

北海道地域福祉研究

2002年(第6卷)

北海道地域福祉学会

発刊にあたって

財政難を切り抜けるための市町村合併の動きがみられるなか、自治体を核とする地域ケアシステムの確立が厳しい環境のもとで問われ始めている。地方分権化の課題を受けて総合的な地域福祉の推進への期待も高まっている。

地域福祉計画を策定推進する目標は、誰もがその人らしさを保った普通の暮らし方を保持ないし実現することできるためのサポートシステムの構築である。既に地域福祉は行政や専門家のみで構築されるものでなくなっており、住民参加が地域福祉を新しい展開へと導く鍵となっている。住民参加の形もこれまでの代表的なものではなく、できるだけ多くの住民の声、参加が望まれている。

北海道地域福祉学会も地域実践を重視していく中で、多くの専門家や実践者、サービス利用者の協力を得て活動を進めてきたが、今後は本格的に総力を挙げて、北海道の地域の実情に即した地域福祉の創造に取り組んでいかねばならない。北海道においては知事選挙を迎えて新しい体制が誕生することになるが、意欲にあふれる住民のエネルギーを協働の成果として地域社会のさまざまな課題解決のために引き出すことが期待される。わが北海道地域福祉学会は、そうしたなかで地域福祉をめぐる問題解決のオピニオンリーダーとして、理論と実践の向上に努めることになるであろう。

また、北海道地域福祉学会は、1993年10月に設立後、2003年度に10周年を迎える。今後、さらに機関誌の充実をはかり、北海道の地域福祉の研究・実践のセンター機能を発揮することを目指したい。

2003年3月31日

北海道地域福祉学会 会長 杉岡 直人

目 次

論 文

地域福祉権利擁護事業と利用者保護制度の課題——1

白戸 一秀（北海道社会福祉協議会地域部長）

障害児の親たちによるセルフ・ヘルプ活動の展開と意義——19

～マザーグースの会の分析～

武田 るい子（北海道大学大学院教育学研究科博士後期課程）

痴呆性高齢者グループホームにおける健康管理の実態——31

～施設担当者に対する面接調査をとおして～

樋口 佳那子（北海道大学医学部附属病院看護部）

平野 憲子（札幌医科大学保健医療学部看護学科第3講座）

実践レポート

地域福祉活動計画策定の考え方と推進の視点——43

～北海道社会福祉協議会 第3期地域福祉実践計画策定の取組みについて～

高橋 修一（北海道社会福祉協議会地域部主事）

海外福祉事情

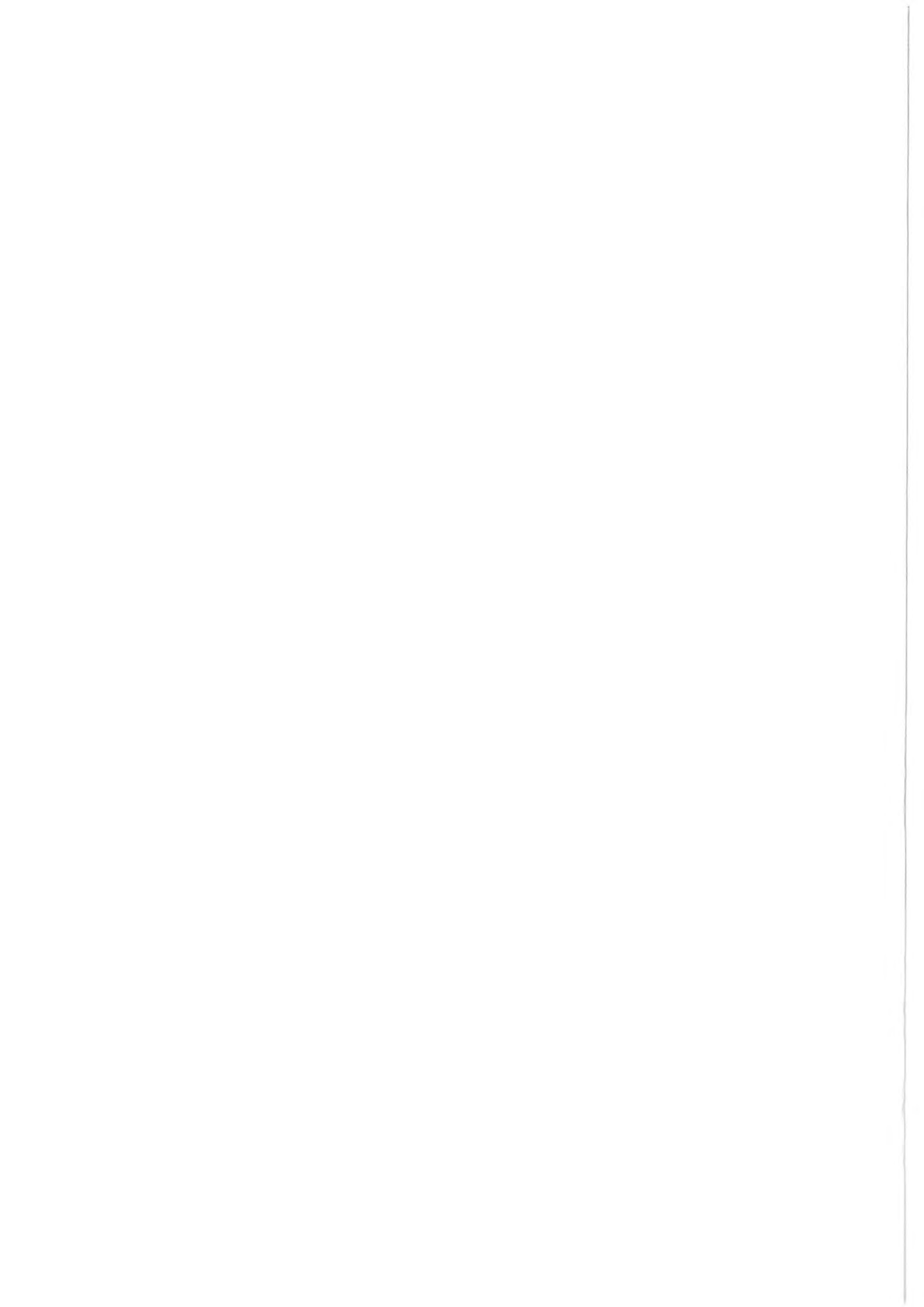
ハワイの福祉を学ぶ——55

～カウアイ・オアフ福祉紀行～

忍 博次（北星学園大学名誉教授・吉備国際大学大学院教授）

「北海道地域福祉研究」執筆要項

64



論 文

地域福祉権利擁護事業と 利用者保護制度の課題

白戸 一秀（北海道社会福祉協議会地域部長）

1. はじめに

福祉サービスの利用が措置から契約に転換することを契機に、平成11年10月に創設された地域福祉権利擁護事業の利用契約が全国累計で3千件を超えて、制度の本格的な普及期を迎えた。

利用契約の倍増という近年の傾向と併せて本年4月の支援費制度の施行によって、制度の利用が急速に拡大すると思われるが、今後、この「普及の質」が大きな課題となると思われる。

地域福祉権利擁護事業は「利用者に寄り添い、自律した生活づくりを支援する」という、これまでにない新しいサービスを提供していると筆者は考えている。しかし、日常的金銭管理のニーズの高さに影響されて、残念ながら、地域福祉権利擁護事業の中心である「福祉サービス利用援助」は、全国的にはまだ、社会福祉事業としての態様を確立しているとはいえない。

よって当然、在宅介護支援センターや居宅介護支援事業者など既存の利用者支援サービスとの関係を、また、成年後見制度などの利用者保護制度との関係をどのように整理するかなどの実践的な問題も十分解明されてはいない。

他方、東京都や大分県などで独立型社会福祉士事務所が「福祉サービスの利用援助事業」実施の届出を行い、受理される見通しであることが伝えられており、国庫補助事業としての地域福祉権利擁護事業のあり方のみならず、第2種社会福祉事業である「福祉サービス利用援助」の将来をどのように考えるかということも現実的な課題となってきた。

平成14年度には、居宅者に限定した対象要件の撤廃や日常的金銭管理サービスの一部を「福祉サービスの利用援助」に位置づけるなど、地域福祉権利擁護事業の実施要綱が改正された。制度的にはまだ発展途上ではあるが、制度創設から3年半の北海道の取り組みを検証しつつ、地域福祉権利擁護事業の「普及の質」を確保するための課題とその対応を考察したい。

2. 地域福祉権利擁護事業のあらまし

制度の概要は下表のとおりである。これを補足してこの事業の特徴をあげると次のようになる。

- 1) 意思能力の不十分な者との契約サービスであること。
- 2) サービスは平成12年6月社会福祉法施行で法定された「福祉サービス利用援助」を基本とし、「日常的金銭管理」「書類預かり」は全国共通ではなく実施者の選択であること。
- 3) 生活支援員の訪問による相談助言を基本に、契約に定めた代行・代理の便宜を図るサービスであること。
- 4) 生活支援員の多くは市町村社協の推薦による事前登録制で、専門職を要件とせず、その属性は様々であること。
- 5) 国庫補助は専門員の配置など事業の実施・運営体制の維持を対象とし、サービス利用料は原則として本人負担であり、補助対象外であること。
- 6) 都道府県社協等の実施者により、実施体制、サービスメニューや利用料金、生活支援員の属性や報酬などが異なり、これが中間補助者である都道府県等の施策により決定されていること。(都道府県社協が直営方式をとっているのは北海道、宮城県、熊本県である)

地域福祉権利擁護事業の概要（平成15年度）

- 制度創設：平成11年10月
- 実施者：都道府県社協（平成15年度からは指定都市社協が実施者として独立）。
 - ※都道府県社協は基幹的市町村社協に事業委託。専門員の配置。
 - ※北海道方式：14支庁の道社協地区事務所で直営実施。札幌市は社協に委託。
- 対象者：痴呆、知的障害、精神障害等により意思能力の不十分な方。※当初は「在宅者限定」。平成14年度から「生活不安のある方」に対象を拡大。
- サービス内容：生活支援員の定期訪問。相談・助言、契約による諸手続き等の代行・代理。
 - （基本事業）福祉サービス利用援助／（選択事業）日常的金銭管理、書類預かり
- 利用方法：契約方式（専門員による相談と調整）。
- 契約締結能力判定：専門員が全社協「チェックリスト」により実施（医師の診断書なし）。
 - ※判定困難の場合は実施者が設置する「契約締結審査会」に付議。
- 利用料金：原則本人負担。北海道：1回1,200円＋生活支援員の交通費等の実費。
- 生活支援員報酬：1回950円
 - ※利用料金・生活支援員報酬は実施者が独自に設定（全国共通ではない）。
 - ※本道の生活支援員登録数は約700名。○Bを含み社協役職員約40%、民生児童委員約20%。
- 国庫補助対象経費：専門員配置・契約締結審査会等の運営費。被生活保護世帯の利用料。
- 苦情受理・運営監視：都道府県社協の外局として設置する運営適正化委員会が行う。

3. 本道の地域福祉権利擁護事業の利用状況

1) 利用契約の急速な拡大と市町村格差

北海道の平成14年度（平成15年3月末）の利用契約数は累計で216件である。

表-1に示すように、平成11年10月の事業開始から各年度の契約数は前年をほぼ倍増する勢いで伸張している。

これを市町村別にみると（表-2）、本道212市町村で契約利用のあるのが58市町村27.3%だが、その内、札幌市社協の契約が72件（内契約稼動中50件）と全体の3分の1を占め、また、日高管内・浦河町が精神障害を中心に21件であるなど、制度の普及に地域的な差異の大きいことが特徴である。

平成15年1月現在の全国の契約累計は2,974件である。

その傾向を本道と比較すると、都道府県の平均契約数191.2件に対し本道は195件13位となっている。しかし、これを実施の窓口となるセンター別の契約数でみると全国平均1センター19.4件なのに対し、本道は13件となり41位に後退している。

契約数では最高が神奈川県841件、最低が奈良県の28件であるが、センター平均の最高では愛媛県の53.4件、最低が福島県の4.9件となり、都道府県の差異が大きい。

表－1 北海道の契約締結の推移（北海道統計 平成15年3月末現在）

年 度	利用契約数の推移				契約サービス（複数）				
	痴呆性	知的	精神	計	解約 件数	福祉 サービス 利用援助	日常的 金銭 管理	書類の 預かり	計
平成11年度(10月～)	3	2	0	5(4)	—	5	3	1	9
平成12年度	18	16	3	37(27)	5	37	31	1	69
平成13年度	32	12	13	57(38)	11	57	52	2	111
平成14年度	67	21	29	117(72)	24	117	108	2	227
累 計	120	51	45	216 (141)	40	216	194	6	416
(参考)2月末全国累計	2,707	636	587	4,157 (1,446)	1,152	—	—	—	—

注：契約締結・累計内の（ ）は被生活保護者数。

表－2 利用契約のある市町村数（北海道統計 平成15年3月末）

地 区	市町村数		契約件数	地 区	市町村数		契約件数
	総 数	契約有			総 数	契約有	
石 狩	9	4	8	網 走	26	3	8
渡 島	17	5	8	胆 振	15	5	13
檜 山	10	3	7	日 高	9	3	24
後 志	20	4	5	十 勝	20	4	9
空 知	27	11	27	釧 路	10	3	11
上 川	24	4	9	根 室	5	1	2
留 萌	9	4	5	札 幌	1	1	72
宗 谷	10	3	8	合 計	212	58	216

2) 利用率の高い生活保護者、知的障害・精神障害

前掲表－1によると利用者の65.3%、141名が被生活保護者である。2月末の全国累計では34.6%なのに対し、本道の比率が非常に高い。被保護者には利用料の全額が補助されることがその原因であると思われる。所得が低く、保護率も高いという本道の特徴もあるが、概して低所得層の多い「既存の福祉サービス利用者」を中心に制度の利用が誘導されていると観ることができる。

また、利用者の属性では、全国共通の特徴として痴呆性高齢者の利用が多いが、全国の構成比65.1%に対し本道は55.6%と低く、知的障害(全国15.3%、本道23.6%)、精神障害(全国14.1%、本道20.8%)の利用率が高い。

3) 制度利用の動機となる日常的金銭管理

前掲表－1で平成14年度末の契約累計216件の契約内訳をみると、基本事業である「福祉サービス利用援助」は全員利用、「日常的金銭管理」は194件89.8%、「書類預かりサービス」が6件1.7%となっている。日常的金銭管理のニーズの高さが目立ち、これを生活援助の直接的なメリットとして制度の利用につながる大きな動機を形成している。

本稿では詳細を紹介できないが、日常的金銭管理を契約しなかったケースの多くは知的障害だが、「本人が自分で金銭管理することを支援する」というケースが多い。いずれにしても全

国統計がないので比較はできないが、日常的金銭管理を動機に制度の利用が誘導されているとみることができるだろう。

4) サービス利用の実際～訪問月2.7回、利用料2,303円

それではサービス利用の実際が関心事ではあるが、平成14年度の統計がまだないので、現時点で活用できる平成14年1月現在の契約者93名（累計）の統計からその内容をみる。

ちなみに、93名の属性は、痴呆52.7%、知的障害31.2%、精神障害16.1%。サービスの内訳は、日常的金銭管理は81名87.1%、書類預かりサービスが9件9.7%であり、構成比は異なるが、サービス利用の傾向は現在と類似している。

表-3、4に示すように、1月あたりの生活支援員の平均訪問回数は2.7回、利用料の平均は月2,303円となっている。利用料が全額補助される生活保護受給者の利用回数が多いのは当然のこととして、属性別に見ると知的障害、精神障害への訪問頻度が高いのが特徴である。

表-3 1月あたりの平均利用回数 (単位:回)

	生保受給者	利用料負担者	全体
痴呆等	2.9	1.7	2.5
知的障害等	3.4	1.5	3.0
精神障害等	3.2	1.0	2.9
平均	3.1	1.6	2.7

注：平成14年1月北海道統計

表-4 1月あたりの平均利用料 (単位:円)

	利用料	交通費	合計
痴呆等	2,067	423	2,490
知的障害等	1,800	253	2,053
精神障害等	1,200	160	1,360
平均	1,939	364	2,303

注：利用料＝1回1,200円＋生活支援員の交通費

注：平成14年1月北海道統計

次に、生活支援員が具体的にどのような活動をしているかをまとめたのが表-5である。

書類預かりサービスが9人いるが日々活動する業務ではないので、福祉サービス利用援助と日常的金銭管理が中心的な業務になっている。具体的な内容を見ると「預金出入・年金受取」「公共料金等支払」などの金銭管理業務が中心ではあるが、「相談・見守り」「金銭管理の助言」が利用者全員に行われていることがわかった。

地域福祉権利擁護事業は「定期的訪問と相談助言」を基本とするサービスだが、福祉サービス利用援助と日常的金銭管理の双方にまたがる「相談助言」が行われている事実は、この制度が提供する生活支援の特質を表している。

生活支援員の業務をどのように分類するかはサービスを分析するためには不可欠の事項だが、全国的統計化の取り組みもまだないので、今後の課題となっている。

表－5 生活支援員の業務（平成14年1月北海道統計。単位：人）

区 分	福祉サービス利用援助			日常的金銭管理			
	相談・見守り	福祉サービス情報提供	福祉サービス利用手続	金銭管理の助言	預金出入年金受取	公共料金等支払支援	保護費受取支援
痴呆等	49	12	2	49	41	37	10
知的障害等	29	7	1	29	18	16	2
精神障害等	15	2	1	15	10	10	3
合計	93	21	4	93	69	63	15
比率(%)	100.0%	22.6%	4.3%	100.0%	74.2%	67.7%	16.1%

5) 契約解除の理由

平成15年3月末の契約累計の中で解約（契約終了）件数は、全国1,152件27.7%、本道40件18.5%となっている。（前掲表－1）

利用者の意思で契約の締結と解除を繰り返すことができるのが地域福祉権利擁護事業の特徴だといわれている。

平成14年1月の統計から契約解除の理由をみると（表－6）、「施設入所」「入院」が約4割で大きな理由になっている。平成14年6月の実施要綱の改正で、施設等の入所をもって契約を解除しなくてもよいことになったが、実際は、現在でも、日常的金銭管理を施設に任せ、入所とともに契約を解除する例が多い。

次に「本人申出」が28%余と多いが、多くは知的障害のケースで、生活支援員や専門員の支援に対して“依存と反発”の間を揺れ動きながらも、再契約を行うものも少なからずいる。当時の集計が4件と少ないので全体の傾向を特定できないが、今後、契約解除（終了）の事例を詳細に検討し、事業の効果や自立への貢献の仕組みを解明する必要があるだろう。

表－6 契約解除の理由（平成14年1月道社協統計。単位：人）

	家族支援	施設入所	死亡	本人申出	長期入院	転居	合計
痴呆等	2	4	1	0	0	0	7
知的障害等	0	1	0	4	0	0	5
精神障害等	0	0	0	0	1	1	2
合計	2	5	1	4	1	1	14
比率(%)	14.3%	35.7%	7.1%	28.6%	7.1%	7.1%	100.0%

6) 契約に至らない理由

本道の平成15年2月時点で、専門員が訪問面接を行った相談者の中で契約は無理と判断し、調整をあきらめたケース91件（累計）の主たる理由を分類したのが表－7である。

表－7 訪問調整で契約にいたらなかった理由（道社協統計 平成15年2月累計）

本人の利用意思が固まらない	家族等の支援導入で解決できた	施設入所・長期入院等による	契約できるだけの判断能力がない	利用料が負担できないため	家族等の反対がある	その他（サービス内容への誤解等）	合計
30	16	15	9	5	4	12	91

「本人の意思が固まらない」が多く約3割。低所得者の利用料減免制度のないことが制度の

普及を制約しているとの指摘は根強いが、「利用料の負担ができない」が5.5%で、主たる理由とはなっていない。ただし、複数の理由が重なることが通例なので、「家族等の支援で解決」17.6%などほかの資源を利用してこの問題に対応していることも考えられる。また、市町村からは、利用料の問題があって相談までたどり着かない、という声も聞かれる。

注目したいのは、「施設等への入所」で支援が必要なくなった（17%）で、入所型施設への依存傾向の高い本道の現状を象徴している。また、「契約能力がない」も約1割あり、成年後見制度との連携が課題となっている。

制度の普及について、「生活支援が必要で意思能力が不十分な者」との契約サービスの困難さを指摘する関係者は多いが、現在、全国的に議論されているのは、相談件数の多さに比して契約実績が余りにも低いのは何故かという問題である。

平成15年2月現在の全国の累計相談件数は144,055件（内契約数4,157件2.9%）、同年3月末の本道の累計相談件数は7,078件（内契約216件3.1%）で相談に対する契約（制度利用）の比率が3%前後であるが、その実態については説明が急がれる問題である。

4. 潜在する地域福祉権利擁護事業のニーズ

札幌市を除く211市町村に対し、平成14年6月、道社協は地域福祉権利擁護事業のニーズ調査を行った。調査対象は、市町村社協、市町村保健センター、在宅介護支援センター、福祉事務所、保健所などニーズ把握とケアマネジメントの主要な役割を果たしていると思われる機関・団体945箇所。回収率は低く429箇所（回答率45.4%）であったが、市町村の地域性には関係なく、機関・団体によってニーズ把握に10倍から20倍の大きな格差があることが分かった。

調査の結果は、表-8にみるように、金銭管理や福祉サービス利用など支援を必要とするケースが全体で4,975人を数えた。その内、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度などの利用を検討中の者を含め、「第三者の年金受領」「財産侵害」「サービス拒否」「郵便理解不能」等のいくつかの要素をクロスして対象を絞ると、制度利用の調整が速やかに必要と思われるケースは303人にのぼった。回答率が50%を割っているので、実際にはこれを倍する600から700人のニーズが本道にあると推測している。

平成14年度の地域福祉権利擁護事業の利用契約数は過去最高の117件だったが、この調査によって把握した約300件のニーズを制度の利用に十分誘導できていない実態も明らかになった。

ニーズが制度利用に十分つながらない理由は、その一部は前節の「契約に至らない理由」でふれたが、これらにとどまらない要因も当然考えられる。それらは後節で改めて検証したい。

表-8 地域福祉権利擁護事業ニーズ調査結果（平成14年6月）

回答事業所数（回答率％）		生活課題を抱えるケース（複数回答 単位：人）													契約想定ケース数（人）	
		ケース実人員	金銭管理に関する課題							福祉サービスの利用や情報収集に関する課題						
			公共料金等滞納	通帳や印鑑紛失	預貯金の出し入れできない	第三者が年金や生活保護費を受領	悪質な訪問販売被害	他人から財産侵害	ローンや負債あり、返済不能	福祉・医療サービス利用拒否的	食事摂取、服薬管理不能	郵便物の内容理解、管理不能	書字困難	成年後見制度申立て検討中		権利擁護事業利用検討中
429	45.4%	4975	394	161	1137	706	259	45	168	349	530	1188	153	35	78	303
構成比（％）		100.0	7.9	3.2	22.9	14.2	5.2	0.9	3.4	7.0	10.7	23.9	3.1	0.7	1.6	6.1

5. 関係者による事業実施の評価

以上、地域福祉権利擁護事業の事業創設から3年半の取り組みの状況を検討してきたが、事業関係者の評価はどうであろうか。本道の事業実施者である北海道社会福祉協議会の『平成14年度北海道地域福祉生活支援センター活動報告書』（平成15年3月28日）と日本弁護士連合会の支援費制度への提言をみてみたい。

1) 北海道社会福祉協議会の総括

活動報告では「制度的な課題」と「地域における課題」の2つに大別して、事業実施上の課題を下表のようにまとめている。

<p>IV. 地域福祉権利擁護事業の制度普及上の課題</p> <p>1. 制度的な課題</p> <p>①具体的なサービス利用内容の想定の難しさ</p> <p>②普及に時間がかかる</p> <p>③利用料負担への理解を得る難しさ</p> <p>2. 地域における課題</p> <p>①既存の社会資源で対応している状態が続いている</p> <p>②ケア計画において地域福祉権利擁護事業の利用がイメージされていない</p> <p>③本事業の利用よりも施設入所を選択する傾向がある</p> <p>（『平成14年度北海道地域福祉生活支援センター活動報告書』 p. 45）</p>
--

「制度的な課題」では、『本事業を利用して居宅生活の継続を支える具体的なサービス内容の想定が難しい。緊急度の高いケースや困難ケースが生じて初めて相談に至るという傾向が強

く、早期に予防的に利用されるということが少ない。』として本制度が提供するサービス・イメージの浸透が必要であることを課題としている。さらに、『「意思確認に時間がかかる」、「契約手続きへの心理的負担がある」、「家族（親族）の反対があり利用しづらい」といった理由から手続きに時間を要することがあり、この事業の普及に時間のかかる要因となっている。』とも指摘し、本人の意思を尊重した契約調整に相当の労力と時間が必要であることを課題としている。

「地域における課題」は、制度の普及に影響を与えている地域ケアの現状について述べたものである。この制度を利用する者の多くは何らかの公私の社会的支援を受けている場合が多いが、近隣支援のみならず、依然として、既存の事業者が金銭管理等の便宜を図っている実態のあることを課題としている。また、『地域でケアマネジメントを行う機関、職種において、他のサービスとともに地域福祉権利擁護事業を利用して在宅生活を支えるという発想がまだ薄く、ケア計画の中にこの事業を組み入れることが少ない。』ことをあげている。

しかし、制度対象者の多くは既存の資源では対応できないいわゆる困難事例としてあることが多いが、在宅生活を支える体制構築の難しさから、『マネジメントできず、すぐに施設入所が検討される傾向』が制度の普及を妨げているのではないかとしている。

いずれにしても、『地域福祉権利擁護事業は利用者の福祉サービス利用援助、生活費管理等、生活の一部を支えるサービスであり、単独では利用者の生活全般を支えられない。他の在宅福祉サービス利用も含めたケアマネジメントの中に位置付けられるべきである。』という指摘は重要である。

2) 日本弁護士連合会の意見

平成14年6月、日本弁護士連合会は、支援費制度の導入に関して、『障害をもつ人が今まで受けてきた社会福祉サービスを継続して受けることを排除する制度であってはならない』という観点から、新・障害者プランによる基盤整備から権利擁護まで幅広い分野にわたる「支援費制度意見書」を厚生労働省に提出した。同報告では、「地域福祉権利擁護事業の運用と課題」について次の諸点を指摘して制度の改善を求めている。

1. 本人が判断能力・契約締結能力を有していなければ利用することはできないこと。
2. 日常的財産管理を超える重大な財産管理は支援できないこと。
3. 施設入所の利用を代理・代行によって支援できないこと。
4. 障害基礎年金しか所得がない場合、利用者負担により生活保護よりも所得が少なくなってしまうこと。

全社協が定めた地域福祉権利擁護事業のガイドラインによれば日常的金銭管理で扱う金額の目安を50万円程度としている。また、施設入所のみならず生活に大きな影響のある「住居の移動」にかかわる手続きの代行等は当初、支援の対象外と定めていた。

同意見書では、本人の意向が明らかでないにもかかわらず、家族が本人の名義で入所契約を行っている例にもふれ、「あくまでも本人の意向を確認して代行する支援」を重視して、施設入所の契約を支援内容に含めるよう提言している。

同意見書では、地域福祉権利擁護事業との関係を含めて後述するが、成年後見制度のあり方にも言及しており、とくに強調しているのが「制度の利用費用（本人負担）」の問題である。

地域福祉権利擁護事業では、生活保護を受けている人以外は、全額自己負担であることについて、障害者の生涯にわたる負担は高齢者を上回る、として低所得層に対する利用料の公的助

成制度の必要性を訴え、基礎自治体たる市区町村の役割として検討することを提言している。

3) 厚生労働省による事業実施要綱の改正

平成14年6月、事業実施上の様々な評価のもと、制度施行後初めて実施要綱が改正された。主要な改正は「対象者と援助内容の拡大」について行われた。主要な改正点を以下に示す。

1. これまで「居宅生活者」に限定していた対象要件を撤廃。
2. 高齢や障害によって「日常生活の判断に不安のある者」と実態に合わせて再定義。
(痴呆状態に物忘れを含み、知的障害・精神障害などの状態を重視し、医師の診断や各種手帳の交付の有無を問わないことを改めて強調)
3. 意思能力が低下した場合、成年後見制度を利用して、後見人等と契約して制度の継続利用ができることを明記。
4. 事業の対象サービス（援助の内容）を整理し、これまで日常的金銭管理で表象していた生活援助の内容を具体的に例示し、援助内容として明確にした。(下記参照。下線は筆者)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 福祉サービスの利用に関する援助2. 福祉サービスの利用に関する苦情解決制度の利用援助3. <u>住宅改造、居住家屋の賃借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政手続に関する援助</u>その他福祉サービスの適切な利用のために必要な一連の援助4. 1から3に伴う預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理（日常的金銭管理） |
|--|

5. 援助の方法を原則、「情報提供、助言、契約・利用手続きへの同行・代行」と具体的に明示したが、「代理権の授与契約」については引き続き慎重な取り扱いを堅持し、契約締結審査会付議事項とした。

最も影響の大きいのは対象者を在宅者から施設生活者に拡大したことであろうが、この具体的取扱いは都道府県によって異なり、多くは「限定的に運用」しているのが実態である。北海道の場合は、「施設・病院の責務として提供すべきサービスを優先し、当面は、施設・病院から退所する予定のある者」を対象とし、在宅復帰を重視する方針をとっている。

日本弁護士連合会の提言する施設入所手続きの支援を援助内容に含めることについては制度改正には盛り込まれなかったが、実際は、「本人の意に反する入所決定」のリスクを「代理権」を制限的に適用することで牽制し、“助言、手続きの同行・代行”を実施者がどのように運用するかによることになった。

(注) 地域福祉権利擁護事業実施要領（「地域福祉推進事業の実施について」の一部改正 平成14年6月24日 社会・援護局長通知）

6. 事業の課題と対応

これまで地域福祉権利擁護事業の実施状況とその評価を検証してきたが、そこで確認された課題に対応して、今後、この事業を「適切に普及」する方策は何かを考察したい。

ちなみに、道社協の『平成14年度北海道地域福祉生活支援センター活動報告書』（以下、道社協報告）では、以下のように事業普及の対応を示している。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 本事業を利用した居宅生活の具体的な内容の普及2. 契約手続きの合理化3. 低所得利用者の負担軽減への取り組み4. ホームヘルパー、ケアマネジャーによる金銭管理の本事業への移行の推進5. 本事業を組み入れた地域ケア体制の構築 |
|--|

これらについて筆者は賛同しつつ、併せて以下の対応を提起したい。

4) 問題の発見とサービスの利用を誘導する仕組みづくり

どんなに利用者本位のよい制度を用意しても、サービスを必要とする人が制度の窓口に誘導され利用に結びつかなければ、制度は無いに等しい。地域福祉権利擁護事業の対象者の多くは地域に潜在しているだけでなく、本人に自分の抱える問題の自覚がなく、社会的支援（サービス利用）の拒否といった状況もある。近隣支援などの住民福祉活動や当事者活動、ボランティア活動などインフォーマルな活動のもつ「問題を発見し、専門的支援の窓口に誘導する」機能を組織化し、フォーマルな支援との連携の仕組みをつくることが不可欠である。「福祉サービスの利用援助」のサービスを利用するための支援も必要なのである。そのためには、社会福祉協議会の福祉のまちづくり活動や民生・児童委員の地域活動に期待したいのである。

5) 事業を利用した居宅生活支援のイメージを共有

そのためには、道社協報告にあるように、「実際に1件の利用ケースから効果等が明らかになり、後続ケースが複数発生するという傾向」が顕著であることを教訓に、公私の関係者に対して生活支援員の相談・助言や代行の活動と多様な公私の本人支援活動が連携して居宅生活が維持、継続されていることのイメージを具体的に共有し、普及することが不可欠である。

これは後述する、施設依存の地域ケア体制の現状を打破したり、いわゆる本格的なケアマネジメントの実践を普及したりする際の明確な動機付けになろう。

6) 日常的金銭管理は「生活の自己管理」支援

地域福祉権利擁護事業は「利用者に寄り添い、自律した生活づくりを支援する」という、これまでになく新しいサービスを提供していると本稿の冒頭に記したが、前節にも関連して、この事業によって提供される「サービスの特質」を確認することは重要なことである。

制度の利用が誘導される主要な動機に日常的金銭管理があり、基本事業とは言いながら福祉サービスの利用援助が付け足しのような受け止めをされている傾向がないとはいえない。

「出来ないことを支援する」というのは直接的な支援の形態であって理解もされやすい。しかし、本質的な問題は、様々な疾病や障害を原因として自らの生活を自分でコントロールできないことから派生する問題であり、地域の様々な人々との接触の中で生活する際の「関係障害」として問題があるという認識が必要である。このサービスの特質は「自らの意思で自分の生活

を自分で管理できるよう誘導し、支援する」ために、相談・助言を援助の基本とした「本人に寄り添う」サービスであることを確認したい。

7) 施設サービス依存の克服

介護保険施行後の施設待機の急増に見られるように、元来、本道は社会福祉施設や病院など施設サービス志向が強い。居宅サービスを制度の限界まで利用して施設入所を選択するという例も少なく、居宅生活の継続を支援できる包括的な地域ケア体制の構築が当面する最大の課題である。

本事業利用者の多くは地域では手間のかかる「対応困難ケース」としてある。サービス利用（社会関係構築）の拒否や財産・権利侵害などの生活問題は既存のサービスでは対応しにくいニーズであり、「本人が地域で暮らすリスク」と「ともに暮らす地域社会のリスク」の問題にはさまれている。地域福祉権利擁護事業の支援はこれらのリスクの解消もしくは軽減を図るものである。

道社協報告では『この事業は、金銭管理を支援の入り口としながら、その支援の過程において利用者の生活全体を見据えて生活課題を把握することができる。そして、関係者との連携体制を築くことにより、その生活課題を解決に導いていくことができる。地域の関係者との具体的な連携の姿として、ケア会議を開き関係者全体で利用者の生活課題の解決を協議している事例も多々ある。』とし、「本事業を組み入れた地域ケア体制の構築」を訴えている。

本事業の生活支援員や専門員の活動は、本人の傍に居て、総合的に居宅生活を支援するためのケアマネジメントを機能させ、誘導する役割を果たしており、その意味で、この事業を組み入れた高齢者・障害者のケア計画がもっと普及されるべきであろう。

他方、単身生活の痴呆者に対し、“事故（火事）でもおこしたら、迷惑が周囲に及ぶ”などと安全な施設生活を誘導するケースもある。リスクを共有し、ともに暮らす福祉のまちづくりも同時に不可欠なのである。

8) 既存サービスとの役割分担と連携

日常的な金銭管理の支援は福祉ニーズには位置づけられていなかったし、現在も位置づけられてはいない。地域福祉権利擁護事業の登場以前は、ホームヘルプサービスなどを中心に、生活の世話の延長で「便宜」としてこれらのニーズに対応していた例が多く、“身体介護”重視へと大きくサービスが変わった介護保険制度の施行以降も、継続してこれらの支援を行っている事業所は少なくはない。その原因は介護保険より厳密に行われる「契約手続きへの負担感」と新たに求められる「利用料の自己負担」の問題であろう。

この事業のニーズの多くは関与する事業者が提供するサービスでは対応できないか、対応するための労力・時間のコストが経営になじまないものが多いが故に、一方では、いわゆる対応困難な利用者として敬遠したり、ニーズを潜在化させたり、“丸投げ”して施設入所に誘導したりという事例もある。

いずれの場合も、既存のサービスで対応できないニーズをどう対処するかを巡る事業者の判断である。ここで重要なのは、これらのニーズが地域で暮らすためには無視できない重要な生活問題であることだ。

地域福祉権利擁護事業の特質は、定期的な訪問による相談・助言と同行や代行活動を通じて社会生活上の必要な生活支援を行うことにある。既存サービスはこのことを認知して、「サー

ビス同士をつなぐ」「サービスのすき間を埋める」という機能をもっと積極的に活用すべきである。

また、総合的な生活支援へのアプローチを図るケアマネジメントの潤滑油ともなる有力な資源として、既存サービスとのパートナーシップをもっと組織化すべきであろう。

9) 利用料負担への公的助成の必要

多くの関係者が指摘するこの問題の解決は難しいが、近い将来、制度的な矛盾が起こる可能性がある。生活保護受給者に対しては利用料の全額が補助されるが、本人の意思能力が減退し成年後見制度の利用が必要になった場合、同制度には後見人等の報酬などへの公的助成制度はなく、利用できなくなることだ。

平成13年度から市町村の選択事業として「成年後見制度利用支援事業」が国庫補助事業として登場した。福祉サービスを利用するために市町村長が成年後見制度の利用を申し立てる際に、申立費用や後見人報酬などの一部を補助する制度で、平成14年度からは対象者を知的障害、精神障害に拡大した。「個人の財産管理のために公費をあてる」ことへの施策的ナリスクは高い。市町村財政の逼迫の問題も絡み、市町村の取り組みは消極的である。

もっとも地域福祉権利擁護事業に関しては、そもそもはこのような制度はなく、市町村の独自施策に期待するしかない状況である。

ちなみに、「成年後見制度利用支援事業」に関する本道自治体調査を北海道社会福祉士会が行っており、平成14年2月の状況ではあるが、平成13年度実施、平成14年度実施予定及び検討中を合計しても23市町村しかなく（回答率57.5%）、権利擁護はまだ施策の関心を得ていないなど下表のような現状が明らかになった。

表—9 成年後見制度利用支援事業の対象利用者の把握

回答項目	市	%	町村	%	回答数	%
把握している	0	0.0	1	1.1	1	0.8
大体把握している	2	7.4	24	25.3	26	21.3
把握していない	19	70.4	46	48.4	65	53.3
分からない	2	7.4	12	12.6	14	11.5
その他	4	14.8	6	6.3	10	8.2
無回答	0	0.0	6	6.3	6	4.9
合計	27	100.0	95	100.0	122	100.0

表—10 成年後見制度利用支援事業の実施上の課題

回答項目	市	%	町村	%	回答数	%
後見申立て対象者の把握と選定	19	70.4	55	57.9	74	60.7
4親等の親族の把握と申立て意志の確認	18	66.7	42	44.2	60	49.2
申立て事務の体制と費用の確保	12	44.4	58	61.1	70	57.4
後見人候補者の推薦	8	29.6	36	37.9	44	36.1
後見報酬に公的補助する事への社会的認知	7	25.9	28	29.5	35	28.7
将来増加する後見申立てとその予算への対応	13	48.1	27	28.4	40	32.8
その他	1	3.7	3	3.2	4	3.3
回答数合計	78	288.9	249	262.1	327	268.0
無回答市町村数	3	11.1	13	13.7	16	13.1
市町村数合計	27	100.0	95	100.0	122	100.0

7. 成年後見制度との連携

平成14年度の実施要綱の改正で、成年後見制度を活用し、後見人等と事業の利用契約を結び契約を継続することが明確にされた。本稿で成年後見制度について解説することはできないが、地域福祉権利擁護事業との連携に際し、重要な事項について以下に列挙する。

1. 意思能力の程度によって後見、保佐、補助の種類があり、補助は契約能力のある状態で、地域福祉権利擁護事業の利用契約も締結可能な状態であること。
2. 意思能力の不十分な者に対して後見人等を選任して法律的行为を代理させる制度であり、「福祉サービスではない」こと。
3. 本人の権利行使を制限して、それを代理人に行わせて本人の権利を守る制度であり、被後見人となった場合は「無能力者」として選挙権などの公民権が制限されること。
4. 後見人等は家庭裁判所で指定した法律行為等を代理するもので、身上監護の業務においては被後見人の生活の世話を直接行うことを想定してはいないこと。

新しい成年後見制度の運用に際しては、身上監護業務の範囲、後見人等受任者の確保、専門職などによる第三者後見人とその報酬の確保、福祉サービス利用契約などが必要な低所得者の費用負担、手術同意などの事実行為の位置づけ、後見活動の監督体制など、課題は多い。

地域福祉権利擁護事業と成年後見制度との比較と相互の関係を一覧にしたのが表-11である。

表-11 成年後見制度と地域福祉権利擁護事業の関係

両制度の特質	成年後見制度と地域福祉権利擁護事業の関係
成年後見制度＝ 代理権・同意(取消)権の付与権利擁護事業 ＝契約による代行・代理業務	1. 福祉サービス利用援助により成年後見制度の利用へ 2. 本人を代理し地域福祉権利擁護事業の利用契約を行う 3. 後見業務の一部を地域福祉権利擁護事業に委託する

地域福祉権利擁護事業の最大のリスクは利用者の意思能力の低下により契約締結能力がなくなることである。選任された後見人との契約で援助を継続することは前記したが、横浜市社協の場合、新しい「任意後見制度」(将来の後見を意思能力が明確なときに委託契約する)を利用して、地域福祉権利擁護事業の契約と同時に横浜市社協を「法人後見人」としてこの契約を交わして将来を担保するなどの先駆的な取り組みがあり、注目されている。

後見人等は本人を代理して公的サービスの利用を契約し、契約の履行(サービスの提供)を管理するが、被後見人の日常生活を常時チェックできるわけではないので、これらの後見業務の一部を地域福祉権利擁護事業により行わせるという関係がもっと普及するであろう。

また、地域福祉権利擁護事業の限界は、支援内容は本人の委託による日常生活の範囲の代行活動が中心であることで、財産侵害を復元する訴訟などの法的対応は難しい。代理権が明確に付与される後見人等の選任を得て、これらの問題に対処するなどの対応が現実的に考えられる。

いずれにしても、地域福祉権利擁護事業と成年後見制度の連携をさらに研究し、「司法福祉」という新しい分野を開拓して、利用者の権利擁護の体制を強固に構築することが必要であろう。

8. 地域福祉権利擁護事業の将来

地域福祉権利擁護事業の創設以降の推移を確認し、現在直面している諸課題とその解決の方向性を検討してきた。筆者は本道のこの事業の創設にかかわり、本年3月まで北海道地域福祉生活支援センター所長の立場でこの間の事業の推進を担ってきた。

その経過から、事業推進3年余を経過した現在の最大の関心は、第一には、地域福祉権利擁護事業を市町村の社会福祉実践や地域福祉施策の中にどのように普及・定着させることができるかということであり、第二は、この事業の基本的サービスである「福祉サービス利用援助」を社会福祉事業としてどのように確立させるか、の2点である。

いずれにしても社会福祉基礎構造改革の大きな流れの中で地域福祉権利擁護事業の将来をどのように描くということであるが、近年、注目すべき動向も散見されるのでこのことにもふれ、制度の将来を考えてみたい。

10) 独立型社会福祉士事務所による福祉サービス利用援助事業の実施

昨年度末、東京都と大分県にある独立型社会福祉士事務所が第2種社会福祉事業である「福祉サービス利用援助事業」の開始届を都県の所管に提出した。厚生労働省社会・援護局はこれらの届を受理可能との判断であると伝えられている。

これらの事務所の特徴は、介護保険制度の居宅介護支援事業所として活動し、また成年後見制度にあってはいわゆる「職業後見人」活動を行っていることである。

地域福祉権利擁護事業から独立して「福祉サービス利用援助」を普及するこれらの動きは、わが国の利用者保護制度の構築において新しい問題を提起するものとして注目される。

その第一は、社会福祉法で社会福祉事業と位置づける“相談支援”が「サービスとして独立させる」先駆的な挑戦であること。第二は、「福祉サービス利用援助」サービスを市町村にあまねく普及させる契機となることの2点である。

ただし、後者に関しては、契約締結能力の認定・判定、日常的金銭管理の位置づけ、サービスの質の確保、利用者保護システムなど地域福祉権利擁護事業との整合性や連携の観点からの整理しなければならない問題は多く、今後の動きを注視したい。

11) 「福祉サービスの利用援助」と地域福祉権利擁護事業

筆者は地域福祉権利擁護事業の拡充のみでは「福祉サービス利用援助」を市町村地域に普及することに限界があるとの見解をもっているが、地域福祉権利擁護事業との関係については、独立型社会福祉士事務所の第2種社会福祉事業届出の問題を含めて、いま一度整理しなければならないだろう。

「福祉サービス利用援助」は社会福祉法に法定された第2種社会福祉事業であり、地域福祉権利擁護事業はこの事業を普及するために創設された国庫補助事業である、という関係にあると要約することができる。社会福祉法では次のように規定している。

(資料)「社会福祉法」第2条3 一二 (第2種社会福祉事業) 福祉サービスの利用援助事業

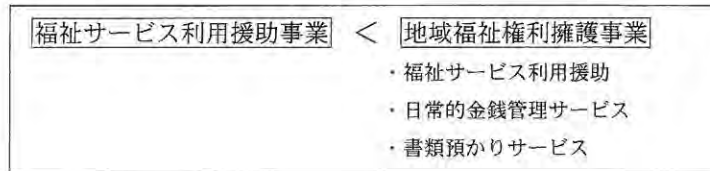
精神上の理由により日常生活営むのに支障がある者に対して、無料又は低額な料金で、福祉サービスの利用に関し相談に応じ、及び助言を行い、並びに福祉サービスの提供を受けるために必要な手続き又は福祉サービスの利用に関する費用の支払いに関する便宜を供与することその他の福祉サービスの適切な利用のための一連の援助を一体的に行う事業をいう

(資料)「社会福祉法」第81条(都道府県社協の行う福祉サービスの利用援助事業等) (下線は筆者)

都道府県社会福祉協議会は、第108条第1項に掲げる事業を行うほか、福祉サービス利用援助事業を行う市町村社会福祉協議会その他の者と協力して都道府県の区域内においてあまねく福祉サービス利用援助事業が実施されるために必要な事業を行うとともに、これと併せて、当該事業に従事する者の資質の向上のための事業並びに福祉サービス利用援助事業に関する普及及び啓発を行うものとする。

法解釈的には、「福祉サービス利用援助」は市町村社協以外の者も担うことができるし、都道府県社協はこのサービスを安定的に普及させる推進者として位置づけられている。また、ニーズの高い日常的金銭管理の範囲は限定的に解釈されている。

このことから地域福祉権利擁護事業は「福祉サービス利用援助」を含み、さらにより広い利用者支援サービスを提供するものであるといえることができる。(下図参照)



現在、地域福祉権利擁護事業が普及し、また期待されているのは、「福祉サービス利用援助」のみならず幅広い生活支援サービスを組み込んでいるからである。本稿で確認したように、実際のサービス提供では見守りを伴う「相談・助言」の重要な部分として「金銭管理の助言」が含まれている。「福祉サービス利用援助」に「生活支援サービス」を組み合わせることが地域福祉権利擁護事業の意義である。

12) 「福祉サービスの利用援助」の普及の条件

地域福祉権利擁護事業の拡充の延長に「福祉サービス利用援助」の普及は難しいと前述したのは以下の理由による。

1. 事業の実施・運営の全体が国・県の補助基準によりコントロールされていること。
2. 都道府県社協から基幹的市町村社協に委託する事業形態であること。
3. 基幹的市町村社協は圏域の複数の市町村地域を所管する広域事業であること。
4. 補助対象は、主として制度を実施・運営する体制づくりについての経費であり、サービスの利用に関する経費は対象とされていないこと
5. 日常的金銭管理等の事業選択や利用料負担など、事業の態様が統一されていないこと。
6. 事業実施要綱において市町村自治体の位置づけ・役割がないこと。

近年、地域福祉権利擁護事業の利用が急激に伸張しているが、現場の悩みは相談、契約調整

や契約サービスの管理で業務が増加しているが、これらを担う専門員の確保が実施者（地域センター）の裁量ではなく、国・県の施策によって制約を受けていることである。

また、サービスの利用料は提供されるサービスのコストに対応するものだとするならば、都道府県の差異は各県で提供されるサービスの質に格差があることを示している。このことはサービスを担う生活支援員の報酬の水準も規制し、生活支援員はボランティアか専門職かという議論ともあわせて、サービスの質を確保する上で課題を残していた。

「福祉サービスの利用援助」が社会福祉事業として市町村地域に定着するためには、サービスの内容とその質を「標準化」することが不可欠であると筆者は考えている。

社会福祉基礎構造改革で措置から契約に福祉サービスが転換したが、ここで確認しなければならないのは、行政からサービスが独立したことである。事業実施者の「指定基準」や提供するサービスの「運営基準」によってサービスが”自立的に運営”されることとなった。

社会福祉法に定める社会福祉事業の中でこれらの基準（サービスや運営の標準化）がないのは「福祉サービスの利用援助」のみであり、あわせて、サービスの利用・提供について報酬を設定していないのもこの事業のみである。

「福祉サービス利用援助」が真に利用者の権利を擁護し、地域生活を支援する事業として普及、定着するためには、以上のことから、地域福祉権利擁護事業の国庫補助事業をやめ「福祉サービス利用援助」本体に報酬を付与することが不可避であると考えられる。

ちなみに、社会福祉事業に位置づけられた中でそのサービスの費用が制度化されていないのは「福祉サービス利用援助」のみである。

9. おわりに

地域福祉権利擁護事業において行われる生活支援員の業務は、①定期的な訪問による相談活動を基本に、②福祉サービスの利用を一緒に考え、③利用手続きの応援をする、④日常の金銭管理を通じて消費生活をサポートするなど社会生活上のさまざまな場面で助言や代弁、代行活動を行うものである。

実際の契約事例をみると、日常的金銭管理はあくまでも支援の入り口であっても、実際の生活問題はギャンブル依存などの浪費や近親者からの財産侵害であったり、悪徳商法や悪意の契約による被害の問題であったりと、これまでの福祉サービスではなかなか触れられなかった「生活問題の諸相」が浮かびあがってくるのが特徴である。

個人の尊厳を尊重し、福祉サービスの適切な利用を保障する「利用者本位」の制度の構築をめざすことが社会福祉基礎構造改革の基本的方向であり、その基本的なコンセプトが、利用者の選択と決定にもとづく「契約利用」への転換であった。

しかし、契約制度の前提となる、事業者と利用者の対等な関係が本当に確保されるのかが、核心的な問題となる。介護保険制度施行後の推移をみても、「契約弱者」でもある利用者にとって、自己決定の原則が空回りして、自己責任の重荷のみを背負う結果となる不安はぬぐいきれない。

そこで、「福祉サービスの適切な利用」を保障するサブシステムが配置され、有効に機能することが不可欠となる。意思能力の低下した人のサービスの利用を援助する「権利擁護」、サービスの苦情を受け止める「苦情解決」、良質なサービスを確保する「サービス評価」、そして多様な担い手の中であって標準となるサービスを提供する「社会福祉法人の活性化」がそれで

あり、「情報の開示」が全体を有機的につなぐ役割を果たす。そして、ここにおいて擁護すべき利用者の権利を次のように総括することができる。

知る事／選択できる事／苦情や意見を言う事／助言や代弁を求める事

これらのことが利用者の選択と決定を支援する仕組みとして、制度としてとしてどのように確保し、保障するかが課題である。

社会福祉基礎構造改革のなかで地域福祉権利擁護事業は、「利用者本人を支援する」新しい社会サービスとして登場した。ともすれば措置制度の残滓として、事業者誘導型やサービス提供者主導型の支援が見受けられるが、この事業が利用者の地域生活を真に応援できる「利用者主体」の制度として発展することを願って本稿を閉じたい。

(参考文献・資料)

- ・北海道社会福祉協議会『北海道地域福祉生活支援センター活動報告』〔2001・2002〕
- ・全国社会福祉協議会『よく分かる地域福祉権利擁護事業』〔2000.03〕
- ・全国社会福祉協議会『社会福祉法対応版・地域福祉権利擁護事業推進マニュアル』〔2001.03〕
- ・「地域福祉権利擁護事業実施要領」（「地域福祉推進事業の実施について」の一部改正 平成14年6月24日 社会・援護局長通知）
- ・日本弁護士会「支援費制度への提言」〔2002.06.22〕
- ・東京都社会福祉協議会『成年後見制度及び福祉サービス利用援助事業の利用の手引き【改訂版】～判断能力不十分な人への契約支援～』〔2002.05〕
- ・北海道社会福祉協議会『第3期地域福祉実践計画策定の手引き～市町村社協による地域福祉計画時代の福祉のまちづくり計画』〔2002.12〕

論文

障害児の親たちによる
セルフ・ヘルプ活動の展開と善意
——マザーグースの会の分析——

武田 るい子（北海道大学大学院教育学研究科博士後期課程）

1. はじめに

近年の社会福祉基礎構造改革に伴って、利用者主体、自己決定の原理を取り入れた「地域福祉システム」論と「社会参加」論、更には「障害をもつ当事者が地域社会の変革者」になることをスローガンに掲げる「共生社会論」が多くの賛同を得ている。これら1990年代に主流となってきた当事者主体、利用者主体、住民主体という考え方には二つの共通する主張が込められている。サービスの受け手（当事者）の立場や視点から、自立支援的援助が編成されるべきという主張と、受け手（住民）自らが地域福祉の担い手となり、福祉計画の立案過程に参画していく主体となるべきであるとする主張である。従って、地域実践や計画づくりを含む福祉社会形成を展望する論理からは、次に多様なレベルの担い手育成が課題となってくるのである。

一方で、当事者がいかにして「自己」を成熟させ、公私協働の時代に独自の役割を發揮していくかが当事者の側からも捉え直されている。1970年代の自立生活運動に代表されるように、障害者観の変更（自己肯定）をつうじて、親以外の介助者との関係を連带的に築いていこうとする実践が、自覚的に追求していたのは自己形成という課題であった。同様の課題は、1990年代をつうじて、障害をもつ子の親たちの課題として当事者自身によって語られ始めている⁽¹⁾。

要約的にいうと、福祉ミックスが進展する時代における主体性は三つの文脈から語られている。一つには、福祉システム内に位置づくボランティア参加論（住民・市民団体による非営利活動を含む）、二つ目が共生社会の運動論（地域づくり）、三つ目に当事者たちの自己変容と支援アプローチをめぐるエンパワーメント論である。第一の「参加型福祉社会論」は、住民自らがサービス提供主体となり、地域における福祉サービスの充実を目指した行政と市民とのパートナーシップを強調する。こうした高齢社会対策を背景とする参加論において「主体性」とは、「市民の社会参加する意思」即ち「自発性」を意味すると同時に、それを社会資源化しつつサービス選択の自由を保障するというシステム思考に貫かれている⁽²⁾。第二の共生社会（社会変革）の運動論は、地域住民による自治意識形成の実践的過程（例えば、地域計画の策定過程への参画というような）を対象として取り上げる。既成の社会システムを住民本位に組み替えていく集合行為の過程から生成する、個人及び組織の「自立性」や「自律性」が「主体性」の主要なメルクマールになる。第三のエンパワーメント論は、自己を問い直す態度（反省作用）から既成概念や価値観を相対化し、新しい価値を創造していく力を獲得していくような個人の変容に関心を寄せる。国際開発では、価値を剥奪された社会的弱者が支配権力と闘う政治的、文化的闘争の「主体」となること（意識化と運動の担い手化）を意味するが、福祉臨床の場面でも同様の使用方法が一般的と思われる。例えば、障害者や高齢者のエンパワーメントとは、社会的に付与された否定的自己イメージに価値を与え直し、差別の境界線を意識的に相対化しうる「主体化の過程」（サービスを自己決定する利用者主体とは区別が必要）を意味している。

以上の意味区分からは、三つの主体性理解が実践（者）のある一面を捉えていることに注意が必要である。第一の立場では福祉サービス提供者、第二では政策や地域計画づくりへの参画者として社会的役割を担う責任主体となることが称揚されている。第三の立場は現実的にはパワレスな自己から出発し、行為する主体となりゆく過程を理解しようとする。このように「主体性」を語る切り口は多様である。これらを統一的に理解する論理はいかにして探求可能なのだろうか。本研究は、障害児の親たちのセルフ・ヘルプ活動の地域的展開過程に即して主体性の論理を考えてみたい。

2. 調査方法（目的、対象、方法）

本調査は2002年2月から始まり、全体構想としては、①釧路市の障害者福祉団体の地域的構造と史的展開、②主体性を支える組織的論理と構造～マザーグースの会の分析、③市民活動の展開とネットワーク形成～NPO法人の分析、④エンパワーメントに関する一考察という各テーマを持っている。ここでは、②の部分に限ってこれまでの調査結果と予備的考察、今後の課題について整理していく。

対象は、釧路市で1993年からセルフ・ヘルプ活動を続けている「マザーグースの会」（知的障害をもつ子どもの母親と支援者の会）の、主な活動者たち14名である。本稿では、「マザーグースの会」の展開過程を分析し、参加者たちに共有された課題の析出と参加者にとっての意義を明らかにすることをつうじて、問題解決を支えた実践構造を明らかにする。

これまで2002年2月～2003年2月までに合計8回釧路を訪問している。「マザーグースの会」の主な活動参加者への個別及び集団聞き取り調査の実施は、現在までのところ6回で合計14名になっている。対象者プロフィールの詳細は紙幅の関係から割愛させていただくが、時系列的には次のとおりである。

表-1 調査の概要

期 間	対象者	人数	インタビュー形態
2002年8月7日(水)	マザーグースの会発起人A, Bさん	2名	個別インタビュー
2002年8月8日(木)	マザーグースの会初期の頃の例会参加者たち5名	5名	集団インタビュー
2002年9月26日(金)	現在マザーグースの会の事務局担当者、リトミック担当者	2名	個別インタビュー
2002年10月25日(金)	3年前から参加、現在スイミー担当者	1名	個別インタビュー
2002年11月18日(月)	1999年から2002年春まで釧路で生活、会員となった。現在札幌在住の元会員たち	2名	集団インタビュー
2003年2月21日(月)	初期の頃からの会員たち。現在は別組織となったNPO法人の障害児ディサービスの利用者たち	2名	集団インタビュー

主な質問項目は、(1)お子さんの障害の発見から現在までの子育て過程で特に困ったことについて、(2)子育てをつうじたご自分の考え方などの変化について、(3)どういう経緯で「マザーグースの会」に出会い、どのような関わりをもってきたのかについて、(4)「マザーグースの会」の参加当時の様子と自分にとっての意義について、それは現在どう変化しているかについてである。これらが個別・集団インタビューの別なく聞いた項目である。

それ以外には、(1)「マザーグースの会」の歴史については、通信(No1～53)、代表の子育て手記、エッセイなどの資料に基づいている（参考文献欄を参照のこと）。(2)参与観察では、8月29日(木)と2月20日(木)が例会、12月14日(土)はリトミックにそれぞれ参加して、定例活動の現状を観察させていただいた。(3)「マザーグースの会」以外のデータでは、釧路市内の親の会の前史については、元療育センター職員Tさんの釧路市療育システムに関する論文及び障害児の親の会の記念誌2種類、「釧路手をつなぐ育成会」パンフレットに基づいている（参考文献欄を参照のこと）。

3. 「親の会」の活動史の概観～1960年代から1990年代

全国的にもそうであるように福祉の法・制度が整備されていなかった時代にあって、釧路市

の障害児(者)福祉のさきがけとなったのは、知的障害児(者)及び身体障害児(者)「父母の会」の親たちによる義務教育と医療・療育機会保障の運動であった。釧路市の知的障害福祉の推進においては「釧路手をつなぐ育成会」(以下、育成会)³⁾の福祉施設要求運動が契機となって、歴史的には表2のような展開をみせてきた。

表-2 親の会の要求運動と成果

時期区分	親の要求内容	主な成果(施設名)
1960～	幼児向けの療育・通園施設開設要求	特学、こばと学園、ひかり学園
1970～	青年向けの入所施設開設要求	鶴が丘学園
1980～	青年向けの福祉的就労、社会参加施設要求	はしどい学園、さわらび学園
1990～	地域に住居と日中活動の場作り(親による運営へ)	共同作業所、つくし生活寮

注) 育成会パンフレットを参照して作成

「育成会」の要求内容の変化を一瞥すると、60年代が幼児の療育施設と特殊学級の設置、70年代が入所施設整備の時代であったとすれば、80年代は授産・就労施設(通所)整備の時代、80年代後半から90年代以降は、地域共同作業所と共同住宅を親自身が運営するような動きが出てくるなど、地域生活基盤の整備へと向かってきた。

初期の頃に施設基盤整備の推進を担った育成会事務局で、現在の課題を聞いたところ、障害を持つ人たちの高齢化の課題に対応するために、1997年から中高齢者棟建設促進特別委員会を発足させて賛同者を募ってきたが、実現の見通しは立っていないとのことであった(2002年2月調査時点)。

コミュニティ・ケア(Care in Community)思想が普及した90年代に、入所施設建設が新たな予算を獲得するのが難しくなってきたことは明らかである。だが、より根本的には、親自身が子どもを地域で生活させようとする志向を強く持ち始めたことが、育成会内部での推進力の形成を結果的に阻止しているとみるべきだろう。

また、次にみていくように、これまでの親の会の活動方針や活動内容から距離をもって、独自に行動する新たな親たちの集団が形成され、地域における当事者グループ構造に変化が生じて、多様な当事者の要求を実現する複数の回路が創られつつあることが、これまでのいわば「行政要求型」親の会のあり方に、変更を迫っていることは明らかのように思われる。それでは、集団的要求交渉を主な目的としない「親の会」の活動理念と内容とはいかなる実体なのであろうか。組織的展開と組織の活動目的、特徴の2点にわたり述べていく。

4. 「マザーグースの会」の活動展開

(1) 「マザーグースの会」の組織概要

【結成の経緯】 1991年市内の児童書専門書店の店主が、自閉傾向の子どもをもつAさん(小児科医、当時は退職して療育に専念していた)を、障害をもつ子どもの療育に専念するBさんに紹介した。Bさんは後日、電話連絡をして「こばと学園」に子どもを通わせる母親数人を誘ってAさんと会い、そこで専門療育機関に通わず子育てをしているAさんを中心に、子育ての問題を話し合うようになっていく。そんな茶話会が月一回のペースで2年間続いた後に、子どもが就学を迎えるようになったことから、AさんとBさんの呼びかけで会をつくって定期的な集まりをもつことになった。そして、1993年3月19日「マザーグースの会」として障害児の母

親、保健師、保育士など34名でスタートした。

【会 員】 会員は正会員、賛助会員、通信会員の三種類があり、現在正会員は60名で、内訳は、幼児期の子どもを持つ人10名、小学生の子どもをもつ人17名、中学生以上の子どもを持つ人14名、その他支援者など16名となっている。通信は380くらいを発送しているが、会費の支払いがあるのは144名である。療育機関へは面と向かっていえないことをさりげなく伝える目的で送り続けている。会費納入者数と発送数の差があり、正確な会員数を把握するのは難しい。表3は1996年釧路小児科医学会で、Aさんが「マザーグースの会」について発表した時の資料を参照して筆者が作成した会員の内訳表である。信頼性が高いと思われるため、会員属性の詳細を参考までに転記しておく。

表-3 1996年頃の会員144名の内訳

障害児の親	101名	精神遅滞40、自閉症及び自閉傾向37、ダウン症7、他13
健常児の親	11名	主婦9、セラピスト1、保健師1
応援者 (ボランティア)	16名	保育園園長4、児童館職員2、リトミック指導1、教育関係者2、保育関係者1、水泳指導者1、保健・福祉関係者4、児童書店1
通信会員	16名	主婦5、保健師3、小学校教諭2、幼稚園教諭2、児童相談所判定員1、OT1、介護員1

注) 育成会パンフレットを参照して作成注) 現在も障害児の親が会員の約8、9割を占める構造に変わりはない。

【活動内容】(2002年7月時点)

- ①例会は「マザーグースの会」の重要な活動で、これまでに92回開催された。通信は9年半で53号を発行し、例会はおおよそ月一回のペース(途中数ヶ月に1度の時もあったが)で継続して行われている。
- ②リトミックは設立当初から行われていた人気のプログラムである。参加率も高く、外部への広報的な意味を持つ活動である。これまでに97回開催された。
- ③スイミー(水遊びサークル)は、1999年1月から第二、第四土曜日に老健くしろの温水プールを借りて始まった。
- ④講演会や公開イベントについては、養護学校での講演会のお知らせや、他機関主催の研修会に著名な講師がくる際のお知らせが中心となっている。1998年9月に、会が発行した『みんなのゴキゲン子育て』出版記念公開講演会が初の主催で開催され、1999年12月には障害児レスパイトサービス実践者の講演会を開催してきたが、大掛かりなイベントはこれまでのところ「マザーグースの会」の主たる活動とはなっていない。しかし、講演会の講師選びに会員たちは非常にこだわりをもっている。地域の専門職にも聞いてもらいたいと思う内容を語ってくれる講師を依頼することで、間接的に親の気持ち、共有したい価値観を伝えようとする意図があるからである。
- ⑤その他では、長期休暇中のお泊り会、他地域の団体との交流会、文化活動として人形劇や映画鑑賞会、チャリティコンサートの主催、共催がある。

【新たな組織の生成】

1998年から2000年にかけて「マザーグースの会」は組織として転機を迎えた。その契機となったのが『みんなのゴキゲン子育て』の編集発行である。地域の医療・福祉資源情報を自ら調査・執筆・編集発行するという経験は、関わった会員のみならず多くの専門職や地域関係者の協働の成果として認識されている。そして1999年6月、この情報冊子づくりで中心的役割を担った一会員(Fさん)が、地域のなんでも相談と交流の拠点「療育サロン」の運営試行を開始

する。一会員による社会に開かれた活動を「マザーグースの会」全体の自主事業とすることに困難が生じたことで、会員たちは「マザーグースの会」とは何かを総括することになっていく。結果的に「マザーグースの会」の原点活動に戻ろうとする人々と、「療育サロン」を発展させていこうとする人々に分離していくことで、1998年以降の新しい活動内容は、NPO法人「地域生活支援ネットワークサロン」（2000年12月発足）に引き継がれ、両者が共存する形で現在に至っている。

(2)「マザーグースの会」の活動理念

これまでの親の会の活動が相対的に支持を失ってきた背景には、制度政策によっては解決されない自己の課題、社会関係の課題が深く意識されるようになったことがある。結論からいうと「マザーグースの会」の実体は、まさに自己の課題に共に向き合う母親たちが、母親役割や子育て観の変容を経験していく過程を支えあうというものであった。このことについては別稿で述べていきたい。

特徴的には、従来の親の会が施設資源の要求に力を注いだことに比べて、活動理念、組織編成の考え方に違いが見出される。以下は「マザーグースの会」の活動理念として、代表や中心的活動者たちの論文やエッセイ、通信への寄稿に表明された会の基本的考え方のエッセンスと思われる部分を、筆者が抽出したものである。

第一に、組織体は要求運動の母体ではなく、個々人が主役になって組織を活用する自由な拠点である。

第二に、活動及び運営参加については自主性、自発性を尊重する（強制はしない）。

第三に、全ての人（障害があってもなくても）、地域の中で自分たちの生活のあり方を自己決定して生きていけるようになることを目指す。

もちろん、このような主張が当初から「マザーグースの会」参加者に提示されていたわけではない。従って、このような組織原理が生み出される活動発展のプロセスと論理、それらを生み出す実践構造を明らかにすることが、当該実践の意義を考察するための前提的課題となってくる。

先行研究が明らかにしてきたように⁽⁴⁾、障害をもつ子を育てる過程で親たちは、自分自身の障害観、福祉制度や学校教育の矛盾、親族や地域住民の無理解や同情的まなざし（あるいは役割規範のおしつけ）等さまざまな課題に直面する。こうした日常意識や社会制度という疎外された現実に異議申し立てを行う個人の集合的物語には、通分可能な自己変革のプロセスが内在している。石川は⁽⁶⁾、親たちが自分自身の矛盾を問い直す経験を経て、ありのままの子どもと特徴としての障害を肯定するという「生きられた思想」が生まれてくるという。それは、いったん「負の価値を背負わされた既成の恣意的なカテゴリー」に新たな価値を与え返そうとする実践であると指摘している。こうした自覚の後に、地域社会の他者に連携を求める生き方を見出していくことが可能になるのだとすれば、「マザーグースの会」の主張も同様に、いったん自分らしくあることの自覚を促し、自分らしく立つことによって行動の自由を獲得していこうとする、当事者自身の実感に基づく実践指針として理解できるのではないだろうか。

しかし、この自己変革志向の側面を強調して、従来組織との違いを単純に指摘することはできない。施設建設要求の活動をとおして、価値観の変容を経験することも考えられるし、親なら誰しも障害をもつ子から学ぶことは多くあるからである。問われるべきことは、矛盾を抱えた個人から何が問い直され、どのような行為主体が形成されるのかということ、そして自己へ

の問いを共に深め、相互に支え合う関係からどのような実践が生み出されてきたのかということであろう。

5. 考察～「マザーグースの会」の活動の意義～

ここでは、聞き取り調査の質問項目の主に③と④から得られた結果に基づいて、「マザーグースの会」に関わったことは、参加者たちにどのような経験として認識され、総括されているのか、実践内容の中から例会と通信発行に即して活動の意義を整理していく。

(1)例会の意義—「自分らしい子育てを求めて」—

初期の頃の例会は、小児科医であり障害児の母親であるAさん（社会的発言権を持ったリーダー）が発信する「親が元気なら子どもも元気」というわかりやすいスローガンの下、様々な障害をもつ子どもの母親たちが療育方法のヒントを得ようと熱心に集まってくる、いわば「A先生の療育相談会」的な性格の例会であった。設立1年目の通信13号にAさんは、「例会は笑いが絶えず井戸端会議のようだが、メモをとるメンバーが多い。われわれは障害者運動体ではない。子ども中心に療育を考え、一番良い方法を親が実行すべきだと考える」と例会の基本的性格について言及している。

初期の頃からの参加者たちは、例会の意義を次のように述べている。

「初期の頃は、先生の言うことを問題提起と受け止めて自分たちでよく話し合っ、良く考えていたという気がする。」

「先生のお話は、療育機関で教えられる方法とは違って、自分の娘の子育て体験に基づいていたのでわかりやすく、実際的で為になった。療育センターを利用しない子育てもあるのかと刺激になることが多かった。みんなが自分なりに納得して両方のやり方の良いところ、悪いところを判断して自分なりのやり方を模索していた。だから例会は単なる井戸端会議ではなく、いわば素人の子育て研究会のような意味合いがあった。」

「子どもが小さいうちは、(例会が)癒しというよりもいろいろな情報を得て、チャレンジして、どれがいいのか常に葛藤していたという感じだった」

「療育機関の利点も理解できるようになった。いろいろなやり方があるのがわかってきて客観的に考えられるようになると、必要な療育方法や技術・知識を得ていたことに気づいた。」

初期の頃の参加者たちは一様に、例会は単なる井戸端会議ではない意味があったこと、Aさんの徹底して「子どもから学び、遊びをつうじて信頼関係を結ぶ」子育て方針との出会いをおして、自分のこれまでの療育を振り返り、子どもと楽しく暮らすことを大切にする視点に気づいていったと発言していた。

また、例会やリトミックという定例的な活動は、母子の外出機会と育児ストレスの発散の場、どんなことも話せる気楽な場であると同時に、先輩から後輩へと実体験に基づいた子育て知識の自然な伝達、就学など教育に関する相談をする場でもある。この点についてさらに聞いていくと、

「若い母親たちの悩みには自分の昔が重なって気持ちが良くわかるので、共感的にアドバイスもできる。やりたいならやってみたらいいよと、相手の気持ちを汲み取って認めてあげることが大事だと思う。」

「あくまで親の気持ちに沿うことが大事だと思う。アドバイスはしない。お母さんの気持ちが楽になればいい。結局、お母さんが元気になってもらわないと……」

「リトミックでも例会でも自分の子育て経験を話すことが中心で人にアドバイスはしない。でも自然な声かけはするようにしている。思ったことを素直に伝えることで、飾らない関係を作っていくことができると思う。」

「子育てのなかで身近な心配ごとがあると、うちの子はこうだったよとか聞けることがとてもよかった。自分が泣きながら今思っている事を話しても、「そうだよね。そういうことってあるよね」と共感してくれる仲間っていう感じだった。」

というように、身近な子育て情報を得る場であり、共感する仲間のいる場であったという意見が多く出された。他者の気持ちを聴き、状況や感情への配慮を言葉にするという行為が人を勇気づけることにつながる（ヘルパーセラピーの原則）という自覚が認められる。

さらに、例会で自分の子育て体験を語ることの意義では、次のような意見もある。

「例会では誰はばかりことなく、自分の意見、悩みをとにかく話す経験をした。今から思えば良いトレーニングになった。人にわかりやすくコンパクトに説明する力も養われたと思う」

「………お便りにたまに書かせてもらったり、テーマを決めて書いたりすることがあった。自分が思っていることを、広くみんなに発表できるというのがうれしかった。それによる解放感があった。自分が整理されたり、気持ちが解放されたりということがあったと思う。」

というように、例会は苦勞を語ることで自分を解放したり、考えを整理したりする場、自己肯定感を獲得する上で重要な自己表明の場を提供し、語ることで自己表現トレーニングになっていたことが自覚的に語られている。

これらの分析からは、メンバーたちが語るマザーグースの会の意義が、①情報共有の場、②身近な相談の場、③共感してくれる仲間がいて自己表明できる場のおよそ3つに集約されてくる。

更に、これら評価からそれぞれの家庭環境や子どもの障害、年齢の違いを超えて共有していた何かを析出していくためには、支援的関係性が何に対して発揮されていたのか、共通する課題を明らかにすることが必要である。メンバーたちの話題は子どもの成長と共に変化していくが、初めは、障害児の発達についての見通しや療育方針を持てなかったことによる不安があり、次にリハビリテーションや専門的療育方法が子どもの発達にとって本当に良いことかという疑問、三つめには就学時期に地域社会から隔離させられていくことへの不満、四つめとして、地域生活のために必要な福祉サービスや介助者が不足しているという課題が見出される。これらは、先にみた親の会発足の基底をなすもので、いわば現象としての「現実的生活課題」群である。

子どもの発達段階に応じて時々の会員の共通課題は変化していくことになるが、共感的雰囲気の中でなじみの例会参加者たちが新しく参加してくる母親たちに、自分の経験を語り、地域の実生活に即した情報を伝える活動は、時を重ねるにつれ豊かな子育て事例の集積を会にもたらししていくものである。現在でも、この活動は例会の中で、また必要に応じて先輩の経験談をコーディネートするような形で継続している。こうした実体験に基づく相談や情報のたまり場機能は会の根幹をなすものとなり、後に展開する社会的活動の際には自覚的取り組みへと発展させられていく。また、例会の中で最も大切にされていた実践指針が何であったかは明らかである。社会的偏見や能力主義の価値観に抗しながら、障害をもつ子の子育てを「自己の課題と

して引き受けて生きる」親たちにとって、個々人の覚悟を肯定して支える「情動的共感」であった。それは、どの段階にあっても自己と社会（子どもや家族、学校、地域）との関係を再構築していくために、根幹をなす実践原理なのである。

(2)通信のもつ意義—社会的課題を共有する方法—

共有された課題に対するマザーグースの会の実践的対応は、通信をつうじた問題提起、通信上や例会での意見交換をとおして、具体的な情報提供、例えば、専門的知識や福祉制度の紹介、障害受容や家族の問題などに関する先行する議論や体験談を紹介していくというものであった。具体的には表4のような例がある。

マザーグースの会をリードしてきた中心人物たちが、会の活動をつうじて考えてきたことを表現するにつれ、また個別の社会的活動が増えるにつれて、通信には地域の教育・福祉の条件を社会的問題として把握する特集記事が多くなっていく傾向が見られる。通信31号編集後記には、「釧路とその周辺の『療育ガイド』というか『福祉マップ』みたいな物を作ろうか？ということになりました」という一文が載せられ、編集ボランティアを呼びかけている。この傾向は、通信31号(1997年6月)を境に明確になってきたと思われる。その後36号までの通信では、『療育ガイドブック』製作過程の報告と様子を紹介し(新聞記事など)、釧路市域の障害児及び家族支援の実態について問題提起を行っている。特に、「療育最優先から、地域の中へ」(横浜自閉症児・者親の会編)と題する論文の掲載(33号)には、社会的課題にいかに取り組みべきかという問いがある。

「……今まで何か問題が起きて、ほとんど家族の中で処理してきました。私たちはもう少し強くなる必要があるのかもしれない。周囲の人たちに対しても心から「娘は娘」と言えるように、そして娘や私たち家族の将来を考えて、少しずつ家族以外の人の手に娘を委ねていこうか、と思っています。でも、変わるのは私たちだけでいいのでしょうか」

(通信33号、連載論文より抜粋)

表-4 マザーグースの会の通信内容

通 信	時 期	内 容
5号～13号	1993年7月～1994年3月	専門医の原稿「成長の遅い子どもを育てるとき」の連載
18～19号	1994年12月～1995年2月	障害告知時の医療者の態度に関するアンケート調査
22号～27号	1995年9月～1996年9月	他地域の障害児の親の会活動紹介及び交流、共通課題に関わる出版物の紹介
21号、27号、52号	1995年6月、1996年9月、2002年3月	障害児の兄弟姉妹の気持ちについて考える
20号～24号	1995年6月～1996年2月	障害児学童保育の実態調査
43号	1999年12月	在宅支援サービス(レスパイト)の紹介

こうしたわかりやすいメッセージと共に、市内の学童保育や福祉施設の概要紹介を行っていくというのが、マザーグースの会の啓発活動兼学習活動の典型的な手法である。月1回の例会だけでは十分に問題を深め、社会問題として自分たちの課題を認識することができないため、通信は一方的ではあるもののより多くの会員に問題を伝え、認識を共有しようとする試みであり、地域住民に開かれた療育サロンの実践を導く上でも有効な手段であったと思われる。

6. おわりに

まとめとして、「マザーグースの会」の展開過程に即して得られた活動の成果と実践構造について述べていく。

まず「マザーグースの会」の活動展開に即して、生み出された成果を概略的に整理したものが表5である。活動展開の時期区分は、正式な組織となる前、正式な組織の発足と会員向け活動の展開、会員同士及び専門機関との協働的实践、地域課題を解決する社会的活動の開始を目安とした。成果とはいふなれば、個々人が「現実的生活課題」を解決していく過程で見出してきた問題への対処方法であり、会にとっては活動内容の豊富化であり、重層的に蓄積されていく経験的実践知や支援方法といふことができる。

表-5 「マザーグースの会」の活動展開と成果

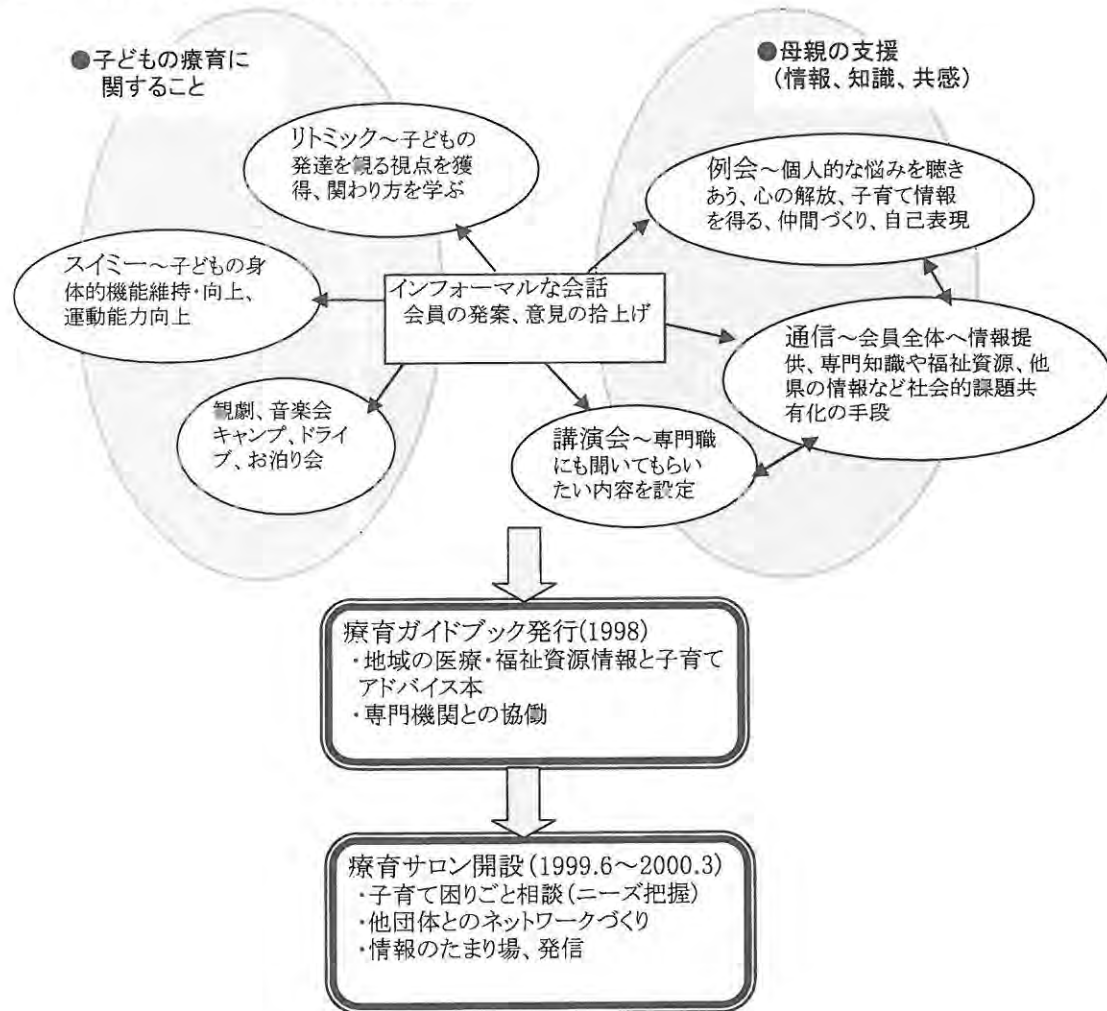
時期区分	主な活動内容	成果と意義と新たな活動内容
1991～1993	情報共有、仲間づくり、月一回の茶話会	●◆育児不安やストレスの軽減、●◆専門知識、かかわり方の学習、●障害をもつ子と生きる覚悟の支え合い
1993～1997	例会、通信発行、リトミック、スイミー	●母親たちの問題に応える方法が増える、●会員が増加し、後のリーダー層が育つ、●★障害者を取り巻く地域社会の側の問題を意識する
1997～1998	療育ガイド『みんなのごきげん子育て』編集発行	地域の福祉資源及び育児関連情報冊子づくり ●情報が一元化され利用しやすくなる、★専門機関、関係者とのネットワーク作り、★会の社会的認知が高まる
1999～2000	療育サロン開設	相談、情報発信、交流拠点の運営 ●地域生活支援サービスの必要性を認識、★他の障害者団体、関係者との関係構築、★ニーズ把握とサービスの試行、★事業運営の仕方を学ぶ

注) ●は母親の問題解決手段、◆は子どもとの関係づくり、★は地域社会との関係づくり

実践知や技法は属人的性格をもつことから、まずは育児過程をつうじて介護者たる母親たちの力量として個人に蓄積される。その後、個人的経験がインフォーマルな学習の内容として他者及び社会を媒介する学習構造が作られることによって、実践知や技法が伝達可能な形で蓄積されていくのだと考えられる。学習の継続によって深められ、吟味され自立化した知識や思想は、後に対外的にも通用する論理を形成して、新たな賛同者を生み出しながら社会変革（地域の福祉構造の再編）に向けた戦略の根拠を構成するようになっていくと思われる。

「マザーグースの会」は、獲得目標を「自分なりの主体的な子育て」、「自分の人生の主人公になる」ことに置き、何よりも子どもの環境としての母親たちの自己肯定感の相互的承認と形成を重視してきた。「マザーグースの会」の組織活動の特徴をまとめると、第一に、介護者である親たちの子育ての悩みに応えつつ、共感的に支えることを重視していた、第二には、主たる活動（例会、リトミック、通信発行）は社会参加の機会と学習機会をつくりだしていたこと、第三として、学習や情報交換をつうじて当事者が蓄積してきた知識や新しい価値観を、専門機関や地域住民にフィードバックしていたといふことがいえよう。やや総括的になるが、自分の問題と社会の問題を統一的に理解していく相互の学び合いを保障する「学習する組織」であったことが、新たな社会的活動を生み出す構造を作り出していったという理解を示しておきたい。実践構造の概略図は図1のようになる。

図1 「マザーグースの会」の実践構造図



本稿は、「マザーグースの会」というセルフ・ヘルプ活動の展開過程と実践内容の分析から、実践構造の析出を試みてきた。要約的に述べると、「マザーグースの会」の活動は、個人的な子育て課題を共有する段階、障害をもつ子を排除する社会の問題を認識する段階を経て、専門機関との連携模索の段階、そして地域課題を解決する社会的活動へと発展する契機を内包した実践であったといえる。そして、その実践の展開を支えたのは、各段階で会員同士が相互に学びあう機会を保障する定例的实践であり、その根底には各々の子育てをつうじた子どもからの学びがあったと思われる。しかし、本稿では学びの内容分析を行うことはできなかった。今後の課題として、これまでの実践構造とパラレルに浮かび上がってきた子育て過程における「学び」について、会員個々の価値意識の変容を明らかにしていくこと、地域生活上の変化について調査を続けていく必要がある。

注 記

- (1) ぽればれくらぶ『今どきしょうがい児の母親物語』〔1995〕ぶどう社
ニコちゃん通信の会『障害児の親ってけっこうイイじゃん』〔1997〕ぶどう社
児玉真美『私は私らしい障害児の親でいい』〔1998〕ぶどう社
- (2) 伊藤修平「社会福祉における利用者参加—日本の福祉政策と参加の理念」社会保障研究所編『社会福祉における市民参加』〔1996〕東京大学出版会
- (3) 「釧路手をつなぐ育成会（知的障害児親の会）」の概要紹介パンフレットによると、「釧路手をつなぐ育成会」は主な知的障害児（者）施設の親の会、釧路養護学校、高等養護学校のPTAと父母の会、作業所の父母の会加入者を主な会員とするネットワーク型の組織形態を持ち、会員数約450人、各会員組織の会長が常任理事（13人）、理事（25人）として選出されて理事会を構成している。主な事業は作業所のほか、生活寮、介護ヘルパー派遣事業、釧路地区手をつなぐ親の会の連絡協議会事務局となっている。主な年間行事をみると、親子の親睦会、会報誌の発行、スポーツ大会参加、育成会全道大会参加、研究会開催などが行われている。
- (4) 中根成寿「障害がある子の親」の自己変容作業—ダウン症の子をもつ親からのナラティブ・データから—』立命館大学大学院社会学研究科修士論文〔2001〕
要田洋江『障害者差別の社会学—ジェンダー・家族・国家』〔1999〕岩波書店
嶋崎理佐子「知的障害児・者の親の会運動—その特質と変化」立教大学社会学研究科修士論文〔1997〕
- (5) 石川准「障害児の親の新しい親性」『ファミリズムの再発見』〔1995:25-59〕世界思想社

参考文献

- 1) 近間雅一「釧路市療育センターの構築への歩み」『はげみ』6、7月号〔1997:47-51〕肢体不自由児協会
- 2) 釧路肢体不自由自社父母の会編『父母の会創立20周年記念誌 二十年のあゆみ』〔1981〕
- 3) 釧路市こばと学園『創立30周年記念 こばとの歩み』〔1990〕
- 4) 釧路市保健福祉部社会福祉課、統計資料「障害者地域共同作業所一覧」2001.4.1現在
- 5) 堀口貞子、『寄稿集 みんな子どもが教えてくれた』マザーグースの会編
- 6) 堀口貞子、「障害児の健やかな成長を願う『マザーグースの会』のあゆみ」釧路市小児科医会研修会発表論文
- 7) マザーグースの会発行「マザーグース便り」No.1~No.53〔1993~2002〕
- 8) マザーグースの会編『みんなのゴキゲン子育て—くしろ圏育児・療育ガイドブック』〔1998〕

キーワード：障害児の親、セルフ・ヘルプ、主体性、子育て、学習

痴呆性高齢者グループホームに おける健康管理の実態

～施設担当者に対する面接調査をとおして～

樋口 佳那子（北海道大学医学部附属病院看護部）
平野 憲子（札幌医科大学保健医療学部看護学科第3講座）

1. はじめに

グループホーム（以下GH）は痴呆の状態にある要介護者に対する生活支援を目的に、1997年に「痴呆対応型共同生活援助事業」として制度化された。2000年には介護保険制度の在宅介護支援サービスのひとつになり、その数は急増している。全国痴呆性高齢者グループホーム協議会はGHにおけるケアの質の確保に向けた事業を展開しているが¹⁾、GHの急増に伴いケアのあり方が一層問われてくると考える。なかでも入居者は痴呆性疾患をもつ高齢者が多いだけに健康管理は重要な課題の一つになってくると考える。

GHの入居者は平均年齢70～80歳と言われており²⁾、2000年度国民生活基礎調査によるとこの年代は2人に1人は有訴者、6割以上は通院者という特性を持っている。従って生活の中で絶えず健康への配慮が必要であると考え。さらに大友らは痴呆の症状を悪化させる要因として感染症、骨折、不適切な薬物投与、低血糖症状、高血圧症を挙げており³⁾、痴呆性高齢者の健康状態がとりもなおさず日々の穏やかな生活にも大きく影響をあたえたと考える。

近年GHに関する研究が数多くなされているが、その多くはGHでの介護の実際とその効果、施設の建築学的研究、痴呆高齢者の行動的側面に向けられ^{4,5)}、入居者の健康管理に関する実態や課題はまだ十分に明らかにはされていない。

そこで、GH入居者の健康管理がどのようになされ、どのような課題を抱えているかを明らかにし、GHにおける入居者の健康的な生活の援助を検討するうえでの一助としたい。

2. 用語の定義

健康管理とは、疾患を有するもの、または入居者自身にとって健康上留意しなければならないと思われるもの、現在顕在化していないが疾患の予防的対応が必要と思われるもの、緊急的対応を必要とする心身の急変、痴呆症状の急激な悪化が予測されるものに対し、生活上で行われる治療の継続並びに栄養、運動、休養などの身体管理とする。

3. 対象・方法

1) 対象者：S市内にある開設後6ヶ月以上の痴呆性高齢者GHで医療法人2施設、社会福祉法人2施設、有限会社3施設、計7施設の施設長（またはホーム長、主任）とした。

2) 方法：

(1) GHについての事前学習として、S市保健福祉局痴呆性対策関係係長とS市内のGH関係者の2名からS市の各GHにおける設置形態等のハード面の実態とGHにおける入居者の健康管理や、スタッフによるサポートのソフト面の実態について情報を得た。

(2) 事前学習で入手したS市のGH一覧表より運営主体による偏りが生じないように、医療法人、社会福祉法人、有限会社で各数を揃えて選定し、電話にて研究の協力を得た。

(3) 研究の協力が得られたGHに事前学習での情報を参考に作成した調査用紙を郵送した。

(4) 調査用紙に基づいて対象者に構成的面接調査を約1時間実施する。面接内容は承諾を得た上でテープレコーダーに収録、又は記述で記録した。

(5) 面接の内容は逐語録を作成し、質問項目に沿って各GHおよび全GHの回答をデータとして整理した。また整理した内容をGHの設置主体やGHの特性について比較検討し考察

を行った。

4. 倫理的配慮

研究の意図を説明し同意を得た上で面接を行う。また対象者には面接調査の回答は自由意志であり強制ではないことを説明する。面接調査を録音する旨を説明し同意を得た上で面接を録音する。同意が得られなかった場合は記述にて記録する。録音したものは本研究以外には使用しないことを約束し、本研究終了後は速やかに消去する。プライバシーを守るため施設名、対象者名は匿名とする。また施設や対象者が特定されないように留意する。

5. 結果および考察

1) 対象者及びGHの概要 (「表1」参照)

対象の年齢は30～60代で全員女性であった。資格は2名が看護師、2名が社会福祉士、3名が介護福祉士であった。全員が医療・福祉施設の経験を有し、GHでの経験は1～4年であった。また全員が痴呆介護実務者研修の全過程を受講済みであった。

開設からの平均年数は2年3ヶ月、スタッフの資格は看護師、ヘルパー、介護福祉士、社会福祉士、栄養士、保母、言語療法士だった。施設は1ユニットから多いところで4ユニットを持ち、入居者数は7施設の総数109名で1ユニット平均7～9名、各施設で7～32名という規模の違いがあった。母体施設の有無については、なしが3箇所、ありは4箇所、内訳は特別養護老人ホーム、老人保健施設が共に2箇所、病院が1箇所であった。併設施設について病院と隣接が1箇所、特別養護老人ホームと隣接、デイサービスセンターと併設が各1箇所だった。

2) 入居者の受療状況・介護度

入居者の受療疾患件数と受療疾患の種類は各GHによって大きな差があった。GHの入居者の受療している疾患（以下受療疾患）の多いものは筋骨格疾患、高血圧症、心疾患、脳血管疾患の順に多かった。しかしその他にも悪性新生物、腎不全、糖尿病、精神疾患、皮膚疾患、甲状腺疾患など多種多様な疾患を有していた。受療疾患総件数は159件で、1人当たりの平均受療件数は1.7であるが、1施設を除き、全員が1つ以上の何らかの受療疾患を持っていることがわかった。GHスタッフは、入居者の痴呆症状に対するケアの他に多種多様な受療疾患に伴う健康への配慮が求められていた。

入居者の介護度をみると、3施設に要介護度4、5以上の入居者がみられ、他は1～3までの介護度であった。母体施設とあわせてみると特別養護老人ホームが母体施設の入居者の要介護度は1、2、3に集中しており、母体施設がない施設についても、同様に比較的要介護度の低い入居者を受け入れていた。しかし病院、老人保健施設が母体施設の場合は、高い介護度の入居者がみられた。平成13年5月のS市のGH利用状況調によると、入所の経緯は自宅からが35.6%、老人保健施設からが31.1%、病院からが23.8%、特別養護老人ホームからが0.1%であり⁹⁾、特別養護老人ホームからの入居はわずかであった。よって介護度4、5の高い痴呆性高齢者は母体施設である特別養護老人ホームに入所し、介護度の低い痴呆性高齢者はGHで

受け入れる等分担がなされているのではないかと考えられた。

3) 入居者の日常の健康管理に関する課題とスタッフの援助

入居者の健康管理においてスタッフが問題視していることとして、「感染症の問題」「積雪期間の外出の問題」「高齢化による問題」「疾病コントロール、徘徊、入居者間のトラブル」などが挙げられた。感染症に対してはMRSAやインフルエンザ、食中毒等に対して予防措置を講じていると述べられていた。また、積雪期間は外出が困難なため活動性が低下するがストレスを増大させないようにする、入居者の高齢化は予期しない症状の発生や事故の危険性がありえるため注意をはらうこと、他入居者の持病の状態、徘徊などに目配りすると述べていた。中には「問題はない」との回答も存在した。

このような問題を抱えつつ対応しているスタッフは日々どのように入居者の健康における援助を行なっているか、と言う点については「体調の観察」「服薬介助」「食事療法」「病院からの入退院時の援助」が特徴としてあげられた。

(1) 体調の観察方法

5 GHにおいて健康管理で重要視していることに体調の観察が聞かれた。GHにおいて日々の生活の中で、スタッフの観察は健康を維持する上で重要な項目であるといえる。特に健康のバロメーターの一つとして5 GHでバイタルサインを定期的に測定しており、GHでもバイタルサイン測定は有効な観察方法と捉えられていると考えられた。しかしC、Gの施設は「定期的な測定は行っていない」、Gでは「バイタルサインに頼る必要はない」という意見が聞かれた。また定期的に測定しているFについても「普段の様子を見るだけで体調の変調はわかる」と意見が聞かれた。G、F両者はスタッフの医療・福祉の経験年数が長く、GHの経験年数も長いこと、少数人数のGHでの観察力が高いことが考えられる。またその他の観察方法として食事の状態、排泄を観察している、という答えが聞かれた。武田らはGHに欠かせないものとして、小規模でなじみの関係を生かした身体面に関するこまかなアセスメントとケアプランである⁷⁾と述べており、このことを考慮した観察方法が各GH共に行なわれていた。また、「あからさまに体調は聞かない」という回答があり、入浴時に全身の観察を行っているという回答もあった。GHは療養の場ではなく生活の場であるとして、日常生活の中でさりげなく体調の観察を行うことを重要視していることが考えられる。特にCの施設では、病院が近接しており、医療的な面でサポートが得られやすい環境にあるため、生活はGH、医療は病院においてと分けてケアすることを可能にしていると考えられた。

(2) 服薬介助

7 GHともに服薬の管理はスタッフが行っていた。しかしFは「自己管理できる人は自己管理している」と自己管理を見守っていた。内服介助の方法は各GHで入居者の状態に合わせた援助が行われていた。これは狭い空間で1人1人きめ細やかな援助ができるGHの良さであると考えられる。またGでは誤薬防止のための工夫を行っており、スタッフは薬が即生命に直結するだけにかかなり慎重に服薬の管理を行っているように受けとめられた。

(3) 食事の管理

今回調査したGHでは「栄養のバランスの取れたメニュー作りを意識している」との回答が多かった。しかしカロリー計算を行っているところはB、Eの施設のみで他のGHはカロリー計算を行っていなかった。また栄養士がいる、母体施設の栄養士から助言が得られているとこ

ろは3GHであり、その他のGHには専門家の助言が得られにくいことから、栄養のバランスの取れたメニューにはGHによって差があると考えられる。疾患に対する食事療法について、治療食のように厳密な制限は行われておらず調理をする職員によってもその内容や質が変わってくると考えられる。痴呆性高齢者の場合は過食傾向を示したり、逆に拒食を示したりする可能性もあり、痴呆の悪化や合併症の予防を図るうえからも、栄養ならびに水分の摂取はおろそかにできない⁹⁾。その上、高齢者は一般に便秘になりやすく、便秘予防の面からも食事内容を考えることも必要になってくる。また、食事摂取の介助について、1人1人の咀嚼機能を考慮し、できるだけ経口食が継続できるよう努力していると考えられた。

従って、痴呆性高齢者GHは在宅という位置づけであり、入居者がその人らしく生活できるように、食事は疾病の治療的側面より楽しみの面を重視し、入居者の生活の質を考慮していると考えられる。しかし、入居者の特性を考えると毎日の食生活の質、健康に配慮した食事を提供する必要がある。生活の中では時間的にも援助の上でも大きな比重を占める食事に関して食生活に関する知識を備えた職員の助けが必要であると考えられる。

(4) 病院からの入退院時の援助

外山によると痴呆性高齢者の場合、「入院期間は最低限にし、早期退院をできるように病院、協力医と話し合うことが重要」⁹⁾と述べている。入居者が入院した場合、Aは「早く退院できるように医師に頼む」、Bは「退院願望が強い時は治療より精神的安定を重視する」という努力が聞かれた。痴呆症状が、入院などの環境の変化により悪化する危険性がある¹⁰⁾ことからスタッフは、GHが療養環境の整備の不十分さはあっても、できるだけホーム内での生活が継続するよう相当な努力をはらうと述べていた。しかし、入院が避けられない場合のスタッフの対応については、入院先に出向いて「見舞い」をしているという言葉が7GHで聞かれた。なじみの関係にあるスタッフや他の入居者が同伴して見舞いを行うことで、入院している入居者に安心感を与え精神的安定を図る等、環境に対する適応を援助したり、入院先のスタッフとも話をしてすることで、痴呆症状の悪化を防止したいという思いが述べられていた。GHのスタッフは、ホーム内の生活ばかりでなく入居者の一時的な場の変化にあわせホーム外の場ともケアの継続を行っていると考えられた。特に、近接に病院のあるB、Cでは入居者の退院時母体病院と連携を取り、スムーズにGHの生活に戻れるようにサポートがなされており、母体施設の存在の大きさがうかがわれた。

4) 健康管理に関する連携について

(1) 家族・地域との連携

北海道痴呆性高齢者GH協議会ではGHが地域の中にあって、「利用者の家族との交流」「地域に広げるグループホーム機能」の必要性を述べている¹¹⁾。今回調査した7GHでも家族との連携、地域との連携を行っているという回答が得られた。家族に情報を提供し、家族が行事に参加することで、入居者やその家族の良好な関係を築き、精神的安定を図ることは入居者の健康管理に重要であると考えられる。また地域づきあいを行うことで、入居者を施設内に閉じ込めてしまうといったGHのスモールデメリット¹²⁾を防止し、徘徊する入居者の安全を図ることができる。そして地域住民へのGHに関する啓蒙にもつながる。今回調査した7GH中6GHでは地域づきあいをうまく行っていると述べていたが、Dでは環境的要因もあり、地域との連携がうまく取られていなかったようにうかがえた。しかしDについても「今後は地域との連携

が必要になる」という意見が聞かれ、地域との連携の重要性を感じていた。

(2) 医療との連携

医療との連携システムは24時間対応が多く、日中のみとしているところは1GHであった。日中のみと答えたAはGH内に看護職者がおり、主に夜間における医療の指揮をとっていた。外山は「かかりつけ医の定期的な関わりなくしては安穏な生活は望めない」と述べている¹³⁾。今回調査した7GHでも、GH外との連携で最も多かったものに「医師との連携」があげられており、医療との連携を必須としていると考えられる。スタッフ間の連携については、ホーム長に連絡、ホーム長の指示が最も多かった。

受療に関する環境についてB、Fは医療法人であり、Bでは「医療が柱になっているので重い人でも見るができる」という言葉が聞かれた。B、Fについては「表1」より要介護1から5までさまざまな入居者がいることより入居者は医療を受けやすい環境にあることから、多様な疾患や重度の痴呆に対応した治療とケアを受けることが比較的容易であると考えられる。B、Cでは協力病院が近接しており、医療がより受けやすい環境にあるため入居者各自に主治医がいると考えられる。またDについては往診を行っておらず外来受診のみであるため各入居者は容易に医療が受けられるとは言えない。一方、複数ユニットであるB、Fでは「急変時、ユニット間でのスタッフの連携はメリットが大きい」と答えており、夜間スタッフの少ないGHの複数ユニット化が緊急時の連携に対し有効であるということが考えられる。

緊急時の管理体制は、緊急時の連絡網、急変時対応マニュアルなど作成しているところが多く、体制が整えられていた。GHがたとえ生活の場であっても、ホーム長、その他管理者は緊急時を想定しGHを運営していると考えられる。急変時の連絡体制は母体施設のあるGHでは「母体施設の応援」があげられていることより、緊急時も母体施設のサポートが有効であることがわかった。近接病院があるB、Cは「緊急往診」も可能であり、「病院が近いと対応が早い」という意見が聞かれたことより、病院が近隣にあることで入居者の受けられる医療の幅が広がり、スタッフの安心にもつながっているということが考えられる。

高度医療が必要なほどの事態が発生した場合は、協力病院、関連病院への救急搬送が多かった。また、必要時は協力病院のみならず、症状に応じた専門の医療機関の連携を重要視していた。さらにFのように母体施設が医療法人で協力病院が専門的な医療機関であると高度医療が必要時に救急搬送のみならず救急往診という選択肢ができ、入居者の状態に合わせた適切な医療の選択が可能になると考えられる。

しかし、歯科に関してはまだ問題が大きいと考えられた。歯科医師と往診の連携をしているところはわずか1GHであった。痴呆性高齢者は口腔衛生の自己管理が十分にできず、また歯科疾患を訴えることも困難になってくる。今日、高齢者の口腔ケアの重要性が強調されているなかで、新井は歯科口腔介護について「自立とQOLの向上を図り人間的復権の役割を果たす介護の重要な一端を担う」¹⁴⁾と述べている。よって今後、歯科医との連携を導入すると同時に、GH内でも歯科口腔介護に対し取り組んでいく必要があると考えられる。

6. GHにおける健康管理の今後の課題

1) GHにとって看護職に期待すること

GHに看護職の常勤の規定はないが、3GHで看護職のスタッフがいた。また常勤ではない

が母体施設や近接病院の看護職者が24時間対応しているところが3GHあった。このことは、入居者の状況とケアをするうえで、看護職を必要としていることを物語っていると考えられた。GHにおいて看護職は医療的処置においては「浣腸、排便」を行っていた。また、薬、酸素吸入、マッサージ、罨法などについて看護職との連携しながらの対応がなされたと述べていた。さらに看護職に期待することとして医師との連絡調整、相談役、入居者の健康状態の把握、管理主義にならない関わりなどとあげられていた。

GHの先駆的国であるスウェーデンではGHのスタッフは看護師、准看護師としている¹⁵⁾。GHは生活の場という捉え方であるが、痴呆でありなおかつ受療疾患を有する入居者の生活を支えるためには、医療知識を持った職種の関わりが必要であると考えられる。また今回の調査でBでは「看護師がいるといざというとき頼りになる、職員の不安が軽減される」と述べている。しかし、現実的には小規模経営のGHにとって制度化されていない看護職の職員化は困難なところが多いと考えられる。

現在、介護保険法によってGHは居宅サービスであるにもかかわらず訪問看護を受けることができない。介護保険法施行以前は訪問看護を利用していたGHがあり、岡田によるGHと訪問看護との連携の研究の中では訪問看護は入居者の健康管理とスタッフの心のケアにつながるというメリットが述べられている¹⁶⁾。今回の調査でも「訪問看護を利用したい」という意見が聞かれた。今後GH増加によって療養を必要とする入居者の増加は避けられない。その状況に対応するためには、訪問看護サービスを柔軟に利用可能とすることで一定の前進につながると思う。また、GHの型体に合わせて必要な介護保険サービスが選択可能となることでなお一層の質の向上につながると思う。

2) GHのスタッフに関する課題

健康管理で重要視していることとして、スタッフのケアの質の問題を取り上げている施設があった。現在急速な増加をとげ、今後も増加が期待されているGHにとってスタッフの確保は、非常に重要であると考えられる。全国GH協議会では研修制度を設け、スタッフの質の確保に努めている。しかし実際には多忙なスタッフにとって、研修を受講する時間的な余裕がないこともあった。研修を受講したスタッフがGH内で勉強会などを行うことで、知識を高めていた施設も多数あった。今後もGHスタッフは痴呆性高齢者ケアのプロとして意識を高め、研修や講習会などでケアの質を高める努力が必要とされていた。また管理者はGHの質を維持するためにも、スタッフの適切な人選が求められると考えられた。

3) GHのサポート体制に関する課題

現在、GHは痴呆性高齢者安住の地として注目され、入居希望者は後を立たない状態である。入居者の療養に関するケアは、GH内や母体施設で看護職の確保をし、協力医、往診医などと施設長ならびにスタッフが必死の努力で連携してなっていると考える。今後、痴呆性高齢者の増加にともない、療養生活を必要とする入居者の増加は避けることはできない。GHのスタッフは、痴呆に対する介護だけにとどまらず健康管理のサポートも求められ、外山がGHは「スタッフの身体的な負担と同時に精神的負担は少なくない」¹⁷⁾と述べているようにスタッフの負担がますます大きくなっていくと考える。さらに、現在GHの質が求められているが、ス

スタッフの負担が大きくなればなるほど、質の維持は難しくなってくる。

現在のGHの設置基準は医療的な体制を「協力医」のみに定めており、入居者の健康管理についての配慮が少ない。またその協力医もGHの増加に伴い、尚一層の需要が要求されるであろう。今後一般診療に携わる医師もGHケアのサポートができるよう、痴呆性高齢者の知識と理解を持つ必要があると考えられる。GHは「居宅介護」という位置づけであるが、入居者は訪問看護、デイサービス等の他のサービスを受けることができない。GHの質を維持すると同時に今後増加が予想される痴呆や介護度が重度の痴呆性高齢者を支えることができるGHを望むのであれば、入居者の健康管理への関わりを他職種がサポートする体制が必要である。今後もGHが痴呆性高齢者にとって安住の地であり穏やかに暮らし続けることができるよう、GHにおける制度上の改善が迫られる。

7. まとめ

- ・ GHの入居者のほとんどは受多種多様な療疾患を抱えていた。疾患を有していた。
- ・ 入居者の療養における環境について、緊急時の医療体制は整えられていた。
- ・ 高度医療必要時は救急搬送という形を取り、より迅速な対応を目指していた。
- ・ 受療疾患と介護度はGHの設置主体によって様々な違いがあった。
- ・ 医療との連携を必須としていたが、往診歯科医を導入しているところは少なかった。
- ・ GHの複数ユニット化について、緊急時スタッフ間の連携に対し人員確保の面で有効であるということが明らかになった。
- ・ 6 GHが看護職のサポートが得られる体制を整えていた。
- ・ GHのスタッフは質の維持のために今後益々の努力が要求される。
- ・ GHの入居者の健康管理にはスタッフ以外の他職者の関わりが必要となってくる。

8. おわりに

研究の限界として、本研究は平成12年現在、S市で認可されている22GH中7GHを対象にしているため、多様なGHの健康管理の実態を把握するには至らなかった。また痴呆性高齢者GHの入居者の身体的健康管理に焦点を絞ったため、入居者の精神的社会的健康面に関する健康管理の実態を把握することはできなかった。

本研究は札幌医科大学の学士論文を編集したものである。本研究にご協力いただいたGHの施設長の皆様、また事前学習時に情報提供して下さった皆様に感謝の意を表します。

表1. 7グループホームの属性

	A	B	C	D	E	F	G
法人	有限会社	医療法人	社会福祉法人	有限会社	社会福祉法人	医療法人	有限会社
母体施設	なし	病院	特別養護老人ホーム	なし	特別養護老人ホーム	老人保健施設	なし
併設・隣接施設	なし	病院	病院	なし	特別養護老人ホーム	デイサービスセンター	なし
開設からの年数	1年3ヶ月	1年2ヶ月	6年5ヶ月	1年2ヶ月	1年8ヶ月	4年4ヶ月	9ヶ月
ユニット数	1ユニット	3ユニット	1ユニット	1ユニット	2ユニット	4ユニット	1ユニット
スタッフ数	6名	17名	8名	7名	14名	27名	8名
スタッフの経験年数	0～30年	0～3年	0～23年	0～7年	0～20年	0～12年	0～36年
スタッフの資格	看護師：1名 ヘルパー：5名	看護師：2名 ヘルパー：4名 介護福祉士：9名 社会福祉士：1名 保母：2名	ヘルパー：6名 介護福祉士：2名 栄養士：1名	ヘルパー：4名 介護福祉士：3名	ヘルパー：8名 介護福祉士：6名	ヘルパー：19名 介護福祉士：8名 社会福祉士：1名 言語療法士：1名	看護師：1名 介護福祉士：1名 社会福祉士：3名 栄養士：1名
看護師の応援	GHに常勤	GHに常勤	特老の応援	なし	特老の応援	デイサービスの応援	GHに常勤
入居者数	7名	27名	9名	7名	18名	32名	9名
入居者の平均年齢	78.7歳	83.6歳	80.7歳	82.3歳	80.7歳	88.9歳	82.4歳
入居者の要介護度	要介護1：1名 要介護2：2名 要介護3：3名 要介護4：0名 要介護5：1名	要介護1：7名 要介護2：10名 要介護3：7名 要介護4：2名 要介護5：1名	要介護1：0名 要介護2：3名 要介護3：6名 要介護4：0名 要介護5：0名	要介護1：3名 要介護2：3名 要介護3：1名 要介護4：0名 要介護5：0名	要介護1：9名 要介護2：6名 要介護3：3名 要介護4：0名 要介護5：0名	要介護1：5名 要介護2：9名 要介護3：14名 要介護4：3名 要介護5：1名	要介護1：1名 要介護2：3名 要介護3：5名 要介護4：0名 要介護5：0名
主治医	GHで1名	各入居者1名	各入居者1名	各入居者1名	法人で1名	GHで1名	GHで1名
日常的な医療の関わり	往診1回/2週	往診1回/週	外来受診	外来受診	往診1回/2週	往診1回/2週	往診1回/2週
往診歯科医	いない	いない	いない	いない	1名	1名	いない
協力医との連携	日中のみ対応	24時間対応	24時間対応	24時間対応	24時間対応(看護婦へ)	24時間対応	24時間電話相談
急変時の体制	看護婦への連絡と指示	母体の24時間対応	協力医の24時間電話連絡	協力医の24時間電話連絡	母体の24時間対応	主治医への24時間電話連絡	主治医への24時間電話連絡
高度医療必要時の体制	関連病院への救急搬送	協力病院への救急搬送	協力病院への救急搬送	協力病院への救急搬送	希望病院へ救急搬送	主治医24時間救急往診	主治医判断で救急搬送

引用文献

- 1) 全国痴呆性高齢者グループホーム協会『グループホームのケアサービスの質の確保への挑戦』〔2001〕 p 38.
- 2) 青木基成『札幌市保健福祉局保健福祉部福祉課痴呆性対策関係調査資料』〔2001〕
- 3) 大友英一他『老年期痴呆の増悪因子』老年痴呆 4 (2) 〔1990〕 p 23~102.
- 4) 八木秀樹他『環境移行プロセスにおける痴呆性高齢者の行動変容に関する研究』平成11年度日本建築学会近畿支部研究報告集〔1999〕 p 105~108.
- 5) 隼田尚彦他『痴呆性高齢者の生活行動から見た住環境のあり方ー北海道における複数ユニット・グループホームの社会的・物理的環境の検討ー』高齢者問題研究17〔2001〕北海道高齢者問題研究会 p 153~165.
- 6) 前掲文献2)
- 7) 武田純子他『グループホームらしいケアプランを考えよう』ゆったり 8 〔2001〕 p 13.
- 8) 浅田妙子他『系統看護学講座専門10』成人看護学〔6〕脳・神経疾患患者の看護〔1998〕 p 179.
- 9) 外山義編著『グループホームの絵本 - 痴呆性高齢者ケアへの切り札 - 』〔2000〕ミネルヴァ書房 p 50.
- 10) 鎌田ケイ子他『新版看護学全書30』老年看護学〔1998〕メヂカルフレンド社 p 126.
- 11) 前掲文献10) p 68.
- 12) 林崎光弘『グループホームが挑戦すべき課題ー痴呆性高齢者を「生活障害者として捉える」ー』看護51(8)〔1999〕 p 33.
- 13) 前掲文献9) p 46.
- 14) 新井俊二他『はじめて学ぶ歯科口腔介護』〔2000〕医師薬出版株式会社 p 5.
- 15) ベック・フリス著ホルム麻植佳子訳『スウェーデンのグループホーム物語 - ぼけても普通に生きられる - 』(有) 京都21プロジェクト, ふたば書房 p 40.
- 16) 岡田秋子『入居者とスタッフを支えるケアーグループホームと訪問看護の連携ー』, 看護51(8)〔1999〕 p 38-39.
- 17) 前掲文献9) p 36.

参考文献

- 1) 林崎光弘他『グループホームケアの理念と実戦ーその人らしく最後までー』〔1996〕バオバブ社
- 2) 小宮英美『痴呆性高齢者ケアーグループホームで立ち直る人々ー』〔1999〕中公新書
- 3) 米本秀仁他『痴呆性高齢者グループホームにおけるQOLの保障』高齢者問題研究会16〔2000〕 p 109-123.
- 4) 内藤佳津雄『介護保険制度における痴呆性高齢者グループホームケアの位置づけと課題』看護51(8)〔1999〕 p 53-55.
- 5) 永田久美子『グループホームケアの現状と展望ー痴呆の高齢者のケアの刷新に向けてー』看護51(8)〔1999〕 p 24-31.

キーワード：グループホーム 痴呆性高齢者 健康管理

【研究に関するアンケート及びインタビューについてのご協力のお願い】

お忙しいところ本研究にご協力の承諾を頂き、誠にありがとうございます。質問させていただく内容を下記のとおりアンケートにいたしました。直接インタビューさせていただく前にあらかじめアンケートをお送りいたしますのでご記入をお願いいたします。下記の《アンケート》にご記していただく方は貴グループホームの施設長の方、又はスタッフ内でのリーダーの方1名にお願いいたします。アンケート用紙はインタビューの時にお受け取りいたします。インタビューの時に差し支えなければ内容をテープレコーダーに録音させていただきたいと考えております。また論文についての感想ご意見をうかがわせていただきたいと思います。

約 束：インタビューの内容でお答えにくいことがありましたら回答を断っていただいてもかまいません、プライバシーを守るため施設名、対象者名は匿名といたします。

《アンケート》

選択肢に○をつけ、() に記入をお願いします。

1、グループホームの属性についてお尋ねします。

- 1) グループホームの開設年月日：() 年 () 月 () 日
- 2) ユニット数：() ユニット
- 3) スタッフ数：男性 () 名、女性 () 名 計 () 名
- 4) スタッフの福祉施設の経験年数：() 年～ () 年
- 5) スタッフの資格：介護福祉士 () 名、ヘルパー（2級以上）() 名、
臨床心理士 () 名 看護師、准看護師 () 名
その他 () () 名
- 6) ボランティア () 人
- 7) スタッフの痴呆介護実務者研修受講者数：全過程修了者 () 名、
基礎課程のみ修了者 () 名
- 8) 計画作成者数：管理者と兼用で () 名、
管理者とは別の職員で () 名
- 9) 母体施設：あり…(施設のタイプ：)
なし

2、入居者の方についてお尋ねします。

- 1) 入居者数：男性 () 名、女性 () 名 計 () 名
- 2) 全ての入居者の方の年齢：()
- 3) 要介護度：要介護1 () 名、要介護2 () 名、要介護3 () 名、
要介護4 () 名、要介護5 () 名
- 4) 痴呆の分類について：アルツハイマー型痴呆 () 名、脳血管性痴呆 () 名、
その他 () 名、不明 () 名
- 5) 痴呆の重症度について：軽度 () 名、中等度 () 名、重度 () 名
…判定方式 ()
・痴呆性高齢者日常生活自立度で：Ⅰ () 名、Ⅱ () 名、Ⅲ () 名、
Ⅳ () 名、M () 名
- 6) 入居者の方が受診している疾患
1, () 名 2, () 名
3, () 名 4, () 名
5, () 名 6, () 名
7, () 名 8, () 名
9, () 名 10, () 名

3、 協力医療機関及び医療についてお尋ねします。

- 1) 協力医療機関：併設されている
併設していない
- 2) 主治医：1ユニットに1名専属
グループホーム全体で1名専属
各入居者に1名専属
- 3) 日常的な医療との関わりは主として：外来受診
往 診
その他（ ）
- 4) 往診医：いる…（ ）名(診療科：
いない)
- 5) 往診歯科医師：いる…（ ）名
いない
- 6) 協力医との連携システム：24時間の対応, 日中のみ対応,
24時間電話での相談が可能
- 7) 急変時のためにとっている体制
 - (1)救急搬送は必要ないが医療による対応が必要と判断された場合について
 - ① 受診時の主治医への電話による24時間連絡体制
 - ② 協力病院への電話による24時間連絡体制
 - ③ 母体施設への24時間応援体制
 - ④ 訪問看護婦への24時間連絡体制
 - ⑤ その他（ ）
 - (2)高度な医療が必要と判断され緊急搬送にいたる場合について
 - ① 往診主治医による24時間対応の緊急の往診
 - ② 協力病院への救急搬送
 - ③ その他（ ）

4、 訪問看護：利用している
利用していない

~~~~~以下についてはインタビューでお話を聞かせていただきます。~~~~~

5、 療養上の問題に対するスタッフの方々の対応についてお尋ねします。

- (1)療養上の問題に対する対応について
    - ① 体調の観察方法
    - ② 服薬介助
    - ③ 食事療法
    - ④ 医療処置についての介助
  - (2)急変時のスタッフ間の連携について
    - ① 日中の体制
    - ② 夜間体制
- 6、入院にいたる入居者の方の状態はどのようなものがありますか。
- 7、入退院に関するスタッフの対応についてお尋ねします。
- 8、入居者の健康管理でスタッフが重要視していることについてお尋ねします。
- 9、入居者の健康管理で現在抱えている問題点についてお尋ねします。
- 10、入居者の健康管理についてグループホーム外との連携で必要とされることはどのようなことですか。

# 地域福祉活動計画策定の考え方と 推進の視点

北海道社会福祉協議会  
～第3期地域福祉実践計画策定の取組みについて～

高橋 修一（北海道社会福祉協議会地域部主事）

## はじめに

地域福祉の時代である。2000年6月に施行された社会福祉法第1条は、利用者の利益保護と並んで地域福祉の推進を法律の目的に位置付けた。また、社会福祉法施行以前からすでに地域福祉を進めてきた社会福祉協議会（以下「社協」と略す。）についても、その目的と役割を「地域福祉を推進する中核的団体」と明文化された。

社協が明確にその役割を位置付けられたことは、地域組織化活動の実績や先駆的な在宅福祉サービスの開発が評価された証左と言える。

さらに、法の新しい価値を具体的に市町村で実現させる切り札として、2003年4月からは市町村地域福祉計画策定が本格化する。これまで、地域福祉計画は社会福祉協議会が理論的に構築してきた経緯もあり、「市町村地域福祉計画策定にあたっては積極的に協力することが期待されている」。(2002年1月28日厚生労働省市町村地域福祉計画策定指針～ひとり一人の地域住民への訴え～)

しかし、地域の実態は、策定指針の前文でも明らかにしているが、地域福祉を進める土壌である地域社会自体が、旧来の相互扶助機能の弱体化の様相を見せている。特に北海道は、入所施設や病院への依存傾向が強いのが特徴である。地域ケア体制も強固とはいいがたい。このことは、各地で冬季間一人暮らしの高齢者が「越冬入院」を繰り返しているという実態からも、積雪・寒冷といった独特な気候条件、広域的な地理的条件が相まって深刻な生活問題を引き起こしている。

その一方で、都市部を中心に地縁にこだわらないボランティア、NPO法人設立の動きも顕著であり、地域での新しいネットワークが生まれ、福祉だけではなく多様な分野での生活課題への取り組みも始まっている。

道内社協は、市町村への福祉サービス権限委譲を主な柱とした1990年の社会福祉関係8法の改正、また高齢者の在宅福祉サービスを中心に基盤整備を推進した平成元年からの高齢者保健福祉10ヵ年戦略が打ち出された頃から、事業規模、事務局体制、サービス内容が地域組織化活動に加えて在宅福祉サービスの直接的な供給主体としての顔も持ち、事務局体制等、組織基盤が拡大した。さらに2000年4月に施行された介護保険法施行後もこうした傾向は続いている。特に、介護保険制度は措置から介護報酬による自律的な事業経営という課題を社協に投げかけ、このことは、社協が、公益性のある地域福祉推進という使命を踏まえての介護保険事業、地域福祉事業をどのように構築するのが課題となっている。

このように、地域福祉を進める上で、一部で住民相互の新しい助け合い活動も生まれているが地域社会の「福祉力の低下」が見られ、推進の中核的組織として期待されている社協も事業経営と社協固有の活動の統合に向け、山積する問題解決に追われているのが実情である。

こうした現状の中、北海道社会福祉協議会（以下「道社協」と略す。）は、これらの課題に向け2002年度、道内14地区から推薦された社協事務局長と学識経験者の委員で構成する地域福祉総合推進委員会を組織し、2002年12月に第3期地域福祉実践計画策定の手引き～市町村社協による地域福祉計画時代の福祉のまちづくり計画（以下「手引き」と略す。）を刊行した。

道社協は、これまで道社協として全道的に推進してきた第1期地域福祉実践計画、第2期地域福祉計画の総括と新しい地域の福祉課題への対応を踏まえた第3期地域福祉実践計画策定の必要性を提起し、策定に至る背景、求められる視点、策定に向けた手順と方向性を明示している。

本レポートでは、これまでの検討プロセスを踏まえ、この手引きの策定意図と第3期計画策定を通して、社協として地域福祉をすすめる視点の一端を明らかにすることを目的とする。

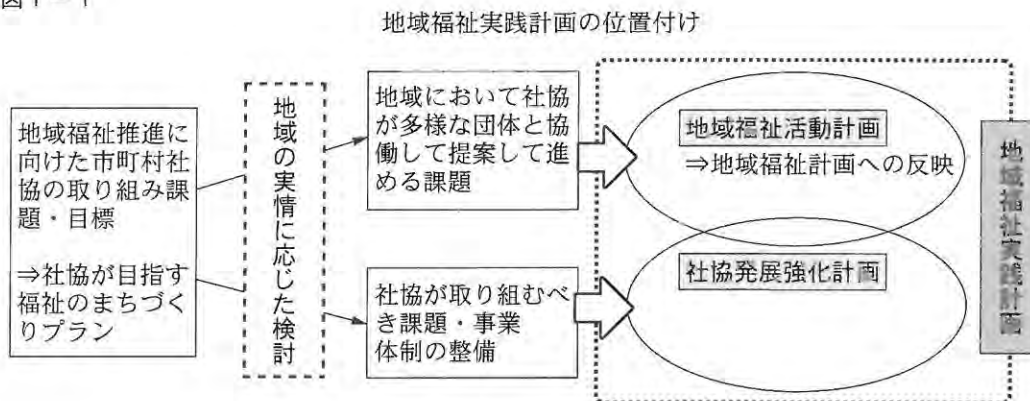
## 1. 第3期地域福祉実践計画の考え方

本章では、第3期計画の特色、全体構成、基本計画、そして第3期計画と市町村地域福祉計画の相違点を述べ、第3期計画策定にかかわる基本的な考え方を明らかにすることとする。

### (1)第3期地域福祉実践計画の特色

今回道社協が提起した「地域福祉実践計画」の特色を述べたい。手引きによると、地域福祉実践計画とは、「わがまちの福祉のまちづくりの指針」を示すために、①地域福祉活動計画：市町村社会福祉協議会など民間団体がそれぞれの地域ニーズに基づいて住民自身で解決を図るために策定する計画、②社協発展強化計画：社協が取り組むべき事業やこれらを担う社協の組織・運営の基盤強化を図るために策定する計画、これら両計画を含むものである。この位置付けは以下の通りである。(下図1-1参照)

図1-1



出典：第3期地域福祉実践計画策定の手引き P22

なお、道外の市町村社協では、地域福祉活動計画と社協発展強化計画を個別に推進しているのが一般的である。これに対して、北海道は、以上のように両計画が内容的に重なり合うことが多く、連携可能な分野が多いことを踏まえて、地域福祉実践計画として一体的に推進している。

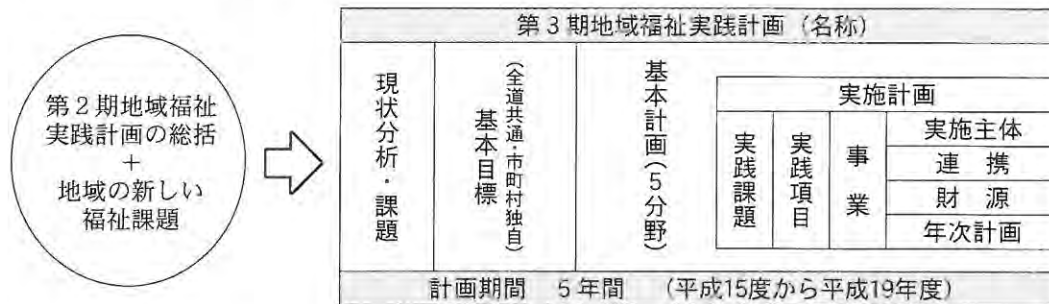
### (2)第3期地域福祉実践計画の全体構成

つぎに、第3期地域福祉実践計画の全体構成について説明すると図1-2の通りである。

「名称」、「現状分析・課題」、「基本目標」、計画を推進する柱となる「基本計画」(5分野を提起)、基本計画毎に取り組む「実施計画」で構成される。また、実施計画では「実践課題」に対応する「実践項目」で取り組む具体的な「事業」(実施主体、連携、財源と着手する年度)を明らかにすることとなる。

図1-2

○全道共通目標「在宅生活を支える総合的な地域福祉の推進」



出典 第3期地域福祉実践計画の手引き P30

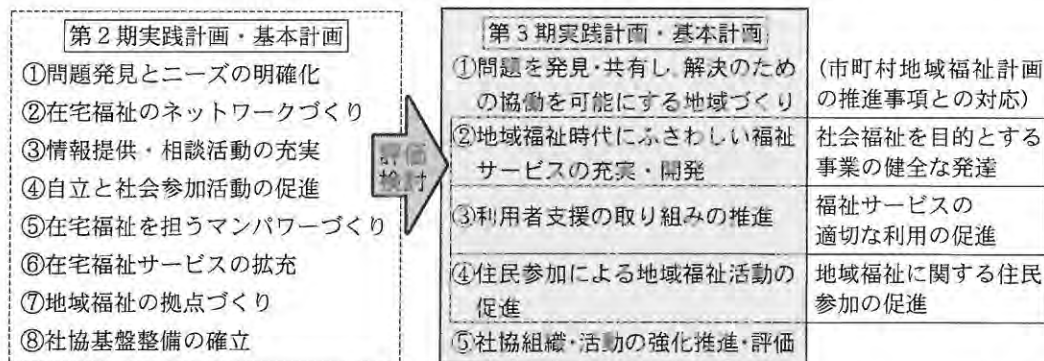
(3)第3期地域福祉実践計画基本計画

つぎに、第3期地域福祉実践計画の基本計画（以下「第3期基本計画」と略する。）である。

今回、第2期地域福祉実践計画の8つの基本計画を総括して、第3期実践計画では5分野の基本計画にまとめた（下図網掛け部分）。これら、5つの基本計画のうち、①から④が地域福祉活動計画、⑤が社協発展強化計画に相当している。

図1-3

○全道共通目標「在宅生活を支える総合的な地域福祉の推進」



出典 第3期地域福祉実践計画策定の手引き P32

また、上記の第3期計画の5本の柱は、後述する第2期基本計画の総括作業と新たな地域福祉の課題を踏まえて設定した。特に、5つの柱のうち、②から④までは、市町村地域福祉計画の推進事項との対応を意識して設定した。これは、第3期計画が市町村地域福祉計画に位置付けている3つの推進事項との連携を想定したものである。

さらに別表「第3期地域福祉実践計画・基本計画と実施計画」にあるとおり、5つの基本計画それぞれに対応した具体的な実施計画（実践課題と実施項目）が設定されている。

また、これらの実施計画は、おおよそ現段階で推進している社協事業のあり方の再構築やNPO等の新しい地域推進主体との協働、契約型福祉サービス時代を見据えた様々な権利擁護体制の整備想定できうる項目を網羅的に設定している。これらの中から、市町村社協は地域の実状に応じて取捨選択して策定するように配慮され事業優先度の目安を付している。<sup>注2</sup>



#### (4)第3期地域福祉実践計画と市町村地域福祉計画の相違点

次に、第3期計画の基本計画と市町村地域福祉計画の主な相違点に触れたい。

主な相違点は、第3期計画がニーズに対応したきめ細かい民間の立場を強調した行動計画であるのに対して、市町村地域計画は、行政として地域福祉をすすめるための基盤づくりを行う点である。例えば、地域福祉計画の推進事項の一つ、「福祉サービスの適切な利用の促進」は制度に基づいた基盤整備が中心になると考えられる。これに対して第3期計画の基本計画3「利用者支援の取り組みの推進」が地域福祉権利擁護事業などの制度としての権利擁護システムだけではなく、小地域ネットワーク活動との連携による情報提供を含めた幅広い内容を含むことが予想される。

もちろん地域福祉の推進という本質的な理念は共有されるので、実際に市町村社協で策定する時は、行政サイドと進める手法やアプローチの仕方を協議しながら役割分担や協働可能な分野をまとめることとなろう。また、市町村地域福祉計画策定時の住民参加をすすめる際も小地域ネットワーク活動等での実績から社協との連携が欠かせない。

以上のように、これらが、地域福祉活動計画と社協発展強化計画とを合せた内容である第3期計画の特色、計画の全体構成、第3期計画と市町村地域福祉計画との相違点から見た、おおよその第3期地域福祉実践計画策定の考え方である。では、これらの第3期計画策定に至った経過と第3期計画構想の基礎となる第2期計画の評価は手引きではどのように位置付けられているのだろうか。

## 2. 第2期地域福祉実践計画の評価と課題について

本章では、これまでの道内の地域福祉実践計画への取り組み経過、第2期計画の推進状況について概観し、第2期計画の評価と課題について明らかにしたい。

### (1)市町村社協の地域福祉実践計画策定への取り組み経過について

道社協は、これまで地域福祉実践計画策定を提起してきた。取り組み期間は、第1期地域福祉実践計画は、1985年度～1989年度)、第2期地域福祉実践計画(1993年度～2002年度)となる。また、第2期計画の10年間は、前期・基本計画1993年度～1995年度)、中期(1996年度～1999年度)、後期(2000年度～2002年度)と推進区分に分かれている。

第2期計画の策定率は、以下の通りとなる。

#### (第2期地域福祉実践計画市町村社協の策定状況)

| 道社協調べ   |                   |        |             |       |
|---------|-------------------|--------|-------------|-------|
|         | 基本計画及び<br>前期計画策定数 | 策定率    | 中期計画策<br>定数 | 策定率   |
| 市(34)   | 34                | 100.0% | 18          | 52.9% |
| 町村(178) | 170               | 95.5%  | 136         | 76.4% |
| 合計(212) | 204               | 96.2%  | 154         | 72.6% |

\*後期計画は、介護保険対応を優先させたため、全道的な推進がされないままになっている。したがって、策定状況調査は未実施である。

出典：第3期地域福祉実践計画策定の手引き P24

上記のとおり、道内212市町村社協のうち、基本計画・前期計画は9割、中期計画は、7

割以上の社協で策定された。

では、第2期地域福祉実践計画で提唱した基本計画や実践項目は、全道の市町村社協でどの程度まで達成され、何が課題として残っているのだろうか。

## (2)第2期地域福祉実践計画の推進状況と課題について

では、第2期地域福祉実践計画の推進状況と課題について概観したい。<sup>注1</sup>

手引きはこの推進状況について、前述した第2期計画の8本の基本計画毎に、全道の市町村社協を中心とした事業や活動の現状と課題を分析し、それらを踏まえて第3期地域福祉実践計画に必要な視点と取り組みについて検討した。

総括的に表現するならば、「一部従来の手法では対応しきれないニーズや介護保険制度実施により指標そのものが現状に対応できない内容があるものの、概ね達成されている」と指摘できる。

詳細についてそれぞれの基本計画の中で特に顕著な変化、課題になっている項目にかかわる推進状況を中心にしてみる。

### ①小地域ネットワーク活動について

手引きでは、基本計画2「在宅福祉のネットワークづくり」として位置づけた。その総括では、「平成6年度が約5割の社協で実施していたのに対して平成12年には約9割の社協で実施され、福祉委員も約8割社協で設置が進みました。(中略)ただ、活動の担い手不足、活動内容のマンネリ化といった課題があり、その背景には社協が町内会自治会等への活動助成のみに終始し、活動そのものを「おまかせ」している実態もあります」と記述している。

これは、地域福祉を進めるインフォーマルな取り組みとして定着したことを評価しつつも、ニーズ把握の初動的な位置づけに加えて、地域ケア体制の基盤となる問題解決まで見据えたネットワークの構築の課題を示唆している。また、小地域ネットワーク活動との関連では、紙面の都合上詳しく記載できないが、社協の総合相談機能のあり方についても、生活課題を総合的に支える体制とて検討が必要である。

### ②ボランティア等の住民参加について

つぎに、ボランティアなどの住民参加の推進状況である。

冒頭に述べた通り、第2期計画を推進した10年間に、社会の多様化を背景に、第2期計画推進の前提条件である措置制度が、措置から契約による利用者主体のサービス提供へと理念的、制度的に激変した。また、地域福祉をすすめる主体が、社協にとどまらずNPO法人・ボランティア団体を始めとして、裾野が拡大し多様化した。

この点について、基本計画7「地域福祉の拠点づくり」では、③ボランティア活動の拠点としての整備・ボランティアセンター設置を目標として掲げ、その結果、道内市町村社協には平成13年度には212社協にボランティアセンターが設置されることとなった。

しかし、センターとして道内全ての社協が実質的なボランティアセンターの機能を果たしているとは言えず、多様化する住民参加の動きに対応できていないことを示している。このことは、2001年度現在道内社協ボランティアセンターに配置されている専任ボランティアコーディネーター数が64名と約3割にとどまっている事実から、人的体制の課題も大きい。

ただ、逆に、多様化の動きは、社協が「老舗」として育んできたボランティアや様々な市

民活動が成熟している証であると積極的に捉えることも可能である。問題は、新しい推進主体とどのような連携・協働のあり方を探ることなのか、ということであろう。

### ③市町村社協の組織基盤と在宅サービス提供体制について

制度面の変化を社協事業に則して見てみる。例えば、基幹的な在宅福祉サービスである訪問介護事業では、1990年の社会福祉関係8法の改正、高齢者保健福祉10ヵ年戦略（ゴールドプラン）以降、市町村から社協への委託によるサービス展開が増えることとなった。この制度改正は、第2期計画の推進時期と重なり、社協の事務局体制規模はサービス事業部門を中心に拡大した。

その拡大ぶりを具体的に見てみる。第2期計画基本計画 5「在宅福祉を担うマンパワーづくり」において①ホームヘルプサービス事業の積極的推進を掲げ、「ホームヘルプ事業の受託と充実・強化」、「ホームヘルパーの増員・処遇向上・研修の充実」を進めた。その結果下記の表の通り人的資源が拡大することになり、特にホームヘルパー数の伸びは著しい。

市町村社協職員数の推移（平成13年4月社協基本調査）

| 種 別     | 平成2年度<br>(A) | 平成13年度<br>(B) | 伸び率(B)<br>(A) | 非常勤比率<br>(H13) |
|---------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| 一般業務職員  | 724          | 984           | 1.4倍          | 4.5%           |
| 経営事業職員  | 591          | 3,264         | 5.5倍          | 51.4%          |
| 合 計     | 1,315        | 4,268         | 3.2倍          | 38.0%          |
| ホームヘルパー | 287          | 1,947         | 6.8倍          | 61.7%          |

出典：第3期地域福祉実践計画策定の手引き P16

この傾向は、2000年度の介護保険導入後も変わらず、社協による介護保険事業の実施率は伸張する結果となった。

このことは、道内過疎地域で社協以外サービス供給主体が無いという差し迫った事情もあることは事実だが、本質的には、社協が措置時代から先駆的に総合的な在宅福祉サービスを開発し、制度化への流れを作った実績への評価ととるべきだろう。それだけに、介護保険外のインフォーマルなニーズに対しても対応できるようになっている。

道内市町村社協の介護保険関係サービス等実施状況（札幌市を除く211市町村）

| 事業名          | H2. 4月(A) | H11. 4月(B) | H13. 4月(C) |
|--------------|-----------|------------|------------|
| 訪問介護（ホームヘルプ） | 60        | 129        | 138        |
| 通所介護（デイサービス） | 0         | 49         | 51         |
| 訪問入浴サービス     | 20        | 76         | 25         |
| 居宅介護支援事業者    | —         | —          | 98         |
| 在宅介護支援センター   | —         | 13         | 30         |

出典：第3期地域福祉実践計画 P17

しかし、課題もある。行政からの措置費による安定した「事業運営」から、地域の他事業所との介護報酬による「経営」への転換をもたらした2002年度の道内市町村社協の収益実績では、一部で収支上黒字になっているが、訪問介護事業を経営する社協の6割が赤字という厳しい結果となっている。社協の自律経営のあり方、補助金依存の社協の体質改善を模索しなければならない。

この点について、手引きでは、社協の行動原理は、「新・社協基本要項」にあるように、住民とともに行政や関連分野との連携のもとで「福祉のまちづくり」をすすめるように一定の方向付けをしている。社協は単に事業を経営する受け皿ではない。介護保険の導入は、本来公益的な組織であるはずの社協の存在意義は何か、社協の地域福祉推進事業との整合性をどのように図るかという課題も指摘できる。

実際、道内社協の現状は厳しく、基本計画8「社協基盤整備の確立」の総括でも、「介護報酬等による事業収入の増加で自主財源比率が高くなっている状況にあり、地域福祉基金の活用、住民会員制度の充実、共同募金配分の考え方等現在の社会情勢にあった財源計画づくりが求められています。(中略)また、これら自主財源と公費導入のバランスについても一定程度のルール化が必要になってくる」と分析し、「経営環境の変化に敏感に対応した地域に開かれた組織体制を確立」を提起している。

以上のように、第2期計画の推進状況は、小地域ネットワーク活動の仕組み、在宅福祉サービスの提供体制やボランティア活動の拠点づくり、社協の組織基盤等、地域福祉を進める基礎的条件整備に貢献したと評価できる。

しかし一方で、制度改革や住民意識の成熟化による外部環境の変化に即した地域福祉の進め方、社協組織経営の再構築も迫られている。

さらに、全道的な第2期計画総括作業のプロセスの中で、契約型福祉への移行により、利用者の利益を守るための権利擁護体制の構築する必要性もあきらかになった。この新しい課題に対しては、第2期計画では全く対応できておらず、第3期計画での位置づけが不可欠になった。制度としての地域福祉権利擁護事業や成年後見制度を進める中で、いかにして小地域ネットワーク活動との連携によるニーズ把握体制を構築するか、さらには社協や関係機関との連携による制度の情報提供・共有の仕組みづくりが求められる。

次に、これらの第2期計画の評価と課題をふまえて、第3期計画策定においてどのような視点が求められるのであろうか。

#### 4. まとめにかえて～第3期地域福祉実践計画策定に向けて求められる視点について～

これまで、第3期計画の考え方、地域福祉実践計画の取り組み経過、第2期計画の現状と課題を中心に見てきた。

これらの現状と課題をふまえて、第3期計画では5つの基本計画を設定した。これらの基本計画で強調している点は、①地域密着型サービスの開発支援の進め方、②住民参加の拠点作りどのように進め方、③利用者支援体制の構築、④社協としてどのように経営体制を整備するのか、である。

では、これら4点の強調すべき点について、具体的な内容について見てみる。5つのうち主な基本計画2「地域福祉時代にふさわしい福祉サービスの充実・開発」、同3「利用者支援の取り組み推進」、同4「住民参加による地域福祉活動の推進」、同5「社協組織・活動の強化推進」の概要を紹介しながら、第3期計画策定で求められる視点を述べたい。

##### (1)地域福祉時代にふさわしい福祉サービス

手引きによると、①については、基本計画2「地域福祉時代にふさわしい福祉サービスの充実・開発」「2. 地域に密着したサービスの開発・支援」を提起した。また、その設定趣



旨を「制度や施策に基づく公的サービスだけでは、全ての生活課題に対応することは不可能で（中略）当事者組織活動支援から地域住民総意による新たな開発・開発支援まで、それぞれの地域にあった取り組みが想定できる」と説明している。

このようなニーズに対しては、すでに道内外の社協やNPO、当事者団体により取り組みが始まっている。

高齢者の介護に携わる当事者やその家族が主体的にサービスを開発した宅老所、高齢者や子育て向けサロン、知的障害児・者のレスパイトサービス（一時預かりサービス）が好例である。これらは、地域に密着したニーズに対応した気軽に利用できるサービスとして定着しつつある。

第3期計画では、社協として団体結成、組織化についてのノウハウ、情報提供を行うことに加えて、こうした取り組みから集約されたニーズを地域全体で共有する仕掛けづくりも求められる。

## (2)生活関連分野の「福祉化」へ向けた住民参加の拠点づくり

②については、基本計画2に加えて基本計画4「住民参加による地域福祉活動の推進」に位置付けている。こうした動きは、福祉サイドに加えて、福祉以外の社会資源を活用しながら、町づくりの一環として行われている。例えば、商店街の空洞化対策として商店組合等が独自に高齢者向けサロンを開設するケースである。

現在、こうした取り組みに対して社協が積極的に関わっている例は少ない。ただ、そもそも地域福祉は、様々な社会資源との関係調整によって進められるとすれば、社協が福祉以外の生活関連分野の「福祉化」への支援は当然である。

## (3)利用者支援の取り組み

③については、基本計画3「利用者支援の取り組み推進」で取り組み課題を設定している。具体的には、社協の総合相談窓口体制の機能強化に加えて、在宅介護支援センターを始めとした地域の中の様々な相談機関による地域のケアマネジメント体制を整備し、生活全体を総合的に支援することを目指す。また、利用者の適切なサービス利用支援を行うため、サービス評価や情報開示の取り組みも位置付けている。また、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度を地域に根付かせるための、地域住民への周知や行政・福祉サービス事業者との連携体制を整備も提唱している。

## (4)自律した社協経営に向けた取り組み

④については、基本計画5「社協組織・活動の強化推進」で取り組み課題を設定している。この基本計画5は、基本計画1から4の「地域福祉活動計画」にあたる部分を、社協として推進するための社協固有の計画と位置付けられる。

本基本計画では、地方分権、規制改革の進展により社協に対する厳しい評価があることを念頭に置き、社協として公益性と民間性の高い自律的な経営体制をつくるために、事業経営理念を明確にすることを冒頭で提案している。

そのためには、社協の個別具体的な事業だけではなく、それら事業全体のつながりを社協そのものの役割を地域の理解と参加してもらう取り組みが欠かせない。具体的には、社協紹介資料（パンフレット）の発行を通して、社協は「何を目指している組織なのか」というミ

ッション（使命）を明らかにすることになるのである。

以上4点について、今後の第3期計画に求められる視点について見てきた。しかし、これらの視点盛り込んだ計画を策定し地域福祉を進めるためには、なお厳しい現状がある。これらの現状をふまえ最後に、策定に向けて残されている課題を整理したい。

### 策定に向けて残されている課題

計画策定に向けて今後対応すべき課題は、(1)計画策定に向けた合意づくり、(2)計画策定と財源問題、(3)コミュニティワークの基本的技術の必要性、の3点に整理できる。その内容と今後の対応の方向性を見てみたい。

#### (1)計画策定に向けた合意づくり

地域福祉推進の理念は「障害の有無にかかわらずその人らしい安心のある生活が送れるように自立支援すること」である。

このためには、単に在宅福祉サービスの供給体制を整備することだけではなく、いかに「その人らしい、生活の質を支える地域ケア体制」の構築が課題である。この理念の実現のためには、「福祉のまちづくり」に向けた地域での「合意づくり」が欠かせない。市町村地域福祉計画と第3期計画策定は、合意形成に向けた第1歩である。

しかし、行政の地域福祉計画策定に向けた取組みは、あまり進んでいないのが現状である。「介護保険事業計画等の個別計画の見直しに追われて地域福祉計画策定の体制が組めない」「目前に市町村合併を控えており、直ちに計画を作っても実効性が乏しい」といった目前の諸課題への対応が優先されている。そのため、各自自治体の計画策定の時期が一樣では無いという現象も起きている。さらに、厳しい経済不況により市町村の財政が逼迫した中、地域福祉計画策定ムードを減退させていることも指摘できる。

市町村社協も同様である。行政との連携を最優先し、第3期計画策定期も未定という状況も連鎖して発生している。今後は、市町村地域福祉計画との連携を視野に入れて、地域のニーズを把握している社協側からの計画策定に向けたアプローチが求められる。

#### (2)計画策定と財源問題

基本計画5「社協組織・活動の強化推進・評価」で設定した「財源確保及び財務運営の実施」は、その典型である。実際、今回の第3期計画の提起に対して、公的・民間財源問わず厳しい財政事情により、「計画を策定しても財源措置が難しい」という多くの市町村社協からの声があがった。

手引きには、計画実施の財源について、①行政補助金・委託金②会費収入（住民・団体・賛助会費等）③共同募金配分④事業収入（介護報酬・利用者負担金等）⑤その他寄付金収入を想定して、計画を推進するための事業にどのような考え方で充当するのかを示している。

ただし、これらの考え方だけを示しただけでは、具体的な財源の調達についてどのような戦略を持つのかは十分にわからない。社協の事業規模も千差万別であり、そのことを前提としながら、財源確保に向けた方向性を見いだす必要がある。したがって、これら財源問題といった現実的な個別の経営課題は、単一社協だけで対応できる問題ではなく、今後、現場の

声を汲みながら取り組んでいくことが求められる。

### (3)コミュニティワークの基本的技術の必要性

しかし上記のような事情があるにせよ、ただちに「第3期計画策定が困難」ということはない。中長期的な計画を作らず何を目標しているかを明らかにしない組織に対して、地域住民からの理解を得るのは難しい。

例えば、先行事例の一つである宮崎県都城市地域福祉計画の事例から見ると、都城市社協の地域福祉担当係長の行政への粘り強い働きかけがきっかけで策定に弾みがついたといわれる。働きかけの当初、行政が社協の成り立ちや目的をほとんど理解していない状況が、数十回の勉強会を重ねることで相互理解を深め、社協と行政の連携が進んだ。こうしたコミュニティワークの基本的な技術であるインターグループワークの手法も有効である。今後、全道的な社協担当職員や市町村担当職員への具体的な研修が求められる。

この手引きの検討経過や今後の市町村協議や議論を重ねて、自らの地域の実状に応じた住民参加による第3期計画を作り上げ、実行し、さらに評価し、また新たな計画を策定する。このプロセスを通して今後の21世紀を支える地域福祉の推進の方向が展開されると思われるのである。

注1：手引きでは、資料編P70～P77「第2期地域福祉実践計画総括表」において、社協基本調査（道社協調べ）等の既存データを集約し、基本計画1から8までの全道的な評価・総括を行っている。

注2：手引きでは、P36～P53で実践課題に対応して具体的に取り組む実践項目に、基本項目（全道的に必ず取り組むことが望ましい共通の項目）、重点項目（各市町村の地域の状況に応じて取り組む項目）、挑戦項目（先駆的、積極的に取り組む項目）と事業優先度の目安を付している。

付記：本レポートは筆者が地域福祉総合推進委員会に事務局として関わった立場での私見を交えた内容であることをお断りしておく。

### 参考文献・資料

1. 「第3期地域福祉実践計画策定の手引き  
～市町村社協による地域福祉計画時代の福祉のまちづくり計画～」  
(2002年12月発行 北海道社会福祉協議会)  
<http://www.dosyakyō.or.jp/keikaku>
2. 「地域福祉計画に関する調査研究事業報告書地域福祉計画・支援計画の考え方と実際」  
(2002年8月発行 全国社会福祉協議会)
3. 「月刊福祉8月号」(2002年8月発行 全国社会福祉協議会)
4. 「地域福祉計画 理論と方法」(1986年6月発行 全国社会福祉協議会)
5. 「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針のあり方について（ひとり一人の地域住民への訴え）」  
(2002年1月発行 厚生労働省社会保障審議会福祉部会)

| 基本目標                | 基本計画                             | 実践課題                       |                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                  | 大分類                        | 中分類                                                                                                                                                                                                                        |
| 在宅生活を支える総合的な地域福祉の推進 | 1. 問題を発見・共有し、解決のための協働を可能にする地域づくり | 1. 多様なニーズ把握による地域福祉の指標づくり   | 1) 安定・継続したニーズ把握の実施<br>2) 新たなニーズ潜在化したニーズの把握・対応                                                                                                                                                                              |
|                     |                                  | 2. ニーズ対応・問題解決型の地域協働システムづくり | 1) あんしん生活ネットワーク活動の推進                                                                                                                                                                                                       |
|                     | 2. 地域福祉時代にふさわしい福祉サービスの充実・開発      | 1. 福祉サービスの整備・充実            | 1) 介護保険事業等サービスの質と量の確保<br>2) 総合的な生活支援体制の確立                                                                                                                                                                                  |
|                     |                                  | 2. 地域に密着したサービスの開発・支援       | 1) ニーズ対応型（地域密着）サービスの開発・支援                                                                                                                                                                                                  |
|                     | 3. 利用者支援の取り組み推進                  | 1. 利用者主体のサービスの実現           | 1) 総合的な相談支援体制の整備<br>2) 利用者中心の高品質なサービスの提供<br>3) 利用者の適切なサービス選択の保障                                                                                                                                                            |
|                     |                                  | 2. 利用者の権利擁護                | 1) 地域福祉権利擁護事業活用の体制整備<br>2) 成年後見制度活用の体制整備<br>3) 苦情解決制度の仕組みの確立<br>4) 個人情報保護の仕組みの確立                                                                                                                                           |
|                     | 4. 住民参加による地域福祉活動の推進              | 1. 住民参加の場づくり               | 1) ボランティア・市民活動センターの充実                                                                                                                                                                                                      |
|                     |                                  | 2. 地域協働のための担い手づくり          | 1) 地域協働の担い手づくり<br>2) ライフサイクルに応じた学習・活動機会の提供                                                                                                                                                                                 |
|                     | 5. 社協組織・活動の強化推進・評価               | 1. 地域福祉の中核組織にふさわしい事業経営の推進  | 1) 事業経営理念の明確化と業務の体系化<br>2) 地域の規範となる事業の推進<br>3) 部会、委員会、連絡会議の積極的な活用<br>4) 行政との新たなパートナーシップの形成<br>5) 住民各層との協働の推進<br>6) 社会福祉施設との協働の促進<br>7) 生活関連サービスの「福祉化」の推進<br>8) 地域福祉圏を想定した事業体制づくり<br>9) 社協事業・活動における広域連携の推進<br>10) 市町村合併への対応 |
|                     |                                  | 2. 組織運営の活性化の促進             | 1) 地域の総意を結集する組織・構成の構築<br>2) 地域に根ざした役員体制の確保<br>3) 財源確保及び財務運営の実施<br>4) 事務局体制の整備（事務所・職員体制・労務管理等）                                                                                                                              |



# ハワイの福祉を学ぶ ～カウアイ・オアフ福祉紀行～

忍 博次（北星学園大学名誉教授・  
吉備国際大学大学院教授）

はじめに

ハワイには芸能人や若い女性が多く出かける派手な観光地というイメージが強いようだ。福祉の勉強に行くのですよといっても、一瞬怪訝な顔をされた。もちろんハワイはアメリカの一つの州であり、観光客だけの島ではなく州民の生活がある。その世界の観光地・リゾートを抱えるハワイ州の福祉を学ぼうというのである。とくに「障害をもつアメリカ国民の法」(1990)が施行されてから高齢者や障害者の権利保障がどこまで進んだか私には強い興味があった。アメリカには州によってかなり独自の政策をとっているからハワイを見てアメリカ全体を理解したことにはならないが、ハワイからアメリカを覗くことはできる。カリフォルニアやアリゾナからアメリカを知ろうとするのと同じである。

たった1週間の旅であるが、計画が行き届いていて、カウアイとオアフの2島で高齢者住宅とナーシングホーム、障害者のリハビリテーションとデイサービス、高齢者と障害者の移送サービス、障害者自立センターなど、10ヶ所もの福祉関係施設を訪れることができた。

## 1. 高齢者の居住施設と住宅

高齢者が地域で自立生活を続けようとするとき、自立を支える重要な要件として住宅の確保がある。高齢者を対象とする居住施設として、アメリカでは高齢者専用集合住宅、ケア付住宅、老人ホーム、養護委託、退職者コミュニティなどの種類が見られる。日本でも住宅の呼び名は違っても高齢者アパート、下宿、経費老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、有料老人ホーム、老人里親、老人福祉寮(北海道独自)など多様な居住様式が用意されるようになった。アメリカでは盛んに作られ、わが国で見られないのは退職者コミュニティくらいである。

### ①高齢者専用集合住宅(リフエシアターシニアアパートメント)

カウアイ島、人口5万5千。ホテルの近くにはココ椰子の林があり、強い日差しが熱帯の花を照らす。まちにいても人影まばら。バスの運転手さんは、ここは暮らしやすいが「何もない」ところだという。そのまちの中心部に高齢者アパート(Lihue Theater Senior Apartments)があった。

この高齢者アパートは1930年建造した映画館が1982年の台風で倒壊し、その跡に連邦災害基金の助成を受けて建てられ、歴史的建造物として前の方だけ初期のままに残したのだという。道理で玄関は住宅らしくない。古い映画のポスターがはってあり、切符を切るもぎりの小窓まで残してある。

このアパートは住宅都市開発省の補助やいろんな基金や財団から助成を受けているNPOが運営している。入居資格は62歳以上、介護の必要ない自立している人で年収36200ドル(単身)以下でなければならない。部屋の広さは525平方フィートで、家賃は月495ドルである。食事のサービスはあるというが、その他移送サービスなど、もちろん地域の福祉サービスを利用することができる。家賃も部屋の広さも日本のケアハウスとよく似ている。もし介護が必要になるとケア付住宅へ、あるいは寝たきりなどになるとナーシングホームへ移らねばならない。現在20人居住。平均年齢75歳、最高年齢92歳。待機者は55人いるという。

このアパートは低所得で、比較的自立度の高い高齢者のための住宅といえよう。日本でも同様だが、この種のニードがアメリカでも高いことがうかがえる。

## ②ハレクブナ エルダリ ハウジング プロジェクト（高齢者賃貸住宅）

カウアイ島のまちな中心部から車で約15分、雄大な景色のなかに30戸ほどの集落が広がっていた。3.5エーカーの広い土地に7棟の平屋が点在。1棟に4戸、すなわち4ユニットの借家が作られている。高齢者用は28ユニット、その他に障害者用が2ユニットある。1ユニットの面積は物置など全部含めて630平方フィート、一人暮らしなら不自由はないと思われるが、つつましい生活だ。家賃は月に475ドル、62歳以上なら申し込めるが住宅都市開発省の審査をうけて許可されなければならない。

住居のほかに共同の洗濯機と乾燥機のあるサイト、コミュニティ・リクリエーションセンターなどがある。見学をしているとき配食サービス車が回っていた。月15ドルで病院への送迎バスサービスもある。必要と認められればもちろん各種の福祉サービスは受けられる。

雄大で美しい景色、さわやかな空気、静けさ、そして低家賃。それがこのコミュニティの魅力のようだ。退職者コミュニティというより、住宅を供給する民間活動を都市住宅開発省が応援して作った低所得高齢者のためのコミュニティと考えられる。

日本には経費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホームなどの集合住宅はあるがこのような高齢者専用のコミュニティはない。

アメリカには大きい高齢者のまちがいくつかある。オーストラリアでは退職者村がたくさんつくられている。私が見たのはアリゾナ州にあるサンシティとシドニー近郊の退職者村であるが、2000万から3000万円の家を買わねばならず、あるいは借りるにしても高価で持ち家などの財産を処分して転居した人が多かった。換言すればある程度の経済力が処分する財産がなければサンシティのようなコミュニティに入れない。

このようなコミュニティの形成に対しては社会福祉や社会学の研究者の間でノーマライゼーションに反するものとして批判する意見もある。実際に日本では住み慣れたところで、親しい人たちと交わり、普通の地域で暮らすことのできる地域福祉を充実しようとしている。このような意見をかつてサンシティの自治会のリーダーにしたところ叱られてしまった。「あなた方研究者は現実を知らない。私はシカゴからきたが、シカゴは高齢者にとってとても住みにくい。安全で、静かで、楽しい生活を求めているのだ」と。アメリカは競争社会である。高齢者は競争が苦手である。いろいろな能力も落ちる。変化する社会についていくのも容易でない。そんな高齢者を包み込めない社会に生きる高齢者のニードに民間の開発業者が積極的に応えたのが高齢者（退職者）コミュニティと考えられる。

低所得者の高齢者にもこのようなコミュニティをつくっていたとは、新発見であった。移民の国アメリカは大都市に行くと人種や民族による生活圏がある。高齢者にもこのような仕分けを是としたのであろうか。そうとは思えないのだが。なぜならマイノリティ（少数者集団）は統合を目指す運動をしている。とくに障害者の自立運動は強くインクルージョン（一緒の教育・生活）を求めている。住居が別だとは思わない。

このような現実からわれわれは何を学べばよいのか。北海道でも高齢者のみの村を作りたいという自治体があるという。高齢者コミュニティの背景にアメリカの文化があるのは間違いない。日本の高齢者にはどんな居住施設とサービスを用意したらよいのか、日本の文化と福祉の思想を抜いて考えるわけにはいかない。

## 2. ナーシングホーム（長期ケア施設）

ナーシングホームとは24時間看護・介護を必要とする人の長期ケア施設であり、看護を中心とする医療施設として位置付けられている。1995年の調査によればアメリカには16700ヶ所のナーシングホームがある。1960年代後半からメディケア（65歳以上と64歳以下の障害者の医療保険）、メディケイド（低所得者に対する医療扶助）の制度が出来てから、施設経営の財源が確保されたことによって急増したといわれる。66%は営利企業によって設立運営されている。1980年代の後半からその数は横ばいに転じた。国民医療費の高騰にたまりかねた連邦政府が24時間ケアを必要とする虚弱老人以外は在宅ケアに誘導する政策とマネジドケア制度を導入した為と考えられている。

われわれはカウアイ島とオアフ島で二つの施設を見学することが出来た。

### ①ハレクプナ ヘリテジ ホーム

入り口の大きい石に施設の名前、ヘリテジ（Heritage）と刻んであった。ヘリテジとは先祖から受け継いだ財産や伝統を意味する。高齢者に対する見方が出ていて面白い。バスの運転手さんも迷ったが、大きい看板もなく、目立たない平屋の建物であった。

説明の労に当たってくれたのは日系4世のドリーン・マスムラさん。この施設は高度ケア（skilled nursing）の必要な人を対象に24床ずつ3棟、84床で経営している営利企業である。24床を一人の看護師と3人の介護人をチームとして、3交代でケアしている。看護ケアの基準は直接介護職員1：利用者9、ここは1：6。その他OT、PT、など含めて84人のスタッフを抱えており、ケアの水準は高いのだという。日本の特別養護老人ホームのケア基準は1：3、私の知人の勤める施設は1：3のケア水準を守るため、100人の利用者定員に対して45人の直接介護職員を雇用しているとのことであった。アメリカのナーシングホームと日本の特養とは利用者にしろスタッフにしろ同じとは考えられないが、高度ケアにしてはケアの人数が少ないのではないかと思ったのは事実である。この数字の違いはどう考えたらよいのだろうか。

居室は2床の部屋と3床の部屋があったが、日本の一般的な特別養護老人ホームほど狭くはないが、そうゆとりあるスペースではなかった。利用者の方々は身なりもよく、施設内も清潔で、日本の施設一部にある特有のにおいなどはまったく感じられなかった。営利企業なら利用料はどれくらいであろう。一日239,5ドル、月に7100ドル、日本円で約100万円とのこと。日本の特養の3倍である。

### ②アロハ ナーシング・リハ センター（ALOHA Nursing & Rehab Center）

ホノルルのダウンタウンから約1時間、左側に険しい山肌を過ぎると街が開け、施設に到着。3年前に改築したという瀟洒な建物である。説明に当たってくれたソーシャルワーカーの品川あさ子さんによると、オーナーは日本人のこと。この施設は名前のとおり長期ケアとリハビリテーションの施設である。入所に当たってはケアのレベルによって高度看護ケア（skilled nursing care）と中間的ケア（intermediate care）に分けられる。インフォメーションを読む限り、日常の看護のケア加えて高度ケア部門では日常生活動作の訓練、理学療法、作業療法、言語療法や生活習慣の自立などのリハビリテーションを提供している。ベッドは140床、その内20%が高度看護ケアで、80%が中間的ケアである。その他短期入所とデイサービスも行っている。

どこでも気になるのは利用料である。品川さんによると高度ケアで月に約7500ドル、中間



的ケアで約7000ドル、デイサービスは一日50ドルであるという。カウアイ島の施設と負担は大凡同じである。ほとんどの入所者がメディケアの給付、メディケイドの適用対象になっているというが、メディケアは中間的ケアに対しては給付されない。しかもその適用の日数が100日までと限られ、はじめの20日は費用の全額がカバーされるが、後の80日は20%の自己負担が伴う。その後は資産があれば自己負担が求められ、資産がなくなるとはじめてメディケイドの利用資格が生ずる。その有資格条件は厳しいもののメディケイドを受けている人は140人中80人ということであった。医療や看護の継続、そしてケアが長引けば多くの高齢者は低所得にならざるを得ない現実がここにはみられる。

さらにアメリカは多様な福祉供給主体が参入し、利用者（消費者）の主体性が尊重されてきた。しかし陰では高齢者の虐待、権利の侵害が頻発した。そこで利用者の権利擁護やサービスの質をどのように向上するかが重要な課題になる。この施設でも州の福祉局の抜き打ち監査があるというし、サービスの第三者評価やオンブズマンが定着している。長期ケアのオンブズマンの入所者向けパンフレットを頂くことが出来た。そこにはナーシングホームの入所者の権利が次のように述べられており、もしこのような権利が破られたり、否定されたならばオンブズマンに電話や手紙で相談するように薦めている。

入所者の権利とは、人間の尊厳を尊重するケア、薬物拘束や身体拘束をしない、自分で金銭は管理する、仕返しの恐れなしに苦情をいえる、好む人と個人的に話をし、まじわる、個人的に通信を授受する、自分のことや自分の医学的記録の守秘義務を守る、圧迫や差別なしに州や連邦政府の援助を問い合わせる、権利やサービスを受ける前に十分情報を得る、他のサービスへの移行あるいは退所の場合には前もって知らせを受ける、辱められない、嫌がらせを受けない、脅されない、ことなどなどである。

### 3. 障害者のリハビリテーション

1960年代アメリカの障害者福祉は自立生活運動が全米に改革の嵐をよんだ。一方70年代になると北欧のノーマライゼーション思想もポルフェンスベルガーによって導入された。その思想はよく知られているように障害者が施設に隔離されることなく、普通の人の同じく地域の中で生活できる社会を形成し、障害者も自立して地域の人々と共生することである。そのためには自立のためのリハビリテーションの充実（日常動作の向上を目指すことから生活の質の向上へ）とバリアフリー社会をつくりあげることでもある。また自立を求める障害者の声は運命を選択する自由、危険を恐れず冒険をする自由など、自己決定の尊重を主張する。1990年には「障害者をもつアメリカ国民の法律」(ADA)が施行された。この法律は雇用、公共施設、交通機関などで差別を禁止することを求めている。そして人種差別を禁止することを求める公民権法と同じ思想で作られているといわれる。1980年代から大きい施設に対する批判は強かったが、この法律が出来てからとくに大きい施設の解体は進んだようだ。施設から地域へ、障害者が自立を求めれば、それを支える在宅ケアや利用施設が必要になる。3つの施設で利用の実態を垣間見ることが出来た。

#### ①ラナキア ホオポノ視覚障害者リハビリテーションセンター

ホオポノ(HO'OPONO)とは物事を正しく解決するというハワイ語だという。1961年ライオンズクラブの基金をもとに州が設立し、運営している。ホオポノは視覚障害者が次のようなことで悩んでいた、援助が必要であれば支援する。



1 自分への誇りを確立する、2 仕事を得る、3 進学や受験を達成したい、4 日常の身の回りや家事をする、5 自信を持って旅行をする、6 必要な技術を使ってコミュニケーションする、7 自分に必要な社会資源について学ぶ、ことなど。

このようなニーズに応じために職業リハビリテーションカウンセラー、視能士（歩行や移動を指導）、作業療法士、グループワーカー、販売指導員、視力補助士、ソーシャルワーカー、リハビリテーション教師（点字やコンピュータなどを教える）などさまざまな専門家を用意している。

このセンターのセクションは大きく1 職業リハ、2 視力向上クリニック、3 適応訓練、4 ワークショップの4つに分かれている。

1は仕事を見つけることを援助するためのプログラムをつくり訓練する。次のような仕事と考えられている。販売員、会計事務員、レントゲン技師、教師、編集・校合、現金出納員、転写技術員、植物養殖技術員、コンピュータ技術者などである。もちろん視覚障害者の視力、興味、性格、仕事の能力などを評価して進路を決めるのであろうが、その想定する仕事の幅は広い。日本の視覚障害者の職業選択がほとんどあんま・針・灸に限定されているのとは大きな違いである。

2は視力が残っている人のために、その視力を最大にするために診断し、最新の医療技術と拡大鏡、望遠鏡、サングラスなど視力補助器具を用いて視力の開発をおこなっている。

3は視力障害によって生じる日常の生活の不自由を克服する訓練であり、視力を欠損したことによって落ち込んだ思考や感情、そして不適応から立ち直るべく、新しい適応能力を獲得する場である。

4は適職を選定するのを支え、雇用へ近づくために職業評価と適応訓練を行っている。その後職業訓練と実際の雇用の場での作業とを結びつける訓練プログラムを消化して職業定着を図っている。このセクターはNPOが運営している。

この種の施設は肢体不自由の更生施設以外北海道にはない。強いてあげれば盲学校かもしれないが、高等部での職業指導は3療に限られているようだし、中途失明者など成人の受け皿は視力障害者センターで対応しているに過ぎない。この施設の利用者の最高年齢は80歳だという。とことん能力を開発し社会に結びつけようとする努力がそこには見られた。費用は州立なので訓練費は無料。ただメガネや視力補助器具は別とのことであった。

## ②カウアイ 知的障害者 (retarded citizen) センター

アメリカの大きい知的障害者の施設は解体されつつある。生活の拠点は施設に隔離することなく地域の中で地域住民と同じ生活を営めるように保障するのがこれらの福祉である。そのためには地域の中に住宅を用意し、自立を支えるためのサービスや通所施設（更生、授産、活動・交流など）が必要になる。

このセンターは個別の対人サービス (personal assistant) を必要とする21歳から60歳までの知的障害者の社会活動・交流センターである。日本流に言えば、デイサービスセンターに当たるのであろうか。二階建てのこじんまりした建物で集会室、談話室が5つ6つあり、そこでさまざまな手工芸や趣味の会やリクリエーションが行われ、グループワークやカウンセリングで知的障害者の社会活動を支えている。日本はまだ施設中心の福祉であり、幼児の通園施設、成人の小規模作業所はたくさん出来てきているが、この種のセンターは少ない。ここの利用者は現在25名、職員30名。他にもう1つのセンターと2つのグループホームの運営、在宅ケアも行っているという。ここの利用者はみんなメディケイドの該当者、経営主体

はNPOだといひ、所長のエレンチャングさんはお土産のお菓子を渡してくれた。見学に行ってお土産を頂くことは珍しい。カウアイの人の暖かさをそのお菓子を通じて感じさせられた。

### ③ラナキラ 知的障害者デイサービスセンター

視覚障害者リハセンターの隣がこのデイサービスセンターである。知的障害者のデイサービスのほかに、能力開発センターと障害者や病虚弱高齢者に対する給食センターも設置されていた。

デイサービスは健康管理、家事や家庭管理、社会的作法、余暇活動のような普通の地域生活の中で必要とされる基本的な生活技能を習得出来るようにプログラムを組んでいる。具体的には、成長に関して（容姿、健康、自分の権利の主張、人間関係の技能、社会的作法等）、家事に関して（簡単な家政、食事の支度、洗濯、庭の手入れ、買い物、金銭管理等）、教育に関して（実用的な読み・書き・数えること、コンピュータ操作、権利擁護）、余暇とリクリエーションに関して（運動やスポーツ、ゲーム、芸術・文化、余暇活用）、地域生活に関して（実際の生活技能訓練、旅行、イベントへの参加、社会資源の知識）、職業支援に関して（啓発経験、適職の発見、職業活動の経験の機会）。

これらのことの学習支援をしてより高い自立生活と生活の質の向上を目指すのを目的としている。

能力開発センターは次のような職業訓練を受けると同時に、その仕事で賃金を受けている。個々人は適切な作業、仕事の責任、作業技術のコーチを受け、職業を選択する援助を受ける。ラナキラはまた援助付き雇用（supported employment）の対象にもなっている。

用意されている仕事は、食品サービス、保管サービス、商品棚の仕込み、縫製、セールス、倉庫の積み下ろし、組み立て作業、木工作業などである。

給食サービスはオアフ島の障害者と病虚弱高齢者に対し毎日1000人以上に配食している。家庭への配食だけでなくたくさんのコミュニティでグループの会食を行い、社交の機会を提供し、健康維持を促進している。この事業にはボランティアの応援もあり、ボランティアは社会的支援に力を尽くしているばかりでなく、保険やコミュニティーサービスとの橋渡しの役割も果たしている。

## 4. 障害者・高齢者の移送サービス（Paratransit Service）

障害者が自立を目指しても、交通手段がなければ地域の中で孤立してしまう。とくにアメリカのように自家用車の所有率が高く、公共交通が不十分の国は車を運転出来ないと大変な不自由を強いられる。わが国の障害者も同様であり、障害者の権利回復の課題としていつも移送サービスの問題が課題になる。われわれはカウアイとオアフの両島で、連邦、州、郡からの資金で運営する公営のパラトランジット（障害者移送）サービスの様子を知ることが出来た。

パラトランジットサービスは60歳以上の高齢者で郡（county）の交通局で認可を受けた人と、ADAでこのサービスを受ける資格があると認められ登録された人にサービスを提供する。もちろん歩行の困難な重度の障害をもつ人が対象になる。電話で予約後、ドアからドアへ送迎する。理由は問わない。ホノルルのパラトランジットサービス部のジョン・ブラックさんによると、学校・病院・仕事への送迎、遊び・飲食なども多いという。そのためのハンディバンは電動のリフトがついており、車椅子なら6人まで、歩行困難者なら8人まで乗れるスペースがあ

る。大都市ホノルルのこのサービス部は105台のバンで、1日に2700人のニーズに答えているという。現在有資格者として登録している人は18000人、毎月200人ずつ登録人口は増加していて、需要は拡大しているという。利用料は75セント、予算は日本円で約15億ぐらいとのことであった。

わが国には鉄道やバスの運賃割引、タクシーチケットの限定給付、交通費補助などの制度、さらに最近はNPOやボランティアによる移送サービスが各地で始まっているが、まだ権利としてのサービス設計となっていない。ADA以後急速にこのサービス拡大に影響を及ぼしているであろう。

## 5. ハワイの自立生活センター (HCIL)

先に述べたようにアメリカの自立生活運動は障害者の主体性を否定した施設中心の福祉のあり方を批判することから始まった。かつては障害者は保護される存在であるから、専門家が中心となって指導し、リハビリテーションも身体や感覚の機能の回復に主眼を置くことが当然と考えられてきた。障害を克服できる人は職業リハへ、介護が必要で人の世話にならなければならない人は施設に入り保護を受けることにあまり疑問を持たなかった。1960年代バークレーの障害を持つ学生達は平等な学習条件を求めて改善運動を始めた。車椅子で移動できない建物、障害者には不利な学習条件（たとえば視覚や聴覚障害者の情報格差など）の改善運動に取り組んでいった。それが脱施設化、パターンリズム（慈恵的家父長主義）と専門家主義の批判、当事者中心、自己決定の尊重、機会の均等、参加と平等などのキーワードからなる思想を打ち出した。その思想の実現と障害者の権利を獲得する運動の拠点として設立したのがC I Lである。

20年ほど前、私はバークレーの自立生活センターを訪問した時のことを思い出す。所長のマイケル・ウインター氏は脱施設化、障害者の権利を説き、さらにどんな人でも住みよい社会を目指す政治的プレッシャーグループとしての存在を熱心に主張した。そのためC I Lは障害者が自立できる能力を向上させるための訓練し、社会資源を利用するための知識と技能を育て、自分の権利を主張出来るようになるように支援することと、障害者が自立出来ないような社会のあり方を批判するのだと。

いまのアメリカのC I Lは400を数えるという。ハワイのC I Lも障害者が自立を達成し、よりよい生活の質を獲得するために活動している。頂いたパンフレットの項目を拾い上げただけでも、自立生活訓練、ピアカウンセリング、地域教育プログラム、移動・住宅などの情報提供や斡旋・援助、介護者の斡旋、社会保障の知識と申請、権利擁護など、その活動は極めて多面的である。自立は社会生活全般に関わるから当然のことかもしれない。

所長のマーク・オバタケさんは自立生活と生活の質を確保する上での問題点をいろいろ述べてくれた。ハワイのバリアフリーは全体的にまだ不十分である。新しい家を求めてもなかなか見つけれられない。住宅開発業者には5%のバリアフリーが決められているが、他がバリアフリーでなければ意味がない。それよりも家賃の方が問題。対人ケアも200万円以上の収入があれば受けられない。手当や補助もいろいろあるがまだ不十分な点など自立への隘路はたくさんあるようだ。意外だったのはナーシングホームの不足を指摘したことだ。バークレーでは入所施設の必要性を肯定しなかった。現実的に高度の看護や介護の必要な人の問題を考慮せざるを得ないということなのであろうか。

## 6. 最後に…ハワイ大学訪問

この度の視察に当たって、訪問先の調整や受け入れの約束を取っていただいたハワイ大学のダニエル・ウォング博士を訪問し、留学中の4人の日本人大学院生と懇談する機会を得た。ウォング博士は教育部の大学院、カウンセラー教育学科、リハビリテーションカウンセリング専攻の学生に研究指導をしておられる。カウンセリング専攻はリハビリテーションの他に、学校カウンセリングとコミュニティサービスカウンセリングの専攻もある。ここで訪問先の感想やADAについて私の感想などを述べ、さまざまな示唆を得た。

大変実りの多い視察旅行であったが、ウォング先生の労に負うところが多かったような気がする。旅行会社、添乗員の配慮も行き届いていて、快適な旅であった。感謝に絶えない。

### 付 記

本稿は平成14年11月11～16日のノーマライゼーション住宅財団主催のハワイ住宅研修で、カウアイ島とオアフ島へ行った時のものであることを付記しておく。



## ▼北海道地域福祉学会誌「北海道地域福祉研究」執筆要項▼

1. 本誌に発表する論文等は、いずれも他に未発表のものに限る。
2. 論文は図表文含めて16,000字（400字原稿用紙40枚）以内とする。  
図表は、便宜上、一葉400字とする。写真を使用する場合は、モノクロを原則とし、手札サイズ（8×10）以上の紙焼とする。
3. 書評及び文献紹介は依頼原稿とし、800字から6,000字（400字原稿用紙2枚から15枚）程度の範囲で編集委員会が依頼する際に指定する。
4. 研究ノート・その他には、研究上の問題提起、内外の動向、研究プロジェクトの経過報告、他の著書・論文への批判・反論を含み、8,000字（400字原稿用紙20枚）以内とする。
5. 原稿は、横書きとし、A4判用紙に40字×40行で印字したパソコン（ワープロ）原稿が望ましい。  
パソコン（ワープロ）原稿は、原稿作成に使用したパソコン（ワープロ）の機種を明記して、フロッピーもあわせて添付すること。できれば、テキストファイルでの保存フロッピーが望ましい。
6. 文体は口語調の「である」調、文字は新かなづかい、当用漢字を原則とする。
7. 論文の構成は、タイトル、執筆者名、本文、注、文献の順とする。
8. 本文中の見出しは、以下のように統一する。
  1. 2. 3. …「章」に相当
  - (1), (2), (3) …「節」に相当
  - ・ ・ ・ …「項」に相当
9. 本文中の注番号は、該当箇所の右肩に1) 2) 3) …で表示する。
10. 引用文献は、本文の該当箇所に〔執筆者名（姓のみ、共著・編者の場合は1名のみ掲載して「〇〇他」とする）、西暦発行年：引用ページ〕を示し、タイトル等は後の「文献」のところに一括して表示する。  
〈例〉 〔山田、1990:22〕〔Bledy、1992:1-25〕
11. 「文献」は、著者名のアルファベット順に、次のことを表示する。

|                     |         |
|---------------------|---------|
| 1 著者名（外国人の場合も姓を最初に） | 2 タイトル  |
| 3 掲載誌名（通巻番号）        | 4 西暦発行年 |
| 5 出版社名              | 6 掲載ページ |
12. 図表番号は、「図-1」「表-1」のように示し、それぞれ通し番号とする。
13. 図表のタイトルは図表の上につける。
14. 図表を他の著作物から引用する場合には、出典を図表の下に明記し、必要に応じて原著者または著作権所有者からの使用許可を得ておくこと。
15. 図表には一葉ごとに台紙に貼りそれぞれの挿入箇所は原稿の左余白に赤字で指示する。
16. 原稿には表紙を付け、タイトル・執筆者名・執筆者肩書・連絡先（住所と電話番号・FAX番号を）記入する。
17. 文末に論文のキーワードを5語以内で入れる。



北海道地域福祉研究 2002年(第6巻)

---

発行年月日 2003年3月31日

発行者 北海道地域福祉学会 会長 杉岡 直人

〒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

北海道社会福祉協議会 総務部企画調整担当

Tel (011) 271 - 1944 Fax (011) 271 - 1977

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

URL <http://www3.to/hacc>

---