

表2-4 最低生活保障水準(月額)の具体的事例

世帯当たり最低生活費 生活扶助 第1類 第2類 児童養育加算 教育扶助 住宅扶助	夫 婦 子 2 人 世 帯					
	30歳男, 30歳女, 9歳子(小学生), 4歳子					
	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
世帯当たり最低生活費	216,480	207,870	199,270	190,640	177,040	168,430
生活扶助	191,330	182,720	174,120	165,480	156,880	148,280
第1類	133,920	127,880	121,870	115,830	109,810	103,780
第2類	57,410	54,830	52,250	49,660	47,080	44,500
児童養育加算	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
教育扶助	2,150	2,150	2,150	2,150	2,150	2,150
住宅扶助	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000

注) 1. 第2類は、冬季加算(VI区×5/12)を含む。以下同じ。

2. 住宅扶助は、住宅費が上記の額を超える場合、地域別に定められた上限額の範囲内でその差額が支給される。以下同じ。

例) 1級地-1(東京都港区 69,800円), 1級地-2(千葉県 59,000円),  
2級地-1(高松市 53,000円), 2級地-2(日立市 46,000円),  
3級地-1(横浜市 40,100円), 3級地-2(34,100円)

3. 上記の額に加え、医療費等の実費相当に応じて給付される。以下同じ。

4. 勤労収入のある場合には、収入に応じた勤労控除として控除されるため、現実消費しうる水準としては、生活保障の基準額に控除額を加えた水準となる。(勤労収入が10万円の場合: 23,220円)

世帯当たり最低生活費 生活扶助 第1類 第2類 児童養育加算 重度障害加算 重度障害者介護料 住宅扶助	障 害 者 を 含 む 2 人 世 帯					
	65歳女, 25歳男(障害者)					
	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
世帯当たり最低生活費	192,400	186,790	179,170	173,490	160,950	155,270
生活扶助	126,110	120,440	114,760	109,080	103,410	97,730
第1類	76,370	72,940	69,500	66,060	62,620	59,190
第2類	49,740	47,500	45,260	43,020	40,790	38,540
児童養育加算	26,850	26,850	24,970	24,970	23,100	23,100
重度障害加算	14,380	14,380	14,380	14,380	14,380	14,380
重度障害者介護料	12,060	12,060	12,060	12,060	12,060	12,060
住宅扶助	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000

資料: 表2-3)と同じ, pp. 63-64.

## D 各種扶助基準の概要

### 1. 生活扶助基準

生活扶助基準は、第1類、第2類の基準生活費および各種加算等により構成されている。

(1) 第1類費(個人的経費)

飲食物費や被服費など個人単位に消費する生活費について定められた基準であり、年齢別・所在地域別に表示されている。

(2) 第2類費(世帯共通の経費)

電気代、ガス代、水道代など高熱水費や家具什器費など世帯全体としてまとめて支出される経費であり、世帯人員別に表示されている。また冬季においては、寒冷の度などにより暖房費などの必要額が異なっているため、地域別に表示されている。都道府県を単位として地域別(6区分)に冬季加算額が表示されている。

(3) 加算

第1類費、第2類費は、誰でもが日常生活を営むうえで必要とする最低生活費であるのに対し、障害者の場合などは健常者と比較してより多くの経費が必要である。また高齢者の場合などは、寒さに弱いことなどもあってより多くの被服費を必要とする。したがって、このように特定の状態にある人には特別の経費を必要とするので、特定の者だけに限って第1類費、第2類費のほか、さらに一定額が上積みされることとなる。このような特別な需要のある者だけに上積みすることが認められて

第1類費

第2類費

加算

世帯当たり最低生活費 生活扶助 第1類 第2類 住宅扶助	老 人 2 人 世 帯					
	60歳男, 65歳女					
	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
世帯当たり最低生活費	134,540	129,460	123,960	118,460	107,960	102,500
生活扶助	121,940	116,460	110,960	105,460	99,960	94,500
第1類	72,200	68,960	65,700	62,460	59,200	55,950
第2類	49,740	47,500	45,260	43,020	40,790	38,540
住宅扶助	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000

世帯当たり最低生活費 生活扶助 第1類 第2類 児童養育加算 ひとり親世帯特別加算 住宅扶助	母 子 2 人 世 帯					
	30歳女(就労), 4歳子					
	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
世帯当たり最低生活費	144,360	139,120	133,880	128,640	118,420	113,170
生活扶助	116,360	111,120	105,880	100,640	95,420	90,170
第1類	66,620	63,620	60,620	57,620	54,620	51,620
第2類	49,740	47,500	45,260	43,020	40,790	38,540
児童養育加算	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
ひとり親世帯特別加算	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
住宅扶助	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000	13,000

注) 勤労収入のある場合には、収入に応じた勤労控除として控除されるため、現実消費しうる水準としては、生活保障の基準額に控除額を加えた水準となる。(勤労収入が10万円の場合: 23,220円)

いる特別経費分の基準を加算という。この加算には、妊娠婦加算、母子加算、障害者加算、介護施設入所者加算、在宅患者加算、放料線障害者加算、児童養育加算、介護保険料加算がある。

上記は要保護者の衣食住等月々の経常的な最低生活需要のすべてを満たすための費用として認定するもので、経常的な最低生活費と呼ばれる。また、経常的な最低生活費のなかで必要な物資が確保できない場合に限って、一時的に一定のもの支給を認めている。たとえば、出産、入学、入退院などの場合や新しく生活保護を開始する場合に、主として被服費(布団、被服、新生児被服、寝巻、おむつ等)、入学準備金、家具什器、配電設備、水道等設備、期末一時扶助がある。これらは臨時的(一時的)に認定することから臨時的最低生活費(一時扶助費)と呼ばれる。

## 2. その他の扶助基準

生活扶助基準以外の扶助基準のなかには要否判定に使う基準ではなく、支給基準として特別に決められたものがある。主なものとして、転居の際の敷金(退院する場合や都市計画法などによって転居を余儀なくされるような場合など)、家屋補修費(家屋の屋根や壁などの補修を必要とするとき)、浴設備の敷設(重度の心身障害者、歩行困難な老人などで近隣に公衆浴場がないとき)、通学用自転車(通学のために自転車を使用しなければならぬ場合の自転車の購入費)がある。

# Ⅶ 保護施設

## A 保護施設の種類の種類(第38条)

保護施設は、救護施設、更生施設、医療保護施設、授産施設および宿所提供施設の5種類である。現行生活保護法制定時において保護施設のなかに含まれていた養老施設は、1963(昭和38)年の老人福祉法制定により養護老人ホームに移行・吸収されている。

現行生活保護法では生活に困難していると認定した者の救済方法について、第12条において「衣食その他日常生活の需要を満たすために必要なもの」を生活扶助として支給し、支給方法として第30条において居宅保護の原則を定めている。これによりがたいときや保護の目的を達したいたときには、例外規定として施設入所を定めている。これを収容(入所)保護主義という。この場合、当然のことながら本人の意に反して入所保護をしてはならないとしている。なお現行生活保護法制定当時、居

宅保護主義と収容(入所)保護主義の長所・短所が検討されている。収容(入所)保護主義の長所としては、(1)整備された設備と合理的な指導方法によって保護の効果あげ得ること、(2)真に保護を必要ある者とのみを収容するため濫収に陥る虞れが少ないこと(小山、p.139)の2点、短所としては、(1)被保護者に対して形式的、画一的な保護に陥り易いこと、(2)家庭を有する者に対しては家庭生活を破壊せしむる虞れを多分に存すること、(3)施設の設置及び運営のために多大の経費を要すること等(小山、p.139)の3点をあげている。

以下、各種の保護施設について説明する。

### 1. 救護施設

救護施設は、「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」を目的としている施設である。

### 2. 更生施設

更生施設は、「身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行うこと」を目的としている施設である。

### 3. 医療保護施設

医療保護施設は、「医療を必要とする要保護者に対して、医療の給付を行うこと」を目的としている施設である。現行生活保護法制定当時、医療扶助制度があるのだから、かつてのような施設施設や軽費診療施設のようなものはないのではないかとの論議があったが、浮浪者、行状病人等にして入院治療を必要とする者が案外多いのであるが、これら者は入院の寝具もなく、又着替えの持ち合わせもない。このような場合にはこのような者を無条件で引き受ける病院を予め用意しておくことが極めて効果的である(小山、p.475)との結論から設置され、現在に至っている。

### 4. 授産施設

授産施設は、「身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就業又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長すること」を目的としている施設である。

経常的最低生活費

臨時的最低生活費

救護施設

更生施設

医療保護施設

授産施設

居宅保護

表2-5 保護施設の年次推移

施設 数 (万 所)	(各年10月1日現在)									
	1970 (昭和 45年)	1975 (昭和 50年)	1980 (昭和 55年)	1985 (昭和 60年)	1990 (平成 2年)	1995 (平成 7年)	2000 (平成 12年)	2005 (平成 17年)	2006 (平成 18年)	
保護施設	400	349	347	353	351	340	296	298	298	
療養施設	131	145	160	169	173	174	178	183	183	
更生施設	22	16	16	18	18	18	19	20	19	
医療保護施設	78	72	68	69	68	65	64	62	63	
授産施設	118	81	76	76	76	68	24	21	21	
宿所提供施設	51	35	27	21	16	15	11	12	12	

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査報告」

## 5. 宿所提供施設

宿所提供施設は、「住居のない要保護者の世帯に対して住宅扶助を行うこと」を目的としている施設である。

保護施設数を表2-5に示した。法制定当時から著しく増加しているのが救護施設で、逆に著しく減少している施設は更生施設、授産施設と宿所提供施設である。

なお更生施設と救護施設には、付帯事業として2002(平成14)年度から保護施設通所事業が行われるようになった。これは、従来行われていた救護施設退所者等自立生活援助事業の組織えがなされたものである。この事業は、生活保護者の精神科病院等への長期にわたる入院(社会的入院といわれている)を解消するための受け皿の1つとして設置されたものである。病院から保護施設、保護施設から在宅へという昨今の地域福祉の考え方に基づいている。

またこれらの施設を運営する保護施設の義務は、第47条で4項目にわたって規定されている。すなわち、①保護の委託を受けたときは正当な理由なくして拒んでならないこと、②入所者の処遇について、人権、信教、社会的身分または門地により、差別的または優先的な扱いをしてはならないこと、③入所者に対して、宗教上の行為、祝典、儀式または行事に参加することを強制してはならないこと、④立ち入り検査を拒んでならないこと、である。

## B 保護施設の設置主体

保護施設の設置運営主体は、都道府県、市町村のほか地方独立行政

法人、社会福祉法人および日本赤十字社に限られている(第40条、第41条)。運営費については、入所者の生活費は生活扶助や医療扶助が適用されるが、施設の管理や人件費等は国が4分の3、福祉事務所を管轄する都道府県市が4分の1を負担することになっている。

これらの施設の指導監督機関は都道府県知事である(第43条)。施設はそれぞれ管理規定を定めこれにのっとって適正な運営を図り、監督官庁である都道府県知事は個別の施設からの事業運営の状況を知らしめる報告を求め、必要に応じて立ち入り検査を行い、場合によっては改善命令を出すことができる(第44条、第45条)。

## VIII 被保護者の権利および義務

旧生活保護法以前の救護法では、被保護者は国民としての権利義務の一部を剝奪されていた。その典型例が、普通選挙法による被保護者の参政権の剝奪である。日本国憲法下に制定された旧生活保護法においては、明確に日本国民としての権利剝奪はなかったが、明確に権利義務の規定もなかった。しかし、現行法においてははじめて国民の受給権を保障する制度として第8章「被保護者の権利及び義務」として1章を設けて者の権利義務が第8章「被保護者の権利及び義務」として1章を設けて規定されたのである。

## A 被保護者の権利

法に定められた被保護者の権利には3項目ある。これらの権利規定は被保護者の側からみた規定になっているが、実施機関の側からいえば、実施機関はそのようなことをしてはならないことになる。

## 不利益変更の禁止

(1) 不利益変更の禁止(第56条)

「被保護者は、正当な理由がなければ、既に決定された保護を、不利に変更されることがない」。

この条項の制定の背景には、その以前に保護の決定に関して実施機関の裁量だけで変更していたことがあり、これを是正するために「基準及び程度原則」や「必要即応原則」が手続的に担保される必要があった。不利益に関しても、何をもって不利益とするかは被保護者の主観的判断ではなく、程度および基準などの原則に照らして定められるものである。

## 公課禁止

(2) 公課禁止(第57条)

「被保護者は、保護金品を標準として租税その他の公課を課せられることがない」。

第8条の「基準及び程度原則」から、当然その保護金品には課税の対象となる余地はない。しかし保護金品以外の収入、たとえば稼働収入や固定資産などに関する課税を排除しているわけではない。したがって、収入認定に際して稼働収入の所得税に関しては収入を得るための必要経費としての控除、固定資産税等に関しては減免などの処置がとられるのである。

#### 差押禁止

##### (3) 差押禁止(第58条)

「被保護者は、既に給付を受けた保護金品又はこれを受ける権利を差し押えられない」。

借金を重ねている被保護者に対して民事訴訟を起こし借金の取立てをしようとする場合に、保護受給権そのものを差し押さえて保護金品を借金の返済にあてさせざるべき法手続はとれない、ということを意味する。しかしながら、実態としてはサラ金などの業者が保護費支給日当日に被保護者につきまきまといふ暴力的に借金の取立てを行うなどの事例があり、適切な対抗手段がとれない現状がある。

## B 被保護者の義務

被保護者の義務は、以下のとおり5項目規定されている。

##### (1) 譲渡禁止(第59条)

「被保護者は、保護を受ける権利を譲り渡すことができない」。

最低生活保障の内容は、第9条の「必要即応原則」で定められているように被保護者の年齢・健康状態等の個別の実態に即して決定されているものであるから、これを第三者に譲り渡すことはできない。

一見当然の規定であるが、被保護者が生前に受けた不当な認定を裁判で争うことを考へた場合、論争的である。たとえば、健康的な最良生活基準とは何かをめぐって争われた「朝日訴訟」は、原告の朝日茂氏が抗告中に死亡したことにより養子が引き継いだ。最高裁判所は、保護受給権は一身専属であり養子には保護受給権を相続する権利はないとして本人の死亡をもって裁判は終了したとの判断を示した。この判断の根拠になったのが第59条の条項である。ただし原告側の主張は、原告本人は死亡したが本来支給されるべき金品に関しては不当利得返還請求権がありこれは相続できると抗告していたが、最高裁の判断はこの権利は保護受給権を前提とするものであるとの立論は成立しないといふ退けた。

#### 生活上の義務

##### (2) 生活上の義務(第60条)

「被保護者は、常に、能力に応じて勤労に励み、支出の節約を図り、その他生活の維持、向上に努めなければならない」。

第4条の「充足性の原理」は保護を受けるための要件であるが、第60条は被保護者となつてからの日常生活上の義務である。旧生活保護法には著行不良なる者を排除する絶対的欠格条項があったが、現行法においてはまず保護をなしてかかるのちに自立助長の指導や援助を行うこととされた。したがって、第62条によって「指導に従う義務」が課せられていたので、同条に違反した場合に保護の変更・停廃止の措置がとられることになる。

#### 届出の義務

##### (3) 届出の義務(第61条)

「被保護者は、収入、支出その他生計の状況について変動があったとき、又は居住地若しくは世帯の構成に異動があったときは、すみやかに、保護の実施機関又は福祉事務所長にその旨を届け出なければならない」。

保護の実施機関は、保護の適正な運営を図るために被保護者の実情に即して常にまづまづかにかにしておかなければならないが、実施機関だけの調査によることは現実的ではないので、被保護者の側からも自発的に状況変化を報告させるためにこの条項が設けられた。

#### 指導に従う義務

##### (4) 指導に従う義務(第62条)

第27条により、保護の実施機関は法の目的達成のために被保護者に対して必要な指導や指示を行うことができることになっている。

さらに被保護者には、第62条によりその指導・指示に従う義務が生ずる。条文は5項目あり、重要な項目は以下の4項目である。すなわち、①被保護者は指導または指示に従わなければならないこと、②保護施設を利用する被保護者はその保護施設の管理規定に従わなければならないこと、③保護の実施機関は、被保護者がこの規定による義務に違反したときは、保護の変更、停止または廃止をすることができること、④保護の実施機関は保護の変更、停止または廃止の処分をする場合には、当該被保護者に対して弁明の機会を与えなければならないこと、およびこの場合においては、あらかじめ、当該処分をしようとする理由、弁明をすべき日時および場所を通知しなければならないこと、である。

保護の実施機関の行う指導・指示は、第27条の規定により実施される。この場合、保護の実施要領によれば、その指導・指示は口頭により直接当該被保護者に対して行うことを原則としている。しかし口頭では目的が達しないかと判断されたときには、文書による指導・指示を行うことになっている。



なお第24条に規定により、保護の申請に対する決定に関して、当該申請者は申請してから30日以内に福祉事務所長から決定通知がない場合には申請は却下されたものとみなすことができ、その意思があれば決定通知書がなくても都道府県知事に対して審査請求ができる。

審査請求をしようとする基準日は行政不服審査法第14条の規定により、処分のあることを知った翌日から起算して60日以内にかかるべき行政機関に訴えを起さなければならぬとされている。

さて、前節でふれた被保護者の権利と義務に関連していえば、ここではすでに生活保護法の適用を受けている者(すなわち被保護者)の権利と義務が問題とされているが、不服申立ての制度にあっては被保護者のみならずこれらからその適用を受けようとしている者もその対象とされる。これは、憲法第25条で保障される国民の権利を実定的に法執行の側面から保障しようとする制度だからである。なお外国籍の生活困難者の扱いは、1954(昭和29)年厚生省局長により、外国人は保護の適用対象にならないこと、外国人は不服申立てすることはできないことが明確に通知されており、現在もこの通知によって運用されている。

不服申立ての制度は、国民の最低生活の保障をすうえで基本的な仕組みであるために、申請者または被保護者本人あての保護の開始・廃止・却下・変更などの決定通知書には、この決定に関して異議がある場合には決定処分を知った日から60日以内に不服申立てができる旨の一文が必ず添えられているのが通例である。

## X 保護の実施体制および保護の費用

### A 保護の実施機関

生活保護法の実施は、第1条に規定されているように国家責任によるてなされるものである。実際には生活保護を決定し実施する機関は、第19条により都道府県知事、市長および福祉事務所を設置する町村長がこの権限をもつ。これらの長を保護の実施機関と呼ぶ。生活保護実施上の国の責任と実施機関の権限との関係は、地方自治法によって法定受託事務と自治事務とに区分されている。

保護の実施機関の業務は、従来機関委任事務として国が地方自治体に委託して行うものとしてきたが、2000(平成12)年に「地方分権の推進を図る関係法律の整備等に関する法律」(通称、地方分権一括法)により地方自治法等が改正され、国と地方自治体の業務の見直しが大規模にな

#### 法定受託事務

され、行政事務は法定受託事務と自治事務に区分された。法定受託事務とは「国が本来果たすべき役割に係るものであって、国においてその適正な処理を特に確保する必要があるもの」(地方自治法第2条第9項)とされている。これに対して、自治事務は「地方公共団体が処理する事務のうち、法定受託事務以外のもの」(地方自治法第8条第8項)をいう。

#### 自治事務

この法制度見直しの一環で、機関委任事務として一括りにされた生活保護法の事務は、法定受託事務と自治事務とに分割、再構成された。生活保護法の実施事務のなかで法定受託事務とされたのは、主として保護の開始決定、廃止決定、停止決定などの実施にかかわる事務(生活保護法第84条の4の別表)である。それ以外が生活保護上の自治事務となった。つまり、生活保護法の目的のうち最低生活保障にかかわる事務が法定受託事務とされ、自立助長にかかわる部分が自治事務とされたのである。

さて、保護の実施機関がどの要保護者に対して実施責任を負うのかについては、第19条に次のように規定されている。まず保護を実施するにあたっての原則は、要保護者の居住地主義をとっていることである。その要保護者が居住している保護の実施機関が保護の可否の決定を行うのである。実際にはこれによりがない場合があるので、例外規定が定められている。すなわち、現在地保護、急迫保護、施設入所保護の場合である。現在地保護は、居住地がないか、または明らかでない場合であって、所管区域内に現在地を有する者の保護はその現在地の保護の実施機関が行う。急迫保護は他に居住地を有することが明らかであっても、要保護者が急迫した状況にあるときには、現在地を所管する実施機関が行う場合をいう。また施設入所の場合は、生活扶助や医療扶助を行うために他管内の施設や病院を利用する場合の実施機関の定め方である。他管内の施設等を利用する場合は、通常は居住地が移転するが、この場合は入所前の居住地または現在地の実施機関が責任を負うことになる。

このように保護の実施機関を定めるにあたって、要保護者の居住地の認定が重要となってくる。居住地の認定の原則は、その者の居住の本拠地となるためである。これは必ずしも住民登録や選挙権の手続きとは一致しない。その者の生計の営まれる本拠地という考え方をとるためである。

### B 保護の実施体制

#### 1. 福祉事務所の役割

業務を執行するにあたり、第19条第4項によりこの権限を福祉事務所

## 福祉事務所

長に委任することができる。福祉事務所の設置は社会福祉法第14条により、都道府県および市は必置義務があるが町村の場合は任意設置となる。なお、福祉事務所を設置している自治体は2008(平成20)年4月現在、都道府県が228カ所、市が989カ所、町村が20カ所である。保護の区分は、すべて福祉事務所長の権限で行われることになる。

## 2. 社会福祉主事の役割

福祉事務所には、社会福祉法第18条により社会福祉主事が設置されることになっている。社会福祉主事制度の概要は本書第5章で詳述されているが、生活保護法の実施との関係でいえば、生活保護法第21条により補助機関として位置づけられている。有給の公務員である社会福祉主事が事務の執行を行うことになっている。

## 3. 民生委員の役割

現行生活保護法以前の保護の決定実施に関しては、民生委員(方面委員)が保護の実施機関に属してその指揮命令を受けて実務を行う補助機関の位置づけを受けていた。しかし、現行法に改正された保護の実施体制は大きく変わり、社会福祉主事が保護の実施機関の補助機関となり、民生委員は社会福祉主事の事務の執行に協力する協力機関の位置づけとなった。

## 4. 町村長の役割

町村は保護の実施体制を担う福祉事務所を設置していないところが多いが、住民の生活は守る責務がある。そこで現行生活保護法では、福祉事務所設置のない町村長に対して次のような役割を求めている。福祉事務所長と連携をもちながら、要保護者の発見、被保護者の生活上の変動の発見や調査、また急迫した事由によって放置できない状況にあるものに対して応急措置として必要な保護を行う、などである。

## C 生活保護の財源

生活保護は国家責任による国民の最低生活保障の制度である。そのため財源は公的負担となっている。この点について「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」では、生活保護制度は国が国民の最低生活を保障する制度であるので、「いかなる突発的な事情や経済的・社会環境の変化に際しても、財政事情等によって給付水準や保護の認定・運用のばらつきを生じさせることなく、憲法上保障された生存権を保障する機能

表2-6 生活保護費用負担区分

経費	居住地区分	国	都道府県または 指定都市・中核市	市町村または 事業所
保護費 (施設費除く) および委託費 (施設費を含む)	市または福祉事務所を設置している町村内居住者	3/4	—	1/4
	福祉事務所を設置していない町村内居住者	3/4	1/4	—
	指定都市・中核市内居住者	3/4	1/4	—
	居住地の明らかでない者	3/4	1/4	—
保護施設 設備費	都道府県立または指定都市・中核市立 市(指定都市・中核市を除く)町村立 社会福祉法人立または日本赤十字立	1/2	1/2	—
		1/2	1/4	1/4

注) なお、生活保護費予算のうち保護費については、その事業の特性を考慮して、制約法を適用し、制約法を適用しなかった事業については、制約法を適用しなかった事業の予算使用の特例が予算執行の上で認められている。

を果たし、社会的不安等が生じることを防ぐ必要がある」と指摘している。

しかし実際の負担に関して、国と地方自治体はどのような割合で負担すべきか論議のあるところである。現行法制定から1984(昭和59)年まで国と保護の実施機関の負担割合は8:2であったが、1985(昭和60)年から1988(昭和63)年までは7:3、そして1989(平成元)年から現在まで、国の負担割合は4分の3、保護の実施機関が4分の1の割合となっており、保護の実施機関が負担する背景として、相応に地方自治体も負担することによって保護の滞りを防止する意味合いがある。なお福祉事務所を設置していない町村の負担に関しては、都道府県が4分の1を負担することになっている(表2-6)。

## 参考文献

- 1) 小山道次郎、改訂増補 生活保護法の解説と運用(改訂版)、全国社会福祉協議会、1992。
- 2) 生活保護制度研究会監修：保護のてびき 平成20年度版、第一法規、2008。
- 3) 全国社会福祉協議会編：生活保護手帳 平成20年度版、中央法規出版、2008。

## 2 保健・医療・福祉関係者との連携

### 1 保健・医療・福祉の統合をめぐる政策上の展開

精神障害者の地域生活を支援するにあたって、長らく保健・医療・福祉の連携の重要性が指摘されてきた。今世紀に入り政策上の位置づけにおいて、それを加速化する動きが示されている。近年の動きについて順を追って概観する。

2002(平成14)年、社会保障審議会障害者部会「精神障害者分会は「今後の精神保健医療福祉政策について」と題する報告書を提示した。ここでは、「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」を基本的な考え方とし、精神障害者に対する正しい理解の促進をはかることや、利用者が主体的に選択できるような多様なサービスの充実をはかること、精神保健医療福祉施策にとどまらず、ほかの社会保障施策との連携を進め、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと、などが現点として示された<sup>17)</sup>。厚生労働省に「精神保健福祉対策本部」が設置された。

翌年には、精神保健福祉対策本部から「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が出され、厚生労働省として取り組むべき重点施策を、普及啓発、精神医療改革、地域生活の支援、「受け入れ条件を整えば通所可能」な7万2,000人の退院促進とした<sup>18)</sup>。

それに続き、2004(平成16)年に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を押し進めていくために「国民各層の意識の改革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」ことを基本方針と位置づけた<sup>19)</sup>。これまでは医療を中心にケアが提供されていた精神障害者に対し、保健・医療・福祉の多様な機関の連携を前提として、適切な退院支援、居住先の種類、地域で安心した生活を送るための支援体制の整備、日中を過ごす場の提供、働く場の提供、といった地域での日常生活を元型の中心とした支援体制の構築が提案されたのである。

その後、同年には厚生労働省障害保健福祉部が「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」を提示した。これは、地域での生活を支える拠点としての市町村を中心に、年齢や身体・知的・精神などの障害種別、疾病などをとえた一限のな体制を整備し、地域福祉を実現することを求めて自立支援型システムへと転換し、障害者による自己実現と社会参加をはかる、という方向性を示したものである。ここでは同時に、制度の持続可能性の確保が課題としてあげられており、障害保健福祉制度がほかの制度と比

べ、維持・管理するためのしくみが脆弱であるとされ、国民の信頼が得られるような給付の重点化・公平化や制度の効率化・透明化などをはかるための見直しが必要であると指摘されている<sup>20)</sup>。

この改革のグランドデザイン案に基づいて、2005(平成17)年には障害者自立支援法が法制化された。ここでは、市町村において障害者福祉サービスの一元化を進めることが位置づけられた。本法により、精神障害者であってもほかの障害と同様の枠組みで、地域でのさまざまなサービスを受けることができるとする制度の基盤は整えられた。また、さまざまな社会資源を活用できるようにするため、規制緩和を促進し、公平なサービス利用のための手続や基準を透明化・明確化させるとともに、支援の必要度と利用したサービスの量に応じて利用者に対しては一定の負担を求める内容となった。

### 2 多職種連携

保健医療福祉の連携を進めていくうえでは、地域のサポートネットワークづくりが必要不可欠である。保健機関、医療機関などのさまざまな福祉機関では、それぞれの問題状況に応じた支援サービスを提供しているが、単発・単独のサービス提供では複合的なニーズを充足させるには不十分だからである。多様な機関を有機的に結びつけ、一人ひとりのニーズに合わせてサービスを組み合わせていくには、継続的な対人援助を提供できるチームアプローチが求められることになる。

医師や保健・看護師などの医療職、理学療法士(physical therapist:PT)<sup>21)</sup>、作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)<sup>22)</sup>などのリハビリテーション職、生活相談員<sup>23)</sup>や介護支援専門員(ケアマネジャー)<sup>24)</sup>などの福祉職、生活保護ケアスワーカー(CW)<sup>25)</sup>など行政機関の職員、ケアワーカーとしての介護福祉士など、多様な職種からなる人々が、一人の人または一家族に対してケアを提供していくことになる。ここで連携を行う際には、それぞれの専門性の違いと共通点を確認しながら支援計画をつくっていくことが重要である。

専門性が異なるれば従って立つ理論的枠組みが異なるため、アセスメントとそれに応じた援助方針に違いが生じがちである。医療職であれば、医学的診断に基づいて治療を優先したいと考えられるかもしれない。リハビリテーション職であれば、機能回復訓練がより重視されるかもしれない。ソーシャルワーカー<sup>26)</sup>であれば、QOL(生活の質)を重視した支援を考えるであろうし、行政機関の職員であれば、制度の枠組みの中で運用を前提にアセスメントするのである。こうした視点の相違は、しばしば援助方針の対立を招く。グループホームの世話人の視点からは、訪問看護師の服薬指導が過剰な介入であると考えられるかもしれない。一方で、訪問看護師はグループホームで服薬く

21) 生後初期から高齢者までの種別疾患など、福祉サービス利用者の相談援助、入退府の手続き、高度への連絡調整、サービスの計画立案などの業務に携わる者をいう。

22) p.163参照。

ケースワーカー一般に、福祉施設等の相談員、生活保護課や児童福祉課職員、高齢者福祉などの業務に携わる者をいう。

ソーシャルワーカーは社会福祉士に基づき、社会的な支援を必要とする人への援助業務に携わる者を指す。現在は、国家資格である社会福祉士および精神保健福祉士をさすことが多い。

置づけ、そこで総合相談機能をもったケアコーディネーターが、アウトリーチを含む直接的な支援を継続的に提供しつつ、ネットワークの構築やサービスのコーディネーションの要を担うといったシステムづくりが望まれる。

講演

精神障害の理解

- (1) 精神障害について定義づけられている法律にはどのようなものがあるだろうか。その相違点や特徴をまとめてみよう。
- (2) 代表的な精神疾患にはどのような種類があるだろうか。症状の特徴と治療法をまとめよう。
- (3) 精神障害を支援・介護するうえで、特に注意すべき点とは何であろうか。彼らが陥りやすい心理的状況や行動障害をまとめ、再発を防止するため、私たちに何ができるかを話し合ってみよう。
- (4) 精神障害を伴う重複障害にはどのような疾患があるのだろうか。また、特に介護上留意すべき点についてもまとめてみよう。

介護の留意点

- (1) 精神障害者の地域での自立支援を進めるため、支援者はどのような視点・姿勢をもつことが必要だろうか。技術的なことだけでなく、同じ人間としてどのような関係を築くことが重要な点かを皆で話し合ってみよう。
- (2) 現在、精神障害者を地域で支えるため、保健・医療・福祉分野ではどのような連携がはかられているのだろうか。福祉分野を中心として、中央から地域社会への組織構造と、さまざまな専門職の特徴や役割を簡潔にまとめ、その関係性を把握しよう。また問題点改善のため、どのような新たな職種やシステムが求められているのかを調べてみよう。

引用文献

- 1) 厚生労働省：障害者基本法 第1章第2条、2004法80。
- 2) 厚生省：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第1章第5条、1995法123。
- 3) 精神保健福祉研究会監修、精神保健福祉法詳解 改訂第2版、中央法規出版、2002、p.60。
- 4) 厚生労働省：障害者自立支援法 第1章第4条、2005。

らいは確認してほしいと期待しているかもしれない。また、症状の不穏さに関する判断基準も専門性によって異なるため、地域での支援者は「もう地域では支えられないから入院させたい」と考え、医療者側は「地域でなんとかかんばってやれるかぎり、地域で生活を続けてほしい」と願うなど、支援の押しつけ合い、たらいまわしになってしまおうといったことも生じうる。

障害者自立支援法下では、さまざまな専門サービスをコーディネートする（この場合、障害者本人・家族が抱えているニーズを充足できるよう、保健医療福祉サービスを組み合わせて、調整して、必要な支援を利用できるようにすることはもちろんのこと）のが、相談支援事業の自立支援員ということになる。現時点では市町村において自立支援員が設置されていないことも多く、人材確保の点で課題は大きい。市町村において精神障害者本人を取り巻くエコシステムを評価し、活用できる内外の社会資源について調整することのできる専門職である社会福祉士・精神保健福祉士が配置されていることが望ましい。

円滑な連携の鍵となるのは、共通の目標、方針の設定である。理念上は利用者の自己実現ということになるが、それが個別のケースにとっては具体的にどのようなことなのか、確認し共有することが重要である。それを基盤として各サービス機関で役割を分担していくことができる。この役割分担を面のみで行うと、サービス提供者間に十分な信頼関係が築けず、利用者への支援に対して穴とまわることもある。可能なかぎりケア会議\*などで日程を調整し、サービス提供者同士も相互に信頼関係を築くことが重要である。

\*Face to face\* の関係構築は、適切な連携には不可欠である。

3 包括的支援の提供に向けて

介護保険法の2005（平成17）年改正により地域包括支援センターが設立され、社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーなどが、個々の問題に対しサービスを仲介するマネジメントだけでなく、アウトリーチ機能をもった総合相談機能と困難事例への対応、ケアマネジャーへのスーパービジョン\*機能、地域サポートの活性化とネットワーク化支援などの一連のサービス調整・開発・連携機能、さらに権利擁護（アドボカシー）の機能など、特に日常生活圏内を中心とした地域社会を基盤とするコミュニティソーシャルワーク（CSW）の展開が求められるようになった。

このような包括的な相談および支援システムは、症状ゆえに安心できる対人関係の構築に時間がかかり困難を伴いやすい精神障害者への支援において重要である。地域の課題を共有し、現有社会資源を総合的に把握でき、オープンに利用できるしくみの拠点を、市町村や障害者自立支援センターに位

エコシステム  
人を取り巻く自然環境  
と社会環境との相互  
関係を成すシステム  
のこと。個人・個人  
間の関係は個人・個人  
・組織・組織・社会  
・自然といった生態  
系を構成する生態系  
システムの相互作用の  
機能不全から生じる  
ものとみなす。

社会福祉士  
1987（昭和62）年に  
制定された「社会福祉  
士法」に基づき、福祉  
士及び介護福祉士  
法」において位置づけ  
られ、社会福祉士  
法に携わる人の国家  
資格である。本法で  
規定する業務は、本  
法に「専門的知識及び  
技術をもって、身体上  
もしくは精神上の障  
害をもつ者、また  
日常生活上の困難に  
よる生活苦の緩和に  
関する相談に応じ、  
他の助言を行うこと  
を主とする業務」と定  
義している。

ケア会議  
利用者に効果的にサ  
ービスを提供するた  
め、地域ケアを総合  
調整するために臨か  
れる会議である。医  
療、通所施設、訪問  
サービス、家族支援  
サービスの多様なサー  
ビスの調整や、各機  
関・専門職の役割分  
担が調整される。

スーパービジョン  
主にソーシャルワ  
ークにおいて、スーパ  
ーバイザー（熟練の  
指導者の立場の者）が  
スーパーバイジー  
（経験の浅い指導者）  
に対する指導に対し  
受け持つこととして、  
専門家としての  
倫理向上をめざし行  
う教育方法である。

## 2 精神疾患および行動障害の特徴

### 1 障害の不安定性

精神障害は中途障害である。思春期から青年期にかけて健常者として生きてきた人が、ある時点で精神的な失調をきたし、精神疾患にかかり、そして障害となる部分を抱えるに至ったのである。したがって、精神機能全般が障害されているという見方は妥当ではない。障害されている部分もあるが、健

里」の創設者である谷中輝雄は、「生活のしづらさ」は病状からくるだけでなく、長期入院による生活体験の乏しさ、社会の偏見や周囲の無理解などに起因していると考え、それらを克服する訓練を目標にするよりも、生活のしづらさを物、制度、人などで補完・補強して、生活を整え、成り立たせるようにすることが重要であると主張した<sup>10)</sup>。「生活のしづらさ」という考え方は基本的には「生活障害」と同じではあるが、ここでは精神障害を受けた人を地域社会で暮らす「生活者」としてとらえ、ノーマライゼーション思想の意味する「市民とともに暮らす人」として生活条件をどのように整備していくかが鍵となる。

#### 4 精神障害の状態像

精神障害のために、日常生活を営むのに支障のある人々の状態は以下のように想定される。

- ① 長い療養生活のために人と付き合う機会が失われ、また外出することにも緊張が伴うため、家に引きこもりがちになっている。家族以外の人との交流もなく、人との円滑な交流が苦手で、しばしば人と交わることに対して自信を失っている。
  - ② 退院直後などで十分に体力が回復せず、日中もからだがかたくなる意欲もわかず、眠っているような生活が続く。昼夜が逆転しがちで、生活のリズムも乱れている。
  - ③ 作業所などに通うことはできるが、長年の入院生活のために料理や掃除をしたりすることに慣れておらず、整理整頓をする余裕もなく家の中が乱雑になっている。
  - ④ 通院はしているものの、「食べ物に毒が入っているかもしれない」という妄想的な思い込みにとらわれ、決まった店で買った決まった食べ物しか食べられず、食事が極端に偏っている。
  - ⑤ 意欲が極端に落ち、からだを動かすもおっくうになる。加えて周囲の物音や気配に敏感で、入浴が苦手である。入浴は気持ちがよいといふより、誰かに見られているのではないかという疑念のほうが先に立ち、おっくうさも手伝って3週間も風呂に入れない、という人もいる。
  - ⑥ 人前で緊張しやすく、大勢の人がいる前ではリラックスできない。歩けなくなった道は通うことができるが、新しい場所へ行くことに不安が強い。特にバスや電車に乗って遊びに行くことができず、スーパーマーケットも苦手で、外出は病院への通院ぐらいである。
- このような状態は、精神障害がもたらす状態としてしばしば生じるものである。もっとのびのびと生活したいと本人は思っているが、障害がもたらす

康に有っている部分もあり、読み書き・計算の能力や一般的な理解力、状況の把握力、抽象的な思考の能力などは、一定の条件のもとでは十分に機能する。例えば、不安や妄想がひどいため、他人と十分に話ができない人も、気持ち落ち着けば話している内容が理解できる。一見無気力で何もしておらず、問いかけにもなかなか反応が返ってこないような人でも、自分が行きたいと思う喫茶店には行くことができる。

しかし、これは逆に安定している状態ではあるが、精神症状の悪化した状態では難しくなるということでもある。ストレスへの対処がうまくいかず、疲労を蓄積させてしまった状態では、不安や恐怖感がつらくなるなど感情が不安定になり、あるいは注意が散漫になり、物事に集中することができない傾向にある。また、常日頃は普通になってしまっているが、あるいは対人関係などが、急激に難しいものになってしまうことがある。このような「障害者の不安定性」は身体・知的障害などの他の障害とは異なる精神障害の特徴の一つといえる。このために、仕事が長続きできなくなったり、対人関係が安定しなかったりといった「生活のしづらさ」が、精神障害を受けた人の大きな困難の一つなのである。

#### 2 精神疾患と社会生活の困難

精神障害を受けた人は、疾病と障害を併せもっており、社会生活の中でさまざまな困難・不自由・不利益を抱えている。疾病の特質から自我機能が低下し、自己の状況を正確に認識できない場合があり、長期的でかつ不安定という医学的な問題がある。また、発病の時期が成人になる前が多いということもあり、社会生活体験の乏しさ、入院に伴う社会的接触の希薄さなどの社会的問題もある。この医学的な問題と社会的な問題を抱えた障害者としての対象理解が必要で、この2つの問題は、相互に関係して影響しながら精神障害を受けた人の社会生活の障害となるため、社会復帰対策についてもこれらへの理解が重要となる。このような疾病と障害を抱える精神障害者を「生活者」としてとらえ、生活全体の関連性の中で位置づけ、彼らが自らの問題に主体的に取り組んで解決できるような全人的なかかわりを通して支援していく必要がある。

#### 3 「生活のしづらさ」という視点

精神障害を受けた人が生活していくうえでの障害の特性を「生活障害」として表現していたが、現在は「生活のしづらさ」という用語で言い表されるようになった<sup>11)</sup>。それは「生活障害」という場合に、障害を固定的にとらえることになってしまいう反省からである。例えば、埼玉県「やどかりの

応を必要とする事例の多くは、何日も前から悪化のサインが表れていることが多いので、その前兆が表れた時点での適切な対処が可能であれば、再発に至らずに地域での生活を維持することができる。「どのようなことが悪化のサインになるのか」ということを障害を受けた人と共有することができれば、危機のときも適切な支援が可能となる。精神保健医療の専門家の援助を受けて、「サインがみられたらどのような支援をすればよいか、誰に連絡すればよいか」ということを障害を受けた人と話し合う機会がもてると、本人のみならず支援する側もより安心して支援に取り組みむことができる。

「生活のしづかさ」ゆえに行動が助けられ、不本意ながらこのような状態にとどまっているのである。いまの状態から抜け出したいと思っても、次に何が起ころかわからないという不安から一歩も動けなくなることもある。再発しやすい傾向にあることも、変化に対するおそれをもたらす原因の一つである。「ストレス—脆弱性モデル」\*は再発を考える際に参考になるが、「脆弱性」とはその人の精気のなりやすさを表すものである。ストレスに耐えられる力が弱い状態のときに、気疲れのたまる出来事があったり、周囲の支援システムが乏しい人は再発しやすくなるのである。

## 5 介護福祉士はどのようにかわるのがよいのか

地域で日常生活を送るために必要な支援を具体的に考えてみると、食事の準備・後片づけ、部屋の掃除・整理整頓、からだの清潔・身だしなみ、買い物、金銭管理、服薬と通院、近隣との関係づくり、社会的手続き、文化的な活動への参加、緊急時の対応などがあるが、これらの支援の場面においてまず大事なことは当事者との関係づくりである。精神障害を受けた人は新しい対人関係を緊張や不安を覚える人が多く、しばしば新しい環境に対して不安や緊張を感じるため、お互いに親しい関係になるまでは大きな変化は気持ちを抑えざるものになりやすい。したがって、介護職はまず精神障害を受けた人が「この人なら相談できる」と思えるような関係をゆつりとつづいていき、どのような生活をしたのか、何がニーズなのかを明らかにしていく必要がある。

その際に、本人に代わって遂行する支援よりも、本人を見守ったり話しかけるなどの助けにより、精神障害を受けた人が自分でできる経験を積み重ねていくよう心がけることが重要である。例えば生活の援助が入ることで、障害を受けた人の困難が減り、少しゆとりが出て自分の生活を充実させる気持ちになっていくようにすること、またはその人がすでにできていることは積極的に認め、それを応援するというようにすること。人によって生活のさまざまな面でできることには差があるが、精神障害を受けた人よりも上手にできるからということでは介護職が必要以上に代行することは過度の依存を生みかねない。求めに応じて障害を受けた人自身が上手にできるようにアドバイスをするとか、できている部分についてしっかりはめるといったことが援助になるといえる場合も多々ある。

## 6 悪化・再発への対処

精神障害を受けた人が再発しやすい傾向にあることを前述したが、急な症状の悪化と精神的な危機は無視して通ることはできない。しかし危機への対

\*ストレス—脆弱性モデル  
精神障害へのなりやすさも、精神の「脆弱性」と精神の「レジリエンス」のバランスで示すモデルのこと。「脆弱性」には、先天的な素質と学習・経験などによるストレスへの対応力（レジリエンス）は人間関係や仕事上のトラブル、また、戦争、天災、親族の死など非常に強い外的な要因などが含まれる。

ソーシャルワーク研究所編  
「ソーシャルワーク研究」Vol. 34 No. 2  
SUMMER 2008  
2008年7月31日発行 扶朝

## 高齢者虐待とソーシャルワーク

副田 あ け み

## 高齢者虐待とソーシャルワーク

キーワード  
高齢者虐待、要介護支援、虐待防止ネットワーク

## 1. はじめに

本稿に求められているのは、「高齢者虐待とソーシャルワーク」の総論である。高齢者虐待とその取り組みの動向は各論で詳細に取られるだろうから、ここでは、高齢者虐待防止に関わる以下の7点を取上げ、それぞれについてソーシャルワークの実践、家や教育・研究者が、確認・留意・検討すべき点と筆者が考える点を指摘する。

①ソーシャルワークが高齢者虐待防止に取り組み理由、②高齢者虐待の社会問題化過程、③高齢者虐待防止法の理念と虐待定義、④防止の制度とサービス、⑤高齢者虐待の実態、⑥高齢者虐待事例への対応の仕組みと方法、⑦高齢者虐待に関する調査・理論研究。

総論としては、家庭における虐待と施設における虐待の双方を扱うべきであるが、本稿では前者の養護者（家族介護者）による虐待を中心に述べる。

## 2. 取り組み理由

ソーシャルワークが児童虐待防止に取り組みむよりに、高齢者虐待防止に取り組みむことも当然視されてよい。しかし、これまでわが国の社会福祉界、特に教育・研究者の間では高齢者虐待への関心があまりなかったように見える。そこで、なぜソーシャルワークが高齢者虐待防止に取り組みむのか、あらためてそ

や家族との関係づくりを、サービス・資源の活用を図りながら行うことは、ソーシャルワークが伝統的に重視してきた対人援助技術を活かす機会である。

## 3. 社会問題化の過程

## 1) 社会的「発見」の過程

高齢者虐待に関する初めての文獻は、精神科医で保健所長であった金子善彦が1987年に上梓した「老人虐待」である<sup>1)</sup>。しかし当時は、老人虐待という概念は、実践家や研究者の間でもあまり認識されていなかった。保健師の徳永雅子は、1986年にアルコールチームの一員としてスーパーバイジションした虐待事例後に文獻で紹介しながら、当時の保健師たちは「こんな相談は聞いたことがない」と驚き、声もでない状況だった」と述べている。また、1984～1986年に保健所に老人専門相談窓口が開設されたもの、90年代に入ってからでも地域ケアの取り組みが十分ではなく、「ついたたいた」という声を家族から聞いたとき、高齢者虐待として「問題を受け止めきれない」というのが現状であったと記している<sup>2)</sup>。こうしたなかで、元厚生省の老人専門官で社会福祉学の研究者である田中庄司を代表とする民間団体「高齢者虐待防止センター」の存在が、1993年に全国約400ヶ所の在宅介護支援センターの職員を対象とした、わが国で初めての高齢者虐待調査を行った<sup>3)</sup>。田中によれば、1980年代後半にノルウェーの研究者から日本の高齢者虐待の発生率について問い合わせがあったことがこの問題への関心のきっかけであった<sup>4)</sup>。翌年、この調査結果をもとにした高齢者虐待に関するわが国で初めてのシンポジウムも開催されている。

その後、看護学の研究・教育者である高崎福子や、日井ミキカ、津村智恵子が率いる研究会が、それぞれ保健師や福祉職等を対象とした虐待の実態調査を行った<sup>5)</sup>。1990年代前半には、保健師向けの冊子が高齢者虐待に関する特集を組むようにもなった。90年代後半には、高齢者虐待に関する文獻も増加し、施設虐待の調査も行われたが、文獻や調査の多くは、家庭での調査による虐待に関するものが大半であった。1990年からスタートした「高齢者保健福祉推進10か年戦略」によって、在宅介護支援センターやケアサービス提供機関が増え、その職

目たちが家庭での虐待に遭遇するようになったといことが、その背景にある。

実態調査を行った民間団体や研究者グループのいくつかは、虐待防止電話相談事業の実施や、講演会などを通して虐待防止の必要性を訴えた。また、高齢者虐待が社会的対応の必要問題であることを意識してきた。しかし、こうした民間団体は反響がなかった。また、実践家の間にも、やむなく介護している家族、ギリギリの介護力で頑張っている家族を虐待者呼ばわりしたくないという心情が見られた。社会の関心も、児童虐待への関心と比べれば低かった。高齢者虐待は、児童虐待と異なり虐待者と虐待者の関係が単純な善と悪の関係ではない。関心が低いというよりも、高齢者虐待防止の活動を単純に支持し支援することも考えられない。という気分が一般的だったことも考えられる。いずれにしても、先駆的な研究者や民間団体の活動は、一定の範囲の人々を巻き込んだ運動にまでは至らなかった。

## 2) 高齢者虐待防止法の制定

上記した田中、高崎、津村たちは、長年アメリカ高齢者虐待防止センターの所長としていた多々良紀夫らとともにロビー活動を開始し、2001年から高齢者虐待防止の観望を行った自民党の南野知恵子参議院議員や厚生労働省の担当課長らに、高齢者虐待防止法制定の必要性を訴えていった。また、虐待防止法制定のための議員連帯も進められた。虐待防止法を設立し、法制化のための議論喚起やマスメディアへの働きかけを行った。

法制化は、高齢者虐待防止の基本的理念と国や市町村の対応責務を明らかにするとともに、国民の意識啓発と福祉等関係機関の連携を強化するために必要と考えられていた。実態を踏まえていくうえでの困難（例：虐待する家族から高齢者を保護すべきと判断しても家族が難そうとしない、せつなく保護して入所させたのに家族が高齢者を連れ戻してしまふ）に対処するために必要とされていた<sup>6)</sup>。

民主党や自民党が高齢者虐待防止法案の土壌を検討していく動きのなかで、厚生労働省は、2003年に医療経済研究機構を通して全国規模の「家庭内における高齢者虐待に関する調査」を実施した。その調

査会検討の中心メンバーは多々良を初めとする上記の人々である。同時に、厚生労働省は精神都市や金沢市で虐待防止のモデル事業を実施している。そして、2005年11月、与党と民主党の国会議員による検討会を経て、議員立法で「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、防止法と略称)が成立した。

アメリカやイギリス、カナダ、ノルウェー、オーストラリア、ニュージーランドなど、高齢者虐待防止の取り組みが1980年代、90年代に進んだ国々においても、高齢者虐待防止に特化した法律を国レベルで制定した国はない<sup>1)</sup>。わが国は「発見」は画期的と認められてきた。この点では、この法律は、社会福祉士会などの専門職組織や関係機関が参加したソーシャルワークの結果ではなかった。また、世論の積極的な支持のもと達成されたというわけでもない。防止法の制定に、国民の意識啓発や医療保健福祉等関係機関の認識を強化していくには、この問題に対する人々の根深な心情を考慮に入れた種々の工夫が必要である。

#### 4. 防止法の理念と定義

##### 1) 養護者支援

防止法は、第1条「目的」のなかで、養護者の負担の軽減を図ることなどの養護者に対する支援策を促進することで、高齢者の権利利益を保護することとしている。また、第14条「養護者の支援」では、養護者の負担の軽減のため、「相談、指導、助言」と「緊急の必要があると認められる場合の短期間の居室確保」を整備するよう求めている<sup>2)</sup>。

このように養護者支援の理念を強調し、「養護者に対する支援」の文言を防止法に虐待の疑いや非難のまなざしに向け、「犯罪者」扱いをしようとするものではないこと、むしろ、高齢者を介護する家族の心情と負担を理解し、家族の負担軽減策を促進するよう姿勢をもっていらることを国民に伝えようとした点であらう。

介護保険は、家族・親族のケアを社会化(国家義務化)した点によってそれは部分的なものにすぎない。民法上、介護の義務義務をもたない子どもや

その家族が、同居や近居で、あるいは遠距離介護という形で高齢者介護のかなりの部分を担っている現状にあっては、こうしたメッセージが必要と、法案策定過程に関与していた人々が判断したのではないかとと思われる<sup>3)</sup>。

しかし、世の「養護者支援」のメッセージは、虐待は介護や介護の負担から生じるという、虐待の介護負担説のみを伝播しかねない。介護支援専門員在宅介護支援センター・地域包括支援センター職員といった実践者たちは、これまでも高齢者のニーズだけでなく家族の介護負担も勘案したケアプランの作成やその他の福祉サービスの利用促進のことが求められてきた。介護負担説は虐待者の責任を問わず、サービス調整の工夫を求めた説であるから、これらの実践者たちにとって受け入れやすいものであっても、この観点からだけでは、多様な虐待関連要因をアセスメントできず、結果として、適切な支援プランをたてることができず、不適切な介入支援を行ってしまう(例:DVとしての虐待にも関わらず、介護サービスの増加を図るのみ)というおそれがある。

また、「養護者支援」のメッセージは、「家族支援」と同じように、ケアの社会化の不十分さ/家族介護頼みの介護政策を見えにくくさせ、介護のいっそうの社会化をいう要求を強固に置いた。また、養護者・家族による介護をいっそう奨励するものとなりかねない。今日の家族が行う介護は、認知症ケアを初めとして数十年前までは家族内になかった高水準・高負担なものである。しかも、介護者やボランティア手伝いをする者もいないため、高密度介護関係になりがちで、かつ、それが長期化する傾向にある。家族介護は、こうした重い労働となっている<sup>4)</sup>。「養護者支援」のメッセージは、こうした事実を置いとすおそれがある。

実践者は、こうしたミクロとマクロの問題点を留意しつつ、高齢者への支援と「養護者支援」のあり方を検討する必要がある。

##### 2) 虐待の定義と判断基準

防止法では、第2条「定義」の4項で「養護者による高齢者虐待」に該当する行為を、5項で「介護施設施設従事者等による高齢者虐待」に該当する行為をそれぞれ5つ定義している。この5つの虐待種類の定義は4項と5項でいずれも共通しているが、下

記のように、身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトについては、行為の結果起る状態にもとづく定義である。そのため、どのような行為が虐待に該当するのかの判断は個々の実践者や組織にゆだねられることになる。

身体的虐待: 高齢者の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加える。  
心理的虐待: 高齢者に対する著しい暴言または著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動。

ネグレクト: 高齢者を衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、養護者以外の同居人による身体的虐待、心理的虐待、性的虐待と同等の行為の放置等養護者を著しく怠ること。  
そこで、厚生労働省は、「高齢者虐待への対応と養護者支援について」(2006年)において、ガイドラインとしてそれぞれその行為の具体例を示している(以下はその一部)。

身体的虐待: 平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、無理やり食事や口に入れる等。  
心理的虐待: 怒罵、ののしる、悪口を言う、高齢者が置かれていないのを意図的に無視する等。  
ネグレクト: 室内にごみを放置するなど、劣悪な環境のなかという生活させる、水分や食事を十分に与えないため、空腹状態が長時間にわたって続いたり、脱水症状や栄養失調の状態にある等。

こうした行為を、施設従事者やヘルパーなど介護専門職が行ったならば、たとえそれが1回のみでも、また、それがさほど大きなダメージを高齢者にもたらさなかったとしても、これを「許されない行為(-虐待)」としてみなす、という認識は一般の人々の間にも施設職員等の間にもあるだろう。だが、介護する家族が行った場合と違って、高齢者が繰り返し手を挙げた、手を挙げたという事例、あるいは、貧困ゆえに十分な食事や清潔な環境を用意できなかった事例などを虐待とみなすことについては、一般の人々も実践者も躊躇を覚えるのではない。

しかし、そうした行為がどのような文脈のもとで起きたのか、どのような理由で生じているのかわからず、「外傷が生じ、または生じるおそれ」があったり、「著しい心理的外傷」や「衰弱」の状態をもたらす行為は、たとえ家族介護者が行ったとしても虐待

とみなして公的介入を行う、個人(高齢者)の尊厳を保持し権利利益を保護するためには、家族のブライバシーを侵害することも許さない、という「高齢者虐待防止」が「養護者支援」とは別のもう一つの防止法の理念である。

ただし、「外傷が生じ、または生じるおそれ」や、「著しい心理的外傷」「衰弱」の状態について実践者が判断に迷うという点にはある。どの程度の外傷や心理的外傷、衰弱から虐待と判断するのか、虐待の判断基準を虐待の種類ごとに作成することは、実践者の間の認識のブレを小さくするために必要である。ブレが大きいと、虐待発見や介入において迷いや協働が困難になるからだ。だが、あまり細かな基準をおおまかな基準では意味がない。結局、緊急度や重症度の高い、誰でもが明らかに虐待と判断できる事例は別として、虐待かどうか実践者の間で判断基準なるようなグレーゾーン事例については判断基準は、関係する実践者の間で話し合いながら作り上げていくことになるのではない。

いずれにせよ、実践者にとってより重要なことは、判断に迷う事例はなんらかの支援を必要としている事例、そのままにしておけば虐待につながるおそれのある事例、つまりハイリスク事例としてとらえ、予防の観点から支援していくことである。

##### 3) 予防と「社会的監視」

ただし、こうした予防の観点による支援というのは、虐待の状況が生じていないかどうか、状況が悪化していないか、などと関係者がモニターしていくことである。それを露骨に行うことがなくとも、そこには「社会的監視」のまなざしがある。高齢者や家族のなかには、これを敏感に感じ取って、不快になったり卑屈になったりする人々も出てくる。

防止法では、早期発見の努力義務(第5条)や、通報義務と通報の努力義務(第7条)を実践者や国民一般に課している。虐待の予防や早期介入による悪化防止は、「よい」ことであり望ましい。だが、それは同時に「リスク社会」における「社会的監視」の強化につながる。また、それは種々の「リスク」回避を自己責任で行うことがむずかしい社会的弱者により強く働くことを、実践者は忘れるべきではない<sup>5)</sup>。

## 5. 防止の制度とサービス

### 1) 防止制度

防止法にもとづけば、防止対策についての国と地方公共団体の責務は、関係機関と民間団体との連携強化、関係機関職員研修等、高齢者虐待の事例分析等による調査研究の実施にとどまる。市町村の責務は、高齢者虐待の防止と養護者に対する支援の事業を実施することである。具体的には、相談・指導・支援のための居室的確保、立入調査、養護者の支援（相談助言や居室確保）、地域包括支援センター等関係機関との連携体制の整備、通報窓口の周知など、市町村はこれらの事業を統合的に実施して防止制度を整備する責務を負う。

2006年度の介護保険法の改正により、地域包括支援センター（以下、地域包括センター）が創設され、その主要事業の一つとして「虐待防止を含む権利擁護事業」が定められた。地域包括センターとしてサービスの実施とシステム整備を図り、行政直営の場合は、地域包括防止システムの中核機関としてサービスの実施とシステム整備を図り、民間法人への委託の場合は、地域包括に相談・指導・助言や事実確認のための措置、通報窓口の周知などを委託し、これを市町村が指導・連携する形で防止システムを整備を図っているのが多くの市町村の実態と思われる。

わが国は、介護負担や介護ストレスと虐待との結び付きを重視することで、アメリカのAPS（成人保護サービス）のような虐待の実事確認調査に力点を置いた権利擁護の専門機関を設置するのではなく、予防と早期発見、養護者支援に力点を置くことのできる地域包括を活用することとした。日ごろの介護予防マネジメントやケアマネジャー支援活動、総合相談、地域包括とのネットワークづくり、啓発活動などの多様な業務を通じて、地域包括はこうした期待に応える必要がある<sup>10)</sup>。だが、多様な業務に忙殺される必要もある。地域によっては、今後増加するおそれのある虐待通報やその対応に十分取り組めるのかという疑問も残る<sup>11)</sup>。

また、虐待防止の専門的訓練を受けていない職員で十分に対応できるのか、という懸念もある。高齢

者虐待を生じさせる要因、継続させる要因は介護負担や介護ストレスだけでなく、それゆえ、高齢者虐待対応と養護者支援にあたっては、十分に計画された研修を受けることが求められる。そして、虐待状況についての的確なアセスメントや適切な介入・モニタリング方法、コミュニケーション方法等を、多様な知識をもとに検討すること。また、医師や精神科医、精神保健福祉士、保健センター保健師、介護士、地域福祉権利擁護事業職員、権利擁護センター、警察などの関係専門機関と連携・協働することが必要である。

### 2) 虐待防止のためのサービス

高齢者虐待防止を目的として制度化されたサービスは、国レベルでは特になく、介護保険サービスを初めとする種々の制度・サービスを活用することに、市町村は、高齢者を一時的に保護するため、老人短期入所施設の利用や、養護老人ホーム・特別養護老人ホーム等における措置入所のための居室確保に努めることが求められている。虐待による緊急保護利用ベットの確保している市町村や、独自にシェルターを確保している市町村もあるが、これらはかなりまれな例だろう。また、独自のサービスとして24時間虐待防止電話相談、養護者のためのカウンセリングサービス等を実施している市町村もあるが、こちらも人口数の大きなごく一部の市町村の実態である。

養護者支援のサービスとして防止法が規定しているのは、「相談、指導および助言」と「負担軽減のための緊急の短期入所措置」のみである。だが、虐待する養護者のなかには、リストラや失業、ひきこもり、借金などのため経済的に親に依存している人々や、精神疾患・人格障害がうかがわれるもの、そのほか、自覚をしない人々が少なくない。かれらはしばしば、虐待をしていくという自覚をもっていない。既述してもその改善の意思や意欲をもっていない。既存の各機関の明確な支援対象として考えられてこなかったこうした養護者の「相談、指導および助言」こそ、彼らの自立支援の前提となる教育や治療につなげる支援をこそが「誰が中心となって担うのか」<sup>12)</sup>。

既存の機関間で相互に押し付けあうのでなければ、キーワーカーとなる地域包括職員・行政職員を

交えるチームやプロローチャや専門家によるコンサルテーションの整備を図るのか、それとも行政が雇用するメンタル支援員や自立支援員を活用するのか、そうしたサービスを社会福祉士会などの新たな機関に外部委託するのか、あるいはまた、労働政策に新たな「若者の自立支援」章を明けていく、実践現場からも体験を踏まえた意見や要望を出していくことが必要だ。

## 6. 高齢者虐待の実態

### 1) 「未婚子」「息子」による虐待

『平成18年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果』(厚生労働省 2007年)によると、養護者による高齢者虐待の相談・通報件数は全国で1万8,390件、訪問調査等による事実確認が行われ、「虐待を受けた、または受けたいと思われた」と判断された事例は1万2,569件(全相談・通報件数の68.3%)であった。虐待の種類としては、「身体的虐待」がもっとも多く(63.7%)、ついで「心理的虐待」(35.9%)、「介護等放棄」(29.5%)、「経済的虐待」(27.1%)と続く(以上、複数回答)。被虐待者のうち「虐待が確認された事例の4分の1は介護保険「未申請」(23.8%)と続く(以上、複数回答)。被虐待者のうち約75%が認知症高齢者である(虐待が確認された事例全体の割合は約52%となる)。

世帯構成は「未婚の子と同一世帯」がもっとも多い(31.3%)。平成18年度国民生活基礎調査によると、65歳以上の者のいる世帯で「未婚の子との同居世帯」の割合は全体の16.1%ほどであるから、この世帯類型における虐待の発生率は相対的に高いことがうかがえる。

虐待者の職業は、「息子」がもっとも多い(38.5%)。平成16年度国民生活基礎調査によれば、要介護者の主な介護者が同居家族・親族というのは全体の66%ほどで、そのうち男性は25%、さらにそのうちの6割程度は夫にあたる年代の男性程度であるかと思われる。要介護4や5の高齢者を介護している夫や息子は線や娘より強い介護負担をもっているという調査結果や<sup>13)</sup>、息子は相談者や協力者がいない傾向が強いという調査結果も出ており<sup>14)</sup>、介護する

息子による虐待は相対的に発生しやすいように見える。ただし、虐待する息子がすべて介護者というわけではない。

この結果は、従来の養、息子の配偶者(嫁)、娘に多い介護負担や介護ストレスによる虐待という、防止法が前提としている虐待の介護負担割合が一部の虐待にしか当てはまらないこと、負担軽減という養護者支援策だけでは虐待状況の悪化予防や緩和に資しないこと、そして、養護者の自立支援のためのさらなるサービスが必要であることを示している。

### 2) 経年比較データ

全国の相談・通報件数の約1割を占める東京都の傾向は、上記の傾向とさほど変わらない。しかし、都内の下町にある自治体の結果を東京都全体と比較してみると、身体的虐待と経済的虐待が、また、虐待者の職業別では息子の割合がかなり高いという傾向を顕著に示している。

今後、各市町村は、都道府県レベルの結果との比較や経年比較を行い、その特徴を把握し予防や対応策の検討に役立てることが望まれる。そのためには、地域包括がどのような相談・通報を市町村に報告するのか(「虐待では?」という通報のみの報告か、総合相談やケアマネジャー支援活動のなかで把握した虐待事例も報告するか、など)、基準を明確にし、関係者

## 7. 対応の仕組み

### 1) 仕組みと3種のネットワーク

虐待事例に対応していくためには、(1)発生予防・早期発見の啓発活動、相談窓口の周知、(2)相談・通報の受け付け、(3)事実確認、緊急対応チェック、(4)アセスメントと状況判断(必要に応じて立ち入り調査)、(5)ケースカンファレンスによる情報共有、援助方針の決定、機関間の役割分担の決定、(6)高齢者へのサービス提供、養護者(家族等)への支援、(7)援助後のモニタリング、という一連の対応の流れに対応の仕組み(システム)として整備することが求められる。

(1)は、地域資源の参加による「早期発見・見守りネットワーク」の構築によって、(2)~(7)は「保健医療福祉サービス分入ネットワーク」の構築に

よって、(4)、(5)は警察、病院、権利擁護機関、弁護士等から成るc「関係専門機関介入ネットワーク」の構築によって、より積極的に実施していくことができると考えられている。例年労働者「山形村」派遣府における高齢者虐待への対応について(第一報)平成18年3月)。しかし、先述した2007(平成19)年度の厚生労働省の調査結果によると、市町村の取り組み率は、aが38.6%、b23.6%、c19.6%と、いずれもかなり低い。2008年度も取り組み予定なし、と回答した市町村もbとcは半数近くある。

bの取り組み率や取り組み予定率が低いのは、在宅介護支援センターのときから実施していた地域ケア会議や事例検討会などを活用したり、介護支援専門員が行うサービス担当者会議を活用したりしているからとも考えられる。しかし、市町村が高齢者虐待防止に積極的に取り組むという姿勢を、地域包括ケアを含む関係機関に示すためにもbとして設定することが求められる。cの取り組み率や取り組み予定率が低いのは、市町村がその必要性を認識していない、あるいは、cのイメージを具体的に認識していない、ない、といったことがその理由かもしれない。しかし、地域包括や行政の担当課が劣劣するのは、bにb1とb2を併せている保健医療福祉の関係機関だけでアセスメントや支援プランの作成などが出発点事例、たとえは、先述した養護者の自立まで事例で入れた支援を検討しなければならぬような事例である。こうした場合、関係専門機関の連携・協力・協働、つまり、cが不可欠である。

## 2) ネットワーク構築

その構築方法は各市町村が実情に応じて検討すればよいが、関係専門機関といえども高齢者虐待についてはまだ十分に理解していないのが現状である。通常、bは臨時行われる個別ケース検討会議として、ネットワークであることが多いので、たとえこのbのメンバーに関係専門機関の実務者や専門職を加えて、定例の実務者会議(2,3ヵ月に1度)を開催し、高齢者虐待についての理解を相互に深めることで、cを構築することが可能ではないか、防止法制定以前から先駆的に防止事業に携わってきた市町村の防止ネットワークを参考にすることもよいだろう。

見守り虐待については、厚生労働省雇用均等・児童

家庭局総務課虐待防止対策室が「保護児童対策地域協議会(子どもを守る地域ネットワーク)スタートアップマニュアル」を出すなどして、防止ネットワークの構築や積極的運営の促進に努めている。このネットワークの2006年度の実績率は69.0%、2007年度取り組み予定率は85.1%である<sup>30)</sup>。高齢者虐待においてもこうしたスタートアップマニュアルがあるという点、見守り虐待のものも参考になる。

## 8. 調査研究と理論

わが国の高齢者虐待に関する文献は、今のところ、実態調査結果の報告、虐待事例対応の紹介、啓発や取り組み課題の提示、防止ネットワーク等取り組み体制の紹介、虐待定義に関する論議、諸外国の制度や取り組みの紹介などが多く、虐待のリスク要因や虐待による被害者・虐待者への影響、防止・支援プログラムや支援方法の評価等に関する調査研究、理論研究はまだ限られている。

### 1) 虐待のリスク要因、原因論

予防対策の根拠や対応方法の正当性を確認するためには、虐待のリスク要因や原因にかんする研究は欠かせない<sup>31)</sup>。このテーマについての調査研究のタイプ(データの統計的分析をもとにした「客観的事実」の理解)、B解釈的研究(事例等の質的分析をもとにした行為の「主観的な意味」の理解)、Cシステム論的研究(家族システム論による事例分析や、虐待問題のエコシステム論的理解)、Dクリティカル研究(虐待問題のフェミニズムによる理解、社会構造の視点や正義の観点からの理解等)の4つに分けてみると、Aタイプの研究は徐々に蓄積されつつあるが、Bタイプは少なく、現りのタイプもおおむかというわけではない。ただし、これはわが国だけの傾向ではない。

A実証的研究の例としては、2003年の全国調査結果をもとに、「生命にかかわる虐待」に有意に関連した要因として、虐待者側の「知的障害」「精神障害」「キャンピング依存」「サービス利用への抵抗感」を抽出した高齢者の研究がある<sup>32)</sup>。高崎らは、同じ調査結果をもとに、「ネグレクト事例」と「それ以外の事例」とを比較し、前者に有意に高い要因は、「高齢者の健康介助の困難さ」「高齢者本人の性格や人格」「居

待をしている人の知識不足や情報不足」「高齢者本人と虐待をしている人のこれまでの人間関係」「配偶者・家族・親戚の無関心・無理解・非協力的」「経済的困難」などであった<sup>33)</sup>。加藤悦子らは、介護保険サービスを利用していない高齢者を対象として無作為抽出の大規模調査を実施し、低所得と貧困が虐待(身体・心理・経済)のすべてのタイプと有意な関係にあることを明らかにしている<sup>34)</sup>。

B解釈的研究の例としては、放置されている介護者は、自分や家族にとってそれを合理的行為として意味づけ、それを要しようとはしないこと、しかし、専門職との相互作用過程を通じてその意味づけを要化させる可能性があることを明らかにした山口光浩の研究がある<sup>35)</sup>。認知症高齢者が時折正常な人間関係を出現させる過程で、「問題行動」に直面した介護者がそれを「病気のせい」とうまく免罪できずエスカレートした行動をとってしまう、という「他者理解の視点」から暴力の可能性を指摘した井口高志の研究も虐待研究ではないがあげておこう<sup>36)</sup>。Cシステムの研究は事例報告で見られる程度である。Dクリティカル研究としては、わが国の家族をあてにする介護政策と社会構造の変化が高齢者虐待発生

の根本原因と論じた萩原清子<sup>37)</sup>をあげておく<sup>38)</sup>。諸外国でも、虐待とながらリスク要因を同じくしたKosbergの研究など、A実証的研究が多い<sup>39)</sup>。B解釈的研究には、グラウンデッドセオリー・アプローチを用いて介護関係に関する介護者の認知(介護者が高齢者に対してもっている印象、介護者に対する考え、介護状況の評価等)が、介護関係の質(よい関係、虐待的関係)にインパクトを与えていることを示したPhillipsの研究などがある<sup>40)</sup>。Cシステム論的研究としては、虐待を機能不全家族の産物としてとらえるGodkinの研究<sup>41)</sup>、Dクリティカル研究としては、女性老人への虐待を女性差別と家長制の産物としてとらえるWhitakerの研究をあげることができよう<sup>42)</sup>。

こうした調査結果をもとに、虐待の原因が論じられていく。Tatamによれば、その主なものは、A)介護システム論、B)暴力連鎖論、C)虐待者の個人的問題論、D)高齢者の障害論である<sup>43)</sup>。SteinmetzとPillemerは、A)介護システム論とB)虐待者の個人的問題論を、特に身体的虐待に焦点を当てて論

じて合っている。Steinmetzは高齢者の介護ニーズ(物理的な介護利用)の程度に関わらず、介護者の主観的な負担感やストレスレベルが虐待と強い関係にあること、そのような感情をもたらず社会的背景に、寿命の伸び、視覚聴覚障がい、社会保険や福祉の不足、家族のケア責任の増大等を指摘している<sup>44)</sup>。Pillemerは、介護システムより虐待者の依存性をより重要な原因とみなし、介護者である成人子へのセラピーや就労カウンセリング、経済的支援などの支援サービスを充実させる必要性を主張している<sup>45)</sup>。

Brandlらは、A)介護システム論が強調されすぎると、認知症高齢者の攻撃的行動や暴力が引き起こす虐待や、DVなど力による支配としての虐待などが見落され、B)暴力世代伝説論や学習理論が支持する調査研究は少ない、C)虐待者の個人的要因論を支持する研究は多いが、社会交換理論(ケアという報酬に対する高齢者からの報酬がないとして罰を与え、依存している虐待者は交換資源をもたないとして罰でコントロールしようとする)も有力理由から生じているので、多様な理論を活用して理解する必要がある、と云っている<sup>46)</sup>。

WHOの高齢者虐待にかんするレポートでは、近年は多くの研究者が児童虐待と同じようにエコロジカルモデルを採用していることと述べている。つまり、個人レベル(虐待者や被害者の特性等)、関係レベル(介護者の他精神疾患、経済的依存性等)、関係レベル(介護者の他精神疾患、経済的依存性等)、関係レベル(介護者の他精神疾患、経済的依存性等)、関係レベル(介護者の他精神疾患、経済的依存性等)のさまざまな要因が虐待発生に関与しているとするのである<sup>47)</sup>。

さまざまなタイプの虐待・ネグレクトの発生を総合的に説明する理論を求めようとして、ジェネラル(総合的)な観点をもつエコロジカルモデルや、システム論を採用することになる。しかし、政策や実践に役立てるために、主な虐待のタイプごとにリスク要因や発生関連要因を掘り下げて探求することをもっと進められてよい。また、虐待がなぜ起こらないのか、なぜ高齢者が虐待者と離れないのか、離れたいのか、防止や支援を阻止しない要因を「共依存」だけでなく、個人・関係・コミュニティ・社会のそれぞれレベルで説明することが求められる。

## 2) 虐待による影響

児童とは違っているので「将来」まで懸念する必要はない、というわけではないだろうが、わが国でもアメリカなどでも、虐待が高齢者に及ぼす影響についての研究は、リスク要因研究に比べれば乏しい。

先に紹介した加齢感についての研究は、被虐待者の心理的健康状態についても調べている。結果は、「虐待あり群」は「なし群」に比べ、主観的健康感や主観的幸福感が有意に低く、うつ病の有無に有意に高かった。うつ病の発生割合は「身体的虐待あり群」は「なし群」の約3倍、「心理的虐待あり群」では「なし群」の約6倍であった。加齢は、横断的分析であるため因果関係は問えないが、虐待が高齢者の精神状態に深刻な影響を与えているおそれがあると思われる<sup>31)</sup>。

Fisher は病院の高齢女性患者を対象とした調査を行い、心理的虐待を初めとする虐待を受けていたグループは、虐待を受けていないグループに比べ、関節炎やうつ病、消化器系疾患、高血圧、心疾患など健康上の問題を抱えている割合が有意に高かったとしている<sup>32)</sup>。

虐待で影響を受けるのは、受ける本人だけではない。虐待を受ける本人やそれを側で見ている家族、特に孫世代にどのようなインパクトをもたらしているのか調べていくうえで必要であろう。

## 3) 防止・支援プログラムの評価

社会的プログラムの評価については、プログラムの①ニーズアセスメント(社会政策や社会福祉研究)、②理論アセスメント(プログラムデザインの評価)、③過程アセスメント(運営・実施、サービス提供の質の評価)、④インパクトアセスメント/アウトカム評価、⑤効果アセスメント(費用対効果)がある。中心は③、④である。①、②はそれらの前提としてある<sup>33)</sup>。しかし、高齢者虐待防止・支援に特化したプログラム(事業・サービス)と言えるものが今のところほとんどない。高齢者虐待防止・支援プログラムの評価研究は見当たらない。ただし、啓発事業やネットワーク構築、専門チームによるコンサルテーションなどをプログラムとしてとらえて①、②、③の評価をすることはできないのではないだろう。

支援方法については、ケアマネジメントやチーム

アプローチ協働が有効であることを示す研究がわずかだがある。たとえば、加齢者(虐待ハイリスク者)の介護保険給付が疑われた高齢者(虐待ハイリスク者)の介護保険給付を停止し、虐待が疑われる高齢者のケアにはケアマネジャーの配置と「介護力の補充」が、虐待のタイプには「要介護者や介護者が確保することが必要」として示している<sup>34)</sup>。

サービス利用に抵抗が強いとみなされがちな虐待の被害者が、どのような場合にサービスを利用するかを調査したBakerも、サービス利用にはワンストップ機関の高度な調整を受けたケアスマネジャーの影響が大きいことを示唆している<sup>35)</sup>。また、Wigsworth は多職種から成る虐待の専門アセスメントチームが、また、Mosqueda, L.らは社会サービスと医療サービスを統合したチームモデルの協力が、APSなどのアセスメントとケアスマネジメントに効果をもたらしていることを明らかにしている<sup>36)</sup>。

ケアマネジメントはサービス調整には有効な支援方法である。だが、ケアマネジメントだけでは状況改善が望めない場合もまた多い。そうした場合の支援方法として、虐待者にとっての暴力行為の意味を、対話を通して虐待者にとっても探索する社会構成主義のアプローチや<sup>37)</sup>、解決志向アプローチにもついて「すべての人にとっての安全」を構築していく安全アプローチなど、新しい支援方法の検討と採用、そしてその評価研究の試みが見られる<sup>38)</sup>。

## 9. 今後の課題

与えられた範囲を超えているので、今後の課題として考えられるものを最後にくくつらう。①高齢者の自身非常・夫婦非常・未婚非常・未婚非常・未婚非常との同居世帯の増加、セルフネグレクト、孤死、高齢期のDV、介護殺人、未結子による虐待等さらには増加させるおそれがある。地域包括ケアモデルに増加させるために適切に引き出し届出を学習し、実践家は幅広い基礎的な知識や支援方法を学習し、関係専門機関の力を適切に引き出し届出を学習し、力がいそぎ求められる。②経済格差や貧困層の拡大は、ネグレクトや経済的虐待を増加させるおそれがある。経済的虐待は自立した高齢者も被害にあいやすく、かつ、外部からは見えにくい。予防・啓発

に力を入れる必要がある。

③世帯規模が小さくなることにより被害性が高まり、立入調査をせざるを得ない状況も増えるおそれがある。警察の協力を得る場合、あくまで市町村や地域包括の実践者が中心となって入念な検討や打ち合わせを行い、プランに即して協力してもらう必要がある<sup>39)</sup>。

④認知症の高齢者も確実に増える。認知症の場合、実践者は安全を考えた即保護・分離、というパターンリアスな安全な発想に陥りやすい。介護者のニーズや望を尊重するとともに、認知症の高齢者、特に重度・中度の認知症の人々の意思も十分に尊重されねばならない。⑤高齢者や家族に接触する機会が高い開業医や病院医師に、高齢者虐待について理解と早期発見を積極的に行い、高齢者虐待に必要がある。諸外国には単軌防止法がけいていもの、既存の制度やサービスを活用するなどのさまざまな取り組みが見られる。それらを参考にしながら、多くの課題にひとつずつ取り組んでいくことが必要だ。

## 【注】

- 1) 金子秀彦(1987)「老人虐待」早稲田大学
- 2) 藤巻雅子・文谷裕子(1992)「老人虐待への危機介入の一例」『アルコール依存とサウイクション』9
- 3) 高齢者虐待という用語の当時の人々の風俗意識を考慮して、誤体タイドにはこの文句が不適切でない。高齢者虐待研究会(1994)「高齢者の福祉施設における人間関係の調査に基づく総合的研究」
- 4) 田中法司(1995)「老人虐待の調査からみえてきたもの」『保健福祉』Vol.51, No.7, p.517
- 5) 高橋利子他(1995)「老人の虐待と支援に関する調査報告」『保健福祉』Vol.51, No.12, p.517
- 6) 高橋利子他(1997)「調査報告」『全国における在宅高齢者虐待の実態』
- 7) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 8) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 9) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 10) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 11) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 12) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 13) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 14) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 15) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 16) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 17) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 18) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 19) 高橋利子他(1997)「在宅高齢者虐待の実態」(2005)『高齢者虐待に関する調査報告』
- 20) コービーは、見守り防止に依る実践者にとって、見守り防止は、(1)理解なしには説明できないような

つかの積極的な公訴を行うことを明記している(第11条)。これと比べると、防止法の「苦情の受理」は、かなり「限定的」という印象を与える。

10) 法制化を働きかけた高橋利子は、介護者を支援するとも思ふ限りの女性特有の強い責任感から「おもてなし」の心で、また、それによって、高齢者虐待(2005)「高齢者虐待の現状と課題」『法制』Vol.87, No.12

11) この点もまた高橋利子は井川氏の動機をもとに記述し、井川氏(2007)「認知症高齢者虐待を生かす」東信堂, p.77

12) 高橋利子は、虐待予防のための社会的包摂の強化は、ケア商品として購入することによってない(井川氏や高橋利子)家庭を記述するようにより深くつなぐ必要があると指摘している。高橋(2008)「自らめまき——働きかけと暴力と犯罪化と」『現代思想』Vol.35-11, pp.166-8

13) APSはアセスメントとしてリア「するだけ」のころもあれば、カウンセリングや危機介入サービス、シェルターなどのサービスを提供するところもある。州によって提供するサービスも異なる。職員の質や教育訓練の違いなどもさまざまな。Nerenberg, L.(2006) Overview and policy, Communities: Response to Elder Abuse, in Melior, M., Brownwell, M., eds, *Elder Abuse and Maltreatment: Policy, Practice and Research*, The Haworth Press, p.11

14) イギリスでは、近年、成人保護者がソーシャルワークの重要な役割になり、ソーシャルワークの一応の時間が虐待の事象調査と虐待者への支援に費やされるようになってきた。より幅広い活動が期待されている。Holloway, M., Lombry, M. (2007) Editorial-Caring for People: Social Work with Adults in the Next Decade and Beyond, *British Journal of Social Work*, 37

15) 東京社会福祉士協会が行った、都内の地域包括的社会福祉士を対象とした調査(2008年2月実施)によれば、1年間の高橋利子の41%強は「介護予防策」で、「社会福祉士」は32%であった。「社会福祉士」の「福祉」の「虐待・成年後見」の「虐待」については、「少し」で「多」が45%、「あまり」で「多」が28%であった。東京社会福祉士協会ニュースNo.147, pp.12-13.

16) 高橋利子は、これを「自立支援型虐待」と呼んで、従来の高齢者虐待にみられる「保護型虐待」(依存支援型)ではない。援助のあり方が求められていると指摘している。高橋利子(2004)「高齢者虐待の防止と支援に関する調査報告」『高齢者虐待に関する調査報告』第102号, pp.147-168

17) 田中法司他(2005)「在宅高齢者虐待の実態」『法制』Vol.2, No.11, pp.51-52

18) 厚生労働省(2007)「高齢者虐待に関する調査報告」『高齢者虐待に関する調査報告』

19) <http://www.mhlw.go.jp/hunyo/kodomo/dv14/index.html>

- 出来事について、事象を判断できるという感覚を与える。③中傷の対応の方向感を与える。④この分野の政策決定者に情報を与える、といった機能を果たす、と述べている。コービー、B. 著・飯塚重夫訳 (2002) 『子ども虐待の歴史と理論』明石書店、p.201
- 21) このタイプ分けはDowらの分類を参考にした。  
Dow, B. & McDonald, J. (2003) Social support or structural change? Social work theory and research on care-giving. *Australian Social Work*, Vol. 56 No. 3
- 22) 高崎絹子他 (2005) 「七高齢者に対する虐待事例の分析」『高齢者虐待防止研究』Vol. 1 No. 1
- 23) 高崎絹子他 (2008) 「在宅高齢者に対する「介護、世帯の放棄・放任」の実態とその特性」『高齢者虐待防止研究』Vol. 4, No. 1
- 24) 加藤悦子他 (2006) 「介護保険サービスを利用していない高齢者における虐待の実態」『高齢者虐待防止研究』Vol. 2, No. 1, p. 78, 81
- 25) 山口光浩 (2005) 「高齢者放任に対する介護者の意味づけ」『高齢者虐待防止研究』Vol. 1, No. 1
- 26) 井口高志 (2007) 碩私書
- 27) 森原靖子 (2005) 『社会問題としての高齢者虐待』『關東学院大学人文科学研究所』第 28 号
- 28) Koesberg, J. (1988) Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors. Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28 (1), Fulmer, T. et. al. (2005) Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist*, Vol. 45 No. 4, など
- 29) Phillips, I. & Rempusbeski, V. (1986) Caring for the frail elderly at home: toward a theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caregiving. *ADVANCES IN NURSING SCIENCE*, JULY, 1986
- 30) Godkin, M. (1988) A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (3)
- 31) Whittaker, T. (1995) Violence, Gender and Elder Abuse: toward a feminist analysis and practice. *Journal of Gender Studies*, Vol. 1 No. 1
- 32) Tataru, T. (1995) Elder Abuse. *The 19th Encyclopedia of Social Work*, NASW, p. 837
- 33) Steinmentz, S. (2005) Elder Abuse is Caused by the Perception of Stress Associated with Providing Care. in Losele, D. et al eds., *Current Controversies on Family Violence*. Sage Publications.
- 34) Pillemer, K. (2005) Elder Abuse is Caused by the Deviance and Dependence of Abusive caregivers. in Losele, D. et al. eds. op. cit.
- 35) Brandl, B. et al eds. (2007) *Elder Abuse Detection and Intervention*. Springer-Verlag, pp. 38 - 43
- 36) WHO (2003) *The 7th Asian/Oceania Regional Congress of Gerontology Incited Symposia on Elder Abuse*
- 37) 加藤悦子他、前掲書、p. 78, 81
- 38) Fisher, B. et al (2006) The Extent and Frequency of Abuse in the Lives of Older Women and Their Relationship With Health Outcomes. *The Gerontologist*, Vol. 46 No. 2
- 39) Rossi, P. 大島誠徳監訳 (2005) 「プログラム評価の理論と方法：シスターマチックを対人サービス・政策評価の実践ガイド」日本評論社
- 40) 加藤悦子他 (2004) 「虐待が疑われた高齢者の状況改善に関連する要因——介護保険制度導入前後の変化——」『老年社会科学』25 - 4
- 41) Baker, N., Hilmachak, M. (2005) Environmental Issues Affecting Elder Abuse Victims in their Reception of Community Based Services. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 48
- 42) Wiglesworth, A. et al (2006) Findings From an Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist*, Vol. 46, No. 2, Mosqueda, L. et al (2004) Advancing the Field of Elder Mistrreatment: A new Model for Integration of Social and Medical Services. *The Gerontologist*, Vol. 41 No. 5
- 43) 岡田あけみ (2007) 「ソーシャルワーク実践のゆくえ——ジェネラリスト・アプローチの視点から——」『社会福祉研究』第 100 号
- 44) Milner, J. & Myers, S. (2007) *Working with violence: policies and practice in risk assessment and management*. Palgrave Macmillan, pp. 130 - 147
- 45) 2008 年の 1 月に、西東京市で立人調査時に保護者を逮捕する事件が起きた(不起訴)。関係者の話によると、これは、市と警察との事前の協議がうまくなされていなかったために起きたという側面が強い。

# 【第一回】基礎① 自立支援の考え方と意義

首都大学東京教授 岡部 卓



## 自立支援プログラムの導入の課題

生活困窮状態にある被保護者（以下「利用者」）の生活問題は、所得・収入あるいは資産の不足などからの経済的問題が基底となり発生します。それは、雇用の不安定・低賃金・失業といった労働にかかわる問題から、経済的基盤の不安定からくる消費の萎縮、家族関係の破壊、住環境の悪化等

といった生活の諸側面にまで多岐にわたって現れるのが特徴です。

今日では多様な生活課題を抱える利用者が増えています。

具体的には、アルコール、薬物等の依存症、多重債務、DV、児童虐待、元ホームレス、地域のなかで孤立しネットワークをもたない高齢者・障害者、精神疾患等による社会的入院、貧困の世代間継承再生産などがあります。

さらに、利用者のなかには保護受給が長期化している者も増えており、経済給付は行っているが、自立が十分図られない実態もみられるようになってきました。

実践機関である福祉事務所ではこれら利用者の生活課題や保護の長期化の対応に苦しんで苦慮している現状があります。ソーシャルワーカーの個人的努力や経費に負

取り組みがなされていますが、かかわるソーシャルワーカー個々の職員の対応にバラツキがあるなど、利用者にとって必ずしも十分な対人援助となっていない実態があります。

こうしたなか、平成十六年十二月に、社会福祉審議会福祉部会に設置された「生活保護制度の在り方に関する検討委員会」の報告が出されました。

回報書書では、利用者と直接かかわっている地方自治体が、被保護世帯の現状や地域の社会資源を踏まえ、自主性・独立性を生かして「自立支援プログラム」を策定し、それに基づいた支援を実施すべきである、と提言しました。この提言を踏まえ、平成十七年度からは国・自治体・福祉事務所が連携し、各自治体ごとに、自立支援プログラムに取り組みすることとなりました。

## 自立とは何が(自立と自律)

自立支援プログラムは、実践機関である福祉事務所が管内の被保護者全体の状況を把握したうえで、被保護者の状況や自立支援を阻害する要因(自立にむけた課題)について類型化を図り、それぞれの類型ごとに取り組むべき自立支援の具体的な内容及び実施手順等を定め、これに基づき個々の被保護者に必要な支援を組織的に実施していくというものです。

現在、各自治体によって、さまざまな自立支援プログラムが取り組まれています。相談援助活動及び自立支援を検討するうえで、「自立」をどのようにとらえるかが大切となってきます。

一般に「自立(Independence)」というと、他人の力を借りずに生活をするという考え方が従来のものでした。この意味での「自立」は、自分が働いて得た収入で生活するという「経済的自立」そしてその前提として自分の身のまわりのことができるという「身辺自立(身体的自立)」をさしています。さらにそのことで、社会的なつながりの回復・維持を図る「社会的自立」とつながっていきます。

こうした自立観の下では、他人の力を借りない、公的・私的による支援を受けない、あるいは家族・親族の援助を受けないということが求められるようになってきました。

生活保護においても、従来の自立観を打破し、「自立＝経済的自立」という考え方が強くありました。このため、「自立＝保護の廃止」の助長があったのです。

一方、十分に稼働収入を得ることができない人ならば、身辺自立を図ることができない状態にある重度の障害者や高齢者にとつての「自立」は、こうした自立観には入らないことになってしまいます。

すなわち、経済的あるいは身体的支援を受けている人ならば、経済的自立、身辺自立というゴールにたどりつけない存在としてとらえることになってしまうのです。

と人にも可能性があり、それぞれのもつている可能性のなかで最大限その力を発揮する方向で生活していく、すなわち地域のなかで経済給付や村人サービスを受けながら自己決定・自己選択に基づき生活を営む「精神的自立」「援助支援付自立」をめざしていく方向で、自立をとらえ直す必要があります。

障害者の自立生活運動や高齢者の自立をめぐる議論のなかでは、「広く、自分の置

かれた地域のなかでさまざまな社会資源を活用して、自立が選択取って自分の生活を実現していく」という意味で「自立」の語が使われるようになりました。

「主体的・自律的に自分が選択取る」というニヒアンスの強いこの「自立」の考え方は、従来の自立観と区別するためにしばしば「自律(Autonomy)」と呼ばれます。

このような新しい自立観をもとに、社会福祉法第三条でも「福祉サービスの基本理念」として、「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者がかん身ともに健やかに育成され、またはその存する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するもの」として、貞實かつ適切でなければならない」と謳われています。

なお、「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」回報書では、被保護者にとって必要な自立として、就労による経済的自立を図る「就労自立」、それぞれの被保護者の能力やその抱える問題等に応じ、身体や精神の健康を回復・維持し、自分で自分の健康、生活管理を行う「日常生活自立」、社会的なつながりを回復・維持するなど社会生活における自立を図る「社会生活自立」の三つの自立を掲げています。