

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える(上)

滝脇 憲 (ふるさとの会)

2007年10月8日、東京都墨田区においてふるさとの会主催シンポジウム「ホームレス支援の新たな課題～『社会的入院問題』から居住支援と地域ケアを考える」が開催された。「社会的入院」ということばから生じる関心は、受けとる側の立場や位置によって異なるものであり、また一般には医療制度の課題と理解されている事柄とホームレス支援の邂逅に、戸惑いを覚えつつ参加された方もいるかもしれない。だが、われわれが考えているのは、ホームレス支援とはつまるところ「居住支援」と「地域ケア」をどう総合するかの問題であり、それは地域生活支援、就労支援、そして行政や医療機関、社会サービスとの連携等を包括的に展開するうえで、根っこの部分にあたるものである。逆にいえば、このいささか突飛な主題を煎じ詰めなければ、高齢化と同時に若年化・広域化・個々の抱える問題の複雑化が切迫するホームレス支援は、多様な価値を生み出す土壌を形成できないと考えている。このような文脈で、「社会的入院」はわれわれが直面している困難にとって一つの大きな社会的背景であろう。シンポジウムそのものの概要はふるさとの会のホームページを参照されたいが、本稿は主催者の視点から改めて論点を整理し、ホームレス支援におけるこのアプローチを「新たな課題」として練り上げるとともに、今後の取り組みの方向性を指し示すことを目的とする。

1. 「社会的入院」問題への着眼

【「社会的入院」とホームレス問題】

ふるさとの会では宿泊所（第二種社会福祉事業）と自立援助ホームによる住居保障を展開し、計7施設で約200名（年間延利用者数318名）の日常生活・社

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

会生活の自立を支援しているが、利用者の入所経路に着目すると、その半数が病院退院者であるところに顕著な特徴がある¹⁾。では、「病院退院者」とは具体的にどのような人であるか。2007年2月から3月にかけて入居の相談を受けたケースを挙げることで、まずはイメージをつかんでみよう（プライバシーに関わる部分は手を加えている）。

- 50代男性、脳梗塞後遺症による片麻痺のため移動は車椅子、身体障害者手帳1級、病院から退院を求められている。
- 60代男性、脳出血後、老健に入所したが、「期間満了」により退所を求められている。身体障害者手帳1級。
- 20代女性、ゲストハウスで急性アルコール中毒になり救急搬送。退院後の帰来先なし。
- 40代男性、脳出血により介助歩行、要介護3、言語障害と記憶障害のため受け入れ施設がみつからず。
- 60代男性、エイズ発症後合併症治療のため入院。退院後の帰来先なし。
- 70代男性、ウェルニッケ脳症、歩行器使用、要介護2。
- 60代女性、統合失調症、脳梗塞後遺症、IVH（中心静脈栄養）。リハビリ・食事に意欲なく入院継続不可。
- 60代男性、アルコール依存症、統合失調症により入院歴15年。「病状が安定した」と退院を求められている。

相談者は福祉事務所のケースワーカーが大半であり、多くが住所不定の担当者、つまり相談ケースの多くがホームレスを経験している。路上からの救急搬送や緊急一時保護センターを経由するなどして入院治療を受け、いざ退院となったときに、医療や介護のケアを継続的に受けながら生活する場が必要になり、相談に至ったということである。したがって、これは二重の意味でホームレス問題である。第一に利用者の大部分が生活や医療のサポートを必要とするホームレス経験者であり、第二に入院という住居のない状態にあり、退院に直面して居住支援を必要としているという意味において、「屋根」はあってもこれは「ホームレス問題」なのである。

1) 滝脇憲「NPOによる自立支援型居住福祉のあり方について」季刊Shelter-less No.32

ふるさとの会は、〈ホームレスを経験した人が、地域の中で安定した住居を持ち、安心して生活できるよう支援する〉というミッションを目的に活動しているが、「地域の中で」というときの「地域」に予め支援すべき人がいるとは限らない。むしろ地域の外部に、まだ出会えない不在の他者が、あるいはかつて出会った人が、病院から「地域」に移行できず、いわば場所を奪われた境遇に生きているのではないか。さらに、2000年の第4次医療法改定、2002年の診療報酬改定などにより、「180日超入院の特定療養費化」「在院日数削減」「病院の機能分化」が加速し、「生活保護を受けてくれるところがない」「経済的に余裕のない人は平均20万円前後の入院費を捻出できない」²⁾などの問題が深刻化している。「社会的入院」どころか、「社会的退院」³⁾とも言われる見棄ての事態に直面しているのである。生活保護受給者や低所得者であること、これに認知症などによる行動障害⁴⁾が加われば、病院にとっては一決して「良心」の問題ではなく一否応なしに「厄介者」になってしまう構造がつくられてきた⁵⁾。その所在なき境遇に「社会的入院患者」という名前をあてがうならば、地域社会から排除された目に見えない「ホームレス問題」が大きな輪郭をもって現れるにちがいない。

【「社会的入院」の曖昧さ】

「社会的入院」は、ひとまず次のような意味として、暗黙に了解されていると思われる。「入院して、治療を受けるほどではない人が入院しているというところであり、…医療行為を毎日看護師、医師などがついていなくてもできるのではないかというのが、社会的入院である」⁶⁾。この意味で、上に挙げた諸事例が

2) 転院問題を考える会「第2回転院調査報告書」2003年、71頁。

3) 180日超入院の特定療養費化により「費用負担」のできない低所得患者の選択的な「社会的退院」(栗林令子氏)が促進されることになる(二本立「医療改革と病院」勁草書房、2004年、187頁)。栗林令子「社会的退院」-その後」『月刊/保険診療』2002年3月号。

4) シンポジウムにおける稲田七海氏の調査報告「自立援助ホームホテル三見におけるコストスタディ」において、行動障害は次のように分類されている。「情緒不安定」「激しいこだわり」「パニックへの対応が困難」「集団生活等に関する不適応行動」「ケアの拒否・抵抗」「攻撃的言動」「多動・騒がしき」「睡眠障害」「不潔行為」「妄想」「幻視・幻聴」「その他」「食行動の障害」「徘徊」「性的逸脱行為」「危険行為」(ふるさとの会ホームページ、<http://www.d5.dion.ne.jp/~hurusato/>)。

5) 「第2回転院調査報告書」、71頁。

6) 社会保障審議会第41回介護給付費分科会議事録、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/txt/s0628-5.txt>。発言は漆原彰委員。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

示すとおり、ふるさとの会で受け入れている病院退院者が「社会的入院」の状態にあったと言って間違いはない。

ただし、ことはそう単純ではない。今回のシンポジウムでも議論になったことだが、「社会的入院」という概念はかなり曖昧で、言われるほど「解消」されるべき問題なのか、これが本当に医療ユーザーのニーズなのかという疑問もある。この問いに注意を向けておこう。

まず、「社会的入院」をもっとも問題にしているのは厚生労働省であろう。たとえば、比較的新しい資料として、2006年6月28日の社会保障審議会介護給付費分科会第41回の中で「療養病床の問題は、昭和48年の老人医療費無料化以降、病院が高齢者介護の受け皿となってきた『社会的入院』問題として、30年来の懸案となっており⁷⁾、介護保険は「創設の趣旨として、社会的入院の解決というものを目指してきた」（老人保健課長）と述べている。

遡って、2001年3月13日の朝日新聞では、「退院後の受け皿なく、2割が『社会的入院』厚労省調査」という見出しでこの問題を取り扱っている。記事によると、「入院患者のうち5人に1人は、受け入れ先などの条件が整えば退院が可能だと医師が判断していることが、厚生労働省が12日に発表した『患者調査の概況』で分かった。入院治療の必要がないのに受け入れ先がなくて退院できないこういった『社会的入院』は、27万5000人にのぼると推計している。75歳以上になると4人に1人、精神病院だと5人に1人が『社会的入院』とみられる」。もっとも、この「患者調査の概況」は1999年10月、つまり介護保険が始まる前に行われており、「27万5000人」の39%は「老人向け介護用病床」が占めている。さらに、「厚生労働省によると、『治療が必要』『退院可能』などの分類に明確な基準はなく、病院側の判断にまかせている」。

長期の入院患者を一般病床とは別枠で受け入れるために国が設置を進めたのが、かつての療養型病床群である。これは2000年の介護保険制度施行時に、介護保険適用と医療保険適用に分かれたが、その後に申請される介護療養病床12万床のなかに「社会的入院」をカウントしていたのかは分からない。上の記事

7) 社会保障審議会第41回介護給付費分科会、資料1「療養病床再編成に伴う介護報酬等の見直しに係る諮問案について」

の続きで厚労省側は、「調査日は介護保険が始まる5ヶ月前。福祉施設の整備が進んだり、在宅医療の環境が整ったりすれば、医師側の意識が退院しても可能と思える状況になるのではないかと述べており、療養病床の位置づけははっきりしないまま、医療療養病床を含め「療養病床の利用者に、社会的入院が多く含まれている」⁸⁾とみなされ、2011年までにゼロにする計画が進められている。

要するに、国は「30年来」懸案の「社会的入院」を解消するため介護保険を創設し、また療養病床の増床を推し進めたが、その効果が正確に測られないまま、今度は介護療養病床に「社会的入院」が多く含まれているとみて、病床削減を決めたということであろう⁹⁾。

いずれにしても、「社会的入院」の問題のされ方は、「老人病院」の歴史的な経緯や、ことばの定義、数字の根拠の曖昧さなどを棚上げにしているということは言えそうだ。さきの介護給付費分科会においても、「社会的入院の幅は様々である」と考える。白黒と明確にくくれないからこそ、鍵括弧を使っている(同課長)と概念的な曖昧さを認めている。

【入院医療の必要なケースも】

シンポジウムに話を戻そう。パネリストの安仁屋衣子氏(厚生中央病院医療ソーシャルワーカー)は、「転院問題を考える会」による「第2回転院問題調査報告」(2003年)¹¹⁾を振り返りながら、在宅の阻害要因を明らかにしている。調査では、回答のあった167ケースのうち、医療者側から在宅療養の提案があった75ケース(44.9%)を「暫定的に『社会的入院』とみなし、検討対象とした。そのうち、留置カテーテル、鼻腔栄養・胃ろう・腸ろう・IVH・点滴等「要医療ケア群」が45ケース(60%)にのぼる(129頁)。このような「要医療的ケア群」

8) 朝日新聞、2007年8月1日朝刊

9) もっとも、マスコミ報道に比べて、厚労省の審議会等において「社会的入院」ということばが飛び交っているわけではない。「療養病床の再編成」そのものについては、基本的には「入院医療の必要」という観点から、医療の必要度の高い人は一元的に医療療養病床で対応し、低い人は病院外の介護保険施設等に対応することにした、という点にアクセントがある。

10) 老人医療費削減については、介護保険制度が誕生する前(1995年)から、老人の「社会的入院」(6ヶ月以上入院)医療費は厚生省(当時)サイドの2兆円との発表は過大であり、毎年9000億円台であると推計したものもあり、問題設定の妥当性を疑問視する立場もある。二本立「日本の医療費：国際比較の視角から」勁草書房、1995年。

11) 以下、ページ数のみを記す。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

を生み出す背景には医療の高度化があり、「高度医療によって『助けられた』人々が医療を継続して受療できるような場が用意されない」（88頁）ことを、医療ソーシャルワーカーの立場から問題にしている。また、患者・家族と医師の病状のとらえ方にも大きな違いがある。「医師の説明で『急性期の治療が終了した』というものに対して、患者・家族は、『もっとこの病院でリハビリすれば回復するのではないか』という期待と、『病状が安定しているとは思えない』という認識を持っている」（114頁）。患者や家族は「同一医療機関での治療継続を望んでいる」（125頁）にもかかわらず、不本意に転院や退院をさせられており、かといって医療レベルを維持しながらの在宅も選べない。

これらの問題の背景には、「在宅療養を推し進め、国からの支出を抑えようとする、国の政策的意図」（134頁）があると同調査報告は批判している。こういう医療ニーズを直視せず、「社会的入院」を解消すべきものとする「キャンペーン」はなるほど批判されるべき問題であり、生活保護受給者や低所得者にとってはいっそう医療アクセスが悪くなるおそれもある（冒頭の事例にIVHを受けながら「本人の意欲」がないため「入院継続不可」とされた事例があったことを想起したい）。同じくパネリストの上原隆夫氏が言っていたように、現に「生保のワーカーが病院さがしという難題」を突きつけられており、また宿泊所等を運営する立場からみても、必要なときに必要な入院治療が受けられなくなっているのはたしかな実感である。「病状が安定しているとは思えない」にもかかわらず、退院の連絡があり受け入れを求められるケースは増えている。「社会的入院」という言葉を受け売りしない警戒心は、共有しておく必要があるだろう（病診連携については後述に期したい）。

2. 地域ケアの問題構成

【地域ケアの基本的課題】

ただし、「社会的入院」が存在するか虚構か、はたまた医療費抑制のためのレトリックかという論争は、ホームレス支援の目的ではない。第2回転院調査報告書において60%が「要医療ケア群」ということは、40%は高度医療の必要がなく、在宅療養が可能だと読み込むこともできる。

矢田真司氏（厚労省地域ケア・療養病床転換推進室長）の基調講演「療養病床の再編成と地域ケア体制の整備」によれば、今後の社会の高齢化は様々な影響をもたらすと予測され、①団塊世代が高齢者になる「人口構造の変化」、②高齢者一人暮らし・夫婦のみ世帯の増加という「世帯構造の変化」、③都市部で急速に高齢化がすすむ「地域差」などを踏まえた「地域ケア体制整備構想」が求められる。それは「医療や介護を必要とする状態となっても、住み慣れた自宅や地域で療養したい、介護を受けたいと希望する高齢者の意向が最大限尊重できる体制の構築」を目標とし、①施設および在宅の「介護サービス」、②往診、訪問看護、訪問リハなどの「在宅医療」、③安否確認、緊急時の対応、生活相談、配食サービスや高齢者向けの住まいなどによる「多彩な見守りサービス」を三つの柱にしたイメージを示している。

これはふるさとの会が自立援助ホームなどの居住支援を核としながら、24時間の生活支援と、医療・介護などの専門的社会サービスの導入、および給食センターによる食事提供などをトータルに提供する包括的支援システムを形成する事業モデルと重なり合うところである。

第2回転院調査報告もまた、在宅療養を行う上での地域の体制について、①24時間体制の介護、②頻回な医療的ケア、③リハビリと見守りを兼ねた「ケア」、④経済的負担、⑤単身生活者を前提とした総合的なケアの不足などを課題として挙げている（109頁）。そして療養の場は「在宅か施設かさもなければ病院ではなく、『宅老所』からケア付き集合住宅、単身の人が安心して介護的ケアと医療的ケアが受けられるマンパワーの整備まで、多様なタイプの『ケア』が住み慣れた地域に整備されることが望まれている」と述べている（111頁）。

地域の受け皿づくりでなすべき課題は、概ね共通認識に達しつつあると見てよいだろう。問題は、この高齢者福祉の視点から、またもや生活保護受給者や低所得者、また、認知症などによる行動障害のある人が抜け落ちてしまわないか、である。

この問題を考えるために、少し迂回して、場所を奪われるという喪失体験を有する人と向き合うケアの特質に目を向けておこう。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

【“ホームレス”の地域ケアの特質】

この特質をもっとも端的に表したのものとして、シンポジウムの資料から、竜泉協立診療所（東京都台東区）の相原力所長による「ふるさとの会利用者の特徴～訪問診療からみえるもの」を引用しておきたい¹²⁾。

「ふるさとの会を利用されている方達を何人が訪問診療しておりますが、みなさんに共通しているのは、病気に対する不安は持っているものの、何故病気になるのか、どのように予防したらよいかについての情報や知識に乏しいということです。

例えば高血圧症や糖尿病といった生活習慣病では、自覚症状がないため、定期的な内服の必要性や、食事や運動が大切であるということがあまり理解できていないようです。ほとんどの方が身寄りもないため、生活は不規則になりがちで禁煙や、飲酒についても適量を超えてしまうケースが多いようです。何回かの往診を重ね、少しずつお話していくうちに徐々に理解はされるようになっていきます。

やはりこの方達の健康を守るためには、まず生活全般を見守ることと、必要な支援を行うことが前提であり、その上で定期的な医療の介入が必要だと思われま

す。同様に、訪問歯科医院へのインタビューでは「自分の身体（口腔内）に無頓着になってしまっている」、訪問リハビリでは「リハビリの意欲がでてくるまでに時間がかかる」などの指摘があり、やや抽象的に言えば、場所を奪われた経験を内面化する事による離人感ともいうべき佇まいから、他者との応答関係を取り戻し、生のリアリティを回復していくための支援へと、一歩下がってスタートしていく必要性が示唆されていると思われる。

一方、介護保険制度の限界も指摘しておかなければならない。第2回転院調査報告書によれば、「介護保険はすべてを補うものではなく、あくまで介護の軽減に過ぎないのが実態である。現代の核家族化、少子化という家族構成の変化を無視し、家族介護を前提とした制度である『介護保険』では、独居・高齢者世帯等、医療的・介護的ケアを担いきれない世帯においては、十分な療養環境を整えることはできない」（134頁）一的を射た問題指摘だろう。

多くが単身者であり、医療的・介護的ケアを担いきれないホームレス経験者にとって、家族介護を前提とした介護保険は、地域生活を支える十分条件には

12) シンポジウム「参考資料その1」、ふるさとの会ホームページ。

ほど遠い。家族介護の代わりに生活支援¹³⁾があってはじめて「自立支援」に寄与するのであり、その逆ではないのである。

【生活支援のコスト】

稲田七海氏（国立社会保障・人口問題研究所客員研究員）による調査報告「自立援助ホームにおけるコストスタディ」はこの問題を数値化によって解き明かす試みである。今回のコストスタディは、自立援助ホームの利用者実態調査とケア労働の把握からなり、後者においてタイムスタディ調査を実施し、職員のケア業務量を測定した。タイムスタディ調査とは「職員が、誰（入所者）に何（ケア内容）を、どれだけ（時間）提供したかを測る調査であり、診療報酬・介護報酬の設定の際に行われるものである¹⁴⁾。

この調査からは次のことが導き出された。

まず利用者の実態としては、①平均年齢64歳、②50%が病院を經由して入所、③幅広い市区から入所、④主傷病は、循環器系、精神神経系、糖尿病などの病気に集中、⑤軽度の介護を必要とする層が多い、⑥介護を必要としない層も、精神・身体の疾病を複合的に抱えているなどの特徴がある。

その上で、ケアの傾向は以下の通りであった。

A. 要介護者へのケアコード別ケア時間：服薬サポートや往診への対応が多い。

B. 要介護度と個別ケア時間の関係

b-1 自立・要介護度の低い層にケアを多く提供している(要介護度が高い層へのケアは、介護保険サービスを利用するため、施設内サービスは減少する)。

b-2 高齢になるほど、提供するケア時間は増加する。

13) 本稿において「生活支援」は稲田七海氏が作成した「ケアコード」を内容とする。文末の別表を参照。

14) 今回の研究では、①総人件費を総勤務時間で除して「時給」を導きだし、②「時給」に総ケア時価を乗じケア提供人数で除すという方法で「平均ケアコスト」を割り出した。ただしこの実験的な研究は方法論から開発している途上であり、結論といってもまだ仮説にとどまるものであるとされている。例えば、医療においても「医療原価」と「診療報酬」は区別されるが、原価計算は病院内のあらゆる活動領域のデータを統合していく必要がある、とされる（今中雄一「医療の質と原価の評価」西村周三、田中滋、遠藤久夫編著『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房、2006年）。今回の調査対象である自立援助ホームに関して言えば、第三者委員会や防災や感染症対策などの危機管理まで含まれることになる。このような原価計算の精度を高めるのはこれからの課題であり、そのうえでさらに「診療報酬」に相当するものをはじきだすのがこの研究のゴールになると思われる。また、収入すべてを利用者が生活保護費から払う利用料に依存せざるをえない事業モデルの場合、事業費のみならず、設立にかかるイニシャルコストをどのように評価するかという問題も残る。稲田氏においてはこれらの問題を踏まえて研究を継続されており、近く公表される報告が待ち望まれるところである。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

C. 障害を持つ層へのコード別ケア時間

- c-1 精神障害に対しては相談・コミュニケーション、服薬サポートなどのケアが際立って高い。
- c-2 身体障害に対しては服薬サポート、声かけ・見守り、往診への対応などのケアを多く提供。

D. 障害を持つ層への個別ケア時間

- d-1 身体障害を持ち、かつ軽度な介護ケアを必要とする後期高齢者に多くのケアを提供する。
- d-2 精神障害を持つ中高年層に多くのケアを提供。

ではこの全般的なケア＝生活支援にかかるマンパワーをどのように供給するのか。生活保護費であろうか？ 周知のように生活扶助は、「困窮のため最低限度の生活を維持することのできない者に対して、左に掲げる事項の範囲内において行われる。（一）衣食その他日常生活の需要を満たす者（二）移送（法第12条）という規定がある。すでに老齢加算も廃止されており、「最低限度の生活を維持する」ための扶助費で生活支援を利用＝消費するのは不可能である。生活のベースを高めるための関わりである生活支援は、その供給源には触れられることなく、完全にシャドウワーク化されている。

【生活支援はいかなる扶助か】

これはなにも生活保護に限ったことではない。高齢者の「自立支援」の中心的制度である介護保険についても、この傾向を見ることができる。

先に引用した社会保障審議会介護給付分科会の委員でもある田中滋氏は、「介護保険と介護市場をめぐる政策の展開」¹⁵⁾ という論文において、次のような所論を展開している。まず氏は、「過去には（一部の先進的な人々を除き）意識されていなかったニーズが急速に増大している実態が社会的に広く意識され、かつその状況を放置してはならないとの意見が多数を占め、しかしそのニーズに応える手段の提供が十分ではないと判断される場合、どのような対応がありえるだろうか」という一般的な問いを立て、1990年代後半以降の日本における高齢者介護問題にも当てはまるとしている。そして介護保険制度開始後、介護サー

15) 医療経済学会『医療経済研究』第19巻1号、2007年。

ビスが行き渡るに連れ、「要介護者の生活に役立つサービス」と「介護保険が給付すべきサービス」が異なる集合であることが意識されるようになり、「介護は、本質的には、生活を支援するサービス」であるが、家事援助や外出支援などは、ニーズよりも主観的欲求（ウォンツ）によって需要が喚起され、「社会的支援は、相対的にモラルハザードを発生させやすい」。そのため、「社会参加支援策は社会保障制度を超えてよい。NPOやボランティア、地域コミュニティや友人が行うことは大いに奨励すべきである」と主張している。

ここでは、人はどこかのコミュニティに帰属し、友人がいることが自明のこととされている。むろん、ホームレスにはそれが欠けている、とはかぎらない。なんらかのコミュニティに帰属し、友人をもっているホームレスもいる。だが、家はあっても、地域で孤立し、友人がいない人もいる。そして、住まいもなく、帰属するコミュニティもなく、友人の面会もない「社会的入院」という境遇もある。

そういう人には「NPOやボランティア」が支援すればいい、ということになるのだろうか。田中氏によれば、介護保険のスタート当初、「家事援助は公的保険給付対象からはずすべきだ」との意見が「介護保険に対し懐疑的だった保守派」と「積極的に保険設立を推進してきた自立支援派」の双方から唱えられたという。興味深いところなので、双方の主張を見てみよう。

「保守派」：「高齢者のための家事は家族が責任をもつべきだ。だから家事分野への介護保険給付は大切な家族機能を放棄させえかねない。」

「自立支援派」：「家事援助はお年寄りの生活を支え、かつ家族機能を支援する大切なサービスだが、（保険事故状態＝要介護状態の人だけが望むサービスではないので）保険給付には本来なじまない。」

生命の保障を基本的に個人の自助努力と家族・親族の間での相互扶助に委ね、それが機能しない場合にのみはじめて公的な対応をおこなうのが日本の社会保障システム¹⁶⁾だとすれば、これは両者ともに「残余的福祉モデル」という同一のステージに立った「論争」にすぎない。まず家族の支えを前提にし、次にボランティアが支える。介護保険が「共助」¹⁷⁾だとすれば、それを持続可能な制度

16) 齋藤純一『公共性』岩波書店、2000年。

17) 「公助」を「互助」と同一視する理解もあるが、ここでは血縁を基盤とせず、権利性と自立支援のために社会連帯を制度的に組み直したものという意味で「共助」を用いている。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

に鍛えるため、「自助」と「互助」がテコ入れされる。「公助」は生命を保障しはする（はずだ）が、生活のベースを高めることはしない。「共助」は身体の安全は保障するが、生活者としての精神の安寧には関わらない。

もっとも、田中氏は軽度者や生活の質が持つ価値を否認しているのではない。「軽度者へのサービスも大切だと考えることは正しい。ただし、その財源、ないし提供主体としては介護保険の外側にも求めていかざるを得ない」。では財源は何か。田中氏は「財の性質」から普及の手段を区別するが、生活支援サービスは公共財でも私的財でもなく、混合財に含まれるだろう。そこでこのケアにはコストがかからない（かけられない）と言ってしまうか、それとも保険給付とは異なる（もちろん自助でも互助でもない）手段を構想するかが問われる。ここから先は、自ら考えるほかない。

たとえば新宿区福祉事務所の取り組みを見てみよう¹⁸⁾。新宿区は「東京都の被保護者自立促進事業」を活用し、NPOと連携して、被保護者の基本的な生活習慣確立のために必要な支援（愛称：新宿らいふさぽーとプラン）や義務教育就学中の児童生徒およびその親に対する支援＝「Only@Shinjuku（オンリー・アット・シンジユク）」を実施している。「らいふさぽーとプラン」の事業構築にあたっては、大きな意味での「自立支援プログラム」であること、被保護者にいちばん必要な支援を行うこと、被保護者が社会とのつながりを回復するための支援を行うなどの着眼点が明確になっており、また「仕事」「療養」「地域生活」「人間関係」等、被保護者に必要なもののために、制度上の課題を解決する支援（制度のすき間を埋めるような支援）、実践的であり日常生活に密着し役立つ内容（個々の被保護者のレベルに合っている内容）、そして実施についてはNPO（社会資源）を活用する（行政直営の時代ではなく、ノウハウを持っている社会資源を活用する）などの具体的な内容を検討し、実施している。もう一つ大事な点が、「被保護者が希望すれば誰でも受けることができる」ことだろう。「制

18) 田中義一「NPOを活用した基本的な生活習慣確立のための支援－新宿区福祉事務所における『被保護者自立促進事業』への取り組み」布川日佐史編著『生活保護自立支援プログラムの活用〈1〉策定と援助』山吹書店、2006年。なお、東京都の「被保護者自立促進事業」については、「東京都が2005年度に創設した事業であり、被保護世帯に対し、自立支援（就労支援、社会参加活動支援、地域生活移行支援、健康増進支援、その他必要な支援）に要する経費の一部を支給することにより、その自立の促進を図ることを目的としている」と説明されている

度のすき間を埋めるような支援」であるためには、プログラムのために対象者を絞るのではなく、このように誰にでも開かれた支援策を講じていくことが重要であると思われる。

また「オンリー・アット・シンジュク」は「生活保護二世、三世」をつくり出さない（貧困の再生産を防ぐ）という目的を明確に持ち、「SBS (Shinjuku Brothers and Sisters)」スタッフによる家庭訪問や、新宿生活さぼりとセンターにおける集団支援を行っている。目的としては、「児童、生徒が自ら『考え』、自ら『判断』し、自ら『行動』する力を身につけ、よりよく生きるための基本的な生活習慣を確立するために、福祉的な視点にもとづく支援」を掲げている。高齢者と児童との違いは大きいにせよ、「家族関係調整」に重きを置くのではなく、「家族」が相対的な位置にある点で、「残余的福祉モデル」との違いは際立っていると言えるのではないか。貧困や病気の再生産に介入するために、ここでは地域生活支援（その重要性は相原氏の指摘したところである）を実施する手段として、NPOへの「委託」を選び採っている。この公費財源に対するコンセプトは記憶しておきたい。

【新宿区の「社会的入院」から精神科領域の問題へ】

再び「社会的入院」に戻ろう。パネリストの上原隆夫氏（新宿区福祉事務所福祉部相談係長）によれば¹⁹⁾、新宿区で生活保護を受けている約6000世帯のうち、217名が精神科に入院しており、そのうち10年以上の入院者が57名、3年から10年が64名、6ヶ月から3年が96名という内訳になっている。精神科以外では、173名が入院しており、3年から10年が48名、6ヶ月から3年が125名の内訳である（10年以上は0名）。そのうち年4回以上転院している（つまり3ヶ月単位で転院を繰り返している）人が37名いる（なお、単純比較はできないが、新宿区の約6000世帯に対して、東京都全体の被保護世帯数は2003年の時点で12万世帯を超えている。つまり新宿の20倍以上である）。このうちどのぐらいの人数が「社会的入院」であるかは把握されていないが、シンポジウムでは、「現実に単身で誰の力も借りないでいられる方でこんな長期入院してる方はいない」、「やはり何らかの問題があってご自身一人の力で生活を営むことが困難な部分を持ってい

19) 「パネルディスカッション『社会的入院』問題と地域における居住・生活支援」（ふるさとの会ホームページ）。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

る」などの課題を挙げている。ならば、社会が力をかせばよい。

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上で、10年間で約72,000人の退院・社会復帰を目指すとしている。これと関連して、たとえば多摩立川保健所地域精神保健福祉連絡協議会による「長期入院者を受け入れる地域ケアシステムづくり」の取り組みは、生活保護受給者の内、精神疾患で5年以上入院している人の療養状況を把握することから出発している。そこで分かったのは、退院の可能性があると思われる人でも「服薬管理のこと」、「日常生活に支援が必要」、「院外の生活や一人暮らしに不安がある」、「退院して暮らす所がない」など多くの課題を抱えていることである²⁰。

【二一ズの多層性】

「社会的入院」の認識的論争に係わらず、長期入院から地域生活に移れない人がいるのは現実である。それは一般病床、療養病床、精神科病床を問わない。その原因をさぐり、「家族が支えられない」「適切な住居がない」「有料老人ホームに入るお金がない」など、「ない」を挙げることはいくらでもできる。しかしそれは同時に、社会が「社会的入院患者」に向けてきた眼差しの裏返しでもある。「一人で食事ができない」「きちんと薬を飲まない」「病人であることの自覚がない」「お金を持たせると何をするか分からない」…。このようにして、社会は支援を必要とする人の生き幅をどれだけ狭めてきたことか。小泉義之氏のことばをかりるならば、

「ぼくが他者について考えなければと思うのは、たとえばこんなことです。病院に行くと、いわゆる社会的入院をしている寝たきりの老人に会います。ベッドに寝ていて指先ぐらいしか動かない。そんなときに人の受けとめ方には二通りある。家に帰れなくなった、買い物にもいけなくなった、足も動かなくなってしまったというように、次々と欠けてしまったことをあげつらって、そこまで追い込まれたのかと感ずること、もう一つは、それでも指が動かせるのかと軽い感動を感ずること

20) 東京都多摩立川保健所地域精神保健福祉連絡協議会立川市地区別分科会「長期入院者を受け入れる地域ケアシステムづくり」東京都多摩立川保健所保健対策課、2005年、7頁。江澤和江「多摩立川保健所地域精神保健福祉連絡協議会における『長期入院者を受け入れる地域ケアシステムづくり』への取り組みについて」東京都「こころの健康だより」No.74、2003年8月。

す。最近になってようやくぼくは、指が動くということはすごいことなんだと感じるようになった。実際、病人や老人にとっては、目が動くとか足が動くということが、とてつもなく大切なことであって、ぼく自身もそれ以外のことは大切だとはとても思えなくなってきた。……そして強く言いたいのは、そこから新たに公共性や政治性を立ち上げないといけなく考えている²¹⁾。

問われるのは、この「大切なこと」を人と人との間柄として分かちあう場を確保することである。

第2回転院調査報告では、転院先の条件として「長期間入院できる」という選択がもっとも多かったとされており、じっさい多分そうなのだろうが、それが本当のニーズであるかは区別して考えなければならない。そもそも家族のニーズと当事者のニーズが同じとはかぎらない。やはり転院調査報告(第1回)によれば、「帰宅を希望しますか?」の問いに、患者本人は52.5%が帰りたいと答えたのに対し、家族が希望しているのは10%、逆に言うと90%の家族は帰宅を希望しなかった²²⁾。高度医療や介護の問題などが絡み、質が異なる面はあるにせよ、同様の事情は精神科領域に顕著であり、「社会的入院患者を抱える病院が長い間『終の棲家』と捉えられてきた」²³⁾。しかし、どんなに長く入院しても、やはり病院には生活がないし、病院がホームになることはない。「『病床』は医療ニーズに対応するもので、終の棲家に対応する機能は『住まい』と呼ぶべきだろう」。これは厳然とした区別である。

そのためにプライベートな支援を得るのが難しければ、「家族」の形態と機能が変化したものとして、プライベートな関係にはない人たちによるソーシャルな(またはコミュニティの)支援に活路を見いだす他ないのではないか²⁵⁾。人間にとって「ホーム」は必要だが、「ホーム」は必ずしも家族と同じではない。「『ホーム』とは、具体的な他者との親密な関係の空間であり、それは必ずしも

21) 「道徳の系譜★死者を弔う」『文芸』1997年春号、152頁。

22) 「パネルディスカッション『社会的入院』問題と地域における居住・生活支援」(ふるさとの会ホームページ)。

23) 浅井倫子「東京都地方精神保健福祉審議会提言『精神障害者の長期入院の問題について』東京都『こころの健康だより』No.74、2003年8月。

24) 田中滋「介護保険と介護市場をめぐる政策の展開」医療経済学会『医療経済研究』第19巻1号、2007年、16頁。

25) このくだりは国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターの島田恵氏(コーディネーターナース/看護支援調整官)とのやりとりから与えられたことばである。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

家族に還元できない。それは自己尊厳や安心（セキュリティ）の感覚を生み出す」²⁶⁾ものだからだ。

だから、こういう視点から、当事者とともにニーズを掘り起こすことをはじめなければならない。人は住まいに存在しなければならないし、その住まいはその人が必要とする支援（サービス）によって規定されるものになっていくだろう。さしあたり、自分にどういう選択肢があり、どういう支援を受けられるかの認識を持つための支援からはじめることでもよい—欠如をあげつらうのではなく、居住とケアの総合を開発する方向性さえあるならば。

3. 生活者と社会形成の潜勢力

【共感の場】

筆者は入所の相談を受けて、病院訪問をすることがある。これから挙げる事例は、病院で面談した際、「そこはどのくらい居られるの？」と聞かれることが出会いのはじまりであった。どこかに根をはって生きるという選択肢を予め除外してしまうほど、それが当たり前な生き方をさせられてきた人が、病院を出て地域に棲むことのインパクトを、原初的な社会形成の可能性という観点から考えてみたい。

X年X月 ケースワーカーから「10年社会的入院をしているのだが」と相談を受ける。60代の男性、脳梗塞後遺症により要介護5だと言う。病院訪問をして、どういう生活を送ることができるかの説明を行う。「聞きたいことはありますか？」の問いに、返ってきた答えは「そこはどのくらい居られるの？」であった。

X+1ヶ月 入所。「ミキサー食」のはずが、本人の断固とした希望により主治医と相談の上、普通食を出させられた。こっそりおかずを刻んだが、職員の見守りのもと、むせこむことなく、あっさり食べた。

X+2ヶ月 体調が急変し救急車を呼ぶが、救急隊に血圧も測らせてくれない。入院どころか、大部分の医療行為を拒否することが分かった（触診や服薬はOK）。

X+3ヶ月 食事拒否がたびたびあったが、自分で買ってきた軽食は食べる。普通食に変

26) 渋谷望「排除空間の生政治—親密圏の危機の政治化のために—」齋藤純一編『親密圏のポリティクス』ナカニシヤ出版、2003年、124頁。

更。一方で、ヘルパーに対し「いつまでここにいられるのか、どこへ行くのか不安になっている」と打ち明けた。

X+6ヶ月 遠足に行く予定だったが、迎えに来た車の車高が高く「乗りにくい」とかかんかに怒る。一方で、柱にゴムを結びつけて独自にリハビリをするようになった。

X+8ヶ月 しかし外出行事には必ず申し込むことが分かった。

X+12ヶ月 携帯電話が欲しくなったことがきっかけになり、生活費（保護費）の収支を理解した。

X+17ヶ月 歩行訓練のリハビリ中、リハ師に「帰れ！」と怒鳴る。

X+18ヶ月 夕食は自分で買った焼きうどんなどを食す。これは、外出で公園近くに馴染みの店ができて、そこで買っている。店のおねえさんがとてもやさしく接してくれている。

X+20ヶ月 某所から取材を受ける。それまで整容は断固拒否だったが、ちょっとびりさわやかに変身した。一方で、リハビリのマッサージから入浴のリズムが気に入った。

X+21ヶ月 「世の中で一番怖いのは人間だ！！」の怒鳴り声にヘルパーが「一番こわいのは〇〇さんです。もっと優しく怒鳴って！」と切り返したら大笑いされた。

X+22ヶ月 「怒ったあとは、いつも反省しているんだ」とヘルパーに言う。

X+24ヶ月 閑古鳥の鳴く音楽会の希少な常連である。

特にどうということのない過程であることが重要だ²⁷⁾。J.ウォールドロンは「慈善」のイメージについての考察の中で、「能動的介入としての慈善というモデル」と「受動的な差し控えとしての慈善というモデル」を対置している²⁸⁾。前者が他人を助けるために積極的・能動的介入をする善意であるのに対し、後者は「他人の側の自助活動・生存活動・生存様式を迎え入れる受動的な差し控え、あるいは無為」である。このケースで「生活支援」といっても淡々と見守っているだけだし（要介護5なので直接ケアはほとんど介護サービスで充足する。

27) ある時期、この利用者のことを考えて、「特にどうということがないな」と思ったとき、中井久夫の文章を思い起こした。「かつて結核療養所に長く勤めた者は、結核の予後に対して悲観的であった。確かに、重症の患者、悪循環におちいてゆく患者というものはある。それが濃縮されてあるのが療養所の慢性病棟である。日々そこで働きながら悲観的になるな、といっても、それは無理な相談であったかも知れない。しかし、それが結核患者全体の様相を正しく反映したものでなかったことも事実である。精神科においても事情は同じである」。要介護者についても同じ事が言えるのだと思う。中井久夫「世に棲む患者」『病者と社会』岩崎学術出版社、1991年、22頁。

28) Waldron, Jeremy, Welfare and the images of charity, in Liberal rights/collected papers.1981-1991, Cambridge University Press, 2006, p234.引用及び要旨は大川正彦『正義』岩波書店、1999年、76-83頁に依拠した。

「社会的入院」問題から居住支援と地域ケアを考える（上）

稲田氏の報告を参照)、粘り強く関係をつくってきたリハビリ師やヘルパーには頭が下がるが、帰れと言われれば帰っているだけだ。利用者は食事、住まい、ケアなど「基礎的ニーズの充足と深くつながった自由」を享受し、こちらはただ資源を供給する。

この当たり前の供給関係に、われわれは「緊張をはらみつつ進捗する社会形成の可能性」²⁹⁾を見出すのである。われわれが支援するなかでもっとも身体の不自由な一人が、「基礎的ニーズの充足」と深くつながった自由を行使し、「自分自身の考えと発意をもった行為主体」であり続けている。これを「わがまま」や「気むずかしい」と片付けるのでは、「基礎的ニーズの充足」を機械的に支援すればよいということになり、その枠組みにはまらない人はせいぜい「自己決定」か「自己責任」などの解釈をあてがわれ、支援の打ち切りが正当化されるだろう。逆に、「病院の治療が苦痛だったのだろう、不自由な生活を送っていたのだろう」と共感するのもよし。しかしこの共感は容易に反感に反転し、支援する側が変化する自由を放棄してしまうかもしれない。自由を行使されるがために、「われわれ」は変化する自由を求めることが出来る。「われわれ」が変化する—それは異なるものを排除ではなく受容する「異交通的な公共性」(栗原彬)が現れる潜勢力である。

他者=非決定の存在同士が、非決定の存在だからこそお互いに丸ごと受容しあうという関係……「異交通」という考え方は、非決定の存在同士が差異を保ったままで、その存在を相互に受容し合う関係です³⁰⁾。

この「異交通的な公共性」は「場」の出来をもたらすだろう。先ほど、「大切なこと」を人と人との間柄として分かちあう場がなければならぬと言った。この「場」がなければ間柄は成立しない。怒鳴るときには麻痺のない手のこぶしを握る。拒否していたことを受け容れる。後悔のことばには宛て先³¹⁾がある—互いに。この間柄において異なるものを排除すれば、「われわれ」も「場」を

29) 大川、前掲書、83頁。

30) 「表象の政治—非決定の存在を救い出す」『思想』907号。13頁。

31) 鷲田清一「聴くことの力」ケアする人のケア・サポートシステム研究委員会『生命に寄りそう風景』(財)たんぽぽの家、2001年、80-84頁。

失う。「場」があるから根を張ることができる。すでに「共感」³²⁾が必然的なことはホーム住まいである。

さて、ようやく〈地域〉というテーマの核心に近づいてきたように思う。おそらく次の扉を開く鍵は、「彼」が「われわれ」の知らないところで行き付けのうどん屋をつくっていたところにあるだろう。(続)

別表

| | ケア内容 | ケアコード |
|------|---------------------|-------|
| 直接ケア | 食事・配膳 | 101 |
| | 排泄ケア | 102 |
| | 口腔ケア | 103 |
| | 入浴ケア | 104 |
| | 服薬サポート | 105 |
| | 水分補給 | 106 |
| | 移動・誘導 | 107 |
| | 声かけ・見守り・安否確認 | 108 |
| | 清潔理容・着替え | 109 |
| | 洗濯 | 110 |
| | 買い物 | 111 |
| | 相談・コミュニケーション・傾聴 | 112 |
| | 環境（清掃・整理） | 113 |
| | 安全（戸締まり、夜間の警備、修繕など） | 114 |
| | 往診の対応・通院同行 | 115 |
| | その他の日常生活への直接ケア | 116 |
| 間接ケア | 外部機関との調整 | 201 |
| | 記録 | 202 |
| | 引き継ぎ・打ち合わせ | 203 |
| | 管理・運営 | 204 |

32) ここでは次のことばを意識している。「他者による自己の承認は、他者が自己の中の他者を承認することと考えるべきだとおもうのです」(栗原、前掲書、8頁)。