

# 北海道社会福祉研究

## 第 25 号

〈特集：北海道社会福祉学会第42回大会記念講演〉

ソーシャルワーク実践における価値と倫理

牧野田 恵美子 ..... 1

〈論文〉

一人暮らし高齢者の生活の現状と地域に内在する課題  
—生活保護受給高齢者と非受給高齢者へのインタビュー調査から—

大友 芳恵 ..... 9

精神障害に対する自己決定援助のあり方と課題

花澤 佳代 ..... 19

島嶼地域高齢者の健康診断・歯科診療受診状況の  
特性に関する研究

志水 幸海 ..... 29  
亀山 育み海 .....  
山村 久み海 .....  
小関 恵み海 .....

メンタルヘルスの現況と課題  
—精神保健福祉士の立場から—

松浦 智和 ..... 40

日本における社会福祉教育の発展過程と課題  
—社会福祉実習教育を中心に—

秋元 洋志 ..... 50  
奈良 隆也 .....  
成田 哲也 .....  
花澤 代雄 .....  
鈴木 幸雄 .....

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

2004年12月

北海道社会福祉学会



【特集：北海道社会福祉学会第42回大会記念講演】

## ソーシャルワーク実践における価値と倫理

日本女子大学教授

牧野田 恵美子 氏

はじめまして。ただいまご紹介にあずかりました日本女子大学の牧野田と申します。本日は「ソーシャルワーク実践における価値と倫理」というテーマで、プログラムにある資料をご覧いただきながら進めたいと思います。

PSW協会（日本精神保健福祉士協会）の倫理綱領委員会で倫理綱領が改定され、変更されてきたことだと、日本全体のソーシャルワークの倫理綱領の改定作業が進んでいて、6月ぐらいまでにはできるだろうと思いますが、そのようなことでこのテーマを選ばせていただきました。各領域で倫理がいわれていると思うのですね。それはソーシャルワーカーだけではなくて、社会福祉の中でケアマネージャー、PSW協会の会員の不祥事などの問題が生じているということで、その倫理を理解、認識してソーシャルワーク実践を行わなければならないと再認識されています。それではどういう価値と倫理がソーシャルワークにはあるだろうかということを検討したいと思います。

### 社会福祉専門職団体の倫理綱領のあり方

ソーシャルワークの価値と実践ということで、ソーシャルワーカーは、理論と実践、倫理と価値と言われていますけれども、専門的価値にもとづいてソーシャルワーク実践が展開されます。では、価値と倫理はどのような関係があるかといいますと、これからお話しすることは今更と思うでしょうが、学生さんもいらっしゃいますし、一度実践を見直すということで、復習の意味で考えていきたいと思います。

倫理というのは価値を実際の基準だとか規範だとか、倫理綱領は実践の中で、どういう行動をするかという、指針、指標であって、いろいろな段階、日本では、社会福祉士会、精神保健福祉士会、ソーシャルワーカー協会、医療ソーシャルワーカー協会が専門職団体と言われていますけども、各団体が会員に対して、どういう行動をするかという指針を示しているのが倫理綱領なのですね。今あるソーシャルワーカー倫理綱領というのは、社会福祉士会と日本ソーシャルワーカー協会が一緒に自分たちの団体の倫理綱領としているのですが、先ほど申しました4団体が同じ倫理綱領をもったほうがいいのではないかということで、社会福祉士会と日本ソーシャルワーカー協会がもっている倫理綱領を日本全体の倫理綱領にしようとしているところです。各団体が日本の倫理綱領と各団体の倫理綱領をどう考えたらいいかと、まだ具体化はしていないのですが、社会福祉士会や日本ソーシャルワーカー協会はソーシャルワーカー倫理綱領を自分たちの倫理綱領とし、それからどのようにしていくか基準を考えているようですが、精神保健福祉士協会は倫理綱領が改定されたばかりですので、日本の倫理綱領の取り扱いを検討していないという感じで、医療ソーシャルワーカー協会も倫理綱領をもっているわけで、日本全体の倫理綱領をどうするかと検討していないということですね。今検討している専門職団体全体の倫理綱領に反するような内容の倫理綱領でなければ、

団体の倫理綱領についてあえて、統一する必要はないだろうという動きです。私どもソーシャルワーカーは、ワーカー全体と各団体の倫理綱領を2つ持ったり、どの団体に所属するかによっては、1つの倫理綱領になるのではないかと思います。

### 欧米におけるソーシャルワークの価値

次に、倫理と価値についてふれましたけれど、どのような価値があるかを見ていきたと思います。まずは、ブトウリムの価値を挙げてみました。普遍的価値として「人間の尊重」「人間の社会性」「変革の可能性」が挙げられており、これはバイスティックの7原則をもとに、実践の中では原則として価値の中に挙げられるということです。

次は、全米ソーシャルワーカー協会倫理綱領を見ますけれども、基本的価値が挙げられております。「社会正義」「人間の尊厳と価値」「誠実」「適任性」等が挙げられています。「サービス」とは、「え、サービスが価値なの？」と思いますが、ソーシャルワークは日本ではサービスというよりは、ワーカーの中で利用者と援助者の関係、基本的にはそうでないと言われながら、上下関係がありました。アメリカでは利用者にサービスをするということが基本になっていて、福祉でも、医療でも、日本ではサービス利用者がしてもらっている、公的扶助などではお上にお世話になっていることがあるのですけれども、実践する側がニーズに沿ってサービスをするということです。欧米では民主主義に基づいた「社会正義」、ソーシャルワーク実践においては民主主義に基づいたサービス、援助、その基本には民主主義に基づいた「社会正義」があるということですね。次の「人間の尊厳と価値」は、日本でも戦後いわれるようになりましたけれども、人間の尊厳、かけがえのない価値があるのだということに価値をおいたソーシャルワークを行う。「人間関係の重要性」は、「英國倫理綱領の価値」では出てこないのですけれども、アメリカにおいては人間関係の重要性が誓われており、アメリカでは色々な人種がいるなかで人間関係をうまく繋ぐことが重要で、実践の中で人間関係を大事にする必要があると考えているようです。人間関係は、日本では、相手の気持ちになるということが重視されていて、アメリカではそうではないと言われますけれども、人間関係をどう持っていくかが重視されて、自己主張のできない方については、自己主張ができるように援助していくわけで、そこで「人間関係の重要性」が入っているのかなと思います。「誠実」という言葉は、日本にはそぐわない言葉ではないかなと思います。しかし、「誠実」にという基本的な価値に沿って、サービス・援助を行うということで「誠実」ということがうたわれているのですね。日本のソーシャルワークの倫理綱領は、「誠実」を価値としているのですけれども、私は、びったりしない気がするのですけれども、むしろ「信頼」とか言う言葉の方がいいのではないかと思うのです。この「誠実」という中には、むしろ誠実にソーシャルワーク実践を行う、クライエントのニーズに応えるということも含まれていて、「誠実」という言葉が使われているようです。それから、「適任性」ですが、どういう言葉がいいのか、「適任性」と訳されていますけれども、ワーカーとしての能力・適正が価値の中に含まれています。したがって、自分の能力を磨く、力をつけるということが重要だということが入っているようです。

次の英國倫理綱領の価値ですが、先ほどの「人間関係の重要性」が抜けているのと、アメリカではサービスとだけですが、英国では「人間性へのサービス」となっております。人間性という訳はわかりにくいかと思いますけれども、人びとの生き方、その姿勢に対してワーカーがサービスするということで、ただし、人間性と書いてあるから、人間性がない方にはサービスをしなくていいという意味ではないと思います。「誠実」「適任性」「人間の尊厳と価値」というのは同じですね。

## 日本におけるソーシャルワークの価値

次に、ソーシャルケアサービス従事者養成・研修協議会倫理部会の価値ですが、ソーシャルワーカーだけでなく、ケアワーカーも含めて社会福祉のサービスをしている人、職員の養成を考えるという倫理部会がありまして、様々な分野、ソーシャルワーカーの団体、日本社会福祉教育学校連盟、社会福祉士団体等の連絡協議会のように変化しておりますけれども、その会ではソーシャルワークについて、ソーシャルワーカー養成の時のシラバス・事例について検討してきました。そこで報告書が昨年できまして、関心のある方はそちらを見て頂きたいと思いますが、私もその倫理部会に入っていたのですが、そこで示された価値がわかりやすいのではないかなと思います。

「究極的価値」「中核的価値」「実践的価値」と分けまして、「究極的（根本的）価値」は、「人権」「社会正義」ということで、これは人間の尊厳ともつながると思いますけれども、人権を守ること。社会正義は日本では使われていませんでしたけれども、これを価値としました。この根本的価値があって、それを実践していく中では、「共生」「多様性」「社会的包含」「人間の平等・価値ある存在・尊厳」と。この「人間の平等・価値ある存在・尊厳」はつながっているのですけれども、人間は平等であり、価値ある存在で尊厳があるという3つのことであると理解して頂きたいと思います。ソーシャルワーク実践をするときに、どういう価値にもとづいて実践をするのかが「実践的価値」ということで「ニーズの充足」「潜在能力の開発」を挙げています。もちろん実践的価値の中には、究極的価値にもとづいてソーシャルワーク実践を含めて、相手の人権を重んじる姿勢等がありますけれども、そういう究極的・中核的価値だけではなくて、実践する上で必要なこととして、「ニーズの充足」を挙げているのです。私たちがワーカーとして実践していくときには、ニーズをどう充足していくかを考えなければいけない。ニーズを知る、あるいはニーズにもとづいてソーシャルワーク実践をやることが大事だと言われていますが、実際、ニーズが充足されるだけの社会資源がないから、うまく実践できないと言われますけれども、ワーカーの価値を考えるときには、それではすまない。それでは、実践の中でどう充足させていくべきか。新しいニーズを開発する、作っていく、創造していくことも価値の中に入っていくと考えていいのではないかと思います。それから「潜在能力の開発」ということでは、持てる力を發揮できない色んな状況に置かれているサービス利用者が多いのですね。そういう方々に対して、ワーカーによってはそういう能力がないと考えてしまう場合もあるかもしれませんし、アセスメントの中で、実際には力があるのだけれども、今は色んな問題が大変なので、問題解決のための力を出せてない。だけど、そういう力があるのだと評価して、そういう能力を開発していくと進める方もいると思うのです。基本的な考え方方は誰でも潜在能力を持っている、それを開発するのがソーシャルワーカーの価値であったり、あるいはソーシャルワーカーが価値を持って実践をしなければいけないのだと言うことですね。

次に、日本の社会福祉専門職の4つの団体で考えているソーシャルワーカーの倫理綱領における価値（案）です。まず、価値と倫理原則ということでは、5つの価値にもとづいて倫理原則を考え、そしてその後もう少し細かい倫理基準を検討するという方向に進んでおります。本当はソーシャルワーカーの倫理綱領は改定と言っているのですけれども、すでに社会福祉士会とソーシャルワーカー協会は、倫理綱領を作っていて、それを改定すると考えているのですけれども、PSW協会やMSW協会から見ると、そうではなく新しく倫理綱領をソーシャルワーカーの専門職団体で作っていくと考えています。今のところ社会福祉士会と日本ソーシャルワーカー協会は、今まであった倫理綱領を改定するという形で進んでいますが、実際に案ができた場合には、どうなるかはわかりま

せんが、各団体から意見を集約して、修正して、6月ぐらいまでには出そうと考えていますけれども、なかなか進んでいません。何故かというと、検討すればするほど、色々なことが問題になっていて、細かい一つ一つの言葉の整理だと、全米ソーシャルワーカー協会の倫理綱領の価値はどう考えているか、英国ではどうかということの学習をしていく中で、時間がかかっているというのが現状です。実際には、アメリカ、英国を参考にしてまとめました。ですから、「貢献」というのが、サービスというふうに考えられております。アメリカや英国の倫理綱領と似ていると考えていいかと思います。こういう倫理・価値のもとに、倫理原則を定め、倫理基準を定め、今進んでおります。具体的な倫理規範、行動規範、行動基準は、各団体でもっと細かいものを考えていくという方向になっています。

私は日本医療社会事業協会や日本精神保健福祉士協会会員にもなっていますが、どちらかと言いますと、精神障害者の関係、精神病院、社会復帰施設等で長いこと仕事をしておりましたので、アイデンティティは日本精神保健福祉士協会にあるかと思います。先ほど申しましたが2003年に改正されました、日本精神保健福祉士協会の倫理綱領における価値というものを見ていったのですが、実際、PSW協会としては、社会福祉の価値にもとづいて倫理綱領を定めると書いたのですが、具体的な価値は載せてないですね。むしろ倫理原則の中に価値も含めて述べているという形になります。では、その倫理原則の中にどういう価値があるかを拾い出したのが、この「基本的人権の尊重」「自己決定の尊重」「プライバシーと秘密保持」「クライエントの批判・評価を受けとめる」というのがそれではないかなと考えました。基本的人権の尊重、日本ソーシャルワーカー協会、あるいは日本のソーシャルワーカーの倫理綱領の価値の中の人間の尊厳と同じ事だと思います。それから、「自己決定の尊重」、これはむしろ中核的な価値に属するのと、基本的人権の尊重の中にはいるのかもしれませんけれども、プライバシーということ、クライエントの批判・評価を受けとめるということが、価値あるいは原則の中に入っています。専門性の向上、適任性につながる、それを保つために、専門性を向上させる、その辺は書き忘れてしまいました。倫理原則の中に価値が含まれているのかなと思います。きちんと載せてないところは、PSW協会の倫理綱領は、普遍のものではなくて、時代の動きによって変えていくものだと書かれておりますので、今後検討し、きちんと価値を表に出すということが必要ではないかと思っております。この「基本的人権の尊重」が大きな価値と思われていますけれども、日本ではどこにそういうことが盛り込まれているかというと、日本国憲法を取り上げてみました。

## 日本国憲法から見る価値

日本国憲法の第13条では、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については…」とあり、次の文章が、「公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」とされ、個人として尊重されるということが、憲法でうたわれているわけです。国民の権利が最大限尊重され、「公共の福祉に反しない限り…」ということで、「公共の福祉」とは何かということは非常に大事なことというか、確かに、個人それぞれが幸福追求だけを求めていては地域全体の幸せにつながらない場合もありますから、何が「公共の福祉」なのかという問題もあるなど感じております。実際には、公共=多数になってしまって、障害者の数は、国民の中では少ないわけですから、そういう中では多数である障害を持っていない人の幸せというものが、追求されて、それが「公共の福祉」であるからとなりがちなのですね。何が「公共の福祉」というかという問題があると思います。地域の中で障害者、高齢者を含めた地域全

体の人びと全体の幸せを追求していこうという方向ができていかないと、少数派、マイノリティが阻害されてしまう。その人達の人間尊重が守られないという現状が今までありましたし、これからも考えていかないといけないのではないかと思っております。ただ、日本国憲法の中に、「人間の尊重」「幸福追求」「権利」が出されており、ソーシャルワーク実践だけでなく、日本で生活をする人びとそれぞれが、自分の権利を守っていく、尊重されることが憲法では規定されています。それが実際の生活の中に反映されているかといいますと、必ずしも守られていないというのが、日々の生活の中で感じる事があると思いますけど、それを守るためにには、その人達が憲法に書いてあるから当たり前だといっても、すまないことがあるかと思います。例えば、生活保護を利用したいという希望者が生活に困っていて、福祉事務所に行ってもなかなか受け付けてもらえないという現状がありますよね。生活保護で規定されている、憲法にも書かれてありますけども、人間の文化的最小限の、最大限じゃないところがミソですけれど…最小限の権利、経済的なものが守られているはずですけれど、福祉事務所に生活ができないと言っても、認められないということが実際にあります。皆さんご存じだと思います。国としては財政的な問題もあるし、最近失業者が多くなって、生活保護受給者が増えていると。何でも生活保護を受けたいということを取り上げていたら、財政がパンクしてしまうこともあるかもしれません、経済的にやっていけない、働けない人たちに、「あなたはまだ若いのだから、働いたらどうでしょうか？」と申請を受け付けてもらえないことがあります。申請を受け付けてくれて、そこで生活保護が適用できない、該当しないということに不服申し立てができるのですが、その前に受け付けてもらえない状況もあるわけです。だいたい、相談にいった3割ぐらいしか、申請を受け付けてもらえないことがあります。福祉事務所の方が多いと失礼ですが、なるべく受け付けないように持っていくということが、福祉事務所の中の文化なのだともいわれていますし、または直接、指導されているのかもしれません、自分たちの権利が必ずしも守られていないことがあります。倫理とは少しばれてるかもしれません、実際にそういう憲法で守られているようなこと、ワーカーとして働いている方が各団体に所属しているときに、その倫理綱領と実際の実務には差ができるという現状があると思います。その辺を少し見ていきたいと思います。

### ソーシャルワーカーの専門性と日常実践のディレンマ

最初にも申し上げましたが、ソーシャルワーカーの専門性の中には、「価値」「専門知識」「技術」というものがあって、価値にのっとって、理論や知識の習得に励んで、技術を発展させるのだということがワーカーにとって必要なことですし、クライエントのニーズに応えるワーカーとしての日常実践が必要になるわけですけれども、本当に実践がされているのかということですが、今の福祉事務所の例がわかりやすかったので、出したのですが、PSW協会に属している人の中でも、障害者に対してソーシャルワーク実践をしていて、倫理・価値にのっとった実践ができにくいという現状があります。

日常実践とディレンマですが、特に、精神保健福祉現場と書きましたが、知的障害者、高齢者の現場で働く方々もそうだと思うのですが、「自己決定」と「主体性の尊重」が言われていますけれども「実際に遵守した援助が可能なのだろうか」。可能でない場面は実際の現場で働いている方々は日々遭遇すると思いますが、その場合それを「可能にする努力がされているのか」。また、どうしたらそれが可能になるのだろうかということで、日常実践と価値と倫理ということのディレンマを感じている人が多いのではないかと思いまして、今まで述べました。

価値と倫理が守られるような実践というのは、実際は困難な事が多くて、日常の業務の中でディレンマを感じている。それが現実と理論・理想なりが一致しない、難しいのだと決めつけてしまつてはまずいことだと思います。自己決定の尊重について研究会をやっているのですけれども、精神障害者、高齢者、知的障害者等の自己決定が守られていない。尊重することが難しいということを感じております。この辺は家族の問題も大きいと思うのですね。知的障害者等は、家族に頼っている、40、50歳になっても、自分の子どもとして面倒を見ていると言う状況、または高齢者だと、家族に責任が任されている状況が日本では大きいわけです。介護福祉が始まって、法的なサービスに頼ろう、それが当然だという雰囲気は出てきていますが、家族が駄目だと言うと、知的障害者や精神障害者は自分がこうしたいということが言えないという現状があります。一部のワーカーは家族との調整をしながら、ご本人の自己決定、ニーズに応えようと努力をしているし、あるワーカーは家族がそう言ったらしようがないのだということで、ご本人には家族がこうだから、今は家族がいいと言わないと無理だよねという方向で、障害者を諦めさせるように動いてしまう。やはりそこではワーカーは、本人のニーズに応えるというのが基本なわけですね。それに向かってどうワーカーが働きかけるか、努力するかということが大事だと思います。その辺で非常にこだわって、努力しているワーカーもいますし、そうじやないワーカーもいます。

その違ひってなんだろうと考えますと、一つは価値・倫理をどこまで考えながら実践していくかということ。もう一つは、ソーシャルワーカーの仕事というのは、仕事の範囲と割り切ってはすまない仕事ではないかと思うのです。一方ではできないこともあるということと、できないからといってすぐ諦めるという2つの内で、どっちを取るかと言うことでワーカー自体がディレンマを感じると思うのです。確かにできないことに取り組んで、ワーカー自身がバーンアウトしてしまうのは困るわけですけども、最近よく聞くのは、できないからといって投げ出してしまうワーカーがいかに多いかということですね。最近じゃないかもしれませんが、割り切った仕事をするワーカーが増えてきていて、年輩のワーカーの人たちは最初からやろうとしないという意見になっているのかもしれません…自分の仕事、ワーカーの価値を業務の中でどう捉えていくかが大事なのではないかと思います。

PSWの中で問題になっているのは、退院の促進です。約34万人の入院患者さんがいますけれども、国は7万4千人の方は入院する必要のない人たちだとして、その人達をどう退院させるかという問題がありますし、知的障害者の中にも施設の中で長い間暮らしてきた方が、もっと社会の中で暮らせるのではないかでしょうか。そういう努力をするよりは、施設で生活する方がご本人のために安心だという家族の意向があったろうし、社会もそう考えていました。精神障害者も同じで、入院した方が安心だという、隔離収容ということがずっと続いてきたわけです。その考えを変えていく言う動き、宮城県では施設をなくしていくという動きがあるわけです。

その中でソーシャルワーカーとしてやるべきことが沢山あるわけです。例えば、退院援助について考えてみると、長年病院に住んでいる人が地域に出るとすると、アパート探しもそうですし、アパートが幸せにして見つかったときに、その中で生活するということはご本人にとっては不安なわけです。病院では朝起きればご飯が出てきます。日常的には運動しなさいとか、作業をしましょ等と言われて、そのまま動いていればすんでいました。何かあれば、看護師や医者に相談すればいいが、自分で毎日の生活をどうしていったらいいか考え、自らの生活を営む。そういう習慣が長い間失われていた人にとっては大変なことで、アパート生活、グループホームを探すと言うことから、ワーカーが努力して動いていかねばならない。地域の色々な所と協力してやっていくって、生活

を整える。何かあれば対応できる体制を考える…と大変だと思うのですね。時には、家族の方は病院にいれば安心だという考え方があって、親は年を取るし、兄弟の人たちも自分が呼び出されると大変だからとか、色々な家族の考えがあるわけです。入院していた人を退院させることは非常に大変ですが、家族とか、病院自体とか、本人が退院したいといつても、退院させるのは大変だから、入院させておけばいいじやないという考え方の人たちとどう戦い、協力をあおぎながら、クライエントの意志にそった活動ができるかということが課題になります。実際は生活した方がいいと思っても、本人が家族に逆らってまでは、地域の中で生活していこうという気持ちにはなれないと引き下がってしまう。その時ワーカー自身が、ご本人がそういうのだからいいのではないかと考えるか、本人の権利や人間尊重にのっとった援助を考えるか、よく考える必要があります。本当にその人の権利や人間尊重にのっとった援助になることを考えなければならないと思うこの頃です。

## 2つの事例から

私が関わった事例を挙げて、特に自己決定について皆さんに考えて頂きたいと思います。私がデイケアでかかわっていた人なのですが、調子が悪くなって援護寮に入りました。調子が良くないから、入院した方がいいのではないかと援護寮のワーカーから話があって、ご本人と病院に一緒に行つたのです。先生が「入院した方がいいかもね」と言われたのですが、ご本人ははいとは言わないで、「考えます」と。落ち着かない様子は先生や看護師さんもわかったと思うのですが、入院した方がいいと思いますよと先生も言ったのですが、私が一緒に行くときには、入院については、先生の意見を聞いて、そこで考えましょうと。ご本人が「無理矢理は入院させないですね」と言われたので、「無理矢理はさせないよ、あなたが入院する気にならしうね」と。私の気持ちちは入院させないと思っていたのですが、一方では援護寮でうまくいかなかつたら困るなども思いました。そのときには一緒に泊まり込むしかないなって思つていて、先生の意見も参考にしながら、本人の意見も聞いて決めさせて下さいということと、無理矢理病室に連れ込むようなことはしないで下さいとお願いしたのです。話をしていくなかで、ご本人は、入院はしませんと言つていていたので、ご本人の考えが大事なので、入院しないといつたら、援護寮にかえってそこで何とかするつもりでいますと言つてゐるうちに、段々ご本人が、「やっぱり落ち着かないから入院したほうがいいと思います」と言い始めて、私は一方ではほつとしたのですけど、一方では何故ご本人が考えたかは直接は聞きませんでしたが、自分の落ち着かなさは自分なりにわかっていて、援護寮でも夜に職員と話し込んだり、歩き回ったり色んなことがあって、自分でもこのままでは調子が悪くなると薄々感じられていたのではないかと思います。でも強制的に入院させるのは嫌とどっかにあったと思うのです。ご本人の気持ちを大事にしたということが、彼女が入院した方がいいと結びついたのかなと思っています。そこで嫌だというとまた違った展開があったかもしれません、そこではご本人の決定を大事にしたと言うことと、病院との信頼関係、無理矢理病院にいいたら入院させられるという気持ちが精神障害者の場合はあるのです。「あなたが嫌がるなら入院はさせないよ」といった言葉を彼女が信用してくれて、私も主張したということで、無理矢理に入院させられないのだなという気持ちが動いたと思うのです。彼女の意志決定を尊重して良かったなと思った事例です。

もう一つは、アパートの単身の男性の場合は、作業所に通つていたので、私との関係は、その前に私が援護寮で働いていたときのクライエントなのですが、実際は作業所の担当に変わつたのですけれど、何かあると相談に来たり、いろいろ対応をしていたのですけど、何かあれば作業所が動いてくれていました。その人は夜、調子が悪くなつて、民生委員の人が対応してくれたらしく、福祉

事務所から私に連絡があり訪問したのです。彼の状態は混迷状態、夜中2階から飛び降りて、一人では置いておけない、入院してもらわないと困るなと思いました。この時は本人の自己決定というよりも、先に入院して欲しいという思いのほうが先行してしまいました。彼と話をしても全く返事がない状態で、お医者さんに来てもらって、私の勤めていた病院に彼が通院していましたので、主治医を呼びました。医者が看護人を連れてきました。「入院が必要だと思うのですけど…」とは言ったのですが、医者も何かあつたら病院に連れて行こうという気持ちがあったのだと思います。その方には医者や看護人が宥めたのですけど、医者が「注射しようか」と言ったら、「いいです。じゃあ入院します」と言ったのですね。それで入院したのです。彼にとっては、注射をするということはそこで連れて行かれちゃうという思いだったのです。私も、注射して連れて行くのだと思いましたから、注射はやめて下さいとは言えませんでした。自己決定の尊重と思っていても、実際の状況によっては抜けてしまい、反省したのですけれども、そこにはディレンマがあって、その人がアパート生活ができるかというと難しい判断もでてきます。ご本人が「入院します」と言ったから、無理矢理連れて行くということはなかったのですけれども。自己決定の尊重と偉そうに言っていますけれども、自分でもしっかりとできてないなと思った事例なのです。

大変まとまりのない話をしましたが、一応、ここで終わりにしたいと思います。

ご静聴ありがとうございました。

(2004年2月28日、於：北海道医療大学札幌サテライトキャンパス)

# 一人暮らし高齢者の生活の現状と地域に内在する課題

—生活保護受給高齢者と非受給高齢者へのインタビュー調査から—

大友芳恵

## 問題の所在

「公正で活力があり、自立と連帯の精神に立脚した、豊かな社会」が高齢社会対策基本法の基本理念である。この理念で掲げる「公正な社会」について私達はどのようなイメージを描き、超高齢社会へのデザインを描いていけばよいのであろうか。

近年のシルバービジネスの盛隆の中で、高齢者問題は「介護」に関連する問題に焦点化された感は否めない。また、他方で、リタイア後は国内外への旅行や趣味等のサークルや講座で活動する豊かな高齢者像がクローズアップされている。このような「高齢者像」も事実だが、僅かな年金で慎ましく生活をしている高齢者の存在もまた事実である。

現在の高齢者の経済的基盤となっている年金額から捉えてみると、1961（昭和36）年の国民皆年金制度の成熟を背景に一定程度の年金額が保障される層と、年金制度の制度上の課題をまとめて受けける層の二極化が進んでいるといわれている。岩村（2001）は所得保障法とは「所得の再分配であり、一定の範囲の国民から、その所得の一部を吸い上げて財源を調達し、国等の公的機関を媒介に、一定の範疇の国民へと所得の再分配を行う制度を規律する法である」と述べている。だとすれば、公正な社会における所得の再分配はいかにあればよいのであろうか。立岩（2004）は、自由の平等のための資源の分配について、「一人一人が今あるものを分けること一人一人の自由のために分配することである。たくさん働ける人が多く取れ、少なくしか受取れないことが正義ではないことは論証済みだと私は考える」とし、現在の社会的分配に関しての疑義を呈している。他方で、リバタリアンは自由至上主義の中で国家による税の徴収とそれを用いた再分配を不当な介入であるとし、ゆえにこれを排除すべきと主張する。自由の侵害が分配を批判する根拠としている。

例えば、リスクの個人化という観点に立てば、人は自分の生活にすべて責任を持つべきで、その結果、得られる富や利得についてもすべて個人が獲得すべきという考え方となろうし、リスクの社会化という観点に立てば、人の困難や試練は、特定の人のみに困難を集中させること無く、みんなでコストを負担した上で危険や災難を分散させるという考え方になろう。

「一億総中流意識」などと言われた1980年代の平準化した社会の幻影の中で、貧困や不平等の実態が内在化されたままの時代を変遷し、現在はホームレス問題や所得格差が顕著となり、不平等や貧困が外在化しても、むしろその不平等や差別を容認する時代となった。この所得分配の不平等の程度は、統計の数字によってある程度見えるものの、反面、不平等の問題の実態は見えにくいものであるといえる。山口二郎は、杉田敦の「生活保守主義」という言葉を用い、1980年代のバブルにつながる経済膨張期の「世の中に対する不平不満を持たず、ただ自分の豊かな生活を守りたいと考え

える態度」を生活保守主義と規定し、これに対して現在の「生活保守主義」は「経済が下降し社会が不安定化する中で、人々は不平不満を持ち、不安にさいなまれながら現在の状態をなんとか守りたいと望んでいる状態」としている<sup>3)</sup>。現実が厳しいならせめて自分の意識の中で多数派、主流派へしがみつこうとする。そのためには、一方で自分よりも下にいるものを見つけ、それとの距離を確認するという方法と、自分よりもはるかに上にいる者との感情的距離を縮めるという方法があると述べている<sup>4)</sup>。

いまや「格差社会」が言われる中で、富める層と貧しい層の二極化は顕著となった。その中で、年金を経済基盤の中心にして生活をしている高齢者の生活の実態はいかなるものであろうか。特に、本論では、優雅な年金生活を送る高齢者の問題ではなく、僅かな年金や生活保護を受給しながら生きている高齢者の現状を明らかにすることが「公正な社会」や「不平等」を考える上において重要なと考える。つまり、生活保守主義が浸透していく中で、敢えて「不平等」や「公正」に正面から向かっていくことが必要であると考えるのである。

多少長い引用になるが、センは固定化してしまった不平等や貧困を考える場合の問題として「すっかり困窮し切りつめた生活を強いられている人でも、そのように厳しい状態を受け入れてしまっている場合には、願望や成果の心理的尺度ではそれほどひどい生活を送っているように見えないかもしれない。長年に亘って困窮した状態に置かれていると、その犠牲者はいつも嘆き続けることはしなくなり、小さな慈悲に大きな喜びを見出す努力をし、自分の願望を控えめな（現実的な）レベルにまで切り下げようとする。実際に個人の力では変えることのできない逆境に置かれると、その犠牲者は、達成できないことを虚しく切望するよりは、達成可能な限られたものごとに願望を限定してしまうのであろう。一中略一個人の困窮の問題は、不平等を伴う多くのケースで、とくに深刻である。」(Sen [1992=1999:77-78])<sup>5)</sup>と述べているが、現在のわが国をとりまく状況がまさしくこの状態にあるといえよう。不平等という状況下にあるということ自体に十分に気づいていない、あるいは、そのことを敢えて避ける、認めようとしないという現象である。

わが国の社会状況はセンが述べているように、現実に貧困や不平等が外在化しているにもかかわらず、そのことを問題として認知しない社会であるということができる。

「年収三百万円時代を生き抜く」という本がベストセラーになることに、矛盾を感じることがなくなってしまうという状況を見過ごし、無批判に現状の肯定をし、「貧乏を明るく受け入れよ」が肯定されるべきことであるか否かを基本から問うてみたい。つまり、社会矛盾を内在化させたままにしないための何らかの取り組みが喫緊の課題であると考えるのである。

これまでの貧困に関する先行研究において、高齢者の貧困や不平等に関する研究は十分ではなく、本研究においては、「高齢者」「不平等」「貧困」をキーワードとして、僅かな年金収入や生活保護受給で暮らしている一人暮らし高齢者に焦点をあて、生活実態を明らかにしていく中から、高齢者の周辺に内在している「貧しさ」を生み出す要因とそれへの支援のあり方を考察することを行う。

## 1. 高齢者世帯の暮らし

### 1) 社会的分配

高齢者を取り巻く諸状況を『平成16年版高齢社会白書』<sup>6)</sup>から眺めると、階層の二極化が顕著であることがいえる。例えば、「高齢者の経済生活」の所得について細分化してみると、一世帯あたりの総所得は平成13年において304.6万円であり、世帯人員一人当たりでは195.3万円である。所得源泉は公的年金や恩給によるものであり、稼働所得で年間58.2万円や仕送り等で10.5万円などであ

る。

高齢者の性別や世帯の家族類型別の一人当たり所得からは、単独世帯の高齢者、中でも女性の所得が男性より低位であることがわかる。高齢者世帯の年間所得の分布をみると、100～200万円未満が27.3%で最も多く、次いで、200～300万円未満が19.3%、300～400万円未満が17.5%、100万円未満が14.0%と続いており、中央値は240万円となっている。また、高齢者個人の所得をみると、65歳以上男性の平均所得は303.6万円、女性は112.4万円と、女性は男性の3分の1強に過ぎず、所得のない者の割合も65歳以上の男性4.4%に対し女性16.5%と、女性が大きく上回っている。また、生活保護を受けている者のうち65歳以上の者は37.7%を占めているが、そのうち単身世帯が26.8%となっており、特に、女性の単身世帯は16.5%を占めている（本研究におけるインタビューケースも同様の状況を示している）。

## 2) 研究方法

2004年9月に実施<sup>7)</sup>した、北海道A町における一人暮らし高齢者へのインタビューから得られた、高齢者の生活実態を整理するなかで、累積する不平等とその結果の現状を整理し、課題を抽出したものが以下の結果である。

### i : A町の調査結果

(ア) 調査期間：2004年9月2日～9月6日

(イ) 調査方法：半構成的インタビュー形式により合計22名の一人暮らし高齢者に実施。

(イ) 調査対象者：A町民生委員より調査協力が可能であると回答をいただいた方々に対し行った。

22名中8名が生活保護受給の一人暮らし高齢者、14名は一人暮らし高齢者である。

(エ) 倫理的配慮：インタビュー内容は個人が特定されないこと、及び、研究目的以外に活用されることがないことを対象者に説明し同意いただいた。

(オ) 調査結果の概要

生活保護受給者8名と非受給者14名に2群化し比較する中で、そこに見出すことのできる傾向を以下に整理し列挙する。

### ① 現在の生活の様子

22名の高齢者の男女比は男性が6名、女性が16名である。年齢幅は63歳～92歳までである。一人暮らしとなってからの独居年数については1年から49年までと多様である（表1参照）。住居状況では、生活保護受給者が7人までが公営住宅で暮らしており、他方、非受給者の場合はほとんどが持ち家での生活である。生活保護受給者が低価な公営住宅（町営住宅）で暮らす選択を余儀なくされ、そのほとんどは近隣の市町村から転入してA町の公営住宅に暮らしている。さらに年金に関しては、生活保護受給者8人中4人が無年金という状況である（表2参照）。年間総収入でみると、生活保護受給世帯は年間で100万円の生活を強いられているといえる。

### ② これまでの生活の様子

インタビューのサンプル数が限られているが、生活保護受給者と非受給者に2区分して比較してみると、「結婚式の有無」に関して、生活保護受給者の8人中5人までが結婚式を挙げていないという割合が高い。

## 高齢者一人暮らし世帯調査

表1) 現在の生活の様子

No	年齢	独居年数	性別	健康状態	子ども	住居	(借家代)	住宅の困り事	生保受給
1	2	2	女	やや問題有	0	公営住宅	?	特に無し	○
2	6	?	女	問題多い	3	公営住宅	6,100	特に無し	○
3	2	30		やや問題有	6	公営住宅	数千円	—	○
4	1	20	男	?	4	公営住宅	5,900	段差	○
5	3	49	女	問題多い	3	公営住宅	8,000	—	○
6	6	16	女	概ね健康	1	公営住宅	5,000	—	○
7	3	7	男	問題多い	0	公営住宅	5,300	特に無し	○
8	6	10	男	概ね健康	3	民間アパート	15,000	—	○
9	11	6	女	概ね健康	2	公営住宅	3,400	特に無し	×
10	81	13	女	やや問題有	2	持家	—	—	×
11	77	1	女	概ね健康	3	持家	—	特に無し	×
12	69	4	女	やや問題有	2	持家	—	—	×
13	74	5	女	概ね健康	2	持家	—	雪	×
14	76	10	男	概ね健康	1	公営住宅	6,100	雪	×
15	79	13	女	概ね健康	3	持家	—	—	×
16	78	5	男	やや問題有	3	持家	—	—	×
17	68	7	女	やや問題有	2	持家	—	—	×
18	75	8	女	?	3	持家	—	—	×
19	79	14	女	やや問題有	1	持家	—	—	×
20	89	2	男	概ね健康	4	持家	—	—	×
21	74	6	女	やや問題有	1	持家	—	—	×
22	78	8	女	やや問題有	4	持家	—	特に無し	×

表2) 現在の生活の様子②

No	稼動有無	仕事内容	稼動収入	最後の仕事	年金	年金種類	年金額(月)	生保受給	生保受給額	財産収入	仕送り	年間総収入
1	無	—	—	工場経営	有	国民	68,000	生保受給	33,700	0	0	100万~150万
2	無	—	—	スーパー	無	—	—	生保受給	62,500	0	0	50万~100万
3	無	—	—	無回答	有	国民	40,000	生保受給	30,000	0	0	50万~100万
4	無	—	—	酒屋	有	国民	7,500	生保受給	70,050	0	0	50万~100万
5	無	—	—	無回答	無	—	—	生保受給	70,000	0	0	50万~100万
6	無	—	—	清掃	有	厚生	45,000	生保受給	45,000	0	0	50万~100万
7	無	—	—	産業廃棄物回収業	無	—	—	生保受給	70,000	0	0	50万~100万
8	無	—	—	農家の手伝い	無	—	—	生保受給	70,050	0	0	50万~100万
9	無	—	—	農家の手伝い	有	厚生	無回答	無	—	0	0	?
10	無	—	—	新聞店経営	有	国民	112,000	無	—	31,500	2~3万	100万~150万
11	無	—	—	無回答	有	共済	128,000	無	—	0	0	100万~150万
12	無	—	—	札幌のホテル	有	国民・遺族	350,000	無	—	0	0	200万~250万
13	無	—	—	ブロック関係	有	厚生	150,000	無	—	0	0	150万~200万
14	無	—	—	製材会社	有	厚生	183,000	無	—	0	0	200万~250万
15	無	—	—	無回答	有	厚生・共済	139,000	無	—	0	0	200万~250万
16	無	—	—	日本競馬種馬協会	有	共済	200,000	無	—	0	0	250万~300万
17	無	—	—	農協	有	厚生・共済	130,000	無	—	0	0	150万~200万
18	無	—	—	パート	有	国民・遺族	170,000	無	—	0	0	200万~250万
19	無	—	—	食堂の手伝い	有	共済	125,000	無	—	0	0	100万~150万
20	無	—	—	大工	有	国民	50,000	無	—	0	0	50万~100万
21	無	—	—	トラック会社	有	国民・共済	328,000	無	—	0	0	300万~350万
22	無	—	—	看護師	有	国民	無回答	無	—	0	0	?

### ③ 結婚後の生活

生活保護受給者 8 名は、結婚後の「仕事の不安定さ」が「よくあった」「しばしば」との回答が 8 人中 5 人にあり、「家庭内暴力の有無」については、「よくあった」「しばしば」が 2 人、「夫婦仲」については「よくない」が 2 名、「配偶者が不在」については 4 人があったと回答し、「自分自身が空けた」という回答が 1 名、また、離婚経験については 8 人中 3 人であり、非受給者群と比較すると特徴的な傾向として挙げることができよう。

「家族の病気」については非受給者群の 14 名中 5 人が「あった」、受給者群の 8 人中 2 人が経験し

ている。

#### ④ 一人暮らしになったときの様子

一人暮らしとなった際の経済的な諸状況は、生活保護受給者の全員の傾向として、預貯金はなく、家や土地などの不動産も無いという状況が特徴的であり、本人の語りからは、生保世帯高齢者は「辛かった」、非受給世帯高齢者で「変化なし」と挙げることができる。また、その際の精神的状況において特徴的なのが、生保世帯の「解放された」、他方、非受給世帯の「寿命・夫に尽くした満足感」である（表3参照）。

#### ⑤ 現在の生活に関する捉え方

表3) 一人暮らしになったときの様子

No	年齢	要因	保険金	預金	借金	家	土地	財産	死亡時既存状況	精神的状況
1	59	夫の死亡	無	無	有	持家無	無	無	質屋通い	解放された
2	?	離婚	無	無	無	持家無	無	無	つらかった	気楽・解放された
3	68	夫の死亡	無	無	無	持家無	無	無	—	—
4	60	離婚	無	無	有	持家無	無	無	自営業だった	困った
5	49	離婚	無	無	無	持家無	無	無	—	—
6	50	死亡	無	無	有	持家無	無	無	つらい	つらい
7	20代	離婚	無	無	無	持家無	無	無	特に変化なし	特にない
8	66	死亡	有	無	無	持家無	無	子と分割	—	精神的に辛く酒量増えた
9	65	死亡	無	無	無	持家無	無	無	配偶者の消費	変わりない
10	68	死亡	無	有	無	自分名義	自分名義	生前贈与	すでに年金額	夫は寿命だった
11	76	死亡	有	若干	無	子の名義	子の名義	子らで均等	特に変化なし	夫に尽くしきった満足感
12	66	死亡	有	有	無	—	—	—	—	夫に頼って生活していたので何から不自由になった
13	68	死亡	有	有	無	自分名義	自分名義	財産は家ののみ	特に変化なし	何か相談するにも1人では…。
14	66	妻の死亡	有	有	無	—	—	—	心配なし	いやあー、あの時は参った…
15	66	夫の死亡	無	無	無	自分名義	自分名義	—	特に変化なし	ただ父さんがいないだけ。夜が一番いやですよ
16	65	死亡	有	無	無	自分名義	自分名義	—	—	—
17	60	子の転出	有	有	無	自分名義	自分名義	—	一人で育て	一人のほうが楽
18	67	夫の死亡	有	有	無	夫名義のまま	夫名義のまま	自分	心配なし	夫のために残り残したことはない。満足感…
19	65	夫の死亡	有	有	無	夫名義のまま	夫名義のまま	自分	その時点で年金	それは淋しかったですよ。今は慣れたけど
20	87	妻の死亡	—	—	無	自分名義	自分名義	自分	変化はなかった	淋しかった
21	68	夫の死亡	有	有	無	夫名義のまま	夫名義のまま	ぼば子ども	共済年金が払	寿命なのだと覚悟はできていた
22	70	夫の死亡	無	無	有	子の名義	子の名義	—	困らない程度	さびしいよ。でも慣れた。女は強いよ

一人暮らしとなつても近隣の人々との「付き合い」は欠かせないものであり、冠婚葬祭費に代表される交際費支出はこれまでのその人の生き様と人とのつながりを現すものであり、年金生活の高齢者には避けられない支出であるものの、その負担感も大きいようである。

また、北国における冬場の暮らし方は、コミュニティとのつながりの現状とあり方を示すものである「除雪」でみると、非受給者群は長年暮らしている持ち家の近隣の人々から除雪の援助を受けているケースもみられる。他方、近隣市町村からの転入で公営住宅で暮らす、生活保護受給世帯では近隣のサポートを受けているケースは見られなかった。

#### ⑥ 今後の生活のあり方と要望

「今の楽しみ」については、生保受給世帯には「友人との行き来」や「友人との交流」などの回答がみられない。地域の中で、他者との交流や地域が支えるという状況はみられない。「今の生活」については、一人で気楽ではあるものの、時折、寂しさを感じている。保護受給は肩身が狭いという回答もみられた。後の一人暮らしへの不安については保護受給世帯・非受給世帯の両群に共通し

てみられる回答傾向であった（表4参照）。

#### (カ) 調査結果の考察

表4) 今後の生活のあり方と要望

No	今の楽しみ	今の生活	生活の楽しさ 住みやすさ	今後の人暮し生活への不安
1	生け花	気楽	時々感じる なんとも	時々感じている(もしもの時にどうなるか)
2	TV	気楽	あまり感じない 住みやすい	強く感じている
3	-	気楽	時々感じる 住みやすい	特に感じてはない
4	特に無い	気楽	時々感じる なんとも	時々感じている(ご飯作れなくなったらどうしようかな)、健常病気
5	野球	気楽ではない	あまり感じない 思わない	強く感じている(体がんばりとか…)
6	お酒	気楽	あまり感じない 思う	特に感じてはない(足効かなくなったら民生に相談するかも…、気丈に思っているだけ)
7	保護費をもらいに行くことが楽しみ	気楽ではない(保護受給は肩身が狭い)	あまり感じない 思う	特に感じてはない(心配してって同じくもならない)
8	読書	気楽	時々感じる 思う(知人ができたから)	強く感じている(冬の寒さ、今後の健康面、よる眠れない時など)
9	老人クラブ	気楽	あまり感じない 思う	時々感じている(体が不自由になつたときの生活)
10	友人との行き来	気楽	あまり感じない 思う	特に感じてない(心配してないから暮してもらわないと)
11	レクリエーション協会	気楽	あまり感じない 思う	特に感じてない(病気があればあるかもしれないけど)
12	良い作品にかまけてしているという感じで、心つききではない	-	あまり感じない 思わない	強く感じている(どこに行こうと段差等 が多い危険)
13	歌ったり踊ったり体を動かすこと	気楽	時々感じる 思う	時々感じている(動きにくったとき、やっぱり心配)
14	釣り、パークゴルフ	-	- 思う	特に感じていない(一番大変なのは除雪)
15	老人会の月1回の催し	-	- -	-
16	買物、園芸、工作、バチスロ	気楽	時々感じる -	時々感じている(年も年だから免れず不安を感じているよ)
17	友人とのおしゃべり	気楽ではない	あまり感じない 思う	時々感じている(病気になったとき)
18	-	気楽	時々感じる 思う	時々感じている
19	友人との交流	気楽	時々感じる -	時々感じている(病気して死ぬまでのこと)
20	人との会話	貧乏過ぎればきりがない	時々感じる 思う	特に感じてない(このままずっと健康でいればいいなあ…)
21	旅行	気楽	あまり感じない 思わない	時々感じている(家の地図、緊急のとき、動けなくなつたりたときのことが心配)
22	囲碁、老人会の例会	気楽	あまり感じない -	特に感じていない(わが身のことだから重にたよっていいわからない)

貧困の世代間連鎖や貧困の再生などが言われるが、今回の調査からも同様の状況を見出すことができる。本調査対象の生活保護受給一人暮らし高齢者の方々の現在の生活にいたるまでの人生を振り返ると、さまざまな困難が周辺について回っていたということが言える。「努力したものが報われる社会」は、これらの高齢者には該当したのだろうかという新たな思いが生まれる。そこには、「不利益」や「不公平」をみることができるのである。一生懸命働きつつも、その間に生じたさまざま人生の困難。その結果として預貯金も財産の保有も十分でなく、生活保護を受給する状況となった老後である。

今回のインタビューで得た内容を、日本国憲法第25条の生存権で謳われる、「健康で文化的な最低限度の生活の保障」を指標として生活保護受給一人暮らし高齢者の生活を捉えるるために、①「健康」、②「文化的」というキーワードをもとに整理してみると以下のような生活の実態を描くことができよう。

①「健康」を構成する諸要因を、住居・食生活の状況・医療の受給状況で区分してみると、保護費から派生する住環境の現状がある。特にA町の公営住宅は数年後に建替えが予定されていることであり、現状は老朽化が進んだ、長屋の暮らしであった。

食生活の状況からみると、高齢者であるがゆえに生じる課題である食材調達のためのアクセスの問題を挙げることができよう。また、一人暮らしであるがゆえに、食材が一人暮らしには使い切れない量で販売されており、無駄な買い物や廃棄につながる結果ともなり、経済的につましい生活を必要とする生活保護受給者には経済的に余分な支出とながってしまうということがいえよう。

医療の受給状況に関しては、医療券が直接的な医療費のイメージを描きにくくしており、非受給高齢者と比較して受診が控えられているという印象は受けなかった（先行研究においてもこれらの違いに関するデータには行き着かず、今回のインタビュー結果からの考察である）。

また、自立度や役割遂行能力に重きを置き健康や健康づくりを捉えるという、日常的・社会的側面に力点をおいた視点で考えると、IADL的視点で日常生活を眺めて見る必要にも気づかされる。さらに、健康を、生命や生存を高めいくという個人や集団の主体的コントロール能力に関連させて考えることも重要となろう。いわゆる「生活力形成」<sup>8)</sup>に着目することが重要であると考える。

②次に、「文化的」を構成する諸要因を、趣味・娯楽、嗜好品、人とのかかわりで区分してみると、趣味や娯楽、あるいは嗜好品の類は、保護費との兼ね合いで自分なりに活用せざるをえない状況である。これらは現実的に生活保護制度下においては、一定やむをえないと思われる。しかし、人とのかかわりでみるとどうであろうか。今回のインタビューで訪問した生活保護受給世帯の多くが公営住宅に住んでおり、その公営住宅の周辺の近隣住民との交流や関係性を窺い知ることが出来なかつた。日々の交流は、同じ長屋（棟）のお隣どうしの付き合い程度であり、それ以外には、月に数回ある高齢者福祉サービスの利用を通して他者とかかわるか、あるいは介護サービスを利用している場合のヘルパーやケアマネジャーとのかかわりが見られるものの、コミュニティの中での関係や交流は見出せなかつた。今回同時に行った、一人暮らし高齢者は冬場の除雪などを通して、近隣との関係性や支えあいが見受けられた。しかし、生活受給高齢者はコミュニティの構成要員でありながらも、コミュニティの中において公営住宅は、ある特定の集団として捉えられている現われであるともいえるのではなかろうか。「地域福祉の推進」や「近隣の支えあい」といった文言が目に付く時代となつても、生活保護受給者が多く生活をする公営住宅は、コミュニティの一角をなしながらも、コミュニティケアが十分に機能していない一角として存在しているとも考える。

### 3) 社会的不平等の再生産～Tさんのインタビューから～

今回のインタビューに応じてくれた生活保護受給高齢者8人のみなさんの人生の語りには、我々に投げかけるさまざまなメッセージがふくまれていた。その中でも、年齢的にもまだ若く、平均寿命から考察すれば今後の20年以上の生活をどのように暮らしていくのかについて考えさせられたTさんの事例を取り上げ、その語りの中から、「不公平」「不平等」を検討してみたい。

#### 【事例Tさん】

Tさんは、16年前に夫を亡くした66歳の女性である。

東北で農業を営む家の4人きょうだいの末っ子として生まれた。父を2歳で亡くし、りんご農家としてほそぼそと女で一つで家を支え、きょうだいらもりんご農家の手伝いをしながら生活をしてきた。その母も52歳で死亡。Tさんは、母亡き後、きょうだいの進めもあり、高校は姉夫婦宅から通うが、姉がお産で留守にしていた際に義理の兄（姉の夫）から性的虐待をうけ姉に告げることもできなまま家を出た。高校は中退し、その後旅館の仲居として働き24歳で菓子職人と結婚した。結婚後は菓子職人として働く予定で夫婦で来道する。

結婚後の仕事については、「あんま仕事もうまくいかないわ。まあなんだかんだで農家やったんだ。山でね、木を切ったり…。冬とかも雪の中…。個人の請け負いの仕事をね」と話し、夫婦仲もよく暮らしてきたと話す。しかし、子どもの話になると、「30歳のとき、100日の息子をもらったの。6月に生まれた子を9月に…。子宮外妊娠だったの。親方にね、猫かわいがるより子育てしろって言われてね。お父さんと「もらいにいくか…」ってことにね…。オートバイに乗してもらってきたんだよ。猫の子っこより悪いんだよ。けど、何も言わないよ。育てる自信も無かったけどさ、お父さんも親方もいうし…。子どもがいたら何も仕事できないしょ。夜泣きするしね。けど憎らしいと

も思わんかった。可愛かった…。」と子どもを養子にした話しを始めた。子育ての苦労と同時に愛情を感じた話をするが、現在は養子縁組を解消しているとの事。「仕事も長続きしなくて、悪いガキだったから。中1か中2かな、○○の家庭学校行ったりね。乱暴、むちゃくちゃ。○○から帰つてくんだよ。2人も連れて～中略～煮ても焼いても食えない。おまわりさんに喧嘩かけるんだよ。無鉄砲なの。何するかわかんないんだ。」

「うちの父さんね。父さんなんか死ぬ思いしたよ。靴で蹴つ飛ばしてさ、もうずっと…。」盗みなどの非行があり苦労の連続であったことを話してくれる。「何十年も「金・金・金」ってね。「2万円貸してくれ」って毎月。何十年も…。返したことないんだから。何十年もせびってきたの。あたしもつらかった。あるときは9万円持っていくんだよ。私の名前で借りるの。苦労もしたけどさ。言いにくいくらいさ、嫁を使ってやってくんのさ。口裏合わせて。15万円車のために出して…、話にもならない。で、私、破産宣告したんですよ。去年の春、許可が出て…。憎しみはあったよ…。なんも可愛いと思わない。大人二人（息子と嫁）なんも可愛くないの。さんざんコケにされたから。息子と嫁には憎しみ100%。孫は罪は無いけどさ。孫にも正直あんま、愛情はないね。孫にはそろばんとか買ってやったよ。私なりにね…。でも、子どもはなんも可愛いくない。」

現在の子どもの生活については「正直いったらさ、いいとこ入ってるんだわ。」「今、仮派出所。「友人のキャッシュカードでお金おろして、留置所入って暴力ふるって、お金とってぶたばこ入つて…、今、仮派出所で仕事してるみたいだけど、私のところに来たいんだって。お父さんの線香だけあげさせてくれなあ…って。今さら何言ってんのさって。まだ、腹の中は探れないけど、見た目はね…。」「いまだに「金」さ。」「来たいって言うんだけどわからない。私はあしげにされただけ。何十年も…。」これまでの苦労を淡淡と話してくれた。

65歳（昨年）まで精一杯働いて、夫や子どもと共に生きてきた人生には、個別的事例といつてしまえばそれまでだが、この一人の人生に社会の不平等が内在していることを垣間見る。

思春期に受けた性的被害によって、高校を中退し、旅館の仲居づとめの後、北海道では木材の仕事という肉体労働を夫婦で行い、子宝に恵まれないことから養子をもらうが、子育てに苦労をし、養子が成人してもお金を強要される人生とは…。何がこのような状況を生み出す背景なのであろうか。これは、きわめて個別的事例であると規定すべきことなのであろうか。

インタビューの翌日に再び、Tさんに会った。外見はとてもきやしゃな体つきのように見える小柄なTさんのランニングのようなTシャツからは、これまでの人生がうかがえるようなたくましい腕と上半身がはっきりとわかった。女性でありながらも木材関連の肉体労働をし、晩年は清掃などでひたすらまじめに働いて生活をしてきた人生の岐路には何があるのか。前述したことだが、「努力したものが報われる社会」が強調される中で、不平等が累積する中にあっても努力を重ねてきたであろう人が高齢期になっても「報われていない」という現実をこの事例に見出すのである。

複雑な諸要素がからみあって困難見えにくくしているが、両親を早くに亡くし、決して経済的には豊かではない家庭で育ち、性的被害を受け、子供の非行に苦しみ、成人してからの子からの暴力（身体的、精神的、経済的）に悩まされ続けているという複合化した困難が内在している。このような因子の存在を個人的要因に帰結させていいものではなく、むしろ社会的要因と結び付けて考えねばならないであろう。

## 結論

1995年のSSM調査<sup>7)</sup>において、「資源配分の原理のあるべき姿はどういうものだと思いますか」という「資源配分原理」に関する調査結果では、理想の配分原理においては、男性で「努力」が51.2%、「実績」30.4%、「必要」9.8%、「均等」5.2%の順であった。他方、女性においては、「努力」が62.2%、「実績」16.6%、「必要」9.1%、「均等」7.5%という結果であった。

「現実はどうなっていますか」という現在の日本で支配的な資源配分原理に関する回答では、男性で「実績」が51.4%、「努力」20.2%、「必要」20.2%。「均等」3.5%という結果を示し、女性においては、「実績」53.6%。「努力」17.5%、「必要」11.1%、「均等」1.8%の順という結果であった。

理想としては「努力した人ほど多く得るのが望ましい／多くを得ている」を挙げながらも、現実には「実績をあげた人ほど多く得るのが望ましい／多くを得ている」との認識がなされている。「必要としている人が必要なだけ得るのが望ましい」「誰でも同じくらいに得るのが望ましい」については、理想においても、また、現実においても認識割合は高くない結果を示している。

2000年に実施された「福祉と生活に関する意識調査」において「今の世の中は公正であるか」という質問に対する回答は「そう思わない」と答えたものが3分の2であった。白波瀬（2005）は<sup>8)</sup>、ライフステージによって不公平感は異なり、実感としての格差はマクロな経済状態を直接反映するものではなく、以前と比べて現在のわが身はどうか、将来子どもは自分よりも豊かな生活を送るだろう現実の所得格差や所得の二極化が進み不平等が拡大している認識が若年層よりも低いと述べている。現在の高齢者は戦前・戦中・戦後の時代を生き抜いてきた人々である。不平等感の認識指標や基準が「以前と比べての自分の生活」に帰着せざるを得ないとすれば、おのずと、現状と認識の差が生じることも十分に考えられるといえよう。

少子高齢化の中で、単身高齢者や夫婦のみ世帯の増加が顕著となる現在、これまでと同様の家族に依存する生活保障には限界があり、これまでとは異なる「支えるシステム」の検討が必要となろう。そのときにあげられるのが、地域であり近隣ネットワークであるが、実際に単身高齢者、夫婦のみ世帯をさらに限局させた「生活保護受給高齢者世帯」は、地域や近隣ネットワークでのサポートの範疇として捉えられているのであろうか。むしろ、今回の調査からは、地域の中においても「特別のエリア」に住む人々とされてはいないだろうか。

わが国の高齢化率が19%を超えたとする中において、各地方自治体における高齢化率の進行はそれ以上であり、北海道内を眺めても、道内市町村の3分の2以上は21%という「超高齢化」の状況に突入している。このような中において、これまで「介護」を中心に、老親扶養は暗黙の中で「家族」の問題とされてきた。さらに、近年は、「地域で支える」が声高に言われるが、高齢者一人ひとりがさまざまな人生の生き様を抱え、生きていくためには、現実の社会に内在する「不平等」をなんらかの形で外在化させ、「公正な社会」を具現化できる支えるシステムの更なる検討が必要となると考える。

「努力したものが報われる社会」が強調される中で、不平等が累積する中にあっても努力を重ねてきたであろう人が高齢期になっても「報われていない」という事実が何故生じるのか。そこには「結果の不平等」という問題のみならず、特定の階層に「機会の不平等」を見出すことができるとも考えられる。今後はさらに構造的な分析を進めていくことが課題となることが見出せた。

## 謝辞

最後に、この調査は平成16年度の北海道大学教育学部の「社会福祉調査実習」において行われた調査データ結果をもとにした論考である。調査データを多面的に分析する機会を与えていただいた北海道大学教育学部・大学院の青木紀教授をはじめ、佐々木宏先生、さらに調査で共にインタビューをし、高齢者のおかれている現実に対し、ともに憤りを感じ議論した教育学部3年の福嶋恒平さん、橋本護さん、波多野貴之さん、伊藤章江さん、川村麻利子さん、菅洋一さん、佐々木仁美さん、佐々木奈央さん、山岸加奈さん、ともに院生としてインタビュアーとして多様な視点を教示してくれた太田こずえさん、松井祐子さんにお礼を申し上げたい。

(注)

- 1) 岩村正彦：所得保障法の構造、講座社会保障法第2巻所得保障法、日本社会保障法学会編、法律文化社、2001年、p4
- 2) 立岩真也：自由の平等、岩波書店、2004年、p32
- 3) 山口二郎：戦後政治の崩壊—デモクラシーはどこへゆくか—、岩波新書、2004年、p162
- 4) 同上：p202
- 5) 鈴村興太郎・須賀晃一訳、アマルティアセン：不平等の経済学、東洋経済新報社、2000年、P301
- 6) 内閣府編：平成16年版高齢社会白書、ぎょうせい、2004年、p21
- 7) 北海道大学教育学部（教育福祉3年ゼミ）の平成16年度「社会福祉調査実習」授業における調査データがもとになっている。
- 8) 東京大学大学院人文学部研究科社会文化研究専攻武川正吾：福祉社会の価値観に関する実証的研究、2002
- 9) 白波瀬佐和子：少子高齢化のみえない格差—ジェンダー・世代・階層のゆくえ—、東京大学出版会、2005年、p177

# 精神障害者に対する自己決定援助のあり方と課題

花澤佳代

## I. はじめに

「自己決定」は、福祉のサービス利用者（以下、利用者）が障害を持っているから決定することが難しいなどと他者から考えられ「決定される」状況の中で、「自分のことは自分で決める」という意味で大切なことである。また、人としての権利から考えるとあたり前のことといえる。

児島亜紀子は、「われわれの多くは自己決定を当たり前のものとし、援助のような場面においても被援助者の自己決定が最大限尊重されるべきだと素直に感じる」<sup>(1)</sup>と述べているように、サービスを提供するソーシャルワーカー（以下、ワーカー）の立場で考えると、利用者のより良い生活の実現を援助するプロセスで「利用者への自己決定援助」は重要な意味を持つ。しかし、その援助プロセスで専門職であるワーカーが自己決定を建前に、利用者に何も働きかけない状況がしばしばある。また、自己決定援助が重要であると知っていても、どのようなに働きかけるべきか分からぬ新人ワーカーや自己決定を尊重するという関わりを知らないワーカーも存在する。

このようなことから、自己決定援助を丁寧に考え、利用者への自己決定援助のあり方を事例から研究会で見直してみることとした。研究会の構成は、ワーカー（福祉職）・心理職・看護職・精神科医・教員等であり、幅広い視野から「ソーシャルワークの一般化」について考えたい会員で研究会を始めた<sup>(2)</sup>。

本稿では、この研究会活動を通じ、精神保健福祉分野で実際に展開された「利用者への自己決定事例」から、自己決定援助の課題を抽出し、自己決定援助のあり方を検討する。

## II. 自己決定のとらえ方

### 1. 自己決定原理に関する若干のレビュー

自己決定の原理—その歴史的背景として、J. S. ミルの「自由論」があげられることが多い。「自由論」には以下のような記述がある。

「この論文の目的は、用いられる手段が法律上の刑罰というかたちの物理的な力であるか、あるいは世論の精神的強制であるかいなかにかかわらず、およそ社会が強制や統制のかたちで個人と関係するしかたを絶対的に支配する資格のあるものとしてひとつのきわめて単純な原理を主張することにある。その原理とは、人類がその成員いずれか一人の行動の自由に、個人的にせよ集団的にせよ、干渉することが、むしろ正当な根拠を持つとされる唯一の目的は、自己防衛（self-protection）であるというにある。また、文明社会のどの成員に対してにせよ、彼の意思に反して権力を行使しても正当とされるための唯一の目的は、他の成員に及ぶ害の防止にあるというにある。…中略…いかなる人の行為でも、そのひとが社会に対して責を負わねばならぬ唯一の部分は、他人に関係

する部分である。単に彼自身に関する部分においては、彼の独立は当然絶対的である。個人は彼自身に対して、すなわち彼自身の肉体と精神とに対してはその主権者なのである。」<sup>(3)</sup>

150年近く前の著書ではあるが、ここでは自分自身のことについて他の人々に害を及ぼさない限り、その決定権は自分自身にあり行動の自由に干渉することはできないということが既に述べている。

また、社会福祉分野では、バイステック (Felix. P. Biestek) の「ケースワークの原則」において、利用者を援助する際に「クライエントの自己決定を促して尊重する」ことが必要な諸原則の一つであることを指摘し、以下のように述べている。

「クライエントの自己決定を促して尊重するという原則は、ケースワーカーが、クライエントの自ら選択し決定する自由と権利そしてニードを、具体的に認識することである。また、ケースワーカーはこの権利を尊重し、そのニードを認めるために、クライエントが利用することのできる適切な資源を地域社会や彼自身のなかに発見して活用するよう援助する責務をもっている。さらにケースワーカーは、クライエントが彼自身の潜在的な自己決定能力を自ら活性化するように刺激し、援助する責務ももっている。しかし、自己決定というクライエントの権利は、クライエントの積極的かつ建設的決定を行なう能力の程度によって、また、市民法・道徳法によって、さらに社会福祉機関の機能によって、制限を加えられることがある。」<sup>(4)</sup>

「クライエントがこのようななかたちで自分の責任を遂行することは、自ら人格を成長させ成熟させる一つの重要な機会である。そして、自由に決定を下すことができる環境下で責任を遂行するときののみクライエントは知的、社会的、情緒的、また精神的に成熟することが可能となるのである。とりわけクライエントは、ケースワーク援助を受ける体験を意義あるものとするために、自分で選択する自由を必要としている。また、ワーカーは長い経験から、クライエントが援助計画を押し付けられたとき、ケースワークそのものが無駄に終わってしまうことをよく知っている。クライエントは、選択と決定を自由に行使できるときにのみ、社会的に責任をもち、情緒的に適応しながら、人格を発達させてゆくのである。」<sup>(5)</sup>

このように自己決定を尊重することが、利用者にとっていかに重要かということが理解できるものとなっている。

日本の精神保健福祉分野においては、柏木昭が「精神医学ソーシャル・ワークの再検討—その独立性をどこに求めるか—」という論文において、前述のバイステックの「ケースワークの原則」を取り上げて、自己決定を論じている<sup>(6)</sup>。

そのなかで柏木は、西欧の民主主義の歴史の中で育った自助の原理、それを中心としたソーシャル・ケースワークがそのままわが国で育つのはとても困難であること、バイステックのケースワークの原則についてもそのままでは日本の文化のなかで実践する根拠を失うとして、読み直すことを提倡している。さらに、日本の「家」中心の直系的価値志向に支えられた、自主性・独立性の乏しい文化、自己実現の極めて困難な風土のなかでこそ、自己決定を中心的課題として取り上げ取り組まなければならないことを強調している。そして、ワーカーがかかわる中で利用者が自由な自己を取り戻したときの大きな効果についても言及している。

## 2. 自己決定の捉え方

前述の通り、ワーカーにとって「自己決定」は重要な原則となっている。この研究会における自己決定の解釈については、以下の通りである。

- 1) 一般的に自己決定とは、人は諸問題への対応に際し、その手段・方法を自分自身で決める能力を持ち、また、自分で決める権利を有するという原則に基づき、人が、自らの責任で選択し決定することである。
- 2) 自己決定の尊重は、ワーカーの援助にとって重要な原則である。
- 3) 自分で判断し決定するようになることは、その人が社会の中で生きる力を強くしていく。
- 4) 日本では、自分で判断し、選択決定し、実行し、責任を負うという文化が十分には発達していない。
- 5) 自己決定の援助においては、その過程が重要となる。適切な情報を提供し、利用者と共に考え、判断できるよう支援する必要がある。そして、決定したことについて尊重し、その実行や責任を負うことを支える。
- 6) 自己決定援助の過程で、ワーカーが「あなたが決めたことだから」と、利用者のみに決定の責任を負わせることは適切な援助とは言えない。

### III. 自己決定援助のあり方

研究会では、それぞれ「うまくいかなかった自己決定援助」事例を出し合い、自己決定援助課題を抽出した。ここでは、その中から、1. かかわりの視点、2. ワーカーの価値観、3. 自己決定を求めるここと、4. 自己決定の制限について取り上げる。

#### 1. かかわりの視点

人と人との「かかわり」は、他者の人格の尊重が土台となる。「かかわり」とは、人間同士が出会い、そこから相互作用が生まれ、相互作用から生まれたさまざまな感情を共有化することである。ソーシャルワークの基本は利用者との「かかわり」にあるといわれている。社会福祉領域での「かかわり」とは、ワーカーと利用者との関係性のあり方を指す。ワーカーの「かかわり」は、利用者の「ために」援助するというものではなく、利用者と「共に」考えるという視点である。ワーカーは特に、利用者の生活面での問題を、「共に考える」というスタンスに立ち、自己決定を尊重し問題解決にあたろうという姿勢を持つことに特徴がある。自己決定の尊重の根底には、相手の立場を理解し、共感する福祉の思想がある。

研究会では、「利用者の自己決定」を基礎として置いた上で、それを現場でどのように大事にするか、そのあり方について議論を重ねてきた。その中で、「利用者の自己決定」と、ワーカーの「かかわり」のあり方に対しても検討が話し合われた。本論では、自己決定をめぐるワーカーの「かかわり」について、ワーカーと利用者間に起こる相互作用を軸に、次のような三つの大きな柱にわけての整理を試みた。それらは、①自己決定のプロセスを重視する視点、②情報提供を重視する視点、③ワーカーの非言語的メッセージを意識し点検する視点である。また、「かかわり」におけるワーカーと利用者の「信頼関係」についても検討したが、自己決定援助に限定しての「信頼関係」についての議論は不十分だったので、今後別の機会に検討を続けたいと考えている。

##### (1) 自己決定のプロセスを重視する視点

利用者の自己決定援助は、自己決定に至るプロセスが大切である。自己決定することが困難な人に対して、自己決定できるように具体的に援助していくことが必要である。自己責任や義務について意識しながら援助し、自己決定の大切さを伝えて、理解を促すこと必要であろう。丁寧なプロ

セスを経ないで、「本人が決めたのだから、利用者が自己決定した」とすることは、ワーカーの責任放棄、あるいは無責任で安易な援助と言うことになる。利用者の自己決定の能力を広げていくかかわりは、ただ選択肢を提供するだけではなく、自己決定を支持し、利用者が自信をつけていくプロセスを共に歩むことが大切である。

また、ワーカーは利用者の自己決定を見守ることも重要である。その人の主体性が保障され、その人らしい自己決定ができたとき、その決定の結果がうまくいかなくても、自己けっていできた事を支援し、利用者にきちんと寄り添うかかわりが大切であろう。利用者の思いを尊重しないで、こうあるべきだと先回りの「援助」をしてしまえば、それはパターナリストイックな援助となる。失敗させないようにかかわろうとすれば、自己決定権を奪ってしまうことになる。利用者にとって、失敗から学んでいくこともあるので、ワーカーは利用者の自己決定後のフォローも視野に入れながら、ともに歩む「かかわり」が大切である。

### (2) 情報提供を重視する視点

利用者の自己決定にあたり、選択決定に必要な情報を提供することが大切である。利用者は情報提供を得て自己決定することが望ましい。ワーカーは専門職として、社会福祉サービスに関する多くの知識・情報を持っている。利用者の自己決定の尊重とは、ワーカーが持っている医療・保健・福祉サービス及び社会資源の情報を提供し共有化するという「情報の共有化」が前提となる。情報が少なければ、選択に迷う経験もできないし、視野の狭い貧しい内容の決定になってしまふおそれがある。ワーカーには、専門的知識を豊富にする努力及び、わかりやすく説明するコミュニケーション能力が求められる。また、選択肢が少ない場合、ワーカーは社会資源開発の視点も持たなければならない。

### (3) 非言語的メッセージを意識し点検する視点

利用者の自己決定を尊重しようとワーカーが考えてかかわるときには（ワーカー・利用者関係において）、利用者に対するワーカー個人の思い（期待や評価など）が影響するのではないかという問題を考えてみる。

ワーカーは専門職として「自己決定の尊重」を強く意識するが、それと共に利用者に対する個人的な「思い」がある。その「思い」は関係性が深まるにつれ強くなる。関係性や「思い」が強くなると、客觀性は弱まり、「強引なかかわり（ワーカーが言葉にしない利用者への期待）」が生まれてくる可能性もある。例えば、ワーカーが言葉では「自分で決めなさい」と言いながら、別のメッセージを送っている場合があるということである。つまりワーカー側の利用者に対する「こうなってほしい、このようなことができるようになって欲しい」という一方通行型の「思い」を送っていることがあるということであり、それは利用者を混乱させるおそれもあることを意識すべきである。

ワーカーが利用者の「自己決定の尊重」をしているという援助の影（正しい実践を行っているという意識）で、意識していない自分自身の「思い（専門職として問題である部分）」に気づいていない。またはそれを正当化しているのではないかということを点検することが必要である。

自己決定の「かかわり」において、ワーカー個人の思いも影響することを意識しておくことが重要である。ワーカーは、自らが表現する言葉と心の中で思っていることが異なる時の援助にどのような危険があるのか検討することが必要である。ここでの気づきが無いと危険が大きくなる。

ワーカーの陥りやすい罠は、客觀的に利用者の状況を考えているように見えながら、ワーカーの思いを押し付けてしまうことである。その考えの内容こそが、自身を支配する「思い入れ」といえるのである。大切なことは、ワーカーと利用者の間で生じた互いの期待のずれがないかどうかの点

検作業である。

最後に、自己決定と「決定された事柄」に対する責任の所在について考えたい。今日の社会では、自分のことについては自分が責任を持つことが原則である。しかし、ソーシャルワークにおいてはその考えは当てはまらない。利用者が決めたから、その責任は利用者にあるというものでもない。ワーカーにとって、そのような考え方、「かかわり」の放棄とも取れる。ワーカーが行なう自己決定支援は、「決定された事柄」に対する責任を「共に」分かち合うという立場をとるものである。「共に考え選択した事柄」に対しては、その責任は「ワーカー側と利用者側」との双方にある。

## 2. ワーカーの価値観

### (1) 自己決定援助に関わる側は、自分が与える影響について自覚することが重要

援助者は、決定の実際場面では支援する側の意向が強く影響していることを自覚すべきである。本人が決めたとか本人の意志であるというが、決定に到る話し合いの過程で、かかわる側の思い入れや表情・態度などさまざまなメッセージを送っている。かかわる側は、自分の価値観や常識に自らも縛られていることを自覚し、影響を与えつつ一緒に到達した決定であることを相手にきちんと伝えることが大切である。

### (2) 「合意」は力をもつ側の意見の「押し付け」部分を含む

迷ったり決めかねた時、私達はしばしば誰かに相談して気持ちを整理したり、譲歩して第二の選択を自己決定として受け入れていく。利用者の場合、自信のなさや経験不足から普通以上に援助者の意向に従いがちである。合意と言っても、利用者が援助者の期待に合わせて決めた結果の合意かも知れないことを自覚し、押し付けの部分を含む合意を出発点として、徐々に自己決定力を高めるように関わっていく必要がある。

### (3) 力関係やかかわりの質によって、自己決定の内容は変化する

長く付き合っている関係では、かかわる側の影響力が強くなっている。また、力のありそうな人が周りを囲んでいる状況では自分の意見をいうことは難しい。自信があれば、負けずに意思表明できるが、利用者には援助を受けているという気持ちもあって、自分の意思表明は控えがちとなる。長期間の関係性では、良い関係を維持したいとかあの人の勧めは間違っていないなどの思いが影響していると思われる。そのような関係や状況を理解しつつ、遠慮などが専攻した決定内容かどうかを判断することも重要である。援助者がそれらをおさえていれば、将来に向けてより望ましい決定につなげることも可能であろう。

### (4) ワーカーは自分の価値観や生き方について自己洞察を深めることが肝要

自己決定援助に際しては、ワーカー個人の価値観の影響を意識して関わることが重要である。利用者がワーカーを頼りにしていたり長い付き合いである場合は特に、無意識レベルでワーカーの価値観に影響されている面もあるので、共に決定に関わる時、互いの価値観は互いに尊敬すべきことを確認することが重要である。

### (5) ワーカーは共に決定した責任を分かち持つべき

一緒に考え決定に関わったということを意識できる関係が大切である。ワーカー自身の自己決定の方法や考えが、利用者の自己決定に与える影響は大きい。特別に具体的助言等がなくても、相手の都合に配慮したり決定の結果がもたらす影響等を考慮しつつ人は決定をすることが多い。

できるだけ時間をかけて情報を提供しつつ相談し、一緒に作り上げた決定になることが望ましい、責任を利用者だけに押し付けないよう配慮し、決定が互いの関係の中で作られたものであることを

いつも意識するよう努力すること、それを利用者も理解している関係にあることが大切である。

### 3. 自己決定を求めるこ

#### (1) 利用者に「自己決定を求める」こと

一般的に日本の文化においては、「自分のことに関して、自分で考え、判断し、選択して、決定する」ということがあまり意識されず、そのような育て方もされてきていない。いわゆる社会福祉における「自己決定」に関する概念は、「外来の価値」に基づいたものであり、「日本（人）の文化の中ではどうなのか」という視点に立って、捉え直されてはいないと考える。よって、自己決定についても「日本らしい価値」として根付いてきてはおらず、それなのに「自己決定を尊重すべきである」という言葉のみの理解によって援助が行われている現状があると考えられる。

そこで、「自己決定を求める」ということを考える時には、まず前提として「日本の文化の中では、『自己決定を求める』ということがあまり一般的ではないが、利用者に対しては自己決定を求めることが必要な場合がある」ということを意識する必要がある。

#### (2) 自己決定能力の問題

ノーマライゼーションということから考えれば、自己決定能力についても、その能力の高低にかかわらず、一人ひとりがその人らしく生きていける社会に近づくことが大切であり、その上で、リハビリテーションやエンパワメントといった、個々人の能力についての課題があるはずである。加藤直樹は、「自己決定、あるいは自己決定能力の形成問題のキーワードは自己管理能力、対人関係調整能力、『自律性』などがあり、それらは障害者の自立問題に関わるだけでなく、いわば人間発達における今日的国民的課題である。」<sup>17)</sup>と指摘しているように、実際の社会はまだそこまで到達していないという現実があり、現状では利用者の自己決定援助を考えるときに、「自己決定能力をどう捉えるか」という課題を避けては通れない。

精神障害者の場合は、過去の歴史の中で、人間が本来的に持っているはずの権利を侵害されたり剥奪されるといった環境の中で生きてきた経過があることや、また一方では、精神症状のために正常な判断が出来ない場合もある等、さまざまな環境や要因との関係で「自己決定能力」についても考える必要があるのではないか。また利用者個人の歴史としては、教育と環境の問題が考えられる。そこで、「自己決定能力をどう捉えるか」ということを判断するにあたって、以下のように留意点を整理してみた。

##### 1) 能力の発達の保障の問題

- ・生来的に発達が困難な場合（知的障害がある等）
- ・経験不足による場合
- ・自己決定能力が育つ機会を奪われてきた場合

##### 2) 長期入院等による能力の低下の問題

##### 3) 精神症状の悪化による場合（症状に支配される等で正常な判断ができない）

このように「自己決定能力をどう捉えるか」ということについては、これらの点に留意して、個々の利用者の状況を判断した上で、援助にあたってはその環境を整えることも必要である。

次に、「自己決定能力を誰がどう判断するか」という問題があり、具体的には個人の能力を判断する場合に、ワーカーは、①利用者・ワーカー・関係者の間で確かめる、②ワーカー自身の判断能力を高める、とともに③当事者の不利益にならないように第三者のチェックを求めることが望ましい。そしてこの場合の前提是、①判断は判断者によって異なる、②判断はその時点でのものであり、

時や状況が異なれば変化する、ということである。ワーカーは「自己決定能力は固定的なものではなく、場や状況、あるいは時間の経過の中で変化するものである」ということを踏まえる必要がある。そしてそこでの判断を、利用者本人や他のワーカーとのかかわりの中で確かめていく作業を繰り返していくことで、ワーカー自身の、「利用者の自己決定能力について判断する力」も高まっていくと考えられる。

福祉の現場（教育の場も含めて）においては、「自己決定の尊重」が大切であるとされているが、現状を見ると表面的な理解・捉え方のものと利用者に対しての援助が行われていることも少なくなっている。安易に「自己決定しなさい」という言葉で利用者に自己決定することを求める、その結果利用者に「自己決定する」ことを強要したり、無理に「自己決定させて」いるにもかかわらず、「自己決定を尊重した」（やるべきことをやった）とワーカーが考えてしまう可能性が多分にある。実際の現場においてこのようなことは起きているが、自己決定援助のあり方を考えるとき、常に1)～3)のことを意識する必要がある。

#### 4. 自己決定の制限

自己決定の原則では、利用者の自己決定する潜在的能力があることやワーカーが利用者の力を引き出すべく働きかけを重視し、また、自己決定を行うことは利用者の権利であることを強調している。それと共に、その権利が市民法や道徳法によって、制限を受ける点を指摘している。バイスティクは、「クライエントの自己決定を促して尊重する原則は、もしそのクライエントの権利とそれに対する制限がうまく均衡しなければ、ただの決まり文句にすぎず、意味を失ってしまう。人が何かを自ら選択し決定する自由は、すべてが許可される免許と同じではない。個人の権利は、社会における他者の権利によって制限されるのである。つまり個人の権利は他者の権利を尊重する義務をともなっている。人の自由は、それ自身が目標を達成する手段である。それゆえ、自由といっても、自分や他者を勝手に傷つけることは許されないのである。」<sup>(8)</sup> ことから、利用者は、その制限の枠内で自分の問題をワーカーにまかせきるのではなく、自ら判断し、「彼が考えるままの仕方で自分の生活を営む責任を有する」のだと述べている。

研究会では、以下の点から自己決定の制限について整理した。

##### (1) 生命の尊重

よく言われるように目の前で死のうとしている人（或いは、死にたいと訴えている人）を放置することを「自己決定の尊重」とは言わない。生死の決定は最終的には本人の決定にゆだねられているとしても、ワーカーは利用者が生きていく方向に向けて援助する。ここでは、本人の自己決定は制限されるということである。利用者が「誰かを殺したい」と思う時も同様である。

##### (2) 不利益の回避

次に本人、又は他者の不利益の回避ということがある。例えば、本人は退院を希望しているがワーカーから見てまだ病状が不安定であったり、退院先の条件が整っていないなどして、退院後の社会生活がうまくいかないと思える（退院のメリットよりもデメリットが大きいと思える）場合である。或いは本人は仕事をしたいと希望しているが、ワーカーが本人の生活状況から見てまだ無理なのではないか。と判断する場合である。これらの判断は基本的には本人（利用者）にゆだねられるのであるが、「本人が決めたのだからそれでいい」と、何事も本人任せにするのは、本人の利益を第一に考える援助の放棄である。本人の希望と、本人の不利益を回避しようとするワーカーの判断が異なる時には、ワーカーの判断を丁寧に本人に伝え、双方が合意できることを目指すことが重

要である。

また、本人の希望が他者の不利益につながる可能性がある場合がある。このような場合にも、ワーカーはある人の自己決定（希望）を制限する。というかわりをもつ場合がある。その制限が強制力をもつ度合いに応じてワーカーの責任は変るが、この場合もできるだけ本人と話し合い、合意できることを目指すべきなのは当然である。

#### (3) 社会生活場面での不一致

これは各々の臨床現場で日常的に起こっているさまざまのことにつながっている。例えば、Aさんは大きな音で音楽をかけたいがBさんは静かに休みたい。とか、Cさんは煙草が喫いたいがDさんは煙草の煙が苦手である。とか個人がどうしたいかという思いが一致しない場合は多い。また、社会的な常識と考えられていることも実は人によって相当異なっているし、治療やリハビリテーションについての考え方も必ずしも一致しない事が多い。

ワーカーはこれらのさまざまな場面にかかわるわけだが、デイケア・作業所等には各々その場の枠組み（利用時間・提供できるサービスなど）があり、集団活動の場面ではそこで共に時間をすごす上でのルールや約束事があるのが一般的なので、それに則って自己決定が制限されることもある。また、個別の関係の場合、ワーカーが調停役になることもあるが、その場合も結果として一方の（或いは双方の）自己決定が制限されることもあり得る。しかしその場合でも、自己決定を制限される本人が了解・納得できるような説明や話し合いが重要であることには変わりはない。その上で「協調的な社会（集団）生活」を目指すことになる。

#### (4) 力関係と責任

ワーカーは利用者の自己決定を制限する、或いは異なる決定に導くべく働きかけることがある。これは双方の力関係を背景にして成立する行為である。あたり前だが、力のある側が相対的に力のない側の決定や行動を制限するのであって逆ではない。私たちワーカーは援助関係という特殊な関係の中で相対的に力のある側に立っている。

そこを前提としつつ、かかわりの中でワーカーはこの力関係を可能な限り相対化し、対等な話合いによる合意形成を目指すべきである。ワーカーの決定や判断がそのまま利用者の決定や判断になるようなかかわりは、力関係の相対化に無自覚なままの力関係の行使或いは暗黙の押し付けが行われている可能性が高く、利用者の判断に基づく決定を支援するという援助の姿勢とは異なることになる。

また、ワーカーの責任とは、ワーカーが決定した、或いは利用者の決定を援助した度合いに応じて異なる。ワーカーが自覚的であれ無自覚であれ、利用者に代わって決定している状況では、その決定の責任はワーカーの側にある。また、合意に基づく決定の場合は、その合意形成にワーカーがどのくらい主体的に関与し力を行使したかによって、或いは相手の決定を肯定的にサポートしたかによって、ワーカーの責任は変わってくるだろう。「決定」に際して相当関与しているのに、最終的な決定を下したのは利用者であるからそのことの責任は利用者が担わなければならない、と言い、ワーカー側の責任が問われるのは、かかわる姿勢としては無責任であると思う。

ここまで見てきたように、援助関係の中にはさまざまな「自己決定の制限」をめぐる課題がある。私たちは、課題の軽重はあるにしても日常的にそこにかかわっている。しかし同時に、これらのこととは援助関係ではない関係の中でも起こっている場合が多い。死のうとしている人は止めるだろうし、本人の不利益になりそうなことに対しては、家族・友人・同僚等さまざまな関係の中で助言・介入しようとするだろう。違っているのは、立場が違うことによって力関係が生まれることと、ワ

ーカーの側に社会的責任がある、ということだろう。ワーカーにとって利用者の不利益が予測される時に、助言・介入をしない、という選択肢はない。

このように援助関係とそうでない関係には違いがあるが、援助の目的の1つが、利用者が社会の中であたりまえに生きていくことであるならば、あたりまえに生きられる状況を作るための援助が重要となる。「自己決定の制限」の課題に向き合う時に問われているのは、私たちワーカーの実践感覚である。

#### IV. まとめ

以上のように検討してきた結果、自己決定とは「自分のことは自分で決めることが原則」という感覚だけではすまされないものがある。自己決定とは、ワーカーと利用者の「かかわり」のプロセスといえる。

かかわりとは、ワーカー側から利用者側に働きかけた結果、両者の間に生まれた相互作用関係といえる。その相互作用関係の中で、利用者は自己決定をし、問題解決能力や社会経験を広げて、元気を取り戻していく。ワーカーには専門職として、自分と利用者との間に、どのような関係が起きているのかを常に適切に把握する能力が必要となる。

病気、障害や貧困で悩み、窮地に立たされている人々が、つらい気持ちの中で何かを決めていくことは、大変なことである。前述の通り、決めたことについて、責任もついてくる。ワーカーにとって大切なことは、「利用者と話すこと・利用者の話を聞くこと」である。利用者が十分に話をできる時間を持つことができ、十分に納得できる気持ちを持つことが大切である。ワーカーの「かかわり」は、利用者と「喜・怒・哀・楽」を共にするプロセスである。自己決定支援とは、「何かを決める時点」の一点を指すのではなく、「何かを決める前」「何かを決める時点」「何かを決めた後」という継続性を意味している。

自己決定援助とは、「何かを選択する・何かを決定する」ということだけの援助を意味するのではなく、「かかわりを点検すること」、つまり援助のあり方を考えることに他ならない。自己決定は、重要な原則であるがゆえに、多角的に検討されるべきものである。

最後に、自己決定援助は、利用者に「自己決定させること」を目的にするのではなく、共に考え決定していくプロセスや考え方方が重要である。また、自己決定援助を展開する時にワーカーは自分自身の持つ価値を十分吟味し、利用者・ワーカーの援助関係でどのような影響を及ぼしているか、及ぼす可能性があるかを考慮する必要がある。さらに、利用者の持つ力（能力）を見極めながら働きかけに工夫が必要であろう。

自己決定援助は、利用者にかかわるワーカーの専門性や人間性を問われるものと考えられる。リーマーが「ソーシャルワーカーがいつも誠実にクライエントの自己決定の権利を尊重しなければならないのか、限られた社会資源をどのように提供すべきか、間違った倫理的行為をいつ暴露すべきなのか、など難解な哲学的疑問を投げかけている。」<sup>(9)</sup>と問いかけるように、ワーカーは自己の価値（専門価値や自己価値など）を踏まえ、利用者に自己決定させることを目的にすることなく、個々の利用者にあった自己決定援助の実現が専門職としてのワーカーに求められている。

#### V. おわりに

国家資格が成立し専門職教育が重要であると言われている中で、「自己決定が重要である」ということだけが伝えられ、その言葉の持つ意味や具体的な実践について理解されるプロセスがない、または少ないよう思う。このことが、利用者の立場に立った援助につながらない状況を生んでいのではないかと考える。自己決定援助のあり方を整理し抽出された課題は、利用者・ワーカー関係が正しく機能し、ワーカーが自分の持つ価値を意識する上で実践されていれば、あたりまえのことと読み取れる。良い自己決定援助を実践するためには、あたりまえのかかわりを実践することの難しさを常に意識する必要があろう。

ソーシャルワーク実践が専門職としての「質」を保つためには、人と人とのかかわりの重要性を意識した上で、ワーカーは自分の援助の意味を考え続けることも求められる。一つの「援助」があたりまえになるのではなく、ブトゥリムが「ソーシャルワークは、架空の人間の問題や抽象的なことがらに対してではなく、現実の生活上でのきごとに直面している人びと、に関心を持っている」<sup>(10)</sup>としていうように、利用者の生活・社会を意識し、利用者の持つ力を図りながら、常に工夫・向上させていくワーカーこそが専門職として認めら、本来求められている自己決定援助の実現に結びつくと考える。

#### 注・引用文献

- (1) 児島亜紀子(2002)「誰が自己決定するのか—援助者の責任と迷い」『援助するということ』有斐閣. 210.
- (2) 研究会では、「社会福祉」が社会で生活する人すべてが考えるべき課題であることに視点を置き、社会で生活する一人として、また福祉にかかわる専門職として「よりよい生活」「より生 活しやすい社会」を目指し、それぞれの立場から社会で果たせる役割を見つけるために検討 を続けている。
- (3) J. S. ミル(1971)『自由論』岩波書店. 24.
- (4) P. F. バイステック(1996)『ケースワークの原則[新訳版]』誠信書房. 165.
- (5) P. F. バイステック(1996)『ケースワークの原則[新訳版]』誠信書房. 167.
- (6) 柏木昭(1966)「精神医学ソーシャル・ワークの再検討—その独自性をどこに求めるか—」『精 神医学ソーシャル・ワーク』第1巻第2号. 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会.
- (7) 加藤直樹(1997)『障害者の自立と発達保障』全国障害者問題研究会出版部. 159.
- (8) P. F. バイステック(1996)『ケースワークの原則[新訳版]』誠信書房. 176.
- (9) フレデリック. G. リーマー(2001)『ソーシャルワークの価値と倫理』中央法規出版. 226.
- (10) ゾフィア. T. ブトゥリム(1986)『ソーシャルワークとは何か』川島書店. 10.

# 島嶼地域高齢者の健康診断・歯科診療受診状況の特性に関する研究

志水 幸<sup>\*1</sup>  
亀山 育海<sup>\*2</sup>  
村山 くみ<sup>\*3</sup>  
小関 久恵<sup>\*2</sup>

## I 緒言

われわれは、北海道苦前郡羽幌町に属する天売島・焼尻島を対象地域とし、これまで3度にわたって離島高齢者福祉のあり方に関する調査研究を実施してきた<sup>1)</sup>。

それらの調査研究の結果により、以下の諸点が明らかとなった。1) 離島高齢者福祉の操作的課題を、現状生活の長期的持続可能性、つまりは健康寿命の保持であると特定した。2) 定型化された社会資源が少ない島嶼地域においては、住民自らが主体となってサービスを創出しなければならないのが現状である。3) 社会とのかかわり（社会関連性およびソーシャル・サポート）は、介護予防のための有効な社会資源の一つとして位置づけられる<sup>2)</sup>。

本研究は、以上の知見を踏まえ、疾病の発見やリスクの低減をとおして介護予防を促進することが期待されている健康診断（以下、健診）および歯科診療の受診状況の特性について、複数の離島を比較・検討することを目的とした調査研究である。

## II 研究方法

### 1. 調査対象

調査対象は、北海道苦前郡羽幌町（人口9,333人）に属する天売島・焼尻島（2002年9月1日現在：846人、高齢化率：43.1%）、山形県酒田市（人口99,559人）に属する飛島（2003年9月1日現在：313人、高齢化率：56.9%）、新潟県粟島浦村（2003年4月1日現在：397人、高齢化率：40.1%）に居住する、満65歳以上の高齢者である。

### 2. 調査方法および回収率

調査方法は、面接調査法を原則とした（調査対象者の都合により聞き取りが不可能であった場合に限り、配票留置法を採用した）、悉皆調査である。

回収率は、以下のとおりである。天売島・焼尻島では、調査期間中（2002年9月2日～14日）に居住確認された325名中305名（93.8%）の回答を得た。そのうち、基本属性に欠損値のない289名

所属 \*<sup>1</sup> 北海道医療大学看護福祉学部

\*<sup>2</sup> 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科修士課程

\*<sup>3</sup> 東北福祉大学総合福祉学部

(88.9%) を分析対象とした。飛島では、調査期間中（2003年9月9日～12日）に居住確認された127名の全て（100%）の回答を得（酒田市役所提供的調査対象者名簿において住民登録している178名を基にした実質回収率：71.4%），その全てを分析対象とした。粟島では、調査期間中（2003年5月26日～6月8日）に居住確認された142名中121名（85.2%）の回答を得（粟島浦村役場提供的調査対象者名簿において住民登録している159名を基にした実質回収率：76.1%），その全てを分析対象とした。

### 3. 調査項目

調査研究は、調査地域によってそれぞれ以下により構成されている。天壳島・焼尻島における調査は、1) 基本属性に関する8項目、2) 余暇活動に関する48項目、3) 余暇活動に対する考え方に関する11項目、4) 他者との相互サポートに関する42項目、5) 健康診断等に関する10項目の、合計119項目から構成されている。飛島における調査は、1) 基本属性に関する5項目、2) 普段の生活に関する26項目（社会関連性指標18項目<sup>3)</sup>を含む）、3) 健康に関する5項目、4) 歯科診療に関する6項目、5) 普段の人間関係に関する17項目（ソーシャル・サポート指標8項目<sup>4)</sup>を含む）、6) 福祉サービスの認知度に関する5項目の、合計64項目から構成されている。粟島における調査<sup>5)</sup>は、1) 基本属性に関する7項目、2) 社会関連性に関する18項目、3) 健康習慣に関する16項目、4) 主観的健康観に関する1項目、5) 栄養摂取に関する20項目、6) ソーシャル・サポートに関する8項目、7) 福祉サービスの認知度に関する1項目の、合計71項目から構成されている。

### 4. 統計解析

回収した質問紙票を基に、表計算ソフト（Microsoft Excel）を用いてデータセットを作成し、統計解析ソフトSPSS（12.0J for Windows）を用いて統計解析を行った。

単変量解析においては $\chi^2$ 検定、多変量解析においては、多変量ロジスティックモデルを採用了した。

なお、社会とのかわり（社会関連性およびソーシャル・サポート）については、天壳島・焼尻島における調査項目に含まれていないため、2島分（飛島、粟島）のデータを用いて統計解析を行った。また、社会関連性および、ソーシャル・サポートの分析においては、得点をカテゴライズした上で分析を行った。

## III 結 果

### 1. 基本属性および健診・歯科診療受診状況

ここでは、基本属性および健診・歯科診療受診状況について概観する（表1参照）。  
基本属性の概要是、以下のとおりである。性別では、天壳島・焼尻島と飛島の男女比が、ほぼ似通ったものであった。粟島では、女性が多い傾向（男性34.7%，女性65.3%）にあった。年齢階層では、性別と同様に、天壳島・焼尻島と飛島が、ほぼ近い割合を示していたが、粟島では前期高齢者が7割弱とやや多い傾向にある。同居家族の有無では、粟島、飛島、天壳島・焼尻島の順に同居者がいる割合が高いが、粟島では9割強、最も低い天壳島・焼尻島でも7割強と、全国平均<sup>6)</sup>（35.8%）と比較して非常に高い同居率を示していた。職業の有無では、各島約6割から7割と、全国の高齢者就業率<sup>7)</sup>（20.7%）を大きく上回る結果であった。

表1 基本属性および健診・歯科診療受診状況

項目	カテゴリー	離島全体	天売島・焼尻島	飛島	粟島
		(N=537) N(%)	(N=289) N(%)	(N=127) N(%)	(N=121) N(%)
性別	男性	241 (44.9)	142 (49.1)	57 (44.9)	42 (34.7)
	女性	296 (55.1)	147 (50.9)	70 (55.1)	79 (65.3)
年齢	65-69歳	143 (26.6)	61 (21.1)	42 (33.0)	40 (33.1)
	70-74歳	166 (30.9)	92 (31.8)	34 (26.8)	40 (33.1)
	75-79歳	131 (24.4)	84 (29.1)	27 (21.3)	20 (16.4)
	80-84歳	59 (11.0)	33 (11.4)	12 (9.5)	14 (11.6)
	85-89歳	23 (4.3)	13 (4.5)	5 (3.9)	5 (4.1)
	90歳	15 (2.8)	6 (2.1)	7 (5.5)	2 (1.7)
年齢階層	前期高齢者	309 (57.5)	153 (52.9)	76 (59.8)	80 (66.1)
	後期高齢者	228 (42.5)	136 (47.1)	51 (40.2)	41 (33.9)
同居家族	なし	108 (20.1)	81 (28.1)	16 (12.6)	10 (8.3)
	あり	429 (79.9)	208 (71.9)	111 (87.4)	111 (91.7)
職業	なし	211 (39.3)	121 (41.7)	41 (32.3)	49 (40.6)
	あり	326 (60.7)	168 (58.3)	86 (67.7)	72 (59.4)
健診受診	なし	153 (28.5)	104 (36.0)	41 (32.3)	8 (6.6)
	あり	384 (71.5)	185 (64.0)	86 (67.7)	113 (93.4)
歯科診療受診	なし	276 (51.4)	118 (40.8)	55 (43.3)	103 (85.1)
	あり	261 (48.6)	171 (59.2)	72 (56.7)	18 (14.9)

健診受診率では、粟島の受診率が93.4%と極めて高く、天売島・焼尻島(64.0%)、飛島(67.7%)のそれを大きく上回っていた。他方、歯科診療受診率においては、粟島の受診率は14.9%と、天売島・焼尻島(59.2%)、飛島(56.7%)と比較して非常に低い傾向にあった。

## 2. 各項目と健診・歯科診療受診状況の関連

ここでは、基本属性および社会とのかかわりと健診受診状況の関連を概観する(表2参照)。前期・後期高齢者の間では、離島全体( $p<.01$ )、飛島( $p<.05$ )、天売島・焼尻島( $p<.05$ )において有意な差が確認された。前期高齢者群と比較し、後期高齢者群では受診率が下がる傾向がみられた。職業の有無では、離島全体( $p<.01$ )、天売島・焼尻島( $p<.01$ )において有意な差が確認された。

表2 基本属性および社会とのかかわりと健診受診状況の関連

項目	カテゴリー	健診受診状況		$\chi^2$ 検定			
		受診数 (%)	受診数 (%)	離島全体	飛島	粟島	天壳・焼尻
年齢	前期：後期	239 (77.3)	145 (63.6)	*	*		*
性別	男性：女性	168 (69.7)	216 (73.0)				
職業	あり：なし	251 (77.0)	133 (63.0)	*			*
同居者	あり：なし	315 (73.4)	69 (63.9)				
社会関連性得点	GE : LT	98 (82.4)	101 (78.3)				—
ソーシャル・サポート得点	GE : LT	117 (80.7)	82 (79.6)				—
情緒的サポート得点	GE : LT	131 (81.4)	68 (78.2)				—
手段的サポート得点	GE : LT	117 (78.5)	82 (82.8)				—

\* : p&lt;.05 \*\* : p&lt;.01 \*\*\* : p&lt;.001

GE : Greater than or Equal to Average

LT : Less than Average

有職者と比較し、無職者の受診率は低い傾向にあった。

次に、基本属性および社会とのかかわりと歯科診療受診状況の関連を概観する（表3参照）。性別では、離島全体 ( $p<.01$ )、粟島 ( $p<.05$ )において有意な差が確認された。男性と比較し、女性の歯科診療受診率が低い傾向にあった。職業の有無では、離島全体 ( $p<.001$ )、飛島 ( $p<.001$ )、天壳島・焼尻島 ( $p<.05$ )において有意な差が確認された。有職者と比較し、無職者においては歯科

表3 基本属性および社会とのかかわりと歯科診療受診状況の関連

項目	カテゴリー	健診受診状況		$\chi^2$ 検定			
		受診数 (%)	受診数 (%)	離島全体	飛島	粟島	天壳・焼尻
年齢	前期：後期	155 (50.2)	106 (46.5)				
性別	男性：女性	137 (56.8)	124 (41.9)	*		*	
職業	あり：なし	180 (55.2)	81 (38.4)	***	***		*
同居者	あり：なし	206 (48.0)	55 (50.9)				
社会関連性得点	GE : LT	36 (30.3)	54 (41.9)		**		—
ソーシャル・サポート得点	GE : LT	53 (36.6)	37 (35.9)				—
情緒的サポート得点	GE : LT	61 (37.9)	29 (33.3)				—
手段的サポート得点	GE : LT	55 (36.9)	35 (35.4)				—

\* : p&lt;.05 \*\* : p&lt;.01 \*\*\* : p&lt;.001

GE : Greater than or Equal to Average

LT : Less than Average

診療の受診率が低くなる傾向にあった。

また、社会関連性得点では、飛島 ( $p<.01$ )において有意な差が確認された。社会関連性得点が平均点未満の群と比較し、平均点以上の群の受診率が低い傾向にあった。

### 3. 行政管轄類型別各項目と健診・歯科診療受診状況の関連

ここでは、行政管轄類型別の、基本属性および社会とのかかわりと健診・歯科診療状況の関連を概観する。なお、ここでいう「単独島」とは、当該離島のみで自治体が構成されているものを指し、「属島」とは、本土に位置する市町村の一部としての離島を指す。

#### 1) 健診受診状況

はじめに、基本属性および社会とのかかわりと健診の受診状況について概観する（表4参照）。前期・後期高齢者の間では、属島（ $p<.01$ ）において有意な差が確認された。前期高齢者群と比較し、後期高齢者群では受診率が低くなる傾向にあった。職業の有無では、属島（ $p<.001$ ）において有意な差が確認された。有職者と比較し、無職者においては受診率が低くなる傾向にあった。

表4 行政管轄類型別各項目と健診受診状況の関連

項目	カテゴリー	健診受診状況				$\chi^2$ 検定	
		単独島		属島			
		受診数 (%)	受診数 (%)	受診数 (%)	受診数 (%)	単独島	属島
年齢	前期：後期	75 (93.8)	38 (92.7)	164 (71.6)	107 (57.2)		**
性別	男性：女性	37 (88.1)	76 (96.2)	131 (65.8)	140 (64.5)		
職業	あり：なし	68 (94.4)	45 (91.8)	183 (72.0)	88 (54.3)		***
同居者	あり：なし	103 (92.8)	10 (100)	212 (66.7)	59 (60.2)		
社会関連性	GE : LT	56 (94.9)	57 (91.9)	42 (70.0)	44 (65.7)		
ソーシャル・サポート	GE : LT	71 (94.7)	42 (91.3)	46 (65.7)	40 (70.2)		
情緒的サポート	GE : LT	73 (94.8)	40 (90.9)	58 (69.0)	28 (65.1)		
手段的サポート	GE : LT	74 (91.4)	39 (97.5)	43 (63.2)	43 (72.9)		

\* :  $p<.05$  \*\* :  $p<.01$  \*\*\* :  $p<.001$

GE : Greater than or Equal to Average

LT : Less than Average

#### 2) 歯科診療受診状況

次に、基本属性および社会とのかかわりと歯科診療の受診状況の関連を概観する（表5参照）。性

表5 行政管轄類型別各項目と歯科診療受診状況の関連

項目	カテゴリー	歯科診療受診状況				$\chi^2$ 検定	
		単独島		属島			
		受診数 (%)	受診数 (%)	受診数 (%)	受診数 (%)	単独島	属島
年齢	前期：後期	12 (15.0)	6 (14.6)	143 (62.4)	100 (53.5)		
性別	男性：女性	11 (26.2)	7 (8.9)	126 (63.3)	117 (53.9)	*	
職業	あり：なし	12 (16.7)	6 (12.2)	168 (66.1)	75 (46.3)		***
同居者	あり：なし	16 (14.4)	2 (20.0)	190 (59.7)	53 (54.1)		**
社会関連性	GE : LT	11 (18.6)	7 (11.3)	25 (41.7)	47 (70.1)		
ソーシャル・サポート	GE : LT	12 (16.0)	6 (13.0)	41 (58.6)	31 (54.4)		
情緒的サポート	GE : LT	11 (14.3)	7 (15.9)	50 (59.5)	22 (51.2)		
手段的サポート	GE : LT	13 (16.0)	5 (12.5)	42 (61.8)	30 (50.8)		

\* :  $p<.05$  \*\* :  $p<.01$  \*\*\* :  $p<.001$

GE : Greater than or Equal to Average

LT : Less than Average

別では、単独島 ( $p<.05$ ) において有意な差が確認された。男性と比較し、女性の受診率が低い傾向にあった。職業の有無では、属島 ( $p<.001$ ) において有意な差が確認された。有職者と比較し、無職者において受診率が低い傾向にあった。

また、社会関連性得点では、属島 ( $p<.01$ ) で有意な差が確認された。社会関連性得点が平均点未満の群と比較し、平均点以上の群の受診率が低い傾向にあった。

#### 4. 各項目と健診・歯科診療受診状況の関連（ロジスティック回帰分析）

ここでは、健診・歯科診療受診状況のそれぞれを従属変数とし、基本属性および社会とのかかわりの各項目を説明変数としたロジスティック回帰分析（ステップワイズ増加法）の結果を概観したい。なお、社会関連性得点、ソーシャル・サポート得点は、25パーセント点、50パーセント点、75パーセント点で四分した。また、情緒的サポート、手段的サポートは0~2点、3~5点、6~8点で三分したものを使い、下位の群に対するオッズ比を求めた。

##### 1) 健診受診状況

はじめに、健診受診状況を従属変数とし、基本属性および社会とのかかわりの各項目を独立変数としたロジスティック回帰分析の結果を概観する（表6参照）。年齢では、離島全体 ( $p<.01$ , OR:5.84), 飛島 ( $p<.05$ , OR:4.39), において有意な関連がみられた。性別では、離島全体 ( $p<.01$ , OR:2.890) において有意な関連がみられた。職業の有無では、離島全体 ( $p<.01$ , OR:2.165), 飛島 ( $p<.05$ , OR:2.817), 天売島・焼尻島 ( $p<.01$ , OR:2.293) において有意な関連がみられた。

表6 基本属性および社会とのかかわりと健診受診状況の関連（ロジスティック回帰分析）

項目	カテゴリー	離島全体	飛島	粟島	天売・焼尻
		OR	OR	OR	OR
年齢	前期：後期	.584**	.439**		
性別	男性：女性	2.890**			
職業	あり：なし	2.165**	2.817**		2.293**
同居者	あり：なし		2.165**		
社会関連性	中の下群				
	中の上群				
	高値群				
	中の下群				
ソーシャル・サポート	中の上群	.134*			
	高値群	.097*	.104*		
	中値群		6.654*		
情緒的サポート	高値群				
	中値群				
	高値群				
手段的サポート	中値群				
	高値群				

\* :  $p<.05$  \*\* :  $p<.01$  \*\*\* :  $p<.001$

また、ソーシャル・サポート得点では、離島全体において中の下群と中の上群の間 ( $p<.05$ , OR:1.34), 中の上群と高値群の間 ( $p<.05$ , OR:0.097), また、飛島において中の上群と高値群の間 ( $p<.05$ , OR:1.04) で有意な関連がみられた。情緒的サポート得点では、飛島において低値群と中

値群の間 ( $p<.05$ , OR:6.654) で有意な関連がみられた。

## 2) 歯科診療受診状況

次に、歯科診療受診状況を従属変数とし、基本属性および社会とのかかわりの各項目を説明変数としたロジスティック回帰分析の結果を概観する（表7参照）。性別では、離島全体 ( $p<.05$ , OR:0.664), 粟島 ( $p<.05$ , OR:0.274) において有意な関連がみられた。職業の有無では、離島全体 ( $p<0.01$ , OR:3.050), 飛島 ( $p<.001$ , OR:5.344), 天壳・焼尻 ( $p<.05$ , OR:1.758) において有意な関連がみられた。

表7 基本属性および社会とのかかわりと歯科診療受診状況の関連（ロジスティック回帰分析）

項目	カテゴリー	離島全体	飛島	粟島	天壳・焼尻
		OR	OR	OR	OR
年齢	前期：後期				
性別	男性：女性	.664*		.274*	
職業	あり：なし	3.050***	5.344***		1.758*
同居者	あり：なし				—
社会関連性	中の下群				—
	中の上群		.362*		—
	高値群		.209*		—
	中の下群				—
ソーシャル・サポート	中の上群				—
	高値群				—
	中値群				—
情緒的サポート	高値群				—
	中値群				—
手段的サポート	高値群				—

\* :  $p<.05$  \*\* :  $p<.01$  \*\*\* :  $p<.001$

また、社会関連性得点では、飛島において中の下群と中の上群の間 ( $p<.05$ , OR:0.362), 中の上群と高値群の間 ( $p<.05$ , OR:0.209) で有意な関連がみられた。

## 5. 行政管轄類型別各項目と健診・歯科診療受診状況の関連（ロジスティック回帰分析）

ここでは、行政管轄類型別の、健診・歯科診療受診状況のそれぞれを従属変数、基本属性および社会とのかかわりの各項目を独立変数としたロジスティック回帰分析（ステップワイズ増加法）の結果を概観する（表8参照）。

### 1) 健診受診状況

年齢では、属島 ( $p<.05$ , OR:0.439) において有意な関連がみられた。職業の有無では、属島 ( $p<.01$ , OR:1.989) において有意な関連がみられた。

また、ソーシャル・サポート得点では、属島において中の上群と高値群の間 ( $p<.05$ , OR:0.104) で有意な関連がみられた。情緒的サポート得点では、属島において低値群と中値群の間 ( $p<.05$ , OR:6.654) で有意な関連がみられた。

表8 行政管轄類型別各項目と健診・歯科診療受診状況の関連（ロジスティック回帰分析）

項目	カテゴリー	健康受診状況		歯科診療受診状況	
		単独島	属島	単独島	属島
		OR	OR	OR	OR
年齢	前期：後期		.439*		
性別	男性：女性			.274*	
職業	あり：なし		1.989**		2.266***
同居者	あり：なし				
社会関連性	中の下群				.362*
	中の上群				.209*
ソーシャル・サポート	高値群				
	中の下群				
	中の上群				
	高値群		.104*		
情緒的サポート得点	中値群		6.654*		
	高値群				
手段的サポート得点	中値群				
	高値群				

\* : p<.05 \*\* : p<.01 \*\*\* : p<.001

## 2) 歯科診療受診状況

性別では、単独島 ( $p<.05$ , OR:.274) において有意な関連がみられた。職業の有無では、属島 ( $p<.001$ , OR:2.266) において有意な関連がみられた。

また、社会関連性得点では、属島において中の下群と中の上群の間 ( $p<.05$ , OR:.362), 中の上群と高値群の間 ( $p<.05$ , OR:.209) で有意な関連がみられた。

## IV 考 察

ここでは、はじめにわが国の離島振興施策の概要の中から、本研究に関連する事項について検討し、次に主な調査結果の考察をとおして今後の課題について付言したい。

島嶼地域は、環海性、隔絶性、狭小性などの厳しい自然的条件により、本土と比較して多くの点で不利な要素を有しているといえる。このような地域間格差を是正し、島嶼地域住民の生活の安全・向上を図ることを目的として、昭和28年に離島振興法が制定された。同法第十条には、診療所の設置、患者輸送車（艇）の整備、定期巡回診療の実施等が規定されている。しかしながら、当該条項における対象は主に無医地区であり、無医地区以外の地区においては努力目標にとどまっているのが現状である<sup>7)</sup>。また、「医療の確保等に関する基本的な事項」では、無医地区におけるドクターヘリ導入を含めた、「健康の保持増進、疾病の予防、早期発見及び治療並びに看護等の保健医療の充実及び強化を図るために、へき地医療支援機構の設立などにより、へき地保健医療計画の実情にあった着実な実施に努めることが必要である」、「無医地区以外の地区にあっても、遠隔医療など新たな情報通信技術の積極的活用等への対策が重要である」などの指摘がある。これらは、「へき

地保健医療対策事業」や「ドクターヘリ導入促進事業」などに該当するものであるが、現時点ではどちらも、いわゆる公共事業の対象外の事業である。平成15年度予算案に計上された「へき地保健医療対策の推進」予算（61億5,600万円）のうち、89.8%は医療機関の運営、へき地医療支援機構の運営、無医地区医師派遣等に費やされており、へき地巡回診療の実施、へき地医療情報システム等の充実にまで手が回らないのが現状である。このような状況に鑑み、島嶼地域での罹患は、現状生活の継続を阻む最大の要因となることは改めて指摘するまでもないことである。

さて、わが国では、生活習慣病の概念の浸透や「健康日本21」関連政策は、疾病予防活動に大きな前進をもたらした。なかでも、健康を保持する上で、健康生活習慣に対する配慮や定期的な健康診断の重要性について再認識する機会となった。しかしながら、健康診断の効果については、わが国のみならず、諸外国における先行研究でも漠然としているのが現状である。英国の家庭医診療グループにおいて、健康診断のRCTが行われた結果、スクリーニング群と対照群の両群間には差はなく、スクリーニングの効果は認められなかった<sup>8)</sup>。米国では、カイザー健康財団で16年間にわたりfollow-upによる健康診断評価のRCTが行われた<sup>9・10)</sup>。その結果、一部の評価疾患を除いて介入群と対照群の間に全体の死亡率では統計的には全く差がなかった。わが国においては、RCTを用いた研究は全くといってよいほどなされていない。数少ない研究の中で、旧厚生省統計情報部によって実施された研究<sup>11)</sup>では、明確な対照群がないものの、突然死集団の健診受診率は59.3%と、けして低いものではなかった。このように、死亡率、有病率に見る健診の有効性は明確なエビデンスを獲得するにはいたっていないが、健診により健診受診者が得る可能性のある利益として、健康に対する関心が高まる、ホーソン効果、疾患がある（ない）可能性を知る、精密検査の受診動機を得るなどが挙げられている<sup>12)</sup>。

以下、分析結果について検討する。健康で自立した高齢者が多い島嶼地域にあっては、健康寿命の保持が主たる操作的課題となる。その際、定型化された社会資源が少ない島嶼地域においては、住民自らが社会資源を補完する主体者であることが求められる。定期的な健診・歯科診療の受診は、住民自らが主体者として積極的に実施し得る介護予防の有効な手段の一つであるといえよう。高齢者に対する定期的な健診・歯科診療受診の重要性を啓発する際、基本属性（年齢、性別、職業の有無等）などに配慮した方策が求められることは論を俟たない。さらに、本研究の結果では、高齢者の社会とのかかわりに対する配慮の必要性、行政管轄類型が、健診・歯科診療の受診状況に対し、何らかの関連がある可能性も示唆されている。わが国における離島振興施策の実情は、離島類型分類に偏重しがちであり、行政管轄類型に十分な配慮がなされているとはい難い<sup>13)</sup>。今後、離島高齢者に対する健診・歯科診療の重要性を啓発する際は、基本属性のみならず、社会とのかかわり、離島類型分類、行政管轄類型など、複合的な条件を鑑みた方策が求められよう。

なお、先に指摘した健診・歯科診療の受診状況に何らかの関連がみられた項目群の抽出は、あくまでも統計的手法のロジックのなかで有効性を發揮する言説であり、そのことが現実世界における実態を正確に反映したものであるとはい難い。しかしながら、島嶼地域の介護予防を図るために具体的かつ確実な効果をもたらす方策が明らかにされていない以上、本研究によって得られた結果は、今後の島嶼地域における健診・歯科診療の受診率向上を講ずる際の一材料として、価値があるものと考える。

## V 結 語

本研究では、島嶼地域における高齢者福祉のあり方を摸索すべく、離島高齢者の健診・歯科診療の受診状況について比較・検討した。その結果は以下のとおりに約言される。

1) 定型化された社会資源が少ない島嶼地域においては、住民自らが社会資源を補完する主体者であることが求められる。2) 定期的な健診・歯科診療の受診は、介護予防の為の有効な手段の一つである。3) 基本属性、社会関連性およびソーシャル・サポートの得点傾向、行政管轄類型によって、健診・歯科診療受診状況に、有意な関連がみられた。4) 後期高齢者、無職者、また、行政管轄類型などに配慮した健診・歯科診療受診の啓発活動の促進が、今後の課題となる。

## 付 記

本研究は、2002年度、2003年度北海道医療大学看護福祉学部医療福祉学科医療福祉専攻4年の「卒業研究」「社会福祉専門演習」および「社会福祉総合実習I（政策系）」履修者（志水ゼミナール生）および研究生によって実施された課題研究に加え、2003年度東北福祉大学大学院生村山くみにより実施された調査研究の成果の一部である。

## 注

- 1) 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。志水幸, 松浦智和, 坂東貴志：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。北海道社会福祉学会：北海道社会福祉研究, 24. 2003年。志水幸, 亀山育海：離島高齢者の介護予防に関する研究 - 離島高齢者の余暇活動および他者との相互サポートを中心に。北海道医療大学看護福祉学部紀要編集委員会編：北海道医療大学看護福祉学部紀要, 10. 2003年。を参照されたい。
- 2) 本稿の課題に関連する主な先行研究の知見は、以下のとおりである。渕田は、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（渕田英津子：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、精神特性等の独立変数を除いても、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いほど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).
- 3) 安梅勲江：エイジングのケア科学. 川島書店, 2000年.
  - 4) 野口裕二：高齢者のソーシャルサポート - その概念と規定. 社会老年学会：社会老年学, 34. 1991年.
  - 5) 村山くみ：高齢者の介護予防における基礎的研究 - 離島高齢者の主観的健康観と社会関連性を中心. 東北福祉大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻編：東北福祉大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻紀要, 1. 2003年.
  - 6) 内閣府編：高齢社会白書 - 「暮らしと社会」シリーズ - (平成16年版). ぎょうせい, 2004年.
  - 7) 改正前の同法においては、無医地区以外の地区についての記述は皆無であった. 平成15年4月1日施行の改正離島振興法により追加された.
  - 8) The South-East London Screening Study Group : A controlled trial of multiphasic screening in middle-age : results of the South-East London Screening Study. *Int J Epidemiology* 6 : 357-363, 1977
  - 9) Friedman GD, Collen MF, Fireman BH : Multiphasic health checkup evaluation : a 16-year follow-up. *J Chronic Dis* 39 : 453-463, 1986
  - 10) Dales LG, Friedman GD, Collen MF : Evaluating periodic multiphasic health checkups : a controlled trial. *J Chronic Dis* 32 : 385-404, 1979
  - 11) 厚生省大臣官房統計情報部：平成元年度人口動態社会経済面調査（壮年期死亡）. 厚生省大臣官房統計情報部, 東京, 1991
  - 12) 矢野栄二, 小林廉毅, 山岡和枝：EBM健康診断. 医学書院, 2003年.
  - 13) 離島振興法では、「地域の実情にあった」などの表現が随所にみられるが、それに関する具体的記述はなく、実際に離島振興対策を講ずる際は、人口規模、本土からの距離など以外の要素はあまり反映されているとはいひ難い.

# メンタルヘルスの現況と課題

—精神保健福祉士の立場から—

松浦智和

## I 緒言

現代社会の特徴として、人々の価値観の多様化があげられる。氾濫する情報や経済的な豊かさによってわれわれの人生の選択肢は大幅に増えている。社会的な不平等が人々の自由を剥奪していた頃に比較すれば歓迎すべきことであるが、しかしながら、一方で現代の社会情勢は、その変遷があまりに速く、将来に対する確固とした人生の見通しを立てづらいことも事実である。現代社会の両面的側面は人々を戸惑わせ、悩ませ、歪ませて様々な社会病理現象へと繋がるであろう。多様化する社会病理現象を勘案すれば、改めて全国民の「メンタルヘルス」について何らかの対策を求められる時期にあることは間違いない。

そもそも「メンタルヘルス」を定義することは容易なことではない。WHOのメンタルヘルス報告書<sup>1)</sup>によれば「文化の違いから、メンタルヘルスを総合的に定義することは、ほとんど不可能である。しかしながら、メンタルヘルスは、精神疾患の欠如よりはもっと広い意味であると一般的に承認されている。」としており、明確な定義を避けている感がある。

例えば、疫学的には健康現象としてその対象が明確でないと次のステップには進めないとされる<sup>2)</sup>。「メンタルヘルス」を精神疾患という狭義の対象と、心理的苦悩のような広義の対象に分けて考えることが必要となる<sup>3)</sup>。国際疾病分類(ICD)では、ICD-9の「精神障害」またはICD-10の「精神または行動の障害」に詳細な注釈をつけて定義している<sup>4)</sup>。アメリカ精神医学会では「精神障害の診断・統計マニュアルDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM」として詳細な定義づけをしている。このマニュアルが権威主義的に使われることに批判もあるが<sup>5)</sup>、他の疾患と精神障害を同じ土俵上で議論するためにはやむを得ない便宜的方法であると考えられる<sup>3)</sup>。

「メンタルヘルス」については、狭義の精神障害だけにとどまらず、日常生活を営む上で誰にでも生ずる苦悩に対して支援を行う視点も求められる。さらに、「メンタルヘルス」の内容には個人レベル(臨床の場における診療や相談)に加え、社会レベル(法律、制度、文化等)の論点があることも考慮しなければならない。また、研究領域においても脳科学的な視点と心理主義的な視点各々の立場に論拠があり、これらに哲学的な論争も加えれば、ますます結論を得ることは難しくなる。

## II 精神障害の現況

### 1. 患者調査による精神障害

2002年(平成14年)患者調査(厚生労働省)において「精神及び行動の障害」に分類された全国推計患者数は、入院が約32万9千人、外来が約20万人となっていた。平成11年の同調査の結果と比較する

---

所属 北都保健福祉専門学校介護福祉学科

と入院で約4千人減、外来で約5万人増となっている。

入院患者の年齢階級別傷病小分類の内容を見ると、統合失調症(調査時の名称は「精神分裂病」であった)が最も多く、高年齢では痴呆が多くなっている。一方、外来では統合失調症、躁うつ病、神経症の3つの疾患でほとんどを占めている。この中で特筆すべきは中高年齢層に長期入院患者が取り残されていることである。「精神及び行動の障害」の平均在院日数は296.5日と他の疾患と比較して長く、特に65歳以上では427.8日にも及んでいる。とりわけ「精神分裂病(統合失調症)、分裂病型障害及び妄想性障害」では全体で580.0日、65歳以上では1564.4日至っている。

医療施設調査(厚生労働省)では、2002年(平成14年)の全病院病床数が164万3千床で、そのうち精神病床は35万6千床となっていた。1999年(平成11年)の同調査と比較するとわずかに減少するに留まっており、大きな変化は見られない。

わが国の精神科病院病床数が多いことや入院日数が長いこと、病床あたりの医療人員数が少ないことは先進国の中でも特異的である<sup>5)</sup>。イタリアでは精神科病院を廃止若しくは一般病院化することにより、精神保健福祉行政を改革したことは今後わが国が同様の改革を推進する際の参考になると考えられる<sup>6)</sup>。

## 2. 精神障害の疾病負担(WHOの推計から)

WHOの2001年報告書によれば、世界中で4億5千万人が精神または行動の障害を持っていると推測される<sup>1)</sup>。

障害を持っている人の損失を算出する方法としてDALY(Disability Adjusted Life Year : 障害調整

生存年)があげられる。

DALYはハーバード大学のMurrayらが、世界銀行の要請により行ったGlobal Burden of Disease(GBD)研究の中でWHOと共同で開発した健康指標である<sup>7)</sup>。内容は、障害をもって過ごした年数をその程度に応じて減じ、それに早死によって平均余命まで達しなかった年数を合わせて減じる方法である。2000年次の全年齢計算で疾病負担率(全疾病DALYの内に占めるその疾病的割合)の多さでは、4位に単極性うつ病、17位に自傷・自殺、18位にアルコール関連障害が順位づけられている(表1)。

表1 障害調整生存年(DALY)による主要疾病の負担率(全年齢)

順位	疾患・障害	負担率(%)
1	下部呼吸器感染症 Lower respiratory infections	6.4
2	周産期障害 Perinatal conditions	6.2
3	エイズ HIV/AIDS	6.1
4	単極性うつ Unipolar depressive disorders	4.4
5	下痢 Diarrheal diseases	4.2
6	虚血性心疾患 Ischaemic heart disease	3.8
7	脳血管疾患 Cerebrovascular disease	3.1
8	交通事故 Road traffic accidents	2.8
9	マラリア Malaria	2.7
10	結核 Tuberculosis	2.4
11	閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease	2.3
12	先天奇形 Congenital abnormalities	2.2
13	麻疹 Measles	1.9
14	鉄欠乏性貧血 Iron-deficiency anaemia	1.8
15	聴覚損出、成人発症 Hearingloss, adult onset	1.7
16	転落 Falls	1.3
17	自傷・自殺 Self-inflicted injuries	1.3
18	アルコール依存 Alcohol use disorders	1.3
19	低蛋白栄養障害 Protein-energy malnutrition	1.1
20	骨関節疾患 Osteoarthritis	1.1

文献2)より引用

負担率を総合すると全疾患・障害の12%に相当することになる。しかしながら、これらの疾病・障害に対し、全医療費の2%程度しか使われていない。このように世界的にメンタルヘルスへの対応が遅れていることが明らかとなっている<sup>6</sup>。

なお、わが国でのDALYを計算した報告によると、3位にうつ病、4位にアルコール関連障害、9位に自傷・自殺、10位に統合失調症が順位づけられている。このデータから計算するとわが国では精神神経疾患で28%もの負担になるとされる<sup>7</sup>。

当然のことではあるが、精神神経疾患に関わる負担は上記の数字だけでは計り知れない。精神神経疾患は、身体的症状の他、社会活動や人間関係も制限されやすく、偏見・差別やステigmaの問題も考慮しなければならない。ケアをする側の負担、地域社会への負担、国への負担、そして経済的な負担と、幅広く多角的に評価することが求められる。

### III メンタルヘルスと社会病理現象

メンタルヘルスの推進に際して考慮すべき社会病理現象は多様化している。具体的には、自殺・自傷、犯罪・非行、家庭内暴力(児童虐待を含む)、離婚、家出、ホームレス、売春、戦争・騒乱、テロリズム(拉致も含む)、民族移動・難民、経済不況・失業、貧困、劣悪な労働条件、社会的弱者の差別・偏見等の社会問題があげられる。以下、いくつかの問題について具体的な数値をあげながら概観する。

#### 1. 自殺

わが国の自殺死亡統計は、厚生労働省の人口動態統計によるものと、警察庁によるものがある。人口動態統計の方が、警察庁統計よりわずかに少なくなっているが、この理由は、外国人を含むかどうか、その後の調査で自殺と判明した場合の訂正があるかどうかの違いによる<sup>8</sup>。警察庁が発表した2003年(平成15年)の自殺死亡者数は34,427人となっており、前年に比べて2,284人(7.1%)増加している。性別では男性が24,963人で全体の72.5%を占めている。1989年(平成元年)からの推移を見ると、1997年(平成9年)までは全体で21,000-24,000人くらいであったが、1998年(平成10年)に32,864人に跳ね上がっている。加えて、年齢階級別では男の40-60歳代が突出して多くなっている。この時期はいわゆるバブル経済が崩壊し、経済不況が深刻になった時期である。つまり、企業倒産やそれに伴う失業、多重債務等の深刻な経済社会問題が山積したことも原因の一端であることは容易に察することができます。

自殺の動機については、警察庁の報告に記載がある。動機の最大は健康問題によるものである。経済問題は1998年(平成10年)あたりから急増しているが、全体を見ると健康問題の割合が大きい。同報告によれば、2003年(平成15年)では健康問題44.8%、経済生活問題25.8%、家庭問題8.5%と続いている。

しかしながら、自殺死亡率の増加を経済不況だけで説明することは偏向な主張になってしまうようと思われる。なぜなら、確かに1998年(平成10年)に突如として増加した自殺死亡者数は経済不況(特に失業率の上昇)と符合するが、自殺死亡率の推移を長期的に見てみると、わが国この100年間で自殺死亡率が最低であったのは戦時中の1943年(昭和18年)であった。また、最高であったのは戦後復興期の1958年(昭和33年)である<sup>9</sup>。この当時の自殺の動機は、「病苦」や「家庭不和」のような具体的なものはもとより、「将来の苦慮」(貧困は含まない)、「厭世」などきわめて抽象的なものも

増えていた<sup>10</sup>。さらに、「理由なき自殺」「哲学自殺」の頻発が、特に青年の戦後の自殺動機の特徴と言われた<sup>10</sup>。

自殺は様々な原因から誘発される現象であり、1つの原因だけで説明することはできない。自殺に至るまでには長期に渡って原因が形成される準備状態とも言うべき過程があるとされる<sup>11</sup>。自殺につながる準備状態の形成には、環境因、精神障害、性格傾向(問題を抱えやすいなど)、家族負因などが複雑に関係し合っている<sup>11</sup>。自殺の原因や動機を検討する上では、これら準備状態と直接の契機の双方を検討しなければならない。

## 2. 犯罪・非行

2003年(平成15年)犯罪白書によれば、2002年(平成14年)のわが国的一般刑法犯(全刑法犯のうち特別法犯を除いたもの)の認知件数は369万件で、発生率は2.2%となっている。検挙率は近年低下傾向にあり、2002年(平成14年)は全刑法犯では38.8%、一般刑法犯で20.8%であった。2001年(平成13年)と比較すると、全刑法犯では0.03%、一般刑法犯では0.9%それぞれ上昇しているが、依然として低い水準にある。

一般刑法犯の検挙人員の中で、精神障害者は820人、精神障害の疑いのある者は1,539人で、全体の0.68%に相当する。また、罪名別検挙人員に占める割合では放火14.0%、殺人8.5%が特に高率で、その他は精神障害者以外と比べ低いが同等である。これらのうち精神障害により心神喪失と認められた者は360人、心身耗弱と認められ不起訴になった者は304人であった。さらに第一審裁判所で心神喪失を理由として無罪となった者は1人、心身耗弱を理由として減刑された者は69人であった。これらの総数734人を精神障害名別で見ると、多いものから精神分裂病(統合失調症)465人、そううつ病58人、アルコール中毒42人の順となっている。

精神障害者の犯罪は頻度して決して多いものではないにも関わらず注目されるのは、犯罪の奇異性(犯行内容や不明確な犯行動機)やマスコミによる扇情的報道、それらによる一般市民の偏見によるものであると考えられる。また、精神鑑定の分かりにくさも影響している可能性がある<sup>12)13)</sup>。

一方で近年は、少年による殺人等の凶悪犯罪も相次いで発生している。特に、強盗の検挙人員中に占める少年の増加が著しい。少年によるこれらの凶悪犯罪の増加がより一層治安に対する不安を深刻化させている。よって、これら少年による凶悪犯罪の実態・背景を多角的に分析し明らかにすることが重要であろう。

なお、2003年(平成15年)犯罪白書では、最近の強盗事犯少年の問題性について、1)その多くが、暴力に対する抵抗感が乏しく、思考や行動が短絡的で、他人への思いやりに欠け、集団場面では慎重な行動選択が困難で、集団の一員として手段を選ばずにその時々の欲望を満たそうとする傾向が強いことが伺われること、2)家庭は表面的には問題がないように映るもの、実は放任する保護者が多く、家庭機能が十分に働いていないこと、3)社会の一員としての自覚に欠け、学校・職場その他社会不適応状況下にあることを挙げている。

精神障害者の犯罪や少年犯罪は、動機が不明な(一般的に理解しづらい)ことと相まって、特に恐怖心や偏見を招く。殊に、精神障害者の犯罪については、犯罪が起る前に、当事者や家族は精神的危機を訴えるクライシスコールを発しているとされる<sup>11</sup>。それらに応えられる制度や支援者の体制を整え、現実を正視し、社会的不幸の認識を深めない限りは、国民の「動機なき犯罪は恐ろしい」という感情には応えられないであろう。

### 3. いじめ

いじめとは、一般的には肉体的、精神的に自分より弱い者を、暴力や嫌がらせなどによって苦しめることを指す。特に1985年(昭和60年)頃から陰湿化した校内暴力を指すことが多く、文部科学省は、いじめを「自分より弱い者に対して一方的に、身体的・心理的な攻撃を加え、相手が深刻な苦痛を感じているもの。なお、起きた場所は学校の内外を問わない。」と定義している<sup>15)</sup>。

総務庁(現総務省)が2000年(平成12年)に実施した「青少年の暴力観と非行に関する研究調査」の結果では、「いじめを黙って見ていた」と回答した者は、中学生男子73.6%、同女子72.5%、高校生男子73.3%、同女子79.9%であった。「自分もいじめられた」では、中学生男子31.6%、同女子43.0%、高校生男子32.4%、同女子48.1%であった。

1980年代後半は、いじめは日本固有の問題とされ、受験・管理教育などに焦点が当てられていた。しかし、いじめを苦にした自殺や自殺未遂の頻発を契機に、いじめの国際的研究も進み、諸外国にも共通する問題であることが明らかとなった<sup>16)17)</sup>。社会福祉思想の先進国であるとされるスウェーデンやノルウェーなど北欧諸国でもいじめは深刻な社会問題として取り上げられていることが報告されている<sup>18)19)</sup>。

深刻化するいじめに対し、プレスプラン編集部による『いじめ少年犯罪に宣戦布告』<sup>20)</sup>は大変に興味深い。この本では「まずは身を守ること」の重要性を訴えており、報復されにくい具体的な手段を具体的に提案している<sup>21)</sup>。

いじめは若い人たちに特有のものではなく、どのような社会集団にも起こりうる。一定の制度・政策的環境条件下では、老若男女あらゆる集団でいじめは蔓延する可能性がある。また、いじめという言葉の広義性や曖昧さから、いじめの問題は常に定義を迫られ深みにはまる嫌いがある<sup>22)</sup>。ともすれば、いじめの臨床的な概念は、実践的な要請に応じつつ操作的に定義することが現実的である<sup>23)</sup>。

### 4. 離婚

現代の日本の家族は、離婚率の上昇や婚姻率の低下のみならず、少子高齢化、児童虐待、高齢者虐待、配偶者暴力等、家族関係の全体に渡る多くの深刻な問題に直面している。特に離婚は家族形態を大きく変化させ、当事者にとって社会的にも経済的にも、そして精神的にも大きな負担となることは容易に想像できるが、同時に、離婚が子どもたちへの及ぼす影響(負担)も看過できない。

人口動態統計によれば、2003年(平成15年)にわが国では28万3906件(離婚率2.25、離婚/婚姻比0.38)の離婚が届けられている。わが国の離婚件数は、戦前と比較してかなりの高水準を維持しながらも、昭和30年(1955年)代まではほぼ減少傾向を示してきた。しかし40年代からは顕著な増加傾向に転じ、1983年(昭和58年)にピークを迎えた。その後は1988年(昭和63年)までは一時的に減少しているものの1991年(平成3年)から再び増加傾向になっており、2003年(平成15年)は13年ぶりに減少に転じている。世界的な動向では、アメリカ合衆国やロシアが高くなっている。しかしながら各国の社会制度などに差異が見られ、一概に比較するのは難しい<sup>24)</sup>。

わが国の中で見ると、都道府県別の離婚率では、沖縄県、大阪府、北海道が高率になっている。大人口を抱える政令指定都市では離婚率が総じて高く、札幌市、大阪市、北九州市の順に高率になっている<sup>25)</sup>。北海道内市町村を対象とした検討では、旧産炭地と札幌市のベッドタウンが高率であり、経済指標との強い関連が指摘されている<sup>26)</sup>。

しかし、離婚率の上昇が指摘されているが、未だ離婚が社会的にも経済的にもそう簡単なことで

はない。今日の離婚率の上昇はこれまでの低かった離婚率を反映している可能性を含んでいることや、社会階層・妻の学歴・職歴に応じて、家族関係の解消可能性には大きな階層間格差が認められることも留意しておく必要がある。

## 5. ストレス(心理的苦悩)

2001年(平成13年)に厚生労働省が行った国民生活基礎調査によれば、ストレスが「ある」と回答した者は49.0%、「ない」と回答した者は44.0%であった。性別では女性に多く、年齢では20-50歳代に多くなっている。ストレスの原因としては、男性では「仕事に関するこ」が50.4%、特に「25-34歳」で72.5%、「35-44歳」では72.8%と多く、女性では「自分の健康・病気」が31.9%と多く、特に65歳以上において60%を超えていている。

歴史的に見ると、わが国の戦後における急速な産業構造の変化は、日本人の持つ精神的な深層基盤にも多大な影響を及ぼしたと言える。殊に、「現代はストレスの時代である」<sup>20</sup>と言われるように、登校拒否や非行、あるいは職場不適応症やさまざまな神経症・心身症などのストレス病、また急速に高齢化する社会の中で生きがいやそれを支えるケアの問題など、広い視野で見れば、すべてがライフスタイル=日常生活習慣と深いかかわりを持った社会健康現象としての問題解決が迫られている<sup>21</sup>。さらに、マイクロ・エレクトロニクス(ME)時代を迎えたことによるオフィス・オートメーション(OA)の発達は、テクノ・ストレスという新たな精神心理的症状を労働者に生じさせ、女性の職場進出、終身雇用年功序列制度から能力主義への急速な転換など、職場の人間関係の複雑さも加わり、メンタルヘルス問題やいわゆるストレス関連疾患が大きな問題となっているのではないかと推測できる<sup>21</sup>。

また、同調査において、「12-14歳」においてストレスがあると回答した者が37.5%に上っていることも看過できない。今やストレスが世代を問わず蔓延していることを示唆しており、学校(学童期)におけるメンタルヘルスの重要性も改めて認識しなければならない。

日々の生活の充実感や生きがい感を体得したいというニーズに応え、人間ひとりひとりが持っている人生の目標や、理想的な生き方を実現するための手助けをすることが今後の保健医療福祉におけるあらゆる施策の中に求められているように思われる。そのためには人間科学理論と実践体系の考究と論証が重要となるのではないであろうか。将来発生するかもしれない疾病について、それを予防する手立てを、積極的かつ科学的に検討し、現代社会における様々なストレス様態を実証的に理解することを、これからは予防医学分野のみならず、社会福祉分野でも積極的に取り組む必要があるであろう。

## IV 今後の支援のあり方

メンタルヘルスの対策や支援のあり方については、精神科医療や社会福祉に加え、法制度、地域保健医療、産業保健などの視点から幅広く検討する必要がある。ここでは、WHOの2001年報告書に記載されている10項目の勧告・指針を掲げて考えたい<sup>19</sup>。具体的には、1)「プライマリ・ヘルス・ケアでの対応」、2)「向精神薬の確保」、3)「地域社会でのケア提供」、4)「一般市民への啓蒙活動」、5)「地域、家族、当事者との参加協力」、6)「国家レベルでの政策、プログラム、法制度の確立」、7)「人材の養成」、8)「他の分野、職種との連携」、9)「地域精神保健の評価」、10)「研究支援」である(表2)。これらを総合的に考慮し、わが国的精神科医療、精神保健福祉の今後の方向性につ

いて、筆者自身の希望も含めて以下の3つの視点から再考する。

表2 世界の精神医療に関するWHOの勧告と行動指針

1. プライマリ・ヘルス・ケアでの対応
2. 向精神薬の確保
3. 地域社会でのケア提供
4. 一般市民への啓蒙活動
5. 地域、家族、当事者の参加協力
6. 国家レベルでの政策、プログラム、法制度の確立
7. 人材の養成
8. 他の分野、職種との連携
9. 地域精神保健の評価
10. 研究支援

文献1)より引用(松浦訳)

### 1. 精神科病床の削減・社会的入院の解消と社会の受け皿づくり

まず第1に、精神病院あるいは精神科病床の削減を求める声が高くなっているが、地域社会の受け皿づくりをより積極的に推進しない限り、根本的な解決には至らない。実現のためには、国家レベルでの政策の下に精神病院・病床の削減を図ることにより人的資源を創出し、それをコミュニティ・ケアに移行させていくことが必要となる。しかし、わが国の精神病院は民間によるものが圧倒的に多く、実際に削減に踏み切るために財政的インセンティブを経営者に与えるなどの現実的な施策が必要である。

一方で、社会の受け皿づくりは、社会福祉政策下に行われるものについて言えば、少なくとも現在の補助金制度下では量質ともに充実は望めない。様々な地域で多様なサービスが提供され一定の実績をあげてはいるが<sup>27)</sup>、筆者が所属する共同作業所の例で考えても、運営資金のほとんどを自治体補助金に依存しており、決して良いとはいえないスタッフの待遇など、運営の継続はできても、新たな事業展開や支援の人員確保は難しい状況にある。同様のことが北海道札幌市内の作業所の存立要因を検討した研究でも報告されている<sup>28)</sup>。以上のことから、精神科医療における病院からコミュニティ・ケアへのパラダイムシフトの実現には、精神科病院・病床の削減にしろ、社会の受け皿づくりにしろ、少なくとも行政による何らかの財政的インセンティブがなければ進捗しないであろうことは間違いない。

さらに、本稿において多様化する社会病理現象を概観したが、従来の諸施策ではそれに苦しむ人々を救う方策があまりにも手薄である。次項とも関連するが、地域における様々なマンパワーが集うことにより、地域の実情を多角的に評価し、既存の資源の活用はもちろんのこと、地域特性や時事動向を十二分に考慮したハード、ソフト両面の充実が急務である。

### 2. 地域におけるあらゆるマンパワーの有機的連携

第2に、地域社会における地域住民、当事者や家族、NPOやボランティア組織、行政、各専門職(医療、保健、福祉、法律、教育等)の連携を深めなければならない。当事者や家族、NPOやボランティア組織などが積極的な活動を展開し、精神保健福祉士など精神保健の専門家とのパートナーシップを深めて連携し、精神科医療や福祉に関する情報を地域住民へ伝播する役割を担ってほしい。そうすることで精神障害に対する偏見・差別の解消の糸口が見えてくる可能性がある。そして、あ

らゆる連携のコーディネーターとして精神保健福祉士が担う役割は少なくないであろう。

地域ぐるみの精神科医療・福祉の実践については、北海道浦河町の「べてるの家」の実践に学ぶところが大きい。その当事者は、心の病を忌み嫌うことなく、むしろどのようにそれらと付き合っていくのかを真剣にかつ開放的に考えている<sup>28)(29)</sup>。そしてこれらの実践を支えるのは紛れもなく当事者を取り巻く社会であり、地域の人々であろう。あるいは、当事者がまちづくりを積極的に変えたとも言えるかもしれない。とりわけ、「べてるの家」の実践から「人と人のかかわり」の重要性を再認識する。つまり、「人と人のかかわり」の中から新たな自分を見出しているようにも感じられるのである。何かと奇異な目で見られ、偏見・差別の苦しみ、ステigmaの問題と切り離せない精神障害であるが、この町の実践の中では、人々は心の病を患うことを恐れなくなるように思えて止まない。

### 3. 研究活動の推進

第3に、研究活動の推進である。前述したが「メンタルヘルス」の内容には個人レベル(臨床の場における診療や相談)に加え、社会レベル(法律、制度、文化等)の論点がある。また、研究領域においても脳科学的な視点と心理主義的な視点各自の立場に論拠があり、これらに哲学的な論争も加えれば、相當に多くの掘り下げ方がある。これらはあらゆる専門職の立場から研究活動を推進し、様々な問題に実践的な対応をすることの必要性を顕示しているようにも感じられる。

殊に、当事者支援の実践を前提とすれば、「医学モデル」と「生活モデル」の分類において検討することが一般的であるが、どちらにしろ、生物学的研究から、行動科学や心理社会的リハビリテーションを含めた社会精神医学、社会科学の知見を基に、研究をより実践志向の強いものに方向性を変えることが求められる。公衆衛生、社会福祉を始めとした様々な分野・立場から、行動科学的研究や疫学的調査研究を実施し、費用対効果やストラテジー、サービスの提供に関する評価研究によりエビデンスを創出し、積極的に政策に提言することがわれわれには求められるであろう<sup>30)(31)</sup>。

### ▽ 結語

本稿では、「メンタルヘルス」について、精神障害の現況や多様化する社会病理現象を概観し、今後の課題について検討した。加えて、今後の支援のあり方について筆者自身の経験や希望を交えて論じた。前述したように「メンタルヘルス」への対応は、狭義の精神障害だけにとどまらず、日常生活を営む上で誰にでも生ずる苦悩に対して支援を行う視点も求められる。多様化する社会病理現象からわれわれは何を感じ取れば良いのか、どのようなシステムを創出すれば解決に至るのか、これらを当事者や家族のクライシスコールや様々な語り(Narrative)から見出すことが必要であろう。また、同時に必要な施策の根拠(Evidence)も明らかにしていかなければならない。

支援を受けたいという気持ちを持っていたとしても、どこの誰に相談してよいか分からず、片時去らず苦しんでいる人々がどれだけ多いことが容易に想像できる。地域共同作業所の精神保健福祉士としてその一翼を担うことができればと思い本稿を執筆した。

### 付記・謝辞

本稿の執筆に際しては、三宅浩次先生(札幌医科大学名誉教授・北海道産業保健推進センター所

長)のご指導を賜った。また、本稿において、三宅浩次『メンタルヘルスの現状と対策』(北海道医報第1019号, 2003)から論旨の多くを引用することに許諾いただいた。多大なるご厚情に深謝申し上げる次第である。

## 文 献

- 1) WHO : The World Health Report 2001, Mental Health : New Understanding, New Hope. WHO, 2002.
- 2) 三宅浩次：精神障害の疫学における問題点. 日本公衆衛生雑誌, 10 ; 667-672, 1963.
- 3) 三宅浩次：メンタルヘルスの現状と対策. 北海道医報, 1019 ; 18-23, 2003.
- 4) WHO : The ICD-10 Classification of Mental Health and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, 1992. 融道男, 中根允文, 小宮山実監訳：ICD-10精神および行動の障害, 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 1993.
- 5) Kutchins, H. & Kirk, S. A. : Making Us Crazy, DSM—The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders. The Free Press, 1997. 高木俊介, 塚本千秋監訳：精神疾患はつくられる, DSM診断の罠. 日本評論社, 2002.
- 6) 水野雅文：世界の精神医療と日本, イタリア. こころの科学, 109 ; 46-50, 2003.
- 7) 福田吉治, 長谷川敏彦, 八谷寛, 田端航也：日本の疾病負担と障害調整生存年(DALY). 厚生の指標, 46-4 ; 28-33, 1999.
- 8) Saraceno, B. : 2001年World Health Report : 新たなる理解, 新たなる希望. 精神医学, 44(12) ; 1350-1359, 2002.
- 9) 三宅浩次：貪すれば貢する. 北の産業保健, 23 ; 1, 2004.
- 10) 中久郎：日本人の自殺. 宝月誠, 大村英昭, 星野周弘編：日本の社会学13, 社会病理. 東京大学出版会, 1986.
- 11) 高橋祥友：自殺のリスクマネジメント. 医学書院, 2002.
- 12) 山田幸博：「精神障害者」の犯罪を考える. 鳥影社, 2001.
- 13) 滝沢武久：精神障害者の事件と犯罪. 中央法規, 2003.
- 14) 野田正彰：犯罪と精神医療, クライシスコールに応えたか. 岩波現代文庫, 2002.
- 15) 文部科学省：生徒指導上の諸問題の現状. 2001.
- 16) 内藤朝雄：いじめの社会理論, その生態学的秩序の生成と解体. 柏書房, 2001.
- 17) 森田洋司, 滝充, 秦政春, 星野周弘, 若井彌一：日本のいじめ—予防・対応に生かすデータ集一. 金子書房, 1997.
- 18) Olweus, D. : Bullying at School. Blackwell, 1993.
- 19) Smith, P. K. & Sharp, S. : School Bullying. Routledge, 1994. 守屋慶子, 高橋道子監訳：いじめととりくんだ学校. ミネルヴァ書房, 1996.
- 20) プレスプラン編集部：緊急出版いじめ少年犯罪に宣戦布告, 史上最強の告発マニュアル. プレスプラン編集部, 2000.
- 21) 厚生統計協会編：2004年国民衛生の動向, 51-9, 厚生統計協会, 2004.
- 22) 湯沢雍彦：データで読む家族問題. 日本放送協会出版会, 2003.
- 23) 山口洋志, 西基：北海道における離婚の疫学的検討. 厚生の指標, 49-11 ; 31-34, 2002.

- 24) 森本兼義：ストレス危機の予防医学，ライフスタイルの視点から。日本放送出版協会，1997.
- 25) 森本兼義：ライフスタイル研究の異義と展望。森本兼義編：ライフスタイルと健康，健康理論と実証研究。医学書院，1991。
- 26) 太田こずえ：小規模作業所の存立要因—NPOをめぐる議論との関連で—。北海道社会福祉研究，24；50-62，2003。
- 27) 谷中輝雄：社会福祉からみたメンタルヘルス—ホームヘルプサービスの導入を通して—。北海道医報，1022；6-9，2003。
- 28) 斎藤道雄：悩む力，べてるの家の人のびと。みすず書房，2002。
- 29) 浦河べてるの家：べてるの家の「非」援助論，そのまでいいと思えるための25章。医学書院，2002。
- 30) Rose, G. : The Strategy of Preventive Medicine. 曾田研二，田中平三監訳：予防医学のストラテジー，生活習慣病対策と健康増進。医学書院，1998。
- 31) Spasoff, R. A. : Epidemiologic Methods for Healthy Policy. 上畠鉄之丞監訳：根拠に基づく健康政策のすすめ方，政策疫学の理論と実際。医学書院，2003。

# 日本における社会福祉教育の発展過程と課題

－社会福祉実習教育を中心に－

秋元洋志<sup>\*1</sup>  
奈良隆正<sup>\*2</sup>  
成田哲也<sup>\*3</sup>  
花澤佳代<sup>\*4</sup>  
鈴木幸雄<sup>\*4</sup>

## 1. はじめに

日本における社会福祉教育は、一世紀以上の歴史をもっている。日本の専門的な社会福祉教育の起源は、1901年に留岡幸助が家庭学校に付設した2年制の慈善事業師範学校にさかのぼることができる<sup>(1)</sup>。この一世紀の間に社会福祉教育制度は幾多の変遷をとげてきた。本稿では、日本の社会福祉教育の発展過程を、特にソーシャルワーカー養成に必要不可欠な科目である実習教育を中心に概観しながら、現在の状況と今後に残された課題を検討するものである。

日本の社会福祉教育は社会福祉学という分野において行われているが、社会福祉教育をソーシャルワーク教育と理解すべきかという点については、意見がわかれれるところであった。社会福祉教育は政策学を含めた理論教育を中心に成り立っているのであり、職業人養成はごく一部の機能にすぎないと考える教育関係者は、決して少なくはなかった。しかし、実際には1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」（以下社会福祉士法）の成立以降は、社会福祉教育を臨床家養成と切り離して考えることは不可能に近くなってきた。また、社会福祉サービスの質の高さが求められている現在の日本で、良質な福祉マンパワーを養成していくことの社会的な責任は非常に大きいと考えられよう。

本稿では、以上のような考え方方に立脚しながら、ソーシャルワーク教育を社会福祉教育という概念に置き換え、主に学部レベルの実習教育に限定して検討する。

## 2. 日本における社会福祉教育と実習教育の発展過程

実習教育は従来の社会福祉教育の中でどのように位置づけられてきたのだろうか。ここでは日本の社会福祉教育における実習教育の発展過程を概観しながら、今後に残された課題を検討する。

### （1）第二次世界大戦までの実習教育

日本における社会福祉教育の系譜は、①教誨師養成、②内務省主導による慈善事業協会（後の中

所属 \*<sup>1</sup> 札幌社会福祉専門学校

\*<sup>2</sup> 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科修士課程

\*<sup>3</sup> 吉田学園総合福祉専門学校

\*<sup>4</sup> 北海道医療大学看護福祉学部

央社会事業協会）主催の諸々の社会事業講習会、③大学など高等教育機関における社会事業教育の3つの流れとしてたどることができる。

教晦師による感化事業は、仏教やキリスト教などの宗教的な背景のもとに、日本の社会事業の歴史の端緒を形成し、養成制度も早くから整備された。代表的なものに、1901年10月に留岡幸助が家庭学校（1899年11月開設）に付設した2年制の慈善事業師範学校があげられる。同校では、2学年とも毎月1回の実務練習（東京其付近に在る慈善事業の実施研究）が課せられていた。また、1911年に開講された大谷派布教講師講習会の講習科目には、全9科目の内に実習3科目（説教実習、演説実習、文章実習）が置かれていた。

一方、1908年の内務省主催の感化救済事業講習会を端緒として、行政による養成も開始された。同講習会は、1914年までに約1,000名を超える感化救済事業の従事者を養成し、感化救済事業地方講習会においては、1923年に廃止されるまでに約6,300名を超える実務家を育成している。この流れは中央社会事業協会に移行し、1925年発足の社会事業講習会、1928年の社会事業研究制度へと引き継がれた。同制度は、高等教育機関卒業生または社会事業経験3年以上の者を対象として1年間の専門教育を実施するもので、終戦の前年の1944年まで実施された。その間の研究終了総数は175名であり、教育実績としては必ずしも高くはなかったが、日本の独自性を有した最初の専門教育プログラムとして評価に倣するものである。

大学などにおける社会福祉教育は、大正デモクラシー期に開始された。1918年の宗教大学（現大正大学）における社会事業研究室の創設に続き、東洋大学、立正大学にも社会事業科が創設される。創設当時のカリキュラムは、基礎科目、専門科目、実習科目の3本柱で構成され、実習科目には児童保護実習、労働者保護実習、母性保護実習が配置されていた。1921年には日本女子大学校に社会事業学部（児童保全科、女工保全科）が開設され、そのカリキュラムには、児童保全科の第4学年では主専攻科目に個人調査実習（毎週時数4）と社会事業実習（毎週時数6）が、女工保全科では第4学年の主専攻科目に社会事業実習（毎週時数6）の実習科目がそれぞれ配置されていた<sup>121</sup>。

このような戦前までの社会福祉教育における実習教育の特徴としては、①養成制度の重点が社会人に対する現任教育におかれていること、②海外の理論に一部影響されながらも日本独自のカリキュラムを作成していたこと、③実践能力の形成を主眼にした実習（実務）教育を重視していたこと、などがあげられる。戦前の日本の社会福祉教育においては、実習（実務）教育が主体的に位置付けられカリキュラム構成の主要な分野を形成していた。しかし、これらの教育はその後発展することなく、戦時体制下に中断するのである。

## （2）社会福祉士法制定までの実習教育

第二次世界大戦後の社会福祉教育の再編成は、アメリカ占領軍総司令部（G H Q）の強力なリーダーシップのもとに展開された。その方針が明確にされたのが、1947年8月にG H Qの指導のもとに発足した社会事業専門教育委員会の「社会事業学部設立基準」においてであった。この基準は、当時のアメリカの大学院のカリキュラムをモデルに設定されたもので、専門学科（処置・行政・調査部門32単位以上必修）に加え、実習（最低7単位を履修）を必修科目として定めていた。

社会事業専門教育委員会の後を受けて、1947年に設立された社会事業教育懇話会は、その後1955年日本社会事業学校連盟へと発展し、以降、実習教育を含む社会福祉教育の基準化に関する検討の場となった。この学校連盟などにより、その後の社会福祉教育の基準化の試みが数度にわたって行われている。

1966年に日本社会事業学校連盟カリキュラム全体会議処理委員会がまとめた「総合大学社会福祉学科教育基準案」は、①基準部門（社会福祉概論、社会福祉発達史など24単位以上）、②分野部門（公的扶助論、児童福祉論など10単位以上）、③方法、技術部門（ケースワーク、グループワークなど14単位以上）、④社会福祉実習（4単位以上）としていた。

さらに、厚生省社会局長の委嘱による社会福祉教育問題検討委員会は、1975年に第一次答申、翌年に第二次答申（共に題名は「社会福祉教育のあり方について」）を行なった。第二次答申においては、総授業時間数の概ね3分の1程度にのぼる大幅な実習の導入と質の向上が提言された。

1978年5月には、大学基準協会により従来の社会事業学部基準が社会福祉学部基準として改訂されたのを契機として、「社会福祉学教育に関する実施方法について」が発表された。ここでは専門科目の単位数68単位以上のうち、社会福祉実習は6単位以上履修させることが望ましいとされたが、必修科目からはずされていた<sup>13)</sup>。

このように、社会福祉教育の基準化の努力の中で、実習の重要性は常に強調されていたにもかかわらず、当初の1947年基準は後退する一方であったのである。

ソーシャルワーカー養成の質を維持する努力は、各大学に課せられたが、ごく一部の大学を除いては、希望する学生に限って、数日から数週間の実習を実施するにすぎなかつた。その理由としては、①社会福祉教育課程の基準が定められない中で、実習教育が専門職養成の為に必要という共通理解が必ずしも存在しなかつたこと、②実習を担当する専任教員の配置が極端に少なく、専任、兼任を問わず、教員自身の実践経験、実践に関連する知識と技能が限定されていたこと、③現場の実習指導職員が備えるべき指導者としての知識、技能が明確にされず、また、それを獲得する手立てもなかつたこと、④従つて大学と受け入れ側の連絡協議の機会も限定されていたこと、⑤大学教育のマスプロ化の中で社会福祉教育もそれに準じ、少数の個別指導を必要とする実習教育の実施が困難であること、などが指摘できる。

日本における1945年から1986年までの社会福祉教育とソーシャルワーカーの養成は、G H Qの指導の下に始まり一応の発展と定着を見せたものの、実習を含む援助技術教育の質的な充実が図られないまま、個々の大学内で模索が続けられた状態が長く経過したのである。

### （3）社会福祉士法制定以降の実習教育

#### 1) 社会福祉士法制定と実習教育の概要

社会福祉教育に大きな影響を及ぼしたのは、高齢化に伴う福祉マンパワー確保の一環として1987年5月に制定された社会福祉士法であった。同法の制定は、社会福祉領域における相談業務、指導業務に国家資格を付与するものであり、社会福祉教育においてもカリキュラムの基準化が図られる契機になつていった。この法律において、社会福祉士の業務は「専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害がある者、又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、その他の援助を行なうことを業とする者をいう」と規定され、登録制による名称独占の国家資格として位置付けられた。

社会福祉士養成課程のカリキュラムは、17科目が指定科目として設定されている。「知識領域」には社会福祉原論などの7科目が配置され、このうち社会保障論、公的扶助論、地域福祉論の科目からは1科目を選択履修することになっている。「技術領域」には社会福祉援助技術総論、各論Ⅰ、各論Ⅱの講義科目に加え、社会福祉援助技術演習、社会福祉援助技術現場実習の計5科目が配置さ

れている。「関連知識領域」には医学一般などの5科目が配置され、このうち心理学、社会学、法学の科目からは1科目を選択履修するようになっている。

社会福祉士養成の実習教育科目としては、6単位の社会福祉援助技術現場実習が配置された。これは時間数にすると270時間（実習指導90時間、配属実習180時間）にあたり、アメリカの学部基準の400時間に比較すると少ないが、従来よりは大きく改善された。また、技能を習得するための科目として新たに社会福祉援助技術演習が2単位（60時間）設定された。

配属実習の施設・機関の種別は、厚生省告示第265号の「社会福祉士介護福祉士学校職業訓練校等養成施設指定規則」で規定されている。法制定当初は限定されていたが、現在では在宅介護支援センターや社会福祉協議会なども加わりその範囲は徐々に拡大されてきている。

## 2) 養成校の対応

社会福祉士養成課程を設置した大学においては、援助技術教育体系の検討と実習教育の整備が課題となっていました。

実習教育体系の検討については、各大学で自由に組まれていた実習プログラムと関連諸科目の整合性を検討する必要があった。伊藤は1995年に主要な大学において展開されている実習教育体系の類型化研究を行っている<sup>(1)</sup>。各大学は、基礎的な実習、社会福祉士実習、その他の配属実習などの諸形態を組み合わせながら、実習プログラムを展開していたが、それらは3タイプに類型化することが可能であった。その類型化とは、積み上げ型（導入的実習から社会福祉士実習を経て、研究実習へ進む高次積み上げの形態）、二者並列型（導入的実習から社会福祉士実習またはその他の配属実習のいずれかを選択する形態）、社会福祉士実習単独型（社会福祉士実習だけの形態）の3タイプである。

さらに、実習プログラムと関連諸科目との整合性については、多くの大学では援助技術演習の履修を実習の履修条件としてあげていることも指摘された。ただし、援助技術演習の内容は実習の事前、事後教育と同じく、収集したシラバスの概要からは、大学間と教員間のばらつきが大きいことが推測されていた。

実習教育の整備については、日本社会事業学校連盟は直ちに社会福祉実習教育委員会を設置し、全国を7ブロックに分割し、各ブロックで実習教育の整備を推進する方法をとった。各ブロックは、独自の方法で基準化に取り組んでいった。

北海道ブロックでは、加盟校の定期的な連絡会議の積み重ねと実習施設との研究協議会を毎年開催し、実習の充実と実習教育の基準化を進めた。基準化の過程においては特に実習評価の基準化を重視し、実習施設との協議を重ねながら統一した「実習評価表」、実習評価の視点を明確にした「実習評価項目に対応した実習指導上のポイント」、実習指導職員の実習プログラム作成の手引きとなる「実習指導上のポイントの再構成」、さらに教員の訪問指導の手引きとして「教員の訪問指導マニュアル」の作成を試みてきた。これらの成果は、1996年に全国社会福祉協議会より発行された『新・社会福祉施設〔現場実習〕指導マニュアル』に盛り込まれ、これに基づく実習指導の展開方法が詳しく提示された<sup>(2)</sup>。このようなブロック内の養成校が協力し、実習施設と研究協議を重ねながら実習教育の充実をはかり、基準化する北海道方式は、全国でも積極的な取り組み例として評価された。

現在、北海道ブロックでは社会福祉援助技術現場実習委託契約（協定）書にもとづいた現場実習の展開を目指し協議を重ねている。この実習委託契約は、教育側の実習教育・現場側の実習指導・

学生側の実習遂行のミニマム・スタンダード（最低基準）を充足した実習を目指すものである。

また、日本の社会福祉教育体制の組織化も進み、2001年6月に社団法人として日本社会福祉士養成校協会が認可され、2003年12月には日本社会事業学校連盟が社団法人日本社会福祉教育学校連盟として認可された。

### 3) 社会福祉士法制定による影響と課題

社会福祉士法の制定は、社会福祉教育にどのような影響を与えたのだろうか。また法の制定により、新たにどのような課題が課せられたのであろうか。

社会福祉士法制定が日本のソーシャルワークに与えた肯定的な影響として、何よりもまず、社会福祉教育の共通性と等質性が図られた点が指摘される。ミニマムの条件とはいえ標準化された教科内容を整備することによって、社会福祉教育の共通性や等質性という専門職養成に不可欠な条件の充足に向けて前進があったといえよう。

第2点目に、実習教育科目の充実が一定程度図られた点があげられる。社会福祉援助技術現場実習の他に、技能を習得するための科目として新たに社会福祉援助技術演習が加えられたことにより、多くの大学で実習教育科目はより充実したものとなった。

3点目としてその結果、臨床経験を持つ教員が増加した点が指摘できよう。カリキュラム全体の中の実習、技術演習および援助技術系の科目の比重が高まったことにより、これらの科目を担当できる教員の需要は高まった。その結果としてベテランの臨床家が教育に携わる傾向は、それ以前と比較してより高まっていった。

さらに社会福祉教育の質のみでなく、量的な影響も見過ごすことはできない。社会福祉士法の制定以降、特に大学レベルの社会福祉士養成課程の数は急速に増大した。

しかし一方で、社会福祉士法の制定は、新たな課題をもたらしている。最大の課題は、援助技術系の科目群の内容的な充実と、科目間の理論的整合性の明確化である。援助技術系科目としては、現場実習、援助技術演習の関連科目として、社会福祉援助技術総論、各論Ⅰ、各論Ⅱという構成がなされるようになったが、これらの科目で教えられるべき内容と、科目相互の関連性が明確にされないまま、個々の教員の判断により講義されることが多い現状にある。また内容的には、アメリカの理論の紹介にかかる比重が大きく、日本の学生に対して実践的な知識と技術を十分に提供しうるものにはなっていない。これらの問題を解決するためには、担当教員間の連携が不可欠である。特に実習指導を担当しながら、関連科目担当教員との調整をはかる専任教員の配置が有効であると考えられるが、十分な臨床経験を持ちながらこの役割を担える人材は非常に不足している現状にあり、養成が急務とされている。

2点目に、現場の職員が備えるべき実習指導者としての知識、技能の明確化があげられる。有効な実習指導のためには、実習指導職員の質的向上が不可欠であるが、そのために大学が果たすべき役割は大きい。大学と実習施設・機関の研究協議を主軸にして、より構造的なシステム化をはかることが要求されている。

3点目に、実習生の個別性を重視した実習教育の実施をより可能にする制度的要件、カリキュラム、実習プログラムのあり方などの検討があげられる。社会福祉士の受験資格をえるために180時間（約4週間）の配属実習が必要とされているが、多くの学生は、1機関での1度の実習を経験するだけで課程を修了している。4週間にどのような学習体験をするかは、指導職員の資質に大きく依存している。この間に教員の訪問指導は1回程度行われるのみであり、個々の学生の学習状況や

問題点などに、きめ細かい配慮がなされることは難しい現状にある。

社会福祉士法の制定は、こうした新たな課題を社会福祉教育にもたらしたのであるが、その解決はすぐには実現しなかった。これらの課題を積み残したまま日本の社会福祉教育は、精神保健福祉士法の成立を迎えることになるのである。

#### 4) 精神保健福祉士法の概要と実習教育の課題

1997年12月に「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う」専門職として、精神保健福祉士が誕生した。この法律において、精神保健福祉士の業務は「専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行なうことを業とする者をいう」と規定され、登録制による名称独占の国家資格として位置付けられた。

精神保健福祉士養成課程のカリキュラムは、16科目が指定科目として設定されている。このうち社会保障論、公的扶助論、地域福祉論の3科目から、心理学、社会学、法学の3科目からそれぞれ1科目を選択履修するようになっている。

精神保健福祉士の実習教育科目は、社会福祉士養成課程と同様に精神保健福祉援助実習270時間（配属実習180時間）と精神保健福祉援助演習60時間が設定されている。配属実習の施設・機関の種別は、精神病院、病院又は診療所（精神病床を有するもの又は精神科若しくは心療内科を広告しているものに限る）、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場、精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センターとなっており、グループホームなどの生活施設は対象外となっている。

精神保健福祉士法制定による実習教育の課題については、社会福祉士法の制定によりもたらされていた課題が、新たな条件のもとに深化され複雑化しているという理解が可能であろう。具体的には前述したように、①援助技術系の科目群の内容的な充実と科目間の理論的整合性の明確化、②担当教員間の連携の実現、③コーディネーターとなる専任教員の配置と養成、④実習指導者の質的向上、大学、施設間の連携の実現、などがあげられる。

このように以前から積み残した課題のみではなく、臨床経験を持つ教員の不足への対応や実習施設の確保など、新たな課題も生じてきている。

しかし一方では、精神保健福祉士の資格化により、社会福祉士資格のみでは不十分であった実践教育を、より豊かな体系へと構成する機会が与えられたという見方も可能である。それを保障するのは、当面各大学の努力となってくるであろう。

### 3. 日本の社会福祉教育の課題

これまで経過を概括したように、日本の社会福祉教育は政策学を含めた社会福祉理論教育を中心になり立っていたが、1987年の社会福祉士法の成立以降は、臨床家養成としての性格を強く持つようになった。全国の福祉系大学は、社会福祉士養成課程のカリキュラムを採用し、教科内容を整備することによって、教育の共通性、等質性をはかっている。カリキュラムの基準化と、実習教育の一定程度の充実は、ソーシャルワーカー養成の発展をはかるうえで重要な意義を持つものであった。

しかし一方では、1997年の精神保健福祉士法の制定により、社会福祉教育の理論的整合性に関する新たな検討と統合されたカリキュラムの実現の必要性が再度生じている。

2002年の社会福祉法成立とともに社会福祉サービスの質の向上が求められる現在の日本で、良質な福祉マンパワーを養成していくことの社会的な責任は非常に大きなものがある。ここでは日本の社会福祉教育を発展させていく観点から、今後に残された課題を検討するものである。

### (1) 臨床家養成に向けた教育機能の充実

社会福祉士法の制定以前は、社会福祉援助技術のカリキュラムは、それぞれの独立した科目により構成されていた。具体的には、社会福祉実習の他に、ケースワーク、グループワーク、コミュニケーションワークといった知識習得を中心とする科目が教えられていたが、その関連性は重要視されることが少なく、また知識を技能レベルに関連づける科目は設置されていなかった。

1987年の法制定後、技能を習得するための科目群が新たに設定された。しかしながら、前述したように実際にはこれらの科目の相互の関連性が明確化されないまま、教員により講義内容のばらつきが多い現状が依然として続いている。さらに、実習も経験内容と期間が限定されているために、現場をかいまみるといった体験にとどまることが多い現状にある。

こうした結果として、福祉系大学の卒業生の多くは、実践に必要な知識と技術を十分修得しないままに就職することを余儀なくされている。日本ソーシャルワーカー協会が1992年に実施した「社会福祉従事者の実践と意識に関する調査」によれば、「仕事に必要な専門知識をどこで習得したか」という問い合わせ（複数回答）の第1位は、「職場で実務を通して」が82.9%で圧倒的に多く、第2位は「講習会や研修会等」の64.3%、第3位は「大学」の40.2%、第4位は「友人や先輩から」で37.7%の順であった<sup>(6)</sup>。これらの調査は社会福祉教育が臨床家養成の機能を十分に果たしていないことを物語っているといえよう。

また、日本の社会福祉教育においては、大学を卒業しながら他職種に就職の途を求めていく卒業生が多数をしめるという、他領域の専門職教育ではあり得ない状況がある。福祉職に就く確固たるアイデンティティの形成と自信が持てない傾向は、大学の社会福祉教育内容の問題であり改善すべき大きな課題である。

### (2) 援助技術系教員と指導職員の養成と確保

援助技術系教員の質的・量的不足も日本の社会福祉教育の発展を阻害している要因となっている。本来的に、ある職種の技術教育はその技術を十分修得している教員により伝達されることが必須であり、結果としてその職種の専門職としての成熟がはかられるといえよう<sup>(7)</sup>。保健医療領域を例に取ると、医師・看護師・理学療法士・作業療法士などの何れにおいても、そのような教育を行われている。

社会福祉教育においては、援助技術系教員の採用において、臨床経験の有無が必ずしも問われないという傾向が、歴史的に継続してきた。社会福祉士法の成立以降、この傾向は部分的に改善されはいるが、教員の不足ともあいまって全面的には改善されていない。このために、教育内容はともするとテキストに依存したものになり、テキストと現実のギャップが訂正されないまま経過する一因にもなっている。

しかし一方では、臨床経験の有無だけが教員の要件となるわけではない。高い臨床経験を前提としながら、自分の価値、知識、技術を言語化、体系化し、学生に伝える教育能力と研究能力が必要

なことは言うまでもない。このような教員は全国的に不足しており、人材の養成と確保が急務となっている。

また、実習指導職員の養成と確保も急務の課題である。指定施設の実習指導職員の資格については、職務経験や勤務年数などを中心に一定のチェックが任意に行われているが、かなり形式化しており必ずしも十分な水準にあるとはいえない。

これらの人材養成の取り組みとして、日本社会福祉教育学校連盟・日本社会福祉士養成校協会では、現場実習指導教員を対象に「(仮称) 社会福祉専門職教職員教育セミナー」を開催し受講を推奨している。また、全国社会福祉協議会中央福祉学院では、指定施設の実習指導職員を対象に「(仮称) 社会福祉士実習指導者特別研修」が計画されている。

### (3) 卒後研修の整備と資格制度のあり方

本稿では大学学部レベルの教育を中心に検討を行ってきたが、最後に卒後研修と資格制度についてふれておきたい。大学卒業後のソーシャルワーカーの教育にとって、新しい知識と技術を身につける研修機会の確保は、生涯にわたって必要不可欠なものである。ソーシャルワーカーの研修について、大橋は「戦後、インサービストレーニングとかスーパービジョン等の考え方方がアメリカから紹介されたが、日本では一定の資格を有した人の研修は、あっても講演・講座様式の研修であり、その多くは職場内研修であった」とし日本の研修状況を指摘している<sup>(8)</sup>。大橋の指摘にもあるように従来の研修方法は、量的効果に焦点をあてた講演・講義方式による研修が主で、質的向上に焦点をあてた特定の研修生を対象にした継続的な研修は稀であった。継続教育などリカレント教育にも今後は積極的に取り組んでいく必要性があろう。

社会福祉サービスの質を維持していくためにも、これまでの研修方法を見直し、新らたな発想も組入れた卒後研修の体系を構築すべきであろう。

また、社会福祉の資格制度のあり方については、現行の社会福祉士と精神保健福祉士の制度を再編成し、社会福祉士をジェネリックなソーシャルワーカーと位置づけ、そのうえに一定の専門的資質をもつスペシフィックなソーシャルワーカーの資格を積み上げていくことが必要とされる。特に、高度専門職業人養成、リカレント教育、生涯教育などを追求した福祉系大学大学院の設置が増加しており、大学院生の増加が予想される。これは学部卒の段階で社会福祉士や精神保健福祉士の資格を取得した大学院修了生の増加を予想させるものである。高度専門職教育の質を確保するために社会福祉士や精神保健福祉士を取得した者には、一定の大学院教育課程の修了と実践現場経験年数を条件にスペシフィックなソーシャルワーカーとしての資格の認証制度を検討すべきであろう。

以上、日本の社会福祉教育の課題を検討してきた。これらは、本来専門職養成課程としてるべき質を確保するために必然的な課題である。資格制度の制定を契機にして、これらの課題により前向きに取り組み、職種全体としての成長を遂げることが、現在最も求められているといえよう。

### 引用文献

- (1) 阪野貢(1980)「感化救済事業の展開と従事者養成」菊池正治・阪野貢『日本近代社会事業教育史の研究』相川書房. 33-35.
- (2) 菊池正治(1980)「近代社会事業の成立と社会事業教育」菊池正治・阪野貢『日本近代社会事業教育史の研究』相川書房. 97-140.

- (3) 阪野貢(1986)「他大学における社会事業教育の成立と展開」日本社会事業大学社会事業研究所編『戦後における社会福祉従事者の養成訓練の展開過程』日本社会事業大学社会事業研究所. 51-66.
- (4) 伊藤淑子(1995)「社会福祉実習教育の基礎的考察」『日本社会福祉実践理論学会第12回大会課題報告』10-11.
- (5) 日本社会事業学校連盟・全国社会福祉協議会編(1996)『新社会福祉施設[現場実習]指導マニュアル』全国社会福祉協議会. 66-262.
- (6) 日本ソーシャルワーカー協会調査研究委員会編(1992)『「社会福祉士」制度の影響と展望－社会福祉従事者の実践と意識に関する調査－』日本ソーシャルワーカー協会. 16-17.
- (7) 米本秀仁、鈴木幸雄(1996)「介護福祉士養成実習指導者の現状と課題に関する研究」『日本社会福祉実践理論学会研究紀要』4. 75.
- (8) 大橋謙策(1998)「21世紀を担う福祉マンパワー問題と社会福祉教育の課題」医学教育振興財団・福祉検討委員会編『生涯学習活動の促進に関する研究開発報告書－福祉系大学及び社会福祉士等職能団体調査－』医学教育振興財団. 13.