

親なき後の障害者支援に関する文献調査

大 島 康 雄

星槎道都大学研究紀要

社会福祉学部

第2号

2021年

親なき後の障害者支援に関する文献調査

大 島 康 雄

キーワード：親なき後、判断能力、現象学的アプローチ、成年後見制度、親子関係

要約

親なき後の問題は家族を基本とする日本型福祉の課題と言える。親からの自立、子供からの自立がなされないまま高齢期に移行し、判断能力の有無によって支援方法が限定されている現状が把握できた。また、支援の実際としては、現象学的アプローチが重要であるが、そこには専門性の醸成が必要で今後の課題といえよう。他にも成年後見制度の現状からも親なき後を補完する機能としては課題が示唆されている。

問題の中核として、親子関係の再形成、ケアマネジメント専門職の現象学的アプローチ、成年後見制度の未成熟さから親なき後の社会問題を述べた。

1, 本稿の課題提起

日本型福祉がベースにある日本の社会福祉制度は「家族」という存在が大きな役割を担っている。家族の捉え方は様々であるが、本稿は「親なき後」に焦点を当てた問題提起をしていきたい。親なき後問題とは、障害者の親が亡くなった後、どのように社会で障害者を支えるのかということである。

障害者家族の親子関係は障害者を育てる親という役割形成のプロセスである。この点に関しては中根（2006）が整理している¹⁾。家族にケア役割を期待され、ケアの社会化との葛藤から未だに親なき後問題が解消されない原因を指摘している。すなわち、障害者の親はケア役割を遂行することが制度面や文化面からも強要され、ケアの社会的分業の概念は現実になっていないことが推察される。一方、障害者総合支援法が導入されてからの分析を中根（2017）が行っているが親が子の生活に関する主導権を保持したまま「通所施設中心生活」になっていることを指摘しており、社会と家族の役割分担が不明瞭なまま、親なき後問題が先送りされていると結論を述べている²⁾。

一方、障害者の在り方として「親の偏愛をけっ飛ばさなければならぬのが我々の宿命である」と横塚（2007）が述べたように親子関係の再構築が必要になるのが「親なき後」の課題としていえよう³⁾。親側の課題としては子に対して支配的な関係が継続されてしまうことである。一瀬（2012）は幼少期の親子関係に着目し「病気モデル」と「障害モデル」に分類を図った⁴⁾。この親子関係の形成が高齢期になるまで継続されているということが

上記の分析からも把握できる。子側の課題としては、親からの自立であろう。年齢軸で述べると成人になると選択の決定者として親からの支配を脱することになる。これが障害者になるとケア役割を担う親からの支配を脱するのが容易でないことが課題として捉えることができる。地域で生活する障害者の介護思想として「健全者手足論」が青い芝の会として有名である。以上のように親からの課題と子からの課題があり、障害者の親子関係にはケアが重要な位置を占めていることが把握できる。他にも精神障害者領域の保護者制度からもケアを社会的に親が担うことが明文化されている。1950年の精神衛生法以来、保護者制度として治療継続や監督、財産上の利益保護などが示されている。

以上のように「親なき後」の障害者を考えたとき時に、家族に対する負担や期待、制度自体の課題などが推測され、親からの自立、子からの自立がキーワードとなっていることが分かる。しかし、現実的に困難であることを整理し、課題の真核を捉えるというのが本稿の狙いである。捉え方のアプローチとして、「障害特性からのアプローチ」、「福祉制度からのアプローチ」、「成年後見制度からのアプローチ」で行っていく。表記については障害者で統一し、親なき後問題の定義は障害者の親の高齢化や亡くなった後の課題全般のこととする。

2, 障害特性からのアプローチ

表1は、障害者白書から障害者数と高齢者の内訳を入れている。高齢者数を明示したのは、親亡き後を想定した場合、65歳以上の数値が参考になると判断したため

ある。しかし、知的障害者の平均年齢は海外では、知的障害者平均寿命は短いと指摘されているが日本ではこのような調査はみられない。Braddock (1999) が行った調査では、1930年代で18.5歳、1970年代で59歳、1990年代で66歳と言われている。そのため、高齢化率では極端に低い数値となっている。

他に平成28年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部から生活のしづらさが生じ始めた年齢をみると、65歳未満では18歳未満と答えた割合が34.5%となっている。また、65歳以上では65歳以降に生活のしづらさが生じ始めたと答えた者の割合が43.8%となっている。介護保険法に基づくサービスの利用状況についてみると、「利用している」と答えた者の割合は40歳以上～65歳未満では8.7%、65歳以上では36.3%となっている。日常生活上の支援として福祉サービスをどの程度利用したいかをみると、65歳未満では「利用したくない」と答えた者の割合は33.3%であり、「わからない」と答えた者の割合は21.5%である。

この統計から、高齢化に伴い介護や支援が必要な状態になり支援を受けるきっかけになったことが推測され、65歳以前はサービスを利用していないことが把握できた。厚生労働省では「障害福祉サービス等の利用状況について」(令和2年8月)で、障害福祉サービスを利用されている方の統計を公開している。障害者総合支援法のサービスを利用した方の数値であるが全体として90.6万人であり利用率の低さがわかる。この点からすると親や近親者が支援を担っていたが、高齢化に伴いサービス利用をすることになったことも推測できる。以上のように、親の高齢化や本人の高齢化が社会的な支援を受けるきっかけとなっており、日本型福祉の古典的な家族機能への期待が内在化していることが原因と思われる。

表1 「障害者の数および高齢化率」

障害者類型	在宅者数	65歳以上	高齢化率
身体障害者	4,280,000	3,110,000	72%
知的障害者	960,000	140,000	15%
精神障害者	3,890,000	1,440,000	37%

(出所：令和2年度障害者白書)

また、障害特性として触れなければならないのは判断能力の有無である。障害については重複障害など複数の障害を抱えている方がいるがここでは、判断能力の有無から整理していきたい。身体障害者の場合は、判断能力を有していることが多く、知的障害者や精神障害者がここでの焦点となる。親なき後の問題関心は古くから知的障害者分野で取り上げられている。精神障害者分野でも

保護者制度の変更に伴い親なき後の社会的な課題に直面をしている状況である。判断能力を分析する時に法的能力として捉えることが重要である。親なき後に自身で法的手続きができれば単身者と同じような課題として扱われ、保証人会社や相談支援専門員、介護支援専門員などの支援が用意されている。法的能力は、権利能力、意思能力、行為能力から構成されており、権利能力はすべての人の付与されているため障害の有無などの議論には上がってこない。意思能力は物事を認知して自分の意思を表現し、法律行為上の決定を示すことができる能力のことを言う。知的障害者や精神障害者、認知症患者などでは意思能力が否定されることもある。行為能力は権利を行使するための契約や法的責任を負うことができる判断や行為の能力のことで意思能力をここに含めることもある。

例えば、視覚障害者の場合、意思能力はあるが契約書を見られず後で法的問題が発生した場合、契約内容を十分に知らずに行った契約なので無効であると主張できるため契約を忌避すると、法的意思能力はあるが行為能力は否定されるということになる。未成年者、精神障害者等は法的行為能力が否定される場合がある。法的能力から整理したときに意思能力、行為能力の課題が挙げられる。もう少し生活者としての視点から整理すると親が高齢になったり、亡くなったりした場合、いままで生活の支援者であったり決定者であったものが役割を履行することが困難となり、自身で物事を決定したり、法的な制度の契約が困難となり生活が立ち行かなくなるのが親なき後の課題といえる。

3. 福祉制度からのアプローチ

図1は障害者総合支援法の制度概要である。基本的に在宅サービスと施設サービスに分かれており、雇用を意識した訓練等給付が位置付けられているのが特徴である。計画相談に相談支援専門員が配置されており、本人や家族と相談をしながら利用するサービスをマネジメントしていくこととなる。

他にも図2は介護保険法の制度概要であるが、こちらも在宅サービスと施設サービスに大きく分けられており、必要なサービスを介護支援専門員と一緒に決めていくこととなる。障害者が利用する生活支援サービスはこの2つが中心であり、在宅生活及び施設生活で大きく分かれており、ケアマネジメントを中心とした支援方法から自己決定を基本とした支援をしている。ここでも課題として自己決定能力の有無、意思能力が課題として挙げられよう。白澤(2018)は、この点の限界を踏まえつつ現象学アプローチの重要性を示唆している⁵⁾。現象学ア

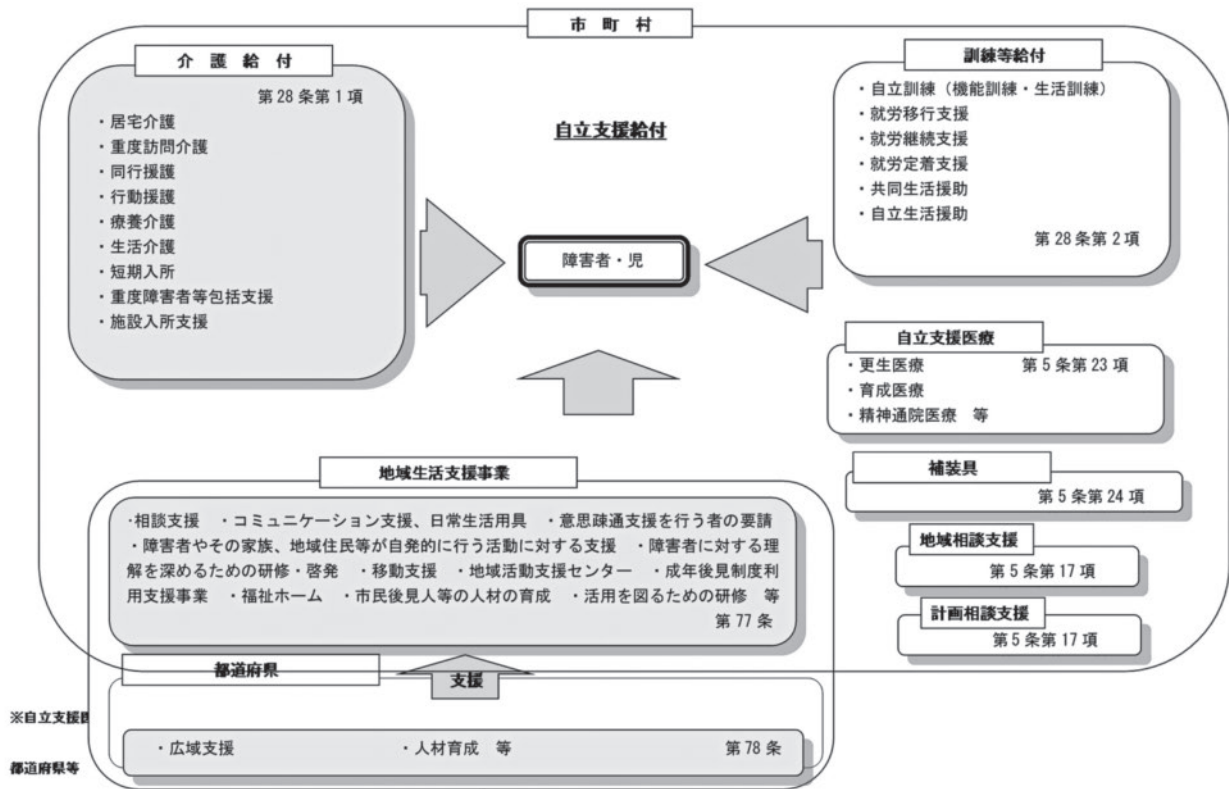


図1 「障害者総合支援法の制度」(作成：筆者)

アプローチとは、意識に直接与えられたもののみを認識の確かな根拠として認めることであり、仮説などを前提としてはいない事が特徴である。そのため、個別のクライアントから聴くことを重要視しており、自らの思いを話してもらえるような関わり方をアプローチの中核にしている。ロジャースの「自己一致」、「無条件の肯定的関心」、「共感的理解」などが聴く要点として挙げており、聴くことの専門性や効果を整理している。岩崎(2017)は現象学的アプローチとしての「聴く」を通じて、話し手の体験が新たにまた動き出していく、流れていくと述べている⁶⁾。「生きられた経験」から「意味のある体験」として変化していくことがこのアプローチの効果的な側面として挙げている。

ここまでの整理として福祉制度としては、障害者に対するサービスがある程度整えられており、ケアマネジメントを中心とした支援方法が確立されている。しかし、自己決定や意思決定に課題があるクライアントには限界があり、現象学的アプローチの視点が重要で、聴くことを通じた変容や新たな意味を見出す可能性があり、未来を創っていくことやその方の生き方を一緒に開拓できることが示唆された。次にそれを法的に支える成年後見制度からアプローチを図っていきたい。

4. 成年後見制度からのアプローチ

成年後見制度は厚生労働省社会・援護局地域福祉課成年後見制度利用促進室のデータによれば成年後見制度の各事件類型における利用者数はいずれも増加傾向にある。また、平成30年13月末日時点の利用者数については、成年後見の割合が約77.7%、保佐の割合が約16.4%、補助の割合が約4.6%、任意後見の割合が約1.2%となっている。申立人については、本人の子が最も多く全体の約24.9%を占め、次いで市区町村長の約21.3%、本人の約15.8%の順となっている。全国の市区町村長申立件数は7,705件であり、総数に占める割合は21.3%である。ここから、判断能力が低下し状態が悪化してからの対応になっていることが推察できる。その点としては市区町村長申立ての件数の多さが物語っており、認知症の対応に苦慮していることや親なき後の対応についてもこの数値に含まれている状況である。

都道府県別の総数に占める割合は、12.1%~41.7%と地域によってばらつきがある。主な申立ての動機としては、預貯金等の管理・解約が最も多く、次いで、身上監護となっている。65歳以上の本人は、男性では男性全体の約71.1%を、女性では女性全体の約86.5%を占めている。成年後見人等と本人の関係については、親族(配偶者、親、子、兄弟姉妹及びその他親族)が成年後見人

介護予防日常生活支援・総合事業	介護予防サービス (要支援1・2)	介護サービス (要介護1~5)	サービスの概要
訪問型		訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが居宅を訪問して入浴、排泄、食事等の介護や日常生活上の世話を行う。通院等乗降介助(介護タクシー)は要介護1~5の方のみが利用できる。
	介護予防訪問入浴介護	訪問入浴介護	浴槽を積んだ移動入浴車で居宅を訪問し、入浴の介助を行う。
	介護予防訪問看護	訪問看護	看護師等が居宅を訪問し、療養上の世話(医療的な処置や看護等)や必要な診療の補助を行う。
	介護予防訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問し、リハビリテーションを行う。
	介護予防居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行う。
通所型		通所介護(デイサービス)	デイサービスセンター等で入浴や食事、日常生活の世話、機能訓練などを日帰りで行う。
	介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	通所リハビリテーション(デイケア)	老人保健施設、病院等で理学療法士や作業療法士等によるリハビリテーションなどを日帰りで行う。
	介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	短期入所生活介護(ショートステイ)	一時的に家族の方が介護できない場合など、特別養護老人ホームや老人短期入所施設で入浴、排泄、食事や日常生活上の世話と機能訓練を行う。
	介護予防短期入所療養介護(ショートステイ)	短期入所療養介護(ショートステイ)	一時的に家族の方が介護できない場合など、老人保健施設や介護療養型医療施設等で看護、医学的管理下の介護と機能訓練等と日常生活上の世話を行う。
	介護予防特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護	入居者が30名以上の有料老人ホームやケアハウスにおいて、入居している要介護者等に、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話や機能訓練などを行う。
	介護予防福祉用具貸与	福祉用具貸与(12種類)	日常動作を助けたり、機能訓練をしたりするための福祉用具を貸与する。(要支援1・2、要介護1の方は、原則として①手すり②スロープ③歩行器④杖の4種類。残り8種類は⑤⑥車椅子と付属品、⑦⑧特殊寝台と付属品、⑨床ずれ防止用具、⑩体位変換器、⑪徘徊感知器、⑫移動用リフト)
	特定介護予防福祉用具販売	特定福祉用具販売	排泄や入浴等に必要福祉用具を購入した場合に、購入費の9割分を給付する(購入費は年間10万円上限)。(①腰掛便座②特殊尿器③入浴補助用具④簡易浴槽⑤移動用リフトのつり具)
	介護予防住宅改修費	住宅改修費(5種類+付帯工事)	居宅での安全を確保したり、介護者の負担を軽減したりするために住居を改修した場合に、経費の9割分を給付する(工事費は1件当たり20万円上限)。(①手すり②段差解消③滑り防止④引き戸への取替⑤洋式便器への取替⑥付帯工事)

図2 「介護保険法の制度」(作成:筆者)

等に選任されたものが8,428件(全体の約23.2%)、親族以外の第三者が選任されたものが27,870件(全体の約76.8%)となっている。この点からも親なき後に成年後見人が担っていることがうかがえるが、地域格差が課題として挙げられている。

最高裁判所の調査によると、2011年から2018年の8年間に於いて、後見人による横領などの不正の被害額が少なくとも265億円に上ることが明らかになっており、1年間の平均被害額は約33億円である。その被害のほとんどは親族後見人によるもので、親族後見人による不正は被害額全体の95%であった。他方、専門職による不正は全体の5%となっている。ここでは一見して専門職後見の有効性を意識してしまうが、専門職後見にも課題がある。それは、以前の本人の生活が見えないため、成年後見制度からのスタートとなり、本人把握に時間を要してしまう。他にも弁護士、司法書士のように対人援助職ではない後見人もいるため、成年後見人自体の専門性

については課題が残る。この点についてはケアマネジメント機関の役割が重要となるが、成年後見制度はあくまで本人の代わりとしての機能を担うため、ここでは課題が残る^{注1)}。

これだけではなく、成年後見制度自体の課題がある。それは成年後見制度の認知度の低さ、後見人の担い手不足、申立て体制の未整備や費用助成の課題など成年制度を利用するまでの煩雑さなどもある。急な体調不良や事故などによって親が役割を担えなくなった時にタイトに対応できる制度設計ではない。しかも、書類や手続きにはある程度の知識や書類作成能力が必要となる。制度の厳密さを理解する一方、活用する側の能力を理解した制度設計が望まれよう。他にも医療行為の同意や身分行為などの制限がある法律行為も残されている。その点は先ほど述べた課題のように本人の代わりという限界性があるためである。この課題の核心は家族という存在でもそれを埋めることはできず、個人の尊重や意思能力の有無

タイムライン



図3 「タイムラインによる整理」(作成：筆者)

が現状としての到達点とみることができるだろう。

5, 考察・まとめ

「障害特性からのアプローチ」, 「福祉制度からのアプローチ」, 「成年後見制度からのアプローチ」から述べていったが、障害特性では意思能力や行為能力の課題から知的障害者や精神障害者が親なき後の問題の中心となっていた。福祉制度からは、生活を支える仕組みはある程度整理されているが、それをマネジメントする専門職の課題がある。現象学的アプローチの有効性を挙げることができるが、それをアセスメントすることやそれを根拠として展開する専門性の醸成には課題があると言えよう^{注2)}。成年後見制度については、制度自体の煩雑さや認知度の課題を挙げている。

親なき後の課題を今後どのようにしていければよいのか検討していきたい。時系列で整理するため図3のタイムラインから展開していく。①の時期は親が障害の子供を育てることであるが、知的障害者などをモデルにすると教育分野や療育と言われる分野の支援を受けることになるであろう。この時に、親という存在や役割が親なき後のことを想定したお互いの自立を意識した成長が求められる。この点に関しては最初に述べたように親子関係は①の時点で意識されないといけないものであり、しかも、未来に向けたものとして捉えられるべきである。現実としてはケアの代替者であるため、フォーマルサービスの補充として機能せざるを得ない状況であるのであれば、ここが社会的な課題として捉えるべきである。②は社会での役割や自立に向けた時期であろう。教育というところから福祉的な支援、就労支援というものであるが障害特性からその比重は個別性が高いであろう。その点に支援の糸口があるわけである。早い段階からそれを意識した関わりが必要となる。この時点のマネジメントは相談支援専門員が担うことが多く、今後求められるスキルであろう。②の時点で成年後見制度を活用する方法もあるが制度活用の難易度も高く、費用負担の課題も出される。そのため制度運用としては、簡便であることや費用の助成が全地域であることが求められる。③の時期に初めて親なき後に直面する家族が多いことが示唆されて

おりのが本稿の特徴である。この点が①から意識する必要性があることである。親離れ子離れというものが障害の有無によって、ケアの担い手として混合し判断を鈍らせる。また、障害者本人の意思能力による影響がこのような問題に直面させている。

これを社会的な共有の課題として捉え、社会全体で支えていくことが親及び障害者自身にも認識できないと制度が充足されても実際の活用には至らないことは想像に難しくないのである。

注1) 意思決定をするのが第三者である成年後見人の場合、本人の代替の決定者の範囲を超えることはできないと考えている。そのためケアマネジメントの専門職からの提案に関して意思決定するということはその限界性がどうしてもあるため課題と表現をしている。

注2) ケアマネジメントのプロセスはインテークから再アセスメントを基本とし、月1回のモニタリング等がベースとなる。福祉事業所からの情報共有なども活用することになるが1日や細かな生活レベルのアセスメントでは生活場面でのアセスメントが必要不可欠であることと対費用効果からも限界があると判断し、このような表記にさせてもらった。

引用文献

- 1) 中根成寿「知的障害者家族の臨床社会学—社会と家族でケアを分有するために—」(2006) 明石書店
- 2) 中根成寿「障害者福祉制度は障害者家族の親子関係をどのように変えたのか—障害者総合支援法制度利用状況の分析から—」(2017) 家族社会学研究
- 3) 中塚晃一「母よ！殺すな！」(2007) 生活書院
- 4) 一瀬早百合「障害のある乳幼児と母親たち—その変容プロセス」(2012) 生活書院
- 5) 白澤政和「ケアマネジメントの本質 生活支援のあり方と実践方法」(2018) 中央法規
- 6) 岩崎久志「対人援助の現象学的アプローチにおける実践者の姿勢とかわり」(2017) 流通科学大学論集

