

原 著

障害者の地域生活移行支援にかかる諸課題

— 養護老人ホーム・救護施設・障害福祉計画の現状より —

Problems on community life transition support for persons with disabilities

— from the state of nursing homes for the aged, relief facilities and plan for welfare of persons with disabilities —

谷口 泰司

要約：障害者支援費制度から自立支援制度を経て今日に至るまで、障害者の地域生活移行は主要な課題の一つとして取り上げられている。2012年4月からは相談支援事業が抜本的に強化され、3か年の間に全ての障害福祉サービス利用者の計画を策定することや、施設からの地域移行支援・地域定着支援の計画を策定することとされている。しかしながら、養護老人ホーム及び救護施設に入所する障害者はこれら地域生活移行支援の対象とはされておらず、過去から現在に至るまで我々の無関心・無理解のもと混合収容が継続し、貧困層における共生社会を余儀なくされているという現状がある。

本論は、これら施設の実態について全国的な調査結果をもとに考察し、また、施設の現状にかかる要因が我々の社会・法制度にあることを検証した上で、今後のあり方に一石を投じるものである。

Key Words：地域生活移行、養護老人ホーム、救護施設、混合収容、障害福祉計画

1 はじめに

わが国の福祉施策は、1990年を境として大きくその流れを変えることとなった。福祉の対象者の視点に立つならば、方式・理念としての利用選択制度への転換以上に、福祉関係8法改正における在宅福祉重視への転換、地域（市町村）主義は、それまでの施設保護を中心とした、また提供者視点の福祉施策に大きな一石を投じるものであった。

障害者に対する福祉施策についても無論この例外ではない。障害者関連の各法における在宅福祉サービスの明記、障害者プランの策定から、精神保健福祉法の改正、障害者支援費制度から障害者自立支援法への一連の流れにおいて、上記の方向性は変わることなく継承され今日に至っている。

しかしながら、ここに以上の大勢から排除（意識・無意識を問わない）された存在がある。さらに言えば、今後の施策展開においても欠如している視点がある。養護老人ホームに入所する高齢の障害者、救護施設に入所する障害者など、いわゆる障害関連各法の対象とならない施設の入所者への支援であり、さらには地域生活移行を

推進する根拠となる障害福祉計画の数値目標の対象の問題等である。

本論では、障害者にかかる福祉施策の展開過程を回顧したのち、救護施設及び養護老人ホームにおける現状を検証、さらには障害福祉計画にかかる地域生活移行の問題点を確認することで、今後（次期計画期間）における障害者福祉施策のあり方及びこれらの施設入所者支援のあり方に一石を投じることとしたい。

2 障害者福祉施策の沿革

— 法制及び基盤整備を中心に —

障害者福祉施策の今日までの変遷を簡潔にまとめるならば、「身体障害領域から全領域へ」「施設保護から地域での自立生活支援へ」「公または家族の二元的支援から多元的主体の混合支援へ」の流れにある。

1) 敗戦直後～1950年代

敗戦直後のわが国において優先されたのは傷痍軍人や戦傷病者等を対象とした援護策の展開であり、障害種別としてはとりもなおさず身体障害者の更生援護が重視された。知的障害者支援については、国民優性法（1940年）から戦時体制下にかけて封印され、精神障害者を含め社会からの排除が続いた時期がようやく終わったばかりであり、また敗戦直後の荒廃した情勢では身体障害者支援

と同列に論じることができる状況にはなかった。⁽¹⁾

その身体障害者領域においても、公的な支援基盤を施設保護におく以外、家族による支援によるほかはない状況であった。ただし、障害児については1947年の児童福祉法において“すべての児童”を対象とし、身体障害児については療育という観念に基づく医療及び教育面での支援が、また知的障害児については自立生活に必要な知識技能を与えることを目的とした知的障害児施設が位置付けられている。もっとも、児童福祉法の所管は当然ながら18歳未満を原則として対象とするものであり、成人の知的領域の法が未整備であるなど、なお課題を有するものであったことは否めない。

1949年には身体障害者福祉法が制定され、保護ではなく「更生」を目的とするなど、固有法として一歩踏み込んだものとなっている。しかしながら、制定当初の身体障害者福祉法はあくまでも職業復帰を目指すものであり、この目的は1951年の同法の一部改正によって改められることとなる。なお、この時期の精神障害者領域については1950年の精神衛生法制定があるが、福祉ではなく適切な医療と保護の機会の提供を図るものであった。

2) 1960～1970年代

成人の知的障害者の公的支援については、1959年に知的障害者援護施設の整備、翌1960年の知的障害者福祉法の制定により、児童期との連続性が確保されることとなった。⁽²⁾

また、精神障害者分野では、1965年の精神衛生法の改正により、精神障害の発生予防から治療、社会復帰までの一貫した施策の実施が掲げられたが、依然として施設(病院)支援かつ医療面での支援を中心とするものであった。⁽³⁾

この時期の特徴としては、福祉三法体制から福祉六法へと対象が拡大するとともに、救貧・緊急対応を中心としたものから福祉ニーズが普遍化していく過渡期にあたり、加えて1950年代半ばの高度経済成長期以降の人口移動を含む社会構造の変化は、三大都市圏と他地域、都道府県内においても地域ごとの相違を顕在化させることとなる。それまでの国家主導かつ最低限度の画一的な保障ではなく、地域の特性に応じ、地域住民のニーズに応じた対策をとることが必要との認識が生まれ始めるのは必然であったと言えよう。⁽⁴⁾

3) 1980年代

1981年の国際障害者年は、それまでの障害者福祉施

策だけでなく障害者施策全般に影響を与えたものと言える。「完全参加と平等」を理念として掲げるだけでなく、これを社会に置いて実現するための動きが加速することとなる。

1980年代前半は、総理府に「国際障害者年推進本部」が設置(翌年「障害者対策推進本部」に改組)され、1983年からは障害者施策にかかるわが国はじめての長期計画である「障害者対策に関する長期計画」がスタートする。

1980年代はまた、地方分権が実質的に議論されはじめた時期にも当たる。第二臨調報告(1986(昭和61)年)及び同年の「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律」(整理・合理化法)はいずれも1970年代までの社会経済動向という文脈の中で整理する必要がある。障害者福祉施策に関しては、整理・合理化法によって、社会福祉施設入所等の事務が機関委任事務から団体委任事務に移行し、地方の事務として位置づけられることとなった。

しかしながら、地方レベルにおける具体的な動きにおいては、この時期に福祉計画そのものが法定化されたわけではなく、総合計画の一分野として議論されていたに過ぎない。さらには、福祉ニーズの普遍化が認識されつつあったものの、依然として施設保護がその中心であり、在宅サービスの位置づけの明確化を見ない福祉法制にあっては、福祉サービスの多角的・多元的な展開の必要性や、行政と地域等との協働による地域社会の再構築、このための計画の必要性が広く認識される状況にはなかったと言える。いわば、国の長期計画はあるものの、地域特性に合わせた整備を推進する主体となるべき地方公共団体は“無計画”という、理念なき、主体性なき行政を展開していたとも言えよう。

4) 1990年代～現在

このような状況は、1989(平成元)年の「高齢者保健福祉推進10か年戦略-ゴールドプラン」及び翌年の福祉関係8法改正により一変する。⁽⁵⁾

ただし、老人保健福祉計画の策定が義務化され、国のゴールドプラン～新ゴールドプランに基づきおびただしい財源が投入され、高齢者福祉(特に介護)基盤が全国に整備されたこの時期において、それまで理念面で先行(ノーマライゼーション等)し、施策面でも細やかな配慮のあった障害者福祉領域は大きく水を開けられることとなる。障害者基本法における地方の障害者計画はこの当時は努力義務であり、1995年の国「ノーマラ

イゼーション7カ年戦略」策定時点では、全国の自治体の9.2%が障害者計画を策定していたに過ぎない。また、知的障害者福祉については町村が、障害児福祉については市町村がその権限を持たないなど、地域レベルでの一元化がなされているという状況にはなかった。⁽⁶⁾

2000年代については、社会福祉基礎構造改革とともに幕を開ける。敗戦直後のわが国の社会福祉において重要な役割を果たした措置制度が時代に適合しなくなり、また、本格的な少子高齢社会を迎えるにあたり、新たなシステムが必要とされる中、1997年の保育所入所方式が行政との契約方式へと変わったのに次いで、2000年4月には、社会福祉基礎構造改革の最大のものであり、地方分権の試金石とも言われた介護保険制度がスタート、同年の社会福祉事業法等の改正、2003年の障害者支援費制度施行から2006年の障害者自立支援法の全面施行など、2000年代の福祉法制は、それまでとは一線を画する速さで変化を遂げてきている。また、この時期には地域福祉計画が社会福祉法に位置づけられたほか、障害者基本法や障害者自立支援法において計画策定が義務化されるなど、注目すべき動きも見られる。⁽⁷⁾

5) 障害者福祉基盤の整備状況

以上の法制の流れのなか、障害者福祉の基盤は1990年代までは施設整備を中心としたものであり、真に在宅基盤が地方レベルで議論されるのは、2003年度の障害者支援費制度からであった。言い換えれば、障害者支援費制度を崩壊へと導いたのは、地方行政が利用選択制度への転換を受け、(地域格差を顕在化させつつも)各所で覚醒したがゆえの在宅福祉サービス量の爆発的増加、これによる在宅基盤に対する財源不足であったと言える(施設財源は大きな不足は引き起こしていない.)。

このことの意味するものは重大である。障害者支援費制度により顕在化するまでの障害者はどのように支援されてきたのか、または支援のないまま放置されてきたのだろうか。法制度により、支援が必要となるわけではないことは明白であり、また、障害者支援費制度で爆発した在宅サービス量は、それまでの施設入所者が一斉に退所した結果でないことも明らかである。容易に考えられるものとしては、これら障害者は、家族により支援を受けてきたか、あるいは支援が受けられぬまま放置されてきたかであろう。

いま一つ推測されるのが、障害者施設の基盤量を持って不足する部分を他の施設等が代替してきたのではないかというものである。次章においては、この推測につい

て、二つの実態調査結果より検証を行うこととする。

3 救護施設及び養護老人ホームにおける障害者の現状

前章末尾に掲げた推測自体は、特に目新しいものではない。2000年前後、筆者自身が高齢者福祉行政に従事していた時ですら養護老人ホームの職員から、障害者支援の難しさや介護が必要となった入所者への介護職員の不足についての訴えなど、施設従事者は当然のこととして、施設入所者に障害者が多いということの認識があった。しかしながら、本当に多いのか、どの程度多いのかという点に関しての横断的な調査がなく、結果としてそれが個々の施設の問題なのかあるいは構造的な問題であるのかについて判断を下しかねる状況であった。強く推測されるものの、断定するにはいたらなかったというところである。

2011年度に入ってまもなく、公益社団法人全国老人福祉施設協議会から、養護老人ホームにおける生活支援にかかる調査研究の誘いをいただいた。以前に特別養護老人ホームにおける知的障害者支援の可能性について調査研究を協働して実施したところであるが、今回の調査は養護老人ホームの入所者の現状、生活支援の現状を明らかにするとともに、養護老人ホームの地域における相談支援拠点としての可能性を探るという趣旨であった。

一方の救護施設であるが、全国救護施設協議会が定期的に現状把握を行っている。加えて、2005年度には「平成17年度全国救護施設実態調査報告書」をとりまとめている。本章では以上の二つの調査結果等から、障害者に関係の深い項目を抜粋して紹介することとする。

1) 救護施設の現状

救護施設とは、生活保護法第38条において「身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設」と規定され、2009年4月現在、全国188か所に約17,000人が入所している。

入所者の障害状況であるが、入所者のうち身体・知的・精神のいずれかまたは重複の障害を有する者が2005年で88%、2009年で86%を占めている。(表1)

なお、身体障害者では1・2級(相当を含む)の重度が47.4%、知的障害者では手帳所持者が61.9%、うち重度以上が33.8%、精神障害者では手帳所持者が49.5%、うち1級が14.0%を占めている。

表1 救護施設入所者の障害の有無

障害状況	(2009年)		(2005年)	
	人数	割合	人数	割合
身体障害のみ	1,560	9.3%	1,400	8.3%
知的障害のみ	3,055	18.2%	3,351	19.9%
精神障害のみ	5,095	30.4%	4,987	29.7%
身体障害+知的障害	1,112	6.6%	1,442	8.6%
身体障害+精神障害	814	4.9%	761	4.5%
知的障害+精神障害	2,285	13.6%	2,280	13.6%
身体障害+知的障害+精神障害	504	3.0%	640	3.8%
その他の生活障害	968	5.8%	1,710	10.2%
いずれの障害もなし	1,167	0.9%		
その他	145	7.0%	245	1.5%
無回答	73	0.4%		
合計	16,778	100.0%	16,816	100.0%

2005年：平成17年度全国救護施設実態調査報告書（全国救護施設協議会）
2009年：全国救護施設協議会ホームページ

また、60歳未満は全体の34%（2009年）、37%（2005年）であり、平均年齢は63.2歳（2009年）、62.3歳（2005年）となっている。

次に、入所前の居所であるが、在宅が最も多く36.0%となっているが、精神科病院からの入所が30.4%、一般病院をあわせると40.7%にのぼる。また、身体・知的・精神の各施設からの入所は4.4%となっている。（表2）

表2 救護施設入所前の居所

区分	人数	割合
在宅	6,047	36.0%
別の救護施設	763	4.5%
保護施設（救護施設以外）	1,060	6.3%
身体障害者施設	146	0.9%
知的障害者施設	524	3.1%
精神障害者施設	73	0.4%
介護保険施設	41	0.2%
老人福祉施設（介護保険施設以外）	33	0.2%
児童福祉施設	218	1.3%
婦人保護施設	146	0.9%
その他社会福祉施設	173	1.0%
精神科病院	5,107	30.4%
一般病院	1,740	10.3%
司法施設	46	0.3%
野宿生活	438	2.6%
行路病人	49	0.3%
その他	212	1.3%
計	16,816	100.0%

平成17年度全国救護施設実態調査報告書（全国救護施設協議会）

もとより医療機関は治療を主目的とするものであるが、入院による治療が終了した後の生活場所の確保が困難である（あるいは過去においてそうであった）ことは、特に精神障害の領域において真摯にとらえなければならない結果であろう。また、障害に対する専門的支援を行う障害者支援施設から救護施設への入所についても同様にとらえなければならない結果であろう。

これら入所者の入所期間であるが、5年未満の者は31.8%に過ぎず、30年以上入所している者は全体の18.5%にのぼる。（表3）

表3 救護施設入所者の入所期間

入所期間	人数	割合
1年未満	1,609	9.6%
1年以上5年未満	3,740	22.2%
5年以上10年未満	2,514	15.0%
10年以上30年未満	5,846	34.8%
30年以上	3,107	18.5%
計	16,816	

平成17年度全国救護施設実態調査報告書（全国救護施設協議会）

このうち“50年以上の入所”が0.2%あることを付記しておく。

なお、当該調査における退所者にかかる入所期間をあわせ検証すると、5年未満での退所が困難である場合には、入所が相当長期化する傾向にあることが判明している。

2) 養護老人ホームの現状

救護施設については、生活保護法の規定からも障害分野との一定の親和性が認められるものであるが、養護老人ホームも改正前の老人福祉法第11条では「65歳以上の者であって、身体上若しくは精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なもの」が入所する施設として位置づけられていた（現在は身体上若しくは精神上の理由は削除）。

2011年度に筆者が参加した「養護老人ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事業」（平成23年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業）は、全国の養護老人ホーム951施設のうち、500施設に調査票を発送し、365施設から回答を得たものである（回収率73.0%）。また、利用者調査では、23,717人分の回答が得られた（入所定員比38.1%（62,307人）、在所者比40.9%（58,054人））。（8）

この調査結果のうち先に見た救護施設と類似の項目についてみると、手帳等の所持状況では、入所者の17.7%が身体障害者手帳を、3.8%が療育手帳を、4.0%が精神保健福祉手帳を所持している。（表4）

ただし、手帳の有無を問わない障害の有無に関する結果では、身体障害は17.6%と大きく差はないものの、知的障害5.4%、精神障害10.3%となり、手帳所持者割合では、知的69.2%、精神39.3%となる。先の救護施設の結果と比較すると、知的障害者の手帳所持率は近似し、

精神障害者については約 10 ポイント少ない結果となっている。

表 4 入所者の手帳所持の状況

手帳区分	件数	割合
身体障害者手帳	4,196	17.7%
療育手帳	894	3.8%
精神保健福祉手帳	960	4.0%
被爆者健康手帳	219	0.9%
その他・申請中	307	1.3%
全体	23,717	

「養護老人ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事業報告書」（全国老人福祉施設協議会）

年齢については、施設自体が 65 歳以上を対象とするものであり、平均年齢は 82.2 歳となっている。

入所前の居所であるが、自己・家族所有の持ち家からの入所が 32.9%、借家・公営住宅が 30.2% となり、居宅からの入所が全体の 6 割を超え、救護施設の倍近い比率となっている。一方で、高齢者施設・障害者支援施設からの入所が 13.5%、医療機関からの入所が 13.4% とほぼ同率であり、救護施設の調査結果と比べ、高齢者施設・障害者支援施設は 2.8 倍と高く、医療機関からの入所は 3 分の 1 程度となっている。（表 5）

入所期間については、高齢者施設という特性から、救護施設に比べ短くなっているものの、10 年以上の入所が 20.5% を占めている。（表 6）

なお、入所者の 74.0% は通院・往診中であり、医療的ケアが不要の者は 5.0% に留まること、退所者 3,426 人のうち、死亡退所が 1,645 人（48.0%）、入院 765 人（21.5%）、介護保険施設への入所 672 人（19.6%）となっており、家族に引き取られた者は僅かに 101 人（2.9%）にとどまっている。

表 5 入所前の居所

区分	件数	割合
居宅より（自己所有の持ち家）	4,576	19.3%
居宅より（家族所有の持ち家）	3,233	13.6%
居宅より（借家）	5,620	23.7%
居宅より（公営住宅）	1,532	6.5%
医療・福祉施設より（高齢者施設）	2,528	10.7%
医療・福祉施設より（障害者支援施設）	656	2.8%
医療・福祉施設より（医療機関）	3,173	13.4%
医療・福祉施設より（その他）	435	1.8%
その他	948	4.0%
無回答	1,016	4.3%
計	23,717	100.0%

「養護老人ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事業報告書」（全国老人福祉施設協議会）

表 6 入所者の入所期間

入所期間	人数	割合
1 年未満	3,085	13.0%
1 年以上 5 年未満	9,231	38.9%
5 年以上 10 年未満	6,264	26.4%
10 年以上 25 年未満	4,539	19.1%
25 年以上	325	1.4%
無回答	273	1.2%
計	23,717	

「養護老人ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事業報告書」（全国老人福祉施設協議会）

4 障害者の地域生活移行支援にかかる諸課題

これらの調査結果から、救護施設及び養護老人ホームにおける状況を端的に表現するとするならば、まず、救護施設については「全ての障害者の混合収容」、養護老人ホームについては、「より広い貧困高齢層の混合収容」ではないだろうか。

障害者自立支援法は、それまでの障害種別ごとに 33 種類に細分化されていた施設種別を 6 種類に再編したものである。表面上はなるほど従来の種別にとらわれないこととなっているが、実態としては、また、専門的支援という点からも、従来の種別は確固として残っていることは当然のことである。旧知的障害者入所更生施設は障害者支援施設に移行して後も知的障害者を専ら受け入れるものが多いが、そのことは非難されるべきことではない。むしろ、障害種別を問わず措置される救護施設こそが個別の専門的支援の可能性という点では極めて厳しい状況にあることは容易に推測できるものである。

さらに養護老人ホームにあつては、障害種別を問わないのみならず、介護ニーズや他の生活困難を含めた入所者が混在している。これもごく当然のことであり、救護施設の入所理由は「身体又は精神上の理由」であるのに対し、養護老人ホームは「環境上又は経済的理由」である。前者が本人の障害等の“原因”による入所を理由とするのに対し、後者は“結果（としての貧困等）”を理由とするものであり、次元が異なるものである。しかしながら、貧困に陥る経路としては多種多様なものがあることは明らかであるため、そこには混合が構造的に生まれるものとなっている。

あえて刺激的な表現をする。養護老人ホームは、我々地域社会が排除してきた高齢期の者同士の共生、いわゆる“貧困層のノーマライゼーション”が実現しているものであり、また、英国救貧法時代の悪しき象徴としての混合収容が、わが国においては我々自身の無関心・無責

任のゆえに環境改善や従事者の人員増の声すら打ち消されたまま、社会問題とならずに900施設が全国に存在している。

これら入所者を支援すべき施設従事者の員数であるが、厚生労働省の基準によると、障害者支援施設では日中に提供する施設障害福祉サービスの種類や入所者の平均障害程度区分により変動があるものの、看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員が概ね入所者3～6人に1人以上とされている。また、特別養護老人ホームの最低基準でも介護職員及び看護職員の総数は入所者3人に1人以上であり、加えて生活相談員が配置され(100:1の割合)、救護施設では、生活指導員、介護職員及び看護師又は准看護師の総数は入所者5.4人に1人以上とされている。これに対し、養護老人ホームで介護保険にかかる外部サービスを利用しない入所者について

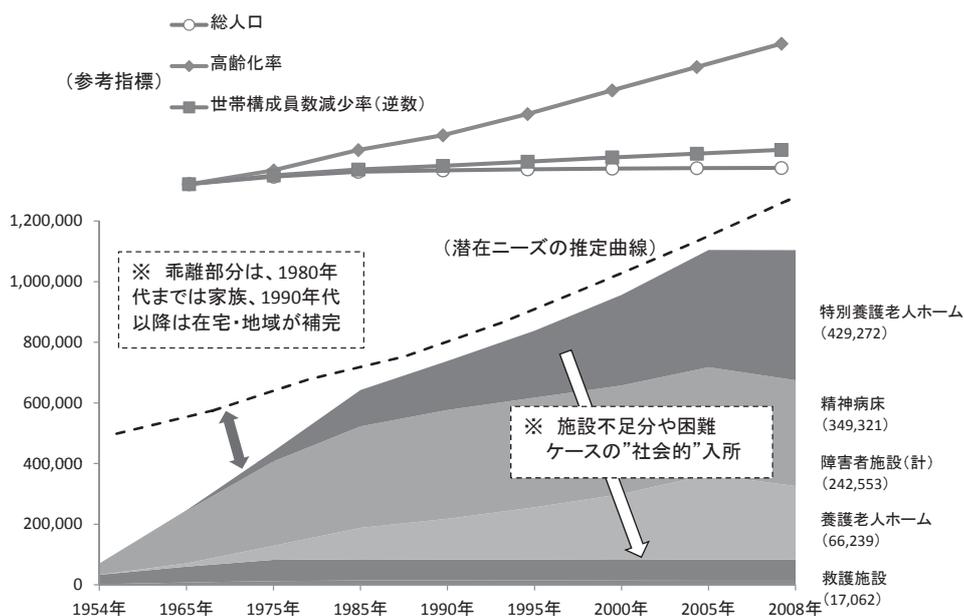
は、生活相談員が30:1、支援員が15:1、看護職員が100:1とされており、特別養護老人ホームは言うまでもなく、他施設と比べても明らかに数的劣勢の状況にある。

これは養護老人ホームを非難するものではなく、むしろ正反対であり、このような地域社会・行政が一体となって行ってきた無関心及び社会的排除に対し、養護老人ホームの従事者が厳しい措置費収入の中、限られたスタッフによりあらゆる生活課題(介護・障害その他)の支援に悪戦苦闘している状態が放置されていることを憂うものである。これら施設の従事者の苦悩は察するに余りある。

1) 基盤整備の課題

このような混合収容が温存されている要因を見てみると、そこには基盤整備に基づくもののほか、制度の欠陥

図1・表7 社会福祉施設定員・精神病床の推移



	1954年	1965年	1975年	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年	2008年
救護施設	2,608	8,207	13,012	15,178	15,761	16,066	16,337	16,824	17,062
養護老人ホーム	30,917	52,069	69,839	69,191	67,938	67,219	66,495	66,837	66,239
特別養護老人ホーム		1,912	33,955	119,858	161,612	220,916	298,912	386,827	429,272
障害者支援施設等									30,329
身体障害者更生援護施設		6,018	17,859	33,343	38,965	45,509	52,780	60,380	41,897
知的障害者援護施設		4,920	28,464	70,471	93,719	123,022	153,855	195,395	153,954
精神障害者社会復帰施設					1,588	4,286	10,200	24,293	16,373
精神病床	37,849	172,950	278,123	334,589	359,087	361,714	358,153	354,296	349,321
計	71,374	246,076	441,252	642,630	738,670	838,732	956,732	1,104,852	1,104,447

※「社会福祉施設等調査」「医療施設調査」(厚生労働省)より抜粋

※総人口・高齢化率・世帯構成員数は、国立社会保障・人口問題研究所資料より試算

により引き起こされるものであることがわかる。

まず、基盤整備についてであるが、1954年から2008年までの社会福祉施設及び精神病床の定員数の推移を見れば明らかなように、救護施設及び養護老人ホームは長期間にわたり横ばいで推移して来た。これに対し、特別養護老人ホームは増加の一途を辿り、障害者施設は2005年以降によりやく減少に転じ、精神病床は1995年以降減少に転じている。(図1・表7)⁽⁹⁾

施設定員が増加するのは、そこにニーズがあり、当時の状況では他に代替がないためと考えると、1990年の福祉関係8法改正による在宅サービス重視への転換、高齢者・障害者分野での地域移行以前のニーズは、救護施設及び養護老人ホーム以外にあっては家族等により、つまり公的支援が受けられずに放置されてきたか、あるいは精神科病院等への社会的入院により隠されてきたかのいずれかであることが明らかとなる。

さらに、これら定員の推移において、救護施設・養護老人ホームの定員数が一向に減少に転じないという状況は、高齢者介護及び障害者施策における地域移行の対象外に置かれたままであることを示唆するものである。先に見た入所者の特性において、これら二施設に障害者が一定数存在することから、仮に障害者自立支援法に基づく地域移行の対象とされていたならば、当然にこれら施設の入所者の態様に変化が生じ、また、入所者が他の施設と同様に減少に転じていなければならない。救護施設への入所前の居所が障害者施設であるという者が4.4%、精神科病院等からの入所が40%という結果となっている。障害者支援施設及び精神病床数の減少は、地域生活移行によるものが主たる理由であるものの、受け皿がない場合には、これら二施設が代替施設としての役割を担われ、一旦措置された後の入所者は、“忘れ去られた存在”となっていることを窺わせるものである。

2) 制度上の課題

さらには制度欠陥による救護施設や養護老人ホームへの入所という問題も看過できない。障害者自立支援法に基づく障害者支援施設への入所は、ごく一部の例外(自立訓練利用)を除き、障害程度区分4(50歳以上は区分3)以上の判定を要する。この区分に満たない者は、一時的にせよ専門的かつ集中的な支援を障害者支援施設により提供することが適切と思われた場合でも、緊急一時保護等の場合を除き、若年層の場合には救護施設へ、高齢層の場合は養護老人ホームしか受け皿がないということとなる。筆者の身近な地域でも、親が死亡したとい

う、ただそれだけのことで在宅生活が困難となり、障害程度区分も軽度であったがゆえに障害者支援施設に入所できず、相談支援事業者が奔走してようやく救護施設に一時的に入所したという事例がある。地域とは何か、在宅サービスとは何かについて、この事例は声を出せずに訴えている。

3) 障害福祉計画の課題

障害者自立支援法において、市町村及び都道府県は障害福祉計画を策定しなければならない旨が規定されている。この計画においては、在宅の障害福祉サービスの充実のほか、特に市町村障害福祉計画にあっては障害者支援施設からの地域生活移行、都道府県にあっては精神科病院等からの地域生活移行について目標値を設定し、これに取り組むこととされている。国の基本指針に基づき、全国を挙げて地域生活移行のための在宅サービスやグループホーム及びケアホームの整備が(姿勢と能力のない市町村と積極的な市町村との地域格差を温存しつつではあるが)進められている。

しかしながら、これら地域生活移行の対象施設はあくまでも上記施設(障害者支援施設・精神科病床)等であり、救護施設や養護老人ホームに過去において社会的に措置された者、現在の法制度の欠陥によりやむを得ず措置された者については、全く言及されていない。また、筆者の知る限り、市町村障害福祉計画の地域生活移行の項目においてこれらの施設のことが顧みられている計画は皆無であった。市町村職員及び相談支援事業者は、障害者支援施設には障害程度区分調査や地域移行支援計画策定のために、今後も相次いで赴くこととなるだろう。しかしながら、その道中に救護施設や養護老人ホームがあったとしても素通りの状態が続くこととなる。

5 むすびにかえて

本論の最後に、あらためて救護施設及び養護老人ホームの入所者の態様と我々の地域社会の態様を対比してみたい。(表8)

わが国の総人口に占める手帳所持者の比率に対して、養護老人ホーム入所者の手帳所持者の比率は、知的障害者・精神障害者が8倍を超え、被爆者手帳についても5倍を超えている。救護施設においては知的障害者・精神障害者が50倍を超える状況となっている。

先に見たように、これらのいわば制度・社会が排除してきた者、施設従事者の努力以外に何らの関心を払われることのない者に対する今後の支援等のあり方につい

て、いくつかの提言を試みることにしたい。

表8 手帳所持率の比較

手帳種別	所持者の比率				
	A: 全体	養護老人ホーム		救護施設	
		B: 比率	B/A	C: 比率	C/A
身体障害者手帳	2.79%	17.70%	6.3	23.20%	8.3
療育手帳	0.43%	3.80%	8.9	28.41%	66.5
精神保健福祉手帳	0.49%	4.00%	8.2	25.49%	52.0
被爆者健康手帳	0.17%	0.90%	5.3		

A: 全体における比率に用いたのは、
 総人口: 平成22年 国勢調査
 身体障害者手帳: 平成18年 身体障害児・者実態調査結果
 療育手帳: 平成17年 知的障害児(者)基礎調査結果
 精神保健福祉手帳: 平成21年 衛生行政報告例
 被爆者健康手帳: 平成22年 被爆者健康手帳所持者数の推移
 ※ 身体障害者手帳は在宅のみの比率

まずもって優先されるべきは、これらの施設そのものを、他領域で行われている連携軸に早急に組み入れることである。(図2)

- ① 介護保険領域における地域包括ケア体制への救護施設・養護老人ホームの組み入れ
- ② 障害者地域自立支援協議会への救護施設・養護老人ホームの組み入れ
- ③ 介護保険事業計画・障害福祉計画における対象への組み入れ

これらのことにより、救護施設及び養護老人ホームの存在自体と入所者の実情を、これまで無関心であった関係者等が認識しうる状況を作り出す必要がある。また、計画において地域生活移行等の対象とし、これらの施設への働きかけを義務化することである。同時に、改正後の障害者自立支援法における計画相談支援の算定対象(地域移行計画策定対象)にも位置づけられなければならない。

なお、これらの施設入所者が障害程度区分の申請を行うよう強く勧奨すべきであるが、障害福祉サービスの支給申請の一環として行われるという性格をふまえると実効性に乏しいという課題を有している。この場合はやはり市町村職員による全施設の訪問及び意向聴取を行うことが適切であろう。

また、特別養護老人ホームや障害者支援施設に比べ、限られた職員で多様な生活課題を持つ個別支援は困難であることをふまえ、救護施設及び養護老人ホーム、特に後者に対する人員基準を早急に見直すことが必要である。このことは単に施設内での支援の充実に留まらない。昨年度の調査研究でも明らかになり、また、今後粘り強く提言していくべきことであるが、養護老人ホームにおける高い技術を広く地域社会に還元できる、いわば地域の相談拠点としての機能を付与することにもつながるか

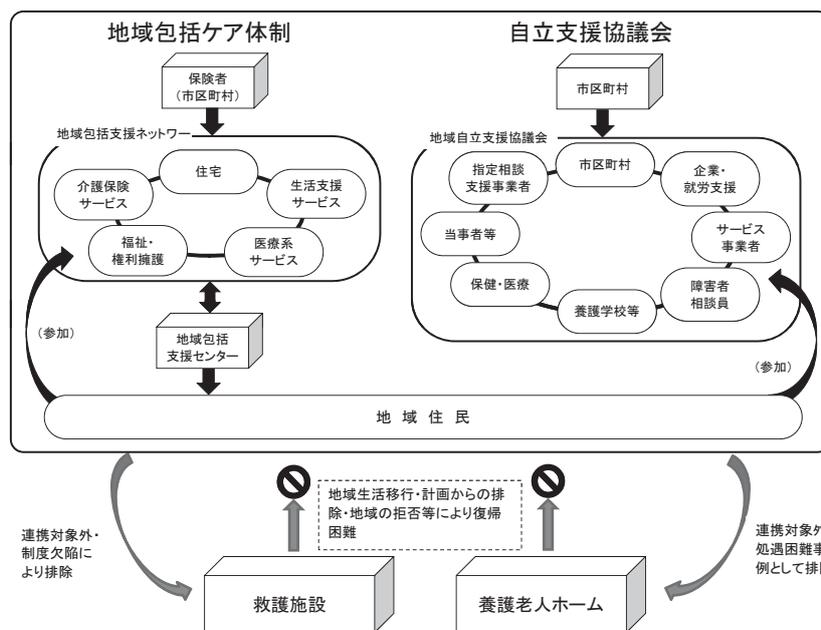


図2 救護施設・養護老人ホームの連携システムからの排除のイメージ(現状)
 (自立支援協議会・地域包括ケア体制は厚生労働省資料より作成)

らである。そこでは介護保険制度における視点（介護＋若干の機能）には比すべくもない汎用的な支援機能が眠っている。

これらの動きの延長線上として、将来的には救護施設及び養護老人ホームの小舎化や居住機能を重視した共同生活形態への転換、そのための財源投入が検討されてよい。このための費用は、救護施設や養護老人ホームの設置者が自ら負担するのではなく、持てる者同士の再分配と持たざる者への劣等処遇及び排除の容認という図式から脱け出し、過去から現在に至る排除の歴史に係る贖罪という観点で議論されることが望ましい。

我々の側からの新たなアプローチを人的にも、財源面でも、また制度面からも積極的に展開することで、“貧困層における共生社会”ではなく、全ての者の共生社会へ、また、貧困層の混合収容ではなく、個々の尊厳を重視した個別支援へと昇華させるべき岐路に立つことを強く願うものである。

最後に、厳しい労働環境の中でそれでも懸命に利用者支援を行った結果のごく一部を掲載する。人と人は深い部分で、広く長く触れ合うことで確実に化学反応が起こる。これは施設のみに許された特権ではなく、かつてその者が暮らしていた地域でも容易に可能であったものであることを銘記したい。

表9 生活支援を行うことでの入所者の変化

ID	入所直後と現在とで顕著な変化	変化等の要因・背景となった支援
86歳女性	否定的で他者との関係を上手に構築出来なかったが、人に感謝の言葉を伝えられるようになった。	日常の一对一の関係性を築くことで安心感が生まれた。
86歳女性	安心した生活ができるようになった。	すべてにおびえ、おどおどした行動があったが、職員のことを信頼することにより、安定してきた。
72歳男性	生活意欲なく投げやりな状態だったが現在は生活意欲向上し安定している。	コミュニケーションをとり信頼関係を築いた。精神安定が図れるよう随時声かけをしている。

〔養護老人ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事業報告書〕（全国老人福祉施設協議会）

注

- (1) 中山妙華「知的障害者福祉の歴史の変遷と課題」（社会文化論集 no.10 page. 45-68, 2008年）
- (2) 1960年代は、老人福祉法、母子福祉法（現母子寡婦福祉法）が相次いで制定（いわゆる福祉六法体制が確立）
- (3) 1970年には「心身障害者対策基本法」（現障害者基本法）が制定される。福祉以外の領域を横断し、関係各省庁が障害者施策を推進するための基本法として、今日まで発展継承されている。

- (4) 社会経済の動向として、70年代初頭のドル危機及び変動相場制への移行、1973年の第一次石油危機などから、翌年には経済成長率が戦後はじめてマイナスを記録、高度経済成長が終焉を迎える。この情勢下において、着実に増加する社会保障費にどのように対応していくかの問題が顕在化しつつあった。特段の計画性を持たずとも経済成長の余剰で社会保障費を賄うことのできた時代から、歳出を抑制し、あるいは重点化していく必要に迫られることとなる。
- (5) ゴールドプラン及び地方の老人福祉計画策定の義務づけは、地方公共団体をして福祉にかかる「計画行政」へと誘導するものであり、障害者福祉施策については、福祉関係8法改正により、在宅サービスの法定化、都道府県から市町村への権限委譲（一部）を行うなど、在宅重視・市町村重視へと大きく舵を切るものであった。
- (6) 1999年には、戦後から一貫して続いてきた政府間関係を見直す重要な法、「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（通称「地方分権一括法」）が成立した。同法による機関委任事務の廃止は地方分権を進めるための大きな一歩となった。
- (7) 直近の状況として注目すべきは「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（2011年）である。第1次及び第2次一括法において、市町村の基本構想の策定根拠は地方自治法から削除され、福祉計画に盛り込むべき事項等も各法で一斉に改正された。法が目指すべき方向性を、全ての地方自治体が認識しているとはとても言えない状態であり、地方の温度差は大きなものがあることに、筆者としては強い危惧を抱くものである。
- (8) 公益社団法人全国老人福祉施設協議会編（2012）『養護老人ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事業報告書』
- (9) 図1において「潜在ニーズの推定曲線」は、総人口の伸び×高齢化率の伸び×世帯構成員数の減少率（逆数）により、暫定的に算出したもの。このほかに、所得再分配政策の充実、医療技術の革新や障害等に対する偏見の緩和、ユニバーサル社会づくりの進展など、ニーズの伸びを抑制・解消させる因子も存在するとともに、稼働所得の減少、地域コミュニティの弱体化、公共交通機関の縮小など、ニーズを拡大させる因子も存在する。

参考文献

- ・社会福祉の動向編集委員会編（2011）『社会福祉の動向 2011』
中央法規
- ・武川正吾（1999）『社会政策のなかの現代』東京大学出版会
- ・全国救護施設協議会編（2006）『平成 17 年度全国救護施設実
態調査 報告書』
- ・江口恵子（2003）「救護施設の社会的性格－利用者の変遷を
通じて」（人間文化研究 no.1 page33-46）
- ・高間満（2004）「救護施設の歴史・現状・課題」（福岡県立大
学人間社会学部紀要第 12 巻第 2 号 page17-26）
- ・公益社団法人全国老人福祉施設協議会編（2012）『養護老人
ホームにおける生活支援（見守り支援）に関する調査研究事
業報告書』
- ・厚生労働省「社会福祉施設等調査」各年版
- ・厚生労働省「医療施設調査」各年版