

北海道社会福祉研究

第 21 号

〈特集：北海道福祉学会第38回大会記念講演〉

- スウェーデンの福祉と住宅政策 小川信子 1

〈特集：北海学園大学経済学部創立50周年記念講演〉

- 現代日本の福祉・生活・経済—社会福祉と経済学— 一番ヶ瀬康子 6

〈論文〉

- 障害者運動研究における〈比較〉の視点と方法 田中耕一郎 20

- わが国の保健福祉学の動向と課題 佐藤秀紀 30

- 機能不全家族に関するシステム理論モデル 鞠子英雄 40

- 離島地域の高齢者福祉サービスのあり方に関する基礎的研究 志水幸 50
—北海道羽幌町天売島・焼尻島の調査結果を中心に—

- 新たなセイフティー・ネット再編に向けて 小早川俊哉 61

〈研究ノート〉

- 地域の高齢者保健福祉施策に関する一考察 斎藤征人 68
—ヘルスプロモーションの視点から—

〈実践報告〉

- 大学附属病院におけるボランティア導入の経過と今後の方向 湯浅国勝 76
—患者さんと病院との架け橋として—

事業報告・事業計画・会計報告・会員名簿

学会誌編集規定・投稿規定

スウェーデンの福祉と住宅政策

北海道浅井学園大学人間福祉学部教授
小川信子氏

みなさんこんにちは、ただ今ご紹介をいただきました小川でございます。

本日はスウェーデンの福祉と住宅政策というテーマで、これからお話をさせていただきます。

生活保障の原点は住宅保障

今日のようにスウェーデンが整備されたのは、彼らが生活保障の原点を住宅保障にしたからだと思っております。日本の場合、生活保障の原点が住宅保障ではないですね。第二次世界大戦後から現在に至るまで、様々な問題をはらみつつ、日本の住宅は開発されてきましたが、いまだに十分な住環境が保障されているとはいきれないという状況です。とくに高齢社会の進展のなかで在宅ケアを実現させようとしつつある現在、住環境を見直すことは非常に重要な課題となっております。そこでスウェーデンが今日のように整備された生活環境をつくりだし、生活保障の基本に住宅を保障した経緯とその変化の過程に学びながら、日本の社会保障施策の指針として検討することができたらと思っております。

19世紀初頭のスウェーデンは、人口約230万人の農業国でしたが、1850年代に経済的・政治的変革がおこります。1846年にはギルドが廃止され、1864年には一般に自由取引ができる権利が認められました。そして木材と鉄の生産が増え、工業化社会へと進展していったわけです。その工業化の過程においては、生産に従事する人々が都市に流入し、人口が急増しました。

農業社会から工業化へ移行するプロセスにおいて、1800年から1900年の間にストックホルムの人口は、75,517人から300,524人と4倍に急増しています。人口の増加は、都市機能が不十分な状態であるために、生活環境の諸条件を悪化させることになり、多くの人々の生活に支障をきたすことになりました。そこで都市機能をどういうふうに整備していくかということを考えなければならなくなりました。農業国から工業化したことで都市問題にぶつかるわけです。1912年から14年にかけて行われた調査では、都市人口の3分の1が過密住居に住んでいるという結果が出ます。地区によっては人口の約半分にまで及んでいました。そこで、住宅一つを解決するということではなく、社会全体をどう見直したらいいかということに関心がむけられたわけです。

1933年は多くの労働者の合意を得て、社民政権が登場します。大きな労働者ストライキが起こったり、前政権の悪事が明るみに出たことがあったりと、そんな中での社会民主党政権の誕生だったわけです。その後、1976年まで社民政権が変わらず、44年間の間に現在のスウェーデンをつくりあげたと考えられます。

1933年に社民政権がとくに改革を行ったのは、第1に失業問題の解決です。はじめに労働者の実態調査を行い課題を明らかにしました。その結果、1933年には164,000人に達していた失業者は、

1938年には半分以下になりました。第2には住宅政策です。1933年以降の失業対策として、公共事業において住宅建築に補助金を出しました。また、1930年代の出生率の低下など、将来の人口問題を憂慮して、児童保護の一環として低収入の有子家庭のために、住宅建築に補助を出しました。第3には家族政策です。とくに母子の保護政策を積極的に行いました。1930年代後半には、出産補助、新家庭資金の貸付け、学校給食の国庫補助、児童のいる家庭の住宅政策などが実施されました。これが国民に家庭をもっている親たちに、大きな力になっていったのだろうと思います。

こうしたこの時期のスウェーデンの社会福祉の特質を、1938年イギリスで刊行された『THE FABIAN RESEARCH BUREAU』では、イギリスの福祉国家とスウェーデンの福祉国家とを対比させ、イギリスのそれが貧窮者を対象としているのに対して、スウェーデンのそれは労働者階級のためと同時に、中産階級のためにも準備されているとして指摘しております。すなわち、すべての人々が平等にという理念に基づいているわけです。

スウェーデンの住宅計画の変化

日本の住宅計画の現状と大きく違うのは、土地問題だと思います。

第一次世界大戦前、住宅建設は、民間の資本がその需要に十分に対応できない場合のみ、地方自治体がケアするというような方法がありました。第一次世界大戦が数年にわたって行われる間に、ストックホルム界隈では2つの住宅援助政策が行われます。

1つは、1908年に土地の投機をおさえるため、住宅建設のための公共地を賃貸する習慣が確立したこと、もう1つは、借地に住宅を建設する場合、資金調達のためのローンが、市によって準備されたことです。つまり、土地を自分のものにしないという政策です。ですから居住権と土地所有権は別だったというわけです。そうして現在、60~70%はストックホルムの土地は國のものになっています。

1920年代の末にかけては、住宅の建設は活発に行われましたけれど、その中で生活協同組合がいろいろな事業に活発に参加していくわけです。日常生活の生協の動きも1つの産業としてスウェーデンを支えているわけですけれど、住宅問題に関してもいち早く生協がそれを担って、地方自治体の援助を受けながら多くの住宅を供給してきました。1930年代初頭の世界大恐慌のあおりをうけまして、このころ多少住宅建設が減少しますが、新たに組織された社会民主党の政策が、これをまた援助していく小規模でも失業を抑制する手段として住宅建設の新経済計画を発表します。そういう経済的バックアップがありまして、住宅政策が展開していくわけです。

さらに第二次世界大戦の影響を受けて、住宅建設は一応減少しますけれど、戦後、政府は住宅調査をもとにして住宅供給計画の具体化にとりかかっていきます。それが1946年から48年に提出された計画書であり、それが議会を通過し、実行に移されました。この1960年代中頃までに、多くの住宅が建設されていくという歩みがあります。

ところで、1920年代というのはスウェーデンだけでなく、他の国々、フランスを中心と致しまして新建築家運動というのが起こります。機能主義建築をつくろうというもので、機能主義というのは、我々が住むのにふさわしい住みやすい住宅をつくるということです。建築というのは、歴史的には、ある貴族のために非常におおげさにつくられたということもあります、ヨーロッパではとくに王族・貴族を中心とした「館」というものが建築家の仕事としてありました。そこで、我々建

建築家は誰のために建築をするかという問題提起をする運動が起こります。フランスのL.コルビュジエ、ドイツのW.グロピウスという建築家が世界に呼びかけます。文献によりますと、その建築運動は「機能主義運動」といわれ、スウェーデンだけがそのときに提案した条項を、忠実に今でも守っている国だということです。

ヨーロッパ大陸における革新的な運動としては、1928年にヨーロッパの著名な建築家たちが集まって、開催された会議で、国際現代建築会議（CIAMと略す）と称されるものがあります。第二次世界大戦をはさみ10回まで行われました。この会議で討論された内容は、主としてヨーロッパ各国が工業化社会に入りつつあり、都市に集中した人々の住環境のよりよいあり方について考察し、問題を提起して、具体化することになりました。この動きはスウェーデンのみならず、世界各国の建築家をとおして各々の国に影響を与えたものがありました。

スウェーデンという国は、第一次世界大戦に参戦していない、180年間戦争をしていない国で、その間にそういう住宅建設、庶民の住まいをどのように確保して、豊かな生活を保障するかという命題に取り組み続けました。第二次世界大戦にも、スウェーデンは最後まで参戦しませんでした。参戦していろいろなものを失っては、これまでやってきてやっと貧乏国スウェーデンがここまで立ち直ってきたのに、そんなことを国民のためにできないということを前提にして、福祉国家の建設をおこったということです。

戦後もそれまでの政策をもとに住宅建設を続けます。結局、ヨーロッパの建築というのは、シンプルな形態をもっていますが、やはり機能を中心として建築や家具に十分な研究を積み重ねてきているわけです。そして、なおかつ住宅・都市計画に機能主義的考え方を導入しています。機能主義的と申しますのは、如何にしたら使いやすいものをつくるか、これについては徹底的に調査いたします。一般の要求を満たす、経済上有利な住宅をということで、「最小限住宅」のプログラムを基礎にして住宅をつくろうということになります。

「最小限住宅」というのは、機能的に考えますと、夫婦と子どもに1部屋ずつというふうに各人が個室を所有し、それに食事をする場所、ともに生活をする空間（居間）、衛生設備といった共同の場所ですから、かなり広いうちに住んでいることになります。スウェーデンでは一人あたり56平米、およそ2LDKが最低なんです。それを「最小限住宅」といいます。人間がその住居において、完全に生活機能を遂行するために、何らの支障がない条件として、空気、光源、空間の広さなどを考慮しなければいけないといっています。低所得者、貧困層、最低限の収入からそれを割り出してもいけない。住宅の基準は、生物学的・社会学的根本的な要求から考えるものであるとして「最小限住宅」を決めるわけです。

住宅の量的整備は、1966年から1975年の間に、おこなわれた100万戸計画で、国全体としての量的不足をこの段階で満たすことを目指にして、10年間に実際に計画通りに実現されたのです。この時期に計画された住宅地域は、効率の良い建設方法として、工場生産されたプレキャストコンクリートパネルで、中高層集合住宅（7～9階）であり、その街並は変化の少ない単調なものでした。ただ当時需要が増加しつつある車社会への対応として、人と車を分離するいわゆる「歩車道分離」の道路計画をおこなった団地ができて、この時代から外部環境への配慮が見えはじめました。

100万戸計画は、機能的住宅を生み出す機会となり、合理的なすまい方の提案をおこないましたが、70年代後半になると、極端に設計計画及び工期が短いことがわざわいし、また、近隣形成過程を十

分に考慮しなかったために社会心理的な人々への影響など、住宅や地域計画の質に問題があったことが反省されました。この経験をふまえてその後は、低層、中層の住棟を計画し、住棟配置についても外部環境を豊かに構成できるように変化に富んだ住宅地域を創成しました。

都市部の集合団地などでは、そこに住む人がどんな生活行動をするのか、研究者らができた団地を調査します。調査するときには、建築家、都市計画家、お医者さん、社会福祉関係の事務所の方、高齢者ケアの方、全部がそれに参加します。その調査報告書が出ますと、報告書を検討してそれを次の計画のときに使うわけです。研究のためにのみ調査をするのではなく、スウェーデンでは、実際に役に立たない研究には助成金が出ません。本当に市民の生活している状況、政府の状況などに有効に貢献する研究ならば、生活費も含まれた研究費が支給されます。ですからそこに報告された研究は、必ずや次の計画にフィードバックされるのです。

スウェーデンモデルとは

それでは、スウェーデンモデルとは何か。「国民の家をつくろう」という合言葉があります。イギリスでは「ゆりかごから墓場まで」ですが、スウェーデンでは女性労働者も大事なわけです。生まれた子どものことからではなくて、すでに母体保護から始まるわけです。ですから「胎内から墓場まで」ということになります。胎内から墓場まで、あらゆる階層で、国家が「よき父」として、市民の必要を包括的に規制・統制・調整するという機能を果たそうという、それがコンセプトなのです。階級格差を無くして、社会保障を整備して、経済的に平等にして、労働の保障をして、そして民主主義の確立を、というようなことをやろうと始まったわけです。スウェーデンモデルは、スウェーデン自身が資本主義社会の中で、どういうふうに社会民主党政権のイデオロギーというものを作り出していくかという「実験」だったと思います。そして、包括的な福祉システムを構築し、世界で最も進んだ福祉国家として、自分たちが誇れるものにしたいと思ってその原理をつくっていってきたのだと思います。

原則としては国民を対象とした制度であって、誰にでも、すべての市民が基本的な安心を保障されます。市民が保障される安心感は、主に税金によって財政運用されます。徴収した税金が見事に還元されていること、その関係が納得できれば、少しくらい税金を取られてもしょうがないと思うんですね。学生や大学院生は卒業するまで学費は要らない。だからかなり税金が高くとも、若い人は自分の時代にも、今のように豊かな生活を保障してほしいと思っているのです。スウェーデンモデルが目に見えてわかっているから、若い人たちが何のために税金を払っているのかがはっきりと見えているのです。

福祉は理論ではなく、市民生活のすみずみに浸透した現実です。その現実をひっくり返すのは難しいですから、スウェーデンモデルは社民党と労働者の団結の中で、将来も維持され続けるだろうと思います。連帯政策を基本として、平等・自由・安心感ということを実現し続けるのではないかと思います。それは一人ひとりの人間を大切にするというところから出発するのです。政権の変化があっても基本は守られています。

私たちは、いわゆるスウェーデンモデルと安易に言っておりますけれど、そんなに簡単にできたものではありません。長い歴史の中で、彼らが自分たちの生活環境をどう整えていったらいいかと真剣に考えた結果ではないかと思います。彼らが合言葉にしている、「インテグレイト」「ノーマラ

イゼーション」「イコーリティ」の理念が確実に日常生活に生きているわけです。

私たちがスウェーデンから学ぶべきことは、やはりこの「インテグレイト」「ノーマライゼーション」「イコーリティ」ではないかと思います。あらゆる階級の、職業の人たちが、力を合わせてインテグレイトして、ノーマルな状況をめざしていくこと、そして、男女が同じ力を出し切れる社会をめざさなければならないのではないでどううか。スウェーデンモデルを見ると、そのように強く思います。

ご静聴ありがとうございました。

(1999年11月3日 於：北海道立社会福祉総合センター)

現代日本の福祉・生活・経済 —社会福祉と経済学—

長崎純心大学教授
一番ヶ瀬康子氏

本日は、北海学園大学経済学部創立50周年記念講演に、講師としてお招きいただき、大変光栄に存じております。50年前、この北海道に経済学部をお作りになったという歴史を伺い、伝統のあるこの大学で学んでおられる皆さん、お幸せだなと思っております。

1 社会福祉学、経済学との関わり

ただ今ご紹介をいただきましたけれども、私と経済学との関係について、自己紹介も兼ねて、もう少し申し上げておきたいと思います。

私は1943（昭和18）年に、現在の日本女子大学の前身である日本女子大学校の家政学部三類、社会事業専攻課程に心を惹かれ、入学しました。その頃は台湾に住んでいましたので、私は船で渡って参りました。私が乗った船の、前の潜水艦も、後ろの潜水艦も、アメリカの魚雷で撃たれて沈みました。私は悪運強く生き残りまして、1943年から、社会福祉の前身である社会事業というものを学び、戦後は、社会福祉の学問である社会福祉学を、ずっと追究してきたわけであります。

生江孝之先生から学んだこと

その後、なぜ経済学に近づいたのかということについては、私の社会事業の恩師である、生江孝之先生の影響が大きかったかと思います。生江先生は、家庭学校の創設者であり、北海道にも縁が深い、留岡幸助という方の親しいお友達がありました。そして留岡幸助と同じく、網走の刑務所で教誨師をしておられた方であります。志あって1920年代にアメリカへ行かれ、社会事業の理論を学ばれました。日本に帰った後もずっと社会事業の実践・研究、教育に関わり、社会事業の父と呼ばれた方であります。

この方の社会事業理論は、教わった先生が経済学の出身の方だったからだろうと思うのですが、こういうところから始まります。慈善事業から社会事業へと展開をする契機においては、貧困というものをどのように認識するかが、重要であるということです。先生は、貧困を3つの類型に分けて考えておられました。1つの類型は「自然貧」です。これは自然そのものの貧しさ、あるいは天災地変などによって、起こってくる貧困です。それに対する2番目の考え方が「個人貧」です。「個人貧」というのは怠惰など、個人の側の理由で起こってきた貧困ということです。ところが近代に入り、19世紀末から20世紀にかけて、英米などで深刻な失業が起こってきました。その失業も、景気が回復すれば消えるものではなく、構造的に起こってくるものであり、失業者が停滞するという実態が明らかになってきたのです。その中で貧困というのは単に自然、あるいは個人の問題ではな

く、社会そのものの中から起こってくる「社会貧」であるという考え方が出てきました。その「社会貧」に対応して、社会的な活動を起こそうという動きが、社会事業の成り立ちにつながっていましたと、こういう解釈でした。

私はこの講義を、1943年に日本女子大学校に入りました時に、1年間聴きました。翌年からは戦争だけなわになり、全く勉強するいとまもなく、学徒動員で旋盤工をしていました。よくテレビで、男子学生が学徒出陣で明治神宮から出していくところを映していますが、それを見送っていた世代です。ですから、学生時代に習ったことは、今言ったことだけなのです。戦後は様々な職業に就きましたが、お話をあって、日本女子大学に戻ることになりました。その時にまた、生江孝之先生のお話をうかがったのです。

その頃は、日本国憲法によって、基本的人権の1つとしての社会福祉が、初めて認められるようになった時代でした。それまでの憲法は、ご存知の様に大日本帝国憲法であり、私どもは国民ではなく臣民だったのです。臣民と国民の間には、非常に大きな違いがあり、大日本帝国憲法のもとでは、基本的人権などという考えは成り立ませんでした。ところが日本国憲法には、基本的人権が明記され、そして憲法25条で、社会福祉というものが成立したわけあります。

そういう時代の変遷の中、これから社会事業、さらにその展開である社会福祉を、大学で研究あるいは教育していく際に、改めて考えなければならないことは何だろうか。私はそれを、生江先生にご相談しました。そうしたら先生は、これが経済学をしっかり学んで、社会福祉学の裏付けをしてほしい、ということを言われました。先生ご自身が、その時に経済学というのに、大変関心を持っておられました。国が社会福祉を責任として行う以上、財政問題などと大きな関わりを持ってくるので、まず経済学をやりなさい、というお言葉でした。私はそれを聞いて、基本的人権を守るための社会福祉のあり方を追究する意味で、経済学を学ぼうと心を決めたわけです。

大内兵衛先生から学んだこと

どういう経済学を学ぼうかと考え、経済学者の大内兵衛という先生が学長をされていた法政大学を、私の第2の母校としました。大内兵衛先生は、戦時中に一時東大を追われましたが、戦後再び東大そして法政大学において、日本のマルクス経済学の流れを推進した方です。

先生は財政学がご専門でしたが、一方で、当時の国の社会保障制度審議会の会長をしておられました。残念ながら、社会保障制度審議会は今回の行政改革でなくなりますけれども、経済政策との関連を視野に入れながら、社会福祉のあり方を議論する意味で、重要な役割を果たしてきました。大内先生は、その審議会の会長を長く務められておられたのです。従って、社会福祉と経済学を学ぶためには、是非先生のところに行った方がいいと思いました。法政大学というのはある意味では自由な大学で、こちらの大学の学風をうかがいますと、少し似ているなとも思います。

大内先生のおっしゃったことの中で、是非お伝えしたいと思うのは、「経済学とは、中国でいう経國濟民の学である」ということです。これによって何かを儲けるということではなく、国を司り、そして民を生活可能なあり方にしていく学であるということを、言っておられました。また、「人はパンのみにて生きるにあらず」ということを、特に、宗教を持っている方たちが社会事業について言われるけれど、実は生活の根底にパンがなければそれは言えない、パンなしでは生きることはできないんだ、というようなことも、言われていました。

大内先生自身が経済学を学ぶきっかけを与えた人に、明治時代の日本の社会福祉の先駆者であり、岡山孤児院という施設を作った石井十次という人の存在があります。先生はその人の伝記を読んで大変感動されたそうです。また、倉敷紡績の創設者であり、岡山孤児院の支援者でもあった大原孫三郎という人にも、非常に共鳴されたそうです。親のない子どもたちを、石井十次があちこちから寄付を集めて育てている姿、それを、倉敷紡績の社長が金を出して支えている姿を見て、それを国ぐるみでやるような経済のあり方を考える、経国濟民の学をやる、ということを思っておられたようあります。そういうお話を聞いておられました。

先生の言葉でもう1つ忘れられないのは、「日本では難しく書くことが論文であるというように思っているけれども、そうではない」ということです。やさしい言葉でやさしく語ることの中に、深いものを告げることができる、そういう論文でなければいけないということでした。大学院のテキストは、さぞ難しいものを使われるかと思いましたら、とんでもないのことでした。財政学の講義の際には、やさしいパンフレットのようなテキストを使われ、いろいろな話をしながら、学習をすすめられました。

アメリカの社会福祉

そんな経済学をやってまいりましたので、経済学原理などをやりの方たちにとっては、本日の話は少しそれでいるかもしれない、とも危惧しております。課程修了時に私が法政大学に出したのは「アメリカ社会福祉発達史」という論文でした。この論文は、アメリカという国の経済と社会、そしてその中で育まれた人権思想に基づいた運動が、いかにアメリカの社会福祉を形成したのかということを、追究した論文でした。

当時の日本は、占領軍の指導の影響を受けていたために、アメリカの社会福祉理論を金科玉条のようにしていました。それを暗記するのが、あたかも社会福祉の学問のようにいわれていたのです。私はそれに対して、非常に批判的がありました。私は、1つの形の社会福祉制度、あるいはそこにおける活動が生まれるには、経済基盤を前提とした社会構造の存在があり、そして、それに対する主体的な活動の存在がある、と考えてきました。これらの結果として、1つの方法が生まれるのである、アメリカの社会保障やソーシャルワークは、決して絶対ではないし、それを当てはめるような学び方はよくない、ということが念頭にありました。そこで、アメリカの社会福祉制度や活動を、それを生み出してきたアメリカの、経済基盤を前提にした社会構造と共に分析した論文を書いて提出しましたところ、運良く経済学の博士をいただいたわけです。

現在は北海道の大学でも出されるようになったのですが、当時は、社会福祉学の博士はありませんでした。ないどころか、社会福祉教育は職能教育であって、社会福祉学そのものもないと考えられていたのです。ですから、この時期の私の勉強の目的は、社会福祉という領域を確立する前提としての経済学を学び、その中から意義あるものを導入していくところにありました。そういうわけで、そのあたりについても、今日の話がご期待にはすればいいと思っております。

ここで1つ、アメリカの社会保障について申し上げたいと思いますが、率直に言いますと、私は不完全な社会保障であると思っています。アメリカは豊かな国ですけれども、児童手当がなく、あるいは健康保険も、高齢者などを対象として多少類似したものはありますが、本格的なものはない。

そういう意味でアメリカの社会保障は、どちらかというと公的扶助中心の社会保障で終わっている、未熟な制度といえると思います。

後にスウェーデンに行った時に、社会福祉や社会保障、あるいは経済学領域の方々とお目にかかる機会が多くありました。そのような時によく言われたのですが、アメリカというのは3分の2国家であると。3分の1の人々は、社会保障制度から無視されていると同時に、アメリカ経済の繁栄を受けていないのだということなのです。その3分の1の人々とは、移民の方であり、あるいは黒人の大部分の方であり、また白人の中でも、どうも後からアメリカに行った人たちなんだという話を聞きました。これは、アメリカの経済の動向あるいは仕組みと、深い関係があるように思います。

スウェーデンの福祉

私は「アメリカ社会福祉発達史」を書きましたので、そのアメリカに行けばよかったのですが、書いているうちにアメリカに批判的になりました。そこに日米安全保障条約の問題なども起きてきましたので、それも含めてアメリカに行きたいという気持ちは薄くなりました。そして、アメリカとは対照的なヨーロッパの国である北欧に行き、その後の研究対象をスウェーデンに定めました。スウェーデンには何度か行きました。最初は1965年に、そして1975年から76年にかけての1年半ほどは、ストックホルム大学でスウェーデンの社会福祉を学ぶ機会を持ちました。

先ほど述べたように、スウェーデンの研究者の方たちは、アメリカの社会保障に対して、批判的でした。アメリカの社会保障や社会福祉というものを学ぶことは学ぶけれども、スウェーデンはスウェーデンの現実の中から考えていきたいということでした。これは私がスウェーデンで学んだ、重要なことであると思います。学問というのはまず翻訳学、あるいはあてはめ学とよく言われるのですが、そこから始まることは確かに重要なのです。しかしそういうものを学びながらも、究極には、まず自らの地に住む隣人、さらに國の人々の幸せというものをいかに高めるかという視点で学ぶことが、本當だということです。

スウェーデンではいろいろな思い出があります。北欧の社会保障には多くの問題はありますけれども、見事に体系的にできています。特に印象に残ったのは、日本では足りない住宅保障を、しっかり打ち立てているという点です。住宅も社会保障の1つなのです。今、日本では介護保険が施行され、在宅介護ということをしきりに言っておりますが、住宅の保障がなければ十分な介護はできません。そういう意味でスウェーデンでは、住宅保障が社会保障であるということを非常に明快に定義しております。

それから、教育も社会保障に含まれています。例えば大学までの授業料は、国から出ます。高校からストレートに入学した人には、そのためにアルバイトをしなくても大学生活を送ることができる程度の学習費と補助費を含めた費用が出るのです。したがって日本では往々にして、貧富の格差がいかなる大学を選ぶかに影響しますが、スウェーデンでは全く影響しない。そして、入学したらしっかり勉強することが出来るのです。

日本人の多くの人は、スウェーデンや北欧は高負担・高福祉なので、税金を取られてたいへんだろうと思っています。確かに税金は高いです。高いですけれども、家計費を見ると日本とはっきり違うのは、住宅ローンあるいは教育費の支出が、ほとんどないということです。税金が高い分は、そこで埋め合わされるのです。ここに、高福祉・高負担でもなお、北欧諸国が福祉を貫く理由があ

ります。日本では、人々は住宅ローンに苦しみ、親は子どもの教育費のために必死になって稼ぎ、子どもは大学に入学してもアルバイトに追われるというような現実があります。そうした日本のあり方とは違って、北欧では、生涯人間らしい生活を営める基盤を保障する社会が、作られているということだと思います。

私は、そういう考え方が出てきた理由は、アメリカとスウェーデンという国の、成り立ちの違いにあるように思います。具体的に申し上げるならば、アメリカは非常に自由を大事にする民主主義の伝統を持っている。ところが北欧諸国というのは、平等ということを非常に重視いたします。これは北欧の風土と歴史が影響したものだと思うのですが、かなり平等というものを重視する。そういうところで、国の政策の基本が違っているのであろうというふうに、思います。

ついでにつけ加えておきますと、スウェーデンでもかつては大変な時期がございました。1930年代までは、「岩と氷と熊の国」といわれたスウェーデンでありまして、経済的にも、多くの借金を背負っていたわけです。ストックホルムなどはヨーロッパ最悪の都市といわれて、売春婦が多く浮浪児が街にあふれ、全く最悪のヨーロッパの都市だといわれた時期が続くわけです。ところが、そういう時期が続いたあと、スウェーデンの唯一の独占企業であったマッチ会社の社長と政界が、汚職で癪着していることがわかりました。スウェーデン人は非常に憤慨をして、その後自分たちの声が届く政治に変えようということで、社会民主党政府をつくりました。その中で、福祉国家の基盤が生み出されていったという、いきさつがあります。

2 経済学の歴史と社会福祉

ここまで、いろいろお話してきましたが、次に社会福祉との関連という面から、経済学の流れをみていきたいと思います。社会福祉と関係のある経済学者はたくさんいます。私も以前から、経済学史と社会福祉の理論史を結びつけたものを書いてみたいと思っていましたが、まだ十分に果たせておりません。唯一、1970年代に編著であります「社会福祉と政治経済学」という本を書いたことがあります。これはもう古いのですが、その中で、経済学と社会福祉の関係について、いささか述べております。歴史的にたどりますと、まず古典派経済学が、社会福祉と縁が深かったことがわかります。

古典派経済学と救貧法

社会福祉の歴史を紐ときますと、最初にあがってまいりますのが、1601年の救貧法です。「原始的蓄積」という言葉をご存知だと思いますが、この当時、資本主義が成り立ち、資本が蓄積されていく過程で、労働力が喪失されていく。有名なトマス・モアの「ユートピア」に描かれている、エンクロージャー・ムーブメント（囲い込み運動）というのが起こってくる時期です。

そのころ即位をしたクイーンエリザベス1世が「我が国は乞食があちこちに満ち満ちている」と言ったという話が有名ですが、牧羊地に囲まれて農村を追われ、故郷に住めなくなったりが、都市に乞食として大勢いたわけです。こういう人に対して、最初は浮浪者抑圧という対応をしていくわけですが、それではすまなくなる。一方では、蓄積されてきた資本の側が、労働力を必要とする様になってきます。そこで改めてそれまでのように浮浪者を抑圧するだけではなく、労働力の性格によって対応を分けるという、貧民管理法的な性格を持った、1601年の救貧法をつくるのです。

具体的には働く者は働かせる。働けない者は救貧法で養いますが、年齢によって、その内容は異なります。特に、未来の労働力である子どもは、幼いころから働かせることを考えようという制度でした。

1601年の救貧法の考え方があくまで徹底するのが、1834年の改正救貧法です。改正の時点で、非常に積極的な主張をもって、改正救貧法を自らの理論で裏づけますが、古典派経済学の三大経済学者の1人のロバート・マルサスであります。マルサスは有名な「人口論」の中で、貧困は2つの意味でより増していくという傾向を持っている、と述べました。1つの意味は、貧民が救貧法によって救貧を受けることです。そのことにより、貧民が生活出来るようになり、結婚して子どもを産む。そうすると、食物は算術的に増えるのに対し、人口は幾何級数的、つまりネズミ算的に増えていくので、貧困を増大させるような傾向を促すことになる。

もう1つ、当時は貧しい人は無能力といわれていた時期でありますから、そういう貧しい人が、優秀な人が食べるべき食糧を奪ってしまうことになるだろうということです。ですから、この救貧法というのはあくまでこれを最低限のものにするとべきであると主張したのです。具体的には、貧民が自宅で救貧制度を受けるような制度は廃止し、全員を救貧院に収容した方がよい。そして、子どもは3~4歳になったら徒弟に出して、働くことを教える。そうしなければ、貧困の悪循環を繰り返すばかりである、ということを「人口論」の中でいいました。その結果、彼の主張は1834年の改正救貧法の中で、具体的に実現していくのです。

この改正救貧法というのは、本当にひどいものでした。マルクスは救貧法を厳しく批判しています。彼は、1601年の救貧法自体も残虐立法だということを言っていましたけれども、1834年の改正救貧法についても、マルサスの「人口論」を念頭に置いて批判を加えました。食糧というのは算術的に増えていくけれども、人口は幾何級数的に増えていて、それが貧困を生み出す根底なんだというマルサスに対して、そうではないと言ったのです。マルサスの絶対的過剰人口論に対して、マルクスは、資本に対して働く人々への対応が、結果的には貧しさを生み出すという考え方につつ、相対的過剰人口論を、打ち立てていくわけであります。ここは皆さんもご存知の場面だと思います。

J. S. ミル

古典派経済学は、今申し上げたような過程で発展するのですが、ジョン・スチュアート・ミルという人が出てくる時代に入ってくると、さすがに大きく変化します。私は、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクスという大学で、ちょっと学んだことがあるのですが、そこで福祉国家や社会福祉の最初の原点というときに、非常に評価を受けていたのが、J. S. ミルでした。その後スウェーデンに行った時に、いろいろと本を読んでみても、J. S. ミルの評価は結構高いのです。どうしてでしょうか。

J. S. ミルは、古典派経済学自体を修正する、新古典派経済学との中間点に立つ人です。この方は、生産の場面では自由競争というものを肯定しながら、結果としての富の分配において修正を試みなければ、バランスのよい経済は発展しない、というようなことを言い始めた方であります。

彼が活躍した18世紀の後半から19世紀にかけて、イギリスでは労働組合運動が活発になったのですが、一方ではたいへん弾圧を受けていました。私は、J. S. ミルという人は、その労働組合運動が社会的に必要な装置であるということを、最初に認めた経済学者の1人であったと思います。

ただし、ちょっと余談なのですが、J. S. ミルが、分配は修正されなければならないと考え、労働組合を修正のための1つの装置として認めるに至った過程には、1人の女性の影響が大きかったように思います。

J. S. ミルの経済学原理というものは大作でして、何冊もあるのですが、その中の多くの注に「これはテーラー夫人の影響である」とか、「ここは自分がテーラー夫人の実践から学んだことだ」といったことが書かれています。テーラー夫人というのは彼の最愛の妻でありまして、お隣の奥さんだったのですけれども、10年以上も待って夫が旅立った後、改めて結婚したということです。

J. S. ミルは、彼女との討論あるいは対話の中から、有名な女性解放の古典である「女性の解放」を著しました。この原名は「婦人の隸従」というのですが、日本語訳は「女性の解放」といい、岩波文庫から出ています。その中では、婦人参政権や女子高等教育の必要性が、説かれています。彼は、テーラー夫人の優れた感性と人間に対する深い思い、そして明快な人間性から溢れ出たような論理というものをキャッチして、経済学研究の修正を試みながら、一方で女性の解放に、終生力を尽くしたのです。そういうJ. S. ミルのしごとが、その後生まれる福祉国家の、基本的な理論になっていると、いわれているのです。

A. マーシャルと社会事業教育

もう1人、アルフレッド・マーシャルという人も、古典派経済学の流れを汲みながらも、自らの経済学を打ち立てた人です。彼は、社会福祉と直接的にも関係の深い方であります。初めは数学をやりたかったそうです。ところがある日、イーストロンドンを散歩したときに、驚くほど貧しい人々がいることを知って心を痛め、こういう人をなくすような学問というものを考えたいと思って、経済学へ移ったという方です。

私も社会福祉の学生にもしょっちゅう言っているのですけれども、彼は「熱い胸と冷たい頭を」ということを言いました。学問というものは、人間に対する熱い思いがなければ、やっても意味がない。けれども、熱い胸をそのまま熱い頭にしたのでは、どうすればいいかということは生まれてこない。やはり現実もその原因もしっかり考え、これからの方を考えるための基礎になる原理というものを、冷めた頭でしっかりとつかまないといけない。そういう意味で、熱い胸と冷めた頭ということを言った研究者であります。

A. マーシャルの経済学も日本語で訳されていますけれども、一方彼自身は、夜間の社会事業学校の運営委員長でもありました。20世紀初頭のイギリスでは、社会事業の仕事をやっていく人たちを養成しようという動きが、初めて出てきました。そして、夜間の社会事業学校をつくったのですが、彼は、学校の運営委員長を引き受け、同じく講師であった彼の夫人とともに、教育を整備しました。彼らは、社会事業学校の教育の基盤に経済学というものを置きながらも、それを具体的な現実の中で展開し、当時の貧しい人々が自立して生きていく方向に、結びつけていく努力したのです。

A. トインビーと「産業革命論」

やはり19世紀の後半から20世紀にかけて、社会福祉に関わった経済学者に、エドワード・ディバインという人がいます。ディバインという人の名をあげると、同時にアーノルド・トインビーとい

う人の名前もあがってきます。トインピーとディバインは、社会福祉の歴史で忘れることのできない経済学者です。

トインピーという人は、有名なトインピーホールというセツルメントの名前に被せられた名前の持ち主で、その前進に努力した人でした。彼は非常に繊細な神経の持ち主で、神に服するために神学者になろうとしたのですけれども、ボランティア活動に参加し、社会のいろいろな問題に気づく中で、経済学に関心を持つようになります。

当時のイギリスでは、慈善組織機関（COS）という組織を通じて、中産階級の人たちが、ボランティアで貧民の救済にあたっていたのですが、その貧困観というのは、こういうものでした。私は、一橋大学におられた左右田喜一郎という先生が持つて帰られたものを実際に見たことがあるのですが、COSがこんなパンフレットを出しているのです。内容は、アリとキリギリスの話です。アリは延々と働いて、暮らしを安定させていく。キリギリスは、夏から秋にかけて音楽を奏しながら怠けている。貧しい人々というのは、キリギリスのように怠惰だったから貧しいのであって、アリのように働けば、生涯安泰に暮らせる。COSは、そういうことを貧民に忠告して歩いていたのです。

トインピーは、そこへ参加してボランティア活動をやっていたのですけれども、実際に貧しい、それこそ食べるるものもないような人々のところへ行って、はたしてこの人たちは、本当に怠けてこうなったのだろうかということを、思うようになります。そうではない、何かおかしい。今の経済の中で、豊かな富を享受している人がいる一方で、こういう人が出てくるというのはおかしい、ということです。そして新古典派経済学を専攻しながら、一方では自分自身でしっかり産業革命以後のイギリスの経済現象を調べようと、考えます。その成果は、もう絶版になりましたが、日本でも1冊、「イギリスの産業革命史」として翻訳されて出ておりました。

その中で彼は、はっきり結論いたします。それは、イギリスの富が栄えれば栄えるほど、国民全体にとっても豊かな生活をもたらすはずだといっていた、かつての古典派経済学とは違うものでした。逆に富が増せば増すほど、救貧法を必要とする人が増えてくる。これはなぜなのかということを、彼は考えたわけです。実際に貧しい人々の生活を見て、確かに本人も働く気をなくしているかもわからない、怠けているかもわからないけれども、それは何とも環境が貧しいからだと思ったのです。教育も受けられない、あるいは住宅も非衛生的である。そうなると、貧乏というものの存在を、環境との関係でとらえなければならぬのではないか、ということを一方で言ったのです。

そういうことに気がついてから、彼は改めて、サミエル・バーネットという牧師がイースト・ロンドンで行っていた活動に加わります。彼は経済学を講じるかたわらで、バーネットが、貧民の人たちと学習活動をやっているのに参加をした、それが後のセツルメントです。ここで学生たちを誘ってボランティアをやっていた時に、地域に定住しながら同じ住民として、共に環境改善、地方自治改革をやるべきであるという結論になりました。けれど、そのための館を建てるその最中に、トインピーは大変体の弱い人でしたから、亡くなってしまいます。亡くなった後、その館にトインピー・ホールという名が、つけられたのです。

このセツルメントというのは、社会福祉の歴史の中では非常に大切なものです。人が貧しいのは、怠け者だから、あるいは無能力だからだ、という考え方を持っている人は、現在の日本にも多いと思います。だから、その人たちを施設に押し込み別途に処遇すればいい、食べ物だけ与えればいいというような福祉観は、日本でも長く続きました。おそらく、1980年代までそうだったと思いま

す。それはレス・エリジビリティ（劣等処遇）の原則と申します。一方では、ジョン・スチュアト・ミルの夫人のように、スラムにパンのカゴを持っていき、話をしながらパンを提供した、慈善活動もあったわけです。けれども、そこに住んでともに環境を変えていくというあり方を、セツルメントは立ち上げました。私はこれは、トインビーの大きな功績だったと思います。

トインビーホールをはじめとしたイギリスのセツルメント運動を、アメリカに導入し、それまでのアメリカの慈善活動を、社会事業へと変えていった理論家が、エドワード・ディバインでした。ディバインは、最初に申し上げた私の生江孝之先生の、その先生です。ディバインは、経済学的な視点を根底に秘めながら、社会事業論を打ち立てました。彼は社会事業を、究極的には分配の問題ととらえます。とりわけ、地域における分配のあり方というように、コミュニティーの考え方を導入した点で、1つの新しい試みをしたように思います。

1920年代以降、社会福祉の理論ではアメリカが先駆的になっていきます。同時に、その時代のアメリカ人の考え方へ影響を与えた文学作品などを読みますと、どうも経済学の影響が大きかったように思います。例えば有名な「足長おじさん」という名作を書いた、ウェブスターという女流作家です。「足長おじさん」というのは、養護施設、つまりかつての孤児院で育った女の子が、足長おじさんの寄付によって教育を受けて、立派なレディーになっていくという話です。後に、彼女は足長おじさんと結婚をして友達を自分の出身の養護施設にさし向け、新しいあり方の施設を作り上げていくという、展開があります。

それまで孤児院にいる子どもは、ご飯のときには話してはいけないと言われて、一汁一飯のご飯を黙々と食べていたのです。そして同じ制服を着せられて、義務教育を終えたら、余程のことがなければ、上の学校には行けなかった。施設の壁は、真っ白な白壁だったのですが、それを変えていくのです。みんなで話をしながら、壁に太陽や花の絵を好きなように描く。そして、皆が同じ着物ではなくて、それぞれに合ったものを着るように変えていく。こういうストーリーで展開をする小説で、私は幼いころこれを読んで、とても影響を受けました。

このウェブスターも、経済学科の出身であります。彼女は経済学を学んだ後に、いったい貧しい人々はどういう生活をしているのかと思い、全国の孤児院を歩いたのです。そこでヒントを得て「足長おじさん」を書いた。「足長おじさん」の中で、彼女はしばしば自分の理想の社会は、今イギリスのフェビアン社会主義で描いているようなものだと言っています。みんなで話し合い、平等な文化、豊かな社会を実現していくというフェビアン社会主義は、現在の英國労働党のはしりなのですが、当時のアメリカ社会に、ある影響を与えていたのだと思います。

G. ミュルダルと「福祉国家論」

もう1人、スウェーデンの経済学者のグンナー・ミュルダルについて、ふれておきたいと思います。さきに述べたようにスウェーデンでは、1930年代の世界大恐慌の時に、汚職等が見つかり、民衆の中から運動が盛り上りました。ミュルダルは、その成果として生まれた社会民主党政権の、初代の大蔵大臣を務めた方です。彼は当時30歳代で、後にノーベル経済学賞をもらったのですが、「福祉国家を越えて」という本を書いています。

その中で彼は、自分たちが福祉国家を実現した理由は、2つあったと書いています。1つはその頃、スウェーデンにとって脅威の敵国であった隣国のソビエトが、5ヵ年計画を成功させたとい

うことです。それを聞いてスウェーデンは、ソビエト以上の国民生活を実現しなければいけない、ということが念頭にあったそうです。もう1つは、スウェーデンの民衆の激しいまでの盛り上がりの運動に応えたあり方を、実現しなければいけないと思った、ということです。ミュルダルの経済学の理論というのは、ケインズ以上にケインズ的であったとよくいわれるよう、社会保障、特に失業問題に対する、政策を重視しています。日本でも翻訳が紹介されております。

社会福祉は、歴史的にも経済学から、いろいろな影響を受けてまいりました。特にレス・エリジビリティというものを払拭するあり方については、修正資本主義あるいはフェビアン社会主义などの、いろいろなあり方が生まれてきました。その意味で福祉国家というのは、修正資本主義国家であったということを言えるわけであります。そういう中で、何が社会福祉と福祉国家を高めていくのかということも、ミュルダルは非常にしっかり見つめており、戦後になって「福祉世界」ということもいっています。福祉国家は、世界が平和でなければ安泰ではないということです。

2 社会福祉のための経済・経営理論

次の話題に移ります。これまでみてきたように社会福祉と経済学の関わりは深いのですが、一方ではそれからの裏づけというのを受けながら、いま一方で実際に経済学が社会福祉に直接的に役立つためには、経済的な認識を媒介とした現状分析や調査が、重要な役割を持ってくるだろうと思います。ここで、そのときに使用できると思われるいくつかの切り口について、今話題になっている介護保険などとも関連させながら、ふれていきたいと思います。

家計費分析

家計費分析は経済学の中では必ずしも大きな場を占めておりませんが、非常に重要で、介護保険との関連でいいますと、2つの点で大きな意味を持っています。

私も介護保険の該当者で、手帳をもらい、かかりつけ医を1人持っています。かかりつけ医からごく最近聞いたことですが、要介護5度と認定された人の家族が、要介護3ぐらいに変更してほしいと頼みにくることが、案外多いというのです。したがって東京では、予想していた全体の額の6割ぐらいしか要介護の申請があがっていないわけです。どうして要介護5の厳しい条件にある人が、給付を受けないのかというと、介護保険というのは1割が自己負担になりますが、それが出せないのである。あるいは、出すと家族にまた迷惑をかける。したがって1割負担というのは、もろに家計費に影響を与えるわけです。

そういう意味では家計費を十分分析しないで、介護費用その他を決めたということは、いったいどういうことなのか。あるいは家計費自体に影響を与える際の家族の問題というのを、どう考えていくのか。まずこのことが、大きな課題だと思います。

もう1つの切実な課題は、生活保護相当の人たちの介護保険料です。2000年10月から、自治体は65歳以上の人から介護保険料を半額徴収することになりました。これをめぐって各地方自治体は、大変な騒ぎです。首長さんは免除する権限を持っているわけすけれども、結果的に納められない人たちがかなりいます。納められない人はどういう人たちかというと、生活保護を受ける水準の方でありながらも、受けていない人たちです。理由の1つは、例えば、かつて福祉事務所に行ったら屈辱的な扱いを受けたということ。もう1つは生活保護を受けるということが、同じ世帯の家族に

も影響を及ぼすうえに、他の親族に知れたらこれは非常に恥ずかしい、ということです。いろいろなことが絡み、レス・エリジビリティという考え方方がいまだに貫いている面があるために、生活保護を受けられるのに受けていない人たちが、今受けている人の倍いるのです。その人たちの問題が、この介護保険にもろにひびいているといえます。

生活保護を受けている方は、新たに設けられた介護扶助を受けられますから、それで助かるわけですが、同じぐらいの、あるいはやや上くらいの低所得者の方々から、介護保険料をどのように徴収をするのか。これを各地方自治体ではどう考えてその猶予の判断、あるいは免除の判断をするのか。これはまさに貧しい現実の中で働く者と、家計費との関係になるのです。一方では地方財政、地方経済に関わりを持つ論点であります。

社会福祉の経営学

家計費分析はもっともっとやらなければいけないのですけれども、一方で介護保険により、それぞの地方自治体あるいはそれぞれの施設で、経営をしていく必要が生じました。措置から選択へとよく言われるのですが、従来は、措置制度により一方的に律しられていた福祉制度が市場経済に委ねられ、利用者が選択をしていくという事態に変わったのです。今年の4月に出来ました社会福祉法でも措置から契約へということをいっておりまます。そうなってくると、社会福祉施設は、全く不慣れであった経営をしていかなければならなくなります。これから社会福祉の理論の最も重要な場面は福祉経営学になるとと言われているくらいなのです。

私は実は、特別養護老人ホームを運営している社会福祉法人の理事長をしているのですが、介護保険への移行は本当に大変です。措置費の場合は、計算は簡単でした。ところが介護保険の場合は、利用者の方がそれぞれ要介護認定を受けて、そしてそれに準じてケアプランができる、そこからまた介護保険に請求をするものも計算することになります。その計算が大変難しく、いろいろやっているうちに結果的に赤字だということがわかり、その赤字補填をどうするかということになる。これは、どこの特別養護老人ホームでも、今悩みに悩んでいるところです。

その他にも、ショートステイが少ないと、あるいはケアプランのあり方などにも問題などが出てきています。先日のある集会で、本当に良い寮母さんがコンピューターができないために、肩身の狭い思いをされていると聞きました。経験のない寮母さんでも、コンピューターのできる人はどんどん活用されて闊歩しているということでした。福祉というのは何なんだ、という事態が生まれてきていることです。私が関わっている特別養護老人ホームでも、介護保険が始まつてしまらくは、事故が続きました。それは目が届かないせいなのです。結局、介護保険に振り回されたということなのです。事故は現在では落ちつきましたけれども、契約による福祉をどう実現するかということは、大きな課題であります。市場経済に参入をした、有名な大手企業のホームヘルプサービスのステーションは、大幅に中止して撤退をいたしました。

福祉産業あるいは福祉企業というものを市場経済の中で考えていきますと、こういうことが言えるかと思います。現在、ホームヘルプサービスなどを中心にする事業者の場合には、人件費が7～8割を占めています。これは企業経営では、かなり厳しい数字です。普通、ものづくりの企業では、人件費が7～8割になると警戒するのです。初めから7～8割ですから、儲かりっこないと言ったら言い過ぎですけれども、儲からない。

大手企業の福祉サービスを、なぜ住民の人は受けなかったかということについて、日本経済新聞が調査をしておりました。中央で作ったホームヘルプサービスのノウハウを、そのまま現場でやるところに問題がありそうです。30分という訪問時間が決められている場合には、25分ぐらいから身づくりをし服を替えて、30分になると靴を履いてそこから出なければならないので、ソワソワしている。せっかく来てくれたので、ゆっくり話を聞いてほしいと思っていたのに、あんなに上の空で家事労働だけして出でてしまうのはもう嫌だということのようです。それよりも昔なじみの社会福祉協議会のヘルパーさんとか、農協から来てくださる方とか、そういう方が温もりがあつていいということが非常に響いていると、日経の調査では言っておりました。

私もそのとおりだと思います。福祉のサービスは、人が人に対応をし、その方の生活を支援しながら、自立していくように応援をするものです。どうも能率主義の企業は、肌が合わないのではないかというふうに思っております。

共同作業所と経営学の接点

そうなってくると、ここで改めてNPO（非営利組織）、あるいはそれと同様な、農協、生活クラブ、生活協同組合、その他の福祉サービスのあり方に、大きく期待せざるをえないと思います。私はNPOを応援する団体にも関わっておりますけれども、NPOがボランタリーなところから立ち上がって、もっと温もりのある介護を実現しなければならないと思っています。介護保険は、財源上の仕組ですから、それができたから介護がすべてよしというものではない。本当に人権を守る介護でなければならぬ。

その点で、現在、福祉経営学が大きくクローズアップされてくるわけです。この福祉経営学を考える際に、よい本が1冊ありますので、申し上げておきたいと思います。

福祉の実践の中で、ボランタリーにしかも法律的な裏づけが十分ないまま努力をしてきて、日に日に広がっている活動に、共同作業所というものがあります。共同作業所は、養護学校を卒業したけれど、行くところがない身体障害の人たちが、グループで作業をしようということで始めました。そのうちに、知的障害の人たちのグループが加わり、さらに高齢者や精神障害の人たちが加わってきました。地域に部屋を借りて、石鹼を作ったり、あるいは牛乳のパックでいろんな紙を再生したりということをやってきたグループです。この共同作業所というのは非常に広がりつつあります。私はこれは、地域福祉の拠点であり、もう1つは労働というもののあり方をしっかりと示した、日本の誇るべき運動であろうと思っています。

この共同作業所に応援をしている実業家が1人います。クロネコヤマトの宅急便を創設した小倉昌男という方であります。私は一度お目にかかったことがあります、今は引退されて、病苦を押して福祉財団の理事長だけを務めておられます。この方が共同作業所の全国大会でした記念講演をそのまま本にしたものが小倉昌男著「経営学」です。これは日経BP社から出されて、かなり売れた本であります。

彼が言っていることは、儲けのために企業努力をしても結果的には儲からない、いつか破綻がくるということです。大事なことは、本当に人が必要としていることを実現することであり、本当に人が必要としていることが何であるかということは、現実に働いている一人ひとりの従業員の人たちが、利用者の言っていることをくまなく聞き取ることだと言っています。これは私は見事だなど

思うのです。

クロネコヤマトの宅急便がどんどん広がった時に、あのクロネコのマークがいいんだろうというので、象とか犬とか、いろんなマークをつけた運送会社が出てきたのですが、でもそれでは駄目だった。そうではなく、たとえば共働きが増えて昼間行つてもいないお宅が多くなってきたのならば、電話一本で夜9時まで、あるいは土曜日、日曜日にも配達しましょう、ということが大切なのです。あるいは、高齢者の人のために求められれば、家の中にまで運ぶということもいたします。そういうサービスを考えた経営者が、共同作業所の応援に最後をかけたいといい、実際にそうしておられます。その経営学というのは福祉経営学の原点ではないかと思います。

共同作業所ではいい活動をたくさんしています。例えば東京では、共同作業所が、生活協同組合と結びついて、環境保全と資源保存を考えた活動を始めようとしています。そのためには、やたらとビンの形を変えるのではなく、お醤油でも何でも同じ形のビンにする。そのビンを生活協同組合が空きビン工場に届け、工場では洗って再生するのです。そこで働いている人は全部精神障害者の方です。他では雇ってくれないけれども、ある種の単純な仕事は一生懸命やる、あるいは休みたくなったら休んでもいいのです。その方たちを中心にしながら、働きがいを保障する空きビン再生工場を、生活協同組合と企画してやること、これは資源保全にもつながる21世紀に向かっての新しい方法だと思っています。

福祉財政論

最後に福祉の財政という側面について、簡単にお話ししたいと思います。介護保険の施行をきっかけにして、社会福祉は措置から契約になりました。その契約のあり方を市場経済化していく中で、それをコントロールしたり、バックアップしたり、あるいは情報提供したりするのは、すべて地方自治体の責任です。そうなってくると、福祉財政の中で地方財政の役割というものが、非常に大きくなっています。地方分権一括法が成立したものの、財政問題は大きな課題として残されています。日本の福祉行政は、まだまだ国家中央集権化一型行政であり、恵み、あるいは恵みとはいえないまでも何でも一方的に決めてしまう傾向が残されています。そういう中で、福祉はレス・エリジビリティ原則を貫いたまま、続いてきています。これを根底から変えていくためには、地方自治体の主人公としての住民が、どう地方経済、地方財政、そして地方自治のあり方をつくり出していくかということ。そして、そこから国庫財政、国家の国政のあり方等々を変えていくかということが、非常に重要になってくると思います。

4 社会福祉学の独自性

私どもが社会福祉学を打ち立ててくる中で、経済学は今言ったように非常に大事な科目であり、根底を支えている科学です。しかしこれを社会福祉に応用する場合には、もうひとひねりが必要なのです。それは何かといいますと、こういうことです。貧困とは何か、何から起きたか、貧困に對してどのような政策をとればいいか。ここまででは社会政策理論まで含んで経済学の課題です。私どもの社会福祉学は、そのことが、人権の主権者であり二度とない人生を営んでいる、その一人ひとりの生にどのような影響を与えてきたのか、そこから抜け出るためにどのような工夫をするのか、そのためには社会資源をいかに活用すればよいか、ということまでを考えなければならない。一人

ひとりの尊厳からの出発が、社会福祉の実践の根底にあるのです。貧困をマクロでとらえるのではなくて、その人にとってその貧困はいかなる人生を生み出し、どのような対応によって貧困に負けない人生をつくり出していくか、それをどう支援すればよいかと、そこまでひねらなければいけないのです。このひねりが難しいのです。

そういう意味では社会福祉学というのは、あらゆる科学の総合科学であり、学際科学です。またグンナー・ミュルダルがはっきり言っているように、すべての科学が、境界科学、つまり越境してお互いに、人間一人ひとりのために役立つものになっていかなければいけない。この意味で経済学から越境して、一人ひとりの事例に結びつくような、あるいは尊厳に結びつくようなひねりを、皆さんもお考え願いたいと思うのです。それによって皆さんとご一緒に、これから日本の社会福祉を、本当の意味で人権保障の社会福祉としていくための実践を、高めることができるだらうというふうに思います。

ほかにもお話ししたいことはたくさんあるのですが、時間になりましたので、ここで終わらせていただきます。

(2000年9月18日　於：北海学園大学)

障害者運動研究における〈比較〉の視点と方法

田 中 耕一郎

はじめに

1. 〈比較〉の意義
2. 〈比較〉の目的とそれに適合する主題
3. 仮説の設定
4. 分析のための概念
5. 〈比較〉の対象と単位

おわりに

はじめに

〈比較〉はある特殊な事柄を解明するために特別に考案された方法ではない。「今年は雪が多い」とか「あの人は背が高い」等、われわれの日常の認識を省みれば、〈比較〉が人間の精神に自然に備わった基本的な認識方法¹⁾であることが分かる。

古くからさまざまな学問領域で用いられてきた〈比較〉もまた、この人間精神の自然な方法を基礎としている。しかし、日常における自然な〈比較〉の方法は、そのままの形では科学的認識の方法としての使用に耐えない。そこでは、その研究の主題と用途に適合するよう、道具としての〈比較〉を鍛えあげる作業が求められる。

とは言え、今までのところ、社会科学領域に限ってみれば、〈比較〉に関する立ち入った検討はそれほど多いとは言えないし²⁾、ましてや方法論としての確立をみているわけではない。

したがって、もし、ある特定の主題に即して、〈比較〉という方法を用いようとするなら、それに対する方法的な自覚と、その用途における〈比較〉の精度を高める操作が必要となる。

本論では、このような問題意識を基に、筆者の当面の研究主題である「障害者運動の国際比較」に即して、〈比較〉の方法を検討する。

1 〈比較〉の意義

障害者運動に限らず、ある社会現象の探求に取り組む研究者の視座は、自らが所属する文化からさまざまな影響を受ける。勿論、これは研究という営為に固有のものではなく、人間の認識に普遍的に見られる文化的束縛性と言えるものである。

例えば、われわれは〈異なったもの〉に無関心でいることは難しいが、その〈異なったもの〉を歪みなく認識することはもっと難しい。なぜなら我々は、自らの所属する文化によって、その知覚の枠があらかじめ限定されており、〈異なったもの〉を見るときも、最初はその限定された知覚の枠内でしか見ることができないからだ。

このような認識の歪みや知覚の枠の限定という、いわば日常的な文化的束縛性に加え、障害者運動のような社会運動を対象とする研究には、その視座をめぐる固有の問題が存在する。

社会運動の研究者は、大なり小なり運動上の何らかの立場を反映せざるを得ない立場に立たされている。しかし、研究者は運動の代弁者ではないし、少なくともそうあるべきではない。また、研究は運動の歴史を無条件に追認し、それを原則化することでも、或いは反対に、歴史・社会的諸状況を無視して、運動のあるべき(るべきであった)姿を理念的に叙述することでもない。

この点について、〈革命〉の研究に取り組んだジョン・ダンが、次のように言い表している。

「革命に対して中立の立場はあり得ず、またそうすることは適當でもない。もっとも、こういったからといって、常識とされている科学的な判断基準を忘れてよいということにはならない」³⁾。

〈比較〉という方法の意義は、研究者の認識を相対化し、より客観的で多角的な現象理解を助けることにあると言われている⁴⁾。

このことに加えて、障害者運動研究において、〈比較〉という方法に見出す固有の意義は、それが、その研究に付随する政治的な立場性の束縛から我々を解放し、一定の科学的な基準を担保することに寄与するということである。

すなわち、〈比較〉という方法を用いることによって、特定の障害者運動の〈型〉や〈ドグマ〉を越えるカテゴリーから障害者運動群をとらえ、その差異や類似を理解することの可能性を期待できるのである。

2 〈比較〉の目的とそれに適合する主題

なぜ、〈比較〉という方法を選択するのか。その主要な動機の一つは、上に見た〈比較〉の意義に見出すことができる。しかし、それだけでは十分ではない。

特定の研究方法の採用は、研究主題との関連において検討されなければならない。

通常の研究上の手続きであれば、主題が設定された後、その主題に適した方法が選択される。しかし、ここでは、その手続きを逆さまにして、〈比較〉という方法に内在する目的から、その目的に適合的な障害者運動研究における主題を検討してみよう。すなわち、ここで検討されるのは、「障害者運動研究において、どのような主題が《比較》という方法と適合するのであろうか」という問い合わせである。

〈比較〉の一般的な目的としてあげられるのは、諸現象や国家間の差異と類似の探求である⁵⁾。

対照的な諸現象や諸国、逆に類似した諸現象や諸国を〈比較〉の単位や対象として取りあげることができる。もっとも、ここで言う「対照」や「類似」という言葉は相対的なものに過ぎず、原理的には、〈比較〉が成立するための前提として、差異と類似の同時的な存在が必要である⁶⁾。

ここでの検討課題は、障害者運動という現象の〈比較〉に即したものであるから、相対的に類似した諸現象における〈比較〉に限定して検討を進めたい。

先ず、〈比較〉による差異の析出であるが、これは、ある現象を〈比較〉によって個別化し、その現象の独自性を浮かび上がらせる作業である。

例えば、片岡徳雄は、教育社会学の立場から、われわれが使用する「日本的」という修飾語が、「日本的でないもの」との〈比較〉によって、はじめて意味を成す限定修飾語であることを指摘し⁷⁾、「日本独自」の問題の解明に不可欠な視座として、〈比較〉の重要性を強調している。

また、沼尻正之はマックス・ウェーバーの比較歴史社会学の方法に関する検討の中で、西洋における近代的な資本主義の成立にとって、プロテスタンティズムの宗教倫理が持った文化的意義は、「他の文化圏における経済と宗教との関係と比較されることによって、より精度の高いものになる」と述べ⁸⁾、ある現象の歴史過程における固有の文化的意義の発掘は、他の文化内部に起こった類似の現象との〈比較〉によってこそ可能であることを示唆している。

〈比較〉のもう一つの目的は、諸現象間における類似を析出し、そこから、諸現象の生成・展開・変容の過程と原因、その傾向や内容等を一般化し、そこに普遍性を探求するというものである。

この目的に基づく〈比較〉は、マルク・ブロックが「人間精神の基本的同一性」と呼んだ認識を前提としており⁹⁾、そこでは、現象の「相互間の不可欠の連関」を支える「構造」の探求を通して、ある現象に関わる「一般的な理論」の構成が求められることになる¹⁰⁾。

この目的に基づく具体的な作業は、一般的には、現象の因果関係を変数化し、そして、その変数を用いて、現象の法則性や理論モデルを探求するという手続きによって進められることになる。

近年、社会学の国際比較研究において、ホリスティックな〈比較〉の分析単位として提起されている「世界システム」という概念は、社会現象のグローバリゼーションという事態への方法的対応であると言えるが、〈比較〉による現象の普遍性の探求は、このような時代的要求に応え得るものとして期待されていると言えるだろう。

以上のような〈比較〉における差異の探求と類似の探求は、相補的な作業であると捉えるべきであろう。諸現象間の差異の探求によって、その共通基盤となる「構造」を、また、逆に、類似の探求によって副次的な差異を顕在化させることもできる。

さて、先に立てた問い合わせに戻ろう。

「障害者運動研究において、どのような主題が〈比較〉という方法と適合するのであろうか」。この問い合わせに対する答えは、上に見た〈比較〉の二つの主要目的を反映し、「障害者運動群における差異と類似の探求」ということになる。言うまでもなく、この主題は、障害者運動の何をどう〈比較〉するのかによって焦点化されることになる。

筆者が立てた具体的な研究主題は次の通りである。

日・英・米における戦後障害者運動の価値形成に関する国際比較を通して、三ヶ国に見られる運動的価値形成の共通特徴と、日本におけるその独自性を明らかにするとともに、特に、福祉的価値の形成に影響を及ぼす、運動的価値の機能的法則性に関する仮説を構成すること。

補足的な説明を加えると、先ず第一に、日本、イギリス、アメリカの三ヶ国の国際比較という点についてだが、これは一定の統一的な概念から三ヶ国を〈比較〉することを意味している。但し、ここでの主な目的の一つは、日本の独自性を析出することであるから、日本—イギリス、日本—アメリカの二元比較¹¹⁾がその手法として選択されることになるだろう。

第二に、後に詳述するが、三ヶ国の障害者運動と障害者福祉の価値を包摂し得る抽象化された概念が用意されなければならない。その概念とは、障害者運動と障害者福祉に共通に、かつ、三ヶ国に共通に用いられる価値的概念でなければならない。また、運動と福祉における価値は、単に両者の理念的な表明や宣言だけにとどまらず、運動では具体的な活動戦術や取りあげるイシュー、活

動内容、組織運営等に、また、福祉では具体的なニーズとサービスのアセスメントの方向と内容、個々の施策・サービスの整備とその運用・実施のあり方等に表現されることをおさえておく必要がある。

第三に、三ヶ国における「福祉的価値の形成に対する障害者運動の機能的法則性に関する仮説」を構成することについてだが、これは、各国の障害者運動がそれぞれの国の障害者福祉の価値形成に及ぼす影響の法則性を捉えようというものである。法則性の定立ではなく、法則性の仮説構成であることの理由は、わずか三ヶ国程度の〈比較〉から帰納された結論では、一般法則として十分な妥当性を持ち得ないと判断するからである。

3 仮説の設定

〈比較〉研究には一定の手順がある。先ず、準備作業として、主題の決定、仮説の設定、分析に用いる概念の構成、分析対象と単位の時間的・空間的区分等が必要である。そして、〈比較〉の後には、得られた諸事実の中から論理的な秩序を見出し、諸概念による適切な説明を通して、研究に先立ち設定した仮説よりも一段高いレベルで一般化・総合化を行い、〈比較〉結果を包括的に結論づけることが求められる。

さて、既に述べたが、諸現象の間に差異と類似の同時的存在があつてこそ、〈比較〉は一定の妥当性を持つ。この前提は、〈比較〉しようとする諸現象に関する一定の体系化と類型化から構成された仮説が、〈比較〉に先行しなければならないことを明示している。

〈比較〉とは、このように構成された仮説を検証していくことであると言つてもよい。

障害者運動の国際〈比較〉研究という主題に基づいて、筆者が〈比較〉に先立ち構成したのは次の二つの仮説である。

(1) 差異（＝独自性）に関する仮説

障害者運動における思想は、ある与えられた状況の下で、さまざまな関係にもまれながら、具体的・現実的に産出・形成される。

(2) 類似（＝普遍性）に関する仮説

障害者運動は時間と空間を超えて同質の問題群に相対峙し、その結果として同じような価値問題に誘引される。

先ず、(1)の仮説についてだが、障害者運動は、具体的な社会的、文化的、制度的諸条件との関係を通して、その思想を練成していく。よって、所与の社会的、文化的、制度的諸条件の差異は、それぞれの障害者運動が創りあげる価値の独自性に影響する。言い換えれば、それぞれの諸条件との具体的な関係は、それぞれの障害者運動群の思想に特徴的な表現を与えるということである。

但し、同国・同時代に展開された障害者運動群であっても、必ずしも、近似した思想を形成しないという点に留意しなければならない。すなわち、時間的・空間的に近接した諸条件の下で活動する障害者運動群であっても、所与の諸条件に付与する意味規定が異なれば、それぞれの障害者運動の置かれた状況に一定の相違があると判断される。視点をさらにミクロの次元に置けば、その所与の諸条件には、〈障害〉そのものも含まれるが故に、運動主体である障害者の自己規定の相違によつても、障害者運動群の価値形成に一定の差異が生じることとなる。

しかし、その逆もまた然りである。時間的・空間的に隔たった諸条件の下で活動した障害者運動群であっても、諸条件に対する意味規定、障害を持つ自己に対する意味規定が近似すれば、同じような価値を形成することもあり得る。

或いはこのように言い換えることも可能であろう。障害者たちは、一見、時間的・空間的に異なったさまざまな諸条件の下に生きているように見えても、その多くは〈健常者社会〉という同一の諸条件を生きているに過ぎないと。

(2)の仮説がここで浮上する。障害者運動は、〈健常者社会〉という同一の諸条件の下で展開されるが故に、常に、同質の問題群と取り組むことになる。ここで、先に引用したマルク・ブロックの言葉をもじって言えば、「健常者精神の基本的同一性」が席巻する社会において障害者たちが直面する諸問題には、それほどの多様性はないということである。

従って、その同質の問題群と取り組むことを通して、障害者運動群は、同質の価値問題の磁場に誘引され、さらにそこで意味規定が近似すれば、形成される価値もまた一定の普遍性を帯びることになる。

その結果、障害者運動の担い手たちは、それぞれ社会的・文化的出自は異なっていても、また、具体的な表出形態は異なっていても、同じような願望や価値観を持ち、その願望や価値観の背後には、根本的に同一の観念が共有されることになる。この観念に相応しい呼称として、例えば、ベルトナー等が西ヨーロッパ5カ国の学生運動の活動家たちに見出した〈世界觀〉という言葉を借用してもよいだろう¹²⁾。

このような同質の問題群を把握し得る概念をあらかじめ構成しておくことが、〈比較〉における次段階の重要な作業課題となる。

4 分析のための概念

のんびりと散策を続ける道すがらに目にした観察の結果から、分析のための基本概念を創ってゆく、というような単一の現象を研究する際のゆとりと楽しみは、〈比較〉研究には許されていない。なぜなら、複数の異質な世界に同時に足を踏み入れていく〈比較〉には、羅針盤となる概念があらかじめ用意されなければならないからだ。

〈比較〉研究の質は、〈比較〉に先立つ適切な概念の創出と〈比較〉対象の選定によって左右されると言って過言ではない。

ここで言う概念とは、異質なフィールドに点在する諸現象を同質性の構成要素として抽出するための抽象であり、観点である。言葉を換えれば、我々は概念を創出することによって、〈比較〉される諸現象の「公分母」を整地するのである。

それが唯一無比である具体的な諸現象を生のままに〈比較〉することは不可能である。〈比較〉するためには、その生のままの諸現象を概念によって〈比較〉可能なように同質化しなければならない。M.ドガンとD.ペラッシーはこのことについて次のように述べている。

「《諸現象の一筆者》同質性は決して自動的に現れてくるものではない。関連があると思われる構造的または文化的諸要素のうちに、研究者がそれを見つけるのである。この意味において、同質化の過程は常に知的処理の結果である」¹³⁾。

したがって、〈比較〉の対象とするのは、生の現実そのものではなく、概念によって抽出された

ある対象群であると言える。

ここから、〈比較〉の作業をしながら概念を創り出すのではなく、あらかじめそれが構成されていなければならない理由が導き出される。

確かに、さまざまな学問領域における研究史を見るまでもなく、概念構成のために、或いは既存の概念の洗練のために、〈比較〉研究が決定的な役割を担ってきたことは事実である。ただ、これら概念の構成や洗練に貢献した〈比較〉研究が、全くの手ぶらでフィールドを散策し、偶然にある種の社会現象群を適切に捉え得る新たな概念を発見したというわけでは決してない。むしろ、それらの〈比較〉研究は、あらかじめ周到に用意された概念を有していたからこそ、諸現象を十全に捉え、さらに一段高いレベルでそれらの現象を把握できる新たな概念を構成し得たのである。

このように、概念は〈比較〉の扉を開く鍵であり、道を照らす明かりである。しかし、であるからこそ、概念は研究者を誤った方向に導く危険性を常に孕んでいる。なぜなら、概念という明かりを頼りに歩いていくということは、研究者の歩みが概念によって制約されるということに他ならないからである。

概念は、諸現象を啓示する。究極的には、概念が諸現象を創造する。言い換えれば、我々は、「概念に基づいて認識しようとしていることをただ知るのみ」である¹⁴⁾。したがって、概念は研究者の認識を歪め、解釈を歪曲させる本源ともなり得るのである。

先に提示した障害者運動に関する〈比較〉研究の主題において、必要となる概念とは一体どのようなものであろうか。その概念構成の指標となるのは、以下の諸点である。

第一に、障害者運動と障害者福祉の価値形成において、基本的かつ重要な要素を表現する概念であること、第二に、障害者運動と障害者福祉との関係性において、何らかの拮抗や対立を産み出した価値を含む概念であること、第三に、障害者運動における具体的な活動に、また、障害者福祉における施策・サービス運営等に反映されている価値を含む概念であること、そして最後に、〈比較〉単位としてとりあげる三ヶ国（日本、米国、イギリス）の障害者運動と障害者福祉に内在する価値を包含し得る概念のこと、である。

これらの指標に合致する中核的な概念は、例えば、〈医学モデル medical model〉や〈社会モデル social model〉のように、〈障害〉に関する意味規定に関わる概念である。なぜなら、〈障害〉の意味規定の如何によって、障害者福祉における援助対象、援助方針、その性質・内容が規定され、と同時に、障害者運動において焦点化されるイッシャー、それへの取り組み方法、運動展開を通じた集団的アイデンティティの内容等が規定されるからである。

故に、三ヶ国に共通に、また、同時的に、この〈障害〉の意味規定をめぐる価値的な相克が、障害者運動と障害者福祉との関係の場で先鋭的に表現してきたのである。

付言すれば、障害者運動における〈障害〉の生物学的規定（医学モデル）への抵抗は、前項「仮説の設定」においてベルトナーから借用した、障害者運動の根本的に同一の〈世界観〉に根をおろすものであると言えよう。

さらに、この中核的な概念から障害者運動における〈当事者主権〉や〈反専門性〉、〈自立〉、〈メインストリーミング〉等の概念が派生し、また、これらの概念を価値基盤とし、それを具象化する実践が、各国の障害者運動における社会への告発活動や直接行動、自立生活センター等によるサービス供給システム、政策決定過程への参加等の実践であると言える。

付言すれば、ここで求めている概念は、記述や説明のための道具というより、具体的な状況や関係性の中で不斷に更新されていくものとして捉えられるべきである。個々の障害者運動の展開において、これらの概念にどのような〈意味〉が新たに充填され、それが更新されていくのかを見てゆくことが必要であろう。言い換えれば、このような見方によってのみ、障害者運動における価値形成のあり方を全体状況の中で捉え直すことが可能なのである。

5 〈比較〉の対象と単位

〈比較〉の準備作業の次なる段階は、〈比較〉を適用する対象と単位の確定である。

ここで言う〈比較〉の対象とは〈比較〉のフィルターを通して分析される個々の現象であり、〈比較〉の単位とは、これらの諸現象を包含している対象群を指す¹⁵⁾。

上に見た〈比較〉のための仮説や分析のための概念は、分析の道具であるとともに、〈比較〉対象と単位を確定するための視点ともなる。これらの仮説や概念を基に、諸現象から夾雑物を取り除き、〈比較〉しようとする対象を浮かび上がらせるとともに、その対象を取り扱う領域区分、すなわち〈比較〉単位を明確にしておく必要がある¹⁶⁾。

〈比較〉の対象を選定するための原則を一言で言うと、「比較可能なものを対象とすべし」である。

留意しなければならないのは、空間的に、時間的に、また、コンテキストの違いにおいて対象間の隔たりが増大すればするほど、人為性の危険がそれだけ大きくなり、同時に、その対象群の〈比較〉に適合的な人為性が發揮されなければ、〈比較〉の妥当性を保持することが難しくなると言うことである¹⁷⁾。

逆に言えば、空間的に、時間的に、またコンテキストにおいて、近接した対象であればあるほど、〈比較〉はその正確さを保持し得ることになる。

筆者の主題に即して、〈比較〉の対象を焦点づければ、先ず、対象となる障害者運動は、時間的に戦後以降に限定されること。第二に、それらは主に〈障害〉を意味づけてきた一連の支配的価値に対して、対抗的な価値を提示し続けてきた価値志向を重視する障害者運動群であること¹⁸⁾。第三に、それらは価値志向的であると同時に、戦後障害者福祉の形成過程に浮上したさまざまなイッシュへ具体的に取り組んできた障害者運動群であること、等である。

次に、〈比較〉の単位についてだが、すでに述べたように、単位は対象群を包含するひとまとまりの集合体を意味するものである。従って、この集合体は、時間的にも空間的にも区分し得る。

筆者は、その主題に即して国家を〈比較〉単位として抽出したが、この〈比較〉単位としての国家の取り扱いについては、幾つかの方法がある¹⁹⁾。

筆者は〈比較〉単位としての国家を次の二つの方法で取り扱う。一つは、国家を研究の目的とする方法である。その理由として、「障害者運動の価値形成」における日本の独自性を明確にするという主題に即せば、日本という〈比較〉の単位が、それ自体として研究の目的となるからである。

二つ目は、国家という〈比較〉単位の中で明らかにされた諸結果を、さらに「超国家的」な視座から捉え直す方向を探ることである。先に、障害者運動における価値形成がある一定の普遍性を有するという仮説を設定したが、その主題に即して言えば、日本・イギリス、アメリカという国家単位を超えた対象(個々の障害者運動)間の世界観や主觀的価値認識の共通性がそこに探求されることになる。そのためには、勿論、先ず、国家単位内における諸対象のあり方が明らかにされていなければならぬ。

ればならない。

次に、日本、イギリス、アメリカを〈比較〉単位として確定する理由について明らかにしておく必要があるだろう。原則的に、〈比較〉単位は研究主題への適合性によって確定されるべきである。

上の三ヶ国を〈比較〉単位とする理由の一つとして、日本、イギリス、アメリカにおける価値志向的な障害者運動の近接性があげられる。ここで言う近接性とは、それらが簇生した時期の面と、それらを生起せしめた構造の面における近接性である。そして、この時期的近接性と構造的近接性は不可分であり、相互関連的である。

この点については、「学園紛争」に関する中井久夫の解釈が一つの参考になる。中井によると、欧米や日本で展開された「学園紛争」の同時的発生性の理由の一つは、第二次大戦からの時間的距離であり、そして、この戦争によって世界同時に損傷されたのは厳格な「父」の像であると言う。この「父」の損傷は戦勝国であろうと敗戦国であろうと大差ではなく、戦争によって、「父」は失望と憂鬱と罪障感に苛まれ、次世代に対する「超自我」の役割を十全に果たすことができなくなってしまった。その結果、「父」を持たない、言い換えれば「超自我なき世代」は、1960年代に同時に青年となつた。すなわち、戦争が世界を強制的に同期化し、この同期化が、若者達の異議申し立てを生じさせる構造を普遍化せしめたというのが、精神科医である中井の解釈である²⁰⁾。

日本、イギリス、アメリカの価値志向的な障害者運動は、組織面でも、思想面でも、この「学園紛争」の影響を大きく受けしてきた。ここに、三ヶ国の障害者運動の同時発生と構造的近接性を捉える手がかりがあるかもしれない。

さらに言えば、イギリスとアメリカの障害者運動は、このような時間的、構造的近接性を持つつも、相対的に独自の特徴を持ちながら発展してきた。また、日本の障害者運動もこの両国から多くの影響を受けながらも、一定の独自性を有している。

このように、日本、イギリス、アメリカの三ヶ国の国際比較では、一定の時間的、構造的近接性を根拠にして、本論で述べてきた〈比較〉の手続きがより有効に適用し得る〈近接比較〉²¹⁾が可能であると思われる。

最後に〈比較〉の主な対象となる三ヶ国の障害者運動群を列挙しておこう。

日本では、運動団体として、「告発型」と称される活動を展開し、戦後障害者運動の転換を先導した「日本脳性マヒ者協会青い芝の会」、1974年の春闘障害者連絡会議を前身とする「障害者の生活保障を要求する連絡会議」、障害種別横断的に組織され、障害者差別からの解放を宣言した「全国障害者解放運動連絡会議」、定期的な全国集会活動として、その後の自立生活運動とも連結する「車いす市民全国集会」、「われら自身の声」をスローガンに組織された障害者インターナショナル(Disabled People's International)の国内会議である「DPI 日本会議」、日本に独自的な CIL 活動を展開してきた各地の CIL 等である。

イギリスでは、1970年代に入って組織化されたUPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation) や SIA (Spinal Injuries Association)、また、1980年代に入ってから結成され、現在も DPI (Disabled People's International) のメンバーでもある BCODP (British Council of Disabled People) 等が主な対象となる。特に UPIAS は、イギリスで初めて〈障害〉の社会モデルを提起し、その後の障害者運動における価値形成の主導的役割を果たしたという点で重要である。また、他の組織、例えば、UPIAS の理論的指導者も当初参加していた DIG (Disablement Income

Group) や、イギリスにおける自立生活センターの代表例である Derbyshire CIL (Centre for Independent/integrated Living 現在の Coalition for Inclusive Living) 等も〈比較〉対象となり得る。

アメリカの障害者運動として取りあげられるのは、1960年代初頭からアメリカ全土に広がった Independent Living Movement の運動群を中心に、ニューヨークで誕生し、政治的活動を中心に展開された DIA (Disability in Action) や、1983年に設立された公共交通アクセスを求める団体である ADAPT (the American Disabled for Accessible Public Transit) 等を取りあげる。その他に、これら運動の流れに関わるものとして、1973年の「改正リハビリテーション」第504条の早期施行を求めて結成された ACCD (American Coalition of Citizens with Disabilities) や、ADA (Americans with Disabilities Act) 制定へ向けて取り組んだ幾つかの障害者運動群にも言及することになるだろう。

ここでの〈比較〉対象は戦後に展開された障害者運動群に限定されるが、特に、これらの障害者運動群を〈比較〉対象として抽出するためには、各国の他の障害者運動群との共時的な〈比較〉はもとより、第二次大戦前後の障害者運動群との通時的な〈比較〉を通して、その連続性と非連続性を捉えておくことも必要であろう。

おわりに

ようやく〈比較〉の扉の前に辿り着いた。最後に、この扉を開けてその歩を進めてゆくに際して留意すべき点と、筆者の主題が孕むであろう危うい点について整理し、本論を終えたい。

本論では、〈比較〉の方法について、筆者の主題に即して検討してきたが、実際に、障害者運動の〈比較〉に取り組むためには、社会学における社会運動研究に多くを学ぶ必要があるだろう。社会学における社会運動研究では、社会運動を対象とする研究に固有の難問と取り組んできた経験が豊富に蓄積されており、また、社会運動を切り取る視点も厳しい批判に晒されることによって練成されきっている。障害者運動研究は、未だ殆ど未踏のフィールドである。しかし、幸運にも、そこに踏み入るために必要かつ有用な道具を、社会運動分析の先行研究から借用することができる所以ある。

本論では、日本、イギリス、アメリカを〈比較〉の単位として確定することに関して、一定の根拠があることを見てきた。しかし、この単位の確定には、従来の多くの国際比較研究が再生産してきた秩序、すなわち、〈欧米の基準〉を支持し強化する役割を担ってしまう、という危険が孕まれていることも確かである。

欧米の障害者運動の展開と、それとは全く異なる展開形態を見せた障害者運動群との〈比較〉が、今後の課題として既に提示されていると言ってよい。

註及び引用文献

- 1) 児玉幹夫「社会学的比較の方法論的考察—フランス社会学史における展開」『関東学院大学文学部紀要』57号、関東学院大学人文科学研究所(関東学院大学人文学会)1989年 p95。
- 2) 例えば、社会学における〈比較〉分析のまとめた論文としては、1)の児玉幹夫の論文の他に、新明正道「社会学における比較的分析の歴史的考察」『創価大学比較文化研究』第1巻、創価大学比較文化研究所1983年 pp65-101。書籍として、古屋野正伍・山手茂編『国際比較社会学』学陽書房1995年、N.J.スメルサー(山中弘訳)『社会科学における比較の方法』玉川大学出版部1996年等がある。
- 3) ジョン・ダン(宮島直機監訳)、『現代革命の系譜—その比較社会学的研究序説』中央大学出版部1978年 p1。
- 4) N.J.スメルサー前掲書 p13、児玉幹夫前掲書 p95、斎藤修『比較史の遠近法』NTT出版1996年 p29、大川清丈「比較社会学の論理—スコッチポル説の検討」『哲學論集』第42号大谷大学哲学会1996年 p48等を参照。
- 5) 児玉幹夫前掲書 p95、M.ディベルジェ(深瀬忠一・樋口陽一訳)『社会科学の諸方法』勁草書房1968年 p368、小田泰宏「社会保障制度の国際比較方法論」『週刊社会保障』1958号1997年 p24、久塚純一「社会保障の方法論的課題—社会保障の国際比較を題材にしてー」『週刊社会保障』1943号1997年 p29等を参照。
- 6) M.ブロック(高橋清徳訳)『比較史の方法』創文社1978年 pp5-6
- 7) 片岡徳雄「教育社会学の歴史的・比較的視座—日本的ななるものをめぐってー」『教育社会学研究』第47集日本教育社会学会編1990年 pp105-6。
- 8) 沼尻正之「マックス・ウェーバーの比較歴史社会学の方法」『ソシオロジ』第37巻3号1993年 p101。
- 9) M.ブロック前掲書 p9。
- 10) 同上 p107。
- 11) 二元比較については、M.ドガン・D.ペラッシー(櫻井陽二訳)『比較政治社会学—いかに諸国を比較するかー』芦書房1999年 P160を参照。
- 12) 古屋野正伍・山手茂編前掲書 p18。
- 13) M.ドガン・D.ペラッシー前掲書 p193。
- 14) 同上書 p204。
- 15) 〈比較〉の分析単位については、古屋野正伍・山手茂編前掲書 pp6-11を参照。
- 16) N.J.スメルサー前掲書 p178
- 17) もっとも、「遠隔比較」が無意味であるということではない。遠隔比較の意義と方法、適用対象等については M.ディベルジェ前掲書 pp376-388を参照。
- 18) これら価値志向的な障害者運動を「新しい社会運動 new social movements」に類型化されるものとして捉える研究者も多い。拙論「障害者運動研究の動向と課題」『北方圏生活福祉研究所年報』 Vol.5.1999年 p43を参照。
- 19) 〈比較〉単位としての国家の取り扱いについては、古屋野正伍・山手茂編前掲書 pp8-9を参照。
- 20) 中井久夫『家族の深淵』みすず書房1999年 pp72-74を参照。
- 21) 近接比較の意義と適用等については、M.ディベルジェ前掲書 pp374-375を参照。

わが国の保健福祉学の動向と課題

佐藤秀紀

I. 緒言

保健・医療と福祉の連携および統合の動きは、人口の高齢化、伝染病疾患から慢性疾患の移行による疾病構造・障害構造の変化のみならず、在宅ケアを進めるための保健・医療サービスと社会福祉サービスの一体化という直面している必要性によってもたらされている。

従来、保健・医療・福祉は分野ごとに分かれており、その分野ごとに専門職がかかわってきた。学術的にみてもそれが独立した分野を形成し、固有の領域を保有してきた。しかし、高齢者や障害者の生活および介護場面に注目すると、同じ地方公共団体の中においても保健部局と福祉部局との組織面での縦割り行政による系列化・細分化のため、サービスの効率を著しく低下させている。一例として、同一対象者を訪れる保健婦とホームヘルパーの相互連携がないままに在宅サービスが行われたり、相談機関についても保健所と福祉事務所を往復しなければならない状況では、高齢者や障害者の適切な処遇を確保することは困難である。

このように、保健・福祉にかかる問題は、昨今の支援ニーズの増大と多様化に伴い、従来の保健あるいは福祉といった単独領域の対応においては解決不可能な課題が山積している。そこで本論では、わが国の保健福祉学の動向と課題について整理し、今後の高齢者や障害者に対する保健福祉支援の展開への一助とすることを意図したものである。

II. 保健福祉の概念と対象

厚生省の組織統合にみられるように、すでに数多くの自治体において、保健福祉部、保健福祉局等が設置され、行政に先導される形で「保健福祉」という名称が一般にも普及はじめている¹⁾。名称のみならず、「保健」と「福祉」のサービスを一体化している自治体も数多くみられている。

保健福祉系の学術団体としては、昭和62（1987）年、日本保健福祉学会が設立され、「保健と福祉の連携」から「保健と福祉の統合」に向けて、わが国ではじめて学問的な保健福祉学への体系化が開始されている¹⁾。日本保健福祉学会は、昭和62（1987）年、第1回の学術集会を開催し、その後毎年開催され、これまでに13回を数える。また、学術機関誌である「日本保健福祉学会誌」の年2回の発行など、不充分ながら多岐にわたる活動に努力している。平成11（1999）年には、日本学会議法に基づく学術団体に登録され、学術団体としても一定の社会的認知を得ている。

平成元（1989）年には、厚生省において保健医療局におかれていた老人保健部と社会局の老人福祉課が一元化され、大臣官房に老人保健福祉部が設立され、その後老人保健福祉局となった。平成8（1996）年には障害保健福祉部も誕生している。平成5（1993）年には各自治体で老人保健福祉計画が策定され、この頃より多くの自治体が保健部門と福祉部門の融合化を図り、保健福祉部局を創設している¹⁾。

所属 青森県立保健大学健康科学部

一方、わが国の高等教育においては、平成5（1993）年、岡山県立大学に初の保健福祉学科が新設され、その後数年の間に数多くの大学においても保健福祉学科が設立されてきており、「保健福祉学」教育が普及しつつある¹⁾。また、「保健福祉学」を必須の科目としてカリキュラムの中心に位置づけている大学も増えはじめている。わが国の「保健福祉学」教育が大学において開始されたことによる意味は多岐に及んでいる。その一つは他の専門分野と肩を並べ、同等な立場で活動できることや大学院教育（修士・博士課程）へのアクセスが開かれたことで、より高度な学問体系を構築する機会を得たことである。

表1 保健福祉支援の発展

過 去		現 在
救貧・保護	目 標	ウエルビーイング
伝染病の予防		エンパワメント
環境衛生		ノーマライゼーション
特定対象	対 象	住民全体
施設支援が中心	支援形態	住宅支援が中心
専門分化	専 門 職	専門職の連携
個別対応		ケアマネジメント
供給者主体	主 体	利用者主体
応能負担	費 用	応益負担

高山忠雄編著、保健福祉学、川島書店 p14より

来るべき21世紀に向けて、保健福祉支援の全体像も大きく様変わりしつつある（表1）¹⁾。これらの保健福祉のあり方として、「目標」については、「救貧・保護、伝染病の予防、環境衛生」から「ウエルビーイング（well being）、エンパワメント（empowerment）、ノーマライゼーション（normalization）」へ、「対象」は「特定対象」から「住民全体」へ、「支援形態」は施設支援中心から在宅支援中心へ、「専門職のかかわり方」は「専門分化、個別対応」から「専門職の連携、ケアマネジメント（care management）」へ、「主体」は「供給者主体」から「利用者主体」へ、「費用」は「応能負担」から「応益負担」へと、大きな転換を迎えるようとしている¹⁾。これに従って、「縦割り」型の保健や福祉の発想は、修正を余儀なくされはじめたのも時代の要請によるものである。このような認識に基づいた組織や活動のあり方が、保健福祉の統合化のなかで求められている。

このように、保健福祉に対する考えは変化てきており、従来の経済的に恵まれない者、障害を持っている者など、限られた一部の者の生活を援助しようとする活動から、家族や地域住民全体を対象としたよりよい生活、人権の確保を指向したウエルビーイングを目指す時代を迎えてる。このことは、サービスの仕組みを提供者である行政や医療機関本位のものから、利用者主体へと転換することが求められているということでもある。

「保健福祉学」とは、単に「保健学」領域と「福祉学」領域の複合学問領域ではない。保健福祉学は、Human Sciences of Health-Social Servicesと英訳され、「保健福祉サービスの人間科学」と訳語することができる。いわば、何らかの支援を要する対象に対する人間科学を活用した学問体系が保健福祉学と位置づけられる¹⁾。

このように、保健福祉学は、主体性をもった存在である人間を、生涯のライフサイクルの中で、バランスのとれた総体として生活次元においてとらえながら、心理的・身体的・社会的要因を加味したトータルサイエンスの視点で、ウエルビーイングを維持・回復・増進するために資することをその理念としている¹⁾。このように、保健福祉学原理は、時代の変化に対応して新たな理念を生みだし、再構成されていくものである。

保健サービスを実行しようとすれば、そこには福祉の知識や技術が必要であるし、福祉サービスの実行においても同様である。保健および福祉の専門家や担当者もこうした時代と住民のニーズに対応するためには、従来の学問・技術の枠を越えた理解と柔軟さを持って活動を展開しなければならない時代となっている。

III. 保健福祉の施策

1. 要介護高齢者の現状と保健福祉施策

保健福祉支援を必要とする対象は、身体障害者、精神障害者、要介護高齢者等を含むすべての住民であるが、ここではとくに要介護高齢者の現状と保健福祉施策について概説する。

わが国は、2020年には4人に1人が高齢者である高齢社会の到来が予測されており、要介護に併せて生活援助を要する高齢者数が平成12（2000）年現在では280万人、2025年には520万人と予想されている。高齢者の保健福祉制度は、すべての高齢者が、たとえ何らかの障害を持ったとしても、可能な限り自立し、安心し豊かな生活を実現するべく、昨今大きな展開をみせている。

高齢者保健福祉施策の充実にとって大きな節目となるのは、平成元（1989）年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）である。このプランによって、高齢者に関する保健福祉サービス整備の基本的方向性が明らかにされた。さらなる展開を意図し、5年後の平成6（1994）年12月には「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略」（新ゴールドプラン）が提案され、平成9（1999）年を目標に整備が進められてきた。新ゴールドプランは、①利用者本位・自立支援、②普遍主義、③総合的サービスの向上、④地域主義、という基本理念を明確化した点で意義は大きいといえよう。そして平成2（1990）年の老人福祉法及び老人保健法の改正により、平成5（1993）年4月から老人保健福祉計画が各市町村及び各都道府県ごとに策定されることが義務づけられた。

このような在宅高齢者とその家族に提供される在宅保健福祉サービスの形態として、①ホームヘルプ・訪問看護・入浴・給食サービスのように自宅で提供されるサービス、②ショートステイ・デイケア（デイ）サービスのように施設を利用する施設利用型サービスがある。

平成12（2000）年4月から実施されている介護保険制度は、従来の老人福祉と老人保健の制度を再編成し、国民の共同連帯の理念に基づき、社会保険方式により、高齢者介護を社会的に支える仕組みとして創設されたものである。介護保険は、40歳以上の者が払う保険料を財源としている。具体的には、原則として、40歳から65歳未満の「第2号被保険者」は医療の保険料と一緒に徴収され、65歳以上の「第1号被保険者」は年金から天引きされる。この保険料を1/2とし、残りの1/2を公費でもって介護保険の財源となる。この財源を使用して、在宅サービスと施設サービスが給付される。これらのサービスの利用者は、40歳以上で常時介護が必要な「要介護者」と、介護を必要としないが日常生活に支障のある「要支援者」である。表2は、これまでの高齢者保健福祉の変遷を示したものである²⁾。

表2 高齢者保健福祉の変遷～救貧的施策から普遍化・一般化へ～

1960年代 高齢者福祉の創設	
1962（昭和37）	訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設
1963（昭和38）	老人福祉法制定
1968（昭和43）	老人社会活動促進事業の創設（無料職業紹介など）
1969（昭和44）	日常生活用具給付等事業の創設 ねたきり老人対策事業（訪問介護、訪問健康診査など）の開始
1970年代 老人医療費の増加	
1970（昭和45）	社会福祉緊急整備5か年計画の策定
1971（昭和46）	中高年齢者雇用促進特別措置法制定（シルバー人材センター）
1973（昭和48）	老人医療費無料化
1978（昭和53）	老人短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 国民健康づくり対策
1979（昭和54）	日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 保健・医療・福祉の連携と在宅サービスの重視	
1982（昭和57）	老人保健法制定（医療費の一部負担導入、老人保健事業の規定） ホームヘルプサービス事業の所得制限引上げ（所得税課税世帯に拡大、有料制の導入）
1986（昭和61）	地方分権法による老人福祉法改正（団体委任事務化、ショートステイ・デイサービスの法定化）
1987（昭和62）	老人保健法改正（老人保健施設の創設） 社会福祉士及び介護福祉士法制定
1988（昭和63）	第1回全国健康福祉祭（ねんりんピック）の開催 第2次国民健康づくり対策
1989（平成元）	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定 健康長寿のまちづくり事業の創設
1990年代 計画的な高齢者保健福祉の推進	
1990（平成2）	福祉八法改正（在宅サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画） ねたきり老人ゼロ作戦 在宅介護支援センターの創設 介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）の創設 高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）生活援助員派遣事業の創設 老人保健法改正（老人訪問看護制度創設）
1991（平成3）	福祉人材確保法（社会福祉事業法等の改正）
1992（平成4）	福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律制定
1993（平成5）	新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の策定
1994（平成6）	高齢者社会対策基本法制定
1995（平成7）	介護保険法制定
1997（平成9）	痴呆対応型老人共同生活援助事業（痴呆性老人グループホーム）の創設 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）の策定 介護休業の義務化
2000年代 新たな介護制度の開始	
2000（平成12）	介護保険法施行

平成12年度厚生白書、ぎょうせい、p119より

2. 物的サービスの急速な展開

保健福祉サービスの1つとして、これまでの主流である経済的サービス、人的サービスとともに重要なサービスである、物的サービスが注目されはじめている。ここではとくに物的サービスについて概説する。

物的サービスとは、主に補装具の交付、日常生活用具の給付・貸与を示し、近年、住宅改造等の援助も普及はじめている。この支援は、より豊かで文化的な生活を指向する近年の社会情勢を反映して、急速に需要を伸ばしてきている³⁾。

1) 福祉用具

「福祉用具」という名称が広く一般に用いられるようになったのは、平成5(1993)年の「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」(以下、「福祉用具法」)(厚生省・通産省)の施行以後のことである。身体障害者福祉法や老人福祉法をはじめとして、利用者の分野ごとに対応してきたこれまでの法体系に加え、「福祉用具法」は福祉用具の普及自体を直接の目的としたものである。それまでは、法的に明確な概念がなく、「福祉機器」「補装具」「日常生活用具」「テクニカルエイド」等の様々な名称が用いられていた。この法律によって「福祉用具」という新たにつくられた用語が導入され、これまでの公的施策において別々に扱われていたリハビリテーション機器、補装具、日常生活用具などがすべてこの用語に包括されている点が特徴である。

さらに、平成8(1996)年の「福祉用具産業懇談会」(通産省)により、「福祉用具の範囲」が新たに定義された。対象範囲については、社会環境の整備のために用いる機器、例として点字ブロック・盲信号機等の歩行用補助機器や、住宅設備、職業関連機器等にまで広げられてきている³⁾。このことは、保健福祉サービスの「目的」や「対象者」の範囲が拡がるにつれて、福祉用具の活用分野も拡大していることによる。このように、福祉用具の概念は、単に個人の障害・生活にかかるものから、社会環境側にかかる福祉用具をも含むものまでに拡大させてきている。

したがって、「福祉用具法」の第2条(定義)では、『「福祉用具」とは、「心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある老人又は心身障害者の日常生活上の便宜を図るために用具及びこれらの者の機能訓練のための用具並びに補装具をいう』と定義されている。この定義では、福祉用具を治療訓練、機能の代替および能力開発のみならず、生活を便利にさせ豊かにさせるものへと拡大して用いている。介護保険における福祉用具貸与の給付対象種目は表3の通りとなっている。また、福祉用具購入費の支給対象種目は表4の通りである。

2) 住宅改造等の援助

身体の機能が低下し障害が生じても、適切な医療や保健福祉サービスの支援を受けて、住み慣れた自分の家で、できるかぎり自立して生活していきたいと多くの高齢者が望んでいる。日常生活を行なううえで障害が生じた場合、家屋内の段差や、また介護者が付き添うと動きがとれなくなるトイレや浴室などには、明らかに住宅改造が必要である。

高齢者や障害者の日常生活に適した住宅の改造等に対しては、以下のような援助制度が設けられている⁴⁾。

① 日常生活用具の給付および貸与

身体障害者福祉法、老人福祉法によって定められ、重度の身体障害者、介護の必要な高齢者、一人暮らしの高齢者に対して、日常生活用具の給付等を行う制度がある。この制度は、本人の日常生

表3 厚生大臣が定める福祉用具貸与に係る福祉用具の種目

1. 車いす	自走用標準型車いす、普通型電動車いすまたは介助用標準型車いすに限る。
2. 車いす付属品	クッション、電動補助装置等であって、車いすと一体化に貸与されるものに限る。
3. 特殊寝台	サイドレールが取り付けてあるもの又は取り付けることが可能なものであって、次に掲げる機能のいずれかを有するもの。 1.背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能 2.床板の高さが無段階に調整できる機能
4. 特殊寝台付属品	マットレス、サイドレール等であって、特殊寝台と一体的に貸与されるものに限る。
5. じょくそう予防用具	次のいずれかに該当するものに限る。 1.送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット 2.水等によって減圧による体圧分散効果をもつ全身用のマット
6. 体位変換機	空気パッド等を身体の下に挿入することにより、居住要介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するものに限り、体位の保持のみを目的とするものを除く。
7. 手すり	取り付けに際し工事を伴わないものに限る。
8. スロープ	段差解消のためのものであって、取り付けに際し工事を伴わないものに限る。
9. 歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次のいずれかに該当するものに限る。 1.二輪、三輪、四輪のものにあっては、体の前および左右を囲む把手等を有するもの 2.四脚を有するものに会っては、上肢で保持して移動させることができるもの
10. 歩行補助つえ	松葉つえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチおよび多点杖に限る。
11. 痴呆性老人徘徊感知装置	痴呆性老人が屋外へ出ようとした時等、センサーにより感知し、家族、隣人等へ通報するもの。
12. 移動用リフト (つり具の部分を除く)	床走行式、固定式または据置式であり、かつ、身体をつり上げまたは体重を支える構造を有するものであって、その構造により、自力での移動が困難な者の寝台と車椅子との間等の移動を補助する機能を有するもの(取付に住宅の改修を伴うものを除く)。

(平成11年3月31日厚生省告示第93号)

表4 厚生大臣が定める居宅介護福祉用具購入費等の支給に係る特定福祉用具の種目

1. 腰掛け便座	次のいずれかに該当するものに限る。 1.和式便器の上に置いて腰掛け式に変換するもの 2.洋式便器の上に置いて高さを補うもの 3.電動式又はスプリング式で便器から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの 4.便座、バケツ等からなり、移動可能である便器(居室において利用可能であるものに限る)
2. 特殊尿器	尿が自動的に吸引されるもので居宅要介護者等又はその介護を行うものが容易に使用できるもの
3. 入浴補助用具	座位の保持、浴槽への入りなどの入浴に際しての補助を目的とする用具であって、次のいずれかに該当するものに限る。 1.入浴用いす 2.浴槽用手すり 3.浴槽内いす 4.入浴台：浴槽の縁にかけて利用する台であって、浴槽への入りのためのもの 5.浴室內すのこ 6.浴槽内すのこ
4. 簡易浴槽	空気式または折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。
5. 移動用リフトのつり具の部分	

(平成11年3月31日厚生省告示第94号)

活の便宜や介護者の負担軽減を図るため、特殊寝台、マットレス、入浴補助用具、腰かけ便座（便器）、特殊尿器、火災報知器、緊急通報装置等の支給および貸与を行っている。ただし、日常生活用具の給付については、障害の種類や程度などによって支給制限があり、世帯の所得に応じて一部自己負担がある。

② 生活福祉資金の貸付け（住宅資金貸付け）

身体障害者世帯、知的障害者世帯、高齢者世帯および低所得者に対し、その経済的自立と生活意欲の促進を図り、安定した生活が営めるよう、資金の貸付けと、民生委員による援助指導を行うものである。この生活福祉資金の貸付けのうち、住宅資金として、住宅の増改築、拡張、補修又は保全に必要な資金の貸付けが受けられる。民生委員を通して市町村社会福祉協議会を窓口に申請し、150～300万円程度の貸付けを受けることができる。なお、融資が受けられるかどうかは、市町村社会福祉協議会の審査により決定される。

③ 障害者住宅改造資金の助成

重度障害者が、日常生活を容易にするため、玄関や浴室、台所、トイレ等、住宅を特別に改造を行う場合、市町村の障害者福祉担当課を窓口に、その改造費の一部を助成するものである。対象者は身体障害者手帳の所持者（障害程度：1～2級）、療育手帳の所持者（障害程度：A）となっている。改造が障害の除去や軽減に直接関係することが条件であり、助成金額についても限度額が設けられている。この制度の運用は、市町村が独自の方法を採用しており、地域差も大きく、まだ試行段階であるのが現状である。

④ 年金福祉事業団による年金住宅ケア割増融資制度

年金福祉事業団では、介護を必要な高齢者や障害者が、バリアフリー構造の住宅を取得・改造するための資金を低利で融資する「年金バリアフリー住宅資金融資制度」を平成8（1996）年よりはじめている。この融資を受けるためには、廊下幅や浴室などの広さが一定以上であること、段差がないこと、階段や浴室には手すりを付けることなど、構造面の基準を満たさなければならない。長期固定の住宅融資としては最も低金利で融資が受けられ、また一般の住宅よりも融資限度額が優遇されている。

3) 地域環境整備

高齢者や障害者が、自立して生活し積極的に社会参加していくうえで、まち全体を利用しやすいものにする必要がある。高齢者や障害者が、安全で快適に生活するためのまちづくりの動きはこれまでにもあったが、一般的には、高齢者や障害者が建築物を利用するに当たり、建築主等においてその配慮する必要性や方法が十分理解されていない状況にあった⁵⁾。

ノーマライゼーションの理念を基に、平成5（1993）年以降の自治体による「福祉のまちづくり条例」などの施策や、建設省による平成6（1994）年の「ハートビル法」（高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律）の施行を通じて、公共建物設備のバリアフリー化など社会的な基盤の整備が着実に進んでいる。また、建築物に限らず、平成3（1991）年の「鉄道駅におけるエスカレーター整備指針」（運輸省）、平成5（1993）年の「鉄道駅におけるエレベーター整備指針」（運輸省）、平成6（1994）年の「公共交通ターミナルにおける高齢者・障害者等のための施設整備ガイドライン」（運輸省）、「みんなが使いやすい空港旅客施設新整備指針（計画ガイドライン）」（運輸省）など、公共交通施設や公共交通機関に関する整備ガイドラインが、数

多く策定されるようになってきた。

① 公共建築物等の構造の改善

公共建築物のバリアフリー化

昭和48（1973）年以降、公共職業安定所、法務局、税務署等の窓口業務を行う官署、合同庁舎等について、玄関の自動扉、スロープの設置、障害者用トイレの設置、手すり、呼び出し設備（インターホン）や視覚障害者の利用を考慮した構内通路の整備等、障害者の利便性を考慮した官舎設備の改善が各所で進められてきた⁶⁾。これらは、昭和56（1981）年の建設省の指導による「官庁営繕における身体障害者の利用を考慮した設計指針」によりいっそう促進されている。また、「ハートビル法」の趣旨を踏まえ、新たな基準に基づく施設整備を実施することとしており、21世紀初頭までに窓口業務を持つ官庁施設の全てについて高齢者・障害者に配慮した改修等をはじめている。官庁施設の新設にあたっては、整備基準に適合する建築物を率先して建設し、民間建築物に対して先導的役割を果たしていくこととしている。

民間建築物のバリアフリー化

公共的性格の強い民間の建築物（医療施設、保健福祉施設、文化施設、スポーツ施設、商用施設等）についても、高齢者・障害者の利用を特別に配慮した設備構造が必要であることから、建設省では社団法人日本建築士会連合会に委託し、昭和57（1982）年に「身体障害者の利用を配慮した建築設計標準」を策定した。この建築設計標準は、公共的性格の強い建築物を対象として、その機能、利用状況等に応じたものであり、地方公共団体や民間団体等の協力を得てその普及を図り、高齢者・障害者の利用に配慮した民間建築物等の整備改善を促進しているところである。近年は、公共的性格の強い民間の建築物の整備促進に向け、整備資金を長期・低利で供給する「身体障害者対応建築物整備促進事業融資制度」や、日本開発銀行等の政府系金融機関による低利融資制度として「人に優しい建築物（ハートフルビルディング）整備促進事業」が活用されるようになってきている。

② 公共交通機関の整備

公共交通機関においては、障害者の利用を容易にするための施設整備の指針として、鉄道等の公共交通ターミナルに関しては「公共交通ターミナルにおける身体障害者用施設整備ガイドライン」が策定され整備を進めている。航空ターミナルに関しては「みんなが使いやすい空港旅客施設新整備指針（計画ガイドライン）」が策定され、高齢者や障害者のみならず、幼児、妊婦等を新たにその対象に加えている。

これらガイドラインに基づき、駅・空港等のエレベーター・エスカレーターの設置、ホーム上の視覚障害者用誘導・警告ブロックの設置、円滑な移動を図るために必要な情報提供装置の導入、リフト付きバス、スロープ付きバスの導入等の対策を進めるよう、交通事業者等を指導している。また、特に整備が急がれているJR、民間鉄道が行う障害者対応型エレベーター・エスカレーター設置事業について、（財）交通アメニティ推進機構を通じて補助を行っている。このほか、公営バス事業がリフト付き又は超低床バスを購入する場合に所要の財政措置を講じるとともに、公営地下鉄の既存のターミナルについてエレベーター等を整備するモデル事業に対して補助及び所要の財政措置を講じることにより、公営交通事業における施設整備の促進等を支援している⁷⁾。

③ 道路交通環境の改善

昭和40年頃より、交通弱者と呼ばれる歩行者の安全確保が、道路行政の主要課題として検討され、歩道、横断歩道橋等の設置が積極的に推進されてきた。昭和45年代後半には、さらに交通を利用する上でのハンディの大きい身体障害者等への配慮が本格的に行われるようになった。

道路に関して講じられてきた施策としては、高齢者・障害者の利用の便を考慮した幅の広い歩道の整備、段差の切り下げ、視覚障害者用の誘導ブロックの設置、傾斜式立体横断施設（横断歩道橋、地下横断歩道）の整備がある。このような道路構造の改善のほか、特に盲人の歩行の安全を確保するため、道路交通法上に白杖を携え又は盲導犬を連れて通行すべきことを規定するとともに、信号機への視覚障害者用付加装置の設置がすすめられてきた。近年、自転車駐輪場の整備、電線共同溝整備事業による電線類の地中化、駅前広場の整備等を行い、高齢者・障害者にとって良好な歩行空間の形成を行っている。

また、身体障害者の運転免許取得にあたっては、自動車改造助成や自動車操作訓練事業が福祉サービスの一環として行われる一方、指定自動車教習所における持ち込み車両による教習実施及び身体障害者用車両の整備、運転免許試験場における持ち込み車両による試験実施及び身体障害者用車両の整備が図られてきている。各都道府県警察の運転免許試験場においては、スロープ、エレベーター及び視覚障害者誘導用ブロック等を整備することに努めているほか、運転適性相談窓口を設け、運転免許取得のためのアドバイスを行っている。あわせて、障害者の利用する自動車についての駐車禁止除外標章の交付、駐車スペースの確保が行われている。

IV. 保健福祉の課題

わが国の高齢者に対する社会的サービスの展開は、保健と福祉の統合されたサービスの供給システムを家庭と施設、地域という場で形成していく動きとして現れている。

しかし、保健・福祉の制度体系のなかに両者の統合化が実現するためには、まだ多くの時間が必要とされるであろう。保健と福祉という、方法的基盤も歴史的展開過程も異なる二つの社会的サービス・組織を統合し、効果的に推進していくことはたやすいことではない。この統合化について、理論的及び実践的に解決していかなければならない二つの課題がある⁸⁾。

一つは、高齢者や家族の健康・生活問題を効果的・合理的に解決していく手段としての「保健福祉サービス供給の統合化」である。実効あるものとするためにも、細切れの断片化したサービスではなく、ニーズに対して保健と福祉の専門職がチームを組むことによって、対応することを通じてサービス方法の統合を実現化することである。こうした過程を積み重ねることにより、処遇のレベルでの保健サービスと福祉サービスの統合の方法が形づくられていくものと思われる。このように、保健と福祉サービスの統合化の手がかりを各種の実践に学びながら、効果的な制度化の方向を探ることが必要である。問題となるのはサービス・システム統合化の実現であり、このことについては各種のサービス状況の地域格差が存在する以上、地域ごとの個性的なあり方を考慮しながら、普遍的制度のなかに統合される必要があり、そのための方法論が求められよう。

もう一つは、「保健福祉の（援助）方法論の統合化」である。わが国においても保健福祉施策としての地域ケアが推進され、介護保険も制度化に踏み切られるに至り、在宅で生活する要支援対象者に対する支援のあり方が問われている。特に近年、支援の「量」の確保に加えて支援の「質」の向上に関する社会的要請の高まりは増すばかりである。真に利用者の立場に立った保健福祉支援の

実現のためには、様々な支援の複合的な活用の必要性から、その実践的実務にかかわる保健福祉専門職のマネジメント能力を基幹とした専門性（知識・技術・見識）の向上が必須要件となる⁹⁾。

他方、保健福祉支援の経済効率の視点からも、支援のアセスメント、評価判定の客観的な評価方法の確立が要請されており、個々の専門職の支援技術はもとより、社会システムとしての保健福祉支援のあり方が、さらに問われる⁹⁾であろう。

今後、さらに保健学と福祉学の統合された新たな学問体系と実践システムの構築を模索していくことが重要であろう。

引用文献

- 1) 高山忠雄編著：保健福祉学の理念，保健福祉学，川島書店，13-18，1998.
- 2) 厚生省監修：平成12年度版厚生白書，ぎょうせい，119，2000.
- 3) 平山宗宏・高山忠雄編：福祉用具サービス，保健福祉学概論，川島書店，151-160，1994.
- 4) 安梅勲江：高齢者・障害者配慮住宅，生活環境論，医歯薬出版，170-183，1992.
- 5) 安梅勲江：社会生活用具・機器・設備，生活環境論，医歯薬出版，226-231，1992.
- 6) 総理府障害者施策推進本部担当室：障害のある人の住みよいまちづくりのための施策，よくわかる障害者施策，中央法規，84-99，1999.
- 7) 総務庁編：平成8年度高齢社会白書，大蔵省印刷局，212-213，1996.
- 8) 高木邦明：過疎・高齢化のすすむ地域での保健福祉サービス展開に関する研究，地域総合研究，20(2)，1-21，1993.
- 9) 高山忠雄：保健福祉学雑感，日本保健福祉学会誌，3(2)，1，1996.

機能不全家族に関するシステム理論モデル

鞠子英雄

はじめに

近年、保健、医療、福祉の諸域で、システムズアプローチが頻繁に取り上げられている。社会福祉の中で、例えばソーシャルワーク・トリートメント～相互連結理論アプローチ～]という本の中で、次のようにソーシャルワークとシステム理論の関連を論じている。

「より個人を中心とした治療を採用しがちなほかのほとんどの援助専門職とは対照的に、ソーシャルワークの実践独自の特色は、人間の機能についての全体的な性質を[相互連結]の文脈で理解することである。ソーシャルワークは、どのようなシステムの諸部分でさえ相互関連し、相互連結し、相互依存している。したがって、クライエントの機能に対する多様なシステムおよびサブシステムの影響を考慮しておくことが大切である。¹⁾」

「一般システム理論はソーシャルワーク実践家にとって、(環境があるやり方で人を行動させるのかといった)この2変数間の原因一結果の関係から、全体としての人と状況へ注意を向けさせるという概念枠組みを提供しているのである。²⁾」

また、心理臨床に携わっている研究者から、これまでソーシャルワークにおいて、「クライエントをも含んだ家族への援助という捉え方、見方がまだ不十分」であり、クライエント(以下C1)の疾患に対してその個人の内面に焦点を当てるのではなく、家族というシステム一構成員の相互連結一の視点から捉えなおすべきだと指摘している。³⁾さらに、理学療法分野においても、身体的能力の向上にもかかわらず自宅復帰できない脳卒中片麻痺患者の事例を通して、C1をも含んだ家族へのシステムズアプローチが有効である、⁴⁾というケースもある。

家族システム看護とシステム理論

このような社会福祉や理学療法の分野で、C1を家族システムの視点から見直す動きはいち早く、看護領域、特に看護理論開発において、システム理論を取り入れた理論家たち—オレム、ロイ、ニューマン、ロジャーズら—によってスタートしたが、家族を丸ごとケアしようとする家族システム看護理論は、80年代になって、カナダ、カルガリー大学看護学部のライトらによって初めて理論と実践が確立された。家族システム看護は、システム理論、看護理論、家族療法の三領域が統合された新しい学問領域で、特にサイバネティクスやベルタランフィの一般システム理論の考え方方に強く影響され、家族システムの特色を次のように捉えている。

- 1) 家族は大きな上位システムの一部であり、多くの下位システムから構成されている。
- 2) 全体としての家族は、その部分の総和以上よりも大きい。
- 3) 家族1人の変化は家族全体に影響を与える。
- 4) 家族は変化と安定の間にバランスを創造することができる。

5) 家族員の行動は、直線的な因果関係よりも円環的視点からのほうがよく理解できる。

6) 家族はフィードバックプロセスを通して自己調整する能力をもつ。

7) フィードバックプロセスは家族のいくつかの異なったシステムのレベルで同時に起こりうる。

以上のような家族システムの特徴を踏まえ、看護は家族の持つ肯定的な側面、つまり家族の強さ、長所、治癒力に視点を当て、家族の問題を「家族がバランスを崩し機能不全を起こした状態」（機能不全家族）ととらえる。C1の疾患の治療に焦点を当てるのか、それとも、家族の長所を引き出し、家族の自己調整能力が發揮されやすい環境を整え、家族の問題解決能力を伸ばしていくことに焦点を当てるのかに医学と看護学の違いがある。⁵⁾この看護学の考えは、いうまでもなく、社会福祉や理学療法の分野にも共通した家族システムのライトモチーフである。もちろん、社会福祉におけるソーシャルワークは、個人を対象にする「個別援助技術（ケースワーク）」、集団を対象とする「集団援助技術（グループワーク）」あるいは地域などを対象とする「地域援助技術（コミュニティワーク）」かによって、その方法は異なり⁶⁾、看護領域と同一ではないが、C1を含んだ家族システムのあり方を問うという視点においては合流する。また、家族を社会経済システムの縮約された集団であると考えるなら、家族システム看護の理論と実践は、企業や学校、地域といった集団にも応用可能である。要するに、集団が先の1)～7)の特徴をもついわば有機体のような振る舞いを示すなら、いかなる集団であろうとも、システム理論をベースにした理論モデルは適用可能であるといえよう。何故なら、その事は、一般システム理論の提唱者、ルートヴィッヒ・フォン・ベルタランфиが、一般システム理論のねらいとして次のような項目を掲げていたことに合致するからである。⁷⁾

- 1) いろいろな分野の概念、法則およびモデルの同形性を研究し、各分野間の有益な転用をはかる事。
- 2) 理論的なモデルのかけている分野で適切な理論モデルの発展を促すこと。
- 3) 異なった分野での理論的努力の重複を最小限にとどめること。
- 4) 専門家間のコミュニケーションの改善を通じて、科学の統一化を促進すること。

論者は生化学から出発し、酵素反応の複雑なネットワークがどうして安定な状態を維持しながら飛び交わっているのか、という問題意識から、ベルタランфиの一般システム理論、およびロス・アシュビーのサイバネティクスと出会い、システム理論に開眼した。複雑な酵素反応のネットワークの安定性は、それとは異なる領域、群集生態学での食物網（food webs）、脳におけるニューロンの神経回路網の安定性に通じる問題でもあり、論者は、これらの問題に関し群集生態学での70年代以降展開してきた「複雑なシステムは不安定である」というロス・アシュビーとロバート・メイによって見つけられた「複雑一不安定システム理論」が有力な理論モデルと考えている。社会福祉、理学療法、看護に関しまったくの門外漢ではあった論者は、一見小さなシステムとして見られる家族システムを振り返ったとき、複雑に入り組んだネットワークを形成していることに気づき、この複雑一不安定システム理論がもしかしたら適用できるのではないかと思いついたのである。例えば、日本で10年前までは、祖父母、父母、子供といった家族構成は70パーセントを占めていたが、仮に、6人の家族構成から成立しているとすると、構成員の相互連結数は、 $n(n-1)$ にしたがって30も存在する。後述するように、アシュビーたちは、要素数が4個、7個、10個からなるシステムを想定し、要素間の相互連結数と要素数の相関において、全体の安定性がどうなるか計算してみた結果、

要素数が10個だと連結数がわずかであってもそのシステムの安定度はほぼゼロに近いことを見ついている。だから、家族構成員6人の家族においても、もし構成員間で何らかの相互連結度が増加していけば、その家族システム自体存続しないことが予想される。

ひるがえって、従来の家族システム論は、システムズアプローチといつていながらも、その多くが世界観レベルでの信念に近い思弁にとどまり、論理的整合性（正確さ）と検証可能性および正確さに基づいた予測可能性を持ち合わせた理論レベルには達しておらず、時に、有機体概念の思弁的アナロジーで終わっているように論者には思われる。⁸⁾そこでこの論稿において、C I の疾患に対し、複雑不安定システム理論からアプローチし、一つの理論モデルを提示してみたい。ただし、その理論はソーシャルワーカーや、看護領域にかかる人々が頼らなければならない多くの理論にとって代わるものではない。むしろそれは、臨床の現場にいる人々がさまざまな種類の変革を成し遂げようと試みる際、多様な理論や方法論的アプローチを組織化し、統合化していくときに役立つと思われる理論モデルである。すなわち、このシステム理論に基づくモデルは、相互連結のあり方に関する一つの原理を示唆するものであって、所与の状況のなかでどの変数が行動の最強の決定因であるかについてはコミットせず、その決定因は、おののの具体領域での経験的な分析に依存する。だから、システムズアプローチは、一見すべての諸領域を統合する学問の王道のように見えるが、それはシステム理論の役割と限界に関する認識論的位置づけを欠落させた見解である。かつて、論理実証主義の立場から、カルナップ、ノイラートらの結成した哲学者集団、ウイーン学団が、すべての学問を物理主義に従って統合し、統一科学の実施を目指したにもかかわらず失敗に終わったように、ベルタランフィの一般システム理論も、科学の統一化の促進に寄与するものの、それによって統一科学が実現することはありえない。この根拠に関する数学基礎論での詳細は省くが、ゲーデルの不完全性定理はその有力な根拠の一つである。⁹⁾

なぜなら、数学内部にかかわらず、普遍的ないかなる認識であれ、対象の形式的一般化は不可能であることをその定理はわれわれにつきつけているからである。一般システム理論の目指す最終目標は、相互作用の連結様式を数学によって形式化する点にあるが、そこにゲーデルの不完全定理が認識の境界条件として介在することによってその形式的一般化が不可能となることが予想される。

群集生態学での複雑一不安定理論

1970年以前まで、生態学者たちは、次のようなことが正しいと考えていた。それは、生態系を構成する生物種が豊富に存在するほど、そのネットワークは仮にデイスターべが生じてもとの状態に戻るという意味で安定だという「多様性一安定性の規則（Diversity-Stability rule）」である。生態学での安定性について正確に表現するなら、デイスターべがあった時、各々の生物種の平均個体数に変動があってもその変動は小さくなってしまふの平均個体数を維持することをさす。このことは例えば、フィールドワークにおいて、多種の進入や大発生は自然の生態系には一般には起こらないのに、耕地や人工植林地のような生物種の少ない生態系では起こりやすい、あるいは動植物が極めて豊富で数も多い熱帯雨林では有害生物の大発生は起こらない、といったことから、多様性一安定性の規則は生態学者たちの常識としてうけいれられていた。また、理論的にもマッカーサーは次のような情報理論でよく知られたシャノン・ウィーバー関数を使って、多様性一安定性を主張した。¹⁰⁾

$$Ds = - \sum_{i=1}^S P_i \log_e P_i$$

Ds : S 種から構成されている多様度（複雑度）

S : 生物の種数

P_i : ある i 種の全体に占める個体数の割合 (i 種の存在確率)

マッカーサーは、この Ds が大きいほど生物群集の安定性は増加するとして、次のような情報理論に基づく考えを展開した。情報が伝達されるとき、伝達のチャンネルが多岐になればなるほど、もし一つの路線がふさがっても他の路線に流れる可能性があるのでデイステップは少ない、つまり安定である。生態系でいえば、食物（エネルギー）があるレベルの生物種から他のレベルの生物種に向かって移行するとき、途中でどこかで流れがふさがったとしても、別のルートをたどって移行していけば、そこでエネルギー停滞は生じない、つまり安定である。

ところが、この多様性—安定性の規則に関し、いち早く生態学ではなく、脳のシステム理論において疑問を投げかけていたのがロス・アシュビーである。アシュビーは、[頭脳の設計] (1952) のなかで、数々の思考実験と数学モデルを示すことによって、多様性が豊かなシステムは不安定となることを主張した。¹¹⁾ここで多様性を複雑さ (Complexity) と読み替え、複雑さに関するパラメーターが次の三つから成り立っていることを明確にしておく。

- ① システムを構成する要素の数 (n)
- ② 構成要素間の相互連結数の割合 (c)
- ③ 構成要素間の相互連結の強弱を表現する平均相互作用の強さ (α)

アシュビーは安定性解析の方法として、フルピツの安定判別法を使い、n が 2 個、3 個、4 個と増加するにつれ、安定性の確率が低下することを突き止めた。すなわち構成要素間の相互作用係数を数表から無作為に取り出し、それを $n \times n$ の正方行列に並べ、そこでの主座小行列を計算し、そのすべてが正であるときの割合（安定性の確率）をしらべた。その結果、データ I のように、n が増加するにつれ急速に安定性の確率が低下することがわかった。またアシュビーはガードナーとともに、相互連結数の割合 c と、要素数 n に関する安定性の確率を調べたところ、データ II のように、やはり、n や c の増大にしたがって安定性の確率が低下した。¹²⁾さらに、アシュビーらの数理モデルを一般化し、複雑さを示すもう一つのパラメーター、 α （平均相互作用の強さ）を付け加え、n, c, α と安定性の相関についてロバート・メイは、次のような関係を見つけた。¹³⁾

- (1) $\alpha\sqrt{nc} < 1 \rightarrow \text{安定}$
- (2) $\alpha\sqrt{nc} > 1 \rightarrow \text{不安定}$

この関係についてメイ自身、次のように言っている。

「この多数の種からなる群集についての……生態学で意味することは、各々の種の個体群自身が安定であっても、連結度 c が豊富になればなるほど、相互作用の強さ α が大きくなればなるほど、不安定になることをはっきりと示している。種数 (n) の増加もこの不安定さをさらに助長する。」¹⁴⁾

さらに、メイは、システムの複雑さと安定性の関係において、重要な 2 つの点を指摘している。ひとつは、安定性の確率が同一な 2 つのシステムにおいて構成要素間の連結度 (c) が大きいシス

テムでは、要素間の相互作用の強さ (α) は小さくなり、逆に、 c が小さいシステムでは α が大きくなるという次の関係である。

$$\alpha_1^2 C_1 \neq \alpha_2^2 C_2$$

α_1, α_2 : 平均相互作用の強さ

C_1, C_2 : 連結度

これは、組織論で言われる次のような経験則を理論的に支持する。組織が大きくなるほど（複雑化するほど）、そのメンバー間で強く結びついてはならない、言い換えると友人関係のような強い絆（紐帯・じんたい）でもすびついてはいけない、つまり広く浅く付き合うべきだということを意味する。このことは偶然にも理論社会学において「弱い紐帯の強さと統合のジレンマ」というテーマで指摘されていることに一致する。¹⁵⁾即ち、大きな組織を統合するには、メンバー間の絆は弱くなければならず、友人関係のような強い紐帯で結ばれた関係は弱小化しなければ、組織の統合は維持できないということである。

メイのもうひとつの指摘は、一見システムの構成要素 (n) が、多数である。システムで安定に見えるのは、そのシステムの内部で、いくつかの分割されたサブシステムが存在しているからだという点である。メイは、12種からなる群集を想定し、その群集が4種づつ3グループに分割されているなら、安定性の確率は増加すると計算した。図2から明らかのように、 $n=10$ でゼロに近いから12からなるシステムの安定性の確率もほぼゼロに等しい。3グループに分割するとメイによると安定性の確率が35%と増加する。¹⁶⁾

アシュビー、メイラの複雑不安定システム理論は、70年代以降、フィールドワークにおいて支持される証拠も見つかってきた。例えば、パナマでげっ歯類のねずみの大発生だと、野外での24群集についての研究においても、 n の増加につれ c は減少していること、及び、共通のフードソースを持つ集まり（クリーク）が群集内部で増加して安定性を維持していることなどである。¹⁷⁾

家族システムと複雑一不安定性理論

さて、複雑一不安定理論を家族システムに適用するとどうなるであろうか。家族システムは一見すると小さな組織に見える。確かに大企業のように社員が1万人以上もいる組織に比べれば小さい。しかし、複雑さは単に要素数 (n) のみでは比べられない。先述したように、家族構成員6人では、相互連結数は30もあり、しかも、構成要素間での絆の強さは一様ではないから、決して単純なシステムとはいえない。もし、この連結数に従ったコミュニケーションが行われたなら、複雑一不安定理論に従って、たちまちそのシステムは崩壊するに違いない。よく言われる脳では使われないニューロンが多数存在するというのも、このことに関連すると思われる。もし、大脑皮質に存在する100億のニューロンが、刺激のたびに総動員されたとしたら、脳の機能はたちまち停止してしまうであろう。即ち、使われない多数のニューロンの存在の意味は、単に予備軍としてではなく、複雑さの増大によるシステムの不安定さを回避する点にあると考えられる。また、論者の仮説では、20歳過ぎての平均10万個/日のニューロン脱落は、決して脳の老化ではなくて、要素数 (n) の減少及びその間引き効果による神経回路形成の促進を通じて、結果としてシステムの安定化をもたらす戦略

であるように思える。即ち神経回路形成はシステム内部に分割されたシステムが存在することに相当し、メイが指摘していたようにそれはシステムの安定性に寄与している。

さて、家族システムであるが、家族関係にゆがみが生ずるとその構成員である個人に多様な症状が生まれるとされている。その個人のことを I・P (identified patient) と呼んでいるが、I・P は、対人的相互作用の強度が強くなると発生しやすいことを、精神医学者は指摘している。¹⁸⁾ 例えば、対人的相互作用の強い家族として、highEE (high emotion-expressed family) がよく知られている。この家族において、否定的な感情を口に出すことが多く、構成員間は強い情緒的結合で結ばれ、言語的、非言語的レベルの両方にまたがって、コミュニケーションは無数ともいえるほどである。こうした家族では、ちょっとした事件が取り返しのない結果を生みやすく、事件が起こると性急な解決を望む方向で、暴力、その他の心身レベルでの直接的行為に及ぶことがしばしばである。また、コミュニケーションの強度も(複雑一不安定理論では相互作用の強さに相当)、ダブルバインド(二重拘束)に見られるように、矛盾した事柄を突きつけて、当事者に選択不可能な状況を強いるほど大きい。HighEE 家族と分裂病の再発率(決して分裂病の発生頻度ではないことに留意)の関係を調べた研究によると、I・P と家族の接触時間が週35時間以上のとき69%、それ以下だと28%という著しい差が指摘されている。¹⁹⁾

こうした対人的相互作用の強い家族システムは、その不安定さゆえに、一時的に安定化を図る戦略が無意識に行われている。その典型として、家族構成員に拒食症、神経症、薬物乱用などの出現によってかたくなに閉じた家族システムを形成するケースである。家族療法家たちは、すでにこのことに気づいていた。ボウエンは、感情システムと知性システムの分化度が低い家族では、融合(fusion)が強く、夫婦間での喧嘩によってその過剰な融合から脱却しようとしたり、共依存(codependency)による夫婦一体化、あるいは母子一体化、あるいは心身症や拒食症といった特に子供に集中するシンドロームの出現によって、一時的に安定化をはかりうとする動きが見られると指摘している。²⁰⁾ この安定化の戦略をボウエンは、「偽安定化」と読んだが、この家族では、家族の個性に応じた役割分担が損なわれ家族の機能が停止している。別の言葉で表現するなら、家族のホメオスタシスである。即ち、I・P を生むことによって家族の安定化をはかり、架空の「よい寛容な女性」と「やさしい母」を演じながら、かわいそうな病人(I・P)を介護するという虚構家族の形成である。

一方、家族システムの結びつきについて、家族療法家、ミニユーチンは、対人的相互作用の強い家族を「網状家族(Enmeshed family)」と呼び次のように定義した。²¹⁾ 家族の相互作用の過程で、その構成員の誰が、どのような仕方で参加できるかについての規約を「境界線」とよぶ。その境界線には、あいまいなもの(diffused boundary)、明瞭なもの(clear boundary)、固いもの(rigid boundary)の3つがある。

このうち、あいまいな境界線を主とする家族では、家族システムへの参加に関するルールがあいまいなので、その構成員はあらゆる問題に関し互いに引き込まれ、必要以上に関与し合う。これが網状家族であり、逆に境界線の固い家族、つまりバラバラな家族が、「遊離家族(disengaged family)」である。ミニユーチンは、前者では精神病、後者では非行が多いと指摘している。

機能不全家族に関するシステム理論モデル

以上のように触れてきた事柄は、言い換えるなら、親子が強い絆で結ばれている家族は健康な良き家族だ、という世間の常識を根底から切り崩すものである。しかし、なぜ網状家族が機能不全家族となるかについての理論的根拠は皆無であった。群集生態学での複雑一不安定理論は、その理論的根拠に寄与すると思われる。データⅡから明らかなように、 $n = 6$ の家族システムを想定した時、それをほぼ $n = 7$ と近似してとらえると、連結の数は、 $c = 12$ ではほぼ安定性の確率はゼロとなっている。安定な連結の数は $c = 6$ で、約 50% である。例えば、6人家族で、祖父母、父母、子供 2 人の三つのサブクラスに分割され、ミニユーチンの言う各々の役割分担が遂行されているのであれば、ちょうど連結数が $3 \cdot (3 - 1) = 6$ で安定である。そうではなく、6人がランダムに相互連結を取り結ぶようなことがあれば、そのシステムは不安定へ一挙に傾くことになる。群集生態学での複雑一不安定モデルでは、相互作用はランダムが前提となっているが、網状家族でも問題が生じるときは、構成員間のコミュニケーションもランダムであることは容易に想像がつく。それはちょうど、阪神大震災で、神戸に数万人規模のボランティアがほぼ同時の集中し、一時、ボランティア活動が阻止された状態に酷似している。家族システムは、もちろん、常に安定ではなく、「変化と安定の間のバランスを創造する」システムである。変化と安定の間というのは、6人家族に適用するなら、 c が 6 から 12 の間でゆれ動いているということをさす。又、家族は、小さな解体と創造をくり返すダイナミックなシステムであると言うのもこのことをさすが、不安定から安定への変換によって、必ずしも家族構成員の個性化が実現するとは限らない。システム理論での安定性と家族観での健康な家族とは別の事例である。ボウエンがいみじくも偽安定化と呼んだように、有機体が不安定にさらされた時、もち合わせのポテンシャルを総動員して有機体は必死になって安定化の戦略を試みる。家族もその意味で生きた有機体であるが、家族システムにおいては、安定化の戦略は次のような三つの方向にわかれると考えられる。ひとつは、「小さな解体と創造」と言うように、例えば、夫が家事を引き受けるといった家族内部での相互連結の在り方を変化させるケースである。このケースでは恐らく安定性の確率は 100~50% の間のとどまっている状態であると思われる。一方、その確率が、50%~0% の間で、不安定への確率が安定より上回っているケースでは、二つの方向で安定がはかられる。ひとつは、ミニユーチンの言う、遊離家族の形態で、家族の解体による家族構成員の家外への拡散である。二つめは、拡散せずに家庭内でなお内部に構成員がとどまっている状況では、母子一体化のような、境界線を超えたサブシステムが形成される。それは複雑一不安定理論でメイが指摘していた、群集内部でのシステムの分割化（ブロック化）であり、先の祖父母、父母、子供の三つのグループのブロック化されたシステムと同じ安定化の戦略ではあるが、家族システムレベルではその意味はいちじるしく異なる。母子一体化では、子供に心身症、神経症、アルコール依存症、薬物乱用といったかたちで I・P が発生する。この I・P をかかえた母子一体化は家族システムの内部では、いわば孤独した島（solitary island）を形成し、内部、外部の相互連結はそこにおいて断ち切られ、外からの介入も極めて難しくなる。では介入者はどうやってこの家族をいったんシステム理論の意味あいで不安定にさらし、家族システム内部の再編化を試みたらよいのであろうか。

問題のある家族に直面した時、われわれは家族の結びつきが失われたと感じ、その関係をより強化させることで、失われた良好な関係を取り戻そうと試みる。しかしながら、それは、安定化が低

下して偽安定化に陥った家族システムの c 値や α 値を増大させる介入であり、家族をより不安定な方向に導き、さらなる偽安定化—すなわち、I・Pへの負担増大—をもたらしかねない介入であるということができるのではないだろうか。

児童相談所や婦人相談所で、一時保護などが行われるのは、緊急避難的な側面もあるが、家族システムの c 値や α 値を低下させる意味で効果的だと考えられる。これらの施設や、もちろん看護職介入の多くは、経験的に適切なものになっているものと想像する一方、常識的な「家族のきずな」観によって、I・Pへの負担を増強する方向での介入を行ってしまい、よかれと思ってしたことがまったく予想もしなかった結果を導いてしまうこともあるのではないかと憂慮している。最近特に問題となってきた薬物乱用者の機能不全家族の I・Pへの対応は、そのことを如実に物語っていると思われる。

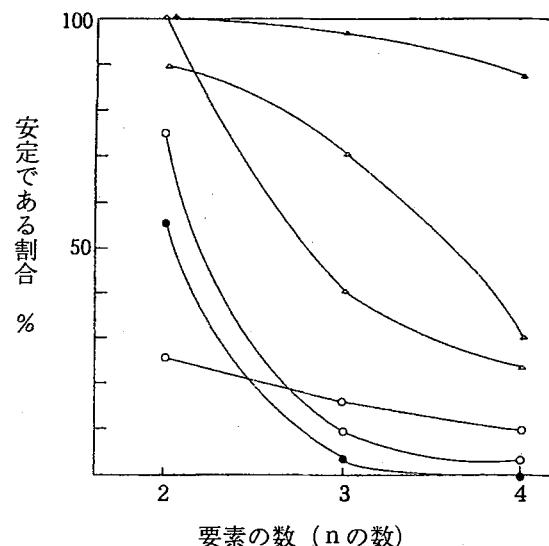
文 獻

- 1) Tuner .J、social work treatment、Macmillan pub、1966、米本秀仁監訳、『ソーシャルトリー
トメント—相互連結理論アプローチ』(下)、P 388、中央法規、1999
- 2) 同上、P 394
- 3) 古市由希子、家族療法をソーシャルワークの現場へ、東京福祉専門学校紀要、第 8 号、17—26、
1998
- 4) 佐藤誠剛、システムズアプローチによる家族への援助、理学療法研究、第15号、37—45
- 5) 森山美知子、家族システム看護の実践、保健の科学、第39巻、第 9 号、619—626、1997
- 6) 3) P 17
- 7) Bertalanffy.L.von、General System Theory、George Braziller、1968、長野敬、太田邦昌共
訳、『一般システム理論』P 12、みすず書房、1973
- 8) 鞠子英雄、家族システム看護における複雑—不安定モデル、家族看護学研究、第 7 回学術集会
抄録集、日本家族看護学会、P 64、2000
- 9) 鞠子英雄、『複雑—安定性のドグマ』、ハーヴェスト社、1996
- 10) Macurthur.R、Fluctuations of Animal Populations, and a Measure of Community Stability,
Ecology、vol.36、NO.3、534
- 11) Ashby.W.R、Design for a brain、Chapman and Hall、1960、鈴木浩、山田坂仁、宮本敏雄、
橋本和美共訳、『頭脳への設計』、宇野書店、1967
- 12) Gardner.M.R & Ashby.W.R、Connectance of large、dynamical systems、Nature、228、784、
1970
- 13) May.R.M、Will a large complex system be stable?、Nature、238、413—414、1972
- 14) 同上、414
- 15) Fararo.J.T、The meaning of general theoretical sociology、Cambridge Univ.、1989、高坂
健次訳『一般理論社会学の意味』ハーヴェスト社、P 297—P 300、1996
- 16) 13) P 414
- 17) Yodzis.P、The connectence of real ecosystem、Nasure、284、544—545、1980

- 18) 中井久夫、つながりの精神病理、『中井久夫著作集 6巻』、p 99—p 107、岩崎学術出版社、1991
 19) 藤繩昭、新宮一成、分裂病の家族療法、『異常心理学講座 9』、p 197—p 227、みすず書房、1989
 20) 遊佐安一郎、『家族療法入門』、p 63—p 105、星和書店、1999
 21) 同上、p 115—p 118

データ I

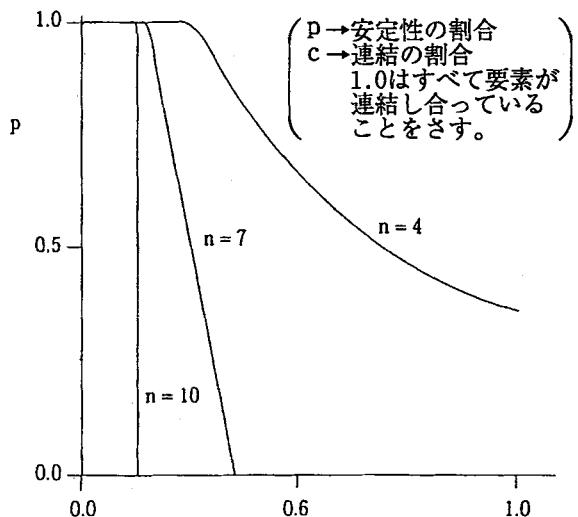
行列の型	調査した数	安定であった数	安定である割合 (%)
2×2	320	77	24
3×3	100	12	12
4×4	100	1	1



要素の数の増大と安定である割合の変化

出典：文献11)

データ II



出典：文献12)

離島地域の高齢者福祉サービスのあり方に関する基礎的研究

－北海道羽幌町天売島・焼尻島の調査結果を中心に－

志水 幸

I 緒 言

本研究は、離島地域における高齢者福祉サービスの向上に資するべく、離島高齢者の状況や社会資源および福祉サービス利用に関する意識等の実態を把握し、今後の離島高齢者福祉サービスのあり方を模索することを目的とした基礎的な調査研究である。これまで、離島を対象とした総論的な先行研究¹⁾はあるものの、ある特定の地域や階層を対象とする調査研究は殆ど見当たらない。

本稿では、「離島地域における高齢者福祉の実態に関する調査研究（北海道医療大学看護福祉学部志水ゼミナール実施）」（以下、調査研究）²⁾から得られた知見をもとに、今後の離島高齢者福祉サービスのあり方に関する基本的な方向性を模索したい。具体的には、第1に、先の調査研究から得られた幾つかの知見を、わが国の標準的データと比較することにより、離島高齢者の一般的な状況を駆逐する。第2に、離島高齢者の一般的な状況から予見される課題群と、離島高齢者福祉サービスの現状との整合性を検討する。第3に、そこから得られた知見をもとに、今後の離島高齢者福祉サービスのあり方の基本的な方向性を抽出したい。

II 調査研究の概要³⁾

調査研究は、羽幌町保健介護課に対する事前のヒアリングや協議にもとづいて実施されたものである。以下、概略を述べたい。

調査対象地域は北海道苦前郡羽幌町（人口9,656人、4,080世帯、高齢者人口2,504人、高齢者世帯1,711世帯、高齢化率25.9%）に属する天売島・焼尻島の2島である。この両島は、北海道内有人離島では唯一単独で自治体を形成していない離島である。したがって、地理的要件、人口規模、社会資源の質と量等から勘案しても、同一自治体内における地域間格差が発生しやすい典型的な事例である。

1. 調査地域の概要

焼尻島は羽幌港から約24kmの沖合に浮かぶ周囲約12kmの島である。そこから5km程の武藏水道を隔てた所に周囲約12kmの天売島がある。天売島の人口は、481人（217世帯）で、その内高齢者人口は170人（116世帯）であり、高齢化率35.3%である。高齢者の中で独居の高齢者は26人、寝

所属：北海道医療大学看護福祉学部

たきりの高齢者は1人、痴呆の高齢者はいない。焼尻島の人口は、438人（223世帯）で、その内高齢者人口は206人（138世帯）であり、高齢化率47.5%である。高齢者の中で独居の高齢者は41人、寝たきりの高齢者は2人、痴呆の高齢者はいない。両島には、それぞれ羽幌町役場の支所（天売支所、焼尻支所）、道立の診療所（天売診療所、焼尻診療所）が1カ所ずつある。診療所での対応が難しい場合には、フェリーまたは巡視艇などで羽幌まで搬送される。医師の判断で緊急を要する場合には、ヘリコプターで札幌医科大学まで約30分で搬送される。両島には、そのための専用ヘリポートが整備されている。歯科診療については、北海道大学による年3回の巡回診療（各6日間）が実施されている。また、公民館等を利用して、保健婦や栄養士等による健康相談が年3回実施されている。その他、市街地区と比較して実施回数の格差はあるが、各種の保健予防等事業（住民検診、乳幼児検診）や機能訓練サービスが実施されている。

2. 調査の概要

調査研究は、以下の3つの調査により構成されている。①自治体（羽幌町）を対象とした「羽幌町における福祉行政の概要に関する調査」（以下、①調査）、②天売島・焼尻島の高齢者を対象とした「離島地域における高齢者の意識に関する調査」（以下、②調査）、③天売島・焼尻島の高齢者と同居する家族を対象とした「離島における地域福祉の現状に関する調査」（以下、③調査）である。

それぞれの調査項目の概要は、以下の通りである。①調査については、1) 羽幌町の概要、2) 医療・福祉サービスの概要、3) 介護保険の準備状況、4) 今後の離島福祉施策の展望等である。②調査については、1) 基本属性、2) 家族の状況、3) 生活の状況、4) ADL の状況、5) 冬期間の過し方、6) 介護保険の理解度等である。③調査については、1) 家族の状況、2) 行政への要望、3) 介護保険の理解度等である。

調査方法は、①調査についてはヒアリング、②調査および③調査については8人の調査員による全数聞き取り調査を実施した。また、仕事等の都合により直接面接することが出来なかつた人については、留置法を採用した。その結果、調査票自体の回収率とそれぞれの設問の回答率に一部ひらきがみられるが、貴重なデータゆえに全てを有効回答とみなし分析対象とした。

調査期間は、天売島については1999年9月9日から12日の4日間、焼尻島については1999年9月14日から17日の4日間の延べ8日間で実施された。

調査対象人数および回収率については、以下の通りである。①調査から得られた老齢人口は、天売島170人、焼尻島206人の合計376人であった。しかし、われわれが調査時点で居住確認し得た実数は、天売島113人、焼尻島179人の合計292人であった。これをもとに②調査の回収率を算出したところ、天売島90.3%（102件）、焼尻島95.0%（170件）の合計93.2%（272件）である。つまり、両島の高齢者人口の72.3%の回答を得たことになる。次章での（Ⅲ調査結果）数字は、②調査対象の実数をもとに算出されたものである。また、先述の通り、調査票自体の回収率と、それぞれの設問の回答率に一部ひらきがみられるため、データの信頼性を担保するために、各設問項目毎の回答率と回答数を示した。

なお、調査結果については、量的データについては統計ソフトを用いて処理し、自由記述については記述内容毎に整理分類した。結果の一般化、母集団の推定等が目的でないため、統計的検定は

行っていない。小数点以下第2位を四捨五入した。

III 調査結果

ここでは、離島地域における高齢者福祉サービスのあり方を検討する上で、重要な示唆を与えてくれる高齢者を対象とした②調査の主な結果を概観する。

1. 基本属性および家族構成関連項目

「年齢構成（回答率100%：272件）」では、70～74歳31.6%、65～69歳30.5%、75～79歳23.2%、80～84歳8.5%、85～89歳4.4%、90歳以上1.8%である。「男女比（回答率100%：272件）」では、女性53.3%、男性46.7%である。「家族構成（回答率100%：272件）」では、夫婦のみ世帯55.8%、一人暮らし世帯18.5%、子どもと同居の世帯11.0%である。

2. 生活関連項目

「職業（回答率96.0%：261件）」では、無職47.1%、漁業42.9%、自営業7.3%、その他2.7%である。有職者の81.2%が漁業、13.8%が自営業である。「一番近くに住んでいる親族（回答率89.0%：242件）」では、子ども66.1%、兄弟・姉妹21.1%、いない3.7%、その他9.1%である。「一番近くに住んでいる親族の居る場所（回答率82.0%：223件）」では、隣の島を含む島内43.0%、石狩支庁管内29.6%、羽幌町を除く留萌支庁管内10.8%、その他9.3%、羽幌町市街地域7.2%である。「一番連絡を取合っている人（回答率86.8%：236件）」では、子ども76.3%、兄弟・姉妹16.9%、いない0.8%、その他5.9%である。「一番連絡を取合っている人との連絡の頻度（回答率84.9%：231件）」では、1ヵ月に1～5回40.3%、1週間に1～6回29.9%、毎日21.6%、半年に1～5回4.8%、1年に1～6回2.2%、数年に1回0%、全く取らない1.3%である。「何かあった時に連絡を取る人（回答率72.4%：197件）」では、子ども71.1%、兄弟・姉妹17.8%、いない1.5%その他9.6%である。その他の中には、焼尻島で“ホームヘルパー”との回答が3件見られた。「余暇時間を誰と過ごすか（回答率98.2%：267件）」では、家族と過ごすことが多い62.2%、1人で過ごすことが多い28.1%、友人と過ごすことが多い6.0%、その他3.7%である。「余暇時間をどのように過ごすか（回答率95.6%：260件）」では、テレビ・ラジオ70.4%、趣味9.2%、友人と会う6.5%、読書1.9%、スポーツ0.8%、その他11.2%である。その他の内容は、“畠仕事”が14人、“仕事の準備”が6人、“昼寝”が5人等であった。「地域活動に参加したい、または参加しているか（回答率97.1%：264件）」では、いいえ67.4%、はい32.6%である。「地域活動の内容（回答率31.6%：86件）」では、趣味の会20.0%、健康のための活動20.0%、祭などの地域行事14.7%、保健・福祉活動6.3%、スポーツ3.2%、その他35.8%である。その他の内容は、“老人クラブ”が21人、“ふれあい広場”が3人、“ボランティア”が2人であった。「地域活動に参加したい理由（回答率31.3%：85件）」では、友人・知人との交流を持ちたいから55.4%、生活に充実感がほしいから20.8%、地域に貢献したいから9.9%、特になし2.0%、その他11.9%である。その他の内容は、“健康のため”が7人であった。「今の生活に満足しているか（回答率95.6%：260件）」では、はい95.4%、いいえ4.6%である。「満足していない理由（回答率2.9%

：8件)」では、健康の不安4人、交通の便1人、医療・福祉体制1人、金銭面1人、その他4人である。「島での生活の良い点(回答率90.1%：245件)」では、自然が豊か25.8%、人づき合いが親密22.2%、気楽・のんき・のんびりしている18.6%、特になし8.2%、住み慣れているところ6.5%、暮らしやすい・過ごしやすい5.6%、食べ物が新鮮・おいしい5.2%、食べ物の自給自足ができる4.2%、特に困らないところ2.6%、わからない1.0%である。「島の生活で不自由な点(回答率91.5%：249人)」では、交通の便30.4%、医療体制24.1%、冬期間の自然環境13.7%、物価が高い4.0%、物資・情報等の遅れ3.7%、娯楽施設がない1.0%、わからない1.0%、福祉サービスの不足0.7%、人間関係が密過ぎる0.7%、観光客のマナーの悪さ0.3%、特になし20.4%である。「日々の生活で不安なこと(96.7%：263件)」では、特になし48.7%、健康のこと26.4%、金銭面10.0%、将来のこと8.2%、人づき合い0.7%、その他5.9%である。その他の内容は、“身体的なこと”が5人、“除雪のこと”が3人、“交通の便”が3人であった。

3. 冬期間の生活関連項目

「冬期間に島を離れるか(回答率92.3%：251件)」では、いいえ85.7%、はい14.3%である。「島外滞在期間(回答率10.7%：29件)」では、1～2ヶ月34.5%、3～4ヶ月24.1%、5～6ヶ月20.7%、7ヶ月以上20.7%である。「越冬のため離島するのは何月か(回答率10.7%：29件)」では、1月34.5%、12月20.0%、11月17.2%、10月10.3%、3月10.3%、2月3.4%、9月3.4%である。「越冬先の地域はどこか(回答率11.8%：32)」では、石狩支庁56.3%、留萌支庁28.1%、島内6.3%、胆振支庁3.1%、網走支庁3.1%、道外3.1%である。「越冬先と本人の関係(回答率11.0%：30件)」では、子ども80.0%、自分の別宅13.3%、孫6.7%である。「島外へ越冬転居するようになったのは何年前からか(回答率10.3%：28件)」では、6～10年前から57.1%、1年前から17.9%、2～3年前から14.3%、4～5年前から7.1%、11年以上前から3.6%である。なお、このデータと回答者の年齢をもとに越冬転居の始期を算出したところ65.1歳(推計)であった。「島外へ越冬転居するようになった理由(回答率8.8%：24人)」では、冬の暮らしのが大変なので24.1%、家族と会うため20.7%、通院・療養のため13.8%、子どもによばれて13.8%、なんとなく13.8%、一人暮らしをしているので6.9%、自分または配偶者が病気になってから6.9%である。

4. 健康関連項目

「ADL(回答率99.3%：270件)」は、以下の通りである。「移動」については、一人で可能94.4%、何等かの介助があれば可能5.5%。「食事」については、一人で可能98.5%、何等かの介助があれば可能1.5%。「排泄」については、一人で可能98.5%、何等かの介助があれば可能1.5%。「入浴」については、一人で可能98.5%、何等かの介助があれば可能1.5%であった。「現在介護が必要か(回答率98.5%：268件)」では、ほとんど必要なし92.9%、ある程度必要4.9%、常に必要2.2%である。「介護者は誰か(回答率6.3%：17件)」では、ホームヘルパー47.1%、配偶者29.4%、子ども11.8%、嫁11.8%である。「介護の回数に満足しているか(回答率5.1%：14件)」では、満足71.4%、やや不満28.6%、とても不満0%である。「島内の診療所に受診しているか(回答率98.2%：267件)」で

は、はい67.8%、いいえ32.2%である。「島内の診療所への1ヵ月当たりの通院頻度（回答率66.5%：181件）」では、1回81.2%、2回13.3%、4回2.8%、3回1.7%、5回以上1.1%である。「島外の医療機関に受診しているか（回答率36.4%：99件）」では、いいえ57.6%、はい42.4%である。「島外の医療機関の場所（回答率13.6%：37件）」では、留萌支庁管内45.9%、石狩支庁管内35.1%、上川支庁管内10.8%、その他8.1%である。「島外の医療機関への通院頻度（回答率14.0%：38件）」では、1年に1～6回39.5%、月1回28.9%、半年に1～5回21.1%、月2回以上10.5%である。「通院する時の主な交通手段（回答率68.8%：187件）」では、徒歩38.0%、移動サービス27.3%、自転車8.6%、バス5.9%、自家用車4.3%、船4.3%、タクシー1.1%、その他10.7%である。その他の中には、“バイク”が18人あった。「通院で不便なこと（回答率72.4%：197件）」では、特になし69.1%、交通が不便10.6%、医療機関までの距離が遠い5.8%、お金がかかる3.9%、医療機関での待ち時間が長い2.4%、同伴者がいない0.5%、その他7.7%である。その他の内容は、“医療機関への不満”が6人や、“冬期間の通院が大変”が4人であった。

5. 福祉サービス関連項目

「現在、利用している福祉サービス（回収率69.9%：190件）」では、「ショートステイ」、「デイサービス」は0%である。「ホームヘルプサービスを利用しているか（回収率71.7%：195件）」では、利用していない90.8%、6回以上（週1回以上）5.1%、3～5回（数週間に1回～週1回程度）4.1%である。「ミニデイサービスを利用しているか（回収率69.9%：190件）」では、利用していない98.4%、3～12回（数ヵ月に1回～月1回程度）1.1%、1～2回（半年に1回程度）0.5%である。「福祉サービスを利用しない理由（回答率38.2%：104件）」では、元気なので91.3%、身内で介護できる4.8%、利用することで体力低下が気になるので1.0%、金銭的な理由から1.0%、サービスについて詳しく知らないので1.0%、電話コールサービスを受けているので1.0%である。「介護が必要になったらどのようにしたいか（回答率94.1%：256件）」では、施設に入所したい26.6%、子どもの家に一緒に住みたい24.6%、自宅で親族に介護してほしい21.5%、自宅で公的な介護サービスを受けたい10.5%、誰からも介護を受けたくない2.7%、わからない14.1%である。「介護が必要になったらどこに住みたいか（回答率88.2%：240件）」では、このまま島に住み続けたい51.2%、羽幌町外23.7%、羽幌町内16.2%、冬期間だけ島外転居0.4%、わからない8.3%である。

6. 介護保険関連項目

「介護保険制度を知っていますか（回答率97.1%：264件）」では、はい89.8%、いいえ10.2%である。「知っている福祉サービス（回答率75.4%：205件）」では、特別養護老人ホーム21.2%、訪問介護（ホームヘルプサービス）21.1%、訪問看護8.4%、通所介護（デイサービス）7.2%、短期入所（ショートステイ）7.1%、訪問入浴6.8%、有料老人ホーム5.4%、福祉用具の貸与・購入費の支給5.3%、訪問・通所によるリハビリテーション3.6%、老人保健施設3.5%、住宅改修費の補填3.2%、療養型病床群2.7%、医師などによる療養管理指導2.0%、グループホーム1.3%、委託介護支援（ケアマネジメント）1.3%である。「利用したい福祉サービス（回答率44.9%：122件）」で

は、特別養護老人ホーム24.1%、訪問介護（ホームヘルプサービス）23.8%、訪問看護8.3%、福祉用具の貸与・購入費の支給7.2%、訪問・通所によるリハビリテーション6.2%、短期入所（ショートステイ）5.5%、医師などによる療養管理指導4.8%、住宅改修費の補填4.8%、通所介護（デイサービス）4.5%、訪問入浴3.4%、療養型病床群2.1%、老人保健施設1.7%、有料老人ホーム1.4%、グループホーム1.0%、委託介護支援（ケアマネジメント）1.0%である。「介護保険に期待している点（回答率81.3%：221件）」では、特になし65.3%、期待していない7.2%、医療・福祉施設の充実5.4%、老後が安心できる3.6%、医療・福祉サービスの充実2.3%、既存制度の維持1.8%、制度の将来的な成熟0.9%、マンパワーの充実0.5%、正々堂々と介護を受けられる0.5%、わからない12.6%である。「介護保険について不安な点（回答率83.5%：227件）」では、金銭的な負担34.5%、特になし22.5%、内容を把握しきれない8.2%、福祉サービスを受けるのか5.2%、施設の不足4.1%、要介護認定について3.7%、地域間格差3.4%、しかたない1.9%、今までどおりのサービスが受けられるのか1.5%、制度の将来性1.5%、制度が矛盾している1.1%、マンパワー不足0.7%、その他0.7%、わからない10.9%である。「公的介護を受けたいか（回答率95.2%：259件）」では、はい45.2%、いいえ19.7%、わからない35.1%である。

IV 考 察

ここでは、先の調査結果から得られた幾つかの知見をもとに、今後の離島高齢者福祉サービスのあり方を模索するための基本的な方向性を抽出したい。

1. 离島高齢者の一般的状況

第1に、両島の高齢者の生活状況を明らかにしたい。両島の高齢者人口の年齢別構成比は、前期高齢者62.1%、後期高齢者37.9%であり、平成11年10月1日現在の総務庁による「人口推計（前期高齢者：59.9%、後期高齢者：40.1%）」とほぼ同じ状況にある。しかし、高齢化率については、「人口推計」では16.7%であるが、両島では40.9%と全国平均を大きく上回る数値である。家族構成では、単身世帯18.5%、子どもと同居世帯11.0%、夫婦のみ世帯55.8%であった。「国民生活基礎調査（平成10年）」における、夫婦のみ世帯の26.7%に比較して約30%程上回っている。他方、子どもとの同居世帯については全国の43.4%を大きく下回る状況である。また、両島の高齢者の就業率は52.9%（男性73.2%、女性31.0%）である。羽幌町全体の高齢者就業率の5.8%、さらには総務庁の「国勢調査報告（平成7年）」のデータをもとに試算した高齢者就業率の約26.5%を大きく上回っている。この要因としては、定年制とほぼ無関係な業種である漁業42.9%、自営業7.3%の就業者割合が比較的高いことにあると推測される。

第2に、両島の高齢者の健康関連項目の特性を明らかにしたい。「厚生白書（平成11年）」の推計によれば、高齢者の要介護状態（虚弱者も含む）の発生率は、約13%程度であった。しかし、両島の高齢者の自立度は高く、ADLで何等かの介助を必要とする人は5%程度であり、全国平均を大きく下回るものである。先の高齢化率を勘案した場合、極めて高い自立度である。島内の診療所への通院率は、前期高齢者で59.8%、後期高齢者で77.7%である。「国民生活基礎調査（平成7年）」

における高齢者の通院率611.8%とほぼ同じ程度である。また、「厚生白書（平成11年）」における高齢者の通院頻度によれば、月に1回程度の通院18.2%、月に2~3回程度の通院28.5%であった。しかし、両島では月に3回以上通院している人は、前期高齢者で3.0%、後期高齢者で7.5%程度であり、通院頻度が比較的低いことが明かとなった。この数値は、一概に高齢者の健康の度合いを表示するパロメーターとはなり得ないと推測される。なぜならば、高齢者の半数以上を占める就業者の8割強が、天候や漁期に左右される漁業に従事していることを看過してはならない。したがって、通院頻度の低さの要因は、危機的な自覚症状が現われない限りは、定期的な通院よりも仕事を優先させるライフスタイルにあると推測される。視点を換えれば、就業率の高さが、高い健康度に寄与しているとの推測も可能である。

第3に、両島の高齢者の心理的状況を明らかにしたい。調査研究には心理的状況に関する直接的な設問項目を設定しなかったため、幾つかの設問に関する回答の行間から推測したい。一般的に、外部の都市生活者から見れば、離島生活は主に物理的な側面で不便な点が多いのではないかと想像される。しかし、現実には「今の生活に満足しているか」では、95.4%の人が“満足である”と回答している。「日々の生活で不安なこと」でも、1位回答は“特になし(48.7%)”であった。同様に、「島の生活で不自由な点」では、“交通の便(30.4%)”、“医療体制(24.1%)”との指摘があるものの、20.4%は“特になし”としている。これを裏付けるように「通院で不便なこと」では、“特になし”が69.1%であった。さらに、「介護保険に期待している点」では65.3%が、「介護保険について不安な点」でも22.5%が“特になし”と回答している。介護保険関連での“特になし”は、不満や無関心の表出とも取れないことはないが、現状生活に関する高い満足度を勘案すれば、一概に否定的見解とは解釈できない。したがって、両島の高齢者の心理的状況は、相対的基準に翻弄されない、強い現状肯定的な心性を有しているものと推測される。この心性は、ある意味では達観（=オプティミズム）とも取れる、生涯現役としての生き抜く強さでもある。

2. 畦島高齢者福祉サービスの現状³⁾

両島の1998年度の福祉サービスの実施概況は、以下の通りである。ホームヘルプサービスは、天売島1名（8世帯8人）、焼尻島2名（9世帯9人）である。活動内容および時間は、身体介護（天売島：1回2時間、焼尻島：906回1,420時間）、家事介護（天売島：578回1,141時間、焼尻島：731回1,117時間）、巡回はなしである。また、両島ともにホームヘルパーは、一人暮らし高齢者への声かけや電話コールサービスも行なっている。離島地区ミニデイサービス（羽幌町社会福祉協議会の委託事業）は、両島ともに年3回開催され、利用者は天売島で57名、焼尻島で44名である。市街地区にある特別養護老人ホームしあわせ荘へのショートステイは、天売島で入所実人員5人（延べ日数104日）、焼尻島で入所実人員24人（延べ日数648日）である。日常生活用具給付については、両島ともになし。移送サービス（交通機関が整備されていないため、高齢者で医師が診療所への通院に歩行が困難と認めた者に無料で提供）利用者は、天売島で延べ561人、焼尻島で延べ949人である。給食サービス（羽幌町社会福祉協議会の委託事業）利用者は、天売島で19人（延べ回数24回378食）、焼尻島で11人（延べ回数24回146食）である。除雪サービス利用者は、天売島で5人（延べ実施回数15回、実施時間43時間、作業員3人）、焼尻島で8人（延べ実施回数26回、実施時間32時間、作業員14人）である。

緊急通報システム利用者は、天売島で10人、焼尻島で15人である。布団乾燥サービス（羽幌町社会福祉協議会の単独事業）は、天売島で11件（機械乾燥1回10件、天日乾燥1回1件）、焼尻島で20件（機械乾燥1回14件、天日乾燥2回6件）である。民生委員は、両島ともに2人。ボランティアについては、“ふれあいグループ（天売島：天売中学校生徒15人、焼尻島：焼尻中学校生徒15人）”が、給食サービス、デイサービスの手伝い、除雪、布団乾燥等を行なっている。高齢者主体の活動としては、老人クラブがあり、両島ともに月1回開催され、天売島で30人、焼尻島で33人程が参加している。その他、両島ともに離島地区在宅要援護者生活支援社会参加促進事業（羽幌町社会福祉協議会の単独事業）として、ふれあいサロンを年4回実施している。

要介護者の数値を踏まえて、福祉サービスの実施概況を見れば、概ね整合性がとれたものであるといえよう。②調査の中の「島で介護する環境は良いと思うか（回答率82.1%：32件）」では59.4%が、「行政の介護・福祉に対する対応は良いと思うか（回収率69.2%：27件）」では63.0%が“はい”と回答していることからも明らかである。

3. 離島高齢者福祉サービスの基本的方向性

ここでは、離島の現状にみあった高齢者福祉サービスのあり方の基本的な方向性を考えてみたい。一般的に、サービスのあり方は、ニーズによって規定される。先の検討から得られた一般的な離島高齢者像は、“夫婦世帯のもと、現状肯定的で健康で自立した働く高齢者＝生涯現役”である。尤も、そうでなければ離島での対応は困難を極めるため、島には留まれないことから離島高齢者の健康度が高いのは必然的なことである。離島高齢者にとっての将来の不安は、この点と無関係ではない。「日々の生活で不安なこと」では、“特になし”が48.7%あるものの、不安要因の1位はやはり“健康のこと（26.4%）”であり、“将来のこと（8.2%）”との回答も、健康との関連で捉えられよう。同様に、「島での生活で不自由な点」では、24.1%の人が“医療体制”を指摘している。「介護が必要になったらどこに住みたいか」では、“このまま島に住み続けたい”が51.2%もあった。同様に、「介護が必要になったらどのようにしたいか」では、“自宅で家族に介護してほしい（21.5%）”と、“自宅で公的な介護サービスを受けたい（10.5%）”を加えると32.0%が島での介護を希望することになる。ここに、離島高齢者福祉サービスの主要課題がある。すなわち、何十年も暮らした島を離れたくないにもかかわらず、介護が必要な状況になれば離れるを得ないことがある。したがって、離島高齢者の最大のニーズは、要介護状態の予防（現状生活の長期的持続可能性＝介護予防）にある。

自明のことではあるが、これまでの高齢者福祉サービスは、要介護高齢者対策を中心であった。しかし、先の検討からも明らかなように、離島高齢者の主要課題は、現状生活の長期的持続を可能（健康の保持）とする介護予防対策である。介護予防対策とは、一般的には啓発と教育を中心とする慢性疾患予防活動である。具体的には、保健・医療サービスの領域で展開される脳血管疾患、骨・関節疾患、痴呆、歯周疾患等の予防を主要課題とする諸活動である。これに関連した離島での活動としては、これまで年3回の歯科診療、健康相談が実施されているが、質・量ともにさらなる充実が課題となる。さらに、健康の保持を社会福祉領域の視点から見れば、比較的自由な時間をどのように生き生きと過ごすかが課題となる。“社会共生モデル（social affiliation model）”⁴⁾による先行

研究の知見によれば、社会との積極的関わりの姿勢が、高齢期の健康維持に好ましい影響を与える可能性が示唆されている。「余暇時間を誰と過ごすか」の回答の、“家族と過ごすことが多い(62.2%)”と、“一人で過ごすことが多い(28.1%)”から見れば、日常生活の中で殆どの高齢者が家族以外の人々との関わりが希薄化していると推測される。この推測は、「地域活動に参加したいか、または参加しているか」でも、67.4%の高齢者が“いいえ”と回答したことからも裏付けられよう。したがって、要介護高齢者対策に限定されないソーシャルサポートネットワークの構築を視野に入れた、離島地区ミニデイサービスのあり方の再検討を含む、地域活動全般の再編成が健康寿命の保持に繋がる対策といえよう。また、季節的な課題ではあるが、冬期間の越冬転居対策として、冬期間休業状態にある旅館や民宿を利用した独自の託老所やグループホーム的サービスの展開等、社会資源の開発・有効活用のあり方の模索も必要とされよう。

さて、これまでの検討を踏まえて、離島高齢者福祉サービスのあり方に関する基本的な方向性を要約したい。離島地域では、地理的要件、人口規模、社会資源の質と量等の要件により、高齢化率の高さの割には比較的健康で自立した高齢者が多い。そこで主要課題は、現状生活の長期的持続性を担保（健康寿命の保持）すべく保健・医療・福祉を統合した介護予防対策であることが明かとなった。保健・医療・福祉の連携と統合というスローガンは既に一般化しているが、これまでの用法は主に要介護対策としての文脈に力点がおかれていた。確かに、高齢社会の進展にともなう、要介護高齢者の増加や課題の重度化・長期化は深刻な課題である。しかし、他方では約8割強の健康な高齢者の抱えるニーズを看過してはならない。健康高齢者の割合から見れば、離島高齢者福祉サービスの今後のあり方は、わが国の高齢者福祉サービスの今後のあり方にも普遍化できるモデルとなる可能性があるといえよう。今こそ予防的福祉の視点から、健康寿命の保持を目標とした保健・医療・福祉の連携と統合の再編成を図らなければならない。この点に着目した調査研究の設計・実施が今後の課題である。

V 結 語

2000年4月より「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が開始された。その内容は、糖尿病・循環器病・がんなどの生活習慣病や、その原因となる生活習慣について、具体的に改善数値目標が9分野にわたって設定されている。この運動の具体的展開として、2000年度から5年間を実施期間とする「老人保健事業第4次計画」が開始された。この計画の重点目標は、生活習慣改善等を通じた疾病予防対策の推進、介護を要する状態となることを予防する対策等の推進、健康度評価の実施、多様な主体の参画による健康づくり運動の展開、計画的な保健事業の展開と基盤整備、適切な保健事業の評価等である。さらに現在、介護保険において“自立”や“要支援”とされた人や要介護認定を申請しなかった人を対象とした「介護予防プラン」作成が計画されている。これらの諸施策が、保健・医療・福祉の連携と統合の再編成として、地域特性を踏まえ効果的に運営されることを期待したい。

註

- 1) 財団法人日本離島センター：平成3年度 離島における高齢化対策に関する調査報告書（平成3年度国土庁委託調査）。1991年。および、財団法人日本離島センター：今日と明日の離島保健医療のために—離島における保健医療に関する調査報告書—（平成7年度国土庁委託調査）。1996年。を参照されたい。
- 2) 志水ゼミナール：離島地域における高齢者福祉の実態に関する調査研究報告書—天売島・焼尻島を中心にして—。北海道医療大学志水研究室、2000年。この調査報告書は、1999年度北海道医療大学看護福祉学部医療福祉学科医療福祉専攻4年の「卒業研究」および「社会福祉専門演習」履修者（志水ゼミナール生）によって実施された課題研究の成果であり、関係機関への配布をはじめ広く一般に公開されたものである。
- 3) 人口に関する数字は、羽幌町保健介護課に対する事前のヒアリングで得られたもので、1999年7月27日現在のものである。福祉サービスの概要および利用状況については、羽幌町：羽幌町老人福祉の概要、1999年。を参照した。
- 4) 安梅勅江：エイジングのケア科学—ケア実践に生かす社会関連性指標。川島書店、2000年。を参照されたい。

参考文献

- 1) 岡村重夫：地域福祉論。光生館、1974年。
- 2) 岡村重夫：社会福祉原論。全国社会福祉協議会、1983年。
- 3) 前田信雄：保健医療福祉の統合。勁草書房、1990年
- 4) 総務庁統計局統計調査部：平成7年国勢調査報告。
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部：平成7年国民生活基礎調査。
- 6) 厚生省大臣官房統計情報部：平成10年国民生活基礎調査。
- 7) エイジング総合研究センター編：高齢社会基礎資料年鑑'98・'99年版。中央法規、1998年
- 8) 厚生省：厚生白書（平成11年版）。1999年
- 9) 厚生省：厚生白書（平成12年版）。2000年
- 10) 三浦文夫編：図説高齢者白書2000。全国社会福祉協議会、2000年。
- 11) 総務庁編：高齢社会白書（平成12年版）。2000年。

一付 記一

本稿は、2000年11月4日に日本女子大学で開催された日本社会福祉学会第48回全国大会の自由研究報告（演題「離島地域の高齢者福祉サービスのあり方に関する研究—北海道羽幌町天売島・焼尻島の調査結果を中心に—」報告者：志水 幸）の内容を加筆・修正したものである。

—謝 辞—

この実態調査を実施した北海道医療大学志水ゼミナール1999年度履修者、大山卓也、佐々木輝信、相馬勇気、成田昭仁、早川ゆみ、福見裕子、吉田武彦の氏名を記して、学生諸君の健闘に敬意を表したい。

また、調査実施にあたって絶大なるご協力を賜った羽幌町保健介護課、羽幌町役場天売支所・焼尻支所、羽幌町社会福祉協議会、われわれと関係機関との橋渡しの労をとて下さった高木守氏、快く調査に回答して下さった島民の方々に感謝の意を表する次第である。

新たなセイフティー・ネット再編に向けて

小早川俊哉

はじめに

社会福祉・社会保障の問題を考えるとき、経済社会システムとの関係に着目し考察する必要性が増してきたように思われる。世界的に見ても、OECDでは社会福祉・社会保障を「社会への投資」と捉える報告（1994年）が成され、欧州委員会においても社会福祉・社会保障の経済成長へのプラス効果を検討する必要性を示唆する報告が出されるなど、昨今では、社会福祉・社会保障と経済の関係は、完全なトレードオフではないと理解されるようになってきた。社会福祉・社会保障の基本理念は、全ての国民の「生活の不安」を緩和することから社会生活を豊かにすることを目的とし、経済学は、政府と市場の二項において「公平性と効率性の融和」を図り安定した社会を築くことを目指すことから、両者の目的は相反するものではない。

日本社会のここ10年程を振り返ると、社会福祉・社会保障の制度改革は、急速な高齢化と経済成長の鈍化による財政難に基づき、負担増、給付減、市場化を行うことにより国民に不安を募らせてきた。例えば、2000年11月1日に健康保険法等改正案が衆院厚生委員会で可決され、2001年1月から70歳以上の高齢患者は医療費の窓口負担が原則一割の定額制に切り替わり、70歳未満の患者も自己負担の月額上限が引き上げられた。最近の年金制度改革を見た場合にも、1994年度に将来の保険料負担があまり重くならないようにするために給付抑制策を取り、1999年度にも同じ理由から再度給付抑制策を打ち出した。また、社会福祉基礎構造改革、介護保険導入、社会保障有識者会議の報告などからは、社会福祉・社会保障を市場化、厳密には擬似マーケット（Quasi Market）化して行く方向性が示されている。しかし、その改革の根拠を財政逼迫だけに求めるならばあまりにも安易と言わざるを得ない。社会福祉・社会保障システムと経済（財政・景気）の問題は多岐にわたり深くかかわっていることは明確である。希望のもてる社会構築のためには、理念無き近視眼的な改編に終始せず、中・長期的にも持続可能なセイフティー・ネットを構築すべき時期にきている。

本論では、社会福祉・社会保障システムの場当たり的改編が、国民に将来不安を募らせるとともに経済活動にも悪影響を及ぼすことから、日本社会の将来像を意図した社会福祉・社会保障の抜本的な改革の必要性を論じていきたい。

1 財政・経済活動と社会福祉・社会保障

順調な経済発展のもとでは、社会福祉・社会保障、特に年金、医療等の社会的コストの伸びは、国内総生産（GDP）の成長率以下に抑えられてきたが、近年では年金給付の伸びも医療費の伸びも経済成長率をはるかに上回っている。その結果、現制度を維持するためには、国民に新たな負担を求めるを得なくなる。具体的には財政で賄うか（=増税、公債発行など）、保険料の引き上げや窓口での自己負担増加、給付削減等で対応するか、これらを組み合わせるかの選択である。そして、

このような負担増を国民が敏感に感じ取ったことが、消費支出減という形で経済成長にも悪影響を及ぼしていると考える。

表1 一般会計歳出予算 主要経費別内訳 (単位 億円)

区分(年度)	1955	1965	1975	1985	1995	1996	1997	1998	1999	2000
一般会計歳出総額	9,915	36,581	212,888	524,996	709,871	751,049	773,900	776,692	818,601	849,871
国債費	434	220	10,394	102,242	132,213	163,752	168,023	172,628	198,319	219,653
地方交付税等	1,374	7,162	44,086	96,901	132,154	136,038	154,810	158,702	135,230	149,304
一般歳出	8,107	29,199	158,408	325,854	445,504	444,409	451,067	445,362	468,878	480,914
社会保障関係費	1,012	5,164	39,269	95,736	139,368	143,014	145,650	148,598	161,123	167,666
前年比伸び率						2.60%	1.80%	2.00%	8.40%	4.10%
実質 GDP 成長率						4.40%	-0.10%	-1.90%	#0.60%	*1.00%

(#印は実績見込み、*印は政府経済見通し)

(数値参照：図説日本の財政平成12年度版)

表2 国の予算における社会保障関係費推移 (単位 億円)

区分(年度)	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	1999	2000
社会保障関係費	11,413	39,282	82,124	95,740	116,154	139,244	148,431	161,124	167,666
生活保護費	2,172	5,348	9,559	10,816	11,087	10,532	11,106	11,524	12,306
社会福祉費	1,114	6,178	13,698	20,042	24,056	34,728	42,578	45,979	36,580
社会保険費	5,874	23,277	51,095	56,587	71,953	84,700	86,118	94,910	109,551
保健衛生対策費	1,406	2,738	3,981	4,621	5,587	6,348	5,359	5,273	5,434
失業対策費	847	1,741	3,791	3,674	3,471	2,936	3,269	3,438	3,795
一般歳出	59,960	158,408	425,888	325,854	353,731	421,417	445,362	468,878	480,914

(数値参照：厚生白書平成12年度版)

表1、表2からも分かるように一般会計歳出の規模は、バブル崩壊に伴う負の遺産の償却と景気対策の度重なる実施、急速な高齢化に伴う社会保障関係費の増大によって拡大している。また、公債発行の累増（2000年度末には国・地方合わせて645兆円と言われている）から政策的経費である一般歳出の割合が大幅に低下し、財政の柔軟な対応力が損なわれる恐れがある。一方、歳入面では、景気低迷と恒久的減税等により税収の占める割合が10年以上前の水準まで落ち込み、一般会計歳入の約38%（約33兆円）は公債に依存する形になっている。

以上のように、日本の財政は歳出・歳入両面において構造的に大きな問題を抱えており、拡大する社会福祉・社会保障費を賄うため、国民の更なる負担を余儀無しとしている。

国民に更なる負担を促す場合、第一に考えられるのは増税、保険料負担増、自己負担増という対応である。増税や保険料の引き上げは国民負担率の上昇を招き、自己負担増をも含め国民の可処分所得の減少をもたらす。国民負担率は、現在でも国および地方の財政赤字を考慮するとその数値はかなり上がり（表3参照）、それを潜在的な将来負担と解するならば、国民の消費活動にはマイナス

の要因となり得る。また、被用者の保険料の引き上げは、企業のコスト増をも招き国際的な価格競争力の低下にも繋がる恐れがある。

表3 国民負担率

(単位：%、対国民所得)

年度	租税負担率	社会保障負担率	国民負担率	国及び地方の財政赤字	潜在的国民負担率
1993	24.4	12.1	36.5	5.7	42.2
1994	23.2	12.5	35.7	7.3	42.9
1995	23.3	13.2	36.5	8.6	45.1
1996	23	13.2	36.3	8.5	44.8
1997	23.4	13.8	37.2	7.6	44.8
1998	23	14.3	37.3	10.1	47.4
1999	21.9	14.3	36.2	14.1	50.2
2000	22.5	14.4	36.9	12.3	49.2

(数値参照：大蔵省より)

次に考えられるのは、このところの年金改革に代表される給付面の抑制策である。これは保険料負担があまり重くならないようにするための対応策ではあるが、改革のたびに給付が削減されることから、国民の、特に若い世代の不信感を增幅させ、必要以上に消費意欲を減退させている。

最後に、俗に言う市場化、公助からある程度自助への転換に触れておきたい。ある程度自助に任せることとは、国民の自己責任において市場原理を社会福祉・社会保障の分野にも導入していくことである。それは、可能な限り効率性を取り入れた擬似マーケットを創設、国民の自助に委ねる部分を広げ、市場原理からは疎遠なものを公的保障で補完していくことという考え方に基づくと思われる。しかし、厳格な市場運営と透明性が確保されていなければ、国民に不公平感を募らせ消費意欲を減退させることになる。

以上の様に、財政難を根本的な理由に小手先の社会福祉・社会保障の制度改革を行うことは、今後の日本経済に暗い影を落すことになり、強いては財政運営にも更なる負担を余儀なくすることになりかねない。

2 景気と社会福祉・社会保障

現在の景気低迷、特に個人消費が伸び悩む原因は、所得制約説（雇用・賃金の伸び悩み）でも説明は可能であるが、将来不安説の方が日本の現状を包括的に捉えているように思われる。

財政・金融政策の下支えにより、ようやく景気回復の光が見えてきたようにも思えるが、自立的な回復軌道を歩むかどうかは民間の需要次第といえる。民間需要の主役は、企業の設備投資と家計の消費支出であり、民間設備投資は情報技術（IT）革新の進展、企業収益の増加などを背景に着実に増加傾向をたどっているが、総需要の6割を占める消費は、様々な調査で伸び悩みを示しており大きな問題となっている。例えば、総務庁が11月中旬発表した7～9月期の単身世帯を含む家計総世帯の実質消費支出は、前年同期に比べ一世帯あたり4.0%減り4期連続の前年割れとなっている。

日本経済研究センターの7～9月期の超短期経済予測によると、実質国内総生産（GDP）は経

済企画庁が7—9月期から採用する新基準（93SNA）ベース（註1）で、前期比0.5%減、年率換算で同2.0%減となっている。また、日銀の試算による一人あたり賃金に雇用者数を掛けた雇用者所得（註2）は、2000年夏には前年同期比0.6%増となり、この構成要素のうち給与は増加基調が定着しつつあるが、常用雇用者については0.2%前後の減少が続いている。雇用者数は減少傾向にあり、賃金も伸び悩みが鮮明であることから、個人消費の低迷を所得制約説で説明することは可能である。しかし、物価の下落を確認することができるならば、所得効果により実質の可処分所得は名目以上に上昇しているはずである。

総務庁の発表による10月の東京都区部の消費者物価指数（中旬速報値、1995年=100）は、価格変動の激しい生鮮食品を除いた総合で100.9となり、前月に比べ0.1%、前年同月に比べ1.0%下落し、同時に発表された9月の全国の消費者物価指数も0.5%減と過去最高の下落幅であった。上記の数値から、実質の可処分所得は名目以上に増加しているにもかかわらず、個人の消費支出が伸びていないことが分かる。従って、日本の経済社会の現状は、財政赤字の拡大による将来の負担増、企業のリストラ強化や雇用・賃金の抑制による所得不安、度重なる社会福祉・社会保障の改編による先行き不透明感などが、多くの国民を貯蓄等の自己防衛活動に駆り立てる結果、個人消費を抑制し景気低迷を招いているという将来不安説により十分説明可能である。

近年、日本の景気は公需に支えられてこれまで来たが、本格的な回復のためには民需の、特に個人消費の回復が必須の条件といえる。例えば、1,300兆円の個人金融資産の半分を保有する高齢者が、将来への不安から貯蓄を増やし（高齢者世帯の平均貯蓄は約2,000万円）、働き盛りの世代が、住宅ローンを抱えるとともに年金の将来に不安を抱いている。故に、個人消費を回復し景気浮揚を実現するためには、上述のような不安と不透明感を軽減・払拭する政策が求められる。さらに、日本の労働人口は1998年度から2025年度まで平均0.43%減る見込み（大蔵省財務総合政策研究所発表）であり、日本の潜在成長力（註3）も1%程度に留まっていると試算（日銀発表）されていることから、目を見張るような生産性の向上がない限り日本経済の高度成長は期待できない。この様な将来展望に際して尚、安定した経済成長を実現し不安のない社会生活を国民に提供するためには、経済分野の構造改革のみならず、社会福祉・社会保障の抜本的改革も必要不可欠である。

3 理念的再編

日本の社会福祉・社会保障は、これまで各国の異なるモデルをキャッチアップ式に組み合わせてきたところが多分にある。また、日本経済も国家主導のキャッチアップ型で成長してきたといえる。バブル崩壊に端を発した景気全体の悪化・低迷をきっかけに、日本の社会福祉・社会保障も経済システムもその継ぎはぎの危うさが露呈してきた觀がある。

政府は、景気浮揚を図ると同時に高齢化による負担増のため財政出動を続けてきた。景気低迷下では税収も伸びず、財政出動の財源は公債に頼らざるを得ず、債務残高を拡大するに至った。この財政難が、直接・間接に日本の社会福祉・社会保障に影響を及ぼし、その影響が国民の将来不安を招き個人消費を停滞させ、再び財政出動をという形になってしまったようと思われる。日本社会は、構造的に「将来不安スパイラル」とも表現できる危険性を内包している。

高度成長期においては、パイ〈富あるいは付加価値〉自体が大きくなるのだから、既得権化した費目の割合を残したままでも歳出を増やすことが出来た。このことが、それぞれの費目分野の基本

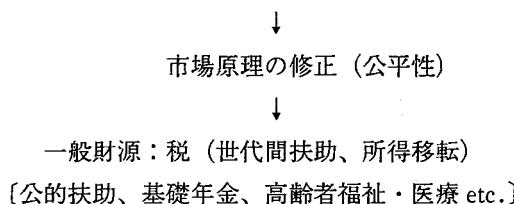
的問題を経済成長による見せ掛けの解決に終わらせ、先送りというつけを残す結果に繋げてしまった。特に社会福祉・社会保障の場合、その根幹にかかわる基本理念に正面から取り組まなかったことが挙げられる。

現在の市場主義経済を軸とする「混合経済」では、「政府の役割と市場経済」のバランスをとることにより、「公平性と効率性」の基準を明確に示し、国民により質の高い、満足感を持てる社会を構築することが切望される。これまでの社会福祉・社会保障は、市場経済システムのみに委ねた場合、必然的に出現する貧困や生活問題のセイフティー・ネットとして不可欠なものと通俗的に思われてきた。しかし、今後のセイフティー・ネットの理念的再編のためには、「規模；大きな政府か小さな政府か、如何にパイを分配するか」「内容；自助（個人）、共助（相互扶助）、公助（公的）」「財源；税、保険方式」に関する議論が基点になるべきであると考える。そして、「規模」「内容」「財源」の機能と理念は、個別に存在するわけではない。

社会福祉・社会保障は、機能上「所得再分配」と「リスクの分散」に分類することが可能である。

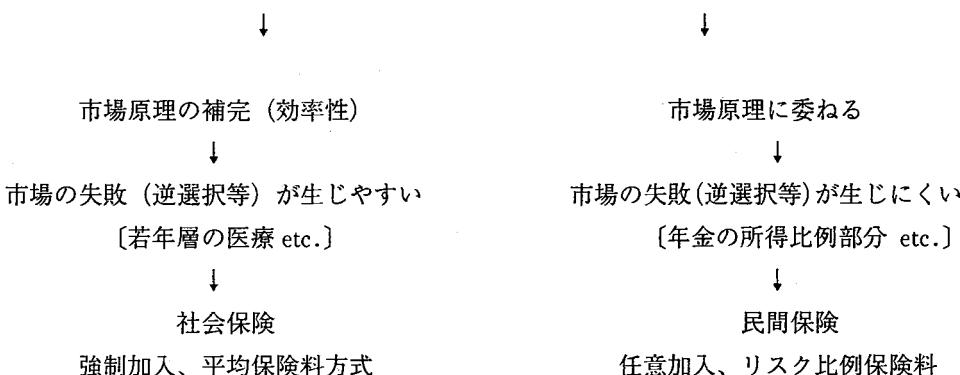
「所得再分配」機能は、市場経済の結果として所得分配を「公平性」の観点から修正するものである。その目的は、「一定以上の生活をすべての人に保証する」ということを基本とする。一般的な考え方としては、以下の図式1で説明される。

図式1 所得再分配機能（政府の果たすべき役割）



「リスクの分散」機能は、疾病や事故等の不確実なリスクに各々が一定のお金を出し合って、それをプールし集団で備える。通常、以下の図式2のように二通りに分類可能であるが、混在しているのが実情である。

図式2 起こり得るリスクに共同で備える（相互扶助）



例えば、年金制度は形の上では保険方式（相互扶助）を探りながら、実際には賦課方式（短期間での収支バランスを意図する）を基礎にしたもので、高齢者の受け取る年金給付は現役世代の支払う保険料（世代間扶助）で賄われる形を採ることにより、その仕組みは税方式と変わらないものといえる。そのため、高齢化の進展とともに年金給付が増大し、現役世代の負担となる保険料も高くなる。

保険方式の基本的理念は、「相互扶助」「リスクがほぼ等しい」ということである。誰もが同じリスクを持つことで互いに助け合なうことが想定されており、そのリスクに出会わぬ時はむしろ幸いであったと納得し、保険料を安心の対価としてその負担を甘受する。

保険への加入と脱退が自由な場合、各々がリスク分散への保険料負担とそこからの受益を比較し、受益が負担を上回るならば保険へ加入する。この場合、保険方式は相互扶助を実現しながら、保険料は価格としての機能を十分に発揮することになる。しかし、現実には「選択」「逆選択」「モラル・ハザード」「所得格差」などの問題が存在するために、100%の相互扶助は任意保険では不可能と言わざるを得ない。そのため、全員の加入による相互扶助を目指すならば、強制性を以って公的保険に切り替えなければならない。強制加入方式により、保険方式は相互扶助の理念に適うことになるが、各自の「負担=給付（負担=受益）」の関係が崩れ、保険料は価格機能を失い税に限りなく近づくことになる。さらに、所得の一定比率で保険料率が決められていることから（特に被用者の場合）、保険料の形態は比例所得税に限りなく近いものになる。給付が保険料とは無関係に決められるとすれば、多くの被保険者にとって負担と給付の対応関係は崩れ、負担が給付を上回るケースが増加すると予想される。この場合、垂直的所得再分配の要素が加わることになり、公的保険は保険方式を保ちつつも相互扶助の枠からはみ出すことになる。

保険方式が税方式と異なる点は、被保険者にとって「負担と給付（負担と受益）」の対応関係が明確なことである。従って、垂直的所得再分配機能が加わるならば、公的扶助としての性格が強いと言わざるを得ない。公的扶助は社会全体で支えるべきものであって、基本的には保険方式の枠組みの中で行われるべきものではない。

4 本論のまとめ

社会福祉・社会保障は、公平性の観点から市場原理の修正を行うだけでなく、効率性を重視した市場原理の補完機能をも有していることから、その制度に国民の不信感が募るならば、消費性向の減退など経済活動にも必然的にマイナスの影響が現れることとなる。

公的保障として、セイフティー・ネットの再編論議の出発点は、「公助と自助」の役割分担を各制度に沿った理念と機能面から明確にするとともに、相互扶助・擬似マーケットの機能や役割が強い制度においては、「負担と給付（負担と受益）」の関係に透明性が確保できるようにすることが望まれる。また、相互扶助において「負担と給付」の関係が明確な場合、保険方式は使途指定の目的税に限りなく近い性質を有することから、保険方式に固執する必要性は低いと思われる。しかし、「リスクの分散」手段として保険方式の有効性を高めるならば、被保険者の抱くリスクを可能な限り等しくなるようにシステムを再編する必要性が生じる。

以上のような基本理念に従って、医療・福祉（介護等）・年金制度改革を考えると、市場メカニズムが機能しにくい医療・福祉（介護等）分野を十分に公的保障で手当てし、年金に関しては報酬

比例部分を大幅にスリム化・民営化することで基礎年金主体に改編する案を提示することが出来る。いずれにせよ、中途半端な改革は、後世に禍根を残すだけである。

付 記

「福祉の市場化」を危惧される方は非常に多いが、市場経済とは、自然発生的にこの世に生まれるものではなく、むしろ政府が公権力を行使して造り上げるものである。政府が国防・警察・消防以外の役割を何も担わないのが自由市場経済ではない。経済主体が守るべきルールを定め、ルール違反を摘発し、自由競争の結果として生まれる社会的・経済的歪を是正することが、現代の自由市場経済（混合経済）における政府の欠かせぬ役割である。

註

- (註 1) 国連統計委員会が1993年に各国に勧告した統計作成の国際基準に沿ったもの。企業などが外注したソフトウェアを設備投資に加えるほか、道路や橋などの社会資本をいわば擦り減らして提供したサービスを減価償却費として政府支出に算入。
- (註 2) 日銀は労働省の毎月勤労統計の指標のうち賃金と常用雇用の指標を掛けた数値を雇用者所得の指標として活用している。
- (註 3) 国内の労働力や工場・設備をフルに稼動させたときの経済成長力を示す。

参考文献

- 1) 厚生省監修：厚生白書平成11年版、ぎょうせい、1999
- 2) 厚生省監修：厚生白書平成12年版、ぎょうせい、2000
- 3) 健康保険組合連合会編：社会保障年鑑2000年版、東洋経済新報社、2000
- 4) 総理府社会保障制度審議会事務局編：社会保障統計年報平成11年版、法研、1999
- 5) 経済企画庁編：国民生活白書平成11年版、大蔵省印刷局、1999
- 6) 経済企画庁編：経済白書平成12年版、大蔵省印刷局、2000
- 7) 日本銀行：日本銀行調査月報2000.10、ときわ総合サービス、2000
- 8) 竹内洋編：図説日本の財政平成12年度版、東洋経済新報社、2000
- 9) 浅井春夫：社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉、日本評論社、1999
- 10) 年金科学研究会：社会保険の構造改革、ぎょうせい、1999
- 11) 小早川俊哉：PECHKA、道都大学社会福祉学部国際福祉研究所、2001

地域の高齢者保健福祉施策に関する一考察

—ヘルスプロモーションの視点から—

齊藤 征人

はじめに

保健・医療・福祉分野の連携、総合化が叫ばれるようになって久しい。これまでいわば「縦割り」であったこれら三分野のサービスを一元化しようとする動きは、介護保険制度の導入が引き金となり加速こそすれ、とどまることはないものと思われる。

1986年にWHOによって提唱された「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」¹⁾は、〈もう一度健康本来の意味とその価値を見直そうとする世界の人々の願いの表れ〉²⁾であり、近年の隣接三分野総合化の流れの中にあって、社会福祉学の分野においてもその意義を整理・確認することはあながち無意味ではなかろう。

本稿においては、まずヘルスプロモーションの概念を整理し、次に北海道栗山町における高齢者保健福祉施策の検討を試みながら、私たちが銘記すべきであろういくつかの基本的問題について、若干の考察を試みたい。

I ヘルスプロモーション概念の展開

1. ヘルスプロモーション概念登場の背景

「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」が提唱されたのは、1986年11月21日、ヘルスプロモーションに関する国際会議においてであるが、その起源はWHOの健康憲章に求めることができる³⁾。

ここでの「健康の定義」の前文には、「健康とは、身体的・精神的および社会的に完全に良好な状態であって、単に病気や虚弱でないだけではない」とあり、これが今日まで健康・保健活動の中心となってきた概念といえる。加えて、「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマ・アタ宣言」(1978年)は、地域に住む個人や家族にあまねく受け入れられる基本的保健ケアであり、主に発展途上国の人々の健康権確立を目指したものであった。

こうした過程を経て、発生・到達したヘルスプロモーションの概念の背景には、従来型公衆衛生政策及び健康教育の行きづまり（限界）があげられる。つまり〈健康教育は、単一の健康指向行動を変えるための公衆衛生活動としては成功してきた。しかしその評価は、1970年代に一転した。保健政策の専門家やその分野の役人の多くは、新しい公衆衛生の目標を達成するうえで、健康教育が

どれほど役に立つものか確信を持てなくなってしまった⁴⁾のである。

よってヘルスプロモーションの概念は、従来型の公衆衛生政策に、中でもとりわけ健康教育に大きく下支えされて発生・到達したものといえ、常に健康教育を軸としながら、その限界を超えるための理念・モデルとして考えられてきたことを、まずもって銘記しておかねばならないだろう。

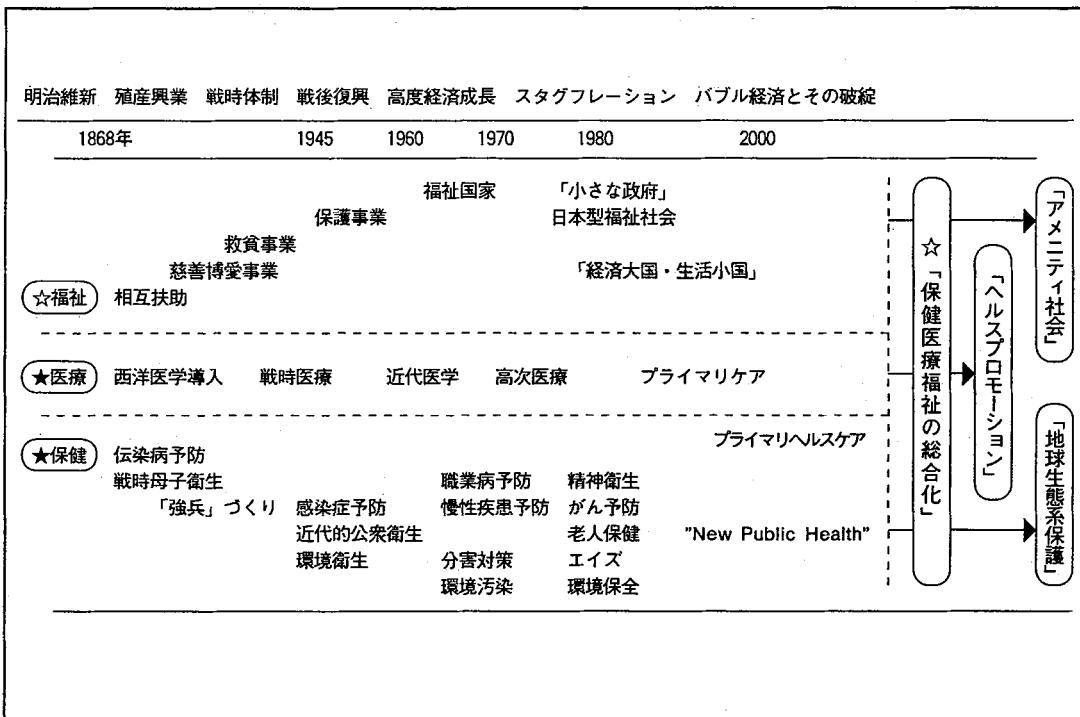
2. ヘルスプロモーションの定義

オタワ憲章によればヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようとするプロセスである」としている。同時に「健康は、生きる目的ではなく生活の資源である」と強調され、〈ヘルスプロモーションが、単に保健部門のだけの責任にとどまらず、ライフスタイルや well-being にもかかわる幅広いものである〉⁵⁾ことが確認されている。また山根は、これまでの保健・医療・福祉の歴史の潮流を概観しながら、ヘルスプロモーションとの関連を示している（図-1）。

こうした中にあってヘルスプロモーションは、従来個人に光を当てていた保健活動から大きく脱皮し、生活や地域の中の個人、あるいは地域そのものの質的方向転換を目指したものであり、その内容からみても保健・医療・福祉の各分野の連携・総合化を健康の側面から象徴的する存在ともいえよう。

ただ、社会福祉学の視点からヘルスプロモーションを見た場合、今後地域福祉学（ないしは論）との相違点・共通点の理論的整理・検討をするなどして、互いの分野において共通言語・共通理解をもたねばなるまい（この検証作業については、別の機会にゆずることとしたい）。

図-1：保健・医療・福祉の流れ



II 栗山町における高齢者保健福祉施策の現状

近年、地域の保健福祉に熱心な地方自治体では、従来のような問題解決型の対応から脱却し、健康を個人の問題としてではなく、まちづくりの上での重要な政策課題として捉え直し、対応する動きへと前進しつつある。

以下、島内の「ヘルスプロモーションの概念と日本の展開」⁶⁾に紹介されている〈健康なまちづくりの基本施策〉の観点を参考に、北海道栗山町の高齢者保健福祉施策とその課題について、若干の検討を試みたい。なお、以下栗山町の基本データは、町総合福祉センター発行の『まちという名の家族（栗山の保健福祉－総合相談ガイド）』（1998）より、一部をまとめたものである。

1. 栗山町の概観

北海道夕張郡栗山町は、人口15,604人、5,613世帯（いずれも平成7年国勢調査）。老人人口は、3,204人（人口の20.5%）とすでに平成2年から「高齢社会」へ突入している。

公共交通機関としてはJRとバスがあるが、いずれも運行本数が少なく、自家用車を有していない場合の、とりわけ町外との交流は難しいものと思われる。

町内の主な高齢者福祉施設は、養護老人ホーム1カ所、特別養護老人ホーム1カ所、老人保健施設1カ所、デイサービスセンター1カ所、在宅介護支援センター1カ所。ほかに、町立の介護福祉士養成校、総合福祉センターなどがある。とりわけ総合福祉センター「しゃるる」は、保健福祉サービスが円滑に提供されるように、町の保健と福祉の機能の総合化が図られたものである。

町内の病院・医院は、総合病院1カ所のほか内科2カ所、外科（整形外科を含む）3カ所、産婦人科1カ所、歯科7カ所。なお休日当番医は、近接する町村（由仁町、南幌町、栗沢町、長沼町等）と広域的に連携している。

介護保険制度開始に伴う要介護認定は、栗山町、由仁町、南幌町、栗沢町の4町による「南空知南部介護認定審査会」によって行われている。

2. 高齢者の保健福祉サービスメニュー

栗山町の高齢者保健福祉施策は、単に高齢者のためだけの施策としてではなく、これをまちづくり・人づくりの施策へと総合的・発展的に町政に生かされている。では、実際にどのような高齢者の保健福祉施策が実施されているのか。以下に、栗山町の高齢者保健福祉施策を、想定されるサービス対象者別に分類・整理を試みた（表-1、表-2）。

なお、サービス対象者の分類方法については、厚生省発表の「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」を参考に整理した。これら高齢者保健福祉施策は、その権利としては、すべての地域住民がすべてのサービスを享受できるわけだが、この表ではそれぞれのサービスが、主に地域住民の誰を対象者と現実的に想定できるかという観点から、分類を試みたものである。

表-1：サービス対象者別にみた高齢者保健福祉施策

事業名称	実施主体	事業開始年	想定されるサービス対象者		
			J	A	B・C
①生きがいづくり事業					
a. 地域敬老等交流事業	町	平成7年	○		
b. 老人クラブ活動	町		○		
c. 高齢者の演芸、レクリエーション、各種講座	町		○		
d. 高齢者大学	町教育委員会		○		
e. 町営バス高齢者無料乗車証交付	町	平成10年	○		
f. 敬老祝品の贈呈	町	昭和49年	○	○	○
g. 敬老年金の支給	町	昭和49年	○	○	○
②ふるさとの在宅福祉事業					
a. 在宅介護支援センター事業	民間社会福祉法人	平成7年		△	○
b. ホームヘルパー派遣事業	社会福祉協議会	昭和45年		△	○
c. デイサービス事業（B型）	町	平成4年		△	○
d. 老人保健施設	民間社会福祉法人	平成6年		△	○
e. ショートステイ事業	町	昭和58年		△	○
f. ミドルステイ事業	町	平成8年		△	○
g. 介護手当支給事業	町	昭和49年		○	○
h. 緊急通報システム設備事業	町		○	○	○
i. 福祉電話設備事業	町		○	○	○
j. 食事サービス	社会福祉協議会	昭和57年		○	○
k. 入浴サービス事業	社会福祉協議会	昭和57年		△	○
l. 布団乾燥サービス事業	社会福祉協議会	昭和57年		△	○
m. 移送サービス事業「りほんウォーク」	社会福祉協議会	平成5年		○	△
n. 除雪サービス事業	町、	平成6年	○	○	○
o. いきいきコール事業	社会福祉協議会	昭和57年	○	○	○
p. マルチメディアいきいきコール事業サービス	町、	平成7年	○	○	
q. 福祉杖支給事業	社会福祉協議会	昭和53年		○	△
r. 保健婦訪問指導	町			△	○
s. 日常生活用具の給付、貸与事業	町	平成5年			○
t. 独居老人インターホン貸与事業	町	昭和48年	○	○	○
u. ピカコール設置事業	町	平成7年			○
v. 訪問リハビリ事業	町	平成7年			○
w. 障がい者、家族交流会	町	平成10年			○
x. 家族介護のつどい	町	平成8年			○
③健康づくり事業					
a. 老人クラブへの健康相談、健康教育	町		○	○	
b. いきいき検診	町	平成3年	○	○	○

○ = 想定される主たる対象者。

△ = 想定される従たる対象者。

無印=サービスを利用する権利は有しているが、現実的にはサービス対象者として考えにくいもの。

表-2：表-1の集計結果

① ○のみ

分類	件数	%	サービス数
J	15	45.45	
A	13	39.39	33
B・C	22	66.67	

② ○+△

分類	件数	%	サービス数
J	16	48.48	
A	22	66.67	33
B・C	24	72.73	

3. 考 察

表一1, 2から、Jの高齢者には生きがいを、Aの高齢者には在宅を中心不便なく生活できるサービスを、そしてB・Cの高齢者にはその障害を補うべく、サービスメニューが整備されているように見受けられる。サービスメニューの分類は論者が試みたものであり、その客観性には若干の誤差があることは否めないが、この表から高齢者のそれぞれの段階における身体的・精神的・社会的特性にあわせたサービスメニューが用意されていることは、概ね理解できよう。

しかし、その内容を検討するに、現在Jの高齢者が将来AからBやCとなっても安心できるサービスがあるとはいっても、逆にB・Cの高齢者がJの高齢者のサービスを利用すること、できるることは考えにくい（図一2）。つまり栗山町の場合、B・Cの高齢者を対象と想定できるサービスは、最大24件を越えることは現実的には考えにくいということになる。このように障害の程度が重くなるに従って、利用できるサービス量は現実的には限定されてくる特性⁷⁾は、むろん栗山町の施策に限らず、同様の他の市町村の施策にもいえる一般的傾向であるものと思われる。

さらに問題なのは、一般的にB・Cの高齢者に提供されるサービスは日常生活における、とりわけ身体的な面での援助にかかるサービスが大半であるのに対し、Jの高齢者を対象としたサービスは、栗山町の例にも見られるように「生きがいづくり」という視点で計画・提供される。前に述べたようにB・Cの高齢者がこうしたサービスを受けることは現実的には不可能に近いわけだが、実は既に身体的な健康を取り戻すことが難しいB・Cの高齢者にこそ、こうした精神的・社会的健康づくりための支援が必要なのではないだろうか。

施策としては難しい課題だが、サービス提供にかかる側の姿勢・視点にこのような認識があることは、ヘルスプロモーションを考えるうえで極めて重要である。

図一2：サービス対象者別にみた実質的に利用可能なサービス

権利としての利用		概ねすべてのサービスを生涯にわたって利用可能		
実質的な利用	J 高齢者 想定サービス	<input type="radio"/> (現在利用)		
	A 高齢者 想定サービス	<input type="radio"/> (将来利用可)	<input type="radio"/> (現在利用)	
	B・C高齢者 想定サービス	<input type="radio"/> (将来利用可)	<input type="radio"/> (将来利用可)	<input type="radio"/> (現在利用)
分類	J	A	B・C	
障害の程度	← 軽い			重い →

III 健康政策づくりの課題

人間にとって健康の問題は、齢を重ねるごとに关心が高くなるものであり、その健康が保持できるからこそ、精神的にも社会的にも、良好な状態を保つことができるともいえる。

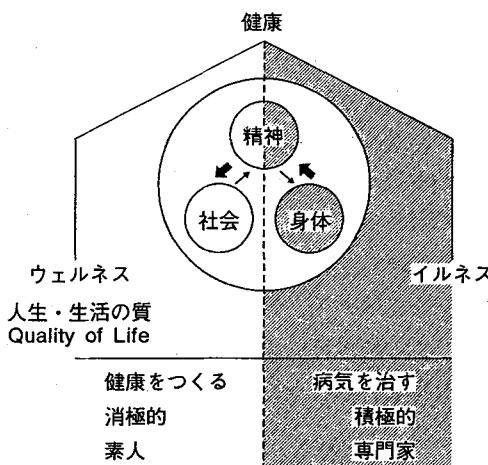
他方、WHOによれば「健康とは、身体的・精神的および社会的に完全に良好な状態であって、単に病気や虚弱でないだけではない」とされている。また、科学的な看護学の礎であるナイチンゲールの言葉を借りれば⁸⁾、〈健康とは何か？　健康とはよい状態を指すだけでなく、われわれがもてる力を充分に活用できている状態をさす〉ものあり、さらに〈健康とは、たんに元気であることだけではなく、自分が使うべくもっているどの力をも充分に使いうる状態である〉ことを説いている。その時々において精神的・社会的に最大限の力を發揮することにも、健康の意味が見いだされるのである。

すなわち、人間は、身体的健康、精神的健康そして社会的健康が相互に補完・影響し合いながら、こうしたバランスシートの上で生存・生活しているものと考えられる。これについては島内が示した健康概念の拡大図からも、看取することができよう（図-3）。

「健康」が身体機能しか問題にしないのならば、AないしB、Cの高齢者にヘルスプロモーションは成立し得ない。しかし、もしもBやCの高齢者が精神的に社会的に自ら望む生きかた、老いかたができるなら、またそれへのあらゆる支援が私たちに可能ならば、ヘルスプロモーションは我が国においてもその理念通り、すべての人に成立し得るものといえよう。

今後はこのような観点から、B・Cの高齢者に如何なる精神的・社会的な健康への支援を用意できるのか、その具体的な内容について更なる検討を続けるべきであり、これを私の次の課題としたい。

図-3：健康概念の拡大



（出所：島内憲夫「ヘルスプロモーションの概念と日本の展開」『保健婦雑誌』vol.48, No.13, pp1062, 1992所収。）

本稿においては、ヘルスプロモーションの概念を整理し、北海道栗山町の高齢者保健福祉施策をヘルスプロモーションの視点から検討を試みたが、具体的提言をするまでには至らず、地域の高齢者保健福祉施策における一般的な問題について整理・検討するまでにとどまった。

今後は、生活者の夢や希望を実現するため、またそれを支援するためのひとつの有用な方法論としてのヘルスプロモーションが、多くの市民とその支援者の中で幅広く議論され、創出されるとすれば、それが真の意味で豊かな地域を創り出すことになるだろう。

いずれにしても本稿においては、その課題の多さを指摘するのみである。

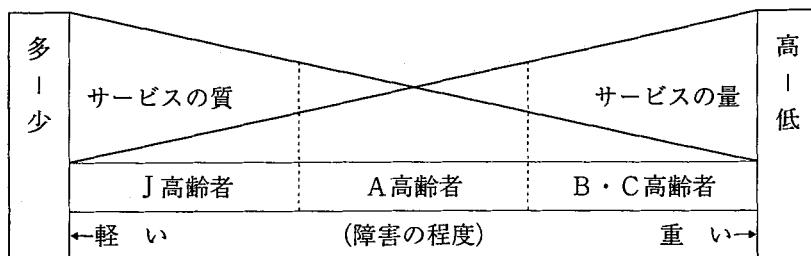
謝 辞

本研究につきまして、多大なご協力をいただきました栗山町教育委員会の吉田義人氏（社会教育課長）、ならびに北海道医療大学の深山智代先生に、ここに記して心から御礼申し上げます。

註

- 1) 島内憲夫『21世紀の健康戦略 2.ヘルスプロモーション-WHO：オタワ憲章』、垣内出版、1990。
- 2) 島内憲夫「ヘルスプロモーションの概念と日本の展開」『保健婦雑誌』 vol.48, No.13, pp1058-1063, 1992。
- 3) 前掲1)。
- 4) Lawrence W.Green/Marshall W.Kreuter:HEALTH PROMOTION PLANNING (邦訳:神馬征峰ほか訳『ヘルスプロモーション-PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開』、医学書院, 1997)。
- 5) 前掲1)。
- 6) 前掲2)。
- 7) ただその一方で、サービスの質的な問題に関しては図-2の限りではない、むしろ逆の減少が起これ得ることを付記しておく必要がある。
これはサービス従事者1人あたりの対象者数を考えると、容易に想像がつくわけだが、サービスに手間がかかるB・Cの高齢者ほど個々に適合した濃密なサービスが提供できるのとは反対に、Jの高齢者は老人クラブ、高齢者大学、レクリエーションなどと一定の集団を対象としたものが多い。
つまり、障害の程度が軽くなるに従って、個々のニードをサービスメニューとしては類別することが難しくなり、結果、すべての利用者に満足できる良質のサービス提供は、市場経済システムの中での充足にゆだねざるを得ないということになろう。しかしこれは当然の帰結であるともいえる。(図-4参照)。
- 8) 湯楨ます監修『ナイチンゲール著作集2』、現代社、1974。

図-4：サービス対象者別にみた実質利用可能サービスの量と質の関係



※ なお、栗山町の統計や保健福祉の動向については、『まちという名の家族（栗山の保健福祉－総合相談ガイド）』（栗山町総合福祉センター、1998）によった。

大学附属病院におけるボランティア導入の経過と今後の方針

－患者さんと病院との架け橋として－

湯 浅 国 勝

1. はじめに

札幌医科大学医学部附属病院（以下「附属病院」という。）に、平成9年7月1日からボランティアが導入された。その導入に至る経過、活動内容などを紹介し、今後の課題について述べる。

2. ボランティア導入の経過

(1) 附属病院の概要

附属病院は、昭和7年3月、現在地の札幌市中央区南1条西16丁目に建設された財団法人北海道社会事業協会附属札幌病院が前身である。病床数83床を有し、当時としては道内有数の病院であった。

昭和20年4月、この病院が北海道に移管され、北海道立女子医学専門学校附属病院となり、25年4月、新制大学の発足に伴い、札幌医科大学附属病院となった。その時の病床数は278床であった。

以来幾多の変遷を経て、平成5年、保健医療学部の開設に伴い、札幌医科大学医学部附属病院に名称が変更になった。

その後、平成8年4月には高度医療の提供・医療技術の開発や研究を実施する能力を備えた特定機能病院として厚生大臣から承認を受けた。

平成12年、開学50年（創基55年）を迎えた札幌医科大学とともに歩んだ附属病院は、現在、22診療科、12中央診療部門、994床を有し、一日の外来患者数は1,900人を数え、臨床教育と研究の中核的機能を果たしているほか、災害拠点病院、HIV ブロック拠点病院に指定されるなど、本道における医療の中心として重要な役割を果している。

(2) ボランティア導入以前の課題

附属病院は、北海道内で最も規模の大きい総合病院である。ボランティア導入以前、患者さんの立場から次のようなことが課題とされていた。

ア. 新来患者の案内については、看護職員1名体制では、きめ細かいソフトな対応に限界があつたこと。

イ. 玄関正面案内についても、職員1名（事務局と看護部職員と交替）体制では、固定位置での案内のため、身体が不自由な介助を必要とする患者さんを診療科まで案内することができないこと。

ウ. 再来受付機を6台導入されたが、委託職員1名の体制では、機械操作に戸惑う患者さんも見

受けられたこと。

エ. 計算センターでの支払い、薬剤処方手続きなどに戸惑う患者さんへの対応が求められていたこと。

オ. 各階外来案内にも人員が配置されていなかったことや、院内表示が十分でなかったこともあって、院内で迷う高齢の患者さんや、外来診療から各種検査への移動に迷う患者さんが多く見受けられたこと。

(3) 導入に向けての取り組み

ア. 導入の視点

平成8年3月に就任した形浦附属病院長は、患者さんの立場に立って、懇切で親身になって対応できる体制を整える必要があると考え、ボランティアの導入に向けて準備に入った。

後述する医大病院ボランティアの会「フローレンス」が平成9年9月1日付で発行した会報第1号のボランティア・コーディネーターとの対談で形浦病院長は次のように述べている。

「私自身も、なぜ制度がないのかと思っていました。患者さんは皆、病気という大きな心配を抱えています。そのうえ、手続きや場所に不案内という不安が重なる。聞きたいけれど職員は忙しそうだし、聞いても温かい応答ではないこともあるでしょう。それで心のケアが悪化するケースも考えられますね。ボランティアの方は、その架け橋になってくれる。ですから、制度の導入は、院長を拝命してから、まず第一に手掛けたい問題のひとつだったので。病院内には、事務的に煩雑になるのではとか、ボランティア制度がピンと来ないという人もいて不安感もありましたが、無事に動き出して満足しています。」

一方、ボランティア導入をめざしたことの一つとして、自由時間が増大する中で自分の知識や経験を地域のために役立て心の豊かな人生をすごしたいと考えている方々に活動の場を提供する役割を果たしていくことも、道立の医科大学附属病院の役割の一つではないかとの認識もあった。

イ. 先進病院の調査

ボランティア導入にあたって、すでに、病院にボランティアを導入している病院について導入にあたって留意したこと、準備したことなどを把握し、参考にしていくため、道内・外6病院の調査が行われた。

市立札幌病院では、ボランティア・コーディネーターの必要性について、また、北大病院、神戸大学病院、国立大阪病院では、活動内容や運営面について、さらに、東大病院と聖路加国際病院では、ボランティア活動の発展の可能性についてそれぞれ有益な情報が得られた。

ウ. 活動の内容や体制の検討

このような先進病院での導入状況の調査などを踏まえ、導入に向けての具体的な検討が始まられた。

まず、医療機関におけるボランティア活動を検討するに当っては、活動内容や方法、さらに、職員との役割分担など具体的に検討すべきこと多かったが、まず、第一段階として、外来患者さんの案内を中心とした活動から始めることとなった。

その後、ボランティアの方々の意見、患者さんやその家族、職員などの意見や要望も見極めた上で活動内容の拡大について検討することが望ましいとの結論に達した。

また、活動内容と場所、時間帯などについても基本的な形を考え、実施に伴い生じた課題や、患者さんのニーズなどに応じ臨機に対応していくこととした。

エ. ボランティア・コーディネーターの配置

附属病院におけるボランティア活動が円滑に進められていくために、ボランティアの自主性が尊重される中でボランティア側と附属病院側とのさまざまな調整を行う人材として、ボランティア・コーディネーター（以下「コーディネーター」という）が必要であった。

このようなことから、ボランティア活動に関心が深く、患者さんや病院の実情に理解があり、さらに、調整能力をも備えた人材を確保するため、北海道社会福祉協議会福祉人材センターに募集を依頼した。

附属病院としては、多くの応募者について面接の上、市立札幌病院での病院ボランティア活動や、外国語ボランティア活動などの経験がある人材を非常勤特別職員として採用した。

コーディネーターの業務は、ボランティアの毎日のスケジュール調整、院内巡回によるニーズの把握や助言、日々の活動スケジュールの打合せ、ボランティアから得た情報、意見にかかる院内関係部署との連絡調整、新規ボランティア希望者への対応、研修会の企画実施など幅広い。

これら日々の業務のほか、ボランティアの方々の自主的な意思で継続的に活動が続けられ、充実した自己実現を図る生涯学習の機会を提供する場となるような動機づくりもコーディネーターの役割の一つと言えよう。

オ. ボランティア室の確保

コーディネーターの配置とあわせて日々、活動するボランティアの方々が、集合し、打合せを行うとともに休憩、着替えを行う独立した部屋が必要とされた。

当初、附属病院地下2階に16.6m²のボランティア室を確保した。しかし、桃の節句、七夕、クリスマスなどの飾付け作業をしたり、ボランティアの方々が花を持ち寄って、小さな容器に小分けして院内各階に飾ること、各診療科を巡回して入院患者さんに図書の貸出をおこなうことなどの活動をしてみて、地下2階の部屋では、これらの活動に不便で、しかも、狭かった。このため、平成11年3月、現在の2階の38.7m²の部屋に移転した。

カ. ボランティアのユニホーム

患者さんやその家族にとって、また、職員にとっても、一目でボランティアであることが識別できるようにすることが適当であり、ユニホームを附属病院側で用意して貸与することになった。女性はピンク色のエプロン、男性はアイボリー色の上着を着用し、胸に名札を付けることにした。

キ. ボランティアの募集と採用

ボランティアの募集に当っては、多くの方々にボランティア活動の場、機会を提供するという面も考慮し、広く一般道民から希望者を募るという方法を採用した。募集に当っては、報道機関にボランティア募集要項と活動の案を提供し、報道について依頼した。

ボランティアの採用を決定する段階で附属病院長、看護部長、コーディネーターら8名で構成するボランティア運営委員会メンバーによる面接を行ったほか、健康面を重視して健康診断の問診を行った。面接に当っては、応募者の動機を中心に聞き、あわせて、附属病院と

してボランティアを導入するに至った考え方などを話した。結果的に、53名の方々を採用することに決定した。いずれの方も、看護、福祉、教育など豊かな経験と能力を有する方である。

ク. ボランティア受入要領の決定

附属病院としてボランティアの受入について正式に決定し、受入に係わる必要な手続きを定めるため、札幌医科大学医学部附属病院ボランティア受入要領を策定し、平成9年4月1日から施行した。

さらに、この受入要領に院内におけるボランティア活動に関する必要な事項を審議する組織として、病院長を委員長とするボランティア運営委員会の設置に関する規定を盛り込んだ。

ケ. 職員への周知、協力依頼

現実にボランティアを導入していく場合、附属病院職員全員に対し院内にボランティアが入って活動することやその目的と活動内容を周知しておくこと、ボランティアの方々が活動しやすいよう心を配ることなどについて、理解を深め、協力を得ることが必要であった。このことが、附属病院におけるボランティア活動の成否に大きくかかわることと考えられるからである。

このため、附属病院としては、病院長名の文書により職員に周知、協力依頼するとともに院内及び大学内にポスターを掲示し、周知に努めた。

あわせて、職員組合に対しても、病院ボランティアの導入の目的は、患者さん立場に立ってソフトな対応により、快適な療養環境を提供することにあるという基本的な考え方を事前に説明し理解を得てスタートするよう努めた。

コ. ボランティア活動に伴う事故への対応

ボランティアの方々が活動中に事故にあった場合、これへの対応策を準備しておくことが必要であったことから、病院の負担により1人年間500円のボランティア活動保険に加入した。

この保険では、ボランティア自らが怪我をした場合と、ボランティアが他人に怪我をさせたり、他人の物を壊してしまった場合も補償の対象となっている。

サ. オリエンテーションの実施

ボランティアとして採用が決まった方々に対し、ボランティア活動に関する基礎的知識と活動内容、留意事項、附属病院の概要などについて説明するオリエンテーションを実施することにした。

これは、ボランティア活動が患者さんにとってより良い療養環境の創出に貢献するものであること、また、ボランティア活動が円滑に進められること、そして、ボランティア自身にとっても、生涯を通して充実した人生を送る上でも極めて大切な要素をなすことなどを考えた場合、欠かすことのできないプログラムだと思う。

3. ボランティア活動の内容

(1) 導入の目的、活動内容

附属病院では、患者さんへのサービスを一層充実していくため、平成9年7月1日からボランティアを導入した。

第一段階として、スタート時には、新来患者の案内、再来受付機の操作案内、病院内施設の案内、身体の不自由な方に対する診療科までの介助案内、医療費支払い手続きの案内などから開始した。

一年間の活動状況を踏まえ、平成10年8月から、各診療科病棟を巡回して、入院患者への図書の貸出、さらに、平成11年7月から小児科病棟プレールームにおける子供たちの遊び相手も順次加えられた。

活動を始めた平成9年7月当時のボランティアは、53名（うち男性6名、女性47名）であった。平成13年3月現在、67名（うち男性12名、女性55名）となっている。

活動内容は、別表1のように人員を配置しており、1日10名程度となっている。活動の日時は、月曜日から金曜日（祝日、年末年始を除し）のおおむね午前9時から午後1時までとなっている。

別表1 ボランティア活動の内容

区分	配置人員	活動内容	活動時間
新来患者の案内	1～2名	新来患者の受付案内、記入案内、代筆	9:00～11:00
正面玄関での案内	1名	院内各種施設の案内、体の不自由な方の診療科までの介助・案内	9:00～13:00
再来受付機の案内	1～2名	再来受付機の操作案内	9:00～13:00
各階外来の案内 (地下1階、2階)	2名 (各階1名)	外来各階における院内各種施設の案内	9:00～13:00
各病棟での図書の貸出 (平成10年8月～)	2～3名	各診療科病棟を回り、入院患者への図書の貸出	9:00～13:00
小児科病棟での遊び相手 (平成11年7月～)	1～2名	小児科病棟プレールームにおける子供の遊び相手	10:00～11:30

日本病院ボランティア協会資料によると、平成9年に道内の病院でボランティアを導入していたところは、当附属病院を含め7病院である。

なお、ボランティアを導入してから、3ヶ月の試用期間を終え、さらに、活動をしていくことが決定したボランティアの方々により、平成9年9月25日総会が開催された。席上、会員から応募あった名称について投票の結果、名称が「医大病院ボランティアの会 フローレンス」と決定した。

フローレンスとは、戦場の負傷兵を献身的なボランティア活動によって看護したフローレンス・ナイチンゲールにちなんだものである。

(2) 活動の実績

ア. 案内等の活動実績

附属病院にボランティアが導入されて以来、平成12年12月までの3年6ヶ月間、ボランティアとして活動した延回数は7,010回、その延時間数は21,415時間となっている。

ちなみに、北海道職員1日当たり勤務時間を8時間、年間勤務時間数を約2,000時間とすると、3年6ヶ月間におけるボランティアの方々の延活動時間数は、ほぼ職員11名分に相当することとなる。

イ. 会員に対する研修会の実施

ボランティアとして活動を始めた方々にとって資質の向上をめざすとともに活動の原動力にするために研修が大切なことである。

平成9年9月の第1回研修会「人工内耳・・・・・・よみがえった音をかみしめて」と題して形浦病院長による講演をはじめおおむね年間3回ずつ開催されている。

研修テーマを例示すると、「あなたが患者さん違和感を感じたとき」、「アメリカのボランティアの実態」、「日本の子供達」、「放射線治療のいろは」、「薬剤部見学ツアー」、「移動動作のための基本的技術」、「ボランティアの楽しみ」、「クロパンの会・自助グループボランティア」など幅広い内容となっている。

講師は、札幌医科大学の医師が中心となっている。ボランティアにとっても、附属病院の医師の話を直接聞く機会に恵まれ、質疑も活発に行われ満足しているとのことである。

ウ. 会員に対するアンケートの実施

ボランティアの方々を対象に、活動に参加してみての感想や、今後も活動を続けていくかどうかの意思確認などについて平成9年9月以来、随時アンケート調査を行っている。

これらのアンケート調査の結果をボランティア活動の上で参考にしている。

なお、アンケート調査の結果の主なものについては、後述する。

エ. 会報「フローレンス通信」の発行、配付

ボランティアの方々の自主的な企画により、「医大病院ボランティアの会 ニューズレター フローレンス通信」として、平成9年9月1日号の第1号以来、平成12年12月の第8号まで発行されている。毎号、附属病院長をはじめとする病院関係職員とフローレンス会長、コーディネーターとの対談のほか、会員紹介、フローレンスの活動内容、附属病院の素朴な疑問・解決コーナー欄、会員の座談会、会員の活動感想文、ぽらんていあ川柳やリレーエッセイ、コメントのお知らせなどとなっている。紙面のレイアウト、内容などもきめ細かい工夫が凝らされている。

毎号1,000部印刷し、会員に配付するほか、附属病院、大学の職員にも配付している。また、ロビー案内などにも置かれている。

さらに、附属病院におけるボランティア活動について道民の方々に理解していただけることが必要と考え、テレビ、ラジオの道政広報番組などをを利用して、ボランティア活動の紹介を行った。

オ. 季節に応じた行事の実施

日々の外来患者の案内などの活動とあわせて、平成9年12月には、ボランティア有志の方

々によるクリスマスツリーの飾付けに取り組んだのをはじめ、七夕飾付け、桃の節句飾付けなどが続けられている。

平成12年1月からは夕方6時から「フローレンス新春コンサート」もロビーで行われ、200名近い患者さんが看護婦さんに付添われ、詩吟、詩舞、合唱に耳を傾けている。

また、フローレンス会員が季節の花を持ち寄ってロビー、洗面所などに一輪挿しに飾られている。

さらに、秋口に行われるフローレンス主催のバザーも年中行事として定着しつつある。このバザーは、入院、外来患者さん、家族の方々、付添いの方々、お見舞の方々相互の交流を図るとともに、これらの方々とボランティアの方々との対話、交流を深めていくこうということで企画実施されているものである。出品物はフローレンスの会員による手作り作品を中心だが、職員の出品も多く見られるようになっている。

バザーで得られた益金は、前述した季節毎の行事の飾付けに要する費用のほか、会員を対象とする研修活動に要する費用、さらには、歳末助け合い募金や有珠山噴火災害の見舞金などにもあてられている。これらの行事は、病院に入院されている患者さんにとって、入院中の生活の質を高める上で意義の深いことと思われる。

カ. 職員とボランティアとの交流会の開催

フローレンス主催により、附属病院職員、大学職員さらに、学生、外国からの研修生とボランティアの方々との交流会が、平成9年12月以来、随時行われている。平成12年7月開催されたフローレンス創立3周年記念懇談会には、大学、附属病院関係者も多数出席していた。

このような交流の場は、教職員や学生がフローレンス会員のボランティア活動について理解を深める上でも有益なことと思われる。

キ. 関係団体との連携

病院におけるボランティア活動を進める上で共通のテーマについて情報や意見交換をしたり、ボランティア活動に必要な知識を得るために、日本病院ボランティア協会主催の研修会、大学医学部看護実習報告会、北海道ボランティアフェスタなどに会員が参加し、研鑽を深めている。

さらに、附属病院看護部主催のナイチンゲール週間行事としてのコンサートなどにも積極的に協力している。

4. ボランティア導入後の変化

(1) 導入当初の戸惑い

附属病院にボランティアを導入した当初、ボランティア側が予想もしていないような言葉が投げかけられたこともあった。

当時の記録からボランティアにかけられたことばのいくつかを記してみる。

「そんなところに立って何をしているのか」、「暇を持って余しているからこんなことをしているのか」、「黙って立っているなら病棟にでも来て仕事を手伝って」など、病院にボランティアが入ることに伴う抵抗や異和感から発せられたものと思われた。

このようなことばに傷つくボランティアの方々も多かった。

多くの患者さんの中には、無報酬でこのような仕事をする人もいるということが信じられないとの雰囲気もあった。

一方、患者さんや職員にも、ボランティアに何が頼めるのか、どこまでしてもらっていいのかという戸惑いもあった。

逆に、ボランティア側にも、どこまでしていいのか、どこまでがボランティアの仕事なのか、はっきり線引きしてもらわないと困るとの声もあがっていた。

また、次のような苦情が寄せられたこともあった。

ある部署からボランティア室に電話があり「患者さんがボランティアの責任者に苦情を言いたいということなのですぐに来てほしい」ということだったのでコーディネータが行ってみると、その患者さんはすでに激高していた。原因はボランティアがまちがった場所を教えたためにそこで一時間も待たされたあげく「ここではない」と言われた。そこで正しい場所を教えて来てみたが、すでに検査の予約時間が過ぎていた。幸い検査は受けられたものの、気がおさまらない。詳しく事情をきくとボランティアにも非はあったが、患者さん本人も検査票をよく見ていなかったことがわかった。患者さんの訴えは「いくら無報酬のボランティアだからと言って間違えて良いということにはならない」ということだった。ゆっくり話を聞くうち患者さんの心も落ち着きを取り戻し、帰っていかれた。その日のボランティアで反省会をし、気持ちを引き締めた。

(2) 職員の意識改革の徹底

ボランティアの方々と職員との摩擦も見受けられた。

職員の一部に自分たちの仕事の補助、手伝いをしてくれるという思い違いをしている者がいて、ボランティアとの関係が険悪になったこと也有った。

附属病院としては、ボランティアは現行業務の代替、補助などを行うのではなく、患者の立場に立ったソフトな対応により、患者の不安を和らげ、快適な療養環境を提供していく上で役立てていこうと考えて、ボランティアを導入したものであるということを徹底するように努めている。

筆者も、毎月定例の大学（附属病院も含む）の幹部職員会議や看護婦長会議、さらに、看護部新規職員研修会などを通じて附属病院におけるボランティアの方々の活動が果たしている役割を説き、理解と協力を求めている。

(3) ボランティア側の意見尊重

また、ボランティアの側から附属病院の体制などについて問題点、改善すべき点について、指摘があったことである。

職員の側からすると今までなんら問題なく処理されていたことについて、ボランティアが入ったことにより、とやかくいわれるのには心外だという気持ちもあり、結果としてボランティアに対する感情的しこりが残ったことがあった。

しかし、これらの指摘の中には附属病院として真摯に受け止め改善に向けて検討する必要のある貴重なものが多くあった。

附属病院側としては、改善できるものについては、改善していく姿勢で、具体的に措置していかなければ、せっかくのボランティアの意見を無視するようなことになり、結果としてボラ

ンティア活動そのものが衰退することにもなりかねないので、その点を十分留意して対応していくことが大切であった。このため、これらの改善意見については、関係部署に伝え積極的に対応するよう努めている。

(4) ボランティアに対する理解の浸透

日々、ボランティアの方々が休憩時間や活動を終えてボランティア室に戻って打合わせのとき、一日のできごとや意見を交換する時、反省すべき点も率直に話し合うよう努めた。

そして、ボランティア側としても、患者さんや職員にこちらからあいさつをすること、おせっかいと思われても患者さんや来院者が困っているように感じたら勇気を出して声をかけることなど心がけて、実行していこうと申し合せた。

このようなことを実行しているうちに、病院全体とボランティアの間の緊張感も緩和されてきたように感じられた。ボランティア活動を始めて半年から1年位経過した頃、ボランティアの活動雰囲気も自然体になってきた。

同時に、患者さんや職員からは、「ご苦労さま」、「ありがとう。助かりました」などということばが多くはね返ってくるようになってきた。

また、清掃職員も花びんの水を取り替えてくれたり、無言で協力してくれるようになってきた。

さらに、患者さんから匿名で花が届いたり、入院患者さんから、文庫に本の寄贈が申し出されたりというボランティアの活動を理解し、応援してくれるような動きが見られるようになった。

(5) 具体的な反応

このような反応が見られるようになるに伴い、案内を中心とする活動が続けられる中で次のような変化が出てきた。

- ア. 新来患者の受付案内では、記入案内、代筆などを行っており、新来患者さんからは丁寧で、ソフトな対応について、たいへん評判が良いという声が聞かれるようになったこと。
- イ. 看護部職員からは、ボランティア導入以前に比べ本来業務である新来患者の受診相談に専念できると評価してきたこと。
- ウ. 正面案内は、従前はボックス内の固定位置での案内であったものが、自由に動くことができるボランティアが案内することになったことにより、臨機応変の対応ができる、患者さんのみならず職員からも良い評価を得てきたこと。
- エ. 従前は多数の患者さんに対し、6台の再来受付機を1人で対応していたため、患者さんは場面に応じたきめ細かい対応が受けられない状況にありましたが、ボランティアも対応することになったことにより、よりきめ細かい対応が可能となったこと。
- オ. 各階外来案内については、ボランティア・デスクを置いてから需要が多くなってきており、各診療科の案内、各種検査場所の案内、医療相談室の案内などに対応しており、好評になってきたこと。
- カ. 各診療科を巡回して図書の移動貸出を行うようになって、入院生活を送っている患者から喜ばれるようになったこと。
- キ. 小児科病棟プレールームに入院している子供たちの遊び相手をするようになってから、子供たちに楽しみとうるおいをもたらし、また、付き添いの家族の方の負担の軽減にも役立つこと。

(6) 患者さんからボランティアに寄せられたことば

附属病院では、患者さんや家族の方々さらに、来院される方からの病院に対する意見や要望を自由に投書してもらう「投書箱」を正面玄関ロビーに設置している。ボランティア導入以来、平成12年12月末日までその中に寄せられたボランティアに関するものをいくつか紹介する。

「何年かぶりに〇〇科で治療を受けた者です。担当の先生も非常に誠実な方です。何よりも感動しましたのは、ボランティアの優しい方達の案内に心が和みました。何回来ても病院は不安なものです、そんな時親切なボランティアの案内は本当にありがたいのです。そして、いつも季節の花が所々に挿してあることが又いっそう、心が和らぎます。このような配慮の行き届いた病院に感激します。見習ったほうが良い病院がたくさんあります。又、今日は七夕様のお願いごとがたくさんさがっていて、病院の人達がそして家族がどんな思いで毎日を過ごしておられるかを生々しく伝わって来て、本当に胸がいっぱいになるとともに貴院のお心遣いに深く感謝します。このようなお心遣いが、世の中を明るく健全で平和な社会にしていく大切なことなのだと思います。本当にありがとうございます。」

「肢体不自由な患者を診察に連れて来たが、車椅子が一台もない。ボランティアの方が走って、探して歩いて助かったが、この管理システムを早急に改善する必要がある。医大は、各病院の鏡であることを考えて、患者の視点に立った温かい体制、接遇態度の見直しが必要（医大を思うが故に）。」

「(前略) 受付けの方のボランティア、またコンサート、本当に感動いたしました。励ましていただきました。」

「洗面所の洗面台に小さなお花が生けてあるのを見ると心が和みます。病院へ来る時は気分も落ち込みがちなので、小さな心遣いは嬉しく思います。」

「ボランティアの皆様へ感謝します。玄関ホールの生け花など、ボランティアの皆様が活けてくれているお花。12月はトナカイさん大変にステキでした。今日、下に降りて行きましたら、大きなつぼにまゆ玉が、ホールがはなやかになり、入院患者の1人として楽しませて頂きました。種々活動にも大変でしょうが、病院を訪れる人達の目を、心を、いやしてくれると思います。これから活動も期待しております。」

「トイレなど各所にボランティアの方々がお花を飾って下さってとても感じがよく、心がなごみます。」

「ボランティアの皆様いつも、お花時々かえて、ありがとうございます。とても来院する度、色々なお花 があるので楽しめます。今日はすずらんの花がとても良い香りがしています。病気になって、三十年近くどこにも行かれず、随分若い頃生まれ故郷の函館のトラピストのすずらんの場所に行った思い出しかありませんので、本当にボランティアさんありがとうございます。活躍祈ります。」

「このわきのお花がいいです。すばらしいお心をもった方がおられるのですね。ありがとうございます。」

「黙々と道の医療向上の為に、現場の底辺で路順案内、手続処理、フローレンス文庫の貸与等々で献身的に奉仕なされている姿に入院、通院の度毎に感動を覚えております。」

「たくさんの本を貸していただきありがとうございました。単調な入院生活の中のはりあい

のある時でした。子どもの付き添いの親もホッと楽しむことができた。これからもがんばって下さい。また、お世話になる時があるかもしれません。その時はまたよろしくお願ひします。」

「ボランティアさんの帰る時間が早くて、午後の予約で来た時にいなくてとっても困ります。PM3:00ぐらいまでいてくれるととってもたすかります。」

(7) ボランティア活動で得られたこと

フローレンス会員を対象に活動に参加してみての感想などについて、平成12年3月に実施したアンケートの結果を紹介する。

ボランティアとして活動に参加して良かったと思うこととして次のような回答があった。

- ・自分が役に立つうれしさを実感できた。
- ・感謝のことばが返ってきた。
- ・生活にリズムができ心身ともに健康になってきた。
- ・たくさんの友人ができ、同じ志の人とかかわる楽しさを感じた。
- ・学びの場になった。
- ・我が身を振り返ることができた。
- ・気持ちにゆとりができた。
- ・ストレスの解消になると感じた。
- ・ボランティア以外の日常生活の場でも助けが必要な人に声をかけやすくなった。
- ・病院を知ることで社会のしくみを学んだ。
- ・医療関係の情報に注意することが多くなった。
- ・ボケ防止になっていると感じた。

他方、良くなかった点についてはほとんど何もないが、ボランティアの領域がはっきりしないことに不安を感じていると答えた人が数名いた。

ほぼ全員がこのまま続けて活動したいと答えている。その中でも「体の続く限り」と書き添えている人が数名いた。

「フローレンス通信」紙上にも、附属病院でのボランティア活動を経験してみて、「奉仕というより自分の楽しみ」、「活動してみて教えられることが多い」、「ほっと心で微笑み合うことができる、そんな気持良い時間を共有したい」など、ボランティア活動により新たな自分を見たという感想が多く寄せられている。

5. 今後の課題（むすびにかえて）

(1) 職員との連携、協調関係の確立

平成9年7月から附属病院にボランティアを導入以来、職員の間にもボランティアの方々の活動について徐々に理解が深まってきていると思われる。

より一層患者さんへのサービス充実を図るうえからも、職員とボランティアとの役割分担を明確にしながら、附属病院側からボランティア側には、附属病院のあらまし、経営の基本方針と患者への対応方針、ボランティア活動の留意事項などを、また、ボランティア側から附属病院側には、日々の活動から得た情報、患者さんの声、職員、病院側に望むことなど、定期的に交換し合い、共有し合い、認識を確かめ合っていくようにしていく必要があろう。とりわけ、

患者さんと接する機会の多い医師、看護職員、会計窓口担当職員との密接な連携が必要と考える。

(2) ニーズの増大、多様化への対応

ボランティア導入以来、外来患者の案内を中心に始め、翌年以降順次、病棟での図書の貸出、小児科病棟での遊び相手などに拡がりをみせている。あわせて、年間を通じて患者さんが季節感を感じられるにふさわしいプログラムに取り組むなど厚みのある活動へと発展を続けている。近い将来、お笑い寄席、お茶会なども企画されること期待したい。4の(6)「患者さんからボランティアに寄せられたことば」に紹介したように、患者さんからボランティアに対する感謝のことばが多く、ボランティアの存在が患者さん、職員に及ぼした影響は計り知れないものがあると、筆者自身も毎日2～3回附属病院に出向いてその印象を強くしている。

患者さんの年齢、病状、ニーズもさまざまなだけに、ボランティアに対する期待も多様なものか考えられる。

今後とも、患者さんのより良い療養環境の向上のため、医師、看護婦をはじめ職員との研鑽、打合わせを積み重ねながら、真に心身ともにいやされる雰囲気づくりをかもし出していくことが、常に追求されていくことになる。

今まで取り組まれている活動にどのようなものを新たに加えていくか、患者さんのニーズの把握をしながら、ボランティアの方々が有するさまざまな経験や能力を生かし、その活動範囲を見極めていくことが必要となろう。

(3) ボランティアの確保

北海道で最も規模の大きな附属病院でのボランティア活動が安定して、続けられるためには、一定のボランティアが常に確保されていることが必要である。

ボランティアの中には、病気や転居などの理由により、活動を続けることができなくなる人もいる。活動内容に応じて一定数のボランティアの確保に努めるとともに、欠員が生じた場合、その都度募集するか定期的に募集するなども含めて検討していくことになろう。

また、札幌医科大学の学生が、学生生活の中での地域活動の一環として自主的に附属病院でのボランティア活動に参加していくような動機づけをすることも、学生自身がより良き医療人をめざす上でも極めて有効と考えられるので、大学教育や附属病院における臨床医療との関連の中で位置づけされていくことが望まれる。

(4) 顕彰制度の検討

ボランティアの方々には、朝早くから附属病院に出かけ、無報酬で活動され、患者サービスの向上に大きく貢献いただいている。

平成9年7月の導入以来継続されている会員の中に、平成12年12月までの活動時間が500時間を超える方が7名おられ、最も多い方で664時間となっている。

ボランティア活動は、自主的、無報酬ということが基本にあるが、一定の活動時間、例えば、500時間、1,000時間というような段階でその活動を讃えることも検討したらどうかと考える。

このことが、市民の方々にボランティア活動に対する関心を高めることにもつながり、さらには、ボランティア自身の励みにもなるものと思われる。

参考資料

- 1 医大病院ボランティアの会ニュースレター「フローレンス通信」(No. 1 ~ No. 8)
- 2 医大病院ボランティアの会「フローレンス」活動実績（平成9年度～12年度）
- 3 「病院ボランティアだより」(日本病院ボランティア協会 No.181～No.190)
- 4 はらんていあ（聖路加国際病院ボランティアグループ30年史）
- 5 病院ボランティアについて（平成10年3月 川村 豊）
- 6 病院ボランティアの活動（1999年3月 南山堂 小澤 なおみ）