

北海道社会福祉研究

第24号

〈特集：北海道社会福祉学会第41回大会記念講演〉

- 地域生活支援と社会福祉の動向
 - 滋賀県における地域生活支援活動から -
- 牛谷正人 ……1

〈論文〉

- インクルーシヴ支援実践論研究
 - 『動的相対主義教育思想』に基づく分析 -
- 八巻正治 ……8

- 精神障害者のセルフヘルプグループの発展過程に
 関する研究
 - セルフヘルプグループ関連論文の研究を中心に -
- 三橋真人 ……20

- 福祉サービス提供の効率性と市場原理の導入
 - 福祉サービス市場化の本来の意義 -
- 小早川俊哉 ……33

- 高齢者の健康寿命保持に関する基礎的研究
 - 離島高齢者の社会関連性と主観的健康感を中心に -
- 志水幸 ……41
 松浦智和
 坂東貴志

- 小規模作業所の存立要因
 - NPOをめぐる議論との関連で -
- 太田こずえ ……50

- 精神科ソーシャルワーカーらによる自主的研修会の
 試みの省察
 - セルフヘルプの視点からの実践研究試論 -
- 齋藤征人 ……63

- 通所介護（デイ・サービス）利用者の利用効果測定
 に関する考察
 - 利用者の主観的健康感の変化を中心に -
- 松浦智和 ……71
 伊藤千鶴子
 林瑠美

- 北海道における児童養護施設サービス自己評価基準
 の策定と課題
- 鈴木幸雄 ……79
 秋元洋志
 新沼英明

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

2003年12月

北海道社会福祉学会

【特集：北海道社会福祉学会第41回大会記念講演】

地域生活支援と社会福祉の動向

－滋賀県における地域生活支援活動から－

社会福祉法人オープンスペースれがーと
甲賀郡障害者地域生活支援センター
相談支援室長 牛谷正人氏

みなさんこんにちは。滋賀県にあります「オープンスペースれがーと」の牛谷と申します。今日は滋賀県の地域生活支援活動についてお話をさせていただきます。

もともと僕自身、障害児教育を大学の時に専攻していて、大学院でも障害児教育を勉強してきました。学齢期における障害児の発達の支援、療育等に関して僕自身なじめないという部分がありまして。違和感というか。その人たちの療育とかの形の支援の行き着く先がよく見えない。はっきり言ってそのときの率直な自分の気持ちはそうでした。彼らが対社会の中でどういうふうを受けとめられているのかが見えないと自分のやっていることがわからない。それが自分の課題意識だったように思います。

滋賀県で近江学園を始めた糸賀一雄先生と京都大学で同期の先生が非常勤でいらっしやっていたというご縁があって、信楽で行われている町をあげての、障害者の方々を町民として認めていこうという取り組みを見たときに「なるほど、そうか」と自分の中の課題が鮮明になって、その後滋賀県の福祉実践に大きく舵取りをしていったという流れがありました。幼児期に障害を負った方が養護学校や地域の学校で勉強していくけれども、その人たちが暮らしている地域社会の中で位置づけられるあり方と社会福祉の活動が結びついていかないと意味がないと僕自身考えた訳です。

障害者保健福祉圏域の取り組み

お渡ししておりますレジュメに従ってお話ししていきたいのですが、平成8年から国の号令に基づいて全国で取り組まれております、「障害保健福祉圏域」という考え方ですね。これが滋賀県ではひな形的な活動が、昭和56年から取り組まれておりました。この福祉圏構想は高齢者、障害者、児童の問題に関して単独の市町村単位で取り組むには、財源の問題、対象者の数とかという課題で施策として総合推進していくことが難しいと言うことで、基本的には保健所の設置にあわせて福祉圏が作られていきました。50市町村ある滋賀県を7つの福祉ブロックに分けて、福祉の課題についての総合的な施策展開をしていきたいと思いますというのが福祉圏構想の基本的な考え方です。

なかでも、障害の問題に関して、当時の一番の課題が県の施策として何だったのかということ、障害を持つ方の早期発見・早期療育のシステム作りであったと聞いています。当時、昭和40年代だと思のですが、滋賀県の天津市で、「天津方式」と呼ばれる早期発見・早期療育の活動が早くから着手されていて、それなりの成果が上げられていたのですが、天津方式は天津でしか機能しない仕組みであると言われていました。一步天津市を離れたところに生まれた障害児に、援護が行き渡らないと県の施策としてまずいのではないかとということで取り組まれたのがももとの始まりだと聞いております。福祉圏構想は第4次まで進められているのですが、全国的に平成8年からの開始を

先取りする形で施策を推進したというのはある意味では先見性があったと思うし、また平成8年から始めた地域生活支援に焦点を当てた事業展開をやる基本ベースがあったという特質すべき状況であったかと思います。

具体的には、最初に昭和56年の社会福祉計画の中で取り組まれたのは、全県を網羅できるような早期発見・早期療育の仕組みであると言うことが、先ほど述べたとおりです。その後取り組まれたことは、福祉圏構想をベースに幼少期の発達の保障をしたうえで、その次の段階として通学圏域に障害を持った人たちが通える養護学校、地域の学校を整備していきました。今でも、病弱養護、盲・聾に関しては寄宿舎つきの設置になっておりますけど、肢体不自由と知的障害の養護学校につきましては全福祉圏域に設置され、基本的には生まれ育った地域の中で学校にも通える状況ができあがっています。昭和56年以降は、緊急一時保護とか短期入所という形で地域で暮らす障害者の方々に、入所施設の一時保護機能を提供していこうということが施策として動き始めていた時期です。すべての福祉圏域の基幹となる50人規模の入所施設に、その中で最低5床だったと思いますが、そのベッドを保障していこうという施策にも取り組んでいきました。あわせて、福祉圏構想は養護学校、地域の障害児学級を卒業した後、一般企業に就職できないことが多いわけですから、その方々が通える通所施設を整備していくという活動も福祉圏構想に基づいて推進されていきました。そういうこともありまして、全国的に見ると大都市圏では無認可の作業所等に対する補助率は高い値を示しています。滋賀県は大きな財源を持っている県ではないのですが、結構高いランクに位置されていると思います。いわゆる国と県と市町村の補助金をあわせると月額、一人あたり78,000円ぐらいの補助率を持っているわけです。この状況を見ても、地域で生まれ、育ち、はぐくまれ、地域に活動の場を見つけていくということが、福祉圏構想を基本にしながらすすめてきたのだと思います。

平成6年と7年は、滋賀県が地域生活支援の施策の舵取りをしていくターニングポイントとなるような時期になります。多くの都道府県は、国が打ち出した30万人を一つの単位とした障害保健福祉圏域という考え方に平成8年から取り組みをすすめる訳ですが、滋賀県の場合は昭和56年から障害幼児の養護の仕組みが、全県を網羅する仕組みとして成り立っていたわけですし、養護学級が通学圏に設置されている市町村レベルで、通所型の施設が整備されている状況を踏まえて計画を策定する地域福祉政策というのは、地域で暮らす障害を持つ人たちが家族がもつ生活支援ということに、施策の方向が向いていくというのは必然的な流れであったかなと思います。2カ年で策定した地域福祉計画の取り組みの重点課題として、1つ目は心身障害児者に対する24時間体制の生活支援事業の創出、精神障害者の援護施設の建設と生活支援事業、そして最重度の障害者も通える通所施設の開設、そして補助器具センターの開設という4つが挙げられたわけです。

福祉事務所のケースワーカーの体験から

当時、僕は県の職員として甲賀郡の福祉事務所のケースワーカーでしたが、当時の仕事は生活保護、高齢者の施設入所の措置業務、障害のある方の補助器具の相談、施設の利用措置など多岐にわたってしていました。そのときに福祉事務所に舞い込んでくる相談で、特に重い知的障害を持つ方々の入所相談に向かい合うのがものすごくしんどいことでした。つなげていける施策がないということが一番の理由だったわけです。だいたい施設は、開所と同時に定員いっぱいと言うことが普通ですよ。定員いっぱいの見込みがない限り国と都道府県は、建設、設立の認可をおろしません。ということは、新しい相談があっても、50人とか集まらない限り施設建設の認可申請ができないことになるのです。当時、福祉事務所に来る親御さんの相談は入所の相談でした。家で頑張ってきたけどこれ以上

無理だという状況で福祉事務所を訪ねてらっしゃる。それに対して自分は何が出来たかという、お茶を濁すような「あー、お話わかります。大変ですよ、お母さん。」という話しをするうえで、「最近では緊急一時保護とか短期入所とか施設で一時的に預かってもらえる制度があるので、そういうものを使ってみたらどうですか」と勧めるぐらいなのですね。平成5年ころのショートステイ、短期入所に対するスタンスは冷たいものがありました。実際に滋賀県が発行している障害福祉の手引きを見ると、入所型の施設はすべて短期入所を受け入れますと○印がついています。当然親御さんもそれをお持ちなわけだから、なおかつ甲賀郡というのは、たくさん入所型の施設を抱えている地域なので、親御さんたちが転居、引っ越しをしてくるわけです。そういう方々が何を期待しているかという、何かあったときに施設の援助が受けられるからだと思うのです。実際に福祉事務所で短期入所の申請を受けて電話をするのですが、たいがいは断られるのです。「確かに県のほうに言われて名前はあげていますが、実際はやっていないのですよね。」という話です。窓口を尋ねて、入所を希望する親御さんに向かい合うことがいやでたまりませんでした。今でもむずびつける資源がないと言うことに象徴されると思うのですが、当時のワーカーとしてやっていた自分の仕事にも行き詰まりを感じて、そうこうしている中で打ち出されてきた地域福祉計画の策定というのはある意味で期待感を持ちました。つまり、これからの時代、地域で暮らす障害のある方々に対して、地域を形成する市町村が責任を持って、なにを実現しようとしているのかというものを打ち出していく。そういうことを地域福祉計画の策定の中に、期待を持って自分たちはそこに夢を乗せていったように思います。

滋賀県の甲賀郡以外の7福祉圏も同じような取り組みをしていたのですが、親の会ですとか、施設の関係者、行政も入って策定に関わっていきました。滋賀県は一定の箱物が整備されたうえでの地域福祉計画だったので、生活支援に重点を置いていくと言うことが自然の流れであったように思います。

具体的に挙げた24時間体制の生活支援事業をどういう風に組み立てていくかと言うことが難しい課題であり、そのことで甲賀郡障害者生活支援センターに関わっていくこととなります。信楽青年寮が地域生活支援にどういうふうな取り組みをしていったのかと言うことを項目としてあげていますが、施設現場でも大きな流れが生まれつつあったわけです。平成元年にグループホームの制度化、平成2年に心身に障害のある人たちのホームヘルパー制度、平成4年と5年には地域へのシフトということを国が施策として打ち出してきた時期でもあります。そういう状況を踏まえて、入所施設が地域に果たす役割について今後の将来構想を策定していくわけです。信楽町にお住まいの養護学校に通う親御さんたちへの訪問調査を平成4年にやったのですが、タイムケアのニーズの高さ、数時間の介護の空白を埋めるサービスが欲しいとか、入所施設への期待の薄さ、できるかぎり地域で暮らしたいという願いなど、リアルな話を聴いて家族全体を含めて、地域で暮らすことのハンディキャップや生活のしづらさみたいなものを抱えられていることを聞き取り調査を通じて聞かせて頂きました。それに対するサービスがないじゃないかということに、向き合わざるを得ないわけです。当時やられていた在宅の施策である唯一のメニューというのは、緊急一時保護とか短期入所とかといわれる制度でした。宿泊込みの1泊2日ぐらいでした。当時でやっと私的理由で短期入所が認められ始めた時期なのです。裏返してみると、それだけ大変な状況にならない限りは、「お母さんお父さんあなた方が、頑張らなきゃダメなのですよ」というのが、在宅の施策だったわけですよ。みんな障害のある子どもと一緒に地域で暮らしたいという願いをお持ちになっていて、そのときも言っていましたが、自分が元気なうちはという但し書きがつくのです。それはどういうことかとい

うと、自分が面倒みられるうちはいいけど、そうでなくなったら入所施設に預けざるを得ないなんだろうね、という本音がくっついてくると思うのです。条件整備が整えば、入所型の施設に預けなくてもいいのだということにもなるわけですね。そういう風な思いを受けとめるためにも、サービスメニューを何とか作り出そうじゃないかということで、平成6年からレスパイトサービスに着手していくようになりました。

レスパイトサービスとは

レスパイトという言葉に当時は抵抗感があったのですが、最近はレスパイトという言葉が当たり前になっているので違和感はないと思いますが、ある意味では家族の介護休息を保障していきましようという考え方のサービスです。当時、始めたときは信楽青年寮と希望世帯との私的契約にもとづくヘルパーの派遣事業、これは職員の派遣事業というのがももとの考えです。当時は職員のボランティアでそういうサービスをしていました。このサービスの基本的な考え方は、1つに、本人の日常生活に沿った対応をして生活の質を大きく変化させない。2つに、家族が家族であるための支援を心がけるように、余暇、地域活動への付き添いをあげています。

1つ目は当時一般的に受けられる在宅の障害をかかえる家庭のサービスメニューは短期入所やショートステイだけでした。では、その短期入所やショートステイの持つ機能とはどんなことかという、家族の負担の軽減ははかれるが、本人の活動が無視されているわけです。本人の都合ではなく家族の都合であずけられてしまうと、本人の地域活動もセットで奪われてしまう現実なわけです。それに対しレスパイトとは、家族の介護保障と同時に、本人の活動の保障ということと同時に満たしてこそ、始めて地域での生活ということに実態を持ってくるのだという考え方です。ですから本人の日常の生活にそった対応をして、生活の質をより良くさせるというのが大きな特徴と言えます。

2つ目は家族が家族であるための支援を心がけるということについてです。例えば、冠婚葬祭に関わるようなこと、家族の一員である障害を持った方を施設にあずけなくても、家族にプラスして介護者が葬儀や結婚式に同行していけば満たせるニーズであるということが、このサービスの考え方のポイントです。

また、地域活動の参加というの、障害を持っている家族のもう一つのハンディとしてあるわけです。例えば、地域の子どもたちも一緒に家族旅行がありました。当時小学校6年生の比較的体の障害が重くて知的障害はない方で、下に2人ご兄弟がいました。お父さんにくっついていけば旅行が出来るよねということで楽しみにしていたのですが、やっぱりお父さんが直前になって仕事でいけないことになりました。その時、お兄ちゃんはお母さんに「僕は一人で留守番できるから、2人の弟、妹を連れてお母さん行っておいでよ」と話をしたと言うのですね。お母さんが悩んで、何とかこの子を連れて行けないだろうか考えた時に、「あ、れがーとがある」と思われたようですね。小学校の中学年ぐらいになってくると体が結構大きくなって、簡単に障害のある子を連れて地域行事に参加できないというお話にも出会うことがあります。地域の子供会とかで潮干狩りとかにいくじゃないですか。例えば、自閉傾向のあるお兄ちゃんは施設にあずけてみんなで出かける。その帰りに、お兄ちゃんを迎えに行行って、みんなで採ってきた貝とかで料理を作る訳じゃないですか。その時に、微妙な空気が流れるのですよと。結局障害を持った子は、その時間を共有してないわけです。他の兄弟もそういうことを薄々感じているから、潮干狩りであんな大きい貝拾ってよかったよねということをなかなか言えない。そういうことが辛かったとお母さんが言っていたわけです。障害のある子がいるということは、地域での活動に関して兄弟にいろんな我慢をさせます。控えめに、

控えめにその活動から何となく身を引いていく現状が、日常的に結構あること、そして家族が家族である支援の部分というのを必要とするのだなと感じています。

平成6年当時は、親御さんたちに「24時間、365日必要なときに必要なサービスを提供します。それも電話一本でいいですよ。」というキャッチフレーズではじめた事業を親御さんたちに説明しても、「うそでしょ?」と受け入れられなかったという現状です。でも、実際には平成6年も24世帯の方々事業に登録して頂いて、250件という派遣実績を上げ、翌年の平成7年には、43世帯、800件という形で利用実績が順調に伸びていくのです。今でも法人の理事をしていただいているあるお母さんが、今までの施策の枠組みの中では、いつか（重症心身で発作も多い）自分の子どもも、施設にあずける時期がくるのだらうなと思っていただけ、当時信楽青年寮がはじめたレスパイトサービスという紹介を受けたときに、もしかしたらこの子は一生地域で暮らしていけるかもしれない。一分の可能性というものをサービスメニューを見たときに感じることができました。そういうサービスメニューが地域の中に受け入れられていくと、あとは早いですよ。親御さんたちの口コミはすごいもので、こういう使い方したら結構便利だったよということでどんどん広がっていきました。

甲賀郡障害者地域生活支援センター「オープンスペースれがーと」の設立

そういう背景を踏まえながら、平成8年に甲賀郡障害者地域生活支援センター「オープンスペースれがーと」を設立するのですが、1つ目に総合的な地域支援を公的に保障していくという考え方に基づいて地域福祉計画を実現していくということ。2つ目は国の制度を県の単独事業として補完するという考え方で、私的契約のレスパイトという一部の在宅メニューを公的に保障することによって、希望する人すべてに所得状況に応じてサービスメニューができる仕組みづくりをしていきたいと思います、ということでシステム作りをしていきました。考え方としては、国の諸制度を利用しながら、補いきれない部分を県の事業として補完していくということですが、当時は、重度の方々にはしかホームヘルプサービスが適用されていませんでしたので、中軽度の方へのホームヘルプの適応であるとか、支援費制度下においても変わりませんが、18歳未満の移動の介護が位置づけられないのです。その部分を県の事業として補うことが必要である。ショートステイは限界のある事業でありますので、夜間のナイトケアという事業を滋賀県の単独事業として作りました。

「利用者の視点にたったサービスの展開のために」ということで、申請の簡略化を挙げています。今回の支援費制度で後退するのですが…。それはさておき、手頃な制度というものを作りまして、平成8年7月から総合的な在宅支援をはじめたわけです。生活支援センター事業というのは平成8年に国が打ち出した障害種別ごとの例えば、知的障害なら地域療育と支援事業ですし、身体障害者なら市町村の生活支援事業、精神障害者の方なら今は生活支援センター事業という相談を軸にした考え方が動いていますが、滋賀県の考え方は少し違っていて、相談だけやっても意味がない。相談、即サービスという結び付けをとりました。生活支援センターという相談とサービスを一元的に供給できる拠点ですよという考え方です。相談支援室の部門は、基本的には相談支援事業ですね。私どものセンターは知的障害者のセンターですので、障害児者の地域療育と支援事業による各種相談事業、知的障害者生活支援事業等です。

例えば重身の方であれば、外出が自由に出来る状況ではないので、ホームヘルプサービスの活動場所は、自宅以外でその方が安定して過ごせる「れがーと」というデイサービスセンターを兼ねている生活支援センターで過ごす場合が多いのですが、そこに訪問看護ステーションの看護師さんを派遣して頂いたりとか、休日・夜間等訪問看護ステーションが機能しない部分は嘱託の看護師さん

と契約してその部分を担ってもらうということも昨年からはじめております。ナイトケアの事業に関しては、ショートステイを補うという考えなので夕方の5時～翌朝の9時まで、夜間急に介護が必要になったときにセンターであずかり介護しますということで宿泊も可能です。送迎はナイトケアの事業にふくまれていないので、どうしても必要な時はホームヘルプサービスを利用して送迎もできます。多くはご不幸事に伴うことですが、成人で体の障害を伴う人が自宅で入浴がしんどくなっているお家もありますので、センターで夕食とそのあとの入浴やテレビをみたりして夜の10時過ぎに帰宅するというナイトケアの利用もありますし、ちっちゃいお子さんで多動傾向がある方がおじいちゃんとかが亡くなったときにお通夜や葬儀の場面だけは「れがーと」のヘルパーが付き添って、それ意外はセンターであずかって学校に通うことをサポートするということをヘルプ事業とナイトケアの組み合わせで実現しています。

3つ目は知的障害者のデイサービス事業で、就労が困難な知的障害者の生きがいがづくりの活動ということで、これは重身であるとか精神障害者の方が通常の作業所の日課であるとか毎日の通所に耐えられない方々への事業です。

4つ目のいきいきサービスというのは、もともとは私的契約をもとにはじめた事業ですので、公的サービスの運用というということではかなり柔軟な対応を市町村から認めて頂いているのですが、でも公的サービスなうえに制限をうけてしまうことがあります。余暇支援で郡外、県外とか。長期休暇のお出かけで一緒につきそって欲しいというときに、公的な財源をもちいてヘルパーを同行させるというのはなかなか行政は「うん」といつてくれないです。ショートステイの時に、地域行事のために何時間だけヘルパーを派遣して外出させたいというサービスの二重重ねというような時にいきいきサービスを使うということですね。

相談とサービス部門の成り立ちを紹介しましたが、「れがーと」のサービスメニューはある一定の方にサービスを提供するのではなくて、センターの機能として24時間365日の派遣とあずかり事業をもつことによって、地域で生活している中で部分的に介護者が手助けを必要としたときに、派遣とあずかりの機能を稼働させることによってその部分の空白を埋めるという制度設計になっているわけですね。ですから、実際にリアリティのない話かもしれませんが、僕自身が施設に行ったり、親御さんの集まりに行って話を聞くと、施設に入れる理由というのが、毎日親御さんがいないということではなく、夕方の何時間かだけ誰もいない状況が出来てしまう。その部分を埋められずに仕方なく施設にあずけているのですよという例が多いわけです。そこが埋められれば施設に入れなくてもすむと言うこともあるのです。以前、入所施設への待機者がいましたが、今はゼロだと思います。生活のなかでの介護上の危機や本人の活動の支援に向き合えるサービスがあれば、たちまち入所させたいというニーズは消えていくのです。本人の行動障害であるとか、一時的な機能では無理な面もありますから、ニーズがなくなるということはありませんが・・・。

このような「れがーと」の事業というのは、滋賀県では平成13年10月に全県下で同じ事業が展開できるようになっています。入所型の施設を委託先にして支援センター事業というものを展開させているのですが、実際には入所型の中に支援センターを持つという考え方ではなく、多くは入所型施設のショートステイの機能を地域メニューとして出していく。それでは補いきれないニーズに対して、対応する拠点として生活支援センターを設置していくという流れで、今7つの福祉圏域の各センターに200人強の利用登録者を抱えていますので1,400人、どのセンターも1万時間以上の介護サービスを提供していますので、7万時間ぐらいの介護サービスをホームヘルプとナイトケアで提供しているということです。基本的にはケアマネージャーはご家族です。特にお母さんが担ってら

っしゃることがほとんどです。財源という課題はあるのですが、必要なときに必要なサービスを使って頂いて、自己負担額を払って頂くという。これが平成15年の支援費とはずれていくということがでてくるのですね。

支援費制度との関係

市町村が援護の主体者になるということとはかまわないのですが、支給量を決定するという対して市町村がどういうスタンスでそこに立ち会うのかということが微妙なところだと思います。市町村も当然の事ながら、市については4分の1財源を持っていたと思うのですが、町村は障害者の援護の財源負担をしなくていい部分があったのですね。そこから、財源の負担ということがちらついてしまうわけですね。支援費の制度の考え方は上限を持ち込まないということですよ。なおかつ支援費は介護に焦点を当てているだけでなく、生き方の支援という概念を含んでいるという考え方なのです。けれども市町村の担当者が、そこまでの概念を含んで支給決定に向き合えるだけの専門性と生活のリアリティを持ちうるのかということですね。

平成7年から障害者サービス調整会議という地域のケアシステム会議をやっていて、市町村の担当者も巻き込んだケアマネジメント的な相談支援の事業を展開しているのですが、市町村の担当者は2～3年で変わってしまいます。業務の引き継ぎはするのですが、思いの引き継ぎはしてくれないですから、担当者の生活観なんかで左右される危険性があると思います。市町村が支給の決定をもっているということも不安感があります。利用契約という言い方をしていますが、それに耐えうる事業所がでてくるのかということですね。契約ということに関して、成人の知的障害の方に対しては当事者契約という概念が持ち込まれるのは、画期的な考え方だと思うのですが、それに裏打ちされる青年後見人に関して、地域福祉権利擁護事業なんかは事業として動いていなくて、通達の中の文言としてしか認められていない。まだ課題が多いかなと思います。地域のリアリティと親御さんの思いがどれだけ反映されるかということなのですね。市町村の担当者が気づけるか気づけないかという点に、支援費の運用がかかってくるかと思っています。

北海道でも多くの事業所が取り組まれていると思いますが、そういう地域生活支援の事業を全国で形作って頂くと思います。

これで私の講演を終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

(2002年11月30日、於：北海道社会福祉総合センター)

インクルーシヴ支援実践論研究

－『動的相対主義教育思想』に基づく分析－

八 卷 正 治

本論文は『動的相対主義教育思想』をもって、わが国の教育界に強靱なる歩みを為してきた、上田薫(1920年～)の実践論理をインクルーシヴ支援実践論の視点より論じたものである。上田理論のポイントは「一人ひとりに即した支援論」にある。それは固有なる一人ひとりに内在する、その人なりのバランスとしての『個的全体性』を奥深くとらえることによって“個に即した支援”をしようとする理論である。それゆえ上田の支援理論には、その人が有する機能的な制約状態の有無によって異なる支援理論や方法論は存在しない。そのことを理論的に位置づけたのが『裏通り教育論』『動的価値多元論』『数個の論理』『破調の美』である。その中でも、とりわけ『数個の論理』および『破調の美』は、インクルーシヴ支援論構築のための重要な論理基底と考えられる。

本論文は、これまで上田理論研究において論究されることのなかった福祉支援論の視座をもって論じたものである。

キーワード：動的価値多元論『数個の論理』『破調の美』

【1】インクルーシヴ支援実践論の基底

教育哲学者である上田薫が主唱してきた『動的相対主義教育思想』（以下、それを「上田理論」と称する）とは、デューイ（Dewey, J. 1859-1952）を代表とする、それまでの経験主義教育理論を、より深化させ、かつ精緻に組み立てあげた上田独自の理論である。〔註1〕

上田理論のエッセンスは『裏通り教育論』に集約される。上田はそれを次のように述べる。

『教育には表通りと裏通りがある。裏通りは優等生の闊歩する表通りと違って、見ばえのせぬごみごみとした平凡な道である。そこは教師の眼のとどこかぬ子、関心の薄い子の住みかである。にらまれている子どもたちがほとと息をひそめる場所でもある。表通りは落ちなく整然としていてたしかにりっぱだが、いわばそれは“客観的法則”の世界、きれいごとの世界だ。そこには影がない。主体的なものがない。底ごもるようないのちの息吹きがない。それに対して裏通りは、表通りのあとしまつをする。表通りで“落ちこぼれ”た人間を拾い取り呼吸させる。そこではみ出た者が堂々と生きているのだ。』〔註2〕

『それはかっこうはよくないかもしれないけれど、人が生まれ、かつ死んでいくなまなましい過程の地はだのにおう論理なのである。……裏通りの人間には、表通りの人間のようなこけおどしはない。自己満足もない。かれは謙虚であるとともに、とほうもなく粘りづよく奥が深いのである。……裏通りの論理は、具体性の論理である。過程のもつ論理である。……裏通りには絶対は住んでいない。しかし自棄もまた裏通りに色もなく輝くようなど

所属 大分大学教育福祉科学部

だえることのない生命の動きを阻止することができない。だからわたくしは、裏通りの論理を動的相対主義と名づけた。』〔註3〕

『裏通りはあとしまつをする道だとわたくしはいう。そこではひとりひとりの人間が、あくまでもその人なりに配慮され世話をされるのである。狭くても見すばらしくても、自分の場所をもって生きていけるのである。だから裏通りに光がないのではない。むしろ表通りよりもくっきりと光と影の交錯があるのである。ただそのきわだった交錯にどこかにじむものがある。なつかしさ、あたたかさがある。それが裏通りの特質である。どの子にもその子らしさを育てねばならぬ。それが裏通りの教育観である。』〔註4〕

さて、これまで広く流布されてきたインテグレーション論議は、ややもするとヒューマニズムに重点を置いた理念論が強調されがちであったと言って良い。ゆえに、そこには「統合が優先されるべき」とのスローガンメッセージが強すぎ、個別性（上田はこれを「個性的全体性」と称している）を有した一人ひとりに即する、といった冷静なる方法論的視点が欠落していることが多かった。つまり、そこにおいては、より深い意味でのインテグレーション次元である「意識の統合」ではなく、確かなる方法論的裏付けを有さない、表面的・形式的な「場の統合」を目指そうとする支援実践論が先行していたと言える。

それに対して、上田理論が提示する『裏通り教育観』は、あくまでも一人ひとりに即し、配慮されつつ組み立てられた支援理論をそこに内包している。すなわち「場の統合」か「意識の統合」か、などといった上滑り的な論議ではなく、そこでは一人ひとりに即した支援環境の設定が追求されるのである。なぜなら、個別性を有した一人ひとりの人間に即することにひたすら徹するのが真のインクルーシヴ支援論だからである。そして上田の『裏通り教育論』は、まさにそこに位置づいている。すなわち、上田の『裏通り教育論』は、それがそのままインクルーシヴ支援論の論理基底としての位置づけを有しているのである。〔註5〕

ところで、上田の支援実践論は、それがそのまま支援者論（支援者の生き方や姿勢）に直結している。なぜなら、それが学習支援であれ、福祉支援であれ、支援という営みが人間対人間で為されているからである。上田は「教師の支配ぐせ」に関して、次のように述べている。

『わたくしはときどき教育の好きな人間は、人を支配することが好きな人間ではないかと思うことがある。教育は子どもに望ましい影響を与えることであって、教師の思うままにひきまわし、いがたにはめこむものではない。しかし教師と子どもとにおけるほど、人間が人間に対して強い支配関係をもつことはやはり稀だと思うのである。なぜ教師はあのようにためらわず子どもをしっかりとつづけることができるのか不快なことを遠慮なく強制することができるのか。』〔註6〕

『わたくしは教育というものはきらいだし、教師であることはいやである。教育とか教師とかが好きな人とははだが合わない。教師というものにはつくづく支配ぐせがあると思う。そういう人種には、濃い影のなかにゆらめくこぼれ陽のようなもの値打ちはわかるまいと思う。もちろん教師は世の中になくってはならぬものである。しかしもし教師が自分のしごとがいやでいやでたまらなくなったら、自分が他の人間に影響を与えることが大きらいになったら、日本じゅうの子どもは、どんなに幸せになるであろう。教師がいやでならぬ人間こそ、教師としてふさわしい資質をそなえているのだと思う。』〔註7〕

こうした教師（つまりは支援者）側の「支配ぐせ」は、例えば利用者（施設内居住者）の生活リズム（食事メニュー、入浴回数、等）の大半が、利用者（すなわち当事者本人）の意思や願いからではなく、職員側の都合上から一方的に決められてしまう、などといった当事者本人の自己決定権を軽視した、わが国の多くの生活型施設内に散見される差別構造と同一構造を有している。

さらに、上田は『よい授業のための手がかり』として、具体的な視点を提示している。その中で「六つの問いかけ」として、以下の項目を提示している「子ども」を「利用者」、「教師」を「支援者」と置き換えるならば、これはまさに、利用者を主体とした支援実践を組み立てる上での視点と共通している。

[六つの問いかけ]

- ①自分のコンディションをととのえることに忠実であるか
- ②子どもが教師の意図に合わせようとしているのが見えるか
- ③タイミングや自分の位置に心をくばるゆとりをもっているか
- ④忘却と思っておしを生きそうとしているか
- ⑤授業の生きた流れとそのリズムに深く配慮しているか
- ⑥不都合と思うことに身を寄せていこうとしているか [註8]

【II】数個の論理

上田は自らの理論を方法論として結実させるための実践論理として『数個の論理』を提示している。ここに上田理論の全てが包括されていると言っても過言ではない。そして、これを実践方略として位置づけたのが『カルテ』と称される実践哲学である。上田はそれを次のようにまとめている。

[註9]

- ①カルテは教師が自分の予測とくいちがったものを発見したとき、すなわち「おやっ」と思ったとき、それを簡潔にするべきである。したがって一時間にひとつでもよい。それでも一日に数個は書ける。一週間やればひとりの子にひとつずつくらいにはなる。それを二か月つづければ、ひとりにつき最低四つ五つはメモできるであろう。あまりデータが多すぎるとは、かえって成功しにくいともいえるのである。
- ②時間中にちょっと書きとめることが肝要である。授業直後に補足してもよいが、それにたよるようだと言つづきしない。子どもたち相互のディスカッションを活用すれば、メモする余裕にはこと欠かぬはずである。
- ③それぞれの子もごとのデータを、二か月に一度くらい、つなぎ合わせて統一のための解釈をおこなう。けれどもその際結論をあせらず、むしろ味わうことがたいせつ。しだいに眼が肥えてきて、やがてレベルの高いメモがつけられるようになる。
- ④つなぎ合わせが生きるためには、つなぎ合わせにくいデータであることが必要である。いわばちがった眼ととらえられたものであることが、たがいに矛盾しあうものであることが大事である。だから同一教科のものだけではおもしろくない。データのあいだの距離が、長い眼で見つづけていると、いつのまにかしぜん埋まっていくところに妙味がある。

⑤だからカルテに決まった形式はない。形は個人個人が使いやすいように考えるべきだし、だんだん変化発展もあるだろう。カルテは教師がイメージーションをぞんぶんに発揮してたのしむ場なのである。したがって、ときどき出してみても理解と感想と期待とを書きつけることが望ましい。

さて、上田理論の卓越性は、支援論を静的関係ではなく、動的関係として位置づけたところにある。すなわち、支援者が自らを「静的」、もしくは「固定的」な位置づけをもって支援対象者にかかわろうとするのではなく、お互いが絶えず『ゆり動く』関係、つまりは支援プロセスにおいて、互いの認識が動き、変化し合う、といった関係にこそ支援の本質がある、とする考えである。そして『カルテ』とは、まさにそうした動的関係を構築するうえでの実践論理なのである。

ところで、この『カルテ』の持つ特質とは何か。それは何よりも『ずれ』ということである。すなわち、支援者は支援対象者をより深く把握せんがために、対象者の状態をより狭く（つまりは静的、もしくは固定的・限定的に）とらえようと試みる。しかし、とらえようと努力するに伴い、自らの相手に対する認識レベルも同時に厚みと深みとが増し加わり、その結果、相手に対する自らの認識にも変化が生じてくることになる。なぜなら、常に相手も動き、また自らも動いているからである。すなわち、常に互いが『ゆり動く』関係構造がそこに存在しているからである。そして、それは援助関係における『共感的理解』の深化した姿と同一構造を有していると考えてもよい。なぜなら、そこにおいて支援者は、利用者が抱える困難性に対して、自らの感情移入を覚えつつ「動的に共感する」からである。それゆえ、支援者は深化のプロセスとしての『ずれ』に注目し続けることが重要であると上田は考える。その認識のずれを生ぜしめる根源とは何か？

それが『数個』と称される論理である『数個の論理』について、上田は次のように述べている。

「論理はふつう「一」を基準として成り立っている「三」とか「四」とか「五」とかは、その集合にすぎぬと考えられている。しかし、それを逆にして「数個」こそ基底になるものであり、「一」はその抽象的契機にとどまると考えることはできないであろうか。生きたものはこのような論理によってはじめてとらえられるのではないか。…しかし、おそらく人びとはさらに批判を加えるにちがいない。論理は真理の探究を役目とするのに、それが数個を基準とするのは不合理ではないか。真理はそもそも一つしかないではないかと。そこなのである。まさに問題はその点にあるのである。真理を一つと考えることにこそ「一」による論理の特徴があった。しかるに数個による論理は、決してそうは考えない。そこでは真理はあくまで動くものとされるからである。…抽象性の論理は「一」を基準とする。これに対して具体性の論理は「数個」を基準とする。人びとは一つのことを認識し、その特徴を説明するとき、ふつう数個の性質をあげる。なるほどそのものに属する性質は無数にあるといってもよいであろう。しかしそのすべてをあげることは説明にならない。かといってまた、ただ一つの性質のみをあげることは危険であり、理解を困難にする。唯一のものをあげて意味があるのは特殊の目的をもって他と対比する場合だけである。それはむしろ数個から抽象された「一」であり「一」の背後には明らかに数個が存在するのである。…もちろん数個はただ羅列された数個であってはならない。しかし、数個とはもともと構造をもつことを本質とするものである。生きた構造的把握こそ数個によるとらえかたなのである。わたくしのとらえかたは、さきにも触れたように、かつて連続的な見かたのみがあって対立をとらえていないと批判された。しかし具体的対立は数個のあいだにのみ成立する。数個の構造をもたない対立は、たんなる抽象的対立であって現実性をもっていない。このことはまた同時に、連続ないし結合も当然数個のなかにおいてのみ成り立つことを意味している。「一」と「一」では、いくら結びつけても具体的につながることはない。数個の構造を媒介にしてはじめて、そのことは可能になる。…必然を仮構の一とし、過程こそ実在だとする立場において数個の世界は偶然を

有意義なものとして位置づけ働かせるプロセスそのものにほかならない。決断が生きるのはそこであり、問題が生れるのもそこである。そして個性と個性とが普遍を求めてぶつかりあい、ますます個性を深めていく場もまたそこ以外にはないのである。真に普遍が働くのは数個の世界においてであるということ、どれだけの人が心の奥深くきざむことができるのであろうか。】〔註10〕

ここで『数個の論理』を具体的に考えてみたい。既に述べたように、支援者はある目標を実現しようとして支援実践に取り組む。そのプロセスにおいて、互いが「ゆり動く」ことによって変化してゆく。その都度互いの認識のずれを見つめ修正しようと試みる。しかしその結果、そこに再び微妙なる「ずれ」が生じることになる。そして互いのずれがぶつかり合い、はじけ合う。つまりはそのエネルギーの源（みなもと）が『数個』なのである。

支援目標は、一人ひとりの支援対象者に即して実現される。つまりは支援者が静的に設定した目標に相手を位置づけるのではなく、一人ひとりの対象者に位置づいたかたちで固有の目標が実現されるのである。「一」なるものを目ざしつつも、ついには「一」なるものの実現は現実的には成立し得ない。そこに働くのが、この『数個の論理』なのである。互いの人間の在り方が異なるゆえに、当然ながら互いの認識の完全なる一致は不可能である。すなわち、同一をめざしつつも、互いの人間存在のあり方が異なるがゆえに、数個どうしは同一たり得ないのである。

さらにこれを（社会）集団に置き換えて考えてみたい。社会の構成員たち（これを地域住民に置き換えても良い）は、一人ひとりがそれぞれに独自のバランスを有した異なる存在である。そうした集団への支援実践の探化にともない、当初の大きな「ずれ」が調整されてゆき、ついにはそこには微妙なる「数個のずれ」のみが残ることとなる。その数個が有機的に作用し、さらなる深化が図られることになる。よって、より良き支援の深化を図る為には、そこに効果的な「ずれ」を有する「数個」の存在が不可欠なのである。つまりは、最初から均質化・等質化されているような（社会）集団構成は効果的ではないのである。さまざまな状態の人々が生活を共有している社会こそが望むべき在り方なのである。まさに、ここにインクルーシヴ社会構築の論理基底が存在するのである。そして、この「数個の論理」によって、初めてインクルーシヴ支援論における論理基底がヒューマニティでのレベルを超えたかたちで位置づけをみることになるのである。事実、こうした視点は、1980年1月30日に国連で採択された『国際障害者年』における以下の動指針によっても明らかである。

「…その（社会の）メンバーのいくらかの人々を締め出すような社会は、貧弱な（不毛な）社会である。機能制約状態を有する人たちは、地域の他の人々のニーズと異なったニーズを有した特別な集団としてみなされるべきではなく、通常の人間としてのさまざまなニーズを充たしてゆくうえでの“特別な困難性を伴った通常の市民”としてみなされるべきである。」（八巻訳）

インクルーシヴ支援の論理基底について、さらに論をすすめたい。問題は均質化・等質化された集団が、果たして真に望ましい集団なのか、ということである。「望ましい」といった論法から導きだされる考え方は、決まって次のような方法論を導くに至る。例えば従来、流布されてきたインテグレーション実践で効果があがったとされるのは「他の人たちと同じような行動が可能となった」といった価値判断によることが多い。しかし、それは適応主義的な支援観である。そこには集団内部が、より均質化・等質化されることが高い効果を招く、といった誤った評価基準が作用している。

これに対して、上田の支援論には「個のために集団を活かす」といった考えがある。集団の中でこそ「個」が活かされる、とする論である。集団とは、あくまでも「個」を活かすものでなくてはならないとする論である。

繰り返すが、集団のために「個」があるのではなく、あくまでも「個」の成長のためにこそ均質化・等質化されない集団、すなわち『数個の論理』が有効に展開し得る集団が存在しなければならないのである。したがって、適応主義的支援観はそれゆえ、いかにしても真のインクルーシヴ支援論の論理基底たり得ないのである。確かに学習支援分野における系統主義的学習観のように、一つの教材を一つの学習系統をもって、どの学習者に対しても一律に教授しようとするならば、ある程度の均質化・等質化された学習集団の形成に有効たり得るであろう。しかし、これは現実性に乏しい。なぜなら学習系統はあくまでも学習者一人ひとりによって、その成り立ち方が異なる性質を有するからである。何よりも、学習系統は『個性的全体性』を有する学習者一人ひとりに即して組み立てられるべき必要があるからである。その際の「個」とは、あくまでも多様な学習者たちを擁する集団の中でこそ真に活かされることになるのである。無目的なる「個」がバラバラに存在したところで、それらは何ら有意義たり得ない。何よりもそこには有意義たりうるどころの「活きた個」が存在しなければならない。そして、そうした学習集団には「数個」がきわめて有効に作用し、それによって微妙なる「ずれ」が生じ、その結果、効果的な学習深化が為されるのである。そして、これこそがインクルーシヴ支援の論理基底なのである。

【Ⅲ】 動的価値多元

周知のように、インクルージョンの基本理念には「さまざまな特性を有する存在が、社会において等価値的存在として位置づけられるべきである」との視座がある。しかし理念論先行に基づく状況下においては、こうした価値観を敷衍するには必ずから限界がある。

学習集団の場でこのことを考えてみたい。1994年に提示された、いわゆる『サラマンカ声明』以降、次第にインクルーシヴ学習支援がその精緻さを増し加えてきた。[註11] しかし理念面のみが強調されたかたちでインクルーシヴ学習支援が実施された結果による、特別な教育的ニーズを有する児童生徒たちが、単なる「お客サンの存在」として学習集団の中に「投げ捨てられてしまう」といった、いわゆる『ダンピング(dumping)』の問題は、今なお数多く生起している。それは何よりも、その学習集団が依然として「価値一元化」をめざしていることによる。つまりは、前述した『数個の論理』がそこに作用していないからである。集団はあくまでも、さまざまな特性を有した「個」の集合体であるのにもかかわらず、人為的に均質・等質化されてしまった集団が個性的な在り方を有する「個」を一元的に規定し、支配してしまっているからである。

言うまでもなく、一人ひとりには『個性的全体性』を有した存在である。上田はそれを『動的価値多元』と称している。上田は次のように述べている。

『個性的全体性というのはその子ごとに空間的・時間的ひろがりがあるということの意味する。子どもに即するというのは、まさにその空間・時間的個性的統一に即することなのである。ある内容について教えることは、同時に他の内容の指導に関連する。やがて深い理解が成立するためには、今はまだあるわからなさを保っていることがたいせつである。そういう複雑な、しかし人間としては当然のありかたを正面において、カリキュラムが構成され、指導が展開されてこそ発展性ある学力、すなわち底力が育成されるのである。生きたものに対するときは、型だけで押しは決して終局の成功はない。型を手がかりとしながらも、それを弾力的に、いやそれどころか、や

わらかく溶かして原型をとどめぬくらいにして用いるのが、生きた問題解決なのである。人間が生きている授業なのである。」 [註12]

したがって、そうした一人ひとりの学習者の個的全体性が十分に活かされてこそ、集団が真に活かされることにもつながるのである。そうしたところに「虚構たる価値一元化」などは存在しない。あるのは「実在たる価値多元化」のみである。そして上田は、それを『動的価値多元』あるいは『動的バランス』と称している。

『生きたものの真実に即してとらえ考えるためには、動的であるとともに柔軟な認識が必要である。これまで教室を支配してきた一元的価値観をもってしては、ついにそのことを成り立たせえないというのがわたくしの結論である。子どもを人間として奥深くとらえるということも、未知数の世界と取り組むということも、価値多元の立場に立ってはじめてなしうることなのである。それはいいかえれば、相対性の尊重ということにほかならない。…ただし価値多元の相対的立場とは、場あたりのなご都合主義をいうのではない。あくまでも正しい考えを追い求めつつ、ついにそれが成り立ちえないことを自覚するという立場である。不成立を自覚しつつ、なおより正しいものを目ざすという立場である。そこには価値一元のような割りきった安定は存在しない。いつもぎりぎりまで安定を求めつつ、至りつくことのない不安定の生きかたである。』 [註13]

『望ましい価値多元的状况とは、一元化を目ざしつつ現実にはたえず多元でしかありえないということ、人びとがたがいに自覚しあっている状況である。なるほど学校としての統一目標を生み出すことはよい。しかしそれはついに子どもごとに異なったかたちでしか実現することはないのである。いやひとりひとりの教師がそれぞれ個性的に把握し、独自の実現のしかたを試みる以外にはないのである。そのことが確認されていれば、正しくはそのことが確認されている場合にのみ、目標の統一は意味をもつ。なぜならその統一は、たえず厳密に統一を目ざすゆえにかならず不統一をひきおこし、そのことによって指導の発展をみちびき出すことができるからである。ありもしない統一を実現しえたと思えば、もはや発展への道はとぎされる。…わたくしは、動的な価値多元こそ望ましいと主張してきた。ではそのときいかなる人間観、教育観が生まれるであろう。そこで期待されるのは、自分の立場の相対性不完全性を自覚しつつ、なおつねに完全を目ざそうとする人間であると、わたくしは思う。そういう人間はかならず挫折する。しかしかれは挫折に屈することなく、挫折にこそ生きがいがあると思えば、そこから淡々と新しいものを生みだしていくのである。そういう粘り強さ、静かな迫力なくして、どうして創造的であることができるであろう。』 [註14]

「価値一元」あるいは「静的バランス」を有する集団は実在しない。真に存在しているのは個的全体性を有した一人ひとりの『動的バランス』としての集団である。一人ひとりが個性的に配慮されている「活かした個」としての集団である。したがって、そこにおいては、これまでしばしば主唱されてきた「健全児集団のなかに障害児を加えるのが望ましい」などといったスローガン・メッセージ的な表現自体が成り立たないのである。差別的なニュアンスを強く内包した人造語である「健全児」「障害児」とは、一体いかなる様相を呈する存在なのか？ 人間は皆、一人ひとりがそれぞれ異なる様相を呈する存在である。[註15] 一人ひとりが、その人なりに個性的に配慮されるならば、それでよいのである。このことに関して、上田は次のように述べている。

『健全児と障害児とを分けるという常識はわかる。しかし健全児とはいったいいかなるものか。かりに定義でき

たとしても、現実にはどの範囲をさすものか。どの人間も不十分不完全とすれば、しよせん相対的な区分を出まい。たとえ眼がまったく見えなくとも、人間として障害を起こしているのではないのである。ある特質だけをとらえて区分しそれを特別視し、他の面を無視してしまうのはおかしいではないか。第一義であるべきなのはつねに人間の全体像である。あしき専門化を前提にして、人間本来の教育が成り立つものかどうか。』 [註16]

【Ⅳ】破調の美

以上、述べてきたように、動的バランスを有した集団は、表面的にはきわめて不揃いの集団の様相を呈する。そして、そうした集団においては支援者側が設定した一つの学習システムを用いた集団式一斉指導の成立が不可能となる。その結果として、集団式一斉指導を実施する際に、集団学習に適應可能な児童生徒のみを同一学習集団内に加える、などといった、きわめて限定的なインクルーシヴ学習論議がそこから生まれてくることにもつながる。そしてこれが系統主義的学習観にその基底を置くインクルーシヴ学習論の限界なのである。

それに対して、経験主義的学習観においては、学習システムは何よりも一人ひとりの学習者によって異なる、との基本論理を有する。学習システムは、あくまでも学習者個々の特性に即して組み立てられるべき、との基本論理を有するのである。そして、そうした学習集団が保有するバランスを「動的バランス」と称するのである。

さて、それではそうした一見、アンバランス的な学習集団が、表面的にいかにも整えられているかのごとき学習集団に比して、はたして本当に脆弱なバランスを有しているのであろうか？ 決してそうではない。上田はそれを『破調の美』と称し、その論理を次のように展開する。これは『数個の論理』同様、きわめて重要なインクルーシヴ支援論構築のための論理基底である。

『破調とはなんであろうか。わたくしがいまそういうことばであらわしたいと思うものは、決して変調ではない。調子のくずれでもない。やはり破調としか言いようのないなにかなのである。そこにあるのはバランスの破壊ではなく、むしろ強烈なバランスに支配された破れであり、不調和なのである。だから、それはあえて表現すれば、アンバランスのバランスとでも言わなければならぬものなのだと思う。…破調の特質は、仮構にすぎぬ正調を基準としないということにあるのである。自由で創造的な個性に富んだバランスが破調を成り立たせるのである。だからそれは生きた動きのなかに生ずるバランスだといってよいであろう。…字あまりの短歌というものがある。それは一見詩としての統一があまく未熟のように見えるものである。しかしどうしても字をあまさなくてはならなかったという激しい流れが、そのしたたかな必然性が、それを味わう人の心に鋭く追ってくれば、そこにあるバランスはあまいどころではないであろう。そこでは一語一句がまさにゆるぎなくすわっているのである。抜きさしする余地がみじんもない微妙で強烈なバランスが、その一首をささえきっているのである。こうなればもはや破定型は定型からはみ出しではない。躍動する統一の上に、したがってむしろ破調の上に、正調定型がのっているというべきなのである。そうなれば正調も定型も、動的で個性をもった存在になることができる。点や線のように、美しくとも無内容なきれいごとの約束は、逆に非現実的であるということが確認されてこそ、はじめて意味をもつことになるのである。なるほど現実には正調というものはある。けれどもそれは破調と異質なものではない。むしろ破調のなかに包まれ含まれているのである。整えるということもまた、ほんとうは個性の息吹きのなかでだけ可能なことなのである。』 [註17]

『破調の美』こそがインクルーシヴ支援論を含めた、インクルーシヴ社会構築のための論理基底として位置づけられるべきである。それは平たく言えば、その人の表面的、つまりは知的・視覚・

聴覚・運動機能等における制約状態がどうであれ、いかにその人が《その人らしく》その固有のバランス（つまりは『個的全体性』）を保持しているかが重要である、ということである。

繰り返すが、インクルーシヴ支援論議は観念論、もしくは感情論的レベルをもってとらえてはならない。何よりそれは確かなる方略を有する支援実践理論として冷静に成り立つのである。特別な支援ニーズを有する人々が（社会）集団内に含まれていると面倒である、とするような支援論は、きわめて限定された支援論に過ぎない。なぜなら、個性的全体性を有する一人ひとりに即した支援システムを以て支援を行うことは可能だからである。〔註18〕そうした配慮がなされた集団は、表面上は実に乱雑であるかのごとくに映る。しかし、それは個がそれぞれの特性をもって有意味たりうるかたちで互いをぶつけ合っていることによって生じている現象なのである。そこでは互いの相違性を認識し、そこに真の価値を見だし、しかも一見バラバラのごとくに見えつつも、きわめて高い集団性を有している。つまりは、これが『破調の美』が有する論理であり、かつ、それがそのままインクルーシヴ社会構築のための基本理念たり得るのである。

【V】支援実践者観

知的・視覚・聴覚・運動機能等の側面において、顕著なる制約状態を有する人々への支援実践分野においては、今なお「こうした困難な実践に携わっているのだから、それだけでも評価されるべきだ…」とする、自らの支援実践の質を不問とするような、一種の甘えに基づく発言を側聞する事が多い。それに対して、上田はすでに20年以上も前から、次のごとき厳しい指摘を行っている。

『障害者のために献身的な努力をつづけている人たち、とくにその教育のために忍耐強く必死にとりくんでいる教師たち。その人たちの姿を見ると、わたくしはいつも深い感動におそわれる。そこでは世間的にみれば明らかに自己犠牲が、そのまま貴重な生きがいになっているのである。とてもわたくしなどにはおよびもつかないことだと、正直ため息をつかずにいられないのである。…自分が粉骨碎身してやらねば、この子たちは救われまいという思いつめた強い気持が、そこにはある。努めても努めても世間からはなんの評価も期待できないのに、障害児がごくわずかに変化するだけでやりがいをおぼえるという純粋で崇高な境地が、そこにはある。…障害児と取り組むのにヒロイズムの力をかりることは、その心情の切なることに強く同情しつつも、ついにうべなうべからざることだと考えるのである。…では、自分だけがこの子を守っている、自分がいなければこの子は生きるすべがない、そう考える自負、誇り、それなくしてあのはてしない自己犠牲にたえることができるであろうか。くり返していうが、それは許されてよいもののように思える。しかし親が、教師が、看護者がそのように感じ考えているとき、そこには明らかに優者と劣者が生まれるのではないであろうか。そして劣者は一方的に優者の同情、憐みを受容せざるをえなくなるのではないであろうか。そのとき優者の自負は、やはり驕りにおちこむとわたくしは考える。たとえ世の中からは名を与えられなくても、みずからがみずからに名を与えることによって、かれは自己を義とするのである。』〔註19〕

『わたくしは、そういう人はたいへんりっぱな先生というべきだと思いますが、たとえば精神薄弱児と取り組んでいるほんとうに献身的な先生におつかって話をしたこともありますけれども、そういう先生のなかにさえもですね、やはり厭然としないものを感じました。たしかに非常に強い使命感をもっておられて、自分がやらなければ、自分が救ってやらなければと意欲を燃やしているわけです。私生活をすべてなげうってそのために尽くしていこうという先生もあるのです。じつにりっぱだと思っんです。りっぱだと思っんですけれども、しかし自分なら救えると思っているということはなんだろうか、自分がやってやらなければだめだと思っていることはなんだ

ろうか、ということを考えてまいりますと、なにかそこで異質的なものがとても申しますか、わたくしにはわからないものが出てくるんですね。かわいそうだからとか、気の毒だからとかいう意識、これは人間として大事なものだとは思いますが、そういうものが基底となってもし教育が行われるとしたならば、やはりそこには人間としてなにかわからないものが残る。わからないというか、すっきりしないと申しますか、位置づけかねるものが残ると思うのですね。』 [註20]

それでは上田自身はそうしたことがらについてどのように考えているのであろうか。次に、上田の考えを列記してみたい。

『障害をもつ不運な人びとに向かうとき、同情や憐みをもって対してはいけなとすれば、どうすればよいのであろうか。それは自分を優者でなくする以外に道はないのだと思う。高い場所から愛を注ぐのではなく、同じ土俵で対等に向きあうほかないのだと思う。…全盲という障害をもっているにかかわらず、視覚以外のどの点についてもわたくしよりはるかにすぐれた人がたくさんいる。精神薄弱児は万事に弱いように錯覚されやすいけれども、ある種の機能は普通人に劣らぬどころか、優等生だった人間などとはくらべようがないほど人間的でありうるのである。親も教師も看護者も、障害児とは同等だ、同じ土俵の上にいる— そういう意識のみが障害をもつ人を人間らしく生かすことであろう。そこでは、よそよそしい同情や憐み、慈善はもうたくさんだ。ことば使い、表現だけをあたりさわりなく改めてもらったって、なんになる。障害者がいったいなにに苦しんでいるかをなまなましくとらえることができる人、そういう人は見てくれのよい献身ぶりなどとは縁がない、裸になって障害者につかれる人間なのである。そういう人は決して障害者をあまやかさない。…障害に対する社会の認識理解はなおきわめて弱い。施策ははなはだしく不十分だ。なによりも人びとに障害者を人間としてとらえ理解する姿勢が、根本的に欠如している。このことはどれほどしつように訴えても強調しても足りることはないのだが、現状ではこの強調が、ただ無責任な上すべりを生んでいる。障害者を特別の人間としか見ない表面的な把握を横行させている。そこに生ずるのは真実のところ、せいぜい敬遠にすぎない。はれもの扱いにすぎない。それでどんな福祉が実現するのであろう。…自分自身を人間としてきびしくつきつめることのできない人が、弱くと思える人びとに手をさしのべる福祉というものを、わたくしは信ずることができない。』 [註21]

『…同情や自己犠牲だけによる解決は、偽りを生み、ひずみをつくる。ともに人間であることの共感、共同の意識のみが、長い激しい戦いにたえさせるのである。障害者は同情のみを求めているのではない。だれもが同じ運命をもちうるといふきびしい自覚から、同一の足場の上で手を組んでたたかってくれることを願っているのである。』 [註22]

『特殊教育の世界が人知れぬ苦難にみちていることはよくわかる。けれどもだからこそ、障害児とともに生きる人たちは閉鎖してはいけなのだと思う。自負しすぎたり、悲壮がったりして、自分をあまやかしてはいけなのだと思う。専門家というものは、たえずきびしく、しかしやわらかく、淡々と事を見つめる人たちだと、わたくしは考えている。』 [註23]

以上、上田のこうした一連の論理は、上田自身が、かつて東京教育大学教授時代に、附属盲学校長としての任にあたった経験に負うところが大きい。したがって、上田は浅薄なヒューマンズムに基づく実践に対しては、そうした次元から導き出されるある種の甘えをいかにしても是認することができないのである。なぜなら、上田理論に基底を置く支援論をもってすれば、支援目標への冷静、

かつ確かなるまなごしをもって実践に取り組むことが可能だからである。

上田の理論が卓越している点は、何よりも理論と実践とを統合的にとらえる視座を有している点にあると言える。そうした点において、まさに上田理論そのものがインクルーシヴ支援理論としても位置づいているのである。

【結 語】

本論文はインクルーシヴ支援理論を構築するうえで、その論理基底となるべき上田薫の『動的相対主義教育思想』について論じたものである。

周知のごとく、世界の潮流はバリアフリーからユニバーサルデザインへ、つまりはノーマライゼーションからインクルージョンへと推移しつつある。それに伴い、わが国でも「身体障害者補助犬法」（2002年5月）や「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律：交通バリアフリー法」（2000年11月）が制定され、さらには現在、わが国では未整備状態である「障害者差別防止法」制定への動きが加速されつつある。あるいは、例えば2002年11月に宮城県福祉事業団によって提示された「船形コロニー」の解体閉鎖への動き等に伴い、今後わが国では、その結果として必然的に生じてくる地域生活支援事業の整備、つまりは『Institutionalization』から『Deinstitutionalization』への整備が急務とされつつある。こうしたベースには、権利擁護の視点に基づく人権意識の高揚があることは論を待たないところである。と同時に、われわれはインクルーシヴ社会構築実現のための実践論理となるべき支援実践論を論究しておくべき必要がある。

上田理論は、これまで学習支援の分野で高い評価を受け、それに基づく実践が各地の教育現場で深められてきた。しかし、その実践理論が福祉支援の分野で論じられることはなかった。その理由のひとつが、福祉支援の分野が理念論（もしくは感情論）先行型の実践であったためである。その点において、上田理論を福祉支援実践論の観点から論じたものとして、本拙論は有意味たる論究と考えられるのである。

「註」

[註1] 上田薫は戦後、文部省において「社会科」の創設に関わる。その後、名古屋大学、東京教育大学、立教大学、各教授を経て、都留文科大学・学長を歴任。現在『社会科の初志をつらぬく会』会長。なお『上田薫著作集・全15巻』黎明書房がある。

[註2] 上田薫『教育と断念』立教大学・教育学科研究年報第20号 1976年

[註3] 上田薫『ずれによる創造』黎明書房 1973年 P.78～83

[註4] 上田薫『考える子ども No.124』社会科の初志をつらぬく会 1979年

[註5] これが結実したのが当時上田が所属していた名古屋大学の研究者たちによる方式相『R・R方式（対主義的関係追求方式）』であった。なお、それに関しては、上田薫『知られざる教育』黎明書房 1958年 P.322～333、および上田薫『絶対からの自由』黎明書房 1979年 P.158～164に述べられている。

[註6] 上田薫『人間のための教育』国土社 1975年 P.180

[註7] 上田薫『層雲』黎明書房 1973年 P.19

[註8] 上田薫『学力と授業』黎明書房 1982年 P.156

[註9] 上田薫『ひとりひとりを生かす授業』明治図書 1978年 P.15～16

- [註10] 上田薫『人間形成の論理』黎明書房 1964年 P.88～91
- [註11] 1994年6月に、スペインのサラマンカに92カ国の政府と、25の国際組織を代表とする参加が集った世界会議。その会議において『特別なニーズ教育における原則、政策、実践に関するサラマンカ声明ならびに行動の枠組み(Salamanca Statement on principles, Policy and Practice in Special Needs Education and a Framework for Action)』が採択された。この『サラマンカ声明』では、インクルージョンの原則である『万人のための教育(Education for All)』、すなわち、すべての児童生徒が有する個別のニーズに対応する学習環境づくりに向けた活動の必要性が提唱された。
- [註12] 上田薫『教師の生き方と授業』明治図書 1982年 P.24
- [註13] 上田薫『教育は立ちなおれるか』国土社 1982年 P.29
- [註14] 上田薫『人間のための教育』国土社 1975年 P.109～113
- [註15] 心身に何らかの『機能的制約状態』を有する人を称して『障害者』と呼称する場合が多い。しかし『障り』があり『害のある者』を示す、この『障害者』といった人造語は、そこからマイナス思考を想起させるところ、きわめて配慮に欠けた表現である。これに対して英語圏では“Differently Abled People” “Specially Talented People” “Challenging People”等の表現が用いられる場合がある。『この子らは世の光なり』樹心社刊 1988年を主唱する伊藤隆二によって『啓知児』といった言葉がさかんに提唱された時期もあった。何れもプラス存在として位置づけようとする意思がそこに働いている。こうした表記上の違いは、機能的制約状態を有する当事者本人を表現する言葉として「その人の本質的側面」を強調するか、「状態(状況)的側面」を強調するか、といったことによって生じる違いである。しかし全ての人間が本質的にはプラス存在である所以を以て、本質的側面を表すべき特別な言葉は不要であり、ただ単に、その人が置かれている状態や状況を表現する言葉を用いれば良いだけである。すなわち、視力や聴覚機能に著しい制約状態を有する人は、ただ単に「視力・聴覚制約者」といった、その人が置かれている『状態』を表せば良いのであって『視覚・聴覚障害者』などとことさらにその本質を表す必要などないのである。
- [註16] 上田薫『考える子ども No.162』社会科の初志をつらぬく会 1986年
- [註17] 上田薫『ずれによる創造』P.70～72
- [註18] このことに関しては、拙論である『インクルーシヴ支援実践論研究—アシスティヴ・テクノロジーによる学習支援について—』(梅花女子大学文学部紀要・第36号2002年12月刊)において、音声入力ソフトを用いた聴覚制約者への私自身の授業実践について論じた。
- [註19] 上田薫『絶対からの自由』P.112～113
- [註20] 上田薫『教育における創造・1』黎明書房 1975年 P.182～183
- [註21] 上田薫『絶対からの自由』P.113～118
- [註22] 上田薫『みずからを変える力』黎明書房 1977年 P.62
- [註23] 上田薫『層雲』P.316

精神障害者のセルフヘルプグループの発展過程に関する研究

－セルフヘルプグループ関連論文の研究を中心に－

三 橋 真 人

はじめに

私たちは生きていく上で様々な困難や危機に直面する。誰かの援助を求める時がある。しかし、専門家から満足のいく援助が得られず、さらに絶望の淵へ陥る経験をさせられることがある。そのような時、共通の困難を持つ人々と出会うことによって、生きる力を取り戻し、問題を解決していきこうという場がある。それが、セルフヘルプグループ（以下、SHG）である。SHGは、疾病や障害など何らかの生き辛さを持ち、同じ立場・同じ悩み・同じ体験を重ねているもの同士がグループをつくって支え合う活動である。

SHGは、専門家に対するオルタナティブ・サービスとして、生まれてきた歴史がある。既存のサービスへの対抗である。SHG運動は、1970年代から様々な分野で盛んになってきた。

社会福祉分野は、利用者が、保護の対象から、サービスを利用する自立した個人という存在に変わってきた。従来の医療・福祉に欠けていたものに対し、オルタナティブな活動としてのSHGは、今後も発展しつづけるであろう。精神保健福祉関連ではSHGが数多く誕生している。今後も、SHGが精神障害者の地域生活の自立支援に大きな役割を果たしていくことは間違いないと思われる。

そこで、本論文は、従来のSHGに関する全体的な研究を整理し、それを踏まえて、精神保健福祉関連のSHG研究を整理する。そして、わが国における精神障害者のSHGが歴史的・思想的にどのように発展してきたかを概観することで、今後のSHGが取り組むべき課題を明らかにしていこうというものである。

1. SHGに関する研究

1) SHGの歴史研究

現在のSHGの始まりは、1935年アメリカでAlcoholics Anonymous（以下、AA）の結成、それに続く、精神障害者のファウンテン・ハウス活動などにあるとされている。特に1950年代後半から1960年代にかけて、SHGが多くつくられた。背景として、市民権運動、公民権運動、草の根運動、反戦、言論の自由、カウンターカルチャーなどの運動があった。SHGの視点は、運動と根底でつながっていた。下から上への志向性であった¹⁾。

また、わが国でも、古くから相互扶助の活動があった。しかし、岡は「環境を変えるだけでなく、抑圧され続けた自己の意識をも変えていく必要性を認めながら、人権に高い価値をおきつつ組織的な運動を展開したのは、大正デモクラシー期に生まれた水平者運動が最初であろう²⁾」と述べている。大正期には視聴覚障害者の運動も始まっている。第2次世界大戦後、大規模療養所で、ハンセン病患者などが自治組織をつくり、患者会活動を始めていった。久保は、「わが国のSHGの視点が、

要求運動、スティグマを負った人たちへの偏見除去のソーシャル・アクションが中心的な課題¹¹⁾であったことが特徴と述べている。欧米では、市民意識の高揚とSHG活動がリンクしているが、日本では、困っている人のみの問題解決手段としてのSHG活動が始まりである。

2) SHGの機能に関する研究

次に、SHGという小集団の中でどのような作用が起こっているのかについて、つまり、SHGの機能についての研究を調べていきたい。

カツは、「グループダイナミクスの著者たちは、彼らの調査研究や理論的議論の中で、SHGを無視しており、SHGの現象を彼らの分析の原則の中に適用しなかった³⁾」ことを指摘し、小集団のプログラムを再検討し、SHGを特徴づけているものを定義する研究を試みて、

1. ピア・グループあるいは第1次集団が同一化をうながす。
2. 活動を通して学ぶ。すなわち経験や活動を通して態度や知識が変容する。
3. メンバーは仲間であるためにコミュニケーションが促進される。
4. 社会化の機会が増える。
5. グループ活動、心を開いた話し合い、問題との直面を通して個人の心理的防衛を打ち破る。
6. メンバー同士による情緒的、社会的サポートがなされる。すなわち機関の職員や専門職から伝統的に受け続けてきた距離と比較して、メンバー間の社会的距離が縮まる。これはグループへの参加における治療の質を高める。
7. メンバーが自分の役割を果たせる範囲内でその人が満足できる地位システムを提供する。地位はグループの目標とニーズ、グループの社会的システムが比較的明らかに定義できる範囲での個人的地位によって定義される。
8. 制度化した環境や専門性内でのクライアント＝実践関係者と比較して、グループの外界の状況を模倣したり接近しやすい。
9. カツは、リースマン (Riessman,F) の「ヘルパー・セラピーの原則」を一連のプロセスの中に取り上げた。これは他者を援助することによって、グループのメンバーが自分自身の個人的な治療の目標に到達するとみなされる (ibid.,p.43-44)³⁾。

上記の通り、SHGの一連の9つあるプロセスを確認した。

リースマン (Riessman,F) は、カツが紹介しているように「『ヘルパー・セラピーの原則』を明らかにし、人は他者を援助することで最も援助を受ける」という理論を紹介した。リースマンは、SHGの中で、ヘルパー・セラピーの原則が有効に機能していることを指摘した⁴⁾。

ボークマン (Borkman,T) は、「SHGが行う援助の特性の中で重要なものの一つは、『体験的知識』に基づくものである」という概念を導入した。メンバー達が、体験的知識を創りあげていくということは、専門家の援助とは異なる重みを持つことが認識された⁵⁾。

岡は、「SHGについて、「脱烙印化」、「脱病理化」、「脱専門化」の3点を取り上げ、専門家の援助のあり方を見直す役割を持っていること」を明らかにした⁶⁾。

また、岡は、「SHGは「わかちあい」、「ひとりだち」、「ときはなち」の3つの基本的要素を持つ」と言っている⁷⁾。(表1)

表1

わかちあい	複数の人が情報や感情や考えなどを平等な関係の中で自発的に交換することであり、しかも互いの人柄が明らかになり情緒的に抑圧されていない形で交換されること。形としては、対面集団の中で話し合うという形でもよいし、文集をつくって回覧するという形でもよい。
ひとりだち	自分自身の問題を自分自身で管理・解決し、しかも社会に参加していくこと。ここには自己管理の側面と社会参加の側面がある。
ときはなち	自分自身の意識のレベルに内面化されてしまっている差別的・抑圧的構造をとりもどすことと、しかも外面的な抑圧構造をつくっている周囲の人々の差別と偏見を改め、資源配分の不均衡や社会制度の不公平性をなくしていくための異議申し立ての行為が含まれる。

(出典 前掲 岡の定義を筆者が簡略化して表にした)

三島は、「SHGの機能についての研究は、さまざまな研究者によって、ある一側面についてはそれぞれなされているが、それらの諸機能を有機的に結びつける作業は手つかずである」⁸⁾と指摘しているように、SHGの機能に関する研究は、個々の側面について論じられているが、まだ課題も残されている。

3) SHGの類型に関する研究

SHGはどのような人たちによって、作りだされているのであろうか。

中田⁹⁾は、それについて、

1. 病気や障害などを持つ人のグループ

a) 難病、慢性の病気の人や、心の病気の人

筋無力症友の会、日本ALS（筋萎縮性側索硬化病）協会、日本オストミー協会（人工肛門）、虹の会（乳癌手術体験者の会）…WHOに取り上げられている病気には殆どSHGがある…内向型人間心談会、EA（Emotions Anonymous—対人関係に困難のある人）、ぼちぼちクラブ（精神障害者の会）、波の会（日本でんかん協会）など

b) 身体障害者の人

障害者の生活と教育を創り出す会、のぞみ会（変形性股関節症）、ろう者の生活と権利を守る会、一粒麦の会（俳句を作る身体障害者の会）など

2. アルコール、薬物、摂食障害、ギャンブルなど依存や嗜癖から回復したい人のグループ

a) AA、断酒会、ダルク（薬物依存）、あゆみの会、OA（摂食障害）など

3. 人生上の役割の変化に伴ってライフスタイルの変更を強いられる人のグループ

a) 震災で子供を亡くした親の集い、コンシャスネス—レイジング・グループ（離婚経験者）など

4. 病気や障害などをもつ人の家族のグループ

a) 口唇口蓋裂児と共に歩む会、心臓病の子供を守る親の会、手をつなぐ親の会（知的障害者）など

5. その他のグループ

a) ゲイコミュニティ、YLPセンチャレズビアンパワー、性的虐待被害者グループ、ツインキッズクラブ（双子・三つ子の母親の会）など

と「SHGの問題別分類」を試みた。この分類はSHGが多様な形態で存在し、ひとまとめに考えることは困難であることを示したといえる。

中田¹⁰⁾は、どこまでをSHGと呼ぶのかについて、

1. その範囲をどのように限定するか。何らかの共通性を持つ当事者によるグループを含むならば、公害や薬害運動からPTAや趣味のサークル活動までをも含むことになるという問題。

2. グループの形態を一見しただけでは、SHGの機能を有しているかを見極めることが難しいこと。機能には、専門家との関係が、依存しているか、自立しているかに大きく影響される。さらにグループ内部に生じるダイナミクスは複雑でメンバーがグループの代表になっても、実際は専門家の言われるままにしたがっている場合もあるので、外観からの判断が困難。

3. グループの規模・組織のあり方が多様である。都道府県、国、世界レベルで連携しているものもあれば、地区だけの小規模のグループなど多様に存在する。会員制を「とる、とらない」、

会長から地区支部といった役員制を「設けている、設けていない」、会合の開き方が「オープン、クローズド」、さらに同じ分類に属するグループでもそれぞれグループの目標を掲げていることがあるなど、極めて多様性があるという問題。

4. グループの創出契機が状況の共通性と自発性だけによるので、グループの創出も崩壊も自由実践される上に、メンバー間に上下関係を築かないように役員等の入れ替りを積極的に実施するので、移動が激しく、実態を把握しがたいという問題。

と述べ、さらにSHGの現状と課題を四つ指摘した。

実際にSHGがどの程度存在するのか、その統計的詳細を調べることは不可能だと言えるのではないだろうか。ただ言えることは、人間の悩みの数だけ、SHGがあるということである。しかし、SHGは、その作られるときの状況や環境はもちろんのこと、構成する人の考え、グループダイナミクスなど多様な相互作用があり、同じものにはならないといえる。グループは不思議な生き物であるという考えが、SHGにもあてはまる可以说える。それが、SHGの整理を困難にしているといえよう。

II. 精神障害者のSHGの研究と整理

1) 精神保健福祉関連におけるSHG研究

堀田、高沢、宇賀は、「SHGとは、スティグマを持った人達が、そのスティグマを除去、解消、軽減することを目的に、基本的に自他で相互援助活動を営む集団である」とし、スティグマを①肉体的欠陥、②性格上の弱さ、③集団に関するものの3つの型に分けた¹¹⁾。そして、彼らは精神障害のスティグマの型は、性格上の弱さに入ると説明し、分類を試みた。

1. 「AA」（「Alcoholics Anonymous：アルコール依存者匿名協会」）タイプ

前述の通り、これは、アメリカで、アルコール依存者を中心に発足した自己援助組織である。AAはミーティング制をとり、飲酒にまつわる経験を語り、自分の内省をも語る。また、これに対する他者の見解も聞くことができる。アルコール依存者にしかわからないようなテーマを話すミーティングである。参加者は、一定の過程をたどり変化していくので、AAではこのプロセスを「12のステップ」と呼び、回復プログラムとしている。この類型の特徴は、参加者がこぼし話や悩み事を語り、それについて互いに忠告しあったり、指導しあったりすることである。わが国では、1963年発足した「全日本断酒会連合会」があるが、「断酒会」は、匿名ではなく、名前や職業をオープンにしている点が特徴である。

2. 「リカバリー協会」タイプ

「リカバリー協会」（RI）は、ロウ（Low, A.）により1937年に設立され、アメリカで発展した。RIの目的は、セルフケアにある。つまり、自分の力で症状をある程度コントロールすることである。精神病者や慢性神経症者が、協会を作っている。目的達成のために、ロウの著書『意志訓練による精神の健康』をミーティングで使用している。この典型の特徴は、セルフ・ヘルス・ケア上の問題を自力で軽減し、解消するために自らの態度を振り返る点にある。わが国では、1965年発足の「生活の発見会」がこの典型に入る。この会は、神経症者が「森田療法」の学習を通し、セルフケアと助け合いを行っている。

3. 「ファウンテン・ハウス」タイプ

ファウンテン・ハウスは1940年、アメリカのロックランド州立病院の外来患者が中心となり、相互援助を目的とし、ソーシャルワーカーを助言者として発足したグループである。発足当初

の名称は「私たちは、ひとりじゃない (We Are Not Alone !)」の頭文字をとり、WANAであった。WANAは障害者の相互援助を目的として、会のPR活動および募金活動を行い、現在のニューヨークにクラブハウス「ファウンテン・ハウス」の拠点を構えた経緯がある。

現在、ファウンテン・ハウスは、世界各地のクラブのセンターとして活動している。センター本部と各支部クラブから成り立っている。クラブハウスの目的はリハビリテーションにある。活動は6つからなる。第1は、各クラブが会員の住まい近くでミーティングを行うこと。第2は、労働を中心としたプログラムを義務としていること。第3は、新聞作成などのPR活動である。第4は、過渡的雇用の活動である。第5は、クラブハウスのランチルームで友人と一緒に格安で利用できるように経済援助活動である。第6は、講演会、パーティー、旅行などの社会的・教育的活動である。

この類型の特徴は、リハビリテーション活動への参加を通じて、スティグマを持つ障害者が互いにそのスティグマを受け入れつつ、現実に生活を営めるように援助し合うことに力点を置いている事である。

4. 「治療的ソーシャルクラブ」タイプ

「治療的ソーシャルクラブ」は、イギリス・ランウエル病院のビエラ (Bierer, J.) が、1938年に活動を始めたもので、今日のデイホスピタルの基礎を作った。この会員は精神病や神経症に悩む入院・外来患者であり、それにスタッフを加え構成した。活動内容はすべてミーティングで決められた。プログラムは、集団精神療法、心理劇、ゲーム、調理、茶話会などであった。これらの活動は精神衛生行政で認められ、1950年代にブームといえるほどにもなった。

「治療的ソーシャルクラブ」の特徴は、スティグマを持つ障害者たちが人に気兼ねすることなく自由に常識より逸脱した行動や病的行動をとり、また他の人たちも許容的にその行動を見ていることにある。

わが国では、川崎市の各区保健所デイケアと関連する患者クラブや、1972年創設の「朋友の会」(やどかりの里) などがある。

5. 「日本の精神障害者家族会」タイプ

1960年に、3箇所の精神病院で家族会が発足し、1964年ライシャワー事件をきっかけにその結成が進んだ。翌年1965年には、「全国精神障害者家族会連合会」がつくられた。家族会の活動は、①精神障害についての学習活動、②経験発表、③会のPR、④会員の懇談、⑤レクリエーション、⑥機関誌・広報誌の発行、⑦相互助言と指導などである。さらに、目標は、精神医療改善と福祉の向上に置いている。

家族会タイプの類型の特徴は二つある。第1はスティグマをもつ家族たちが、スティグマから受けるストレスを社会制度の充実により、軽減していこうとする点と、第2はスティグマについて悩むものの辛さを話したりすることである。

この類型には、1952年「全日本精神薄弱者育成会」(手をつなぐ親の会) 等がある。家族会は日本で作られ、イギリスやアメリカでも結成されている。

6. 「精神障害者がリーダーとなるグループ」タイプ

精神障害者がリーダーとなり、精神障害者の医療、保健、労働、住宅、教育、社会福祉などの制度の充実を目的とするグループである。例えば、当事者が都道府県や市町村の「障害者プラン」策定委員などになることである。ある県では、障害を持つ当事者が、「新・障害者プラン」検討を行うタウンミーティングの実行委員長になっている。この類型の特徴は、精神障害者が

生活を送りやすくできるように、関係者が協力して制度の充実を図ろうとする点である¹⁷⁾。

上記の通り、精神保健福祉分野におけるSHGを6つに分類した。掘田らは、精神障害のスティグマの型は「性格上の弱さ」に入ると説明したが、むしろ、スティグマからくる「孤立感・つらさ」と説明したほうがよいのではないだろうか。SHGの類型を見てみると、「孤立感・つらさ」をどのように支えあうかの視点・アプローチの仕方、様々な分野に展開をしているといえるのではないだろうか。

2) わが国における精神障害者のSHGの歴史と設立背景に関する研究

宮本は、「精神・身体のような様々な疾患に対応したSHGは、大都市を中心としながら全国各地でいわず自然発生的に活動をはじめており¹²⁾」としているが、わが国における精神障害者のSHGの場合、性格が異なるような気がする。

遠山、岩田によれば、「わが国における精神障害者のSHGの起源は1950年代の精神病院の患者自治会に求めることができる^{13) 14)}」としている。田中は、わが国における精神障害者のSHGの発展を、

精神障害者のSHGが、1960年代前半の外来患者の集まり（退院者クラブ）や病院内患者自治会から始まった。それは病院の保護処遇、治療システムとして、専門職管理を基本に開放的処遇、治療共同体の実践として組織化された。1963年島根県中央病院患者クラブ『交友会』の発足、1966年『あけぼの会』（鹿児島県の立病院）、1967年『あすなろ会』の誕生（初声荘病院）など7グループが発足している。1968年『大師ひまわり会』（川崎市大師保健所）、『あゆみ会』（三重・高茶屋病院）、1969年友愛会（川崎精神衛生センター）、『東京あすなろ会』、1970年『灯火会』（大阪光愛病院）、『鈴クラブ』（刈谷市）、『すみれ会』（道立精神衛生センター）あたりから地域での組織化も始まっているが、保健所や当時の精神衛生センターの専門職が主導している。1970年には『やどかりの里』が開設され、1971年『堺町若草会』（群馬）、『道の会』（愛知・犬山病院）、『あひるの会』（川崎市精神衛生相談センター）、『三瓶友の会』（島根県太田市）、『スマイル会』（岡山市）、1972年『朋友の友』（やどかりの里）、『がんばろう会』（大阪・浅香山病院）、『あった会』（国立精神保健研究所）あたりまでは単会グループも専門職の関わりが強い。それもかなり治療目的や保護的色彩が強かった¹⁵⁾。

と整理している。半澤は、田中の研究を受けて、SHGの歴史的な流れを、その思想的な違い、必要性、グループのつくられ方から、

第1の流れは、1950年代の院内患者自治体の活動に始まり、病院を退院した回復者による、あくまで精神病院に入院経験を持つがゆえの苦しみを動機とし、1970年代前後の世界的な「造反有理」や「自己否定の論理」を反映した反精神医学的な思想を持つ運動としての患者会活動である。

第2の流れは、同様の院内患者自治会の活動から始まりながらも、およそ1960年代に始まる精神医療との協調関係を持つ流れである。この中には「あすなろ会」のように、治療共同体もしくは退院者クラブといった医療従事者による援助をうまく活用しながら、入院医療体験者が医療従事者ととともに、望ましい医療のあり方を探ろうとした動きとなって発展した。

第3の流れは、およそ1980年代以降、この20年間の制度政策の動向を背景とした当事者活動が上げられる。地域の保健所デイケアやソーシャルクラブ、小規模作業所、医療デイケアといった通所施設、また、グループホームのような日々の暮らしの場において、専門職の支援のも

とに活動を続け、発展させている流れである¹⁶⁾。

とまとめ三つの流れがあると指摘した。

遠山、岩田、田中、半澤が指摘しているように、わが国における精神障害者のSHGは、精神病院職員の支援による患者会活動に始まり、その後、保健所や小規模作業所等の地域を拠点とした当事者活動が行われた経緯が理解できる。

さらに岩田は、わが国の精神障害者のSHG発展について、「1980年代以降に設立されたグループが7割以上¹⁷⁾」と指摘していることから、保健所デイケアや小規模作業所の活動の広がりとは比例していることが言える。

1987年以前は、「精神衛生法」が適用されていた時代である。精神病患者は社会防衛思想のもと長期的に隔離収容され、通信面会の自由もなかった時代である。当時の精神障害者は社会からの情報も遮断されていた。当然、入院患者のほとんどが施設症になっていたと思われる。パターンリズムの中で、患者は、個人の意思は尊重されず、パワーレスな状態であっただろう。当時、そのような患者のパワーレス状態をエンパワーするために、援助者が働きかける必要性があったと思われる。精神障害者に対する非人道的な処遇に対して、援助者側の日本における精神医療への疑問が患者会設立への働きかけの源泉になったと思われる。さらに、海外での当事者活動や援助の発展、人権思想など情報がすべてあいまって、援助者が既存のシステムを打ち破る試みを試行錯誤した歴史があった。当事者運動が起こるためには、当事者が語れる機会を与えられていなければならない。これらの援助者の働きが、わが国におけるSHGのあり方に影響を与えている。さらに、佐々木は患者会の意義について、

患者会は、SHGといっても、発足時から「自主的に結成され、専門職から独立した活動」を展開したのではなく、治療・社会復帰活動の一環とし、専門職主導によりつくられたのが特徴である。当時、SHGを志向するグループが少なかった理由として、SHGそのものについての情報が少なかったことに加え、医療従事者側の「病識をもてない患者」という受けとめ方や、「物言わぬ患者」を守るということで、保護し、かかえ込んでいたパターンリズムが当事者のセルフヘルプ能力の形成を阻害した可能性がある。このような状況だからこそ、SHGを生み出す基盤作りとして専門職側からの働きかけが大事であり、同じ問題を抱えている当事者を組織化し、制限はあってもグループ運営の主導権をできるだけ当事者に委譲して、対等な関係をつくり、ねばり強く参加を求めた先駆的な試みは評価されるであろう¹⁸⁾。

と述べている。

1970年前後には、地域におけるSHGが勉強会や機関誌を発行し始めた。ボークマンの「体験的知識」や、リースマンの「ヘルパー・セラピー原則」を自分たちのものにし始めた。1975年には、谷中輝雄らのリードもあり、全国精神障害者社会復帰連絡協議会（1983年解散）の主催により、「全国交流会」が行われた。

1980年には、小坂功の「自分たちのことは自分の言葉で、自分の口で語ろう」との呼びかけが浸透し、当事者が隠れて暮らすのではなく、地域社会へメッセージを送ろうという志向性が見え始めた。1980年「藤枝友の会」（静岡）、1981年「ごかい」（愛媛）、1983年「北海道精神障害者回復者団体連合会」などが設立され、同年「全国精神障害者社会復帰活動連絡協議会」が旗揚げされ、「全国交流会」が再出発した。「あすなろ会」は、小規模作業所を当事者たちの手で運営した。「すみれ会」も札幌市内に自分たちの事務所を構えた（1986年に作業所運営を開始）。1984年「宇都宮病院事件」が起こり、わが国の精神障害者に対する人権に関する問題提起が高まりを見せた。1984年

には「べてるの家」（北海道）の活動が始まった。

1990年代には、「コンシューマー」、「プロシューマー」、「サバイバー」などの新しい言葉が紹介された。1991年には「JHC板橋」がセルフヘルプリーダーの養成や支援活動を始めた。1993年、「全国精神障害者団体連合会」（以下、全精連）が結成された。

わが国における精神障害者のSHGは、1950年代、60年代が草創期であり、1970年代に成長を始め、1980年代に入り変革期を迎え、1990年代に大きな飛躍をしたといえる。21世紀に入り、SHGは、さらに大きなうねりを始めている。最初、わが国では専門職のリードで始まったSHGであったが、当事者運動が盛んになり、パートナーシップ関係が形成される方向に向かっている。

3) わが国の精神障害者のSHGの実態調査

我が国において、精神障害者のSHGの実態研究はほとんどない。貴重な調査として、岩田の「精神分裂病者のSHGの設立と運営に関する報告書」¹⁴⁾がある。氏の調査は、我が国における精神分裂病患者のSHGの実態について全国的な量的調査を行い、その実態を詳細にあらわした点で重要であるので紹介したい。（病名、その当時のまま）

岩田は、国内の精神障害者SHGの実態を調べるに当たり、まず「基礎調査」を行い、次に①精神病者のSHGの名簿を作成し、②精神病者のSHGの類型を明らかにし、③SHG同士の利用を図ること、④SHG同士が相互に情報の交換などの交流を図ることを目的とした。それを踏まえ、「精神障害者のSHGのグループに関する実態調査」を行った。

岩田の調査結果は次の通りである。

1. SHGの趨勢：日本の精神保健福祉の領域でも次第にSHGの設立数の増加が認められたこと。特に1980年代以降に設立されたグループが全体の7割を示しており、その多くは誕生して間もないものであった。

2. SHGの目的：欧米において、精神障害者のSHGは既存の精神保健システムに対抗する「オルタナティブ」としての性格と思想性を色濃く持っている場合が多い。つまり、グループがサービスの供給主体として活動したり、地域社会や政府に対して積極的なソーシャル・アクションやアドボカシー活動を展開する傾向が認められる。それに対して、日本の場合は、a)「仲間作り」やb)「楽しいひとときを過ごす」といった、メンバー個人の孤独感解消とパーソナル・ソーシャルサポート・ネットワークの拡充という面が特に重要視されている。これらはいずれも、専門職との関わりからは得られないサポートと効果なので、その意味では、日本の精神障害者のSHGは既存の精神保健システムに対抗したり、機能を代替するのではなく、むしろ相互に役割分担的なスタンスを維持しているといったほうがよい。

3. 専門職との関係：精神障害者を除くSHGの関係者としては、病院職員や保健所、精神保健福祉センターといった行政機関の職員の存在があげられる。これらの関係者は、グループの例会場所の提供に便宜を図ったり、新たなメンバーをグループに紹介する役割を果たすだけでなく、グループの運営の指導に携わったり、グループ運営の根本に関わる事務作業や財政に関与していることもある。日本の精神障害者のSHGの殆どは、専門職の支援によってはじめて誕生と存続が可能となる存在と言い換えができるかもしれない。ここでも、我が国の場合は、SHGは「オルタナティブ」として存在しにくいことになる。（中略）また、「楽しいひとときを過ごす」といった要望は、メンバーの側に強く、そのために専門職としても「オルタナティブ」性をグループに備え付けるよりは、「楽しい居場所」作りを重視せざるを得ず、結果的

にSHGから「オルタナティブ」性を喪失せしめてしまったと考えることもできる。

さらに言えば、日本には、精神障害者が病気を克服して生活していく援助資源が少な過ぎるということである。SHGは、それぞれ独自に自分達の持ち味を生かした活動を展開したいが、社会資源が不足していて活動を展開できないということである。

4. グループ活動の内容：調査対象となったグループの8割が活動拠点として一定の場所を確保しており、それらを活用して平均的に月1回のペースで例会が開催されていた。例会の内容としては、孤独感の解消とメンバーのソーシャルサポート・ネットワークの拡充というグループの主目的に沿って、メンバー同士の親睦を図るものが中心を占めており、ミーティングや総会等の活動よりも重視されている。それに対して、ボランティア活動やソーシャル・アクションなどの活動は、小さな位置を占めるに留まっていた。

また、メンバー同士のインフォーマルな交流においても、一緒に食事をとり、メンバーとお喋りを楽しむといった内容の活動が中心を占めていた。これはグループ自体の目的と一致している。SHGに所属する精神障害者は、自己のソーシャルサポート・ネットワークにおける交流を実現する手段としてSHGを位置づけているようだ¹⁹⁾。

上記の四点にまとめた。

岩田は、わが国の精神障害者のSHGが専門職の枠組みのもとに存在することを明らかにした。さらに、我が国のそれらは、欧米のそれとは大きく性格が異なることを説明した。

以上の調査に平行して、岩田は「SHGのメンバーに対するアンケート調査」を行った。そこでは、SHGのメンバーに対して、①メンバーの参加と利益の概況と、②メンバーの属性と参加目的、利益などとの相互関係の明確化などを明らかにしようとした。その結果、SHGがメンバーに対してどのような機能を示しているかについて、

一緒に楽しい時を過ごせる場所を得られ、帰属感を得られ、病気を受け入れられるようになる。そして、そのような体験に基づいて、それをさらに発展させる自分たちで運営できる気楽に行ける場所を求める。しかしながら、十分な仲間意識に基づく安心感を得られず、何でも話せる仲間を得られず、十分に自分を語れないでいる。それによってモデルを得られず、病気を持ちながら生きていく見通しを得られず、自分自身へのイメージも変革できずにいるようである²⁰⁾。

とまとめている。

岩田の一連の調査は、我が国の精神障害者のSHGについて、その実態や特徴を整理した点に意義があり、その活動が欧米の活動に比べ、オルタナティブ性の低いことを示した。

しかし、岩田の調査には量的調査の限界があろう。精神科ソーシャルワークでは、その人の思いを把握することが大切である。どこまで当事者の心理をつかむことができるか。精神障害者がSHGに参加するということはどのような意味を持つのか、質的な調査の補足が求められるであろう。

4) 現在、わが国における精神障害者のSHGの活動報告に関する研究

わが国の精神障害者のSHG活動におけるメルクマールは、1993年、当事者会の全国組織「全精連」が結成されたことであろう。全精連は「一人ぼっちをなくそう」を合言葉に、活動も10年を超えた。現在、各地のSHGは多彩でユニークな活動を展開している。

北海道の「すみれ会」の活動は古い。現在、2つの作業所を運営している。「すみれ会」は指導員も運営も全部自分たちでやっている。若い人たちに精神障害のことを知ってもらいたいと、大学や専門学校生の実習生をたくさん受け入れている²¹⁾。

福島県精神障害者団体連合会は、当事者自身が動く時が来たと、ピアカウンセリング・交流・学習会を3本の柱に活動をしている。現在は、ピアカウンセリング講師の派遣も行っている²²⁾。

精神保健福祉を考える“にいがた”温もりの会は、「自分たちの声を行政に反映させよう、自分たちにできることは自分たちが主体となって動こう」と結成された。大学等で講義も年数回行っている²³⁾。

日米精神障害者当事者交流プログラム実行委員会は、当事者同士の国際交流を実現させている²⁴⁾。

「NPOこらーむたいとう」は、ピアサポートセンターの設置運営、権利擁護事業、出版などの活動を行っている。他障害や女性や子供のための市民運動の人たちとも連携して、交流や学習をしながら、優生思想や欠格条項の撤廃も求めている。また、障害を持つ人々のための「権利法」制定に向けて運動している²⁵⁾。

八王子ドロップ・アップ・センターは、「住んでいる街」に仲間、支え合う仲良しをつくる」をスローガンに、精神障害者にとって、安らぎ・癒しの場となり、情報提供、年金・生活保護・福祉資源の利用、悩みごとをともに考え、憩いの場の提供をしている²⁶⁾。

30年前は、精神障害者が実名を出して語ることはなかった。専門職の方も当事者が実名で語ったことで差別などがあっては大変だと考えていた。むしろ専門職の方が配慮していた。しかし、近年の当事者活動は昔と変わってきている。当事者が実名を出して様々な活動をしている。当事者たちは、自分たちが主体となり動き始めた。自分たちが主体となる場であるSHG活動を通し、当事者たちはエンパワメントされ、自己実現を目指している。当事者たちが自らサービスを創出し消費している。専門家や地域の社会資源と上手に連携を組んでいる。さらに、精神障害の理解を深めてもらうために、自らが講師となり、市民や学生たちの前で、病気のことや生活のしづらさを講義し、ノーマライゼーションの実現に向けて、社会に働きかけをしている。

III. SHGに影響を与えた思想と今後の課題

1) 自立生活運動

自立生活運動（以下、IL運動）は、エド・ロバーツらによって、1960年代アメリカ、カルフォルニア大学バークレー校等の重度障害学生による教育の機会の保障を求める運動から始まった。

IL運動は、「2時間かけて自分で衣服を着ることができない障害者が自立しているというのではなく、他人の助けを借りて15分で衣服を着ることができ、外出できる障害者の方が自立している」という「依存による積極的自立」も存在することを明示した。ADLの自立よりQOLの自立へとリハビリテーション理念の転換に大きな貢献を果たした。自立生活理念は、自己決定権の行使を抽象的概念にとどめるのではなく、「ケアのあり方を障害者が自ら管理できることが自立形成の条件である」と具体化させていった。この理念は、一方的な専門家主導のヒューマンサービスの意思決定や運営の弊害を指摘し、その過程への障害者の参加行為を自立と捉えるとして発展した。このような理念がSHGに影響を与えた。同時に、IL運動も、セルフヘルプ運動を展開した。さらに、IL運動がSHGに与えた影響として「被援助者役割を捨て、消費者運動の影響もあって、医療や福祉の消費者、利用者の立場からコンシューマー・コントロールの確立を目指し、専門職との新たな関係の形成を考えたこと」と、「同じ悩みを持つ人同士によるピアカウンセリングの実践を重視したこと」をあげられるだろう。障害者の自立に関連する事柄は自身体験をもつ障害者自身が援助者となり、同じ自立を求める障害者の自立生活形成に関わる悩みに対して、相談、助言、生活指導を行うことを実践した。現在、SHGは「プロシューマー、つまり、自らがサービスの作り手であり、

消費者である」ことを述べているし、その事業活動の中にピアカウンセリングを取り入れいているグループは多い。

2) エンパワメント

障害者福祉に関するすべての思想の基盤として、「基本的人権」があり、同様な位置づけでノーマライゼーション思想がある。リハビリテーション思想は、サービス提供者側の視点から障害者のQOLにスポットを当てる思想である。IL運動は障害者がサービスの消費者としてQOLを位置づけるものである。エンパワメント理論が本来強調したものは、これまで差別され、抑圧されてきたマイノリティーの集団が力（パワー）をつけることによって、権利獲得、権利主張の主体者となり社会改良を目指すものであった。アメリカの公民権運動はエンパワメントの思想に裏付けられたものである。権利擁護思想とエンパワメントは、利用者の問題解決及び社会資源の利用における、利用者の無力さとその克服に焦点をあてている点で共通しているが、行為の主体が異なっている。権利擁護における行為主体は、代弁者機能を持つソーシャルワーカーであったりする。エンパワメントの行為主体は、自分自身で自らの権利を守り獲得していく利用者自身である。

エンパワメントは、人が自分の人生の中心となり、その人の目的や意味に生き生きと取り組むことができるような状態や過程とってよいだろう。個人の意識や行動のレベル、周囲の環境のレベルに取り組まれるべき課題である。SHG運動は、エンパワメントを目指し、可能にするものとして注目されている。辛さを語り合うこと、それを共感してもらうことによって、新たな自己イメージをつくること、そして、自分の人生の目的を定め、人生や生活を自分でコントロールしていく力をつけることは、エンパワメントの過程であろう。また、社会的に差別を受けている状況や、不十分な施策を改善するため、環境への働きかけも含むグループ全体のエンパワメントである。

3) 今後の課題

文献研究をもとにSHGを多面的な視点から整理し、わが国における精神障害者のSHGの展開と特徴をレビューしてみた。

20世紀初頭には、二つの精神衛生運動の誕生があった。一つは、1902年に、呉秀三が組織した精神病患者慈善救済会であり、後の日本精神衛生協会である。もう一つは、自分自身の精神病院体験から精神医療の改革を訴えたピアーズにアドルフ・マイヤーが協力して、アメリカ精神衛生協会が1909年に発足したことである。わが国の精神衛生運動が、医師や篤志家による慈善事業として発足したのに対して、アメリカでは、当事者の抗議行動、社会改良運動として始まったことが対照的といえる。いずれにしろ、その当時の精神医療が改革を必要としている状況にあったことを背景にして精神衛生運動が始まったことに変わりはない。それを医療スタッフが行うか、ユーザーである当事者たちが主体的にやるかである。そして、それは、後のSHG活動に繋がることになったのである。

わが国のSHG活動は、医療スタッフが病院内患者会を始め、当事者たちに対し治療的視点から始まった。その後、わが国のSHG活動には、1970年代からの「やどかりの里」の活動を皮切りに、1980年代、全国に広がった小規模作業所運動が大きく影響しているのではないだろうか。小規模作業所運動がユーザーの権利擁護に果たした役割は大きい。その運動は、当事者を受容し、彼らの潜在的力、可能性を取り戻すインキュベーターとなったと思われる。そこで、エンパワメント思想と結びついていったと考えられる。当事者が運営する小規模作業所も増えてきている。わが国の精神障害者の当事者活動も、セルフアドボカシーの段階に入ったといえよう。この段階のSHG活動には、

どのような課題が考えられるのだろうか。まとめとして、筆者の考察をいくつか述べたい。

はじめに、主体の問題がある。これまで精神障害者の意思は親や医療スタッフが代弁してきた歴史がある。その功罪が問われ始めたときに、そこから脱却しようという動きがある。それが、セルフアドボカシーの段階である。こうした精神障害者たちのセルフアドボカシー活動が直面する課題は、差別や偏見の長い歴史の中で、沈黙を強いられてきた当事者たちが、「自立した権利の主体」となれるかどうかという命題である。

二つめに、SHGは、現代社会の中で、障害など慢性的な状態、マイノリティーに対する新たな社会的価値の創出、社会を変えていく際に、様々な人との共生のあり方を実行し、検証していく中心になることが期待されているということである。

三つめは、活動理念の問題である。各グループが、①自己を否定された経験、誰にも話せなかった苦しみや悲しみを語り、セルフエスティームを回復する過程の支えあいの活動と、②治療法や福祉制度の使い方などの、経験に基づいた「生きた情報」の交換の仕方と、③社会への働きかけといった3つの事柄を活動にどう取りいれて行くかということである。

最後に、SHG活動の社会的意義は、各現場で認識されているが、その割には、その活動支援は立ち遅れている点が課題である。グループが自立するということは、会場費、ニューズレター作成などをはじめとし活動費をやりくりすることであり、活動報告を社会に届けることを含む社会参加のプロセスである。SHGが、周囲の力を借りて、自分達の望む方向へ徐々に社会を変えていくことを、手伝い支援することが専門職の役割である。SHGの時代的変遷と共に、自らの立場を助言者や相談者に転じ、当事者主体を実行することが、専門家に求められている。

注

- 1) 久保紘章「セルフヘルプグループとは何か」『セルフヘルプグループの理論と展開』中央法規 p.4 1998
- 2) 岡知史「当事者組織・セルフヘルプグループ」『地域福祉辞典』p.127 1999
- 3) A.H.Katz “Self-Hlp in America” : A Social Movement Perspective, Twayne Publishers 1993 (久保紘章監訳『セルフヘルプグループ』岩崎学術出版p.43 ; pp.43-44 1997)
- 4) Riessman,F “The “Helper” Therapy Principal” Social Work,10, pp.1-25 1965
- 5) Borkman,T “Experiential knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Group ” ,Social Service Review, 50, pp.445-456 1976
- 6) 岡知史「セルフヘルプグループ (SHG) の機能について—その社会的機能と治療的機能の相互関係—」『大阪市立大学社会福祉研究会研究紀要4』 pp.73-93 1985
- 7) 岡知史「セルフヘルプグループの援助特性について」『上智大学社会福祉研究』平成5年度年報pp.7-19 1994
- 8) 三島一郎「セルフヘルプグループの機能と役割」『セルフヘルプグループの理論と展開』中央法規p.39 1998
- 9) 中田智恵海「セルフヘルプグループ」『社会福祉学のみかた』朝日新聞社p.53 1997
- 10) 中田智恵海「セルフヘルプグループの役割」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』第18巻、通巻199 pp.44-47 1998
- 11) 堀田和一・高沢和彦・宇賀勇夫「セルフヘルプグループ」 山口隆・増野肇・中川賢幸編『集

- 団療法』星和書店 pp.285-302 1987
- 12) 宮本真巳「セルフヘルプグループの理論的背景とケアシステムへの位置づけに関する研究」平成元年度～平成3年度科学研究費補助金（一般研究（B）研究成果報告書） p.5 1993
 - 13) 遠山照彦「目でみる精神医療史～第10回精神障害者患者会の歴史」精神保健ジャーナルゆうゆう16号 pp.66-71 1992
 - 14) 岩田泰夫「セルフヘルプグループの実態に関する調査研究」『精神分裂病者のセルフヘルプグループの設立と運営に関する調査研究報告』平成6～平成9年文部科学研究補助金研究成果報告書 1998
 - 15) 田中英樹『精神障害者の地域生活支援』中央法規 pp.152-153 2001
 - 16) 半澤節子『精神障害者のセルフヘルプグループと専門職の支援』やどかり出版 p.117 2002
 - 17) 岩田泰夫 前掲書 p.61 1998
 - 18) 佐々木敏明「精神保健福祉士の対象」『改訂・精神保健福祉論』4 へるす出版 pp.149-150 2002
 - 19) 岩田泰夫 前掲書 pp.61-64 1998
 - 20) 岩田泰夫 前掲書 pp.89-92 1998
 - 21) 全国精神障害者家族会連合会編『REVIEW』9 全国精神障害者家族会連合会 pp.6-7
 - 22) 前掲書 pp.8-9
 - 23) 前掲書 pp.10-11
 - 24) 前掲書 pp.12-13
 - 25) 前掲書 pp.14-15
 - 26) 前掲書 pp.16-17

福祉サービス提供の効率性と市場原理の導入

－福祉サービス市場化の本来の意義－

小早川 俊 哉

1 はじめに

福祉サービスにおいては、インフォーマル・セクター（家族、親族、近隣住民など）で賄わざるを得なかった、或いは潜在的であった福祉needs（必要あるいは必要なもの）が、所得水準の上昇や高齢化の進展など、社会環境の変化によりdemand（要求）として社会に表面化するようになった。その結果、国民の福祉へのニーズは高度化・多様化し、制度面でも「限られた人のためのサービス」から「全ての国民に対するサービス」へと大きく変化すると同時に、福祉サービス提供サイドにも、より高度で多様なニーズに対応することが求められるようになった。また、法的にも社会福祉事業法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法及び児童福祉法が広範多岐にわたって改正され（社会福祉基礎構造改革）、介護保険制度の導入もあり、福祉サービスの提供システムは「措置制度」から「契約制度」へと転換し、利用者が自己決定の下にサービス利用・選択をするとともに、利用する側の尊厳を重視する利用者本位の制度構築へと舵を切り始めた。この制度転換は、サービス利用者と提供者の対等な関係を構築し、福祉サービスの利用システムを一般的社会ルールに適合させる福祉改革（福祉分野での構造改革）と捉えることが出来る。そして、福祉分野においても資源の希少性からある程度の効率性を追求せざるを得ない現状を考慮すると、福祉改革における市場原理の導入は1つの選択肢となり得る。

以下本稿において、福祉改革（一般的には社会保障改革と呼ばれている）における市場原理の導入から、市場が内包する破壊的作用や政府の責任放棄、さらには福祉サービスの営利化及び質の低下など、福祉の市場化を危惧される方の問題意識を踏まえつつ、福祉改革における市場原理の導入意義を理解するために、福祉改革が基本的に意図する方向性をマクロ政策的視点から考察していきたい。

2 日本社会の構造改革と福祉改革

日本経済が持続的に成長していた時代、税収をどこにいくら配分するかという財政政策が国の形と方向性を決定していた。しかし、現代の成熟した経済社会においては、税や社会保険料など国民負担のあり方が国の基本構造を左右することになり、その限りある財源の使途に自ずと効率性・有効性が求められるようになってきた。

現在進行中の福祉改革は、日本社会の構造改革の一環と位置付けることが可能である。それは、

福祉の経済効果を前提にすると、福祉の効率化が日本の経済社会の効率化、言い換えるならば、経済社会の構造改革に必要な不可欠なものだからである。例えば、育児・介護休業法の改正案（2004）ではパート労働者も新たな適応対象となり、今回の改正では見送られることになったが、年金制度におけるパート労働者への加入拡大などは、経済社会に大きな変革をもたらすと思われる。

“21世紀への日本経済再建のシナリオ”の中で、「日本経済の高コスト構造の原因は、運輸、通信、金融、エネルギー、流通等の非製造業だけではない。医療、福祉、教育、生活・文化等の分野における公共サービスについて、公的主体が提供する場合にはコスト意識が低く、効率化のインセンティブが働きにくいものが少なくない。（概略）」と指摘されるように⁽¹⁾、これらの分野では過剰な規制が高コスト体質をもたらすと同時に、新たな事業体の参入・展開を阻んで来た。そのため、1995年に行政改革委員会の下に規制緩和小委員会（その後2回の名称変更）が設置され、民間有識者の主導で電力、通信、運輸などの分野で規制改革が実施されたことにより、消費者がその利便性を享受する今日の状態に至っている。数年遅れて、医療、福祉、教育など社会的規制の強い分野においても改革が施行されるが、安全性や公平性の観点から反論・反発も強く改革のスピードは緩やかと言わざるを得ない。2004年度からは、行政の関与が強い分野での自由化推進や官業の民間企業への開放など、規制改革を目的に閣僚の推進本部と民間人による推進会議の二本立てで検討が進められることになっている。特に医療や福祉分野では、サービス提供のコスト削減や質の向上のほか、ある程度自由化を進めれば新たな参入と投資を通じた経済の活性化に多大な効果を及ぼすと期待される。例えば、福祉施設や公民館など、以前は自治体の出資団体などにしか管理委託できなかったものが、2003年9月に地方自治法が改正され、民間企業やNPOも幅広く担えるようになり、施設の利用権限も与えられ利用料の設定も一定の範囲で自由に決められるようになった。この様な法改正は、サービスの質の向上ばかりでなく、地域経済の活性化にも役立つと思われる。上述からも理解できるように、福祉改革においても、規制緩和による市場原理の導入と競争の強化を手段に、効率的なサービス提供が期待できる。例えば、保育所運営にかかるコストの官民比較を行うことにより、公立保育所の割高な実態が明らかとなり、その根本原因を措置制度に求めたことから契約制度への変革にたどり着いたと考えられる。地方自治経営学会の調査によれば、保育所、学校給食、可燃ごみ収集など多くの分野で民間のコストが公営の半分であったと報告されている⁽²⁾。

推進される日本社会の構造改革と並行して、今後の福祉改革に求められるものは、政府が全ての権限を有し、サービスを直接提供する立場から、利用者が安心して利用することができるように、限られた資源を効率的・効果的に配分する仕組み作りと、そのルールに関する監督責任を持つ立場へ転換していくことである。

3 市場経済と政府の役割

市場とは、貨幣を媒介とした財・サービスの売買関係の総体と捉えることが一般的であり、基本的には財・サービスの価格に対する売り手・買い手の自由意志で行う売買行為から成り立っている⁽³⁾。従って、市場は自由な価格競争と自由な供給者・需要者参入、自由な事業内容を前提とすることから、売り手同士、買い手同士、さらには売り手と買い手の間でも競争関係が生まれる。これらの競争を通して、市場は財・サービスを効率的に配分する機能を有する。また、異なる角度から見ると、自由意志での売買行為である以上、その責任は売買の当事者に帰することになる。しかしながら、今

日の市場経済とは全てを市場メカニズムの下に置くものではない。現代の市場経済は、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創りあげるものである。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⁽⁴⁾。

市場経済は、経済学の以下①から④の基本問題のうち①から③に対する答えを与え、それらの答えが経済の効率性を保障することになる。

① 何が生産されるのか。

どのような財・サービスが生産されるかは、その財・サービスの価格水準に依存している一方、それらの価格は企業の生産や消費者の需要に依存している。

高価なものか安価なものか、消費財か資本財か、食材か衣類かなど。

② どのように生産されるのか。

誰が、どの資源を使い、どのような技術的方法で生産するのか。

例えば、生産規模を手工業的にするのか、大量生産にするのか。発電の場合であれば、火力（石油か石炭）、水力、原子力、太陽熱、地熱、風力などが考えられる。

③ これらの決定はどのようになされるのか。

市場経済では、生産者と消費者が自らの効用を最大化するように決定を行う一方、計画経済においては、政府が経済活動のあらゆる決定を行い、官僚機構を通してその決定を実行する。

④ 誰のために生産されるのか。

誰が提供される財・サービスの恩恵を受けるのか、という分配の問題である。

市場経済は、④の問題にも回答を出しはするが、必ずしも全ての人に容認されるとは限らない。なぜならば、市場は最も多くのお金を支払える人に財・サービスを分配し、その支払能力は所得に依存しているからである。

市場原理は、競争を通して「機会均等の原則」を満たすのみならず、「効率的な資源配分」や「創意工夫などへのインセンティブ（誘引）」を導き出す力を有するメカニズムの根幹である。しかしながら、競争のみでは、所得分配の公平性や一定の条件下での資源配分の効率性も確保し難いという意味で、「市場の失敗」が発生する。従って、これらの市場の失敗を是正し、公平な所得分配と効率的な資源配分を実現する役割が、政府に期待される所以である。

市場経済を社会メカニズムの1つとして捉える際、政府と市場の適切なバランス問題と同様に、多くの経済学者の主張する公平性の問題(equity concerns)といわれる平等と効率、言い換えるならば、国民の安心と経済の活力の適切なバランス問題が、現代社会における中心課題の1つとなり得る。

4 市場の失敗と福祉国家の限界

先にも述べたように、「市場の失敗」が顕著な場合、すなわち独占及び協調的寡占が成立する場合、消費者（利用者）サイドの情報不足や判断能力不足が大きい場合、将来の不確実性が大きい場合、外部効果が大きい場合など、市場経済のもとで私的主体の活動に全てを委ねる方法は、人々のニー

ズを十分に満たすことが出来ないばかりか、資源配分の最適化を図ることも不可能となる。そのため政府には、市場を補完し市場の失敗を是正する役割が期待されるが、競争による市場規律（淘汰など）や効率化へのインセンティブが働き難く、国民によるコントロールが有効に機能しないなど「政府の失敗」が指摘される。

現代の先進諸国は、国民一般の福祉の向上を目的として、私企業の自由放任に100%任せることなく、様々な形で政府が市場の失敗を補い是正するという、福祉国家あるいは準福祉国家の形態を取っていると考えられる。しかし、政府の資源調達能力、特に財源に関しての量的限界が顕著になってきたため、その限界を政府以外の諸主体で補う方策が施行されるとともに、福祉サービスの量的な不足、例えば、特別養護老人ホーム等での入所待ち、保育所の待機児童など、サービスの必要量と供給量のミスマッチも大きな問題となっている。さらには、政府が国民の多様化するニーズやそのスピードに対応できないという、画一性・硬直性の問題のみならず、これまで国家の権力的行為や強制の要素が強かった福祉に対して、利用者の権利性が叫ばれるようになった。

5 福祉サービス提供主体の多元化

戦後の福祉行政においては、希少資源の集中投資を少なからず意図したと思われる措置制度の下、政府自ら、或いは政府の委託による社会福祉法人から福祉サービスが提供されてきた。しかし、その後の社会の成熟化に伴い、福祉ニーズは多様化・高度化し、近年の利用者本位の制度改革（契約制度の導入など）を受け、提供サイドも多様な福祉ニーズに対応する必要性から、政府、社会福祉法人を始め、民間営利企業（市場ベース）、NPOやボランティアなど、多様な提供主体による福祉の多元化が図られるようになった。

サービスの特性から考察すると、一般的サービスは購入する際、「受益と負担」の関係から明確な消費者主権が存在しているが、福祉サービスの場合には利用者サイドに全ての選択権があるとは言いがたい。なぜならば、福祉サービスのneeds（必要）とdemand（要求）は必ずしも一致せず、福祉専門職が必要と判断する場合、利用者の要求がなくともサービスを提供しなければならない場面も存在し得るからである。従って、真の「福祉ニーズ」を把握し判断する、福祉の専門性がサービス提供主体には求められる。また、特に個別のサービス提供の場合には、利用者のプライバシーにまで踏み込まざるを得ないことをも考慮しなければならない。福祉サービスの特性や提供システムに違い（現時点においても措置制度に基づくものもある）はあるものの、提供主体に共通して求められるものは、定められたサービス価格の下で、如何に継続的に質の高いサービスを提供するかである。

福祉多元主義の考え方は、福祉サービス提供システムが以下のセクターから構成されることを前提としている⁽⁵⁾。

- ①インフォーマル・セクター（家族、親族、隣人、友人などによる日常的援助）
- ②市場セクター（株式会社、有限会社等の営利企業によるサービス提供）
- ③ボランティア・セクター（NPO、市民グループ、社会福祉法人⁽⁶⁾等によるサービス提供）
- ④公共セクター（政府、準政府的機関によるサービス提供）

インフォーマル・セクター（家族、親族、隣人、友人など）の提供するサービスは、時代に関係なく日常的援助であり、その親密性や情緒性の要素が強いことから、他のセクターが提供するサービスとは異なった特徴を有すると考えられる。近代になり、産業構造の変化や家族構成の変化に伴い、

公共セクターの役割が大きくなったことは歴史的にも明らかであろう。そして、福祉国家的体制の再編が進む今日においては、ボランティア・セクター、特に市民参加型のサービス提供主体の役割を重視し、官僚型サービス提供主体の硬直性や画一性、非即応性などによる弊害の克服を目指すとともに、市場セクターの参入を促進して、市場メカニズムによる資源配分の効率化や利用者（消費者）主権を目指す、福祉の多元化が図られるようになった。

昨今の福祉に対する潜在的需要の表面化とともに、公共セクターの財政難から、市場の役割への期待が高まって来たことは事実であるが、市場ベースでのサービス提供であっても、それが公共セクターの供給を補完する意図だけならば、市場を通したサービス提供の自由度は低いものとなり、単に隙間を埋める効果しか期待出来ない。またその際、社会的効果・効用を高めるために必要な公私関係は、社会的統制の色彩が強まり、この考え方を進めた場合、官民が従属関係に陥ったり、支給方式の画一的な統制という規格化が生まれる恐れがある。このような不安を払拭するためにも、公共セクターには、公的責任においてナショナル・ミニマムの水準を保障することは勿論であるが、福祉の場合には他の市場のような調整機能が働きにくいので、他のセクターが活躍できる条件整備を行うとともに、各サービス提供主体間の調整を図るなど、多元化する福祉をマネジメントする役割が切望される。

我が国で進展する福祉の多元化は、サービス提供主体を幅広く増やすことから、選択・競争という市場原理を上手く取り入れることにより、資源配分の効率化や利用者（消費者）主権の実現を図るものと理解することができる。そのためにも上述した各セクターが、競争しながらもその特色を活かしつつ、連携・協力してサービス提供の役割を担っていくことが望まれる。

6 効率性（efficiency）の意味するもの

効率とは、より少ないコスト（金銭だけではなく、時間なども含めて）によってより大きな効果をもたらすことを意味することから、効率性は社会全体の集合的利益に関わる概念として理解される⁽⁷⁾。福祉の充実を主目的とする福祉政策においても、効率性は政策立案・決定にとって重要な要素の一つと考えられる。福祉サービスの提供においては、効率という要素と他の要素、例えば平等とのトレードオフ比率が問題となり、その比率は実行可能性との関係においてその都度変わるものである。従って、現在進展する福祉改革は、市場原理の導入による効率の比率を社会的に高め、より少ないコストによって社会全体の福祉ニーズをよりよく充足させることを意図している。尚、本稿においては理論説明には言及しないが、政策的に効率性を考察する場合、パレート効率性、カルドア=ヒックス基準、消費者余剰、費用・便益分析などが用いられる⁽⁸⁾。

福祉サービスが公共財もしくは準公共財であるとしたら、資源配分の最適化の考え方から、この消費を全て利用者の選択に委ねてよいということにはならない。にもかかわらず、選択の自由が、個人主義的観点からというよりも、サービス効果の観点から今日議論されるのは、限度を超えた社会統制としての支給方式は、最も非効率なお仕着せの強制と考えられるからである。

直接的な市場原理の導入以外にも、例えば、職場におけるインセンティブ・システムの導入、相対的に福祉ニーズの高い人にサービスを優先的に提供しようというターゲティングの概念、医療・保健・福祉サービスの連携と総合化、施設間及びサービス間における総合化、予防・治療・リハビリテーションの効果的な組み合わせ、福祉サービス提供セクター間の連携と協力、国・都道府県・市町村・近隣コミュニティーの適切な役割分担と協力などを促進することも、希少な資源と限られた

コストで最大限の福祉ニーズを充足させることを目指している。

7 効率的な福祉サービス提供と市場化の関係

福祉分野で本来の市場が機能するためには、以下の3点が満たされる必要がある。

- ① 福祉サービスの提供システムにおいて、競争原理が働いている。
- ② サービス提供主体が効率性を達成し、利用者ニーズに対応するインセンティブ効果を有する。
- ③ 利用者あるいは、購入者（直接的に公共セクターの場合）によるサービス提供主体のモニタリングが可能である。

現在のところ、①に対しては、社会福祉法において事業名が列挙されるとともに、その事業ごとに経営主体が制限され、福祉サービス提供においても行政に対する施設設置の届出及び許可、事業開始の届出及び許可などが必要となり、法的規制による民間参入への制約が存在している。②に対しては、非効率・不採算であっても、福祉サービス分野からの退出や撤退、閉鎖はほとんど見られず、効率化による利潤の最大化、すなわち余剰分の予算や利益を内部留保して、利用者へのサービス改善の目的で再投資するインセンティブは機能しがたい。さらに③においては、サービスのコストや質などに関わる情報が統一的に開示されておらず、サービス提供主体間の比較が容易に出来ない状況である。

一般的な財・サービスは、需要と供給の下にその内容や価格が決定される自由市場であるが、現在進行する福祉の市場化は、サービス価格が「公定価格」であったり、サービス利用に関して「利用限度」が設けられるなど、自由市場のように価格決定メカニズムが働かない、所謂「擬似市場（Quasi Market）」と言うべきものである。

イギリス等で研究が進み、先駆ける研究者の一人ルグラン(J.Le Grand)によると、擬似市場の特性は（通常の市場との相違点とも考えられる）、

- I) 市場において競争はあるものの、その参加者たちが必ずしも利潤の最大化を目指していない（公共セクターやボランティア・セクターも含まれる）、
- II) 市場における提供主体が、株式会社のように必ずしも私的所有とは限らない、
- III) 購買力が、特定のサービス購入に向けられた使途限定の予算（earmarked budget）やバウチャーの形態で行使される、
- IV) 上記の理由から、消費者が自由に選択できないことがある。

「擬似市場（Quasi Market）」が機能するためには、多数のサービス提供主体が存在する競争的な市場が前提となる。さらに、サービス提供主体に対して、サービス利用者の利益に沿って行動するインセンティブ（報奨、罰則、制裁など）を与える役割を担う第三者が存在するか（プリンシパル・エージェント理論）⁽⁹⁾、または、サービスの質とコストに関する情報開示や量的な業績目標の設定などにより、サービス提供主体の行動をモニタリングし評価するシステム構築が必要となる。

福祉の擬似市場化の目的は、サービス提供主体の多元化という競争を活用して、希少な福祉資源を効率的・効果的に配分し、福祉ニーズの充足を実現することにある。

8 まとめ

社会福祉法への改正理念として、第1条において「福祉サービス利用者の利益保護の推進等を図ることにより社会福祉の増進に資すること（概略）」とサービス利用者の利益保護が明確化されており、そのため福祉サービスに関する情報提供、利用の援助及び苦情解決に関する規定が整備されている。また、これまで措置委託費で運営されてきた社会福祉法人は、サービスの効率化や質の向上へのインセンティブがなかなか働かず、利用者ニーズよりも行政に顔を向けた運営体制になりがちであった。しかし、社会福祉法第24条「社会福祉事業を効果的に行うため、その経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上及び事業経営の透明性の確保を図らなければならない（概略）」と規定されるように、利用者ニーズに見合う質の高いサービス提供のため、社会福祉法人も何を目的としてどのような経営をしていくかという明確な「経営理念」と、「サービス供給プロセス」、「組織・職員」、「品質管理・安全管理・財務管理・危機管理」の経営要素を有効に連携させなければならない。一方、新たな福祉サービス提供主体となってきた民間営利企業は、福祉の擬似市場の中で利潤をあげなければならないが、単に利益至上主義で利用者ニーズに適さないサービスを提供したり、福祉の擬似市場ルールや社会倫理を無視するならば、利用者から見放され事業体自体の存続が危うくなる。従って、民間営利企業は利益優先だからサービスが劣化するという、「株式会社性悪説」は必ずしも当てはまらない。さらに昨今、ヨーロッパなどで注目されるCSR（Corporate Social Responsibility）、企業活動に伴う法令順守や労働面での人権保護、地球環境や地域社会との関係に配慮した企業の社会的責任が、日本においても企業評価の新たな指標になりつつある。上述からも理解できるように、福祉サービスの供給主体は営利・非営利にかかわらず、同様の条件下にあるといっても過言ではない。

福祉サービスは、通常のサービスと異なる特徴を有することから、サービス提供には市場原理の導入は多くの部分で難しく、計画原理による受給調整が必要となることから、成立可能な市場として「擬似市場（Quasi Market）」が主張されるようになった。そのため福祉の市場化は、サービス利用の可否、利用金額、サービス提供価格、サービス提供主体への政府関与の姿を質的に変えることを意味している。また、現段階での市場化の度合いは、サービス提供主体への政府関与の内容で判断できると考える。例えば、介護保険では在宅サービスには市場セクターの参入を認めているが、施設サービスには認めておらず、支援費制度に移行した障害者福祉分野でも介護保険とほぼ同様な設定がなされている。従って、よく聞かれる「市場化＝営利化」ではなく、福祉サービス提供の市場化は、市場原理を1つのルールとして取り入れる効率化のための手段といえる。

効率性の観点から福祉政策を考えると、サービス提供主体に税金や補助金を注ぎ込む「機関・施設を通した補助行政」から、利用者を選択肢を与える「個人に対する支援策（理念的には支援費制度など）」に換わっていくことが望ましい。前者の供給サイド主導型の政策は、多様化するニーズへの適合に多大な時間とコストを必要とし、福祉ニーズに対して有効に機能しないばかりか非効率的である。他方、後者の需要サイド主導型の政策は、市場原理が働きやすいので福祉ニーズは福祉サービス内容に効率的に反映され得ると思われる。

福祉改革では、効率性という観点から市場原理を可能な限り活用して、より効果的で質の高いサービスを提供するためにも、競争という規律によりサービスの質や内容のコントロール効果を高めることが期待されるが、同時に市場経済が内含する破壊的作用を防止し、国民の福祉への安心を維持するために、不利な立場にある人の利益が不当に損なわれないようにすることなどを目的とする、

厳正な社会的ルールが不可欠である。

福祉改革は、福祉サービスを利用者本位の制度に変える論拠を、「供給多元化論」、「営利企業参入論」、「競争＝サービスの質向上論」等に求め、市場原理を導入してビジネス化するものではなく、限りある資源を効率的に配分してサービスを効果的に分配するという、福祉サービス提供の合理化であり、福祉（社会保障）の構造改革の手段と捉えるべきである。従って、福祉に関する全てのステークホルダーが、福祉への安心と効率性のバランスに対する価値を共有しなければ、福祉分野への市場原理の導入、所謂「福祉の市場化」は単なるスローガンに終わる危険を孕んでいる。

注・引用文献

- 1) 通産省編「21世紀への日本経済再建のシナリオ」通商産業調査会出版部、P30,1995
- 2) 日本経済新聞2005.26.4付
- 3) Hans-Rudolf Peters,P31,1987（概訳；小早川）
- 4) 小早川俊哉「PECHKA No.23」道都大学社会福祉学部国際福祉研究所,P14,2001
- 5) 平岡公一ほか編「社会福祉キーワード」有斐閣、P52,2002
- 6) 社会福祉法人は、公益事業以外に収益事業を行うことが認められていることから、厳密にはこの範疇に含まれない場合もあり得る。
- 7) Paul A. Samuelson / William D. Nordhaus、P66、1987
- 8) 参考文献9),13),14),15)など、経済学、経済政策、公共政策等の文献を参照。
- 9) 参考文献14) P612－P618を参照。

参考文献

- 1) Hans-Rudolf Peters 「Einfuehrung in die Theorie der Wirtschaftssysteme」 Oldenbourg、1987
- 2) Paul A. Samuelson / William D. Nordhaus 「Volkswirtschaftslehre 1」 Bund-Verlag、1987
- 3) 小早川俊哉「福祉の市場経済化を考える」日本社会福祉学会49回全国大会学会発表、2001
- 4) 小早川俊哉「フィランソロピー」道都大学紀要第23号、1999
- 5) 厚生省監修「平成11年版厚生白書」ぎょうせい、1999
- 6) 内閣府編「平成15年版経済財政白書」国立印刷局、2003
- 7) 正村公宏「福祉国家から福祉社会へ」筑摩書房、2000
- 8) 富永健一「社会変動の中の福祉国家」中央公論新社、2001
- 9) 小塩隆士「社会保障の経済学（第2版）」日本評論社、2001
- 10) 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
- 11) 古川孝順「社会福祉の運営」有斐閣、2001
- 12) 齋藤慎・山本栄一編「福祉財政論」有斐閣、2002
- 13) 足立幸男「公共政策学入門」有斐閣、1996
- 14) J.E.スティグリッツ、藪下史郎ほか訳「スティグリッツ ミクロ経済学」東洋経済新報社、1995
- 15) J.E.スティグリッツ、藪下史郎訳「スティグリッツ 公共経済学 上」東洋経済新報社、2001
- 16) Karl Ulrich Mayer 「Die Beste aller Welten ?」 Campus Verlag、2001
- 17) Le Grand and W.Bartlett eds. 「Quasi-Markets and Social Policy」 Macmillan、1993
- 18) D.Brumerhoff 「Finanzwissenschaft 5.Auflage」 Oldenbourg、1990
- 19) Hal R.Varian 「Grundzuege der Mikroekonomik 2.Auflage」 Oldenbourg、1991

高齢者の健康寿命保持に関する基礎的研究

—離島高齢者の社会関連性と主観的健康感を中心に—

志 水 幸*¹
松 浦 智 和*²
坂 東 貴 志*³

1 緒 言

わが国の高齢者保健福祉政策は、主に要介護高齢者へのサービス提供を基幹に発展してきた。今後の高齢社会の進展を勘案しても、介護ニーズの長期化および重度化への対応は引き続き高齢者保健福祉政策の重要な課題であることに変わりはない。しかしながら、これまでの要介護高齢者の割合は、病弱・虚弱を含めても全体の2割弱程度で推移しており、現状では他の8割の高齢者が介護を必要としていないことも事実である¹⁾。介護を必要としていない高齢者を要介護高齢者予備群と仮定すれば、これらの高齢者の健康寿命を保持することが介護ニーズの軽減という点からも重要な課題となる²⁾。

さて、われわれは、1999年に北海道苫前郡羽幌町に属する天売島・焼尻島の2島の高齢者を対象に「離島地域の高齢者福祉サービスのあり方に関する研究」を実施した。その結果、両島では、1) 高齢化率の高さの割に比較的健康で自立した高齢者が多いこと、2) 住民が要介護状態になったとしても、両島の社会資源では現在および将来においても対応が困難であること、3) 一方で、高齢者の半数以上が離島での介護を望んでいること等が、明らかとなった。論理的帰結して、離島地域の高齢者保健福祉政策の主要な課題を、現状生活の長期的持続可能性（健康寿命の保持）であると特定した³⁾。

この課題に関連する先行研究の知見に鑑みれば、健康寿命がライフスタイルと強く関連していることが多数報告されている。これまでは、主に公衆衛生学的手法に準拠した業績が多数散見され、その内容は「喫煙」「飲酒」「食事」「睡眠」「運動」等の健康生活習慣と死亡率の関連の解明を目的としたものが殆どであった⁴⁾。しかし、近年では保健福祉学的手法に準拠し、社会との関わり等に着目した研究も増加しつつある。その中でも安梅は、人間関係の有無や環境との関わり頻度と健康状態や身体的機能の変動との関連に着目し、社会関連性(social interaction)に関する指標を作成している⁵⁾。

翻って、われわれは先行研究の中で、離島地域には比較的健康で自立した高齢者が多いことを明らかにしてきた³⁾⁶⁾。離島地域の限られた社会資源の中で人々が健康に暮らしていることは、そのコミュニティやライフスタイルの中に、疾病の予防や人々の健康感に関連する何らかの要因が含ま

* 1 北海道医療大学 看護福祉学部

* 2 北海道医療大学大学院 修士課程

* 3 医療法人社団豊生会東苗穂病院 医療相談室

れているとも推測される。

そこで本稿では、高齢者の健康寿命の保持に関する政策策定に資するべく、2001年に実施した離島高齢者のライフスタイルの現状把握を目的とした調査研究の結果をもとに、主観的健康感を規定する要因について検討したい。

II 方法

調査研究は、以下の2つの調査によって構成される。1)行政を対象とした「羽幌町の健康関連施策に関する調査」(以下、1次調査)、2)天売島・焼尻島の65歳以上の住民を対象とした「離島地域における高齢者の健康生活習慣の実態調査」(以下、2次調査)である。

それぞれの調査項目については、以下の通りである。1次調査については、①羽幌町・天売島・焼尻島の概要に関する10項目、②地域住民の健康状況の実態に関する10項目、③「健康日本21」等に伴う計画策定に関する13項目、④介護予防プランに関する3項目、⑤社会資源に関する18項目の計54項目を設定した。2次調査については、①性別や年齢等の基本的属性に関する10項目、②性格行動に関する60項目(エゴグラム)、③社会関連性に関する18項目、④健康習慣等に関する63項目、⑤ストレスに関する17項目の計168項目を設定した。

調査方法および実施期間については、以下の通りである。1次調査については、2001年7月18日に主要項目に関する行政へのヒアリングを行い、その他の項目については配票留置法を採用した。2次調査については、質問方法および項目等について予め構造化した統制的面接法を用いた悉皆調査法を採用し、2001年9月3日から9月13日にかけて実施した。

データ分析については、回答を得た調査票をもとに、表計算ソフトMicrosoft Excelを用いてデータセットを作成し、統計ソフトSPSSにて統計解析を行った。また、調査結果の解析に際しては χ^2 検定およびロジスティック回帰分析を行った。

III 結果

1次調査から得られた高齢者人口(65歳以上人口)は天売島166人、焼尻島199人の合計365人(平成13年3月末現在)であった。しかし、実際の訪問調査で居住確認されたのは天売島146人(114世帯)、焼尻島169人(128世帯)の合計315人(242世帯)であった。よって、調査研究の対象者を315人とし、そのうち天売島139人(96世帯、95.2%)、焼尻島160人(109世帯、94.7%)の合計299人(205世帯、94.9%)から回答を得た。

以下、2次調査結果の中から、基本属性、社会関連性および健康状態に関する項目に限定して概観する。

1. 基本属性(表1参照)

「性別(回答率100.0%:299人)」では、「男性」142人(47.5%)、「女性」157人(52.5%)であった。「年齢(回答率100%:299人)」では、「65-69歳」60人(20.1%)、「70-74歳」94人(31.4%)、「75-79歳」87人(29.1%)、「80-84歳」38人(12.7%)、「85-89歳」14人(4.7%)、「90歳以上」5人(1.7%)であった。「職業(回答率99.3%:297人)」では、「漁業」113人(38.0%)、「自営業」40人(13.5%)、「その他」9人(3.0%)、「無職」122人(41.1%)、「配偶者や親族の手伝い」31人(10.4%)

表1 対象者の基本属性と主観的健康感の分布

項目	カテゴリー	N	%
性別(N=299)	男性	142	47.5%
	女性	157	52.5%
年齢(N=299)	65-69歳	60	20.1%
	70-74歳	94	31.4%
	75-79歳	87	29.1%
	80-84歳	38	12.7%
	85-89歳	14	4.7%
	90-歳	5	1.7%
年齢階層(N=299)	前期高齢者	154	51.5%
	後期高齢者	145	48.5%
同居家族(N=297)	なし	62	20.9%
	あり	235	79.1%
職業(N=297)	なし	122	41.1%
	あり	175	58.9%
主観的健康感(N=299)	非常に健康	56	18.7%
	まずまず健康	143	47.8%
	あまり健康ではない	68	22.7%
	まったく健康ではない	32	10.7%

であった。「生活の収入源(複数回答可、回答率99.3%：297人)」では、「仕事の収入」136人(45.8%)、「配偶者や親族の収入」43人(14.5%)、「年金」277人(93.3%)、「生活保護」4人(1.3%)、「預金引き出し」21人(7.1%)、「財産収入」1人(0.3%)、「親族からの仕送り」6人(2.0%)、「その他」1人(0.3%)であった。「収入の満足度(98.5%：295人)」では、「十分」27人(9.2%)、「まあまあ」151人(51.2%)、「足りない」117人(39.7%)であった。「同居している家族(複数回答可、回答率99.3%：297人)」では、「いない」62人(20.9%)、「配偶者」200人(67.3%)、「子ども」50人(16.8%)、

「子どもの配偶者」17人(5.7%)、「孫」16人(5.4%)、「兄弟や姉妹」6人(2.0%)、「その他」4人(1.3%)であった。「同居以外で両島内に住んでいる親族(複数回答可、回答率97.3%：291人)」では、「いない」137人(47.1%)、「配偶者」3人(1.0%)、「子ども」70人(24.1%)、「子どもの配偶者」42人(14.4%)、「孫」34人(11.7%)、「兄弟や姉妹」96人(33.0%)、「その他」11人(3.8%)であった。A-8「今までに島外で生活していたことがあるか(回答率100.0%：299人)」では、「ある」91人(30.4%)、「ない」208人(69.6%)であった。

2. 社会関連性

「①家族・親戚と話をする機会はどのくらいあるか(回答率99.0%：296人)」では、「ほぼ毎日」237人(80.1%)、「週2度位」26人(8.8%)、「週1度位」16人(5.4%)、「月1度以下」17人(5.7%)であった。「②家族・親戚以外のひとと話をする機会はどのくらいあるか(回答率99.0%：296人)」では、「ほぼ毎日」226人(76.4%)、「週2度位」31人(10.5%)、「週1度位」22人(7.4%)、「月1度以下」17人(5.7%)であった。「③誰かが訪ねてきたり、誰かを訪ねることはあるか(回答率99.0%：296人)」では、「ほぼ毎日」173人(58.4%)、「週1度位」78人(26.4%)、「月1度位」19人(6.4%)、「3ヶ月に1度以下」26人(8.4%)であった。「④地区会、センター、公民館活動などに参加する機会はどのくらいあるか(回答率98.3%：294人)」では、「ほぼ毎日」21人(7.1%)、「週1度位」27人(9.2%)、「月1度位」43人(14.6%)、「3ヶ月に1度以下」203人(69.0%)であった。「⑤テレビを見るか(回答率100%：299人)」では、「ほぼ毎日」293人(98.7%)、「週2度位」0人(0.0%)、「週1度位」0人(0.0%)、「ほとんど見ない」4人(1.3%)であった。「⑥新聞を読むか(回答率99.3%：297人)」では、「ほぼ毎日」172人(58.1%)、「週2度位」2人(0.7%)、「週1度位」2人(0.7%)、「ほとんど読まない」120人(40.5%)であった。「⑦本・雑誌を読むか(回答率98.7%：295人)」では、「ほぼ毎日」55人(18.6%)、「週2度位」19人(6.4%)、「週1度位」29人(9.8%)、「ほとんど読まない」

192人(65.1%)であった。「⑧職業や家事など何か決まった役割があるか(回答率99.0%：296人)」では、「いつもある」247人(83.4%)、「時々」9人(3.0%)、「たまに」7人(2.4%)、「特にない」33人(11.1%)であった。「⑨困ったときに相談にのってくれる人がいるか(回答率98.7%：295人)」では、「いつもいる」242人(82.0%)、「時々」19人(6.4%)、「たまに」8人(2.7%)、「特にいない」26人(8.8%)であった。「⑩緊急時に手助けをしてくれる人がいるか(回答率99.0%：296人)」では、「いつもいる」273人(92.2%)、「時々」5人(1.7%)、「たまに」3人(1.0%)、「特にいない」15人(5.1%)であった。「⑪近所づきあいをどの程度するか(回答率99.0%：296人)」では、「手助けを頼む」207人(69.9%)、「立ち話程度」49人(16.6%)、「挨拶程度」31人(10.5%)、「ほとんどしない」9人(3.0%)であった。「⑫趣味などを楽しむか(回答率99.0%：296人)」では、「とても」93人(31.4%)、「まあまあ」63人(21.3%)、「あまり」20人(6.8%)、「特に趣味はない」120人(40.5%)であった。「⑬ビデオなど便利な道具を利用するか(回答率99.0%：296人)」では、「とても」36人(12.2%)、「まあまあ」68人(23.0%)、「あまり」25人(8.4%)、「利用しない」167人(56.4%)であった。「⑭健康に気を配る方か(回答率99.0%：296人)」では、「とても」170人(57.4%)、「まあまあ」94人(31.8%)、「あまり」18人(6.1%)、「配らない」14人(4.7%)であった。「⑮生活は規則的か(回答率99.3%：297人)」では、「とても」167人(56.2%)、「まあまあ」105人(35.4%)、「あまり」6人(2.0%)、「不規則ぎみ」9人(6.4%)であった。「⑯生活の仕方を自分なりに工夫しているか(回答率99.0%：296人)」では、「とても」101人(34.1%)、「まあまあ」121人(40.9%)、「あまり」30人(10.1%)、「工夫しない」44人(14.9%)であった。「⑰物事に積極的に取り組む方か(回答率98.7%：295人)」では、「とても」113人(38.3%)、「まあまあ」109人(36.9%)、「あまり」46人(15.6%)、「取り組まない」27人(9.2%)であった。「⑱社会に役立つことをできると思うか(回答率95.3%：285人)」では、「とても」39人(13.7%)、「まあまあ」77人(27.0%)、「あまり」52人(18.2%)、「役立たない」117人(41.1%)であった。

続いて、上記の18問を指標化するにあたり、①～⑦で「ほぼ毎日」と回答した場合には1点を、⑧～⑩で「いつもある(いつもいる)」と回答した場合には1点を、⑪で「手助けを頼む」、「立ち話程度」と回答した場合には1点を、⑫～⑯で「とても」、「まあまあ」と回答した場合には1点を加算することによって、18点を満点とする社会関連性指標を表した。その結果は、「18点」22人(7.4%)、「17点」27人(9.1%)、「16点」33人(11.2%)、「15点」48人(16.2%)、「14点」50人(16.9%)、「13点」45人(15.2%)、「12点」33人(11.2%)、「11点」17人(5.7%)、「10点」3人(1.0%)、「9点」6人(2.0%)、「8点」5人(1.7%)、「7点」3人(1.0%)、「3点」2人(0.7%)、「2点」1人(0.3%)となり、平均点は13.9点±2.73であった。

3. 健康状態に関する項目

「主観的健康感(回答率100.0%：299人)」では、「非常に健康」56人(18.7%)、「まずまず健康」143人(47.8%)、「あまり健康ではない」68人(22.7%)、「まったく健康ではない」32人(10.7%)であった。「昨年と比べて健康だと思うか(回答率99.0%：296人)」では、「はい」86人(29.1%)、「いいえ」210人(70.9%)であった。「この1ヶ月間に医師の診察を受けたか(回答率98.7%：295人)」では、「受けた」219人(74.2%)、「受けていない」76人(25.8%)であった。続く3つの設問は「受けた」と回答した人を対象とした。「1ヶ月に何回医師の診察を受けたか(回答率100%：219人)」では、「1-2回」210人(95.9%)、「3-4回」5人(2.3%)、「5-6回」0人(0.0%)、「7-8回」1人(0.5%)、「8回以上」0人(0.0%)、「往診してもらった」3人(1.4%)、「入院した」0人(0.0%)であった。

「その病気は何か(複数回答可、回答率100%：219人)では、「高血圧症」116人(53.0%)、「心臓病」41人(18.7%)、「動脈硬化」5人(2.3%)、「高脂血症(高コレステロール)」5人(2.3%)、「肝臓病」7人(3.2%)、「糖尿病」37人(16.9%)、「腎臓病」1人(0.5%)、「関節の痛み、神経痛、リウマチ」58人(26.5%)、「眼病(白内障、緑内障など)」28人(12.8%)、「風邪」7人(3.2%)、「肺炎、気管支炎」7人(3.2%)、「胃腸の病気、下痢、便秘」21人(9.6%)、「その他」51人(23.3%)であった。「どこの医師の診察を受けたか(複数回答可、回答率100%：219人)では、「島内」191人(87.2%)、「島外(羽幌町内)」22人(10.0%)、「その他」40人(18.3%)であった。「この1年間に入院したことがあるか(回答率98.7%：293人)では、「ある」58人(19.8%)、「ない」235人(80.2%)であった。「この1年間に、入院せずに1週間以上床につくような病気や怪我をしたか(回答率97.0%：290人)」では「した」4人(1.4%)、「しなかった」286人(98.6%)であった。

IV 考察

主観的健康感を規定する要因を解明するため、基本属性、社会関連性および健康状態に関する項目との関連を検討した結果、社会関連性以外の項目との有意な関連は認められなかった。したがって、以下では社会関連性と主観的健康感の関連に限定して検討する。

1. 社会関連性と主観的健康感の関連

データ解析に際し、社会関連性に関する18項目の調査結果を回答した選択肢によって、「項目実施群(以下、実施群)」と「項目非実施群(以下、非実施群)」に分類した。分類結果は、以下の通りである。「①家族との会話」では「実施群」234人(79.9%)、「非実施群」59人(20.1%)であった。「②家族以外との会話」では、「実施群」224人(76.5%)、「非実施群」69人(23.5%)であった。「③訪問機会」では「実施群」249人(85.0%)、「非実施群」44人(15.0%)であった。「④活動参加」では、「実施群」174人(59.6%)、「非実施群」119人(40.4%)であった。「⑤テレビの視聴」では、「実施群」290人(98.6%)、「非実施群」4人(1.4%)であった。「⑥新聞の購読」では、「実施群」170人(58.0%)、「非実施群」123人(42.0%)であった。「⑦本・雑誌の講読」では、「実施群」102人(34.8%)、「非実施群」191人(65.2%)であった。「⑧役割の遂行」では「実施群」244人(83.3%)、「非実施群」49人(16.7%)であった。「⑨相談者」では、「実施群」240人(81.9%)、「非実施群」53人(18.1%)であった。「⑩緊急時の援助者」では、「実施群」270人(92.2%)、「非実施群」23人(7.8%)であった。「⑪近所づきあい」では、「実施群」284人(96.9%)、「非実施群」9人(3.1%)であった。「⑫趣味」では、「実施群」155人(52.9%)、「非実施群」138人(47.1%)であった。「⑬ビデオ等の利用」では、「実施群」102人(34.8%)、「非実施群」191人(65.2%)であった。「⑭健康への配慮」では、「実施群」263人(89.5%)、「非実施群」31人(10.5%)であった。「⑮規則的な生活」では、「実施群」270人(91.8%)、「非実施群」24人(8.2%)であった。「⑯生活の工夫」では、「実施群」221人(75.2%)、「非実施群」73人(24.9%)であった。「⑰積極性」では、「実施群」220人(75.1%)、「非実施群」73人(24.9%)であった。「⑱社会への貢献」では、「実施群」115人(42.6%)、「非実施群」155人(57.4%)であった。項目によっては非実施群の割合が高いものもあるが、相対的に実施群の割合が高かった。

主観的健康感については、4 カテゴリーの選択肢で回答を求めた。カテゴリーの内容は、「非常

に健康」「まずまず健康」「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」とした。そのなかで、「非常に健康」「まずまず健康」と回答した人を「健康群」、「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」と回答した人を「非健康群」と分類した。分類結果は、「健康群」199人(66.6%)、「非健康群」100人(33.4%)であった。この結果は、旧厚生省が行った国民生活基礎調査¹⁾の結果や他の離島で実施された研究の結果とも概ね一致していた⁷⁾。主観的健康感とは、自分自身の健康状態を自らの主観的判断にもとづいてカテゴリー化するところに特徴がある。一般に、高齢者が自身のことを健康であると思えるか否かは、単に疾病の有無だけではなく、精神面の充実、すなわち生活満足度や幸福感とも密接に関連しているとされる。つまり主観的健康感による健康状態の把握は、有病率や死亡率等の客観的な指標とは異なり、人々を取り巻く身体・社会・文化的背景を考慮したものとも考えられる。

「社会関連性」の各項目の実施状況と「主観的健康感」との関連について単回帰分析した結果では、「⑨相談者(P<0.01、OR：2.42)」「⑩緊急時の援助者(P<0.05、OR：2.78)」「⑫趣味(P<0.01、OR：2.78)」「⑬積極性(P<0.01、OR：3.06)」「⑭社会への貢献(P<0.01、OR：2.12)」の各項目において、有意な関連が見られた(表2参照)。さらに、ステップワイズ減少法を用いたロジスティック回帰分析を行った。なお、調整変数として「性別」「年齢(65-74歳/75-歳)」「同居家族(いる/いない)」を投入した。その結果、「⑨相談者(P<0.05、OR：1.99)」「⑬積極性(P<0.01、OR：2.61)」の2項目において有意な関連が見られた(表3参照)。

この結果は、社会関連性の変化が主観的健康感の変化を招く可能性を示唆しており、健康寿命を保持する上で、社会関連性の維持・向上を図ることの重要性を再認識されるものである。社会関連性指標は、地域で生活する高齢者の日常生活上の社会との関わりの状況を項目ごとに把握し、その人に見合った介護予防プログラムを提供する客観的な目安となるものである。殊に、高齢者自身が日々の暮らしに主体的であるかが問われる「積極性」の有無や、生活の安心感を担保する「相談者」の有無が、主観的健康感に影響を及ぼすことが示唆された。今後は、高齢者全体を政策的射程に置きつつも、主に「積極性」「相談者」の項目の得点が低い高齢者に配慮した具体的な介護予防政策の策定が望まれる。

表2 社会関連性指標各項目と主観的健康観の関連(単回帰分析)

		健康群		非健康群		χ^2 value	P	OR(95%CI)
		人数	%	人数	%			
①家族との会話	実施群	155	66.2	79	33.8	0.02	N.S.	1.01(0.55-1.84)
	非実施群	39	66.1	20	33.9			
②家族以外との会話	実施群	153	68.3	71	31.7	1.48	N.S.	1.47(0.84-1.47)
	非実施群	41	59.4	28	40.6			
③訪問機会	実施群	170	68.3	79	31.7	2.57	N.S.	1.79(0.94-3.44)
	非実施群	24	54.5	20	45.5			
④活動参加	実施群	60	30.9	134	69.1	0.00	N.S.	0.98(0.58-1.66)
	非実施群	31	31.3	68	68.7			
⑤テレビの視聴	実施群	192	66.2	98	33.8	0.02	N.S.	1.96(0.27-14.12)
	非実施群	2	50.0	2	50.0			
⑥新聞の購読	実施群	115	67.6	55	32.4	0.24	N.S.	1.16(0.71-1.90)
	非実施群	79	64.2	44	35.8			
⑦本・雑誌の購読	実施群	72	70.6	30	29.4	1.06	N.S.	1.36(0.81-2.28)
	非実施群	122	63.9	69	36.1			
⑧役割の遂行	実施群	166	68.0	78	32.0	1.70	N.S.	1.60(0.85-2.99)
	非実施群	28	57.1	21	42.9			
⑨相談者	実施群	168	70.0	72	30.0	7.60	p<0.01**	2.42(1.32-4.44)
	非実施群	26	49.1	27	50.9			
⑩緊急時の援助者	実施群	184	68.1	86	31.9	4.72	p<0.05*	2.78(1.17-6.59)
	非実施群	10	43.5	13	56.5			
⑪近所つきあい	実施群	191	67.3	93	32.7	3.10	N.S.	4.11(1.00-16.79)
	非実施群	3	33.3	6	66.7			
⑫趣味	実施群	114	73.5	41	26.5	7.24	p<0.01**	2.02(1.23-3.30)
	非実施群	80	58.0	58	42.0			
⑬ビデオ等の利用	実施群	69	67.6	33	32.4	0.06	N.S.	1.10(0.66-1.84)
	非実施群	125	65.4	66	34.6			
⑭健康への配慮	実施群	178	67.7	85	32.3	2.51	N.S.	1.96(0.93-4.16)
	非実施群	16	51.6	15	48.4			
⑮規則的な生活	実施群	182	67.4	88	32.6	2.25	N.S.	2.07(0.89-4.79)
	非実施群	12	50.0	12	50.0			
⑯生活の工夫	実施群	150	67.9	71	32.1	1.09	N.S.	1.39(0.81-2.41)
	非実施群	44	60.3	29	39.7			
⑰積極性	実施群	160	72.7	60	27.3	15.61	p<0.01**	3.06(1.77-5.29)
	非実施群	34	46.6	39	53.4			
⑱社会への貢献	実施群	84	73.0	31	27.0	7.42	p<0.01**	2.12(1.26-3.56)
	非実施群	87	56.1	68	43.9			

表3 主観的健康感に関連する項目(ステップワイズ減少法を用いたロジスティック回帰分析)

関連要因	カテゴリー(値)	β	オッズ比(95%信頼区間)
基本属性			
年齢	前期/後期(0/1)	0.439	1.55 (0.93-2.59)
社会関連性			
相談者	非実施群/実施群(0/1)	0.690 **	1.99 (1.07-3.71)
趣味	非実施群/実施群(0/1)	0.516	1.68 (1.00-2.81)
積極性	非実施群/実施群(0/1)	0.959 *	2.61 (1.48-4.59)

*:p<0.05 **:p<0.01

※投入変数

基本属性：「性別」「年齢階層」「同居家族」

社会関連性：「相談者」「緊急時の援助者」「趣味」「積極性」「社会への貢献」

V 結 語

本稿では、高齢者の主観的健康感を規定する要因について、横断的研究により検討した。その結果、以下の諸点が明らかになった。1)主観的健康感と基本属性や健康状態に関する項目との関連は認められなかった。2)主観的健康感は、社会関連性の中でも「相談者」「積極性」の状況との有意な関連が認められた。3)健康寿命の保持のためには、社会関連性の状況を射程に置いた介護予防政策の展開が望まれる。

今後の課題としては、社会関連性と主観的健康感の因果関係を説明するため、罹患率や死亡率をコホート研究によって検討を深め、本稿から得られた結果を継続的に検証しなければならない。

付 記

本稿は、2002年11月30日に北海道立社会福祉総合センターで開催された北海道社会福祉学会第41回大会における報告内容(演題「高齢者の健康寿命保持に関する基礎的研究—離島高齢者の健康習慣と社会関連性指標を中心に—」報告者：松浦智和、志水幸、坂東貴志)の一部を、加筆・修正したものである。

謝 辞

調査研究の実施にあたり、絶大なるご支援・ご協力を賜った羽幌町役場の皆様、羽幌町役場天売支所・焼尻支所の皆様、われわれと羽幌町の橋渡しの労をとっていただいた高木守氏、多忙の中で快くアンケートに回答していただいた両島の高齢者の皆様に衷心より感謝申し上げる次第である。

また、調査研究を実施した北海道医療大学看護福祉学部医療福祉学科志水ゼミナール2001年度履修生、巖城あゆみ、梅崎麻衣子、大越智美、佐藤廉子、高倉一樹、坂東貴志、藤本秀規、松浦智和の氏名を記して、学生諸君の健闘に敬意を表したい。

註

- 1) 厚生省(現厚生労働省)：平成12年版厚生白書。ぎょうせい，2000年。なお、これまでの厚生白書および厚生労働白書の各年版の統計でも、病弱・虚弱高齢者を含む要介護高齢者の割合は概ね12～14%で推移している。
- 2) 平成12年版厚生白書の特集は、「新しい高齢者像を求めて—21世紀の高齢社会を迎えるにあたって—」であった。国は、この白書の中で、従来消極的に捉えられてきた高齢者像の転換を図ると同時に、これまでの要介護高齢者へのサービス提供を基本とする政策から、健康寿命の保持をはじめとする介護予防政策へのパラダイム・シフトを表明した。
- 3) 志水幸：離島高齢者福祉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—。北海道社会福祉学会：北海道社会福祉研究21，2000年。
- 4) 代表的なものとしては、森本兼囊：ライフスタイルと健康。医学書院，1991年。および、森本兼囊：ストレス危機の予防医学。日本放送協会出版会，1997年。などである。
- 5) 安梅勅江：エイジングのケア科学。川島書店，2000年。安梅は社会関連性指標を多角的に検討し、年齢、性別、学歴、雇率、ADLの状況などの変数を除外しても、社会とのかかわりの頻度が高い場合に死亡率が低くなるとしている。なお、本稿の課題に関連する主な先行研究の知見は、以下の通りである。淵田は、地域活動への参加や緊急時の相談者の有無、健康への配慮が積極性と関連しているとした(淵田英津子：エンパワメントを意図した高齢者の生活条件に関する研究。日本保健福祉学会：日本保健福祉学会誌，9-2，2003年，19-29頁。)。BellocとBreslowは、健康生活習慣はもとより、社会とのかかわりの状況がその後の死亡率と関連し、ソーシャル・サポート・ネットワークがあることが死亡率の低下につながるとした。そして、年齢や社会経済的な状況、疾患、身体状況、精神特性等の従属変数を除いても、社会とのかかわりの状況が健康状態やその回復に影響するとした。さらに、雇率と社会とのかかわりの状況には関連があると指摘した(Belloc, N. B. & Breslow, L. : *Relationship of physical health status and health practice*. Preventive Medicine 1, 1972)。SmithとHobbsは、社会とのかかわりの状況が機能低下や死亡の予防としての意味があるとともに、健康の回復にも関連するとした(Smith, M. B. & Hobbs, N. : *The Community and the Community Mental Health center*. American Psychologist, 31, 1966)。Berkmanは、配偶者・親・職業人などの役割を持ち、夫婦の平等な決定権、共通する目標の設定、仕事上の良好な人間関係があると死亡率が低くなるとした(Berkman, L. F. : *The relationship of social networks and support to morbidity and mortality*, In Cohen, S. & Syme, L. Social Support. New York, Academic Press, 1985)。Morganは、地域活動への参加、友人宅への訪問や会話がなほ死亡率が高くなるとした(Morgan, D. L. , Schuster, T. L. & Butler, E. W. : *Role reversal in the exchange of Social Support*. Social Science, Journal of Gerontology, 46-5, 1991)。
- 6) 松浦智和，志水幸，三宅浩次：高齢者の介護予防に関する基礎的研究—離島高齢者の社会関連性を中心に—。日本公衆衛生学会：日本公衆衛生雑誌，50(10)，2003年，705頁。
- 7) 芳賀博，柴田博，上野満雄，永井晴美，安村誠司，須山靖男，松崎俊久，鈴木一夫，岩崎清，澤口進：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後。日本公衆衛生学会：日本公衆衛生雑誌，38，1991年，783-789頁。

小規模作業所の存立要因

－ N P O をめぐる議論との関連で－

太 田 こずえ

はじめに

小規模作業所¹⁾は、1969年に第1号が設立されて以来、毎年およそ300か所ずつ増加し続け、2003年度には全国で6000か所を越えた(きょうされん、厚生労働省調べ)。当初はそのほとんどが障害当事者とその家族によって作り上げられた。

現在の日本では、政府が担う社会福祉がかなり普遍化していることから、社会福祉の担い手は基本的に政府と考える人は少なくない。しかし、その歴史はそう古くなく、戦前までは多くの民間の宗教関係者や篤志家による慈善事業が貧困などの社会問題に取り組んでおり、現在の社会福祉の前身となる活動を行っていた。

近年、阪神大震災でのボランティアの活躍をきっかけに設立された特定非営利活動促進法(以下 N P O 法とする)により、こうした政府にはできない仕事をする N P O (非営利組織)²⁾ がクローズアップされ、新しい「サービス供給体」として注目されている。亀山(2002)は、民間セクター(市場)と公共セクター(国家)を補完するものとしての「非営利セクター」の位置づけでは、自助的な N P O の隆盛がいかに社会を変えるのかといった視点が弱いと指摘している。小規模作業所は、当初は個人・有志・当事者組織からはじまり、徐々に国の障害者福祉関連法制度や施策の欠陥や矛盾を明らかにし、その改革を促進しながら公的補助の獲得や法人化への道を切り開いてきた。こうした成立の経緯と現状をみると、小規模作業所は自発的に発生した N P O そのものだと考えられる。

また N P O 法の施行、社会福祉基礎構造改革(2000年)による介護保険制度や支援費制度の制定により、障害当事者や家族以外にも小規模作業所を設立する者があらわれた。しかしこのような設置主体や設立者の変化は、人的・物的な存立要因に違いをもたらす。その存立要因の違いが活動の目的や内容にも影響を及ぼすであろう。

そこで本研究では、自発的に発生し多様な設置主体によって担われている N P O としての小規模作業所を対象とし、小規模作業所に関わる人々の声を通じて N P O の存立要因を明らかにすることを目的とする。第一に、70年代における障害者の権利保障のための運動から発生した小規模作業所と、近年増加している小規模作業所を比較し、元来から作業所を必要としてきた障害当事者や家族と、近年作業所に関わるようになった障害当事者関係者以外の第3者の存在に着目する。小規模作業所の場合、設立初期の段階では設立者が代表または職員、もしくは両方を兼ねている場合が多いため、設立の目的や設立時の状況についてはとりわけ設立者に焦点を当てる。第二に、小規模作業所は障害当事者や家族、近年においては障害当事者関係者以外の第3者の、どのようなニーズを満たしてきたのかを小規模作業所の歴史的な展開と施策、補助状況を踏まえ、設置目的と設立時の状況、現状、またそれに伴い変化する組織形態を通じて明らかにする。第三に、第一、第二の結果を通じて、福

社サービス供給体として捉えられているNPOと、実際のNPOとしての小規模作業所の存立要因を検討し、従来のNPO理論における福祉サービス供給体という一面的な捉え方の妥当性を再考するための一事例とする。

1. 調査の概要

札幌市内の小規模作業所の設置主体25か所を対象に、質問紙を用いた半構造化面接法による聞き取りを行った（25設置主体の概要については別表のとおり）。調査の実施期間は2003年6月3日から11月13日である。

調査対象となった作業所数については、25の設置主体のうち「1か所のみ作業所を運営」が14件、「2か所運営」が6件、「3か所以上運営」が5件だったため、結果的には計54か所の作業所の状況を把握した。

これらの作業所を札幌市の小規模作業所に対する補助状況により4期に分ける。第1期として、補助がなされていなかった1980年まで、第2期として、札幌市が身体障害者と知的障害者の小規模作業所に対する補助をはじめた1981年から年間240万円の補助がなされるようになった89年まで、第3期として補助額が310万円から979万円に大幅に増加した1990年から99年まで、さらに、第4期を社会福祉基礎構造改革により福祉の市場化が進み、補助額が頭打ちとなった2000年代以降とする。

2. 設立者・設置主体別による小規模作業所

ここでは、聞き取り調査を行った25設置主体を、a.障害当事者が設立したもの（障害当事者個人が6か所、障害当事者と第三者である協力が1か所、当事者団体が1か所）、b.家族または医療機関が設立したもの（家族会または家族会有志が2か所、親個人と親の会が母体となった社団法人がそれぞれ1か所、家族会と医療機関が協力して設立したものが2か所、医療機関の医師が2か所、医療機関のソーシャルワーカーが1か所）、c.第三者が設立したもの（元福祉施設職員が3か所、会社経営者が1か所、障害者関係以外の法人運営組織が1か所、障害者運動を行っていた有志が1か所、障害者関係組織個人が1か所、障害者関係ボランティアが1か所）の3つに分類³⁾し、聞き取り調査をもとにそれぞれの特徴を分析する。

(1) 設立者別による設置主体の概要と設置目的

当事者が設立した作業所は、すべて身体障害者が設立している。設立時はつどいまたは就労を主目的にしているが、70年代、80年代に設立され、設立者の障害の状態が悪化もしくは死亡している場合は、第三者運営になり活動内容が大幅に変化している。

家族または医療機関が設立した作業所は、70年代、80年代までに設立された古くからの作業所の場合は家族が設立した場合が多く、90年代以降は医療機関が設立する場合が増加している。80年代は重度重複障害、知的障害、近年では精神障害分野の設立が多く、医療機関との強い連携がある。設立時はつどいよりも福祉的就労色が強いが、障害の程度に合わせてひとつの設置主体が複数の作業所を設立し、作業のバリエーションを増やしている。

第三者が設立した作業所は、90年代中盤から後半にかけて、とくに2000年代に入ってから精神障害、知的障害分野で増加している。

表2-1 設立年代と設立者

(単位：か所)

設立者／設立年代	60,70年代	80年代	90年代	2000年代	合計
障害当事者	1	4	2	1	8
家族または医療機関	2	3	3	1	9
第三者	1	1	2	4	8
合計	4	8	7	6	25

表2-2 設立者と障害種別

(単位：か所)

設立者／障害種別	身体	知的	精神	合計
障害当事者	8	0	0	8
家族または医療機関	2	2	5	9
第三者	2	3	3	8
合計	12	5	8	25

注1) 「当事者」には障害当事者個人、障害当事者団体が含まれる

注2) 「家族」は家族個人、家族会、親の会、家族会と医療機関が協力して設立したものを含む

注3) 「第三者」は医療機関の個人(医師、ソーシャルワーカー、元福祉施設職員、会社経営者、障害関係以外の法人運営組織、障害者運動を行っていた有志、障害者関係ボランティア)を含む

表2-3 設立者別による設置主体の変化

(単位：か所)

	設立者／運営主体	個人	任意団体	NPO法人	法人	合計
設立時	障害当事者	7	1	0	0	8
	家族または医療機関	3	3	1	2	9
	第三者	4	2	1	1	8
	合計	14	6	2	3	25
現在	障害当事者	5	2	1	0	8
	家族または医療機関	1	4	2	2	9
	第三者	2	2	2	2	8
	合計	8	8	5	4	25

注1) 「法人」は社会福祉法人、社団法人を含む

注2) 「任意団体」は運営委員会、法人でない家族会を含む

表2-4 設立者と目的の変化(複数回答)

(単位：か所)

	設立者／運営主体	就労	福祉的就労	作業訓練	生活訓練 いこい	その他	合計
設立時	障害当事者	1	0	3	6	1	11
	家族または医療機関	1	1	4	7	0	13
	第三者	5	0	3	4	1	13
	合計	7	1	10	17	2	37
現在	障害当事者	0	0	5	3	2	10
	家族または医療機関	1	2	6	5	2	16
	第三者	3	0	5	3	1	12
	合計	4	2	16	11	5	38

注) 「就労」とは、作業所以外での就労もしくは給与が一般就労に近いと考えられるもの、経済的自立を目的とする作業所内の就労、「福祉的就労」とはおもに作業所内での下請け作業を想定している

(2) 「作業」と「給与」に対する考え方と活動内容

障害当事者が設立した作業所はほとんどが作業をまったくしていないか、「作業訓練」もしくは「生活訓練・いこい」を目的にしている。作業内容については「趣味的なもの」もしくは生活リズムを整えたり、普段の活動に変化をもたらすものとしての「下請け」を行っている。したがって、利用

者が作業収入を得るといことはほとんどない。

- ・「ものを売るために作るんじゃなくて、人にあげる、プレゼントするために作ろう、という考え方。人と関われるように」（D作業所）

家族または医療機関が設立した作業所は、「自主製品製作」「自主事業」を行っているところがほとんどである。基本スタンスとしては「基本的には通ってくること（自体が）目的」であり「できる人が作業をやる」という考え方である。しかし、家族とりわけ親が中心となって設立した作業所は何かしらの作業を行うことが前提になっており、障害がありながらも何かしらの作業をする、つまり働くということが「通わせている親の安心感につながる」ものだと考えられる。作業能率に個人差があっても給与は「みんな同じ」である。

一方医療機関が設立した作業所は、「利益追求するなら作業やる、しないならやらない」という明確な考えがあり、収益となる作業を行っているところでは、作業収益が利用者への給与として支払われている。また、医療機関が設立したところと第3者が設立したところは経営するという視点が不可欠だと考えられており、給与に違いが生じることも「あたりまえのこと」だとしている。聞き取りにおいても、「福祉の世界を見て生ぬるいと思った」（Q作業所）というように、従来の福祉に経営としての観点がなことを批判的に指摘するものも多かった。その分、収益となるような仕事をしない作業所に対する見方は厳しいものである。

- ・「（他の作業所に関して）あんな割の合わない仕事やって夢や希望は語れない。月8000円もらって何ができる？体力がある人なら（下請け作業よりも）雪かきしたほうがよっぽどお金になる。月12、3万とりたいという場合は、それなりの仕事や日数をやらなきゃならない。仕事休めば給料へるのはあたりまえ」（Y作業所）

このように、利用者（障害者）が仕事をすることによって経済的自立に結びつくことが重要だと考えられている。第3者設立の作業所は、市場に目を向けていることが特徴であるといえる。

表2-5 作業の有無と作業形態・内容

作業の有無	作業形態	件数	内容	給与
なし		2		なし
あり (複数回答)	趣味的なもの	3	手芸、美術品製作、ワープロ使用作業	ほぼなし
	下請け	7	ウエス、割り箸の袋詰め、箱折り	時給100円から月1万円
	自主製品	10	機織、染色、製品加工、和服布販売、せつけんづくり、手芸品、スモークチーズづくり、藤工芸、食品加工、フォトフレーム、ホビークラフト、園芸用品、園芸作業、しめ縄製作、木工、手芸、陶芸、染め和紙	1日50円から月3万程度
	自主事業	5	飲食店経営（店員、調理手伝い）、食品販売、資源回収	1日250円から月3万程度
	委託事業	9	パソコン作業、清掃、除雪等、デジタルコンテンツ製作、クリーニング、雑誌の編集、除草	月7000円程度から月7万円程度
あり (その他)	近所づきあい	1	老人の買い物、子どもの遊び相手など「誰かから頼まれたことに応える」	エコマネー

(3) 設置主体と協力関係にある認可施設

障害当事者が設立した作業所は、グループホーム、福祉ホーム、ホームヘルプサービス、移送サービスなど、自立生活の基盤となる事業を行っていた。一方、家族または医療機関が設立した作業所は、施設サービスが中心であり、設置主体が社会福祉法人、社団法人等、安定した基盤の前提で成り立っている。後ろ盾となっているのが親の会や医療法人などの大組織であることや、養護学校卒業後あるいは医療機関退院後から、「終の棲家」までの人生の各段階において、わが子の居場所を保障したいという親の願いがかたちとなっているものと考えられる。また、第三者が設立した作業所はグループホーム、通勤寮などの生活施設と就労支援が中心となっており、「働いて自立」することが主眼となっている。

表2-6 小規模作業所の設置主体が運営する作業所以外の事業

施設サービス	更生施設	入所	1
		通所	1
	授産施設	通所	2
生活施設（グループホーム、共同住居、福祉ホーム）			7
在宅サービス	居宅介護（ホームヘルプ・ガイドヘルプサービス）		5*
	デイサービス		2
	短期入所（ショートステイ）		1
就労支援			3
相談			4
その他（移送サービスなど）			3

注1) 数字は11作業所の関連組織・団体のうち作業所以外の事業を行っている件数

注2) *印のついている数字は、支援費外の1か所を含む。

(4) 職員の専門性

福祉または医療分野の専門資格もしくは経験がある職員⁴¹⁾の割合は、障害当事者が設立したところは8か所のうち4か所、家族または医療機関が設立したところは9か所のうち7か所、第三者が設立したところは8か所のうち6か所となっていた。ほぼすべての作業所が、専門的な資格や経験をもつ職員の必要性を感じながらも、給与面で困難があることを訴えている。

- ・「職員は給料が安定しないと長続きしない」（D作業所）
- ・「職員は介護福祉士、ヘルパー、教員免許などを持っているが時給650円くらい。市の職員の半分くらいしかもらってない」（M作業所）

当事者設立の作業所は8か所のうち4か所のみ専門性のある職員がおり、家族や医療機関、第三者が設立した作業所に比べ割合が低かった。障害当事者が設立した作業所はすべて身体障害者のため、「自分（障害当事者の代表）は『障害の専門家』」（V作業所）であり、障害については障害者自身がもっともよく理解しているのだという考えがある。とりわけ、障害者運動を目的として設立されたところについては、職員に対し、専門性よりも障害者に対する考え方や接し方などいわゆる人柄や共通の問題意識を持つことが重要だと考えており、「メンバーが（職員の）専門性を望んでいないと思う」とした上で、「（給料が安くても）給料プラス面白さ、楽しさでカバーできると思う。給料も新卒と同じくらいは出せている。楽しかったら、多少給料少なくてもやっていける」ものだと捉えている。

家族または医療機関が設立した作業所は「職員に専門性があるに越したことはない」としながらも、職員に対しては、社会経験や性格的なものを重視していた。とりわけ親が設立した作業所では「職員は障害者の扱いなどに関しては素人。子どもたち（利用者）と同世代なので、平等の話し相手として」考えている。

第三者が設立したところについては、有資格の専門職ではなく、福祉施設職員や小規模作業所、ボランティアなど社会福祉分野での経験者が多く、利用者の対応などで専門知識が必要と感じることがあるとしながらも「資格があろうがなかろうが、職員は本人しだい」というスタンスである。中には福祉専門職に関しては批判的に思っているところさえある。

3. 小規模作業所の存立要因－「ニーズ」と「ニーズを満たすもの」－

小規模作業所は、当初は作業所を必要とするものが、それを自分たちで作成し、要求を自分で満たすという「自給自足」のニーズと資源が表裏一体のいわば融合した状態から、ノーマライゼーションの考え方の浸透や制度拡充により、外部からの資源を獲得していった。このことは、「自給自足」の障害当事者やその家族が、医療機関や第三者、作業所を職場として捉える職員など外部の人々を巻き込みながら、役割を分化していったと捉えることができる。

作業所が存立するための要因としては、おおまかには物的条件と人的条件があり、それらの条件を満たすための基盤として補助金を供給する制度的要因がある。資金面では自治体補助の存在が大きい。また、制度的要因・金銭的要因に加えて、良いとはいええない給与で働く職員、後ろ盾あるいは表立って作業所を支援する家族、そして地域の人々などの人的要因があげられる。

(1) 制度的要因

1) 補助

小規模作業所に対する補助としては国庫補助と自治体補助があげられる。金額的にみると、自治体補助が1150万円なのに対し、国庫補助は110万円である（2003年度現在の札幌市の場合、国庫補助は減額した障害種別もある。1作業所あたり15人で計算）。これらの補助で、作業所運営の人員費、管理費、備品等が賄われている。これは、「事業を拡大せずに現状維持であれば、なんとかやっていける」範囲であり、補助制度が施行されてから前年度並もしくは増額してきたが、2002年度初めて経済状況悪化のため削減された。

作業所の補助金に対するコメントとして、現在の補助で「充分」というところと「不足」というところがあった。「充分」とコメントしたところは、概ね作業や収益活動をしておらず、利用者への賃金を払っていない。設置目的としても「いい・居場所」をメインに考えているところであり、セルフヘルプ的な活動内容である。一方、「不足」とコメントしたところは、求職活動や支援費制度を利用したサービスのサポート⁵⁾を行っているもしくは必要としていた。作業所の目的や活動内容はさまざまだが、補助対象としての「作業所」という括りはひとつであり補助額も同じである。行政は小規模作業所に対し小規模社会福祉法人化をすすめる動きがあるが、法人化の設置要件が緩和されたとはいえ、多くの小規模作業所にとってはまだハードルの高いものとなっている⁶⁾。しかしNPO法人制度により、社会福祉法人化しなくとも、NPO法人で支援費制度の事業体となることが可能になった。このことは、現在の補助が「不足」だとしている作業所にとり、利用者の自立生活を支えるための在宅福祉サービスの供給体となり利用料というかたちで収益を得る契機となり、今後の作業所のひとつの方向性を示すものになると考えられる。

2) 仕事

補助金の不足分を補うものとして、また収益をあげ作業所が就労の場となるためには、安定した仕事が生産される必要があるとされる。下請け⁷⁾などの仕事は「理解のある事業者」から、「利用者に合わせた」仕事がある一方で、個人的なつながりがあるか医療機関が関わって設立された作業所の場合はそれらの施設の清掃、クリーニング等の仕事がある作業所を除いて、作業所と職安が連携するなどして利用者に合った仕事を探し、ジョブコーチ制度などを利用して就労にこぎつけているというのが現状である⁸⁾。

また、こういった現状に対し、「市は（補助金を金額的に）よく出していると思う」とした上で、「ある程度補助金は必要だが、これ以上はいい（必要ない）。法定雇用率が達成されていないぶん、それよりも業務独占で仕事がある」と述べる作業所があった。現状の補助制度は、補助が継続する限りは作業所の存立も保障されているといえるが、補助が削減される中、作業所が支援費制度や事業をおこし、主体的に事業を行うという余地は与えられていない。作業所側の工夫、努力は必然だが、経済面で「何もしないこと」が作業所を存立させることになっており、このことは作業所利用者が福祉制度を利用しながら「働いて自立」するのを困難にさせている。

(2) 人的要因

1) 職員

作業所づくり運動がはじまった時代は、障害当事者や家族とともに障害者運動への関わりから、障害者の権利を保障するためという理由で作業所を設立し職員になる場合がほとんどだった。職員の処遇は90年代からの自治体補助の拡充により整備されつつあるが、所長クラスでも一般企業の初任給程度であり⁹⁾、「職員の給料は、障害年金もらって一般就労している障害者よりも少ないくらい」という状況を生み出している。しかし多くの職員は作業所における仕事を「やりがいがある」としている。作業所の存立要因の人的条件として、この職員の「やりがい」こそが作業所を成り立たせているというのは事実である。しかし給与面で「男性は妻を扶養できない」ため、「男性の新卒者は結婚を理由に2年で辞める」というように、専門職の30代から40代の中堅職がないという問題があり、職員のやりがいに頼っての作業所運営は運営の安定性や専門性や経験のある職員の確保といった面からみても脆弱なものである。このように、作業所は実質的には、給料が安くてもやりがいを求めて働く職員、福祉系専門職の新卒¹⁰⁾、パートをやるよりも良い給料がもらえる上にやりがいもあるという理由で働く主婦らに支えられ、成り立っているというのが現状である。

2) 当事者

障害当事者が設立した作業所に関しては、「継続していくためには、（障害当事者である）僕（代表自身）が倒れないということ。（僕が）健康であるということを前提にやっている」（V作業所）というように、当事者の体力や資金に全面的に頼る部分が多い。また、「代表（障害当事者）ががんばっているのだから、その魅力にはまっている（職員談）」（M作業所）というように人柄などの力量に負うところが多い。

3) 家族

子どもの将来の行き場や地域での生活の場を求め、「子どもの居場所がない、だから作業所をつ

くる」というストレートな要求があり、それまで家庭の中に閉じこもっていた親子が、職員とは違ったかたちで、資金面、実質の運営の場で作業所を成り立たせている。どんなに障害が重くても、なんらかのかたちで働いて欲しいと望むのが親である。家から通えなくなったらグループホームから通所施設へ通所できるようにするため、法人化するなど組織拡大につながっていく。作業所という場において相互扶助的な関係で親同士が連携し、作業所を成り立たせてきた。「親も子も外へ出そう、外へ出たい」というように、家族にとっても作業所は社会参加の場となっている。

- ・「(職員は代わりがあるが) 親は逃げられないから」
- ・「子どもたちの喜ぶ顔が見られるから頑張ってきた…私たち(父母)にとっては(利用者にはわが子としての)子ども。子どもたちががんばれば親もがんばれる」(J作業所)

4) 地域

また、作業所の増加とともに、地域(町内会、近所づきあい)との連携も作業所を存立させる要因となっている。作業所を開設する時点から将来に渡って、地域との良い関係を築くことが、利用者にとって通いやすい場所になるかどうか、また、作業所という場だけでなく地域で生活を送れるかどうかの鍵を握っている。

聞き取り調査を行った作業所のうち、地域との関わりをあげる作業所は3分の1程度であったが、「施設でも(閉じこもるという意味での)家でもなく」地域で生活を送りたいという作業所利用者にとり、作業所が地域に溶け込んでいくことは課題となるだろう。

おわりに

1970年代の先行研究において小規模作業所は、「権利保障」「発達保障」をめざす「民主的運動」が障害者本人とその家族を中心として起こったとされているが、本研究において聞き取りを行った作業所では、運動体としての側面をあげた作業所は少なかった。しかしながら70年代以前に設立された作業所と近年90年代以降に設立された作業所では、作業所に関わる人々とその目的に相違があった。70年代では「まず家から出る」ための「居場所」として設立されるが、80年代になると「生活の場」として、地域福祉の推進を担うという側面も加わり、「働けない」といわれてきた障害者が、教育や福祉の対象者であるという受身の関係ではなく、何かしらの仕事を主体的に行うということも重要視されるようになった。90年代以降は、当事者同士のセルフヘルプの場として、社会参加や、障害の種類によっては社会復帰の準備をする場という意味合いも持つようになった。また、障害当事者や家族だけでなく、患者の退院後のリハビリテーションの場を必要とする医療機関、福祉を「ビジネス」として捉えて参入してきた第三者、「やりがい」を求めて小規模作業所に関わる職員等、作業所に関わる「人」の性質もその目的も変化した。以上のように、小規模作業所の存立要因は多様であり、活動も多様である。

聞き取り調査の結果を踏まえて、JHCNSP(The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project: ジョンズ・ホプキンス比較非営利セクタープロジェクト)によるNPOの定義¹¹⁾を小規模作業所にあてはめると、NPOの要件として提示されている非営利性、非政府性、組織体系、自発性、自己統治のあり方はすべて小規模作業所にあてはまるものである。

小規模作業所を成り立たせてきたのは、もともとは障害者をめぐる人々の切実な「なんとかしなければ」という思いであり、そこから動き出した家族や職員などの人的な資源である。こうした人々

の動きにより作業所は急増し既存の社会福祉政策に影響を与え、作業所に関する人的・物的資源を増加させるに至った。さらに、自らが影響をあたえた政策にまた逆に影響され、作業所に関わる人的・物的資源を拡大・変容させるといった状況を生み出した。

こうした小規模作業所の在りように対し、NPOの存在理由としては、歴史的所産、市場の失敗、政府の失敗、自由と多元的な価値観、連帯という考え方により説明がなされているが、「市場の失敗」「政府の失敗」とする説が軸におかれている。宮島（1992）は、70年代の石油危機を境に政府の積極的な役割を支持する「市場の失敗」論から逆に、政府の消極的な役割を主張する「政府の失敗」論へ転換したとしている。さらに富永（2001）は家族の機能の弱体化が福祉国家を呼び出さざるを得なくなったとして「家族の失敗」を提起している。しかし、その家族の失敗を補う福祉国家も失敗しふたたび「政府の失敗」となる。そこで、市場も政府も果たせないもののため、または国家と家族を媒介するものとしてのNPOの必要性が生じるとされる。

こういった文脈では、NPOは他セクターの失敗を補完するものとして取り扱われ、とりわけ社会福祉におけるNPO法以降はサービス供給体として、経済面で寄与することがNPOの存立要因として説明されていた。小規模作業所の果たしている役割をみれば、それはまさに「失敗」の肩代わりをしており、その説明にあてはまるという点ではまさしくNPOであるといえる。しかし、「失敗」の結果からサービス供給体として小規模作業所が発生したという見方よりも、障害当事者や家族から自発的・主体的・先駆的に発生したという見方のほうがポジティブな見方だと捉えることができる。

こうした視点からNPOの性格をみるにあたっては、NPOの発生とNPOを存立させている要因をみる必要がある不可欠である。本研究では、NPOとして小規模作業所を捉え、作業所に関わる人々の「生の声」から導かれた小規模作業所の存立要因を明らかにした。その結果、既存のNPOの語られ方は、実際のNPOとしての小規模作業所の実態と（「失敗」の結果として小規模作業所が発生したのではなく、あくまでも自発的であるという点で）いくぶん乖離があるのではないかと示唆した。

注

- 1) 「小規模作業所」は「共同作業所」、「小規模共同作業所」とも呼ばれる。本稿では基本的に「小規模作業所」「作業所」という呼称で統一し、引用文献については文献に表示されているとおりに記載する。
- 2) NPOはNon-Profit-Organizationの略であり、非営利組織、民間非営利組織などと訳されるが、それに含まれる組織の範囲に関してはいくつかの定義がある。NPOという言葉自体は組織として「営利か非営利か」ということを表わしているにすぎない。日本では1998年に施行された特定非営利活動促進法による特定非営利活動法人がNPOと呼ばれている。これは最狭義の定義であり、最広義の定義では公益法人や町内会や組合までもが含まれる。本論での「NPO」という用語の取り扱い、必要に応じてそのつど範囲と定義を説明するが、基本的には単に「非営利組織」と捉えてもらってよい。
- 3) 滝村（2002）は小規模作業所を運動体としての性格の有無により、①障害者の基本的人権を守り、労働と発達の保障を軸に運動体として発展してきたもの、②運動体としての性格よりも、より具体的に養護学校等卒業後のわが子の進路に不安を抱いた多くの保護者団体の努力と自己犠牲によって設置されてきているものの2つに分類している。しかしながら、小規模作業所が1970

年代以降に作られるようになったのは、障害者の権利保障、発達保障を目指す運動のうち、とりわけ障害当事者による自立生活運動（IL運動）の影響が大きい。基本的に自立生活は脱家族を意味するものであり（岡原1990）、障害当事者が中心となって設立された作業所と家族が中心となって設立されたものは本質的にめざすところが違うものである。また、二つめにあげた「わが子の進路に不安を抱いた」保護者団体が設立したものと、近年、とりわけ精神障害者の家族会と医療機関が協力して設立されたものは、障害当事者が中心となって設立したわけではなく、家族の必要性から家族がつくりあげたものという点で一致している。さらに近年は、これらに加え、福祉を「ビジネス」として参入してきた第三者や、病院退院後の回復者の居場所を必要とする医療機関なども積極的に作業所設立に関わるようになってきた。

- 4) 資格・経験の内訳は、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、ヘルパー、看護師、元福祉施設職員の経験である。
- 5) 就労するにせよしないにせよ、自立生活を望む利用者に対しては、支援費制度の利用などは利用者本人では自分で申請が難しいため、サポートが必要となり、作業所職員が個別に対応している。最近では区役所の紹介や保護課からの紹介もあり、行政側からも当てにされているという現状がある。
- 6) 2000年の社会福祉基礎構造改革における社会福祉事業法改正（社会福祉法に改称）で、小規模通所授産施設の設立を目的とした社会福祉法人化への設立要件が緩和されたことにより、小規模作業所の小規模通所授産施設への転換がすすむものと予想されている。しかし、小規模作業所のあり方委員会（全日本手をつなぐ育成会の法人内設置）の調査によれば、授産施設への移行については法内施設の基準面積の達成や、給食の実施等についてかなり困難な状況であることが明らかになっている。また、小規模通所授産施設に対する年間補助額は、現在の地方自治体による小規模作業所に対する年間補助額とほぼ同額であり、それほどメリットがない。
- 7) 従来作業所に下請けに出されていた仕事は近年、機械化や海外へ下請けされるという流れがあり、仕事の確保が課題となっている。
- 8) 作業所を一般就労までの通過地点として捉えるものもある。一般就労がうまくいかなかった者が、再就職するまでの場あるいは作業所で一般就労に近いかたちで就労するための場となっており、そこでは、専門的技術（調査ではパソコンや金属加工）を身につけることが求められている。その次の段階としては就労支援が必要とされてくる。
- 9) 札幌市小規模作業所連絡協議会の調査によれば、札幌市内の作業所職員の給与平均は常勤で月額17、18万円（賞与含む）、非常勤で8万円程度の給与である。しかし、これは市の職員配属基準に従えば、ということであり、実際は人手が足りないために配属基準以上の職員を雇用している。
- 10) 医療・福祉関係の学校を卒業し作業所職員となった若い職員は「やりがい」があるとは言いつつも、「ここをやめて他にすぐ仕事があるとも思えない」というように、働く人の立場で考えても作業所は新卒の専門職などの就職先のひとつとして捉えられている。
- 11) NPO白書（山内編2002）では、2002年時点における日本の非営利セクターの規模と産業構造を推計している。ここでは、「一般に、NPOには、学校、病院、労働組合、環境保護団体、人権団体や政治団体等があるが、広い意味では宗教団体もまたNPOである。NPOは、その活動範囲が多様であるために、NGO（Non-Governmental Organization:非政府組織）、ボランティア・セクター（Voluntary Sector）、市民社会セクター（Civil Society Sector）、第3セクター（Third Sector）、独立セクター（Independent Sector）など、呼び方も様々である」こと、「利益を得る

ことを禁じられた組織という意味で用いられるのではなく、利益を得ても良いが、その利益をNPOの設立者やその他の組織関係者に分配することを禁じられた組織という意味で用いられる」ということを前提にしながらも、JHCNSPによって確立され、NPOの規模や構造についての国際比較・分析を行うために以下のような定義を用いている。NPOとは以下の5つの条件を満足する団体である。(1) 組織：組織としての体裁を有している。必ずしも法的に認められた団体である必要はない。(2) 利益の非分配制：組織の運営者や経営者などの運営上の関係者に利益を分配しない。(3) プライベート：組織構造的に政府の一部ではない。(4) 自己統治：基本的に組織関係者により、その統治が行われている。(5) ボランタリー：法的な強制ではなく、組織関係者自らの意志で資産や労働力を寄付している。

作業所	設立年	補助事業開始年	系列作業所数	設立者属性	設置主体	運営主体		障害種別	目的		将来展望	作業内容
						設立時	現在		設立時	現在		
A	1963	2002	1	個人	個人(第3者)	NPO法人	個人(第3者)	身体	家から出る+軽労	軽労	就労、社会福祉法人化+入所施設	道路清掃、河原清掃、除雪等
B	1976	1976	1	家族+医療機関	運営委員会	運営委員会	個人(第3者)	精神	つどい	生活訓練	就労、社会福祉法人化、グループホーム	割り箸の袋詰め
C	1977	1982	8	家族	社会福祉法人	社会福祉法人	個人(当業者)	知的	福祉的軽労	福祉的軽労	社会福祉法人化の分権化	趣味の花ものから委託清掃、下掛けなど8種類
D	1978	1993	3	当業者	NPO法人	NPO法人	個人(当業者)	身体+知的+精神	つどい+作業	つどい	現状維持	ワープロ使用作業少々
E	1983	1983	1	当業者	個人	個人(第3者)	個人(当業者)	身体	つどい+仕事	つどい	現状維持	現在ほぼなし
F	1983	1989	4	第3者	社会福祉法人	社会福祉法人	個人(第3者)	知的	(女性の)就労	作業+生活リズムづくり	社会福祉法人の分権化	織織、和服販売
G	1984	1986	2	家族	個人	個人(当業者)の家	個人(当業者)+個人(第3者)	重度身体+重複	生活訓練+作業	生活訓練+作業	社会福祉法人化(入所)	ウエス
H	1985	1986	1	当業者+第3者	個人	個人(当業者)+個人(第3者)	個人(当業者)+個人(第3者)	身体+知的+精神	つどい	金属加工技術	解散	金属加工、美術作型
I	1986	1986	1	当業者	個人	個人(設立者の家族)	個人(当業者)	身体+規範	福祉機器製作	相談業務	わからない	織織、手芸
J	1986	1986	5	家族	社団法人	社団法人	個人(当業者)	身体	就労	就労	就労、社会福祉法人化、認可入所施設(今年度募集、運営中)	織織、染色、製品加工、販売
K	1987	1990	3	当業者	個人	運営委員会	個人(当業者)	身体+重複	作業	作業	社会福祉法人化	ハンコ作業
L	1988	1998	2	家族+医療機関	任意組織	運営委員会	個人(当業者)	精神	作業+生活訓練	社会適応、作業+福祉的軽労	現状のままで…ip+ゆりば社会福祉法人化	飲食店店員、紙器組立て、フオホーカット、業務
M	1991	1991	2	当業者	個人	個人(当業者)	個人(当業者)	身体+精神+知的	つどい	作業+つどい	社会福祉法人化、グループホーム	食品加工、飲食店店員
N	1991	1991	6	家族+医療機関	NPO法人	NPO法人	個人(当業者)	精神	つどい	つどい+作業	一般就労に近いもの	箱折り、お茶の発酵め、喫茶店店員など
O	1991	2001	1	医療機関の医師	個人	個人(医療機関+医師)	個人(医療機関+医師)	知的+身体	作業+生活訓練	作業+生活訓練	NPO法人化	とくに(事務高の手伝い程度)
P	1995	1995	1	当業者	個人	当業者団体	当業者団体	身体	生活訓練	生活訓練	現状維持	とくに(事務高の手伝い程度)
Q	1997	1997	2	元元テニスイヤ	NPO法人	NPO法人	NPO法人	精神+知的	つどい+作業	作業	一般就労に近いもの	アルミ缶回収、園芸用品、園芸作業、下掛け
R	1998	1998	1	元作業所職員	運営委員会	運営委員会	個人(第3者)	精神	作業+生活+つどい	作業+生活+つどい	NPO法人化、就労支援センター	セツケンズ(リ)手芸品、スモークケーキ(リ)など
S	1999	2000	2	医療機関の医師	運営委員会	運営委員会	個人(第3者)	精神	作業	専門技術	一般就労に近いもの	ハンコ作業
T	2002	2002	2	会社経営者	個人	個人(第3者)	個人(第3者)	知的	就労+作業	就労+作業	社会福祉法人化、グループホーム	コピー機、マシヨク清掃(代費の持ち物)、手芸品
U	2002	2002	1	第3者	社会福祉法人	社会福祉法人	個人(第3者)	知的	一般就労への通過	作業+生活+つどい	社会福祉法人の通所授産化	クリーニング、下掛け
V	2002	2003	1	当業者	個人	個人(当業者)	個人(当業者)	身体+精神	作業+つどい	作業+つどい	わからない	園芸、ハンコ作業
W	2002	2003	1	医療機関の元ソーシャルワーカー	NPO法人	NPO法人	個人(医療機関+MSW)	精神	つどい	つどい+生活+作業	現状維持	誰かから頼まれ、それに応える(エコマネー)
X	2003	2003	1	元福祉施設職員	個人	個人(第3者)	個人(第3者)	身体+精神	就労	就労	就労	雑誌の編集、取材、記本、草抜き、清掃
Y	2003	2003	1	元作業所職員	運営委員会	運営委員会	個人(第3者)	精神	つどい+仕事	つどい+一般就労	会社組織になるかもしれない	

引用・参考文献

1. 阿部哲美(1991)「障害者の就労の促進に関する調査研究－札幌市内の小規模作業所にみる就労を通じた社会参加」『北海道ノーマライゼーション研究』3。
2. 岡原正幸(1990)「制度としての愛情－脱家族とは」安積純子ほか『生の技法』藤原書店, 75－100
3. 亀山敏朗(2002)「市民社会の創生に向けて－NPOの限界と可能性－」『年報人間科学』23, 107－124
4. きょうされん(2003)『全国障害者社会資源マップ』中央法規。
5. きょうされんホームページ<http://www.kyosaren.or.jp/commentomo/2003/1024.htm>
6. 共同作業所全国連絡会(1987)『ひろがれ共同作業所』ぶどう社。
7. 共同作業所全国連絡会(1997)『みんなの共同作業所』ぶどう社。
8. 共同作業所全国連絡会(1998)『人はつづく道はつづく』共同作業所全国連絡会。
9. 小島廣光(1998)『非営利組織の経営－日本のボランティア』北海道大学図書刊行会。
10. 坂田三雄(1978)「障害者にとっての労働と教育」『月刊社会教育』22(5), 31－35。
11. 札幌市小規模作業所連絡協議会(1995)「小規模作業所の展望を考えるために」『新しいうねりの中で－札幌連の10年』30－32
12. Salamon, M. Lester. (1999)『America's Nonprofit Sector』The Foundation Center。
13. Salamon, M. Lester & Anheier, H. K. (1994)『The Emerging Sector』今田忠訳(1996)『台頭する非営利セクター－12カ国の規模・構成・制度・資金源の現状と展望』ダイヤモンド社。
14. James & Rose-Ackerman(1986)『The Nonprofit Enterprise in Market Economies』田中敬文訳(1993)『非営利団体の経済分析－学校, 病院, 美術館, フィランソロピー』多賀出版。
15. 志水幸(2001)「札幌市内の小規模作業所の現状と課題に関する基礎的調査研究」『北海道医療大学看護福祉学部紀要』8, 63－70。
16. 杉村宏ほか(1997)「北海道における小規模作業所の研究－小規模作業所の存立構造と今後の課題」『北海道ノーマライゼーション研究』9, 103－123。
17. 杉村宏ほか(1998)「小規模作業所職員の人材確保と専門性に関する研究」『北海道ノーマライゼーション研究』10, 73－84。
18. 滝村雅人(2002)「運動体としての共同作業所」『名古屋市立大学人文社会学部研究紀要』13, 67－83。
19. 富永健一(2001)『社会変動の中の福祉国家』中公新書。
20. 広田清美(1984)「地域福祉活動実践シリーズ3－地域福祉の推進から生まれた共同作業所」『月刊福祉』67(9), 76－81。
21. 宮島洋(1992)『高齢化時代の社会経済学』岩波書店。
22. 山内直人編(2002)『NPO白書2002 最新データからみた日本のNPO』大阪大学大学院国際公共政策研究科NPO研究プロジェクト。

精神科ソーシャルワーカーらによる自主的研修会の試みの省察

—セルフヘルプの視点からの実践研究試論—

齋藤 征人

はじめに

近年、社会福祉サービス利用者によるセルフグループの活動が注目されるようになった。久保は断酒会参加者同士のわかり合い、支え合いの過程において、文字通り酒を断つことができた例に触れ、「人間は弱い存在だが、本当にわかりあえる仲間の中で成長するというのを、教えられる。人間が『変わる』とか、人間を『変える』とはどういうことか。そしてその傍らに立ってわれわれはどういう役割をとればいいのか¹⁾」と、専門家のあるべき立場性、役割についての戸惑いを述懐している。社会福祉の援助の一形態として、ないしその補完的手段として、セルフヘルプグループの活動が社会的に認知されつつあるなかで、専門家と呼ばれる者のアイデンティティの再考が、今迫られていると言うことができよう。

同じ経過や状況を体験した者にしかわかり得ない悲しみやジレンマ、「受苦」²⁾は、人生最大のパートナーと言われる配偶者にも理解しがたく、よって同胞たる、障害当事者同士のわかり合い、支え合いが極めて重要である。このことは障害当事者のみならず、援助者たるソーシャルワーカーにも言える。精神的に消耗の多い職業だからこそ、絶えざるわかり合いと支え合い、換言するならば「共感と理解」「支援と暗黙知³⁾の交流」が必要である。

筆者は、社会福祉分野における理論と実践の乖離に疑問を持ちつつ、それへのささやかな試みとして、臨床的研究法の検討に取り組んでいる。臨床的研究法とは、「研究者と受苦者と『ともに存在する』という立場で、その個別・具体的な現実・現象に自らも参加することで得られた知見を、ある一定の地点において一般化し、さらに臨床現場に還元するといった、研究と実践のよりよい循環と協働の関係を志向した方法」⁴⁾である。この考え方にたって説明するならば、ある実践は一定の地点においては第三者ないし第三者的立場から、現在の状況や方向性を確認する必要があり、またそれは研究者自身が現実と直面し、共時の空間に居合わせながら進められるべきである。

こうした立場から本稿においては、いわば「ソーシャルワーカーのピアグループ」の例として、現任1～3年程度の精神科ソーシャルワーカー（以下、初任PSW）らによる自主的な研修会（以下P研修会）の試みを省察しながら、その意味と課題について提起する。

まず整理・検討の前提となろうピアグループスーパービジョンならびにセルフヘルプグループについて理論的に概観した。次に、P研修会において会場の確保や飲み物の提供、会計管理、記録等の事務局的な立場で参加しながら、他方、物理的・精神的な距離を保ちつつも、P研修会の集い、語らうという行為について考えてきた「実践研究者」の立場から、2001年に開始したP研修会の2年間の活動を省察し、その過程で立ち現れてきた課題性についても言及したい。また、これらの作

業によって、初任PSWらにとってセルフヘルプ的機能を果たすピアグループの存在が日々の業務と実践の手がかり・支えになっていることを明らかにし、臨床的研究法の一過程としたい。

1. ピアグループスーパービジョンならびにセルフヘルプグループに関する理論的整理

1. ピアグループスーパービジョンに関する理論的整理

スーパービジョンに関する研究は、主に荒川⁵⁾、黒川⁶⁾、塩村⁷⁾によってまとめられているが、ピアグループスーパービジョンに関する研究は、文献・論文とも我が国においては僅かである。

黒川は、ピアグループスーパービジョンを同僚間集団スーパービジョンと称し、アメリカの現状に照らして紹介している。同僚間集団スーパービジョンは「スーパーバイザー、あるいは熟練したワーカーのための自主性と自発性を根拠とした、集団による学習と訓練の機会であり、参加者はこの支持的なグループの中で、『同僚の目』peer reviewを通し、さまざまなケースの検討をすることなどの活動を通して、その専門職業上の独立性と責任性を強化することを目的とした自主学習の方法⁸⁾と定義づけられ、熟練したワーカーの自己能力向上の機会と位置づけられている。黒川が指摘する同僚間集団スーパービジョンの説明は、表1のように整理することができる。

また、塩村は、4～20年以上の中堅ワーカーによるピアスーパービジョンの試みをスーパーバイザー、スーパーバイジー、オブザーバーのそれぞれの役を担った参加者の感想を交えて説明している。同僚間集団スーパービジョンについての理論的な検討は、十分尽くされているとは言い難いが、ピアスーパービジョンの注意点として、①ある程度自分たちで問題解決を行える能力を備えている仲間であること、②単なる仲間同士のおしゃべりにならないように、はじめにルールを決めておき、それを守る努力をすること、③仲間内の見方に偏らないように、時々外部からコンサルテーションを受けるなどの努力が必要、などをあげている⁹⁾。

表1 同僚間集団スーパービジョンの概念枠組み

項目	内容
対象	<ul style="list-style-type: none"> スーパーバイザーとしては十分、熟練していないスーパーバイザー。 比較的初心者のスーパーバイザー。 社会福祉実習のための学生を受け入れている機関の実習指導のワーカー。 理論は習得していても、経験知識に乏しいワーカー。
目的	<ul style="list-style-type: none"> 初心者のスーパーバイザーの「依存性」の克服。 スーパーバイザーとしての訓練。
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 自己指向的。 教育的背景、現場機関の差異、異種の業務の経験などを通して、短期間で多くのことを学習することが出来る。 特定のスーパーバイザーがいらないため、集団自体がスーパービジョンの体験をもたらす。 グループメンバーの能力を認め、かつ、それを相互に利用できる。 未熟な人は熟練者の経験を利用し、新任スーパーバイザーのフレッシュな感想から熟練者が見過ごしがちな視点を得られる。 参加者は対等平等であること。 謙虚に自己の限界を知って集まっている人たちであること。 司会者facilitatorを決めておく。司会者は交替輪番。
条件	<ul style="list-style-type: none"> 運用の基本指針を話し合っておく。 毎回出席の義務をもつ。
方法	<ul style="list-style-type: none"> 輪番によってはケースの報告者になる。 報告の形式は、記録化された文書だけでなく、ビデオ等新しいメディアも活用する。 最初に決めた取り決めを、参加者が守ること。 予定された報告を延期しても、緊急の課題を話し合える柔軟性。 参加者のスーパービジョンに対する欲求が充足されているかの評価の必要性。
留意点	<ul style="list-style-type: none"> 最初に決めた取り決めを、参加者が守ること。 予定された報告を延期しても、緊急の課題を話し合える柔軟性。 参加者のスーパービジョンに対する欲求が充足されているかの評価の必要性。

出典：黒川昭登『スーパービジョンの理論と実際』、岩崎学術出版社、292～299ページ、1992年、を参考に整理した。

2. セルフヘルプグループに関する理論的整理

セルフヘルプグループ研究は、昨今のコンシューマー・イニシアティブの潮流に沿って、我が国においても少なくない。とりわけ文献では、岩田¹⁰⁾や久保・石川¹¹⁾、半澤¹²⁾らによってまとめられている。

久保は、セルフヘルプグループの特徴として、①メンバーは共通の問題をもっている、②共通のゴールがある、③対面的な相互関係がある、④メンバー同士は対等な関係にある、⑤参加は自発的なものである、⑥専門家との関係はさまざまだが、基本的にはメンバーの主体性を重んじる、などをあげている¹³⁾。

セルフヘルプグループの興味深い点は、グループの中で巻き起こる力動とそれによって人間が変化し、エンパワメントし得るという可能性である。はじめに述べた断酒会の例では、参加者一人ひとりの発言を参加者がじっと聴いている雰囲気や、無理に発言を促さないことや、沈黙も大切な表現であること等、断酒会の例会の様子が紹介されている。断酒会の目標は言うまでもなく「継続して酒を断つ」ことであるが、その方法は意外にも「とにかく例会に出ること」「一人では止められなかった。しかし仲間がいたからこそ止められた」と参加者は言う¹⁴⁾。

アルコール依存症の患者にとっては、断酒会の例会で、非難されずありのまま受け入れられたこと、対等に扱われたこと、一人の人間として尊重されたことが嬉しかったことだと言うが、他方「人生におけるパートナー」と一般に称される患者の配偶者（妻）は、患者である夫を理解できず責めていた¹⁵⁾。すなわち、専門家でも配偶者にもできない、しかし患者にとっての基本的な欲求である、非難されずありのまま受け入れ、対等に扱い、一人の人間として尊重することを、断酒会の参加者が実現化したのである。

このことは医療従事者やソーシャルワーカー等、専門職の関わりや支援のあり方を再考する契機として充分であることは言うまでもない。

II 精神科ソーシャルワーカーらによる自主的研修会の試み

1. 活動の発端

P研修会の試みは、2001年に活動が開始された。前年度まで定期的に開催されていた、医療福祉系大学の4年生による、精神保健福祉士国家試験の受験勉強会が発端となっている。受験勉強をしていた当時の参加者は6～10名前後で、週1回課外や空き時間を利用して、会はもたれていた。国家試験の受験を無事終えた2001年1月、参加者から卒業・就職後も定期的にもみんなで集まりたいとの声があがり、その年の4月から月1回の会合が始まった。

当時は会の名称等もなく、また事例の提示と議論等が継続的に行われるスーパービジョンの通例とは異なり、初めて社会に出た戸惑いや焦り、日常感じるジレンマ体験などが交わされる同窓会的な意味合いが強い集まりであった。ただ、堰を切ったように語られる参加者の話のなかには、主観的な感想に交じって「ソーシャルワークっていったい何だろう？」等という根元的な問題意識も断続的に現れた。

P研修会に対する参加者の共通認識は、毎月気心の知れた仲間が愚痴さえ語り合える場所、安心できる仲間がいる時間と空間を確保・継続しようという試みという点だった。開催日は月1回とし、前月の開催日に翌月の開催日を決めた。

2. 活動の概要

P研修会の1年目は、当初それぞれの職場における日頃の気づきや、いわば愚痴を語り合うだけだったが、参加者はそのこと自体にむしろ意味があるとした。いっぱいになったコップに水が入らないように、不安や焦り、ジレンマの連続でいっぱいになった気持ちを、気心の知れた、また同様の境遇にある仲間がわかり合い共有することで、翌月のP研修会まで自らの業務におけるモチベーションを維持することに貢献していた。

1年目の後半では、次第に様々な試行錯誤を行った。P研修会開催地である北海道内で先駆的活動を行っている精神保健福祉分野の現場の施設長や、福祉系大学の教員らを招き、食事をしながら実践上のアドバイスを聞く試みも行った。しかしながら、活動を開始して1年が経過した2002年3月、P研修会の複数の参加者から「今必要なのは、参加者自身のことを語れる場であり、講師を呼んで話を聞くよりも、自分たちが主人公の会にするべきだ」との意見が出され、この年の4月以降は、開催は毎月1回、参加者が都合の良い月に自由に参加し、語り合える場所として、活動の見直しが図られた。

2年日以降の活動では、議論の内容は毎月メンバーが議論したい問題意識を自由に出し合い、それに従って自由に発言した。内容はすべて秘密厳守とし、新たな参加希望者は精神保健福祉関係の知人・友人等、すでにP研修会に参加している者の紹介によって参加できることとした。参加費は公共施設内の会議室を借りるため、会の当日に1人500円を徴収した。また毎回発言記録をとり、次回にその記録を配布することで各参加者の振り返りの材料とした。さらに発言記録は、参加者らをよく知り、また参加者の信頼もあついで中堅P S W (30歳代後半・男性)にE-MAILで送られ、それに対する感想やアドバイス等のコメントが翌月のP研修会で参加者に配布された。

3. ピアグループにおける「語らい」の意味

活動が2年目に入った2002年、参加者らの出身大学の後輩や知人も参加者の紹介によって入ってきた。またそのことでP研修会での議論の内容も深化した。むしろ参加者の立場性は対等・平等に保たれていたが、先輩が後輩の語りを聴くことで、1年前の自分を振り返り、新人P S Wだった時に感じた問題意識や、些細だが忘れるべきでない疑問、自らの価値観を取り戻すことになった。また同じ立場を少し前に経験した者としての先輩の語りは、後輩たちにとってかけがえのないものとなった。先輩たちは自分たちが今経験しているような危機的状況をどう乗り越えてきたのか、実践上の知見・知恵(暗黙知)を教えてもらっていた。そして、参加者全員がそれぞれの置かれている立場を語り合い、確認し合うことで、孤独感・孤立感を免れ、自らの存在感を取り戻していったのである。

業務の都合で毎回参加できる人とできない人がいるが、参加者たちは、このような安心できる、いつでも安心して帰ることができる時間・空間が存在し続けることが、P研修会の意味であるとして、現在も草の根的に活動は続けられている。2003年でこの活動は3年目に入っている。

このように正のグループダイナミクスが働き、相互にエンパワメントされる場としては、従前より障害当事者によるセルフヘルプグループがあった。P研修会は、活動開始以来、試行錯誤を続けながら、結果として断酒会やAA (Alcoholics Anonymous) 等、障害当事者によるセルフヘルプグループの活動内容に一方で近づきながら、他方、発言記録を、スーパーバイザー的役割を果たしうる中堅P S Wに送り、文書による形をとりながらも定期的にアドバイスを受け、振り返りの素材としている。これらの点から、従来障害当事者の回復過程における補完的役割として捉えられがちで

あったセルフヘルプグループの力動性は、初任P S Wにも応用的に活用し得ることが示唆される。

III 考察

1. P 研修会の概念的位置づけ

P 研修会の活動という、個別・具体的な状況の省察を通して、今後の類似した活動への示唆となりうる点について考察を加えると、本稿においては以下の点に約言できる。

まず、P 研修会の概念的位置について。ピアグループスーパービジョンはその性質からセルフヘルプグループとしての力動は機能しているものと考えられるが、P 研修会の活動をピアグループスーパービジョンとして認識するには多少無理がある（表2）。なぜならば、第1章の理論的整理から、ピアグループスーパービジョンは、スーパーバイザーとして未熟であるためその技能向上のため用いられる場合が主と言えるが、P 研修会ではP S Wとして、また社会人としていわば「新人」である参加者の実践の振り返りや、自己の肯定・確認が行われている。

またピアグループスーパービジョンでは、参加者は原則として毎回参加の義務を負うが、P 研修会では参加者の紹介を前提とした参加の登録はするものの原則として自由参加である。むしろ参加できなかった者に対しても、そうした場が存在し続けることによる安心感・安定感を演出しようとしている。

さらに、参加者がP 研修会へ来ることに精神的な負担感を感じることを避けるため、輪番等による事例報告等は課していない。気軽に参加し、日々の実践に対して前向きな意欲を取り戻すことができる時間・空間づくりをめざしている。以上の諸点から、P 研修会はピアグループスーパービジョンとしての概念整理より、むしろより広義の概念としてのセルフヘルプグループの一形態として位置づけた方が自然である（図1）。

しかしながら、他方、P 研修会では毎回発言記録をとるとともに、既述の方法で中堅P S Wにコメントを求めている点では、結果的にはピアグループスーパービジョンの方法を一部援用していると言える。したがってP 研修会は、ピアグループスーパービジョンの方法を援用した、現任3年程度のP S Wらによるセルフヘルプグループとして措定することができよう。

表2 P 研修会と関連概念との比較

項目	セルフヘルプグループ (久保)	同僚同集団スーパービジョン (黒川)	P 研修会
対象	・共通の問題とゴールをもっている対等なメンバー	・熟練していないスーパーバイザー	・現任3年程度の未熟なP S W
目的	・メンバー共通の問題、ゴールがある。	・初心のスーパーバイザーの「依存性」の克服。 ・スーパーバイザーとしての訓練。	・それぞれの職場で自らが抱えるジレンマ体験の語り合いと、安心できる時間・空間の保持。
立場	・参加者は対等	・参加者は対等平等	・年の差、経験人数に年少の差があるものの、対等平等。
参加	・参加は自発的	・毎回出席の義務をもつ	・参加は自発的
その他	・専門家との関係はさまざまだが、基本的にはメンバーの主体性を重んじる。	・輪番によってはケースの報告者になる。	・ケース等報告の義務等は課さない。 ・参加者のニーズから発言記録と、中堅P S Wによるコメント（文書）を毎回配布。

出典：黒川「スーパービジョンの理論と実際」、岩崎学術出版社、292～299ページ、1992年、ならびに久保敏章・石川到覚「セルフヘルプ・グループの理論と展開—わが国の実践をふまえて」、中央法規出版、8ページ、1998年、を参考に整理した。

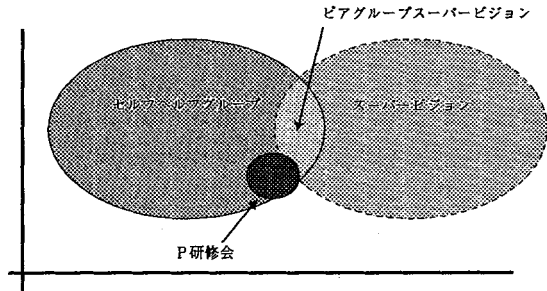


図1 P研修会の概念図

2. 初任P SWにも必要な「故郷の世界」

次に、P研修会参加者にとってのP研修会の意義について。次に挙げるエピソードは、精神障害者の地域生活支援に30年以上前から取り組んでいる「やどかりの里」での事である¹⁶⁾。

ある患者の母親が、自分の子どもとのよりよい関わり方を勉強したいとして、本を紹介してほしいと訴えてきた。当時のP SWは、ともかく「茶の間」¹⁷⁾にいて患者さんが来た時にお相手してくださいと言った。疲れて仕事を休んでしまった人が来た時に、その母親はお茶をついでやり、グロツと横になってこぼす愚痴を、そうだったの、それじゃ疲れるよね、と聞いてやったという。早川は、同じ苦しみ、同じ悩みを体験している人々が共に生活すると言うことは、最も端的な「近さ」の表れであり、こうした「近さ」によって結ばれる実存的な出会いを「故郷の世界」と呼び、また共なる生活を営みえなかつた人々は「異郷の世界」に属すると説明している¹⁸⁾。やどかりの里における茶の間は、精神障害をもつ当事者にとってまさに「故郷の世界」であった。面接という形ではなく、とき放たれた空間で自分自身を語つたであろう光景は、P研修会の理解にも示唆を与えている。

P研修会の参加者は生活を共にした者たちの集団ではないが、活動の前身である国家試験の受験勉強会当時には、P研修会を構成する多くの参加者が、クリスマスや正月を返上して町内会館に泊まり込み、断続的に合宿をしながら受験勉強に明け暮れた経験を持っている。いわば、文字通り「同じ釜の飯を食べて」現在の職に就いている。このことから、早川が言うところの「故郷の世界」に準ずる感覚を共有してきたと言うことができよう。

さらに早川は、こうした世界観は相対的概念に過ぎず、「故郷の世界」に属していた人が「異郷の世界」に、また「異郷の世界」に属していた人が「故郷の世界」へと入り込んでいくこともあるとしている¹⁹⁾。P研修会においても、回を重ね、参加者の苦しみや悩みを共有しながら、安心の時間と空間を共に重ねていくことが、参加者にとっての「故郷の世界」になり得、途中から参加した者もやがて「異郷の世界」からこうした「故郷の世界」に入り込む可能性を含んでる。

3. P研修会で今後予想される課題

当面考えられる課題としては、まずP研修会の存続とその内容の再考があげられる。

参加者が現任3年目を越えると、一般に日々の業務にも慣れてくると同時に、それぞれの職場において一定の責任性を負うことになる。これに従って参加のモチベーションも減退し、参加頻度も低くなりがちである。つまりP研修会という時間と空間を必要としなくなる。この場合、参加者のいわば「成長」とともに、議論の内容を質的に変化させるべきところだが、他方、新人ワーカーの抱えるジレンマの語りから得られる気づきは、現任3年目以降の一定の慣れが生じてきたP SWにこ

そ、定期的に必要であることも否定できない。しかしながら、前述した「いつでも安心して帰ることができる時間・空間」は、内容・質的に大きく変化しないことが望ましいなどという重複した矛盾も孕んでいる。

また、既述のとおり国家試験の受験勉強会を発端とし、苦しみや悩みを共にしてきたことによる参加者の信頼関係は、参加者の入れ替わりによっては弱体化すると同時に、永年続くものでもない。また、会発足時のモチベーションは、時間の経過とともに異なったものに変化し得る。信頼関係を基本として、その時々に関心や迷いを自由に語れる雰囲気と時間・空間の確保を目的としている研修会の意味は、それを必ずしも欲求していない参加者が今後増加するとすれば、変化していかざるを得ないだろう。つまり、従来型のグループスーパービジョンや事例検討会こそ必要になる可能性もあり、P研修会の試みを総括するには今しばらく時間的経過を要そう。

さらにP研修会で試みられている、E-MAILによる中堅PSWのコメント（いわば「記録を介した遠隔的スーパービジョン」）についても同様のことが言える。現在コメントを依頼している中堅PSWは、参加者とは従前より信頼関係がある。この前提があるため、文書・文字を通じた記録とコメントの交換によっても両者が互いを了解し合うことができた。しかしながら、参加者とこの中堅PSWとの信頼関係が充分でない場合、コメントを読んで受ける参加者の印象は、これまでのそれとは異なったものとなる。近い将来には、こうした問題にも直面せざるを得なくなるだろう。

おわりに

本稿は、臨床的研究法の一過程として、P研修会の実践について省察するとともに、その概念的整理を試みた。その結果から、同じ苦しみや悩みをもつ者同士が集い、語らいを重ねることで自分たちの「故郷の世界」を創造しつつあること、またそうした「故郷的世界」が、P研修会参加者の実践を下支えし、今後も精神的な負担感の軽減に役立つであろう見通しと、同時にこの会が内包する課題性を見いだすことができた。加えてP研修会の実践が、ピアグループスーパービジョンないしセルフヘルプグループのあり方の、新たな拡がり示唆したものと言えよう。

今後も、臨床的研究法実証の観点から、日々の何気ない行為・実践の整理と意味づけを重ねていくことが、自らに課せられた課題である。

註

- 1) 久保紘章『自立のための援助論』, 川島書店, 27~28ページ, 1988年。
- 2) 「苦しみ」のなかにいる人のこと。社会科学領域における臨床論に影響を与えた鷺田清一が、著書『「聴く」“こと”の力ー臨床哲学試論』(TBSブリタニカ, 1999)のなかで用いた用語。
- 3) Donald A.Schonは、合理性・厳密性・実証性を基礎原理とする近代の専門性に対して、「実践の中の知」(暗黙知)と、実践の省察(reflecting in practice)を繰り返すことの重要性を指摘し、実践においては厳密性よりもむしろ現実的な意味における適切性が重視されることを主張した(Donald A.Schon, The Reflective Practitioner, Basic Books,1983,佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵ー反省的実践家は行為しながら考える』, ゆみる出版, 2001年)。
- 4) 齋藤征人「精神障害者を主たる対象とした地域共同作業所における活動の省察ーT共同作業所

- における実践理論研究試論」『社会福祉士』，第10号，日本社会福祉士会，102ページ，2003年。
- 5) 荒川義子『スーパービジョンの実際』，川島書店，1991年。
 - 6) 黒川昭登『スーパービジョンの理論と実際』，岩崎学術出版社，1992年。
 - 7) 塩村公子『ソーシャルワーク・スーパービジョンの諸相－重層的な理解』，中央法規出版，2000年。
 - 8) 前掲6，293ページ。
 - 9) 前掲7，98ページ。
 - 10) 岩田泰夫『セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践』，やどかり出版，1994年。
 - 11) 久保紘章・石川到覚『セルフヘルプ・グループの理論と展開－わが国の実践をふまえて』，中央法規出版，1998年。
 - 12) 半澤節子『当事者から学ぶ精神障害者のセルフヘルプ・グループと専門職の支援』，やどかり出版，2001年。
 - 13) 前掲11，8ページ。
 - 14) 前掲1，26ページ。
 - 15) 前掲1，26～27ページ。
 - 16) 坪上宏・谷中輝雄『あたりまえの生活 PSWの哲学的基礎－早川進の世界』やどかり出版，235ページ，1995年。
 - 17) やどかりの里の活動初期にあった、いわゆる「憩いの場」の一つ。障害当事者、職員、地域住民らが目的がなくても気軽に立ち寄ることができ、くつろげる空間。
 - 18) 前掲16，226～227ページ。
 - 19) 前掲16，226～227ページ。

通所介護(デイ・サービス)の利用効果に関する考察

—利用者の主観的健康感の変化を中心に—

松 浦 智 和*¹
伊 藤 千鶴子*²
林 瑠 美*¹

1. 緒言

介護保険制度が2000年4月に施行され、5年目に入った。超高齢社会への変化に対応すべく創設された介護保険制度は、わが国においては、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続く社会保険制度となっている。また、新たな社会保険制度の施行は、1961年4月の新国民健康保険法の実施以来39年ぶりであった。本格的な介護保険制度の創設・施行は、世界的に見てもドイツに続くもので、社会保障分野の新たな試みとしても特筆すべき事柄と言える。

介護保険制度は、老後の最大の不安要因である介護問題を社会全体で支える体制の整備をねらいとしている¹⁾。歴史的に見れば、わが国の高齢者福祉施策は主に要介護高齢者へのサービス提供を基幹に発展してきたことは周知の通りであるが、介護保険制度は従来、福祉と医療に分かれていた介護関連の制度を総合的に再編成し、利用しやすく、公平で効率的な介護支援システムの構築を目指している。この具現化に向けては、社会保険方式の採用により、サービスの給付と利用の負担の関係を明確にし、利用者の選択により保健医療福祉サービスを総合的に受けられるようにしていることや、サービス提供主体においては、公的機関の他に、NPO法人や民間事業者の参入が図られている。これらの点を中心に、従来の諸施策とは性格を異にしている²⁾。

本研究が対象とする通所介護(以下、デイ・サービス)は、高齢者が要介護状態になった場合においても、可能な限り在宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持や社会的孤立感の解消等を図ること、あわせて、利用者の家族の身体的、精神的な負担の軽減を図ることを目的としている²⁾。本研究の関心は、これらの目的に沿ったサービスの提供をした後、利用者の健康状態がどのように変化したかを明らかにすることにある。

一般に、高齢者が自身のことを健康だと思えるか否か(主観的健康感)は、単に疾病の有無のみならず、精神的な充実、すなわち生活満足度や幸福感とも密接に関連しているとされる。つまり主観的健康感是有病率や死亡率等の客観的な指標ではなく、健康がその人自身のものとした上で、健康を主観的な判断にもとづいて評価されるところに特徴がある。主観的健康感の悪い群は死亡のリスクが有意に高かったとする知見も発表されている³⁾。

* 1 北海道医療大学大学院修士課程

* 2 有限会社 まごころ

これまで、デイ・サービスの評価においては、コストや提供の状況等の事業の評価に関する研究が多い⁴⁾⁵⁾。一方で、デイ・サービスの利用効果に関する研究では特定のケースを用いた報告は多いが、比べて多くの利用者を対象にした量的研究はまだ少ないように思われる。これらの研究では、高齢者の機能評価をADLの状況や疾病・障害の状況等の客観的な指標に基づいて行われている。

事業の提供主体が事業の効果を具体的に評価し、その成果にもとづいて今後の事業運営のあり方を検討していくことは重要な課題となる。そこで本稿では、デイ・サービス利用者を対象に、サービス利用開始時と1年後の利用者の主観的健康感の変化からサービス利用効果について検討し、既存のサービスの評価と、新たなサービスの創出の基礎資料とすることを目的とした。

II. 方法

1. 研究の内容

本研究では「デイ・サービス利用者の主観的健康感に関する調査」を同一の対象者に2003年と2004年の2回実施し、その結果を分析した。

調査の具体的な内容とカテゴリーは以下の通りである。(1)基本属性に関する項目：性別、年齢、同居家族、現在の介護度について聞いた。(2)デイ・サービスの利用頻度に関する項目：デイ・サービスを1週間に何回利用しているかを聞いた。(3)デイ・サービスを利用した感想に関する項目：デイ・サービスを利用した感想を「①大変満足」「②まずまず満足」「③やや不満」「④大変不満」の4つの選択肢に回答を求めた。(4)主観的健康感に関する項目：現在の健康状態について「①非常に健康」「②まずまず健康」「③あまり健康ではない」「④まったく健康ではない」の4つの選択肢に回答を求めた。(5)健康状態の変化に関する項目(第2回目の調査のみに設定)：デイ・サービスを利用する前と現在の健康状態について「①良くなった」「②変わらない」「③悪くなった」の3つの選択肢に回答を求めた。

解析に際しては表型計算ソフト(Microsoft Excel)を用いてデータセットを作成し、統計ソフトSPSSで集計解析を行った。各項目の関連については χ^2 検定およびMcNemarの検定により検討した。

2. 研究の対象

本研究は、北海道札幌市北区内の有限会社が経営するデイ・サービス事業所において実施した。第1回目の調査では50名の利用者を本研究の対象者とし、44人(男性18人：女性=26人)から回答を得た(回答率88.0%)。第2回目の調査では第1回目の調査回答者44人を対象として実施した。その結果38人(男性14人：女性24人)から回答を得た(回答率86.4%)。よって、本研究では2回の調査の回答を得られた38人(男性14人、女性24人)を分析の対象とした。

3. 倫理的配慮

調査の実施にあたり、事業者側から利用者の名簿の提出を受けた。この際に、利用者のプライバシー保護を徹底することを確約した。同時に全利用者に対し、研究の目的や趣旨に理解をいただく機会を設定していただいた。この上で、調査への協力に同意していただいた利用者を対象に統制的面接法を用いた聞き取り調査を実施した。

4. 実施期間

第1回目の調査は2003年1月に実施した。第2回目の調査は2004年12月に実施した。

Ⅲ. 結果

1. 基本属性

「性別」では、「男」14人(36.8%)、「女」24人(63.2%)であった。「年齢」の平均値は、第1回目の調査結果では77.45歳(標準偏差8.21)、第2回目の調査結果では79.16歳(標準偏差7.46)であった。年齢階層は、「前期(-74歳)」10人(26.3%)、「後期(75-歳)」28人(73.7%)で、2回の調査の結果は同様であった。「要介護度」の第1回目の調査結果は、「まだ認定されていない」1人(2.6%)「要支援」10人(26.3%)、「要介護1」20人(52.6%)、「要介護2」5人(13.2%)、「要介護3」2人(5.3%)、「要介護4」該当なし、「要介護5」該当なしであった。第2回目の調査結果では、「要支援」10人(26.3%)、「要介護1」24人(63.2%)、「要介護2」2人(5.3%)、「要介護3」2人(5.3%)、「要介護4」該当なし、「要介護5」該当なしであった。「同居家族(複数回答可)」の第1回目の調査結果は、「いない」7人(18.4%)、「配偶者」17人(44.7%)、「子ども」22人(57.9%)、「孫」5人(13.2%)、「兄弟姉妹」該当なし、「その他」該当なしであった。第2回目の調査結果は、「いない」5人(13.2%)、「配偶者」16人(42.1%)、「子ども」24人(63.2%)、「孫」12人(31.6%)、「兄弟姉妹」該当なし、「その他」該当なしであった(表1)。

表1 対象者の基本属性の分布 (N=38)

項目	カテゴリー	第1回目の調査結果		第2回目の調査結果	
		N	%	N	%
性別	男性	14	36.8%	左に同じ	
	女性	24	63.2%		
年齢	平均値	78.13		79.16	
	標準偏差	7.46		7.46	
年齢階層	前期(-74歳)	10	26.3%	左に同じ	
	後期(75-歳)	28	73.7%		
要介護度	まだ認定されていない	1	2.6%	0	0.0%
	要支援	10	26.3%	10	26.3%
	要介護1	20	52.6%	24	63.2%
	要介護2	5	13.2%	2	5.3%
	要介護3	2	5.3%	2	5.3%
	要介護4	0	0.0%	0	0.0%
	要介護5	0	0.0%	0	0.0%
同居家族	なし	7	18.4%	5	13.2%
	あり	31	81.6%	33	86.8%

2. 利用頻度

「デイ・サービスを1週間に何回利用しているか」では、第1回目の調査結果の平均値は2.58回(標準偏差1.15)であった。第2回目の調査結果では平均値2.37回(標準偏差1.03)であった(表2)。

3. デイ・サービスを利用しての感想

「デイ・サービスを利用しての感想」の第1回目の調査結果は、「大変満足」27人(71.1%)、「まずまず満足」10人(26.3%)、「やや不満」該当なし、「大変不満」1人(2.6%)であった。第2回目の調査結果では、「大変満足」23人(60.5%)、「まずまず満足」15人(39.5%)、「やや不満」

該当なし、「大変不満」該当なしであった。なお、解析に際しては「大変満足」「まずまず満足」と回答した群を「満足群」、「やや不満」「大変不満」と回答した群を「不満足群」と分類した。分類結果は、第1回目の調査結果では「満足群」37人(97.4%)、「不満足群」1人(2.6%)、第2回目の調査結果では「満足群」38人(100.0%)、「不満足群」該当なしであった(表2)。

4. 主観的健康感

「現在の健康状態(主観的健康感)」の第1回目の調査結果は、「非常に健康」1人(2.6%)、「まずまず健康」20人(52.6%)、「あまり健康ではない」17人(44.7%)、「まったく健康ではない」該当なしであった。第2回目の調査結果は、「非常に健康」8人(21.1%)、「まずまず健康」20人(52.6%)、「あまり健康ではない」10人(26.3%)、「まったく健康ではない」該当なしであった。解析に際して、「非常に健康」「まずまず健康」と回答した群を「健康群」、「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」と回答した群を「不健康群」と分類した。分類結果は、第1回目の調査結果では「健康群」21人(55.3%)、「不健康群」17人(44.7%)、第2回目の調査結果では「健康群」31人(81.6%)、「不健康群」7人(18.4%)であった(表2)。

5. 健康状態の変化

第2回目の調査において、「デイ・サービスを利用する前と現在での健康状態の変化」についての項目を設けた。その結果は「良くなった」17人(44.7%)、「変わらない」20人(52.6%)、「悪くなった」1人(2.6%)であった(表2)。

表2 各項目の調査結果の分布(N=38)

項目	カテゴリー	第1回目の調査結果		第2回目の調査結果	
		N	%	N	%
利用頻度	平均値	2.58		2.37	
	標準偏差	1.15		1.03	
デイサービスを利用しての感想	大変満足	27	71.1%	23	60.5%
	まずまず満足	10	26.3%	15	39.5%
	やや不満	0	0.0%	0	0.0%
	大変不満	1	2.6%	0	0.0%
主観的健康感	非常に健康	1	2.6%	8	21.1%
	まずまず健康	20	52.6%	20	52.6%
	あまり健康ではない	17	44.7%	10	26.3%
	まったく健康ではない	0	0.0%	0	0.0%
健康状態の変化	良くなった			17	44.7%
	変わらない			20	52.6%
	悪くなった			1	2.6%

6. 追跡期間における各項目の変化

「介護度」「利用頻度」「利用しての感想」「主観的健康感」の4項目において2回の回答をMcNemarの検定を用いて分析した。その結果、有意差が見られた項目は「主観的健康感」のみであった。「主観的健康感」の変化は、第1回目と第2回目がかともに「健康群」であった人(健康維持群)は16人(42.1%)、第1回目が「健康群」で第2回目が「非健康群」であった人(健康低下群)は5人(13.2%)、第1回目が「非健康群」で第2回目が「健康群」であった人(健康向上群)は15人(39.5%)、

第1回目と第2回目とともに「非健康群」だった人（非健康維持群）は2人（5.3%）となり、「健康向上群」が有意に多くなっていた（表3）。一方で、「主観的健康感」の変化と基本属性の有意な関連は見られなかった。

表3 追跡期間における主観的健康感の変化（N=38）

		第2回目の調査結果	
		健康群	非健康群
第1回目 の調査	健康群	「健康維持群」 16人（42.1%）	「健康低下時」 5人（13.2%）
	非健康群	「健康向上群」 15人（39.5%）	「不健康推移群」 2人（5.3%）

McNemar Test ; $p < 0.05$

7. 主観的健康感の関連要因

第1回目の調査結果において、 χ^2 検定の結果、主観的健康感と有意な関連が見られた項目は、「利用頻度」で、主観的健康感の「健康群」に利用頻度の高い人が多くなっていた（ $p < 0.05$ ）。第2回目の調査結果においては有意な関連を示す項目は見られなかった。

IV. 考察

1. 本研究の特徴

本研究は、人々の主観的な判断にもとづいて評価される「主観的健康感」がまさにその人の健康状態を表しており、その変化からデイ・サービスの利用効果を測定しようとするものである。そしてその結果を既存のサービスの評価や新たなサービスの創出のための基礎資料とすることを目的としている。

これまでのデイ・サービス等の介護保険サービスの利用効果に関する研究は主に高齢者の生活機能評価により実施されている。これらの研究で取り上げられた評価方法はADLや生活環境、コミュニケーション、栄養状態等を指標化し、その変化から論じたものが多いが、それらは客観的な指標にもとづいている。一方で、本研究が取り上げた主観的健康感を利用者自身が自身の健康についてどのように感じているかに焦点を当てているところに特徴がある。

2. デイ・サービスの利用効果に関する先行研究

デイ・サービスに限らず在宅ケアの利用効果に関する研究はまだ少ないのが現状である。これまで、在宅ケアの評価においては、コストやサービス提供、特定のアセスメント方法を用いた研究がなされている。それらはサービス提供の現状把握や展開の方法に関する研究報告が多いが、その利用効果には言及していない。梶井らは訪問指導事業の利用者を対象に、その利用効果を具体的に明確にすべく、その日常生活自立度の変化についての研究を実施している。その結果、タイムリーな訪問対応や訪問早期の集中的な社会資源導入、ADL・IADLのリハビリテーションに関する直接サービス、

散歩やデイケア、デイ・サービスなどの社会との接触を促す支援が得られた群に、「改善群」および「維持群」が多かったとしている⁶⁾。河野らは、閉じこもり予防をめざした機能訓練事業への参加者と非参加者を対象に、身体心理社会的機能の変化の違いを、事業への参加回数の違いから検討している。その結果、事業に参加することにより、認知機能が低下しにくくなり、参加回数が多いほどQOLが低下しにくい傾向があることが示唆されたとしている⁷⁾。

本研究では、デイ・サービス利用者の主観的健康感の変化を検討した。その結果、第1回目と第2回目がともに「健康群」であった人（健康維持群）は16人（42.1%）、第1回目が「健康群」で第2回目が「非健康群」であった人（健康低下群）は5人（13.2%）、第1回目が「非健康群」で第2回目が「健康群」であった人（健康向上群）は15人（39.5%）、第1回目と第2回目がともに「非健康群」だった人（不健康推移群）は2人（5.3%）となり、健康向上群が健康低下群に比べ有意に多くなっていた。一方で、主観的健康感の変化と基本属性やその他の項目についての関連は見られなかったことから、今後は先行研究の知見に基づき社会とのかかわりの状況の変化等の視点から主観的健康感の変化の規定要因を検討する必要がある。

3. 主観的健康感に関する先行研究

これまでの主観的健康感に関する研究は大きく2つに分類できる。1つは主観的健康感を目的変数とする「主観的健康感の規定要因」に関する研究である⁸⁾⁹⁾。もう1つは主観的健康感を説明変数とする研究、すなわち生活満足度や主観的幸福感、および死亡率などに与える「主観的健康感の影響」に関する研究である³⁾。本研究はデイ・サービスを利用することにより主観的健康感がどのように変化するか、つまりデイ・サービスの利用状況が主観的健康感の規定要因であるかを検討していることから、前者に属するものと考えられる。杉澤らは、3年間の追跡調査の結果にもとづいて、高齢者の主観的健康感の変化に関連する要因を解明している。その結果によれば、慢性疾患の有無、ADLの状況、主観的幸福感、睡眠時間において有意な関連が見られたとしている⁸⁾。一方で、芳賀らは、都市在宅高齢者を対象に主観的健康感が死亡率に与える影響を検討している。この研究では主観的健康感の悪い群は死亡率が高い傾向にあることが示唆されたとしている³⁾。

先行研究では共通して、主観的健康感とは客観的・身体的健康だけでなく、精神的健康や社会的要因を反映した総合的な健康指標であることを示唆している。主観的健康感とは高齢者の主観的幸福感を規定する要因となっており、また生命予後の予測妥当性をもつこともすでに明らかにされている³⁾⁸⁾。

したがって、デイ・サービスの利用状況と主観的健康感の関連を明らかにすることは、利用者が幸福な老いを得る一助となる。

4. 主観的健康感の分布

本研究の主観的健康感には「非常に健康」「まずまず健康」「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」の4カテゴリーで構成した。本研究の結果は「非常に健康」1人（2.6%）、「まずまず健康」20人（52.6%）、「あまり健康ではない」17人（44.7%）、「まったく健康ではない」該当なしであった。第2回目の調査結果は、「非常に健康」8人（21.1%）、「まずまず健康」20人（52.6%）、「あまり健康ではない」10人（26.3%）、「まったく健康ではない」該当なしであった。解析に際して、「非常に健康」「まずまず健康」と回答した群を「健康群」、「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」と回答した群を「不健康群」と分類した。分類結果は、第1回目の調査結果では

「健康群」21人（55.3%）、「不健康群」17人（44.7%）、第2回目の調査結果では「健康群」31人（81.6%）、「不健康群」7人（18.4%）であった。この結果と芳賀らの知見³¹や厚生労働省が行った国民生活基礎調査の結果⁴⁰を比較すると、第1回目の調査結果は「健康群」の割合が低く、第2回目の調査結果では「健康群」の割合が高い傾向があった。デイ・サービス利用者においてはサービス利用開始時の主観的健康感と一般高齢者のそれに差異が生じていることが示唆された。また、サービスの利用により一般高齢者の状況に近づくことも示唆された。

V. 結語

本稿では、デイ・サービス事業の既存のサービスの評価や今後の新たなサービスの創出の基礎資料とすべく、デイ・サービスの利用者を対象に、その利用効果を主観的健康感の変化から考察した。その結果、1) 対象者のほとんどがサービスの内容について満足していた、2) 主観的健康感の変化では16人（42.1%）が「健康群」のまま推移し、15人（39.5%）が「不健康群」から「健康群」に推移していたことが明らかとなった。しかしながら、本研究では主観的健康感やその変化の規定要因については明らかにすることはできなかった。介護保険サービスの利用効果については、利用者本人の身体・社会的環境の変化のみならず、家族の介護負担に何らかの変化が生じていることも考えられる。幅広い視点で利用効果を検討し、相互の関連性を明らかにしていくことが課題となった。また、単一の事業所の利用者を対象としたことにより、対象者数が少なかったことから、統計学的な解釈についても十分な注意が必要となる。

謝辞

本研究の実施に際して、快く調査に応じてくださったデイ・サービス利用者の皆様、調査の円滑な実施のためにご尽力いただいたデイ・サービス事業所のスタッフの皆様、解析のご指導をいただいた北海道産業保健推進センターの三宅浩次先生に深く感謝申し上げます。次第である。

文献

- 1) 古谷野巨、安藤孝敏：新社会老年学、ワールドプランニング、2003。
- 2) 月刊介護保険編集部：介護保険ハンドブック、法研、2003。
- 3) 芳賀博、柴田博、上野満雄、永井晴美、安村誠司、須山靖男、松崎俊久、鈴木一夫、岩崎清、澤口進：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後。日本公衛誌、38：783-789、1991。
- 4) 松林公蔵：地域社会における寝たきり予防のための方策。小澤利男、江藤文夫、高橋龍太郎編著：高齢者の生活機能評価ガイド。医歯薬出版、1999。
- 5) 生野繁子、太田里枝：K県A地域における介護保険サービス利用の現状と評価。日本看護学会論文集 第33回老年看護号、2002
- 6) 梶井文子、島内節、國光登志子、松本光子、小林万理、安齋ひとみ、早川敦子：日常生活

自立度の変化からみた訪問指導のあり方に関する調査 本人条件とケア内容・ケア方法に焦点をあてて。保健婦雑誌、58(5)：414-419、2002。

- 7) 河野あゆみ、金川克子、伴真由美、北浜陽子、松原悦子、林平成子、毎田純子、坂下重子、宮中美花、鈴木美穂：閉じこもり予防のための機能訓練事業参加者の身体心理社会的変化。老人病研究所紀要、11：51-58、2002。
- 8) 杉澤秀博、Jersey Liang：高齢者の健康度自己評価の変化に関連する要因—3年間の追跡調査から—。老年社会科学、16(1)；37-45、1994。
- 9) 松浦智和：高齢者の健康寿命保持に関する基礎的研究—島嶼地域高齢者のソーシャル・サポート・ネットワークと社会関連性を中心に—。北海道医療大学大学院看護福祉学研究科臨床福祉・心理学専攻修士論文、2004。
- 10) 旧厚生省：平成12年版厚生白書。ぎょうせい。2000。

北海道における児童養護施設サービス自己評価基準の策定と課題

鈴木 幸雄*¹
秋元 洋志*²
新沼 英明*³

1. はじめに

我が国の社会福祉は、社会福祉制度全般を見直す見地から社会福祉基礎構造改革が検討され、2000年6月に「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」（社会福祉法）が公布され基礎構造改革が本格的にスタートした。社会福祉基礎構造改革では社会福祉事業、社会福祉法人、措置制度などの社会福祉の共通基盤制度を見直す基本的な方向（社会福祉構造改革分科会中間まとめ）として、①対等な関係、②地域での総合的な支援、③多様な主体の参入促進、④質と効率性の向上、⑤透明性の確保、⑥公平かつ公正な負担、⑦福祉の文化の創造を上げている。さらに社会福祉基礎構造改革の目的を具体化するひとつの方法として、福祉サービスの質の向上と利用者の選択に資するため、福祉分野においても第三者評価事業の創設に向けた検討や準備が行われている。厚生労働省では「福祉サービスの質に関する検討会」を1998年11月に設置し、2001年3月には「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」をとりまとめている。報告書では、福祉サービスの第三者評価事業を「事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から評価する事業」と規定し、児童福祉分野では児童福祉法第7条に規定されている児童福祉施設のうち、保育所、児童養護施設、母子生活支援施設及び乳児院における福祉サービスを対象に検討を進めている⁽¹⁾。

このような状況を踏まえながら北海道児童養護施設協議会（以下「道養協」と略す）では、児童養護施設の専門性を確立するためのひとつの仕組みとして、児童養護施設における福祉サービスの第三者評価事業を位置づけし、2000年8月に「北海道児童養護施設サービス評価基準策定委員会（以下「策定委員会」と略す）」を設置し北海道独自の自己評価基準の検討を進めてきた⁽²⁾。

現在までに策定委員会は、合計13回の委員会を開催し、「北海道児童養護施設サービス評価基準」を作成してきた。策定委員会の作業経過については、2000年8月から2002年3月までは、サービス評価基準の基本構想、サービス評価項目の選定、項目毎に意図する趣旨の作成、評価方法などの検討を行い試案をまとめてきた。その試案は2002年4月に、「北海道児童養護施設サービス評価基準」と題して道養協から発行されている。特に、他のサービス評価基準にはない北海道版の独自の視点として、各項目に意図する趣旨の説明を新たに加えてある。これは評価項目の内容に解釈の共通性

* 1 北海道医療大学看護福祉学部

* 2 札幌社会福祉専門学校

* 3 北広島市役所

を持たせることと施設養育の意図する専門性を補足する観点からである。

また、2002年4月から現在までの経過は、北海道児童養護施設サービス評価基準の試案をもとに、道内の各児童養護施設で試行事業を実施し、評価項目、評価方法などの妥当性の検討を行い、試案に修正を加えた完成版の作成を目指している。

本稿では、道養協が策定した独自の自己評価基準の基本的な考え方と評価内容を報告し第三者評価事業の今後の課題について検討する。

II. 北海道児童養護施設サービス自己評価基準策定の基本的な考え方

北海道児童養護施設サービス自己評価基準の策定上の基本的な考え方は、以下の通りである⁽³⁾。児童養護施設は1946年児童福祉法の制定以来、児童福祉の先達としての役割を果たしてきた。そして半世紀を経過した現在、歴史的ともいべき大きな転換期を迎えている。それは戦前までの慈善事業が、戦後の新しい民主主義・社会主義の台頭によって、国家の責任としての社会福祉事業に転換したように、利用者の主体性の尊重と権利擁護という新しい概念の導入によって、恩恵・保護・措置制度という一連の流れから、利用・選択制度へと転換が求められている。

無論それは児童の権利条約の批准という歴史的事実と無縁ではないが、児童の権利条約を待つまでもなく、基本的人権の擁護こそは文明社会の当然の責務であり、理念でもある。かつ個人の尊厳が護られる生活環境に育つことにより、児童は将来望ましい社会の成員として育つことができるのである。そして保護育成の対象であった児童が、権利の主体者として位置づけられた今、児童福祉の分野においても、この新しい視点を真摯にかつ積極的に受け入れることが必要である。しかし、この自明の事が自明ではなく、ある場合には警鐘を打ち鳴らさねばならないような事態も生じている。長い間の措置制度に浸って、児童福祉の理念も情熱も失った人たちが少数とはいえ、いることも事実である。今こそ道養協は、そのような事態を払拭するべく、児童の権利擁護と、施設実践の情報公開によって、施設機能の専門性を確立すると同時に、北海道の児童福祉体制に大いに寄与したいと願うものである。

今回のサービス評価基準の作成にあたっては、基本的考え方として、第一に実践の公開を目指すことが大切である。各チェック項目は、それを検証することによって、施設実践が具体的に現れてくることが大切なことである。

さらに各チェック項目の設定にあたっては、その項目設定自体が児童養護施設の専門性に立脚するものでなければならない。換言するとその労力が専門性確立にも資するものであることが必要となる。それは児童養護施設の業務内容が、子育てという最も平易で日常生活の維持により多くかかっているからである。その一般的で平易な生活の繰り返しの中に専門性を見出すことは、ある意味で大変に困難なことでもある。しかし専門性の確立がないと、日常性の繰り返しの埋没して、安易さに流されることは必定である。施設関係者はこの日常生活のもつ意味を十分に理解することが必要である。日常生活の繰り返しの中にこそ、人格形成の素地があるのである。

次に重要なことは、個の尊厳性を強調するあまり、利己的な行為、誤った個人主義とを混交しないことである。現代社会の弊弊は正にそこにあると言っても過言ではない。他人に迷惑をかけなければ何をしても許されるというのが現代の社会風潮でもある。そこでは個性の尊重のみが最優先課題となる。イデオロギーの喪失がこの傾向を加速させ、商業主義がそれをさらに倍加させる。家族崩壊・家庭崩壊の多くがそれに起因していると言えるであろう。

集団に依拠して生きる人間が、自らの所属する集団の理念的価値を体得できないのであれば何をか言わんやである。子育て、養育の本旨は正にそこにあると言っても過言ではない。児童養護施設のサービス評価基準の作成に当たっては、養育に関わる者としての社会的責任を問うこと、そして自らの実践が問われること、この二つの立場を検証することが大切と考える。

Ⅲ. サービス評価の目指すべき方向性と対象分野

次に、北海道児童養護施設サービス自己評価基準の目指すべき方向性と評価基準の対象分野の特定については、以下の通りである⁽⁴⁾。

1. サービス評価の目指すべき方向性

厚生労働省が提示している福祉サービス第三者評価事業の目的には、個々の事業者が事業運営における問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけることとしている。これらのことを踏まえながら策定委員会では、サービス評価の目指すべき方向性として、常に児童を権利の主体として位置づけ、児童の最善の利益に配慮した専門的な援助の展開とその実践の検証をしていくこと。さらには、これらの過程を通じて児童養護施設の専門性を最終的に確立していくことにある。

また、サービス評価は、児童養護施設の単なるランク付けが目的ではない。まず、サービスの実施状況を施設（関係職員）と第三者の評価委員が評価し、それぞれの評価結果を付き合わせた総合評価に基づき現在のサービス水準を客観的に確認することである。次に、その結果をもとに今後の取り組みの課題や改善方策を導き出し、改善に向けた具体的な実践を展開することでサービスの質を向上させるものである。

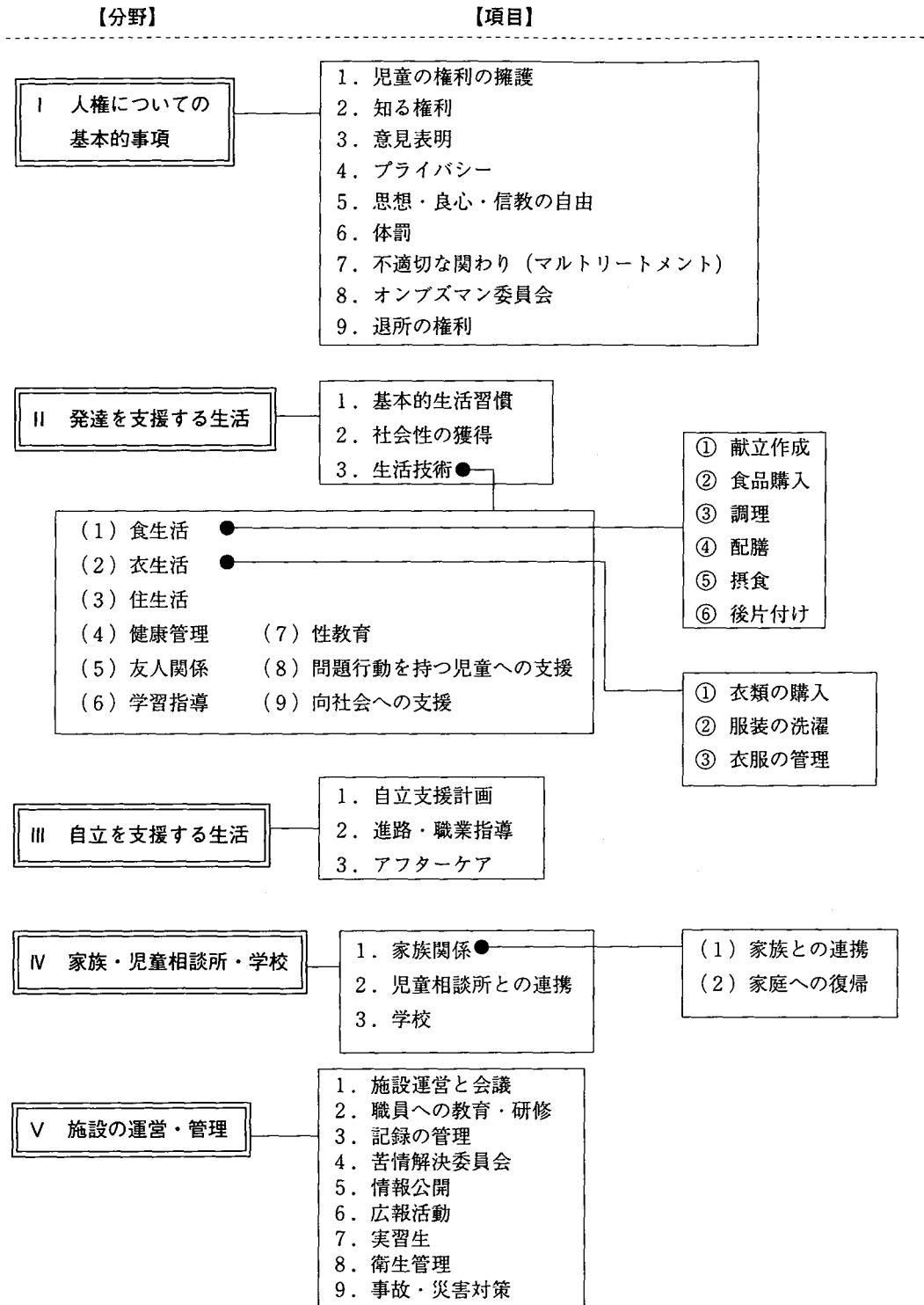
2. サービス自己評価基準の対象分野

サービス自己評価基準の対象分野の特定にあたっては、さまざまな視点や分野が考えられるが、策定委員会では児童養護実践者の経験的知見、東京都⁽⁵⁾や全国社会福祉協議会⁽⁶⁾などで検討されてきた児童養護施設サービス評価基準の取り組みを参考にしながら、「人権についての基本的事項」、「発達を支援する生活」、「自立を支援する生活」、「家族・児童相談所・学校」、「施設の運営・管理」の5つの分野を抽出し、さらに5分野に関連する各評価項目を設定した。また、評価の視点がずれないように、分野・項目毎に趣旨を設定し、その理念と意図する説明を新たに加えている。

サービス自己評価基準の項目数については、「人権についての基本的事項」分野が71項目、「発達を支援する生活」分野が120項目、「自立を支援する生活」分野が23項目、「家族・児童相談所・学校」分野が37項目、「施設の運営・管理」分野が55項目であり、合計306項目で構成されている。

サービス自己評価基準の分野と項目の設定は、次の図の通りである。

図. サービス自己評価基準の分野と項目



Ⅳ. 福祉サービス第三者評価事業の課題

いうまでもなく社会福祉法第3条では、「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、またはその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」と福祉サービスの基本理念を規定している。より質の高い福祉サービスの提供は、事業者に課せられた重い課題でもある。社会福祉法第78条第1項には、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供するサービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」とされており、社会福祉事業の経営者が福祉サービス第三者評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環であるとしている。同様に社会福祉法第78条第2項には、「国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない」とされており、国の責務も規定されている。

このような背景の下で道養協は、福祉サービスの第三者評価事業を北海道の児童養護施設のサービスの質の向上と施設機能の専門性を確立するための仕組みとして位置づけ、早期の段階から策定委員会を設置し、自己評価基準の策定、第三者評価機関の設立準備など他県にはない北海道独自の検討を進めてきた。特に、この活動が全国的に評価されることは、道養協という職能団体が自主的に自らの日常の実践に基づいた自己評価基準を策定したことである。また、全項目に施設養育の意図する趣旨を独自に加えたことで、評価項目の内容の解釈に共通性が生まれ、職員の研修においても教材として活用されていることである。

しかしながら、第三者評価事業の意義は実施されて機能するものである。策定委員会に残された今後の課題としては、第1に、2005年4月からの第三者評価事業の実施に向けた検討が必要となる。具体的には、サービス評価機関の認証、評価決定委員会の設置、評価調査者の研修方法、評価のリハーサル、評価結果の公表などの運営上の課題である。

第2に、厚生労働省の評価基準⁽⁷⁾と北海道の評価基準の整合性の検討が必要となる。第三者評価事業を実施する上で必要不可欠とされる評価基準の取り扱いについて、厚生労働省の見解は、①第三者評価機関は、厚生労働省が示すガイドラインを満たした評価基準を策定する必要がある。②ただし、独自に基準を策定せず、厚生労働省が示す評価基準のガイドラインをそのまま評価基準として使用しても構わないとしている。策定委員会としては評価基準の整合性を図るために①の見解を取り入れることとし、北海道児童養護施設サービス自己評価基準の改定版を作成することが課題として残されている。

第3に、評価機関としての第三者性の確保に向けた検討が必要となる。道養協版のサービス自己評価基準は、児童養護施設の独自性を十分に表現しうる基準であり、実際に具体的な実践活動が行える基準であることを念頭に置いて作成されている。そのような観点から考えると、評価機関自体にも児童養護施設に対する深い見識と専門性が求められることになる。ところが道内の児童養護の関係者だけでこれを満たす組織となると、結局は児童養護施設関係者だけの集団になることが懸念される。それでは施設内の自己評価の域を抜け出すことができず、第三者性の確保は不透明なものとなる。人材の確保と独立した運営主体（NPO法人）の設立は、評価機関として中立を担保するための必要条件であり今後の重要な課題として残されている。

注・引用文献

- 1) 福祉サービスの質に関する検討会「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」、2001年3月
- 2) 策定委員会委員として筆者らも参加している。
- 3) 北海道児童養護施設サービス評価基準策定委員会編「北海道児童養護施設サービス評価基準」北海道児童養護施設協議会、P2, 2002
- 4) 同上、P3-4
- 5) 東京都児童福祉施設等子ども権利擁護検討委員会編「児童養護施設サービス評価基準」東京都福祉局、1999
- 6) 児童福祉施設におけるサービス評価のあり方検討委員会編「児童養護施設サービス自主評価基準」全国社会福祉協議会、2000
- 7) 児童福祉施設等評価基準検討委員会「児童福祉施設における福祉サービスにおける第三者評価基準等に関する報告書」、2002年3月