

(司会) 皆様、こんにちは。ただいまより平成29年度東京都自立支援協議会セミナーを開催いたします。私は、本日の司会進行を務めさせていただきます東京都心身障害者福祉センター地域支援課長の天津でございます。どうぞよろしく願いいたします。

さて、東京都自立支援協議会につきましては、平成19年10月に設置をされました。約10年が経過いたしましたところでございます。今期は第5期を迎えております。申込みに当たりまして、配付をいたしましたPRチラシにも記しましたとおり、第5期はテーマを「都と地域の協議会活動の双方向性を強化し、東京都における地域課題を考える」とし、協議を行っているところでございます。

そうした中で、地域自立支援協議会関係者を始め一般都民の方も含めた幅広い層の方々へ情報発信を行うことを目的とした本セミナーでございますが、今回のセミナーでは、都協議会で抽出されました地域課題の中から8050問題、老障介護を取り上げております。高齢化した障害者と家族の複合的な課題につきまして、地域でどう取り組んでいくかを皆様とともに考えるといった内容にしてございます。

そこで、本日のプログラムについて触れさせていただきたいと存じます。テーマは「超高齢社会における障害者と家族」～「8050」「老障介護」で孤立する家族をどう支えるか～でございます。

この後、東京都自立支援協議会会長の挨拶に続きまして、第1部では、東洋大学ライフデザイン学部白石弘巳教授より基調講演を賜ります。

その後、20分間の休憩を挟みまして、第2部は事業者、家族、行政機関の立場で3名の方々にご登壇をいただきまして、パネルディスカッションを行うことになっております。16時30分には終了予定となっておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日は非常に多くの方々にお申し込みをいただき、436名の方に申し込んでいただいております。大変大勢の皆様に来ていただいておりますので、混雑することもあるかと思っております。会場が混み合いご負担をおかけいたしますが、トイレなどの案内が必要であったり、ご気分が悪いなど、ご用がございましたら、遠慮なくスタッフにお申しつけくださればと思います。

それでは、最後までご清聴をいただきますよう、どうぞよろしく願いいたします。

(拍手)

(司会) では、まず初めに、東京都自立支援協議会会長の武蔵野大学人間科学部人間科学科岩本操教授から開会のご挨拶を申し上げます。

開会挨拶

岩本操 (東京都自立支援協議会会長)

(岩本) 皆様、こんにちは。高いところから失礼いたします。東京都自立支援協議会の会長を務めさせていただいております岩本と申します。どうぞよろしく願いいたします。

今日のセミナーのテーマについては、ただいま司会の課長よりご案内のあったとおりでありますが、改めて今日は師走の忙しい中、またお寒い中、これだけ大勢の方が、ここに足を運んでいただいたことを大変うれしく思っております。それだけ、このテーマに多くの方が関心を寄せていらっしゃるということを改めて痛感した次第でございます。

申込書の通信欄にもいろいろなコメントを書きいただきました。たとえば、「8050問題、まさに直面しています。他人ごとではありません」とか、「本当にいろいろなネットワークを使った支援の必要性を痛感しています」とか、「どのように支援をしたらいいのか、思案しています」などなど、いろいろなご意見を寄せていただいております。それから、「うちの地域では、こういうことを実践しています」とか、「こういう取り組みをしています、こういう課題があります」など、いろいろな意見を挙げていただくことができました。

今日は同じテーマですが、それぞれいろいろな思いを胸に秘めて席に座っていらっしゃるのではないかと考えています。非常に限られた時間ですので、この大きなテーマをどれだけ掘り下げられるかは、やはり限界があるかと思えますし、今回は直接、皆様とやりとりする時間がないので、この先どうしていくのだろうという課題の発見で終わるかもしれません。まずは、この問題を共有して、それぞれの皆さんの日常生活や現場で、この問題についての取り組みを進めていただくきっかけになればと考えています。そして、皆様の日常の実践を、また東京都の協議会に寄せていただいて、地域のレベルと東京都のレベルと双方向で、まさに今年度の協議会のテーマでもあります、活動方針でもあります、それぞれが双方向で活性化していくような地域づくりに、ご協力いただければ、何よりだと思っております。

本当に限られた時間ですが、今日は一緒にセミナーをつくっていただければ幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、ご挨拶にさせていただきます。よろしくお願いいたします。

(拍手)

(司会) 岩本会長、どうもありがとうございますました。

さて、ここから第1部基調講演となります。

「超高齢社会における障害者と家族」と題しまして、東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科の白石弘巳教授より基調講演を賜ります。

白石先生は、精神医学、精神保健学がご専門でございます。加えまして、中央区の自立支援協議会会長も務めていらっしゃいます。

それでは、白石先生、よろしくお願いいたします。

基調講演

「超高齢化社会における障害者と家族」 白石弘巳（東洋大学ライフデザイン学部 生活支援学科教授）

(白石) 皆様、こんにちは。ただいまご紹介いただきました東洋大学の白石と申します。本日はたくさんの皆様を前にしてお話をするので、大変緊張しております。お役に立てるようなお話ができるか心もとないのですけれども、どうぞよろしくお願いいたします。パソコンの操作の関係がございまして、申しわけございませんが、座ってお話をさせていただきます。

まず、今日のお話の概要です。皆様お手元の資料をご覧ください。まず、日本の現状についてお話をいたしまして、それから障害を持つ方と、その同居しているご家族の実情、それから、8050がキーワードになっておりますけれども、そのような障害を持つ方やご家族を支援する支援のあり方について、私の考えていること、あるいはいろいろなところですでに実践をされていることについてお話をしていきたいと思っております。最後に、申し上げたいことを最初に出していますが、ゆったりと人がつながって、負けないで生きていける社会ができるように、どうしたらいいのかということに関して、少し何か参考になるようなことがお話しできればと思っております。

まず、この8050とか老障介護と言われていた問題の背景にありますのは、超高齢化社会ということだと思っております。学生に教えるようなスラ

イドで申しわけないのですけれども、定義ということで最初に確認をさせていただきます。65歳以上の高齢者の人口が占める割合が高齢化率ですが、その高齢化率が21%を超えるような社会を、超がつく高齢社会と言うわけです。

日本は、もうかなり早くから高齢化が進んでまいりまして、1994年に高齢化率14%を超えて高齢社会になり、2016年には26.7%の超高齢社会に統計上なっている状況です。

このようなこともありまして、精神医学の分野では、ご本人やご家族の高齢化の問題に出会うのですが、あるご家族からのお手紙を最初にご紹介させていただきます。この方は私が知り合って20年ぐらい、いろいろな形で交流をさせていただいた方なのですけれども、あるときこのような手紙をいただきました。

・・顧みますと長年、先生にはご指導いただきまして感謝しています。私たち夫婦は老々介護の日々の生活で老いることの大変さをつくづく感じ、我が身のことさえおぼつかない状態になり、今年で家族会を辞めることにしました。先生には一言お礼を申し上げたく・・と、丁寧にお手紙を書いて下さいました。この方は別のところで、お子さんもしっかりやっているの、自分たちが年をとっても多分大丈夫だと思っておっしゃって下さっていたのですが、お手紙を下さって少しして亡くなられたと伺いました。そのお子さんは、今でも私が外来で担当させていただいておりますけれども、仕事に就き結婚もされて頑張っているらしいです。

それから、患者さんからいただいたお手紙を一つ紹介させていただきます。・・お母さんが昨年暮れに亡くなりました。与えられた命を大切に頑張っていきますと母が亡くなる時に伝えました。生きていくこと、頑張っていることが母が一番喜んでくれて、母の一番の供養になるのだと思っています・・。この方は私が20年前に勤めていた病院で担当していた患者さんで、その後も手紙等のやりとりをしていた方なのですが、2011年にお母さんが亡くなられて、その後、精神科の病院にずっと入院をされています。

このように人それぞれなののですけれども、誰にとっても高齢化は避けられる状況ではありません。

そこで、超高齢社会の日本の現状ということで、皆さん、既にご承知のことだとは思いますが、おさらいを兼ねて少しお話をさせていただきます。

まず、日本人の平均寿命の変化について、このグラフの説明をさせていただきたいと思います。この図は、1947年から2005年までの平均寿命の変化を見たものです。何が大きな変化かと言いますと、戦後、乳幼児の死亡が減少しました。60歳までに亡くなる人の割合が非常に少なくなっているというところが一つの特徴です。その結果、男女とも60歳で生存している人は、このグラフで言いますと赤の線で示している差があるわけです。

これを、視点を変えて、1947年の時点で、60歳まで生きた人の割合でいくと、今だと何歳まで生きているのか見てみます。これは同じ高さを横のほうにたどってみるわけですが、そうしますと男性だったら約80歳、女性だったら約87歳になります。昔、村の渡しの船頭さんという歌があって、「ことし60のおじいさん」という歌詞があったのを覚えているのですが、昔は60という歳でおじいさんと見るのが当たり前だったのが、今は80歳とか85歳がおじいさん、おばあさんの年齢になっていると思います。

次のグラフは、出生数と死亡数のグラフになります。毎年の出生数と死亡数を比べていきますと、生まれる人が亡くなる方より多ければ人口はふえているわけです。日本は戦後ずっと出生する人の数のほうが多かったのですが、その後、平成17年ごろに同数になり、その後、逆転しまして、今は亡くなる方が年127万名、生まれる方が100万名ということで、差し引き20万人以上の人口減になっています。この現象は今後当分続くことが予想されています。

合計特殊出生率という指標があります。2.05ぐらいだと人口が維持できるのですが、一人のお母さんが生む子供さんの数が1.35というとても低い数字が出た年がありました。現在はもうちょっと高いですが、いずれにしても、このような数字がずっと続くと総人口はどんなふうに変わっていくのかということを見てみます。一番右の端が2110年です。今日本の人口は1億2,000万弱だと思えるのですが、それがこのままの状態ですと2110年を迎えると4,286万人に減っているだろうという予測になっています。

こういうふうには高齢化と人口減がどんどん進んできているわけです。次のスライドもよくご覧になる方がいらっしゃるかと思います。このスライドは、高齢者の人口の推移を見たものになります。一番左が1950年です。1950年のころ

の高齢者というのは500万人ちょっと欠けるぐらいだったものが、戦後一貫してふえていきました。赤の棒が最初出てくるのが、ベビーブーマーの人が65歳に達する時点なのですけれども、戦後人口が爆発的にふえたということもありまして、ベビーブーマーの方が後期高齢者になるころに、高齢者の人口もある程度頭打ちになるだろうと考えられています。その目安として2025年あたりが考えられています。

このときまでに介護、医療費等社会保障費の急増が懸念されるので、そうなっても耐えられるような社会保障のシステムをつくる必要があると考えて、国のほうでは今、いろいろな政策を打ち出しているところです。

今日は家族のこともテーマになるかと思いますので、世帯の構成員の推移のグラフをご紹介します。各年代の家族構成のうち、右が6人以上の世帯なのですが、黄色が1955年で、その時は6人以上の世帯が一番多い世帯だったということになります。それから例えば1975年とか85年ごろ、4人の世帯が一番多かった時代を経て、それより後、1995年以降になりますと、黒とか黄色とか青の世帯がどんどんふえてきているというのがわかります。つまり今では一番多い世帯がひとり暮らしの世帯、それから二番目に多いのが二人暮らしの世帯ということになります。

今日、家族の問題を考えるときに、現実には同居しているご家族がいないひとり暮らしの方の問題というのが、まず深刻になっているということをお忘れはいけません。

次に、生活保護の世帯は、これで見ますと1995年ぐらいが底のようになってその前後からどんどん増加をしています。特に最近の増加が著しく見えております。新しく生活保護を受けられる方の中で、中高年齢の方がふえているということも、最近指摘されているのではないかと思います。

こういうように、人口構造が変わり、少子高齢化が進み、それから家族のあり方も変わってきている。こういう中でいろいろな問題が出てきているわけです。今度は支援する側の状況について幾つか指摘をしておきたいと思えます。

まず、地域のコミュニティの基盤が弱体化をしているということが言われております。最近、特に人口が密集しているところでは、高層マンションが多く建っているわけですが、マンションでは人づきあいが乏しくて、お隣に住んでいる人と

ほとんど挨拶も交わさないというようなことがよく言われます。マンションですと、そこに住んでいない誰かが、そのマンションに住んでいる方にお会いするということができないわけです。

それから、東京のある区の町内会長さんの平均年齢が70歳を超えているというお話を伺ったこともあります。町内会という地域の基盤が会員さんも減少して弱くなっているということになるかと思えます。

それから、人口減少に伴い、人手不足が大変深刻になっています。今、オリンピックを前にして建設事業なども人手不足だと言われますけれども、介護職につきましては、今後100万人の働き手が不足するだろうと言われております。

それから、そういういろいろな状況に対して政府が施策を打つことについても、現在、非常に財政赤字が大きい上に、社会保障費が今110兆円程度のところから2025年を迎えるに当たり150兆円ぐらいになることを覚悟しなければいけないと言われます。これを消費税で賄うためには消費税を20%弱にしなければいけないという議論もあるぐらいで、かなり厳しい状況があるというのが、一般的な論調です。

こういう中で、障害を持った方とご家族のことを考えていくことになるわけなのですけれども、まず、私が自立支援協議会で委員をさせていただいておりますある区で障害福祉計画を立てるに当たって、当事者の方々の意向調査をした際に得られたグラフをご紹介します。このグラフは障害を持つ方々の年齢構成を示したものです。

これを見ていただきますと、まず、70歳以上のところで突出して目立つ黒い棒グラフが身体障害の方と難病の方になります。この黒い棒は高齢から若年層に向かってだんだんと減っているということで、知的障害の方で70歳以上の方が非常に少ないことと、非常に対照的な結果になっております。

その次に、見ていただきたいのが50歳から64歳のところで、ちょっとまばらな点で示されている精神障害の方は50歳から64歳のところにかかなり多くて、ピークは40歳から49歳ですので、これから10年以内にかかなりふえてくることが予想されるかと思えます。知的障害の方につきましては、一番ピークが10歳から18歳ということで、そこからだんだん減っており、数の上では余り多くないのですが、だからといって課題がないということではないと思えます。

以下、まず実際に身体障害の方の高齢化のこ

とについて、私の見聞きした範囲でお話をさせていただきますと、脳性麻痺のために障害者総合支援法の障害支援区分で6と判定される方で頸髄症という二次障害もあって大変苦勞されているのですが、障害者総合支援法の支援やボランティアの方の支援を受けて、単身で生活をして、時には外出などを楽しんでいるという方がいらっしゃいます。高齢となっても、自分らしく、自分のできることをしながら生活をされているという例になるかと思えます。

その一方で、ご家族と同居している方の場合、介護されている家族にかなり助けていただいていることが多く、介護してきたご家族がその負担に耐えられなくなるといろいろと考えなければいけないことがふえてくる場合があります。

私は、世田谷区で総合支援法の障害支援区分の認定審査に関わらせていただいております。最近、50代の脳性麻痺の方だったと思えますけれども、初めて審査に上がってきた方がいらっしゃいました。その方は、いきなり支援区分5と出ました。添付されている資料を見ますと、それまでお母さんと一緒に暮らしていて、ご自分では事業所に通っていらっしゃるの、訓練等給付のみの利用であったところ、急にお母さんが具合が悪くなってしまったので、介護等給付も受けなければならなくなって、二次判定まで受けたら、いきなり5が出たといういきさつがあるということが分かりました。この方の場合は、お母さまが具合悪くならない間は、介護に関するサービスを受けないで済んでいたのに、激変したということになるのだと思えます。身体障害の方の8050問題の一端を垣間見たような気がいたしました。この方は、それでもそれまで福祉サービスにつながっておられましたので、お母さんの急病を受けて、すぐに対応ができたと思うのですけれども、それまでのお母さまの苦勞は非常に大変だったのだらうなと推測された次第です。

知的障害の方のお話ですが、私の知り合いの図書館の方からグループホームに入居している知的障害の方がよく図書館に来られ、お休みの日など、そこで利用されていくのですけれども、だんだん高齢になってきて中には失禁されてしまう方が出てきたということです。図書館の方では、そういうことがあっても利用を続けてもらえるようにということで、着替えを用意して、ほかの利用者の方にわからないように対応しているとのことでした。全員ではもちろんありませんが、知的障害の方は比較的若いときから、加齢現象が出てき

て、今までやっていたことができなくなってくる
ことがあります。知的障害の方の親御さんは、自
分が介護ができなくなったときはお子さんをいい
施設に入居させたいという思いを持ちながら、そ
れまで頑張ろうと思われてお世話をしていられ
る方が少なくないのではないかと考えておりま
す。そのような親御さんは、比較的早く8050
的状况になってくるとも予想されます。

精神障害の方と高齢化についてお話しします。
私の担当している、ある患者さんは現在60代で
す。外来通院をされ、入院はしないで、お母さん
と二人で暮らしていられしています。10年ぐら
い前までは、今で言う地域活動支援センターに行
っていたのですけれども、50代ぐらいになって、
やめてしまい、今は特に何もサービスを受けない
で家にいます。お母さんは90歳代なのですが、
だんだん身の回りのことを患者さんがやらなけれ
ばならなくなってきました。今のところはお母さん
もご本人も特に困っていることはないのですけれ
ども、患者さんは、お母さんが死んだら自分も
死ぬということを、外来に来て私にお話をするよ
うになってまいりました。

今、身体障害、知的障害、それから精神障害
の方で、私が見聞きした範囲でご紹介をさせてい
ただいたのですけれども、大橋謙策先生という高
名な先生が8050問題ということ、あるところ
で紹介されているのに接しました。読みあげま
すと、「全国各地で8050問題というのは非常に
深刻ですよ。お年寄りとお孫さんがいて、子供が
障害を持っているなんていうのは非常に深刻にな
っている」ちょっと飛ばしますが、「施設に入居
されている状態だったら、そんなことは考えなく
てもよかったです。在宅というのは問題だと。
そういうことが全国各地でいっぱい出てきている
」とお話されました。8050、つまり80歳の
親御さんが50歳の障害を持たれたお子さんと同
居し、お世話をされている。そういう状況から来
る問題が深刻になっているということです。

これは随分前のグラフなのですが、昭和57
年に、当時の精神衛生研究所におられた石原先生
という方が、精神障害の方のご家族の方にとって
アンケートの結果です。昭和57年という、精
神障害で福祉のサービスを受けるということは、
まだ法律上でできていなかった時代ですけれども、
そのころ、家族とともに暮らすか、居場所として
一番いいのはどこかと聞いたときに、病院と答
える方の割合を見たものですが、この一番下が
罹病期間です。病気になってから何年かというこ
とな

のですが、病気になって1年未満のときは、家族
とともに暮らせるだろう、社会人としてやってい
けるだろうと多くの家族の方は思っていました。
ところが罹病期間がだんだん長くなってく
るにつれて、家族とともに暮らすという人がどん
どん減ってきて、病院が一番の居場所ではないか
と考える家族がだんだんふえていくという結果に
なりました。この「家族とともに暮らす」と、「
病院が一番の居場所」という回答が交差する点を、
下にたどっていきますと、病気になってから10
年から15年ぐらいになります。統合失調者など
の精神障害の方というのは、大体20歳前後に発
症していると思うのです。そのときに親御さんの
年齢というのは40代から50代だろうと思いま
す。その方の発病後10年から15年というのは、
親御さんの年齢にすると60から65、つまり親
御さんが若いうちは家で暮らすという人が、まだ
曲がりなりにも入院、病院で暮らすという人より
多いけれども、親御さんが定年くらいの年に達す
ると、病院だという人がどんどんふえていくので
す。これが地域に何も資源がなかったときの精神
障害の人と家族の実態に近いと思います。現在は
精神障害の人でも福祉のサービスの対象になって
おりますが、今入院している多くの方は、そうい
うサービスがない時代に親御さんが高齢になら
れて入院され、そのまま病院で長期間入院生活
を送っていらっしゃる方が多いのではないかと
思います。

このようなことを、例えば知的障害の方など
にもある程度当てはまるものとしますと、外にサ
ービスがなければ大体親御さんが60から65ぐ
らいになるときに、今までの支援をしていくこ
とはできなくなってくると思うのが自然です。

今、高齢の親御さんと障害を持つ方が暮ら
しているところで、どんなことが起こっているの
かということについて、幾つか私が見聞きしたこ
とについて順不同で挙げてみます。ある例では、
親御さんがご自分でも介護保険を利用されてい
るのですけれども、精神障害のお子さんの面倒は
親御さんが見ているということがありました。その
時、親御さんのところにホームヘルパーさんが入
って食事をつくってくれるのですが、精神障害の
分は作れないものですから、お子さんの食べ物
は親御さんがコンビニに行って買ってきていた
そうです。

もちろん、障害者の方が家族の方を介護し
ているということもあります。今まで引きこもり
がちだった方でも、お母さんが具合が悪くなると、
少しずつ役割が変わって、障害を持つ方がお母
さんの介護をするということも起こります。これは

私の印象にすぎませんが、お母さんに最後まで面倒を見てもらっていた方よりも、ある時期から親御さんの面倒を見るようになって、最後は看取られた障害者の方のほうが、その後、一人で暮らしていけるようになっていく感じがします。

でも、そういうふうによくいかないで、親御さんが亡くなったあと障害を持った方が、特に精神科病院への入院を余儀なくされるということがあります。お父さんと息子さんと二人暮らしだったある事例では、あるとき、お父さんが息子さんを連れて来まして、自分はこれから膵臓がんの手術を受けなければいけないので、息子一人を家に置いておくわけにいかないから、ちょっとの間だけ預かってくれとおっしゃいました。でも、お父さんは手術を受けた後亡くなってしまいました。入院された患者さんはずっと外来通院で済んでいたのに、入院後は水をたくさん飲む多飲症という症状のために、保護室をよく使う、対応困難な重い患者さんになってしまいました。

それから、精神科への入院が必要と判断される、通院しない、服薬があまりできていないといった人たちがいるわけですが、若いころだったら親御さんが、説得したりして入院をさせていた方が、入院できず、家で具合が悪いままになっているというようなこともございます。

それから、ご家族の治療や介護に、障害を持つお子さんが干渉するために現場で困ることがあります。これはまれかもしれませんが、やはり見聞きします。

中には、お母さんが心臓の病気で手術をしなければいけなかったのですが、お母さんが入院をしたら自分の面倒を見る人がいなくなるから手術はさせないと、手術を予定した病院にお子さんが電話をかけたので、担当医が家族がまとまっていなければ手術をすることもできないと言って、調整が必要になった例がありました。

私が経験した8050問題をご紹介します。

私が精神保健相談を担当している、ある市で、高齢のお父さんが相談に来られました。息子さんが7年引きこもっていらっしゃるということで。ご本人は、その間、1歩も家から出なくて、お風呂にも入らない。食事はお父さんがお弁当を買ってきてあげている。お父さんと二人暮らしでした。ご本人が来れないので、私のほうから往診をすることにしまして、面接したり薬を飲んでいただいたりしたのですが変わる様子がありませんでした。往診の前にお電話をすると、お父さんが

出て日時を調整していたのですが、あるとき電話をかけたらご本人、引きこもっていらっしゃる方が出て、「父は今いないので、もう一回かけ直してくれ」と言われました。私は、そのときあまり疑問も持たなかったのですけれども、その後またかけても同様の返事で、なんだか変だなと思いながら、そのままにしていたところ、行政のほうから電話がありまして、「お父さんは実は亡くなっていた。たまたま別居しているお姉さんが訪問されて分かった」と連絡をいただきました。お父さんは多分2週間ぐらい前に亡くなったのですが、それから息子さんは残った食べ物を食べて、一歩も外に行かないでいたわけです。援助を求めなくても、来てもらっては困ると思ったようで、私には、「父はいない」と返事をしていたのでした。もう少しお姉さんが来るのが遅ければ、食べ物がなくなって、息子さんも、餓死していたのではないかと思います。

これには後日談があります。息子さんにどうするか聞いたら、一人ではとても暮らせないということでしたので、精神科の病院に入院していただきました。この方は、もともとうつ病の診断で通院歴があったのですが、精神科に入院して、半年ぐらいしましたら、見違えるように元気になって、仕事につく話が出ていると行政の保健師さんから聞きました。7年もお風呂も入らないで家にいたのは一体何だったのだろうと思った次第ですが、これが現実です。どのように支援するのがよかったのかということを考えさせられ、強く反省させられた方です。

中には痛ましい事件として報道されることもございます。平成27年2月に、81歳のお父さんが41歳の長女の方を殺害するという事件が報道されました。お父さんは刑を終えられてから、要請に応じて講演会に出てこられて、警察とか保健所に助けを求めても助けにならなかったと語ったそうです。

同様の事件について、櫻井先生という方が調査し、8件あったと報告をしています。

今回知的障害の方の事件をネットで検索をして、ご紹介させていただきました。田部井さんという方が報告されているのですけれども、平成16年1月に、この方が勤務されている施設に通う利用者の方のお母さんががんにかかり、ご自分と知的障害のある息子さんの将来を悲観して、無理心中をされたということでした。田部井さんは他人ごととは思えないと結んでおられました。

こういう心中事件から見えてくる現実と課題

ということなのですが、適切な支援が存在しないという場合も、もちろんあるのですけれども、むしろ支援があっても受けないままで経過をしているということの方が多いうように思います。

それから、親亡き後に関する情報が得られない。もしくは、それだけでは不安を解消できないという現実もあると思います。親御さんの心理的な状況としては、なるべく自分が生きているうちは自分が面倒を見ると思っておられる。そう思う背景には、障害のあるお子さんとご自分を同一視してしまい、心の余裕が持てないで思い詰めてしまうということもあるのではないかと思います。親御さん自身が相談や精神的ケアを受けることが不十分である。そのようなことから、親御さんが周囲から孤立してしまっていることもあるのではないのでしょうか。

こういうことが、不幸な事件につながることもあるのではないかと思います。近年「親亡きあと」から「親あるうちの自立へ」と考えを変えていかなければならないと精神障害の団体である「みんなねっと」、精神障害者精神保健福祉会連合会のほうでも言われるようになりました。自立の問題は、「親亡きあと」の問題ではなく、誰にとっても現在の問題であるという発想で取り組んでいかなければいけないと考えるようになってきたということです。

自立というと、働くとか、働けないまでも一人で暮らす、などということが言われがちであると思いますが、私は自立というのは、それぞれの人ができることを自分で行って、できないことは人に頼む力を持つことであると考えています。実は、これは言うは易く、行うのは難しいことだと思いますけれども、自立をこのように考えるべきと私は思っています。

ということは、どんなに障害とか症状がある方でも、今、この場でできることをやって、できないことを頼むことができている人は自立している人だと考えていいということになります。

やればできるのだが、現実にはしていない、それがどうしてなのかということを見ると、まずご本人自身の姿勢、つまり、できること、小さなことからやっていけばいいというふうに思えなくて、失ったものが取り返せないことをいつまでもあきらめられず、希望を持ってないでいるというようなことがあるのではないかと思います。

それから、周囲の人とコミュニケーションをとることに負担を感じていらっしゃる方が少なくないと思います。

さらに、ご本人が自立を私のように考えてくられても、それを支えるための制度とか社会資源がなければ、絵にかいた餅になります。

逆に言うと、こういった要素が満たされれば、できることを自分でやって、できないことを人に頼めば、みんな自立をしていけるはずだと私は思います。

これは、私が勉強会に参加させていただいている杉並の精神障害者の家族会の方がとられたアンケートに関する報告の一部ですが、「本人が一人残されてからでは難しい。親のいる間に道筋をつけておきたい。子供に、将来親が先に死ぬということを念頭に意向を聞いておくのがいいだろう。本人が社会の中で声を出す勇気・当たり前となれる状況・条件をつくっていくことが必要である。親同士が訪問支援ができるように取り組んでいきたい」。こういうようなことが書かれています。

それから、同じく千葉県の精神障害者の家族会では、親亡き後の自立プランというものをつくって、それを家族の方に配付をされています。その最初のところに書かれているモットーは「衣食住を子どもが自らできるように、父母は身を引こう。子との距離を意識的に広げよう。親が自ら離れるようにしよう」という言葉です。親亡き後の自立ではなくて、親あるうちからの自立を考えていこうとされている例だと思います。

それから、私のところで大学院生だった方が、知的障害の方の「離家」をテーマにして研究をしました。離家とは家を離れると書きます。知的障害のお父さん、お母さんの中に、最近、お子さんが30歳ぐらいになったら、近くのグループホームに入居してもらおうとする動きがあるそうです。どのグループホームがいいのか、お父さん、お母さんが一生懸命探し出し、お子さんに説明して、納得をしてもらった上で、そこに移っていただく。お父さん、お母さんは土日に訪問したり、土日はご本人に家に戻ってもらったりして、親御さんとしての新しい応援の仕方を行うわけです。このような離家ということは、親御さんが比較的若いうちから、親亡き後に起こってくる問題の予防的な対応を行うということです。

以下、障害を持つ人の周囲にいる方々がどういうふうに支援をしていけばいいのかについて、見ていきたいと思います。

国では、最近地域包括ケアシステムということを行っているかと思っています。

地域包括ケアシステムは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の

安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されることができるよう地域での体制」のことです。

このシステムは、高齢者の方々を対象とする地域包括支援センター機能の発展型と考えられます。この体制を、いわゆる障害を持つ方、それから一緒に暮らしていらっしゃる方も含めて、実現していこうというのが、国の施策の方向性ではないかと思えます。

まず、そのための課題と解決策について幾つか示します。

まず、キーワードの一つである、その人らしく暮らすことを実現するために、特に障害者の方やご家族が高齢になったときに、必要なことは、まず個別的に解決できる柔軟な制度設計ということです。今、高齢者を65歳を境にして、機械的に分けるのではなく、もっと柔軟に対応しなければいけないと思えます。知的障害の方の場合など、65歳を待たなくても介護が必要になったりして、早くから高齢ということを念頭に置いたサービスを提供しなければいけない場合もあると思えます。

逆に、精神障害の方の場合、65歳で通ってきたところが年齢制限で通えなくなったりすることは必ずしも好ましいことではありません。もう少し頑張れるならそれまでと同様の暮らしを続けていただきたいと思うことも多々あります。ですから、年齢に関係なく訓練等給付事業を提供できるようにするというのも、一方では必要ではないかと思えます。

障害関連の事業のバラエティを増して、高齢者版とでもいうべきものを作っていくことが必要になってくることもあるのではないかと。同じB型の事業所でも、高齢者の方が参加できるプログラムを実施するということがあってもいいのではないかと思えます。これにつきましては、数年前に、調布で自立支援協議会の委員をさせていただいたときに、専門部会のテーマになりまして、高齢者版の就労Bとか地域活動支援センターをつくるのが適当ではないかとの報告を調布市に出した経緯がございます。そのような事業所が実現しているというお話を聞いております。

次に、ご家族みんなが幸せに暮らすためにどうすればいいのかという視点が必要です。障害を持つ人と高齢者を制度で切り離すのではなく、家族を一体として支援できるようにしていかなければいけないのではないのでしょうか。国などの制度

はやむを得ず縦割りになっているわけですが、現実の支援の場面では、「家族丸ごと」の支援が可能になるような柔軟性を持たせるということが必要になってくるのではないかと思います。そういう制度の設計について、まだ研究の余地があると思えます。

それから、現実には制度だけの問題ではなく、支援観の隔たりというようなものについて、現場の支援者同士が考えなければいけないところがあるのではないかと思います。

介護保険のケアマネジャーさんと障害福祉サービスの相談支援専門員の双方が「共通の頭」を持って連携する必要があると書きました。私は時々、ケアマネジャーさんの研修に呼ばれることがあります。そのときのテーマが、いわゆる8050問題の場合が結構ございます。ケアマネジャーさんからすると、障害を持つ方に十分なサービスが提供されていない問題があるのに、なぜ放置されているのか、保健所とか行政のほうに働きかけても、なかなかいい解決法がないと言われる、どうしたらいいのだろうといった疑問や課題を投げかけられることが少なからずあります。

これについては、精神障害を中心として、障害をお持ちの方の自己決定の尊重ということを考えてみると、周りが必要性を感じても、本人が納得しないためにできないことが多々あるということについてお伝えしなければいけないと考えています。だからといって問題を解決しないままにしておくということは、よくないと思えますので、どうすればいいのかお互いに共通の頭を持って考えていくことが必要になります。

やはり支援者はご自分の担当する高齢の方や障害者だけでなく、家族の方全員とかかわるという、そういう姿勢を持つ必要があります。家族の中に悪者などをつくらなくて、家族全員が協力できる関係づくりを行うということが望ましいと思えます。

私の手前みそになってしまって恐縮ですが、そういうことを可能にするプログラムとしまして、私どもはメリデン版の訪問家族支援プログラムというものの普及に向けて、一般社団法人を立ち上げて取り組んでいます。お示しているのは、家族のストレスマネジメントというタイトルで行動療法的家族指導とか家族療法と言われる技法を紹介した本です。私が昔翻訳をさせていただいたものです。この本の実践版というのがイギリスのメリデンというところで行われていまして、精神障害の方がいらっしゃる家庭のご家族全員を

対象として、コミュニケーションのあり方とか問題解決のあり方とかなどついて、訪問型の支援により、みんなで話し合いながら対処技能を身につけていくためのプログラムです。特に問題が生じた早い段階で行うときにメリットが増すと考えます。

多くの場合、精神障害の方のご家族で適用されてきているのですが、このプログラムは別に精神障害の方に限らず、障害をお持ちの方あるいは、そうではない方も含めて、課題についてみんなで理解をし、みんなでコミュニケーションの練習をし、問題解決をする上でみんなで協力できるようなノウハウ、スキルを身につけることをめざすという意味で、家族があらゆる課題に立ち向かうときの方法を示しているとも言えます。

私たちはこういう家族をまるごと支援する方法を全国に広めていきたいと考えております。少し財政的な支援をいただいて、3年間で300家族の方に、この支援をお届けすることを目標にしてやっていこうとしております。

ここで、アウトリーチということがとても大事だというお話を挟ませていただきます。現実サービスがあることはもちろん前提とした上で、サービスはあっても利用しないとか利用できない人がいます。8050という問題は、サービスのあるなしも問題ですけれども、あっても利用できないというときに起こってきていることが多いと考えられます。支援を求めてこない人をともしると後回しにしてきたのが、これまでのシステムで、これはいろいろな事情があつてのことではあります。そこから生じた問題について、今後は改善を図っていかねばいけないと思います。そこでアウトリーチということが注目されます。直接、今、支援を求めてきていない方には、支援者が出かけて行って、ご本人たちの希望を確かめながら粘り強く、かかわることが必要です。

その際、支援を希望する人のウィッシュ（希望）と、それから支援を提供する人が考えるニーズが現実には異なっていることが多いと思います。先ほどの高齢の支援員の方の場合は、支援員がニーズを感じても、ご本人のウィッシュと合わないことで、すぐに支援に結びついていないということが起こっていたのですけれども、こういう場合にどうすればいいかという、結局、専門家が考えるニーズを満たす支援を行う前に、ご本人たちのウィッシュに添えていくことが必要になります。専門家から見て重要度、優先度が低いと思われることでも、本人が希望していることにまず応

えていくというところから始めていかねばいけない場合が多々あるのではないかと思います。変えなければいけないことが多い人ほど、一度に変えられることは小さい。ですから、小さなところから丁寧に取り組んでいく姿勢が求められると思います。

こういう支援の背景にコミュニケーションのことが大切です。私は、「関係なくして支援なし」と申し上げているのですが、支援をする人がいても、支援をする人と支援を受ける人の間にいい関係がなければ、支援は成り立たないと思うので、関係をつくるのが、まず必要になります。

その関係づくりのために、支援をする方はコミュニケーションのいろいろな技法を学び、結果として、考えの違う人同士が対立を避け、共存できるように調整をする力を身につけることが理想であると考えます。このことは支援者のコミュニケーション能力としては非常にハードルが高いのですが、できれば実現させたいことです。こういうことを念頭に置いて、家族の中に入っていくことが必要になるだろうと思います。

私たちは、まずご本人の「自分らしく」ということを尊重し、なるべくご本人の希望をかなえていくことを大切にするのですが、やはり専門家である以上、その方のニーズに目をつぶることはできません。ニーズへの「直面化」ということも意識しながらかかわっていくことが必要だと思っています。

例えば入院が必要だと精神保健指定医が判断したときに、入院は嫌だと言っている精神障害の人がいるとすると、そこでご本人の希望を聞くだけでは問題解決にならないわけです。そのときには、専門家としては、ほかのいろいろな方法でうまくいかないの、やはり入院が必要なことをわかってくださいと何度も伝えていかないといけないと思います。問答無用で力づくで入院させてしまうというのは、手っ取り早いけれども本質的な解決にはなりません。長い目で見ることも大切です。

私は「直面化」を踏まえたエンパワーメント支援ということを考えております。つまり、どうしてもやっていただきたいことについては、ここは必要だということを理解していただく、つまり動機づけをしていただく。そのことに同意していただいたら、こちらの土俵の上に乗っていただいたということですので、あとはご本人の希望をできるだけ誠実にかなえようと努力する。そうしたことが信頼関係につながるの、いいのではないか

とっております。

そうは言うけれども、いくら専門家だけが粘り強くやろうとしても燃え尽きてしまうことは避けなければなりませんので、一人が背負い込まない、いろいろなレベルの支援ネットワークが大切になってくると思います。地域包括ケアについて、国のほうでいろいろなシステムの実践例が紹介されています。世田谷のシステムについては、私が見たときは一番最初に紹介されていました。今日、ご紹介いただけるのではないかと思います。

そういう実践を中心として、専門家以外のいろいろな人もつながれる社会をつくっていけるといいなと思います。

最後のスライドになるのですけれども、私は、最近ソーシャル・キャピタルという言葉がとても重要ではないかと思っております。あらゆる人が街の一部になる。そういうことが理想なのだけでも、現在、障害を持った人や家族の人の中には孤立している人が少なくない。孤立さえしなければ、随分生きやすくなるはずですが、どうすれば孤立しなくなるのかということ、まずは緩くつながることだと思っております。緩くつながっている人が多いほど、人は自由と幸せとか満足を感じる傾向が高まるとか、健康度も高まると言われています。

ですから、柔軟性を持ってたくさんの方が緩くつながり合えるような、そういう社会、そういうことを可能にする制度、システムをつくっていくことが大切なのではないか。そういう意味では、あらゆる人が社会の一員として自分の問題として8050問題を考えていくということが必要なのではないかと思います。

時間が参りましたので、私の話はここまでにさせていただきます。

どうもご清聴ありがとうございました。

(拍手)

(司会) 白石先生、どうもありがとうございました。

今日は、統計的なデータ、そして、数々の事例をご紹介いただきまして、支援のあり方をさまざまな角度でご提示をいただいたと思います。

障害を持つ方の自立というのも一つの鍵かと思えますし、周りの人間関係をつくって、ネットワークをそれに構築していくことかと思われま。

では、ここで20分間の休憩を挟ませていただきます。約20分間ということでございます。14時55分からでございます。それまでにお席にお戻りいただきますようお願い申し上げます。