損保ジャパン記念財団叢書 No.66

第４回（平成１４年度）

損保ジャパン記念財団賞

受賞者記念講演録

著書部門

『精神障害者の地域生活支援
―統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク―』

長崎ウエスレヤン大学　教授　田中　英樹

論文部門

『高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定
―ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する
議論からの一考察―』

愛知県立大学　　助教授　田川　佳代子

＊日時＊　　平成１５年６月２１日　午後２時より

＊場所＊　　東洋大学　井上記念館（５号館　５Ｂ１２教室）

平成１６年１月

財団法人　損保ジャパン記念財団

第４回損保ジャパン記念財団賞受賞者



左から　田中　英樹氏、有吉理事長、田川　佳代子氏

目　　次

１．はじめに
財団法人損保ジャパン記念財団　　理事長　有吉　孝一　……　1

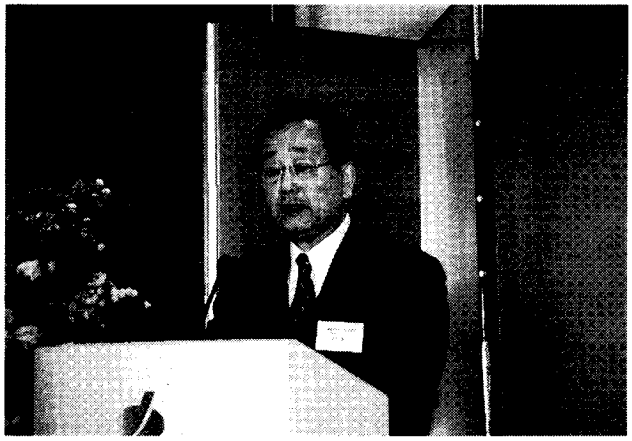
２．共催者挨拶
東洋大学社会学研究科　　委員長　古川　孝順　……　2

３．審査委員長挨拶
損保ジャパン記念財団賞　　審査委員長　三浦　文夫　……　3

４．記念講演録
著書部門『精神障害者の地域生活支援』
長崎ウエスレヤン大学　教授　田中　英樹　……　7
論文部門『高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定』
愛知県立大学　助教授　田川佳代子　……２１

５．第４回損保ジャパン記念財団賞贈呈式資料
（１）祝辞　　厚生労働大臣　坂口　力　……３０
（２）審査講評　審査委員長　　三浦　文夫　……３１

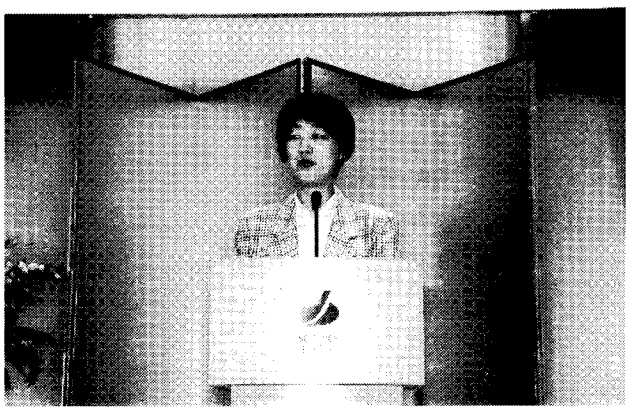
第４回損保ジャパン記念財団賞贈呈式（平成１５年３月２４日実施）



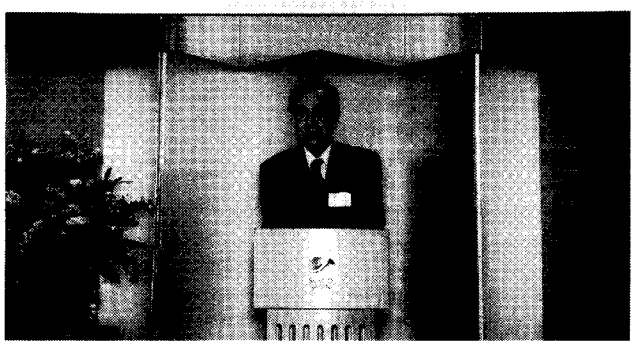
有吉理事長



著書部門受賞者　田中英樹氏



論文部門受賞者　田川佳代子氏



審査委員長　三浦文夫氏



厚生労働省
社会・援護局総務課長　宇野裕氏



田中氏とご家族（ご令嬢）



愛知県立大学　　田川氏　　愛知県立大学
長谷川助教授　　須藤助教授



後列左より　岡本審査委員、古川審査委員長、竹内審査委員
前列左より　三浦審査委員長、田中氏、田川氏、古川審査委員

１．はじめに

財団法人　損保ジャパン記念財団
理事長　有吉理事長

本日は、お暑い中、また長崎、広島、長野、群馬からまでもお越しいただき、誠にありがとうございます。この記念講演会は、記念財団賞の創設と同時に毎年実施しておりますが、今年は東洋大学様に共催として全面的にご協力いただきました。お手伝いいただきますスタッフの皆様方にこの場を借りまして、心からお礼を申し上げます。

損保ジャパン記念財団は、損保ジャパンの前身である安田火災が昭和 52 年に設立しまして25年の間に、大きく分けまして２つの事業に取り組んでまいりました。

１つは障害者、高齢者団体の在宅福祉活動に対する助成事業であり、もう１つが社会福祉ならびに損害保険の学術研究に関する助成事業でございます。特に、当財団は助成を通じまして、福祉活動の第一線の皆様とのふれあいと言いますか交流をし、一緒に問題を考えるというスタンスで事業を展開してまいりました。また、学術研究の分野では、４年前にこの記念財団賞という事業を始めまして、財団としての活動を一段と幅広く展開できたと考えております。これからも、当財団は実践と学問の両面から、いささかなりとも社会福祉の向上に貢献してまいりたいと存じます。

お手元のパンフレットをご覧の通り、この財団賞は、日本社会福祉学会、日本地域福祉学会のご後援を得まして、審査委員には、三浦文夫審査委員長をはじめてとして我が国の社会福祉分野を代表される先生方にお願いしております。先生方には休日を返上して、大体延べ３日か４日ほど審査会を開いていただいております。私どもは、事務方として側で不勉強ながら拝聴しているわけですが、社会福祉分野の新進気鋭の人材を育成したい、今この分野が実践の問題をはらみながら活気を呈している時であるからこそ、この社会福祉理論のレベルアップを図りたいという、先生方の熱意があふれておりまして、本当にお互いにご遠慮のない議論で、そのような学問的議論に接する機会の少ない我々会社人間には、毎回の審査委員会は聞いていて大変に知的刺激を受けます。審査委員会はそういう雰囲気の中で行っていただいております。

本日ご講演いただきます田中先生、田川先生におかれましては、改めて第４回損保ジャパン記念財団賞の受賞を、改めてお祝い申し上げます。ご多忙の中、これはたまたまですが、お２人とも長崎から駆けつけていただいたということでございます。本当にありがとうございます。

なお、会場には本日、社会福祉各分野の皆様がおいでございます。先ほどご案内申し上げましたとおり、講演終了後に簡単な交流会を用意しております。折角の機会でございますから、皆様方お互いに、また先生方との交流の場として是非遠慮なくご参加いただきますようお願いいたします。

本日この場を皆様方の研究や実務面において何らかのきっかけにしていただき、日夜、研究、実務に励まれる社会福祉分野において、本賞を目指して頑張っていただくということがございましたら、主催者としてこれに過ぎる幸せはございません。どうか時間いっぱいごゆっくりとお過ごしくださいますようお願いいたします。本日は、どうもありがとうございました。

2．共催者あいさつ

東洋大学大学院社会学研究科委員長
損保ジャパン記念財団賞　審査委員　古川　孝順

ただいまご紹介を頂きました、東洋大学の古川でございます。今日は共催ということで名前を連ね、この会場を提供させていただいております。東洋大学に多数おいでいただき、厚くお礼を申し上げます。東洋大学は 120 年弱の歴史を持っておりますが、実は井上円了という方がこの地に哲学館という名前で学校を、やがて大学をお創りになったのが出発点でございます。東洋大学というと、仏教の学校ではないかと思われる方があるかもしれません。確かに井上学僧と言いますが、井上先生は新潟県の浄土真宗のご出身で、本願寺の国内派遣留学生として東京帝国大学の第１回目の哲学専攻で勉強した方でした。

この井上先生は、別名妖怪博士とか、お化け博士という名前をお持ちでございます。ご本人が妖怪だったりお化けだったりするということではなく、妖怪やお化けとかいう俗神話は信ずるに足るものではないとして、それを科学的に明らかにするということを心がけておられた方です。同時に帝国大学の哲学科ですから、当然ヨーロッパで当時最新の哲学をひも解いておられますが、井上先生はそれを単に机上の学問として終わらせるのではなく、実践的に庶民の間で物事をどう考えるかというところに哲学のあるべき姿を見いだして、この地に哲学館大学をお創りになったといういきさつがあります。

そうした流れの中で、私ども社会福祉学科は学科として改めて成立しましてからまだ日が浅いわけですが、さかのぼりますと大正時代、大正デモクラシーの時代から今日まで社会事業の研究教育を課題としてまいりました。まさに井上円了の理論ももちろんですが、実践的なことに淵源、魂を発してそれを受け継いできたと自負しております。今日は損保ジャパン記念財団の第４回目記念財団賞受賞者の記念講演ということで、ご案内を差し上げたところでございます。

やや私事に渡りますが、一昨年に鉄道弘済会の『社会福祉研究』という雑誌の中で「社会福祉学研究の曲り角」というエッセイを書きましたが、若干物議を醸したところもあるようでございます。学会もちょうど 50 年に近くなって、来年、記念大会をここで開催する予定です。戦後の社会福祉学研究の歩みを重ねてきたわけですが、ここで新しい一歩を踏み出さないと単に従来の研究を継承するだけでは十分ではないのではないかという思いを持っております。そうした中で本年度の受賞者はもとより、記念財団の文献賞を取られた方々のいずれも新しい社会福祉学研究の第一線を切り開いていただいた、あるいはこれからさらにそれを広げていただける、そういう可能性を持った方々であろうかというふうに期待をしているところでございます。

今日はお２人のお話をこれから伺うわけでございますが、終わりました後、交流会の準備をしておりますので、皆様方時間を十分有効にお過ごしいただきますようにお願い致しまして租辞ではございますが、共催者としてのご挨拶に代えさせていただきます。どうもありがとうございました。

3．審査委員長あいさつ

損保ジャパン記念財団賞
審査委員長　三浦　文夫

損保ジャパンの社会福祉学術文献表彰審査委員会の委員長を務めております。

それでは若干時間をいただきまして、審査の経過等をお話し申し上げたいと思います。内容につきましては、今日お配りしました資料「受賞者記念講演会」の中に掲載されております。審査講評と選考理由を詳細に述べておりますので、後ほどお読みいただければと思います。非常に限られた時間ですので、その中をかいつまんでお話申し上げたいと思っております。

それに入る前に、まず今回の受賞者のお２人に心から祝意を表したいと思います。本当におめでとうございました。この第４回の審査に当たりまして、全部で 16 編の著書、７編の学術論文が寄せられております。これらの推薦に当たっていただきました、日本社会福祉学会、日本地域福祉学会、日本社会事業学校連盟等の団体、各関係者の方々のご協力に対しても厚くお礼を申し上げたいと存じます。

今回の平成 14 年度の審査ですが、平成 13 年４月から平成 14 年の３月 31 日までに刊行されました、著書、また社会福祉関係の学術誌、大学の紀要等で発表されました論文を対象と致しました。先ほど申し上げましたように著書は 16 編、対して論文が７編の推薦をいただいたわけでございます。著書には大変多方面に渡った内容がありました。審査委員会において審査を行い、最終的に２つに絞ってきております。

その１つが今回受賞されました、田中英樹氏の『精神障害者の地域生活支援』で中央法規出版から出されたものです。もう１つは狭間香代子氏の『社会福祉の援助観』で筒井書房から出されたものでした。この２つが優秀な著書という形で最終に残りました。審査委員会において２つの内容につき、かなり激しい論議が行われたわけでして、先ほど理事長さんからもお話があったように、かなり喧喧諤々、いろいろな形で議論が出されておりました。本当に甲乙つけがたい内容だったと思います。できるならば文献賞というものを一点ではなく、2 つに折半できないかとか、「準」ないしは「優秀賞」という名前でできないだろうかという議論さえ出たくらいです。最終的に最後までもつれ、２つとも大変優れたものであるということが、審査に時間を割いた理由であります。そのあたりの議論につきまして、審査の講評のところにまとめさせて頂いております。田中さんの著書については、後ほどご本人からの報告がございます。

多少異例ではございますが、狭間さんの『社会福祉の援助観』につきまして、若干内容をご紹介させていただければと思っております。審査講評に触れておりますが、特に 1980 年代アメリカのソーシャルワークの理論を非常に丹念に処理されました。その中で特に今、最近有力な見解になってきている社会構成主義、ソーシャル・コンストラクショニズムと言われている流れを受けとめながら、それに基づく最近のストレングス視点を軸にソーシャルワーク・エンパワーメントといった問題の理論を理論的に整理されました。

その上で、現代の社会福祉を援助する場合に基本的な視点といったものを論議されたと見て良いかと思います。大変入念にアメリカの研究に目を通されておりました。それをご本人なりにいちいち整理をされた。この論文自体は日本社会福祉学会の機関誌『社会福祉学』に発表されたものでした。紙幅も限られているため、非常に的確にご本人なりにまとめられ、ご本人の意見を述べられています。研究論文としますと大変入念に、しかも非常に克明で、整理の上に立って自分なりの見解を打ち出しており、大変説得力のある内容であると思ったわけであります。この内容につきましては、審査講評に書いておきました。

それに対しまして、田中さんのほうの問題につきましては、精神障害者に対するいろいろな社会福祉相談のソーシャルワークの立場からのアプローチを中心に論議をされているわけです。この中で、田中さん自身の実践に立った研究を含めて、従来の医学的モデルから、一応生活モデルと言っておりますが、さらに一歩進められまして、統合生活モデル、あるいは地域の自立ということを軸に置いた生活モデルへという大きな流れをふまえられました。そこに至るアプローチを明らかにしようという形でまとめられた部分があります。当然ながらその内容としましては、単なる社会復帰を目指すだけではなく、障害者自身が地域の中でどう自立をするか、そういうこととの関連の中において、社会福祉、特にソーシャルワークの立場からどのようなアプローチが必要なのかという点を明らかにしておく。この流れはある意味では最近における障害者運動における１つの新しい方法でございまして、さらに先駆的な流れを示したものであると思っております。

それと同時にもう１つの特徴は、このようなアプローチを具体化するためのソーシャルワーク的なアプローチはどういうものであるのかということを追求されまして、改めてコミュニティソーシャルワークというものを提示されているということが大変特徴的ではないだろうかと思います。従来であれば、いわゆるケースワークの発展における、最近はそれにソーシャルワークという議論が出ておりますけれども、むしろどちらかというとコミュニティワークの中にソーシャルワークを位置づけられるという、そういった点でこれは理論的にも大変興味ある問題であると同時に、今の実践の中でそれを裏付けられるという点で、大変興味のある新しい方向ではないかと思います。ある意味では独創的なのかもしれません。我が国の土壌の中で出てきた１つの方向という形で書いた人が評価されてしかるべきものではないだろうかと思います。

そこで、この２つをどう選ぶかということで、最後まで論議されることになった意味もあったわけです。本当に甲乙つけがたいというようなところで、研究論文としての内容につきましては、前者である狭間さんの方が整ってきていることは事実でございます。田中さんのほうは、日本の土壌の中でかなり野心的なものがあるという点がございますけれども、理論的にはさらにもっと整理をしてもらいたいものもたくさんあるというところが同時にございました。どう選ぶかということが問題になってきたわけですが、先ほど申し上げたような意味でやはり日本の土壌と経験に照らしまして、しかも新しい方向性を打ち出していこうという、非常に先駆的な内容を含んできているという点をかいまして、今後さらに発展していただくということを期待した上でこちらの方を今回入賞させていただき

ました。

それから論文の方につきましては７つございましたが、2 件が候補に残りました。当時の沖田さん、後に結婚されて田川さんになられた、田川佳代子さんの論文「高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意志決定―ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する議論からの一考察―」が 1 つでございます。もう１つ全然別の視点から、先ほど言いましたように、日本社会福祉学会の『社会福祉学』に 2002 年３月、発表されたもので、高橋万由美さんの論文「1960 年代のイギリスにおける契約文化のボランタリー組織への影響」がございます。高橋さんの論文は大変興味深いものでございますが、どちらかというと紹介論文ということで、特に独自の見解を展開しているということではなく、イギリスにおけるこの時代の動きを非常に整理されたという点で大変読むべきものはありました。しかし、沖田さんの論文の方が非常に精密に整理をされてきていると同時に、そこに独自の視点が示されているという点で、優先させて頂いたというわけでございます。

特に沖田さんの論文につきましては選考理由に書いておきましたけれども、道徳的な意志決定というような問題については、我が国の社会福祉の研究面におきまして、かなり十分な研究が進められていないというのが現状ではないかと思います。確かな倫理綱領の問題についての議論は出ておりますが、これらの問題を具体的な実践を裏に結びつけて議論するという点の業績は数少ないわけです。その意味では、田川さんの論文は非常に新しいテーマであり、現在の非常に重要で切実な問題という点を取り上げられていて、しかもその取り上げたテーマにつきまして、特にアメリカでのこの問題に関する研究について非常に入念に資料が集められまして、その文献を十分かつ批判的にこなしておられます。その上で独自の視点からこれを見ておられるということで、これも大変独創的な方向性を示すものということではないだろうかと思います。

その方面の研究が我が国においては増えておりますが、田川さんのこの論文により一挙にそれが高まってきており、その水準を高めることができたのではないだろうかとも評価をいただいてきております。ただ、あくまでもこれは１つのモデルでございます。これを日本の実践の中にさらに深める方向にしていただくという課題は残っているかと思いますが、十分に損保ジャパン記念財団の社会福祉文献賞に値するということで、これを選ばせていただいたというようないきさつでございます。なお詳細につきましては先ほど申し上げた資料「受賞者記念講演会」をお読みいただければと思っております。

私は、この文献表彰の第１回から第４回まで審査委員長を務めさせていただきました。

この資料の後ろの方に、今までの受賞作が出ておりますが、特に著書の部については、今まで歴史研究というものが中心になってきておりました。『ビアトリス・ウェッブの福祉思想』、『日本における社会事業の形成』、昨年の『公的扶助の展開』と、大体歴史的研究というものを軸にした優れたものとして評価されました。しかも内容的にも必ずしも社会福祉の援助実践とか、援助技術の議論というものについて、社会福祉にとって重要な部分ですが、なかなか良いものが出てこなかったという点がございます。そのような意味で今回、田中さんの著書には、まさしく社会福祉援助実践という、しかもその中において援

助の新しい方法論を開拓されようという側面も見られます。また、田川さんの論文につきましては、まさしくそういったものの１つの視点と一致しておられました。今回の文献賞は新しいものの、新しい方向を示すことができたのではないだろうかと思います。

恐らく、今後こちらの方面の業績が次々と上がってくることが十分期待できるのではないだろうかと感じておりました。そういう意味でも今回の２人の受賞は、我が国の社会福祉研究にとりましても大変重要な意味を持つものであると感じているわけでございます。そういう意味でこのお２人の授賞につきまして、改めてお祝い申し上げると同時に、今後さらなるご精進を期待したいと思っています。

それから、私はこの第４回で審査委員会から退きました。あとは古川教授や、特に大橋教授に審査委員長をお願いすることになります。改めまして、損保ジャパン記念財団が本賞を設けていただいたこと、これが社会福祉の研究にとりまして、大変大きな刺激になっていると思います。しかも、このように多くの方々が今日参加していただけるようになるまで育ってきたのではないかと思っております。

損保ジャパン記念財団のこれまでの業績について、ここで改めてお礼を申し上げたいと思います。理事長さんにも審査委員会を拝聴いただき、非常に熱心にこの文献賞を応援していただいています。なにとぞ、今後とも損保ジャパン記念財団をご支援いただきますよう、是非皆さん方でこの記念財団賞を育てていかれるように努力していただければと思います。最後にお願いを加えまして、審査委員会の経過報告にさせていただきます。

4．記念講演録

著書部門

『精神障害者の地域生活支援－統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク－』

長崎ウエスレヤン大学　現代社会学部教授　田中　英樹

長崎ウエスレヤン大学の田中英樹と申します。第４回の損保ジャパン記念財団の学術文献の著書部門の賞を受賞しまして、改めて何か記念で話をしなければいけないということで、この場に立つことになりました。本当にこの賞をいただいたのか、今日の話次第ではまた何か審査されるのかなという気持ちがありながら立っておりますけれども、今日は全国から様々な方々に来て頂きまして、本当にありがとうございました。

とても限られた時間ということでありますので、私はいくつかエッセンスのみの話をしたいと思います。今日私が話をする内容は皆さんのお手元の方に簡単な資料が入っているかと思いますが、その資料の全部を話をすると、どんなに早くても 90 分くらいはかかると思います。ですから資料に入っているもののすべてがここでは発表されないことだけ、ご承知をお願いしたいと思います。

最初に私の受賞しました、精神障害者の地域生活支援の内容があります。これはごく短めに話をして、話の中心は２つ目に書きました統合的生活モデルの枠組みと、政策課題としての社会的入院の解決方策です。１つは施策の課題でポイントとなることを、この本との関係で改めて明らかにしたいということであります。もう１つは援助技法、援助技術におけるコミュニティソーシャルワークというのはどういうことを言っているのか、その視点と、それから精神障害当事者が力を得るのを、どう私たちは支援したらよいのかというエンパワリングケアという技術的な視点から論じたいと思います。

まず最初に、本書の『精神障害者の地域生活支援』の構成と概要ですが、目次を見ればおわかりのように、大変欲張った目次立てをしまして、全部で３部９章立てということになります。第１部では、概念的な枠組みの整理をしました。第２部では、その中で特に考察を深める必要があると思われる、地域生活支援システム成立要件についていくつかの角度から論じ、そして第３部で、ケーススタディとしてミクロレベルのエンパワーメントのスタディからコミュニティレベルのスタディ、あるいはもう少しエリアの大きなところのスタディへ、こういったことを明らかにしたところです。

その中で、今日特に関連づけて発表したいのは、本書の第４章に関わることですが、社会的入院の解決を目指すにはどうしたらいいかということで、実は全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所の調査研究チームで、私がたまたまそのチームの委員長を担当した関係でその研究成果を論じました。その中で社会的入院について述べたことがありまして、そこを今回は深めたいと思っております。特に社会的入院の解決の可能性について述べたいと思います。また本書全体で重要視したキー概念はインテグレーテッドライフモデル、

統合的生活モデル、エンパワーメントないしはエンパワリングケアということ、コミュニティソーシャルワークという考え方、オルタナティブサービスという考え方、地域ネットワーク、そしてシステム構築、これらが考え方の基本になります。その中で統合的生活モデルの視点から政策課題として社会的入院を考えたいわけですが、その前に、統合的生活モデルとは何かということを述べておきます。一言で言いますと、統合的生活モデルは私たちの実践の包括的な、かつ今日的な枠組みを提供する理論モデルだと考えています。それは、従来医学モデルの対抗概念として、生活モデルということが長くソーシャルワークでは議論されてきましたけれども、私はそういう対抗概念ではなく、むしろ今日的に進化した医学モデルを包括した新しい発展系で、枠組みそのものを捉え直す必要があるのではないかという意味で、統合的生活モデルという考え方を整理しました。それは別の表現をしますと、地域において必要な援助を行う生活者本位のサービスを、いかにして構築するかということになります。この統合的生活モデルの枠組みには大きく３つの構成領域があります。１つは良質で継続的な精神医療、従来の閉鎖的な収容型の医療ではなくて、地域にシフトし、開かれた良質で継続的な精神医療です。それから精神障害リハビリテーション、そして社会福祉的な生活支援、こういったものが主要な領域として構成されると考えました。したがってそこを図表にしますと、これは本に載せている図表ですが、精神医療モデルは、医学モデルそのものにありまして、精神障害リハビリテーションは生物、心理、社会モデルが基本になっています。そして社会福祉は生活モデルを基本にしています。これらをすべて含んで、統合的生活モデルという概念で説明をしていることになります。

３つの領域は対象で区別しますと、疾患と障害と生活ニーズに違いがあるということがあります。また、プロセスで見てみますと、医学モデルは先に検査があったり問診があったりして確定診断されていく、そして治療が開始される。そしてその後はフォローアップ、管理されていく直線モデルです。それに対して精神障害リハビリテーションは循環モデルを基本としていて、障害の構造的な理解をふまえてそれぞれの部署、分野でリハビリテーションを進めることになります。社会福祉は交互作用モデルを基本にしていますから、個人と環境との接合面に介入して援助していくという違いがあるだろうと思っています。それはチームアプローチについても言えることです。医療はあくまでも医療専門職が中心で、その中で特にチームリーダーとしての医師の役割が重要視されるわけですが、リハビリテーションでは多職種、多分野の専門職が連携して、またその輪の中に利用者がおかれています。それに対して社会福祉は、コラボレーション型のスタイルと言いますか、専門職だけではなく、広範囲な市民、そして利用者自身、コンシューマーを含めて実践されるという、そこに大きな違いがあると考えています。

さて、視点を変えますが、新障害者プランが昨年のクリスマスイブに発表されました。理念はとてもすばらしいものを謳っています。障害の有無にかかわらず、相互に人格と個性を尊重し合う共生社会の実現ということが理念に掲げられました。具体的に言いますと、入院治療中心、施設入所から地域自立生活への移行をめざし、社会的入院、入所の解決のために地域サービス基盤の整備をする。これが新障害者プランの基本理念と方向性です。

しかし、社会的入院に関して言いますと、社会的入院という言葉を英語にするといって、欧米の文献を見たのですが何も載ってないのです。欧米には社会的入院という概念がないのですね。ですから、これが英語でいいのかどうか怪しいのですけども、hospitalization for non-medical reason ということにしましたけれども、条件が整えば退院が可能とされている7万2千人の入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指す。これが今度の新障害者基本計画で開示された文章です。

さて、そのことを少し歴史的にも考察しますと、精神科の病院数と病床数は1950年から2000年までの半世紀に渡って一方的に増えてきたわけです。特に1970年代あたりからは急速に増えまして、1993年が病床数のピークになります。1993年あたりから徐々に減ってはきていますけれども、その減り方は十分人々が願う減り方にはなっていません。その結果、日本ではどうなったかということですが、現在精神科の病床数そのものはおよそ36万床あります。これは一般病院を含んだ全病床数が今165万床ですけれども、その165万床のうち、精神科を含めて140万床の利用率になっていますが、精神科はそのうちの33万3千人が現在入院しています。病床利用率で言いますと93%弱ということになります。これがいかに多いかということは、世界標準で捉えると明白です。人口1万人対日本の在院患者数は今28.4人ということになりますが、アメリカは今5人。イギリス7人。7床と言ってもいいです。フランス11床。イタリア5床。スウェーデン6.4床。オーストラリア4床。韓国5床。ニュージーランドは先週行ってきたばかりですけど、2.8床でした。世界の先進国、あるいは後進国を問わずに28.0云々なんというのは、世界中のどの国にも存在しません。そういう意味では、世界の孤児と言ってもいい状況にあります。

特に先進地域では、人口1万人で5床を切っている水準に今日なってきているところであります。それを国内の地域別に見ますと、これまたすごい格差があります。図の左の方には政令指定都市がいくつか並んでいます。私がいた川崎市では11.5床程度。人口1万人で11.5という今日の水準ですが、現在私がいるのは長崎県でして、長崎は表で見ますと右から2番目、鹿児島の次に出ていますが、かなりのベッド数で川崎の4から5倍ということになります。つまり地域格差がかなり激しいというのが日本の現状です。それに対して、厚生労働省が今後10年間で7万2千人を退院させると言っています。この7万2千人という数に関しては主治医の回答調査ですから、これ自体は文句のつけようがない数字だと思いますが、その中で症状性を含む器質性精神障害、つまり痴呆性の疾患等ですが、こういった人たちが約8千人。それから若年、この場合の若年というのはおおむね55歳未満という形ですけれども。そして入院期間が比較的短期。比較的短期と言っても5年未満です。これが1万9千人。それからその他の精神疾患を有する若年群ですが、これが1万1千人で長期の方々です。それから高齢者。この場合、精神科の領域では10ポイントくらい年齢的に言いますと下げて高齢者という捉え方をしていて、おおむね55歳以上。これで3万4千人という状況になっています。それに対して精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向というのは、今年5月に厚生労働省が対策本部で中間報告を発表して

います。その中間報告で見ますと、重点施策としては普及啓発。国民の理解をどう促進するか。また、精神医療の改革。特に精神病者の機能強化、地域ケア、病床数の減少を促す。これを柱にしたいとあります。そして３つ目には地域生活の支援、特に住居、雇用、相談支援、これらを柱にしたいということをまとめました。中でも重点はやはり、この社会的入院をどうするかということになっています。それに対して現在、厚生労働省は特に社会的入院を将来の姿として、できれば精神科の病床を機能分化して、より専門的な精神医療がきちっとできる、こういうものを作って、あるいは積極的なリハビリテーション病棟みたいなのを作って、そこをもう少し流れを良くしたいということを１つと、それから施設、あるいはグループホーム、在宅という退院の道筋、これをメニューとしては広げていきたいと考えているようです。

また、各種施策としては緊急時の支援、もちろん緊急時というのは多くの場合、医療的な支援ということになりますが、併せて普段の生活支援です。これらでは就労の支援や住まいの確保、気軽な相談の場の確保、生きがい作りや仲間作り、こういったことを重点的に今後やっていきたいのだと書かれています。このように厚生労働省では、将来ビジョンというものを検討している状況であります。

しかし、私はここでとっても重要だと思うのは、こういった社会的入院というのはなぜ、どのようにして生み出されてきたかという背景要因、これを探す必要があるのではないかと考えています。民間の精神科病院の立場から、これまで論議されてきた代表的な論調が２つあります。１つは、今後も入院が必要な病状の重い患者はいると。あるいは、自ら退院を望まない患者というのが存在するのだという論調があります。それともう１つは、行政的対応をこれまで取ることのなかった国や自治体の責任こそ重いということが言われています。また、在院患者さんのニーズ調査を度々やっていますが、圧倒的に多いのはやはり自分の家に帰りたいという希望です。それと併せてかなり課題視されてきているのが、長期入院の弊害です。いわば２次的な障害としてのホスピタリゼーションと言いますか、退院意欲の減退、こういったものが大きな問題になってきています。また家族の立場からは、受け入れ先として、もう家族は高齢化していますから、もはやこれ以上精神的にも経済的にもやっていけないと。こういったことで家族にばかり責任や退院先を求めるのではなくて、社会的なケアの道筋をつけて頂きたい、こういった声が広がっています。また、政策研究者の立場からは精神科特例という、精神科だけ薄めた医療というものはもうやめてほしいという声があります。また我々、特に精神科リハビリテーションを実践する側からはリハビリテーションの遅れ、特に退院促進プログラムがまだまだ開発されていないということが議論されています。

しかし、もう少し視野を広く捉えてみますと、もっと問題は深刻でありまして、１つは民間精神科病院の経営問題が絡んできているわけです。これは何かと言いますと、民間の精神科病院、それこそ医療で言いますと、民間の精神科病院はベッド数で言うと９割を超えるベッドを持っているわけですが、これが欧米とかなり違う特徴です。その中で民間精神科病院は、極端な入院収入依存型の経営状況にあります。収入の 87％は入院医療費で

まかなわざるを得ない経営実態にありますから、当然ながら退院するということは、それだけ経営的には不安定要因をふくらませるわけですから、これはかなり大きなブレーキになっています。

もう１つは、低水準の診療報酬が挙げられます。これは民間の精神科病院に勤めている方ならどなたもわかるかと思いますが、医学管理料であるとか、いろいろな単価が全部違います。一般の病院と、やはりかなりの水準で違っています。ここも大きな問題であろうと思います。特に精神科の医療費は、先ほど入院患者が 33 万 3 千人と言いましたから、全入院患者の 23％くらいを占めているわけです。となりますと、国民医療費の 23％を占めても良いわけです。今日、国民医療費は 30 兆円を超えましたから、７兆円とか８兆円くらい精神科医療費が占めて当然なのですが、現実には国民医療費の 5.1％を占めているに過ぎません。つまり、いかに精神科の医療費が安く抑えられているか、これが１つ大きな要因になります。もう１つの要因は、精神疾患と精神障害に対する国民の理解というものが、必ずしも十分ではないことにあります。もし、病気が良くなったとしても、国民的な理解というものがきちんと広がっていなければ、それはいつでも病状が悪化してしまう、こういうプロセスを持っています。治療が良くても地域社会が悪意に満ちていれば、全く効果がないわけです。この両面というものを見ていく必要があると考えます。厚生労働省は精神保健の今後の改革の段取りについて平成 16 年度以降、普及啓発指針というものをまず策定しようと、それから精神病床数の検討等をやりたい。そして、在宅福祉なり地域ケアの具体的な検討をしたいという３つの部会くらいを設けて、今後検討していきたいという段取りを発表しています。先ほどの図表のところにありました、人口１万人の地域格差の実態ですが、私が現在いる長崎県ですが、52.5 床。これは人口１万人に対する実数です。神奈川県、滋賀県、埼玉県、静岡県などは 17.0 いくつとか、16.0 いくつ。かなり、こういう意味で格差があることとなっています。

精神保健福祉施策の今後の課題として、私が考えるのは３つほどあります。１つは精神疾患の発症促進の要因や原因特定と治療技術の開発、予防に関する研究、これらを強力に推進する。疾患レベルの対処と言いますか、対応をきちっとこれからもやっていくことです。今日ＳＡＲＳがとても問題になりましたけど、そういうのもどこで発生原因を特定するか、こういったことは疫学的に見ても、医学的に見ても重要なテーマでして、そのことはきちんとやることが重要だと思います。２つ目には厚生労働省の社会保障審議会、障害者部会の精神障害者分会による今回の報告。つまり、入院医療主体から、地域の保健医療、福祉を中心としたあり方への転換、これを具体的に進めるプログラムを作ることです。そして３つ目には、精神障害者の地域自立生活支援を強力に進めることがあります。特に強調しておきたいのは、新規の発生を予防する取り組みがいかに重要であるかということです。なぜならば、遺伝素因的な脆弱性というものが精神疾患についてはやはりありますし、また、その他にも生物学的な要因がありまして、それに何らかの環境条件、特に強いストレス要因が加わって発症するという、一定のメカニズムが仮説的には整理されていますので、そこをきちんと解明することと併せて、できるだけ早期に対応する。つまり、慢性化

を防ぐことが重要になります。もし症状の進行を早めに止めることができれば、それは病状の悪化というものを食い止めることができます。再発を少なくすれば、それだけ脳の生理学的ダメージを少なくして、予後が良いということになります。また、在宅精神障害者の自立支援と生活の質の充実ということも、施策的な大きな課題です。

現行の障害者プラン、今年の3月に終了して新プランに移行したわけですが、まだまだ精神科の領域ではサービス資源は圧倒的な不足状況です。社会福祉施設の整備状況を見ますと、これは1年ほど前の資料ではございますが、全自治体の今1割強、347 市町村しか法的に定められた施設は持っていないという回答です。また、他の障害者サービスとの格差も依然続いています。今回障害者の支援費制度が制度化されていますけれども、精神障害は同じ障害者の一員になったにもかかわらず、また制度的に格差がつけられ、適用除外ということになります。

また、欠格条項等で 63 の事項の見直しを進めたわけですが、まだまだ教育、就労環境等の整備はこれからという状況です。そのために私ども精神障害者リハビリテーション学会では、いくつかの提言を発表しています。1つは入院を前提としない開放的な医療への転換と、地域医療をいかに充実するかです。これがとても大事だと見ます。

過日ニュージーランドに行って来ましたけれども、そこで確信したことに脱施設化というのは世界レベルでは完了しているのです。進行しているのではなくて、もう完了しているという事実です。例えばオークランドに公立の精神科病院がありますが、そこは病床数が7、8年前まで 1200 床ありました。しかし現在、急性期のベッドが 50 床、リハビリテーション病棟が 20 床。老人病棟が 15 床。合わせますと 85 床しかないのです。しかも、急性期集中治療室は 5、6 日が期限という状況でした。1980 年代後半からは地域ケアが増大していますが、30 年前には日本と全く同じです。人口1万人で 30 床を超えていたニュージーランドの精神病床数は今や、急性期、慢性期、あるいは痴呆精神病床を合わせても1万人で 2.8 床しかありません。日本の 10 分の1ということになります。この事実がどうして可能なのかと精神科医に尋ねましたら、彼女は「入院は特別かつ一時的なことであって、医療は入院以外に提供できるサービスをたくさん持っていますよ」と、胸を張って答えられました。別のデイケアセンターでは、ある精神科医に聞きましたら「利用期限は6週間です」と、簡単に答えられました。6週間で精神科のデイケアをやっていけるのだろうかと、精神科デイケア担当の日本の若いＯＴの方が尋ねましたら、そこの責任者であった精神科医は「医療以外に私たちの国では、豊富なサービス資源をきちんと提供しています」という答えでした。

確かに大半はトラストと呼ばれるＮＧＯ非政府組織ですが、かなり全国的なサービス提供団体が成長しており、精神保健福祉サービスを日々提供していました。それについては後でまた触れる機会があるかもしれません。ともかく入院を前提としないということで、病棟や病院全体のベッド数をまず圧縮する必要があります。一精神科病院の総病床数を私は 300 床以下に制限する必要があるのではないかと思っています。それから任意入院を中心に、開放病棟を7割以上に増やすことが、今必要ではないかと考えます。それから精

神科病院における、退院計画と地域連携の義務化を図ることです。つまり、診療に何らかの形でインセンティブを入れて促進するということが重要です。それから身近な地域で、救急を含む治療とケアの連続した支援システムを確立することが、大事だと思います。地域では、各都道府県に設置されています精神保健福祉センターに、24 時間体制の精神保健医療救急情報センターを設置すること。診療報酬の引き上げによる、訪問型医療の充実を図っていくこと。それから、欧米で普及しておりますＡＣＴチーム。これを創出すること。こういったことが大事だと思います。

２つ目には、他の障害者施策の格差是正にとりくむことです。特に施策の統合をはかるということでは、自治体における手帳関連サービスの拡大が求められます。これについては手帳取得者を大幅に増やしながら、将来的には手帳制度を１本化する新しい法律が必要ではないかと思っています。障害者法定雇用率の参入も重要になります。他の障害者施設と同水準の運営費助成を図ること。公営住宅におけるグループホームの促進をすること。就労・生活支援センターの拡充整備をすすめること。支援費制度への参入を早期に実施すること。こういったことを含めて、新しい障害者の総合的な福祉法を創設して、いろいろなサービスの統合化を図ることが必要だと考えます。

３つ目には、精神障害者の権利擁護と偏見是正の課題があります。そのために病院や施設への権利擁護官によるパトロール制度の導入が必要です。これには公的な権利擁護官をきちんと派遣することが大事です。それからピア・アドヴォケーターです。他にもいろいろありますが、全国ネットのＴＶコマーシャルを流すことも重要です。ニュージーランドで驚いたのは、政府自身が１年中偏見是正のためのＴＶコマーシャルを流しているのです。しかも、明確な目標を持って、その効果を追跡しているのです。そのコマーシャル、45 秒くらいですから、それを後で見てもらいたいと思っております。あとはここに書いてありますので、省略します。

ただ、障害者基本法に関して言いますと、市町村の障害者計画が重要になります。この策定状況を見ますと、７、８ 割の状況です。地方分権の時代とはいえ、老人福祉法あるいは老健法との規定で、あるいは介護保険法の規定で福祉サービスなり、福祉計画をきちんと市町村段階まで義務化している計画というのがあります。これらと併せて、障害者計画はやはり義務化が必要だと考えています。それから、精神科の病院や社会復帰施設、あるいは保健所、精神保健福祉センター、精神科デイケア施設、こういったところには必要な専門職の配置を法律で義務づけていくということも大事だと思っています。

次に、援助技術によるコミュニティソーシャルワークの視点ということについて述べたいと思います。コミュニティソーシャルワークは一言で言うと難しいのですが、私は利用者のニーズを地域の福祉力に依拠して解決する、新しいソーシャルワークだと捉えています。それは対比して考えますと、クリニカルソーシャルワークという捉え方があります。このクリニカルソーシャルワークは、利用者のニーズを個々の臨床場面で解決するソーシャルワークです。ですから、どうしても対象属性あるいは施設、機関、こういった属性でクリニカルソーシャルワークは発達するわけですが、コミュニティソーシャルワークはそ

の対極をなす、新しいソーシャルワーク実践です。それはまた別の角度で申しますと、個を大切にしながら、個を支える社会システムを形成すること、加えて利用者が自らその社会システムを活用できるようになること。そういった枠が大事ではないかと思います。コミュニティソーシャルワークに対して、従来何人かが定義をしています。例えば代表的な定義でマルコムペインというイギリスの研究者が定義していますが、この方は、コミュニティソーシャルワークとケアマネジメントとカウンセリングを区別しています。カウンセリングは、どちらかというとクリニカルソーシャルワークだと思いますが、これらはそれぞれは関連はあるけれども、全く別個のものだという捉え方をして説明をしています。バークレイ報告は、地域を基盤としたカウンセリングと社会的計画を統合したソーシャルワーク実践であるという定義の仕方です。それらに対して、大橋謙策先生の定義はとても細かな定義ですが、カウンセリングにケアマネジメントを足して、それに環境ですとかソーシャルサポートネットワーク作りなどを含めた総合的な展開だという、大変概念的に広げた定義をしています。さて、それらの定義と少し視点は外れますが、私は今日ソーシャルワークの援助技法は、明らかに発展をしてきたと捉えています。その発展を精神医療の世界で見てみますと、最初に個別の援助と言いますか、ケースワーク的な展開がありました。それが次第に、例えば精神科デイケアとか患者会作りとか、家族支援の中でグループワークが入ってきて、そして地域の共同作業所であるとか、社会復帰施設作り等の中でコミュニティワークが発展してきました。そして、ケアマネジメントが今日時代の中心として進展してきたと思います。

しかし、これからのソーシャルワーク実践は、明らかにまた変わってきています。精神障害者の世界的な実践は、治療を含めて地域基盤に移行してきています。そしてその地域基盤に移行してきた場合に、チームアプローチ、チームケアというのが本流になってきています。その中で職種の枠を超えた新たなジェネリックな広がりと言いますか、そういったものが一方で求められ、他方専門性に裏打ちされたスペシフィックな働きというものも求められています。そこがコミュニティソーシャルワークとクリニカルソーシャルワークの領域で、これから作っていかなくてはならないと捉えているところであります。

したがって私の捉え方は、図に示したコミュニティソーシャルワークの枠内で囲ったところで整理しますと、クリニカルソーシャルワークと少しかぶりますけども、一緒ではないし、またケアマネジメントとても必ずしも一緒ではないというミクロとマクロという図表と、スペシフィックとジェネリックという図表を作っていますが、イメージ的にはこのあたりの領域にコミュニティソーシャルワークが入ってくると捉えています。さて、コミュニティソーシャルワークの特徴点ですが、１つはニーズ発見はアウトリーチを重視することです。今までのクリニカルソーシャルワークであれば、施設に来てから、例えば病院であれば病院に来てから、患者として対面するわけです。そこから相談に応じるわけです。しかし、コミュニティソーシャルワークは最初からアウトリーチです。ここを重視してやらざるを得ないのが特徴です。また、アセスメントはクリニカルソーシャルワークでは、その人自身をアセスメントすることが基本です。しかし、コミュニティソーシャルワーク

はその人が置かれている環境そのものを含めたアセスメントが重視されます。つまり、包括的なコミュニティアセスメントをやらなければいけません。ここを、むしろ重視するということになります。

また、コミュニティソーシャルワークでは、その対象を既存の社会資源をもってしては解決がつかないニーズに対応する、予防的ないし開発的なサービスに特徴があります。この点も、対症療法的なクリニカルソーシャルワークとの違いです。クリニカルソーシャルワークは徹頭徹尾、個別化の原則に依頼しますが、コミュニティソーシャルワークは個別化と同じ程度に、脱個別化の原則にも依頼することによって、その展開を地域資源の開拓に結びつけようとします。

それから個々の援助展開は、チームアプローチを基本とするということになります。そして、地域全体での自立生活支援システムの構築を目標にすることになります。

さて、そういったコミュニティソーシャルワークを実践する上で、私は今日の援助技法の中で、特にエンパワーメントアプローチ、あるいはエンパワリングのケアがとても重要視されてきていると思います。エンパワリングケアというのは個人、家族、グループ、組織、地域が社会において自分たちのために行動できるような個人的、対人的、政治的なパワーを再配分し、内部から発展させる実践です。しかし、それに対してバリアが歴史的には長くありましたし、特に精神障害者にとって、そのバリアはとても深刻で、精神障害者はまるで無能力な存在と、特に学習された無力化からもたらされたバリアが多いと思います。中でも専門職がやってきたことは利用者の問題点探し、欠陥や問題点を指摘する、その結果、援助する、されるの役割が固定されました。また、広く社会全体で言いますと、自分の能力を本当に発揮する資源、機会、意志決定力が剥奪されて、あるいは限定されてきました。そういった要因がバリアとしてあったのではないかなと考えます。つまり、従来の古い閉鎖的な精神医療システム、それ自体が１つの桎梏でありますし、他方において、我が国にある社会意識がもう一方の桎梏になっていたのではないかなと思います。さて、その中で特にチャールズ・ラップが提起した、ストレングスモデルの６原則がとても重要だと考えています。ラップは、我々の焦点は病理ではない個人の強さだと、その原則の最初に挙げています。そして、地域を資源のオアシスと捉える視点は、とても重要だと思います。そして介入はクライエントの自己決定に基づき、ケースマネジャーとクライエントの関係が根本である、本質であると書いています。これはどういう意味かと言いますと、ワーカークライエント関係をどのように形成するか、それが結局は重要だということを言っていると思います。他の原則もいくつかありますが、省略します。そしてエンパワーメントアプローチはその基本に、いくつかありますが、グループを育てるとか、スピーキングアウトを重視するとか、これらは私が本で書いたことです。これらは精神障害のある 10 数人の方々を個別に丁寧にインタビューして、いくつかに整理をしたことです。そこは省略しておきます。

今日、それでも日本のプログラムの中に、エンパワーメントを取り入れたプログラムがいくつか見られるようになってきました。その代表的なものは、１つは自立生活モデル。

ＩＬ運動で作ってきたプログラムです。これが１つ、精神障害の領域でもあります。それから２つ目に、セルフグループです。これも、かなり専門職が介入的に作ってきたグループが多いわけですが、明らかにその中で発展したものがあります。そして、今日ではストリンクスモデルのケアマネジメントです。日本の介護保険制度に導入されていますケアマネジメントは、どちらかと言いますと仲介モデルです。ブロークリングモデルだと思います。そうでなくて、ストリンクスモデルなり、エンパワーメントモデルのケアマネジメントが、これから重要視されてきましょう。それから、クラブハウスモデルは今度厚生労働省も注目していますが、JHC 板橋であるとか、小平のところとか、いくつかやっていますが、これも日本でも始まりました。

それからオルタナティブですが、日本でも若干増えてきました。特にコンシューマースタッフの活動と言いますか、コンシューマーがサービスのプロバイダーになる。ユーザーがプロバイダーになる。こういった人々が増えてきました。これは、とても重要であろうと思います。そういった中で精神障害者の見方というのが、ここ 10 年でかなり変わったのではないかなと。少なくとも精神障害者の力に対する評価が見直されてきたと言いますか、それが大きく変わってきたと思います。特に福祉の領域では、従来対象者というような捉え方をしていたのが、利用者という捉え方に質的に転換したと思いますし、精神障害を持つ人ではなくて、a person with disability でいう a person with というのが精神障害がある人という、個人の属性ではない障害のトータルな捉え方が広がってきたのではないかと思います。

そして、疾患と障害の併存状態がほぼ明らかにされてきています。さらには、精神障害者の持つ健全さが着目されてきました。そして、責任ある個人という捉え方が広がってきました。精神障害があればすべてその人には責任がないということではなくて、責任ある個人という捉え方が加わってきたのではないかと思います。あるいは、バイオサイコソーシャルな視点と、かつスピリチュアルな視点。今度のＷＨＯの健康概念では取り入れられてはいませんけれども、人間の精神性、実存性と言いますか、そういったモデルが出てきました。それから潜在能力を引き出し、育てるという考え方や、脆弱性ストレス理論など、いくつか代表的な理論がありますが、そういったものが出てきたのではないかなと思います。そういった中で、反エンパワリングとエンパワリングの援助の視点というのは明らかに違ってきました。反エンパワリングモデルの従来の実践は、どちらかと言いますと断片的、あるいは分離、隔離、訓練。こういったものを言いますが、エンパワリングの部分が全体的であるとか、統合的であるとか、生涯学習的であると。あるいは働きの技術というふうに従来は頼りますけれども、そこも変わってきたのだと。アプローチも変わってきたのだと。志向性もかなり変わってきたのではないかと考えています。

そういった意味では、従来のソーシャルワーク・プラクティス、特にそのプロセスが、問題解決思考型で、まず問題ありき。問題が何であるかを決める。つまりアセスメントします。そして、それを基本にゴールを決めます。そしてゴールを実現するために実施して、最終的な終結を準備します。しかし、エンパワリングなプロセスは、そこがかなり違うと

思います。それはまず対話から始まります。そして、物事はすべてパートナーシップを形成して、一緒に準備するプロセスであります。その中で、目標は専門職が決めるのではなくて、共有することが基本です。中でもストレングスを見極めるのが、とても重要だと思います。次の段階では方策を発見し、可能範囲を分析していく。そして解決策の枠組みを作ってそれを発展させていくと。そういったプロセスをたどります。

その中で個別の援助とグループ活用いろいろございますが、個別のケアで利用者のアイデンティティをきちんと確立するといいますか、アイデンティティに対する権利をきちっと尊重することが大事だと思います。グループに関しては、グループ活用はかなり有効だと思います。知るということによる、学習や不安の軽減。聞くことによる共感を築き、話すことによる心理的負担の軽減。受容体験。あるいは集うことにより支え合い、友情、勇気というものをもたらしているからです。ヤーロンが 1989 年にグループのもたらす効果的な因子を発表しておりますが、これは資料を見て頂ければわかりますのでここでは省きたいと思います。

さて、また視点が変わりますが、私はコミュニティソーシャルワークの視点で言いますと、地域をデザインする力が求められると思います。これからの市町村における地域福祉計画の占める役割は、精神障害の領域においても無視できない、とても大きいものと思います。ご承知の通りに法定化されたわけですから、今後この法定化によって自治体の策定に対する期待があります。それをやるためにも、財源的な裏付けを確保する課題であるとか、実現可能な目標を具体的に設定する、あるいは、最初からモニタリングやエバリュエーションの時期や方法を決めておくことが大事だと思います。さて、それらの中で特にコミュニティソーシャルワークの発展方向を考えた場合、ネットワークを形成する、あるいはコラボレーションをどう促進するかはとても大事ですけれども、中でもチームアプローチがとてもこれから注目されていくのではないかと思います。

その点で、世界で今もっとも代表的なチームアプローチはパクト(PACT)、ないしはアクト(ACT)モデルということになります。The Program of Assertive Community Treatment は、アメリカのマディソン市で 1972 年に開発されたパクト(PACT)と言われるモデルですが、それに対して今日欧米で普及しているのはアクト(ACT)Assertive Community Treatment というモデルです。これが 1980 年以降、北米、あるいはヨーロッパ、あるいは少し表現は違いますが Assertive Outreach Team というのがイギリスで 94 年あたりから始まっていますし、それからニュージーランドになるとまた表現が違いますけれども、まさにアクトモデルで行っています。これらのチームの特徴は、まずニーズオリエンテッドにあります。つまり高度に個別化された利用者に即した支援がなされているということです。既存の既製服を着せるようなものではなく、オーダーメイドでやるのが特徴です。それから、総合性や機動性、責任性に代表される積極的なアプローチを行っており、積極的なアウトリーチ戦略に立っていることです。そして、長期的あるいは継続的なサービスの提供がなされているということ、さらにはケアマネジメントを活用、発展させています。パクト(PACT)モデルはケアマネジメントとイコールではありません。

ケアマネジメントそれ自体はケアマネジャーを通じて間接的なサービスを提供するわけです。しかし、アクト(ACT)は直接サービスを提供します。そして、チームアプローチで24時間の対応を基本にしています。それから特に重要と思うのは、職種は多職種から構成されますが、すべてのスタッフが継続的なトレーニングを受けています。大学を出たから、どこかで資格をとったから“よし”ではないのです。つねにトレーニングを受けながらスタッフが働いています。それからホームベースとしてのオフィスがあるということであります。

アクト(ACT)の効果は明らかに検証されていまして、再入院の抑止効果、これはかなりはっきり出ています。それからQOLの向上、家族の負担軽減、経済的コストの軽減なども効果です。コスト軽減とは入院しているよりずっとコスト的にも安いということです。それからコラボレーションが促進されているということです。これらが効果としては出されています。しかし我が国ではこれを導入しようとしますと、まだ多くの課題があります。1つは専門職の、対等で高度な力量が求められるということです。我が国のソーシャルワーク実践においてとても残念ながら、弱いのはスーパービジョン体制です。特に卒後のそういったトレーニング体制が、とても弱い状況にあります。ここをどう引き上げるかが重要になってきます。それからピアスタッフの参加、コンシューマースタッフの参加が日本では必要になってくるだろうと思います。それから、機関に所属したチームではなくて、機関からいわば離れた、脱機関所属別のチーム編成を日本で作るにも、まだまだ難しい状況です。つまり縦割りという弊害があります。また、財源方式としてどこに求めるか。医療保険に求めると医療機関がまたアクトを作って、そして新しい医療的囲い込みになってしまいますから、医療保険ではない新しい財源をどう作っていくかも課題だと思います。そして、利用者の再発防止にとどまらない生活を、どう創造するかの課題もあります。リカヴァリーという言葉がありますが、リカヴァリーとは病気が回復したという平板的な意味ではありません。人生をいかに再建するかの、全体にかかわることです。苦痛に満ちた病気という体験なり、トンネルに入って出口が見えないような状況から、どうその人が自分の希望に基づいて、その人自身の回復をはかっていくか、これが重要だと思います。

さて、そのように考えますと、これからの精神障害者の地域生活支援は、従来の専門職が主導した供給システムから、当事者本意の供給システムにどう切り替えていくかが問われており、専門職の一番の責任は、当事者の声を取り上げることだと思います。もしそれができるならば、専門職は人と社会、人生に対する深い理解、あるいは実用的なスキルやコミュニケーションを持って、当事者ときちんとラポールを形成していくことができます。そして当事者こそが公平なチャンスが保障され、コンシューマーが新しいサービスを作っていくということが大事だと思います。

物事は1つ、世界標準で考えなくてはいけない状況にきています。地球は狭いと言いますか、1つと言いますか。日本は日本の独自のやり方があるということではなくて、日本のやり方しかないとしたら、それはどこか間違っているのかと考えなければならないでしょう。少なくとも社会的入院の概念が日本にしかないとしたら、それは日本のやり方が明

らかに間違っているのです。そこの世界標準からものごとを捉えることが大切だと言えます。２つ目に地域基盤で捉えること、コミュニティベースで実践することが大事だと思います。そして、先ほど言いました当事者本位、コンシューマーイニシアティブということが大事だと思います。

実践現場では、行政や精神障害当事者、家族、専門職、ボランティア、地域住民がコラボレーションとパートナーシップを大切に、別の言葉で言いますと、共同と連帯を基に地域ネットワークを推進し、支援組織作りと福祉コミュニティを形成することが、これからは肝心だと思います。何が鍵かという我々の未来を考えましたら、社会福祉は利用者の社会との関係を再構築していく援助をしていくわけです。それは医療が健康を取り戻していく援助をするのと同じように、私は重要な役割だと思います。その中で特に求められる専門職の役割は重要です。基本は人です。“Is people,is people,is people”だと考えています。

最後に１つだけ宣伝を入れたいと思います。今年の９月に日本精神障害者リハビリテーション学会の第 11 回大会を長崎、私の地元で開催します。９月の 25、26、27 日です。目指そうグローカルリハビリテーションが大会テーマです。グローカルというのは、先ほど言いました国際的な、グローバルということと、地域、ローカルという言葉を足した造語ですけれども、グローカルリハビリテーションということで、大会テーマにしました。

そのメイン企画である国際シンポジウムでは、ストレングスモデルの提唱者であるチャールズ・ラップ先生をカンザス大学からお呼びし、それからニュージーランドから世界の精神医療ユーザーの初代議長を担いましたメアリー・オヘイガーンさん。それから、イギリスのジェフ・シェパーズさん。この方はイギリスのＮＨＳ開発プロジェクトの責任者です。韓国からはサイコソーシャルリハビリテーションや、韓国家族会の設立に力を果たしていますベイ・ジョンギェさん。こういった方々を招いてシンポジウムを行います。それからリカバリーワークショップを開いて、アメリカのソアの代表とか、デビット・ルカルトさんとかいろいろな方々をお招きして行います。国内シンポジウムでは厚生労働省精神保健福祉課を始め、朝日新聞の和田記者とか、何人かお招きし、「どうする、どうなる日本の精神障害リハビリテーション」を議論しあう計画を、今考えています。

そして、最後にもう１つニュージーランドで見たコマーシャルをこれから 45 秒だけですのでお見せしたいと思います。先ほど言いましたように、ニュージーランドでは 400 万人の国民ですが、かなり詳しい国民世論調査と言いますか、意識調査をやっています。その結果わかったことは、一番多いのは国民の理解がない以前に、関心がないという人が圧倒的に多かったということです。関心がない。精神病とか精神障害に関心がない。そこで、目標がはっきりしました。1 年目は、国民の関心をつかもうじゃないかというのが政府のテーマです。そのコマーシャルを今お見せしたいと思います。そして２年目には関心だけではだめで、理解を求めるテーマが掲げられました。そして最後に態度を改めると言いますか、態度を変えて行動、協力をしていくという３年計画のものですが、その中で去年全国ネットで１年中 365 日間流したコマーシャルがこれです。声が聞こえなかったのがとても残念ですが、“like minds like mind”というＮＧＯ団体、全国的にも大きな団体

ですが、ここが中心になって作ったコマーシャルです。コマーシャルでは、一番ニュージーランドでよく知られている人々を登場させています。もちろん亡くなった方、ヘップバーンであるとか、チャーチル首相であるとかいう方もいますけれども、特にニュージーランドの有名人を登場させて、私も精神障害者でした、私も精神障害者ですということを、みんなが言います。それがずっと流れます。しかし私たちは、精神障害があるからといってそのことでジャッジされていないとか、裁かれていないとか、判断されていないということを言っています。最後にあなた方、つまりテレビを見た皆さんは、精神障害があるということでこの方々をジャッジメントしますかと、聞いているのです。これはすごい反響を呼んだみたいです。それに対する効果測定が入っていて、それによって国民の理解がどう広がったかということを６カ月たった時点でと、１年たった時点で効果測定をしています。そういうようなことを国家レベルで実施しています。ぜひ厚生労働省の方がもしここにいらっしゃったら、普及啓発活動の委員会を作ると思うのですが、こういうことを具体的にやっていただくと、かなり国民の意識が変わると思います。そのことによっていかに精神障害者が生きやすくなるか。このように感じています。どうもご静聴ありがとうございました。

論文部門

『高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定
－ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する議論からの一考察－』

愛知県立大学　文学部助教授　田川　佳代子（旧姓　沖田）

初めまして、田川佳代子です。本日はこのような会を開いていただき、そして多くの方にお集まりいただきましたことを、心から感謝申し上げます。

受賞の連絡を受けましたのは、出産をして２カ月が過ぎ、ちょうど育児休暇に入って間もない頃でした。初めての育児で、このような講演の準備ができるだろうかと不安に思いましたが、多くの支えがあって今日の講演に臨むことができました。仕事と子育ての両立は、親として駆け出しの身にとり、新たな課題と感じています。

社会福祉の現象も静態的なものではなく、常にダイナミックな相互作用の中で捉え返され、そして再考を促されるものと思います。受賞した論文も、執筆から既に２年近くが経とうとしております。現在、読む人の目にさらされ、多くの批判に耐えうるものであるかどうか、１つの試練にあると考えます。

受賞論文は、社会福祉学会の機関誌『社会福祉学』に掲載されたものですが、本日はこの論文の内容に沿って、お話を進めたいと思います。

始めに、本研究の関心の所在について述べます。長生きは、多くの人にとっての願いですが、老いとともに否応なしに増す弱さというもの、これは他者に依存する程度によって自らの自律性、すなわち選択と行動の自由を人に譲り渡すこと、あるいは失うことと受けとめられます。個人の自由意志や、独立を保つことと、他者からの介入、あるいは干渉を受け入れることとの間でバランスを保っていくこと、これには、ある意味で、倫理的な葛藤が伴うと考えます。高齢者の自律性支援において生ずる援助者の葛藤として、個人の自律性対専門職の干渉主義という対立した図式は、よく知られたテーマです。

また、高齢者の社会的介護に対して生ずる無限の需要に対して、限られた資源をどのように配分していくのか、どのように配分すべきなのか。さらにまた、高齢者の介護において家族が果たすべき役割は何か。社会はどこまで個人に介入すべきなのか。個人の自由と責任、家族の相互扶助、その限界などについては、多面的な議論が求められると考えます。

高齢者の介護は衣服の着脱から食事、入浴、排泄、歩行、移動など、基本的な日常生活の動作に関することから、それに伴う家事や買い物、食事の支度、交通機関の利用に至るまで、様々な日常生活における事柄について持続的、慢性的に、他者に依存しなければならない高齢者の自律性、そうした人々の選択と行動の自由についてのとり扱われ方が問われていると思います。

高齢者の介護というのは、本人とその家族、そしてその支援に関係する専門職者など、多くの人たちが関与する、多元的な現実から成るといえます。介護は、そのダイナミックな相互作用における一連の意思決定の過程と捉えられると思います。

日常的に介護を必要とする高齢者と、その人たちを支える人々との関係性を含む倫理について考えるということは、高齢者の介護施策や制度・政策における課題とも密接な関わりがあると考えます。

高齢者介護における倫理的諸問題は、ごくありふれた日常生活における中で生起するもので、見知らぬ他者同士の倫理というよりかは、ごく親しい間柄の倫理といえます。

倫理的な葛藤の生ずる場面は、高度な医療技術が占める病院内から、日常生活が営まれる家庭へ、あるいは、集団的な介護を行う施設から、地域における在宅へと移行してきています。倫理的な意思決定への関与も、専門的な意見や権限を備える医師の判断から、準専門職を含む多職種の合議による決定へと移行してきています。こうした長期化、慢性化する高齢者の介護において必要とされる倫理というものが模索されているといえます。

我が国では介護保険施行とともに、新たなシステムとしてケアマネジメントや権利擁護の仕組みが導入されましたが、虚弱な高齢者の自律性や自己責任が強調される傍らで、家族や、介護サービス事業者、国や都道府県、市町村、そして国民１人１人を含む、おのおのの責任や義務は重層的に錯綜し、複雑かつ曖昧化しているといえます。

そうした中で、高齢者介護における援助実践を支える第一線職員の意思決定の脈略に存在する、様々な倫理的ディレンマについて言及することは、意味のあることではないかと考えます。

ソーシャルワークでは、援助実践で経験される倫理的ディレンマに関する研究が徐々に蓄積されてきておりますが、高齢者介護における倫理的意思決定に関するガイドラインの形成は、ソーシャルワークにおいても注目すべき課題と考えます。

さて、本研究の目的にいきます。本研究は、高齢者のケアマネジメントに携わる援助者の意思決定に焦点を当て、ケアマネジャーの倫理的ディレンマと倫理的意思決定について調べることを目的としています。

論文の中では、まず、ケアマネジメントにおける倫理的諸問題に関する先行研究から問題点の整理を行っています。次に、ケアマネジャーの倫理的意思決定を検討するために、ソーシャルワークへの適用が試みられる道徳的推論に関する議論を振り返っています。そして、この道徳的推論に関連する文献研究から、ケアマネジャーが携わる倫理的意思決定と行動を説明し予測する構成概念と基本的枠組みを検討し、高齢者ケアマネジメントの倫理的意思決定に関する経験的研究を導くモデルを提案しようと試みました。

本研究では、ミクロとマクロの両システムの相互作用を視野に含めたソーシャルワークを、ケアマネジメントにおいて考慮すべき重要な理論体系の１つであると仮定しています。いわゆるソーシャルワークの立場から、高齢者の長期介護を支援する第一線職員の倫理的意思決定に適用し得るガイドラインの形成を目指す、その基礎的研究の１つと位置づけたいと考えます。

私はこれまでの研究経緯から、高齢者介護の倫理にアプローチする枠組みとして、２つの倫理モデルを想定しています。１つは原理原則に基づく推論による倫理分析、すなわち、個人の自己決定や自律性を重視する権利モデルというもの、もう１つはコミュニケーショ

ン行為による交渉や妥協も含めた他者への配慮やケアリングを重視する徳の倫理、この2つのアプローチを考えています。

さて、さらに焦点を絞って、論文の題名にもあります、「ケアマネジメントにおける倫理的諸問題」の関心の焦点について述べようと思います。

ケアマネジャーは、施策に対する責任と、個別のクライエントに対する責任の両方を担うことが期待されています。施策に対する責任としては、介護保険制度の下で、介護報酬・運営基準に従って働くことが組織的に要請されます。クライエントに対しては、適切な介護サービスの提供と安全の確保、生活の質の維持や向上、各個人の価値観や選択を尊重する義務に応えていくことが求められます。

ケアマネジャーがクライエントの代弁と、サービスのゲートキーパーを同時に担うことが期待されるときに、倫理的ディレンマは生ずると指摘されますが、このことはケアマネジャーが既存の組織における意思決定システムの制約を受けながらも、それと対峙してクライエントの利益を代弁する役割を担うことを示唆しています。

クライエントのニーズを踏まえ、サービスに対する管理・統制力を持つ第一線の専門職集団としてケアマネジャーが機能するようになるためには、様々な制約を課す既存の政治・政策システムに対する変革を可能とするような、ケアマネジャーのエンパワーメントが必要になると考えます。

ケアマネジャーの意思決定における倫理的諸問題は、クライエントの自律性支援を巡るケアリング、世話することに関する倫理的な関心から、限りあるサービス資源をいかに公平に配分し、無限の介護需要を統制するかという正義に関する倫理的関心まで、幅広い範囲の問題を含むといえます。

施策の内容や目標を規定する考え方に横たわる倫理と、それを正当化する倫理的視座を考えることは、社会福祉の課題といえます。

給付に関する資格の基準をどのように決めるのか、そして給付の仕組みに責任を負い、限りのある資源をいかに節制し、かつ活用するのか、これらは正義の倫理に関する事柄といえます。他方、ケアマネジャーの役割には資源を統制する任務以外に、クライエントを援助する義務があり、クライエントの希望を尊重し、引き出し、代弁する、エンパワーメントやアドボケイトの機能というものが不可欠といえます。しかしながら、このような意思決定の脈略にある倫理的諸問題について判断を求められるときに、何をよしとし判断するのか、そこに横たわる倫理がどのように正当化されるのか、ということについては問われないままでいます。

論文では3つの先行研究を通じて、ケアマネジメントの倫理的諸問題に関する論点を整理しています。

まず、T.Wetle(1992)の論文による分類です。これは虚弱な高齢者のケースマネジメントにおける倫理的ディレンマが示されているわけですけれども、ケアマネジャーが関わる多様なシステムとの相互作用の中で、それらが発生するというふうに捉えられているものです。1つ目のケースマネジャーとクライエントにとっての倫理的諸問題。これは身体的、

精神的な自立が低下し、他者への依存が増す虚弱な高齢者が、介護の方針の決定から排除されたり、あるいは不適切な介護環境におかれたり、政策決定において費用抑制や年齢差別の圧力の下におかれたりするリスクを含むものです。

２つ目のクライエントに固有の倫理的諸問題は、これは本人の自由意志や行動について「実行する能力」、あるいは「決定する能力」が失われていく人の、自律性に関する倫理的諸問題そのものを指しています。

３つ目はケースマネジャーと家族の間の倫理的諸問題ですが、これは家族介護の責任を巡る社会的合意に関わり、個人と家族の利害の葛藤をいかに取り扱うべきかを含む問題といえます。

４つ目のケースマネジャーと機関の倫理的諸問題、これは専門職倫理と対立するような機関の規則や制約の持つ矛盾、特にクライエントの最善の利益を代弁することと、ゲートキーパーの役割を兼ねることにある葛藤です。

５つ目は専門職間の倫理的諸問題、長期介護においては学際的なチーム・アプローチとして、異職種間による情報の共有化や意思疎通が求められますが、一方で、偏狭なスタイルの専門職行動が摩擦の種となることを指摘しています。

６つ目の機関間の倫理的諸問題、これは機関間の競合、なわばり争いというものを含め、機関にとって魅力のあるクライエントを獲得し、魅力の乏しいクライエントを他機関に押しつける、いわゆる機関間の調整機能の欠如によってもたらされる問題を含むものです。

７つ目はサービス体制における倫理的諸問題です。ケースマネジメントは、ケースマネジャーが置かれるローカルな環境の影響とともに、広範囲な制度政策、財政の影響下にあると考えられ、個別処遇に影響を及ぼす長期介護政策における公費の投入の仕方や、資格認定のあり方、給付水準など、こうした決定にはそこで選択された価値観が反映されると考えられます。(ここでは、ケースマネジメントとケアマネジメントは同じ意味として扱います。)

次に、R.A.Kane(1993)らの研究です。ケインは 251 人のケースマネジャーを対象に面接調査を行う際に、次のような７つの倫理的諸問題に関する経験を尋ねています。１つ目は、クライエントと家族の間で互いの関心や希望が両立困難な事柄。２つ目が、クライエントの欲求とケースマネジャーが捉えたクライエントのニーズが矛盾する事柄。３つ目が、安全性への関心とその他の望ましい目標とが両立困難な事柄。４つ目が、プライバシーに関する守秘義務とケアマネジメント上の情報交換とが両立困難な事柄。５つ目が、専門職間、あるいは、機関間において両立困難な事柄。６つ目が、機関の方針と両立困難な事柄。そして７つ目が、公的政策において両立が困難な事柄、以上について尋ねられ、それぞれについて具体的な例とその対応に関する回答の記述があります。特に、２つ目、３つ目、４つ目は、ケアマネジャーがクライエントの間で経験する両立困難な諸価値や諸目標が掲げられているといえます。

最後に、E.Clemens(1994)らの研究です。クレメンツらは、ソーシャルワーカーと看護婦のケースマネジャーに対して面接を行い、クライエント中心の理論がどの程度ケースマ

ネジメントの実践に反映されているかについて尋ねています。そして、クライエント中心の理論と実際の直接的実践との間の矛盾を、５つの主題に分類しています。その５つが次のものです。

１つ目は、クライエントの希望についてのみ焦点を絞ることに制限を課す公的政策や、諸システムの持つ矛盾が示されています。例えば、それは資格を与える基準であったり、サービス利用の上限額であったり、費用抑制策であったり、家族の関心や欲求であったり、クライエントの安全管理に関する関心であったりするわけです。

２つ目は、在宅介護の継続努力ということの傍ら、在宅介護のいわゆる“保険”として、気の進まないクライエントを説得、あるいは強制して施設介護を勧める矛盾です。

３つ目は、介護計画をクライエントと一緒につくることを推す理論に対し、ケースマネジャーがクライエントにとって安全と思われるものを推し勧める矛盾です。

４つ目は、クライエントの自己決定を導く洗練された説得に対して、クライエントを威圧し強制するやり方の矛盾について指摘があります。

５つ目は、クライエント主導による契約に基づいたケアマネジメントであると説明する傍ら、クライエントと共有しない規則や細則によって運営管理を行う現実の矛盾について指摘があります。

これらはクライエント中心の理論としての実践と、制度・政策の下で実施される現実との矛盾点から、倫理的諸問題の分類を行っています。

以上３つの先行研究を整理して、私なりの高齢者ケアマネジメントにおける倫理的ディレンマの分類を行ってみたものが次の画面です(スライド資料参照)。競合する個別の価値や目標に対しては中立の立場でありつつ、クライエントの自律性を巡るケアマネジャーの考えと対立矛盾するそれぞれの諸システムを１から６まで配置しました。それぞれの諸システムは、ケアマネジャーとの相互作用の関係にあり、その相互作用において倫理的ディレンマが生ずると考えています。しかし、それぞれのシステムは互いに重なり合う部分も少なくありません。

次に、論文の中では、ソーシャルワークにおける道徳的推論に関する議論を振り返りつつ、そこから高齢者のケアマネジメントにおける倫理的意思決定に関するモデルを導き出す過程を述べています。

そこで「ソーシャルワークの倫理的側面」ということについてですけれども、私はF.G.Reamer(1982)の『社会サービスにおける倫理的ディレンマ』という著書の中で述べられている定義を用いています。そこでは「援助者の義務についての問い」、また「何が正しく、何が間違った行いなのかについての判断を求めるもの」というふうに捉えられています。

また「ソーシャルワークにおける倫理的意思決定」は、A.Fleck-Henderson(1991)の中で述べられていますが、「援助実践の重要な構成要素である」と考えられます。ソーシャルワーカーの倫理的意思決定は、両立しがたい諸価値や諸目標の間でなされる、やむにやまれぬ選択として描かれています。

論文の中ではソーシャルワーカーの倫理的ディレンマと、意思決定に関連するいくつかの経験的研究について言及しています。時間の関係で１つ１つは触れませんが、その中で１つを紹介したいと思います。Holland.T.P. & Kilpatrick.A.C.(1991)の研究です。彼らはソーシャルワーク実践で経験される倫理的ディレンマが、どのように取り扱われているかに関して質的調査を行っています。そして、ソーシャルワーカーの倫理的意思決定を構成する要素を３次元の枠組みで捉えています。１つの焦点には、決定に関して、目的対手段のディレンマが掲げられています。もう１つの焦点には、対人関係の志向性にあるディレンマとして、個人の独立対相互性のディレンマが示されています。もう１つの焦点には権威の位置づけとして、内在化しているのか、外在化しているのかのディレンマが描かれています。

このホーランドらの研究は、援助者の決定と行動を通じて倫理的ディレンマを扱う視点を示しています。決定の次元における倫理的ディレンマは、普遍的な道徳的原則に基づいて決定の根拠を問う形式主義と、決定の結果を重視する功利主義、いわゆる倫理分析における義務論と目的論の議論に結びつくと考えられます。対人関係の志向性にあるディレンマは、倫理的意思決定における正義対ケアリングのディレンマ、すなわち、個人の自己決定や自律性を志向する権利の倫理と、他者への配慮や関係性に志向する徳の倫理という２つの異なる倫理的思考の議論に通じると考えます。さらに権威の次元は、何が道徳的に正しく、善であるかを決定する際の倫理の基準をどこに求めるのか、また、その基準はどのように正当化されるのかを問う倫理学の問題を示唆していると考えます。

こうしたソーシャルワークにおける倫理的ディレンマと、その意思決定に関する先行研究から導かれる知見は、高齢者ケアマネジメントにおいても、その倫理的意思決定を考えていく際に役立てられると考えます。

援助実践の基礎にある倫理的志向を具体化する、援助者の意思決定を導く倫理というのはどのようなものであるべきか。次に、ソーシャルワークにおいて道徳的推論の適用が試みられた先行研究を振り返り、本論文における倫理の視座について触れようと思います。

論文では、フレデリック・リーマーの倫理分析モデルを取り上げています。リーマーはA.Gewirth(1978)の道徳的原則を基礎に倫理分析モデルを示しています。時間の関係で詳細は省かせて頂きますが、ギワースは「普遍的一貫性の原則」から論理的に導かれる基準を示していますが、リーマーはこの３つの基準を用いて６項目のガイドラインを作っています。

リーマーのガイドラインは、ソーシャルワーカーが価値や義務の対立に直面した際に、実際に出会う倫理的ディレンマを吟味するための体系的な判断基準を与え、倫理的な志向を組織化するのを助けるものと考えます。このガイドラインは個別の事例に適用され、説明と推論を必要とするものですが、必ずしもすべての人の同意が得られるというものではありません。しかし、このリーマーのガイドラインは、ソーシャルワークがこれまで自明としてきた自由と福祉に関する諸価値の正当化を改めて試みるものとしての意義が認められるかと思います。また、援助における倫理的諸問題へのアプローチとして、福祉と自由

に対する権利に焦点化した普遍的一貫性の原則による推論に限定して分析枠組みを形成している点も１つの特徴といえます。

こうしたリーマーの倫理分析モデルは、高齢者介護の中で直面する問題について、場当たり的な判断に歯止めをかけ、１つの体系的な倫理的推論の道筋を与えるものとして評価できるのではないかと考えます。

しかし、リーマーの分析モデルは、原則に基づく推論によるアプローチであることからくる限界もあります。倫理分析は、倫理的ディレンマの真っ只中にいる当事者の主観的現実をあるがままに捉えるというよりは、倫理的ディレンマを客観的に原則に基づいて推論する理性による認識であって、当事者がそれをどのように解決したいと思っているのか、その気持ちや感情というものを理解する、情緒的なアプローチとは異なると思います。

ソーシャルワークにおける倫理的視座の拡大について、論文の中ではいくつかの議論を振り返っています。その１つに、A.Weick. & L.Pope(1988)の論文があります。彼らは、合理主義や法律尊重主義の影響がソーシャルワーク実践を導く自己決定の力を削いできたと指摘しています。援助者の決定が強調され、クライエントの「成長する自己」の力というものに目をそらしてきたことへの反省を促しています。

また、R.W.Imre(1982)の博士論文にありますが、歴史的に、ソーシャルワークにもたらされた実証主義の影響を顧みて、ソーシャルワーク研究の認識的視座に、暗黙知や直感を含む個人的知識や関係性に関する実践知が再び統合されていく必要性があることを論じています。

さらに、C.K.Cassel(1982)の論文には、倫理の諸規則を学ぶことよりも、個人の属性である「徳」を基本にした倫理を考えることが、すべてのケア領域の専門職の倫理には重要であると主張しています。また、目的論や義務論、契約説など、道徳哲学における主流派を占める正義の倫理は、男性中心主義的な倫理を形作ってきたと指摘されます。これに対して C.Gilligan(1982)は、女性の道徳性の概念は、権利や規則よりも、むしろ責任や関係性の行動に集中すると指摘し、道徳的判断における男女の様式の差異を明らかにしています。

ケアリングの倫理は、高齢者介護における倫理的意思決定を探求する視座として注目されます。H.R.Moody(1992)は、高齢者介護のように周囲に影響が及び、相互に折り合いをつけることが求められる倫理的諸問題の場合に、権利モデルではなく、他者との関係性、ケアリング、尊敬など、徳の関係を基盤とした倫理の枠組みがふさわしいと主張しています。

最後に、本論文の関心である、高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定と行動を説明し予測する、構成概念と基本的枠組みについて触れたいと思います。

モデルの基礎として、まず、道徳的推論と行動に関する社会心理学の研究から、ソーシャルワークにおける倫理的意思決定の説明を試みた、A.Fleck-Henderson(1991)のモデルを参考にし、それに修正変更を加え、高齢者ケアマネジメントの倫理的意思決定の過程モデルとして提案を試みています。

その際、L.K.Trevino(1986)の組織における諸個人の倫理的意思決定に関する相互作用モデルを鳥瞰的な概念図として活用しています。このモデルは L.Kohlberg(1969)の道徳発達論に基づきつつ、倫理的ディレンマの認知と行動の相互作用には、個人的変数と状況的変数が媒介すると考えられています。

最後にこの先行研究を基に、高齢者ケアマネジメントの倫理的意思決定の過程のモデルを説明してまとめたいと思います。

その第１過程は、ケアマネジャーが倫理的ディレンマの認識を得る過程から始まると考えます。倫理的ディレンマの認識は、主観的な枠組み、客観的な枠組み、あるいはその双方向のいずれのうちからか再構成されると考えます。この再構成には、例えば、高齢者の介護に対する好みであったり、身体機能、認知機能、医療ニーズ、年齢、インフォーマル・サポートの有無、収入状況、ケアマネジャーの属性、雇用組織の特性などが、この構成要素として含まれます。

第２の過程では、ケアマネジャーが倫理的ディレンマを認識しているときに、その解決の責任は自分にあると判断する、あるいは判断しない過程があると考えます。制度からの要請と、臨床的な要求との間で緊張関係が存在する場合、あるいはケアマネジャーが組織的志向、あるいは官僚的志向と一体化して選択肢が与えられていないような場合には、「仕方がない」という責任回避の態度も存在し得ると考えます。この過程の段階ではケアマネジャーの個人的変数と状況的変数は、ケアマネジャーの認知と行動に影響を与えると考えます。

第３の過程は、ケアマネジャーに責任の感覚が生ずれば、倫理的解決に向け、ケアマネジャーの精神内界と対人関係のレベルにおいて道徳的推論の過程が生ずると考えます。自律的で孤立した主体によって意思決定が行われると仮定するコールバーグの道徳発達理論の考え方と、共同体や関係性において意思決定が行われると仮定するギリガンの道徳発達理論の考え方は、この倫理の視座の中で統合されると仮定します。ケアマネジャーは、“自律性”対“相互性”、“権利”対“関係性”、“正義”対“徳”という一連の倫理の構成概念を内包する視座の下で推論を行うと考えます。

第４過程は、ケアマネジャーが道徳的推論と実践的判断の一致を検討する段階です。実際の決定と行動は、主観的視座対客観的視座、専門的志向対管理的志向、クライエント中心対システム志向、ニーズ対規則という様々な社会的な脈絡において振り返られると考えます。

最終過程、第５過程では、ケアマネジャーが道徳的推論の正当化を試みる段階です。選択によって及ぼされる対人関係や社会的脈絡への影響などを評価しつつ、倫理的な選択についての気づきを増すような腹蔵ない対話によって倫理的思考を検討していく過程があると仮定しています。

以上のように、ソーシャルワークの立場から、高齢者のケアマネジメントに携わる援助者の倫理的意思決定と行動を説明し予測する、構成概念と基本的枠組みについて検討を行い、提案を試みました。この倫理的意思決定モデルは、経験的なデーターに基づくものに

していく必要があると考えます。その際に、ケアマネジャーの倫理的選択にある諸価値や諸目的についての詳細な議論や、倫理的意思決定に影響を及ぼす諸要素について、さらに詳細に検討を行っていくことが課題として残っています。

最後にまとめとして、演繹的な推論と帰納的推論、この２重軸によって継続的に研究を行うことによって、この領域の研究をさらに進めていくことが、私自身のこれからの課題ではないかと考えております。時間になりました。どうもご静聴ありがとうございました。

5．第４回損保ジャパン記念財団賞贈呈式資料

（１）祝辞

厚生労働大臣　坂口　力

第４回「損保ジャパン記念財団賞」贈呈式にあたり、一言お祝いの言葉を申し上げます。

なによりも本日、受賞の栄誉に輝かれました田中英樹、田川佳代子両先生に対し、心からお慶びを申し上げます。

申すまでもなく、国民の安心と生活の安定を支えるセーフティネットの役割を果たしている社会補償制度につきましては、将来にわたり持続可能で安定的なものとして維持していくため、必要な制度改革に取り組んでいく必要があります。

社会福祉の分野におきましても少子高齢化に伴う社会環境の変化などに対応するため、介護保険制度の施行や社会福祉基礎構造の改革の実施など種々の改革が行われてまいりました。このような状況の中で、田中先生の著作におかれましては、日本における精神障害者に対する地域生活支援システムとソーシャルワーク実践におけるプロフェッショナルな新たな役割として地域全体のデザイン力・コンサルタント力の重要性を論じ、田川先生の著作におかれましてはソーシャルワークの立場から高齢者の長期介護を支援する第一線職員の倫理的意思決定について調査し、その意思決定に適応しうるガイドラインの形成を目指したものであります。これらの著作はこれからの保健福祉などの方向性を示す大変貴重なものだと思っております。

今回の受賞は先生方の日頃の社会福祉と学問に対する真摯な取り組みと長年のご研鑽の賜物であると存じ、今後の更なるご活躍を祈念する次第であります。

また、このような成果の背景には、永年にわたり社会福祉分野の学術研究分野の支援をしてこられた損保ジャパン記念財団のご活躍があったからともいえます。

特に、学術文献を顕彰する「損保ジャパン記念財団賞」は、社会福祉運営の研究の振興に大いに寄与するものと考えており、理事長をはじめ関係各位に深く敬意を表する次第であります。損保ジャパン記念財団の活動は、誠に力強いものであり、今後とも益々のご活躍をご期待申し上げます。

結びに、本日受賞されましたお二人のご健勝と、貴財団の末永いご発展を祈念いたしまして、私のお祝いの言葉とさせていただきます。

（２）審査講評

損保ジャパン記念財団賞
審査委員長　　三浦　文夫

平成１４年度の「損保ジャパン記念財団賞」（以下　財団賞と略す）は、社会福祉関係学会理事及び社会福祉学校連盟加入校の学部長その他の指定推薦者から著書１６編、論文７編の推薦を受けた。候補として推薦された著書、論文は平成１３年４月から平成１４年３月末日までに公刊されたもので、社会福祉を主なテーマとして論述されたものであった。これらの著書、論文について別紙の審査委員によって３回にわたる審査委員会において審査が行われた。第１回の審査委員会では、著書１６編のそれぞれについて審査要件に合致しているかどうかの検討を行なった。それと同時にその書物が監修、編著、あるいは執筆個所が明確でない共著は選考対象からはずし、その他に教科書、啓蒙書の類も選考外とした。その結果５編が第２次の審査対象として残り、一つの書物について３人以上の審査委員が事前に読み、個別的に評価することにした。第２回の審査委員会では個別的に評価された著書の中から、さらに田中英樹著『精神障害者の地域生活支援』（中央法規出版刊）と狭間香代子著『社会福祉の援助観』（筒井書房刊）の２編を「財団賞」著書部門の授賞推薦候補とし、改めてこの２編を全員で精読した上で、第３回の審査委員会において田中英樹著『精神障害者の地域支援』を平成１４年度の「損保ジャパン記念財団賞・著書部門」の授賞候補として理事会に推薦することとした。

また論文部分については、第１回審査委員会において推薦論文７編を全員で読み評価することを決定し、第２回審査委員会において、田川佳代子（旧姓　沖田）著「高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定」と高橋万由美著「１９６０年代のイギリスにおける契約文化とボランタリー組織への影響」の二つの論文を「財団賞」の候補とし、第３回審査委員会において田川佳代子（旧姓　沖田）氏の論文を「損保ジャパン記念財団賞」論文部門の候補として推薦することに決定した。

著書部門で最終選考に残った二つの著書のうち、狭間香代子氏の著書は１９８０年代になってアメリカのソーシャルワークのなかで注目されるようになった社会構成主義（social constructionism）とそれに基づくストレングス視点を軸に、ソーシャルワーク、エンパワーメント等の最近の動きを丹念に追求したもので、よくまとまった研究書である。それに対して田中英樹氏の著書は、精神障害者対策を医療モデルから（統合）生活モデルへ、そして社会復帰から地域自立生活への転換を中心に著者の実践体験を含めて論述するとともに、資源開発型コミュニティワークからシステム構築型コミュニティワークの構築の方向を示した野心作と評することができる。

前者が主としてアメリカのソーシャルワークに関する最新理論を研究し、その理論の一つである社会構成主義に基づくストレングス視点の有効性を明らかにした理論研究として

高く評価できるが、その日本的適用の面ではむしろ今後の課題とされる点が少なくない。これに対して後者は精神障害者に対する社会復帰的アプローチから、地域自立生活的アプローチへの転換に関わる理論研究もさることながら、本書の特徴は日本の各地での実践を踏まえながら、著者の独自の「統合的生活モデル」の提示とそのための方法としての新しいコミュニティワークのあり方を提示している。前者ほどの論旨の精緻な記述に欠けるが、精神保健福祉における先を見通した新しいモデルとアプローチの提示は、わが国の実践面に示唆するところが少なくない。その意味で両者はまさに甲乙つけがたいところであったが、白熱した論議の結果、日本の社会福祉実践に直接寄与するところが少なくないということで、田中英樹氏の労作を奨励的な意味を含めて「財団賞」の候補として推薦したものである。

論文部門では候補に残った高橋万由美氏の論文は政府とボランタリー組織との契約文化を軸に、1990年代のコミュニティケア及びブレア政権下の動向を克明に論じたもので整理されているが、紹介的な論文の域を多く出ていないということで今回の授賞は見送りその結果、田川論文一編を授賞候補とした。

《選考理由》

著書部門

『精神障害者の地域生活支援
―統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク―』
（中央法規出版　２００１年６月発行）

著者　　田中 英樹

本書は著者が日本社会事業大学大学院博士課程修了時に提出した学位請求論文を加筆・修正してまとめたものである。著者はさきに修士論文をもとにして執筆した『精神保健福祉時代のコミュニティワーク』（相川書店、１９９６年）を公刊している。この書物は地域精神保健活動を支える技術的基盤としてのコミュニティワークについて論じたものであるが、本書はその続編的性格をもっている。著者は２０世紀のわが国における精神障害者対策を３つのパラダイム転換で捉えている。第１を「治安モデル」を軸とする対策および社会システムの構築の時期、第２は第２次大戦後の１９５０年以降で、「医学モデル」を中心にそれを「衛生モデル」が補完する対策として捉えている。そして第３のパラダイム転換を１９８８年の精神保健法施行をはしりとして、１９９０年代の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律への改称、改正から今日にいたる「生活モデル」に基づく対策の時代と捉えている。そしてその中心的課題として地域自立生活支援を柱とする地域トータル・ケア・システムの構築を想定している。そこで著者はこの第３の精神障害者対策のパラダイム転換のなかで「生活モデル」を超えた「統合的生活モデル」を提唱し、それに基づく地域自立生活支援の方策として従来のクリニカルなアプローチによるソーシャルワークではなく、地域を基盤としたコミュニティソーシャルワークの推進が重要であるとしている。（その意味で上記の１９９６年に公刊された『精神保健福祉時代のコミュニティワーク』の問題意識と共通する）

本書の構成は、３つの主要部分から成り立っている。第１部「基本的視座と概念枠組み」では、エンパワーメントの理念及び精神医療と社会福祉の関係の分析に基づく地域生活支援システムを基本的視座とし、コミュニティソーシャルワークの位置づけとその基本的枠組みを示している。そして第２部の「地域生活支援システムの成立要件」では、地域生活支援システムのための有力な手段としての地域ネットワークに関する実践理論の構築のための検討を、また精神障害者のユーザー・オルタナティブサービスの意義と概念を明らかにしている。第３部は「事例研究」ということで、実践課題と深く結びついた事柄を事例として取り上げている。第７章では精神障害者のエンパワーメントに関する事例を、第８章では地域ネットワークに関する事例をとりあげている。

本研究の独自性は、「統合的生活モデル」という精神保健福祉のソーシャルワークに関する概念モデルの提示と、そのモデル、枠組みを通しての援助実践の事例を分析・考究しているところにある。事例のなかには時間の経過したものや著者以外の者によって収集さ

れ取り扱われた事例が含まれているが、それらについて筆者は可能な限り再調査を行ったり、必要な事例について再度個別インタービユーを行うなどしている。その実証的な研究態度は注目すべきものがある。また前掲書とつながる精神保健福祉におけるコミュニティワークについて、前掲書で主張された資源開発型コミュニティワークから『統合的地域自立モデル』に基づくコミュニティワークをシステム構築型コミュニティ・ワークに発展させる必要性とか、コミュニティソシャルワークとコミュニティワークとの関係など示唆に富む提言もみられる。しかし、この点については未だアイデアの域を十分に出ていないという印象が残ったことは否めない。「統合的地域生活モデル」とそのためのいくつかのアプローチの提示など、今後のわが国の精神保健福祉の実践に寄与するところの多い労作であるが、今後は分析枠組みをさらにブレークダウンして、新しい事例に即して、筆者の提示したモデル・アプローチをより精緻化する研究を期待したい。

論文部門

『高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定
—ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する議論からの一考察—』
（日本社会福祉学会『社会福祉学』第４２巻２号　2002年３月）
著者　田川　佳代子（旧姓　沖田　佳代子）

本論文の構成は以下の通りである。Ⅰ．はじめに、Ⅱ．研究の目的、Ⅲ．ケアマネジメントにおける倫理的諸問題、Ⅳ．ソーシャルワークにおける道徳的推論、Ⅴ．高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定モデル、Ⅵ．まとめ、の６つである。本論文のねらいはソーシャルワークの立場から、高齢者ケアマネジメントに携わる援助者の倫理的意思決定と行動を説明し予測する構成概念と基本的枠組みを検討したものである。この論文のⅢにおいてケアマネジメントにおける倫理的関心の焦点をマクロとミクロの両システムの相互作用を視野に入れた重要な視点を含むものとした上で、多くの先行研究を渉猟した上で、筆者は高齢者ケアマネジメントにおける倫理的ディレンマを独自の視点で分類している。（この分類そのものも十分に説得力あるものとなっている）その上でⅣで、ソーシャルワークにおける倫理的意思決定に関するこれまでの研究を文献研究的に入念に行い、そこから２つの倫理モデルを想定している。その一つは原理原則に基づく推論による道徳的推論、すなわち個人の自己決定や自律性を重視する権利モデルとも云うべきもので、他の一つはコミュニケーション論を軸に相互作用を通して、交渉や妥協を含めた他者への配慮やケアリングを重視する徳の関係を基盤とする道徳的推論である。このように方向づけられたソーシャルワークの道徳的推論は高齢者のケアマネジメントの倫理的意思決定の研究に役立つとし、Ⅴにおいてそれを踏まえて高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定モデルを提示している。そのモデルは倫理綱領などの一般的なものではなく、新しい問題意識をもった筆者の独自の視点を示している。

ソーシャルワークはもちろん、ケアマネジメントにおいても倫理的ディレンマの問題は現実に重要な実践的課題となっている。とくに介護保険の導入以来、高齢者ケアマネジメントのなかで、この倫理的ディレンマはさまざまな形で具体化してきている。しかし、この問題については、わが国では殆ど研究らしい研究がなされていなかったように思われる。それだけに本論文のテーマは時宜に適したものとして注目される。その上、本論文は研究手法及び議論の進め方の面でも極めて優れたものがあり、その内容も高い水準をもつものである。限られた紙幅のなかで濃密な内容が盛り込まれている。それだけにわが国のこの方面の研究の立ちおくれは、この田川論文によって一気に回復されたという印象すら受ける。もちろんこの論文で提示された理論モデルは、今後の高齢者ケアマネジメントの実践のなかで確かめられていく必要があるが、時宜に適したテーマ、優れた立論の進め方と提示された理論モデルは、十分に損保ジャパン記念財団賞に価するものである。

財団法人損保ジャパン記念財団の理事（平成１５年６月現在）

（敬称略）

理事長	有吉　孝一	（株式会社損害保険ジャパン顧問）
専務理事	田中　皓	（専任）
理　事	鴻　常夫	（東京大学名誉教授）
理　事	金田　一郎	（財団法人日本社会福祉弘済会理事長）
理　事	戸澤　政方	（元衆議院議員）
理　事	西嶋　梅治	（法政大学名誉教授）
理　事	森嶌　昭夫	（財団法人地球環境戦略研究機関理事長）
理　事	和田　正江	（主婦連合会参与）

なお、平成１５年７月１日から、理事長に平野浩志氏（株式会社損害保険ジャパン代表取締役社長）、理事に三浦文夫氏（日本地域福祉学会顧問）が新たに就任いたしました。

第４回損保ジャパン記念財団賞の審査委員（平成１４年度）

（敬称略）

審査委員長	三浦　文夫	（日本地域福祉学会顧問）
審査委員	大橋　謙策	（日本社会福祉学会会長・日本地域福祉学会会長）
審査委員	大橋　宗夫	（株式会社損保ジャパン総合研究所顧問）
審査委員	岡本　民夫	（同志社大学教授）
審査委員	竹内　孝仁	（日本医科大学教授）
審査委員	古川　孝順	（東洋大学大学院教授・社会学研究科委員長）

平成15年度審査委員

審査委員長	大橋　謙策	（日本社会福祉学会会長・日本地域福祉学会会長）
審査委員	浅野　仁	（関西学院大学教授）
審査委員	竹内　孝仁	（日本医科大学教授）
審査委員	早川　克己	（川村学園女子大学教授）
審査委員	福山　和女	（ルーテル学院大学教授）
審査委員	古川　孝順	（東洋大学大学院教授・社会学研究科委員長）

損保ジャパン記念財団叢書Ｎｏ．６６

第４回損保ジャパン記念財団賞受賞者記念講演録

発行日　平成１６年１月１５日

発行者　財団法人損保ジャパン記念財団

〒160-0022　東京都新宿区新宿３－１－１６

電　話　03－5919－0711　ＦＡＸ　03－5919－0710

ＵＲＬ　http://www.sompo-japan.co.jp/foundation

Ｅmail　fvgp3340@mb.infoweb.ne.jp