

平成 21 年度 厚生労働省「社会福祉推進事業」

# 高齢被保護者等の地域における居住確保と ケアのニーズ調査及びシステム構築の方法 に関する研究

## 報告書

2010 年 3 月

特定非営利活動法人 自立支援センターふるさとの会



## はじめに

私たちは、特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会の呼び掛けにより、9名の研究委員で研究会を立ち上げ、「困窮・単身・要介護・高齢／障害」という「四重苦」—このコンセプトもまた研究の進展とともに明らかになったものであるが—を抱えた人々の居住確保とケアのあり方をテーマに、2009年2月から2010年3月まで10回にわたる研究会を開催し、議論を積み重ねてきた。

皮肉にも、この研究会を立ち上げた直後、2009年3月には「静養ホームたまゆら」の火災事件が起こった。その解決に向けての実践的な試みの積み重ねからしか、制度の在り方に迫る方法はない。

私たちは以上のような視点を重視し、「たまゆら」以後に急遽研究計画を変更し、極めて実践的な研究展開を図ることにした。ふるさとの会自身、この研究期間内に個々に特徴ある事業手法を駆使することで3軒の「支援付き住宅」（定員は合計で55人）を開設し、「四重苦」を抱えた人々—その中には「たまゆら」から移ってきた人も含まれる—の生活の場を確保してきた。これらの事例は研究会でも報告され、議論され、そこから生まれた多くの示唆が、この報告書の随所に反映されている。またこれらに関する見学会やメディアカンファレンスを頻繁に行うことで、その意味を広く社会的に情報発信してきた。公開の推進会議（8月1日）やシンポジウム（10月12日）も開催し、専門研究者のみならず民間の実践者や行政の担当者も含めた広範な関係者間の議論も進めてきた。さらに、タイミングを見計らって適時に厚生労働省や東京都に対して提言や要望を行ってきた。8月の推進会議を受け、10月には運動推進母体としての「支援付き住宅推進会議」も組織化した。

このように、私たちの研究は、動きながら考え、考えながら動くという、まさにアクション・リサーチそのものとしての性格を濃厚にもっている。しかし本研究報告書では、一応両者を分離し、実態調査に基づくリサーチを中心にまとめることにした。

この研究の実施にあたっては、国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室（筒井孝子室長）、みずほ情報総研(株)社会経済コンサルティング部、支援付き住宅推進会議の参加者の方々、とりわけ東京都健康長寿医療センター自立促進と介護予防研究チーム研究部長の栗田主一氏、立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程の大口達也氏、研究会事務局のNPO法人すまい・まちづくり支援機構など、多くの方々の協力を得た。記して感謝する次第である。また4月以降の活動に対しては、厚生労働省社会・援護局の補助をいただいた。併せて感謝申しあげたい。

この報告内容が、今後の民間非営利組織の活動や事業に反映されるとともに、政府や地方自治体における政策立案にも大きな役割を果たすことを願っている。

2010年3月

研究会を代表して 山岡 義典

## 報告書目次

### 本編

はじめに .....	1
1. 委員名簿 .....	3
2. 研究経過年表 .....	4
3. 研究報告の概要 .....	7
4. 研究報告 .....	10
おわりに .....	109

### 資料編

資料1. ケアコード別業務実施頻度 .....	111
資料2. 無料低額診療事業施設アンケート調査票、集計結果 ..	119
資料3. 8.12 支援付き住宅推進会議報告書 .....	125
資料4. 10.12 シンポジウム報告書 .....	165

## 1. 委員名簿

2010年3月31日現在

(敬称略・50音順)

(◎：委員長)

井上孝義	東京都社会福祉協議会医療部会 MSW 分科会会長／社会福祉法人信愛報恩会 信愛病院医療社会事業部 医療ソーシャルワーカー
尾上義和	精神保健福祉士／藤沢市保健所
高橋紘士	立教大学大学院 21世紀社会デザイン研究科・コミュニティ福祉学部 教授
滝脇 憲	NPO 法人自立支援センターふるさとの会 理事／東京外国語大学 非常勤講師
竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長
布川日佐史	静岡大学人文学部 教授
本田 徹	浅草病院医師／認定 NPO 法人シェア（国際保健協力市民の会） 代表理事
的場由木	保健師／保護司／NPO 法人すまい・まちづくり支援機構 理事
◎山岡義典	NPO 法人日本 NPO センター 代表理事／法政大学現代福祉学部 教授
事務局	
佐久間裕章	NPO 法人自立支援センターふるさとの会 代表理事
水田 恵	NPO 法人自立支援センターふるさとの会 理事／NPO 法人すまい・まちづくり支援機構 代表理事
秋山雅彦	NPO 法人すまい・まちづくり支援機構 理事
川越一恵	NPO 法人自立支援センターふるさとの会 企画室

## 2. 研究経過年表

### 研究会

日時	回	議題
2009年2月28日(土)	第1回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 趣旨説明</li> <li>・ 委員紹介</li> <li>・ 委員長選任</li> <li>・ 研究会の提言案</li> <li>・ NPOの事業説明</li> <li>・ 研究計画及び日程</li> <li>・ 最近の動向</li> </ul>
2009年4月7日(火)	臨時委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ たまゆらでの火災発生移行の行政・マスコミの傾向</li> <li>・ 単身高齢者の被保護者の居住の状況</li> <li>・ 調査の進捗と社会サービスの在り方</li> </ul>
2009年4月25日(土)	第2回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臨時研究会と記者発表について</li> <li>・ ふるさと晃荘と支援モデルについて</li> <li>・ 病院について</li> <li>・ 調査票の説明</li> <li>・ 意見交換会について</li> <li>・ 次回研究会・シンポジウム日程について</li> </ul>
2009年6月13日(土)	第3回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行政・福祉事務所の動向</li> <li>・ ケア管理シートの取り組みと動向</li> <li>・ 調査票の分析</li> <li>・ 8月1日の推進会議について</li> <li>・ 10月のシンポジウムについて</li> <li>・ 次回の日程</li> </ul>
2009年7月29日(水)	第4回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生労働省の補助金決定に関する報告と今後の計画変更の方針</li> <li>・ 行政・福祉事務所・マスメディアの動向</li> <li>・ 第3回研究委員会以降の研究報告               <ul style="list-style-type: none"> <li>①支援付き住宅等利用者像の分析</li> <li>②事例報告</li> <li>③支援付き住宅と地域密着型サービスによる地域再生構想(案)</li> </ul> </li> <li>・ 8.1 推進会議の進め方</li> <li>・ 10月のシンポジウムについて</li> <li>・ 次回の日程</li> </ul>
2009年8月22日(土)	第5回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行政・福祉事務所・マスメディアの動向</li> <li>・ 国交省高齢者居宅安定化モデル事業の補助申請(案)</li> <li>・ 国立医療科学院福祉サービス部福祉技術開発室の調査協力</li> <li>・ 10月12日に向けて</li> <li>・ 次回日程</li> </ul>

2009年9月24日(木)	第6回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研究会事務局からの提言</li> <li>・ 行政・福祉事務所等の動向と新たな社会政策の試論</li> <li>・ 国交省高齢者居宅安定化モデル事業の補助申請</li> <li>・ 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉技術開発室の調査協力</li> <li>・ 10月12日シンポジウムに向けて <ul style="list-style-type: none"> <li>①支援付き住宅推進会議設立総会</li> <li>②シンポジウム(資料検討、ディスカッションの論点)</li> </ul> </li> <li>・ 話題提供等</li> <li>・ 次回日程</li> </ul>
2009年11月19日(木)	第7回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援付き住宅に関する行政・マスメディアの動向</li> <li>・ 研究計画と事業予算の変更</li> <li>・ 報告書の目次案及び研究分担・スケジュール 行政調査のレビュー ふるさとの会の他施設ヒヤリング 公営住宅の基準緩和 ふるさとの会の事業分析 他</li> <li>・ 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉技術開発室への調査委託</li> <li>・ 国交省高齢者居宅安定化モデル事業の補助申請</li> <li>・ 話題提供等</li> <li>・ 次回日程</li> </ul>
2010年1月18日(月)	第8回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都型ケアハウスをめぐる情勢と要望書</li> <li>・ 報告書の目次(案)及び研究分担・スケジュール</li> <li>・ 無料低額診療事業施設アンケート調査</li> <li>・ 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉技術開発室への調査委託</li> <li>・ 事業予算の変更</li> <li>・ 最近の動向</li> </ul>
2010年2月22日(月)	第9回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 報告書の目次案について</li> <li>・ 都型ケアハウスをめぐる情勢について</li> <li>・ 支援付き住宅の制度化に向けて</li> <li>・ 来年度に向けて</li> <li>・ 最近の動向</li> </ul>
2010年3月11日(木)	臨時委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都型ケアハウスについて</li> <li>・ 荒川区議会の答弁、居住セーフティネットについて</li> <li>・ 支援付き住宅制度化に向けて</li> <li>・ マスメディアの動向、メディアカンファレンスの進め方</li> <li>・ 来年度に向けて</li> <li>・ 最近の動向</li> </ul>

2010年3月20日(土)	第10回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 報告書案について</li> <li>・ メディアカンファレンスの報告</li> <li>・ 最近の動向</li> </ul>
---------------	------	---

## その他

日時	
2009年4月20日(月)	厚生労働省記者クラブ「高齢の生活困窮者が安心して生きていける『支援付き住宅』の緊急提言」
2009年5月11日(月)	ふるさと晃荘見学会及び意見交換会
2009年8月1日(土)	支援付き住宅推進会議
2009年10月12日(月)	シンポジウム～たまゆらの悲劇を繰り返さない～「都内各地に『支援付き住宅』を」
2010年3月19日(金)	メディアカンファレンス



### 3. 研究報告の概要

本研究報告は4つの章から成っている。第1章は、この報告書のいわば本文に当たるもので、本研究会が一年間討議してきたことの骨子である。第2, 3, 4章は、第1章の背景となっている現実や実態を明らかにするとともに、第1章の提案を今後の政策立案に展開していくための基礎データを提供している。各章の概要は、以下の通りである。

**第1章『支援付き住宅』の提案と実現上の課題**では、「たまゆら」という象徴的な事件の背景を考察し、単身者、すなわち家族の支援を受けられない人々が、地域居住を実現するために必要な制度のあり方について言及する。

「たまゆら」事件の本質は、しばしば論じられるような、無届ホームの届出による監視の強化、施設整備による収容能力の拡大では解決しない。高齢や心身の障害により、宿泊所や単身での生活継続が困難な人々の支援は、現在の制度の枠組みでは大きな困難を強いられている。施設中心の発想では、大都市の生活困窮者の安心生活は実現しない。問題は彼らの生活の自立を進め、介護が必要となってもこれまで生活してきた地域で、生活が継続できるようにすることである。

以上の視点を踏まえ、また特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会（以下、「ふるさとの会」）が取り組んできた実践経過を検討する中から、日常生活支援とは何かについて改めて問い、居住・日常生活支援の「地域協働化」として、【地域課題の共有】【住民ネットワーク】【高齢者支援の「産業化」と雇用創出】【自治体・NPOの協働】【地域ケアネットワーク】の確立の必要性について検討、最後に【支援付き住宅研究会の提言】として、下記の3点について言及した。

①「地域生活支援扶助」の現物給付——地域生活支援を単独で給付できるような、生活保護制度の改正に関する提案。

②制度の隙間を埋めるコーディネート機能＝サポートセンターの設置——日常生活支援の直接提供と生活の場をもコーディネートする拠点を設置し、公的なケースワーク業務の一部を民間に委託可能とする制度の提案。

③支援付き住宅の制度化——福祉政策と住宅政策が連携し、民間賃貸住宅事業によるものとともに公的住宅も「支援付き住宅」とできるような制度の提案。

**第2章「ふるさとの会による居住確保の実践的な取り組み」（みずほ情報総研）**は、本研究の実践的な根拠となっている「ふるさとの会」のスキームおよび経営内容を「ふるさと方式」として分析したものである。

「ふるさとの会」では、ホームレスの自立支援として1995年に「共同リビング」活動を開始するが、これをベースに99年から02年にかけて4軒（定員102名）の第2種社会福祉事業宿泊所を開設してきた。しかしその後は、05年から10年にかけて4軒（定員128

名)の自立援助ホーム開設へと展開してきた。この「宿泊所」から「自立援助ホーム」に向けての事業変遷の意味と入居者像を整理し、後者の代表として「ホテル三晃」(定員79名)と「ふるさと晃荘」の事業化の経緯および経営内容について分析している。そしてこのような「ふるさと方式」を支えるための「地域ケア連携」の必要性を指摘し、山谷地域におけるその形成過程とその生活支援の実情を整理した。

**第3章『ケア・支援付き住宅』における生活困窮高齢者へのケア実践**(国立保健医療科学院福祉サービス部)は、「ふるさとの会」が運営する「支援付き住宅」の入居者に対して行なってきたケア・支援の実践を事例とし、生活困窮高齢者の利用者像、外部からのサービス導入以外に職員が行なう支援・ケア提供の内容、そうした支援実践の土台となる職員の業務認識について明らかにしている。

生活困窮高齢者へのケア・支援においては、①入居者の医療や介護等の必要への対応、②生活困窮に帰結する生活上の必要への対応、③「身寄りがない」(無縁の)状態への対応という、3つの要素が含まれる。この章では、これらの要素をケアコードと連携尺度によって把握し、地域包括支援センター職員や自治体保健師との比較も行っている。公共政策・制度から利用者に捻出された費用(保護費等)を、利用者が「ふるさとの会」のサービスに支払うことにより、利用者に居所と、公助や共助に収まらない範疇での生活支援を提供するというビジネスの枠組みは、形式的には「貧困ビジネス」と区別がつきにくいものの、明らかに区別される特徴があることが示される。

**第4章「困窮・単身・要介護・高齢/障害者の四重苦をもつ人々」(みずほ情報総研)**は、「四重苦」を抱えた人々とその居住の実態を国際的な比較、地域的な比較などさまざまなデータを駆使して、問題の背景を整理している。

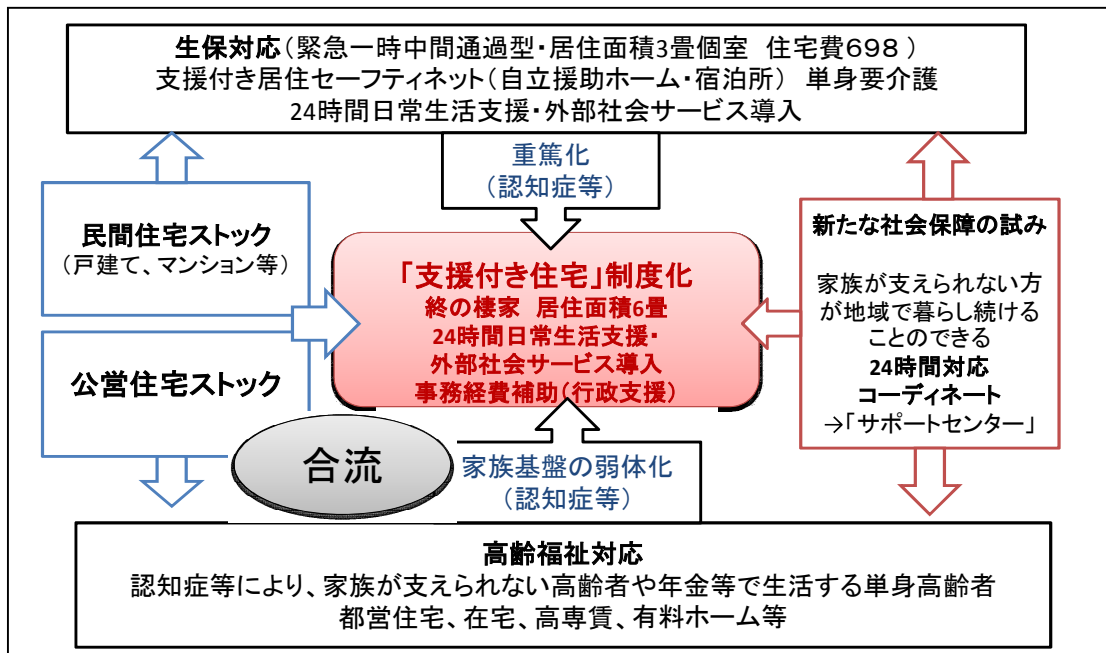
「四重苦」を抱えた人々が、今後大幅に増えてくることについては、誰しもが疑わない。しかしその現状値も推計値も存在しない。困窮・単身・要介護・高齢/障害のそれぞれの項目ごとの現状値や推計値はあるものの、これらを掛け合わせた(クロスさせた)推計値がないからである。まして、それらの人々の居住実態については、さらにデータがない。それでは具体的な政策立案に結び付かない。そこで、ここでは可能な範囲のデータを収集し、一定の傾向をみることで今後の検討課題を明らかにすることとした。データについては、日本全国ベースと東京都ベースについて考察するよう、心がけた。

以上のように、この報告では「ふるさと方式」の分析に重点を置いてきたが、「ふるさと方式」における自立援助ホームは、「プレ支援付き住宅」に過ぎないことを断わっておきたい。確かに自立援助ホームは、この報告書でいう「支援付き住宅」のモデルに当たるものであるが、厳密には、その前段のものに過ぎないということである。それは住宅事業というハードの事業(スペースの提供)を前提に「生活支援」というソフトの事業(サービスの提供)を行っているもので、ハード事業におけるスペースの犠牲のもとにソフトの事業が成り立つ仕組みになっている。本研究で提唱する「支援付き住宅」は、ハードの事業に

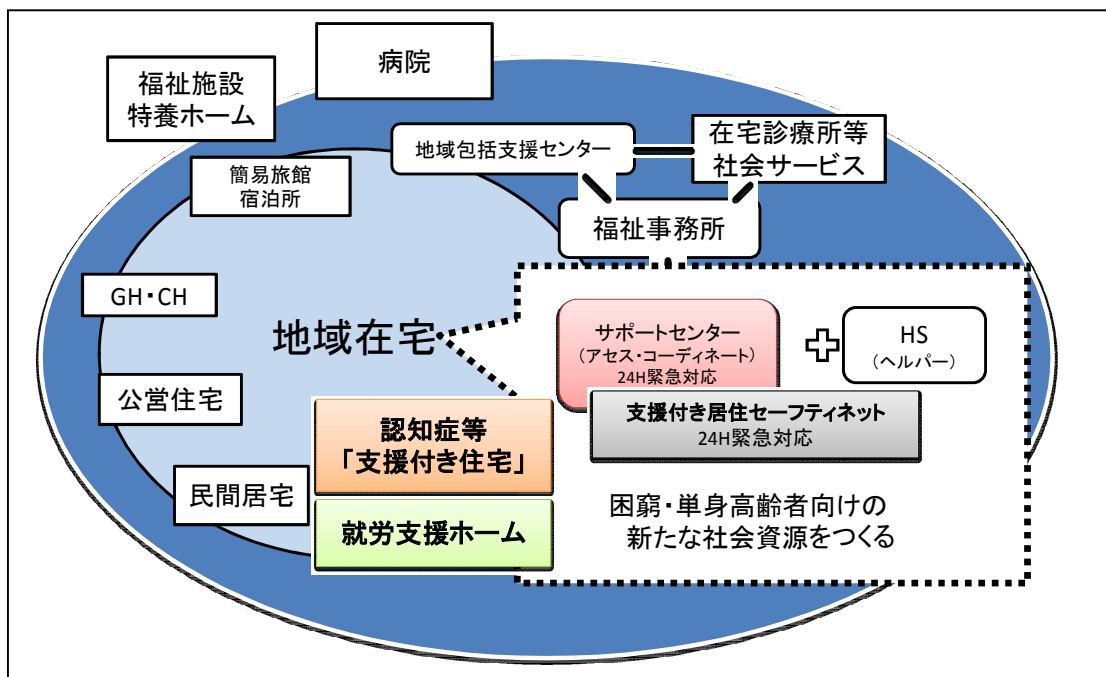
負担をかけることなく（すなわちスペースを犠牲にすることなく）、ハードの事業と独立しても成り立つようなソフトの事業（サービスの提供）が可能な制度を実現することを目指しているのである。

なお、これらの支援付き住宅の考え方を図示したものが下記の2つの概念図である。

【概念図1】支援付き住宅の基本コンセプト



【概念図2】在宅生活継続を支えるサポートセンター及びサポートセンターが管理運営する支援付き居住セーフティネットと「支援付き住宅」基本モデル



## 4. 研究報告

### 目次

第1章 「支援付き住宅」の提案と実現上の課題.....	11
1-1 問題設定.....	11
1-2 「たまゆら」問題の原因分析.....	12
1-3 行政の取り組みに対する視点.....	19
1-4 制度提案.....	21
1-5 まとめ一切れ目のない地域密着サービス提供による包括的な支援システム....	28
第2章 ふるさとの会による居住確保の実践的な取り組み.....	31
2-1 ふるさと方式の展開 — 「宿泊所」から「自立援助ホーム」へ.....	31
2-2 ふるさと方式とそれを支える地域ケア連携.....	39
2-3 ふるさと方式の経営分析 — ふるさと晃荘の場合.....	45
第3章 ケア・支援付き住宅における生活困窮高齢者へのケア実践.....	53
3-1 研究概要.....	53
3-2 調査結果.....	62
3-3 結論.....	76
第4章 困窮・単身・要介護・高齢/障害の四重苦をもつ人々.....	78
4-1 四重苦をかかえた人々とその居住の実態.....	78
4-2 政府および東京都の政策の動向.....	103

## 第1章 「支援付き住宅」の提案と実現上の課題

### 1-1 問題設定

2009年3月19日、群馬県渋川市の高齢者施設「静養ホームたまゆら」の火災によって、東京都の生活保護受給者10名が亡くなった。この事件以後、都市部の被保護者が福祉事務所管外、特に遠方の有料老人ホーム、高齢者専用住宅等に入所し、閉鎖的な生活環境の中で劣悪な処遇や虐待の被害に遭う問題に、社会的な関心が向けられるようになった。

しかしこうした問題があることは、もとより関係者の間では周知の事柄であり、東京都保護課も、福祉事務所が他県の施設を利用する場合には、保護の実施責任を移管するよう指導していた。だが、現実には移管したケースは少なく、都内・自管内では、障害や疾病を持つ単身者や、要介護高齢者の居住を生活保護基準内で確保することは、困難な状況がつづいていた。

このような状況を受けて、特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会（以下、ふるさとの会）では2005年6月から、入居者の生活保護費から運営諸経費を賄い、居住・生活支援と社会サービスを一体的に提供する自立援助ホーム「ふるさと東駒形荘」「ふるさとホテル三晃」の運営をはじめた。自立援助ホームは東京都の「生活保護運用事例集」に記される「社会的入院患者が社会復帰の訓練等を行うための民間の施設」の一つとして福祉事務所等に利用され、つねに入居者の80%程度は要介護や精神障害等障害のある人が占めている。しかし運営基準や誘導策が未整備のため、この事業の普及はすすんでいない。

管外の施設を利用する背景には、生活保護世帯数が急増し、高齢化がすすむなか、「社会的入院」患者等への退院圧力が高まっていることが挙げられる。また、更生施設・救護施設など既存の保護施設も、要介護高齢者の受け入れを積極的には行ってこなかった。このため、民間非営利団体としてのふるさとの会の実績に基づき、居住支援と多様なソーシャルサービスのネットワークシステムを、より普遍的なモデルとして構想することは、重要かつ喫緊の課題になっている。以上の趣旨に基づき、2009年2月、「高齢低所得者等の地域における居住確保とケアのニーズ調査及びシステム構築の方法に関する研究会」（以下、支援付き住宅研究会）を9名の研究委員とともに立ち上げた。

本稿は、支援付き住宅研究会が一年にわたって行ってきた研究のまとめである。目指す方向は、困窮・単身・要介護・高齢／障害者、特に単身認知症高齢者の地域居住が保障されていない問題を、「支援付き住宅」の制度化によって解決することである。しかし、研究を進めるにつれて、われわれはこの問題が生活保護制度の見直しにつながっていくべきだという結論に至った。また、この問題は居住確保だけで解決できるものではないということも明らかになった。なぜなら、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができないのは、既存のセーフティネットの限界だけでなく、地域社会という土台そのものの脆弱化があるからである。

ところで、地域で暮らすとは、衣食住の充足、コミュニティへの帰属、近隣関係の形成、

住民同士の支え合い、学ぶこと、安定生活のための生産や所得を得ること、必要なケアを受けることなど、さまざまな営みから成り立っている。このように考えていくと、地域社会からのもう一つの排除、すなわち「派遣村」に象徴される稼働層のホームレス化にも目を向けざるを得ない。背景には高水準の完全失業率や高卒者の就職難、大卒内定率の低下や求人撤回など様々な労働問題があるだろう。だが、少なくとも言えるのは、「派遣村」を頼った稼働層は、職と住居を失う過程で、家族からも地域社会からも支援を受けられず、セーフティネットにも引っ掛からなかったということである。ならば、「派遣村」の解決には、公園清掃など公的な仕事出しなど、一過性の処方箋では不十分なことは明らかである。いま、地域社会には、現役世代の支援という点でも、家族の支援にかわる「自助」、近隣や友人にかわる「互助」の再構築、そして公的な職業訓練・斡旋の限界を踏まえ、地域に根差した就業支援が求められているのではないかと。

「たまゆら」と「派遣村」を繰り返さないことは、地域社会からの排除という一つの全体的枠組みにおける、ホームレス自立支援事業の現代的課題である。本稿を通じて、二つの問題の歴史的背景を考察し、両者を総合的に解決するためのシステムを提案してゆきたい。

#### Key words :

①困窮・単身・要介護・高齢／障害者、②家族、③医療制度改革、④居住セーフティネット、⑤日常生活支援、⑥対人社会サービス、⑦互助、⑧不安定就業層、⑨地域協働、⑩地域再生

### 1-2 「たまゆら」問題の原因分析

「たまゆら」の犠牲者とは誰か。障害を抱えながら、受け入れる家族がなく、既存の福祉事業からも除外された困窮・単身・要介護・高齢／障害者である。このような困窮・単身・要介護・高齢／障害者の地域居住の場が失われつつある問題を考察するには、戦後社会福祉全体の流れの中で、その歴史的位置を見極める必要がある。

#### (1) 家族の支えを前提にした戦後社会福祉

##### 【戦後社会福祉の分類基軸】

古川に倣い、戦後日本における社会福祉の展開過程を捉えるならば、生活保護（公的扶助）中心の戦後福祉改革期（1945年～51年）、国民皆保険皆年金制度の成立による制度再編期（52年～59年）を経て、60年代～70年代にかけて、社会福祉は伝統的な居住型施設を中心とする施設福祉型から、在宅福祉サービスを中心とする在宅福祉型に転換していった（右田・高橋・古川編 2001：408-453）。

このような展開を貫いて、戦後の社会福祉が対象者を分類・選別する軸がある。それは、労働能力の有無と、家族の有無である。ここでは、戦後社会福祉が家族の支えを前提にしてきたことをみておきたい。

岩田[1995: 7-11]によれば、一般に家族扶養の強調は、日本社会の遅れた家族制度意識の残存とみなされやすいが、自助に基づく自立生活は、個人を単位としているばかりでなく、子供や高齢者、病人の扶養やケアを含む、家族を単位とした自助・自立生活を原則にしている。したがって、社会福祉においても、「家族が直面する扶養やケアのニーズをその自助・自立生活を損なうことなく（在宅主義やノーマライゼーションと費用負担）、『部分的に』サポートすること」が原則となっており、「高齢者の在宅ケアもわが国では配偶者を含めての家族の介護を「部分的に」サポートするものとして進められている」。逆に、「単身者はこうした家族とは区別され、特にケアを必要とする場合は施設収容など家族とは異なった方法・原理と結び付けられる傾向がある」。

つまり、家族がいる場合、家族によるインフォーマルな介護を前提に、それを「部分的に」補足するサービスとして在宅ケアの仕組みが作られていった。それでも家族が支えられなくなった人を、施設ケアへと「部分的に」措置するというのが基本構造である。一方、家族のいない困窮者に対しては、「世帯単位原則」に基づく「居宅原則」から外され、一般的には宿泊所や生活保護法上の施設、簡易宿泊所などで保護しながら、障害や疾病によりケアを必要とする場合には、「部分的に」施設収容へと措置してきた。

具体的には、高齢者に対してはかつての「養老院」、1963年の老人福祉法制定以降は養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなどの措置施設であり、医療資源としては、1984年に介護職員の配置を定めた「特例許可老人病棟」からいくつかの改編を経て、現在の療養病床へとつながる流れがある。障害者に対しては、精神科病床や知的障害者福祉法に基づく更生施設などがあり、後者は東京都においては今も約3000人が都外に措置されている<sup>1</sup>。

### 【社会福祉基礎構造改革】

80年代の福祉改革に始まり、2000年の社会福祉事業法等の改正に至る過程の全体は、「社会福祉基礎構造改革」と呼ばれている。この過程で、1989年にゴールドプランの策定、90年に老人福祉法等福祉八法の改正が行われ、「施設福祉」から「在宅福祉」への転換がさらに推し進められた。在宅福祉サービスは、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、デイケアサービスを三本柱とする。基本は在宅福祉サービスによる自立的生活の確保にあり、そのことに貢献するような入所型施設の在り方が求められた。

しかし、ここでも家族による高齢者の扶養が前提にされている。福祉関係予算は、行財政改革期の81年～88年に引き締めへと転換し、行政がサービスの種類や量を見極めて提供する措置制度のなかで、「80年代福祉改革は、その一面においてむしろ伝統的な家族や共同体的地域社会への依存を拡大しようとしてきたのである。…行財政主導の福祉改革は、私的扶養への大きな依存、伝統主義的な家族共同体や地域社会の扶養・介護力の存在をもって、逆にいえばその分だけ公的な施設への依存を抑制しうることに、「日本型」の特質をみ

<sup>1</sup> 1960年から97年にかけて、14県に41か所が設立され、約三千人の都内出身者が入所している（読売新聞、2009年11月30日朝刊）。

いだそうとした」(右田・高橋・古川編 2001 : 422)。

1997年の介護保険法制定、2000年の社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律の制定などによって区切りを迎えた社会福祉構造改革は、①福祉供給体制における民間参入、②措置から契約へのサービス提供・給付制度の転換、③応能負担から応益負担への費用負担体系の変更、④権利擁護制度などを柱とする。これらは、少子高齢化にとどまらず、単身もしくは二人世帯の増加、家族や地域共同体の脆弱化などを踏まえ、低所得層を中心とした「選別主義」に基づく「救貧的」サービス体系から、高齢者介護を「普遍的」な「生活支援」システムに転換することを目指したものといえよう。背景には、家族介護の負担が女性(嫁や娘)に偏るジェンダー問題を、「介護の社会化」によって解消しようとする政策的意図もあった(結城 2009)。

しかしながら、介護保険が導入された2000年時点で、すでに「介護保険の給付水準は要介護高齢者のニーズをすべて満たすものではない」という指摘もされている。ただし、介護保険では混合給付が認められているので、「保険給付外のサービスを自らの資産により購入する自助原理の回復の可能性と、公費で必要なサービスを追加することによって、社会保険と社会福祉の補完の可能性が生まれ、『共助と公助』のシステム化が可能になる」(池田 2000)。だが、これはサービス購買能力に乏しい生活困窮者、低所得世帯にとっては、あくまで可能性にすぎず、2006年度に生活保護の老齢加算が全廃されてからは、「共助と公助」のシステム化を実質的に担保する制度は存在しない。特に問題なのは、身体の介護を前提にしてつくられた介護保険法では、認知症高齢者へのサービスが置き去りにされる仕組みとなっていることである(浅川 2008 : 6)。そのため、話し相手や見守り介護は、認知症ケアでは推奨されているにもかかわらず、訪問介護のサービスでは提供できない。

実態としては、生活総体の支援は、家族が担うか(しかし結果として、しばしば担いきれない<sup>2</sup>)、担う家族がないことによる生活困難が生じている。いわゆる「ごみ屋敷」問題は高齢者の社会的孤立を象徴するが、ほかにも生活困窮、孤独死、虐待、介護心中・殺人、アルコール依存症、うつ病、自殺問題など地域社会で起きている諸問題は、家族や共同体による互助機能の喪失と代替機能(家族に代わって生活支援機能を担うサービス供給主体)の欠如に大きな原因があるといえよう<sup>3</sup>。

問題は、上記のような直接的な生活支援サービスだけではない。とりわけ単身困窮者の場合、病気や介護の問題が生じたときに、医療や地域包括支援センターにつなぐ役目、日常生活の実態に基づいて連絡調整を行うコーディネートの機能の担い手が必要である。ところが、制度的には生活保護のケースワーカーなどが存在するものの、実際の機能としては空白になってしまっている。このため、地域包括支援センターなどが生活に介入したとし

<sup>2</sup> 介護保険制度が始まった2000年から2009年10月までに、全国で高齢者介護をめぐる家族や親族間での殺人、心中など被介護者が死に至る事件は、少なくとも400件に上っている(中日新聞、2009年11月20日)。

<sup>3</sup> 粟田[2009]によれば、ソーシャルサポートの欠如は高齢者の抑うつ症状と強力に関連し、「抑うつ症状がない」高齢者においても、「ソーシャルサポートがない」高齢者は、「ソーシャルサポートがある」高齢者と比較して、1年後に抑うつ症状が出現するリスクが2~3倍高まることが明らかにされている。さらに「身体的活動能力が低下していること」「ソーシャルサポートが欠如していること」の二つは、抑うつ症状の有無とは無関係に、自殺念慮と関連することもわかっているという。



でも、問題が深刻化し、生活再建が困難という状況も、地域の現場ではしばしばある。

本稿では、今まさに求められている、これら家族的な日常生活支援とコーディネート機能の総体を「生活支援」と呼ぶ。なぜこのようなことを声高に言わねばならないか。古川の総括は端的に問題を表している（右田・高橋・古川編 2001：438）

わが国が欧米の先進資本主義諸国と異なっていたのは、わが国には緊密な家族による扶養や地域共同体による相互扶助という欧米にない要素が存在し、それを活用することによって欧米とはことなった発展の方向を追求しようと考えられたことであった。なかでも、家族による扶養や相互扶助にたいしては『福祉の含み資産』としてこれに大きな期待が寄せられた。

この「含み資産」が幻想であることを踏まえ、いまや、家族の支援を受けられない困窮者の存在を前提に、生活支援とコーディネート機能を事業化する新たな社会保障制度へと転換するときである。

#### 【医療制度改革と脱施設化】

地域社会の脆弱化だけでなく、家族介護を補完してきた病院・施設からも、高齢者・障害者が押し出されている。この原因を考えるために、1990年代前半からの医療制度改革の問題を、「社会的入院」という視点から概観しておく。

近年では、療養病床の再編成をめぐって議論された「社会的入院」の問題だが、この言葉は、1949年頃から結核患者の医療扶助に関連して用いられるようになった。その後、1961年に国民皆保険制度が実施されてからの精神病院建設ラッシュ、そして1973年の老人医療費無料化実施後の老人病院建設ラッシュを経て、幅広く長期入院問題を指すようになったとされている<sup>4</sup>。

医療制度改革の端緒となった1990年の第二次医療法改正は、医療機関の機能を明確にし、「平均在院日数の短縮」と「退院促進」を方向づけた。ここで長期慢性疾患患者を対象とする医療機関が「療養型病床群」である。2002年の診療報酬改定では、一般病床、療養病床を問わず「180日超入院の特定療養費化」（入院医療費の自己負担化）が定められた。「社会的入院」の問題が広く知られるようになったのは、このころからであろう。2005年には、「療養病床の削減・廃止」が決定され、2012年までに介護療養病床（介護保険適用）13万床の廃止、医療療養病床（医療保険適用）10万床の削減が決定された。

すでに2006年からは、医療療養病床の診療報酬について、医療区分とADL区分により患者を分類し、その組み合わせにより評価することになっている。2008年の診療報酬改定では、療養病床における特定療養費に関する規定が廃止された。これからは180日以上長期入院ではなく、「医療の必要度が低い」とみなされることが、社会的入院の定義になっていく。特に、療養病床入院者のなかで「医療区分Ⅰ」とされた13万5,000人の行き場が

---

<sup>4</sup> 印南[2009：3-42]を参照のこと。

なく、(特養、転換老健への誘導政策はとられているものの) 行き場を失う患者が5万3,000人いるとされている(吉岡・村上2008:30-31)。

困窮単身者についていえば、病气有の場合は長年、入院収容から生活保護施設または簡易宿泊所保護へ、外来の場合は施設保護または簡易宿泊所保護を一般的な処遇としてきた。特に住所不定者の生活保護開始が疾病を事由として行われることが主流になっていく傾向の中では、「次第に病院探しがワーカーの大きな仕事となっていった」(岩田1995:145)。

しかし、医療制度改革によって、この「避難場所」さえも機能しなくなりつつある。高コストの生活保護施設が増える見込みはなく、また施設内でサービスが完結する措置制度では、介護に対応もできない。このような構造から、山本病院のような事件<sup>5</sup>がいまも生み出されている。「一般に、公立病院は受け入れがむずかしく、新規に設置されたばかりで病床が埋まっていない私立の病院などが受け入れてくれる傾向があるという。仮に『問題のある』病院でも『無理を聞いてくれる』病院は、福祉事務所にとってはまさに『必要な存在』なのであった」(岩田1995:145)。1970年代の福祉事務所の実態を表したこの描写は、いまなおリアリティがある。

なお、精神科の領域では、2003年の新障害者プランにおいて、国は精神障害者の社会的入院の解消を図るため、社会復帰施設の整備目標等を示したうえで、10年間で7万2000人の退院・社会復帰を目指すとしている。また、知的障害者については、1997年まで都外施設の建設が続けられたが、障害者自立支援法施行により、知的障害者入所施設は生涯入所型から一時利用型・地域移行型へ大きく形態が変わり、10年間で300施設、3500人の地域生活移行が進められることになっている。

#### 【無料低額診療事業施設アンケート調査】

以上の歴史的経緯を踏まえ、本研究では都内の無料低額診療事業施設を対象にアンケート調査を実施し、対象施設34病院中19病院から回答を得た(回収率56%)。詳細は資料編を参照されたいが、アンケート調査の結果、低所得者や被保護者が疾病を抱え、また「入院をきっかけにどういった弊害が生じてくるのか」がみえてきた。

ここで明らかなのが、単身の被保護者等が疾病に罹り、それがきっかけとなり、生活障害が重複して入院前の生活へ戻れなくなると、入院が長期化し、退院支援が円滑にすすまないなど、さまざまな問題が発生してくることである。

問題が発生する要因は、下記のように整理できる。

- ① 保証人がいない(キーパーソンが不在)
- ② 住宅事情が悪い
- ③ 経済的弱者(生活保護を含む)

上記の問題を抱える対象者の場合、在宅・施設のどちらの退院先を選択するにしても、

<sup>5</sup> 奈良県大和郡山市の医療法人雄山会「山本病院」の診療報酬不正受給から端を発した事件。県警は2009年7月、詐欺容疑で山本文夫元理事長らを逮捕。元理事長は2010年1月、患者八人に心臓カテーテル手術をしたとするその診療報酬請求をしたとして、奈良地裁で懲役2年6カ月の実刑判決を受けた。同病院の入院患者はほとんどが生活保護の受給者だった。

### 【家族基盤と地域共同体の脆弱化】

以上みてきたように、施設から在宅への流れがつけられ、高齢者施設・居住政策の整備が進まない中、高齢者の生活介護は家族が負担を負わざるを得なくなっている。ところが現実には、家族基盤の方も脆弱化がすすんでいる。

統計によると、介護者の約1割は（娘や嫁ではなく）80歳以上の高齢者（配偶者）であり、3人に一人は70歳以上となっている（厚生労働省「07年国民生活基礎調査」）。また、単身高齢世帯の増加も著しい。2015年には全国で562万1,000世帯、東京都では60万世帯に及ぶと予測されている。しかも全国の単身高齢世帯のなかで認知症と診断されているのは約45万世帯、東京都だけでも4万8,000世帯、いずれも83%程度を占めると予測されている。また、生活保護における単身高齢者も増加している（2009年6月時点で東京都の被保護者の40.8%）。

困窮・単身・要介護・高齢／障害などの問題は、地域とのつながりを弱め、コミュニティそのものの脆弱化にも影響している。2009年末の内閣府発表<sup>7</sup>によれば、一人暮らし世帯や健康状態の悪い人ほど会話の頻度が少なく、頼れる人がいない割合が高く、社会活動への参加や交流（町内会、ボランティア、趣味・スポーツ、友人づきあい）が低調という結果が出ている。逆に、一人暮らしで他者とのコミュニケーションが少ないと、要介護状態になる可能性が相対的に大きいというデータもある（厚生労働白書平成17年版）。

このように家族や地域共同体の相互扶助機能が崩れつつある状況から、上述の通り、高齢者の社会的孤立、貧困、孤独死、虐待、介護心中・殺人、精神疾患、自殺問題などの問題が地域社会で深刻化しているのである。これは保険制度による普遍的な生活支援システムの限界を示している。むろん、だからといって、救貧的な選別主義（措置制度）に戻ろうということではない。家族の存在を前提にした「保険社会」は、家族基盤の脆弱化だけでなく、家族形態の多様化、社会全体の少子高齢化、長期失業者の増大、保険料滞納問題なども相まって、崩壊の危機にひんしているということを考察の出発点にするべきなのである。

### 【居住セーフティネットの必要】

先に、要介護高齢者全般の受け皿不足を取り上げたが、生活困窮者についていえば、従来の福祉供給は、病院、保護施設、宿泊所、特別養護老人ホーム、養護老人ホームなどが担い手となってきた。しかし、これまでも述べてきたとおり、主要な受け皿となってきた病院では、平均在院日数の短縮化や療養病床の縮小、医療区分の導入などによって退院が促進されている。更生施設・救護施設などの公的な保護施設は、単身困窮の要介護高齢者に対応してこなかったし、措置の施設はこれ以上の設置が見込めないうえ、サービス選択の自由もないため、ニーズの増大と多様性に対応できない。

また、2009年6月時点で全国に439カ所（総入所者数1万4,089人）、都内だけでも170カ所（4,684人）ある民間中心の無料低額宿泊所（第二種社会福祉事業）は、原則として要

<sup>7</sup> 内閣府「高齢者の生活実態に関する調査」結果（2009年12月21日）。

調整に時間が必要となり支障がでてくるケースが多くなる。

医療機関では、退院支援に多くの時間を必要とする対象者への対応が難しくなっている。主に一般急性期病床を有している医療機関においては、平均在院日数等の事情から、治療が長引く患者へ対しても他の医療機関と連携をしている現状がある。ましてや治療上以外の理由から入院が長期化することは決して許されない。退院先が決まらない患者に対して、病院側が一方向的に退院日を設定して、それまでにソーシャルワーカーが退院の援助をすることは決して少なくない。

被保護者をはじめ、経済的弱者を積極的に受け入れている無料低額診療事業施設であっても然りで、アンケート調査から退院支援に困惑しているソーシャルワーカーの姿が目につく。結果として、無料低額診療事業施設から、都外の医療機関や施設へ移っているケースがあることを確認した。ソーシャルワーカーとして調整をした結果と判断されるが、「納得した退院支援ができていない」と自覚しているのが理解できる。

今回のアンケート調査は無料低額診療事業施設に限ったものであるが、入院施設全体としてみれば、入院をきっかけに、都内の多くの患者が地域を離れ都外の施設へ移っていると思われる。入院中に十分な検討もされずに安易にすぐ入れる都外の施設へ退院調整しているとすれば、早急に対策を講ずる必要がある。

### 【「受け皿」の未整備】

医療から施設、施設から居住へと高齢／障害者が押し出される流れができていて、肝心の受け皿整備はすすんでいない。浅川（2008:23-34）によれば、介護三施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設）と居住系サービス（特定施設入所者生活介護＝有料老人ホーム、グループホーム）の整備率<sup>6</sup>は、東京都では3%にとどまっている。グループホームに限って言えば、東京都の整備率は1.6%、65歳以上の高齢者100名に対し1.6名しか入居できない。一方、住宅施策である高齢者専用賃貸住宅は、食事や介護サービス提供で有料老人ホームに該当してしまうため、ケア付きの参入が規制されている。また、25㎡以上の居室面積（トイレ付で18㎡以上）に見合う家賃は、都市部においては、現役世代にとってもかなりの高額であり、利用できる高齢者は限られている。

このように、総量規制と規制強化、自己負担額の高さなどから、一部の高所得層を対象にした施設は別として、民間が参入せず、受け皿づくりがすすまない。低所得者ばかりでなく、中堅所得層においても、病院施設から在宅へ戻ることで、日常ケアを再び家族が抱え込まざるをえなくなっている。こうして、「医療・介護難民」の問題が深刻になっているのである。

## （2）家族基盤の脆弱化と居住セーフティネットの必要性

---

<sup>6</sup> 介護三施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設）の総定員数と居住系サービス（特定施設入所者生活介護＝有料老人ホーム、グループホーム）の総利用者数を合わせた居住系五施設の合計の、六五歳以上の高齢者人口に対する比率。

介護高齢者に対応する施設ではない（文字通り空間提供の事業である）。措置制度の養護老人ホームは、ADL自立または軽度の要介護者（概ね要介護 1～2）が限度であり、逆に特別養護老人ホームは重度の要介護者（要介護 4～5）が中心である。しかも、個室化がすすみホテルコストが自己負担になることによって、生活保護世帯や、所得が保護基準以下の低所得世帯の受け皿がむしろ減少している。要するに、中軽度の要介護者を受け入れる施設が不足しているのである。「たまゆら」は、このような社会構造の隙間から発生したとみられるべきだろう。

### 1-3 行政の取り組みに対する視点

現在の医療、介護、福祉は、病院や施設から在宅に誘導しながら、在宅で支える仕組みがないことに問題がある。これに対し、国や東京都においては、「たまゆら」の反省も踏まえ）いくつかの取り組みをはじめている。

#### （1）大都市・小規模ケアハウス

一つは 2010 年度から始まる「大都市・小規模ケアハウス」である。

2009 年 11 月 6 日付で公表された「少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」実現 P T 報告書」（東京都）においては、三つの東京モデルとして、「ケア付き住まい」、「都型ケアハウス」、「シルバー交番」が提唱された。このうち、低所得者対策としての「都型ケアハウス」は、「多様な社会資源を活用し、低所得者、生活保護受給者も利用可能な「ケア付きすまい」を整備するものとされている。その数、3 年間で 240 カ所、2,400 定員分という整備目標は、地価が高い東京の事情でどこまで実現できるかという問題はあるにせよ、困窮高齢者を対象にした地域居住の場が新たに制度化されたことの意義は大きい。だが、あらかじめ施設整備的な「総量規制」をかけるような制度が、『たまゆら』の火災事故を繰り返さないために」（同報告書）相応しいものなのかは、吟味が必要であろう。

先ほど、単身高齢世帯とそのうち認知症が占める割合の動向をみたが、二人以上世帯を含めれば、認知症高齢者は全国的に 2005 年の約 200 万人から 2035 年には 445 万人に倍増すると推計される。また、同じく二人以上世帯を含めた高齢者数は、2009 年現在 2,900 万人、高齢化率は約 23%と推計されているが、2012 年には 3,000 万人を超え、2042 年頃にピークに達し、その数は 3,860 万人となる。しかも高齢化の進展は、ただ高齢者の数が増えるということの意味しているだけではなく、高齢者の中でも 75 歳以上の後期高齢者が増加していくという点に特徴がある。さらに地域的な偏りをみれば、2035 年の段階で認知症高齢者の数が最も高くなるのは東京都であり、この間の増加率が最も高いのも人口規模の大きな都市部である。

この予測と、毎年 2 万人ずつ増えていると言われる高齢の生活保護世帯の増加を踏まえるならば、都内に 2,400 人の受け皿をつくるだけで問題が解決しないことは明らかである。また、質の問題もどのように担保されるかわからない。軽費老人ホームと同程度ということになれば、中軽度の要介護者が利用できないおそれがある。また、メンタルヘルスの間

題や重複疾病のあるケースが排除されることも予想される（同じ人件費でやるなら困難ケースを排除するのが市場原理である。もっとも、公的施設が困難ケースを受けてきたかという、それはまた別の問題であるが）。運よく〈箱〉に入れた人だけが救われるのであれば、地域福祉はその普遍主義を自ら廃棄し、逆の意味での「選別」、つまり困難を抱える人ほど排除する「選択」が働いてしまうだろう。

だから、箱モノ中心の発想を切り替えなければならない。箱モノの整備ではなく、地域のなかで困窮・単身・要介護高齢者／障害者を支援するソフトがはじめに考えられるべきであって、「箱モノ」はその居住セーフティネットと位置付けられるべきなのである。

研究会の提言を先取りするならば、そこでまず必要なのは、日常生活支援とコーディネート機能をあわせもち、家族のいない困窮者など〈制度の隙間〉に陥った人を支援対象にするような地域のサポートセンターである。ふるさとの会の地域生活支援センターでは、無料低額宿泊施設やアパートなどで暮らす元路上生活者に対し、アパート生活への移行や、移行後の居宅生活支援を区からの依頼で行う委託事業をやっているが、このようにすでに実施されている事業を拡幅すれば、生活保護を受ける元路上生活者だけでなく、制度に乗らない年金生活者の支援など、幅広いニーズに対応できるようになる。

大事なものは、「箱」への補助ではなく「人」への支援に対する補助をつけることである。サービスを受ける側にとっては、個別の生活ニーズに応じた対人社会サービス personal social service を現物で享受する制度（高橋 2010）が必要なのである。「都型ケアハウス」には施設長、生活相談員、介護職員、宿直、調理員・栄養士、事務員が配置されることになっている。この人員が 24 時間体制で支援を組めば、一つの「箱」で暮らさなくても分散型の住宅で十分であり、さらには住み慣れたすまいを「支援付き」にすることもできる。そのうえで、常時の生活支援が必要な場合は、集合型に住み替えればよい。いずれにしても、都型ケアハウスは地域向けのサポートセンターと一体であることが望ましく、支援する「人」に補助を付けることによって、低所得、認知症、虐待など、多様なニーズの増大に対しても、ユニットの定員増などによって柔軟に対応することができるようになる。

## （２）無料低額宿泊施設

もうひとつは、無料低額宿泊施設の再編である。

「少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」実現 P T 報告書」でも、「『たまゆら』問題を解決するため、無料低額宿泊所からの移行や法外施設入居者の解消を目指す」とされているが、厚生労働省では「貧困ビジネス」問題を受けて、2009 年 10 月 30 日以来そのあり方を検討している。特筆すべきは、12 月 25 日の第三回検討チームにおいて、東京都保護課が示した「無料低額宿泊所支援の考え方について」である。ここで東京都は、「宿泊所の現状」を「救護・更生施設等の入所待機期間や精神疾患等社会的入院患者の退院後の受け皿としての機能を果たす宿泊所」、「養護老人ホームや特別養護老人ホームへの入所待機や退所後の受け皿としての機能を果たす宿泊所」などと規定している。そのうえで、「専属職員を配置し、社会サービスと適切に連携を図ることにより、利用者の社会的自立の支援の

取組んでいる宿泊所には、運営費補助をつける」という「支援の考え方」を示している。

翻って、ここ数年、宿泊所では、類似施設を含めると、入所者の命が奪われる事件が続いてきた。2005年には「あさぎり荘」、2008年には「さくら関町南ハウス」、2009年には「向島荘」などにおいて、入所者、元施設長などによる殺人事件、傷害致死事件が発生している。また検討チームが開始されてからも、2009年11月に、千葉県九十九里町の「ロイハウス片貝セミナーハウス」（報道によると「無届け宿泊所」）に住む72歳男性が、30代から50代の入所者仲間から5日間にわたり暴行を受けて殺害される事件が起きている。東金署によると、加害者の3人は、被害者が「共用のトイレを汚したりするのが不満だった」などと話している。つまり、高齢で介護の必要な入居者が、生活支援のない宿泊所に入ったために起きた事件であると考えられるのである。

残念ながら、宿泊所問題をめぐる厚生労働省の検討は、支援対象者像が明確にされていない。認知症やアルコール依存症など精神の障害、身体的介護を要する生活困難者などを支援するためには、障害に合わせた生活支援が前提になる。支援対象者の明確化と支援内容の基準づくりなしに、無料低額宿泊施設がこのような人たちの受け皿になることは、大きな危険をはらんでいると言わざるを得ない。

## 1-4 制度提案

### (1) 日常生活支援とは何か

ここまでの論から、困窮・単身・要介護・高齢／障害者の住まいと、安心してケアを受けられる新たなシステムが求められていることは明白である。これからそのシステムのあり方を、「地域協働」というコンセプトを基に構想していくが、その前に「日常生活支援」とは何かという問題を、認知症ケアに引きよせて考察しておきたい。

#### 【認知症高齢者の日常生活支援】

ここで「日常生活支援」とは、認知機能など様々な障害を「生活障害」へ転換させない、包括的で全人的な対人援助の在りかた、と規定しておく。

栗田<sup>8</sup>によれば、アルツハイマー病による脳の委縮は、「少し前の出来事を覚える」（記憶機能）、「距離感、方向感覚、奥行の感覚」（視空間機能）、「物の名前を言う、人の話を理解する」（言語機能）という三つの機能に障害を与える。この記憶機能と空間機能と言語機能は、日常生活において時間のつながり、場所のつながり、人のつながりというものを創り出す作用をもっている。つまり①過去の出来事を覚えていることで、時間がつながり、今がいつかを知ることができる。②空間の位置、方向感覚、距離感覚とかがあるから、空間がつながり、自分の居場所を定めることができる。③人の話していることが理解できるか

<sup>8</sup> 栗田主一「認知症の進行を緩和する“住まい”とは？～都市の認知症問題、特に医療の観点から～」（2009年10月12日ふるさとの会シンポジウムにおける講演より）

ら、人とつながり、安定した対人関係を形成することができる。

しかし、これらの機能が障害をもつと、つながりは寸断されてしまい、不安と混乱から多様な精神症状や行動障害が現れる素地をつくりだしてしまう。ということは、逆にいえば、そのような障害の特性を理解し、時のつながり、場所のつながり、人のつながりを大切にした環境があれば、認知症の人の不安や混乱を予防できる可能性がある。馴れ親しんだ「人」と、馴れ親しんだ「場所」で、馴れ親しんだ「時間」の流れを過ごすことが、不安・混乱を減らし、認知症の進行を緩和する可能性がある。

ところが、これまで見てきたように、困窮単身の要介護高齢者／障害者は、現在の社会構造の中では——たとえば「社会的入院」のように——短期間で居所を転々と移してきている。このような処遇によって、つながりを失いがちな認知機能に障害のある人と、生活支援の提供者との間には、しばしばそれぞれの理解する世界、見えている世界に齟齬が生じている（もちろん認知症がなければ齟齬は生じない、ということではない）。この齟齬が生活障害に転換しないための日常生活支援の内容が問われるのである（詳細については、第3章「ケア・支援付き住宅における生活困窮高齢者へのケア実践」参照）。

日常生活支援とは、具体的なサービスの内容で示せば、金銭管理、服薬サポート、衛生環境整備、食事提供、傾聴、見守り、相談、失禁対応などである。しかし、これら家族的支援を通して安定生活が実現するとすれば、それは「つながり」を確保できたときであり、「つながり」を確保するためには、「つながり」ができるまで、認知機能などの障害のある人が、支援者を見定める時間が必要である。不安や混乱を受容し、「つながり」ができるのを「待つ」ことによって、その人が、生活の場に居ることが、違和感なく自然的な「風景」となりうるのである。それは「ケアされる者」と「ケアする者」の一对一関係に尽きるものではない。「ケアの受け手」同士のやりとりや住民とのコミュニケーションが行われる場＝地域居住を支援することが日常生活支援には含まれる。このような「風景化」を可能にするには、ケアが地域化されなければならない。ケアが地域化されるためには、ケアのシステムが地域の課題を共有することから出発しなければならない。

## （2）居住・日常生活支援の「地域協働化」

### 【地域課題の共有】

地域社会の脆弱化がすすむ、都市周辺部の公営住宅・低所得世帯集住地域は、不動産物件が動かず（老朽家屋、空き家の増加）、地域経済が疲弊し（自営業者の廃業・失業、地元商店の停滞）、社会的退院の強制による家族介護負担（老老介護・認認介護）などの問題を重複して抱える「コールドスポット」である。

だからこそ、①既存ストックの活用により、家族の支えがなく、疾病・障害を抱える低所得高齢者のための支援付き居住セーフティネットをはっていき（賃貸借・改装・建替え需要喚起）、②生活保護費など公的資金を梃子に医療・福祉関連の雇用創出と消費の活性化をはかり、さらに地域産業に波及効果を及ぼすこと、③認知症等高齢者の日常生活支援を軸に在宅ケアの地域ケアネットワークを形成することによって、「自宅でない在宅」を



可能にする地域づくりを推し進めていく必要がある。

### 【住民ネットワーク】

たとえば、ふるさとの会が2009年5月に東京都墨田区で開設した新築の自立援助ホーム「ふるさと晃荘」は、老朽アパートの所有者や住宅メーカーと協力し、バリアフリー住宅に建て替えたものをNPOが借り上げ、介護などの社会サービスを利用しながら高齢者向け住宅として活用した事例である（詳しくは、第2章「ふるさとの会による居住確保の実践的な取り組み」を参照）。民間資金だけで居住セーフティネットを張り、「たまゆら」の被災者、病院や老健から移る先がなかった人、宿泊所や旅館での生活が難しくなって越してきた人たちなどの生活を支えている。また、2010年2月に東京都墨田区で開設した自立援助ホーム「ふるさと寿々喜屋ハウス」は、単身で認知症の高齢者が多い地域において、介護の負担を背負ってきた家族から店舗兼家屋の物件提供を受け、可能な限り地元の自営業から衣食住の生活資源を購入し、役所や地域包括、社会サービスとのネットワークを組み、都外ではなく地域のなかで、困窮・単身・要介護・高齢／障害者の居住と生活を支えるという事例である。このような地域課題の共有と、住民ネットワークとの協働に、〈地域協働〉の第一の契機がある。

居住が地域に根差していれば、認知機能において空間的なつながりが切れていたとしても（いわゆる「見当識障害」）、住民との顔の見える関係がそれを補ってくれる（迷ってしまっても助けてくれる）。ともすれば「徘徊」と言われる行為が、「散歩」という自然的な営みへと回復する。

ただし、自立援助ホームは日常生活支援のコストを入居者の生活保護費から賄っているため、一室当たりの居住面積は3畳から4畳半程度である。日常生活支援のコストを公費で助成すれば、終の棲家にふさわしい居住面積を確保できる。このような住宅を各自治体に設置し、入居者全員が市民（区民）＝地域の住民となれば、真の意味で「支援付き住宅」と言えるようになる。

### 【高齢者支援の「産業化」と雇用創出】

「コールドスポット」の課題の一つに、地域就業の停滞がある。地域就業を活性化する方法を考えるためには、労働政策の歴史を概観しておく必要があるだろう。

周知のとおり、日本の労働政策は、男性正規雇用者を中心に、終身雇用、年功序列、企業組合などを特徴とする「日本型雇用慣行」をメインストリームにしてきた。一方で、雇用の調整弁としての非正規雇用は、「M字型曲線」（結婚・出産により一旦労働市場から離れた女性が、子育てが終わると再び労働市場に戻ってくることを描く女性のパート就労に依存してきた。二つの就業形態は、個々別々のものではない。標準的なライフコースを目標にする「家族」を社会の基本ユニットとしながら、家族の成員を異質な雇用形態に分離しつつ均衡を保つ両極である。

しかしバブル経済崩壊後の1990年代には、中高年のリストラ解雇が大規模にすすめられ、

日本型雇用慣行は崩壊の途に突き進んだ。大都市においても家族離散や元常用被用者のホームレス化が起り、2003年1月～2月の厚生労働省調査では、その数は全国で2万5,296人に達している。

景気変動の雇用調整のため、固定費の流動化は、労働者派遣法の改正というかたちでさらに合法化された。1985年に制定された労働者派遣法が、1999年改正（原則自由化）、2003年改正（製造業への派遣解禁）を経て、規制緩和が推し進められると、400万人の派遣労働者が生まれ、派遣は年間5兆円のビジネスへと発展した。しかし、2008年11月の金融危機を発端とする世界的不況によって、自動車産業や家電メーカーなどで、大規模な労働者派遣契約と派遣業者による契約の打ち切りが行われ、厚生労働省の調査によれば、2008年10月から2010年1月20日現在まで解雇や派遣契約終了などによって職を失った非正規雇用労働者の累計は、25万6,731人とされている。

一方、戦後、標準的な家族を構成せず、山谷などの日雇労働市場（寄せ場）で働く労働者には、「金の卵」世代の故郷喪失者が少なくなかった。2003年に数えられた2万5,296人のホームレスの中には、このような（元）日雇労働者も多くいるだろう。この流れに、家族離散した元常用被用者、派遣切りを受けた元派遣労働者などが合流し、単身困窮不安定就業層を形成している。

この層は、年末年始の「公設派遣村」に一部吸収されたとみられるが、再就職に結びついたケースがどの程度いるのかは定かではない。むしろ、2万円の交通費を支給後101名が所在不明になったこと、419名が生活保護を申請したことなどが伝えられるばかりである。

こうした中、無料低額宿泊所を運営するF I Sの施設で、宿泊所の入所者に、月額1万～4万円で調理や事務を担当させていたことが分かった。報道は、「施設の人件費を最低限に抑える一方、一部の幹部が巨額の報酬を得る構図が浮かび上がった」と伝えている<sup>9</sup>。

無料低額宿泊施設の入所者の多くは、ADL自立で稼働能力をもつ人々である。そのなかで、このような「労働」が行われていることは、事業者の不正という視点だけでなく、単身困窮不安定就業層の生活・就労自立支援がいかに阻害されているかという視点から理解すべきである。

以上の歴史的経緯を踏まえるならば、派遣切りにあった労働者を、再び派遣労働に戻すことは政策目標にはならない。とはいえ、常用雇用に就くことを支援するといっても、目下の雇用情勢では現実味に乏しい。いま求められているのは、地域における雇用創出＝内需拡大への転換である。

介護・福祉領域は環境効率性ないし資源生産性にすぐれており、雇用誘発効果は他の産業に比べて際立って高い（広井 2009：153）。地域社会で高齢世帯、特に単身高齢世帯が増加しているのであれば、認知症等単身高齢者が在宅生活継続可能となる介護サービスと24時間の日常生活支援サービスを事業化することで、新たな雇用を生み出すという解決策が考えられるはずである。

---

<sup>9</sup> 毎日新聞、1月14日、東京夕刊

### 【自治体・NPOの協働】

ふるさとの会では、派遣切り等で住居と職を失った若年稼働層へ住居と生活支援・就労訓練を提供する「就労支援ホーム」（自主事業）を2008年12月から拡大してきた（総定員21世帯）。ADLは自立しているが、就労阻害要因を抱え、生活保護を受けている人も、〈ケア付き就労〉<sup>10</sup>のプログラムで配膳や清掃などの仕事に就いている。また、2009年10月1日（事業開始は2009年末）からは、「緊急就労・居住支援事業」（都委託）の参加者7名が、生活保護を受けることなく入居者の日常生活支援に携わっている。

日常生活支援を供給することによって、困窮・単身・要介護・高齢／障害者の地域居住が実現し、住民ネットワークにリンクするのであるから、これは地域循環型のwork、つまり、コミュニティの再生に寄与し、〈つながり〉を回復する労働ということができる。今後、日常生活支援サービスが独自に事業性をもつことができれば、稼働層の自立支援と互助機能の再構築が一体的に実現するだろう。

ふるさとの会では、常勤・非常勤合わせて157名の職員のうち、元ホームレス、被保護者等63名（全体の40%）を雇用している。先の緊急雇用・居住支援事業参加者のほかに、NPOふるさとの会で25名、株式会社ふるさとで29名（清掃や施設の補助業務など）、ヘルパーステーションふるさとで9名が働いている。職場体験講習は156名の受け入れ実績がある。ヘルパーのような資格を必要とする「プロ」の介護には、適性もあり、誰もが就けるわけではない。とりわけ、異業種からの転職は、職業観の転換など多くのハードルがある。しかし日常生活はだれもが送っている。だから、日常生活支援は、誰でもかかわることができる。ここに対価をつければ、有効な自立支援策になるはずである。「緊急就労・居住支援事業」のように、自治体と地域のNPOとが協働して雇用開発を行うのが、「地域協働」の第二の契機である。

このような地域雇用の開発と合わせて、「たまゆら」火災後に開設した自立援助ホームの中には、入居者全員が墨田区民の施設もあり、地域に根差した存在に育ちつつある。

### 【地域ケアネットワーク】

困窮・単身・要介護・高齢／障害者の地域生活支援には、日常生活支援とともに、社会サービスのコーディネーターという仕事もある。具体的には、居住資源への社会サービスの導入、そのための行政機関、医療サービス、地域包括支援センター、介護事業所などとの連絡調整、カンファレンスの開催などである。山谷地域では、地域の病院、診療所、訪問看護ステーション、介護事業所、居住支援等を行うNPOなどが「地域ケア連携をすすめる会」というネットワークを形成し、「台東区・墨田区・荒川区を中心に、路上生活者・生活保護受給者など生活が困難な状況にある人々に対し、居住支援と社会サービス事業者が連携し、安定した住居と生活、及びより善い医療・保健・福祉サービスを提供する」ことを目的に、日常的な事業連携と情報交換を行っている。社会資源がバラバラに存在するだ

<sup>10</sup> 雇用側が就労する人のペースに合わせて職場環境を整えること。ふるさとの会では職場内での見守り、就業時間、労働内容などフレキシブルに対応することで、就労の「リハビリ訓練」を行うプログラムを実施している（自主事業）。

けでは、高齢化率が約 50%（その多くが単身困窮）と言われる地域の〈資源〉にはならない。さまざまな制度的資源が有効に機能するためには、「人々がつくる社会的ネットワーク活動が重要であり、そのようなネットワークで生まれる規範・価値、理解と信頼を含み、ネットワークに属する人々間の協力を推進し、共通の目的と相互の利益を実現するために貢献するもの」（宮川・大守編 2004）、つまり R. パットナムのいう〈ソーシャル・キャピタル＝社会関係資本〉が地域の〈人々〉によって形成される必要がある。これが〈地域協働〉の第三の契機である。

#### 【支援付き住宅研究会の提言】

以上のことから、支援付き住宅研究会では新たな社会保障に求められている制度として 3 つの提案を行う。

##### ① 地域生活支援扶助の現物給付

これから都市部では、「困窮・単身・要介護・高齢／障害」の四重苦を抱えた生計困難者が増えていくと予測される。このような家族の支援が受けられない単身者に対し、「日常生活支援」を提供する制度として、家族代わりの地域生活支援サービスを現物で給付できるような新しい扶助が求められている。それと同時に、自治体・NPO 連携による支援スタッフの育成プログラムも、就業支援として拡幅していく必要がある。

生活支援がないばかりに疾病や障害が重篤化し、生活保護への依存が高まり医療扶助が重くなっている。この膨大化した医療扶助を削減し、要保護になる前の「予防」をしていくためにも、地域生活支援を単独で給付できるような、生活保護制度の見直しが必要である。

##### ② 制度の隙間を埋めるコーディネート機能＝サポートセンターの設置

自宅での生活に困難を抱える事情は、経済的な問題（所得の減少など）、疾病や障害などの影響、日常生活を支えてくれる人の不在、低廉で健康状態に適した住宅確保の難しさなど様々である。こうした困難に対しては、福祉事務所、地域包括支援センター、在宅診療所、介護事業所等の社会サービスが生活の継続を支える資源である。持家や賃貸住宅での生活が成り立たなくなれば、公営住宅という資源もある。認知症や障害を抱えても、認知症高齢者グループホーム、障害者自立支援法の共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）などにおいて、地域社会に溶け込みながら生活することもできる。さらに専門的な治療や介護が必要になれば、特別養護老人ホームや療養病床への入院なども制度としては在る。

しかし、メンタルヘルスを含めた多様なニーズを持ち、しかも家族という支援機能がない困窮単身者の多くは、高齢期において在宅、病院、福祉施設など居所を転じることが避けられない。したがって既存の社会資源の活用だけでは、切れ目が生じ、地

域生活の継続や地域生活への移行が困難なケースがある。今後は地域全体の〈制度の隙間〉を視野に入れながら、地域包括支援センターなどと連携しつつ、新たな対人社会サービスとして上記の日常生活支援の直接提供と、生活の場をもコーディネートするサポートセンターが必要である。

地域生活支援扶助と並行して制度化されるならば、ケースワーク業務の一部民間委託というかたちで、生活保護制度全体の見直しに組み込まれることが望ましい。

### ③ 支援付き住宅の制度化

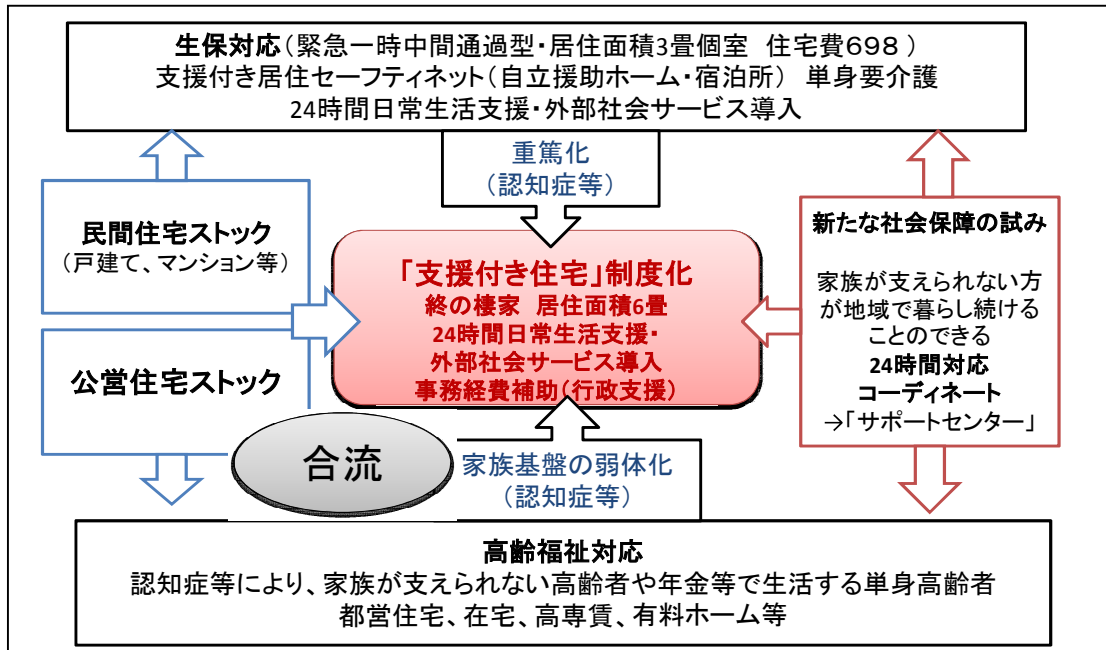
困窮・単身・要介護・高齢／障害という「四重苦」を抱えた人々の地域居住を支援する事業は、既存の社会福祉には存在しなかった。その隙間をめがけて、従来は「病者」として医療施設に入院してきた層が、「医療・介護難民」として、病院から押し出されてきている。したがって、これに対応してきた自立援助ホームのような民間自主事業の実績に「地域生活支援扶助」のようなケアの対価を付けるとともに、福祉政策と住宅政策が連携し、「支援付き住宅」を制度化すべきである。そのためには、「四重苦」を抱えた人々を、地域生活のニーズを持った人々として可視化しなければならない。

支援付き住宅は、先にも述べたとおり、現在想定されている都型ケアハウスのような「施設」ではない。住み慣れた住まいを「支援付き」にすることもできるし、支援の付いた「共同住宅」に集住するのもよい。

また公営住宅等の公的賃貸住宅を「支援付き住宅」として転換していくことも重要な政策課題である。入居時には自立していた人々もやがて高齢化し、単身化し、日常的な生活サポートなくしては生活できなくなり、孤独死へと至る。その対応策としても、この転換は重要であるが、さらに、すでに生活サポートが必要になっている「四重苦」を抱えた人々の入居可能な住まいとして公的住宅を位置付けて整備を図ることも重要である。このような公的住宅には、②で提案したサポートセンターを併設することが、効果的な政策になるであろう。

いずれにしても、地域のニーズ（住民、福祉事務所、地域包括支援センター等）に対応するためには、地域における居住セーフティネットの一つとして、サポートセンターとリンクした居住空間の確保が必要である。

【概念図1】 支援付き住宅の基本コンセプト

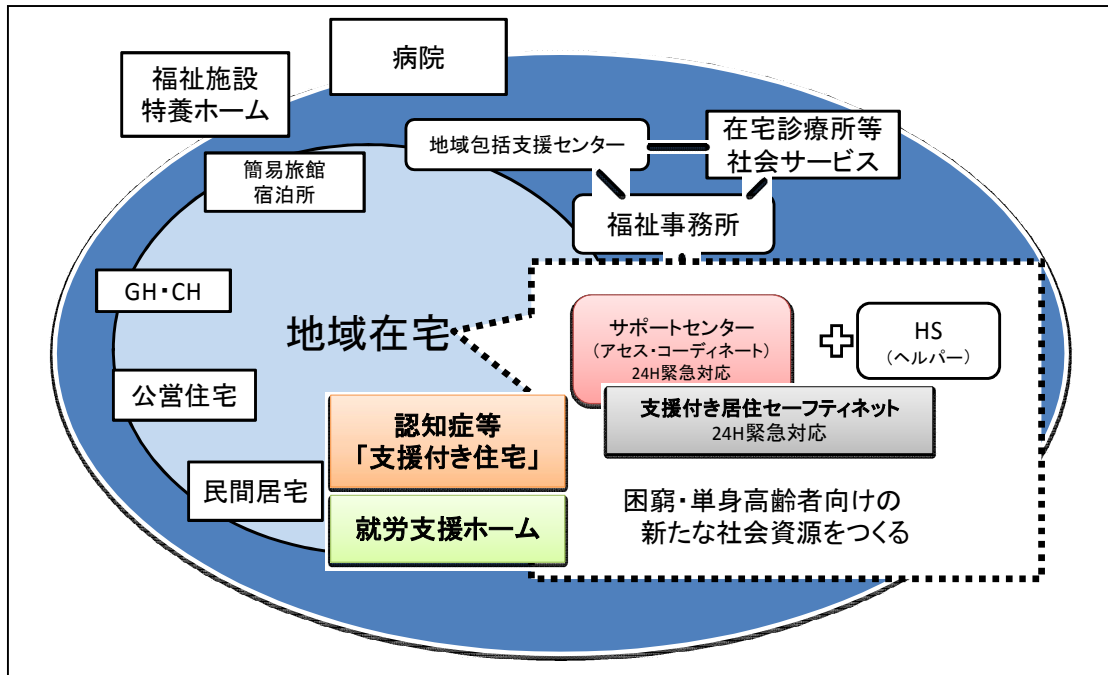


### 1-5 まとめ—切れ目のない地域密着サービス提供による包括的な支援システム

本研究のテーマである「地域協働型支援付き住宅」は、「自立援助ホーム」のように 24 時間緊急対応も可能な中間通過型施設や、サポートセンターを合わせた〈切れ目のない〉地域ケアシステムのなかに位置づけて提供し、居住セーフティネットを重ね張りしていくのが効果的である。

誰もが住み慣れた地域で暮らし続ける社会であるためには、家族の支援が受けられない人に対する生活支援を地域協働 (co-produce) で、文字通り産み出していかねばならない。日常生活支援を新たな互助機能として地域協働化+制度化することによって、総量規制を受けない支援付きの居住 (自宅でない在宅) が実現する。と同時に、日常生活支援の地域協働化は、ケア付きの就労を押し広げる側面を持っている。独り暮らしが困難な、家族のいない認知症等の困窮・単身・要介護・高齢/障害者を対象に、家族のような二四時間対応可能な居住空間と日常生活支援サービスを提供する。家族の代わりだが家族ではない日常生活支援サービスを提供するには、有償スタッフの雇用育成と在宅生活継続を支える地域ケアネットワークの仕組みが必要である。このようにして地域就業の内需拡大を図ることは、ホームレスを産み出さないという消極的な目標にとどまらず、一人ひとりの生の充足を支援しながら地域の〈つながり〉を回復し、「たまゆら」と「派遣村」の問題を併せて解決する糸口になるはずである。福祉関連産業の起業拡大による内需型産業構造への転換により、困窮・単身・要介護・高齢/障害者の地域生活支援と単身困窮稼働層の地域就労・生活自立を実現することができるのである。

【概念図2】在宅生活継続を支えるサポートセンター及びサポートセンターが管理運営する  
 支援付き居住セーフティネットと「支援付き住宅」基本モデル



#### 【参考文献】

- 右田紀久恵・高橋武司・古川孝順編、2001、『社会福祉の歴史〔新版〕』、有斐閣。
- 岩田正美、1995、『戦後社会福祉の展開と大都市最底辺』、ミネルヴァ書房。
- 結城康博、2009、「社会保障制度における介護保険制度の意義」、『現代思想』、vol.37-2。
- 池田省三、2000、「サブシディアリティ原理と介護保険」、『季刊社会保障研究』、36巻2号。
- 栗田主一、2009、「高齢者の自殺の予防をめざして」、浅野弘毅・岡崎伸郎編『自殺と向き合う』、批評社。
- 印南一路、2009、『「社会的入院」の研究』、東洋経済。
- 山路克文、2003、『医療・福祉の市場化と高齢者問題』、ミネルヴァ書房。
- 吉岡充・村上正泰、2008、『高齢者医療難民』、PHP新書。
- 浅川澄一、2008、『あなたが始めるケア付き住宅』、雲母書房。
- 高橋紘士、2010、「介護保険の「自助」「互助」「共助」「公助」の関係」、『月刊介護保険』、No.167。
- 広井良典、2009、『コミュニティを問いなおす』、ちくま新書。
- 宮川公男・大守隆編、2004、『ソーシャル・キャピタル』、東洋経済新報社。



## 第2章 ふるさとの会による居住確保の実践的な取り組み

### 2-1 ふるさと方式の展開 - 「宿泊所」から「自立援助ホーム」へ

ふるさとの会では、高齢路上生活者を対象としたボランティアの応急救護の活動にはじまり、現在は自立援助ホーム（ケア・支援付き住宅）や地域生活支援センターの運営を通じて、困窮・単身・要介護高齢者／障害者等に対して、医療・介護・社会サービスの調整や日常生活支援を行っている。

#### (1) ふるさとの会の概要

ふるさとの会は、“ホームレスを経験された方々が地域のなかで自立し、安心・安定した生活をおくり、社会のなかで再び役割や人としての尊厳・居場所を回復するための支援を事業として行うこと”を目的として、荒川区、台東区、墨田区の3区のエリアを対象に1990年から活動を行っている。

#### ふるさとの会概要

所在地：東京都台東区

従業員数：142名（常勤45名、非常勤97名）

年間事業規模：約6億円（2008年度）

関連団体：

NPO法人 自立支援センターふるさとの会（1999年認証）

ボランティアサークルふるさとの会（1990年設立）

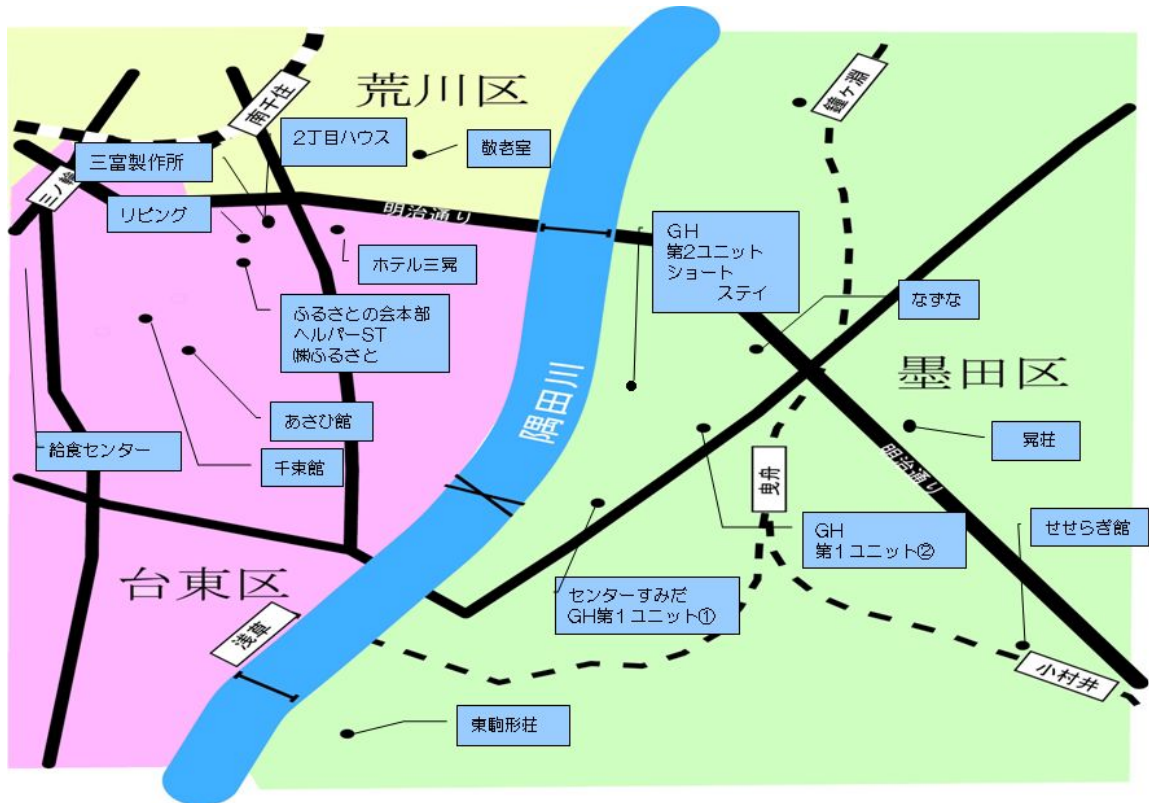
株式会社ふるさと（2007年設立）

有限責任事業組合 新宿・山谷ネットワーク（2008年設立）

NPO法人 すまい・まちづくり支援機構（2009年認証）

更生保護法人 同歩会（2009年認可）

図表1 ふるさとの会による地域ケアエリア



(2) ふるさとの会の事業内容

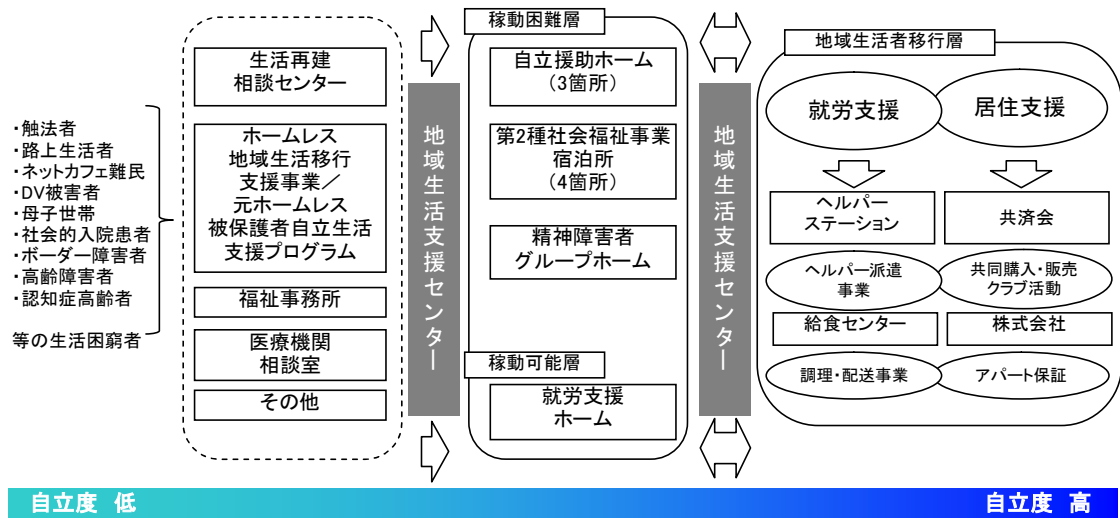
1) 支援対象者

ふるさとの会が支援の主たる対象としているのは、働くことが可能な生活困窮者などの「稼動層」と、高齢・疾病・障がいなどにより働くことができない生活困窮者である「非稼動層」の大きく2つに区分できる。

ふるさとの会が運営している中間通過施設は、「稼動層」を対象とした就労支援ホームが3箇所、「非稼動層」を対象とした第2種社会福祉事業宿泊所が4箇所、自立援助ホームが2箇所であり、2009年8月現在234名の利用者がいる。

その他に地域生活支援として、地域居宅者(624名)への生活支援や、精神障害者グループホーム(13名)の運営を行っている。

図表2 ふるさとの会が行う支援の体系



(資料) 森川美絵他「低所得・困窮単身高齢者を包摂する地域包括ケアシステム構築にむけた支援機能の抽出」第3回保健医療科学研究会(2009年)

図表3 ふるさとの会が運営する中間通過施設

対象者層	施設等分類	施設名称	利用者数
稼動層	就労支援ホーム	2丁目ハウス	11名
		はるかぜ	6世帯
		なずな	4名
非稼動層	第2種社会福祉事業宿泊所	千束	21名
		日の出	18名
		あさひ	26名
		せせらぎ	38名
	自立援助ホーム	東駒形	12名
		ホテル三晃	79名
		晃荘	18名

(注) 利用者数は2009年8月現在

## 2) 事業内容とその変遷

ふるさとの会が実施する事業の変遷は図表のとおりである。

1990年に「ボランティアサークルふるさとの会」が設立した当初は、ボランティアによる炊き出しや高齢路上生活者を対象とした給食・相談・娯楽提供プログラム等の応急救護の活動を中心に実施していた。

その後、1995年に「共同リビング(地域生活支援センター)」として地域での生活支援のための相談拠点を開設し、続いて1999年より「ふるさと千束館」「ふるさと日の出館」「ふ

るさとあさひ館」「ふるさとせせらぎ館」などの第2種社会福祉事業宿泊所を年間1つつ開設し、24時間体制での入所者の居住・生活支援の活動が始まった。また、稼働層で就労支援が必要な場合には、雇用創出プログラムの提供や資格取得のための支援など、就労障害要因に合わせた支援を実施しており、就労支援ホーム「なずな」「はるかぜ」「なずな」を開設・運営している。

ただし、宿泊所はあくまでも一時的な住居の提供を目的としたものであり日常的生活支援を必要とする入所者の受け入れには限界があることから、2005年からは、認知症や要介護の単身高齢者等に対して生活支援と社会サービスを一体的に提供する自立援助ホーム「ふるさと東駒形荘」「ふるさとホテル三晃」を開設・運営している。これら自立援助ホームは当初は特別養護老人ホームなどへの入居前の中間通過施設との位置付けで開設したものであるが、入居待ちの長期化などに伴い、居住機能を強化するようになった。さらに2009年には、自立援助ホーム「晃荘」を、不動産所有者や住宅メーカーとのコラボレーションにより開設・運営している。

図表4 ふるさとの会の活動の変遷

第1期 居住支援を基点とした支援システムを構築		
90年	「ボランティアサークルふるさとの会」を設立	
95年	H&C財団助成金を受け、「共同リビング（地域生活支援センター台東）」開設 →山谷エリア：簡易宿泊所（ドヤ）や路上で起居する単身高齢者へ訪問・安否確認、生活相談を行う。	
98年	「共同リビング」活動実績により、東京都福祉財団（当時）から助成を受ける。	
99年	私募債を集め、第2種社会福祉事業宿泊所「ふるさと千束館」を開設 →吉原エリア：老朽した戸建住宅を改装、居住・生活支援を行う。	慢性疾病を抱える利用者が増加し医療サービス（内科） 通院援助・往診サービス導入
00年	個人借り入れで、宿泊所「ふるさと日の出館」を開設 →吉原エリア：老朽した旅館を改装、居住・生活支援を行う。	アルコール・薬物・メンタルケアの必要から医療サービス（精神科）通院援助・往診
01年	個人借り入れで、宿泊所「ふるさとあさひ館」を開設 →吉原エリア：老朽した旅館を改装、居住・生活支援を行う。	要介護利用者対応のため、介護事業を開始。訪問介護・訪問看護サービス導入
	自己資金による宿泊所「なずな」を開設 →木密エリア：老朽した戸建住宅を改装、居住・就労支援を行う。	自立支援センター墨田寮、敬老室、山山介護プログラムを委託 雇用創出プログラム導入
第2期 社会サービス基盤の自己組織化と地元商店街との協働		
02年	介護事業所ヘルプーステーションふるさとを開設 →山谷エリア：シャッター通り商店街の一角に事務所を借りる。	いろは通り商店街を良くする会共同代表に就任 宿泊所のみならず、山谷エリアの簡易宿泊所や在宅へ訪問介護サービスを提供
	自己資金・個人借り入れで、宿泊所「ふるさとせせらぎ館」を開設 →都住エリア：老朽した廃工場を改装、居住・生活支援を行う。	各宿泊所へ在宅医療（内科・精神科）サービスを導入 地域基幹病院（浅草寺・堀切中央・墨田中央）との連携
03年	委託費で、「ワークステーションふるさと」を開設	厚労省機能講習を委託、有料職業紹介権及び人材派遣業

	→山谷エリア：商店街の事務所を借りる。	登録を行う。
04年	補助金によるグループホーム「ふるさとホーム」を開設 →木密エリア：老朽した戸建住宅を改装、精神障害者の地域生活支援	精神科病棟から地域生活移行を援助。08年には2ユニット、09年ショートステイと障害者自立支援法に基づく地域支援システムを構築
<b>第3期 地域社会サービスのネットワーク化と不動産物件流動化（価値上昇）</b>		
05年	自己資金による自立援助ホーム「ふるさと東駒形荘」を開設 →木密エリア：老朽した旧知的障害者生活寮を高齢者向けに改装、居住・生活支援を行う。	利用対象者を認知症・要介護単身高齢者とすることで、専門的かつ安定したケアが可能。
	自己資金による「共同リビング（地域生活支援センター墨田）」を開設 →木密エリア：地域生活移行支援事業参加者への個別アパート訪問・来所相談を行う。	ホームレス地域生活移行支援事業 生活サポート業務委託、08年墨田区居宅安定化事業委託 墨田区全域において在宅訪問・安否確認、生活相談の拠点。
	自己資金による自立援助ホーム「ふるさとホテル三晃」を開設 →山谷エリア：簡易宿泊所（ドヤ）を一棟借上げ、居住・生活支援を行う。	自立援助ホームへ社会サービスを提供する各医療機関、介護事業所などのネットワーク化とコーディネート業務を開始。08年には、エリア基幹病院医師が代表となり「地域ケア連携をすすめる会」を発足 38 団体個人が参加。行政機関が行う、職場体験講習プログラムの場としても機能。
	自己資金による特定給食施設「ふるさと入谷給食センター」を開設 →吉原エリア：全ての事業所へ1日600食を配食。	栄養士の管理による給食サービスを開始。雇用の受け皿としても機能
08年	自己資金及びNPOバンク融資による就労支援ホーム「2丁目ハウス」を開設 →山谷エリア：老朽した工場付き住宅を改装、居住・生活・就労支援を行う。 木密エリア：老朽戸建住宅を改装、女性・母子世帯の就労支援ホーム「はる	障害者アート展示などのギャラリーカフェを併設 宿泊所、自立援助ホーム、ドヤなどに起居する要介護高齢者へ介護サービスを提供するヘルパー育成・雇用プロ

	かぜ」同時開設。	グラムを開始。
09年	民間資本を活用した支援付き住宅「ふるさと晃荘」を開設 →都住エリア：老朽したアパートの建て替え需要に合わせ、ふるさと仕様で 新築	都外施設入所者を都内で受け入れ、地域の老朽アパート を支援付き住宅新築へ建て替え需要を喚起。就労支援ホ ームのヘルパー育成・雇用プログラムの場としても機能。
第4期	地域密着サービス提供の包括的な支援システムの普及と制度化	
10年	新宿区へ	

(3) ふるさとの会の利用者像（非稼働層）

ふるさとの会が運営する宿泊所、自立援助ホームに入所している 213 名（2009 年 8 月時点）についてその内訳を見たのが下記の表である。213 名中、要介護認定が計 129 名で 60.5%、三障害の手帳取得者が 64 名で 30.0%を占めており、要介護か三障害のいずれかに該当する人が 159 名、74.6%である。

また年齢構成は、65 歳以上が 125 名と 58.6%を占め、入所者の過半数が高齢者である。

（利用者像の詳細は、第 3 章「ケア・支援付き住宅における生活困窮高齢者へのケア実践」参照）

図表 5 宿泊所、自立援助ホームの利用者像

介護				
	要支援 1	11 名	要介護 3	23 名
	要支援 2	6 名	要介護 4	8 名
	要介護 1	43 名	申請中	6 名
	要介護 2	32 名	計	129 名
	認知症患者	計	76 名	
三障害				
療育手帳（愛の手帳）	4 度	5 名	計	5 名
精神障害者保健福祉手帳	1 級	2 名	3 級	2 名
	2 級	16 名	計	20 名
身体障害者手帳	1 級	9 名	4 級	12 名
	2 級	12 名	5 級	1 名
	3 級	5 名	計	39 名

図表 6 宿泊所、自立援助ホームの入所者の年齢構成

30 代以下	6 名
40 代	10 名
50 代	31 名
60 代	85 名
70 代以上	81 名



## 2-2 ふるさと方式とそれを支える地域ケア連携

ふるさとの会では、従来は家族が無償で行ってきた日常生活の支援と、医療・保健・福祉等の専門性を踏まえた総合的なコーディネートを行っている。

さらにスタッフの支援だけではなく、地域の既存の社会資源と連携した支援・コーディネートとすることで、24時間対応可能な切れ目のない支援を可能としている。

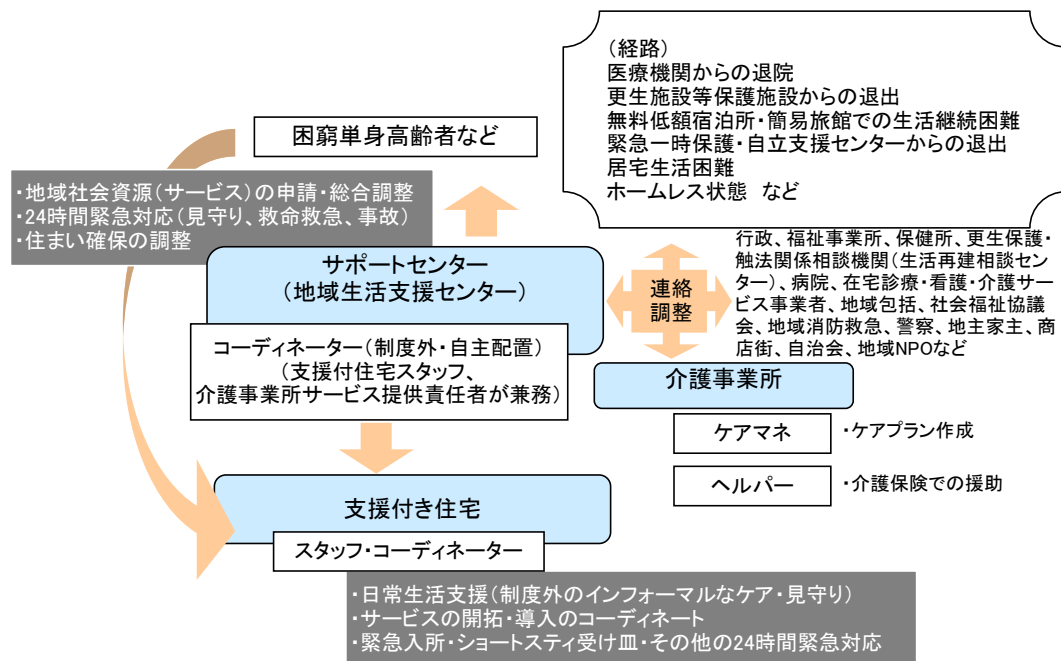
施設ケア中心の福祉から在宅ケア中心へ社会福祉の主軸が移行しているが、今後は高齢者の中でも特に単身高齢者が増加していくことが見込まれていることから、在宅ケアの前提となっていた家族による日常生活支援を期待できない人々が増加していくこととなる。

また、低所得者にとっては在宅ケアの基盤となる住宅の確保自体が難しい状況にある。要介護度が低い場合には特別養護老人ホーム等の施設への入居もできず、そもそもこれらの人々が入居するための施設数自体が不足している状況にある。

これらの、日常生活の支援が必要ではあるが家族によるケアが得られず、また施設への入所もできない低所得の高齢者に対しての居住自体を含めたセーフティネットが求められる中で、従来型の福祉制度では限界がみられ、また、財政難等により在宅での行政のサービス供給も減少していくことから、ふるさとの会のような非営利セクターへの期待が高まっている。

以下では、居住セーフティネットとしてふるさとの会が提供する、低所得・要支援の単身高齢者が地域の中で安心して継続的に居住していくための居住支援及び日常生活支援の仕組み、またそれを支えている切れ目のない地域ケア連携の仕組みについて整理する。

図表7 ふるさとの会が行う非稼働層に対する支援の全体像



(資料) 森川美絵他「低所得・困窮単身高齢者を包摂する地域包括ケアシステム構築にむけた支援機能の抽出」第3回保健医療科学研究会(2009年)

## **(1) 日常生活支援**

### **1) 日常生活支援の内容**

低所得・要支援の単身高齢者の生活の基盤となる住宅を提供し、また従来は家族が無償で行なってきた日常生活支援をあわせて提供しているのが、2-1で紹介したふるさとの会が運営する自立援助ホーム「ふるさと晃荘」、「ホテル三晃」、「ふるさと東駒形」である。

自立援助ホームでは、スタッフにより 24 時間 365 日、困ったときにいつでも相談や支援を要請できる切れ目のないケアを行っている。体調が悪くなったときに医療機関に連絡をしたり、訪問看護師に本人の普段の様子を伝えて医師や看護師のアドバイスに基づいて対応をしたり、急変時に救急車を呼んで救急搬送に同乗するなど、通常では家族が行なうケアである。スタッフは、本人からの相談にのるとともに、不安や体調不良などを自ら表現できない利用者に対しても、日常生活支援と見守りを通じて、普段と違った様子があれば迅速に医療機関に相談するといった早期の対応を実施している。

### **2) 日常生活支援を支えるスタッフ**

上記のような日常生活支援は、従来家族が実施していたものであり、専門的知識を要するものではない。そのため、ふるさとの会の対象者のうち、派遣切り等で住居と職を失った生活困窮者等の若年稼働層が、それら非稼働層（低所得・要支援の単身高齢者）を支援する側となることも可能である。また、稼働層にとっての雇用創出にもつながる。実際、ふるさとの会の 157 名の職員のうち、40%にあたる 63 名の職員が、元ホームレス、被保護者等である（平成 22 年 1 月現在）。

ふるさとの会ではこれら職員に対して、日常生活支援に必要な知識や、緊急時に必要なアセスメントと初期対応に関する研修を実施することで、自立援助ホーム入所者等の日常生活を支える人材を育成している。

## **(2) 医療・保健・福祉のコーディネート**

### **1) コーディネートの内容**

生活支援に加え、自立援助ホーム等の利用者が、必要な福祉サービスを適切に受けられるようにコーディネートしていくことが必要である。

コーディネートサービスとしては、障害者手要の取得や障がい者サービスの申請、介護保険の申請等の手続きを行ったり、地域の医療機関、介護福祉サービス機関、福祉事務所や保健所、ケアマネージャー等との連絡調整を行ったりなど、日常生活支援とは異なり医療・保健・福祉等の専門性を踏まえた総合的なコーディネートとなる。

### **2) 地域ケア連携**

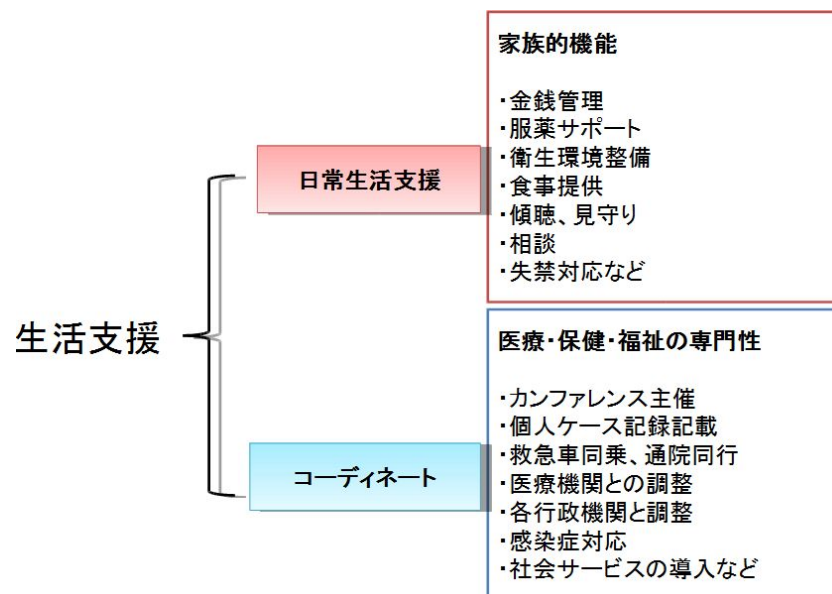
また、在宅により医療・保健・福祉のサービスを受けるには、行政機関、福祉施設、病院等の地域の既存の社会資本の活用が不可欠である。

ふるさとの会では、地域の福祉施設、病院等との連携により、地域の在宅生活を継続で

きる地域密着サービス提供による「包括的な支援システム」を日常生活圏域に構築することを目的とした活動を実施している。このうち、行政、医療、福祉サービスなどについては、38 団体・個人の連携により「地域ケア連携をすすめる会」を組織し、地域の既存の社会資本をネットワーク化する取り組みをすすめている。

地域でサポートすることは、地域の福祉関連、不動産、小売等の消費の促進、雇用の創出等の社会資本の活性化にも効果があり、更なるコミュニティビジネスや雇用の創出にもつながり、地域再生やまちづくりへの貢献となる。

図表 8 ふるさとの会が行なう生活支援



図表 9 ふるさとの会による包括的な支援システム

中間通過施設	第二種社会福祉事業所宿泊所	4 棟 104 名
	自立援助ホーム	2 棟 97 名
	※認知症特化型	1 棟 12 名
	就労支援ホーム	3 棟 21 名
在宅	地域生活支援センター	2 ケ所 624 名
	ギャラリーカフェ	1 ケ所 200 名来所
中間施設 (特定)	グループホーム (ショートステイ含む)	2 ユニット 13 名
社会サービス (基盤)	給食センター	1 ケ所 650 食/日
	ヘルパーステーション	1 ケ所 中間施設・在宅・簡宿
	株式会社ふるさと	1 ケ所 27 名雇用 アパート保証 266 名
	就労支援推進協議会	156 名職場体験講習受講
	ワークステーション	74 名雇用有料職業紹介権及び人材派遣業登録
CUCS (地域ケアネット)	地域ケア連携をすすめる会	38 団体個人 基幹病院、診療所 (内科、精神科、歯科) 訪問看護・介護、デイケア・デイサービス 保健所・福祉事務所・消防署・食品会社など

## 地域ケア連携をすすめる会

### 【在宅診療・看護・介護・薬局等】

かとう医院（事務長）、浅草病院（医師、看護師、MSW）、 亀戸中央通りクリニック（コーディネーター）、塩川内科（院長）、川崎メンタルクリニック（院長、PSW）、入谷歯科（部長）、スズキ鍼灸整骨院（院長）、コスモ薬局（代表取締役）、げんきケアサービス（代表取締役、相談員）、アイ・サポート（代表取締役）、あさくさ地域包括センター（介護係長代行）、マルコ食品（管理責任者）、ヘルパーステーションふるさと（ケアマネージャー）

### 【病院・診療所】

信愛病院（MSW）、賛育会病院（MSW）、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター（患者支援調整官）、浅草寺病院（MSW、看護師）、椿診療所・永寿綜合病院（医師）、社会保険中央病院（看護師）

### 【行政・福祉事務所】

東京都保護課（指導担当係長）、城北労働福祉センター（管理係長）、新宿区福祉事務所（相談係長、生活福祉第一係長）、東京ソーシャルワーク（代表）、墨田区福祉事務所（CW）、日本堤消防署（救急係長）

### 【山谷地域 NPO】

訪問看護ステーションコスモス（理事長、看護師、ケアマネージャー）、友愛会（理事長、主任）、山友会（代表理事、相談員）、ふるさとの会（代表理事）

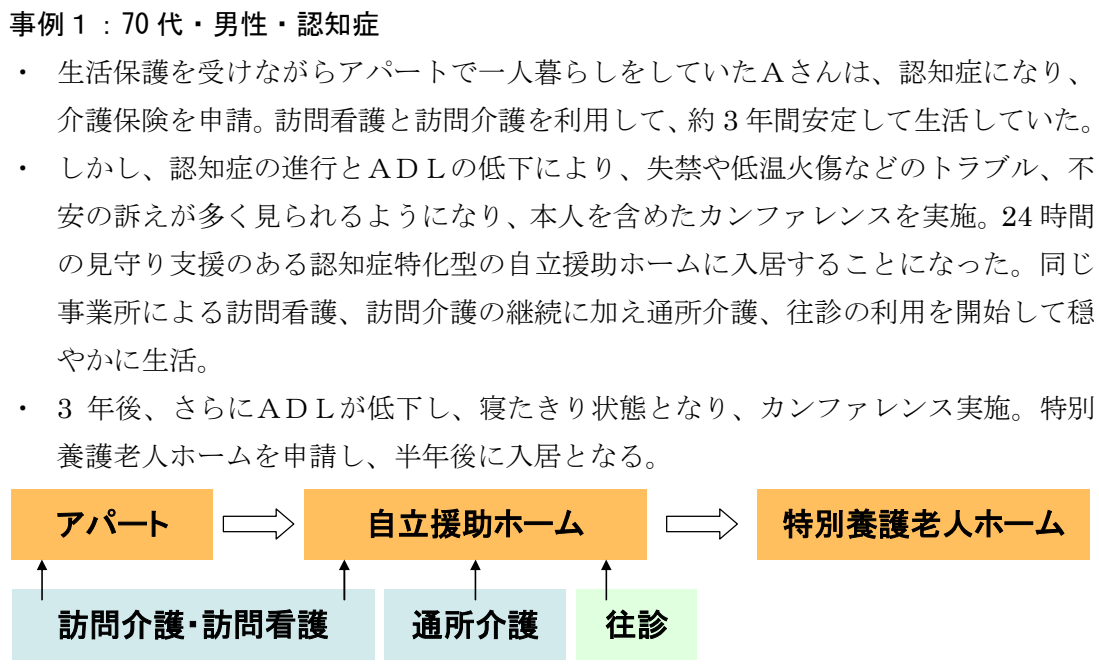
### 【大学・研究機関】

国立社会保障・人口問題研究所（室長）、国立精神・神経センター精神保健研究所（精神保健計画部長）、東京女子医大看護学部（准教授）

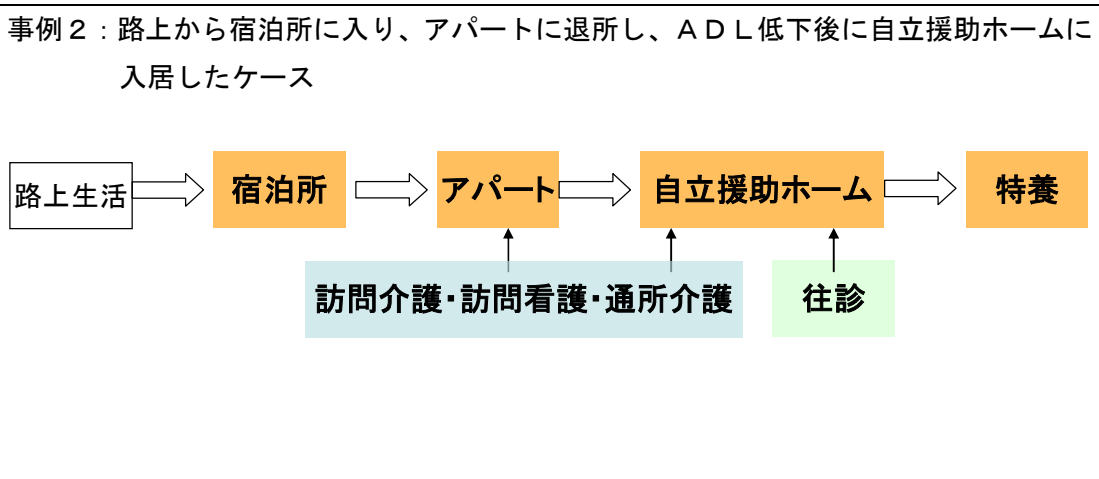
### (3) ふるさとの会による支援事例

以下では、ふるさとの会が運営する自立援助ホーム等において、利用者がどのような経緯で入居し、またどのような支援を受けるのか、具体の事例から紹介する。

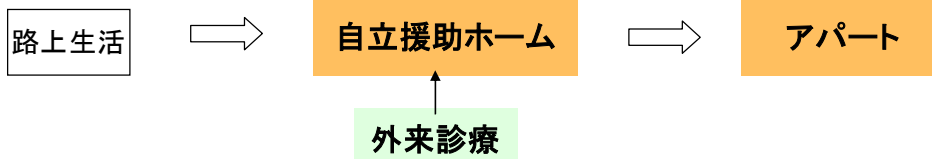
自立援助ホームへの入居者で最も一般的なのは、アパートなどに居住していた方が、ADLが低くなってきたために、自立援助ホームに入居し、その後、ADLが更に低下することに伴い特別養護老人ホームに入居するという流れである。



次に多い流れとしては、路上生活から自立援助ホームを経て、特別養護老人ホームやアパートへと居所を転々と移動していくケースである。自立援助ホームは従来、一時的な施設であるため、将来的には特別養護老人ホームやアパートに行くことが前提となっているが、異動することによりそれまでの地域のつながりが切れてしまい、それにより個人的な課題とストレスを抱え込むことになり、体調が悪化するというケースが見られる。



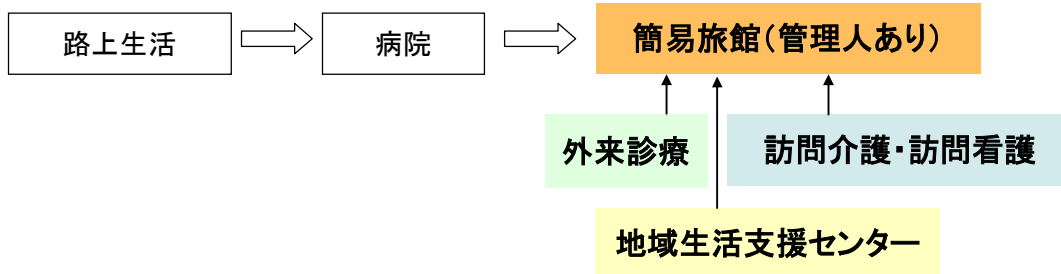
事例3：自立援助ホームから、アパートに退所し、体調が悪化してしまったケース



山谷の日雇い労働者が10~20年間という長期にわたりゆっくりADLが低下していき、徐々に支援が必要になるパターンも多く見られる。その際、簡易旅館であっても、管理人のコーディネート（危機管理）がなされることにより、地域生活支援センター等、一定の支援があれば継続的に地域で生活していくことが可能である。

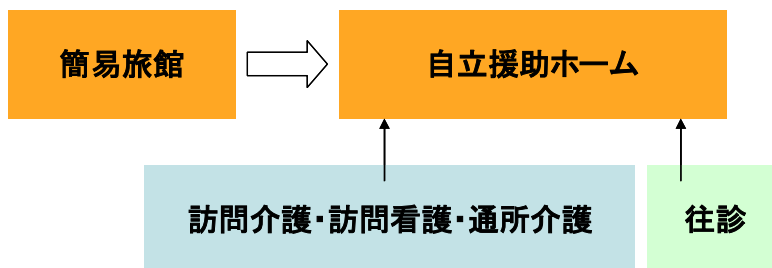
事例4：60代・男性・認知症

- ・ 長年建設業に携わっていたが、不況と高齢により仕事が減り、路上生活をおこなっていたところ、路上で倒れ救急搬送され入院し、生活保護開始となる。
- ・ 退院後は、本人が長く生活していた簡易旅館で生活していたが、認知症と慢性の呼吸器疾患があるため、通院介助と食事・服薬管理、家事援助として訪問介護、体調管理として訪問看護を利用している。その他、相談・日常生活支援を地域生活支援センターが行っている。病状では在宅酸素が必要であるが、認知症により火元の管理が難しく、導入できていない。何度か呼吸苦が強くなり、簡易旅館の管理人が救急搬送を要請しているが、入院の必要性なく帰宅している。



また逆に、簡易旅館の管理人がコーディネートを行わず、風呂やトイレを認知症や要介護用に改造せずに放置し、結果的に簡易旅館での生活はできなくなり、自立援助ホームに転居するケースも見られる。

事例5：簡易旅館でサービスを受けられずにトラブルとなり、自立援助ホームに入居して介護保険申請するケース



## 2-3 ふるさと方式の経営分析 ーふるさと晃荘の場合

ふるさとの会で、現在新しい支援付き住宅の事業化モデルとして取り組んでいる「ふるさと晃荘」では、民間資本を活用することで初期コストの低減を図ると共に、地域資本を活用することが地域環境の改善や地域の活性化など、地域への貢献にもつながっている。

さらに 2-2 で紹介したふるさと方式と地域ケア連携の仕組みにより、救護施設や更生施設と比較しても高サービスでありながら、かつ低単価・コストでの運営を可能としている。

### (1) ふるさと晃荘の事業化の経緯

#### 1) これまでの事業手法

これまでふるさとの会では、支援付き住宅の事業化にあたっては、個人借り入れにより、老朽不動産物件を改装するなど、自己資金により賄ってきた。また、居室は相部屋、かつ最低定員規模の 18~20 名程度の規模でないと経営が成立しなかった。

事業を展開していく中で、法人の借り入れに移行し、居室は個室へとなった。しかし土地などの担保がないと金融機関から資金調達を受けることが難しいなどの課題はあり、また費用の調達以外にも、最低の定員基準を満たし、かつ個室を確保するだけの規模の不動産物件が地域に存在しないという課題もあった、

これら課題を解決するモデルとなるのが「ふるさと晃荘」である。新築により建物を建設し、それら費用は家主（不動産所有者）が負担する新しい形態での事業である。

#### 2) 事業化の経緯

自立援助ホームである「ふるさと晃荘」は 2009 年 5 月より運営を開始している。「ホテル三晃」が簡易宿泊所を借り受けて設置しているのに対し、「ふるさと晃荘」は不動産所有者と大手メーカーとの協働という、民間資本を活用して建設したのがその特徴である。

事業化の経緯は下記のとおりである。①~⑤の不動産所有者の相談から関係者間の協議により建設が決まるまでが 3 カ月、⑥~⑧の設計及び資金調達の期間が 3 カ月、⑨の解体工事から建築確認申請を経て施工が完了するまでに 5 カ月を要した。



## 「ふるさと晃荘」の事業化の経緯

- ①老朽したアパートを持つ不動産所有者が、アパート経営に関して不動産業者に相談。
- ②立地条件や地価下落、ワンルーム型アパートの供給過多、建物の経年劣化と賃料引き下げへの不安と今後の少子高齢化に対応したアパート経営を模索。
- ③低所得層、とりわけ被保護高齢者を支援している特定非営利活動法人 自立支援センターふるさとの会を不動産業者が仲介。
- ④不動産所有者、不動産業者、NPO 職員が協議。
- ⑤大手住宅メーカーと NPO 職員が協議。
  - ・被保護高齢者の支援ノウハウ（居住形態・生活形態→NPO 財務・利用者像・地域ケアネットワーク等）
  - 工務店への注文住宅ではなく、大手住宅メーカーの既存ノウハウで対応可能と判明
- ⑥NPO 仕様に対応した設計及び建設コストを算出。
- ⑦算出された建設コストを基に、不動産所有者と NPO 職員が賃貸条件について協議。賃料確定。表面利回り 12%確定。
- ⑧不動産所有者が確定した賃料を基に、金融機関へ資金調達。
- ⑨老朽アパート解体・新築開始。

建替前



建替後



### 3) 地域再生への貢献

民間資本を活用しての建設が実現した背景には、家主である不動産所有者及び地域にとっても、支援付住宅建設のメリットが見出せたことがある。

ふるさと晃荘の従前の建物は、老朽化したアパートであり居住者も少なくなっていた中で、家賃単価が下がり、また被保護者の単身入居者については、家主自らが訪問してサポートをする必要があった。また建物の老朽化により、防災・防犯面での不安もあった。建て直しにより新たなアパートを建設しようとしても、地域にはワンルームのアパートが乱立していたために、入居者が確保できるかどうかの保証もなかった。



ふるさとの会が一棟一括借上げとすることで、家主にとっては、利回りは12%と必ずしも高くないものの安定して賃料収入は得ることが可能となり、また単身の被保護者の見守りもでき、さらに新築となり担保価値は上昇するなどのメリットが得られる。さらに新築となることで防災・防犯面での安全性も高まることは地域環境の向上にもつながる。

建替え前の家主、地域の不安	建替えによる家主、地域の安定
1. 賃料収入の低下	1. 安定借上げ賃料収入
2. 高齢入居者の单身生活	2. 高齢者への生活支援
3. 担保価値の逓減	3. 担保価値の上昇
4. 耐震・対火への不安	4. 防災・防犯対策
5. 地域医療・購買の空洞化	5. 地域医療・購買の活性化

## (2) ふるさと晃荘の事業スキーム

### 1) 建設及び初期コスト

地域の既存リソースの活用により低コストでの建設が可能となっている。

なお、建設費用の坪単価は、特別養護老人ホーム（ユニット型）が72.6万円/坪、特別養護老人ホーム（従来型）が99.6万円/坪であるのに対して、ふるさと晃荘は82.5万円/坪であり、交付金が多く投入されて建設された施設と比較しても建物のグレードは適切なレベルであることが理解できるとともに、ユニット型に比べると高くなるものの、従来型と比べると坪単価では低コストでの建設となっている。さらに、1床あたり単価にすると、特別養護老人ホーム（ユニット型）が1,313万円/床。特別養護老人ホーム（従来型）が1,525万円/床、また認知症高齢者グループホームが735万円/床と比較しても、ふるさと晃荘は277.8万円/床（定員18名で計算）と格段に単価が低く抑えられていることがわかる。

#### ■建設費用：家主（不動産所有者）の負担

- ・ 初期コストのうち、建設費用約5,000万円（従前建物の解体費用含）は家主の負担であった。資金調達に際しては、従前の建物が償却済みであり、抵当権が摘除されていたことから、土地担保価値が生じ融資可能であった。
- ・ 建設費は200㎡の専有床面積に対して5000万円（25万円/㎡）であった。

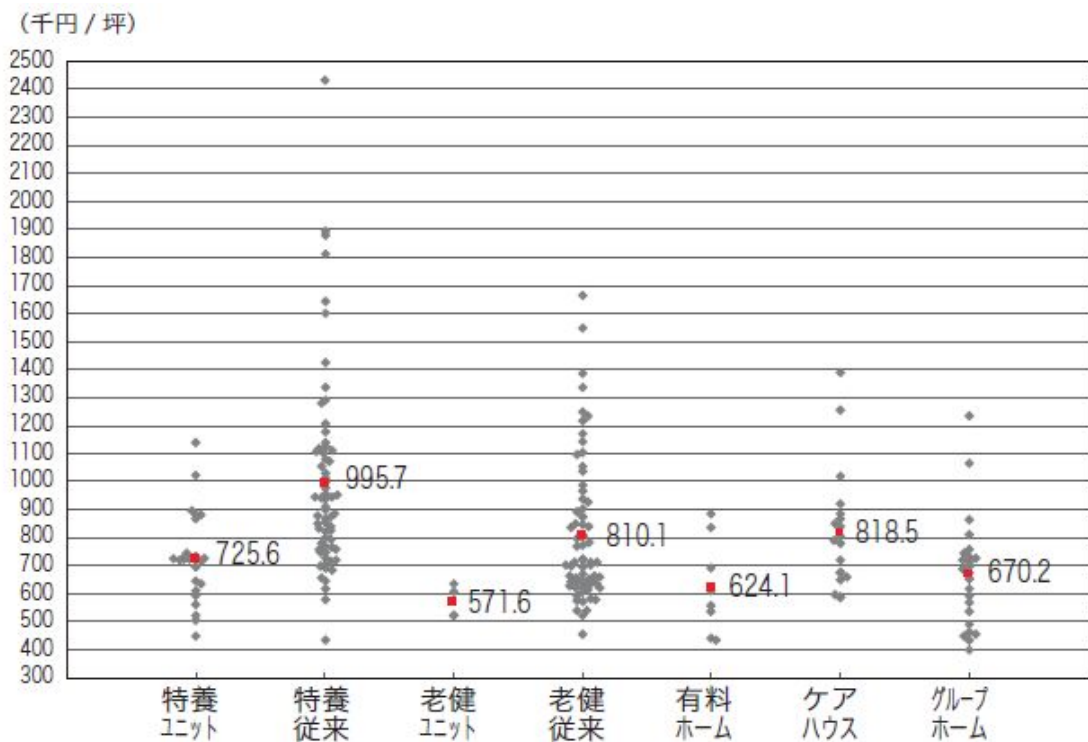
#### ■家具什器費、敷金・礼金・仲介費：NPO法人ふるさとの会の負担

- ・ 家具什器にかかる費用約200万円（借家人賠償特約付火災保険料含む）はNPOが負担している。
- ・ 敷金・礼金および不動産仲介料としてかかる5カ月分の家賃250万円は、日本政策金融公庫の融資制度を活用し、無担保で金利2.5%であった。

図表 10 ふるさと晃荘の概要

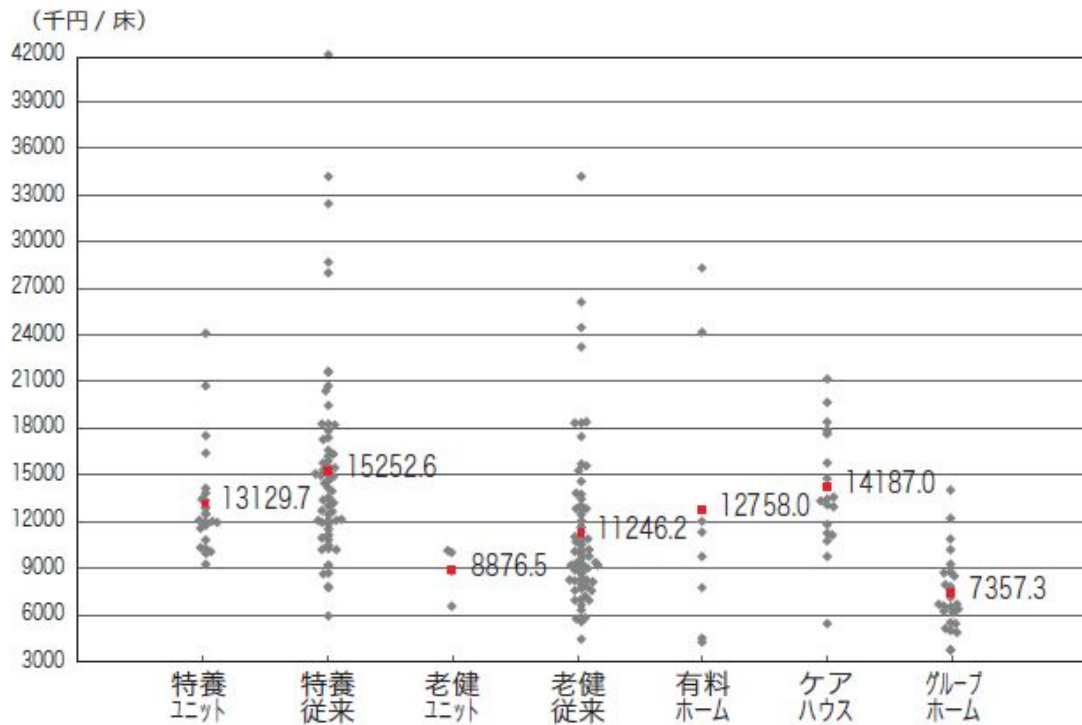
自立援助ホーム「ふるさと晃荘」(支援付き住宅)			
コンセプト	民設民営 →地域既存リソースを活用	入所者	日常生活支援の必要な方 高齢要介護 認知症 三障害)
立地	街なか	家賃	生活保護基準内 (東京都) 住宅費 69,800 円/月
建物	施工管理 大手住宅メーカー 建築基準法上の用途 寄宿舎	サービス	生活支援]スタッフ常駐 24時間サポート 地域の配食サービス利用 専門ケア]地域の外部サービス導入
施設基準	個室 専有床面積 4.95 m <sup>2</sup> 以上 共同トイレ 浴室 バリアフリー	地域ケア連携	基幹病院 診療所 地域包括支援センター 保健センター 訪問介護事業所 消防署等
建設コスト	【用地】 建て替えのため、新規取得無し 【建物】 新築 25万円/m <sup>2</sup>	関係業者	地元工務店 不動産業者 日用品小売業者 食品業者等
資金調達	不動産所有者が、確定した賃料を基に 金融機関から融資を受ける	物品購入 地域還流	近隣小売店より購買 調達 →公的給付を地域へ還流
環境 景観	老朽アパート建て直し →日当たり 景観の変更無し	まちづくり	福祉関連産業による 地域経済活性化 防災推進 雇用促進 →新タイプの公共事業

(参考) 高齢者施設建設費用の坪単価



(資料) 日本医療福祉建築協会編集「良質で安価な高齢者施設の整備手法に関する調査研究」(平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金報告書)

(参考) 高齢者施設の1床あたり建設単価



(資料) 日本医療福祉建築協会編集「良質で安価な高齢者施設の整備手法に関する調査研究」(平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金報告書)

## 2) 運営コスト

運営に当たっては、NPO 法人ふるさとの会が建物を賃料 600 万円/年で借り上げている。18 名の定員に対して 97%稼働することを想定した場合の収支計算は下記の表のとおりである。

収入のうち、住宅費は東京都の生活保護の住宅扶助の基準(特別基準)内である 69,800 円/月としている。

支出のうち、人件費は、コーディネーター1名、夜勤1名、生活支援員1名、食事補助員(2時間/日)である。また事業費には、施設の初期費用借入返済及び修繕費用を算入している。

図表 11 収支計算書

	勘定科目	月次	年次
収入	住宅費	1,218,708	14,624,496
	家政共益費	1,222,200	14,666,400
収入合計		2,440,908	29,290,896
支出	賃料	500,000	6,000,000
	人件費	660,200	7,922,400
	事務経費	200,000	2,400,000
	事業費	1,014,000	12,168,000
支出合計		2,374,200	28,490,400
税引き前利益		66,708	800,496

### (3) 救護施設・更生施設と自立援助ホームとの比較

ここでは、生活保護法に基づく保護施設である救護施設と、ふるさとの会が運営する自立援助ホームとの比較を行う。

#### 1) 入所者の比較

ここでは、生活保護法に基づく保護施設である救護施設と、ふるさとの会が運営する自立援助ホームとの比較を行う。

入所者について、高齢者の占める割合は自立援助ホームのほうが高いが、障がいの状況については、救護施設での割合がいずれも高く、特に知的障がいの割合は救護施設でかなり高い。

図表 12 入所者像の比較

	自立援助ホーム	救護施設
高齢者 (※60歳以上)	77.8%	65.6%
精神障がい	39.5%	51.9%
知的障がい	7.4%	41.4%
身体障がい	19.8%	23.8%

(資料) 救護施設の値は、全国救護施設協議会ホームページより作成(平成19年10月1日現在)  
自立援助ホームの値はふるさとホテル三晃の入所者(平成21年1月現在、在籍81名)

## 2) 住環境の比較

住環境は、ふるさとの会が運営する自立援助ホームのほうが、救護施設が定める基準よりも一人当たり床面積が広く、また個室である。

図表 13 施設基準の比較

	自立援助ホーム	救護施設（基準）
一人当たり床面積	4.95 m <sup>2</sup>	3.3 m <sup>2</sup>
形態	個室	相部屋 4 名以下

## 3) サービス単価の比較

各施設のサービス単価について、ふるさとの会が運営する施設については利用料、救護施設と更生施設については運営費（措置費）で比較したところ、ふるさとの会が運営する施設のほうが、サービス単価が低いことがわかる。

しかし、ふるさとの会による支援は、このような住宅費・生活費として数字に表れてこない、地域ケア連携など、地域での切れ目のないサービスがその特徴であり、その点で救護施設や更生施設よりも高サービスでありながら、低い単価での運営が行われているといえる。

図表 14 サービス単価の比較

費用	宿泊所	自立援助 ホーム	就労支援 ホーム	救護施設 (佐賀県)	更生施設
住宅費	53,700	69,800	69,800	—	—
生活費	78,000	70,000	45,000	64,240	68,050
施設事務費	—	—	—	152,540	152,540
加算(障害1級)	—	—	—	22,340	
加算(人件費)	—	—	—	15,000	15,000
合計	131,700	139,800	114,800	254,120	235,590

## 4) 収支構造の比較

収支構造について、自立援助ホームの「ホテル三晃」と、救護施設「天草園」、更生施設「大淀寮」を比較したのが下記の表である。自立援助ホームは、救護施設、更生施設に比べて低コストで運営されていることがわかる。

図表 15 収支構造の比較

		自立援助ホーム	救護施設	更生施設
		ホテル三晃 (78名)	天草園 (70名)	大淀寮 (140名)
収入	利用料	129,860,100	35,777,741	1,420,700
	措置費	—	182,077,650	219,768,697
	その他	—	10,782,892	11,851,809
	計	120,860,100	228,638,283	233,041,206
支出	人件費	23,436,627	142,828,457	89,917,876
	家賃	25,680,000	—	—
	事務費	18,395,000	10,700,886	30,421,305
	事業費	47,358,732	52,252,165	100,049,033
	その他	5,303,000	15,019,931	4,340,440
	計	120,173,359	220,801,439	224,728,654
収支差額		9,686,741	7,836,844	8,312,552
租税公課		3,874,696	—	—
純利益		5,812,044	7,836,844	8,312,552

(資料) 救護施設「天草園」ホームページ <http://www17.ocn.ne.jp/~ama/houkoku.html>

大阪市ホームページ

<http://www.city.osaka.lg.jp/kenkofukushi/cmsfiles/contents/0000008/8059/04-g.pdf>

## 第3章 ケア・支援付き住宅における生活困窮高齢者へのケア実践

### 3-1 研究概要

生活困窮にある単身高齢者を支える非営利組織の活動は有用な機能を果たしているが、特に制度の範疇に収まらない日々の生活のケア・支援に関する判断基準がないために、これら善意の非営利組織と、不当な営利機関（いわゆる「貧困ビジネス」）との区別が明確になされていない。

本研究では、善意の非営利組織である「ふるさとの会」が行うケア・支援の実践を事例として、生活困窮者の利用者像、職員が行う支援・ケアの内容、支援実践の土台となる職員の業務認識を明らかにする。

#### (1) 目的

生活困窮にある高齢者の中で、様々な事情により家族からのサポートを得られない人々の存在が大きな社会問題となっている。こうした人々は、いわゆる「路上生活」や「社会的入院」または更生施設・救護施設などを、居所が定まらないまま転々とする事が多く、社会のセーフティネットでは支えきれなくなっている。

今日、このような生活困窮者を支えるうえで大きな役割を担っているのが地域の非営利組織である。こうした非営利組織においては、地域内のアパートへの斡旋、借り上げや自己所有により、困窮高齢者の居所を確保し、さらに、入居後の生活の支援を展開している団体も多く散見され、有用な機能を果たしている。

しかしながら、昨今の「貧困ビジネス」に見られるように、「支援」と称して適切なケアを提供しないまま不当に営利を追求する組織の存在が問題とされ、いわば善意の地域の非営利組織とこれら、不当な営利機関との区別について明確にしなければならない事態に陥っているともいえる。

こうした両者の区別に係る根本的な問題の一つは、こうした非営利組織により提供される「支援ないし、適切なケア」における、「適切さ」の判断基準や、その前提となる「行なわれている事柄」について、これまで基準が明示されず、曖昧な状態でままとされていることである。仮説的に、「生活困窮高齢者」の特徴的な状態像と、それに対応した「貧困ビジネスとは区別される支援・ケアの実践」を想定するならば、以下のように示すことができるかもしれない。

まず、生活困窮高齢者の状態像としては、ひとつは、高齢に伴う身体的・精神的なケアへのニーズとともに、生活困窮に帰結する、または、それに起因する／媒介された、「医療」「介護」といった制度の枠組みでカバーされない生活上のニーズとが、複合化しているという点である。もうひとつは、「身寄りが無い」という言葉に象徴される、「無縁」の状態にあるという点である。従って、こうした人々へのケア・支援においては、少なくとも、入居者の医療や介護等の必要への対応、生活困窮に帰結する生活上の必要への対応、「身寄り

がない」状態への対応という、3つの要素が含まれることとなる。

身寄りがいない状態で、かつ、身体的・精神的・経済的な問題をもつ高齢者に対する対応には、(1) 公助および共助の制度として提供される各種のケア・社会サービスを外部から導入することと、(2) それらの範疇に収まらない、日々の生活において本人の自助機能や互助機能を支え・向上させるための支援・ケア提供が含まれる。公助および共助の必要と考えられる医療や介護などの社会サービスへとつなぐことは不可欠である。

これらは、既に制度として提供されるケア・サービスの部分については、これまでも各所でサービス向上のための具体的な実践が展開されてきた。しかしながら、そのような専門的ないし公助・共助としてケア制度化されたサービスの範疇に納まらないケアニーズと、それを充足させる取り組みについては、多くのことが明らかにされておらず、「その他、様々な支援」として括られているのが現状である。したがって、「その他、様々な支援」がどのように構成されているのか、上記の仮説的な支援内容について、より実態に即して、要素を明らかにしていく必要がある。

本研究では、こうした、いわば善意に基づく特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会が「支援付き住宅」の入居者に対して行なうケア・支援の実践を事例とし、生活困窮高齢者の利用者像、外部からのサービス導入以外に職員が行なう支援・ケア提供の内容、そうした支援実践の土台となる職員の業務認識を明らかにすることを目的とした。

結論を先取りするならば、実践の構成要素の総体は、「非営利事業として組織化された、入居者の新たな社会的紐帯への接続化」「援助者の生業（なりわい）として、毎日の日常的なやり取りを通じ、個人が『地域住民』になりうるよう、その前段階として『社会的紐帯に開かれた住人』にしていくこと」として、把握できるものと考えられる。

## (2) 方法

ふるさとの会の支援付き住宅において入居者の支援に従事する職員 11 名と、上記住居の入居者 15 名を対象に以下の 3 つの調査を実施した。

職員に対しては、2 つの調査を実施した。ひとつは、職員の基本属性の把握や実施しているケアの概況を体系的に把握するための、「概況アンケート調査」である（調査 1）。もうひとつは、こうしたアンケート調査では捉えられない業務への認識や具体的な実践のあり様について把握するための面接調査である（調査 2）。

利用者に対しては、事前に「状態の概況」に記入を依頼し、(本人ないし職員が記入)、面接調査を実施した。なお、面接前（ないし後）には、担当職員から当該利用者の状況や当該利用者への支援の現状について補足的な情報を手短に（1 分程度）提供していただいている。



## 調査1 職員に対する支援業務内容に関する概況アンケート調査

対象は、宿泊所・自立援助ホーム事業部に配属され、宿泊所・自立援助ホーム<sup>11</sup>に勤務する11名である。

事前に事務局に送付した「調査票（自記式）」に対象職員が記入し、調査2実施時に現地にて回収した。

調査票の主な項目は、属性（性別・年齢、職階、中心業務、労働時間、経験・資格、収入、入職経路）、ケアコード別の実施頻度と負担感、連携状況である。

調査票の回答の入力と分析には、エクセルおよび統計ソフト SPSS Ver.16.0 を使用した。

尚、ケアコードは、介護保険制度の要介護認定の基準として用いられているケアコード（「第2回要介護認定調査検討会 H18.12.6 資料6「ケアコード早見表(案)」）を一部改編し、6つの大分類（「直接的ケアに関する業務」「生活自立支援に関する業務」「社会生活支援に関する業務」「行動上の問題対応」「医療的対応」「間接的業務」）ごとに、複数のコードを割り振ったもので、合計40のコードからなる。

また、連携状況は、保健医療福祉職における連携を総合的に把握するために開発された「連携活動評価尺度」（筒井 2003a, 2003b, 2006）を使用した。この尺度は、「情報共有」「業務協力」「関係職種との交流」「連携業務の処理と管理」の4つの因子構造から構成される、15項目（4件法：範囲0点-45点）で成り立っている。

調査で使用した「ケアコード」と「連携活動評価尺度」を、次頁以降で参考資料として提示する。

---

<sup>11</sup> 自立援助ホーム（ふるさとホテル三晃、ふるさと晃荘、東駒形）、宿泊所（あさひ館、千束館、日の出館、せせらぎ館）

(参考1) 概況調査で使用したケアコード一覧

コード	業務内容	「ケアコード早見表(案)」との相違
	<b>【直接的なケアに関すること】</b>	
110	入浴・口腔ケア	
170	清潔理容・着替え	
210	移動・誘導	
310	食事・配膳・水分摂取	
410	排泄ケア	
499	その他の直接的ケア	「早見表(案)」では「直接的ケア」という中分類はないが、設定。
	<b>【生活自立支援に関するもの】</b>	
510	洗濯	
520	清掃・ごみ処理・整理整頓	
540	食べ物管理(調理以外)	
550	金銭管理(現金、預貯金、請求書処理等)	
560	安全(戸締り、火の始末、防災)	
570	目覚まし、寝かしつけ	
580	その他の日常生活(集う、テレビを見る、読書をする、タバコをすう等)に関すること	
590	傾聴・相談・助言・指導を含む会話、その他のコミュニケーション(挨拶・日常会話、心理的支援・訴えの把握、生活に関する指導、手紙の代筆、本の朗読、人間関係調整等)	
509	その他の生活自立支援	
	<b>【社会生活支援に関すること】</b>	
610	行事、レクリエーション等	
620	通信の支援(電話、手紙、FAX等)	
630	文書の作成・提出(私的な手紙を除く)	
640	入居者への来訪者への対応	
650	外出時の移動・行為の支援	
670	職能訓練・生産活動サポート	
680	社会生活訓練(日常生活訓練、対人関係訓練、SSTを含む)	
699	その他の社会生活支援	
	<b>【行動上の問題に対する対応】</b>	
720	行動上の問題の予測と予防的対応	
710	行動上の問題の発生時の対応	
799	その他の行動上の問題に対する対応	
	<b>【医療的な対応】</b>	
810	服薬サポート	
860	往診の対応・通院同行	
870	病状・容態の急変時等の緊急対応	「早見表(案)」では直接対応するコードなし。
899	その他の医療的な対応	
	<b>【間接的業務】</b>	
010	サービス利用の条件整備(住民票・戸籍、年金・手当、認定申請、受け皿確保)	「早見表(案)」では直接対応するコードなし。
012	入居者の支援に関する記録・文書作成・情報収集	
011	入居者の支援方針・内容等に関する施設内での引継ぎ・打合せ	
011-2	入居者の支援方針・内容等に関する外部機関・者(行政、外部サービススタッフ、ボランティア、地域、家族等)との調整・交渉	「早見表(案)」では、上記項目と統合。
015	巡回・見渡し(施設内、地域での入居者の様子の全体的な見渡し)	「早見表(案)」では「病棟内」となっているが、「地域での様子」も追加。
089	通夜・告別式等の準備、出席、後始末等	「早見表(案)」では「099その他」の例となっているが、独立項目とした。
023	職員に関する記録(勤務表等の作成、日誌の記入)	
023	会議(個別のケアに関するもの以外)・研修	
027	社会資源の開発・創出(新しい資源の開発・創出に関するもの)	「早見表(案)」では直接対応するコードなし。
099	その他の間接的業務	

(参考 2) 概況調査で使用した保健医療福祉職の連携活動評価尺度

	項目 (※マークは【注意事項】)	回答カテゴリ
1	あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	1. まったく報告しない 2. あまり報告しない 3. 必要に応じて報告する 4. いつも報告する
2	あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか ④ 1	1. まったく把握していない 2. あまり把握していない 3. ある程度把握している 4. 大変よく把握している
3	あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	1. まったく集めていない 2. あまり集めていない 3. だいたい集めている 4. よく集めている
4	あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	1. まったくしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. よくしている
5	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか ④ 2	1. まったくしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. よくしている
6	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか ④ 3	1. まったくされない 2. あまりされない 3. よくされる 4. 大変よくされる
7	あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか ④ 4	1. まったく参加しない 2. あまり参加しない 3. かなり多くの集まりに参加する 4. 全て参加する
8	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	1. まったく聞いていない 2. あまり聞いていない 3. よく聞いている 4. すべて聞いている
9	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどういった専門職がいるか、把握していますか	1. まったく把握していない 2. あまり把握していない 3. ある程度把握している 4. 大変よく把握している
10	あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか ④ 5	1. まったく勧めない 2. あまり勧めない 3. ある程度勧める 4. 積極的に勧める
11	あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか ④ 6	1. まったく参加しない 2. あまり参加しない 3. よく参加する 4. すべて参加している
12	あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	1. まったく回らない 2. あまり回らない 3. だいたい回る 4. いつも回る
13	あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか ④ 7	1. まったくしない 2. あまりしない 3. だいたい決定している 4. いつもする
14	あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか ④ 8	1. まったくしない 2. あまりしていない 3. だいたいしている 4. すべてしている
15	あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか ④ 9	1. まったく管理していない 2. あまり管理していない 3. だいたい管理している 4. すべて管理している

注) 配点は、1→0点、2→1点、3→2点、4→3点。

【注意事項】保健・医療・福祉分野の専門職の連携活動に関する調査に関する注意事項

☞1	例：社会福祉協議会からの貸付け。
☞2	住民・住民組織への協力も含む。 例：ボランティア組織への協力要請。
☞3	住民・住民組織からの協力依頼を含む。 例：老人クラブの健康相談・健康教育、福祉ケースワーカーから依頼された困難事例など。
☞4	行政職・住民組織などの集まりも含む。
☞5	困難事例の検討会、勉強会や研修会なども含む。
☞6	住民組織なども含む。
☞7	<p>・あなたが想定した自助グループの育成や困難事例(ケース)の問題解決のために、複数の機関の関係者を集めた話し合いを開催することができ、かつ、その際にかかる費用(会場代、菓子代の分担などを含む)を決定する権限をもっているかを尋ねる質問です。</p> <p>・したがって、第1に、あなたが関係者を集めた話し合いを開催できること、第2に、その際の費用負担について、関係者が納得できるような決定をすることができるか否かを問うている質問です。</p>
☞8	<p>・あなたが想定した自助グループの育成や困難事例(ケース)、保健・介護など事業の具体的な内容についての問題解決のために、複数の機関の関係者に対して、あなたが保健師として対象事例に行った専門的な対応について、すなわち、具体的にどのようなアプローチをしているかがわかるような内容を記録したものが作成され、それが伝達されているか否かを尋ねている項目です。</p> <p>・ここでは、口頭の伝達だけでなく、第1に、事例に対しての援助に関する資料の作成の有無、第2に、その資料を何らかの手段で伝達しているか否かを問うている質問です。</p>
☞9	<p>・あなたが想定した自助グループの育成や困難事例(ケース)の問題解決のために、複数の機関の関係者や専門職から集めた情報を収集し、整理しているかを問う質問です。</p> <p>・これは、例えば、事例に対して、他の機関の関係者が何らかのアプローチをしようとする際に、あなたに情報提供が求められた場合、あなたが整理した情報を、その情報提供を求めた関係者に適切な情報を提供できているかを問うている質問です。</p>

## 調査2 職員に対する支援業務に関する面接調査（半構造化面接）

「業務の詳細」、「外部機関との連携」、「困難事例」、「業務遂行上の適正として考えられるもの」さらに「入職動機」、「目標設定」の項目からなる半構造化面接を実施した。

1 グループ3、4名を対象としたフォーカスグループインタビューの形式を採用した。この理由は、第一に、質問項目とそれに対する回答の背景にある職員間の共通認識を把握しやすいこと、第二に、回答者間の相互刺激／相互作用によって意見が引き出しやすくなることによる。

一回のグループインタビューに要した時間は、1時間から2時間程度、計4回実施した。実施場所等は以下の通りである。

場所： ふるさとの会事務局 会議室

記録： ICレコーダでの録音に基づく逐語録の作成

## 調査3 利用者を対象としたサービス利用状況・利用意識等についての面接調査（半構造化面接）

利用者を対象として、入居に至るまでの経緯および住居での日常生活、それに対する実感および意見について尋ねた。

（対象） 宿泊所・自立援助ホームの入居者 合計18名

※調査対象機関により紹介され、事前に調査への協力を承諾している方

（方法） 個人へのデプス（深層）・インタビュー

利用者を対象とした面接では、デプス・インタビューの形式を採った。これは、主に利用者のプライバシーを配慮しての理由に加えて、一人一人の多様なライフコースを把握するうえで有効と判断したことによる。一回のインタビューに要した時間は30分から1時間程度であった。実施場所等は以下の通りである。

場所： 入居者の居室または、各施設の事務室ないし相談室

記録： ICレコーダでの録音に基づく逐語録の作成（録音同意のある場合のみ）  
逐語録あり13名、録音拒否2名<sup>12</sup>

同席者：原則として、対象機関職員の立会いはなし。但し、2名については、利用者の安心確保・精神的な混乱の回避の観点から、入居施設の生活相談員または法人理事に立会っていただいた。

（倫理的配慮）

調査の実施にあたっては、事前に国立保健医療科学院に設置される研究倫理審査委員会の承認を得た（NIPH-IBRA#09029）。

<sup>12</sup> 分析は、18名（録音承諾16名）のうち、2009年12月末時点で録音内容がテキスト化可能であったものの13名に限定している。

また調査実施時には、事前に、調査の趣旨と内容・方法を記した「調査要綱」をふるさとの会事務局に送付するとともに、事務局を通じて対象者候補者に調査の依頼文・調査票様式を配布し、了解の得られた者のみを対象者とした。さらに調査の際には、冒頭で、あらためて口頭にて調査依頼をおこない（対象者に拒否権がある事を含む）、了解が得られた場合のみ実施した。また、録音について、開始時に依頼を行い、了解が得られた場合のみ録音した。

調査2、調査3の面接調査は、録音の了解が得られたものについて逐語録インタビューデータを作成したうえで分析を行った。

インタビューデータの分析は、グラウンデッドセオリーアプローチ GTA (Modified Grounded Theory Approach) を採用した<sup>13</sup>。

手順としては、データの中から、ひとまとまりの意味を持つ箇所を抽出し、それらデータ群に対して説明力を持つ解釈（概念）を検討する。これらの作業は、ワークシートを用いたオープン・コーディングの作業として行われる。データから抽出できるだけの概念化を行い、それぞれの概念間の関係性を検討し、関連する複数の概念の集まりとしてのカテゴリー／コアカテゴリーを生成し、これによって「支援付き住宅でのケアをめぐる相互作用および定着化のプロセス」について理解を図った。

対象者の属性図表 16（職員）、図表 17（利用者）のとおりである。

図表 16 対象者（職員）属性

ID	性別	年齢	常勤・非常勤	職名	勤務地	役職・職階	現在の中心業務(※1) (直接援助、調整業務)	資格	勤続年数 H21.9現在
1	M	34	常勤	生活相談員	晃荘・あさひ館	館長	外部機関調整・カンファレンス、2施設の応援フォロー(日勤)	ヘルパー2級(8年)	8y
2	M	54	常勤	生活相談員	せせらぎ館	館長	直接支援	ヘルパー2級(5年)、防災管理者(6年)	7y8m
3	M	44	常勤	事業部責任者	ホテル三晃・日の出館	館長	外部機関調整、カンファレンス、直接支援(日勤+週1夜勤)		3y8m
4	M	28	常勤	生活相談員	あさひ館	宿泊所管理責任者	直接支援		1y5m
5	M	26	常勤	生活相談員	晃荘	なし	直接支援(日勤)		0y9m
6	M	54	常勤	コーディネーター	ホテル三晃	なし	直接支援(夜勤が半分)	ヘルパー2級(今年)	3y
7	M	73	常勤	生活相談員	せせらぎ館	なし	直接支援(日勤)	ヘルパー2級(7年)	8y8m
8	F	無回答	常勤	生活相談員	東駒形荘	館長	直接支援	ヘルパー1級(1年)	1y1m
9	M	27	常勤	主任	ホテル三晃	主任	外部機関調整・カンファレンス、直接支援	介護福祉士	2y5m
10	F	26	非常勤	生活相談員	日の出館	なし	直接支援(日勤)	※USAでSWのBA	0y2m
11	M	32	常勤	生活相談員	千束館	館長	外部機関調整、カンファレンス、直接支援		2y5m

<sup>13</sup> GTA は、質的研究法の一つとして 1960 年代にグレーザーとスト劳斯という二人の社会学者によって考案され、データに基づいた (grounded on data) 分析・理論生成を強調し、対人援助実践プロセスの構造的理解をはかることを目的として活用されてきている。

図表 17 対象者（利用者）属性

ID	性別	年齢	医療頻度	疾病・症状	要介護度	医療サービス	介護サービス
1	M	74	週1	高血圧・脳出血による後遺症	要介護1		訪問介護・訪問リハ・通所介護・福祉用具
2	M	71	週2	統合失調症・認知症	要介護1		訪問介護・訪問看護
3	M	78	週1	高血圧・不整脈・脳梗塞後遺症	要介護2		訪問介護・訪問看護・福祉用具
4	M	73	月10(内科2リハ8)	アルコール性肝機能障害・腎不全・高尿酸血症・糖尿病	要支援2	内科、リハビリ	訪問介護・訪問入浴
6	M	68	月2	てんかん	申請中	往診(内科)	申請中
7	M	73	週1(内科)、月1(腰・整形)	アルコール依存	要介護1	往診(内科)	訪問看護
8	M	75	週1	高血圧・脳出血による後遺症(歩行困難)	要介護1	往診(内科)	訪問介護・通所介護・訪問看護(精神)
9	M	68	週7	糖尿病・大腸ポリープ・軽度の肺気腫	要介護3	往診(精神)	訪問介護・通所介護
10	M	62	なし(本人:月2)	高血圧・胃がん(昨年・胃切除)	非該当		
11	M	58	週2(精神1.内科1)	認知症・骨粗しょう症・慢性心不全・糖尿病・変形性膝関節痛 ※知的障害の疑い有り	要介護3	往診(内科、精神)	訪問看護(精神、内科)、訪問介護、訪問入浴、訪問リハ、通所リハ
12	M	65	週3(リハビリ、整形外科)	高血圧・膝関節痛	未申請		
13	M	63(60)	月4(内科、精神科)	器官性精神障害(薬物後遺症)・てんかん(クモ膜下出血の後)・高血圧・糖尿病・肝炎・脳血管障害	要介護4	往診(精神、内科)	訪問介護、訪問入浴
14	M	38	月2(精神科)、その他内	※知的ボーダー(ギャンブル依存からメンタル受診し判明)・アスペルガー疑い。頸部リンパ節肥大	非該当	精神科、内科・外科	
15	M	81	月2	坐骨神経痛・右股関節痛・パーキンソン病	要介護2	往診(内科・歯科)	訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ・通所介護・福祉用具
16	M	78	週1	左脳梗塞による右半身麻痺、急性硬膜下血腫、高頭蓋骨折、胃潰瘍、麻痺製イレイウス、上部消化管出血、アナフィラキシーショック	要介護4		訪問介護、訪問看護、訪問リハ、通所介護、通所リハ、福祉用具
17	M	67	月2	脳梗塞・認知症	申請中	往診(内科?)	
20	F	65	週2(往診1、訪問看護1)	統合失調症状	要介護1	往診(精神)、訪問看護	訪問介護等の予定(これまでは自費ヘル)
21	F	77	週1	糖尿病・アルツハイマー型認知症・脳梗塞後遺症	要介護2	往診	訪問入浴、訪問看護

### 3-2 調査結果

- ・ 職員の支援業務は、直接的なケアだけではなく日常的な生活の維持まで含まれていた。それら業務を支えているのが、定期的な情報共有や研修などの組織化された業務管理である。また、職員のうち特に外部機関との調整を中心的に行っている者は、保健医療福祉の専門職員と比較しても同等以上の連携実践を行っていた。
- ・ 利用者は、ライフコース上のつまずきを機に社会生活からの逸脱を余儀なくされるという経緯が見られた。この逸脱が要因となり、個々の利用者において多岐に渡るケアニーズが複合している。
- ・ 職員は、貧困問題への関心や前職の施設ケアにおける流れ作業的ケアへの違和感などが入職動機となっている。支援業務に対しては、個々の人員による日常的なケアの経験的な蓄積を通じた全人的な支えと、安心の提供という大きく2つの考え方が業務実践の基盤となり、日々の見守り、外部機関との連携、地域との結びつきづくりなどの日常の業務がなされている。
- ・ 職員を統括する立場の職員については、地域社会の動向を吸い上げ、また会の活動を地域社会や業務実践へと還元していこうという考え方を示唆している。また、職員の状況を理解し、組織として経験の蓄積を動員し、支援実践を行うという役割を担っている。

#### (1) 支援付き住宅の職員・生活支援実践の概況

##### 1) 入居者に対する支援業務の内容と頻度：ケアコードによる把握

職員の業務実施の内容と頻度を把握するにあたり、ケアコードの大分類（「直接的ケアに関する業務」「生活自立支援に関する業務」「社会生活支援に関する業務」「行動上の問題対応」「医療的対応」「間接的業務」）ごとに、以下の頻度区分に基づきコードを振り分けた。なお、各大分類には「その他の●●（大分類名）業務」というケアコードが1つ設定されており、自由記載で「その他の内容と実施頻度」の回答を求めたが、無回答が多いため今回の分析からは除外した。

頻度の区分は、「共通して、ほぼ毎日実施しているもの」「共通して、頻繁に（2日に1回以上）実施しているもの」「共通して、1週間のうちに定期的に（1週間に1-2回以上）実施しているもの」「共通して、1ヶ月に1回以下」「共通した傾向が見出せず、職員により頻度にバラツキのあるもの」とした。

なお、ここでの「共通して」とは、対象とした職員11人のうち、3分の2（7人）以上が、同じ頻度で行なっていることを意味する。

職員の業務の、ケアコードごとの実施頻度をまとめた結果が、以下の表3である。分析対象の34コードのうち、14コード（約4割）が、共通してほぼ毎日、または頻繁に（2日に1回以上）実施している業務であった。内訳は、「直接的ケアに関する業務」が2項目（「移動・誘導」「食事・配膳・水分摂取」）、「生活自立支援に関する業務」が4項目（「金銭管理」「安全（戸締り、火の始末、防災）」「その他日常生活（集う、テレビ、読書、タバコ等）」「傾聴・相談・助言・指導を含む会話」）、「社会生活支援に関する業務」が1項目（「通



信の支援（電話、手紙、FAX等）」、「行動上の問題対応」2項目（「行動上の問題の予測と予防的対応」、「行動上の問題の発生時の対応」）、「医療的対応」1項目（「服薬サポート」）、「間接的業務」が5項目（「支援の記録・文書作成・情報収集」「支援方針等の施設内での引継ぎ打合せ」「支援方針等の外部機関・者との調整交渉」「施設内・地域での入居者の様子の全体的な見渡し」「職員に関する記録（勤務表、日誌作成）」）であった。

このことから、毎日の支援のなかで、直接的ケアのみならず、医療的な対応や、金銭管理といった、後見的・権利擁護的な業務が求められることがわかった。

また、集う・テレビ・読書・タバコといったことや、そこで話を聞き時に助言をすること、また、電話や手紙など居住者が外部とのやりとりをすることを助けることといった、「住居内での日常的な時間を過ごす際の支援」が行なわれていることが伺えた。

但し、「行動上の問題」への予測・予防的対応・発生時の対応が、ほぼ毎日、非常に頻繁になされていることから明らかなように、「普通の生活」は「行動上の問題」により常に不安定化の危機にさらされており、そうした状況下で、社会的な生活の確立にむけて利用者へのはたらきかけが、繰り返し行なわれていることが推察された。

また、特徴的なのが、毎日の業務としての「間接業務」の内容であった。全体としての利用者の様子の把握とあわせて、個々の対象者の支援方針を、住居内のスタッフ間、また、外部の機関・者との間で調整・共有すること、それを記録として残すことが、「毎日の業務」として定着していた。「常に問題行動の危機と背中合わせの、日常的な生活の維持」は、毎日の支援方針・方法を組織内外での共有により、支えられているものと考えられた。

さらに、間接的業務については、「会議（個別のケアに関するもの以外）・研修」の実施が、職員に共通して、1週間のうち1-2回開催されている。こうした、「個別のケア」以外の、視野を広げ、情報を共有しあう場が、多くの職員に共有されていることも、「金銭管理」「服薬サポート」「問題行動への対応」といった、「直接的なケア」だけでない支援を支える基盤となっていたことが、予想された。

毎日の支援方針の確認、1週間のうちの定期的な情報共有・研修の場の確保は、対象者への支援が、職員ひとりひとりの個別的な判断に依存するのではなく、また、孤立化したワークとしてなされるのでもなく、「組織の事業としてマネジメントされている」こと、「組織の事業としてのマネジメント」のもとで成立していることを、示していた。

図表 18 入居者に対する支援業務の内容と頻度 (N=11)

	共通してほぼ毎日実施	共通して頻繁に実施(2日に1回以上)	共通して1週間に定期的に実施(1-2回以上)	共通して、1ヶ月に1回以下	職員により頻度にバラツキの多い業務
直接的ケアに関する業務	「移動・誘導」 「食事・配膳・水分摂取」		「清潔理容・着替え」	「入浴・口腔ケア」	「排泄ケア」
生活自立支援に関する業務	「金銭管理」「安全(戸締り、火の始末、防災)」 「その他日常生活(集う、テレビ、読書、タバコ等)」 「傾聴・相談・助言・指導を含む会話」		「清掃・ごみ処理・整理整頓」		「洗濯」「食べ物管理(調理以外)」「目覚まし、寝かしつけ」
社会生活支援に関する業務	「通信の支援(電話、手紙、FAX等)」		「文書の作成・提出」「入居者への来訪者への対応」	「行事、レクリエーション等」「職業訓練・生産活動サポート」	「外出時の移動・行為の支援」「社会生活訓練(日常生活訓練、対人関係訓練、SSTを含む)」
行動上の問題対応	「行動上の問題の予測と予防的対応」	「行動上の問題の発生時の対応」			
医療的対応	「服薬サポート」		「往診の対応・通院同行」		「病状・容態の急変時の緊急対応」
間接的業務	「支援の記録・文書作成・情報収集」「支援方針等の施設内での引継ぎ打合せ」「支援方針等の外部機関・者との調整交渉」 「施設内・地域での入居者の様子の全体的な見渡し」「職員に関する記録(勤務表、日誌作成)」		「会議(個別のケアに関するもの以外)・研修」	「通夜・告別式等の準備、出席、後始末等」「社会資源の開発・創出」	「サービス利用条件整備」

※「共通して」とは、「職員の約3分の2(7人)以上が」の意味

## 2) 「制度化された連携」を基準とした連携状況：連携尺度により把握

会の職員の連携活動を、「連携尺度」に基づいて測定した結果が、図表 19 である。会の職員の連携活動得点は、地域包括支援センター職員や自治体保健師の平均と近似している。「カンファレンスや外部機関との連携などを中心業務に含むもの」の連携活動能力得点（平均）は、地域包括支援センター職員や自治体保健師の平均よりも高い。

また、会の職員のうち、「利用者への直接的なかかわり・ケアを業務の中心とするもの」は、「外部機関調整」を中心的業務に含む職員と比べて、相対的に得点が低い傾向があった。

図表 19 職員の連携活動能力得点（得点分布）

ID	性別	年齢	常勤・非常勤	職名	役職・職階	現在の中心業務（※1） （直接援助、調整業務）	連携活動得点
1	M	34	常勤	生活相談員	館長	外部機関調整・カンファレンス、2施設の応援フォロー（日勤）	32
2	M	54	常勤	生活相談員	館長	直接支援	19
3	M	44	常勤	事業部責任者	館長	外部機関調整・カンファレンス、直接支援（日勤+週1夜勤）	25
4	M	28	常勤	生活相談員	宿泊所管理責任者	直接支援	23
5	M	26	常勤	生活相談員	なし	直接支援（日勤）	10
6	M	54	常勤	コーディネーター	なし	直接支援（夜勤が半分）	25
7	M	73	常勤	生活相談員	なし	直接支援（日勤）	23
8	F	NA	常勤	生活相談員	館長	直接支援	21
9	M	27	常勤	主任	主任	外部機関調整・カンファレンス、直接支援	27
10	F	26	非常勤	生活相談員	なし	直接支援（日勤）	13
11	M	32	常勤	生活相談員	館長	外部機関調整・カンファレンス、直接支援	27

図表 20 地域包括支援センター職員、自治体保健師の活動得点との比較（※）

		平均得点
ふるさとの会職員（調査対象合計）	N=11	22.27
ふるさとの会職員（調整を中心業務に含む者のみ）	N=4	27.75
地域包括支援センター職員	N=5424	23.58
自治体保健師	N=12192	22.51

（※）自治体保健師の得点については筒井（2006）より引用。地域包括支援センター職員の得点については、平成 20 年度老人保健健康増進等事業（未来志向プロジェクト）「地域包括支援センターの評価に関する研究（主任研究者：高橋紘士）」より引用。

調査で使用した尺度は、「保健医療福祉の専門職員に期待される連携業務」の基準に即して開発されたものであり、本来は、職員の中心的業務として「連携」が制度的に位置づけられている状況において、その「制度化された連携」の実態を測定するためのものである。これに対して、会の職員は、保健師や地域包括支援センターの職員のように、「保健・医療・福祉の専門職員」として、制度上規定されているわけではない。また、こうした尺度による

測定の前提条件をふまえると、調査結果からは、以下の点が示唆されるといえよう。

第一に、会の職員は、公的な制度において、自らの連携活動が業務として明確に位置づけられているわけではないにもかかわらず、連携を本務とする保健・医療・福祉専門職員を対象に開発された尺度を当てはめた結果として、かなりの連携活動を行っていたことが明らかにされた。第二に、会で「直接的なケア」を中心とする職員の業務は、制度化された「連携活動」の基準(尺度)によっては評価・抽出されにくかったわけが、だからといって連携に関する業務を行っていないわけではなく、日常の直接的な生活支援の局面においても、利用者と環境（他の利用者、サービス・制度、援助者、地域・・・）とを取り結ぶ、＜日常生活支援として内部化された、つなぎの要素＞が、存在している可能性があったといえよう。

但し、これらは、「連携活動尺度」によっては、明確化しにくいものであり、その内実（そうした活動の具体的内容や、援助者側の認識等）は、後述する援助者及び利用者への質的なインタビューによって浮かび上がるものと考えられた。

### 3) 概況調査まとめ

会の職員は、「常に問題行動の危機と背中合わせの」なかで、「金銭管理」「服薬サポート」といった、「直接的なケア」だけでなく日常的な生活の維持に取り組んでいた。それを支えているのは、毎日の支援方針の確認、1週間のうちの定期的な情報共有・研修の場の確保等、援助者のワークが孤立化することを防ぐ「事業として組織化された業務管理」であることが推察された。

「保健医療福祉の専門職員の連携活動」の尺度によって評価した結果、会の職員は、連携を本務とする保健医療福祉の専門職員と比較しても大きな差は示されなかった。また下位尺度の得点からは、連携実践を行っていることは明らかになった。

しかし、「利用者への直接的なかかわり・ケアを業務の中心とするもの」が行なう、日常の生活支援の局面における利用者と環境（他の利用者、サービス・制度、援助者、地域・・・）とをとり結ぶ具体的な実践については、職員インタビュー等の結果から明らかにする必要があったと考えられた。

#### （2）支援付き住宅の利用者像

利用者のインタビューでは、ふるさとの会の支援付き住宅の利用に至るまでの経緯／ライフコースに関する聴き取りをおこなった。

内容は個人によって多岐にわたるものの、全ての利用者において【病気・怪我・障害】や【触法行為】などのライフイベントが経験されており、これにともなう【生活手段（定職）の喪失】【離婚】【アルコール依存】などの経験が語られた。こうして、分析作業においてカテゴリー＜ライフコース上のつまずき＞が生成された<sup>14</sup>。この＜ライフコース上のつ

14 インタビューデータの質的分析に際して、まず、ひとまとまりの意味を持つ概念を抽出し、複数の関連のある概念から成るカテゴリーを生成した。本文中、前者については【 】で表記し、後者を＜ ＞で表している。また、複数のカテゴリーから構成され、分析上重要と位置付けられるカテゴリーを、コアカテ

まずき>を機に【路上生活】【社会的入院】【服役】を余儀なくされることになり、そのプロセスにおいて金銭管理・排泄管理・対人コミュニケーション等の生活基礎能力／習慣を喪失している。これをもう一つの 카테고리<社会生活からの逸脱>とした。

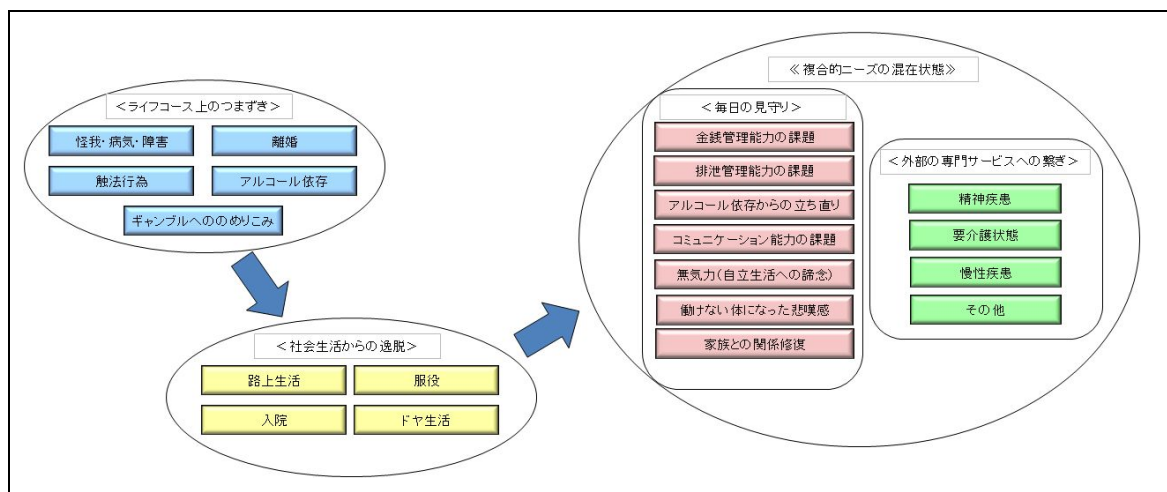
この「逸脱」が要因となって、支援付き住宅における支援には多種多様なニーズが混在していることが分かった。利用者の談話の中には、自らの生活の立て直しについての無力感・諦念が散見され、<ライフコース上のつまずき>とりわけ怪我・病気などによって【働けない体になったことへの悲嘆感】が繰り返し語られた。一方、医療ニーズ・介護ニーズが明白であるケースも見られ、それぞれに対応する、社会サービスを受けるための手続き・調整・連絡は利用者本人自身が行うことは困難であることがうかがえた。

こうした多岐にわたるニーズを大別すると、第一に、<外部の専門サービスへの繋ぎ>を本質とするものと、第二に、住宅内での継続的なはたらきかけとしての<毎日の見守り>に係るものがある。これら2つが<<複合的ニーズの混在状態>>を構成する。(ケア実践の詳細については、職員のインタビュー結果と合わせて後述する。)

ここで重要な点は、上記のように外部の専門サービスに加えて日常生活の中でも絶え間なくケアが必要と考えられていることであり、仮説で示したとおり、個々の利用者において多岐にわたるケアニーズが複合している。

後者(日常のケア)は基本的に既存の社会サービスの基盤(資格制度、専門教育、報酬体系など)の範囲の外にあるものである。「金銭管理能力」「排泄管理習慣」「アルコール依存」など、それに対応する専門資格が必ずしも存在しない性質の「ニーズ」が、ふるさとの会の利用者-職員関係の特徴づける要素の一つであると言えよう。

図表 21 ふるさとの会 支援付き住宅 利用者像 (利用に至るまでのプロセス)



### (3) 支援付き受託の職員・生活支援実践～面接調査結果

職員を対象とした今回の面接調査では、利用者への直接ケアに従事する職員に加え、支

ゴリーとして<>で示した。

援業務の取りまとめや組織全体の運営に携わる職員など、組織内のポジションの異なる者に生活支援の実践について尋ねた。

職員による回答の分析から、特徴的な<入職動機>にはじまり、その動機が推進力となって形成されるふるさとの会職員に顕著な<<支援業務に対する職員としての考え方>>についてが理解され、さらに、そうした考え方が、いかにして<<日常の業務実践>>に表れているか、という点についてが明らかにされた。

また、直接ケアに従事する職員を統括するポジションにある者の回答から、上記の<入職動機>から<<支援業務に対する職員としての考え方>>の形成、さらに<<日常の業務実践>>へと至る一連のプロセスをサポートし、組織全体の合意形成を図る動きについて把握された。以下、この一連のプロセスについて順に述べていく。

### 1) 入職動機の特徴

職員の入職動機において顕著に見られた一つの特徴は【貧困問題に対する関心】であった。ふるさとの会に入職する以前に、既に貧困支援に従事していた者も少なくなく、途上国の開発援助に携わっていた者も複数見られた。

他方で、ふるさとの会での勤務を開始する前に、医療や福祉領域の支援施設に勤務していた者もいた。インタビューの中で、前職で施設ケアにおける【流れ作業的ケアへの違和感】を抱いたことなどが語られた。職員の一人は、前職の経験を経て、ふるさとの会へ入職するに至った動機について、以下のように語っていた。

以前は、精神病院（の勤務）が5年で、あと老人内科を10年、合わせて15年、そこで勤めてたんですけども。病院でないとここで働きたいと思ってまして、それでそこを辞めて、1級のヘルパーの勉強してるときに、ふるさとの職員と出会いまして、それで、ふるさとで働くようになりました。

（質問者：病院で経験したケアと、ふるさとの会でのケアとの一番大きな違いというのはどういうことですか？）

病院の方がやっぱり流れ作業的なものになってしまうっていうことと、あと、どうしても拘束されて、拘束って、身体的なものではなくて、まあ、全体的にこう拘束してしまう部分がちょっと大きいっていうことですよ。ですから、もう少しこうゆったりとした介護ができるところで仕事したいかなっていうふうに思いました。

ふるさとの会におけるケアの内容詳細については後述するが、既存のケア専門職カテゴリーに納まらない、多岐にわたる「支援」の業務を根底において支えるものに、この職員個々の【貧困問題への関心】と【流れ作業的ケアへの違和感】があったと言える。その他に、ふるさとの会でのボランティア経験の延長として、職員として関わるようになったケースも見られた。

## 2) 支援業務に対する職員の考え方

次に、職員による支援業務実践について、面接調査ではふるさとの会に固有の《支援業務に対する職員としての考え方》がデータ分析の中から浮上してきた。このコアカテゴリーは、〈全人的な支え〉と〈安心の提供〉から成っていた。

まず前者の〈全人的な支え〉とは、職員間に見られた一つのケア観である。これは、既存の専門職ケアが利用者にとって非連続的な関わりにならざるを得ず、結果として生活全体へ目を向けることのできる存在が「無縁」を特徴とするふるさとの会の利用者には欠如している状況から、職員間に抱かれるようになったものと思われる。

職員の回答から生成された概念【一緒に生活しているという感覚】【24時間365日の見守り】【代替不可能な存在としてのケア】が、このカテゴリーを構成する。一人の職員は、利用者に対する支援実践の本質について以下のように述べた。

1週間に15分程度しか診ない医者や、体制としては24時間1週間ずっと見ているという、時間数でいうとはるかにね、24時間×7のほうが長いので、そこから見てとれる、その、何か些細な、例えばその人の言動とか、ちょっと今までとはなかったようなことを言っているとか、そういった細かな部分の読みとりというのはやっぱり身近にいるわれわれのほうが読みとりやすいことが多い・・・そういったことで、いろんなリスクの読み取りをそれぞれ担っている

こうした利用者の支え方は、ケア専門職に特有の、利用者との定型的関わりや人員の代替可能性といった要素と対照的な、ふるさとの会のケア実践の特性であると言える。ふるさとの会における職員と利用者との関係性は、特定の専門的スキルを基軸とした支援/被支援の関係とは異なる性質を持つものと考えられた。

したがって、同一の職能を持つ者によって速やかに支援が代わりの者に替わられる、というものよりも、個々の人員による日常のケアの経験的な蓄積が小さくないと思われる。そして、このことが、次に述べるように利用者にとっての安心感に結びついていると推察された。

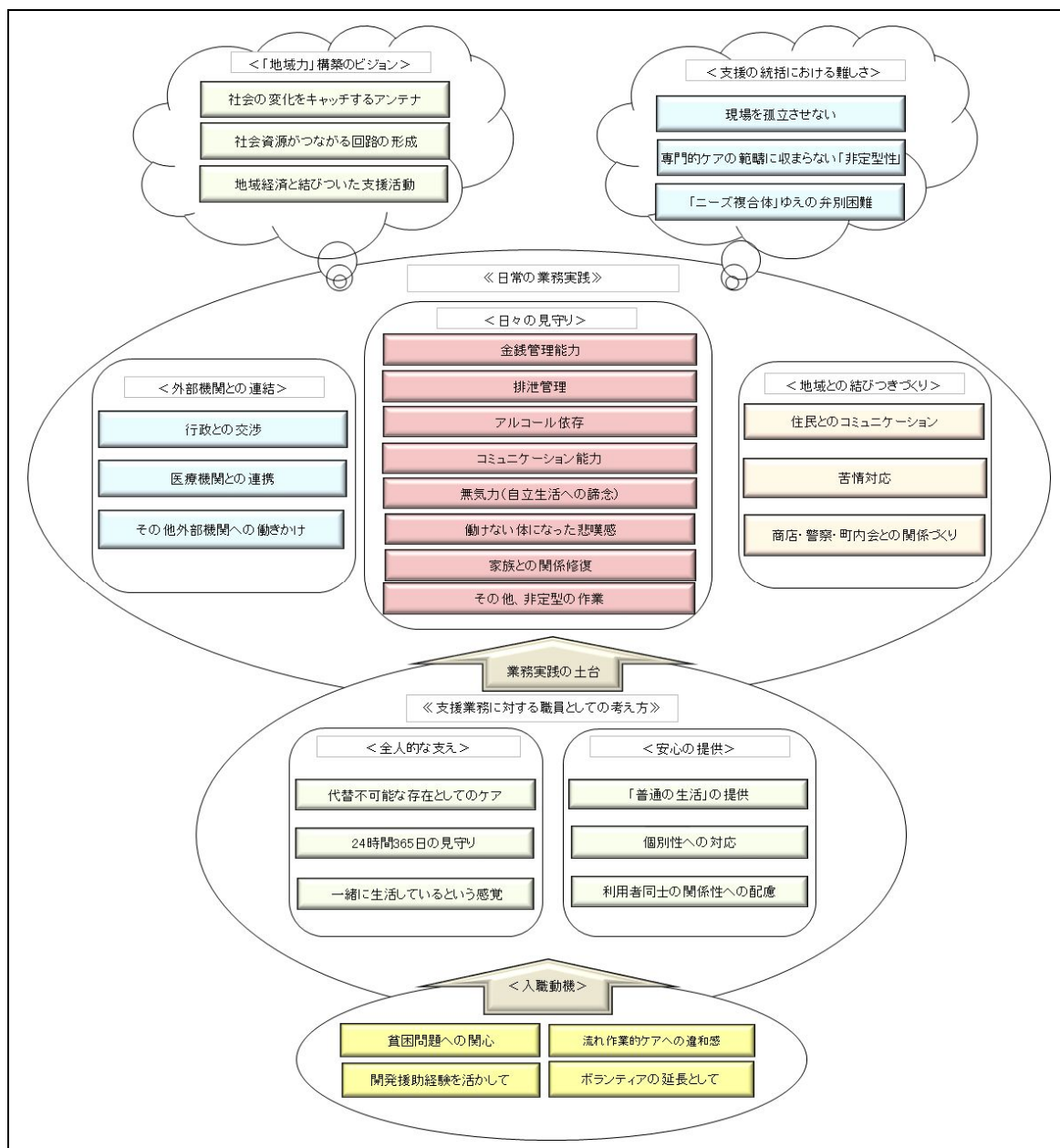
インタビューの中では、職員が日々の業務の中で気をつけていること、重視していることについても尋ねた。その中から浮かび上がったのは〈安心を提供したい〉という、利用者に対する職員の考えであった。このカテゴリーは、【普通の生活の提供】【個別性への対応】【利用者同士の関係性への配慮】から構成されていた。

【普通の生活の提供】は、先述のように専門資格・専門教育等の基盤の上に成立する社会サービスの範疇の外にあって、例えば「無縁者」でなければ、同居家族が担い得たと思われる「ケア」に近いと思われる。職員の一人が以下のように述べている。

(Q:他の施設と比べて、ふるさとの会のケアの特徴といったものはどんなところですか?)

利用者さんに関してですと、まあ、散歩を自由にされてる方で、地域の、例えばネコが好きな方で散歩されてて、それを近所の方が時々こう声掛けてくれて、えさをあげるときに合わせて、まあ、その利用者さんはネコを見に行くんですけど、まあ、その近隣の方とのかかわりもありますし。・・・、あとは、自分たちで買い物しに行くとか・・・普通の、人がやってる、こう普通の生活ができる。まあ、全部じゃないですけど、えーと、部分的にそういうかかわりができるかなと。

図表 22 ふるさとの会職員の生活支援実践を構成する要素



【個別性への対応】と【利用者同士の関係性への配慮】とは、時として相反するような要求を職員に突き付けるものであり、下記の談話のように職員はその対応にしばしば苦慮



していた。

施設を運営するというのはいろいろその、やっぱり施設としても、認められない部分とか、管理運営上問題がある行為についてはやめてくださいと言わざるを得ないことがあったりして、本人に対する支援と、その辺りちょっとどうしても皆さんに迷惑かかるからやめてくださいって言わざるを得ない部分との、その、それを、やっぱり職員というのは結構抱える部分があって、その辺、こう、どうしても、何ていうか、抑圧的にならざるをえない部分もない、かかえざるをえないからしんどいなということとは多々ありますよね。

今、一番、困難に思ってることは、認知症なんですけども、かなり元気な方で、まあ、分かっている部分が多い方なんですけれども、すぐ、あったこと忘れてしまうって部分もあるんですけども、まあ、一見しっかりした方で。それで、被害妄想が大きくてですね、自分がかかわってもらっていることは忘れるんですけど、他人に（職員が）関わっていることは目について、「自分には何も、自分の方には誰も来ない」とか「やってもらえない」とか、そういうことを最近こう言われてる方なんですけれども。

やってもらえてないってということで、かなり不穏になってきまして、怒りをぶつけてくるってところですね。で、私がほかの人に関わっていることに関して、こう表情が硬くなって、何ていうか、うーん、怒り出してしまっている。それがだんだんにこう、大きく占めるようになってしまったというか。

この〈全人的な支え〉と〈安心の提供〉という 2 要素が〈支援業務に対する職員としての考え方〉を形成し、具体的な実践の基盤となっている。

### 3) 日常の業務実践

次に日常の業務実践について、収集したデータの結果と共に分析をすすめた。

ケア業務の中心には〈日々の見守り〉として括ることのできる種々の取り組みがあった。また、それ以外に、ふるさとの会に特殊な内容として〈地域との結びつきづくり〉に関するケア、および〈外部機関との連結〉として括ることのできる業務とが見られた。

〈日々の見守り〉を構成するものとして、今回のインタビューの中から浮かび上がってきた要素は次の 8 種類【金銭管理能力】【排泄管理】【アルコール依存】【コミュニケーション能力】【無気力（自立生活への諦念）】【働けない体になった悲嘆感】【家族との関係修復】【その他、非定型の作業】であった。

この〈日々の見守り〉を構成する各種ケア内容は、利用者一人一人の多様な状態から生じており、対応法を定型化するのが困難であるとの認識が職員間に見られる。一人の職員は以下のように述べている。

職員が4人いれば、4人がみんな違ったOさん（利用者：しばしば問題行動をする人）の評価っていうか、捉え方をするわけですよ。どう支援しようかって。で、その、大きくわけて、どこまで受け入れるか・どれは受け入れないかみたいな。一人一人の違いが、ハードルですか。違ってくるんで、その、Oさんの行為に対して一人一人がどういうふうにそれを受け止めて、自分ならどういうふうに支援した方がいいかっていうことを、結局話し合いで（決めていく）。で、最初は当然まちまちなわけですよ。そこにどうやって決着を持っていくかっていうのがまず、やっぱりあると思いますね。で、いろんな対応が出てきて、まあ、それが、第一段階のような気がするんですね。で、ま、第二段階になってくると、それぞれ自分が、やったやり方・行為が、うまくいかなかった場合、要するに、僕なんかどちらかというと、はっきりと駄目なら駄目で。他の方によっては、受け入れると。あの、2つの形があったと思うんですね。

こうして、継続的な観察と、その度に、選択されることになる対応についての検討により、個々の利用者へのケア方針が決められていく。こうした進め方は、もう一つのカテゴリー<外部機関との連結>においても同様に行われている。

<外部機関との連結>は、【行政との交渉】【医療機関との連携】【その他外部機関への働きかけ】から構成される。

ここで重要な点は、職員は必ずしも特定の専門職としてケアに従事しているのではなく、上記のように利用者の生活全体に携わっているという点において、既に出来上がった制度的ネットワークの中にいるわけではないことである。

したがって、ここで職員が行うべき職務としては、利用者のニーズの適確な把握と、これに基づいて適切な外部サービスへと繋ぐことにある。このような外部サービスとの連結の経路は必ずしも確立されているわけではないため、職員は往々にして、このような経路の開拓に従事することが必要となっている。このような業務について職員らは以下のように述べた。

利用者の方がお一人で、その一、通院しても、なかなか、そのニーズというか、それが伝わらないと思うんですね、お医者さんに。ですから、その人のニーズをですね、よりの確に、医療関係の方などに伝えるというのは、非常に重要な仕事の一つだとは思っております。

（統合失調症のある利用者のことで）Kメンタルクリニックにお話をしたら、まあ、その時期になりますと、大体、血圧が200台、100台でしたり、熱がいきなり38度後半、9度まで上がって、クーリングしたり、水分摂取などをすると30後半まで、36度台まで、6度後半まで急に下がったりということがあり、内科の往診のとき、内科の往診のときに「入院できないか」ということで相談しました。

で、S病院に入院して、検査したところ、特に大きな問題なかったですね。まあ、

メンタル的なものだろうと。で、お薬の調整をして、こちらに戻ってきたときには、いつもの不穏ではない B さん、受け答えがしっかりした B さんがという感じで戻ってこれることが 3~4 カ月に、今、2 回ありました。

で、1 週間前に、やはり同じような不穏な状況があり、K メンタル入ったときに、急な発熱があるので、内科、「主治医に言って、入院した方がいいんじゃないか」という話もありますし、もう今の状況はこんな状況ですとちょっと対応しきれない部分がありますので、主治医に話をして入院になったと。

職員らのこのような談話は、病気になった家族に対して、一般的に同居家族が行うような対応を彷彿とさせる情景である。そこには、専門家として外部の専門サービスに繋ぐ、という意味合いはなく、生活に寄り添う者として、生活の中で観察しえた当人の異変に対応する、という行為として認められるものであろう。

日常の業務実践として、第 3 のカテゴリーが<地域との結びつきづくり>である。これは【住民とのコミュニケーション】【苦情対応】【商店・警察・町内会との関係づくり】から構成される。単に、支援付き住宅の利用者へのケアを支援付き住宅の中だけで行うのではなく、利用者と同地域との結びつきを構築するための作業への取り組みが、インタビューにおいては顕著に示された。

最初、あの一、大変だったですよ。やっぱり、あの一、ちょっと変わった人がいるもんですからね、「お宅にはこういう人がいるんじゃないか」とか、だから、いつも行って、あの一、「あ、申し訳ない」って謝ったりなんかしたことがかなりあります。

やっぱり商店街とか、そういうお店との関係って、一番大きいのはお金とかであったりすると思うんです。まあそれだけじゃないとは思いますが、何か購入する関係とかがしっかりあったりとか、もちろん日ごろ話すってこともあるんですけども、やっぱりそういう商店とか、そういうとことの関係というのは、お金っていうのは大きいのかなと思う。

商店街なんかでも、やっぱり昔から、その、会合とか集会やったりしていたんですけど、やっぱりホームレスということで、それを支援するわれわれも排除の対象になっていましたし、やっぱりさっき言った事業を通じて何かを購入するっていうことになった場合に、それまで率先して排除する側だった、その、物を売っているところが歓迎みたいになったところもあったりとかして、その関係を通じて徐々に見方が変わってきたりとか、まあそういったお金というのも非常に大きな要素かなとは思いますがね。

談話に見られるように、地域との関係づくりは、当初、地域からの排除の声に対処するためのものとして、後に、地域との支え合いの関係を構築するための行動として発展して

いる。この点は「考察」および「結論」において再度述べられるが、地域社会から独立した営みとしてあるのではなく、地域の社会資源へのはたらきかけ、および、その活用を通じて形成されるのが、ふるさとの会の支援において特徴的な点であると言える。

こうして<日々の見守り><外部機関との連結><地域との結びつきづくり>が、日常の業務実践を形成する要素としてデータから読み取ることができた。

ここまで、職員の<入職動機>にはじまり、それが形成するものとして《支援業務に対する職員としての考え方》について述べ、その結実するものとして本節で見てきた《日常の業務実践》があった。

最後に、職員を統括する立場のスタッフの発言から、これら一連の業務への支援の在り方、そして、組織全体としてのヴィジョンがいかにか認識されているのか、という点について見ていくこととする。

#### 4) 職員を統括する側からのはたらきかけ

ここまで、直接的に利用者へのケアに従事する職員の談話に着目してきた。以下に、職員へのサポート・統括に従事する側から述べられた内容について触れておく。

第一に、強調されたことは【社会の変化をキャッチするアンテナ】として組織を位置づける考え方であった。前節で、地域との結びつきの形成が重要な業務であることを述べた。この【社会の変化をキャッチするアンテナ】は、そのような利用者および地域へのはたらきかけを通して得られる地域社会の動向を、組織として吸い上げ、そしてそれを地域社会や業務実践へと還元していこうとする考えを示唆している。

また、スタンスとして【現場を孤立させない】という意識についても述べられた。先述のとおり、既存の社会サービス・専門サービスの範疇の外にあり、したがって、現場においてその場その場での判断／意思決定をせまられる<日々の見守り><地域との結びつきづくり>は、極めて大きな負担を職員に強いる。【現場を孤立させない】という考えは、職員の置かれたこのような環境を考慮し、組織として経験の蓄積を動員し、支援実践を行っていこうとする基本姿勢が示されている。

#### 5) 考察

ふるさとの会の実践としては、以下のような特徴が抽出され、日々の生活にかかわる職員のレベルにおいて、実践されているのは、以下の内容であった。

- ・ 入居者と、インフォーマルな空間・関係性をつくることへのコミットメント
- ・ 様々な社会つながりを喪失して入居してきた者に対し、その人が「住人」として新たな社会的な紐帯をとり結び、「地域でのふつうの暮らし」が可能となるという目標をもってかかわっていること。(入居者の自助・互助機能にはたらきかけながら、「社会的紐帯を取りむすべる住人」となることを支えていること。)

- ・ 「住人」となった個人が接続できる社会的紐帯の環境整備をしておくこと

また、今回の調査の主な対象者となった職員よりも、より上位の経営者に位置する職員は、社会的紐帯をうみ出しやすい仕組みを、コミュニティのなかで仕掛けることの実践や、そうした組織としての活動の積極的や公開・発信していた。こういった意味で、組織における構成員の機能が分化していることも示されたといえよう。

### 3-3 結論

ふるさとの会が行う支援・サービスが、貧困ビジネスと区別される特徴的な点としては、1) 組織の開放性、2) 社会的紐帯づくり、3) 利用者の変化に関するアウトカムの明確な設定、の3点が挙げられる。

ふるさとの会は、都市における生活困窮者に対する地域包括ケアの実践として、「入居者の新たな社会的紐帯への接続化」「人が、社会的存在として、新たな社会的紐帯に接続する上で基点となる帰属的な空間・関係性の再構成」を、組織的に実施している。しかも、それは、利用者からの生活保護制度の扶助費等の還元により、非営利のビジネスとして実施している。

端的に言えば、公共政策・制度から利用者に捻出された費用（保護費等）を、利用者が「ふるさとの会」のサービスに支払うことにより、利用者に居所と、公助や共助に収まらない範疇での生活支援を提供するという、ビジネスの形式的な枠組みだけをみれば、ふるさとの会の活動は、「貧困ビジネス」との区別がつきにくいモデルとなっていた。

しかしながら、ふるさとの会のビジネスとしてのサービスには、所謂「貧困ビジネス」とは、明らかに以下の3つの特徴によって区別される。

- 1) 組織の開放性：組織としての活動を公の場で明らかにし、外部の目が常に入ることによって、自らの組織活動の質を担保していた。（ストラクチャーレベルでの相違）
- 2) 社会的紐帯づくり：個々の入居者のニーズに即した支援を展開し、個人が社会的紐帯を取り戻せるような支援を、毎日の支援方針に関する話し合いや定期的な研修・会議等のマネジメントのもとで展開していた。（支援プロセスレベルでの相違）
- 3) 利用者の変化に関するアウトカムの設定が明確である：入居者が新たな社会的紐帯の獲得し、「地域のなかで住人として普通に暮らせる」というアウトカムが設定され、そのアウトカムが個々人の入所時期、障害の程度、嗜好性等によって多様に設定され、これに向かったのケアシステムの構築がなされていた（アウトカムレベルでの相違）

「人が、社会的存在として、新たな社会的紐帯に接続する上で基点となる帰属的な空間・関係性の再構成」を、組織的なビジネスとして、また、非専門的な援助者が生業として遂行している。こうした事業については、すでに汚名が着せられた「貧困ビジネス」以外のフレーズで、表現することが喫緊の課題であろう。

最後に、本研究に残された課題を述べる。第一に、利用者を対象としたヒアリングでは、様々な問題を抱えるがゆえに、自らの意図する内容を十分に述べることに困難があると思われるケースがあった。それゆえに、ケアの受け手としての思いや要望といった点について、必ずしも十分に聞き得たとは言いきれない。本研究の主眼点は、支援付き住宅の職員の認識や実践の部分に置くウエイトが大きく、上記の課題は、機会を改めて取り込まれる必要があると考える。

第二に、対比軸として言及した「貧困ビジネス」については、十分なデータが渉猟されずに言及されている点があり、今後、これに関する詳細なデータ収集が必要と思われる。おそらく、この作業によって、貧困と地域社会をめぐる、より一般的な知見を提示できることになるだろう。

また、本稿では「地域社会」が一つのキーワードとなったが、事例として着目した「支援付き住宅」をとりまく地域住民の意識についての調査はできず、データを収集できなかった。

今後は、職員と地域住民との実際の相互作用について観察を行うことで、より俯瞰的にこの事象を捉えなければならないと考えている。このため今回の調査票・インタビューの限界がここにあることを述べておく。これらの課題は、次の研究へとつなげていく必要があると考えられる。

#### 【参考文献】

筒井孝子（2003a）「地域福祉権利擁護事業に携わる『専門員』の連携活動の実態と『連携活動評価尺度の開発（上）』」『社会保険旬報』No. 2183:18-24.

筒井孝子（2003b）「地域福祉権利擁護事業に携わる『専門員』の連携活動の実態と『連携活動評価尺度の開発（下）』」『社会保険旬報』No. 2184:24-28.

筒井孝子・東野定律（2006）「全国の市区町村保健師における『連携』の実態に関する研究」『日本公衆衛生誌』53（10）：762-775.

厚生労働省要介護認定調査検討会 第2回（2006年12月6日）資料6「ケアコード早見表（案）・ケアコード一覧表（修正案）」.

平成20年度老人保健健康増進等事業（未来志向プロジェクト）「地域包括支援センターの評価に関する研究（主任研究者：高橋紘士）」報告書

## 第4章 困窮・単身・要介護・高齢/障害の四重苦をもつ人々

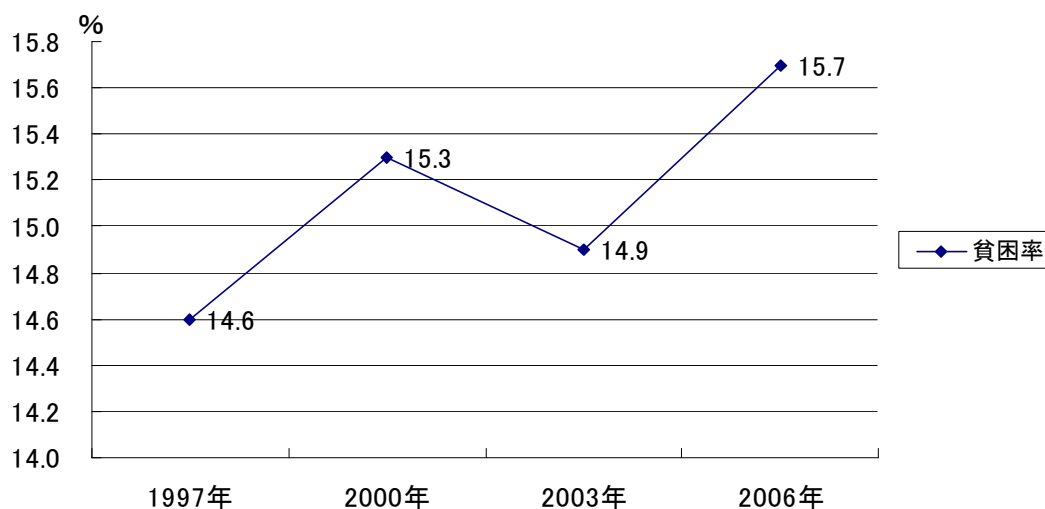
### 4-1 四重苦をかかえた人々とその居住の実態

#### (1) 貧困

わが国の相対的貧困率は15.7%となっており、国際的に見ても高い水準にある。またふるさとの会の活動地区（墨田区・台東区・荒川区）の生活保護被保護世帯は、約15,000世帯にのぼる。

2009年10月に発表された政府による貧困率の推計によると、2006年時点の貧困率は15.7%であった。貧困率はその時々々の景気に影響を受けるため調査年によってばらつきはあるが、1997年調査以降は10%代中盤で推移しており<sup>15</sup>、国民の7人に1人程度が貧困状態に陥っていることになる。OECDによると、80年代なかごろの日本の貧困率は12.0%<sup>16</sup>であり、20年間で3%程度上昇していることが見て取れる。加えて本推計のもととなった「国民生活基礎調査」は世帯を対象とした調査であることから、ホームレス等の定住先を持たない層を調査対象としておらず、実際の貧困率は調査結果より高い可能性もある。

図表 23 相対的貧困率の年次推移



(注1) ここでいう貧困とは、等価化処分所得の中央値の50%を指す。

(注2) 「所得」は、調査対象年1年間の所得である。

出典：厚生労働省ホームページより作成。元となるデータは厚生労働省「国民生活基礎調査」。

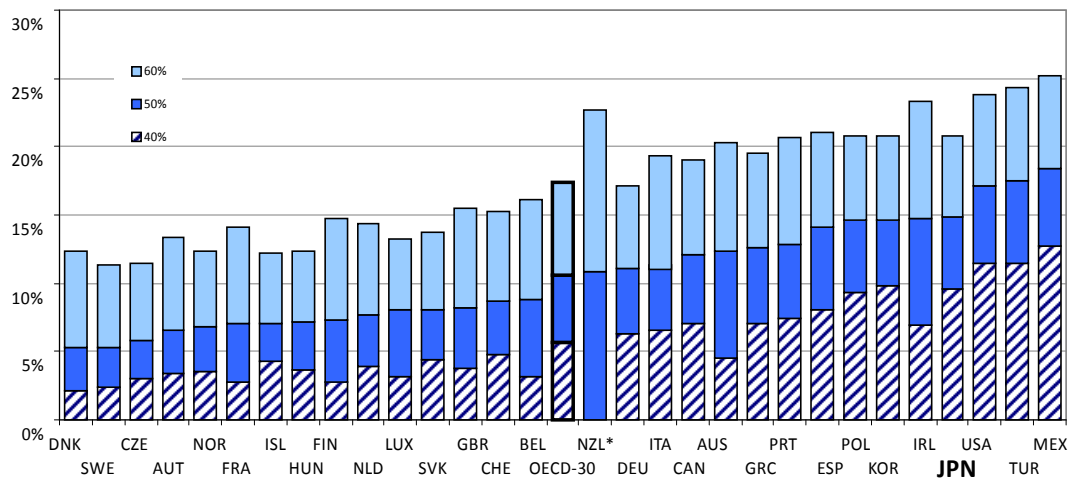
<sup>15</sup> 総務省「全国消費実態調査」の数値を用いて貧困率を算出すると、10%ほどになるとの反論もある。

<sup>16</sup> OECD.Stat Extracts : <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=9909&QueryType=View>



このようなわが国の貧困率は、国際的に見て非常に高いレベルにある。2000年代中ごろの OECD 加盟 30 カ国における貧困率を見てみると、貧困を等価可処分所得の 50%以下とした場合、日本は上から 4 番目、先進国ではアメリカについて 2 番目である。

図表 24 2000 年代中ごろの OECD 加盟国の相対的貧困率



(注 1) 図中の斜線部が等価可処分所得の中央値の 40%以下を貧困とした場合、色の濃いグラフが同 50%、色の薄いグラフが同 60%を貧困とした場合。図は等価可処分所得の中央値の 50%を貧困とした場合の数値の大きさの順で並んでいる。

(注 2) ニュージーランド (NZL) については、等価可処分所得の中央値の 40%を貧困とした数値が存在しない。

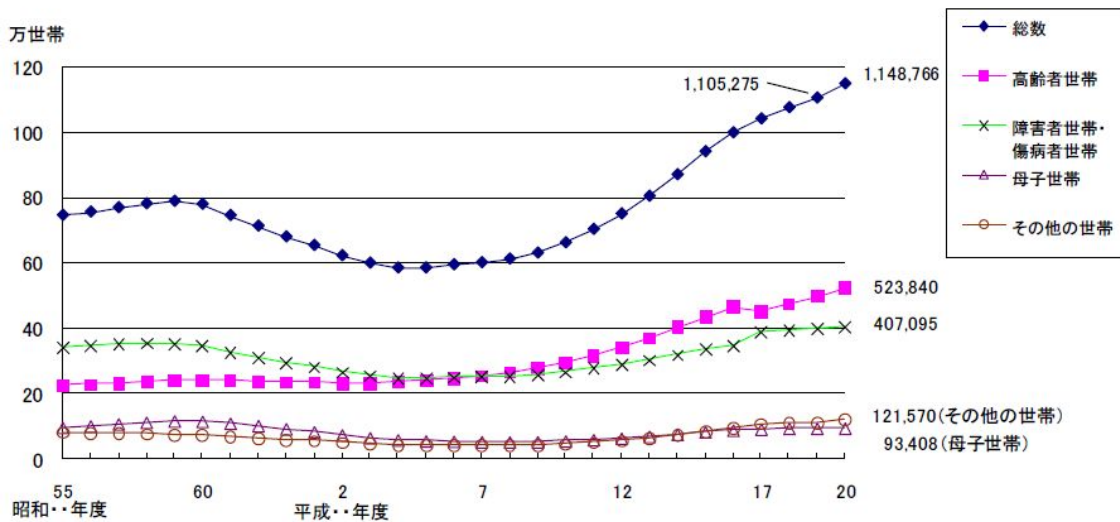
出典：“Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries” (OECD、2008)  
元となるデータは“Computations from OECD income distribution questionnaire.”

ここまでは貧困率に基づいて我が国の貧困の状況を見てきた。しかしここでの貧困率は「相対的貧困率」と呼ばれるものであり、定義は「所得が等価可処分所得の中央値の一定割合以下」である。これは貧困率を国家間で比較する際には適しているものの、我が国における貧困の実態を適切に表しているとは言えない可能性がある。そこで続いては、貧困世帯向けセーフティネットとして整備されている生活保護制度の利用者を対象に、わが国の貧困の実態を確認する。

被保護世帯数については、全国では平成4・5年ごろまでは減少傾向にあったものの、それ以降は年々増加に転じ、平成20年時点には120万世帯近くにまで達している。世帯類型別に見ると、高齢者世帯が最も多くなっている。

またふるさとの会の活動地区である墨田区・台東区・荒川区でも、被保護世帯数はほぼ横ばいから増加傾向を示している。

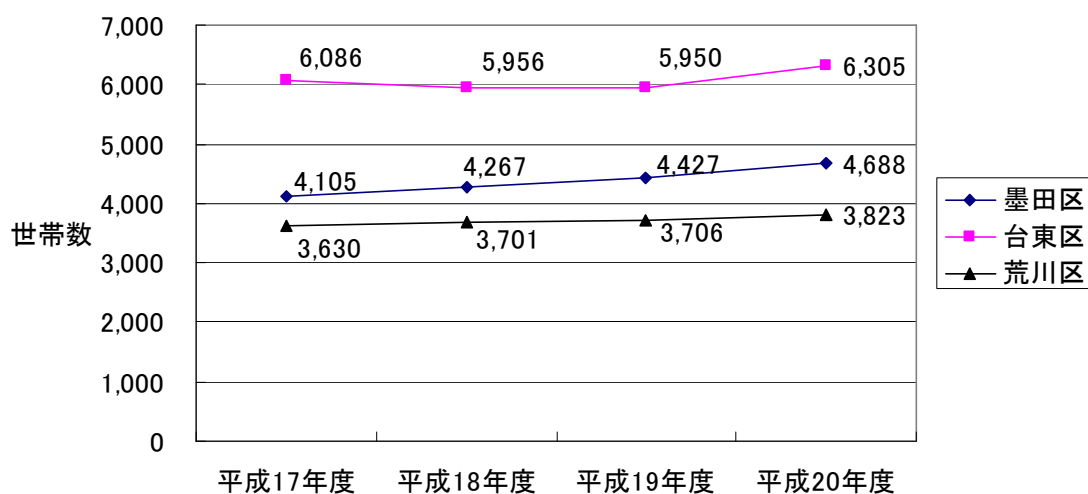
図表 25 世帯類型別被保護世帯数（月平均）



(注) 総数には保護停止中の世帯も含む。

出典：厚生労働省（2009）「平成20年度 福祉行政業務報告（福祉行政報告例）結果の概況」

図表 26 ふるさとの会活動地区被保護世帯数（月平均）



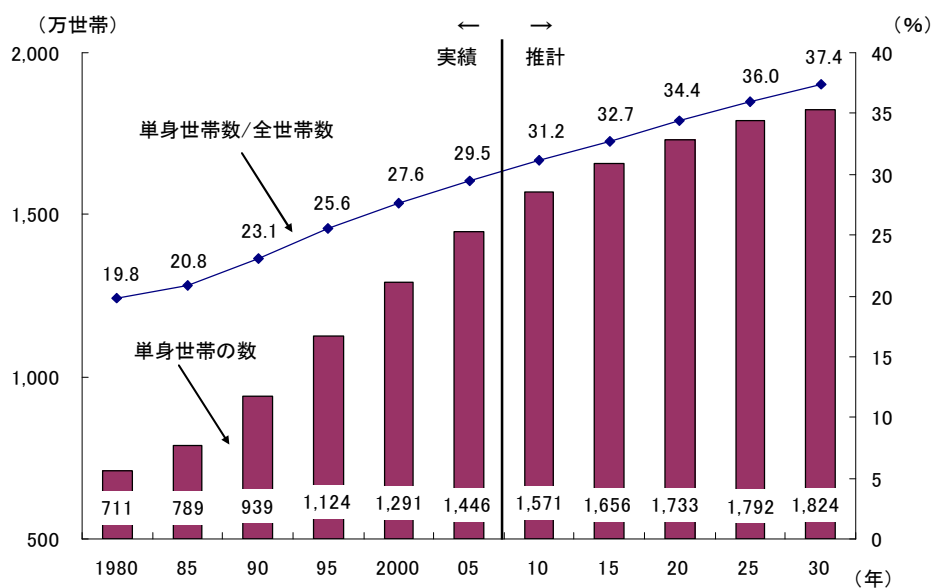
出典：東京都（2008）「福祉・衛生統計年報」より作成。

## (2) 単身

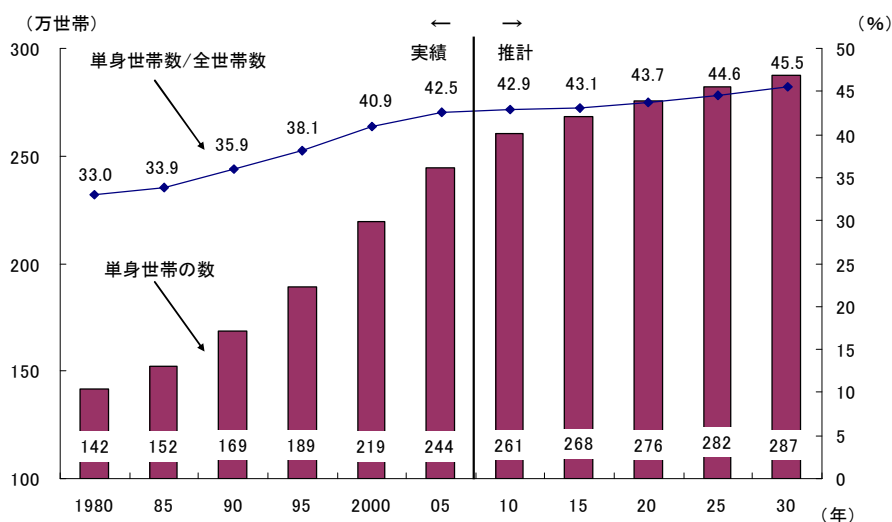
単身者については、東京都において 2005 年に約 250 万世帯となっているが、今後も増え続けることが予想されている。

貧困、要支援と同様に、単身世帯も着実に増加傾向にある。全国・東京都双方において全世帯に占める単身世帯の割合は年々増加してきており、2005 年には 29.5%となっている。2010 年以降は全体の 3 割を超える見込みとなっており、増加傾向は今後も続くと思われる。

図表 27 単身世帯の動向（全国）



図表 28 単身世帯の動向（東京都）



出典：2005 年までの実績値は、総務省『国勢調査』。2010 年以降の「単身世帯数」「総世帯数の推計」は、国立社会保障・人口問題研究所編『日本の世帯数の将来推計（全国推計）—2008 年 3 月推計』。また、2005 年以降の「総人口」の推計は、国立社会保障・人口問題研究所編『日本の将来人口推計（2006 年 12 月推計）』（中位推計）に基づき作成。

単身世帯の増加について、どの年齢層が増加しているのか見てみると、男女ともに共通して増加傾向が見られるのが70歳代以上の年齢層である。1985年から比較すると、2005年には70歳代と80歳代は男女ともに2倍以上に増加している。

図表 29 年齢階層別にみた単身世帯数（実数）の変化（全国：1985年＝1）

（単位：倍）

	2005年						
	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80歳以上
男性	1.0	1.7	<b>2.2</b>	<b>3.7</b>	<b>4.8</b>	<b>4.1</b>	<b>5.3</b>
女性	1.6	<b>2.5</b>	1.5	1.4	1.6	<b>2.8</b>	<b>6.9</b>

（注）網掛け部分は、2倍以上の年齢階層。下線部は3倍以上の年齢階層。

出典：総務省「国勢調査」（時系列データ）より作成。

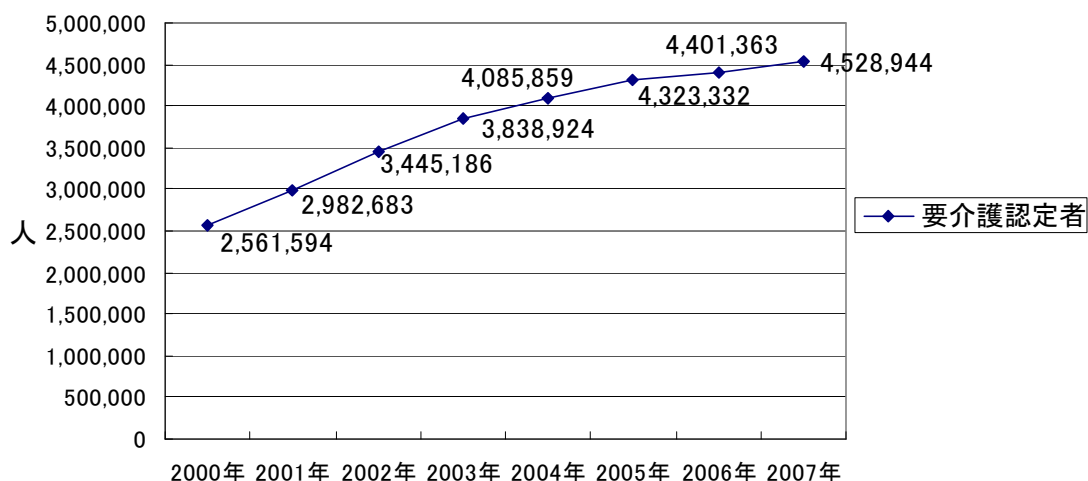
### (3) 要介護・認知症

現在、要介護認定者数は東京都で約 40 万人、認知症高齢者は約 17 万 5 千人にのぼる。しかし認知症専門棟のある介護老人施設数は全国 10 位と進んでおらず、施設整備の遅れが目立つ。一方で高齢者自身は現在の居住地域に住み続けたいと考えており、現在の居住地域におけるケア拠点の整備が求められる。

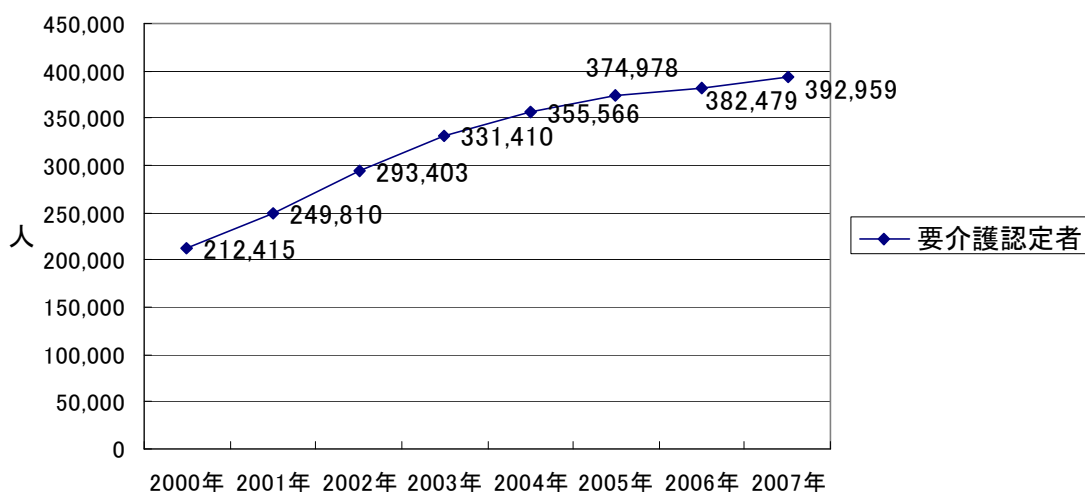
#### 1) 要介護認定者

2000 年に始まった介護保険制度であるが、その利用の対象となる要介護認定を受けた人数は年々増加傾向にあり、2007 年は全国で 4,528,944 人であった。東京都においても同様の傾向を示しており、2007 年時点で 392,959 人が要介護認定を受けている。

図表 30 要介護認定者数（全国）



図表 31 要介護認定者数（東京都）



出典：介護保険事業状況報告（年報）より作成。

また全国レベルの実際の介護保険制度の利用状況は以下のとおりである。その年度に介護予防サービスおよび介護サービスを利用したものの合計である年間累計受給者数は、要介護認定者の増加に伴い年々増加してきている。一方、その年度にサービスを利用した人数である年間実受給者数は一時的に減少しているものの、その後上昇に転じている。今後の高齢化の進展等を考えると、今後も要介護認定者、制度利用者ともに増加を続けるものと思われる。

図表 32 受給者数の年次推移（全国）

（単位：千人）

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	対前年度増減数
年間累計受給者数	42 011.4	42 984.1	43 827.8	45 331.4	1 503.6
年間実受給者数	4 398.4	4 295.6	4 370.4	4 516.4	146.1

注：1)「年間累計受給者数」は、各年度とも5月から翌年4月の各審査月の介護予防サービス及び介護サービス受給者の合計である。

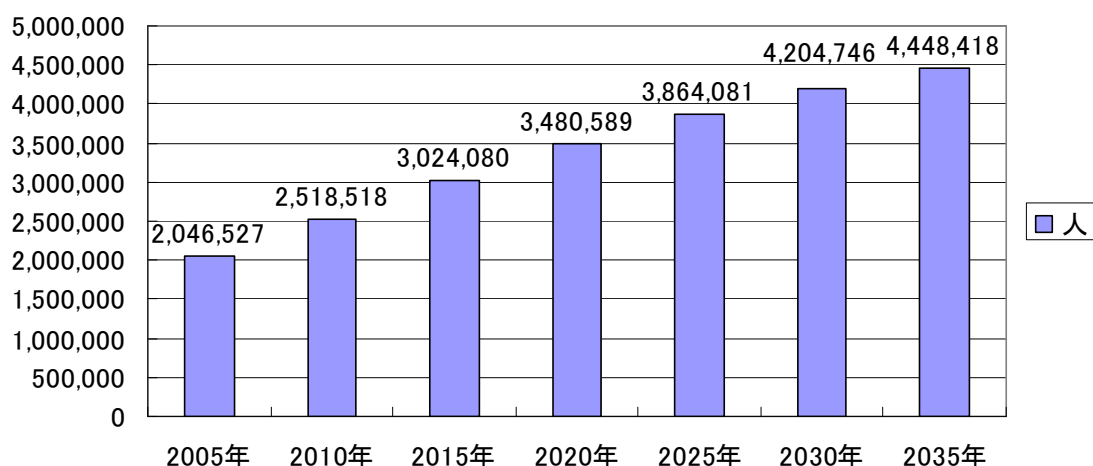
2)「年間実受給者数」は、各年度とも4月から翌年3月の各サービス提供月の介護予防サービスまたは介護サービス受給者について名寄せを行ったものであり、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

出典：厚生労働省（2009）「介護給付費実態調査結果の概要（平成20年5月審査分～平成21年4月審査分）」

## 2) 認知症

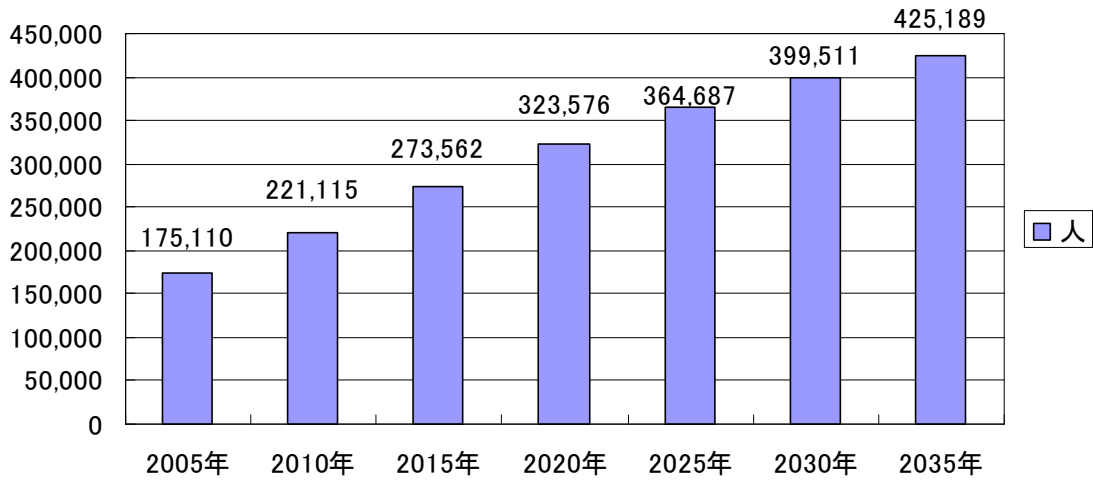
認知症高齢者数は、2005年時点で全国に約200万人、東京都には全都道府県中最多の17万5千人がいると見られている。認知症高齢者は今後増加を続けると見られ、2035年には全国で約445万人、東京都では約42万5千人にのぼるとの推計結果も出ている。

図表 33 認知症高齢者数（全国）



出典：平成19年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神化救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併奨励の対応に関する研究」分担研究報告書

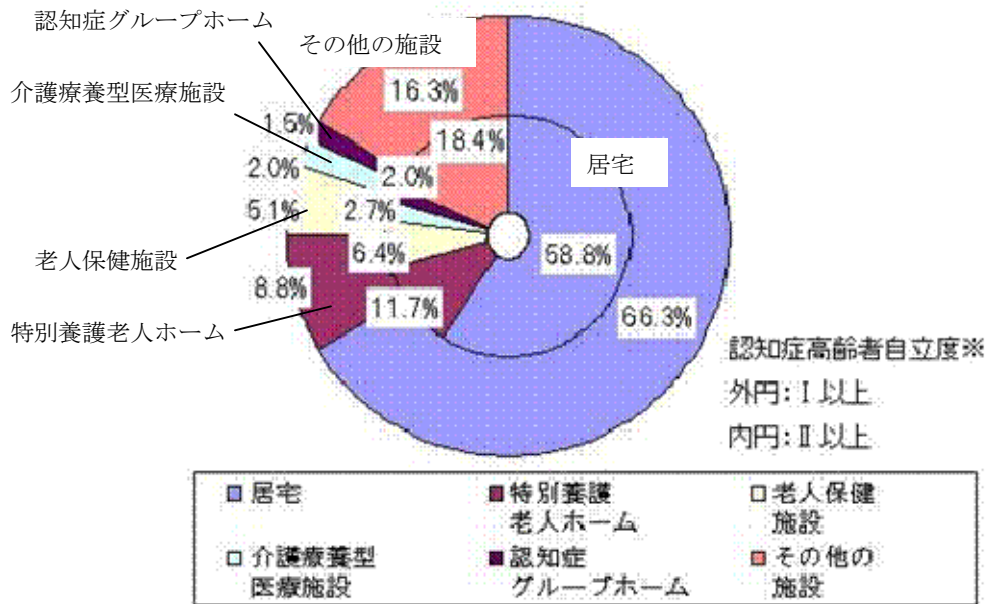
図表 34 認知症高齢者数（東京都）



出典：同上

しかしその一方で、都内にある認知症専門棟のある介護老人保健施設数は 38 施設で全国 10 位の水準であり<sup>17</sup>、施設整備が十分であるとは言い難い実態がうかがえる。都内在住の何らかの認知症の症状がある高齢者の半数以上は、自宅で暮らしているとの調査結果も出ている<sup>18</sup>。

図表 35 認知症高齢者の住まい（東京都）



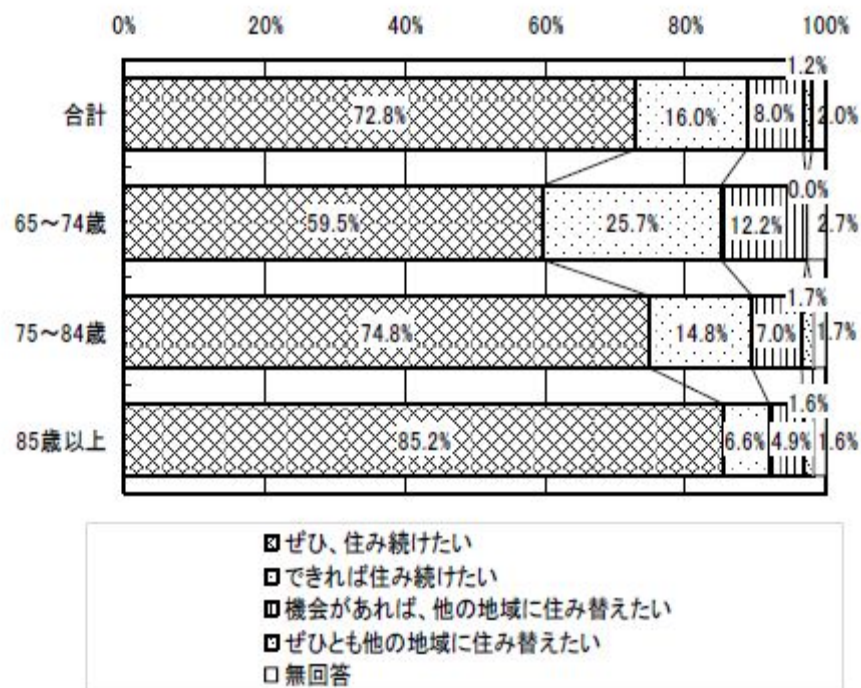
出典：東京都福祉保健局「東京認知症ナビ」

<sup>17</sup> 厚生労働省（2008）「平成 20 年介護サービス・施設調査」

<sup>18</sup> 東京都福祉保健局「東京認知症ナビ」

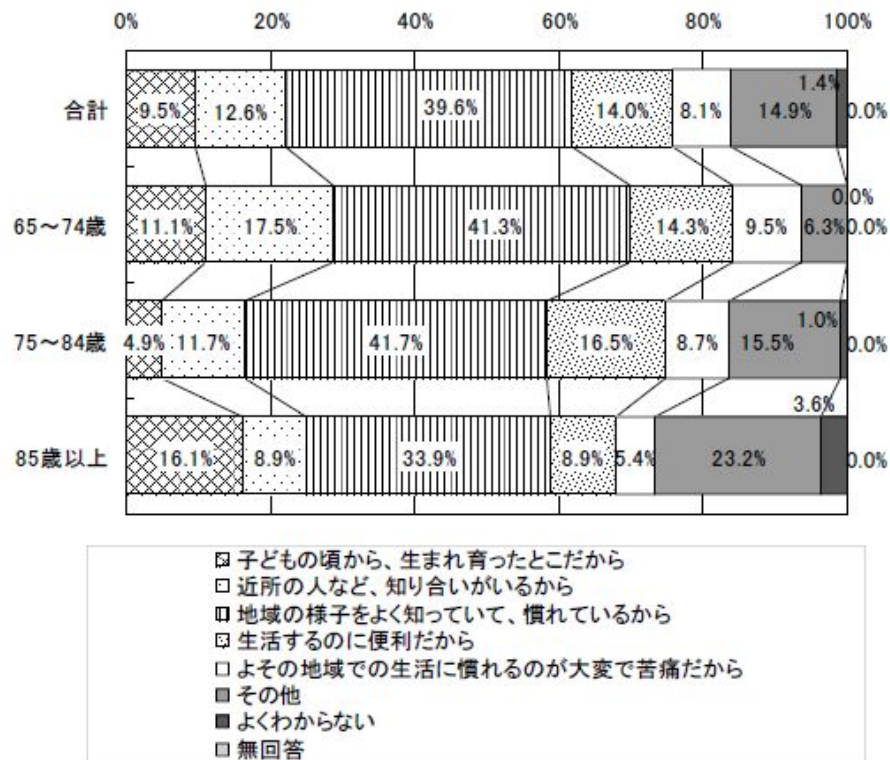
しかし在宅認知症高齢者の多さは、高齢者自身が望んでいる形態であることも明らかになっている。東京都が実施した「東京都在宅高齢者実態調査（専門調査）報告書」によると、認知症が疑われる在宅高齢者本人の今の地域に対する居留意向として、「ぜひ、住み続けたい」が72.8%と最も多く、次いで「できれば住み続けたい」が16.0%となっている。独居世帯に限っても60.7%が「ぜひ、住み続けたい」と回答をしており、認知症の疑われる高齢者の多くが、現在の地域に住み続けたいとの意向をもっていることが明らかとなっている。その理由については、「地域の様子をよく知っていて、慣れているから」が39.6%で最も多く、続く「生活するのが便利だから」14.0%との間には大きな差が存在している。すなわち認知症の疑いのある高齢者の多くは、利便性よりも地域への愛着を優先して生活拠点を決めていることが明らかとなっており、地域における認知症ケア拠点の整備が求められていることがうかがえる。

図表 36 認知症の疑いのある高齢者の居留意向（東京都）





図表 37 住み続けたい主な理由（東京都）



出典：東京都福祉保健局（2009）「東京都在宅高齢者実態調査」

#### (4) 高齢化

高齢化率は、2008年時点で全人口の22%を超えており、先進国中で最も高い水準となっている。またふるさとの会の活動地区では、65歳以上高齢者は2007年に約12万人となっている。

わが国で現在、高齢化が急速に進展していることは周知の通りである。1970年に7.1%であった高齢化率は1995年には14%まで増加したが、その後高齢化の勢いは一気に増し、2005年には20%を超えることとなった<sup>19</sup>。内閣府の発表した「高齢社会白書」によると、2008年10月1日時点の高齢化率は22.1%に達しており、全人口の5人に1人以上が65歳以上となっている。

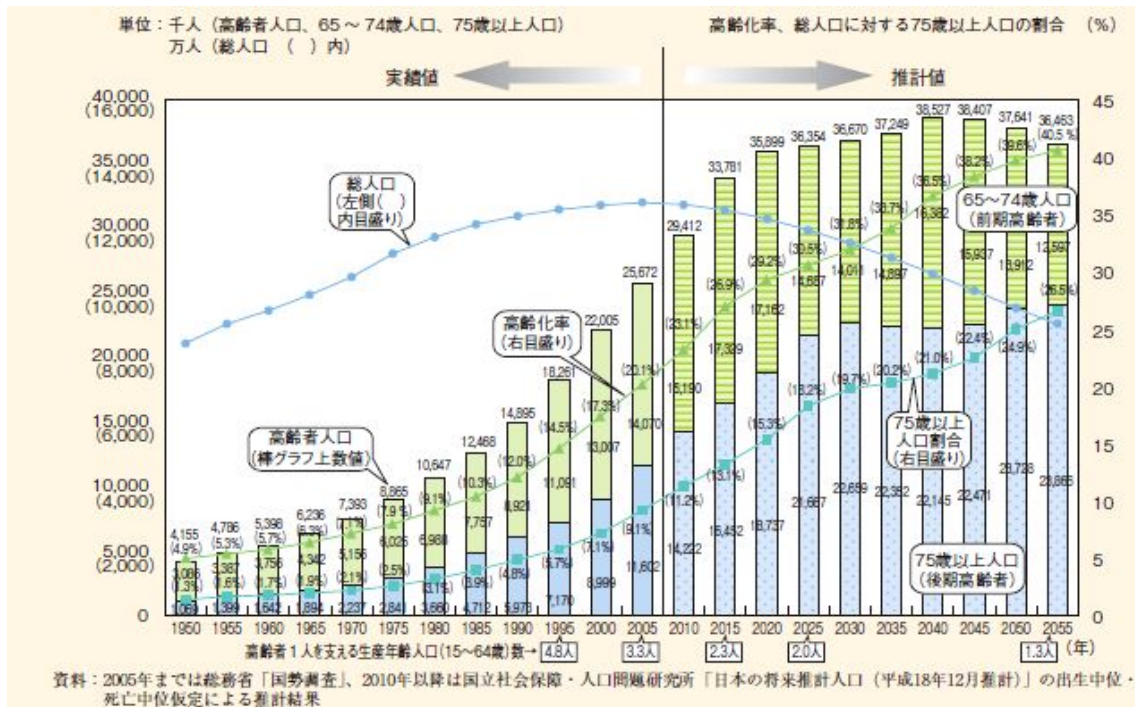
またこの傾向は今後も続くことが予測されている。国立社会保障・人口問題研究所の発表した「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」によると、高齢化率は今後上昇を続け、2055年には40%に達するとされている。

ふるさとの会の活動地域の高齢者は、約12万人とされている。

---

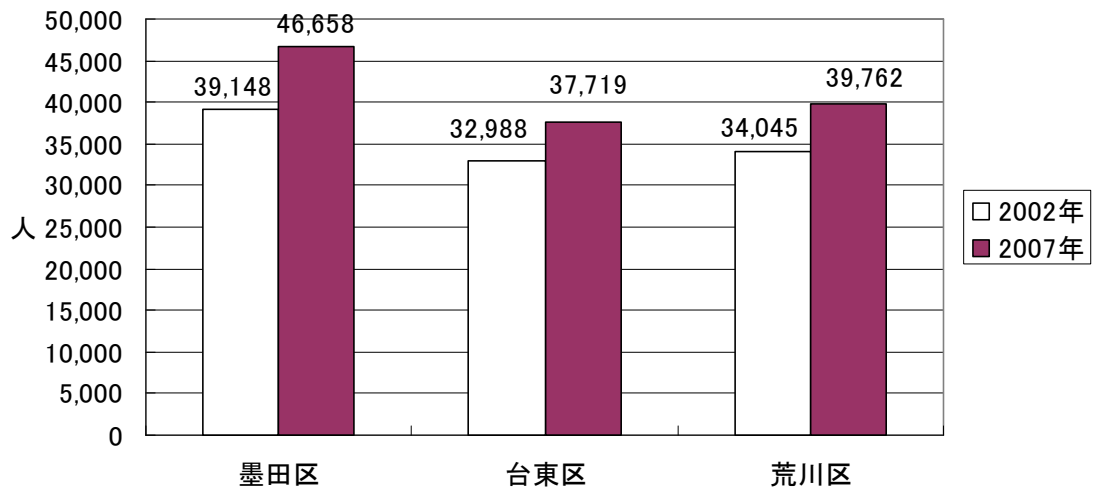
<sup>19</sup>総務省「国勢調査」より。

図表 38 高齢化の趨勢と将来推計



出典：内閣府（2009）「高齢社会白書」

図表 39 ふるさとの会活動地区高齢者数

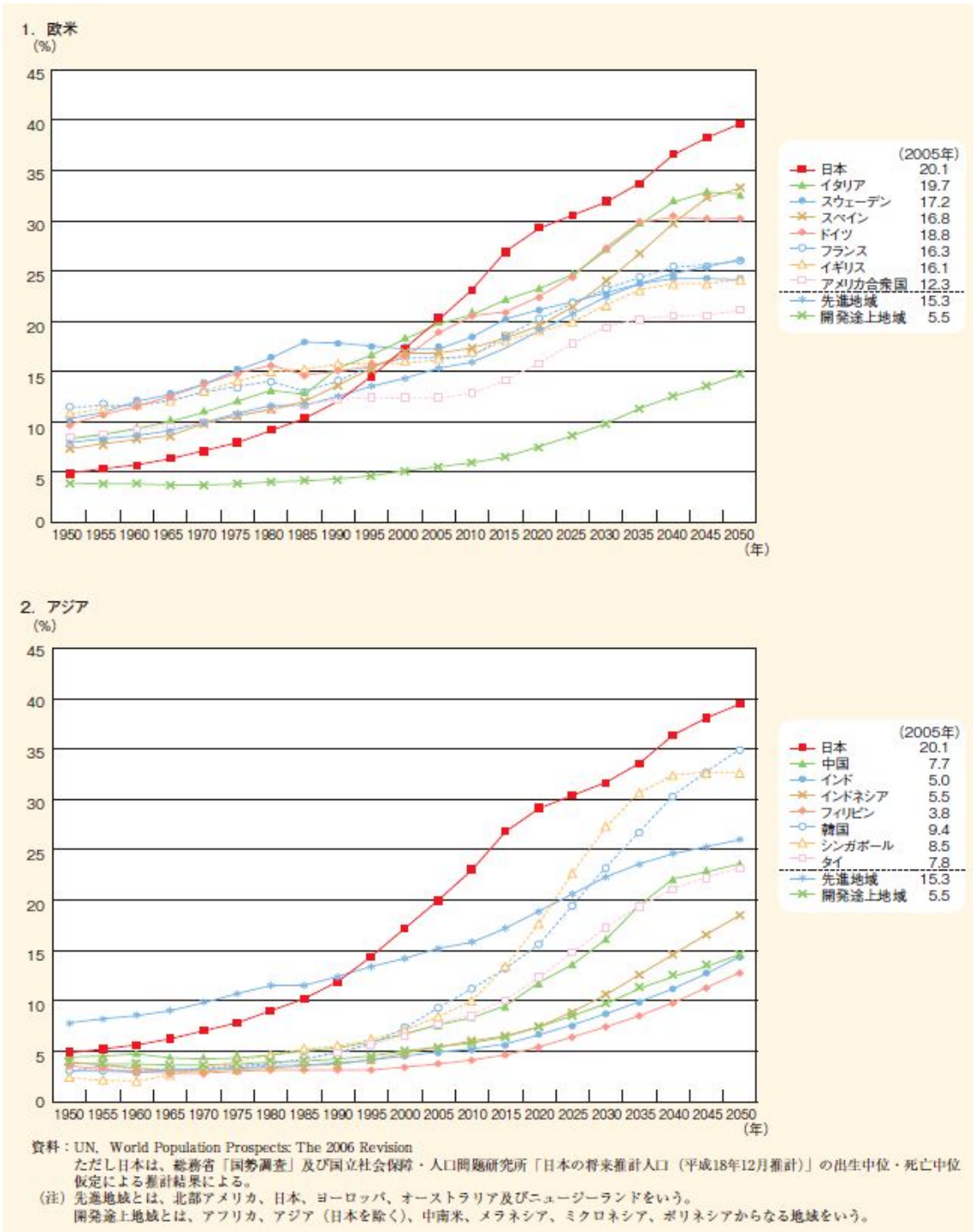


出典：総務省「国勢調査」より作成。

この高齢化の進展の速さは、他国と比較した際にも際立っている。1990年頃までは、欧米諸国と比較してわが国の高齢化率は低い水準にあったが、2005年には欧米主要先進国中トップの水準となり、今後もその差を大きく広げていくことが見込まれている。

アジア諸国との比較においては、アジア各国の高齢化率が全体的に低い水準にあったことから、わが国の高齢化率は1950年代から他国と比べ高い水準にあったが、今日では他国との間に大きな差が生じている。今後韓国やシンガポールにおいても急速に高齢化が進むとみられているものの、2050年までに日本を超える国は現れないとの推計結果が出ている。

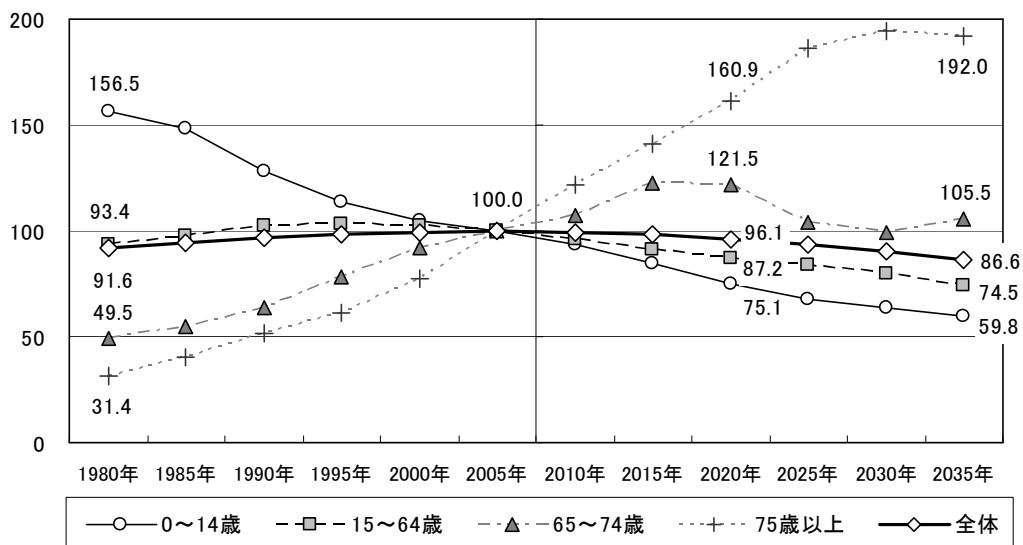
図表 40 世界の高齢化率の推移



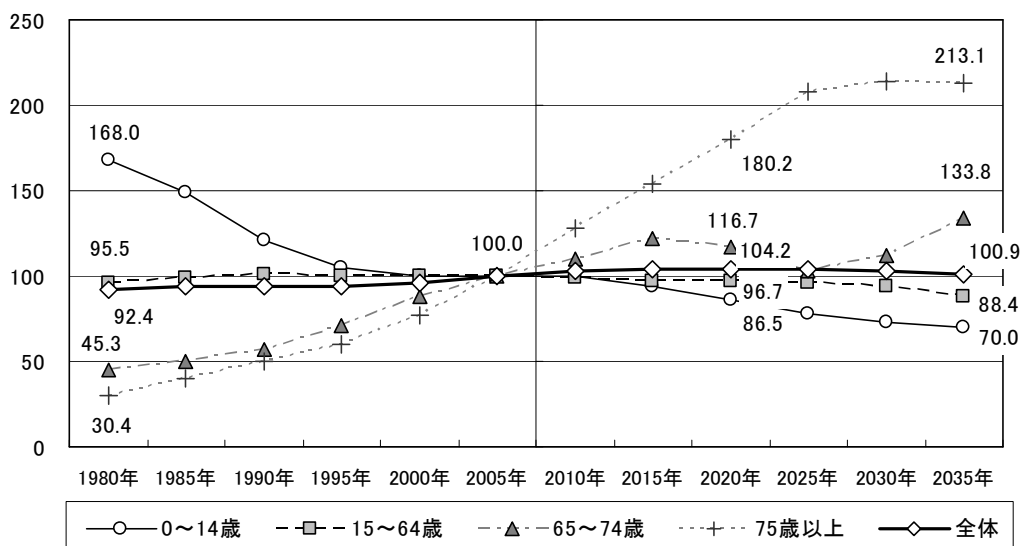
出典：内閣府（2009）「高齢社会白書」

全国および東京都において、高齢者の中でも特に増加すると見られているのは75歳以上の高齢者である。2005年以降、64歳以下の年齢層はそれぞれ横ばいまたは人口減となることが予想されている。また65歳以上74歳以下の年齢層についても、一時的に増加が予想されているものの、数年後には2005年とほぼ同水準にまで下がることが予想されている。一方75歳以上の層は2035年には2005年水準の2倍にまで膨れ上がることが予想されており、この層が今後の日本の高齢化を牽引するとみられる。

図表 41 全国年齢層別人口（平成17年=100）



図表 42 東京都年齢層別人口（平成17年=100）



出典：2005年以前の数値は総務省「国勢調査」より、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」より作成。

(5) 四重苦を抱えた人々

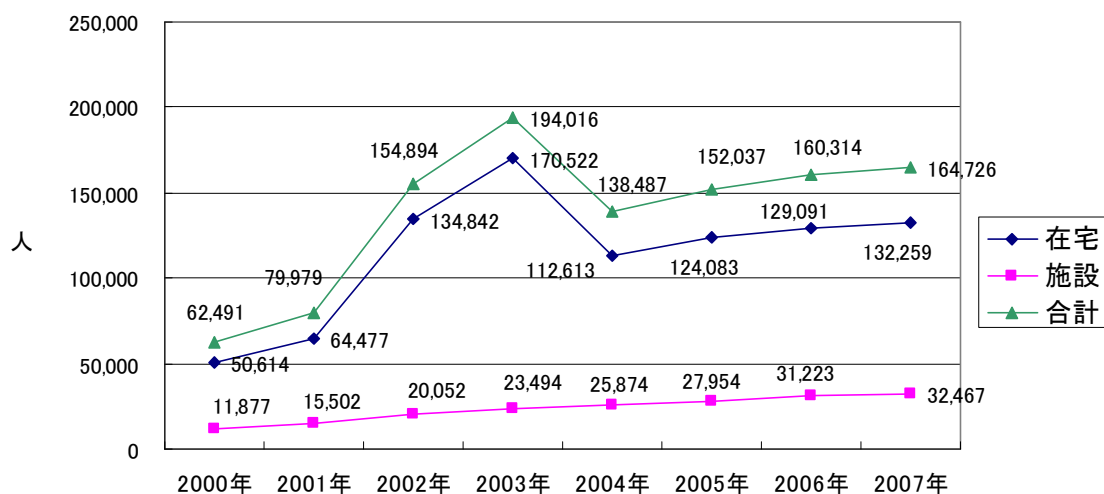
貧困・要支援・単身・高齢者の人数は今まで見てきた通りであるが、これらの要素すべてを同時に満たす人数についての統計は存在しない。そこでこれらの要素を3つともに満たす統計を確認すると、高齢かつ貧困・要支援者が全国で約16万5千人、高齢かつ単身・貧困者が全国で約47万世帯、東京都では約6万5千世帯となっており、ここから四重苦を抱える人々は数万から十数万人存在すると見られる。

以上で見てきたとおり、貧困・要支援・単身・高齢者はそれぞれ増加してきている。それではこれら4つの要因すべてを満たす人々がどれほどいるのかが問題となるが、そのような調査は存在しない。そこで、統計からこれらの要因を二つ以上満たす層について見ていくことにより、おおまかな人数を確認する。

1) 高齢かつ貧困・要支援

平成19年被保護者全国一斉調査によると、65歳以上の生活保護受給者で介護扶助を受給している人は、在宅が132,259人、施設が32,467人で、計164,726人となっている。

図表 43 介護扶助受給者（65歳以上）の状況

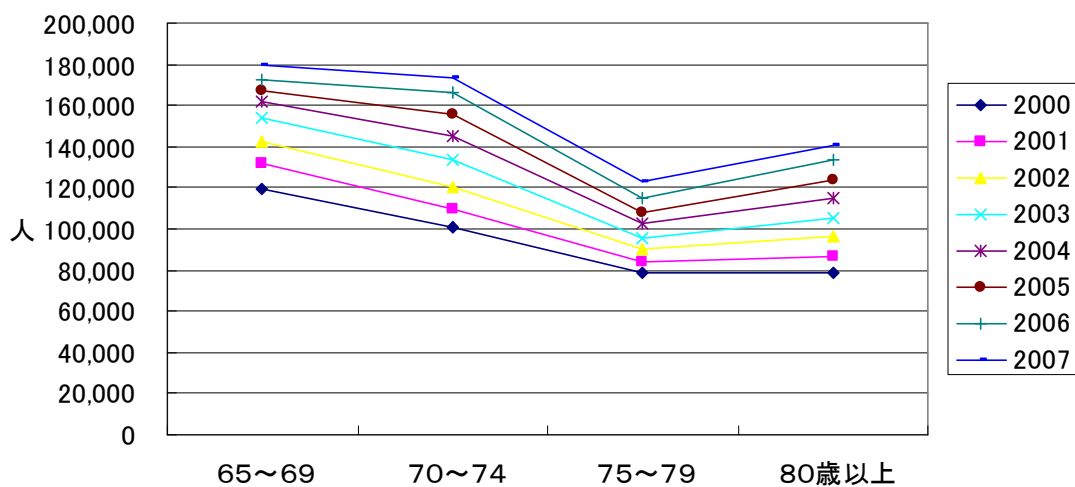


出典：厚生労働省「被保護者全国一斉調査（基礎調査）」より作成。

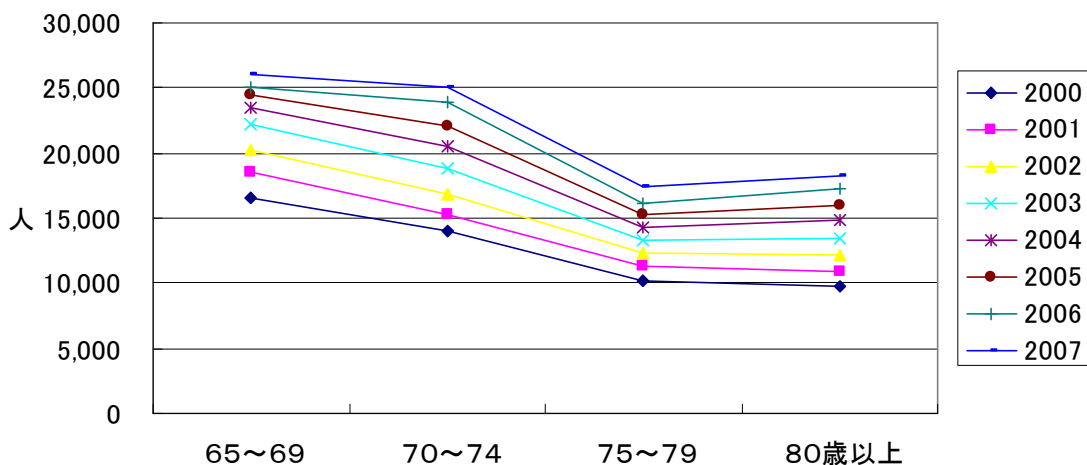
○高齢かつ貧困

より詳細を把握するため、四重苦のうち二つの要素を満たす層を見ていくこととする。まず高齢かつ貧困層についてみてみると、2007年に生活保護を受給している高齢者の数は616,963人にのぼっており、年齢別に見ていくと65～69歳が179,387人、70～74歳が173,696人、75～79歳が122,874人、80歳以上が141,006人となっている。東京都では、65～69歳が26,049人、70～74歳が25,009人、75～79歳が17,336人、80歳以上が18,258人となっている。

図表 44 65歳以上の生活保護受給者数（全国）



図表 45 65歳以上の生活保護受給者数（東京都）



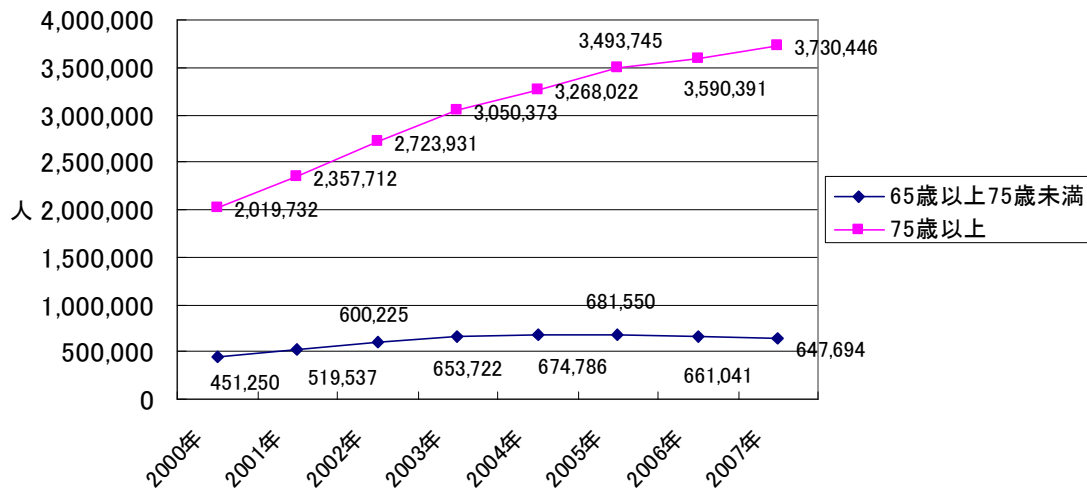
出典：厚生労働省「被保護者全国一斉調査」より作成。



○高齢かつ要支援者

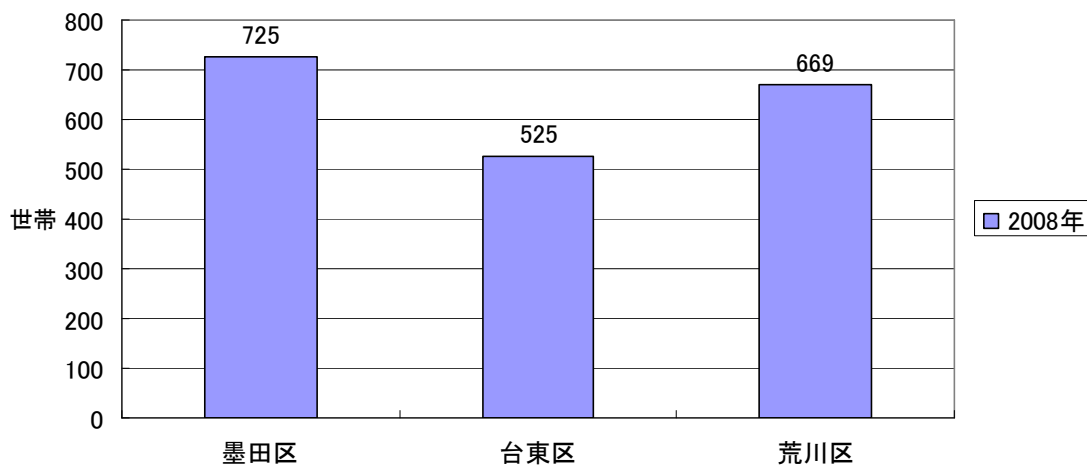
高齢かつ要支援者数は、75歳以上人口の伸びを反映して、75歳以上の介護保険被保険者が増加する結果となっている。2007年時点では、65歳以上75歳未満が647,694人、75歳以上が3,730,446人となっている。これは上で見た要介護認定者の8割以上に上っており、介護保険利用者の多くは高齢者であることがわかる。そこでふるさとの会活動地域における介護扶助受給世帯数についてしてみると、下のグラフのようになる。

図表 46 介護保険第1号被保険者数（全国）



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成。

図表 47 ふるさとの会活動地域における介護扶助受給世帯数（月平均）

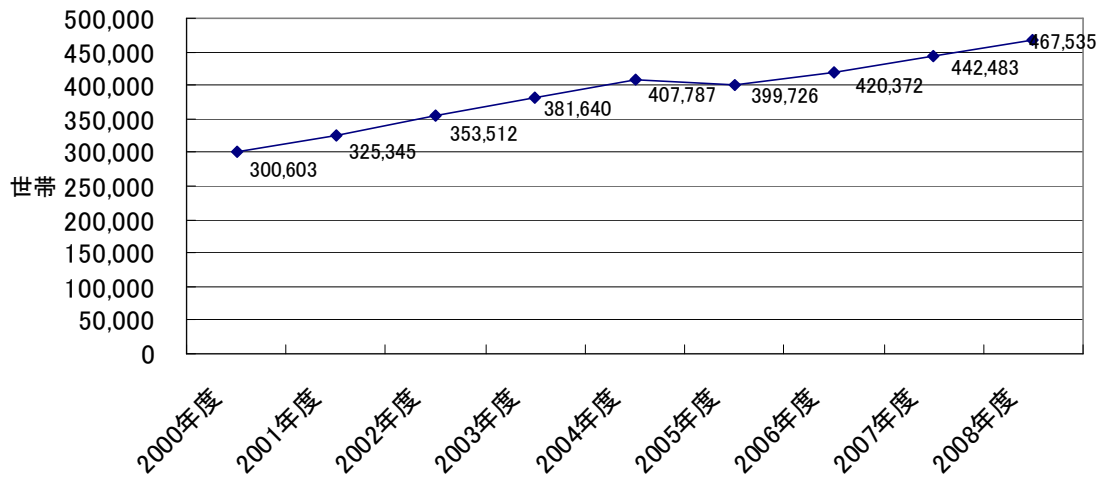


出典：東京都（2008）「福祉・衛生 統計年報」より作成

## 2) 高齢かつ単身・貧困

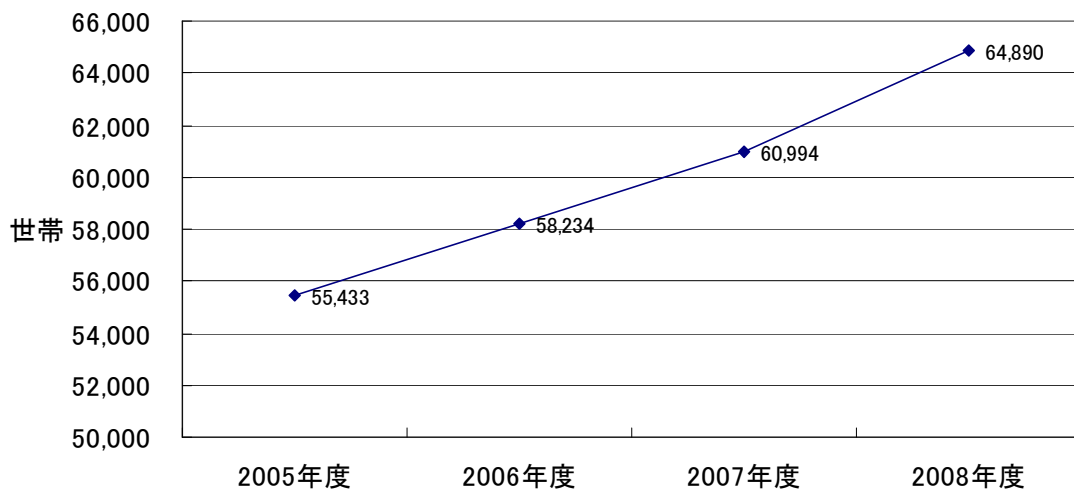
厚生労働省「福祉行政報告例」によると、平成20年度に全国で「現に保護を受けた世帯数」のうち単身高齢世帯数（月平均）は、467,535世帯となっている。また東京都では64,890世帯であった。

図表 48 単身高齢の生活保護受給世帯数（月平均：全国）



出典：厚生労働省「福祉行政報告例」より作成。

図表 49 単身高齢の生活保護受給世帯数（月平均：東京都）

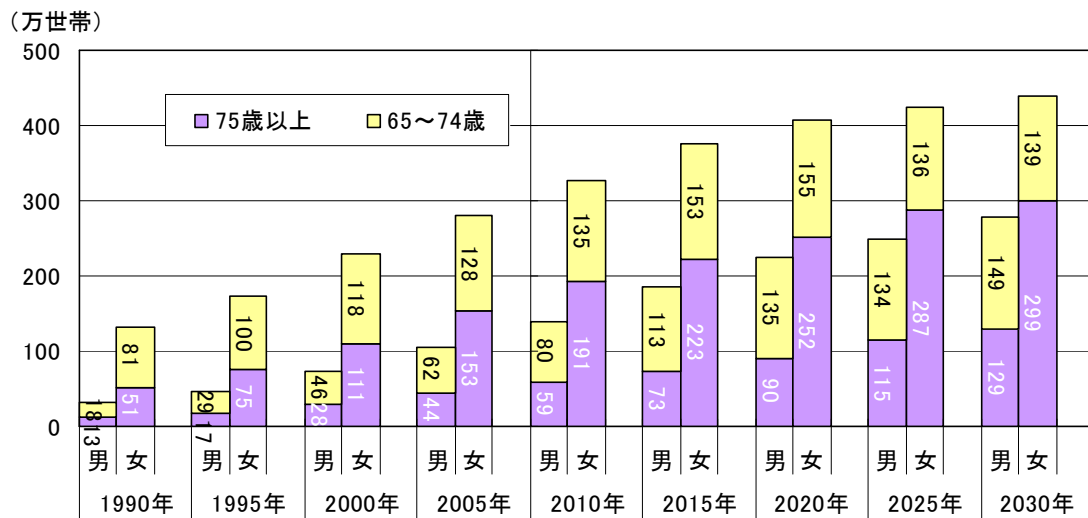


出典：東京都「福祉・衛生統計年報」より作成。

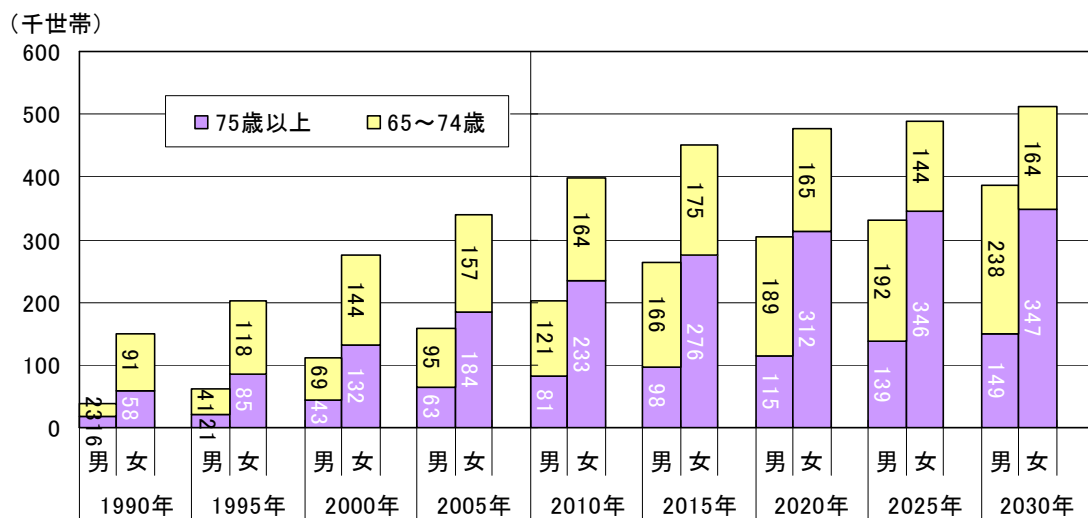
○高齢かつ単身者

以上の詳細を見るため高齢かつ単身者の数を見ていくと、高齢単身世帯の数は2005年時点で全国で男性106万世帯、女性281万世帯、東京都で男性15.8万世帯、女性28.1万世帯となっているが、2030年には下図のように増加することが予想されている。また高齢者を65～74歳と75歳以上に分類した場合、今後は65～74歳男性および75歳以上女性の高齢単身世帯割合が高くなると見られている。

図表 50 単身高齢世帯数（全国）

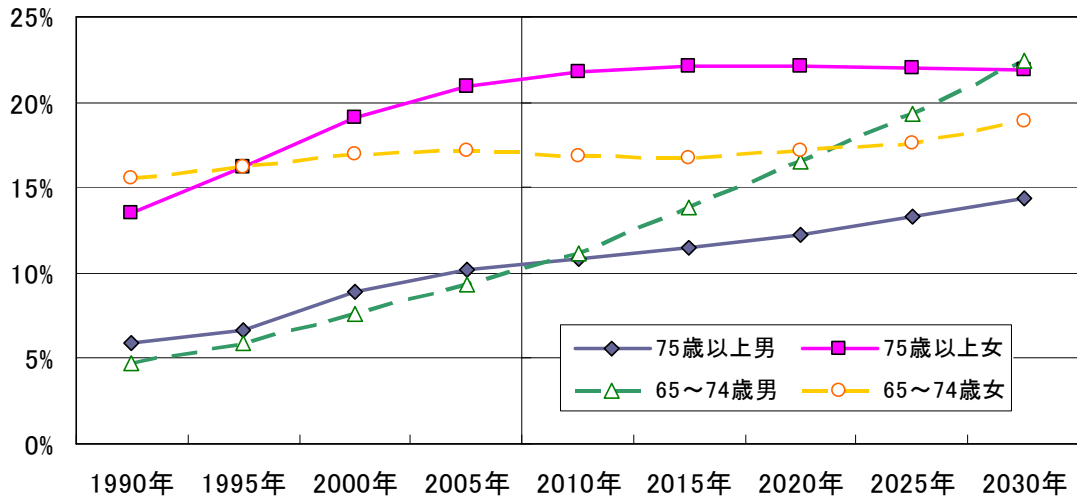


図表 51 単身高齢世帯数（東京都）

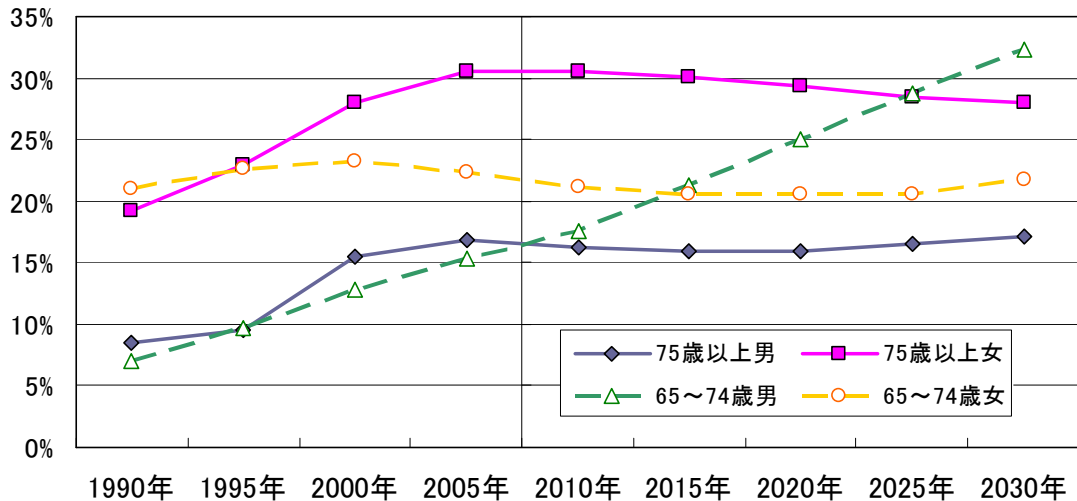


出典：2005年までの数値は国勢調査、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計（都道府県別、平成21年12月推計）』より作成。

図表 52 単身高齢者割合（全国）



図表 53 単身高齢者割合（東京都）



出典

2005年まで …国勢調査

2010年より …国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計(都道府県別、平成21年12月推計)』・『日本の将来推計人口平成18年12月推計』

以上から、四重苦の要素のうち2つないし3つを満たす層は、最も少ないものが「高齢かつ貧困・要介護」の約165,000人であった。この中のすべてが、単身であるというわけでは当然無い。しかし要介護者の多くは65歳以上の高齢者であり、また高齢者には単身世帯が多いことから、四重苦を抱えている高齢者は数万から数十万人いると見られる。

(6) ふるさとの会活動地区における高齢者の住宅事情

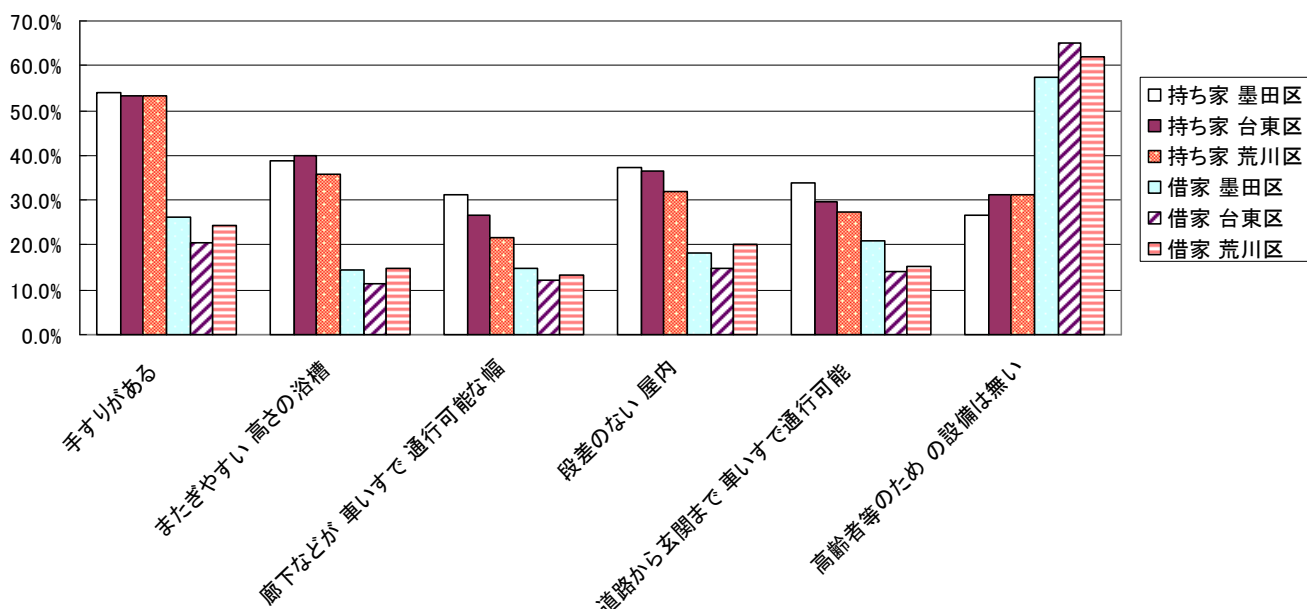
ふるさとの会の活動地区における高齢者の住宅事情を見てみると、持ち家では手すり等の高齢者向け設備が備え付けられている割合が高い一方で、借家では持ち家と比べてその割合が10~20%低いことがうかがえる。借家に住んでいる割合が高いと思われる四重苦を抱えた人々は、不便な生活を余儀なくされていると見られる。またこれら地域の高齢者がいる世帯は、最寄の老人デイサービスセンターまでの距離が500~1,000mの世帯が多く、身体機能が衰えるにつれ、センターまでの行き来に身体的負担が増加することが見込まれる。

ふるさとの会の活動地区における高齢者の住宅を見てみると、高齢者向け設備の有無に関して、持ち家と借家の間に顕著な開きがあることが確認できる。

持ち家では高齢者向け設備が整備されている割合が高い。各区の間でも、廊下の幅等に関して若干の差が見られるものの、全体としては大きな差は見られない。

一方借家では、3区すべてにおいて「高齢者等のための設備は無い」世帯の割合が50%を超えている。高齢者向け設備がある場合においても、それぞれ持ち家に比べて整備率は低い割合にとどまっている。四重苦を抱えている人々は、その多くが借家に住んでいることが予想されることから、不便な生活を余儀なくされていると見られる。

図表 54 ふるさとの会活動地区における住宅所有関係別高齢者向け設備の有無の割合



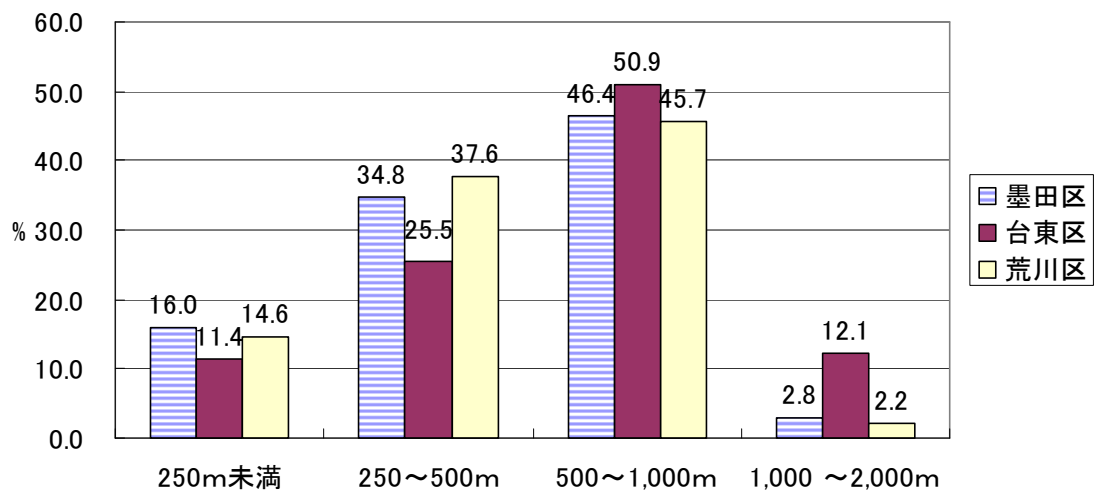
出典：総務省（2008）「住宅土地統計調査」より作成。

また最寄りの老人デイサービスセンターまでの距離をしてみると、センターまで250m未満の場所に住んでいる高齢者は少数にとどまっており、500mから1,000mの場所に住んでいる高齢者が最も多くなっている。

四重苦を抱えている人は家族以外の他者の支援を必要としているが、支援を受けるためにデイサービスセンターまで向かうことも容易ではなく、身体機能が衰えていくにつれ、身体への負担は増加することが見込まれる。

以上から、四重苦を抱える在宅高齢者は、現在および将来的に大きな身体的負担を強いられることとなる。

図表 55 世帯内の最高年齢が65歳以上の世帯における最寄りの老人デイサービスセンターまでの距離



出典：総務省（2008）「住宅土地統計調査」より作成。

#### (7) 四重苦を抱える人々の居住実態

一方で厚生労働省の調査によると、社会福祉各法による法的位置付けのない施設に住んでいる生活保護受給者数が全国で12,587人、東京都では911人に上ることが明らかになった。しかし都内の911人のうち都内の施設利用者数は394人、都外の施設利用者数は517人となっており、都内ではこれら施設の需要に対して供給が追いついていない。このような状況が、群馬県の「静老ホームたまゆら」火災において、都内から移住した高齢者が犠牲となった背景にある。

上記のような在宅高齢者の状況の一方で、厚生労働省の調査<sup>20</sup>により、社会福祉各法に法的位置付けのない施設に住んでいる生活保護受給者の数が全国で12,587人に上ることが明らかになった。これらの人々が利用している施設は1,437施設あり、ここからアルコール依存症対象者と薬物依存者を対象とした施設、そして高齢者を対象とした施設のうち高齢者専用賃貸住宅を除くと1,114施設となり、四重苦を抱える人々の一部はここで暮らしていると見られる。

しかしこれだけでは十分とは言えない。今までも見てきたとおり、今後わが国では他国に類を見ない速さで高齢化が進展する。現状の施設数では、四重苦を抱えたうえに住まいを持たない人々を多数生み出す恐れがある。また前出の厚生労働省調査によると、特に東京では、法的位置付けのない施設の利用者911人のうち、都内の施設を利用している人394名に対し、東京都以外の施設を利用している人は517人にのぼっており、他の都道府県と比較して域外施設の利用者数が圧倒的に多い。群馬県の老人施設「静老ホームたまゆら」で、火災によって都内から移り住んだ高齢者が犠牲となった事件は、このような状況が引き起こしたものであった。

<sup>20</sup> 厚生労働省（2009「社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する調査の結果について」

社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する実態調査  
(支援自治体別利用者数)

<都道府県>

		合計	県内	県外
1	北海道	1,529	1,529	0
2	青森県	331	331	0
3	岩手県	108	108	0
4	宮城県	117	112	5
5	秋田県	29	29	0
6	山形県	50	50	0
7	福島県	81	80	1
8	茨城県	83	74	9
9	栃木県	103	100	3
10	群馬県	80	80	0
11	埼玉県	833	828	5
12	千葉県	985	975	10
13	東京都	911	394	517
14	神奈川県	668	653	15
15	新潟県	23	23	0
16	富山県	64	64	0
17	石川県	1	1	0
18	福井県	0	0	0
19	山梨県	8	7	1
20	長野県	28	28	0
21	岐阜県	4	4	0
22	静岡県	72	69	3
23	愛知県	1,206	1,206	0
24	三重県	99	98	1
25	滋賀県	8	8	0
26	京都府	0	0	0
27	大阪府	2,529	2,529	0
28	兵庫県	324	324	0
29	奈良県	9	9	0
30	和歌山県	67	67	0
31	鳥取県	5	5	0
32	島根県	0	0	0
33	岡山県	78	78	0
34	広島県	310	310	0
35	山口県	15	15	0
36	徳島県	0	0	0
37	香川県	1	1	0
38	愛媛県	22	22	0
39	高知県	13	13	0
40	福岡県	297	297	0
41	佐賀県	45	43	2
42	長崎県	79	79	0
43	熊本県	157	157	0
44	大分県	129	129	0
45	宮崎県	66	66	0
46	鹿児島県	83	83	0
47	沖縄県	937	937	0
	合計	12,587	12,015	572

出典：厚生労働省（2009）「社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する調査の結果について」



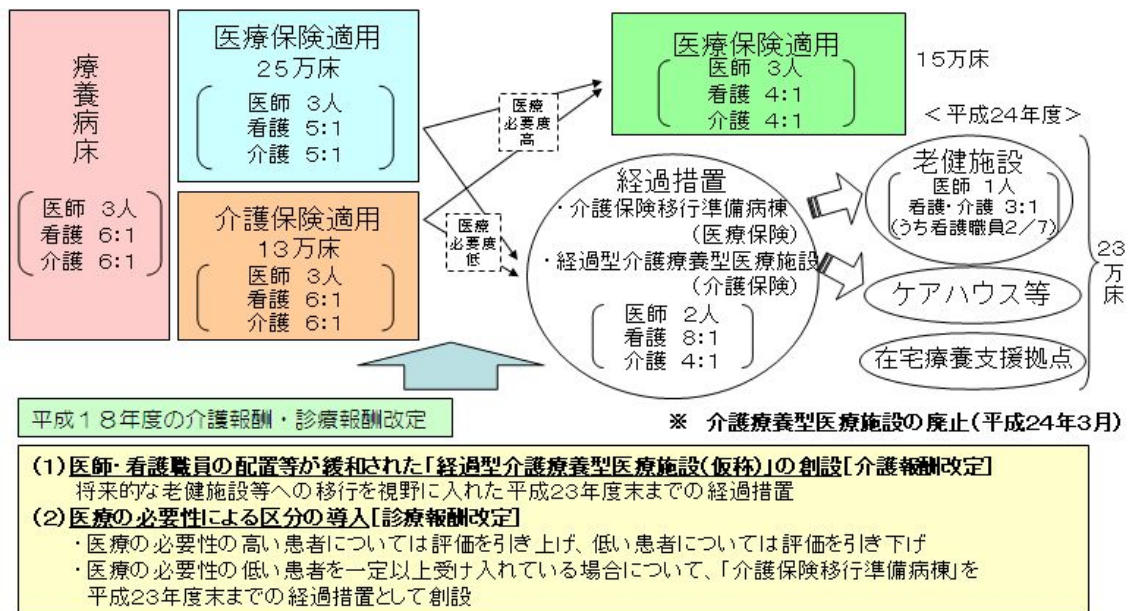
## 4-2 政府および東京都の政策の動向

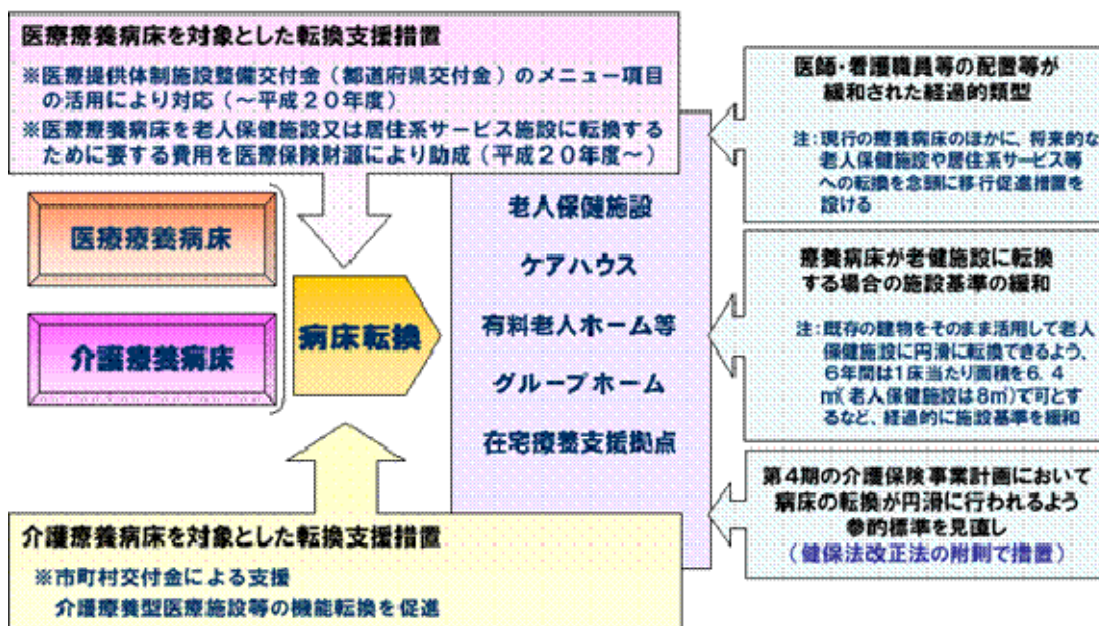
### (1) 政府の政策の動向

医療制度改革により医療の必要性の低い患者の退院が促進されることとなるが、その受け皿となる老人保健施設や居住系サービス施設が不足している現状では、行き場のない困窮単身高齢者が増加するものと予想される。

#### 1) 医療政策

医療政策に関しては、平成18年の医療制度改革により、療養病床が再編される事が決定し、平成23年度末までに介護保険適用の療養病床（約13万床）を廃止、医療保険適用の療養病床（約25万床）を約15万床に削減することとなる。これにより退院を余儀なくされ、行き場のない高齢者等の増大が見込まれる状況にある。





出典：厚生労働省

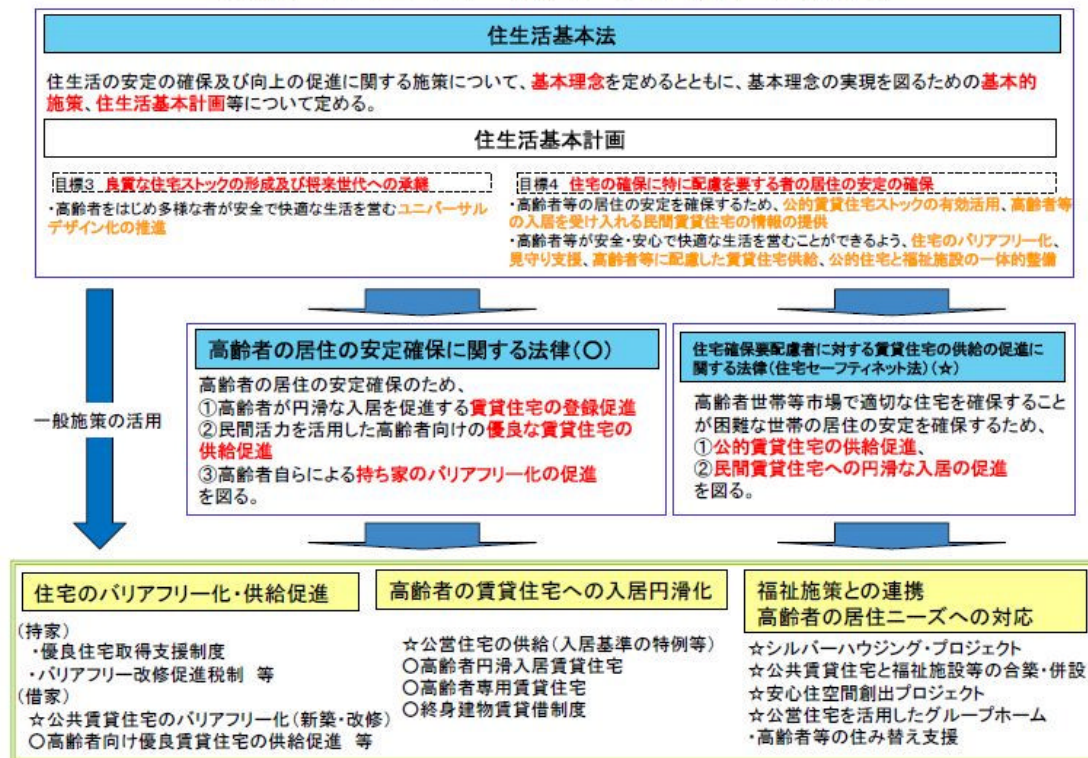
## 2) 住宅政策

高齢者の住宅政策に関しては、2006年6月に施行された「住生活基本法」に基づき同年9月「住生活基本計画」が策定され、本計画の目標の1つとして「住宅の確保に特に配慮を要する者の居住の安定の確保」が掲げられている。

また、これを受けて、2007年7月には「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」（住宅セーフティネット法）が施行され、低額所得者等への公平かつ的確な公営住宅の供給や、高齢者向け賃貸住宅の供給などが基本的な施策として位置づけられている。

さらに2009年には「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が改正され、都道府県において「高齢者居住安定確保計画」が策定することができるようになるとともに、高齢者円滑入居賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅の新たな登録基準などが加わった。

# 高齢者住宅に関する施策の概要



出典：国土交通省

## (2) 東京都の政策の動向

東京都においては、低所得者対策として「都型ケアハウス」が提案されている。しかし、ハード整備を前提とした仕組みであり、またここで整備目標として挙げている 2400 人のハードだけでは将来的に東京都で増加が予測される認知症高齢者を受け入れるのに十分とはいえない。ふるさとの会で行っているような、単にハード整備だけではない地域ケア連携の仕組みは今後より重要になってくるといえる。

東京都では、高齢者のみの世帯や要介護高齢者の急増という背景に加え、「たまゆら」で発生した火災事故をきっかけに東京の高齢者のすまい対策が遅れていることが明らかになったことを受けて、「少子高齢時代にふさわしい新たな『すまい』実現プロジェクトチーム」を設置し、新たな「すまい」を検討するとともに、障壁となる全国一律の基準の見直しについて国土交通省および厚生労働省に提言を行っている。

2009 年 11 月にはプロジェクトチームによる報告書が公表され、この中では「ケア付きすまい（賃貸住宅）」「都型ケアハウス」「シルバー交番」の 3 つの東京モデルが提案されている。このうち、特に「都型ケアハウス」は低所得者層向けに、たまゆらのような未届け施設の利用者の受け皿となるものを想定して提案されたものである。

以下、報告書からの抜粋を示す。

### ■ 「ケア付きすまい」のイメージ

- ①中堅所得者層（厚生年金受給者など）が適切な負担で入居できる住宅（高齢者向け優良賃貸住宅、適合高齢者専用賃貸住宅）の供給  
※賃貸住宅や学校などの既存ストックの利活用も促進し、経営者の事業コストや入居者の家賃負担を軽減する。
- ②緊急時対応・安否確認等のサービスが提供され、その質が確保されていることによる安心の提供  
※提供されるサービスの質を確保するため、都が定める「高齢者向け住宅におけるサービス提供等のあり方指針（仮称）」に適合しているもの。
- ③サービス提供のための機能・施設（介護関連施設など）の併設の促進  
※「医療・介護連携型高齢者専用賃貸住宅モデル事業」を含む。

### ■ 「都型ケアハウス」のイメージ

- ①利用者自己負担額の設定にあたっては、75 歳単身者の生活保護受給額程度を目安とした。また、一人あたりの居室面積は、設備基準要件が少ない「認知相高齢者グループホーム」の居室面積を参考とした。  
なお、職員配置基準については、低額な料金で食事の提供その他日常生活上の便宜を供与する「ケアハウス」の基準と同程度とした。  
土地資源や既存ストックを有効活用し、経営者の事業コストや入居者の家賃負担の軽減



を図る。

- ②緊急時対応や安否確認等の機能を備え、必要な場合には介護サービスなどが利用できる「すまい」である。

(都型ケアハウスの計画イメージ)

都型ケアハウスの設定条件

- ◆定員 10人
- ◆居室面積 7.43㎡  
(「認知症高齢者グループホーム」と同じ 国基準21.6㎡、ユニット13.2㎡)
- ◆職員配置 「ケアハウス」基準と同程度(宿直あり)
- ◆設備基準 「認知症高齢者グループホーム」と同程度

整備費

区分	事業者負担	国交付金	総事業費
新設	4,900万円	2,000万円	6,900万円
既存建物改修	1,400万円		3,400万円

- 整備費は新設の場合、既存建物改修の場合ともに国からの交付金を受けることができるが、事業者負担は新設の場合4,900万円となりなお高コストである。
- このため、都として、広く民間事業者の参入を促進するため、国交付金への上乗せ補助などの財政支援を検討していく必要がある。

利用者自己負担

事務費 <sup>1</sup>	居住費	食費等 <sup>2</sup>	合計
1万円	4.8~5万円	6.5万円	12.3~12.5万円

- 利用者の自己負担額が月額 12.3~12.5 万円となり、生活保護受給者でも「都型ケアハウス」への入居が可能となる。

東京都の具体的な取組

(取組の考え方)

- 「たまゆら」問題を解決するため、無料低額宿泊所からの移行や法外施設入居者の解消を目指す<sup>3</sup>。
- 2010年から2012年の3年間で240か所、2,400人分(定員数)の「都型ケアハウス」を着実に整備する必要がある。

	人数
法外施設入居者数	約800人
無料低額宿泊所入所者数	約1,600人

<sup>1</sup>事務費…サービスを提供するための人件費等に対する本人負担額:「1万円」は年間収入から社会保険料や医療費等を除いた額が150万円以下の人の負担額。

<sup>2</sup>食費等…食費及び共用部分の光熱水費(4.5万円)、居室部分の光熱水費(1万円)、日用品・消耗品費(1万円)。

<sup>3</sup>右図の数値…「生活保護受給者の有料老人ホーム等の利用実態調査結果(2009年2月)」「資料編参照」、「無料低額宿泊所実態調査結果(厚生労働省、2009年6月)」。

■「シルバー交番（仮称）」のイメージ

- ①シルバー交番（仮称）は、地域における 24 時間 365 日ワンストップサービス窓口の機能を担う。
- ②高齢者に対しては、訪問活動、情報の一元的収集・共有化、インフォーマルサービス（介護保険外）を含めた提供体制のコーディネート、緊急時対応、安否確認を行う。
- ③24 時間 365 日の緊急事態に備え、単身・夫婦のみ世帯高齢者、日中独居高齢者のうち希望するものに緊急通報システム・生活リズムセンサーを設置する。
- ④シルバー交番（仮称）の設置場所は、地域の居宅介護支援（ケアマネジャー）事業所、介護サービス事業所、地域包括支援センターなどとし、これらのサービス拠点と一体となって地域の安心・安全を確保する。

## おわりに

「四重苦」を抱える人々の課題は、何も大都市においてのみ深刻な問題ではない。その「数の多さ」と供給するスペースに要する「地価」という点では大都市は大きな課題を抱えるが、サービスを提供する「人的資源」という点では、むしろ農山村地域の方が深刻であろう。しかし今回の研究報告は「ふるさと方式」の普遍化という視点から、東京を中心とする大都市問題として「支援付き住宅」の在り方を分析・考察してきた。今後は過疎化する農山村地域の問題と一体的に考えることで、むしろ新たな政策的アイデアも得られるのではないかと思われる。

また「支援付き住宅」の言葉自体も、研究会やシンポジウムでは見直しの必要性が語られた。「ハードの住宅供給政策」との誤解を受けやすいし、一方、「地域と一体となった生活支援」という意味合いが見えてこない。従って本質的な意味を伝えるような、何らかの概念（言葉）の発見あるいは創造が必要である。私たちがさまざまな言葉を試みたが、まだ決定的なものを得るには至っていない。安易に変更することで混乱してもいけないので、この報告書では「支援付き住宅」で通すこととした。その意味では、「」つきの仮称に過ぎない。正式名称をどうするか、今後の課題であることだけは指摘しておく。

この研究では、「困窮・単身・要介護・高齢／障害」を「四重苦」と定式化した。そのこと自体、またはこの言葉自体にも、特に当事者の立場からみて問題があるかもしれない。当事者からみれば一連の「長い人生の切れ目なき生き方」がどう保障されるかが課題である。しかし制度は人の状態をアセスメント（仕分け）することからしか始まらない。その政策論議への橋渡しの意味を込めて今回この言葉を用いることにしたが、そこにある種の冷たさを感じないわけでもない。この言葉が、誤った政策実現へと向かうことのないよう、注意を払っていきたい。

「研究」は研究に終わらすことなく、社会的な問題解決に結びつけていかなければ意味がない。とりわけ NPO が行う調査研究はそうである。そこで今回の研究委員を中心に、すでに「支援付き住宅推進会議」を組織化した。政策の具体化に向けた「研究」自体の継続とともに、むしろこれからは「推進」に向けた努力が求められる。客観性を求められる「研究」と主体的な発想や戦略的な働き掛けが求められる「推進」をどう並行して展開するか、その過程でどれだけ多くの人々の共鳴と参加を得ていくことができるか、それが私たちに課せられた大きな課題であることも自覚しておきたい。

以上、4点の課題を述べた。いずれも関連することであるので、大いに関係者とも議論を重ねて、今後も取り組んでいきたい。

2010年3月吉日

研究委員を代表して 山岡 義典

