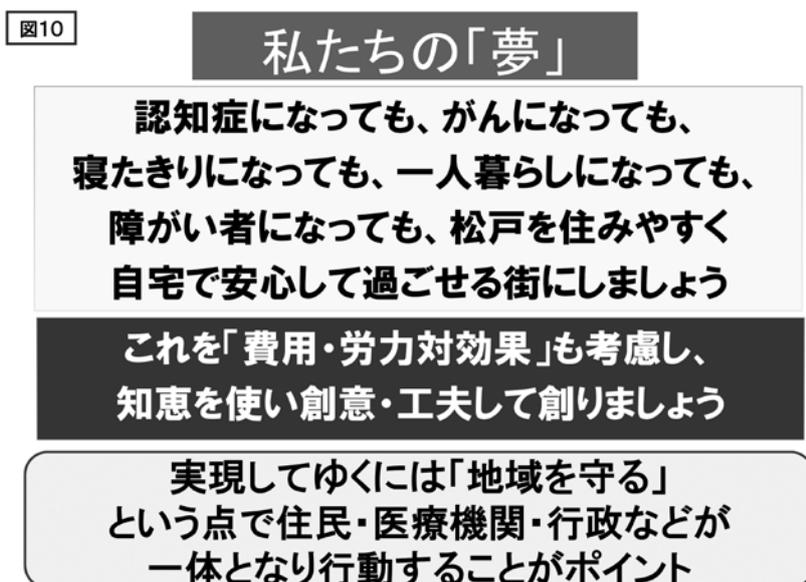
専門職と地域住民組織が協働で見守り活動を行う事が、お互い有益な経験となり「地域包括ケア」を一層豊富にすると考え。専門職と民生委員（等）が、「ともに出かけて『引きこもりがちの高齢者』に声をかけること」が地域社会を活性化すると確信している。

<終わりにあたって>



これまで記してきたように「日本は今や財政的に全く余裕のない国」になっている。この状況で「高齢者の見守り体制をどうするか」を（図9）に示した。つまり、地域に近接する医療機関や介護保険事業所などが主体となり（例えば「あんしん電話」システムを設置したりして）、地域の独居高齢者や災害弱者（要援護者）を大きく見守るべきである。そして地域の「より元気な高齢者」が「地域社会を見守る」体制が一番合理的だと考える。なぜなら、国に多くを期待できず若者たちには余裕がないからである。

いずれにせよ「私の夢」は（図10）のごときである。「認知症になっても、がんになっても、寝たきりになっても、一人暮らしになっても、障がい者になっても、松戸（全国各地）を住みやすく自宅で安心して過ごせる街にする」ことである。これを「費用・労力対効果」も考慮し、知恵を使い創意・工夫して創って行く。このトライアングルを「実現してゆくには『地域を守る』という点で住民・医療機関・行政などが一体となり行動することがポイント」だと考える。



なお、この「1人暮らしあんしん電話」システムは、平成25年6月、千葉大学医学部の同窓会「みのはな会」から社会貢献賞^[4]を頂いた。受賞名は「高齢者を地域社会とともに見守る『あんしん電話』システム」である。この間の活動を出身母校の同窓会から評価して頂き光栄の限りで大変感謝しております。

最後に、本稿は「日本医療企画」社から出版される「医療白書2013年度版」の中の私の記載論文「独居高齢者をどう支えるか」と一部重複した内容である事をお断りしておきます。快くこの許可を頂いた「日本医療企画」の編集部の方々にも深く感謝いたします。

[文献および注釈]

[1] 国立社会保障・人口問題研究所 > 将来推計人口・世帯数

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>

> 『日本の世帯数の将来推計（全国推計）』（2013（平成25）年1月推計）

http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/hhprj2013_honbun.pdf

[2] 国民の保有資産と国債の保有割合について

http://on-linetrpgsite.sakura.ne.jp/cfdfx/cat5/post_6.html

日本銀行 > 資産循環統計 > (図表3-2) 家計の金融資産残高(債券、投資信託、株式・出資金)

<http://www.boj.or.jp/statistics/sj/sjexp.pdf>

ニッセイ > 23歳からの経済学

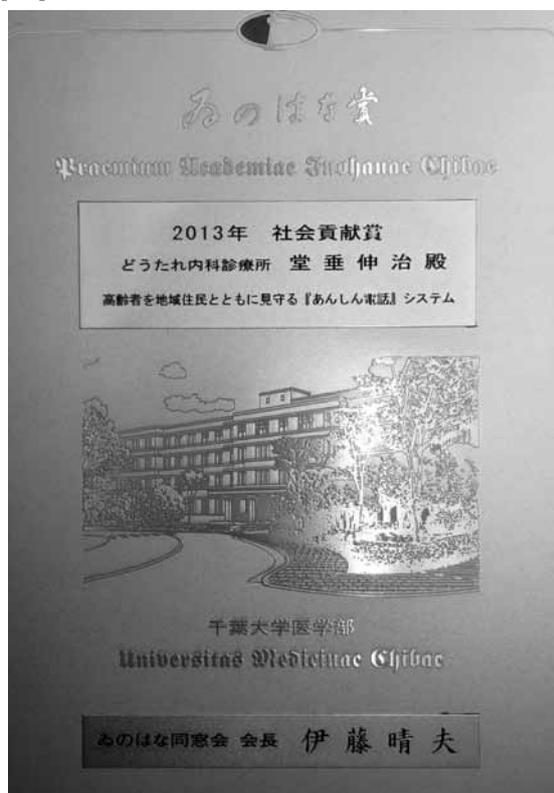
<http://www.nissay.co.jp/enjoy/keizai/02.html>

[3] 関東信越厚生局 > 管轄法人等一覧 > 重要法令・通知等一覧 >

民生委員・児童委員の定数基準について〔民生委員法〕

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shokan/kenko_fukushi/hourei/tsuchi_n01145.html

[4]



著作者：堂垂伸治

[略歴]

1948年富山県生まれ

66年東京大学理科1類入学、

75年同工学部航空学科卒

79年千葉大学医学部再入学、

85年同卒業

千葉大学医学部第3内科・千葉県救急医療センター・

千葉西総合病院等で勤務

99年1月「どうかたれ内科診療所」開院

07年2月以後

「1人暮らしあんしん電話」の実践・普及活動

[役職]

千葉大学医学部臨床教授

千葉県在宅医療推進特別委員会副委員長

松戸市認知症研究会会長

常盤平高齢者支援連絡会専門部会長

松戸市医師会在宅ケア委員会委員

日本プライマリ・ケア連合学会認定医

[連絡先] 堂垂伸治 doutare@apricot.ocn.ne.jp

〒270-2261 松戸市常盤平1-20-3 TEL 047-394-0600 FAX 047-394-0610