

# 北海道地域福祉研究

2005年(第9卷)

北海道地域福祉学会

## 発刊にあたって

改正介護保険法の施行を受けて、サービスの質と介護保険サービス事業者の情報開示あるいは自治体の監督権限による介護予防対策や地域密着型サービスの展開をはじめ、地域福祉の現場では、いよいよ本格的なかつ全面的な地域ケアの推進体制が問われることになりました。むろん高齢者ケアにとどまらず、子育てや防犯・防災そして障害者自立支援法の施行を受けて雇用問題にも射程をおいた地域福祉の全分野をカバーする視点が求められています。

昨年6月に札幌で開催した第19回の日本地域福祉学会の全国大会のテーマは、こうした新たな地域福祉のステージを意識したプログラムを用意して北海道内外から800人をこえる参加者を迎えて無事成功裡に終えることができました。北海道社会福祉協議会および札幌市社会福祉協議会をはじめ関係者の方々に対して改めてお礼申し上げます。日本地域福祉学会の地方部会のなかでも北海道地区は研究大会、研究例会、機関誌、ニュース、ホームページ運営など他の学会を大きく引き離れた実績を示しています。地域連携事業としても美幌町の民生委員・児童委員協議会と北星学園大学と協働してワークショップ型の研修を実施し、さらには京極町の社会福祉協議会と協働して定例研究会を地元公開の講演・討論会を実現できました。こうした姿勢が機関誌にも反映されており実践的な研究関心にもとづく研究報告「地域における健康管理システムの有効性、ひきこもりからの第一歩、福祉援助論で読み解く不登校、障害児の地域生活支援、障害者の地域自立生活における自薦登録式ヘルパーの現状と課題、家族介護者支援など」が投稿・掲載されたことは、会員のみならず多くの方々に関心をもって頂くことができるものと期待できます。

北海道は、介護のサービス拠点となる施設が多く、今後居宅ケアへのシフトを進める上では、施設の新たなサービス展開が必至となります。施設機能を活かした地域福祉サービスの展開やNPOをはじめとする市民参加型の民間福祉活動の推進とあわせて、サービスの生活圏域における整備が重視されることとなります。自治体レベルでの推進力が問われるように政策誘導が進んでいるだけに地域包括ケアの推進と同時にモニタリングや行政と市民活動組織との協働契約のあり方も課題となるといえます。地域福祉計画の策定が合併のあおりを受けて停滞状況にあるなかで、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、市町村合併が進む中、住民参加を機軸としたパートナーシップ型の地域福祉の構築が模索されることとなります。

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。

2006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. 障害者の地域自立生活における自薦登録式ヘルパーの現状と課題 ————— 1  
梶 晴美 (浅井学園大学人間福祉学部)
2. 障害児の地域生活支援に関する一考察 ————— 13  
—地域における子どもの「居場所」作りの事例から—  
小川 幸裕 (帯広大谷短期大学社会福祉科専任講師)
3. 地域における健康管理システムの有効性 ————— 21  
—北海道A町のケース—  
一條 明美 (旭川医科大学医学部看護学講座)

## 研究ノート

1. 「ひきこもり」からの第一歩を考える ————— 35  
田中 敦 (全国ひきこもりKHJ親の会家族会北海道「はまなす」事務局長)
2. 家族介護者支援に関する考察 ————— 41  
—障がいのある高齢者家族介護者に焦点をあて—  
平泉 金弥 (北星学園大学大学院社会福祉学研究科研究生)

## 講演レポート

1. 福祉援助論で読み解く不登校 ————— 49  
—わが子が不登校で教えてくれたこと—  
社会福祉士・精神保健福祉士 野村 俊幸  
(函館・登校拒否と教育を考える親の会「アカシヤ会」事務局)

論文

# 障害者の地域自立生活における自薦 登録式ヘルパーの現状と課題

梶 晴美（浅井学園大学人間福祉学部）

## 1. 研究の背景と目的

重度の障害を持つ人たちの地域自立生活においては、介助サービスの当事者決定・当事者管理の確立が課題である。それは、障害当事者の自立生活運動からはじまった取り組みといえるが、「いつ」「誰から」「どのような」ケアを受けるのかを当事者自身が決定し、ケアを自己管理することが「自立」の重要な一側面である。

全身性障害等にみられる重度身体障害者の地域自立生活に必要な介護保障に関して、当事者によるセルフ・ケアマネジメントを原則としたパーソナル・アシスタンスは、すでに北米、北欧諸国において制度化され、多くの全身性障害のある人たちの自立生活を可能にしてきた。一方我が国の障害者の介護保障は、身体障害者ホームヘルプサービスが1967年に初めて制度化されたが、行政が決めたヘルパーを行政が決めた時間分だけ派遣するに過ぎなく、そこに障害者本人の意思が入る余地はなかった。さらに、介助に慣れた頃には事業所の都合でヘルパーが交代してしまい、新しいヘルパーに再び介助方法を教えなければならないという負担が障害者自身にかけられていた。そうした状況の中で、障害当事者らは各地で行政との交渉を続け、全身性障害のある人達に対する介護制度を充実させてきた。その一つが、自分が選んだヘルパーを自治体に登録させて自分専属に派遣させ、ケアを自己管理する「自薦登録式ヘルパー」の制度である。支援費制度が導入される迄の間、当事者同士の情報交換により自治体との交渉のノウハウを共有することで、自薦登録式ヘルパー制度は全国各地で拡大し、またヘルパーの派遣時間の延長の交渉も行われた。

2003年の支援費制度導入によりサービスは措置から利用契約型に変わり、制度的にはどこで、誰と暮らすかを障害者自身で決められるようになったが、「誰からケアを受けるか」の自己選択・自己決定はここでも保障されず、ケアが他者に管理されることになりはなかった。加えて、サービスは障害者本人と事業所との直接契約となったため、自薦登録ヘルパーもどこかの事業所に所属しなければならなくなった。当事者らの運動により任意の障害者団体が基準該当として居宅介護事業所の指定を受けられるようになったため、多くの自立生活センターが居宅介護事業所として指定を受け、自薦ヘルパーは自立生活センターで登録できるようになった。

このように、障害者福祉は制度的には進展しているものの、現在に至るまで当事者による自己管理型ケアという考え方がみられない。そうした中で、重度障害者、特に全身性障害者の自立生活に重要な役割を果たしてきた自薦登録式ヘルパーは、支援費制度導入後どのような問題を抱え、また自薦登録ヘルパーの利用に際して自立生活センターはどのような役割を担っているのか。それらから、パーソナル・アシスタンスの制度化に向けてどのような課題があるのかを明らかにすることが本研究の目的である。

## 2. 研究方法

### (1) 調査対象及び方法

研究方法は、全国133ヶ所の自立生活センター（以下「CIL」）<sup>1)</sup>を対象とした質問紙調査である。調査期間は平成17年1月～2月で、質問票を用いた郵送留め置きにより行った。回収方法は返信用封筒による郵送とした。

## (2) 調査内容及び回収率

調査項目は、「自立生活センターに関すること」、「自薦登録ヘルパーの受け入れと利用に関すること」、「自薦登録式ヘルパーとその利用者に対するC I Lの支援に関すること」、「自薦登録式ヘルパーに関するC I Lの意識」、「パーソナル・アシスタンス及びダイレクト・ペイメントに関する意識」の5項目33問である。

回収数は45（回収率33.8%）、有効回答数44であった。いくつかのC I Lは別に立ち上げたN P O法人や株式会社で居宅介護事業を提供していた。今回の調査はC I Lの調査であるが、自薦登録式ヘルパーの実態を把握することが目的であるため、居宅介護事業及び自薦登録ヘルパーに関する内容はそうした事業所のデータも含めて分析を行った。

## 3. 調査結果

### (1) C I Lに関して

センターの設立年代は、1970年代2ヶ所、1980年代1ヶ所と90年以前開設のセンターは少ないが、1990年代にはいると20ヶ所と急激に増え、2000年以降に設立した比較的新しいセンターが19ヶ所であった。特に支援費制度導入前の2002年が8ヶ所と最も多い。

スタッフの数は3人から80人のセンターまで幅広くあり、最も多いのは6～10人である。障害のあるスタッフの数については、最小1人～最大9人であった。スタッフ数に対する障害スタッフ数の割合は、半数以上が50%以下であるが、75%以上が1割以上あり、障害のあるスタッフのみで構成されているセンターも1ヶ所あった。

提供するサービスをみると、「各種相談」は全C I Lが行っていた。これは、全国自立センター協議会への加盟条件に「情報提供」を基本要件としているため、「相談」はその延長線上にあるものと考えられる<sup>2)</sup>。「自立生活プログラム」「介助者派遣」及び「びあカウンセリング」は、約8割が提供していた。これも上記の条件にある選択サービスであるためと思われる。最も少なかった「自立生活体験室」においても約半数が実施していた（図1）。

委託または指定を受けている居宅介護事業では、身体障害者居宅介護事業が最も多く34ヶ所、次いで知的障害者居宅介護事業21ヶ所、障害児居宅介護事業19ヶ所、介護保険指定居宅介護事業18ヶ所であった。

利用者数は身体障害を除いて10名以下の事業

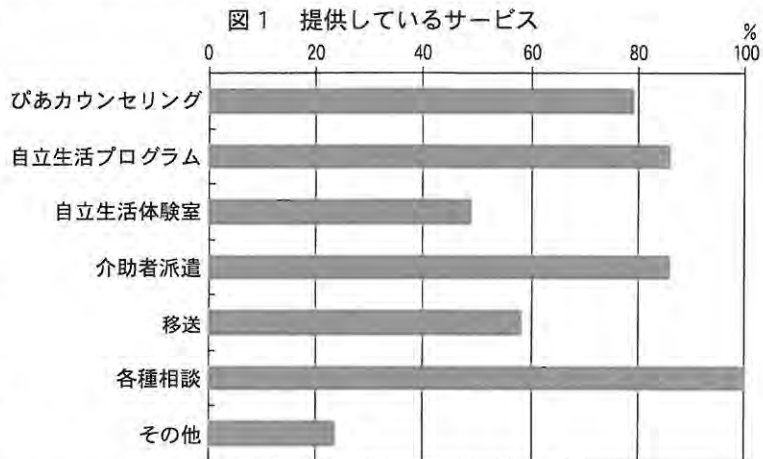


表1 事業別利用者数別居宅介護事業所数

(H16.12.)

月利用者数	身体障害	知的障害	障害児	介護保険
0～10 <sup>(A)</sup>	10	18	17	14
11～20	13	2	1	1
21～30	5	0	0	0
31～40	2	0	0	1
41～50	0	0	1	1
51～	4	1	0	0
合計	34	21	19	17

所がほとんどであるが、身体障害・知的障害の利用者が50名を超える事業所もあった(表1)。事業別の居宅介護利用者数の合計は、身体障害者が623名、知的障害者が175名、障害児128名、介護保険が151名で、全利用者数は1,077名であった。

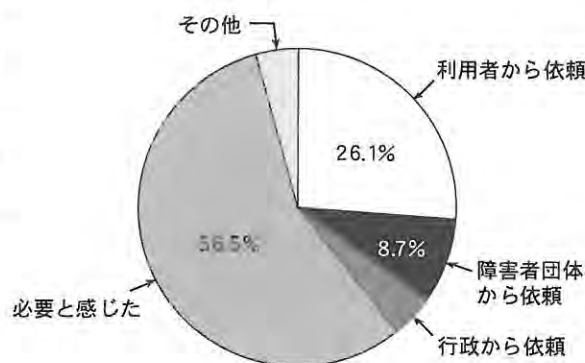
## (2) 自薦登録ヘルパーの受け入れ状況と経路

自薦ヘルパーの登録を「受け入れている」のは56.8%、「予定または検討中」が11.3%で、併せて68.2%が自薦登録ヘルパーに前向きな姿勢をみせている。受け入れの有無は、C I Lの設立年や規模、サービスの種類、利用者数等とは明らかな関係はなかった。

「受け入れている」と答えたC I Lの受け入れ始めたきっかけでは、「センターとして必要と感じたから」が最も多かった。次いで「利用者から依頼されて」「障害者団体から依頼されて」であった(図2)。C I Lの設立経緯そのものが自薦ヘルパーと深く関係しているところもあった。

また、依頼の経路は「利用者」が約8割、「障害者団体」が1割強であった。

図2 自薦ヘルパーの登録受入れの動機



## (3) 自薦登録ヘルパーの利用状況

居宅介護事業の利用者のうち全身性障害のあるものは合計444名で、自薦登録ヘルパーの利用者は188名であった。また、自薦登録ヘルパーを利用している人のうち、自薦登録ヘルパーのみを利用している人は103名で、公的ヘルパーとの併用は85名であった。つまり、全身性障害のある人のうち42.3%が自薦登録ヘルパーを利用し、そのうち54.8%の人が自薦登録ヘルパーのみを利用していることになる。

事業所単位で自薦登録ヘルパーの利用者数をみると、最も多い事業所では48名であった。この事業所ではそのうち46名が自薦登録ヘルパーのみを利用していた。次に利用者数の多い事業所では30名の利用者があるが、ここでは30名全員が公的ヘルパーとの併用であった。こうした違いが何によるものかの分析を試みたが、データ数が少ないため有効な分析ができなかった。

一人の自薦登録ヘルパー利用者がひと月に利用する利用時間は最少8時間から最大770時間までさまざま、事業所単位での自薦登録ヘルパーの合計利用時間は最も少ない事業所で利用者1名で月22時間、最も多い事業所では利用者17名で月1400時間に上る。事業所全体では利用者数と利用時間数に相関関係がみられた(相関係数0.494、 $p=0.027$ )。また、各事業所における自薦登録ヘルパーの数は、その利用者数ではなく利用時間と相関関係にあり(相関係数0.535、 $p=0.022$ )、一人の利用者が複数の自薦登録ヘルパーを利用していることが推測できる。

利用の際の手続きは、一般の登録ヘルパーと同様であるという記述が多かったが、自薦登録ヘルパー広域協会を通して依頼がくる場合は、広域協会に手続きをするということであった。また、障害者とヘルパーの契約、センターとヘルパーの契約、障害者とセンターの契約と、3者がそれぞれ契約を交わすというところやヘルパーの研修や実習を実施してから採用・登録するところもあった。



#### (4) 自薦登録ヘルパーの利用者及びヘルパーに対する支援

自薦登録ヘルパーを利用する利用者やサービスを提供するヘルパーに対して、C I Lはどのような支援を行っているのかをみてみよう。

まず、利用者である障害当事者に対する支援では、自薦登録ヘルパーを受け入れているC I Lのうち、支援が「ある」と答えたのは20ヶ所（80%）でほとんどのC I Lが利用者支援を行っている。図3はその具体的な支援内容であるが、「トラブル対処に関する相談・助言」が最も多く76%が実施している。ついで「トラブルの仲介・対処（64%）」「ヘルパーに対する介助方法などの教育・指導に関する相談・助言（60%）」である。一方、「ヘルパーの募集代行・仲介または斡旋（36%）」「報酬に関する相談・助言（32%）」や「その他の相談・助言（28%）」とやや少ない。「ヘルパー報酬に関する相談・助言」が少ないのは、自薦登録ヘルパーの報酬額は事業所に登録する一般のヘルパーと同様の扱いである事業所が多い（後述）ためと思われる。

次にヘルパーに対する支援をみてみよう。ヘルパーへの支援が「ある」と答えたのは15ヶ所（60%）で利用者支援より少ない。内容をみると、「トラブルに対する仲介・対処」「トラブル対処に関する相談・助言」でそれぞれ56%、52%と利用者支援のそれと比べて少なく、他の項目「障害についての理解に関する相談・助言・教育」「障害者との接し方に関する相談・助言・教育」「ヘルパー資格取得のための養成研修」でも4～5割と少なかった（図4）。

図3 自薦登録ヘルパー利用者に対する支援の内容

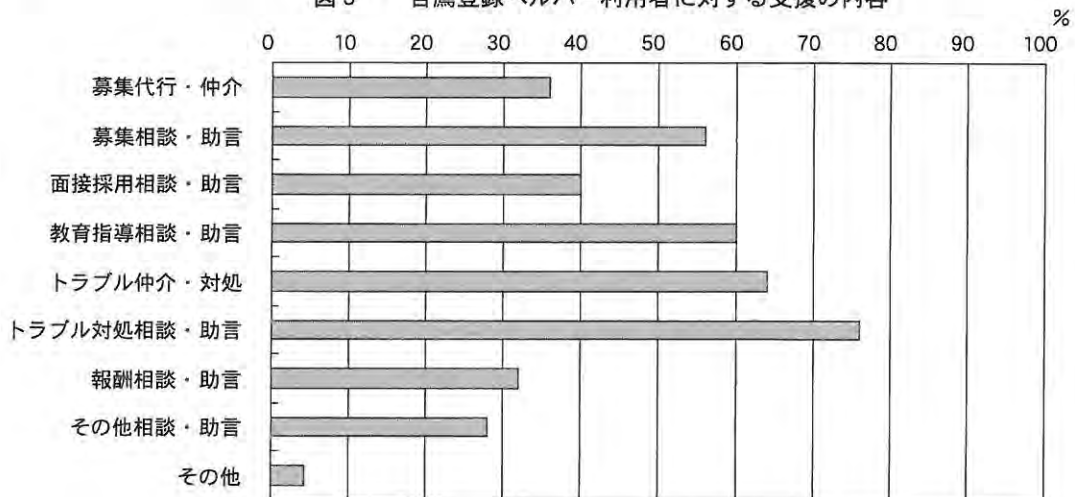
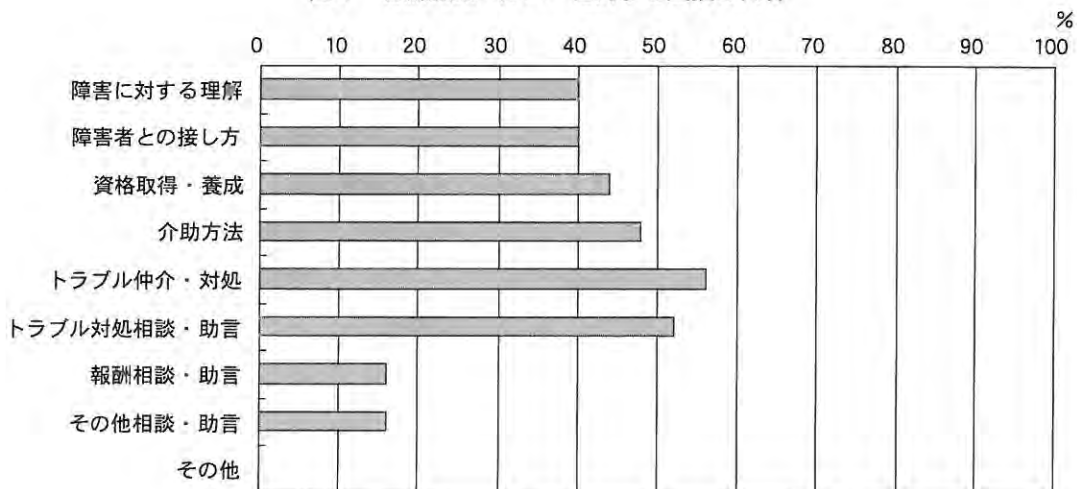


図4 自薦登録ヘルパーに対する支援の内容



#### (5) 自薦登録ヘルパーの給与

自薦登録ヘルパーは当事者がヘルパーを「選ぶ」ことが可能になるシステムであるが、「雇用する」という考えを取り入れるとすれば、労務管理や報酬の問題を避けて通れないだろう。実際、自薦ヘルパーの労務管理や給与等に当事者がどの程度主体的に関与しているのかをみてみよう。

まず、ヘルパーの報酬額を誰（どこ）が決定しているかについては、自薦登録ヘルパーの受け入れを行っている25ヶ所の事業所のうち、「事業所の基準額」が16件（64%）で最も多かったが、「利用者本人が決める」という事業所が2件あった。その他「自薦登録ヘルパー広域協会の基準額」「時給に少し差をつけている」という回答もあった。

次に、支援費の給付管理は誰（どこ）が行っているかについては、「利用者本人が行う」が1件、「その他」が1件で「（ヘルパーの）出勤管理は本人。記録表を提出して頂き、請求事務は事務所」との回答であった。それ以外はすべて「事業所が行う」であった。

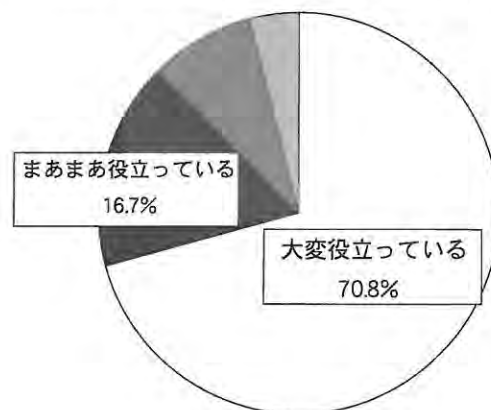
また、ヘルパーに対する報酬の支払いを誰（どこ）から行うかということについても、1件を除いてすべてが事業所が行うとの回答であった。その1件は、上記の回答で出勤管理を本人が行っているところであり、給与の支払いについては「給与明細は本人が作り、支払いは事務所実施」していた。

#### (6) 自薦登録ヘルパーに対するC I Lの意識

自薦登録ヘルパーは障害当事者が地域で自立生活を行うために必要な介助を得るため、自治体との交渉により築いてきた制度で、当事者運動の成果の一つである。支援費制度ではヘルパーは事業所に所属しなければならなくなったが、当事者が関わらない、地方自治体や社会福祉法人、医療法人、民間企業等の訪問介護事業所では、自薦登録ヘルパーに対する認知度や理解度が低く、その受け入れが難しい。そのため、当事者たちはC I Lが居宅介護事業所の指定を受けられるように国との交渉を続けた結果、C I Lが基準該当で居宅介護事業所の指定を受けられるようになり、自薦登録ヘルパーはそこに所属させることが可能になった。そうした経緯を考慮すると、C I Lが自薦ヘルパーの登録を受け入れることは障害者の自立生活に対して相当貢献していると考えられるが、一方でそれに対する事業所としての負担や困難もあるだろう。実際にC I L自身はこのことについてどのように考えているかを聞いてみた。

まず、「C I Lが自薦登録ヘルパーの受け入れを行うことが障害者の自立生活に役立っているか」という問いに対して、「大変役立っている」「まあまあ役立っている」が併せて約9割になるが、「あまり役立っていない」との回答もあった（図5）。好意的な意見としては「利用者が介助の内容や時間をプログラミングして主体的に暮らしている。そのサポートを行っている。」「当事者のことをよく理解している人がヘルパーにつくことにより、安心して、大きな一歩を踏み出せる。」「ヘルパーに関することを他人任せにしないことで、生活の主体が誰なのか明確になる。」「自分で選んだヘルパー

図5 自立生活にどれくらい役立っているか



なので、トラブルが少なく、トラブルになってもヘルパーと利用者間の調整がつけやすい。「利用者本位のサービスが最大限に引き出される」などであった。

次に「自薦ヘルパーの登録を行うことによるセンターにかかる負担」については、

「全く負担ではない」「あまり負担でない」が併せて5割以上だったが、「やや負担」「大変負担である」も併せて2割以上あった(図6)。「負担ではない」意見として、「その当事者に合った介助者を探す必要がないので、かえって負担は少ない。その人に合った介助者を探すことがセンターの負担になることも多い。」「トラブルが起きにくく、利用者と直接の間で解決するから」「事務的な手続き程度だから」等がある。一方、「負担がある」との意見では、「県内各地に利用者がちらばっているため、給付管理上や相談等で面談するのに時間が要る」「コミュニケーションがなかなかとれないため」「ヘルパー作業が約束通りに行われているかの第三者の確認が難しい」

「一時、金銭管理や介助方法をめぐっているようなトラブルが発生した。今は何とかうまくいっているが、また発生する可能性がある。」「事務処理やコーディネートの問題、トラブルやクレームの対応」等、トラブル対応やコーディネートに負担を感じていることやサービス内容の不透明さを問題にしていた。

また、「C I Lが自薦ヘルパーの登録を行うことの必要性について」は、1件を除いて「絶対必要」「まあまあ必要」との回答であった(図7)。その理由では「障害を持つ利用者の思いは、障害を持つ当事者でないとわからないため、C I Lが行うべきである」「当事者主体を理解している団体が自薦ヘルパー制度を行っていかなければならない」等、当事者主体、自立をキーワードとして当事者団体としての自覚や責任を述べるものが多かった。しかし、「自薦ヘルパーの権利や労務管理をできる障害者や、そこまで考えたシステムがあるのならできる」との意見もあった。

#### (7) パーソナル・アシスタンス及びダイレクト・ペイメントに関するC I Lの意識

パーソナル・アシスタンスとダイレクト・ペイメントは障害者の自立生活にとってその主体性と権利性を具現化し、自己の生活に直接関わる「介助」を自分で選択・決定・管理するための手段である。諸外国においてはその方法は多様であるが、制度化の経緯においては障害者団体の運動によるところが大きい。我が国でも同様の運動は行っているが、未だ制度化されないまま今日に至っている。

図6 センターの負担

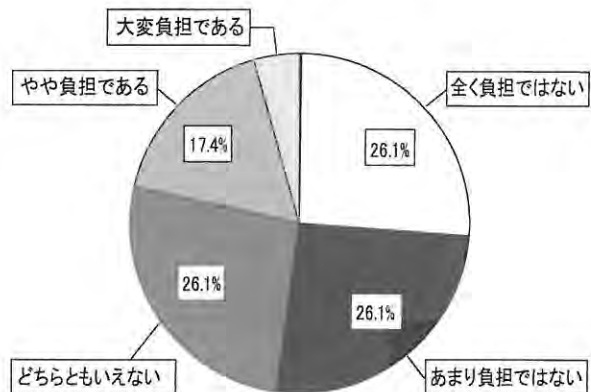
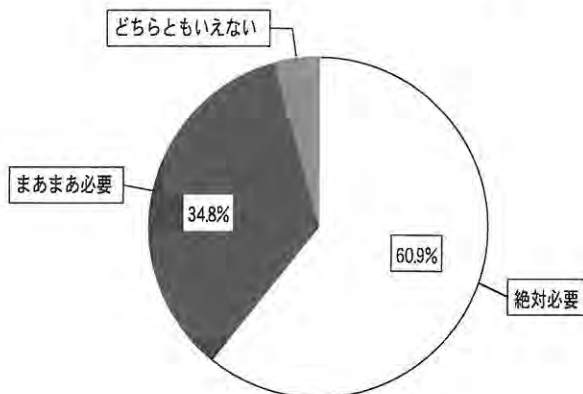


図7 C I Lが自薦の登録を行う必要性



そこで、自薦ヘルパーの登録受け入れの有無に関わらず、C I Lとして、障害者がヘルパー（介助者）を自分で選択すること、ヘルパーを自分で雇うこと、ヘルパーに報酬（給与）を直接支払うことについてどのように考えているかを尋ねた。また、我が国でのパーソナル・アシスタンス制度の必要性についても尋ねた。

障害当事者による「ヘルパーの自己選択」「ヘルパーの雇用」「直接給与支払い」の3項目については、「大変良い」「まあまあ良い」を併せて、それぞれ86%、88.4%、83.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ11.6%、11.6%、16.3%であった。「あまり良くない」「全く良くない」との回答は皆無であった。「パーソナル・アシスタンス制度化の必要性」についても「絶対必要（67.4%）」「まあまあ必要（14%）」とが併せて8割を超えるものの、「あまり必要ではない」との回答が2件みられた。しかし、その理由はいずれも支援費制度によるものであり、直接的にパーソナル・アシスタンス制度の欠点等を指摘したものはなかった。必要との意見では、「制度化されると、今まで介助を一方向的に受けるだけの立場だった障害者が、お金を払い介助者を雇って介助を受けることで対等な関係を作れるようになる」「障害当事者の介助の必要性は多様であるから、できるだけ多くの介助形態の選択肢があるほうが良い」「時間・場所に制限なく、生活のニーズ・ライフスタイルに合わせて介助者を選択し、雇用できる」「当事者が自分に必要な介助を自分で判断して介助者を直接雇用する意識を持つことは、私たちが目指す自立生活を実現させるための近道である」などであった。

その他、障害者の自立支援について、「自薦がいかにかに良いのかという流れがあるが、利用者側にその他がいなくなった時のリスクの認識が低いように思われる。自分で見つけられる人は良いが、それができない人へのシステムを考慮した上で、議論する必要がある」「他に仕事があり介助者探しを行う時間がない、雇用契約を結ぶことが苦手等の障害者もいる。また、ヘルパーの急病等で来られない場合代替りのヘルパーを探す等、コーディネートを行う事業所が必要。」「利用者を雇用主としたパーソナル・アシスタンス制度の導入は望ましいものの、個々の利用者がパートナーシップを図るには、それ相応の研修・プログラムが必要。」「現在、職業としてヘルパーを選ぶ男性ヘルパーが少なく、学生が多い。学生の場合、資格の問題や、せっかく仕事を覚えた頃に卒業と重なり、ヘルパーをやめてしまう問題がある。社会保障等、きちんとした職業になれるだけの労働条件も必要で、それを保障する制度が必要。」「日本の現状では、自薦式は不安定労働（たとえば、利用者が長期入院をすれば即失業）というデメリットがある。また、2者関係では解決できないというトラブルもあり、センターを含めた3者関係で進めるのがベターかと思われる。」との意見があった。また、「制度が整って当たり前のようヘルパーが使えてしまうと、当事者側が受け身的になってしまうことに危機感を持たなくてはならないと感じる。」という意見もあった。

#### 4. 考察

今回の調査では回答数が少なかったために十分な分析ができなかった。そのためここでの考察はあくまでも本調査に協力頂いたC I Lの回答から導き出したものであり、すべてのC I Lの実態や意見を反映したものではないことを予め断っておきたい。

##### (1) 自薦登録式ヘルパー利用における自立生活センターの役割

まず、回答が得られたC I Lのすべてが自薦ヘルパーの登録を受け入れているわけではなか

ったが、受け入れているところの自薦ヘルパーに対する意識は高く、C I Lの設立そのものがそれと関係している等、その関係性は強い。居宅介護事業の利用状況からは、全身性障害のある人にとって自薦ヘルパーの存在は大きく、自薦ヘルパーのみを利用している人も少なくない。これは自薦の利点によるものと地域の公的ヘルパー不足によるものとが考えられるが、いずれにしても全身性障害のある人が地域で自立生活をする場合、自薦ヘルパーの存在は欠かせないのが現状である。つまり、重度障害のなかでも特に全身性障害のある人にとっては、その障害特性からも現実としてのヘルパー不足からも、自薦ヘルパーに頼る部分が大きく、C I Lはその全国的な受け入れ組織として大きく貢献しているといえよう。

自薦登録を受け入れているC I Lが行っている支援では、自薦のヘルパーを利用する利用者へのサービスはある程度行われているものの、ヘルパーへのサービスがやや少ない。自薦登録ヘルパーは利用者である障害者とその人が選んだヘルパーとの間で成立するものであり、その関係性が維持されなければ続かない。長期の施設生活で社会経験の機会を奪われてきた障害者には、社会の中で他者との関係を上手く築くことが難しい場合が少なくなく、それが他者から“障害者はわがまま”ととられることにも繋がる。そうしたトラブルを未然に防ぐには、利用者とヘルパー双方への支援をもっと充実させる必要があると考えられる。また、C I Lは障害当事者団体として障害者の自立生活を支援する立場から、単に自薦ヘルパーの登録と事務処理を行うだけでなく、ヘルパーの募集や採用に関する支援等も充実させることにより、より多くの障害者に自薦登録ヘルパーの利用が拡大され、地域生活に移行できる障害者が増えるのではないだろうか。

## (2) パーソナル・アシスタンスの制度化に向けての課題

自薦登録ヘルパー利用における当事者の主体性や権利性を見てみると、報酬額の決定、給付管理、報酬の支払いのいずれかでも障害者自身が行っているケースは稀であった。居宅介護サービスとして支援費制度に組み込まれている以上仕方がないのかも知れないが、実態として、障害者が介助者を雇用するという考えからはやや遠い。ほとんどのC I Lが「障害者によるヘルパーの雇用」に対して好意的に考えていながらも、そのことを意識して自薦ヘルパーを扱っているところが少ないのだろう。また、自薦ヘルパーの登録をC I Lが行うことにより障害者の自立に貢献していると考えているものの、一方でそれにかかる負担が場合によっては大きくなることも否めない。

ヘルパーの自己選択、雇用、給与の直接払いなど、障害者の主体性、権利性が主張できるものに対して、C I Lのほとんどが好意的な意見であることはある意味当然のことである。その延長上にパーソナル・アシスタンスがあり、制度化の必要性を強調している。ただ、現在の状況では、単に選択肢を拡げるための制度化ということではなく、そこには利用する障害者とヘルパーへの適切な利用支援のシステムとヘルパーの労働条件の整備が必要であると考えられる。

## 5. まとめ

障害者の「自立」の概念は、従来の自分のことが自分でできるようになることから、自分の生活を自分でコントロールすることに変化してきた。このことは、できない部分に対する他者からの適切な援助や支援を得ることにより、自立は無理と言われてきた重い障害のある人にも自立生活を可能にした。

重度の障害、特に重い全身性障害がある場合、ケアと生活は一体化しており、ケアを自己コントロールすることも自立の重要な要素となる。しかし、これまで日本における障害者の介護制度は、親や行政、事業等による他者選択・他者決定がなされ、障害者本人の意思はほとんど尊重されてこなかったに等しい。それに対して、諸外国におけるパーソナル・アシスタンスやダイレクト・ペイメントは障害者自身が主体的に自分の生活を自己管理する手段としてのケアの自己管理システムといえる。我が国で唯一それに近いものがあるとすれば自薦登録式ヘルパーであろう。今回の調査では、我が国の自薦登録ヘルパーは重度の障害、特に全身性障害のある人の自立生活には大変重要な存在で、かつCILがそれを根底で支えていることがわかった。しかし、支援費制度の仕組みの中で運用せざるを得ないためか、自薦のヘルパーを利用者自身が雇用するという意識を行っているところは残念ながら少ない。CILとしてはパーソナル・アシスタンスやダイレクト・ペイメントに積極的な意見が多いが、自薦登録ヘルパーがパーソナル・アシスタンス制度へ発展していくためには、ヘルパーの自己選択・自己決定に留まらず、障害者が主体的にケアの自己管理ができるような一歩踏み込んだ利用の仕方を考える必要がある。ただ、給与に関しては、パーソナル・アシスタンスを制度化している国でもフィンランドのようにダイレクト・ペイメントが必須ではない国もあり<sup>3)</sup>、どのような方法であれば障害者の権利が守られるかを十分検討する必要があるだろう。

障害者をピアの立場で支援することの意義をやはり否定できない。自薦登録ヘルパーの利用支援にCILがこれまで果たしてきた役割は大きく、これからさらに障害者の自立生活が進むことが予測され、その活動の発展に大きな期待を寄せる。今後、我が国でパーソナル・アシスタンスを導入するとしたら、どのような仕組みが適切か、どのような利用支援が必要か等、制度化に向けて検討していきたい。

なお、本研究は2004年度北海道浅井学園大学特別研究費助成により実施したものである。

## 謝 辞

本調査を行うにあたり、ご多忙のなか調査の趣旨をご理解頂き、ご協力頂きました各地の自立生活センターの皆様並びに関係者の皆様に感謝いたします。

## 注)

- 1) 平成17年1月現在、全国自立生活センター協議会(JIL)の公式ホームページに掲載されているJILに加盟する自立生活センターのリストを使用した。なお、調査をよりスムーズに実施するため、リストの使用および調査実施にあたりJILへ事前に相談・連絡し協力依頼をすべきであった。(http://www.j-il.jp/jil.files/kamei/kamei-2.html)
- 2) JILによれば、当協議会の正会員となる団体の要件として、権利擁護と情報提供を基本サービスとし、且つ次の4つのサービスのうち2つ以上のサービスを不特定多数に提供していること。すなわち1. 介助サービス、2. ピア・カウンセリング、3. 自立生活プログラム、4. 住宅サービス(住宅情報の提供)とされている。(http://www.j-il.jp/jil.files/kamei/youken-1.html)
- 3) フィンランドのパーソナル・アシスタンスは、障害当事者に雇用権/解雇権があり、障害者は労働基準法に基づき介助者と雇用契約を結ぶ。障害者は毎月の利用実績票を自治体へ提出し、介助者へは自治体から給与が支払われる仕組みがある。ダイレクト・ペイメントを利用することもでき、障害者が選択できる。

## 〈参考文献〉

- ・アドルフD. ラッカ著、河東田博/古関・ダール瑞穂訳『スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス—当事者管理の論理 [改訂版]』現代書館、1997。
- ・小川喜道『障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス、ダイレクト・ペイメント—英国障害者福祉の

- 変革』明石書店、2005.
- ・梶 晴美「フィンランドにおける障害者の地域自立生活支援～パーソナル・アシスタントの活用～」『人間福祉研究』第7号、北海道浅井学園大学、2004、p41-51.
  - ・鄭 鍾和『当事者主体の介助サービスシステムーカナダオンタリオ州のセルフマネジドケア』ヒューマンケア協会、1999.
  - ・中西正司・上野千鶴子『当事者主権』岩波新書、2003.
  - ・中西正司「当事者主体の福祉サービスの構築ー障害者が地域で暮らす権利と方策、自立生活センターの活動を通して」『社会福祉研究』57号、p48-53、鉄道弘済会、1993.
  - ・中西正司、中原みえ子、鄭 鍾和『セルフマネジドケア ハンドブック』ヒューマンケア協会、2001.

〈キーワード〉当事者主体、自立生活センター、自立生活支援、自薦登録式ヘルパー、パーソナル・アシスタンス





論文

# 障害児の地域生活支援に 関する一考察

— 地域における子どもの「居場所」作りの事例から —

小川 幸裕（帯広大谷短期大学社会福祉科専任講師）

## 1. はじめに

現在においても、障害児・者の地域生活支援の多くは、学校卒業後の大人となった障害者を主な対象としているところが多い<sup>1)</sup>。特に、学齢障害児にとって、一部を除き家庭以外は学校が生活の多くの部分を占め、それ以外の生活の範囲は限られている状況である。加えて、障害児の放課後・学校休日ケアは、地域・親・関係者による自主的努力に委ねられ、ごく限られた場においてなされてきた部分が多いといえる。しかし、2003年度から障害児・者福祉制度が措置制度から支援費制度に変わる中で、障害児にも、地域生活支援の一環として、居宅生活支援サービス（ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ）が利用できる道が開かれることとなった。

近年、障害児の放課後・学校休日ケアに関する国の制度・政策の整備・実施を背景に、数年前とは格段に異なる多種多様な実践が展開されはじめている。また、放課後健全児童育成政策においても、学校週完全5日制や少子化対策に向けた法的整備が行われている。2004年8月には、全国各地に誕生し活動していた個々の運動体組織が一つにまとまり、全国ネットワーク「障害のある子どもの放課後全国連絡会」が結成されるなど、障害児の放課後・学校休日ケアに関する実践や運動、研究は、かつてない大きなうねりを見せている。しかし、政策が充実される一方で、障害児の地域生活は、子どもの発達や生活の保障をはじめ、教育と福祉の連携、父母や家族員のレスパイト、近隣関係など社会関係のあり方、サポートする制度・サービスの整備、関係機関のネットワークなど、多くの課題を抱えている。その中でも、『「地域に子どもの居場所がない」という声は、もっとも保護者の思いを突き出している』と鈴木（2005：30）が述べているように、家庭、学校の中だけでなく、地域の中に第3の生活の場としての「居場所」が必要である。そして、依然として母親が障害児の支援の担い手として位置づけられている中で、母親自身のサポートや意識の変革が促される場でもあることが求められる。

このように、障害児の地域生活支援において、地域の中に新たなサポートの場への関心が高まっている中、筆者自身も地域の子どもの「居場所」<sup>2)</sup>作りの設立から活動に参加し、4年になった。会員27名からスタートしたボランティア組織「Aの会」は、現在164名の会員を抱えるまで発展を続けている。毎月80名近い参加者を集め、活動も障害児学童保育との連携、保護者への研修会など広がりを見せ、当初、子どもの居場所作りを目的に始まった活動も、活動を継続する中で子どもだけでなく参加者（教員、ボランティア）、特に母親の「居場所」にもなっている。また、活動を通して参加者の多くは、障害児の支援において意識の変化も見られる。そこで、本稿では障害児の地域生活支援の現状と課題を整理するとともに、子どもの居場所作りを目的とした「Aの会」の活動を通して、障害児を抱える母親の障害児支援における意識変革について考察することを目的としたい。

## 2. 学齢障害児の地域生活の現状と課題

### （1）放課後・学校休日支援

障害児の放課後・学校休日ケアの取り組みは、この4－5年の間に大きく前進した。それは、少子化対策・子育て支援の一環として放課後児童健全育成事業が、児童福祉法及び社会福祉法にはじめて位置づけられたことが大きいといえる<sup>3)</sup>。また、障害児の放課後・学校休業日のケア（障害児の学童保育）には、放課後児童健全育成事業とは別に、主として障害児者福祉制度

の流れに立つ「障害児学童保育」（障害児集団）の形態がある。厚労省は、法的整備を行うなかで2001年度から学童保育所への「障害児受入促進試行事業」を始めた。4人以上の障害児を受け入れる場合に、全国100カ所に対し、1カ所につき142万円の補助（うち国庫補助は2分の1）を行うものである。一方、全国学童保育連絡協議会の実態調査（2003年5月）によれば、国の制度とは別に補助制度を実施する都道府県は、1998年度12カ所から2003年31カ所に増え<sup>4)</sup>、障害児を受け入れている学童保育所は約1930カ所から4060カ所に、入所している障害児は3000人から約7000人にそれぞれ大きく増えてはいるが、依然制度の充実が不十分であるとの指摘もある<sup>5)</sup>。

さらに、2003年度からは、支援費制度による児童への居宅生活支援サービス（児童ホームヘルプサービス、児童デイサービス、児童ショートステイ）が始まった。学齢期の障害児にこの制度を導入することによって、放課後・学校休業日のケアの保障がより可能になった。またこの間、一部の地方自治体では、独自に障害児者福祉施策・事業として取り組まれていたが、ここ1-2年の間に新たな支援費制度を活用することによって、全国各地でそれぞれの実情に応じ、「一般学童保育」や「障害児学童保育」の形態だけでなく、この両者を組み合わせるなど多種多様な障害児の放課後・学校休日ケアの事業・実践が広がり始めている。このように支援費制度のもとで、学齢期児童の放課後・学校休日ケアに関する児童デイサービスの利用状況は、行政の予想を超えるものとなっていた。しかし、この制度では、中・高校生の要求に答えられないことから、厚労省は国として初めて障害児の放課後課題を正面に位置づけた「障害児タイムケア事業」を2005年度からスタートさせた<sup>6)</sup>。これらの事業は、2002年度からの学校5日制完全実施や近年の少子化・子育て支援策の一環として位置づけることができるが、同時に、これまで自助努力で障害児を受け入れてきた学童保育の要求に応えたものといえる。その他、障害児の放課後保障に取り組んでいる組織は全国に400を超えと言われており、近年爆発的に増えている。すでに30数県が放課後保障の制度化に着手するなど地方自治体の積極的な動向もあって、助成・補助など制度化を求める父母や関係者の声にも勢いがある。

## （2） 障害児の放課後支援の課題

以上のように、障害児の放課後活動への関心は、1992年からの月1回土曜日の学校5日制を契機に高まりをみせ、様々な事業やサービスの広がりを見せてきた。しかし、一方では、地域社会の受け皿の未整備と共に障害児の母親の負担増という問題を顕在化させることにもなった。

相蘇（1997）や渡辺（2000）は、障害児の余暇活動を調査した結果、「障害児は休日においても家族と過ごす時間が多く、地域での活動機会や場所が必要である」と述べていることから、障害児の放課後支援の問題は、学校という枠での対応だけでなく、地域で障害児の成長・発達を保障する視点が必要であるといえる。しかし、実際には、障害児が生き生きと過ごせる地域の活動の場が少ないため、休日が増えると、家庭で家族と過ごす時間が増加し、むしろ家族、特に母親の負担が増すことが課題となっている<sup>7)</sup>。

また、いわゆるジェンダー規範によって、障害児の母親は障害児のケアの担い手としての役割を強化されているという指摘もある。夏堀（2003：30）は、「障害児の『親役割』規範は、一般の『親役割』規範やジェンダー規範と深くかかわって形成されてきたことが推測される」とし、藤原（2002：148）も、障害児の母親が抱くさまざまな葛藤について、「今日の女性が高齢者介護や子育てを通して経験してきたものと共通するものである」と述べている。このよう

に、障害児の母親は「子どもを預けてまで働いていいのでしょうか」といったジェンダー問題が障壁となり、障害児の放課後支援の役割を一手に引き受けなくてはならない社会的な構造が、障害児の母親の負担をさらに増やしていると考えられる。さらに、これまでの障害児者福祉施策は、障害児の母親役割を強調し、母親の「育児力」「介護力」を引き出すことで、子どもの福祉を高めるといふ母子関係を構築してきた経過がある（藤原：2003）。その結果、母子訓練などの療育システム、母親の付き添いを要件とした学校教育、母親のボランティア協力による作業所運営など、障害児の教育、福祉活動も母親のマパワーを前提に成立することになり、障害児の放課後支援もまた、母親の自助努力に頼らざるを得ない状況にある。

このように、障害児の放課後の支援に関して、依然として家族役割、その中でも特に母親役割が強調され、障害児の母親自身もそれを容認せざるえない社会的構造を抱えているといえる。しかも役割の分散化や社会化を進めるための基盤がまだまだ整わない中で、母親に対する放課後支援における役割の負担がとても大きい。そのため、障害児の放課後支援のために、学校終了後または、長期の休みに地域で過ごすことのできるサービスや場が地域の身近な場所に必要であると同時に、それらの活動を通して母親自身が社会的な構造や規範から脱するために、意識変革が促される必要がある。そこで、地域で障害児の放課後・休日支援のために「居場所」づくりを行っている「Aの会」の事例を通して、障害児の母親の意識変革について考察したい。

### 3. 「Aの会」の事例

#### (1) 「Aの会」の概要

2003年4月に設立された「Aの会」は、地域に子どもの「居場所」をつくることを目的に、障害児をもつ親と教員（関係者）を中心に設立された会である<sup>8)</sup>。活動の拠点、A町教育委員会が管理する「A研究所」である<sup>9)</sup>。「A研究所」は見た目も構造も全く普通の民家であり、地元住民から町に寄贈された建物である。新しくはないが、7LDKと部屋数が多く、さらに、屋根裏と地下室もあり夏のキャンプのときには、寝袋さえ持ち込めば、50人以上の宿泊が可能であり、落ち着いた雰囲気ですべて入りやすい佇まいを備えた家である。

月に1回、役員会（設立から関わる保護者・支援者で構成され現在24名）が、「A研究所」で行われ、子ども広場の活動内容や今後の方向性を議論している。現在の「Aの会」の会員数は、2005年4月時点で正会員83名（保護者、教員など関係者）、本人会員69名<sup>10)</sup>、賛同会員（2団体26名・個人84名）、学生会員25名で総数287名となっている。その内、正会員と本人会員、学生会員をあわせた177名が実際に活動に参加している<sup>11)</sup>。「Aの会」では毎月1回、「子ども広場」を開催している。毎回約80名前後の参加がみられ、その内子どもは50名程度（発達に課題を抱える子どもが多い）、その他は、保護者、小・中学校教員、ボランティアなどである。「A研究所」を会場にすることが多いが、クリスマス会やそば打ち体験など、大きな行事のときには小学校や短期大学なども利用しており、「A研究所」で行うときには、特に決まったプログラムはなく思い思いに過ごしてよい環境が大切にされている<sup>12)</sup>。

#### (2) 「Aの会」の特徴

従来の当事者・家族の団体が、特定の障害を持つ人と家族で構成され、作業所設立などの具体的な目標を最初に掲げて活動することが多いのに対して、活動を継続する中で「対象を限定しない」、「明確な目標を掲げない」という自由度が高いスタンスを明確化させていった。「『将

来』の目的に向かって頑張るよりも、『今』を大事にする」ことを会のスタンスとし活動を展開している。さらに注目すべきところは、参加者が立場や役職に関係なく一人の人間として主体的に参加できることを可能とし、また行政の積極的な協力も見られる点である。また、一般的には議論を戦わせて、厳密に方向性を考えることが会の運営に求められるのに対して、この『今』を大事にする」といった活動には「今を大事する」ことが将来につながるのではないかという「期待感」があったと考えられる<sup>13)</sup>。このような「何ができるか分からない」が「作り上げるプロセスを楽しめる」ことができる活動が展開される背景には、障害児の母親が抱える社会的抑圧構造によって、無力化された状態にあった参加者が、本来もっていたはずの一人の人間としての尊厳や権利、潜在的な能力を取り戻す過程が「Aの会」の活動に備わっていたのではないかと考えられる。つまり、「Aの会」の活動には障害児の母親の意識変革を促す要素が存在していたと考えられる。

### (3) 「Aの会」におけるエンパワーメント要素

障害児の自立を考えた時に、将来的に障害児の母親は自分の子どもを第三者に託すことが求められる。しかし、これまで多くの障害児教育や療育の専門家は、母親が子どもの養育に専念することを評価し障害児を持つわが子への対応を最優先にすべきであるという発想を示してきたことにより、障害児の兄弟へのかかわりや自分自身の時間の確保という面で母親は葛藤を抱くことになっていると考えられる。そして、それを解決する手段としての社会的サービスに対しても、自分自身に身体的・精神的余裕のある状態で他者からの支援を受けることは、自らの努力不足ではないかと自己コントロールを図ることもあると指摘されている（藤原：2002）。このように、「障害児の母親として自分の子どもは自分で見なければならぬ」といった構造を脱するためにも自らの子育てや介護を受け入れ、他者を信頼し託すという意識変革が求められる中で、「Aの会」の活動においても、参加者、特に母親が活動を通して意識変革（気づき）が促される場面が大きく3つあった。

第一に、『A研究所』まで行けば、あとはまかせていいんだって思える。子どもがしたいことを見つけるからすごく助かる」、「普段の生活では見ることができない子どもの姿を見ることを通して、これまで『自分がなんとか支えなくてはならない』という強い思いから、『他の人にも頼んでいいんだ』と思えるようになった」と障害児の母親が子どもの変化や新たな一面に気づいていく場面である。これは、“いろいろな子育て（関わり）があっただけいいんだ”と他の母親や参加者の関わりを通して、自らの子どもへの関わりを受け入れられるようになっていく過程でもあると考えられる。そして、自らの子育てや介護における意識の変革であると同時に、他の参加者を信頼することを通して「自分の子どもを他者に託す」機会を得ていたといえる<sup>14)</sup>。

第二は、具体的なサービスやケアを実施していない中で、将来の見通しが持てず何度も役員会を開く中で、「作業所とか、早くどうかなって欲しいという気持ちと、ここはここで楽しい場所なのかな」、「作業所につばしると（Aの会が）壊れるんじゃないかと思った」と将来の子どもの居場所を切実に願う反面、参加者の多くは「現在の活動」のあり方に魅力を感じていたことに気づく場面である。この作業所設立に関する議論を経て、参加者の中に『将来』の目的に向かって頑張るよりも、『今』を大事にしたい」という思いが明確化されると同時に、障害児の母として何が期待されているかというよりも、その時の自分の気持ちを受け入れ、肯定できている自分への気づきがあったと考えられる。

第三は、活動がある程度軌道に乗り始め、顔見知りの参加者が増える中で、新しく母親が子

どもを連れて来た時、どうしてよいかわからないという手持ち無沙汰の母親の姿が見られる時に、台所という場を提供し、そこで母親同士のピアカウンセリングのようなことが始まる場面である。このような、「A研究所」が備える空間的な要素によって、それぞれ参加者が苦難を乗り越えた障害児の親であるといった背景を發揮する機会を得ることができ、支援やサポートを受けるだけでなく仲間へ何か提供することができるという「新たな自分」の発見や気づきを促していたといえる。

以上の場面の考察から、「Aの会」には、障害児の母親の自己や他者の変化への気づきが保障される（認められる）環境によって、母親の意識変革が促されていたといえる。また、「障害児の母親は、自分を犠牲にして子どもをケアしなければならない」といった社会的に構造化された「役割」が強化されるのではなく、障害児の母親であると同時に一人の人間として生きる力が引き出されていた。障害児の母親は、「Aの会」での活動を通じた意識変革によって、障害児の母親としての「役割」を生きると同時に、一人の人間として主体的に自分の人生を生きることを取り戻す機会を得ていたと考えられ、それは結果的に母親の負担の軽減につながっていたと考えられる。

#### 4. おわりに

これまでの障害児の地域生活支援は、児童福祉の一環として総枠の中で語られることも多く、あるいは縦割り行政の中で要求活動がなかなか焦点化されない、などといった問題点が指摘されてきた。これからは、障害やライフステージ、年齢などの「枠」を超え、個人が人として尊厳をもち、家庭や学校を含む地域の中で、その人らしい安心のある生活が送れるよう自立を支援できるシステムが求められる。大橋（2005：10）も、「当事者性のある人々について、彼らは、コミュニティのメンバーであると同時に、サービスの担い手でもあり、受け手でもあり、送り手にもなる構造を作り、そのようなシステムを社会福祉援助活動として体系化する可能性を探ることは、まさに現代課題の1つとして挙げておく必要があるだろう」と述べている。これらのことから、当事者性のある人たち自らが、主体的にサービスのつなぎ手となり、サービスの選択や創造が行えるように、活動を通して意識変革が促される構造を持つ「居場所」が地域に広がる必要があるであろう。

#### 注)

- 1) 田中良三「子ども期のゆたかな地域生活と介護の社会化を」『障害者問題研究』32（4）、2005、全国障害者問題研究会、p1
- 2) 住田（2004）は、「居場所」について、「人が居る所、いどころ」という物理的空間を意味するだけでなく、「自己受容感」「自己肯定感」「安心感」といった感覚的意味（主観的条件）を関係性－空間性という形で一体化された客観的条件により形成されると説明している。また、三本松（2005）は、無意識の関わり「場」と、自らがそこに参画しているという意識的に関わる「場」との両者のかかわりの中で個人にとって自己を確認することのできる「場」が居場所であると説明している。
- 3) 児童福祉法では、第6条[事業]の第12項で、「この法律で、放課後児童健全育成事業とは、小学校に就学しているおおむね10歳未満の児童であつて、その保護者が労働等により昼間家庭にいないものに、政令で定める基準に従い、授業の終了後に児童厚生施設などの施設を利用して適切な遊び及び生活の場を与えて、その健全な育成を図る事業をいう」と定めている。
- 4) 全国学童保育連絡協議会編、『学童保育情報（2004－2005）』p36、117
- 5) 田中（2005）は、国の補助事業の対象を、1人入所からすることが必要であると指摘する。
- 6) 障害のある中高生が養護学校等下校後に活動する場について確保するとともに、障害児を持つ親の就労支援とレスパイトを目的として、デイサービス事業所や養護学校などの空き教室等で中高生を預かるとともに、社会に適應する日常的な訓練をする事業。

- 7) 全障研全国大会「放課後保障と地域での生活」分科会グループ、2001、障害児学童保育的活動（障害児対象の学童保育）全国実態調査報告、『障害者問題研究』29（1）、全国障害者問題研究会、p62-67  
渡部信一・野波千代・海塚敏郎・南出好史「学校週5日制における障害児の余暇利用に関する調査研究—福岡県・熊本県の現状と問題点」『特殊教育学研究』38（2）、p73-81 津止正敏・津村恵子・立田幸代子『障害児の放課後白書』クリエイツかもがわ、2004など
- 8) 筆者も設立の準備段階からメンバーとして参加している。また、現在に至るまで役員会やその他の活動への参加を通して、参与観察を行っている。
- 9) 「Aの会」が設立されたA町は、人口約3万人、世帯数約1万を有する農業を主な産業とした町である。小・中学校は併せて13校あり、一人でも特別な支援が必要な子どもがいれば、その学校に特殊学級を設置するなど教育に対して関心が高い町でもある。
- 10) 本人会員は、3歳から20歳までで、知的障害、発達障害、身体障害を抱える子どもや、不登校児、また教員の子どもや本人会員の兄弟などを含む。
- 11) 財源は主に会費で賄っており、年間正会員2,400円、本人会員500円、学生会員1,000円、賛同会員1口1,000円、団体2,000円となっている。
- 12) 会報は年3回発行しており、保護者の声に始まり、支援者、教育委員会、ボランティアなど参加者の声を多く載せ、それぞれ立場の違うスタッフがどのような思いで関わっているかを知ってもらえるように作成している。
- 13) 「Aの会」には、「居場所」の構成要素として必要とされる受容的・共感的な空間性、関係性が存在するとともに、その空間性、関係性への意味づけとして「期待感」が重要な要素となっていた（小川：2005）。
- 14) 田中（2005）も、「大人の場合も同様であるが、子ども期の場合には、大人に対する地域生活支援とは異なる別の意味があると指摘しており、将来の社会参加と自立に向け、親や家族以外に安心して介護などを委ねることのできる第三者を地域につくりだしていくという面がある」と述べている。

#### （参考文献）

- 藤原理佐「障害児の母親役割に関する再考の視点—母親のもつ葛藤の構造—」『社会福祉学』、2002、日本社会福祉学会、p146-154
- 厚生労働省ホームページ、<http://www.mhlw.go.jp>
- 黒田学「学齢障害児の放課後生活支援と余暇保障—滋賀の取り組みから—」『障害者問題研究』32（4）、2005、全国障害者問題研究会、p21-28
- 伊藤智佳子「社会福祉援助技術とはなにか」河野貴代美・杉本貴代栄編『新しいソーシャルワーク入門—ジェンダー、人権、グローバル化—』、2001、学陽書房、p41-56
- 池本喜代正「障害児の地域生活を支える—大学での活動を中心として—」『障害者問題研究』32（4）、2005、全国障害者問題研究会、p37-43
- 小松源助『ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究』、2002、川島書店、p153-164
- カレル・ジャーメイン（Carel B.Germain）他著／小島蓉子編訳・著『エコロジカルソーシャルワーク：カレル・ジャーメイン名論文集』、1992、学苑社
- 久保美紀「ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討—Power との関連を中心に—」『ソーシャルワーク研究』21（2）、1995、相川書房、p21-27
- L. M. グティエーレス R. J. パーソンズ他編著／小松源助監訳『ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント—その理論と実際の論考集』、2000、相川書房
- 夏堀撰「障害児の『親の障害受容』研究の批判的検討」『社会福祉学』44（1）、2003、日本社会福祉学会、p30
- 大橋謙策「わが国におけるソーシャルワークの理論化を求めて」『ソーシャルワーク研究』31（1）、2005、相川書房、p10、12、14、17-18
- 小川幸裕・内田雅志・山内太郎「地域における障がい児・者の居場所づくりを目指して」『北海道ノーマライゼーション研究』17、2005、北海道ノーマライゼーション研究センター、p109-120
- 小川幸裕「子どもの『居場所』に関する」『北星学園大学大学院社会福祉研究科北星学園大学院論集』8、2005、p41-55
- 大友信「地域福祉の推進と市町村社会福祉行政の役割」『社会福祉研究』92、2005、鉄道弘済会、p46-53
- 小崎恭弘「子育て支援にみる家族と家族支援の現状」得津慎子編『家族支援論—一人ひとりと家族のために』、2005、相川書房、p113
- 三本松政之「第16章 コミュニティ臨床心理学」岡田徹・高橋紘士編『コミュニティ福祉学入門—地球の見地に立った人間福祉』、2005、有斐閣、P222-233
- 住田正樹「子どもの発達と子どもの居場所」『青少年問題』51（1）、2004、p10-15
- 鈴木真理子「地域福祉計画の意義と課題—求められる地域福祉計画策定の方向性—」島津淳・鈴木真理子編著『地域福祉計画の理論と実践—先進地域に学ぶ住民参加とパートナーシップ』、2005、ミネルヴァ書房
- 鈴木庸裕「特別なニーズを持つ子どもの地域生活支援をめぐる課題—福島での障害児が駆動保育の取り組みを通じて—」『障害者問題研究』32（4）、2005、全国障害者問題研究会、p29-35

品川文雄「障害児の放課後生活保障の展望」『障害者問題研究』29(1)、2001、全国障害者問題研究会、p33  
津止正敏, 立田幸代子「障害児・家族の生活実態と地域生活支援—京都・障害児放課後休日実態調査から—」  
『障害者問題研究』32(4)、2005、全国障害者問題研究会、p13-20  
山崎美貴子「社会福祉と家族—『家族福祉論』研究の現代的課題—」『社会福祉研究』88、2004、鉄道弘済  
会、p39

#### キーワード

居場所、地域生活支援、エンパワーメント、主体形成 (参考資料)



論文

# 地域における健康管理システムの 有効性

— 北海道A町のケース —

一條 明美 (旭川医科大学医学部看護学講座)

## 1. 緒 言

かつて長寿は無条件に望まれ、歓迎された。しかし、今日状況は大きく異なっている。同じ長生きであっても、健康で長生きするならばそれは喜ばしいことであるが、不健康で長生きすると仮定すると、それは本人にとって必ずしも喜ばしいことではない。往時と異なるのは今日、医療技術の進歩によって高齢者が健康を完全に回復できないまま生き続けるというケースが現実増加しつつあることである。

このことは殊更に今日的な社会問題を生んだ。第一に、自立して生きられない高齢者の介護を人的、経済的にいかに支えてゆくかという問題である。2000年4月に導入された介護保険のシステムは高齢者の介護を家族に任せることの負担が社会的にはすでに限界を超えたことを物語っている。第二の問題は、高齢者医療費が増加を続けているが、この傾向は今後も続くと予測されることである。国民医療費の推移を見ると2000年、2001年は1999年に比べ、老人医療費の国民医療費に占める割合、総額とも減少している。これは2000年から開始された介護保険により医療費の一部が介護保険に移行したための現象である。しかし、前述のように寝たきり高齢者や虚弱高齢者の増加に伴ない、高齢者医療費の増加は避けられないであろう。第三の問題は個人の観点からは身動きのとれない状態で生き続けなければならないかもしれないという不安である。

こうした状況のなかで今後、我々の目標は「元気で長生き」でなければならない。この目標達成に我々は何をすべきであろうか。このことについては社会的、医療的、個人的などさまざまな次元で数々のアイデアや試みがなされてきた。その中から次第に明確になってきたひとつの考え方は、加齢する過程でさまざまな病に見舞われてはじめてその治療や身体機能の回復に取り組むのではなく、若年のうちから高齢化したときの健康リスクを極小化するように心がけ、必要ならそのために個人的、社会的資源の投入をおこなうべきだとする立場である。この考え方はのちにみるようにヘルス・プロモーションの主張として一般化し、この主張にそって現に社会的枠組みが一部できつつある。

すなわち、高齢化し健康状態が悪化した段階で医療費をかけるという従来の考え方を仮に伝統的アプローチと名付けるとすると、そこでは資源はもっぱら治療や身体機能の回復のために使われる。これに対し新アプローチと称した考え方は、加齢後の健康リスクを小さくするために病気の予防、健康づくりなどのために一定の費用をかけることによって、健康で生きる期間（健康寿命）を延ばそうというものである。医療費に着目するならば、伝統的アプローチにおける医療費は発病後の治療費・身体機能回復費であるが、新アプローチにおける医療費は発病後の治療費・身体機能回復費に加えて、予防費・健康管理等の費用を加えて定義することができる。そうすると仮説はつぎのとおりである。

『伝統的アプローチにおける医療費 $\geq$ 新アプローチにおける医療費』

ただし、伝統的アプローチにおける医療費＝発病後の治療費・身体機能回復費

新アプローチにおける医療費＝発病後の治療費・身体機能回復費＋予防費・健康管理などの費用である。

新アプローチにおける医療費では、発病後の治療費が伝統的アプローチにおける医療費よりも低いので予防・健康管理などの費用を加えても同じかあるいは低くなると考える。

このような考え方に沿って現実にどのような社会政策が行なわれたのであろうか。また、そ

うした試みが行なわれたとすれば、その成果をどのように評価することができるのだろうか。今後、ますます進展していく日本の高齢社会において、健康の維持増進、健康寿命の延長は重要な課題である。それがひいては医療費抑制と「元気で長生き」につながると考える。

本研究の目指すところはさきに定義した新アプローチによる医療費の考え方にに基づき、なかんずく予防費、健康管理の費用の投入とその後の医療費の推移との間にどのような関係があるかを明らかにすることである。

ここでは、ヘルス・プロモーションの思想に沿って早い時期に予防的努力や健康づくりをはじめた北海道A町のケースについて検討する。同町は1975年から成人病予防、健康づくりの努力を町の政策としてはじめており、ヘルス・プロモーションの思想を具体化する試みとしては全国的にも先駆的ケースである。

ここではとくに成人病（がん、脳血管障害、心疾患）を予防するためのA町の取り組みがどのような成果をあげたのかを中心に、そのような結果に至る過程やその理由を検討したい。データは医療費（治療費、予防費、健康管理の費用などを含む）、および死亡率、健康寿命などである。数量的データのほかに、A町が行なってきたヘルスプロモーションの取組みが具体的にどのようなものであったかをみるために、町史、町の記録、関係者の面接などによって記述的データの収集も試みた。

現実に収集可能なデータは、健康診査受診率、医療費、死亡率などいずれも時系列のデータであり、一方クロスセクションデータは、プライバシーの問題もあって利用できなかった。したがって、ある事象と別の事象の間の因果関係を分析することができなかった。そのため、例えば予防的費用のインプットの系列と医療費あるいは死亡率の時系列を並べて観察し、二系列の時系列的变化の間にどのような類似性があるか、ないかを検討するに止まる。

## 2. A町の地域概況

A町は、医療資源が豊富であるB市に隣接した町である。主な産業は、1980年代までは稲作を中心とした第1次産業であったが、徐々に衰退し、現在では、第一次産業の従事者は全体の27.5%であり、就業人口の半数は第3次産業に従事している。

人口は、1956年をピークに減少し、1970年に過疎地域に指定された。経済の高度成長と米の生産調整による離農や青少年の都市への流出により、過疎化および高齢化が進行している。2000年の高齢化率は、23.4%である（表1）。

表1：A町年齢階層別人口の推移 (人)

	総数	0～14歳	%	15～64歳	%	65歳以上	%
昭和30年	10,597	4,064	38.3	6,070	57.3	463	4.4
昭和35年	10,436	3,564	34.1	6,354	60.9	518	5.0
昭和40年	9,279	2,713	29.2	6,030	65.0	336	5.8
昭和45年	7,943	1,950	24.5	5,362	67.5	631	8.0
昭和50年	7,130	1,610	22.6	4,774	67.0	746	10.4
昭和55年	7,509	1,631	21.7	4,951	66.0	927	12.3
昭和60年	7,137	1,515	20.7	4,771	65.2	1,031	14.1
平成2年	6,930	1,238	17.9	4,498	64.9	1,194	17.2
平成7年	6,871	978	14.2	4,484	65.3	1,409	20.5
平成12年	7,156	969	13.5	4,524	63.1	1,672	23.4

出典：国勢調査

1967年以降、当時の町長の理念に基づき、健康づくりを基本政策に町づくりを進めてきた。その中心となるのが総合健康診査であり、受診率は1983年以降50%以上である。A町の老人医療費は、全道の老人医療費と比較して入院で15万～10万円、入院外で5万円前後低い(表2)。総合健診の費用に関しては、老人保健法制定後は老人保健事業としてまとめて計上されている(表3)。1980年代前半は、2000万円台であったが、1980年代後半以降は、3000万円台で経過している。1999年の3840万円をピークに以降は減少している。住民の負担は、健診初期(1970年代)は1人2,500円であった。2002年は30歳～69歳が5,100円、70歳以上が1,500円である。老人保健法制定前に、5年間老人保健医療総合対策開発事業費が計上されている。これは、1978年から実施された老人保健医療総合対策開発事業のモデル地区に指定された費用である。1982年に老人保健法を施行するため全国5町が指定を受けたが、A町がそのひとつとなった。

表2：国民健康保険老人1人当たり医療費 (円)

	A 町		全 道	
	入院	入院外	入院	入院外
1984	241,329	140,992	366,016	172,955
1985	285,371	149,915	399,302	189,151
1986	269,927	144,947	399,626	195,575
1987	281,866	147,201	417,471	195,100
1988	338,071	143,929	462,078	207,810
1989	304,388	164,376	471,926	221,123
1990	307,851	174,310	487,962	236,379
1991	317,295	191,154	499,748	243,664
1992	277,112	198,629	519,398	260,226
1993	340,622	199,523	516,515	269,189
1994	380,524	226,014	520,510	288,658
1995	438,566	216,954	535,456	291,552
1996	379,854	221,249	537,963	302,700
1997	402,002	233,485	525,248	308,938
1998	392,264	258,740	507,862	318,963
1999	374,948	255,242	526,373	318,225
2000	390,296	250,976	523,307	308,825
2001	397,412	244,416	519,030	292,951
2002	401,255	249,704	524,398	295,568

出典：国民健康保険事業年報

表3：A町老人保健事業に関する費用 (円)

	老人健康 診査事業	老人保健医 療総合対策 開発事業費	各種健 診事業	老人保 健事業
1973	200,000		1,281,208	
1974			2,093,331	
1975	400,000		9,495,433	
1976	500,000		12,351,346	
1977	500,000		14,419,343	
1978	575,000	3,260,691	15,790,002	
1979	2,384,856	7,848,983	48,682,302	
1980	2,936,708	2,172,000	21,116,746	
1981	2,627,000	2,192,000	19,898,821	
1982	3,098,852	9,069,731	21,638,732	
1983			29,019,757	
1984				23,666,832
1985				29,432,156
1986				27,997,976
1987				33,946,231
1988				31,551,803
1989				31,906,035
1990				32,241,576
1991				31,212,575
1992				32,428,511
1993				32,255,336
1994				37,382,294
1995				35,546,953
1996				34,130,221
1997				34,401,208
1998				36,629,127
1999				38,404,364
2000				38,035,561
2001				37,311,652

出典：A町役場

### 3. A町の健康管理システムの効果

#### (1) 老人保健事業の評価指標

A町の健康管理システムは、老人保健事業に基づき実施されている。一般に市町村の保健事業の評価については、必要性が認められながらもその基準や方法が明確にならないまま現在に至っている。理由は、評価の難しさにある。老人保健事業の1つである健康教育は、有病率、罹患率、死亡率、医療費などが評価指標として上げられる。しかし、これらの指標を用いて評価した場合、結果が出るまでには数年から数十年という長い年月が必要となる場合が多い。したがって、このような指標だけを健康教育の評価に用いた場合、評価が難しくなる。また、喫煙率など生活習慣にかかわる指標を用いた場合、効果は比較的早く出るが健康教育以外の要因も関係してくることが多いため、指標に変化が起ころしても健康教育の効果かどうかの判定は難しい。健康診査に関しても、単に健康診査を受けただけでは意味がなく、その後の健康教育によって日常生活の改善や健康の維持がなければならない。また、異常が発見された場合は、治療するため医療費がかかる。早期に発見されれば、医療費は低く済むはずだが、医療費を検討する場合は、診療報酬明細書からのデータ収集が必要となり膨大な労力を要する。さらに健康診査の費用も含めて考えると、健康診査によって早期に異常が発見され治療が行なわれることを評価するのは非常に難しい。

老人保健事業の評価の指標として永井ら<sup>1)</sup>は、保健事業の量の測定、質の測定、効果の測定の3側面をあげ、効果の測定に関してはさらに健康水準への効果、経済的効果、保健行動への効果に分類している。また、これらを測定するための膨大な量の指標が示されている。しかし、永井らが言うようにこれらの指標を全て得ることは難しい。

本研究では、データ収集の困難性から保健事業の質の測定はできない。また、収集できたデータもプライバシーの保護や統計の集計上の問題から十分とはいえない。保健事業の量を示す指標として、実施回数（一般健康診査、健康教育、検診事後指導、がん検診、機能訓練）、これらに従事する人数（医師、歯科医師、保健師、栄養士、臨床検査技師、事務職員）、実施人数（健康手帳交付数、一般健康診査、健康教育、検診事後指導、がん検診、機能訓練、訪問指導数）、実施経費（実施主体負担経費、対象者負担経費、国の負担経費、都道府県の負担経費）などがある。中でも、老人保健事業における健康教育は壮年期からの健康の保持増進という点では重要である。健康教育の評価指標として、教育内容別の開催回数、参加人数を指標としているが、統計では教育内容別のデータは2001年からであったため、それ以前は総数での検討となった。保健事業の効果の測定で、健康水準への効果では老衰による死亡率を検討する。なお、A町の死亡率は人口規模の調整のため3年移動平均を用いた。

さらに、健康水準の効果として健康寿命を指標として検討する。健康寿命とは、「心身ともに自立した活動的な状態で生存できる期間<sup>2)</sup>」と定義されている。日本人の平均寿命は世界一であるが、それと同時に高齢化をもたらし、高齢社会特有の問題をもたらしした。そのひとつが、疾患による障害や加齢に伴う虚弱や寝たきり、痴呆症など自立しては生きていけない要介護高齢者の増加である。平均寿命はその国や地域の健康状態の指標として活用されてきた。しかし、平均寿命は、どのような状態であろうと生きている期間を示したものであり、寝たきりや要介護高齢者が増加している昨今では、生活の質や健康状態を考慮した指標が必要となった。単純にいうと健康寿命は平均寿命から障害期間を差し引いたものである。障害期間の算出の仕方が、複数あり指標としては発展途上であるが、2000年から実施された介護保険制度の自立率

を使った方法がある。介護保険は各自治体ごとの実施なので算出がしやすく、また年次推移を検討することで政策などの評価の指標としても利用できるとされている。ここでは、公衆衛生ネットワーク健康寿命算出ソフトを利用し、A町の健康寿命を算出した。公衆衛生ネットワーク健康寿命算出ソフトとは、生命表と介護保険の被保険者数と要支援・要介護者数から自立率を算出し、健康寿命を割り出すものである。

経済的効果に関しては、医療費を指標として取り上げた。医療費の定義は発病後に治療費をかける従来の捉え方を伝統的アプローチ、発病後の治療費に予防・健康管理などの費用を加えて医療費とするやり方を新アプローチとした。この場合、発病後の治療費は、保険者と加入者の所在地が一致することから、地域別の医療費の検討において有意義とされる<sup>3)</sup>国民健康保険の1人当たりの医療費を用いた。国民健康保険医療費は64歳以下を一般医療費、65歳以上を老人医療費と区別してデータ表示されている。予防・健康管理費用もそのように一般、老人と区別して1人あたりの費用を提示すべきである。しかし、予防・健康管理費用は老人保健事業と

表4：A町決算書

(千円)

年	①検診・健康相談、健康指導	②健康づくり 体力づくり	③保健事業関係 職員人件費	④その他	⑤合計	⑥歳出総額	⑤÷⑥(%)
1973	1,691	—	—	—	1,691	1,328,438	0.127292354
1974	2,467	337	—	—	2,804	1,442,578	0.194374238
1975	10,991	296	—	—	11,287	2,146,335	0.525873175
1976	12,851	428	—	—	13,279	2,166,872	0.612818847
1977	14,919	612	—	—	15,531	2,840,287	0.546810938
1978	19,626	1,428	—	—	21,054	2,910,259	0.723440766
1979	28,906	20,934	—	—	49,840	3,747,387	1.329993406
1980	26,889	1,868	—	—	28,757	3,951,198	0.72780458
1981	24,808	1,378	—	—	26,186	3,836,940	0.682470927
1982	33,808	977	—	—	34,785	3,951,301	0.880342955
1983	29,020	909	—	—	29,929	3,433,855	0.871586016
1984	24,506	2,269	—	—	26,775	3,312,570	0.808284806
1985	31,191	1,348	—	4,174	36,713	3,101,597	1.183680536
1986	30,134	1,555	—	3,539	35,228	2,995,677	1.175961227
1987	33,946	2,440	—	6,287	42,673	3,165,985	1.347858565
1988	31,852	1,422	—	8,252	41,526	3,951,737	1.05082904
1989	31,906	2,192	—	800	34,898	5,859,972	0.595531856
1990	32,242	1,809	57,045	700	91,796	4,984,698	1.841555898
1991	31,213	2,303	56,464	800	90,780	5,353,479	1.695719737
1992	32,429	3,758	53,038	800	90,025	5,795,898	1.553253698
1993	32,255	3,140	52,044	800	88,203	7,467,894	1.181096036
1994	37,382	3,912	51,679	800	93,773	6,601,294	1.420524521
1995	35,547	4,891	54,796	800	96,034	5,211,676	1.842670189
1996	34,130	4,759	57,492	900	97,281	5,995,656	1.622524708
1997	34,401	3,907	58,990	900	98,198	5,392,279	1.821085296
1998	36,629	6,465	35,234	900	79,228	5,904,478	1.341829032
1999	38,404	4,955	38,537	1,000	82,896	7,082,528	1.170429542
2000	38,036	4,390	35,153	1,000	78,579	5,364,832	1.464705698
2001	37,312	3,889	35,852	1,000	78,053	6,014,094	1.29783472

注：①“健診・健康相談・健康指導”には老人保健事業を含む

②“その他”には健康情報システム整備費、健康指導機器購入費、保健推進委員協議会助成金を含む

③次のものは除外した。日本農村医学会開催負担金、スポーツマスター賞贈呈費

生命の貯蓄体操全国大会負担金、保健推進委員協議会20周年事業補助金

して一括して収支決算書に計上されている。したがって、医療費のように一般と老人を区別して1人あたりの予防・健康管理費用を算出することは出来ない。総合健康診査の対象者は、職場などで健診を受けることのできる人を除いた30歳以上の住民となっていることから、対象者は第1次産業従事者や無職の高齢者、サラリーマンの妻などが考えられる。サラリーマンの妻以外は、国民健康保険加入者であることから、国民健康保険加入者で除する方法を選択した。

次に予防・健康管理費用は、A町の収支決算書で計上されている老人保健事業費を含めた健診・健康相談・健康指導費用、健康づくり・体力づくり費用、保健事業関係職員（保健師、栄養士、事務職員）の人件費とその他として健康情報システム整備費用健康機器購入費用などの合計とした（表4）。これを国民健康保険加入者で除したものを1人あたりの予防・健康管理費用とした。これに発病後の治療費を加えた費用を新アプローチによる医療費とした。なお、予防・健康管理費用は、一般と老人の区別が出来ないことから医療費は伝統的アプローチも新アプローチも一般、老人それぞれの1人あたり医療費の平均とした。また、国民健康保険医療費は入院と入院外に区別されているが、両者を合計して医療費とした。なお、厳密には新アプローチの実施前後で、各指標を比較しなければ新アプローチの効果の判定はできない。しかし、A町の新アプローチの実施は古く、実施前のデータの収集は困難であった。そのため全道の平均と人口規模、高齢化率がA町とほぼ同レベルであるC町との比較を試みた。

保健行動への効果は、A町保健福祉課保健推進係が住民を対象に実施した「健康に関するアンケート」結果から喫煙率、食習慣、健康への意識などと健診受診率を検討した。健診受診率は、健診の種類別であることが望ましいが、A町は総合健康診査として一括して年1回実施しているため総合健康診査の受診率を指標とした。

## （2）老人保健事業の量の測定

A町は、健康診査を一般健康診査とがん検診などを合わせて総合健康診査として年に1回実施している。健康診査の効果は、健診を受診しただけでは期待できない。健診の結果を元に健康づくりのための健康教育と健康づくりのための行動が必要である。健康づくりの行動は、各個人に委ねられるが、その動機付けとして健診を受診し、健康教育に参加して各個人が自分の健康状態を理解するとともに健康づくりのための知識と意欲を向上させることが重要である。A町では、年間平均約150回の健康教育が開催され、平均約2,600人が参加している。また、健康相談の開催回数は年間平均約280回、被指導者人数は年間平均約3,000人であった。健診受診者は、年2回以上の健康教育あるいは健康相談を受けていることになる。健康の必要性は理解できても、健康に関する知識を習得することは一般人には難しいことである。ましてや高齢者になるとその困難性は増すことになる。健康づくりのためにどのようなことを実践するとよいのか、具体的な健康教育が繰り返し実施されることが必要である。健康教育、健康相談には、専門知識を備えた保健師が必要である。A町は、町立診療所を民間に移管したときからそれまで診療所の運営に要していた予算と人材を健康づくりに充てた。1970年代保健師自体の絶対数が少なかった時期に、保健師5人体制で事業を展開している。A町の老人保健事業にかかる経費は、表3に示すとおりである。健康診査、健康教育、機能訓練などの経費のほかに保健事業関係職員人件費などを加えて予防・健康管理費と考えた。これらの総額は、歳出総額の1%前後という極めて少額な費用である（表4）。自己負担金は、2002年で30歳～69歳は5,100円、70歳以上は1,500円である。

### (3) 老人保健事業の効果の測定

#### ・健康水準への効果

表5は老衰による死亡率である。老衰による死亡は人間の自然の姿である。すなわち、加齢による健康のリスクを小さくすることに成功したケースともいえる。A町の老衰による死亡率は、1975年から1979年までの5年間を除いて全国・全道を大きく上回っている。人間の生命が有限であることを前提にすると、老衰による死は何らかの疾患による死と違い、本来の寿命をまっとうしたものと解釈できる。そうであれば、ある人口集団で老衰による死亡率が高くなるという現象は、健康管理が成功したと解釈できる。

次に健康寿命について検討する。本研究では、公衆衛生ネットワーク健康寿命算出ソフトを利用しA町の健康寿命を算出し、すでに同じ方法で算出されたB市の健康寿命、WHOで発表されたわが国の健康寿命と比較した。A町の男性の平均寿命は78.7歳、全国の男性の平均寿命は78.4歳でほとんど変わらないが、障害期間はA町の2.3年で全国は6.1年である。B市との比較では障害期間は同じであるが、健康寿命はA町が1年長い(図1)。

A町の女性は、平均寿命が84.3歳のうち障害期間は4.6年である。B市の女性は、平均寿命が83.4歳障害期間は4.7年である。障害期間は変わらないが、健康寿命はA町の女性が1年長い。全国と比較すると、全国の女性の平均寿命は85.3歳と長い、障害期間も7.6年と長い。すなわち、A町の高齢者は男女とも全国、B市の高齢者より元気で長生きといえる。

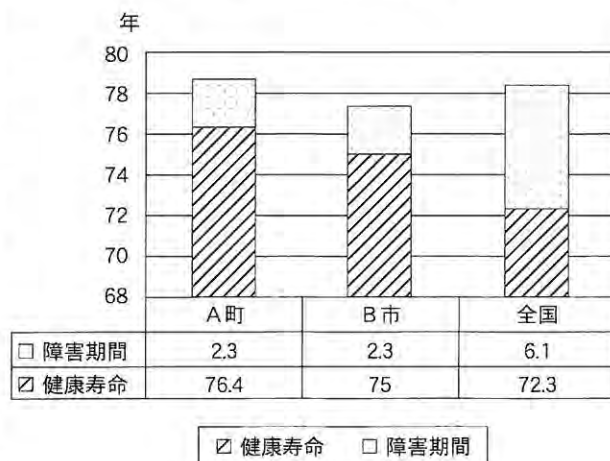
また、65歳以上人口の要支援・介護人口比率と伸び率を見ている(表6)。A町は、要介護1の年平均増加率が高いが、ほかは介護度が重度になるに従い、増加

表5：老衰による死亡率  
(人口10万対比) (人)

	全国	全道	A町
1971	34.0	18.1	39.0
1972	30.7	16.7	78.7
1973	30.9	17.3	52.5
1974	29.7	16.4	44.0
1975	26.9	14.5	4.5
1976	26.4	14.4	13.9
1977	25.0	14.8	9.4
1978	24.2	13.3	9.4
1979	25.5	15.1	40.5
1980	27.7	15.0	62.7
1981	25.5	13.4	84.7
1982	23.3	12.4	53.0
1983	24.7	12.6	71.4
1984	24.1	13.1	72.0
1985	23.1	12.0	85.8
1986	22.2	10.9	86.4
1987	20.7	9.4	100.9
1988	21.6	9.8	96.7
1989	19.3	9.3	92.4
1990	19.6	8.1	60.0
1991	18.7	7.6	69.4
1992	18.8	8.4	56.1
1993	18.6	8.3	65.6
1994	18.9	8.0	61.2
1995	17.2	7.9	42.5
1996	16.7	8.2	33.0
1997	17.2	8.6	18.8
1998	17.1	9.1	42.2
1999	18.2	10.7	61.0
2000	16.9	10.8	79.6
2001	17.6	10.4	60.4

出典：道北保健年報

図1：健康寿命の比較(男性)





率は減少している。一方、C町は要介護5の増加率が高い。疾病の後遺症などでいきなり重度の介護を必要とする場合も考えられるが、身体機能の低下とともに介護度が重度化していくと考えるとC町の高齢者は、重症化する傾向にあると考えられる。

表6：65歳以上人口に占める要支援・介護人口比率と伸び率A町とC町の比較

A町 (%)

	2000年	2001年	2002年	2003年	年平均増加率
要支援	1.67	1.24	1.48	1.78	4.4
要介護 1	3.69	4.18	4.59	5.0	13.3
要介護 2	2.88	2.14	2.62	2.64	-0.7
要介護 3	1.96	2.26	2.19	2.31	8.2
要介護 4	1.9	2.31	2.73	2.10	5.7
要介護 5	2.13	2.37	2.13	2.31	5.1
合計	14.24	14.5	15.74	16.14	6.8
65歳以上人口(人)	1,735	1,772	1,830	1,859	2.4

出典：A町役場

C町 (%)

	2000年	2001年	2002年		年平均増加率
要支援	6.83	7.57	6.72		3.0
要介護 1	6.59	7.63	7.97		14.1
要介護 2	2.51	2.58	2.76		9.0
要介護 3	1.98	1.88	1.90		1.5
要介護 4	1.98	1.88	1.63		-6.0
要介護 5	1.63	2.17	2.33		23.9
合計	21.53	23.72	23.31		8.0
65歳以上人口(人)	1714	1703	1845		3.9

出典：C町役場

注：年平均増加率は全期間にわたって一定の率で変化すると仮定して計算したもの。

#### ・経済的効果（医療費の分析）

本研究では、医療費を発病後の治療費に予防費・健康管理などの費用を加えたものを医療費と定義し新アプローチと名づけた。一方、高齢化し健康状態が悪化した段階で医療費をかけるというやり方を伝統的アプローチと名づけた。

まずは、A町とC町と全道平均の伝統的アプローチによる医療費を比較した（表7）。A町の伝統的アプローチによる医療費は、全道平均のそれと比較すると最高年間177,951円から最低103,465円低い。一方、C町との比較では、最高年間90,811円低いが、1995年以降は、Aが高く、最高53,464円高い。さらにC町、全道平均の伝統的アプローチとA町の新アプローチを比較したものが表8であ

表7：国保1人当たり医療費  
（入院、入院外合計） (円)

	A町	C町	全道平均
1984	229,127	228,522	311,744
1985	251,316	277,037	340,149
1986	248,599	273,635	345,698
1987	256,183	293,223	356,799
1988	286,023	303,989	391,112
1989	283,829	301,614	408,788
1990	293,964	331,013	430,520
1991	311,453	346,266	444,679
1992	266,382	357,193	469,052
1993	330,120	375,467	477,855
1994	377,956	406,115	496,675
1995	410,640	383,631	512,460
1996	391,266	373,136	523,615
1997	415,342	361,878	522,534
1998	410,730	419,577	520,164
1999	417,050	408,630	532,271
2000	411,642	388,302	524,948
2001	402,769	380,905	513,331
2002	411,651	403,415	481,500

出典：国民健康保険事業年報

表8：国保1人当たり医療費(一般・老人の平均)

(円)

年	1人あたり 健康管理費	①A町 伝統的アプローチ	②A町 新アプローチ	③C町 伝統的アプローチ	④全道平均 伝統的アプローチ	③-①	④-①	③-②	④-②	②増加率	④増加率
1991	29,931	327,500	341,384	364,107	467,590	36,607	140,090	22,723	126,206		
1992	31,755	307,109	298,137	369,382	485,059	62,273	177,950	71,245	186,922	0.9	1.0
1993	23,187	336,856	353,307	383,130	487,606	46,274	150,750	29,823	134,299	1.2	1.0
1994	34,000	383,322	411,956	411,881	503,727	28,559	120,405	-75	91,771	1.2	1.0
1995	36,626	416,798	447,266	389,473	520,263	-27,325	103,465	-57,793	72,997	1.1	1.0
1996	37,691	396,821	428,957	378,434	531,050	-18,387	134,229	-50,523	102,093	1.0	1.0
1997	37,653	413,687	452,995	360,436	520,451	-53,251	106,764	-92,559	67,456	1.1	1.0
1998	30,011	406,662	440,741	412,422	515,014	5,760	108,352	-28,319	74,273	1.0	1.0
1999	30,714	414,151	447,764	405,789	528,571	-8,326	114,420	-41,975	80,807	1.0	1.0
2000	28,296	411,507	439,938	388,302	524,947	-23,205	113,440	-51,636	85,009	1.0	1.0

出典：国民健康保険事業年報(各年)

新アプローチによる医療費はA町決算書より健康管理費を算出した

注：デフレ率はCPI(全国消費者物価指数)である

る。予防・健康管理費用のデータが収集できず、1991年からの比較である。

全道平均の伝統的アプローチによる医療費とA町の新アプローチによる医療費の比較では、調査した期間では全てA町の新アプローチによる医療費が低いことがわかる。つまり、この研究の仮説であった『伝統的アプローチにおける医療費≧新アプローチにおける医療費』と矛盾しない。

一方、C町の伝統的アプローチによる医療費とA町の新アプローチによる医療費では、1994年以降、A町の新アプローチはC町の伝統的アプローチより高い。つまり仮説は否定された。

しかし、1974~1982年の全道平均医療費とA町の医療費の差を見ると総合健康診査開始5年後から差が大きくなっている(表9)。一般には、健康診査開始直後は疾病が発見され、治療が行なわれるための医療費は一時的に高くなるが、数年後には低くなると言われている。A町の医療費も同様であったと考えられる。C町との比較においても1990年以前には全道平均と同様にC町の伝統的アプローチによる医療費よりもA町の新アプローチによる医療費が低かったのではないかとということが、1人あたりの健康管理費と2つの町の伝統的アプローチによる医療費の差額から推測できる。

全道平均の伝統的アプローチ、A町の新アプローチの経年の増加率を見ると全道平均の伝統的アプローチの増加率は、A町の新アプローチの増加率より低い。当然、両者の差額は、増減があるが年々縮小傾向にある。国全体が医療費抑制の動向にあり、将来、伝統的アプローチによる医療費が低くなることも考えられる。仮に伝統的アプローチによる医療費が減少したとしてもそれ以上に予防・健康管理費用が掛かり、伝統的アプローチより新アプローチが高額になる可能性もある。

ここで明らかになったことは、新アプローチは医療費の抑制に一定の効果があったということである。しかし、その効果は永久的なものではなく逡減していくことが明らかになった。

表9：1人当たり療養諸経費用額 (円)

	① 全道平均	② A町	①-②
1974	43,349	46,005	-2,656
1975	57,427	51,757	5,670
1976	59,571	52,992	6,579
1977	80,000	72,590	7,410
1978	96,488	91,460	5,028
1979	111,227	104,265	6,962
1980	126,625	111,452	15,173
1981	140,361	121,989	18,372
1982	156,985	135,448	21,537

出典：A町健康管理活動10年のあゆみ

注：療養諸経費用額とは、国民健康保険加入者1人あたりの医療費を指す

#### ・保健行動への効果（住民の意識と健診受診率）

A町では、健康日本21の推進を受けて、住民に健康に関するアンケートを実施している。ほかに1985年と1994年に同様の調査が実施されている。ここでは、これらの調査の結果と健診受診率を参考に保健行動の側面から健康管理システムの効果を検討する。

アンケートは2002年4月に、A町に住民票がある20歳以上住民を対象として、A町の保健福祉課保健推進係が行なった。配布数は6,025人で有効回答数は4,886人（有効回答率81.1%）であった。年代別に有効回答数を見ると50歳代を頂点にピラミッド型を形成しており、壮年期の住民の回答が多い。アンケートの回答方法は三者または四者択一である。また、このアンケート結果は町の広報誌を通じて住民に公開されている。アンケート結果では、健康であると感じている住民が多い。高齢になるほど健康であると感じる割合が低くなるが、80歳以上の住民で良い・普通と答えた人は87.3%である。また、各年代40%以上の住民が余暇を楽しみ、50%以上の住民が趣味をもち、60%前後の住民が今の生活に満足している。しかし、喫煙者は、「はい」「時々」をあわせて男性は56.4%、女性は、20.0%である。年齢別では、年齢が高くなるにつれて順次喫煙者は少なくなっているが、男女とも20～30代が全国平均よりも多い。A町では、過去にも同様の健康に関する調査を実施している。総合健康診査開始後10年目の1985年の調査では、79.9%の住民が自分の意思で健診を受けており、77.4%の住民が健診を受けることで自分自身や家族の健康に関心をもつようになったと答えている。このように健診を受けることで自分の身体状況がわかり、異常の早期発見だけではなく、健康への意識を高めていることがわかる。1994年の調査では、喫煙者は男性約70%、女性約35%であったことからするとA町の住民の喫煙者は減少していると言える。2002年の調査では、全体の90%の住民が食生活に注意していると答えており、A町の住民が食生活に関心をもち、注意していることがわかる。また、過去の調査でも、規則正しい食事を摂る、塩分を控える、野菜を多く摂るなどの回答が多かった。

2002年の調査では、住民の健康に関する具体的な課題が明確にされている。それによると、食生活に注意している住民が多いが、健診結果では心筋梗塞や脳卒中の原因のひとつである高脂血症のような食生活と密接に関係する所見が徐々に増えてきており、今後も継続した対策が必要とある。

次に健康診査受診率について検討する。健康診査では受診率がひとつの評価指標として捉えられる。A町の総合健康診査の受診率は開始してから28年間50～60%台で推移している。A町の老人保健事業は、総合健康診査とその結果を元にした事後指導を中心に実施されている。総合健康診査を受診することが、健康づくりの第一歩といえる。

A町の健康管理システムは健康水準および経済的効果は認められた。これらの効果が現れるには長い期間が必要である。保健行動についても一定の効果があつたが、最近の調査では課題も明らかになった。

#### 4. 考察

A町の健康管理システムの効果は、1. 老衰による死亡率が高い2. 健康寿命が長い3. 予防管理費を含む新アプローチによる医療費が他に地域の伝統的アプローチによる医療費より低い4. 健康診査の受診率が高い、の4点である。

A町は健康づくりを町政の基本政策に置き、町づくりを進めてきた。その内容は、老人保健

法に定められている老人保健事業に基づいている。総合健康診査、健康教育、健康相談を中心に健康管理システムが確立されている。このような健康管理システムが確立でき、長期間機能しているのは、一つにはA町にヘルスプロモーションの理念に基づく町長の強いリーダーシップがあったことである。国保診療所の民間移転や保健師など専門職の登用などは、首長の判断でなければ実行できないことである。二つめに、国では家庭医制度を進めようとしているが、A町では国保診療所を受け継ぎ開業した医師が十分にホームドクターの役割を果たしたことが考えられる。単に診療業務を行うだけでなく、保健師や保健推進委員の求めに応じて健康教育や講演会の講師も行っていった。また、医師と地域の医療施設との連携も重要な点である。近年は、地域の病診連携が進められている。しかし、A町では28年も以前から行われていた。さらに総合健康診査にB市の病院の協力が得られたことがあげられる。A町が地理的に医療資源の豊富なB市に隣接していたことも重要な点である。この地理的条件がなかった場合には総合健康診査はかなり難しいものになっていたと思われる。A町の健康管理システムはいくつかの幸運に恵まれていたことは否定できない。しかし、幸運だけでこのシステムが確立されたわけではない。保健師をはじめとする健康づくりに関わる人びとの努力の結果であることはいうまでもない。保健師たちの専門職としての活動、それを支え保健思想の普及に貢献した保健推進委員がある。

A町は、総合健康診査に加えて、事後指導を含む健康教育、健康指導が住民の健康づくりに寄与していることが考えられる。当時の町長は、住民の健康管理のために保健師を増員し、また、専門職が専門の業務に専念できるようにと保健事業専任の事務職員を置いた。これは、保健師がいない町村があった時代に、極めて画期的なことである。総合健康診査を開始した当時は、十分なマンパワーで保健事業が実施され、町全体に浸透していったと推測する。マンパワーで重要なのが保健推進委員である。保健推進委員は、住民の保健向上のための存在であるが、活動の内容は一定ではなく、自治体によっては活動が休止状態であったり、健康診査などのお手伝い程度の活動もある。しかし、A町の保健推進委員は、非常に活発な活動をしている。重要な活動のひとつに、総合健康診査の申し込みや受診勧奨がある。回覧による申し込み方法をやめ、1世帯1枚の申込用紙とし未受診者への文書を同封した。さらに1985年からは1人1枚の申込書とし、個人の検診結果や受診状況を参考に個人宛の文書を同封した。このように行政レベルからも受診者を増加させる取り組みが行われていたが、これらの申込書の配布、回収はすべて保健推進委員によって行われている。このように、健康づくりの普及という点で、保健推進委員のこれらの活動は不可欠のものである。A町の保健推進委員は発足当初村長からの任命制であったが、保健推進委員からの要望で1973年からは任命制を解き、自主的な住民組織としての活動となり、保健推進委員は任期が終わってもOBとして各種の研修会などに参加している。これは健康への関心の高さをうかがわせるものであり、このような関心の高さが住民へ伝播し、保健推進委員のモチベーションとなっていると考える。また、健康日本21では住民参加の重要性を強調しているが、実際的には非常に難しい。A町では、人口規模が小さいという特徴があるが、保健推進委員を通してあるいは保健推進委員を体験することで健康づくりの住民参加が実現されている。ヘルスプロモーションを進める5つの戦略のひとつである唱道が、これら保健推進員の活動によって実践されていたと考える。

本研究では、A町の新アプローチによる医療費と異なる地域の伝統的アプローチによる医療費を比較した。その結果、新アプローチは医療費を抑制する効果があるということが示された。しかし、両者の格差は時間とともに縮小する傾向にある。単純に考えればそれは両者の増加率

の差といえるが、政策的観点からは、伝統的アプローチによる医療費と新アプローチによる医療費の増加要因を詳細に検討することが重要であろう。実質治療費の変化は（１）疾病・事故などの発生確率、（２）新医療技術の導入によるコストの変化に分解することが可能であろう。一方、新アプローチによる医療費の変動は上記の要因に加えて、予防的経費を構成する費用項目、たとえば、健診費・健康教育活動・健康相談などの内訳や単価の変化に依存すると考えられる。新アプローチが本当にコスト減少効果を持つかどうかはさらにコストを構成する諸要因の分析が必要である。この問題の第一次接近としてすべての要因の変動を含むデータを検討し、要因別分析は今後の研究課題とする。

今回健康管理への投資には、効用に逓減があることが示された。このことは、今後のA町の課題でもあり、日本の課題である。言い換えれば、今後のA町の健康施策の取組みは、日本の健康政策のモデルともなりうる。実際にA町では、第1次産業従事者が80%を占めていた時代には早朝の健康診査が便利であったが、第3次産業従事者が半数を占める現在、早朝の健康診査が適切であるかどうか。また、近年では対がん協会や地元開業医での健診、人間ドックの利用などがある。今後受診率をさらに上げ、健康づくりを進めていくにはどのような方法が適切であるか。住民の健康の価値観、生活スタイルなどが多様化するであろう住民のニーズに応じた健康管理を実施していくには、今後、ますます地域医療機関との連携が必要である。

予防・健康管理費用を投資した効果は、経済的効果ばかりではない。投資の結果、人々の健康水準がどのように改善されたかを評価しなければならない。健康水準の評価は、重要といわれながらも評価が進まない現状にある。その原因は、評価基準の難しさと評価には年単位の時間を要すること、評価すべきデータが膨大であることなどが挙げられる。本研究では、老衰の死亡率を検討した。健康水準の評価を考えた場合、老人保健事業の第4次計画で重点疾患とされている糖尿病も検討することが望ましい。しかし、死亡率はあまりに規模が小さく信頼性が低い。糖尿病は生涯にわたる治療が必要であり、合併症の発症など罹患率や有病率が重要な指標となる。しかし、これらの指標が得られなかったことから検討から除外した。また、健康診査および健康教育・指導の効果を判定するためには、有病率や罹患率は重要な指標となる。これらの指標を得るためには、膨大な診療報酬点数明細書の分析が必要である。健康水準を含めた保健事業評価のためのデータ分析は、膨大な量であるため時間的にも労力的にも地域の保健師が実施するには限界がある。しかし、健康日本21でもいわれているように目標値を定め、評価することが求められている。目標を設定するためには、現状分析が必要であり、健康日本21の推進のためには、これまでの保健事業評価が必須である。そのためには、専門の職員を置くか公衆衛生研究者などとの連携が必要であると考えられる。

健康に関する諸問題は、広く社会的な問題と関連する。人口の高齢化が進み、医療費が高騰している現在、経済的な問題の解決は最優先される。しかし、最も重要なことは、国民一人ひとりが自分の健康に対する責任と自覚を持つことである。それにより医療サービスの適正な消費が可能となる。これまで医療は供給側の売り手市場であったが、利用者である国民が適切な判断のもと医療サービスを消費することで、ある意味市場原理が働き、医療費の適正化が計られると考える。そのためにも、健康や医療に関する正しい情報が必要であり、健康教育は重要である。今後の課題は、罹患率や有病率を含めコホート研究によりさらに健康教育の効果について分析していくことと、新アプローチが本当にコスト逓減効果を持つか、コストを構成する諸要因の分析をすることである。

## 謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

本稿は2003年度の旭川大学大学院経済学研究科に提出した修士論文の一部に修正を加えたものである。

### 〈引用文献〉

- 1) 永井正規他：市町村が実施する老人保健事業の評価、癌の臨床、35巻5号、249-257 (1989)
- 2) 辻一郎：健康寿命、51、麦秋社、東京 (1998)
- 3) 笹川浩一編：地域医療費総覧、5、社会保険旬報、東京 (2002)

### 〈参考資料〉

- 1) 新井宏朋編：健康の政策科学—市町村・保健所活動からの政策づくり、医学書院 (1997)
- 2) 新井宏朋：健康福祉の活動モデル、医学書院 (1999)
- 3) 石井敏弘、樫本真事：ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの政策開発—政策化、施策化のセンスと技術、株式会社ライフ・サイエンス・センター (2001)
- 4) 岡村恭子、長谷川俊彦：ヘルシーピープル国民健康目標の政策決定過程、公衆衛生65巻9号 (2001)
- 5) 岡山 明、西 信雄：健康教育の過去と未来、公衆衛生66巻7号 (2002)
- 6) 尾崎米厚：健診の現代的意義の多様性、保健婦雑誌59巻4号 (2003)
- 7) 小塩隆士：社会保障の経済学、日本評論社 (1998)
- 8) 川田智恵子：健康教育とヘルスプロモーション、保健の科学34巻12号 (1992)
- 9) 北窓隆子：健康日本21とヘルスプロモーション、公衆衛生65巻4号 (2001)
- 10) 工藤禎子、中島紀恵子：ヘルスプロモーションの概念と動向、看護研究30巻3号 (1997)
- 11) 健康日本21企画検討会、健康日本21計画策定検討会報告書：健康日本21 (21世紀における国民健康づくり運動について)、財団法人健康・体力づくり事業団 (2000)
- 12) 小泉 明、田中恒夫：講座現代と健康 人間と健康、大修館書店 (1973)
- 13) 小泉 明：戦後の健康観の変容、労働の科学43巻 (1988)
- 14) 厚生省編：厚生白書平成7年版、ぎょうせい (1995)
- 15) 厚生労働省監修：厚生労働白書平成15年版、ぎょうせい (2003)
- 16) 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編：医療制度改革の課題と視点、ぎょうせい (2001)
- 17) 後閑容子、蛭名美智子：健康科学概論、廣川書店 (1998)
- 18) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向 (2003)
- 19) 島内憲夫、助友裕子：ヘルスプロモーションのすすめ—地球サイズの愛は、自分らしく生きるために！—、垣内出版株式会社 (2000)
- 20) 杉村 巖：高齢社会を迎える北海道 第5章理想の地位保健をめざして、北海道大学図書刊行会 (1994)
- 21) 杉村 巖、折居裕、五十嵐秀彦：農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究 (1998)
- 22) 杉靖三郎：生命の本質、創元社 (1971)
- 23) 園田恭一、川田智恵子：健康観の転換—新しい健康理論の展開、東京大学出版会 (1995)
- 24) 武田真治：経済学からみたヘルスプロモーション、公衆衛生研究48巻3号 (1999)
- 25) 多田羅浩三編：市町村の保健事業—原点からのレポート、財団法人日本公衆衛生協会 (1984)
- 26) 社会保険旬報：地域医療費総覧、社会保険研究所 (1984年~2001年)
- 27) 藤内修二：ヘルスプロモーションの理念と個別健康教育、保健婦雑誌57巻3号 (2001)
- 28) 道北保健年報 (1970年~2001年)
- 29) 野村 拓、松田亮三：わかりやすい医療経済学、看護の科学社 (1997)
- 30) 星 丹二編：あなたのまちの健康づくりみんなで進める健康日本21、新企画出版社 (2001)
- 31) 前田信雄：保健の経済学、東京大学出版会 (1979)
- 32) 三木 毅：医療経済学、金原出版株式会社 (1982)
- 33) 水嶋春朔、曾田研二：地域保健医療施策策定のための基本条件、日本公衆衛生雑誌44巻2号 (1997)
- 34) 水嶋春朔：地域診断のすすめ方—根拠に基づく健康政策の基盤、医学書院 (2000)
- 35) 名城大学法学部編：列島縦断まちづくり論現場からのレポートPART—II、第一法規 (1991)
- 36) 藪内ふく恵、岩田洋子：既存の健康づくり市民会議を活性化させた計画策定、保健婦雑誌57巻5号 (2001)
- 37) レズリー・ドイアル、青木郁夫訳：健康と医療の経済学、法律文化社 (1990)

〈キーワード〉健康管理、医療費、健康寿命、老人保健事業

研究ノート

## 「ひきこもり」からの第一歩を考える

田中 敦 (全国ひきこもりKHJ親の会家)  
族会北海道「はまなす」事務局長

## 1. はじめに

公私相談団体機関の専門職らにとって一番の支援上での悩みが尽きないものの一つとして「ひきこもり」が挙げられる<sup>1)</sup>。現在少なく見積もっても100万人以上は存在するといわれる「ひきこもり」という課題<sup>2)</sup>。多くが成人期を迎えている若者であるうえに、その対応をめぐるのは苦慮する姿が見られる。それは「ひきこもり」をしている当事者本人との接触がままならないことも理由の一つである。また、「ひきこもり」の子どもを支える家族自体までもが子どもと同様に「ひきこもり」状態になっていることも、より「ひきこもり」という課題を複雑化させている。

多くの課題をもつ「ひきこもり」。これら「ひきこもり」からの一歩をどのように考え、今後どのように取り組んでいくべきか。筆者の実践活動から見たその一つの指針をここでは提示してみたいと思う。

## 2. 「不登校」「ひきこもり」「ニート (NEET)」の関係性

まず「ひきこもり」からの第一歩への指針を示す前に、整理しておかねばならないことがある。それは「不登校」「ひきこもり」「ニート (NEET)」との関係性である。近年、これらタームがセットになって語られたり、いわば包含されて述べられることがある。しかし、これらタームは一定の関係性はあるものの、個々別々なものであるという認識をまず持つべきであろう。

### (1) 「不登校」と「ひきこもり」との関連

「不登校」と「ひきこもり」に関しては確かに不登校をしている児童生徒のうち、家族以外の人とはほとんど接触のない「ひきこもり」状態にある子どもは存在する。しかし不登校児童生徒がすべて「ひきこもり」であることはまずあり得ないと同時に、今「不登校」をしている子どもが将来的にそのまま「ひきこもり」になるという思い込みには注意が必要である。筆者のこれまでの臨床的な見地から言っても「不登校」から「ひきこもり」への移行継続者は10%に満たない現状である。このことは長く不登校分野でフリースペースを運営してきた奥地圭子の指摘<sup>3)</sup>や斎藤万比古の不登校予後調査研究<sup>4)</sup>でも明らかにされてきた。むしろ、頑張り過ぎて休むべきときに休まないで「ごまかして」通い続けた結果、その先の高校や大学生ないし社会人になってから「不登校」や「ひきこもり」という現象が現れたケースもある。

文部科学省が学校基本調査において2005年に発表した<sup>5)</sup>ように、「不登校」という現象はすでに義務教育段階に留まらず、高校生にまで不登校の裾野は広がっているほか、大学生の不登校も各大学の健康管理センターから算出された推計値でも3~5万人程はいるとされているという事柄からも理解できることである<sup>6)</sup>。

### (2) 「不登校」「ひきこもり」と「ニート」との関連

2004年から急速に広がった「ニート」<sup>7)</sup>。ニートは本来、「Not in Employment, Education or Training」という英語の略称であることから、ニートには、不登校や高校中退者、無職者層、ひきこもり、家事手伝いなども含められるところがある。その意味では不登校やひきこもりと「ニート」との関係は深い。



しかし、我が国の「ニート」のとらえ方は先進地の英国（1999年）の「ニート」と、とらえ方や定義をめぐっていくつかの異なる点があり、一色単にすることはできない<sup>8)</sup>。我が国でいう「ニート」は「若者の包括的な就労支援策」と訳したほうが適切であり、「ニート」＝就労支援としてみるべき事項である。

したがって、「ニート」はフリーター対策と連動するものである。ある程度学校にも行き、学歴ももち、就労の経験も少なからずあるということを前提に早期離職者やフリーター、パートタイマーの若者を正規の職業へと結びつけていこうとする施策である。となると、一度も就労をしたことがない、外出がままならない「ひきこもり」の子どもや、社会参加のない「不登校」の子どもは、この「ニート」対策の範疇からは外れることになり、「若者の包括的な就労支援策」と訳した「ニート」対策は彼らにとっては的はずれのものとなる。

また、「ニート」対策はフリーターの定義と同様に15歳～35歳未満までを指している。当然として35歳を越える「ひきこもり」の子どもは対象外とされるが、実はこのことが後で述べるように「ひきこもり」からの第一歩を阻む大きな課題となっている。

今日の我が国における「ニート」は確かに「不登校」や「ひきこもり」と関連することではあるが必ずしもイコールではないということである。この点は今後の支援を進める上で注意が必要である。

### 3. 「ひきこもり」の子どもと家族の現状

筆者が関係する「ひきこもり」の家族会「はまなす」の会に登録している会員に対する調査結果（2004年）<sup>9)</sup>をもとに今日の「ひきこもり」の子どもと家族の現状を簡潔に述べることにする。

#### （1）ひきこもり者を必死に支える高齢の親たち

ひきこもり者の平均年齢が高齢化するごとく、それを支える親の年齢層も高齢化が進行している。今回の調査でも50歳代が68%でもっとも多いが、20%は60歳代で、70歳代の親も見られる。親だけでは、到底ひきこもり者本人を支えきれない、親・家族を支える基盤がそれぞれの地域単位に設けられることが必要不可欠である。

#### （2）ひきこもり者にのし掛かる『年齢』という壁

ひきこもり者の多くが成人男性である。20歳代が60%、30歳代は32%である。40歳代のひきこもり者も珍しくはない現状。ニート対策が「若年層への包括的な就労支援策」とするならば、30代後半～40歳以上のひきこもり者はその狭間に取り残される可能性もある。ひきこもり者の『年齢』が大きな社会参加のバリア（障壁）にもなっていることを社会が認識する必要がある。

#### （3）長期化し続けるひきこもりの時間が社会的不利益に

今調査ではひきこもりの期間は、4～6年が34%ともっとも多い、がしかし10年以上のひきこもり者も21%ある。ひきこもること自体は否定するものではないが、ひきこもることによる社会的不利益の増大は避けられない。長期化による家族関係の不調和や、ひきこもり者本人の自信喪失、無欲化が、ひきこもりからの一歩を阻むことに加担している。

#### (4) 家庭経済負担の増大は避けられない現状

家族構成は、3人世帯40%、4人世帯が35%と、ごく一般家庭に見られる。ひきこもり者の88%が親と同居しており、一人暮らしのひきこもり者は少ない。家庭経済的な負担も多く、札幌市外からの参加者は61%を占める。地元で親の会がなく、札幌まで足を運ぶ親も少なくはない。相談窓口対応が鈍い地域もあり、今後の課題となっている。

#### (5) 相談治療機関で良かった場所は「親の会」

ひきこもり者やその家族を支援している団体機関で一番良かったと回答したものは「親の会」45%であった。「同じ悩みを持つ人がいて気持ちが少し楽になった。話を聞いて、アドバイスをくれる。同じ悩みの親と知り合い、心から話合える。」などの理由からである。一方、良くなかったところでは、多くは無回答、少数ながらあげられたところはすべて公的な機関であった。

#### (6) 親としての不安・悩みは「ひきこもりからの一歩への道筋」

親の不安・悩みの54%が「ひきこもりから一歩踏み出すきっかけの方法・支援」。次いで、多いのが「親なき後の生活保障」27%である。「就労する場の確保」とあげた親は5%に留まった。就労以前の課題があり、ひきこもり者の多くが家から一歩も出られない現状が長く続いていて、さまざまな精神・神経的症状や社会的なスキル不足を抱え、将来への不安をもつ親の実態がある。

#### (7) 「はまなす」の会として取り組むべきこと「社会へのアクション」

家族会への要望は分散化した。「生活・就労体験施設の建設」「訪問サポート士の養成」「国・行政への陳情」がそれぞれ20%を占めた。一言にひきこもりといっても多種多様である。

個別相談会の開催が28%と今後の企画要望で一番多く出されたことは相談窓口体制を含め、公私ともにマンパワー不足、地域情報ネットワーク網の不備と理解せねばならない。

### 4. 「ひきこもり」からの第一歩を考える

以上のことから「ひきこもり」と言っても、その内実は様々である。ある程度外出も出来、買い物や家事手伝いなどできる子どももいれば一方で、全く外出も出来ず、なおかつ家族ともコミュニケーションがない「ひきこもり」の子どももいる。特に、今後の支援に欠かすことの出来ないものは後者の「完全自室ひきこもり」と言われる層である。「ひきこもり」の家族会に参加する多くの親の子どもが、この層に属する人たちであることから、こうした層に対する支援があまりにも手薄で、対策が不備であることを理解せねばならない。

近年、高額な料金を請求される訪問サポートや弱みにつけ込んだ新興宗教の勧誘、強引な手法から子どもの人権を侵害するケース<sup>10</sup>などの報告も耳にする。こうした「完全自室ひきこもり」の子どもと家族が「社会から孤立化しない」ような安全で安心できる対策をすすめることが重要である。

そのために、いくつかの「ひきこもり」からの第一歩を考える指針をここで提示しておきたいと思う。

### (1) 公私団体機関の情報の把握と適切な提供

「ひきこもり」の子どもや家族が意外にも活用できる社会資源の情報を知らないことが多い。そうした情報を適切にキャッチできる人は「ひきこもり」からの第一歩を踏み出すことになるが、不幸にもそれをキャッチできない人たちもいる。

どんなに素晴らしいチラシやホームページを作っても、どんなに効果的な支援プログラムを構築しても、その情報が当事者（ひきこもり本人や家族）に届かなければ何の意味もない<sup>11)</sup>といえよう。そこには家計などの経済的な格差や世帯状態など家庭環境が考えられる。どこに行けば適切な情報が得られるのか、その集約と適切な情報提供をすすめられるようにしていかなければならない。

### (2) 「ひきこもり」本人へのサービス開発

残念ながら「ひきこもり」をしている子どもへのサービスはまだまだ足りない。特に20代や30代といった青年期の子どもが自由に集い、仲間をつくり、自信を回復して社会へのステップを歩む居場所がまだ足りない。特に「常設」という居場所は限られている。

また、個別的な相談窓口は医療機関や保健所、精神保健福祉センターを含め非常に混雑している状態で、札幌市内を中心に予約も1か月以上待ち状態が続いている。

医療機関によっては相談利用者から、待ち時間が長い割には15分間面接しかしてくれないなどの不満も出ており、今後の課題となっている。

また、上述してきたとおり35歳以上の青年期の子どもへの支援策、「完全自室ひきこもり」状態の子どもには訪問サポートや電子メールによる相談を含めて他にはどんなものが考えられるのか、「ひきこもり」本人のニーズに応えられる対応が今後もさらに検討していく必要があるだろう。

## 5. 終わりに

最後に筆者の想いを付け加えて本稿を終えることにしたい。ひきこもり問題は、もはや個人病理や家族病理とは言えない「社会問題」であるということである。「ひきこもり」問題をとおして、働けない人がいる一方で過労死など働きすぎる人もいる今の労働環境や「働き方」を再考していく必要があるだろう<sup>12)</sup>。

そして「ひきこもり」の最終的な課題は「自立」であることには違いないが、その自立を阻む要因が少なからず、この現代社会にもあるということも検討されていくべきであろう。

「履歴の空白」「世間体」以上に「年齢」という壁が「ひきこもり」からの一歩を阻んでいる。特に「年齢」については、我が国特有の課題であり<sup>13)</sup>、就労における年齢のハードルが「ひきこもり」の子どもの大きな壁になっている。

一度の失敗や挫折によってその後の将来の歩み、その第一歩が彼らの過去によって阻まれるとするならば、それは大きな社会の損失といわねばならない。「ひきこもり」の子どもに「セカンド・チャンス」を与えるそんな懐の深い社会であってほしいと願うものである。

また、これに加えて今までの枠組みの就労システムから脱却した就労のあり方も検討されていくべきであろう。具体的にはNPOなどに委託された就労事業や地域サークル活動など新たなビジネスの起業である。そこには単なる私利私欲に走らない、社会に役立つ、貢献できる自己充足感を得ることが出来る働き方である<sup>14)</sup>。こうした選択肢が、これからの「ひきこもり」

の子どもの意欲をつくりあげていくことは確かである。周囲の価値観に合わせるのではなく、自分の考えをしっかりと、自分の足で歩いていく「自律」がそこにはある<sup>15)</sup>。こうした地道な社会的活動にも関心を向けて支援をしていくことが必要だろう。

今後とも筆者は様々な実践活動を通して「ひきこもり」の子どもとその家族を支援していきたいと思う<sup>16)</sup>。相談は年間で手紙や電子メールだけで約140件のひきこもりに関する相談を受けている<sup>17)</sup>が、この現実世間一般の人たちにはとかく見えにくいものである。見えにくいものを見える形にしていくことも筆者の重要な仕事でもあると考えている。

#### 注)

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 「ひきこもり」対応ガイドライン(最終版)『『社会的ひきこもり』に関する相談・援助状況実態調査報告』(2003年)。この中で、援助上の困難感を抱く保健所・精神保健福祉センターの職員は全体で65.1%を占め、「ひきこもり」の支援にかなりの困難があるとの回答が見られる。
- 2) 斎藤 環 『社会的ひきこもり』PHP新書(1998年)。斎藤環は精神疾患によるひきこもりとを区別する意味で社会的ひきこもりという言葉を使用した。しかし今日はひきこもりの子どもの多くが二次障害として精神疾患をもってしまったことが多く、精神疾患のひきこもりと非精神疾患のひきこもりを区分する意味がないとの見解が多くなってきた。
- 3) 奥地圭子 『不登校という生き方』NHKブックス(2005年)。奥地圭子は本著の中で、20年以上の不登校児との経験から、不登校がひきこもりにつながらなかった子どもが圧倒的に多かったと指摘している。
- 4) 斎藤万比古 「不登校だった子どもたちのその後」『こころの科学』第87号(1999年)。不登校の各予後調査研究によると58%~88%のケースが何らかの社会適応を果たしており、不登校状態が決して悲観するものではないことを明らかにしている。
- 5) 2005年9月文部科学省『学校基本調査』で2004年度における高校生の不登校は6万7,500人と初めて調査結果を公表した。このうち36.6%が不登校から高校を退学、11.2%は原級留置となっている。また中学時代の不登校経験者は21.1%となっている。
- 6) 太田直子 「つまずいてよかったーニュースタートする若者たちのメッセージ」『教育』国土社(2000年3月号)。香川大学の健康管理センターが行った調査から算出された大学生不登校は約3~5万人と指摘。このときの大学生不登校の定義は「病気や家庭の事情がないのに3か月以上登校しない大学生」。その出現率は1.2~2%と推定して割り出した。同様に、文部科学省が2000年6月に報告した「大学における学生生活の充実方策について」においても大学生不登校について触れられており、国立大学の調査では大学生不登校は全学生の1~2%存在すると推計されている。
- 7) 玄田有史・曲沼美恵 『ニートフリーターでもなく失業者でもなく』幻冬舎(2004年)。玄田有史や小杉礼子らによって「ニート」という言葉は急速に広がることになる。
- 8) 本田由紀・内藤朝雄・後藤和智 『「ニート」って言うな!』光文社新書(2006年)。
- 9) 田中 敦・吉田 勇 「ひきこもりへの支援を考える『はまなす』のアンケート調査結果」(2004年4月)。登録会員68名(回収数は35名)に対する調査結果による。
- 10) 全国不登校新聞社 『fonte 175号』(2005年8月)や『fonte 185号』(2006年1月)を参照。
- 11) 工藤 啓 『「ニート」支援マニュアル』PHP研究所(2005年)。
- 12) 森岡孝二 『働き過ぎの時代』岩波新書(2005年)。
- 13) 玄蕃まみ 『年齢差別』岩波ブックレット(2005年)。玄蕃まみは本書で未だに日本に根強くある差別が年齢によるものであることを他国の比較などを交えて論じている。
- 14) 例えば、筆者が監事をつとめるNPO法人「楽しいモグラクラブ」が母体となって活動を展開している「ITカイ」があげられる。ひきこもり経験者が自らの働き方で起業していく姿には希望を感じる。『北海道新聞』(2006年1月28日夕刊)。
- 15) 関口 宏 『ひきこもりと不登校』講談社α新書(2003年)。関口宏は本書で自立ではなく「自律」という言葉を用いて表現している。そこには自立という言葉を使うとある特定の人たちを社会的に排除することにつながると指摘している。
- 16) 筆者自らが関係する社会的な諸活動を挙げれば、次のようになる。  
レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク事務局代表  
ホームページアドレス <http://www7a.biglobe.ne.jp/~retapost/>  
全国ひきこもりKHJ親の会家族会連合会北海道「はまなす」事務局長  
ホームページアドレス <http://khj-hamanasu.hp.infoseek.co.jp/>  
自助グループ「プリズム」事務局長  
ホームページアドレス <http://members3.jcom.home.ne.jp/shou1176/index.html>
- 17) レター・ポスト・フレンド相談ネットワークの活動を通しての相談件数。1999年設立。手紙や電子メール相談としては草分け的な存在である。2006年度にNPO法人化に向けて準備中。

研究ノート

## 家族介護者支援に関する考察

— 障がいのある高齢者家族介護者に焦点をあて —

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

少子高齢化・核家族化が進み、障がいのある高齢者や障がい児・者の抱える家庭では、何らかの生活困難が生じている。それは、障がいをもった当事者自身もそうであるが、その家族や親族にまで及ぶ場合がある。近年、要支援者を抱える家族の介護をめぐって発生する「親子心中」、「介護殺人」、「介護心中」、「障がい者・高齢者虐待」、「介護者への暴力」などの事例分析は、要支援者だけでなく、家族介護者にも著しい負担のあることを示している<sup>1)</sup>。私たちは、この状況をどのように捉え、予防・防止に向け、どのように取り組むべきであろうか。

このような問いへの取り組みは、要支援者に対しては、すでに精神医学、社会学、社会福祉学によって進められている。しかし、その一方にある家族介護者支援に関する研究は、近年わが国における在宅介護者支援研究や高齢者虐待研究、障害者家族研究、家族研究において徐々に注目をあびつつあるものの、欧米で進められている家族介護者の権利に基づいた支援策研究のレベルまでには達していなく、新たな支援策を提言するには十分な知見を持ち合わせていない状況にある。昨今の家庭環境の変化やこれらの多発する事件を考慮すれば、今後は「家族介護者」を「社会福祉」をうける対象であると捉え、これまでの在宅福祉政策研究のなかに、「個人支援」政策の観点から、家族介護者を捉え直し、研究対象に加える必要があると考えられる。

さて、現行制度をみると、そうした家族介護者の深刻な状況を理解し、社会福祉援助活動として支援する公的な介護者支援策は、少ないというのが現状である。わが国の在宅介護者支援政策は、高齢者・障がい者福祉政策と混同されながら陰に隠され、介護保険制度および支援費制度においても、ケアマネジメントの主な支援対象から外れ、一部、痴呆性高齢者の介護家族支援事業として、相談事業や介護方法に関する教育プログラムが整備されているにすぎない。

このような状況にある家族介護者は、本来、憲法、特に第13条、第25条で保障されるべき「個人の尊厳」「人間の生存権」が危うくされており、基本的人権の保障の観点から有効な制度を早期に打ち出す必要があると考える。そして、それは社会保障政策のみではない、基本的人権を保障するための具体的な施策をもって包括的に支援する体制が求められよう。

本稿では、このような課題意識に基づき、障がいのある高齢者を在宅で介護する家族介護者に焦点をあて、まず、家族介護者支援に関する研究を概観し、次に、研究課題を検討することによって、今後の家族介護者支援に関する研究の方向性について考察したい。

## 2. 家族介護者支援に関する研究の現在

家族介護者支援に関する研究は、家族研究や社会福祉学研究の中に位置づけられ、その系譜の中で捉えられるが、要支援者とその家族との関係性や、要支援者を含めた家族全体について論じるものは数少ない。なぜならば、これまで高齢者・障がい者本人に研究の焦点が当てられ、家族はその背後に押しやられてきた系譜をもち、当事者の支援について研究が強調される傾向があったからである。そのため家族介護者支援に関する研究は、極めて限定された領域の中で議論が展開されてきた〔土屋、2002：23〕。

そのような背景をもつ家族介護者支援に関する研究は、主に4つにわけられる。1つめは「家族介護者の実態」を明らかにする調査研究である。2つめは、ジェンダーの視角から家族介護者を取り巻く社会構造を論じるものである。3つめは、「家族ストレス論」において、家族成員が受けるストレスに着目し、家族介護者の支援プログラムを開発するものである。4つめは、

「社会福祉学研究」の立場から家族と当事者を社会福祉の対象として、福祉政策、権利保障を論じるものである。本章では、以下、その内容を概観する。

### (1) 家族介護者の実態に関する研究

家族介護者の実態やその負担に関する調査研究は、アメリカにおける老年学などの成果に学びながら、看護学、介護技術論、老年学、社会学、法律学あるいは社会政策の諸分野にまたがる。しかし、これらの研究は、負担を解消するための援助、とりわけ休息や休暇の保障による人間らしい社会生活の回復については、明確に検討していない現状にある。

日本においては、高齢者介護が社会的問題として取り上げられた、1970年代から1980年代にかけてその実態に関する研究がはじめられた。そして、1980年代半ばから、介護者支援に関する研究が本格的におこなわれたが、これまでの介護に関する研究の多くは、認知症高齢者の介護に着目し、その実態把握についての研究は数少ないものとなっている。その調査法として、当初は数量的な調査に重点がおかれてきたが、80年代半ばから質的な調査とともに行われた。

そんな中、近年、高齢者虐待問題が表面化し、「高齢者が社会的に虐待されている」という議論がなされる一方で、家庭内における高齢者への虐待を防止するための家族支援のあり方、介護者の負担軽減、そして、制度的・社会的サポートの不備などから、「介護者が社会的に虐待されている」と指摘され<sup>2)</sup>、家族介護者の負担感についての研究が行われはじめた。たとえば、パルモア〔2002：222〕は、介護者に対する虐待について、「高齢者虐待の対極にあるのは、子供や孫に対する虐待である。高齢者は介護や支援の面で依存している成人した子供や孫を肉体的感情的に虐待したり、無視したりすることがあるかもしれない。しかし、こういった問題についての報告はほとんどなく、研究も行われていない」と指摘している。また、山本則子ら〔2000：205〕は、1999年の「米国老年学会では、介護者に対する高齢者からの暴力や mistreatment についての討議が盛んに行われ」、「家族が自分の介護する高齢者から虐待を受けている現状もある」と指摘している。

また、家族介護者の生活実態を検討した研究として、たとえば、橋爪祐美〔2005〕は、働く女性の立場からの在宅介護に関する研究を行い、働きながら介護する女性の生活実態を明らかにするとともに、働く女性への支援について検討している。

さらに、介護殺人について焦点をあてた加藤悦子〔2005〕は、司法福祉の立場から、裁判調書などをもとに、過去に生じた事件の実態を調べ、背景要因と思われる課題の抽出を行い、それらを克服する方法を検討し、家族介護者の実態を示した。

しかし、これらの研究はいまだ実態としては、信頼性に乏しく、さらなる実態調査研究が必要であると考えられる。

### (2) 家族介護とジェンダーに関する研究

このような実態調査が進められるなかで、それと並行しながら家族と介護に関する研究が、ジェンダーの視点から取り組まれている。1970年代後半からコミュニティ・ケア政策の批判の中でイギリスの研究者たちは、母性愛や女性というジェンダー規範の下、家庭という場で孤独な無償の介護労働を担わされている女性の負担と経済的劣位を「家族介護者」の発見という表現で浮き彫りにした。

その後、1980年代前半の欧米のフェミニストの実証研究によって、家族介護研究が切り開かれ、家族介護者の発見は、男女間の不平等の原因が家庭内における女性のケアワークの割り当

てにあることを発見することとなった。そこでは、「被介護者中心」から「介護者中心」への視点の転換が図られ、さらに、ジェンダーの視点から被介護者と介護者との介護関係（ケアリング）に注目する議論が提示されることとなった〔笹谷、2005：39〕。ケアリングとは、介護は、被介護者と介護者との相互関係において実現するものであることから、介護関係（ケアリング）に着目してこそ家族介護の問題が鮮明となり、その原因と解決方向も分析できるとの議論であった。

このような議論は、外部資源との相互連携のあり方、つまりケアリング論などのマイクロなレベルと福祉レジーム論などのマクロなレベルの統合の視点から、家族介護者への支援を関係構造的に考える視点を提示した。

研究課題としては、今後、家族介護を社会的にどのように位置づけるか、つまり介護を「個人」と「国家」の単純な公私二元論的な関係性で捉えるのではなく、「家族」を含めた新たな介護の関係性のあり方が問われている。

### （3）介護者支援プログラムの開発に関する研究

これまで家族介護者支援のためのプログラム開発に関する研究は、ヒルの「家族ストレス論」を原型に展開され、家族システムに焦点をあてたマッカランらの「家族機能再生モデル」に継承され、生態学理論を背景に持ちながら、個人と家族システム、社会システムを含めた環境との関係までを視野にいられた研究がなされた。それは近年に至っても発展している。

その理論のもとでは、ストレスに対するコーピング（対処）という概念が重要視され、コーピングを高めるための支援、あるいはコーピングの一つとして地域の介護者グループの形成支援プログラム開発が研究内容とされている。日本においては、たとえば、内藤さゆり〔2002〕は、地域から孤立、ストレスを抱える家族介護者に対するソーシャルサポートネットワーク形成と家族介護者の問題に対処する能力を高めるエンパワメントを図るための方法について考察した。千葉県A市の事例から「家族介護者に対する教育支援プログラム」の効果を検討し、自治体の役割として、交流活動とそのため参加できる条件づくりの重要性が指摘され、セルフヘルプグループ形成への働きかけとして、大きな意味を成していることが示唆された。

また、家族介護しながら働く女性に対する支援プログラムとして、渡部里子ら〔1999〕、澤田いづみら〔1997〕の研究は、働く介護者の場合は、職場における支援プログラムの開発やプログラム提供者が職場に向くなど、これまででない形式の支援の必要性を明らかにした。

今後は、諸外国で開発されているプログラムを日本においても活用できるよう比較研究が期待されている。

### （4）家族介護者への支援策に関する研究

家族介護者への支援策研究は、これらの研究とともに推し進められ、日本においては、1990年代半ばの介護保険制度創設の議論過程における「家族介護者への現金給付」の議論とともに注目された。それ以降、イギリス、オーストラリアにおける政策と日本の政策との比較研究をもとに、従来の在宅介護政策の再考、つまり高齢者と介護者を社会的にどのように位置づけるかが課題とされている。

近年の論考では、要介護高齢者に対して福祉サービスの権利性を与えるだけでなく、家族介護者にも福祉サービスの権利を与えるべきであるとの考察がなされ、現行制度の限界性や家族介護者の深刻な負担状況が明らかにされている。たとえば、工藤由貴子〔2001〕は、日本とオ



ーストラリアの比較のなかから、インフォーマルな介護者に対する支援策を検討し、佐々佳子〔2003〕は、イギリスにおける在宅介護者支援政策をとりあげ、日本の現状の支援策の改善を唱えている。また、岩間大和子〔2003〕は、日本の家族介護者施策を概観し、イギリスにおける近年の新たな施策の展開、またドイツおよびスウェーデンにおける施策を紹介しながら、日本においても、社会保障・社会福祉のあり方について、世帯単位から個人単位への移行などを指摘している。

そのような議論のなかで、家族介護者の人権ないし権利擁護の立場から、基本的人権に基づいた包括的な支援策を実施すべきであるとの考察がなされている。たとえば、高齢者虐待問題が社会的に認知され始めた1980年代のアメリカにおいて、RzeteInyら〔1981：72〕が、『介護者の権利宣言』のなかで、1. 自分の人生を生きる権利、2. ケアの計画を選択する権利、3. ケアの計画を選択するに際し、いかなる経済的・法的強制も受けない権利、4. 自ら家族の安定のために不可欠の存在として認められる権利、を提唱し、そのなかで高齢患者の評価に介護者を含めることの重要性を唱え、介護者の基本的人権の保障とともに、福祉サービスを受ける権利性の必要性をいち早く訴えた。

また、1990年代後半から、イギリスの介護者の人権を保障した「介護者法」を考察する研究が進められ、三富紀敬〔2000〕は、日本における在宅介護者研究の状況をイギリスとの比較研究から痛烈に批判し、権利にもとづく介護者の「生活の質」の必要性を訴えている。

さらに、日本をはじめアメリカ、オーストラリア、イギリスおよびスウェーデンなどの国々における介護者の規模と構成、介護労働の経済的価値、在宅介護者の「生活の質」の回復にむけた援助の動向について検討している。

同様に、梅崎薫ら〔2000〕は、イギリスの家族介護をめぐる動きを紹介するなかで、「介護者法」について触れ、日本におけるケアマネジメントと比較し、「利用者のニーズアセスメントとは異なる介護者のニーズアセスメントや、介護者へのサービス提供という多様な課題について、今後検討していく必要がある。ケアマネジャーは、利用者と介護者、双方の要求に基づいたケアプランを作成しないとイケない」と指摘し、そのうえでの自己決定の尊重こそが、社会的に保障される制度として創設すべきと指摘している。

### 3. 先行研究の到達点と研究課題

このように、4つの視点から家族介護者支援に関する研究について概観した。ここから言えることは、家族介護者支援に関する研究は、その実態に関する研究、ジェンダーの視点からの家族介護研究からはじまり、プログラム開発に関する研究、近年では、家族介護者支援策に関する研究が検討され、その中で、イギリスやスウェーデンなどの実践を踏まえながら、家族介護者の基本的人権を保障するという視点からの支援策研究が取り込まれつつあるということである。そして、それらは、近年始まったばかりであることから、個別の研究課題も多く残されており、さらなる研究と諸外国の先行研究を含めた文献検討が引き続き必要とされる<sup>3)</sup>。

また、本研究を進めるにあたり、社会福祉学研究において「家族介護者」の学問的位置づけが、明確にされていないということが見受けられた。そのため、今後研究を進めるにあたっては、「家族介護者」を社会福祉学研究の全体性のなかで捉えることが、現段階では重要であり、「高齢者福祉」、「障がい者福祉」などと同様に、「介護者福祉」という視角から「家族介護者」を研究対象のひとつと捉え、家族介護者支援に関する研究を発展させる必要があると考える。

その方法としては、家族介護者の基本的人権の保障を含めた諸外国の先行研究に学ぶところが多いと考えられ、それらを検討することによって、わが国における家族介護支援策の構築に寄与する基礎資料が得られると期待される。

#### 4. おわりに

本稿では、家族介護者支援に関する研究を概観し、研究課題について考察した。

現代における家族介護の状況をみると、悲惨な介護に係わる事件が示すように、家族を過剰なストレスある危機的な生活環境におく一方で、そのケア関係にある要介護者をも危機的な状況にさらしている。このことは、「介護の社会化」を目指す、わが国の福祉政策とは全く逆向きな方向へ導き、家族介護者の社会的位置づけを不安定なものとしている。

このような社会的状況にある家族介護者は、これまで社会福祉研究のなかで部分的に取り上げられてきたものの、主な研究対象としては取り上げられてこなかった。今後は、近年の介護をめぐる発生する悲惨な事件を予防するために、また家族介護者が自らの「生活の質」を向上させ、「個人の尊厳」に満ちた生活を送るために、地域福祉研究の視角とともに、学際的な観点から研究を深める必要があろう。

#### 注)

- 1) 「介護心中」、「介護自殺」、「介護殺人」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；加藤、2005〕
- 2) 海野は、家族介護とジェンダーに関する研究と高齢者虐待研究における「社会的虐待」という概念から、女性介護者に対するジェンダーフリーの視点を含む「社会的虐待」の分析視点の有効性を指摘している〔海野、2001〕
- 3) 萩原は、家族介護者に視点をのいた先行研究を整理し、その成果と課題についてまとめている〔萩原、2002〕

#### 〈参考文献〉

- 1) アードマン・パルモア（鈴木研一訳）『エイジズム—高齢者差別の実相と克服の展望—』〔2002〕明石書店
- 2) 岩間大和子 「家族介護者の政策上の位置付けと公的支援—日英における政策の展開及び国際比較の視点」『レファレンス』53(1)（通号 624）〔2003〕国立国会図書館調査及び立法考査局、p5-48
- 3) 海野恵美子 「虐待に関連した在宅介護者の「介護の苦勞」についての一考察」『長野大学紀要』23(2)〔2001〕p14-32
- 4) 梅崎 薫・前田信雄 「家族ケアをアセスメントする「介護者法」—介護者の人権を保障するケアマネジメント」『月刊ケアマネジメント』1月号〔2000〕p20-22
- 5) 落合恵美子 『21世紀家族へ』〔1997〕有斐閣
- 6) 加藤悦子 『介護殺人—司法福祉の視点から』〔2005〕クレス出版
- 7) 木下康仁 「介護者支援」『月刊総合ケア』vol.11No.7〔2001〕p84-87
- 8) クレア・アンガーソン（平岡公一・平岡佐智子訳）『ジェンダーと家族介護』〔1999〕光生館
- 9) 工藤由貴子 「インフォーマルな介護者に対する支援策—「ケアラズ・ベフィット」という方法について—日本とオーストラリアの場合」『武蔵野女子大学短期大学部紀要』第2号〔2001〕p37-49
- 10) 佐々佳子 「在宅介護者支援政策の展開に関する一考察」『社会学研究紀要』No.3〔2003〕p55-64
- 11) 澤田いずみ、佐伯和子、庄田順子 「高齢者の介護教室におけるグループワークへの参加の状況とその関連要因について」『日本看護科学学会誌』17(3)〔1997〕p346-347
- 12) ジョセフ・ガロ編（岡本祐三監訳）『高齢者機能評価ハンドブック』〔1998〕医学書院
- 13) 高橋流里子 「要介護者の介護者支援の必要性とそのあり方—介護者の余暇活動の試みを通して」『社会事業研究』(39)〔2000〕p31-36
- 14) 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
- 15) 長寿社会開発センター 『イギリス社会サービス改革の現状Ⅶ』〔1998〕
- 16) 土屋 葉 『障害者家族を生きる』〔2002〕勁草書房

- 17) 内藤さゆり 「家族介護者に対する教育支援プログラム実践とその効果について」『現代福祉研究第2号』[2002. 3] p103-113
- 18) 中野いく子 「家族介護の実態」東京都総合老人研究所社会福祉部部門編『高齢者の介護と介護サービスニーズ』[1996] 光生館
- 19) 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] p76-78
- 20) 日本社会事業大学社会事業研究所編 『介護者支援の必要性：介護者の余暇活動の試みを通して』[1999] 日本社会事業大学社会事業研究所
- 21) 萩原清子 「在宅要介護高齢者と家族介護者支援政策研究の課題」『関東学院大学文学部紀要』(95)[2002] p127-143
- 22) 橋爪祐美 『働く女性の介護生活』[2005] 風間書房
- 23) Harriet Rzetelny, Joanna Mellor(1981), Support Groups for Caregivers of the Aged:A Training Manual for Facilitators.
- 24) Phillips L, Brewer B, Glittenberg J, Dominquez S, Torres E, Woodtili A and Ayres M(1999), *Nursing intervention for turbulence in caregiving*, Symposium presented at the 52<sup>nd</sup> Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America(San Francisco)
- 25) Vernon L, Greene(1989), *The Effect of a Support and Education Program on Stress and Burden Among Family Caregivers to Frail Elderly Persons*, *The Gerontologist*, 29(4)p472
- 26) 保坂 隆、杉山洋子 「在宅介護者への構造化された介入効果」『老年精神医学雑誌』10(8)[1999] p955-961
- 27) 藤崎宏子 「家族と福祉政策」三重野卓・平岡公一編『福祉政策の理論と実際～福祉社会学研究入門』[2000] 東信堂、p111-137
- 28) 三富紀敬 『イギリスの在宅介護者』[2000] ミネルヴァ書房
- 29) 三富紀敬 「イギリスの在宅介護者と権利保障」『総合社会福祉研究』第18号 [2001. 3] p149-157
- 30) 松岡英子 「寝たきり老人を抱える家族のストレスと対応」石原邦雄編『家族生活とストレス』[1985] 垣内出版、p61-62
- 31) Linda Lindsey Davia(1996), *Dementia Caregivers Studies:A Typology Family Interventions*, *Jurnal of Family Nursing*, 2(1)p32
- 32) 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] p141-148
- 33) 山本則子・杉下知子 「家族介護者への支援のあり方」『保健の科学』42(3)[2000] p201-206
- 34) 渡部里子、上野容子、三枝和子、伊藤弘子、大塚由紀子 「在宅療養を支える家族介護者への精神的援助」『共済医報』48 [1999] p185

〈キーワード〉 家族介護者、虐待、介護負担、介護者の権利、介護者福祉



講演レポート

# 福祉援助論で読み解く不登校

— わが子が不登校で教えてくれたこと —

野村 俊幸（社会福祉士・精神保健福祉士）

## 1. はじめに～福祉援助論の有効性

不登校の急増が「社会問題化」してから久しい。様々な分野から「問題解決」のアプローチがなされてきたが、不登校はまず「教育問題」としてとらえられ、そこで解決しきれない、いわば「困難事例」が福祉・保健相談や精神医療に持ち込まれるというパターンが多かったように思われる。しかし、子どもが二人とも不登校となり、のべ15年ほどこの問題と関わってきた体験や「親の会」などの活動を通して、私は不登校の理解と支援に「社会福祉援助」の視点がとても大切ではないかと考えるようになった。

また不登校に限らず、子どもが親の考えと違った方向に行って家族が揉めるというのはよくあることだし、子どもに障がいがあったり重い病気にかかって家族が悩み苦しむという場合もある。このように、子育てが親の思いや願いと異なったプロセスを歩んだ場合、親をはじめ周りの人たちはどう対処すべきかについても、福祉援助論は貴重な示唆を与えてくれる。私は専門の研究者ではないが、体験を通してこの問題を考えてみたい。

## 2. 社会福祉相談援助のアプローチ

社会福祉の相談援助活動は、大きく三つのアプローチで考えることができるであろう。

第一は、個々のケースに具体的に関わる「個別支援」アプローチである。これは、相談援助活動の最も基本となるもので、その指針となるのが「バイステックのケースワーク7原則」である。この原則には、子どもが不登校になった場合にどうすればよいかということについても、実に参考になる教えがたくさん含まれている。

第二は「関係調整」アプローチである。ここでは、「一般システム論」に基づき「原因・結果」を固定的にとらえないで、その問題に関わっている様々な要素の相互関係を重視し、「援助者自身もそのシステムの一員である」と考える。不登校は学校を舞台に起きている現象であり、「子ども・家庭・学校」をひとつのシステムとしてとらえて問題解決を図る必要がある。しかし、学校では「不登校をしているその子をなんとかしよう」と考え、「生活指導・生徒指導」の問題として解決を図るという傾向が強いように思われる。これでは、一方の当事者が他方の当事者を評価・判定して援助方針や指導方針を決めることになり、問題をこじらせる一因にもなりかねない。

第三は「地域福祉」アプローチである。不登校やひきこもりの急増には社会的背景もあり、個々の学校や家庭にとどまらず、社会としてきちんと受けとめ対応する必要がある。そのためには「教育改革」とともに「地域福祉」の課題として、「ケアマネジメント」の観点を生かして「学校が抱え込む荷物を軽くする」ことを検討すべきではないかと考える。

## 3. 「事例研究」としての体験報告

### (1) 長女の場合～追いつめる

#### ・中学2年で不登校、必死に登校させるが…

今年32歳になった長女は、中学2年生のとき「いじめ」が引き金となって不登校になる。長女は朝、頭痛や腹痛、吐き気など様々な症状を訴えて、玄関先にうずくまってしまう。しかし、学校を休ませると昼頃には症状も消えて、家の中では普通に起きている。それがやがて毎日続

くようになる。原因は思い当たらない。親はとても不安になり、病院を連れ回すがどこも異常はない。すると「怠けではないか」とか疑い出す。

一日中具合が悪くないのだから、私たちは長女を学校へ連れて行けば何とかかなると思い、学校も「連れて来てくれれば何とかしますから」と言うので、必死になって学校に行かそうとした。先生に来てもらう、毎朝友だちに迎えに来てもらう、車に押し込んで学校まで連れて行くなどあらゆる手を尽くすが、やればやるほど長女の体調は悪化し、3年生に入るとほとんど登校できなくなった。

#### ・高校受験へのこだわりをやめることから

すると、高校受験という関門が立ち足はだかる。学力は遅れ、内申点は1しかつかないのも高校受験は無理ということで、留年させ次年度の受験に備えようということにしたが、なぜこんな馬鹿なことをしたのか、今でも本当に長女に申し訳ないと思う。このことが長女を決定的に追いつめ、学校どころか家からも出られなくなり、部屋は荒れ放題で昼夜逆転し、生活のリズムはメチャメチャになってしまう。事ここに及んで、妻は「無理に学校に戻そうとしたことが間違いだった」と気がつき方針を変えるが、私はなかなか理解できなかった。これはよくあるパターンで、「そんなことで世の中は通用しない、もっと強くならなければダメだ」という意識からなかなか抜けられない父親が多いようだ。

しかし、やがて私も「高校に行かなければ本当にダメなんだろうか？この子が元気になるのが先ではないだろうか？」という気持ちに変わっていったが、このときの解放感は今でも鮮明に覚えている。気持ちががすつと楽になり、すると自然に子どもとやさしく接することができるようになった。こちらの姿勢が変化したことで長女は安心感を持つことができたのだと思う。コミュニケーションも回復して、長女は驚くほど急速に元気になっていった。

#### ・通信制高校から社会人へ

結局、長女は4年目の中学3年もほとんど登校しないまま卒業するが、通信制の道立有朋高校に進学し、5年かかって何とか卒業した。有朋高校にはいろんな年齢層の人が在籍しており、長女はそれが住み心地よかったようだ。中学時代、長女は同年代の女子のグループに入るのが苦手で、トイレに行くのも一緒といった雰囲気になじめずに孤立したところを、男子生徒に狙われて執拗ないじめを受けたという。だから、有朋高校のように多様な年齢層の集団の方が、気兼ねなく自分を出せて友だちもできたと言った長女は話している。これは不登校の子どもからはよく聞く話で、格別珍しい話ではない。

長女は、やがてアルバイトをはじめたり、地域のボランティア活動やイベントに参加したりと世界もだんだん広がり、21歳で職場で知り合った青年と結婚し、今は札幌で3人の子育てに奮闘中である。中学4年目のときに自分の気持ちを変えられず、登校を強制し続けたなら、「孫という名の宝物」に出会えなかったと思っている。

## (2) 次女の場合～受けとめる

### ・小学4年生で不登校、まずゆっくり休む

次女は今年22歳になったが、小学4年生の1学期から不登校になる。長女が成人を迎え、ひと息ついた矢先であった。それまでは元気に学校生活を送っているように見えたので、原因はさっぱり思い当たらない。実は本人も、今でもよくわからないと言う。ともかく、学校に行くのが辛くなったのは間違いない。朝になると様々な身体症状を訴えるが、休ませると昼頃までには症状が消えて、家では普通に生活することができた。

しかし、長女のときと決定的に違ったのが親の対応で、長女のときの反省から、次女に対しては一切無理に学校に行かせようとはしなかった。学校にも「この子は安心して休息することが必要なので、先生や友だちのお迎えなどは控えてほしい。子どもの様子は私どもの方からきちんとして報告します」とお話し、学校もおおむね理解してくれて、次女に登校のプレッシャーをかけるようなことはなかった。

すると、次女の身体症状は間もなく消えて、日中はゲームやテレビを見て過ごし、放課後は友だちと行き来して一緒に遊んでいた。やがて昼間も一人で外出できるようになり、買い物に行ったりサイクリングに出かけたりと、行動範囲も広がっていった。

#### ・次女の不登校で「助かった」こと

こうして、学校に戻らないまま小学校を終えたが、中学校には行くと言いだした。後に次女は、「このままで将来は大丈夫だろうか」と、小学生なりに不安や心配はいっぱいあったと話している。そこで、中学進級を機に意を決して学校に行くが、雰囲気になじめず、いじめもあって2ヶ月で不登校になり、結局、学校に戻らないまま中学校を卒業した。

小学6年生のころ、次女は全く偶然にジャズダンスと出会い「函館ダンスアカデミー」という北海道でもかなりハイレベルのスタジオのメンバーになって、発表会やイベントなどあちこち飛び回るようになった。

次女は中学校とは無縁の生活を過ごす、やはり高校進学という関門が立ちただけ、悩んだ末に「ダンス優先」ということで有朋高校通信制に進学した。しかし、親にとって「受験生の親をやらないですんだ」ということは、とても精神衛生上良いことだった。強がりのように聞こえるかもしれないが、高校受験のことを心配しようがないので、学校の通信簿とかテストの成績に一喜一憂する必要がない。おかげで、次女とは受験や成績のことでピリピリすることもなく、ゆったりとした気持ちで向かい合えたように思う。

#### ・ジャズダンスから公務員試験へ

やがて、次女の所属するチームが「ヤングダンスフェスティバル」という全国大会で優勝し、2001年にはニューヨークで開かれたジャパンフェスティバルというイベントに招待され、カーネギーホールで踊るといふ一生の思い出に残る経験もした。こうなると、「子どもには子どもの生き方がある」と分かったようなことを言っていた私も、ついつい「親の欲目」が出てきて、ダンスのプロとして進んではどうかと、随分水を向けてみた。

しかし、次女は将来のことをいろいろと思い悩み考えていたようで、高校3年目の秋に「公務員試験を受ける」と言だし、スタジオを辞めて公務員試験の予備校に通い出した。次女は生まれて初めての猛勉強をし、驚いたことに14年の秋に国家公務員試験と道職員試験に合格、次女は道庁を選び、平成15年度に北海道職員に採用され、道央の支庁出先機関で勤務している。道の行財政が厳しさを増す今日、道職員の仕事に誇りと責任を持って、務めに励んでほしいと願っている。

## 4. 体験的「個別支援」論

### (1) 「バイステックのケースワーク7原則」の有効性

以上は約15年の体験のごく一部にすぎないが、「バイステックの7原則」の有効性を確かめるたくさんの手がかりがあるのではないだろうか。ひとことで言えば、長女のときにはことごとくこの原則に反した対応をし、長女はボロボロになるまで追いつめられた。次女のときに



この原則を知っていたわけではないが、基本的にはこれに沿った関わりをしていたと思う。もちろん次女もたくさん辛いことがあり、また本人自身の努力で自分の道を切り拓いていったわけだが、親たちがこの原則に合致した関わりをしたことも、彼女がおおむね元気に成長した、大きな要因になっていたと思う。

実は、このような話はわが家の特別な体験ではなく、たくさんのご家族と話し合いを重ねてきた内容から見ても、共通して言えることである。そこで、このケースワーク論にふまえて、個別支援のあり方をいくつか検討したい。

## (2) 第1原則「クライアントを個人として受けとめる」とは

### ・「進路」はひとつではない

バイステックの第1原則は、クライアントを個人として受けとめる「個別化」である。これを「進路」の問題を例にとって考えてみたい。不登校でまず親が思い悩むのが「勉強が遅れる」ということである。最近では、中学2年生ころまでは何とか焦らずに見守れるという親が増えてきたが、中学3年になると高校受験をめぐる焦りはじめ、それまで安定していた家族関係が大揺れになって、バトルが再開されるというケースが実に多い。しかし、親も本人も高校進学にこだわらずに「いろんな道があるんだ」と思えるようになると、たいがいこの嵐はおさまる。

確かに、ほぼ全員が高校に進学できるというのは社会の進歩には違いないが、その一方で、高校に行くのが当たり前で「そこから外れたら子どもの人生はおしまい」という考えに、親も教師も子ども自身もとらわれているように思われる。しかし、後述する「明らかに特定の原因がある不登校」を別にすれば、「十五の春に必ずどこかの高校に行かなければならない」という考えから親も本人も自由になることで、大半の「不登校問題」は解決するケースが多い。言い方を変えれば、不登校が「問題ではなくなる」のである。

### ・子どもと親は別人格

もちろん、まだ学歴社会の風潮は根強く、現在の「六・三・三・四」の教育コースに乗った方が安心なことは確かであり、「不登校のリスクは大きい」という現実はある。しかし、「何としても高校に行かなければ」と考えて子どもを追いつめるリスクに比べれば、不登校のリスクの方がはるかに小さい。「将来の安心」のために、子どもが「今必要としている安心」を犠牲にすべきではない。

これは、「皆がそうだから」ではなく、「自分にとって何が必要なのか」を真剣に考える方が大切ではないか、ということでもある。受験競争はどうしても「偏差値」という物差しで子どもを評価するが、これは子どもが持っているたくさんの能力や可能性のひとつにすぎない。親には親の願いがあるのは当然だが、子どもと親は別人格である。クライアントを「独自性を持つ特定の一人の人間」として理解することがこの原則の重要な内容であり、それは子育てにとっても大切な指針ではないだろうか。

### ・「社会性が身につかない」か？

また、学力の心配をクリアできた親も「学校に行かないと社会性や適応力が身につかないのではないかと心配するが、これもある種の思いこみである。長女は通信制のほうが住み心地が良かったと述べた。同じ年齢集団で同じ学年を構成し集団生活で学習するというのは、現在の社会システムでは確かに効率的であるが、そのような場面で得意な子どももいれば不得意な子どももいるし、異なった年齢集団の方が合っていたり、逆に苦手だという子どももいる。

あるパターンにあてはめて人を安易に評価・判断すべきではないというのも「個別化」の重

要な内容であり、不登校の子どもを「集団不適応」と評価するのは短絡的である。すでに膨大な数の若者が、いわゆる通常の学校ルートをくぐらずに社会に出て普通に暮らしている、という現実を直視してほしいと思う。

### (3) 第2原則と第3原則～「近い関係」ほど必要

「クライアントの感情表現を大切にする」という第2原則と、「クライアントに接する人は、自分の感情を自覚して吟味する」という第3原則は、メダルの裏表の関係である。相談援助を効果的に進めるためには、クライアントが自分の気持ちを思い切り話できることがきわめて大切であり、そのためには、援助者は自分がどのような感情でクライアントに向かい合っているのかを常に検証し、自覚しなければならない。否定的感情は必ず相手に伝わり、それでは相手は決して自分のありのままの感情や思いを表出できない。

こんな体験がある。長女は一日中家でテレビを見るかゲームをしているかで、しかも見る番組は某テレビ局系のバラエティーなど、私から見ると全くつまらない腹立たしくなるような内容のものばかりであった。長女も私がそんな番組を嫌っていると感じており、私が帰宅して居間のドアを開けたとたん、決まってすぐにテレビのスイッチを消したものだ。

これは、私は直接口に出してテレビを見るのを叱ったことはなかったが、長女は充分に私の感情を察知していて、「学校にも行かないで、親のいやがるテレビを見ては親にすまない」という気持ちなり、すぐにテレビを消したのだと思う。私の日ごろの態度が長女に強烈なメッセージとなり、長女を自主規制に追い込み、悶々とした日々を過ごす長女にとって、そんな父親自体がプレッシャーになっていたようだ。

私は、まさにこのふたつの原則と反対のことをしていたわけで、そのために長女は自分の気持ちを親に表現することができずに、精神的に追い込まれていった。親子のように距離が近いほど、この原則に基づく行動は難しくなるが、子どもが悩み苦しんでいるときこそ、この教えを胸に刻む必要があると思う。

### (4) 第4原則「受けとめる」ということ

これはケースワークの最も基本的な原則である。親や教師から「子どもに理由を聞いても、話してくれないから困る」ということをよく聞く。それは「話したくても話せない」「よく説明できない」ということであり、「私はかくかくしかじかの理由で学校に行くのがいやになったので不登校します」とはっきり言えるくらいなら、不登校にならずにすむ。

不登校の子どもが最初に様々な身体症状を訴えるのは、ことばでは説明できないので、「これ以上無理して学校に行ったら自分がダメになる」と身体が信号を出して自分を守っている状態なのである。だから、子どもの辛い状態を批判や注釈を加えないで、まずそのまま「丸ごと受けとめる」ことから出発してほしい。

### (5) 第5原則「クライアントを自分の価値観に基づいて非難しない」こと

ところが、周囲の多くはまず「原因探し」から始める。もちろん、冷静にじっくりと原因を考えることは大切で、いじめや体罰、勉強のつまづきや学習障害、精神疾患などが不登校のきっかけになる場合もある。このような場合は、子どもの人権救済や安全確保、学習や生活支援、適切な精神医療の確保といった具体的な対処や支援が必要である。

しかし現実には、いろいろな要因や背景が重なり合い、原因は特定できない場合が大半である。

人は一般的に、その状態が自分にとって好ましい場合はしつこく原因探しはしない。焦って原因探しに走るのは、その状態を自分にとって「良くないこと、困ったこと」と考えているからである。だから、直接口に出して不登校を非難しなくても、原因探しに汲々として自分が、子どもに対し「不登校は悪いこと、親や先生を困らせていること」という非難のメッセージを送ることになってしまう。

それだけに、この第5原則が大切になる。残念ながら多くの親や教師は、「不登校は克服しなければならないこと」という考えにしばられ、学校や教育行政も「不登校対策＝不登校を減らすこと」になりがちで、子どもをますます追いつめてしまう。

#### (6) 第6原則「自己決定を促し尊重する」こと

この原則もとても重要なので、長女の体験を通して考えたい。長女は有朋高校入学後も、しばらくはレポートが遅れたりスクーリングや試験にも行けなかったりと、いつ辞めてもおかしくない状態だった。後日、どうして卒業まで頑張ることができたのか聞いてみたが、長女は職業安定所で求人活動をした体験が大きな理由だったと言う。

生活もだいぶ落ちついてきたころ、長女がアルバイトをしたいと言うので、私は一緒に職業安定所に出かけて、窓口担当者に事情を説明して求職手続きの仕方を教えてもらい、その後彼女は一人で何度も職安に通った。結局仕事は見つからなかったが、求人カードの採用条件の大半が「高校卒業以上」だったので、これを見て「高校は卒業しておこう」と考えたと言う。親がいくら「高校くらい出なければ」と説教してもだめだったろう。本人が自分で見て、考えて、判断して、納得したからやりとげることができたのだと思う。

これをケースワーク論に即して考えると、長女と一緒に職安に行き、求職手続きの仕方を教えることまでは、自己決定を促すうえで妥当且つ必要な援助だが、その後どうするかは、まさに本人の自己決定の問題である。援助者が「この仕事がいい」とか「これはまずい」と言うのは間違いであり、相談されたら一緒に考え必要な情報は提供するが、決めるのは本人である。当時、私はこのような原則を知らなかったが、振り返ってみると、長女の自己決定を尊重したことが、高校を続けることにつながったのだと思う。

### 5 「関係調整」の重要性

#### (1) 「誰のための援助か」を明確に

不登校をめぐるのは、子ども・家庭・学校の三者がいろいろな形で相互不信に陥り、関係が悪化する場合がよくある。その中で一番弱い立場におかれ苦しんでいるのは、子ども本人である。家庭は子どもの様子を定期的に学校に報告するとともに、子どもの気持ち～とりわけ「やってほしくないこと」～をはっきり学校に伝えることが大切である。学校は急いで学校復帰を働きかけるのではなく、「学校との関係から生じている事態」～学校に原因があるという狭い意味ではなく、学校も当事者であるという意味～であることを自覚し、まずじっくりと家庭や子どもの気持ちや願いに耳を傾けることから始めてほしい。

そこで、今やろうとしていることは「誰のための援助か」を明確することが重要となる。「子どもを学校に戻す」ことが目的になっているとすれば、それは子どものために今本当に必要な援助なのか、それとも「不登校を減らしたい」という学校の方針や、「親が安心する」ための取り組みになっていないか、吟味すべきである。

「不登校の解決＝学校復帰」という固定観念では子どもを追いつめるだけでなく、学校や親もそれに縛られて身動きがとれなくなり、関係調整という視点をなかなか持つことができない。親も教師も、「不登校も選択肢のひとつ」という柔軟さを持ち、学校復帰はひとつの「結果」であり「目的」ではないという視点を持ってほしい。

#### (2) 「不登校をどう見るか」で関係性が変わる

そのためにも、「不登校＝問題行動」と考えないことである。不登校が「問題行動」に見えるのは、不登校に伴って現れる様々な身体症状や学習意欲の低下、昼夜逆転、さらに深刻になれば自傷行為や家庭内暴力などの現象が、「問題のある」つまり「改善や治療が必要な状態」に見えるからである。

これらは「放っておけばよい」ことではないが、その大半は、関係者が不登校自体を「問題行動」として否定的に見るため、子どもが自分に自信を持つことができず苦しむことから引き起こされる。いわば「問題行動に追い込まれている」のであり、関係者がそのことでさらに不登校を否定的に評価し、子どもは「問題行動」をさらにエスカレートさせるという悪循環が生まれる。このような悪循環は「不登校の二次的行動」と言われるものであり、これを引き起こさないような関わりが求められる。

#### (3) 重要な「時間」との関係性

また、学校や親のペースや思惑に基づいて働きかけをしても、まずうまくいかない。よく「新学期になったら」「学年が変わったら」「修学旅行までには」「テストだけでも何とか」といった目標設定をしがちであるが、それは学校のペースであり、子どものペースと一致するとは限らない。

これをもっと長いスパンで考えると、さらにはっきりしてくる。私は2003年2月から「道南ひきこもり家族交流会」に参加しているが、ひきこもり体験者の多くは不登校やそれに近い体験をしている。中学校で不登校気味だったが高校受験までは何とかがんばったとか、行った高校がいやになり中退し別の高校に編入（または再受験）したが上手くいかなかったとか、大学受験までは何とかだましましたし通学したが大学に入ってから行けなくなったという話が実に多い。このように、「不登校がひきこもりの原因になった」というよりも、「しっかり不登校しなかった」「安心して不登校できなかった、させてもらえなかった」ために「ひきこもりに追い込まれた」と考えざるを得ないものが大半である。

これは当然の話で、休むべきときに十分休むことができず、エネルギーが溜まりきらないうちに動きだしたために気力も体力も続かず、やがて普通に生活するために必要な「基礎的なエネルギー」まで取り崩して動けない状態になってしまったと考えられる。「時間との関係性」も本人と周囲とは違うことを十分に理解し、関わるのが大切である。

#### (4) 「自助グループ」の大きな役割

子ども・家族・学校は「縦の関係」という側面を持つが、そこに「当事者同士のつながり」という「横の関係」を取り入れることも重要である。私は家族だけで今のような考え方に辿り着いたのはなくて、10年ほど前から参加している『函館・登校拒否と教育を考える親の会「アカシヤ会」』がとても大きな力になっている。

会の集まりなどで当事者同士が語り合うことによって孤立感がやわらぎ、気持ちが軽くなる

ことで、子どもに対しても心のゆとりを持って接することができるようになる。このような「自助グループ」の果たす役割について、保健・医療・福祉の分野では早くから重視され、支援メニューに取り入れるのが常識となっている。しかし教育分野では、これだけ数多くの「不登校の親の会」が自然発生的に全国に広がり、子どもたち自身の自助グループとも言えるフリースクールやフリースペースも多数できているにも関わらず、積極的に連携しようという動きが弱いように見受けられるのは、とても残念なことである。

#### (5) 「エンパワメント」重視の援助を

このように、当人のおかれている困難な状況や苦しみは、様々な関係性が複雑に絡み合って生まれているので、それを解きほぐし、新たな関係性を作り出していくことが求められる。そのためにも「エンパワメント」の考え方が重要となる。

エンパワメントの根底にあるのは、「問題を解決する力は問題を抱える人自身の中にある」という肯定的人間観である。当事者は否定的な評価にさらされてパワーが落ちた状態になっている。これはまさに不登校やひきこもりの当事者が置かれる状況である。エンパワメントでは、本人が本来持っているはずの力を発揮できるよう、周りの環境や条件を整えることに援助の中心をおき、極力「指導」という手法をとらない。これまでの教育ではどうしても「指導重視」になりがちであるが、不登校に限らず悩みや困難を抱えた子どもに対しては、指導よりもエンパワメントの観点が大切である。

#### (6) 「いじめ」問題への対応について

本題からは少し外れるが、不登校の背景にいじめ問題があることが実に多いので、簡単にふれておきたい。長女もそうであったように、「いじめられている」ことを子ども本人からはなかなか言えないということをまず理解してほしい。そして、いじめがあるならば、親は「子どもを守ること」に徹してほしい。いじめ自殺の悲報を聞くたびに、私は「学校をもっと早く休むことができれば死なずにすんだのではないか」と思ってしまう。いじめは明らかな人権侵害であり、子どもにはそのような危険な場所に行くのを拒否する権利があるし、行かせないで子どもを守ることも親の責務だと思う。

一般社会で何か大きな事故や危険な事態が起きた場合は、その原因が明らかにされて安全が確認されるまでは、危険な場所には立ち入らないというのが常識である。ところが、学校に関しては「いじめ」というとても危険な状態になっても、子どもは学校に行こうとするし、親も学校にやろうとする。それだけ「学校に行かなければならない」という思いこみが強く、その結果わが子を大変な危険に晒すことになってしまう。

2002年1月28日、鹿児島地裁は、知覧町の中学3年生男子生徒が集団暴行などのいじめにより自殺し、その両親が加害者と中学校設置者の知覧町に対し損害賠償を求めていた民事訴訟で、いじめの事実を全面的に認めて損害賠償を命じた。判決はその中で『原告の両親は、自殺の前日にその子どもから被告生徒らに暴行を受けていることを聞いていたが、加害者とその親が原告宅を訪問し、形ばかりの仲直りをさせたことで解決したと考え、自殺当日の朝にも学校に行くように説得したこと』などを「原告両親の過失」と認定し、損害賠償額から4割を過失相殺で減額した。

「いじめから子どもを守るために学校を休ませることも必要」という理解が社会に十分浸透していない現状で、子どもを学校に行かせたことを両親の過失として4割も認定するのは酷で

あろうが、子どもを守るためには学校を休ませることも必要であることをこの裁判は教えている。

## 6. 地域福祉のアプローチ

### (1) 背景に「学校の息苦しさ」もあるのでは？

不登校急増の背景に、子どもにとって学校がとても息苦しいものになっていることもあるように思う。それは「学校があまりに多くのことを抱えこみ（抱え込まされ）すぎ」という現実があるからではないだろうか。

例えば、学校も組織としてのルールが必要であり、それを学ぶことで子どもは規範意識や社会性を身につけるが、問題はその内容である。たとえば服装や髪型、持ち物の中身までこと細かく決めることが本当に子どもの成長に必要なことなのか疑問である。また、校内生活の規則ならまだしも、放課後のきまりや夏休み・冬休みのきまりなどの中には、「自転車は何月何日から乗ってよい」「遊びは校区内で」とか「何時に起きて、何時に寝て、何時間勉強する」といった実に不可解なものもある。これは基本的に家庭生活の問題である。

実は、「こんなことまで学校で決めるのははおかしい」と思っている教師もたくさんいるが、「学校で決めてくれないと困ると、親から言われるので仕方なく対応している」という話もよく聞く。これでは「卵が先か鶏が先か」という話になるが、親も社会も、子どものことをあまりに多く学校に委ねすぎている面はあると思う。学校もまた無理してそれに応えようとし、その結果息苦しいものになるという悪循環が生まれている。

その意味で、私は不登校の子どもは「学校のカナリヤ」ではないかと思っている。昔、炭坑では有毒ガスの発生予知のために、人間よりはるかに微量のそれで死ぬカナリヤを坑道に放し、カナリヤが死んだら坑道から引き上げたという。学校の息苦しさに音を上げる13万人ものカナリヤがいることを、私たちは真剣に考えるべきではないだろうか。

### (2) 学校も「子育てネットワークの一機関」という観点で

そこで「学校の抱えた荷物を地域の力で少しでも軽くする」ことが課題となり、「ケアマネジメント」重視という福祉援助の手法が生きてくると思う。これは、課題解決のために関係者が自分たちの提供できるサービスを吟味して、誰がどのような形で援助を担うかを協議し、一機関が丸抱えせず連携して援助を進めるという考え方である。

学校の抱える諸課題についても、学校は自分たちがやれることの限界を見極め、自己完結的に問題を抱え込まず、学校も「子育てネットワークのひとつの機関」と位置づけて、地域の他の専門機関や、当事者グループをはじめとする社会資源と積極的に連携していくことが必要と考える。これは決して学校の責任放棄ではないし、そのためには「学校をもっとバリアフリーにする」ことが求められる。このバリアフリーとは、学校の「心理的・感覚的な垣根」をもっと低くして、地域の人々に学校運営にどんどん参加してもらうという意味であり、ケアマネジメントの考え方にも通じる。

その場合に一番大切なのは、子ども自身の参加と意見反映である。これは「子どもの権利条約」でうたわれている「意見表明権」の保障ということにもつながるが、ケアマネジメントにおいても、そこに当事者が参加し、本人の意思や要望を最大限尊重することが必要とされている。最近の福祉援助では「当事者主権」の考え方が重視されており、教育分野でもより積極的

に取り入れてほしいと願っている。

## 7. おわりに～教育や家庭を見直す契機に

私は不登校の急増を、教育や家庭のあり方を見直す良い機会ではないかと考えている。不登校の小中学生は13万人弱といわれるが、それは「年間30日以上、病気などの明確な理由がなく休む」という定義上の人数にすぎない。例えば、保健室登校をされていて30日以上休まない子どもはカウントされない。だから、実質的に不登校状態の子どもや、行き渋りながらも無理に登校している、いわば潜在的な不登校の子どもは、その何倍もの人数になる。

このことを、全国の小中学生1100万人のうち「わずか13万人の困った子どもたちを何とかしなければならぬ」と考えるのか、「13万人もの大事なお客が逃げ出しているのは、提供しているサービスに何か問題があるのではないだろうか」と考えるのとでは、その後の対応は大きく違ってくる。

教育を一般企業のサービスと同じに論ずることはできないが、子どもの成長と自己実現を支援する、いわば社会的・福祉的サービスのひとつには違いない。「お客さんが逃げている」という、いささか刺激的な言い方をしたのは、そのように受けとめるほうが改革につながると考えるからである。

家庭もまた、現行教育システムのエスカレーターに乗ることだけが本当に子どもの幸せなのか、考えてみるのも良いことだと思う。「回り道」や「道草」をしたことで見えること、得るものもたくさんあるのではないだろうか。私たち夫婦は、娘たちの不登校を通して、「問われているのは、親自身の価値観や生き方であり、大人社会のあり方ではないだろうか」と考えるようになった。その意味で、娘たちの不登校は、とても貴重なプレゼントであったと思っている。

### 注)

本稿は、2005年8月6日に開催された北海道地域福祉学会研究大会での講演内容を要約・修正し執筆したものである。

### 〈参考文献〉

- 「ケースワークの原則」(新訳版) 誠信書房  
F. P. バイスティック 著 尾崎新・福田愛子・原田和幸 訳  
「わが子が不登校で教えてくれたこと」新風舎 野村俊幸 著

北海道地域福祉研究（第9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 2005年(第9巻)

---

発行年月日 2006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丁目北海道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](mailto:d-gakkai@dosyakyo.or.jp)

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

---