

平成22年度厚生労働省

セーフティネット支援対策等事業費補助金（社会福祉推進事業分）

重層的な生活課題（「四重苦」）を抱える 人に対する在宅生活支援のあり方研究

報 告 書

2011 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

本研究は平成 21 年度厚生労働省社会福祉推進事業「高齢被保護者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」を承け、ふるさとの会の実践をベースに、「四重苦」を抱える人などの地域生活を支える「互助機能」の創造的回復の在り方を構想したものである。

平成 22 年度においても、主題は四重苦を抱える「潜在的たまゆら層」の地域居住をどのように支援するかであり、実践的にはふるさとの会による「自立援助ホームふるさと町屋荘」（定員 16 名）、「自立援助ホームふるさと下落合館」（定員 24 名）など居住の場づくりを拡大してきた。2009 年に起きた「静養ホームたまゆら」の火災事故から 2 年あまりが経過したものの、根本的な解決が図られないまま社会の関心事から消えようとしていることに対し、事業者として、研究者として、専門家として、一市民として、「たまゆらを二度と繰り返さない」と誓い、実践と研究を両輪に支援付き住宅推進会議（5 月 7 日）、シンポジウム（10 月 13 日）など公共的な言論を積み重ねてきたことは、本報告書によって一定の成果をおさめることができた。しかしながら、社会に目を向けると経済的困窮・社会的孤立を抱える人はいっそう増加している。困窮と孤立を抱え、自助と互助がますます弱くなっている社会において、人と人との結びつきや支え合いがいかに形成されうるかという問題は、これからの社会保障の在り方を考える上でも不可避の課題になっている。

この視点は第 1 章において総論的に整理しているが、これに続く第 2 章（栗田圭一委員）は、人と人との結びつきが、孤立化がすすむ社会においていっそう不可欠になっていることを、認知症高齢者への日常生活支援という視点で論じている。第 3 章は、竹島正委員が座長を務めた調査研究の進捗報告となっており、働くことのできる生活困窮者への就労支援（ケア付就労）を通し、支援される側から支援する側に立ち、「互助機能」が回復する可能性を探るものである。第 4 章は住宅・居住分野からの特論で、園田眞理子委員が「ともぐらし」をコンセプトに、普通の住宅を使ったグループ居住の可能性を論じている。これらを承けて、第 5 章は地域ケア、雇用創出、社会保障のありかたなどにも目を配りつつ、「支援付き住宅」を総括的に提案した。

この一年のふるさとの会の実践を振り返り、特に着目すべきは、「就労支援ホーム上池ハウス」（定員 26 名）、「緊急就労・居住支援事業」（都委託）など稼働層の支援が拡大し、多様な〈人びと〉と〈社会資源〉が「新宿サポートセンター」（利用者 47 名）など〈地域〉を媒介に相互依存を深めていったことであろう。とりわけ、生活保護を申請する人が増え続けるなど、現役世代の困窮化と、無縁の広がりによる生活課題の複雑化という時代の〈危機〉に直面している現在、就労に「配慮」が必要な人の意識とプロフィールを調査するための一歩が本研究において踏み出されたことは、極めて画期的であった。

研究の実施にあたっては、生活に困難を抱えながら調査に協力をして下さった方々、ふるさとの会の職員、支援付き住宅推進会議の参加者の方々、多様な公務の合間を縫ってワーキングに参加された金田一正史氏（千葉県健康福祉部／全国精神保健福祉相談会）、森川すいめい氏（（独）国立病院機構久里浜アルコール症センター＝所属は当時）、日本総合研究所の坂本俊英氏、同白紙利恵氏など、多くの方々のご協力を得た。また、厚生労働省社会・援護局からは研究費の支援を受けた。記して感謝申し上げたい。

本報告書をまとめているさなか、3月11日に東日本大震災が発生した。住み慣れた場所、親しい家族や近隣を一瞬にして失うことの途方もなさには想像力を働かせながら、実は「被災地」以外でも住宅再建、生活復興、地域就業、非・制度的なケアへの支援など、日本社会全体で回復し、あるいは創り出していかなければならない機能や資源は共通しているところがある。生活再建をサポートする「ひと」を支え、「互助（支え合い）」を支える「支援付きの生活復興」を唱えてきた「支援付き住宅」のコンセプトは、これからの社会でいっそう重要性を帯びてくるだろう。本報告は序章であり、これからの社会の在り方を困窮者支援の視点から構想する本論は平成23年度の継続課題になるが、ひとまず到達した視点が〈震災以後〉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。

2011年3月

研究会を代表して 高橋紘士

報告書目次

1. 委員名簿	1
2. 研究経過	3
3. 研究報告	
第1章 総論 重層的な生活課題を抱える人への支援のあり方	7
1. 「たまゆら」火災から2年 何が変わったか	7
2. 「住み慣れた地域で暮らす」とは	11
3. 「支援付き住宅」の必要性と多様性	16
4. 既存ストックの「支援付き住宅化」	20
5. 新たな互助機能による地域の再生	25
おわりに 研究の進捗	28
関連資料	33
第2章 「四重苦」を抱えて生きる認知症高齢者への支援をどう考えるか	57
1. 認知症高齢者数の将来見通し	57
2. 「認知症を生きる」とは	57
3. 認知症の原因疾患と認知機能障害	58
4. 「実行機能障害」とは	58
5. 「実行機能障害」による生活機能障害への支援	59
関連資料	62
第3章 ケア付き就労利用者の意識とプロフィール	70
1. 調査の目的	70
2. 調査票の検討プロセス	70
3. ケア付き就労利用者の意識とプロフィール	95
第4章 安心して地域の中で暮らし続けるために	113
1. 高齢期の居住の安定のための3要素	113
2. 「四重苦」の実相	113
3. 福祉的な住まいの条件	114
4. 施設では解けなかった：1989年ゴールドプランモデル	114

5. 建物だけでは解けない：2010 年高専賃モデル	115
6. 地域なら解けるかもしれない	116
7. 超高齢化社会に向けた介護サービスのマスタープラン	116
8. 普通の住宅を使ったグループ居住の展開	117
9. 在宅・居住分野からの二つの提案	117
関連資料	119
 第 5 章 「支援付き住宅」の提案	 133
関連資料	139

1. 委員名簿

2011 年 3 月 31 日現在

(敬称略・50 音順)

研究委員長

高橋 紘士 国際医療福祉大学大学院教授兼医療福祉学部教授
(福祉政策、介護保険論、地域ケア)

研究委員

栗田 主一 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
井上孝義 東京都社会福祉協議会医療部会MSW 分科会会長/(社福)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
佐藤 幹夫 フリージャーナリスト/著書に『「自閉症」の子どもたちと生きてきたこと』
(洋泉社、2008年)、『ルポ高齢者医療』(岩波書店、2009 年)など
園田真理子 明治大学理工学部建築学科教授
竹島 正 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画部長
原田由美子 京都女子大学家政学部准教授
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
水田 恵 NPO 法人ふるさとの会理事
山岡 義典 日本NPO センター代表理事/法政大学現代福祉学部教授

調査票作成WT

金田一正史 千葉県健康福祉部障害福祉課精神保健福祉推進室副主幹/全国精神保健福祉
相談員会会長
森川すいめい (独)国立病院機構久里浜アルコール症センター医師

事務局

滝脇 憲 NPO 法人ふるさとの会理事/東京外国語大学外国語学部非常勤講師

2. 研究経過

【平成 22 年】

平成22年12月 新宿区内に自立援助ホーム「ふるさと下落合館」を開設

研究委員会準備会を開催

墨田区内の「寿々喜屋ゲストハウス」の5室を借り上げ「居場所」を確保

【平成 23 年】

1月 山谷越年事業の炊き出し参加者4名が調査協力者としてゲストハウスに入居

第1回研究委員会を開催

「居場所提供による「絆」の再生および、ケア付就労を通してみえる生活支援ニーズの実態調査」担当者会議を開催（ふるさとの会職員4名により3月17日まで計6回）

ゲストハウス入居者4名とふるさとの会「ケア付き就労」被用者33名に同調査第1次ヒアリング開始（1月23日～2月7日）

2月 調査票作成ワーキングチーム会合。既存の類似調査がないため、今年度の目標を調査結果の分析ではなく「調査票」の作成に変更する。

同ワーキングチームの検討を踏まえ調査票を修正。第1次の調査協力者に3名を加え、計40人に対し第2次ヒアリング開始（2月7日～3月25日）

ゲストハウスに1名入居し5室埋まったため、借り上げを1室増やす。

「絆の再生」事業プロジェクト案ワーキングチーム会合

第2回研究委員会を開催

「支援付き住宅推進会議」共同代表より厚生労働省社会・援護局長、老健局長、国土交通省住宅局長宛てに「『たまゆら』から2年-単身・低所得高齢者の生活実態の把握と日常生活支援サービスの制度化に関する要望書」を提出。本研究会の視点を踏まえ「高齢者支援による雇用創出の拡大」などについて意見交換を提案する。

3月 第3回研究委員会を開催

厚生労働省社会・援護局保護課、老健局高齢者支援課と意見交換を行う。

「新宿サポートセンター」にてメディアカンファレンスを開催（報道関係者、東京都福祉保健局、新宿区福祉事務所などから15名が参加）

東日本大震災の影響を考慮し、シンポジウム「検証会-『たまゆら』から2年 何が変わったのか」の延期を決定。併せて「支援付き住宅推進会議」共同代表より「共同声明3.19から3.11へー「ひと」を支える「支援付きの生活復興」を発表。

調査票作成ワーキングチームによるヒアリング調査員（ふるさとの会職員4名）に対するヒアリングを実施

研究報告書編集会議を開催

3. 研究報告

第1章 総論 重層的な生活課題を抱える人々への支援の在り方 ～ふるさとの会の実践を通じて～

第1節 「たまゆら」火災から2年 何が変わったか

(1) 研究の端緒―「たまゆら」以前

2009年3月19日に、群馬県渋川市の「静養ホームたまゆら」の火災で東京の被保護者10名が亡くなってから、2年あまりが経過した。しかし、生活保護受給者や低所得者が他県の施設を含め法的位置づけがない施設を利用せざるをえない問題は、いまもなお、根本的な解決に向かっているとは言えない。

そもそも、東京都内の福祉事務所で生活保護を受けている高齢者等が、他県の有料老人ホーム、高齢者専用住宅等に入所し、劣悪な処遇や虐待の被害に遭う問題は、「たまゆら」以前から、関係者においては周知の事であった。他県の施設を利用する背景には、生活保護世帯数が急増し、高齢世帯も増え続けるなか、医療制度改革などに伴い、従来「社会的入院」をしてきた生活保護受給者に対する退院圧力が高まったことなどが挙げられる。

NP0法人ふるさとの会は2005年6月から、生活保護費の範囲内の負担で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(資料1「とも暮らし風景」)を運営してきた。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、入居者の約90%は要介護や精神障害等障害のある人が占めている(資料2「利用者像(宿泊所・自立援助ホーム)」)。

このような民間非営利団体による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に高め、制度提案することは、上述の事情からもとより切迫した課題であった。このため2009年2月(「たまゆら」火災の約1ヶ月前)、「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」(研究委員長＝山岡義典法政大学教授／NP0法人日本NP0センター代表理事)を有識者など9名で立ち上げた(平成21年度厚生労働省社会福祉推進事業)。通称「支援付き住宅研究会」である。

(2) 「四重苦」の発見～「たまゆら」問題の社会的背景

「支援付き住宅研究会」およびこの研究会を核とした「支援付き住宅推進会議」(共同代表＝山岡義典、高橋紘士、水田恵。以下、「推進会議」と略。)は、「たまゆら」を生み出した背景に、家族の援助が得られない高齢者にとって、住み慣れた地域で暮らしつづけることがきわめて困難な現実、とりわけ生活に困窮する単身の高齢者で、要介護、障害(統合失調症・認知症等)等重層的な生活課題(「四重苦」)を抱える人が、住まいを含めた社会

的な「居場所」を失いやすい問題があると規定した。そして「四重苦」の状態にある人も含め、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援について、討議を重ね、提言を発表してきた。

「四重苦」を抱える人は、どのくらいいるのか。試算したところ、2010年10月時点でどんなに少なく見積もっても全国で67,496人、東京都だけで11,310人と推計された（資料3「【四重苦】を抱える人の推計値」）。生活保護に関する行政資料から試算したため、この数字には国民基礎年金だけで暮らす困窮・単身・高齢要介護者の数（生保基準以下の困窮）は含まれていない。また、「介護扶助」の給付を指標としたため、被保護でありながらも介護認定を受けていない、もしくは介護認定を受けながらもサービス利用に至っていない単身高齢世帯数は含まれていない。

次に、「四重苦」を抱える人はどこにいるのか。この問題を考えるために、ふるさとの会の利用者の状況をみておきたい（資料4「利用者像（全体）」）。

ふるさとの会は、主に生活に困窮する者を対象に、地域のなかで、安定した住居を確保し、安心した生活を実現するよう支援するNPOを中心としたグループである。2010年3月時点で、全事業所に1124名の利用者がおり、居所としては地域のアパートに709名（ふるさとの会の地域生活支援センターなどを利用）、NPOの借り上げ住居（生活支援スタッフが24時間常駐）に295名が暮らしている（他に就労支援事業の利用者が119名）。借り上げ住居（共同居住）利用者の顕著な特徴として、認知症の人が39.7%（117名）いる。要介護認定を受けている人は53.6%（158名）である。特に要介護1～3の中軽度が多い。自立支援法サービスの利用者を含めると60.7%（179名）になる。障害、要介護、認知症のいずれかに該当する人は全体の88.8%（262名）である。残りの人も、さまざまな生活困難な事情を抱えている。年齢層も70歳以上の方が最も多くなっている。また地域でアパート暮らしをしている方々も高齢化していて、平均年齢は60歳を超えている。5年後、10年後には、介護や病気の問題が深刻になってくる。全体として、現在「四重苦」を抱える人は全体で220人を数える（60名が独居、160名が共同居住）。

このような状態の人が、資料2（の「前居所」）および資料5「新規自立援助ホーム入居者」からも分かるように、病院を退院し、あるいはケアができない宿泊所や旅館で社会的に孤立していたのである。言うまでもないことだが、「たまゆら」は氷山の一角であるにすぎない。

（3）行政の取り組みと「推進会議」の提言

ところで、東京都では2010年度から、生活保護受給者も利用可能な「都市型軽費老人ホーム」が事業化された。3年間で240カ所（2,400定員）整備されることになっており、低所得高齢者を対象に、地域居住の場が新たに制度化されたことへの期待は大きい。

ただし、「都市型軽費老人ホーム」をもって解決に向かうと見なすのは性急である。平成

22年度の補助金内示案件は4件（計52名分）にとどまっており、仮に上述の数値目標を達成したとしても、「医療・介護難民」が地域の中から再生産される構造にかわりはない。これから2035年をピークに、都市部では認知症を抱える単身高齢世帯、特に75歳以上の後期高齢者が急増していく（第3節および第2章）。

資料6『「支援付き住宅研究会」の提言及び制度提案」、資料7「政策提言～新たな社会保障制度に向けて」は、昨年5月7日に「支援付き住宅推進会議」で討議した3つの政策提言である。中心になるのが提言1の「地域生活支援サービスの現物給付」である。これは、家族が行うような日常生活支援（家族的ケア）を、福祉サービスとして制度化する必要があると提案している（資料8「家族的ケア・互助機能 日常生活支援の必要性」）。

これまで「四重苦」という言葉を但し書きもなく使ってきたが、本来、単身（ひとり身）であることや、介護を必要とすること、年をとること／障害をもつことは、それ自体「苦」ではない。四つが重なると「苦」になるのは、〈自助〉や〈互助〉がないことにより、共助（介護保険など）や公助（生活保護など）だけでは地域生活の継続が困難になり、また、受け入れてくれる施設も非常に限られているためである。

では、自助と互助とはどのようなものか。ここではいったん、自助は「家族のケア」、互助は「見守り機能」と規定しておく。ただし後述する通り、家族のケアを前提にするには家族機能はあまりにも脆くなっており、家族に代わって「家族的ケア」を提供する仕組みが必要になっている。

なぜ「家族的ケア」がなければならないのか。介護保険に即して考えてみよう。介護保険のサービスは、ケアプラン、つまり基本的に「計画」に従って提供される。しかし、認知症やメンタルヘルスの問題を抱える人の支援は、「計画」通りに行かないことがしばしばある。ヘルパーの介護を断った後に排せつすることもある。時間の感覚を失って規則正しい食事ができないこともある。服薬の自己管理がむずかしい場合もある。こういう場合は、要介護の人の生活に合わせて食事や排せつのケアをしていくことが大切になってくる。また、認知機能の障害が生活障害にならないようにするためには、時間、空間、人の〈つながり〉を断ち切らないための、日常生活の中でのコミュニケーションが大事になってくる。これも重要な家族的機能の一つである。

よく「見守り」が大事だと言われるが、要介護で認知障害などがあると、多くの場合「見守り」、つまり近隣の〈気遣い〉や医療・福祉サービスへの〈つなぎ〉だけでは生活が成り立たなくなる。通院が必要だとわかっても、同行する人がいなければ意味がない。在宅医療にしても、食事や排せつの世話をする人がいなければ、適切な療養環境にはならない。この限界は明確にしておく必要がある。しかし、このような直接サービスとしての家族的ケアが保障されていけば、「見守り」は、ケアを地域に開かれたものにする重要な社会関係資本になる。

家族的ケア（家族ではない人が家族的な役割を担う）は〈自助〉そのものではないので、

「自助を支える新しい互助」といった方が適切である。ここに「互助」概念の再編成と新たな位置づけがある。家族的ケアを含めた日常生活支援（新たな「互助」）、見守り機能をもつ相互扶助、そして医療・福祉サービスのコーディネートを提供する〈地域協働型支援〉ができれば、多くの人は施設に入る必要はない。認知症や末期がんの人であっても、家族や金がなくても、地域で孤立せず最後まで暮らすことができる。

この仕組みを考えることが、本研究の大目標である。

（事例１）Ａさんは８０歳の男性で「たまゆら」の被災者である。集団就職で上京してから、長く墨田区に暮らし、パチンコ店などで働いてきた。７０代に入ってから仕事がなくなり、生活保護を申請。この頃から認知症を抱え、アパートで失禁をするようになった。身寄りがないこともあってか、２００７年に福祉事務所のケースワーカーの取り計らいで「たまゆら」に入所。現在も短期記憶の障害は重いが、「たまゆら」の火災のことはよく覚えている。火災後に墨田区内の「自立援助ホームふるさと晃荘」に転居。２４時間常駐のスタッフによる生活支援（Ａさんの場合は食事、服薬の見守り、医療や介護サービスなどのコーディネートなど）、訪問診療、訪問介護（要介護２）などのサポートを受けながら、安定した生活を送っている。以前受けた新聞の取材では、「（新しい）人の名前も道も覚えられない。できればずっと同じ場所で暮らしたい」と語っており、公園の清掃や草むしりを日課にしている。近隣の人とのお付き合いも良好である。

第2節 「住み慣れた地域で暮らす」とは

(1) 4人の元路上生活者の事例から

「ふるさとの会」は、東京・山谷地域の路上生活者支援から出発した NPO 法人である。現在の利用者は、前節で述べた「四重苦」の非稼働層に限らず、「ネットカフェ難民」など元派遣労働者、稼働年齢ではあるが軽度の知的障害など就労阻害要因を抱える人など、多様かつ複雑になっているが、路上生活者支援が会の原点であり、いまでも重要な仕事であることに変わりない。

ところで路上、つまり安定した住居を持っていない人を支援しながら、「住み慣れた地域」を論じるのは、いくらか奇妙に思われるかもしれない。炊き出しやテント訪問だけでなく、アパートなど安定した住居で安心した生活を送れるよう支援するのがふるさとの会の仕事である。そのなかで、アパートの家賃保証を行っている関連会社（株式会社ふるさと）には、65 歳以上の申し込みが 35%を占める（資料 9「株ふるさと（アパート保証）年代別契約状況」）。単に同じところに住み続けたという意味であれば、「住み慣れた地域」に帰属している人はごく一部である。だからこそ、逆説的になるが、気づかされることもある。

一つの事例を採り挙げる（事例 2）¹。隅田川のテラスで一緒に暮らしていた 65 歳から 75 歳までの 4 人の高齢者が、公園から東京都の借り上げアパートに移る事業（ホームレス地域生活移行支援事業²）に参加し、墨田区内のアパートに移っていった（X 年とする）。彼らは転宅後も友達つきあいを続け、各自の自宅を行き来したり、連れ添ってふるさとの会が運営する「共同リビング」（資料 10「ふるさと共済会」）に来ることもあった。

（X+6 か月）はじめに病気をしたのは、しっかり者で世話役の山さん（65 歳、元調理師）で、胃がんだった。

（X+1 年）次に、入退院を繰り返す山さんの世話をしていた大森さん（70 歳、元電気工）が脳梗塞で倒れ、車いす生活になった。転院したりハビリ病院のソーシャルワーカーからは都外の有料老人ホームを勧められたが、ちょうど区内で高齢者向け自立援助ホーム「ふるさと晃荘」³が開設したため、そこに住み替えた。今度は山さんが車いすを押してリビングに連れていってくれるようになった。年金の管理も山さんが引き受けてくれた。

（X+2 年）山さんの癌の転移が判明する。大森さんは車いすのため、カツさん（67 歳、

¹ 文中の名前はすべて仮名である。

² 公園でテント生活をするホームレスに低家賃の借上げ住居（都営住宅及び民間アパート）を貸し付け、就労及び生活面についても支援し、地域での自立した生活への移行支援することを目的とする事業。

³ 「自立援助ホームふるさと晃荘」は共同住宅など既存ストックを活用し、24 時間の日常生活支援と、医療・介護など外付けの社会サービスを提供する「支援付き住宅」のモデルである（資料 11「民間資本を活用した自立援助ホーム」、資料 12「ふるさと晃荘の概要」、資料 13「入所者の要介護度と所得からみた高齢者住居の位置づけ」を参照）。地域の一人暮らしが困難になった人や、病院退院後の帰住先のない人などの受け皿となっている。資料 14「生活区の高齢者に介護受けられる住宅を」（産経新聞 2009 年 9 月 8 日）、「生活保護者に『支援付き住宅』」（読売新聞 2009 年 10 月 20 日夕刊）参照。

元酒屋店員）が頻繁にお見舞いに行ってくれた。南さん（75 歳、定職歴なし）も大森さんや山さんの世話をしてくれたが、失踪癖があった。カツさんは何度もリビングに同行しては、「南の支援をお願いします」と頼んできた。山さんが南さんを引き取り、自宅で生活させたこともあったが、その後も行方不明になり生活保護が打ち切られてしまった。

（X+2 年 6 か月）山さんが入院し、久しぶりに南さんを含め 4 人揃うが、入院して 4 ヶ月後に山さんは緩和ケア病棟で亡くなった。さらに火葬の日、カツさんから「参列できなくなった」と連絡があり、後日カツさんにも肺がんが見つかったことがわかる。この頃、南さんが大森さんの住む晃荘に日常的に出入りし、頻繁に喫茶店などへ外出するようになるが、路上生活のため、ふるさとの会の宿泊施設に入居して生活保護を再開した。スタッフの記録によると、南さんのこと（路上生活）が心配でならなかった大森さんは、「(安心して) 真っ赤な顔で涙腺を緩ませた」という。

（X+3 年）大森さんが 2 度目の脳梗塞を起こし入院。南さんが面会に通う。面会の足で晃荘に寄るので、リビングでコーヒーを飲む姿はさながら晃荘の一員だった。大森さんは 10 日後に心筋梗塞を起こし、入院先で亡くなった。

以上が、4 人がアパートに移って 3 年あまりのあらましである。

（２）「居場所」の在り方

山さんも大森さんも、火葬には家族・親戚・友人が 10 人くらい集まった。山さんは元気な頃は家族と連絡を取りたくないと言っていたが、病院に入院してからは本人の希望で連絡を取るようになった。

おそらく、路上生活を続けていたら、こういう展開になるのは難しかっただろう。安定した〈住まい〉は、家族関係の回復の大切な土台である。また、他者との親密な関係をつくる根拠地である。4 人はそれぞれの住まい（アパート、晃荘、宿泊所など）を結ぶ〈みち〉を行き来しながら、喫茶店や共同リビングなど複数の〈居場所〉をもっていた。老人クラブや碁会所だけが居場所ではない。大森さんが亡くなった日、駆け付けた友人たちの姿を見たスタッフは、「路上生活の期間も長く、厳しい生活を経験してきたであろうが、その場で多くの仲間に、多くの人に囲まれ、温かい人生だったのではないのでしょうか」と記録している。

「住まい」といっても、大森さんが暮らした晃荘は、個室面積は 3 畳程度である。生活保護費の範囲で 24 時間ケアを付けると、必然的に居室は狭くなる。だが、「住まい」は面積で語りつくせるものではない。それがその人の「居場所」であるためには、居心地がいいとか、ゆるやかさ、ふくらみというものがある。

（３）普通の住宅と「ともぐらし」

「支援付き住宅推進会議」では、新しい居住様式のモデルを「ともぐらし」と呼んでい

る。家族やお金がなくても街で孤立せず最期まで暮らすために、「ひとりぐらし」から「とも＝友・共・伴ぐらし」に転換できる住まいがあると良い。山さんや大森さんたちの交流を振り返り、話し合われた⁴のは、4人が共同住宅のようなところに暮らして在宅医療を受けながら過ごすこと（を支援すること）もできたのではないかな。そういう選択肢ができることが大切ではないかということであった。山さんは、緩和ケア病棟で終末期の「良いケア」を受けたに違いない。だが、入院して2カ月たった「早く死にたい」と言っていた。残された者にとっては、彼の〈生活世界〉が見えなくなったという点では、後悔が残るところでもある。ひとりであるよりは、普通の住宅を「ともぐらし」に活用し、あるいは共同住宅やひとりの暮らしであっても、地域のつながりの中で安心して療養できるようなケア体制を創り出していけば、多様な看取り、終の棲家の選択肢を広げることができるのではないだろうか。普通の家族のように〈互助〉が働く居住と関係性の支援をすることによって、居住の場は主観的な〈意味〉のある体験で満たされる。山さんの場合は、終末期の人だけが集まるのではない〈擬似家族〉（拡大家族）のなかで看取られた方が、もしかしたらよかったのかもしれない、とも思われる。

（４）「地域」考

〈すまい〉と〈みち〉と〈場所〉は、「住み慣れた地域」に不可欠な空間概念である⁵。「たまゆら」が明らかにした類の「無届老人ホーム」には、このような意味での〈地域〉が欠けている。ただし注意しよう。それは「無届老人ホーム」の問題と言って終わることではないのである。「たまゆら」の後でさえ、東京では無届施設の利用が増えていると言われている。もちろんこれをよしとする関係者はいない。ならば施設に「法的位置づけ」があればいいのだろうか。否、たとえ立派な「住宅」で暮らしていても、親密な他者との結びつけがあってこそその〈住まい〉ではないだろうか。

「たまゆら」以降、都内の福祉事務所の利用で特に増えているのは、「MS法人」が運営する有料老人ホームである。MS法人とは「メディカルサービス法人」の略である。療養型病床の廃止等により、事業継続が困難になってきた医療法人がMS法人を設立し（医療法人は原則として医療法で定められていること以外は出来ない）、介護サービスや有料老人ホーム、高齢者向け住宅の事業を行う動きが盛んになってきている。インターネット上でも、医療法人の遊休資産（土地）等を効率的に活用するなどのセミナーが活発に行われていることが認められる。広く医療関係者の注目を集めていると思われる。

なかには都内に営業拠点を構え、都外に後方支援病院が控えているグループもある。

⁴ 「四重苦を抱えた利用者の支援～地域生活における支え合い～」をテーマにした「相談室ふらっと第19回事例検討会」（NP0 法人自立支援センターふるさとの会、2010年8月26日）

⁵ [岩見良太郎, 1995]を参考にした。

大きな流れで見えてくるのは、療養型病床から撤退した医療法人がMS法人を設立し、有料老人ホーム等を開設し、「社会的入院」患者をMS法人運営施設へ移動させ、さらなる顧客を獲得するため首都圏へ営業をかけるという構図である。療養病床の転換問題への対処方法としてこのような手法は一般化しているようだ。メガバンクが融資しているところもあり、「たまゆら」とは質がまったく違う。

おそらく、私たちは岐路に立っている。問題は事業の善し悪しを決めることではない。合法の事業なら遠方の施設に処遇してもよいという福祉事務所の判断は、社会意識の現れである。縁もゆかりもない土地に措置されたとき、身体ひとつで生活する人にとって〈地域〉はあるのだろうか。天変地異で身寄りを失ったのではなく、人為的に、関係者から「こうするより仕方がない」とされて、地に張る根を断たれたとき、その人にとって〈地域〉は再生するのだろうか。これは生きざまの問題、〈死生観〉の問題である。

2006年の医療制度改革で、国は長期入院が必要な患者のための療養型病床を大幅削減する方針を決めた。同時にこうした患者への診療報酬を引き下げたことで、病院を迫られた医療・介護難民が大量に⁶生まれた。療養病床縮小による受け皿として、「寝たきり専用賃貸住宅」なるものも生まれているという。中日新聞の連載によると、岐阜県で経管栄養（胃ろう）の要介護者だけを募集する「アパート」（名古屋市内の医療系コンサルタント会社が運営）があり、入居者1人あたりで月100万近い経費が使われ、その大半は医療保険など公金でまかなわれている⁷。

本稿は新手の貧困ビジネスを見つけ出し、糾弾しようとするものではない。「たまゆら」の問題は、たしかに「法的位置づけ」の有無や行政の目が行き届いているかという問題もあるかもしれないが、根本的には、「四重苦」を抱える人を入れてくれるところがあればありがたいという、社会の都合で処遇が正当化されてしまう問題である。ふるさとの会の借り上げ住居に入居した人の中には、医療療養病床に入院を続けるために、気管に挿入した呼吸器をあえて抜かない人もいた。ここには本人がどのように生きて死んでいくかを選択する余地はない。

本研究会の佐藤幹夫委員は、柳田民俗学の「祖霊」に触れながら、死者となつてのちも、残った家族を見守るという贈与（ケア）、祖霊との交流（ケア）は家族が家族であるための、基本的な特性ではないかと述べている⁸。このような交流は、（柳田の思想はともかくとして）「血縁」としての家族だけでなく、疑似家族（拡大家族）であつても成り立つと考えられる。火葬の日に、「最期をこんなにも多くの人に看取ってもらえる・見送ってもらえることは（他の）利用者にとって少なからず希望になるのではないか」というスタッフの記録

⁶ [吉岡充・村上正泰, 2008]によれば、療養病床が縮小すると11万人の医療介護難民が発生すると予測されている。現在約38万床の療養病床（介護療養病床13万床、医療療養病床25万床）の削減計画は凍結されているが、2005年（約38万4千床）から2009年（約35万3千床）にかけて3万床以上減少している。

⁷ 「看取りビジネス（1）～（4）」、中日新聞、2010年5月3日、4日、5日、7日。

⁸ [佐藤幹夫, 2010]140頁。

があるが、そこには故郷のお墓に自分が入ることができないという断念が根底にある。「すべてを捨てて路上での生活を選び取られるということは、生きていることはおろか、死後の安寧にさえ怯えなければならない」⁹。だから死後を安らい、残った家族を見守る〈場所〉がニードになる。〈場所〉は精神を結び付け安心感を生みだす。このような、佐藤氏が「看取った後にも、もう一つ大事なケアがある」というときの〈ケア〉＝贈与の場所を、ここでは〈地域〉のもう一つの属性と考えてもいいのではないだろうか。

大森さんのケース記録は、亡くなった後もつづいている。先日も南さんが大森さんの写真がほしいと連絡してきた。南さんと大森さんは、いまも「交流」を営んでいるのだ。〈すまい〉と〈みち〉と〈場所〉は形而上のものでもある。それは彼らだけのものではない。ふるさとの会を利用する人だけでも1124名が地域に居る。むろん、ふるさとの会だけが紐帯ではない。ケアをするということは、地域の中の多様で複数の〈コミュニティ〉を支援することでもある（〈互助〉の支援と言い換えてもよい）。

山さんも大森さんも逝ってしまったが、残された南さん、カツさん、そして1124人のメンバーがこれからも「住み慣れた地域」で暮らしていくためには、いま居るところで生活を支え、寄り添うことを支える〈制度〉が必要なのである。

⁹ 同書、141頁。

第3節 「支援付き住宅」の必要性と多様性

（１）超高齢社会の諸問題¹⁰

メディアでは「都外」「無届」が問題の核心であるかのように語られてきた「たまゆら」の事件であるが、これまで見てきたように、事はそう簡単ではない。そもそも、「たまゆら」の被災者はどうして「たまゆら」に入所したのだろうか。

彼・彼女たちは、都内の医療施設や生活保護施設にいたのである。それが遠くへ遠くへと移動していったのは、受け皿整備を伴わない「退院促進」や「地域生活移行」によって、「地域」へと押し出された結果である。

引き受けの前提となっている家族基盤はいまや著しく脆弱化している。

高齢者の介護者の約1割は80歳以上の高齢者、三人に一人は70歳以上であり、老老介護が進んでいる。

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60万世帯に及ぶと推計される。生活保護における単身高齢者は増加しており、2009年1月は65,518人だったが2011年1月には76,754人に増加。2年間で11,236人、約17%も増加している。また内閣府の平成22年版高齢社会白書によれば、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い。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、友人つきあい）も低調という結果が出ている。平成17年版厚生労働白書によると、一人暮らしで他者とのコミュニケーションが少ないほど、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。介護保険制度が始まった2000年以降、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¹¹。

家族や地域コミュニティの相互扶助機能が崩れつつあることが、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、自殺などの問題をいっそう深刻化していると考えられる。

こうした中で、財政支出の抑制に伴い病院から施設、施設から在宅へと高齢者・障害者が押し出される流れは加速している。

東京の受け皿不足は深刻で、介護3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、グループホーム）の65歳以上人口に対する整備率は、東京都では3%にとどまっている。退院はしなければならないけれど、家には帰れず、特養ホームは一杯で、有料老人ホームの費用は払えない。行き先がなく困っているのは、「困窮・単身・要介護・高齢」の〈四重苦〉を抱えた人だけではないはずである。

¹⁰ 本節は平成21年度厚生労働省社会福祉推進事業の報告書[特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会、2010, 11-19頁]を元に、数字を一部更新した。

¹¹ 「介護殺人、心中400件 制度10年やまぬ悲劇」、中日新聞、2009年11月20日

（２）新たなサービス体系の構築へ

ではどうしたらよいのか。解決のかぎは、箱モノ整備ではなく、脆弱化する地域社会（家族の介護や近隣の支え合い）に代わるサービス体系の構築である。

介護保険や障害者自立支援法などのサービスを利用しても、生活保護を受けるなど低所得で、認知症などの疾患を抱え、支援を必要としながら家族のいない単身者は、地域で暮らすことが難しい。家族の支えのような自助や、近隣関係などの互助がなければ、在宅での生活は難しいからだ¹²。逆に言えば、緊急時を含めた 24 時間対応の「家族的ケア」があれば地域居住が可能になる。新たな箱モノをつくらなくても、「家族的ケア」を付ければ、民間賃貸住宅や公営住宅も「支援付き」の住まいになる。あくまでも地域での生活が優先で、いま暮らしている住まいを「支援付き」にしたうえで「緊急居住セーフティネット」がある。さらにそのうえに終の棲家としての共同居住型「支援付き住宅」という重層的な居住のセーフティネットを張っていく必要がある。後述する都市型軽費老人ホームに期待したいのはこの役割である（資料 15『「支援付き住宅」移り住みのイメージ』）。

ふるさとの会では台東区、墨田区、新宿区で「サポートセンター」を設置し、認知症の単身高齢者等の生活支援に入っている（2011 年 3 月現在、単身独居は 709 名）。資料 20「新宿区独居ケース」をみてわかるとおり、「四重苦」を抱える人など地域のニーズは多様かつ複雑になっている。このように、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単身困窮者は、既存の医療・保健・福祉・住宅資源だけでは支援が難しい。今後は地域全体の〈制度の隙間〉を埋めていく資源づくりが必要になってくるだろう。「四重苦」を抱える人などに対する日常生活の直接支援（家族的ケア）、多様なニーズに対応した新たな居住資源（自立援助ホームや都市型軽費老人ホーム）などを包括し、地域包括支援センターなどとの連携を強化しつつ、居住資源や社会サービスをコーディネ

¹² 認知症に伴う生活の障害を家族がインフォーマルにサポートしている点については、栗田圭一委員の報告（第 2 章）を参照。なお、昨年度の社会福祉推進事業報告書所収「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」では、支援付き住宅職員の認識や実践に焦点を当てて、「医療」「介護」など制度の枠組みでカバーされない生活上のニーズが明らかにされた[特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会、2010]。すなわち、身寄りがいない状態で、かつ、身体的・精神的・経済的な問題を持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。（２）を充足させる取り組みは「その他、さまざまな支援」と括られてきたが、資料 16「概況調査で使用したケアコード」に基づく調査によって資料 17「入居者に対する支援業務の内容と頻度」が明らかにされた。調査結果からは、（１）支援付き住宅の職員は、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付けられてい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、かなりの連携活動を行っていたこと。（２）「直接的なケア」を中心とする職員の業務には、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示唆されている。専門家として外部の専門サービスにつなぐという意味合いではなく、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行為などは、専門資格が存在しない性質の「ニーズ」である。だからこそ特定の専門的技能を基軸とした支援／被支援の関係とは異なる広がりを持っている。体系的な整理は、資料 18「ふるさとの会支援付き住宅利用者像」、資料 19「ふるさとの会職員の生活支援実践を構成する要素」を参照。

ートする「サポートセンター」が多くの地域で必要になる。

新宿サポートセンターの事例では、福祉事務所や地域包括支援センターと連携しながら、猛暑の夜には緊急一時のショートステイ（自主事業）を利用してもらい、お出かけ日和の午後は電車に乗って一緒に「徘徊」し、それでも猛暑で食中毒を起こすなど独居生活に危険が伴うようになってからは区内の自立援助ホーム（自主事業）への入居を支援し、時間をかけて特養の空きを待ったというケースもある¹³。こうした機能は〈四重苦〉の人々にとってだけでなく、高齢化、単身化が進むわが国の超高齢社会の局面で、地域生活の継続を支えるために、ますます必要になってくるのではないだろうか。

（３）都市型軽費老人ホームの課題

生活保護受給者や低所得高齢者のために東京都が制度化した「都市型軽費老人ホーム」も、このような〈地域〉の視点が事業に反映されるべきである。この事業の課題については、すでに平成 21 年度社会福祉推進事業の報告書〔特定非営利活動法人自立支援センター ふるさとの会、2010〕において、中軽度の要介護者やメンタルヘルスの問題、あるいは重複疾病のあるケースが利用できない恐れがあることを指摘した。実際、その後公表された要綱では「医療について自己管理できる」、「問題行動を伴わない」などの入居条件が定められている。これでは「潜在的たまゆら層」の支援にならない。

都市型軽費老人ホームは、自立援助ホームと違い、人件費が公的に計上されている。独居や自立援助ホームで支援が困難になっている人を受け入れる資源であるべきだろう。資料 5「新規自立援助ホーム入居者」の 50 代女性、エイズ、認知症、身体障害者手帳 1 級のケースは、現在要介護 5 である。資料 20「新宿区独居ケース」の都営住宅に住む 80 代男性は、胃がん術後、認知症状の増悪と ADL の低下傾向にある。入所判定は地域のニーズ（困っている人）に対応したものでなければ、誰のための新制度かがわからなくなる。

〈地域〉のニーズに対応したものであるためには、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い。さらに検討されるべきは、この事業を弾力化し、「箱」への補助ではなく支援する「人」（生活支援機能）に補助を付ける仕組みをつくることだ。これも平成 21 年度報告書で提案したことだが、「四重苦」を抱える人など地域で支援を必要とする人を

¹³ （事例 3）80 代女性、アルツハイマー型認知症、生活保護受給、要介護 4。中卒後、旅館の仲居や清掃などさまざまな仕事についてきたが、70 歳の時に路上で倒れているところを保護された。連絡を取れる家族はない。福祉事務所がアパート設定をしたが、保護費をなくしてしまうため成年後見制度の利用申し込みをした。介護保険サービスのほか、民生委員、社協、地域包括、ケアマネージャー、配食サービス、地域のスーパー、ふるさとの会のサポートセンターなど、地域の協力で支えてきたが、迷子になることが増え、また昨年の猛暑で食中毒を起こすなど独居生活に危険が伴うようになったため、サポートセンターを通して区内の自立援助ホームに入居した。入居後も迷子になっては職員が迎えに行くことを繰り返したが、生活を維持しながら特養を待機した。入居中は、夜間の徘徊や、他人の物を盗んでしまう（自覚はない）ため他の入居者とのトラブルもたびたび生じた。住み替えの支援と、他者との関係性の支援に重点を置いたケースであった。

対象に、10 人から 20 人をひとつのユニットとみなし、施設長、生活相談員、介護職員、宿直、調理員・栄養士、事務員が 24 時間体制で支援を組めば、一つの「箱」でなくても分散型の住宅で十分暮らせる人は多い。民間共同住宅や公営住宅の一室も「支援付き」にできるというのは、こういうことだ。大きな土地の確保が難しい都市部においても、低所得、認知症、虐待など、多様なニーズの増大に対応するためには、ユニットの定員増など柔軟に対応できる「分散型」の制度化を検討するべきであろう。

家族的ケアが制度化され、サポートセンターが地域を「面」で支援する。そうすると、いま住んでいるところが「支援付き」になり、さらに 24 時間対応の緊急居住セーフティネット（自立援助ホーム）と終の棲家としての共同居住（都市型軽費老人ホーム）も選択できる。都市型軽費老人ホームは、このような地域の支援システムの中に位置付けられれば、いっそう有効な資源になるだろう。

先ほどの事例も、結果としてはうまくいったケースであるが、頻回な身体介護が必要であったわけでもない。区外の特養よりは同じ地域のなかで移り住みができる、そういう選択肢を増やしていく方が望ましいはずである。

第4節 既存ストックの「支援付き住宅化」

(1) 具体的問題～新宿区の高齢化問題

前節では、箱モノ中心の発想から抜け出し、民間共同住宅や公営住宅などいま暮らしている住宅を「支援付き」にしていく必要を論じた。そのためには、「箱」に補助するのではなく、支援する「人」に補助を付ける方向に転換し、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で供給していく仕組みを考えなくてはならない。これからその具体像を構想していきたい。

前節に続き、ふるさとの会が拠点を置く地域の中で特に高齢者の割合が高い新宿サポートセンターを採りあげる¹⁴。ふるさとの会が新宿にサポートセンターを設置したのは2010年の5月である。新宿区において高齢化が進む地域を重点に、自立支援法や生活保護の自立支援プログラムなどを活用し、居住支援、居場所づくり、就労支援、支え合い（互助）の支援などを行い、「四重苦」を抱える高齢者等が住みなれた地域で安心して暮らし続けられるよう支援することを目的に設置した。5月に福祉医療機構（WAM）の助成金を得て、訪問拠点と緊急ショートステイを設置し、8月に精神障害者などを対象としたグループホーム（自立支援法）、12月に緊急居住セーフティネットとしての自立援助ホーム「ふるさと下落合館」（自主事業）を開設した。できる限り自宅で暮らし続けることができるような支援と、暮らし続けることが難しくなったときでも移り住みができる「住まい」の支援を総合的に行っている。2011年1月時点の新宿サポートセンター利用者は47名である（資料22「新宿サポートセンター利用者像」）。

利用者の特徴としては、単身世帯100%、65歳以上は28名（59.6%）、認知症の診断を受けた人15名（31.9%）、がんの診断を受けた人5名（10.6%）、要介護認定を受けている人20名（42.6%）、自立支援法の給付を受けている人7名（14.9%）となっている。「四重苦」を抱える人は約半数の23名（48.9%）である。要介護5で全介助や認知症の人など、施設に入所していたり、病院に長期入院していてもおかしくない人の生活支援にも入っている。

このような事例の背景には、新宿区の高齢化問題の特徴が控えている。2009年の新宿区の高齢者人口は65歳以上が59,228人（18.7%）、75歳以上は28,421人（8.9%）と、全国や東京都の平均に比べてむしろ低い。ところが、公営団地のある百人町3丁目は26.5%、百人町4丁目は55.3%、戸山2丁目は44.6%など、高齢化率が跳ね上がる。また高齢者の10人に3人が一人暮らしで、高齢者の40%はどこのコミュニティにも属していない。

(2) 一般的問題～公営住宅の施設化

これは、構造的な問題としては、公営住宅が一般的な低所得者世帯向け住宅から「福祉

¹⁴ 事業内容は資料21「新宿サポートセンターふるさと（22年度実績）」を参照。

施設化」してきた歴史の延長にある。1951年に制定された公営住宅法は、「国および地方公共団体が協力して、健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を建設し、これを住宅に困窮する低額所得者に低廉な家賃で賃貸することにより、国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与する」ことを目的に、大量の住宅建設を進め、60年代末から70年代初頭には年間10万戸のピークに達した。だが、その間公営住宅制度は「本来階層」の割合を増してゆき、1959年の改正では収入超過者の「明け渡し努力義務」を導入、1969年の改正では高額所得者の「明け渡し請求」を可能とした。収入が一定水準を超えた世帯は公営住宅に住むべきではないという考え方を明示したのである。

住宅事情全般を見れば、1973年には全都道府県の住宅総数が世帯総数を上回り、住宅不足から住宅余剰に移行した。しかし住宅が余剰になっても選択肢が限られるのは低所得者である。低家賃住宅が不足するなか、低所得者は公営住宅に集中していった。1996年の改正では、一般の収入基準について収入分位カバー率を33%から25%に引き下げ（月収でいえば約25万から20万）、「標準世帯」の退去を促すとともに、高齢者、障害者の「受け皿」としての公営住宅の位置づけ、つまり公営住宅の「福祉的」性格が強く打ち出された。

さらに2005年改正では、知的・精神障害者やDV被害者の単身入居許可や、収入超過世帯に対する家賃の民間並みの増額など、社会的な支援を必要とする層と団地内の安定層の入れ替えがすすめられた。このことによって、低所得である以外に特徴をもたない「単なる低所得者」は、公営住宅に入居しにくくなっていった。さらに2008年4月からは、入居収入基準を15万8千円に引き下げている。これにより既存入居者のうち約14%は新基準を上回り、一定期間後段階的に市場価格に近い家賃が適用される。有識者も「新基準により、低所得の高齢者ばかりでコミュニティとして機能しない団地が増える恐れがある」と警鐘を鳴らしている¹⁵。

全国の実態に目を向けると、総数219万世帯（2003年）の収入構成は、月収20万円以下が189万世帯（86.5%）、月収12.3万円以下が158万世帯（72.6%）である。年齢構成は60歳以上が92万世帯（42.4%）、なかでも高齢単身者の割合が近年著しく増加し、全体の15%を超えている。母子・父子世帯は20%で、全住宅における比率の倍以上高い。生活保護世帯数は18万世帯（8.2%）で、内訳は母子世帯1万3千世帯、障害者世帯7万2千世帯、高齢・その他世帯が9万5千世帯となっている。生活保護世帯の約2割が公営住宅に入居し、身体障害者の18.4%、知的障害者の16.9%、精神障害者の20.4%が公営・公団・公社など公的賃貸住宅に居住している。

このように、公営住宅の「福祉施設化」が強まると、住民相互の支え合い（互助機能）も必然的に弱くなり、周辺地域から孤立しがちになる。本研究会の園田眞理子委員は、この問題を次のように指摘する。

¹⁵ 朝日新聞 2007年12月26日。

公営住宅が福祉的な色彩をより強めるほど、現実の都市や地域に存在する団地空間は、活力がなく、周辺からは孤立し、ともすると地域にとってのネガティブな空間となりがちである。そもそも福祉的な対応が必要な人たちをたくさん集めてくること自体が、すなわち「施設化（インスティチュショナリズム）」ということであって、集中による効率的な対応という規模の経済が働くどころか、居住者の自主性の衰退、過度の依存、さらなる衰退というマイナスのスパイラルに陥ることは既に多くの先例により明らかである。〔園田眞理子，2006〕

(3) 単身・困窮者支援を包摂する社会資源づくり

新宿サポートセンターの利用者は戸山団地のある大久保地区だけでなく、四谷地区、柏木・角筈地区など、木造アパートが多く残る地域にも集まっている。基本的には公営住宅と同じ課題を抱えている。こうした課題を抱える地域を「面」で支えることは、「たまゆら」のような施設を必要とする人を減らしていくために重要であり、既存住宅ストックを活用した支援住宅整備と位置づけることができる。都心部で高齢化率、特にひとり暮らし高齢者の割合が高いエリアについては、頼りにできる親族や友人がいない人を前提にした支援システム（資料 23「単身・困窮者のための社会資源づくりの位置づけ」）をつくっていかねばならないだろう。具体的には、①日常生活支援、②居場所づくり、③雇用の受け皿づくりと就労支援、④支援付き住宅との連携などの資源やサービスが必要である。四つはバラバラのものではなく、相互に支えあう包括的な地域資源である。以下、事例を挙げて敷衍する。

（事例4）90歳、男性、都営住宅でひとり暮らし。生活保護受給。連絡の取れる家族はいないが、同じ団地で気にかけてくれる人はいる（サービス担当者会議にも参加）。既往症は胃がん、高血圧、認知症。夏に入院してから認知能力と食欲が低下し、布団を敷かずに床で寝るなど日常生活に支障が出ていた。地域包括、ケアマネジャーなども関わっている。サポートセンターの関わりは、お話し相手（宗教の話など）、土日の安否確認など。足が痛く一人では外出できないため、通院の時以外は部屋を出ることはない。デイサービスへの通所は拒否しており、気軽に立ち寄れる地域の居場所がほしいというのが支援者のニーズである。

① 日常生活支援（互助との結びつき）

上記の「事例」において近隣関係は維持されているが、買い物支援、当番支援（ごみ収集場の清掃等）など、「見守り」以上の「生活支援」のサービス提供ができる新たな「互助」機能（「互助を支援する機能」と言ってもよい）が求められている。本報告書に掲載した園田眞理子氏の講演では、南芦屋浜の災害復興住宅で800戸を対象にLSA（ライフサポートアドバイザー）を派遣し、10年間で孤独死ゼロの実績をあげた事例が報告されている。

こうした実践を一般化するには、一般的な制度が必要である。新宿サポートセンターはWAMの助成金で運営しているが、単年度の助成であり、しかも運営費の一部にすぎない。災害復興基金は地域が限定されている。園田氏は「生活復興基金」を各自治体が持てば、神戸と同じことはできるのではないかと述べている。現状は生活保護の自立支援プログラム、各種助成金や基金などを活用しながら、生活支援サービスの制度化のための実績づくりをしている段階である。

② 居場所づくり（居場所との結びつき）

居場所づくりは公営住宅の「目的外使用」も選択肢に入れながら、地域のニーズに応じた資源の活用を進めていくべきだろう。上記事例のように、がんや難病を抱えていても居やすい空間や情報提供の機能をもつ「がん患者サロン」のような場を地域でつくっていく需要もある。また、居場所づくりには各地でさまざまな先行的事例がある¹⁶。近隣の空き家・空き室なども活用して、誰でも利用できる居場所をつくり、見守りつきの緊急ショートステイも併設すると、「四重苦」を抱える人でも「いざ」というときの支えがあり、安心して一人の暮らしを送ることができる（第2節の事例も、猛暑で食中毒を起こした時に緊急ショートステイを利用した）。公営住宅においては「目的外使用」も承認が柔軟化しているので、住宅用途としても、住宅以外の用途としても、地域のニーズに応じた資源の活用を進めていくべきだろう。

③ 雇用の受け皿づくりと就労支援（仕事との結びつき）

日常生活支援や居場所づくりの支え手、サービス供給の仕組みについては、稼働年齢層でありながら一般労働市場で排除されやすい母子世帯や障害者（軽度の知的障害者など）、長期失業者などの力を借りることも検討すべきだろう。ふるさとの会では約200名の職員のうち80名は元路上生活者や生活保護受給者である。うち3名は新宿サポートセンターの利用者である。こうしたことは、研修やサポート体制を整えれば十分に可能である。

都営住宅には母子世帯が多く、高齢低所得者向けの雇用も限られている。高齢者の生活を支えるサービスやコミュニティビジネスを、母子世帯や高齢者世帯の雇用の受け皿にして、ケア付き就労を増やしていくことで、新たな産業が生まれる。この課題は次節で改めて論じる。

¹⁶社会福祉協議会が支援する「ふれあい・いきいきサロン」は全国に4万個所以上ある。東京都多摩市では住民、市、社協が協力し、サロンに加えもっと気軽に作れる「ご近所ラウンジ」を都営住宅のなかに設置した（資料24「憩いと安心のご近所づくり始めてみませんか サロン・ラウンジづくりのすすめ」（平成21年3月多摩市社会福祉協議会・多摩市健康福祉部高齢支援課））。新宿の戸山団地では、区とNPO法人との共同事業で「ほっと安心地域ひろば事業」を行っている（資料25「ほっと安心カフェ」）。山谷地域では、ふるさとの会がメンバー制の「共同リビング」を運営している（資料26「地域生活支援サービス」）。

④ 支援付き住宅との連携（福祉制度やケアとの結びつき）

新宿サポートセンターで緊急居住セーフティネット（共同住宅を改装した自立援助ホーム「ふるさと下落合館」）を開設した際には、区内のアパートから2名が転居した（その他は住居がない病院退院者や施設を退所した人など）。さらにふるさとの会では、新宿区の生活保護受給者67名を台東区・墨田区の自立援助ホーム等で受け入れており、約半数（34名）は「四重苦」を抱えている。都心部では、「四重苦」を抱える人は、住み慣れた地域や福祉事務所の管内で安定した住居を確保するのが難しい。地域の居住系社会資源を活用し、生活支援と社会サービスのコーディネートを行いながら、アパート確保や居住系介護サービス、グループホーム等への結びつきを支援するとともに、地域の居住資源を増やしていく取り組みが求められる。自立援助ホームのほかにも、公営住宅を活用した低家賃のグループホームなど、支援付きの住宅づくりが必要である。

この点でも先述の公営住宅の目的外使用が考えられる。大阪府営住宅の3DK2室を5室プラス共同空間に改良した事例もある。また公営住宅だけでなく、園田委員の講演録にもあるとおり、「普通の住宅」を使ったグループ居住の展開も視野に入れながら、既存ストックの「支援付き住宅化」モデルを多様に創り出していく段階に立っているといえよう。

以上のように、地域の人材や経済資源を活用してその地域に根ざした住宅提供やサービス提供の仕組みを〈地域協働〉でつくり出すことは、新たな互助機能をつくりだし、周辺地域からの孤立を防ぐことにつながる。

地域の住宅行政担当者は、地域住宅政策とは公営住宅をつくることだといったような考えからいち早く脱却し、地域のハード、ソフトの資源を巧みに組み合わせ、より高次の住環境が提供できるように努める地域マネージャーのような役割が求められる。また、何も公共がすべての責任を負うのではなく、地域の人材や経済資源を活用して、その地域に根ざした住宅提供やサービス提供の仕組みをつくり出すことを考えてみる。これこそがコミュニティビジネスであり、英語ではコミュニティ・ディベロプメント、日本語ではまちづくりということになる〔園田眞理子，2006〕。

最終節ではこの「まちづくり」の一つの在り方を、新たな互助機能の創造的回復と就労支援を結びつけるかたちで示していきたい。

第5節 新たな互助機能による地域の再生

第2節で紹介した4人の元路上生活者の話であるが、そこに出てきた大森さんの火葬には、彼が暮らした「自立援助ホームふるさと晃荘」の職員が何人か参加していた。そのうち二人は生活保護を受けており、もともとは居住と生活の支援を求めてふるさとの会と出会った人たちである。また、第3節、第4節で紹介した「ふるさと下落合館」には、生活保護を受けて「就労支援ホーム」で暮らすスタッフが5名働いている。仕事内容は食事の配膳・見守り、服薬支援、話し相手など、高齢者の生活全般の支援にかかわるものである（第3章図3-36）。

これまで「四重苦」を抱える人に対し、家族的な支援（日常生活支援）が必要であり、サービスを提供するための制度が必要であることを主張してきた。この点について、平成22年11月15日の東京都社会福祉審議会意見具申は、「新しい互助ともいうべき機能」という概念を提示している。すなわち、それは「本人の生活全体を考え、それに寄り添い、共に考えていく機能」であり、新しい「ニーズ（必要）」として明確に位置づけることが求められている。またその充足は、互助はもとより、自助・共助・公助、そして、これらの組み合わせによって多様であるとも述べている。「寄り添い」のなかに日常生活支援が含まれているとすれば、本研究の「自助を支える新しい互助」と響きあう視点である。この充足のひとつのかたちを最後に示していきたい。

これは2008年末の「派遣村」以来、日本社会が抱えてきたも問題に対する一つの答えでもある。2011年1月の生活保護受給者数は199万8975人、200万人突破は確実な状況である。特に増加が目立つのは現役世代であり、金融危機後の2009年1月と比べると、高齢世帯や母子世帯が1.2倍程度であるのに対し、「その他」世帯は1.9倍と突出する。住み慣れた土地に雇用がなく、都市においても安定した仕事や住居を得られなかった稼働年齢層の失業者をどのように支援していくのか。たしかに、困窮状態に陥ったならば、生活保護を支えに生活再建をする必要もあるだろう。ただし、生活保護はあくまで生活保障の一つであって、一人ひとりの生の充足——その人らしく生きる自己尊厳や安心の感覚、コミュニティへの帰属感など——を保障するものではない。

課題を二つ挙げる。第一に、失業者には就労阻害要因を抱えている場合がある。ふるさとの会の「就労支援ホーム」（自主事業）は、日雇い派遣などの不安定就業からあぶれ、サウナやネットカフェなどの不安定住居を経て、入所に至った人たちが入居している。就労阻害要因というのは、たとえば母子世帯、外国人労働者、適応障害などの精神疾患や軽度の知的障害を抱えながら不安定就業に従事してきた人などである。こうした問題を抱えながら、土建や製造業のラインに戻っても、再び仕事と住居を失うリスクは高い。生活保護を受けたとしても、安定した地域生活を送るには生活と就労の継続的なサポートが必要である。

第二に、疲弊した地域社会の再生なしに、人間の自立支援は難しい。たとえば、ふるさとの会の活動エリアである東京都墨田区は、繊維業がひしめく地域であったが、グローバルな価格競争のなかで産業が衰退していくと、そこを顧客にしていた自営業（クリーニング屋や飲食業など）も商売が低調になる。そうすると、雇用の減少、現役世代の流出が起こり、地域の高齢化率がさらにアップするという悪循環に陥る。空き家や空きビルも増えて、地域が空洞化する。

だから、たとえば母子世帯の支援であれば、子供の保育を支援した上で技能修得を支援するなど、就労阻害要因を取り除くとともに、地域における就業を産み出し、拡大していく必要がある。公園清掃など公的な仕事出しなどは、一過性の処方箋にすぎない。地域のニーズに対応した内需拡大が求められており、有力なニーズの一つが、高齢化がすすむ地域における家族的機能の再構築である

資料 27「地域社会関係資本の再活性化による地域社会問題の解決」が示すのは、地域の空き物件を活用し、医療・介護などの社会サービスや福祉事務所と連携することで、「四重苦」を抱える人などの支援付き住宅を設置できるということであるが、さらにケアスタッフを育成すれば雇用も拡大する。しかも資料 28「需要 1 億円あたりの雇用創出人数」が示す通り、その効果は極めて高い。雇用を創出することができる。実際、資料 29「高齢者支援と若年者の雇用創出」、資料 30「要介護高齢者支援と雇用創出」が示す通り、「四重苦」を抱える人などの地域生活を支援することで、ネットカフェ、簡易宿泊所（ドヤ）、無料低額宿泊所（第 2 種社会福祉事業）などで暮らしていた稼働層が「家族的機能」を担う仕事に就いている。

（事例 5）失業、ネットカフェ、路上生活を経験し、40 代半ばで NPO の職員となったケース。大卒後、銀行に勤めるが、家業を継ぐため退職。その後失業、家族との不和などが原因で路上生活になり、福祉事務所でふるさとの会の仕事を紹介された。東京都の「緊急就労・居住支援事業」に参加し、主に高齢者が暮らす宿泊所の補助要員として採用されたが、本人へのインタビューでは、最初の一週間は仕事に行くのが嫌だったという。失業前は職人の仕事をしていたので、ハローワークに通っていたときも、介護の仕事はたくさんあったがまったく興味はなかった。だが、40 代で再就職は難しい。資格があっても仕事はない。彼自身も採用する側にいたから分かるそうだが、40 代というだけで履歴書を読まれない。ヘルパーはそういう条件はなかったが、住所がないと信用されない。

路上生活の時の気持ちを聞くと、最初、福祉事務所に相談に行くことには迷いがあったという。落ちぶれると思ったそうだ。しかし野宿はきつい。眠れないし、精神的に追い詰められ、食事もできなくなった。何とかしないと、という焦りばかりが増幅する。（緊急就労は）保護より仕事だったので入りやすかった。福祉事務所がすぐに電話してくれたのもよかった。

最初は嫌だったという宿泊所の仕事だが、入居者と会話を重ねるうちに、自分の変化を感じたそうである。「こう言っているのかわからないが、爺さんたちが『かわいい』とを感じるようになった」。ではどの

ように接しているのか。彼はこんなエピソードを話してくれた。「たとえば『巨人はどう?』と聞くと、新聞を出して説明してくれる。すると、浅草の演芸の宣伝が載っていたりして、聞けば昔の話をしてくれる。それで考えてみたら、自分はおばあちゃん子だった。学生時代はおばあちゃんの家が近くて、授業の合間に遊びに行くと、こたつでみかんを食べながら夕方の水戸黄門をみたりしていた。だから、10時には暴れん坊将軍、4時から水戸黄門とか、お年寄りの生活リズムを身近に感じる…」。

この事例には、「ケア」というものの原初的な形態を見出すことができる。「巨人どう?」の一言から、語りかけられた人の能動性（語りの主体）が引き出されている。これによって、語りの場はそれぞれにとっての居場所になっている。彼が身寄りのない高齢者を見守っているのか、それとも老人たちの方が失業や路上生活など苦難を経た男の休息を見守っているのかは分からない。ただ、彼はこのやりとりを通して、ケアする人に成っていつている。

本来、「巨人どう?」は、近隣が形成してきた関係性であろう。しかしそれは「ないものねだり」になりつつある。だから日常生活支援を新たな互助機能として地域協働化することによって、支援付きの居住をつくっていかなければならない。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。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」の問題を解決する糸口になるはずである。

もちろん、誤解を招かないようにしたいが、製造のラインから人を支援する仕事に移せばいいという単純な話ではない。ホームレス支援の具体的課題は居住、生活、就労支援などであるが、私たちはその核心はメンタルケアであると考えてきた。なぜなら、路上生活とは、自らのもっとも惨めな姿を公衆の面前にさらしつづける状態であり、心にバリアをはらなければ耐えられるものではないからだ。路上生活を経験した人が、再び社会の中の役割や、人としての尊厳・居場所を回復するためには、このバリアを解除する継続的な関わり合いが最も重要である。この「関わり合い」を通して「ケア付き就労」をサポートし、「四重苦」の人に対する家族的ケアを保障する仕組みを考える。これが本研究事業の目論見である。日常生活支援を仕事にするためには、研修プログラム（資料31「ケア研修」）も紹介しなければならないが、この検討は、もう少し先の課題である。

おわりに 研究の進捗

本研究事業の進捗を概観しておきたい。研究の目的は次のようなものであった。「低所得／単身／高齢要介護／精神疾患またはがんなど、重層的な生活課題（「四重苦」）を抱えた人は、既存のフォーマルな制度や社会資源だけでは在宅生活を支えることが困難である。そこで、現にそのような人を支援している事例を研究し、新たな「互助」ともいえるべき家族的支援の機能を明らかにする。さらに、新たな「互助」を「仕事」にしている「ケア付就労」の参加者の仕事の分析や、現に安定した居所を持たない人への「居場所」提供とニーズ調査を通して、困窮状態にある稼働層と非稼働層を包括的に支援する「絆」の再生のモデルを示し、多様な就労の拡大に向けて提言を行う」。

そこでまず調査対象として、

- ① ふるさとの会で雇用（ケア付就労）する91名の職員
- ② ふるさとの会の「居場所」を利用する人

を挙げた。しかし、第3章で報告するとおり、今年度は91名の職員にヒアリング調査を行うための調査票づくりを目標に変更した。意図したことは、当該の報告に譲りたい。

次に実施場所として、

- ① ケア付就労を実施しているふるさとの会の事業所（支援付き共同居住）
- ② ふるさとの会が提供する地域の「居場所」

を選択した。今回の研究事業で「居場所」の一つに設定したのが、借り上げのゲストハウスである。ここには、年末年始の山谷越年事業に参加したネットカフェ居住者など5名が入居した。

調査内容と方法については、

- ① ふるさとの会提供の「居場所」を利用する人のプロフィール、利用に至った経緯、一人ひとりの生活や就労などのニーズをヒアリング調査した。ただし、今年度はその内容の分析に入らず、ゲストハウス利用者の5名と、ふるさとの会の「ケア付き就労」に雇用されている35名を対象に、調査票づくりのための予備的調査を行った。
- ② ①の調査によるライフステージに応じた「絆」再生のプロセスについても、調査の分析が前提になるので、今後の課題としたい。
- ③ ケア付就労のなかで、生活支援に従事している職員の仕事内容から、新たな「互助」ともいえるべき機能を調査するための調査票づくりと予備的調査を行った。この点も第3章で具体的な経緯を報告する。
- ④ ケア付き就労が機能するための「ケア」と、安定した就労のための生活支援ニーズをヒアリング調査についても、前項と同様である。
- ⑤ 互助機能をサービスの受け手（厳密に言えば一方的な関係ではないが）の側から意味づけるために、「支援付き共同居住」における「四重苦」を抱える人に対する生活支援

の記録を素材に、今後必要な保健医療福祉支援の機能を分析することも、さらにその次の作業として検討していきたい。

最後に、今年度は分析には入らないと述べたが、ゲストハウスに入居した5名の支援（調査）から得た「視点」を報告しておきたい。男女比は男性4名、女性1名であった。男性4名は山谷の越年をきっかけに事業に参加した。女性は隅田川のおにぎり配りの活動をきっかけに事業に参加した。年齢は30代が3名、40代が1名、60代が1名である。3月31日の事業終了に伴い、3名は東京都の緊急就労・居住支援事業に参加することが決まった。1名は日雇い労働に就くことが決まった。1名は区のシェルターに入居することが決まった。

支援（調査）に携わった職員とのディスカッションでは、「居場所づくりは大事だが、目標の共有がないと次のステップにすすまない」、「資格取得や体験就労のプログラムがほしかった」など、一定の稼働能力を有する参加者については、就労のプログラムをセットにしてほしいという要望があった。自立支援センターへの入所も検討したが、2名はすでに利用経験があり、未利用の人も含めて、よりきめの細かい支援、関係づくりが必要と思われた。生活保護は全員が「受けたくない」と回答したが、やむを得ず申請を検討した人も、最終的には緊急就労・居住支援事業に参加することになった。

このように、今回のゲストハウスの利用者からは、利用中に明確な「目標」の意思表示を得られなかった。これは事業期間が3か月で、「関係づくり」をする前に終了してしまったためか、それともこの事業にプログラムがなかったためか、あるいはもっと根底にメンタルヘルスの問題を抱えているのか、さまざまな要素が考えられる。性急に答えを出すべきではないだろう。

仕事への関心については、「ハローワークに相談したい」が1名で、一般労働市場で自立する意欲（労働市場への期待）の弱さがうかがえる。就職するうえで本人が問題と考えているのは、「希望する仕事の年齢が合わない」（2名）、「職歴・技能が不十分」（3名）、「希望する条件の仕事がない」（3名）、「日払いでないと生活費が続かない」（3名）である。事業参加直前の就労歴は「なし」が3名、「あり」でもDVD販売や倉庫整理など、資格や熟練を要さない仕事であった。最長職の雇用形態は非正規雇用が3名、正規雇用が1名である。これらに対応するかたちで「職業訓練を受けたい」が4名と、全員がなんらかの支援を求めている。

その反面、利用者の特性、アプローチ方法として職員が感じていることは、「仕事を見つけることにすごく焦りを感じている」、「本人が何をどうしたいのかははっきりわからない」、「本人からこちらに話をしてくることがない」、「むずかしいことなどへの理解が難しい」、「不安定になりやすい」など、広義のメンタルヘルスにかかわる問題があることを示唆している。いまの状況から出たいけれど、出られない。なんとか生きていられるけれど、満足もしていない。「今後の生活や仕事に対する希望」で「普通の生活がしたい」というささ

やかな願いを吐露するなど、安定を求めながらも展望が見いだせない実存的な苦しさがにじみ出ている。

これはケア付就労参加者の意識と大きく違う点であり（第3章参照）、今後の若年困窮者の支援の在り方や、ケア付就労の「ケア」がなんであるかを明らかにする研究において、重要な論点となるだろう。「普通の生活がしたい」という願いも、単に衣食住が欠乏しているという物質的な側面だけにとらわれると、大事な問題を見落とす場合がある。

「普通の生活」がなぜしづらいのか。不遇ということもあるかもしれない。だが、社会との小さな「ズレ」（たとえば病院に行かないのに健康保険料が天引きされることに納得ができない）が職場放棄のリスクに直結するケースもある。このような場合は、職場との橋渡しや危機介入する存在が必要ということになる。「資格取得」もそれ自体が本当のニーズとはかぎらない。先の見えない世の中で、希望を持ってと空虚にも励ます方が無責任である。主観に働きかけて「就労意欲」を喚起する前に、仕事をつくり、仕事の中で人と接する「場」や「出会い」をつくり、関係の中で自己を肯定する機会を探ることが変化のきっかけになることも多い¹⁷。どこかに準拠することで落ち着くということであるのなら、〈帰属〉もまた一つのニーズである。参加者の一人は90日間通った中華料理屋（契約業者）に「3ヶ月世話になりましたと」挨拶していったそうだが、このような社会形成の潜勢力も、役割の中で生き、かつお金がもらえるということから形成されていると考えるのは飛躍のしすぎであろうか。

生活課題については、1名が読み書きで苦労しているが、最終学歴は中学が1名、高校が2名、短大・専門学校が1名、大卒以上が1名と、全体的には低学歴とはいえない。アパート生活の経験は全員が「あり」であった。飲酒、ギャンブルの目立った問題は出てこなかった。借金は過去を含めると4名が「あり」であった（1名が無回答）。

健康状態は2名が不眠を訴えているが、3名が「よい」と答え、重大な既往症はなく、東京都社会福祉協議会医療部会の協力を得て医療支援の準備はしていたが、受診には至らなかった。

家族関係は、全員が未婚で、家族や親戚に連絡が取れる人は2名であるが、悩み事の相談相手は全員が「いる」と答えている。お金のことで相談できる相手が「いる」も4名いたが、それにもかかわらずゲストハウスを利用した経緯は、いまのところ不明である。

調査時に抱えている不安の内容は、3名がお金や住まいの問題を挙げていたが、この事業（調査）に参加して、「お金の心配をしなくなった」、「住むところがあって生活習慣が戻った」、「住まいについての不安や、漠然としたものの不安が、人と話すことによって無くなった」など、不安が和らいだことを示している。関連して、「生活の中で変わったこと」に

¹⁷ ふるさとの会で就労している35人の利用者に対して、仕事をしていて楽しいことの有無を尋ねたところ、26名（74.3%）は「ある」と回答している。記載された内容を見ると、「ありがとうと言われたとき」、「会話ができる」、「気軽に声をかけてくれる」など、支援対象である高齢者との気軽な会話や感謝の気持ちを伝えられることが利用者の気持ちの励みになっていることがうかがえる。第3章参照。

ついて3名が回答し、「予定を組むことができるようになった」「生活習慣が戻ってきた」「落ち着いた。相談相手がいることで安心できた」など、生活や気分が安定する傾向にはあった。

いずれにしても、この段階で言えることは、生活保護の法内と法外、それぞれの支援ニーズが多様化している（法内は居場所、法外は就労プログラムというように二分できない）現状を直視し、法内・法外ともにプログラムを多様化して、稼働層に対しても「本人の生活全体を考え、それに寄り添い、共に考えていく機能」としての「新しい互助」が重要になっているということではないだろうか。第5節で示した事例へのインタビューで、やりがいのある仕事につながるには、どんな制度が必要かという質問をしたことがあるが、彼の答えは「どんな制度があっても、自分の気持ち（制度や自立したいという意欲に）向かっていないとつながらない」であった。仕事や資格や研修からスタートできなくとも、寄り添いながら兎にも角にも働く場や活動の場を作り（したがって雇用の受け皿がまず必要）、関係を取り結びながら自己を形成する支援が必要なこともある。少なくとも「居場所」の提供は、チャンスを待つ期間、適切なプログラムを選ぶ（選ばないという選択も含めて）準備（考える）期間として有意義であった。現在緊急就労・居住支援事業に参加した人にとっても弾みになったと思われる。また、自力で再就職できる人にとっては、NPOの活動ベースにすぐに入居できるシェルターがあることは、有意義であった。一方で、生活保護受給者のための「就労支援ホーム」では、「居場所提供」や「地域清掃」が就労のリハビリテーションになるケースもあるので、生活保護につないでいくことが適切な場合もある。民間非営利活動をベースに、緊急に衣食住を保障していく事業は、雇用の受け皿を用意するならば、今後も有効な施策になりうるだろう。

2010年3月18日に予定していたシンポジウム（資料32「検証会 たまゆらから2年 何が変わったか」）は東日本大震災の影響で延期となったが（資料33「共同声明 3.19から3.11へー「ひと」を支える「支援付きの生活復興」を」）、今後も3名の継続支援を通して、また、ふるさとの会のケア付き就労参加者（2011年3月現在では80名）の本調査を行うことによって、さまざまな生活困窮者支援のモデルを提示するとともに、広く参照されるエビデンスを析出してゆきたい。

文献目録

岩見良太郎, 1995, 「居住空間の再生と都市計画―場所と場の観点から」(『講座 現代居住 第3巻』), 東京大学出版会.

吉岡充・村上正泰, 2008, 『高齢者医療難民』, PHP新書.

佐藤幹夫, 2010, 『人はなぜひとを「ケア」するのか』, 岩波書店.

特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会, 2010, 「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」.

園田真理子, 2006, 「住宅政策と福祉政策の統合的な展開に向けて」(『住宅』2006年2月号).



とも暮らし風景



資料1

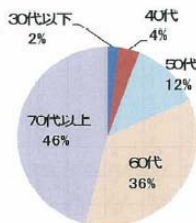
利用者像(宿泊所・自立援助ホーム)

295 名

2011年3月

【年齢】

	人数	割合
30代以下	6	2.0%
40代	11	3.7%
50代	37	12.5%
60代	105	35.6%
70代以上	136	46.1%
60歳以上	241	81.7%
平均年齢	67.6 歳	



【障害】

●身体障害

	人数	割合
取得	62	21.0%
疑い含む	78	26.4%
1級	15	5.1%
2級	17	5.8%
3級	9	3.1%
4級	17	5.8%
5級	0	0.0%
6級	3	1.0%
7級	1	0.3%
申請中	2	0.7%
疑い	14	4.7%

●知的障害

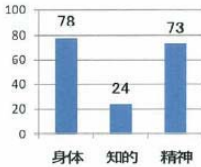
	人数	割合
取得	7	2.4%
疑い含む	24	8.1%
1度	0	0.0%
2度	0	0.0%
3度	1	0.3%
4度	8	2.0%
申請中	0	0.0%
疑い	17	5.8%

●精神障害

	人数	割合
取得	25	8.5%
疑い含む	73	24.7%
1級	4	1.4%
2級	19	6.4%
3級	2	0.7%
申請中	5	1.7%
疑い	43	14.6%

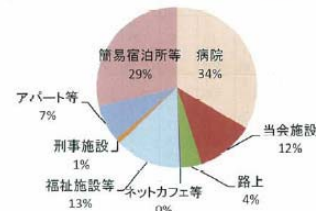
●三障害

	人数	割合
取得	90	30.5%
疑い含む	153	51.9%



【前居所】

	人数	割合
病院	99	33.6%
当会施設	34	11.5%
路上	12	4.1%
ネットカフェ等	1	0.3%
福祉施設等	39	13.2%
刑事施設	3	1.0%
アパート等	22	7.5%
簡易宿泊所等	85	28.8%
合計	295	100.0%



【介護】

●介護保険

	人数	割合
要支援1	14	4.7%
要支援2	9	3.1%
要介護1	49	16.6%
要介護2	44	14.9%
要介護3	25	8.5%
要介護4	13	4.4%
要介護5	4	1.4%
申請中	0	0.0%
合計	158	53.6%

●いずれかの利用

	人数	割合
あり	179	60.7%

●自立支援法

	人数	割合
区分1	0	0.0%
区分2	6	2.0%
区分3	2	0.7%
区分4	2	0.7%
区分5	0	0.0%
区分6	0	0.0%
申請中	0	0.0%
合計	10	3.4%

いずれかの利用



【認知症】

	人数	割合
診断あり	80	27.1%
疑い	37	12.5%
合計	117	39.7%



【障害・要介護・認知症】

●いずれか

	人数	割合
該当	262	88.8%

【がん】

	人数	割合
あり	13	4.4%

宿泊所・自立援助ホーム

資料2

【四重苦】を抱える人の推計値

	人数	比率	備考
全国 被保護実人員数	1,866,157		厚労省「福祉行政報告例」22年3月分概数
うち高齢者世帯数	586,438	31%	同上(世帯数でカウント)
うち介護扶助受給者総数	217,559	12%	
65歳以上の介護扶助受給者数	168,565	9%	厚労省「被保護者全国一斉調査(基礎調査20年)」より
在宅	134,992		
施設	33,573		
東京都 被保護実人員	244,086		出典：2010.3 東京都 福祉月報
単身被保護高齢者世帯数	73,886	30%	同上
東京都 介護扶助受給者総数	26,442	11%	同上
在宅	21,036		同上
施設	5,406		注)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設ほか



全国 67,496名
東京 10,518名 推計

資料3

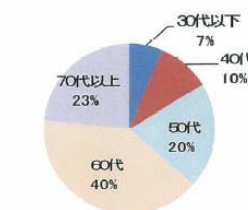
NPOふるさとの会 利用者像（全体）

1124 名

2011年3月

【年齢】

	人数	割合
30代以下	71	6.3%
40代	113	10.1%
50代	220	20.1%
60代	452	40.2%
70代以上	262	23.3%
60歳以上	714	63.5%
平均年齢	61.2 歳	



【障害】

●身体障害

	人数	割合
取得	99	8.8%
疑い含む	118	10.5%
1級	20	1.8%
2級	29	2.6%
3級	15	1.3%
4級	27	2.4%
5級	2	0.2%
6級	5	0.4%
7級	1	0.1%
申請中	5	0.4%
疑い	14	1.2%

●知的障害

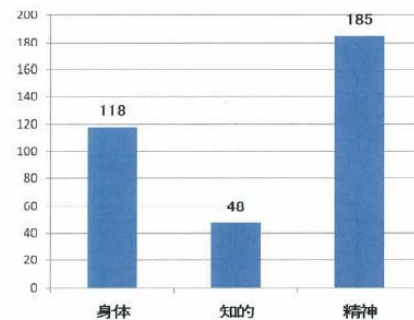
	人数	割合
取得	16	1.4%
疑い含む	48	4.3%
1度	0	0.0%
2度	0	0.0%
3度	2	0.2%
4度	14	1.2%
申請中	2	0.2%
疑い	30	2.7%

●精神障害

	人数	割合
取得	66	5.9%
疑い含む	185	16.5%
1級	0	0.7%
2級	51	4.5%
3級	7	0.6%
申請中	5	0.4%
疑い	114	10.1%

●三障害

	人数	割合
取得	176	15.7%
疑い含む	317	28.2%



【介護】

●介護保険

	人数	割合
要支援1	22	2.0%
要支援2	16	1.4%
要介護1	62	5.5%
要介護2	53	4.7%
要介護3	34	3.0%
要介護4	17	1.5%
要介護5	8	0.7%
申請中	1	0.1%
合計	213	19.0%

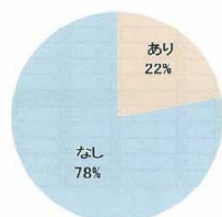
●自立支援法

	人数	割合
区分1	2	0.2%
区分2	13	1.2%
区分3	3	0.3%
区分4	2	0.2%
区分5	0	0.0%
区分6	0	0.0%
申請中	0	0.0%
合計	20	0.0%

●いずれかの利用

	人数	割合
あり	248	22.1%

介護制度いずれかの利用



【認知症】

●診断あり

	人数	割合
診断あり	83	7.4%
疑い	45	4.0%
合計	128	11.4%



【障害・要介護・認知症】

●いずれか

	人数	割合
該当	471	41.9%

【がん】

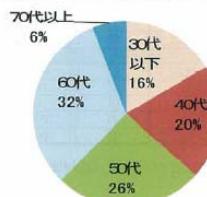
	人数	割合
あり	32	2.8%

全利用者

【ふるさとの会雇用】

●年齢別

	人数	割合
30代以下	14	16.5%
40代	17	20.0%
50代	22	25.9%
60代	27	31.8%
70代以上	5	5.9%
合計	85	100.0%



資料4

新規自立援助ホーム入居者

年齢	疾病	ADL	介護	障害	居所	備考
60後	人工透析			身障1	旅館	
60前	統合失調症		申請中		旅館	
40代				愛の手帳4	旅館	
60後	がん	流動食			旅館	
70代	未受診	杖歩行			カフェセルH	
40代	AIDS				サウナ	
40代	肝炎、アルコール依存				宿泊所	
50代	脳梗塞	介助歩行			宿泊所	
70歳	てんかん、心臓病	聴覚障害	要支援2	身障4	宿泊所	
50代		視覚障害			宿泊所	
50代	パーキンソン、認知		介護3	身障2	有料H	茨城県
70歳	肝炎、脊柱管狭窄	車椅子	介護4		病院	近隣病院
50代	AIDS、認知症	左手マヒ	介護3	身障1	病院	都立病院
60後	DM、パーキンソン	歩行困難	申請中		病院	他区病院
70代	DM、認知症	歩行不可	介護3		療養病床	都下、医療
60前	統合失調症、アルコ			精 申請中	精神科病院	他県
70代	アルコール依存症	つたい歩き	介護1		精神科病院	都下

「支援付き住宅研究会」の 提言及び制度提案

・生活保護法改正

9番目の扶助創設 地域生活支援扶助の単給制度

- 地域生活支援サービスの現物給付
- (1)日常生活支援の制度化
 - (2)単独給付可能な現物サービス

厚生労働省 社会・援護局長 殿
老 健 局 長 殿

2010 年 5 月 24 日
支援付き住宅推進会議
共同代表 山岡義典
高橋紘士
水田 恵

私たち「支援付き住宅推進会議」（以下「推進会議」）は、2010 年 5 月 7 日の第二回会議において協議した以下の提言を、厚生労働省においても検討していただき、今後、推進会議と継続的に協議するよう要望します。

【政策提言～新たな社会保障制度に向けて】

「困窮・単身・要介護・高齢／障害」の〈四重苦〉を抱える人々の地域居住を保障するための生活保護制度改革

私たちは、表記の改革として下記の提言を行い、その実現に向けて調査研究と政策の具体化を進め、賛同者とともに関係者・関係機関に働きかけます。

2010. 5. 7

支援付き住宅推進会議

1. 地域生活支援サービスの現物給付（単独給付含む）

(1) 日常生活支援の制度化

「困窮・単身・要介護・高齢／障害」の〈四重苦〉を抱える人々は、多くが〈自助〉と〈互助〉を喪失しており、所得保障や介護保険など在宅サービスでは地域での生活が困難である。地域における〈自助〉＝家族的ケアと〈互助〉＝見守り機能の再構築が求められている。

家族的ケア＝日常生活支援は、「家事援助」や「見守り」と同じではない。食事や排せつなどの臨機応変の（要介護者に合わせた）24 時間の生活支援や、服薬支援、通院同行、緊急時対応など介護保険外の支援が、地域生活の継続にとって欠かせない。

これから 2035 年をピークに、都市部では認知症を抱える単身高齢世帯、特に 75 歳以上の後期高齢者が急増していく。「医療・介護難民」を生み出さないためにも、日常生活支援を「地域生活支援サービス」として制度化する必要がある。

(2) 単独給付可能な現物サービス

家族にかわる日常生活支援を現物で給付できるような新しいサービスは、生活保護世

帯だけのニーズではない。年金で生活はできるが、支援を必要とする単身者も、生活支援がないばかりに疾病や障がいが増大化し、結果的に医療扶助を増大させる。膨大化する医療扶助を抑制し、要保護になる前の「予防」をしていくためにも、新たな互助機能として、地域生活支援を単独でも給付できるような生活保護制度の改革が必要である。

個別の生活ニーズに応じた対人社会サービス personal social service を現物で提供する「地域生活支援サービス」が制度化されれば、現に住んでいるアパートや公営住宅も支援付きの住まいになっていく。

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

生活保護の改革にとって、福祉事務所のケースワーカーの増員は不可欠である。しかし、自治体の公務員としてのケースワーカーの質と量を確保することは、現実的には容易ではない。生活保護の自立支援のためには、福祉事務所等行政のみの対応には限界があり、「新しい公共」と言われる企業、NPO、市民の協力が不可欠になっている。「地域生活支援」のサービスを充実させるために、地域活動の実績とノウハウをもち、一定の研修によってワーカーの質を保てるNPOなどに業務委託していくことが検討されるべきである。

業務委託は、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と連携し、新たな対人社会サービスとして日常生活支援の直接提供と、医療・介護・福祉など制度を横断し、生活の場をもコーディネートするサポートセンターを設置することが基準になる。

3. 地域協働型支援付き住宅の制度化

〈四重苦〉を抱える人々の地域居住を実現するためには、低廉で支援付きの住まいを供給する必要がある。先行事例では、地域住民の協力を得て既存ストックを活用し、自治体とNPOが連携して、地域の居住困難者の居住と生活を保障してきた。24 時間支援スタッフが生活を見守り、医療や介護などの社会サービスは地域の社会資源を活用する。地域の中で緊急性の高いケースにも対応してきた支援付きの住まいに、制度的な保障と防災設備の設置やバリアフリー化の改修費などの補助を公的に行うことが必要である。

支援付き住宅は「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。民間の住宅でも公営住宅などの公的住宅でもよい。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、支援付き住宅がサポートセンターとリンクすることが必要である。

生活保護制度の見直しを行い、適切な支援と、地域に支えられた居住空間を確保すれば、自宅での生活が困難になっても、誰もが住み慣れた地域で暮らせるようになる。

以上

【共同代表】

高橋 紘士 国際医療福祉大学大学院教授兼医療福祉学部教授（福祉政策、介護保険論、地域ケア）
水田 恵 NPO 法人すまい・まちづくり支援機構 代表理事
山岡 義典 日本NPO センター代表理事／法政大学現代福祉学部教授（市民活動などを行う非営利組織の運営）

栗田 主一 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
石川 治江 NPO 法人ケア・センターやわらぎ 代表理事
井上 孝義 東京都社会福祉協議会医療部会MSW 分科会会長／（社福）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
大口 達也 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・社会福祉士
尾上 義和 精神保健福祉士／藤沢市保健所
佐藤 幹夫 フリージャーナリスト／『ルポ高齢者医療』（岩波書店、2009 年）著者
滝脇 憲 NPO 法人ふるさとの会理事／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
中島 明子 和洋女子大学生生活科学系教授（居住学、居住政策論、居住福祉論）
中山 徹 大阪府立大学人間社会学部教授（社会政策学）
仁科 伸子 法政大学大学院博士課程
橋本 理 関西大学社会学部准教授（企業論、非営利組織論、産業システムの創成）
林 泰義 NPO法人シーズ・市民活動を支える制度を作る会代表理事
原田由美子 京都女子大学家政学部准教授（介護福祉、高齢者福祉）
平山 洋介 神戸大学大学院人間発達環境学研究科教授（住宅・都市計画）
布川日佐史 静岡大学人文学部教授（労働経済論）
福原 宏幸 大阪市立大学経済学部教授（労働経済論、社会政策）
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
水内 俊雄 大阪市立大学大学院文学研究科教授・学長補佐（都市社会地理学、都市・地域史研究、国土開発研究、ホームレス問題、ハウジング研究）
宮谷 正子 練馬総合福祉事務所

【個人賛同者】

米倉 克良 生活クラブ生活協同組合グループ市民セクター政策機構専務理事

問い合わせ先（推進会議事務局）NPO 法人自立支援センターふるさとの会（担当 滝脇 憲）

住所 東京都台東区千束 4-39-6-4F 電話

03-3876-8150

家族的ケア・互助機能 日常生活支援の必要性

- ①食事
- ②排泄
- ③睡眠
- ④清潔
- ⑤活動
など

家族のように
「寄り添う支援」

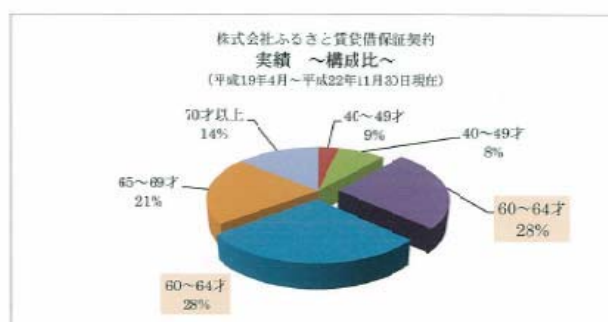


資料8

(株)ふるさと (アパート保証) 年代別契約状況

・圧倒的に60代が多く、また福祉電話の対象になる65才以上は163件に上る。
現在、契約者最高年齢は86歳女性である。

	30～39才	40～49才	50～59才	60～64才	65～69才	70才以上	合計
人数	17	37	116	130	98	65	463
				60～69才	228		



※60代が全体の52%を占めている。また、64才以下と65才以上で分けており、これは福祉電話導入を考
える時の基準。65才以上は、163件 35%に上る。

資料9

ふるさと共済会(共同購入・販売)

ガレージセール開催のお知らせ!!
お米・野菜
衣類
花・苗木 販売します!

「ふるさと」メンバーズカード登録のお知らせ。
※会員登録には1,000円(年会費)が必要です。
会員登録すると、上記のお米・野菜・衣類・お花が
センター「すみだ」で購入できます。
今回は特別に、先着100名様に
特典
①お米1キログラム(500円相当) ②ジュース
③おせち料理引換券をプレゼント

場所: 地域生活支援センター「すみだ」
時間: 13時~16時
日程: 12月27日
TEL: 03-5819-3254
0120-670-820 (フリーダイヤル)



園芸
クラブ

医療相談会
も開催

ヨガ
教室



「ふるさと」メンバーズカード
登録のお知らせ

※会員登録には1,000円(年会費)が必要です。
会員登録すると、
上記のお米・野菜・衣類・お花が
台東「リビング」で購入できます。

103名登録
(11.2現在)

第27回ガレージセールのお知らせ!!

お米 1kg 300円~

野菜・調味料 50円~

花・苗木 10円~

衣類 100円~

3月19日(土)13時~16時

資料10

民間資本を活用した自立援助ホーム



建替前



建替後

NPO法人

住宅メーカー

不動産業者

地主・家主

家主、地域の不安

- 1、賃料収入の低下
- 2、高齢入居者の単身生活
- 3、担保価値の逡減
- 4、耐震・耐火への不安
- 5、地域医療・購買の空洞化

建替需要喚起

家主、地域の安定

- 1、安定借上賃料収入
- 2、高齢者への生活支援
- 3、担保価値の上昇
- 4、防災・防犯対策
- 5、地域医療・購買の活性化

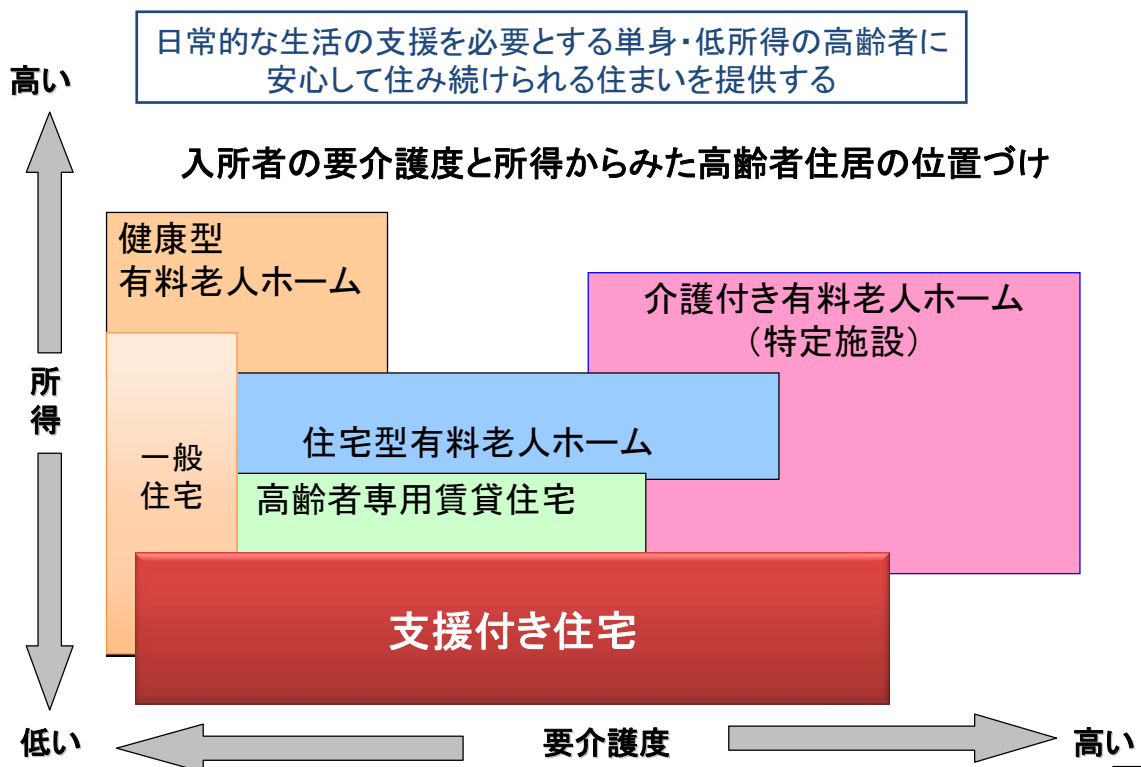
資料11

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:寄宿舍	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 ² 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 ²	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

資料12

「支援付き住宅」の考え方と課題



資料13

42

(参考1) 概況調査で使ったケアコード一覧

コード	業務内容	「ケアコード見直し案」上の補遺
	【直接的なケアに関するもの】	
110	入浴・口腔ケア	
120	清潔管理・着替え	
210	移動・誘導	
310	食事・配膳・水分摂取	
410	排泄ケア	
430	その他の直接的ケア	「見直し案」では「直接的ケア」という区分はないが、設定。
	【生活自立支援に関するもの】	
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、タバコを吸う等）に関するもの	
590	相談・相談・助言・指導を含む相談、その他のコミュニケーション（挨拶・日常会話、心身の支援、誤入の把握、生活に関する指導、手紙の代筆、本の朗読、人間関係調整等）	
600	その他の生活自立支援	
	【社会生活支援に関するもの】	
810	行事、レクリエーション等	
820	通信の支援（電話、手紙、FAX等）	
830	文書の作成・提出（私的な手紙を除く）	
840	入居者への来訪者への対応	
850	外出時の移動・行動の支援	
860	機能訓練・生産活動サポート	
870	社会生活訓練（日常生活訓練、対人関係訓練、SSTを含む）	
880	その他の社会生活支援	
	【行動上の問題に対する対応】	
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	
	【医療的対応】	
810	服薬サポート	
860	往診の対応・通院同行	
870	病状・容態の急変時の緊急対応	「見直し案」では直接対応するコードなし。
899	その他の医療的対応	
	【間接的業務】	
910	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）	「見直し案」では直接対応するコードなし。
912	入居者の支援に関する記録・文書作成・情報収集	
911	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、各都道府県サービススタッフ、ボランティア、地域、家族等）との調整・交渉	「見直し案」では、上記項目と統合。
015	巡回・見直し（施設内、地域での入居者の様子の全体的な見直し）	「見直し案」では「施設内」となっているが、「地域での様子」も追加。
088	通夜・告別式等の準備、出席、後始末等	「見直し案」では「099その他の」の例となっているが、独立項目とした。
022	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）	「見直し案」では直接対応するコードなし。
099	その他の間接的業務	

資料16

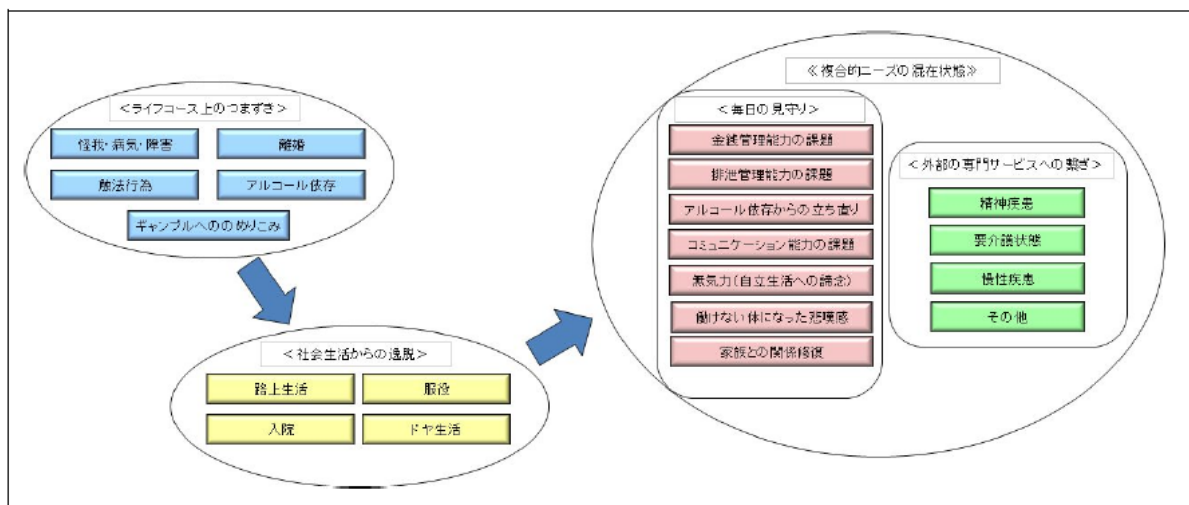
図表 18 入居者に対する支援業務の内容と頻度 (N=11)

	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」		「清潔管理・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）」 「相談・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・行動の支援」「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直し」「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

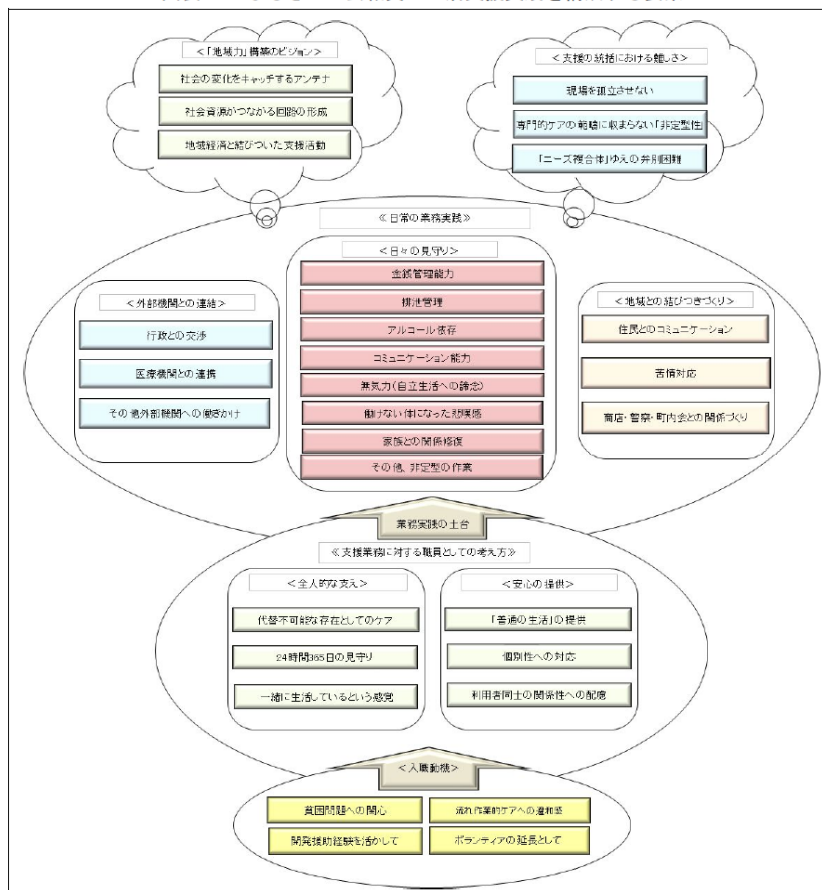
資料17

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）



資料18

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



資料19

新宿区独居ケース

エリア	年齢	障害・疾病	介護	備考
大久保	20代	知的障害4度		DV被害、触法
大久保	60代	知的障害4度		触法
大久保	60代	脳卒中		収入認定により生保廃止
大久保	70代	認知症	要介5	都営住宅、近隣苦情
落合第一	90代	精神障害(疑い)	要介3	救急頻回、暴言、ブラックリスト
落合第一	40代	知的障害4度、糖尿病		インスリン管理に難
戸塚	80代	認知症(疑い)、がん	要支1	認知能力低下し生活に障害
四谷	70代	身体障害1級、人格障害	要介5	全介助、文字盤使用
四谷	70代	脳卒中(下肢の麻痺)		文書代行など必要
四谷	80代	認知症(疑い)		文書代行、近隣交流なし
四谷	70代	認知症(疑い)		介護導入まで見守り
四谷	80代	老年期精神障害	要支1	近隣交流なし、ADL低下
柏木・角筈	70代	認知症		ギャンブル
柏木・角筈	60代	頸椎損傷	要支2	
柏木・角筈	60代	糖尿病、高血圧、狭心症、難聴	申請中	元路上、がんを発病
柏木・角筈	70代	アルコール依存症	要介1	元路上、ADL低下
柏木・角筈	70代	認知症(疑い)、パーキンソン病	要介2	元路上、ADL低下

資料20

新宿サポートセンターふるさと (22年度 実績)

NPO法人自立支援センターふるさとの会
新宿事業部 新宿区大久保1-9-9 ラ・パン新宿301

ふるさとの会自主事業

新宿区からの委託・補助金事業

独居(アパート・
公営住宅・GH)

〈困窮要介護単身高齢者地域支援拠点設置事業〉
*2011年度まで独立行政法人福祉医療機構より一部運営費助成を受ける
・高年齢者のひとり暮らし支援
新宿サポートセンター内、登録19名(2011年4月30日現在)、2010年5月事業開始
・緊急ショートステイ
新宿サポートセンター隣接(ラ・パン新宿302)、定員1名、利用実績延べ8名、2010年5月事業開始

(ラ・パン新宿)→
サポートセンター(301)
緊急ショートステイ(302)
グループホーム(1F・2F)



〈地域生活安定促進事業(区外宿泊所サポート)(委託)〉
対象者100名、2011年4月事業開始
【事業内容】
区外宿泊所利用者(要介護・認知症・障害者を含む)に対して、新宿(地区担当)と連携し、宿泊所訪問や関係機関への同行により①相談支援②コーディネート支援を行う

〈グループホーム・ケアホーム(補助金)〉
ふるさとホーム新宿 大久保1-9-9、1ユニット(6名定員)、2010年8月開設、全室利用中
グループホーム・ケアホーム:精神障害者の地域における生活の場(自立支援法の共同生活援助・共同生活介護一体型)

共同居住

〈自立援助ホーム(緊急居住セーフティネット)〉
ふるさと下落合館 下落合2-5-17、定員24名定員 全室利用中 2010年12月開設
自立援助ホーム:「社会的入院患者が社会復帰の訓練等を行う民間の施設」
(東京都生活保護運用事例集)

下落合館一



〈徘徊高齢者等緊急一時保護事業(委託)〉
下落合館101号室、2011年4月事業開始、利用実績1名
【事業内容】
緊急の保護を要する徘徊高齢者等を一時的に施設(下落合館101号室)へ入所させて保護を行い、本来の必要なサービスが開始されるまでの応急的な対応を行う

〈都市型軽費老人ホーム(補助金申請中)〉
大久保1-15-4、20名定員、2012年4月竣工予定

青字は実施予定

資料21

ふるさとの会 自主事業

〈困窮要介護単身高齢者地域支援拠点設置事業(訪問による日常生活支援)〉

*2011年度まで独立行政法人福祉医療機構より一部運営費助成を受ける

・高年齢者のひとり暮らし支援

新宿サポートセンター内、登録19名(2011年4月30日現在)、2010年5月事業開始

・緊急ショートステイ

新宿サポートセンター隣接(ラ・パン新宿302)、定員1名、利用実績延べ6名、2010年5月事業開始

【事業概要】

要介護者・認知症等を抱える単身の低所得高齢者が住み慣れた地域で継続的な在宅生活を送る為のシステムとして24時間・365日対応の緊急ショートステイ併設「サポートセンター」を昨年設置しました。現在、サポートセンターを拠点に、単身で在宅生活をしている被保護者への訪問による日常生活支援を実施し、利用者の心身状態に合わせ、個々の応じた社会サービスを提供するための支援計画を福祉事務所等の関係機関と連携し利用者に寄り添った支援をしています。今後は、家族ではないが家族的な支援が出来るような新たな社会制度を提案していきたいと考えています。現在、地域ケアのネットワーク作りに向けた連携を積み重ね、高齢者が安心・安定した在宅生活を継続出来るようなシステムを構築しています。具体的には地域の医療機関や訪問介護、看護事業所との繋がりをよりいっそう深め、都外施設で暮らしている高齢者の被保護者を住み慣れた地域に戻れるような環境作りをし、継続的な安心した在宅生活を送ることが出来るような体制作りを行っています

【事業の成果】(平成22年度)

単身生活を送っている低所得高齢者に対し、訪問などを通して現状の社会制度や介護サービスでは対応困難な細かな支援を継続的に行いました。利用者からは訪問を待ち望んでいるといった声を度々聞かれ、地域社会資源に繋がる事が難しい低所得高齢者からの相談も増えています。また福祉事務所、社会福祉協議会、地域包括支援センター等関係機関との連携体制も構築でき、依頼も増えています。更にマスコミ等からの反響もあり、新聞社各社等メディア関係・福祉事務所・他団体等15名を招き、当法人内施設見学及びメディアカンファレンスを実施しました。

資料21

＜自立援助ホーム（緊急居住セーフティネット）＞

『ふるさと下落館』下落合2-5-17, 定員24名定員 全室利用中 2010年12月開設

自立援助ホーム:「社会的入院患者が社会復帰の訓練等を行う民間の施設」(東京都生活保護運用事例集)

【事業内容】

ふるさとの会が新宿区下落合のビルを借り上げ、「社会的入院患者」等が社会復帰の訓練等を行うための自立援助ホームを開設します。中軽度の要介護高齢者の方々に、生活支援や訪問介護のサービスを提供し、日常生活や社会生活の自立を支援します。

【当館の特徴とサービス】

生活支援と医療・保健・福祉サービスの総合コーディネート（括弧内は別途契約）

- 1) 退院促進：ケースワーカーと協議の上、必要に応じて退院前の病院訪問・退院援助を行います。
- 2) コーディネート：地域の病院、クリニック、介護保険事業所などと連携し、介護予防やリハビリなど、入居者が必要とする社会サービスを利用できるようコーディネートします。
- 3) 職員常駐：有資格スタッフを配置し、24 時間生活を見守ることで、安心して暮らしていただくことができます。
- 4) 居場所・食事の提供：栄養士が作った献立による給食サービスを御利用いただけます。また喫茶・娯楽の場を提供することにより、心身の健康維持を支援します。
- 5) 金銭管理・服薬サポート：入居者様およびケースワーカーからの依頼や、医師・看護師の指導に基づき、金銭を管理し、服薬のサポート等を行います。
- 6) 退所援助：ホームからの独立を希望される方には、ケースワーカーと協議の上、アパート等に移れるよう支援します。家賃保証サービス（株式会社ふるさと）、单身生活を健康に送るための生活相談、安否確認、配食サービス、居場所の提供など多様なサービスを継続して提供します（新宿サポートセンター）。

資料21

新宿区からの委託・補助金事業

＜地域生活安定促進事業（区外宿泊所サポート）（委託）＞

対象者 100 名, 2011 年 4 月 1 日事業開始

【事業内容】

区外宿泊所利用者（要介護・認知症・障害者を含む）に対して、新宿（地区担当）と連携しながら、宿泊所訪問や関係機関への同行により

①相談支援 ②コーディネート支援を行う。また、必要な場合は、随時、電話による相談、助言を行う。

＜徘徊高齢者等緊急一時保護事業（委託）＞

下落館 101 号室, 2011 年 4 月 1 日事業開始 利用実績 1 名

【事業内容】

緊急の保護を要する徘徊高齢者等を一時的に施設（下落館 101 号室）へ入所させて保護を行い、本来の必要なサービスが開始されるまでの応急的な対応を図る。

＜グループホーム・ケアホーム（補助金）＞

『ふるさとホーム新宿』 大久保 1-9-9, 1 ユニット(6 名定員), 2010 年 8 月開設, 全室利用中

資料21

利用者像（新宿サポートセンター）

合計 47 名 2011 年 1 月現在

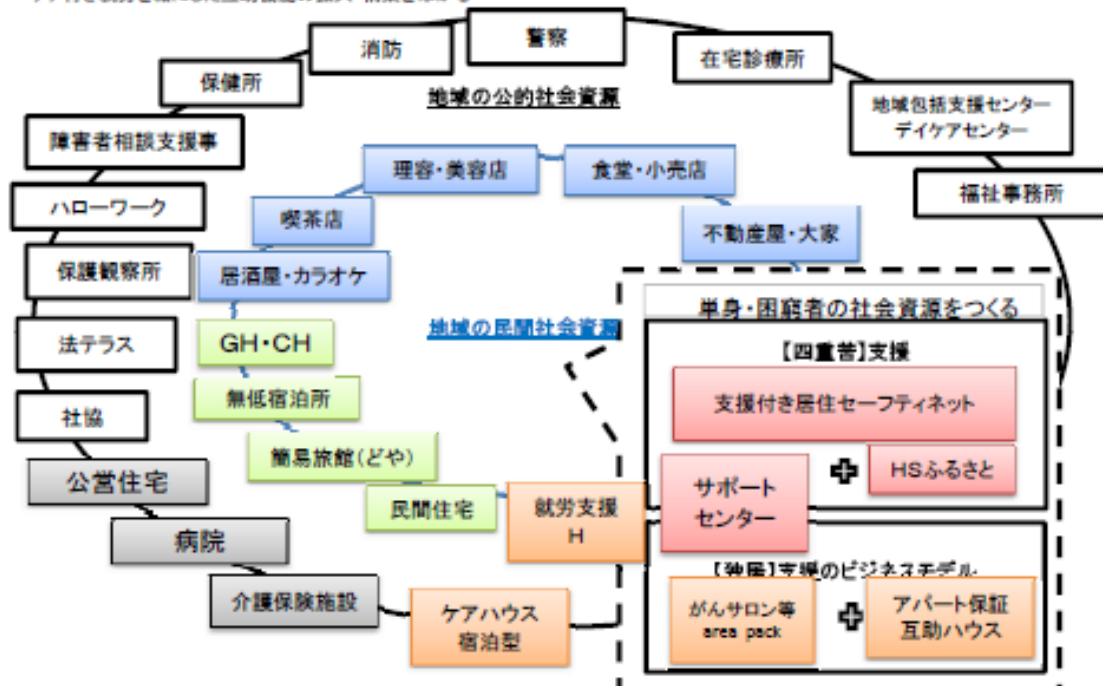
【年齢構成】 名総計	【障害の状況】 身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者手帳	三障害
30代以下 3名	取得割合 12.7% 6名	取得割合 0.6% 3名	取得割合 23.4% 11名	取得割合 42.6% 20名
40代 7名	疑い含む % 0名	疑い含む 14.9% 7名	疑い含む 32.4% 15名	疑い含む 59.6% 28名
50代 1名	1級 1名	1度 0名	1級 2名	
60代 13名	2級 4名	2度 0名	2級 9名	
70代以上 23名	3級 1名	3度 0名	3級 0名	
65歳以上 28名	4級 0名	4度 3名	申請中 0名	
59.6%	5級 0名	申請中 0名		
平均年齢 61.4	6級 0名			
	7級 0名			
	申請中 0名			
	疑い 0名	疑い 4名	疑い 4名	

【認知症の状況】	【要介護の状況】	合計 57.4% 27名	【認知症・三障害・要介護の状況】
割合 15名	介護保険	自立支援法	いずれかに該当(実数) 38 名
(疑い含む) 31.9%	割合 42.6% 20名	割合 4.7% 7名	いずれかに該当(割合) 80.9%
あり 6名	要支援1 2名	区分1 6名	
疑い 9名	要支援2 3名	区分2 名	
	要介護1 2名	区分3 1名	
	要介護2 2名	区分4 名	
	要介護3 2名	区分5 名	
	要介護4 3名	区分6 名	
	要介護5 1名		
	申請中 5名	申請中 名	

資料22

単身・困窮者のための社会資源づくりの位置づけ

事業のキーコンセプトは単身・困窮者の「互助機能の回復」
一ヶア付き就労を軸にした互助機能の拡大・構築をはかる



資料23

地域生活支援サービス(2011年3月)



地域生活支援センター台東
(台東区)



地域生活支援センターすみだ
(墨田区)



新宿サポートセンター
(独居25名)

地域生活移行支援事業
(平成16年度～19年度)

元ホームレス被保護者
自立生活支援プログラム

(訪問・相談・講習会)
墨田区委託 117名
豊島区委託 39名

第二種社会福祉事業宿泊所
自立援助ホームなどの
通過型中間施設

生活支援の継続

居宅生活移行
(アパート)
1124名

居住支援の継続
(株)ふるさと アパート保証
509名利用

共同リビングサービス

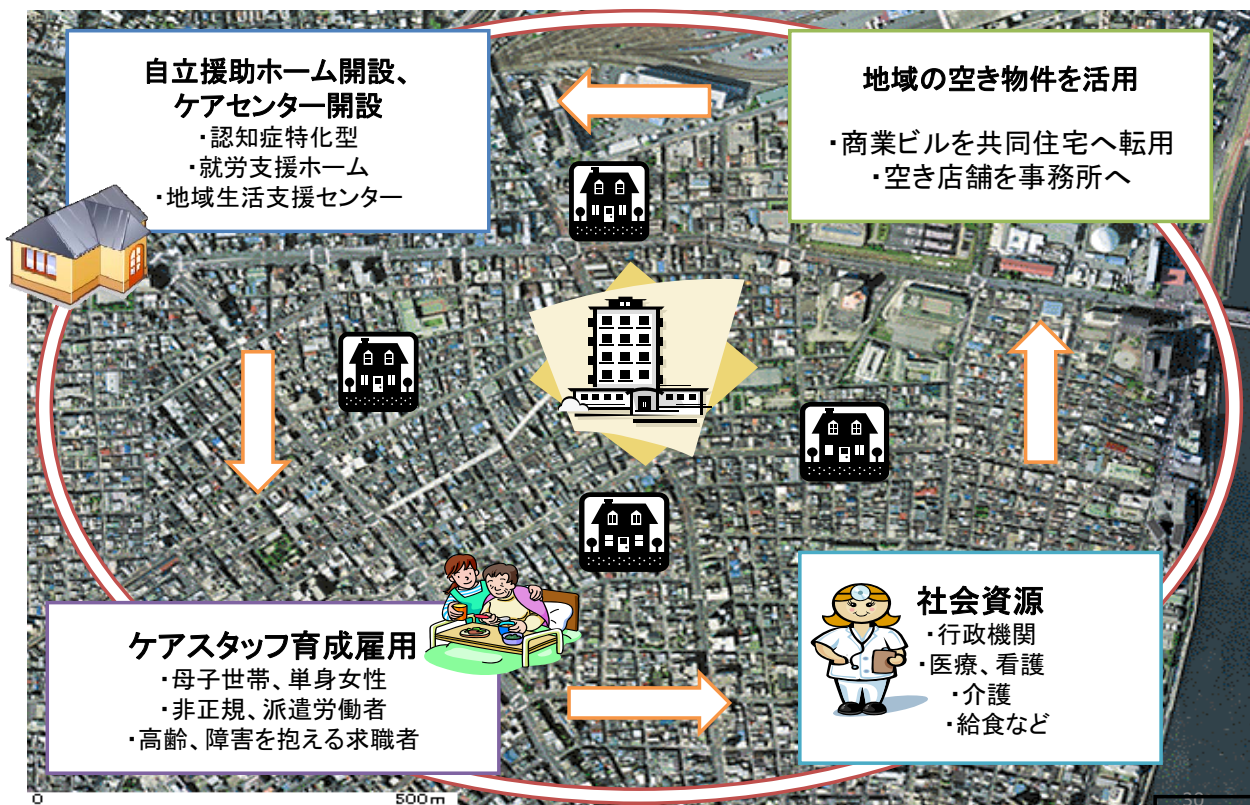
- ①食事提供・夕食会
 - ②訪問・安否確認
 - ③金銭管理(任意)
 - ④生活相談・各種手続き代行
 - ⑤旅行・イベント
 - ⑥社会サービスコーディネート
- 利用者総数: 519名

ふるさと共済会
共同購入・販売等
108名登録

精神グループホーム
墨田 12名
新宿 6名

資料26

地域社会関係資本の再活性化による地域社会問題の解決

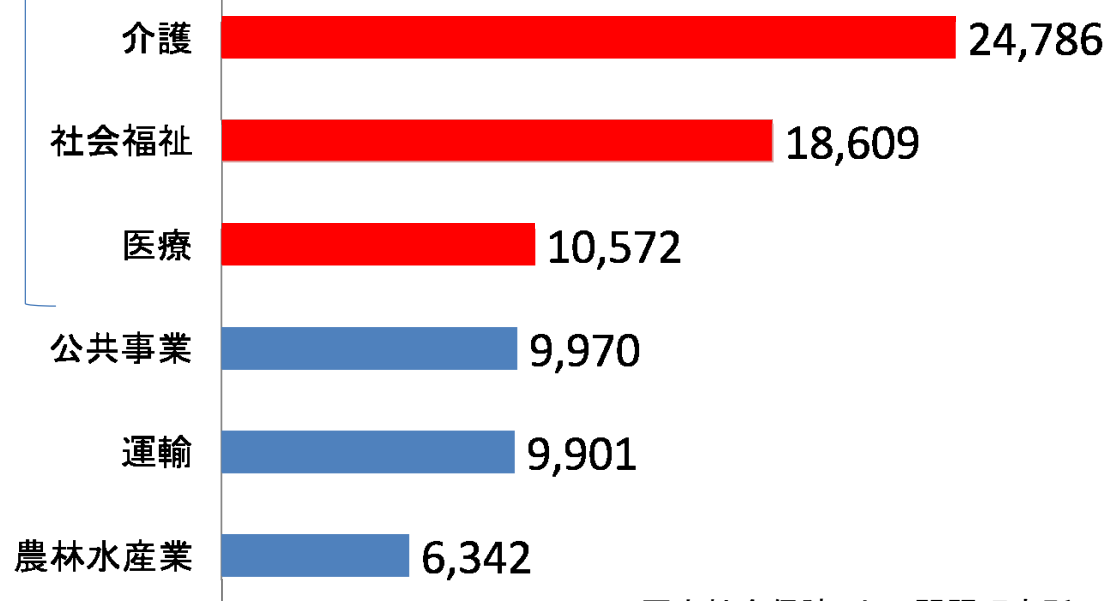


資料27

需要1億円あたりの雇用創出人数

単位:人

社会保障分野



国立社会保障・人口問題研究所

資料28

高齢者支援と若年者の雇用創出

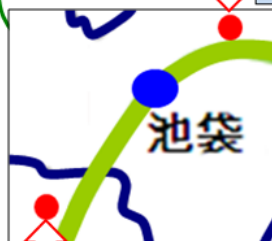
上池ハウス

若年者支援

過去

現在

年齢	前職	入所前居所	職種	収入
30代	新聞配達	ネットカフェ	日勤・夜勤	6万
40代	建設日雇い	簡易宿泊所	請い補助	5万
40代	工場日雇い	簡易宿泊所	生活支援員	16万
50代	建築日雇い	簡易宿泊所	請い補助、清掃員	4万
60代	建築日雇い	他団体宿泊所	生活支援員	7万



生活支援

雇用機会

年齢	障害・疾病	介護	前居所
60代	精神障害2級、統合失調症、アルコール依存症		更生施設
60代	認知症疑い		簡易宿泊所
60代	陳急性心筋梗塞、廃用性症候群、気管切開	要介護4	他団体宿泊所
70代	敗血症、廃用性症候群、前立腺肥大症、尿閉		他団体宿泊所
70代	身体障害2級、脳性まひ、高血圧、高脂血症	要介護2	簡易宿泊所
70代	血管性認知症、前立腺肥大、脳梗塞後遺症、神経因性膀胱、高血圧	要介護3	病院
70代	身体障害2級、大腸がん、変形性頸椎症、腎結石	要介護1	簡易宿泊所
70代	認知症	要介護3	アパート等
70代	左ひざ関節症	申請中	簡易宿泊所
70代	糖尿病、高血圧、脳旧脳梗塞、肝臓癌、人工透析		病院

下落合館 要介護高齢者支援



資料29

要介護高齢者支援と雇用創出



資料30

◆ケア研修

職員研修として対人援助に関わる様々な研修を年2回実施しています。障害者福祉や高齢者福祉等の制度に関わることや救急時に必要となる応急対応の知識などを学びます。保健師や専門家の指導の下、下記のような項目で行っています。

対人援助論	認知症	カンファレンス
生活保護	アディクション	アセスメントの方法
ホームレス自立支援法	統合失調症	ケアとアート
更生保護	気分障害/不安障害/PTSD	社会サービス機関との連携
就労支援	育ちの支援/人格障害	介護基礎知識①外出移動
介護保険	摂食障害/解離性障害	介護基礎知識②食事
自立支援法	自殺のリスクと対応	介護基礎知識③排泄
多重債務	性の理解	介護基礎知識④保清・着替え
権利擁護	緩和ケア	感染症対策
個人情報保護・守秘義務	HIV/肝炎	金銭管理
高齢者に多い疾患	結核	喫煙対応・防災
糖尿病/高血圧	虐待/暴力	応急処置・救急搬送
脳血管疾患/高次機能障害	路上生活	体調不良時の対応・計測
知的障害/発達障害	刑事施設出所者	医療的ケアの範囲
		服薬管理

資料31

検証会 「たまゆら」から 2 年 何が変わったのか

3.18 第 4 回支援付き住宅推進会議 開催要項

2009 年 3 月 19 日に、群馬県渋川市の「静養ホームたまゆら」の火災で東京の被保護者 10 名がなくなってから、まもなく 2 年を迎えます。しかし、生活保護受給者や低所得者が無届を含む他県施設を利用している問題は、いまでも解決していません。

私たち支援付き住宅推進会議は、「たまゆら」を生み出した背景に、家族の援助を得られない高齢者にとって、住み慣れた地域で暮らしつづけることがきわめて困難な現実、とりわけ生活に困窮する単身の高齢者で、要介護、障害（統合失調症・認知症等）等重層的な生活課題（「四重苦」）をかかえる人が、住まいを含めた社会的な「居場所」を失いやすい問題があることを指摘してきました。そして「四重苦」の状態にある人も含め、住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援について、一昨年来、討議を重ね提言を発表してきました。

この提言は要望書として昨年 5 月 24 日、厚生労働省社会・援護局長および老健局長に提出し、意見交換を行ってきました。推進会議は、このたび改めて、「たまゆら」から 2 年を迎え、なにがどのように変わったのかを検証し、これからの実践・研究・提言に活かしたいと考えています。会議はどなたでも傍聴できます。ご関心のある方はぜひご参加ください。

プログラム（18:00～21:00）

開会あいさつ 高橋 紘士（支援付き住宅推進会議共同代表）

第 1 部 「たまゆらから 2 年 支援付き住宅推進会議の取り組みと提言」

滝脇 憲（NP0 法人自立支援センターふるさとの会理事）

第 2 部 報道の現場から（50 音順）

小山 孝氏（読売新聞編集局社会保障部記者）

佐藤 好美氏（産経新聞東京本社編集局社会保障班・編集委員）＊依頼中

野沢 和弘氏（毎日新聞論説委員）

見市 紀世子氏（朝日新聞東京本社生活グループ記者）

来賓あいさつ 衆議院議員 初鹿 明博氏

第 3 部 これから何に取り組むべきか（推進会議からの提案）

1. 生活支援扶助の提言と既存制度の活用

発題：水田 恵（支援付き住宅推進会議共同代表）

2. 「支援付き住宅」実現のための課題

発題：園田 眞理子（明治大学理工学部建築学科教授）

3. 「日常生活支援ニーズ」を可視化するために

発題：栗田 主一（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）

コーディネーター 水田 恵

閉会挨拶 山岡 義典（支援付き住宅推進会議共同代表）

主催：支援付き住宅推進会議

共催：NPO 法人自立支援センターふるさとの会

平成 22 年度厚生労働省社会福祉推進事業

「重層的な生活課題（「四重苦」）を抱える人に対する生活支援のあり方研究会」

会場：すみだ生涯学習センター（ユートリヤ）

〒131-0032 墨田区東向島 2-38-7（地図参照）

日時：3月18日(金)18時～21時

（受付開始 17 時 40 分）

入場無料（どなたでも傍聴できます）

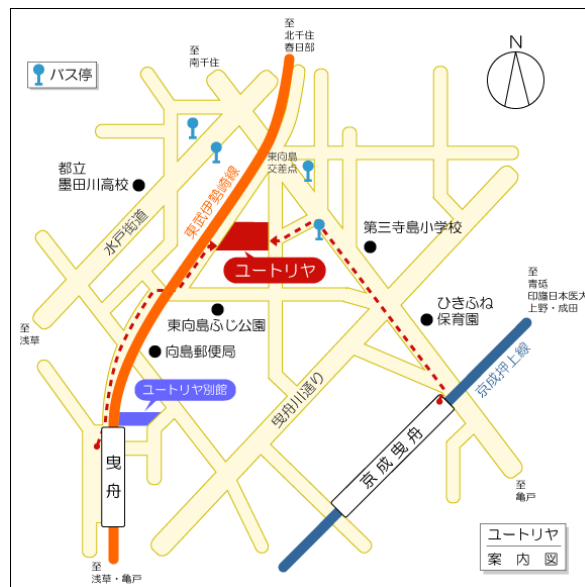
【お問い合わせ先】

NPO 法人自立支援センターふるさとの会

〒111-0031 東京都台東区千束 4-39-6-4F

TEL：03-3876-8150 FAX：03-3876-7950

E-mail：hurusato@d5.dion.ne.jp 担当：滝脇・古木



【支援付き住宅推進会議のあゆみ】

平成 21 年 2 月 25 日

「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会 通称：支援付き住宅研究」（平成 21 年度厚生労働省社会福祉推進事業）発足

同年 3 月 19 日

「静養ホームたまゆら」で火災

同年 4 月 20 日

厚生労働省記者クラブにて「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」

同年 5 月 11 日

ふるさと晃荘見学会・意見交換会（行政・学識経験者・マスコミ・医療関係者）

同年 8 月 1 日

第 1 回「支援付き住宅推進会議」を開催

同年 10 月 12 日

「支援付き住宅推進会議」設立発起人会議

シンポジウム ～たまゆらの悲劇を繰り返さない～「都内・各地域に『支援付き住宅』を」開催

後援 社会福祉法人東京都社会福祉協議会医療部会・『山谷』地域ケア連携をすすめる会

協賛 ホームレス支援全国ネットワーク

平成 22 年 3 月 19 日

「～たまゆらから一年～メディアカンファレンス」を開催

平成 22 年 5 月 7 日

第 2 回「支援付き住宅推進会議」を開催。生活支援扶助を制度化する生活保護制度の改革など政策提言をまとめる。

平成 22 年 10 月 11 日

第 3 回「支援付き住宅推進会議」を開催

シンポジウム「四重苦」を抱えた方々の支援と地域での新たな互助作り（「絆」の再生）を開催

平成 22 年 12 月 10 日

平成 22 年度社会福祉推進事業 「重層的な生活課題（「四重苦」）を抱える人に対する生活支援のあり方研究会」発足

支援付き住宅推進会議発起人各位
関係機関・団体各位

2011 年 3 月 19 日

共同声明

3. 19 から 3. 11 へ―「ひと」を支える「支援付きの生活復興」を

支援付き住宅推進会議

共同代表 高橋紘士

同 水田 恵

同 山岡義典

NPO 法人自立支援センターふるさとの会

代表理事 佐久間裕章

3 月 11 日に発生した東北関東大震災による地震と津波の被災者は、いまでも 40 万人以上避難している。さらに原発事故による避難者も急増し、その対応を迫られている。すでに被災現地の支援だけでは限界があることは自明であり、国や全国の自治体でも、避難所や仮設住宅の確保に動き始めている。県境を越えて避難する人の支援も、本腰を入れて対応しなければならない。

多くの自治体は、被災者や避難者を公営住宅に受け入れると表明している。このような自治体に対し、国土交通省は、高齢者や乳幼児、妊婦、障害者らを含め世帯を優先的に受け入れるよう要請している。私たちは、この要請を支持したうえで、仮設住宅や公営住宅などで、要支援者に対応する「サポートセンター」を緊急に各地に設置することを提案する。単なる居住の場としての空間を提供するだけでは、住み慣れない場所で孤立する。このことは阪神淡路大震災のあと、仮設住宅で孤独死が頻発したことで経験したことである。医療・保健・介護など福祉サービスを利用できるようにすることも含め、生活再建をサポートする「ひと」を支える「支援付きの生活復興」が大切である。

今日の 3 月 19 日という日を、私たちは決して忘れてはならない。2 年前のこの日、東京で生活保護を受ける高齢者など 23 名が群馬県の「静養ホームたまゆら」の火災で被災し、10 名が亡くなった。私たちはこの 2 年間、「たまゆら」を繰り返さないためには何が必要かを真剣に考え、各地で「支援付き住宅」をつくっていく必要があると提言し、また実践してきた。住み慣れた場所から切り離され、孤立の果てに人が亡くなることを、絶対に繰り返してはならない。

「支援付き住宅」は、NPO 等が支援付きの住宅を供給するだけでなく、一般アパート（民間賃貸住宅）や公営住宅など、いま住んでいるところを「支援付き」にしていくことを含めた、多様な形態をもちうる。そのためには、医療・保健・介護などの専門的な支援とともに、心のケアや日常生活のこまごました家族的な支援を提供することが必要であり、そのようなサービスの制度化とサービス提供の拠点としての「サポートセンター」をつくっていくことが必要だと訴え、その実現に努めてきた。

被災地や移住先においても、認知症の方や障害を持つ方のための「支援付き住宅」を確保することが必要である。公営住宅や一般アパート、旅館なども、支援のノウハウを持つ団体が「サポートセンター」を担うことで、「支援付き」になる。

東京は、2000 年 6 月に発生した三宅島噴火災害の支援経験があり、東京災害ボランティアネットワークのような防災ボランティア活動の実績もある。避難期の生活支援や帰島後の生活再建、復興支援も行ってきた。いまでも市民の中には、現地へ赴くことは困難であるが、被災者への支援活動に参加することをいとわない市民が多く存在している。このような市民を組織しつつ、このような支援活動の経験を持った NPO と連携すれば、支援を求める人の数だけ受け入れることができるはずである。

いま避難されている人たちの「ふるさと」の復興を願いつつ、東京も避難先になり、暖かな食事と声に包まれる第二の「ふるさと」にしなければならない。私たちは、すべての人を歓待の心をもって受け入れ、関係各機関と連携しながら、サポートしてゆきたい。さもなければ、被災地や移住先は、3.19 の繰り返しになる。

「支援付き住宅」実現の活動を継続するため、政府や自治体にはその資源と制度づくりに取り組んでいただきたい。そして私たち自身は、実践的にはすでにふるさとの会が独自にサポートセンターを設置している新宿、台東、墨田などの地域を拠点に、今後も自分たちでできる試行錯誤を弛むことなく続けていく。支援付き住宅推進会議の发起人および関係機関・団体各位には、この取り組みに対するご支援をお願いしたい。

【お問い合わせ先】

NPO 法人自立支援センターふるさとの会

東京都台東区千束4-39-6-4F

TEL : 03-3876-8150 FAX : 03-3876-7950

E-mail : hurusato@d5.dion.ne.jp

担当：滝脇・古木

第2章 「四重苦」を抱えて生きる認知症高齢者への支援をどう考えるか

本章は、2010年10月に実施した支援付き住宅推進会議シンポジウムにおいて、パネリストの東京都健康長寿医療センター栗田主一氏が行った講演を元に整理したものである。

1. 認知症高齢者数の将来見通し

本稿の主題は、「四重苦であるということ」を、あるいは「日常生活支援ということ」を医学的に、認知症に関連する老年精神学の視点からどのように考えていくかということである。

我が国の認知症高齢者の将来推計について、介護保険の日常生活自立度Ⅱ以上を基準とした将来推計、これまでの我が国の疫学的データからの将来推計双方からみると、数値は多少異なるが、いずれにしても2005年から2035年までの30年に1.8倍にまで増加することが見込まれている。

団塊の世代という切り口でみると、2025年には団塊の世代がすべて後期高齢者になるが、このときに認知症高齢者数は360万人、65歳以上高齢者の10%が認知症と推計されている。2035年には団塊の世代は85歳になるが、認知症高齢者数もピークになる。疫学的データによれば、85歳以上になると3分の1くらいの方が認知症高齢者になると言われているが、非常に軽いものも含めれば85歳以上では2人に1人は認知症高齢者の時代になるということである。つまり、これから我々ほとんどすべてが認知症高齢者になる確率が高いということができる。

認知症であって、単身であって、生活困窮で要介護という四重苦は、これから30年間を考えていくと決して他人事ではなく、我々の問題として考えていかねばならない。しかも、認知症高齢者の数と増加率は大変地域性があり、これから認知症高齢者が増えていくのは東京を中心とする大都市である。

2. 「認知症を生きる」とは

認知症の問題は他人事ではないということだが、では「認知症を生きる」とはどのようなことなのか。「認知症を生きる」とは、何らかの脳の障害を持つことで認知機能が障害され、認知機能が障害されるがゆえに生活機能も障害されてしまう。しばしば、脳の障害や生活機能が非常に密接に関連して身体の機能も障害される、こういう状態をいう。

このような複合的な障害を持って生きるということが認知症を生きるということだが、こうした障害を持って生きるということは必然的に様々な社会的困難に直面しやすくなるということでもある。この社会的困難と非常に密接に関連して様々な精神症状や行動障害

が出てきやすい。最近はB P S Dという言葉も使われているが、それが認知症であるということになる。

3. 認知症の原因疾患と認知機能障害

脳の障害は実はたくさんある。私が勤務しているもの忘れ外来で、もの忘れ、認知症を心配して来られた方の診断別の割合をみると、認知症の原因疾患としては、①「アルツハイマー型認知症」「脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症」、②「脳血管性認知症」、③「レビー小体型認知症」、④「前頭側頭葉変性症」、⑤「正常圧水頭症」、⑥「頭部外傷後遺症」、⑦「アルコール性認知症」、⑧「その他の認知症疾患」など多様である。多くが①～⑦で占められており、しかも原因疾患によって脳が強く障害される部位がある程度決まっている。

例えば、アルツハイマー型認知症の場合は側頭葉と頭頂葉が障害されるが、側頭葉は記憶にとっても関係する部位で、少し前の近時記憶障害となる。さらに、空間認知、距離感や方向、奥行きの感覚は頭頂葉の基本だが、ここが障害される。言葉を理解する力、人の言っていることを聞いて耳で理解する力、これも側頭葉の機能である。

アルツハイマー病で特に記憶・空間・言語が特徴的に障害されるということはどういうことかということ、時間のつながり、場所のつながり、人とのつながりが寸断されるということである。記憶が障害されて、空間が障害され、言語が障害されると、時間のつながり、場所のつながり、人とのつながりが障害されるために、我々は一体いつ、どこで、どんな人たちと、どのような状態で過ごしているのかわからなくなるために、不安・混乱状態に陥って、様々な精神症状が表れやすくなる。したがって、つながりを大切にされたケアが非常に重要だということになる。

さらに、前頭側頭葉変性症の場合は、実行機能障害、発語の障害となる。側頭葉の前の方は意味記憶障害になるなど、障害のプロフィールが病気によって異なるということである。

4. 「実行機能障害」とは

実行機能障害とは、前頭葉の機能で前頭側頭葉変性症に伴う症状だが、この実行機能障害は、すべての認知症で障害される部分である。強弱はあるが、どんな認知症でもここは障害を受ける。逆に、この機能が障害されることを認知症と呼んでもいい。

前頭葉の機能は、自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為をする能力と定義されている。この「自発的に、計画的に、効果的に、合目的に」ということは我々の日々

の生活の基礎となっているものである。例えば、お腹が減ったからカレーライスを食べようとか、気分が減入ってきたから散歩にでも行こうとか、寂しいから誰かに話をしに行こうとか、これも実行機能である。金銭管理についても、例えば国民年金 6 万 7 千円で 1 ヶ月間どうやって暮らしていくか段取りを考えることや、薬を 1 か月分処方されてそれを上手に分けて使っていくことも実行機能である。あるいは、寒くなってきたから冬支度を始めよう、経済的に厳しくなったから福祉事務所に行って生活保護受給の相談をしよう、あるいは水道栓が切れた、どうしよう、そうだ、まず元栓を閉めてから水道局に連絡しよう。こういうのはすべて実行機能だが、このような機能が障害されることが認知症の特徴と言ってもよい。

5. 「実行機能障害」による生活機能障害への支援

様々な障害に対して、例えば、脳の病気に対しては医療的な支援、身体的な問題に対しては介護保険を中心とした介護支援、経済的な問題に対しては経済的支援がなされるが、実行機能によって障害される生活機能をカバーできる制度が実はあまりない。おそらくそこに必要とされているのは家族的支援のようなものであろう。

生活の障害は、家族がインフォーマルなサポートをして支えているものがほとんどで、これをカバーする制度はなかなか現実には存在しない。認知症の人が介護保険のなかでうまくサポートされないということは古くから現場で言われてきている。少しずつ改善はされてきているが、しかしそれでも家族がいなくて一人で暮らしている認知症の人を今の制度で支えるのは非常に難しいと感じているのは、この部分が障害されていて、これを支える資源がほとんどないということに根ざしているわけである。

これは単身ということと非常に強く関連している。経済的支援は生活困窮、医療的支援は障害疾病、介護的支援は要介護、「四重苦」というなかには、認知症や精神障害という言葉が入っているが、もう少し普遍的な言い方をすれば、生活困窮・障害疾病・要介護・単身。あるいは住まいの問題もあるかもしれない。特に、単身であること、ひとり暮らしであることに対する支援を考えていかねばならない。

少し具体的に考えてみると、認知機能障害のない、単身で貧困で要介護状態にある高齢者と、認知機能障害のある単身・貧困・要介護高齢者は決定的に違う。例えば、早期胃癌だが手術をすれば生きていけるという高齢者が認知障害だった場合、本人には同意能力がないため医療機関に行っても治療を受けられない場合が非常に多い。手術をすれば生きていけるけど、本人も同意できないし誰も同意しないので手術を受けられない。あとは、胃に穴が空いて死ぬのを待っているというのが現実である。つまり、そういった身近な判断もできない状態で暮らさなければならないというのが認知機能障害をもった単身の高齢者

である。こういった方をサポートしてくれる制度はなく、成年後見制度でも後見人は医療同意ができない。誰がやってくれているかという、その人のことをよく知っている人がやってくれている。ときには、入院先の病院の院長がやってくれているということも現実には起こっている。こういうことが家族的支援のひとつと言える。これは、すべて実行機能に入る。こういう状況のときに、合理的に判断できなくなるのが認知症の症状なので、そのときに誰がそれをやるのかというのが、日常生活支援の基本であろうと考える。糖尿病になったときに病院に行って薬をもらうという判断ができないので、誰かがその判断をしてあげなければいけない。これは残念ながら現在の介護保険制度でもできないし、そういった制度がない。

こうした状況は、地域によっても異なる。私は、いろいろなところで認知症の医療を行っている。最初は東北の田舎で、病院のないところで月1回保健所に行って認知症医療を行った。ここは単身で認知症になっても、意外に在宅で過ごしていける。周りに親類縁者がいるということもあるが、親類縁者でなくても「実はこのお婆さんに中国から引き揚げるときにすごく世話になった」という知り合いの人が世話をしてくれたりする。

次に仙台市へ行ったが、ここでは貧困で単身で認知機能障害がある高齢者は一人で暮らせない。どうしてかという、施設へ入れるか、病院へ入れるかの選択になる。まだ当時はベッドもあったので入ることはできたが、最近はこれも難しくなっている。

東京に来たら、施設にも病院にも入れないので、逆に地域で暮らしている。そして、ぎりぎりになって救急事例化してどこかに運び込まれるのを待っている。そんなことが起きているのが大都市なので、これを何とかしなければいけないのがまさに「日常生活支援」だと思う。

我々が認知症高齢者を支援するときには、最初に総合評価を行い、どういう医療支援が必要か、看護支援が必要か、ときには経済支援が必要かをはかるが、日常生活支援が必要かということがまだ十分にできていない。「四重苦の可視化」をテーマとしたときに、家族支援とは何か、日常生活支援とは何か、あるいはひとり暮らしをしている認知症高齢者の困難とは何かということを可視化する作業を、これからの課題としてやっていかねばならないだろうと考えている。

では、こうした四重苦の人を支える仕組みとしてどういう制度がいいのかという点については、例えば自立支援プログラムなどは使えるのではないかと、あるいは地域支援プログラムも最近改正があったので、そういったものでどこまでやれるのだろうかということを多少は考えているが、よくわからない。

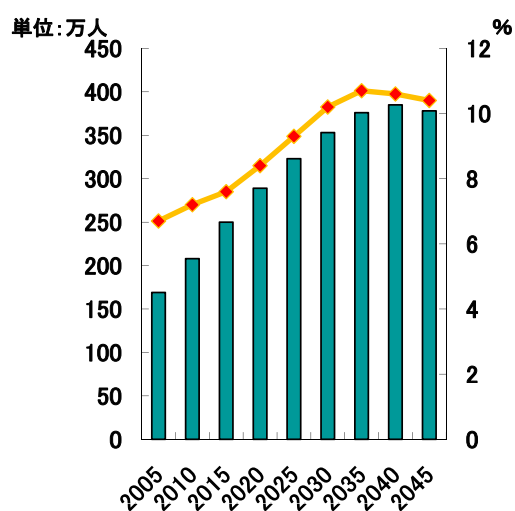
よくわからない理由のひとつに、実行機能障害とは何かについて、専門家でもなかなか可視化しにくいという問題がある。肌ではわかるのだけれども、日々の生活をみていると可視化が難しい。ここを何とか簡便に見えるようにしていくことが重要と考えている。

今、厚生労働科学研究の中で、ふるさとの会で支援されている方達の日常生活支援ニーズとは何かを可視化する研究を行っているが、この点については、決してふるさとの会だけではなくて、我が国のこれからの認知症対策の極めて重要なテーマになってくるのではないか。

「四重苦」を抱えて生きる 認知症高齢者への支援をどう考えるか

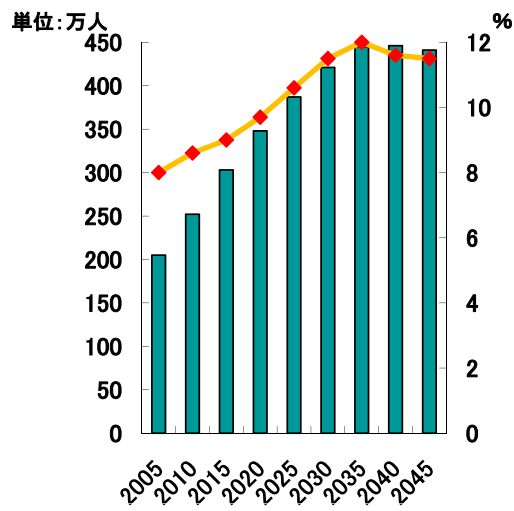
東京都健康長寿医療センター研究所
栗田 圭一

認知症高齢者の
日常生活自立度Ⅱ以上



■ 認知症高齢者 ◆ 有病率

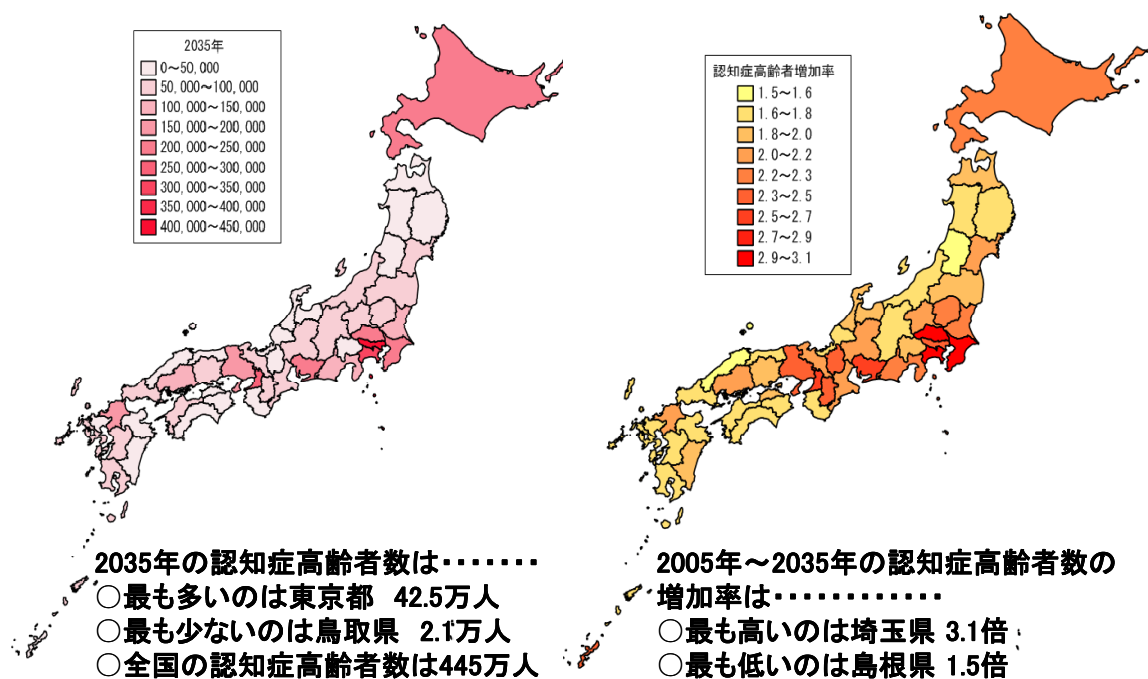
疫学データから推計される
認知症高齢者数



■ 認知症高齢者 ◆ 有病率

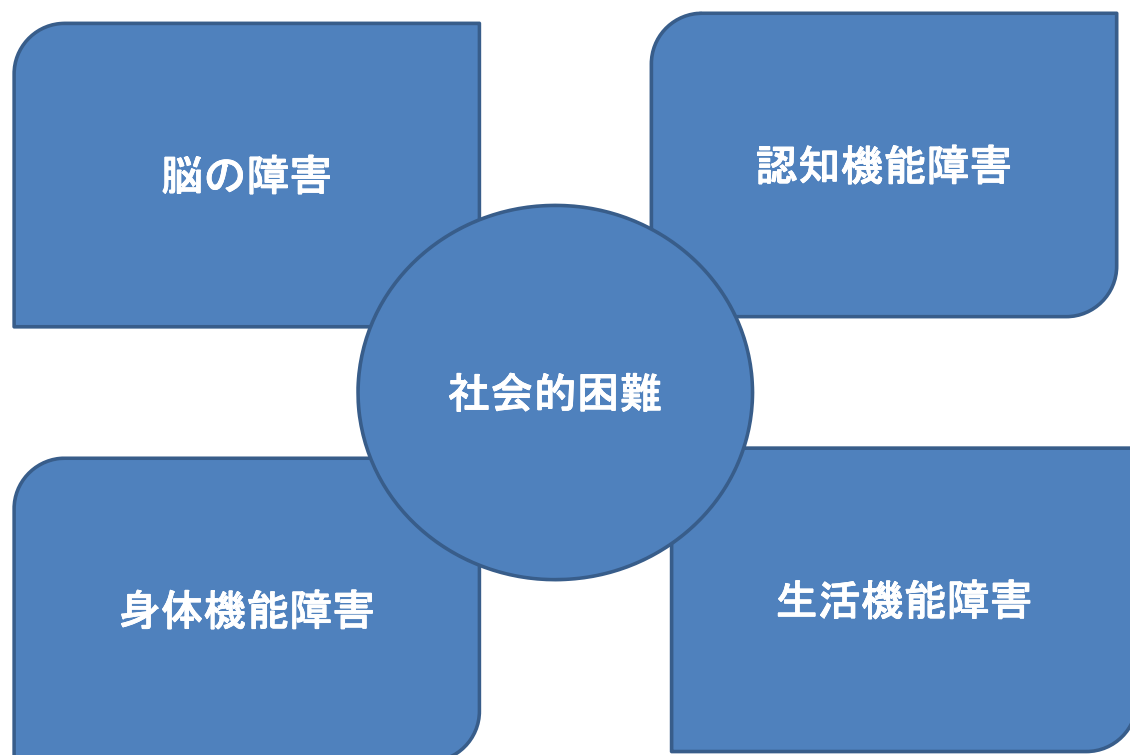
認知症高齢者数と有病率の将来推計

2035年における都道府県別認知症高齢者数とその増加率

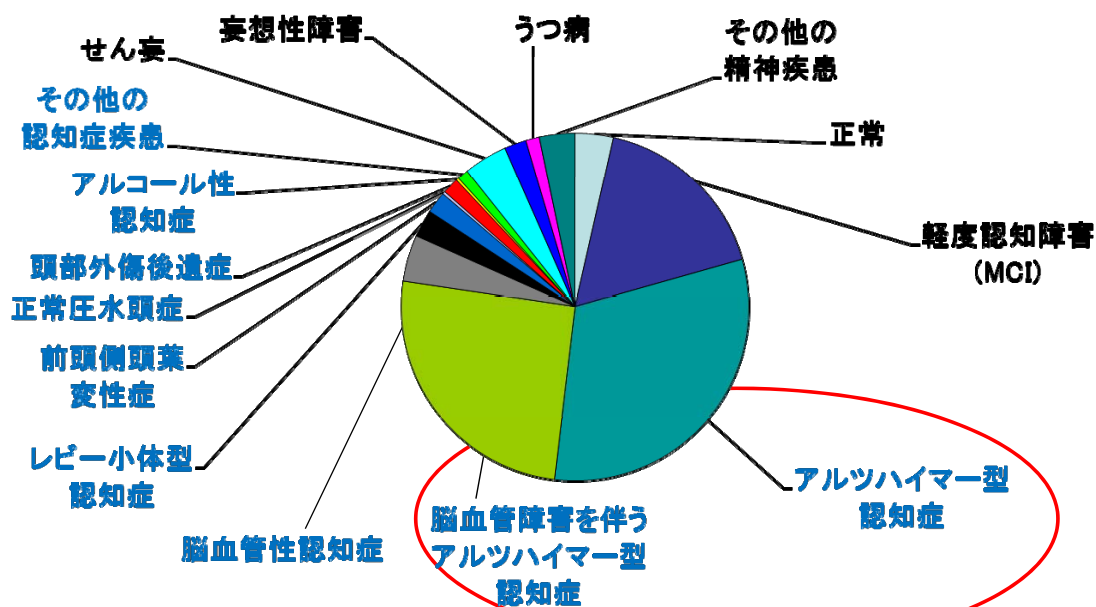


栗田主一：平成19年度厚生労働科学こころ健康科学研究事業精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

認知症を生きるとは・・・



もの忘れ外来を受診する高齢者の診断名



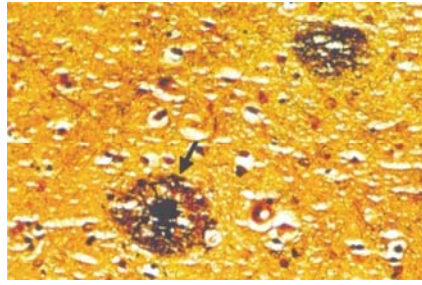
60%以上はアルツハイマー病

認知症の原因疾患

アルツハイマー型認知症
脳血管性認知症
レビー小体型認知症
前頭側頭葉変性症
正常圧水頭症
頭部外傷による認知症
アルコール性認知症
などなど...



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

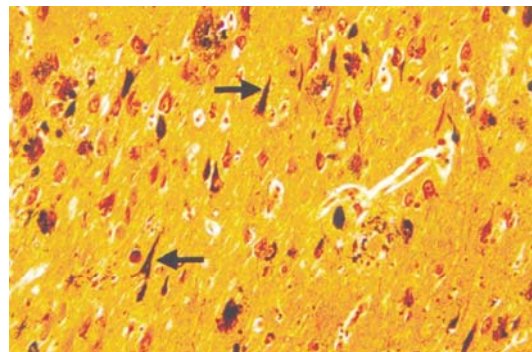


老人斑

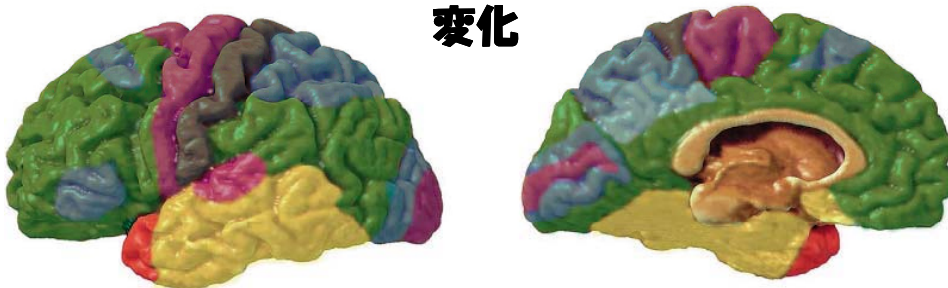


Least abundant Most abundant

Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003

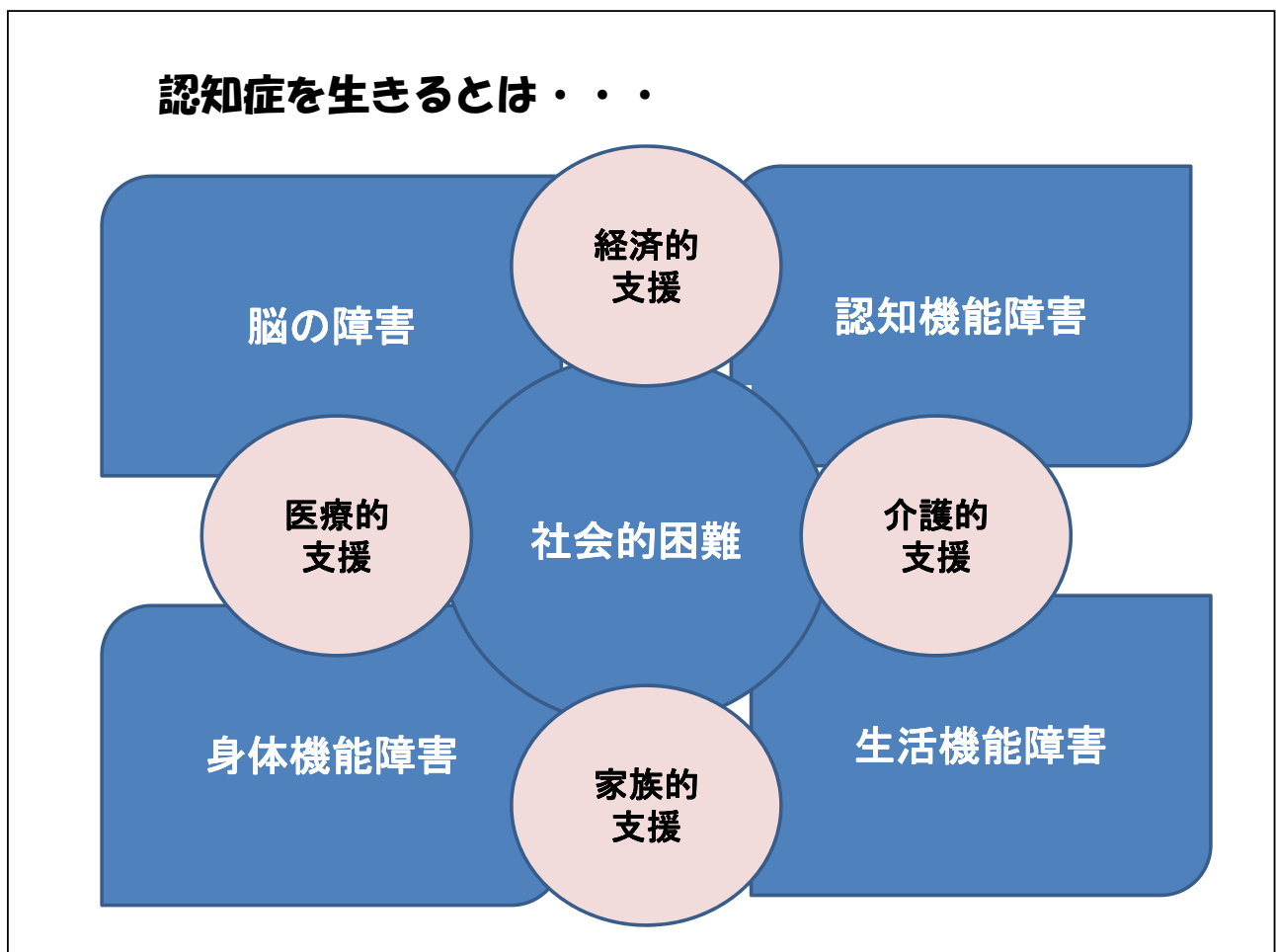
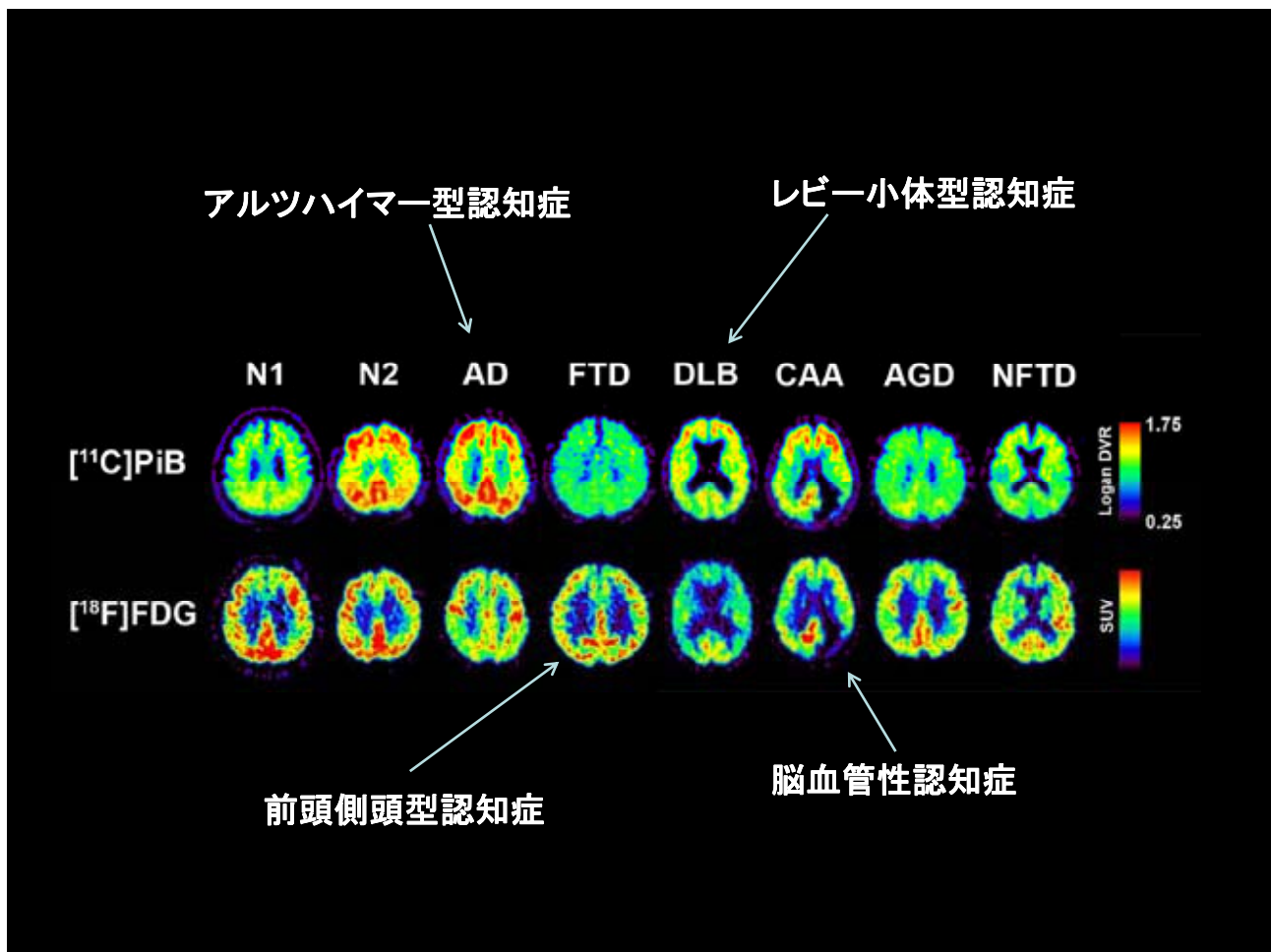


神經原線維 変化

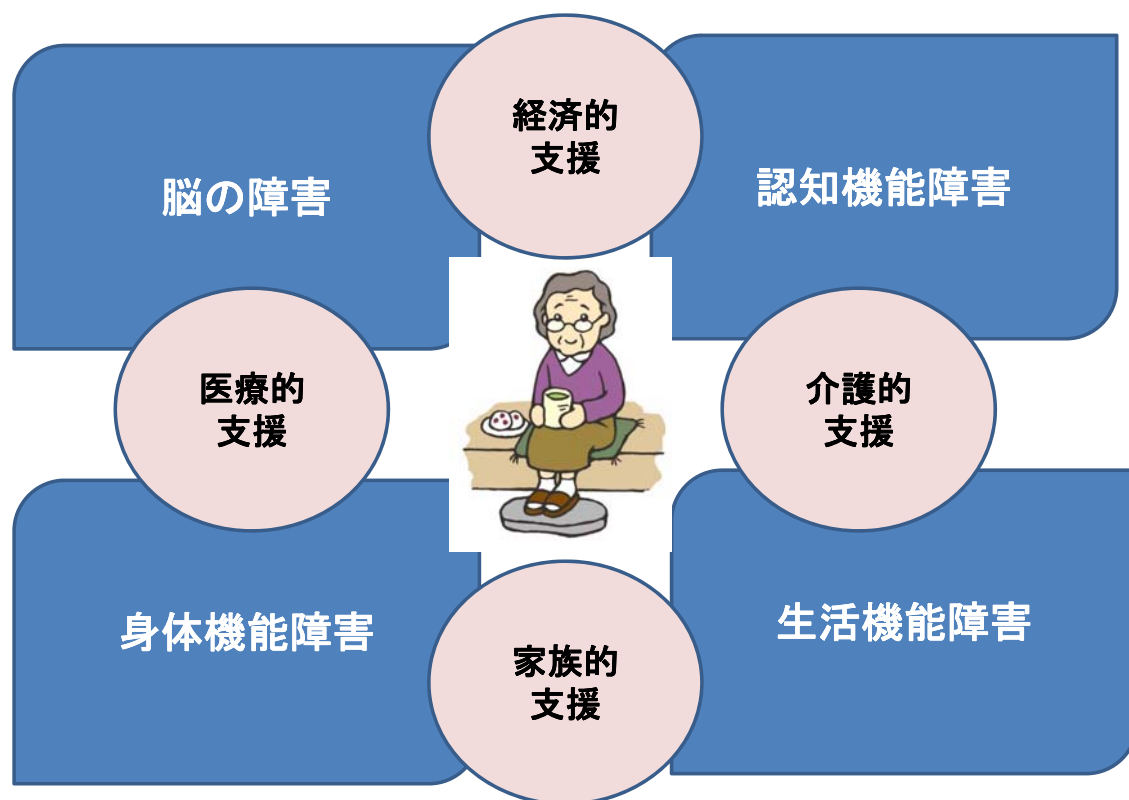


Least abundant Most abundant

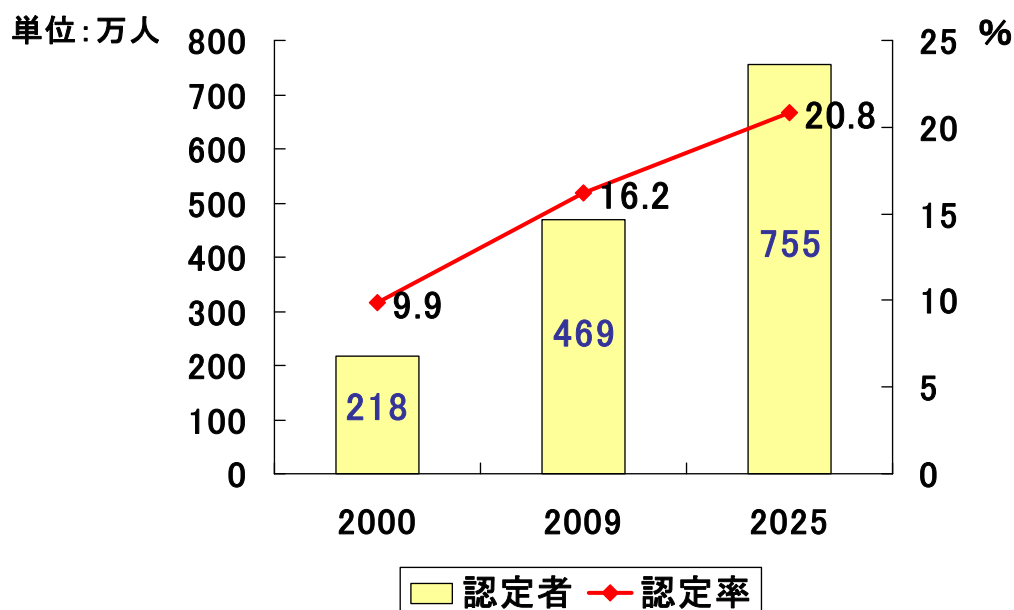
Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003



認知症を生きるとは・・・

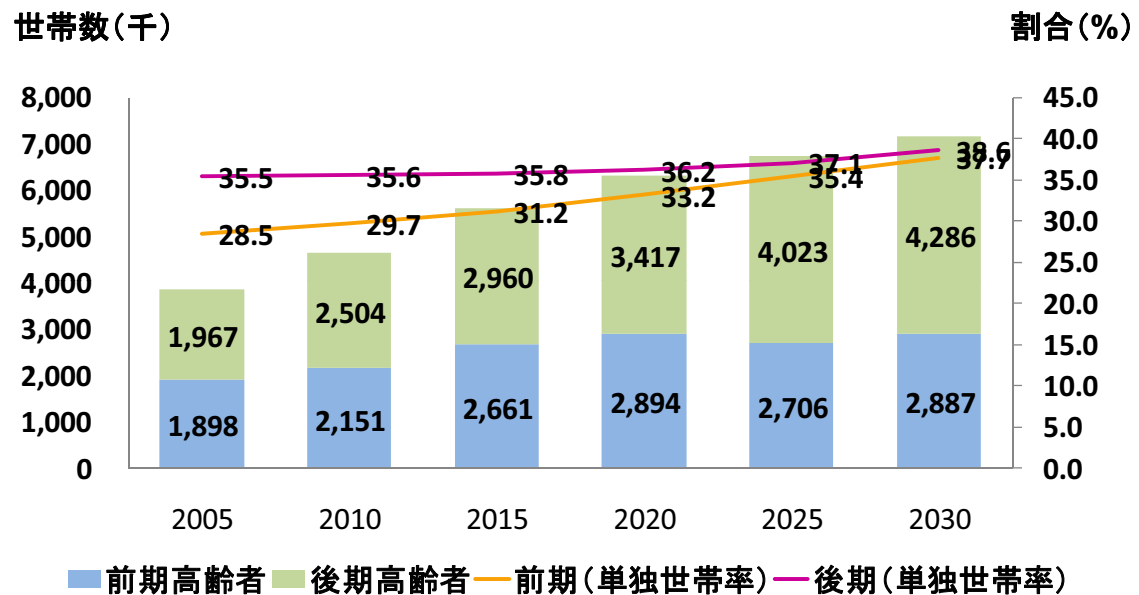


要介護(支援)認定者数



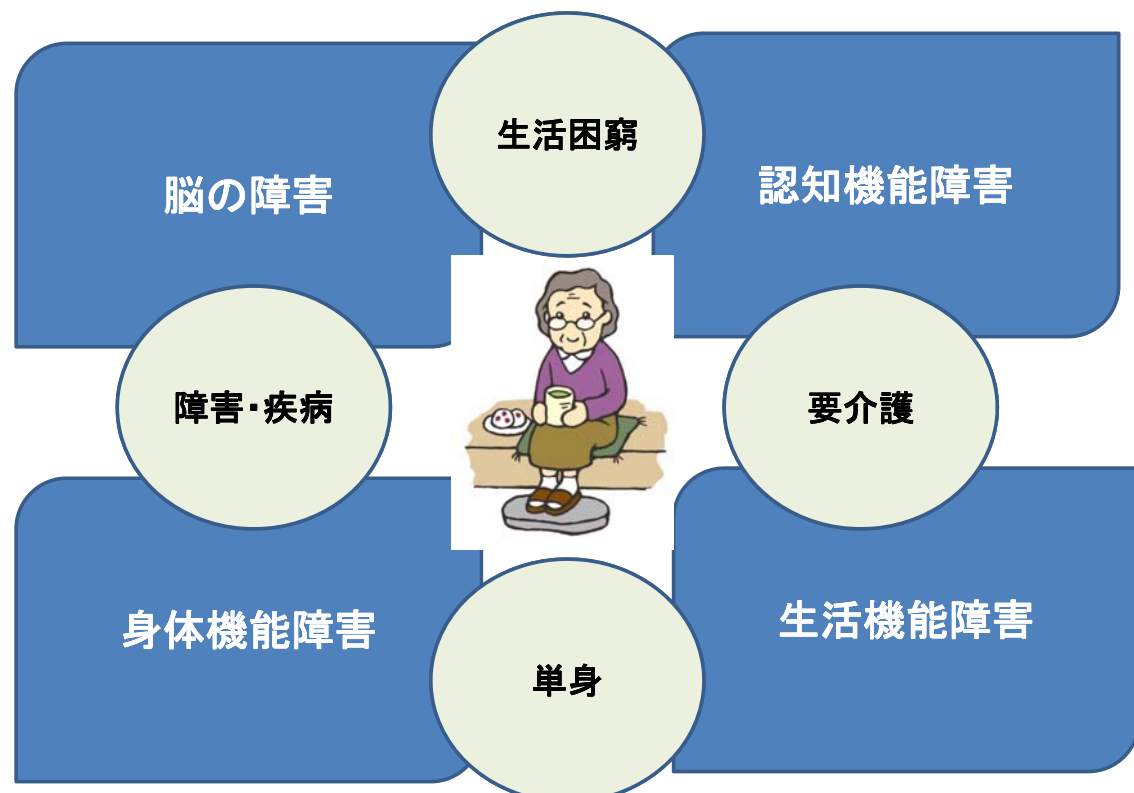
出典: 厚生労働省推計

高齢者の単独世帯数と割合の推移

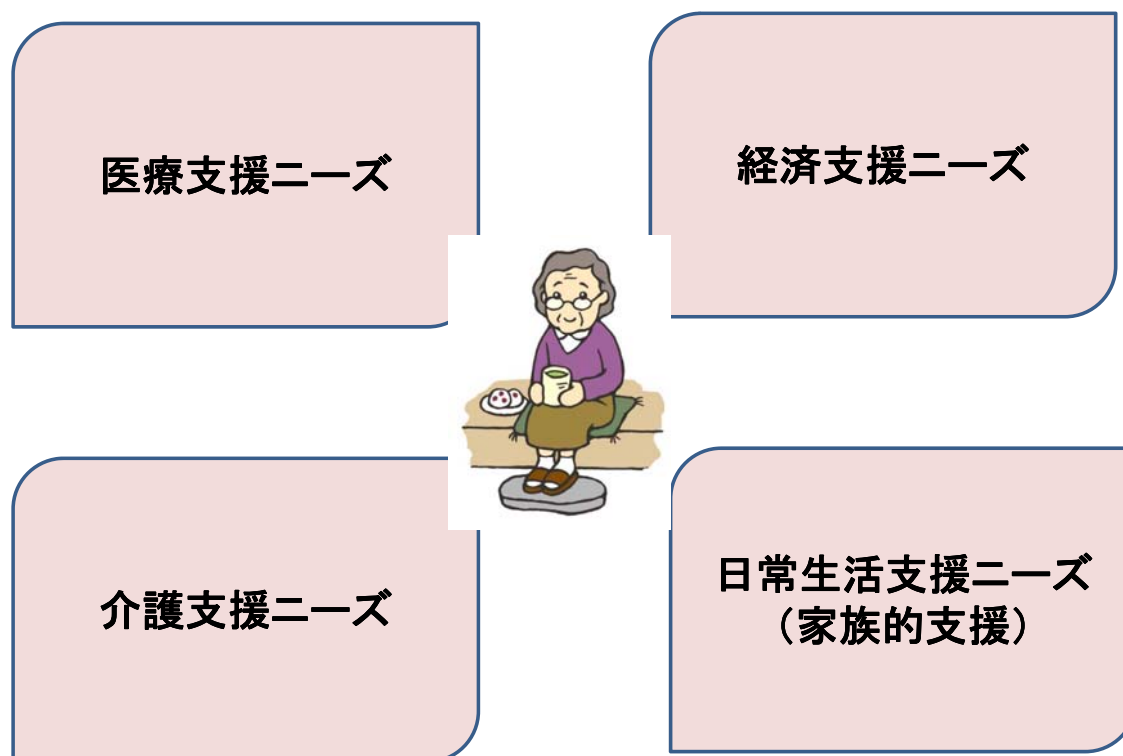


国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成20年3月推計)」より作成

認知症を生きるとは・・・



「認知症高齢者の総合機能評価」→ 支援ニーズの可視化



増えゆく認知症高齢者に対する国家戦略 *National Dementia Strategy*

「認知症の医療とケアの質を高める緊急プロジェクト」(2008)

- － 実態の把握
- － 研究・開発の促進
- － 早期診断の推進と適切な医療の提供
- － 適切なケアの普及および本人・家族支援
 - ・ 認知症ケアの標準化・高度化
 - ・ 認知症ケアの評価等の検討
 - ・ 認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括ケア体制の普及
- － 若年性認知症対策

第3章 ケア付き就労利用者の意識とプロフィール ～四重苦の人々に対する支援の可能性について～

1. 調査の目的

ふるさとの会の利用者はさまざまな生活困難を抱えながら生活している。特に、最近の経済状況や社会環境の変化にともない若年者層の利用者の増加が目立つが、これらの利用者は昨年度調査で明らかとなった「四重苦」を抱える高齢利用者層とは異なる生活課題を抱えていることが推測される。

本調査は、ふるさとの会でケア付き就労に従事している利用者が具体的にどのような支援を必要としているのかを明らかにするとともに、「四重苦」を抱える高齢者への支援の可能性を探ることを目的としている。ただし、これまでにさまざまな生活困難を抱える利用者のニーズを的確に把握するための調査項目等は開発されておらず、どのような内容、形式、方法で行うことが有効であるのか、開発と検証を重ねていくことが重要となる。そのため、今年度研究事業では調査項目や調査方法を確立するための予備的調査を主眼として調査票の開発を行い、次年度以降に本格的な調査を実施すべく準備を行うことまでを目標とした。

2. 調査票の検討プロセス

(1) 調査対象の選定

ふるさとの会では1000名を超える利用者がおり、それぞれが生活困難を抱えながら生活を送っている。昨年度研究事業では、高齢で認知症や精神疾患を抱えており、住まいや就労を確保することが困難な「四重苦」の利用者層を明示化しており、本研究事業でも当初はこれらの「四重苦」を抱える利用者層を対象と考えていた。しかし、他研究事業において「四重苦」を抱える利用者への調査が同時期に計画されていたこと、また経済環境が厳しい中で失業等によって若年層の利用者が増加していることなどを踏まえ、調査対象者については、ふるさとの会利用者（稼働層）のうち、以下のとおりとした。

①ふるさとの会で雇用しているケア付き就労利用者（90名程度）

②社会福祉推進事業の借り上げ住宅（ゲストハウス）利用者（5名程度）

ただし、今年度は調査票の作成や調査方法を検討するための予備的調査として位置づけていることから、対象者の人数は絞り込んで実施することとした。（利用者40名を対象に予備的調査を実施。）

(2) 調査目的の精査

当初、本調査では以下の4点を明らかにすることを目的として設定した。

- ①ケア付き就労の利用者の生活・就労面での実像を明らかにする。
- ②ケア付き就労の利用者が、どのような生活上、就労上の困難を抱え、それに対してどのような支援が行われているのか。
- ③ケア付き就労を利用することで、利用者の生活（行動面や意識面等）にどのような変化がみられるのか。
- ④四重苦の方々を支援する業務に対して、どのような意識をもっているのか。

しかし、これまでの研究では生活困難を抱えた方がどのような属性であり、どのような生活課題を持っているのか、客観的な視点からの把握が十分ではない面もあると考えられるため、調査目的としては、まずは上記①②の事実と考えてよいであろう実態の把握に重点をおくことを基本とした。

そのため、調査方法として利用者への聞き取りとともに、支援を行っている職員からの情報収集を行うことで情報の精度を高めることによって、利用者の抱える生活課題を客観的に把握することが可能になると考えた。（調査票の構成を、利用者向けのものと実際に支援している職員向けのものに分けて作成。）

(3) 調査実施方法の検討

調査の実施方法に関しては、職員による聞き取り形式で実施する場合と、回答者が自記式で実施する場合の双方が考えられる。今回の調査では、①職員による聞き取り方式と、②回答者自記式（グループ形式）の両者を併用した。

①職員による聞き取り方式

面接形式で実施した場合には、一人ひとり個別に調査を行うことでより正確な情報を引き出せるメリットがあるが、業務時間中に調査を実施する必要があるため職員が十分な時間を取れないというデメリットも生じやすい。

今回、暫定案調査票にて行った聞き取り調査の所要時間をみると、職員や回答者によってバラツキはみられるが、一人ひとり個別に面接形式で行った場合には 15～20 分程度で行われていた回答が多くみられた。

【回答状況に関する考察】

暫定案調査票では、質問数が多く、また理由や意識等を尋ねる設問も少なくなかったため、選択肢形式設問の回答率は低くないが、理由や意識など記述式設問に関する回答率は高くはなかった。質問数を減らすこと、また可能な限り選択肢形式の質問に置き換えるなどの修正の必要性が明らかとなった。

②回答者自記式（グループ形式）

数名の利用者に調査票を渡して、一定時間内に自記式で記入を依頼する方式である。職員は、回答者が設問に回答しやすいように質問内容を解説したりする必要があるため、可能な限り同席することが求められる。

今回の暫定案調査票では、一部の職員がグループ形式で自記式による調査が実施されているが、最大で 6 人の利用者に対して 45 分をかけている。

【回答状況に関する考察】

回答状況については、質問数の多さ、意識等の記述式設問への回答率の低さは聞き取り方式とそれほど差はないと考えられるが、利用者や職員の業務等の都合により回答時間を定めて実施せざるを得ないため、最後まで回答する前に終了している調査票も複数みられた。このような状況を防ぐためには、可能な限り職員も同席して回答者の記載状況を確認しながら解説をするなど、より丁寧な実施方法が必要と考えられる。

これらの結果を踏まえると、調査を担当する職員向けの手引きを用意し、利用者が回答しやすくなるよう解説を加えたり、実施方法別に留意点等を記載するなどして回答のバラツキを抑えるなどの対応が必要であることが明らかとなった。

(4) 調査項目の検討

調査項目を検討するにあたっては、当初設定した調査目的を把握するため、個人属性や住まいの状況、生活保護や自立支援センターの利用状況、健康状態、就労状況、家族・友人関係、生活行動や意識の変化等に関する設問を用意した。

これらの設問からなる調査票暫定案を作成し、予備的調査として利用者から回答を得たのち、回答内容等から設問の適切性等の検討を行うとともに、委員や外部専門家からなるワーキングチームを立ち上げ、調査項目の検討を行った。

	《調査票の作成・精査》	《実査（試行）》
1/6	○調査票の原票となるフェイスシート案作成（事務局）	
1 中旬	○調査票暫定案の作成（事務局、調査機関）	
1 下旬		→ゲストハウス入居者、ふるさとの会利用者 14 名に対する試行的調査 （暫定調査票に基づく調査）
2/4	○調査票作成WT開催 →2/4WTをふまえた修正	→暫定調査票に基づく、計 36 名の方に対する 調査を終了（いったん中断）
2/15	○22 年度調査票確定に向けた打ち合わせ （竹島委員、事務局、調査機関）	
2/23	○委員会での議論を踏まえ確定	→修正案（職員調査項目）に基づき、当初実施した 14 名に関する補完として職員調査を実施
3/中旬		→3 月中旬を目途に、計 40 名の方に対する 追加・補完的調査を実施

*WT委員として、外部委員として、森川すいめい医師（久里浜アルコール症センター）、金田一正史氏（千葉県障害福祉課精神保健福祉推進室）が参加した。

以下に、暫定案における調査項目と、予備的調査結果やワーキングチームでの検討結果を踏まえた修正方針を整理した。

表 3-1 暫定案における調査項目に対する検討内容一覧（その 1）

	暫定案における調査項目	修正方針
基本情報 (職員記載)	①性別 ②年齢 ③ふるさとの会利用期間 ④会利用前の生活場所 ・ 自宅（アパートなど） ・ 民間施設（宿泊所など） ・ 緊急就労居住支援事業の借り上げ住宅 ・ 旅館 ・ 都市公園、河川、駅舎、その他 ⑤生活課題 他者とのかかわり（積極的、消極的、拒否的） 生活意欲（積極的、消極的、どちらとも言えない） ⑥生活支援の利用と支援内容 ⑦家賃保証の有無	③：利用開始年月を尋ねる聞き方に変更 ④：回答に迷いが生じないようにすることが必要 → 選択肢に「社会福祉推進事業の借り上げ住宅」「その他」を設ける。 ⑤：漠然とした設問ではなく、より具体的な設問に置き換える必要がある。 → ・利用者の特性や性格を踏まえて職員がどのようにアプローチしているのか ・利用者自身が抱える健康面での課題、社会生活を送る上での課題（読み書き、視聴覚、身体的な障害等）の有無 ⑥：生活支援センターの利用状況に改め、支援内容を明確化する
住まい (利用者回答)	(1)現在の住まい ・ 自宅（アパートなど） ・ 民間施設（宿泊所など） ・ 緊急就労居住支援事業の借り上げ住宅 ・ 旅館 ・ 都市公園、河川、駅舎、その他 (2)自宅以外の利用者向け ①：自宅以外の生活期間 ②：自宅を失った理由 ③：アパートでのひとり暮らし経験の有無 ④：自宅確保の意向 (3)自宅の利用者向け ①：自宅を失った経験の有無 ②：自宅を失った期間 ③：自宅を失った理由	(1)：現在の住まいに関しては、回答の精度を高めるため利用者ではなく支援を行っている職員に回答してもらう。 利用者に対しては、導入部として自宅か自宅以外かを尋ねる程度とする。 (2)(3)：回答しやすさを考慮し、(2)と(3)はひとつにまとめる。 また、「自宅を失った経験」「ひとり暮らしの経験」などは回答者によって時期が異なる。 経験時期のバラツキを抑えるため「過去〇年間」などの条件を加えることが必要である。
生活保護	(1)生活保護受給の有無 (2)過去に生活保護を受給した経験 (3)過去に受給し、やめた経験と理由 (4)（未受給者）生活保護の受給申請意向と理由	(4)：選択肢から申請意向を外し簡素化する（受けたい、受けたくない、わからない） (5)：現在生活保護を受給している利用者を対象に、「今後の生活保護受給意向と理由」を追加

表 3-1 当初の調査項目に対する検討内容一覧（その 2）

	暫定案における調査項目	修正方針
自立支援センター	(1) 利用経験の有無、利用回数 (2) (利用経験者) 退寮した理由 (3) 利用意向とその理由	
健康状態	(1) 現在の健康状態（主観的評価） (2) 過去に大きな病気をした経験の有無、疾患 (3) 現在かかっている病気、疾患 (4) 障害者手帳の有無、手帳種類と等級 (5) 健康のことで心配なこと (6) 睡眠の状況 (7) 憂うつ感の状況	(3) : 通院状況をあわせて把握することが必要 (4) : 手帳種類は選択肢形式に変更 (5) : 回答者の主観に左右される。→職員向け調査の中に「健康に関する訴え」の有無、内容を記載する設問を設け、客観的に把握する。 (6) (7) : 利用者の健康状態を一般的に用いられている指標により把握することが必要。 →日本語版 GHQ 28 ^{注)} の質問項目を用いて利用者の精神健康状態の把握を試みるのが有効ではないか。

注：GHQ 28（精神健康調査票：The General Health Questionnaire）

GHQ 28 は、28 項目の質問によって回答者の主観的健康を尋ねる質問紙であり、主として神経症者の症状把握、および迅速な発見などメンタルヘルスの評価に利用されている。日本語版 GHQ 28 では、総点が 5 点以下ならば健常者、6 点以上ならば神経症を主としたうつ病、内因性精神病などの精神疾患の可能性が高い神経症群と判断される。

神経症とは、心理的原因によって引き起こされる精神および身体の反応であり、発症には性格要因と環境要因が関与する。精神症状の中心は不安で、身体症状としては自律神経失調性の不定愁訴が訴えられる。GHQ 28 による神経症の判断効率は、神経症者を神経症群と判断できる確率（感度：sensitivity）が 90%、健常者を健常と判断できる確率（特異度：specificity）が 86% とされており、高い信頼性が認められている。

GHQ 28 では、総点による神経症群の判別が可能な他、「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の 4 因子に対する尺度得点が得られる。

4 因子の得点から、各症状の程度（症状なし、軽度の症状、中度以上の症状の 3 段階）が評価可能である。身体的症状の質問項目は、頭痛や体調不良などの不定愁訴について尋ねる質問から構成されており、神経症における身体症状の評価が可能である。不安と不眠の質問項目は、不眠の症状やストレスに関する質問、社会的活動障害の因子は、仕事や日常生活に関する質問、うつ傾向の因子は、絶望感や自殺願望に関する質問などから構成されている。

表 3-1 当初の調査項目に対する検討内容一覧（その3）

	暫定案における調査項目	修正方針
収入・職業	(1) 現在の就労の有無、仕事の内容 (2) (未就労者) ① 就労希望の有無と理由 ② 希望する職種、雇用形態、労働時間条件 ③ 求職活動で希望する支援内容 ④ 求職活動を行ううえでの問題点 (3) (就労者) ① 1 か月あたりの収入 ② 生活保護の受給状況、受給意向 ③ これまで一番長かった仕事、雇用形態、就労都道府県、就労期間、社会保険加入状況 ④ 資格の有無 (4) (ふるさとの会で就労している人) ① 仕事の内容 「清掃」「ヘルパー」「生活支援」「職員の補助業務」「配膳」「その他」 ② 仕事をしている期間 ③ 仕事をしていて楽しいこと ④ 仕事をしていて辛いこと ⑤ 継続意向 ⑥ 同様の仕事をした経験の有無 ⑦ ふるさとの会の仕事を通しての変化 ⑧ 他にやってみたい仕事 ⑨ 行っている仕事内容（詳細） ・ 食事 ・ 睡眠 ・ 排泄 ・ 清潔 ・ 活動支援 ・ 健康の保持 ・ 安全の確保 ・ 居住環境の保持 ・ 安心生活 ・ 社会サービス利用、コーディネート ・ 社会生活の保持	③：これまで一番長かった仕事とともに、過去1年間における就労状況を確認する必要がある ④：選択肢形式に変更 ①②⑨：ふるさとの会での就労内容に関しては、設問項目が多いため回答者の負担が大きいこと、情報の正確さを高める必要があることを考慮し、利用者に対する質問としては設定せず、支援を行っている職員が記入する形に変更する。

表 3-1 当初の調査項目に対する検討内容一覧（その 4）

	暫定案における調査項目	修正方針
学歴	(1)最後に卒業した学校 (2)普通学級以外の学級に通った経験の有無	
家族・友人	(1)連絡を取ることができる家族や親せきの有無、続柄 (2)生育歴 ①子どもの頃に両親以外と生活した経験 ②一緒に生活した人・場所、 ③両親との関係 (3)困った特に相談できる人の有無、誰か (4)お金のことで相談できる人の有無、誰か	(2)：時期を特定する必要がある。また、「どこで誰と」暮らしていたのがわかるように整理する必要がある。 →・時期は、小学生～中学生の頃と設定する。 ・「どこで誰と」暮らしていたのか選択肢形式で整理する。
生活行動・意識	(1)安心感、不安感 ①会利用前の不安の有無、不安の内容 ②会利用後の不安の変化 ③現在の不安の有無、内容 (2)生活行動、意識 ①会利用前と比べ生活の中で変わったことの有無、内容 ②会利用前と比べ気持ちの面で変わったことの有無、内容 ③現在の生活の中で困っていることの有無、内容 (3)生活支援の利用内容 ①リビング ②行事 ③生活相談 ④医療・福祉相談 ⑤訪問 ⑥金銭管理 ⑦共済会 ⑧その他 (4)生活習慣 ①飲酒の頻度 ②ギャンブルの頻度 (5)借金の有無	①：不安内容を選択肢形式へ（回答しやすさ） ③：漠然とした不安を尋ねるよりも、具体的な困り事を尋ねたことが必要。→削除 ②：気持ち面での変化を捉えて記載するのは難しい面がある。また①と重複することもある。 →むしろ、「ふるさとの会を利用して助かっていると思うこと」を尋ねることで、利用者の内面を把握できるのではないかと。 (3)：生活支援の利用内容については、利用者本人の意識によって回答内容に差が生じるおそれがあること、回答負担を減らすことなどを考慮し、支援を行っている職員記入項目へ移動させることとする。 (4)：本人の回答が正確であるかどうかを確認する意味で、支援を行っている職員向け調査項目にも追加する。
今後	今後の生活や仕事に関する希望（自由記述）	

検討を踏まえて作成した調査票は、以下のとおりである。

厚生労働省社会福祉推進事業ヒアリング
職員記入シート

No.

(1) 基本属性

- ①性別 1. 男 2. 女
- ②生年月日 昭・平_____年（又は西暦_____年）_____月_____日生
- ③結婚の有無 1. 婚姻歴あり（→現在：1. 配偶者あり、2. 配偶者なし（＝離死別）
※内縁関係も含みます。
2. 未婚
- ④就業の有無 1. 仕事に就いている（仕事の内容：_____）
2. 仕事に就いていない

(2) 健康状態

- ①疾病の既往歴 1. なし
2. あり（_____）
- ②通院の有無（最近3か月） 1. なし
2. あり（疾病：_____）
- ③健康に関する訴え（最近3か月） 1. なし
2. あり（訴えの内容：_____）

(3) 社会生活を送る上での困難さ

- ①読み書き 1. 特に問題はない 2. 苦勞していることがある
- ②視聴覚 1. 特に問題はない 2. 視力（ものが見えにくい） 3. 聴力（聞こえにくい）
- ③身体の不自由（視聴覚以外） 1. 特に問題はない 2. 身体に不自由な部分がある
↓
(部位、不自由な状況等：_____)
- ④飲酒 1. 毎日飲む 3. 以前は飲んでしたが、今は飲んでいない
2. ときどき飲む 4. 飲まない
- ⑤ギャンブル 1. 毎日のようにする 3. 以前はしていたが、今はしない
2. ときどきする 4. しない

(4) 困り事等の相談

- ①最近3か月のうちに、利用者から困り事の相談を受けたことはありますか。
1. 特にない 2. ある（主な内容：_____）
- ②利用者から、子どもの頃に親などから暴力を受けた等の話を聞いたことはありますか。
1. 聞いたことはない 2. 聞いたことがある

(5) ふるさとの会とのかかわり

①ふるさとの会を最初に利用した年月 _____年____月から

②ふるさとの会利用前の生活場所

1. 自宅（アパートなど）
2. 民間施設（宿泊所など）
3. 緊急就労居住支援事業の借り上げ住宅
4. 社会福祉推進事業の借り上げ住宅（ゲストハウス等）
5. 旅館
6. 都市公園、河川、駅舎、道路、その他（インターネットカフェ、サウナ、カプセルホテル、その他_____）
7. その他（具体的に_____）

③現在の生活場所 ※上記②の選択肢番号を記入→ _____

④生活支援センターの利用 1. あり 2. なし

「1. あり」の場合の支援内容

1. リビング
2. 行事
3. 生活相談
4. 医療・福祉相談
5. 訪問
6. 金銭管理
7. 共済会
8. その他（具体的に_____）

⑤利用者の特性や性格と、アプローチ方法（どのような面に気をつけて、どのような支援を行っていますか）

【具体的に記入してください】

⑥家賃保証の利用 1. あり 2. なし

(6) ふるさとの会での仕事について（ふるさとの会で仕事をしている利用者）

①仕事を始めた時期 _____年____月から

②仕事の内容

1. 清掃
2. ヘルパー
3. 生活支援（宿泊所の日勤・夜勤等）
4. 職員の補助業務（緊急就労・居住支援事業）
5. 配膳
6. 給食センター（調理）
7. ドライバー
8. その他（具体的に_____）

③最近3か月のなかで、当該利用者が行っている具体的な業務内容に○印をつけてください。

ア. 食事について

1. 食事（朝食・昼食・夕食）の準備や見守り、介助
2. 買ってきた食べ物が傷まないように管理する（冷蔵庫に入れたり、賞味期限を確認する）
3. 体調に応じて、おかゆやおにぎりにする
4. 食事が十分とれないときに栄養剤を準備したり、食べ過ぎないように声をかける
5. いずれも行っていない

イ. 睡眠について

1. 朝、**起こす**
2. 起きられないときに一緒にいる
3. 夜間何か困ったときに相談に**のる**
4. 時間がわからなくなってしまったときに**教える**
5. いずれも行っていない

ウ. 排泄について

1. トイレに行きたいときに**手伝う**
2. オムツなどを**取り替える**
3. 便秘になったり、下痢をしたときに水分や薬を**調節する**
4. トイレをきれいに**する**
5. いずれも行っていない

エ. 清潔について

1. 体が汚れてしまった際に、入浴を促したり、見守りや介助をする
2. 衣服やシーツが汚れてしまった際に、洗濯を促したり、介助する
3. 衣服が汚れてしまった際に、着替えを促したり、介助する
4. 歯磨きや入れ歯の洗浄をする
5. いずれも行っていない

オ. 活動について

1. 外出したいときに**付き添う**
2. 家の中での移動の手伝いを**する**
3. 場所がわからなくなった際に、**教える**
4. 起きあがったり、立ち上がったたり、体の向きを**変える**
5. いずれも行っていない

カ. 健康の保持について

1. 毎日きちんと服薬できるように管理する
2. 体調が悪いときに相談にのり、対応する（応急手当や医療機関への連絡・救急搬送など）
3. 毎日の医療的サポート（在宅酸素、インスリン注射／血糖測定、栄養剤）
4. 体調が悪いかどうかみる（顔色・体温・血圧など）

5. いずれも行っていない

キ. 安全の確保について

1. 安否確認をする
2. 火の元の管理をする
3. 危険なものを預かる（管理する）
4. 暴力をふるわれないように守る
5. いずれも行っていない

ク. 居住環境の保持について

1. 居室の環境を整える（掃除・片づけ・ゴミ出し・室温調整・換気）
2. 安定して住むことができる住居を確保・維持する
3. 同居人・近隣・大家さんなどとのトラブルを解決する
4. ガス・水道・電気が止まらないようにする
5. いずれも行っていない

ケ. 安心生活について

1. 寂しいときや困ったときに相談にのる
2. 入院したときなどに面会に行く
3. 病院の説明などを一緒に聞く
4. 利用者の味方になって対応する
5. いずれも行っていない

コ. 社会サービス利用・コーディネートについて

1. 往診や訪問看護・認定調査の際に立ち会う（日頃の様子を伝える）
2. 診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整をする
3. カンファランス（ミーティング・支援方針会議）を開く
4. 制度（生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳など）を利用するための相談や手続きをする
5. いずれも行っていない

サ. 社会生活の保持について

1. 日常的な金銭管理をする（出入金の記録、レシートの管理、通帳の管理など）
2. スケジュールの確認・管理をする
3. 大切な書類の保管・管理をする
4. 通信（電話・ファックス・手紙のやりとりなど）の手伝いをする
5. いずれも行っていない

No.

こうせいろうどうしょうしゃがいふくしすいしんじきょう
厚生労働省 社会福祉推進事業ヒアリング

りようしきにゅう
利用者記入シート

0. はじめに

あなたの性別と生年月日を教えてください。

①性別

1. 男 2. 女

②生年月日

しょうわ へいせい ねん また せいれき ねん がつ にちうまれ
昭和・平成 年 (又は西暦 年) 月 日生

1. す
住まいについて

(1) げんざい どこで暮らしていますか (さいきん しゅうかん しゅ せいかつ ば)
最近2週間の主たる生活の場

1. じたく (アパートなど) 2. じたくいがい
自宅 (アパートなど) 自宅以外

3. その他 (ぐたいてき 具体的に)

(2) か こ す いえ うしな ちかいて ちかいて
過去に住む家を失ったことはありますか (持家、アパートを問わず)

1. ある 2. ない

②「1. ある」場合は、どのくらいの期間でしたか。 ねん げつ くらい
年 月 くらい

※職員が把握している場合は、職員が記入

③「ある」場合は、さ つか す いえ ちかいて ちかいて
差し支えなければ、住む家 (持家、アパートを問わず) を失った事
情 (じょう ちようきん じたくい がい せいかつ はじ りゆう おし
直近の自宅以外の生活を始めた理由) を教えてください。

④か こ ねんかん
過去3年間に、アパートでひとり暮らしをしたことはありますか。

1. ある 2. ない

2. 生活保護について

(1) 現在、生活保護を受けていますか。

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

(2) 過去に生活保護を受けたことがありますか。

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1. ある | 2. ない | 3. こたえたくない |
|-------|-------|------------|

(3) 過去に生活保護を受給し、やめたことはありますか。

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1. ある | 2. ない | 3. こたえたくない |
|-------|-------|------------|

「ある」場合の理由：

(4) 現在、生活保護を受けていない方にうかがいます。生活保護を受けたいですか。
差し支えなければ、理由を教えてください。

- | |
|-----------|
| 1. 受けたい |
| 2. 受けたくない |
| 3. わからない |

理由：

(5) 現在、生活保護を受けている方にうかがいます。今後も受給したいですか。

- | |
|---------------|
| 1. これからも受給したい |
| 2. 生活保護はやめたい |
| 3. わからない |

理由：

3. 自立支援センターについて

(1) これまでに自立支援センターに入所したことがありますか。

- | | |
|-----------------------|-------|
| 1. ある (利用回数: _____ 回) | 2. ない |
|-----------------------|-------|

(2) 「ある」方にうかがいます。自立支援センターをどのように退寮しましたか。

- | | | | |
|---------|---------|---------|--------|
| 1. 就労自立 | 2. 生活保護 | 3. 利用中断 | 4. その他 |
|---------|---------|---------|--------|

(3) 自宅以外の方にうかがいます。自立支援センターに入所したいですか。差し支えなければ、理由を教えてください。

- | | |
|----------|------------|
| 1. 入所したい | 2. 入所したくない |
|----------|------------|

理由:

4. 健康状態について

(1) 現在(最近3か月)の健康状態はどうですか。

- | | | |
|-------|------------|---------------------|
| 1. よい | 2. あまりよくない | 3. よくない (具体的に_____) |
|-------|------------|---------------------|

(2) 過去に大きな病気をしたことがありますか。

- | | |
|-------|-------------------|
| 1. ない | 2. ある (具体的に_____) |
|-------|-------------------|

(3) 現在(最近3か月)、かかっている病気はありますか。

- | | |
|-------|-------------------|
| 1. ない | 2. ある (具体的に_____) |
|-------|-------------------|

「2. ある」方へ 現在通院していますか。

- | | |
|---------|----------|
| 1. している | 2. していない |
|---------|----------|

(4) 障害者手帳を持っていますか。

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|

「1. 持っている方へ」 持っている手帳の種類を選び等級を記入してください。

- | | |
|-------------|---------|
| 1. 身体障害者手帳 | _____ 級 |
| 2. 愛の手帳 | _____ 級 |
| 3. 精神保健福祉手帳 | _____ 級 |

(5) 2～3週間前から現在までの健康状態についてうかがいます。以下の質問を読み、最も適当と思われる答えを○で囲んで下さい。

ア. 気分や健康状態は

1. よかった 2. いつもと変わらなかった 3. 悪かった 4. 非常に悪かった

イ. 疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ウ. 元気がなく疲れを感じたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

エ. 病気だと感じたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

オ. 頭痛がしたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

カ. 頭が重いように感じたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

キ. からだがほてったり寒気がしたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ク. 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ケ. 夜中に目を覚ますことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

コ. いつもより忙^{いそが}しく活動^{かつどう}的な生活^{せいかつ}を送^{おく}ることが

- | | | | |
|------------|------------------------------|---------|-------------|
| 1. たびたびあった | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. なかった | 4. まったくなかった |
|------------|------------------------------|---------|-------------|

サ. いつもより何^{なに}かするの^にに余計^{よけい}に時間^{じかん}がかか^かることが

- | | | | |
|-------------|------------------------------|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|------------------------------|--------|------------|

シ. いつもよりすべてがうまくい^いっていると感^{かん}じることが

- | | | | |
|------------|------------------------------|---------|-------------|
| 1. たびたびあった | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. なかった | 4. まったくなかった |
|------------|------------------------------|---------|-------------|

ス. 毎日^{まいにち}して^しいる仕事^{しごと}は

- | | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| 1. 非常 ^{ひじょう} にうまい ^{うまい} った | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. うまい ^{うまい} い ^い なかった | 4. まったくうまい ^{うまい} い ^い なかった |
|--|------------------------------|---|---|

セ. いつもより自^じ分の^{ぶん}のして^いることに生^いきが^{かん}い^{かん}を感じる^{かん}ことが

- | | | | |
|--------|------------------------------|---------|-------------|
| 1. あった | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. なかった | 4. まったくなかった |
|--------|------------------------------|---------|-------------|

ソ. いつもより容^{よう}易^いに物^{もの}ごとを^き決^きめることが

- | | | | |
|--------|------------------------------|---|---|
| 1. できた | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. でき ^き な ^な か ^か った | 4. まったくでき ^き な ^な か ^か った |
|--------|------------------------------|---|---|

タ. いつもスト^{かん}レスを感^{かん}じたことが

- | | | | |
|-------------|---|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまり ^あ り ^り な ^な か ^か った | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|---|--------|------------|

チ. いつもより日^{にち}常^{じょう}生^{せい}活^{かつ}を^{たの}しく送^{おく}ることが

- | | | | |
|--------|------------------------------|---|---|
| 1. できた | 2. いつもと変わ ^か らなかった | 3. でき ^き な ^な か ^か った | 4. まったくでき ^き な ^な か ^か った |
|--------|------------------------------|---|---|

ツ. い^いら^らい^いら^らし^して、おこ^おり^りっ^っぽ^ぽく^くなることは

- | | | | |
|-------------|---|--------|------------|
| 1. まったくなかった | 2. あまり ^あ り ^り な ^な か ^か った | 3. あった | 4. たびたびあった |
|-------------|---|--------|------------|

テ. たいした理由がないのに、何かがこわくなったりとりみだすことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ト. いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは

1. まったくなかった 2. いつもと変わらなかった 3. あった 4. たびたびあった

ナ. 自分は役に立たない人間だと考えたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ニ. 人生にまったく望みを失ったと感じたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ヌ. 不安を感じ緊張したことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ネ. 生きていることに意味がないと感じたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ノ. この世から消えてしまいたいと考えたことは

1. まったくなかった 2. なかった 3. 一瞬あった 4. たびたびあった

ハ. ノイローゼ気味で何もすることができないうと考えたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

ヒ. 死んだ方がましだと考えたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

フ. 自殺しようと考えたことが

1. まったくなかった 2. なかった 3. 一瞬あった 4. たびたびあった

5. 生活行動・意識

(1) 生活行動・意識についてうかがいます。

- ① ふるさとの会を利用する以前と比べて、生活の中で変わったことはありますか。
(例：生活が規則正しくなった、生活が安定した、等)

1. ある (具体的に _____)
2. ない

- ② 現在の生活の中で、何か困っていることはありますか。
(例：お金のこと、仕事のこと、住まいのことなど)

1. ある (具体的に _____)
2. ない

- (2) ふるさとの会を利用して、助かっていると思うことはありますか。
(例：困ったときに相談できる、仕事を紹介してもらうなど)

1. ある (具体的に _____)
2. ない

- (3) お酒は飲みますか。

1. 毎日飲む 3. 以前は飲んでいましたが、今は飲んでいない
2. ときどき飲む 4. 飲まない

- (4) ギャンブルはしますか

1. 毎日のようにする 3. 以前はしていたが、今はしない
2. ときどきする 4. しない

6. 収入・職業について

(1) 現在、仕事をしていますか。

1. ふるさとの会でのみ仕事をしている
2. ふるさとの会以外で仕事をしている（仕事の内容：_____）
3. ふるさとの会でも仕事をし、それ以外でも仕事をしている
（ふるさとの会以外の仕事の内容：_____）
4. その他（_____）
5. 仕事をしていない

(2) 現在、仕事をしていない方にうかがいます。

① 就労を希望しますか

1. 希望する
2. 希望しない（理由：_____）

② 就労を希望する方にうかがいます。希望する職種と就労形態について教えてください。

希望する職種

希望する就労形態

1. 常用雇用（フルタイム）
2. パート・アルバイト（1日_____時間、週_____日）

理由：

③ 求職活動において、どんな支援を希望しますか。

1. ハローワークで相談したい
2. 求人情報が欲しい
3. 職業訓練を受けたい
4. その他（_____）
5. 特に支援はいらない

④ 求職活動をするうえで、何か問題になっていますか。

1. 希望する仕事の年齢があわない
2. 職歴・技能が不十分
3. 希望する条件の仕事がない
4. 目払いでないと生活費が続かない
5. その他（_____）
6. 特に問題になることはない

(3) 仕事に就いている方にうかがいます。

ひと月あたりの収入はどの程度ですか。

約 _____ 円

(4) これまでの仕事^{しごと}の経験^{けいけん}についてうかがいます。

【これまで^{いちばんなが}に一番長^{しごと}かったお仕事についてうかがいます】

①これまで^{いちばんなが}に一番長^{しごと}かったお仕事はなんですか：

②それは常用^{じょうようこよう}雇用^{こよう}でしたか。 1. 常用^{じょうようこよう}雇用^{こよう} 2. 非正規^{ひせいきこよう}雇用^{こよう}

③場所^{ばしょ}はどこですか（都道府県^{とどうふけん}）：

④どのくらい^{きかん}の期間^{きかん}でしたか。 ： 年^{ねん} か月^{げつ}くらい
または 歳^{さい}から 歳頃^{さいころ}まで

⑤その仕事^{しごと}では、社会保険^{しゃかいほけん}に加入^{かにゅう}していましたか。

1. 加入^{かにゅう}していた 2. 加入^{かにゅう}していない

【過去^{かこ}1年間^{ねんかん}のお仕事^{しごと}についてうかがいます】

⑥過去^{かこ}1年間^{ねんかん}に、あなたは仕事^{しごと}をしていましたか。

1. していた 2. していない時期^{じき}もあった 3. していない

⑦その仕事^{しごと}はなんですか。：

⑧それは常用^{じょうようこよう}雇用^{こよう}でしたか。 1. 常用^{じょうようこよう}雇用^{こよう} 2. 非正規^{ひせいきこよう}雇用^{こよう}

⑨場所^{ばしょ}はどこですか（都道府県^{とどうふけん}）：

(5) 資格^{しかく}はお持ちですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--|--|
| 1. 自動車 ^{じどうしゃ} 運転 ^{うんてん} 免許 ^{めんきょ} （普通 ^{ふつう} ） | 7. 電気 ^{でんき} 工事 ^{こうじ} 士 ^し |
| 2. 自動車 ^{じどうしゃ} 運転 ^{うんてん} 免許 ^{めんきょ} （大型 ^{おおがた} ・大型 ^{おおがた} 特殊 ^{とくしゅ} ） | 8. 建築 ^{けんちく} 士 ^し （2級 ^{きゅう} ） |
| 3. ホームヘルパー2級 ^{きゅう} | 9. 理容 ^{りよう} 師 ^し ・美容 ^{びよう} 師 ^し |
| 4. 介護 ^{かいご} 福祉 ^{ふくし} 士 ^し | 10. 調理 ^{ちようり} 師 ^し |
| 5. 准 ^{じゅん} 看護 ^{かんご} 師 ^し ・看護 ^{かんご} 師 ^し | 11. 栄養 ^{えいよう} 士 ^し ・管理 ^{かんり} 栄養 ^{えいよう} 士 ^し |
| 6. 保育 ^{ほいく} 士 ^し | 12. その他 ^た （ ） |
| | 13. 特 ^{とく} にない |

【以下の質問は、すべての方にうかがいます】

7. 学歴について

(1) 最後に卒業された学校はどこですか。

- | | |
|---------|--------------|
| 1. 小学校 | 4. 短大または専門学校 |
| 2. 中学校 | 5. 大学以上 |
| 3. 高等学校 | 6. その他 () |

(2) 普通学級以外の学級に通ったことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

8. 家族・友人について

(1) 連絡を取ることができる家族や親せきはいますか。

- | | |
|--------|---------------------|
| 1. いる | (それは誰ですか。具体的に_____) |
| 2. いない | |

(2) あなたは、小学生～中学生の頃に、どこで、どなたと暮らしていましたか。

(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 自宅で、両親や兄弟姉妹と暮らしていた |
| 2. 自宅で、片親(父親または母親)や兄弟姉妹と暮らしていた |
| 3. 祖父母の家で、祖父母と暮らしていた(両親とは別居) |
| 4. 親せきの家で、親せきと暮らしていた(両親とは別居) |
| 5. 養父母の家で、養父母と暮らしていた |
| 6. 児童養護施設で暮らしていた |
| 7. その他 () |

(3) 現在、あなたは困ったときに相談できる人はいますか。

① 悩み事を相談できる人

1. いる (それは誰ですか。具体的に _____)
2. いない

② お金のことで相談できる人

1. いる (それは誰ですか。具体的に _____)
2. いない

9. 借金はありますか

1. ある (どこから: _____ いくらぐらい: _____)
2. ない
3. 今はないが、過去にはあった (どこから _____ いくらぐらい _____)

10. 今後の生活や仕事について希望があればお聞かせください (自由記述)

◎ご協力、ありがとうございました

(5) 調査項目、実施方法等に関する課題

作成した調査票に基づいて、試験的に調査を実施した職員からは以下のような意見が寄せられた。

①健康指標（GHQ28）について

利用者の中には、メンタルな面での問題を抱えている人も少なくないため、自殺等に関する質問は聞きにくいという意見が寄せられている。

「調査項目で気になったのは自殺に関する項目。自殺のことは、内々には聞いているが、調査となると回答は難しい。記載するとなると、記載できるものと、記載されにくいものがあるのではないか。」

（対応案）

自殺に関する項目について、利用者本人から聞き取る形式は難しいことから、自記式とするか、あるいは職員への質問の中に「聞いたことがあるか」的な項目を入れる形にするか、検討が必要である。

②自立支援システム

「自立支援システムを知らない人が多く、説明に時間がかかった。」

（対応案）

女性の場合は該当しないため、注書きが必要である。

③表現

「『普通学級以外で勉強したことがあるか』という質問については、多くの人が意味がわからなかったようで、『クラブ活動か何か?』という質問も受けた。」

（対応案）

表現を再検討する必要がある。

④調査の実施方法について

調査実施方法については、以下のような形式が考えられるが、最も望ましいのは1対1でのヒアリング形式。複数になると、自分の秘密を皆に明かすことになるため難しい。

- ・2人（複数の調査員）で1人に対して調査
- ・5人くらいのグループで調査
- ・調査は1対1で行い、後で責任者が確認する。

⑤その他の意見

利用者をみていると、「自分一人だったら落ちるところまで落ちておかまわない」という人も少なくない。「恋人」、あるいは「大切な人」はいますか、という質問もいいのではないか。

3. ケア付き就労利用者の意識とプロフィール

ふるさとの会では、元ホームレスや生活保護受給者など約90名の方が雇用（ケア付き就労）されている。これらの人々は、研修プログラムを受講することによって低所得高齢者の日常生活支援を業務として実施しており、就労自立や半就労・半福祉など多様な働き方がなされている。

ふるさとの会で雇用されて就労している人々（以下、「利用者」という。）は、年齢層も様々であり、またふるさとの会との関わり方や利用するに至った経緯もそれぞれ異なっており、一概に利用者像や特性を語ることはできないが、以下では前節の調査票作成過程で実施したヒアリング調査結果やヒアリングを実施した職員へのインタビューから、利用者の特性やニーズに関する考察を行った。

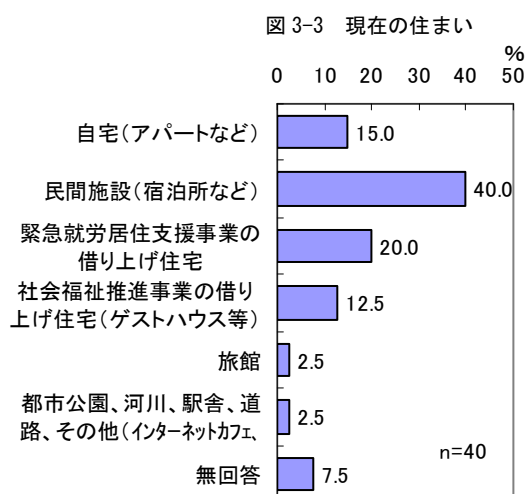
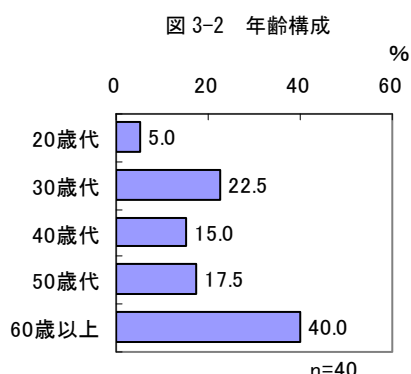
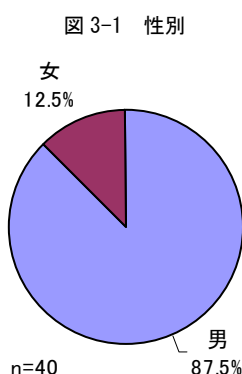
ただし、この結果は調査票作成過程で実施したものであるため、最終的に作成された調査票による調査結果ではないこと、あくまでも試行的に整理したものであることに注意が必要である。

（1）調査回答者のプロフィール

1）個人属性

調査に協力いただいたのは40人^{注）}である。内訳は、男性35人（87.5%）、女性5人（12.5%）。年齢では60歳以上が16人（40.0%）で最も多く、20～30歳代は11人（27.5%）であった。

現在の住まい場所別にみると、「民間施設（宿泊所）」利用者が16人（40.0%）で最も多く、次いで「緊急就労・居住支援事業の借り上げ住宅」利用者が8人（20.0%）、「社会福祉推進事業の借り上げ住宅」利用者が5人（12.5%）、「自宅（アパートなど）」が6人（15.0%）であった。



注）今回は、以下の利用者を対象として調査を実施した。

①ゲストハウス利用者（悉皆）／②緊急就労・居住支援事業参加者の一部／③就労支援ホームの利用者の一部（協力同意者）／④宿泊所・自立援助ホームで勤務していない^{（株）ふるさと契約社員}

利用者の多くは住む家を失った経験を有しており、ふるさとの会利用以前の生活場所は「都市公園、河川、駅舎、道路、その他」などホームレスやネットカフェ利用者が半数近くを占める。また、「その他」の生活場所では、自立支援センター等の利用者も少なくない。

ふるさとの会利用期間をみると、6か月未満の利用者が半数近くを占めているが、一方で3年以上の利用者も8人（20.0%）ほどみられ、長期にわたってふるさとの会と関わりを持つ利用者も少なくないことがわかる。

図 3-4 住む家を失った経験の有無

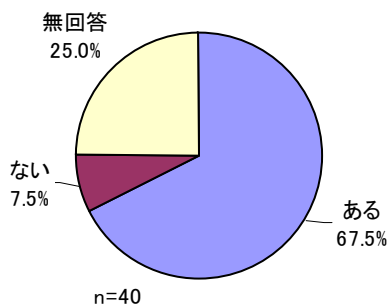


図 3-5 ふるさとの会利用前の生活場所

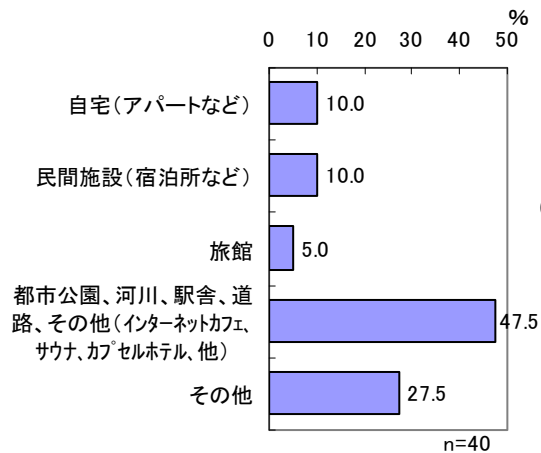
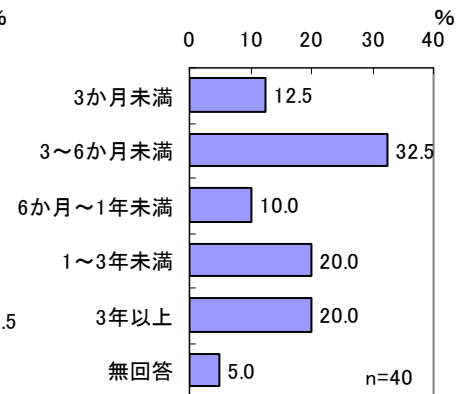


図 3-6 ふるさとの会利用期間



※「その他」には自立支援センター等が含まれる。

調査に協力いただいた利用者の現在の就労状況をみると、40人中36人（90.0%）は「仕事に就いている」利用者であった。「仕事に就いていない」利用者は、本研究事業（社会福祉推進事業）の借り上げ住宅（ゲストハウス）利用者が主である。

利用者の最終学歴は、「中学校」「高等学校」が70%以上を占めている。

家族との関わりとして、連絡を取ることのできる家族や親族の有無を尋ねたところ、回答者の半数は「いる」と回答していた。

図 3-7 就労の有無

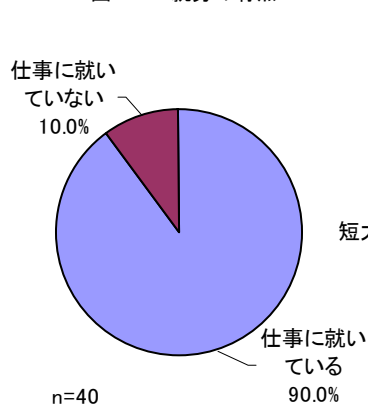


図 3-8 最終学歴

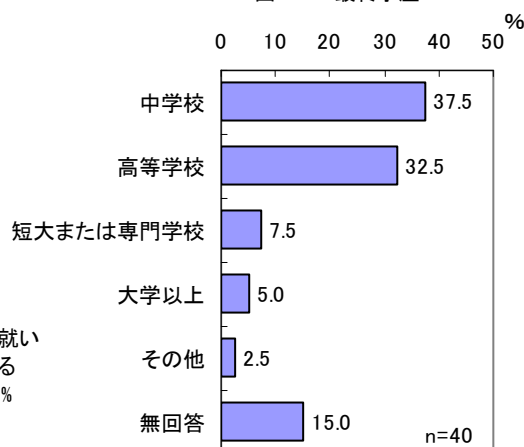
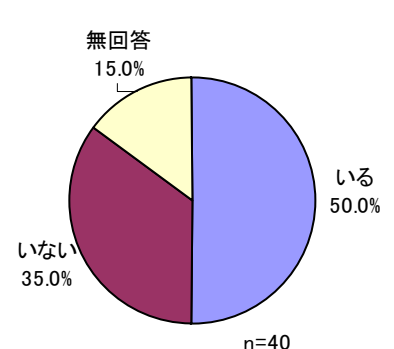


図 3-9 連絡を取ることのできる家族や親族の有無



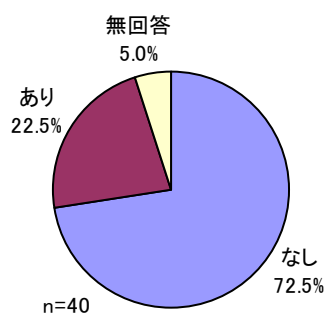
2) 健康状態（職員記入項目）

利用者の疾病既往歴の有無、通院の有無、健康に関する訴えの有無をみると、利用者のおよそ 2 割程度が何らかの疾病を抱えていたり、健康面での不安要素を抱えていることがわかる。

年齢別でみると、20～40 歳代の利用者では何らかの疾病で通院している割合は約 1 割、健康に関する訴えがある割合は約 2 割を占める。一方、50 歳以上の利用者では 3 割程度が健康不安を抱えていることがわかる。

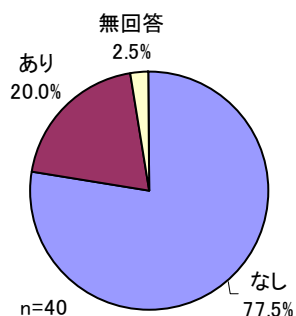
※最終的に作成した調査票では、回答者の主観的健康状態を尋ねる GHQ 28 の設問を用意しているが、今回の調査結果は暫定案で実施したものであるため GHQ 28 の設問は調査できていない。

図 3-10 疾病既往歴の有無



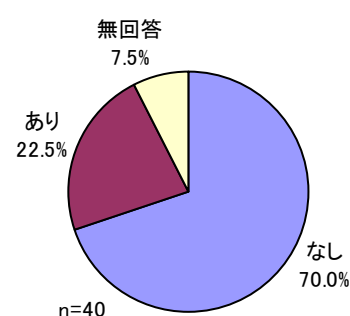
<疾病既往「あり」の内容>
 ・リウマチ、糖尿病
 ・高血圧
 ・十二指腸潰瘍
 ・糖尿、高血圧、白内障
 ・肺に影あり
 ・麻痺、糖尿病
 ・喘息

図 3-11 通院の有無



<通院「あり」の原因疾患>
 ・リウマチ、糖尿病
 ・高血圧
 ・ノロウィルス
 ・胃痛、じんましん
 ・足首骨折
 ・糖尿病
 ・喘息

図 3-12 健康に関する訴え（最近 3 か月）



<健康に関する訴えの内容>
 ・お腹の周りが痛い
 ・だるい
 ・のどが痛い、頭痛
 ・肩が痛く、上がらない
 ・手の関節が痛い、腰が痛い

図 3-13 疾病既往歴の有無
＜年齢別＞

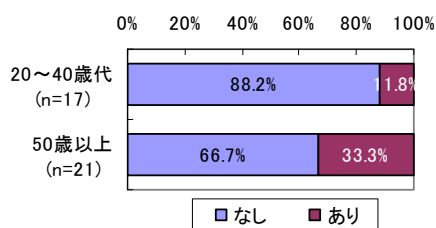


図 3-14 通院の有無
＜年齢別＞

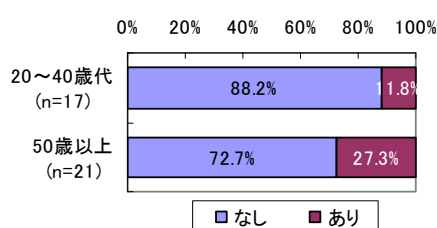
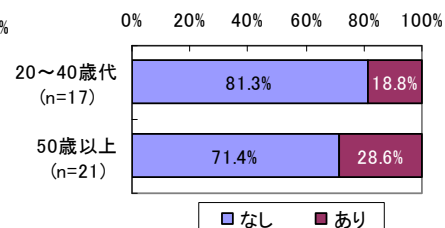


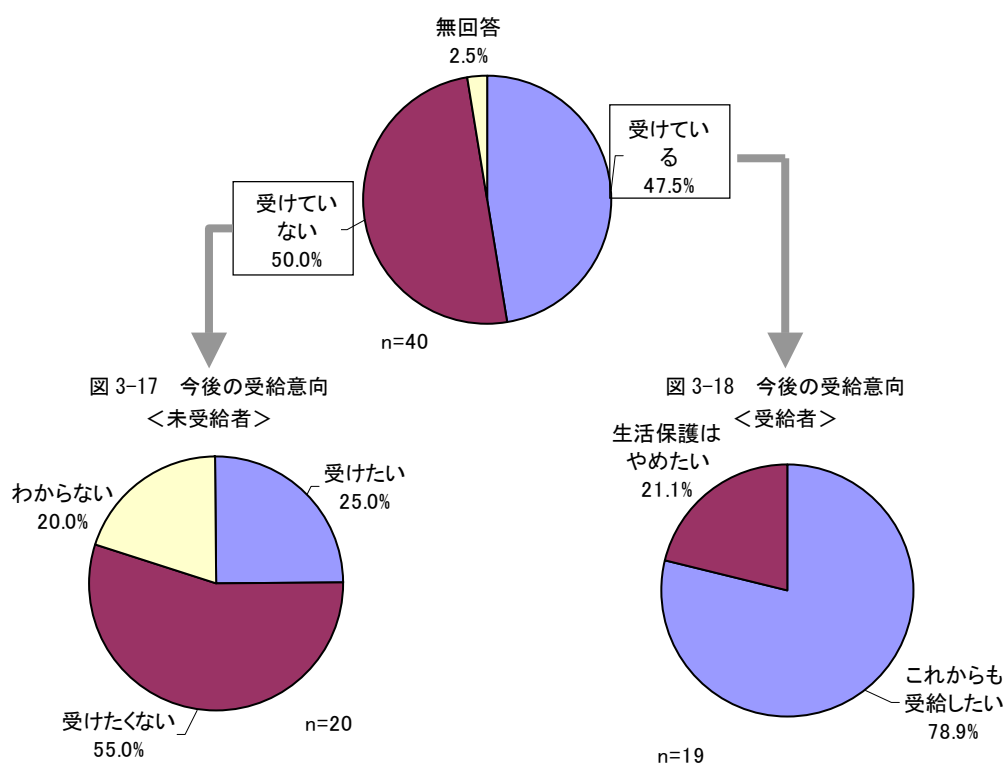
図 3-15 健康に関する訴え（最近 3 か月）
＜年齢別＞



3) 生活保護の受給状況

生活保護を受給している利用者は、40 人中 19 人（47.5%）であった。今後の受給希望をみると、現在受給していない 20 人のうち、「受けない」と考えているのは 5 人（25.0%）であり、「受けたくない」と考えている利用者が半数以上を占めている。一方、現在生活保護を受給している利用者では、「これからも受給したい」と考える利用者が 15 人（78.9%）を占めており、継続受給意向が高いことが分かる。

図 3-16 生活保護の受給状況



◎生活保護受給に関する利用者の意識について（職員インタビューより）

- ・初めて受けた人の場合、危機感が強い。あるいは受けたくないが仕方ないとか。受給が 2～3 回目になると就労意欲が落ちてくる人もいる。
- ・路上からアパートに移り生活保護を受けて安定してくる人と、ずっと拒否をされていてがんばる人（これは年配の人に多い）。若い人だと、ぎりぎりまでがんばって生活保護を受けた途端に、生きる気持ち（やる気）が崩れてしまう人もいる。
- ・生活保護を受けていない人の場合、削れるものは何でも削るということで、医療は削っている。少々の熱があっても病院には行かない。保護の人はある種安心して病院に行けるので、自分の身体を思いやれる。保護を受けている方の場合、「お金」という面では公費かどうかに関わりなく、自分の使いたいように使う人が他多い。個人差が大きい。

4) 自立支援センターの利用状況

過去に自立支援センターを利用したことがある利用者は10人(25.0%)であった。退寮した理由は、「就労自立」が5人、「利用中断」「その他」が各2人である。

今後の利用意向を尋ねたところ、「入所したい」と回答したのは6人(15.0%)であった。その理由をみると、「一日も早く自分だけの生活をしていき仕事をしたいから」「自立するきっかけになる」など、就労を含めた生活自立を望んでいることがわかる。

一方、「入所したくない」と回答した利用者の理由を見ると、「自由がない」「集団生活はトラブルを起こしそう」「集団生活は嫌だ」など、生活規則に縛られることや集団生活を送ることに対する不安がうかがえる。

図 3-19 自立支援センター利用の有無

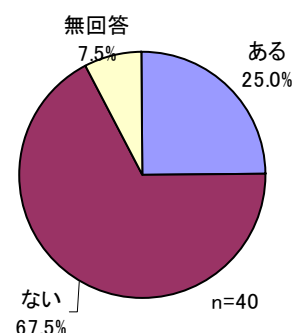


図 3-20 利用回数

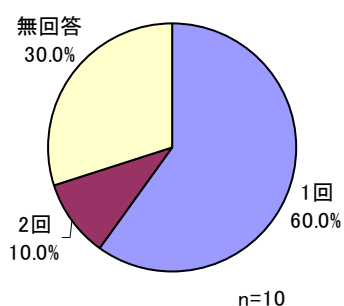


図 3-21 退寮理由

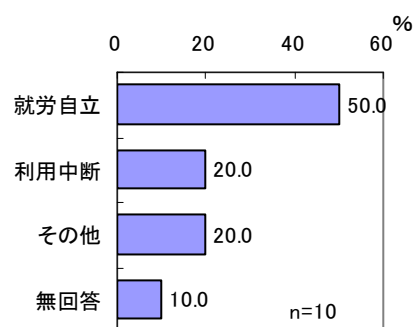
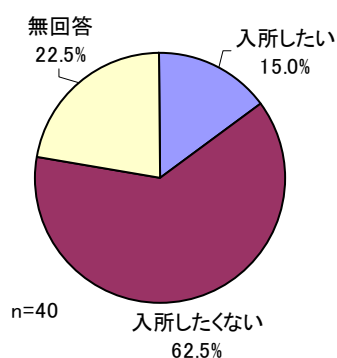


図 3-22 自立支援センターの利用意向



<入所したい理由>

- ・一日も早く自分だけの生活をしていき仕事をしたいから
- ・自立するきっかけになると思うから
- ・自立できるようなシステムを作ってくれば入所したい
- ・仕事がらく／・やることが無く、暇

<入所したくない理由>

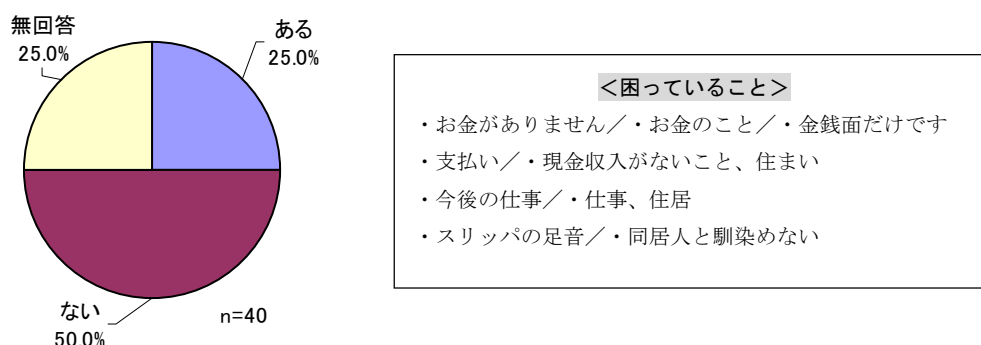
- ・アパートに行きたいから／・ひとり暮らしをしたいから
- ・拘束されて利用を中断／・自由がない
- ・集団生活はトラブルを起こしそうだと思うので
- ・集団生活は嫌だ
- ・現時点では不要／・特に必要としていない

(2) 生活する上での困難さ

1) 生活の中で困っていること

現在の生活の中で困っていることを尋ねたところ、40 人中 10 人 (25.0%) が困り事が「ある」と回答している。困り事の内容をみると、金銭に関することや仕事、住まいのことの他、同居者との関わりに関する訴えも寄せられている。

図 3-23 生活の中で困っていること



2) 相談相手

悩み事を相談したり、お金のことで相談できる相手の有無を尋ねたところ、悩み事の相談相手が「いる」と回答したのは 24 人 (60.0%)、お金のことで相談できる相手が「いる」と回答したのは 11 人 (27.5%) であった。

相談相手の内容は、「知人・友人」が占める割合が高いが、「ふるさとの会、CW」など支援者が相談相手となっている利用者もみられる。

図 3-24 悩み事を相談できる人の有無

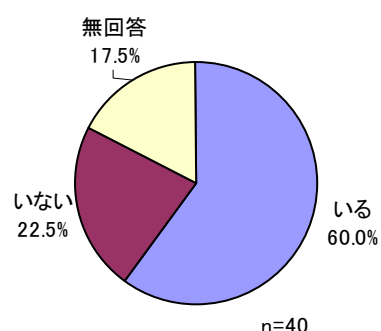


図 3-25 悩み事の相談相手

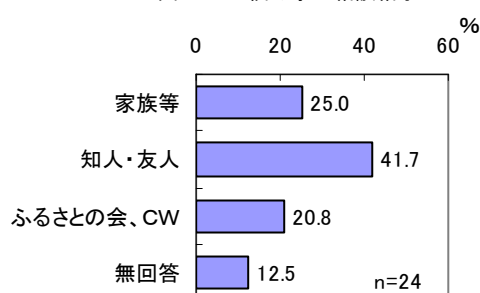


図 3-26 お金のことで相談できる人の有無

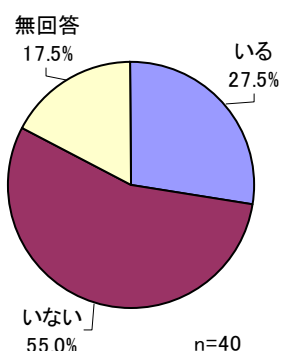
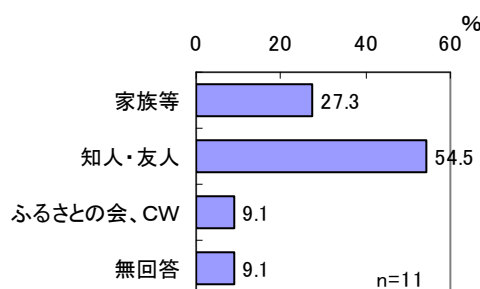


図 3-27 お金のことで相談できる相手



3) 社会生活を送る上での困難さ（職員記入項目）

社会生活を送る上での困難さとして、「読み書き」の状況について尋ねた。読み書きに関して「苦労している事がある」利用者は40人中5人（12.5%）みられたが、このうち知的障害の手帳所持者は1人のみであった。また、読み書きに苦労している5人のうち4人は20～40歳代の利用者である。

これらの利用者に対するふるさとのかき職員の接し方（アプローチ方法）をみると、「わかりやすく」、「ゆっくり」、「重要な点は再確認する」など、利用者特性に合わせた寄り添い型の支援が行われていることがわかる。

図 3-28 読み書きの苦労

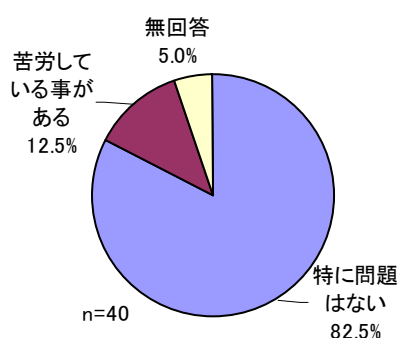
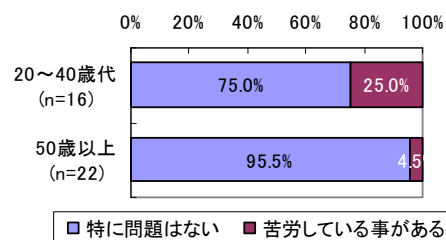


図 3-29 読み書きの苦労
＜年齢別＞



読み書きに苦労している利用者への接し方（ふるさとのかき職員回答）

- ・むずかしいことなどへの理解が難しいようなので、わかりやすく説明する必要がある。話をあまり聞かないので、重要なことだけは聞いていただけたかの確認をする。
- ・“否定”することは、どんなことでもしないようにしている。本人の目線に合わせて話をするようにしている。最初清掃での仕事は安定しなかった。本人が賄い補助を希望したのを機に、就労の職員と一緒に施設に入り、寄り添い支援し、本人の安定就労につなげた。
- ・以前、千葉で生活保護受給する際、軽度知的障害との診断が出ている。現在では、ふるさと施設の賄い補助として、安定就労となっている。
- ・IQ47 であることから、わかりやすい表現で話す。依存が強いので、適度な距離を保つよう接する。
- ・読み書きが得意ではないので、書類等の記入を手伝うことがある。指示は、ゆっくりと、何回もするようにしている。

◎障害を抱える利用者への支援例（職員インタビューより）

- ・知的障害の男性の場合、手帳の程度は4級、就労意欲は高いが、対人関係がうまくいかない。ハローワークの障害者雇用窓口に行ったが仕事が見つからず、施設の賄い補助として働いている。初めての職場だと緊張してしまうので、一ヶ月くらい皿洗い等の仕事を一緒にした。例えば、自分が洗って彼が拭くとか。その作業のなかで、利用者や職員とも関係性ができてきて、利用者の状況・状態を把握できるようになって、自ら利用者さんのエプロンを掛けたり、スプーンを探したりするようになる。（利用者はひとりひとり状態が異なるので、食事に使う器具やエプロン等の準備が異なる。）作業手順についても、最初は自分が紙に書いて貼っておくが、次第に理解するようになってくる。

4) 支援者への相談ごと（職員記入項目）

最近3か月のうちに、ふるさとの会職員に対して困り事の相談をした利用者は40人中22人（55.0%）であった。相談内容は、「仕事」に関する内容（仕事の有無、就労先等）が11件、「住まい」に関する内容（アパート転宅等）が10件、他者（住人、他の利用者等）との「トラブルやもめ事」に関する内容が7件、「生活保護」、「ヘルパー資格取得」、「金銭」、「体調」に関する内容が各1件であった（複数回答）。

現在の住まい場所別にみると、「緊急就労・居住支援事業」や「社会福祉推進事業」の利用者については、利用期間が短いこともあり、今後の「住まい」や「仕事」が相談の中心となる傾向があるのに対し、「自宅、民間施設（宿泊所等）、旅館等」の利用者の相談は多様であり、「住まい」や「仕事」の他に他者との「トラブルやもめ事」に関する相談が少なくない。

図 3-30 困り事の相談（最近3か月）

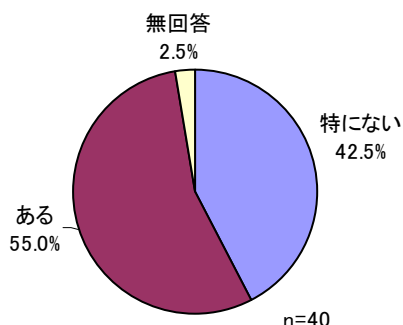
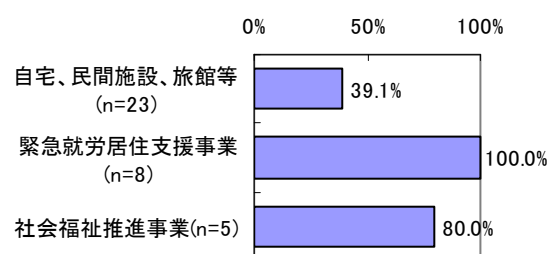


図 3-31 困り事の相談（最近3か月）
＜現在の住まい場所別＞



5) 支援者のアプローチからみる利用者の特性

職員へのインタビューからは、多くの利用者はメンタルな面での問題を抱えていたり、他者との関係性の持ち方、距離感の取り方に配慮を要するなど、対人関係面での困難さを抱えていることが明らかとなった。

調査票の記入内容からは、困難を抱えていても積極的に仕事に取り組んでいる利用者の姿も読み取れる一方で、意欲が低い状態にある利用者の姿も読み取れ、利用者一人ひとりがおかれている状況は様々であることがわかる。

◎利用者へのアプローチ（職員インタビューより）

- ・メンタルな面で問題を抱えている人の場合、環境整備が重要。人間関係がつかれずに閉じこもってしまうことが多い。まず人間関係づくりをして、それから業務に就いてもらうようにしている。
- ・緊急雇用の利用者を見てみると、生育歴の過程で既に関係が希薄で人との関係の作り方がわからない人が多い。そのため、自分のやり方で関係性をつくってしまう。職員との信頼関係ができれば次のステップに進めるが、緊急就労では期間が半年間しかないのではなかなか難しいところ。
- ・利用者さんはいつもその人にとっての「危機感」を持っている。例えば、事故を起こしてはいけないとか、自分が本当に助けて欲しいときに助けてもらえるか、とか。なので、単に言葉かけをするだけではなくて、何かあったら本当に走っていく、そのことで信頼関係をつくる必要がある。
- ・「はるかぜ」の利用者は、30代～60代の女性5名ほど。うち4名が就労している。精神、知的障害の方、疾病を抱えている方など。女性特有なのか、自分を特別視してほしい、という気持ちが強い。職員と自分以外の誰かが話していると疎外されているような気がするという人が多いので、なるべくミーティングを開く、個別の時間を持つような工夫をしている。

◎利用者の特性、アプローチ方法

◇社会福祉推進事業の借り上げ住宅（ゲストハウス）利用者

→利用期間がまだ短いためか、焦りや不安を感じていたり、方向性が探れない状態で困惑している利用者の姿が読み取れる。

社会福祉推進事業の借り上げ住宅（ゲストハウス）利用者の特性とアプローチ方法

- ・ 仕事をみつけることにすごく焦りを感じているので、なるべく本人の希望を聞き、少しでも長くできる仕事に就けるよう話をするようにしている。
- ・ 物の言い方がはっきりしていること。ふるさとの仕事には興味がないが、今後も使える社会サービスは利用したいと思っている方なので、サービスにつなげることも大変だが、本人が何をどうしたいかがはっきりわからないので、そういったことを聞けるように接する。
- ・ あまり、ご本人からこちらに話をしてくることがないので、できるだけ質問や話を振るようになっている。
- ・ 話が長いので、こちらでご本人の訴えをまとめる。他の参加者とご本人は違うと思われることがあるので、あまり同じといった話をせずに、一人の参加者として話をするようにしている。不安定になりやすい方なので、あまりプレッシャーをかけないようにすること。話が変わるので、ご本人が本当に何を思っているか（その時々）を聞くようにしている。

◇緊急就労・居住支援事業の借り上げ住宅利用者

→事業の利用期間が半年間であるため、ふるさとの会と長期的に関わっているわけではない利用者である。コミュニケーションに配慮を要したり、生活意欲が低い状態にある利用者の姿が読み取れる。

緊急就労・居住支援事業の借り上げ住宅利用者の特性とアプローチ方法

- ・ ひきこもり系などところがある。相手の基準に合わせた見方と考えをするように努める。
- ・ ひきこもり系であり、電話をしても出ない。訪問すると何のことなく話をするというタイプであり、コミュニケーションの取り方に工夫を要する。
- ・ 自分本位に事を運ぶことがあるため、事由を説明、理解してもらう話し方をする（組織的な体制や社会的な仕組みの理解）
- ・ 過去の経歴で高収入を得ていたこと、責任的立場で働いたこともあり、プライドが高い。現実的なポジシジョンとのすり合わせができていないところがあることから、対応に注意する。持てるスキルを生かせる業務内容に就いてもらえるようにする。
- ・ 就労意欲とコミュニケーションスキルが低い。理解しているようで理解不足などところがあることから、確認をしながら話を進める。
- ・ 自営業をしていたことからプライドが高いこともあり、年齢も64歳であることから、それなりの話し方に注意する。事業再開の希望を持てるような接し方をする。
- ・ 自分の好みやペースで行動することがある。本人基準の判断と理解のずれがあるところを理解できるような話し方をする。資格取得に向けて情報の提供をする。

以下は、自宅（アパート）や就労支援ホームを利用している利用者である。

◇仕事に積極的に取り組んでいる利用者

→清掃業務のリーダー的存在であったり、仕事と学業を両立させながら次のステップへ向かっていたり、精力的に業務を行うなど、仕事に対して気持ちの面からも積極的に取り組んでいる利用者。

- ・現在、定時制の学校に通学しながら就労となっている。仕事もきちんとこなし、学校の成績もトップクラス。次のステップとしてアパート転宅へ向かう。
- ・就労支援ホーム「なずな」の利用者。月収は14万円程度。ふるさとの会の仕事で自立している。清掃担当のリーダー的存在。新人の研修を頼むことがある。
- ・マイペースだが、きちんと仕事はしている。月6.5万円程度の収入。新宿区ケース。
- ・精力的に、ふるさとの最大の宿泊所の清掃を行っている。あらゆる職を経験してきているので、器用にこなす。ふるさとの会の収入のみで自活している。2年に1回の家賃保証料42,000円もきちんと支払う。月収16万円程度。家賃は3万円。葛飾のアパート。
- ・かつて生活保護を受けていたが、現在は年金とふるさとの会での仕事で生活している。収入が落ちないように、仕事の枠をなるべく安定させて、機会があれば増やせるように考慮している。収入 年金（月）65,000円、ふるさと99,000円＝計16万4000円。支出 ホテル68,000円、生活費96,000円。

◇人づきあいに何らかの困難を抱えている利用者

→利用者個人の性格的な面も加わり、他者との関係性においてトラブルやもめ事を起こしてしまったり、逆に自分からは他者に関わろうとしないなど、人づきあいの面で配慮が必要な利用者。

- ・細かいことを気にするので、あまり気にしないように、と声掛け。他の職場の人と言い合いになることがあるので、間に入って取りまとめをしたり、なぜそこまで言うてはいけないかなど、本人に伝える。
- ・思ったことはすぐに口に出して言うてしまうことがあるので、他の利用者との関わり方では気をつけるようにしてもらう。もし、他の方のことで気になることがあったら、まず職員に相談してもらうように本人に伝えている。
- ・きちんとしている（細かい）ので、本人が納得できるようにしっかり説明するように心がける。他の利用者に対しても、苦情をおっしゃることもあるので、こまめに対応する。
- ・40年以上、建築現場の監督をしていたため、親分肌の所がある。上手く対応すると施設全体をまとめてくれるが、揉めるとややこしい事になる。また、規則に厳しい所があり、まわりの利用者からは煙たがられている。
- ・生活保護を受けてからの就労。無口でほとんど自分から話をする事はない。なるべく遠くから見守るようにしている。月18,000円程度の収入。文京区の福祉。
- ・積極的に人と接するほうではない。黙々と清掃に取り組んでいるよう。本人より話しかけてきた際には、大事にするようにしている。

◇メンタル面でのフォローを要する利用者

→性格的に神経質（繊細）であったり、ネガティブな思考性であったり、あるいは周囲に気を遣いすぎて疲れてしまったり、嫌なことがあるとお酒に走ってしまうおそれがあるなど、メンタル面での十分なフォローが必要な利用者。

- ・清掃の仕事に就いていたこともあり、重宝されている。職人肌。月に2～3回、体調不良ということで必ず休む。気分の落ち込みもあるのではないかと考えている。
- ・非常に細かく神経質である。他人が言ったことは必ず覚えていて、言ったとおり実行させようとする。融通が利かない。
- ・外見は神経が太そうに見えるが、実際はいろいろ考え込むタイプである。考えもどうしてもネガティブになるので、職員の方でなるべくポジティブになるように声掛けをしたりしている。
- ・真面目で、周りに気を遣うタイプ。ただ、気を遣いすぎてストレスを溜めやすく、疲れやすい。
- ・神経の細い方なので、デリケートな対応を心がけている。自営業での失敗があるので、触れないことにしている。
- ・お酒が好きで、嫌なことなどがあるとお酒に走ってしまうおそれがある。事前に様子を注意深く確認し、様子がおかしかったら声掛けをしている。
- ・酔って夜に電話をかけてきたり。飲んでいるときと飲んでいないときは態度が違うので、ご本人の訴えがあった場合には、飲んでいないときにじっくり話を聞くようにしている。人の話をしっかり聞かずに、ご本人で決め付けてしまうことがあるので、同じ話を細かく、何度も話すようにしている。

◎プライドを持って路上生活を続ける利用者

- ・「働けるうちは、生活保護は受けない！」という強い信念が彼を彼たらしめている。現在路上。平井大橋に赤いテントをはって生活をしている。施設での清掃をしてもらっているので、定期的に結核検診を受けてもらっている。どうしても、衣服の汚れと臭いがあるので、あまりにもひどいときは、何気なく同僚より注意してもらっている。月8～9万円の収入。

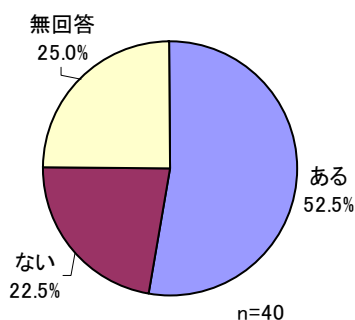
(3) 就労に対する意識

1) ふるさとの会利用後の生活の変化

ふるさとの会利用後に生活の中で変化したことの有無を尋ねたところ、40 人中 21 人の利用者は変化したことが「ある」と回答している。

変化した内容のを見ると、「落ち着いた」「安心できた」「気持ちに余裕ができた」など精神的な面での変化とともに、「規則正しい生活」「生活習慣が戻ってきた」「清潔を保てるようになった」など社会生活行動面での変化、「仕事に対しての意欲」「人間関係が充実してきた」「前向きに考えられる」など今後の生活に対する意欲や向上心につながっていることがうかがえる。

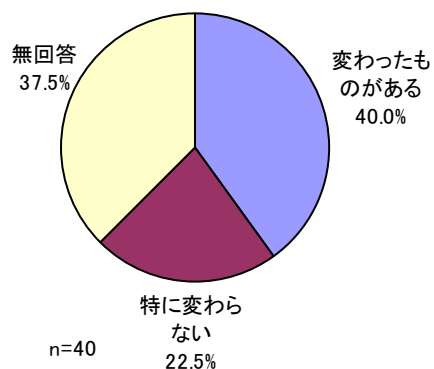
図 3-32 生活の中での変化の有無



<生活の中で変化したこと>

- ・生活が安定するようになった
- ・落ち着いた。相談相手がいることで安心できた
- ・規則正しい食生活、仕事に対しての意欲
- ・仕事が変わったのでリズム／・生活習慣が戻ってきた
- ・予定を組むことができるようになった
- ・人間関係が充実してきた。気持ちに余裕ができた
- ・清潔を保てるようになった。前向きに考えられる。
- ・ヘルパーの仕事をするようになり、生保以外の人と接する機会が多くなったので、向上心が出てきた。
- ・早く仕事をしてアパートに移りたいと思った
- ・団体生活。他の人間と仲良く生活する（精神の安定していない人と）
- ・働こうという気が上がってきた

図 3-33 生活不安の変化



<変化した内容>

- ・安心感、一人じゃないという安心感がある
- ・安定してきた／・落ち着いた
- ・生活が安定。不安感がなくなった。
- ・お金の心配をしなくなった
- ・多少ながら人並みの生活ができる
- ・住むところがあって生活習慣が戻った
- ・住居と食事は確実に確保された（精神的に余裕ができた、前向きに）
- ・人と人のコミュニケーションを多く取るようになった。
- ・住まいについての不安や漠然としたものの不安が、人に話すことによってなくなった

2) ふるさとの会での仕事

今回調査対象の利用者がふるさとの会で担当している業務内容は、「清掃」や「配膳」、「生活支援（宿泊所の日勤・夜勤等）」、「職員の補助業務（緊急就労・居住支援事業）」などである。

次ページに示す業務内容の詳細をみると、利用者の行っている支援内容としては、食事支援では「食事の準備や見守り、介助」（42.9%）、「体調に応じて、おかゆやおにぎりにする」（37.1%）、居室環境保持支援では「居室の環境を整える」（45.7%）など、賄いや清掃業務に関して従事している割合が高い。また、「寂しいときや困ったときに相談にのる」（37.1%）、「体調が悪いかどうかみる」（25.7%）など、高齢者からの相談や体調管理（見守り）支援なども行われている。

先に見たように、利用者自身も障害があったりメンタル面で問題を抱えていたり、他者との関係性を築くことが苦手であったりすることが少なくないが、より困難を抱えた高齢者に対しては様々な形で日常生活を支援する役割を担っていることがうかがえる。

図 3-34 ふるさとの会での業務内容

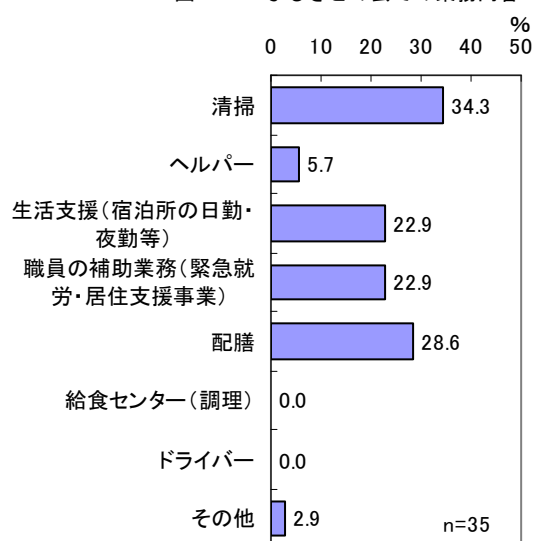


図 3-35 1 か月あたりの収入

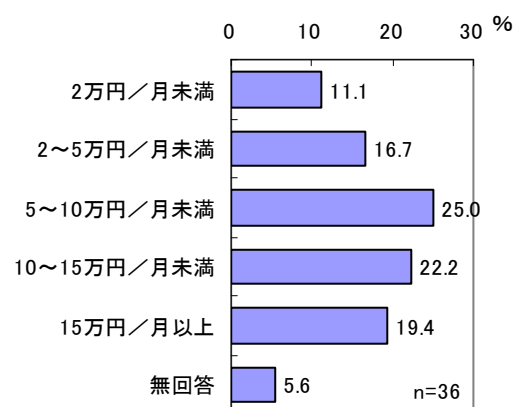
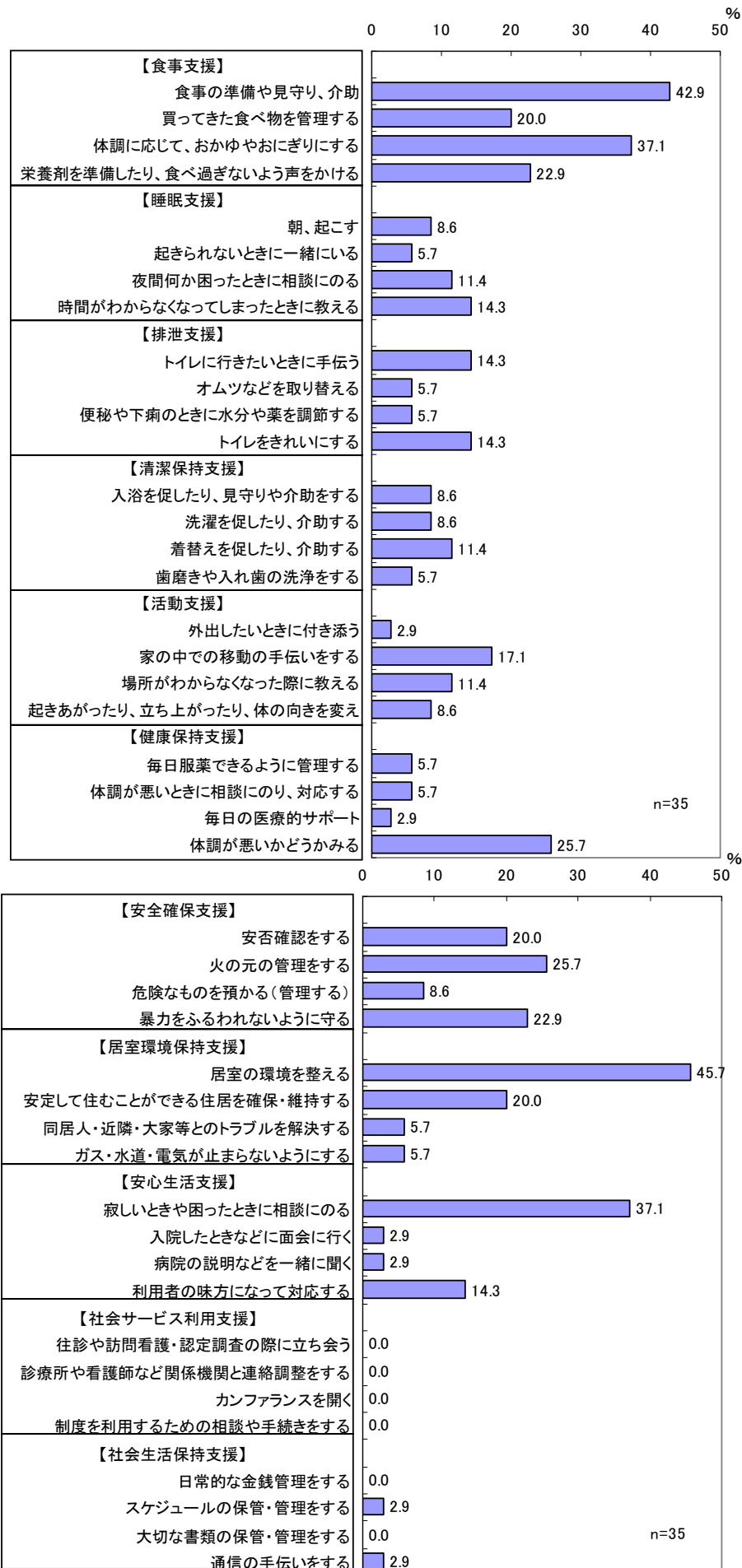


図 3-36 行っている業務内容（詳細）



3) 就労に関する意識

ふるさとの会で就労している 35 人の利用者に対して、仕事をしていて楽しいことの有無を尋ねたところ、26 人 (74.3%) は「ある」と回答している。記載された内容をみると、「ありがたいと言われたとき」、「会話ができる」、「気軽に声を掛けてくれる」など、支援対象である高齢者との気軽な会話や感謝の気持ちを伝えられることが利用者の気持ちの励みになっていることがうかがえる。また、職員へのインタビューからは、利用者が支援する高齢者に対して仕事の枠を超えた関わり・支援を行っていることがうかがえる。

一方、仕事をしていて辛いことについては、35 人中 9 人 (25.7%) が「ある」と回答している。その内容は「人間関係」に関する内容が中心だが、「腰痛・ひざ痛」や「疲れる」など健康面での不安の訴えもみられた。

図 3-37 仕事をしていて楽しいことの有無

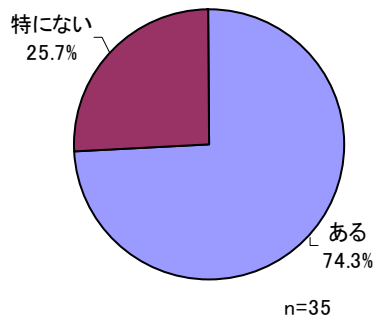
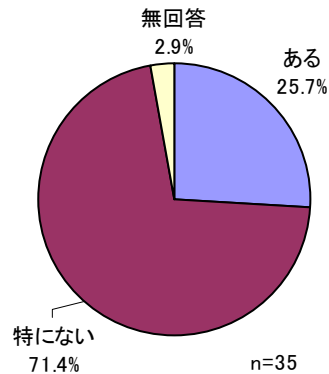


図 3-38 仕事をしていて辛いことの有無



<仕事をしていて楽しいこと>

- ・ありがたいと言われたとき
- ・利用者にお礼を言われると、やっていてよかったと思う
- ・わきあいあいしている。いろいろな人がいて楽しいです
- ・会話ができること／・親しい人と話をしているとき
- ・入居者が気軽に声を掛けてくれる
- ・毎朝挨拶ができる。一人ではないから、寂しくないから
- ・室内清掃を一人でしている為やりがいがある
- ・職場がきれいになること
- ・以前ほどではないが、自分の子供達と逢えるのが楽しみ

<仕事をしていて辛いこと>

- ・仕事上、年上の方が多く病気持ちの人が多いため。辛い
- ・人間関係（利用者との）／・人間関係の難しさ
- ・話の通じない利用者さんが来るとき
- ・自分がこうしたら良いと思うときに別の話になったりする
- ・腰痛、ひざ痛／・疲れる
- ・給料が激安い

◎「仕事をしていて楽しいこと」への回答に対して（職員インタビューより）

- ・支援する側ということで、肩肘貼らない方がいいと思っている。人から頼りにされることで、自分の存在を感じられる場でもある。
- ・もちろん全部ではないと思う。ただ、支援している対象は、いわゆる「弱者」（高齢、要介護）なので、肩肘貼った関係ではなく、話も気軽にできるのだと思う。そこが安心なのではないか。
- ・休みの日にも職場に顔を出す人もいる。あるいは入院先にお見舞いに行ったり。職場の利用者さんから頼りにされることが、お金ではなくうれしいのだと思う。これまで人から直接（感謝の言葉を）言われることがなかった。この仕事は、接客業と違って長期的にその人と関わる仕事。よくわからない利用者だと 1 時間くらい、話につきあわされたりしている。

ふるさとの会での仕事の継続意向を尋ねたところ、「長く続けたい」「しばらく続けたい」と回答した利用者が 26 人（74.3%）を占めており、ふるさとの会での仕事に対する就労継続意向は高いことがうかがえる。

また、他にやってみたい仕事の有無を尋ねたところ、「ある」と回答したのは 8 人（22.9%）、「ない」「わからない」は各 13 人（37.1%）を占めた。

図 3-39 仕事の継続意向

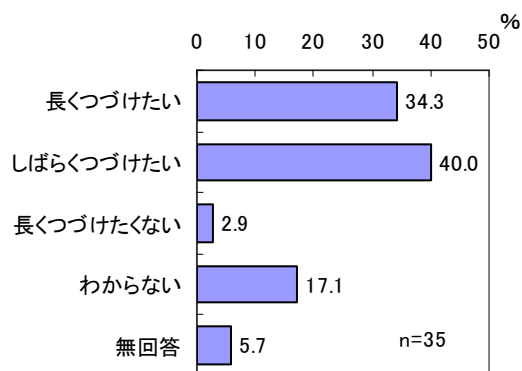
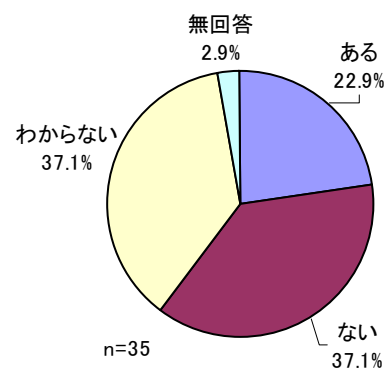


図 3-40 やってみたい仕事の有無



(4) まとめ ～信頼できる他者の存在意義

ここでは、悩み事の相談相手の有無別に、生活の中での変化の有無、生活不安の変化の有無、仕事をしていて楽しいことの有無、やってみたい仕事の有無に対する利用者の意識の違いを把握した。その結果、相談相手がいる利用者では、生活や不安の変化を意識している割合が高く、また仕事の楽しみを感じている割合も高いことが明らかとなった。つまり、その利用者にとって信頼できる相手がいることが、利用者自身の意識（客観的な視点や前向きな姿勢、意欲等）に深く関わっていることが推測される。

図 3-41 生活の中での変化の有無
＜悩み事の相談相手有無別＞

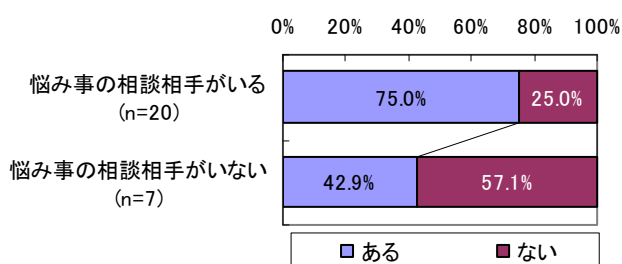


図 3-42 生活不安の変化の有無
＜悩み事の相談相手有無別＞

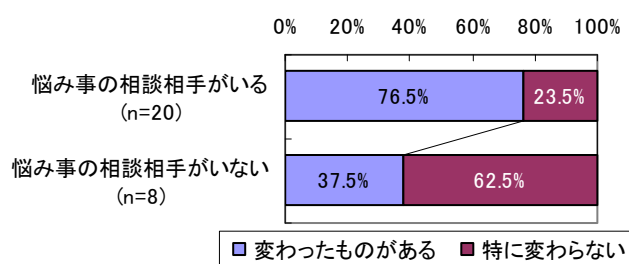


図 3-43 仕事をしていて楽しいことの有無
＜悩み事の相談相手有無別＞

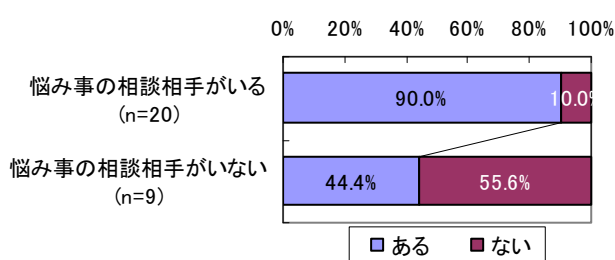
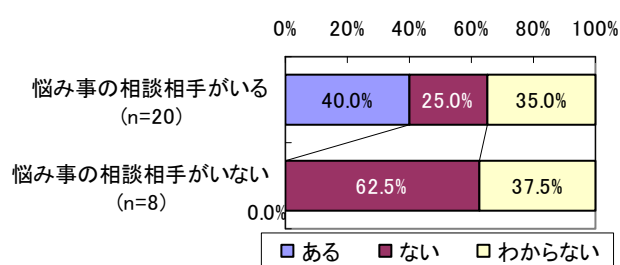


図 3-44 やってみたい仕事の有無
＜悩み事の相談相手有無別＞



今回の調査対象者は、家族との関係性も弱く、また職場など身近な集団内での関係性（距離感の取り方等）を維持することが困難となってふるさとの会を利用するに至った利用者も少なくないと考えられる。このような他者との関係性が脆弱化している利用者に対して、ふるさとの会職員は信頼関係を構築することが第一のステップであると考えて支援を行っている。上記結果をみても、職員と利用者の信頼関係が構築できることによって、現実を客観的に捉えられたり、前向きに考えることが可能となるなど、信頼できる他者の存在は利用者自身の意識や考え方にプラスの影響を及ぼしていると考えられる。

また、職員との信頼関係をベースとして、利用者は自分よりも困難を抱える高齢者への支援に関わることで自らの役割や仕事に対する価値（あるいは楽しみ）を見出している（第二のステップ）。職員との信頼関係、高齢者との関わりを通して、利用者の自立生活に対する意欲が喚起されているとも考えられる。

自立生活に向かうためには、自立への意欲を持つことが第一のステップであるが、その意欲は他者からの承認や信頼関係という基盤のもとでつくられる。この信頼関係を築くことこそが利用者が必要とする根本的なニーズではないか。

以上の結果から、本調査において明らかにすべきこと（①ケア付き就労利用者の生活・就労面の実像、②抱える困難、③ケア付き就労利用による生活面での変化、④四重苦の高齢者を支える意識の把握）を再整理した。

①ケア付き就労の利用者の生活・就労面での実像

ケア付き就労利用者のプロフィールは、男性が9割、50～60歳代の利用者が6割近くを占める。ただし、20～30代の若い世代も3割近くを占めており、年齢層は幅広い。現在の住まいは、自宅や民間施設（宿泊所等）利用者が多いが、緊急就労居住支援事業や社会福祉推進事業の借り上げ住宅利用者が約3割を占める。

経済面では、生活保護を受給している利用者は約半数を占めるが、受給者の2割程度は生活保護受給をやめたいと考えている。

就労状況では、ふるさとの会で担当している業務では「清掃」や「配膳」、「生活支援（宿泊所の日勤・夜勤等）」、「職員の補助業務（緊急就労・居住支援事業）」などが中心であり、約4割の利用者は1か月あたりの収入額が10万円を超えている。

②ケア付き就労の利用者抱える困難さと、それに対する支援

健康状態に関しては、何らかの疾病を抱えている利用者は約2割を占めるが、50歳以上では約3割に増加している。読み書きに苦労している利用者も一部おり、それらの利用者に対しては、わかりやすく、ゆっくり、再確認するなど職員によるコミュニケーション面での配慮がなされていた。また、職員へのインタビューでは、利用者の多くはメンタルな面での問題を抱えていたり、他者との関係性の持ち方に困難を抱えていることが明らかとなった。

③ケア付き就労利用による生活の変化

ふるさとの会を利用することで利用者の約半数は、精神的な面（落ち着いた、安心できた、余裕ができた等）や生活行動面（生活習慣、規則正しい生活、清潔の保持等）、意欲面（仕事に対する意欲、前向きに考えられる等）などの変化があったと回答しており、住まいや仕事の確保が利用者の生活行動や意欲を高めている実態が明らかとなった。

④「四重苦」を抱えた高齢者を支援する業務に対する意識

ふるさとの会での仕事に対して、回答者の7割以上が「仕事をしていて楽しいことがある」と回答しており、特に支援対象である高齢者との気軽な会話や感謝の気持ちを伝えられることが利用者の気持ちの励みになっていることがうかがえる（エンパワメント）。また、一部には仕事の枠を超えて高齢者を気遣う利用者の姿もみられ、仕事としての支援を入口としながら、利用者と高齢者が互いに支えあう関係が生まれていることも明らかとなった。

第4章 安心して地域の中で暮らし続けるために

～住宅・居住分野からの提案～

本章は、2010年10月に実施した支援付き住宅推進会議シンポジウムにおいて、パネリストの明治大学教授園田眞理子氏が行った講演を元に整理したものである。

1. 高齢期の居住の安定のための3要素

高齢期の居住の安定のために必要なのは、「健康」、「家族」、「経済」の3つの要素だと考えている。ただし、「健康」というのは、誰しも老化していくとへこんでくるが、へこんだときに、底辺にある2つの要素、「家族」か「経済」が支えてくれれば安定して生活することができる。ところが、ふるさとの会の支援対象者だけではなく、現在は家族力が非常に衰えており、なおかつ経済力が衰えていると、非常に不安定な状態に陥ってしまう。これが現在私たちが置かれている状況だと思う。そういう意味で、避けられない老化に対して、「家族」と「経済」が下支えできないときにどうすればよいか。それを考えてみたい。

2. 「四重苦」の実相

「四重苦」に対してはいろいろな説明がなされているが、扱う人の視点（分野）によってフォーカスしているところが少し違う点をみていただくと興味深いと思う。「四重苦」とは、別の言い方をすると「経済力」・「家族力」・「関係力」（人とのつながり）・「自己判断力」が衰微していくことだと思っている。これを「住まい」という自分の専門分野から可視化すると、「経済力」がないというのは借家居住かどうかで端的に表れる。また、「家族力」・「関係力」の衰微は、単身で虚弱かどうかということになる。この3つが揃うと“潜在的たまゆら層”になってしまうというのは、事実であろう。

それに対して、我々は約20年間いろいろな試行錯誤を行ってきたが、現状での解は、実は特別養護老人ホームか、貧困ビジネスの解答しか持ち合わせていない。

特別養護老人ホームは、非常に高コストであるにもかかわらず、生活という意味では低ベネフィットである。高コストというのは、相部屋の1ベッドを新たに作ると1千万円かかる。猪瀬レポートによれば、東京都の土地代の高いでは1ベッド2千万円かかる。

もうひとつの貧困ビジネスとは、住まいの視点でみると建物への囲い込みに他ならず、結構なお金が公的に支出されている。生活保護と医療扶助、医療費は無料になり、介護保険についても公的扶助になる。生活保護の条件が3つ重なると、全く孤立無援だった状態から、お金の面だけは1人・1か月あたり数十万円のお金が出ることになる。ある意味この囲い込みや貧困ビジネスというのは合理的に成り立っていると思うが、それは実は制度が

生み出したものであり、要はお金を使っていないのではなく、お金の使い方がおかしいのだと思う。

3. 福祉的な住まいの条件

では、どうすればよいのか。敢えてここで住まいの持つ機能を分化してみると、どんな住まいでも土地と建物が必要になる。資料では「福祉的な住まい」と書いてあるが、私は、福祉というのは、ある意味幸せのために損得を超えて助け合うことだと思っているが、そう考えると土地と建物は必要条件ではあるが、それに加えて、種々の生活サポート（見守り・食事・介護・医療等）が加わって初めて必要・十分になる。ただし、これは機能分解したからこそ、このように分けられるのだが、家族がいればこれらはきれいに分かれることもなく、得も言われぬ一体的なこととして住まいの中で展開されることになる。敢えて福祉的な住まいと言わなくても、家族とともに健全に暮らしていれば、こういったことは成り立っているといえる。

さらに、機能分解するうえで考えなければならない費用負担の問題がある。土地と建物は物財であり、固定費である。生活支援に係るコストはほとんどが人件費であるが、固定費と出来高のものに分けられる。とにかく住むという状態があって支援が必要な人が1人でもいれば、見守りに要する費用は絶対的に必要になってくるものであり、そういう意味で固定的な費用だと言うことができる。

4. 施設では解けなかった：1989年ゴールドプランモデル

このようにニーズに対して、これまで私たちは、1989年にスタートしたゴールドプランにおけるモデルである特別養護老人ホームに代表される介護施設の整備を行ってきたが、「施設では解けなかった」と言える。

介護施設とは先に示した諸機能を一塊のフルパッケージにしたものである。土地部分は、寄付または無償貸与が社会福祉法人のそもそもの要件である。現在では借地でもOKになっているが、公的な補助がかなり出ている。建物については、4分の3は国費・公費による補助だったが、小泉改革で交付金化され、現在では国から出ている補助金は90年代から比べれば半分か、もしくはそれ以下という状況である。サービスについては、2000年4月から介護保険によってフルパッケージで給付されており、かなりの金額の公的支出が行われている。建物を建てる費用は1ベッドあたり1千万円かかるわけだが、これは病院モデルを下敷きにしたためである。

そのため、非常に高コストで、保護されるという意味では高ベネフィットかもしれない

が、生活という意味では非常に低ベネフィットである。見かけ上は、個人で負担する金額が非常に低額であるため膨大な需要があるように言われているが、そういう意味ではこの特別養護老人ホームという解は普遍性を持ち得ない解だったのではないかと考える。

5. 建物だけでは解けない：2010 年高専賃モデル

これでは解決できないということで、厚労省と国交省が提案してきている新しいモデルが、2010 年の高齢者専用賃貸住宅である。これについても、私は、「建物だけでは解けない」と申し上げている。どういう事かというと、先ほどの機能分解の話で解説するが、まず、土地は自分で用意しなさい（実は借地が原則だと思うのだが）となると、その部分を含むだけで大変高コストになる。建物も造るわけだが、先ほどの特養では 1 ベッド 1 千万円だったが、この場合は 1 住戸（最低 25 m²）当たりで同じく 1 千万円くらいかかる。この 4 月から始まった制度だが、建設費用については上限 100 万円／戸で、10 分の 1 から 3 分の 1 の補助が国交省から出る。これは家賃になおすと、土地の購入や建物へのお金の掛け方に応じて、大体 5 万円から 15 万円くらいになる。

次に、家族がいれば何でもない見守りと食事であるが、これは民民契約になっている。これも簡単に計算すると、24 時間見守りをする誰かがいてくれるという状態をつくるには、50 世帯が集まって大体月額 3 万円かかる（一人の人が見守れる限界が 50 世帯で、一か月あたりの人件費が 50 万円／人、三交代だと合計 150 万円。それを 50 世帯で負担すれば、3 万円／世帯が見守り費となる）。食事もお願いしようとする、1 日 1500 円で 4 万 5 千円かかる。トータルすると、高専賃に居住するための金額は、最低で 15 万円／月くらい、最高で 20 数万円／月という費用がかかることになる。介護と医療の部分はそれぞれの保険にお願いしようということになる。

その結果、1 戸 1000 万円なので中コストになり、個人の生活のプライバシーも守れてそこそこの安心感もあるのだが、これだけの負担ができるのは、厚生年金受給者等の経済力のある人に限られてしまう。今回テーマにしているような方々にはマッチし難いスキームになっている。もう一つの問題点は、このモデルでは 50 戸が集まらなると中負担・中コストにならないということにある。小規模にすれば、高負担・高コストになってしまう。

資料の事例は、千葉の UR の団地でできたものだが、UR は事業者がこの土地を買いなさいと公募した。その結果、そこで実現した高専賃の家賃等はある程度以上の額になり、その周辺の公団賃貸住宅に住む高齢世帯にとっては割高なのか、入居が進んでいないと聞いている。

6. 地域なら解けるかもしれない

そこで、新しい方向性ということで「地域なら解けるかもしれない」という事例を幾つか紹介したい。

はじめは、新潟の長岡のこぶし苑が取り組んでいる「長岡の地域介護モデル（こぶし苑モデル）である。この法人は、かつて山の上に大きな病院と障害者の施設を持っていたのだが、「地域社会がひとつの施設」というコンセプトで、山の中にあった施設を小中学校区単位に分解して、サポートセンターとバリアフリーのアパートをつくった。このバリアフリーアパートは社宅を借りたり、家主さんに借りたりして月額 3 万円くらいで提供しているものである。こぶし苑が、この地域をある意味独占している。いろんな人が住んでいるのだが、その人の状況にあわせてどんなところに住んで、場合によっては住み替えて、どういうサポートを受けたらよいのかトータルにマネジメントしている。そうすると、公的な介護保険だけで、自己負担はそれ程でもなく成立している。

もうひとつのモデルは、南芦屋浜という阪神淡路大震災の後に、本当に風が吹きすさぶ埋め立て地に建てられた 14 階の高層の災害復興住宅で展開されている「南芦屋浜の地域見守りモデル」である。ここには県営住宅と市営住宅が約 800 戸あり、住民の平均年齢は 78 歳である。たまたまこの地域に喜楽苑という特別養護老人ホームがあり、なおかつ地域包括支援センターの機能も持っていた。市役所はもちろん駐在所や自治会などとネットワークを持って、ライフサポートアドバイザー（シルバーハウジングという旧建設省と厚生省が始めた生活援助員たち）を震災復興住宅に派遣している。費用は年額 4000 万円で、ほぼ高齢者の方々ばかりの団地 800 戸で、この 10 年間孤立死ゼロを達成している。この費用を 1 年間で 1 世帯になおすと、5 万円くらいでこれができる。しかし、今私たちが住んでいるところではそうはなっていない。

7. 超高齢化社会に向けた介護サービスのマスタープラン

そうはなっていないのだが、既に設計図はできている。2006 年の介護保険制度改正のときに厚労省が示したもので、中学校区単位でこの中に様々な高齢者を支援する資源を適材適所に配置して、その全体を地域包括支援センターがオルガナイズして、高齢者介護の需要と供給のバランスのとれたマネジメントをしていきましょう、というものである。

確かに、この設計図は世界標準だと思う。北欧では、この日常生活圏域を基礎自治体、コミュニティという市町村がマネジメント、別の言葉で言うと差配している。適材適所に配置したものが有機的に機能するよう、必要な人に対してきちんとマネジメントしている。

世界標準という意味では、実はアメリカもそうで、アメリカでは全土を覆うわけではないが、民間が一定の規模を門（ゲート）を作って囲い込んでしまう。50 歳以上から 100 歳

を超える人のコミュニケーションをつくると、その中で実は仕事もたくさん発生し、この中でコミュニケーションとして生活が成立している。ところが日本は、設計図はOKなのだが、自治体がこれをマネジメントするかというと、何となく自信なさげである。一方で、民間ベースでというと、このひとつずつの小さな箱（30人未満の単位の事業所や施設等）を民活と称して、アクセルとブレーキのどちらを踏んでいるのかわからないような状態がこの数年間続いてきた現状にある。

8. 普通の住宅を使ったグループ居住の展開

「高齢者住宅」と「普通の住宅」の関係について考えてみたい。私の提案は、徹底的に普通の住宅を使いこなすことである。1LDKの住宅を造るのではなく、3LDKとか4LDKの普通の住宅が一番可能性を持つのではないかと思うのだが、実はこれが特別養護老人ホームで展開されているユニットケアのモデルである。日本で最初の全室ユニットケアで建設した特別養護老人ホームの例を資料に掲載したが、台東区や荒川区ではこれは実現しがたいということである。

スイスのジュネーブの例も資料に掲載している。ここは3LDKと1LDKの壁を取り払って、スタッフの人が24時間3交替でやってきてケアをしてくれて、お買い物に行きたいときは付き添ってくれるというものであり、スイスの決定版高齢者住宅だと言われている。

もうひとつは、私の研究室の学生が立川にある知的障害者の施設で見つけてきたもので、3DKと3DKの住宅の壁を取り払って、グループホームにしている例がある。1DKの住宅は使いでがないのだが、ファミリー型の住宅をこのようにして使えば、5人が国民年金の6万7千円ずつ出せるのであれば月額33.5万円の世帯になり、それで十分生活できるのではないかと、という目論見である。1戸をまったくのコモンルームにすればお風呂もトイレも台所もあるため、日中の別の居場所になる。普通の住宅を徹底的に使いこなすことを提案したい。

実際、それに近いことを神戸市では取り組んでいる。公営住宅の3DKを拠点にして、出前型で、この公営住宅から地域の民間賃貸住宅に住んでいる人のところまで出掛けていつている。この費用は、災害復興基金という特別の財布から出ているとのことだが、制度化という点では各自治体が生活復興基金を持てば、同様のことはできるのではないかと。

9. 住宅・居住分野からの二つの提案

最後に、具体的な提案を2つしたい。

ひとつは、ふるさとの会が社会福祉法人格を取得し、地域をマネジメントできる主体に

なることが必要ではないか。NPO 法人としてのふるさとの会もなかなか良いと思うが、ふるさとの会が社会福祉法人にならずしては、事が始まらないのではないか。

そのうえで、前述した普通の住宅を徹底的に活用して、「ともぐらし」のような多彩なグループ居住を展開してはどうかという提案である。

住宅とか居住というのは重要な視点であるにもかかわらず、全国的にみると全然政治的な論点でも何でもなくて、大きな動きにはなっていない。その理由は、住宅が供給過剰になっているためである（2008 年の住宅土地統計調査によれば、全国の空き家率は 13.1%）。住宅は完全に供給過剰で、実は本当の家賃もいくらなのかわからないということが背景としてある。

再度強調したいのだが、普通の住宅はすごく使い度がある。施設でわざわざつくるリビングも最初からある。お風呂もトイレもキッチンもある。物理的バリアはたくさんあるかもしれないが、必要な機能は揃っているので、そういう環境を如何に使いこなすかということを考えていくと、居住という所の問題からいろいろ発展的な展開が考えられるのではないか。

安心して地域の中で暮らし続けるために

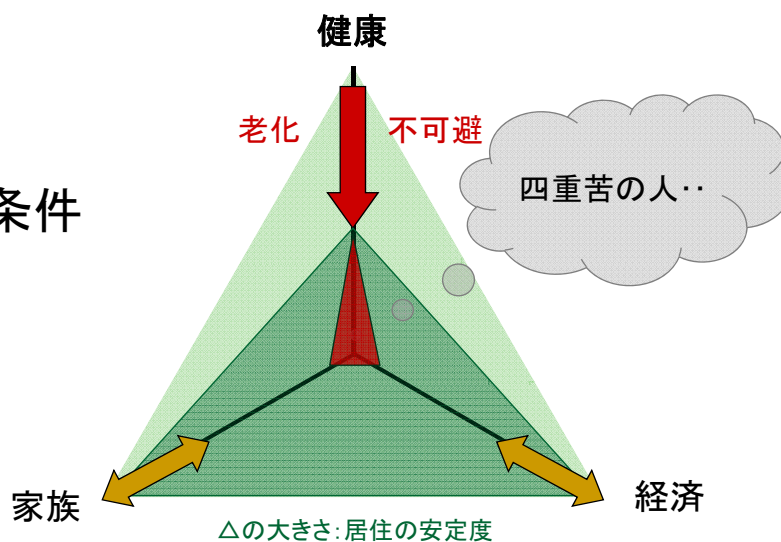
—住宅・居住分野からの提案—

ふるさとの会・支援付き住宅推進会議 シンポジウム 2010

園田眞理子
(明治大学)

高齢期の居住の安定のための3要素

- 健康条件
- 経済条件
- 家族(親族)条件



核家族化→高齢者のみ世帯化→単身化
親族内扶養力の低下→社会的相互扶助の必要性

安心して地域のなかで暮らし続けるために

「四重苦」の実相

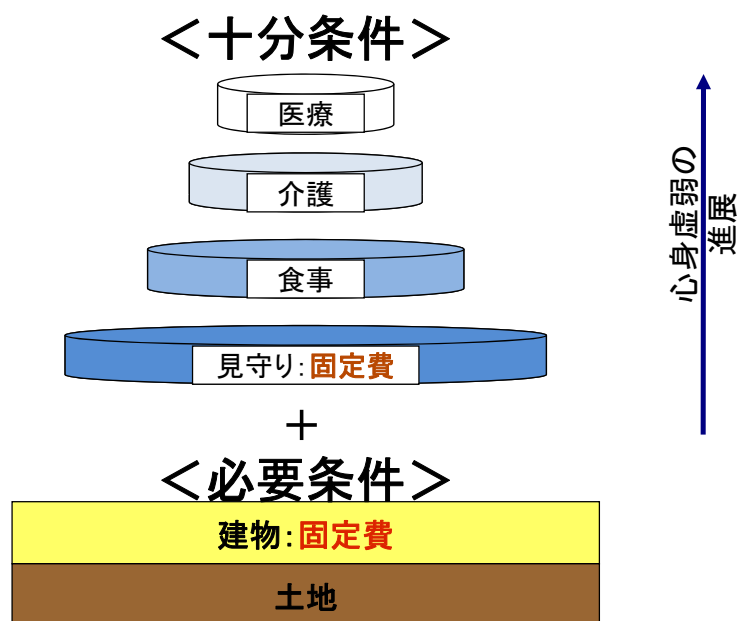
- ・経済力、家族力、関係力、自己判断力なし
- ・借家・单身・虚弱者は「潜在的たまゆら層」

現状は、「特別養護老人ホーム」か、「貧困ビジネス」の解しかない

- 特別養護老人ホーム:4床室特養 建設コスト:1000万円/床
cf.都(土地込)2000万円/床
- 建物への囲込みによる貧困ビジネス(制度が生み出したもの)
生活保護＋医療扶助＋介護保険＝数十万円/人・月

安心して地域のなかで暮らし続けるために

福祉的な住まいの条件

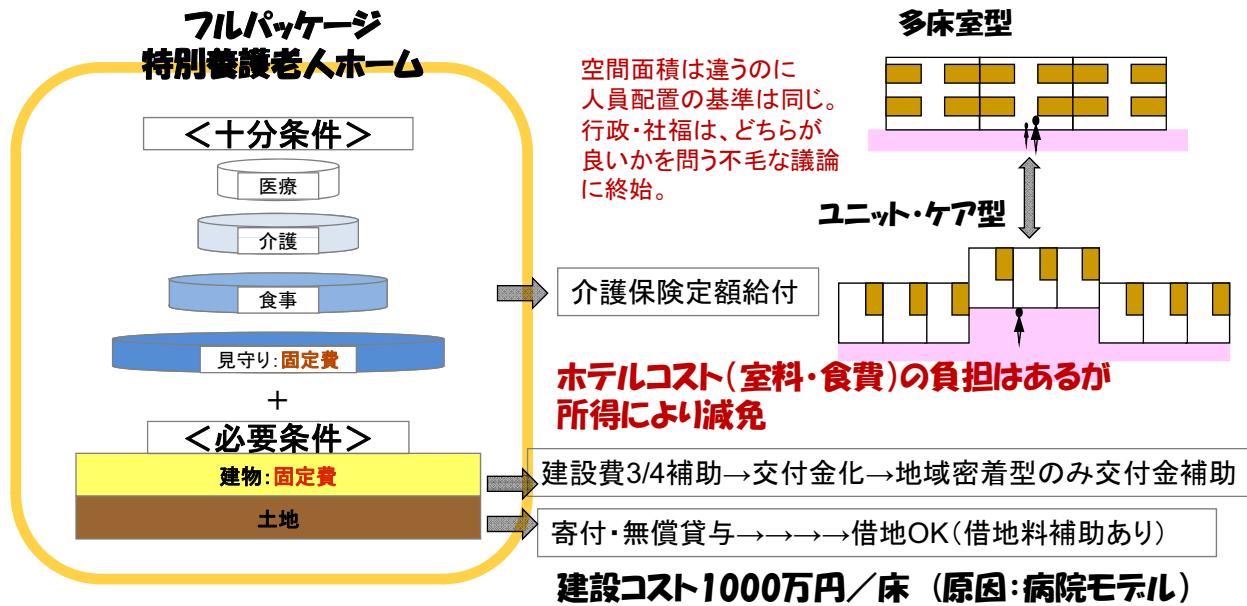


安心して地域のなかで暮らし続けるために

施設では解けなかった：1989年ゴールドプランモデル

高コスト・低負担・低ベネフィットの解答

90年代から参入し経営基盤の安定した「社会福祉法人」でないと新規参入は無理



安心して地域のなかで暮らし続けるために



特別養護老人ホームの事例：風の村（千葉県八街市）



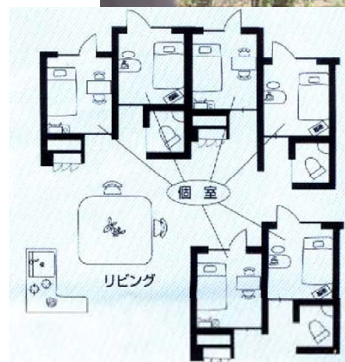
食堂↑



共同浴室↓



共同リビング



ユニット・ケアの考え方



個人居室

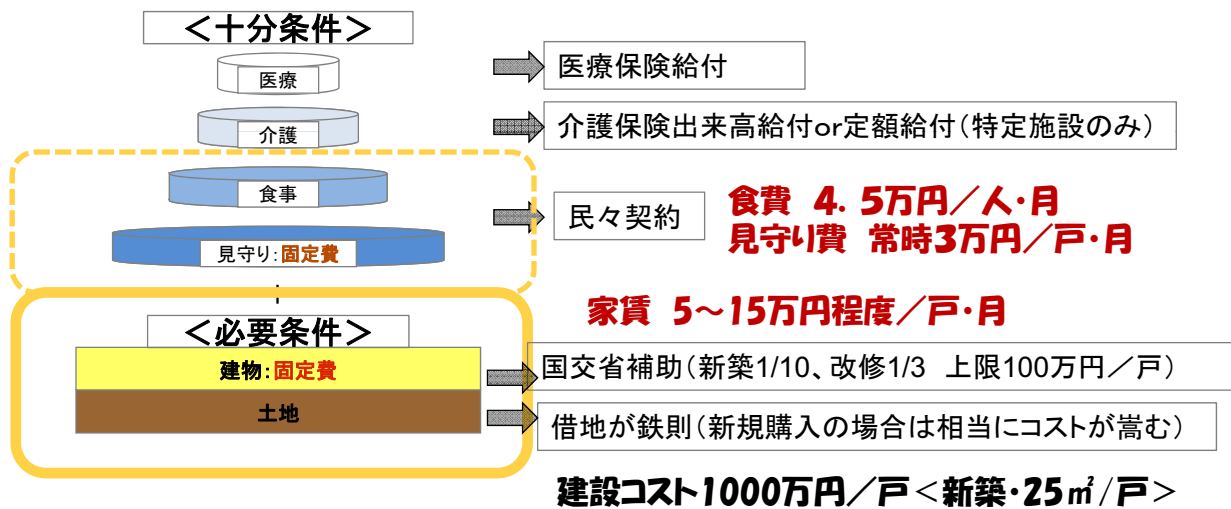


建物だけでは解けない!?: 2010年高専賃モデル

中コスト・中負担・中ベネフィットの解答

50戸以上の世帯を集めた大規模建物建設の投資が行える事業体のみ参入可能

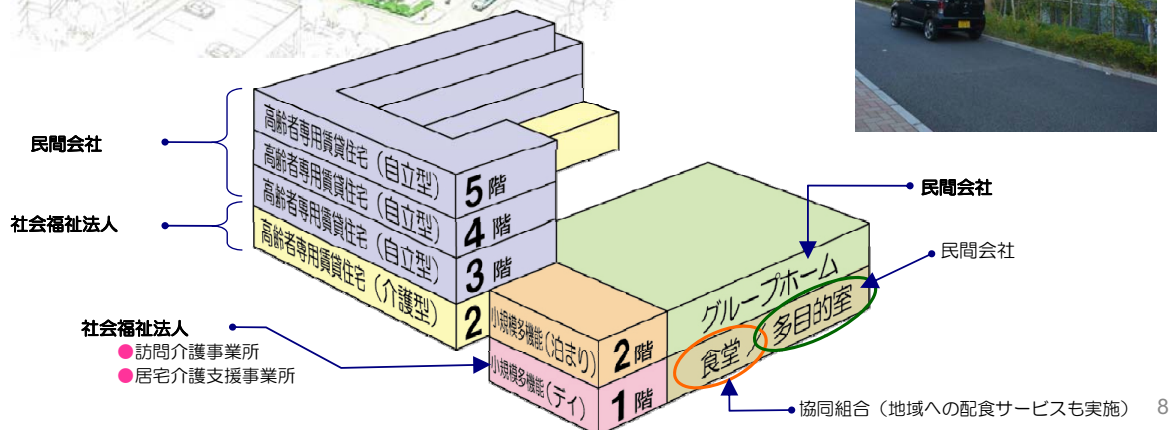
オフション型 高齢者専用賃貸住宅



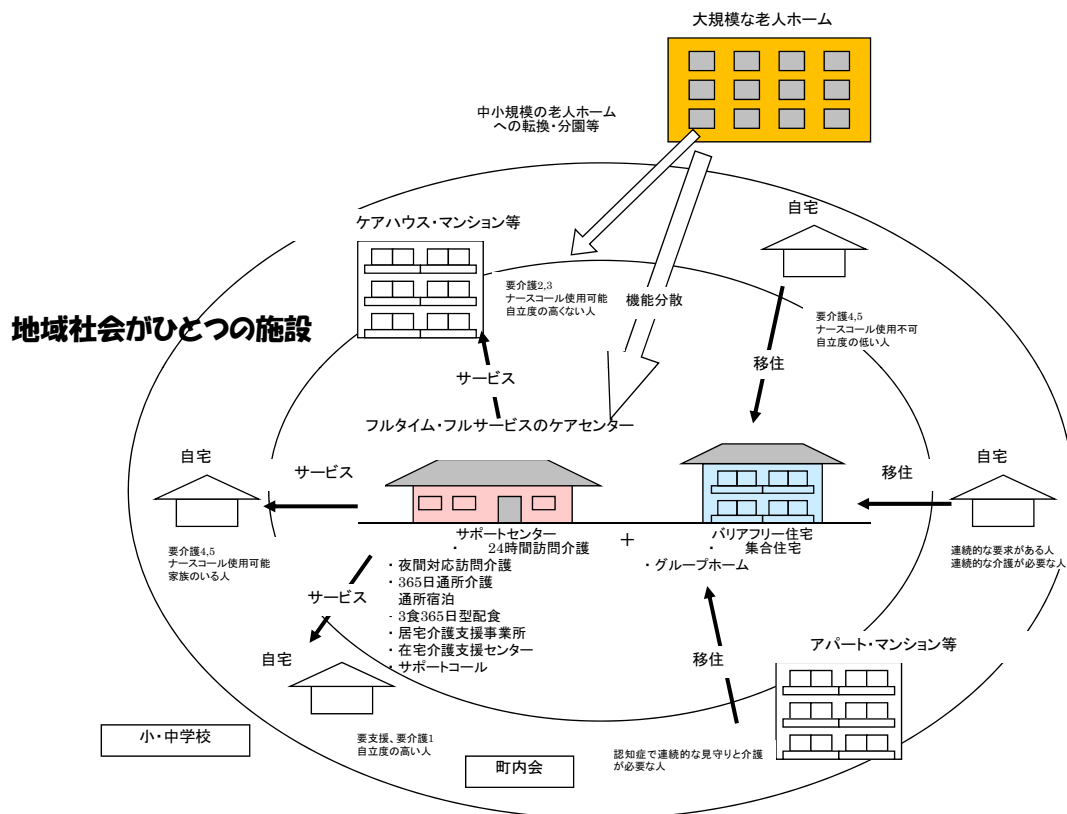
安心して地域のなかで暮らし続けるために



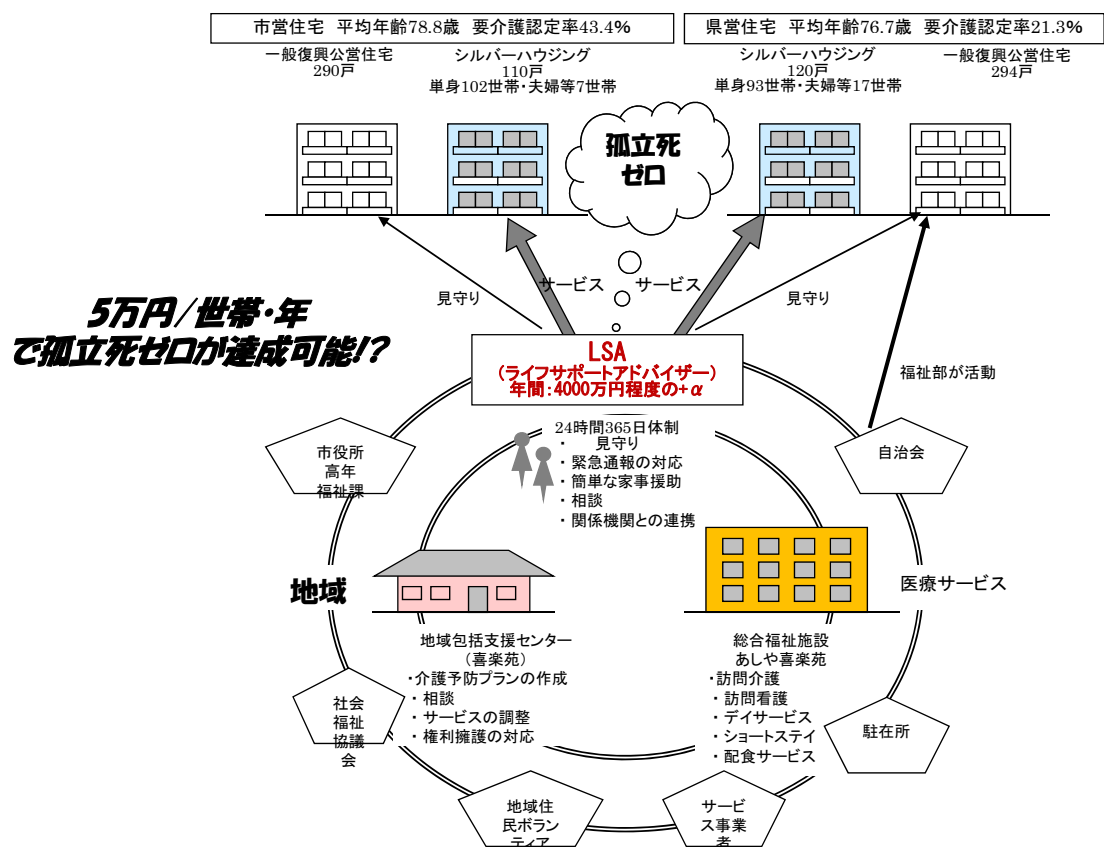
高齢者専用賃貸住宅の事例



地域なら解けるかもしれない : 長岡の地域介護モデル

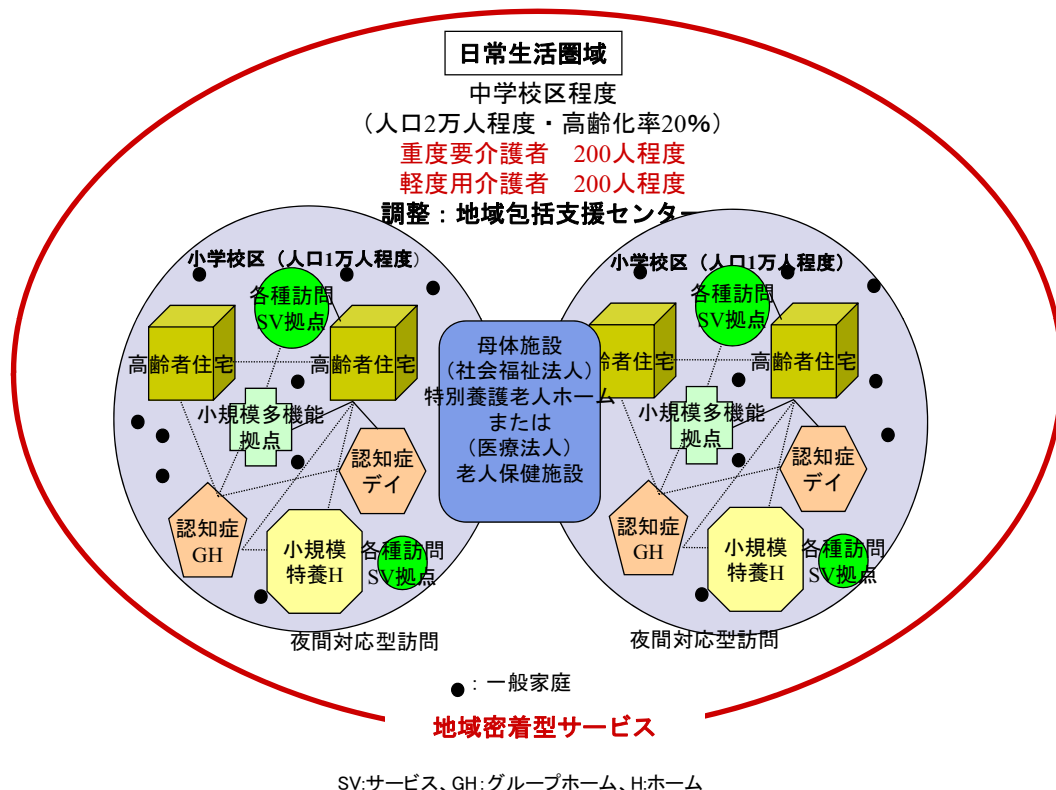


地域なら解けるかもしれない : 南芦屋浜の地域見守りモデル

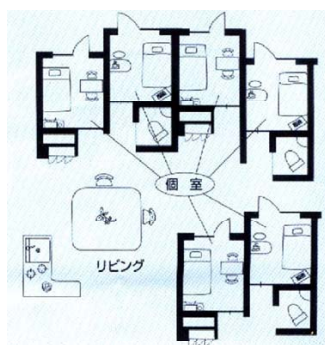


超高齢社会に向けた介護サービスのマスタープラン

日常生活圏域でのネットワークの構築



普通の住宅を使ったグループ居住の展開

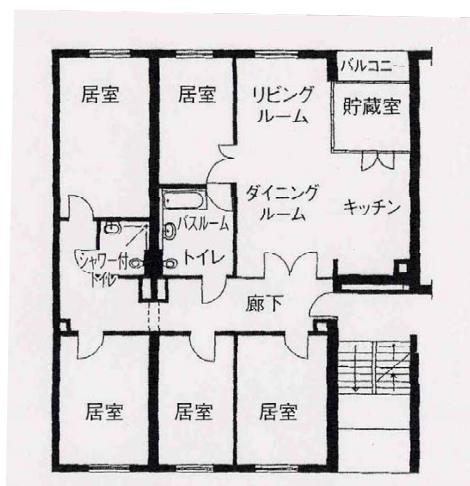


参考：特別養護老人ホームの
ユニット・ケアの考え方

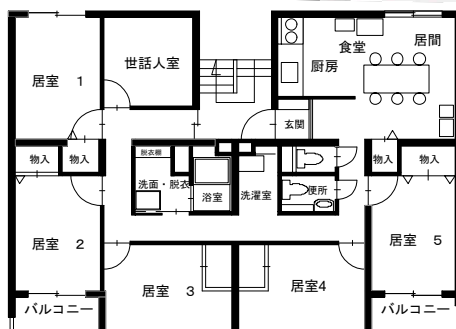
例：世帯向け集合住宅
 (公営、公社、公団、その他)



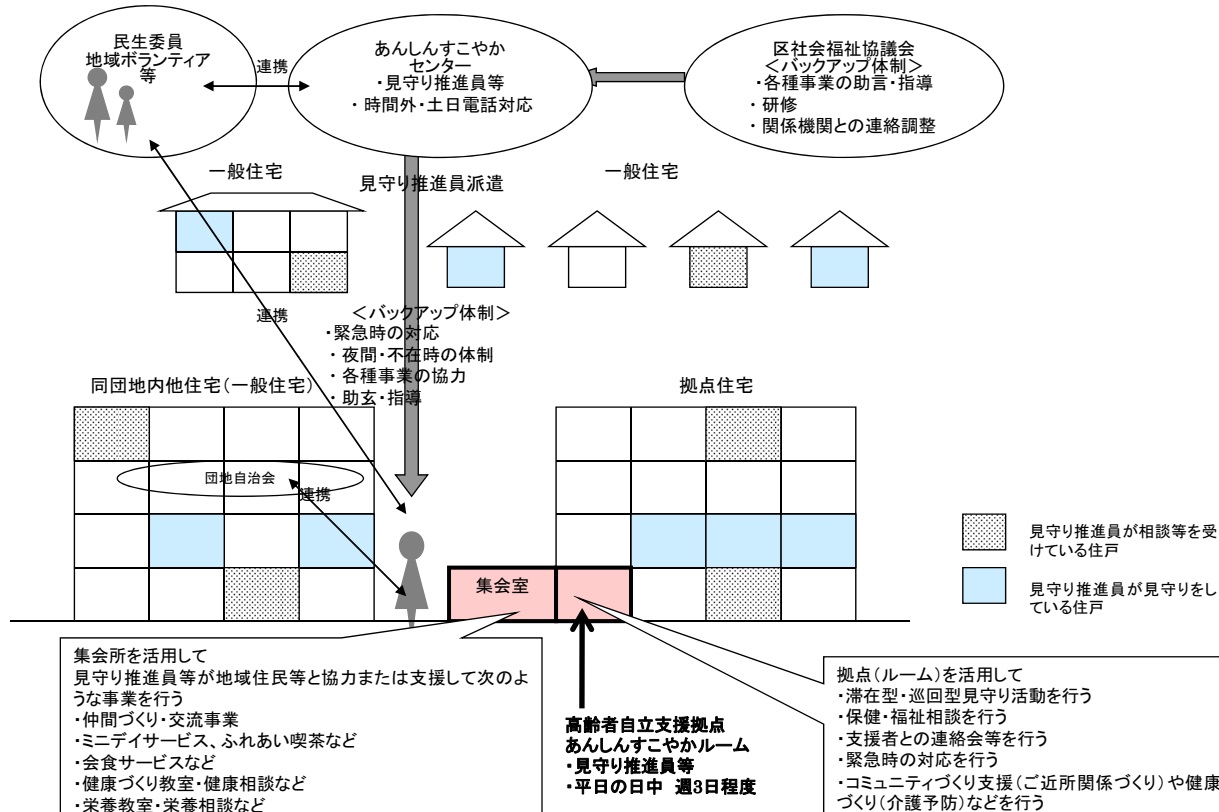
お金をかけずに居住の場を確保することは可能



隣接する1LDK住戸の一部と3LDK住戸を連続させたケア付きアパートメント(スイス)



隣接する3DKの2住戸を知的障害者のグループホームとして利用している例(日本)



- “ふるさとの会”が「社会福祉法人格」を取得し、地域をマネジメントできる主体になる
- 地域で普通の住宅を活用した、「多彩なグループ居住」を展開する

安心して地域のなかで暮らし続けるために



特集：人間らしく「住まう」ことを支える社会福祉



《各 論》

高齢者の居住の諸相と問題解決に向けて

その だ まり こ
園 田 真理子

明治大学理工学部教授

I すでに起こった未来

今、女子高生の間でも人気が高まっているドラッカーの著書に『すでに起こった未来¹⁾』というタイトルの本がある。その含意は、すでに起こってしまい、もはや元に戻すことのできない変化、しかも重大な影響力をもつことになる変化を知覚し、分析することによって、これから起こることが容易に予測できるということだ。

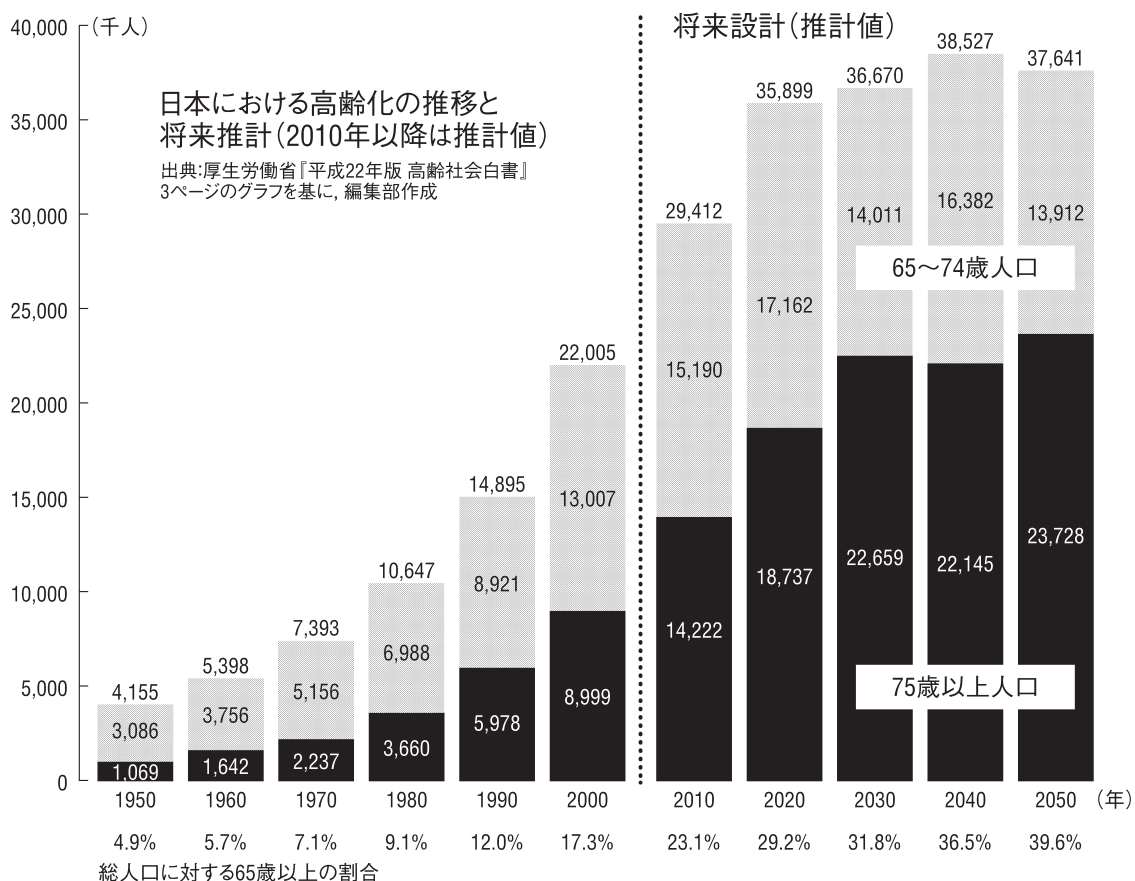
これをわが国の現状に適用すれば、世界史に類を見ない高齢化はすでに20世紀の中葉において約束された未来であり、今、直面している高齢期の居住問題は、20世紀後半の居住のあり方を振り返ることによって、十分に浮き彫りにすることができる。日本社会が今、直面しているのは、大都市およびその周辺部での激しい高齢化だ。これは、高度経済成長期に地方から都市部に流入した若年人口が40～50年を経て高齢期を迎えつつあることに起因している。また、20世紀中の人口動態から、1990年ごろから始まった激しい高齢化現象も、少なくとも数の上ではあと20年で決着すると言える。図1に示すように、さしもの高齢化も、75歳以上人口を指標とすると、2030年以降は踊り場になる。2010～2011年は、その激しい高齢化現象のちょうど中間地点にあたる。これからの20年間をどう乗り切るか、まさに正念場である。さら

に、現在およびこれからの高齢者の居住問題を考えるにあたり、彼らが盛年期であった20世紀後半の居住がどうであったかをよく踏まえる必要がある。20世紀中の家族形成や家族生活、職業生活、資産形成が21世紀の高齢者居住を大きく左右することになる。

II 「失職と居住の喪失」への対応

50年前には、55歳で定年退職があたりまえであり、当時の男性の平均寿命が64歳であったことを考えると、特段それで不都合があったわけではなかった。しかしながら、わずかこの50年の間に平均寿命が男性は15年、女性は20年近くも伸び、定年退職の年齢もそれに引きずられるように65歳前後に伸びている。では、退職後の生活の経済的な基盤は何になるか言えば、言うまでもなく年金である。

ところで、この年金とは、その人の退職時以前の職業生活と密接に関連している。自営業者、非雇用者であれば国民年金、被雇用者であれば厚生年金または共済年金という枠組みである。わが国の国民皆年金制度は1961年に整えられたので、団塊世代以降の生まれであれば、すべてこの枠組みの範疇にあるはずである。ところが、そのどちらにも属さない無年金者が存在し、その多くは単身世帯である。なぜ、無年金かつ単身かと言うと、



出典:『東京人』2011年4月号, 都市出版, 2011年, 128ページ (一部改変)。

図1 日本における高齢化の推移と将来推計

その人の職業生活が脆弱であった結果である場合が少なくない。例えば、雇用先が脆弱で社会保険に加入できなかった、賃金が低いゆえに自身で国民年金にも加入しなかった、それゆえに結婚もできなかった…などである。こうした人が、年齢を重ね、職を失うとどうなるかと言うと、よほどの蓄えがないかぎり、居住の場さえも失ってしまうことが少なくない。なぜなら、年金に未加入であったということは、資産形成も不十分であり、借家居住だからである。勤労所得から家賃が支払えなくなれば、すぐに住居を失うことになる。

このような問題への下支えとしては、現時点では生活保護しかない。生活保護の適用を受けることによって、住宅扶助が手当てされ、それにより住居を確保することができる。東京都の場合、

2010年11月時点において、生活保護の被保護世帯は19万6,982世帯で、うち高齢者単身世帯(65歳以上)は7万6,447世帯(38.8%)である。住宅扶助費の総額は約83億円(月中)であり、高齢者単身世帯に対しても相当額が投入されている²⁾。では、これで十分かと言うと、決してそうではない問題が存在する。こうした資金が投入されて確保されている住居の水準がきわめて劣悪なことである。

実は、日本の住宅政策においては、こうした生活保護世帯の住居の問題を正面から取り上げることとはこれまでまったくと言っていいほどしてこなかった。住宅政策における対象は「世帯」であり、世帯とは暗黙のうちに2人以上で構成されるとき、単身世帯の存在は住宅政策の範疇外とされ

てきた。加えて、住宅政策上は、低所得者への対応として公営住宅こそがセーフティネットであるとして長らく推進されてきたが、公営住宅の入居と生活保護との重ね合わせや関係整理はまったくと言っていいほど行われてこなかった。公営住宅は国土交通省所管、生活保護は厚生労働省所管であり、今なお別個の扱いである。その結果、生活保護世帯は公営住宅よりも広さや設備の点で劣る民間借家に、公営住宅よりも高い家賃を払って居住するというねじれ現象が生じている。

団塊世代が本格的な退職期を迎える今、このような事態を放置しておくことは、国全体の制度設計として何とも不合理である。解決の選択肢は、ごく単純に言えば公営住宅のような現物給付か、あるいは欧米のような家賃補助であるが、その中間の形態として、公共が民間住宅を適正な家賃で借り上げて提供するという方式もありうる。

ただ、昨今のように財政事情がひっ迫している情勢下にあつては、別の方策も検討する必要がある。例えば、既存のファミリー用住宅を活用した複数者の共同居住である。1つの住宅を複数人でシェアすれば、当然1人当たりの家賃負担は少なくて済む。また、低所得の単身世帯の場合、失職と同時に、社会とのつながりや人間関係までも同時に喪失してしまうことが少なくない。つまり、社会関係資本（ソーシャル・キャピタル）の喪失である。それを、共同居住を通じて回復することができる。また、そのためには、所得を得ることを第一義としない生きがいのための“仕事の創出”といった点も重要である。居住の場が確保されていても、その場所に閉じこもった生活では生きがいを失い、共同居住の場合にはさらに他者と暮らすストレスが加わる。それでは共同居住は簡単に瓦解するため、単身者同士をつなぎあわせるための工夫や支援といった観点も、居住の場の確保に関連づける必要がある。

経済状況が一段と厳しい昨今、失職は高齢者のみならず誰にでも起こりうる事態となっている。そのことが居住の場の喪失に直結しないよう、重層的なセーフティネットの構築が喫緊の課題である。

III 「四重苦の存在」を地域で解く

低所得、単身、高齢に加えて、認知症やガンなどの重篤な病気を併発すると、どこにも受け入れてもらえないという事態が発生している。2009年3月の群馬県渋川市の「静養ホームたまゆら」の火災死亡事故を契機に発足した「支援付き住宅推進会議³⁾」では、こうした状況を“四重苦”として、最後のときまで暮らせる居住の場づくりに関する活動を行っている。

現在の枠組みでは、介護が必要になった場合は介護保険制度を利用して介護施設へ、医療が必要になった場合は医療保険制度で病院へということになっているが、介護と医療が同時に必要になった場合に受け入れてくれる施設は皆無である。まして、これに低所得、単身世帯となると行き場がなく、消去法的に東京都の自治体が生活保護の手当をしてほかの自治体にある無届の施設に送り込み、そこで甚大な事故が起きてしまったのが、いわゆる「たまゆら事件」である。

この問題への対応として、東京都は副知事をリーダーにして「東京モデル2⁴⁾」という新しいスキームを打ち出している。これは、低所得層向けの都型ケアハウスとして、地価が高い大都市の実情を踏まえ、国が進めてきた従来のケアハウスよりも居室の面積要件を7.43㎡（4.5畳相当）まで緩和し、既存ストックの活用も認めるというものである。サポートおよびサービスについては、食事の提供と介護職員の配置を必須としている。要は、これで「四重苦」の問題が解けるかどうかである。東京都の試算では、10人定員として、国の交付金2,000万円と事業者負担が新設の場合は4,900万円、既存建物改修では1,400万円で建物を確保としている。自己負担は事務費が1万円、居住費が5万円、食費などが6.5万円、合計12.5万円程度となるので、生活保護受給者でも入居可能としている。また、東京都には、2009年時点で法外施設入所者が約800人、無料低額宿泊所入所者が約1,600人で、2010年からの3年間で240か所を開設する必要があるとしている。

ところが、現実には2010年度中の申請数は数件にとどまり、とても構想どおりに動くとは思えない。加えて、この構想で四重苦の人を真に救えるかと言うと、問題点も少なくない。問題点の第1は、とにかく箱物整備で対処しようとしている点である。わずか4.5畳しかない部屋ばかりを並べた建物を21世紀の今になって新たに整備する必然がどこにあるのだろうか。第2に、そこで雨露をしのげ、食事をあてがわれたとしても、入居者が「生きていてよかった」と思えるような生活の質は果たして保障されるのだろうか。日本の高齢者福祉の一番の問題点はすべて機能的、目的的に解こうとしていることである。介護であれば排泄介助回、食事であれば何カロリーといったように数値的に説明できるものだけで福祉が機能的に構成されている。しかし、われわれの一般的な生活はどうであろうか。トイレに行く回数やカロリー数ではなく、ただ居るだけといった居心地の良さや、誰かが突然訪ねてくる偶然や、自分の好きなことができる自由さに満足感を覚える。クオリティ・オブ・ライフと言うなら、機能優先ではなく、こうした環境を整えることが第一義ではないか。第3に、「東京モデル2」のような機能的な解き方をするときわめて高コストになり、お金がいくらあっても足りない。東京都の75歳単身者の生活保護受給額は12万9,470円で、これで賄えるとのことであるが、四重苦の場合はそのほかに、医療費の全額扶助、介護保険利用の場合は要介護度にもよるが、月額10～30数万円の給付がこれに加算される。1人の高齢者に対して、月額数十万円もかかる事業スキームである。それで、4.5畳相当の居場所を確保すると言うのだ。

それに替わる案がないかと言えば、そうでもない。それは、こうした四重苦の人も含めて、地域に居住するさまざまな高齢者を統合的にとらえ、地域で問題解決にあたることである。

まず、四重苦の人の居住の場の確保には、地域における既存の一般住宅の空家や、空きアパートを活用する。前項で述べたような小人数での共同居住である。そこに日常的な生活支援を行うスタッフが常駐または巡回する。共同居住では、入

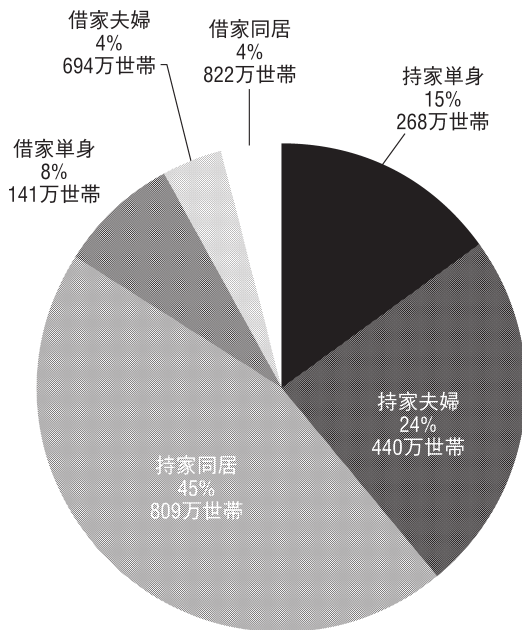
居者間の葛藤の発生と互助の発生が表裏一体の関係にあるが、それを専門スタッフが仲介することによって互助という良い面が強くなるように支援する。また、歩ける範囲に日中の居場所となるようなサロンのような場を開設する。居住者もスタッフも双方を行き来することによって、毎日の生活にリズムがつくれ、社会性の獲得につながる。介護サービスや医療サービスは地域の既存資源を徹底的に活用する。最後の看取りにおいては医療との連携が不可欠である。このように、より多くの人びとがかかわることによって地域に開かれた関係が築かれる。

さらに、こうした関係を四重苦の人たちだけでなく、一般住宅や施設に居住する高齢者や障害者までを含んで構築することによって、適正な費用の範囲内で過不足のないサポート体制を整えることができる。それは、サービスの提供主体の側から見れば、対象地域のサービスニーズを一定量包括的に扱うことによって、効率的な事業運営を行えるからである。これができれば、サービスコストは格段に抑制することができる⁵⁾。つまり、建物単位で解決する方法をやめ、地域で問題解決に当たるのだ。四重苦問題の解決の鍵は、地域で解くことである。

IV 「膨大な施設需要」に対して “高齢者ペンション”で応える

わが国における20世紀後半の経済発展は、少なくとも昭和1桁代から昭和30年代生まれまでの人には大きな恩恵をもたらした。それは持家取得による資産形成である。総務省統計局の「平成20年住宅・土地統計調査」の結果では、65歳以上高齢者のいる世帯の83.4%は持家に居住している。高度経済成長期に住宅双六⁶⁾の上がりと言われた持家に多くの人が到達している。

ところが、土地と建物という資産を有している人であっても、心身の虚弱化に直面した途端に居住の安定性が失われる。その理由は、高齢期の家族形態がきわめて小規模化し、子どもたちはすでに少子化世代で少なく、家族内・親族内での扶助



出典：総務省統計局「平成20年住宅・土地統計調査」（2009年）より筆者作成。

図1 65歳以上高齢者のいる世帯の居住形態

力がきわめて低下しているからである。別の言い方をすれば、21世紀前半の高齢者問題とは、“戦後核家族の老後問題”であり、最後は“専業主婦の看取り問題”である。

2010年現在、65歳以上高齢者のいる世帯約1,820万世帯に対して持家世帯は約1,517万世帯で、そのうち単身世帯は268万世帯（高齢者のいる持家世帯全体の17.7%）、夫婦世帯は約440万世帯（同29.0%）に上る（図2）。持家に居住していても、こうした高齢者のみの世帯では、心身の衰えが顕著になるとほかからの人的支援が十分でないと居住継続が困難になる。2006年の介護保険制度の改正で、こうした世帯に対して24時間365日の切れ目のない地域密着型サービスで対応するとされたが、その整備が遅々として進まず、現実には、膨大な施設需要が発生している。

しかし、そうした人たちが遍く介護保険で提供されるようなサービスを求めているのかと言うと必ずしもそうではない。高齢者が心身の衰えを感じたとき、まず直面するのは万一のときに誰かが近くにいてくれるかどうかの見守りの不安であ

り、利便施設が近くにないなどの買物困難や、食事不安である。すなわち、介護保険ではカバーされない見守りや外出、食事にまず窮するのである。しかし、こうした困り事に対しては、誰も応えてくれず、結局は、親族での対応も限界になり、施設探しに奔走することになる。高齢期に持家居住であるということは、それ以前の職業生活が資産形成可能なほど安定していたということであり、心身が衰えるまで単身もしくは夫婦だけで生活が維持されてきたということは相応の年金も受給していることを意味する。つまり、高齢者イコール経済困難層ではない。経済的には特に窮していないのに、心身虚弱になると自宅での居住継続が困難になる高齢者が多数存在するという、この点を見誤ってはいけない。

こうした経済的に自立可能な虚弱高齢者のための新たな居場所として、“高齢者ペンション”を提案したい。これは、まさにリゾート地にあるペンションと同じ考え方で、各自の居室・住戸はプライバシーが守られる一方、食事などでは共同の空間で過ごす。ペアレント的な管理人が常駐し、

緩やかな見守りや相談に対応する。居住者同士も相互に支え合う。高齢者マンションは住宅として住み込むのもよいが、一時的な宿泊場所として利用することもできる。建物の雰囲気は、周囲の環境に溶け込む“家”の趣があり、決して施設ではない。また、「マンション」には、“年金”という意味があるが、利用料金は各自の年金で賄える程度の料金に設定にする。例えば、こうした居住形態を、郊外住宅地であれば利便性の良い一画地に、市街地であればマンションの一部分に埋め込む。もし、介護や医療サービスが必要になれば、前項の四重苦の場合と同じように、こうした住まいが地域のネットワークにリンクされることで必要かつ十分なサービスを適正な費用負担で利用できるようにする。

なぜ、こうした形態をあえて提案するのかと言うと、現状では、こうした需要層に対して「生活支援サービス付き高齢者専用賃貸住宅⁷⁾」のような形態が出てきているが、これらは要介護高齢者を一定規模、1つの建物内に囲い込むことによって成立する事業モデルしか描いていないからである。1つの建物内で解決するには、見守りサービ

スの効率性⁸⁾と入居者の料金負担能力から見て、最低でも50戸規模にならざるをえず、そうした規模の建物を新規に整備するには土地代を除いても数億円の資本投下が必要である。そうすると、こうした事業を行う者は限られ、しかも高額になる。21世紀中葉までは少なくともマジョリティと言える、持家居住の元専業主婦の老後を受けとめる居住の場が未考案である。

十数戸程度の高齢者マンションであれば、建物部分の初期投資は1億数千万円程度で済むため、この部分を公共や民間の大きな資本に頼るのではなく、現在および将来の入居者が共同出資するようなかたちで整備してはどうだろうか。住宅という箱は替わるが、住み慣れた地域で住み続けるために、地域に住む人同士が共同するのである。見守りや食事は、居住者同士の相互扶助と地域の共助があれば、一般の住宅に住んでいるのと変わらぬ程度の費用負担で済む。介護や医療は、保険制度を活用する。こうした地域に根付いた、あるいは仲間同士の共助型の住まいづくりによって、膨大な施設需要を鎮静化できるのではないだろうか。

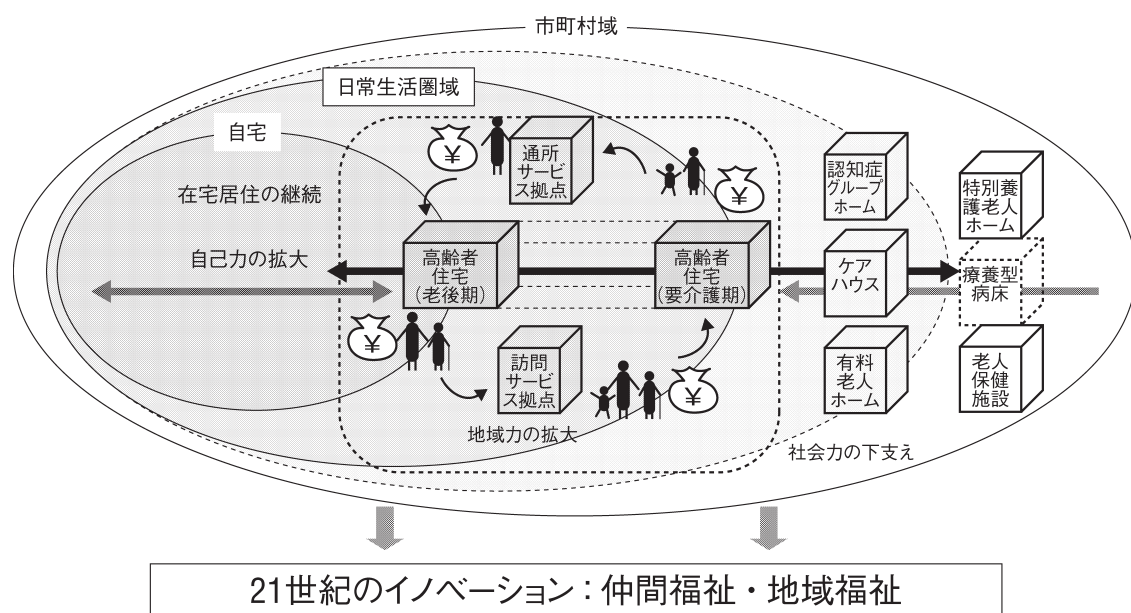


図3 21世紀のイノベーション：仲間福祉・地域福祉の拡大

V 「仲間福祉」と「地域福祉」の可能性

わが国の高齢化が急速に進み始めたのは、バブル経済まっさかりの1990年前後であった。20世紀の最後の10年間は、2000年の介護保険制度の創設に向けて、高齢者福祉領域における社会保障制度の構築が推進された。その成果として、特別養護老人ホームをはじめとする多数の介護保険三施設やケアハウス、認知症グループホームなどの新しい居住形態が誕生した。しかし、これらはあまりにも機能優先であったがゆえに高コストであり、現実の生活とは遊離した空間を形づくってしまった。“老い”に対する機能的な解決策など存在しない。それを自然なこととして受けとめ、癒し、慰めることであれば可能である。

一方、21世紀初頭のわが国は、バブル経済時代の蓄えをほとんど使いつくし、これからは「自己責任」の時代だと言われるようになった。たしかに自己ができることを大いに伸ばすのは悪いことではない。むしろ、自己力の拡大こそが最も大きな成果に結びつくとも言える。ただその場合は、自己力が乏しい人、衰えた人に対して手を差し伸べる「温かさ」を社会がもち合わせているかどうかが問題である。その「温かさ」の不足ゆえに格差が拡大したのではないか。

そして今を迎えているわけであるが、社会福祉の拡大による社会の下支えは、曲がりなりにも一応の形は整っている。自己力の拡大も試したし、それは今後も進めるべきである。最後になすべきことと言えば、その中間で「仲間力」や「地域力」を高めることである。高齢期の生活圏とは、小学生や中学生とほぼ同じである。小学校や中学校にはさまざまな人がいたが、何とか仲良くやってきた。高齢期の暮らしとは再びそれに近いものになるのではないか。日ごろから慣れ親しんできた場所に地域に根付いた高齢者住宅や自分の家があり、高齢者自身の判断で自由に住み替えることができるなら老後を憂える必要はない。その圏域では、人が動き、それに連動してお金も動き、そこに新たな経済循環も生まれる（図3）。友人、

知人同士で助けあう「仲間福祉」と、近隣、地域で助け支え合う「地域福祉」の拡大こそが、21世紀前半の超高齢化の居住問題を解く鍵だと思う。

注

- 1) P. F. ドラッカー著、上田惇生・佐々木実智男・林正・田代正美訳『すでに起こった未来—変化を読む眼—』、ダイヤモンド社、1994年、313ページ。
- 2) 東京都の75歳単身者の生活保護受給額は、12万9,470円（生活扶助7万5,770円＋住宅扶助5万3,700円）である。詳細は、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「少子高齢時代にふさわしい新たな『すまい』の実現PT 報告書 少子高齢時代にふさわしい新たな『すまい』の実現に向けて」（東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課）21ページを参照。
- 3) 高橋紘士氏（国際医療福祉大学）、水田恵氏（NPO法人すまい・まちづくり支援機構）、山岡義典氏（日本NPOセンター、法政大学）を共同代表として、「たまゆら事件」などを契機として発足した任意の会議体。
- 4) 前掲2）では、「東京モデル1」として「ケア付きすまい（賃貸住宅）」を、「東京モデル2」として「都型ケアハウス」を、「東京モデル3」として「地域の安心・シルバー交番（仮称）」を提案している。
- 5) 新潟県長岡市では、社会福祉法人長岡福祉協会の「高齢者総合ケアセンターこぶし園」を中心に、小中学校区程度の地域に大規模な特別養護老人ホームが有している機能を分散配置し、介護保険による給付程度の費用で地域の高齢者に過不足なく介護サービスやそのほかの支援が行きわたる試みを行っている。また、兵庫県芦屋市では災害復興公営住宅のみ約800戸で構成される南芦屋浜団地において、芦屋市および社会福祉法人きらくえんの「あしや喜楽苑」を中心に年間世帯あたり5万円程度の補助で、シルバーハウジングのライフサポートアドバイザーの人材を活用して10年間孤独死ゼロを達成している。
- 6) 上田篤氏が1970年代に提示した、下宿から木賃アパート、公団住宅を経て、戸建て持家住宅で上がりとした当時の理想とされた住宅の住み替わりモデル。
- 7) 国土交通省によって2009年度から建設補助が行われている、一定の質を備えた高齢者向けの賃貸住宅。高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）では、こうした高齢者専用賃貸住宅を都道府県に登録して開示することが定められている。2011年度からは、国土交通省が従来から所管する高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅を廃止し、「サービス付き高齢者向け住宅」として一本化して登録する制度に改正することが見込まれている。
- 8) 1人の人員で見守る限界は50人程度である。見守りのための人員配置と費用負担の効率性から事業規模が決まってくる。

第5章 「支援付き住宅」の提案

本章は、2010年10月に実施した支援付き住宅推進会議シンポジウムにおいて、国際医療福祉大学大学院教授高橋紘士氏が行った総括講演を元に整理したものである。

昔から福祉の世界では援助の対象となる事柄を「病・貧・孤」という三つの言葉で言い習わして来た。これはわれわれが議論してきた「四重苦」よりひとつ少ないのだが、そこで想定していたものは結核などに代表される感染症と生活困窮が原因となり、結果として家族の離散という孤独化の状況がスパイラルのように悪循環するというモデルを考えてきた。このような悪循環を解消するために様々な福祉制度が分節化してきた。

今日では認知症に代表されるよう、心身機能の喪失ないし、減退がこれに付け加わって、四重苦が構成されることになる。ここで何が決定的になるかといえば、自分で判断することができない状況がここに組み込まれてきたということである。このことは支援が必要になった場合に、自己の判断だけではなく、まわりの支援者による様々な配慮のあり方が重要になるということである。単なる制度からの給付や保護だけではなく、その人への関わり方が課題になっている。

ケアという概念は非常に幅が広い概念で、メディカルケア、ナーシングケアという最も専門的ケアでは専門家が10年くらいかけてようやく一人前になる、医学というエビデンスが求められるケアである。もうひとつは、お肌の手入れとか、それもケアである。ここで取り上げるのは非専門的なケアに関してである。

私たちはインフォーマルという言葉を使う。インフォームとは形がないということであるが、「見守り」とはどのようなことか。何かちょっと変化があったら（専門家等に）「来てください」と言ってくれる人、ドイツ語でいうと「Fürsorge」という言葉がある。身の回りのことをあれこれと気にかけながら、スイッチを押すとメディカルケアが飛んでくる、ナーシングケアが飛んでくる、介護保険サービスが飛んでくる。そのスイッチを押す役割が必要になる。自助・互助が失われた状況というのは、まさにスイッチを押してくれる人がいない状態にあるということである。

依存状態にある具体的な内容が経済的困窮とかそういうことではなく複合的に起こることによって、とりわけ判断能力の低下によってインフォーマルなサービスが重要になるが、実は今、インフォーマルサービスをフォーマルにしようという、とても矛盾したことをやろうとしている。これはある意味無理がある話であり、そのため敢えて「可視化」という言葉を使おうとしているのだが、これはある意味で無理がある。しかし、無理があることをやらざるを得ない状況が、私たちの現代社会、とりわけ四重苦を抱えた方々の生活に起きているのである。

近年いろいろ起こっている社会問題の背景には、われわれが永らく前提としていたことが崩壊してしまったことがあるのではないと思われる。私たちが当たり前だと思っていることが、あの 100 歳以上の高齢者の所在不明問題、みんなが失踪届を捜索願いを出すのが当たり前だと思っていたところが、実は爺ちゃんが死んだことを届ける力が子どもたちになくなっていった。私たちが当たり前、前提としてきたことがすべて崩れ始めた。これが 21 世紀型社会の非常に大きな特徴であり、そのコアに認知症のような心身機能の減退や喪失の問題がある。

市場主義者たちはこれを理解することはできない。なぜなら経済学というのはすべて個人が自己判断する人たちを前提に経済理論を立てるためである。ところが、高齢化社会、障害を持った人たちが生活する社会というのは、そういう自己判断が前提とできない社会である。そういう方々は今まではマイノリティであったため、すべて施設や長期療養病院などに入所、入院をさせるということをやっていた。しかし、適切な保護の場が得られない状況が起こって、これにつけこんで、劣悪な貧困ビジネスが発生した。これらは、既存の制度による給付を悪用して、低劣な状況のなかで放置するということをやってきた。しかし、高度経済成長を背景として施設や病院の費用を賄うというモデルは現在の低成長時代には無理になっている。他方、膨大な数の人々が困難な状況におかれはじめている。これが議論のポイントのひとつであると思われる。

その無理をどうしたらよいのかというのが長年の課題であるが、自助・互助があることを前提として公的サービスや社会保険サービスがある。今度は逆に言うと、自助・互助がない中で、共助である介護保険サービス、公助である生活保護を使うと、判断力がないために変なことが起こるとというのが貧困ビジネスである。また、いわゆる介護保険や社会福祉基礎構造改革のなかで、福祉サービスをはじめとする制度的サービスを契約で利用する制度に改め、公の措置という仕組みが後退した。従来は、措置のなかで自助や互助が失われた人々を保護するという例外であったが、このような措置に充当しなくとも前提としていた自助・互助の機能が失われた人々が多く発生し、しかも公的措置の仕組みは後退し、これを補完すべき権利擁護機能が十分ではないという状況が一般化しつつある。

しかも現実には多床室を中心とする社会福祉施設や介護施設は、要するに「精神病院の療養病棟の保護室」の延長である。施設や病院では、認知症や精神障害であっても処遇が困難になると退所退院を強制することもある。ところが、そのような人々でも地域で適切な支援を受けることができれば、その人らしい尊厳のある人生を全うすることができるという事例に私はいくつも遭遇している。

すなわち、地域生活の継続のしくみと支援をきちんと構築すれば、高コストで低尊厳の従来型の施設や病院を利用しなくとも、適正なコストで可能になることがわかりはじめて

いる。ふるさとの会は、それをシステムとしてどうやって確立していくかという議論をしている。

病院や施設でも孤独死があるというのは大事な指摘である。「孤」の問題について述べてみたい。「連帯を求めて孤立を恐れず」という何とも懐かしい言葉であるが、そこが人を支える意欲とか自立心とか尊厳の源泉であり、そこを脅かすようなものが、実はケアという名前で行われている。従前型ケアとはそういうもので、そこからどう解放するか、それが大きな戦略になっていく。

仙台のドクターのお話を伺ってものすごく考えさせられることがあった。「新しい医療のかたち」賞を昨年取った宮崎のホームホスピス、これは「かあさんの家」という名前がついている。そしてふるさとの会では「ふるさと」という名前がついている。「かあさん」と「ふるさと」をどう回復するか、これがまさに互助・共助の中に含まれていた私たちのコンセプトである。それを、地域共同型支援付き住宅でやろうというところがミソである。

第4章で触れられた、急速に空き家が増大しているという話と関わるが、家という既存資源のストックを活用し、支援付きのサポートができることによって、地域の福祉力を刺激することが十分に期待できる。普通の住まいの持つ力ということをホームホスピス宮崎を主宰している市原美穂さんが述べている。隣近所のさまざまな佇まいや動きが遮断されずに、普通の民家には伝わってくる。要するに隣近所の人々が集い、これは何だ？と地域が気がつき始める。そうすると、相身互いじゃないか、ホームレスで排除の対象と捉えられていた人に対して、もしかすると私たちと同じ境遇ではないかという、距離感を縮めるような形でふるさとの会がしつらえを作っているというところが大変重要で、これはコンクリートの塀を建てては絶対できない。だから、制度による施設のみではうまくいかないだろうという気がするのである。

第4章では「とも暮らし」という言葉が出てきたが、「ひとり暮らし」から「とも暮らし」へ、“とも”という言葉は、共でもあり、友でもあり、また伴でもある。この伴というのは、まさに伴走的支援である。この言葉は北九州の奥田さんや横浜の NPO も使っている言葉であるが、伴走的とは何かというと、障害者マラソンの伴走をイメージしていただければよい。ペースは走る人が決める、伴走者はそれに伴いながら道案内をする。これはまさに「見守り」という言葉の中に込められるものである。それはコストがつけられない。いつ何が起きるかわからないから、介護保険でやればよいという考えもあるが、24 時間一緒にいなければいけなくなってしまい、逆のひとりの人に職として支援をつけるとひとりに三人の人のが必要になる（今は8時間労働であるため）。それは成り立ちようがない。そうすると、それに変わる仕掛けをどう考えたらよいのか。これを互助がはたらく「新しい長屋」ともいうべき住まい方を工夫する必要がある。これは制度と職業的な人的配置のみでは達成不

可能であり、大変高コストになってしまう。

長屋という概念を思い起こさせてくれたのは、鹿児島県の堂園晴彦さんという医師である。ターミナルケアをはじめ大変ユニークな活動を展開している彼が今、[Nagaya Tower]をつくろうと頑張っているのだが、長屋とは何かというと、何となく気にする気配を可能にする距離感をもって住まいがしつらえられる、ということである。

従来型の設計思想では、個室を蚕棚のように配置するという高齢者住宅が多い。個人主義が孤立につながる住宅を20世紀の遺産として作ってしまった。これが今後おおきな咎めになるのではないかとと思われる。

それらを含めて、新しい長屋システムがつくれないかということがふるさとの会のチャレンジなのではないかと思っている。これは実はヨーロッパには既に事例がある。パリ・ソリデールという、ひとり暮らしのお年寄りに若い人が一緒に住むシステムである。このニュースをみて東大の近くの文京区西方町に多くあった下宿がそうだったと思い出した。ご主人に先立たれた奥さんが、若い学生を入れて何となく世話をするモデルをフランスはコントラクトというやり方で考えた。代理父母制度もそうであるし、元はゴッドファーザー・ゴッドマザーもそうであるが、疑似家族というものを作って様々な仕掛けを作ってきた。日本の場合は家族主義がそれを邪魔している面があって、里親もなかなか伸びないなどいろいろあるのだが、しかしもう一度その問題を考え直すと、自助と互助の話にとっても関わることになると思われる。

従来、私たちは公共サービス・社会サービスと市場経済という二分法で考えてきた。日本は、高齢者が35%を占める社会になる。そうになると、消費税25%モデルで公的部門がすべてを引き受けるということは考えにくい。スウェーデンの高齢化率は20%を割っていて、日本は35%になる。国民負担率の議論はいろいろあるが、公共経済からこれらに移転するモデルがたぶん成り立たないとする、異なるモデルを考える必要がある。

私は関係的支援とか家族扶養とか相互支援とかに組み替えた議論をしたいのであるが、実はもの凄くドラマティックな事例がある。鹿児島県の大隅半島にある柳谷集落（通称ヤネダン）と言われる250人の集落が徹底的な地域づくりをやって大変有名になったのだが、最近鹿児島の保健師がその集落のデータを取って他地域と比較したところ、医療費は大変低くなっていた。介護保険の一人あたり給付費も65～74歳は低い。そして、特養に一人も入っていない。みんな元気なのである。最近のはやり言葉を使えば、ソーシャルキャピタルを開発し充実されると、フォーマルな資源を使わないで生きる生き方が発明されているということである。

別の言い方をすれば、ビンロウジュの下で佇んで談笑していたお婆ちゃんを、沖縄のデイサービスは根こそぎ奪って一人1万円のデイサービスで儲けるというモデルを作った。

だったら、今後はビンロウジュの下でニコニコ談笑できる仕掛けを地域社会の中にしつらえていく、そういう仕掛けをする。そうしないと、すべてを制度化、金銭化するという話では、社会サービス、公共経済はもたない、ということも含めて考えないといけない。

それは、一昔前だと安上がりの福祉として進歩的な先生から叩かれたのだが、誰がどう見ても、ビンロウジュの下でみんなが佇んで、あれこれお喋りできる空間が地域にあるのと、つまらないデイサービスで一日過ごさせられるのとどちらがいいですか、ということである。そういうことを含めて、支援をこれからどう組み建て直すかが課題である。

結論に移りたい。ふるさとの会が活動することで雇用創出や地域消費にどれくらい効果があるかを現学習院大学の鈴木亘教授が試算したことがある。長期入院費は医療扶助であるが、これを地域移行で 100 人が自立援助ホームに移行するとどういうことが地域社会に起きるか。介護サービス関連産業に 2 億 8 千万円、また、地域新規雇用創出の 40%が介護関連というのは、地域ケアをすると就労に結びつくということである。それから家賃・不動産産業に 6 千万円、これは地域経済を潤す。それから医療・保健関連事業に 5 千万円、これが在宅医療に出れば、在宅の医師はそこで仕事ができることになる。小売（地域内消費）に 2 千万円、これは社会保障給付などに入っていく。この結果から言えることは、地域ケアを行うと、社会保障給付が地域循環をするということである。

第 4 章における提案は、まさにイノベーターの役割を果たして欲しいということだと思うが、それが現在の制度公法を悪用するとまさに貧困ビジネスと揶揄したくなるような事態が起こっている。それに対するアンチテーゼとして、地域ケアをやると社会保障給付を地域の中で回していく仕組みができて、それで地域が幸せになる。

地域の人たちは、いろんな商売をやっている人がいろんな家作を持っておられる。あれは、昔の老後保障である。現在でも自営業の方々は年金は基礎年金の水準しかないので、家作で老後生活を保障するというビジネスモデルは崩れている、そこに、障害者や高齢者を支える仕組みとリンクさせると社会保障給付費が循環することで地域の力が質的に復活できる。地域でずっと支えてくださっている方、それこそ民生委員や地域の活動家の支えであるが、実はこういうモデルをつくることによって地域の福祉力にも回ってくるということが大変重要なポイントである。私はふるさとの会のお仕事が大変興味深かったのは、そういう視点でまさに困窮者支援をやっておられる点にある。

現代は、非常に広い範囲で境界が融解している。階層として私たちはホームレスや生活困窮者は別の世界だと思っている節がある。特別な仕事としてホームレス支援対策をやるという頭が政治家の皆さんにもあるのではないかと思うのだが、そうではなくて、一般施策と生活困窮者支援のロジック、手法は同じである。ふるさとの会や北九州の支援をみ

ていても普遍性を持った実践である。それが、様々なケアシステムのあり方にこれから大きく影響を与え続けていくだろう。

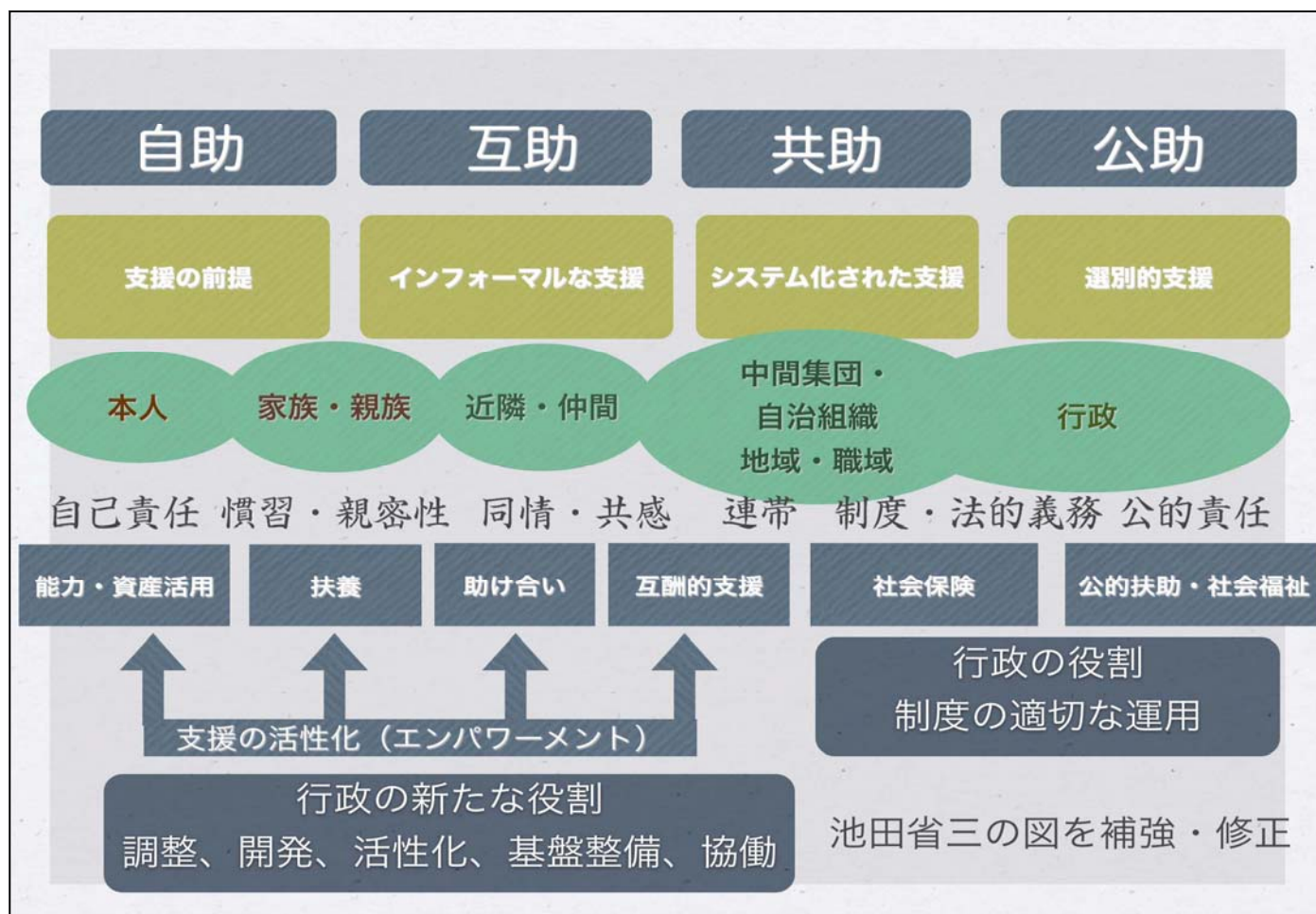
ふるさとの会・支援付き住宅推進会議 共同シンポジウム総括講演

高橋紘士

国際医療福祉大学大学院医療福祉分野教授
支援付き住宅推進会議共同代表

生活困難の諸相

- 生活の重層性の理解
 - いのち、くらし、いきがい
 - 病、貧、孤
- 自立・依存の交錯
 - 依存性の増大とその対応
- 自助・互助・共助・互助パラダイムからの理解



図表1 事例の特性別にみた自助・互助・共助・公助の組み合わせ

事例種別	自助	互助	共助	公助	例 示
通常事例 1	○		○		有料老人ホーム入居（特定施設の場合）
通常事例 2	○	○			家族や近隣の手助けで生活
通常事例 3	○	○	○		家族と介護保険サービスで生活
通常事例 4	○	○	○	○	介護保険以外の公的支援も受ける
支援困難事例 1	×	×	○	×	単身の認知症の高齢者
支援困難事例 2	×	×	×	○	子どもへの虐待
支援困難事例 3	×	×	○	○	自立援助ホーム在住のホームレス
支援困難事例 4	×	×	×	×	サービス未開発な場合の支援

岡田朋子氏作成「生活困難事例の構造と生活支援の方法に関する研究」
立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科平成19年度学位請求論文所収から一部改変

介護保険法の理念に照らした 生活機能の理解とサービスの役割

その有する能力に応じ自立
した日常生活を営むことが
できる

要介護状態となり

入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並
びに看護及び療養上の管理その他の医療を
要する

尊厳を保持し

$$\text{生活機能} = \frac{\text{身体機能} \times \text{適切なケア} \times \text{意欲}}{\text{社会的・身体的環境阻害因子}}$$

出典：Essentials of Clinical
Geriatric (2004) 所収の図 (p51) を備酒伸彦氏
が改変

被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて

必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付

現行のサービス体系を上記の図に照らして再検討の必要がある。

尊厳ある支援へ



精神病院の療養病床の保護室

特養、病院を退
所させられた要
介護5の認知症
の方々でも地域
で暮らせる
田村ソーシャル
ネット（大阪
市）



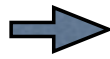
福祉コミュニティとは ～自助互助共助公助の連携

- たまゆら問題が意味するもの
- 地域包括ケアの考え方
- 生活の困りごとを予防するしくみとは
- 制度による支援と非制度支援の関係の再構築

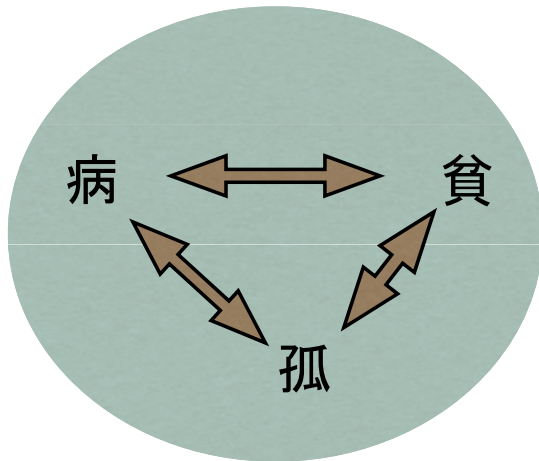
四重苦とはなにか

「孤」の問題（単身）と生活 困難の重複

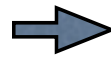
病・貧・孤が分かち難く結びついていた時代



社会保障の発達の中で
問題が分節化する

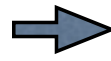


病



医療制度による
対応

貧



所得保障制度によ
る対応

それでは孤の問題は？

孤立・孤独・寂寥 とは何か

- **こりつ【孤立】** 一つまたは一人だけ他から離れて、つながりや助けのないこと。「敵に包囲されて—する」
isolation

孤立する | stand [be] alone [isolated]; be in isolation

- 孤立した | isolated / solitary

- **こどく【孤独】** 仲間や身寄りがなく、ひとりぼっちであること。思うことを語ったり、心を通い合わせたりする人が一人もなく寂しいこと。また、そのさま。「—な生活」「天涯—」

- 2みなしごと、年老いて子のない独り者。

- 「窮民—の飢ゑをたすくにも非ず」〈太平記・三三〉

- 【独りでいること】 solitude; 【独りぼっちで寂しいこと】 loneliness (▼solitudeは自分の意志で独りでいることで、必ずしも寂しい気持ちを含まない)

孤独な | solitary; lonely; lonesome

- 孤独な人 | a solitary person

- **せきりょう【寂寥】** 【名】心が満ち足りず、もの寂しいこと。⇒**せきばく【寂寞】**

- loneliness; desolation

- 寂寞たる山の中 | lonely [desolate] mountain recesses

「孤」の三つの概念

孤立

物理的・空間的な
隔離状態

孤独

人間関係、社会関係の
断絶状態

寂寥

心理的に寂しい状態

支援付き住宅とはなにか

単なる住まいではない

互助を備えた住まい

制度的支援と非制度的支援の完成

新しい居住のかたちをもとめて
私の極大化からコモンズ(共同)へ
住民参加の新しい形がはじまる
つどい 連 絆

コレクティブハウスとは？

〔説明〕(和製) collective + house

大辞林より

私生活の領域とは別に共用空間を設け、
食事・育児などを共にすることを可能に
した集合住宅。

コレクティブハウス（コモンハウス）

隣人との交流を大切にする新しい集合住宅。

井戸端会議、向こう三軒両隣。いまとなっては懐かしい長屋暮らしの良さと、各戸家族のプライバシー保護を両立させる生活の場、それがコレクティブハウス。新しいタイプの集合住宅。コレクティブハウスは40年ほど前、スウェーデンで提唱された住宅で、それぞれの家族が暮らすプライベートな住居に、広く使い勝手のよいコモンスペース（共同空間）を備えているのが特徴。イギリス、オランダ、ベルギーなどでも普及している。日本では阪神淡路大震災後、研究が盛んになり、すでに数棟が稼働している。コモンスペースは子供の遊び場として、住民たちのパーティーの場として活用される。

家族のプライバシーは守りつつ、ハウス全体が一つの大家族のように暮らす生活。結婚、出産後も仕事を続ける女性が増え、子育てや防犯の安全面からも注目されている。

フランス 若者と高齢者の共同生活

パリ・ソリデール

-LePariSolidaire-



18歳以上30歳以下の若者を、高齢者の家に住ませ、お互いの条件を決めて 共同生活させるといったもの。お年寄りが自宅の一室をほぼ無料で提供する代わりに、若者はお年寄りの心の支えになるという同居の方法である。

日本では、高齢者はまず第一に家族が面倒を見るというのが一般的だが、 フランスには、高齢者は社会全体で見守って行こう、という考え方がある。 このよう な高齢者見守り支援は、日本では認知症などにかかった老人を家族など 周りの人が 心配して申し込むが、フランスでは健康な老人が自分の意思で申し込む。

活動から4年たっており、その間成立した同居は1000組にも及ぶという。

代理祖父母制度 -ドイツ-

子育てのために母親が職に就けず、貧困から抜け出せない家庭のために、市に登録した代理祖父母が子どもの面倒をみて、働く母親の支援をしている。

例えばハーナウ市は高齢者が孤独にならないための時間づくり として「代理祖父母」を紹介する制度を創設している。

退職して時間に余裕ができた世代がボランティア登録



働く母親を支える仕組み

ソリューションモデルを考える

ふるさとモデルの意義

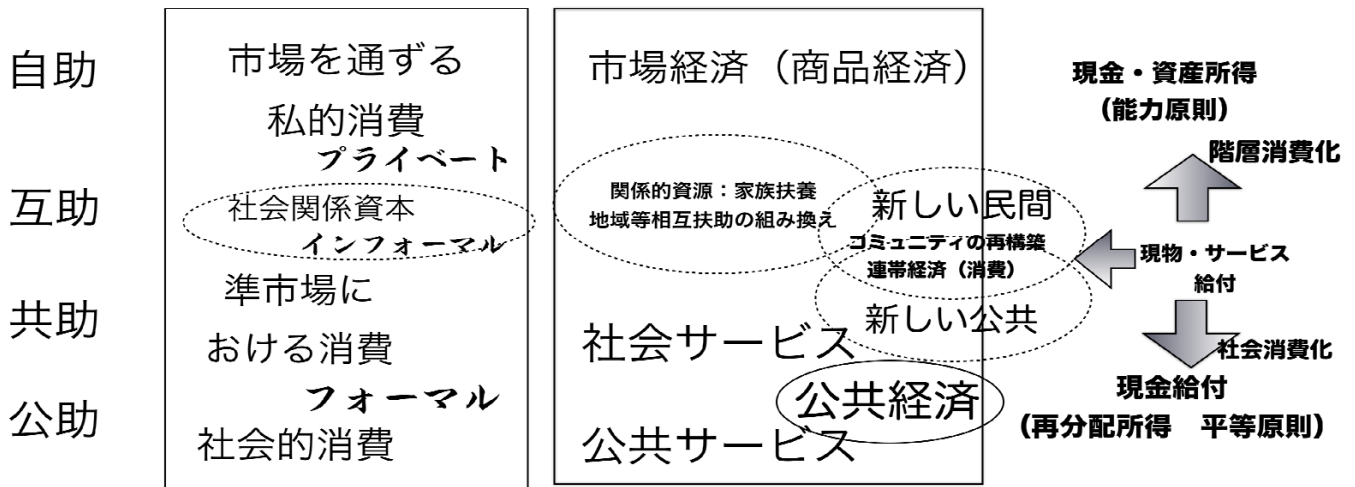
既存資源の活用

互助の重視

地域支援の貫徹

これからの市場経済と社会サービスを考える視点

補完性原理



高橋紘士作成

2010年2月23日火曜日

福祉と経済社会

- 分散型システム 自立人口から依存人口への資源移転システム
 - 経済社会から福祉システムが分離し、経済的余剰を一方向的に福祉システムに配分する方式⇒社会的消費と階層消費のゼロサム化
 - 施設病院を大規模型にして、相互排除型システムとなる、福祉（対象別）医療が自己完結する。給付がブラックホール化する。⇒貧困ビジネス
 - 施設在宅分離システム
- 統合型システム 超高齢化、依存人口極大化への対応
 - 経済社会と福祉を融合、統合する、地域社会が福祉機能を内在化するシステム、施設と居宅が連続化する⇒地域包括ケア
 - 経済社会と福祉が相互補完する。社会保障給付が地域循環する。社会的包摂化が進む
 - 地域包括ケアの考え方で統合化する、この間をインフォーマルシステムがつなぎの役割を果たし、境界融合がおこる、居住システムが基盤となる

雇用創出・地域消費活性化

帰住先喪失の入院患者の地域生活移行による地域経済波及効果

学習院大学経済学部 教授 鈴木亘（社会保障論、医療経済学）

長期入院層
入院医療費
60億円/年
(H15年 T 区行政資料)

100名が地域移行

自立援助ホーム
100名規模

波及効果内訳

①介護サービス関連産業	28,000万円
②地代家賃・不動産業	6,444万円
③医療、保健関連事業	4,972万円
④小売（地域内消費）	2,035万円
⑤その他（水光熱など）	1,549万円

一次波及効果
43,000万円

地域新規雇用創出
133名
40%介護関連

最終波及効果
72,000万円

支援付き住宅の提案

生保対応（緊急一時中間通過型・居住面積3畳個室 住宅費698）
支援付き居住セーフティネット（自立援助ホーム・宿泊所） 単身要介護
24時間日常生活支援・外部社会サービス導入

重篤化
(認知症等)

民間住宅ストック
(戸建て、マンション等)

公営住宅ストック

合流

「地域協働型支援付き住宅」
制度化
終の棲家 居住面積6畳
24時間日常生活支援・
外部社会サービス導入
事務経費補助（行政支援）

家族基盤の弱体化
(認知症等)

新たな社会保障の試み

家族が支えられない方が
地域で暮らし続けることの
できる

24時間対応
コーディネーター
→「サポートセンター」

高齢福祉対応
認知症等により、家族が支えられない高齢者や年金等で生活する単身高齢者
都営住宅、在宅、高専賃、有料ホーム等

重層的な生活課題(「四重苦」)を抱える人に対する
在宅生活支援のあり方研究
報 告 書

平成 21 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
Tel. 03-3876-8150