

北海道地域福祉研究

2004年(第8卷)

北海道地域福祉学会

発刊にあたって

平成の大合併といわれる市町村合併と2015年の高齢者介護を見据えたといわれる介護保険制度見直しや障害者自立支援法の検討など社会保障改革の本格化の中で、日本地域福祉学会大会を札幌の地で開催することとなりました。21世紀版地域福祉のマイルストーンとすべく、学会活動の一層の発展を図るように国際的かつ国内の動向をリードするようなコミュニティケアとコミュニティワークの実践および海外の研究動向についての継続的な実践と研究に取り組む必要があります。

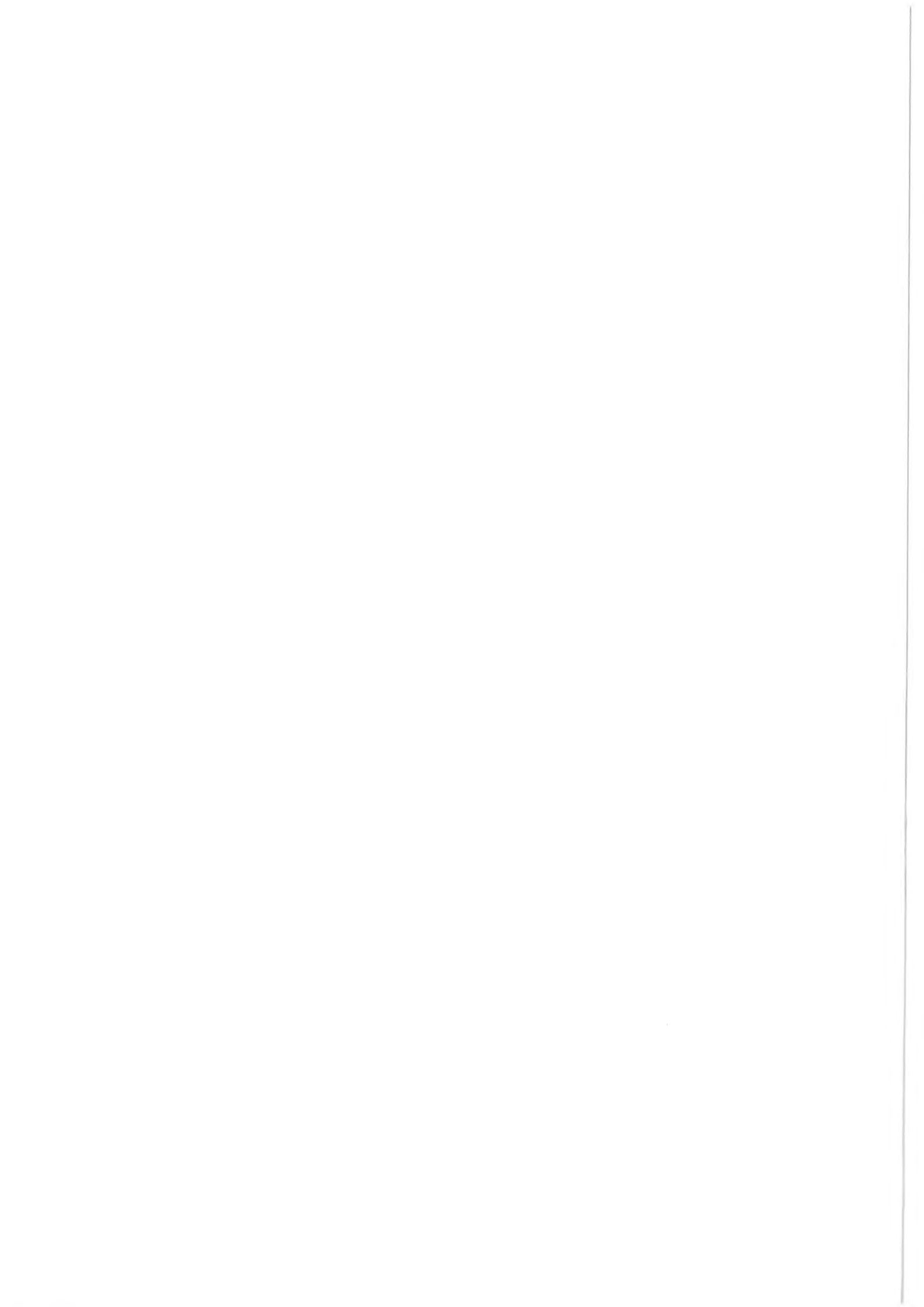
「2015年の高齢者介護」で提唱されている居宅ケアの核となる地域密着型のサービス体系に関しても、美瑛町の慈光苑（グループホーム虹）や地域福祉優秀実践賞の受賞を受けた遠軽町社会福祉協議会の小規模多機能拠点の形成が注目されています。今後、知的障害者グループホームの緊急整備や入所施設の機能転換、14保健福祉事務所圏域での総合相談支援拠点の整備などの単独事業も具体化する模様です。前会長の忍博次先生は2005年度より北海道社会福祉協議会の副会長に就任されることとなりましたので、今後、進められる計画の実行と評価に住民が参加する仕組みをどのように作り出すのかを地域福祉実践の喫緊の課題として取り組まなくてはならないでしょう。さらに、地域包括ケアシステムの構築と、身近な小地域でのコミュニティソーシャルワーク実践としての地域福祉型サービスの開発に向かう取り組みも緊急の課題となっています。

地域福祉も同様で、市町村合併が進む中、住民参加を機軸とした地域福祉計画の策定、行政・社会福祉協議会・NPO等の協働による新しいパートナーシップ型の地域福祉の構築が問われています。

1993年に北海道地域福祉学会が発足して10年が経過しましたが、始まりは日本地域福祉学会第6回北海道大会がきっかけとなりました。次の10年のきっかけは6月の大会のなかで浮きぼりになると思われます。機関誌の内容も次の10年を意識したものとなっているといえます。会員はじめ関係者の皆さんの学会活動への一段の参集をお願い申し上げます。

2005年3月31日

北海道地域福祉学会
会長 杉岡直人



目 次

論 文

1. 地域福祉計画策定および地域福祉実践にみる行政と住民との協働 ————— 1
—美唄市の事例より—
梶 晴美（北海道浅井学園大学人間福祉学部）
2. 介護保険制度の見直し論に関する考察 ————— 13
—集合的介護形態と費用の効率化—
谷村 孝子（札幌市清田区保健福祉部保護課）
3. 子どもの育ちと福祉コミュニティ形成へのコーディネート ————— 25
—少子化対策と子どもの健全育成の視点から—
船木 幸広（北海道保健福祉部地域福祉課）

研究ノート

- 地域における高齢者虐待への対応に関する考察 ————— 43
—市民団体と自治体に関する文献調査をもとに—
平泉 金弥（北星学園大学大学院社会福祉学研究科研究生）

実践レポート

- 精神障害者を抱える家族への家族会結成にむけての支援 ————— 51
—家族が生き生きと変化する、家族のための家族会を創る—
藤井 智子（旭川医科大学看護学科）

「北海道地域福祉研究」執筆要項

—46—

論文

地域福祉計画策定および地域福祉 実践にみる行政と住民との協働

— 美唄市の事例より —

梶 晴美（北海道浅井学園大学人間福祉学部）

1. はじめに

社会福祉事業法の改正により2005年に成立した社会福祉法は、社会福祉基礎構造改革を具現化するものであった。社会福祉法第1条では地域福祉を「地域における社会福祉」と規定し、同第4条では「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者および社会福祉に関する活動を行う者（以下「住民等」）は「地域福祉の推進に努めなければならない」と規定している。改正前の社会福祉事業法では、地域住民は「理解と協力」を求められる対象という位置づけであった¹⁾のに対し、改正後の社会福祉法では「地域福祉の推進主体」として位置づけられていることが重要な点である。

社会保障審議会福祉部会が地域福祉計画策定に向けて出した「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在り方について（一人ひとりの地域住民への訴え）」（2002年1月28日）という指針では、市町村地域福祉計画は、「地域住民の最も身近な行政主体である市区町村が、地域福祉推進の主体である住民等の参加を得て地域の要援護者の生活上の解決すべき課題（生活課題）とそれに対応する必要なサービスの内容や量、その現状を明らかにしつつ、かつ、確保し提供する体制を計画的に整備することを内容とする」としている。また、「住民等は、地域福祉計画の策定について意見を述べるだけの存在ではない。計画策定に参加すると同時に自らが地域福祉の担い手であると認識することが重要である。したがって特に関係団体の参加を要請する場合は、代表者の形式的参加で事足りるとすべきではない」とされ、これまでの形式的な住民参加ではなく、住民が参画し主体となって策定されるものであることを強調している。

こうした住民主体をどのように理解するかということについて上野谷²⁾は、「住民主体とは、『住民を地域社会における歴史的、社会的存在としての生活者として理解する』ということ」を指し、「住民の側からいうと、『自分が生活をしていく主体である』ということに気づき、自覚するということ」であると述べている。そして、住民主体には住民と行政の双方の協働が必要であり、行政は「住民が持つ自治能力を発見、開発し、その形成を支援し、個人のニーズを地域社会全体のニーズとして認めあえるよう合意形成していくプロセスとして、『住民参加・参画』を保障すべきである」と述べている。

本稿では、このような地域福祉計画における「住民主体」と「行政と住民の協働」に視点を置き、地域福祉計画策定の取り組みから、住民を主体とした福祉のまちづくりに向けて、住民の主体的活動や住民自治に対する行政としての支援の在り方について考えてみたい。

2. 研究方法

研究方法は、急速な過疎化とそれと同時に高齢化が急進し、かつ障害児・者が多く居住する北海道美唄市を事例とした調査研究である。調査は美唄市保健福祉部部長への訪問聞き取りを2004年8月および2005年2月の計2回行った。また、地域福祉計画策定および実施に関する資料を提供して頂いた。1回目の調査は計画策定までの過程を、2回目の調査では策定後の取り組み状況について行った。

3. 美唄市の概要

（1）美唄市の人口と産業

美唄市は札幌と旭川の中間に位置する東西に長いまちである。年間降雪量が10mを超える豪雪地帯で、明治の開拓以来、農業と炭鉱で栄えた。かつて三菱と三井などの大規模炭鉱や中小の炭鉱があったのは東部丘陵地域である。現在の産業は、第1次産業が14.8%、第2次産業が27.3%、第3次産業が57.4%³⁾となっているが、基幹産業は農業である。人口は、石炭産業が本格化する大正時代から急増し、昭和31年のピーク時には9.2万人を数えたが、その後エネルギー転換政策による石炭産業の縮小とともに人口は減少し、平成15年には3万人まで減少した。

石炭産業の衰退はまた、美唄市の急速な高齢化の進展に貢献している。すでに人口減少が始まっていた昭和40(1965)年以降の65歳以上の老年人口と高齢化率を表1に示す。昭和45(1970)年に高齢化率7%を超え、昭和60(1985)年には13.9%とほぼ14%に到達しており、この間15年と日本全体の高齢化率の推移と比較すると約10年も早く高齢社会へと突入している。以後、急激に上昇しており平成12(2000)年には25%、平成17(2005)年2月末には28.2%⁴⁾まで上昇している。特に旧産炭地集落での高齢化率は高く、平成12年の国勢調査の地区別人口の第1位は我路地区の64.2%であった。また、平成11年より年間出生数が200人を割り、平成17年2月末の年少人口構成率は10.9%⁵⁾となっている。

表1. 老年人口および高齢化率の推移(国勢調査より)

年	総人口(人) ^{a)}	老年人口(人)	高齢化率(%)	日本の高齢化率(%)	備考
1965	63,051	3,177	5	6.3	1963三井炭鉱閉山
1970	47,369	3,346	7.1	7.1	1972三菱炭鉱閉山
1975	38,416	3,783	9.8	7.9	
1980	38,552	4,488	11.6	9.1	
1985	37,414	5,211	13.9	10.3	
1990	35,176	6,012	17.1	12	
1995	33,434	7,005	21	14.5	
2000	31,183	7,820	25.1	17.25	

「美唄市統計書平成15年版」および「厚生白書平成12年版」より筆者作成
※年齢不詳含む

(2) 美唄市の保健医療・福祉の状況

美唄市は産炭地であったため炭坑での労働災害が多く発生したことにより、早くから医療・福祉施設が充実していた。医療では昭和30年に「美唄労災病院」が開院し、昭和18年開院の「市立美唄病院」と併せて二つの総合病院があり、病床数は併せて590床ある。美唄労災病院は炭鉱災害等の脊髄・頸椎損傷、外傷性骨折等の外科系病院で、平成10年には「勤労者腰痛・脊損センター」の開設と病院敷地内にヘリポートの設置がされ、道内における脊髄損傷患者の専門医療センターとしての役割を果たしている。身体障害者福祉関係では、昭和39年に「道立身体障害者更生指導所(肢体不自由者更生施設)」、昭和41年「道立身体障害者重度指導所(重度身体障害者更生援護施設)」が設置され、昭和58年には上記2カ所の指導所および道立内部障害者更生指導所を統合し、「北海道立身体障害者リハビリテーションセンター」が開設された。一方、知的障害児(者)関係では、昭和39年に社会福祉法人により知的障害児福祉施設が開設され、その後入所・通所施設、福祉工場やグループホーム等を次々と開設し、道内各地から知的障害のある人達が美唄市に居住するようになった。また、知的障害のある子どもの特殊学校

として、「北海道美唄養護学校」が養護学校の義務化に先立って昭和52年に開校し、平成10年には高等部も開設されている。寄宿舎があるため周辺の市町村から入学してくる生徒もいる。

美唄市における障害のある人の状況を見てみると、身体障害者手帳の交付を受けている人の数は1,842人で、総人口が減少する中、増加・重度化傾向にある。障害別では、肢体不自由者が6割以上を占め（表2）、さらに年齢別では7割以上が65歳以上である（表3）。一方、知的障害者療育手帳交付者は291人で、ここ数年来ほぼ横ばいか微増で経過している（表4）。A判定が4割と重度化傾向にあり、年齢別では、18～64歳の青・壮年期にある人たちが8割以上を占める（表5）。美唄市内にある知的障害児・者施設の入所者が約400名おり、その多くは他市町村出身である。これらの人を含めると美唄市には550名以上の知的障害者が居住している。また、精神障害者の手帳交付者は113名で、国・道指定の特定疾患（難病）患者数は460名である（いずれも平成16年3月末現在）。人口3万人の小さな都市で知的障害のある人が人口の約2%、身体障害のある人が6%近くいるという、障害のある人が数多く暮らす全国的にもめずらしい地域である。

高齢者の医療・福祉では、美唄市立の養護老人ホームと特別養護老人ホームが各1施設、社会福祉法人による介護老人保健施設が1施設、医療法人による介護療養型医療施設が2施設ある。また、美唄市社会福祉協議会は50年以上の歴史のある社会福祉協議会であり、在宅福祉サービス事業として介護保険事業の指定居宅介護支援事業、訪問介護事業、通所介護事業を初め、地域型在宅介護支援センター運営、配食サービス、移送サービス等を行っている。その他、介護保険の居宅サービスは訪問入浴を除いて市内に事業所があり、認知症高齢者グループホームも3カ所ある。

表2. 身体障がい者数の推移(障がい別)

(各年度末現在 単位：人)

	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15
肢 体 不 自 由	1,068	1,082	1,111	1,140	1,074	1,105	1,138
聴覚・平衡機能障害	169	167	173	179	159	163	161
内 部 障 が い	267	299	320	349	337	364	401
視 覚 障 が い	121	116	117	117	117	118	118
音声・言語機能障がい	28	28	29	30	22	24	24
合 計	1,653	1,692	1,750	1,815	1,709	1,774	1,842

資料提供：美唄市保健福祉部

表3. 身体障がい者数の現況(年齢階層別)

(平成15年度末現在 単位：人)

	肢 体 不 自 由	聴覚・平衡機能障害	内 部 障 が い	視 覚 障 が い	音声・言語機能障がい	合 計
18 歳 未 満	11	3	7	0	1	22
18 ～ 64 歳	366	33	81	26	11	517
65 歳 以 上	761	125	313	92	12	1,303
合 計	1,138	161	401	118	24	1,842

資料提供：美唄市保健福祉部

表4. 知的障がい者数の推移(判定別)

(各年度末現在 単位：人)

	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15
A 判定	93	95	100	104	112	113	113
B 判定	151	159	159	166	153	176	178
合計	244	254	259	270	265	289	291

資料提供：美唄市保健福祉部

表5. 知的障がい者数の現況(年齢階層別)

(平成15年度末現在 単位：人)

	A 判定	B 判定			
18 歳 未 満	19	27			46
18 ～ 64 歳	90	144			234
65 歳 以 上	4	7			11
合計	113	178			291

資料提供：美唄市保健福祉部

4. 美唄市の地域福祉計画策定過程と地域福祉実践

(1) 美唄市の各種計画策定状況と地域福祉計画の位置づけ

美唄には、かつての炭鉱長屋における近所づきあいや農村地域の手間返しなど、地域住民がともに支えあい、工夫してそれぞれの生活困難を乗り越えてきた精神風土がある。それに加えて炭鉱事故による身体障害者の増加とそのため早期の医療・福祉施設の充実、およびそれらの利用者と地域住民との日々の生活と交流の中から障害者に対する住民の理解が培われている地域である。

そのような古くから住民同士の支えあいの精神や医療・福祉に対する住民の理解がある美唄市では、「ともにささえあい、自立して暮らすことのできるまちづくり」を目指し、平成9年より市民による「福祉のまちづくり検討会」や「福祉のまちづくり推進委員会」の設置、「地区ふれあい広場」事業などを実施している。平成13年3月策定の第5期美唄市総合計画（美唄21世紀まちづくりプラン）においては、「福祉のまち」を重点方向の一つに位置づけ、「やさしさと健康のまちづくり」という柱をたてている。平成16年3月に策定された美唄市地域福祉計画はその中の個別計画の一つに位置づけられ、先行して策定された美唄市子育て支援計画（平成13年6月）、健康日本21美唄市計画（平成14年3月）、美唄市障害者福祉計画（第2期計画）（平成15年3月）、および美唄市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第2期計画）（平成15年3月）など、各種計画に基づく施策を地域において総合的に推進するため、各計画と理念や目標を共有し、整合性と連携をはかりながら推進している（図1）。

美唄市の保健福祉施策は「美唄市福祉のまちづくり条例」の理念に基づき、市民との協働のもと、市民一人ひとりのライフステージに応じた健康と安心を支え、市民の持っている潜在的な力を引き出し、その力を生かして活力ある地域社会を目指す」として、住民参加と住民との協働、住民のエンパワメントに重点を置いている。また、地域福祉における市の責務として、住民参加、福祉サービスの確保・充実、利用者の立場に立った福祉サービスの提供という3点を掲げ、市民の参加や市民との協働を重視している。

(2) 美唄市地域福祉計画の策定過程

1) アンケート調査による課題の把握と啓蒙

美唄市では、「住民と行政との協働による地域福祉計画づくり」を目指して平成14年から2年間かけて策定の準備を行っている。1年目の平成14年度は、計画策定のため美唄市と美唄市社会福祉協議会合同の事務局を設置し、16歳以上の住民3,200名を対象に生活課題に関するアンケート調査を社会福祉協議会に委託して行った。また、「支え合う地域社会」と題した住民対象の地域福祉講演会も行い140名の参加者があった。

2) 地域福祉市民ささえあい推進会議設置

アンケート調査の結果をふまえて、2年目の平成15年はまず地域福祉計画策定町内推進会議を設立し、5月に美唄市地域福祉計画の策定を目的に市民を中心に組織した「美唄市地域福祉市民ささえあい推進委員会」（以下「推進委員会」）を設置した。推進委員会は一般市民公募2名と保健・医療・福祉関係および市民各関係団体・機関の代表、社会福祉協議会、学識経験者、福祉関係各計画の委員から合計23名で構成されている。7月から10月までは委員会のメンバー（推進委員）を3グループに分けてそれぞれ地域の課題についての話し合いを3～4回重ねながら地域懇談会の開催準備を行い、地区講演会（1か所）や社会福祉協議会主催で12の福祉関係団体および14のボランティア団体との意見交換会を行っている。

3) 地域懇談会と子ども懇談会の開催による地域課題の抽出

11月には推進委員会が企画・運営した「地域懇談会」を全8小学校区で延べ10回開催し、合計172名の地域住民(委員や行政職員を除く)が参加した。各懇談会においては、推進委員が住民らに対して地域福祉や地域福祉計画についてや地域懇談会の目的等を説明し、住民主体であることや行政と住民との協働の重要性を示した。その後、住民から自分たちの地域の生活上の問題を挙げてもらい、課題の共有と意識付けを行っている。また、小学5年生以上大学生までを対象とした「子ども懇談会」を「Viva☆Bibai Projectーみんなで話そう美唄の今そして未来ー」と称して開催し、40名の子ども達が参加した。また12月には社会福祉協議会主催のフォーラムが行われ、住民100名が参加した。

4) 地域福祉計画の策定

翌17年1月より、アンケート調査の結果やそれぞれの懇談会の結果等をもとに再びグループごとに検討した。その後、推進委員会の開催やグループリーダー・サブリーダー会議をもちながら、具体的な計画策定を行った。その段階において、地域懇談会は生活課題の明確化をすることで終始し、課題の解決方法や地域での取り組みについてまで進まなかったことが明らかになり、地域福祉計画の策定は困難な状況にあった。しかしながら、美唄市福祉のまちづくり条例の中で地域福祉計画の策定を明記していたこともあり、平成16年3月までの到達点として、地域懇談会や子ども懇談会、市民アンケート調査で明らかになった地域での課題とその解決の方向性をまとめ、地域福祉計画を策定することとした。具体的な解決方法や担い手、それぞれの役割、事業体系の仕組み、財源などについては今後の課題となった。

(3) 地域福祉計画策定後の市の取り組み

1) 地域懇談会と子ども懇談会の継続

上述したように、16年3月に策定された美唄市保健福祉計画は完成されたものではなく、地域の諸生活課題に対する具体的な解決への方策等の検討が課題として残された。そのため、平成16年度も引き続き推進委員会による地域住民との懇談会を開催し、昨年度に抽出された各課題について、除雪、交通、防災・防犯、高齢者の独居や孤独死、ゴミ問題など具体的な生活問題ごとに各地区での話し合いを継続している。平成16年11月～17年1月の間に計4回開催し、地域住民57名が参加した。また、第2回の「こども懇談会」には小学5年生から短期大学生まで計31名が集まり、「未来・夢・希望・子どもたちから大人への提言」として美唄の今と未来についての討論を行った。小学生、中学生、高校・短大生の各グループより、生活の諸問題に対して多くの提案がなされた。

2) 地域講演会の開催と住民による実践事例の発表

懇談会の開催に加えて、平成17年2月に2回目の「地域福祉講演会」を開催し、150名の市民が集った。この講演会は住民の情報の共有、住民による実践事例の発表、学習の場となるもので、シンポジウムでは地域づくりの実践事例として、1) 団地を平屋から高層住宅に建て替えしたために住民同志の地域交流が途絶えてしまった地域での、世代間交流と活動の場としての「地域農園」の取り組み事例、2) 障害老人と共に歩む会（あしたばの会）の地域活動の事例、3) 美唄市西部にある純農村地帯でのゲートボール場の整備と地域交流ゲートボール大会および健康まつりの開催を通じた地域のネットワークづくりの事例、の3事例が報告された。いずれも先駆的に地域活動している成功事例である。

3) 市の人的・財政的支援

上記の地域福祉講演会は美唄市の「地域福祉ネットワーク事業」の一つとして予算化された事業である。第1事例の地域農園の土の購入や第3事例のゲートボール場の資材の購入や整備費の財源支援も当事業のひとつである。また、第2事例の場合は「家族介護者交流事業」として日帰り旅行や研修を、「痴呆性高齢者やすらぎ支援訪問員養成講座事業」としてボランティアの養成を、「高齢者健康増進事業」として茶話会の開催と地域の食生活改善委員や健康推進委員、保健師などの派遣を行うなどの支援をしている。他には介護予防事業として東京都老人総合研究所の「高齢者の転倒予防を目指す運動プログラム」を3ヶ月1クールで行っているが、1クール終了後希望者にはビデオを貸し出し、自主的に取り組めるようにしている。

(4) 美唄市地域福祉計画に関する今後の課題

地域懇談会を継続して開催し、各地域での課題に対する具体的方策を住民が主体的に検討し、解決に向けて住民組織を立ち上げていくことが今後必要であり、美唄市ではそれを「地域協議会(仮)」と名付けて各地域に立ち上げていくことを考えている。上記の第3の実践事例では、3町内会で組織する世帯数38戸、人口わずか158人の地域で、3町内会、3農事組合、農協婦人部、青年部、老人クラブ、ゲートボールクラブ、4地区連合会協議会、福祉会館運営委員会、各種サークルなどその地域に存在する多数の組織や団体がネットワークをつくりコミュニティ活動に関わっており、実質的に「地域協議会」としての機能を持ち合わせているとのことである。今後、この事例のような機能を持った組織を多くの地区で組織化できるように支援していくことが必要であり、そのためのひとつとして、市では地域でのキーパーソンの養成が必要であると考えているが、現在のところまだ具体化しておらず今後の課題となっている。

その他、福祉サービスの確保・充実として、サービスの種類や質・量の確保、市民との協働による事業展開、利用者の立場に立った福祉サービスの提供として、相談体制の充実、地域ケア会議の充実、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の利用促進などが挙げられる。

5. 美唄市地域福祉計画策定にみる住民の参加と協働

人が生まれてから死ぬまで24時間365日の生活支援は、行政サービスだけでは当然のことながら賅いきれない。個人の努力と地域のささえあいと行政のサービスが、相互に、一体的に、継続的に行われる必要がある。特定の人に特定のサービスを措置という形で行っていた福祉から、障害のある人もない人も、子どもも高齢者も、誰もが住み慣れた美唄で生き生きと自分らしく生きていくため、個々人の健康や福祉だけでなく、地域社会の活性化、すなわち“まちをどうするか”を考えていかなければならない。こうした考えのもと、美唄市では地域福祉計画はもちろん、地域ケアシステムにおいても障害・高齢・子どもに限定せず、すべての市民を対象にした地域における支えあいの仕組みを作ることを目指している。各福祉計画においても、誰もが高齢や障がい者になる可能性があるとしてすべての市民を対象としており、具体的なサービス展開でそれぞれの特性を考慮したサービスとなっている。

地域福祉計画の策定過程では、地域懇談会や子ども懇談会を開催することによって、住民自らが地域の生活課題に意識を向け、解決に向けての方法やその担い手、住民の役割などについて主体的に取り組める形を作っている。シンポジウムでの住民による実践報告は、彼ら自身の活動の振り返りだけでなく、別の地域での地域づくりの参考にもなる。特に第3の事例では、地域の課題に対して解決の方策を住民自らが考えだし、周囲の団体等を巻き込んでネットワークづくりを行い、一方で市からの資材や財源等の支援を得ながら地域特有の課題解決へ向けて活動を行うという、「住民参加と協働」を超えた「住民自治」とも言うべき活動である。また、健康まつりには近隣地区からの参加もあって200人近くが参加したというが、注目すべきことは、こうした地域活動に幼児だけでなく高学年の児童、生徒達も含めてその地域のほぼ全員が参加していることである。子ども達が地域での催事に進んで参加することで地域活動への興味や関心が自然と生まれ、地域住民であることの意識や「ささえあい」の精神を培うことに大いに役立っていると思われる。

一方、市としての支援は、地域で何かを立ち上げるときの助言や財源の支援、専門職員の派遣、広報活動、学習活動の支援、ボランティア活動や当事者・家族会事業の支援等を行っている。つまり、組織化や当初の立ち上げ財源は市が支援するが、実際の運営は住民が主体的に行ったり、事業によってはある時期以降は一人ひとりの住民に任されていく形である。このように美唄市では、行政による生活支援はすべてではなく、住民の持つ力を引出し発揮できるように、エンパワメントの視点を重視して住民が自主的に行えるように支援していることが特徴的である。

6. おわりに

全国社会福祉協議会は地域福祉計画を策定する際の5つの原則を示している⁶⁾。すなわち、地域の個別性尊重の原則、利用者主体の原則、ネットワーク化の原則、公民協働の原則、住民参加の原則である。さらに、具体的内容には、社会福祉法第107条の規定をふまえ、福祉サー

ビス利用者の権利、福祉サービスの質、福祉サービスの充実、福祉サービスの発達、住民参加の5つを計画に盛り込むべきであると指摘している。

松端⁷⁾は、「地域福祉計画では住民の抱える生活課題を『ニーズ』として把握し、地域においてその緩和・解決を図るために各種の在宅福祉サービスの整備や住民による福祉活動を組織化していくことが必要」と延べている。問題は、いかに住民主体を実現していくかであろう。計画策定には「市民公募委員」が参画しているが、委員だけではなく、住民一人ひとりが地域の問題を自分たちの問題であるということに気づき、またそう意識づけることが重要であると思われる。その意味で、美唄市の地域福祉計画策定では、まずはじめに住民の抱える生活課題を大枠で把握するために住民アンケートを行い、小地域での地区懇談会で地域福祉計画についての説明をした上で、自分たちが実際に生活する上での困っていることを表明できる機会を作ったことにより少なくとも、自分の困りごとは地域全体の生活課題であり、解決すべき「ニーズ」であるというような意識付けができたのではないだろうか。住民がきちんと地域福祉に対する関心と意識を持つことにより、初めて行政と住民との協働が始まるのではないだろうか。

美唄市の地域福祉計画はまだ成熟したものではない。生活課題を洗い出し、ニーズを把握した段階である。今後は、引き続きニーズの把握を行いながら、具体的な解決に向けての計画策定段階へとステップアップするであろう。しかし一方で、すでに住民自身が動き出している。そうした住民の主体的活動に対する行政の支援のあり方が今後の計画にも影響するだろう。あくまでも住民主体の姿勢を崩さない中で行政の役割を明確に示し、住民活動を脇役としてサポートする仕組み作りを今後も期待したい。住民の持つ「力」を発見し、引き出し、住民自治へと導いていくか、そしてそこでいかに合意形成をしていくか、それこそが住民と行政の協働の過程であると考えられる。

なお本稿は、平成16年度文部科学省科学研究費補助金（基盤研究(A)(1)「協働と参加による市町村地域福祉計画のシステム形成および評価方法に関する実証的研究」（研究代表 牧里毎治 関西学院大学教授）〈課題番号15203025〉による研究活動の成果の一部である。

謝 辞

本研究にあたり、業務多忙の中、快くヒアリング調査に応じて頂いた美唄市保健福祉部部長の安田氏並びに資料提供にご協力頂いた同保健福祉部の関係の方々に心より感謝申し上げます。

(注)

- 1) 社会福祉事業法第3条の2
- 2) 上野谷加代子「住民主体コミュニティケアの夢と現実」『月刊総合ケア』Vol. 13、No. 12、2003、p44.
- 3) 平成12年度国勢調査による（『美唄市統計書平成15（2003）年版』2004年より http://www.city.bibai.hokkaido.jp/b_soumu/k_soumu/r_soumu/17.pdf）
- 4) 美唄市公式ホームページ：平成17年住民基本台帳人口より計算
http://www.city.bibai.hokkaido.jp/b_soumu/k_soumu/r_soumu/H17.pdf
- 5) 同上
- 6) 全国社会福祉協議会『地域福祉計画・地域福祉支援計画の考え方と実際』2002.
- 7) 松端克文「地域福祉計画のとらえ方」上の谷加代子・松端克文・山縣文治編『よくわかる地域福祉』ミネルヴァ書房、2004、p44.

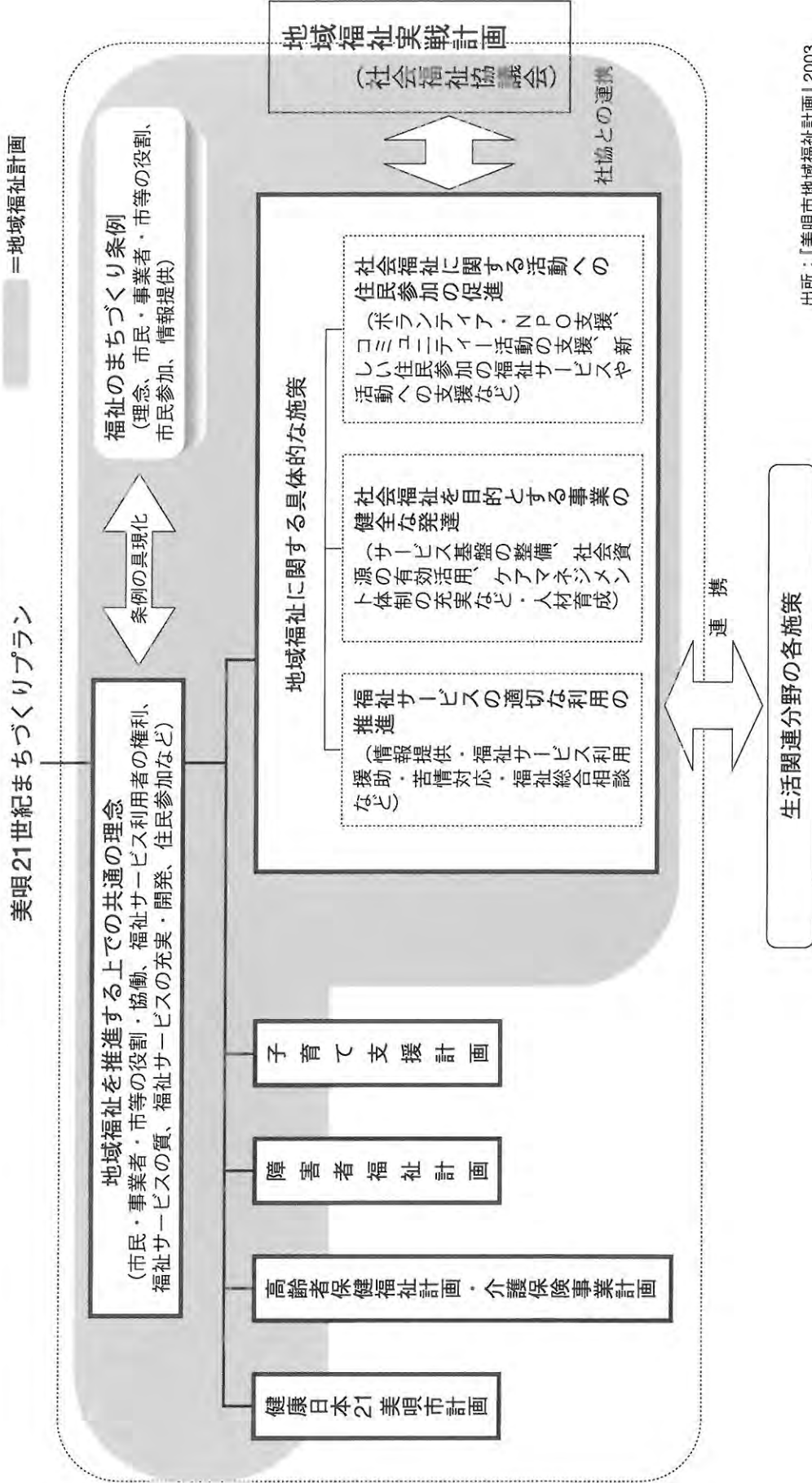
〈文献・資料〉

- ・美唄市総務部『第5期美唄市総合計画（美唄21世紀まちづくりプラン）』、2001、美唄市。
- ・美唄市総務部総務課『美唄市統計書 平成15年版』、2004、美唄市。
- ・美唄市保健福祉部福祉課『美唄市障害者福祉計画（第2期計画平成15～19年度）』、2003、美唄市。
- ・美唄市保健福祉部福祉課『美唄市地域福祉計画』、2004、美唄市。
- ・厚生省監修『厚生白書（平成12年版）』、2000、ぎょうせい。
- ・厚生労働省社会保障審議会福祉部会『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在り方について（一人ひとりの地域住民への訴え）』、2002. 1. 28、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-3.html>、2005. 1. 25
- ・上野谷加代子「住民主体コミュニティケアの夢と現実」『月刊総合ケア』Vol. 3、No.12、2003、医歯薬出版、p44-48。
- ・上野谷加代子「特集：高齢者の地域生活を支える仕組みを問う 高齢者の地域生活をさせる新しい福祉システム—自治体・民間の協働の視点から—」『社会福祉研究』No. 89、2003、鉄道弘済会、p16-23。
- ・上野谷加代子・松端克文・山縣文治編『よくわかる地域福祉』、2004、ミネルヴァ書房。

Key words：地域福祉計画、住民主体、地域課題、地区懇談会、エンパワメント

図-1

美唄市地域福祉計画イメージ図



出所：「美唄市地域福祉計画」2003

介護保険制度の見直し論に 関する考察

— 集会的介護形態と費用の効率化 —

谷村 孝子（札幌市清田区保健福祉部保護課）

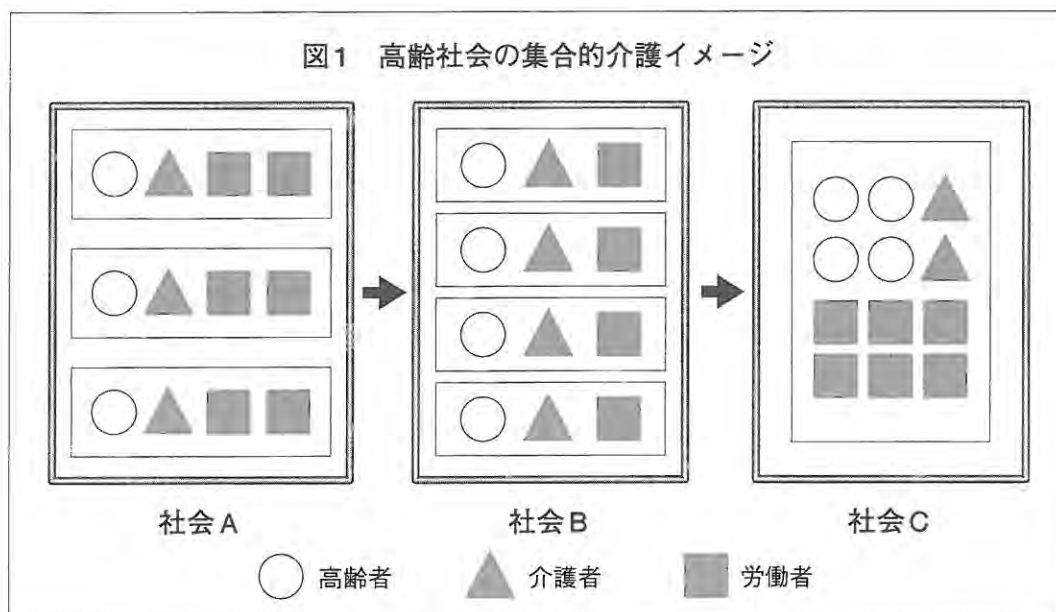
1. はじめに

平成12年4月に介護保険制度が施行されて5年が経過する。介護を必要とする高齢者になってしまうとそのまま寝たきりになってしまうというイメージが強かった私たちは、ヨーロッパ諸国などの福祉を参考に在宅で介護サービスを受けることで自立した生活が送れることを認識するようになった。さらに、介護保険制度の実施により在宅の介護サービスは従前に比べて著しく普及してきている。こうして、「施設しかない」という先入観から、介護サービスを受けながら在宅する方法があることを多くの人が認識できたのは確かではないだろうか。在宅ケアの推進はまだ道半ばであり、今後も積極的な取り組みが必要であることは疑う余地がない。しかし、その一方で施設志向が依然として強いことも事実である。特別養護老人ホームなどの介護保険施設では待機者があふれている。特に北海道の冬期間は病院のベッドも満床になる。そして、毎年の費用の膨張も大きく、開始から5年程度にもかかわらず制度の継続性が危ぶまれている。

今後は全人口に対する要介護高齢者の割合がさらに大きくなる。厚生労働省は平成18年度に向けて介護保険制度の大規模な見直しを検討し、持続可能な制度の構築を目指しているところであるが、公的介護保険によって介護が必要とされるすべての高齢者に十分な介護サービスを提供することは可能なのだろうか。また、介護保険制度の理念である在宅での介護は、施設介護を超えた理想の介護を実現できるのであろうか。これが本論文におけるテーマである。

2. 高齢社会の集会的介護モデル

はじめに、高齢化が進む中で維持可能な介護制度を考えるために、非常に単純なモデルを使って高齢社会における高齢者と介護者、費用の概念について考える。



(1) 家族が高齢者の介護をする社会

高齢社会において、介護を必要とする高齢者が増加した場合、介護の量も増加することにな

る。その場合、地域社会はどうなるのだろうか。図1において、簡略化のため最初に全人口が12人の社会を考える（社会A）。この社会は一家族4人、3つの家族で構成されており、各家族には常時介護を必要とする高齢者（以下「要介護高齢者」）が1人ずつ含まれている。要介護高齢者の介護をするのは家族の役割であり、他の家族構成員のうち1人は専門に高齢者の介護を担当する。残り2人が労働（生産）を担当し、その生産成果でこの家族の生活が維持される。すなわち、この社会全体では要介護高齢者が3人、介護者が3人、労働者が6人となっている。

次に、人口は同じであるが高齢化が進み、高齢者が社会Aよりも1人増えて4人が要介護高齢者である社会を考える。家族数は高齢者の数と同じ4家族とし、それぞれの家族に要介護高齢者が存在すると仮定する（社会B）。1人の高齢者に1人の介護者が付くと全体で4人が介護を担当しなければならず、生産を担当する労働者は4人になる。社会Aの場合生産活動が可能な人数は6人で、彼らが12人の社会生活を支えていた。しかし、社会Bの場合は生産活動ができるのは4人のみであり、この人数で社会全体の12人を支えなければならない。社会Bの労働者が社会Aの労働者と同じ生産性であるならば、社会Bでは社会Aと同じ生活水準を維持できないことになる。

このモデルでは、要介護高齢者と介護者の生活は労働者によって支えられている。要介護高齢者と介護者の生活を社会全体で支えることは、生産可能な労働者のみで彼らの生活費用をすべてを負担することを意味する。すなわち、生産活動を担当する労働者は、自らの生活費用に加えて、高齢者と介護者の両方の生活を支えなければならない。人口規模が変化しない社会、あるいは人口が減少する社会においては、要介護高齢者の割合が増加すると介護者も同様に増加する一方で生産活動が可能な労働者は減少する。一人当たりの労働者が支える人数は増加する。

このモデルの構図は現実の社会にもあてはめて考えることができる。現在の日本では年金制度に賦課方式を採用していることから、このモデルのように、高齢者の生活費は年金として労働者が支えていることになる。また、要介護高齢者の介護を行う人は（介護サービスという経済活動に加わっていると考えることはできるが）、直接生産活動に加われないことから介護の対価として誰かに生活を支えてもらわなければならない。要介護高齢者は生産活動による収入がないので、介護者の生活も労働者が支えることになる。この費用はわが国の介護保険制度において、介護サービスにかかる費用と考えることができる。

（2）介護を全体で支える社会

高齢化が進んで社会Aから社会Bの状況のようになると、人々の生活水準は悪化する可能性がある。そこで、各家族の要介護高齢者を一箇所に集め、社会全体で効率的な介護を行うことを考えてみよう。4人の要介護高齢者に対して4人必要であった介護者が2人で済むように介護の効率化が実現したと仮定する（社会C）。この社会では6人の労働力を確保することができるので、社会Aと同じ生産水準を実現することが可能になる。

このモデルにおいては、介護者が自分の生活のために介護の対価として受け取る報酬が、社会にとって介護に要する費用となっていることがわかる。介護の報酬は利用した高齢者が個別に支払うことが原則かもしれないが、高齢者は生産に関われないので収入がなく、高齢者自身の生活費用に加えて介護の費用も社会が負担することになる。こうして介護費用を負担する社会のしくみが必要となる。これが現実では介護保険制度である。

介護保険制度で給付される介護の費用は介護事業者や介護施設に支払われる。このモデルによってわかることは、直接的には高齡者○が何人いるかによってではなく、介護者▲が何人いるかによって介護費用が決まるということである。つまり、介護保険制度が目指すことは、介護者▲の数をできるだけ少なくして（最小の負担で）、高齡者○に質の高い介護が提供できる介護システムを実現することである。従来議論は高齡者個人に対してどのような介護を提供すべきかという議論が中心だが、高齡者も介護者も集合的にとらえて「高齡者X人に対して介護者Y人で介護する（ $X > Y$ ）」という視点が必要であることがわかる。

（3）地域と要介護高齡者

介護のシステムは地域のまちづくりとも関連する。このモデルによって、介護のシステムが、社会の構成員である高齡者、介護者が地域のどこで介護を受けたり提供するか、あるいは、労働者がどこで生活や仕事をするかという「配置」が重要になることが理解できる。

要介護者と介護者を集中させることは、介護のシステムとともに、地域の活性化とも関連する。社会Aにおける高齡者は家族以外の社会構成員と直接接することはできないが、社会Cの状況において高齡者たちは介護者とはもちろん他の高齡者とのコミュニケーションが可能になる程度に接近が可能になる。さらに単純に高齡者と介護者を一箇所に集めることだけではなく、地域全体の活性化の可能性を広げるためには、高齡者と介護者に加えて他の労働者も集まる場所が必要である。すなわち、高齡者と介護者の拠点がある場所に、商店やレストラン、他の施設が集中することで労働に携わっている人もそこに足を運ぶのであれば、社会全体の人々が相互にコミュニケーションが可能な空間が形成される。または、高齡者施設や介護拠点が商店街とともに設置されるということである。

高齡者への介護とまちづくりは一体化が欠かせない。

3. 介護保険制度の現状

前章では、介護費用を負担する社会全体の問題は、高齡者に対して質の高い介護を効率的に提供し、最小の費用でそれを実現することであると述べた。それでは、介護保険制度が始まった平成12年度以降、要介護高齡者数および介護保険制度の利用状況と費用はどのように推移しているのだろうか。ここでは統計資料を概観し、費用と持続可能な介護システムについて必要と思われる条件を考える。

（1）介護保険制度開始後の推移

①高齡者人口と要介護高齡者

平成16年9月1日現在のわが国の総人口は1億2,763万人で、このうち65歳以上人口は2,483万人となっており、高齡化率は19.5%とほぼ5人に1人が65歳以上の高齡者となっている。介護保険制度が開始された年である平成12年10月1日における総人口は1億2,763万人、65歳以上人口は2,483万人で、高齡化率が17.3%であることから、わずか4年で高齡化率は2%以上も上昇したことになる。高齡化率は今後も急速な上昇を続け、2015年には4人に1人が、2040年には3人に1人が65歳以上の高齡者になると予測されている。また、2006年をピークに総人口は減少することが予想されており、わが国は少子高齡化とともに人口減少社会を迎えることになる。

一方、介護保険制度を利用するための要介護認定を受けて介護が必要とされる要支援、要介護1～5に認定されている要介護認定者は平成12年4月末に218万人であった。平成16年10月末には404万人と85%の増加となっており、認定者数が開始時の2倍になるのは時間の問題である。65歳以上人口に占める認定者数の割合は平成12年には約10%だったが平成16年には16.2%とこの割合も増加している。

このように、図1における要介護高齢者○の数は確実に増加しているので社会Aから社会Bへの変化は確実に起こっている。人口は減少するため、介護者▲と労働者■の数は社会Bよりもさらに深刻に減少することになる。それでは、介護者▲に支払う費用はどのように変遷しているのだろうか。

② 介護サービスの利用状況と費用

介護保険制度によって受けられる介護サービスは、施設サービスと在宅サービスに分けられる。施設サービスは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型施設のいずれかの形態の施設に入所して受ける介護サービスである。在宅サービスはそれ以外の介護サービスで、主に個人の住宅で受けるホームヘルプサービスのような訪問系サービスやデイサービスなどの通所系サービス、短期入所などがある。また、在宅サービスには、認知症対応型共同施設（グループホーム）や特定施設（有料老人ホーム）において受ける介護サービスも含まれている。

制度開始時の平成12年4月の介護保険サービス利用者は全国で施設サービス52万人、在宅サービス97万人、計149万人であった。その後、平成16年10月利用分においては施設サービス78万人（50%増）、在宅サービス253万人（160%増）、計332万人（123%増）となっている。在宅サービスの利用者が大きく伸びていることがわかる。施設サービスは定員が需要よりも少ないため利用者の伸びは在宅よりも小さいものの、こちらも確実に利用が伸びている。このような利用状況に対する介護保険サービスの費用は、自己負担分を含めて平成12年度実績の3.6兆円から平成16年度（予算ベース）では6.1兆円に膨張している。これらの費用は、原則としてその1割が利用者負担で残りの9割は保険給付されるが、その財源は2分の1は公費負担、残りの2分の1が40歳以上の人が被保険者となって保険料として徴収されている。被保険者は65歳以上の人を第1号被保険者、40歳から64歳の人を第2号被保険者として区分している。第1号被保険者の保険料は3年ごとに見直しされており、平成12年度から3年間分についての全国平均が月額2,911円だったが、平成15年度からの全国平均は月額3,293円と制度開始3年間で13.1%上昇している。なお、この月額保険料は保険者である市町村によって格差がある。

（2）介護利用の実態と効率性

ここでは介護保険費用と利用者数についてさらに詳しく検証し、効率的な介護について考えてみよう。厚生労働省は平成13年度から介護給付費実態調査を公表している。この月別データから平成13年度（各年10月審査分）を100としたサービス利用者数と全体の費用、および一人当たりの平均費用の推移を示したのが図2である。これを見ると、在宅サービスも施設サービスも利用者数の増加に合わせて比例的に総費用が増加していることがわかる。

まず、在宅サービスの利用状況を見てみよう。制度開始時には認定を受けても在宅サービスをあまり受けないという実態があった。しかし、制度の周知とともに認定を受けてサービスを

受ける高齢者も彼らの利用する一人当たりのサービスの回数・量も増加するようになった。その結果、利用者数の増加の程度に比べて総費用の伸びが大きくなっているのが特徴である。今後も同様の傾向が続くことが予想される。

施設サービスについては、伸び率は利用者数、総費用ともほぼ同じ傾きのグラフを描いている。これは施設利用者1人当たり1日ごとの単価となっているため利用者も総費用も同じ割合で増加するためである。施設の新設・増床傾向が限られていることから居宅サービスの伸びに比較すると増加の程度は小さくなっている。

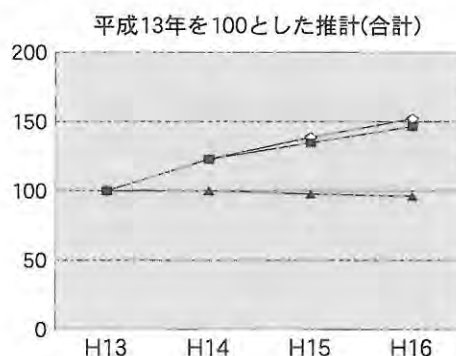
これらのグラフから介護費用の効率化について考えてみよう。効率化によって介護費用を抑制することは、提供する介護の水準を下げることがないように介護システムを工夫することで費用を縮小し、図2での総費用のグラフの傾きを利用者数のグラフの傾きよりも小さくすることである。これは図1の社会Bから社会Cへの変化に対応する。すなわち、要介護高齢者が増

図2 介護保険制度 利用者数・費用・一人当たり費用の推移

合計（居宅サービス+施設サービス）

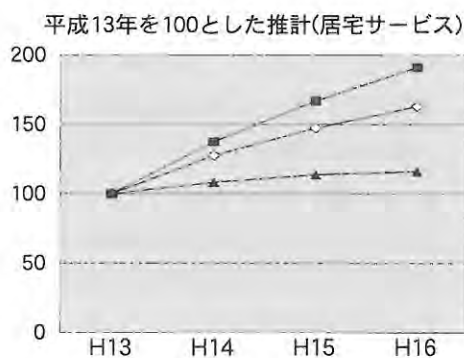
	H13	H14	H15	H16
利用者数(万人)	2163.1	2650.1	2984.9	3290.8
総費用(百万円)	353,934	431,338	475,863	518,550
一人当費用(千円)	163.6	162.8	159.4	157.6

◇利用者数 ■総費用 ▲一人当費用



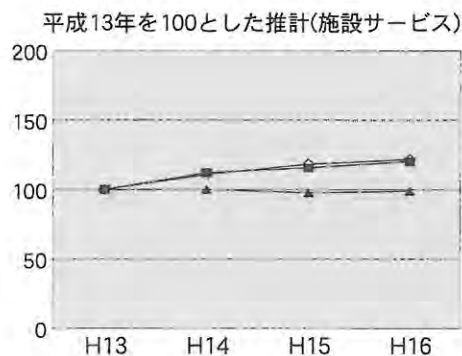
居宅サービス

	H13	H14	H15	H16
利用者数(万人)	1,516	1,938	2,236	2,501
総費用(百万円)	119,535	165,096	199,962	228,263
一人当費用(千円)	79	85	89	91



施設サービス

	H13	H14	H15	H16
利用者数(万人)	637.3	712.7	749.1	781
総費用(百万円)	223,567	252,518	257,551	269,933
一人当費用(千円)	350.8	354.3	343.8	345.6



統計資料：厚生労働省「介護給付費実態調査」各年10月実績

加してもそれよりも低い割合で介護総費用が増加する状態、あるいは、利用者数が増加するに従って一人当たりの費用は減少する状態となることを意味する。現在の介護の費用の算定は高齢者個人に対する給付で算定しているため、利用者数の増加と同じ割合で費用も増加するシステムになっている。もし、社会Cのように集合的な介護体制によって給付できる介護システムが実現できれば、グラフの傾きを抑えることが可能になる。

4. 介護保険制度の見直しに関する検証

それでは、介護保険制度において現在見直しの対象になっている内容においては、どのように介護費用に影響を与えることが予想されるのだろうか。厚生労働省が平成16年7月にまとめた「介護保険制度見直しに関する意見」に挙げられた項目からいくつかを取り上げ、検討してみよう。そのうえで、介護費用の効率化に必要な追加的視点は何かについて考える。

(1) 予防重視と介護保険制度

見直しの論点として、総合的な介護予防システムの確立が挙げられている。これは、要介護状態を予防するための事業・制度が不十分であるうえに、要支援、要介護1に属する軽度の利用者に対するサービスが状態の改善につながっていないとの指摘が背景にある。このような問題点を踏まえ、制度全体を「予防重視型システム」へ転換していくことが提言の内容となっている。高齢者の増加とともに要介護高齢者も大幅に増加する見込みであり、そのような状態にならないような取り組みは当然必要である。

しかし、予防は介護保険制度が最も重視すべき根幹となるのだろうか。介護保険制度が要介護状態になるというリスクを補う制度であるとするならば、重度化したときにこそ使い勝手の良い制度であることを利用者は望むだろう。たとえば、医療保険は病気になってしまったときに病気の治療にかかる費用を軽減するためにある。肺がん予防のために禁煙推進の政策が積極的に行われたとしても、がんになる可能性は排除できない。医療保険加入者の最大の懸念は実際にがんになってしまったときの医療費負担が軽減されて安心して治療を受けられることにある。同様に、介護保険制度においては介護が必要になったときに生活を支えるための介護を受けられ、その費用が軽減されることを利用者は期待している。

また、病気であれば予防接種などによって病気にならない可能性はかなり高くなるかもしれない。しかし、介護の場合は、重度になることを数年延ばすことができるかもしれないが、いつか重度の要介護高齢者になる時期を迎えるリスクは避けられない。回避できないのであれば、やはり、重度になったときにどうなるかの方が利用者にとっては予防以上の重大関心事である。しかも、予防策によってどの程度重度の回避が出来るかについても不確実であり、個人差も大きい。

介護予防策を講じるのは行政としては当然の政策であるが、利用者自身は必ずしも予防を重視して介護保険料を支払うのではない。実際に介護が必要な状態になって生活に支障が生じたときの方を心配している。施設を希望しても何年も待機期間があったり、在宅を維持したいと思っても24時間十分に対応してもらえないということであれば保険料を支払うことに抵抗を感じるかもしれない。保険制度の本来の趣旨が介護リスクへの対応であることを考えると、予防よりもむしろ介護を必要とする深刻な状況に対して介護保険制度が安心を与えるという確信を人々に持たせられるかどうか、制度の信頼性に関わってくる。

すなわち、要介護状態、特に程度が重い要介護状態に対して、費用を可能な限り抑えた質の高い介護を提供できるかどうかは制度の信頼性と維持可能性の課題である。そのためにも効率的な介護システムの構築が必要である。繰り返し述べるように、費用に関しては介護者▲の数が最も重要だからである。

（２）施設サービスの給付対象の見直しと施設需要への対応

現状で、重度の要介護高齢者になった場合に最も需要が高いのは特別養護老人ホームなどの介護施設に入所して施設サービスを受けることである。しかし、特別養護老人ホームの待機状態は数年待ちがあたりまえになっており、希望した段階でスムーズに入所できるわけではない。

このような過大な需要の原因の一つは、施設サービスが在宅サービスよりも割安感があるためとして、「介護保険制度見直しに関する意見」においてはこの点に言及し、保険給付の範囲・水準の見直しが提言されている。

具体的には、現在介護保険施設を利用すると居住費用（家賃）や食費などのいわゆる「ホテルコスト」について保険給付の対象になることから、在宅との均衡が取れないということで見直しの対象となった。この費用の見直しは早速平成17年度中に実施されることで検討されている。図1のモデルで考えると、居住費用や食費は○にかかる費用であり、▲にかかる費用ではない。すなわち、介護とは別に要介護高齢者の生活に本来的にかかる費用である。図2の表においてわかるように施設サービスは在宅サービスに比べて一人当たりの費用が大きい。この理由のひとつは、介護以外の費用を介護給付の対象に含めているためだからである。これらの区別を明確にすることは重要である。

ところで、住居費と食費の費用を介護保険給付の対象からはずすことによって、今後の施設サービスの費用自体はこれまでよりも減少するだろう。しかし、これは給付対象を純粋な介護費用に絞るという「対象」の見直しであるため、一度減少した後は、施設サービスを利用する要介護高齢者が増加すると再び同じ比率で介護費用も増加する。

現在の施設サービスの費用の算定は一人一日何円という費用体系になっているため、要介護者の増加率と総費用の増加率は同じになる。一方で、図1の社会Cのように介護にかかる▲の費用を最小に最大の効果をもたらすことが最も期待できるのは、高齢者と介護者が集中したときに集積の効果が生まれる施設や集積的住居形態と考えられる。将来に向けて、介護の方法や報酬体系についての研究がさらに必要であろう。

（３）在宅サービスの課題

それでは、施設入所に対して、在宅でのサービスにはどのような課題があるのだろうか。ここでは3つの点を指摘する。なお、ここで議論する「在宅サービス」は訪問系、通所系の個別の住居に住んで受けるサービスを指し、グループホームや有料老人ホームなどの特定施設は含まない。

①「見守り」のある24時間対応のサービス

不定期に必要なが生じる排せつや移動などへの対応、あるいは、見守りや緊急時の即応性は現在のところは在宅サービスよりは施設サービスの方が優れていると考えられる。個別の在宅でのサービスが施設で受ける介護よりも劣っているわけではない。しかし、現在の介護保険制度における在宅サービスは基本的に個別のサービスの組み合わせであるため、重度の要

介護者に特に必要な「見守り」の介護や不定期なニーズへの即応性については細かい対応が十分ではないことが課題と言える。

②移動のコストと効率性

在宅サービスを個別の高齢者の居宅に提供するときに、考慮しなければならない課題として移動のコストがある。ここでのコストの概念には直接移動するための交通費用や時間、そして高齢者が移動のために感じる苦痛などが含まれると考える。すなわち、直接の費用である交通費のほかに、その移動にかかる時間、あるいは要介護高齢者自身が移動する場合は身体的・精神的苦痛を含めてコストと考える。在宅サービスでは、ホームヘルプサービスなどでは事業者が訪問するコスト、あるいは、デイサービスなどの利用で要介護者が移動するためのコストがそれぞれのサービスにかかってくる。施設サービスではこのような移動にかかるコストはほぼ無視できるが、在宅サービスではこれを無視することはできない。

介護保険制度のサービスでは、移動に直接かかる交通費用は給付対象に含まれるが、移動が大きい場合は利用者の自己負担になるとしている。誰が負担することになっても、このような移動コストをどのように考えるかは今後の在宅サービスの大きな課題の一つであろう。

③集積効果の減少

地域に散在して居住する在宅の高齢者に個々にサービスを提供する場合、すなわち、ホームヘルプサービス（訪問介護）、訪問看護、訪問入浴などサービスを提供する事業者がそれぞれを個別に訪問しなければならない場合は、図1の社会Cのような集積的な介護を実現することは難しい。②のような移動コストがかかるうえに、社会Bのような個別対応の介護にならざるを得ない。介護の効率化は難しいと言える。

（4）集積的介護形態の再評価

以上のように、要介護高齢者が点在して在宅サービスを受ける場合は、施設でサービスを受ける場合に比べると網羅される介護の内容や効率性の面で課題があることを述べた。重度の要介護者にとって、在宅よりも施設への需要が大きくなるのは、単に自己負担額が割安だという以上の理由があると考えられる。効率性の面でも、少ない介護者でより多くの人に介護サービスの提供を可能にするのは施設に近い形態である。

このような点を考慮すると、介護保険制度が将来目指す方向性の中で、集積的住居形態における集積的介護の推進がもっと強調されるべきと思われる。ここで「集積的住居形態」としているのは、現在の介護施設以外にも、介護の提供を前提とした多様な高齢者向けの住居形態が生まれているからである。現在、特別養護老人ホームはユニットケア・個室化が進行中である。また、在宅サービスの区分に入っているものの認知症対応型のグループホーム、有料老人ホーム、そのほかにも、ケアハウス、介護付きマンション、高齢者下宿など多種多様な高齢者向けの住居形態が出現している。これらはいずれも、それぞれの高齢者のプライベートな生活にも配慮したうえで、安心して効率的な介護を提供することを目指している。介護保険制度の役割は、このような住居形態に対応して質の高い介護を確保するとともに、適切な給付体制を確立することである。

施設の供給が限られているために、グループホームの設置と入所者は大きく伸びている。しかし、そのグループホームも抑制の動きがある。今後施設の費用負担の見直しが行われると需要にどの程度の変化が出るかは不確実である。しかし、利用者が住居費用と食費の負担が大きくても施設を希望するならば、施設などの設置は抑制するべきではなく、できるだけ需要に応

えていくべきではないだろうか。

なぜなら、24時間のサービス体制が可能で、車いすでも自由に移動できる広い空間や介護に対応したトイレや浴室などの設備が整った施設で介護を受けるという選択を抑制する理由はないからである。介護を考えない年齢のときは、介護を前提とするような住宅の選択をしないかもしれない。心身の不自由がないので、むしろコンパクトな住宅を好むかもしれない。住み慣れた地域に固執しないで、年を取って不自由が出てきたらそのとき施設やそれに準じた住居形態に移りたいと考えることも多いだろう。そのときに、制度の趣旨ということでできるだけ地域、在宅の介護がいいと言われてもその利用者は困惑するかもしれない。

「介護保険制度の見直し」の中では、施設サービスの見直しについて施設入所の弾力的な形態を認めること、既存施設の機能の地域展開を図ることが挙げられている。また、在宅サービスは体系を見直し、多様な住宅形態に対応するべきものとしている。これまでの議論から、さらに多様な住居形態のなかで集合的な介護形態による効率的な介護システムの推進を図る観点が必要であることがより強調されるべきであろう。職員体制などどのような基準、報酬体系がより効率的であるか、利用者負担はどの程度とするかなどの課題は多いが、介護の効率的な提供を行える体制を地域のまちづくりの一環として考えることが必要である。

5. 結論と今後の課題

介護保険制度の基本理念である「住み慣れた地域でできるだけ在宅で」という趣旨は強く貫かれるべきものである。また、要介護状態にならないための予防策も必要である。しかし、要介護高齢者や家族が介護保険に最も期待しているのは、介護サービスが必要なときに必要な程度受給することができて、その費用負担が過大にならないことにある。

一方、行政としての最大の懸念は、将来の高齢者数の増加と現状での施設介護によって行政が負担する費用が大きいため、介護保険制度の維持可能性に暗雲がかかることだろう。そのためには、予防を重視して要介護高齢者数の増加を可能な限り抑え、単価の高い施設介護よりも在宅介護へのシフトを推進してこれを実現しようとしている。見直しの提言もこれを後押しする内容となっている。

しかし、これまで述べてきたように、公的介護保険制度の役割とは、特に重度の要介護者に対応する質の高い効率的な介護、すなわち、最小の費用で最大の効果を得られる介護を第一に追及し、信頼を得られる制度を目指すことではないだろうか。そして、その実現は施設またはそれに準じた集合的住居形態における集合的な環境における介護をどのように地域社会が実現していくかが鍵となる。介護をする事業者にとっても、費用を負担する市町村にとっても、そして介護を受ける高齢者にとっても、このような集合的な形態における介護は集積のメリットがある。わが国の介護が目指す理想において、今後は集合的な形態の介護を軽視することは適当ではない。これが本論文における結論である。

もとより、集合的介護形態には多くの付帯的条件が伴うことも勘案しなければならない。本稿で直接的には言及しなかったが、集合的介護形態を具現するための施設や設備の設置経費、あるいは利用者のQOLや満足度をどのように充足していくか、さらには、立地条件やランニングコスト、アメニティの視点など対応すべき課題が残されているのも確かである。しかしながら、在宅重視の見直し論が先行する趨勢に対しては、集合的介護形態による効果を看過すべきでないことを提起したい。

介護が必要になる日はある日突然やってくる。そのとき本人も家族もこれまで築き上げてきた生活基盤をいきなり根底から考え直させられる危機に直面する。危機におけるショックを少しでも和らげるための信頼と安心の制度として多くの人が活用できるよう、これまでの論点が活かされることがあれば幸いである。超高齢社会へ進むスピードに制度の進展は十分に追いついていないというのが多くの人の実感ではないだろうか。

本稿での議論は理論的な展開となったが、実証的な分析が必要であろう。また、効率的な給付を実現できる介護報酬の体系が可能かどうかについても詳細な検討が必要である。さらに、介護費用全体の視点とともに、高齢者一人ひとりの費用負担の問題も避けられない。特に低所得者対策のあり方は大きな課題である。このような点を今後の研究の課題としたい。

謝 辞

研究生として1年間在籍した北海学園大学の黒田重雄教授、およびゼミ生の方々からは実例や参考意見をはじめ、多くの貴重なアドバイスをいただくことができた。この場を借りて感謝の意を表したい。

〈参考文献〉

- 佐々木公明 2000 『都市経済学の基礎』、有斐閣アルマ
佐藤 義男 2002 『在宅介護をどう見直すか』、岩波ブックレット No. 579
谷村 孝子 2005 『地域再生～高齢者が集う中心街の形成を目指して』ほっかいどう政策研究 (第15号)
Hillman, A. 2003 『Public Finance and Public Policy』第10章、Cambridge Uni. Press
『介護保険制度の解説 (平成15年度版)』社会保険研究所

〈参考資料〉

- 厚生労働省ホームページ・「介護保険制度の見直しについて」(平成16年7月)
・介護給付費実態調査月報
・介護保険事業状況報告月報
国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
・日本の将来推計人口 (平成14年1月推計)
総務省ホームページ・推計人口月報

論文

子どもの育ちと福祉コミュニティ 形成のコーディネーション

— 少子化対策と子どもの健全育成の視点から —

船木 幸弘（北海道保健福祉部地域福祉課）

1. 時代が求める青少年の健全育成活動

(1) 研究の背景（少子化対策としての地域福祉推進への期待）

我が国の社会福祉は、社会福祉の基礎構造の改革が必要であるという認識から、転換期に突入している。特に、社会福祉法（2000年5月制定）第1条の目的に「地域福祉の推進」が加わり、地域福祉がすべての社会福祉の基本に据えられたことから、昨今は、地域福祉の推進が語られるようになってきている。これによって、これまでの行政に依存していた社会福祉に関する国民意識は、徐々に変わりつつある様相も一部に見受けられるようになった。地域には、人口の高齢化、伝統的な生活圏の変化、人と人の関係の希薄化による孤立等さまざまな生活課題があり、特に、少子化は深刻な状況にある。我が国の少子化の根本原因は、子どもの養育責任を父母に集中させる社会に変化したことによるものであるとの指摘がある¹⁾。少子化対策は、社会全体が子どもに関心を高めていくことが重要である。その社会では居住地域の人間関係の再生が課題とされ、次代の担い手である子どもたちための幸せに満ちたコミュニティをどのように再構築していくのかといった、地域福祉の推進のあり方が問われている。

しかし、これらの課題を生み出しているのも地域である。このことから、生活の拠点として地域を見直し、全国各地で専門機関等による社会の再編を進めるための多様な取り組みや、地域住民が自分たちの意志で地域の課題解決に立ち上がるといった種々の活動が、試行錯誤しながらも地道な草の根的福祉活動として取り組まれている。特に、子どもの福祉分野にあっては「子どもの居場所づくり」活動としての展開がある。このような取り組みは、結果として地域内に世代を越えた人々の円滑な交流を促し、地域に多様な文化を育て、思いやりの気持ちに満ち溢れたコミュニティを築ききっかけとなる。そして、地域住民等のボランティアによる参加が地域に人のネットワークを重層的に蓄積し、衰退したコミュニティ再建の芽を生み、社会に好影響を及ぼすとの期待も寄せられている。

地域活動の課題は、活動拠点や時間、活動資金の工面の苦勞や、その活動に必要な専門性と担い手不足がある一方で、活動の意志がある多様な世代へのきっかけづくりや活動の場を、コーディネートできないといった社会環境・専門機関等の課題が存在している。

(2) 研究の目的

これまでの我が国の子ども政策は、主に児童福祉（社会事業の一環）と教育を二本柱に、明治以来戦後になってもその法体系の基調に変化はなく、教育基本法と児童福祉法で構成されている。地域の子どもたちの居る施設としては、労働力政策ともとれる視点で保育所が整備されてきている²⁾が、その後の年齢層の健常児にあっては、すべて学校教育で完結され、地域の子どものための施設をわざわざ整備するといった視点は、ほとんどなかったに等しい。特に、子どもの健全育成活動を担う子どもにとっての専用の居場所として期待される児童館は、全国に4千673カ所（平成15年度社会福祉施設等調査結果の概況、厚生労働省大臣官房統計情報部）設置され、現代社会の「オアシス」であると言われて久しいが、保育所の設置数2万2千391カ所と比較しても5分の1以下とかなり少ない。我が国の次代を担う子どもたちの健全育成の場の不足が、指摘できる。

今後は、我が国の次代を担う子どもたちの健全育成の場と、地域住民が福祉活動を展開するための新たなコミュニティのシンボルとなるコミュニティ・コアの整備の必要性³⁾に加えて、地域における主体的な活動が活発に展開される福祉コミュニティづくりを進めることが重要で

ある。この福祉コミュニティづくりは、地域住民等のボランティア活動によって展開されることから、適確な支援を行う社会環境が必要である。つまり、少子化対策として社会の変化に対応する「子どもが育つ福祉コミュニティづくり」へと導くボランティアコーディネーション機能のあり方が問われるとあってよい。

小論は、社会全体で子どもが育つ環境づくりを進めるこれからの新路（新たな道筋を意味する小論における造語）に導く、福祉コミュニティづくりを支え・支援する機能としてのボランティアコーディネーション機能の重要性とその課題を論じることを目的とする。

2. 子どもを取り巻く環境の現状と課題

（1）これまでの少子化対策の方向

少子化という用語が政府で使われたのは、厚生大臣の私的諮問機関「これからの家庭と子育てに関する懇談会」（座長 木村尚三郎）が1990年1月31日に厚生省に提出した「これからの家庭と子育てに関する懇談会報告書」が最初である。合計特殊出生率が低下の一途であることから超低出生率・少子化社会への危機が叫ばれる一方で、子どもを持つ共働き家族は増え続けている。このことから、1990年代になり「これからの家庭と子育てに関する懇談会報告書」が提出されて以降、深刻な少子化問題への対応として「エンゼルプラン（今後の子育て支援策の基本的方向について：1994年）」が提起され、今日では子育て支援が政策とされている。続いて「少子化対策基本方針」、「新エンゼルプラン（重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画：1999年）」が発表され、少子化対策として、保育事業のきめ細かな充実を柱にした、「子育てを支援する」様々な施策の呼びかけが行われている。また、1999年4月には、地域における少子化対策の一層の普及促進を図ることを目的に、少子化対策特別交付金が補正予算で計上され、さらに、1999年12月に策定された「新エンゼルプラン（重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について）」では、相談・支援体制の強化も打ち出されている。これまでの我が国の少子化対策は、子どもを持ちながら働くことができるように、子どもを育てる側を支援する施策として「子育て支援」を中心とした方向で展開されてきているのである。

しかし、これらの動きは、いずれも出生率の低下・少子化に伴う労働力対策、高齢化社会対策、小さな政府・地方分権化への布石として、さらには、経済活性化策として、受益者負担・自己責任・民間活力の導入をも協調している。このことから、子どもの成長・発達の視点から施策化されたとは思えない⁴⁾ものとなっている。加えて、この子育てと就労の両立に対する支援体制も拡がりも鈍く不十分なものとなっていることが、親や社会全体に仕事と家事・育児の両立の難しさの一面を露呈させている。今後は、子育てと就労の両立支援の拡充と、子どもの育ちに視点をおいた施策の推進が求められる。

（2）子どもを振り回している「子育て支援（労働力対策）」

家族に係る実情は、その子どもたちの心身に直接浸透していく。その結果として、子どもたちと毎日接する保育所や児童館などの現場では、子ども自身の抱える多様で深刻な生活問題に接することになる。

たとえば、仕事熱心で延長保育のお迎えも遅れがちな母親がいて、その子どもがしだいに保育所で保育士を独占したがり、些細なことで泣いたり、すねることが多くなり、頻繁に他の子どもとのトラブルを起こすようになるといった、保育士の会話を耳にすることがある。このような

子どもには、保育士がどのように受容を心がけても、その傾向は収まることがないため、手の施しようが無いと混迷した状況になる。そしてある日、子どもが独り遊びの最中に何かの拍子に骨折したことから、その母親は意を決し休暇を取得してその子と過ごすことになる。しかし、その数日後に保育所に登園してくる子どもは、穏やかな表情、挙動もとても安定していたという。親の愛情を求める子どもの心は、保育士には癒すことはできない。成長し、発達する主体はあくまでも子ども自身であり、子どもにとっては、長時間保育や一時保育、病児保育などによって、かえって情緒不安定に陥り発達への阻害も懸念されることもあることから、親の都合によって、また、政府・産業界の労働力対策によって子どもを振り回すことであってはならない。

つまり、これまで一連の施策動向のすべてにおいて使用されている「子育て支援」という言い方そのものが、子どもを育てる側への支援を意味しており、子どもの育ち子どもの立場に立ってなされているものではない。よって、問題は子どもの育ちをどうするかであって、少子化対策には、子育て支援といった視点では不十分であり、子どもの立場になること、すなわち、「子どもの育ち」に対する支援を視点に加えた施策が必要である。

(3) 子どもの諸問題を個人病理に傾斜して捉える社会科学観

近年、子どもを生み育てる大人の幼稚化や子育て不安、児童虐待などが大きな社会問題になってきている。学校や子どもの領域では、いじめ・不登校・学級崩壊が叫ばれ、そして、世間を驚愕（きょうがく）させるような子どもによる事件が発生するたびに、マスメディアでは少年犯罪の低年齢化・凶悪化、遊び型非行の増加などが宣伝されている。世間としての大人たちは、その論調を信じ込み現代の子ども像を形成してきている。2003年7月に長崎で起きた12歳の少年による4歳男児の誘拐殺人事件は、まさにそのイメージづくりに大きく影響を与える出来事であった。

このような“不可解”で捉えどころのない子どもたちの存在は、大人の不安感を掻きたて、彼らを理解するための枠組みを作り出す動きにつながっている。科学の発達は、かつては不明とされたさまざまな領域にわたる事柄を明らかにしてきているが、人間の心理や行動も、科学的手法によって理解することが可能であるという考え方も広がっている。大脳生理学では、脳内の神経伝達物質であるドーパミンやアドレナリンの分泌異常が粗暴な行動を促すとされ、精神医学では、行為障害や人格障害が問題の背景にあると論じられている。問題を起こした子どもたちは、DSM・IV（診断基準マニュアル）に基づいて、病名や障害名をあてはめられ、それらが行動の原因とみなされているのである。さらに、不登校などに伴う気分の鬱ぎなども、医療機関において投薬を受けたり、心理カウンセリングを受けたりするなど、問題の原因は個人の病理や心理状態にあると考えられている傾向が強いと思える。

しかし、すべての行動は、個人の身体の内範囲で理解し解決できるとは思えないし、人の行動は、脳内の化学物質の代謝異常や精神病理によって支配されているとも考えにくい。子どもたちの行動を20世紀型の科学観に立脚して解釈し、子ども個人を治療あるいは矯正し、このような問題を解決するとの幻想で対応策を講じることからの脱却が必要である。日本社会事業大学社会保障研究所の山下は、子どもにとっての環境はさまざまな要素を複合する形で成り立っていることから、「子どもたちの一つひとつの行動を精神や脳内の物質などの狭義の枠組みに封じ込めて解釈すると、見落としてしまうものがあまりに多くなる⁵⁾。」と人と環境の相互作用に焦点を当てるソーシャルワークの重要性を指摘している。問題が多発したり頻発したりする状況は、環境的要素間の循環が不調和であったり断絶していることを意味すると捉えること

ができるからである。

つまり、子どもたちの行動が、特定の時代や状況によって急激に増加したり、あるいは突出したように見えたりする場合は、彼らが生きている社会（生活環境）が変容したことに他ならないということである。子どもの行動を問題とするのではなく、人と環境の不適合状態を問題とすべきなのである。したがって、社会（生活環境）を人のニーズに応えられるように変革し、子どもたちの行動に対して、より幅広く柔軟な方策での対処策を生み出す必要がある。

（４）子どもの心身に影響を及ぼす家庭環境

子どもは、全て何らかの世帯に属していると同時に、その子どもの生活は、その属する世帯の生活状況によって規定されている⁶⁾。そして、子どもの成長は、子どもと子どもを取り巻く人々が属している社会や文化の中で意味づけられ、それらの人々が属している社会の歴史に規定されている。

依然として、我が国の史上最低の出生率が記録され続け、超低出生率・少子社会の到来に対するの危惧が叫ばれる一方で、子どもを持つ共働き家族は増え続けている。女子の就労等社会進出が着実に増加してきており、なかでも、有配偶者女子の内2人に1人は就労している現状にある。女子の就労意識も、パートタイムからフルタイム就労を求めるようになってきている。こうした現状の中で、かつての高度経済成長期以降言及された都市化や核家族化、一家族の機能の弱体化、あるいは激的な職場中心社会の進行や利潤追求の市場論理優先の社会の風潮は、それ自体が少子化の背景として数えられる以上に、現代の親や子どもに過剰な負担を強いてきている。

例えば、遠距離通勤者や過労死等の増加に象徴される激しい就労状況は、家族に偏りのある家事の分担を引き起こし、母親の育児への精神的負担感を増大させてきている。急速な都市化や地価の高騰によって不十分な住環境の提供となり、子どもの将来への不安感を煽り続けている。加えて学歴偏重への流れは、受験戦争や教育の市場化を促し、親に対する教育費の負担は、増加の一途に見える。総じて増え続ける共働き家庭にとっては、子育てと就労の両立に対する支援体制は不十分であり、親やしいては社会全体に仕事と家事・子育ての両立の難しさを露呈してきている。いまやすべての親や子どもたちは、こうした様々なストレスから免れることのできない社会の中で、日々の暮らしを過ごしている。

さらに、地域社会の中で特に困難な生活課題を抱える家庭では、一層厳しい状況へと追いやられている。離婚世帯、単身者の増加や親のアルコール依存、精神疾患あるいは親の子どもに対する虐待は、より一層深刻な問題を子どもに引き起こしている。こうした家庭に関わる実情が、子どもの心身に直接反映、浸透し驚くほどダイレクトに、時には深刻な心身の問題として、子ども自身の抱える様々な生活問題に接する結果となる。つまり、子どもの抱える問題は、家庭環境(=社会、地域)の影響下にあるのである。

（５）日本の親の感化力の低下、家族の教育力の衰退

現代の豊かな社会は自己犠牲より自己の欲求充足を、自制より自由を、忍耐より快楽を求める時代風潮にある。こうした時代に、未来社会を担う子どもたちはどうした意識を持っているのかの「中学生の人生目標国際比較（平成10年度）」の結果が図1である。

この中学生の人生目標の日米比較からは、次の4点が指摘できる。

その第一には、すべての項目において、アメリカの子どもが日本の子どもを上回っていることである。アメリカの子どもは、「勉強がよくでる人間になる(日本の4.9倍、以下同じ)」、「科

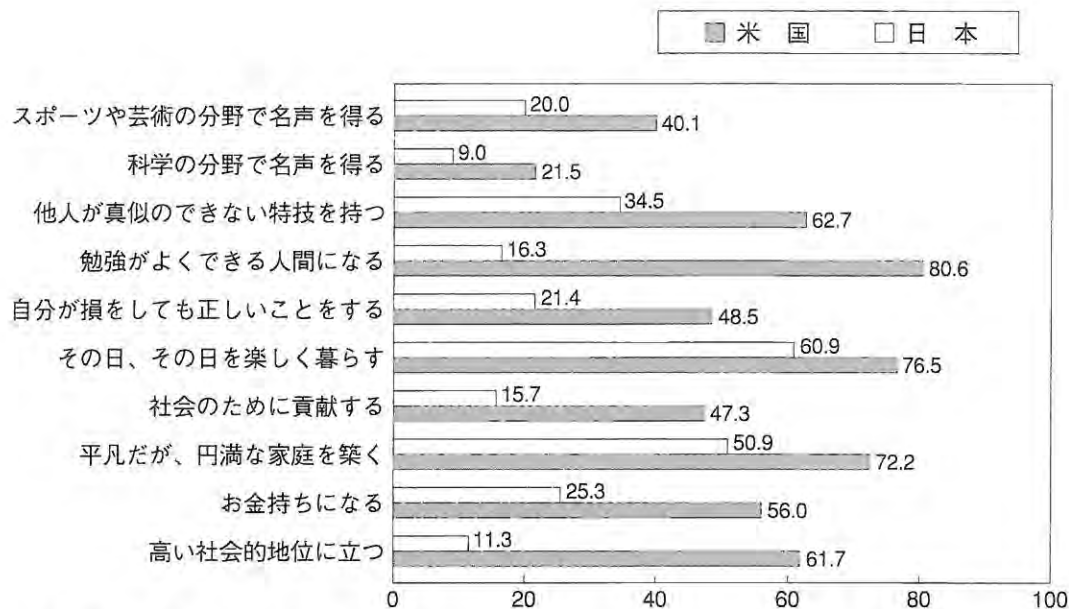


図1 中学生の人生目標 日米比較

出典：中学生の人生目標国際比較（抜粋）（財団法人日本青少年研究所：1999年）

学分野で新しい発見をする（2.4倍）」、「社会のために貢献する（3.0倍）」、「高い社会的地位に立つ（5.5倍）」ことを願っている。アメリカの子どもは未来思考であり、向上心が高く意欲的であるが、日本の子どもにはこの結果を見る限りでは、覇気は感じられない。

第二は、「社会のために貢献する（3.0倍）」「高い社会的地位に立つ（5.5倍）」と成っていることから、アメリカの子どもは社会を意識して育っていて、その社会に対して自分はどのような存在として参加できるようになりたいのかといった向上心が高いが、日本の子どもは、社会への関心そのものが低く社会に対する参加意欲は感じられない。

第三に、日本の子どもは「その日、その日を楽しく暮らす」が約6割、「平凡だが、円満な家庭を築く」が約5割で、これらも7割以上のアメリカの子どもに比べると意欲が乏しい結果となっている。我が国の小中学生の不登校が13万4千人（平成12年度）、フリーター人口が409万人で10年前の2倍となっている。こうした社会との接点が希薄な「ひきこもる若者」の増大は、この日米比較で覇気を感じられない我が国の中学生を実態で説明しているといえる。

第四には、「自分が損をしても正しいことをする」では、アメリカの子どもが48.5%で、日本の子どもの2.3倍もあることである。これは目標というより特性に関することであるが、アメリカの親からは、このような意識を子どもが持つような「人間性を養う」しつけの視点が伺える。アメリカでも、殺人、暴力、銃犯罪、離婚の多さ等、多くの社会問題はあるが、この統計を見る限り、親の権威と健全な家庭のしつけが存在している。平成4年に実施された特性の調査（同研究所実施）では、「自分が損をしても正しいことをする」の「影響を受けたのは自分の親（アメリカ59.6%、日本23.0%）」、「だれの影響も受けない（アメリカ9.1%、日本42.3%）」となっている。「自分が損をしても……」は利己や欲望に打ち勝ち、もっと人間として大事な正義を貫けという教えであり、アメリカの親が良心や人格面を重視している姿勢が伺える。日本の子どもは「だれの影響も受けない」が、アメリカの4.6倍となっており、この結果からも日本の親の感化力の低下、家族の教育力の衰退を露呈しているものといえる。日本については、

日本文化の親の後ろ姿、以心伝心等の伝統的なしつけはそれで尊いといえるが、学ぶべき点は学び、反省すべき点は反省するという姿勢が我が国のしつけに問われている。

(6) 近所付き合いから見た地域の子どもと家族間の現状

子どもは、地域における様々な社会関係や仲間関係をとおして、その後の社会生活に必要な価値観や行動様式を学びとっていく。なかでも、直接的な対面的接触の場「第1次集団(仲間)？」が重要な役割を果たすことになる。

しかし、今日の都市化や商品化といった社会構造の変化は、地域社会の変貌と同時に仲間集団の弱体化を引きお越し、子どもの生活構造の歪みをもたらし、いわゆる“発達障害”といわれる状況をも引き起こしている。都心部では住居人口の減少、家内工業や小規模商店の閉鎖が進み、商売を通じた町内会的な地域社会の維持をも困難にしている。そして、かつて下町が持っていた「困ったときはお互いさま」的感覚による助け合いの意識も低下してきている。このことから、子どもたちのたまり場、遊び場となる路地や店先、そこで遊ぶ子どもたちに対するそれとない住民の目配りなど、地域社会が持っていた住民の自発性に基づく非制度的な形での様々な子育て支援機能が低下し、併せて子どもと地域住民のふれあいの場の減少が懸念されている。

地域においては、この問題はさらに深刻である。読売新聞(2000年8月9日付)の世論調査では、家族以外との関係では、隣近所の人との付き合いを特に大事にしたいと3分の2の人が応えながら、現実には3分の2の人が「あいさつ程度」か「付き合いはない」と回答している。近所付き合いは、世帯類型型によっても異なり、3世代家族の近所付き合いを望む傾向は積極的であるが、核家族はやや閉鎖的傾向を示している。

内閣府の国民生活選好度調査(2004年)によると、「親しいご近所付き合いをしている」と答えた人は約3割程度である(図2)。つまり、3人に2人は近所付き合いをしていないことになる。ご近所付き合いの居住地別では、農村地域では約5割が、住宅地(周りに一戸建て住

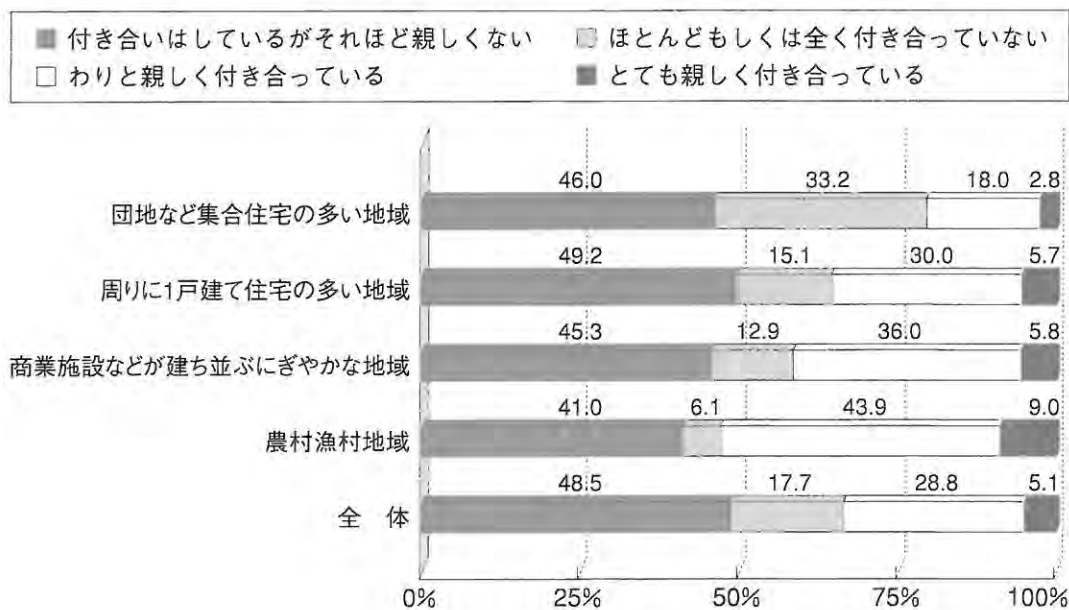


図2 近所付き合いの現状

出典：国民生活選好度調査(内閣府：2004年)

宅の多い地域と周りに集合住宅の多い地域)は、約8割は疎遠なご近所付き合いになっている。また、「今後どの程度ご近所付き合いがしたいか」という問いに対しては、「親しくなくてもよい」と考える人が「親しく付き合いたい」と考えている人を大きく上回っている。親密なご近所付き合いを望む人の方が少ないといった現状である。つまり、第一次集団のない日常生活を過ごしているのが一般的になっており、実際の近所付き合いは、さらに閉鎖的傾向を強めている⁸⁾実態にある。

このような状況のなかでは、地域の子ども同士ふれあう機会が減少し、仲間集団ができず、子どもたちの遊びが成立しない状況であるといえる。さらに地域には、子どもの遊び場として適当とはいえない建物も増える環境にあり、年々自然や遊び場が減少してきている。自然や遊び場が減少することは、子ども同士の出会いの場が減少することにもなり、友達の居ない孤立した子どもをつくる原因となる。この少子化の世にあって、これでは、子どもは独り遊びするしかない。如いては、子どもから遊びを喪失させることに至らしめることになってしまうのである。コミュニティの再生行方一方で、意図的な「子どもの居場所づくり」に多くの子どもたちの参加を導くような展開を考える必要があるといえる。

3. 少子化対策から子どもの健全育成と福祉コミュニティ形成への序章

(1) 地域子育て支援センターのコーディネーション

厚生大臣の私的諮問機関「これからの家庭と子育てに関する懇談会」(座長 木村尚三郎)が1990年1月31日に厚生省に提出した「これからの家庭と子育てに関する懇談会報告書」では、将来の社会を担うのは子どもたちであり、子どもの問題はすべての人の共通テーマであって、人類全体の問題であること。そして、地域社会における児童健全育成の推進、児童館、児童遊園などの遊び場の計画的整備とネットワーク化、老人との交流や多様な体験の場の提供や遊びのリーダー養成などのソフト面の充実を求めている。こうしたネットワークには、それぞれの情報を集約し調整を図る、コーディネーター的な役割を担う機関の存在が必要である。このことから、保育所のもつ機能を広く子育て家庭に開放し、育児不安を解消する事業やネットワークの中核として、エンゼルプランによって初めて地域子育て支援センターが制度化されている。

この地域子育て支援センターは、少子化や核家族の増大、地域コミュニティの弱体化などの進行によって、子育てが地域から孤立されていることから、地域における子育て支援の必要性が叫ばれるようになっていたことへの対応策である。これまでの児童福祉政策に欠けていた地域(対象を限定しない子育て家庭)を対象に、そのノウハウと場の提供を行うエンゼルプランの大ヒット事業となっている。保育所など児童福祉施設のノウハウを活用して展開する地域子育て支援センター事業では、子育てサークルの育成・支援も進められ、子育ての強力な応援団としての役割を担っている。

地域子育て支援センターの課題は、ボランティア活動である子育てグループ(自分たちのためのグループと、他者を支援するためのグループに大別できる。)の育成・支援であり、子育てグループの主体性を高め、支援の客体としない自主性を損なわせない支援である。また、子育てグループのリーダー養成、育児講座の開催や支援プログラムの開発、情報収集・提供など、多様に展開するための機能のあり方が問われていることである。つまり、地域子育て支援センターには、従来の保育に備がないボランティア活動としての子育てグループを支援するといったボランティアコーディネーション機能のあり方が問われている。

(2) 子育ての社会化と子どもが育つ地域のコーディネーション

これまでの少子化対策では、多くの社会調査や分析をもとに興味深い知見の蓄積を得、それに基づいた対策を講じていながらも、少子化の問題解決につながる状況が変わっているとは思えない。また、今日にあっては、親が単独で果たすことが困難な養育責任とは、そもそもどのような概念なのかといった問題の根底に立ち返った検討が求められていると思われる。それは、現代社会にあっては児童の養育が容易ではないこと、すなわち親が子どもの養育責任を果たしにくいことの意味について、厳密な吟味はいまだなされていなかったからである。子育ての環境を整えることも必要であるが、少子化を生み出している根本的な要因を取り除くことが重要である。

少子化現象の原因を論ずる手がかりを得るために、「児童の養育責任の系譜に関する研究—少子化の根本原因を探る—」とする厚生科学研究費補助金 総合的プロジェクト研究分野子ども家庭総合研究事業(主任研究者 田澤薫、国際医療福祉大学)、研究年度 1999(平成11)が行われ、今日の養育責任に関する一般認識が形成されるに至った系譜が明らかにされている。

この研究結果によると、近代法が「家」を規定づけ児童の養育を共同体の中から切り離し、「家」内部の親子は、外来の家庭(ホーム)論により家庭内の母親による保育・教育の有為さを意識の中に取り込んだこと。そして、少数の成員の相互愛を基調とする家庭(ホーム)のあり方は、優生論とも共鳴するものであり、実父母が養育を全うしがたい状況におかれた際には、国家が児童の養育責任を如何に捉え、実父母を支援するかの方法論としては、海外子女の事例も示唆的であったとされている。以上の考察から、「わが国においては近代国家成立以降の100年で養育責任が法制度的にも実際上も実父母に集中したことが明らかになった。こうした今日のわが国の現状は、かつて人類が経験してきた養育のあり方と比してかなりの無理がある⁹⁾。」とし、少子化はその当然の帰結といえることから、子育て支援政策においては、養育責任を分散させる工夫が即時的には有効性を高める必要があると結論づけている。

つまり、少子化の根本原因は子どもの養育責任を父母に集中させる社会に変化したことによるものであり、その変化が養育の中心となってしまう母親の育児不安や虐待にまで至らせる要因のひとつになっていくことが指摘できる。そして、このような環境の隔たりの中で育った子どもたちが、それぞれの問題を抱えることになっているのである。

よって、子育てや子どもの育ちへの支援は、社会全体で担うものであることの再確認が必要である。そして、国が進める少子化対策としての子育て支援や子どもの健全育成に求められる概念には、子どもの養育責任を分散化すること、つまり、子育てをする者への支援では不十分であり、子どもの育ちへの支援を社会がともに担うことへのコーディネーション機能を加えるといった、その環境をより意図的に広く社会化することが必要となる。そのためには、子育てと子どもの育ちを支援するといった概念に加えて、地域社会を子育てや子どもの育ちへの支援活動にコーディネーションするといった、ボランティアコーディネーション機能のあり方が問われるといえる。

(3) 居場所を奪われた子どもたち

子どもの「居場所」については、従来、地域の子ども集団の育成やその活動拠点の問題を含み、主として地域における子どもの日常的な生活や遊びの問題として論じられてきている。その意味で、子ども・若者の「居場所」の問題は、地域の自然環境や社会関係の衰退の問題の構造解明を基本に、子どもの健全育成を目指した政策・制度・実践のあり方が重要な論点¹⁰⁾とさ

れている。

その論点の第1は、子どもの「休息・余暇・遊び、文化的・芸術的生活への参加」（子どもの権利条約第31条）を保障するための施設や事業、運動のあり方を問うものである。その問題とされた論点は、もともと地域における子どもの遊びの拠点として位置づけられている児童館をはじめ、学童保育や公民館、広場・公園、親子劇場、子ども文庫などの「居場所」のあり方をどのようにするか論点である。

第2には、不登校や中退或いは非行などの問題を抱える子どもたち、すなわち学校教育への不適応対策だったり、学校教育から排除された子どもの「学びの場」としての「居場所」のあり方を問うものである。具体的には、フリースクール・スペースなどの学校以外の「居場所」のあり方を論点に、むしろ学校教育のあり方を問うものである。

この第1、第2いずれにも言える論点は、大人が目指した経済的豊かさ・便利さや「子どものための」教育保障の副産物として、結果的に子どもの「居場所」が物理的にも精神的にも奪われてしまっている事態を出発点に、これに対処する社会的対応としての「居場所」保障の問題として論じられている。

そこに第3として、大人（親）自身をも巻き込んで子どもの基本的な「居場所」を奪うことになる事態として、家庭環境の崩壊の問題がある。これには、「住宅貧乏物語」（早川和夫）で指摘された問題も無視できないが、家庭内の家族関係がばらばらになったり、お互いを信頼し尊重し合うことが、家庭から喪失していく事態が広がりつつあるといった問題である。その極致としての児童虐待やドメスティックバイオレンスが急増していることは、家庭が子どもの「居場所」としてのあり方が問われる事態であり、必ずしも子どもの「居場所」の主要な問題としては論じられてきているものではない。

ここで重要となることは、先の第1、第2の側面では、大人特に親たちが子どもの「居場所づくり」の必要性を感じ、さまざまな運動や実践を展開することに繋がっていくことになるが、第3の側面では、その親自身も経済的若しくは心理・精神的援助を必要としている場合が多く、そのような運動を牽引する親とはならないということである。このことは、子どもの生活も遊びも子どもにとっての育ちの場としての「居場所」は、子どもと地域の「参画」の関係を抜きには語れないことを意味している。子どもの「居場所」の問題を社会のシステムとして考えていく必要性は、この意味において高まりをみるのである。

子どもたちの「居場所づくり」活動は、子どもの健全育成事業や児童館や学童保育など行政施策の一環として行われている施設・機能の確保から、NPOや地域住民の運動としての取り組まれる空間・機会の確保などである。特に後者は、その活動分野や規模もさまざまであり、活動の中心的テーマも地域の居場所といった考え方からまちづくり、環境、不登校など今日的な課題にも対応しながら、全国各地でそれぞれ展開されている。これらの活動は、子どもが人間として成長していくうえで大切なこと、つまり自らの意志で自分が価値を置く何かを実現させるために、さまざまな機会やリソースを必要に応じて取り出せる「引き出し」を確保できるかどうか課題となる。

（4）子どもの居場所づくりの中核的推進機関

子ども支援・子育て支援にとって最も重要な課題は、子どもの「自立」にむけてのエネルギーを励ましながら育てていくことである。「自立」に向けてのエネルギーを子どもが育むためには、子ども1人ひとりが、まわりの人との関わりの中で、安心と自信、希望を感じ取り、そ

れらを日々の暮らしの中で身体と心の中に膨らませることができるようにすることが重要である。安心と自信と希望を育むためには、暮らしの中に自由な雰囲気のある「居場所」が必要である¹¹⁾。

いま、子どもたちが切実に求めているのは、家庭であれ、学校であれ、施設であれ、そして地域社会であれ、自分にとって安心してその場に自分らしく居ることができる「居場所」を求めているとあって良い。また、子どもの生活が安定する環境整備のためには、大人の理解と協力が不可欠である。親のグループやジュニアボランティア、さらに地域住民の子どもを対象とする健全育成活動を育成・支援し、諸機関や団体との連携を図る中で、子どもの育ちを支援する福祉コミュニティづくりを目指すこと、それらを担う中核となる機関が重要である。

小論では、その中核となる機関を、従来から子どもの健全育成を担う児童厚生施設としての児童館を想定している。児童館の外にもその機能を期待できる（或いは、備えている）と思われるが、子どもたちとの接点、並びに親や地域住民との接点を直に持ち得る（或いは、持っている）ことからの想定である。そして、地域住民活動の支援（市町村ボランティアセンター）機能を備える社会福祉協議会には、この児童館活動を活かした活動とするためのボランティアコーディネーション機能の発揮を期待している。このボランティアコーディネーション機能によって、子どもに第3の空間と生活の保障、「第3の空間」における様々な人々と出会いの場、様々な人間関係を構築していく体験の場を提供し、地域福祉推進の視点から子どもの育ちに歪みを生みだす社会に変化を求め、住民すべてが子どもの健全育成に関心を持つ地域の再構築を図ることが可能となるのである。

4. 子どもの健全育成の概念と子育て支援(児童健全育成事業)の必要性

(1) 子どもの健全育成の概念と子どもの育ちの支援

子どもの健全育成の概念は、「すべての子どもの生活の保全と情緒の安定を図り、ひとり一人の個性と発達段階に応じて、子どもを全人格的に健やかに育てる」ことである。

子どもの健全育成の定義は、次の5つをもって構成される。

- ① 身体健康増進をはかる
日常生活で、自立して行動できるような体力（行動体力）と病気にかかりにくいような抵抗力（防衛体力）を高め、健やかな身体をつくること。
- ② 心の健康増進をはかる
不安感、緊張感、欲求不満感などを持つことがない安定した精神状態を保ち、人格的な発達をはかること。
- ③ 知的な適応能力を高める
子どもの能力や個性に応じて可能な限りの知識と技術を獲得し、生活する上で必要な能力を高めること。
- ④ 社会的適応能力を高める
発達段階に応じて、自分の所属するさまざまな集団生活の場において、他者との協調性や人間関係能力を高めること。
- ⑤ 情操を豊かにする
美しいもの（美的情操）、善いおこない（倫理的情操）、崇高なもの（宗教的情操）、つじ

つまの合うこと（科学的情操）などを見たり聞いたりした時に素直に感動する心を豊かにすること。

これら、五つの要素を、バランスよく子どもたち一人ひとりの個性と発達に応じて積極的に増進していくことが、普遍的健全育成観と呼ばれている。

今、地域にとって重要なことは、子どもたちの遊び場や異年齢集団による遊びの復活と地域との接点が可能となる環境づくりを意図的に進めることである。

子どもの育ちにとっての遊びは、最も重要な要素であることは、多くの研究において説明されている。子どもは、遊びを通じて豊かな創造力と個性をかん養し、社会的な適応能力を獲得する。また、子どもは、様々な人々との交流を通じて、年長者からの遊びの伝承、年少者の世話、物事の計画と実行など社会的生き方を体験的に学び、それが、成人後の自立と社会の担い手としての自覚や、他の人々への思いやる心を育てていく。こうしたことは、家事への関わり、ボランティア活動などの地域活動における様々な分野の体験についても同様であるといえる。このようなことから、子どもの健全な発達はいかにして可能なかが理論的にも、政策的にも重要な課題となっている。今後は、子どもの遊びが豊かに展開し、地域の人々との交流、家事、地域活動等への関わりが持てる様々な分野での健全育成の環境づくりを、意図的に図る必要がある¹²⁾ことへの認識を高めることが必要である。

その具体的な取り組みは、子どもの地域生活環境の整備として子どもの心身の健全な発達を促すための児童館・児童センターの施設利用や、児童館・児童センターの無い地域では、全国の市町村に限無く設置されている社会福祉協議会（市町村ボランティアセンター）が担う各種の取り組みに期待する。これらが中核的推進機関となり、異年齢の子どもや仲間との交流、自然との接触など、直接的な社会参加体験の場づくりを意図的に地域住民とともに促進することによって、子どもの育ちを時間と空間を保障することが重要である。

（2）多様な体験機会の「意図的」「計画的」な提供

2002年から学校教育では、総合的学習の時間が導入されている。この総合的学習の時間には、教科書を使わないこと、子どもの興味関心にしたがって学習スタイルを変えること、課題解決的な学習に変えることなど、従来の学校教育にない発想への大転換が求められている。千葉県木更津市の「学校支援ボランティア活動推進事業」に代表されるような学社融合も行われ、地域の人々の参加による支援の活用も進められているが、このような事業には、コーディネーターの存在や機能が必要となる。

しかし、教師はこうしたトレーニングを受けてきてはいないし、教育委員会にはその機能も無く片手間でできる仕事ではない。さらに、この総合的学習に力を入れすぎると教科指導が手薄になり、学力低下への懸念が生まれている¹³⁾。加えて、学校施設の多機能的活用が叫ばれてもいるが、学校施設の運営管理上の課題や制約が常にその壁となる現状も存在している。完全学校2日制が実施され、居場所を見失ったといわれる子どもたちに向けて、体験活動の充実を図る体制整備が緊急の課題となっていることを、生涯学習審議会答申（1999年）「生活体験・自然体験が日本の子どもの心を育む」でも指摘している。子どもの心を豊かにするには、家庭や地域で様々な体験機会を「意図的」「計画的」に提供する必要があることを、教育改革の分野から叫んでいるのである。

しかし、田中（2003年）は、こういった教育改革の考え方を生存・成長の当事者であり主体である子どもたち自信の声に耳を傾け、彼らが直面している問題や彼らが行っている模索、彼らが望んでいることがらを共感的に理解し考えられたことではない¹⁴⁾と指摘する。これらの考え方には、グローバル化の進展がもたらす世界規模の大競争の激化に耐えうる「社会システムと社会秩序の構築」という日本の社会像が背景にあり、それらを担う「人材育成」「たくましく生きる日本人の育成」の必要性を説く立場（財界サイド）から論じられている。しかも、これらのことを一方的に描き、子どもたちに対しては、それに適応することを強制し、そこからみ出る者に対する「道徳」や「奉仕」などを強制するといった「教育改革」には、大きな懸念を持たざるを得ないことを指摘するものであるといえる。これらの考え方には、子どもが大人として生きていく舞台となる明日の日本や世界の未来像を、先行する世代として考える必要性はあるというものの、子ども自身が自己の生き方と、生きる舞台となる社会・世界のあり方とを重ねて問いながら生きる権利を認める視点が欠落しているのである。

今、子どもにとって必要なことは、人を大切にすることや人を愛することの理解と、ひとり1人の人間性を尊重することを学ぶ機会・体験である。しかし、教育制度における考え方には、大人が一方的に考えた機会や体験を、子どもたちへの強制として行うこととしていることに重大な問題がある。体験の主体は、あくまでも子どもであることの再認識が必要である。現代の社会には、田中の指摘にあるように、子どもの生きる権利を認める視点の欠落が地域に浸透している。浸透しているがゆえに、生存・成長の主体は子どもたちであること、一人ひとりの子どもの声に耳を傾けること、子どもの関心と知的要求を受け止め発展させることへの重要性を認識させるといった、適格な情報提供や支援を行うことが必要である。子どもの心を豊かに育むこと、そのための地域における子どもの居場所を意図的に提供すること、子どもの健全育成体制を備えた地域づくりの計画的展開が求められるが、子どもたちを主体とした体験・活動とするための支援機能のあり方が重要である。

つまり、現代社会を子どもたち主体へと導くことや、子どもたちの主体的体験の場づくりを地域が主体的に担うといった子どもの健全育成体制を備えるためには、それらを主体へと導くコーディネーション機能が必要であるといえる。

（3）福祉コミュニティを形成する児童館活動

我が国には、現在4,500館を越す児童館がある。児童館の活動は、約85%が土日の終日開館を実施し、建物内にとどまらず、屋内外の地域活動をはじめ、季節に応じた多彩な行事や遠隔地でのキャンプなど、地域の子どもの健全な発達を支援するために必要な活動総てを包含している。保育所の設置数2万2千391ヵ所と比較しても5分の1以下でかなり少ないが、このような幅広い活動を内包した児童館こそ子どもたちに様々な活動や、体験の場や機会を提供できる貴重な地域資源であるといえる。

児童館の活動プログラムの対象は、小学生が80%、乳幼児・中学生を対象とするプログラムは共に20%程度、高校生に至っては5%と僅かである実態となっている¹⁵⁾。これは、活動プログラムの指導者のほとんどが児童館の職員であることから、プログラム提供能力にも限界があり、多様な年代の子どもを対象としたプログラム展開には、職員の大きな負担がかかることがその対象を狭めている要因としてあげられる。このことから、特に、地域住民の児童館活動への積極的な参加と地域の他の施設や団体との係わり合いを強く求めてもいるが、近隣の住民と関わりをもつ児童館のうち、約29%が地域住民を一般ボランティア（プログラムの指導者）と

して、約23%が学生ボランティアとして児童館活動への協力を得るに留まっていることから、実際には難しいといった実態となっている。これは、従来からの児童館機能には、子どもを遊ばせる機能は有しているが、地域住民や学生をボランティアとして児童館の活動に導くためのボランティアコーディネーション機能を有していないことから起こるものである。

つまり、家庭や学校、さらに地域住民や学生との密接な関わりを児童館活動に導入するためには、ボランティア活動を支援する専門機能であるボランティアコーディネーションの機能を必要とするのである。すでにその機能の必要性に気づいている児童館では、ボランティアの養成も徹底しており、地域との連携を図りつつ、子どもたちの健やかな育成に携わる地域の中核的機関としてボランティアコーディネーションの機能を発揮している。例えば、松山市は児童館の歴史の浅い地域ではあるが、小学校、公園などを利用して、乳幼児の親子対象のものから、小学生、中高生の関わりまでの幅広い移動児童館事業を積極的に展開することでその認知度を高め、地域の理解を得ることで、その活動への地域住民の参加をコーディネートしているといった事例がそれである。したがって、児童館活動の対象となるのは、地域に居住する子どもだけではなく地域住民をも対象とすべきである。

児童館が発揮する「ボランティアコーディネーションの機能は、その地域のボランティア活動を活性化させる¹⁶⁾。」地域の潤滑剤としての役割を果たすことになる。このような児童館に恵まれた地域では、子どもたちが大人(地域住民)や多年齢の子どもや地域の高齢者との交流や、多様な選択肢の中から自己表現の方法を体験から学ぶ機会を得ており、児童館が子どもだけのものではなく、地域の全ての人に有効に利用され、お互いの交流の場になっていることがそれらを実感させてくれる。現在我が国にある児童館が、ボランティアコーディネーションの機能を備えたとしたら、我が国は子どもの福祉コミュニティへと大きく様変わりするであろう。この機能によって、地域住民が子どもの育ちに関心を向けることになり、子どもの育ちを支援する社会への変化(取り戻す。)への新路、つまり、少子化への対応策としても子育てを支援する福祉コミュニティづくり(社会化)への展開が期待できるのである。

5. 子どもの育ちと福祉コミュニティ形成へのコーディネーション

(1) 福祉コミュニティ形成へのボランティアコーディネーションの妥当性

ボランティアコーディネーションの専門性についての理論は、ボランティア活動の延長で説明仕切れるものでもなければ、ソーシャルワーク理論をそのまま当てはめて事足りるものでもない。また、地域性や規模、所属する組織の性格によって具体的な業務と方法はかなり異なってくることから、それぞれの方法論とすべてに共通する普遍的な理論との整理、融合までの課題はつきない。これまでの先行研究では、その専門職には幅広い専門性が求められるとして「ソーシャルワーカーとしての専門性」「サービス業従事者としての専門性」「市民社会づくりの担い手としての専門性」の3つの専門性が指摘されている¹⁷⁾。

地主(2003年)は、支援行為としてのボランティア活動を円滑に継続させることを通じて、要支援者の持つ課題の解決への寄与をボランティアコーディネーションの目的と定義し、ボランティアコーディネーションの必要性と妥当性を次のように説明している。

「ボランティアコーディネーションは、ボランティアと要支援者の相互行為から全体社会システムまでの関連を的確に捉えなければならない高度な実践である。」ボラコの専門職として

の「固有性」は、何を差し置いても「ボランティア」と呼ばれる人々の行為に関わるということにある。ボランティアと関わるが故に、ボランティアコーディネーションとして固有の知識、技術、価値が求められる。ボランティアの行為は、自己システム、相互行為システム、社会システムという3つのシステムそれぞれに織り込まれている。要支援者の持つ課題解決のためにボランティアと要支援者の相互行為が持続されるためには、それぞれのシステム内でボランティアによる行為や要支援者との相互行為が円滑に行われる必要がある。ボランティアコーディネーションには、そのシステムごとにボランティアがかかえる多様な課題に対しての介入が求められ、その業務の中に課題解決のための行為をほぼ含んでいる。このことから、既存のボランティアコーディネーションの実践は、その目的を果たすための方法として妥当である¹⁸⁾としている。

このように、妥当性が確認されたボランティアコーディネーション機能は、特に子どもの健全育成にとって、子どもの健全育成機関である児童館などに必要な重要機能であるといえる。

(2) ボランティアコーディネーション5つの機能とファシリテーション

ボランティアコーディネーションの機能は、主として①つなぐ②知らせる③学ぶ④支える⑤調べる機能の五つ¹⁹⁾である(図3)。ボランティアコーディネーション5つの機能は、適時にそれぞれの機能の必要性に「気づく」こと、その機能を用いて対象(ボランティアニーズ)へのファシリテーションを行うことが必要である。すなわち、この包括機能の働きは、「人として生きる」ことをベースにしたソーシャルアクションをファシリテーションする。ファシリテーションとは、広い意味での“学習(学ぶこと)”を個人やグループを対象に、援助促進することで、人の「気づく」ことや成長(変化)に関わることである。この包括機能が働くことによって、5つの機能が活きるのである。つまり、この5つの機能は、「気づく」「ファシリテーション(援助促進する)」といった包括(制御)機能によって実践されている。このことから

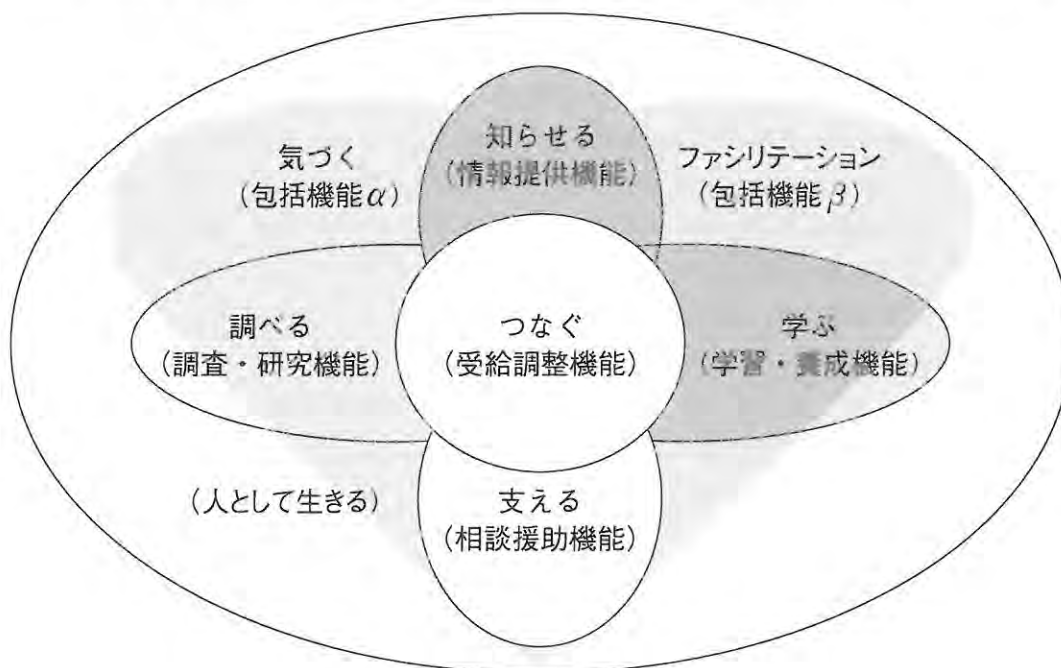


図3 ボランティアコーディネーション機能

筆者は、ボランティアコーディネーションの機能を発揮する専門職を、ソーシャルアクションをコーディネーションするファシリテーターであるとしている。

この5つのボランティアコーディネーション機能は、いずれも相互に有機的に結合していくことが求められる。これらの機能を有機的に結合していく上で中核的かなめとなるのが、つなぐ(需給調整機能)である。このつなぐ(需給調整機能)は、さまざまなニーズ(社会の課題)に対応するために、他のボランティアコーディネーション機能に有機的に展開することで、ニーズをさまざまな活動へとファシリテーションしていくのである。

(3) ボランティアコーディネーションの現状と課題

このボランティアコーディネーションの5つの機能の発揮されている現状をその実態として、北海道における仲介型ボラコを対象に行った調査研究(2004年実施)では、ボランティアコーディネーション機能は、地域のボランティアニーズを高め、地域住民のボランティアに関する学習意欲を高める傾向に導く影響を地域にもたらすことなど、ボラコ固有の専門性とされるボランティアコーディネーションの発揮に関する現状が、我が国で初めて明らかとなった²⁰⁾。

しかし、ボランティアコーディネーション現状は、専門性の追求もないまま制度的に「ボランティア活動支援」として取り入れられていることが懸念される。現状は、ボランティア活動支援という事業を実施することに価値をおき、ボランティア活動支援はどのような技術を発揮して実践するのか、その専門職の教育体制はどのように確保していくのかという視点に価値は置かれてはいない。つまり、このことは「専門職」養成に重きをおかずに、事業化だけが展開されている日本全体の特徴と深く関わっていると思われる。

理念の転換が実態を伴わないまま進められることは、本来広範な利用者・問題に対応する多くの機能(例:カウンセラー、教育者、アドボケーターなど)を果たすはずのソーシャルワーカーが、ブローカー機能であると役割を縮小して解釈され、豊かな知識と経験がなくとも実践が可能とされる危険性がある²¹⁾との指摘(渡部律子、2003)があるが、まさしくこの状況に直面しているといえる。

真の専門性を身につけたソーシャルワーカーは、常識だけで物事を判断せず、専門知識を武器に利用者を自分の思い通りに動かすことをしない。さらに、相談面接の理論、技術を真に習得した者は、利用者の主訴を的確に捉え、それを整理する手伝いができる。少なくとも、利用者とのコミュニケーションをおろそかにした、一方的な「指示・助言・提案」のみの支援は行わないし、何の確認や共通理解もないままに利用者の要求をただ単に「御用聞き的」に行うことはないはずである。対等な関係とは、お互いが相手の人格を相互に認め合うことである。つまり、これらの働きには、上から見た助言指導ではなく、ファシリテーション(援助促進する)機能が求められているのである。

今後の課題は、ボランティアコーディネーション機能の理論を学ばずに実践している者に対する現任研修(教育)や専門職養成のあり方を問うことである。現在の実態は真の支援は実践できないこと、その実践上の課題も多く存在することからも明らかである。

実践現場で本質的な理解と実践がなされていない「ボランティアコーディネーション」というものが、実践者、利用者、行政にわかりやすく伝える努力の必要性について所感は次のとおりである。

本質的な理解を得るためには、①現在ボランティアコーディネーションを実践する現場に、ボランティアコーディネーションについての教育を受けて、その本質を理解して実践できる人

々を多く送り出すこと。②ボランティアコーディネーションというものを学ばずに、ボランティアに関する業務実践している人々に対する資格制度や現任者研修のあり方を再考すること。③ボランティアコーディネーションが展開される現場をさらに明確にすると共に、実践される現場を開拓すること。そして、基本となることは「何をどのような方法で行うことなのかをより具体的にすること」といったことである。

(参考・引用文献)

- 1) 「児童の養育責任の系譜に関する研究—少子化の根本原因を探る—」とする厚生科学研究費補助金 総合的プロジェクト研究分野子ども家庭総合研究事業 (主任研究者 田澤薫 (国際医療福祉大学)、研究年度 1999 (平成11) 年
- 2) 小木美代子 児童館・学童保育21世紀委員会編著、1994年「児童館・学童保育と子育て支援」、萌文社、P 3～6
- 3) 主任研究者 大江守之、2001年「福祉ボランティア活動への参加動向予測と支援基盤整備に関する研究」厚生科学研究費補助金 政策科学推進研究事業総括報告書、P 1～14
- 4) 小木美代子 児童館・学童保育21世紀委員会編著、1994年「児童館・学童保育と子育て支援」、萌文社、P 11～13
- 5) 山下英三郎著2004年「今日の青少年問題に対する福祉関係者への期待～ソーシャルワークの曖昧さを力に～」『月刊福祉』4月号、全国社会福祉協議会、P 46～49
- 6) 小木美代子 児童館・学童保育21世紀委員会編著、1994年「児童館・学童保育と子育て支援」、萌文社、P 243～244
- 7) C. H. クーリー著、大橋・菊池訳1970年「社会組織論」青木書店。家族、仲間集団を第1次集団として規定し、それが個人の自我の原型を形成する上での重要性を指摘している。
- 8) 平山宗宏著「プロジェクト研究20児童と家庭に関する全国一般調査及び有識者調査の分析に関する研究『子どもと家庭に関する実態調査』のクロス分析による考察」日本総合愛育研究所紀要第26集、P 142
- 9) 「児童の養育責任の系譜に関する研究—少子化の根本原因を探る—」とする厚生科学研究費補助金 総合的プロジェクト研究分野子ども家庭総合研究事業 (主任研究者 田澤薫 (国際医療福祉大学)、研究年度 1999 (平成11)
- 10) 望月彰著、2004年「児童養護施設の子どもの自立のために」、子どもの参画情報センター編、編集代表 森本扶、『子ども・若者の参画シリーズ 居場所づくりと社会つながり』、萌文社、P 65～68
- 11) 増山 均著2001年「子どもから出発し子どもと共に」、長谷川真人・神戸賢次・小川英彦編、2001年『子どもの援助と子育て支援—児童福祉の事例研究—』、ミネルヴァ書房、P 113
- 12) 子どもの未来21プラン研究会1993年7月29日「たくましい子ども・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会」報告書、日本総合愛育研究所子ども家庭サービス教育・研究ネットワーク編、1996年『(別冊発達21) 子ども家庭施策の動向』ミネルヴァ書房、P 98～110
- 13) 伊藤俊夫編、2000年「学社融合—子どもたちを地域ぐるみで育てる—」財団法人 日本社会教育連合会
- 14) 田中孝彦著2003年「生き方を問う子どもたち」岩波書店、P 141～167
- 15) 主任研究者 定行まり子、2002年「学校5日制の導入による児童館等の実態と対応に関する調査研究」子ども未来財団
- 16) 船木幸弘著、2005年「ボランティアコーディネーターの実態に関する一考察～北海道ボランティアコーディネーター実態調査をとおして～」東北福祉大学大学院修士論文、P 67
- 17) 筒井のり子著1998年「人材インターメディアリとしてのボランティアセンターとコーディネーターの専門性」『都市問題研究』第50巻第12号、P 47～49
- 18) 地主明広著2003年「ボランティアコーディネーション実践の妥当性～ボランティア活動の行為論的理解から～」、『地域福祉研究』No. 31、P 66～77
- 19) 巡 静一著1998年、「実践ボランティアコーディネーター」中央法規出版、P 12～17
- 20) 船木幸弘著、2005年「ボランティアコーディネーターの実態に関する一考察～北海道ボランティアコーディネーター実態調査をとおして～」東北福祉大学大学院修士論文
- 21) 渡部律子著、2003年「改革期におけるソーシャルワークの行方」『ソーシャルワーク研究』vol. 29 No. 3、P 179

研究ノート

地域における高齢者虐待への 対応に関する考察

—市民団体と自治体に関する文献調査をもとに—

平泉 金弥（北星学園大学大学院社会福祉学研究科研究生）

1. はじめに

現在、日本における高齢者介護の状況をみると、家族介護前提の在宅介護支援政策や高齢者自身の意識が家族から解き放たれていないことなどから、家族介護への期待はいまだに止んでいなく、その9割が家族介護に依存している¹⁾。そのため多くの家族介護者が個人で責任を負い、多大なストレスに陥り²⁾、ついには「燃え尽き症候群」、「介護心中」、「介護殺人」、「虐待」などが散見され³⁾、その負担から要介護者が不本意な施設入所に至ることも珍しくない。

このような状況を背景に、いくつかの市民団体が1990年代半ばから電話相談や啓発活動など高齢者虐待防止に取り組みはじめた。他方、厚生労働省は、平成15年度に横須賀市と金沢市の取り組みをモデル事業に指定し、さらに平成16年3月には全国実態調査の結果を公表した。

このように高齢者虐待に対する社会的関心は、近年高まりをみせ、平成15年8月には「日本高齢者虐待防止学会」が設立し、研究も急速に進められている。これまでの高齢者虐待の予防・防止に関する研究は、①発生要因を軽減させるための対応、②介護保険制度の下での早期対処策、③訪問看護師および保健師による介入方法、④ソーシャルワークによる予防・防止策、⑤法学的アプローチから、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの制度の活用に関する対応、⑥国民に対する意識啓発等に関して行われてきた⁴⁾。

しかし、これらの研究は、行政や専門職の視点から発する予防・防止に関する研究が強調され、住民や当事者との連携、施設や家族との連携などの地域レベルにおける予防・防止に関する研究は、ほとんど行われていない。高齢社会における虐待への対応は、行政や専門職のみでない、公私協働による対応が重要であることから、今後は、これらの先行研究に加え、地域福祉の観点を含めた研究が求められるべきであろう。

そこで本稿は、地域福祉の観点から高齢者虐待を防止するために、市民および団体機関の予防・防止的な関わりとしての連携の必要性を検討するための基礎研究として、これまでの日本における高齢者虐待防止に取り組む市民団体と自治体の活動の変遷を文献調査等の結果から報告し、それらの団体機関の役割と課題について整理する。そして、地域における高齢者虐待への対応に関する課題について考察したい。

2. 研究の方法

本研究を進めるにあたって、国立国会図書館『NDL-OPAC 雑誌記事索引』、国立情報学研究所『NACSIS Webcat 全国大学図書館総合目録』を使い、キーワード「高齢者 虐待」「老人 虐待」「高齢者 権利」「老人 権利」「介護 虐待」「介護 権利」を用い、1984年1月から2004年10月の間に発行された雑誌掲載論文および図書から関連文献を抽出し、それらの文献から研究対象である団体機関およびそれに関連する情報を得た。また、それと合わせて筆者が2004年6月3日から7日の間におこなった、北海道において高齢者虐待防止に取り組む団体機関に対する面接調査の結果を含めた⁵⁾。

これらの調査によって、9つの市民団体と7つの自治体の実践者からの活動報告が確認され、概要的な活動内容が把握できた。

3. 高齢者虐待防止に関する取り組みの変遷

(1) 市民団体の取り組み

日本における高齢者虐待防止に対する取り組みは、関東地区において、専門的知識をもつ研究者や福祉関係者らによる市民活動として始められた。その先進的取り組みとしては、1992年12月に発足した「高齢者処遇研究会」（田中荘司代表）の活動があげられ、1994年には日本初となる全国実態調査を実施している。これまで4度の調査をおこない、1996年3月にはその中心メンバーが「日本高齢者虐待防止センター」を設立させ、電話相談（通称ヘルプライン）活動を行っている。

これと同時期、1996年9月に東京医科歯科大学の研究者らは、「老人虐待予防・支援センター」（高崎絹子代表）を創設させ、電話相談（通称サポートライン）活動をはじめた。

1997年5月には、「湘南ふくしネットワークオンブズマン」が地域に根ざした権利擁護運動を展開していくことを目的に設立され、2001年5月には特定非営利活動法人となった。現在21名の福祉オンブズマンが、神奈川県内19箇所の施設に毎月の訪問を行っている。

1998年12月から活動をおこなう「Asil（介護よろず相談室）」（藤田良子代表）は、これまで介護・看護に関わるさまざまな相談を受け付けてきた。今後は、施設内虐待に関する内部告発を促すために「日本版・サーラ法をつくる委員会」の設置を目標としている⁶⁾。

他方、関西地区では、1993年5月に「シルバーハラスメント110番」（藪内美智子代表）によって電話相談活動が始められた。この団体は、神戸市を拠点に行政、法律家、病院等と連携しながら家庭裁判所の申し立てなどにも協力し、介護および虐待問題の解決に向けて活動している。

1993年11月に発足した「大阪高齢者虐待防止研究会」（津村智恵子代表）は、2カ月に1回のペースで定例研究会を開催し、これまでに2度の実態調査を行っている。

また、近畿地区で活動する「寝たきり予防研究会」（水無瀬文子代表）は、1996年1月から高齢者虐待に関する公開講座を毎年1回程度実施し、市民への啓発活動に努めている。

以上のような市民活動が広がる中で、2000年から行政機関において高齢者虐待防止に対する取り組みが始められた⁷⁾。

(2) 自治体の取り組み

神奈川県大和保健福祉事務所は、2000年7月から研究会を重ね、2001年3月に「高齢者虐待SOSネットワークシステム」を立ちあげた。その活動は、介護者と高齢者を支えあう地域づくりの推進を目的とし、虐待防止のための対応をフローチャートにまとめ、対応にあっている。また神奈川県横須賀市は2001年4月に「高齢者虐待防止ネットワーク事業」をはじめ、保健師を中心としたミーティング活動や研修制度の充実に取り組んでいる。その取り組みは、2003年度から国のモデル事業とされ、相談活動、ネットワークミーティング、研修会、市民啓発の事業が実施された。そして、2004年4月には「高齢者虐待防止センター」が開設され、早期に高齢者虐待に対応するため相談窓口が一本化されている。

福岡県北九州市では、2002年10月から2003年10月の間におこなわれた戸畑区の地域ケア検討会において、9件の虐待事例が検討された。それを契機に、戸畑区役所保健福祉課と基幹型在宅支援センターが中心となり、対応システムを作成し、最初の相談窓口には在宅支援センターと保健福祉係が対応することになった。今後は、保健・医療・福祉の関係者や高齢者のキーパー

ソンになりうる人たちへ周知することが課題とされている。

石川県金沢市は、2003年4月に国のモデル事業として、実態把握のためのアンケートの実施、高齢者虐待連絡協議会の立ち上げ、シンポジウムの開催、民生委員等の研修の実施、マニュアルの作成、一般市民向けパンフレットの作成、高齢者虐待への対応が実施された。

東京都世田谷区は、2003年4月に「世田谷区高齢者虐待対策検討会」を発足させ、相談窓口と対応を明確化させ、対応図、発見シートを作成している。そして、2004年度中には「高齢者虐待対策連絡協議会」の設置、対応マニュアルの作成、虐待予防のための意識啓発のためのパンフレットの作成、研修活動、緊急時に利用できる緊急保護施設の設置に取り組む予定である。

愛知県大府市では、2003年4月1日に「大府市高齢者虐待防止連絡協議会」設置要綱を制定し、同7日に協議会を発足させた。当面の活動として、虐待の実態調査、通報受理機関の設置、通報システムの構築、対応システムについての検討があげられている。協議会は、ワーキンググループを「虐待の定義を考えるグループ」、「法律の解釈を考えるグループ」、「利用を検討するグループ」に分け、課題をこれらの小グループで検討する体制となっている。

北海道においては、2003年6月に札幌市および北見市の市民を中心に設立した「北海道高齢者虐待防止研究会」（平泉金弥代表）が電話相談、研究会、関係機関とのネットワークづくりに重点をおいた活動を行い、2004年3月には帯広市保健師が中心となり、市民団体「十勝高齢者虐待を考える会」（下川原和子代表）を創設させ、主な活動として月に一度の学習会を行っている。

さらに、北海道江別市は、地域ケア会議において議論を重ね、高齢者虐待防止フローチャートを完成させ、2004年7月から①高齢者虐待対応システムの実施、②虐待防止のための研修会、③緊急対応チームの機能及び関係者との連携強化に努めている。

このような自治体の保健・福祉機関による取り組みのみではなく、実態調査をもとに今後の対処策を考えようとする道県もある。2003年8月に青森県、10月に沖縄県、そして11月に岡山県は、高齢者虐待に関する実態調査を行った。また、2004年3月に北海道、4月に兵庫県が実態調査を行い、ともに虐待防止マニュアルを作成する予定である。

4. 団体機関の役割と課題

このように高齢者虐待防止に対する取り組みが全国各地で進められてきた。次に、これらの取り組みを市民団体と自治体の視点から、その役割と課題について整理する。

（1）市民団体

現在、全国にある9つの市民団体の活動は、まず1992年12月から始められ、徐々に全国に活動が広がった。そして高齢者虐待問題をいち早く社会へ問いかけ、問題解決に対する先進的な役割を果たしてきた。その主な担い手は、医療・福祉・保健・法律に精通している者であった。

活動内容としては、学習会、研修会、啓発活動および相談活動に重点が置かれ、その中でも、研究者を中心とする団体が、実態調査に取り組み、虐待の実態を1990年代半ばに明らかにし、その結果から「高齢者虐待防止マニュアル」を作成したことは、その後の日本各地の取り組みに、重要な役割をはたしてきたといえる。

また、福祉オンブズマンの活動は、施設内虐待防止に対する数少ない取り組みであるが、全国的にみてまだ実効性があがっていない介護保険制度の枠組みで義務づけられた外部評価や第

三者評価を補足する役割を担っている。さらに、積極的な市民団体と自治体等との連携の事例は、地域における虐待対応のひとつのあり方として注目される。

活動の課題として、帯広は〔平泉、2004：25〕、「多くの電話相談が来ても、仕事として活動していないため自分自身で活動をセーブしなければならないことが辛い」こと、つまり市民団体として対応することへの限界性をあげ、関係機関を巻き込んだネットワークづくりの必要性を指摘している。

（2）自治体

自治体の取り組みは、全国に7機関確認でき、2004年4月までに5道県で実態調査が行われている。活動開始時期は、2000年7月から始められているが、そのうち4機関は2003年4月以降に集中していた。

活動内容は、モデル事業である横須賀市の取り組みを模範として、地域の実情に合わせた関連職種による会議の設定、マニュアルの作成、電話相談を含む相談窓口の開設、市民への啓発活動、実態調査の実施などである。

これらの取り組みは始まったばかりであることから、①関係職員の質の向上、②市民への啓発・普及の拡大強化、③支援体制の強化が課題とされている。大和保健福祉事務所は〔山中他、2001：64〕、「地域で抱えている問題を吸い上げ、ネットワークシステムを充実し、高齢者と介護者の人権を守るとともに、地域ぐるみで、虐待や在宅介護が困難な事例に対応できる体制を目指して取り組む必要がある」と述べ、横須賀市は〔草柳、2004：56〕、「活動に対する法的な根拠がないため家庭への介入が困難なこと、高齢者だけでなく介護者や家族も多くの問題を抱えており、解決に向けての支援が思うように進まない」ことをあげている。また、江別市は〔平泉、2004：25〕、活動課題として「①現場の職員が制度を理解すること、②福祉サービスや社会と結びつきづらい家庭内の虐待をどのように予防するか、③高齢者虐待についての正しい知識の啓発活動」の3点をあげている。

5. 考 察

以上のように、高齢者虐待防止に取り組む市民団体、自治体の活動変遷とその役割および課題についてみてきた。それでは、今後、地域において高齢者虐待を予防・防止するために、どのような対応が求められるべきであろうか。

これまで市民団体と自治体は、それぞれ先進的な活動によって虐待予防・防止に取り組んできた。そして、その中の市民団体と行政、弁護士、病院等との連携の事例は、地域における予防・防止に関する連携の兆しを与えている。今後は、関係者のスキルアップや地域のネットワークづくり、市民への啓発活動、家族・介護者支援、施設内虐待への対応を含めた権利擁護事業の充実が課題であるといえよう。また、関係機関が虐待の疑いを把握できたとしても、その対応には限界が見受けられる場合もある。その背景には、法的な対応システムが存在しないために、①虐待の定義が明確でないこと、②現制度での介入は被虐待者や親族からの通報が前提となり、家庭への介入は困難なこと、③措置入所の前提としては、施設の空きと高齢者の同意が必要であること、④措置入所ができて、年金等の財産管理は虐待者のもとの残る可能性があることなどがあげられ、一刻も早い法的整備が求められる。

このような状況のなかで、虐待の早期発見・介入・予防のためには、現行法の下で実行可能

な活動を地域レベルで確認し、近隣住民、民生委員、ボランティア、家族介護者、市民団体、社会福祉協議会など住民が中心となる小地域レベルの密着したネットワークの構築が急務であろう。その際に、市民団体はこれまでの活動実践を活かし、調整役を担うこと、また、市区町村は「専門相談窓口の設置」や緊急時に対応できる「緊急対応型ショートステイ事業」の対応策を検討することが重要であろう。

さらに、地域での連携で重要な位置を占めるのが、基幹型在宅介護支援センターであり、そこで開催される地域ケア会議は、地域の高齢者問題を把握し、具体的な支援にむけての重要な役割を担っている。その重要性は、国による実態調査でも明らかにされ、また、戸畑区や江別市の事例からも、虐待の予防・防止に関して重要な場であると考えられる。今後は、小地域レベルのネットワーク構築に加えて、ケアマネジャーをはじめ、施設、サービス提供事業者、民生委員、社会福祉協議会、NPO、当事者、住民等などの連携を視野に入れた公私協働による地域サポートネットワークの構築が課題となろう。

6. おわりに

本稿は、文献調査という限られた情報の中から、市民団体と自治体の高齢者虐待に対する対応を整理し、地域における取り組みの課題について分析を試みた。

今後の研究課題として、これらの団体機関に対する面接調査から質的研究をおこない、さらに、この問題に特化していない団体である「呆け老人をささえる家族会」、「社会福祉協議会」、「民間サービス事業所」、「弁護士会」⁸⁾などの活動にも着目しながら、地域における高齢者虐待予防・防止のあり方についての研究を進める必要がある。

注

- 1) 平成10年『国民生活基礎調査』によると、我が国の高齢者介護は、家族による介護が9割を占め、介護者の約5割が60歳以上であり、そのうち70歳以上の高齢者が25%を占める。また女性の介護者が85%と介護負担の多くが女性にかかっている現状である。
- 2) 平成7年『国民生活基礎調査』によると、介護問題として「食事や入浴などの負担が大きい」57%、「家を留守にできない」36.5%、「ストレスや精神的負担が大きい」32%など、その負担は心身両面において極めて大きいと考えられる。
- 3) 「介護心中」、「介護自殺」に関する研究として次の文献が参考となる〔武田、1994；高橋、2000；山口、2001；中村他、2003〕。
- 4) 次の文献は日本における高齢者虐待研究の動向についてまとめている〔多々良、2001；上村他、2002〕。
- 5) この調査結果については、2004年7月17日に開催された「北海道地域福祉学会第11回研究大会」にて報告をおこなった〔平泉、2004：25〕。
- 6) 活動の詳細は次のホームページに掲載されている。<http://www.asil.jp/asil.html>、2005年2月15日。
- 7) 2004年3月に公表された国による全国実態調査結果によると、高齢者虐待のための専門チームのある市町村は71市区町村（2589市町村中）あることが明らかにされた。
- 8) 弁護士団体である「高齢者・障害者財産管理センター（第二東京弁護士会）」および「高齢者・障害者総合支援センター（大阪弁護士会）」は、財産管理問題に焦点をあてた電話相談活動を行っている。

参考文献

- 1) 医療経済研究機構『家庭内における高齢者虐待に関する調査報告書』〔2004〕医療経済研究・社会保険福祉協会。
- 2) 上村典子・内藤和美・岩崎衣世・金内澄子・佐藤麻里子・若菜真琴「高齢者虐待に関する研究動向」『群馬パース看護短期大学紀要』4(1)〔2002〕p45-59。
- 3) 遠藤英俊「愛知県大府市における高齢者虐待防止の取り組み 高齢者虐待防止連絡協議会の運営から」『生活教育』47(11)〔2003〕へるす出版、p20-23。
- 4) 草柳さな江「横須賀市における高齢者虐待防止事業」日本高齢者虐待防止学会『第1回日本高齢者虐待防止学会東京大会抄録集』〔2004〕p47-56。
- 5) 高橋流里子「要介護者の介護者支援の必要性和そのあり方—介護者の余暇活動の試みを通して」『社会事業研究』39〔2000〕日本社会事業大学社会福祉学会、p31-36。
- 6) 武田京子『老女はなぜ家族に殺されるのか』〔1994〕ミネルヴァ書房。
- 7) 多々良紀夫編著『高齢者虐待—日本の現状と課題—』〔2001〕中央法規。
- 8) 中村京子・本川眞弓「老人虐待・事故を防ぐ地域看護の課題—痴呆高齢者の傷害・殺人事件判例からの示唆」『地域看護』34〔2003〕日本看護協会出版会、p76-78。
- 9) 寝たきり予防研究会編『高齢者虐待：専門職が出会った虐待・放任』〔2002〕北大路書房、p89。
- 10) 長谷川恵子『湘南ふくしネットワーク加盟施設における苦情や要望の把握に関する研究—ニーズの発見に関する職員の意識調査—』〔2001〕湘南ふくしネットワークオンブズマン報告書。
- 11) ピーター・デカルマー、フランク・グレンゲニング（田端光美・杉岡直人監訳）『高齢者虐待—発見・予防のために』〔1998〕ミネルヴァ書房。
- 12) 平泉金弥「北海道における高齢者虐待防止に関する取り組み」『北海道地域福祉学会第11回研究大会抄録集』〔2004〕p25。
- 13) 山口光治「在宅介護と心中事件—長野市での発生した事件の分析から」『社会福祉士』8〔2001〕日本社会福祉士会、p141-148。
- 14) 山中由紀・関根佳代子「神奈川県大和保健福祉事務所の高齢者虐待防止SOSネットワークシステムの取り組み」『月刊地域保健』32(9)〔2001〕東京法規出版、p55-67。

キーワード：高齢者虐待、市民団体、自治体、地域福祉、虐待予防・防止

実践レポート

精神障害を抱える家族への家族会 結成にむけての支援

—家族が生き生きと変化する、家族のための家族会を創る—

藤井 智子（旭川医科大学看護学科）

I はじめに

地域における健康問題の取り組みには、住民の主体的な参加が求められる。地域には多様な組織がつけられ自主的な組織として健康問題を取り上げ成果を上げている例もある。組織の性格と目的に即して成果を上げるには、その活動が組織の成員によって主体的に進められることが必要である。このような場合、保健師としての課題は、対象にどのように関われば自主的な組織化が図られその組織が主体的な活動を展開できるか、というところにある。

そこで、地域における精神障害者を抱える家族は、障害に対する地域の偏見や差別によりさまざまな困難に直面しており、また、家族自身の偏見により病気を隠したり、自分なりの方法で対処したり孤独に悩んでいる現状がある。これらの人々が孤独から脱却し、交流を広げ、生きていく力をつけていくための方法のひとつに地区組織としての家族会での活動がある。しかし、すべての家族会が生き生きと活動しているわけではない。保健師あるいは病院スタッフ依存型であったり、仕方なく参加していたり、集まるメンバーが少なくマンネリ化している場合も少なくない。家族が主体的に活動できる、自分たちのことを自由に話し合え、表現しあえる会にするためにはどのような関わり方をすればいいのだろうか。このような疑問がわいたところに、北海道・道北地区のM地域で精神障害者を抱える家族の会を結成していく過程を体験することができた。この支援過程において、家族の表情が生き生きと変化していくようすをみて家族会の必要性について実感することができた。

ここでは、その支援の過程を振り返り、家族会の役割および必要性、家族が主体的に活動していくための保健師の関わり方について検討したのでここに報告する。

II 目的

- 1 家族のための家族会とは、どのような役割を持っているかを明らかにする。
- 2 家族が、主体的な活動していくための組織育成活動の関わり方を明らかにする。

III 方法

北海道・道北地区のM地域に住む精神障害者の家族に、家族会結成に向けて実施した援助過程を、家族の状況、保健師の関わりを中心に振り返り、分析する。

IV 結果

1. 支援に至るまでの経過

(1) 地区の概況

北海道・道北地区M地域（E町を含む4町）における精神障害者および家族への保健師の援助は、家庭訪問などの個別支援が主であった。この地域は、精神科を標榜する医療機関が無く、近いところでW市、N市の総合病院はあるがいずれも100km以上離れている。精神障害者にとって通院は大変なことで、夏期は月1回程度、冬期は2～3カ月に1回程度の通院となっている。薬を病院から送付してもらうことも、この地域では日常的に行われていた。

また、精神障害者のための社会復帰施設、デイケアなどは無く、そのため退院しても障害者は行き場がなく家に籠もりがちの現状であった。

(2) 精神障害者の家族の気持ち

家庭訪問場面では、家族の様々な思い、悩みを聴くことができた。「病気であることを知られたくない」「つらい。孤独。だれにもわかってもらえない」「(障害者は) どこにも行くことができずかわいそう」「ほかにも同じ病気の人がいるのだろうか」「通院が遠くて大変。お金がかかる」「真面目にやってきたのに…」「(障害者は) 働けない。働く場所も無い」「友達がいない」「病気に対する対応がわからない」などであった(表1)。訪問する度に、家族だけで悩み、あきらめているようすが伺われ、家族の孤独で苦しい気持ちが保健師に伝わってきた。このようなことから、保健師の月1回程度の訪問だけではどうにもならないという限界を感じ、話を聴いているだけで何もできないという思いにとらわれた。

表1 家庭訪問の時に得た家族の声

人には相談できない。(偏見)
病気であることを知られたくない。(自分自身の偏見)
つらい。孤独。だれにもわかってもらえない。
退院してもすぐ入院を繰り返す。ほかにも同じ病気の人がいるのだろうか。自分たちだけ苦しい体験をしている。どこにも行くところがなくて(娘・息子)はかわいそう。
友達もいない。家にもってばかりいる。
気軽に本人、家族の集まれる場所が欲しい。
働けない。働く場所がない。通院が遠くて大変。
真面目にやってきたのに…。

(3) 精神障害者の家族学習会・交流会の企画

当初、保健所保健師とE町保健師と共に、精神障害者にとって一番身近な支えである家族の危機を何とかしようとし話し合いを行った。その結果、家族同志のグループをつくり、切実な思いを共有することが必要ではないかと考えた。そのためには、まず、孤立していた家族が集まることから始めることにした。つぎに、M地域に住む精神障害者と家族が、安心して生活するためには、程遠い現状であるという地区の課題や、家族が力を合わせていく必要があることを共有することが大切であると考えた。そして、将来の展望として、精神障害者を抱える家族の会をつくり、精神障害者が安心して暮らせる地域づくりの力となっていくことを目標に、家族の学習会と交流会を企画した(表2)。

表2 家族会づくりの実施計画

家族会づくりの実施計画

目的：精神障害者をもつ家族が、家族同志の話し合いを通して共に助け合い理解し合い主体的に問題に取り組み解決することができる。

目標：①家族同志の交流を深める
②家族の抱える悩み問題を共有し解決していける。
③家族会をつくり、地域づくりの力となる。

対象：M地域に住む精神障害者を持つ家族

内容：講演・交流会
講演内容は病気の理解、社会復帰、福祉制度など

スタッフのかかわり

原則として保健所保健師、E町保健師が参加する。

集まりには必ず参加し、話しを一緒に聞く。

必要に応じ、助言や資料の提供、関係機関連携を実施する。この会の周知、PRをしていく。

2. 家族学習会・交流会実施の経過（表3、表4-1、表4-2）

（1）回数・参加人数

精神障害者に関わる学習と家族同士の交流を併せた形での家族の集まりを10回実施した。平成3年度1回、平成4年度2回、平成5年度7回であった。平成5年度の途中からは家族の希望で月1回実施するようになった。最初は年1回の集まりだったのが少しずつ回数が増え月に1回になった。

対象となる家族は22人で、平均6.9人の家族が参加した。熱心でよく参加する家族は（B、C、E、F、G、H、K、U）の8人であった。1回参加しただけで来ない家族（A、D、M、N、Q、R、V）、勧奨しても1度も参加しない家族もいた（表3）。

（2）内容

W市立総合病院精神科医師・ケースワーカー、および北海道立精神保健センター医師、などを講師とし、病気の理解や家族の役割について学ぶ機会をつくった。学習会のあとは必ず交流会を実施した。平成5年11月からは、交流会のみを実施し、家族同志の話し合いを積み重ねていった。

（3）家族の様子・変化

1) 初めての集まりから1年目までの経過（平成3～4年）

平成3年11月に初めて家族が集まり、話し合いを行った。家族の表情は緊張していた。初めの集まりのため、お互いに自己紹介をし、それぞれの家族からは今までの障害者の状況について、また、これまでの家族のつらかった気持ちなどについて話された。しかし、自分のことを話すのが精一杯で、他の家族のことまで受け止めることはできない状況であった。全員初めての参加であったため、どんな人が来るのか、何が起こるのか、何を話せばいいのかという不安と期待で緊張していたといえる。家族が家から外へ出て、自分自身をさらけ出さなければならない

場に参加し、自己紹介することは家族にとって大きな自己決定であり、参加することだけでも家族にとっては勇気の伴う行動であった。

表3 家族の出席状況

家 族	性 別	年 代	参加状況 ○参加																	
			平 3	平 4			平 成 5 年													
			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩								
A	男	70	○																	
B	女	50		○	○	○			○	○	○	○	○	○						
C	男	70	○	○		○	○					○	○							
D	男		○																	
E	女	40						○	○	○	○	○	○							
F	女	80	○	○	○			○	○	○	○									
G	女	60	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
H	女	70	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○						
I	女	40		○		○														
J	女	40						○	○	○										
K	男	70								○	○									○
L	女	70																		
M	女		○																	
N	女				○															
O	男		○	○																
P	男	50	○	○		○														
Q	女		○																	
R	男		○																	
S	女	80	○	○	○					○			○							
T	女		○																	
U	男												○	○						○
V	男	50											○							

学習会終了後、出席した家族全員の家庭を訪問した。家族からは、参加したことについての感想を聞くことができた。「自分だけではなかったということが分かりよかった」という声が聞かれた。しかし、ある家族は「どうしても参加したくない。家族として責められるから」と話される人もいた。

2回目は、平成4年9月に10か月ぶりに集まった。1回目と同じ緊張感が家族たちから感じられた。10か月ぶりであること、家族同志の交流が進んでいないことから不安があったといえる。

3回目は、2か月後に実施した。メンバーは、前回とほぼ同じで、家族同志顔見知りになってきた。どうしてこんな病気になったのか、とてもつらい、なった人でなければこの気持ちは分からない、通院は大変なことであるなど、少しずつ悩みを出し合うようになり、家族のつながりができ始めた。講演については、講師から家族への一方通行な形で受身的であったが、聞く姿勢は真面目で熱心であった。

2) 2年目までの経過（平成5年6月～平成6年3月）

平成5年度は、全部で7回の学習会・交流会を実施した。最初の2回は講演と交流会を組み合わせ、残りの5回は交流会のみを実施した。

1回目は、北海道立精神保健センターの医師を講師に実施した。和室でテーブルを囲み、和やかな雰囲気話がすすんだ。講演という形ではなく講師が家族に問いかけながらすすめた。家族は、リラックスして病気や薬についての疑問を出したり、障害者の生活状況について話された。このころから、家族の表情は明るく笑顔が出てくるようになった。

2回目は、M共同作業所所長を講師に、具体的な作業所での状況を聞くことができた。生き生きと障害者が働いている様子を知ることができ、それは自分たちの町でも可能であると家族は励まされたようであった。さらに、家族はどんなふうに障害者が地域で暮らしていけるのかイメージが見え、夢と希望を持つことができたように思われた。

3回目からは交流会のみの実施であった。家族同志が顔見知りになりなごやかに話がはずんでいた。わいわいがやがやといった雰囲気であり、家族が楽しんでいることが感じられた。同時に、家族のもつエネルギーを感じた。このとき、初めて家族自らが、「この集まりは重要。障害者を支えていくためにも、もっと頻回に集まりたい。家族会をつくって活動していきたい」という意見を出された。翌月から毎月1回、定期的に集まることを家族自らが決定した。その後は、家族がやや主体的になり、交流会を進めていった。話の内容は、障害者の最近の状況や、家族の思い、そして障害者のことだけではなく、趣味や世間話など多岐にわたっていた。家族は、「ここにきて話をするのが楽しい」と話し、表情は明るくなっていった。回数を重ねるたびに家族の親睦が増し、仲間意識が芽生えこの頃に、家族には自分たちの会という意識があらわれ会の名前を『ひとつぶのはまなす会』と自らで名付けるに至った。家族会結成に向けての話は具体的に出なかったが、家族には、まだ自分の思いを吐き出すことが必要であったと思われた。

(4) 保健師のとした役割・行動

保健師による支援の方針は、家族の集まりを将来自助グループとして発展させるため、家族が中心となって話し合いを進めていけるよう側面的にかかわることとした。家族会の集まりには、必ず保健所保健師、E町保健師が参加し一緒に話しを聞くこととした（表2）。

1) 初めての集まりから1年目までの経過（平成3～4年）

地域に家族会をつくる目的で、家族の学習会、交流会を企画した。訪問でその目的について説明をし参加を勧めた。保健師の気持ちは、「家族は集まるだろうか。家族の期待に応えられるだろうか。」という不安で一杯であった。保健師が企画して家族を集めたが、保健師は、この会が将来どうなるのか、どう成長していくのかなどについて、見通しを持つことは難しかった。また、家族のほうも期待と不安で緊張していた。お互いの緊張のなかで学習会は実施された。保健師は、緊張のなかでやっとの思いで参加している家族がリラックスできるように場づくりをし、参加を呼びかけた目的について伝えた。この場での家族は、ぼつりぼつりと自分のことを語るだけで精一杯であり、参加したことについては、どんな思いだったのかはわからなかった。そこで、参加した家族全員に学習会終了後に家庭訪問を実施した。訪問の目的は、①参加してどうだったか聞くこと、②家族の思いを受け止めることであった。その結果、家族の学習会の場（集団）で見せる顔と家庭での場（個人）の見せる顔は、全く違った。学習会では緊張していたが、家庭でみせる家族は、「参加してよかった。自分だけではなかった」とほっとしており、また、参加したいという意欲が見られていた。その意欲を受け止め支持していった。その後、月1回、家庭訪問を継続した。次回の学習会・交流会は、約1年後の予定であり、その間、家族の思いを受け止めながら家族の気持ちを大切にしたい内容を企画できるように準備をした。

2回目は、10か月後に実施した。期間が空いたことにより、家族の緊張感は前回と変わらず、家族同志のつながりもないままであった。年に1回程度の集まりでは、家族は変わらない。もっと集まる機会が必要であると感じ、3回目は2か月後に実施した。

3回目は、メンバーは前回とほぼ同じであり、家族が少しずつ悩みを出し合うようすをみて保健師はほっとした。この場で保健師は、家族の話を一緒に聞き、様々な問題で困っていること、つらかったことを理解し、共感し、皆が発言できるように配慮しながら進めた。これら3回の学習会では、①病気、対応方法について理解を深める、②家族の役割・接し方を考える、③社会復帰についての理解を深める、ことをねらいとした。家族は、熱心に聞いており、ねらいは達成されたが、受身的な態度であった。その理由として、このねらいは保健師側のねらいであり、家族自ら望んで企画した内容ではなかったことがあげられる。家庭訪問を行い家族の求めていることを大切にしなければと思いつつ、結局は保健師側で解決策を与えるやり方であった。このことが家族を受身的態度にさせていたことに気づいた。また、保健師が講演を企画した理由は、上記①～③以外にもうひとつあった。それは、家族が話し合うだけの交流会では、家族が満足しないのではないかと不安があった。まだ家族同志の仲間意識が芽生えておらず意見もあまり出ない状況であったため交流会だけを実施したのでは、話しがはずまないまま終わってしまい、家族の力を引き出すことができないのでは、と不安であった。家族の力をつけていくためには、講演などの学習も必要であるが、素朴でもよいから家族同志の話し合いを進め、どんな学習がしたいのかを考えることのできる機会をつくり、家族の成長に合わせて講演を企画する必要があったと考える。しかし、最初は家族にはどんな学習がしたいのかについて考える余裕がないため、時には、保健師主体に進めざるを得ないこともあると思われた。

2) 2年目までの経過（平成5年6月～平成6年3月）

最初の1～2回は、講演と交流会を組み合わせ実施した。保健師主体で企画した講演で

あったが、平成3～4年の時とは異なり家族は生き生きと参加し、聞いていた。それは、家族が成長してきたことと、講師の人間性の魅力によるものと思われた。また、講師と家族の席は、膝を交えるほどの近い距離とし、和室でざっくばらんな雰囲気にしたことも効果的であったと思われた。

3回目からは、交流会のみで、家族の話し合いを大切にしたい。保健師は、どのような話し合いになるか不安であったが、家族は、今までの交流会で絆を深めておりなごやかに話しがはずんだ。ここで、保健師が何かしなければと心配するほどのことはなく集まった家族には、主体的に物事を運ぶ力があつた。家族は、話し合いを積み重ねることで確実に力がついていくように思えた。そして、家族には、障害者のために何かできることをしたい、さらに前に進みたい、という要求があらわれ、この頃からは月1回定期的に集まることを家族自らが決定できるようになった。保健師は、家族の話し合いに加わり熱心に話しを聞くという役割に徹していた。また、家族の話し合った内容に合わせて必要な資料を集めたり、家族会結成に向けて具体的な進め方を一緒に考えサポートしていくこととした。この頃から、徐々に家族が自分たちで進めていくという行動がみられてきた。同時に、保健師自身の変化として、家族との対話を重ねていくことにより、家族の集まりに参加することが楽しいと感じるようになった。

(5) 家族と保健師の力学的関係図

家族と保健師の力学的関係をみると、最初の1～2回目では、講師および保健師から家族へ一方通行という形になっていた。また、家族同志のつながりも浅かった。講演では、家族は講師からの話しを受身で聞いている形であった。熱心には聞いているが、まだ一方通行の段階であった。このことは、初めて家族が集まったこと、2回目の集まりは10か月後であり、家族同志顔見知りになるまでに十分な時間がなかったことが、家族のつながりの浅さの理由であった。3回目では、少しずつ悩みも出し合うなど家族同志のつながりが深められてきた。保健師は、一緒に話しを聞いているが保健師主体で司会をしており保健師および講師から家族へ働きかけるという形をとっていた。

平成5年の2回目は、講師および保健師と家族の距離が近くなり、相互関係が作られていた。一方的に、話しを聞くのではなく、お互いにやり取りしながら学習会を実施していた。しかし、まだ保健師主体で会の進行を行っていた。3回目からは、家族間の交流に重点を置いた。集まる回数が増えるにつれ、家族同志の関係は徐々に深まった。そして、4回目からは保健師は司会をせず、参加という形をとっていた。緊張してあせりながら司会をしていた保健師は、家族と一緒にリラックスしながら話しをするように変化していた。保健師自身も参加することを楽しんでいった。それと同時に、家族は仲間としての絆を深めながら自分たちの集まりであることを意識し始め、自ら月1回集まり活動していこうと前向きになっていた。

V 考 察

1. 家族のための家族会の役割

家族の集まりを始めてから、家族の表情は明るくなり、学習会ならびに交流会は家族の支えになっていったと思われる。保健師主体から家族主体へと変化しており、家族が生き生きと変化していった。家族のようす、発言から生き生きと変化する家族のための家族会とは、どのよう

な役割を担っているのかについて、次の5点にまとめることができた。

(1) 孤立からの解放

「自分ではなかった」、「同じ体験を話せる人がいた」、「周りの偏見のために隠していたが話すことができた」という家族の思いが話されている。病気についてのまわりの偏見、家族自身の偏見により誰にも相談できずに地域で孤立していた家族同志が出会い、ほっとしたようすが伺える。家族同志の出会いまでの苦しい体験をこの場で共有した時から、家族は、孤立から解放されたといえる。また、家族は積極的に他の家族を集まりに誘う行動がみられ、隠さない姿勢を持つことができた。

(2) 支えあう仲間づくり

家族同志が集まって話をしていくうちに、障害者への細かい日常の対応の方法をお互いに情報交換したり、今までの苦労を共有することにより、経済的な問題、通院にお金がかかる、就職の難しさなど共通した悩みが出されるようになった。会を重ねることで同じ苦しみ、生活の困難さを共有し、絆が深まってくるといえる。経験豊かな家族の一言が力になったり、ほっとさせてくれたり、支えあう仲間として家族が成長している。会の名称を「ひとつぶのはまなす会」とオリジナルの名前をつけ、自分たちの会として愛着を感じているといえる。

(3) 楽しさ・喜びを味わう

久常¹⁾は、地域保健組織活動に対する考え方のなかで、活動の活性化・発展の鍵として「楽しさ」が必須であることを強調しており、その楽しさを次の3つの要素に分けて述べている。

- ① 気楽で雰囲気が楽しい
- ② 自分の発言に、関心が持たれ大事に受け止められる喜び
- ③ 今まで見えなかったことが見えてくる、わくわくする楽しさ

①と②は、感性のレベルを重視した楽しさである。健康な生活に対する科学的な思考や取り組みの立体性を鍛えるためには、③の楽しさが必要である。

交流が深まるにつれ、家族は支えあう仲間として成長してきた。その仲間との話し合いの中で自分の意見を述べることで、語らいのなかでストレスを発散したり、おしゃべりに興じたりすることはとても楽しいことである。障害者の話だけではなく趣味の話をするのもよくあった。精神障害者の家族であっても、私は私であるという当然のことを自覚でき、障害者から離れて自分らしさを表現できる場となっていた。これらの楽しさの質は、①②の楽しさである。③の楽しさは、地域での精神障害者の問題点を見つけ、その背景は何か、どのように解決していくべきかなど学習し話し合うことで生まれてくるものである。この③の楽しさは今後、家族会が結成され、家族が主体的に自分たちの課題に向かって、活動をはじめていくときに増大してくるだろう。

(4) 学習する意欲が高まる

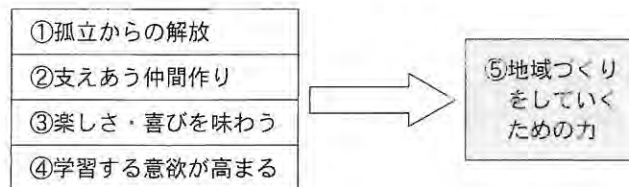
学習会では、必ず講演とその時の講師と家族の交流会を実施した。病気についての講演や家族の体験(様々なステージにある)を聞くことで、病気の全体像が家族なりに理解でき、客観的にみる視点をもつことができた。家族は、病気を正しく知ること、育て方が悪かったなどと、自分を責めることから解放されていた。家族同志がアドバイスをし合うことにより、障害

者との対応に余裕ができていた。また、いろいろな専門職の話を聞き、話し合うことで、問題意識を持ち勉強していく意欲が高まっていた。このように家族は、不可能であると思っていたことが可能になるかもしれないという夢と希望の実現に向かうことができたため、学習意欲に結びついたと思われる。

(5) 地域づくりをしていくための力となる

同じ苦しみ、体験をしている家族だからこそわかりあい本音を言える仲間として成長していった。その結果、M地域における障害者の問題を自分たちの問題として受け止めることができつつある。「患者のために何かしたい」、「家族で力をあわせたい」、「根気よくこの集まりを続けていく、来年には家族会を作りたい」という積極的な意見が出されている。自分たちの大切な障害者がある人らしく自立した生活をしていくための地域をつくってほしいとする意欲が出てきている。ひとりではできなかったことが、皆でやればできるという自信につながり、地域づくりをしていくための力を持つ家族となっている。孤立から解放され、支えあう仲間ができ、楽しさ、喜びを味わい、そして、自分たちの課題に向け学習する意欲が高まったことが地域づくりをしていくための力につながっているのではないかといえる（図1）。

図1 家族会の役割



2. 家族が主体的に活動していくための組織育成の関わり方

精神障害者とその家族を訪問による援助を行っていくなかで、保健師の個別の援助の限界を感じ、家族同志の力を信じて家族の集まりを企画した。果たして、家族会をつくるまで援助していけるか不安であった。しかし、保健師が家族会を創るのではないことに気づいた。家族のもつエネルギーを引き出し、家族が自分たちの力で創っていけるよう支えるのが保健師の役割である。障害者を抱える家族が主体的に活動を進めていくためには、家族が自分たちの問題を意識できるよう、時間をかけていねいに関わっていくことが大切である。この援助の過程を振り返り、組織育成活動の関わり方について要点をまとめる。

(1) 緊張を和らげる

家族の切実な思いを訪問で受け止めた保健師は、保健師主体でグループづくりのきっかけをつくり、集まりを実施した。始めたばかりの頃は、家族にも保健師にも緊張がただよっていた。リラックスして話せる場づくりが必要であった。また、緊張の原因である不安を軽減するためにも学習会ならびに交流会を実施した目的について、ていねいに説明していく必要があった。家族が、会に参加すること自体さまざま葛藤を経てきているのである。このことは、家族の大変な自己決定である。その決定をねぎらい、家族が参加してよかったと思えるような場づくりをすることが、最初は重要である。

表 4-1 M地域における精神障害者家族学習会、交流会の実施状況

年度	平成 3 年	平成 4 年	平成 5 年	
日程	①11月15日	②9月2日	③11月10日	
力学関係図	<p>● 講師・保健師から家族へ一方通行 ○ 家族同士のつながり少ない。</p> <p>出席者13人</p> <p>保健師主体</p>	<p>● 前回と同じ関係 ○ 出席者9人</p> <p>保健師主体</p>	<p>● 家族同士のつながりがなくなる。 ○ 講師・保健師への反応は少なく受け身。</p> <p>出席者8人</p> <p>保健師主体</p>	<p>● 家族同士のつながりがなくなる。講師とのコミュニケーション活発になる。</p> <p>出席者5人</p> <p>保健師主体</p>
内容	<p>①講演『病気の理解』 講師 W市立病院医師 ②交流会</p>	<p>①講演『病気の理解』 講師 精神保健センター医師 ②交流会</p>	<p>①講演『社会資源』 講師 W市立病院ケースワーカー ②交流会</p>	<p>①講演『社会資源』 講師 M共同作業所所長 ②交流会</p>
家族の様子・変化	<p>初めて家族が集まる。自己紹介をし、障害者の状況をばつりばつりと話す。自分のことを話すのに一杯で、他の家族のことまで受け止めることはできない。講演は熱心な態度で聞いている。</p>	<p>10か月ぶりの2回目の集まり。前回は引き続き自己紹介をし、今の状況について語る。講師→家族という形で一方通行な感じである。</p>	<p>2か月ぶりの3回目の集まり。メンバーは前回と同じ。どうしてこんな病気になるのか、とてもつらい、回りの目が気になる、なった人でなければこの気持ちにはわからないなど、悩みを出し合う。</p>	<p>4か月ぶりの3回目の集まり。W市の作業所の状況について説明を受ける。生き生きと障害者が働いている様子を知る。それは自分の町でも可能であると励まされる。初めて参加した家族も十分話ができた。</p>
家族の気持ち・表情	<p>初めて家族会に参加し緊張。何を話されるかわからない。不安と期待。訪問で気持ちを聞くと、自分だけではなかつたことがわかつた。</p> <p>緊張</p>	<p>10か月ぶりで、メンバーとの交流が進んでいる。お互いのことがまだよくわからない。前回同様、不安と期待がある。</p> <p>緊張</p>	<p>家族同士の顔見知りになってくる。少しリラックスした表情。</p> <p>リラックス</p>	<p>笑顔が出てくる。新しい仲間（家族）を受け入れられる。自分たちのできることが見え、夢と希望を持つ。</p> <p>リラックス</p>
保健師の気持ち	<p>緊張した。家族は来るか？期待に応えられるか？病気の正しい理解のために講演は必要。交流会だけでは不安。</p>	<p>緊張を受け身で聴いている。いいのだから。年1回程度の集まりでは家族はほとんど変わらない。もっと集まる機会が必要だと思う。</p>	<p>家族たちの少しずつ悩みを出し合うよううすを見て、ほっとする。</p>	<p>保健師も笑顔増える。家族がリラックスすると保健師も楽。話がはずんでうれい。</p>
保健師の役割・行動	<p>①事前の家庭訪問。訪問し、目的を説明し、参加を勧めた。 ②学習会・交流会での司会 ③場所の確保 ④終了後の家庭訪問 参加した家族全員に訪問（月1回継続）し、参加してどうだったか家族の思いをうけとめた。</p>	<p>①一緒に話を聞く。 ②学習会・交流会での司会 ③講演・交流会の内容のまとめと案内づくり、家族や関係機関にPR兼ねて送付。 ④家庭訪問の継続家族の気持ちを生かす。</p>	<p>①一緒に話を聞く。 様々な困っていること、つらいことを理解し共感する。 皆が自由に発言できるよう配慮する。部屋を和室にし、ざつぱらんかな雰囲気を作る。 左記②～④は継続</p>	<p>①を重点に行う。 ⑤保健師自身の学習として、隣町の地域家族会の活動を見学し、背景・活動の進め方を学ぶ。 左記②～④は継続</p>

表 4-2 M 地域における精神障害者家族学習会、交流会の実施状況

年度 日程	⑥11月9日	⑦12月8日	⑧1月17日	⑨2月10日	⑩3月10日
力学的関係図	<p>保健師、家族の輪に入る。家族同士のつながり強くなる。コミュニケーション活発になる。</p> <p>出席者9人</p>	<p>家族同士のつながり強くなる。</p> <p>出席者8人</p>	<p>家族同士のつながり強くなる。</p> <p>出席者8人</p>	<p>家族同士のつながり強くなる。</p> <p>出席者5人</p>	<p>家族同士のつながり強くなる。</p> <p>出席者3人</p>
○家族 ●保健師 □講師	<p>やや保健師主体</p>	<p>やや家族主体</p>	<p>やや家族主体</p>	<p>やや家族主体</p>	<p>やや家族主体</p>
内容	<p>①交流会 この回から、講演をやめ、交流会のみにする。</p>	<p>①交流会</p>	<p>①交流会</p>	<p>①障害児をもつ親の会会長より、親として頑張っている話を聞く。 ①交流会</p>	<p>②交流会</p>
家族の様子・変化	<p>1か月ぶりの6回目の集まり。家族は顔見知りとなり。終始なごやか。病気を隠すのはため。自分が死んだら、娘・息子は生活していい。障害者のために何かしたい。家族で力を合わせ頑張ろう！1月1日集まることになる。(家族自身で決定)</p>	<p>1か月ぶりの7回目の集まり。活発な話し合い。最近の近況報告、家族の思いを話し合った。具体的な家族会発会の話にはならなかったが、月1日集まるので、ゆつくり頑張ろう、行き場のない障害者の集まりを必ずつくろうという意思の確認する。会の名前を決める。次回は役員を決める。</p>	<p>1か月ぶりの8回目の集まり。知つてる社会資源施設やそこで働く障害者の話を。誰もが障害者になる可能性、特別ではないなど話し合う。障害者についてだけでなく、趣味の話、世間話をする。口コミで新しい家族が参加し受けいれる。</p>	<p>1か月ぶりの9回目の集まり。①で、「障害を持っていても普通に暮らしていける。親同士結ぶることによって力になる、偏見をもつて去っていく家族もいたが、親として成長できた」との内容に励まされた。皆、熱心に共感しながら聞いていた。</p>	<p>1か月ぶりの10回目の集まり。出席者が3人と少なかつたが常連で話はずむ。困ったことや悩みばかり話しても前に進まない。家族会結成に向けて早く準備しよう、来年は絶対作るう、それまで根気強く集まろうと話合う。</p>
家族の気持ち・表情	<p>笑顔が多い。交流が深まる。</p>	<p>保健師にたよってばかりではなかった。自分たちの会なのだ。</p>	<p>ここに来るとほっとする。集まりが楽しみになった。自分の時間。前向きな気持ちになる。</p>	<p>仲間意識強くなる。親の会と共通した目標・悩みを持つことに気づく。</p>	<p>前向きな気持ち。明るい。</p>
保健師の気持ち	<p>リラックス・意欲</p>	<p>リラックス・本音</p>	<p>リラックス・楽しみ</p>	<p>仲間意識</p>	<p>前向き・仲間意識</p>
保健師の気持ち	<p>交流会だけで、家族が満足するか不安だった。家族の話し合いの活発さ、エネルギーの高まりに驚いた。どう伝えようか？</p>	<p>保健師が心配するほど家族は弱くない。</p>	<p>保健師もここに参加するのが楽しい。</p>	<p>①の会長のエネルギーが話し合うの心配になつて感動する。いつになつたら、家族会の結成に向けて話し合うの心配になつてくる。</p>	<p>前向きの家族の気持ちを尊重する。結成に向けての具体的な進め方を一緒に考えなければ…。今がそのとき！</p>
保健師の役割・行動	<p>①一緒に話を聞く。 月1日集まりたい家族の希望を尊重する。 ②集まりやすい環境作り 会場の確保 や保健師はいつでも相談相手であることをPRする。 ③地域の病院に家族の動きを報告し、協力を依頼する。</p>	<p>可会はず、一緒に話を聞く。話し合いを見守る。家族がいかに障害者の大切な見方になれるか、力になれるか、葉で治るの役にはなく、暖かさが必要など、家族の役割を意識できるよう助言もする。会報の作成。</p>	<p>可会はず、一緒に話を聞く。この会の役員・会費を決める予定だったが、その話題がでなかった。しかし、こちらから促さず見守った。</p>	<p>可会はず、一緒に話を聞く。今回も具体的に家族会結成の話題にはならなかったが、今は家族の学ぶ時期である」と判断し見守る。E町の広報に、こころの健康や家族の集まりのようすについて載せる。地域の理解の促進。</p>	<p>可会はず、一緒に話を聞く。毎月1日集まりたい家族の希望を尊重する。結成に向けての具体的な進め方を一緒に考えなければ…。今がそのとき！</p>

▼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〕〔Bleddy、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（第8巻）編集委員

（五十音順）

石川 秀也（北海道医療大学看護福祉学部）

大内 高雄（北星学園大学社会福祉学部）

北村久美子（旭川医科大学医学部）

橋本 伸也（藤女子大学人間生活学部）

北海道地域福祉研究 2004年(第8巻)

発行年月日 2005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 総務部企画情報課内

Tel (011) 241-3976 Fax (011) 271-1977

E-mail d-gakkai@dosyakyo.or.jp

URL <http://hokkaido-care.com>
