

静岡福祉大学紀要

第 5 号

-
- オーストラリアにおける学校危機管理に関する一考察 杉本好行 (1)
- 地域教育医療福祉連携システムにおける発達心理学を主とした事例研究支援
..... 森孝宏 (13)
- 在宅高齢者の日常生活活動(ADL・IADL)に関する研究
..... 石原治・橋木てる子 (17)
- イギリスのコネクションズーパーソナル・アドバイザーの役割ー 中田薫 (27)
- 他害行為をした精神障害者の処遇に対するソーシャルワークについての一考察
..... 吉永洋子 (31)
- 環境福祉製品を志向したユニバーサルデザイン型浴槽の創案
..... 石井幹太・小松朋恵・小林智博・末廣貴生子・赤堀有美 (37)
- 知的障害者の就労支援プログラム 平井利明 (45)
- 韓国老人長期療養サービスにおける福祉サービス利用契約 張昌鎬・李明鉉 (55)
- 日本における精神保健福祉の変遷に関する一考察
ーコント=スポンヴィルの四つの秩序の視点からー 加藤あけみ (65)
- アメリカおよびイギリスとの比較に見るわが国児童虐待対応システムの課題 相原真人 (77)
- 静岡県における老人福祉施設の情報利用に関する最終報告 岩井宏 (91)
- ソーシャルワークにおける記録管理に関する一考察 横溝一浩 (99)
- 社会福祉士養成と医療ソーシャルワーカーの関係について 石光和雅 (105)
- 中高年者におけるPC教育の取り組みー静岡県藤枝市岡部町の実例ー 藪崎栄 (113)
- 訪問介護実習から見る介護福祉士養成教育の課題と今後の展望
ー3年間の実績よりー 前川有希子 (119)
- 中途失聴・難聴者のニーズと情報コミュニケーション支援 太田晴康 (127)
-

2009年1月

静岡福祉大学

オーストラリアにおける学校危機管理に関する一考察

杉本好行

A Study on School Crisis Management in Australia

Yoshiyuki SUGIMOTO

要約

本研究では、オーストラリアにおける学校危機管理について調査を行った。日本では、大阪教育大学附属池田小学校事件以降学校における安全の問題に関する問題意識が高まり、教育委員会や学校において学校危機管理マニュアルが整備され、不審者進入を想定した訓練も実施されるようになった。心のケアに関しても、スクールカウンセラーを中心とした各県の臨床心理士会が対応するようになり、また最近では、行政が行うCRTが設置される県も現れてきている。オーストラリアでは、学校危機管理の問題は、国と州政府が責任を持って対応することになっており、各学校に対する強制力も持っている。日本よりも早くから取り組みがなされており、問題意識も高い。このようなオーストラリアのシステムは、今後わが国のシステムを作っていくうえで大変参考になるものである。

キー・ワード：学校危機管理システム、緊急支援、オーストラリア

I 研究の目的

2001年6月8日、大阪府池田市にある大阪教育大学附属池田小学校に刃物を持った男が乱入し、わずか5分あまりの間に児童21名、教師2名を死傷させる事件がおきた。この痛ましい惨事に日本国民は大きな衝撃を受けた。この事件では、学校の安全の問題、事件や事故が起きた場合の緊急支援や心のケアの問題が大きくクローズアップされることとなった。

その後文部科学省は、学校における子どもたちの安全について改めて注意を喚起するとともに、「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」¹⁾ や「学校の安全管理に関する取り組み事例集」の作成などの事業を行ってきた。

また各県では、教育委員会からの依頼を受けて県臨床心理士会が緊急支援や心のケアを実施することが次第に多くなり、マニュアル²⁾を作成したり、心のケアに関する研修会を実施している。さらにいくつかの県では行政が行うCRT（クライシス・レスポンス・チーム）が組織されており、3日間限定であるが緊急支援

を行っている。これら各県の臨床心理士会やCRTを含めての日本の現状については、筆者（2007）がまとめている³⁾。

以上のように日本では、附属池田小学校以後、関係者間で問題意識が高まり、マニュアルやガイドラインの整備、システム作りやスキルアップの研修会が早急に行われるようになった。

オーストラリアについては、元村（2005）⁴⁾ らがブリスベンとシドニーを調査しており、その結果わが国と比較すると制度は整っており、日本が学校危機管理についてオーストラリアから学ぶことは多いと結論づけている。この研究に関心を持った筆者は2007年2月に、ビクトリア州バララット市内の二つの州立学校と三つの私立学校、そしてビクトリア州教育省バララット支所を視察し、学校危機管理の実際について調査することができた。この結果の一部については、ビクトリア州教育省の学校危機管理マニュアルを中心に、筆者が報告⁵⁾ 済みである。

本論では、ビクトリア州教育省のマニュアルだけで

はなく実際の学校の動きにも触れながら、さらに元村らの研究も含めてオーストラリア全体の学校危機管理のあり方について考察したいと思う。

II オーストラリアにおける学校危機管理について

「日本とオーストラリアにおける学校危機管理について」(杉本、2008)でも述べたが、オーストラリアには連邦政府のもと、6つの州と2つの準州があり、それぞれの州はかなりの自治権を持っている。連邦政府は原則的なことを決めるだけで、それを応用し最終決定するのは各州の権限で行われる。危機管理の問題については、連邦政府にはオーストラリア危機管理委員会があり、国全体の危機管理の責任を負うとともに各州への支援を行っている。ビクトリア州には危機管理法令があり、人間の安全と健康を脅かすような出来事が生じた時には、緊急サービス(警察署、消防署、救急署、州危機サービス)に連絡することになっている。ことに学校の場合には、ビクトリア州教育省の危機警備管理支部の管轄である24時間コミュニケーションセンターに電話することになっている。その電話番号は、危機管理プランに明確に表示されなければいけないし、各学校の数箇所に掲示することになっている。以下では、教育省レベルではなく、もっと末端の教育地区や学校における動きについて述べる。

1. ビクトリア州グランピアンズ教育地区における学校危機管理について

グランピアンズ教育地区には、約50校の学校がある。その中心都市がバララットであり、ここには州教育相の支所がある。この地区では、州教育相の定めたマニュアルに沿って「危機事態への対応」が12ページの冊子に簡潔にまとめられているので紹介しよう。

(1) この冊子の目的と「危機」の定義

この冊子の目的としては、まず①危機事態に対して計画的な対応方法を提供する、②影響を受けた人達にサポート・援助を提供する、③できるだけ早くもとの学校生活に戻る、④必要な人々とのコミュニケーションができるようにする、ことである。すなわち危機事態に遭遇した場合の初期対応や心のケアの対応方法を提供することが目的である。

危機の定義としては、まず「突然起こること」、それに対して「個人、家族、またはグループとして危機

事態に対処する準備が十分にできていないこと」、そして「危機は、個人または地域社会の機能を、一時的にはあるが妨げる可能性のあること」、「危機は通常短期的であること」、以上の4項目が危機の特性として挙げられている。

(2) 短期の課題

短期の課題としては、初期に(できれば1日目に、遅くとも2,3日以内)すべきことである。

1) 危機事態(大きな事故、自殺、火事、学校が巻き込まれるような事件等)が発生した場合には、ビクトリア州教育省の危機警備管理支部の24時間コミュニケーションセンター(03-9589-6266)に電話する。またグランピアンズ地区ディレクター、警察にも連絡する。

2) 学校内に、校長、教頭、牧師などを中心に緊急事態対応チームを立ち上げ、まず総責任者を決める。そして状況をアセスメントして、どの程度のレベルの対応が必要かを考える。

3) 次に危機事態に関する詳細な情報を集める。収集する情報のポイントは以下の項目である。

- ①何がいつ起きたのか
- ②誰が巻き込まれたのか
- ③現場に誰がいたのか
- ④誰が目撃したのか、何を見たのか
- ⑤この危機事態について誰が知っているか
- ⑥両親に連絡したか
- ⑦兄弟姉妹はこの学校にいるか
- ⑧近親者がこの学校に訪問中か
- ⑨この時点までにどんな手を打ったか
- ⑩病院に誰が行ったか、どこの病院か
- ⑪警察が加入したか、その警官の名前は
- ⑫他の機関が加入したか
- ⑬近隣の学校に連絡したか

以上の項目を中心に危機事態に関する詳細な情報収集を行う。

4) 両親や近親者と連絡をとり、援助を提供する。兄弟姉妹への連絡は両親と相談してから行う。子どもたちが心を休めることのできるような空間(リカバリエリア)を確保し、安楽椅子、お茶やコーヒー等を準備し、必要であればカウンセラーを配置する。

5) 緊急職員会議を開く。この職員会議には、サポート用職員や必要であれば危機事態の時にはいなかった

職員の自宅にも連絡して出席を求める。この職員会議では以下のことに留意しながら、情報を伝達し討議する。

- ①事実を提供する。学生あるいは地域への情報を提供するかを明確にする
- ②危機事態に対する責任者のプランや学校の対処法について話す
- ③サポートが必要になるかもしれない学生に関して情報を集める
- ④学生が経験する可能性のあるストレス反応について説明する
- ⑤担任がどのようにクラスの生徒に説明したらよいか話し合う
- ⑥クラス内の規則を柔軟に扱えるよう許可する、例えば、学生が動揺した場合には教室から出て良いなど
- ⑦リカバリーエリアの場所を明確にし、学生に周知する
- ⑧教員の危機事態に対する反応はさまざまであり、場合によってはサポートが必要であることを説明する
- ⑨「被害者のための心理的応急手当」（表1）について説明し、資料を配布する
- ⑩必要があれば教員のための個人的なサポートを受けられることを説明する
- ⑪職員にメディア対応を説明する。メディアとのすべての連絡は校長が行う。また、メディアが学生に直接接触するのを防ぐ
- ⑫各職員にサポートを提供することを依頼することがあるかもしれないことを強調する。トラウマ担当だけが、サポートを提供するものだと思い込んではいけない

以上が緊急職員会議の主な議題である。

6) 学生のカウンセリングを提供する教員に「カウンセラーへのアドバイス」（表1）を配る。また、教員と保護者への情報として「トラウマ・衝撃に対する反応」（表2）を配布する。

7) 必要であれば、学生集会を設定し、緊急事態対応チームの教員やもっとも影響を受けた学生たちと関係の深い教員に話をしてもらう。また保護者や学生に出す手紙を準備する。

8) 影響を受けた学生や教員に対して継続的なサポートを提供する。心理士やソーシャルワーカーなどの専門家に連絡する。

9) メディアに対応する人を決める。通常校長がなるが、すでに同意されたフォーマットを使用し、全て

のメディアに対応する。

10) 事務職員に電話の対応のし方を説明する。また誰がどの分野の責任者か知らせる。また、他の関係機関との連絡網を確認する。

11) 学校授業の時間表や課外授業などの変更等を調整する。また、危機事態の起こった日に学校にいなかった学生を特定し、その学生が学校に来た朝に、危機事態の情報を伝える。

（3）中期の課題

1) 学校内で、数週間かけて教員をモニターし、必要なサポートを計画する、特に取り調べ、検死等がある場合は注意する。また、不登校生のモニターも必要である。

2) 必要があれば、学校ニュースレター用にメモを取り、残しておく。

3) 新しい情報を教職員と学生、保護者に知らせ必要があれば保護者会を開く。

4) 法的に必要な場合があるかもしれないので、危機事態に関する記録をきちんと保管する。また警察からまだ聞かれてない場合は、危機事態から影響を受けた人達に記録してもらう。

5) 場合によっては、葬式に出席する準備をする。教職員についてはどこまで出席するのか、学生については、学校として出席させるのか、個人の自由とするのかはっきりさせておく。

6) 葬式の最中は、調子の悪くなった人のための休息場所を必ず確保しておく、また葬式の後でカウンセリングの必要な人が出てくる可能性があるので、準備しておく。

7) 地区ディレクターとは常に連絡を取り合い、状態を詳しく知らせておく。

8) 法的な訴訟手続き、取り調べ、検死等に対する皆の反応について注意する。

9) 事件後に起こる状態に対する、お見舞い・追悼・援助等を提供したいと要望している人達の記録を保管する。

10) 援助・サポートを提供している人をモニターするとともに、学校を元の状態に戻すよう努力する。

（4）長期の課題

1) カウンセリング等のような長期的な活動について何が必要なかを計画する。

表1 カウンセラーへのアドバイス

直接影響を受けた人への「心理的応急手当」

- 1) カウンセリングを受けられるような（プライバシーが守れて、落ち着けるような）部屋を確保する
- 2) 個人的な反応が表現できるスペースと十分な時間を提供する
- 3) 他の学生や職員も安全であることを知らせて、本人を安心させる
- 4) 他の人（報道陣など）から邪魔されないように保護する
- 5) 問題解決を急がず、不安感を受け止める
- 6) 何が実際起こったか事実関係を明確にする
- 7) 危機事態を防ぐために現実的に何ができたのか、その限界を明確にする
- 8) 学校が「心理的応急手当」について何をしているのか説明する
- 9) 同じような事態に直面した場合の通常の反応について説明する
- 10) 他の人からのサポートやアドバイスも受けることができると提案する
- 11) 感情的な反応を認める
- 12) 平静を維持する
- 13) 言っていることを信じる。信じていることを相手に知らせる
- 14) 本人の責任ではなく、罪を感じする必要のないことを伝える
- 15) 本人をサポートしてくれる人達が誰であるか確認する
- 16) 暖かくて、思いやりがあって、非批判的で、正直であるべきである
- 17) 危機直後は、大きな決断をさせるべきではない

表2 ト라우マに関する反応

トラウマ・衝撃後に起こる一般的な反応

1) 小学校上級生

- ①危機事態中は自身の反応について集中している
- ②体験により特殊な恐怖感が発生する
- ③危機事態について繰り返し話をする
- ④何かに専念したり、授業で学習することで気をそらす
- ⑤自分の感情に対して怖がる—例えば泣くことや怒ることに対して怖がる。
- ⑥つじつまの合わない行動をする
- ⑦睡眠が乱れる

2) 青年

- ①自身の感情的反応に対して意識過剰になる
- ②怒りっぽくなったり、反抗的な態度を取る
- ③学業が低下する、日中夢想したり、集中力が低下する。
- ④不適切な笑いがあったり、ヒステリックになる。
- ⑤否定的な感情、不信感、罪悪感、混乱する。

3) 成人

- ①時間がたってから、過去の危機に対する経験も絡んで、感情が過大に出る場合がある
- ②睡眠が乱れる、感情が乱れる、理性的でない行動をする、怒り、罪悪感
- ③安全感、信頼、自信をなくし、事件について夢中になる
- ④身体的な苦痛、例えば吐き気、呼吸困難、振るえ、筋肉硬直など

4) 援助法

- ①以上のような反応に対して理解することが援助の基礎である。このような反応は通常トラウマに関連して発生しており、一時的な反応である。
- ②数週間後または数ヶ月後にこのような反応が起こる場合があること、他の危機事態がそれを再発させる場合があることを認識することが必要である。
- ③ストレスに対する理解と受け入れる心が真理的回復の援助となる
- ④必要があれば、人間としての自分の恐怖感、考え、感情をシェアする
- ⑤症状が長引いたり、悪化した場合は、専門家を紹介するべきである

2) 危機事態の起こった日などには、学校関係の人達をモニターする。

3) 必要であれば、中心的な役割を担った人達に参加してもらい、対応方法を再検討し、トラウマ計画を変更する。

4) 必要であれば、外部の専門機関及び関係機関と継続的に連絡を取り合う。

5) 必要であれば法的な訴訟手続きの準備をする。

(5) 学生・保護者との連絡で注意すべきこと

1) 事実だけを提供する、誤った情報や噂があれば取り消す。

2) どのような援助を提供しなければいけないか説明する。

3) どのような影響が起きるか説明する。

4) 社会資源の活用について説明する、地域のどこへ行けばどのような援助が受けることができるのか具体的な説明が必要である。

5) 相手の話をよく聴くと同時に、こちらの説明は、肯定的・確信的であるべきである。

(6) メディア対応について注意すべきこと

1) メディアとのコンタクト役は一本化すべきであり、ふつう、校長もしくは校長代理になる。

2) 確実に分っている事実だけについて答える。

3) メディアの解釈や想像に同意してはいけない。

4) 仮想のコメントは避ける。

5) 状況によっては法的問題が絡むことを忘れてはいけない。

6) 学生、保護者、教職員へのサポートがあることとそれが提供されていることを伝える。

(7) 援助者が気をつけること

1) 援助者を集めて、自分自身の身体的・心理的健康について気をつける必要のあることを強調する。

2) 自分自身の感情を誰かに打ち明けることが大切であると強調する。

3) 援助者としての役割を皆でシェアし、責任を一人で負わないように警告する。

4) 特に危機が少し収まった頃に、過労の症状に気をつけるように注意する。

5) サポート用職員を集め簡単なミーティングを開き、お互いの感情をシェアする。

6) 必要であれば、お互いの仕事を調整する。

2. 各学校における危機管理の実践

以下では、私が訪問して実際の話をお聴きすることができた二つの公立学校を紹介しよう。

(1) 公立プレザントストリート小学校の場合

私がプレザントストリート小学校(生徒数:330人、教員:20人、職員・補助教員等:10人)を訪問したときに対応してくれたのは、ウエンディーベーカー校長であった。彼女と私のやり取りを要約すると次のようになる。

学校全体に影響を及ぼすような大きな緊急事態が起ると、ビクトリア州の公立学校はすべて、ビクトリア州教育省危機管理支部の直轄である24時間コミュニケーションセンター(03-9585-6266)に電話することになっている。また、バララットにある教育省支所にも電話をする。

電話をすると、教育省危機管理の責任者が、支援チームを組織して学校にすぐ派遣してくれる。また、メディアに対しては、州教育省にメディア部があり、メディア対応を全て引き受けてくれる。

学校の通常活動が妨げられるほどではない出来事の場合には、日常的に学校巡回を行っているガイダンスオフィサー(Guidance Officer)に連絡して対処する。校長がメディア対応を行う場合には、教育省メディア部がサポートする。生徒に心理的・身体的な問題がある場合には、担当教師は校長に報告し、校長から教育省に連絡してカウンセラーを派遣してもらう。大きな出来事の場合にはそれに対応できるチームを派遣してもらう。

いじめの問題については、すべての教員に研修を実施し、その対応に関しても教育を受けさせている。生徒や親に対しても、日頃からいじめ問題に関して意識を高める努力をしておき、いじめ問題のほとんどは学校内で対応可能である。

最近の危機事態の例としては、子ども同士の暴力事件である。まず、各教室に鍵をかけ誰も入れないようにした(Lockdown)。次に暴力を振るった子どもたちを落ち着かせるために別の部屋に誘導した。ガイダンスオフィサーに電話して指示を仰いだ後に、子どもたちの保護者に連絡を取り学校に来てもらった。カウンセラーを派遣してもらい、クラス全体で話し合いを

行った。場合によってはグループで、必要があれば1対1のカウンセリングを行うこともある。

（2）公立バララットハイスクールの場合

公立バララットハイスクールは、生徒数1,450人、教職員数120人の大規模校である。筆者が訪問したときに対応してくれたのが、ギャリーパーマー副校長であった。

緊急時のシステムについては、先述したプレザントストリート小学校の場合と同じで、州教育省の24時間コミュニティセンターと州教育省バララット支所に電話することになっている。そうすると緊急事態の規模に応じて専門家を派遣してくれるとのことであった。

具体的な事例として、次のような話をしてくれた。10年ほど前に、ある教師が交通事故で亡くなった。その教師は学生に大変人気があり、学生達のダメージが非常に心配された。そこですぐ州教育省に電話したらガイダンスオフィサーや心理士、ソーシャルワーカーからなるチームを派遣してくれた。電話での助言にもとづき、学校では対策委員会を設置し、到着した派遣チームと話し合っ、どのようなサポートが必要なのか、ケアプランを作成し始動させた。このケアプランは、学生、教職員、保護者がその主な対象者であった。以上が公立バララットハイスクールのギャリーパーマー副校長へのインタビューの要約である。この後副校長は、自ら学校内を案内してくれて、災害時等における避難経路などの備えを説明してくれた。

その中で筆者が興味を持ったのが「緊急時の行動案内（Emergency Action Guide）」（表3）である。この冊子は厚紙でできており、縦15cm、横21cmほどの長方形である。校内のいくつかある電話の上にマジックテープで張ってあり、白地に点線の枠の中は黄色で目立つようになっている。表紙には、この冊子のタイトルの下に教育省24時間緊急回線（24時間コミュニケーションセンター）の電話番号が記載されている。

中身は、全5ページあり、そのうちの2ページが資料や案内のページ、3ページ分が行動・実行に関するページである。

まず、1ページ目は、緊急時の行動手順のチェックリストと太字で書かれ、2行目に「電話の掲示板か近くに保管しておくこと」と記載されている。その下に枠に囲まれて、緊急事態に関する定義と具体的な出来事が記載されている。緊急事態とは「財産の破壊、損

害もしくはそのような脅威や人の健康、安全への危険などの突然の出来事である」と定義されている。そして具体的な事例として、死亡・重症・負傷・暴行、生徒の失踪や連れ去り、建物や備品の崩壊や損傷、地震・洪水などの自然災害など20項目以上を挙げている。さらに、遠足などの学校の行事で外へ出る場合、登下校中に起きる事件・事故なども含むとされている。

2ページ目から4ページまでは緊急時に行動する手順が示されている。まず緊急事態を把握した場合には詳細を確認し、報告すること。すなわち、発生した場所、緊急事態の種類及び性質、巻き込まれた人の数と名前、報告者の名前と報告時の時刻、事件が学校から離れたところで起こった場合の連絡先などを記録しておくこと。そして確認が終わった後は、まず、校長と学校の緊急事態の責任者、適切な緊急事態サービス、そして、24時間コミュニティセンターへすばやく報告することが必要である。

報告を受けた校長と非常事態責任者は、非常事態により起こる危険の可能性、危機の拡散の可能性などを判断する。その判断に基づいて、避難が必要かどうか、どこへどのように避難すべきか決定することが必要である。

次に、電話による脅迫の場合にどのような手順が必要か示され、一般的な脅迫か、爆弾の脅迫かによって取るべき行動がそれぞれ示されている。特に電話をかけてきた者の確認では、かけてきた者の性別や若い声か老いた声か、話し方については、落ち着いているか、怒っているか、興奮しているか、静かか、やかましいか、泣いているかなど30項目にわたってチェックリストが作られている。さらに電話の背後の音にも注意を払うよう求められており、室内の機器の音、工場の機械の音、道路の雑音、音楽などに関する15項目にわたるチェック項目が示されている。

最後の5ページ目には、1ページ目で示された緊急事態の種類によって、「警察」「医者・救急センター」「消防隊」「24時間コミュニティセンター」のどこに最初に電話すべきかが示され、それぞれの具体的な電話番号が書き込まれるようになっている。このページの州教育省24時間コミュニティセンターの電話番号は、大きな字で一番目立つようになっている。

表3 緊急時の行動案内



**Emergency
Action
Guide**

Department of Education

24 hour emergency telephone number
(03) 9589 6266

IS IT AN EMERGENCY?

REPORTING EMERGENCIES

EVACUATION

TELEPHONE THREATS

EMERGENCY TELEPHONE NUMBERS

III 考察

1. 管理職の危機意識について

以上二つの公立学校の危機管理について、校長や副校長へのインタビューの概略と学校の数ヶ所の公衆電話の上に掲示されている「緊急時の行動案内」の冊子について紹介した。以下ではまず、学校における管理職の危機意識について考えてみたいと思う。

筆者がインタビューしていても思うのは、公立プレザントストリート小学校のウエンディーベーカー校長にしても、公立バララットハイスクールのギャリパーマー副校長にしても、緊急事態に対する問題意識が非常に高いということである。勿論予め訪問の趣旨は伝えてあったにせよ、こちらの質問に対して、過去の緊急事態の事例がすぐに出てくるとは予想していなかった。それだけ日常的に子どもの安全管理には気を使っているということなのであろう。私立セントパトリックカレッジ（12歳～18歳、1,100人の生徒数）の校長は、公立学校は州政府から指示があるが、私立学校は公立学校以上の独立したシステムを目指していると語っていたのが印象的であった。この私立の学校では、カウンセリングルームを設けていて、2人の専任カウンセラーが常駐しているとのことである。何か起これば、ディレクターに連絡がいき、校長と相談して対策を練るとのことであった。また、9年生は普通の授業から災害に対する訓練を行っているとのことであった。

どこの国でも私立の場合には、学生募集に大変であるが、学校がいかに安全な場所であるか、危機事態が起きた場合にどのような体制をとっているか、このような点においても学校間で競い合っているようである。

日本の公立学校はどうであろうか、管理職はおおよそ数年で異動する。オーストラリアの公立学校ではインタビューの中で10年前の事例が出たが、日本でそこまでの引継ぎができていのか大変疑問なところである。また、日本の学校には緊急時の場合の行動手順や警察などの緊急連絡先の電話番号が目につく場所に掲示されているだろうか？ こういうことを考えると、オーストラリアの学校管理職の意識がいかに高いかがよく分る。

2. オーストラリアにおける学校危機管理について

(1) ビクトリア州グランピアンズ地区における学校

危機管理について

ビクトリア州は8つの教育区に分かれている。そのうちの 하나가グランピアンズ地区であり、中心都市であるバララットには州教育省の支所が置かれている。

グランピアンズ地区には50校の学校があり、ソーシャルワーカー、心理士、言語療法士などがケースロードを組んで各学校を巡回している。彼らはこの地区にオフィスを構え仕事をしているが、いざというときには、緊急チームを組織し活動することになっている。それ以上の大規模な緊急事態の場合には州教育省がチームを組織する。

グランピアンズ地区の「危機事態への対応」は、州教育所のマニュアル（全111ページ）と比べると簡単なものであるが、それだけにポイントをついていて、短時間に何をしたら良いのかが分かるようになっている。さらにそれを簡略化したものが各学校に掲示されてある「緊急時の行動案内」である。当然のことではあるが現場の学校ではもっとも簡略化されたコンパクトで使いやすいものとなっている。

グランピアンズ地区の危機管理は、学校と州教育省の仲立ちみたいのもので、強力な連携のもとに進められている。

(2) オーストラリアにおける学校危機管理システムについて

2003年11月12日～14日、28カ国から100人以上の専門家がパリに集まり、学校の安全の問題や危機事態への対応などについて、それぞれの国の現状について話し合った⁶⁾。会議では学校の安全に関して次の5つのメインテーマの下に話し合われた。

1) リスク・アセスメント

リスク・アセスメントは、危機管理過程のもっとも初期になされるべき重要な課題である。大きくはリスクの分析と評価という二つの基本的要素に分けられる。

2) 危機管理計画

事件・事故は何の予告もなしに起こり、直接的にせよ間接的にせよ、学校に大きな影響をもたらす。どのような時、子どもたちを建物内で待機させたらよいのか、あるいは非難させるべきなのか。学校レベルと国家レベルでどのような計画を立て、どのように効果的に実践できるのか。

3) インフラ面の整備

学校施設設計に、もっと積極的に安全対策面を取り

入れるべきである。例えば、全ての学校において、何らかの方法で境界線(近づきがたくする必要はないが)をはっきりさせるべきであるという意見もある。

このことは、教育者、学校建築家、建物を使う子どもや教師にとって重要なことである。

4) 協働的アプローチ

子どもに影響を与える学校における事件・事故は、学校の安全に関わる協働的包括的なアプローチによって効果的に対処されることが多い。このようなアプローチは、学校内外の幅広い分野における個人やグループを巻き込んでいる。

5) 教育と訓練

危機的な状況に学校がどのようにうまく対処できるかは、教師と子どもがこのような出来事に対する備えや訓練をしてきているかに左右される。例えば、避難経路や手順を知っている必要があるし、校内火災や近隣での化学物質の流出など学校内外で起こるさまざまな危機事態にどのように対応すべきか知っていなければならない。

以上の5つのメインテーマは、学校の安全保障の問題を考える際のもっとも基本的な視点であると考えられる。以下ではこの視点にそって、オーストラリアにおける学校危機管理システムについて考えてみたいと思う。

リスク・アセスメントの面では、オーストラリア規格協会が、リスクの背景、確認、分析、評価、対処、監視、情報伝達のための包括的な枠組をつくり、教育現場で用いている。自然災害や人為的災害から受けるあらゆるリスクが対象である。

危機管理の計画の面では、オーストラリアでは昔から山火事が多く、1970年代から徐々に災害時における危機管理のあり方に関心が高まってきた。この自然災害に対する危機管理のあり方の経験が、学校危機管理の基礎となっているといってもよいであろう。州教育省のマニュアル¹⁾、グランピアンズ地区の「危機事態への対応」、各学校における「緊急時の行動案内」は非常に分かりやすくつくられている。また、筆者が2つの公立高校と4つの私立学校を訪問した際のインタビューでもきちっとした計画が示された。学校危機管理への長年の取り組みと経験の蓄積がうかがわれる。

インフラ面からのアプローチに関しては、今回の研究においては中核的なテーマではないので資料は乏しい。ただ、私が訪問した私立学校では、学校の周囲の

フェンスに関して、外部からの侵入を防ぐという意味ではかなり強力でありながら、周囲の景観との調和にも気を使った設計とのことであった。

協働的アプローチの面では、州教育省はさまざまなプログラムを用意しているとのことであった。「自然災害」「いじめ問題」「暴力事件」「自殺」などそれぞれ個別のプログラムがあり、状況に即して修正しながら使われているとのことであった。

教育・訓練については、国にあるオーストラリア危機管理委員会が担っている。ビクトリア州メイセドン山にある研究所では、「学校における危機管理」に関するワークショップやフォーラムを提供している。

以上、わが国の学校危機管理システムと比較するとオーストラリアは相当進んでいるといってもよいであろう。

オーストラリアでは、国とそれぞれの州政府に学校危機管理の責任がある。このため州教育相は、学校で危機事態から影響を受けた子どもたちに対する対応法や回復法を含めた計画を策定し、常にその計画が最新の状態であることを強制することができる。また公立学校の校長は、州危機管理法令下で計画を策定し、学校に影響を与える危機に対応する義務がある。

アメリカと比べると、かなり中央集権的ではあるが、わが国において行政が実施するCRT方式が広がりを見せている状況を考慮すると、一つのモデルとして参考になる点は多いのではないかと考える。

謝辞

本研究および下記の参考文献3)、5)は科研費(17530519)の助成を受けたものです。面接調査にご協力いただいたオーストラリア・バララット市内の訪問先の学校の先生方、とりわけ通訳と翻訳を担当していただいたYoko Murphy氏に感謝します。

参考文献

- 1) 文部科学省(2002): 学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル
- 2) 福岡県臨床心理士会(2001): 学校における緊急支援の手引き
- 3) 杉本好行(2007): 学校への危機介入に関する現状と問題点. 静岡福祉大学紀要第3号, 7-13
- 4) 元村直靖ほか(2005): オーストラリアにおける学校危機管理システムについて. 大阪教育大学紀要.

53（2）. 151-165

- 5) 杉本好行（2008）：日本とオーストラリアにおける学校危機管理について. 静岡福祉大学紀要第4号. 1-9
- 6) OECD（2005）：Lesson in Danger-School Safety and Security-（学校の安全と危機管理. 立田慶裕監訳. 2005）
- 7) Education Victoria（2005）：Managing School Emergencies

地域教育医療福祉連携システムにおける 発達心理学を主とした事例研究支援

森 孝 宏

Case Study Supports Based on Developmental Psychology in the Regional Education-Medicine-Welfare Cooperation System

Takahiro MORI

Abstract

We introduced our activity in the medical-education-welfare cooperation system which it offered now in Shizuoka prefecture, and it reported the important pivot of a cooperation system and the present conditions to give case understanding to many professions of this cooperation by developmental psychology.

Key Word

Regional Education-Medicine-Welfare Cooperation System, Case Study Support, Developmental Psychology

はじめに

問題行動や精神疾患を抱える児童思春期に対して、教育の支援、医療支援、福祉支援は個別に展開されることが多く、現実的には構造的に緊密な連携がなされていることは稀である。病院臨床の現場では、学校での状況についての情報や学校生活への医療的な支援のための学校との連携への必要性が認識されているが、実際に連携できる場合は少ない。また教育現場では、医療との連携が必要なにもかかわらず、その連携システムを持たないため独自に対応せざるおえないことも多い。

こうした現状の一方、スクールソーシャルワーカーの配置が平成20年4月から始まって、児童相談所だけではなく福祉支援も動き出そうとしている。

そこで現在展開している地域における教育医療福祉連携システムの静岡モデルと実際に提供しているサービスについてまとめてみることにする。

I 静岡県総合教育センター教育相談課での展開

静岡県東部（沼津）、静岡県中部（静岡）および静岡県西部（掛川）の各教育相談会場において月に1回ずつ、心療内科・精神科医師としての立場と臨床心理士としての立場から、学校からの直接の依頼あるいは、教育相談課の臨床心理士や指導主事からの依頼で教育相談を行い、加えてスーパーヴァイズ並びに事例研究顧問としての事例検討指導を行っている。

教育相談におけるカウンセリングは、50分枠で実施できることから、児童思春期臨床においては、医療サイドにとっても非常に有用な機会を提供してくれている。対象は主に中高生で、少ないながら小学生事例もある。

静岡県全県を対象に教育医療連携システムの中核の1つを形成している。虐待や非行関連の問題による児童相談所などとの直接的連携事例が稀なため、福祉との連携は今後の課題と考えられる。それよりも増して、

不登校や特別支援においてその活動が期待され配置が始まったスクールソーシャルワーカーとの連携が必要となることは十分に予測される。

II 静岡市並びに藤枝市における児童思春期外来での展開

実際に臨床的な児童思春期医療の提供の場として、木曜日の藤枝市立総合病院総合内科(心療内科)外来、土曜日の静岡徳洲会病院心療内科外来を行っており、総合教育センターにおける教育相談と連続性のある教育医療連携を展開することができている。静岡県東部や西部の相談事例では通院の困難から他の病院や診療所を受診することを勧めている。しかしながら、どの外来診療でも膨大な予約患者数がある外来状況の下では初診以外は十分な時間をとることができない限界がある。このためどうしても薬物療法や、入院加療に頼らざるをえないという限界がある。まだ医療サイドが学校との連携に費やせる時間は現実問題としてまったくないといってもよい。そのため病院外での事例検討会等での連携の模索が必要となっている。

III 事例検討会の展開

20年近く継続している島田市教育事例研究会は、市立島田市民病院心療内科医師や臨床心理士と島田市内の小中高校の養護教諭、担任教諭、教頭、校長などが参加し、地域密着の教育医療連携が島田市において提供されてきた。事例研究会だけではなく、治療のハイキングが定期的に行われていることが最大の特徴である。

藤枝市教育事例研究会は、藤枝市立総合病院心療内科医師、臨床心理士、藤枝市内の小中高校の養護教諭、担任教諭、教頭、校長などが参加して、こちらも島田市よりはわずかに短いものの20年近い歴史を持っている。

静岡市教育事例研究会は、県立こころの医療センター医師や市内小児科医、市内の高校養護教諭および担任教諭で構成され、主に中高の事例検討が主になっている。

掛川市教育事例研究会は、県総合教育センターの臨床心理士、教育相談課相談員、掛川市内小中学校養護教諭、担任教諭、特別支援員などで構成されている。発起人の1人として研究会の発足を働きかけ、軌道に乗っている。

焼津市教育事例研究会は、志太榛原地区の高校養護教諭が中心となって、高校生事例の検討を行っている。発起人の1人として研究会の発足を働きかけ、こちらも軌道に乗っている。

静岡県中部地域で展開している多職種の参加による教育事例研究会は北から静岡、焼津、藤枝、島田、掛川の5箇所で開催され、いずれに対しても、毎回出席し、後述のような発達心理学的な事例理解を提供し、また5箇所全部に出席していることから各事例研の標準化にも貢献できていると評価している。

各事例研の運営は地域の学校現場で孤軍奮闘活躍されている養護教諭の中で、どなたかが中心となって活動していただくと安定した活動が持続している。つまり教育職主体の事例研が基本となっている。その事例研に医療や福祉と一緒に参加させていただく構造が最もよい。事例の個人特定ができない内容での事例検討が基本であり、検討事例の資料はすべて回収し、個人情報保護に配慮することも必要である。

大学の福祉心理学科3~4年生臨床実地教育として、各事例研には、年間を通じて同じ学生が参加している。スクールソーシャルワーク実習およびスクールカウンセラー実習としての生の事例体験が大学学部生に提供できている。しかしながら各事例研への学生参加最大定員は5名が限度ではある。守秘義務については徹底させている。

IV 静岡福祉大学こころの相談センターでの展開

主に中学高校生の不登校事例で、藤枝市立総合病院の外来通院患者に対してセンターで50分枠での精神分析療法、あるいは箱庭療法を提供している。箱庭療法については、それぞれの患者の箱庭の指導を福祉心理学科4年生1名が継続して担当し、母親面接を同時並行で展開する構造を採っている。

V 県教育相談学会、養護教諭研修会や学校での各種講演会

多数依頼される児童思春期関連の講演会の折には、毎回医療教育福祉の連携の必要性を必ず加え、また事例研への勧誘も行っている。

VI 1名の児童思春期専門家のできることの限界

児童思春期臨床の場として、静岡県総合教育センター東部中部西部の3会場、藤枝市立総合病院外来、静岡

徳洲会病院外来（入院も場合により可）、静岡福祉大学こころの相談センターの以上6箇所まで活動している。その臨床活動の限界を乗り越え、かつ有効性を高めるためにはどうしても教育との連携が必要となる。虐待や非行、犯罪などが絡めば福祉や司法すなわち児童相談所や家庭裁判所との連携が必要となってくるが、現状ではそういった事例は幸いなことに稀でしかない。病院臨床では医療と福祉との連携は医療相談室の医療ソーシャルワーカーや精神科ソーシャルワーカーの支援も得られる。今後スクールソーシャルワーカーの配置が普及すれば、さらに教育・福祉間および教育・医療・福祉との連携はさらに容易になるはずである。

連携の核となるネットワークを機能させる活動としては、地域における事例研が中心として機能していくと考え、静岡市、焼津市、藤枝市、島田市、掛川市の5箇所での展開に参加して最大限支援を続けている。

VII 事例研における発達心理学的支援の重要性

医師や医療職は、医療モデルが基本である。医学を理論背景として診断と治療を中心に考えていくことが基本である。教育関係者は教育学や教育心理学を基本にしていると思われる。しかしながら、児童思春期のこどもを考える上で、その個人の発達状況を把握することは極めて大切である。また心身の症状や状況の評価も必要となる。

そこで発達心理学的評価のツールとしてMarty心身相関分類を用いている。とくに事例におけるそれぞれの発達段階評価は事例検討に深い事例理解をもたらしてくれる。そのため教育職や医療職のそれぞれの専門的視点とは異なる考え方を提示することができ、異業多職種との連携を構築する上で重要な役割を持つことができている。そこにエコマップを加えて支援の現状把握と今後のよりよい支援計画作成をサポートしている。また現象面で最も多い不登校事例では、国立精神神経センターの不登校の5軸分類を用いて事例理解を支援している

事例理解の基本は以下の手順で行っている。

- 1：臨床診断軸（不登校第1軸と共通）
精神疾患名や心身症名、身体疾患名があれば記載する
- 2：心身相関軸
 - ① 基本精神水準
正常、神経症水準、人格障害（発達障害・知的

障害）水準、精神病水準の4つの水準のうちどれにもっとも属すと考えられるか判断する。発達障害があれば不登校第2軸と共通する。

② 習慣化した特徴

- 1) 症候：不安、心気、転換、うつ、恐怖、その他
- 2) 現状に関する生育歴：出生体重、周産期異常、など
- 3) 各発達期に固着している症状

口唇期：皮膚粘膜、嘔吐、食欲不振、上腹部痛、拒食、過食、喫煙、飲酒、その他
基本的信頼感、母親との共生、分離个体化、移行対象、独立依存、他者評価に依存、自己中心、欲求不満に対する怒りや衝動爆発、対人関係破壊、薬物乱用、反応性抑うつ、その他
肛門期：排便、排尿習慣、下痢、便秘、腹痛、腹鳴、ガス膨満、痔、頻尿、夜尿、尿意促進

トイレットトレーニングの状況および両親との関係、強迫、まじめ、規律正しさ、清潔好き、頑固、けち

エディプス期：性器いじり、エディプスコンプレックス（パパのお嫁さんになる、ママと結婚する）、分離个体化達成、善悪二面性理解、自己効力感、ヒステリー、援助者・児童生徒関係

潜伏期：学習能力、社会化、同性との関係、異性との関係

成熟期：学習能力、勤労能力、恋愛能力、分離个体化、性的攻撃幻想、自己同一性、異性との対人関係、権威者との対人関係

- 4) 解釈面：発達経過の中で今起きていることを理解する
- 5) 主に用いる心理的防衛様式の特徴
抑圧、回避、退行、代理満足、転移、転換、昇華、補償、反動形成、打消し、隔離、取り入れ、同一視、投影、合理化、知性化、逆転、自己反転、自己懲罰、合体、抑うつ、パニック、強迫、妄想、幻覚、人格の解体
- 6) 既往症およびライフイベント
- 7) 家族歴（ジェノグラム作成）
- 8) 支援関係現状把握（エコマップ作成 不登校5軸）
家族要因、学校要因、地域要因、医療要因、福祉要因

- 9) 学校での適応状況：欠席、遅刻、早退、保健室利用状況、授業、休み時間、昼食、課外活動での特記事項把握
 - 10) 登校渋滞や不登校の場合、下位分類（不登校第3軸）
過剰適応破綻型、受動回避型、受動攻撃型、衝動制御未熟型、混合型の5つのどれに分類できるか
 - 11) 不登校の場合どの経過に属するか
不登校準備期、不登校開始期、ひきこもり期、社会的再会期
 - 12) 病院診察室での状況
- ③ 現症の特徴
症状発現に先行するうつ、不眠、転換反応、機械的思考、希薄な関係性など、今ここでの中心となる症状や行動
 - ④ 心理的介入の方針と有効性：現症へのかかわり方針の可否や有効性の評価

以上のような、精神分析学の発達論に主に拠る発達心理学的事例理解を医療や教育関係者に提供することが、心理職として事例研に関わる際に自他共に存在意義を感じることができる重要な役割をなしていると考えられる。

VIII まとめ

現在提供している、医療教育福祉連携システムにおける活動を紹介し、その中で多職種連携における発達心理学的事例理解を提供することが連携システムの重要な要となっている現状を報告した。

文献

- 1：森 孝宏。Marty-CPS（Marty心身相関診断基準）概説：心身症の分類と診断治療に寄与する指針について。静岡福祉大学紀要 1：9-12, 2005
- 2：齊藤万比古ら。不登校の多軸評価について。不登校対応ガイドブック 38-205, 2007 中山書店
- 3：齊藤万比古。不登校児を理解する。詳解子どもと思春期の精神医学 144-153, 2008 金剛出版

在宅高齢者の日常生活活動 (ADL・IADL) に関する研究

石原 治 橋木てる子 静岡福祉大学

The Items of ADL/IADL Measures for the Elderly Japanese Home Residents

Osamu ISHIHARA, Teruko UTSUKI
(Shizuoka University of Welfare)

本研究は、在宅の健常な高齢者が日常生活を営むうえで、ADL・IADLのどのような側面に支障を来しているかと主観的に感じているのかを明らかにすることを目的とした。訪問悉皆調査の対象者は、東京都世田谷区内の64歳以上80歳以下の高齢者3555名であった。2358名の調査票を収め(66.3%)、2332名が分析対象(65.6%)であった。評価項目は、基本属性に加え、ADL・IADLの項目は、既存の評価尺度を参考に新たに39項目を作成した。それらは、基本的動作(多少の段差でつまずくことがありますか)、手段的動作(「バスや電車を使って1人で外出できますか」「自分で掃除ができますか」)、社会的活動(地域などのグループ活動に参加していますか)、知的活動(請求書の支払いができますか)などであった。因子分析を行った結果、10因子を抽出し、①「家計の管理」、②「家事」、③「他者との交流」、④「段取りと実行」、⑤「身辺動作の衰え」、⑥「足腰の衰え」、⑦「交通手段の利用」、⑧「感覚器官の衰え」、⑨「出版物を読む」、⑩「電話の利用」と命名した。また、因子に及ぼす年齢や加齢の影響を検討した。さらに、主観的健康感、家族形態、外出の状況の影響を検討した。その結果、それらがADL・IADLに影響していることが示唆された。

Key Words: visual, ADL, IADL, questionnaire

The Journal of Shizuoka University of Welfare
2009, Vol. 5.

中高年者の日常生活をささえる日常生活能力の指標の一つとして、日常生活動作(activity of daily living: ADL, 以下ADLとする)が挙げられる。ADLは、主に身辺動作を中心とした基本的な日常生活場面での身辺処理能力を示している。また、日常生活場面における日常生活活動としては、手段的日常生活動作(instrumental activity of daily living: IADL, 以下IADLとする)が挙げられる。IADLはLowton & Brody (1969)により提唱された生活活動能力であり、ADLより、より高次の生活活動能力を示すものであり、家事の遂行や、家計の管理など社会環境に適応して生活していく上で必要にある生活活動能力である。

いずれにせよ、高齢者が日常生活を送る際、ADL、IADLによって評価される行動は必要不可欠であることは明らかである。

ADL・IADLに関して、わが国で広く用いられている評価尺度としては、ADLは、Barthel Index(Mahoney & Barthel, 1965)、機能的自立度評価法(Functional independence measure: FIM, 以下FIMとする)(Linacre et al., 1994)、日本において作成されたN式老年者用日常生活動作能力評価尺度(小林ら(1988), 以下N-ADLとする)などが挙げられる。

Barthel IndexとFIMはともに米国において作成

されたものであるが、いずれの評価尺度とも医学的リハビリテーションのための評価指標として作成されている。Barthel Index は脳卒中患者のリハビリテーションにおける評価尺度として開発されたものであり、FIM はさらに対象を他の疾患にも広げて開発されている。また FIM の項目には、ADL 以外のコミュニケーション、社会的認知を評価する項目も含まれている。いずれの評価尺度も他者による観察式であり、評価者が評価対象者の ADL を評価項目に沿って観察し評価する。N-ADL は認知症高齢者の日常生活動作を測定することで、診断や治療、介護に際しての評価指標とすることを目的としている。いずれの評価尺度も観察式であり、評価者が評価対象者の ADL を評価項目に沿って観察し評価していくのが特徴である。

IADL の評価尺度として代表的な尺度は、Lowton & Brody (1969) による IADL があるが、わが国においては、老研式活動能力指標（以下老研式とする）（古谷野ら，1987；古谷野・柴田，1992；Koyano et al., 1991）が挙げられる。これらの評価尺度は、評価者が対象者から項目に関する聴取を行い評価するものである。Lowton & Brody (1969) による IADL は施設入所者希望者と患者を対象として作成されている。老研式は 65 歳以上の在宅の一般高齢者を対象に作成されている。

以上述べてきた既存の ADL・IADL の特徴は、自立の程度を評価するものであるが、老研式を除いて、その目的は介護の必要性の判断を下し、どの程度の介護が必要であるかを評価することである。特に、高齢者福祉の現場では、介護の必要度と具体的にどのような介護が必要であるかを判断する評価尺度が重要である。そのため、わが国の施設においては、自施設で独自に介護面から見た ADL 評価尺度を作成し使用している施設も少なくない。これは、高齢者福祉の中で介護の有無と介護の必要度から高齢者の ADL・IADL をとらえる現状があるためである。

つまり、これまでの評価尺度は、介護を前提とした評価基準であり、在宅で自立した日常生活を営む高齢者の日常生活活動である ADL・IADL の側面を詳しく分析した研究は少ない。つまり、自立していると判断された高齢者は、その自立の度合いや内容を問われることがない。しかし、高齢者の ADL・IADL は、その活動能力が要介護の発生の予測、生命予後の予測、QOL との関連などさまざまな研究の指標として取り

上げられている側面もある。これらの研究を行う際、本来は、高齢者の日常生活活動が加齢等の影響でいかに減衰していくかというプロセスを踏まえた研究が必要である。最近、わが国の研究でも、ADL・IADL を連続的に測定する拡大 ADL 尺度が開発されているが、評価尺度の基礎は Barthel Index と老研式であり、その目的も軽度の障害を有する高齢者の残存機能の評価指標として作成されたものである点は、これまでの既存の ADL・IADL 尺度と共通する背景を有しているといえる。

このように介護を前提として ADL・IADL がとらえられてきた背景には、日常生活活動の内容自体が自明のこととして取り扱われ、内容は問わず自立した生活が営んでいるのならば、ADL・IADL は自立と判断され、それ以上の検討はされてこなかったといえる。しかし、介護保険が開始され、介護予防の必要性、重要性が問われている今日において、単に自立しているという評価ではなく、自立した日常生活活動とはどのような内容であるのかを詳細に検証することは、今後の介護予防の具体的な施策を検討する上で重要になるといえる。高齢者が自立した生活を維持継続するための日常生活活動の内容や程度を明らかにし、その維持継続の方策を明らかにすることにより、介護予防の視点に立った積極的な介護支援が可能になるといえる。

そこで、本研究は、高齢者が日常生活を営む上で必要とされる ADL・IADL の項目を検討するとともに、どの側面に支障を来している高齢者自身が主観的に感じているのかを明らかにし、それが高齢者の自立した日常生活活動にどのように影響するかについて検討することを目的とした。

方 法

対象者 東京都世田谷区代田、梅ヶ丘、豪徳寺在住の 64 歳以上 80 歳以下の高齢者 3555 名全員を対象とした。2358 名の調査票が回収され（66.3%）、2332 名（65.6%）が分析対象であった。対象者の内訳は、64～69 歳の男性 388 名、女性 563 名、70～74 歳の男性 312 名、女性 459 名、75～80 歳の男性 223 名、女性 387 名であった（Figure 1 参照）。

分析項目 フェイス情報である学歴、職業、健康、睡眠などの基本属性の項目は必須であった。ここでは、結果の分析に用いた「主観的健康感」「家族形態」「外

出状況」の結果をTable 1—3に示した。

ADL・IADLの項目は、既存の評価尺度である、N式、FIM、Barthel Index、LowtonによるIADL、老研式を参考にし、新たな項目を追加し設定した。項目は、基本的動作（「多少の段差でつまづくことがありますか」）、手段的動作（「バスや電車を使って1人で外出できますか」「自分で掃除ができますか」）、社

会的活動（「地域などのグループ活動に参加していますか」）、知的活動（「請求書の支払いができますか」）など計39項目であった（Figure 2参照）。回答は「はい」「いいえ」の2件法であった。なお能力の高い方が高くなるように得点化した。

手続き 訪問悉皆面接法を用いた。

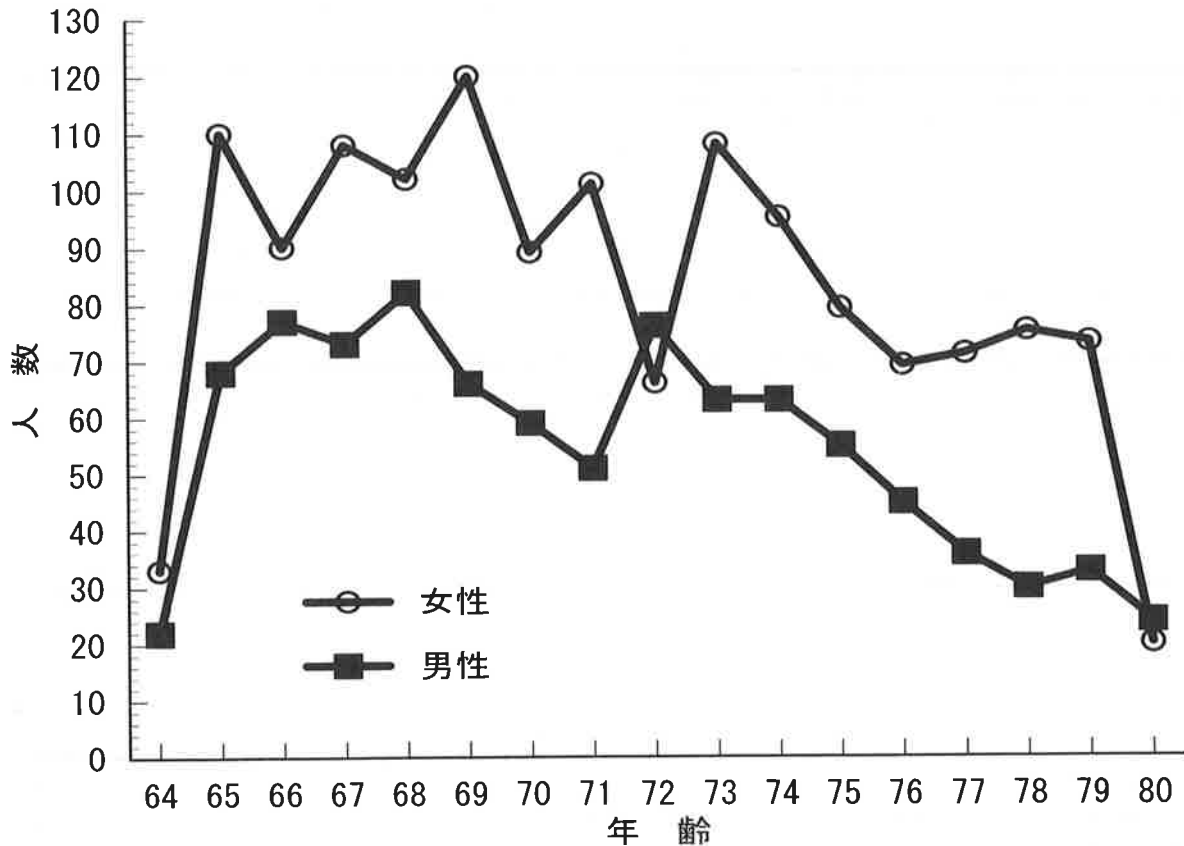


Figure 1. 分析対象者の内訳

Table 1
主観的健康感の平均得点の結果

年齢	性	Mean	SD
64～69	男性	3.1	(0.7)
	女性	3.1	(0.7)
70～74	男性	3.0	(0.8)
	女性	2.9	(0.8)
75～80	男性	3.0	(0.8)
	女性	2.8	(0.9)

Table 2
家族形態
家族形態 (64~69歳)

	一人暮らし	夫婦のみ	夫婦+子ども	本人+子ども	その他	合計
男性	39 (4.1)	151 (15.9)	150 (15.8)	8 (0.8)	40 (4.2)	388 (40.8)
女性	87 (9.1)	189 (19.9)	153 (16.1)	67 (7.1)	67 (7.0)	563 (59.2)
合計	126 (13.2)	340 (35.8)	303 (31.9)	75 (7.9)	107 (11.2)	951 (100.0)

()内は%

家族形態 (70~74歳)

	一人暮らし	夫婦のみ	夫婦+子ども	本人+子ども	その他	合計
男性	16 (2.0)	146 (19.0)	112 (14.5)	12 (1.6)	26 (3.4)	312 (40.5)
女性	106 (13.8)	143 (18.6)	90 (11.7)	77 (10.0)	42 (5.4)	458 (59.5)
合計	122 (15.8)	289 (37.6)	202 (26.2)	89 (11.6)	68 (8.8)	770 (100.0)

()内は%

家族形態 (75~80歳)

	一人暮らし	夫婦のみ	夫婦+子ども	本人+子ども	その他	合計
男性	21 (3.4)	107 (17.6)	69 (11.3)	12 (2.0)	14 (2.3)	223 (36.6)
女性	117 (19.2)	80 (13.1)	55 (9.0)	98 (16.0)	37 (6.1)	387 (63.4)
合計	138 (22.6)	187 (30.7)	124 (20.3)	110 (18.0)	51 (8.4)	610 (100.0)

()内は%

Table 3
外出頻度 (男性)

年齢	ほとんど毎日	週に2, 3日	週に1日程度	週1日より少ない	合計
64~69	309 (79.8)	58 (15.0)	12 (3.1)	8 (2.1)	387 (100.0)
70~74	237 (76.0)	50 (16.0)	15 (4.8)	10 (3.2)	312 (100.0)
75~80	148 (66.4)	60 (26.9)	4 (1.8)	11 (4.9)	223 (100.0)

()内は%

外出頻度 (女性)

年齢	ほとんど毎日	週に2, 3日	週に1日程度	週1日より少ない	合計
64~69	452 (80.3)	101 (18.0)	7 (1.2)	3 (0.5)	563 (100.0)
70~74	336 (73.2)	108 (23.5)	9 (2.0)	6 (1.3)	459 (100.0)
75~80	246 (63.6)	107 (27.6)	15 (3.9)	19 (4.9)	387 (100.0)

()内は%

因子	No.	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
第1因子	24	銀行貯金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	.767	-.164	.069	-.062	.090	.045	.157	.061	.066	-.085
	23	請求書の支払いができますか	.652	-.137	.097	.012	.131	.034	.092	.004	.088	-.174
	25	年金や税金の書類が書けますか	.433	-.044	.018	-.155	.075	.105	.093	.027	.130	-.247
	22	日用品の買い物をすることができですか	.417	-.298	.095	-.031	.127	-.016	.212	-.004	.145	-.070
	21	貯金の出し入れや家賃や公共料金の支払いができますか	-.712	.201	-.107	.031	-.035	-.031	-.052	-.042	-.061	.037
第2因子	29	自分で洗濯ができますか	-.178	.679	-.119	.006	-.018	-.019	-.021	-.050	-.029	-.016
	27	自分で掃除ができますか	-.209	.584	-.061	.041	-.138	-.064	-.187	-.028	-.097	.125
	26	自分で食事の用意ができますか	.143	-.677	.134	.030	.023	.040	.001	.033	-.053	-.080
第3因子	3	友達の家を訪ねることがありますか	.021	-.061	.578	-.006	.019	.113	.079	.029	-.053	-.068
	4	家族や友人の相談にのることがありますか	.088	-.006	.407	-.132	.049	.031	.065	.018	.138	-.125
	2	若い人に自分から話しかけることがありますか	.045	-.062	.389	-.103	.087	.017	-.012	.021	.137	.018
	5	病人を見舞うことがありますか	.040	-.037	.358	-.136	.037	-.016	.080	.004	.039	-.065
	8	リーダーとして行事の企画や運営を行うことができますか	-.029	-.028	-.193	.744	-.114	.091	-.025	-.035	-.108	.027
第4因子	9	何かの会の世話係や会計係りが務められますか	-.072	.023	-.256	.716	-.092	.121	-.066	-.054	-.100	.060
	12	はじめての場所でも一人で旅行することが	-.110	-.029	-.077	.388	-.109	-.206	-.201	-.019	-.176	.071
	19	浴槽の出入りがつらい	.076	-.061	.032	-.064	.558	.049	.187	.079	.045	.042
第5因子	17	トイレでスムーズに立ち上がりにくいですか	.047	-.036	.006	-.062	.444	.178	.106	.084	.034	-.035
	18	手が上がりにくく洗髪がしづらいですか	.100	-.063	.068	-.025	.430	.035	.130	.080	.082	.027
第6因子	14	階段の上り下りがつらいですか	.030	-.036	.057	-.140	.224	.700	.076	.097	.056	.027
	13	長時間歩くのがつらいですか	.045	-.055	.050	-.160	.219	.653	.103	.070	.079	.049
第7因子	11	バスや電車を使って一人で外出しますか	.234	-.102	.136	-.071	.147	.095	.717	-.045	.100	-.049
	10	ひとりでバスや電車を利用してあるいは車を運転してでかけますか	-.194	.100	-.121	.138	-.200	-.055	-.615	.012	-.098	.116
第8因子	37	食べ物の味がよくなるにつれてきたと感じますか	.040	.021	.044	-.003	.113	-.019	.020	.622	.051	.074
	38	においがよくなるにつれてきたと感じますか	-.035	-.033	.018	-.038	.107	.035	-.020	.493	.004	-.034
	33	気温の変化がよくなるにつれてきたと感じますか	.049	-.043	.021	-.027	-.011	.038	.006	.451	.006	-.094
第9因子	31	本や雑誌を読んでいますか	.118	-.005	.147	-.111	-.003	.095	.061	.017	.613	-.086
	30	新聞を読んでいますか	.081	-.014	.111	-.070	.093	.025	.073	.029	.472	-.097
第10因子	7	電話番号を調べてかけることができますか	-.143	.025	-.110	.100	-.013	.005	-.098	-.045	-.107	.446
	28	自分から電話をかけますか	-.192	.182	-.178	-.008	-.134	-.002	-.044	-.035	-.079	.442

Figure 2. ADL・IADLの項目の因子分析の結果

結 果 ・ 考 察

ADL・IADLの項目の因子分析

因子分析を行った。主成分法で因子を抽出後、スクリープロットにより10因子に決定し、バリマックス法で直行回転を行った(Figure 2)。

第1因子には、買い物・貯金・税金の管理から「家計の管理」と命名した。

第2因子には、食事・掃除・洗濯の能力から「家事」と命名した。

第3因子には、友達の家を訪ねる、病人を見舞うから「他者との交流」と命名した。

第4因子には、行事の企画運営、1人で旅行するから「段取りと実行」と命名した。

第5因子には、トイレで立ち上がりにくい、浴槽の出入りがつらいから「スムーズな身辺動作の衰え」と命名した。

第6因子には、長時間歩く・階段の昇降がつらいから「足腰の衰え」と命名した。

第7因子には、バス・電車・車の利用から「交通手段の利用」と命名した。

第8因子には、食べ物の味・気温の変化がわからないから「感覚器官の衰え」と命名した。

第9因子には、新聞・本・雑誌を読むから「出版物

を読む」と命名した。

第10因子には、電話番号を調べる・電話をかけるから「電話の利用」と命名した。

ADL・IADLに及ぼす年齢および性差の影響について検討を行った。年齢、性差を独立変数とした1要因の分散分析を行った。年齢は64—69、70—74、75—80歳の3群に層別した。

その結果、性別に関しては、第1因子の「家計の管理」を除いたすべての因子において、性別の影響が認められた。男女差が第2因子から第10因子に関連することが示された。

年齢に関しては、主効果が得られた場合、多重比較(Tukey法)による検定も行った。多重比較において、3群の間で有意差があった場合、その該当する欄を「*」を用いてTable4に示した。

年齢の影響に関しては、第3因子の「他者との交流」、第4因子の「段取りと実行」、第6因子の「足腰の衰え」において、年齢3群の間で差が認められた。第2因子の「家事」、第5因子の「スムーズな身辺動作の衰え」、第7因子の「交通手段の利用」において、74歳以下と75歳以上の間で差が認められた。第8因子の「感覚器官の衰え」において、69歳以下と70歳以上の間で差が認められた。これらの因子に加齢の影響が関連することが示された。

Table 4
ADL・IADLに及ぼす年齢の影響についての分散分析の結果

因子名/年齢群	65歳群*70歳群	70歳群*75歳群	65歳群*75歳群
家計の管理			
家事		*	*
他者との交流	*	*	*
段取り	*	*	*
身辺動作の衰え		*	*
足腰の衰え	*	*	*
交通の利用		*	*
感覚の衰え	*		*
出版物を読む			
電話の利用			

* : p < 0.05

主観的健康感と10因子との関連

主観的健康感と10因子の関連を検討した。その結果をTable 5に示した(結果の整理方法はTable 4と同様である)。

第1因子の「家計の管理」、第2因子の「家事」、第3因子の「他者との交流」、第5因子の「身体動作の衰え」、第6因子の「足腰の衰え」において、「とても健康」の場合と「まあ健康」の場合と「あまり健康でない」「健康でない」の3群の間で差が認められた。

第4因子の「段取りと実行」において、「とても健康」、「まあ健康」の場合と「あまり健康でない」の場合と「健康でない」の3群の間で差が認められた。第8因子の「感覚器官の衰え」、第9因子の「出版物を読む」、第10因子の「電話の利用」において、「とても健康」、「まあ健康」の場合と「あまり健康でない」「健康でない」の2群の間で差が認められた。これらの因子において、主観的健康感が日常生活活動に関連することが示された。

Table 5
主観的健康感とADL・IADLの関係

健康感/因子名	①家計の管理	②家事	③他者との交流	④段取り	⑤身体動作の衰え	⑥足腰の衰え	⑦交通の利用	⑧感覚の衰え	⑨出版物を読む	⑩電話の利用
とても健康v. s. まあ健康	*	*	*		*	*				
とても健康v. s. あまり健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
とても健康v. s. 健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
まあ健康v. s. あまり健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
まあ健康v. s. 健康でない	*	*	*	*	*	*		*	*	*
あまり健康でないv. s. 健康でない				*				*	*	*

* : p<0.05

Table 6
家族形態とADL・IADLの関係

家族形態/因子名	①家計の管理	②家事	③他者との交流	④段取り	⑤身体動作の衰え	⑥足腰の衰え	⑦交通の利用	⑧感覚の衰え	⑨出版物を読む	⑩電話の利用
一人暮らしv. s. 夫婦のみ	*								*	
一人暮らしv. s. 夫婦+子ども				*					*	
一人暮らしv. s. 本人+子ども	*			*						
1人暮らしv. s. その他									*	
夫婦のみv. s. 夫婦+子ども										
夫婦のみv. s. 本人+子ども				*	*	*			*	*
夫婦のみv. s. その他				*						
夫婦+子どもv. s. 本人+子ども				*	*	*			*	
夫婦+子どもv. s. その他				*						
本人+子どもv. s. その他									*	

* : p<0.05

Table 7
ADL・IADLと外出状況との関係

外出の状況/因子名	①家計の管理	②家事	③他者との交流	④段取り	⑤身体動作の衰え	⑥足腰の衰え	⑦交通の利用	⑧感覚の衰え	⑨出版物を読む	⑩電話の利用
ほとんど毎日v.s. 週に2,3日	*		*	*	*	*	*		*	*
ほとんど毎日v.s. 週1日程度	*	*	*	*	*	*		*	*	*
ほとんど毎日v.s. 週1日より少ない	*	*	*	*	*	*			*	*
週2,3日v.s. 週1日程度	*	*	*	*	*	*		*	*	
週2,3日v.s. 週1日より少ない	*	*	*	*	*	*			*	*
週1日程度v.s. 週1日より少ない									*	*

*: p < 0.05

家族形態と日常生活行動の10因子との関連

家族形態と日常生活行動の10因子との関連を検討した。その結果をTable 6に示した(結果の整理方法はTable 4と同様である)。

第1因子の「家計の管理」において、「一人暮らし」の場合と「本人と子どもが同居」、「夫婦のみ」の場合において差が認められた。つぎに、第4因子の「段取りと実行」において「一人暮らし」、「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦のみ」、「夫婦と子どもが同居」の場合と「その他」の3群の間で差が認められた。つぎに第5因子の「身体動作の衰え」ならびに第6因子の「足腰の衰え」において、「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦のみ」、「夫婦と子どもが同居」の場合において差が認められた。また、第9因子の「出版物を読む」において、「一人暮らし」、「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦のみ」、「夫婦と子どもが同居」、「その他」の場合において差が認められた。さいごに、第10因子の「電話の利用」において「本人と子どもが同居」の場合と「夫婦と子どもが同居」の場合において差が認められた。これらの因子において、家族形態が日常生活活動に関連することが示された。

外出の状況と10因子との関連

外出の状況と10因子との関連を検討した。その結果をTable 7に示した(結果の整理方法はTable 4と同様である)。

第1因子の「家計の管理」、第3因子の「他者との交流」、第4因子の「段取りと実行」、第5因子の「身

体動作の衰え」、第6因子の「足腰の衰え」、第9因子の「出版物を読む」において、「ほとんど毎日」の場合と「週に2,3日」の場合と「週に1日程度」「週に1日より少ない」の3群の間で差が認められた。つぎに第2因子の「家事」において、「ほとんど毎日」、「週に2,3日」の場合と「週に1日程度」「週に1日より少ない」の2群の間で差が認められた。つぎに第7因子の「交通手段の利用」において、「ほとんど毎日」の場合と「週に2,3日」の間で差が認められた。第8因子の「感覚器官の衰え」において、「ほとんど毎日」、「週に2,3日」の場合と「週に1日程度」の間で差が認められた。「ほとんど毎日」の場合と「週に2,3日」、「週に1日程度」の場合と「週に1日より少ない」の3群の間で差が認められた。これらの因子において、実際の外出頻度が日常生活活動に関連することが示された。

ま と め

本研究は、高齢者が日常生活を営む上で必要とされるADL・IADLの項目を検討し、高齢者の日常生活活動の自立の程度に影響もしくは関連する要因について検討した。

その結果、下記の点が明らかになった。

1. 日常生活活動は因子分析より10因子が抽出された。
2. 10因子に関連する要因を検討した結果、第2因子から第10因子において性差の影響を、第4因子から第8因子において加齢の影響を受けることが示された。
3. 10因子と主観的健康感、家族形態、外出の状況、の関連を検討した。その結果、いくつかの因子におい

て、主観的健康感における健康の程度、家族形態、外出頻度が日常生活活動に関連することが示された。

今後は、因子分析により抽出された10因子に関してその再現性の検討を行ない、在宅高齢者の日常生活活動の自立を測定評価する尺度としての妥当性、有用性の検討を行うことが必要である。同時に、日常生活活動の自立の程度に影響する諸要因(加齢、性別、主観的健康感、家族の形態、実際の外出頻度)がどのように関連しているのかを詳細に検討していく必要がある。これらが明らかになることにより、介護予防としての在宅支援の施策に対する具体的な指針を提供しうるものになると考える。

引用文献

小林敏子・播口之朗・西村 健・武田雅俊(1988).
行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成 臨床精神医学 17, 1653-1668.
古谷野巨・柴田 博(1992). 老研式活動能力指標の交差妥当性; 因子構造の不変性と予測的妥当性 老年

年社会科学, 14, 34-42.

古谷野巨・柴田 博・中里克治ら(1987). 地域老人における活動能力の測定; 老研式活動能力の開発 日本公衆衛生学会誌 3, 109-114.

Koyano, W., Shibata, H., Nakazato, K., et al. (1991). Measurement of competence: Reliability and validity of the TMIG index of competence. Archives of Gerontology and Geriatrics, 13, 103-116.

Linacre, J. M., Heinemann, A. W., Wright, B. D., et al. (1994). The structure and stability of the functional independence measure. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 75, 127-132.

Lowton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9, 179-186.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.

イギリスのコネクションズ — パーソナル・アドバイザーの役割 —

中 田 薫

Connexions — the Role of a Personal Adviser

Kaoru NAKATA

1. はじめに

2008年6月8日、東京秋葉原で連続通り魔事件が発生し、その直後に25歳の加藤智大容疑者が逮捕された。加藤容疑者は調べに対して「生活に疲れてやった。世の中が嫌になった。誰でも良かった。」と述べたという。この事件は被害の甚大さ、事件の状況などから世間に大きな衝撃を与え未だ記憶にも新しい。この事件について頻繁に話題に上ったことの一つは、加害者の雇用環境についてである。容疑者が派遣社員であったことから、若者の雇用環境の悪化が将来への希望を失わせて事件の動機に少なからず関与したのではないかとの見方が報じられた。また別の側面からは、加藤被告の家族や友人関係について触れられ、その人間関係は家族、友人共に希薄なものであったことが伺われた。「誰か一人でも良いから親身に彼の相談に乗って見守ってくれる大人がいればこんなことにはならなかったのではないか。」そのような意見も多く聞かれた。

そのような中、先日、とあるニュース番組において、秋葉原通り魔事件と関連させてイギリスの「コネクションズ」という制度が取り上げられた。このような制度があれば、もしかすると秋葉原の事件は起こらなかったかもしれない。キャスターは深刻な面持ちでそう締めくくっていた。

本稿ではそのような関心からイギリスのコネクションズについて概要を紹介することを目的とする。その中でコネクションズ制度の担い手であるパーソナル・アドバイザー (PA) の存在に焦点をあてて論じる。

2. イギリスのコネクションズとは？

コネクションズ (Connexions) は、イギリス国内の13歳から19歳の全ての青少年に対して、個人が抱えているさまざまな問題に対してパーソナル・アドバイザーと呼ばれる専門の支援員が個別訪問も含めた接触を持ち、情報の提供やガイダンスや相談に応じるという活動である。

コネクションズ成立の背景にはいくつかの潮流がある。1990年代後半、イギリスでは非行や不況による青少年の失業者、ニートの問題が深刻化していた。教育雇用省 (当時) は1999年6月、「Learning to Succeed—a new framework for post-16 learning (「学習で成功へ—16歳以降の学習のための新たな枠組み) をまとめた。それとはほぼ時期を同じくして、イギリスのニートに関する調査報告書「Bridging the gap」がまとめられ、それを受けて社会的排除防止局 (Social Exclusion Unit) が取った政策の一つがコネクションズである。「Welfare to Work」というスローガンを掲げての青少年に対する福祉的教育的支援活動である。学習によって就業が促進され、生活が豊かになり個人の福祉が増大するという考え方が反映されており、生涯学習がさかんに進められている。2001年には教育雇用省は廃止され、全英コネクションズ事業局 (CSNU; Connexions Service National Unit) は教育技能省 (DfES; Department for Education and Skills) に移管された。それと同時にコネクションズのサービス部門による具体的な支援活動が開始された。

コネクションズの対象となるのは13歳から19歳の全

ての青少年（及び学習上の困難や障害を持った24歳までの若者）である。青少年の学習や就業上の困難を取り除き、スムーズに成人期を迎え労働人生に移行できることを狙いとしている。対象となる青少年に、情報（Information）とアドバイス（Advice）とガイダンス（Guidance）（IAGと呼ばれる）を提供する。青少年の抱える雇用の問題の背景には、麻薬・アルコール、性と病、心の悩み、心理的・精神的問題、男女問題、健康、学業、家族の人間関係などさまざまな問題が存在する。青少年は13歳になると必ず担当のパーソナル・アドバイザー（PA）と接触する機会を持ち、その後継続的に相談をすることができる。

ニュース番組ではアレックス君という少年が不良仲間との交際を話題にパーソナル・アドバイザーのカウンセリングを受けていた。継続的にPAとのカウンセリングを行う中で、彼は自分自身を見つめ、その人間関係を変えていこうと努力するようになっていった。学校教育でつまづいてしまうと、その後に仕事を見つけるのが難しいのがイギリスの現実であるという。そのような時に、何らかのソーシャルサポート（助けとなってくれる人的資源）があるのとないのではその後の少年の人生に大きな違いが生じてくるのではないだろうか。

コネクションズの特徴として、坂口（2007）は1）地域密着型の総合的組織であることと2）パーソナル・アドバイザー（Personal Adviser. PA. 個人的助言指導者）制度を採用したことの2点を挙げている。1）について、学校、職場、警察、地域住民、薬物対策チーム、職業紹介所、地域の民間団体、行政、などが一体となって支援に関わっている。様々な専門家が専門領域を超えた指導者のネットワークを構築し、早期から個別かつ総合的に支援することを目指している。このネットワークをコネクション・パートナーシップと呼び、関係機関が必要に応じて協働するマルチ・エージェントと呼ばれる手法をとってきた。コネクションズの窓口は、「Central London」「West London」「West Yorkshire」「Cornwall and Devon」など全英で47ヶ所のエリアに対応して設けられていたが、2008年4月からは、150の地方自治体へと事業が移行された。

3. 子どもサービスの大改革の流れ

ここでコネクションズ成立後に起こった子どもサー

ビスの大改革について触れておく。これは、2002年、6歳の女兒ビクトリアン・クリンビーの虐待による死亡事故がきっかけとなっている。このケースには、当初から多くの専門機関が関与していたという。それにも関わらず虐待死を未然に防止できなかったのである。それは、分野間の縦割り体制が一つの原因であり、その反省から子どもサービス（0歳から19歳、問題を抱えているケースに関しては24歳まで）を地方自治体の責任の下で横に結合し直すことに力が注がれるようになった。その中から、2003年「Every Child Matters」政策と2004年の「児童法2004」を柱とする大改革が行われ、コネクションズもその一環として位置づけ直されている。それによって、学校、労働、福祉、保健医療、住宅などの包括的なサービスシステムを構築し、子どもの福祉の実現に向けて地方自治体が責任を持つ体制が構築された。セクション横断的な働きをするために、さまざまなサービス部門出身の管理職と現場スタッフが、施設を共用して学際的チームで共同作業をすることが推し進められている。

4. パーソナル・アドバイザー

（1）パーソナル・アドバイザーの役割

以上に見てきたコネクションズのもう一つの大きな特徴であるパーソナル・アドバイザーについて以下に述べたい。パーソナル・アドバイザー（Personal Adviser. PA. 個人的助言指導者）とは、コネクションズにおいて青少年の相談に乗る指導者であり、国から専門的な資格を与えられた者である。その特徴の一つは、アドバイザーが一人の青少年の生活全般に関わって成長過程に付き添い、長期的に支援することである。青少年が大人になるまでの過程に寄り添う伴走者ともいえるべき存在である。

PAが提供するサポートとして、教育技能省（DfES）発刊の「Connexions Personal Adviser Information Guide」に以下の4項目が例示されている。①就業努力や就業機会の獲得に無力な若者に対してキャリアに関するアドバイスを行う②若者に成長の機会を提供する③若者が希望する就学・就業機会の模索をサポートする④若者の麻薬の乱用やいじめ、若年妊娠、家出や自信喪失などの複合的な問題についてサポートする。

また、具体的な活動として以下が挙げられている。

①若者の気持ちを把握するための面談の実施②若者の

やる気を向上させるための面談の実施③若者が行動方針に基づき、目標を達成するための支援④ライフスタイル、自己啓発、お金、住宅、健康、薬物乱用、学習、トレーニング、仕事等広範囲にわたる情報提供とアドバイスの実施⑤必要に応じ若者の状態に応じた専門家への取次ぎ⑥親・介護人及び家族、学校及び他の組織と協力しての支援⑦若者の最新の状況を把握するための定期的な連絡⑧若者をコネクションズ・サービスに取り込み、発言する機会を提供する。

以上のような内容についてPAは窓口での面談にとどまらず、電話、メール、手紙、あるいは個別訪問を行い、人間性を尊重した細やかな相談をするという。

(2) パーソナル・アドバイザーの資格

PAは専門職であり、国から専門の資格が与えられる。以前にソーシャル・ワーカーや学校教師、ビジネス・コンサルタントやファミリー・ワーカーなどの経験を積んだ者が多いという。前出の「Connexions Personal Advisers Information Guide」(DfES)によると、業務を効率的に行うためにPAに求められる技量と資質として、「若者と一緒に働くことを楽しむこと」が挙げられている。さらに、以下の要素についても必要とされている。①若者に信用されること、若者を何かに熱中させられること②主観で判断しないこと、親身になって若者の相談に乗り、面倒見が良いこと③臨機応変に対応でき、順応性がありかつ粘り強いこと④献身的で、客観的に物事をとらえられ、若者を公平に扱うことができること⑤毅然としていて自信にあふれ、機知に富んでいること⑥快活で勤勉かつ自主的に努力できること⑦創造性かつ想像力にあふれていること⑧共同作業に優れ、様々な角度から状況を考えられること⑨人間として自立しており、信頼できかつ自己管理ができること⑩コミュニケーションに優れ、問題解決ができること。

なお次のデータは、PAとして採用された時点で取得していた資格についてである。これは、英国下院の公会計委員会(Committee of Public Accounts)が2004年11月に発行した報告書「Connexions Service Forty-eighth Report of Session 2003-04」の現地アンケート調査の結果からのものである。

1. キャリアガイダンス関係資格(23人)
2. カウンセリング、アドバイス、ガイダンス関係の資格(15人)

3. 教員資格を含む教育関係資格(12人)
4. ユースワーク関係資格(9人)
5. 児童の発達、自立など心理学関係の資格(5人)
6. トレーニング関係資格(3人)
7. PAディプロマ(3人)

この他、健康及び福祉関係、ソーシャルワーク、コミュニティワーク、ビジネス・マネジメント、事務、IT関係の資格を取得していたとの回答が寄せられている。

前出の調査におけるPAの年齢分布は、最年少が20歳、最高齢が65歳、平均は37.5歳、34歳以下の比較的若いPAが全体の半数を占めていたという。専門的知識を持ち、人生の先輩であり、電話、メール、訪問などを通じ親身に関わってくれるPAは、若者にとって心強い存在であるだろう。

6. 日本における取り組みと今後の展望

日本においても、ニートやフリーターの問題は深刻であり、パートやアルバイトをくり返している若者が190万人近くいると言われている中、コネクションズの活動は関係者によって紹介され、さまざまな取り組みがなされつつある。その一例は、若者が就職の相談を気軽にできることを目指したジョブカフェや、平成17年からのサポート・ステーションである(坂口、2007)。

若者の問題は、しかし、単なる雇用の問題ではない。安倍政権下の「再チャレンジ支援策」において、再チャレンジ担当大臣であった山本氏(2007)はイギリスのコネクションズを視察し、「地域における若者支援5原則」として次のような私見を述べている。1. すべての若者に対応する、2. 一人の人があらゆる悩みに答える、3. アウトリーチを行う、4. ネットワークを構築する、5. 早期に対応する。

その中で、特に3に関して、「『あだち若者サポートステーション』やイギリスの『コネクションズ』の成果を見ると、悩んでいる若者には、直接、フェイス・トゥ・フェイスで話を『聞きにあがる』すなわち『アウトリーチ(訪問支援)』が最も有効だと思います。これは、現在の行政手法としてはあまり行われていないのかもしれませんが、21世紀の行政手法として、『アウトリーチ』は一つのキーワードとなるでしょう。」と述べている。

冒頭に挙げた秋葉原通り魔事件の被告のように、地

域の人々のサポートがあれば、と考えさせられる例は少なくないと思われる。実はイギリスのコネクションズの実体として、若者にとってPAが唯一の相談相手であることが珍しくはないようである。日本社会で人間関係の希薄化が指摘され始めたのはもう新しいことではないが、そこに対する具体的な対策を取るまでには至っていないようにも感じられる。まだ日本はそこまで悪くない、そう思いたい国民感情もあるかもしれない。しかし、孤立している若者が実情として多い今、人とのつながりをつくる積極的な働きかけは緊急の問題であるかも知れない。

7. おわりに

本稿ではイギリスのコネクションズ制度について、その概要とパーソナル・アドバイザーの役割について報告した。今後の研究として、コネクションズにおける事例の紹介や日本で行われている活動との比較検討を通じたコネクションズ応用の可能性などについて報告、考察していくことを課題としたい。

<引用文献>

Department for Children, Schools and Families (DCSF). Connexions <<http://www.connexions.gov.uk>> (September30,2008)

Department for Children, Schools and Families (DCSF) (1995). Every Child Matters. September 09, 2008, <<http://www.everychildmatters.gov.uk/>> (September30,2008)

内閣府政策統括官(共生社会政策担当) (2006) 英国のコネクションズ・パーソナル・アドバイザーの養成制度等に関する調査(調査研究委嘱先:株式会社NTTデータ経営研究所) 共生社会政策統括官 青少年育成 2008年3月 <http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/ukcon/ind_pdf.html> (2008年9月30日)

Connexions Service National Unit (2003) Connexions Personal Adviser. Information Guide. <<http://www.connexionskentandmedway.co.uk/Downloads/P.A.%20information%20pack.pdf#search='Connexions%20Personal%20Adviser%20Information%20Guide'>> (September30,2008)

坂口順治 (2007) イギリスのコネクションズ 生涯学習研究e事典 日本生涯教育学会 2007年9月13日

<<http://ejiten.javea.or.jp/content.php?c=TWpZd09ERTQ%3D>> (2008年9月30日)

首相官邸 (2007) 山本大臣セントラル・ロンドン・コネクションズ視察結果 首相官邸 再チャレンジ支援策 2007年1月8日 <<http://www.kantei.go.jp/jp/saityarenzi/london.html>> (2008年9月30日)

イギリスの子ども改革 ユースアドバイザー養成プログラム <http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/h19-2/html/pdf/02/2_1_3_02.pdf> (2008年9月30日)

他害行為をした精神障害者の処遇に対する ソーシャルワークについての一考察

吉 永 洋 子

A Consideration of Social Work in Terms of the Treatment of
the Mentally Disabled Who have Harming Acts on the Others

Yoko YOSHINAGA

他害行為をした精神障害者に対して強制医療を受けさせる法律として心神喪失者等医療観察法が成立した。その対象者の社会復帰をさせるために医療を含めた処遇をする職種として、精神保健福祉士の資格を基本的に有する社会復帰調整官が配置された。また、一般の刑務所に入所している精神障害者のために、刑務所にも社会福祉士もしくは精神保健福祉士が配置されることとなった。これらの福祉職がソーシャルワークを地域で展開する意義と同時に、課題として対象者の生活の支援のあり方、特に医療における支援のあり方、地域の受け皿としての役割及び出所後のフォロー体制が必要であることを明らかにした。

はじめに

医療は本来自己決定によるものである。これは自明のことである。しかし、日本において法的に強制医療が認められている分野がある。その主なものに精神科医療が存在する。精神保健福祉法においては、保護者の同意による医療保護入院や、自傷他害のおそれがあるために都道府県知事が認めて入院となる措置入院などが規定されている。

そして、心神喪失などの状態により重大な他害行為をした精神障害者に対して、強制医療を受けさせる、心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）が2003年に成立した。また、対象となる精神障害者の社会復帰を図るために、社会復帰調整官が配置された。社会復帰調整官は原則として精神保健福祉士を有することが望ましいとされ、医療観察法の対象者にかかわり社会復帰をコーディネートする役割を担う。医療観察法の成立に当たっては、強制医療であるなどの理由から反対の論議が多かった。成立や運用において様々な問題が顕在化しているが、本論文ではこの部分について

は触れない。

一方で、医療観察法の対象とならない触法精神障害者に対しては、医療が提供しにくい現状がある。判断能力があり、自己決定ができると考えられるためである。しかし、累犯の刑務所に精神障害者や知的障害者が多く存在する現状があり、本年法務省と厚生労働省は、再犯防止緊急対策として、刑務所に社会福祉士や精神保健福祉士を配置するための予算要求を提出した。

本論文では、触法精神障害者に対して、刑務所に配置されたソーシャルワーカーが、どのような役割を持ち、そのためにはどのような課題が存在するのかを考察する。

1 心神喪失者等医療観察法

医療観察法の目的は、第1条で「心神喪失などの状態で重大な他害行為を行ったものに対し、その適切な処遇を決定するための手続きなどを定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及

びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」と謳われている。即ち、重大な他害行為をした心神喪失などの状態にならないように医療を受けさせながら社会復帰を図ることである。ここに規定される重大な他害行為とは、殺人・強盗・傷害・放火・強姦及び強わいせつである。本法の対象者となると、強制医療が開始されるとともに、社会復帰調整官の関わりも開始される。

社会復帰調整官は、「精神保健福祉士その他精神障害者の保健および福祉に関する専門的知識を有するものとして政令で定めるもの」という要件で、保護観察所として、対象者の社会復帰の促進のために対象者の生活環境の調査と裁判所への報告、生活環境の調整を行い、対象者に地域社会における処遇を行うために、指定通院医療機関の管理者ならびに居住地の都道府県知事および市町村長と協議して処遇の実施計画を定める。また、その計画を実施するために指定通院医療機関ならびに都道府県知事および市町村長と連携を確保して必要な協力を求め、または民間団体などとも連携協力して地域住民の理解と協力を得られるように努めることが、その業務である。(日本弁護士連合会刑事法政委員会2005:54-55)¹⁾

その実践において、社会復帰調整官の佐賀は「その支援は一般の精神障害者と同様に対象者との関係性を構築していくことを基本に展開されるのはいうまでもない。そこでの最終的な目標は、本制度による地域処遇の終了後も、対象者が医療の必要性を認識して治療を継続していけること、つまり自分の病状を理解し、病状に適切に対応することができ、その人らしく地域で安心して生活していけることである」(佐賀2006:126-127)²⁾と述べている。即ち、社会復帰調整官がソーシャルワークを基盤とした精神保健福祉士としての視点を持ちつつ、対象者の生活の再設計を図っている、その中で強制から始まった医療を自己に必要であると考えように関わっていることが明らかである。

2 医療観察法対象外の他害行為をした触法精神障害者の状況の変遷

前述したとおり、医療観察法の対象となる罪名は限られている。特に、窃盗は該当しない。そして、刑務所の中に精神障害者は多く存在している。2004年では新受刑者総数32,090名のうち、約2,000名が知的障害も含めた精神障害を有し、割合としては16人に1人である。

(矯正統計年報より)

刑務所における、本人に治療を受ける意思が無い場合の精神科医療の提供の課題として、野村は次のように述べている。「治療意欲(病識)がまったく欠如している事例は一般医療施設の精神科でもしばしば経験する。受診の刑期は様々であるが、何か困った問題が生じて家族が許容できなくなった時点で半ば強制的に受診させられていることが多い。この場合、精神科医は家族の要請を受けて治療を始めることができる。しかし矯正施設ではそうした構造が取りにくく、非自発的治療に入るタイミングを精神科医が判断せざるを得ない。」(野村2007:9)³⁾即ち精神科の治療においては、本人のつらさで医療が始まる場合と、他の人間が困った時から医療が始まる場合がある。本人が困っていることを理解しない場合、多くの場合困るのは家族であり、家族に受診させる動機がある。その場合には、受診や治療に当たり家族の責任の下で開始することができる。しかし、刑務所と言う矯正施設に入所している者については、家族は直接本人の症状で困ることはない。むしろ、本人と距離をとりたいとして音信普通になるケースも多い。その際、生命に関わるような場合では医療を開始することはできるが、そこにいたる過程で、どのタイミングで医療を開始し、その責任を誰が負うのかという整理はされていない。

野村は同様に出所後の課題を次のように述べている。「家族がいない場合や家族に出所後の保護をほとんど期待できない場合、施設内で治療を拒否している患者が出所後に自ら医療機関を受診する可能性は極めて低いと思われる。したがって、収容期間中に治療を行い、自分の病気について何がしかの認識を持ち、出所後自発的に受診するようになることが治療目標のひとつである。しかし、非自発的治療は治療者と患者の関係を難しくすることがあり、治療に対しいっそう拒否的になる可能性を常に孕んでいる。家族の同意と言う媒介なしに、出所後のサポートが乏しい状態で行う非自発的治療は見通しが持ちにくく、何重もの難しさを有している。」(野村2007:9)⁴⁾入所している時点で医療に結び付けても、その中で問題の認識を本人が持たなければ、出所後は医療機関に繋がることは困難であることが明らかである。

特に、出所後のフォロー体制について、医療刑務所からの出所は満期出所と言う形で保護観察が付かないことについては次のように述べている。「一番保護を

必要とするものに保護観察が適応されないと言う逆説が存在している。医療刑務所や医療少年院のケースワーク昨日を高め医療の継続性を確保する仕組みが必要である。」(野村2007:10)⁵⁾

触法精神障害者の行き先がないことを、実際に刑務所に見学をしたり、精神・知的障害者や高齢者が被告人となっている刑事裁判を傍聴したり訪ねたりする中で印象として次のように紹介している。「社会の中に居場所がないんですね。だから、裁判にかけられた場合、とりあえずは刑務所の中で保護せざるを得なくなってくる。」(山本2008:59)⁶⁾「本当なら障害のある人や高齢者だったら、福祉関係の施設に引き受けてもらいたいんだけどなかなか引き受けてくれない。そんななか、ただ一つ絶対引き受けを断らないのが矯正施設といわれる刑務所なんですね。最近見えますと、取り合えずは刑務所に入っておいてもらおうかな、という感じでの判決が非常に多いんですよ。」(山本2008:60-61)⁷⁾

前述した医療観察法の対象者であれば、以上の状況をフォローするのが社会復帰調整官であり、指定の医療施設の精神保健福祉士である。しかし、軽微な罪をした精神障害者にはフォローの体制がなかった。

2007年に監獄法が改正され、名称が「刑事収容施設及び被収容者などの処遇に関する法律」と改められた。法改正のきっかけとなったのは、刑務所における刑務官が受刑者を死亡させた事件であった。法律の目的として被収容者の権利義務の明確化と職員の権限の明確化、行刑運営の透明性の確保、社会復帰に向けた処遇の充実、不服申し立て制度の整備、保健衛生及び医療のあり方の規定などである。この内容は、被収容者の人権の尊重が重視されている。精神保健福祉の法律で言えば、宇都宮病院事件により精神衛生法から精神保健法に改正された流れと通じる部分が多い。

また、PFI刑務所という半官半民の刑務所が創設されている。この中の播磨社会復帰促進センターで、「社会復帰促進部」という精神保健福祉士や社会福祉士・臨床心理士・作業療法士などの専門職が配置されていて、入所から出所までの間の教育・分類などの方面で関わっている部門に配属されている荒川は、その内容を「定員1,000名のうち120名は精神障害・知的障害を有し、社会適応のための特別な訓練を雇用とするもの、いわゆる特化ユニット受刑者である」(荒川2008:134)⁸⁾、特に特化ユニット受刑者の仲でも発達障

害の多くは、「刑務所に至るまで福祉制度や施設とは無縁の生活を送っており、ほとんどが周囲に障害を気づかれることなく生活してきている。『生活のしづらさ』を抱えた中で、仕事も続かず、生活費に困窮して万引き・無銭飲食・窃盗などを繰り返し刑務所に至ったケースも多い」(荒川2008:134-135)⁹⁾ことを報告している。

本年、法務省と厚生労働省は刑務所を出所した高齢者・障害者を福祉サービスにつなげる再犯防止緊急対策をまとめた。社会福祉士の配置を78施設(全刑務所)に拡大し、精神保健福祉士は8施設の配置を継続する。また、更生保護施設にも社会福祉士や精神保健福祉士を新たに配置することとした。その目的としては、知的障害の疑われる受刑者の4割が犯罪動機に生活苦を挙げていることから、出所後の自律が困難な人を専門職が支えて福祉サービスにつなぐことである。(福祉新聞08-09-08)¹⁰⁾

3 ソーシャルワーカーが関わる意義

医療観察法で触法精神障害者に関わっている社会復帰調整官は原則として精神保健福祉士を有する。また、今回の法改正で刑務所に配置されているのは社会福祉士や精神保健福祉士である。社会福祉士も精神保健福祉士も社会福祉を基盤としたソーシャルワーカーである。

ソーシャルワークについて柏木は、「ソーシャルワークは社会生活上の諸問題に対し、自らの力によりその解消に向けて行う帰途をソーシャルワーカーが積極的に援助することを通して、個人の自己実現を目指す利用者と援助者による共同行為である。」(柏木2002:21)¹¹⁾と述べている。利用者と援助者の共同行為であるためには、両者が問題を共有する必要がある。「そのとらえ方として「利用者の主訴や要望を利用者が感じるニーズ(フェルトニーズ)とケアマネジャー(専門職)が捉えるニーズ(ノーマティブニーズ)に分類して、両者が一致した場合に真のニーズ(リアルニーズ)とする考え方がある。」(奈良 2000:71)¹²⁾

谷口(2005)は、障害を持つ人たちは、「自己決定を尊重されてこなかったライフヒストリーを持つものが多く、自己選択や自己決定に対しての自信をなくしていることも少なくない。…略…障害を持つ人たちが自己決定を遂行していこうとするならば、今までの人生において得ることができなかった要素を獲得するとこ

ろから始める必要がある。要するに、自己決定は、障害を持つ人たちにとって可能か否かの問題ではなく、心の中に『育てていくもの』だと考えるべきである。」(谷口 2005:146)¹³⁾と述べている。そして、その要素として、「障害を持つ人たちが決めた事柄に対して、周囲の者が即座に否定しない」、「達成感取得による自信の獲得」、「ダイヤモンドの体系化と目標の明確化」、「過去の経験を素材にしたシミュレーション」をあげている。また、ニーズの把握方法として以下の5つの段階を経ることを述べている。率直な意見を発言する「ダイヤモンド明確化の時期」、それを組み立てて具体化していく中で、そのニーズを再確認させていく「フェルトニード構成期」、援助者が障害を持つ人たちの立場になって、ニーズを提示する「ノーマティブニード提示期」、フェルトニードとノーマティブニードとがカオス状態を創り出し、新しいニードへ生まれ変わろうとする「リアルニード考察混沌期」、そしてカオスの状態を経たニードがリアルニードとして確立される「リアルニード表出決定期」である。(谷口 2005:146-152)¹⁴⁾以上の経過を踏まえて、社会生活上の諸問題に対して、クライアントと共通して捉えるニーズを作り出していく、ともに問題解決に向かうという過程が必要である。社会生活の再構成のひとつの方法として、医療をどのように捉えていくのかという視点が必要である。その技法として、当然医師からの説明があり、医療を受ける中で感じる状態の変化などがある。そして、その状況を言語化し、共感しているソーシャルワーカーの関わりは必要であると考えられる。

4 今後の課題

新たな制度の下で、ソーシャルワーカーとして関わりを考えた場合に、以下の4点の課題を指摘する。

① 支援における課題

個人の自己実現をソーシャルワークの目的と捉えようと、対象者の自己実現、その人らしい生き方とは何かと考えなければならない。それまでが繰り返す窃盗をする人であったとした場合に、それ自体もその人らしい生き方となる。しかし、反社会的な行為を認める中では、地域社会はもとより集団生活を営むことはできない。ここで、ソーシャルワーカーとして受け入れるべきクライアントを地域社会からの関係において整理する必要がある。そして、地域社会での生活をゴールとした目標設定や課題設定を通

じて支援する必要がある。

また、クライアントとの関わりにおける自己決定も重要である。クライアントがソーシャルワーカーとの関わりを受け入れていくプロセスを重視することが必要となる。

② 医療に対する支援における課題

未治療の精神障害者であり医療の適応があれば、受診を勧めることは自己実現において有用である場合が多い。筆者の病院におけるソーシャルワーカーとしての経験においても、未治療の患者が医療を受ける中で、意思疎通が図られ、清潔さが保たれることにより医療の必要性を実感したことが多い。

しかし、本人が問題を認識していない場合は、治療を勧める理由を考えなければならない。触法精神障害者に対しては、犯した罪との結びつきで勧めることが理解されやすいと考える。ここで課題となるのが、触法行為と医療が直接結びついていないということである。医療観察法においては、前提となっている他害行為とそのときの状況が治療反応性のある心神喪失もしくは心神耗弱状態となり、結びついている上に、その状況を審判によって立証されている。そのために、対象者に、同じような他害行為をしないために医療を受ける必要性を伝えることは容易である。一方、精神障害はありそうだが、もしくはあるが、治療を受ける気持ちが無い犯罪者は、医療と犯罪行為が結びつくとは限らない。そして、自覚していない医療を勧めることは、対象者の主体性もしくは人権を損ねることになりかねない。もしくは、関係を築くことができなくなるおそれがある。

③ 受け皿の課題

出所後の地域の受け入れ体制も大きく影響をされると考えられる。社会福祉士や精神保健福祉士が関わったとしても、居住地・経済的保障などが存在しなければ、生活苦からの窃盗を繰り返させるおそれがある。医療観察法におけるフォローの仕組みとして、社会復帰調整官である宇津木は「連携が図られれば、どのような対象者でも処遇できるわけではないので、ACT (assertive community treatment) のような24時間会々とリーチ活動を行うチームの創設や、定住しにくいタイプ(ホームレスのような)の対象者の居住を確保し、支援する入所施設の必要も感じて

いる」(宇津木2008:123)¹⁵⁾と述べている。しかし、一般の精神障害者に対する受け入れ態勢が不備な状況の中で、特に触法行為をした精神障害者に対する受け入れは更に困難であると考えられる。そのためには、刑務所に配置されるソーシャルワーカーの啓発活動や、平素からの地域との連携などが求められると考える。

④ 出所後のフォロー体制についての課題

刑務所に配置されるソーシャルワーカーについては、新聞記事からは「福祉サービスにつなげる」としか記載されていない。刑務所と言う施設から地域社会に出ることは、特に犯罪をした精神障害者というスティグマを持つクライアントにとっては、地域からの目や肩身の狭さなどを感じることを予想すれば、苦しい生活の開始ともいえる。そこで、ソーシャルワーカーとして関わりを終結については、出所後のフォロー体制に応じたものとされるのが好ましいと考える。

おわりに

触法精神障害者に対しての新たな試みとしての制度に関する私見をまとめた。筆者としては、司法機関におけるソーシャルワーカーの配置は歓迎する。しかし、配置のみでは解決しない問題が多い。クライアントへ医療を含めた関わり方や、地域の受け皿作りなどの基準作りが必要であると考えられる。

また、精神障害者の犯罪件数は少なく、そのため触法精神障害者についてこれまで関心を払ってこなかった。特に、一般的な精神障害者と犯罪を結び付ける風潮に反発もし、実態から目をそむけていた経緯もある。しかし、ソーシャルワーカーとしては、実際に問題を抱えたクライアントに対峙する必要がある、そのためには触法精神の処遇における状況を把握する必要がある。

本論文は、現在のトピックスをまとめたものであり、実態を調べているわけではない。今後は、刑務所等の状況も把握しながら、情勢を概観して行きたい。

<引用文献>

- 1) 日本弁護士連合会刑事法政委員会(2005)『Q&A心身喪失者など医療観察法 解説』三省堂、54-55
- 2) 佐賀大一郎(2006)「心神喪失者等医療観察法とP

SW」『精神保健福祉37(2)126-127

- 3) 野村俊明「第1章 矯正施設における精神医療」野村俊明・奥村雄介編『非行と犯罪の精神科臨床』(2007)星和書店、9
- 4) 前掲3、9
- 5) 前掲3、10
- 6) 山本讓司(2008)パネルディスカッション「精神障害者と犯罪」岩波明編『精神障害と犯罪—精神医学とジャーナリズムのクロストーク』南雲堂、59
- 7) 前掲6、60-61
- 8) 荒川久美子(2008)「PFI刑務所の現状報告」『精神保健福祉』(74)、社団法人日本精神保健福祉士協会、134
- 9) 前掲8、134-135
- 10) 週刊福祉新聞08-09-08(福祉新聞社)
- 11) 柏木昭(2002)『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版、21
- 12) 奈良高志(2000)「アセスメント」白澤政和他監修『ケアマネジメント概論』中央法規、71
- 13) 谷口明広(2005)『障害を持つ人たちの自立生活とケアマネジメント—IL概念とエンパワメントの視点から』ミネルヴァ書房、146
- 14) 前掲12) 146-152
- 15) 宇津木朗(2008)「医療観察制度の概要と社会復帰調整官の業務」『精神保健福祉』(74)、社団法人日本精神保健福祉士協会、134

<参考文献>

- ① 荒川久美子(2008)「PFI刑務所の現状報告」『精神保健福祉』(74)、社団法人日本精神保健福祉士協会
- ② 岩波明編『精神障害と犯罪—精神医学とジャーナリズムのクロストーク』南雲堂
- ③ 柏木昭(2002)『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版
- ④ 奈良高志(2000)「アセスメント」白澤政和他監修『ケアマネジメント概論』中央法規
- ⑤ 日本弁護士連合会刑事法政委員会(2005)『Q&A心身喪失者など医療観察法 解説』三省堂
- ⑥ 野村俊明・奥村雄介編『非行と犯罪の精神科臨床』(2007)星和書店
- ⑦ 佐賀大一郎(2006)「心神喪失者等医療観察法とPSW」『精神保健福祉』37(2)

- ⑧ 佐藤園美(2006)「触法精神障害者の地域処遇—『社会復帰調整官』の役割についての一考察」『長野大学紀要』27(4)
- ⑨ 新谷和永(2007)「社会復帰調整官の業務にかかる現状」『犯罪と非行』(15)
- ⑩ 谷口明広(2005)『障害を持つ人たちの自立生活とケアマネジメント—II概念とエンパワメントの視点から』ミネルヴァ書房
- ⑪ 宇津木朗(2008)「医療観察制度における社会復帰調整官の活動」『精神科看護』35(4)
- ⑫ 山本讓司(2006)『累犯障害者』新潮社

報 文

環境福祉製品を志向したユニバーサルデザイン型浴槽の創案

石井幹太¹⁾・小松朋恵¹⁾・小林智博¹⁾・末廣貴生子²⁾・赤堀有美³⁾

- 1) 静岡福祉大学社会福祉学部福祉情報学科
(静岡県焼津市本中根 5 4 9 番の 1, 〒425-8611)
- 2) 静岡福祉大学短期大学部介護福祉学科
(静岡県焼津市本中根 5 4 9 番の 1, 〒425-8611)
- 3) 財団法人化学物質評価研究機構
(東京都文京区後楽 1-4-25, 〒112-0004)

A Design of the Universal Design Type Bathtub as an Integrated
Approach to the Environment and Human Welfare

Mikita ISHII¹⁾, Tomoe KOMATSU¹⁾, Tomohiro KOBAYASHI¹⁾, Kibuko SUEHIRO²⁾,
Yumi AKAHORI³⁾

要 旨

環境と福祉の共生(複合化・融合化)に成る新しい学問領域である環境福祉学の考え方に基づいて、ユニバーサルデザイン型浴槽タイプのデザインを創出した。本環境福祉製品の基本原理は、アルキメデスの原理に基づいている。また本製品の環境科学や福祉分野への応用における付加価値の大きさが、省エネルギーや、省資源、およびユニバーサルデザイン化、さらには日常的な経済的および環境学的試算において明らかとなった。推算値では、日常使用の平均浴槽(容積約1 m³)に本概念を応用すると、成人1人当たり、また1年間当たり、家庭用液化石油ガス燃料(LPG)の10kgボンベ約3本分の省資源、省エネルギーに相当し、地球温暖化とも関係の深い二酸化炭素排出量としても10kgボンベ約9本分の排出量削減に相当するなど、おおよそLPG市販価格にして約2万円相当の経済的軽減にも繋がるということが試算された。

キーワード：新学問領域、環境福祉製品、浴槽タイプ、ユニバーサルデザイン、アルキメデスの原理。

1. はじめに

近年、地球温暖化や酸性雨問題など地球環境が危惧され、夏のエアコンの温度設定を28℃に保ち、オフィスで快適に過ごすための服装を工夫したクールビズや、冬の暖房時のオフィスの室温を20℃に保ち、過度に暖房機器に頼らず、オフィスで快適に過ごすための服装を工夫したウォームビズ、レジ袋を減らすためのエコバッグや、リサイクルのための細かなゴミの分別など、我々人類にとって環境問題が一層身近に感じられるようになってきている。そこで、地球環境の保全や持続

について旧来より一層の新しい取り組みが必要となっており、持続型社会の構築やゼロエミッション構想などの創案・創出研究¹⁾が活発となっている。

一方、少子高齢化時代の到来と共に福祉分野にも新しい考え方の導入が求められるようになっており、環境と福祉の共生(複合化や融合化)に伴う新しい学問領域、すなわち環境福祉学²⁾の創生および確立が急務となっている。

本研究では、環境福祉学に基づいた新しいユニバーサルデザイン型環境福祉製品、すなわちユニバーサル

型エコロジカル浴槽の開発について報告する。

2. 本研究の背景とコンセプト

持続型社会というのは、将来の環境や次世代の利益を損なわない範囲内で社会発展を進めようとする理念である。環境問題は1960年代から世界各地で明らかになってきていたが、1987年に国連の「環境と開発に関する世界委員会」による「われら共有の未来」と題する報告書において、「持続可能な開発」という概念が提唱された。近年、環境共生、自然エネルギー利用、長寿命化など、さまざまな手法を通して持続の可能性が模索されている。

この持続型社会を構築するための手法の一つに、ゼロエミッション構想がある。この構想は、「ある産業から出るすべての廃棄物（現在は未利用物質と称する）を新たに他の分野の原料として活用し、あらゆる廃棄物をゼロにすることを目指すこと」で新しい資源循環型の産業社会の形成を志向する考え方である。具体的には、「投入される生産要素はすべて使用する」、「投入要素はすべて最終的な製品に活用されるか、あるいは他の産業のための付加価値の高い原料となる」、すなわち、総投入量＝総生産量を極限の目標とするため、廃棄物は究極的には発生しないことを目指す。従って、廃棄物処理に伴い発生する温室効果ガスの削減につながるなど、ゼロエミッション構想は単なるリサイクルによる資源の有効利用に留まらず、環境負荷の低減にも大きく貢献する特長を有する。また、廃棄物の処理

の際に発生する余熱の利用による暖房や給湯あるいはゴミの固形燃料化などに認められるように、廃棄物のエネルギー化による省エネルギーおよび資源の有効利用にも寄与している。

また、産業界、ひいては経済社会が21世紀において持続可能な発展をしていくためには、製造工程の再設計、再生可能な原材料の優先的活用、そして最終的には排出物のゼロ排出を目標とすることが必要であり、これを未来のトレンドと認識し、積極的対応を図ることが重要である。しかし、ある一つの産業では廃棄物をゼロにする目標の達成は困難であるが、多くの産業が参加した産業集団全体、あるいは広域行政区全体で考えれば、その共同の取り組みにより廃棄物の減少は可能となる。このような考え方の下に、ゼロエミッション構想はこれまでの大量生産システムとは全く異なる「循環型」の新しい生産システムの創出を提示するものである。

一方、わが国の人口を調査すると、2005年（平成17年）現在、約1億2700万人であり、そのうち約20%が65歳以上の高齢者である。少子化傾向が進むなかで、高齢化が今後急速に進展することはマスコミ報道など含め周知のこととなっており、いわゆる少子高齢化の時代の到来である。国立社会保障・人口問題研究所の全国将来推計人口（出生中位、死亡中位）によれば、2023年（平成35年）には約30%が、2052年（平成64年）には約40%が65歳以上の高齢者になると予測されている[図1]³⁾。

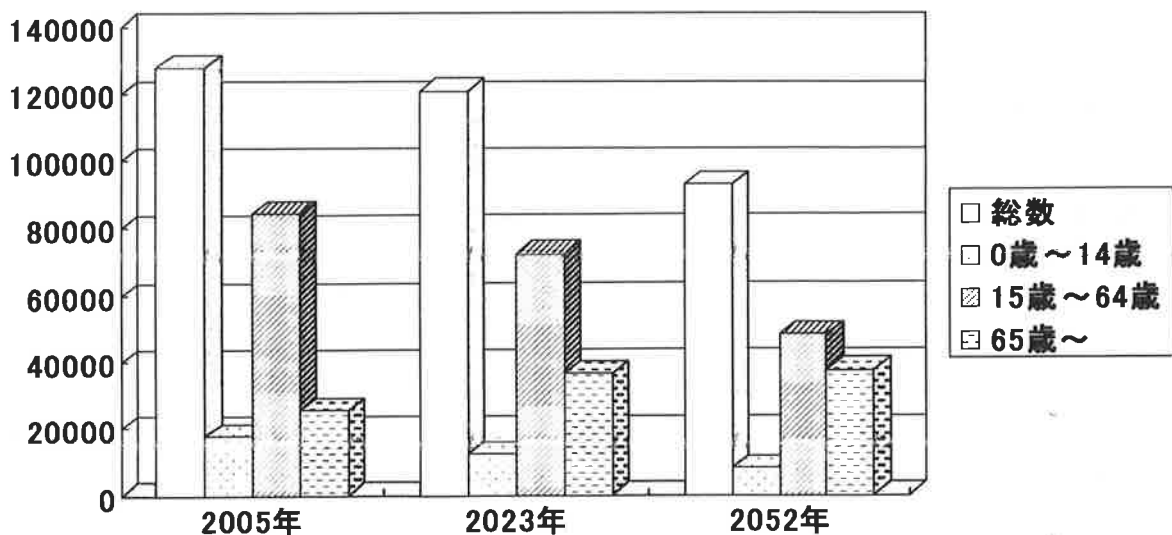


図1 日本の総人口、年齢3区分別将来推計人口（出生、死亡中位）単位：1000人

さらに、医療技術の発達などにより平均寿命が世界に類をみないほど延び、定年後の在宅生活期間が長くなり、高齢になって在宅で生活する人が多くなっている。高齢になるということは、それだけ障害を持つ可能性が高くなるということでもある。また、在宅で生活するのが増えているのは高齢者だけではなく、障害者にも当てはまる。

障害者福祉の基本理念になっているノーマライゼーションという考え方がある。これはデンマークのB・ミッケルセンが提唱した原理⁴⁾である。この言葉が意識されはじめたのは、国際連合で1981年の1年間を国際障害者年として定め、障害者の「完全参加と平等」の考えを打ち出した頃からである。その行動計画の中では「ある社会がその構成員のいくらかの人々を締め出すような場合、それは弱くもろい社会なのである」という考えを示している。つまり、「障害のある人たちに、障害のない人たちと同じ生活条件を作り出すこと」を指針としている。障害がある人を障害の無い人と無条件に同等化することではなく、人々が普通に生活している条件が障害者に対し同等であるようにすることである。端的には、「自らが障害者になったときに欲しいことをすること」としている⁵⁾。従来の福祉の考え方は高齢者や障害者などの社会的弱者を、収容保護して社会から隔離する傾向にあった。しかし、1981年（昭和56年）の国際障害者年における「完全参加と平等」の基本理念としてノーマライゼーションの考え方が紹介されて以降、世界の国々で、収容保護から人権尊重へ、施設から地域や自宅へ、ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）からQOL（Quality Of Life：生活の質）へと福祉政策の考え方が変化している。従って、必然的に障害者も在宅で生活することが多くなってきている。

ノーマライゼーションの理念を具体的に実践するための考え方に「バリアフリーデザイン」と「ユニバーサルデザイン」⁶⁾がある。「バリアフリー」とは「Barrier：障壁」と「Free：自由な、開放された」を組み合わせた造語で、「障壁がない」という意味に解釈される。具体的には既存の道路や建築物の段差をなくすことや、エレベーターを設けるなどして、社会生活、制度や施策、あるいは情報分野などあらゆる分野における障壁の除去という意味で用いられている。一方、ものづくりにおけるノーマライゼーションを具体化するための基本理念として、「ユニバーサルデザ

イン」がある。あらゆる使い手に快適で使いやすい環境や物のデザインであり、またそのデザインを提供することを目指す社会的な意識や実践である。既存のデザインの障壁を取り除くバリアフリーに対して、設計段階から障壁をなくし、あらゆる人の使いやすさを考慮してデザインするのがユニバーサルデザインである。

高齢者が在宅で生活する時間が長くなったことや、在宅で生活する高齢者や障害者が多くなったことの傾向から、自宅の住環境が以前にも増して重要とってきている。高齢者の場合、交通事故の発生率よりも家庭内事故の発生率の方が高い。事故の内容は転倒、転落等のほかに、最近では浴槽内の溺死が増加傾向にある。家庭内死亡事故としては、溺死の占める割合がトップである。このような災害状況を鑑みると、住宅内でもっとも危険な場所の一つに浴槽（浴室）が挙げられる。

以上のような背景の中で、さらに一層福祉と環境の共生を志向した新しい学際領域の創生が求められるようになっており、福祉と環境の共生（複合化あるいは融合化）に成る新しい学問領域、すなわち環境福祉学が創生され、新しい概念に基づく環境福祉行政の施策や環境福祉製品の開発研究が注目展開されている。

著者らは、浴槽をユニバーサルデザイン化し、福祉製品とすると共に、地球温暖化や酸性雨問題など地球環境を考慮した環境製品としても有用な環境福祉製品として、ユニバーサルデザインに環境の概念を付加した浴槽の創案を手掛けた。浴槽は入浴に使う物であるの言うまでもないが、入浴は家族全員がほぼ毎日入るものである。従って、お風呂で使う水（お湯）の量は必然的に多くなると言える。本研究では、具体的にはこの水（お湯）の量を減らすことを付加価値の一つとしている。

3. 実験

3.1 原理

浴槽の使用に臨んでは、一般的に十分な水量を確保した上で利用するのが日常のことであるが、地球温暖化や資源の有効利用等を鑑みた場合、改善の余地が認められる。人は浴槽を使用する場合、使用する人の容積分は実際には不要な水量となる。この基本原理は、アルキメデスの原理⁷⁾と称されている。アルキメデス（B.C287～B.C212）は古代ギリシャの数学者・物理学者で、「水中の物体は、その物体がおしのけた水の重

量だけ軽くなる」という法則を発見した人物である。つまり、水中の物体は浮力を受ける訳であるが、容器の中では物体がおしよけた容積分の水が増えるということでもある。アルキメデスの原理の模式図を[図2]に示す。アルキメデスが浴槽でこの法則を閃いたように、この原理が身近で観察される物の一つに浴槽がある。この概念は水量の低減化と温浴に必要なエネルギーの削減にも繋がり、環境負荷の低減化にも寄与できる。また、この水量の削減を確立するには浴槽のユニバーサルデザイン化が不可欠で、この両概念を組み合わせた原理に基づいて本環境福祉製品は創案されている。

3. 2 製品構造

現在主流の浴槽は、概ね和式と洋式の間の中和洋折衷式である。高齢者向けの浴槽の深さの基準値は、深さ500～550mm、横幅1000～1400mm、洗い場の床からの高さは400～450mmとなっている。健常者の場合、一般的には特に問題意識は持たないが、高齢者や障害者はこの高さが障害となることが多い。浴槽へ入る方法としては、手すりにつかまって入浴する方法や、立って入浴することが困難であれば移乗スペースやシャワー椅子、浴槽に橋をかけたように座るスペースを作るバスボードを使用する方法などがある。これらの入浴方法の場合は、概ね膝くらいの400～450mmの高さを越え

て入浴を実施することが必要になる。当然のことながら、浴壁の高さは低いほど全ての人に対して好ましいのは言うに及ばないことである。

そこで、この浴槽のエプロン部分（浴槽の正面の壁）の高さを減らすことができれば、入浴するときの身体への負担を減らすことができる。その改良方法の一つに、浴槽のエプロン部分の一部を開閉式にすることが考えられる。浴槽の一部を切り取り、その切断部に開閉扉を付ける考え方である。浴槽に移乗スペースがあれば隣接させ、座って入る場合にも対応できるように工夫することも可能である。従って、切断高さ部分をXとすると、扉を空けて入浴すれば、入浴するときの高さがYとなり、400～450mmより当然のことながら入浴操作への障害が低減されることになる[図3参照]。

問題は開閉扉部分の形状だが、候補としては蛇腹形式が最有力である[図4参照]。蛇腹はレール部分の幅も一列でよく、エプロン部分の幅が厚くならない。また、横に引くだけで開閉できるので、操作の煩雑さや動的付加（開閉する力）も少ない。

開閉扉部分の材質としては、常に水にさらされるので、錆に強い素材が求められる。合成樹脂系や、ステンレスなどが一般的であるが、浴槽の装飾や加工技術、さらには経済性を考慮すると、合成樹脂系の素材が適する。

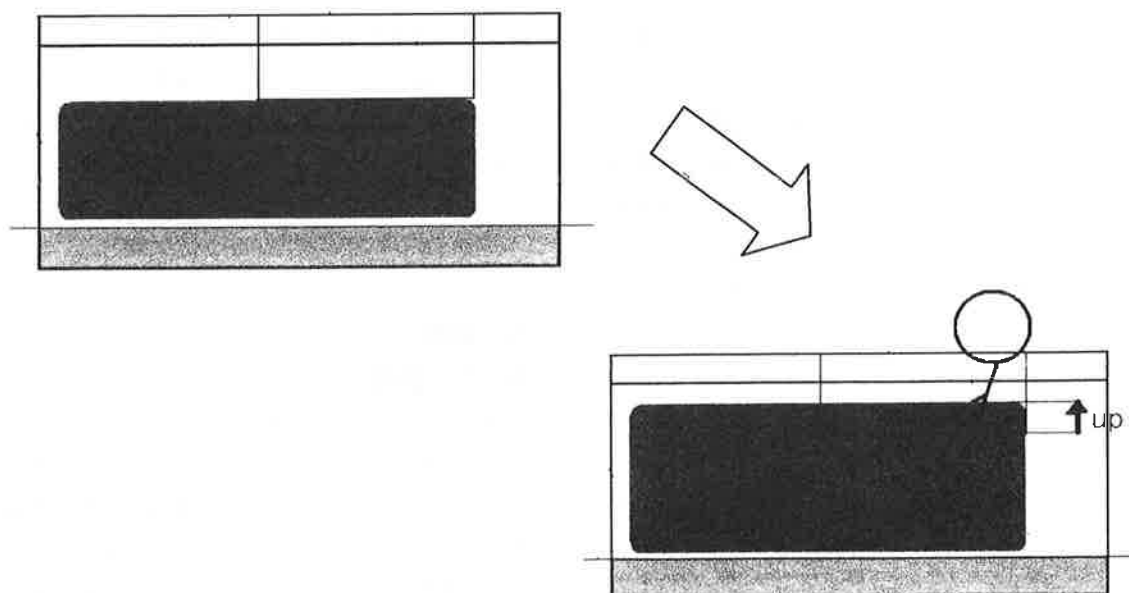


図2 入浴とアルキメデスの原理の関係

さらに、浴槽の一部を切り取るので、水漏れ対策が重要になってくる。開閉扉と浴槽の接合部分、蛇腹の屈折部分には水漏れの危険性が高いので、ゴムやシリコン系の素材によってシールド加工し、水漏れを防ぐ。

日本人を対象とした場合、浴槽と開閉扉の概要は図4に示した形状が理想的であるが、この扉の寸法はあくまでも目安であり、利用者の体型や身体の状態に応じて上下左右のやや大きめの開閉扉を創製することも必要である。

3. 3 使用方法

本浴槽での入浴方法は、切った部分もしくはそれ以下までお湯を張り、開閉扉を開け入浴する。入浴し終わったら、開閉扉を閉め身体を浴槽に沈める。このとき、アルキメデスの原理により入浴者の体積分だけお湯が増えるので、浴槽の液面が切った部分を超えてさらに上昇する。従って、従来の浴槽同様、十分に入浴の実用に供することができる。勿論、最初から開閉扉を閉めていれば普通の浴槽として使うこともできる。反対に、浴槽から出る場合は、開閉扉を開けて出だけの

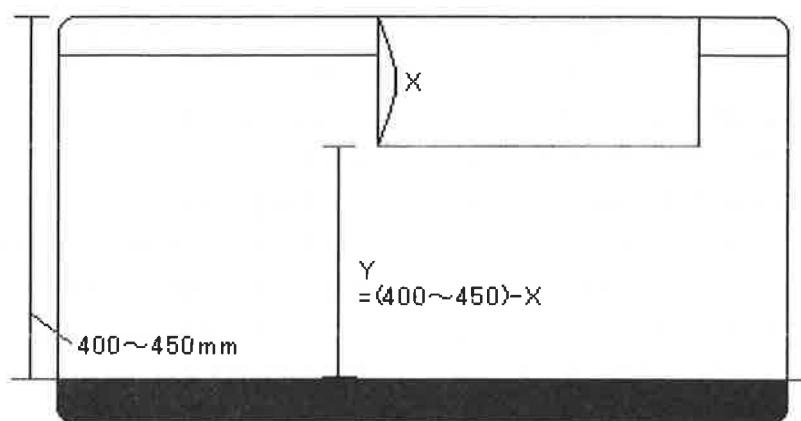


図3 浴槽の高さと開閉扉を付ける部分

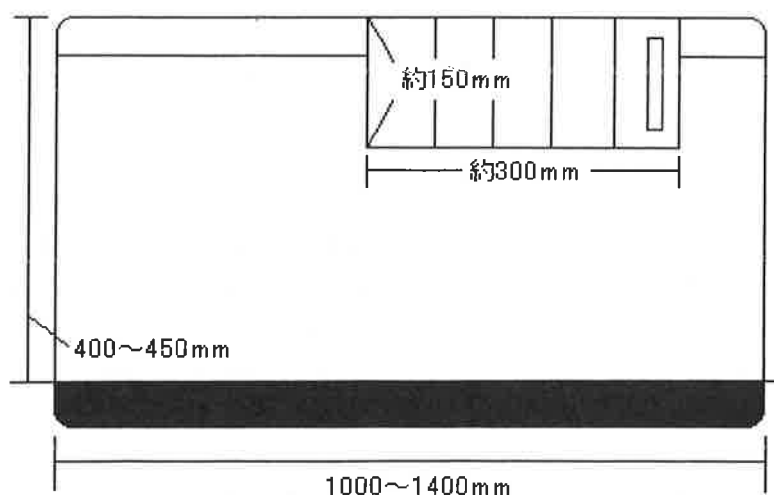


図4 浴槽の寸法と蛇腹の開閉扉

簡単な使用法である。このような工夫によって、ユニバーサルデザイン化(福祉分野)と省資源化や省エネルギー化(環境分野)の複合化に成る環境福祉製品となる。

4. 結果と考察

新しい環境福祉学製品の考案に臨み、本浴槽は浴槽へ出入りするための浴壁の高さを低くできるので、高齢者や子供を初め全ての人に使いやすい特長を有する。また、高齢者や障害者にとっては入浴への意欲の向上にも繋がり、自立を促すきっかけになる。加えて、環境への付加価値も認められる。

環境福祉政策の一環として、浴槽の使用の概念を定義付けして実用に供すれば、浴槽の水量を減らすと共に水の省資源化に繋がり、またガスでお湯を沸かす方法を採用している場合には使用するガスの省エネルギー化に貢献でき、経済的負担を軽減できることになるので、環境福祉学的教育効果が大きく反映される。例えば、一般的な家庭の浴槽は、平均的に凡そ1 m³(1,000L)程度であるが、成人の平均体重を60kgとすると、容積は約60L(水の比重は約1 g/cm³)となる。従って、一般的に水温(冷水)を1℃上昇させるに必要なエネルギーは1 cal/cm³であるので、水温(冷水: 約20℃)を入浴適温40℃まで上昇させると、基本的エネルギー量は、

$$\begin{aligned} & 60,000 (\text{cm}^3/\text{成人1人}) \times 1 (\text{cal}/^\circ\text{C} \cdot \text{cm}^3) \\ & \approx 60,000 (\text{cal}/^\circ\text{C} \cdot \text{成人1人}) \\ & = 60 (\text{kcal}/^\circ\text{C} \cdot \text{成人1人}) \end{aligned}$$

となるので、①実質的な省エネルギー量は凡そ

$$\begin{aligned} & 60 (\text{kcal}/^\circ\text{C} \cdot \text{成人1人}) \times (42^\circ\text{C} - 20^\circ\text{C}) \\ & = 1,320 (\text{kcal}/\text{成人1人}) \\ & \approx \textcircled{1} 1,000 (\text{kcal}/\text{成人1人}) \end{aligned}$$

の省エネルギーとなる。

また、1 (kcal) = 4.18 (kJ: ジュール) であるので、

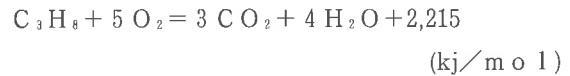
$$\begin{aligned} & 1,000 (\text{kcal}/\text{成人1人}) \approx 4.18 (\text{kJ}/\text{kcal}) \times \\ & 1,000 (\text{kcal}/\text{成人1人}) \\ & = 4,180 (\text{kJ}/\text{成人1人}) \\ & \approx \textcircled{1} 4,000 (\text{kJ}/\text{成人1人}) \end{aligned}$$

となる。

ガスに限らず、化石燃料を使用した場合は、二酸化炭素(CO₂)の排出量を削減することにもなる。例えば、日常家庭等で使用される液化石油ガス

(Liquefied Petroleum Gas: LPG) は、プロパンガスとブタンガス(C₄H₁₀)から構成されたプロパンガスを主成分とした燃料である。

化石燃料をプロパンガス(C₃H₈)と想定してCO₂の排出量および省エネルギー量を試算すると、プロパンガスの燃焼熱(標準状態: 0℃, 1気圧)は次の化学反応式から



であるので、プロパンガス1 molを燃焼させるとプロパンガスの3倍量の3 molのCO₂を生成させることになる。プロパンガス1 molを燃焼させると2,215 kJのエネルギーを生成するので、省エネルギー化に伴う②プロパンガスの省資源量は、標準状態で、

$$\begin{aligned} & 4,000 (\text{kJ}/\text{成人1人}) \div 2,215 (\text{kJ}/\text{mol}) \\ & \approx 1.8 (\text{mol}/\text{成人1人}) \end{aligned}$$

となる。

また常温(20℃)では、気体の状態方程式 $PV = nRT$ [P, 圧力(atm); V, 容積(L); n, 気体のモル数(-); R, 気体定数(0.0821 atm · L/mol · K)] に当てはめて計算すると、プロパンガスのモル濃度は温度と反比例するので、

$$\begin{aligned} & n = 273 (\text{K}) / (273 + 20) (\text{K}) \times 1.8 (\text{mol}/\text{成人1人}) \\ & \approx \textcircled{2} 1.67 \text{mol} / (\text{成人1人}) \end{aligned}$$

となる。つまり、③プロパンガスの省資源容積量は常温で、

$$1 (\text{atm}) \times V = 1.67 (\text{mol}/\text{成人1人}) \times R \times (273 + 20) (\text{K})$$

より、

$$\begin{aligned} & V = 40.2 \text{L} / (\text{成人1人}) \\ & \approx \textcircled{3} 40 (\text{L}/\text{成人1人}) \end{aligned}$$

となる。

また、LPG 1 m³の質量を計算する場合、プロパンガスの分子量44を基本として算出する。つまり、概算的には、気体は標準状態で1 mol当たり22.4 Lの容積を占めるので、

$$\begin{aligned} & 44 (\text{g}/\text{mol}) \times 1,000 (\text{L}/\text{m}^3) \div 22.4 (\text{L}/\text{mol}) \\ & = 1,964 (\text{g}/\text{m}^3) \end{aligned}$$

となる。従って、一般的には、LPGの1 m³は約2 kgとして取り扱われている。一般に気体の密度(重量/容積: g/cm³)は圧力を一定に保つと温度と反比例するので、常温では

$$1,964 \text{ (g/m}^3\text{)} \div (273+20) \text{ (K)} / 273 \text{ (K)}$$

$$\approx 1.83 \text{ (kg/m}^3\text{)}$$

となり、常温でも日常生活で使用する場合は、LPGの1 m³ (1,000 L) は約2 kgとして取り扱っても支障ない。一般的に戸建や集合住宅におけるLPG燃料用ポンプには10kgポンプまたは20kgポンプが汎用されるが、10kg (容量：約5 m³, 5,000 L) ポンプが主流である。従って、本浴槽タブの使用に伴う④プロパンガスの省資源量割合 (%) は、

$$40 \text{ (L/成人1人)} \div 5,000 \text{ (L)} \times 100$$

$$\approx ④0.8 \text{ (%/成人1人)}$$

となり、成人1人に対し10kg用ポンプの約1%が省資源化できることになる。すなわち、成人1人が100日間浴槽を使用すると、10kgポンプ1本分、また凡そ1年間に④10kgポンプ3本分が省資源化に寄与することとなる。また市販価格に換算すると、

$$\text{約 } 1,450 \text{ (円/m}^3\text{)} \times 5 \text{ (m}^3\text{/ポンプ1本)} \times$$

$$3 \text{ (本/1年)} \approx ④21,750 \text{ (円/1年)}$$

となる。つまり、年間約2万円の燃料少資源化となり経済的でもある。なお、市販LPG価格は、原油価格により変動するので、本論文では2008年8月現在の平均的店頭価格で表示してある。

一方、⑤CO₂の常温での生成量を前述の計算と同様に推算すると、

CO₂の生成量は、CO₂の分子量がプロパンガス同様44であるので、標準状態では

$$3 \times 1.8 \text{ (mol/成人1人)} = 5.4 \text{ (mol/成人1人)}$$

$$= 44 \text{ (g/mol)} \times 5.4 \text{ (mol/成人1人)}$$

$$\approx 238 \text{ (g/成人1人)}$$

$$\approx ⑤0.25 \text{ (kg/成人1人)}$$

となる。常温 (20°C) に換算すると、

$$1 \text{ (atm)} \cdot V = 5.4 \text{ (mol)} \times (273+20) \text{ (K)}$$

$$\times 0.0821 \text{ (atm} \cdot \text{L/mol} \cdot \text{K)}$$

$$V \approx 129.8 \text{ (L)} \approx ⑤130 \text{ L}$$

となる。

つまり、⑤年間10kgポンプ約9本分のCO₂の排出量削減に繋がり、極めて環境保全、とりわけ地球温暖化にも寄与できることになる。当然のことながら、電気浴槽内の水を沸かしている場合は使用する電気エネルギーを減らすことになる。

本環境福祉学的ユニバーサルデザイン型浴槽は、日常の水道代やガス代、電気代を安く保ち経済的であると共に、地球環境にも優しい、いわゆる環境と福祉の

共生になる製品と言える。加えて、環境への意識も高まると考える。入浴はほぼ毎日、しかも家族全員が利用するのが一般的である。本浴槽は、省資源化も大いに期待でき、環境への意識向上にも貢献できると言える。

5. まとめ

新しい環境福祉学に基づいた環境福祉製品の一例として、ユニバーサルデザイン型浴槽を創案した。本創案はアルキメデスの原理に基づいており、資源やエネルギーの有効利用に役立つと共に、利用しやすい浴槽としての利点も兼ね備えている。つまり、本浴槽は人にも地球環境にも優しく、また安らぎの場としての入浴の安全性を高め、環境への意識をも高め得る。特に、環境問題の解決には人類の一人一人の意識の向上が大切である。環境問題も「自分ひとりがやったところで大きな変化はない」と考えるのではなく、まず自から行動することが必要である。

本環境福祉学的ユニバーサルデザイン型浴槽の創案・創出は、日常の水道代やガス代、電気代が安くなり経済的であると共に、地球環境にも優しい、いわゆる環境と福祉の共生になる製品と言える。加えて、環境への意識も高め得る。入浴はほぼ毎日、しかも家族全員の日常行為であるので、本浴槽の実用化は省資源化、省エネルギー化や環境保全、あるいは福祉分野にも貢献できることは元より、新学問領域、すなわち環境福祉学に則った環境保全や先端介護福祉教育への一つの指針となると言えよう。

なお、本論文でエネルギー収支について試算したが、実際のエネルギー使用量は浴槽壁や大気中への熱の逸散が生じるので、推算値よりはるかに大きな値となる。

現在、本創案に基づいた浴槽の創製に向けて、素材、熱効率、水の有効利用 (節水も含む) などを考慮した試作研究を実施中である。

6. 文献

- 1) 石井幹太：明治大学科学技術研究所報告 (総合研究), 第41号, pp.1-69, (2003), (明治大学科学技術研究所) .
- 2) 炭谷茂編著：“環境福祉学入門”, pp.1-335, (2004), (環境新聞社), (東京) .
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所：“全国将来推計

- 人口”, Web-site, <http://www.ipss.go.jp/>.
- 4) 例えば、Colin Barnes, Geof Mercer and Tom Shakespeare eds.: “*EXPLORING DISABILITY—A SOCIOLOGICAL INTRODUCTION*”, pp.73-74, (1999), (Polity Press), (Cambridge, UK) ; 相澤譲治編著: “新・共に学ぶ障害者福祉—ハンディを持つ人の自立支援に向けて—”, (2003), (みらい), pp.62-63, (岐阜).
- 5) 東京商工会議所編 (テキスト企画委員会: 委員長 野村 悦): “新版 福祉住環境コーディネーター 検定試験 2級公式テキスト”, (2007), (東京商工会議所検定事業部センター), pp.1-555, (東京).
- 6) 中川聰監修: “ユニバーサルデザインの教科書 (増補改訂版)”, (2005), (日経BP社), pp.1-239, (東京).
- 7) 久保亮五, 長倉三郎, 井口洋夫, 江沢洋: “岩波理化学辞典 (第4版)”, (1987), (岩波書店), p.42, (東京).

英文要旨

Original papers

A Design of The Universal Design Type Bathtub as An Integrated Approach to The Environment and Human Welfare

Mikita ISHII¹⁾, Tomoe KOMATSU¹⁾, Tomohiro KOBAYASHI¹⁾, Kibuko SUEHIRO²⁾ and Yumi AKAHORI³⁾

- 1) Department of Informatics in Social Welfare, Faculty of Social Welfare, Shizuoka University of Welfare (549-1 Hon-nakane, Yaizu-shi, Shizuoka Pref. 425-8611, Japan)
- 2) Department of Care and Welfare, Shizuoka University of Welfare, Junior College (549-1 Hon-nakane, Yaizu-shi, Shizuoka Pref. 425-8611, Japan)
- 3) Chemicals Evaluation and Research Institute, Japan (1-4-25 Koraku, Bunkyo-ku, Tokyo 112-0004, Japan)

Key word phrases : Welfare assisting good, bathtub, universal design, Archimedes' principle, integrated approach to environments and human welfare.

Based on the concept of an integrated approach to the environment and human welfare, a unique bathtub as a welfare assisting good was designed in association with the “universal design” concept. A device of the proposed bathtub was also based on Archimedes' principle. The good with this design was made by cutting off a part of the front bathtub wall for an automatically or manually operated small door. Thus the designed good was safe, economical, easy to operate, and ecological, and also a universal design type attempted to contribute to human welfare. Further, the obtained good was evaluated in terms of some environmental protection factors such as energy consumption, carbon dioxide production, and the amount of the liquefied petroleum gas (LPG) fuel consumption. The proposed bathtub in the size of about 1m³ was estimated on the mass and/or energy balance calculation to reduce energy and material amounts equivalent to 3 cylinders of 10 kg LPG per adult person per year. A study on this device and its practical use is currently in progress.

All the inquires should be addressed to:

Dr./Prof. Mikita ISHII, Department of Informatics in Social Welfare, Faculty of Social Welfare, Shizuoka University of Welfare; 549-1 Hon-nakane, Yaizu-shi, Shizuoka Pref. 425-8611, Japan.

知的障害者の就労支援プログラム

— 知的障害者の就労支援のために —

平 井 利 明

A Program to Support People with Intellectual Disabilities to Obtain Jobs

Toshiaki HIRAI

Abstract

障害をもつ人の一般雇用に関する理解は、なかなか進んでいない。このため障害者自らが職業を選択し、生活設計をしていくことは極めて困難な状況にあると言える。このような状況下、就労支援は障害者の自立と社会参加を促し、生活圏の拡大を期待できる重要な柱となっている。本論は、知的障害者の就労支援に限定し、この柱を実現できるように知的障害者が働く意欲と、彼らが持つ能力、ここでは情報処理に関する能力を高め、一般就労⁽¹⁾に結びつけることができるよう支援するプロトタイププログラムを提示する。またプログラムの実践を通しその可能性についても論じるものである。

1. はじめに

1. 1 就労支援の考え方

平成16年7月厚生労働省は「障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性」について省内検討会議を開催し、その中で『障害者基本計画（平成14年12月24日閣議決定）に基づき、障害者が地域で自立した生活を支援していくことは、厚生労働省として極めて重要な政策課題であり、この障害者の地域生活を支える重要な柱の一つが「就労支援」である。』また『福祉施設の体系の見直しや就労支援施策の充実強化を図ることにより、障害者が働く意欲と能力を高められるように支援するとともに、その意欲と能力に応じて働けるようにしていくことが重要である。』⁽¹⁾ と就労支援に関する基本的な考え方を示した。

平成20年の厚生労働白書⁽²⁾では「就労支援施策の充実強化」項目の中で一般就労への移行促進の中では「一般就労移行支援事業の計画的な整備の推進」と「好事例の収集・公表」そして『「工賃倍増5か年計画」による福祉的就労の底上げ』を提示している。これは、障害者で一般就労を希望し、職場への就労等が見込ま

れる者に対し、作業訓練や職場実習、就職後の職場定着支援を実施する就労移行支援事業の重要性と、就労支援が福祉サイドにおける重要な事業であることを示している。

1. 2 就労支援と障害者の雇用

障害者が就労するにあたり、企業等における雇用に関する法律「障害者の雇用の促進等に関する法律」⁽³⁾がある。この法律では、民間企業のうち一般の民間企業（常用労働者数が56人以上規模の企業）では従業員に対して1.8%、特殊法人（常用労働者数が48人以上規模の法人）では2.1%、国・地方公共団体等（職員数48人以上の機関）では2.1%、都道府県等の教育委員会（職員数50人以上の機関）では2.0%を雇用しなければならないとされている。しかし平成19年11月厚生労働省発表の障害者雇用率は、一般民間企業に雇用されている障害者の実雇用率は前年を上回ってはいるものの1.55%（前年は1.52%）、法定雇用率達成企業の割合は43.8%（前年は43.4%）である。また中小企業の実雇用率は低い水準にあり、特に100～299人規模

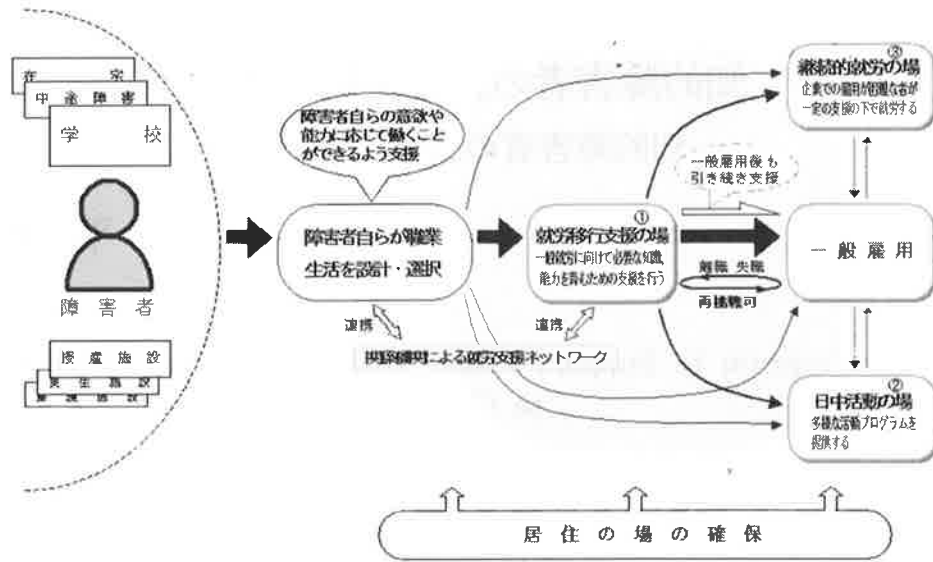


図1 新たな障害者支援策の流れ

の企業においては、実雇用率は1.30%と企業規模別で最も低くなっている。1000人以上規模の企業においては、実雇用率が1.74%と高い水準にあるものの、法定雇用率達成企業の割合では40.1%と企業規模別では最も低くなっている。⁽⁴⁾

このような現状のもと、障害者の雇用拡大に向けた就労支援はますます重要となってきている。図1は、厚生労働省が2006年に示した新たな障害者支援策の流れを示したものである。

2. 就労支援プログラム

2.1 就労支援プログラムの概要

本論における就労支援プログラムは、パソコン利用・活用におけるもので、プログラムは図2⁽⁵⁾のような流れから構成される。図の左側は知的障害者（以降「障害者」と記述）の教育指導と訓練の流れであり、右側は施設職員の活動の流れである。

(1) 障害者の訓練の流れ

Phase Iでは指導要綱に基づく適性検査を行ない、適性検査に合格した者が指導要綱に基づいた基礎指導を受ける。基礎指導の最終段階では資格取得レベルまでを目標とする。

Phase IIでは、施設内での日常作業に加え資格取得レベルを維持できるようパソコンのキー入力訓練等を行う。またパソコン利用・活用の応用技術習得や業務で必要とされるアプリケーションソフトウェアの習得を行う。さらにそれらのソフトウェアを利用し施設内

外で必要とされる処理やモデル事業の実現に向けての技能を習得する。

Phase IIIでは、施設内でパソコン処理専門員として特定の業務を受け持つなどし、施設内で実践訓練を行い、パソコン技能を通して一般就労を目指す。

(2) 施設職員の活動の流れ

Phase Iでは施設職員が障害者にパソコンを指導できる知識と技能、知的障害者に関する基本的な知識を学習する。施設内で講師を調達する場合は、WORDや一郎郎等の文書作成ソフトウェアやEXCEL等の表計算処理ソフトウェアの基本的な知識や操作技能をもっていることが必須となる。すでに指導者としての資質をもっている者あるいは専門講師としての指導を受けた者は、障害者に指導要綱に基づく基礎指導を行なう。

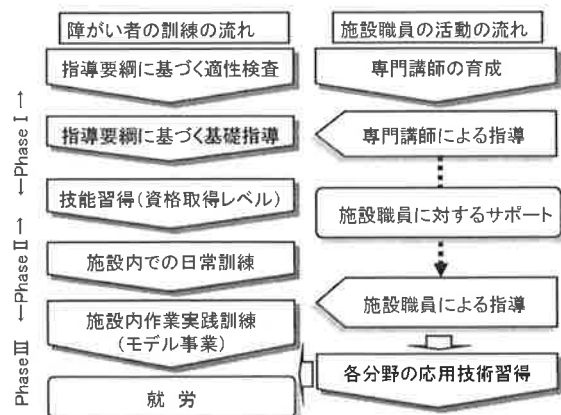


図2 就労支援プログラム

Phase II では、障害者に施設内作業実践訓練の指導ができるようにするために、パソコン指導者間によるパソコンに関する知識・技能習得や、専門家からの指導を仰ぎ、パソコン指導知識や技能の向上を図る。また必要に応じて新たなアプリケーションソフトウェアの導入を行い、研修を行う。

このPhaseで学習した内容は、そのまま施設内作業実践訓練で活かすようにする。

Phase III では、さまざまな分野の応用指導ができるよう新たなアプリケーションソフトウェアについての習得を行うとともに、障害者の就労を視野に入れた応用的な技術・技能訓練指導を行なう。

2. 2 パソコン教育指導プログラム

図 6 にパソコン教育指導プログラムを示す。

2. 2. 1 適性検査

適性検査は、筆記試験と実技試験を設定した。筆記試験は、英語のアルファベットと日本語のひらがなの読み書きができるか、小学校低学年の加減算ができるかである。実技試験は、パソコンに興味もてるか、パソコンに向かって15分間集中してキー入力ができるかである。

2. 2. 2 指導要綱に基づく基礎指導

(1) アルファベット教育およびローマ字教育

指導要綱に基づく基礎指導（アルファベット教育およびローマ字教育）を図 3 に示す。

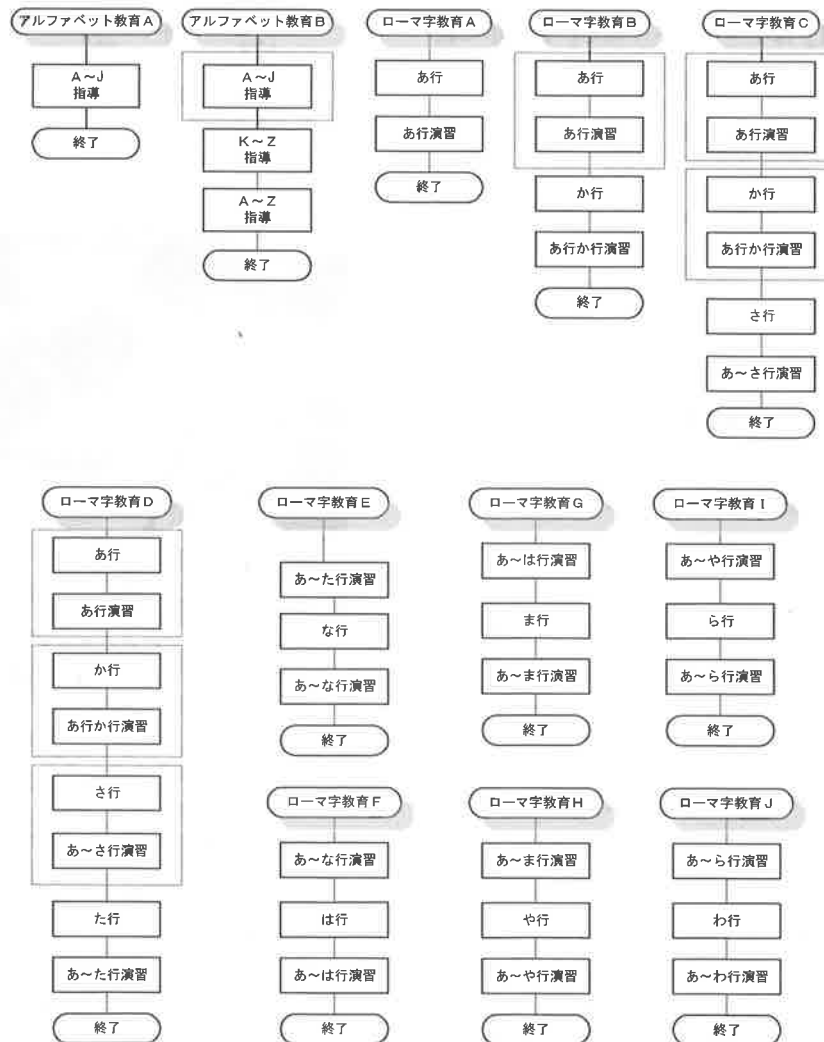


図 3 指導要綱に基づく基礎指導

基礎指導教育開始にあたり、ローマ字入力か仮名入力かの入力方式の判断を行うが、データ処理にはアルファベット教育とローマ字教育が必要であるため、この学習は必須である。流れ図において箱1つは学習を表わし、それを1ユニットとする。初めて学習する内容の1ユニットは、60分の学習時間である。そしてすでに学習したユニットの復習は0.5ユニットである。したがって全アルファベット学習は、3.5ユニットを要する。なお学習時間は、パソコン教育対象者の平均時間から算定したものである。したがって障害の程度により、指導学習時間は異なる。なお教育は、読むこと、書くことが学習に含まれている。表1にアルファベット学習の標準ユニット数を、表2にローマ字学習の標準ユニット数を示す。ローマ字学習において、「母音行」+「母音行演習」は1ユニット、「子音行」+「既学習子音行（母音行を含む）を含む該当子音行までの子音行演習」は1ユニットである。表1中の教育B、C、Dは、既学習における「母音行」+「母音行演習」は0.5ユニット、「子音行」+「既学習子音行を含む該当子音行までの子音行演習」は0.5ユニットである。教育B、C、Dまでは、母音およびそれまで学習した子音の復習を0.5ユニットで行うが、教育Eからは「あ行」から「既学習子音行」までを一括復習とする。

表1 アルファベット教育標準時間

A~J指導	1
A~J指導(復習)	0.5
K~Z	1
A~Z	1
合計	3.5

表2 ローマ字学習の標準ユニット数

ローマ字教育	教育指導	ユニット数	ローマ字教育	教育指導	ユニット数
教育A	あ行	0.5	教育E	あ~た行演習	0.5
	あ行演習	0.5		な行	0.5
教育B	あ行	0.25	教育F	あ~な行演習	0.5
	あ行演習	0.25		あ~は行演習	0.5
	か行	0.5		は行	0.5
	あ行か行演習	0.5		あ~は行演習	0.5
教育C	あ行	0.25	教育G	あ~は行演習	0.5
	あ行演習	0.25		ま行	0.5
	か行	0.25		あ~ま行演習	0.5
	あ行か行演習	0.25	教育H	あ~ま行演習	0.5
	さ行	0.5		や行	0.5
	あ~さ行演習	0.5		あ~や行演習	0.5
教育D	あ行	0.25	教育I	あ~や行演習	0.5
	あ行演習	0.25		ら行	0.5
	か行	0.25		あ~ら行演習	0.5
	あ行か行演習	0.25	教育J	あ~ら行演習	0.5
	さ行	0.25		わ行	0.5
	あ~さ行演習	0.25		わ行演習	0.5
	た行	0.5		ん	0.5
	あ~た行	0.5		つまる音	

(2) パソコンキーボード基礎教育

パソコンキーボード基礎教育は、次に続くキータッチ教育の前に行う教育である。その教育内容は、パソコンを操作する上において必要となるキーの名称とその機能についてである。キーボードを教育対象者の目の前に置き、プロジェクトを通してパソコン画面をスクリーンに映し出し、それぞれのキーがどのような働きをするのかを理解させるものである。口頭だけの教育ではなく、目で見せ、手でパソコンに触れさせ、さらにキーの名称はキーに触れるごとに声に出して言うことで記憶の定着を図った。

図5は、パソコン教育指導プログラムにおけるパソコンキーボード基礎教育の位置づけを示したものである。

パソコンキーボード教育で教育の対象にしたキーは【ENTER】【Shift】【ESC】【DEL】【Backspace】【CRL】【ALT】「スペースバー」である。パソコンキーボード基礎教育に関わった平均時間は、約60

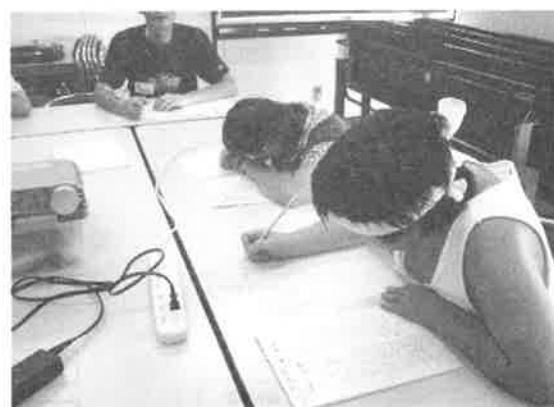


図4 アルファベット教育風景

分である。

(3) パソコン教育指導プログラム⁽⁶⁾

図6は、パソコン教育指導プログラムのメインルーチンである。このルーチンは、以下のような視点をもっている。

- メインルーチンの下に17の教育サブルーチンをもつ。
- 教育の流れは、アルファベット教育→ローマ字教育→パソコンキーボード基礎教育→キータッチ教育→文字入力教育→文章入力教育である。

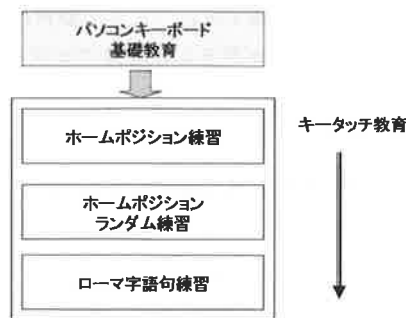


図5 キーボード基礎教育の位置づけ



図7 キータッチ教育の基本的な流れ

- アルファベット教育をこれまでに受けたことがない者は、アルファベット教育後ひきつづきローマ字教育を行う。
- パソコンキーボード基礎教育は、パソコンキータッチ教育の根幹を成すため一つの教育ユニットとした。

(4) 教育プログラムにおけるキータッチ教育

パソコンキータッチ教育には、フリーソフトウェアである「MIKATYPE」と「MIKAKANA」⁽²⁾を利用した。キータッチ教育の基本的な流れを図7に示す。教育の流れは、原則として3ステップである。たとえば図7に示すホームポジション練習であれば、あらかじめ「MIKATYPE」に用意されているホームポジション用プログラムにしたがい練習を行う。この時のキー

パソコン教育指導プログラム

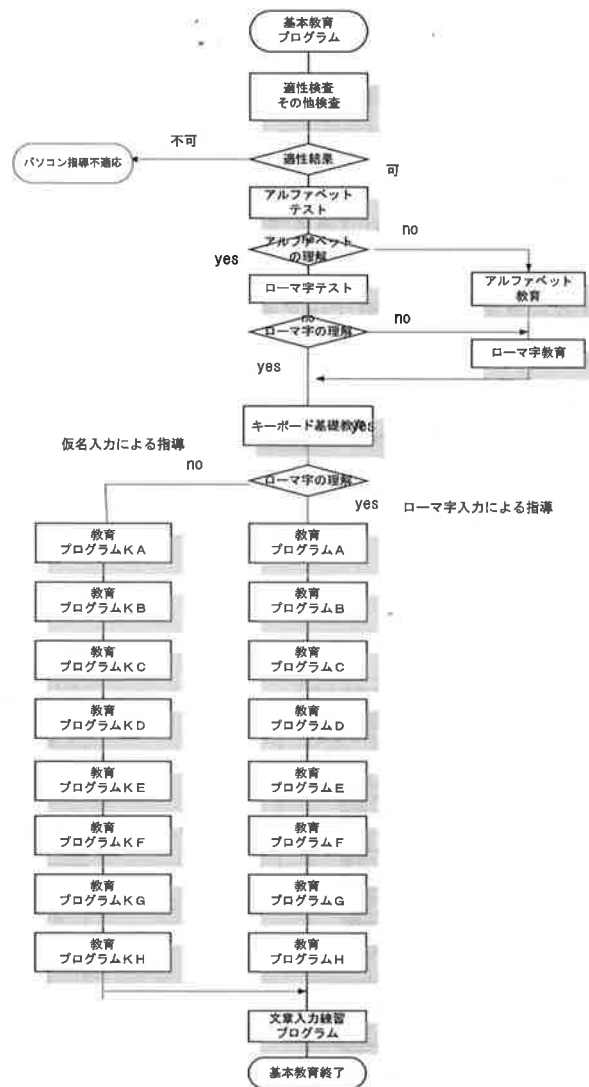


図6 パソコン教育指導プログラム

タッチは、一文字タッチが基本である。次にホームポジションの応用練習として連続したホームポジション文字のキータッチ練習であるホームポジションランダム練習を行う。この教育で留意した点は、キータッチの速さよりも指の位置の確実性である。

このような3ステップを踏みながら「ホームポジション」「上一段」「ホームポジション+上一段」「下一段」「ホームポジション+下一段」「ホームポジション+上一段+下一段」「数字」「全段」について各ポジション練習を行う。なお各ポジション練習は、前教育プログラムを必ず含むようにしている。たとえば教育プログラムBは、教育プログラムAの内容を含み、教育プログラムCは教育プログラムAおよびBを含む。これは、各ポジション練習の前に既に学習した指のポジション

を確認する意味でも有効である。図8に教育プログラムBを提示する。

ローマ字入力の教育プログラムは、教育プログラムAから教育プログラムHまでである。各教育プログラムは、ユニットという学習単位からなる。各ユニットは、はじめて学習する場合の1ユニットは60分である。ただし次の教育プログラムでは、新たな学習でない1ユニットは60分ではなく3ステップで30分である。

「ローマ字入力」教育プログラムA～Hの総教育時間は55時間である。「仮名入力」教育プログラムKAからKHも同様に55時間である。表7に教育プログラムAからH、教育プログラムKAからKHのユニット数と各ユニットにおける学習時間を示す。教育プログラムAからH、教育プログラムKAからKHを終了した時

点で、文章入力練習プログラムを行う。文章入力練習プログラムは、5時間である。したがってパソコン教育プログラムの中でキータッチ教育に要した総時間数は60時間である。図9に、パソコン教育指導プログラムにおけるサブプログラムの教育プログラムAから教育プログラムDを示す。

2. 2. 3 技能習得 (資格取得レベル)

技能習得レベルは、例えば日本語の文書作成ができればよいのではなく、規定時間内に指示された文字数の入力ができるか、規定時間内に指示された文書作成ができるかである。ここでは日本ワープロ検定協会編集「日本語ワープロ検定試験模擬問題集3・4級」一ツ橋出版「スピードマスター」「パソコン対応ワーブ

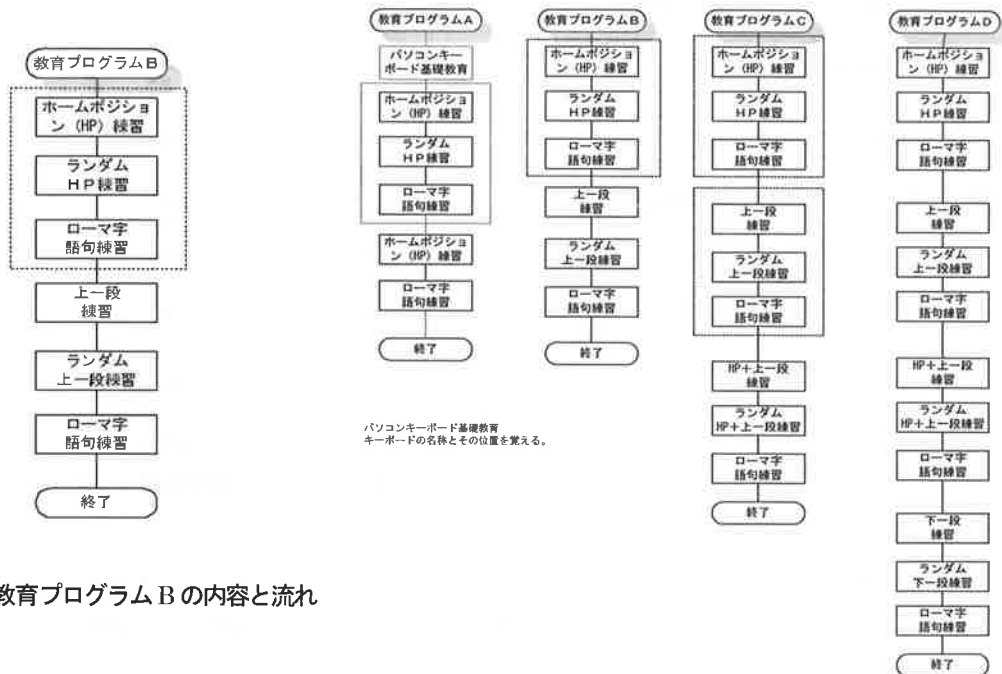


図8 教育プログラムBの内容と流れ

図9 キータッチ教育プログラムと流れ

表3 キータッチ教育プログラムの各ユニット時間

教育プログラム名	ユニット	時間	教育プログラム名	ユニット	時間
教育プログラムA	6	6	教育プログラムKA	6	6
教育プログラムB	6	6	教育プログラムKB	6	6
教育プログラムC	9	6.5	教育プログラムkC	9	6.5
教育プログラムD	12	7	教育プログラムKD	12	7
教育プログラムE	15	7.5	教育プログラムKE	15	7.5
教育プログラムF	18	8	教育プログラムKF	18	8
教育プログラムG	15	6	教育プログラムKG	15	6
教育プログラムH	17	8	教育プログラムKH	17	8

ロテキスト」を使用した。

2. 2. 4 施設内での日常訓練

施設では週単位の作業カリキュラムが生まれ、企業からの請負作業等を行っている。このため施設のカリキュラムにしたがった活動ではパソコンの操作技能が低下する可能性がある。これを避けるために選抜された者だけ（以降「パソコン作業班」と記述）を対象に1日1時間程度のパソコン操作練習を行う。課題は、2.2.3で提示したものである。

2. 2. 5 施設内作業実践訓練（モデル事業）

施設内作業実践訓練では、施設業務で必要としている作業をパソコン作業班が請け負って行う。その作業には次のようなものがある。

- ・名刺作成印刷
- ・年賀はがき作成印刷
- ・暑中見舞いはがき作成印刷
- ・パン工房販売パン名ラベル作成印刷
- ・パン工房販売パン製造材料添加物ラベル作成印刷

施設内作業実践訓練にあたっては、日本語文書処理ソフトの習得だけでは不足のため、業務に応じてEXCEL、文書デザイン、Photoshopによる教育訓練を実施した。

3. 3 就労支援プログラム試行結果

3. 3. 1 適正検査におけるアルファベットの認識

本論の対象となった者は13名である。13名のアルファ

ベットの読み書きに関する結果を表4、表5に示す。

この結果をもとにアルファベット教育を行った。

表6中の「書ける数」の「困難」は知的障害のほか身体障害のため書くことが難しい者である。

アルファベット教育において学習者の間違いが多いのは、「L」「M」「N」など発音が類似している近隣の文字類、「V」「W」「Y」など形が類似している文字である。

3. 3. 2 ローマ字教育と効果評価

ローマ字教育開始にあたりローマ字の読みについての調査結果を表6に示す。この表からローマ字が読める者と読めない者が2分化しているがわかる。ローマ字教育は、指導要綱に基づく基礎指導プログラムにしたがい教育を行なった。教育指導プログラムによる教育効果を図10に示す。表7から教育効果があったことがわかるが、施設内教育だけではなく、課題を与えることで家庭内学習も指導している。またローマ字教育は、アルファベット教育後の継続教育であり、アルファベットの理解がローマ字の理解を容易にしている。

次に続くパソコンキータッチ教育における入力方式の決定は、図10を使用した。A群はローマ字を修得しているものと判断し「ローマ字入力」を、B群はローマ字の習得・理解は困難と判断し「仮名入力」方式とした。

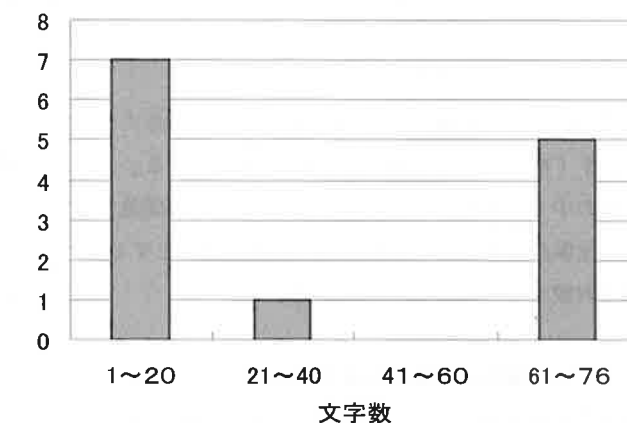
表5 アルファベットを読める

	人数
26	7
21~25	1
16~20	1
11~15	2
5~10	1
0~5	1

表4 アルファベットを書ける

書ける数	人数
26	5
21~25	2
16~20	0
11~15	1
5~10	3
0~5	1
困難	1

表6 ローマ字を読める



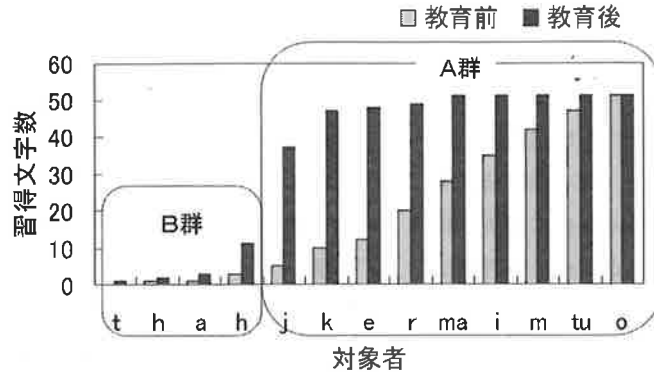


図10 ローマ字教育結果

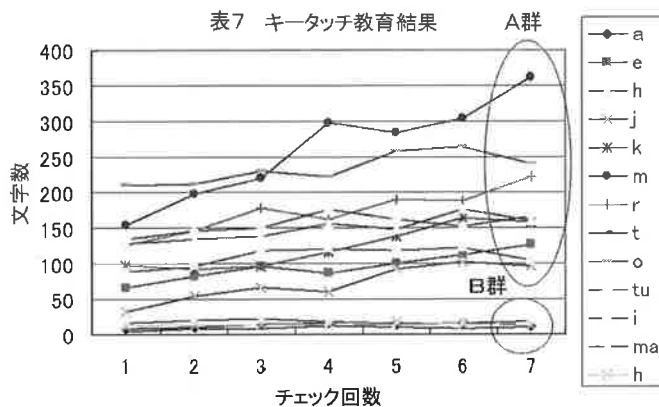


図11 キータッチ教育

3. 3. 3 パソコンキー入力教育と効果評価

アルファベット教育、ローマ字教育に続きパソコンによるキータッチ教育を行った。教育結果を表7に示す。表7から、パソコンキー入力において入力数に大幅な伸びのある者と入力数に伸びがないものの安定した文字入力をしている者、パソコンキー入力に不適性と思われる者がいる。入力数に大幅な伸びのある者は、10分間に300文字以上とワープロ検定試験3級の合格レベルに達している者もいる。

施設内作業実践訓練(モデル事業)を行うにあたりB群の者(4名)をこの時点で訓練対象外とする。またA群の中でも精神的に不安定あるいは一定時間落ち着いて仕事が困難と判断される者を訓練対象外とする。訓練の対象となった者は4名である。

3. 3. 4 施設内作業実践訓練と評価

施設内作業実践訓練では名刺作成印刷、年賀はがき作成印刷・暑中見舞いはがき作成印刷、パン工房販売パン名ラベル作成印刷、パン工房販売パン製造材料添

加物ラベル作成印刷等の作業を施設内で受注し、処理作業を行い施設内担当部署に納品した。公共機関や企業からの受注もあり、これらの機関からは主として名刺作成印刷、年賀はがき等の作成印刷である。作業は、毎日行うものではなく施設や公共機関等からの受注があった時点で行った。これらの作業は、障害者主導・責任のもとで行い、作業開始時点の諸注意指示と納品前のチェック時のみ施設職員が立ち会うようにした。また必要に応じて施設内職員に直接指示を仰ぐ形式をとった。作業は、確実かつ順調に行われたが、公共機関や企業からの受注は、受注量や製品納期の関係から施設勤務時間内だけでは処理ができず、時間外勤務となることもあった。これはパソコン処理班メンバーの処理ののろさではなく、受注が多くパソコン処理班メンバーだけでは処理しきれない作業量、また施設職員では対応できない処理であったことが起因している。



図12 パソコンによる名刺作成



図13 名刺印刷処理

4. 課題と今後の展望

本論のまとめとして以下に課題と展望を述べる。

- (1) アルファベットの知識は、パソコン業務処理には欠かすことができない知識である。このため適性検査においてアルファベットの知識テストを行い、アルファベットの知識が無い者に対してアルファベットの読み書きの教育を学習指導要綱にしたがい行った。アルファベット教育の結果からアルファベットの読める数と、書ける数には相関関係があることがわかった。サンプル数は少ないものの相関係数は0.99である。この結果からアルファベットを読めない者は、アルファベットを書くことが困難と想定できる。またアルファベットの知識はローマ字教育等にも影響を与えることから、アルファベットの知識の有無は、パソコンによる一般就労の可否の判断材料とすることができる。
- (2) 本論の対象となった知的障害者は療育手帳⁽⁴⁾でB2レベルであり、比較的理解度は高く、指導しやすい人たちであった。しかしながら知的障害を伴う自閉症者の中には、高いパソコン処理能力をもちながら、こだわり行動から抜け出るまで教育指導が開始できない、指示した作業を始められない等の問題点があった。一般就労を考えると、指示してもすぐに行動に移ることができない者は雇用する企業にとっては大きな問題となる。このためこのような障害を持つ者がパソコンによる一般就労で雇用される場合には、指示した作業を、時間枠を超えて達成させるという「別枠の雇用」や「別枠の作業体制」を考える必要がある。
- (3) パソコンによる業務処理を行う者は、処理の速さとともに正確性、仕事への取組姿勢、精神の安定性

が要求される。パソコンのキー入力の速さや文章読解力は評価できても、施設内作業訓練では処理の速さよりも一つの仕事を精神的に安定して達成できるのかの要素の方が大切である。施設内訓練では「むら」により作業の遅延が発生したり、精神的不安定のために訓練が中断されたり、作業ができないという結果も出てきている。このような性格をもつ者は企業での就労も困難と思われる。パソコン処理班のメンバーとしての採用も困難と判断できる。

- (4) 施設内におけるパソコン処理班に対する作業指示が施設で働く者から口頭でなされ、文書化されていない。またその指示が施設長や事務長を通しての指示か否か不明である。このためパソコン処理班一人ひとりの労働の対価が評価されない。たとえば施設では外部から仕事を受注しその作業を行うことで利用者は収入を得ているが、パソコン処理班が行う作業は施設内作業よりも時間当たり単価は高い。たとえば名刺作成印刷100枚は1,000円～3,000円であり、1時間で1～3名の作成印刷が可能である。1時間当たりの施設内作業収入と比較すると高額である。企業においては受注処理にしたがい製品製造が行われ、製品が納品される時には納品書、請求書、受領書などが作成される。しかし対象となった施設ではこのような処理がなされないため、パソコン処理班の正当な労働対価が評価されない結果となっている。また施設職員によってはパソコン処理班の行う作業を認めないため受注があっても施設内作業を優先して行わざるを得ない状況もあった。施設内作業実践訓練であっても、企業労働と同様な事務処理体系や勤務評価が必要である。
- (5) パソコン指導にあたり指導者は「知的障害者では

きない」という先入観をなくしていくことが大切である。他の作業において不適格と判断された者であっても、パソコンに対する興味や関心で自己の能力を高める者もいることが考えられる。本論の就労支援プログラムの試行は、時間はかかるが一定期間の教育訓練で知識や技能を伸ばすことができたと思っている。

また本論の就労支援プログラムは、知的障害かつ身体障害を併せもつ者も対象に行っており、その教育成果も評価できる。

- (6) 知的障害者のパソコンによる一般就労はなかなか困難であると想定できる。しかしながらさまざまな処理の中でルーチン化されているパソコン処理や、作業サイクルが比較的短い仕事は可能である。たとえば名刺作成印刷やDM作成印刷、年賀はがき・暑中見舞いはがき作成印刷、表計算データ入力などである。

企業内ではパソコンを使用しさまざまな処理を行っていることから、知的障害の特性を理解することで一般就労の雇用の道が開けるのではないかと思われる。製造企業における作業等でのトライアル雇用と同様に、パソコン処理分野におけるトライアル雇用があってもよいのではないかと考える。

- (7) 施設内での日常訓練および施設内作業実践訓練を施設職員で行うことができるようパソコン等に関する知識や技術をもつ人の養成を施設で行う必要がある。本論は、著者らによる外部指導者主導であったが、外部指導者に頼ることなく日常訓練や施設内作業実践訓練ができるようにする。これによって施設外からの受注処理を円滑に行うことができ、納期にしたがった納品が可能になる。
- (8) 受注処理した完成品の信頼度性を高めるために受注段階において製品の完成イメージやサンプルの提供、漢字の読み、フォント、フォントサイズ等について等詳細に指導することが大切である。口頭による指導は、作業個々により理解度が異なること、作業指示が十分理解されて伝達されないことなどから、不良品を製作してしまう可能性が高い。作業開始前の指導は、信頼性の高い製品を製作できるか否かの重要なポイントとなる。

雇用関係による企業への就労である。これに対し福祉的就労は一般就労（企業の就労）が困難な障害者のために配慮された環境（身体障害者授産施設など）での就労である。

- (2) 「MIKATYPE」「MIKAKANA」ローマ字入力、仮名入力練習用ソフトウェアである。このソフトウェアの選定は、学校教育用に作成されたキータッチタイプであること、ホームポジションを基本段階的に学習できること、各段階の応用としてランダムなキータッチを可能としているためである。

- (3) 「別枠の雇用」一般就労において常用雇用ではあるが、生産ライン上で作業等を行う雇用でなく、定められた作業を勤務時間にとらわれることなく達成させる雇用である。このためには標準的な作業量の評価が企業内でされている必要がある。

- (4) 療育手帳 知的障害者が一貫した療育・援助を受け、この手帳を見せることにより様々な福祉施策を受けやすくすることを目的としたものである。障害の程度によって、一般的にA1、A2、B1、B2に区分されるが、区分や呼び名は市町村によって異なる。

引用・参考文献

- (1) 厚生労働省配布資料『「障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性」について』2006.07
- (2) 厚生労働省2008「厚生労働白書」2008:246-247
- (3) 厚生労働省「障害者の雇用の促進等に関する法律」障害者雇用率制度 2006
- (4) 厚生労働省「平成19年6月1日の障害者雇用確保状況」2009.11.19
- (5) 平井利明、平井里砂、泉利次「知的障害者の就労環境と就労支援」第52回オフィスオートメーション学会全国大会2006
- (6) 平井利明「知的障害者に対するパソコン教育に関する一試案」日本福祉文化学会福祉文化研究2006
- (7) F-sprints・静岡福祉大学（平井研究室）産学連携共同研究プロジェクト「知的障害者の能力開発に基づく就労環境」静岡市平成17年度地域課題に係る産学連携共同研究委託事業報告書
- (8) 静岡労働局・静岡県ほか「障害者雇用拡大・啓発ガイドブック」2007.09

注

- [1] 一般就労 労働基準法および最低賃金法に基づく

韓国老人長期療養サービスにおける福祉サービス利用契約

張昌鎬 (静岡福祉大学福祉情報学科 教授)

李明鉉 (国立慶北大学尚州キャンパス社会福祉学科 助教授)

The Social Welfare Service Contract in Long Term Care Service in Korea

Changho JANG (Shizuoka University of welfare)

Myounghyun LEE (Kyungpook National University)

I はじめに

韓国では、2008年7月1日から老人長期療養保険(日本の介護保険)制度が実施され、サービス利用の契約による選択が可能になった。この制度の実施は、療養サービスが行政の判断と責任によって提供される措置から療養保険給付のサービス提供者と利用者間の契約によるサービス提供としての制度の変化を意味している。しかし、サービス提供の方式が措置から契約に変わったとしても、実際には利用者が自由にサービスを選択できることではない。福祉サービスの利用契約は、一般のサービス利用契約とは異なり、利用者が日常生活維持に必要なサービスを提供することを目的にしており、サービスが必要であると判定された者が利用可能である。

また、利用者は知識や情報の量等で差があるため、「力の差」が生じがちである。さらに、認知症や障害などのために契約を結ぶ時、必要な意思能力がない者や結んだ契約の内容を覚えてない者も多い。したがって、契約の基本原則である、対等な関係で契約を結ぶためには、利用者は知識や情報の量に対しては十分な説明の上での契約が必要であり、認知症や障害などによる意思能力がない場合は第三者による契約が必要になる。

このように、措置から自己決定・自己選択による契約に変わることによって利用者の自己責任が強調される。したがって、知識や情報の量で差や意思能力が弱い利用者が福祉サービスを利用するためには、十分な支援システムの構築が必要である。

そのため、本研究では、契約中心に変わる福祉サービス利用過程に関する論議を老人長期療養保険でのサービス利用過程から調べながら、事業者と利用者間の契約過程でサービス質の確保に必要な責任性と関連した問題点と課題に関して考察することを目的とする。

そこで、次の課題に焦点をおいて論議をすすめる。

- 1) 福祉サービス利用決定の過程の中で契約はどのような意味があり、契約過程で必要な要素は何か。
- 2) サービス契約での公共性とサービスの質を高めるために必要な要素とそれと関連した問題は何か。
- 3) サービス利用契約に関して、総合的に検討しなければならない課題は何か。

II 社会福祉サービスと契約

1. 福祉サービス利用と契約

高齢化社会では、介護ニーズがある人々に対する必要なサービスの提供は、社会福祉制度の重要な公的責任の遂行である。一般的に介護ニーズがある人に対してサービスと結びつける過程は、次のようになる。①その人の介護ニーズが社会的ニーズであるか。②ニーズの充足のためのサービスはあるか。③ニーズ充足はどのような方式(税金方式、保険方式など)で対応するか。④サービスの形態はだれが決定するかである。以前は基本的に行政が全てを決定し、サービスを機械的に提供する方式であった。いわゆる、措置制度はサービス提供の可否、サービスの量などを行政機関が一方的に決定する制度である。したがって、利用者がサービスの請求やサービス提供者を自己選択する権利がな

い制度であった。この直権主義的性格をめぐる問題として社会福祉供給構造改革と関連した論議は、新しいことではない。すなわち、措置制度を権利保障の観点で解釈する立場もある。しかし、直権主義的に運用される措置制度と裁量の行政の形態のどちらがいち早く利用者中心に変化するかはわからないが、現実的に起きている措置制度の運用の中で官僚的、機械的な直権主義の被害があるのは、否定できない。

したがって、福祉サービス利用に契約構造を導入した長期療養保険制度は、措置制度とは異なった構造になっている。まず、国民健康保険公団に長期療養認定を申請すると、判定委員会が長期療養認定及び介護度を判定する。その後、保険公団は長期療養認定書及び標準長期療養利用計画書を利用者に送り、利用者は、療養サービス提供機関と利用契約を結びサービスを利用する。この制度の核心的部分は、療養が社会的ニーズに当たるかを決定する部分であるために、長期療養認定及び介護度を判定する過程を経る。その決定の権限は、形式的には健康保険公団にあるように見えるが、実際には社会福祉士、医師、公務員などの専門家による判定委員会が持っており、認定基準も全国一律の客観的な基準が設定され、公正性と客観性を担保する構造になっているため、裁量的判断によって決定する措置制度とは異なる。また、サービスの必要性に対しては、<表1>のように介護度の判定基準が3段階になっているため、自分に必要なサービスをわかるような透明な構造になっている。さらに、サービス利用は、利用者とサービス提供者間の契約を結ぶことにより、行政が一方的に決定した措置制度とは異なり、対等な関係を前提にしている。

今まで、福祉の領域の中で措置制度に関する批判は、利用者がサービスを提供する行政に一方的な依存することであった。すなわち、利用者の自己決定による自己選択が不可能な構造が限界として指摘され、利用者の選択権保障が制度改革の中心課題として認識されてきた。

しかし、福祉の領域での契約は、市場における商取引のように、利益のための契約ではなく、公的な責任を前提にした介護保障の実現のための契約でなければならない。すなわち、福祉契約の内容は、社会的ニーズと対応関係にあり、ニーズと一致しなければならない。したがって、老人長期療養保険制度は介護の必要性を判定する構造を通じて、利用者が選択可能な領域をあ

<表1>介護度判定基準

等級	機能状態水準
最重症 (1等級)	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり状態ではほぼ日常生活が不可能 ・一日中ベットの上で生活し、自ら動けない ・日常生活活動の食事・排泄・着替えなど全ての援助が必要
重症 (2等級)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活が困難な重症の状態 ・車椅子を利用するが座っている姿勢が維持できない ・食事・排泄・着替えなどで完全な援助が必要 ・一日中多くの時間をベットの上で過ごす時間が多い
重等症 (3等級)	<ul style="list-style-type: none"> ・相当な長期療養保護が必要 ・食事・排泄・着替えなどで部分的な援助が必要

資料：国民健康保険公団 療養保険案内ホームページ

らかじめ限定し、社会的ニーズと対応関係を確保しようとした。具体的には、介護度によって支給限度額が異なる構造であり、さらに、専門家によって社会的ニーズ(介護ニーズ)を判断する部分がある。このように、長期療養保険では、社会保険方式を利用した制度であるため、サービス利用契約方式を採択したのは、言わば「擬似市場(Quasi-Market)」或いは「準市場」制度の中での契約型福祉である。

2. 情報提供と福祉契約

契約は、対等な関係で自己選択を尊重しながら結ばなければならない。さらに、長期療養保険では、専門的なケアマネジメントを通じて利用者の状態及び長期療養ニーズによる個別化したサービスを利用者が選択できるように援助している。したがって、正確で十分な情報を提供し、利用者が認定機関や施設の情報を参考に長期療養機関やサービスを選択する。また、長期療養認定書及び標準長期療養利用計画書によって長期療養機関とサービス種類、内容などに対して契約を通じてサービスを利用できるようにしている。サービス利用機関は、標準長期療養利用計画書を参考に利用者との契約によって、長期療養サービス提供計画書を作成し、サービスを提供している。そのために、十分な情報の提供が基本前提になる。これに関して施行令で

は<表2>のように定めている。

しかしながら、利用者が情報に対して判断能力がある場合は利用者と事業者間に契約が結ばれるが、判断能力が不十分な場合は、契約を結ぶ方法に関して新たな検討が必要になる。

それには成年後見制度を利用し、利用者本人の名義で契約を結ぶ方法と第三者（例えば、サービス利用支援専門家）と契約を結ぶ方法がある。

契約に定めたとおりにサービスの量と質が提供されたかを評価しなければならないため、利用者が事業者の力量やサービス提供能力に対して事前に理解する能力が問題になる。これが福祉契約に大きな問題として浮かび上がっている。また、利用者が事業者と対等に契約できるように後見人が契約過程に関与しなければならない。そうでない場合、契約の解除を可能にしなければならない。これと関連して、利用者の理解力にしたがって契約書の項目の数を制限しなければならないという見解もある。ただ、項目の数を制限するのは紛争が発生した場合、解釈の範囲を制約したり、抽象的な項目が多くなる可能性がある。

したがって、項目の数を制限することではなく、必要なこと、明確しなければならないことは具体的に規定し、それを基に利用者の理解を高めるのが望ましいと思われる。

自己決定を支援するためには、個別事業者及び福祉サービス内容に関する客観的情報の提供の必要性は明確である。提供された情報から自分に適合する事業者とサービス選択が可能になる。さらに事業者間の競争によりサービスの質の向上も期待できる。このような情報提供には、二つの次元がある。

一つ目は、サービスの質に関する情報を不特定多数の潜在的利用者にアクセスしやすい方法で提供する事である。これは、契約採決を支援するインフラ構築である。例えば、福祉施設を第三者による評価し、その情報を利用者に公開し選択を支援することである。

二つ目は、特定事業者と利用者の間に契約を結ぶ過程でその情報を特定利用者に提供することであり、契約法の対象になる。

しかし、すでに述べたように利用者は契約になれていないため、利用者と事業者間の対等な契約は難しい。このような事情のために、福祉契約に使用される契約書は項目を多くしない方が一般的であるため、サービスの内容の確定や評価が難しい。このような問題を克

服するには福祉契約には事業者の説明義務を具体的に定める必要がある。また、福祉契約は契約採決後も継続的な説明が必要であるが、問題は契約法上という情報をどこまで説明しなければならないかである。さらに、計量化し難い福祉サービスの質の評価基準をどのように確立するかである。これには、サービス提供者による自己透明性も問題であり、サービス内容だけではなく、財務諸表を掲示する事も必要である。

さらに、社会福祉法上の理念を十分に反映する内容に情報を誠実に提供する義務を入れるべきである。それ以外にもサービスの不当な勧誘がないように勧誘過程の適正化を追求する努力も必要である。ここには社会福祉法にサービスに関する過大広報禁止や過大広報はサービス契約の取り消しの対象になるように明記しなければならない。

3. サービス内容と福祉契約

福祉契約の特性のために、療養保険サービス契約指針の必要性を強調する意見が多い。しかし、指針によって契約内容を決めるには次のような課題を論議しなければならない。

まず、契約内容を具体的指針として規定することに関する論議である。すなわち、モデル契約書を作成し福祉契約を標準化することである。韓国の療養保険サービスの場合、日常生活に必要な長期療養サービスを長期療養サービス提供計画によって提供するように規定している。しかし、福祉サービスは利用者の健康や疾病の状況が時間によって変化するのが避けられないため、サービス提供者の裁量権を發揮する機会も多くなる。すなわち、提供されるサービスは利用者の状況によって変わるため、これに関する基準を契約時に決定するのが困難な場合が多い。これは利用者から見ると契約の内容が不安定であることを意味する。したがって、契約の前後やサービスの実施過程での細かい説明によって、この限界を克服することが可能である。また、より根本的な問題として、契約内容と異なったサービスに変更するのをどのように定着させるかという問題がある。利用者が自分に有利な方向に標準契約を修正できるように事前から規定することも可能であろう。このようなことの必要性を法律の中にどのように規定するか、どのような条件で受け入れるかなどのサービス内容確定と関連した論議が必要である。いずれにせよ、その時の利用者の立場を考えると利用者のニーズ

に対して弾力的に対応可能なサービス提供義務を設ける事が基礎になると思われる。

したがって、福祉契約はそれぞれの契約別に、その性格によって内容を区別し、サービス提供契約を委任契約及び準委任契約を結ぶ場合もある。また、請負契約や複合契約、融合契約の場合もある。

例えば、介護サービスの場合に施設賃貸借契約と家事援助サービスに関して準委任契約及び請負契約が複合的に行われる。さらに、サービスの質はサービス内容を決定する基準の中には入っていないため、提供しなければならないサービスの質は契約上明確ではない場合が多い。サービスの質を決める基準には構造、過程、算出の次元で内容を考慮しなければならない。

二つ目は、持続的に契約関係を反映する問題である。福祉サービス利用契約に対する根本的關係は、決められたサービスを継続的に維持する関係である。さらに、居宅サービス提供のように終結時期が決められなく利用者の生存する間、継続的に契約が維持される場合もある。以前から契約関係の課題であった契約解消と状況変化に伴う契約内容の更新による契約変更、不当行為の防止などの様々な論点が浮上される可能性がある。すなわち、福祉契約の解消は利用者の生活全般に関わる問題となるため、特別な規制が必要である。したがって、契約を解消して直ちに新しい福祉サービス提供者と契約を結ぶ事が困難な場合、契約解消を規制するより「より適切な形で持続的にサービス」を得られる法案が必要である。例えば、施設サービスはその契約が終了しても、他の事業者によるサービスが提供するまで既存のサービスを利用するように契約の内容に入れなければならないと思う。

Ⅲ. 福祉サービス利用契約をめぐる問題

1. サービス質の確保

一般的な商取引との異なり、福祉サービスの供給は人間らしい生存の保障と関わることで営利性より高い公共性と責任性が要求される。それは、社会経済的弱者、判断能力が不十分な者に対する成年後見制度と権利擁護制度の整備だけでなく、福祉契約全てに関係する社会的評価と介入が要求されることを意味する。それは福祉サービス利用者の権利領域に当たる身体的利益、財産的利益に関する権利の一部をサービス提供者に委任することである。このように権利の一部を委任することによって、権利者である利用者はとこま

で明確な判断能力を持つべきか、またそれによるリスク委任はとこまで可能か、サービス提供者と利用者間の信頼関係をどの程度まで必要な要素として見るか、自己決定の限界をどのように整理するかによって、制度における公的責任の移行程度に関わる。また、サービス提供過程で利用者の安全に配慮するかについても重要である。特に、施設サービスの場合、利用者と契約を結ぶ時、安全に対する積極的な配慮を要求しながらの入所も可能である。福祉契約移行過程での安全配慮義務は、雇用関係とは異なり、安全配慮そのものがサービスの質に関連する主任務として扱わなければならない。したがって、サービス利用契約書にはこのような内容を明確に記録しなければならない。

すなわち、モニタリングの内容には、サービスの量(何時から何時まで、家事サービスか身体介助など)だけでなく質も含まれる。そのために、提供されたサービスが適切な質に至らない場合はサービス提供者に対して責任不履行として追及することも可能である。

2. ニーズの多様性・個別性を考慮した優先順位の設定

福祉契約で一番大きな問題は、契約を通じて選択されたサービスが社会的ニーズであるかどうかである。社会的ニーズは、単純に当事者の主観的概念ではなく当事者を越えた社会的通念や専門家の判断によって決められた概念である。社会的ニーズとの関係からみると、長期療養保険はある程度社会的ニーズに一致した制度であるが、具体的に見るといくつかの問題点が見られる。それは保険事故の対象から離れたニーズの存在である。療養保険では保障性の有無と程度を保険事項として扱うため保障性を三つの領域(1-3級)に分けて類型化している。これを可能にするため客観化・標準化し難い問題は次回の課題として残し、公平で扱いやすい部分だけ含める方法をとっていると思われる。その結果、療養保険の認定やサービス提供に関することを明確に決め、その範囲の内から利用者は自由にサービスを選択することが可能である。このように利用者水準によってサービスを選択することは大きな意義がある。しかし、心身の機能低下以外の要因によって、サービスが必要にも関わらず判定の範囲から外れる場合、個別の事情を排除する結果になる。このような個別的な事情は、サービスの必要性に大きな関連がある。しかし、個別事情は標準化可能な部分もあり、

今後多くの事例を分析しながら標準化し、療養保険の認定基準に入れなければならないと思う。

これと共に、ニーズ優先順位の決定での公的責任問題を検討する必要がある。すなわち、認定を受けた利用者は、範囲の中で自己選択によりサービスを利用するようになっている。しかし、これは利用するサービス資源が十分である場合可能であるが、サービス資源が足りない場合は、利用者を限定しなければならない状況になる。したがって、利用者の選択を尊重する契約の核心を維持しながら社会的ニーズの充足のような公的責任を果たすための優先順位の決定方法は重要である。さらに、サービスが必要な人々の中で療養保険利用の認定を受けなかった人に対しての公的責任についての論議も必要であろう。

3. 情報の格差

福祉サービス利用者が契約を結ぶ時、契約体制の構築の責任に対する問題がある。まず、情報格差の問題である。療養サービスの特性の一つは、利用した後、品質がわかる経験財であるということだ。また、必要なサービスが毎日変化する不確実な性格でもある。さらに、サービスの内容を評価するためには、利用者が専門知識を持たなければならない。このように療養サービスは、情報の非対称性が高く、情報確保にも高い費用が掛かる。さらに、利用者は認知症などによる判断能力が十分でない場合もあり、賢明な消費者としての行為を期待し難い場合が多い。このように、療養サービスは契約当事者が持っている情報の量と質、情報を収集し評価する能力に対する非対称性の問題があるため契約を順調に結び難い構造である。

したがって、福祉契約時に非対称性を克服するため社会福祉事業法などで利用者の選択を保障する構造を備える必要がある。そのために、サービスに関する情報提供、利用契約時の説明、利用契約が成立した場合の文書の交付、過大広告禁止、福祉サービス利用支援プログラムなどに関する規定を備えなければならない。特に、ケアマネジャーによるケア計画作成などを通じて情報の非対称性問題に対応する役割が期待されるためケアマネジャーの制度化を急ぐ必要がある。

しかし、情報提供問題は基本的に消費者保護の次元で論議しなければならないが、福祉分野のサービス利用者は一般の消費者保護問題では対応できない特殊な場合が多い。したがって、成年後見人制度やサービス

利用支援プログラムなどで対応するが、儒教的伝統が根強い韓国社会で活発に行なわれるかに対しては確信できない。さらに、質の高いケアマネジャーの人材育成や確保についての論議も必要であろう。

4. 利用関係における信頼性

療養保障は単純に療養サービスを利用者に結び付けるのが目的ではない。サービスが結び付けられる過程の問題、すなわち、サービス利用関係での信頼性と安全性の確保も公的責任として理解されなければならない。例えば、療養保険で在宅サービスが提供される場合、ただ契約通り機械的なサービスを提供するのではなく、高齢者の生活全般にかかわる関係性を把握しながら、高齢者の自立意志を生かしながらサービスを提供する。契約における問題は、決定されたことがよく守られているかどうかであり、契約移行の方法は問題ではなく、望ましい状態を積極的に作るのは契約の役割ではないという指摘もある。このような考え方の根底には「契約法は要件及び効果が明確で適用する人に関係なく結論は変わらない」という形式主義的な観点がある。しかし、福祉サービスは利用者と関係ある多様な関係をよく把握しながらサービスを提供するのが基本である。また、サービス提供者は利用者の信頼を受けながらサービスを提供する主体であるため職業倫理がないと成立しない職業である。したがって、民法上の契約概念による要件以上にサービス提供の過程で信頼関係の確保が福祉契約の責任性確保に重要である。

IV. 福祉契約の効果的な成立方向

以上に述べたことを踏まえて、福祉契約の効果的な成立方向を提示すると次の事が考えられる。

1) 責任性と消費者主義の調和である。サービス利用契約は利用者が自分の事情にあうサービスが選択できる制度である。しかし、介護問題を自己利益のために行動する賢明な消費者の動機としてアプローチする事は困難である。療養保障は「老後の健康増進及び生活安定をはかり、家族の負担を減らし国民の生きがいの質の向上を目的にする（老人長期療養保険法第1条）」というように、社会的な必要性により介護保障を公共責任にする社会保険である。したがって、制度の設計と運用で利用者中心の契約主義・消費者主義の思考は、公的責任を充実に実現するためのセーフティネットとして存在しなければならない。利己主義的行動原理を

前提にした政策は、利己心の存在を認め利己的行為が結果的に公共の善を促進する方向に作動するような制度を構築しなければならない。例えば、措置ではなく成果に連動する制度を導入すると、利他主義的な福祉観も利己主義と同じように、利益を増大させる成果に注力すると考えられる。したがって、利他主義にも対応できる弾力的で革新的な政策の推進が必要である。

2) サービスの質に対する客観的で公正な評価である。事業者の法的義務及び契約責任に対する判断基準になる重要な根拠がサービスの質の評価とその基準である。この評価基準は、提供しなければならないサービスの確定基準及び提供されたサービスに関する利用者の不満や苦情処理、利用者と事業者の間に問題が発生した場合に法的責任の判断基準になるサービス質の評価基準などが含まれる。このような評価基準は契約責任の前提としてサービスの不備、不完全な遂行に対する評価には不可避なことである。しかし、これに対する検討は、今まで十分に行なわれていない。福祉契約分野では、契約責任と異なった観点からサービスの質に関する評価が行なわれた。すなわち、利用者が事業者やサービスを選択するための情報または事業者の自己改善のための情報としての観点である。これは本来契約責任とは異なった観点から評価基準として利用されたが、実際に提供されたサービスとの誤差を考慮し、認められる範囲はどこまでか、という水準をもって、福祉サービスの不備、不完全な遂行として見るかの判断基準として活用される。福祉サービスの場合には、具体的な基準が明確ではないし、結果評価によってはサービスの質を評価し難い場合が多い。福祉サービスは生産と消費が同時に持っているためその成果を判断し難い。しかし、福祉サービスの提供を債務として見るとこのような評価基準の不明確性は、福祉サービスの市場からの流通が増加することにつれて少しずつ明確になると思われる。したがって、福祉サービスの質を評価し、判断するための明確な基準を使用して初めに事業者間によりサービスを提供しようとする競争が生まれ、利用者にはよりよい事業者を選択する可能性が生まれる。また、サービス提供者の契約責任に対する遂行の可否が判断できる。したがって、評価基準が確立されないと自由競争の利点を十分に生かせないし、契約導入を通じた責任強化に結びつけない。

3) ケアマネジメント方法の導入である。長期療養保険は利用者が住みなれた地域で生活できるように支

援することを目的にしている。利用者が地域で生活できるように支援するためには、医療・保健・福祉の連携（統合）が必要である。したがって、ケアマネジメント方法による利用者の医療・保健・福祉の生活全般に関するアセスメントを実施し、アセスメントに基づいてケアプランを作成し、事業者がサービスを提供する。この時、契約通りサービスの量（回数、何時間）とサービスの質を専門家であるケアマネジャーがモニタリングするようになっている。

V. 論議及び結論

福祉契約に関する基本的な考え方は、契約を福祉サービス供給の手段として採択し、利用者による福祉サービス選択と事業者間の競争による擬似市場体制の中で福祉サービスの効率的な提供を実現する考え方である。しかし、福祉サービスが提供される環境は本来、契約が効果的な手段になる一般的な商品の取引が行なわれる市場とは異なる。契約は本質的に自由競争と市場原理の中の手段であるが、逆に福祉は市場原理が支配する社会の中でセーフティネットを提供することである。このような前提の下で、福祉サービス契約の新しい環境に合う理論を整備する必要がある。これと関連しサービス契約は福祉理念である利用者の生活及び生命保護の役割を果すように、サービス水準の確保に対する次の3点の論議が必要である。

1) サービスの質とサービス提供過程で十分な注意を果す義務を自覚することである。契約責任の観点からサービスの品質は、契約内容遂行に求められる債務的性質を持ちながら、もし、サービスの質の水準を明確に決められれば、品質を正確に評価できる。しかし、一般的にサービス水準がどのくらい充足されたかの判断が難しいため、その水準を平均的サービス品質水準とそれによる注意義務の範囲の内で委任が可能である。平均的なサービス品質は、商品の取引で当事者が品質を決めていない場合に要求される水準であり、注意義務は商品の取引の場合、商品を渡すまでの管理義務の問題となる。しかし、債務の場合はサービスそのものの品質と提供形態を区別することは意味がない場合が多いため、サービスの品質は両者に関連した問題となる。すなわち、サービス提供を主とする契約では誠実な管理主義の義務を果したかを判断するためには、質と量の両方を判断するしかない。

2) 多層的なサービス評価基準を確保することであ

る。質的に不十分な福祉サービスを提供する場合、サービスに対する欠点を判断するためには、構造、過程、産出の3層の評価基準を活用することができる。このような基準は、看護学分野で確立されたもので、福祉分野では、利用者の選択やサービス提供者の自己評価のため応用したが、サービスの欠点や不完全遂行の可否の判断基準まで応用可能かについては具体的な論議が必要である。業務やサービスに欠点があることは業務完成のための役割と業務に欠点があるという意味である。したがって、不利な結果からサービスの欠点を判断する方法であり、サービス責任性評価にはこのような観点に立っている基準を活用可能であろう。そうであるとしたら、福祉サービスの欠点を判断するためにはという項目が必要となるのではないだろうか。

3層構造と関連して検討すると、構造段階では、運営の理念、事業計画、教育指導、事故及び緊急対策、安全衛生対策、経営、事務管理、職員処遇などの福祉施設水準を維持しているかが基準になる。その水準を充足していない場合はサービスの欠点として認定する。次に過程の段階では介護技術、記録管理、事故防止、サービス提供体制、緊急医療活動、自立支援配慮などの項目に対して水準を充足しているか検討しなければならない。最後に、産出の段階では福祉サービス内容によって成果が異なる。サービスが一定の結果を導くように契約に盛り込んでいる場合はその成果が得られない場合はサービスの欠点としてみる事が可能であるが、福祉サービスは一定の結果がサービスの質の欠点によるものとして見る事が困難な場合も多い。この3段階評価基準によってサービス質の欠点が判断され、その判断は平均的品質水準判断、サービス管理及び注意義務判断を具体化して規定することが可能であると考えられる。

3) サービス品質に対する標準規格を設定することである。福祉サービスは定型化と標準化が進んでいる分野である。サービスの標準化は評価基準の標準化につながる。サービスの客観的評価基準としなければならない規格や検査方法が決められている場合が増えていくし、そのような基準によってサービスが提供されているかを管理する事業も発達している。

契約による相互権利義務関係、それぞれの責任範囲と程度が明確になるにつれ、それが事業者の行為基準または行為規範として効果があると思う。しかし、その権利義務の関係が実際に行なわれるかは法律と制度

の統制がおよばないため事業者の道德問題、すなわち、法的責任ではなく社会的責任に頼るようになる。

また、契約による福祉は自己矛盾を持っている制度であり、契約はかならずしも福祉目的を達成する手段として適切ではないという指摘もある。現実的に対等ではないサービス利用者と提供者を市民法の原理である対等な当事者間の契約関係として変化させることは無理である。したがって、利用者と事業者の関係を契約として構成することで何が実現できるか、また、福祉での契約遂行とその内容を保障するように責任を果たせるためという問題を解決しなければならないかに対して、具体的な事例を元にした実証的な論議が必要であると思う。結局、福祉領域における契約制度は様々な問題を持っている制度であることを意識しながら、現在の枠組みの中で可能な手段を持って問題を解決しながらよりよい方案を継続的に検討しなければならない。さらに、問題が発生したら完全な解答を見出す時間的な余裕がない福祉現場では直ちに解決策を見いだせなければならないと考える。

<表2> 韓国長期療養サービス契約と情報提供遵守手順

区 分	内 容	根拠規定
長期療養機関情報案内	<p>長期療養機関は利用者が長期療養サービスを気軽に選択し、サービスの質を保障するため長期療養機関別サービス内容、施設・職員などを公団が運営するインターネットホームページに掲載しなければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設の構造、設備状態及び建物の全景写真 長期療養機関の住所、略図、電話番号及びホームページ住所 長期療養機関に所属する職員の種別従事者数及び入所（利用）定員と現在入所（利用）している人数 長期療養機関から提供するサービスの種類 長期療養サービス利用契約に関する事項 対象外のサービス項目別金額 	老人長期療養保険 施行規則第26条
長期療養機関利用者に対する案内	<p>運営規定の概要、従事者の勤務体系、長期療養サービスの種類、対象外のサービス項目及び金額、その他重要事項を長期療養機関の見やすいところに掲示しなければならない</p>	施行規則第14条
長期療養認定書確認	<p>利用者が長期療養サービスを受ける時は、長期療養機関に長期療養認定書を提示しなければならない</p> <p>*ただ、利用者が長期療養認定書を提示できない時は、利用者または長期療養機関は公団に電話、インターネット等で利用資格確認可能</p> <p>*長期療養認定の有効期間は1年を原則にする</p>	施行規則第13条
長期療養サービス契約書作成	<p>利用者と長期療養機関は長期療養サービス開始前に長期療養サービス提供契約を文書で締結・作成し、1部は利用者が1部は長期療養機関が保管しなければならない</p> <p>*契約書に含まれる事項：契約当事者、契約期間、長期療養サービスの種類、内容及び費用等、対象及び対象外のサービス別費用</p>	施行規則第15条
契約締結による同意書徴収	<p>長期療養機関は利用者と長期療養サービス契約を結ぶ時に利用者とその家族にサービス提供計画及び費用（対象外のサービス項目及び金額含む）等を説明し、同意書を受けなければならない</p>	施行規則第14条
利用権者の契約承認	<p>「国民基礎生活保障法」、「医療給与法」による利用権者は契約締結前に住所地を管轄する市・郡・区長から契約内容に対して承認を得なければならない</p> <p>*承認を得なく契約を締結した場合、公団は長期療養サービス費用を支払わないことが可能</p>	施行規則第15条
契約書の通知	<p>契約締結または契約内容の変更する時、「長期療養サービス契約（承認）内役書」を公団に通知しなければならない</p>	施行規則第15条
長期療養サービスの記録及び情報提供	<p>長期療養機関は「長期療養サービス提供記録紙」にサービス内容を記録し、利用者から要請ある場合、その情報を提供しなければならない</p>	施行規則第19条
サービス費用明細情報提供	<p>長期療養機関は利用者の長期療養サービス費用明細書に細かい算定内容を要求する場合、これを提供しなければならない</p>	施行規則第27条
長期療養サービス納付内容確認提供	<p>当年度医療費用控除のため、利用者が長期療養機関に納付内容の確認を要請した場合、「長期療養サービス費納付確認書」を発給しなければならない</p>	施行規則第27条

参考文献

- 老人長期療養保険ホームページ、www.
longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/
朴 Sook Kyung, 2007. 社会福祉サービス利用者権
利保障法案、人権と福祉権 参考資料
保健福祉部、2007. 『老人長期療養保健制度概要及び
設置案内』
辛福基・李明鉉・姜大善、2008. 「社会福祉サービス
利用契約と責任」未刊行資料
駒村康平、1999. 「介護保険，社会福祉基礎構造改革と
準市場原理」『季刊社会保障研究』35巻3号
大原利夫，2004. 「福祉サービス利用援助に関する諸
問題」『社会保障法』19号，p.126.
清水浩一，1999，「措置と契約-利用方式の再検討」
古川孝順編『社会福祉21世紀のパラダイム I -理論
と政策』，誠信書房，pp.199-200.
秋元美世，2001. 「福祉サービスの利用者と福祉の権
利」『講座社会保障法』第3巻，日本社会保障法学
会.
秋元美世，2002，「福祉契約の特質と課題をめぐって」
『週刊社会保障』2214号.
北島英治・白澤正和・米本秀仁，2008. 『社会福祉援
助技術論』
笠井 修，2006. 「福祉契約と契約責任」『福祉契約と
利用者の権利擁護』東京：日本加除出版.
武川正吾，2001，『福祉社会：社会政策とその考え方』
有斐閣，p.21.
額田洋一，2001，『福祉契約論序説』自由と正義52巻
7号，p.15.
Richard M. Titmuss,1997. The Gift Relationship
expanded and updated edition, The New Press.

日本における精神保健福祉の変遷に関する一考察

— コント＝スポンヴィルの四つの秩序の視点から —

加藤 あけみ

A Study on the History of Mental Health and Welfare in Japan

Akemi KATO

1. はじめに

バンク・ミケルセンは、「ノーマライゼーション¹とは、全ての人が当然もっている通常の生活を送る権利をできるだけ保障するという目標を一言で表したもの」と述べ、とくに人間の基本的で重要な権利として「住む所」「活動する所」「余暇を過ごし休息する所」をあげる（花村，2000，p.155）。阪神淡路大震災直後に開設されたグループホーム形式の24時間ケア付仮設住宅「高齢者・障害者地域型仮設住宅」では、年齢も障害種別も多岐にわたる入居者が共同生活を行なった。ここでは、身体障害の人が洗濯や買い物に困っていると精神障害の人が手助けをしたり、精神障害の人が不穏になると高齢の身体障害の人がゆっくりと話しかけて半日を過ごすなど、互いの能力を活用し合うという状況が生み出されたという（市川，1998）。とくに精神障害の入居者に顕著な改善が見られ、環境とケアを整えることにより精神障害者の社会復帰が可能であるとの例証とされている。この事例は、まさにバンク・ミケルセンの提唱する人間の基本的な三つの権利「住む所」「活動する所」「余暇を過ごし休息する所」を満たしていたといえよう。

このノーマライゼーションの理念の普及に貢献したといわれる1981（昭和56）年の「国際障害者年」および1983（昭和58）年～1992（平成4）年の「国連・障害者の十年」は、日本の障害者福祉に大きな影響を与えた。国際的に精神障害者の人権の尊重が叫ばれ、「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」と転換してゆく中で、日本は経済大

国として先進諸国とともに歩んでいたが、宇都宮病院事件²などの精神病院の不祥事件が発覚し、精神保健福祉においては世界の潮流に乗り切れずにいることが露呈された。国連人権委員会は「日本政府は世界人権宣言³、国際人権規約・B規約⁴のもとで、非人間的な処遇や恣意的拘禁から市民を保護する義務を怠っている」と批判した。さらに、国際法律委員会（ICJ）および国際保健専門委員会（ICHP）のNGO合同調査団が来日して日本の精神医療の実態調査が行われ、日本政府に対して精神衛生法の改正、地域医療とリハビリテーションの促進などの必要性を勧告した。精神病院の不祥事件を契機として、日本の精神医療のあり方が根底から問い直されることとなり、1987（昭和62）年に精神衛生法が大改正されて「精神保健法」が制定された。この法律には精神障害者の社会復帰の理念がはじめて盛り込まれた。

その後は世界の潮流によって、1993（平成5）年に制定された「障害者基本法」には精神障害者がその対象として明確化され、翌年（平成6）に「地域保健法」が成立し、国、都道府県及び市町村の役割分担や地域保健対策の枠組みの見直しが行われた。これらの法律の制定をうけて、1995（平成7）年、精神保健法が改正され、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」が制定された。なお、平成5年3月17日付けの公衆衛生審議会の報告「今後における精神保健対策について」には、「精神病院から社会復帰施設へ」という流れの形成にともない、今後はこれに加えて「社会復帰施設から地域社会へ」という新しい

流れの形成が重要である旨、記載されており、ノーマライゼーションの実現に向けた意欲が感じられる。精神保健法に「福祉」という言葉が入った精神保健福祉法の目的は、以下のようにまとめられる。

- (1) 精神保健法で目指した「医療及び保護」「社会復帰の促進」「国民の精神的健康の保持増進」に加えて「自立と社会参加促進のための援助」という福祉の要素の位置づけ
- (2) 新たな「保健及福祉」の章の設立
- (3) 精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員に福祉の業務を加えて、名称変更。

また、ハード面の整備に重点をおいた社会復帰施策の充実強化の一方で、社会復帰のための支援を行う人材というソフト面の充実が不可欠となり、1998(平成10)年に「精神保健福祉士法」が施行された。2003(平成15)年5月15日の精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」では、精神疾患を、「寛解又は治癒可能な疾患」、「より一般的な疾患」、「慢性疾患と同様」と認識し、入院予防、早期退院、社会復帰の可能性を認めた上で地域生活の支援としての地域社会における居住地確保の支援、障害者の雇用促進と雇用機会の増大、地域の相談支援機関の充実及び当事者同士の相談活動等を通じた支えあいの場の提供をあげているが、これらは「住む所」「活動する所」「余暇を過ごし休息する所」を模索する支援活動といえよう。このようなノーマライゼーションの流れの中で、当事者の精神障害者はどのような暮らしを望んでいるのだろうか。

本論文では、日本における精神保健福祉の変遷を辿りながら、人間の基本的な三つの権利を実現するために、今後の精神保健福祉の方向性をコント＝スポンヴィルの四つの秩序を援用して検討する。

2. 共同体の一員としての存在

701年に制定された大宝律令には「癡狂」の文字があり、この律令は障害者の処遇を定めた日本最古の記述といわれている。大宝律令は散逸しているため、これとほぼ同じ内容と考えられる養老律令(718年制定)によれば⁵、障害の程度が軽度な順に残疾(ざんしち)、廢疾(はいしち)、篤疾(とくしち)の三段階に分けられ、現在の知的障害は廢疾、精神障害は篤疾に分類されている。そして、廢疾と篤疾は「不課」といって課役が免除され、さらに篤疾には「侍」という看護人

がつけられることになっている(橋本, 2000)。これらの律令は、古代中国で発達した中央集権国家統治のための法典で、儒教的な道德社会の実現を目指すものであり、福祉社会の実現を意図したものとはいえない。また、古代中国の漢方医学書「黄帝内経靈枢」(B.C.212)の「癡狂篇」に癡狂の症状が記されているので、癡狂が疾病として認識されていたと推測でき、その疾病概念ゆえに社会における役割を遂行できないとみなされて課役が免除されたと考えられる。「侍」については、癡狂という社会からの逸脱に対する社会的コントロールの役割とみなすことができよう。

一方で、古来、物語や説話集などに「ものくるい」の記載がみられるが、ここでは「ものくるい」の原因は狐付きなどの憑依と考えられ、加持祈祷や呪術の対象とされていた。後に日本のゲール(Geel)⁶として注目を浴びる京都洛北の岩倉にある大雲寺には、後三条天皇の第三皇女が「御心地常ならず在ま」すときに、帝はお告げにより皇女を大雲寺にこもらせ、観音に祈祷させて關伽井の水を服用させたところ平癒したという伝承「御香水乃由来」があり(加藤, 1996, pp.18-19)、これによって大雲寺に精神病者が集まり、靈泉として「關伽の井戸」の水を服用したと伝えられている。これが事実かどうかは明らかではないが、京都町触研究会の『京都町触集成』第4巻(1984)によれば、1765年の京都町触に「逆上致し乱心に相成り候につき、…北岩倉観音堂へ籠り、滝に打たせて介抱人付き置き候」とあり、江戸時代には精神病者が治癒を願って岩倉大雲寺に集まるようになり、岩倉にそれらの人々を預かる茶屋ができた。

岩倉の伝承にみられるように、古来、狂気は憑依といった超自然現象がその主たる原因と考えられ、そのため伝統的な療法は基本的に宗教的な儀式が中心となっていた。主な伝統的療法としては、呉秀三・榎田五郎の『精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』(1918)で紹介されている「神社仏閣ニ於ケル処置・水治方及び温泉場ノ療法」がある。たとえば、東京の高尾山薬王院では、精神病者は付き添いの家族とともに参籠所に宿泊し、強力という介助者が付いて滝に打たれた。徳島の阿波井神社では、精神病者は境内の勧番所に付添人とともに参籠し、朝起きると付近の川で水浴して身を清めた後に神前に参拝することを日課とした(呉, 1912)。宮城の定義温泉は、摂氏38度という温い湯で、長湯をすると狂気に効験があるという評

判がたち、精神病者が集まってくるようになった（中村，1916）。この定義温泉の温泉治療は、精神医学で興奮性患者に対して効驗ある物理的療法とされる「持統浴」に通じるとして明治以降評価されている。そして、岐阜の鉄塔山天上寺では、社掌の山本秀詮が1840年に精神病者の収容施設を建てて、祈祷、説得、灌水を中心に治療を行った（呉，1912）。

これらの伝統的療法には多分に荒唐無稽な荒療治という面があるが、家族の付き添いも認められ、このような療法を通して精神病患者と家族との関係性が保たれ、また、精神病患者を転地させることにより家族や地域社会の秩序を維持するという意味（橋本，2006b，p.16）が認められる。また、赤坂は、文化的側面から、近代以前の狂気について、次のような与那国島で精神障害者の診療に携わった医師の書きとめた光景をあげる。

（診療のために島を巡回した医師は）そこで、一軒の家を訪問したとき、幻聴に悩まされ心身の苦痛を訴えていた患者さんに、身内のものが何回となく足腰をさすって慰めているのを見た。また、独語と奇矯な振舞をしながらぶらぶら歩いている患者に、部落の人が言葉をかけお酒を与えているのに出会った。あるいは、もうろう状態で山野を徘徊する患者に対して部落民総出で探し回ったという話や、急性幻覚妄想状態で祖先霊のことを口走る患者の言動を真剣にとりあげ祈祷を捧げたという話、等々をきいた（赤坂，2007，pp.52-53）。

この南島ではフリムン（狂人）は疎外されることなく、共同体の中に包摂され、共同体の一員として存在する場所があった。社会的規範からの逸脱の激しい突発性のフリドゥブル（狂気）も回復すればその烙印は消滅した。南島ではカミダリー（神憑り状態）をはじめとしてフリムンの世界は、島人のだれでも了解できる現象であった（赤坂，2007，p.53）。狂気を包摂するこのような共同体は、近代以前、すなわち明治維新を迎える以前の日本においてもみられた光景といえよう。

しかし、江戸時代には精神病患者を入牢や遠島にしたという記録があり、監禁、虐待、放置されることもあった（立川，1997，pp.241-242）。狂気に対する医学概念が浸透していなかった17世紀以前の西洋では、「狂気を有し、かつ危険で罪を犯す人間」は、直接司法手続

きによって対処された（Conrad&Schneider,1992，邦訳p.84）。日本でも、律令にみられるように狂気に対する法のコントロールはあったが、いわゆる西洋医学の疾病概念はなく、「狂気を有し、かつ危険で罪を犯す人間」として入牢や遠島が行われたと推測される。17世紀以前の西洋では、「社会において役割を果たすことができないが、他者に危害を与える心配のない者（Conrad&Schneider,1992，邦訳p.77）」は、ときには虐待を受けて都会から追放されることもあったが、概して農村や都会の路地を自由に放浪する存在であり、親族あるいは共同体の問題とみなされていた。そこでは狂気は隠蔽されることなく、毎日の生活の一部となっていた（Conrad&Schneider,1992，邦訳p.84）。なお、聖書には神の報いとしての狂気に言及する箇所がいくつかあり、中世における宗教裁判や魔女狩りは、狂気は罪そのものではなく、罪の報いによる結果である（Neaman,1975,p.99）とする神学的狂気観をその一因としていた。中世において、教会は社会統制の主な機関であり、医学的見解が神学的見解に従属するという現象が起っていたのである。日本では、狂気に対するこのような宗教的偏見も西洋医学の疾病という概念もなく、その意味では西洋以上に狂気を生活の一部として受け入れていたといえよう。

3. 社会病としての精神病

明治維新は急激な社会変革であった。明治政府は開国により経済の資本主義化をはからねばならず、富国強兵をスローガンに掲げて、殖産興業による資本主義化とそれに基づく近代的軍事力の増強を目指した。農地には高率な小作料が課せられ、窮乏化した農民は出稼者として都市に流出し、産業革命の労働力として賃金労働者となった。また、階級秩序の崩壊により、士族もまた賃金労働者に転じなければならなかった。封建社会が崩壊する中で生活様式は急変し、倫理や価値観も大きく変わり、このように激変する社会から脱落する者、適応できない者が精神病患者として顕在化していった。明治17年から20年にかけて日本の自殺者は未曾有の増加を見せ、その原因は精神錯乱によるものが最も多かったとされる（色川，2006）。朝倉は、この精神錯乱多発の最大の要因として、「資本制生産本格化前夜の農村共同体への貨幣経済の浸透、そのことによる共同性の破壊と貧困化」をあげる（朝倉，2007，pp.295-296）。日本に資本主義が流れ込むことにより、

精神病を包摂する共同体が失われ、精神病患者として顕在化する人が増大したとの見方もできる。

西洋では、封建秩序から新しい絶対主義的・資本主義的秩序に社会が大きく変化するようになると、狂気の処遇に変化が現れた。精神病患者は、1656年に国王の命令によって開設されたパリのオピタル・ジュネラルに他の逸脱者（犯罪者、放蕩者、物乞い、放浪者、売春婦、失業者、貧困者など）とともに監禁された。この病院では医学的治療は行われず、収容所、教護院、病院の性格が結合しており、都市から社会的に不要な人々を排除するための社会統制を主要な機能としていた。この病院の開設から貧困者と逸脱者の「大拘禁」の時代がはじまり（Foucault,1965）、逸脱者のための施設がヨーロッパに出現し、監禁が新しい逸脱者の処遇となった。この監禁は医学的な理由ではなく、物乞いや怠惰を予防して労働への義務を課すためであった（Conrad&Schneider,1992, 邦訳pp.84-85）。

18世紀になると、資本主義の秩序はさらに有能な労働力を望むようになり、労働可能な者とそうでない者との分離が求められた。精神病患者は他の逸脱者から次第に分離され、医師¹（癲狂医）が所有、運営する癲狂院という特殊な施設に隔離されるようになった。18世紀末には、癲狂院の他に私立救貧院、救護院、拘留所などの特殊施設が現れ、これらが19世紀に発展する公的収容所となってゆく。ヨーロッパにおけるこの時期の精神病患者の分離と分割は、医学的理由によるのではなく、主として社会経済的理由によって達成されたのであり、精神病に対する初期の施設は医療的施設ではなかったといえる（Conrad&Schneider,1992, 邦訳p.86）。このような日本に先んじるヨーロッパの変遷は、封建主義的秩序から新しい資本主義的秩序へと推移してゆく近代日本の精神保健の分野を考察する上で示唆を与えてくれる。

平成15年版精神保健福祉ハンドブック（精神保健福祉研究会監修）の精神保健関係年表によれば、1874（明治7）年に文部省医務局から東京府、京都府、大阪府に癲狂院の設立に関する規定（第26条）を含む医制が通知され、東京衛戍病院に精神科病室が設置された。翌年（明治8）年には京都府療病院所轄の京都癲狂院が日本最初の公立精神病院として南禅寺境内に建設され、1878（明治11）年には加藤癲癲病院が最初の私立精神病院として東京府から開設を許可された。同年、名古屋監獄に日本最初の監獄病室が設置され、翌年

（明治12）には内務省より、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」として、「公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄児院等の設立を掌ること」という通達が出された。京都癲狂院は京都の府民某政輔の建言と府官明石博高の建議に発するといわれるが、これらは岩倉の大雲寺と大日堂における精神病患者収容の中止と欧米をモデルとする癲狂院の設立を主張するものであった。そのため、京都癲狂院が開院される直前に岩倉村と久世村における「狂人預り」が停止された。しかし、京都癲狂院は経費を篤志家の寄付に頼っていたために財政難によって1882（明治15）年に廃院となり、岩倉における宿屋での精神障害者の宿泊は復活することとなるが、医療なしで患者を茶屋に預けることは許されない状況であったのか、1884（明治17）年に岩倉村の有力者と茶屋が協力して私立岩倉癲狂院を開院した。その後両者間の関係が悪化して危機があったが、京都府の介入により1890（明治23）年に株式組織として新たに岩倉癲狂院を開院した。一方で、1891（明治24）年に制定された京都府令第37号癲癲人取締規制第4条に「病院及び病院ノ附属室又ハ宿屋ニアラスシテ看護料賄料等ヲ受ケ癲癲人ヲ宿泊セシムヘカラズ」とあり、宿屋での癲癲人の宿泊が再び可能となった（橋本, 2006a, pp.2-3）。なお、日本では、1869（明治2）年に政府が漢方医学の廃止と西洋医学の採用を正式決定し、翌年（明治3）にドイツ医学を模範とすることとなり、1873（明治6）年に文部省に医務局が設置され、翌年（明治7）、前述の西洋医学に基づく新しい医制が施行された。1875（明治8）年には内務省に衛生局が設置され、文部省医務局の業務を引き継ぐこととなる。したがって、日本における精神保健分野への行政の関与は、まず医療制度の一環として精神病患者の収容施設の建設からはじまったといえる。

しかし、1882（明治15）年に出された「上野癲狂人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨」の東京府令や1895（明治28）年の警視庁発布の精神病患者取扱心得などの規制があり、精神保健分野への行政の関与は、医療制度の一環に留まらず、官憲の介入がみられ、治安維持の色彩が濃い。これは、当時の精神病が社会的制約の強い疾病として受け取られていたことを示していると考えられる。18世紀の西洋における精神病患者の分離と分割が主として社会経済的理由によって達成されたことから裏付けられるように、日本に

においても資本主義化にともなう社会的経済的理由が浮上してくる。精神病は社会病としての性格をもち、そのため精神病患者の分離・分割が求められ、収容施設もまたそのような目的をもたざるをえなかったといえよう。

一方、1875（明治8）年に浅草・第5病院の裁判医学校でデーニッツが精神医学の講義を行い、続いて1879（明治12）年に東京医学校ではベルツが、愛知医学校ではロレッツが精神医学の講義を行い、近代精神医学の講義が開始された。ロレッツは同年、精神病院の必要を県に建議し、翌年（明治13）、愛知医学校に医学校初の精神病舎が設置された。1886（明治19）年には帝国大学医学部に精神病学が開設されて榊が教授となり、日本人としてはじめての精神医学の講義を行った。さらに1897（明治30）年に呉秀三が榊の後を継いで教授となり、日本における近代精神医学の基礎が固められていった。日本の精神医学は著についたばかりであった。

4. 監護から医療へ

明治30年代になると、精神病患者に対する規制は全国的な法律として制定されるようになった。1899（明治32）年には「行旅病人および行旅死亡人取扱法」（路頭にさまよう救護者のない精神病患者の保護規則）が公布され、相馬事件⁸などが重要な契機となって、1900（明治33）年に「精神病患者監護法」が公布、施行された。この法律では、私宅監置も認め、精神病患者を監置するには監護義務者が医師の診断書を添えて警察署経由で地方長官の許可を受けなければならなかった。

この官憲による精神病患者の取締の立法化は、精神医学の未熟さや精神病患者に対する法整備の不備にもよるが、前述のように当時の資本主義化にともなう精神病患者の激増という社会状況（立川、1997、p.241）が背景にあったことも考慮する必要がある。同年、労働・社会運動弾圧のために「治安警察法」が制定された時局に鑑みると、精神病患者監護法も治安維持の側面を多分にもつ。さらに、1906（明治39）年、警視庁は警察医員制度を改正して「精神病診断所」を職務事項に加え、1911（明治44）年には内務省衛生局長より地方長官に通牒がなされて警察巡閲規則に「精神病に関すること」が加えられた。監護は「監督し保護すること」であり、精神病患者監護法はその名が示すように医療保健の視点が考慮された法律とはいいがたい。

このような状況の中で、1902（明治35）年に精神病患者慈善救済会が発足し、精神保健運動が開始され、日本精神神経学会の前身である日本神経学会が設立された。同会は1906（明治39）年に「官立医学校ニ精神科設置」を決議し、翌年（明治40）に「医学校に精神科設置に関する建議案」が可決、翌々年（明治41）には文部省発布医学専門学校令の教授科目に精神病学が追加され、日本における精神医学の枠組みが築かれた。また、1909（明治42）年に実施された前年1月以降の公立精神病院および精神病患者の実態調査では患者数約2万5千人、病床数約2千5百床、私宅監置推定3千人という実態がえられ、収容設備の拡充の必要性が明らかになった。同年、片山潜や呉秀三らによって「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議が中央衛生会に出され、翌年（明治43）には精神病患者の公費の収容、委託監置が始まり、内務省衛生局長が地方長官会議で府県立病院に精神病患者収容施設の設置を勧奨した。これらの経緯とともに先の実態調査を踏まえて、翌々年（明治44）には官立精神地方長官会議において病院設置決議案が提出された。精神医学の育成とともに精神病に対する施設建設が進められた。

日本精神医学会が創設された1917（大正6）年に実施された精神病患者全国一斉調査では、患者数約6万5千人、入院約4千人、私宅監置約4千5百人という結果が得られた。このような実態の中で1919（大正8）年に「精神病院法」、1923（大正12）年に同法施行規則が公布された。精神病院法は、公的精神病院の設置、代用精神病院の指定、建築・設備費や運営費の国庫補助などを骨子とするが、精神病院法の「附則」をみると「本法施行ノ期日は勅令ノ定ムル所ニ依リ各条ニ付之ヲ定ム」とあり、施行日が明記されていない。これは予算の確保ができないと困るという政治的経済的理由によるものとされる（湯沢、1920、pp.543-550）。したがって、公立精神病院の建設ははかどらず、1931（昭和6）年の調査では、精神病院法による施設をもつ府県は3府17県にすぎなかった。なお、精神病院法による公立精神病院の設立過程をみると、神奈川県立芹香院（1929年設立）については、天皇が葉山の御用邸に行幸する際の沿道警備のための精神病患者の取締りという治安対策上の必要性から大正末期に閣議にはかられ決定したとされる。鹿児島県立鹿児島保養院はイギリスの皇太子が来日したときに鹿児島県などを回るということが理由だったという指摘がある（橋本、

2006d, p.6). また, 入院させるべき精神病患者は, 監護法によって市区町村長が監護すべき者, 罪を犯したもので司法官庁がとくに危険があると認める者, 療養の道なき者, 地方長官が入院の必要を認める者であり, 監護施設から医療施設への移行を促進するものの監護法の域にとどまっておらず, 精神病院法においても精神病患者の分離・分割の思想が依然として残っていたといえる。

18世紀末のフランスにおいて, ピセートルとサルペトリエールの収容施設の指導者フィリップ・ピネルが道徳的治療法を試みた。ピネルは組織と施設管理の基礎となる原則に重点をおき, 鎖を禁じて最小限の拘束によって患者の性格を研究する重要性を強調し, 一定の日課の維持が重要であることを説いた。道徳的治療法は, 親切, 注意深い強制, 労働療法からなり, 精神病患者を身体的拘束から解放した。イギリスでは, ヨーク収容施設の設立者でピネルに賛同する民間のクウェーカー教徒ウィリアム・テュークが, 道徳的治療法を発展させ, 道徳価値と自己統制を教育し, 自然な回復過程を妨害するものを取り除くための実践的な試みを行った。この時点で道徳的治療法に優る治療法を提供することは難しく, 医師は道徳的治療法を精神病の医療的統制への非医学からの脅威としてロビー活動などを通じ, 医師が医学的治療を行う唯一の正当化された権威であり, 道徳的治療法も医師が実践, 監督すべきことを主張した。そして, 医師は癲狂院を管理する権限を手に入れるとともに, 精神病に関わる医療の専門家としての地位を確立した (Conrad&Schneider,1992, 邦訳p.88-89)。

英米の政治体系では, 精神病患者に対する監禁を正当化するために次のような三種の法的根拠がある。

- (1) 公安権: 国家が平和を守り, 一般公衆の幸福を保証する原則
- (2) 保護者としての国家: 国家が, 法的に「無能力」で, 無能であると宣言された者の保護を引き受け, その者の財産を管理できる原則
- (3) 貧困層における生活困窮者に対する国家権力: 君主が貧困者の責任を負うというイギリスの概念を広げた原則

19世紀の監禁のほとんどは, 上記の「保護者としての国家」の原則によって医師を分別のある保護者として行われた (Conrad&Schneider,1992, 邦訳 p.94)。この法的根拠から日本の精神病院法を検討すると,

「保護者としての国家」という名目のもとに, 実際には「公安権」の原則に拠る部分が大きかったといえよう。医師については, 日本の精神医学の先駆者である呉秀三が1901年(明治34)に巣鴨病院(東京府癲狂院の後身)の院長となり, 東京府癲狂院が設立(1879年)された頃に暴れる患者に使用されていた手錠や足枷などの強制具の使用を禁止し, 「狂」の字の追放に尽力(立川, 1997, p.244)しており, 医師は分別ある保護者と考えられ, 精神病に関わる医療の専門家としての地位を確立しつつあったといえる。

また, アメリカにおいて, 1820年代から1850年代にかけてアサイラム建設運動が起った。この運動には, 古い社会秩序が新しい秩序に急速に取って変わられようとしていた19世紀初頭のアメリカの時代背景がある。ヨーロッパの精神病の研究者は, 器質的な損傷の存在を確信しつつも生物学的, 解剖学的研究に取り組んでいたが, アメリカでは, 精神病の原因を社会的混乱, 緊張, 混沌といった当時の環境的要因に求め, それらを克服するための適切な治療的環境をつくる研究を行った。そして, 精神病患者を共同体から隔離して秩序正しく規律的な日課を過ごさせるという社会モデルによって精神病患者のニーズが満たされると考え, 精神病患者のアサイラムを考案した。このアサイラム治療もまた道徳的治療法を継承している。アサイラムおよびアサイラム治療は支持者によって広がっていった。とくにドロシヤ・ディックスは, 1841年から国中の施設を見て回り, いたるところで精神病が適切な施設ケアによって治ることを主張してその回復率に関する有力な医学的見解を示し, アサイラム設立を議員らに働きかけた。1880年までに設立された75の州立アサイラムのうち32の州立アサイラムがディックスの功績とされる。このような支援もあり, 医師は精神病の定義や治療を独占できるようになった。1884年には13人のアサイラムの施設長がアメリカ精神医学会の前身である精神異常者用施設長協会を組織した。この組織は, 知識や情報の交換や治療の基準設定を目的として, 政治的な勢力と職業的団体としての役割を果たした。アメリカにおいても効果的な医療的治療法以前に精神病は医学の領域へと移行したのである (Conrad&Schneider,1992, 邦訳p.95-199)。

日本においては, 前述のように精神病院法が目指した道府県立精神病院の設置は遅々として進まなかったが, 私立の精神病院は大都市圏を中心に増え続け, 厚

生省予防局の『精神病患者収容施設調』(昭和15年1月1日現在)では、公立精神病院8ヶ所(収容定員2,847人)に対して私立精神病院は154ヶ所(収容定員19,583人)となっており、日本の精神医療サービスの民間の優位性が形成されていった(橋本, 2006d, p.9). 私立の精神病院の増大の背景には、公立の精神病院の設置の遅滞とともに、精神病の医療的統制という世界的な流れがあったと思われる。このような世界の流れは、精神病患者監護法および精神病院法を改正しようとする動きにつながってゆく。1949(昭和24)年に私立の精神病院団体である日本精神病院協会が設立され、内務省出身の理事長金子準二を中心に両法の改正案ではなく、新たに精神衛生法の検討が行われた。1950(昭和25)年、「精神衛生法」が公布され、この公布によって精神病患者監護法および精神病院法は廃止された。

5. 医療と保健と福祉

精神衛生法は、都道府県に精神病院の設置を義務づけ、私宅監置を廃止し、精神障害に対する公共の責任を明らかにした。また、施策の対象を精神薄弱者や精神病質者まで広げ、精神障害の発生予防および国民の精神的健康の保持向上、精神衛生審議会新設による精神衛生行政の推進、精神衛生鑑定医の新設による不当な拘束による人権侵害の防止をその骨子とした。1952(昭和27)年、厚生省は日本の精神医療のあり方について検討するために、アメリカのジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生学教授のレムカウとカリフォルニア州精神衛生局長ブレインを招聘し、在宅医療推進の重視、保健所を地域精神保健の中核とすること、精神病床は10万床を目標にすることなどの進言を受けたが、日本では精神障害者の隔離という保安的な立場から精神科病床の設置を優先した(橋本, 2006e, p.4). そして、医療金融公庫創設による精神病院建設ラッシュにより精神科病床数が急増し、措置入院の国庫負担率の引き下げなどとともに、精神衛生法の治療的・福祉的な側面が後退していった。

1954(昭和29)年には、欧米で製剤化された抗精神病薬クロルプロマジンが日本の製薬会社からも発売され、全国の精神病院に普及していった。この薬物療法の導入によって妄想が減少し、病棟は今までよりも静かになったという。アメリカでは多くの精神科医が「やっと本当に、精神病患者に精神療法が行える」と信じ、ある著名な精神科医は、クロルプロマジンの利点

を再検査した後に「こうして、以前は精神療法を受けられなかった多くの患者も今や受け入れられるようになった」と記している(Overholser, 1956). 精神科医は、精神病患者に薬を調剤できるようになり、「本当の医者」として振舞えるようになったともいわれた(Conrad&Schneider, 1992, 邦訳p.117).

また、薬物療法の導入が普及しはじめた頃に、病棟の開放化や患者の社会復帰活動が活発化し、精神障害者の治療環境が変化していった。このような状況の中で、精神衛生法の改正が進められていった。ところが、1964(昭和39)年にライシャワー事件⁹が起り、国家公安委員長早川崇の引責辞任、日本政府によるアメリカ政府への陳謝に発展した。このため、精神障害者の取り締まり強化を中心に精神病院への収容主義的な治安的意図を露にした緊急改正が活発化した。この事態をうけて、病院関係者、学会、患者家族らの強い反対運動が起り、拙速な法改正は回避された。結局は両者の意向を折衷したかたちで、1965(昭和39)年に地域精神医療の考え方を盛り込んだ精神衛生法の大改正が行われた。しかし、その根底に流れるのは「収容処遇への固執であり、治安的・公衆衛生的発想(中川, 1980, pp.132-135)」で、脱施設化を目指す欧米を横目に、1987(昭和62)年の精神保健法の成立までの22年間で精神病床は17万床から34万5000床へと倍増し、この傾向は1993(平成5)年まで続いた(高橋, 2004, p.21). したがって、精神障害者の社会復帰や福祉という視点は、精神保健法の成立を待たねばならなかった。

ここで、「精神衛生」について検討する。アメリカでは、精神病院での治療体験のあるクリフォード・ピアーズが、精神病患者が粗末な待遇を受けていることに対して公衆の良心を目覚めさせようという改革運動を目指し、1909年に全国精神衛生委員会を組織した。「精神衛生(mental hygiene)」という言葉は委員会に参加した精神科医アドルフ・マイヤーが提案した。委員会にはアメリカ精神医学会も積極的にかかわり、精神病院のケアや治療の水準を向上させ、精神病の予防を奨励し、精神異常が治療可能であるという見解を広め、政府の援助を要請することを目的として、狂気の医療モデルの信頼性を確立するためにキャンペーンを行った(Conrad&Schneider, 1992, 邦訳p.108-109).

1930年には第一回国際精神衛生会議が開催され、ピアーズが事務局長をつとめた。日本からは三宅鑛一

(東京帝国大学)と植松七九郎(慶應義塾大学)が出席した。会議では、精神衛生思想の普及への貢献のほか、治療場面におけるPSW (Psychiatric Social Worker)の役割がテーマの一つにあげられた。

一方、何が精神病に起因するかについて、一般公衆は精神科医よりも狭い見解を持っていることが、社会学者シャーリー・スターによる逸脱行動の描写を用いた研究において例証されている(Star,1955,p.52)。また、この研究は時系列でデータを分析しており、時間の経過とともに、公衆のもつ精神障害概念が専門家の定義に近づく方向にあることも確かめられた。すなわち、逸脱行動に対する精神医学の見解を受け入れる傾向—これが精神衛生の教育的努力か、教育を受けた公衆の文化的な風潮によるのか、他の要因であるのかは明確ではないが—が見られるとしても、何が精神病を構成しているかについては専門家に比べて依然として狭い見解をもっている、というのである。さらに、主として公衆が精神医学的な情報が乏しいため、公衆の概念では、精神病患者は「病んでいる」というより「悪」とみなされる傾向にあるという結果を示す研究(Nunnally,1961)がある。この研究から、公衆のもつ逸脱の概念が精神医学的概念より医療化していなければ、公衆が精神病患者に対して社会的偏見をもつことが予想され、「危険な精神病患者」という否定的なステレオタイプが抱かれやすい(Sciff, 1966: 邦訳, 1979)という見解が導き出せる。そして、ここに精神衛生思想の普及の意義を見ることが出来る。日本の精神衛生法には、精神障害者を否定的なステレオタイプとする傾向がみられ、「精神衛生」という言葉を冠しながらもその本来の意義をみとめることは困難である。

罪を犯した精神障害者については、古くから、これらの行為に対して責任を負うべきか否かは問われてきたところである。古代においては、前述のように、多くの場合は他の犯罪者と同じように刑法に問われたが、古代イスラエルでは法的な責任は負えないとされた。プラトンの法律のもとでのギリシャでもある種の例外扱いを受けた。17世紀には、自分が何をしているか分からない者は罰をのがれられるとした。現代では、犯意あるいは悪意がなければ犯罪者になりえないとする法解釈が一般的である。アメリカでは、1843年に精神異常を弁護に用いた判例がある。逸脱行動を証明するために医学的な証拠を差し出し、無罪となった事件で、その当事者がダニエル・マクノートンのであったこと

から「マクノートンの原則」として知られている。アメリカでは、1950年代には、連邦の法制化、一般公衆の態度の変化が示すように、精神衛生運動を一因として、逸脱の医療化モデルを受け入れる傾向にあったといえよう。

日本では、ライシャワー事件の少年の逸脱行動に対して精神鑑定という医学的な証拠によって裁判が進められたが、これを精神衛生思想の普及によると考えることはできない。日本の精神保健福祉への行政の対応は国際社会から遅れを取ってきたことは否めない。コンラッドらが、西欧の精神医学の変遷をたどり、「狂気の医療モデルの発達は、科学的というよりも、社会的・政治的な達成によって果たされた」と論述する(Conrad&Schneider,1992, 邦訳p.136)ように、逸脱の医療化には何をどこまで病気とするか、という課題が内在する。ノーマラゼーションを目指して精神障害に対する具体的な対策を検討する今日において、まず偏見を排除し、正しく精神障害を理解することが重要である。また、司法の領域では、「心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(心神喪失者医療観察法)」という新たな側面を含む法律が制定された。この法律には逸脱の医療化が介在しており、この法律の行方が精神保健福祉行政に深く関わっていることを視野に入れておく必要があるだろう。

日本の精神保健福祉は、紆余曲折を経て、世界の潮流へ沿うべく動きだした。「はじめに」で述べたように、精神衛生法から精神保健法へ、そして精神保健福祉法へとノーマラゼーションの流れの中で改正を続け、1999(平成9)年に精神保健福祉法の改正がなされた。主な改正点は(1)精神障害者の人権に配慮した医療の確保、(2)緊急入院が必要となる精神障害者の移送制度の創設、(3)保護者の義務の軽減(4)精神障害者の保健福祉の充実である。平成15年5月15日の精神保健福祉対策本部中間報告では、今後の対策の基本的方向と重点施策として(1)精神疾患に対する正しい認識の普及啓発、(2)急性期の入院治療および地域ケアの充実をはかる精神医療改革、(3)地域生活の支援をあげ、具体的な施策を模索している。

6. おわりに

— コント=スポンヴィルの四つの秩序の視点から —
パスカルは『パンセ』において、秩序を「諸法則に

よって支配され、特定のモデル—これによって、その秩序がほかの秩序から相対的に自立したものとなる—に与する等質的で自立的な全体」として、三つの秩序（1）身体の秩序（2）精神ないし理性の秩序（3）心情ないし慈愛の秩序をあげている。コント＝スポンヴィルは、このパスカルの秩序にもとづき、「何がどこまで許されるのか」という視点から、次の四つの秩序を区別する。

- (1) 第一の秩序：技術—科学の秩序
可能なもの⇔不可能なものという対立軸によって内的に構造化
- (2) 第二の秩序：法—政治の秩序
合法⇔違法という対立軸によって内的に構造化
- (3) 第三の秩序：道徳の秩序
善⇔悪、義務⇔禁止という対立軸によって内的に構造化
- (4) 第四の秩序：倫理の秩序
喜び⇔悲しみという対立軸によって内的に構造化

そして、これらの秩序を混同してはならない、と説き、秩序の混同をパスカルに由来する「圧制」と「滑稽」という概念で説明する。ある秩序（秩序は第一になるほど下位）を下位の秩序に従属させないしは還元することによってなりたつような滑稽さを下位の秩序の圧制（野蛮）、ある秩序を高次の秩序に従属させないしは還元することによってなりたつような滑稽さを高次の秩序の圧制（純粹主義）とする。それぞれの秩序はすぐ上位の秩序にとっての可能性の条件を生み出し、すぐ下位の秩序に意味を与えるものとする（Comte-Sponville A, 2004, 邦訳pp.56-85）。

日本最古の障害者の処遇を定めた大宝律令は、第二の秩序による処遇として表面化されているが、その背後にあるのは第三の秩序である。当時すでに、中国の漢方医学書に癲狂の症状が記されていたが、第一の秩序が形成されていたとはいいがたい。第一の秩序を制限、補完する上での法制度ではなく、律令は儒教的な道徳社会を目指す法律であって、その道徳社会における義務として第二の秩序が形成された純粹主義による処遇といえる。

近代以前の精神病に対する処遇は生活の中にあり、たとえば、伝統医療はまず喜び⇔悲しみの対立軸で始まり、下位の秩序を求めてゆく構図である。与那国島の事例は、医療という第一の秩序に支えられながらも、

喜び⇔悲しみという第四の秩序の中にあつた。明治維新という変革期の現象は、新たな秩序へと変わり行く中でこの四つの秩序にも混乱をもたらし、このような事態が精神障害をますます顕在化したとみることができよう。混沌の中ですべての秩序が試行錯誤し、内面に抛りどころがない時代であったといえる。精神病者監護法には、官憲が重くのしかかり、合法⇔非合法という対立軸によって、第三、第四の秩序を従属するような処遇が行われることもあつた。これは第二の秩序による野蛮な処遇であつたといわざるをえない。

精神衛生法の時代も、まず合法⇔違法という対立軸が中心をなし、第二の秩序は医療という第一の秩序すら従属する傾向にあり、精神保健福祉行政に混乱が起っていたと考えられる。1972（昭和47）年に、静岡県の富士山麓病院で、閉鎖病棟の入院者が暴動を起し、病院の内情を暴露する事件があつた。その後、静岡県衛生部はこの病院に対して「精神衛生法に基づく措置入院患者（強制入院患者）を収容できる病院」としての指定を取り消した。この事件直後、当時の院長は「騒ぎを起こしたような患者たちは、私が引き受けなければ、社会に野放しになってしまう。その方がはるかに危険だ。民間の病院がこのような悪質な患者を扱うことが無理なのだ。最終的には、公立の“医療刑務所”といったものが必要だろう」と語つた（大熊, 2004, pp.208-226）という。この発言には、医療の視点において、二つの秩序の混同がある。一つは、患者を診断、治療するために求められる可能なもの⇔不可能なものという対立軸（第一の秩序）からの見解ではなく、患者の行動を善⇔悪、義務⇔禁止という対立軸（第三の秩序）に立って述べているということである。もう一つは、合法⇔違法という対立軸（第二の秩序）に治療という領域の第一の秩序を生かそうとしていることである。コント＝スポンヴィルは、道徳的であることと道徳を説くことは異なると指摘する。道徳的であるとは自分の義務を気にかけることであり、道徳を説くとは他人の義務を気にかけることであるとして、両者を区別する。道徳的秩序が脅迫的な態度となると、それは道徳ではなく、道徳を説くものになっているのである。そして、道徳には制限はないが、補完される必要があり、たとえば、義務しかはたさない人としてパリスイ人（独善家）をあげて何か欠けているとし、その何かを補完するものを第四の秩序と考える（Comte-Sponville A, 2004, 邦訳pp.79-81）。この考え

に立てば、院長の発言は独善的ととらえられ、医師としての倫理観の欠如が感じられる。この事件が起こった背景には、精神医学に対する社会の認識において四つの秩序が混在しているという時代背景が推測でき、よって、精神衛生法においてもこの四つの秩序の見極めがなされていなかったと考える。

そして、以上のような時代の変遷を経て、精神保健法が成立し、そこに「福祉」の理念が掲げられるようになり、精神医療の発展も加わって、四つの秩序それぞれが相対的に自立し、補完しあう行政を目指した歩みが始まるようになった。

2006(平成18)年に、障害者権利条約が国連第61回総会で採択された。これは、(1) 障害がない人との実質的な平等の確保、(2) 合理的配慮、(3) 差別の定義、(4) モニタリングという4つの柱からなる。(1) は既存社会への同化ではなく実質的な平等という一歩踏み込んだ平等を目指し、(2) は非障害者と同様な権利行使が可能となるための個別的な配慮へと深まり、(3) の差別は(2) の合理的配慮の否定としてとらえられている。(4) は国内および国外のモニタリングを謳っている。日本がこの条約を批准するためには、(1) 差別禁止法の制定、(2) インクルーシブ教育の推進、(3) 障害者の労働権の保障という3つの政策課題を乗り越えなければならない。この権利条項が求める秩序は、コント＝スポンヴィルの四つの秩序をすべて満たすものであり、その四つの秩序が補完しあい、バランスよく秩序立てられることを求めていると考える。そのためには国民一人ひとりの自立と共生への理解が求められよう。前述した24時間ケア付仮設住宅「高齢者・障害者地域型仮設住宅」での精神障害者の顕著な改善は、この仮設住宅にスタッフという第一および第二の秩序による「住む所」があり、利用者間の第三の秩序が「活動する所」を提供し、第四の秩序が守られた地域の中に仮設住宅が存在したことが「余暇を過ごし休息する所」を生み出したのである。

本論文では、このノーマライゼーションの三つの基本的かつ重要な人権について個々に触れることができなかった。今後は、本論文でみてきた変遷を礎として、精神保健福祉行政の現状と今後の行方をノーマライゼーションの三つの人権から考察してゆきたい。

注釈

1. ノーマライゼーションのデンマーク語 Normalisarlingの発音
2. 1984年3月14日、私立精神病院の報徳会宇都宮病院で、看護職員らの暴行により入院患者が死亡したという記事が報じられた。前年に起きた看護職員らの暴行による2名の患者の死亡、無資格医療や強制労働といった精神病院の実態が明らかにされ、社会問題となった。
3. 1975年に国連総会で採択。障害者の定義、平等、リハビリテーション、労働、経済保障、レクリエーションなどの権利、差別や搾取からの保護を謳っている。
4. 1966年に国連総会で採択、1976年に発効。A規約：経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約(社会的人権)、B規約：市民的及び政治的権利に関する国際規約(自由権的人権、参政権)、B規約が定める権利の侵害につき人権委員会への個人による救済申立てを認めた議定書の3つからなる。日本は1979年にA規約とB規約を批准。日本の精神衛生法は、B規約9条(身体の自由と安全)に抵触すると考えられた。
5. 養老律令は刑法に相当する律10巻約500条のほとんどは散逸、行政法に相当する令10巻約1000条の大半が残存し、この「癡狂」に関する記述は令に記されていた。
6. ゲールはベルギーの町で、精神病の守護聖人とされる聖ディンブナを祭る教会があり、中世から精神病者の巡礼地として知られている。教会では、巡礼者を受け入れるだけでなく、精神病の原因は罪であるという考えから、ノベナという贖罪の儀式があった。ノベナを行うためにゲールに滞在する精神病者のために教会に病人部屋が作られたが、収容能力に限りがあつた。教会の周辺の民家が精神病者に宿を提供するようになり、自然発生的に精神病者を家庭で看護するというシステムが生まれた。ゲールへの定住化や巡礼者の流入は厳しく制限されていたが、精神病者には犯した罪の免責や減刑、自殺した場合の教会への埋葬許可などの特権が与えられた。17世紀末になると、精神病者はノベナを行わず、直接民家へ滞在することが多くなり、聖ディンブナ教会への信仰は衰えることはなかったが、教会での宗教儀式を中核とするゲールの治療システムは衰退し、治療

における宗教性が希薄化していった。

フランス革命後、聖ディンブナ教会は閉鎖されるが、ゲールの精神病患者の家庭看護は生き延び、19世紀後半には先進的な精神科治療として世界の注目をあびる。19世紀後半は精神医療が精神病院による閉鎖的な治療へと傾いたが、その弊害が指摘されるようになると開放的な家庭看護が先進的治療法として認識されるようになり、医療がないという批判に応じて1862年には国立の近代的な精神病院が設立され、ゲールの家庭看護は宗教的なシステムから医療的なシステムへと変貌していった。

なお、聖ディンブナには次のような伝説がある。紀元600年頃、アイルランドの王の娘であったディンブナは、妻を失い悲嘆に暮れた父の王から妻に似ているという理由で結婚を迫られる。ディンブナは拒絶し、聴罪司祭ゲレベヌスを伴って逃走し、海を渡りアンソワープを経由してゲールにたどり着くが、追っ手に発見され、ゲレベヌスの処刑に続き、怒り狂う父によって処刑された。殉教した2人は聖人となり、ゲールの住民によって埋葬され、この墓が癒しを求めて訪れる人々の避難場所となった。そのため、2人の墓を掘り起こし、敬虔な信者たちの敬意に応えることとなった。そこで土を掘り起こすと見たこともない純白の石棺が2つ見つかり、それを天使の仕業と考えた。これが聖ディンブナ伝説である。この伝説により、怒り狂った父親は悪魔にそそのかされてディンブナを殺害したと解釈され、民衆の間で、狂気を克服したディンブナが精神病の守護神として崇められるようになったといわれている。当時、精神病と深いつながりがあると考えられていた悪魔の登場によって、聖ディンブナは精神病の守護聖人に特化されていったのである（橋本、2002）。

7. イギリスでは医師が監禁に関与するようになったのは1774年からで、それ以前は行政長官の判断で行われていた（Conrad&Schneider,1992,邦訳p.86）。
8. 旧相馬藩主相馬誠胤が1876（明治9）年頃に精神病を発病し、父充胤に邸内に監禁され、東京府癲狂院に入院させられた。旧臣錦織剛清はこれを家令志賀直道らが陰謀をはかり相馬家に乗っ取ろうとして監禁していると主張し、訴訟を起した。1887（明治20）年1月31日に入院中の誠胤を病院に侵入して連れ出したが、途中で取り押さえられた。同年、錦織は新聞に投書し、それが掲載されて世間から注目さ

れた。1892（明治25）年に誠胤が死亡すると錦織は謀殺であると主張して院長の中井常次郎らを告訴した。この裁判では、誠胤の遺骸が発掘され解剖されるという事態にまで発展し、結局は毒殺の疑いはないという結論となり、錦織は誣告罪で通罪となった。この事件の背景には、精神病患者の処遇に法的な根拠がないため不法監禁が行われやすい、という監置・入院手続きに関する法の未整備があり、この事件によって、精神病および精神病患者の処遇について衆目を集めた。（橋本、2006d）

9. 1964年3月24日昼頃、ライシャワー駐日米大使が、大使館に侵入した少年に大腿部を刺されて重傷を負った。少年は現場で逮捕後、「動機は近視を療すること、学校で海水浴を強制すること、現在の小中学校で男女が並んでいることは道徳上良くない、男は前に、女は後に分けなければならない、などを世の中に訴える方法として大使に障害を与え、その機会を利用すれば世界各国に伝わると思った」などと述べたので、検察庁で2回精神鑑定を行い、その結果、統合失調症（精神分裂病）、責任無能力と診断され、都立松沢病院に入院した（内村他、1973）。

参考文献・引用文献

1. 赤坂憲雄、物語としての精神分裂病、別冊宝島編集部編『精神病を知る本』、宝島社、2007
2. 朝倉喬司、皇太子成婚パレード投石事件の少年のこと、別冊宝島編集部編『精神病を知る本』、宝島・精神保健福祉研究会監修、我が国の精神保健福祉15年度版、太陽美術、2003
3. Comte-Sponville A, Le capitalisme est-il moral?, Edition Alin Michrl S.A., 2004（小須田健C・カンタン訳、資本主義に徳はあるか、紀伊國屋書店、2006）
4. Conrad,p. & Schneider,J.W.,Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness, Temple University , 1992（進藤雄三監訳、逸脱と医療化－悪から病いへ、ミネルヴァ書房、2003）
5. Foucault, M., Madness and civilization, New York: Random House, Inc.,1965
6. Foucault, M., Madness and civilization, New York: Random House, Inc.,1965
7. 花村春樹、「ノーマリゼーションの父」N.E.ミケルセン、ミネルヴァ書房、2000

8. 橋本明, 岩倉の伝統と近代との相克: 「日本のゲール」, 精神保健福祉論 精神保健福祉の思想と歴史1, 2006a
(<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/SHF-Mokuji.htm>, 2008.9.10)
9. 橋本明, 伝統治療の豊かさと危うさ: 滝, 祈禱, 温泉, 迷信, 精神保健福祉論 精神保健福祉の思想と歴史2, 2006b
(<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/SHF-Mokuji.htm>, 2008.9.10)
10. 橋本明, 監置患者の実際: 『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』の世界, 精神保健福祉論 精神保健福祉の思想と歴史3, 2006c
(<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/SHF-Mokuji.htm>, 2008.9.10)
11. 橋本明, 1900年から1950年までの秩序: 精神病患者監護法と精神病院法の運命, 精神保健福祉論 精神保健福祉の思想と歴史4, 2006d
(<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/SHF-Mokuji.htm>, 2008.9.10)
12. 橋本明, 精神衛生法: 戦後精神医療の原風景, 精神保健福祉論 精神保健福祉の思想と歴史5, 2006e
(<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/SHF-Mokuji.htm>, 2008.9.10)
13. 橋本明, 精神「障害者」の登場: 医療と保健, そして福祉, 精神保健福祉論 精神保健福祉の思想と歴史6, 2006f
(<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/SHF-Mokuji.htm>, 2008.9.10)
14. 橋本明, “精神病患者”の権利はなかったか? -ヨーロッパ精神医療史の落穂拾い-, 愛知県立大学公開講座「社会福祉と人権擁護」第4回要約(平成14年6月30日), 2002
(<http://www.manabi.pref.aichi.jp/general/10001880/0/index.html>, 2008.9.15)
15. 色川大吉, 日本の歴史21・近代国家の出発, 中央公論社, 2006
16. 市川禮子, 第14章 LSAの取り組み-ケア付き仮設住宅から公営住宅へ, 南芦屋浜コミュニティ・アート実行委員会住宅・都市整備公団『育てる環境とコミュニティ-南芦屋浜災害復興公営住宅の試み』, 1998 (<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/gakugei/kobe/asiya/asio14.htm>, 2005.1.28)
17. 加藤あけみ, LSAの取り組みに見るノーマライゼーション福祉情報実践研究会研究紀要, 第1号, 静岡福祉大学福祉情報実践研究会, 2004
18. 加藤あけみ, 障害者雇用に関する一考察: 臨床倫理の視点から~静岡県の実例を踏まえて~, 社会論集, 第14号, 関東学院大学人文学会社会部会, 2008
19. 加藤伸勝, 地域精神医療の曙-京都岩倉村における実践, 金芳堂, 1996
20. 呉秀三・榎田五郎, 精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察, 1918
21. 呉秀三, 我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設, 1912
22. 京都町触研究会, 京都町触集成第4巻, 岩波書店, 1984
23. 中村古峽, 仙南仙北温泉遊記, 1916
24. Nunnally, J.S., Popular conceptions of mental health, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1961
25. 大熊一夫, ルポ・精神病棟, 朝日新聞社, 2004
26. Overholser, W., Has chlorpromazine inaugurated a new era in mental hospitals?
J.Clin.Exper, Psychopathol, 1956, 17, pp.197-201
27. Rosen, D., Madness in society, New York: Harper & Row, Publishers, 1986
28. 精神保健福祉研究会監修, 我が国の精神保健福祉15年度版, 太陽美術, 2003
29. Sheff, T.J., Being mental ill, Chicago, Aldine Press, 1966 (市川幸一・真田孝昭訳, 狂気の烙印 精神病の社会学, 誠信書房, 1997)
30. Star, S., The public's ideas about mental illness, National Opinion Research Center, University of Chicago, 1955
31. Swazey, J.P., Chlorpromazine in psychiatry, Cambridge, Mass: MIT Press, 1974
32. 高橋一公, 精神保健福祉の歴史と現状, 立正大学心理・教育学研究Vol.2, 2004
33. 立川昭二, 病気の社会学史, 日本放送出版協会, 1997
34. 内村祐之・吉益脩夫監修, 日本の精神鑑定, みすず書房, 1973
35. 湯沢三千男, 精神病院法ニ就テ(下), 神経学会雑誌, 1920, 19(11)

アメリカおよびイギリスとの比較に見るわが国児童虐待対応システムの課題

相原 真人

Issues on the Protection System against Child Abuse in Japan:
a Comparison with the U.S.A. and the U.K.

Masato AIHARA

要旨：わが国の児童虐待は児童相談所の対応件数や死亡事例の発生件数を見ても増加の一途をたどっており、児童虐待対応システムそれ自体に未だ何らかの課題があると思われた。そこで、児童虐待対応の先進国であるアメリカおよびイギリスのシステムとの比較を通じてわが国の課題を浮き彫りにできると考え、これらに関する先行研究文献を手掛かりにしつつわが国の現状と比較した結果、特に、裁判所の直接的関与と援助方針決定プロセスへの当事者参加について課題のあることが今まで以上に明確になったと考えられた。

Key Words：児童虐待，対立関係の外在化，裁判所の直接的関与，親とのパートナーシップ，当事者参加

1 はじめに

2008年6月17日、厚生労働省が全国児童福祉主管課長・児童相談所長会議に提出した資料によれば、2007年度に全国の児童相談所が対応した児童虐待相談件数は40,618件（速報値）と史上最高を更新する勢いであることが明らかとなった。この数字は「虐待」の件数を他の相談件数とは別立てで計上し始めた1990年以降一貫して増え続けており、1,101件であった当初の37倍近くに膨れ上がっているのである。

このように、児童虐待相談対応件数が右肩上がりが増え続けている背景には「社会的関心が高まり通告が増えた」¹⁾ ことも要因のひとつとしてあるだろう。実際、通告された全ての事例について虐待が認定されるわけではなく、調査の結果虐待ではなかったとして児童相談所の取扱いを終結とする事例も少なからず存在する。ただ、社会保障審議会児童部会「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会（以下、専門委員会）」が公表した「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」を見ると、厚生労働省が把握した

児童虐待による死亡事例は、2003年度には24例（25人）²⁾ であったものが、2004年度には53例（58人）、2005年度には70例（86人）、2006年度には100例（126人）と年々増え続けており、児童虐待の発生件数それ自体も増加している可能性は否定できない。

このような状況に対し厚生労働省もただ黙って見ていたわけではなく、児童虐待の防止等に関する法律や児童福祉法の一部改正、および児童相談所運営指針の改正等、それなりの対策を講じてはいる。しかし、専門委員会が、死亡事例合計247例（295人）を「心中以外」の175例（192人）と「心中」の72例（103人）に分け、そのうちの15例および死亡には至らなかったが重大事例である1例について分析した結果、「心中以外」については児童相談所が関与しながら死亡に至った事例は2003年度約5割、2004年度約3割、2005・2006の両年度ともに約2割と年々減少傾向にあるものの、その他の関係機関と接点はあったが家庭への支援の必要は無いと判断していた事例は2003年度約25%、2004年度約27%、2005年度約45%、2006年度約46%と年々増加傾向にあることが明らかにされており³⁾、わが国

の児童虐待対策に未だ問題のあることが示唆されている。

わが国児童虐待対策については、児童相談所の児童福祉司数が欧米に比べ圧倒的に少なく、児童福祉司一人当たり担当ケース数も100件を超える場合があるなど、低水準の人員配置が問題点として指摘されることが多い。さらに、前述の専門委員会も、死亡事例の分析により把握された問題点として、子どもを直接目視しないなど安全確認が不徹底、ハイリスク要因を認識できないなどアセスメントが不十分、情報共有や事例の進行管理が徹底されていないなど機関連携が不十分、担当者に判断を任せるなど児童相談所の態勢が未整備、受容的アプローチに終始するなど介入が消極的、親子分離の解除を行う際のアセスメントが不十分かつ家庭復帰後の支援が不徹底、等を指摘している⁴⁾。

確かに、これらの点が喫緊の課題であることに間違いない。しかし、児童虐待相談の動機付けを持たない保護者に対し時として強制的ともいえる介入を行うこと、言い換えれば、子どもを守るためしばしば親と対決せざるを得ないことが主要な任務となっている児童相談所にとって最も大きな困難といえるのが、親に虐待の事実を提示して理解させ、なおかつ親とともに歩んでいくためのパートナーシップを形成することである点を踏まえれば、状況を改善する力にはなりえないだろう。なぜなら、これらの指摘はそのいずれもが、依然として専ら児童相談所が福祉的手法により問題解決に取り組まざるを得ない現状⁵⁾を前提としており、基本的には技術的側面に対する叱咤激励ばかりであって、子どもを虐待してしまう親と問題とを向き合わせ、今後のことを一緒に考えるために話し合いのテーブルにつかせる仕組み作りに関心が払われていないからである。すなわち「介入」と「支援」の双方がバランスよく組み込まれた児童虐待対応システムを整備しない限り、仮に大幅な人員増が達成されたとしても、鈴木の言う「児相職員は強制介入と家族再統合という矛盾する2つの役割、機能をになうなかでジレンマを覚える。」⁶⁾といった根本的な問題を解決するには至らないと考えられるのである。

筆者は、わが国における児童虐待対応システムそれ自体が持つ最大の課題は、家庭裁判所など司法機関の関与によって親と一緒に今後のことを話し合えるようにする仕組みが整備されていない点にあると考えている。具体的には、虐待の有無や親子分離の必要性判断

から親との交渉を経て支援の実行に至るプロセスを専ら児童相談所が意志決定し実行しなければならない現状を転換し、虐待の認定や親子分離の決定、さらには福祉的支援を受け入れるよう親を指導することなどにつき家庭裁判所など司法機関が直接働きかけられる仕組みにする必要があるということであり、このような司法関与をベースにしつつ親と対立せず話し合えるような仕組み作りに取り組む必要があるということである。このような仕組みが整備されることにより、親に虐待の事実を理解させた上で話し合いのテーブルに着かせることが可能となり、ひいては親との良好なパートナーシップも形成し易くなるのではないだろうか。

このような仕組み作りを考えていく上で、虐待対応の先進国であるアメリカ、および、イギリスの児童虐待対応システムは参考にすべき点が多い。特に、アメリカからは司法関与のあり方を、イギリスからは親とのパートナーシップのあり方を、それぞれ学ぶことができると考えられる。そこでこの論稿では、アメリカおよびイギリスの児童虐待対応システムについて書かれた先行文献をトレースし、文献により確認できる事実を踏まえてわが国と比較することにより、わが国の児童虐待対応システムが持つ課題を考察していく。

2 対立関係の外在化

～アメリカにおける裁判所の直接的関与

前述のように、わが国児童虐待対応システムの持つ課題の一つは家庭裁判所など司法機関が関与する仕組みの未整備である。このことを考える場合、筆者は、前出の鈴木がいう「対立関係の外在化」が参考になると考えている。鈴木は「保護者と児相が向き合う最初の局面となる通告から児相による強制介入場面は、最も対立関係が生じやすい場面である。」とした上で、「この場面での対立は保護者と児童福祉司による個人的対立では決してなく、もっと大きなもの、つまり『法律システムが動いていることによる』というメタファーを示す。」必要があるとしている⁷⁾。

ここで重要なことは、虐待してしまう親、その中でも特に自身の行為を虐待と認識できない親と話し合うためには「法律システム」の存在が前提されるということであり、保護者の行為を「虐待」であると認定したり、子どもを家庭から分離することを決定したりするのは児童相談所の勝手な判断ではなく、あくまでも

法律に則って行動した結果であるということを示すことにより、利害の対立を保護者と児童相談所が向き合う関係の外側に位置づけ、両者が直接的な対立関係になるのをできる限り回避するということである。

しかしながら、鈴木のような指摘は大変示唆的ではあるものの、依然として専ら児童相談所が福祉の手法により問題解決に取り組まざるを得ないわが国の児童虐待対応システムを前提としている点で限界がある。なぜなら、「法律システム」の存在を前提するのであれば、児童相談所が保護者に対しその存在を暗に示唆するといった「メタファー」として示すのではなく、まさに厳然と存在する「法律システム」そのものを整備することにより、恣意的な判断を差し挟む余地なくそのような手続きとなる仕組みにする方が実効性も高いと考えられるからである。

その点、アメリカのシステムは法律により裁判所などの司法機関がそれぞれ「自動的」かつ「直接的」に関与する仕組みとなっており、わが国児童虐待対応システムのあり方を考える上で学ぶべき部分が多いと思われる。ここでは、アメリカがそのようなシステムをある意味「整備せざるを得なかった」背景やアメリカにおける今までの児童福祉の流れを概観したうえで、わが国において司法機関が関与する仕組みを整備するにあたり参考にできると考えられるミシガン州の児童虐待対応システムについて整理し、わが国との比較を試みることにしたい。

1) アメリカにおける児童虐待の状況

アメリカは虐待対応先進国であると同時に「虐待大国」でもある⁹⁾。それは、アメリカの42州におかれた保健社会福祉省が公表した2002年度報告によれば、虐待の疑いで裁判所に申し立てられた件数は319万3000件で、そのうち虐待が立証されたものは89万6000件⁹⁾という事実からも明らかである。ちなみに、同じ年度におけるわが国の児童相談所における虐待対応件数は23,738件（確定値）¹⁰⁾でアメリカの約1/134であり、しかもその全てについて虐待が立証されている訳ではない。アメリカの人口規模は日本の凡そ2倍であるから、その件数は圧倒的に多いことがわかる。

アメリカがこのような状況になった背景には、移民の受け入れに寛容であり結果的に多くの人種や民族が混在していること、アメリカンドリームに象徴されるように能力のある人は巨万の富を得ることができ

る面貧困も個人の自己責任との認識が強く貧富の格差が大きいこと、人種の偏見や差別が未だに根強いこと、などがあるものと考えられる。さらに、子どもに関わる専門職に虐待発見時の通告義務が課せられ違反には罰則が適用されること、犯罪発生率が高くわが国のような子どもだけの留守番やお使いは非常に危険であり、そのようなことをさせる親はネグレクトとして通報されるなど虐待と捉える範囲がわが国よりも広いこと、なども影響していると思われる。いずれにせよ、アメリカは、このような膨大な児童虐待通報に対処するため、事後的な児童虐待対応システムの整備に力を入れざるを得なかったといえるのである。

では、アメリカはこのような状況に対してどのように対処しているのだろうか。それを考えるためには、アメリカにおけるこれまでの児童福祉のおよその流れを理解しておく必要がある。ここでは、アメリカの児童福祉の大まかな流れを、インスー・キム・バーグとスーザン・ケリーの著書¹¹⁾に添いながら「児童保護の歴史」という視点で概観しておく。

2) アメリカにおける児童保護史の概要

アメリカの18世紀から19世紀中頃までにかけての児童保護は、イギリスに端を発したパレンス・パトリエ（*parens patriae*、国親思想）に基づき、適切に養育できない親から子どもを引き離して孤児院などの養育代替に委ねることが中心であった。特に、極貧家庭の子ども、孤児、浮浪児などがその対象となったが、その多くは英語が話せず十分な収入が得られない移民の子などであった。やがてニューヨークに「子ども援助協会」が設立されると、保護の対象とされた子どもたちは所謂「孤児列車」に乗せられてアメリカ中西部の農家に送られ住み込みで働かされるようになったが、これが里親制度の先駆けとなった。この時代は、劣悪な環境で生活している子どもを家庭から引き離すことが子どもを「救う」ことであると信じられていた。

その後、1874年のメリー・エレン・ウィルソン虐待事件をきっかけにしてニューヨーク児童虐待防止協会（New York Society for the Prevention of Cruelty to Children：以下SPCC）が設立（1877年）され、現在の児童保護サービス（Child Protection Services：以下CPS）の原型となった。やがて、20世紀初頭までにアメリカ各州で子どもを虐待から守るための法律が整備されるようになったが、基本的には子どもを適

切に養育できない親を処罰するというものであった。他方、マサチューセッツSPCCのように家族支援の重視を打ち出す団体も現れ、1909年には「保護を要する児童に関するホワイトハウス会議」で「家族としてふさわしい状況や子どもに安全な家庭を作れない場合を除き、どんな子どもも家庭から離されてはならない。」という有名な声明が発表されるに至った。

20世紀半ば頃までには、親を援助することにより子どもの安全を促進させるという考え方が広まり、社会保障法に基づく児童扶養手当などの経済的援助も制度化された。しかし、家庭から引き離される子どもが消滅したわけではなく、児童福祉資金の大部分が里親支援のために支出されたこともあって、在宅家庭に対する虐待予防等を目的とした子育て支援のための予算はあまり組まれなかった。

1960年代に入ると小児科医のヘンリー・ケンプが発表した「被殴打児症候群 (Battered Child Syndrome)」をきっかけにして子どもを故意に傷つける親の問題がクローズアップされるようになり、1974年の「子ども虐待防止および処遇法」成立以降は各州で通告義務法が制定され、CPSには児童虐待容疑の調査を行うことが求められるようになった。これにより虐待通報も急増し、家庭から離される子どもの数も激増したが、このことは連邦予算の逼迫を招く結果となり、不必要な親子分離を防止するとともに分離された場合の親子再統合を促進するための「養子縁組補助および児童福祉法」や「家族維持・支援法 (後に、強力で安定した家族援助法に改名)」などが相次いで成立した。しかし、アメリカでは他の多くの国より貧困児童の数が不釣り合いに多いため、虐待を予防するための子育て支援に十分な資金を拠出することが出来ず、結果的に虐待通報件数が増え続け、親子分離される子どもの数も増え続けるという悪循環に陥っている。

このように、アメリカでは子育て支援が充実していないため児童虐待が発生した場合の事後的対応に追われざるを得ないという状況に陥っているのであるが、原田はその背景にアメリカの自由主義的家族観が存在するとしている¹²⁾。この原田の考え方を筆者なりに整理するとすれば「自己責任の原則 + 必要最低限の国家介入主義 = 事後的対応」ということになる。すなわち、アメリカでは建国初期の開拓者精神に象徴されるごとく一生懸命に頑張る「自分の身は自分で守る」ことこそが美しく、自分の身を守れないのは能力が欠

如しているなど自分自身の責任であり、自分の持つ力を最大限に発揮することができるよう政府の規制や介入は最小限に抑えるべきであって、手を差し伸べるのは個人の力だけではどうにもならなくなった後でよい、とする考え方である。わが国は、児童虐待対策を進めるにあたってアメリカから既に多くを学んでいるが、筆者は、小泉政権の構造改革以降、このアメリカの自由主義的傾向に大きく影響された福祉システム再編成に拍車がかかっているような気がしてならない。

では次に、アメリカ児童虐待対応システムの内容を原田の著書に沿って概観し、特に裁判所がどのように関与しているのかについて整理しておきたい。

3) アメリカにおける児童虐待対応システムの概要

アメリカでは、児童虐待の通報は警察に対しても行われるが、基本的には前述のCPSに対して行われる。CPSは各州に置かれた行政機関であり、わが国の都道府県及び政令指定都市に必置の行政機関である児童相談所と同様の機関と考えて良い。つまりアメリカにおいても、児童虐待 (もしくはその疑い) が一般住民等によって発見された場合の最初の連絡先は、わが国と同様に福祉の支援を担当する行政機関ということになる¹³⁾。通報を受けたCPSは、通報の内容を検討して実際に現地調査を行うかどうかの判断 (スクリーニングという) を行い、調査が必要と判断された場合は、例えばミシガン州であれば24時間以内に子どもの安全を目視確認しなければならないとされており¹⁴⁾、初期対応の仕組みも概ねわが国と同様になっている¹⁵⁾。

しかし、その後の対応システムはわが国とは大きく異なり、裁判所や警察などの司法機関が、どのような場合、どの範囲まで、どのような形で関与するのか、といったことが明確にされている。その中でも裁判所の果たす役割は非常に大きく、虐待が行われていると考えられる家庭への立入調査や親子分離の判断から、施設入所や里親委託の必要性判断と決定、子どものケアプラン策定、親子再統合の可能性判断や親権の終了までといった、児童虐待対応のあらゆる段階で関与する仕組みになっているのである。

アメリカでは、児童虐待に関与する裁判所は、プロバート・コート (Probate Court)、家庭裁判所 (Family Court)、少年裁判所 (Juvenile Court) など、州や郡によって異なっており、カリフォルニア州

ロサンゼルス郡のように児童虐待専門の裁判所を設けている場合もあるということである。また、裁判所において審理や決定をする職種はわが国では通常は裁判官であるが、アメリカの実務においては、基本的には法曹資格を持っている「レフェリー（Referee）」と呼ばれる職種のものが裁判官から任命されて、緊急一時保護の決定、予審、公判、再審査、親権終了など、児童虐待に係る法手続の全てに関与することが多いようである¹⁶⁾。また、例えば緊急に子どもを家庭から分離する必要がある場合の決定などは、申し立てたその日に、しかもその場で決定書が交付されるなど、非常に迅速に処理されるとのことである¹⁷⁾。

ではここで、児童虐待に関しアメリカの裁判所がどのように関与しているのかを対応手続きの流れに沿って整理し、わが国の司法関与状況と比較してみる(表1)。

これを見ると、アメリカでは裁判所の関与する範囲が幅広く、しかも開始から終了に至る全ての節目において重要な決定に関与しているのに対し、わが国の裁判所の関与は「1 保護者宅への臨検・捜索許可状の発行」「2 親権者の同意が得られない場合の施設入所の承認」「3 施設入所措置解除後の都道府県への指導勧告」「4 親権者に対する親権喪失宣告」の四つであり、しかも「4」を除いて保護者に対し直接的に働きかける仕組みにはなっていないことがわかる。アメリカがこのようなシステムを整備した目的は、基本的には当事者以外の第三者が公平な立場で、なおかつ保護者の権利擁護をも視野に入れつつ客観的にジャッジメントを行おうとするところにあるのだが、児童虐待対応システムのあり方を考える場合に重要なことは、「法律システム」を整備し「対立関係の外在化」を実現する

表1 各介入段階における日米の裁判所関与状況の比較

	アメリカ（ミシガン州）	日 本
調査の段階	1 保護者に対する出頭命令の発令 →CPSのワーカーが虐待の疑われる保護者に接触して調査協力を要請しても不可能な場合に申し立てを行うことができ、相当な理由が立証されれば、命令書はその場で交付される。 2 保護者宅への立入調査命令の発令 →CPSのワーカーは、上記の出頭命令に応じない場合や直ちに住居への立入調査が必要な場合に申し立てを行い、相当な理由が立証されれば令状がその場で交付され、住居には警察官が同行し、施錠の強制解除が必要な場合も警察官が執行する。	→虐待が疑われる場合、児童相談所による家庭への立ち入り調査が保護者等によって正当な理由なく拒否されたときは50万円以下の罰金に処すことができる他、都道府県知事は保護者に対して出頭を求めることができる。 1 保護者宅への臨検・捜索許可状の発行 →都道府県知事が発した再度の出頭要請に応じない場合は、あらかじめ家庭裁判所又は簡易裁判所が発する許可状をもって当該住居に立ち入り臨検・捜索をすることができる。ただし、施錠の強制解除は児童相談所が行う。
	3 緊急一時保護の判断と決定書の交付 →調査の結果「深刻な身体的障害」の存在が明らかになるなど親子分離の必要性が認められれば、CPSワーカーは緊急一時保護の必要性等について裁判所の判断を仰がねばならず、裁判所は緊急一時保護が必要と判断したらその場で決定書を交付する。 4 予審における一時保護継続の必要性判断 →緊急一時保護の実施後原則として24時間以内に児童保護事件としての申し立てと緊急一時保護の継続を認めるか否かを判断するための予審が開かれることになっており、CPSワーカーはその必要性を証明しなければならない。なお、この段階で保護者が虐待の事実を認めてしまえば公判には至らない。 5 公判における虐待事実の認定 →保護者が虐待を認めない場合、虐待事実の認定は裁判所における公判で審理されることになっている。その場合、CPSワーカーは虐待を裏付ける証拠を提示しなければならない。保護者にも弁護士が付けられ、事実関係を争うことができる。	→調査の結果、一時保護が必要であると児童相談所が判断した場合、児童相談所は親の同意や裁判所の決定を要することなく独自に判断して、職権により一時保護を決定し、実施できる。 →一時保護の期間は、児童福祉法第33条により二月を超えてはならないとされているものの、必要があれば裁量により延長することができ、その適否の判断について裁判所は関与しない。 →保護者の行為が虐待にあたるか否かを判断するのは、児童福祉分野で最も専門性が高いとされている児童相談所の、いわば専権事項である。 →施設入所の必要性も児童相談所が独自に判断するが、実施には親権者の同意が必要であるため、話し合いにより説得するという作業を行う。 2 親権者の同意が得られない場合の施設入所の承認 →親権者が施設入所に同意しない場合、児童相談所は家庭裁判所に申し立て、その承認を受けて施設入所の措置をとることができる。

支 援 の 決 定 ・ 実 行 ・ 評 価 ・ 終 結 の 段 階	<p>6 処遇ヒアリングにおける支援内容の決定とその後の定期的ヒアリングによる進捗状況のモニター</p> <p>→フォスター・ケア（基本的には里親委託だが、施設入所も含まれる）や親子再統合の支援プログラムにつき、裁判所は福祉機関が作成した支援計画をヒアリングしてその適否を判断し、計画が適切であれば保護者に対しても計画の遵守を命令するとともに、その後の支援の進捗状況や終結に関しても、裁判所が定期的なヒアリングに基づき審査することになっている。</p> <p>7 親権終了の決定</p> <p>→重篤な性的虐待や、再統合支援を実施しても改善が見られない場合、保護者の親権はほぼ自動的に消滅するが、その決定は裁判所によって行われる。</p>	<p>→支援内容は基本的に児童相談所の裁量により決定・実行され、終結の判断も同様である。児童福祉法第27条第1項第2号の指導措置が決定された場合、保護者が指導に従わないときは、都道府県知事は保護者に対して指導を受けるよう勧告することができるが、裁判所は関与しない。</p> <p>3 施設入所措置解除後の都道府県への指導勧告</p> <p>→「2」の施設入所措置を解除して家庭引き取りになった後、環境調整等のために引き続き保護者に対する指導が必要な場合、家庭裁判所はその旨を都道府県に勧告できる。</p> <p>4 親権者に対する親権喪失宣告</p> <p>→「2」の勧告に従わない場合も含めて保護者の親権行使が著しく当該児童の福祉に反するときは、児童相談所は家庭裁判所に対して親権喪失宣告の請求を行うことができる。</p>
---	---	--

※ アメリカについては、原田綾子著『「虐待大国」アメリカの苦闘』ミネルヴァ書房、2008年、の記述を基に筆者が要約・作成した。

ことによって、福祉機関が本来の役割である福祉的支援に専念しやすくなる環境が整えられるという点である。

福祉相談の端緒は、何らかの理由で円滑な社会生活の遂行が困難になり自分自身や家族などの力だけでは解決できずに困った結果、第三者の力を借りて解決しようと自らの意志で専門職を訪れる、というのが基本的な姿といえる。ところが、児童虐待の場合には自ら相談の意志を持って専門職を訪れるケースはむしろ少なく、第三者が虐待もしくは虐待の疑いを発見して専門機関に通報した結果、当事者の主体的な意志とは無関係に福祉専門職が「勝手にやって来る」という形で最初の出会いを迎えざるを得ないことのほうが多い。つまり、この場合の福祉専門職はいわば「招かれざる客」であり「マイナス面を暴きたてる恐い人」なのである。このような立場に置かれれば、人は心を開いて相談するどころか拒絶するほうが自然であろう。しかも、このような出会いをせざるを得なかったにもかかわらず、虐待の背景にある心理・社会的問題を解決するため福祉専門職は保護者と信頼関係を形成して一緒に歩いて行かねばならない。鈴木が「矛盾する2つの役割、機能」と表現したこの二律背反は、わが国のみならず児童虐待に対応する福祉専門職が抱える根本的な問題なのであり、二つの役割・機能を分担すべきと考えるのは必然的な流れといえる。だからこそ、司法機関である裁判所が福祉的支援を行うときの根拠や基本的枠組みを提示する役割を担う必要があるのであり、そのことによって矛盾する役割・機能のジレンマから解放されるのではないかと考えられるのである。

その場合、アメリカのシステムにおいて特に重要と考えられるのは「4 予審における一時保護継続の必要性判断」および「5 公判における虐待事実の認定」そして「6 処遇ヒアリングにおける支援内容の決定とその後の定期的ヒアリングによる進捗状況のモニター」であると考えられる。それは、特に自身の行為が虐待であると認識できない保護者との関係において「対立関係の外在化」を達成し、福祉機関が支援に専念するための基本的な枠組みを形成するためには、法律に基づいて保護者の行為が虐待であるか否かのジャッジメントを行い、福祉機関が策定した支援計画を客観的に審査し支援を受け入れるよう命令するなど、裁判所が保護者に対して直接的に強制力を発動することのほうが効果的であると思われるからである。

しかし、このような法律システムに基づく強制力の発動は、あくまでも福祉専門職と保護者が共に歩むための枠組み作りを目的にすべきであるという点に留意しなければならない。すなわち、親とのパートナーシップ形成を促進する手段として強制力を伴う法律システムを機能させる必要があるということである。

ところが、2007年5月に改正され2008年4月から施行されている「児童虐待の防止等に関する法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」によって、児童虐待のおそれがある場合、都道府県知事は当該児童の保護者に対して出頭を求めることができ、出頭に応じない場合は立ち入り調査を実施し、児童の保護者が正当な理由なく立ち入り調査を拒否した場合は50万円以下の罰金に処することができるほか再度出頭を求めることができ、なおかつ保護者が出頭に応じない場合は裁判所

が発行する許可状の交付を受け施錠を強制解除するなどして強制的に居宅を臨検・捜索できることとなった。さらに、都道府県知事は保護者に指導を受けるよう勧告できる、勧告に従わない場合には強制的な施設入所措置をとることができる、施設入所や一時保護が実施されている児童について必要があると認める場合、児童相談所長および施設長は保護者の児童との面会・通信を制限することが出来る、これらが制限されている保護者に対して必要があると認めれば当該児童につきまってはならないことを命令できる、等も可能になっている。これらは、裁判所関与の強化ではなく行政機関の司法的権限を強化した点で大いに問題であり、あきらかにパートナーシップの形成に逆行するものといわざるを得ない。

その点、イギリスの児童虐待対応システムは1989年児童法に見られるとおり親とのパートナーシップを重要視して構築されており、わが国が児童虐待対応システムを整備する上で参考にし得ると思われる。以下では、この親とのパートナーシップに焦点を当ててイギリスのシステムを概観することにしたい。

3 親とのパートナーシップ

～イギリスにおける当事者参加

イギリス¹⁸⁾においては、2002年度に通告された虐待ケースは約56万9400件¹⁹⁾であり、保護が必要であると判断された子どもは約5万9700人²⁰⁾である。この数字は、同年度にわが国の児童相談所が対応した児童虐待件数の約24倍に相当するが、イギリスの人口がわが国の約半分であり、さらにわが国のように一般国民の通告が義務付けられておらず²¹⁾、しかもアメリカのような専門職の通告義務違反に対する罰則も存在しないことをも考え合わせれば非常に高い割合であるといえる。このことから、医師や教師など子どもに関わる専門職が子どもの福祉に関する問題を発見した場合は積極的に通報することが一般化しているものと考えられるが、そのような対応が定着するまでにはそれなりの歴史的経過が存在したのである。

ここでは、田邊泰美の著書²²⁾に沿いながらイギリスにおける児童虐待対応の歴史を簡単に整理しておく。

1) イギリスにおける児童虐待対応史の概要

イギリスにおいては、19世紀の半ば過ぎまで親の養

育に関して政府が介入するということはほとんどなかった。むしろ、コモン・ローにおいて親は相当な範囲で子どもを懲戒することが認められており、遺棄の場合も含めて子どもを死亡させる程の重い傷害を負わせない限り暴行罪にも問われなかった。つまり、懲戒権を含む親権は法律によってしっかり守られており、人々の間にもそれを当然であるとする意識が伝統的に存在していたといえる。

このような意識に変革がもたらされるきっかけとなったのは、アメリカのSPCCに影響されて1889年に設立された全国児童虐待防止協会（National Society for Prevention of Cruelty to Children：以下NSPCC）²³⁾であり、同年の児童虐待防止保護法の成立である。やがて、自分で自分の身を守ることができない未成年者は最終的には国王（すなわち組織体としての国家）が親代わりとなって保護責任を有するというパレンス・パトリエの考え方が一般にも浸透するようになったが、20世紀中頃までのイギリスではNGOであるNSPCCが児童虐待ケースの調査・介入を事実上一手に引き受けており、地方自治体の関与は中心的ではなかった。また、この頃の児童保護の基本的な考え方は子どもを劣悪な環境から引き離して代替家庭を与えることが中心であり、家族を支援して家庭崩壊を予防するといったことはあまり重視されなかった。

その後、1945年のデニス・オニール虐待死事件をきっかけに初めての政府による公式調査が行われ、1946年のカーティス委員会報告を経て1948年児童法が成立し、児童保護に関する地方自治体の行政責任が明確化された。また、親子分離された子どもの家庭復帰促進も地方自治体の義務とされ、子育てにおける家族の役割を重視する方向が志向されたが、家庭崩壊の予防介入には大きな進展は見られなかった。

1960年代に入ってから家族支援を重視する児童少年法の成立などが見られたが、アメリカのケンブ医師らによる児童虐待の再発見、および1974年のマリア・コルウェル虐待死事件と事件の公的な調査報告書公表などを契機として1975年児童法により地方自治体の権限が強化され、家庭への強制的な介入や親子分離、里親委託、養子縁組が積極的に活用されるようになった。その後、1980年の児童ケア法によって地方自治体による家庭復帰への努力が優先するとされたものの、地方行政当局による親子分離と代替家庭の提供は増え続け、この傾向は1984年のジャスミン・ベクフォード虐待死事

件でソーシャルワーカーが国民からの厳しい批判にさらされて以降、さらに拍車がかかった。

このように、イギリスにおける児童虐待対応の歴史は「支援」と「介入」のはざまで揺れ動いた歴史ともいえるが、この二つの方向性の矛盾が噴出したのが、性的虐待の疑いに基づく強制分離と家族の共同性とが鋭く対立した1987年のクリーブランド事件である。すなわち、子どもを虐待から守ることを重視するあまり家庭からの強制分離を多用することは多くの崩壊家族を作り出すことにつながるとの反省から両者のバランスをとることが要請されたのである。1989年児童法はこの難問に挑戦し、保護者と地方自治体との共同子育て、すなわち親とのパートナーシップという理念を前面に打ち出すこととなったのである。

2) 1989年児童法の理念と政府ガイドライン(1999年)に見るパートナーシップの概要²⁴⁾

現在のイギリスにおける児童保護システムの基盤になっているのは1989年児童法である²⁵⁾。また、児童虐待に携わる関係諸機関の対応マニュアルである1999年の政府ガイドライン(以下、ワーキング・トゥギャザー、1999)により詳細な手順が示されている。

まず、1989年児童法の基本理念である「社会的共同子育て」についての田邊の要約²⁶⁾を引用すれば以下のとおりである。

- ①子の福祉を最優先して考慮するという前提の下で、子は家族の中で養育を受けるのが最善であり、それが可能となるよう地方自治体は支援する。
- ②何らかの理由で家族から離れて地方自治体の育成を受ける場合、地方自治体は親との話し合いによる合意を優先する。
- ③それが不可能で裁判所命令により親子が強制的に引き離されても、親は地方自治体のパートナーとして何らかの方法で子育てに参加できるよう支援される。
- ④子の福祉に反しない限り、速やかに家庭復帰できるよう努める。

これらを見ると、保護者と行政機関(言い換えれば福祉専門職)とが共に歩んでいくという考え方が明確になっていることが分かるが、この考え方は「1989年児童法では、子に関するあらゆる決定において、子の年齢と理解力に応じて、彼(女)らの希望や感情そして思いや意見を尊重することが明確にされた。」²⁷⁾ こととも相まって、イギリスで児童法が成立した年と同

じ1989年に国連が採択した「児童の権利に関する条約」の考え方とも通底しているように思われる。

もう一つ、1989年児童法の理念に関して重要な点は裁判所の役割である。これについて田邊は「裁判所命令が発令される場合には、その内容に裁判所は積極的に関与し親への指導や行動制限を指示することができるようになった。強制命令が発令された場合、子の居住場所や親との交流をめぐって親とソーシャルワーカーが対立し、親への支援が度々困難になることがある。親とソーシャルワーカーの希望や意見を勘案し裁判所が判断を下すことで、両者の関係に軋轢が生じないよう配慮された。」²⁸⁾ と述べているが、これは、筆者が主張する「親とのパートナーシップ形成を促進する手段として強制力を伴う法律システムを機能させる」という考え方を実現する方法であるように思われる。

次に、ワーキング・トゥギャザー、1999であるが、その具体的な内容に触れる前に、この政府ガイドラインとして示された関係諸機関の対応マニュアルが持つ意義や目的について若干の説明をしておく必要がある。

ワーキング・トゥギャザーは、その「協働」という名前が示すとおり、児童虐待に限らず発達障害や非行などをも含めた子どもの福祉的ニーズを満たすために関わりを持つこととなる保健・医療・福祉・教育・司法といった関係諸機関が共に手を携えて仕事をする上で必須のマニュアルであり、どのような場合に、どのような機関が、どのような判断基準に基づいて、どのような関わりを、どの程度の範囲で責任を持って行うのかが示されているほか、どのような時系列的手順・段取りを踏めばよいかについてもフローチャートで示されている。法的な枠組みとしては、「ガイドライン」という性格上完全な意味での法的拘束力を持つものではないが、基本的には1970年の地方当局・社会サービス法により全ての地方当局が従うべき義務を負っており²⁹⁾、専門職等がこのマニュアルに基づいて具体的な行動をとることができるよう研修も行われている。

本稿で取り上げるワーキング・トゥギャザー、1999は、正式には「Working Together to Safeguard Children, 1999, HMSO」といい、1989年児童法成立後に提示された「Working Together Under the Children Act 1989, 1991, HMSO」を改定したものである。ただ、最初の政府ガイドラインは1988年発行の「Working Together A Guide to Arrangements for Interagency Co-operation for the Protection

of Children from Abuse, DHSS and Welsh Office, HMSO」であり、この1988年版で既に「協働」の目的や意義について「児童虐待防止の協働活動に関係する全機関に対し指針を示すことである。」「一つの機関がリスクのある児童に関与していても、それらの情報は他の機関と共有することが必須である。」と述べられている³⁰⁾等「協働」に対する意識の高さが伺われる。

では、この「機関同士の協働マニュアル」の中に「親とのパートナーシップ」はどのような形で盛り込まれているのであろうか。ワーキング・トゥギャザー、1999には、初期介入の段階から親への情報提供や親の

意見表明権などに配慮する記述が随所に見られるが、最も特徴的なのは子どもと家族に対する専門職のアセスメントが終了した後ケアプランを策定するために招集される「子ども保護会議」³¹⁾への当事者の参加であると筆者は考えている。そしてこのことをより鮮明にするためには、わが国のマニュアルである「児童相談所運営指針」および「子ども虐待対応の手引き」と比較することが効果的であると思われる。そこで以下では、援助方針を決定する段階における当事者参加の違いに関し、それぞれの記述に沿って比較を試みる。

表2 援助方針決定段階における日英の当事者参加状況の比較

イギリス	日本
<p>【ワーキング・トゥギャザー,1999】</p> <p>→「子ども保護会議」とは、アセスメントによって収集した情報を基に、子どもの虐待の程度や危険性、親の養育能力などを総合的に判断し、家族と一緒に今後のケアプランを策定するための会議である。</p> <p>→基本的な出席者が定められている。ちなみに、政府ガイドラインにおける基本的な出席者は以下のとおりである。</p> <p>①家族メンバー（同居の核家族のみならず叔父・叔母などの拡大家族を含む。子どもが希望すれば子どもの出席機会も保障されるし、親の友人なども同様である。）</p> <p>②子どもと家族に関するアセスメントを実施した地方自治体のソーシャルワーカー</p> <p>③現在および過去の里親</p> <p>④小児科医、教育スタッフなど子どもにかかわる専門家</p> <p>⑤子育て支援サービス関係者など親に関わる専門家</p> <p>⑥警察などの捜査機関</p> <p>⑦NSPCCなどの民間機関</p> <p>→通常、親には出席要請がなされるが、何らかの理由で出席が難しい場合は、地方自治体には親が出席できるよう支援する責任がある。</p> <p>→親の出席が子の福祉に反するなどの場合は出席を拒否することが出来るが、その場合も明確な基準に基づく必要がある。</p>	<p>【児童相談所運営指針－2008年3月14日改訂版】</p> <p>→「第3章第6節 援助方針会議」において「(3) 援助の決定に当たっては、特別な場合を除き、子どもや保護者の意向を尊重するとともに、子どもの最善の利益の確保に努める。」</p> <p>「(5) 援助方針会議は措置部門の長が主宰し、原則として週1回定期的に開催し、児童相談所長、各部門の長、事例を担当した児童福祉司、児童心理司等の事例担当者等が参加し、多角的・重層的に行う。」と記載されているが、子どもや保護者の参加に関する記述は一切存在しない。</p> <p>【子ども虐待対応の手引き－2007年1月23日改訂版】</p> <p>→「第6章第3節 (6) 援助指針と子ども、保護者の参加」において「児童相談所が援助指針を決定するに当たっては、事前に保護者に十分説明を行い、その意向を確認することは当然のことであるが、援助指針はあくまでも児童相談所長が決定するものである。しかし、問題解決の主体は子どもやその保護者であり、子どもや保護者の主体性、自発的な努力を尊重していくことが問題解決に有効である。このため、児童相談所と子ども、保護者の間で当面取り得る方策を検討し、それを書面等で確認する作業を行い、その書面の実行を援助指針に盛り込むなどの工夫もなされてよいのではないかと考えられる。」と記載されているが、会議への出席を認める記述は存在しない。</p>

※イギリスについては、峯本耕治著「子どもを虐待から守る介入手法」明石書店、2001年、および、田邊泰美著「イギリスの児童虐待防止とソーシャルワーク」明石書店、2006年、の記述を基に筆者が要約・作成した。

これを見ると、ワーキング・トゥギャザー,1999においては子どもや保護者だけではなく警察やNSPCCなど民間機関の出席も想定されている等、まさに「皆で子どもにとっての最善の方法を検討する」という仕組みになっているのに対し、わが国においては児童福祉に関し最終責任を負っている児童相談所こそが援助方針を決定する権限と責任を持っているとの考えに基づき、子どもや保護者のみならず、他の関係機関も最終的な意思決定の場に参加しない(できない)仕組みになっていることが分かる。確かにパートナーシップの具体的内容は「出席」に限定されるものではないし、わが国のマニュアルにも「子どもや保護者の意向を尊重する」「児童相談所と子ども、保護者の間で取り得る方策を検討し、それを書面等で確認する」など子どもや保護者の意向確認の重要性や意向反映の具体的手段に言及する等「参加」への工夫も見られている。しかし、解決志向パラダイムの『「クライアントは自分が置かれている状況の専門家であり、自分の生活を改善する方法を知っている」という哲学³²⁾』からも示唆されるように、子どもや保護者の持っている力を最大限に活用するためには専門職がその意向を仲介するだけでは不十分であり、やはり直接的な参加が必要とされるのではないだろうか。また、そうすることによって、保護者の心の中に「自分が出席して決定したことなのだから遵守すべきである」との責任感を醸成することも可能になると考えられるのである。

しかし、このような当事者参加によるパートナーシップの実現は、法律システムに基づく強制力の発動によって実効性が担保される側面があることに留意すべきである。それは、例えば自身の行為を虐待であると認めることが出来ない保護者については、今後に関して専門職等と話し合うためのテーブルにつくべき旨を、法律に基づき裁判所によって命令されることが必要になる場合があると考えられるからである。すなわち、パートナーシップの形成は法律システムに基づく枠組みを必要とするということであり、このような点にこそ「介入」と「支援」のバランスをとることの意義や必要性が存在するといえるのである。

4 考察

以上、アメリカおよびイギリスとの比較において、わが国児童虐待対応システムが抱える課題を見てきた。

以下では、この課題を整理するとともに、今後研究を深めていくべきと考えられるファミリー・グループ・カンファレンス (Family Group Conference : 以下 FGC) についても簡単に言及しておきたい。

1) アメリカおよびイギリスとの比較に見るわが国児童虐待対応システムの課題

まず、保護者とのパートナーシップ形成を促進する手段としての裁判所関与を強化する必要があるということである。わが国の児童虐待対応システムはアメリカと比較して裁判所の関与する範囲が非常に狭く、また保護者に対して直接的に働きかける仕組みになっていないため、児童相談所をはじめとする福祉専門職は相変わらず介入と支援の狭間でディレンマを解消できず、結果として親とのパートナーシップ形成が不十分となり、子どもの安全も確保しきれないという状況に陥っている。対立関係の外在化を達成し、福祉専門職が支援に専念できる環境を整え、親とのパートナーシップ形成を促進して子どもの安全を確保するためにも、行政の司法関与を強化するのではなく、虐待の認定や親子分離の決定、専門職と話し合いのテーブルにつくべき旨を保護者に対して命令することなどにつき、裁判所が直接的に関与できる仕組みを早急に整備すべきである。

次に、パートナーシップの中核である意志決定プロセスへの当事者参加を促進する必要があるということである。わが国の児童虐待対応システムはイギリスと比較して子どもや保護者など当事者が支援内容を決定するプロセスに参加できる仕組みになっておらず、児童相談所に権限と責任が集中しているため保護者の主体的な意欲を引き出すことが不十分となり、結果として子どもの安全も確保しきれないという状況に陥っている。親の主体的な解決意欲を引き出すことができる真のパートナーシップを形成し、不必要な親子分離を避けつつ子どもの安全確保を達成するためにも、子どもや保護者のみならず児童相談所以外の関係者も参加して支援内容を話し合うことが出来る会議を裁判所の後ろ盾も含めて制度化するなど、法律的な枠組みに基づく当事者参加の仕組みを早急に整備すべきである。

ただ、その一方、わが国においてはアメリカやイギリスに比べて個人の自立的な意志に基づき物事を決定するという意識が伝統的に乏しく、児童家庭福祉領域のみならず福祉サービスの利用者は全般的に「決定さ

れる」ことに慣れてしまっている傾向があることは否めないのではなからうか。今後は、サービス利用者こそが権利の主体であるという意識を今まで以上に敷衍していくとともに、サービス内容を決定するプロセスにも主体的に参加し、そのことによって自ら責任を引き受けていく「覚悟」と「決心」を涵養していく必要があるように思う。そしてまた、専門職の側にも、今以上に利用者とともに歩んでいく「覚悟」や「決心」が必要とされることは論を待たないと思われる。

2) FGCのわが国への導入加能性と今後の課題

FGCは「1990年代に入ってニュージーランドから取り入れられた比較的新しいソーシャルワークの手法」であり「家族が子の養育プランを決める会議」³⁹⁾のことである。ニュージーランドにおいてFGCが導入された背景としては、それまでのソーシャルワーク手法だけでは先住民族であるマオリ族の子どもと家族に対する適切な支援ができないこと、親子分離による長期のフォスターケアが子どもと家族にとってマイナスに作用するとの認識が広がったこと等があげられるが、特に後者についてはニュージーランドだけでなく全世界に共通する課題であり、また、家族メンバーの主体的参加により家族を保全し子どもの安全を達成するという方法がストレングス視点やエンパワメント、パートナーシップといった現代ソーシャルワークの主要概念と親和的だったこともあって、今やアメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリアなどにも広がりを見せている等³⁹⁾最も進んだ当事者参加手法といえる。

FGCは、イギリスにおいてはワーキング・トゥギャザー、1999でも紹介され各地で試行的導入も始まっているが、田邊は「必ずしもソーシャルワークの一手法として認知されたわけではない」³⁹⁾としており、また家族メンバーだけが集まって子の養育プランを話し合う「プライベートタイム」の扱い方や、家族メンバーのペースに合わせることを重視しており時間・人手・場所の確保などに膨大な手間を必要とする場合があるなど、わが国の現状を鑑みたとき直接的な導入が可能かどうかは引き続き検討が必要であろう。ただ、家族メンバーが最終的なプランを合意するまで一緒に歩いていくことになる「コーディネーター」については、児童家庭支援センターの相談員がその役割を果たし得る可能性を秘めているようにも考えられるが、しかし、具体的な検討はあくまでも今後の課題と思われる。

註、および引用文献

- 1) 週刊「福祉新聞」第2392号（2008年6月30日付）。
- 2) この年度のみ7月1日から12月31日までの半年間の数字であり、単純に2倍すれば48例（50人）になる。
- 3) 「平成20年度 全国児童福祉主管課・児童相談所長会議」資料、pp21-22。
- 4) 同資料、pp23-27。
- 5) 児童福祉法第28条は「保護者の児童虐待等の場合の措置」として「保護者が、その児童を虐待し、著しくその監護を怠り、その他保護者に監護させることが著しく当該児童の福祉を害する場合」に児童相談所が施設入所等の措置をとることが「児童の親権を行う者又は未成年後見人の意志に反するとき」は「家庭裁判所の承認を得て措置を採る」と規定しており、わが国児童虐待対応システムにおける司法関与の仕組みは皆無ではない。しかし、この家庭裁判所の関与は、児童相談所が施設入所等の措置をとる場合に「お墨付きを得る」ためだけに行われるのであって、原田が「子どもと親は、基本的には法手続きの外に置かれている。親への支援や働きかけは児童相談所によってなされ、子どもの保護についても、基本的には、親への説得・同意というかたちで実施される。」（原田綾子著『虐待大国』アメリカの苦闘—児童虐待防止への取組みと家族福祉政策—ミネルヴァ書房、2008年、p264）と指摘するように、裁判所が親に対し直接的に指導や働きかけを行う仕組みになっていないため、保護者とのやりとりの全てを児童相談所が担わなければならない。また、2007年の児童虐待の防止等に関する法律の改正により、当該家庭への児童相談所による立ち入り調査を拒否した保護者が都道府県の出頭要求に応じない場合裁判所の許可状を得て児童の居所に立ち入ることができるようになるなど司法の関与が強化されているが、これも「深刻な虐待のケースであっても、児童相談所は原則として『援助→当事者の自発的協力』という枠組みの中で、問題の解決に取り組むことになる。そして、家庭裁判所の関与のあり方も、この『援助→当事者の自発的協力』という関係を前提としている。」（原田の前掲書、p263）と指摘されているように、家庭裁判所が親に対して直接的に関与する仕組みではないため、児童相談所が全ての働きかけを行うという従来の枠組みは全く変わっていない

- いのである。
- 6) 鈴木浩之『『子ども虐待』への保護者参加型支援モデルの構築を目指して一児童相談所における家族再統合についての取り組みー』日本社会福祉学会『社会福祉学第48巻第3号』、2007年、p79。
 - 7) 同上、pp81-82。
 - 8) 原田の前掲書、p2。
 - 9) 四方耀子、増沢高、大川浩明「平成15年度研究報告書『アメリカにおける児童虐待の対応視察報告書』子どもの虹情報研修センター、2004年、p1
 - 10) わが国の児童相談所における虐待対応件数(相談処理件数)は厚生労働省の報道発表資料による。
 - 11) インサー・キム・バーグ/スーザン・ケリー著、桐田弘江・玉真慎子・住谷祐子・安長由起美訳「子ども虐待の解決ー専門家のための援助と面接の技法ー」金剛出版、2004年、pp25-32。
 - 12) 原田の前掲書、pp225-239。
 - 13) 児童福祉法第25条は「要保護児童を発見したものは、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。」と、虐待を受けているなど保護を必要とする児童を発見した場合の国民の通告義務(但し、通告義務違反に対する罰則はない)を定めているが、その通告先はいずれも福祉的支援を担当する行政機関となっている。また、児童虐待の防止等に関する法律第6条にも全く同様の規定がおかれている。
 - 14) 原田の前掲書、p26。
 - 15) わが国においても、児童相談所運営指針により「48時間以内」「子どもを直接目視」と定められている。
 - 16) 原田の前掲書、p52。なお、わが国においては、児童虐待に係る司法手続はその全てについてまず家庭裁判所で取り扱い、家庭裁判所の決定に対して不服がある場合に、高等裁判所への控訴や最高裁判所への上告をすることになる。
 - 17) 原田の前掲書、pp46-47。なお、少年の保護事件に関して監護の措置をとるにあたり、わが国の少年法はその第17条第2項で「同行された少年については、監護の措置は、遅くとも、到着の時から二十四時間以内に、これを行わなければならない。」と規定しており、観護の措置をとるために審判が必要であることを考えれば、わが国においても即日という迅速な決定を行うことは実務的にもあり得るし、筆者自身も過去の実務場面で実際に経験した。
 - 18) イギリスの正式名称は「グレート・ブリテンおよび北アイルランド連合王国(the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)」であり、基本的にはイングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランドの四つから成っているが、本稿ではイングランドのことを「イギリス」と表記することとする。
 - 19) 桐野由美子編著、石川洋明著「子どもの虐待防止とNGOー国際比較調査研究」明石書店、2005年、p162。
 - 20) 同上、p164。
 - 21) 同上、p154。
 - 22) 田邊泰美著「イギリスの虐待防止とソーシャルワーク」明石書店、2006年、pp42-201。
 - 23) イギリスの児童虐待防止協会は1883年にリバプールで設立されたものが最初であり、その後ブリストルやバーミンガムにも同様の団体が設立された後、1884年にロンドンでも設立されるに至り、1889年になって分散していた組織を統合した全国組織が設立されるに至った。この間の詳細については田邊の前掲書を参照いただきたい。
 - 24) イギリスでは、2000年に発生し2003年に調査報告が公表されたビクトリア・クリムビー虐待死事件を契機にして、2003年に政府のグリーンペーパー「一人ひとりの子どもが大事」およびガイドライン「子どもに虐待の疑いがある場合の対処法」が出され、それに基づいて活動マニュアルも改訂されており、1999年のガイドラインに基づく対応手順は使用されなくなっている(桐野と石川の前掲書、p160)。そして、2004年には新しい児童法が制定されるなどイギリスにおける児童虐待対応システムは大きな変革の最中にあり、これにより「『介入と支援』の介入の強化の方向に、振り子がゆれた」とする指摘(小林美智子、松本伊智朗編著「子ども虐待 介入と支援のはざまー『ケアする社会』の構築に向けて」明石書店、2007年、p98)もなされている。しかしその一方、「この点の評価は、実施後間もないこともあって、現時点では難しい」(小林と松本の前掲書、p97)との指摘も見られるなど、2004年児童法と新しいガイドラインに基づく活動手順について詳

細に述べることは現段階では時期尚早であると思われる。さらに、前述のグリーンペーパーで示された2004年児童法にも盛り込まれた「子ども保護制度は全般的な子ども施策から切り離されてはならない。」および「普遍的なサービスのなかに重点を絞ったサービスを位置づける。」という基本的な考え方は1999年ガイドラインを踏襲しているとの指摘もなされている（小林と松本の前掲書、p95）。従って本稿では、1989年児童法とそれに基づく1999年の政府ガイドラインに見られる考え方や制度的枠組みを手がかりに、イギリスのパートナーシップのあり方を見ていくこととしたい。

- 25) 桐野と石川の前掲書、p154。
- 26) 田邊の前掲書、p206。
- 27) 同上。
- 28) 同上、p207。
- 29) 峯本耕治著「子どもを虐待から守る制度と介入手法ーイギリス児童虐待防止制度から見た日本の課題」明石書店、2001年、p13。
- 30) 田澤あけみ著「20世紀児童福祉の展開ーイギリス児童虐待防止の動向から探る」ドメス出版、2006年、p228。
- 31) この表記は峯本の前掲書の記述に準じている。一方、田邊は「児童虐待防止ケース会議」と表記している。
- 32) インスー・キム・バーグとスーザン・ケリーの掲書、p52。
- 33) 田邊の前掲書、p375。
- 34) この部分は、マリー・コノリー／マーガレット・マッケンジー著、高橋重宏監訳「ファミリー・グループ・カンファレンスー子ども家庭福祉ソーシャルワーク実践の新たなモデル」有斐閣、2005年、の記述をベースに筆者が要約・加筆した。
- 35) 田邊の前掲書、p375。

静岡県における老人福祉施設の情報利用に関する最終報告

岩 井 宏

The Final Report on Computerization in Aged Health Care and Welfare Facilities in Shizuoka Prefecture

Hiroshi IWAI

要 旨：情報社会にあって、老人福祉施設の情報化も進展してきている。それにともない、情報化を行うための問題点も多くなってきている。基本的なアプリケーションやコンピュータ操作をおこなうことは当然の資質であり、セキュリティの問題、トラブル対処の問題などに対応できるシステムアドミニストレータ的な人材を必要としてきている。本論は、平成16年から平成19年の4年間にかけて実施した、静岡県下の老人福祉施設の調査結果の最終報告である。

1. はじめに

高度情報社会の中にあって老人福祉施設（以降福祉施設と記述）や様々な福祉施設においてもITの導入とITの積極的な活用がされてきている。たとえば福祉施設における介護福祉士やケアマネージャによる入所者や利用者の日々の介護の記録やアセスメント、アセスメントの継続的な情報管理などである。

情報化白書に関連して平成18年度の厚生労働白書¹⁾では、福祉に関連したITについて次のような記述がある。「介護・福祉分野においては、高齢者や障害者等の自立支援や福祉サービスの質の向上を図るため、

ITを活用した生活支援機器の開発、在宅就労の支援に取組んでおり、関連する国家資格に係る養成課程におけるIT情報教育の導入等の検討を開始することとしている。また、介護サービスの高度化や質の向上、介護予防に一層効果的に介護保険レセプトデータを活用することとしている。」

福祉施設に限らずIT化は、コンピュータやコンピュータシステムを導入することだけではなく、業務の効率化や、無理・無駄な業務の発見とそれに対する業務改善意識改革をもすすめるツールともなっている。またITの利用・活用は施設の戦略的な経営を進めていく

表1 アンケート回収状況

施設の種類の	施設区分	H16			H17			H18			H19		
		送付数	回収数	回収率	送付数	回収数	回収率	送付数	回収数	回収率	送付数	回収数	回収率
養護老人ホーム	入所				26	19	73.1%	27	18	66.7%	26	21	80.8%
特別養護老人ホーム	入所	53	30	56.6%	126	77	61.1%	128	71	55.5%	129	72	55.8%
軽費老人ホーム	入所				25	14	56.0%	26	11	42.3%	25	15	60.0%
有料老人ホーム	入所				26	10	38.5%	24	9	37.5%	25	10	40.0%
老人福祉センター	利用				53	23	43.4%	51	30	58.8%	49	23	46.9%
在宅介護支援センター (地域包括支援センター 含)	利用				61	24	39.3%	61	24	39.3%	64	25	39.1%
老人デイサービスセンター	通所				150	65	43.3%	144	47	32.6%	143	54	37.8%
合計		53	30	56.6%	467	232	49.7%	461	210	45.6%	461	220	47.7%

ツールともなりえる。実際には、アンケート結果からも明確のように施設によりITの認識は異なっており、また記述式アンケートの中には同じ施設内であってもIT利用の考え方が異なり協力体制が困難という意見もある。このITに関する認識の違いは、施設経営の成果の評価にもつながってくると思われる。

本調査は平成16年～19年の4年間にわたり実施し報告⁽²⁾⁻⁽⁴⁾を行ってきた。この期間確実に施設におけるIT化は進展し、必要な人材像も変化をみせた。本報告書をもって4年間の最終報告としたい。

2. 調査の概要

社会福祉施設には児童福祉施設や身体障害者更正援護施設、知的障害者援護施設、老人福祉施設などがある。老人福祉施設は老人福祉法で定められた施設であり、入所施設、通所施設、利用施設の区別がある。本調査は、静岡県内の老人福祉施設を対象に調査を行った。回収状況を表1に示す。調査期間は平成16年～平成19年であり、毎年5月中旬から6月下旬に行っている。4年間の平均回収率は48%である。有料老人ホームはこのアンケートでは入所施設として集計している。

3. 調査報告

3.1 調査対象の施設の規模

調査対象の施設の規模は、入所施設の定員数のみが集計可能であった。図1に定員数の推移を示す。4年間の調査ともに施設の定員数が1～50名が45%程度、51～100名が45%程度と4年間同程度の規模の施設からアンケートの回答をもらっている。

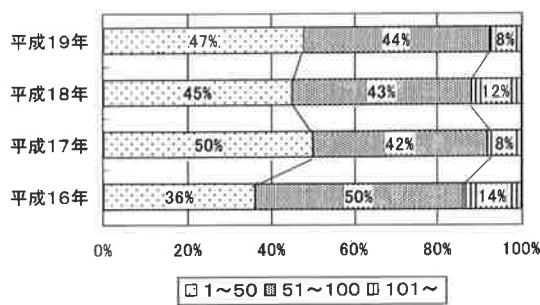


図1 入所施設の規模の推移

3.2 コンピュータの導入時期

図2に平成19年度の調査結果のコンピュータの導入時期を示す。アンケート調査を行った入所施設と通所・利用施設の比較結果である。通所施設に比べ、入所施設の方が、コンピュータを導入している時期は早い。

介護保険法が公布された平成9年、施行された平成12年を基準に見ても入所施設の方は平成11年以前から導入している施設が30%以上であり、利用施設では平成11年以後すなわち介護保険法施行以後の導入がほとんどである。この結果は、4年間同様である。これより入所施設でのコンピュータへの取り組みが早いことを示している。

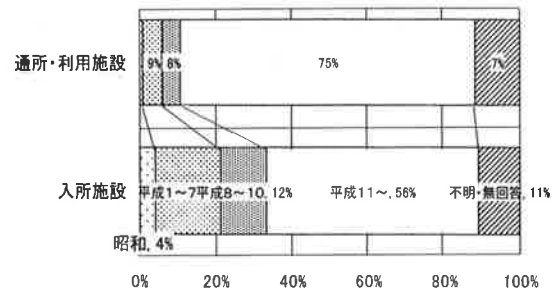


図2 コンピュータの導入時期

3.3 コンピュータの保有状況

図3に施設のコンピュータの平成19年度調査の保有状況と4年間の平均保有台数の推移を示す。平成16年から調査を行っているが、調査年に従って、事務用のコンピュータの台数、利用者管理用のコンピュータの台数ともに増加していることがわかる。また、入所施設の方が通所・利用施設に比べ保有台数が多いことがわかる。この保有台数の増加からも福祉施設においてもコンピュータ利用が確実に進んでいることがわかる。

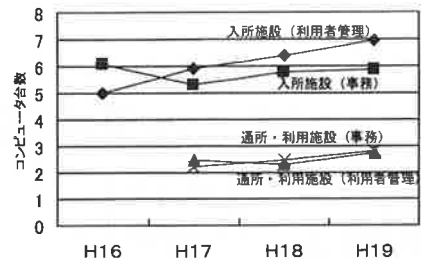
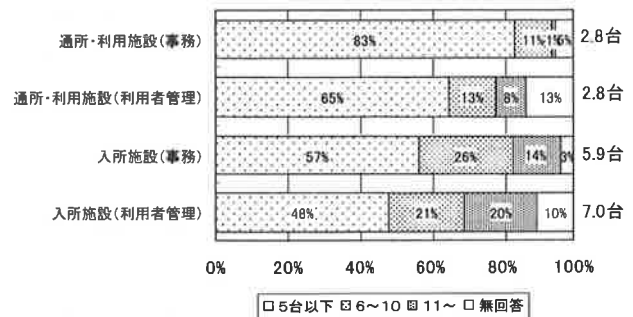


図3 コンピュータの保有台数の推移

3.4 コンピュータの利用者の推移

図4に主たるコンピュータの利用者の状況の推移を示す。入所施設では4年間にわたりケアマネージャや相談員、事務での利用が高く、年々相談員と介護福祉士の利用が増加している。これよりケアプラン作成や介護保険での利用が伺える。通所・利用施設においても事務での利用が高い。施設での仕事においてもコンピュータの利用は欠かせなくなっていることがわかる。

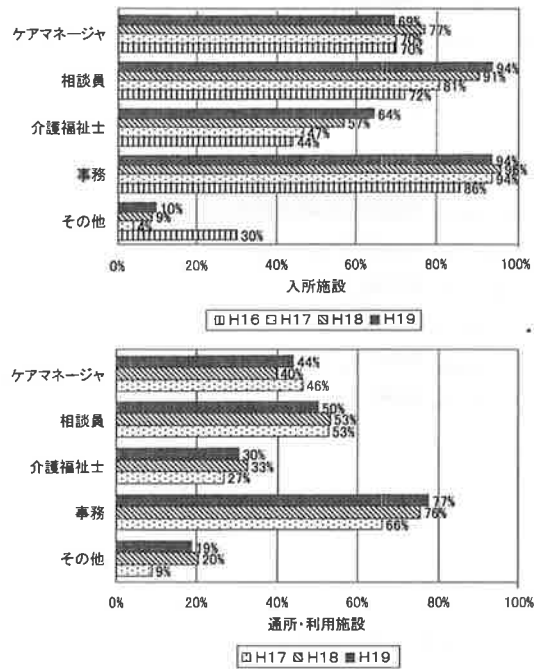


図4 コンピュータ利用者の推移

3.5 コンピュータの利用環境

図5にインターネットへの接続状況を示す。年々確実にインターネットに接続できる施設が増えている。入所施設では、98%の接続状態で、通所・利用施設で

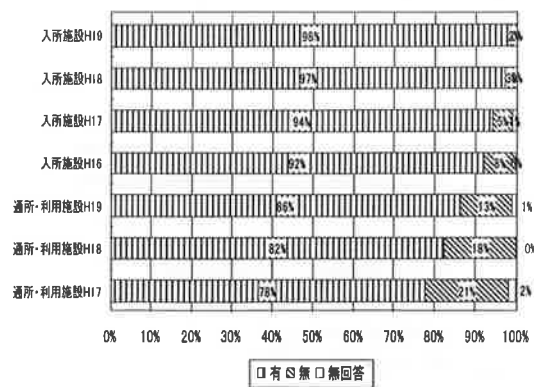


図5 インターネット接続の有無

80%以上であり、インターネットの使用が当たり前の現在を反映している結果となっている。

図6は、インターネットへ接続できる環境を持つ施設のインターネットへの接続回線の結果を示す。調査を始めた平成16年においては、ブロードバンド回線(ADSL、CATV、専用線、FTTH)で50%弱であったが、平成19年には入所施設で80%とたった4年間で30%以上も増加している。とくにアナログ回線を利用したADSLの増加が顕著である。通所・利用施設でもやはりブロードバンドが多いが、入所施設より導入時期が近年であることからADSLより高速なCATVや専用線、FTTHの利用が多くなっている。これに対し、アナログ回線のダイヤルアップ接続は平成19年には2%とほとんど無くなっている状態である。

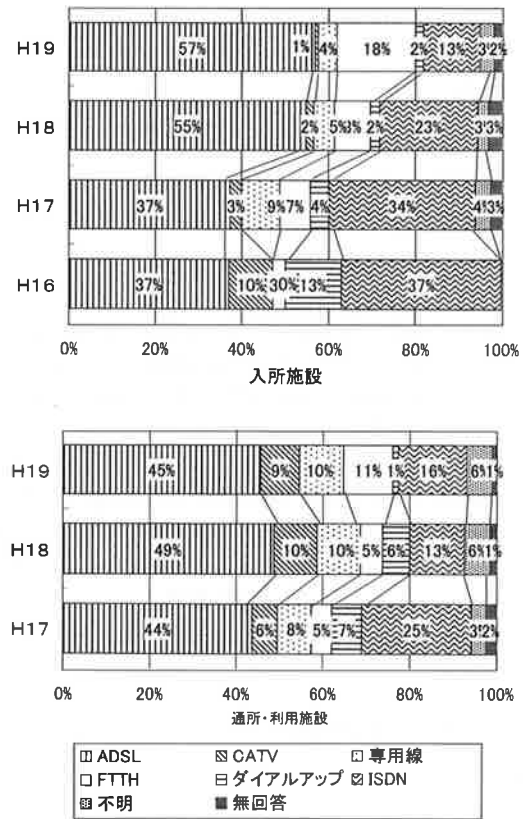


図6 インターネットへの接続環境

図7にLAN環境の整備状態を示す。全体ではあまり4年間で変わっていないが、特別養護老人ホームだけで見るとほぼ全ての施設でLAN環境が整備されていた。特別養護老人ホームはコンピュータの保有台数も多く、コンピュータ保有台数が多いほどLAN環境が整備されていることがわかる。

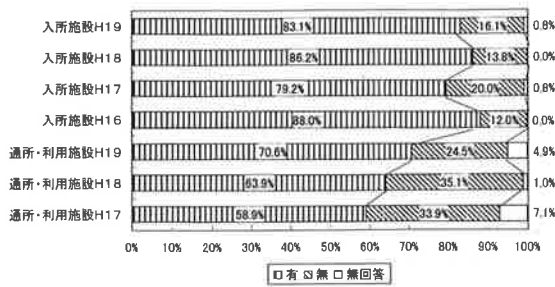


図7 LAN環境の整備

図8にLAN環境を整備している施設においてLANからのインターネットへの接続状況を示す。入所施設、通所・利用施設ともに年々LAN環境からインターネットへの接続ができる環境へと移行しており、H19年で85%程度とかなりLANからインターネットへコンピュータが接続できるようになってきていることがわかる。これは、図6でのインターネットへの接続環境がブロードバンド化に伴い高速化されたため、複数のコンピュータでの接続が可能になってきているためと考えられる。その反面、セキュリティの問題から接続できるコンピュータを制限している施設もある。

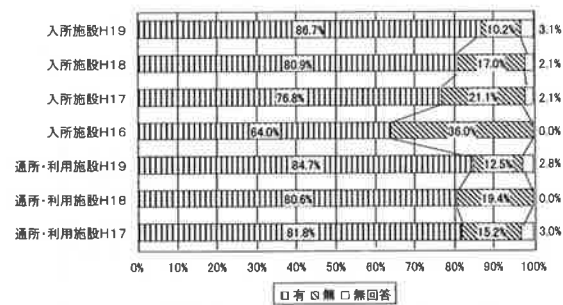


図8 LANからインターネットへの接続

3.6 コンピュータの利用

図9にインターネットへ接続できる施設の電子メールの利用状況を示す。4年間を通して入所施設、通所・利用施設ともに電子メールの利用のほとんどは、他施設との情報交換であり、施設内の連絡は利用率が低い。これは、入所施設で考えると施設定員規模が100名以下の施設がほとんどを占めているという調査結果から、施設内の従業員数もあまり多くないということも考えられ、連絡はメールを使用するのではなく、口頭などによるコミュニケーションが中心に行われているためと考えられる。やはり施設においてはコミュニケーションがとても重要であることが推測される。4年間の推

移において若干ではあるが、利用者からの意見の項目が、入所施設、通所・利用施設でも増えており、この項目に関しては、LAN、インターネット環境の整備などから考えると今後増えていくと予想される。

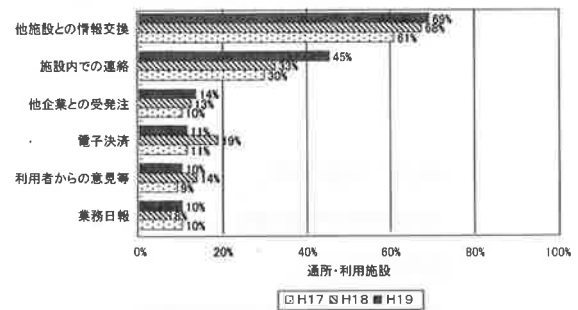
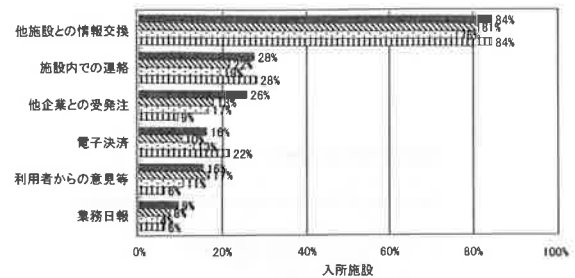
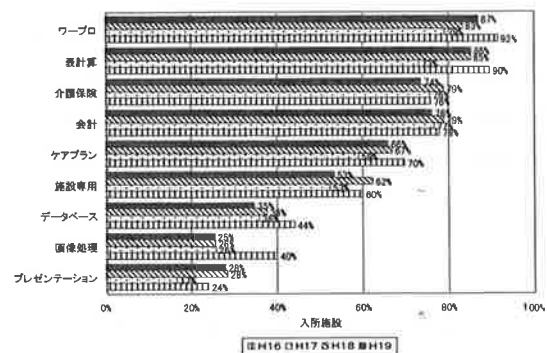


図9 電子メールの活用方法

図10に現在施設で利用しているソフトウェアの状況を示す。一般企業でも利用されているワープロソフト、表計算ソフトが4年間とも高い利用率を示している。また、入所施設では介護保険、会計、ケアプラン作成ソフトウェアの利用が4年間とも高い。これは、介護保険法や介護認定、ケアプラン作成、ケアプランアセスメント、介護給付用計算などのためである。全体的に利用者の関係もあるため、入所施設の方が利用率は高くなっている。



されているケアプラン関連のソフトウェアの顧客管理や職員のスケジュール管理機能などが充実してきてはいるが、そのデータの管理能力が必要になってきているためと考えられる。

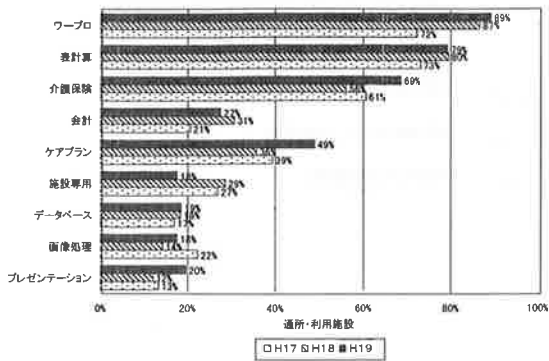


図10 現在使用しているソフトウェア

図11に施設職員に必要なIT技術の結果を示す。現在利用しているソフトウェアの結果と同様に、入所施設、通所・利用施設ともにワープロ、表計算を利用できることは、4年間とも90%程度と高い値を示している。これからも、施設において情報リテラシーに関しては、必須項目であることがわかる。

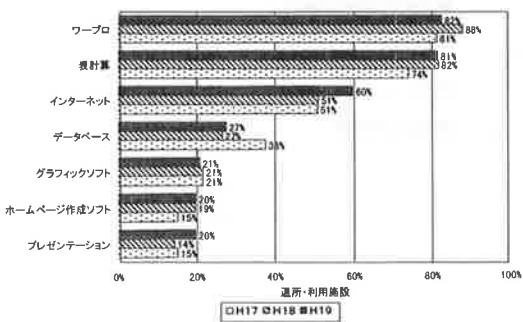
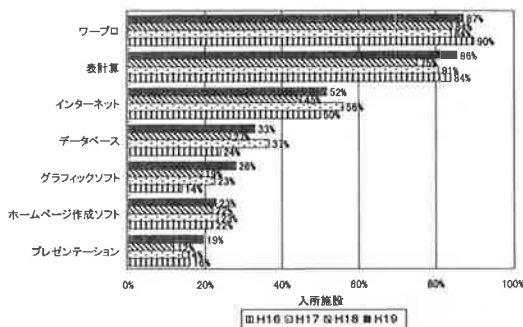


図11 施設職員に必要なIT技術

図12にコンピュータ操作に関連して、さらに施設職員に必要な知識について示す。ワープロ操作と同様に文書作成能力がとても高い値を4年間示している。また、表計算に関連する項目として、グラフ作成能力、集計プログラム作成なども要求されている。データベース管理に関しては増加傾向にある。これは、現在販売

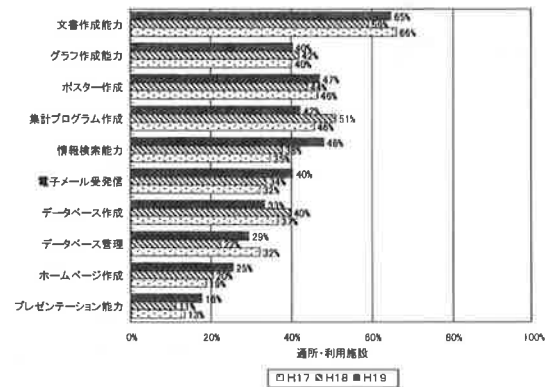
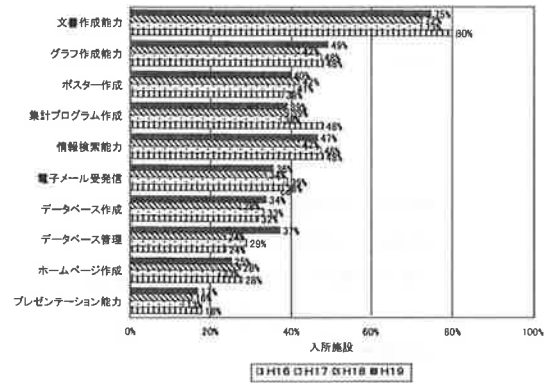


図12 施設で働く人に期待する知識

3.7 情報化の課題

図13に施設におけるコンピュータ導入の課題の4年間の推移を示す。入所施設、通所・利用施設ともに施設職員の活用能力不足、人材不足が4年間とも高い値を示しており、施設内のコンピュータ利用のスキル不足が伺える。コンピュータ化は進むが、施設関係者のコンピュータスキルアップまで手が回らないことが伺える。また、平成17年以降セキュリティの問題が高い値を示しており、入所施設においては平成16年に比べて15%程度高くなっている。これは平成17年に個人情報保護法が施行されたためと考えられる。また、維持費の確保も若干であるが年々増加している。施設内のコンピュータの増加、LAN環境の整備、インターネット接続環境の整備にともない維持費も問題となっている。

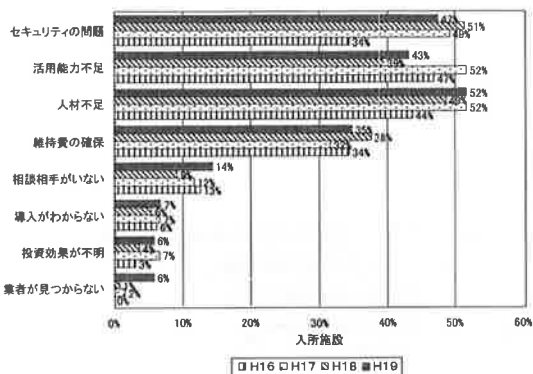


図13 コンピュータ導入の課題

図14に図13で示した「コンピュータ導入の課題」のなかの「人材不足」として、どのような人材が不足しているのかという内訳を示す。入所施設、通所・利用施設ともに4年間とも高いものとしては、トラブル対処ができる人材が不足していることがわかる。ワープロ、表計算などのソフトウェアが利用できトラブル対処ができる人材、企画、開発、情報化の推進ができる人材を求めていることがわかる。

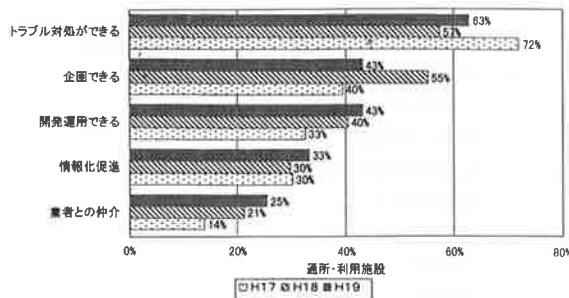
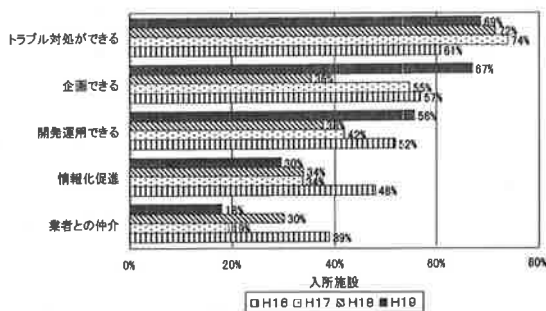


図14 情報化推進にあたって必要な人材

図15に利用者支援のためにどのようにコンピュータを利用したいと考えているかという結果を示す。通所・利用施設においては利用させる機会もあまり無いとも考えられるため、特に考えていないが最も多いが、利用させる機会を持つことができる通所施設においては娯楽などでの利用を考えているところが多い。

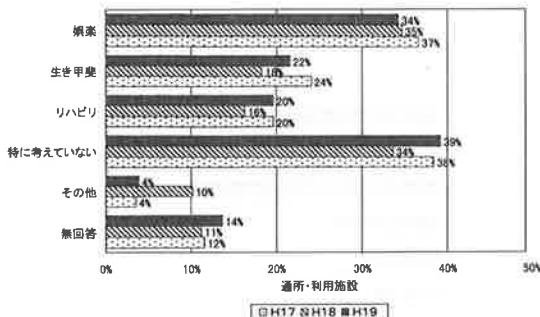
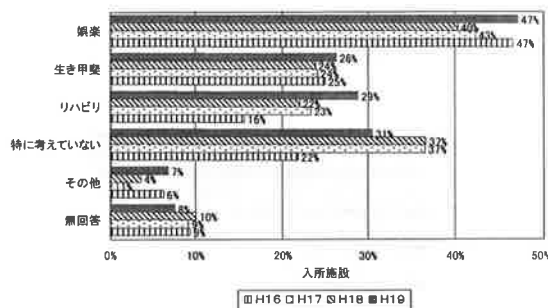


図15 利用者支援のためのコンピュータの利用

4. まとめ

平成16年度から平成19年度までの4年間の調査を元に、老人福祉施設における情報化とその課題について次に提示する。

- ・コンピュータの導入・運用にあたり施設の整備、セキュリティ、人材、システムの維持の課題がある。情報化推進にあたり、「人」「物」「金」が施設での

課題であり、企業の情報化の問題と一致しつつある。

- ・ネットワーク環境としては、時代にともないブロードバンド化が進んでいる。コンピュータの保有台数の増加にともないLAN環境を整備する施設がほとんどである。
- ・ネットワークを利用した情報利用・活用が多方面にわたり必要となってきた。
- ・施設職員にとってワープロソフト、表計算ソフトなどの基本的なアプリケーションソフトウェアの利用・活用ができることは必須である。また、大学などでは学習できないソフトウェアも利用している可能性も高い。ソフトウェアの利用については、さまざまなソフトウェアの利用ができること、そして応用性も必要である。
- ・情報リテラシーの他、文書作成能力・情報システムの企画・開発・管理・運用ができる人材を求めている。関連して、情報を加工・運用する技術として簡単な集計プログラムの作成やデータベースの構築と管理などできる人材も必要としている。
- ・施設で要求されている人材は、情報システムアドミニストレータ的人材である。

4年間に福祉施設の皆様にアンケートをさせていただきました。ご協力に対しここに感謝の意を表したいと思います。

引用・参考文献

- (1) 「厚生労働白書」 厚生労働省 2007
- (2) 岩井宏、平井利明、横溝一浩「福祉施設における情報化と情報戦略」静岡福祉大学、静岡福祉大学紀要第1号
- (3) 岩井宏、平井利明「老人福祉施設区分の違いにおける情報化の現状と課題」静岡福祉大学、静岡福祉大学紀要第2号
- (4) 岩井宏、平井利明「特別養護老人ホームの情報化の変遷と課題」静岡福祉大学、静岡福祉大学紀要第3号

ソーシャルワークにおける記録管理に関する一考察

横 溝 一 浩

A Study on Records Management in Social Work Practice

Kazuhiro YOKOMIZO

キーワード：記録管理, 情報監査, ISO15489, POMR

1. はじめに

ソーシャルワークにおける記録の役割については、ワーカー自身の援助過程を省みて、クライアントへの適切な援助を提供するための重要な構成要素とされてきた。優れたケース・ワークの知識と技術によって、はじめてよい記録を書くことができ、また、よいケース記録を書くために努力することを通してケースワークの知識と技術は進歩するとG.Hamiltonは、両者の相互関連を強調している (G.Hamilton,1946)。

また、岡村重夫もG.Hamiltonの影響を受け「社会福祉援助技術の取り扱う問題の実体が複雑であり、援助技術も力動的な過程になるにしたがいケース評価のためには、一中略一ケースの開始から終結にいたるまでの援助過程を再現するようなケース記録が要求せられるのである」と述べたうえで、ケース記録の研究の必要性について示唆している(岡村,1965)。

一方、わが国においては、社会福祉基礎構造改革の一連の流れの中で、福祉サービスは、選別性から普遍性へ、行政処分から権利性へ、行政機関による利用サービス決定から当事者によるサービスの選択へと転換した。この制度の移行は、選別主義を排斥したサービスシステムの構築を目標に、準市場を形成し営利企業の参入を促した。さらに、近年の地方分権改革推進の理念的支柱とされる概念として補完性の原理¹⁾ (Principle of Subsidiarity)がある。社会保障制度における補完性の原理は、自助一互助一共助一公助という支援の順序として理解できる。わが国においてはムラ

(村落共同体)が大きな役割を果たしたが、近代化、都市化が進むなかでいずれの機能も衰退し、代わって職域の自治組織によるセーフティネットが登場し、多くの国では社会保険という形態に収斂していった。これは行政とは区別された自治組織であり、共助と呼ぶべきシステムである。そして、この共助システムに包括されない者、あるいはなお解決し得ない場合のみ、行政の保護、すなわち公助が発動する。このように、社会福祉援助技術のメゾマクロの環境は大きく変化しており、補完性を踏まえたうえで、自治体や福祉機関単独で対応が難しいもの、あるいは非効率なものに対して広域的かつ専門的なソーシャルサポートネットワークの構築が求められている。このソーシャルサポートネットワークにおいては、様々なレベルにおいての情報共有が必要とされており、ソーシャルワークにおける記録は、福祉サービス提供者内部における情報共有に留まらず、地域における専門ネットワーク内における共有の必要性に迫られている。しかし、現実においては、ケース記録は、実績記録としての記録として取り扱われる事が多く、行政監査に対応するために記録物を整備するといったケースも見られる。さらに、社会福祉援助技術における理論研究においては、援助過程の記録方法に関する研究について、数多く見られるが、記録情報の活用・共有に関する研究、その前提となる記録管理に関する研究は、あまり進んでいない状況である²⁾。

このような現状を踏まえて、本稿では、社会福祉援

助技術過程における記録情報について概観し、記録情報を活用・共有するための前提となる記録管理について、医療情報論における記録管理、国際標準化機構(International Organization for Standardization: 以下ISOと略す)における記録管理のベストプラクティスなどを援用しつつ、その必要性について検討を行うものとする。

2. 社会福祉援助過程における情報

社会福祉援助活動を具体的に展開する過程として援助過程(helping process)があるが、ここでは、クライアントとソーシャルワーカーとの対人関係を軸にした、インテーク→調査→アセスメント→サービス計画(処遇計画)の立案→援助活動の実施(介入)→事後評価→追跡調査といった個別援助技術の援助過程の各段階における情報について概観し、医療における診療記録の記載方法と比較検討をする。

インテークは、クライアントの問題や主訴の把握、相談内容の確認や課題の把握、スクリーニングと支援関係の構築などを行う段階であるが、この段階における情報としては、申請者の主観に基づくものもあれば、主観的な事実に起因するものもある(高橋:1997)。

インテークにおいては、申請者の必要最低限の基本的な情報を正確にもれなく記録されることが要求される。そのためのツールとしてフェイスシートが用いられる。インテークの結果、福祉機関として、クライアントが抱えている問題を取り上げることが決定すると、調査の段階に進む。調査とは、クライアントと、その周りを取り巻く社会環境について必要な事実を収集する段階で、事実の収集においては、クライアントの心理的变化に沿って、クライアント自身から情報を収集していくのが原則であり、家族等の他から収集する場合でもクライアントの了解を得て行わなければならない。調査の段階における情報収集では、クライアントが抱える課題を理解し、その課題に焦点をあて、援助の方向性を検討するための視点が必要である。医療現場における診療記録においても、問題指向型診療記録(Problem Oriented Medical Record:以下POMRと略す)⁹⁾という作成方法があるが、その作成段階の基礎データ(Data Base)の作成が、調査にあたる。これには、患者の属性、主訴、生活像、現病歴・既往症、理学所見や検査データなどの客観的な情報も含まれている。調査の段階は、それぞれの方向性を検討するた

めの情報収集であり、主訴および客観的データを課題解決の方向性に沿う形で実施される。

アセスメントは、調査によって収集された事実を整理・分析をして、援助の見通しがたてられるように解釈をしていく過程であるが、ここでは、収集したデータの分析と問題点の抽出といった、情報の分析処理が主なものとなる。ここでは、ケースワーカーの実力が問われるような段階であり、クライアント本人および家族の具体的なニーズを明らかにするために、クライアント本人の希望と、現在使用している社会資源、ケアの必要度に関する専門職の評価、クライアントを取り巻く環境要因などを多角的視点からアセスメントしなければいけない。そのため、様々なアセスメント支援ツールが開発されている⁹⁾。POMRにおいては、問題リスト(Problem List)作成の段階がこれにあたり、患者の抱える問題点に番号をつけて箇条書きにしてリストアップする。医療の場合は、患者を取り巻く環境要因は、疾病と関連付けて課題点をリストアップするため、アセスメントは専門職の視点を中心に行われている。サービス計画の立案においては、利用できる資源の有無やその利用方法など、アセスメントで得た情報をもとに社会資源の情報収集を行い、クライアントの課題解決に向けた目標と照合しながら計画を立案する。POMRにおいては、初期計画(Initial Plan)が、これに相当し、個々の問題点に対し、患者ケアに必要な諸作業実施計画(diagnostic Plan)、治療上の計画(therapeutic plan)、教育的計画(educational plan)が作成される。諸作業実施計画や治療上の計画は、援助技術におけるサービス立案と同様だが、患者やその家族に対し治療上あるいは、予後の予防上必要な教育を計画している。

援助活動の実施(介入)は、援助計画に基づく実施段階であり、この段階においては、実施経過の記録を行うが、記録の方法として、文体で分類しており、叙述体、要約体、説明体などが知られている。叙述体は、基本的な記録の方法であり、できるだけ事実を時間に沿って記録し、要約体は、叙述体ほど忠実ではないが、援助内容や過程を選択し、系統立てながらポイントを明確にする文体であり、説明体は、援助過程や面接時に話された事実や事柄について、ソーシャルワーカーとして解釈や分析、考察、結果を説明するために記述する文体のことである。POMRにおける経過記録(Progress Note)は、日々の記録としての叙述的記

録（Narrative Notes）と経過一覧表（Flow Sheets）がある。叙事的記録に関しては、問題点をSOAPの4項目に整理した記載をしている。

S（Subjective）：患者が直接提供する主観的情報

O（Objective）：医師・看護師が取出す客観的情報

A（Assessment）：医師や看護師の判断

P（Plan）：患者の判断，治療方針，患者への教育

このように，叙事的記録を項目ごとに整理して記載する事がPOMRの特徴である。医療ソーシャルワークの分野においては，すでにSOAPを導入し実践している事例も報告されている。

事後評価については，援助活動の有効性や効率性について評価されるが，その測定方法については，信頼性・妥当性有用性などの基準を満たすことが求められる。欧米においては単一事例実験計画法（Single Subject Design：SSD）などが知られているが，これらの評価方法がわが国において定着するには多くの時間が必要であろう（硯川，2003）。また，評価方法を検討する前提として，まず，評価情報そのものの管理方法についても確立させなければならない。次節で述べる「真正性」「信頼性」「完全性」「利便性」が確保された記録情報でなければ，評価そのものの「真正性」「信頼性」「完全性」が問われることになる。現在の福祉においては，記録を手がかりにしたサービスの質の評価が困難であるとの報告もあるが⁵⁾，これらの記録管理が不十分である事に依拠する課題ではないかと考えられる。次節においては，一連の記録情報を援助技術過程にフィードバックするために必要とされる記録管理について検討する。

3. 記録管理と情報監査

記録管理（Records Management）とは，記録（Records）を特定し，分類し，保存（Archive）または破棄する一連の手順を指す。記録管理は，ISOにおいてベストプラクティスとして提供されてISO 15489:2001として知られている。これによると，記録管理を「記録の生成，受取，保守，使用及び整理に対する効率的かつシステムティックな制御を取扱う管理分野であり，業務活動及び取引上の証憑及び情報を記録の形で取得し保全する手順を含む」と定義している。ISO 15489 は，「標準規格」と「ガイドライン」の二つが制定されており，官民を問わず，組織の記録管理の指針を提供している。

その内容として，記録によるアカウントビリティ（説明責任）および記録の確実性，信頼性，完全性，利便性を重視していること，組織の危機管理に対応していることなどがあげられる。

ISO15489においては，記録情報について「真正性」「信頼性」「完全性」「利便性」を要求している。また，組織については，「真正」で，「信頼できる」，「完全」かつ「使用可能」な記録を作成して維持し，必要とされる期間，それらの記録全体を保護すべきである規定している。

「真正性」とは，その記録が本物であることを，どのようにして保証するかという問題であり，真正性のある記録とは，以下を証明できるものでなければならない。

- ・どのような意図で作成されたか。
 - ・記録すべき人が，作成し配布し，改定したか。
 - ・記録すべき時に，作成し配布し，改定したか
- また，真正性を保証するために，記録の作成者が正当で識別可能な人であること，かつ許可されていない追加，削除，変更，使用及び隠匿から記録が守られていること，かつこれを確かめるために，組織は，記録の作成・受領・配布・維持・処分を管理するための，方針や手順を制定し，それらを文書化しなければならないと規定している。

「信頼性」とは，その記録内容は十分で，正確な表現がされ，かつその内容は真実であり，信頼できるものでなければならない。

信頼できる記録とは，業務や活動，あるいは事実を，全てかつ正確に表現された信用され得る内容のことである。そのため，記録は，業務を行った後すぐに作成することが望ましいとされている。

「完全性」とは，記録が完全であること，および変更が為されていないことをいい，記録は許可されない変更から守られる必要がある。記録管理方針の手順としては，

- ・作成後の記録にどんな追加や注釈が為されてよいか，
- ・どんな事情での追加や注釈が許可されてもよいか，
- ・それを行うのに誰が許可するのか，

を，明記しなければならない。さらに記録への全ての許可された注釈や追加あるいは削除について明白に示され，追跡可能であることが必要とされている。

「利便性」のある記録とは，あるべき所にあり，検索ができ，見せることができ，かつ，解釈できる物を

言う。さらに、それが作成された組織活動に直接結びつくものとして、後で公開可能であることとしている。

これらの記録管理が適切な形で実施されることで、情報の価値はよりいっそう高まり、共有価値、活用価値の高い情報になるのではないかと考えられる。生田正幸も蓄積された情報は体系化、構造化される程その価値は高まり、情報としての価値が高くなることを指摘している。また、医療記録における価値については、病院管理学の礎を築いた Malcolm T. Mac Eachern がその著『Hospital Organization and Management (病院組織と管理)』の中で、診療記録には、

- 1) 患者にとっての価値
- 2) 病院にとっての価値
- 3) 医学研究上の価値
- 4) 医学教育上の価値
- 5) 公衆衛生上の価値
- 6) 法的防衛上の価値

があると述べており、記録情報の管理への取り組みがなされている (Mac Eachern, 1936)。医療において、診療記録の価値を高め迅速な活用を実現するために記録情報について監査 (Audit) が実施されている。この活動がどのようなものかを概観し、援助技術の記録管理にも援用できないかを検討する。

4. 情報の量的監査と質的監査

診療記録は、後利用での統計処理・情報提供がスムーズに行えるシステムでなければならない。また、診療記録の標準化、診療録の監査、後利用、加工分析した情報の共有化、病院管理、マネジメントなどの評価が可能なシステムの構築と活用が積極的に行われることによって、診療録の質の向上が図られ、ひいては診療情報の精度管理、診療情報の質の向上などにつながることはいうまでもないことである。スコアを必要とする診療行為に、システムのスコアリングを用いることや退院時サマリ情報から病名推論等が可能になるためのシステム構築、DPC (Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類) を考慮した項目の検討・システム対応も必要である。このようなシステムを実現するためには、前節で述べた記録管理が必要であり、その記録管理の具体的な活動として情報監査があげられる。監査の際の視点としては、量的点検 (形式監査) と質的 point 点検 (内容監査) に分けて考えられている。前

者は、診療記録として義務付けられているもので、法令などで義務付けられている項目の記載はあるか、必要な書類がもれなく記載されているかという点で行われる⁶⁾。また、後者は診断や医療行為に対しそれらを裏付ける記録があるか、第三者が見てその正当性が評価できるかなど、医療行為の質および、組織のリスク管理の観点で監査が行われている。

さらに病院機能評価⁷⁾の審査を受けた病院の中で、診療録の記載あるいは管理が不適当なために認定されずに、「留保」とされる場合が多いことが指摘された。診療録に関する審査項目は、3. 「診療の質の確保」の中にあり、診療録に焦点を絞れば、大項目3.5 「診療情報の管理」の中で4つの中項目3.5.1 「診療録の管理体制が整備されている」、3.5.2 「診療録が適切に作成されている」、3.5.3 「診療録が適切に管理されている」、3.5.4 「診療情報の有効利用を促進する体制がある」があり、さらに小項目が13項目用意されている。これらの全てに満足する評価を受けることは必ずしも容易ではないが、従来の目的意識を欠いたあまりにも杜撰な多くの診療録からすれば、「医療の質」の向上に向けて明らかな改善目標ができたともいえよう。このように、医療機関においては、記録情報の有用性・価値に着目し、記録管理を着実に実施してきた。医療機関においては、記録管理の専門職として1972年より診療録管理士 (現診療情報管理士) の教育を始めており、近年において電子カルテの導入と同時に院内における情報監査の実施により、診療録の質の向上とともに、院内の様々な活動に好影響を与えているとの報告も数多く見られる⁸⁾。福祉の実践においては、記録法そのものについての研究や実践事例については数多くの報告がなされているが、記録管理についての研究・実践は発展途上の段階にある。また、記録管理についての専門職種は現在のところ存在せず、福祉サービス第三者評価においても、記録物の有無は問うが、記録管理体制については評価項目がない。さらに、医療保険制度においては、保険において診療録管理体制加算というインセンティブがあり、専門職の身分も安定しているが、介護保険には同様のインセンティブは存在しない。制度的面からも、福祉における記録管理については遅れていると言わざるを得ない。

5. おわりに

医療・介護や福祉の分野では、情報管理ライフサイ

クルの長いセンシティブな個人情報を取り扱い、小規模事業者の比率が高いのが特徴である。医療・介護福祉は、少子高齢社会ですますます重要になる分野だが、地域に密着した労働集約的な業務が中心で、記録管理に回せる予算にも限度がある。しかし、個人情報がいったん漏えいしたら、悪用されて深刻な二次被害が発生する可能性が高い。また、個人情報の保護も重要であるが、個人情報の適切な開示、訂正、追加、削除、利用停止、第三者提供の停止もしくは利用目的の通知、開示請求に対応する義務もある。これらに対応するためにも、福祉情報の現場における記録管理体制を確立する研究および実践を積み重ねていくことが急務であると考えられる。Malcolm T. Mac Eachernの記録情報の価値について、福祉の分野において援用すると1) 利用者にとっての価値、2) 福祉サービス提供機関にとっての価値、3) ソーシャルワーク実践・研究上の価値、4) 福祉教育上の価値として考えることができるのではないだろうか。また、その価値を高める上においても、情報監査、記録管理の研究・実践は、非常に重要であるといえる。近年、研究が進められているEBSW (Evidence-Based Social Work) の課題として、「エビデンスに何を求めるか、信頼性・妥当性に富むデータがデータベースとしてアクセスしやすいものになっているか」(佐藤：2008)などがあげられている。ソーシャルワークの質の向上ならびにEvidence-Basedといった場合、Evidenceとなりうる記録や情報を提供するためにも、ISO15489における「真正性」「信頼性」「完全性」「利便性」を確保した記録管理の方法について、併せて検討する必要があるのではないだろうか。

最後に記録管理について福祉の現場で、誰が行うかということであるが、現在のところ医療現場における診療情報管理士の様な専門職が確立しているわけではない。対人サービスにおける質の向上の基本は、医療でも言われていることだが、標準化と継続的改善にある。それには、現在の記録情報についての問題点を発見する能力を備える必要もある。さらに、記録情報の監査についても考慮すると、社会福祉の専門職である社会福祉士に研修を行うかなどの専門職種の育成について検討しなければならない。

制度面においては、医療保険において、診療情報管理体制加算がインセンティブとして平成12年より診療報酬に組み込まれ、その人材の確保について診療情報

管理士が位置づけられた⁹⁾。介護保険においても、情報公開を義務化する前に、より精度の高い情報を利用者に提供するために、人材の確保と体制の整備について同様のインセンティブ制度を検討する必要があるのではないだろうか。

【注記】

1. 補完性原理は、基本的には個人や小規模グループ等において実現できないことを政府などの公的機関がカバーするという考え方である。この考えの基本には「個人の尊厳」があり、国家や政府が個人に奉仕するという考え方がある。補完性原理は個人および個人からなる小グループ（家族、教会、ボランティアグループ）のイニシアティブを重視している。補完性原理の起源をたどるとカトリック教会の社会教説、1891年の教皇レオ13世の回勅『レールム・ノヴァールム』（『新しきことども』）と言われている。『レールム・ノヴァールム』は政府が全てを統制せず、しかしながら個人に全てを任せるものでもなく、その中道の政府を理想とした。
2. 関口（関口,2008）の報告によると、情報化が進む福祉の現場において、実践記録の保管はなされており、その保管された情報を提供することには利用されているが、援助技術の質の向上につながる記録の管理、記録情報のフィードバックには至っていないことを指摘している。
3. 従来の診療記録は、書いた本人にしかわからない略号が多く、不十分な記載しかないというものも見受けられた。そこで、チーム医療の重要性が注目されている中で、そのたたき台となるべき診療記録として機能する必要がある。その方法論のひとつが問題指向（型）医療記録、(POMR: Problem Oriented Medical Record又はPOS: Problem Oriented System) である。特に入院後の治療・看護計画を立てる上で有益な方法であり、採用している病院が多い。
4. 例えば、介護保険のケアプラン作成時の課題分析ツールとしてMDS-HC/CAPS方式、日本訪問看護振興財団方式、三団体ケアプラン策定研究会方式、日本社会福祉士会方式、日本介護福祉士会方式などがある。
5. 診療録の記載は、医師法24条においては、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項

を診療録に記載しなければならない」と明記されており、5年間の保存を義務付けている記載事項については、医師法施行規則第23条に

- 一 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- 二 病名及び主要症状
- 三 治療方法(処方及び処置)
- 四 診療の年月日

と規定されている。さらに、保険医療機関及び保険医療養担当規則第22条においても保険医療機関としての診療録への記載も義務付けられている。

6. 根本(根本,2005)は、実践記録の現状と課題の中で、記録を手がかりにサービスの質の評価をすることはきわめて困難であることを6つのケースの中から述べている。
7. 病院機能評価とは、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価することである。我が国においては、財団法人日本医療機能評価機構(以下、機構とする)が第三者評価を行う機関として設立され、1997年より"病院機能評価事業"を実施するとともに、その結果明らかとなった問題点の改善を支援するための活動を行っている。
8. 例えば、徳島赤十字病院において、医師による診療録に対する情報監査を平成14年より導入し、診療録の記録方法などが改善されると同時に医療サービスの質の向上にも効果があったことを報告している(日浅et al.,2004)。
9. 平成12年4月より診療報酬改定で、診療録管理体制加算が新たに設けられ、診療録管理体制に対する評価がなされた。これにより、全国の病院に診療録管理の重要性が注目された。診療報酬は入院患者1名につき入院初日に限り、30点を加算できる。診療録管理体制加算は、必ずしも診療情報管理士の民間資格を有している必要はないが、1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていることが要件とされている。

【参考文献および引用文献】

1. Gordon Hamilton,1946「Principles of Social Case Recording」Social Forces, Vol. 25, No. 2
2. Malcolm T. Mac-Eachern,1936「Hospital Organization and Management」The American Journal of Nursing, Vol. 36, No. 2
3. 秋山薊二(2005)「Evidence-Basedソーシャルワ

クの理念と方法」『ソーシャルワーク研究』相川書房, Vol31, No.2

4. 生田正幸(1999)『社会福祉情報論—利用者本位の社会福祉のために』ミネルヴァ書房
5. 岡本民夫(1984)『社会福祉と社会情報研究』財団法人関西情報センター・社団法人システム科学研究所
6. 岡本民夫・小田兼三(1990)「社会福祉援助技術総論」ミネルヴァ書房
7. 岡村重夫(1965)『ケースワーク記録法 その原則と応用』誠信書房
8. 小川晃子「ソーシャルワーカーのための福祉情報論」『ソーシャルワーク実践とシステム』有斐閣
9. 小松原助(2002)「ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究—21世紀への継承を願って」川島書店
10. 佐藤豊道(2008)「エビデンス・ベースド・ソーシャルワーク—成立の過程と意義—」『ソーシャルワーク研究』相川書房, Vol34, No.1
11. 白藤博行(2002)「『補完性原理』の理論と実際」三重県政策開発研修センター編
12. 硯川真旬(1996)『新社会福祉方法論—21世紀の福祉メソッドの展開—』ミネルヴァ書房
13. 関口洋明(2007)「福祉サービス選択に必要な利用者支援に関する実践とその課題」『福祉情報研究』日本福祉社会介護情報学会, 第4号
14. 高橋紘士(1985)『社会福祉情報論』全国社会福祉協議会研修センター
15. 日本診療情報管理士協会編(2001)「これからの診療管理マニュアル」医学通信社
16. 根本博司(2005)「実践記録の課題と現状」『ソーシャルワーク研究』相川書房, Vol31, No.3
17. 日麻, 丸関, 木村, 吉川, 宮(2004)「医師オーディットを開始して」『診療録管理』診療情報学会学会誌 Vol.16, No.1
18. 森本佳樹(1996)『地域福祉情報論序説—「情報化福祉」の展開と方策』川島書店
19. 横溝一浩(2005)「福祉情報論の論点と課題」『福祉情報実践研究会紀要』福祉情報実践研究会, 第1号
20. 横溝一浩(2008)「介護保険における第三者評価と評価情報の有用性に関する研究—評価事業における利用者支援の視点から—」『社会論集』関東学院大学人文学会社会学部会, 第14号

社会福祉士養成と医療ソーシャルワーカーの関係について

静岡福祉大学 石光和雅

The Relation between Certified Social Worker Training and a Medical Social Worker

Kazumasa ISHIMITSU
Shizuoka University of Welfare

1. はじめに

周知の通り、2006年度から社会福祉士養成課程における実習指定施設に病院・診療所・老人保健施設・地域包括支援センターが追加され、診療報酬の中から「医療ソーシャルワーカー（以下、MSW と略す）」が削除され、それに代わって「社会福祉士」が5箇所へ渡って明記された。また、2008年度の診療報酬改定で、後期高齢者退院調整加算が新設され、その施設基準として、「病院においては、入院患者の退院に係わる調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること」とされた。そして、この度20年ぶりに「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正され、それに伴い新しい養成カリキュラムが提示され、MSW 養成に関連する科目として「保健医療サービス」（30時間）が加わることとなった。本稿では、以上の経過を踏まえ、本学において2009年度より医療福祉学科においてMSWの養成コースを設置することに鑑み、社会福祉士養成と医療ソーシャルワーカーの関係について整理し、MSWの置かれている状況を理解していただくこととした。なお、昨年度、静岡県医療ソーシャルワーカー協会で開催した会員実態調査結果と、全国組織の最近の動きを概観し、MSWの資格化運動についても検討しておくこととするが、社会福祉士養成とMSWの国家資格化については、『社会事業研究第47号』（日本社会事業大学社会福祉学会、2008年2月発行）に掲載された拙稿「社会福祉士養成と医療ソーシャルワーカーの資格化に関する一考察」を参照していただきたい。

2. 新カリキュラム「保健医療サービス」が加わるまでの経緯

1987年	社会福祉士及び介護福祉士法制定
1990年	日本医療社会事業協会（以下、日本協会）は、大宮総会において「社会福祉士と別の国家資格は求めない」という方針を決議した。
1997年	精神保健福祉士法制定
1998年	「実務経験」の場として認める「指定施設」の中に「病院及び診療所」が追加された。
2003年	施行規則第5条の2（試験科目の免除）が追加された。
2005年	6月「社会福祉士国家試験制度に関する提言」案に対するパブリックコメント募集。 12月11日 学校連盟・社養協「社会福祉士国家試験制度に関する提言」。12月14日 日本協会より都道府県協会会長宛「病院等の追加に関するお知らせ」。
2006年	3月10日 「病院等」の追加に対する厚労省パブリックコメントへの9件の意見と考え方。3月31日 官報（号外第73号）で告知された。
2008年	「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正（2007年12月5日公布）に伴い、新しい社会福祉士養成カリキュラムが提示された。
2008年	4月1日 後期高齢者医療制度の施行。診療報酬に後期高齢者退院調整加算が新設され、「看護師又は社会福祉士1名以上」の設置が明記された。

厚生労働省が実習施設に病院等を追加する際、「受診・受療援助は、病院・診療所で行われる社会福祉に関する相談援助業務ではない」とし、さらに、2006年3月10日「病院等」の追加に対する厚生労働省パブリックコメントへの意見と考え方において、「医療機関での実習も、実習指導者である一定の要件を満たす社会福祉士等の指導の下、行われることとしており、MSWの指導の下、MSWの養成のために行われるものではない」という見解を示したことは、厚生労働省は、MSWと社会福祉士を区別して捉えていることを明らかにしたものであり、研修や医療ソーシャルワーク実習のあり方、資格制度化を含めた幾つかの課題について議論すべきことが残されているといえる。

3. 社会福祉士養成と医療ソーシャルワーカー

「受診受療援助業務」も社会福祉士の業務に含めるべきではないかとの意見（前述の厚労省パブリックコメント）に対して、2006年3月10日に厚生労働省社会・援護局福祉基盤課から示された回答は、「社会福祉士は、社会福祉に関する相談援助を行う資格であることから、その受験資格に当たり、病院及び診療所で実務経験のある者については、患者が抱える心理的・社会的問題の解決・調整に係わる相談援助等の業務を行う者のみを実務経験の対象としている。これは、病院及び診療所において行われる社会福祉に関する相談援助業務に着目して実務経験として認めるものである。また、医療機関での実習も、実習指導者である一定の要件を満たす社会福祉士等の指導の下、行われることとしており、MSWの養成のために行われるものではない。したがって、今回の告示改正によって、社会福祉士の業務や養成に当たって必要な知識等が変更されるわけではないため、社会福祉士試験受験に当たって必要な実務経験のうち、病院等における相談援助業務の範囲についての見直しは行わない。」という注目すべきものであった。横山（2007）の指摘によれば、1998年に厚生省令と社会・援護局長通知の改正が行われ、社会福祉士国家試験受験資格上の「実務経験」に医療機関での相談援助業務が認められた時、当時の「医療ソーシャルワーカー業務指針」で示されていた5つの業務のうち、「受診・受療援助」だけがそこに含まれていなかったのである。

指定施設での福祉に関する相談援助業務の範囲	医療ソーシャルワーカー業務指針
ア. 患者の経済的問題の解決・調整に係わる相談援助	1. 経済的問題の解決・調整援助
イ. 患者が抱える心理的・社会的問題の解決・調整	2. 療養中の心理・社会的問題の解決・調整援助
	3. 受診・受療援助
ウ. 患者の社会復帰に関わる相談援助	4. 退院（社会復帰）援助
エ. 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動	5. 地域活動

4. 診療報酬改定における社会福祉士

2006年度診療報酬改正で社会福祉士が明記された5箇所は、①ウイルス疾患指導料に関する施設基準、②在宅時医学総合管理料に関する施設基準、③回復期リハビリテーション病棟入院料、④退院時リハビリテーション指導料、⑤リハビリテーション総合計画評価料であるが、④の退院時リハビリテーション指導料については、2004年改定で「医療ソーシャルワーカー」が明記されたにも拘わらず、2006年度の改定で「社会福祉士」に置き換えられたものである。診療報酬に社会福祉士が明記されたことについては、「これでMSW独自の国家資格化の道は完全に閉ざされた」という見方（二木立、2006年）と、「ほんの一部の領域に限定されていてMSWサービスを保証するものとなっていない」という見方（全国医療ソーシャルワーカー協会連絡協議会設立趣意書、2007年7月14日）の二つの見方がある。

また、特筆すべきこととして、2007年3月17日に東洋大学で開催された日本学術会議社会学委員会社会福祉学分科会主催のシンポジウム「社会福祉教育の近未来」において、二木立氏（日本福祉大学教授）と京極高宣氏（国立社会保障・人口問題研究所所長）との間で、MSWの国家資格化に関する論争が起こった。「福祉新聞」（2007年3月26日号）は、「二木氏は、2006年の医療制度改革の影響により、今後はMSWに期待される役割が大きくなると主張する一方、診療報酬点数表に社会福祉士が位置づけられたことなどから、

MSW単独の国家資格化の可能性が消滅したとの見解を示した。また、社会福祉士養成教育のさらなる充実が必要とした上で、短期的な課題として『医学一般』などよりも進んだ医学・医療科目の開講や、病院などでの医療福祉実習の義務化を挙げた。これに対して京極氏は、MSWの創設は完全に否定されたわけではない。特に在宅の難病患者（等）への支援に医療福祉士を作ってもいいのではないかと語った」と報じた。この時期、公式の場においてMSWの資格化に関する議論が起こったこと自体意味があると思われる。

2008年度診療報酬改定においては、診療報酬（本体）+0.38%、薬価改定等-1.2%で全体改定率は-0.82%であった。2006年度改定においては、診療報酬（本体）-1.36%、薬価改定等-1.8%で合計-3.16%であったので、何とか「医療崩壊」を食い止めようという政策的意図が感じられるものであった。そして、退院調整加算において、「患者の同意の下、退院支援に関わる計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価」が新設され、施設基準に「専従の看護師又は社会福祉士1名以上」が明記されたのである。このことを足がかりにして徐々に社会福祉士が保健医療分野における位置づけを図っていくにしても、ソーシャルワーカーとして十分な診療報酬を得ていくためには、今回の法改正では限界があると言わざるを得ない。診療報酬に位置づけられたということで、社会福祉士が医師の指示または指導を受けることになったという解釈もできなくはないが、「医師その他の保健医療サービスを提供する関係者」との「連携」に留まっている以上、いつまでたっても社会福祉士はチーム医療の中に入っていくことができないのではないかとと思われる。穿った見方をすれば、「その他の保健医療サービスを提供する関係者」の中にMSWが含まれているということも出来るのである。

5. 新カリキュラム「保健医療サービス」について

シラバスの内容（30時間）

含まれるべき事項	想定される教育内容の例
①医療保険制度	○医療保険制度の概要 ・高額療養費制度の概要 ○医療費に関する政策動向
②診療報酬	○診療報酬制度の概要 ・多様な住居の場における在宅療養 ・ターミナルケアを支援する診療報酬制度
③保健医療サービスの概要	○医療施設の概要 ・病院、特定機能病院、回復期リハビリテーション病棟、地域医療支援病院、診療所 保健医療対策の概要
④保健医療サービスにおける専門職の役割と実際	○医師の役割 ○インフォームドコンセントの意義と実際 ○保健師、看護師等の役割 ○作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等の役割 ○医療ソーシャルワーカーの役割 ・医療ソーシャルワーカーの業務指針
⑤保健医療サービス関係者との連携と実際	○医師、保健師、看護師等との連携 ・連携の方法 ・連携の実際 ・医療チームアプローチの実際 ○地域の社会資源との連携 ・連携の方法 ・連携の実際

この度、分野論の領域が「サービスに関する知識」（300時間）として名称変更改編され、「就労支援サービス」（15時間）、「権利擁護と成年後見制度」（30時間）、「更生保護制度」（15時間）と並んで「保健医療サービス」（30時間）が加わることになった。

しかしながら、結果としては旧カリキュラムの「医

学一般」(60時間)が「人体の構造と機能及び疾病」(30時間)と「保健医療サービス」(30時間)に分割され再編成されただけであり、「保健医療サービス」に新たに加わったのは、②の「診療報酬」と、④の「保健医療サービスにおける専門職の役割と実際」の「医療ソーシャルワーカーの役割(医療ソーシャルワーカーの業務指針)」だけであり、これで十分なMSW養成ができるカリキュラムになったとは思えないのである。

6. 静岡県におけるMSWの実態と養成教育

次に、静岡県における医療ソーシャルワーカーの実態を、筆者が会長を務めている静岡県医療ソーシャルワーカー協会会員実態調査報告の一部を概観し、本学におけるMSW養成の手がかりとしたい。

静岡県医療ソーシャルワーカー協会会員実態調査

①調査目的

会員の勤務状況、協会へのニーズ等を明らかにし、その結果を協会活動に反映させることを目的とする。

②調査内容

a性別、b年齢、c最終学歴、d MSWとしての経験年数、e 保有資格、f 勤務形態、g 所属機関内での職種、h配置部署、i 配置部署の管理者、j 設置主体、k 機関の種別、l 機関の病床数、m 機関のMSW数、n MSWの増減状況、o ケースへの対応に困ったときの相談相手、p MSWとして抱える問題点(自由回答)、q 加入職能団体、r 受講した研修企画団体、s 研修を受ける上での問題点、t 本会への期待、u 研修に対する意見、v 資格化運動についての意見(自由回答)、w 本会活動への意見・要望(自由回答)

③調査期間

2007(平成19)年11月～12月末

④調査方法

本会の賛助会員を含む会員305名に調査用紙を郵送し、返信用封筒で回収した。

⑤結果(回答149名、回収率48.9%)

a 性別：女性62%、男性38%

女性が6割、男性4割の比率は6年前に行った本会会員実態調査結果とほぼ同じであった。

b 年齢：20歳台33%、30歳～34歳28%、35歳～39歳14%、40歳台17%、50歳台8%、60歳以上0% 年齢別では、20歳、30歳台を合わせると全体の75%を占め、圧倒的に若い世代で構成されているこ

とがわかる。

c 最終学歴：福祉系の大学及び大学院68%、福祉系以外の大学18%

d MSWとしての経験年数：4年未満36%、5年～9年33%、10年～14年16%、15年～19年9%、20年以上6% 10年未満が全体の7割を占めているが、最近の傾向としては徐々に初任者が減少し、中堅者が増加する傾向である。

e 保有資格：社会福祉士72%、精神保健福祉士24%、介護支援専門員44%であった。MSWは国家資格化されておらず、福祉系大学を卒業した20歳、30歳台の若いMSWが75%を占めているので、社会福祉士資格を持った会員が7割ほどいるという結果になったのだろう。必ずしも、MSWの基礎資格が社会福祉士であることが浸透した結果であるということではないし、診療報酬に社会福祉士が明記されたことが要因となっているわけではないというのが筆者の見解である。

f 勤務形態：専任常勤86%、兼任常勤12%

g 職種：医療ソーシャルワーカー54%、ソーシャルワーカー10%、支援相談員16%

h 配置部署：地域連携部門26%、独立相談部門25%、総合相談部門10%、事務部門27% 地域連携部門は6年前の調査ではなかったが、今回の調査で独立相談部門とほぼ同じ割合を占めている。

i 管理者：事務職46%、MSW25%、看護職10%、医師8%

j 設置主体：医療法人43%、公的・会福祉法人24%、国公立22%、その他13% その他の中には株式会社4名が含まれている。

k 機関種別：病院72%、診療所2%、介護老人保健施設15% 病院の場合の病床は、一般病床47%、療養病床27%、回復期リハビリテーション病床20%、精神病床4%、緩和ケア病床2%であった。

1 病床数：100床～199床44%、200床～499床15%、500床以上20%

m MSW数：1人19%、2人38%、3人19%、4人以上24% 最近の傾向としては、一人職場が減少し、二人職場が増加している。

n MSWの増減：変わらない76%、増員した15%、減員した9% この1年間で若干増員傾向にある。

o 相談相手：上司(MSW)27%、上司(MSW以外)36%、職場内先輩(MSW)21%、職場内

- 先輩（MSW以外）18%、職場外先輩MSW21%
- p MSWとして抱える問題点（自由回答）：以下、本学におけるMSW養成教育に参考になる回答をいくつかピックアップしてみる。〔他職種から「何でも屋」のように思われている。/MSWとしてのスキルを身につけるための教科、科目が1コマ2単位しかなく、それでは良いMSWを育てることはできない。/退院支援看護師を作ろうという話しがでているがMSWとの役割分担に困るだろうと思う。/診療報酬上の位置づけがないので増員が認められにくい。/病院で求められる知識・技術がないこと。/退院援助における複雑なケースが増え、MSWとしての経験が足りず力不足。/自分自身の学術的理論武装ができていないので新人を指導できない。/先輩のコミュニケーション能力の低下、正しい敬語の使い方から指導しなければならないので、クレーム処理を任せられない。/一般病院では退院支援業務が大変多くなっている。/時代の流れと言えばそれまでだが、退院支援のみがMSWの業務ではない。〕
- q 加入職能団体：社会福祉士会34%、日本医療社会事業協会（以下、日本協会）19% 全国の都道府県MSW協会の会員数の合計は約1万人であり、日本協会の会員数は現在約3,500人なので、組織率は約35%である。しかも、地域差が顕著であり、北海道は日本協会への加入を義務付けているので100%だが、いわば「東高西低」の状況であり、たとえば、和歌山県などは4人ほどしか日本協会に加入していない。本県においても、日本協会に加入しているのは約50人（17%ほど）である。
- r 参加した研修企画団体：本会71%、静岡県社会福祉士会22%、日本協会13% 約7割の会員が本会が企画した研修会に参加している。
- s 研修を受ける上での問題点：時間の確保80%、研修費用31%
- t 本会への期待：ネットワーク作り72%、研修56%、制度等の情報63%、スーパービジョン29%、社会活動17%、資格化運動12% 「ネットワーク作り」、「制度等の情報」に対する期待が多く、「社会活動」、「資格化運動」に対する期待が少ないが、これは、若い会員が多数を占めていることから、MSWの資格制度化運動の歴史を知らない会員が多く、日本協会がこの20年間、「社会福祉

士一本化路線」に固執してきたことの影響が強いと思われる。

- u 研修に対する意見（自由回答）：本学のMSW養成に参考になる意見としては、〔年1回程度、県内の社会福祉関係団体との交流研修会のようなものが行われるとよいと思う。方法については実践報告をしたり、現場での取り組みを紹介するなど、臨場的な視点からの研修を期待する。〕というものであった。今後は、職能団体との共催による研修会の企画をしていくことも検討していくべきだろう。
- v 「資格化運動」についての意見（自由回答）：横山（2008年）が指摘するように、現在のところ、MSWの資格化をめぐる議論は、概ね次の5つに整理することができる。i)社会福祉士を活用すればいいので、新たな国家資格化には反対。ii) MSWとしての専門的な国家資格化が必要。iii) 社会福祉士では不十分だが、日本協会がMSWの資格化に反対している以上、新たな資格制度化は無理。iv) MSWの資格化について何か主張すると、激しい論争・対立を招き、人間関係も険悪になりかねないので、わざわざ波風を立てたくない。v) MSWの資格化に関する過去の議論や運動について知らないので関心がない。

今回の調査結果も概ね、この5つの意見に整理できる。以下、自由回答の中から代表的なものを、i) からv) に分類してみた。〔i) 資格化運動の目的がつかめない。社会福祉士を基礎資格とした専門認定では何故いけないのか。厚生労働省としてはそれで決着がついているのではないか。ii) 社会福祉士だけではMSWとしての知識が足りないことが身にしみて分かる。医療面での知識を現場で働きながら覚えている。医師や看護師に失笑されながら覚えている。できれば、これからの人々にはそんな思いをさせたくないからMSWの資格はあるといいと思う。iii) 時期的には手遅れ。取り組むなら相当の覚悟が必要。iv) 日本協会との関係が心配です。/期待しないほうが円満にいきそうです。/中心に頑張っている人は大変だと思うが、あまりみんなが仲良く出来ないなら会としてやめたほうが良いのではないかと思います。v) 全く興味なし。/協会以外の場で資格化について具体的にどのような議論がされてどのような

状況にあるのか知ることがないので、今後も情報を発信してもらえると有難い。]

w 本会の活動への意見・要望：「これからの時代、地方分権化されていくのなら、自分たちの住む地域を守れるのはそこに住む住民である自分たちでしかない。国や全国組織ではなく、地域づくりのための県協会として活動していけばと思う。そのために政治も必要かと思うことです。」

以上、〔 〕内は会員の意見。他多数の意見・要望があったが割愛した。

7. MSW全国組織の最近の動き

2007年7月14日、全国医療ソーシャルワーカー協会連絡協議会（以下、連絡協議会と略す）が、都道府県協会の連合体として発足した。連絡協議会が発足したことは、「福祉新聞」（2007年8月6日号）の第1面に「MSW全国連絡協が発足～質・量の確保目指す」と大きく報じられた。折しも、社会福祉法及び介護福祉士法が制定された時、厚生大臣として陣頭指揮を執った斎藤十朗氏の全国社会福祉協議会会長就任のインタビュー記事と並んで掲載された。以下、福祉新聞の記事を引用する。

「連絡協議会発足の背景にあるのは、保健医療現場が患者負担の増大、診療報酬の引き下げ、社会的入院の解消など変動を重ねる中で、より高度な専門性がMSWに求められる半面、人材の養成・確保が制度的に十分に担保されていないという現場の問題意識があるということができる。設立趣意書は、『様々な医療社会問題を抱える患者を対象とした専門的なソーシャルワークの展開には、現在の社会福祉士資格だけで対応していくことはカリキュラムや実習などの養成に限界があり、現場が混乱していることは明らかだ』としている。特に人材の養成については、『大多数の大学では医療福祉論などのMSWカリキュラムは未整備で、今後、社会福祉士養成の中に組み込まれることもなく、このままではMSWの専門性は従来のように就職後の都道府県の研修や自助努力で補完しなければならない』という。また、マンパワー確保の面でも社会福祉士を持った若いMSWが離職している現状に触れ、『医療機関におけるMSWは配置基準もなく、人件費の財政的な裏付けもない。社会福祉士の雇用を医療機関の経営者の善意に委ねている現状では、抜本的な解決には全くならない』とし、その目的を『MSWが誇りを持っ

て自分の仕事ができるよう環境整備する上での様々な課題について、相互理解と共通認識を深め、その解決に向けた行動の指針を示すこと』とし、2007年度の活動内容を『①MSWの抱える問題の具体化、②患者家族を取り巻く医療環境の調査・分析、③資格制度、診療報酬など制度的な位置づけの検討、④養成課程などの検討、⑤MSWの定義の確認』としている。MSWが個人として加入する全国団体としては、1953年に設立された日本協会（会員3,500人）がある。しかし、日本協会は都道府県協会とは本部・支部の関係になっておらず、MSWは医療職ではなく福祉職であるとの認識から『社会福祉士以外の国家資格は求めない』という立場をとり、社会福祉士養成における実習先の選択肢に医療機関を追加すること、診療報酬に社会福祉士を位置付けることを厚生労働省に要望し、いずれも2006年度に実現させている。」連絡協議会は、都道府県協会単位の全国組織として発足したことに意味がある。発足時、6県が正会員として加入し、構成員数は1,362名であったが、2008年度、2県が新たに正会員として加入し、正会員8県、会員数は2,400名の規模に成長している。年会費は、正会員5万円（財政状況による優遇措置あり）、個人で入会する準会員2,000円となっている。

この動きに対応するかのようになり、日本医療社会事業協会（以下、日本協会と略す）は、2008年5月23日、全国医療ソーシャルワーカー協会会長会（以下、会長会と略す）を立ち上げた。会長会は、会則によれば、「①MSWに関する連絡調整、②ソーシャルアクションに関する意思統一、③その他本会の目的を達成するために必要な事業であり、MSWの緩やかな団結を目的とし、全会一致を目指す」としている。会長会の構成員は、各都道府県医療ソーシャルワーカー（または、医療社会事業）協会の代表者であり、会費は年間1,000円である。2008年5月23日に開催された第1回会長会で承認された正会員数は、日本協会会長を含む28人であった。連絡協議会の正会員が、各県協会の総会決議を経て入会していることに対して、会長会においては「各組織の内部手続きは会長会では関知しない」という方針を確認している。つまり、日本協会は元々年1回、意見交換の場として「都道府県会長会議」を開催してきたのだが、「会長会」と「会長会議」の自身はほとんど変わらないということができる。会長会の今年度の活動方針として確認されたのは、「①共通

のニュースの発行、②後期高齢者医療制度に引き続き関心をもつこと、③各協会を対象とした会員調査の検討、④日本協会への質問の場ではなく共通の意見交換の場とすること、⑤年2回開催すること」であった。

8. まとめと考察

以上、第一に2008年度「社会福祉士及び介護福祉士法」改正に伴い、新しいカリキュラムとして「保健医療サービス」が加わるまでの経緯とその内容、第二に社会福祉士養成指定施設での福祉に関する相談援助業務の範囲に受診・受療援助が含まれていないこと、第三に、それにも拘わらず2008年度診療報酬改定において社会福祉士が退院支援に関して診療報酬に位置づけられたこと、第四に、静岡県医療ソーシャルワーカー協会会員実態調査、第五に、全国のMSW組織の新たな動きを概観してみた。第五の全国組織の動きについては、筆者が「連絡協議会」の副会長であり、「会長会」の構成員でもあるということもあり、MSWの資格化の議論も含め、この二つの全国組織の成立については言及すべきことが少なくないが、本稿においては敢えて差し控えることとした。

現在、「医療福祉」または「保健福祉」という名称を冠した福祉系大学は、申請中も含め7大学ほどであるが、「医療福祉」という言葉が広義には介護、リハビリテーション、医療ソーシャルワークを含む概念であることから、大学によって理学療法士・作業療法士等のセラピスト養成を行っているところもある。その中で、情報処理技術者、診療情報管理士、医療ソーシャルワーカー養成を目指した本学の医療福祉学科は、全国的にもユニークな学科になる可能性を秘めていると思われる。

【参考文献】

- * 京極高宣・村上須賀子編著『医療ソーシャルワーカー新時代 地域医療と国家資格』
勁草書房、2005年6月
- * 二木立「2006年診療報酬改定の意味するもの」
(『月刊保険診療』2006年7月号)
- * 横山豊治「医療ソーシャルワークと社会福祉士制度との整合性に関する一考察」
(日本医療社会事業協会『医療と福祉』No.80
Vol.40-No.1 2006年11月)
- * 石光和雅「医療ソーシャルワーカーの資格制度に関

する実証的考察」(静岡県医療ソーシャルワーカー協会『医療ソーシャルワーク2006』No.35 2007年5月)

* 『福祉新聞』、2007年3月26日号及び2007年8月6日号

* 植木博之「会員実態調査報告」(静岡県医療ソーシャルワーカー協会『医療ソーシャルワーク』No.36、2008年5月)

中高年者におけるPC教育の取り組み

—静岡県藤枝市岡部町の実例—

藪 崎 栄

PC Education for People over Middle Age

Sakae YABUSAKI

Abstract

わが国では21世紀に入り、ますます少子高齢化の現象が顕著になっている。今後、より一層の高齢化の進行が見込まれ、50年後の2059年には40%に達すると推計される。実に全人口の5人に2人が高齢者という前例のない超高齢化社会が実現することとなる。ここ数年全国の各地方自治体では、65歳以上の高齢者を対象としたパソコン講座や中高年者向けのパソコン教室が盛んに開催されている。また、福祉対策として障害者向けのパソコン講座も数多く開催されるようになった。こうした状況のなか、本論文では、本年1月静岡県藤枝市と合併した旧岡部町の中高年者を対象としたパソコン教室の運営・指導方法を中心に過去6年間の取り組みと成果を振り返り、その実態を明らかにするとともに、他の自治体の開催している高齢者向けパソコン教室等にも焦点を当て、今後に向けた課題を提起する。

1. 緒 論

急速な高齢化時代となった現在、年齢・世代を問わずパソコンを使って文面を作成したり、デジカメ画像を整理したり、インターネットで最新情報を自由に取
り出したいと思うのは誰しもの願いである。

政府は地域住民がボランティア活動や家族参加の体験活動、地域の様々な課題を解決する学習や活動などの取り組みを通じて、住民同士が「学びあい、支えあ
う」地域のきずなづくりを推進する事業を、実施して
いる。こうした背景の中、全国各地で高齢者向けのパソコン講座が活発に開催されるようになった。

岡部町においては今から6年前の平成15年に「中高年パソコン教室」が正式に発足した。当時は全国的にはまだ珍しい存在であった。地域住民の方々の熱意の表れが実現するきっかけになったわけである。教室の運営の中心的な役割を果たした方々は、平成12年10月
から開催された、当時の森内閣の下で旧自治省が新発

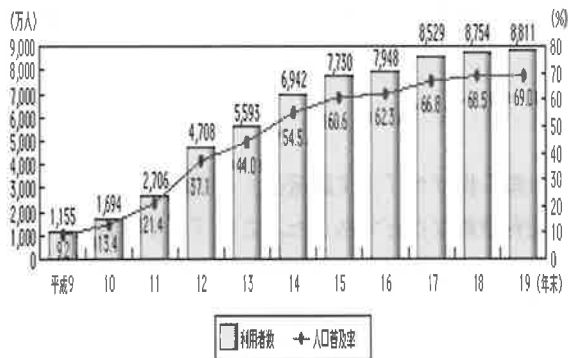
展政策を掲げた「IT講習会」の受講者だったことも大変有意義なことであった。この「IT講習会」は
全国一斉に約2年から4年間開催されたが、もたらした
影響は多大であったのは間違いない。

2. インターネット社会からユビキタス社会へ

総務省の平成20年版「情報通信白書」によれば、平成19年末のインターネット利用者数は8,811万人（対
前年比0.7%増）、人口普及率は69.0%（対前年0.5ポ
イント増）と推計される。（図1参照）同時に、これを
世代別に表したものが図2である。これをみると、確
かに15歳から59歳までの利用者が圧倒的に多いのがわ
かる。しかし、60歳以上の利用者は、平成16年末と比
べると平成19年には大幅に増えているのが伺える。特
に80歳以上の利用者は驚くことに2倍以上に達してい
る。これらの利用者数と普及率はまだしばらくの間上
昇されていくであろう。また、インターネットに限ら

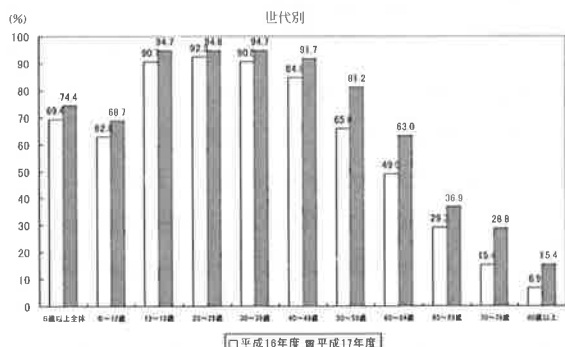
ず、パソコンだけの利用者と普及率となると少なくともこの数字をはるかに超えることになる。時代はインターネット社会からユビキタス社会へと進展している。ユビキタス社会においては、いつでも、どこでも、ネットワークに簡単につながり、一方的に流れてくる情報を受けだけでなく、自分で情報を発信することも可能である。こうした社会の中で世代を問わず情報のやりとりが活発になってきているのである。情報の流れは非常に複雑化し、情報を伝達するメディアの多様化も進んできている。そして、ユビキタス社会の進展により、人々の「情報」に対する価値観や意識にも大きな変化が生じ、その変化がメディアの多様化に一層拍車をかけると考えられる。ユビキタス社会になり、これまでのテレビ、新聞を中心としたメディアから、パソコンと携帯電話中心の社会へとシフトしている。また、サービスの多様化や端末の多機能化・高機能化の進化によって、パソコンや携帯電話が、メディアの核となってきた。

こうした時代で生きていくには、高齢者であっても「私にはできない」「私には関係ない」と言っていないものがあるのかもしれない。



出典：総務省平成20年版 「通信白書」

図1 インターネット利用者数と人口普及率の推移



出典：総務省平成20年版 「通信白書」

図2 世代別インターネット利用状況

3. 岡部町の中高年パソコン教室の概要

3.1 メンバー構成と利用環境

平成15年発足当初のパソコン教室は、以下のとおりであった。

- ①メンバー 25名
- ②練習場所 岡部町町民センター会議室
- ③練習時間 月3回 木曜 夜7時から9時
- ④使用PC IT講習会で使用したノートPC (OS:Windows98)
- ⑤指導者 教員1 補佐1

6年後の現在のパソコン教室は、メンバーも大幅に入れ替わったが、メンバー数、練習場所、練習時間はほとんど変化していない。しかし、IT講習会で使用した大半のノートPCが老朽化のため使えなくなり、約半数の受講者が自分のノートPCを持参してくるようになってきた。必然的にOSも進化し、現在は、WindowsXPとWindowsVistaが主流となっている。しかし、IT講習会で使用した何台かの古いノートPCも健在で、持参してこない受講者はこれを使っている。出席率は発足当初よりだいぶ減少してきているのが残念である。指導者については、この6年間で、3名のシニアのインストラクターを育て上げることが出来たのは最大の収穫であった。

3.2 現在のメンバーの年齢構成 (図3参照)

- ① 39歳以下 2名
- ② 40歳から49歳以下 6名
- ③ 50歳から59歳以下 8名
- ④ 60歳から69歳以下 7名
- ⑤ 70歳以上 2名

50歳から69歳以下の年代が半数以上を占める。

年々、パソコン教室のメンバーの高齢化も進んでいる。

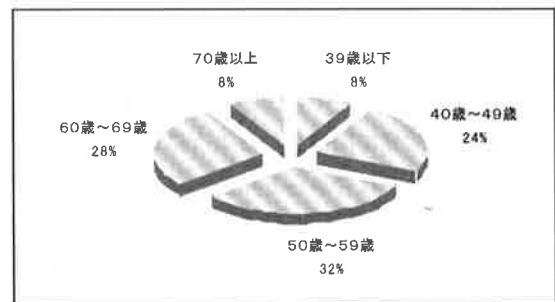


図3 受講者の年代別グラフ

3.3 発足当初パソコンの経験年数（図4参照）

- ① 1年未満 16人
- ② 2年 5人
- ③ 3年以上 4人

大半が1年未満の初心者であった。

6年後の現在は、新しく加入した新規メンバーを除けば、3年以上となっている。

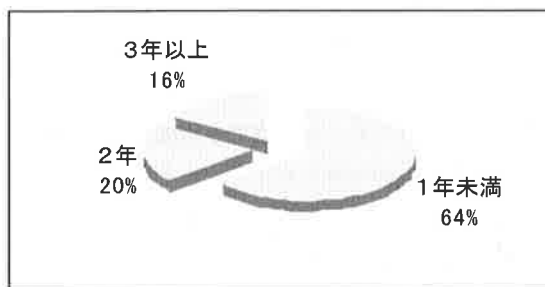


図4 発足当初のパソコンの経験年数グラフ

3.4 パソコンを始める動機

パソコンを始めるきっかけとなった主な動機は以下のものであった。

- ・子供や孫に写真付きのメールをしたい
- ・町内会の回覧板を作成したい
- ・子供や孫にパソコンを買ってやり自分でもやりたい
- ・写真をパソコンに取り込みたい
- ・年賀状をワープロで作成したい
- ・インターネットを使いたい
- ・同じ世代の仲間がやっていたから
- ・仕事で利用したい

4. 実際の活動（教育内容）

4.1 立ち上げとシャットダウン

ノートPC電源の位置を確認し、立ち上げの練習を何回も繰り返した。次にプロジェクタを使いデスクトップ画面の説明をしてアイコンの意味と役割を理解した。また、スタートボタンからシャットダウンの手順を繰り返し学んだ。初心者には、この段階でコンピュータ用語は出来るだけ使わないほうが良い。なぜなら、専門用語に聞こえるからで最小限に留めるほうが賢明である。

4.2 マウス操作

マウス操作の練習では、ノートPCであるため初心者に使いやすい外付けのマウスを常時使用した。

- | | |
|----------|------|
| ・ポイント | 問題なし |
| ・クリック | 問題なし |
| ・ダブルクリック | 問題あり |
| ・ドラッグ | 問題あり |
| ・ドロップ | 問題なし |
| ・右クリック | 問題あり |

と6つの基本操作をしたが、開催当初はダブルクリックの感覚が掴めない受講者が数多く見られた。これは、2回目に行うクリックするタイミングが遅れ気味だったという要因がわかった。カチカチという音を目安に指導したが、完全に慣れるまで最高で1ヶ月かかった。毎日練習出来る環境、つまり、自分のパソコンがある人は大丈夫だった。次にドラッグ操作では、押したまま引っ張ることがなかなか出来ない受講者がかなりいた。左ボタンに人差し指を押したまま目的の位置まで引っ張るとい動作に時間を要した。ドロップは、ドラッグの感覚が理解出来るようになれば簡単にいった。便利な機能のある右クリック操作は、上手に出来たけれど、その意味の理解に時間がかかったように思える。やはり、マウス操作全体に言えることは、慣れ親しむということを中心掛けることが重要であり、同じ動作を何回も何回も繰り返し、練習すれば自然にマウスと指が一体となりスムーズに動くようになるものである。

4.3 キーボード操作

最初にキーボード配置表を基に各キーの名称と役割を詳細にゆっくりと説明した。次に記号や特殊文字の出し方とファンクションキーの役割について説明した。また、ホームポジションで、各押す指のテリトリーを習得した。ただし、思った以上にキータッチがうまくいかないで、相当な時間数をかけた。やはり、予想どおりここで躓く受講者が数多くみられた。特に高齢者は指先が自由自在に動かすこと自体が出来ないように感じられた。パソコンでのキーボード操作は、初心者の中高年者にとって最も苦手な領域であるということが言える。キーボードアレルギーにならないよう、また「パソコン嫌い」を作らないよう時間をかけ懇切丁寧に指導することが重要である。ここでの体験はマウス操作以上の苦労があった。ある程度出来るようになれば、タッチタイピング練習ソフトなど使ってキー

タッチを早くするのも1つの方法である。

4.4 ワードプロソフトの利用

パソコンを利用するのにワープロから入るのが最も一般的である。岡部町においても開催時間にして約6割はワードプロソフトの利用であった。最初は簡単な文字入力や記号の練習を行い、徐々に、年賀状・町内会のお知らせ・チラシ作成・名刺作成といった内容のものをやっていた。ワードプロソフトでは、文字入力の正確さとスピードの速さが要求される。しかし、初心者には至難の業であり、誰しもがスラスラと打てるわけではない。そこで、ある程度出来る人とペアで座る方法をとった。隣に座っている出来る人の打っているイメージを頭に入れながらやると効果的である。ワープロを上達するには、キーボードを打つスムーズさが一番のポイントである。個人差もあるが、高齢者にはホームポジションから打つということは強制しなかった。しかし、早く正確に打てるようになった人は、決められた指でタッチしていた。

機能面では、メニューバーやツールバーの内容を理解し、便利な方法を学んだ。また、イラストや画像の挿入方法も学習した。練習教材に選ぶポイントとしては、ビジュアルに印刷されるイラストや画像を取り入れると良い。完成してプリントすると、自然に受講者も喜んで満足してくれる。

4.5 表計算ソフトの利用

当初、中高年者にとって、表計算ソフトの利用はワープロに比べてかなり低かった。しかし、表の集計やグラフ機能やデータベース機能まで学習したら、徐々にその便利さに気づいたようであった。関数については、比較的使用率の高い合計・平均・最高・最低・順位・判定等を学んだ。また、表やグラフをワープロにコピー&ペーストする方法も習得した。

4.6 インターネットの利用

IT講習会用に、電話回線を使ってインターネットの接続が可能な環境にあった。しかし、ADSL回線の12Mbpsだったため速度には期待できなかった。

ブラウザはIEを利用し、最も一般的な検索エンジンであるyahooをホームとして設定した。そこで、日々変化する天気予報を調べたり、近隣の市役所などのHPにアクセスして練習を重ねた。今ではどこのWebに

も簡単にアクセス出来るようになった。中高年者にとってインターネットは、ほとんどマウス操作だけで出来るため比較的安易であった。またインターネットへの関心が一番強く感じられた。

4.7 静岡福祉大学でのパソコン体験講座

平成16年から3年間、年に1回静岡福祉大学のコンピュータ室で「岡部町の中高年パソコン教室」の受講者を招待し、体験講座を開催した。この時は、20名ほど参加したが、普段使ったことのないプレゼンテーションのソフトをデスクトップPCで学習をした。設備の整っているコンピュータ室での体験は大変新鮮に感じられ貴重なものであったようである。こうして通常と異なった環境で学習することも重要である。また、大学内の施設見学や学食でのランチもあって受講者同士のモチベーションを高める意味でも有意義であった。



図5 静岡福祉大学での体験講座の様子

4.8 現在の指導体制

発足当時は、筆者が講師をしていたが、現在は、筆者と以前の講座での教え子(70歳)の2人が交代で講師役となって行っている。どちらか一方が補佐に回っている。また、受講者の中で育った補佐役のアシスタントが、2名おり、受講者全体のサポートをしている。したがって、安心した雰囲気の中で行われることが可能になった。一斉にやっている時も、アシスタントは大変に忙しいものである。わからない人に対しアシスタントは完全に個人対応をとっているからである。

毎年、町の文化祭で、受講者の作品展示会を行っているが、これも受講者の楽しみの1つになっている。

5. 他の自治体の高齢者パソコン教室

長野県茅野市では、地域情報化推進ネットワークで『障害者・高齢者パソコン広場部会』がある。今年で、発足3周年を迎えるが、障害者や60歳以上の高齢者に、パソコンに親しんでもらおうと市情報プラザが、諏訪東京理科大のコンピュータ施設でスタートしたのが始まりである。こうして行政、大学、地域住民の3者が一体となって取り組むことは大変すばらしく有意義であると考えられる。行政の理解と大学の協力がなければ絶対に実現できないことである。地域にとっては大きな学習の場が提供されている。

群馬県伊勢崎市の『いせさきパソコンボランティアMellowネット』は、岡部町と同じ平成15年に発足した。設立の趣旨は、「高齢者に対し、同世代のものが同じ目線からお互いに勉強し合うことにより、はがき作成から、メール交換、HPの検索閲覧が出来るようになるまで、分りやすく、楽しく出来る講座を作り、高齢者がデジタル社会の弱者にならない手助けをする」という内容であった。したがって、この会を運営する指導者も高齢者である。まさしく高齢者による高齢者のためのパソコン教室である。これの持つ意味は大変深いものがある。確かに高齢者同士で同じ目線で勉強するという事は「教える側」も「勉強する側」も同じ立場でありやりやすいのではないかと考える。

東京都立川市では、シニア倶楽部主催の『高齢者・主婦の初心者パソコン塾』がある。パソコンを基本からゆっくり学びたい方のための塾で、女性が50歳以上、男性は60歳から入会できるようになっている。内容はインターネット・Eメール・デジカメなどパソコンに関することを学ぶことができるようになっている。ここでは、ゆっくり楽しくパソコンを学び、日常でパソコンを使えるようになるまで、根気強く教えることを目標に活動している。指導者はもちろんシニア層のメンバーが自主的に行っている。このようなシニア倶楽部主催が立ち上げたパソコン教室は、他の地域でも数多く見られるようになってきた。

最近においては、営利目的ではなく、自治体以外のNPO組織でもこうした取り組みが年々増加する傾向にある。このように高齢者にとっては、学ぶ機会が増えることと、学びやすい環境が整っていくのは大変有り難いことである。

6. 今後の課題

中高年者や高齢者が、気軽に楽しくパソコンを学べるということは、切実な思いでもある。それには安心して自分のペースで学ぶことができる環境を用意する必要がある。中高年者や高齢者に対し、PC教育をどのような教育方法で行い運営して成功に導くには様々な課題がある。ここで、今後の主な課題として以下に掲げる。

- ・中高年者のPC教育は、受講者の中から次の指導者を育てる
- ・高齢者のPC教育は、高齢者が指導者となって行う
- ・講師役（一人）以外に、出来る限り大勢の補佐のアシスタントを付ける
- ・根気強く、何回も同じ操作を繰り返して覚えてもらう
- ・一人一人の習熟度に合わせた、きめ細かな指導を心掛ける
- ・興味を示す内容の教材を用意する
- ・集合教育より個人教育を重視する
- ・常に受講者とコミュニケーションをとる
- ・受講者同士で教え合う
- ・受講者に自分専用のパソコンを持つよう導く
- ・活動場所は出来る限りコストのかからない公民館等を利用する

これらのなかでも、特に指導者と受講者の関係が最も重要である。指導者は常に受講者とコミュニケーションをとるようにすることが必要である。それには指導者と受講者がより身近な存在であればあるほど良い。これは受講者の願いでもある。したがって、そのパソコン教室から指導者を育て上げることが、成功に繋がる近道である。最初は受講者であっても、徐々に覚えていき実力を身に付け、アシスタントから講師役までやることによって、自信にもなっていく。こうした人材が育っていけば、必ず「活気と魅力あるパソコン教室」が誕生すると考える。

つまり、「受講者と同世代の指導者の人材育成」が最大の課題である。また、教室の運営も継続していくことに意義がある。単なる交流の場で終わらず、真の生きた生涯学習として捉えることが大切なことである。

7. おわりに

約6年間の経験で言えることは、大学での授業とは全く違う世界であった。大学の授業では、20歳前後の学生が相手であり、画一的な集合教育で、ある一定のレベルまでは理解してくれた。ところが、中高年者へのPC教育は、非常に難しく神経を配り時間もかかった。その間、PC教育に対する考え方も随分変わってきた。

6年前、正式に中高年者に指導依頼の話があった時は、正直迷ってしまった。しかし、今振り返ってみれば、引き受けて良かったと感じる。

平成6年度から本格的に市民に公開講座として各種のPC講座を数多く開催してきた。また平成12年から始まった「IT講習会」では、焼津市・岡部町と協力して約40講座を実施した。さらに広がりを見せ、いろいろな世代の人達と知り合い、貴重な体験をさせて頂いた。試行錯誤してだいぶ教え方にも変化を感じる。ボランティアの一環で始めたことが、これほど長い期間続くとは自分でも驚いている。この間、3名のシニア指導者を育てたのが唯一の財産になった。

今後、中高年者や高齢者がパソコンを学ぶ機会はますます増えていく。高齢者が明るく元気に若者に負けず頑張るよう切に願う次第である。

参考文献

- (1) 『IT講習会の取り組み』
—静岡県焼津市を中心に— 藪崎 栄
静岡精華短期大学紀要第10号 2002年
- (2) 『情報通信白書』平成20年版 総務省 2008年
- (3) 『IT講座 Wordで簡単チラシ作成編』
藪崎栄 岡部町IT講習会テキスト 2006年
- (4) 『Excel入門』
藪崎栄 焼津市IT講習会テキスト 2005年
- (5) 『変わりつつある情報教育』 情報処理学会
Vol.48情報処理11 2007年
- (6) 『インターネット白書』
日本インターネット協会 2008年

訪問介護実習から見る介護福祉士養成教育の課題と今後の展望 —3年間の実績より—

前川 有希子

Problems of Care Worker Training Education Judging from Care Visit Practices and the Future Prospects: the Results of Three years of Training

Yukiko MAEKAWA

要旨：本学は平成14年度より介護福祉士養成施設校として教育を提供している。過去3年間の訪問介護実習を振り返った。実習時期、実習内容について個人差があるが、概ね利用者個々の生活場面に学生は接している。しかし、年々訪問件数の減少、居宅実習への理解不足、生活経験の未熟な学生の生活支援へのかかわりという問題点が明らかになった。平成21年度よりカリキュラム改正があり、介護領域の介護の基本に生活支援学・介護家政学が含まれ、介護学と家政学の連携が取りやすい教育体系になる。個々の生活行動や環境を理解し、利用者の生活支援についてより実践的な教育活動を提供する必要があると感じる。

キーワード：訪問介護実習、実習目標、介護保険、新カリキュラム、生活支援

1、緒言

介護福祉士は、昭和63年に国家資格として誕生した。高齢社会において介護福祉業務の明確化がもたらされ、「介護の社会化」が必要になるに及び福祉分野において生活を支援する介護専門職として位置づけられている。本学では、平成14年より介護福祉士養成施設（以下養成施設）として教育を開始し、約400名の卒業生を介護福祉士として社会に送り出している。その多くは介護や福祉現場で活躍しており、実習指導者として教育の一端を担う者もいる。平成21年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正を受け、介護福祉士養成教育課程（以下養成課程）における教育内容が見直しされる。介護福祉士として「求められる介護福祉士像¹⁾」を実現することを最終目的とする。そして、養成課程では、資格取得時の介護福祉士の「介護を必要とする幅広い利用者に対する基本的な介護を提供できる能力²⁾」を身につけることを目標とし、それを達成するために各養成施設は教育内容の充実を期待されている。

2、目的

平成12年に介護保険制度が施行され居宅介護実習の必修化も8年を経過した。この機会に、利用者の生活に最も密着し、状況に則した利用者本位の介護サービス提供場面である訪問介護実習を振り返る。その実績から見る今後の養成課程における介護実習の課題をあきらかにする必要がある。

平成18年の改正介護保険では、施設型の介護サービスから利用者の生活の場である地域・在宅での介護サービスへ、自立支援・介護予防へと介護サービスが展開変化した。現状に則する介護福祉士養成が急務となり、平成21年より新カリキュラム（以下新カリとする）において介護福祉士養成教育がスタートになる。本学においての訪問介護実習の実状を明確にし、本学の問題点と比較すること。また、その問題の解決方法を探究すること。さらには、資格取得時の介護福祉士の目標達成するために学ぶ必要性の高い技術や知識を習得すべく教育内容の構築を考える時期である。

1) 現在カリキュラム上の訪問介護実習

養成課程における450時間の介護実習は、施設介護実習と居宅介護実習で構成されている。本学では居宅介護実習を訪問介護実習という実習科目として2年生前期に位置付けており、学生1名につき2日間16時間の居宅サービス事業所において実習を平成15年より行っている。本学の訪問介護実習の目標及び内容は次のとおりである³⁾。

(1) 実習目標

- ①地域の高齢者や障害者とその家族に対して、在宅生活が継続できるように援助している居宅介護サービスの実際を体験する。
- ②居宅介護サービス事業の概要及び居宅介護支援事業等の機能、役割を知る。

(2) 実習内容

- ①訪問先の在宅介護の目標を知る。
- ②利用者を理解する。
- ③居宅介護サービスの活動内容を知る。
- ④他職種との連携を知る。

また、先行研究^{4),5)}より介護実習における訪問介護実習の問題点を下記のように抽出した。

問題①契約制度の介護保険下では、利用者のプライバシーや個人情報保護の観点から教育活動への協力が得られにくい。

問題②事業所や訪問介護員への重負担となる。訪問数や実習内容に格差が生じている。

問題③生活支援を提供するために、介護系の知識だけでなく、非介護系教科の知識の習得すなわち教科間の教育的連携が求められる。

2) 新カリ上の教育体系

新カリは、介護福祉士制度20年間の教育を踏まえ、現行の教育内容を「介護」の枠組みの中で統合再編することを基本とし、介護ニーズの変化を踏まえて介護実践に資する教育内容を充実・強化している。

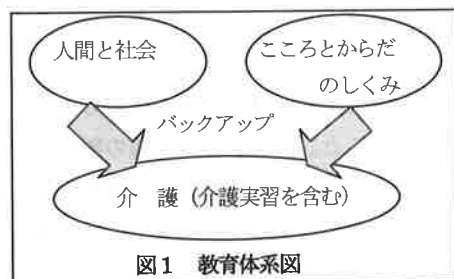


図1 教育体系図

出典：介護福祉士法等の一部改正に伴う「介護福祉士養成課程の見直しについて」の説明会資料

介護が実践の技術であるという性格上、①基盤となる教養や倫理的態度の涵養に資する「人間と社会」、②「尊厳の保持」「自立支援」の考え方より、生活の観点から介護を提供するための「介護」③他職種協働や適切な介護の提供に必要な根拠としての「こころとからだ」の教育体系を図1に示したように3領域に再編している。⁶⁾ 介護実習は「介護」の領域に位置し、450時間の履修を求められる。施設介護実習と居宅介護実習の構成であった従来とは大きく変化することになる。新カリ上の介護実習は、実習施設・事業(I)と実習施設・事業(II)で構成される。その内容は各養成施設に委ねられる。そのため、各養成施設はそれぞれの理念のもと、介護福祉士を養成するために特色ある教育カリキュラムの提供を求められる。

3) 資格取得時の介護福祉士養成の目標

社会福祉士及び介護福祉士法の改正⁷⁾のポイントに介護福祉士資格取得には国家試験受験が必須となることがある。国家試験合格時点までに達成するべく11項目の資格取得時の介護福祉士養成の目標が提言された。その中に「8. 利用者ができるだけなじみのある環境で日常的な生活が送れるよう、利用者ひとりひとりの生活している状態を的確に把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供できる能力を身につける」⁸⁾と示されている。ここに示されている「なじみのある環境」「日常的な生活」を学ぶ場所が訪問介護実習現場である利用者の居宅であろう。その目標達成をするためには養成課程での実習目標、実習時期についての再考が求められる。

3、研究方法

平成18・19・20年度に実施した、訪問介護実習終了後のアンケートより抜粋した共通項目の集計を分析した。アンケートは、毎年7月家政学概論の授業前期最終日に調査したが、訪問介護実習の実施時期にばらつきがあるため、訪問介護実習を終了した学生のうち協力可能な学生を対象にした。平成18年度は在籍学生数89名のうち78名、19年度は88名のうち77名、20年度は80名のうち67名の協力があった。

また、アンケート結果を踏まえ、新カリについて提示されている資料等^{9),10)}の訪問介護実習に関する記載を総合的に勘案し、今後の訪問介護実習のあり方・方向性を推測する。

4、結果

1) 訪問介護実習の概要および実習配置

実習承諾のある15事業所のうち12事業所は社会福祉協議会（以下社協とする）が運営している。社協以外の3事業所のうち2事業所は特別養護老人ホームとの併設、1事業所は社団法人である。

学生の受入れについて、基本的には学生の通学を配慮して実習先を決定している。社協運営12事業所のうち5事業所はその市町の居住学生のみを受入れる指定がある。しかし、本学の地元G市社協、H市社協は、学生の受入れに協力的であり多くの実習生を配置できている。実習の時期は、実習依頼の段階で前期限内に実習を終了できるよう依頼しているが、表1のとおり事業所より指定される実習時期には幅がある。5月上旬に実習の場合と8月中旬に実習の場合では、3か月以上の差がある。本学では、定期試験が7月下旬に、施設実習第3段階が8月下旬に開始となる。そのため、学生個々に実習記録は記入していても、全体での訪問介護実習の振り返りが不十分になっている。

表1 訪問介護実習事業所一覧

事業所名	18年	19年	20年	実習時期
ホームヘルプステーションA	5	1	4	5, 6月
B訪問介護事業所	3	3	3	6, 7, 8月
C町社会福祉協議会	3	3	1	5月
D市社会福祉協議会	1	1	0	5月
E市社会福祉協議会 E-1 事務所	3	2	2	5月
E市社会福祉協議会 E-2 事務所	1	2	2	5月
F市社会福祉協議会 F-1	3	10	4	6, 7, 8月
F市社会福祉協議会 F-2	8			
G市社会福祉協議会	20	15	9	5, 6, 7月
H市社会福祉協議会	13	25	17	5, 6月
ホームヘルプステーション I	8	8	10	7月
ホームヘルプステーション J	12	10	14	5, 6月
K訪問介護事業所	2	2	3	6, 7月
L市社会福祉協議会	5	4	9	5, 6月
Mヘルプステーション	2	2	2	5, 6月
	89	88	80	

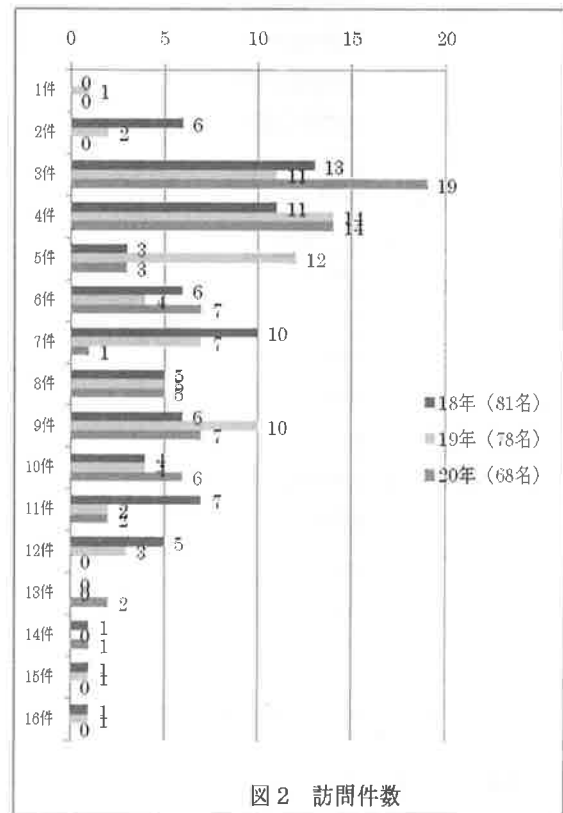
(名)

実習時間について、訪問介護実習は2日間16時間を原則として実習依頼をしているが、2事業所では、訪問介護事業所8時間と同一敷地内の介護予防通所介護

事業所8時間の実習を実施している。

2) 訪問件数

のべ総訪問数は、18年は494件・19年は484件・20年は401件であった。3年間の訪問件数の実績を図1に示した。それを見ると訪問件数が3件あるいは4件の学生が多いことがわかる。20年度には3件訪問できた学生が19名おり、在籍学生全体の約30%を占めている。また、平均訪問数は、18年度6.1件、19年度件6.2件、20年度5.9件である。また、事業所サイドでは、利用者への同行訪問についての承諾数の都合により、学生が訪問できる居宅が限定されている。そのため、同一宅へ複数の学生が訪問していると考えられる。また、16時間の実習中に同行訪問数が1件から16件まで分布が広く、訪問件数差が大きいことがわかる。

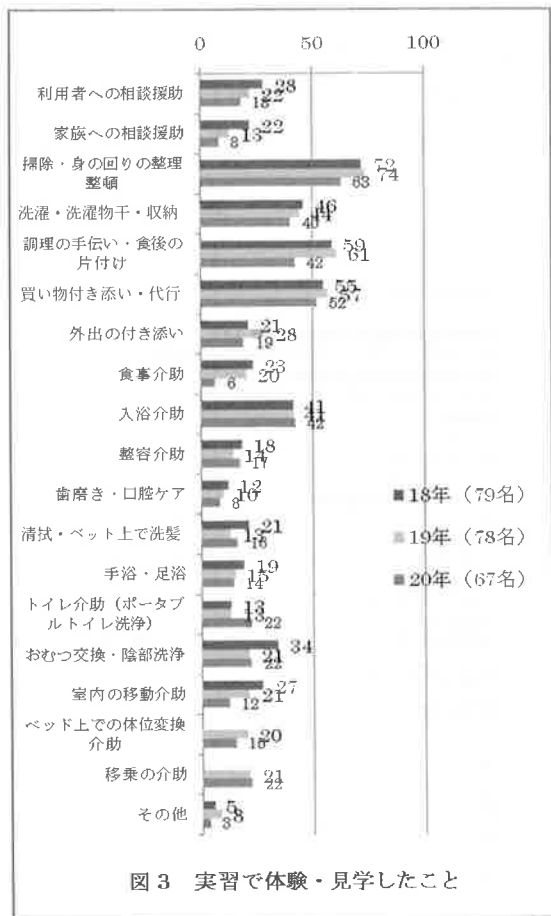


3) 実習内容

学生が、訪問介護実習で体験・見学できた内容については図2のとおりである。

各年度とも「掃除・身の回りの整理整頓」「調理の手伝い・食後の片付け」「買物の付添・代行」という生活支援を体験・見学した学生数が多い。身体的なケアとしては「入浴介助」の実習体験が「おむつ交換・陰部洗浄」等の排泄ケアより多い数を示している。ま

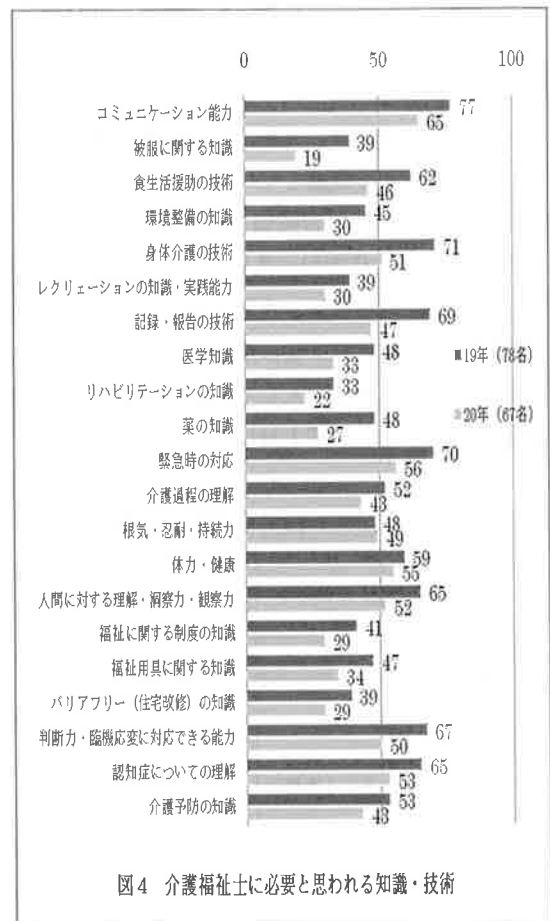
た「利用者同行の買い物介助」の経験も多い。その他の項目には、「デイサービスへの外出準備」・「デイサービス帰宅後の介護」・「手紙の代読」があった。20年については母数が少ないため、全体的に少数ではあるが洗濯・調理・掃除といった家政学的な生活支援場面の体験・見学をしている。特に、「掃除・身の回りの整理整頓」は、毎年9割が、「調理の手伝い・食後の片付け」「買物の付添・代行」は概ね7～8割、身体的介護として「入浴介助」はほぼ5割の学生が体験・見学できている。3年間とも体験・見学できる傾向としては同じであった。



3) 必要と思われる知識

訪問介護実習を終えて、在宅生活を支援する介護福祉士に必要と思われる知識・技術について質問した結果を図3に示した。19年、20年度の学生のみ結果である。「コミュニケーション能力」はほぼ全員が必要と感じている。さらに「身体介護の技術」という利用者に対しての技術や能力が必要と感じる学生が多いことがわかる。続いては、「緊急時の対応」「記録・報告の技術」「判断力等」の知識・技術が必要とされている。年度によって大きな違いは見られないが、20年

度の学生の実習日が真夏日や猛暑日が多かったことから、「根気・忍耐・持続力」「体力・健康」という自分自身の内面的、身体的な項目の数字が高い結果を得られている。訪問介護実習で体験した生活支援「掃除・身の回りの整理整頓」に位置づく「環境整備の知識」は約5割、「調理の手伝い・食後の片付け」に位置づく食生活援助の知識は約8割の学生が、介護福祉士として専門的に必要と思われる。



4) 新カリ上の訪問介護実習の位置づけ

新カリの実習について資料には次のような記載がある。「個別ケアを体験学習できるようにする観点からは、実習施設・事業等(Ⅱ)として、訪問介護等の利用者の居宅を訪問して行うサービスの確保することが望ましい。(中略)施設における実習に片寄ることのないよう、利用者の生活の場である多様な介護現場において個別ケアを体験・学習できるよう、配慮することとする¹⁹⁾。」このことから、今後も訪問介護実習においては、利用者の生活を支える介護サービスの実践や個別支援について学ぶことを求められると考える。従来は、指定科目として「介護概論」「介護技術」「形

態別介護技術」「家政学概論」「家政学実習」と分類されていた。しかし、新カリでの領域「介護」の共通事項「介護の基本」は表2で示したように「生活支援論」「介護家政論」が「介護福祉論」と並んで置かれ、3科目で構成される。介護は、人の生活に密着に関係援助である。生活環境や生活文化を抜きには考えられない²⁴。と言われている。「生活」「文化」「地域」を学ぶ教育環境がようやく整備される。

表2 領域「介護」における介護の基本の枠組み

共通事項	ねらい	科目
介護の基本 [180時間]	介護福祉に関するガイダンス科目と位置づけ、「尊厳の保持」「自立支援」の概念を理解し生活の観点の中から自己実現を図るためのチームケアの意義や目的を理解し、その展開能力を育成する。(中略)上記の教育内容を習得するために3科目に編成する。(介護福祉論・生活支援・介護家政)	介護福祉論Ⅰ 30時間
		介護福祉論Ⅱ 30時間
		介護福祉論Ⅲ 30時間
		介護福祉論Ⅳ 30時間
		生活支援論 30時間
		介護家政論 30時間

出典：日本介護福祉士会ホームページ

5. 考察

3年間実績を振り返ってみると、訪問介護実習では、学生にとっては学習環境が平等でないため、実習内容に差があり、すべての学生が、学校側が求めている実習目標を達成できる状況でないことがわかった。先行研究より抽出された問題点は、本学でも同様の結果であった。しかし、この実習より、学生は同行訪問介護員の人間性の豊かさや提供されるサービスの質の高さ、有する技術や能力を感じ取っている。そのため、介護福祉士として学ぶ必要のある知識・技術を感じ、自分の不足をわかるのではないかと思われる。さらに、本学の実習目標は、サービス提供内容に重きを置いている。訪問介護実習の展開は介護保険下でのサービス提供中である。利用者へのサービス提供が最優先される場面で、利用者の居宅内に訪問介護員と同行し提供される介護サービスの現状のありのままの姿を学生は学ぶことができる。しかし学生は、利用者の家庭内の様

子や生活のありのままの状況に触れることに気が付いていない。訪問介護員の一举手一投足に注目してしまい、利用者の表情や言葉、そして言葉によらないメッセージを感じることを理解することができない。訪問介護実習目標を再検討する必要がある。全国の教員アンケート報告書に次のような報告がある。即戦力を養うことも大切であるが、基礎力・教養科目をしっかり行うことのほうが人間理解や応用力に発展すると考えられる。実践力には知識が必要である。今後は、利用者個人や生活環境を理解する基礎能力を磨き、利用者が求める介護のみならず、生活の潤いや生き甲斐活動、介護予防を含めたQOL向上の生活援助を構成できる感性や思考力を身につける教育や実習を提供できるようにしたい。

1) 訪問介護実習の問題点①②について

訪問介護実習においては、利用者のみならず事業所の介護福祉士養成についての理解は不可欠である。しかし、平成19年度介護労働実態調査によると訪問介護員の84%が非正職員であり、そのうち登録ヘルパーが7割という結果²⁵がある。そのため、学生を同行し指導できる介護福祉士である訪問介護員が限定され、負担を感じるとの推測は裏付けられる。介護福祉士資格取得時の目標達成をするためにも、日本介護福祉士会の倫理綱領²⁶には「後継者の育成」中略、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力をそそぎます。という項目がある。さらに、日本介護福祉士会は「国の方針が在宅重視といわれる中で、在宅実習が少ないことが疑問である。少なくとも実習の3割は在宅実習に割り振るべきではないか。」²⁷と報告をまとめ、実習のあり方の再検討をもとめている。学生の学びは、多くの生活の場面に立ち会うことができればより深まることができる。そして、高齢社会の真中にある現在、質の高い介護福祉士を養成することが重要であり急務である。そのためには、在宅現場だけでなく社会全により多くの実習生を受け入れることのできるしくみや制度の設立を望む。そのことが明確になれば、介護人材確保法で言われる「介護福祉士という職業が魅力ある仕事として世間に認知し評価される」ことにつながっていくのではないだろうか。

2) 訪問介護実習の問題点③について

訪問介護実習は、「食事」「排泄」「入浴」というよ

うな利用者の生活行為を支援する介護技術的体験・見学をすることよりも、利用者の生活「衣食住」を支援する家政学的体験・見学が多い実習であったことがアンケートより明確になった。また、訪問介護員は、学生を同行させての指導よりサービス提供実施を優先となるため、教育的な協力や配慮を鑑みても日頃の業務より負担が大きくなる。家事経験の少ない介護福祉士養成校出身者に対して、「家事経験の不足を補うような実習教育が必要」であり、「利用者とコミュニケーションを取りながら、時間内に生活支援を行なう演習を行うべきである」という内容の意見が多くの介護職員から出された^{*)}という調査結果がある。今後、新養成教育カリキュラム内においてどう科目間連携をし、生活経験が未熟であっても「生活支援能力」「人間性の高い」介護福祉士を育成する教育活動を実践していくかが課題である。

訪問介護サービス提供の対象者は地域・自宅で生活する要介護要・支援状態の利用者である。各地域や各家庭により生活様式やその方法が異なる。『生活支援を必要とする利用者は、慢性疾患、重度の障害などを抱え、加齢と共にこのような身体状況は悪化する傾向にあり、健康で文化的な生活を利用者と共にどのように創造できるかが課題となる。このため、利用者の生活課題を明らかにし、生活の個別性を配慮した上で、新たな力を与えることできる「エンパワーメントのための生活支援」を創造することが、介護福祉士に求められる高い専門性であり、専門職間の連携によって、家政学が蓄積してきた生活支援に関する知識・技術が養成教育の中でどのように生かされ、実践力につながるができるのかが今後の課題』^{*)}といわれていた。新カリでは、教育事項の「介護の基本」に「生活支援論」「介護家政論」という科目が、「生活支援技術」の中に「生活支援技術」「家政管理技術」という科目が創設される。「介護学」と「家政学」が連携をとり、家事技術が対人援助サービスの一環としての演習を行うことが可能となる。介護の専門性を高めるための生活支援を学ぶ環境ができる。利用者の居宅での介護生活の様子を理解し、どのような介護サービスを提供すべきかを学ぶことは養成教育において重要な課題である。さらに訪問介護事業所の理解をうけ連携を強めながら、学生が訪問介護の実践場面での体験量を増やすこと、また、実習での実践力を養成する学習の機会を強化する必要することがあるといえよう。

6. まとめ

介護保険の理念は、地域や社会全体で高齢者を支援していくことにある。そして本来、家庭とは、他人が入ることのないプライベートな空間であり生活の場そのものである。その個人的生活空間に、訪問介護員だけでなく学生を招き入れていただかなければ、訪問介護実習は始まらない。我々介護教員は、そのことを理解し、学生に利用者への尊厳をもって接することの大切さを伝えなければならない。さらに、改正介護保険では介護予防サービスが盛り込まれた。利用者の保有する生活能力を低下させることなく、いつまでも自分らしく、生活を維持していくための予防的介護サービスの提供が求められる。高齢者が居室に引きこもることないように、生活能力を低下させないために家庭内の生活空間だけでなく、地域環境を含めた社会空間の理解も必要である。

7. おわりに

約400名の卒業生、約150名の在校生全てが訪問介護実習を履修する。多くの学生を受け入れご指導して下さった訪問介護事業所の方々、生活場面を学生に提供下さった利用者やその家族の皆様方に、この場をかりて深く感謝の気持ちを伝えたい。

引用文献

- i 介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会：これからの介護を支える人材について—新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて—, 2006
- ii 行政資料社会保障審議会福祉部会資料(平成18年11月20日開催)「介護福祉士養成課程の見直しについて」
- iii 実習要綱：静岡福祉大学短期大学部介護福祉学科
- iv 宮下裕一：介護保険制度改正に伴う介護実習へのあり方をめぐって, 植草学園短期大学紀要, vol6/7, pp31-37
- v 中野いずみ：訪問介護実習の現状と養成校の課題：2ヵ年間の学生アンケート調査から, 共栄学園短期大学研究紀要, vol20, pp95-109
- vi 行政資料社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律, 平成19年法律第125号, 平成19年12月5日公布
- vii 平成19年度介護労働実態調査：介護労働安定セン

ター

- viii 行政資料（平成19年11月26日開催）介護福祉士養成課程における教育内容等の見直し作業チーム「こことからだのしくみ班」資料
- ix 介護福祉士法等の一部改正に伴う「介護福祉士養成課程の見直しについて」の説明会資料，平成20年3月5日実施：社団法人日本介護福祉士養成施設協会
- x 日本介護福祉士会：<http://www.jaccw.or.jp>
- xi 遠藤清江：農村地域での異文化背景による家族介護の実態（その2）－A県B村の事例を中心に－
- xii 平成19年度介護労働実態調査：「事業所における介護労働実態調査」「介護労働者の就業実態と就業意識調査」，財団法人介護労働安定センター，平成20年7月17日開催社会保障審議会、介護給付費分科会資料
- xiii 介護福祉士の教育のあり方に関する検討会報告書－養成カリキュラムに関する中間まとめ－，社団法人日本介護福祉士会，平成19年（2007年）11月
- xiv 田崎裕美、鈴木修子：介護福祉士養成教育における家政学の課題に関する一考察，介護福祉学VOL.9. 1、日本介護福祉学会（2002）
- xv 田崎裕美、前川有希子：介護福祉のための家政学実習－食生活領域－，静岡福祉大学紀要第3号，pp73-80(2007)

参考資料

- i 神部順子他：平成19年度日本介護福祉学会助成研究報告書 生活援助と家政学－2009年度からの新カリキュラムにおける家政学の位置づけ－，平成20年9月
- ii 前川有希子、神保昌子：介護福祉士養成教育における生活環境の学習－住環境・地域環境を理解するために－，静岡福祉大学紀要第4号，pp87-96(2008)

文献紹介

中途失聴・難聴者のニーズと情報コミュニケーション支援

『中途失聴・難聴者等聴覚障害者のコミュニケーション支援に関する現状把握調査・研究事業報告書』
(平成 19 年度障害者保健福祉推進事業(厚生労働省補助事業)、特定非営利活動法人 全国要約筆記問題研究会
調査研究委員会、2008 年 3 月)

太田晴康

Needs of a Person with Sudden Deafness or Hearing Impairment and Assistance in Information Communications

Haruyasu OTA

前回調査から 5 年ぶりに実施された『平成18年身体障害児・者実態調査結果』によれば、聴覚障害者34万3000人のうち、手話をコミュニケーションとする人は18.9%(6万4000人)であり、多くは「補聴器や人工内耳等の補聴機器」(69.2%)や「筆談・要約筆記」(30.2%)を活用する¹⁾。すなわち聴覚障害者、とりわけ途中で失聴した人や残存聴力を活用する難聴者にとって、手話以外の情報コミュニケーション保障及び支援サービスの普及は切実な願いである²⁾。ところが、これらの中途失聴・難聴者を対象とする全国規模のニーズ調査はこれまで実施されてこなかった。『中途失聴・難聴者等聴覚障害者のコミュニケーションに関する現状把握調査・研究事業報告書』³⁾ (以下、『報告書』)は、中途失聴・難聴者を対象とするわが国初のニーズ調査であり、いわば日の目を見なかった谷間のニーズであるだけに貴重なデータといえる。多くの聴覚障害者が手話以外の方法を活用しているのであれば、その要望にふさわしいサービス、すなわち聴覚障害者の社会支援を保障する基盤サービスとして既存の体系を再編成しなければならない。以下、『報告書』の内容を紹介するとともに、明らかとなったニーズに分析を加えたい。

キー・ワード：中途失聴・難聴者 要約筆記 ニーズ

明らかとなった中途失聴・難聴者像

報告書は中途失聴・難聴者像を浮き彫りにする。47都道府県に住む調査対象者の年齢は60歳代が25%ともっとも多く、70歳代、50歳代と続く。50歳代以上を合計すると70%近くに達する。性別では女性が60%であり、ほぼ全員が身体障害者手帳を所持し、2級が54%を占める。このことから、人生の途中で聞こえなくなった、あるいは生まれたときから聞こえに障害があり残存聴力を活用する人の多くは高齢者であり、障害が重度化していることがわかる。家庭でのコミュニケーション方法では、「補聴機器を利用している(人工内耳を含む)」人が33%ともっとも多く、「口の動きを見る(口話、読話の活用)」(23%)、「文字を利用する(筆談等)」(22%)

と続く。この項目は複数回答だが、コミュニケーションの方法としてもっとも多いのは、補聴器と口話の組み合わせであり、加えて文字を併用する人をあわせると70%を超える。ただし調査は満足度を聞いているわけではなく、補聴器、口話、文字によって十分なコミュニケーションを図っているかどうかは分からない。むしろ重度化が進んでいることから不便な状態に甘んじていると推察される。職場でのコミュニケーションでもほぼ同じ傾向が見られる。

日常生活で「情報が得られなくて困ったこと、または困っていること」という質問項目の回答は、中途失聴・難聴者にどのような生活支援上のニーズがあり、かつ切実な問題となっているかを浮き彫りにする。こ

れも複数回答だが、上位を占めたのは「病院(受診、入院)」「町内会」「結婚式や葬式」「駅や電車、バスなどの公共交通の場」である。以下、「同窓会」「買い物」「家族との会話」「趣味の会」「職場」と続く。病院が1位となったのは、その多くが高齢者という調査対象者の年齢と無関係ではあるまい。

高い満足度を支える要約筆記の機能

社会福祉サービスとしての要約筆記の方法には手書きとキーボード入力という2つの方法がある。手書き文字により情報を伝達する要約筆記(以下、手書き要約筆記)への満足度では「大変満足している」人が15%、「満足している」人は40%であり、これに「普通」と答えた回答者を加えると全体の80%を超える。一方、パソコンを活用した要約筆記(以下、パソコン要約筆記)については、「大変満足している」人が16%、「満足している」人が45%、「普通」が30%なので、全体の90%に不満がないという調査結果である。非常に高い満足度がもたらされた理由は何か、自由記述から探してみたい。まず手書き要約筆記では、次のような点が評価されている。

・社会的リハビリテーション機能

話の内容が理解でき、社会参加につながったという声である。とりわけ人生の途中で失聴した人にとっては、「引きこもりが治って前向きになれた」(自由記述から。以下同様)、「要約筆記を目にしたときは過言ではなく人生に希望と感動を体験した」、「社会参加への機会を大きく広げてもらったことの感謝は、一言では言い尽くせない」等、要約筆記は障害を受けとめ、再出発するための足がかりとしての役割を果たしている。『報告書』の解説でも「精神的な拠り所としての要約筆記者」、「書かれたものに対する評価は問題ではなく、書いてもらっていることに大きな満足感を持っている」とある。以前、筆者は全国各地の中途失聴・難聴者協会会報と全国要約筆記問題研究会会報に掲載された51編のエッセイをもとに、要約筆記の担い手に対する役割期待に関し、次のような分類を試み、「社会参加支援という枠組みにおさまりきらぬ期待が寄せられている」と書いた。

- (1) 失聴後の社会参加のきっかけ作り
- (2) 聞こえを補う、補聴手段の提供者

- (3) 耳代わりとして、聴力の代替手段の提供者
- (4) 中途失聴・難聴者の生活を支える介助者
- (5) 専門知識や技術などによって支援(援助)サービスを提供する専門家
- (6) 社会参加を支援すると同時に励ます応援者
- (7) 情報弱者である中途失聴・難聴者への情報提供者
- (8) 要約筆記の利用者の指示によって意思伝達をおこなう代弁者
- (9) 中途失聴・難聴者の福祉向上を目指す運動の支援者・促進者
- (10) とかく無視されがちな基本的人権(尊厳と権利)の擁護者

したがって、要約筆記に求める機能のなかに、リハビリテーションの概念としてしばしば引用される「全人的復権」の要素が含まれることはいうまでもない。

・補足的情報伝達機能

調査回答は、音声情報を補足する要約文字列を評価する声と、手書きという制約から要約せざるを得ない事情を甘受する声の2通りに整理できる。前者は「話の内容の大事なところを、分かりやすく書いて」という考え方で、後者は(手で筆記するという制約ゆえに)「いまは、ここが(=これが)ベスト」という声に代表される。積極的要約容認型と消極的要約容認型ともいえるが、両者は必ずしも明確に分類できるわけではない。なお手書きゆえに「目が疲れない」ことや温かみを評価する声もあり、『報告書』では、(手書きゆえの)「親しみやすさを活かしながら、上述の不満を吸収できる」方向をサービス提供上の課題としている。

それに対して、パソコン要約筆記の場合は、上記の社会リハビリテーション機能に加え、情報の機会均等化を評価する声が特徴的である。その根底には手書き要約筆記を評価する声と正反対に、要約された情報への不満がある。パソコンを活用するゆえに果たしうる機能を仮に「代替的信息伝達機能」と名づける。

・代替的信息伝達機能

手書き要約筆記がもたらす情報は、情報量にして10分の1程度にとどまるため、明らかに音声情報の代わりとはならず、あくまで補足的な手段にとどまる。ところがパソコンをはじめとするIT技術を活用するこ

とで、音声のほぼすべてを文字化した情報伝達も可能となった。もっとも厳密に言えば音声と文字にはメディア特性上の相違があり代替機能を完璧に果たすわけではないが、それにもかかわらず、パソコンは「情報量が多い」「手書き要約筆記にくらべて、話者の意思が伝わってくる」「タイムラグがない、リアルタイム通訳ができている」等、積極的な評価を得ている。いわば私たちが洋画を日本語字幕で楽しむような環境実現への期待がうかがえるのである。

以上をまとめると、手法としての要約筆記活動は中途失聴・難聴者にとって全人的復権を果たす大切な手段であり、補足性、代替性をともなう支援サービスということである。

ニーズに応える技術を支える仕組み

ニーズという言葉は多義的な解釈を含む。一般的には要望と言いかえられ、社会福祉学の分野では「①本人あるいは家族が援助してほしいと望んでいるもの、②本人あるいは家族が実際に生活上等で困っているもの、③専門職の目で援助が必要と思われるものの総体を指す。提供される援助は必ずしも①②③の重なる部分となるとは限らない⁴⁾」と定義されているように、社会福祉サービスとの関係は明らかではない。ちなみにイギリス保健省の定義では、「表明しているニーズ (presenting needs)」と「適格と認められたニーズ (eligible needs)」に分類され、ニーズとは1970年地方自治体社会サービス法に基づき、社会サービスの実施に際して、各地方自治体が設定した受給基準に従って、サービス提供の責任を果たすための法律用語として位置づけられている。

要約筆記に対する前述したニーズは、「表明しているニーズ」であり、イギリス流に言えば「(サービスの対象となる)適格と認められたニーズ」を判定しなければならないということになるが、ここではサービスが成立する前提ともいえる要約筆記技術のあり方について、前者のニーズと併せて考えたい。結論的にいえば、『報告書』に見る要約筆記へのニーズの多様性は、要求されるべき技術の多様性につながる。利用者は、テープ起こしや速記に求められる素速く正確なトランスクリプト(筆写)技術と、音声情報の的確な要約技術という相反する技術を求めている。したがってサービスの提供にあたり、利用者による評価をその技術へ

とフィードバックする仕組みと、利用者による自己選択・自己決定のルールが欠かせない。

中途失聴・難聴者が要約筆記を活用する場はさまざまである。『報告書』では要約筆記の利用形態を次の6つに分類する。

- (1) 大会型(他数の聴覚障害者が一堂に会する場合)
- (2) 会議型(数人の参加者が発言する場合)
- (3) 講演会型(多くの健聴者のなかに数人の聴覚障害者がいる場合)
- (4) 授業型(特定の対象に限定する場合)
- (5) 旅行型(ホワイトボード等を活用する場合)
- (6) 付き添い型(病院等、1人に対して情報を伝達する場合)

上記のカテゴリーは必ずしも独立して存在するわけではなく、おおよその目安であることはいうまでもないが、それぞれの利用形態にふさわしい方法として、OHP(頭上投影機)、ビジュアルプレゼンター、パソコン等の機器の使用やレポート用紙、時にはホワイトボードが使用される。社会福祉サービスとしての要約筆記が誕生する前は、多くの場合、ボランティアがサービス提供者としての役割を果たしてきた。その後、専門知識と技術が問われるとともに、技術に関する分析もおこなわれつつある。『報告書』によれば、利用者のニーズに応える要約筆記技術としては次のようなものがある。

1. 発話に含まれる重要成分を優先順位に基づき抽出する技術。
2. 抽出した重要成分を素材とし日本語文法に基づき文章化する技術。
3. 過不足のない長さの文集合として再構成する技術。
4. 発話に含まれる重複等の類似成分を整理する技術。
5. 発話者の発話行為に含まれるニュアンスを表現する技術。
6. 論理的に正確な情報として提供する技術。
7. 発話に遅れることなく、適切なタイミングで情報を表示する技術。
8. 表記上の見やすさ、読みやすさ(可読性)を実現する技術。
9. 音声言語を主観を交えず文字通り、筆写する技術。

上記のなかで「音声言語を主観を交えず文字通り、筆写する技術」はすでに触れたテープ起こし等に求められる「素速く正確なトランスクリプト(筆写)技術」であり、それ以外の編集的な技術、とりわけ文章化する技術とは二律背反の関係にある。したがって今後、要約筆記という社会福祉サービスの範疇で担い手を育てるべきか、あるいはテープ起こし、速記、字幕制作といった既存の民間サービスを活用すべきかという選択肢が存在する。

いずれにしても従来、利用者による評価をその技術にフィードバックする仕組みは存在しなかった。その理由の1つは『報告書』に現れた声からうかがえるように、支援の存在そのものが中途失聴・難聴者にとって社会リハビリテーションとして把握され、たとえ支援技術に欠ける担い手であってもその提供するサービスを断りにくい、セカンドオピニオンを求めにくいことにある。権利としてのサービスという位置づけは、その声からはまづうかがうことができない。

2つ目に、これまで奉仕員と呼ばれるボランティアが支援を担ってきたという経緯がある。中途失聴・難聴者のニーズが谷間に埋もれていたために、いわば篤志に依存せざるをえなかったのである。今後は権利性を核として利用者自らがサービスを選択し、決定するというルールを設ける必要がある。サービスの自己選択と自己決定を権利として位置づけた場合、その行使は十分なサービスメニューの提供を前提とする。

一方、ニーズはサービスとは原理を異にする概念といえる。1人1人異なる利用者の視点にたてば、もっとも満足度の高いサービスは自分だけを対象とした個別的な支援であろう。ところがサービスとは種々のニーズを抽象化し、一般化したときにはじめて提供すべき形となる。ある程度、統計的に最大公約数としてのニーズに応えるからこそ、多くの利用者の満足度を高めるためのサービスマニュアルも成立するのである。それだけに、しばしば十人十色といわれる聴覚障害を対象とする社会福祉サービスは、ニーズ原理を尊重しなければならない。具体的には個別性に基づくサービスメニューを充実させねばならない。満足のいかないサービスを提供されたときに不服を申し立てる仕組み及び制度的保障も必要であろう。

養成に必要な技術の分類

次に技術に関し、『報告書』で課題となっているい

かに担い手を育てるかといった今後の方向性について探りたい。養成カリキュラムに沿った支援技術を習熟するための講習会は実施されているが、上記の技術を発揮する担い手が十分に育っていないことも事実である。『報告書』が引用するように、「技術とは、他の仕方でもありうるものについての、真なる理(ロゴス)を伴った製作能力のあり方にほかならない」(アリストテレス『ニコマコス論理学』第6巻第4章)とすれば、すべからず技術とは一定の手順に沿ったプロセスとして第三者の習得を可能とするものでなければならない。技術は一子相伝の名人芸とは異なるのである。

専門家による要約作業を分析した先行研究⁵⁾に、抄録作成過程をいくつかの段階に分解する試みがある。以下、4段階に分けた2つの例を示す。

1. 文書を読んで理解することを含む解釈
2. ユーザの要求に対する適切な情報の選択
3. 適切な情報の再解釈
4. 出力抄録の合成 (Molina 1995)

1. 抄録対象の題材の基本的な素性に注目する
2. 情報を同定する
3. 適切な情報を抽出、組織化、縮約する
4. 適切な情報を洗練する (Cremmins 1996)

いずれも要約筆記に共通する営みであろう。一方、『報告書』が明らかにしたニーズに応える技術に関していえば、要約筆記の担い手が習得すべき技術は4つに分類可能と考えられる。1つは「発話に含まれる重要成分を素材として再構成」(前述した利用者のニーズに応える要約筆記技術。以下同様)し、「発話に含まれる重複等の類似成分を整理」する技術である。2つ目は「抽出した重要成分を素材とし日本語文法に基づき文章化」し、「過不足のない長さの文集合として再構成」し、「論理的に正確な情報として提供」するとともに「発話者の発話行為に含まれるニュアンスを表現」する技術である。そして3つ目は「発話に遅れることなく、適切なタイミングで情報を表示」し、「表記上の見やすさ、読みやすさ(可読性)を実現」する技術である。さらに、9番目にあげた「音声言語を主観を交えず文字通り、筆写」する技術は4つ目に分類される。

上記をさらに整理すれば、次のように言い換えるこ

とができる。

1. 類似成分を取捨選択し、命題等の重要成分を抽出する整理技術
2. 論理的に文章を再構成し、ニュアンスと呼ばれる情報を含め、要約文を作成する表現技術
3. 一定の基準にしたがって表記、表示する校正技術
4. 音声言語を主観を交えず筆写する技術

それぞれを厳密に分類することは難しく、同時並行的に作業は進むと推察されるが、それでも1番目から3番目までは養成カリキュラムにおける必須要素であろう。言葉を換えて言えば、情報の優先順位を把握し(=整理技術)、キーワードとなる語句を活用して文章を作成し(=表現技術)、表記上の決まりに従う(=校正技術)一連のプロセスが要約筆記技術ということになる。また4番目の技術は、やや趣を異にし、むしろテープ起こし業務や速記業務と親和性のある、メディア変換作業に伴う技術であろう。

ややおおざっぱに言えば、要約筆記サービスの担い手を養成するためには話の理解力と文章表現力を鍛え、一定の校正ルールに沿って表記、表示する力を身につけさせるということである。また音声をその通りに文字化して欲しいというニーズに応えるためには、現状では器械速記システムあるいは音声認識システムの活用がもっとも適切といえるのではないだろうか。

注

- 1) もちろん、日本手話を母語とするろう者のなかには日本語から情報を得るよりも手話の活用を快適と考える人も少なくない。要は障害状況やその生育歴にふさわしいコミュニケーション手段を選択できることが望ましい。
- 2) ちなみに、視覚障害者では点字ができる人は12.7%にとどまる。
- 3) 筆者は『報告書』中、「要約筆記の技術に関する分析」及び「地域における情報保障と要約筆記」の項目を執筆すると共に、編者である特定非営利活動法人 全国要約筆記問題研究会調査研究委員会のアドバイザーとして、委員長と共同で全体を監修した。調査の概要は以下の通り。
 - ・調査期間：2007年11月～2008年1月
 - ・調査地域：全国

- ・調査対象者：中途失聴者・難聴者等聴覚障害者および関係者
- ・調査の方法：全日本難聴者・中途失聴者団体連合会加盟協会及びその他の聴覚障害関連団体の会員及び関係者にアンケートを送付もしくは配布。
- ・調査用紙の配布部数：3925
- ・回収数：1577
- ・回収率：40.18%

4) 『四訂 社会福祉用語辞典』(中央法規出版、2007年)

5) Molina, Cremminsによる抄録作業者の分析はInderjeet Mani(2001), Automatic Summarization (奥村学、難波英嗣、植田禎子訳『自動要約』共立出版)に詳しい。

参考文献

- 太田晴康(1999)「要約筆記への招待」『月刊言語1999年9月号』(Vol.28, No.9)大修館書店
- Department of Health, England. Fair Access to Care Services: Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care(=2002、佐藤久夫訳「海外の文献から」『リハビリテーション研究No.136』)
- 平成18年身体障害児・者実態調査結果
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01.pdf>)

静岡福祉大学紀要 第5号
SHIZUOKA UNIVERSITY OF WELFARE

発行：平成21年1月31日
編集：静岡福祉大学紀要・図書館委員会
発行者：静岡福祉大学
〒425-8611 静岡県焼津市本中根549-1
TEL 054-623-7000
FAX 054-623-7453
印刷：株式会社スズコウ印刷
〒425-0031 焼津市小川新町3丁目2番37号
TEL 054-628-8761
FAX 054-628-4130

JOURNAL OF SHIZUOKA UNIVERSITY OF WELFARE

NO.5

January 2009

CONTENTS

A Study on School Crisis Management in Australia	Yoshiyuki SUGIMOTO	1
Case Study Supports Based on Developmental Psychology in the Regional Education-Medicine-Welfare Cooperation System.....	Takahiro MORI	13
The Items of ADL/IADL Measures for Elderly Japanese Home Residents	Osamu ISHIHARA, Teruko UTSUKI	17
Connexions—the Role of a Personal Adviser	Kaoru NAKATA	27
A Consideration of Social Work in Terms of Treatment of the Mentally Disabled Who have Harminng Acts on the Others	Yoko YOSHINAGA	31
A Design of the Universal Design Type Bathtub as an Integrated Approach to the Environment and Human Welfare	Mikita ISHII, Tomoe KOMATSU, Tomohiro KOBAYASHI, Kibuko SUEHIRO, Yumi AKAHORI	37
A Program to Support People with Intellectual Disabilities to Obtain Jobs	Toshiaki HIRAI	45
The Social Welfare Service Contract in Long Term Care Service in Korea	Changho JANG, Myounghyun LEE	55
A Study on the History of Mental Health and Welfare in Japan	Akemi KATO	65
Issues on the Protection System against Child Abuse in Japan: a Comparison with the U.S.A. and the U.K.	Masato AIHARA	77
The Final Report on Computerization in Aged Health Care and Welfare Facilities in Shizuoka Prefecture	Hiroshi IWAI	91
A Study on Records Management in Social Work Practice	Kazuhiro YOKOMIZO	99
The Relation between Certified Social Worker Training and a Medical Social Worker	Kazumasa ISHIMITSU	105
PC Education for People over Middle Age	Sakae YABUSAKI	113
Problems of Care Worker Training Education Judging from Care Visit Practices and the Future Prospects: the Results of Three Years of Training	Yukiko MAEKAWA	119
Needs of a Person with Sudden Deafness or Hearing Impairment and Assistance in Information Communications	Haruyasu OTA	127

SHIZUOKA UNIVERSITY OF WELFARE

549-1 Hon-Nakane, Yaizu City, Shizuoka Prefecture, Japan