

地域包括ケアシステムで複雑な生活問題を抱える 高齢者の生活支援は可能なのか

—精神的な障がいをもつ養護老人ホーム入居者の生活歴から—

山田 知子¹⁾

Difficulties of Livelihood Support for the elderly without the point of view, which has mental disability's approach: Study on Life History Case Studies of Frail Elderly's Relief Institution

Tomoko YAMADA

要 旨

地域包括ケアシステムにおいて、生活支援が多様な供給主体によって提供されることが想定されている。地域には複雑な生活問題を抱える高齢者が暮らしていて、生活支援の在り方によって、その生活の質は左右されるため、そのあり方が問われる。本研究の目的は、複雑な生活問題を抱える高齢者の効果的な生活支援の在り方を明らかにすることである。研究の方法は、養護老人ホームに入居している高齢でかつ精神的障がいを持つ人々の生活歴を調査し、生活困難に陥った過程と要因を明らかにし、地域生活にとって何が必要であるかについて分析した。

研究の結果明らかになったことは次の3点である。

第一に高齢者の生活支援をめぐる政策的動向は、自己責任を中心におき、さらに共助でフォローするというもので、公的責任は最後の段階である。このような政策的方向では、自力で生活を再建できない人々は地域社会のなかで取り残される危険性がある。

第二に養護老人ホーム入居者の生活歴調査の結果、精神的障がいを持つ人々は、適切な生活支援が提供されないために、症状も安定し、地域生活が可能にもかかわらず、施設入所に至っていた。精神的な障がいを持つ人々への生活支援が退院後にすぐに提供され、個別性の高い生活支援の体制が構築される必要がある。

第三に高齢で精神的障がいを持つ人々の生活支援を具体的に提供する場合、精神障がいの実践分野で培われてきた「当事者中心」の支援の方法が有効である。病院を入退院している高齢で精神障がいを持つ人々を引き受けるにたりうる地域包括ケアシステムの体制を構築する必要がある。

キーワード：生活問題、養護老人ホーム、地域包括ケアシステム、生活支援、精神障がい

ABSTRACT

Various providers are expected to offer livelihood support in the community-based total care system. This study aims to re-examine the type of stable community life needed by the elderly with complex life problems and to suggest effective forms of livelihood support. This study investigated the life histories of the elderly with mental disabilities who live in institution, and then clarified the processes and causes of their subsequent decline into further life difficulties.

The results of the study revealed the following three points.

First, a policy providing livelihood support to the elderly tends to focus on personal responsibility, followed by co-operation. Public responsibility is the last step considered, and it is found to be in decline. Therefore, there is a possibility that people who are unable to rebuild their lives using their own strengths will be ignored in the local community.

¹⁾ 放送大学教授（「生活と福祉」コース）

Second, an examination of the life histories of the elderly admitted to relief institutions reveals that the symptoms of those with mental disabilities had stabilized and they were offered the necessary livelihood support.

Third, if concrete livelihood support is to be offered to the elderly with disabilities, the user-centred care approach, which was developed in the mental disabilities field, would be an effective choice.

Further research is required to examine livelihood support systems that offer multi-faceted support to the lives of those with complex life problems.

Key words : livelihood support, life problem, community based total care system, mental disability

1. 視点

2013年8月の『社会保障制度改革国民会議』の報告書は、「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」の流れをつくり医療と介護の連携によって地域包括ケアシステムというネットワークを構築する必要性を説いている¹。地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワークにもとづく地域包括ケアシステムづくりを推進していくことは確かに重要であろう。これを受け、同年、9月の社会保障審議会介護保険部会（第47回）では、「生活支援の充実」をあげていて、その対象となるのは、一人暮らし高齢者、高齢者夫婦世帯、認知症高齢者、また、社会的孤立しているセルフネグレクトの状態にある高齢者である。「充実すべき生活支援」の中身は必ずしも明らかではない。生活支援とは何か、また、その対象となる高齢者の人々はどのような生活支援を必要としているのか、そもそも、必要としている高齢者の人々自身はどのような生活状況にあるのかは不明である。生活支援をめぐる政策的動向および言説を整理し、必要としている人々の生活像から充実すべき生活支援の中身を明らかにする必要がある。

一人一人の生活の安定において必要なのは、経済的安定性、家族関係の安定性、住宅と住環境の安定性などがあげられる。それらをベースにした「生活支援」が必要である。この生活支援は極めて多義性をもっている概念であり、がゆえに、政策においても具体的に定義されて使われているわけではない。社会保障審議会介護保険部会（第47回）²では、具体的な生活支援の内容を定義していない。高齢者世帯は、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみだし」などの日常生活行為において不便を感じていて、これらは公的介護サービスでカバーできないものであること、また、住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分と言えない現状なので、住民の互助活動を活性化させて、「生活支援サービス」を充実させるとしている。しかし、明確ではない。提供体制としてイメージされているのは、高齢者自身やNPO、ボランティア、社会福祉法人、民間企

業等による多様な「生活支援サービス」である。とりわけ、強調されているのは、高齢者の社会参加の一環で提供される生活支援サービスである。掃除洗濯などのいわゆる家事援助というものが想定されている。果たしてこのような「生活支援サービス」で事足りるのか。

高齢者の生活は多様であり、介護保険サービスだけでは到底解決できない複雑な生活問題を抱えている場合がある。セルフネグレクトを引くまでもなく、たとえば、精神的な障がいを持ち高齢期に至った人々も少なくない。寛解であってもコミュニケーションがとりにくいという生活スタイルが結果として社会的孤立を招くこともある。精神的な障がいと経済的困難、そして、家族や親族、地域社会との関係希薄などの要因が複雑に入り組み社会の中で埋もれていく。社会の表面にでるのは、退院後帰る家がない、という住宅問題や経済的困窮が深刻で解決困難な生活問題に直面した最終段階である。最終段階以前にこういった人々をどうに受け止めていくのか。充実した生活支援こそが必要とされているのではないか。生活保護受給世帯は高齢化している。医療扶助受給者の高齢化等を見ると、複雑な生活問題を抱えた高齢者の人々の生活再建を考えるための「包括的な生活支援システム」が求められているのではないか。

本研究の目的は、複雑な生活問題をかかえる高齢者の「生活再建」のための「生活支援」の具体的な内容、供給体制について考察することである。複雑な生活問題を抱える高齢者を多く引き受けている養護老人ホームを地域拠点とした生活再建を図るための「地域生活を保障するための包括的な生活支援システム」の具体的展開を考えたい。

研究の方法は次の通りである。まず、生活支援をめぐる政策動向を概観し、生活支援が登場する政策的背景を明らかにする。次に、養護老人ホームで暮らす精神的障がい等を持つ人々に焦点を当て、それらの人々の生活歴の分析を通して、どのような生活困難に直面したのか、また、そのような生活支援があれば地域社会で暮らすことが可能であるか、考察する。以上を通して、生活問題解決型の養護老人ホーム等を地域拠点にした「地域生活を保障するための包括的な生活支援システム」の可能性を問いたい。

¹ 厚労省、「医療・介護サービスの提供体制の改革」『社会保障制度改革国民会議報告書』2013年8月、p.28

² 社会保障審議会介護保険部会（第47回）2013.9.4

2. 複雑な生活問題を抱える高齢者に関する研究の動向

「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」(研究代表者 竹島 正)、2014年3月によれば、「大都市に暮らす生活困窮高齢者のなかに、認知症高齢者が高い頻度で含まれていること、認知症や精神障がいをもつ高齢者は複雑性をもっているため、医療機関、施設、地域において、総合的なアセスメントを行い、予防、医療、介護、福祉、住まい、家族支援・生活支援等のサービスを総合的に提供できるように」する必要があると指摘している。市区町村レベルでの精神保健医療福祉と高齢者保健福祉介護の制度的な連携(system integration)が不可避であると結論づけている。

また、全国老人施設協議会が行った「養護老人ホームにおける生活支援(見守り支援)に関する調査研究事業報告書³⁾(2012年3月)でも、「養護老人ホームの現在の入居者は、経済的弱者、統合失調症等の精神疾患が多い」ことが指摘されている。全国の2万人を超える入居者のうち、知的障がいの人々は5.4%、精神障がいの人々は10.3%、軽度発達障害の人々は0.7%となっていて、高齢者といってもその中身は精神的な障がいを抱える人々もある一定数暮らしていることが明らかになっている。しかし、この研究では、「生活支援」を「見守り支援」としているのみで、だれをどう見守るのか、不明であり、また、具体的な定義はされていない。経済的弱者や統合失調症といった精神的な障がいを持つ人々の生活をどのように支援していくかについては、不明である。

高齢で精神的障がいを持つ人々が実は地域に多く暮らしていて、生活支援を充実させることによってそれらの人々が地域で暮らし続ける可能性は格段に広がると思われる。全国の養護老人ホームのなかには、精神病院などとの連携を密にして精神的な障がいをもつ高齢者の受け皿となっている施設も少なくない。また、養護老人ホームは社会福祉法人、市立など公益性の高い供給主体であるのがほとんどであるところから、個人情報保護や経営も安定的である。そのノウハウをベースに地域拠点化としての機能を持たせ、地域生活のバックアップ施設として機能させる体制整備は可能なのではないか。地域拠点として位置づけ、高齢の精神的障がいを持つ人々の生活支援のモデルを構築することはできないだろうか。

3. 生活支援登場の政策的背景—社会福祉基礎構造改革

(1) 自己責任と利用者本位

社会福祉分野において、「生活支援」が政策や実践の中で頻繁に取り上げられるようになるのは、1990年代に入ってからであるが、それまでなかったわけではない。もともと「生活」そのもの、あるいは、生活問題への注目は、それまで長年、社会福祉学や経済学、社会学の研究者の間でなされてきた。とりわけ社会福祉学や実践の根幹には常に「生活」があったといつてよい。戦前期の慈善事業や社会事業、戦中の厚生事業、さらに戦後の混乱期、高度経済成長期を経て今日に至るまで、常にその関心事は経済的あるいは家族関係の破綻など、何らかの理由で生活が困窮している人々の「生活の改善」であり、「生活の安定」、「最低限度の生活の保障」、「生活困窮からの解放」といったことであった。言い換えれば、労働政策の届かぬ人々、労働場面ではなく、生活場面にこそ注目することによって見えてくる生活上の問題に着目することが社会福祉学や実践の独自の視点であるといえる。しかし、近年の「生活」を「支援」という視点はそれまでの流れとは異なる。「生活支援」が政策のなかで意識的に取り上げられるようになる背景には、社会福祉基礎構造改革(以下、構造改革)という社会福祉政策の大きな転換があった。次に90年代における構造改革の流れを簡単に述べておきたい。

1996年、11月国の行政機関の再編及び統合の推進に関する基本的かつ総合的な事項を調査審議するため行革会議が設置されている。同時期に社会保障関係審議会会長会議が『社会保障改革の方向(中間まとめ)』を出していて、そのキーワードは効率化、利用者本位、民間活力、給付と負担の公平性である。これを受けけるように、1997年11月、社会福祉事業等の在り方に関する検討会は「社会福祉基礎構造改革について(主要な論点)」を提出する。「利用者の選択」を尊重し、その要望とサービス供給者の都合とを調整する手段として、「市場原理」を幅広く活用することが示された。その後、中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会が設置され、児童福祉法改正(保育所利用方式の変更)介護保険法が成立し、少子高齢社会への対応のためという名目のためさまざまな改革が断行されることになった。構造改革の基本的考え方は、その中間まとめをみると明確である。

- ・成熟した社会においては、国民が自らの生活を自らの責任で営むことが基本
- ・これからの社会福祉の目的は、従来のような限られた者の保護・救済にとどまらず、国民全体を対象

³⁾ 全国老人福祉施設協議会の会員で無作為抽出した500カ所の養護老人ホームの施設長および職員を対象とした調査。入所者数は23717名。

- ・問題が発生した場合に社会連帯の考え方に立った支援を行う
- ・個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心のある生活を送れるよう自立を支援する
- ・社会福祉の基礎となるのは、他人を思いやり、お互いを支え、助け合おうとする精神である。そして具体的には、①利用者 と 提供者の対等な関係の確立、②地域での総合的な支援、③多様なサービス提供主体の参入を促進、④質と効率性の向上⑤透明性の確保などがあげられている⁴。

同年12月、社会福祉基礎構造改革を進めるに当たって（追加意見）が出され、自立生活の支援、利用者民主主義、サービスの質の向上、地域福祉型社会福祉、が打ち出されるのである。

一連の構造改革の流れをまとめると

- ・個人の自立を支援する利用者本位の仕組みを重視する。
- ・国民が自らの生活を自らの責任で営むことが基本で、従来のような限られた者の保護・救済にとどまらず、社会連帯の考え方に立った支援を行う。
- ・社会福祉の基礎となるのは、他人を思いやり、お互いを支え、助け合おうとする精神である。
- ・その人らしい安心のある生活を送れるよう自立を支援する地域での総合的な支援
- ・多様なサービス提供主体の参入を促進、利用者の選択を通じた適正な競争を促進するなど、市場原理を活用
- ・自助、共助、公助があいまって、地域に根ざした自立生活の支援

ということである。まず、自立した生活があり、それを支援する。しかも自己責任で生活を営むことが前提である。自助、共助、公助があいまって地域に根ざした自立生活、その支援を社会福祉が担うということがめざされる。そして、これらの視点は常に行革の流れの中にあるということである。

このような自立生活支援、自己責任、社会連帯という政策を推進するという社会的背景のなかで、「生活支援」は登場し、期待されてきたといえる。保護や救済は主ではなく、福祉サービスの利用者は成熟した市民であり、供給者との間は「平等」「対等」という関係で結ばれるとされた。そして、「措置制度」の解体、「契約制度」への移行を促すこととなった。以降、「成熟した市民」の生活をどう支えるか、が、「生活支援」がテーマとなる。逆に言えば、保護や救済という本来的な社会福祉の役割は薄まっていったともいえる。

高齢者分野の動きはどうか。1994年『高齢者介護・自立支援システム研究会』「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」で、これからの高齢者介護の基本理念は、次のように示される。「……高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することとされ、新介護システムの柱として1. 予防とリハビリテーションの重視、2. 高齢者自身による選択、3. 在宅ケアの推進、4. 利用者本位のサービス提供、5. 社会連帯による支え合い、6. 介護基盤の整備、7. 重層的で効率的なシステムがあげられている。高齢者自身の選択、利用者本位と支え合いと効率性が重視されていることがわかる。この理念は1997年の介護保険法に受け継がれる。

子どもの分野でも、1997年に児童福祉法が改正されている。かつて「母子寮」といわれた児童福祉施設は「母子生活支援施設」に改称される。「配偶者のない女子又はこれに準ずる事情にある女子及びその者の監護すべき児童を入所させて、これらの者を保護するとともに、これらの者の自立の促進のためにその生活を支援し、あわせて退所した者について相談その他の援助を行うことを目的とする施設（第三十八条）」となった。この改正により、個別世帯ごとの自立支援計画の策定が義務付けられる。自立支援計画策定の柱は①子育てと生活支援、②就業支援、③養育費の確保、④経済的支援があげられている。

このように一連の基礎構造改革は、社会福祉の利用者モデルを「強い」「自立的市民」とし、それを前提とし進み、また、それとセットに「生活支援」が政策の軸にすえられていくのである。2000年社会福祉法が制定され、「地域福祉の主流化」で、「生活支援」には「地域」生活の支援という視点が加わり、以降、政策の中心的課題となっていった。保護救済は後退し、生活支援が全面に出ることになったのである。

(2) 抽象的かつ限定的な「生活支援」の対象と方法

2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、「生活支援」に関連して次のように述べている。「過度な病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院・病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。」

「医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要がある⁵」

「……制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の

⁴ 1998年6月、中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会、「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」同年、12月、社会福祉基礎構造改革を進めるに当たって（追加意見）が出され、自立生活の支援、利用者民主主義、サービスの質の向上、地域福祉型社会福祉、が打ち出されるのである。

⁵ 「社会保障制度改革国民会議報告書」2013年8、P.11

人々等との間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。……今後、比較的所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能（傍点筆者）を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」といえる。

このように「生活支援」は重要とされながらも、供給体制は、地域の「互助」と社会福祉法人、NPOなどの連携で実現することが想定されている。

2013（平成25）年の厚労省老人保健局が提案する地域包括ケアシステムにおいて、「生活支援」は、医療、介護、生活支援・介護予防の三つの柱の一つとして、医療や介護とは別立てで、介護予防とセットで位置付けられている。「生活支援・福祉サービス」として、次のように説明されている。

- ・心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- ・生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供……。

ここで想定されているのは、医療や介護は必要ではないような高齢の人々に対し、介護予防の一つとして生活支援が提供されることであり、その供給体制は多様であり、また、提供者は声掛けや見守りをしてくれる近隣住民などが含まれていることである。高齢の人々は、さしあたって、医療や介護は必要ではないが、生活支援を受けることによってコミュニティの一員として近隣住民との支援をうけることがイメージされている。

精神的な障がいのある高齢の人々や複雑な生活問題を抱える高齢の人々はほとんどイメージされていない。

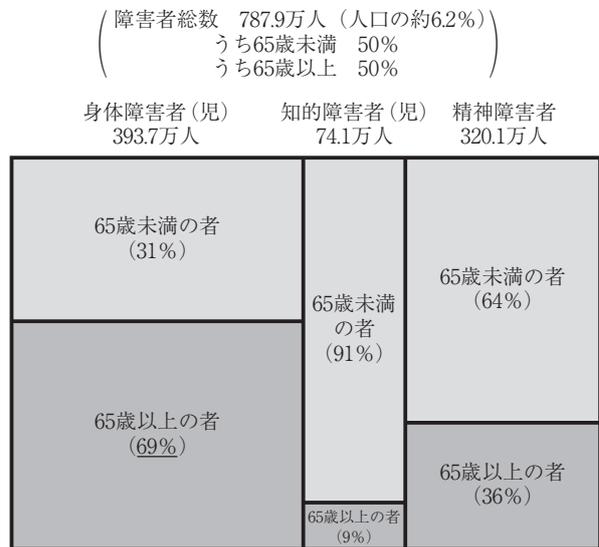
4. 地域社会で暮らす複雑な生活問題を抱える高齢の人々

(1) 障がいのある高齢の人々

2015年の社会保障審議会障害部会（第68回）では、高齢の障害者に対する支援の在り方について議論されている。介護保険制度と障害福祉制度をどう摺合せていくのか、課題となっているが、結論と方向性は未だに示されていない。しかし、身体障がいのある人々の約7割は65歳以上であること、知的障がいのある人々

の親が高齢化していること、そして、精神障がいを持つ人々の約4割は65歳以上であることが指摘されていて、長期入院の約半数は高齢者層であること、精神障がいを持つ人々320.1万人のうち115万人を超える人々がいわゆる高齢者の範疇にある人々であることが患者調査などの統計調査より推計され明らかとなっている（図1参照）。それら人々の多くが入院、あるいは入退院を繰り返す、あるいは地域で暮らしながら通院、さらに、通院の必要がありながら、医療にはかかっていないなど、様々な状況のなかで暮らしている。認知症やアルコール関連の障害、統合失調症、気分障害、神経症やてんかんなどの症状をもちながら適切な医療や介護、そしてこれらの障がいを理解し豊かな地域生活を可能にするような生活支援が求められている。また、これらの人々が一人暮らしである場合もあるが、子どもやきょうだいなどと同居している場合も考えられる。精神的な障害を抱える高齢者と同居する家族への支援を含め、質の高い専門性の高い生活支援が求められている。

これらの115万人をこえる高齢で精神的な障がいを持つ人々の具体的な「生活支援」はどうあるべきか。次にいくつかの事例を通して考察する。



※身体障害者(児)数は平成23年(在宅)、平成21年(施設)の調査等、知的障害者(児)数は平成23年の調査、精神障害者数は平成23年の調査による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
※平成23年の調査における身体障害者(児)数(在宅)及び知的障害者(児)(在宅)は岩手県、宮城県、福島県、仙台市、盛岡市、郡山市、いわき市及び大阪市を除いた数値である。知的障害者(児)数(施設)は、宮城県、福島県の一部市町村を除いた数値である。
※平成23年の調査における精神障害者数は宮城県の石巻医療圏及び気仙沼医療圏並びに福島県を除いた数値である。

図1 障害のある人の内訳

社会保障制度審議会障害部会（第68回）2015年7月24日資料 p37

(2) 養護老人ホームBにおける精神的な障がいをもつ人々の生活歴

筆者は1992年、2005年、2015年に養護老人ホーム入居者の生活歴調査を実施したが、とくに2005年の調査の結果から考察してみたい。なお、個人情報保護、倫理的な配慮から、事例は個人が特定できないように加工した⁶。

表1は養護老人ホームBの入居者70人のうちの精神的な障がいをもっている人の数である。これによれば、入居者の3割が何らかの精神的障がいをもっていることがわかる。2割は統合失調症である。

次に7つの事例（男性3、女性4）をあげながら、どのような来歴から問題を抱え養護老人ホームに入居したのか、見てみたい。

事例1 統合失調症で寛解となるも行く先がない
昭和2年東京に生まれる。男性、国家公務員として働いていたが、26歳の時、出張先で統合失調症を発症、4か月入院、以来、入退院を繰り返す。薬物療法の効果がでて、次第に安定、興奮等の症状は沈静化され、47歳の時寛解となる。55歳の時救護施設に入居、73歳の時養護老人ホームに入居。精神保健福祉手帳2級

- 20代で統合失調症を発症、その後入退院
- 40代後半で寛解となる
- 行く先なく、救護施設
- 高齢となり救護施設を退所

事例2 認知症と精神障がいの合併、退院後行く先なく
昭和2年 男性、北陸地方で3人兄弟の第1子として生まれる。父は左官業だった。
小学校卒業後2-3年父の見習いをしていた。その後、食器工場に就職して3年ほど勤める。
その間に結婚した。2子もうける。双方に問題があり協議離婚した。子供は妻が引き取った。
その後、転々と職を変え、一人暮らしをしていた。体調を崩し精神的に不安定に陥り、仕事もなくなって生保受給となる。62歳のとき、近隣者の宗教が絡んだトラブルに巻き込まれる。精神不安定となり、初老期認知症と合併精神障がいの疑いで入院した。アパート引

き払い、帰来先なし。77歳の時、養護老人ホームに入居した。精神保健福祉手帳2級

- 60歳代前半で精神的不安定となる
- 認知症と精神障がいの合併
- 入院でアパート引き払い、退院後行く先なし

事例3 精神障がいでアパート立ち退きを迫られる
昭和15年 男性、東京に生まれる。幼少時両親と死別。母方の祖母に育てられる。中卒後、半金工場に5年、その後電気会社に5年勤務するも、ギャンブル（パチンコ）に入れ込み、ついに会社の金に手をつけ懲戒免職になる。その後、地方のホテルに3年勤務したがリストラとなり東京へ戻る。産業廃棄物の会社に勤務、1年でリストラされた。30歳の時、結婚1男1女設けるが、ギャンブルによる借金で57歳の時、離婚した。翌年、自宅で突然暴れ出し入院、反応性精神障がいと診断される。退院後、生活保護受給しながら、一人暮らしをしていたが、（民間アパート6畳4畳半風呂なし。4万6000円家賃）、家主に立ち退きを迫られ、行く先なくなり、64歳の時、養護老人ホームに入居。

- 50歳代で精神的不安定となる。
- アパート立ち退きを迫られるも行く先なし

事例4 統合失調症とうつ病を併発し入院、退院後の行く先なし
大正15年 女性、関東地方で生まれる。3人兄弟。3歳の時、父病死、兄弟と別れ、母と二人、社会福祉施設で暮らした。高等小学校卒業後、家政婦、事務員として働く。昭和25年結婚、二女もうける。夫に愛人ができ、別居生活となる。夫は金をせびりに帰宅するだけとなる。36歳のとき離婚した。離婚後も夫の両親と同居していたが、46歳の時、うつ病が進行して、入院。56歳の時退院、その後アパートで独り暮らしをしていた。59歳の時、統合失調症とうつ病を併発し在宅生活は困難となり、精神病院に入院、退院後、行く先なく、養護老人ホームに入居した。精神保健福祉手帳2級

- 40歳代でうつ病となる。

表1 養護老人ホームBの入居者70名の精神的な障がいの状況（人）2005年調査

	男性	女性	計
精神障がいがある（うち統合失調症）	8 (5)	14 (8)	22 (13)
ない	18	30	48
計	26	44	70

精神的障がい（認知症や知的障がい、アルコール関連の障がい、統合失調症、気分障がい、神経症やてんかんなど）

⁶ 調査の詳細については、山田知子『大都市高齢者層の貧困・生活問題の創出過程』学術出版会、2010年参照。

- 50歳代後半で統合失調症発症する。
- 退院後、行く先なし。

事例5 長女のアルコール依存と薬物依存症による精神的疲弊

大正15年 北海道生まれ、女性、父は大工だったが本人4歳のとき死亡した。昭和19年結婚し、中部地方で古物商をやっていた。一男一女もうけるが本人28歳のとき、離婚。長男は父方が、長女は母が引き取る。離婚後、再度上京し、親戚の援助を受けながら、生計を営む。元夫が再婚したため長男も引き取った。長男は32歳で死んでしまった。60代半ば、生活困窮し、生保を受け、一人暮らしをしていた。長女がアルコール依存症と薬物依存症で通院しており、長女とのトラブルで精神的に疲弊。長女と分離する必要が生じ養護老人ホーム入居。

- 長女が精神的障がいを抱えている
- 長女とのトラブル
- 長女から逃れるも、行く先なく

事例6 離婚により、通院、投薬管理ができなくなり、近隣トラブル

昭和9年 材木商の子として、東京に生まれる。女性、中学校卒業後、網を作る会社に工具として就職。3年勤務。製菓会社で8年働く。その後自宅を出て、住み込みで中華料理店の店員や家政婦として働く。28歳ごろ、職人結婚。子供はない。夫の父と同居したが折り合い悪かった。50歳ごろ夫婦だけで転居した。転居先で近隣との折り合い悪く、しだいに被害妄想があらわれるようになる。奇異行動（夜中に電話をかけまくる、怒鳴る）で、兄弟や近隣とのトラブルが頻発するようになる。3ヶ月精神病院に入院。夫と別居してから、通院が途切れ治療が中断、悪化、平成6年再入院。夫が実家に戻ってしまい別居状態となる。59歳のころ離婚。その後、一人暮らしで家政婦として働くが3年ほどで再入院となる。その後、行く先なくなり、養護老人ホームに入居する。精神障害2級

- 被害妄想による近隣トラブル
- 50歳代で症状悪化
- 服薬管理者の不在

事例7 極度の精神的不安定がゆえに

大正13年 東京に生まれる。女性、精神保健福祉手帳1級
 高等小学に進学したが、中退。その後、製菓会社に1年勤務、退職後は家事手伝いをしていた。戦後、化粧品店のセールスや家政婦などで生計を立てる。56歳ごろ、精神状態が不安定となり、仕事をやめる。統合失調症で精神病院に入院。その後退院可能となるが行く先なく、養護老人ホームに入居。

- 強い精神的不安定性
- 50歳代で症状悪化
- 退院後の行く先なし

これらの7人の人々はすべて高齢であり、かつ精神的障がいを抱えている人々である。

その生活過程を見ると20代で病気に直面した人もいるが、40代、50代で精神的障がいの症状に直面し入院、退院したものの住宅問題が絡み、生活困難な状況にさらされている。高齢期に直面した問題というより、40代50代にすでに問題を抱えており、いわゆる長期にわたる複雑な生活問題がつくり出されていることに気付く。

住まいを確保することと精神的な障がいへの対応は表裏一体である。さらに、服薬管理や通院、家族、親族とのトラブルへの対応など多面的な生活の諸側面へのサポートが必要である。ほとんどの人々が障がいをもちことによって経済的に不安定になっており、生活の諸側面への支援と同時に経済的な安定性をはかることも必要である。そして、これら精神的障がいを抱える人々への支援は、それぞれの症状が个性的かつ多彩であるために、きわめて多様な対応が必要とされている。具体的な生活支援を考える事が重要である。病名をつけて分類しても何の意味もない。住宅と経済の安定性、そして、家族、親族、近隣との関係を良好に保つための支援、精神病院や精神保健福祉センター、福祉事務所等との緊密な連携のもとに打ち出される「生活支援」が必要であることは明白である。それは、ボランティアな市民参加の非専門的な供給主体により提供される「生活支援サービス」では、対応できるものではない。また、病歴などを考えると個人情報に細心の注意が払われる必要があることは言うまでもなく、そういう意味においても多様な供給主体による生活支援はあり得ず、公益性の高い供給主体である必要がある。

(3) 精神障害者福祉分野の政策的動向—高齢で障がいのある人々への対応の難しさ

厚生労働省告示第65号（2014年4月1日）で、「入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現」が掲げられていて、「多職種による退院促進にむけた取り組みの推進など」があげられている。2014年7月「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ（長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性）」で、関係者による検討結果が示されているが、「長期入院精神障害者」（1年以上精神疾患により入院している精神障害者）の地域移行については、課題が多い。病院敷地内にグループホームを設置するなどの案が示されているが、それでは、退院後も病院の監視のもとで暮らすこととなり、本当の意味での地域生活移行における居住の場の確保ではないという反対意見もだされている。また、高齢の精神障がいの人々は障

害者福祉サービスと介護保険サービスのほさまにある人々であり、地域生活移行の場として、特養、養護、軽費、認知症高齢者GH、有料老人ホーム、サ高住があげられているが、どこまで可能か、現段階では、実現は非常に難しい。

2015（平成27）年11月2日社会保障審議会障害者部会（第68回）において「高齢の障害者に対する支援の在り方について」議論されている。

関係諸団体からの意見、要望は次のとおりである。

- 障害福祉サービス、介護保険サービスの両方に精通した人材を養成し縦割りの制度の橋渡しをするような方法が必要。（全国地域生活支援ネットワーク）
- 介護保険サービス事業所に対して、適切な支援を行うための研修の義務づけ等を行っていくことが必要。また、65歳前から障害福祉サービス事業者が介護保険サービス事業所と連携し、適切な支援が途切れず提供されるようにケア会議等の場を共有し引き継ぎを行う体制を行政主導で行うべき。（日本精神保健福祉士協会）
- サービス事業者においても、障害、高齢の分野を超えた連絡、調整等の連携を強めていく必要。（全国精神障害者地域生活支援協議会）
- 介護事業者と障害福祉サービスの専門家が連携してサービスを提供できる仕組みをさらに充実して欲しい。また、介護事業者が精神保健福祉などの研修を受講するインセンティブを高める仕組みを検討して欲しい。（日本精神保健福祉事業連合）
- 「通所介護」（介護保険）は「生活介護」（障害福祉サービス）に真に相当するサービスかどうか議論が必要。生活上の介護サービスを提供するのみならず、社会生活に必要な知識・技能の維持・向上を図っている。サービス内容の検討と名称変更についても丁寧な議論を。障害者にもっとも重要なサービスは「社会参加」支援。重度障害者や65歳になった障害者であっても社会参加を支援する通所系サービスは必須。（全国地域生活支援ネットワーク）
- 障害者グループホームを利用しながら日中は通所系の介護保険サービスを利用できるなど、障害福祉サービスと介護保険サービスを柔軟に併用できることが必要。（日本精神保健福祉士協会）
- 地域で暮らす障害者の高齢化への対応として、介護・看取り等をどこの機関でどのように取り組むべきか、具体的な検討が必要。（全国精神障害者地域生活支援協議会）
- 高齢期の支援は、その人の成人期の環境をなるべく維持継続することを原則とすべき。長い間自宅で過ごした発達障害の人の高齢化問題が顕在化しつつある。障害特性に対応できる職員を配置した通所型・宿泊型の生活訓練事業やグループホームを整備する

必要。（日本自閉症協会）

- 障害者が高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるためには、医療、介護、福祉、障害等の各分野が連携した地域包括ケア体制の構築に向けた仕組みづくりやそれを支える人材確保に取り組む必要。（全国知事会）

（2015（平成27）年11月2日社会保障審議会障害者部会（第68回）（資料1-2）団体ヒヤリングより抜粋）

以上示すように議論は進行中である（2016年2月現在）。障害者福祉サービスと介護保険サービスの両方に精通した人材の養成、65歳前から障害福祉サービス事業者が介護保険サービス事業所と連携し、適切な支援が途切れず提供されるようにケア会議等の場を共有し引き継ぎを行う体制を行政主導で行うべきである。障害福祉サービスの「生活介護」に匹敵する介護保険サービスの開発も必要、障がいのある人々が高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるための、医療、介護、福祉、障害等の各分野が連携した体制の構築に向けた仕組みづくりが必要という指摘はとくに重要である。

2015（平成27）年9月25日の社会保障審議会障害者部会「精神障害者に対する支援について」（資料1-1）が議事資料として提出され、病院から地域にどのように移行するか、論点がしめされている。退院に向けた意欲を喚起し、本人の意向に沿った移行支援、地域生活の支援などがあげられている。病院内の敷地にGHを設置するなどによる資源の利用に対しては前述のごとく反対意見もある。本人の自由意思に基づく選択の自由を担保、外部との自由な交流を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境の保障が必要であるとされているのである。

長期入院の高齢者、長い人生を精神的な障がいを抱えながら生きてきた人々、個性的で多彩な生活状況にある人々を中心にした「生活支援」の在り方の具体的な議論は十分になされているとはいえず、始まったばかりである。

又、障害者福祉サービスは、その発達してきた経緯、背景から、本人の自由意思に基づく選択の自由がサービス提供の中心に据えられていることが特徴である。他方、介護保険は利用者主体とはいいながら、「高齢者の自立支援のための『ニーズ』に対して標準的な水準のサービスを保障するものであり、介護保険で給付されるサービスがカバーする『高齢者の介護ニーズ』とは、『利用者が主観的に求めるもの』ではなく、要介護認定やケアマネジメントを通じた利用者の状況等に関する専門的評価に基づいた『自立支援に必要なもの』でなければならない」というスタンスであり、障害者福祉サービスと介護保険制度との間にある「当事者の自由意思」をめぐる取扱いの違いをどう

⁷ 介護保険の理念を打ち出した2003年6月の高齢者介護研究会『2015年の高齢者介護』では、ケアチームが中心となって全人的な評価をすすめている。

埋めるのかも課題である。

いずれにしても、障害のある人々への支援と介護保険等による高齢者への支援を有機的に結び付け人生の途上でたとえ障がいを持ったとしても地域生活を実現可能にする地域における包括的な生活保障のための社会システムの構築が必要である。そのためには、障害のある人々、とりわけ統合失調症などの精神的な障がいを持つ人々のための政策と介護保険制度等を組み合わせた具体的で地域をベースにした、そして人生における切れ目のない包括的な生活保障を実現するための体制を考える必要がある。高齢で精神的な障がいを抱える人々をどう地域で受け止めるのか、当事者の自由意志を中心に据えた選択の自由にもとづく、いわば、「生活主体として当事者を位置付ける」ことの意義、その延長線上に「生活支援」の在り方が問われているのではないか。

5. 生活問題解決型の個性ある地域包括生活支援システムの可能性

(1) 生活支援の拠点としての養護老人ホーム

生活支援をどう定義するか。生活主体として暮らしていくための生活の諸側面への支えであり、とりあえず、次のような枠組が考えられる。

- ・ 疾病・障害への対応（身体的障がい、精神的障がい、その他の心身の状況）
- ・ 日常生活への対応（ADL、IADL⁸：身辺自立介護、家事援助、食生活の充実、片付け、買い物、洗濯等）
- ・ 労働環境への対応（就労、失業）
- ・ 生活経済の安定性への対応（年金、手当、公的扶助、家計の切り盛り、金銭管理）
- ・ 生活環境の整備への対応（住宅有無、住環境、住宅内外の環境整備、移動手段の確保等）
- ・ 生活関係の調整への対応（夫婦、親子、親戚、地域社会、職場等の関係）
- ・ 生活時間への対応（一年、四季折々の過ごし方、一週間、一日）
- ・ 生活情報のアクセス（ITや相談窓口など）
- ・ 生活文化的環境の整備（旅行や趣味娯楽などの豊かな余暇生活の構築）
- ・ 生活意識
- ・ 来歴（学歴、職歴、婚姻歴、居住歴等）等をふまえた生活支援の在り方

精神的な障がいを持つ高齢の人々の生活をこれらを柱にして支援していく道筋をつくる必要がある。

以上、地域包括ケアシステムを構築する際、生活支

援は多様な供給主体により提供されると想定されているものの、実際の利用者は認知症だけでなく、精神的な障がいを持つ人々も多く含まれている。精神保健福祉と緊密に連携した体制を構築する必要がある。生活問題解決型の生活支援が必要である。このような精神的障がいをもった高齢の人々、精神病院との緊密な連携のもと、地域生活に移行し居住の場を確保した人々のバックアップの場として養護老人ホームを位置付けられないだろうか。複雑な生活問題を抱える精神的障がいを抱える高齢の人々、その家族のよりどころとして、ショートステイや中間施設としての役割をもった地域拠点として精神保健福祉と高齢者福祉の生活支援を提供する社会システムの核として位置づける。養護老人ホームは長年、精神的な障がいを持つ人々を受け入れ、ノウハウをもっている。養護老人ホームが地域拠点となって、これまで培ってきたノウハウを使って、地域における生活支援の拠点化も一考の余地がある。地域で暮らすその精神的な不安定性からだれからも地域の人々と交流することなく、これまで歩んできた強い個性の精神的障がいをもつ人々、その独自性を踏まえた地域包括支援システムの在り方を探究する必要がある。むしろ、複雑な生活問題解決型の個性ある地域包括「生活支援」システムとってよいかもれない。ゴミ屋敷や人口減少地域の空き家問題などを含めて地域政策の一環としても議論していく必要があるだろう。

(2) 生活支援は当事者に出会えるのか—生活主体への転回

生活支援における基本理念について述べておきたい。精神的障がいのある人々を支えてきた実践現場では、「患者」ではなく、一人の生活者、生活主体としてとらえ直していく取り組みを長年模索し続けてきているが、生活支援を考える時参考になる。それは、当事者とその家族、保健医療福祉の支援者たちが運動を展開しながら日々の実践のなかで編み出した生活者としての当事者という視点である。障がいのある人々は患者ではなく、いろいろな困難性もちながらも生活をしている一人の人（生活者）であり、援助する側と援助を受ける側、指導をする側と指導を受ける側という図式から、一緒に活動をする関係へと変化させることが重要である。生活支援者は、精神的障がいのある人々の生きづらさ、生活しづらさを受け止め、そういった人々がその人らしい「ごく当たり前」の生活、その人自身が望みや大切にしている生活を尊重することに専念すべきであるとする。「生活のしづらさ」をもつ人、いわゆる当事者は生活支援を展開する際、「監督者」であり、支援者は、当事者の力や可能性を信じ、当事者主体と自己決定を重視しつつ、パートナー

⁸ ADL (Activities of Daily Living)：日常生活動作、食事や排泄、整容、移動、入浴等の基本的な行動)、IADL (Instrumental Activity of Daily Living)：手段的日常生活動作、日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADLより複雑で高次の動作、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理や服薬管理、外出して乗り物に乗る等。

として対等な関係にもとづいて生活支援を考える人である。生活のしづらさを持つ人のその人らしい「ごく当たり前」の生活の実現をその人とともに考える。それが生活支援の内容を決めるのかといえ、当事者こそが決定するのであり、当事者こそが専門家であるという立ち位置である。

また、この分野で注目されているが「当事者研究」という取り組みがある。これも生活支援を考える時参考になる。精神的障がいのある人々はこれまでは、「健常者」を目標にして、あるいは、医者がどうみているとか、病気以外の人たちを基準にしてもものを見て判断してきた。それに応じて医者も病気の症状があるとそれを少しでも減らさなければと努力してきた。しかし、「当事者研究」は病気を抱える本人が当事者目線で、自らの症状を「語る試み」である。見かけの症状を語る言葉だけではなく、言葉の背景や悩みや苦労のきめ細やかな表現が次第に医療関係者にもわかるようになる。ともに治療の在り方や日々の生活の在り方を考えていく。「語り」を通して、生活支援の糸口を当事者と支援者の共同作業のなかで探り、その相互関係のなかから豊かな関係性を築く中で生活支援を展開していくという試みである。

複雑な生活問題を抱える精神的な障がい等で社会との関係が途絶している人々、それらの人々の地域生活を受け止めるためには、やるべきことが山積している。複雑な生活問題解決型の個性ある地域包括「生活支援」システム、それぞれの地域で個性あるシステムをつくりだす必要がある。養護老人ホームや関連施設などを生活支援の拠点として地域におき、当事者を中心にした生活支援を具体的に展開する体制について、さらに探求する必要がある。

6. まとめ

まとめとして次の3点をあげておきたい。

第一に高齢者の生活支援をめぐる政策的動向は、自己責任を中心におき、さらに共助でフォローするというもので、公的責任は最後の段階であり、基本的に後退していること。このような政策的方向により、自力で生活を再建できない人々は地域社会のなかで取り残される危険性がある。

第二に養護老人ホーム入居者の生活歴調査の結果、精神的障がいを持つ人々は、症状が安定し地域生活が

可能にもかかわらず、施設入所に至っていた。精神的な障がいを持つ人々への「生活支援」が退院後にすぐに提供され、個別性の高い生活支援の体制が構築されるべきである。その中核に長年、多様な生活歴をもつ高齢者を受け入れてきた養護老人ホームを位置づけることは有効である。

第三に高齢で精神的障がいを持つ人々の生活支援を具体的に提供する場合、精神障がいの実践分野で培われてきた「当事者中心」の支援の方法が有効である。地域や病院を入退院している高齢で精神障がいを持つ人々を引き受けるにたる地域包括ケアシステムの体制を構築する必要がある。

個性的な症状をもつ精神的な障がいを持つ人々の生活、複雑な生活問題を抱える人々の生活を多面的に支える「生活支援」の在り方について、強力な社会資源として養護老人ホームの在り方を再検討すべきである。

参考文献

- ・藤井達也『精神障害者生活支援研究—生活支援モデルにおける関係性の意義』学文社、2004年
- ・向谷地生良『安心して絶望できる社会』日本放送出版協会、2006年
- ・山田知子『大都市高齢者層の貧困・生活問題の創出過程』学術出版会、2010年
- ・全社協『「生活支援サービス」が支える地域の暮らし—地域に根ざした地域包括ケアづくり』2011年3月
- ・森川すいめい、中村好一他「東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率」『公衆衛生誌』第58巻、2011年5月
- ・ホームレスの実態に関する全国調査検討会「平成24年ホームレスの実態に関する全国調査報告書」2012年12月
- ・江間由紀夫「『生活支援論』再考—谷中輝雄の遺したもの」東京成徳大学研究紀要、第21号、2014年
- ・日本総研『生活支援サービス実態調査報告書』介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業（平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）2014年3月、p.47
- ・山田知子「高齢期の貧困はいかにしてつくられるのか」『老年精神医学雑誌』25-6、2014年6月、pp.624-629
- ・安心居住政策研究会「安心居住政策研究会中間とりまとめ」2015年4月
- ・厚労省社会保障審議会介護保険部会各資料
- ・厚労省社会保障審議会障害者部会各資料

(2015年11月9日受理)