

困窮者への支援の取り組み

●NPO自立支援センターふるさとの会
●(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正 的場由木

1、はじめに

急性期は速やかに病院へ入院し、回復期は速やかに退院して在宅療養する。平成25年8月に公表された「社会保障制度改革国民会議報告書」には、医療・介護分野の改革の方向性について、「急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必

要がある」と明記されている。超高齢化社会を迎え、多死社会となりつつある今日、限られた医療資源を有効に利用できるよう、必要な入院治療が終了した段階で速やかな在宅生活への移行が求められることは当然である。しかしながら、低所得・独居であり、且つ認知症や精神疾患などを抱えて何らかの日常的なサポートが必要な場合には、介護保険法・障害者総合支援法等による居宅サービスだけでは在宅での独居生活を継続できないことも多く、24時間の見守りのある低額の福祉施設への入所等が検討されることになる。この低額の福祉施設には特別養護老人ホーム等の高齢者施設、入

所更生施設等の障害者施設、救護施設等の生活保護施設、介護保険法や障害者総合支援法におけるグループホーム・ケアホーム等が考えられる。しかし特別養護老人ホームの入所申込者が約42万人おられたに必要だが入所できない人が4万人程度いるとも言われているように、実際には住み慣れた地域の福祉施設に速やかに入所できる場合は少なく、離れた場所にある施設(生活困窮者を対象とした低額の宿泊所やサービス付き高齢者住宅の登録を受けない有料老人ホームや高齢者賃貸住宅等)に転居せざるを得ない現状がある。また、これらの施設において、どのようなケアをどのように

提供するのかわかることは個々の事業者委ねられており、住居環境や医療・介護サービスの量及び質の適正化が必要であると指摘されている。³⁾一方、生活困窮者の全体状況においては、平成7年を境にして生活保護受給者数が増え続け、特に稼働世帯が失業等により生活保護を受ける割合が高くなっていることが問題視されるようになった。

平成25年5月時点における生活保護受給の状況をみると、被保護世帯数は158万2066世帯、被保護人員は215万3816人となっている⁴⁾。また、生活保護の捕提率(所得が生活保護基準以下の世帯のうち、生活保護を受けている世帯の比率)について厚生労働省が公表した推計値を見ると、平成19年の国民生活基礎調査に基づく推計で32.1%となっており、生活保護を受給していない低所得者を含む生活困窮者全体を視野に入れた支援体制が必要である。

平成25年1月に公表された「社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書」では、生活困窮者の現状と課題について、「安定した雇用の減

援」の取り組みを実施している。これらの活動は約270名の職員(常勤職員数が約80名、非常勤職員数が約190名)が担っているが、ほとんどは保健医療福祉の国家資格を持っていない非専門職である。ふるさとの会には、「誰もがひとりの生活者として生活支援を行うことができる」というコンセプトがあり、非専門職の強みを活かした生活支援を行うべく、生活支援職員を対象とした「ケア研修」を年に2回実施している。

例えば認知症の人の日常生活を支える家族が、「認知症とはどのような病気か」、「認知症の人が利用できる制度は何か」、「症状が悪化した時には誰にどのように相談したらいいのか」など、基礎的な知識や専門機関を利用するための制度理解、専門機関につなぐまでの初期的な対応などを学ぶのと同様に、生活支援員として最低限必要な知識を実際に生活支援にあたりながら学ぶ内容となっている。支援対象者の年齢は10歳代〜90歳代まで幅があり、様々な疾病や障害を抱えているため、結果的に幅広い基礎知識が必要となる。平成25年度現在において、ケア研修

2、生活支援員を対象とした研修(ケア研修)

ふるさとの会では平成25年7月末現在、12663名の生活困窮者を対象に、①居住支援(アパート保証や共同住居の提供)、②日常生活支援(独居利用者への訪問相談や共同住居での24時間の日常生活支援)、③互助づくり(地域の中で仲間をつくり、役割を得るための支援)、④在宅看取り(がんや難病を抱えた利用者への生活相談、在宅看取りのための連携支

の項目は39項目あり、制度理解が6項目、対象者理解が13項目、コーディネートが10項目、生活支援が10項目となっている(図1)。「制度理解」の項目には生活保護や年金制度の仕組み、障害者手帳などの申請手続きや守秘義務など個人情報保護に関する事項がある。基本的な制度の仕組みを理解することで、必要な制度の利用手続きができ、各関係機関との連携がスムーズになる。生活保護では福祉事務所のケースワーカーとの連絡調整、介護保険ではケアマネージャーとの連携が重要であることや、刑事施設からの受け入れの場合には保護観察官や地域の保護司さんとの連携が欠かせないことなどを知り、情報共有及び個人情報

「対象者理解」の項目には、精神疾患を抱えた利用者が多いため、結果的にメンタルヘルスに関する項目が多くなっている。「統合失調症とはどのような病気であるか」、「依存症の人の生活支援で留意することは何か」、「パニック障害や強迫性障害の人たちが安心して生活できるようにするための留意事項」、「自殺企図や希死念慮が

少」稼働年齢世帯の生活保護受給の増加、「貧困の連鎖」「社会的孤立の拡大」「生活保護制度への信頼性の必要性」などがあるとした上で、生活困窮者の支援について①相談支援、②就労支援、③多様な就労機会の提供、④居住確保支援、⑤家計相談支援、⑥健康支援、⑦子ども・若者の支援の7つの分野を挙げ、「新たな生活困窮者支援制度」、「生活保護制度の見直し」について早急に実現を図るべきであると報告している。

さらに、平成23年7月に厚生労働省が公表した「生活保護受給者の自殺者数について」によると、平成22年の全国の自殺率が24.9(人口10万対)であるのに対して、生活保護受給者の自殺率は55.7(被保護者10万対)と高く、20代から30代の自殺率は全国平均の約5倍となっている。自殺率が高い原因は、自殺の重要な危険因子である精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症)を有する者の割合が全国平均よりも高いことが考えられると報告されている。

以上のことから生活困窮者の生活問題は、「単身の高齢・障害・疾病を抱えた人たちの居住及び日

2013年度 ふるさとの会ケア研修 要綱	
I 制度理解	1 生活保護
	2 ホームレス自立支援法
	3 介護保険法
	4 障害者総合支援法・障害者手帳・年金
	5 多重債務・権利擁護・法律相談
	6 個人情報保護・守秘義務
II 対象者理解	7 高齢者に多い疾患 (糖尿病・高血圧・脳血管疾患・高次機能障害)
	8 認知機能障害の理解①知的障害・発達障害
	9 認知機能障害の理解②認知症
	10 メンタルヘルス①アディクション
	11 メンタルヘルス②統合失調症
	12 メンタルヘルス③気分障害(うつ・双極性障害)・適応障害・グリーフケア
	13 メンタルヘルス④トラウマと不安 (不安障害・PTSD・解離性障害)
	14 メンタルヘルス⑤育ちの支援(虐待経験からの回復・人格障害・摂食障害)
	15 メンタルヘルス⑥自殺のリスクと対応
	16 メンタルヘルス⑦性の理解 (性の多様性の理解と性同一性障害)
	17 感染症①HIV・肝炎
	18 感染症②結核
	19 がん・難病
III コーディネート	20 対人援助論
	21 ケアマネジメント①アセスメント・ケアプランの作成
	22 ケアマネジメント②社会サービス機関との連携カンファレンス・意思決定
	23 地域リハビリ①利用者ミーティング・仲間づくりと互助、共済会の目的
	24 地域リハビリ②就労支援・ケア付き就労
	25 居住支援①アウトリーチ・路上生活者支援・まちカフェとシェルター
	26 居住支援②アパート保証
	27 更生保護・自立準備ホーム・裁判支援
	28 緩和ケア・看取り
	29 ケアとアート
IV 生活支援	30 介護基礎知識①外出移動
	31 介護基礎知識②移乗介助・ボディメカニクス
	32 介護基礎知識③食事介助
	33 介護基礎知識④排泄・保清・入浴介助
	34 金銭管理サポート
	35 喫煙対応・防災
	36 支援記録・報告書の書き方
	37 衛生管理・感染症対策 (インフルエンザ・ノロウイルスなど)
	38 応急処置・救急搬送・体調不良時の対応・計測
	39 医療的ケアの範囲・服薬サポート

しまう場合がある。ある日突然起こる事態に対して、支援職員は惑い、途方に暮れ、またそれらが度重なる中で、バーンアウトしてしまう。支援者自身が目の前で起こる様々なトラブルや困難の意味を考え、ひとりで抱え込まずにチームで協働して解決の道を探ることができるようになる体制が必要であり、支援者自身の孤立を防ぐことがとても重要である。

「そこで、ふるさとの会では昨年度より生活支援職員に向けた「対人援助論・支援論」をまとめる作業に取り組んでいる。NPO法人として生活困窮者に対する生活支援を約15年間実践している中で、試行錯誤してきたケアの考え方などについて新人職員にもわかりやすい手引書として利用できるような作成しているものである。

この援助論は、①基本的信頼関係をどのように構築するのか、②互助づくり(仲間づくりによる支

え合い)をどのように進めていくのか、の2つのテーマで構成されている。ここでは基本的信頼関係を構築する前提となる「ケアをなすり立たせるためのケア」、基本的信頼関係を土台として展開される「三項関係と協働作業」、互助づくりから生まれる「自律支援」の3つの考え方を紹介することで、生活困窮者支援において必要な対人援助の視点を明らかにしたい。

①ケアを成り立たせるためのケア
ふるさとの会の支援対象者は生活困窮者であり、行き場所を失った人々である。事前に事業所を見学できる場合もあるが、複数の選択肢から選べる状況にある人は少なく、「仕方なく来た」という人が多い。「ケア」という双方向的な営みが可能となるためには、お互いの思いの受け取り合いを土台とした「基本的な信頼感」が必要である。「仕方なく来た」という状況の人が「ここで暮らすのも悪くない」、「これからの生活を一緒に考えてもらおう」と思ってもらえるようになることが必要なのである。佐藤は「このような段階のケアを「ケアを成り立たせるためのケア」であるとし、激しい心身の損傷を受けたときや認知症や精神遅滞、重度の障害などによってケアの前提となる「心理的土台」が損なわれやすい人たちがいることに注意を促している。

特に身寄りのない生活困窮高齢者で且つ認知症を抱えている場合、医療機関や施設等を長期にわたって転々としてきた人が少なくないため、地域での在宅生活が安定するまでには時間がかかる。「人身

ある場合の対応」、「性同一性障害など性の悩みに対する対応」などが含まれる。知的障害、発達障害、認知症の方の生活支援では、周囲の関わり方によって回復や生活の質に大きく影響してしまう場合があるため、認知機能に障害がある人の心の世界を少しでも想像しながら対応できるよう、本人の生きている世界を大切にしながら支援を行うための研修内容となっている。

また、虐待や暴力など安心を脅かされる生活を余儀なくされてきた人々へのサポートには、不安定になりやすい精神状態の背景にある生きづらさを理解する必要がある。また職員が一人で抱え込まずにチームで取り組んでいく必要があるために、利用者の言動をどのように受け止めて、どのように支援の枠組みを組み立てていくかに重点を置いている。その他、結核やHIV、肝炎等の感染症については、基本的な感染予防対策と同時に、生活の中で偏見や差別に晒されることのないようなサポートが含まれている。

「コーディネート」の項目は、個別生活支援計画の作成方法と関係機関との具体的な連携方法を習得するための内容となっている。

「生活支援」の項目には、服薬のサポートや火の元の管理などを含めた防災対策、救急車の呼び方などの応急処置、車いすの押し方やトイレ介助などに必要な簡単な介護技術、食中毒やインフルエンザ流行時の集団感染を防ぐための衛生管理などがある。日常生活支援は通常であれば家族が担っている部分の支援にあたるが、血縁関係ではない第三者による支援であることにも留意が必要である。特に医療的ケアや金銭管理については法的なリスクを伴うために他機関との連携が必須であることなども盛り込まれている。

ケア研修は平成21年度から始めたものであり、生活支援員が実際の支援現場に必要な内容となるよう毎年更新され、事例報告を含めて1項目につき40分の講義となっている。

得するための内容となっている。関係機関(福祉事務所のケースワーカー、主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、保健センターの保健師、保護司など)とのカンファレンスの持ち方や生活困窮者を支援するにあたって大切な援助の考え方(対人援助論)を学ぶ機会もなっている。

3、対人援助に必要な視点

生活困窮者の中には、経済的困窮に加えて、幼児期からの生活史や、抱えている疾病、障害などのために、安定した人間関係が構築できずに孤立している場合や支援に拒否的であったりトラブルを繰り返したりして、いわゆる「困難事例」とされてしまう人々がいる。生活困窮者がコミュニティの支え合いの中で暮らしているように支援していくためには、関係性づくりの難しさ(生きづらさ)を抱えている人々たちとのように

ている。福祉現場での実務経験がない職員でも合計26時間のケア研修を受けることによって、個別の状態像に応じた生活支援が可能となっている。病院から自宅へ退院する際に実施される本人や家族向けの「退院指導」や「在宅療養の手引き」などと重なる内容も多い。このような生活支援員が安心した療養生活を支援するための基礎知識を得る機会があることは、在宅での受け入れ体制をつくる上できわめて重要と考えられる。

安心した関係を築き、その人らしい生活を創っていくのが課題となる。「支援に拒否的だから」、「反抗的だから」、「トラブルばかり起こすから」という理由でもって支援対象から外してしまったりは生活困窮者に向き合うことはできない。日常のトラブルを解決しながら生活や人間関係を再構築していくことではじめて社会から排除されやすい人々の地域生活の道が探れるのではないだろうか。

メンタルヘルスの視点を含めた支援が必要な人々の地域生活の多くは家族による支援や介護を前提として、家族介護の限界や家庭を含む地域でのトラブルを一時的(あるいは長期的)に病院が引き受けることによって解決を図ってきた側面がある。しかし、家族だけではない第三者による日常生活のサポート体制が身近にあること、そして生活の中で(必要に応じて専門機関と連携しながら)トラブルを解決していくシステムとそれを支える支援論が必要である。

また、生活困窮者の支援の中では、支援をしている途中で急に失踪する、あるいは自殺や自殺企図などのおそれのある状態に至って

売買で連れてこられた」、「飯に毒が入っている」、「追剥がいるから逃げなければいけない」などと訴えて夜中に徘徊する例もしばしばである。この時、外出を制限すると不穏になると同時に被害感情が大きくなり、ますます目が離せない状態となってしまう。このような認知症の周辺症状(BPSD)の悪化は周囲の接し方による影響が少なくないと言われているが、一時的な入院治療によって症状が改善されたとしても、適切な日常生活支援が提供される環境が地域になければ在宅生活に戻ることは困難になってしまう。

このためふるさとの会の「対人援助論」では、本人がどのような体験の世界を生きているのかに目を向けると同時に「抑制しない」という基本姿勢を重視している。外に出て徘徊することは本人にとっては安全な場所への避難行為であり、支援者はそれを否定したり、管理的・抑制的に関わらないことを重要視している。外へ出ていくという場合には、一緒に外出したり、迷子札(迷子になった場合に備えて連絡先などを書いたもの)を持って出かけてもらって、

しばらくしてから周囲を探して迎えに行き、「どちらまで行かれますか。家まで案内しましょう」などと声をかける。

このように相手の心の世界に沿って声をかけると「疲れたからそろそろ帰ろう」と落ち着くことが多い。そして帰ってきた時に「おかえりなさい」と繰り返し声をかけることで「ここは自分の家」、「安心できる場所」であると少しずつ認識してもらえようになる。現在居る場所が自分の居場所であり、且つ安全な場所であることを認識してもらうことが在宅生活の基盤であり、この基盤づくりが支援の出発点となる。

WHOが世界の紛争地域や被災地域のために作成した心理的応急処置(サイコロジカルファーストエイドI PFA)では、災害に巻き込まれた人を心理的に保護し、これ以上の心理的被害を防ぎ、さまざまな援助のためのコミュニケーションを促進するために、同じ人間として行う、人道的、支持的対応として「実際に役立つケアや支援を提供する、ただし押し付けがない」、「ニーズや心配事を確認する」、「生きていく上での基本的二

ーズ(食料、水、情報など)を満たす手助けをする」、「話を聞く、ただし話すことを無理強いしない」、「安心させ、心を落ち着けるように手助けする」、「その人が情報やサービス、社会的支援を得るための手助けをする」、「それ以上の危害を受けないように守る」などが含まれるとしている。

そして、これらは専門家にしかできないものではなく、専門家が行うカウンセリングとは異なると述べられている。これは、紛争地域や災害被災地の支援のために作成されたものであるが、日本においても、住まいを失いネットカフェや路上での生活を余儀なくされている人たちがDVや虐待からの避難により将来の見通しの立たない危機的な心理状況にある人たちに支援する上で重要な視点でありふるさとの会の「対人援助論」の考え方も共通している部分が多い。誰でも生きていくために必要な基本的な安心感や信頼感がないと、あらゆる関わりに対して拒否的になったり被害的になりやすいものである。明らかに重篤であっても救急搬送や搬送先での治療を拒否してしまったり、訪問介護や

訪問看護などの居宅サービスが利用できることになっても、本人が契約を望まなかったりして関係者が頭を悩ませることになる。

それは時として自己中心的なわがままな態度として受け取られてしまうこともある。しかし、本人はこれ以上自分がダメージを受けないよう侵襲的と感じられる関わりを拒否しているのであって、サービスを組み立てる前の段階において「周囲の人たちが信頼できる人たちかどうか」、「自分にとって提供されている支援が有益かどうか」を見てもらい、考えてもらい、了解してもらい時期が必要なのである。この時期をふるさとの会では「待つ」時期(本人が了解するまで待つという意味)と表現している。認知症だけではなく知的障害、統合失調症、解離性障害などを抱えている場合や虐待経験のある人たちの支援では、この安心を得るまでの「ケアを成り立たせるためのケア」がとて重要である。

②三項関係と協働作業

ふるさとの会の対人援助論は「自閉症の子どもたちと考えるべきこと」(佐藤幹夫著)を基本テ

キストとしながら、会の実情に合わせてまとめてきたものだ。「自閉症の子どもたちと考えるべきこと」には、著者が養護学校教諭として自閉症を抱える子どもたちと関わる中で、自閉症の人たちの心の世界をどのように理解するのか、パニックをどのように考えるのか等の実践的な支援の考え方が書かれている。特に「ひと—もの—自分」という三項関係における「やりとり」によって「世界の意味」が編みかえられていくという同書の観点は大変重要なものである。

生活困窮者支援の出発点として「ケアを成り立たせるためのケア」が重要であり、基本的な安心感や信頼感が必要であると述べたが、支援することが受け入れられて在宅生活が開始できたとしても、支援職員と支援対象者間での課題認識の違いによって対立的な構図になることがしばしばある。

具体的には、アルコールやギャンブル依存症の利用者との関係の中で、支援職員は利用者が「アルコールを飲むか飲まないか(ギャンブルをするかしないか)」、利用者は支援職員が「お金を渡してく

れるかどうか」が中心的な問題となってしまう場合などである。お互いに相手が自分の思うように行動してくれるかどうかばかりを考えるようになってしまうと、結果としていかに相手をコントロールするかという共依存関係に陥るか、関係が破綻して路上生活に戻るかのどちらかになってしまい、問題解決に向かえなくなってしまう。

浜田氏は、人と人が一緒に何かのもの、あるいはテーマを体験するという意味での「三項」を問にはさんだ関係を「三項関係」であるとし、人が他者を介さずものに直接かかわる関係を「対物二項関係」、人がものを間にはさまず他の人と直接かかわる関係を「対人二項関係」と名づけた上で、三項関係は対物二項関係と対人二項関係の交わりがあったところに成り立つとしている。

前記のようなアルコール依存の利用者と支援職員との対立的な二項関係は「対人二項関係」であると言える。共依存や関係破綻に陥らないようにするためには、「第三項」となり得る共通のテーマ(共通項)を発見し、共有できるように工夫する必要がある。飲酒

やギャンブルをとにかくやめさせようという支援者の価値基準を一旦脇に置き、「これからどのような生活をしていこうか」、「毎日のストレスは何だろう」などの何らかのテーマを利用者と一緒に考えていくことができるように工夫すると対立的な緊張関係がほぐれ、やりとりの方向性が変化する。

また、生活上の困りごとをひとつひとつ協働して解決したり、本人がやりがいを感じられるような何らかの役割や仕事を持てるように関わることを通して、アルコールやギャンブルに没頭してきたこれまでの対処行動の内側にある悩みを少しずつ共有できるようにもなる。こうした悩みは依存症の利用者だけではなく、虐待経験のある若年者やトラブリングや犯罪を繰り返してパーソナリティ障害の診断名がついている人たち、自殺企図や自損行為を繰り返している人たちも同様に抱える。悩みが共有されないままにトラブルだけが前面に出てしまうことで、周囲を困らせて疎んじられたり、自らを追い込んでしまったりするのだから。

しかしながら、トラブルというものは言葉にならない悩みが背景

になって起こるものでもある。支援者が自分の価値基準に囚われ過ぎてしまうと視野が狭くなり、背景になっていく問題に目を向けることができなくなってしまう。三項関係とは囚われていた自分の意味世界(固定観念)を新たに作り変えることのできる関係であり、利用者だけではなく支援者自身を楽にすると同時に人間観や世界観を豊かにするものである。三項関係を軸とした協働作業は関係性の難しさを抱えた生活困窮者の支援において、関係破綻に陥ることなく新たな生活を創造するための重要な枠組みである。

③互助づくり・自律支援

「互助づくり」の「互助」とは、「自助・互助・共助・公助」の4つの概念の中に位置づけられているもので、ボランティア活動や住民組織の活動などといった相互扶助の機能であると言われている。厚生労働省が平成20年3月に発表された「高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議報告書(孤立死)ゼロを目指して」には、「孤立死」予防型のコミュニティづくりの提案の

ひとつとして、「近隣の互助機能の組織化」があげられている。

ふるさとの会の活動においては、独居利用者への訪問相談支援は月に1〜2回程度であり、連絡がとれないために安否確認に行つた結果、孤独死の状態で見られる事例がある。日常的に友人との交流がある場合には、友人が体調の変化に気付いて救急車を呼んだり、生活支援職員へ連絡することで早期に対応することが可能であるが、友人や近隣との関係がほとんどない状態で生活している利用者もいる。ふるさとの会ではこうした孤立の状況を少しでも改善するため、花見や防災訓練、温泉ツアーなどのイベントを企画するとともに、「共同リビング」と呼ばれる仲間づくりのための居場所を開放し、園芸クラブや釣りクラブなどのサークル活動をサポートしている。

しかしながら、居場所を通じて顔なじみになった人間関係の中で時として上下関係ができてしまつたり、いじめのような排除的な状況が生じてしまう場合がある。地域の中で互助づくりを進めていくためには、居場所の提供だけでは不十分で、どのような「場」を創

つていくかが重要になっていく。孤立の問題を考える時、「集団」や「場」というものの恐れに対する理解が重要である。ふるさとの会を利用する人の多くは、周囲から馬鹿にされたり、いじめられたりしてきた経験を持っている。

理不尽な経験や屈辱的な経験が重なっていく中で被害的な感情を強めてしまっている場合も少なくない。勝つか負けるかの人間関係の中で、強い立場だと思われの人に取入つてしか自分を守る手段がなかった人生であれば、集団の中の上下関係やその中で自分の位置は重要なものとなる。そのため、常にリーダー的な存在の人の顔を窺い、他から律せられる状態（自分の意志によらず他からの命令や強制に従って行動する）、「他律」の状況になってしまう。そこで、ふるさとの会では「イベントミーティング」や「トラブルミーティング」の取り組みを始めている。皆でイベントに向けて役割分担をしたり、トラブルを解決するための共通のルールを話し合ったりするミーティングである。この共通のルールや役割関係を創るプロセスの中で最も重要なのが、

公共性（誰もが納得する正しさ）の視点に基づいて話し合われるように工夫することである。

一部のみにだけ有利なルールや声の大きい人の意見に従うのではなく、自分を含めて多くの人が納得し得るルールであるかどうかをじっくり話し合うことが重要である。話し合いの過程でお互いの気持ちや事情、人生経験などへの理解が深まると同時に、自分の気持ちをしっかりと受け止めてもらえたいという経験が、「場」に対する信頼感につながっていく。この共通のルールや役割分担は話し合いによっていつでも変更可能であり、ルールに反してしまつた場合には「なぜだろう？」と一緒に考えて「共に暮らしていくためにはどうしたらいいか」を考える機会にしていく（排除のためのルールづくりではない）ことを理解してもらい、これも重要な要素である。

集団に適応するためには自分を抑圧するしかないという世界観の中で生きてきた人たちにとって、自分が周囲の環境を主体的に改善できる「場」が保障されていることの意味は大きい。この「場」が保障されることによってはじめて

「自律（自分が納得したルールに従って行動する）」のための支援が可能になるのではないだろうか。

4、地域連携のあり方

最後に地域連携のあり方について述べたい。生活困窮者支援において、最も懸念されているのが、貧困ビジネス等で指摘されているような人権侵害の問題である。生活困窮である本人と民間事業者だけの閉じられた関係性の中では人権侵害にあたる支援であるかどうかの点検が不可能である。このため、本人に対してどのようなケアを提供しているのか、そのケアや方針が適切であるかどうか、他の関係機関との役割分担をどのように行っているかなどを明らかにしオープンにしておく必要がある。

生活環境や支援内容が行政機関を含む複数の関係機関に開かれており、常時点検されている状態をつくるためには、カンファレンスの開催や訪問の居宅サービス事業者との連携が欠かせない。特にカンファレンスは認知症や知的障害などの人たちの意思決定を支える

ものとしても重要であり、今後は市民後見人を含めた成年後見人が地域包括ケアの一員に加わることで、より人権に配慮したものにしていく必要があると考えている。

また、地域連携を進めていく中では多数の関係機関の支援方針がバラバラにならないように合意を形成する場も必要である。宮島は、介護予防の視点が必要なケース、医療ニーズの高いケース、認知症の行動・心理症状が著しいケース、支援拒否・地域からの孤立ケースなどを対象として、多職種連携による個別ケア会議が必要であると述べている。ふるさとの会では生活支援の中で課題となっていることや目標について関係機関と共有できるようにするための「トータルプラン」を作成している。

このプランにはふるさとの会が実施している生活支援の内容だけでなく、生活支援の限界点、今後予測される状態の変化に備えて協力してほしいことなどを明記し、カンファレンスの中で説明をして必要な協力や助言を求めている。急性期に速やかに入院し、回復期に速やかに家庭復帰・社会復帰するためには、この連携のためのカ

ンファレンスの中で各機関の役割分担を明確にしておくことが必要である。

5、おわりに

本稿では、「生活困窮者への生活支援」に焦点をあてて、①生活支援員を対象とした研修、②対人援助に必要な視点、③地域連携の方法の3点について述べた。前述の「社会保障制度改革国民会議報告書」には「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」というコンセプトが打ち出されており、今後ますます地域の受け皿づくりや連携のあり方が求められるてくるだろう。「生活困窮者への生活支援」は、家族介護者が抱えている問題と重なる部分が大い

年間10万人を超える介護離職や家族が抱えている介護負担の軽減をするためには、単身の生活困窮者に限らず、家族介護者がいる世帯においても、家族と協働して日常生活支援を行えるような地域包括ケアの仕組みを創っていく必要があるのではないだろうか。

- 1 社会保障制度改革国民会議・社会保障制度改革国民会議報告書 p.25,2013
- 2 医療経済研究機構・特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業（平成22年度老人保健健康増進等事業）
- 3 宮島俊彦・地域包括ケアの展望 社会保障研究所 p.19,2013
- 4 厚生労働省社会・援護局保護課・被保護者調査（月別概要・平成25年5月分概数）
- 5 厚生労働省社会・援護局保護課・生活保護基準未達の低所得世帯数の推計について2010
- 6 厚生労働省社会・援護局総務課・社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書（平成25年1月25日）
- 7 厚生労働省社会・援護局保護課・生活保護受給者の自殺者数について、第4回社会保障審議会生活保護基準部会参考資料（平成23年7月12日）
- 8 佐藤幹夫・人はなぜひとを「ケア」するのか岩波書店2010
- 9 世界保健機関、競争トラウマ財団、ワールド・ビジョン・インターナショナル、心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエ
- 10 佐藤幹夫・「自閉症」の子どもたちと生きてきたこと 洋泉社 2008
- 11 浜田寿美男・「私」とは何か 講談社 p.149,1999
- 12 地域包括ケア研究会・持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書、平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（平成25年3月）
- 13 厚生労働省・高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議報告書（平成20年3月）
- 14 宮島俊彦・地域包括ケアの展望 社会保障研究所 p.192,2013
- 15 社会保障制度改革国民会議・社会保障制度改革国民会議報告書 p.28,2013
- 16 総務省統計局・平成24年就業構造基本調査結果の概要 p.72, 2013