

北海道地域福祉学会ニュース NO.13

2001年 月 日発行 / 編集 北海道地域福祉学会事務局

ハンセン病患者隔離 95年・苦難の歩み

平中 忠信 (北海道ハンセン病協会理事・副会長)

国の控訴断念で、原告勝訴が確定した熊本地裁の「ハンセン病国家賠償訴訟」は、1998(平成10)年7月に熊本・鹿児島元患者13人が熊本地裁へ提訴したことから始まる。以来、東日本の国立療養所入所者が東京地裁に1999(平成11)年3月に提訴。岡山県の国立療養所入所者らが岡山地裁へ同年9月に提訴された。元患者さん方の平均年齢が74歳と高齢となり、裁判の審理は早く進行し、2001(平成13)年5月11日に熊本地裁は判決を示された。「1960年以降の隔離は憲法違反で、国に賠償命令と国会も見過ごしてきた怠慢を指摘した」画期的判決であった。小泉首相は5月23日首相官邸で原告団代表9人と面会し、控訴せず、早期解決を図るため元患者すべて5000余人に損失補償する原案を決定し、国会は6月12日、15日と衆参議院で同様に可決し、元患者の名誉回復と福祉増進を決めた。

1. ハンセン病とはどういう病気か

1873(明治6)年ノルウェーのハンセン博士がらい菌を発見。らい病と呼ばれてきたが、近年にいたっては差別用語だと批判されて、ハンセン病と定着した。ハンセン病の感染時期は防衛能力の薄い乳幼児期が最も多いために、遺伝病と恐れられた。病変は皮膚と手足の抹消神経に生じる特徴がある。

今日では、らい菌は皮膚接触よりも鼻腔粘膜からの飛沫感染による例が多いといわれている。菌は感染しても弱いため健康体の人ならば自然に治癒する例が多く、国立ハンセン病療養所で働く職員には今まで一人の感染者も出ないことから、栄養状態、衛生状態が良好であると発生しない。早期発見、早期治療すると後遺症もなく完治する。

しかし戦前に特定の医師らと軍国主義の政治のもとに、伝染病、遺伝病、恐ろしい病気と「隔離」施策がとられ、戦後も続けられてきた。

2. ハンセン病患者の福祉と「隔離」政策の由来

〔1〕日本でもハンセン病を引き起こすらい菌は古くから存在し、戦国武将の大谷吉継のように病気を患っていて重要な地位にいた人もいた。

一般的には、救済事業が省みられない江戸時代から放浪者の中にみられ、神社仏閣の前で物乞いする者が出た。

明治維新によってキリスト教も認められて、再び宣教師が入ってくるとカトリックの神父と信者たちが人道主義や欧米の進んだ医療・福祉のもとに救済するようになる。1873(明治6)年にパリ外国宣教会テストウイド神父らが来日し、静岡の御殿場で一ハンセン病患者との出会いから、1887(明治20)年に家屋を借用して6名の患者を収容した。1889(明治22)年にその地に病院を設立し、14名を収容、翌年には42名と増える。これが今日の神山復生病院である。一方プロテスタントのミス・ヤング牧師は東京の目黒に1894(明治27)年慰廃院を設立。聖公会のハンナ・リデル女史は熊本に1875(明治28)年に

回春病院を設立。同じく熊本にはカトリックのコール神父によって 1898(明治 31)年琵琶崎待労院が設立された。1906(明治 39)年日蓮宗の僧侶綱脇竜妙師がライを病む少年と出会い身延深敬病院を設立。その後 1916(大正 5)年草津温泉に聖公会がパルナバ病院を。同地に 1924(大正 13)年に分身の鈴蘭病院を設立した。なお、今日も存続しているのは、御殿場市の神山復生病院と熊本県の待労院診療所で共に私立でカトリックキリスト教団体が経営している。

〔2〕明治 37・8 年日本はロシアと戦い戦勝した。そうした時代的背景に、東京養育院(渋沢栄一院長)に東大を卒業して勤務した光田健輔医師は院内のハンセン病患者を「回春病室」に隔離して研究に着手、患者の死後解剖にあたる。皇国思想の光田医師は渋沢栄一の協力を得、ハンセン病は遺伝病であり、外国人宣教師らに介護治療を任せているのは国の恥であると言明。財界を動かして、富国強兵の明治政府は 1907(明治 40)年に法律第 11 号「癩予防二関スル件」公布。この法律によって全国的に浮浪者ハンセン病患者を対象に 1909(明治 42)年に都道府県立の 5 療養所を設立。東京・大阪・熊本・香川・青森に生まれた。東北 6 県と北海道は中心の青森市に設立して患者を集めて入所させた。当時は所管は警察部で、青森の松丘療養園にも巡查派出所が設置され監視監督された。

光田健輔医師は東京の全生園々長となって療養所を指導した。彼の申達書により、ハンセン病は恐ろしい病気であり、日本人にあるまじき人間であると皇国意識という偏狭な立場にたって選別し隔離するために離島に国立病院を建立すること、所長に警察的懲戒権を付与すること、在宅ハンセン病患者も無くする「無らい県運動」を提唱して、国土からハンセン病患者を根こそぎ集めて隔離し、健康人への感染を防がないと病人がでは戦争に勝てないと国民を鼓舞した。このため昭和 6 年「癩予防法」を新しく制定してその主旨を徹底しようとすすめた。このため患者を密告して収容し、達成した県に栄誉を与える施策をとった。国民の間にハンセン病患者に対する人権無視、恐怖心をかりたて、差別、偏見の思想を強制した。国立療養所に入所すると所内には懲戒権、検束権があり、逃走防止の鉄柵や厚い壁の塀があり、さらに監禁室を作って入所者を拘束した。たとえ子供といえども父母から引き離して入所させ、入所者や家族にも自殺者が増えた。結婚や就職などが取り消される事例も増えた。軽症者に不自由者(重度)の食事や衣類の着脱などを 1 日 15 時間、10 数人の大部屋で作業させた。結婚は許されても当初は夫婦組は大部屋で生活させられたので人間的な暮らしはできなかった。男性は断種し、女性は妊娠中絶という法を無視し、戦後は憲法違反を堂々とやっていた。こうして、軍国主義に沿って「95 年の隔離施策」の基礎がつくられ、戦後も続けられた。

3 . 北海道ハンセン病協会について

1950(昭和 25)年北海道出身のハンセン病患者の慰問と激励のために北海道救らい協会(のち財団北海道ハンセン病協会)として発足。私は 1980(昭和 55)年頃に(北海道共同募金会事務局長)理事に入り、赤い羽根共同募金よりも協会に寄金して道出身者への援助の一助の役割を担った。この機会に公私で本州へ出張などした折に、休暇をとって患者さん方を慰問してきた。当時で道出身者 122 名の方々が 7 療養所に入所していた。一番多く入所しているのは現在も青森市にある国立松丘保養園である。北海道ハンセン病協会(会長三浦祐晶(北大名誉教授)事務局北海道保健予防課内)としては、道出身者への慰問、激励、社会復帰の援助とハンセン病に対する正しい理解・援助を得る啓発活動などを行ってきた。例えば北海道新聞の発送。年末に道産海産物の贈呈。療養所入所者の里帰り。ボランティアによる道出身者(療養所)への慰問、激励。機関紙「すずらん」の発行(年 1 回)寄付金の受入れなどを行ってきた。

2001(平成 13)年 3 月現在の道出身者は 56 名で、次のように国立療養所に入所されている。協会としては早急に施設利用者の今後の希望や要望などを把握し、関係機関・団体と協議して対応していく方針である。松丘保養園(青森市)33 名、東北新生園(宮城県迫町)8 名、栗生楽泉園(群馬県草津町)6 名、多磨全生園(東京・東村山市)5 名、駿河療養所(御殿場市)2 名、長島愛生園(岡山県邑久町)1 名、菊池恵楓園(熊本県合志町)1 名。以上。

4. ハンセン病患者隔離 95 年の略年譜

年 代	政府の施策や患者などの動向
1907(明治 40)年	法律第 11 号「癩予防ニ関スル件」公布
1909(明治 42)年	都道府県立 5 療養所設立(北海道は青森へ)
1915(大正 4)年	療養所内で断種を前提に結婚認める。「無らい県運動」提唱し、1943 年頃迄続く。
1930(昭和 5)年	国立療養所第 1 号(岡山県)長島愛生園開園。光田健輔院長となる。
1931(昭和 6)年	「癩予防法」公布。国立癩療養所患者懲戒検査規程施行(特別病室、監禁室、代用刑務所設置)
1941(昭和 16)年	府県立が国に移管される。 京都大学小笠原登医博がハンセン病は「体質病」で、在宅で外来治療すべきであると発表するも光田医師ら医学会は国賊扱いする。
1947(昭和 22)年	日本国憲法公布。米国で開発のプロミン薬を国内でも使用。重監房問題から人権闘争が各療養所で起きる。
1948(昭和 23)年	東京全生園でプロミン獲得促進委員会結成。優生保護法でらい疾患の優生手術、人工妊娠、中絶を認める。
1950(昭和 25)年	北海道救らい協会(現ハンセン病協会)発足。
1951(昭和 26)年	光田長島園長ら 3 園長が国会で隔離方針を証言。全国ハンセン病患者協議会(全患協)を結成。社会事業法公布。社会福祉協議会発足。
1952(昭和 27)年	WHO はプロミンを高く評価し隔離政策を見直すことを提言。
1953(昭和 28)年	「らい予防法(改正)」施行。全患協の反対運動を無視。 ハンセン患者専用刑務所・熊本刑務所菊池医療刑務支所開設。
1956(昭和 31)年	国際らい会議(ローマ会議)で「偏見の除去と差別の禁止」を決議。
1960(昭和 35)年	WHO 隔離の否定を勧告。差別法の撤廃、外来治療を提唱。
1963(昭和 38)年	全患協が予防法改正の要望書を厚生大臣に提出
1985(昭和 60)年	国立療養所介護職員 5 名が、給与の中の「危険手当」は「契約違反」であると厚生省に 7 月申し入れ手当を 9 月法務省に供託した。
1987(昭和 62)年	国立所長連盟予防法改正請願書国会提出。
1988(昭和 63)年	全患協予防法改正要請を厚生大臣に。
1991(平成 3)年	全患協 3 度目の予防法改正要請。
1993(平成 5)年	ハンセン病資料館(東京多磨全生園内)に開所。
1994(平成 6)年	元厚生省医務局長大谷藤郎が「らい予防法は廃止すべき」とらい予防法に関する個人的見解発表する。全国ハンセン病所長連盟、統一見解(予防法廃止)を発表。
1994 年～1995 年	奈良県、鹿児島県、岡山県、東京都議会、東久留米市、鹿屋市、東村山市、青森市議など相次いでらい予防法を廃止し、新法の制定を求める意見書を国へ提出。
1995(平成 7)年	日本らい学会、らい予防法廃止と自己批判書発表。 ハンセン病予防事業対策調査検討会が予防法廃止を求める中間報告書政府へ提出。 全患協「基本要請」(1月)・「声明」(4月)を出す。
1996(平成 8)年	日本弁護士連合会らい予防法に関する声明を出す。(11月) 菅厚生大臣、全患協代表に予防法放置を謝罪。(1月) らい病予防法廃止法案国会で全会一致で可決(3月)4月1日施行。
1998(平成 10)年	熊本・鹿児島県の元患者 13 人、熊本地裁へ初の提訴。(7月)
1999(平成 11)年	東日本の国立療養所入所者、東京地裁へ提訴。(3月) 岡山県の国立療養所入所者、岡山地裁へ提訴。(9月)
2001(平成 13)年	5月11日、熊本地裁判決、隔離は憲法違反、国に賠償命令、国会にも怠慢を指摘。 5月23日、小泉首相、原告団代表と面接し、謝罪して早期解決方針を決める。 6月12日、15日と衆・参議院ではハンセン病患者、元患者に対して謝罪して、名誉回復と福祉増進を進めることを決議、可決。損失補償額を入所者約 4,500 人、退所者約 1,000 人計 5,500 人(入所中死亡者 23,000 人)に対し一人当たり、1,400 万～800 万円(4 段階)を 5 年間に支給することをきめられた。(現在、療養所は国立 13ヶ所、私立 2ヶ所である。)

2001年度北海道地域福祉学会の活動予定

「福祉の価値と人権」をテーマに

研究大会の開催

日時 10月6日(土)

場所 北星学園大学

○2001年度版・第5巻

原稿〆切

2月12日(月)

発行予定

3月上旬

定例研究会の開催(4回)

○第1回 (公開講演会)

日時 7月27日(金)

16:30~18:00

場所 北星学園大学

テーマ 「変わる福祉と変わらない価値」

講師 阿部 志郎 氏

(横須賀基督教社会館 館長)

学会ニュースの発行(3回)

○NO.13

6月28日(木)

○NO.14

9月25日(火)

○NO.15

1月25日(金)

○第2回

日時 11月8日又は9日(木・金)

場所 未定(札幌市)

テーマ 「高齢者虐待～発見・介入・援助」

～事務局より～

2001年4月より事務局スタッフが高橋修一、村田正義から名畑育美、林恭裕に変わりました。よろしく申し上げます。会費の納入方法が郵便振替に変わりました。同封の「払込取扱票」に必要事項をご記入の上、郵便局にてお支払いください。2001年度地域福祉学会員名簿を作成します。お手数ですが、同封のハガキ「北海道地域福祉学会員登録確認票」に必要事項をご記入の上、事務局までお送りください。

○第3回

日時 1月18日(金)

場所 未定(札幌市)

テーマ 「こどもの虐待と権利擁護」

○第4回

日時 2月中旬

場所 未定(札幌市)

テーマ 「精神障害者の地域ケアと市町村福祉～斜里町の実践を通して」

地域福祉研究の発行(2回)

○2001年度版・第4巻

執筆者予定者確認

7月17日(火)

原稿〆切

8月31日(火)

発行予定

9月中旬

北海道地域福祉学会(事務局)

〒060-0002

北海道札幌市中央区北2条西7丁目

道立社会福祉総合センター内

北海道社会福祉協議会 総務部企画調整担当

Tel (011)241-3976

Fax (011)271-1977

E-mail TOB01A01@wamnet.wam.go.jp

「21世紀の地域福祉を展望する」

日本地域福祉学会第15回大会報告

大内 高雄（北星学園大学）

本大会は、6月9日(土)、10日(日)の両日、宮崎県延岡市の九州保健福祉大学において、地元九州をはじめ全国から社協関係者、研究者等約1,000名が参加し開催された。

北海道地域福祉学会からは、杉岡直人会長、忍博次顧問、岡部和夫全国理事を含む11名が参加した。また、自由研究発表では、橋本伸也会員が「痴呆性高齢者に対する地域支援の実状について」、高橋紀子会員は「コミュニティセンターとしての韓国社会福祉館」のテーマで行った。

両日の内容について、その一端をレポートしたいと思います。

社会福祉の理論・政策をめぐって

第15回大会は、今日の社会福祉基礎構造改革、社会福祉法の施行の背景の中で、特に、住民参加・地域福祉計画等をキーワードとし、身近な生活圏域において地域特性に応じた福祉サービスをめぐり地域自立支援のあり方が問われている背景から、いかに21世紀の地域福祉を展望するかをテーマに展開された。

特に、第一日目の午前中は、「地域福祉の半世紀の総括と21世紀の展望」と題し、本学会正副会長による対談が行なわれた。内容は三人の社会福祉実践・研究における地域福祉の取り組みの思い、戦後社会福祉と展開における地域研究の位置のとらえ方、今後に向けた実践・研究の課題と展望等であった。その内容についてメモ的になるが紹介してみたい。

戦後社会福祉研究の歩みでは、1970年代ではマルキズムをベースにした社会運動的福祉研究であった。その後、90年代までは独自の研究として社会福祉政策研究、そして今日2000年の中味は社会福祉実践と地域福祉の統合化の時代になっているのでは

ないかと大橋氏は整理した。

また、三氏は、これらを振り返って「社会福祉はあいまいでよくわからない。重要なのは福祉実践レベルで、福祉の目的や生活問題の分析、そして、生活原理を生活システムの科学として深める必要があるのではないか」（右田）「制度論研究といっても、これまでは制度政策の追従や制度解説に終わっていたのではないかと反省すべきではないのか」（大橋）「確かに理論ありきではなかった。新たな制度を作るための政策研究が大切なのではないか」（三浦）

最後に三氏から21世紀へのメッセージとして、「自治型福祉に向けて、今後は行政との協働の中で創ることが大切だ」（右田）「住民自身が問題を見つけて解決していく地域福祉のあり方が重要。」（三浦）「地域における社会福祉というのは新しい社会サービスシステムではないか」（大橋）でしめくくられた。

議論の中で、三浦先生が1970年代に貧困問題で（貨幣的ニーズ）中心だったとき、社会的ニードと名付けた要救護性（要援護性）に注目した研究者の思いなどは印象に残った。

なお、これからの内容は、「1970年代 - 社会福祉の転換点をめぐる論議 三浦文夫」『日本の社会福祉』（第14巻）P.P2～23、日本地域福祉学会、「社会福祉の改革と地域福祉 - 制度論の立場からみた理論的課題」（右田紀久恵）『報告要旨集』P.P25～45 前掲及び『日本の地域福祉』P.P24～38 を参考に

多様な地域福祉実践をめぐって

午後「シンポジウム - 住民参加による新たな地域福祉の創造 - 地域福祉の新展開 - 」

シンポジウムでは、コーディネーターに和田和明氏（全社協）、高橋勝彦氏（岩手県社協）、牧里每治氏、平野隆之氏（日本福祉大学）の

三氏をシンポジストとして行なわれた。各講師とも午前中のてい談の内容を意識してか、また地域福祉計画が具体化していない状況もあってか、ひかえ目な発言の印象を受けたが、示唆に富んだ指摘も少なくなかった。以下に、住民参加による地域福祉の創造を題し、それぞれの立場からの発言内容について若干ふれてみたい。

平野氏は宅老所やグループホームの調査研究にかかわってきた中で話す。これまで、生活支援の空間は、施設か自宅の二分法だったが、近年のグループホームはコミュニティという空間における専門的ケアのついている共同住宅だ。家族との関係を切らないケアの空間であり、地域生活の様式をつくれる場であると評価する。新しい地域福祉は新たな資源を地域に福祉は新たな資源の質を切り開いていくのはボランティアアクションではないか

高橋氏は、介護保険導入、社会福祉基礎構造改革との関係の中で岩手県下の社協実践から発言。当初、社協は「経営感覚がない」「介護サービスのノウハウがない」からつぶれるのではないかと言われた。しかし、決算では一社協当り1000万円の黒字を出した。そしてこの1年の中で、「たった一人の利用者を得ることの大変さを知った」、「市場の中ではじめて収入を得た経験は、社協の体質改善につながっている。例えば、会長の若がえりが6社協で行なわれた」等であった。21世紀の中で、利用者は対象者（クライアント）でなく、地域社会を構成する一員として位置づけられた。社協はその人たちのここで住み続けたいという願いを支える地域福祉づくりが課題ではないか。それはこれまでの事業型社協ではなく、生活支援型社協論の展開が必要ではないかと強調した。

牧里氏は地域福祉計画を通して地域福祉がみえてくるのではないかという立場で発言。これからの新しい地域福祉は、地域・計画・住民参加・コミュニティの見直し・地域資源

等キーワードがどのように結びつけられるか、体系化できるかにかかっている。計画は単にニーズとサービスの供給関係ではなく、「つなぐ」システムをどう創るかが重要ではないかと指摘する。また、今後の検討課題として、

財源の裏付けのない計画策定での検討、数値的目標設定と計画評価の可能性、情報公開の効果測定、計画内容の総合性、「市民」、「住民」概念の再検討を指摘した。

シンポジウムが提起した内容は一つ、ひとつが大きなテーマでもあった。地域福祉実践内容も多様化しているなかで全体を貫くものは何か、地域福祉の固有性をどこに見出し、立脚させるのか等、今後はこれらを踏まえた地域福祉研究・実践から新しい地域福祉が創造されなければならないのではないかという印象を強くした。

最後に

日頃、目の前の仕事に追われている私には今回の学会参加は、急流から広い海を目の前にした魚の驚きに似た思いになりました。

今日、住民から課せられている地域福祉の宿題は多く、しかし、実行し、実現できる力量は大きくない。この中で、ただあせる日々ではなく、住民とりわけニーズを抱える当事者の願いに肉迫できる実践と研究を積み上げていく勇気と真面目を大事にしていきたい。それを特別講演での石井十次の岡山孤児院の実践から示唆を得たように思います。来年の第16回大会は東京の武蔵野女子大学を会場にして開催されます。

北海道地域福祉学会員が一人でも多く組織化して参加できればという思いを強くしています。

ドイツ・フィンランドの福祉用具普及事情

札幌医科大学保健医療学部 橋本伸也

1. フィンランドの福祉と福祉用具開発

1) 複合施設キビイストサービスセンター

フィンランドでは 1993 年の地方分権法によって福祉の財源と決定権が国から地方に移管された。これにより、福祉サービスをどのように提供するかは地方自治体に委ねられ、地域の実状に応じてさまざまな工夫が採られるようになった。その一例として、ヘルシンキ市の北方 50 キロに位置するヤルデルバー市内（人口 2 万人）の複合施設「キビイストサービスセンター」を訪ねる機会が得られたので紹介したい。

このセンターは地方分権法と同じ 1993 年に市と財団（NPO）によって設立されている。延べ床面積 5,500 m²の施設で、高齢者や障害者向けの“サービス付き住宅”、グループホーム、リハビリセンター、デイサービス、配食サービス、知的障害児の学童保育などの多様なサービスを行っている。センターは財団が運営しており、予算の約 1/2 は利用料で賄われ残りを市が拠出している。市からの拠出は定額の「補助」ではなく、センターが提供するサービスを市が買い取る形を採っている。市はセンターが立案した年間のサービス提供計画に応じて予算付けをし、サービス利用者が計画よりも多くなれば市は実績通りに支出し、赤字を生じた場合は補填する。

したがってセンターとしてはサービス提供計画の立案を通じて、実状に応じたサービスの態様やあり方を見直したり、創意工夫を直接的に市へ提案して実現を求めることが可能になる。また、市からの拠出を含む予算の使い途はセンター長の権限に委ねられており、サービス提供計画に対して柔軟に予算を執行できるシステムになっている。

サービス付き住宅

サービス付き住宅はセンター内にバリアフリーのアパートが 20 戸あり、障害者や高齢者の区別なく入居できる。そこで利用するサービス内容は入居時の契約で決められる。契約したサービスの提供時や緊急アラーム以外にスタッフが居室に入ることはないので実質的には賃貸住宅である。したがって利用者に判断能力があることが利用の前提になる。

室内の電気器具の操作や、ドア、カーテンの開閉、電話などがすべて手元のリモコンボタンで扱える“環境制御システム”を備えた居室もあり、障害が重度でもこうした住環境を活かしながら必要なサービスを契約することで自立した生活が可能になる。

環境制御システムを使っているサービス付き住宅入居者のひとりには「システムに満足しているが、加えてエレベーターもリモコン操作で動かせれば電動車椅子でどこでも行けて良いのだが」と注文を述べていた。

基本的には所得応能負担で契約し、所得がなければ公費負担となる。また、サービス付き住宅といってもホームヘルプやショートステイなどの社会サービスや、家族の訪問による“親族介護”とを組み合わせることも可能であり、もし親族介護を行う場合は介護給付が支給される。

グループホーム

センター内には 8 つのグループホームがあり、それぞれ 4 ~ 5 人ずつ入居しているが、各ホームは高齢者、痴呆、精神障害、知的障害などの 4 タイプに分かれている。こうした対象の異なるグループホームを複合して運営するのはフィンランドでも比較的新しい試みであるとのこと。

各グループホームに共通の運営方針は、利

用者ごとに立案された計画に基づいてサービスを提供することであり、全体のための共通サービスは強制しないようにしている。意図的に同じようなライフスタイルにしたり、むしろ平等・均等にサービスを提供すべきという考えもあるが、このセンターではこうした傾向や考えを排除して、あくまでも利用者個人のサービス計画を根幹にすることを目指している。

この方針を遂行するために、グループホームでは発足当初から入浴係とか清掃担当といった共通サービスに類する職務分担は決めていない。スタッフは個別のサービス計画に基づいて、担当する利用者に必要なサービスの全てを提供しており、付带的に当該グループホームのことも行う体制である。

効率的で機能的である筈の職務分担やサービスメニューがいつしか上位に位置して利用者を一面的にしか見えなくし、「よく汚す人」「背中を洗えない人」「食事の世話が要る人」「服薬すべき人」「せっかく立案したレクレーションに参加しない人」などと利用者をバラバラにしてしまう。そうした弊害をきたさないために、グループホームでは職種や専門性を背景とするサービスは行わないことを原則にしている。

グループホームの場合もサービス付き住宅と同様、家族が通ってケアすることが可能であり介護給付の対象となる。これは制度上、グループホームが在宅と同じであると見なしていることに拠る。

地方分権と社会サービス

国が福祉政策を主導していた 1970 年代においては、ある年は児童対策、翌年は教育対策というように年ごとに重視施策が変わるため、地域に必要な継続的な整備・充実の取り組みを困難にしていた。

80 年代には福祉の各分野で水準の確保・向上や地域格差の是正が図られ、また保健福祉のネットワーク化が急速な進展をみせたが、福祉政策は一元的であった。しかし、1990 年代に入ると失業率が 19.0%（現在は 9.8%）に達するほどの厳しい経済状況に陥り、打開

策のひとつとして 1993 年に地方分権法が施行されるに至った。

地方分権法は財源と決定権を地方にもたらしたが、この法律は福祉施策の大きな転換点にもなった。

最近の個人所得に対する地方税率は平均 17.5% に及んでいる。こうした大きな税負担に対応する自治体の住民サービスはいかにあるべきか、すなわち“社会サービスへの合意”の形成が施策を方向付ける重要な因子になってきている。

ヤンデルバー市の場合には、福祉施策に対する合意は「依存と束縛を招かないための社会サービス」として認識されているとのこと。福祉サービスによって「依存」が生じがないうよう、また束縛をきたさない、という合意は複合センターにおけるサービス提供体制の指針にもなっている。

施設関係者は、今日の地域福祉の考え方が地方分権法だけで形成されたのではなく、これまでの歴史や経緯が根底にあることを強調していた。例えば 70 年代の女性議員は国政 35%、地方 40% で女性の政治参加が早く、保育、介護から女性を解放しようという動きも古くからあり、豊かな国ではないという自覚や、共同体意識の強さも影響しているとのこと。さらに政党は社民党が女性の権利、保守党は自由を、中央党は地方格差をなくすことをスローガンにしており連立与党体制が多かったこと、あるいは労働組合の組織率が高く、とくに福祉保健分野は 80% に達していることなども「社会サービスへの合意」に結びついている。

しかし地方分権法が、地域の実状に応じた社会資源の活用や整備への柔軟な発想をもたらしたのは確かで、ヤンデルバー市のキビイストサービスセンターのような複合施設は増えてきている。また、例えばこのセンター内の運動療法室やプールなどは市が管理しており、センター利用者のリハビリや健康施設として使用するだけでなく外部にも貸与される。配食サービスは周辺地域の障害者、高齢者宅に限らずセンター内のサービス付き住宅も対

象にしている。プールは学校授業のほか、市内のPTが患者を連れてきてリハビリを行っても良く、社会資源の有効利用が進んでいる。

2) フィンランドの福祉用具開発

福祉用具の開発はフィンランドの重点事業であり、現に日本でも多種の福祉用具がフィンランドから輸入されている。フィンランド国立研究開発基金(SITRA)は、将来性を見込める福祉用具開発や起業にも強力な支援を行い、福祉用具産業をさらに育成して輸出産業の柱のひとつに位置づけようとしている。

日本に対する輸出拡大も図っており、国立研究開発基金担当者の案内で福祉用具の開発製品化の現場を視察する機会が得られたので、その中で興味深かった2社のアイデアを紹介したい。

IST社のリストケア

1993年に創立された小さな会社でスタッフは10名にすぎないが、国立研究開発基金は将来性を見込んで役員を送り込み資本参加しており、他の財団からの出資も得ている。

IST社が開発したのは腕時計型の「リストケア」という呼ばれる健康モニター、アラーム、徘徊チェックなどのための器具とシステムである。

リストケアの名称通り、腕時計の形をしたセンサーを装着することで、体温、脈拍、動作活動度合の3つの情報がリストケアに取り込まれる。最初の3日間の装着で使用者の生体リズムや動作の特徴がリストケア内部の電子回路で把握され、以後、生体リズムに異常が発生した場合は屋内に設置した親機を介して、あらかじめ設定した連絡先へ自動的にアラームを通報する仕組みである。

最大の特徴は一般の緊急通報システムのように利用者が発信スイッチを作動させる必要がないことで、発作などの突発的な事態や、体の変調、動作の異常を自動的に感知して確実にアラームを発信すること。一戸建てなら100メートルくらい離れても有効で、かつ徘徊の監視機能も備えている。

原理の詳細は特許申請中で明かせないとの

ことだったが、最初の3日間の装着で体温、脈拍、身体活動性の3情報の変化パターンを学習して把握する機能がシステムの要になっている。1993年にフィンランドの技術アイデア賞を受賞し、最近ではフィンランド発明賞も受賞しており、フィンランドの保健評価協会と協力して実用段階へ至ったとのことである。試験評価段階で試用者のひとりが脳卒中になり30分で病院に搬送された実績もあるとのこと。電池は1年保ち、誤作動対策にも自信を持っている。

自ら助けを求めることができない事態に陥った際の有用性や、予知が困難な発作を直ちに感知して超早期治療につなぐことで医療費やケアのコストを大幅に低減できるメリットが強調されていた。リストケアと親機のセットを十数万円で販売開始したばかりだが、販路を広げて量産すればもっと安くできるとのことである。

スウェーデン、イタリア、イギリスでは販売を始めているが、コピーや類似品への法的対抗手段の確認や手続きがこうした製品開発では非常に重要になってくるとのこと。国によって法制や商習慣が異なり、またこうした手続きをしていない国を介して類似製品化される恐れもあって、優れたアイデアを国際商品にするのは容易ではないとのことであった。

Audio Rider社のシルバーバード

Audio Rider社もスタッフ9名の小さな会社であるが社歴20年ですでに業績をあげている。「シルバーバード」は福祉用具といっても、パソコンの端末であり高齢者の施設に日本の有線放送のように音楽を提供するシステムである。

スタッフの2名がプログラムする「音」がAudio Rider社の商品であり、施設や病院とシステム契約を結び、シルバーバードと名付けられたパソコン端末を介して「音」を送信する。Audio Rider社の説明によれば、音は単に空気を伝わる圧に過ぎないが、脳に入ると五感の中で最も強く反応を引き起こす刺激であるという。

音は人に対する影響力が強く、感覚、記憶、

想像力に訴える力を持っている。例えば「故郷」という音（言葉）の響きは、町並みや自然の光景、どんな家だったか、父や母、友人、どんな育ち方をしてきたか、という様々な情景を思い起こさせる。この効果を利用した音によるリハビリテーションはサーバーセラピーと呼ばれ、音楽、トピックス、教会関係の音楽、話しかけ、朗読、回想、ゲーム、体操などのメニューがあるが、それらをどのように用いるかについては音を担当する指導員が必要である。

特定のセラピーや、リラックスが目的であるときなど、それぞれに施設のパソコンにストックしたプログラムを選択する。音を手がかりに記憶を呼び起こしたり、指導員が尋ねたり言葉をつないでお年寄りが話す機会を

パソコンで音をコントロールして音を遅くしたり、トーンを下げる、聞き取りやすい周波数を調整するなど効果を高めるプログラムも活用する。Audio Rider 社は使う音楽の著作権料を払っており、プログラムについては特許を持っている。今のところ、話し方や内容、分かりやすさ、音や音楽の選択などは人種や文化的な背景などの考慮を要するのでフィンランド向けしかプログラムをストックしていないが、ノウハウを輸出したりプログラムを販売することは可能であるとのことであった。

（以上、平成 11 年 11 月に日本健康福祉用具工業会が主催する海外視察研修ツアーに参加して得られた知見を 4 回にわたって報告しました。）

コラム

社協はどこへいく

北海道社会福祉協議会 高橋 修一

「いやー、社協職員の方ってまじめですね」道内の社協職員向け研修会で講師をつとめた木原孝久氏（わかるふくしネットワーク主宰）がつぶやいた。研修の 1 コマに、グループ演習が設けられ、既存の社協が行っている小地域単位での事業を「住民流：住民の立場からみたらどうか」という視点に立って見直し作業をしていた。例えば、ふれあいサロンのような活動のマンネリ化をどのように改善するかといった内容である。

演習指導も行った木原氏は「今日だけは、突き抜けた発想をだしてください。実現できるかどうかではなくて、徹底して住民の立場から見直す作業ですから」と繰り返し受講者に注文を出した。

いよいよ演習結果発表の時間。どのテーマであれ、ほとんどグループの発表が「社協がサロン活動を行う場合～」、「社協が見守り活動を～」と「社協が事業展開の主体」であることを前提とした内容が多くなった。

ここで冒頭の木原氏の発言である。主旨は「社協が全部行わなくても、住民は自然発生的に地域での支え合い活動をおこなっている。社協はそうした活動を側面から支援すればいい」ということだ。木原氏はこう続けた。「住民はいかにも福祉くさい事業を拒絶する」では、これから社協は何を行えばいいのか。地域のニーズ、社会資源を徹底的に洗い出す作業、そして地域全体をコーディネートし新しい活動を育てるといった地道な活動ではないのか。

こうしたコミュニティ・ソーシャルワークは、じつは多くの市区町村社協ですでに実践されている。問題は、現場レベルの「経験知」をいかにして「科学化」していくかといったことである。ただし技術、方法論の構築といっても、現場での実践の積み上げを前提にしなければならないだろう。

社会福祉法第 107 条で社協は「地域福祉を推進することを目的とする団体」として位置づけられた。社協への期待が高まる一方、諸制度の変革という「風」に頼るだけでなく、社協と社協職員自身が自己改革を遂行しなければならない。

「北海道地域福祉研究」の投稿を募集します!!

昨年、「北海道地域福祉研究」を発行できなかったため、今年は8月と3月の2回にわたり発行することとなりました。ここでは2001年度版(1)「北海道地域福祉研究(NO.4)」の投稿を募集します。

下記の投稿規程をもとに8月31日(火)までにご投稿くださいますようお願いいたします。

なお、投稿予定の方は先に執筆者名、タイトル、投稿の内容(研究論文・実践報告など)住所、電話番号・FAX番号を事務局宛7月17日(火)までお知らせください。ぜひ多くの方の投稿をお待ちしております。

北海道地域福祉学会「北海道地域福祉研究」編集・投稿規程

1. 本誌は、北海道地域福祉学会の機関誌であって、年1回発行する。
2. 本誌は、原則として会員の地域福祉関係の研究発表にあてる。
3. 本誌は、論文、研究ノート、実践レポート、資料、書評、その他の欄を設ける。
4. 本誌の編集は、編集委員会によって行われ、原稿の掲載は編集委員会が決定する。
5. 掲載する原稿には投稿原稿と編集委員会からの依頼原稿がある。
6. 投稿者(複数の著者がいる場合は筆頭著者)は、本会員でなければならない。
7. 投稿論文は査読に基づく審査により、編集委員会が採否を決定する。
8. 原稿は別途定める執筆要領に従うものとする。
9. 執筆要項に定められた字数等の制限を超えた場合には、審査の有無にもかかわらず編集委員会から修正を求めることができる。
10. 投稿者は、編集委員会事務局に原稿のコピーを2部送付するものとする。投稿原稿は、原則として返却しない。
11. 著者校正は、1回とする。
12. 掲載論文については、掲載誌2部を進呈しますが、切り刷り(別刷り)を希望する場合は、執筆者の実費負担とする。

～今までの投稿内容一覧～

1995年度

- 研究論文 社協職員の就業と意識についての調査研究(秋山章一)
地域福祉の政策を考える - 地域主義を支えるもの(吉村信義)
高齢者サービス調整チームの活動状況とケアマネジメントへの取り組み(橋本伸也)
事業型社協前史～旧産炭地美唄の事例(林芳治)
地域における痴呆性老人グループホームの位置と家族(横山奈緒枝)
痴呆性高齢者と禁治産宣告・準禁治産宣告について(北村久美子)
- 寄稿 沖縄の葬祭とその周辺慢歩(赤井孝昭) ニューゼaland福祉紀行(忍博次)

1997年度

- 研究論文 社会福祉協議会活動とケースマネジメント(大内高雄)
これからの地域保健(田中宏之)
地域リハビリテーションと連携(橋本伸也・田中敏明)
ホームヘルパー養成の課題(吉村信義)
居室障害者のフェルトニーズに見るサービス供給の課題(横山奈緒枝)
北海道における在宅老人保健・福祉事業の市町村別特性に関する類型化(中島和夫・佐藤秀紀)
保健医療福祉情報サービスに対する高齢者の不満度に関する要因の分析
- 実践レポート 在宅における介護支援の意義と課題を考える(北村久美子)

三笠市の緊急通報システム(杉岡直人)

研究報告 北海道地域福祉学会の1年

1999年度

研究論文 痴呆性高齢者の扶養と療養看護(北村久美子)

地域保健福祉における研究手法としての参加型研究(望月吉勝・北村久美子・佐藤雅子)

要介護認定にともなうインフォーマルケアの関係構造に関する一考察(杉岡直人・久末久美子)

24時間在宅ケア体制と訪問看護資料(梶晴美)

資料 北海道地域福祉権利擁護事業の概要 北海道保健福祉情報サービス事業の概要