

ISSN 2185-1964

中部社会福祉学研究

創刊号

2010.3

日本社会福祉学会中部部会

『中部社会福祉学研究』創刊号に寄せて

日本社会福祉学会
第22期中部部会担当理事
杉 本 貴代栄

ここに『中部社会福祉学研究』の創刊号を刊行することができました。日本社会福祉学会の研究誌『社会福祉学』はあるものの、中部部会が定期的に刊行する研究誌を持ちたい、という希望は以前からありました。中部部会の会員からもそのような要望が出されたこともあります。地方部会が果たすべき重要な役目のひとつに、若手研究者・実践者を育てるということがあり、自前の研究誌を持つことはその役目を果たす有効な手段になるからです。しかし、大学または社会福祉の現場における近頃の仕事量の多さとめまぐるしさに追われて、なかなか実行に移すことができませんでした。

この4月から、日本社会福祉学会は社団法人として新たな出発をしました。そのために組織や規約を整え、また全国大会の在り方等の見直しを行いました。それにともなって地方部会のひとつである中部部会でも、いくつかの見直しを行いました。その最大の変更点は、毎年2回、春と秋に行っていた研究例会を年1回にしたこと、新たに年1回、『中部社会福祉学研究』を刊行すること、です。このような経過と理由によって、懸案であった研究誌が、『中部社会福祉学研究』として創刊されたのです。

本号は創刊号です。さまざまなご意見もあることと思います。是非会員の皆さまの積極的なご意見を寄せていただいて、『中部社会福祉学研究』を育てていただきたいと思います。『中部社会福祉学研究』が、若手の研究者・実践者、大学院生、論文の発表の場を求めている多くの会員をエンパワーする道具になることを心から願っています。

2010年4月

中部社会福祉学研究 目次

2010.3 創刊号
日本社会福祉学会中部部会

論文

精神障害者小規模作業所のエンパワメント機能

——利用者へのインタビューを通して——

三 橋 真 人…………… 1

認知症高齢者と家族への継続的・包括的ケアシステムモデル構築に関する試論

汲 田 千賀子…………… 9

高齢者の地域生活を支える小規模・多機能ケアの意義

——宅老所・グループホーム運動と制度化の検証——

石 井(岡) 久美子……………19

中国都市部における社区福祉サービスの現状と展望

羅 佳……………29

調査報告

障害者に対する住民の偏見に関する動向

——静岡県民への調査結果から——

白 山 靖 彦……………39

曾 根 充

木 村 綾

田 村 禎 章

生活保護制度の現状—福祉事務所での聞き取り調査より—

木 村 由美子……………47

書 評

近藤原理／清水寛＝編、城台巖＝写真

『写真記録この子らと生きて—近藤益雄と知的障がい児の生活教育』

(日本図書センター、2009年6月刊行、全260頁)

清水寛／近藤原理＝編、城台巖＝写真

『写真記録子どもに生きる—詩人教師・近藤益雄の生涯』(同上、全246頁)

小 川 英 彦……………57

論文

精神障害者小規模作業所のエンパワメント機能

— 利用者へのインタビューを通して —

東京福祉大学 社会福祉学部

三 橋 真 人

The empowerment-function of workshop for person with mental-illness.

— Investigating the thought of user by interview. —

Abstract

In field of disabled, community-care is watched. To realize community-care , care-management of mentally handicapped persons is discussed.

I try to interview to mentally handicapped persons, to disclose validity of the activity of workshops. Still more, the activity of workshops is related to improvement of self-conscious of users. In the end, the activity of workshops is one of social resources of care-management.

Keywords

Care-management of mentally handicapped persons, Empowerment, User, Workshop

I. はじめに

ノーマライゼーションの理念の浸透により、重度の障害があろうと、高齢であろうと、施設や病院ではなく、必要な支援を受けて地域・在宅で暮らし続けることが当たり前と考えられるようになった。障害者福祉の分野では「地域生活支援」という言葉が注目され、それを実現するための具体的な方法としてケアマネジメントが検討されるようになった。対象者のニーズから始まることが最重要課題とされるケアマネジメントは、利用者本位の理念を具現化するため、当事者の主体性を最大限生かすことが不可欠である。

障害者ケアマネジメントにおいては、社会参加や自己実現という観点から、当事者観を考察することを基本に支援を進めていく必要がある。

障害者ケアマネジメントの最終目標は、障害を持つ個人のエンパワメントである。また、ケアマネジメントの過程自体が、エンパワメントしていくための方法論といえる。筆者は、障害者福祉分野で「地域生活支援」の役割を果たしてきた小規模作業所活動が「エンパワメントしていくケアマネジメントの一部分を担うことができる」要素を持つのではないかと考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、精神障害者小規模作業所活動を取り上げ、利用者へのインタビューを通して、作業所という場自体が「エンパワメントしていくケアマネジメントの一部分を担うことができる」要素として活用できることを明らかにする。

Ⅲ. 作業所の定義

1. 作業所の理念

作業所は、わが国特有の活動であり、知的障害者福祉分野から始まった。1969年に設立された「ゆたか共同作業所」（愛知県）が、はじまりと言われている。当時、障害者運動においては、ヒューマニズムの視点が重視され始めた時期であり、障害者の偏見や差別に対し、「権利保障」、「労働保障」を主張し、民主的障害者運動がはじまっていった。作業所は障害者の「働きたい、友達が欲しい」などという願いに基づき、関係者の共同努力によって、障害者の働く場、生活の場、教育や訓練の場をつくり、日々実践を行い、地域住民や地域の当事者・家族をはじめ関係団体と連携し運動に取り組んでいった。¹⁾ また、作業所運動が全国に広がると、1977年、共同作業所連絡会（以下、共作連）が発足した。

精神障害者分野最初の作業所は、1976年「あさやけ第二作業所」（東京都）であるといわれている。当時は今のように、精神障害者の就労や福祉が、クローズアップされていなかった。そのような時代に、地域の障害者の権利保障をすすめる運動と、関係者の「入院の必要がない精神障害者をひとりでも多く地域へ戻したい」、「人間らしい生活をさせたい」という願いをこめて、初めての精

神障害者の作業所である「あさやけ第二作業所」が誕生した。1977年に「まいづる共同作業所」（京都府）が設立され、以降、精神障害者のための作業所作りが全国的に展開されていった。

現在の作業所の全国的現状をみると、軽作業、下請け内職作業中心のところをはじめ、自主製品の製作・販売、レストランや喫茶店、リサイクルショップ、園芸、憩いの場など様々な活動を実践しているところが増えている。作業所は多様な活動と個性を有しているが、その理念をまとめたものが、表1である。

浅野⁴⁾は、「作業所開設当初は就労を目標にしていたところが多いが、次第に修正を迫られるようになった。作業所に毎日規則正しく通所し、仲間を見出し、共同して仕事をするという生活自体が1つの社会参加のあり方として肯定された。こうした考え方の変化の背景には、リハビリテーションの概念の転換がある」としている。

わが国では、1981年の「国際障害者年」前後に、精神障害者の作業所づくり運動が急速に広まっている。それは、地域リハビリテーション思想の普及と関連するといわれている。地域リハビリテーションは、ノーマライゼーションの理念に基づき、障害を持つ人々の地域生活を支援し、生活の質を高めることを目的とする援助技術体系である。

地域リハビリテーションの展開は、精神障害者

表1. 作業所の理念に関する表

定義者	作業所の理念	内 容
共作連 ²⁾	1. 障害者観に関わる理念	国民のひとりとして生きる権利を保障する。
	2. 運営に関わる理念	篤志家の事業ではなく、関係者の力を合わせた共同事業によって、共同の願いを追及する。
	3. 地域づくりと運動に関わる理念	障害者にとって住みよい地域作りをすすめる。
田中 ³⁾	1. 共同主義の理念	関わるものの対等で横並びの運営、民主的運営。
	2. 小規模の理念	小規模ゆえの柔軟さや創造性、機能の自己分解・増幅。
	3. 地域主義の理念	偏見をなくすための接触体験の強化。障害者だけの場所から、地域のためにも必要な場になる創意工夫。

（共作連²⁾と田中³⁾が提示した理念を筆者が表にまとめたものである。）

本人に対する働きかけと、地域社会に対する働きかけという2つの目標を統合的に行うものである。地域リハビリテーションの一翼の担い手としての作業所は、精神障害者の自立と社会参加を促進した。つまり、作業所は、障害者が社会の一員であることを明確に示す役割を果たし、当事者が仲間やスタッフをはじめとした市民との関わりの中で自己肯定観を取り戻していったことを示したと言える。近年の当事者のセルフヘルプグループ活動や、セルフアドボカシーへの参加と同様に、作業所が障害者のエンパワメントに果たしている役割は大きい。今日、作業所に精神保健ボランティア、学生ボランティア等、市民が関わっている。それは、精神障害者と市民とのふれあいや理解の機会を広め、ノーマライゼーション実現の一助となっている。

本論文では、作業所の理念を地域リハビリテーションの援助技術体系と同一のものと定義したい。

2. 障害者ケアマネジメントの意義

障害者ケアマネジメントを実施していくにあたり、その理念を理解していくことが大切である。ここで、その理念をまとめてあげておきたい。谷口⁵⁾によれば、以下の5点にまとめている。

- ① サービス利用者が中心になる考え方（利用者主体）
- ② 生活者として高齢者や障害を持つ人たちを捉える（QOLの重視）
- ③ 利用者自身が問題解決能力を身に付けていく考え方（エンパワメント）
- ④ 自己決定を中心とする自立の思想（自立生活概念）
- ⑤ 高齢者や障害を持つ人たちの権利擁護を考えること（アドボカシー）

精神障害者のケアマネジメントでは、エンパワメント、自己決定、アドボカシーが特に重要とされている⁶⁾。これらが実践のなかでどのように具体的に提供されるかが重要である。このことから、精神障害者のケアマネジメントは、利用者を法や制度の規格化・画一化・標準化したサービスにあ

てはめていく「手続き論」ではなく、「援助関係論」の問題ともいえる。

エンパワメントは、ソロモンが黒人に対応するソーシャルワーク実践の視点と指針を示したことに始まり、その後さらに抑圧されて不利な状態におかれている集団へのソーシャルワークにおいても目標とされるようになったものである。エンパワメントアプローチは個人の変革と社会の変革ともに目指したものと考えられる。

野中⁷⁾によれば、エンパワメント支援の視点を以下の4点にまとめている。

- ① 力を見失っている自分の状態に気づくこと
- ② 利用できる資源の知識を得ること
- ③ 自分と社会との関係の見直すこと
- ④ 問題解決の技術を身につけること

野中⁸⁾はさらに、エンパワメント支援の技術を以下の4点にまとめている。

- ① 個別性の尊重しながら、パートナーとしての関係をつくること
- ② 尊厳と価値を尊重しながら、課題の焦点を支持し続けること
- ③ 問題解決の学習や自己決定の機会を提供することなどが求められる

IV. 研究方法

1. 精神障害者小規模作業所A作業所のインタビュー調査における手続きと倫理的配慮

B県C市の社会資源名簿にある精神障害者小規模作業所3ヶ所の所長に電話をかけ、研究目的を説明し、調査を依頼したところ精神障害者小規模作業所A作業所所長が協力を了解してくれた。その後、A作業所のミーティングに参加させていただき利用者に研究目的の説明をし、口頭で協力の承諾を頂き、ここではじめてA作業所の調査協力が決まった。

最初に、スタッフよりA作業所の概要について口頭でお話を伺った。

次に、2004年2月から3月にわたりA作業所の精神障害を持つ利用者にグループインタビューを

試みた。グループインタビューは非構造的面接法により実施。自分たちの思いや考えを自由に話し合ってもらった。A作業所の利用者に毎週1回、1時間位合計5回のインタビューを重ねた。参加者は毎回10名前後であった。A作業所登録者20名のうち、13名（男性10名、女性3名）にインタビューすることができた。グループインタビューは利用者の許可を得て録音させていただき、テープ起こしを行い、リライトをした。

具体的なインタビュー方法は次の通りである。

- ① まず、全員に「あなたにとってA作業所とはどんなところですか、自由にお話して下さい、話したくない方は『パスと言って下さい』と質問した。結果、パスという方はおらず、全員が話してくれた。
- ② 次に、一例であるが、誰かが「楽しいところ」と答えたら。「どんなところが楽しいですか」と具体的に聞いていった。そして、「私はこのように受け取りましたがよろしいでしょうか」と確認のフィードバックを行い、ご本人の回答とズレが生じないか一つひとつ確認作業を行いながら進めた。A作業所利用者9割が統合失調症の病気を持つ方であり、障害特性として質問に対して、すぐに考えをまとめることが苦手であり、利用者を焦らせることなく、時間を十分にとることを心がけた。
- ③ 質問を次の時まで考えてくるという方や、前回の答えに付け加えたいという方もいたので、それを了解した。時間をかけながら進めたため、インタビュー回数は5回になった。
- ④ テープ起こしが終わって、インタビュー原稿ができた時には、全員にその原稿を提示して、確認してもらい、加筆訂正がある方は記述してもらった。

原稿について、KJ法を用いて、利用者の声を整理した。

なお、インタビュー調査にあたっては、調査結果を取りまとめ公表することにつき口頭で了解を得た。調査データは研究以外の目的には使用しな

いことを約束した。さらに、今回の論文では個人名や施設・機関名、活動場所などが特定できないよう匿名性について配慮している。

2. A作業所の概要

A作業所は、「精神障害のある人の日中の居場所」として、D病院家族会（E会）が中心となって、当事者、関係者スタッフらが協働して、1980年代後半に設立された。運営主体は、家族会である。現在スタッフは、精神保健福祉士3名（常勤2名、非常勤1名）と指導員1名（非常勤）である。その他、補助スタッフとして家族が1日平均1～2名、当番制によって作業を手伝っている。

A作業所は、月曜日から金曜日まで5日間、利用時間は9：30から16：30として開所している。現在登録者は20名で、その平均年齢は44歳である。A作業所は、（洋服店などで使われる）紙袋を作る仕事、地域新聞に広告を折り込む仕事、化学雑巾の袋詰の仕事などを行っている。作業によるメンバーたちの給料は、月により変動はあるが、時給約150円位である。また、特別養護老人ホーム内の掃除やリネン室での洗濯の仕事が業務委託され、メンバーの新たな就労支援としてスタートした。

その他、レクリエーション（ボーリング、映画鑑賞、カラオケなど）、料理、日帰り遠足、1泊2日の旅行や、お花見・クリスマス会などの季節の行事などのプログラムがある。

運営費は、県・市から760万円、国庫補助金110万円（2003年度は1割削減）が中心で、その他、共同募金の配分、バザー収入などをもって、合計約900万円の規模である。

V. 調査結果

1. KJ法で得られたデータ

まず、KJ法で得られたデータの全体像を示したい。カテゴリーとして、「当事者の思い」と「作業所という場の意味」の2つの項目が抽出された。そして、「当事者の思い」には5つのサブ

表2. KJ法により抽出されたカテゴリーとサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
1. 当事者の 思い	①自分が主体の生き方への希望
	②社会の偏見に伴う苦悩
	③就労について
	④つながり、支え手の必要性
	⑤選べる環境を希求
2. 作業所と いう場の 意味	①話すことができる場、話を聞くことができる場
	②安定した地域生活を支えてくれる場
	③社会経験の場
	④作業所の仕事について

カテゴリーが、「作業所という場の意味」には4つのサブカテゴリーが、それぞれ整理された。(表2参照)

2. 「当事者の思い」に関して見えてきたこと

・自分が主体の生き方への希望

「障害者だからといって作業所にずっと通って、社会の施しを受けて生活するのは嫌だ」「病気がない人に負けたくない」「仕事をして誰からも制限されることなく、自分が稼いだお金で暮らしたい」「勉強して資格をとって働きたい」「今は家族と同居だが、一人暮らしが夢」「自分が好きなように暮らしたい」「彼女が欲しい」「いつか結婚したい」「自分は病気で経済的自立ができず、一人前ではないので、身の程知らずと言われるかもしれないが、普通にデートがしたい」等、自分が主人公となって生きていきたい希望が語られた。

・社会の偏見に伴う苦悩

「精神障害に対する正しい理解を持ってもらいたい」という希望は一致した意見であった。「福祉施設を障害者だけが集まる場所でなく、近所の高齢者や市民が気軽に立ち寄れる場所にすれば、交流が活発になり理解が広まる」という意見が出された。その一方で、「精神障害者の事件があるたびに、肩身の狭い思いをする」、「障害者の理解

を広めるために自分たちが積極的に地域に出かけて行くべきだと簡単に言う人がいるが、精神障害者の理解がされていない世間に病気のことを公表して出て行くことがどれほど怖いことか、ストレスのかかることかわかっているのか」、「近所の人は気づいているかも知れないが、自分は近所の人に精神障害者であることを公表していない、もし公表したら地域から追い出されるかもしれない」、「精神障害者ということは隠しておきたい、だから市内で行われる障害者等のイベントは、知り合いに会うと自分の病気がことがわかってしまうので、絶対に出られない」という意見も出た。

・就労について

「収入を得たい」という声は多かった。それは、自分のことは自分の収入でまかないたいという自立の思いもあれば、今収入がないので日々の生活はかなり節約しているので経済的に厳しいというものであった。経済的負担を強いているものとして、定期的な通院にかかる費用が馬鹿にならないという意見であった。そして、「自分は病気になる前、コックをしていたので、早く病気を治して、またコックをやりたい」という希望や、「ハローワークを訪れ、精神障害者であることを理解してくれて、働かせてくれる職場があるかどうか聞いてみたが、求人が1件もないと事務的に言われて、とてもがっかりした」という経験が語られた。また、就労について様々な意見が出された。「一般就労を最終目標にするのは酷だ、精神障害者は人間関係が苦手なので、福祉的就労に段階を持たせたほうがいいのではないか」、「身体障害者・知的障害者・精神障害者が力を合わせて運営する会社があったらお互い助け合えていいと思うし、面白い試みではないか」、「精神障害者は病気が落ち着いているとき、短時間なら集中して難しい仕事ができると思う」、「一人で一人前の仕事はできなくても交代制でやれば、働ける場はあると思う」など様々な提案が出された。

また、「病気を隠してアルバイトをしていたことがある。場所が移転し、通勤が大変になって仕方なく辞めた、その職場では病気がことがわかつ

てしまったが、周りの人が心配して声をかけてくれて、温かく接してくれたので働きやすかった」という話もあり、援助的人間関係の中では、働きやすい例を示してくれた。

・つながり、支え手の必要性

「家に居て、どうしてもなく不安なときに電話でいいから話を聞いてくれるサービスが欲しい」、「例えば、グループホームに世話人が居ると困ったとき助かるが、世話人が必ず必要ではなく、緊急時に電話をしたら、来てくれたり、相談にのってくれるくらいでいい」等、生活を送る上で社会資源や制度よりも電話一本で誰かと「つながり」を持つことができる大切さが語られた。

・選べる環境を希求

「精神障害は症状や悩みが人それぞれ違うので、そのため仕事や住居など生活場面に対するニーズは一人一人違って来るから、様々なサービスが必要で、現状はサービスの質・量ともに大きく不足している、現状のサービスでは自分の好きなようには生活できないばかりでなく障害者の生活を制限するものになっている」と指摘する意見も出された。

また、職員についても「作業所の職員は若い人が多く、年配の利用者の気持ちをわかってもらえない、職員は幅広い年齢層と、男性と女性の両者が必要」という意見が出され、相談者を選べることの必要性も指摘された。そして「障害者のスポーツ大会ではよくバレーボールが取り上げられるが、他のスポーツ大会もやりたい」など福祉サービス提供側のワンパターンを指摘する声もあった。「精神障害者は論理的に考えるのが苦手、精神障害者にとって、考えることの大変さを理解してほしい」という意見もあった。

3. 作業所という場のもつ（当事者にとっての）意味

・話することができる場、話を聞くことができる場

「仲間話を聞いて一緒に笑っているときが楽しい」という何気ない会話から、「病気についての話を安心して語れる場である」「病気の悩みを

聞いてくれる仲間や職員がいる」という悩みに関する会話まで様々な会話ができる場ということがあげられた。それに伴い「作業所を利用するようになって、いろいろな社会資源や制度があることを知り、視野が広がった」という声もあった。また同じ会話でも、病院と作業所での会話の質が異なるようだ。作業所の仲間同士の会話は、「内面まで話せる雰囲気がある」「助言に自分の現状とのギャップを感じる事が少ない」「仕事の話でも、仕事に行く前の段階の「人に慣れることの難しさ、人間関係の難しさ」に対しての共感があるということであった。さらに、「和気あいあい」、「一緒に笑える」、「落ち着く」、「安心する」などの声が多くあり、仲間や職員と話ができるという場として、受容的雰囲気のある場の重要性も考えられた。そして、「精神障害者の多くは、情報があっても説明がないと理解できず、有効活用できないが、作業所ではそれを理解できるようなサポートがある」、また「情報が、正しいものなのか間違っているものなのか、確かめることができる仲間や職員がいる」等の意見もあった。

・安定した地域生活を支えてくれる場

作業所に来ることで「規則正しい生活ができる」という意見があった。その他、関連意見として「作業所に来て作業をしているとき楽しさや生きがいを感じる」という生活のハリを述べる声もあった。また「作業所に来ないと食事作りが面倒で食べないこともあるが、作業所に来ると昼食を食べる」という声もあった。さらに、「作業所の仲間と健康診断に行って、糖尿病がわかり治療に結びついた、そういう機会がないと健康診断は受けにくいし、病気は悪化していただろう」という意見もあり、健康管理に役立った面を語った人もいた。

・社会経験の場

「料理プログラムが役に立ち、自炊する自信がついた」や、「レクリエーションや旅行などの行事が楽しみ」という意見が出た。また、「若い頃、病気になったので、社会経験や人間関係がないので、そのことに理解したアドバイスや、人間的成長を助けてくれることを望んでいる」や「自分は

病気ではあるが、まともな部分がたくさんある。自分に等身大のできることを助言して欲しい」と言う声もあった。

・作業所は収入を得る場としては意味をなさない

「作業所の工賃が安すぎる」という意見が出て、その内訳として「一生懸命やっているのに割に合わない」「作業所で一生懸命働いている、自分は作業員だと思う。しかし、作業所では利用者と呼ばれ、給料が割に合わず納得できない」「自分の能力が時給150円程度なのかと思うと落ち込む」等の声があげられた。「(B作業所には利用期限がないが)作業所に利用期限を設けることは反対、作業所を出された人はどこに行けばいいのか」「作業所からステップアップできる人は利用期限があってもいいが、作業所にかろうじて来ている人はどうなるのか」等の意見が語られた。また「なぜ仕事、仕事にこだわるのか。自分はその前の段階である、『精神障害の特有の悩み、対人関係の難しさ』という自分たちの生き辛さに対する社会の理解が大切」という声もあった。

V. まとめと考察

1. まとめ

インタビュー結果をまとめると次のように記述することができる。

- ① **自分が主体の生き方への希望**：利用者は自己決定する主体であることを目指しているが、自分たちが権利の主体者となることを目指すにあたり、どこまで主体的になれるか苦悩する姿が浮かび上がった。
- ② **社会の偏見に伴う苦悩**：作業所で仲間と共に楽しそうに過ごしているものの、精神障害者による事件が報道される度にドキドキし社会の偏見に伴う苦悩を抱えている。
- ③ **就労について**：作業員ではなく利用者と呼ばれる作業所の構造や安い工賃に矛盾を感じ、当事者主導は未だ目標に過ぎないことを意識し、その実現を望んでいる。
- ④ **就労について**：発想の転換や援助的人間関

係のあり方で、精神障害者の就労のパターンが広がることも考えている。

- ⑤ **つながり、支え手の必要性**：利用者は、地域生活においてグループホームも求めているが、一本の電話のつながりにも大きなウエイトを置いていることがわかった。(制度だけではなく、誰かとつながっているという安心感)

- ⑥ **選べる環境を希求**：選べることを求めていること、つまり、福祉サービスが、逆に自分たちの選択を制限するものをつくってもらいたくないと考えていることがわかった。

以上のように、当事者たちは、自分たちの主体的に生きたいという思いと、社会からの偏見に伴う苦悩とのあいだで、揺れ動き悩む姿が浮かび上がった。

それに対して、作業所は揺れ動き悩む当事者にとって、その悩みを語ることができる場であり、希望や社会への提言を話し合うことができる場であり、そういうことができることを保障する場となっているようである。作業所があったから、こうしたことを語ることもできた。

2. 考察

調査結果から精神障害者のケアマネジメントのあり方について考察する。まず、前述した野中⁹⁾のエンパワメント支援の4つの視点と、そのための3つの技術と、調査結果から導き出された作業所活動を比較検証していきたい。

最初にエンパワメント支援の4つの視点と作業所活動についてみてきたこと。

- ① 作業所が自分のことを話すことができる場であり、仲間の話を聴くことができる場となっており、安定した地域生活を支えてくれる場となっていることから、力を見失っている自分の状態に気づく場になっている点で一致をみている。
- ② 作業所が安定した地域生活を支えてくれる場となっていることから、利用できる資源の知識を得ることが、できる場になっている点で一致をみている。

③作業所が自分のことを話すことができる場であり、仲間の話を聴くことができる場となっており、社会経験の場にもなっていることから、自分と社会との関係の見直すきっかけ作りの場にはなっているといえる。

④作業所が自分のことを話すことができる場であり、仲間の話を聴くことができる場となっており、社会経験の場にもなっていることから、問題解決の技術を身につけるきっかけ作りの場にはなっているといえる。

次に、エンパワメント支援のための3つの技術と作業所活動についてみてきたこと。

①個性の尊重しながら、パートナーとしての関係をつくることに関しては、今回の調査では調べ切れなかった。

②尊厳と価値を尊重しながら、課題の焦点を支持し続けることに関しては、今回の調査では調べ切れなかった。

③問題解決の学習や自己決定の機会を提供することなどが求められる場になっている点で一致をみている。

以上の通りみてくると、作業所という場がエンパワメントの視点とそのための技術と重なる部分を持っていることがうかがわれた。つまり、作業所という場とその実践過程自体が「エンパワメントしていくケアマネジメントの一部分を担うことができる」要素であることが明らかになった。

作業所は、当事者同士であるから分かり合えることなど、支え合いの機能も持っているといえる。この機能は作業所という場が精神障害者にとってインキュベーターであり、利用者は仲間や職員から元気づけられ、社会からの偏見に伴う苦悩を抱えながらも、自己決定の主体である自分を取り戻すことと結びついていると思われる。このことが、エンパワメントであり、精神障害者のケアマネジメントの機能の一部を果たしていると言える。

◆引用文献

- 1) 鈴木清覚：民主的経営・管理をめざして、（共同作業所全国連絡会編）ひろがれ共同作業所；24-32、ぶどう社、東京（1987）
- 2) 鈴木清覚：民主的経営・管理をめざして、（共同作業所全国連絡会編）ひろがれ共同作業所；191-194、ぶどう社、東京（1987）
- 3) 田中英樹：市町村精神保健福祉業務のすすめ方、105、萌文社（2001）
- 4) 浅野弘毅：精神科デイケアの実践的研究。113-114、岩崎学術出版社（1996）
- 5) 谷口明弘：障害を持つ人たちの自立生活とケアマネジメント、169、ミネルヴァ書房（2005）
- 6) 日本精神保健福祉士協会編集：精神障害者のケアマネジメント、39、へるす出版（2002）
- 7) 野中毅：図説ケアマネジメント、53、中央法規出版（1997）
- 8) 野中毅：図説ケアマネジメント、53、中央法規出版（1997）
- 9) 野中毅：図説ケアマネジメント、53、中央法規出版（1997）

認知症高齢者と家族への継続的・包括的ケアシステム モデル構築に関する試論

日本福祉大学大学院博士課程

汲 田 千賀子

An essay concerning construction of continuous and comprehensive
care system model for dementia elderly and their family

Abstract

Care for dementia senior citizen cannot forecast the nursing period. It also has a possibility of becoming long-term. The symptoms of dementia change. Because of this reason, it is not possible to leave the dementia elderly alone which may cause stress and restraint feelings for people providing the care. This thesis organizes regional pioneered practices in Japan, and takes out necessary elements in order to construct a model which provides continuous and inclusive care for elderly.

I have been engaging and interviewing with a family who nurses a dementia senior citizen for two years from 2005. Ms. A was diagnosed as dementia at the age of 77. The family is consists with a working married couple and two children go to university. Ms. A was spending daytime alone at home. The family noticed her change and went to hospital. They also learned about dementia and the long term care insurance. In the first certification of long-term care need was needing care 3. Care manager supported Ms. A and the family hard. As time goes by, Ms. A started to wander, and the family had to lock her from outside. The burden of care has increased, too. Ms. A was admitted to a nursing home at the age of 80.

To construct a continuous and inclusive community care system model, the case was analyzed and nine elements were derived from the case with Mr. A. 1.Maintenance of medical institution of earlier detection and early diagnostics, 2.Development of community with earlier detection and early diagnostics, 3.Diagnosis by home doctor, 4.Spread of knowledge and understanding of dementia, 5.Professionals that supports family psychological issue, 6.Continuous linkage with professionals, 7.Linkage between medicine and welfare service, 8.support system in community, 9.Initiative by municipality. These nine items were assumed to be an analytical framework, the community care model's with pioneering case and the dementia of the average of current Japan practice was analyzed, and the practice of suvenbo of Denmark that was early was analyzed. Especially, the article examined a proper continuous and inclusive community care through over lapping the Onomichi practice method and Svenbo practice method.

In the present study of continuous and inclusive care, mutual relationship among health, welfare, and medicine was emphasized. However, it can be suggested that connecting medical treatment at an early stage, providing community support including screening, and supporting dementia elderly and family continuously among professionals and teams in a long term are needed as a new finding.

Key words

Dementia elderly and their family, Continuous and comprehensive care ,Onomichi practice method, Svenbo " cooperation model"

1. 問題の所在

厚生労働省私的研究会が2003年に報告した『2015年の高齢者介護』では、今後の高齢者介護の課題の一つとして地域包括ケアシステムの確立をあげている。住み慣れた街で最期まで住み続けることを可能にするためには、個々の高齢者の状況や変化に応じて介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援を継続的かつ包括的に提供される仕組みづくりが不可欠であるといわれている。また、在宅ケアという一部分ではなく、在宅サービスから施設入所にいたる過程でのサービスの連続性や、施設から在宅への切れ目のないサービス提供など、高齢者に対して様々なサービスを継続的・包括的に提供することを目指している。この報告書では、もうひとつの課題として、「認知症のケアの標準化」をあげている。これは、認知症高齢者ケアをケアの普遍化モデルにしようというものである。

2007年には厚生労働省から「安心と希望の介護ビジョン」が報告された。ここでは、高齢者が住み慣れた自宅や地域住み続けるための介護の質の向上を目標とし、①24時間365日介護の早期実現、②在宅生活支援のリハビリテーションの強化、③医療と介護の連携強化、④認知症対策の充実（地域で支えて受け入れるために）、⑤地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備を具体的に進めていくことが明記されている。

一方で高齢者もまた、長年住み続けた場所で暮らし続けたいと願っている。2008年～2009年にかけて「特養ホームを良くする市民の会」が実施した『要介護者における独り暮らし高齢者へのアンケート調査報告書』によれば、要介護度が進んでも現在の場所に住み続けたいと考えている高齢者は、69%にのぼる。また、介護が必要になった時には、子どもや親族に世話をしてもらいたいと考えているのは47.9%という結果が報告されている。そして、人生の最後は自宅で迎えたいと55%が考えている。

このように、介護の社会化が進んでいく一方で

自宅で親族による介護を受けながら生を全うしたいと考えている高齢者は約70%いることを考えると、介護サービスを使いながら自宅で高齢期をどのように過ごしていくのが課題となる。

政策的に展開されようとしている認知症ケアを普遍化し標準化することであらゆるケアが必要な方々のモデルとなるという考え方、そして、それは地域で支えていくのを基本とするという方針、さらに高齢者という医療と福祉をどちらも必要とする方々の支援をどのようにしていくのか、その取り組みは端緒についたばかりである。

2. 目的と研究方法

本稿の目的は、わが国で先駆的に取り組まれている実践を整理しながら、認知症高齢者と家族を包括的・継続的にケアしていくケアモデルの構築のために必要な要素を導き出すことにある。そのために以下のような方法を用いた。

(1) 在宅で認知症高齢者の介護をしてきたAさんの息子さん（Bさん）に半構造化面接によるヒアリング調査を行った。2005年9月、2007年8月、9月の3回にわたり、事例により在宅で認知症高齢者の介護を家族が継続して行うのに不可欠であった、あるいは不十分であったために滞ってしまった要素をソーシャルワークの展開過程を意識しながら導き出した。ヒアリングだけでは、不十分なところは、Aさんが介護サービスを受けたい際の記録等の提供を受けて、ヒアリングの補足資料とした。なお、一事例を用いて分析することにおいては、その妥当性などに疑問があるなど様々な意見があるが、認知症介護においては長期的な記録と本人の状態の変化という2つの事項は介護継続に関する分析の際には鍵となるために、1事例を深く分析することに一定の変化の過程が明らかになる。

(2) 80年代から我が国で提案されてきた包括ケアシステムを医療モデルの中でいち早く展開を

してきた尾道市の「尾道モデル」と、自治体
が中心となり認知症ケアに特化した医療・福
祉を連携することに力を入れてシステムを構
築してきたデンマークの「協力モデル」を比
較する。

3. 地域包括ケアの考え方の変遷

地域包括ケア、あるいはその言葉に類似するニュ
アンスを持つ表現がいつ頃から福祉の中で問われ
はじめてきたのか、そのはじまりは1985年にさか
のぼる。先行研究では三重社会経済研究センター
が『三重における痴呆老人の包括ケアシステム』
という報告書のなかで、包括ケアシステムについ
て提言している。そこでは、「ぼけという精神の
問題は身体の健康管理と総合的に対策されるべき
問題」としている。この時期に提案された包括ケ
アシステムは、発見されたケースを市町村保健セ
ンターや健康づくり推進協議会などの窓口を通し
て、第1次ケア、第2次ケア、第3次ケアと進め
ていき、より疾病性の強いケースは精神衛生セン
ター（現、精神保健福祉センター）の技術援助を
受け、事例性が強いものは福祉事務所と連携を図
るというものだ。ここでは、保健所は重要な機関
と位置づけられている。第1次ケアとは、予防シ
ステムと環境形成、第2次システムは認知症の把
握、第3次システムは、在宅ケアの円滑に運用す
ることを指している。80年代の包括ケアシステム
は、総合性を重視しており、それは在宅と福祉施
設、医療機関、行政機関の連携や社会資源として
の施設や在宅サービスの充実を意味するものであ
った。

太田（2003）は、地域ケアシステムを、「地域
の施設や在宅サービスなどの保健・医療・福祉ま
たは建築などの関係者が、特に長期ケアの対象と
なる障害・疾病をもつ人たちに対し、家族や地域住
民の力も引き出しながら、できるだけ社会生活を
維持できるように援助する」¹⁾ことと定義してい
る。ロングタームケアを中心にした発想で、住民
力もケアの力としてく資源としているところが特

徴である。

昨今の地域包括支援センターの創設構想では、
介護保険による給付では充足できない様々なニー
ズに対して「ケアの継続性の確保」「ケアの包括
性の確保」により「長期継続ケア・在宅ターミナ
ル」を「他職種協働」によって実現するために総
合相談・連携支援機関としての役割を期待されて
いる。

このように80年代から包括ケアシステムという
考え方は、今日とさほど変わらない構想の中でそ
の方法が考えられてきた。時代とともに高齢者ケ
アが長期にわたる「ロングタームケア」というこ
とがケアシステムの中で鍵になってきた。特に、
認知症ケアでは、内臓疾患がなく、身体介助が必
要でない場合も多く、そのような高齢者ケアはロ
ングタームとなり、その月日は10年以上になる場
合もある。そのため、一時的なサービスではなく、
継続的な支援が必要となってくる。

4. 事例からみる継続的・包括的ケアのあり方

筆者は、2005年からの2年間にわたり、認知症
の母（Aさん）を在宅で介護していきたいと考え
ている息子（Bさん）からのヒアリングをする機
会を得た。（介護経過については、拙著（2008b）
にて公表した）Aさんは、息子夫婦と孫との5人
の三世同居である。介護代替可能な4名が同居
し、経済的にも不安がなく、高齢者を介護するに
は安定的な層である。Aさんは、長年共働きの息
子夫婦に代わって、孫の子育てをしてきた。Aさ
んに認知症の症状が現れはじめたのは、77歳の頃
だったと息子のBさんは証言している（【3】か
かりつけ医の認知症診断）好きだったテレビに興
味を示さなくなったことや、風呂やトイレの中に
小さな便が落ちているようになった。この時、ま
さかAさんが認知症であるとは思ってもみなが
った。（【1】認知症の早期発見、早期診断への医療
機関の整備の課題、【9】インテークに関する窓
口の課題＝市町村のイニシアチブの課題）Bさん

夫婦、孫が通勤、通学のため朝早くに家を出てしまうため、Aさんの食事は、Bさんの妻であるCさんが用意しておいた。やがて、その毎日用意しておく昼食を食べている形跡がなかったり、Aさんの娘（2人の娘がいるが嫁いで県外に住んでいる方）との電話で今までにはない寂しがり方をしたり、急に怒りだすなど喜怒哀楽が激しくなり、娘も様子が前とは変わっていると感じた。（【2】早期発見・早期診断の地域での仕組みづくりの課題）ある時、「お義母さんが下着をはいていない」とCさんが気づいた。一体どうなっているのかと気にかかり、夜中のAさんの様子を注意するようになった。Aさんは下着をトイレに流しており、その行為は幾度となく繰り返された。（【5】家族の心理的側面を支える専門職の相談体制の課題）

そうした異変が気がかりとなったAさんは、介護保険のことや認知症について勉強をはじめた。（【4】認知症の知識・理解の普及、社会教育の課題）主治医に意見書を書いてもらう時には、これまで家の中で起こったAさんのことをメモして、主治医に提出した。書き出してみると、すでに2年前くらいから日常生活の中でAさんに変化があったことに気づいた。要介護認定を受けた結果、要介護3の認定を受けた。主治医からケアマネジャーを紹介してもらい、デイサービスを利用したいことを伝え、AさんとBさんはいくつかのデイサービスの見学に出かけた。あるデイサービスでは、カラオケやゲームを楽しみ、帰宅後に「行ってみる」と声をかけると「うん」と返事をしたため、デイサービスの利用を開始した。（【7】医療機関と福祉サービスとの連携）

はじめのうちは、一人でデイサービスの送迎車を待つことができたため、Aさんが玄関の戸締りをして出かけていた。しかし、しだいに認知症が進行していき、送迎車を待つことができなくなり、近所を徘徊するようになった。歩いているところをデイサービスの職員が見つけることが多くなり、一人で待つことは困難となっていた。（【8】地域での見守り体制、認知症を中核とした地域づくりの課題）家族は、大学生の孫がデイサービスの

送り出しや、帰ってきた時の迎えを交代するようになり、それが難しい時は、近隣のAさんの娘宅へ送ってもらったり、時には、ケアマネジャーの事業所で数時間預かってもらったりもした。やがて、外から見ても自宅がどこにあるのかその外観もわからなくなり、人の名前や物の名前が思い出せなくなり、徘徊もひどくなってきた。中から鍵をかけても鍵を開けて出ていってしまうため、外からも鍵をかけるようになった。

昼間の生活はどうなっているのかと不安もあったが、近隣の人のうちへ行って、その人がしている裁縫をじっと眺めているということを頻繁にしていたことを後から知った。

このような状況になっても、Bさんをはじめ家族は、なんとか自分たちでAさんを自宅で介護しようと思った。この頃からケアマネジャーからの勧めもあり、ショートステイとデイサービスを併用して利用するようになった。（【6】在宅での介護を継続していくための専門職の継続的な関わり）ある日、市内に新しい施設ができることをケアマネジャーから聞いた。施設に預けることは全く考えていなかったが、「申し込みだけでもしておいたらどうか、順番がきても断ることもできるから」という話を聞いて、家族と相談することにした。家族での介護を継続したいという思いと、これ以上難しいのではないかという現実との間で揺れ動いていた。家族・親族の一人でも施設に預けることを反対したら、在宅介護を続けることを条件に、施設入所の是非について家族に尋ね、全員が施設での暮らしをやむを得ないと判断したため、特別養護老人ホームの申し込みをし、様子がおかしいと感じてから約3年後の80歳の時に入所することになった。

認知症高齢者の介護は予測することが難しく、家族の日常生活にくるいを生じさせる。介護が必要となってからのAさんの約3年の在宅生活は、変化の連続であった。介護は当事者の生命にかかわることであり、日々連続するものである。そして、認知症の中核症状や行動・心理症状が認知症の進行に伴って変化するため、多様な対応が求め

られる。家族が予想し得ない行動に対し、目をはなすことができないという拘束感と、サービスを利用することをめぐる家族の葛藤は、家族全体の負担を増大させる原因となっていた。認知症高齢者介護の場合、多くが配偶者や子世代によって担われており、近親者であるがゆえに高齢者に対する思いが強いという傾向が見られる。そのため、支援する側は、認知症高齢者本人へのサービス提供だけではなく、家族をも含めた関わりが必要となる。介護負担を軽減するための介護保険制度を使ったサービス提供は、一定期間家族から介護を解放するという意味はあるものの、認知症の症状が進行していく高齢者とどう向き合っていくのか、家族の不安や混乱により添うという介護サービスは制度上、不十分である。結果として、ケアマネジャーの力量に依存するところも大きく、家族へのサポートはさらにケアマネジャーの視点に左右される。Aさんの場合、ケアマネジャーが家族の不安や困惑を受け止め、その度に適したアドバイスをしてきた。Aさん家族にとっては、ケアマネジャーは、ケアプランを立てる人というだけではなく、介護の過程を見守る人であり、いつでもどこでも相談できる相手であることが、Aさんの話の中にしばしば登場してくる。

Bさんと家族の希望は、Aさんを自宅で介護し続けることだった。認知症が進行してもなお変わらないこのニーズをケアマネジャーは、段階的な在宅福祉サービスの利用とそのサービスを利用し続けるための体制をつくることでBさん家族と協働してきた。このことは、先に述べたデイサービスの送迎先を親類だけでなく、ケアマネジャー自身が引き受けたことにも通じている。また、介護の担い手が共働き夫婦と大学生であることから、綿密なプランニングにより「いつ」、「誰が」その役割を担うのかをケアマネジャー、家族、サービス提供者が確認されていなければ、Aさんの安全な生活も担保されてこなかった。日中の1人で過ごしている日があったAさんを見守るためには、近隣住民の理解や協力も欠かせなかった。

わが国では、在宅介護に力が注がれているもの

の家族と認知症高齢者ご本人とを支援していくという取り組みは十分に行われてきてはいない。近年では、ようやく地域ケアに比重が置かれ始めてきたことから、介護者・家族を含めた支援が構想され始めている。地域の中で暮らし続けるためには、介護者家族と本人を支える仕組み、彼らを取り巻く近隣の理解と合意により形成していくことが必要である。

5. 医師会主導の尾道方式と自治体主導のスウェンボーモデル

先述したAさんの事例から、Aさんと家族を継続的・包括的に支援していくためには、表1の横軸に表記した1～9の支援体制が不可欠であると考えた。本稿では、この9項目を可能にする取り組みを「継続的・包括的ケア」とし、そのモデル構築のための先進事例がどのようなものであるのかを見てみると、ここに2つの事例を導き出すことができる。それは、広島県の尾道方式とデンマークの“協力モデル”である。

(1) 尾道方式

尾道市は、2006年3月現在、人口152,746人で高齢者率が27.55%である。市内には、急性期病棟をもつ病院が3ヶ所あり、計1,100床である。

尾道方式は、尾道市医師会が中心となり、1994年からケアマネジメントシステムモデルとして取り組まれている。この最大のねらいは、主治医機能の確立をめざしているところにある。介護と医療とは連動するものであり、どちらかだけでは生活が成り立たないという考え方から、主治医がその役割を果たすことが強く意識されている。そのため、尾道医師会式ケアカンファレンスに定められたルールには、①主治医の参加を原則とし、主治医の医療機関で開催されること、②利用者（患者）本人および家族の参加が必須条件、③事前に資料を準備して、参加者が読み込んでおくことにより15分以内で終了させるということが定められている。

表1 尾道方式とスヴェンボーの“協力モデル”の特徴

	尾道方式	スヴェンボー“協力モデル”
【1】早期発見・早期診断への医療機関の整備	専門の検査のできる総合病院	・認知症クリニックを整備 ・認知症の専門医配置 ・より専門的な診断を必要とする場合は大学病院で検査をしてもらう提携体制
【2】早期発見・早期診断への地域での仕組みづくり	民生委員、保健推進員への研修により地域での早期発見	67歳以上の高齢者への年2回の訪問
【3】かかりつけ医の認知症診断	かかりつけ医認知症研修の実施	・かかりつけ医は、認知症の研修を修了している ・認知症の患者を診察したら医療報酬に反映する
【4】認知症の知識・理解の普及	講演会の開催	パンフレット、リーフレットの作成、配布
【5】家族の心理的側面を支える専門職	医療・介護サービス提供者が兼務する形 ケアマネジャーも含まれる	・家族の会の組織化が義務づけられており、専門職がスーパーバイズする。 ・認知症コーディネーターが定期的に自宅へ訪問し話を聞く。
【6】専門職の継続的な関わり	退院から在宅復帰までの段階を長期にわたり支援	認知症の進行にかかわらず、認知症コーディネーターは常に関わりをもつ
【7】医療と福祉の連携	・共同のケアカンファレンスを開催 ・医師会が福祉施設、サービス提供拠点を運営している	・病院から、介護サービスが必要な状況の場合には連絡が入る ・ヘルパーはPDAという端末で高齢者の情報を記録し、それは医療・福祉の関係者が閲覧できるため、サービスの経過や本人の状態が職種に関係なく理解できる。
【8】地域での見守り体制	民生委員や保健推進委員が特に早期発見という部分での役割を担っている	
【9】市町村のイニシアチブ		すべての情報は自治体が管理している

尾道方式は、1930年代にイギリスで開発されたマージョリー・ウォーレン氏の高齢者総合評価（CGA）の手法に学んでいる。そして、尾道方式で行われるケアカンファレンスを、「介護保険対応ではなく高齢者医療・介護の長期継続ケアにおける地域医療システムの実践手法であり、急性期・回復期・維持期の継続性と機能分担を可能にする手法」と位置づけている。尾道方式創設の中心的役割を担っている片山（2005）は、カンファレンスに主治医が参加することはケアの安全を担保することにつながるが、それは、医師がすべての権限をにぎることではなく、あくまでも「ケアの安全を担保するためにチームで危機管理体制を構築することが重要だ」としている。尾道方式は、後に厚生省（現厚生労働省）のモデル事業として認知症早期診断プロジェクト（通称DDプロジェクト）をスタートさせた。これは、①医師会DDプロジェクト研修を医師に受講してもらい、早期

診断できるような体制を整え、②地域に点在している各地区の民生委員や保健推進委員に認知症に関する研修を受けてもらい、地域のなかに認知症が疑われる高齢者がいた場合には、①で研修を受けた医師のいる医療機関（54病院）に相談してもらうという仕組みだ。また、早期診断のためマニュアルとして「尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアル」を作成した。時計描写テストを基に作成されているこのテストは、非常に簡単であること、そして検査を受ける高齢者にとって記憶力を問われるテストではないため、プライドが傷つけるおそれが少ないという利点がある。この早期発見のためには、地域住民の力が必要であるため、2004年には、社医連協と社会福祉協議会、民生児童委員連絡協議会による3者連携による社医民連協を発足させた。さらに、尾道市公衆衛生推進協議会がこのプロジェクトに参加し、保健推進員も先に述べたような、認知症の早期発見、早期ケア

の一翼を担っている。最新の取り組みでは、2008年に尾道市老人クラブ連合会が新たに参加し、地域ケア体制の構築にこれまでの経験と知恵を活かすこととなった。

（２）自治体主導のスヴェンボーの“協力モデル”

スヴェンボー市は、南フン地方に位置する３つの自治体が統合してできた人口58,000人の町である。デンマークでは、高齢者を67歳以上と定義しており、2008年９月現在、スヴェンボー市の高齢者は8,500人と報告されている。市内には入院施設を持つ病院が１ヶ所あり、360床である。市民の健康管理は、家庭医が全面的にその役割を担うことになっており、現在市内には40名の家庭医が登録されている。

デンマークでは、過去20年にわたり経済が不況状態となった時期があった。そこで経済政策として行ったのが、医療費の削減だ。高齢者の入院や通院にかかる費用が増大し、財政を圧迫させる状況を解決することに力点が置かれた。最初に着手したのは、入院日数を短縮させることであった。この実現のために整備が急がれたのが在宅医療やケアの充実である。入院期間を短縮させるために、在宅で療養できる24時間の在宅ケアシステムを構築したのである。1980年に入院期間が7日であったのが、1995年には、4.5日に短縮することに成功した。デンマークをこの24時間の在宅ケアシステムの構築以降、在宅で暮らしつづけることにこだわり、力を入れている。

“協力モデル”は在宅での生活支える他職種連携の協働モデルである。このモデルは、「認知症」の包括的ケアをするための専門職の連携と協働のシステムとして展開されている。この取り組みが本格的に始まったのは、2005年のことである。それまでは、デンマークでも認知症ケアを包括的に支援していくことに対して手探りの状態であった。本人や家族は、どこに相談したらよいのか、選択肢が多すぎて相談場所を選ぶことができなくて困るということもあった。治療を行っていても、それが的確かどうか誰も判断ができない状況が続い

た。そこで認知症ケアに関わる「すべての専門家」が連携することが必要だと考えるようになり、「協力連携モデルプロジェクト」が立ち上がり、研究するための資金の予算化を国に要求した。ここで言う、すべての専門家とは、主に市民の暮らしを守る自治体担当者、個別に登録している家庭医、認知症の診断を行うクリニックの医師と認知症専門看護師、在宅福祉サービスを支える社会保健介護士・介助士（通称：ヘルパー）、作業療法士を指す。このプロジェクトに対して、社会省は、社会福祉管理局に140万クローネを予算化した。プロジェクトは民間のコンサルタント会社の協力も得てはじめられた。このモデル事業が2004年～2006年に行われた当時、オーデンセでは、家庭医と病院と連携するというとりくみが、すでに行われていたこともあり、このモデルに他職種が組み込まれる形で“協力モデル”がスタートした。現在“協力モデル”の作成は、法律で各自治体に義務付けられているため、各自治体は県（アトム）が作ったモデルをひな型として、独自の施策を組み立てている。

“協力モデル”は、認知症の疑いがあると家族、または専門家が判断し、自治体にその情報・相談が持ち込まれたところから、あるいは家庭医への相談から始まる。スヴェンボー市では、75歳以上の高齢者に年２回の家庭訪問を自治体が義務付けており、そこで生活不安や治療が必要な状況の高齢者、認知症の疑いがありそうな高齢者が見つかることもある。家庭医は、これまでの様子や簡単な血液検査などを行い、その結果とともに認知症の外来のある総合病院で確定診断をしてもらうように本人に総合病院の紹介状を渡す。総合病院で確定診断をもらった後は、その結果が家庭医に伝えられ、投薬の治療やサービスの利用が開始される。本人・家族への定期的な訪問や不安を受け止める役割、さらにはサービスとの調整を行うのは、認知症コーディネーターと呼ばれる専門職である。この認知症コーディネーターが認知症高齢者と家族を直接的な介護サービスや治療面以外で支えていく存在となる。

6. 継続的・包括的地域ケアシステムの在り方

（１）早期発見・早期診断への医療機関の整備

認知症の確定診断が可能な医療機関を完備している。Aさんの場合は、ここにたどり着くまでに3年を要している。専門検査のできる医療機関を予約するのが非常に難しい状況であるが、スヴェンボーにおいても同じ状況である。日本では認知症医療疾患センターの開設を目指してはいるものの、課題は山積している。だとすれば、かかりつけ医（ホームドクター）のワンストップ診断がまず鍵であり、スヴェンボーに学ぶところは大きい。

（２）早期発見・早期診断のできる地域での仕組みづくり

尾道市では、民生委員や保健推進委員に研修を受けてもらい、地域での認知症高齢者の早期発見の一翼を担ってもらおうという方法で、早期発見に努めていく仕組みを作っている。スヴェンボーでは、75歳以上の高齢者全員を対象に手紙を出して、家庭訪問をする旨を伝える。年2回の看護・介護の専門家の訪問により初期の認知症高齢者が見つかる場合もある。両者では、誰に早期発見の担い手になってもらうのかに違いがあるものの、高齢者と定期的な関係を作る、あるいは、より高齢者から近い地域の住民がこの仕組みの担い手になるという方法が有効であることがわかる。

（３）かかりつけ医の認知症診断

尾道市では、かかりつけ医に研修を実施し（全6回）、修了した医療機関にはスッテッカーを配布した。プライマリ・ケアレベルの早期発診断マニュアルを作成、除外診断、鑑別診断マニュアルの作成にも力を入れてきた。スヴェンボーでは、全家庭医が認知症研修を修了しており、認知症の疑いのある高齢者を見つけた場合には、医療報酬が発生する仕組みを作っている。このことから、認知症の診断には、家庭医、かかりつけ医レベルといった医師が十分に知識を持っていることが必

要とされていることがわかる。

（４）認知症の知識・理解の普及

尾道市では、医師会が中心となり住民に対する講演会、シンポジウムを通して啓発活動を行っている。スヴェンボーでは、パンフレットやリーフレットが数種類作成されており、中には、認知症高齢者の家族に向けたものもあり、読み物として知識や理解を促すものが多い。Aさんの事例では、息子Bさんは、認知症という言葉すら知らなかったことから、住民への啓発の方法は多種多様であることが求められる。

（５）家族の心理的側面を支える専門職

Bさんは、ケアマネジャーからの言葉を介護する糧にしており、実際に介護サービスを提供していることよりも、ケアマネジャーが介護の支えになっていた。このような支えになる専門職は、尾道では、ケアカンファレンスに本人・家族をはじめ、医療・福祉関係者が参加することで実現している。家族がこれだけの人が自分のために働いてくれているということがわかると心理的に不安が解消されたり、安心するということだ。ここでは、具体的に特定の人がその役割を担っているというわけではない。スヴェンボーでは、具体的な介護を提供する専門職以外に、この役割を担う認知症コーディネーターを配置している。話を聞いてくれる仲間ではなく、話を聞いて助言してくれる専門家という位置づけである。

（６）専門職の継続的なかわり

尾道市では、「長期的」ということを退院から在宅復帰までの医療モデルの中で展開している。各ステージの中で同じスタッフがモニタリングし、アセスメントしながら在宅復帰を目指すというものだ。入院中から在宅ケアまでをも継続できるのは、医師会が24時間ホームヘルプステーションや社会福祉施設を運営しているからともいえる。スヴェンボーにおいては、特に在宅ケアのスタッフは、PDAといわれる端末に高齢者の情報を入力

しているため、関係者は、その情報を共有し経過を現場で確認することもできるため、看護も介護も継続的な経過を知った上での継続的な支援を可能としている。

（７）医療機関と福祉サービスの連携

尾道方式においては、主治医の勤務する病院でのケアカンファレンスにケアマネジャーをはじめとして支援している関係職種が一同に集まり、情報共有と支援方向の確認を行うことで医療面、福祉面の双方からのアプローチを可能にする仕組みだ。スヴェンボーでは、病院での治療は一時的であり、在宅療養に変わる際には、主治医に患者の管理が任される。同時に福祉サービスの情報、身体状況については、前述したPDAにすべて記入されており、相互の情報は常にわかる状況になっている。

（８）地域での見守り体制

尾道のケアカンファレンスでは、独居の高齢者の支援をする際には、民生委員の同席を依頼し、地域で見守るということを意識した取り組みを始めている。Aさんも昼間独居であったため、近隣宅で過ごしており、そうした何気ない見守りの体制は欠かせない。スヴェンボーでは、地域での見守りという項目では実践が導き出せなかった。

（９）市町村のイニシアチブ

尾道方式では、病院を拠点にしながら、関連機関と本人・家族が同席したケア会議が開催されているが、市内の高齢者がすべてこのしくみに対応するということではないという難点がある。確かに、先駆的な取り組みであるが、病院が中心となっていることで、病院受診をしていることが条件となる。スヴェンボーでは、早期発見の段階から自治体を中心に展開している。このことにより、対象が市内全域の高齢者となりスクリーニングの機能も果たす。

7. まとめにかえて

これまで包括的・継続的な支援は、保健・福祉・医療の専門職相互の関係が強調され、そこにインフォーマルネットワークを取り込みながらケアすること、あるいは、保健・医療・福祉・行政の横の連携が重要とし、縦割り行政を超えたそれぞれの機能が融合すべきと定義されてきた。本稿でAさんの事例から導き出した9項目のおおよそが、これまでの見解と一致しているが、認知症高齢者と家族を支援するといった場合には、身近な医師に早い段階で診てもらえることが後の安心につながっていく。早期に医療につながることを可能にするためには、対象を限定しないスクリーニングを含めた見守りを地域の中で行うことが必要だ。そして介護が長期化し認知症の症状も進行していくことから、継続的に同じ専門職、同じチームが支援し続けること、長期的になる介護を心理的に支える専門職の配置が欠かせない。このことは、医療と福祉の継続的連携や公私協働を意味し、アウトリーチやインテーク場面からソーシャルワークが機能する仕組みと言える。これまで定義されてきた継続的・包括的ケアに加えて、認知症高齢者の場合には、上記のことがケアシステムの中に組み込まれていくことにより、介護を地域で継続していくことをより可能にしていくと考える。

引用文献

- 1) 太田貞司 (2003)『地域ケアシステム』有斐閣アルマ、56

参考文献

- ・片山壽 (2008)「退院前ケアカンファレンスー尾道方式ー」『治療増刊号』vol.90、885-890
- ・片山壽 (2004)「痴呆ケアは『機能する地域』でこそ可能に[尾道市の取り組みその2]」『コミュニティケア』6(8)、44-47
- ・金田千賀子 (2007a)「デンマークにおける認知症ケアに関する専門職養成」『ゆたかなくらし』No.306、41-44

-
- ・金田千賀子（2007b）「デンマークGrave市における認知症コンサルタントの実際とその養成」『医療福祉研究』第3号、25－35
 - ・金田千賀子（2008a）「認知症高齢者の地域包括ケアにおける実践方法に関する研究－スウェーデンボーン市にみる“協力モデル”の事例から－」『人間福祉学会誌』7(1)、121－128
 - ・金田千賀子（2008b）「認知症高齢者介護家族に対するソーシャルワークの接近・介入としてのケアマネジメント」『医療福祉研究』第4号、p14－24
 - ・厚生労働省私的研究会（2003）『20105年の高齢者介護』
 - ・三重社会経済研究センター（1983）『三重における痴呆老人の包括的ケア・システム』
 - ・認知症介護研究・研修東京センター（2009）『「地域を知り 地域を作る」キャンペーン報告会 報告資料』
 - ・認知症介護研究・研修東京センター ケアマネジメント推進室（2009）『町づくり報告会 認知症地域支援体制構築等推進事業報告会 報告資料』
 - ・「地域ケアにおける医療の役割－尾道方式の新・地域ケアの構築と痴呆ケア」『老年精神医学雑誌』15(8)、921－928
 - ・永田久美子監修（2006）『認知症の人の地域包括ケア』日本看護協会出版会
 - ・高橋紘士編（2008）『地域包括支援センター実務必携』オーム社
 - ・特養ホームを良くする市民の会（2009）『要介護者における独り暮らし高齢者へのアンケート調査報告書』

高齢者の地域生活を支える小規模・多機能ケアの意義

— 宅老所・グループホーム運動と制度化の検証 —

名古屋市立大学大学院 人間文化研究科 博士後期課程

石井（岡）久美子

Significance of Community-Based, Small-Scale, Multifunctional Care Service for the Elderly

— Study on Home Nursing Care Station and Group Home, and their Systematization —

Abstract

Large-scale group care in the era of the involuntary government-led system contradicted the needs of the users. However, in the 1980s, care workers and family members started to establish small-scale, multifunctional care institutions. The new type of institutions, unlike those restricted by laws and governmental policies, came in harmony with local communities.

The forerunners set up home nursing care stations and group homes nationwide, which were later acknowledged and systematized as "E-type Day Service" and "Group Home."

The number of such institutions exceeded 1,300 in 1999.

In 2006, Revised Long-Term Care Insurance Act launched community-based nursing care service, following the concept of small-scale, multifunctional care institutions. The act intended to secure "365-day and 24-hour home nursing care." Nonetheless, contrary to its policy, the actual purpose of the new act was the reduction on the care benefits. The government-led "small-scale, multifunctional home nursing care" was established in such a way that would distort the original essence of the service.

I studied literature on the social nature of small-scale multifunctional care service and its development. Then, I considered the practicality and the original essence of the service, based on the research done at Home Nursing Care Station A in Nagoya, which took the initiative in founding home nursing care stations and group homes. The small-scale, multifunctional home nursing care service led by the government contradicts the conception of social welfare that it supports an individual so that he/she can lead an independent life with self-dignity. In this study, I would like to suggest a way to promote "socialization of nursing care service" from the aspect of small-scale multifunctional care movement.

Keywords

community welfare, small-scale multifunctional care service, socialization of nursing care service

はじめに

小規模・多機能ケアとは、平野・高橋・奥田（2007：10）らによれば「制度の枠にこだわることなく、例えば小規模な通所介護に自主事業による泊まりを実施するといった取り組みなどを含む『利用者が住みなれた地域に住み続けることを支えるための小規模で多機能な実践』の総称」¹⁾であり、宅老所やグループホームあるいは民間デイサービス等と呼ばれる、有志による地域での実践を指す言葉である。

本論文では、地域福祉の拠点のひとつとして地域に密着した小規模・多機能ケアに着目し、その本質と制度化に伴う政策主体の意図と問題点を明らかにし、高齢者の地域生活を支える社会福祉システムの構築について考察する。

第1章では地域に密着した小規模・多機能ケアの社会的性格と展開を文献研究により検証する。第2章では、宅老所・グループホーム運動を牽引した名古屋市の宅老所Aの調査結果から、小規模・多機能ケアの実践の経緯とその本質を具体的に探る。第3章では2006年に改正介護保険制度で地域密着型サービスのひとつとして導入された「小規模多機能型居宅介護」の問題点を明らかにする。

この論文作成に要した調査では、人権擁護及び倫理的配慮を充分に行い、研究等の協力者の不利益または危険性を回避している。このため、被調査者に対して文書によって了解を得ると共に、本論文内では調査対象を記号で表記することを原則としている。

なお、省庁、認知症、資格等名称や呼称が変遷している事柄については、とくに断らない限り当時の名称や呼称を使用している。

第1章 地域に密着した小規模・多機能ケアの社会的性格と展開

第1節 地域に密着した小規模・多機能ケアの社会的性格

地域密着、小規模、多機能を高齢者介護の基本概念として最初に提唱して、地域に小規模多機能

ホームを立ち上げたのは、槻谷和夫（ことぶき園理事長1987年設立）である。

賀戸・林（2004：80）は、槻谷和夫が11年間の特別養護老人ホームの勤務経験中で、高齢者一人ひとりの個別の事情に配慮することが難しい「大規模性についての疑問」を持ち、「高齢者の願いや自己実現を阻害している原因が法律や制度にあることに着目」して、「法律や制度に影響されない自由な発想で施設運営ができる道を選択」して「ことぶき園」を立ち上げたことを紹介している²⁾。

地域密着は、社会福祉施設の立地条件の重要性を指す。「ことぶき園」が、出雲市の中心部にあり、建物の規模も普通の家と同程度であるのは、地域密着の理念が場所だけではなく、地域生活とのさらには家族との関係の維持にも良いことを実証している。小規模は、生活の場を意識した家庭的な生活空間や人間関係の円滑化を求めた結果である。多機能は、要否を措置基準で判定しない入所をはじめ、在宅生活を維持するために「困った時、困った期間、必要に応じて利用」できる、当時としては画期的なサービス体制を確保することから生まれたのである。

高橋（2003：10）は、小規模・多機能ホームについて、「地域密着とは、お年寄りがこれまで過ごしてきた地域での生活、人間関係が継続できること、小規模とは、お互いになじみの関係が持てる居場所であること、そして、多機能とは、通って、泊まって、自宅に来てくれて、必要があれば住むことができることとして、だいたいの理解が得られてきたように思う」と述べている。さらに、3つの概念をそれぞれ取り出して論じることはできるが、どれが欠けても小規模・多機能ホームとは呼べないとも付け加えている³⁾。

介護保険法第2条4項では、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と明記されている。しかし、政策主体の在宅重視という介護保険創設目的のひとつに反して、制度導入後は在宅介護生活の維持困難

さと、被保険者の権利意識の高まりにより、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の施設入所希望が急増している。施設生活にはあるが在宅生活には欠けているのが「365日・24時間の安心感」である。宅老所・グループホーム等の小規模・多機能ケアの担い手は、「呆けても住み慣れた町で、普通に暮らしたい」という願いを、高齢者と家族の実情に合わせながら少しずつ形にして、高齢者の地域生活を支える社会福祉システムを手づくりしてきたのである。それは「主体性」と「社会性」を尊重したケアの具体化と言える。

渡辺（2002：63）は、宅老所の展開と当事者の主体形成を福祉協同運動と名づけている。「高齢者の介護政策は、長く“寝たきり”対策が中心であり、痴呆症をめぐるのは、無策に近い状態が続いていた。ここに、痴呆症を対象とした宅老所やグループホーム等の小規模多機能型の介護拠点づくり運動（以下、宅老所運動）が活発化してきた背景がある」と指摘したうえで、宅老所運動を、共同保育所運動と共同作業所運動における各分野の要求運動や研究運動と連携した協同的事業運動と捉えている。「運動の発展過程そのものに、当事者とそれに関わる人々との共同の連帯をつくり出す過程があり、それは当事者や関係者の権利主体者としての成長を促し、当事者主体の福祉を創造する取り組みから、地域の福祉政策にも大きな影響を与えていく運動である」と評価している⁴⁾。

第2節 地域に密着した小規模・多機能ケアの展開

1980年に「呆け老人をかかえる家族の会」が、地域に「託老所」（滋賀県）を立ち上げたのをきっかけに小規模・多機能ケアは、やがて全国的に広がっていく。

下村（2001：54）は、1991年開設の「宅老所よりあい」（福岡県）が「年寄りを託すちゃあなにごとか」と利用者に言われ、「普通の家で普通の生活を送る」という関わりから「託」ではなく「宅」の字を用い始めたのである⁵⁾。

情報交換をしながらお互いに介護の質を高めて

いく中でその先駆的な事業が行政にも認められ、都道府県の補助事業として公的支援を受けられるようになる。1992年「E型デイサービス」（痴呆症対応・小規模・毎日型）が制度化され、1997年には「グループホーム」が制度化される。やがて「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」⁶⁾では「宅老所」の実践が言及され、「在宅で365日・24時間の安心を提供する：切れ目の無い在宅サービスの提供」として「小規模・多機能サービス拠点」が初めて政策用語として登場する。「小規模ケア」を「ユニットケア」として特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設においても実践することや、さらに地域分散型サテライト方式によって逆デイサービス、逆ショートステイ等を通じた施設介護機能の地域展開など、新しい介護サービス体系も提唱されている。

平野と奥田（2005：29－35）は、制度及び実践の展開過程を3つの時期に区分している⁷⁾。

第1期は1983～1991年まで、実践者が宅老所・グループホームの先駆をなす取り組みを実施している時期とする。1989年に栃木県が認知症高齢者デイホーム事業への補助制度を創設するなどの例は僅かにあるが、その原動力は自発性にある。国により痴呆症高齢者への小規模ケアが制度化されるまでの時期に相当する。宅老所としては1983年開設の「デイセンターみさと」（群馬県）が第1号である。しかし、通所から開始して泊まり・居住を行う「小規模・多機能型老人ホーム」としては、1987年に開設した「ことぶき園」（島根県）が第1号である

第2期の1992～1999年は、E型デイサービスの導入に始まり、2000年の介護保険制度導入を控えて、全国レベルで宅老所・グループホームのネットワークが発足する時期である。さらに1996年「栃木県高齢者デイホーム連絡会（栃木県小規模ケアネットワーク）」ができ、宅老所の全国実態調査結果の名簿を配布したことをきっかけに、同じ年に愛知県にも連絡会が発足する。1998年「全国痴呆症高齢者宅老所・グループホーム研究交流

フォーラム（宅老所フォーラム）」（宮城県）が開催され、翌年「宅老所・グループホーム全国ネットワーク」が発足している。小規模・多機能ホームや地域共生ホームなどの取り組みの形がはっきり見えてくるようになり、実践者も全国レベルでつながっていく時期である。

第3期の2000～現在（「宅老所・グループホーム白書2005」は2005年2月発行）は、介護保険制度導入から、介護保険見直しのなかで、小規模・多機能ケアの制度化が模索されている現在までとしている。

さらに筆者は地域密着型サービスのひとつとして制度化されて以降を第4期の始まりと捉えることができると思う。2006年改正介護保険制度導入により創設された「地域密着型サービス」の中に「小規模多機能型居宅介護」「認知症対応型通所介護」「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」等が、新たなサービス体系として組み込まれ、サービス拠点等の整備には交付金が、運営には介護保険制度から介護費が給付されるようになった時期である。

第3節 「小規模多機能型居宅介護」制度化の検証

賀戸と林（2004：107）は、厚生労働省の報告書「2015年の高齢者介護」の中では、宅老所の実践を評価しながらも「小規模・多機能サービス拠点」という言葉に置き換えていることに着目している。「その背景には、介護保険法の維持や地域分散型サテライトケアも組み込む思惑が働いたことが影響している。」とし、その理由を宅老所の人的・物的そして経済的にも不安定な状況を最大の要因としてあげている⁸⁾。

さらに天田（2004：31）は、この報告書が現行の介護保険の制度的な枠組みを維持・微調整することを前提としたものとしてとらえ、現在、私たちが根本的に問うべきは、介護保険制度の制度設計と運営のあり方自体であり、いわば“現実路線”とも言えなくはないような、現行制度の枠内で可能な小規模・多機能サービス拠点を提唱すること

は、逆に「制度」の本質的な問題を隠蔽化してしまうのではないだろうか、と問いかけている⁹⁾。

齋藤（2009：65）は、小規模・多機能ケアが制度化された2006年の介護保険法改正目的の一つを給付抑制としている。具体的には介護予防重視システムへの転換、施設介護サービスの給付抑制である¹⁰⁾。

改正により、介護予防については、それまでの要支援・要介護1の軽度要介護者を、新たに要支援1・要支援2・要介護1に区分して「予防給付」の対象とされた。予防給付の給付上限額は、介護給付の給付上限額よりも低く抑えられている。また、在宅介護サービスと施設介護サービスとの間の自己負担額の不均衡は正を名目として、介護保険施設における居住費用と食費を介護保険給付の対象外として自己負担とされている。

第2章 対象事例の調査結果

第1節 利用者が主役 資金難と闘いながら 宅老所Aの誕生

名古屋市にある宅老所Aの創設者で代表のBは、特別養護老人ホームに4年半勤務をしていた。その当時、大規模な集団生活での介護は高齢者の尊厳を傷つける矛盾だらけであった。例えば、トイレで排泄ができるのにおむつをつける、つなぎの服を着せて抑制をする、入浴時には浴室の前にずらりと高齢者が並ばせられるなど、Bにとって「管理しやすいように利用者が施設に合わせさせられる、エッと思うことばかり」であった。利用者は皆が「家に帰りたい」と言う。しかし、家族だけの介護には限界があり、在宅で受け止める体制が無かったのである。

悩みを抱えながら、介護職が作るサークル「名古屋市ケア連絡会」に参加、大規模施設の愚痴を吐露していた。そんなBは、三好春樹に「愚痴を言っているくらいなら自分で立ち上げたら。福岡のよりあいも3人で立ち上げたんだよ」と言われ、決意をする。

特別養護老人ホームで働く女性の仲間と3人で、先駆的实践をしている施設を見学して歩いた。準

備はすべてが順調に進んだわけではない。福岡市の宅老所「よりあい」に研修で入った仲間は、無認可で始めることに不安を感じて抜けていった。

仲間の実家を拠点にして準備を進め、1993年には「宅老所を始めたい」と公言をする。「呆け老人を抱える家族の会」全国研究集会（千葉県）等、様々な高齢者問題を考える会合やイベント等で発言を継続、思いとともに場所の提供も要請をして行く。こうした努力が実り、大家の母親を宅老所で受け入れることを条件に、無償でアパートの1室（6・3畳2間、バス・トイレ・キッチン付き）を借りることができて、いよいよ1994年5月に、スタッフ2名利用者4名で宅老所が開所をする。

宅老所Aは、認知症のお年寄りとともに、家庭的な雰囲気の中で、ゆったりのんびりと過ごせて、心の底から笑える場所づくりを目指している。1994年7月発行の通信No.5によれば、朝は、お茶を飲みながら世間話をしてのんびりと過ごし、昼食の準備も皆で一緒にしている。食事の後片付けを一緒にすませると、ドライブや、喫茶店にも出かけている。施設で働いていた時と比べて「こんなにのんびりしていいのかな」と思いつつも、何よりお年寄りのペースを大事にしていきたいと、書かれている。職員は、看護師、介護福祉士、ケアマネージャーなど有資格者が多いが、機能回復のためのプログラムは特に行わない。「バタバタしない介護」「どっしりと構えたデイ事業」の理念は、現在も大切にされて、大規模施設には無い、普通の暮らしが展開されている。

宅老所Aの利用料は、年会費が2000円、1日は送迎付きで3000円である。利用者も徐々に増えて1年後にはやっと1ヶ月の延べ利用者が50名を越えるようになる。しかし、初年度の収支報告は、10月までは人件費が0円、無償である。その後は6ヶ月で1人12万円、月2万円である。Bは自分の生活費をホームヘルパーのアルバイトで賄っている。

宅老所Aのある地区は、古い町並みに住み続けるお年寄りが多く高齢化率が高い。近くの居酒屋で始まった、高齢者福祉に関心のある人たちの会

合にBも参加をする。やがて会は場所を宅老所に移し、Aを応援しながら勉強会に発展してゆく。設立当初からの理念を共有しつつ、年長者として若いBを運営面だけでなく精神面でも支えてきたのは、この勉強会のOGであり、その内の数人は現在もNPOの理事である。また、設立に関わり、結婚・出産のために専業主婦となった仲間は、会員約30名のボランティアの会を取り仕切って、昼食調理、遠足等のイベント、通信発行、講演会、バザー等を切り盛りしている。

設立当時実施されていた一般的なデイサービスは、週2回、9時から15時までが多かった。しかしBは、「残りの曜日は、時間は、皆さんどうするの」と疑問に思っていた。実際、週2回短時間のサービスでは不十分で、在宅介護は支えられていなかった。高齢者が施設から住みなれた地域へ帰りたくても、家族が面倒を見る体制が取れないのである。そこでAでは、1995年9月には週5日、長い開所時間、延長のサービスも可能という、当時としては画期的なデイサービスを提供し始める。現在は週6日、9時から18時までが開所時間であり、時間の延長、訪問、宿泊もできる。さらに介護保険の枠外の対象者も受け入れるなど、地域のニーズにしっかりと応えて小規模・多機能ケアを展開している。

やがて利用者も増えて、1996年には、入浴サービスができる一軒家を探して引越しをしている。引越し早々に開催されたバザーは、隣接する新しい地域への挨拶、宅老所のお披露目、家賃10万円の足しにする資金集め、が目的であり経営難は解消することは無かった。

第2節 拡がる全国のネットワーク 県事務局としても活動

1999年1月に「①痴呆症高齢者のケアに関する情報の収集と提供、②相談、③研修、④研究、⑤社会的な提言など、宅老所・グループホームを推進することを目的として」（設立趣意書）宅老所・グループホーム全国ネットワークが設立される。宅老所Aは、2004年までの5年間、「あいち宅老

連絡会」の事務局として役割を果たしていた。現在は別の組織である「あいち小規模多機能ケア連絡会」の役員として、情報交流・相談などに努めている。

宅老所・グループホーム全国ネットワークの調査（2005：122）によれば、1980年代半ばから先駆的に始められた小規模・多機能ケアの取り組みは、1999年には1,300ヶ所を超えており、そのうちの半数近くは、法人格の無い住民団体や個人の運営であった¹⁰⁾。それでも学識経験者をも巻き込んだ全国的な運動の成果で、認知症の高齢者が毎日利用できる「デイサービスセンターE型」や、共同で生活をする「グループホーム」の国庫補助事業を生み、さらに地方自治体独自の弾力的な補助事業の創設を生み出していく。

Bも、行政には、毎月1回話しに出かけている。1回3000円1ヶ月6万円も費用がかかるのに、年金が3万円しかなくても通ってこられる高齢者がいる。そうした事実を突きつけて宅老所の必要性を根気よく訴えた。「最初は立ち話で耳を傾けるようになり、次に部屋に通してくれるようになり、坐って話を聞いてくれ、そのうちに奥に通してくれるお茶が出てくるようになりました」と言うように、行政担当者の対応も変化していった。

運動の成果が実り、実績も認められて、宅老所Aは介護保険制度導入前の半年間、E型デイサービスの受託をすることになる。市の指定事業者になるため、1999年9月にNPO法人格を取得、さらに施設基準を満たすために現在の拠点に移転している。

それまでと比べると、1999年10月に利用者13人から再スタートした時から経営的には安定していった。無認可時代からの苦労が報われ、スタッフ4名を正職員3名アルバイト1名として雇用する。そればかりか、利益も出て貯えることもできている。

2000年4月の介護保険制度導入時には制度の枠内に入って、指定通所介護事業所になっている。利用者負担を減らすことと経営の安定化が目的である。しかし、介護保険制度も3度の見直しで介

護報酬が切り下げられたり、加算がなくなったりしたので赤字が続き、現在の経営状態は良くない。

2006年の介護保険制度の改正で、宅老所は小規模多機能型居宅介護として制度化された。指定事業者になるか否かについてBは、「採算が取れなくて、給料が出せないから今のところやりません」と即答された。「利用者にとっては定額制で必要なだけサービスを受けられる良い制度」「地域にあったらいいと思う」と意義は認めているが、「在宅サービスより介護報酬が低いので経営が成り立たない」「施設や人材の確保など体制を整えることができない」「抱え込むことで他の社会資源との連携がとりにくい」等、定額制・介護報酬のアンバランス・ケアマネジメントの内在化等の問題点を指摘して、移行には消極的であった。

宅老所Aの特色は、大規模施設にはできない小規模ケアによる介護の質の優位性だけではない。関係者や住民や専門職や学識経験者らが、宅老所の実践を通して地域の福祉コミュニティの構築に主体的に参加をしている。Bは、事務局として活動をすることで多様な人と話す機会を得られて良かったと考えており、特に学識経験者との連携を評価している。「自分たち実践者は、思いだけで熱く語るから理路整然と人に解るように話すことが難しい。学識経験者が自分たちの思いを言語化し、さらに分析して普遍化したうえで行政などに伝えてくれている」、よき代弁者と考えている。こうして実際の福祉ニーズに応えながら、高齢者の地域生活を支える社会福祉システムを構築するその道筋を実証的に示している。

第3章 「小規模多機能型居宅介護」の検証

第1節 「小規模多機能型居宅介護」の問題点

小規模多機能型居宅介護は小規模・多機能ケアをモデルにはしているが、財源難による給付抑制を背景に、政策主体は制度化に際してはその本質を歪め、多くの問題を伴うものとしたのである。問題点の第1は複数の事業所を利用できないことである。利用契約を結んで登録すると当該事業所以外の在宅サービスが一切使えない。しかし、利

表Ⅰ. 介護保険 支給限度基準額 比較 (1ヶ月 単位 円)

要介護度	在宅サービス (上限)	小規模多機能型 居宅介護 (定額制)	差 額
要介護 1	165,800	114,300	-51,500
要介護 2	194,800	163,250	-31,550
要介護 3	267,500	232,860	-34,640
要介護 4	306,000	255,670	-50,330
要介護 5	358,300	281,200	-77,100

WAM NET 介護早分かりガイド http://www.wam.jp/kaigo_guide/category3/index.html
 社会保障ガイド2009 <http://social-s.jp/old-care44.html> より 石井(岡)作成

用者はデイサービスも特長や曜日や地域性などで数ヶ所を並行して利用している。さらにケアマネジャーやホームヘルパーともすでに馴染みの関係ができています。従って、他の事業所のサービスを受けられなくなることは困るので、小規模多機能型居宅介護に新に利用登録をすることを拒む。

第2は在宅介護より低い介護報酬の設定である。月単位の定額報酬方式には出来高払いにより生じる収入の変動を避けるメリットがある。しかし、要介護度1・2では毎日型の利用ではないことが想定され、さらに支給限度額内での訪問看護利用を可能としているために介護報酬は低い。また、介護報酬が高い要介護3・4・5でも、在宅サービスの上限より低く、要介護5で、77,100円の差があり経営を困難にしている。(表Ⅰ)

第3は「住まい」の切捨てである。「通いを基本に、泊まりと訪問へ」と言うが、24時間365日の安心のためには自宅に近い地域に「在宅」できる「ケア付住宅」が必要になる。各事業所は、グループホームや適合高齢者専用賃貸住宅(18㎡以上のトイレつき個室と食堂や生活サービスがつく)併設で対応していたが、しかし、2006年の改正老人福祉法29条で例外規定が外れ、高齢者が住むケア付き住宅は有料老人ホームとして届出が義務化され、都道府県の監督下になり、一部の地方都市では規制が始まっている。

第4は登録定員25人の通い・泊まり・訪問の利用回数に関わらず一律の報酬が支払われる包括払いという点である。そのため、小規模な事業所で

は、利用者の希望が重なった場合充分に応えられない事が危惧されている。利用定員が、通いは登録定員の2分の1から15人の範囲、泊まりは通いの利用定員の3分の1から9人の範囲と限定されていても、いくら使っても利用料が同じなら利用回数は増すことが予想される。

さらに第5には、創設された地域密着型サービスでは小規模多機能型居宅介護に加えて、夜間対応型訪問介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(小規模定員29人以下の特別養護老人ホーム)・地域密着型特定施設入居者生活介護(小規模定員29人以下の介護 専用型特定施設)・認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)・認知症対応型通所介護を新設あるいは再編して創設されたことも合わせて考えると、小規模・多機能ケアはその本質を歪められたうえに、これまで実践を積み重ねてきた宅老所ではなく、小規模特養やグループホーム等ケアスタッフを多く抱える大規模な保健・医療・福祉複合体¹²⁾等にとって展開しやすい制度になったと言える。

杉岡ら(2007:169)による、拠点整備の考え方を全国の自治体に調査した結果でも、「特養ホームを運営主体とした拠点整備」が48.2%と最も多く、次いで「認知症グループホームからの展開」41.5%、「営利法人」35.2%が続き、制度化のモデル「宅老所」の活用は18.2%と最も少なかったのである¹³⁾。

こうした政策動向に伴い小規模・多機能ケアの本質が損なわれることが懸念される。平野(2007:

170) は、「地域密着型サービスの登場の背景には、認知症高齢者に対する施設での大規模・集団ケアの限界から新たな小規模ケアの必要性が確認され、その普及方法として地域密着型サービスが採用されたという歴史がある。自治体は、こうした導入の目的を充分理解したうえで、圏域設定や指定といった業務を遂行しなければ、手段そのものが目的化する危険性をはらんでいる。制度ができたからと新たなサービスの整備に終始するのではなく、既存の資源の活用やデイサービスの質の見直しなど、広い視野での取り組みが求められる」と警鐘を鳴らしている¹⁴⁾。

おわりに

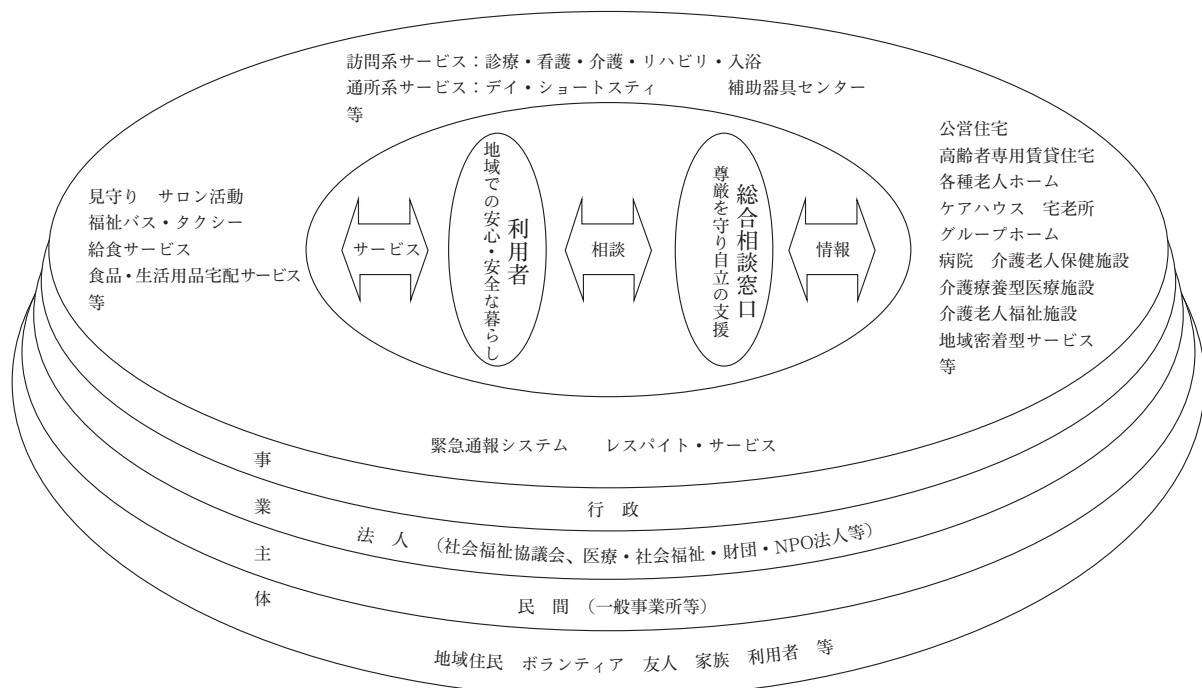
最後に、加齢や疾病により要介護状態となりやがて終末を迎える高齢者の地域生活を支える社会福祉システムを図1に表わしてみた。まずは、利用者である高齢者あるいはその家族が地域での安心・安全な暮らしを求めて支援を受けるための総合的な相談窓口が整備される必要がある。そこに

は、地域のインフォーマル・セミフォーマル・フォーマルなレベルで多様な事業主体が重層的に連携し、保険・医療・福祉を統合した情報が集約されており、ワンストップサービスが提供されることが望ましい。相談、情報提供、サービス提供は双方向で行なわれ、地域全体のケア・システムとして循環をする。その時の基本理念は高齢者の尊厳を守り自立の支援をすることが第一となる。

小規模・多機能ケアの自発的な創意工夫による実践活動は、高齢者の地域生活を支える社会福祉サービスとして、利用者と家族に寄り添いながら地域に密着して生き活きと展開されていた。しかし、「小規模多機能型居宅介護」は宅老所運動の成果をモデルにしてはいるが、宅老所そのものの制度化ではない事も検証の結果明らかになったと言える。

介護保険制度には、3年毎の保険料及び介護報酬の見直し、5年毎の制度改正が規程されている。3年毎に保険料は引き上げられ介護報酬も約3%削減されてきていることや、施設系居住系サービス参酌基準（整備基準※1）が、2004年度41%か

図1 高齢者の地域生活を支えるケア・システム



ら2014年度には37%（108万人）以下にさらに引き下げて総量を規制し、在宅介護（家族介護）を誘導する等が実施されている。

これまでの「見直し」「改正」は政策動向と連動しており、例えば経済財政諮問会議から出されている「経済財政の基本方針06（骨太の方針06）」では、社会保障費の歳出削減方針を打ち出し、自然増の伸びを毎年2,200億円抑制することとしたのである。

藤崎（2008：9）は、介護保険法の制定過程で用いられた「介護の社会化」という標語は、「社会全体で介護を支える」という含意とともに、「家族介護の負担軽減を図る」ことも意味していた。にも拘らず、「適正化」に名を借りた強硬な利用抑制策が、サービスの利用抑制や利用者の選抜・切捨てによって、「介護の再家族化」を進展させていると指摘する¹⁵⁾。

中井（2004：43）によれば、「介護の社会化」とは、「専門的職業としての介護サービスを社会に用意し、そのサービスを個人や家族が日常生活に取り入れ、介護問題の解決を図ること」である¹⁶⁾。

社会福祉基礎構造改革では、個人が尊厳を持ってその人らしい自立した生活が送れるよう支えるという社会福祉の理念に基づき、①福祉サービスの利用制度化（福祉サービスを行政処分によるそれまでの措置制度から、利用者が事業者と対等な関係に基づきサービスを選択する利用制度へと変換）、②サービスの質の向上、③社会福祉事業の充実・活性化、④地域福祉の推進、⑤その他の改正が内容として採択された。そして介護保険制度が導入されたはずである。

小規模・多機能ケアの運動的側面は制度化によって終了したのではない。先駆的实践の担い手は、制度化を促すだけでなく、学識経験者と共に実態調査を行い、問題の所在を実証し、地域の世論を起し、機会あるごとに政策提言を行って、制度を発展させてきたのである。こうした活動のあり方は、制度の枠を超えて実践を展開してきた宅老所運動の担い手にも、協同し支える学識経験者に

も、地域の支持者にとっても教訓となっている。高齢者の地域生活を支える社会福祉システム構築のために私たちが取り組むべき課題はまだ多いと言える。

文献

- 1) 平野隆之・高橋誠一・奥田佑子（2007）「イントロダクションー本書の考え方と構成ー」平野隆之・高橋誠一・奥田佑子著『小規模多機能ケア実践の理論と方法』全国コミュニティライフサポートセンター（CLC） 10
- 2) 賀戸一郎・林祐一（2004）「小規模・多機能サービス拠点づくりに関する批判的研究ー宅老所の実践の蓄積と問題の考察を通してー」『西南大学教育・福祉論集』3（2）、73-112
- 3) 高橋誠一（2003）「小規模多機能ホームとは何か」小規模多機能ホーム研究会編『小規模多機能ホームとは何か』全国コミュニティライフサポートセンター、9-19
- 4) 渡辺靖志（2002）「福祉協働運動としての宅老所の展開と当事者の主体形成ー島根県出雲市『ことぶき園』の事業実践を中心にー」「日本の地域福祉」編集委員会編『日本の地域福祉』日本地域福祉学会16、63-70
- 5) 下村恵美子（2001）『九八歳の妊娠 宅老所よりあい物語』雲母書
- 6) 「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(2003) 厚生労働省老健局の私的研究会による報告書 座長 堀田力
- 7) 平野隆之・奥田佑子（2005）「宅老所・グループホームの発展段階」宅老所・グループホーム全国ネットワーク小規模多機能ホーム研究会編『宅老所・グループホーム白書2005』全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）29-35
- 8) 賀戸一郎・林祐一（2004）「小規模・多機能サービス拠点づくりに関する批判的研究ー宅老所の実践の蓄積と問題の考察を通してー」『西南大学教育・福祉論集』3（2）、73-112
- 9) 天田城介（2004）『古い衰えゆく自己の／と

- 自由－高齢者ケアの社会的実践論・当事者論－』ハーベスト社
- 10) 斎藤立滋 (2009)「第3章 日本の社会保障制度の現状と課題」埋橋孝文・木村清美・戸谷裕之編『東アジアの社会保障－日本・韓国・台湾の現状と課題－』ナカニシヤ出版59－69
- 11) 「宅老所・グループホーム全国ネットワーク設立趣意書」(1999)『宅老所・グループホーム白書 2005』
- 12) 二木立 (2001)『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房 1990年前後から同一あるいは系列の法人とあわせて、病院が老人保健施設や特別養護老人ホームなどの保健・福祉施設を開設する動きが増えている。二木立は「保健・医療・福祉複合体」と名づけた。医療提供者の生き残りをかけた知恵であり、厚生労働省も育成に方針転換をしている。
- 13) 平野隆之 (2007)「单元11 市町村による小規模多機能ケアの育成」平野隆之・高橋誠一・奥田佑子著『小規模多機能ケア実践の理論と方法』全国コミュニティライフサポートセンター (CLC) 169、小規模多機能研究会 (主任研究者杉岡直人)「小規模多機能サービス拠点の成立条件と多面的展開に関する研究」2006年1月全国2,065の市町村に調査票を配布回、回収率51%。162－176
- 14) 平野隆之 (2007)「市町村による小規模多機能ケアの育成」平野隆之・高橋誠一・奥田佑子著『小規模多機能ケア実践の理論と方法』全国コミュニティライフサポートセンター (CLC) 162－176
- 15) 藤崎宏子 (2008)「訪問介護の利用抑制に見る『介護の再家族化』－9年目の介護保険制度－」『社会福祉研究』 103 財団法人鉄道弘済会 2－11
- 16) 中井紀代子 (2004)「2章 高齢社会と介護の社会化」杉本貴代栄編著『フェミニスト福祉政策原論』ミネルヴァ書房 2004年3月 43－63
- 17) 「社会福祉基礎構造改革について」(社会福祉事業法等改正法案大綱骨子) 1999年4月厚生労働省

注

※1

参酌とは他のものを参考にして長所を取り入れることであるが、介護保険制度では、「整備基準の改悪」をあえて「参酌基準の改正」と呼んでいる。介護保険福祉計画では、施設サービスについては、参酌基準 (整備基準) が改正され、従来の介護保険施設 (特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設) に、認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) と介護専用型特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム及びケアハウス等) を加えた定員合計は、2014年度の要介護認定者数 (要介護度2～5) の37%以下とする目標値となった。

中国都市部における社区福祉サービスの現状と展望

日本福祉大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程

羅 佳

Current Status and Prospect of Community Social Welfare Services in Urban China

Abstract

Since 1980's, the economy system of China has shifted from the planned economy that dominated Chinese society during 1950's and 1970's to the market economy. The reform of economy system had led to steady economic growth. Meanwhile, a lot of elements, such as the changing demographic and the increasing demand of higher living standard, have put the conversion of social security and social welfare system on the agenda. In 2000, China formally became an aged society when the population aged 60 or above accounted for 7 percent of its 1.3 billion people. In addition, social issues such as regional disparity, unemployment, and environment problems have evolved. Original, the Chinese society relied on "Unit Welfare" provided by state owned enterprises or government entities to support the needs of its general population. However, the dismantle of planned economy and the restructuring of state owned enterprises make the prior social security system lagged behind to meet the needs. The original social security system is no longer sufficient to meet such diverse needs with only a rather small number of government or business units.

The relative organizations of Chinese government started to restructure the social security and social welfare system in order to respond to the above mentioned social issues caused by the economic system transformation. Such movement has shifted the community welfare service from "Unit Welfare" model under the planned economy system to the "Community Service" which is supported by a broader base of social units.

In this article, a road map that developed by Professor Noguchi to explicate the transformation of economic and social welfare systems is utilized as a framework to examine the "Community Service". This study analyzed the existing status and discussed the future development of "Community Service" from four aspects:

- First, the mechanism and structure of "Community service" and its differentiation from "Unit welfare" is analyzed.
- Secondly, the conversion process from "Unit welfare" to "Community service" is investigated by researches of China's official documents dated from 1980, by studies of existing documentations on this topic, and by first-hand observations from field trips conducted at September 2009
- Thirdly, an integrated framework of "Community Service" corresponding to the reform of the economic system is illustrated; and the current status of "Community Service" is scrutinized.
- Further more, in order to improve the community service and enhance social stability, social infrastructure such as financial support and maintenance by government entities, facilitation of non-profit activities, and development of community service professionals, has been discussed in this article.

Keyword

Organizational benefits, Community service, Socialist market economy system, Non-profit activities, community work

I. 研究の背景と目的

2008年の秋、リーマン・ショック以降、100年に一度と言われる世界経済危機の中、世界先進各国の失業問題をはじめとして社会問題が深刻となってきた。この中、「世界の工場」と呼ばれる発展途上国の中国は、2009年のGDP値が8%を超えた。さらに、2010年に10%以上に達すると予測されている¹⁾。しかし、中国の経済が発展していく中、2000年に65歳以上の人口が7%に達したことで高齢化社会に入り、2027年に高齢社会に突入すると予測されている。したがって、高齢化社会と高齢社会に対応する社会保障・社会福祉制度の整備が求められている。さらに、1950年代～1970年代の計画経済体制が1980年代からの社会主義市場経済体制へ移行されることにつれ、失業者の増加、経済発展レベルの地域格差、環境問題などの社会問題も顕著になっている。

このような経済体制転換より生じた社会問題に対応するため、政府の社会保障・社会福祉体系を再構築する動きが始まった。計画経済体制期では、都市部住民の生活は、「単位体制」²⁾が運営していた「単位福利」が担っていた。計画経済体制から市場経済体制に移るにつれ、「単位体制」の改革が行われ、国家が企業を通して運営していた「単位福利」が「単位体制」から分離され、その多くの内容が「社区サービス」（強調する場合以外は「」を省く）と呼ばれる社区福祉サービスに移行されるようになった。1980年代後半、民政部（日本の「厚生労働省」に相当）は社区サービスのモデル地域を設定し、都市部における社区サービスの展開を試み、1989年に公表した「全国都市部社区サービスの活動における経験交流会議紀要」は中央政府が社区サービスを推進する姿勢を示した。その後、20年余の間、中央省庁は一連の公式文書を公布・通達し、1993年に社区サービス業を促進し、2000年に社区サービスをより幅広く展開していく社区建設の枠組を設定し、2007年の「社区サービス体系」を提示した。さらに、社区サービスから社区福祉体系へと福祉サービス体系の構

築が提起されている（江 2006）。

中国国内は、1980年代より、社区サービスに関する研究が盛んになり、日本でも数多くの研究が公表されている。その中で、社区サービスの展開過程に注目したものに、沈潔（1998：96－100）・王文亮（2001：221－230）・唐鈞（2006：41－58）らの研究がある。沈潔氏は、社区サービスが重要視された理由として、高齢社会への進展に伴う福祉の需要の普遍化と日常化、および「単位福利」モデルの崩壊、の2つを取り上げた。王文亮氏は、社区サービスが政策的に注目されることは、国および企業・事業団体が責任をもって行うという従来単一の社会福祉のやり方から、国・地方政府・地域社会がそれぞれ社会福祉の役割を分担していくことを意味すると指摘している。唐鈞氏は、経済体制転換による大量の失業者の発生、および大勢の定年退職者の管理がきっかけで、1990年代、社区がその管理体制として政策的に注目され、社区が規模拡大・職員減少の過程を経て、サービス供給から基礎政権建設まで機能拡大したと論じた。そのほか、野口氏の研究では、中国における経済体制転換にともなう社会福祉体系の変化の意義を解明するため、「計画経済→市場経済」と「単位福利→社区サービス」の2つの軸にそって、経済体制転換と社会福祉体系構築の2つの趨勢が分析され、社区福祉の実現を目指す両者の関係が示された（野口 2006：206）。

本稿では、野口氏が示された経済体制転換と社会福祉体系構築のロードマップを研究の枠組に用い、まず、「社区サービス」が「単位福利」と異なる仕組みを分析する。つぎに、1980年代後半以来の中国の公式文書や既存研究、および2009年9月の現地調査の結果を用い、「単位福利」から「社区サービス」への転換過程を分析し、経済体制改革にともなう社区サービスの供給システムの総枠を掴み、社区サービスの実態を明確化する。その上で、社区サービス発展の流れと枠組を考察し、安定した社区社会を創出するため、政府によるサービスの量的整備、非営利活動の育成、社区サービス専門職の向上等の課題を提起する。

Ⅱ. 「単位福利」と「社区サービス」の比較

1949年、長年の戦乱³⁾を経て、中国共産党政権が確立され、中華人民共和国が成立された。1950年代以降、経済基盤を再建するため、中央政府は計画経済体制を用い、「単位体制」を構築した⁴⁾。「単位体制」は、「社会組織方式と社会管理及び動員体制であり、すべての労働者を各種の労働組織に所属させ、それらの労働組織が国家の全体計画に基づいて労働者に対する労働内容の分配や生活必需品の提供をし、さらに労働者を組織し、労働以外の政治と社会活動を行うとともに労働者を管理するものであり」(雷・王 2001: 80)、「政治・経済・社会システムの基礎となっている」(路 1989: 71)。「単位」の種類は国有企業に代表される企業単位、学校などの教育機関に代表される事業単位、行政機関のような行政単位、の種類がある。いずれの「単位」にしても、都市部住民の住宅供給をはじめとして、医療・子どもの教育・老後生活の保障、および日常生活とかかわるあらゆるものが「単位福利」の中に含まれていた。

計画経済体制期の財政管理体制は「統収統支」と呼ばれるもので⁵⁾、財源管理の権限を中央に集中する代わりに、支出が中央の予算で保障されるのが特徴である。「単位福利」の財源は「統収統支」財政管理体制のもと、国家の計画による支出が基本的である。「単位福利」の担い手は特に専門職でもなく、「単位」組織内の非生産的部門に所属する従業員であった。

1978年から実施されてきた改革開放政策の下で

行われてきた市場経済体制改革では、単なる企業が市場で存続するための経営方式などの変化だけではなく、中国都市部の「単位体制」および「単位福利」の政治・経済・社会システムの変化も起こり、さらに、社区サービスの供給体系にも影響を与えていると考えられる(図表1)。

計画経済体制期に、都市部住民は何らかの「単位」に所属していたが、「単位」に所属しない人は少数であるものの、存在していた。これらの人を管理するため、行政出先機関の街道弁事処⁶⁾と住民自治組織の居民委員会⁷⁾が都市基礎組織として設立された。街道弁事処と居民委員会が管理していた地域は1980年代から注目される「社区」となる。

社区という用語は、1930年代に中国の社会学領域に登場した用語で、中国の社会学者の費孝通氏が英語の "community" を中国語に訳したものである。2000年、民政部が「全国の都市部で社区建設を促進することに関する意見」には、「社区とは、一定地域範囲内に居住している人々により構成される社会的生活共同体をいう」と定義している。そのほか、筆者は、現在中国の社区に関する研究分野で用いられている代表的な定義をまとめた結果、社区には社会的組織、生活共同体、社会活動、共同文化、一定の社会制度、一定の社会関係、の6つの要素が含まれることが明確になった(羅 2008: 104)。

中国の社区は「行政社区」とも呼ばれ、都市部では最も基礎的な行政区画の単位、あるいは地理的単位である。中国南京市と北京市にある3つの

図表1 「単位福利」と「社区サービス」の比較

	単位福利	社区サービス
政治システム	国有企業、行政機関、教育機関	街道弁事処、居民委員会
経済システム	国家計画の予算 財政管理体制: 「統収統支」	政府予算、サービス供給による収入、経済活動の収入、福祉宝くじの収益の一部 財政管理体制: 租税体制
社会システム	住宅、食堂、浴場、病院、美容室、幼稚園、小学校、図書館、運動場等	高齢者福祉サービス、障害者福祉サービス、軍人とその家族の優遇サービス、社区住民の生活不便を解消するサービス、その他の公共サービス

※ 筆者作成。

社区に対する現地調査では、3つの地域範囲はそれぞれ、7.68万km²、38.4万km²、9.9万km²であり、社区の地域的範囲は特に統一されていないことを表している⁸⁾。

社区には、街道弁事処⁹⁾と居民委員会¹⁰⁾という組織がある。居民委員会は社区住民の自治組織であり、街道弁事処に管理される。1980年代後半から公布された社区サービスに関する公式文書を検討した結果、社区サービスの供給組織として、街道弁事処と居民委員会が期待されていることが明確化した¹¹⁾。

さらに、社区の世帯規模からみると、筆者が公式統計データを用いて試算した結果、地域によって異なるが、全国において1つの社区には1000～3000世帯の人口規模が多いことが明らかである¹²⁾。また、上述した中国の3つの社区に対する現地調査のデータでは、3つの社区の世帯規模はそれぞれ2,200世帯、1,791世帯、2,070世帯であり、全国の平均試算値とほぼ一致している¹³⁾。

社区で供給するサービスは高齢者・障害者福祉サービス、軍人とその家族の優遇サービス、社区住民の生活の不便さを解消するサービス、その他の公共サービス等、多岐にわたる。その財源は、計画経済体制期と異なり、租税管理体制のもとによる政府予算の支出のほか、サービス供給による収入、経済活動の収入、福祉宝くじの収益の一部等、多様である。

Ⅲ. 「単位福利」から「社区サービス」への展開過程

1. 「単位福利」から「社区サービス」への過渡期（1980年代）—計画経済体制から社会主義市場経済体制改革の初期段階

1966～1976年の「十年動乱」と呼ばれる「プロレタリア文化大革命」が中国の経済活動に大きな打撃を与えたことが1つの要因となり、1978年、経済を全面的に発展させる国家方針が採択され、改革開放政策の実施は始まった。その重要な一環が、経済体制の計画経済体制から社会主義市場経

済体制への移行である。とりわけ、1950年代から形成されてきた「単位体制」に対する改革は大きな特徴であった。その改革では、政府が国有企業を直接運営する方式から工場長責任制に転換し、企業の自主権の拡大が推進されるとともに、従来、企業が担っていた「単位福利」を企業から分離させてきた。また、1983年2月、当時の労働人事部は「労働契約制の積極的試行に関する通知」を通達し、今後の新規採用についてすべて労働契約制を適用する方針を出した。1986年、「解雇に関する規定」が定められ、従業員に対する企業の解雇権が制度化された。こうして、1950年代以来の「単位体制」における終身雇用制度が揺らいだ。1986年の失業者数は1985年より25.9万人も上昇した（『中国労働統計年鑑2007』表2-2より）。

計画経済体制から市場経済体制への移行には適切な財政体制が求められ、1978年から1990年代にかけて、「統収統支」財政管理体制が租税管理体制に変わった（朱 2004：27-67）。1980年以降の税制改革により、国家財政の収入における税収の割合は、1978年に45.86%であったが、2005年まで、毎年の税収が国家財政収入の90%以上を占めていた（『中国統計年鑑2007』表8-2より）。

経済体制改革とともに、社会福祉サービス供給体系の再編も行われ始めた。1987年に「全国都市部社区サービス活動座談会」と1989年に「全国社区サービス経験交流会」がそれぞれに開催され、1987年以来2年間の社区サービスの実践に基づき、民政機関の指導を肯定した上、今後の社区サービスの展開について、「街道弁事処と居民委員会の中堅作用を発揮させ、宣伝・調整の役割を果たす」必要があると記されている¹⁴⁾。同年、1954年から適用されてきた「都市部居民委員会組織条例」が廃止され、「中華人民共和国都市部居民委員会組織法」（以下「都市部居民委員会組織法」）が適用されるようになった。「都市部居民委員会組織法」には、「居民委員会は住民の生活の不便さを解消するための社区サービスを供給し、関連するサービス事業を立ち上げることができる」（第4条）と新しく付け加えられている。

政府は社区サービスを推進する姿勢を明確にすると同時に、「基金会管理方法」（1988年制定、2004年廃止）、「社会团体登記管理条例」（1989）が制定され、4446の民間非営利組織が存在していた¹⁵⁾。また、1989年3月と8月、天津市と北京市で、住民の助け合い活動をきっかけに、社区ボランティア組織が発足した（王 2008：141）。

1980年代は、社区サービスが発足した時期とは言っても、居民委員会と街道弁事処が行っていた社区サービスの内容は、治安の維持、環境衛生の管理、民事トラブルの解消、計画生育、第3次産業の運営、高齢者向けのサービス、障害者向けのサービス、住民の生活上の困難の解決、青少年向けのサービス、軍人とその家族に対する優遇サービス、企業の後方勤務の担当（事務・庶務等）、等の分野に及んでいた（陶 1989）。その財源は、「社区の経済活動収入」「政府補助」「社会募金」「民政事業費」¹⁶⁾「有償サービス」の5種類があり、社区サービスの財源を占める割合はそれぞれ66.83%、10.1%、12.62%、3.36%、7.1%である（高・陳 1989：92）。「社区の経済活動収入」が6割以上を占めていた。

2. 「社区サービス」の産業化（1990年代）—社会主義市場経済体制の確立期

1992年10月、中国共産党第14期全国代表大会では、社会主義市場経済体制が確立され、1993年以降に行われた経済体制改革では、国有企業の経営体制転換、現代的企業制度の構築、合理的個人収入・分配体制ならびに、社会保障制度の構築も組み込まれた。1980年代末に行政改革で行われていた「小さな政府、大きな社会」に続き、民政部は「社会福祉社会化」を促進し、1993年、大型国营企業が元の非生産部門をサービス会社として独立し、かつて運営していた食堂・浴場・幼稚園・病院・学校等を運営する実践もあった（劉・趙・丁他 1995：40）。また、「社会团体登録管理条例」の改正（1989）は民間非営利組織の設立と管理・並びに財政税務政策の整備を表している。

1993年、第3次産業発展の背景の中、民政部および他の14の中央省庁は、「社区サービス業の促

進に関する意見」を公布し、社区サービスを第3次産業の一環として展開する方針を明示した。社区サービスの価格体系の構築、定年退職者や失業者を社区サービス供給の専門職として受け入れること等を提起した。1995年、北京市では、社区サービスによる収入が居民委員会総収入の80%を占める事例があった（雷・王 2001）。

3. 「社区サービス」の体系化（21世紀初頭）—現地調査より

（1）「社区サービス」の体系化

2000年11月に民政部が「全国都市部社区建設の促進に関する意見」を公布し、社区建設のために、社区サービスに従事する専門職が必要であり、レイオフ者や大学・専門学校の中から専門職を育成することを示した。翌年3月、第9回全国人民代表大会第4回会議で採択された「国民経済と社会発展の第10回5ヵ年計画」¹⁷⁾では、社会主義市場経済体制を引き続き整備する方針が明示されるとともに、「社区建設の推進」の内容を始めて国民経済と社会発展計画の国家計画の中に組み入れ、「政府指導と社会参与を結合しながら、社会主義市場経済体制に対応する社区管理体制と運営システムを創出する」と唱えている。

2006年に国务院が通達した「社区サービス活動の強化と改善に関する意見」と2007年に国家発展と改革委員会および民政部が通達した「“第11回5ヵ年”社区サービスシステム発展計画」¹⁸⁾（“ ”は原文）の2つの文書とも、社区での公共サービス体系構築の目標に目指して、行政・NPO・社区居民委員会・住民・ボランティア等の多様な供給主体の体系構成が必要であると唱えている。

2008年、「社会工作師」というソーシャルワーカーの国家資格試験が発足した。試験実施前の2007年に出版された指導要綱¹⁹⁾では、「社区社会工作」の組織機構として街道弁事処、居民委員会、社区サービスステーション、社区サービスセンターの4つが挙げられた。また、「社区社会工作」の担い手は①社区居民委員会の役員、②ソーシャルワーカー国家試験資格をもつ専門職、③社区のボランティア、の3つと規定されている。さらに、

これらの組織と担い手が供給する「社区社会工作」は社区サービスを供給するほか、公的扶助・衛生サービス・治安・社会教育が含まれる5つの分野まで及んでいる。「社区社会工作」の方法についてはケースワークとグループワークが主に挙げられている。

このように、街道弁事処・居民委員会・NPO・社区住民等が力を合わせて社区サービスを供給することが、政策的に唱え続けられている。社区サービス供給の実践分野にもすでにそのような動きが始まっている。2009年1月22日、駒沢大学で開催された公開交流会では、中国北京市における街道弁事処・居民委員会・NGO/NPOの協力関係を示す事例が報告された²⁰⁾。事例では、街道社区サービスセンターという行政機関が社区サービスの指導と財源調達役割を果たすほか、職員が社区を訪問し、サービスの開発への住民の参加を呼びかけた。NGO/NPOが行政の協力組織として、新しい社区サービスのプログラムにおける立ち上げ・管理・実行に関する研修を行うほか、プログラムの実施過程で、相談や他のNPO組織と連絡する役割をも果たしている。社区居民委員会が住民組織として、プログラムの提案や予備段階の民意調査等を行っていた。

(2)「社区サービス」の実態と新たな動向—現地調査より

2009年9月、筆者は社区サービスの実態と新たな動向を把握するため、中国北京市海淀区M街道弁事処が運営する社区サービスセンターを訪問し、担当者からM街道の社区サービスの内容と運営方法に関する説明を聞き、質問をする方法でインタビュー調査を行った。社区サービスセンター（以下は「センター」）は行政の社区サービスの指導機関として、街道弁事処の管内一街道一ごとに1ヶ所ずつ程度で設けられている。センターでは、公共サービスの手続きを行う窓口を設置するほか、地域の資源統合・調整も重要な業務である。2008年度から、北京市政府はソーシャルワーク委員会（中国語では「社会工作委員会」）を設立し、社区居民委員会が担っていた公共サービスの業務を分

離させるため、社区サービスステーションを社区ごとに設立し始めた。M街道の社区サービスステーションは2009年度か2010年度に整備し業務が始まる予定である。行政関係から見ると、社区サービスステーションは区のソーシャルワーク委員会に所属するが、職員は元々の居民委員会の中で社区サービスを担当する役員である。また、職員の給料は区政府に支給されるが、公務員の扱いではない。

IV. 考察

1. 社区サービス発展の流れ

以上、1980年代、1990年代、21世紀初頭の時間軸に沿って、それぞれの時期に公布・通達された公式文書と既存研究、および現地調査の結果を用いて、中国都市部における社区サービス発展の流れを検討してきた。対象・内容・供給組織・財源の項目別にまとめる。

- ① 社区サービスの対象は、社会福祉分野の諸制度にもとづく高齢者、障害者、生活困難者から、社区居民へと拡大されている。
- ② 社区サービスの内容は、社会福祉分野の諸制度にもとづく民政局の社会救助的な内容から社区居民を対象にした医療衛生、家事援助、就労支援、住民の生活の不便さを解消するサービス、および公共サービスが含まれる幅広い分野に及んでいる。
- ③ 社区サービスの供給組織は、街道弁事処と居民委員会が主な供給組織であるが、民間非営利組織とボランティア組織等が加えられた。
- ④ 社区サービスの財源は、政府補助のほか、社区の経済活動収入、社会募金、民政事業費、サービスの収入等、多種多様である。また、実質上、経済活動の収入が政府補助を上回っている。

さらに、上述の①と②が、経済の市場化にともなう社区サービスのニーズの拡大を表し、③が政府の機能譲渡を表し、④が社区サービス運営における独自の財政の工夫と自立を表していると考えられる。

2. 社区サービス発展の枠組み

本稿で検討した社区サービス発展の枠組みを図表2に示してみる。これは野口氏（2006）が示されたロードマップに基づいて作成し補足したものである。経済体制改革の転換にともない、中国都市部の経済体制の基礎と社会組織の基礎が変化してきた。経済体制の基礎は計画経済体制から社会主義市場経済体制に変化した。その変化にともない、「単位体制」が動揺し、「単位福利」が社会サービスへと転換された。また、財政管理体制は国家が財政権限を集中する方式から租税方式に変化し、これは社区サービスの財源方式にも影響を与えている。社会サービスのニーズが増加する中、サービス供給主体では行政のほか、非営利組織の成長が見られた。その流れの中で、社会福祉社会化の方針が出され、国が福祉を運営する局面から、政府と民間の協力で社会福祉を供給する局面に変化した。一方、社会組織の基礎は「単位」であったが、「単位体制」の揺らぎによって、社会組織が「社区」に変化した。これは1990年代から生じた大量の失業者や都市の拡張による失地農民が社区の沈殿層を形成したことが1つの要因であろう

（唐2006：44－46）。それらの人の生活を保障するため、生活地域を基盤とした社会保障サービスや社会福祉サービスが展開されてきた。さらに、サービスの質向上のため、ソーシャルワーカーが配置され、今後もその役割が期待される。

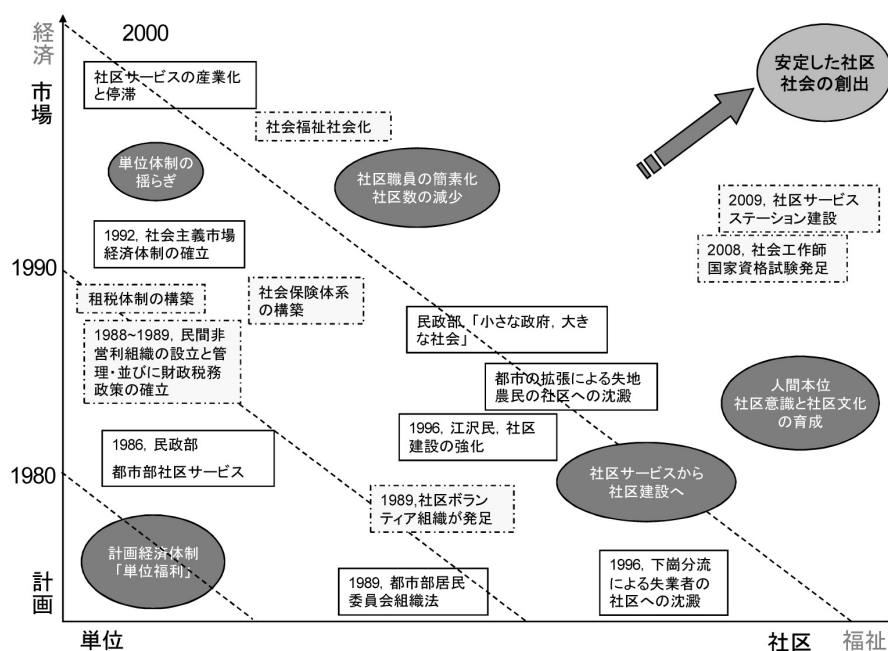
V 社区サービスの発展における今後の課題

上記の社区サービス発展の枠組を用いて分析した結果を踏まえて、社区サービスの発展について以下の3つの分野における今後の課題を検討する。

1. 政府による社区サービスの量的整備

現在の社区サービスは社会保障・社会福祉制度の対象者に対応する医療・保健・福祉の分野のサービスが含まれているほか、社区住民の生活問題に対応するサービスの供給も大きな特徴である。これは、社区サービスの対象と内容の普遍性を表している。さらに、中国は2027年に高齢社会に入ると予測されている。高齢化の進行にともなう高齢者福祉サービスの充実が求められる。そのほか、失業者の増加する同時に、大学卒業者の就職難問題も注目されている。現在は、経済成長期である

図表2 社区サービス発展の枠組み



※出所:野口定久(2006)『東アジア福祉社会建設への視座—日本の地域福祉と中国の社区福祉』『第二回社会保障国際フォーラム論集』中国人民大学中国社会保障研究中心, 206. 点線の内容は筆者が補足したものである。

が、経済停滞に入ったときの失業などの問題が生じることも考えなければならない。これらの問題に対応するため、制度・政策による福祉サービスの充実も必要であり、居住地域である「社区」を基盤としたサービスの供給も必要であろう。政府が社会不安を解消するために、質の向上とともにいかに社区サービスの量を整備するかが大きな課題であろう。

サービスの量的整備には財源が必要条件である。1980年代以降、国の税制管理体制の変化とともに、社区サービスにおける財源が、政府補助のほか、社区の経済活動収入、社会募金、民政事業費、サービスの収入等、多種多様となってきた。その内、経済活動の収入が政府補助を上回っている。実は、1980～1990年代では、社区の経済活動による収入で社区サービス供給資金を補填することは難しいことが指摘されている（沈 1998：101；王 2001：257）。また、1990年代の社区サービス産業化は社区サービスの「発展の初志あるいは本義をゆがめ、社区サービスは回り道をした」と指摘されている（唐 2006：55）。社区サービスが経済利益を追求するサービス産業の道を避けるには、政府の補助率を含めて、詳細な財源確保の方法を探らなければならない。

2. 非営利活動の育成

1989年から始まった非営利セクターやボランティア・セクターの動きは、1990年代に唱えられた「社会福祉社会化」における条件形成であると考えられる。しかし、非営利組織の関連法律では、行政が非営利セクターへの指導を行うと規定されている。そのため、非営利組織が成立を申請する時から、何らかの行政組織に所属しなければならない。これは中国の非営利セクターが日本や欧米諸国と異なる大きな特徴である。しかし、社区サービスは単なるサービスだけではなく、文化や人間のアイデンティティを地域に連携するパイプ役である（唐 2006：63）。そのため、社区住民の社区意識の育成、および社区文化の形成にもつながるNPO活動や住民のボランティア活動をいかに行政指導の中で育成するかが1つの課題となってく

るだろう。

3. コミュニティ・ワークの専門性の向上

現地調査の結果で明らかになったように、居民委員会の機能分化の動きが注目される。居民委員会が担っていた公共サービスの機能を社区サービスステーションに分化した後、その住民自治組織の機能は強化されるはずである。これまで、居民委員会が社区サービスの供給組織として期待されてきたが、公共サービスの機能が分離された後の居民委員会にとって、どのようなコミュニティ・ワークを展開すべきか。その専門性が問われる。それを実現するため、2008年にソーシャルワーカーの国家試験が発足した。これは、国がソーシャルワークの質的向上を重要視することを表わしている。社区サービスの質を向上するには、コミュニティ・ワークの専門性の向上が必要となる。

付記

中央政府は、1980年代後半から全国の都市部で社区サービスを推進してきた。20年以上の実践を経験してきた。2009年に、都市部の社区サービスの経験を生かし、これから農村部へ社区サービスを推進することを唱え始めた。中国の都市部と農村部は、戸籍制度によって都市戸籍（非農業戸籍）と農村戸籍（農業戸籍）の区分が長年にわたって存在している。戸籍が異なるため、社会保障・社会福祉の政策や施策も違ってくる。例えば、中国の都市部と農村部における医療保険受給制度の不統一は日本でもよく議論されている課題である。この現状は長年存在しており、現在でも農村部から都市に出かける出稼ぎ労働者の生活に影響している。このような現状の中、今後、都市部の社区サービスの経験をいかに農村部に生かせるかが注目される課題になろう。

注

- 1) 2010年1月26日、国際通貨基金（IMF）が発表した「世界経済見通し」より。
- 2) 「単位体制」と「単位福利」について、詳細はⅡの部分をご参照されたい。
- 3) 1912年の辛亥革命以来、北伐戦争（1926～

1927年)、第一次国内戦争(1927~1937年)、満州事変(1931年)、日中戦争(1937~1945年)、第二次国内戦争(1946~1949年)の一連の戦乱である。

- 4) 路風氏の研究によると、「単位」は計画経済体制の下に体制化されたが、その萌芽と見られる組織は1930~1940年代の中国共産党が政権確立の前に農村部で構築した拠点にあり、党の組織と軍事的組織の特徴を持ちながら、戦時の物質供給不足を補うため、軍事共産主義の供給制度を実施すると同時に生産活動を行っていた(路 1989)。
- 5) 「統収統支」とは、「統一収入統一支出」の略で、1949年以降、中国の計画経済体制のもとでの経済発展のための財政体制であり、国家があらゆる社会資源をコントロールする方法の1つである。
- 6) 1954年12月に実施された「都市部街道弁事処組織条例」では、「政府と住民の関係を密接にするために、市の区・区を設置しない市の人民委員会の業務の必要に応じて、その出先機関として、街道弁事処を設置することができる」と規定している(第1条)。「10万人以上の人口がある市の区・区を設置しない市においては、街道弁事処を設置する。10万人以下5万人以上の人口がある市の区・区を設置しない市においては、行政の業務必要に応じて、街道弁事処を設置してもよい。5万人以下の人口がある市の区・区を設置しない市では、原則的には街道弁事処を設置しない」(第2条)。街道弁事処の管轄範囲は、「原則的に公安派出所の管轄区と同様である」(同条例第3条)と規定されている。
- 7) 1954年の「都市部居民委員会組織条例」では、一般的に、100~600世帯の規模(第3条)で、居民委員会の役員は7~17人であると規定されていた(第3条)。主任が1人で、副主任が1~3人であり(第3条)、委員全員の任期は1年とされる(第4条)。1989年の「都市部居民委員会組織法」では、「住民自治に便宜を図るため」「100世帯~700世帯」を管理すると規定さ

れていた(第6条)。居民委員会は主任、副主任と委員あわせて計5~9人から構成され(第7条)、任期は3年で、再任することができる(第8条)。

- 8) 詳しくは筆者が執筆した日本福祉大学21世紀COE研究プログラムワーキングペーパー(2006年度)である「中国都市部社区の構成要素について」をご参照されたい。
- 9) 政府の出先機関である。人口規模は10万人以上である。
- 10) 社区ごとに成立した住民の自治組織であるが、行政に委託された業務をも担っているため、自治組織と行政組織の2つの顔を持つ組織であると言われている。
- 11) 詳しくは拙著(2008)「中国都市部社区の構成要素」『社会福祉学研究』、106-107、をご参照されたい。
- 12) 詳しくは拙著(2009)「中国都市部社区サービスの展開過程—その提供主体を中心に—」『社会福祉学研究』、93-101、をご参照されたい。
- 13) 詳しくは筆者が執筆した日本福祉大学21世紀COE研究プログラムワーキングペーパー(2006年度)である「中国都市部社区の構成要素について」をご参照されたい。
- 14) 民政部が1989年12月に公表した「全国都市部社区サービスの活動における経験交流会会議紀要」より。
- 15) 『中国社区建設年鑑2003』60頁による。
- 16) 民政事業費は民政部の単独補助である。
- 17) 社会主義体制の下で1953年から国民経済と社会発展における5ヵ年計画を策定し続けてきた。2006~2010年は第11回の5ヵ年計画である。そのうち、1953~1958年が第1回、1958~1962年が第2回で、1963~1965年の間は計画は策定されなかった。その後、1966~1970年からは順次5ヵ年計画が策定されてきた。
- 18) “第11回5ヵ年”とは「国民経済と社会発展第11回5ヵ年計画」のことである。
- 19) 詳しくは史柏年編(2007)『社会工作実務

(初級)』中国社会科学出版社、244-265、をご参照されたい。

20) 2009年1月22日に駒沢大学で開催された公開交流会(主催者:李妍姝)「日中草の根NGOの交流と共有の可能性」の公開資料よりまとめた。

文献

日本語文献

江立華(2006)「第5章 都市部における『社区建設』と社区福祉」沈潔編『地域福祉と福祉NPO日中比較研究』日本僑報社、78-90

野口定久(2006)「東アジア福祉社会建設への視座—日本の地域福祉と中国の社区福祉」『第二回社会保障国際フォーラム論集』中国人民大学中国社会保障研究センター、206

王文亮(2001)『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社

王文亮(2008)『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房

羅佳(2008)「中国都市部社区の構成要素」『社会福祉学研究』106-107

唐鈞(2006)「中国の『社区』と『社区建設』」沈潔編『地域福祉と福祉NPO日中比較研究』日本僑報社、41-65

朱思琳(2004)「第1章 財政改革と中央政府の新たな役割」田多英範編『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版会、27-67

沈潔(1998)「中国における地域福祉政策の形成および問題点」『社会福祉研究』(72) 96-101

中国語文献

陶志良(1989)「上海市社区サービス現状」『社会学研究』1989(12)、97-103

高振栄・陳以新(1989)「微觀水平向宏觀水平過渡的理想模式」『社会学研究』、89-96

劉詩白・趙国良・丁任重他(1995)「対四川省建立現代企業制度的考察」『中国社会科学』1995(3)、36-46

路風(1989)「单位:一種特殊的社会組織形式」『中国社会科学』1989(1)、71-88

雷潔瓊・王思斌編(2001)『轉換期の都市基礎社区組織—北京市基礎社区組織と社区發展研究』北京大学出版社

調査報告

障害者に対する住民の偏見に関する動向

— 静岡県民への調査結果から —

静岡英和学院大学

白 山 靖 彦

静岡県社会福祉協議会

曾 根 充

静岡県社会福祉協議会

木 村 綾

ユマニテク福祉専門学校

田 村 禎 章

Prejudice towards the disabled : Survey of results of residents within Shizuoka prefecture

Abstract

The understanding of local residents toward disabilities must be important for relocation of disabled people. But there are still a lot of prejudices toward disability and disabled people and those prejudices obstruct people's relocation. This research investigated the prejudice of local residents toward disabled people. Two thousand random sampled residents of Shizuoka prefecture completed the mail-in survey. The results indicated that the prejudices towards disabled people vary according to sex, age, occupation, and education. These results differed from the cabinet office survey by age effect. Data suggested the importance of the educational activities to the old generation who spend their daytime in the region.

keywords

disability, prejudice, chance to contact, cabinet office survey

I. はじめに

障害者自立支援法（以下「自立支援法」）の制定によって、障害者の施設から地域への移行は着実に促進されている。厚生労働省は、自立支援法の施行後約2年間で福祉施設に入所している障害者の地域移行率が6.7%¹⁾であると報告している（厚生労働省社会保障審議会障害者部会2008）。2002年の報告では、2.2%²⁾であり、6年間に4.5ポイント増加している（山口2002）。このように障害者の地域移行は、近年の障害者福祉における潮流であり、特に障害者プランが策定された1995年以降において当然のこととして進展してきた（石渡2001；井川ら2008；堀内2008）。

障害者の地域移行が求められる一方、障害者のグループホーム建設反対運動（施設コンフリクト）や单身生活における賃貸物件に関するトラブルなど、障害者の地域移行を妨げる事案の報告も少なくない（榊原ら2003；野沢ら2007）。こうした要因のひとつとして、障害者を受け入れる側の住民の意識に問題があると指摘されている（鈴木2005；鈴木2006）。住民の意識の内には、障害者に対する関心の低さだけでなく、たとえば「障害者は、施設や病院で暮らす方が幸せである」などというステレオタイプの考えや障害・障害者に関する知識がないことによる恐れや不安が混在していると考えられる。偏見とは、社会的態度のひとつであり、障害者に対しては一般に非好意的であり、その非好意的態度は無知のための偏見であることが多いとされている（Allport1958）。

偏見に関する研究は、社会心理学の分野において以前から扱われており、偏見除去には障害者との協働接触が効果的であると報告されている（山内1996）。また、障害者福祉では、とりわけ精神保健の領域において住民の偏見や差別に着目した大規模な調査研究が行われてきた（大島ら1989；竹島ら1992；川村ら1999；谷岡ら2007）。しかし、こうした研究では偏見の意識構造や心理的メカニズムの解明に主眼が置かれたものであり、偏見除去を図ろうとする場合の対象となる年代などにつ

いて特定した報告は極めて少ない。

内閣府では、障害および障害者の理解推進を目的に意識調査を実施している（内閣府2008）。この中で「障害者とのふれあい」という項目では、差別や偏見の有無について調査対象者の82.9%が障害を理由とする差別や偏見が「あると思う」と答えている。差別や偏見の改善状況については、57.2%が5年前に比べて差別や偏見が解消されたと答えている。また、「改善されている」とする者の割合は60歳代、70歳以上で、「改善されていない」とする者の割合は20歳代から40歳代でそれぞれ高くなっている。高年齢世代が日中における地域生活者の主体となると推測されることから、障害者に対する理解を求める年代としては重要な対象となる。ただし、この調査では偏見・差別の意識内容まで踏み込んでおらず、高年齢世代の理解が他の年代に比べて実際に進んでいることについて判断しづらい。そのため、偏見除去を目的とした啓発を今後効率的に進める上で、地域住民の障害者に対する意識に関してより正確な把握が求められている。

こうしたことを踏まえ、本稿では、静岡県社会福祉協議会と協働して静岡県県民を対象とした障害者に対する偏見動向に関する調査を実施し、住民の障害者に対する偏見意識の動向把握と、内閣府調査との比較検討を行なったので報告する。なお、本調査は静岡県社会福祉協議会が主体となり、静岡県に住所を有する住民を対象として行ったものであるが、その中で筆者は、対象の抽出方法の検討や調査項目の選定および結果の統計的処理・分析を担当した。

II. 研究の対象と方法

1) 静岡県の概況

静岡県は、人口は約380万人、世帯数は約150万世帯であり、静岡市と浜松市の政令指定都市を有する。人口は微増しており、県民の平均年齢は41.7歳である。障害者手帳保持者は、身体・知的・精神の障害のある人をあわせて約17万人であり、

人口比4.5%である（静岡県2008）。

2) 対象と方法

調査対象者は、住民基本台帳を基に層化二段抽出法によって静岡県の39市町区（全43市町区）から無作為に20歳以上男女2000名を抽出し、郵送による無記名式アンケート調査を実施した。調査票の配布および回収は、2007年12月から2008年1月末までの2ヶ月間とした。

調査内容については、性別、年齢、就労形態（会社員等正社員、公務員・教員、自営業、パート・アルバイト、学生・主婦（主夫）、無職）、最終学歴（中学校、高等学校、短期大学、4年生大学、大学院、その他）などの基本属性、障害者との接触機会（以下「接触機会」）に関する3項目、障害者に対する考え方（以下「考え方」）7項目、障害者に対する理解（以下「理解」）12項目の回答を求めた。この理解については、肯定的な理解（「以下「肯定的理解」」6項目と否定的な理解（以下「否定的理解」）6項目について回答を求めた。基本属性以外の項目は、すべて4順位尺度を用いた。

また、アンケート回答の前提として障害者基本法第2条を明記し、補足説明として①車いす使用等の肢体不自由のある人②視覚障害や聴覚・言語障害のある人③人工透析や心臓ペースメーカーを使用している人④知的障害のある人⑤自閉症や学習障害等の発達障害のある人⑥統合失調症、てんかん、うつ病等の5点を例示した。

アンケートはすべて匿名とし、調査の主旨およびプライバシーポリシーに基づく結果の使用について詳細に明記した。

分析については、統計ソフトSPSSver.15.0を用いた。

Ⅲ. 結果

1) 調査票の回収状況

配布したアンケートの回収は2000名中767名であり、そのうち62名は無回答であったため705名

を有効回答とした。その結果、回収率は35.3%であった。もっとも高い市町区の回収率は47.6%であり、低い地域は5.9%であった。都市部（人口10万人以上の市区）の回収率の方がやや高かった。

2) 回答者（n=705）の基本属性（表1）

性別は、男性43.3%、女性56.7%であり、女性の方が上回っていた。平均年齢は52.1（±15.8）歳であり、年代別では50歳代の回答者がもっとも多

表1 回答者の基本属性（n=705）

項 目		人 (%)
性 別	男性	305 (43.3)
	女性	400 (56.7)
年 齢	平均年齢52.1歳 (SD=15.8 MIN-MAX=20-91)	
就労形態	会社員（正規）	185 (26.3)
	公務員、教員	36 (5.1)
	自営業	82 (11.6)
	パート・アルバイト	125 (17.7)
	主婦（夫）、学生	132 (18.8)
	無職	144 (20.4)
	回答なし	1 (0.1)
最終学歴	中学校	110 (15.6)
	高等学校	290 (41.1)
	短期大学	94 (13.3)
	大学	128 (18.2)
	大学院	11 (1.6)
	その他	69 (9.8)
	回答なし	3 (0.4)

表2 障害者との親近性

あなたの身近に障害がある人がいますか。（複数回答可）	人
自分自身	34
家族や身近な親類	331
隣近所	162
学校	69
職場	112
仕事関係	77
趣味等の活動	41
その他	39
身近にいたことがない	123

かった。就労形態は、会社員（正規）が26.3%と最大で、次いで無職20.4%であった。最終学歴は、高等学校が全体の41.1%を占めていた（表1）。

「あなたの身近に障害がある人がいますか」との問いでは、331名が家族や身近な親類に障害がある人がある（いた）と回答し、「障害がある人が身近にいたことはない」と回答したのを大きく上回っていた。また、自分自身が障害者である人は、34名であり全体の4.8%であった。県内の障害者数の人口比率と比較して0.3ポイント高かった。

3) 障害者との接触機会（表3）

本項目では、障害者との接触機会について「会う機会」「話す機会」「活動する機会」の3段階に分け、「全くない（1点）」「何回かあった（2点）」「月に1回程度ある（3点）」「週に1回以上ある（4点）」とした。また、欠損値がある場合は、基本属性ごとに除外した。それぞれの得点

から、「会う機会」「話す機会」「活動する機会」の順に得点が減少しており、障害者と会う機会であっても一緒に活動するような機会までの接触は少ないことが分かった。そして、接触機会の各得点と基本属性との関係について検討した。分析方法は、変数の等分散が仮定できなかったためMann-Whitney法を用いた。性別に関しては、各項目とも有意な差はなかった。年代別では、「活動する」に有意な差（ $p<.01$ ）を確認し、もっとも得点の高い世代は40歳代であり、70歳以上がもっとも低かった。就労形態別では、「会う」（ $p<.01$ ）「話す」（ $p<.01$ ）「活動する」（ $p<.05$ ）すべての項目で有意な差を確認し、どの項目でも公務員・教員の得点が高く、無職がもっとも低かった。最終学歴別では、各項目に有意な差はみられなかったが、教育年数が多いと障害者との接触機会が増加する傾向がみられた。

表3 障害者と接する機会

項 目	人(%)					
	平均 得点	標準 偏差	全くない	何回かあった	月に1回程度ある	週に1回以上ある
障害がある人に会う機会がある	2.52	1.04	118 (16.9)	278 (39.8)	124 (17.8)	178 (25.5)
障害がある人と話す機会がある	2.33	1.08	181 (26.1)	256 (36.9)	104 (15.0)	153 (22.0)
障害がある人と一緒に活動する機会がある	1.94	1.13	341 (49.7)	168 (24.5)	57 (8.3)	120 (17.5)

表4 障害者に対する考え方

項 目	人(%)					
	平均 得点	標準 偏差	全くそう思わない	あまりそう思わない	まあまあそう思う	とてもそう思う
友達になるのに障害の有無は関係ない	2.98	0.95	66 (9.4)	128 (18.2)	264 (37.6)	244 (34.8)
結婚相手に障害の有無は関係ない	2.32	0.92	146 (21.4)	239 (35.1)	228 (33.5)	68 (10.0)
障害がある人が近所や同じマンション等にいても気にしない	2.92	1.03	82 (11.8)	153 (22.0)	200 (28.7)	261 (37.5)
電車やバスの中で、障害がある人の隣の席になっても気にしない	2.88	1.03	94 (13.5)	140 (20.0)	218 (31.2)	247 (35.3)
障害がある人が困っている様子を見かけたら声をかける	3.41	0.72	18 (2.6)	42 (6.0)	271 (39.0)	365 (52.4)
障害がある人が職場にいても気にしない	3.07	0.97	65 (9.5)	105 (15.3)	233 (34.0)	282 (41.2)
自分の地域に障害がある人のための施設が建設されることになったら賛成する	3.40	0.73	19 (2.7)	46 (6.6)	270 (38.6)	365 (52.1)

3) 障害者に対する考え方（表 4）

本項目では、「全くそう思わない（1点）」、「あまりそう思わない（2点）」、「まあまあそう思う（3点）」、「とてもそう思う（4点）」とした。平均得点では、「障害者が困っている様子を見かけたら声をかける」がもっとも高く、「結婚相手に障害の有無は関係ない」が低かった、

考え方の7項目では、得点が高い方が障害者に対してよりポジティブな考え方を示していると考えられるため、全項目の合計得点と基本属性との関係について検討した。分析方法は、変数の当分散が仮定できなかったため、Mann-Whitney法を用いた。性別に関しては有意な差はみられなかった。年代別では有意な差（ $p<.01$ ）を確認し、30代をピークに高年齢化するほど得点が低下していた。就労形態別では有意な差を確認し、公務員・教員がもっとも得点が高く、無職がもっとも低かった。

た。最終学歴別では、有意な差（ $p<.05$ ）を確認し、大学院卒がもっとも得点が高く、中学校卒がもっとも低かった。教育年数が長いと得点は高くなる傾向が示唆された。

4) 障害者に対する理解「偏見意識」（表 5）

本項目では、障害者に対する肯定的理解6項目と否定的理解6項目の質問を行った。特に否定的理解の項目では、ステレオタイプ的な内容を敢えて取り入れることで、住民の障害や障害者に対する理解度を測定しようと試みた。

肯定的理解の項目別平均得点では、「障害がある人が地域で暮らすことはあたりまえのことである」がもっとも高く、「機会があれば、障害がある人と交流したい」が低かった。否定的理解の項目別平均得点では、「障害がある人は施設や病院で暮らす方がよい」がもっとも高く、「こころの

表 5 障害者に対する理解

項 目	人(%)					
	平均 得点	標準 偏差	全くそう思わない	あまりそう思わない	まあまあそう思う	とてもそう思う
障害者に対する肯定的理解に関する項目						
障害がある人が地域で暮らすことは、あたりまえのことである	3.67	0.57	9 (1.3)	12 (1.7)	182 (26.0)	496 (71.0)
人は誰でも何かの障害を持つ可能性がある	3.81	0.45	5 (0.7)	4 (0.6)	110 (15.6)	585 (83.1)
障害の有無に関わらず、人は自分の意思を尊重されるべきである	3.70	0.53	5 (0.7)	11 (1.6)	170 (24.2)	515 (73.5)
機会があれば、障害がある人と交流したい	2.86	0.78	23 (3.3)	201 (29.1)	318 (46.0)	149 (21.6)
障害がある人も社会参加する方がよい	3.43	0.64	11 (1.6)	27 (3.9)	313 (44.8)	347 (49.7)
障害がある人は行政や地域住民みんなで支える方がよい	3.46	0.69	12 (1.7)	45 (6.4)	255 (36.4)	389 (55.5)
障害者に対する否定的理解に関する項目						
障害がある人は施設や病院で生活する方がよい	1.90	0.78	225 (32.6)	338 (49.0)	101 (14.6)	26 (3.8)
障害がある人は家族・親類のみで支える方がよい	1.61	0.76	370 (52.8)	262 (37.4)	43 (6.1)	26 (3.7)
保護者がしっかり教育すれば、発達障害にはならない	1.67	0.85	368 (53.0)	224 (32.3)	64 (9.2)	38 (5.5)
気をしっかり持って生活していれば精神障害にならない	1.64	0.83	385 (55.4)	204 (29.4)	78 (11.2)	28 (4.0)
こころの病気を治すには、薬をのむしかない	1.43	0.67	453 (65.3)	198 (28.5)	29 (4.2)	14 (2.0)
全ての身体障害は見た目で見える	1.56	0.77	410 (59.0)	204 (29.3)	59 (8.5)	22 (3.2)

病気を治すのは薬を飲むしかない」が低かった。

次に肯定的理解の6項目の合計得点と個人属性との関係について検討した。分析方法は、変数の当分散が仮定できなかったため、Mann-Whitney法を用いた。性別では有意な差 ($p<.05$) を確認し、女性の方が男性に比べ高かった。年代別では有意な差はみられなかったが、30代がもっとも高く70歳以上が低かった。就労形態別では有意な差はみられなかったが、学生・主婦(夫)がもっとも高く無職が低かった。最終学歴別では有意な差 ($p<.05$) を確認し、大学院卒がもっとも高く中学校卒が低かった。

続いて否定的理解6項目の合計得点と個人属性との関係について検討した。分析方法は、変数の当分散が仮定できなかったため、Mann-Whitney法を用いた。性別では有意な差 ($p<.01$) を確認し、男性の方が女性に比べ高かった。年代別では有意な差 ($p<.01$) を確認し、70歳以上がもっとも高く30歳代が低かった。就労形態別では有意な差 ($p<.01$) を確認し、無職がもっとも高く公務員・教員が低かった。最終学歴別では有意な差 ($p<.01$) を確認し、中学校卒がもっとも高く大学院卒が低かった。

IV. 考察

一般に、アンケート調査では有効回答率が60%以上である場合に信憑性があると指摘されている(田村2006)。これに比べ本調査の有効回答率は35.3%であり、低値であることは否めない。その要因として3つ考えられる。1つ目は、県民の意識として障害や障害者に対する関心が元々低く、意思反映の機会に対する動機付けが弱かったこと、2つ目は、実施主体が静岡県社会福祉協議会であり、内閣府や県行政などと比べ認知度が低いこと、3つ目は、郵送法を用いたことである。しかし、回収時の性別や年齢構成などについては、内閣府調査の結果と近似しており、一定の質は担保していると考えられる。このことを前提として考察を進めていく。

まず、本調査において表5に示したとおり住民の障害者に対する偏見は決して少なくはないことが明らかになった。たとえば、障害がある人が施設や病院で暮らす方がよいと回答した者(「まあまあそう思う」+「とてもそう思う」)は127名であり、全体の18%に相当している。また、発達障害や見えにくい障害に対する偏見も一定程度所見された。住民に対する啓発の必要性は従来から提唱されているとおり、今後も継続した啓発活動が必要であると考えられる。

次に、住民の基本属性と偏見との関係について男女差があることが確認されたことについて、一般に女性は、地域社会や学校などで障害児・者との交流機会は男性と比べて多く、そのため偏見傾向は低いと考えられる。また、年齢別において30代をピークとして高齢になるに従い偏見が増す傾向が明らかになったことについては、1970年代に福祉教育の取組みが推進され、徐々にその効果が反映されたと推測される(池田2008; 阪野2006: 22-33)。この年代による偏見差については、内閣府調査との比較で後述したい。次に就労形態別において特に公務員の偏見が低いことが明らかになったことについては、その職業性において他の職種よりも接触機会が多いことが関連づけられる。教育年数では教育年数の多い者の方が低い偏見傾向を示したことについては、学校などで障害者との接触機会が多くなるということのほか、積極的に健常児と障害児・者との交流を図ってきた教育的配慮の効果ではないかと推測される。

以上、基本属性と障害者に対する偏見との関係性を概観したが、特に本調査結果で着目したのは障害者との接触体験が偏見を軽減または除去することの有用性と、年代間における障害者に対する異なる意識についてである。まず、第一の障害者の接触体験と偏見との関係について、結果より得られた各項目の得点の関係について検討した。分析方法は、変数の当分散が仮定できなかったため、Spearman検定を実施した。その結果接触機会と考え方、肯定的理解では正の緩やかな関係が認められた。また、接触機会と否定的理解では「障害

がある人に会う機会がある」以外については、負の緩やかな関係が認められた（表6）。そして、接触機会の「会う機会がある」と「一緒に活動する機会がある」とでは後者の方が相関係数（負の場合は正数値）が高くなっており、山内（1996）が指摘する障害者との接触体験のうち、「偏見解消に大きく寄与するのは協働接触であり、逆に表層的接触では偏見を生成する要因となる」ことを裏付けることとなった。

表6 接触機会と偏見との関係

	障害がある人に会う機会がある	障害がある人と話す機会がある	障害がある人と一緒に活動する機会がある
考え方	0.14**	0.20**	0.24**
肯定的理解	0.14**	0.20**	0.22**
否定的理解	-0.06	-0.09*	-0.12**

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

続いて、内閣府の調査結果と比較検討を行なった。内閣府の調査結果では、高年齢世代ほど差別や偏見の有無について「あると思う」という回答の割合が減少し、差別・偏見の改善状況について「改善されている」という回答の割合が増加していた。すなわち、高年齢世代と青壮年世代を比較した場合、高年齢世代の方が障害者に対する偏見傾向は低く、以前よりその傾向は改善されていると考えている人が多いことが読み取れる。そこで、本調査結果から20-59歳を青壮年世代、60歳以上を高年齢世代として障害者に対する考え方の総得点、障害者に対する肯定的理解の総得点、否定的理解の総得点における得点間の差についてMann-Whitney法を用いて検証した。その結果高年齢世代の方が、考え方、肯定的理解の得点が有意に低く（ $p<.01$ ）、否定的理解の得点が有意（ $p<.01$ ）に高かった（表7）。これは内閣府調査から読み取った傾向の逆の傾向を示すものであり、高年齢世代は障害者に対する差別・偏見の改善があると考えている一方で、否定的な意識を内包していると考えられる。このふたつの相反した意識は、単に障害者に対する理解が乏しいと捉えるのではなく、どちらかといえば接触機会が少なく、福祉教

育などの対象から外れていた世代であるために無知による偏見が形成されたと推測される。

したがって、障害者に対する偏見除去を啓発していく場合、特に高年齢世代の理解を促進することが有用であり、障害者の地域移行の推進にとっても間接的効果が期待できよう。

表7 世代間の意識差

	青壮年世代 20-59 n=449	高年齢世代 60- n=232	
考え方	21.62($SD=3.74$)	19.98($SD=5.05$)	**
肯定的理解	21.17($SD=2.18$)	20.52($SD=2.98$)	**
否定的理解	9.19($SD=2.45$)	10.88($SD=3.32$)	**

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

V. 結語

本稿では、静岡県民が障害者に対して一定の偏見意識を有していることが明らかになった。そして、性別、年代、就労形態によって意識の違いがあることが分かった。その中で高年齢世代において偏見傾向が強く、内閣府調査では反映されなかった相反した意識について特定したことの意義は大きい。しかし、この傾向を一般化するには、調査地域が静岡県内に限定されていること、調査票の回収率が低かったことなどから十分とはいえない。したがって、調査の信頼性・妥当性についてもより検証が必要であろう。今後はそうした検証を踏まえた上で、偏見除去を図る効果的な普及啓発プログラムの作成について検討する必要がある。

注

- 1) 2005年10月1日から2007年10月1日までに施設入所者数をベースとして地域生活へ移行した障害者の割合。
- 2) 1999年10月1日から2000年10月1日までに施設入所者数をベースとして地域生活へ移行した障害者の割合。

文献

- Allport, G.W. (1958) *The Nature of Prejudice*. New York: Addison-Wesley. (=1973、原田達夫・野村昭訳『偏見の心理』培風館)
- 堀内浩美 (2008) 「知的障害児施設における地域移行支援に関する研究」『社会福祉学』49 (2)、58-70
- 井川照美・岡田進一・白澤政一 (2008) 「「地域移行」における「実践活動」に関連する要因に関する研究」『社会福祉学』49 (1)、60-73
- 池田幸也 (2008) 「福祉をめざす教育へ」『ふくしと教育』1 (1)、10-13
- 石渡和実 (2001) 『Q & A 障害者問題の基礎知識』明石書店
- 榊原文・松田宣子 (2003) 「精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行文献からの考察」『神大医保健紀要』19、59-74
- 川村香織・大島巖・竹島正 (1999) 「地域住民の精神障害者観と啓発活動の方策～全国無作為サンプル2000人の調査～」『季刊 地域精神保健福祉情報REVIEW特集効果のあがる啓発活動』26、40-43
- 厚生労働省社会保障審議会障害部会第33回資料 2008年6月9日付 (2008)、厚生労働省
- 内閣府大臣官房政府広報室 (2007) 「障害者に関する世論調査」 (<http://www8.cao.go.jp/survey/h18/h18-shougai/index.html>、2008.8.1)
- 野沢和弘 (2006) 『障害者差別をなくすための研究会最終報告』平成17年12月、千葉県
- 大島巖・山崎喜比古・中村佐織他 (1989) 「日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観」『社会精神医学』12 (3)、286-297
- 阪野貢・新崎国広・立石宏昭編 (2006) 『福祉教育のすすめ』ミネルヴァ書房、22-33
- 静岡県社会福祉協議会 (2008) 『障害に関する県民福祉意識調査報告書』
- 静岡県統計センターしずおか (2008) 「静岡県人口推計」 (<http://toukei.pref.shizuoka.jp/tokei/index.asp>、2008.8.1)
- 鈴木良 (2005) 「知的障害者入所施設Bの地域移行プロセスにおける自己決定に影響を与える環境要因についての一考察」『社会福祉学』46 (2)、65-77
- 鈴木良 (2006) 「知的障害者入所施設A・Bの地域移行に関する親族の態度についての一考察」『社会福祉学』47 (1)、45-58
- 竹島正・平井右助・田中薫他 (1992) 「地域住民の精神障害者に対する見方について—地域調査をもとに—」『社会精神医学』15 (3)、230-236.
- 田村秀 (2006) 『データの畏世論はこうしてつくられる』集英社
- 谷岡哲也・浦西由美・山崎里恵他 (2007) 「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」『香川大学看護学雑誌』11 (1)、65-74
- 山口和彦 (2002) 「入所施設の利用コストと地域生活移行を意識した施設整設整備のあり方について」『サポート』546号、31-34
- 山内隆久 (1996) 『偏見解消の心理 対人接触による障害者の理解』ナカニシヤ出版

調査報告

生活保護制度の現状—福祉事務所での聞き取り調査より—

金城学院大学大学院 文学研究科 社会学専攻

木 村 由美子

The Issue of Public Assistance System—Results of the Interview Research at Social Welfare Offices

Abstract

Public Assistance System has about 60 years of history in this country. Today, in this system, the social workers face the various issues such as the expansion of the poor and/or the income differentials. The author, to analyze these issues, has conducted the research per interviewing social workers at the three different welfare offices. This thesis summarizes the said research.

keywords

Social Worker, Public Assistance System, On-Site Workers, Job Specifications, Results of the Interview Research

0 はじめに

生活保護制度を活用する場合、政府と国民との中間地点である福祉事務所の役割は、迅速な判断と慎重な見解が必要とされる大変重要なポストである。福祉事務所や市町村役場等の窓口により、保護の申請手続きを行うのであるが、担当職員はどのように保護を必要とする人と接しているのだろうか。保護の申請手続きが対等な立場で実施されるのであれば問題はないのだが、「お役所仕事」と表現されるような、無表情で事務的な対応となっていれば、保護の申請者にとっては辛く不利な立場となってしまう。

私は以前から福祉事務所職員と面会して、現場の声を直接聞いてみたく考えており、また、どのような職員が担当となっているのかに関心を持っていた。もちろん保護の申請者と、調査目的の私に対する対応が、全く同じであるとは言いきれない。しかし、職員の話し口調や、申請者との相談

に使用される室内を見せてもらうことにより、何かを感じ取ることは可能であるはずだと考えていた。そのため聞き取り調査を実行し、職員から直接話を聞いて、保護の状況や生活保護業務についての考えを述べてもらう計画を立てた。

1. 調査方法と調査内容について

2008（H20）年4月から5月にかけて、私が在住する県内3ヶ所の福祉事務所において調査を実行した。調査方法についてであるが、協力していただける福祉事務所を探し、作成した調査票に基づいて、福祉事務所職員へのインタビューを主とした聞き取り調査である。この調査目的のひとつとして、先にも記したように、福祉事務所職員の人間性も観察したいと考えたことがある。その理由であるが、新聞やニュースなどの報道では、制度運用に関する福祉事務所職員への不満が非常に目に付くからである。そのため、自分自身で福祉

事務所の様子を確かめたいと考えたのである。調査内容については、調査票を「被保護者について」「職員について」「制度について」と大きく三区分し、さらに、幾つかの項目に分類をしてまとめた。

私との面会に応じてくれた職員は、どの人も真正面から私と向かい合って保護の近況を述べてくれ、その姿勢からは仕事に対する真剣さが伝わってきた。それらの様子からは世間で批判されているような、事務的な対応は見受けられなかった。一部の職員に対しては、少々不愉快な感情を抱く場面はあったのだが、その後の聞き取り調査については最後まで協力してもらえ、結果的には好印象が抱けたため、好評価に含むことのできる範囲と考えている。しかし反対に、調査以来の電話をして断られた際には、電話対応による職員の話し口調から、不愉快な気持ちを味わうという体験もしたのだが、もしもその時の職員による聞き取り調査が可能となっていたとすれば、また違った印象を抱くことになったかも知れない。

これら福祉事務所での聞き取り調査を終えると、3ヶ所の福祉事務所においての共通点が幾つか見えてきた。この結果については、「5. まとめ」での記述とする。また、各福祉事務所の特徴を明らかにするため、あえて全体の集計による報告という形をとらず、各福祉事務所での結果報告として記述してある。なお、調査票に基づいて質問を進めていったのであるが、調査の段階で会話の流れによる方向性が様々となったため、各福祉事務所の回答とも若干異なった展開となっている。

2. A福祉相談センター

2-1 保護の状況と特徴

当センターは、2008（H20）年4月の地方機関の見直しにより、「福祉事務所」と「児童相談所」、および「身体障害者・知的障害者更生相談所」がひとつに統合された機関であり、生活保護の業務については、「3級地—1」に該当する6町が所管区域となっている。

この地域での「保護率」は2%弱と、国内でも

下から数えた方が早い位の低さであることに加え、「母子世帯」の割合が全国平均より若干少ない上に、減少傾向となっている¹⁾。調査協力して下さったX氏の話によれば、これには地域性が関係しており、「3級地—1」という区分からもわかるように、これら6町はまだ田舎の雰囲気が残っているような、のんびりとした地域であり、血縁関係の強さによる相互扶助が多く見られるという。また、近辺には世界でも有数の大企業があり、仕事を見つけることに比較的容易な条件が整っているため、保護に至るケースが少ないとの話であった。

その他の特徴として、「医療扶助費」の総額が年々上昇している点である。これは被保護者の増加というより、ひとり当りに支給する医療扶助費の金額が増えたことによるものである。また、2006（H18）年から「生業扶助」の中で追加になった「高等学校等就学費」により、授業料や教科書代等の加算が行われているが、その後の進学率も増加することはなく、以前と変わっていない。被保護世帯の内情を知っているX氏は、この原因が家庭環境にあると考えており、落ち着いて学習できるような家庭の雰囲気や習慣がないため、どうしても学習意欲の低下につながっているのだと、残念そうに話してくれた。

生活保護法による「住宅扶助」の基準額は、「1・2級地」と「3級地」の区分で設定がされており、この地域は「3級地—1」であるから、支給額は月額8000円以内となっている。しかし、いくら3級地に該当する地域であるとはいっても、この金額で部屋を借りることは不可能に近い。そのため住宅扶助に追加する形で、「特別基準」という有余枠が設けられており、当県内の場合、3級地の単身者世帯には3万6000円以内、そして2～6人世帯には4万6600円以内の追加支給が実施されている。しかし、特別基準を含めた住宅扶助であっても、やはりこの金額で部屋を見つけることは厳しいようである。

例えば、6町のある地区で単身者世帯が入居可能な住居を探したところ、駅周辺にある築15年の

表 2-1 調査実行した県内の住宅扶助支給額

住宅扶助	1・2級地			3級地		
基本金額(円)	13,000以内	8,000以内				
特別基準(円) (所長承認)	単身世帯	2～6人世帯	7人世帯	単身世帯	2～6人世帯	7人世帯
	37,000以内	48,100以内	58,000以内	36,000以内	46,600以内	56,000以内

「出典：第51回日本弁護士連合会 人権擁護大会プレシンポジウム資料より筆者作成」

アパートの家賃が4万6000円、そして築は不明となっているが、駅より1km周辺での家賃が5万3000円という調査結果がある²⁾。その為、差額分は他の扶助費からの捻出となるのである。

2-2 現業員の職務

当センターでは、1名の現業員で約60ケースを担当しており、これは現業員の標準定数となっている「市部80ケースに1人」、「郡部65ケースに1人」からすると、比較的余裕のある業務遂行が可能であると考えられる。また、被保護者の生活をしっかりと把握ながら相談を受け、自立に向けた援助が実施しやすい状態であることがうかがえる。しかし、人数に余裕があるという理由だけでは、不十分な点も見えてきた。

他者に対して助言を必要とする業務には、ある程度の知識と経験が求められるが、当センターについては、配属「1～2年目」が2名、「3～4年目」が2名と、「査察指導員」であるX氏以外の全員が経験未熟な「現業員」である³⁾。また、人事異動に関しても、福祉に関する知識が重要視される訳ではなく、全く異なった部署からの配属が通常であるのに加え、配属2年目の現業員が1年目に仕事を教えることもあるという。これでは、せっかく余裕のある勤務体制であっても、その職務には不十分な点が多々現われてしまうだろう。

表 2-2 A福祉相談センターの現業員について

現業員1名あたりの担当ケース 約60ケース	
経験年数 1～2年目	2名
3～4年目	2名
5年以上	0名

「出典：調査結果より筆者作成」

次は、職員が遂行している一日の大きな流れについてである。当センターは、直接保護の申請者に対応する福祉事務所とは、多少業務内容に違いが見られ、月ごとの業務は大きく三区分された形が基本となっている。

まず月初めに当たる上旬の業務として、総保護費の計算が行われ、これを各福祉事務所に支給する。その後、月1回の現金支給という形で被保護者に手渡す。X氏によると、この現金支給を行うことにより、被保護者と必ず顔を合わせる機会がもてるため、会話の中から日常生活をうかがい知ることのできる、とても有効な方法であるという。確かに被保護者にとっても、直接職員に身の相談を話せるタイミングのひとつであると思われる。

これら一通りの業務が終わった後から中旬にかけて、現業員の業務は保護申請者との面会や、家庭訪問を中心として行う。家庭訪問では、被保護者の自宅や入院先の病院を訪問して、日常生活に異変は起こっていないかなどの把握に心がけているという。そして下旬になると、被保護者の生活状況の再確認と共に、翌月支給予定となる保護費の計算や用意という事務職となり、再び上旬に行われる業務となるのである。

近年は保護申請の際、行政側の対応の悪さを怪訝して、法律家等による同行申請の動きが行われつつある。しかし、この6町では被保護者の不満が少ないためなのか、2007（H19）年に2件の同行申請が確認されただけである。法律家等が同行申請する理由として、福祉事務所の不条理な態度により、保護申請が却下されることを食い止めるという予防策のほかに、被保護者の預金や所有する車などをできるだけ守るという理由もある。例外的にこれらの所有物の保持が許され、保護に至

るというケースもある。しかし、通常では活用できる資産が無くなったときに、はじめて保護申請が受理されるというのが普通であり、この線引きが難しいところなのである。

私はX氏に対して、水際作戦など福祉事務所に對する批判についてどのように考えているのか質問してみた。X氏は当センターの管轄内において、水際作戦など全くないと断言してくれた。しかし、生活保護業務には雑務が多く忙しくしていることがあり、また現業員も人間であるから、様々な性格の持ち主がいる。そのため、対応にばらつきがあるのも事実かもしれないと答えてくれた。現業員の独断で保護申請を受け付けないことはありえないが、不安を抱えて訪れた人からすれば、現業員の対応により、気持ちの明暗が分かれてしまうのは事実である。だから、より専門性が要求されるのである。

2-3 被保護者の事例より

X氏が語ってくれた事例を紹介したい。数年前にホームレスの男性が体調悪化による緊急入院となり、直ちに保護の開始を始めた。ホームレスに至るまでの経歴には、語りたくないことも当然あるだろう。この男性も当初は自分自身の経歴等について話したがらず、そのため親族への連絡がつけられなかったそうである。しかし、現業員との面会が増えるにつれ、次第に心を開き始めてくれるようになり、何年間も音信不通となっている兄弟のいることを話してくれた。

X氏はとりあえずという気持ちで兄弟に連絡をした所、すぐに会いに来てくれたそうである。この事実だけでも嬉しい結果といえるのだが、そればかりか、この男性をすぐに引き取りたいと申し出てくれたという。この男性の兄弟には家庭があるため、結果的には同居することは無理であったが、その後、兄弟の住居近辺で住宅を借り、ホームレス生活から抜け出すことになった。退院後の生活については、継続して生活保護の受給によるものであったが、この男性にとっては新たな自立の一步であり、X氏をはじめとする当センターに

おいても、成功例のひとつといえるのではないだろうか。

しかしX氏によれば、このようにうまくいくケースばかりではなく、例えば被保護者が精神疾患を抱えている場合などは、その後の生活に細心の注意が必要であるという。被保護者がひとりで住居を構えるには、地域との関わりが重要になってくる。特に、それまで入院していた精神疾患の被保護者が自立の道を歩むには、退院促進だけを急いでも無理であり、地域の理解と協力、また社会資源の活用など、様々な援助の組み合わせが求められるのである。現業員の力量が期待されるのは、まさにこのような時なのである。また、X氏のような長年の経験により身に付けた援助技術も、ひとつの利点といえるのかも知れない。

このように、生活保護受給者が独自の生活を歩むまでには、金銭給付はその一部分の手段であるに過ぎない。より大切な課題として、人間同士のふれあいや地域との関係が重視されており、この基盤がしっかりと整えられたうえで自立が可能であるということが、このA福祉相談センターでの調査を終えた感想である。

3. B市福祉事務所

3-1 福祉事務所での第一印象より

保護申請者にも関係する事柄であるため、初めてこの福祉事務所を訪れたに味わった、不愉快な体験から記述しておきたい。B市役所内に設置されている福祉事務所の窓口は、フロアーの一番奥にあり、担当のカウンターまで歩いている時に、何となく職員の視線が気になってしまった。これは、市役所内に住民の姿がほとんどなかったのも、私ひとりだけが注目されているように思えたのかも知れない。また、目的となる課には「社会福祉課」と表示してあるだけのため、生活保護に関する問い合わせの住民か、それとも他の福祉行政の用件により訪れている住民かなど、誰にも分からないようになっている。しかし、何故か緊張してしまったのである。

このような気持ちを今になって考えると、市役所内の光景が関係していたように思えてくる。入り口を入るとすぐに、広く奥行きのあるフロアが広がり、両サイドにはきちんと配置された机が並んでいた。そして、そのカウンター越しには、無表情でデスクワークしている多くの職員の姿が見えてきた。このような光景が眼に入ったため、職員に余分な仕事を頼みに来た、というような負い目が私の気持ちの中に芽生え、初めての緊張感を体験したような気がする。また、相手の立場や心情の理解が必要とされる福祉担当職員だけには、違った対応を期待していたのであるが、最初の印象は愛想のないものであった。

私が担当の窓口で声をかけた所、若い男性職員が事務の手を止めてすぐに対応してくれた。この日は4月中旬であり、まだ何年も社会人経験がないと思われるこの職員は、私の身分と用件を丁寧に聞いた後、数列後部に座っていた上司に伝えに行ってくれた。この時点では入りたての職員が、覚えたばかりのマニュアルを懸命に実行しているような姿に、むしろ新鮮さを感じていた。

しかし、話を聞いたその上司は座ったままの姿勢を変えず、ずっと私の様子を見ながら何かを喋っていた。私は窓口で軽く頭を下げたのであるが返してくれる様子もなく、気付いてもらえなかったのかと思い、その後何度か同じように会釈した。しかし、上司の反応は同じであった。男性職員が上司の顔を見て私の用件を伝え、その話を聞きながら上司が私の顔を怪訝そうに見ている。そして、私がその上司に会釈しても無視されているという様子だったのである。

不愉快だと感じたのが私の本音である。面倒な仕事を増やそうとして位に思われたのかも知れない。そして、もし窓口に立っているのが生活保護の申請者であったとしても、同じように相手の様子をじっと見つめるのだろうか、とも考えてしまった。これでは最初から、職員と保護申請者との間に完全な上下関係が出来上がってしまうことになる。そうだとすれば、このような態度については直ちに改善すべき問題である。

暫くの間、男性職員の話聞いた後、その上司は窓口に立っている私の側に来てくれた。すぐに私は自分の身分や訪問の目的を話し、改めて調査依頼の協力を申し出た。まだこの時点では、私と目を合わすこともなく、カウンターに置いた調査票をパラパラとめくり、相変わらず冷ややかな態度に変わりはない。しかしその時、私はこの上司と面識があることに気づいたのである。私は「失礼ですが、Yさんではありませんか。」と、声をかけてみた。「はい、そうです。」という返事はしてくれたものの、やはり表情を変えることもなく下を向いたままであった。しかし、その後再び私の名前を伝えて話しかけてみると、はっとしたように「あっ、やっぱりそうでしたか。似ている人だとは思っていたのですが、失礼しました。」と言って、にっこりと微笑みかけてくれた。このような態度の変化に少々呆れてしまったのと共に、もしも私がこのような会話を切り出さなかったら、どのような展開になっていたのだろうかとも考えていた。

その後、Y氏の態度は好転し、調査以来の件については快諾してもらうこととなった。このB市福祉事務所での聞き取り調査は、2008（H20）年4月22日の面会の様子と資料、また、2008（H20）年4月1日現在のデータを中心とした記述である。

3-2 各扶助の状況について

B市では132世帯、161人が保護の対象となっており、「保護率」は2.84%と、隣接している大都市の12%と比較しても、極めて低率である。この132世帯、161人という数値からもわかるように、約8割強が「単身世帯」として保護を受けている。

また、全世帯の約60%強となっている「高齢者世帯」の占める割合は、全国平均より20%ほど高いうえに、県内の市町村においても群を抜いている。更に、前年度の「医療扶助費」が保護費総額の半分以上を占め、また「医療扶助」を受けている世帯が全体の約85%であることから分析しても、「高齢単身世帯」の多さが見えてくる。反対に「母子世帯」の占める割合は約4%弱と少なく、

全国平均の半分以下であることがB市での特徴である。

「教育扶助」は、「4世帯4人」の児童がその対象となっているが、教育扶助の支給対象者は、あくまでも「義務教育中の児童」であるため、中学校を卒業した児童や未就学児などを含めると、保護受給中の世帯には、それ以上の子どもの数が予測される。また、「生業扶助」の中で追加となった「高等学校就学費」の追加により、現在では二人の高校生が通学している。

3-3 保護業務と保護申請の流れ

「査察指導員」が1名、「現業員」が3名、そして「経理事務」が1名という体制で業務遂行されている当事務所には、専任の「面接相談員」は存在しない。これは「A福祉相談センター」の職務体制にも共通しており、この職種は人員不足により削除しやすいと考えることもできる。この3名の「現業員」が、1名あたり約45ケースを受け持っており、十分に余裕のある体制といえるが、ここでも現業員の経験年数の短さから、被保護者への援助が万全であるのか、疑問が生じてしまうのである。現業員の「経験年数」をみると、「1～2年目」が1名、そして「3～4年目」が2名と、やはりこれもA福祉相談センターと同様に、現業員としての経験の未熟さが現われる結果となった。私が最初に会話した若い男性職員にしても、人間的には好感が持てた人物ではあるが、生死に関わる生活保護業務をひとりで任されていると想定した場合、やはり大丈夫であるのかという不安を覚えてしまうのである。生活保護を扱う業務とは、精神的、肉体的にも重労働であり、希望者の少ない職場であるという話をよく耳にするのであ

るが、このような背景と、勤続年数の短さが関係しているのかも知れない。

当福祉事務所でのモットーは、相談業務を最優先にすることであり、その解決に向けた金融機関との調整や手続き等の割合が、日常業務の大部分を占めている。また、保護開始が決定される際の金融機関等への照会や、調査にも時間が費やされる。その合間に翌月支給予定の保護費の計算や、事務処理もこなされている。その他に近年では、生活保護からの自立と適正な実施のために向けて、被保護者の求職活動をサポートする援助や、扶養義務者に対する調査にも重点が注がれているため、これらの業務をうまく組み合わせながら、1日の業務が行われている。

私にとってY氏の第一印象は不愉快であったのだが、これらの業務を調整している最中であつたと仮定したのであれば、その忙しさは想像以上であつたかも知れない。しかし、保護の申請者は予約などせずに相談に訪れるはずであるから、福祉事務所の職員であれば、やはり感情を表出したような対応は控えるべきでは、と考えることもできるのである。

最後に北九州方式や水際作戦の批判などについて、Y氏の意見である。これらが事実であり、被保護者を苦しめているとすれば残念な結果であり、許されるはずがない。しかし、「他法、他施策優先の原則」から、事前の相談に重点をおいて対応していることが、誇大化している部分があるように思えるそうである。また、生活保護の申請に制限などはありえないので、当福祉事務所では希望がある限り申請書の交付をしており、「自作による申請書」や「口頭」においても、受付を行う体制がとられているとの返答であった。

表3-1 B市福祉事務所の現業員について

現業員1名あたりの担当ケース 約45ケース	
経験年数 1～2年目	1名
3～4年目	2名
5年以上	0名

「出典：調査結果より筆者作成」

4. C市役所福祉課

4-1 保護の状況と現業員の1日

このC市役所福祉課を訪れた際、前回の調査で経験したような緊張感を覚悟していたのであるが、ここではそのような気持ちにはならなかった。こ

この建物は外観からすれば、お役所とわかるような造りではあるが、中に入ると私が想像していたよりも多くの市民が手続き等をしており、職員も動きながら諸事務をこなしていたため、誰からも見られているという気持ちにはならなかった。また、生活保護を担当しているカウンターは、1階奥の通路を曲がった場所にあり、このような市役所内での光景が幸いしたのだと思う。

この福祉課の窓口には住民の姿はなかったが、数名の職員が電話対応やデスクワークをこなしている様子がカウンター越しに見えてきた。私が近くの職員に調査依頼していたZさんの名前を告げると、すぐに事務の手を止めて対応してくれたことにより、益々好感を持つことになった。また、窓口にいるとき、職員の電話が断片的ではあるが聞こえてきた。その会話から想像すれば、おそらく被保護者が電話の相手であるだろう。職員の話し方は非常に丁寧であり、「～ですか」「はい、分かりました」「お昼に伺いますね」等、このような電話対応を耳にしたことも好印象へとつながっていった。

人口約14万人、保護率2.45%である当市でも、全保護世帯の51.0%を「高齢者世帯」が占め、また、「医療扶助」を受ける世帯が全体の88.5%と共に多い。また、Zさんの用意してくれたデータでは、「傷病・障害者世帯」が「傷病世帯」と「障害世帯」で分類してあるため、過去からの推移を追ってみた。すると、「障害世帯」の増加が目立つことに気がついた。例えば、1999（H11）年の障害世帯は15世帯で、全体構成比の11.4%であったものが、2007（H19）年には51世帯、20.6%となっている。8年間で障害世帯が3.4倍、全体構成比が1.8倍にも膨れ上がっているのである。

この理由を調べた結果、数年前の旧2町との合併が関係していた。旧2町に位置している精神科病院での入院患者が、被保護者として新たに加わり、このような結果となったのである。近年の保護の動向をみても、医療扶助による入院患者の中で、精神障害による入院患者が5割近くを占めているが、やはりこのC市についても例外ではなかつ

たのである。

このC市では、6名の職員により生活保護業務が行われている。やはりここでも現業員が面接相談員を兼ねており、4名の「現業員」のうえに、「査察指導員」が1名、そして「経理事務」を行う職員が1名の配置となっている。現在の現業員は、「1～2年目」が3名、「3～4年目」が1名配属されており、1人あたり57～75ケースが任されている。以前には、現業員として5～6年勤めた職員もいたらしいが、それでも長くて5～6年の生活保護業務の担当である。この位の勤続年数になれば、職場に慣れる事で必死の時期とは違い、ちょうど仕事が熟知できた頃である。また、被保護者のためにその成果を発揮する機会も増える頃といえるだろう。せっかく身に付けた生活保護業務を活かさずに転属することが、非常に残念に思えてしまう。そのため、このような現業員の未熟さをカバーするために、ここでは福祉系の学校卒業生、特に「社会福祉士」取得者の配属を心掛けているという。

現業員の業務には緊急が付きまとうため、統一

表4-1 C市役所福祉課の現業員について

現業員1名あたりの担当ケース 約57～75ケース	
経験年数 1～2年目	3名
3～4年目	1名
5年以上	0名

〔出典：調査結果より筆者作成〕

した流れは把握しきれないが、以下が調査前日である2008年（H20）年5月26日のZさんの行動についてである。

出勤から暫くはケース記録の確認とともに、職務関係や被保護者からの電話、また住民からの問い合わせなどに追われる。その後、来客への対応や家庭訪問が行われ、事務作業の後、13：00頃より昼休みに入る。通常は1時間の休憩であるが、この日は多様であったため、13：30よりケース記録の確認を始めている。その後、14：30から精神科を含む3ヶ所の病院を訪問し、入院している被保護者の病状や生活面の現状把握に努める。そし

て福祉課に戻り次第、17:00頃まで事務作業を行った後、この日の業務は終了となっている。

これらの業務内容をみていると、現業員の仕事は決して事務的な処理だけでは済まされておらず、精神面にかかる比重の大きさがうかがえる。これは、福祉の現場で働く者の全てに共通することでもあるが、だからこそ対人援助には技術が求められるのだろう。

Zさんはこのような現業員の業務について、ゴールの見えない仕事であるかも知れないが、やりがいのある仕事だと語ってくれた。たとえ稀ではあっても、生活の変化や自立が見えたときには、喜びが感じられるという。自分自身の業務を苦勞と考えるのか、それともZさんのように肯定的な考えができるのかにより、仕事に対する姿勢にも違いが現われるだろう。つまり生活保護業務に関して、常に満足感が得られないとしても、仕方なくその業務をするのか、それとも被保護者の力になりたいと考えるのかにより、現業員自信の負担も異なってくるのではないだろうか。

4-2 被保護世帯の生活と市民の視線

老齢加算や母子加算の廃止は、被保護者の生活を圧迫しかねない改定であるが、当福祉課には特に不満は寄せられていない。これには現業員による生活指導の徹底により、被保護世帯の消費支出が計画的となっていることも関係しているようである。

保護費削減とは反対に、「高等学校等就学費」の追加があるが、進学率は以前と変わらない。2006～07（H18・19）年には数名がこの扶助を利用して進学をしたが、途中での挫折が目立ち、高校中退者が多いという。Zさんは進学者が増えないことよりも、高校生活が長続きしないことのほうが残念であると話してくれた。

被保護者の日常生活を市民はよく見ており、この福祉課にも生活態度を批判する苦情の電話が時々寄せられるそうである。Zさんが対応したものとして、「生活保護のお金でパチンコをしている。」とか、「スーパーで高級品を買っていた。」などの

内容があったという。どうして保護を受けていることを市民が知っているのかは不明である。近所同士の噂話などにより耳にするのかも知れない。このように被保護者に対する市民の眼は冷静である。これは保護費が全て税金で賄われているため、その税金の使い道をしっかりと見ているからだといえるだろう。

しかし、保護を受けている生活であっても、保護費の枠内でのやりくりであれば、余暇や趣味を楽しむ制限は誰にもできない。また、日々の生活に楽しみを設けるのは、一人の人間として当然の権利ともいえるはずである。しかし、市民感情からすれば、どうしても疑問を感じることも決して間違っていないのである。一般にテレビで知る生活保護の暮らしとは、一匹のサンマを何日もかけて食べるような、困窮生活のシーンばかりが放映されている。そのため近所に住んでいる被保護者も、同じように生活して当然であると思ってしまうのかも知れない。

確かに保護を受けている生活の中で、余裕を持つことは難しいと思われるが、常にひっそりと質素に生きなければ、社会から許してもらえないのだろうか。Zさんは市民からの電話があった時、その情報を確認したうえで、本当に被保護者の生活改善が必要であると判断した時、生活指導の徹底に努めるという。しかし、それは被保護者のためであり、あくまでも人権を尊重しながらの生活指導を心がけているそうである。

5. まとめ

今回の聞き取り調査により、3ヶ所の福祉事務所での共通点が幾つか見えてきた。第一に保護率の低さと地域性の関係である。母子世帯を例にした場合でも、生活保護受給となっている「母子世帯」は全国平均よりも少ない。これは、もし離婚となっても、母親ひとりが家計の全てを背負うのではなく、家族の協力が得られやすい状況下での生活のためである。このような地域もしくは家族との関わりの深さが、保護率の低さに結びついて

いると考えられる。その他の共通点として、現業員の「経験年数の短さ」や、高齢者世帯の増加に伴い「医療扶助費」の占める割合が増えていることも、調査対象である地域全ての共通点として挙げることができる。

調査後の感想として、現業員という職務の多忙さや精神的疲労の多さなど、当事者でなければ理解できないことが多く突きつけられ、福祉事務所に対する見方が大きく変わった。これには、私自身の認識不足も関係しており、調査前の段階では福祉事務所に対して決して好印象は抱いてなかった。それは新聞やテレビ放映など、マスメディア側からだけの情報を全て鵜呑みにしていたからである。例えば、福祉事務所の職員は被保護者より上の立場であるという態度など、いわゆる横柄であるという印象が強かったからである。

しかし現在では、私の誤認を含んだ見解があったと考えている。また、この調査の実行により、職員たちの業務に対する真剣な姿勢が明らかにでき、大きな成果であったとも確信している。水際作戦についても、全ての福祉事務所で蔓延している訳ではなく、むしろ私の調査では、保護の申請段階から被保護者の身辺に気配りをうかがわせている、現業員の姿が浮かんでくるのであった。

しかしこのような見解は、あくまでも私が実行した聞き取り調査に基づいての結果にすぎない。全国の福祉事務所は、2008（H20）年4月1日現在で1237ヶ所配置されているため、同じように保護受給権を持っていたとしても、担当職員によりその対応が異なっている恐れは否定できないのである。窓口での事務的な扱いにより、保護申請者がスティグマ（烙印）を体験したり、本当に保護を必要としている要保護者であっても、申請を却下されるような事態が、現実に起こっているのも事実としてあるだろう。改めて、生活保護という業務の難しさと、取り組むべき姿勢を考え直す必要性を感じるのである。

今回の調査結果により、生活保護に占める「医療扶助」の割合の多さや、医療扶助費の総額が年々増加しているという点がある。現代は生活苦等の

理由により、国民健康保険料が未納であったり、また、未加入状態となっている国民が増えている。今後は、被保護者に対する医療扶助として、保険と扶助との両面からも検討すべき緊急の課題となるだろう。

また、「住宅扶助」についての問題点も挙げることができる。住宅扶助は原則として家賃等が保護費から給付されるが、地域により住宅供給に大きな偏りがおきている。例えば、大都市圏では地方に比べて持ち家比率が低く、また公営住宅供給は不足しているうえ、民間住宅の家賃は高額である。そのため、住宅扶助に追加の支給となっている、「特別基準枠」の設定を見直す必要もあるのではないだろうか。

福祉事務所の役割は、所得格差の増大や貧困層の拡大などにより、また、加算の見直しや新制度の導入なども加わり、益々重要性を帯びることだろう。その一方で、被保護者の権利意識が高まってくるにつれ、福祉事務所との間でのトラブルが増えるかも知れない。だからこそ現業員を始めとする専門職集団となり、人間の生活保障の維持に対しての確信を持ちながら、業務遂行を行うことが要求されるのである。国民と行政の仲介役ともいえる福祉事務所への期待はより高まってくるのではないだろうか。

〔注〕

- 1) 2006（H17）年度 全国平均の「保護率」11.6%、母子世帯の占める割合「8.7%」。
- 2) 「第51回日本弁護士連合会 人権擁護大会シンポジウム」資料、2008年9月13日、39頁。
- 3) 「査察指導員」は現業員の指導監督を行う。「現業員」はケースワーカー。

〔参考文献〕

- 杉村宏『格差・貧困と生活保護』明石書店、2007年
- 全国公的扶助研究会『生活保護50年の軌跡』みずのわ出版、2002年
- 竹下義樹・吉永純『死にたくない！いま、生活保

護が生きたとき』青木書店、2006年。
日本弁護士連合会『検証 日本の貧困と格差拡大』
日本評論社、2007年。

近藤原理／清水寛＝編、城台巖＝写真

『写真記録この子らと生きて―近藤益雄と知的障がい児の生活教育』（日本図書センター、2009年6月刊行、全260頁）

清水寛／近藤原理＝編、城台巖＝写真

『写真記録子どもに生きる―詩人教師・近藤益雄の生涯』（同上、全246頁）

愛知教育大学

小 川 英 彦

本書は、障がい児の教育福祉に生涯をかけ、我が国の先駆的役割を果たした近藤益雄（1907：明治40年―1964：昭和39年）の生誕100年を記念して出されたものである。没後から今日まで45年余近藤益雄研究をライフワークとされてきた清水寛氏、ご子息である近藤原理氏、1959年から近藤益雄実践を撮り続けてきた城台巖氏の3者の共同作業によって出版されたものである。換言すれば、明治末から現代までの近藤一家実践100年の歴史写真集といっても過言ではない。

前書の『この子らと生きて』は、1986年に出された『写真＋詩 この子らと生きて―近藤益雄とちえおくれの子の生活教育』（大月書店）の改訂・増補版にあたる。この書では近藤が小学校の校長職を自ら辞し、長崎県佐々町口石小学校で知的障がい児のための「みどり組」の担任となり、さらに、「のぎく寮（後、のぎく学園に改称）」の長になった時期の生き生きとした実践写真と詩を中心に綴られている。

後書の『子どもに生きる』は、第1部：幼少年期から青年期まで、第2部：戦前の教員としての歩み、第3部：戦後における教育と福祉の歩みから構成されており、近藤の57年におよぶ生涯、詩

と子どもたちを愛したひたむきな生き方（生活綴方教育と障害児教育福祉）を知ることができる。そして、優れた教育福祉実践が創造された経過と背景をたどることができる。

さて、前書には清水寛氏の「近藤益雄の知的障がい教育の思想とその今日的意義」の論文が加筆されている。そこでは、①生命の尊厳、②発達の保障、③人権の実質的平等、④平和のための文化がキーワードとなっている。筆者は以前に近藤の歩みと功績を通して、①生命の尊厳を大切にする、②健常児、障がい児とも生きる力を育てる、③より科学的方法や内容をもった教育実践とし、教育福祉遺産としての側面を大いにもち合わせていると評したことがある。

今、この2冊の写真記録を通して、近藤益雄の主張・実践した教育観が、教育と福祉の関連のしかたをきわめて鋭く問うことのできる考えであって、この教育観がいかにして醸成されてきたかというプロセスをこの書は教えてくれていると思う。すなわち、近藤益雄の内在的論理の発展としての必然性についてである。巣鴨貧民街の桜楓会託児所での体験から、昭和恐慌期の貧しい農山村の小学校をふりだしにして、生活綴方教育の思想と方

法に特色のある実践へ、さらに、口石小学校での障がい児学級の創設、のぎく寮の開設へととなった生涯が、現代の教育福祉問題を解決させてくれる糸口を提供してくれているのではないかと考えさせられる。筆者は、知的障がい児者への教育福祉実践における「生活と教育の結合」という視点を想起させられる。実践が障がいによってひきおこされる発達の制約や生活上の困難を解きほぐし、いっそうの発達を保障していくというプロセスへの追求でもあった。それは、まずもって、子どもの生活現実を豊かにするよなという意味で、教育福祉実践の内容と方法をとらえなおすという側面をもち合わせていた。さらに、子どもの興味・関心や意欲に寄り添いながら、現実生活に応用され実際の生活問題解決力として定着をめざすという意味で、指導をとらえていたのであった。近藤益雄の指導観においては、「生活に帰す」という視点が絶えず根底的にみえるが、生活実態や子どもの内面に即した、生きる力や生きて働く力を育むことを求めていたのである。つまり、生活を切り拓く力、生活を考える力、生活を見通す力を形成するための実践であったと評価できよう。

ところで、文部科学省は2007年4月から、これまでの「特殊教育」にかわって「特別支援教育」という新たな制度をスタートさせている。この特別支援教育の理念を「特別支援教育の推進について（通知）」により知ることができるが、まさしく、「ライフステージ」、「地域」、「共生」といった視点を近藤益雄の教育福祉実践の中で再確認する必要性を強く感じる。

近藤益雄は、「のんき、こんき、げんき」という言葉を自分の実践の信条として提唱したが、『『のんき』は、精薄児教育にたずさわるものの美徳である。自信は、のんきにかまえて仕事ができるものにだけ、そだってゆくだろう。・・・『こんき』は、平凡ではあるが、そのなかに、ある調子をもって、すこしずつの変化をよろこんでゆくような日々を、うみだすこと。・・・『げんき』は、生々しい言葉や動作は、この子どもたちに快い刺激をあたえる』（『精神薄弱児研究』12号、

1959年）としている。かつて1975年に明治図書から『近藤益雄著作集』（全7巻・補巻1巻）が出版されたが、この言葉はその5巻のタイトルになっている。詩人教師・近藤益雄は、「認可基準に達しない私立施設に公的援助はできない」といってはばからなかった当時の冷たく貧しい教育福祉政策の前に道なかばにしてこの世を去ったが、その遺志はこれからの教育福祉実践者に名言として語り継がれるものである。

さらに、近藤益雄は、「人間のねうちを、ほんとうに平等に大切にする世の中であるならば、きっと平和がまもられるにちがいない」（『なずなの花の子ら』、1956年）と言っているが、障がいのある子どもだけでなく、不登校児、被虐待児、情緒不安定児、外国籍児など特別なニーズをもつ子どもたちへの豊かな教育や福祉が保障されず、格差と貧困が広がりつつある中、近藤益雄の実践を今一度ふりかえる時期でもある。すべての子どもたちが隔たりなく平等となるインクルージョン（inclusion）が叫ばれるようになってきたが、近藤益雄は「ひとりのこらず、その力にふさわしい教育をうけさせてやろう」と主張している。まさしく、無理解・偏見・差別の中で必死に子どもたちを守っていく教育福祉実践であり、今日的な子ども理解に相通じるものである。

最後に、近藤益雄は昇天の現場（自室の書斎）にあったノートの中に『石』という題で次の遺作を綴っている。「もういらないから石は家うらにそっとうつされた 石のまわりにこけがはえた そのおもてにもはえた 何年もたった やっぱり石はそこにあった」（『教育』174号、1964年）ここからは、筆者は“一本のマッチの火をまもるために”、近藤の掲げた思想を消すことなく、広く世の人々に伝承していかなければならないと考えさせられる。

家族ぐるみの苦闘を続けるものの、立ちはだかる壁は厚く、心身ともに疲れ、享年57歳でこの世を去った近藤益雄とご子息の近藤原理氏の当時の日々の苦労を物語る会話がある。それは、「（父）『風の中に一本のマッチの火を守るがごとく』は

じめたこのしごと、十年たってしもうたな。いつになったらゆっくり俺を休ませてくれるのだろうか。(私)『家族のだんらん』が欲しいと思うときがあるね。やっぱり。(父)のぎく学園の役目が終わるときは、いつだろうか。(私)誰のたのみに来なくなる時代。いいかえると、日本の精薄者福祉行政が完全にゆきわたったときだろう。(父)そうした社会が理想なんだがな。(私)ぼくらが、個人の力ギリギリいっぱいのところまでつかってやる時代は、変則なんだよね。ほんとうは、個人にまかせておいて、愛だの慈善だのいう美しいコトバでほめられたって、実際はだましおってという気もするね。(父)そうなると、このところ休むときなんてないだろうな。死ぬまでやり、やらないようになったら死ぬだけだな。」(近藤原理「のぎくはちる」、『教育と医学』12巻11号、1964年) 1953年、自宅に知的障がい者のためののぎく寮を開設、町から借り受けた元農学校の老朽校舎に家族と住みこみ、昼間は障がい児学級で指導し、夜は寮で起居をともしるといった、文字通り24時間にわたる生活全体を通じての生活教育の実践に、家族の献身的協力を得つつ打ち込んでいた様子が伝わってくるものである。

清水寛氏は、前書で次の3つの「旋律」が基調として、その教育福祉実践には流れていると結んでいるが、それは、①詩人教師としてのロマンティズム(抒情性)、②社会的なヒューマニズム(多分にキリスト教的な愛の色彩・性格の濃い人間愛)、③教育福祉の実践におけるリアリズム(とくに生活綴方教育の思想と方法にもとづくところのもの)であるとしている。

長年にわたって継続されてきた清水寛氏・近藤原理氏・城台巖氏の共同の営為が今後の障がい児の教育と福祉に投げた波紋はかなりのものである。本書を通じて、その輪が読者をはじめ多くの人々に広がることを大いに期待する。

一生涯、障がいのある人間への絶えない情熱をかたむけたその実践、障がい児とともに考え、喜び、悲しみといった心の響き合いを通した実践について、ヘレンケラー賞、文部大臣賞、読売文化

賞、日本精神衛生連盟賞、西日本文化賞、長崎文化賞など多くの賞を受けたその功績を改めて確認したいものである。

参考文献

- ・拙稿「知的障害児教育の先駆者：近藤益雄」(中野善達『障害者教育・福祉の先駆者たち』、pp.141—174、麗澤大学出版会、2006年)。
- ・拙稿「知的障害教育の先達近藤益雄の学力保障に関する研究」(岡崎女子短期大学『研究紀要』、第36号、pp.47—53、2003年)。
- ・拙稿「近藤益雄の障害児教育実践から学ぶ—教育課程の構造化と学力保障—」(日本特殊教育学会自主シンポジウム、長崎大学、2010年)。

日本社会福祉学会中部部会機関誌編集委員会規程

1. (設置) 日本社会福祉学会中部部会（以下、「中部部会」と略す）は、機関誌『中部社会福祉学研究』を発行するために編集委員会（以下、「委員会」と略す）を置く。
2. (任務) 「委員会」は、機関誌『中部社会福祉学研究』の発行のため、編集・原稿依頼および募集・投稿論文の審査・機関誌の刊行などの任務を行う。
3. (構成) 「委員会」は、委員長、副委員長及び委員 3 名で構成する。
4. (選任) 委員長、副委員長及び委員は、「中部部会」幹事会の互選により選任する。
5. (任期) 委員長・副委員長及び委員の任期は、2 年とする。ただし、再任は妨げない。
6. (査読者) 投稿論文の審査のため、査読者を依頼する。
7. (査読者の委嘱) 査読者は、「委員会」の推薦に基づき、委員長が委嘱する。
8. (査読者の役割) 査読者は、「委員会」の依頼により、投稿論文を審査し、その結果を「委員会」に報告する。
9. (投稿論文の審査) 「委員会」は、査読者の審査報告に基づいて、投稿論文の採否、修正指示等の措置を決定する。
10. 「委員会」は、幹事会及び総会に機関誌編集に関する報告を行う。

附則 この規程は、2009年 5 月 1 日より施行する。

日本社会福祉学会中部部会機関誌編集規程

1. (名称) 本機関誌は、日本社会福祉学会中部部会（以下、「中部部会」と略す）の機関誌『中部社会福祉学研究』とする。
2. (目的) 本機関誌は、原則として、「中部部会」会員の社会福祉研究の発表に当てる。
3. (資格) 本機関誌に投稿を希望する者は、「中部部会」会員でなければならない。共同研究の場合は、研究代表者が「中部部会」会員でなければならない。
4. (発行) 本機関誌は、原則として、1 年 1 回発行する。
5. (内容) 本機関誌に、論文、研究ノート、調査報告、実践報告、資料解題、海外社会福祉情報、書評などの各欄を設けることができる。
6. (編集) 本機関誌の編集は、機関誌編集委員会が行う。
7. (掲載) 投稿原稿の掲載は、機関誌編集委員会の決定による。
8. (執筆要領) 投稿原稿は、日本社会福祉学会機関誌『社会福祉学』の執筆要領に従う。
9. (事務局) 機関誌編集事務局は、「中部部会」事務局に置く。

附則 この規程は、2009年 5 月 1 日より施行する。

『中部社会福祉学研究』投稿規程

1. 本機関誌の投稿者は、日本社会福祉学会中部部会（以下、「中部部会」と略す）の会員でなければならない。共同研究の場合は、研究代表者が「中部部会」の会員でなければならない。
2. 本誌には、論文、研究ノート、調査報告、実践報告、資料解題、海外社会福祉報告、書評等の欄を設ける。投稿は、原則として、中部部会会員による自由投稿とする。
3. 投稿する原稿は、未発表のものに限る。
4. 投稿する原稿の執筆に当たって、
 - (1) 投稿原稿の執筆は、「機関誌『社会福祉学』執筆要領」に従う。
 - (2) 投稿原稿は、原則として、ワープロまたはパソコンで作成し、縦置きA4版用紙に横書きで、1,600字（40字×40行）で印字した原稿3部及びCD-ROMを提出する。
 - (3) 投稿原稿は、図表・注・引用文献を含めて、10枚以内とする。
 - (4) 投稿に際しては、印字した原稿に、表紙を3枚つけること。
 - (5) 1枚目の表紙には、①タイトル（英文併記）、②原稿の種類、③所属・氏名・会員番号、（連名の場合は、全員）を記載する。
 - (6) 2枚目の表紙には、英文抄録（600ワード以内）、キーワード（5つ以内）を記す。
 - (7) 3枚目の表紙には、タイトル（英文タイトル併記）のみを記載し、所属会員番号、氏名は記載しないこと。
5. 投稿原稿の締め切りは、毎年5月末日とし、発行は10月30日とする。
6. 投稿される原稿及びCD-ROMは、「中部部会」編集長に送付する。
7. 投稿された原稿およびフロッピーディスクは、返却せず、CD-ROMは2年間保存の後、廃棄する。
8. 原稿が掲載されたものは、1編につき本誌2冊と20部の抜刷りを進呈する。
9. 投稿論文の審査結果に不服のある場合には、文書にて、編集委員会に申し立てることができる。

附則

この規程は、2009年5月1日より施行する。

査読規程

1. 査読者は、機関誌編集委員会で選任し、編集委員長が依頼する。
2. 査読者は、1論文2名とする。
3. 査読辞退があった場合は、代替査読者を選任し、依頼する。
4. 査読者への発送文書は、①依頼文、②査読原稿、③執筆要領、④査読報告書（別紙参照）、⑤査読結果報告後の取り扱い等を送付する。
5. 査読結果は、A：無修正で掲載可、B：修正後に掲載可（小幅な修正）、C：修正後に再査読（大幅な修正）、D：研究ノートへの変更、E：不採用の5段階とする。
6. 査読結果は、編集委員会で集約し、査読結果を基に、編集委員会で掲載原稿を決定する。

附則

この規程は、2009年5月1日より施行する。

査読者①

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

I 項目別評価（各項目ごとに該当する評価 1 つに○をおつけください）

評価基準： a 適切 b 不適切 c 非該当				
1	執算要領（注・文献も含めて）に適合しているか	a	b	c
2	先行研究を的確に踏まえているか	a	b	c
3	研究目的は明確であるか	a	b	c
4	社会福祉の理念・政策・実践との関連付けは明確であるか	a	b	c
5	研究目的に照らして研究方法は適切であるか	a	b	c
6	使用されている概念・用語は適切であるか	a	b	c
7	調査の方法・分析が適切で、結果は明確であるか	a	b	c
8	論理の展開には一貫性があるか	a	b	c
9	考察および結論には新しい知見が含まれているか	a	b	c
10	表題は内容を適切に表現しているか	a	b	c
11	要旨の内容は適切であるか	a	b	c
12	省略語・単位・数値は正確に表記されているか	a	b	c
13	図表の体裁（タイトル・単位・形式）は整っているか	a	b	c
14	図表は本文の説明と適合しているか	a	b	c
15	研究倫理上の問題はないか	a	b	c

II 掲載についての評価（該当する項目 1 つに○をおつけください）

評価	A 無修正で掲載可 B 修正後に掲載可 C 修正後に再査読 D 不採用

査読年月日 年 月 日 査読者署名

査読者①

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

編集後記

中部部会における長年の懸案であった研究論集をお届けいたします。

中部部会初めての論集であるにも関わらず、多くの方々にご応募いただきましたことを心から感謝しております。原稿が集まってくるまでは、不安でいっぱいでした。

今回は、10人7本の論文・調査報告・書評を掲載させていただきました。

中部部会初めての論集の編集に携わらせていただきましたが、不十分なところが目立ったことと思います。それに加えて、学年末・春休みの海外調査等で、一層不手際が重なりましたことをお詫びいたします。

これら不手際の諸点を、投稿者の方々及び会員の皆様に重ねて深くお詫びいたします。

今後も中部部会における研究活動の発展と研究内容向上のために、本論集の発行を続けたいと考えております。今後とも、皆様のご援助、ご鞭撻をお願いいたします。

(編集長 中田 照子)

<機関誌編集委員会>

- 編集長 中田 照子
- 編集委員 佐々木 隆志
杉本 貴代栄
高森 敬久
春見 静子

中部社会福祉学研究

創刊号

2010年3月31日 発行

編集責任者 中田 照子

編 集 日本社会福祉学会中部部会

発行責任者 杉本貴代栄（中部部会代表）

印 刷 株式会社 カミヤマ

Contents

March 2010

Original Articles

- The empowerment-function of workshop for person with mental-illness.
— Investigating the thought of user by interview.— Mabito MITSUHASHI..... 1
- An essay concerning construction of continuous and comprehensive care system
model for dementia elderly and their family Chikako KUMITA..... 9
- Significance of Community-Based, Small-Scale, Multifunctional Care Service for the Elderly
— Study on Home Nursing Care Station and Group Home, and their Systematization —
Kumiko (OKA) ISHII.....19
- Current Status and Prospect of Community Social Welfare Services in Urban China
Ra Ka (LUO Jia).....29

Research Report

- Prejudice towards the disabled : Survey of results of residents within Shizuoka prefecture
Yasuhiko SHIRAYAMA.....39
Mitsuru SONE
Aya KIMURA
Sadaaki TAMURA
- The Issue of Public Assistance System—Results of the Interview Research at Social
Welfare Offices Yumiko KIMURA.....47

Book Review

- Hidehiko OGAWA.....57