大塚 晃 教授

氏　名
大塚　晃（おおつか　あきら）

生年月日
1953 年 3 月 27 日

最終学歴
1984 年 3 月　上智大学大学院文学部哲学専攻博士前期課程終了

現　職
上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

主な経歴

1976 年	特殊法人心身障害者福祉協会国立コロニーのぞみの園　指導員
1997 年	厚生省児童家庭局家庭福祉課　係長
1998 年	厚生省児童家庭局育成環境課　児童健全育成専門官
2000 年	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部　障害福祉専門官
2008 年	上智大学総合人間科学部社会福祉学科　教授（～現在）

現役職名

2011 年	高崎市こども発達支援協議会委員長（～現在）
2012 年	厚生労働省「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」座長
2012 年	群馬県発達障害者支援体制整備検討委員会委員長（～現在）
2014 年	厚生労働省「今後の障害児支援の在り方検討委員会」副座長
2016 年	厚生労働省社会保障審議会児童部会臨時委員（～現在）
2019 年	内閣府障害者施策委員会委員（～現在）

〔巻頭言〕

大塚晃教授退職記念特集によせて

社会福祉学科長
岡　知史

大塚晃教授は、2008 年 4 月に本学科に障害者福祉および児童福祉を専門とする教授として着任されました。2018 年度に定年退職を迎えられた後も、2019 年度は特別契約教授として勤務され、11 年の長きにわたって本学科の教育・研究のために多大な貢献をされました。特に 2011 年度から 2014 年度まで 4 年間（2 期）は学科長として、本学科の発展のために努めていただきました。学科内だけではなく、大学全体で取り組んでいるソフィアオリンピック・パラリンピックプロジェクトでは、全学共通科目「共生社会創生論：障がい者スポーツ・芸術を通した共生社会の実現に向けて」を担当され、共生社会の実現するために貢献されました。ここに厚くお礼申し上げます。

大塚先生は本学科では、障害者福祉、児童福祉という現代日本の社会福祉の柱になる二つの分野を一人で担当されていました。また長く施設職員として福祉現場での実践経験を積まれてから、厚生労働省にて制度政策づくりに専念されました。まさに福祉を直接に実践するミクロな場面から、国全体の福祉をデザインするマクロな場面まで非常に広く、社会福祉の現状を熟知されている先生の存在は、上智大学社会福祉学科の研究と教育を推進する上でとても大きな力になっていました。このようなご経歴から、本学科では福祉政策運営管理科目群と福祉臨床科目群に分類され、原則として福祉臨床科目群を担当する教員が、社会福祉実習も担当するという仕組みになっているのですが、大塚先生は例外的に主として福祉政策運営管理科目を担当されながらも、社会福祉現場実習をスーパーバイザーとして学生を指導されてきました。

このように担当分野も広く、福祉臨床から福祉政策まで語ることができる大塚先生のゼミには、当然のごとく多くの学生が集まりました。ある年度には、大塚ゼミに学生が多く集まりすぎる結果になり、懐の深い大塚先生はそれでも良いと考えていらっしゃいましたが、後任学科長である私からゼミの人数を少しでも減らしていただきたい旨、お願いしたこともありました。同様の理由から、大塚先生の指導で修士論文執筆のための研究をしたいという大学院生も非常に多かったようです。

ところで大塚先生が始めて本学に教員として来られた 2008 年度のことで私がよく覚えていることが三つあります。一つは 4 月の新入生を迎えてオリエンテーション・キャンプに行っ

たときのことです。先生は宿舎の前の、広く開けた芝生の上に一人で座り、何かを長く考えていらっしゃるご様子でした。私は先生が本学の哲学科出身の方だと存じ上げていたので、哲学的な思索に没頭されているのだろうかと思っていました。あるいは先生がかつて上智大学の学生として参加したオリエンテーション・キャンプに、こんどは教員として参加することになったことについて、いろいろ考えられていたのかもしれません。二つめは、先生のご指導のもとで卒業論文のための研究をしていた学生が、なかなか論文執筆が進まず、先生はとても悩まれていたことです。「それは、学生の自己責任なんですから、そこまで悩まれなくてもいいのでは」と、若輩の私からわざわざ申し上げたほどです。三つめは、やはり 2008 年度の謝恩会のスピーチのとき、大塚先生は学生たちから受けた感謝の言葉に、非常に感動されていたことです。その先生の感動ぶりに、見ていた私のほうが感動してしまったほどでした。先生の学生への熱い思いを垣間見ることができた瞬間でもありました。

大塚晃先生のこれまでの本学科の教育と研究へのご尽力に感謝するとともに、今後のご活躍とご健勝をお祈りし、これからもご指導、ご鞭撻をお願い申し上げる次第です。

【論　文】

わが国おける知的障害施設体系の形成と「治療教育学」が果たした役割

大塚　晃（社会福祉学科教授）

要旨：ノーマライゼーション理念の実現を目指す障害者総合支援法などが施行されたが，施設から地域への移行や施設入所者数の削減は，必ずしも進んでいない．また，「親なき後」の不安などから，知的障害施設（特に入所施設）への入所を希望する家族は多い．本論文においては，知的障害施設体系の形成において，「治療教育学」導入の契機となったのは，知的障害児の重度化の課題が顕在化してきた対応の結果であること．「治療教育学」が，施設を維持する装置として役割を果たしたことを明らかにする．その結果，「治療教育学」は児者を貫く支援の基礎的理念として，施設における職員の利用者への働きかけはすべて「治療教育」とされ，支援者と利用者の関係を著しく狭めた．このような施設における「治療教育学」の基礎づけは，必ずしもその対象や方法において入念に吟味されたわけではなく，パッチワーク的に当てはめられたものであることも明らかにする．「治療教育学」が、医学モデルの代表として積極的に語られない今の時代においても，「施設」は強度行動障害者などの支援の場として期待されている．

キーワード：知的障害施設，治療教育学，重度・重複障害，施設機能の広義化

Ⅰ．はじめに

障害福祉の分野では，障害のある人もない人も，共に社会で生活するというノーマライゼーションの考え方が定着してきた．平成 18 年に施行された障害者自立支援法（現在の障害者総合支援法）は，このノーマライゼーション理念の実現を目指すものである．障害者総合支援法第 88 条及び第 89 条は，国の基本指針に即して市町村及び都道府県は，それぞれ障害福祉計画を作成するものと定めている．障害福祉計画の基本指針は , 障害者支援施設等からの地域移行者数や施設入所者数の削減に関する設置目標を設定することを規定している．厚生労働省によれば，障害者支援施設からの退所者数は，年間 7,000 人前後で推移している．退所理由として，「入院・死亡」が増加する一方で，「施設からの地域移行（就職、家庭復帰、自宅・GH・CH への住み替え）」は，減少傾向にあるとしている．施設入所者の現状をみると，障害支援区分 5 以下の利用者は減少または横ばいである一方，区分 6 の利用者が増加しており，全体として施設入所者の重度化が進んでいる．また，65 歳以上の利用者の割合が増加しているなど，高齢化も進みつつある．このような状況を踏まえると，障害支援区分が比較的軽度で地域生活への移行が可能な者については，グループホーム等の地域生活への移行を促しつ

つ，この間の削減実績の推移を踏まえた目標設定とすべきではないかとしている．これらを受けて，施設入所者数の削減は，第 1 ～ 2 期（平成 18 ～ 23 年度）は 7%、第 3 期（平成 24 ～ 26 年度）は 10%，第 4 期（平成 27 ～ 29 年度）は 4%，第 5 期（平成 30 ～ 32 年度）は 2%とされ，その動きは次第に鈍っている．（第 83 回社会保障審議会障害者部会資料 2017）

国の障害者施策が，重度化に対応したグループホームの新たな類型の創設や，市町村等における地域生活支援拠点の創設をうたい，重度の障害者も地域での生活に向けて舵を切っているが，入所型施設への依存は高いものがある．2016（平成 28）年 7 月、神奈川県相模原市にある，県立の知的障害者福祉施設「津久井やまゆり園」に，元施設職員の男が侵入し，入所者 19 人を刺殺した事件がおきた．神奈川県では，2017 年 4 月「津久井やまゆり園の再建の在り方を検討する部会」を開催し，意見の集約に向けた議論が行なわれた．委員からは，「複数の小さな施設に入所者を分散することが望ましい」という趣旨の意見が相次いだが，津久井やまゆり園利用者の今後の生活の場については，131 人のすべての利用者が安心して安全に生活できる入所施設の居室数を確保することが前提となるとされた．（神奈川県障害者施策審議会（2019）「津久井やまゆり園再生基本構想策定に関する部会検討結果報告書」）

わが国においては．障害者福祉分野（特に知的障害者分野）においては，施設（特に入所施設）への信頼感が家族や支援者において強いものとなっている．このような知的障害施設体系を形成・維持してきた理念，すなわちサービスを提供する施設事業者及び従事者による，「施設」を支えている実践の理論的根拠としての「治療教育学（Heilpädagogik）」について言及したい．

Ⅱ．研究の目的と方法

本論文においては，知的障害施設（児者を含む）の施設体系の形成において「治療教育学」が果たした役割を明らかにし，今後の知的障害施設における支援及びサービスのあり方について考察する．

本論文の研究方法は文献研究である．知的障害施設における「治療教育学」という支援の変遷を検証するために，障害福祉分野において用いられてきた「治療教育学」理念を精査するものであるが，他分野、特に教育分野において「治療教育学」がどのように取り扱われてきたかについても参考とした．

Ⅲ．知的障害施設体系の形成と治療教育学

1．治療教育学について

治療教育学という言葉は，ドイツ語の Heilpädagogik の日本語訳である．ゲオルゲンス（Georgens ）とダインハルト（Deinhardt ）らは，1861 年に『特に白痴および白痴院とを顧慮しての治療教育学』を刊行し，本書で初めて「治療教育学 Heilpädagogik」という用語を正式に用いた．（管 1977：13）Heil は，heilen からきた言葉で，それは傷などを治すという言葉であり，Pädagogik は教育学という意味である．ドイツ治療教育学の普及の時期を，岡田（1987:

65）は，（1）諸科学の成果を吸収した一定の学問的水準の下で治療教育学の学的体系化から始まる時期，（2）治療教育施設・機関の多様化と量的増大が始まる次期の二条件から 1890 年代としている．ドイツの治療教育学を体系化した人物としてのテオドラ･ヘラーがあげられる．ヘラー（＝ 1970：154 － 77）は，『治療教育学の基礎』という本を出版し，治療教育学の対象を軽度の知的障害児から行動異常児まで幅広いもの捉えている．一方、1904 年 H･E･シュテッツナーは，「治療教育学上の貢献」という論文で，治療教育学を精神白弱教育に限定したように，治療教育学概念の「狭義化」がなされた．（岡田 1987:66）治療教育学概念の「狭義化」は，そもそも治療教育学が医学，心理学，教育学などの学問分野を背景として，どのような子どもを対象とするかによりそれぞれの立場が異なってきたと考えられる．

2. わが国の知的障害施設体系の変遷

わが国の知的障害児者のための施設体系は，明治時代から始まり，戦後の児童福祉法に「精神薄弱児施設」が位置づけられたことにより法定化された．さらに精神薄弱者福祉法に，精神薄弱者援護施設が規定されることにより，児童から成人へと拡大していった．その過程において，重度の知的障害などが課題となり，国立や民間の施設が整備され，施設体系が整えられていった．

（1）戦前の知的障害施設

わが国の精神薄弱児の施設体系は，石井亮一の滝乃川学園から始まった．石井は，1891（明治 24）年に濃尾震災で孤児となった十数名を引き受け，東京に孤女学園を設立し養育をはじめた．孤児のなかに二人の「白痴」児がおり，知的障害児への教育へと進んでいった．石井は，1896（明治 29）年，知的障害児教育の状況を調査研究するため渡米し，知的障害児の治療教育理論で有名なセガンの考え方を持ち帰り，本格的に知的障害児教育をはじめた．セガンの理論は，フランスのイタールが「アヴェロンの野生児」に対して生理学に基礎をおいた教育を行って，感覚・知力および感応力の発達を目ざしたものを参考に，生理学的教育法と言われる実践を通じて「治療教育」を体系化したものである．1897（明治 30）年に孤女学園は，滝乃川学園と名称を変え，知的障害児のための教育施設となっていく．当時の知的障害児教育の実践において，「白痴」の発達を促すためには，治療と教育の二つが必要で、両者を同時に実施することが重要であること．白痴教育には，①医学的な治療，②教育としての訓練，③生活を通しての生活指導の三つが必要であることを，石井は当時すでに体得していたとされている．（菊池 1987：182）石井の治療教育は、実践の場としての精神薄弱施設と深く結びつくものであった．白痴教育施設としての滝乃川学園は，家族主義的共同体としての性格を残していたが，生活年齢・性別・障害程度などを考慮した分類処遇の確立，セガンの生理学的教育を取り入れた治療教育の実践をはじめ，生活・教育・労働・医療等を統一的に保障しようとする総合支援施設（その後のコロニー）というべきものを目指していたと言えよう．（国

立コロニーのぞみの園 田中資料センター　1982：54）

その後，知的障害児の施設として , 白川学園，桃下塾，藤倉学園，筑波学園，三田谷治療教育院, 八幡学園, 六方学園等がつくられていく . これら施設の創始者たちは , 1904（昭和 9）年 , 日本精神薄弱児愛護協会（現在の日本知的障害者福祉協会）を設立した．石井は、1935（昭和 16）年に日本精神薄弱児愛護協会の初代会長となり，わが国の知的障害児施設団体のリーダーとなっていく.

戦前における知的障害児施設は，教育的及び福祉的機能を持ち，治療教育学は，施設の専門性の根拠となっていった．また，これら先駆的な施設は全国的にも限られたものであり，その教育方法が広く普及されたものではなかった．治療教育学は，著名な医学者・教育者・福祉家などの特殊な人たちによる，特殊な世界の学と考えられる.

(2) 戦後の知的障害施設

①児童福祉法の時代

児童福祉法は, 敗戦後の 1947（昭和 22）年, 戦災孤児, 引き揚げ孤児等の街頭浮浪児の対策・処遇が急務とされていたなか，すべての児童を視野に入れ，時代のわが国を担う児童を心身ともに健やかに育んでいくことを目的として制定されたものである．この法律は一般の児童はもちろん保育に欠ける児童，養護を必要とする児童その他非行児童の福祉を図ることを目的としている．明治時代からの私的実践の長さから考えれば，精神薄弱児施設が，わが国で初めて法に規定されたことの意味は大きいものがある．精神薄弱児施設の形態は，既に全国的に展開されていた養護施設（現在の児童養護施設）を模範とし，その機能は，児童を施設に収容して保護することが中心であった.

昭和 28 年 12 月末現在における児童福祉施設の数および
入所定員並びに入所実人員（厚生省『児童の福祉』昭和 33 年）

施設名	施設数	入所定員	入所実人員
養 護 施 設	514	30,289	31,806
精神薄弱施設	72	3,850	4,023

児童福祉法における精神薄弱児施設は,「精神薄弱児を入所させて，これを保護するとともに，独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設」と規定されている.「すべての児童は，身体が不自由な場合，または，精神の機能が不十分な場合に，適切な治療と教育と保護が与えられる」という児童憲章第 11 条の精神が，精神薄弱児施設にも生かされている．精神薄弱児施設については，戦前の系譜を引く施設については，治療教育学的関与が意識されていたと推測されるが，全国の施設全体に治療教育学がどこまで浸透していたかは不明瞭である．むしろ当時の精神薄弱児施設の大きな課題は，学校教育法に定める修学（義務教育）

を猶予又は免除された児童のみならず，学校教育法に定める特殊教育の対象となる児童も多数収容されていたことから，学校「教育」との整理であった.

②知的障害者福祉法の時代

児童福祉法により, 児童相談所及び精神薄弱児施設等が設置され, 知的障害児に対して保護・指導の措置がとられることとなったが，その対象は 18 歳未満の知的障害児に限られていたため，しだいに児童福祉施設に年齢超過者が増加する等の問題が生じていた．このような問題への対応として，児童福祉法の一部改正を行い，特例として国立知的障害児施設に入所している児童については,「社会生活に順応できるようになるまで」在所させることができるという措置がとられた．しかし，これは一時的な対応にすぎず，成人の知的障害者への福祉施策の必要性が大きな課題となっていった.

1960（昭和 35）年，知的障害をもつ児童から成人までの一貫した施策が必要であることが各方面から提起されてきたこと等を背景に, 知的障害者福祉法が制定された．この法律により, 18 歳以上の知的障害者が入所する施設として知的障害者援護施設が法に位置づけられた．その後, 1967（昭和 42）年には同法を改正され, 知的障害者援護施設に, 知的障害者更生施設（入所・通所），よび知的障害者授産施設（入所・通所）という施設種別が設定された．さらに必要があれば 15 歳から入所できるという入所年齢の引き下げが行われ，いわゆる「児・者一元化」が可能となった．この時期，保護者や関係者の要請に応えて，全国的にこのような施設整備が進められた.「親なき後」の安心の拠りどころとして，施設（特に入所施設）が求められた．入所施設のような 24 時間ケア型の施設整備は，わが国の経済成長を背景に，1971（昭和 46）年の社会福祉施設緊急 5 か年計画などにより，飛躍的に増加が図られた.

心身障害児（者）関係（厚生省『児童福祉 40 年の歩み』昭和 63 年）

	精神薄弱児施設		精神薄弱者更生施設	
	施設数	定　員	施設数	定　員
昭和 38 年	182	12,007	32	1,836
昭和 50 年	349	27,022	323	24,526
昭和 61 年	319	21,562	800	52,744

知的障害者更生施設は，18 歳以上の知的障害者を入所させて，保護し，更生に必要な指導訓練を行うことが目的とする施設である．知的障害者授産施設は，18 歳以上の知的障害者で雇用されることが困難なものを入所させ，自活に必要な訓練を行うとともに，職業を与えて自活させることを目的とする施設である．共に、本来は通過施設の役割を担っていたが，結果として利用者は滞留化していくことになる．この理念と実際の異なりは，知的障害施設の機能を曖昧にしていく.

知的障害者入所施設は，親亡き後などのニーズからその後も急激な伸びを示すが，知的障害児施設は，昭和 54 年の養護学校義務化以後その数を減じることになる．施設体系形成の過度期において , 大きな課題が生じていた . すなわち , 重度・重複の課題である . この課題は , 児童及び成人と年代を問わず共通する課題であった．その対応として，国は重度の知的障害児のための施設である国立秩父学園を，1958（昭和 33）年に開設した．厚生省設置法第 27 条の 2 において，「国立精神薄弱児施設は，精神薄弱の程度が著しい児童または盲（強度の弱視を含む。）若しくはろうあ（強度の難聴を含む。）である精神薄弱児であって，児童福祉法第 27 条第 1 項第 3 号の措置を受けたものを入所させて，その保護及び指導をつかさどり，あわせて全国の精神薄弱児施設における精神薄弱の児童の保護及び指導の向上に寄与する機関とする」と規定された．国立施設の中には，指導課のほか医務課，治療棟が設けられ，精神薄弱児の保護・指導・治療・訓練がめざれた．医務課には，医師 2 名及び看護師 2 名が配置され，医療を基本とする治療教育体制が構築された.

民間の施設等については，重度者について 1964（昭和 39）年に，厚生省事務次官通知「重度精神薄弱児収容棟の設置について」が通知された．これにより，重度の精神薄弱児の支援が民間施設等にも広げられた．重度精神薄弱児収容棟の設備運営の基準における指導の内容として，生活指導は「日常生活に必要な機能訓練，感覚訓練を基調とした行動を通じての治療教育の立場にたって指導を行い，情緒の安定及び身辺の自立をはかるとともにできるかぎり社会生活に適応できる能力を養うよう行うものとする」とされた．重度の知的障害児の指導の理念として導入された「治療教育」という理念は，その後精神薄弱者収容棟の開設に拡大され，児・者をつなぐ理念として児童・成人を通して覆いつくされる．重度の知的障害の課題は，児童から成人へと結び付けられ，すべての知的障害児者支援に必要な理念として「治療教育」が位置づけられることになった.

知的障害施設（入所・通所を含む）が右肩上がりで増加するなかで，日本精神薄弱児愛護協会（現在の日本知的障害者福祉協会）は，知的障害施設の支援のよりどころとして治療教育を普及させていった．愛護協会は，「精神薄弱の研究－施設における治療教育－」を，1960（昭和 35）年から 1984（昭和 59）まで 18 集を刊行する．その内容については，年齢的には児童から高齢まで，障害も軽度から重度･重複，自閉症，健康（医療や看護も含む），発達支援（身辺自立，認知，言葉，社会性），行動障害，労働･就労支援，余暇活動（美術）など多岐にわたっている．施設における知的障害児者支援に関わる職員の一切の行為を「治療教育」と捉える内容となっている.

また，愛護協会内に資格制度を設けることにより，治療教育を普及させていく．愛護協会は，1975（昭和 50）年に，通信教育第 1 回「教育治療士」2 級資格認定試験を実施し，翌年には通信教育第 2 回「教育治療士」2 級資格認定試験を実施した．1978（昭和 53）年には，第 1 回「教育治療士」1 級資格任的審査が実施された．施設の専門性の根拠として「治療教育」が位置付けられ，施設を維持する装置として「治療教育学」が広義化されていった.

③心身障害者福祉法の時代

国は，1971（昭和 46）年，特殊法人心身障害者福祉法に基づいて，国立コロニーのぞみの園を群馬県高崎市に開設した．国立コロニーは，「独立自活の困難な心身障害者が必要な保護及び指導の下における社会生活を営むことのできる総合的な施設を設置して，これを適切に運営し，もって心身障害者の福祉の向上を図ること」を目的とした施設である．これ以後，全国各地に大規模な施設（地方コロニー）が建設された．国立コロニーのぞみの園は，社会適応のきわめて困難な重度の知的障害者が長い期間生活の場として過ごせる機能をもった施設であり，地方コロニーの開設とともにわが国の施設体系は完成された．

国立コロニーの初代理事長は，菅修であった．菅は，北海道大学医学部を卒業した後，1927（昭和 2）年，東京都立松沢病院で精神科医師として仕事を始める．精神病者の処遇の改善の視点から，患者の作業療法の改善に力を注いだ．その後，横浜市芹ケ谷の神奈川県立精神病院芹香院に務め，隣の神奈川県立精神薄弱児施設であるひばり学園に初代園長として知的障害にかかわっていく．

菅は，知的障害者の研究者として，1954（昭和 28）年，精神薄弱児運営要領の作成に中心的役割を果たす．この運営要領は，知的障害児支援の日本で最初の体系的なマニュアルである．菅は，1955（昭和 30）年，日本精神薄弱児愛護協会（現在の日本知的障害者福祉協会）会長となる．その後，国立秩父学園初代園長，国立コロニーのぞみの園の初代理事長となり，わが国の知的障害の制度施策に深くかかわり，施設団体の長として，また知的障害の研究者として大きな力をもつことになる．

菅は，「治療教育学」の第一人者として，その普及に努めた．愛護協会の主要メンバーであった三田谷学園長の三田谷啓や藤倉学園の川田治郎らと親交を結ぶ．三田谷啓は医師としてドイツに留学し，「治療教育学」を学んだ．菅は，三田谷がドイツから持ち帰ったテオドル・ヘラーの『治療協教育学の基礎』を翻訳し，1970（昭和 45）年に日本精神薄弱児愛護協会から出版する．その後，菅は 1974（昭和 45）年に，『治療教育学』を出版する．

菅（1974：5）は，知的障害分野に「治療教育学」が必要とされる理由を，「わが国における精神薄弱対策を回顧してみるに，特に第二次戦争後では，精神薄弱児施設は養護施設に準じてあつかわれ，その指導理念は，精神薄弱児の生活に重点がおかれ，戦争前の精神薄弱児施設が志向していた治療教育的はたらきかけが著しく後退した．精神薄弱児（者）施設が本来の姿をとりもどすためには，治療教育の再興をはかる他に道はない」としている．菅によれば，治療教育学は医学と教育との協力関係が必要とされ，この協力関係の中では，①教育的な方法を用いて治療または障害を軽減しょうとする場合，②障害をもっているがそれを治療しながら教育する場合，③一つのはたらきかけが同時に治療行為でもあり、教育行為でもある場合と三つに分けられるとしている．（菅修 1974：34）治療教育学の「学」の成立根拠及びその方法論などにおいて，今後の研究に期待される内容となっている．菅は，わが国の「治療教育学」はまだ完成（あるいは体系化）されたものはなく，施設現場において実践を積

み重ねて体系化されるものと期待していたのではないだろうか．菅にとっては，ドイツ等における治療教育学が治療施設において軽度知的障害や行動異常児などを対象とし，幅広い欠陥児童を対象そしていたこと．その後の発展ともに補助学級などに軽度知的障害に「狭義化」していったとされていることなどについてはふれていない．ドイツにおいては軽度知的障害や行動異常児などを対象とした「治療教育学」が，日本においては，重度知的障害を対象とした経緯やその支援法方法の異なりについて言及していない．わが国における「治療教育学」は，知的障害者に「狭義化」されるとともに，施設の知的障害者全体を対象に「広義化」されていった．また，施設の職員によるすべての支援行為に当てはめられた．わが国の知的障害児施設における支援の理論的及び実践的根拠の必要性から，現場の実践に当てはめられたものと捉えられる．その結果，菅ら関係者の意図とは別に，「治療教育学」は知的障害児者施設（特に入所施設）を維持させ続ける装置として機能していった．

Ⅳ．結語

わが国の知的障害施設における「治療教育学」の役割を，もう一度整理してみる．

① 施設を維持する制度的･実践的装置となった．ドイツにおいては精神薄弱に限定する「狭義化」がなされたように，わが国においても知的障害に「狭義化」していった．一方，その対象は施設のすべての知的障害者を対象とするなど「広義化」がなされた．施設の実践方法として導入されたが，施設を維持させ続ける制度政策的な装置となった．

② その方法は，体系化されないで，施設内のすべての支援に適用されてパッチワーク的に当てはめられた．この「当てはめ化」は，多様な支援の可能性を制限し，結果として，利用者と職員の関係を狭めた．

③ 施設で行われる，職員による生活・労働・余暇等すべての支援行為が「治療教育」とされる「広義化」のために，利用者に厳しい生活を強いることとなった．

「治療教育学」は，わが国が障害者権利条約を批准・施行にいたった時代においては，医学的モデルと批判される内容となっており，その復活を望む声は聞こえない．しかし，強度行動障害や罪を犯した知的障害者の課題など，施設における治療教育の復活の兆しはいたるところにある．それは，知的障害施設（特に入所施設）のいまなお要望する根拠ともなっている．

中野（2009：235）は，「戦後の精神薄弱児･者福祉では，戦前の実践的な特質を受けながら，「治療教育」が，「精神薄弱」という障害に対する専門的アプローチを代表するものとして位置づけられた」としている．また，「『治療教育』が，『社会福祉サービス』に位置するという事実は，社会福祉の専門職は「治療教育」の専門職であるという認識を形成することになる．」治療教育学は、施設における支援のすべてを引き受けたために，「援助活動としてのソーシャルワークの役割を見出すことが困難な状況となっている」としている．地域福祉や地域生活支援にシフトしてきた現在においても，わが国において，知的障害児者への支援がソーシャルワークとなりえていない大きな課題である．

おわりに

知的障害分野においても，主体としての知的障害者の権利擁護や意思決定支援の必要性が声高に叫ばれている．しかし，強度行動障害や罪を犯した知的障害者など従来の「治療教育学」が対象としてきた人たちの課題も大きくなっている．ドイツにおいては，「養護学校教師について，大学において特殊教育学を専攻していることが求められ」「養護学校の教師のほかに，社会福祉主事や治療教育士の人たちも集団やクラスの管理が任され」「必要とされる限り治療的課題のためには，理学・作業療法士や治療教育士が動員される」としている．（Otto Speck (1980) Geistige Behinderung und Erzieung （＝1984, 山口薫監訳『精神遅滞と教育』301-302）） ドイツのように，治療教育士がその専門性を武器に知的障害者支援にかかわる仕組みを構築できないだろうか．それは，再度「治療教育学」を学の体系に位置づける試みでもある．わが国の「治療教育学」が，他の学と協働しながら知的障害者にかかわる可能性は，絶たれたのであろうか．その意味では，「治療教育学」とは一体何であったのか．今後の可能性も含めて，もう一度見直す作業が必要であると考える．

（文献）

厚生労働省（2018）「第 83 回社会保障審議会障害部会」平成 29 年 1 月 6 日

神奈川県障害者施策審議会（2019）「津久井やまゆり園再生基本構想策定に関する部会検討結果報告書」平成 29 年 8 月

菅修（1977）『治療教育学』日本精神薄弱者愛護協会

岡田英己子（1987）「ドイツ治療教育学の学的体系化と治療教育施設」津曲裕次・清水寛・北沢清司編著，『障害者教育史』川島書店

菊池義昭（1987）「ドイツ治療教育学の学的体系化と治療教育施設」津曲裕次・清水寛・北沢清司編著，『障害者教育史』川島書店

国立コロニーのぞみの園田中資料センター（1982）『わが国精神薄弱施設体系の形成過程，精神薄弱者コロニーをめぐって』

日本精神薄弱者愛護協会編（1984）『日本愛護五十年の歩み』日本精神薄弱者愛護協会

日本精神薄弱者愛護協会（1982 ～ 1988）『施設における精神薄弱の研究 1 集～ 18 集』

Theodor Heller (1904) Grundriss der Heilpädagogik (＝ 1970，菅修・加藤二郎共訳『治療教育学の基礎』日本精神薄弱者愛護協会)

中野敏子（2009）『社会福祉学は「知的障害者」に向き合えたか』高菅書房

Otto Speck (1980) Geistige Behinderung und Erzieung (＝ 1984，山口薫監訳，野口明子・春見静子訳『精神遅滞と教育』教育出版)

【論　文】

医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響：診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの「退院支援」業務との関わり

高山　恵理子（社会福祉学科准教授）

要旨：本稿の目的は、1980 年以降の日本における医療政策が医療ソーシャルワーカーの実践、特に退院支援に及ぼした影響について考察することである。わが国では 1980 年代から、持続可能な医療供給システムを構築するために、医療政策において様々な改正が行われた。そして、医療ソーシャルワーカーはこの領域で一定の役割を引き受けることとなった。
本稿では、医療ソーシャルワークと関わる医療の施策を概観するとともに、診療報酬等に関する文書におけるソーシャルワーカー、社会福祉士に関する言及から、施策においてソーシャルワーカーが何を期待されてきたかを検討する。さらに、保健医療分野におけるソーシャルワーカーについて、ソーシャルワーカー数の推移、病院・診療所におけるソーシャルワーカーの所属部門の変化、「退院支援」業務がソーシャルワーク業務全体に占める割合に関する諸調査から明らかにした。その結果、ソーシャルワーカー数の増大、地域連携関連部門に所属するソーシャルワーカー数及び「退院支援」業務の割合の増大が明らかになった。これらの結果より、医療政策がソーシャルワーク実践に及ぼしたと結論付けた。

キーワード：退院支援、医療政策、ソーシャルワーク、診療報酬

1. はじめに

専門職の実践は、専門職としての発展とともに内発的な変化を遂げるのみではなく、社会などの外的な要因の影響を受けるものであるといえる。ソーシャルワーク実践は、心理社会的課題に関与するため、外的な要因、特に社会的な要因の影響を強く受ける。近年、病院に所属するソーシャルワーカーは、患者の退院にかかわる支援・援助について期待されているといえる。このことは、「地域連携室」等入退院にかかわる部門に所属するソーシャルワーカーの割合が高くなっていること、業務統計において「退院支援」の割合は高くなっていることに表われている。

「退院支援」は、病を持った方の継続的な生活の中で、特に「退院」という局面における支援を意味しているものである。この局面は、患者・家族の生活の場の変化の局面であり、このことに伴いさまざまな課題が生じる時期である。それらの課題に応じ、本人・家族が次の生活の場でその人らしく生活できるよう支援するものであり、本人・家族の心理社会的側面の支援を行うソーシャルワーカーにとって不可欠な支援であるといえる。

その一方で、退院支援を行うソーシャルワーカーとしての役割は、社会的な問題とそれに関わる政策の中で重要性が増してきた実践であると考えられる。

1980 年代以降、将来来るべき高齢社会への布石と高騰する国民医療費の伸びの抑制は医療保険制度の安定的な運営のために不可欠な課題となった。諸外国と比較して入院日数が長い日本において、平均在院日数の短縮は課題とされた。一方、特別養護老人ホームの量的不足及び措置による入所という位置づけの結果、障害があるにもかかわらず家庭に介護者が不在である患者の受け皿として、いわゆる「老人病院」が増加した。このような医学上は必要とされないが療養環境が整わないために継続される入院は、療養環境の悪い一部の病院の存在とともに、「社会的入院」と称され、社会問題化された。

このような背景のもと、政府は不必要な入院を極力避ける方策の検討し、在宅生活支援として、中間施設の創設、在宅医療の推進等をすすめた。また、医療機関の有効活用を目的に、病院の機能分化の推進、医療連携の推進を展開した。患者の退院時におけるソーシャルワーカーによる支援は、従来から社会復帰援助の一部として位置づけられ、行われてきた。この退院支援（当時は退院援助とされた）が保健医療分野のソーシャルワーカーの一つのカテゴリーとして形成されたのは、これらの政策の影響が大きいと考えられる。

そこで、本稿では、このような退院支援が具体的にどのような政策動向の影響を受け、形成されてきたものであるかを検証する。まず報告書、診療報酬等の文書におけるソーシャルワーカー・社会福祉士に関する言及を概観し、施策においてソーシャルワーカーに、何を期待してきたかを概観する。一方、保健医療分野におけるソーシャルワーカー数の変化、病院・診療所におけるソーシャルワーカーの所属部門の変化、及び「退院支援」がソーシャルワーク業務全体に対する割合の変化を示し、最後に、保健医療分野の施策とソーシャルワーク実践の関係について論じる。

医療ソーシャルワークにかかわる政策とソーシャルワーク実践との関連は、高山 (2002) が一医療機関における 19 年の業務統計から 1998 年までにおける援助内容と政策の関連を論じたもの、椋野 (2013) がソーシャルワーク実践全般と政策との関連を論じたものがある。本稿では、特に退院支援に焦点を当て、これにかかわる政策とソーシャルワーク実践の関連について、全国レベルのソーシャルワーカーに関する諸調査結果を用いて検討を行う。次節では、年代ごとに退院支援にかかわる政策を検討し、その後、保健医療分野のソーシャルワークに関する変化を概観し、最後に、政策とソーシャルワーク実践の関連について考察する。

2. 医療政策における医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の役割

(1) 1980 年代：在宅療養に関わる医療ソーシャルワーカーの役割

1980 年代は、1982 年には老人保健法（現・高齢者の医療の確保に関する法律）の診療報酬において、「退院時指導料」に医療ソーシャルワーカーが位置付けられた。また、1987 年には、厚生省国民医療総合対策本部中間報告において、在宅ケアの充実に、「社会福祉士」が位置付け

られた。そのような中、1987 年には、「医療ソーシャルワーカー業務指針」報告書が提出された。

① 老人保健診療報酬「退院時指導料」等への医療ソーシャルワーカーの位置づけ

1982 年、「老人保健法」が制定された。老人保健法は、「適切な老人医療を確保しつつ老人医療費の効率化を図り、人口の高齢化に伴う老人医療費の増加を最小限に抑制すること」が一つの狙いであるとされた（厚生省　1983）。さらに、基本的な考え方の 3 項目の第一に、「不必要な長期入院を是正し、できるだけ入院医療から地域及び家庭における医療への転換を促進する」ことがかかげられた。そして、「(1) 老人診療報酬点数表 (甲)(乙)」において、入院時医学管理料の入院期間による逓減性の強化、点滴注射の点数の一部を入院時医学管理料に包括化、生活指導管理料の新設、老人デイケア料の新設とともに、退院時指導料が規定された。

「老人保健法による医療の取り扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」 (略) 3　老人保健法による医療に要する費用の額の算定に関する基準 （1）老人診療報酬点数表 (甲)(乙) ①～③　略 ④ 病状の安定した老人が安心して退院し、家庭で療養できるように、退院時には家族等を含めて医師や看護婦、医療ソーシャルワーカーなどによる在宅療養に関する指導を受けられるよう退院時指導料を新設したこと ⑤寝たきりのまま退院した老人が安心して家庭で療養できるよう、退院後三ヶ月間は主治医の指示に基づきその医療機関の看護婦が行う訪問看護サービスを受けられるよう退院患者継続看護・指導料を新設したこと ⑥　略 （略）

(出典) 厚生省 1983「老人保健法による医療の取り扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」衛老第 7 号

具体的な診療報酬への位置づけは以下のとおりである。

2　退院時指導料　　100 点 注　入院期間が 1 月を超える患者の退院時に，当該患者又はその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。	（退院時指導料について） (1) 退院時指導料は，継続して 1 月を超えて入院していた患者の退院に際し，患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して，退院後の療養上必要な指導を行った場合に算定する。

	(2) 医師の指示を受けて，保険医療機関の薬剤師，保健婦，看護婦，栄養士，医療ソーシャルワーカー等が指導を行った場合も算定できる。 (3) 退院時の指導は，算定の基礎となる退院につき，指導を行った者及び患者又は家族等の如何を問わず 1 回だけ算定する。 (4) ～ (8)　略 （昭 58.1.20　衛老保　1）

(出典) 厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 1983
『社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈　甲表編』：397

この退院時指導料において、初めて、医療ソーシャルワーカーが、退院時指導に関与する職種として職名が掲げられた。その後、医療ソーシャルワーカーは、1988 年には老人診療報酬点数表において、「退院患者理学療法指導料」に「医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士又は作業療法士が保健婦、看護婦、医療ソーシャルワーカー等とともに、指導を行った場合にも算定できる。（昭 63.3.19　健医老老　10）」と位置付けられた（厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 1988）。

②「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」への社会福祉士の位置づけ

さらに、1987 年には、「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」が発表された。この中間報告は、国民の医療に対する期待の高まりや高齢化の進展、他方の、厳しい経済情勢・財政状況がある中、「『質の良い』医療サービスを『効率的に』供給していくためのシステムづくりをこれからの医療改革の基本に据える必要がある」として、策定されたものである（厚生省 1987）。この「第 2 部　良質で効率的な国民医療をめざして　第 1　老人医療の今後の在り方 2　具体的な方策」において、(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立、(2) 在宅ケアの充実、(3) 地域ケアのシステム化、(4) 老人医療の見直し、(5) 老人診療報酬の見直しが示されている。この (2) 在宅ケアの充実において、社会福祉士・介護福祉士が役割を担うことが示された。

第 2 部　良質で効率的な国民医療をめざして
第 1　老人医療の今後の在り方
1　現状と問題点
2　具体的な方策
(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立
(2) 在宅ケアの充実
(訪問看護の充実)

第 2 部　良質で効率的な国民医療をめざして
第 1　老人医療の今後の在り方
1　現状と問題点
2　具体的な方策
(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立
(2) 在宅ケアの充実
（訪問看護の充実)
（在宅介護の促進）
●在宅福祉を促進するために、社会福祉士や介護福祉士の活用を図るとともに、民間保険の導入についても検討する。
（家庭医機能の充実）略
(3) 地域ケアのシステム化
(4) 老人医療の見直し
(5) 老人診療報酬の見直し

(出典) 厚生省「国民医療総合対策本部中間報告」(1987)

③「医療ソーシャルワーカー業務指針」

このような動きの中、1989 年には、厚生省健康政策局長平成元年 3 月 30 日健政発第 188 号「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について」が発出され、医療ソーシャルワーカー業務指針検討委員会報告書が示された。同報告書は、医療ソーシャルワーカーが「他の職種が対応しきれない相談業務をいわばよろず相談的に引き受けて行っていることから、その範囲が必ずしも明確とはいえないきらいがあること、上述のような新しい医療の流れを踏まえて保健医療の場において患者に対しソーシャルワークを行う場合の方法について、充分確立していない面があること、医療関係者や患者等からの理解も充分でないこと等の問題があり、このような期待に、必ずしも応えきれているとは言い難い」ことを背景に、「医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが専門性を充分発揮し業務を適正に執行することができるよう、関係者の理解の促進に資すること」を目的に、「様々な保健医療機関に設置されている医療ソーシャルワーカーについて標準的業務を定めたもの」として、策定されたものである。

医療ソーシャルワーカーは、「保健医療の場において患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」ものとされ、その業務の範囲として、(1) 経済的問題の解決、調整援助、(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、(4) 退院（社会復帰）援助、(5) 地域活動の 5 項目が示された。(厚生省 1989)

ここでは、退院（社会復帰）援助として、退院支援にかかわる実践が位置付けられている。その詳細は以下のとおりである。

退院（社会復帰）援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

①転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定を援助すること。

②在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連係の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助すること。

③住居の確保、傷病や障害に適した改造等住居問題の解決を援助すること。

④復職、復学を援助すること。

⑤転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。

⑥関係機関、関係職種との連係や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。

(出典) 厚生省 1989「医療ソーシャルワーカー業務指針」

1980 年代、ソーシャルワーカーの退院に関わる実践は、高齢化の進展に伴い、社会問題化した高齢者の病院への滞留への対応するものとして、在宅ケア、在宅介護を支援する専門職として、政策に位置付けられたといえる。医療ソーシャルワーカー業務指針は、そのような中、厚生労働省によって策定されたものであるが、業務指針策定当時、「事務局である健康政策局計画課の課長補佐として直接に取りまとめに当たった」人物である椋野は、「時代の課題への対応」として、「老人でも精神障害者でも大きな課題となっていた退院（社会復帰）援助を業務の範囲の中で強調した」とする。（椋野　2013：14）

退院 (社会復帰) 援助は、社会的な課題に対するソーシャルワーク業務として、5 項目の一つとして大きく位置付けられたといえる。

(2) 1990 年代：医療機関の機能分化と在宅医療の推進

1990 年代には、医療ソーシャルワーカーが退院支援との関わりにおいて、政策的に何らかの位置づけがなされたことは見当たらない。しかし、この年代は、医療法において病院の機能分化がなされ、診療報酬において、病棟機能の分化と在宅医療を支える診療報酬が策定された点で重要な時期であるといえる。本項では、政策動向を中心に概観する。

① 医療法・診療報酬における病院・病床の機能分化

医療法は 1948 年に公布されたが、1985 年の 1 次改正までの 37 年間は、大きな改正は行われなかった。1985 年の第 1 次改正において医療供給体制の確保が図られた後、1990 年代に入ると第 2 次から第 4 次まで合計 3 回の改正が行われ、この中で、病院機能の分化が行われた。1992 年の第 2 次改正においては、「医療は国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において、

医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」（第 1 条の 2 第 2 項）と、機能に応じた医療の提供について示され、第 1 条の 4 第 2 項においては、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に言及された。そして、高度の医療を提供する能力を有し、医療技術の開発・評価、研修等が行える病院として「特定機能病院」（第 4 条の 2）が、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの」として「療養型病床群」（医療法第 1 条の 5 第 2 項）が位置付けられた。従来、医療法における病院の区分は、「総合病院」のみであったが、この改正から本格的に病院の機能分化が始まったといえる。1997(平成 9) 年の三次医療法改正においては、総合病院を廃止し、「地域における医療の確保のために必要な支援」を行う病院として「地域医療支援病院」が創設された（医療法第 4 条）。なお、療養型病床群は、2000 年の四次医療法改正において、療養病床と整理された（医療法第 7 条 2）。

また、診療報酬改定においても、病棟機能の分化が行われた。主なものとして、1990 年に緩和ケア病棟が、2000 年に回復期リハビリテーション病棟が規定されたことが挙げられる。

緩和ケア病棟は、主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群にり患している患者を対象とした病棟とされ、痛みの緩和を中心とするケアにかなった施設基準が設置された。また、回復期リハビリテーション病棟は、急性期を脱した時期に、ADL 能力の向上と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟とされ、同様にそれにかなった施設基準が定められた。

② 診療報酬における在宅医療の推進

一方、在宅支援に関連した施策として、老人保健法においては、1991 年の改正で、訪問看護事業が規定された（第 6 条第 5 項）。従来より「寝たきり老人訪問指導管理料」（昭 61.3.26 健医老老 10）、「退院患者継続看護・指導料」（昭 61.3.15 健医老老 5）により、病院からの訪問診察・訪問看護は実施されていたが、これにより、指定老人訪問看護事業者（いわゆる訪問看護ステーション）による訪問に対して、療養費が受けられるようになった。

さらに、1994 年には、「健康保険法等の一部を改正する法律」より、在宅医療の推進が図られた。この改正は、高齢化の進展、疾病構造の変化、医療サービスに対する国民のニーズの多様化・高度化等を受けたものであるが、その一環として、「在宅医療に対するニーズの高まりを踏まえ、居宅における療養上の管理及び看護を保険医療機関の行う療養の給付として法文上明確に位置づけるとともに、難病や末期がんの患者等が、居宅において訪問看護事業者による訪問看護サービスを受けられるよう新たな制度を導入」したものである。（衆議院厚生委員会会議録　1994.6.3）。

この改正により、「療養の給付」の枠組みが表 1 のとおり変更された。従来、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④病院又は診療所への収容、⑤看護、⑥移送の 6 項目であったものが、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護とされた（国民健康保険法第 36 条、健康

保険法第 63 条)。そして、老人保健法において実施された訪問看護事業が健康保険・国民健康保険においても制度化された。療養の場として、居宅が大きな枠組みの中で位置付けられたといえる。

表 1　健康保険法他における療養の給付の枠組み：1994 年改正以前と以降

1994 年以前	1994 年以降
①診察	①診察
②薬剤又は治療材料の支給	②薬剤又は治療材料の支給
③処置、手術その他の治療	③処置、手術その他の治療
④病院又は診療所への収容	④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
⑤看護	⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
⑥移送	

出典：健康保険法の一部を改正する法律（平六・六・二九）より筆者が作成

1990 年代は、ソーシャルワーカーに直接関わる文書は存在しない一方、医療法が 3 次にわたる改正をはじめとして、医療機関の機能分化と在宅医療の促進に関わる制度改正が行われた。このような変化により、患者の退院時における在宅生活への移行への支援と病状の回復や変化に伴う患者の医療機関間の移動への支援が求められるようになったといえる。

(3) 2000 年代：分化した機関間の連携：退院調整加算への社会福祉士の位置づけ

2000 年には介護保険制度が開始され、介護支援専門員（ケアマネジャー）が新設された。退院支援にかかわる 2000 年代の特徴としては、2002 年に「医療ソーシャルワーカー業務指針」が改正されたこと、1990 年代に機能分化した医療機関が、連携して医療を完結する方向が明確に打ち出されたこと、医療法において医療機関間、医療と福祉の間での連携が第 1 条理念に位置付けられたこと、そのような中、診療報酬に「退院調整加算」が規定され、社会福祉士が位置付けられたことが挙げられる。

① 医療ソーシャルワーカー業務指針の改定

1989 年に策定された医療ソーシャルワーカー業務指針は、2002 年に、厚生労働省健康局長通知平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号として、改定された。改定の背景として、13 年間における社会的変化のもと、在宅医療・訪問看護、病院施設の機能分化、介護保険制度の創設があったことに加えて、包括的・継続的医療提供、医療・保健・福祉サービス連携、成年後見制度の見直し、児童虐待や配偶者からの暴力への医療機関の関わりの必要性があげられた。(厚生労働省　2002)

改定された業務指針においては、医療ソーシャルワーカーは、「保健医療の場において、社

会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」職種であるとされ、新たに「社会福祉の立場から」との文言が加えられた。また、業務の範囲は、(1) 療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助、(2) 退院援助、(3) 社会復帰援助、(4) 受診・受療援助、(5) 経済的問題の解決、調整援助、(6) 地域活動の 6 項目とされた。

1989 年および 2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針の「業務の範囲」の大項目を比較したものが表 1 である。2002 年の業務指針においては、従来 (4) 退院（社会復帰）援助とされていたものが、(2) 退院援助、(3) 社会復帰援助と、2 項目に分離された。

表 2　医療ソーシャルワーカー業務指針の業務の範囲の比較：1989 年・2002 年

	1989 年	2002 年
業務の範囲 (大項目)	(1) 経済的問題の解決、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 (4) 退院（社会復帰）援助 (5) 地域活動	(1) 療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助 (2) 退院援助 (3) 社会復帰援助 (4) 受診・受療援助 (5) 経済的問題の解決、調整援助 (6) 地域活動

出典：1989 年、2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針より筆者作成 (下線は筆者)

さらに、「退院援助」「社会復帰援助」及び退院援助・社会復帰援助にかかわりが深い「地域活動」の内容を比較したものが、表 3 である。「退院援助」において、新たに協働の対象としてあらわれた介護保険関連機関との連携が位置付けられた点、本人が選択できることを念頭におき、選択肢を提示すること、話し合うこと、検討すること等の、支援における具体的な行為が加えられた点、疾病・障害の状態への留意について繰り返し示されている点が挙げられる。「社会復帰援助」については、患者の職場や学校との連携に言及され、より具体的な内容が示された点が挙げられる。また、地域活動については、地域のネットワークづくりにかかわる文言が加えられた。全般として、関係機関との連携、地域のネットワーク構築等、連携･協働に関する言及がなされている点が､1989 年の業務指針からの変更点であるといえる。

1989 年の策定の際に、「老人でも精神障害者でも大きな課題となっていた」とされる退院援助、社会復帰援助におけるソーシャルワーカーの役割が大きくなっているといえる。

② 医療法・診療報酬における機関間連携の推進

医療法においては、2006 年に第 5 次改正が行われた。総則が改正され、「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するための事項」

表 3　医療ソーシャルワーカー業務指針における退院援助・社会復帰援助・地域活動の説明内容の比較：1989 年・2002 年

業務の範囲(内容)	（4）退院（社会復帰）援助	（2）退院援助
	生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。	生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。
	①転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定を援助すること。 ②在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連係の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助すること。 ③住居の確保、傷病や障害に適した改造等住居問題の解決を援助すること。 ④復職、復学を援助すること。 ⑤転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。 ⑥関係機関、関係職種との連係や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。	①地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。 ②介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。 ③退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をすることができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。 ④転院、在宅医療等に伴う患者・家族の不安等の問題の解決を援助すること。 ⑤住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。
		（3）社会復帰援助
		退院・退所後において、社会復帰が円滑に進むように、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、次のような援助を行う。
		①患者の職場や学校と調整を行い、復職、復学を援助すること。 ②関係機関、関係職種との連携や訪問活動等により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院・退所後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。
	（5）地域活動	（6）地域活動
	関係機関、関係職種等と連係し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。	患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。
	①他の保健医療機関、市町村等と連係して地域の患者会、家族会、断酒会等を指導、育成すること。 ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連係し、保健・医療に係る地域のボランティアを指導、育成すること。 ③保健所保健・福祉サービス調整推進会議、市町村高齢者サービス調整チーム等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケア・システムづくりへ参画すること。 ④関係機関、関係職種等と連係し、老人、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。	①他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援すること。 ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健･医療･福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること。 ③地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケア・システムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。 ④関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。

＊下線は新たに加わった文言に筆者が加筆

出典：1989 年、2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針より筆者作成

と共に「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携」が加わった（第 1 条）。医療機関における連携が医療法に明確に位置付けられたといえる。同時に、「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を継続することができるよう配慮しなければならない」（第 1 条の 4 第 4 項）とされ、連携における管理者の責務が明示にされた。

診療報酬改定においては、2006 年に「地域診療計画管理料」「地域連携診療計画加算」「地域連携診療計画退院時指導料」が位置付けられた。これは、大腿骨頚部骨折、脳卒中等、特定の疾患に関して、1) 計画管理病院・連携病院の登録、2) 地域連携診療計画の策定、3) 定期的会合の開催によって、診療情報の共有及び地域連携診療計画の評価・見直しを行っている場合に算定されるものとされた。いわゆる地域連携クリティカルパスにかかわる診療報酬である。

③「退院調整加算」への社会福祉士の位置づけ

2008 年の診療報酬改定では、「退院調整加算」が創設された。療養病棟等慢性期病棟入院患者、後期高齢者で、在宅での療養を希望する者に対して、退院支援計画を策定した場合、計画に基づき退院した場合に算定されることとなった。この「退院調整加算」の施設基準として、病院の場合、退院調整に関する部門が設置されており、その部門に十分な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が定められた。

A238 退院調整加算

1　退院支援計画作成加算（入院中 1 回）　100 点

2　退院加算（退院時 1 回）

イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合　100 点

ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合　300 点

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料 を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

2 退院加算は、注 1 に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に 1 回に限り、所定点数に加算する。

3 (略)

A241 後期高齢者退院調整加算（退院時 1 回） 100 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に 1 回に限り、所定点数に加算する。

(出典) 平成 20 年厚生労働省告示第 59 号別表 1

三十三 退院調整加算の施設基準等

(1) 退院調整加算の施設基準

イ 病院にあっては、当該保険医療機関内に、入院患者の退院に係る調整（以下「退院調整」という。）に関する部門が設置されていること。また、診療所にあっては退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

ロ 病院にあっては当該部門に退院調整に係る業務の部門の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が一名以上配置されていること。

ハ その他、退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(略)

三十五 後期高齢者退院調整加算の施設基準

(1) 後期高齢者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。

(2) 病院にあっては、当該保険医療機関内に、入院患者の退院に係る調整に関する部門が設置されていること。また、診療所にあっては調整を担当する専任の者が配置されていること。

(3) 病院にあっては当該部門に退院調整に係る業務の部門の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士を一名以上配置していること。

(出典) 平成 20 年厚生労働省告示第 62 号

社会福祉士は、慢性期病院及び後期高齢者にかかわる退院支援を行う専門職として診療報酬に位置付けられたといえる。その後、この退院調整加算は、2010 年には後期高齢者を対象としたものが廃止され、急性期病棟における 65 歳以上 (一部 40 歳以上) 及び新生児特定集中治療室における加算が新たに規定された。同時に、「退院調整に関する経験を有する専従の看護師と専任の社会福祉士、又は専任の看護師と専従の社会福祉士が配置されている」ことを施設基準として定めた退院調整加算が「慢性期病棟等退院調整加算 1」及び「急性期病棟等退院調整加算 1」として新設された（平成 22 度厚生労働省告示 69 号別表 1 及び 72 号）。

2000 年代は、医療ソーシャルワーカー業務指針が改定され、退院援助が社会復帰援助と分離して、大項目として位置づけられた。医療法・診療報酬改定においては、医療間及び医療・

福祉連携が重視されるようになり、地域連携クリティカルパスに関する算定、退院調整加算が創設された。そのような中、2008 年に社会福祉士が退院調整加算の対象となり、退院調整を行う専門職として診療報酬に位置付けられた。さらに、2010 年には、看護師とともに社会福祉士が専任または専従で配置されることが要件とされる加算が新設されるなど、退院支援における役割に関して、一定の位置づけがされたということができる。

(4) 2010 年代：退院調整から地域連携へ

2010 年代は、2014 年には、「地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律」において、地域包括ケア体制構築が法文に明示された。政策においては、機関間連携・協働から地域における包括的ケア体制の構築へと進んでいったといえる。医療ソーシャルワーカー・社会福祉士については、診療報酬において、退院支援について職務が広がっている。

①「退院調整加算」から「入退院支援加算」へ

2008 年に新設された「退院調整加算」は、2012 年には、急性期・慢性期の別、1・2 の別を外し「退院調整加算」とされた。さらに、この施設基準として「退院調整に関する経験を有する専従の看護師と専任の社会福祉士、又は専任の看護師と専従の社会福祉士が配置されている」ことが示された（平成 24 年厚生労働省告示 76 号別表 1 及び 77 号）。また、この改定により入院日数に応じた評価を行うものとなった。2014 年には患者の同意の上で退院支援計画を策定し、退院後の治療等を担う機関と共有した場合に、「地域連携計画加算」が算定されることとなった（平成 26 年厚生労働省告示第 57 号別表 1）。さらに 2016 年には、従来の要件に加え、「退院支援職員が他の保健医療機関や介護サービス事業所等に出向く等して担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報共有を行うこと」が加わった「退院支援加算 1」が設けられた。同時に、2012 年に規定された入院日数に応じた評価は、廃止された。（平成 28 年厚生労働省告示第 52 号別表 1 及び平成 28 年保医発 0304 第 3 号）そして、2018 年には、入院から退院までの一連の流れを重視したものとして概念が広がり、「入退院支援加算」と名称を変えた。このうち「入退院支援加算 1」においては、従来の施設基準に加え、「各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士が配置されていること」が要件とされた。(平成 30 年厚生労働省告示第 44 号)

② 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準

回復期リハビリテーション病棟においては、従来 2 区分であった入院料が、2012 年に 3 区分となり、「回復期リハビリテーション病棟入院料 1」として、在宅復帰率を要件とする病棟区分が新たに設けられた。この区分においては、施設基準として「専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以上、作業療法士 2 名以上、言語聴覚士 1 名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等 1 名以上の常勤配置」が示された（平成 24 年厚生労働省告示 76 別表 1 及び 77 号）。2014 年には、回復期リハビリテーション病棟 1 において、病棟に専従医師及び専従社会福祉士の常勤社会福祉士を配置した場合に「体制強化加算」が加算されるこ

ととなった（平成 26 年厚生労働省告示 58 号）。さらに、2018 年には、病棟区分は 6 区分となり、専任ソーシャルワーカーの配置は、「回復期リハビリテーション病棟 1 及び 2」の要件となった。

2010 年代は、機関間の機能の分化と協働の重要性が認識されるのに従い、診療報酬における入退院支援加算への名称の変更、回復期リハビリテーション病棟における体制強化加算にみられるように、個別の患者本人を対象とした支援のみならず、機関間の連携への関与を含めた概念となってきたといえる。そのような中、社会福祉士が配置され、あるいは必置とさ

表 4　退院支援に関わる政策と医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に言及がある施策

	政策（医療法・診療報酬・老人保健法等）	医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に言及がある施策
1982	老人保健法 ・医療費の一部負担金の規定 ・退院患者継続看護・指導料（退院後３か月間、訪問看護サービス診療報酬の対象となる）	老人保健法 ・退院時指導料に、医療ソーシャルワーカーが位置付けられる。
1985	医療法改正（1 次） ・医療計画策定が規定される	
1987		厚生省国民医療総合対策本部中間報告 ・「在宅福祉を促進するために、社会福祉士や介護福祉士の活用＊を図るとともに、民間保険の導入についても検討する」とされた。
1989		医療ソーシャルワーカー業務指針
1990	診療報酬改定 ・緩和ケア病棟創設	
1991	老人保健法改正 ・老人訪問看護制度（訪問看護ステーション）の創設	
1992	医療法改正 (2 次) ・医療機関の機能分化（特定機能病院／療養型病床群）	
1994	健康保険法等改正 ・訪問医療・訪問看護に診療報酬 ・訪問看護ステーションによる訪問看護制度創設	
1997	医療法改正（3 次） ・医療機関の機能分担と業務の連携 ・地域医療支援病院創設	
2000	医療法改正（4 次） ・病床区分の見直し (療養病床等５病床を規定) ・良好な医療を効率的に提供する体制の確立	
	介護保険法施行 ・介護支援専門員創設	
	診療報酬改正 ・回復期リハビリテーション病棟創設	
2002		医療ソーシャルワーカー業務指針改定
2006	医療法改正（５次） ・医療提供施設相互間の機能分担と連携の推進 ・医療提供体制の確保 (治療・予防・救急医療・へき地医療・小児医療)	
	診療報酬改正 ・「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」（地域連携クリティカルパス）	
	介護保険法改定 ・地域包括支援センター創設	
2008	診療報酬改定 ・退院調整加算	・退院調整加算に社会福祉士等配置

2012	診療報酬改定	・退院調整加算に社会福祉士必置 ・回復期リハビリテーション病棟 1 に社会福祉士必置
2014	地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律	
	診療報酬改定	・回復期リハビリテーション病棟体制強化加算に病棟への社会福祉士配置
	医療法改正（6 次） ・地域医療構想の策定 ・在宅医療・介護の推進	
2015	医療法改正（7 次） ・地域医療連携推進法人創設	
2018	診療報酬改正 ・入退院支援加算 (名称変更)	

れる等、退院支援にかかわる職種として位置付けられてきているといえた。

以上、ソーシャルワーカーの退院支援実践に関わる政策の動向について、特に、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に言及されている文書を中心に概観した。表 4 は、ここまで概観した政策を整理したものである。1980 年代において、社会問題化された高齢者の医療の質の確保及び持続可能な医療制度の策定という課題が明らかになる中、1990 年代に医療機関の機能分化、2000 年代以降には医療機関間および医療・福祉間の連携・協働にかかわる取組みがされてきた。そして、その中で、ソ - シャルワーカーは、一定の役割が期待されてきているといえる。

次節では、これらの影響がソーシャルワーク実践にどのように表れたのか、過去に行われた調査結果等から検討する。

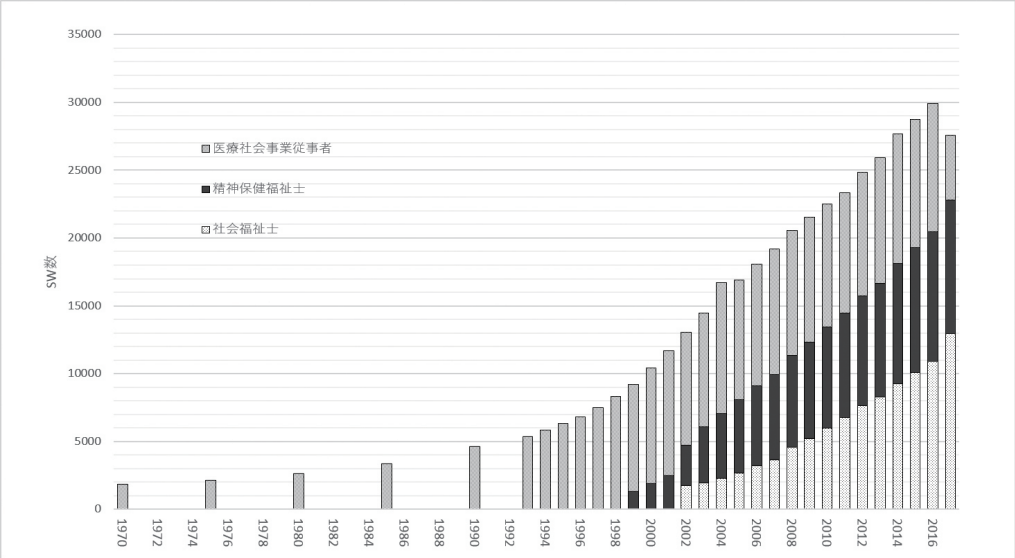
3.「退院」にかかわる医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の状況

本節では、ソーシャルワーカー（医療ソーシャルワーカー・社会福祉士）に関するデータより、検討を行う。これまでに実施されてきた諸調査より、病院に従事するソーシャルワーカー数の推移、ソーシャルワーカーの所属部門の変化、ソーシャルワーク援助に占める退院支援の割合について概観する。

(1) 病院に従事するソーシャルワーカー数の推移

表 5 は、病院に従事するソーシャルワーカー数の推移、表 6 は、社会福祉士・精神保健福祉士・医療社会事業従事者を加えたソーシャルワーカー数の年次ごとの数値である。1970 年に 1838 名だったソーシャルワーカーは、25 年後の 1995 年には 6321.0 人となった。この 25 年間に一年につき平均で約 179 人ずつ増加し、ソーシャルワーカー数は 3.4 倍となった。その後、2017 年には 27563.5 人となった。1995 年から 2017 年の 22 年間には、一年につき平均で約 966 人ずつ増加し、ソーシャルワーカー数は 4.4 倍となった。表からは、1995 年を境にソーシャルワーカー数の増加率が大きく変わったことが理解できる。参考までに、病院・診療所に従事するソーシャルワーカー数は、2017 年現在 31733.4 人である。

表 5　病院に従事するソーシャルワーカー数の推移



(出典) 厚生労働省・厚生省　医療施設（静態・動態）調査・病院報告より筆者が作成

この変化の要因は、病院からのよりソーシャルワーカーへの期待が高まっていることを示していると考えられる。この要因を探るために、ソーシャルワーカーが所属する部門及び業務内容について概観する。

(2) ソーシャルワーカーが所属する部門の名称

ソーシャルワーカーが所属する部門の名称は、医療社会福祉部門、総合相談部門、地域連携部門等、多様である。この所属部門に関するデータについては、2006 年及び 2011 年に、ともに（公社）日本医療社会福祉協会の病院勤務のソーシャルワーカーを対象に実施した調査に基づくものがある。両調査では、所属部門について尋ね、地域連携にかかわる部門への所属の状況を見ることを目的に、「地域」「連携」「在宅」「退院」を含む部門に所属するソーシャルワーカーの数および割合を算出した。表 7 は、2 つの調査結果をまとめたものである。調査の回収率は、2006 年が 46.0%、2011 年が 36.7%であった。(高山他　2007:14 および高山、小原 2014:62)

2006 年調査では、全体の 24.1%が上記 4 用語を含む部門に所属していた。一方、2011 年調査では、51.3%であった。この 5 年間に、その割合は倍増し 50%を超えたことが理解できる。

さらに、病院の性格別に割合をみたところ、救急指定がある病院では、2006 年時点で 30%に近い機関がいわゆる退院支援・地域連携にかかわる部門に所属していた。それに対し、救急指定がない病院では、2006 年には 18.2%であった。そして、2006 年から 2011 年の間に、その割合がそれぞれ、51.6%、54.1、43.9% に増加した。

表 6 病院に従事するソーシャルワーカー数

	合計	社会福祉士	精神保健福祉士	医療社会事業従事者
1970	1838			1838
1975	2136			2136
1980	2624			2624
1985	3352			3352
1990	4630			4630
1993	5359			5359
1994	5834.0			5834.0
1995	6321.0			6321.0
1996	6837.0			6837.0
1997	7482.0			7482.0
1998	8310.0			8310.0
1999	9179.0		1323.0	7856.0
2000	10411.0		1912.0	8499.0
2001	11672.0		2495.0	9177.0
2002	13029.7	1727.4	3008.2	8294.1
2003	14476.8	1956.2	4103.6	8417.0
2004	16726.0	2290.6	4786.8	9648.6
2005	16883.3	2695.5	5378.1	8809.7
2006	18077.4	3199.2	5894.0	8984.2
2007	19182.2	3625.7	6324.2	9232.3
2008	20548.3	4581.2	6766.2	9200.9
2009	21543.7	5183.4	7154.3	9206.0
2010	22487.7	5971.3	7454.7	9061.7
2011	23328.6	6767.3	7722.6	8838.7
2012	24859.3	7649.9	8090.7	9118.7
2013	25898.1	8293.5	8350.8	9253.8
2014	27656.0	9258.6	8870.1	9527.3
2015	28732.5	10077.0	9195.7	9459.8
2016	29925.4	10906.9	9557.0	9461.5
2017	27563.5	12966.6	9822.4	4774.5

*2002 年以降の数値は常勤換算

**2011 年は石巻医療圏・気仙沼医療圏・福島県全域を除く

(出典) 厚生労働省・厚生省 医療施設（静態・動態）調査・病院報告より筆者が作成

**2017 年の数値は、従事者数不詳を除く

表 7 「地域」「連携」「在宅」「退院」を含む所属部門名：救急指定別

	地域 / 連携 / 在宅 / 退院を含む (%)		含まない (%)	
	2006 年	2011 年	2006 年	2011 年
全体	172(24.1%)	311(51.3%)	543(75.9%)	295(48.7%)
三次救急指定	110(29.4%)	32(51.6%)	264(71.6%)	30(48.4%)
二次救急指定		177(54.1%)		150(45.9%)
救急指定なし	62(18.2%)	73(43.9%)	279(81.8%)	96(56.1%)

*2006 年調査では、三次救急指定、二次救急指定病院を含め、急性期病院、救急指定なしを非急性期病院としてカテゴライズ急性期病院（N=374）、非急性期病院（N=341）
2011 年調査　三次救急指定（N=62）, 二次救急指定（N=327）、救急指定なし（N=169）
(出典) 高山他 2007、高山・小原　2014 より筆者が作成）

救急指定を受けている病院においてはすでに 2006 年の時点で地域連携にかかわる部門への所属が広がっていたのに対し、救急指定のない病院においてはこの 5 年間に急激に所属が広がっていき、ともに 2011 年には 50％前後が地域連携に関わる部門の所属となったといえた。

(3) ソーシャルワーカーの業務に退院支援が占める割合

退院支援にかかわる業務内容の分析は、特定機能病院の一医療機関における 1979 年から 1998 年の 19 年間の原簿より援助内容の推移を見た先行文献がある（高山 1999）。同調査では、老人保健法に医療ソーシャルワーカーが位置付けられた 1983 年､特 3 類が創設された 1988 年、医療法改正があった 1993 年を境に 4 期間に区分し、援助内容別ソーシャルワーク依頼があった患者数と支援患者全体に占める割合が示されている。退院計画については、1979 年～ 1983 年 83.5（24.5%）、1984 年 ～ 1988 年 152.2（36.0%）、1988 年 ～ 1993 年 226.6（45.3%）、1994 ～ 1998 年 246.2（37.9%）である。（高山 2002）

また、先述の 2011 年調査では、ソーシャルワーカーの業務に退院支援が占める割合を実践者の感覚として尋ねた。その結果では、退院支援の患者数に関しては、全支援患者に占める割合を 6 割以上としたソーシャルワーカーは 52.7％であった。また、業務量については、6 割以上とする病院は 65.2% であった。退院支援が業務に占める割合は高いと実感している実践者は多いといえる（高山 2012）

以上の結果からは、病院に所属するソーシャルワーカーの数は 1995 年を境に増加率が高まっていること、病院において退院支援・地域連携に関する部門に配属される割合が高まっていること、断片的なデータではあるが退院支援がソーシャルワーク業務に占める割合が高くなっていることが示された。

4. 考察

以上、第 2 節では、医療政策とそこにおける医療ソーシャルワーカー・社会福祉士への言及を概観した。その結果、1980 年代以降、医療ソーシャルワーカーに退院支援の役割が期待されたことが明らかになった。第 3 節では医療ソーシャルワーカー・社会福祉士に現れた変化を概観した。その結果、医療ソーシャルワーカーの増加率が急激に高くなったのは、1995 年頃を境にしたことが明らかになった。この要因を探るため、医療ソーシャルワーカーの所属部門と業務内容について確認した。その結果、救急指定を受けたいわゆる急性期病院では、2006 年には 30％に近い病院において、地域連携にかかわる部門に位置付けられていた。2006 年から 2011 年の間には、救急指定有無にかかわらず、50％前後の病院において、ソーシャルワーカーは地域連携に関わる部門に位置付けられていることが示された。さらに、退院調整に関わる業務の割合は、一医療機関でのデータおよびソーシャルワーカーの実感に基づく記録に限られるが、高いことが明らかになった。

以上から、医療ソーシャルワーカーの数の増大が見られたこと、その要因は、所属部門の変化及び退院支援に関わる援助業務の増大から、退院支援に関わる業務がソーシャルワーカーに期待されているためと考えられた。そして、この変化は、医療政策の影響を受けていると考えられた。

一方、ソーシャルワーカーの業務の変化と診療報酬での位置づけとの間に時間的なずれが見られた。特にこの傾向は、所属部門に関しては顕著であった。第 2 節でみたとおり、診療報酬において、退院調整にかかわる部門にソーシャルワーカーが位置付けられたのは 2008 年であった。しかし、急性期病院において、2006 年にはすでに 3 割のソーシャルワーカーは地域連携部門に所属していた。このことは、必ずしも、診療報酬で求められたために地域連携部門に移行したのではなく、病院としての内発的な要因があったためと予測された。医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の動向は、大きな流れとして医療政策との関連が強いが、その一方で、必ずしも、診療報酬等の直接的な要請によって変化しているとは限らないといえる。この点についての考察は、今後行っていくことが必要である。

おわりに

本稿では、医療政策の動向が医療ソーシャルワーカーに及ぼした影響を概観した。検討の結果、医療政策が医療ソーシャルワーク実践に影響を及ぼしたと結論付けた。しかし、その一方で、必ずしも、診療報酬による直接的な要請によって変化したのではないことも理解できた。今後、病院及び社会福祉士・医療ソーシャルワーカーが、この課題に現場の実践者として内発的に行ってきた取組みについて検討することは重要な課題であると考えられる。

本稿は、医療政策として、医療法、診療報酬を取り上げた。しかし、その他にも病院評価システム等、医療政策として取り上げるべき要因が存在する。この点に言及していないことは、本稿の限界であると考える。今後、この点についても含めてさらに検討を含めたい。

（引用文献）

厚生省（1983）「老人保健法による医療の取り扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」衛老第 7 号

厚生省保険局医療課・厚生省公衆衛生局老人保健課編 (1983)「社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈甲表編 58 年 2 月版」社会保険研究所

厚生省保険局医療課・厚生省保健医療局老人保健課編 (1988)「社会保険・老人保健診療報酬点数表の解釈甲表編 63 年 4 月版」社会保険研究所

厚生省（1989）「医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書」厚生省健政発第 188 号

厚生労働省 (2002)「医療ソーシャルワーカー業務指針の改定について」厚生労働省健康局長通知平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号

厚生労働省「第 2　改定の概要　2. 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について」「平成 22 年度診療報酬改定」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken12/index.html(最終閲覧日 2019.3.5.)

厚生労働省・厚生省　医療施設（静態・動態）調査・病院報告　1993-2017

椋野美智子（2013）「医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する ～政策の視点から～」医療社会福祉研究 21,1-29.

衆議院厚生委員会会議録　1994.6.3
http://hourei.ndl.go.jp/SearchSys/viewShingi.do?i=112901035,（最終閲覧 2019.3.3）

高山恵理子（2002）「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証―特定機能病院における『退院計画』援助の定着」『社会福祉学』41(1), 99-109.

高山恵理子（2012）「退院支援業務におけるソーシャルワークの評価方法と評価マニュアル作成に関する研究」「所属病院概要・退院支援に関わる病院体制」『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアル作成に関する研究　第 2 報　文部省科学研究報告書』,99-112.

高山恵理子、小原眞知子（2014）「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況：『病院における医療ソーシャルワーカー退院支援業務にする調査』より」『医療と福祉』47(1),60-66.

高山恵理子他社会保険部会急性期小委員会（2007）「会員基礎調査 (機関単位) と急性期医療ソーシャルワークの特徴」『医療と福祉』41(1),13 － 16.

Effect of Health Care-Related Social Policy on Social Work Practice: Trends in The Revision of the Health Care-Related Social Policy and Social Workers' Tasks Regarding "Discharge Supports"

Eriko Takayama

Abstract : The purpose of this article is to consider the influence of the health care-related social policy on social work practice in hospitals. Since the 1980s, various revisions of law have been undertaken to build a sustainable health care system in Japan. Furthermore, social workers have also taken on certain roles in this field. Consequently, "discharge supports"-supports patients receive when leaving the hospital- have become some of the most important social work practices.

First, references to social workers in documents such as the medical service fees and medical service law ware reviewed. Through this, what social workers was expected was considered. Changes in the social workers were analyzed as follows: (1) the trend of the number of social workers in the health care field; (2) changes to the assigned department of social workers in hospitals; and (3) changes in the ratio of discharge supports.

It appeared that the number of social workers has increased. Furthermore, the percentage of social workers belonging to regional medical care coordination departments and the percentage of social work tasks involving discharge supports have become high. Finally, I concluded that the ratio of discharge supports shows the scale of the social work duties and that there is a relationship between the health care-related social policy and social work practice.

Key words : discharge supports, health care-related social policy, social work

【論　文】

介護保険施設の外国人介護人材[1] の受入れ意向を形成する要因
―外国人介護人材受入れ政策をめぐる一考察―

藤井　賢一郎（社会福祉学科准教授）

Ⅰ　緒言

日本の残業全体で人手不足が進行する中で，介護人材確保は危機的な状況にある．2014 年までの介護サービスの有効求人倍率のピークはリーマンショック直前（2008 年）の 2.31 であったが，2015 年には 2.59 とこれを越えて以降，毎年過去最高の更新を続け，2018 年には実に 4.01 の水準となっている[2]．このような状況の中，外国人介護人材受入れ施策が，昨今大きく変貌をとげようとしている．

制度としての外国人介護人材の受入れは，EPA（経済連携協定）に基づく外国人介護福祉士候補者の受入れを端緒としている．EPA は，2008 年度よりインドネシアとの間で最初に制度化され，その後，フィリピン（2009 年度より），ベトナム（2014 年度より）へと広がった．EPA に基づく看護・介護人材の受入れは，「労働力不足への対応として行うものではなく，相手国からの強い要望に基づき交渉した結果，経済活動の連携の強化の観点から実施」されてきたものであり，あくまで「公的な枠組で特例的に行うもの」[3] とされてきた．実際，その後約 10 年間，EPA による外国人介護人材の受入れは着実に進展しているものの，介護福祉士候補者の受入れ実数は 2019 年 1 月までで累計で 4,302 人[4] と，国内の介護職員数 183.3 万人（2016）[5] の 1% にも及ばない水準であった．「象徴的意味合い」[6] は無視できないとはいえ，人材確保に資する面は極めて限定的であった．

こうした中，2017 年 9 月に養成校ルートで介護福祉士を取得した留学生に対する在留資格「介護」が新たに創設され施行される[7] と同時に，外国人技能実習制度の対象職種に介護職種の追加が行われる[8] こととなった．さらに，2018 年には，在留資格「特定技能」が創設され，その対象となる「人材を確保することが困難な状況にあるため，外国人により不足する人材の確保を図るべき産業上の分野」[9] の 14 のうちの 1 つとして，介護分野の人材の受入れが 2019 年 4 月より行われることとなった．

これらにより，「2025 年に向けた介護人材の確保においては，国内人材の確保対策を充実・強化していくことが基本」[10] とし介護職員の処遇改善等に取り組む政策の大きな方向性は変わらないとしても，外国人介護人材の確保・活用は新たな時代を迎えたと言ってよいのではなかろうか．特に，在留資格「特定技能」は，明確に「外国人により不足する人材を確保する」と位置づけられ，介護分野で「向こう５年間の受入れ見込数は，最大６万人」[11] として数値を明示した人材確保施策となっていることは，これまでにない方向性である．

こうした状況の中，外国人介護人材を雇用する側の介護事業者の意識はどのようなものであろうか．例えば筆者は「外国人介護人材を受入れるためには体制・コストが必要であり小規模な事業所では困難」「給与水準が高い都会でない限り，外国人はなかなか来てくれないのであきらめている」という経営者の声を耳にすることがある[12]．もしかりにこうした「声」が一般的な声だとすると，政策のあり方にも影響を与えることになる．

これまで，介護事業者の外国人介護人材の受入れ意向を全国的規模で把握する試みはほとんどなされていない．その中で，塚田（2010）および塚田（2018）が，2008 年と 2014 年の２回にわたって，全国の介護保険施設の施設長・管理者等を対象に調査を行っており，「外国人介護労働者の受入れに賛成か否か」の回答には地域性があること（高齢化率が高く，外国人人口比が高い地域で，受入れ反対の傾向が高い等）や，文化や風習，言語・コミュニケーションに対する施設長等の不安によって意識の相違があることを示している．ただし，これらの研究は大変貴重ではあるものの，昨今の一連の施策の動向のある以前の意識調査であることと，施設長を対象とした一般論としての意識調査の傾向が強いことに限界がある[13]．

以上を踏まえ，本研究では，今後外国人介護人材活用を進める政策の基礎資料を得ることを目的として全国の介護保険施設の調査を行い，介護サービスの質の維持･向上の観点も含め，若干の考察を行った．

Ⅱ　方法と対象

今後，EPA に基づく介護福祉士候補者を受入れた経験のある施設は，すでに雇用目的で来日する外国人介護人材を受入れた経験を持ち，そうでない施設と比較すると，その意識や態度が異なることが想定される．そこで，今回の研究では，現在，EPA に基づく介護福祉士候補者を受け入れていない全国の介護保険施設を母集団として，5,000 施設を無作為抽出し調査対象とし，2018 年 11 ～ 12 月にアンケート調査を実施した．内容に対する疑義照会を行うために，施設名称・住所等については記名とした．配送及び回収は，郵送によって行った．

調査票 1,693 件が回収され，分析に用いる項目が全て適切に記入されている 1251 件を分析対象とした（有効回答率 25.0％）．また，調査票に記入された施設住所をもとに，国勢調査より市町村別の高齢化率，高齢者増加数対生産年齢人口，外国人比率（いずれも 2015 年値）と，都道府県別の最低賃金（2018 年）[14] を入手し，各施設の調査票回答データと突合させ分析データとして用いた．

調査票の項目のうち，「今後，外国人介護人材（日本語が母語ではない外国人）を受け入れる予定ですか」という問いの回答を従属変数として，階層的２項ロジスティック分析を行った．この従属変数の選択肢は，「１．受け入れる予定である」「２．検討はしたが，受け入れる予定はない」「３．検討もしていないし，受け入れる予定もない」「４．わからない・未定」としており，２～４のいずれかの回答をリファレンスとした場合の「１．受け入れる予定である」のオッズ比を計算した．

本調査の研究倫理上の配慮として，本研究の目的以外にはデータを使用しないこと等を明記し，基本的に回答は任意であり（ただし調査票送付後返信の依頼は行った），内容は施設の実態や施設としての意向に限定し，回答者個々人の情報は把握しておらず集計内容は個々の施設の情報が明らかにならないようにした．

Ⅲ　結果

１．分析に用いた項目

表１に，外国人介護人材「受入れ予定」有無別に，施設の所在地域の状況に関する指標を示した．外国人比率と最低賃金については，「受入れ予定あり」の施設の地域の方が高い傾向がみられる．また，統計学的には有意ではないが，特別区に「受入れ予定あり」の施設が多くなっている．

表２に，外国人介護人材「受入れ予定」有無別に，法人・施設の属性・実態を示した．社会福祉法人，介護老人福祉施設について「受入れ予定あり」の施設が多い傾向にあり，常勤職員比率については「受入れ予定あり」の施設が低い傾向にあった．また，介護職員の充足感について「おおいに不足している」という回答は，「受入れ予定あり」の施設に多い傾向があった．

表1. 施設の所在市区町村の状況*

	受入れ予定あり(n=298)	予定なし/不明・未定(n=953)	p値
高齢化率	.286 (± .060)	.291 (± .055)	.186
高齢者増加数対生産年齢人口	.054 (± .022)	.052 (± .018)	.256
外国人比率	.012 (± .010)	.010 (± .009)	.000
最低賃金（都道府県）	845 (± 70)	829 (± 65)	.001
人口（千人）	360 (± 553)	368 (± 632)	.827
地方公共団体の種類			
指定都市	47	151	
中核市	42	141	
市	145	489	.103
特別区	17	24	(χ^2=9.2)
町	41	138	
村	6	10	

*連続変数については平均（±標準偏差）を示すとともにt検定を行い、カテゴリカル変数については度数を示すとともにχ2検定を行い、これらの結果を示した。

表2. 法人・施設の属性・実態*

	受入れ予定あり(n=298)	予定なし/不明・未定(n=953)	p値
法人格			
地方公共団体	0	41	
社会福祉法人	238	640	.000
医療法人	55	245	(χ^2=24.2)
その他	5	27	
法人設立年			
1989年以前	118	427	
1990～99年	100	267	.210
2000～09年	48	169	(χ^2=4.5)
2010年以降	32	90	
法人の規模(全体の従業員数)			
49人以下	11	63	
50～99人	60	237	
100～199人	95	246	.058
200～299人	40	137	(χ^2=9.1)
300人以上	92	270	
施設種別			
介護老人福祉施設	224	614	.002
介護老人保健施設	62	297	(χ^2=12.5)
介護医療院・療養型医療施設	12	42	
入所定員	72.4 (± 37.2)	70.7 (± 37.2)	.469
常勤職員比率	.762 (± .158)	.810 (± .146)	.000
常勤職員離職率	.147 (± .144)	.129 (± .140)	.061
介護職員充足感			
おおいに不足している	47	78	
不足している	67	205	.000
やや不足している	156	456	(χ^2=34.1)
不足していない	28	214	
(介護職員不足による)入所・ショートの受入れ制限			
受け入れ制限をしている	36	87	.147
していない	262	866	

*連続変数については平均(±標準偏差)を示すとともにt検定を行い、カテゴリカル変数については度数を示すとともにχ^2検定(2×2の場合はFisher の直接法)を行い、これらの結

次に,「外国人介護人材を受入れることについての不安や抵抗感」に関する 14 項目を用いて探索的因子分析を行い（最尤法，因子数はスクリー基準により決定，プロマックス回転）4 因子 12 項目が抽出した．この 4 因子 12 項目について検証的因子分析を行った結果を，表３に示した．適合度指標は GFI=.968，AGFI = .948，CFI = .954，RMSEA = .058 と一定の適合度を示した．それぞれの因子を表３の A ～ D の通り命名し, 信頼性係数を求めたところ,「B 組織・職業上の不安」は α = .699 と若干低いが，概ね十分な値となった．そこで，A ～ D の因子について，それぞれ構成する質問項目に「あてはまる」と回答した場合を 1 点として各因子の合計点を算出し「不安・抵抗感得点」とし，以下の分析で用いた．

表3.「外国人介護人材を受け入れる上で不安と感じること」検証的因子分析の結果

因子名	質問項目	標準化係数
A文化・習慣・精神面の不安 (α=.749)	信仰上の配慮	.74
	食生活への配慮	.70
	文化風習への配慮	.67
	メンタルヘルスの不調	.55
	組織への順応性協調性	.69
B組織・職業上の不安 (α=.699)	仕事に対する姿勢	.66
	介護技術の水準	.56
	職場への定着、勤務継続	.53
Cコミュニケーション上の不安 (α=.765)	利用者や家族とのコミュニケーション	.78
	他の職員とのコミュニケーション	.80
D受入費用・手続き上の不安 (α=.733)	受入れにかかる費用	.77
	受け入れる際に必要な事務手続き	.75

因子間相関係数については表5に示す

また，質問紙で，外国人介護人材にかかる制度（① EPA（経済連携協定），②在留資格「介護」，③技能実習制度，④身分・地位に基づく在留資格）の認知状況について，それぞれ「1内容をおおむね把握している」と回答した場合を1点として合計得点を算出し，これを「外国人介護人材に係る制度の認知得点」（以下,「在留資格制度認知得点」（0 ～ 4 点満点））とした.

表4に，外国人介護人材「受入れ予定」有無別に，A ～ D の不安・抵抗感得点，在留資格制度認知得点を含め外国人介護人材受入れに関わる経験・認識について示した．外国人介護人材を「現在受入れている」施設および同一法人他施設で EPA 介護職員を「現在受入れている施設がある」施設は，「受入れ予定あり」の施設が多い傾向にあった．また，「受入れ予定あり」の施設はいずれも A ～ D の不安・抵抗感得点が低い傾向にあり，在留資格制度認知得点は高い傾向にあった.

なお, 施設での外国人介護人材の受入れについては,「受入れ予定あり」308 施設中 87 施設（約 27%），「予定なし／不明・未定」969 施設中 117 施設（約 12%）が受入れ経験有となっており，すでに一定程度の施設で外国人（留学生や身分又は地位に基づく在留者が該当する）人材の活用が拡がっていることが分かる.

表4. 外国人介護人材受入れに関わる経験・認識*

	受入れ予定あり(n=308)	予定なし/不明・未定(n=969)	p値
施設での外国人介護人材受入れ			
現在受入れている	69	59	.000
これまでに受入れたことはあるが、現在は受け入れていな	18	58	(χ^2=71.6)
これまでに受入れたことがない	211	836	
同一法人他施設におけるEPA介護職員の受入れ			
現在受入れている施設がある	51	33	.001
ない	902	265	
外国人介護人材を受入れることについての不安や抵抗感			
A文化・習慣・精神面の不安（4点満点）	1.59 (± 1.42)	1.83 (± 1.45)	.009
B組織・職業上の不安（4点満点）	1.44 (± 1.42)	1.67 (± 1.40)	.012
Cコミュニケーション上の不安（2点満点）	1.28 (± 0.88)	1.47 (± 0.79)	.001
D受入費用・手続き上の不安（2点満点）	0.57 (± 0.77)	0.93 (± 0.89)	.000
外国人介護人材に係る制度の認知得点	1.80 (± 1.22)	0.80 (± 1.18)	.000

*連続変数については平均（±標準偏差）を示すとともにt検定を行い、カテゴリカル変数については度数を示すとともにχ^2検定（2×2の場合はFisher の直接法）を行い、これらの結果を示した。

表１，２，４で示した結果を受けて，名義尺度の変数ついては，外国人介護人材受入れ意向に影響を与えると考えられる選択肢についてダミー変数化して，以下の分析に用いた．すなわち，所在市町村の地公公共団体の種類については「特別区」，法人格については「社会福祉法人」，法人設立年については「1989 年以前設立の法人」と「2000 年以降設立の法人」，法人の規模については「職員 49 人以下の法人」と「職員 300 人以上の法人」，介護職員充足感については「介護職員は大いに不足」，（介護職員不足による）入所・ショートの受入れ制限については「受入れ制限あり」，さらに施設での外国人介護人材受入れについては「外国人介護人材を現在受入れ」，同一法人他施設における EPA 介護職員の受入れについては「現在受入れている施設がある」を選択した場合を 1，その他を 0 として独立変数として用いた．

表５に独立変数間の相関係数を示した．「社会福祉法人」と「介護老人福祉施設」（いずれもダミー変数）の間の相関係数が .84 と高いが，その他はいずれも絶対値が .6 以下となっている．

表5. 独立変数間のPearsonの積立相関係数行列

			F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23
施設の所在市区町村の状況	F1	高齢化率	1																						
	F2	高齢者増加数対生産年齢人口	-.36***	1																					
	F3	外国人比率	-.43***	.03	1																				
	F4	最低賃金(都道府県)	-.39***	.19***	.56***	1																			
	F5	人口	-.42***	.13***	.29***	.36***	1																		
	F6	「特別区」†	-.25***	-.15***	.48***	.42***	.04	1																	
法人・施設の属性・実態	F7	「社会福祉法人」†	.00	.00	.05	.03	-.03	.03	1																
	F8	「1989年以前設立の法人」†	.06*	-.06*	-.03	.01	-.05	.03	-.03	1															
	F9	「2000年以降設立の法人」†	-.02	.04	.03	.02	.04	-.03	.06*	-.54***	1														
	F10	「職員49人以下の法人」†	.16***	-.08**	-.09**	-.15***	-.05	-.09**	-.01	-.22***	.23***	1***													
	F11	「職員300人以上の法人」†	-.14***	.07**	.10***	.16***	.10***	.10***	-.13***	.25***	-.19***	-.41***	1												
	F12	「介護老人福祉施設」†	.03	.00	.03	.02	-.05	.02	.84***	.00	.06*	.06*	-.15***	1											
	F13	入所定員数	-.19***	.12***	.12***	.25***	.17***	.12***	-.28***	.10***	-.11***	-.20***	.19***	-.31***	1										
	F14	常勤職員比率	.12***	-.10***	-.21***	-.33***	-.07*	-.04	-.13***	.02	-.03	.04	-.01	-.16***	.04	1									
	F15	常勤職員離職率	-.10***	.10***	.06*	.09**	.08**	.01	.07*	-.12***	.13***	.08**	-.02	.08**	-.10***	-.13***	1								
	F16	「介護職員は大いに不足」†	.00	-.03	.03	.00	-.01	.04	.04	-.03	-.01	-.02	-.03	.06*	.03	-.09**	.06*	1							
	F17	「職員不足による受入れ制限あり」†	.02	-.05	-.02	-.06*	-.03	-.05	.06*	-.04	-.01	.01	-.03	.07*	-.03	-.09***	.11***	.33***	1						
外国人介護人材受入れに関わる経験・認識	F18	「外国人介護人材を現在受入れ」†	-.09**	.02	.17***	.20***	.07**	.15***	.07*	.02	-.01	-.07**	.06*	.06*	.06*	-.12***	.10***	.02	.01	1					
	F19	「同一法人他施設でEPA人材を現在受入」†	-.03	-.03	.03	.08**	.03	.02	-.01	.05	-.03	-.07*	.16***	-.04	.00	-.02	.02	-.03	-.03	.08**	1				
	F20	A文化・習慣・精神面の不安	-.01	.03	-.06*	-.05	.01	-.02	-.03	.03	-.01	-.01	.02	-.01	-.02	-.01	-.02	.00	.01	-.16***	-.06*	1			
	F21	B組織・職業上の不安	.01	-.06*	.02	-.03	.00	.03	.01	.04	-.01	.01	.00	.02	-.01	-.03	.04	.06	.05	-.08**	-.02	.47***	1		
	F22	Cコミュニケーション上の不安	.07*	-.05	-.07*	-.07*	.00	-.05	-.03	.02	-.04	-.01	.01	-.03	-.01	.01	.01	-.02	.02	-.17***	-.04	.39***	.46***	1	
	F23	D受入費用・手続き上の不安	.03	-.02	-.08**	-.10***	-.03	-.03	-.01	-.02	.02	.06*	-.05	.00	-.04	.01	.01	.02	.03	-.17***	-.07*	.42***	.40***	.32***	1
	F24	外国人介護人材の在留資格の理解	-.11***	.05	.13***	.12***	.04	.08**	.11***	.00	-.05	-.09**	.00	.10***	.03	-.09**	.03	.05	-.01	.12***	.04	-.02	-.08**	-.15***	-.10***

***p<.001, **p<.01, *p<.05, †ダミー変数

２．外国人介護人材受入れ意向の要因に関する分析

表６に階層的二項ロジスティック回帰分析を行った結果を示す．前提条件として変更困難な要因の順に３階層に分け,「施設の所在市区町村の状況」の６変数,「法人･施設の属性･実態」の 11 変数,「外国人介護人材受入れに関わる経験・認識」の７変数を，変更困難な要因から相対的に変更可能な要因の順に投入した.

なお，上述の通り「社会福祉法人」と「介護老人福祉施設」の相関 .84 が高いが，同じ構成の重回帰モデルの VIF がいずれも 4 以下であること，また，いずれかの変数をはずしてもほぼ同様の結果が得られることから，多重共線性の問題はないと判断し，両変数ともに独立変数として採用した.

表6. 外国人介護人材受入れ意向に及ぼす市町村の状況, 法人･施設の属性･実態, 外国人介護人材受け入れに関わる経験･認識の効果

変数名		Step1				Step2				Step3			
		b	*S.E.*	*exp(b)*		*b*	*S.E.*	*exp(b)*		*b*	*S.E.*	*exp(b)*	
施設の所在市区町村の状況	高齢化率	0.9	1.5	2.4		1.5	1.6	4.5		2.0	1.7	7.2	
	高齢者増加数対生産年齢人口	4.3	3.9	70.2		3.4	4.1	29.0		4.2	4.6	68.7	
	外国人比率	19.9	9.0	4.3×10^{8}	*	17.4	9.2	3.7×10^{7}		11.4	10.0	8.8×10^{4}	
	最低賃金(都道府県)	0.0	0.0	1.0		0.0	0.0	1.0		0.0	0.0	1.0	
	人口	0.0	0.0	1.0		0.0	0.0	1.0		0.0	0.0	1.0	
	「特別区」†	0.2	0.4	1.2		0.3	0.4	1.3		0.2	0.5	1.2	
法人･施設の属性･実態	「社会福祉法人」†					0.7	0.3	1.9	*	0.5	0.2	1.7	**
	「1989年以前設立の法人」†					-0.4	0.2	0.7	*	-0.4	0.2	0.7	*
	「2000年以降設立の法人」†					-0.2	0.2	0.8		-0.1	0.2	0.9	
	「職員49人以下の法人」†					-0.3	0.2	0.7		-0.2	0.2	0.8	
	「職員300人以上の法人」†					0.1	0.2	1.1		0.1	0.2	1.1	
	「介護老人福祉施設」†					0.0	0.3	1.0		0.0	0.0	1.0	
	入所定員数					0.0	0.0	1.0		-1.4	0.5	0.3	
	常勤職員比率					-1.4	0.5	0.2	**	0.2	0.5	1.2	*
	常勤職員離職率					0.5	0.5	1.6		0.7	0.2	2.0	
	「介護職員は大いに不足」†					0.2	0.2	1.2		0.1	0.3	1.1	**
	「職員不足による受入れ制限あり」†					0.1	0.2	1.1		1.1	0.2	3.1	
外国人介護人材受入れに関わる経験･認識	「外国人介護人材を現在受入れ」†									0.7	0.3	2.0	***
	「現在同一法人他施設でEPA人材を受入」†									0.0	0.1	1.0	*
	A文化･習慣･精神面の不安									0.0	0.1	1.0	
	B組織･職業上の不安									0.1	0.1	1.1	
	Cコミュニケーション上の不安									-0.5	0.1	0.6	
	D受入費用･手続き上の不安									0.6	0.1	1.8	***
	外国人介護人材の在留資格の理解									-1.2	1.6	0.3	***
	-2 対数尤度		1352.1				1303.7				1120.7		
	Nagelkerke R^2		.026				.082				.275		
	Cox-Snell R^2		.017				.054				.183		
	Hosmer and Lemeshow test	$\chi2$=6.5	######			######	######			$\chi2$=5.8	######		
	判別的中率		76.0%				76.7%				79.6%		

***$p<.001$, **$p<.01$, *$p<.05$, †ダミー変数

Step1，2，3 と投入順に Nagelkerke R2 値，Cox-Snell R2 値，判別的中率のいずれも改善しているが，Step2 については，Hosmer and Lemeshow 検定によってモデルの適合度がよくないことが示されている．また，Step ３では Nagelkerke R2 値が .275 と一定の値となっているが, Step1, 2 では十分な値といいがたい．Step3 をみると,「施設の所在市町村の状況」の変数のオッズ比はいずれも統計学的に有意ではなく,「法人･施設の属性･実態」については「社会福祉法人」「介護職員は大いに不足」が 1％水準で, 常勤職員比率が 5％水準で統計学的に有意であり,「外国人介護人材受入れに関わる経験・認識」については「外国人介護人材を現在受入れ」，受入費用・手続き上の不安，外国人介護人材の在留資格の理解が 0.1％水準で,「現在同一法人他施設で EPA 人材を受入」が 5％水準で統計学的に有意となった.

Ⅳ　考察

１．得られた調査結果に対する考察

今回の分析結果では，高齢化率，高齢者の増加，外国人の最低賃金，人口規模といった地域の状況や，法人規模や施設規模が，介護保険施設の「外国人介護労働者受入れ予定の有無」に与える影響は小さい傾向にあった．つまり，交絡の影響を除くと，地方の中小規模の法人・施設であっても，都市部の大規模法人・施設と同様に「受入れ予定」を持っていることが示唆されている．

一方で，1989 年以前設立法人については受入れ予定がない傾向にあり，逆に介護老人福祉施設については受入れ予定がある傾向がみられた．創立が古い法人の受入れ予定が低いという直接的な傾向がみられることは，「古い法人ほど，経営が安定していて，人材不足や離職等が少ないため」という理由で説明可能だが，２項ロジスティック回帰分析によりそうした他の変数の交絡を取り除いても，創立が古い法人の受入れ予定が低い理由ことは説明しにくい．例えば，創設が古い施設がゆえに，保守的な方針を選びやすいということが考えられるのではなかろうか．また，介護老人福祉施設については，その他の施設と比較して，そもそも職員に占める介護職員比率が圧倒的に高いために，介護職員の人材確保の重要性をより高く感じることや，同職種内のみの協働場面が多いため外国人介護人材を活用する際にコミュニケーションやサポートが行いやすい[15]と考えるといったことが，受入れ予定に影響を与えているかもしれない．また逆に，介護老人保健施設については医療系職種の配置が多いこともあり国家資格に対する認識が高いこと，全国団体である全国老人保健施設協会が 2018 年時点で「EPA，技能実習生，在留資格「介護」の３ルートのうち，留学生として来日して在留資格『介護』を取得するルートを推奨し，支援していく立場を明確にしている」（全国老人保健施設協会 2018）としていることもあり，会員である老人保健施設が技能実習生や特定技能の在留資格保持者（相対的に容易に外国人介護人材を確保できると想定されやすい）の採用を安易に想定していないという姿勢になっている可能性があり，これによって介護老人福祉施設と比較して「受入れ予定」が少なくなっているのかもしれない．

そして，介護職員の充足感や常勤職員比の影響は大きいものの，離職率や「受入れ制限をするほどの職員不足の状況」については相対的に影響が小さい傾向にあった点は，「受入れ予定」と人材確保の切迫感が必ずしも結び付いていないということを意味しており，これも後述する政策的含意の点からも興味深い．

次に，法人・施設の外国人の受入れ経験に関わる項目や外国人介護人材の在留資格の理解について見てみよう．これらの項目が「受入れ予定」と関連している点については，「経験」や「理解」が「受入れ予定」につながるという面と，「受入れ予定」をもったからこそ「経験」や「理解」を進んだという面の相互の因果関係が考えられるだろう．

そして，外国人介護人材を受入れる上での不安としては，「受入れ費用・手続きの不安」が「受入れ予定」を高めているが，「文化・習慣・精神面」や「コミュニケーション面」の不安は「受

入れ予定」と関連していない傾向にあった．このことは，「文化・習慣・精神面」や「コミュニケーション面」に関して楽観的であることが，「受入れ予定」につながっている（あるいは，「受入れ予定」があるから楽観的になる）わけではないということが示唆されており，興味深い点である．「文化・習慣・精神面」や「コミュニケーション面」に関して楽観的であるということは，外国人介護人材活用に安易に取り組む姿勢の表れである可能性があり，むしろ好ましい面と考えてよいであろう．

ところで，今回の研究は，塚田（2018）の研究と母集団が基本的に同一で，類似した目的をもって調査を行ったのにもかかわらず，重要な点で相違がある結果となっている[16]．すなわち，塚田（2018）の分析においては，外国人介護労働者受入れ意識（賛成）に対して有意な関係を持つ変数として，老年人口割合（負の関係）と「言語コミュニケーションに関する心配度」（負）があったが，今回の結果では「外国人介護労働者受入れ予定」の有無と，高齢化率および「コミュニケーション上の不安」いずれについても有意な関係がみられなかった．

これらの違いは，第１に，塚田の研究は，自施設の具体的な「受入れ予定」を聞くのではなく施設長の（業界全般を含む）「一般的な受入れ意識」を聞いていること，第２に緒言で述べたように本調査の４年前に実施された調査であること（この間，外国人介護人材受入れ制度が大きく変更された）に加えて，第３に，独立変数の構成，項目と内容の違いから生まれている[17]可能性が多く，両者を単純に比較することはできないと考える．

最後に今回の調査結果について，「人材確保の観点から，外国人介護人材の活用適切に進める」という立場からの政策的含意についてまとめたい．

今回の調査では，上述の通り法人・施設の規模と，受入れ意向の関連性が低くなっていた．これまで他の領域における技能実習生制度では，小規模・零細事業者の活用が多く（労働政策研究･研修機構 2016），そのことが制度の不適切な運用が起きる背景にあったと想定される．しかし，今回の調査では，そもそも法人・施設の規模と人材確保の困難性との相関すらも認められなかった（表５）（むしろ，上述の通り，経営者層からは「規模が大きい事業者でないと外国人受入れは困難」という真っ当な意見を聞くことも多い）．

また，これも前述通り，「介護職員が大いに不足」という状態と「受入れ予定」の関連は高いものの，離職率が高い，あるいは，「受入れ制限をするほどの職員不足」の状況によって，「受入れ予定」が高まる傾向はみられなかった．

以上のことは，介護保険施設においては，「事業者が小規模→雇用条件が良くない→人が集まりにくい→外国人介護人材の受入れ→問題の生じやすさ」あるいは「逼迫した人材状況→外国人介護人材の受入れ→問題の生じやすさ」という構造は，全般的な傾向としては表れにくいということが示唆されている（こうしたことが全く起きないということではない）．すなわち，切迫した事業者の人材ニーズに応えざるを得ない状況への心配は相対的に少なく，例えば事業者に適切な受け入れ体制を要求することで，体制がとれるところから外国人介護人材を活用してもらうという考え方も十分成り立ちうるといえるのではなかろうか．

そして，全般の特徴として，施設側が変えられない・変えにくい要因（地域の状況や法人・施設の規模や歴史等）については「受入れ予定」との相関が低く，変えることが可能な要因（外国人介護人材の受入れ経験，制度の理解，費用・手続きの不安）と「受入れ予定」との相関が高いということが明らかになったわけであり，外国人介護人材受入施策を展開する上では重要な示唆を与えてくれる．特に，前述の通り，「外国人介護人材の在留資格の理解」や「受入費用・手続き上の不安」が「受入れ予定」のネックになっていることからも，必要に応じて制度理解を促し，不安を解消することで，受入れ意向を高められる可能性を示唆しており，注目に値する．

２．本調査の限界

本調査の限界であるが，まず，第１に本調査は，介護保険施設のみを対象としていることである．このことは，本調査の結果が，在宅サービスや特定施設生活介護（有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など），グループホームをはじめとした他の事業所の実態や意向を反映していないということを意味する．また，結果として，調査対象のほとんどが，社会福祉法人や医療法人の経営する施設となり，株式会社や特定非営利活動法人が基本的に対象となっていない．特に介護サービス市場でシェアが高い株式会社については，環境変化により柔軟性があり外国人介護人材の活用にも積極的であると想定されることから，今回の結果の一般化には慎重であるべきである．

第２に，調査対象が現に存在している施設であり，新しく事業所を設立する際のニーズについて把握していない点についても留意が必要である．介護事業者が人材確保のひっ迫感を最も感じるのは新規事業所を創設し，一定規模の人数を一気に採用する必要がある時である．そもそも，今回のようなアンケート調査の手法では，事業立ち上げの際の意向は把握が難しいのであるが，経営者側の意向を知る上で，今回の調査は不十分と言わざるをえない．

第３に，本調査が実施されたのが，在留資格「特定技能」を創設する改正入管法が閣議決定され国会で議論されている期間であったことも留意しておきたい．当時，在留資格「特定技能」の具体的な内容は明らかになっておらず，何を期待し何を判断するかは，施設によって考え方が異なることが想定される．また，在留資格「介護」や技能実習制度についても，その運用が緒についたばかりである．したがって，これらの制度の運用が拡がるにつれ，施設の意識が，本調査の結果と変化することも十分考えられる．

最後に，回収率が高いとはいえない上に，分析の都合上必要とする全項目に回答している調査票のみを分析に用いたということから有効回収率が25％に留まっており，未回収バイアスの存在も無視することはできないであろう．この点も，今回の結果を読み解く上では，十分勘案すべきである．

以上のような限界を踏まえつつも，本調査は，外国人介護人材受入れの過渡期における施設側の意識について，政策の立案･遂行の上で，一定程度価値のある情報を提供していると考える．

3．本調査の結果を踏まえた上で外国人介護人材の活用のあり方の方向性について

介護人材の確保の困難が危機的な状況にある中で，これまで日本は，「介護人材確保策としての外国人介護人材の活用」について積極的であったとはいいがたい．

この理由として，関係者の多くが，介護人材の確保難の背景には，「介護職員の処遇の問題」が大きいと考えており，この問題を改善することなく安易に低賃金の外国人介護人材に頼ることになるとすれば，国内人材の処遇は更に悪化し，人材不足も解消されず，サービスの質に大きな影響をもたらすという考え方を共有していたことが考えられる．例えば，日本介護福祉士会（2014）は，法務省出入国管理政策懇談会において，介護分野における技能実習制度導入に関して意見を述べ，「日本での介護人材確保対策が十分行われていない状況で，介護業務を単純労働として捉えて，労働力確保として技能実習対象職種に介護労働を追加し，外国人を受け入れることについては反対である．」とし，さらに「安い労働力参入は現在の介護職員の賃金の低下を招き，介護の仕事に対するイメージに悪影響を及ぼし，更に日本人による人材不足は深刻化する恐れがある．」としている．

また，「日本人の介護は日本人で」という言葉に代表される，日本における文化やコミュニケーションに応じたケアに，外国人介護人材が十分対応できないのではないかという懸念が，事業者側[18]にも国民の側にもあり，このことが外国人介護人材の活用の施策に反映した可能性がある．

さらにいえば，全ての産業の「雇用に関する基本となるべき計画」である第9次雇用対策基本計画（1999年8月13日閣議決定）においても，専門的，技術的分野において有能な外国人介護人材の確保を確保する一方で，「単に少子・高齢化に伴う労働力不足への対応として外国人労働者の受入れを考えることは適当でなく，まず高齢者，女性等が活躍できるような雇用環境の改善，省力化，効率化，雇用管理の改善等を推進していくことが重要である．」としていた．このことが，外国人介護人材の受入れ政策の考え方に当然影響を与えてきたであろう[19]．

安里（2014）は，EPAの中での看護・介護人材の受入れについて，「公費の投入は43億に上るものの，労働市場の0.1％に満たないわずかな供給という独特の出入国管理は，国際的には理解しがたい制度であるようだ」と述べている[20]．また，安里は，日本が「必要としている人材を受入れる制度を構築して来なかった」がために，「対外的に理解されない」とも述べ，そしてこれらが，形式的な試験制度，就職先に関するつじつま合わせなどの余分なコストや，人権にかかわるコストを必要としている，としている．

こうした状況は，確かに人材送り出し国からは理解しにくく，受け入れ側の日本にとっても不利益をもたらしていたかもしれない．そして，日本国内でも，何に使われるためのコストを負担しているのかが分かりづらい状況を創り出していたかもしれない．

しかし，本格的に介護人材確保難が強く認識されるようになり，その対策として2008年から本格的に処遇改善対策が始まる状況の中で（藤井2015），時を同じくして外交・交易問題として実行されたEPAのもとで，本格的な外国人介護人材の活用に走らなかったことは，政府，

事業者，介護従事者，そして関係者のほぼ一致した意思によるものであったように思う．人口の動向からみていずれは外国人介護人材に頼る必要性があるとしても，当面は，国内の人材の処遇改善が必要という考え方は，今振り返っても評価すべき施策であったのではないか．

筆者は，2012 年時点で，外国人介護人材の活用について「そろそろその導入を本格的に検討すべき時期が近づいていると感じる．そかし，現在のままでは，『きつくて給料が安く人気のない仕事だから外国人に頼ろう』になりかねない．そうなると，量は維持できても質は低下する」とし，処遇の改善にとどまらず，「他産業からの転職を含め，より多くの人が介護の仕事を選んでくれる」という「すそ野を広げる」ことの一方で，「介護福祉士のさらなる充実・明確化や認定介護福祉士等上位資格の構築といった専門性の確立」という「頂を高くする」ことが重要であると述べている（藤井 2012）[21]．この考え方は，2014 年に厚生労働省社会援護局の福祉人材確保対策検討会が取りまとめた「福祉人材確保対策検討会における議論の取りまとめ」の「「まんじゅう型」から『富士山型』へ」の考え方に，ほぼ一致する．

こうした中，EPA 制度の誕生から約 10 年を経過し，2017 年以降，一気に外国人介護人材の活用が始められようとしているわけである．そのもととなっているのが，「日本再興戦略」であったり，「ニッポン一億総活躍プラン」（2013）のもと人手不足の分野に就労目的での在留資格を付与し，外国人人材を一層活用しようという動きである．この間，残念ながら，従来の介護人材の処遇が十分になったわけでもなければ，「「まんじゅう型」から『富士山型』へ」の転換が十分図られたわけでもない．

とはいえ，2017 年からの制度である在留資格「介護」ルートは，２年以上の時間をかけ日本語や専門性を習得してもらい，そして多くの場合介護現場のアルバイトをしながら，国家資格を習得してもらうルートであり，むしろ人材の質の面では期待できる可能性がある．また，技能実習生についても，介護領域については，①介護が「外国人が担う単純な仕事」というイメージとならないようにすること，② 外国人について，日本人と同様に適切な処遇を確保し，日本人労働者の処遇・労働環境の改善の努力が損なわれないようにすること，③介護のサービスの質を担保するとともに，利用者の不安を招かないようにすること，という３つの要件を充たすために，固有の制度設計がなされている．

さらに，2019 年 4 月の施行される在留資格「特定技能」についても，外国人介護人材の活用が，不足する介護人材確保の手段として明確に位置付けられた意味は大きいが，「向こう５年間の受入れ見込数は，最大６万人」という上限がつけられている．「第７期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」では年間６万人の人材確保が目標となっており，約５人に１人程度は外国人で確保するということになるものの，介護人材は現在約 200 万人特定技能外国人を初年度 5,000 人と考えるとその割合は 0.25％程度，2025 年度に介護人材 245 万人，特定技能外国人６万人と考えるとその割合は 2.4％に留まる．

EPA 制度への対応は見切り発車の面もあったが，段階を追って慎重に行われ，外国人介護人材，事業者，利用者三者にとって，大きな問題は起こらず，むしろ評価する声も多い．

そして，これから本格化していく新しい３つの制度に対しても，一定程度慎重な姿勢が貫かれているのである．

であるとすれば，介護人材の専門性と処遇の改善を高めつつ，慎重に外国人介護人材を受入れていくことは可能ではないだろうか．そのうえで，国内人材とともに外国人介護人材を確実に育成し，国内のサービスの質の維持・向上を図ることを目指すべきだろう．さらにいえば，こうした努力を通じて，日本が東アジア全体の介護サービスや人材のレベルの向上に果たす役割も大きいのではないかと思う[23]．

急激に進む高齢化の中で目まぐるしく高齢者介護政策が展開されてきた．2025 年がまだ来ないのに，2025 問題の次は 2040 年問題という声が聞かれる．介護保険制度創設時によく使われた「走りながら考える」という言葉は良い言葉だとは思えないが，それを逃げるわけにはいかないのが現実だろう．外国人介護人材の活用に関しても，先が見通せるわけではないが，政策，人材育成，雇用が「走りながら考える」姿勢で臨まなくてはならないのであろう．

本研究は、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング「外国人介護人材の受入環境の整備に向けた調査研究事業（平成 30 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金））」のもとで、委員会の座長をつとめた筆者自身が分析したデータをもとに執筆したものである。本調査研究事業の委員会の委員の先生方、事業の実施を担った三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングの皆様にここに感謝いたします。

（注）

1） 本稿でいう外国人介護人材とは，様々な議論や制度上で暗黙の裡に想定されている「身分又は地位に基づく在留資格を持たない外国籍の者，又は，あらかじめ在留資格外活動の許可を得て介護人材として働く外国籍の者（留学生など）以外の者であって，介護の業務従事する・従事する予定の外国籍の者」という意味で用いている．ただし，「あらかじめ在留資格外活動の許可を得て介護人材として働く外国籍の者（留学生など）」についても，文脈によっては「外国人」としている．また，「外国人」という用語に関して，他の文献の引用や名称については，引用元のままの名称としているため，これらの定義と異なる場合がある．

2） 有効求人倍率の 2017 年までの値は社会保障審議会介護給付費分科会（2018），2018 年以降は厚生労働省（2019）．なお，「一般職業紹介状況（職業安定業務統計）」で「介護サービスの職業」という分類が設定され月別データが公表されたのは 2012 年 3 月からであり，その時点での有効求人倍率 1.79 であった．それが直近 2018 年 12 月には，4.47 と季節変動を繰り返しつつ過去最高を更新し続けている．ただし，これは「介護サービスの職業」だけのことでなく，ほぼ同様な状況にある職業も多い．求人倍率が，同程度で同様の変動をしているのは，「外勤事務の職業」「運輸・郵便事務の職業」「家庭生活支援サービスの

職業」「生活衛生サービスの職業」「接客・給仕の職業」である．そしてこれらより高水準で変動は同様に推移しているのが「建築・土木・測量技術者」「保安の職業」「建設・採掘の職業」である．

3）厚生労働省（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/ koyou/gaikokujin/other22/index.html）．EPA による介護人材受入れは，相手国からの強い要望で始まった純粋に外交上・交易上の要因によるものであった．安里（2016）の言うように，アジア経済の中で二国間自由貿易協定の締結を加速したいという政治的思惑の一方で，厚生労働省がむしろ慎重な立場であった．

4）三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング（2019）p4．この資料は，本研究が行われた「外国人介護人材の受入環境の整備に向けた調査研究事業（平成 30 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金））の一環として作成されたものであり，データ出所は厚生労働省である．また，4,302 人は累計受入数であるため，すでに母国に帰国した等で，日本で介護職員として勤務していない人の数も含んでいる．

5）社会保障審議会介護給付費分科会（2018）

6）上林（2015）．また，人材確保難が進む中で，介護事業者やメディア等は，これを「外国人介護人材による人材確保策」のいわば「橋頭堡」としてとらえている（「将来外国人介護人材の活用は必要だから，今のうちから EPA を用いて準備していこう」等）ケースも少なからずみられた．

7）厚生労働省（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000150881.html）．
「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」の公布・一部施行と同日（2016 年 11 月 28 日），「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律」（平成 28 年法律第 88 号）が公布され，既存の在留資格である「医療」「研究」「教育」，あるいは「興行」「技能」等の専門的・技術的分野の在留資格の一つとして「介護」が位置付けられたことになる．

8）厚生労働省（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000147660.html）．
2016 年 11 月 28 日「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」（平成 28 年法律第 89 号）の公布・一部施行施行にあわせ，介護サービスの特性に基づく様々な懸念に対応するため，介護固有要件を定めることにより，介護職種を対象として追加した．

9）法務省（https://www.kantei.go.jp/ jp/singi/gaikokujinzai/kaigi/dai2/gijisidai.html）．

10）社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（2015）．なお，「2025 年に向けた介護人材の確保」の本文では，外国人材の言及はなされていない．

11）閣議決定案（2018）．

12）なお，これらの声は，EPA による人材確保が，事業者にとって一定の体制やコスト負担を伴うことや，昨今，介護福祉士候補者に対して求人数が大幅に上回っており，雇用契約締結率が求人数の３割（ベトナム）～６割（フィリピン）程度（2018 年）となっており（公

益社団法人 国際厚生事業団 2018),「人材の奪い合い(筆者がある社会福祉法人経営者から耳にした表現)」となっていることが,影響していると考えられる.こうした傾向が,より自由度が高いと考えられる技能実習生や特定技能の在留資格保持者に対しても当てはまるかどうかは不明である.

13) この点について,塚田(2018)自身が「本調査では,『あなた様は,基本的に,外国人介護労働者を受入れることに対して,賛成ですか?』と尋ねたため,回答者が,自身が働く施設での受入れなのか,あるいは一般的なことのどちらを考えて回答したか曖昧さが残った」としている.

14) 厚生労働省(2018).この他,介護報酬における市町村別の1単位当たりの単価を変数として用いることを検討したが,今後ケアや記録・カンファレンスの上で日本語が十分でない外国人介護人材を雇用する際の賃金は,最低賃金が一つの目安になると考え,都道府県別の最低賃金を用いた.

15) 河内(2016)は,65名のEPA介護福祉士候補者から聞き取りを行い,日常業務で同僚・後輩との関わりを大切にしているEPA介護福祉士候補者は,多職種や上司との関りを大切にしている者と比較して,精神的支援を受けやすいという結果を示している.このことは,外国人介護人材にとって,同じ職種の同僚・後輩こそが,精神的支援を受ける上では重要であることを示唆している.

16) 塚田(2010)が2008年に実施した調査結果については,個々の独立変数と「受入れ意向」との関係を個別にみており,交絡の影響を勘案していないため,本研究の結果とは比較していない.

17) 塚田(2018)の調査は,回答者(施設長)の年齢,性別,経験,保有資格を独立変数としており,これは施設長本人の属性によって外国人介護人材受入れ意識(注釈11)が異なるという仮説を想定しているものと思われ,そもそもの調査の前提が異なる.また,塚田の調査では,施設の所在地域について,総人口,外国人人口(対人口比),老年人口割合,合計特殊出生率,高齢単身世帯の割合,第一次産業就業者比率といった指標を,都道府県別の値を用いている.まず筆者は,都道府県別のデータでは「受入れ意識」との関連は弱くなるのではないかと考え市町村別の値を用いており,合計特殊出生率や第一次産業就業者比率といった「受入れ意識」との関連性を説明しにくい指標は採用していない.

18) 例えば,全国老人保健施設協会(2018)は「『日本の介護は日本人の手で』という考え方は原則としてあるが,介護人材不足が解消されぬまま2025年問題へのカウントダウンが始まったいまとなっては,それも理想論にすぎなくなっている.」という表現している.この文章は特集記事のトップの「概論」として述べられている内容であるが,署名記事ではなく,おそらくは多くの会員の気持ちを代弁した表現ではないかと想定される.なお,

19) 雇用対策法に基づく第9次雇用対策基本計画は,策定から10年間程度を計画期間としていたが,2007年雇用対策法改正において基本計画の根拠規定が削除され,新たな雇用対

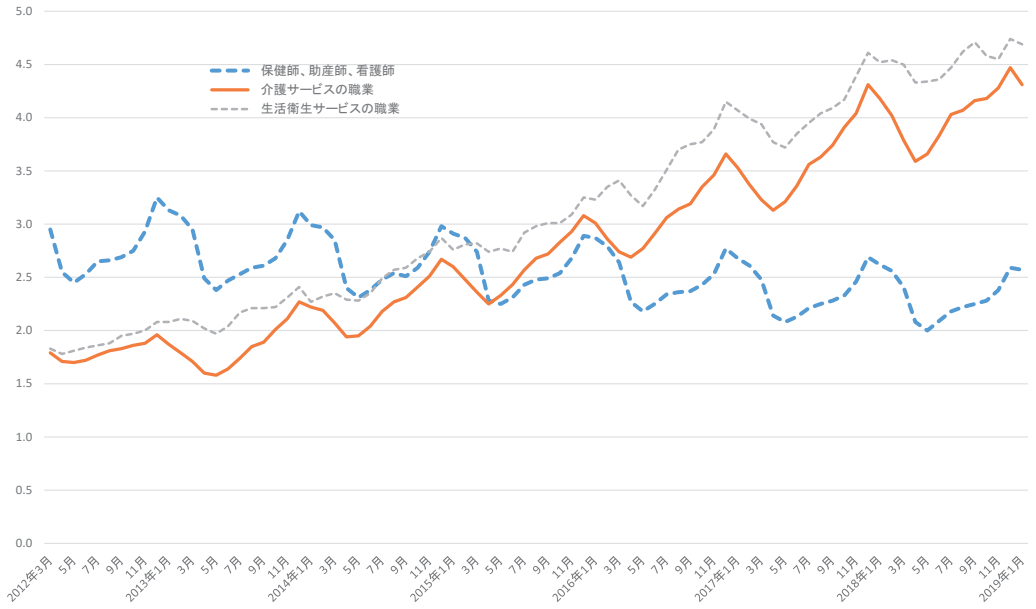
策基本計画が策定されていない.

20) なお，この論文で安里は，「わかりにくい制度となった理由はいくつかある．第一の理由は看護師の需給ギャップに関する国際的な見方が，国内の見方と大きく異なることである．…就業しない資格取得者を「潜在看護師」と理解することで，看護師の「過剰供給」状態を概念化し，介護士は不足していないという主張が可能になった．このロジックはEPAにも使われ，人材は不足していないという論理の柱を形成した．介護従事者についても同様であり，人材不足している状況には一度もないとされている」（p139）として，「介護人材が不足していないという主張」が，適切な外国人介護人材の活用制度の確立の障壁となったという見解を示している．安里の「人材は不足していない」という表現が，「国内の人材の処遇の改善をすれば外国人介護人材に頼らなくてよい」という意味であれば，一応納得できるものの，「人材は足りており外国人介護人材に頼らなくてよい」といった表現について筆者は行政関係者あるいは雇用・従事者側関係者から聞いたことはない．ただし，経済学領域の研究者である下野（2016）が「年間２万人の介護福祉士が誕生しており，需要に見合う供給数が確保されている」という主張をしている．不適切なデータや誤解に基づいた主張の部分はあるが，少なくとも介護に関しては，賃金や処遇を上げることよって国内労働力で賄えるという主張につながっており，一応頷けるものである．しかしながら，本文でも述べたように介護職に関しては2007年に厚労省が人材確保難に危機感を持ち一連の議論や政策を実行に移し始めており（藤井 2015），また，同じく2007年には，介護人材確保難の危機感を受けて，民主党（当時）が介護職員に賃金月額２万円を上乗せする「介護労働者の人材確保に関する特別措置法」を衆議院に提出，与党からの批判を受け，結局，「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立・公布されている．安里や下野の議論は，一般労働市場に飲み込まれている介護人材の議論を，専門職労働市場を形成している看護師（注21参照）の議論と同一視したのではないかと思われる．

21) 筆者は，2005年当時までは，将来の本格的な人材不足を見越し，介護職も，「看護師の成功」にならって「専門職化」，大学養成化をはかるべきという主張をしていた（藤井 2011）．これは，看護師が「専門職化」をはかることによって，社会的地位や賃金に代表される処遇の改善に成功し，さらに，「専門職労働市場」を構成することで，景気の動向に左右されない人材確保を可能とすると考えたからである．

図１に，「介護サービスの職業」と看護職，「生活衛生サービスの職業」（注釈２に述べた介護サービスと求人倍率の動向が類似しており，一般労働市場の動向に左右される職業の代表的なものとして表示）について表示した．これをみると，介護と生活衛生が昨今の人材確保難に合わせて大きく上昇しているのに対して，看護職は確実に求人倍率を下げていることが分かる．この図によって，筆者の「専門職労働市場を形成すれば，景気の動向に左右されない人材確保は可能」という主張は裏付けられている．

図1. 介護サービス職、看護職の有効求人倍率の推移



厚生労働省「一般職業紹介状況（職業安定業務統計）」より筆者作成

しかし，その後，介護職自身が，体系的な学習よりも，現場での学びを重視する意向が強いことや，人口構造の動向を踏まえ（医療系の国家資格職の養成が増加する中で，介護の人材を新卒国家資格職だけで確保するのが困難），「裾野を広く，頂を高く」という考え方に変わっていった（藤井 2012）.

22）布尾（2016）は，日本語教育についての議論が軽視され，国の対応が当事者不在の場当たり的なものになっているとの指摘を行っている. 一方, 三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング（2019b）は，EPA 介護職員からサービスを受けている本人・家族や雇用している側の施設長・管理者から，EPA 介護職員が一定以上の評価を受けていることを示している.

23）東アジアの介護は基本家族介護をベースとしており，外国人介護人材活用という場合に家事労働サービス人材の一環で捉えられる場合が多い．介護施設においても，住み込みの介護職が多く存在する．こうした状況をどう考え，日本がそれをどうリードしていけるかについては, 今後筆者の研究テーマとしていきたいと考えている．日本が持つべきは, (韓国, 台湾，シンガポール等と比較して）時間をかけて慎重に外国人介護人材を活用しようとしているからこそ，より良い人材を集め成長を支援するという姿勢であろう.

（文献）

安里和晃 (2016)「経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性」日本政策金融公庫論集 30, 35-62.

安里和晃 (2014)「超高齢社会の到来と移民の受け入れ」（宮島喬・藤巻秀樹・石原進・鈴木江理子 編集協力「なぜ今，移民問題か」別冊環 20, 藤原書店）

藤井賢一郎 (2015)「介護労働者の賃金水準に関する政策議論とデータ分析のあり方に関する一考察」上智大学社会福祉研究 39, 49-95.

藤井賢一郎（2012）「介護福祉士を取り巻く職場環境の現状と課題」月刊福祉 95(9), 21-24.

藤井賢一郎（2011）「介護人材の確保と専門性」社会事業研究 (50), 17-31.

法務省「新たな外国人材受入れ（在留資格「特定技能」の創設等）」<http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri01_00127.html >2019 年 2 月 10 日アクセス .

法務省入国管理局「新たな外国人材の受入れに関する在留資格「特定技能」の創設について」（第 2 回外国人材の受入れ・共生に関する関係閣僚会議資料 2）<https://www.kantei.go.jp/ jp/singi/gaikokujinzai/kaigi/dai2/gijisidai.html>2019 年 2 月 10 日アクセス .

閣議決定案（2017）「特定技能の在留資格に係る制度の運用に関する方針について」（平成 30 年 12 月 25 日）

国際厚生事業団（2018）「EPA 外国人看護師・介護福祉士候補者受入れの枠組み，手続き等について」< https://jicwels.or.jp/?p=6584>2019 年 2 月 10 日アクセス .

河内康文「EPA 介護福祉士候補者の介護現場における経験：日常業務での他者からの支援に焦点をあてて」厚生の指標 63(11), 32-38.

厚生労働省（2019）「一般職業紹介状況（職業安定業務統計）」職業別労働市場関係指標（実数）（平成 23 年改定）（平成 24 年 3 月～）第 11-1 有効求人倍率（常用（含パート））

厚生労働省「インドネシア，フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/ koyou/gaikokujin/other22/index.html> 2019 年 2 月 10 日アクセス .

厚生労働省「外国人技能実習制度への介護職種の追加について」< https://www.mhlw.go.jp/ stf/seisakunitsuite/ bunya/0000147660.html >2019 年 2 月 10 日アクセス .

厚生労働省「介護福祉士資格を取得した留学生に対する在留資格「介護」の創設について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000150881.html>2019 年 2 月 10 日アクセス .

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング（2019a）『外国人介護職員の雇用に関する介護事業者向けガイドブック』

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング（2019b）「外国人介護人材の受入環境の整備に向けた調査研究事業報告書（平成 30 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金））」

日本介護福祉士会（2014）「外国人労働者の受け入れと, 介護の技能と技術, 日本語能力･コミュニケーションの重要性」第 8 回　第 6 次出入国管理政策懇談会資料 1

布尾勝一郎（2016）『迷走する外国人看護・介護人材の受入れ』ひつじ書房.

労働政策研究・研修機構（2016）「企業における外国人技能実習生の受入れに関する調査」

下野恵子「EPA による外国人看護師・介護福祉士の受入れ政策の問題点 : 医療・介護サービス産業の人材育成と就業継続策」中央大学経済研究所年報 48, 41-68
社会保障審議会介護給付費分科会（2018）「第 166 回参考資料 1 介護人材の処遇改善について」
社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（2015）「2025 年に向けた介護人材の確保」
塚田典子（2018）「施設長の外国人介護労働者受入れ意識に関連する要因研究――介護保険 3 施設を対象とした全国調査を基に――」社会福祉学 59(2), 92-106.
塚田典子（2010）「外国人労働者への期待と不安」68-95.（塚田典子編『介護現場の外国人労働』明石書店）.
上林千恵子（2015）「介護人材の不足と外国人労働者受け入れ : EPA による介護士候補者受け入れの事例から」日本労働研究雑誌 , 57(9), 88-97.
全国老人保健施設協会（2018）「介護現場でもグローバル化の動き加速 !? 全老健の受け入れ体制整備急がれる」老健 29(2), 12-15.

【論　文】

知的障害者にとって「訓練」はいつまで必要なのか：インクルーシブリサーチの実施に向けたトレーニングの位置づけ

笠原　千絵（社会福祉学科准教授）

要旨：知的障害者が計画, 実施, 分析, 執筆, 普及という調査のあらゆる側面に積極的に参加するインクルーシブリサーチが各国で進められている. 実施するには知的障害者に新たなトレーニングが必要なのだろうか. 先行研究レビューからは (1) 調査の知識やスキルの有無がセルフアドボカシー活動との線引きであり何らかの形で習得の機会が必要であるが, トレーニングが必要なのは知的障害者に限らないこと, (2) トレーニングは必要に応じてOJT 式に行う非構造的なものと, 調査の一環またはトレーニングの開発を目指して行う構造的なものがあること, (3) 研究者が受けるものと同内容のトレーニングには賛否両論あり, 調査目的やデザイン, 何よりも知的障害者の好みや選択に基づくべきであるという見解があることが明らかとなった. 日本でインクルーシブリサーチを進めるには学びの場として, またトレーニングをする場合はチーム形成の一環に位置付けることが効果的と考えられる.

要旨：わかりやすい版

- この文は　知的障害のある人が , 自分たちが　だいじだと　おもうことについて　しらべる　ちょうさである　「インクルーシブリサーチ」　について　かいています .
- 外国では , ピープルファーストなど　本人活動の　メンバーが　ちょうさを　することが　おおいです . でも　日本では ,　本人活動を　していない　知的障害のある人も　たくさんいます .
- 私は , 知的障害の　ある人が　ちょうさを　するには , れんしゅうや　べんきょうが　ひつようなのか　しらべました .
- こたえは , ちょうさの　れんしゅうや　べんきょうは , 知的障害の　ある人が　「やりたい」,「ひつようだ」と　おもうときに　すればいい　ということです .
- 知的障害のある人が　ちょうさが　「できるようになる」　ことよりも , 知的障害の　ある人だからこそ　わかることや　できることを ,　いろいろな　人に　つたえることが　たいせつです .

キーワード：　インクルーシブリサーチ, 知的障害者, トレーニング, スキル, 参加型調査

1 先行研究

インクルーシブリサーチとは, 知的障害者が調査の計画, 実施, 分析, 執筆, 普及というあらゆる側面に積極的に参加するアプローチである. インクルーシブリサーチという言葉を知的障害研究領域で初めて使ったのはWalmsley (2001) であり, 背景には調査者と参加者が協働のもとに行う参加型調査と, 調査における力関係の変容を目指す解放の調査があり, 障害学の領域では後者が目指される一方, 知的障害者領域では前者が選択されやすいこと, またノーマライゼーション, ソーシャルバロリゼーションといった知的障害者の生活状況を変えようとする「価値」に影響を受けているものの, 調査研究としては知的障害者に抑圧的であったことに対して一石を投じた. その後Walmsley and Johnson (2003) はインクルーシブリサーチを, (1) 研究課題は知的障害者の側から発せられたものである, (2)（非障害者である研究者ではなく）本人の利益にかなうものである, (3) 協働による取り組みであり知的障害者が研究過程全体に関わる, (4) 知的障害者が研究過程と結果に影響力をもちコントロールしている, (5) 調査課題と過程, 報告が本人にとってわかりやすい, の5 つとして定義した. 調査における力関係の変容はインクルーシブリサーチの重要な側面であり,Bigby,Frawley,Ramcharan (2013) はインクルーシブリサーチを知的障害者の関わり方や度合いに応じて, 非障害者である研究者が知的障害者から意見や助言を得る「助言型」advisory, 知的障害者が調査全般をコントロールする「主導型」leading and controlling (people led), 知的障害者と非障害者がそれぞれ貢献する「協働型」collaborative の3 つに分類している.

インクルーシブリサーチの取り組みはイギリスを中心に各国に広まった. 内容は日常生活における困難やバリア (The Money,Friends and Making Ends Meets Research Group c/o Liz Tilly 2012,Ollerton and Horsfall 2013), 良いパーソナルアシスタントの条件 (Williams,Ponting,Ford et al. 2009), 恋愛関係と必要な支援 (Bane,Deely,Donohoe et al 2012), 中等後教育への移行 (Wilson,Bialk,Freeze et al. 2012) といった知的障害者にとって身近で取り組みやすいものが比較的多いが, 同性愛の経験と必要な支援 (Abbott and Howarth 2005,Abbott 2013), 健康診断受診率向上に向けた改善点 (Michell 2012), がんの経験と悪いニュースの伝え方 (Butler,Cresswell,Giatraset et al.2012), 入所施設元入居者の口述史（Bentley,Nicholles,Price et al.2011）, 戦時下の記憶 (Dias,Eardley,Harkness et al.2012), 政策への影響 (Johnson,Minogue,Hopkins 2014) など知的障害者が特に不利益を被る状況やこれまで知られてこなかった状況を明らかにし, 政策へのインパクトを目指す研究もある.British Journal of Learning Disabilities では, 知的障害者による査読と編集 (2012 年40 号), インクルーシブリサーチを精力的に進めるブリストル大学ノラフライセンターによる研究の「インパクト」の検証 (2015 年43 号),Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities では, インクルーシブリサーチの新たな方向性 (2014 年27 号) といった特集が組まれ, アイルランド, カナダ, オーストラリア, ニュージーランド, ドイツ, 北欧と広がっている.

インクルーシブリサーチは, プロセスと結果の観点から成果物が作成されている. 前者は研究プロセスにおける知的障害者の参加に焦点をあて, 知的障害のある/ ない研究者の役割や研究の進め方を詳細に検討するものであり, 非障害者である研究者が筆頭の査読論文が多い. 後者は知的障

害者にも分かりやすい表現やイラストを使い, 知的障害者が中心に作成する場合は, 学術誌に限らずオンラインの資料, ビデオやプレゼンテーション資料としても数多く公開されている. 近年ではプロセス重視から, インクルーシブリサーチならではの新たな価値として何をもたらしたのか, という結果重視の第二世代に向けた議論が展開されている (Fyson and Fox 2014,Nind 2014, Strnadová and Cumming 2014, Walmsley, Strnadová,Johnson 2018). このような議論を受け,Walmsley, Strnadová, Johnson (2018) はそれでもなお, 調査プロセスを通じて得た学びを広く社会で共有し実行することこそがインクルーシブリサーチの付加価値であると指摘し, 新たな定義として (1) 排除される集団が帰属し, 生活の質向上を目的とする社会に向けた変革に貢献する, (2) 集団にとって重要な問題に基づいて行われ, 研究プロセスと結果の公表に彼/ 彼女たちの経験を活用する, (3) 知的障害者による貢献を理解し, 促し, 伝えることを目的とする, (4) 知的障害者が変化を目指す運動に活用できる情報をもたらす, (5) 調査に関わる人が当事者の側に立つ, という5 点を提案している (Walmsley, Strnadová, Johnson 2018).

日本では知的障害者が調査プロセスのいずれかに参加する研究は極めて限られている. 知的障害者を回答者とする研究は,1990 年代後半から脱施設の影響を受けて行われた住まいの場や生活の質に関する質問紙調査, 施設から地域に移行した人への聞き取りに始まり, 特別支援学校卒業生の意識調査 (原田・寺川2017, 山本・三木 2015), 相談支援の受け止め方 (中野2016, 高橋2014), ライフストーリー研究 (鶴田2006, 杉田2017), 知的障害者を対象とするインタビューの留意点として古井 (2015) などがあり, 徐々に増えている. 一方, 知的障害者が研究の一部に参加する参加型調査として行ったものは, ガイドヘルプ事業の評価 (茨木2007, 中野2005), 本人主体の自己決定支援モデルの開発 (笠原2006a), コミュニティカフェの企画作成に向けた調査 (井口・森口・太田他2018), そして参加型調査のプロセスの批判的検討 (笠原2006b) と少なく, インクルーシブリサーチについては中野 (2004) が参加型研究の文脈においていち早く紹介したものの, キーワードやタイトルに使う研究は森口・井口・太田他 (2017) のみである.

障害者権利条約批准後, 障害者が調査研究に関わることは権利としても保障されるべきである. 条約は, あらゆる形態の表現および意見の自由や, 公的活動において障害者が選択する意思疎通手段が受け入れられることや (第21 条「表現及び意見の自由並びに情報の利用の機会」), 政策立案と実施を可能にするために統計資料及び研究資料を収集すること, さらにそれらがモニタリングや社会的障壁の特定と対処に活用でき, 統計が障害者にとって利用しやすいこと (第31 条「統計及び資料の収集」第33 条「国内における実施及び監視」) の公的保障を求めている. これまでこうした状況から取り残されてきた知的障害者にとってはなおさら必要である. 実際に第24 条「教育」(Salmon,Carey and Hunt 2014), 第31 条「統計および資料の収集」(O'brien,McConkey and García-Iriarte 2014), 第33 条「国内における実施および監視」(Salmon,García-Iriarte and Burns 2017) に基づく, あるいは権利条約全体を分析枠組みとする (Ollerton and Horsfall 2013) インクルーシブリサーチが実施されている.

では, 知的障害者が調査を行う,あるいは調査に参加するためには, 何らかの適格性やそれを満た

すためのトレーニングが必要になるのだろうか. 一般に研究者は高等教育機関において調査研究の訓練を受け, 一定の知識やスキルを習得したものとみなされている. 抑圧を生み出す非障害者主導の研究から, 解放を目指す障害者主導の研究へと転換を図り展開してきた障害学も, 理論形成に寄与したのは研究に関する知識やスキルを備えた身体障害者, 精神障害者が中心であり, 知的障害者が/と行うインクルーシブリサーチは, 知的障害者と非障害者の協働によるため研究から二重に排除されているという指摘もある (Björnsdóttir and Svensdóttir 2008). 日本においては当面, 研究者や支援者が研究に興味のある知的障害者とまず出会い (森口2019 印刷中), 何らかの形で協働を呼びかけて進めることが考えられる. 研究者, 知的障害者双方に経験がなくまさに手探りの中, 研究者や支援者が考えるトレーニングを実施すれば従来の力関係をそのまま保持することになり, インクルーシブリサーチの主旨と矛盾する. こうした難問に先駆者たちはどのように取り組んできたのだろうか. そこで本研究は, 日本でのインクルーシブリサーチの実施に向け, (1) 知的障害者にトレーニングは必要なのか, (2) トレーニングが必要だとしたらどのような内容か, (3) 研究者が受けてきたものと同内容, 方法のトレーニングは必要なのか, の3 点を明らかにすることを目的とし, 先行研究レビューによりインクルーシブリサーチのトレーニングをめぐる議論, 方法, 課題等を整理することを目的とする.

2 方法

本研究では文献レビューを行った. データベースはSocINDEX with Full Text, ERIC, Academic Search Complete を使い,inclusive research AND (training OR skill development OR competency) というキーワードを組み合わせ12 件の文献を絞り込んだ. なお国により知的障害の表記が異なるため,intellectual disabilities, learning disabilities, learning difficulties, mental retardation のいずれかを含むものとした. 加えて収集した文献に挙げられた文献リストからの手作業による選別を含め, 計25 件の論文を分析対象とした. なお, 原文では知的障害のある研究者の呼称は共同研究者co-researcher, 知的障害のある研究者 researcher with learning disabilities, 本人活動家self-advocates, グループメンバーgroup member, 参加者participants, 学生students, 私たちwe など多様である. 本論では混乱を避けるため, またco-researcher のco は等しく異なる貢献を意味することに加え, 協働collaboration を示唆するというWalmsley, Strnadová,Johnson (2018) に依拠し,「共同研究者」に統一する.

3 結果

3.1 インクルーシブリサーチにおけるトレーニングの必要性

インクルーシブリサーチを進める際, 既存のセルフアドボカシーグループ, 知的障害の領域ではピープルファースト活動が大きな役割を果たしてきた.Johnson (2009) によれば, インクルーシブリサーチの理論化が進むイギリスでは, 活動で培ったスキルや考え方が調査スキルの前提とみなされるため, セルフアドボカシー組織のメンバーと主に学術環境に属する「トレーニングを受けた」研究者による共同研究としての取り組みが多い. そのため, 知的障害者に調査のトレーニングを行う組織や個人が散見されるとはいえ, 系統的なアプローチも, 扱う範囲についての統一的な見解もなく, 実際に調査を進め

ながら必要に応じて何らかのトレーニングをすることになる (Johnson 2009).

例えば,Central England People First はピープルファースト活動の停滞を危惧し, 自分たちの活動の歴史とピープルファーストの果たした役割に関する調査を実施した. 共同研究者であるWalmsleyは, 非障害者の役割なしに本研究は成し遂げられなかったが, 調査における全ての決定が知的障害者の手中にあったことを大きな特徴として挙げ,Walmsley and Johnson (2003) のすべての基準に合致すると評価する.「自分たちのことは自分たちで決める」という方針に基づく活動の歴史が調査の前提となっていたのである. 共同研究者は調査を通して新たに獲得したスキルとして, 写真で記録を残すこと, 新たに購入したタッチスクリーンコンピュータの操作方法, 写真や文書をスキャンし, 名前と日付をつけて保管する方法, 自分たちの事務所内を整頓して保つことを挙げる (Walmsley and The Central England People First History Project Team 2014).

とはいえ, セルフアドボカシー活動の参加者であれば誰でもいいのかという疑問もある. 知的障害者が声を上げ, 他の人たちと経験を共有する方法には, セルフアドボカシー活動と研究への参加がある. 両者の違いは, 研究方法やプロセスについての知識や技術の有無であり, 調査トレーニングの目的が知的障害者を研究者にすることなのか, ある特定のトピックを調査することなのか, あるいは知的障害者が研究者になることを希望するのかといったことが関連する (Strnadová,Walmsley and Johnson 2016). また, 特定の研究テーマに関する経験や知識があるとは限らないのに, 単にセルフアドボカシーグループのメンバーという理由で共同研究者に選ばれることもある (Bigby,Frawley and Ramchalan 2014). 研究者は, インクルーシブリサーチに参加する知的障害者は既に何らかのリサーチクエスチョンを持っていると想定するかもしれないが, 長年にわたり選択や発言の機会がなかった高齢の知的障害者にとっては困難であり, こうした期待は自律的であることを求められない環境で過ごしてきた知的障害者を調査から排除することにつながる (Strnadová,Cumming,Knox et al.2014). 調査の成功に向けて非障害者である研究者が支援とトレーニングを必要とすることは, 知的障害者にとっても同様である (Walmsley 2004). これらの指摘からは, 調査をするには知的障害者としての経験だけでは不十分であり, 内容や方法はともあれ, 何らかの知識や技術が必要ということになる.

では, セルフアドボカシー活動があまり活発でない国で知的障害者が調査に参加する場合はどうだろうか. アイルランドには活発なセルフアドボカシー組織があるとはいえ, サービスの枠組みに位置付けられるため, 全国規模で行った初のインクルーシブリサーチにおいては, まずサービス組織を通して知的障害者に接触する必要があった (Johnson 2009). 取り組みは大規模なものであり, 一部は後述するように構造化したトレーニングの開発につながった (O'Brien,McConkey,García-Iriarte 2014). またBigby and Frawley (2010) によれば, オーストラリアでは助成や支援が不充分なため知的障害者のセルフアドボカシー活動が定着せず, 必要な研究を政府に表明するようなフォーラムや, 政策決定に影響を及ぼすような諮問機関への代表選出も支援もなかった. 国内のセルフアドボカシー, およびインクルーシブリサーチについての系統だった情報がほぼ無い状況で行ったプロジェクトでは, 障害者就労サービスとセルフアドボカシーグループに求人を出して共同研究者を募集したが, 大学所属の研究者にとっても初めての経験であり, 詳細は後述するように手探り状態で進められた (Bigby and

Frawley 2010).Cumming, Strnadová, Knox et al. (2014) はこうした文脈について触れていないが, 後述するようにオーストラリアで行われた構造的トレーニングである.

調査のためのトレーニングの必要性は知的障害者からも指摘される.White and Morgan (2012) は3 人の若い知的障害者が日々どのように読み書き能力を活用しているか明らかにし, かつ知的障害者が「本物の」研究者になるという2 つの目的をもつ研究である. 研究は3 サイクルで行われ, 第1 サイクルに参加したWhite は第2 サイクル以降においては共同研究者の「トレーナー」, 第3 サイクルでは「ディレクター」として調査のトレーニングや計画を行った. 本文からはどこからが事前トレーニングなのか明確でなく, おそらくデータ収集を始めるまでの説明と同意, 専門用語の理解, 調査日記や記録の書き方, 先行研究レビューを理解するまでのプロセスを指すものと思われるが,「事前トレーニングがなければ, 調査でどうすればいいのか, 何をしているのは全く分からなかったと思うため, トレーニングはとても重要」と評価している.

とはいえ, インクルーシブリサーチでトレーニングが必要となるのは知的障害者に限らない. インクルーシブリサーチは, 知的障害者がいかに参加したかを重視するため, 研究者は自らの役割と共同研究者の貢献をぼかして論じることがある. しかしそれにより, 障害の有無に関わらず調査に関わる人が必要とするトレーニングの在り方を不可視化することにつながる (Walmsley 2004). ピープルファースト主導の調査に「リサーチサポーター」として関わったWilliams は, 自分もまた調査チームの一員として学ぶ存在であることを不可視化する呼称に違和感を抱き, 研究者は調査の方法やスキルを教えるだけでなく, 学び, 貢献する存在であると述べる (Williams and Simon 2005). 知的障害の有無に関わらずインクルーシブリサーチで必要な協働のコンピテンシーに焦点をあてた研究では, (1) 相互関係の構築, (2) コミュニケーション, (3) 参加者全てが貢献できるような共同, (4) スキルと発達へのニーズの理解, (5) インクルーシブリサーチの影響力の理解の5 項目が明らかとなり, それぞれの下位項目では知的障害の有無に関わらず共通するものが7, 非障害者が10, 知的障害者が5 と, 非障害者に求められることの方がむしろ多いのである (Embregts, Taminiau, Heerkens et al.2018).

3.2 インクルーシブリサーチにおけるトレーニングの内容

ここではインクルーシブリサーチにおける知的障害者へのトレーニングを, 構造化されたカリキュラムの有無により大別する. カリキュラムがないものには, 調査プロセスの進展につれて必要が生じた際にOJT 式に実施するもの, 内容は詳細には論じられていないもの, 構造化されたトレーニングを含むがカリキュラムは明示されないものがある. カリキュラムがあるものには, 調査プロジェクトの一環として行う場合と, トレーニングプログラムの開発を目指して行う場合があり, いずれも主に研究者主導で数週間にわたり実施され, 何らかの形での評価を含んでいる.

まずカリキュラムをもたないトレーニングには, 必要に応じてOJT 式に行ったものがある. ピープルファースト主導で行ったダイレクトペイメントに関する調査では, 本人たちは調査開始時点で「調査とは何か」を理解している必要はないと考えたため, 解決法を考える必要性が生じた時に学ぶようにした. 例えばデイセンター利用者へのインタビューでは, 職員が利用者に依頼文を手渡したり, 説明した

りするとは限らないことが明らかとなった. そのため調査チーム自ら事前訪問し, 本人から直接同意を得るようにした. また話し合いの場面では, 知的障害者が進行役を務めるにも関わらず, メンバーは障害のない研究者や支援者に目が行きがちとなることがあったが, これはピープルファーストの支援者と事前に時間をかけて会議の準備をすることで解消された. 大学所属の研究者として関わったWilliams は, 調査の実施においては確かに学ぶスキルが多くあるが, 教える／学ぶという関係には教える側の力が働いてしまうこと, 研究者が絶対的に優位な立場にあることから, フレイレの提唱する「学習者中心」の枠組みにいかに近づけるかが肝要であると指摘する (Williams & Simon 2005). ここではトレーニングいう言葉を使いながらも, 内容は知的障害者が調査を進める上で必要な支援という観点からとらえている.

内容の詳細は分からないものの一定のトレーニングを行った例がある. アイルランド初の大規模なインクルーシブリサーチの一部では,3 つの異なるテーマからなるライフストーリープロジェクトを行った. そのうち2 つでは, 必要なスキルやサポートはプロジェクトごとに違うという観点から構造化したトレーニングとしては実施せず, ロールプレイ, 観察の練習と, 分かりやすい版の資料提供を, 共同研究者および支援者に行った (Johnson2009). また別のプロジェクトでは, 研究者であるJohnson がグループでの話し合いの方法, 調査においてカメラを使う際の倫理, 調査対象者の経験を引き出す方法などについてトレーニングの教材を準備した (Strnadová,Walmsley,Johnson 2016). データ収集法としてフォトボイスを使ったOllerton and Horsfall (2013) も, 調査実施前に写真を使った調査における倫理とカメラの使い方についてのトレーニングを行ったとあるが, 内容は明示していない.

構造化されたトレーニングを一部含むものとして, 地域資源を使い, 調査についてのイメージづくりをしながら行った例がある. 若い知的障害者のセルフアドボカシーグループが行った入所施設元入居者の口述史調査では, まず支援者を通じて地域の歴史資料館に古い新聞や写真を閲覧するワークショップを依頼し, そこから他の歴史資料館の紹介も受けた. 古い地図や資料を見てみると, 実際に現地を訪れることが重要だと考え, 施設の跡地を訪れた. 次にJan Walmsley 氏から口述史についてのトレーニングを受け, ビデオ視聴と他の人への質問を通し, インタビューの質問項目を決定した. メンバー同士でインタビューの練習をし, 撮影したビデオでその内容を確認し, インタビューでするべきではないことを学んだ. そしてこうしたトレーニングの後インタビューを実施した (Benltey,Nicholls,Price et al.2011). また入所施設の歴史についての口述史調査では, 共同研究者8 人のうち2 人が大学で実施されたライフヒストリーの講座に参加した. 講師は資料の一部を分かりやすい版として準備したため効果的であった. またデイセンターで回想法のグループワークを行う職員の観察も行った. 結果として, トレーニングで学んだフォーマルなインタビュー技術は知的障害のある人にとってよい方法とはいえず, 日常会話のように進めた方が話を引き出しやすく効果的であったと考察している (Dias,Eardley,Harkness et al. 2012).

Williams は構造的なトレーニングも実施しているが,OJT 式に行うことを評価している.Williams,Ponting,Kerrie et al. (2009) は, 知的障害が考えるパーソナルアシスタントによる「良い支援」に関する調査において, 調査倫理の理解, インタビュー技術, コミュニケーション技術に関する

事前トレーニングを計画, 実施した. コミュニケーションの訓練においては,「知的障害者を子ども扱いするスタッフ」についての事例をとりあげた. 参加者が実際に場面を演じることで, より望ましい支援方法について述べることができ, また相互作用を分析する際のより細かな違いや微妙な点について敏感に察知することにつながった.Williams は, このような構造化したトレーニングを実施したものの, 経験的には, 調査スキルのトレーニングはその場でOJT として行うのが最も効果的であると指摘する.

次に, 構造化されたカリキュラムのある例として, 共同研究者が行うフォーカスグループインタビューのためのトレーニングがある.O'brien,McConkey and García-Iriarte（2014) は, アイルランドで暮らす知的障害者の経験という共通テーマに基づく全国的規模のインクルーシブリサーチの一部,All we want to say プロジェクトで行ったトレーニングについて紹介している. トレーニングは, 全国4 会場において実施し, 各10 ～16 人が参加した. 内容はフォーカスグループインタビューの始め方, 質問と傾聴, グループで優位に立とうとする人への対処, 録音機器の操作, 倫理的配慮の必要性および説明と同意などである. 方法はパワーポイントによる説明に, 良い例／悪い例のロールプレイを交え, 資料を参加者個々のポートフォリオに保管できるようにした. 内容と方法は, 調査研究の専門知識と経験をもつということから, インクルーシブリサーチの経験のない大学所属の研究者が決定した. 改善点としてサービス提供組織に所属する支援者が, 支援者というよりも管理者や指導者として振舞ってしまったことがあった. 評価を通して, (1) 経験を積んだ知的障害者が主導し, 実例をふまえて望ましい支援のあり方を教授する支援者向けトレーニングの必要性, (2) 技術的側面への支援 (例:進行管理, 録音, 参加者への連絡や会場の確保等) を指摘している (O'brien,McConkey and García-Iriarte 2014).

調査スキルのなかでも, デバイスの活用に焦点をあてたプログラムもある.Cumming, Strnadová,Knox et al. (2014) は, 知的障害のある高齢女性のウェルビーイングに関する調査の一環としてオーストラリアで行われ,4 人の知的障害のある高齢女性のリサーチャーと非障害者である研究者が1 回90 分,15 週にわたりiPad の使い方を学ぶトレーニングに参加した. 内容は問題形成, ふりかえりの重要性と方法, 研究計画の作成と進行管理, 調査における倫理, アイデアのメモ, インタビュー技術 (例 :共感, しぐさや身振り), 成果報告に焦点化し, ディスカッション, ロールプレイ, ふりかえりを通して行った. トレーニングを通じてiPad を活用し,iTalk,camera,Keynote といったアプリのうちいずれを使うかは各自の選択とした. トレーニングにおけるiPad の活用については, 微細運動スキルからくる操作の困難さ, 操作法が分からないことからくる不自由さはあったものの (例 :充電方法, パスワード入力, システム更新), 参加者のネットワークを質量ともに広げることにつながった. とはいえ, 日常生活でのiPad 活用を快く思わなかった支援者や家族が, 本人からiPad を取り上げるということが起き, 管理やコントロールをめぐる課題も浮き彫りとなった (Cumming, Strnadová,Knox et al.2014). 評価を通して, 共同研究者が参加のために必要とするトレーニングと支援は (1) 調査とは何をすることかという概念を理解するための支援, (2) チームにとって重要な質問は何かを決めること, (3) 文書, 文字化された情報についての支援, (4) 進行管理と課題から逸れないようにするための支援であると提案する (Strnadová,Cumming, Knox,et al.2014).

さらに, 教育学の文脈で開発したインクルーシブリサーチのトレーニングがある. スペインの

Fullana,Pallisera,Catala et al. (2017) は, 成人期への移行と若い知的障害者の働き方に関する調査の一環として行われた,12 人の知的障害者を対象とした8 週間のトレーニングプログラムである. 内容は調査プロセス, インタビュー (2 回), データ収集におけるデバイスの活用 (2 回), フォーカスグループインタビュー (2 回), まとめである. 内容について受講者の理解度を確認する評価を行った結果 (例 :調査の目的／インタビューの実施方法／フォーカスグループインタビューとは何か, どのように行うか), 受講者は新たな知識を学ぶことには満足しているものの, 調査の特定の側面についてどのような学びを得たと思っているかは明らかにされないため, 満足度の評価は難しいとする. 調査トレーニングのガイドラインとして, 内容は調査もしくは慣れ親しみのある日常生活上の経験と結びつける, 説明は短く話し合いやグループワークなどの活動を通して行う, 受講者の学びのプロセスを確認できる活動を盛り込む, 時間配分と流れに留意して休憩時間をとり, 移動やアクセスも考慮する, やさしい表現と目で見てわかる表現を工夫する, グループの一体感を高めるような環境を整えるといったことを提案している.

一方アイルランドで実施されたResearch Active Program は, トレーニング方法の開発自体を目的としたプログラムである. パイロット版は1 回あたり休憩を含めて4 時間の8 週にわたる講座であり, 内容は調査の概念と調査プロセスの学習, 先行研究レビュー, テーマについての議論, 倫理的配慮の必要性と同意の取り方, インタビュー技術とロールプレイ, 小規模なアンケート調査の実施など, 調査プロセスについての一通りの知識を多様な方法で学習するプログラムである. あわせて, 発表用スライドや修了式の招待状, 修了証書の作成などを通してコンピュータ操作を学ぶ機会を設け (Salmon,Carey and Hunt2014), 参加者の感想はBritish Journal of Learning Disabilities 41 号の記事として紹介されている. 参加予定者への事前聞き取り結果をふまえた修正, 次回以降のプログラム運営への受講者の意見の反映といった配慮はあるが, プログラムの基本構造は研究者, 支援者が中心に計画したものである.

Research Active Program は参加者のうち14 人の協力を得てプログラム評価を行っている. ロールプレイ, 話し合い, 調査票の記入, 大画面のスライド視聴, 他の調査についての説明, および全国調査の話を聞くことは14 人,10 分以内の説明, 少人数でのコンピュータ演習, 長い／短いインタビューの練習は13 人が「よい」,20 分以上の説明, 報告の練習は1 ～2 名が「よくない」と回答している. プログラムはおおむね好評だったが, 分かりやすい情報, ワークショップのグルーピング, 日程調整と休憩時間について改善の余地 があった. そして今後に向けて, (1) 初めてコンピュータを使う学生には個別の支援をする, (2) 今後の教室外での展開に向けて調査チームに関われる人を加える, (3) 毎週グループまたは個人のふりかえりと到達度評価をする, (4) 会場までの移動手段を確保する, (5) 他の人にも共有できるように教材をオンライン上に保存する, という5 つを提言している (Carey,Salmon and Higgins 2014). 同プログラムはその後12 週間にわたる内容へと改良を重ねた. 内容はリサーチクエスチョンの決定, 調査倫理, データ収集の方法 (質的インタビュー, フォーカスグループ, 質問紙), データ分析, 結果の公表という5 領域である (Salmon, García-Iriarte and Burns 2017).

3.3 インクルーシブリサーチのトレーニングが目指すもの

研究者が受けてきたものと同内容, 方法のトレーニングは, インクルーシブリサーチにおいても必要なのだろうか. まず, ある程度同じ枠組みが必要という見解から整理する. 従来の力関係の変容という観点からは,「調査は誰のものであるか」,「リサーチクエスチョンは誰が考えたものか」が重要な意味をもつ. とはいえ, 自分のことを自分で決め, 発言する経験がない環境で生活してきた人が明確なリサーチクエスチョンを持つことは少なく, この点を強調するとインクルーシブリサーチにおいても排除が生じる. また、トレーニングや話し合いを通して徐々に調査に新たな視点を加えることができるが, 共同研究者の募集が助成金申請や倫理審査といった手順を経た後であれば, 共同研究者は非障害者が考えた計画を「修正する」役割に留まる. ここからは一定のトレーニングが必要とされる (Strnadová,Cumming,Knox et al.2014). また, 試行錯誤を通してOJT 式にトレーニングを受けたものの, 将来研究者になることに関心がある人には, 正式なトレーニングの機会があればどんなに素晴らしいかと指摘する共同研究者もいるし (Butler,Creswell.Giatras et al.2012), 知的障害者にとってのわかりやすさを重視するあまり, トレーニングの方法も「わかりやすい」ものに留まることが, より専門的な内容を習得したい知的障害者から批判されるというエピソードもある (Nind,Chapman,Seale et al. 2016).

一方, 研究者養成トレーニングの枠組みをそのまま知的障害者にあてはめることへの疑問もある.Bigby and Frawley (2010) は, 調査に途中参加した共同研究者へのトレーニングで, 本人は開始後数カ月で調査への関心を全く失い, 内容もほとんど理解していなかったという失敗談を紹介する. その理由は調査への関心の低さというより, 立場が異なる人と話すことへの自信のなさや, 記憶力の低さが入り混じった「困難さ」が調査を機に明らかになったことである. しかし研究者がそれに気づかず「研究／研究者が備えておくべき要件」という固定観念に基づいたトレーニングを行うことで, 結果的に共同研究者を完全に無力化した. この経験を通し, トレーニングにより知的障害者を研究者に仕立てるのではなく, アセスメントにより必要な支援を明らかにし, 強さに着目したアプローチにすべきであったと指摘する (Bigby and Frawley2010). 共同研究者のスキルや関心から調査への関わり方は一律ではないため, プロジェクトの展開では個々の違いに着目することが重要である (Johnson 2009). 調査スキルを教える研究者は知的障害者を研究者にしようとしているのか, 特定のトピックを調査するために行っているのか, トレーニングの目的を考えなければならないし, 知的障害者は一律に皆調査に参加したいだろうというパターナリスティックな判断をするべきではない (Strnadová,Walmsley,Johnson 2016). 非障害者である研究者が知的障害者をひとくくりに同質的な集団と見ることについては, インクルーシブリサーチを行う知的障害者本人たちも批判している (Blunt,Blyth,Chapman, et al. 2012). 結局は研究者が従来の枠組でインクルーシブリサーチを行おうとするからトレーニングが必要となるのであり, 知的障害者の選好や理解が問題になるのは従来通りの方法で結果公表するときのみである (Strnadová,Cumming, Knox,et al.2014).

では, 知的障害者が行う調査のユニークさを保ちつつ調査のスキルを備えるにはどうしたらよいのだろうか? (Nind,Chapman,Seale et al.2016). Nind らはこの「難問」に取り組むため, まず先行研究レビューを通してインクルーシブリサーチのトレーニングを5 つに整理した. それは, (1) モデルやメンター

となる研究者の元で調査を行う,「見習いモデル」, (2) 新たなスキルを獲得するためにトレーニングを受けるというニーズに基づき, 学習者の好みやコントロールを反映する「生涯学習モデル」, (3) 障害の有無に関わらずお互いが条件をそろえるために学びあう「不平等への挑戦モデル」, (4) 不足するスキルと経験を埋めるための「不足乗り越えモデル」, (5) カリキュラムに沿って教員が行う「フォーマルモデル」である. そして,5 回の連続セミナー参加者の発言を分析し, さらに (6) 責任や政治的視点といった困難な課題に直面することでインクルーシブリサーチの特徴を学ぶ「調査環境没頭モデル」, (7) 関係者が知識を交換, 批判しあうことで学びあう「対話モデル」を加えた. この分析を通し, さらに複雑であるのは, 実際は複数のモデルが重なり, 調査への関わり方や意思決定のようにトレーニングでは習得が難しい課題を含み, さらには研究者がこうした課題を自覚したとしても, 知的障害者が自信や雇用可能性の向上のためにトレーニングを希望するかもしれないということを指摘する. (Nind,Chapman,Seale et al.2016).

ここでNind らはインクルーシブリサーチが「対話」に新たな声と今までとは違う見解をもたらすことを重視する. 調査トレーニングとは, 知的障害者の内部者としての視点と調査者という新たな視点の結合, あるいは戦いであるとし, 例として「質問者の私的な事柄は表出しない」というインタビューの一般的な技術が, 知的障害者が主導するグループインタビューでは該当せず, むしろ共同研究者が自分の経験を話すことで参加者が励まされ, 豊かな議論が生まれたというButler et al. (2012) のエピソードを紹介する. 調査トレーニングは知的障害者の自信やスキルにつながるものの, 暗に研究者が「私と同じようであれ」と求めることである. ある人にとっては「調査される」から「調査する」への線を超える一助となるが, インクルーシブリサーチでは, 依然として調査される側に留まる知的障害者とのつながりを失わないことも重要なのである (Nind,Chapman,Seal et al.2016).

プロセスから結果重視を目指す「第二世代」のインクルーシブリサーチをめぐる議論においてもトレーニングが着目される.Walmsley, Strnadová, Johnson (2018) によれば, インクルーシブリサーチに影響を与えたソーシャルロールバロリゼーションと障害学の目指す解放の調査がもつ価値は, 知的障害者に学術調査の技術を習得させることに研究者を向かわせた. 前者では社会的役割や価値を高めるために調査という手法は有効であり, 後者では障害者が自ら調査を行う研究者になることを目指すからである. しかし社会的に価値ある役割の強調とイメージ向上は, 関係者がどのように協働したかに色をつけ, 嘘とごまかし, 結局は両者にとって「失敗した」という感覚につながってしまう. 希望する人への機会を否定するわけではないが, 調査トレーニングはインクルーシブリサーチの様々な要素の一つであり, 最重要事項ではない. 必要性の判断は, 調査デザイン, 目的, 期待される結果と, 知的障害者本人たちの能力や好みに基づくべきである. インクルーシブリサーチの付加価値とは, 知的障害者に研究者としての役割をただ与えることではなく, 調査プロセスを通じた学びを広く社会で共有し実行することにこそある (Walmsley, Strnadová, Johnson 2018).

4 考察

知的障害者が/と行うインクルーシブリサーチのトレーニングについての見解, 方法は多様であり, 本研究を通して以下のことが明らかとなった. 第一に,トレーニングの対象者および内容の判断においてはセルフアドボカシー活動への参加とそこで培ったスキルの有無が関係していた. 調査の知識やスキルの有無が活動との線引きとなるため, 方法や内容はともあれ何らかの習得の機会が必要であるが,トレーニングが必要なのは知的障害者に限らなかった. 第二に,トレーニングは必要に応じてOJT式に行う非構造的なものと, 調査の一環またはトレーニングの開発を目指して行う構造的なものがあった.第三に, 研究者が受けるものと同内容のトレーニングについては賛否両論あるものの, 一律に行うのではなく調査目的やデザイン, 何よりも知的障害者の好みや選択に基づくべきであるという見解が共通していた. インクルーシブリサーチの蓄積があるイギリスにおいても,トレーニングはまさに「難問」として議論が続いているのである. 以下では研究者および知的障害者がインクルーシブリサーチを行う動機, また今後日本でインクルーシブリサーチを進める上での課題に沿って考察する.

まず, インクルーシブリサーチを行う研究者の動機と背景にある価値である.Walmsley が繰り返し指摘するようにインクルーシブリサーチは価値的側面が強く (Walmsley 2001,Walmley and Johnson 2003,Walmsley, Strnadová, Johnson 2017) , 研究者には動機や価値の自覚が必要である. 構造化されたトレーニングの内容は, 研究者が受けてきた学術的なトレーニングの疑似的なものであり, 知的障害者の意見やふりかえりを取り入れてはいるものの, いずれも研究者が企画したものだった. しかし研究者が自らと同じ条件を求めるならば, 知的障害者にとって研究者と対等な関係で, または協働により研究を行うことは非常に難しい. 日本でも1990 年代から, 知的障害者の声を聴く研究が少しずつ行われてきた. そのなかで, 本人活動を行う知的障害者は活動で困ったこととして「支援者の中には論文目的の人もいる」ことを指摘し, 自分たちが研究者に利用されているという力関係を敏感に読み取っている (本人活動あり方検討委員会2004). 研究者が研究のもつ抑圧性に目を向けない限り, インクルーシブリサーチといっても結局は研究者がまた新しい何かに飛びついただけであり, 対象者を利用するという構造は変わらないのである.

一方, インクルーシブリサーチに参加する知的障害者の動機はどうか.Williams&Simon (2005) では, 自分たちで調査をすることがなぜ大事かを問われた知的障害者は「機会が与えられたから」,「スキルを向上させられるから」と答え, 自らを与えられる存在とみなし, 望ましいとされる基準に合わせようとしていることが伺える. しかし, 常に適応を求められる環境からこのような発言となるとも考えられる. また, 構造的トレーニングの参加者の動機は, 調査スキルの獲得そのものを含むとはいえ「調査ができるようになり, 修了証がほしい」,「大学に毎週行くのはどんな感じか試してみたい」,「コンピュータができるようになりたい」,「暇つぶしになるし, 勉強にもなるし, 友人もできるから」といった, 学び続けることや, 新たな人と出会い, 他者への貢献というものであった (Salmon,García-Iriarte& Burns 2017). 調査研究への参加動機からは一見かけはなれてみえるが, これこそが学び続け, 新たな人と出会い, 自分も誰かの役にたつという機会が奪われ排除される知的障害者の現状を表しているのではないか.

インクルーシブリサーチで研究者にとって重要なのは, 知的障害者に調査スキルを獲得させ研究者にすることではなく, 研究を通して実際にインクルージョンを進めることである. インクルーシブリサーチを小規模に留めず政策的な変化を期待するには, 障害者/ 非障害者の役割を明確にし, なされたことから学ぶ必要がある(Walmsley 2004). むしろ政策的な変化を期待するには, それぞれの役割を明確にし, 何がなされたかということから学ぶ必要がある (Walmsley 2004). カリキュラム化された構造的トレーニングに関する研究が近年多く行われているのは,このプロセスの可視化への先鋭化でもあるように思う。しかし本来プロセスに着目する意味は, 今までとは違う方法に取り組むことで様々な対話の機会を作り問いを投げかけること, そして批判的なふりかえりの共有により, 知的障害者を最も排除してきたともいえる調査研究の場におけるインクルージョンの取組を, アカデミックな場を離れて社会において適用させることにあるのではないか (笠原2019 印刷中). インクルーシブリサーチは研究者が研究者のために行う調査であってはならず, これまで意見の表明が難しいとされてきた人との対話や相互理解, 具体的な変化を起こすため, 研究者として何ができるかが問われているのだ.

今後日本においてインクルーシブリサーチを進めるには, 調査を学びの場として, また帰属する場での活動としてとらえる方法が考えられる. インクルーシブリサーチの担い手として, 先行研究ではセルフアドボカシー組織が大きな役割を果たしてきた. また, インクルーシブリサーチに参加して良かったこととして「学ぶこと」が指摘され, 生涯学習の一環として位置付ける考え方もある (Nind 2016). 日本では知的障害者の当事者活動や組織は施設内自治会, 育成会, 当事者団体, 当事者自身, 青年学級やレクリエーションサークルを通して行われているものの実態把握は難しく (穂積2007), また当事者活動・組織にアクセスが困難な知的障害者へのアプローチが課題となっている (古井　2012). 一方, 近年では特別支援学校卒業後の知的障害者が社会に出る前に学ぶ, あるいは学び続ける機会を保障するため, 大学でのオープンカレッジや, 生活訓練と就労移行支援を組み合わせて展開する福祉専攻課, 福祉型大学の取組が広がりつつある. 実際, 数少ない日本でのインクルーシブリサーチも, 福祉型専攻課および大学生との共同で行われている (森口・井口・太田他2017). 障害福祉の事業所でも何らかの形で「学ぶ」プログラムを実施しているところは多いが,ともすると支援者が考える望ましいことを一方的に教えるという形になりやすい. インクルーシブリサーチという方法を使うことで,知的障害者の関心をもとに関係を外に広げることが可能となり, また, 関わった人が知的障害者を排除する社会の現状に気づき, 問いかけ,考える機会になるのではないか.

次に, 何らかの形でトレーニングをするならば, チーム形成を目的として位置付けることが考えられる. 先行研究で見られたように,トレーニングの位置づけや方法は, 調査への参加経緯によるところがあり, 既存のグループによらない場合は初対面のメンバーが長期間共に取り組むこととなる. また調査への関わり方は一律ではなく, 障害のない研究者と同じように好みや得手不得手がある. 納得し, 安心して協働できるチーム形成にとりわけ重要なのは調査倫理に関する内容であり, 今回レビューした先行研究ではほぼ全てが倫理に関する項目をトレーニングに取り入れている. 筆者が現在行っているインクルーシブリサーチの一部は, 筆者が関わってきた本人活動グループのメンバーとの協働である. チームは既に形成されていたともいえるが, 調査の準備段階では調査目的や倫理について納得

するまで時間を要した. しかしデータ収集を始めると, 質問を通して他の人の話を聞きたい人, 自分の経験と結びつけて分析する人, 記憶力のよさから実施済みのインタビュー内容と結びつける人など, 確かに各自がそれぞれの形で貢献するという新しい側面を見せている. Strnadová,Cumming,Knox et al (2014) は15 週にわたる構造的トレーニングがお互いを知るチーム形成のプロセスであったとして, 学ぶことと友人をつくることは, 調査の問いに解を得ることと同様に重要であると共同研究者が強調していたことを紹介している. チーム形成に焦点をあてながらも何らかの「学び」を取り入れるトレーニングにするためには, 先行研究が示す留意点やガイドラインが参考となるだろう.

最後に, より重度な知的障害, 重複障害をもつ人の参加と「わかりやすさ」について述べておきたい. 本論で紹介したトレーニングが想定するのは中軽度の知的障害者であり, より多くの支援を必要とする知的障害者が包摂をめざすはずのインクルーシブリサーチからも排除されやすいことは, イギリスにおいても課題とされている. そのため, より多様な人が参加しやすいよう, データ収集と分析の手法としてフォトボイス (Cluley 2017), フォーラムシアター (Brookes,Archibald,Mcinnes et al.2012), ストーリーテリングとロールプレイ (Butler,Cresswell,Giatras et al.2012) など, 状況をイメージし発言しやすくするための手法が試みられ, 成果報告もイラストを入れた報告書はもちろん, 詩, ビデオ, 寸劇, ロールプレイなど従来の「論文」形式に頼らない多様な方法がインターネット上でも公開されている.Carlisle People First が行った調査は,「誰も調査への参加から排除してはならない」という方針で進められた (Dias,Eardley,Harkness et al.2012).Walmsley, Strnadová, Johnson (2018) が指摘するように, インクルーシブリサーチは数ある研究アプローチの1 つであり, 必ずしも知的障害領域の調査をすべてインクルーシブリサーチにすべきということではない. しかし, 障害者のインクルージョンや平等に関する研究を標ぼうするのであれば, 調査研究の方法や結果が排除や不平等を作り出すことにつながっていないか, 問い直す必要がある.

（付記）

本研究は平成30 年度三菱財団社会福祉研究助成を受けている.

（文献）

Abbott D. & Howarth J. (2005) Jan and Phil's Story: a photostory about a lesbian and gay man with learning difficulties. Norah Fry Research Centre, Bristol. Available at: http://www.bristol.ac.uk/norahfry/resources/online/#sexuality (retrieved 31 Jan 2019).

Abbott, D. (2013) Nudge, nudge, wink, wink: love, sex and gay men with intellectual disabilities - a helping hand or a human right? Journal of Intellectual Disability Research, 57(11), 1079-1087.

Bane,G.,Deely,M.,Donohoe,B. et al(2012)Relationships of people with learning disabilities in Ireland, British Journal of Learning Disabilities, 40(2), 109-122.

Bentley,S., Nicholls,R., Price,M.et al.(2011)"Our Journey through Time": An Oral History

Project Carried out by Young People with Learning Disabilities, British Journal of Learning Disabilities,39(4), 302-305.

Bigby, C. & Frawley, P. (2010) Reflections on doing inclusive research in the Making Life Good in the Community study, Journal of Intellectual & Developmental Disability, 35(2), 53-61.

Bigby,C.,Frawley,P. &Ramcharan,P.(2014) Conceptualizing Inclusive Research with People with Intellectual Disability, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1),3-12.

Bigby, C., Frawley, P. & Ramcharan, P. (2014) A Collaborative Group Method of Inclusive Research, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1), 54-64.

Björnsdóttir, K. & Svensdóttir, A. S. (2008) Gambling for capital: learning disability, inclusive research and collaborative life histories, British Journal of Learning Disabilities, 36(4), 263-270.

Blunt C., Blyth, C., Chapman, R. et al. (2012) Editorial, British Journal of Learning Disabilities, 40(2), 83-84.

Brookes,I., Archibald,S., McInnes,K. et al. (2012)Finding the words to work together: developing a research design to explore risk and adult protection in co-produced research, British Journal of Learning Disabilities, 40(2), 143-151.

Butler, G., Cresswell, A., Giatras, N. et al. (2012) Doing it together (DM Special Issue), British Journal of Learning Disabilities, 40(2), 134-142.

Carey,E., Salmon,N.& Higgins,A. (2014)Service users' views of the Research Active Programme, Learning Disability Practice,17(4), 22-28.

Cluley, V. (2017) Using photovoice to include people with profound and multiple learning disabilities in inclusive research, British Journal of Learning Disabilities, 45(1), 39-46.

Cumming, T.M., Strnadová, I., Knox, M.et al. (2014) Mobile technology in inclusive research: Tools of empowerment, Disability& Society, 29(7), 999-1012.

Dias,J.,Eardley,M.,Harkness,E. et al.(2012)Keeping wartime memory alive: an oral history project about the wartime memories of people with learning difficulties in Cumbria ,Disability & Society, 27(2),31-49.

Embregts, P.J.C.M., Taminiau, E.F., Heerkens, and L. et al. (2018) Collaboration in Inclusive Research: Competencies Considered Important for People With and Without Intellectual Disabilities, Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities, 15(3), 193-201.

Fullana, J., Pallisera, M., Català, E. et al. (2017) Evaluating a Research Training Programme for People with Intellectual Disabilities Participating in Inclusive Research: The Views of Participants, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,

30(4), 684-695.

古井克憲(2015)「知的障害のある人を対象としたインタビュー調査実施に当たっての留意点」『和歌山大学教育学部紀要. 教育科学』65, 141-150.

古井克憲(2012)「日本における知的障害者の当事者活動・当事者組織: 先行研究の分析と整理を通して (黒田研二教授退職記念号)」『社会問題研究』61(140), 59-68.

Fyson, R., & Fox, L. (2014) Inclusion or outcomes? Tensions in the involvement of people with learning disabilities in strategic planning, Disability & Society, 29(2), 239-254.

原田徳 惠・寺川志奈子(2017)「知的障害のある青年の働く意欲を支える特別支援学校高等部教育のあり方 : 卒業生へのインタビュー調査から」『地域学論集 : 鳥取大学地域学部紀要』13(3), 61-81.

本人活動あり方検討委員会(2004)『仲間にあいたい :本人がつくった本人活動の本』全日本手をつなぐ育成会.

保積功一(2007)「知的障害者の本人活動の歴史的発展と機能について」『吉備国際大学社会福祉学部研究紀要』12, 11-22.

茨木尚子(2007)「知的障害のある人が参加する調査研究活動の実践と課題-- 知的障害者ガイドヘルプ事業調査研究の実施から」『研究所年報』(37), 71-79.

井口高志・森口弘美・太田啓子・ほか(2018)「障害者と大学生との協働ワークショップが家庭科教育に提起するもの」『教育システム研究(奈良女子大学教育システム研究開発センター)』13, 295-307.

Johnson, K. (2009) No Longer Researching about Us without Us: a researcher's reflection on rights and inclusive research in Ireland, British Journal of Learning Disabilities, 37(4), 250-256.

Johnson, K., Minogue, G. & Hopklins, R. (2014) Inclusive Research: Making a Difference to Policy and Legislation, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1), 76-84.

笠原千絵(2006a)「知的障害者福祉研究における参加型調査の課題-- 調査プロセスの実際とその批判的考察」『社会福祉実践理論研究』(15), 15-25.

笠原千絵(2006b)「他の人ではなく自分で決める-- 当事者主体の自己決定支援モデル開発に向けたグループホームで暮らす知的障害のある人の参加型調査の分析」『ソーシャルワーク研究』31(4), 295-302.

笠原千絵(2019 印刷中)「"プロセス"そのものがもたらす研究成果 :知的障害のある人が／と自分たちのやり方で行うインクルーシブリサーチ」『福祉のまちづくり研究』21(1).

Michell, B. (2012) Checking up on Des: My Life My Choice's research into annual health checks for people with learning disabilities in Oxfordshire, British Journal of Learning Disabilities, 40(2)152-161

森口弘美(2019 印刷中)「インクルーシブリサーチから見えてきたこと～対象者で探すのではなく, 興味をもつ人と協働する」『福祉のまちづくり研究』21(1).

森口弘美・井口高志・太田啓子・ほか(2017)「みんなが行きたくなるカフェってどんなカフェ? : インクルーシブリサーチの観点からの検討」『評論・社会科学 = Social science review』(123), 83-99.

中野 敏子(2004)「知的障害のある人の参加型研究の検討- 支援方法の改善に向けて」『明治学院論叢 』713, 1-24.

中野敏子(2005)「知的障害のある人が参加する『サービス評価』に関する考察--『利用者主体』の視角から」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』120, 69-91.

中野敏子(2016)「『相談』の利用者聞き取り調査から」中野敏子編著(2016)『戦後障害者福祉における『相談支援』の形成過程研究 :実践の継承と転換に焦点をあてて』高菅出版,190-230.

Nind, M. (2014) What is inclusive research? Broomsbury.

Nind, M. (2016) Inclusive research as a site for lifelong learning: Participation in learning communities, Studies in the Education of Adults, 48(1), 23-37.

Nind,M., Chapman,R., Seale,J. et al. (2016)The Conundrum of Training and Capacity Building for People with Learning Disabilities Doing Research, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 29(6), 542-551.

O'Brien, P., McConkey, R. &García-Iriarte, E. (2014) Co-researching with People who Have Intellectual Disabilities: Insights from a National Survey, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1), 65-75.

Ollerton, J. & Horsfall, D. (2013) Rights to research: utilizing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities as an inclusive participatory action research tool, Disability & Society, 28(5), 616-630.

Salmon, N., Carey, E. & Hunt, A. (2014) Research skills for people with intellectual disabilities, Learning Disability Practice, 17(3), 27-35.

Salmon,N., García-Iriarte,E. & Burns,E.Q.(2017)Research Active Programme: A Pilot Inclusive Research Curriculum in Higher Education, International Journal of Research & Method in Education, 40(2), 181-200.

Strnadová, I., Cumming, T.M. (2014) People with Intellectual Disabilities Conducting Research: New Directions for Inclusive Research, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1), 1-2.

Strnadová, I., Cumming, T.M., Knox, M. et al. (2014) Building an Inclusive Research Team: The Importance of Team Building and Skills Training, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1), 13-22.

Strnadová, I., Walmsley, J., Johnson, K. et al. (2016) diverse faces of inclusive research: reflecting on three research studies, Scandinavian Journal of Disability Research, 18(1), 52-64.

杉田穏子(2017)『知的障害のある人のライフストーリーの語りからみた障害の自己認識』現代書館.

髙橋悦子(2014)「知的障害者の相談体験から考察する支援のありよう」『社会問題研究』63(143), 83-97.

The Money, Friends and Making Ends Meet Research Group c/o Liz Tilly(2012)Having friends – they help you when you are stuck from money, friends and making ends meet research group, British Journal of Learning Disabilities, 40(2),128-133.

鶴田真紀(2006)「知的障害者のライフストーリーの構築-- インタビューにおける聞く実践とカテゴリーの省察的検討」『障害学研究』2, 124-149.

Walmsley, J. (2001) Normalization, Emancipatory Research and Inclusive Research in Learning Disability, Disability & Society, 16(2), 187-205.

Walmsley, J. (2004) Inclusive learning disability research: the (nondisabled) researcher's role, British Journal of Learning Disabilities, 32(2), 65-71.

Walmsley, J. & Johnson, K. (2003) Inclusive research with people with learning disabilities: past, present and futures, Jessica Kingsley.

Walmsley, J., Strnadová, I. & Johnson, K. (2018) The Added Value of Inclusive Research, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31(5), 751-759.

Walmsley, J. & the Central England People First History Project Team (2014) Telling the History of Self-Advocacy: A Challenge for Inclusive Research, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27(1), 34-43.

White, E.L. & Morgan, M.F. (2012) Yes! I am a researcher. The research story of a young adult with Down syndrome, British Journal of Learning Disabilities, 40(2), 101-108

Williams, V. & Simons, K.(2005) More researching together: the role of nondisabled researchers in working with People First members, British Journal of Learning Disabilities, 33(1) ,6-14.

Williams, V., Ponting, L., Ford, K. et al. (2009) Skills for support: personal assistants and people with learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities. 38(1), 59-67.

Wilson, H., Biak, P., Freeze, T.B. et al (2012) Heidi's and Philip's stories: transitions to post-secondary education, British Journal of Learning Disabilities, 40(2), 87-93.

山本由佳莉・三木裕和(2015)「知的障害のある青年の進路及び職業に関する意識の研究：フォーカス・グループ・インタビューを通して」『地域学論集：鳥取大学地域学部紀要』12(1), 93-99.

Until when do people with learning disabilities need to be trained? : A review on research training for inclusive research

Chie Kasahara

Summary : Inclusive research in which people with learning disabilities actively participate in all aspects of the study such as planning, implementation, analysis, writing, dissemination is conducted in many countries. In this study I reviewed if any type of training for people with learning disabilities is necessary to be a researcher. As knowledge and skills about research divide self-advocacy and research, opportunity for training or learning is necessary. Non-disabled researchers also need to be trained. Training is carried out by both OJT as needed and structured program as a part of the project or program development. There are pros and cons for the training in formal and academic way. Training of inclusive research should be based on research purpose, design, and above all, preference and choice of people with learning disabilities. For implementation in Japan, it might be effective to plan inclusive research as learning opportunities and training as a part of team building.

Key words : inclusive research, learning disabilities, research training, skill development, participatory research

Is Restorative Justice, which Aims for the Support of Victims and Rehabilitation of Victimizers, Possible? Based on Initiatives in Japan

Fujie Ito

Abstract : Restorative justice has been studied in multifaceted ways in Japan. Restorative dialogue by NGOs forms the core of such practices; however, this approach remains underdeveloped. Many advocates have long asserted that legislation is essential to the systematic implementation of restorative justice. In this paper, we adopt two approaches from the field of criminal justice for victimizers in correctional institutions and during probation that incorporate the viewpoints and feelings of crime victims. Further, we consider the possibility of developing these approaches as forms of restorative justice.

Key words : Crime victim, Restorative justice, Victim support, Education programs incorporating the viewpoint of the crime victims, Rehabilitation program, Victims' feelings conveyance system

Current support for crime victims in Japan

Many advocates charge that supportive measures for crime victims in Japan lag behind those in Europe and the United States by as much as twenty years, as no formal support systems for victims and their families existed until the 1980s.

The emergence and rise of movements led by victim advocacy organizations in the early 2000s led to legislation by House members, and a turning point in victim support came with the enactment of the Basic Act on Crime Victims in 2004, which was the first comprehensive act in Japan to address victims' rights and needs in the criminal justice system and communities.

Based on this Act, the Basic Plans for Crime Victims, which advanced laws and institutions for victims, were formulated in 2005. Since then, they have been revised twice in 2011 and 2016, respectively. The currently active third plan has promoted victim support measures in local governments and directed the training of support professionals. Since the enactment of the Basic Act on Crime Victims, measures to support victims in public and in private sectors have been rapidly improving.

Restorative justice (RJ) has been studied in multifaceted ways with efforts led by law academics. Restorative practices are being implemented by NGOs, and related dialogues in juvenile cases have been progressing. Nonetheless, the numbers of groups implementing RJ remain limited and practices are still underdeveloped. It has long been asserted that legislation is essential to achieving more systematic implementation of RJ in Japan.

The Education Programs in correctional institutions

Correctional institutions currently have education programs "incorporating the viewpoint of the crime victims," which target inmates convicted of serious crimes such as homicide, injury-causing death, and dangerous driving causing death. Implementation of the programs began around 2009 and they aim at building awareness among inmates of the seriousness of their crimes and assisting them in avoiding offending again by helping them to understand the actual conditions of victims and their bereaved families.

The program consists of six units: ① recognizing the dignity of human life; ② understanding the situations of crime victims and their families by listening to victims; ③ understanding the seriousness of their crimes; ④ achieving apologies and compensation; ⑤ considering ways of apologizing to victims; and ⑥ determining never to offend again. Each unit covers approximately two hours and is offered over three to six months.

During unit ② , "understanding the situations of victims and their families by listening to victims," victims are invited as guest speakers to speak of the impact of crimes on their lives. These speakers are not the direct victims of the inmates. The institutions' staff is very careful to avoid the secondary victimization of victims by recruiting supporters for the speakers from victim support organizations and preparing the inmates well for the programs.

The programs are now implemented nationwide. Victims feel that they can both speak out about the seriousness of the impact of crimes on their lives and they see first-hand how the inmates live in correctional institutions. Thus, the programs offer ① a function for the outlet of victims' emotions, and ② the opportunity for victims to observe the daily lives of inmates.

Although program results have been consistently positive over the past decade, some limitations can be identified: ① the structure is one-way as inmates are not provided the opportunity to give some feedback; ② there are few guest speakers and the majority are bereaved family members of victims of dangerous driving causing death; ③ the burden of organizing the programs is mainly borne by institutional staff; and ④ it is not clear that the program is fully aligned with the victims' needs.

The Victims' Feelings Conveyance System within society

Another approach to RJ is the Victims' Feelings Conveyance System in probation, which was initiated in 2007 and allows victims to communicate their feelings to victimizers through the latter's probation officers. A probation officer recounts the victim's statements about the crime and their needs to the victimizer, and then notifies the victim of the results of telling the victimizer. This system is positioned as the final point of contact for victims and victimizers within the criminal justice process.

In March and April of 2014, we conducted a nationwide questionnaire survey with 177 probation center officers who were supervisors of the Victims' Feelings Conveyance System. The survey subjects were 177 personnel. These personnel worked only with victims. Participation was voluntary, and the

survey was conducted based on Sophia University's guidelines for "Research on Human Subjects" and confidentiality policies.

One hundred-eleven questionnaires were returned, which amounts to a response rate of 63.8%. We analyzed the results to examine how the system functioned from the viewpoints of probation officers. In light of the role played by these officers in the field, it became clear that they operated with detailed consideration of the specific situations of individual victims, and they particularly exerted great effort to avoid secondary victimization.

How did the probation officers feel about this system in general? The main results were following: ① 62% of respondents felt that they could convey victims' feelings to victimizers; ② 94% of respondents reported that it was difficult to meet the victims' need for compensation; and ③ 56% of respondents neither agreed nor disagreed that the system was useful for victimizers' rehabilitation.

The survey results also clarified that in order for this system to function more effectively, it would be necessary to raise more public awareness of the system and have close cooperation with the departments dealing with the victimizers.

Discussion

Victim support (VS) and rehabilitation of victimizers were previously completely separate endeavors, as VS workers focused solely on the victims' needs and excluded those of victimizers, and personnel in correction and probation areas were concerned only with victimizers' emotional settlement and rehabilitation. Thus, implementing education programs that incorporate the perspectives of crime victims in correctional institutions and the Victims' Feelings Conveyance System in probation represent significant progress in narrowing the distance between the two areas.

The victimizers' process of rehabilitation involves two major steps. First, they need orderly lives in correctional institutions or communities, and then they should recognize the consequence of their actions. They cannot rehabilitate in communities without understanding the victim's situation and taking responsibility for what they have done.

The victims' process of moving forward also comprises two major steps. First, they need to return to a safe daily life and to heal trauma. Then, if they have an opportunity to recognize the victimizer's perspective, they can obtain some closure and move toward their future.

Nearly twenty years have passed since the two approaches were implemented, and a great deal of empirical knowledge of supporting victims has been accumulated. There is something that only the offender-side institutions can contribute to help victims take the next steps to recovery.

We propose to conduct a pilot project of direct communication between the victims and victimizers in the probation process. Because probation is focused on rehabilitation in communities, it is more in accordance with the RJ philosophy compared to the program implemented in correctional institutions.

In the pilot project, we would first obtain support from the VS professionals and recruit a victim who wants to attempt the RJ process with them. Then, we would reach the victimizer through a probation officer to obtain their agreement to take part in the RJ process.

There are several ways to conduct the pilot project as a victim-sensitive practice: ① gaining an understanding of the RJ process from VS and victim advocate groups; ② investing time in the preparation of both sides for RJ dialogue; ③ collecting the data about the process and outcome; and ④ taking time to follow up. The victim should not feel as if they are being exploited by the process of achieving the offender's rehabilitation.

It is important to accumulate practice in the public sector to identify ways to meet victims' needs and hold offenders accountable, and these data should be made public.

The crime rate in Japan has been lower than in other developed countries. The possession of guns is strictly prohibited, and we have a smaller income gap, place value on group conformity, and a better attitude for abiding the law in general. These social, economic, and cultural factors may well contribute to the low crime rate.

We are cautious about initiating an entirely new element of RJ practice. Bureaucrats would be particularly concerned about failure of a new system. On the other hand, we Japanese people are skillful at copying and developing new projects. Therefore, once RJ principles and practices are fully recognized in society and gain understanding from crime victims and their families, we believe there is a way to develop RJ more systematically in criminal justice system.

References

Fujie Ito (2016) Building the comprehensive support system for crime victims in cooperation with public and private sector, KAKENHI Report. 20-36.

Hidemichi Morosawa (2002) Criminal justice and the treatment of offenders with due regard to the victims of crime, The Japanese Journal of Correction , 113(2), 28-36.

Junko Fujioka（1999）Incorporating the viewpoints and feelings of crime victims in correctional education, The Japanese Journal of Correction, 110(4),40-51.

Ministry of Justice, Education programs incorporating the viewpoint of the crime victims（http://www.moj.go.jp/content/001224613.pdf, 2018.2.25）

Prison Service Division, Juvenile Treatment Division, Correction Bureau, Study panel on "Education Incorporating the Perspective of the Victims", The Japanese Journal of Correction, 123(2),54-59.

Takeshi Koyanagi (2015) Education from the victims' point of view in Japanese correctional institutions, Japanese Journal of Victimology, 25, 1-4.

Takashi Kubo(2010) Crime victim support measures of probation, Crime and Delinquency, 164, 79-96.

Yoko Hosoi, Haruo Nishimura, Norio Takahashi eds. (2010) Today and tomorrow of Restorative Justice,

Seibundo

Yoshihiko Sato et al.（2009）Research on education programs incorporating the viewpoints and feelings of crime victims in penal institutions (1), Chuokenkyujo Bulletin, 19, 1-29.

Yoshihiko Sato et al.（2010）Research on education programs incorporating the viewpoints and feelings of crime victims in penal institutions (2), Chuokenkyujo Bulletin, 20, 1-47.

被害者支援と加害者の更生を目指す修復的司法は可能か：日本での取り組みをもとに

伊藤　冨士江（社会福祉学科教授）

要旨：本稿は，2018 年 6 月 13 日香港城市大學にて開催された The 16th International Symposium of the World Society of Victimology における個人発表をもとに修正・加筆したものである．

修復的司法について日本では多角的に研究されているが，その実践は NGO による修復的対話が中心であり，まだ十分に発展していない．修復的司法を組織的に実施するには法整備が必要と指摘されて久しい．本稿では刑事司法の施設内処遇と社会内処遇における，犯罪被害者の視点や心情を取り入れたアプローチを取り上げる．そして，こうしたアプローチが修復的司法として発展していく可能性について考察する．

施設内処遇としては，1997 年から矯正施設で「被害者の視点を取り入れた教育」が行われるようになり，受刑者に被害者やその遺族の置かれる実情を理解して罪の重さを認識させ，再犯しない決意をさせることを目標にした指導が実施されている．この 20 年余りで一定の成果を上げているが，被害者のニーズとの関連については検証が必要である．

社会内処遇としては，2004 年に犯罪被害者等基本法が成立したことを契機に，2007 年から更生保護における心情等伝達制度が始まった．同制度は被害者が保護観察中の加害者に対して心情等を伝達でき，その伝達結果を通知される制度で，修復的司法への道筋という観点からも注目されている．保護観察所の被害者担当を対象にした全国調査を 2014 年に実施し，同制度が機能するには加害者処遇部門との密な連携態勢が必須であることを明らかにした．

刑事司法では被害者と加害者が直接対話することについては未だ慎重だが，被害者支援と加害者の更生の両分野の距離は縮まっており経験知も蓄積されている．被害者の実情を知ることによってこそ真の更生が成り立つという経験知を活用して，とくに更生保護における被害者の個別のニーズに配慮した修復的司法を模索していくべきである．

キーワード：犯罪被害者, 修復的司法, 被害者支援, 被害者の視点を取り入れた教育, 更生保護, 心情等伝達制度

【論　文】

幸福に関する理論的考察
～社会福祉学のための基礎研究として～

西牧　由起（社会福祉学専攻博士前期課程）

要旨：本研究では、幸福に関する理論的考察を行った。社会福祉学では、ウェル・ビーイングやウェルフェア等の向上を目指すものであると解釈できることから幸福研究は欠かせない。幸福を構成する要素は、物質的・精神的・健康状態、文化的な側面、市民参加等人々の暮らしの多様な要素に注目し、人々の様々なニーズが満たされる必要がある。また、幸福論と貧困は裏表の関係であると考えられることから幸福研究は、社会福祉学のための基礎研究となると言える。従来の貧困論は、生活困窮者の所得保障ということで経済的側面が中心であった。しかし、今日では、社会の変化に伴って社会的排除、社会的疎外そのものを貧困として捉えるなど多様な視点かつ人々の満足度とは何かという視点も求められる。そのため、幸福研究によって、貧困の持つ多様性や貧困のもつ多義的な意味というものを分析する一助となると考えている。また、人間の尊厳に値する水準ということを考えた場合極めて豊富な含意を持つ。

キーワード：幸福、生活の質、生活満足度、貧困、QOD/D

Ⅰ．研究背景

近年、一人当たりの GDP の増加、すなわち一般的な経済成長が必ずしも地域や社会の持続可能性や幸福度の実現といった目標に直接結びついていないのではないかとの認識があり、GDP に代わる新しい指標の開発もしくは GDP を補うための補助的な指標の開発が求められている。この背景には、我が国において特に所得の増加にも関わらず主観的幸福感が低いという主観的幸福を巡る課題が存在しており、なぜそうであるのかということについての学術的検討が求められている。また、このような指標の発表によって、国民の幸福度への関心が高まり、政府も 2010 年の新成長戦略の中に指標の開発や幸福度の改善を位置づけている。

一方で、社会福祉の分野において“いかにして幸福度の実現を図っていくか”という視点が重要となってきている。社会福祉の「福祉」の語源をみると、「福祉は良い状態 (Well-being)、幸福。健康及び繁栄」と定義されている (Oxford English dictionary)。また、社会福祉は、「これからは従来の少数者に対する福祉、気の毒な恵まれない人たちに対する救済という色彩から、もっと積極的に幸福を追求する、国民一人一人が幸せを享受でき、より良く発展していけるようなウェル・ビーイングを実現することである。」(栃本 2007) という解釈もできる。さらに、「幸福」「福利」「福祉」といった概念は、生活の豊かさを表す要素として従来から用

いられてきた (OECD2012:p.312)。しかし、人々の意識は近年急激に変化しており、単に物質的な豊かさのみを求めるのではなく、精神的な豊かさ、ゆとりある豊かさを追求しつつある (内閣府 2018)。

さらに、幸福の対極・反転領域というものを考えると、不幸である。不幸とは、幸福ではなく、かつ幸福の構成要素が欠けた状態のことであり、それは貧困でもあると言える。今日の社会においては、貧困をどのように捉えるのかが課題となっている。従来の貧困論は、生活困窮者の所得保障ということで健康的な文化的に最低生活の保障といった経済的側面が中心であった（もちろん生活保護法上は経済的な扶助とともに自立助長のケースワークを行うこととされているがそれは科学的なものではない。そこにこの研究の意義もあろう。）しかし、現在は例えば EU においては、貧困問題を経済的側面のみを示すものではなく、社会的排除、社会的疎外そのものを貧困として捉えている。実際に 1960 年代では、P. タウンゼントが絶対的貧困に対して、相対的収奪という概念を用い「相対的収奪としての貧困」を説いた。イギリスでは、主観的な認識を基準とした貧困の概念が着目されており、主観的な認識を加えたもの (MIS:A minimum income standard)、主観そのもので構成するもの (市民参加型の主観的最低生活費推計) という形で代替的貧困基準が開発されている。我が国の社会保障審議会生活保護基準部会においても扶助水準の客観的指標を示し保護基準とし、その審議においても従来の生活扶助額の検証作業で全国消費実態調査を用いて「展開」を行い一般世帯との「均衡方式」を採用しているが、この現状で良いのかとの一部委員からの指摘が行われていることが議事録を子細に検討するならば明らかとなる。また、文化資本や社会関係資本、そして経済資本の 3 つの資本の欠如について基準部会で栃本は指摘している。

上記の点より、物質的な豊かさが飽和する中で、人々の関心は内的・精神的な充足や「幸福」をめぐる問いに向かっている。また、幸福研究は、貧困研究との対応関係として物事を見ることができるため、幸福の研究を行うことは、福祉・社会福祉学のための基礎研究となると言える。何をもって最低生活かということを考えると、経済的な、マネタリーな基準となって最終的に示されるものとしても、その検討にあたって、満足度や何を重視するのか、何によって人は心理的にも満たされるのかという視点は貧困研究ではある意味欠落してきた事柄である。今、ようやく、生活困窮者支援ではそのような視点が加わってきたとも言える。

Ⅱ．研究目的

以上の研究の背景及び問題の所在に基づき、本研究における研究目的は次の 3 点とした。

1）幸福を満たす要因として重要視されているもの・その要素の育成及び増進方法について従来の検討を精査する。
2）他学問の領域の先行研究をもとに幸福度を形成する要素について明らかにする。
3）従来の社会福祉が対象としていた人々に対する幸福論として、死にゆく人の幸福を構成する要素を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

研究方法としては、文献研究である。

上記の研究の問いに応じて、次の領域の文献を調査することとした。

＜先行研究レビュー＞	＜幸福論関係＞
・日本の幸福度 / 生活満足度の現状	・幸福の概念 / 対極・反転領域
・幸福に関する政策の動向	・幸福度指標 / 幸福増進要因 / 幸福の決定要因
・幸福度指標作成における動向	・高齢期における生活の質、幸福とは
・幸福に関する研究動向	・死にゆく人の幸福を構成する要素 /Quality of Death and Dying/ スピリッツ

Ⅳ．「幸福」に関する政策・研究動向

1）日本の幸福度の現状

日本の幸福度の現状把握のために国連、OECD、内閣府による報告書を参考にした。

日本の幸福度を他国と比較した調査の結果については、156 カ国中 54 位であり、去年の 51 位から低下傾向にある (2018 World Happiness Report)。OECD の報告書では、日本の平均的な幸福度は他の OECD 諸国に比べて各項目の間でばらつきが見られる (OECD2017)。

次に、内閣府 (2011)「国民生活選好度調査」を参照すると、個人の幸福感については、10 段階評価の平均値でみて、「6.4」となっており、前年と比べて大きな変化の傾向・上昇はみられない。内閣府 (2018)「国民生活に関する世論調査」の報告書でも同様に、幸福感、生活満足度において上昇は見られない。加えて、近年では、物的な豊かさだけでなく、心の豊かさが重要視されている。心の豊かさが重要視されはじめると、人とのつながりを求めるようになることが考えられ、ボランティア活動への関心も高まってきている (内閣府 2011)

上記の点より、我が国において特に所得の増加にも関わらず主観的幸福感が低いという主観的幸福を巡る課題が存在しており、国民の幸福度への関心が高まってきている。また、他国と比較された調査結果については、幸福といった主観的なものの国際比較は難しく、また文化差の問題も大きく関わってくる。そのため、日本人の幸福度の低さというのを単純にそのまま受け止めることは妥当ではないだろうが、日本の社会が抱えている課題について考える 1 つの重要な契機にはなりうると言える。

2）幸福に関する政策の動向：幸福度指標作成

幸福度に関する政策動向については、2010 年 6 月に閣議決定された新成長戦略の中に指標の開発や幸福度の改善が明確に位置付けられた。これを受け、内閣府経済社会研究所において「生活の質」に関する調査が行われる等幸福度研究が強化されることとなった。他国では、主に経済能力開発機構 (OECD) やイギリス、フランス、ドイツでも指標づくりが進められ、ブー

タンのGNH指標が世界的な注目を集めている。具体的には、2005年より国民総幸福量(GNH：Gross National Happiness)を測定し、経済的な豊かさだけではなく、精神的な豊かさが人々を幸せにすることを明らかにしようとした。このように、幸福度を政策評価に活用しようとする動きは各国政府に広がり、指標化の試みが一定数に達しつつある。幸福度指標作成や幸福度に着目することで、これまで政策などにおいて焦点化されてこなかった「個々人がどのような気持ちで暮らしているのか」という要素が明らかになる。

指数化ということでは、例えば、ソーシャル・キャピタルの議論についての質的変化、すなわち、従来政治学者や社会学者が唱えていたソーシャル・キャピタルについて、それを途上国援助や支援のためのサービスや経済支援の効果ということについて新たに国際機関のエコノミストがその重要性を発見するとともに、数値化し操作的概念としたことと類似しているとも言えよう。

3）幸福に関する研究動向

CiNiiにて「幸福」、「豊かさ」、「生活の質」、でキーワード検索を行なった。結果6864件、3580件、3711件であった。また、Google Scholarで「Happiness」「well-being」1,230,000件、2,070,000件であった。幸福に関するエッセーや幸福に関する考察は、古来より万巻に及ぶ。しかし、幸福の要因分析、幸福を構成するもの等学術的なもの、分析的なものに絞るとかなり数が減る。また、現在、一般的に述べられている「幸福」・「幸福度」研究は、主観的幸福感と呼ばれる人々の主観的な生活の評価や幸福感を中心に研究する複合領域の分野である。主に哲学に始まり、倫理学、経済学、心理学、社会学、行動経済学等の分野で研究が行われており、幸福度の要因分析が盛んとなっている。これまで経済学の分野等では、幸福を「非科学的」な概念だと捉えてこのテーマに取り組むことを避けてきた。しかし、近年では主観的な幸福を測定することに利点を見出す経済学者が増えつつある。実際に、1970年以降に幸福に関する実証研究が行われ始め、様々な国で人々はどのくらい幸せか、どのような環境や経験が人々の生活に対する評価と密接に関係するのか等について多くの結果が蓄積されてきた(Derek Bok2010)。

一方、CiNiiにて「幸福 社会福祉」で検索すると76件であった。社会福祉学の分野における幸福研究の多くは、老年学の系譜における高齢者の生活の質に関する先行研究を元に高齢者の主観的幸福感の研究であり、全世代を含めた幸福の要因分析が不十分かつ研究が蓄積されていないことが明らかとなった。幸福研究は、様々な領域を含んだものであることから、本論文では、社会福祉の分野で議論されているものに目を通した上で他学問領域の先行研究をもとに幸福を形成する要素について検討していく。

Ⅴ．研究結果

1）幸福増進要因として、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）が有効である。

1—1）幸福の概念

まず、広辞苑 (2018) によると、幸福とは、心が満ち足りていることであり、国語辞典 (2011) では、幸福とは恵まれた状態にあって、満足に楽しく感ずることであると定義されている。

(OECD2012:P.312) では、「幸福」「福利」「福祉」といった概念は、生活の豊かさを表す要素として従来から用いられてきた。また、「幸福」というものは、複雑な現象であり、その決定因子の多くが互いに強く関連しており、幸福度の評価には、多数の要素を包含し、諸要素の間の相互関係がどのように人々の暮らしを形成しているかを測定できるような包括的な枠組みが必要であると考えられている (OECD 2011:p.25)

上記の点より、本研究では、「幸福増進」とは、生活の豊かさが向上した際によってもたらされるものとして捉えることとする。

1—2）幸福の対極・反転領域

幸福の対極・反転領域というものを考えると、不幸である。不幸とは、幸福ではなく、かつ幸福の構成要素が欠けた状態のことであり、それは貧困でもある。今日の社会においては、貧困をどのように捉えるのかが課題となっている。従来の貧困論は、生活困窮者の所得保障ということで健康的な文化的に最低生活の保障といった経済給付によっていた。(もちろん生活保護法上は経済的な扶助とともに自立助長のケースワークを行うこととされている。) しかし、現在は、例えば EU においては、貧困問題を経済的側面のみを示すものではなく、社会的排除、社会的疎外そのものを貧困として捉えており、貧困を多面的に捉えることが重要となっている。このようなことから、幸福研究は、貧困研究との対応関係として物事を見ることができる。

1—3）幸福を満たす要因について

OECD・国連・内閣府・荒川区が提示している 4 点の幸福度指標を参考にし、論述した。

国連では、「頼ることができる人の存在」(World happiness report2015)、OECD では「社会とのつながり・住民参加とガバナンス」(OECD 2013)、内閣府では「家族、地域、社会とのつながり」(内閣府 2011)、荒川区では「つながりの実感度」(荒川区 2012) が項目の中で示されている。これらの指標の比較を行なった結果、共通項として「人とのつながり」に加えて、OECD は幸福の「長期的な持続可能性」を示す指標として社会関係資本 (ソーシャル・キャピタル) という要素について挙げている。このことから、幸福を満たす要因として人との繋がりが重要視されており、その中でも特にソーシャル・キャピタルが幸福度を大きく左右させる重要なものであることが明らかとなった。よって、本論文において、幸福の要因として特に幸福の持続可能性という観点からソーシャル・キャピタルに着目した。

<幸福度の指標における共通項目>
① 頼ることができる人の存在（国連）
② 社会との繋がり・住民参加とガバナンス / 持続可能性：社会関係資本（OECD）
③ 個人、家族の繋がり・地域、社会との繋がり（内閣府）
④ つながりの実感度（荒川区）
↓
共通項として「人、社会とのつながり」が見られた。
↓
共通項＆幸福の持続可能性として
「ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）」が幸福増進要因として有効である。

(各種の資料を元に筆者が作成)

2）ソーシャル・キャピタルの育成、推進していくにあたって人々の社会参加を促進することが重要であり、「市民化」を進めることが必須である。

2—1）ソーシャル・キャピタルの概念

ソーシャル・キャピタルは、一般的には社会的なネットワーク、信頼や規範といった社会的な関係を「資本」と位置付けられたものである。また、ソーシャル・キャピタルの研究は、政治、制度パフォーマンス、経済活動、開発途上国の社会開発、教育活動、健康増進、地域開発など様々な分野において行われており、重要な概念として捉えられている。しかし、ソーシャル・キャピタルに含まれる要素は多様であり、定義については未だ議論が定まっていない。

ソーシャル・キャピタルという言葉については、20 世紀の間に何度か使用されているが、この概念を最初に用いたのは、1916 年にアメリカのウェスト・ヴァージニア州農村学校の指導主事であった L・J・ハニファンである。1950 年代にはカナダの社会学者、1960 年代には都市設計者のジェーン・ジェイコブズ、1970 年代には経済学者グレン・ラウリーによって用いられた。ソーシャル・キャピタルについて本格的な論考が行なわれ始めたのは 1980 年代からである。具体的には、1980 年代に社会理論家ピエール・ブルデュー、経済学者エックハルト・シュリヒト、社会学者のジェームズ・S・コールマンによって用語が使用され、次第に注目されるようになった (Putnum 2000)。1993 年にはアメリカの政治学者パットナムによって著作「Making Democracy Work」、「Bowling Alone」が刊行されたことで様々なソーシャル・キャピタルに関する様々な議論の中で取り上げられるようになった。そして、1990 年代後半には、ソーシャル・キャピタル論を政策に活かすための調査研究が世界銀行、各国による政府、OECD などによって推進され、ソーシャル・キャピタルの指標の開発や増進を政策の立案、実施、評価の指針とする方策が具体的に検討されるようになった。

本論文では、代表的な概念定義を行なっているパットナム、ブルデュー、コールマン、パットナム、OECD、世界銀行、リンの 6 つの視点を参考にした。(Putnum 2001) によると、ソーシャ

ル・キャピタルとは「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴。」である。その中でも社会的なネットワークがソーシャル・キャピタル論の中核的なものであることを述べている。この中核的なものを構築するためには、市民が社会参加をし、ネットワークを形成する機会の増大を促す基盤作りが必要であることがパットナムの論文から分かった。

2—2）ソーシャル・キャピタル⇔幸福

パットナムの研究によると、ボランタリー組織のような社会的連帯の存在とそれに対する参加の度合いがソーシャル・キャピタルの量を表しており、このような連帯と参加によって集合的な規範と信用が高まり、結果として全体の幸福度が生成されると述べている (Putnum 2001)。また、ソーシャル・キャピタルは、社会学・経済学・医学的観点等多くの側面からみても、生活の質や人的資本の形成に影響を及ぼす。よって、ソーシャル・キャピタルの形成が幸福に影響を及ぼすため、幸福増進要因としてのソーシャル・キャピタルという因果関係が明らかとなった。

2—3）ソーシャル・キャピタルの育成、増進方法

ソーシャル・キャピタルの育成、推進していくにあたっては、世界銀行、パットナム、内閣府、OECD の 3 点の指標を比較した。世界銀行では、「集団行動と協力」(Grootaert 2004) パットナムでは、「公的問題への参加の指標」(パットナム 2006)、内閣府では「社会参加」、(内閣府 2006)、OECD では、「公共機関 / ガバナンス」(OECD2001) が項目の中で示されていた。結果として、項目の指標の要素の特徴として、人々の「社会への参加」があってはじめて成り立つものであった。さらに、平成 17 年度の内閣府の「コミュニティ機能再生とソーシャル・キャピタルに関する研究調査報告書」によると、行政と NPO・企業の協働機会の創出により、橋渡し型ソーシャル・キャピタルの育成に繋がると述べている。このことから、ソーシャル・キャピタルの育成、推進していくにあたって人々の社会参加を促進することが重要である。よって、「市民化を進める」ことが必須であることが明らかとなった。

上記の点より、近年は幸福度を左右させる要因としてソーシャル・キャピタルの有無がしばしば指摘されるが、単にソーシャル・キャピタルが存在すればよいのではなく、それが有効となる幸福度に影響を与えるためには、人々の社会参加や市民化が重要であることを示した。

＜ボランタリー組織のような社会的連帯と参加＞
（ソーシャル・キャピタルの量と考えられている。）
集合的な規範と信頼が高まる
↓
ソーシャル・キャピタルの形成が幸福に影響を及ぼす
＝幸福増進要因としてのソーシャル・キャピタルという因果関係
＜ソーシャル・キャピタルの指標の共通項目＞
①集団行動と協力（世界銀行）
②公的問題への参加の指標（パットナム）
③社会参加（内閣府）
④ガバナンス（OECD）
↓
共通項目として人々の「社会への参加」がみられた
↓
ソーシャル・キャピタルの育成、推進していくにあたり市民化を進めることが必須である

(各種の資料を元に筆者が作成)

3）幸福度を形成する要素は、男性や女性、年齢、その置かれた環境や状況によって異なる。つまり、20 代の幸福の構成要素と 70 代の幸福の構成要素は異なると言える。

3—1）性別と幸福度

性別と幸福度については、自己評価による幸福度は、男性より女性のほうが高いことについては多くの研究で報告されている。実際に、我が国においても、平均的に女性は男性よりも幸福であることが調査結果から明らかとなっている (内閣府 2008、筒井 , 大竹 , 池田 2009)。しかし、その差はあまり大きくない。幸福度の違いについての説明としては、男女の生物学的な属性の違いと社会的文化的性差が存在し、そのあり様は国や社会によって異なっていて、ある国や社会における社会的文化性差のあり様も男女の幸福度に影響を与えている可能性があるとする研究がある。つまり、生物学的な属性が幸福度に与える影響というものも、実はその属性が社会的にどのように評価されているかに強く依存しているということである。例えば、多くの国々では、男性は女性よりも社会的に優遇されていると言われており、このことで男性の幸福度が上がる可能性もあるが、一方で社会的な責任が大きいことで男性は不幸であるかもしれない (筒井 , 大竹 , 池田 2009:3) との意見もある。

3—2）年齢と幸福度

年齢と幸福度については、これまでの諸外国における年齢と幸福との関係に関しての調査は、加齢とともに U 字型を描くとの研究結果が大半である。若い人の幸福度は高く、中年期

に一度低下し、高齢になると再び上昇するというもの。多くの論文では、U 字型の底は 40 歳代であると報告されている。U 字型の底が 40 歳代であることは OECD 諸国においてみられるものだが、ロシアでは 47 歳に底があるとするものがある (Graham et al., 2004)。

我が国においては、2008 年の内閣府の「国民生活白書」のものによると、年齢と幸福度では U 字型にはなっておらず、67 歳を底にして 79 歳にかけて幸福度はほとんど高まらない L 字に近い形状を取っており、アメリカと比較すると特異な結果と言える。

このように、U 字型や L 字型というものが、どの国や時代によっても成立するか否かは世代効果の識別とともにより一層の研究が必要である。年齢が幸福に与える影響を把握するのが困難な理由としては、次のようなことが考えられる。1 つは、年齢が、世代効果と干渉し合う可能性があるということ。幸福度の変化があったとしてもそれは時代の経過に由来するものであって加齢によるものではないかもしれない。また、（フライ / スタッツァー 2005）によると、幸福という言葉の意味が加齢とともに変化する可能性がある。こうした点から

年齢とともに幸福度が下がるということや若者は高齢者より幸福である等主張する際は注意が必要になってくる。

3—3）所得と幸福度

所得と幸福度については、経済学での多くの研究では、所得が上昇すれば、幸福も増大すると考えられている (Blanchflower and Oswald2000)。一方で、長期にわたって国同士を比較した研究では、一人当たり所得と平均的な幸福度はほんのわずかな関係しかない。つまり、先進国は発展途上国よりも幸福ではあるものの、幸福度はある一定のところまでは所得の上昇に伴って上がり、それ以降は伸びなくなるということである。この点について、

経済学者のリチャード・イースタリンが「所得や一人当たり GDP の上昇などで幸福度が上昇しない」といった幸福のパラドックスを明らかにした (Easterlin 1974)。また、先進国の所得上昇が生活満足度を少ししか上昇させない理由としては、所得上昇に伴う物質主義、ストレスなどのマイナス面が影響しているとの指摘も見られた。

パラドックスがみられる理由としては、多くの議論があるが、本論文では主に 3 点を挙げる。1 点目は、相対的所得という考え方である。人々が参照にしているのは、絶対的所得ではなく相対的所得であるというものである。人々は、自分自身が豊かか否かを周囲の人との比較による相対的な豊かさからも判断しているというものであり、研究によっては、準拠集団の理論を用いた説明がされている。2 点目は、人々は時間とともに満足レベルを引き上げるというものである (Frey and Stutzer 2002)。つまり、所得が上昇したとしても、満足レベルも同様に上昇し、所得の上昇に慣れてしまうため、同じレベルの幸福度を達成するためには、より高いレベルの所得が必要となる。3 点目は、幸福度を押し下げる社会的要因（離婚、犯罪、失業など）によって、効果が打ち消されてきたというものである (Derek Bok 2010)。

4）死にゆく人にとっての幸福を構成する要素は、一般的な QOL（生活の質）のとは異なり、死への過程のより良い生き方、“Quality of Death and Dying”(QOD/D) という観点からも幸福を増進する必要がある。そこには、「スピリッツ」の要素も入ってくる。

4—1）背景：多死社会

従来の社会福祉が対象としていた人々に対する幸福論として、死にゆく人の幸福を構成する要素を検討した。我が国は、高齢化に伴って死亡数・死亡率は今後も増加していく見込みである。国立社会保障・人口問題研究所 (2016)「日本の将来推計人口」における出生中位推計結果を概観してみると、死亡数は 2039 年に 167 万人とピークを迎え、その後は減少していくことが見込まれている。

上記の点から、我が国は高齢化に伴って死亡数・死亡率は今後も増加していく見込みであり、「多死社会」を迎えている。そのため、「死」について考えざるをえない時代となる。また、大量高齢者死社会を迎えるにあたって死にゆく人の幸福を考えることは重要である。

4—2）高齢期

一生において、人間というものをみていくと乳児期・青年期・高齢期と絶えず成長し、変化しており、その過程にはそれぞれの段階での課題がある (Erickson,1980)。この中で、死にゆく過程である高齢期に着目してみると、エリクソンも指摘しているように人生の統合期である。つまり、これまでの成長のプロセスと課題を振り返りながら人生をまとめていくことが求められる時期となる。そのため、どのように生きるか、生きる意味は何か、どのように死を迎えるか等の課題に向き合うこととなる。高齢期で生じる課題としては、身体的領域・心理的領域・社会的領域・スピリチュアルな領域の 4 つが挙げられ、人間を全人として見る時に必要な側面であると述べている (藤井 2007:p.68)。スピリチュアルとは、人間の存在の根源に関わる領域であり、「たましいの領域」「実存の領域」であり、スピリチュアルペインは、生きることや自己存在そのものが揺るがされるような根源的な痛みであり実存的な痛み (Cohen 他、1996a) と言われるものである。つまり、生きる意味を見出すことができるか・自分の人生を良いものとして自分自身の存在を受け入れることができるかなどである。なお、ヨーロッパのソーシャルワークやソーシャルワーカーのテキストや研究書、ハンドブックなどにおいてもソーシャルワーカー（ワーク）と支援とともに、そしてスピリチャリティという言葉が本の題名になっているものが近年かなり見受けられる。フォーカスがそこにあたっているのである。

4—3）QOL（生活の質）/QOD・D

患者や終末期などの研究は多くあり、死が遠い状態にあるときには「生活の質」を問うことは重要であろうが、一方、死が近くなった際には、「生」に対する一般的な生活の質やそのための増進を問う QOL よりも、QOD/D(Quality of death and dying：死、死にゆく質) がより重

要となる。「死」に関する議論では、欧米では、約 20 年前より患者にとっての望ましい死とは何かといった緩和ケアのあり方が検討されてきた。イギリスでは、経済誌の『エコノミスト(Economist)』の調査部門である Economist Intelligence Unit がシンガポールの Lien 財団と協力して 2010 年より QOD 指標を用いて死を迎える人への「ケアの質」Quality of Death Index の報告書を発行している。2010 年の報告書では、イギリスが上位におり、日本は 23 位となっている。

QOD/D とは、安らかな死、どのように死の過程を経るのかといった死のあり方、死の過程に重点を置いた見方といえる。生きていることの意味と意義を実存の世界で問うことである。当事者にとっても家族や周囲にとっても死を意識する家出の生き方という言い方もできる。また、QOD/D は、QOL と同様、患者及び家族の主観的評価に依存すると言われているものである。この場合、QOL とは、異なる要素が重要となる。つまり、一般的な QOL とは異なり、優先度や特に重視されるものが異なっていく。これは、高齢期を迎える高齢者やさらに言えば障害者にとっても同様に重要かつ本質的テーマと言える。

Ⅵ. 結論

上記の 4 点より、幸福に関する理論的な考察を行なった。これらの考察を踏まえ、以下の点を結論とする。

1) 幸福を構成する要素について

物質的・精神的・健康状態、文化的な側面、市民参加など人々の暮らしの多様な要素に注目し、人々の様々なニーズが満たされる必要がある。この際、性別・年齢・その置かれた環境や状況、国や社会における文化や時代といった背景も留意することが求められる。幸福というものが様々な要素から構成されることから、幸福度増進にあたっては不幸・マイナス要因 (心理的不安、不健康など) の除去だけでは不十分であり、幸福の様々な側面を支えるための基盤作りと共にプラスに働く要素 (ソーシャル・キャピタル、社会参加など) というものが重要となる。幸福の様々な側面を支えるものとしては、経済資本、自然資本、人的資本、社会関係資本などが挙げられる (OECD 2012:P.28)。その他には、社会保障制度の安定性というのも、先に述べた 4 つの資本のストックや心理的な側面における安心感などに影響を与えると考えられ、幸福を規定するある種の基礎条件であるとも言える。

2) 幸福研究は、福祉・社会福祉学のための基礎研究となる

研究背景でも既に述べたように、社会福祉学ではウェル・ビーイングやウェルフェア等の向上を目指すものであると解釈できることから幸福研究は欠かせない。

また、幸福論と貧困は裏表の関係であり、そういう意味から本論文は幸福論からみた貧困論である。従来の貧困論は、生活困窮者の所得保障ということで健康的な文化的に最低生活の保障といった経済的側面が中心であった。しかし、今日では、社会の変化に伴って社会的排除、社会的疎外そのものを貧困として捉えるなど多様な視点から捉える共に人々の満足度

や何を重視するのか、何によって人は心理的にも満たされるのかといった視点が求められる。人々の満足度や何を重視するのか等については、上記のように、幸福という視点から研究を行った。そのため、幸福研究によって、貧困の持つ多様性や貧困のもつ多義的な意味というものを分析する一助となり、従来の社会福祉が対象としていた人々に対する新たな救済の方策を考えることに寄与できると考えている。また、人間の尊厳に値する水準ということを考えた場合極めて豊富な含意を持つ。

Ⅶ. 本研究の課題

本研究での幸福研究は、幸福増進要因や幸福度を形成する要素についてごく一部の知見のみに焦点を当てた。しかし、幸福に関する研究については、海外での文献や実証調査など膨大にあり、かつ幸福度を形成する要素に関して因果関係の分析・実証調査もより一層求められる。今後は、幸福論の相似形として、かつその反転領域としての貧困についての研究を行っていきたいと考えている。

（文献）

Bruno S. Frey and Alois Stutzer(2002) "Happiness and Economics" Princeton University Press

Blanchflower, D. G. and Oswald, A. J. (2000) 'Well-being over Time in Britain and the USA,' Journalof Public Economics, 88, pp.1359-1386

Carol Graham(2012) "The pursuit of happiness: An Economy of well-being" Brookings Institution Press

Derek Bok(2010) "The Politics of Happiness:What Government can Learn from the New Research on Well-Being" 訳 / 土屋・茶野・宮川『幸福の研究』東洋経済新報社

Donald L.Patrick,PhD,MSPH,Ruth A. Endelberg,PhD, and J.Randall Curtis, MD,MPH(2001)Evaluating the Quality of Dying and Death

Downcy L.curtis JR,Laffery WE,et al.(2010)The quality of dying and death Questionnaire(QODD):empirical domains and theoretical perspectives.J pain Symptom Manage ;39:9-22.

Easterlin, Richard.(1974) "Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence". In Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz, edited by Paul A. David and Melvin W. Reder, 89-125. New York: Academic Press

Graham, C., A. Eggers, and S. Sukhtankar,(2004)Does happiness pay? An exploration based on panel data from Russia. Journal of Economic Behavior and Organization 55, 319– 342.

Grootaert,et.al,2004 "Measuring Social Capital-An Integrates Questionaire", World Bank working paper

Robert D. Putnum Simon&Schuster (2001) "Bowling Alone: America's Declining Social Capital." Journal of Democracy6(1):65-78（坂本治也・山内富美訳【2004】『ひとりでボウリングをする—アメリカにおけるソーシャル・キャピタルの衰退』）

Kahneman, Daniel, and Alan B. Kruger(2006) "Developments in the Measurement of Subjective Well-being." The Journal of Economic Perspectives, 20(1): p.3-24

OECD Better Life Initiative(2018)「How`s Life in Japan ？」

OECD (2001) "The Well-Being of Nations: The Role of Human and Social Capital"（邦訳 (2002)「国の福利：人的資本及びソーシャル・キャピタルの役割」日本経済調査協議会訳、日本経済調査協議会

James E.Birren,James E.Lubben, Janice Cichowlas Rowe, Donna E. Deutchman(1991)「The concept and Measurement of Quality of life in the Frail Elderly.Academic Press/ 訳三谷嘉明『虚弱な高齢者の QOL—その概念と測定—』医歯薬出版株式会社

John Helliwel, Richard Layard and Jeffrey Sachs（2018）World Happiness Report The Earth Institute Columbia University Centre For Economic Performance

浅野仁 / 栃本一三郎 (2007)『高齢期を支える社会福祉システム』放送大学

荒川区総幸福度 GAH に関する研究プロジェクト第二次中間報告書 (2012)

大竹文雄 / 白石小百合 / 筒井義郎 (2010)『日本の幸福度—格差・労働・家族—』株式会社日本評論社

国際協力事業団 (2002)『ソーシャル・キャピタルと国際協力—持続する成果を目指してー【総論編】』国際協力事業団

国連開発報告 (UNDP)(2003)『人間開発報告書 Human Development Report- ミレニアム開発目標 (MDGs) 達成に向けて -』国際協力出版会

小山路男 (1983)『福祉国家の生成と変容』光生館

幸福度に関する研究会 (2011) 資料 2『（概要版）幸福度に関する研究会報告（案）－幸福度指標試案—』内閣府経済社会総合研究所

島薗進 , 竹内整 (2008)『死生学 1: 死生学とは何か』東京大学出版会

柴田善守 (1985)『社会福祉の史的発展—その思想を中心として -』光生館

嶋田啓一郎 (2002)『社会福祉の思想と人間観』

袖井孝子 (2007)『死の人間学』金子書房

ダニエル・カーネマン / 訳 友野典男 (2011)『ダニエル・カーネマン心理と経済を語る』楽工社

デーケン、アルフォンス (2011)『死とどう向き合うか』[新版]NHK 出版

橘木俊詔 / 高松里恵 (2018)『幸福感の統計分析』株式会社岩波書店

筒井義郎・大竹文雄・池田新介 (2009)「なぜあなたは不幸なのか」『大阪大学経済学』

栃本一三郎 (2006)『積極的な最低生活保障の確立—国際比較と展望—』第一法規

栃本一三郎 (2007)『保育士を志す人のために新しい視点で学ぶ社会福祉』光生館

徳永優子／来田誠一郎／西村美由起／矢倉美登里 訳 (2012 年 12 月 3 日)OECD 幸福度白書『より良い暮らし指標：生活向上と社会進歩の国際比較』OECD 編著 明石書店 How's Life ？ 2013 MEASURING WELL-BEING p.312

内閣府 (2010)『「新成長戦略」について』閣議決定
藤井美和 (2007)「高齢期の QOL とスピリチュアリティ」『高齢期を支える社会福祉システム』放送大学

【論　文】

障害児地域生活支援体制の発展モデルに関する研究
―埼玉県東松山市を事例として―

西村　久美子（社会福祉学科博士前期課程）

要旨：本研究は、障害児の地域生活支援体制の発展の内実と発展の要因について明らかにすることを目的とし、埼玉県東松山市を対象に事例研究を行ったものである。文献調査とインタビュー調査を通じて、同市の地域生活支援体制の発展プロセスが、国が示す発展モデルに沿っているかを検証し、各発展段階の特徴と発展の要因を明らかにした。当事者を中心とした「協働の展開プロセス」の継続が地域生活支援体制を発展させた要因であることが確かめられた。昨今の施策では、ソーシャル・アクションの要素を含む相談支援を通じて、地域生活支援体制を発展させていくことが求められている。同市の取り組みでは、「協働の展開プロセス」の中で、当事者のニーズが地域の課題として普遍化され、その課題解決のために必要なサービスが地域の仕組みとして事業化･施策化された。よって､このような同市における「協働の展開プロセス」は相談支援であると言える。

キーワード：障害児、相談支援、地域生活支援体制

I. 研究の背景と目的

1. 研究の背景

国連の「障害者の権利に関する条約」において、障害児･者の地域社会へのインクルージョンの重要性が謳われている。我が国は同条約を 2014 年に批准し、政策や制度改革を含め、インクルージョン推進のための様々な取り組みが行われているところである。

障害児に関して言えば、厚生労働省において 2014 年に「障害児支援の在り方に関する検討会」が開催され、同年 7 月に「今後の障害児支援の在り方について（報告書）」が取りまとめられた。同報告書は、「地域社会への参加・包容（インクルージョン）の推進と合理的配慮」を障害児支援の第一の基本理念として掲げ、共生社会を目指した障害児支援の方向性や具体的方策を含む障害児支援の在り方に関し提言している。

一方で、特別支援学校・学級の増加が示すように、インクルージョンの理念と実践が乖離している状況が見られる。障害児に特化した支援サービスや教育の充実とともに､障害児の｢子ども」としてのあたりまえの（普通の）地域生活が阻まれている。このような状況から、インクルージョンを志向した障害児支援の具体的な取り組みについては模索の段階にあると言える。障害児が地域において障害のない子どもとともに育ち、学び、生活をしていくための支援施策や地域の在り方が問われているのである。

2. 研究の目的

障害児が地域の中で「子ども」としてのあたりまえの生活をおくるには、地域での支援体制の整備が必要である。したがって本研究では、インクルージョンを志向した障害児支援の在り方を検討するために、障害児の地域生活支援体制に焦点をあてる。

障害児の地域生活支援体制については、後述する通り国からその発展モデルが示されている。しかしながら、全国の自治体における地域生活支援体制の進展の状況や、発展の具体的なプロセスについての研究は見当たらない。すなわち、国が示すモデルに沿って、地域生活支援体制が構築され得るのか明らかになっていない。また、地域生活支援体制の発展にかかる実践的な検証も十分に行われていない。よって本研究では、先進事例である埼玉県東松山市の地域生活支援体制について検証を行う。国のモデルに沿った発展プロセスを経ているかを確認し、同市の地域生活支援体制の発展の内実及び発展の要因を明らかにする。以上に基づき、市区町村レベルにおける障害児地域生活支援体制構築への取り組みの示唆を得ることを目的とする。

II. 相談支援を通じた地域生活支援体制の構築

1. 障害児支援における相談支援

日本では、障害の早期発見・早期療育を重視し、障害への対応を一義的な目的として障害児施設を充実させ、施設を中心とした障害児支援の確立が図られてきた。一方で、1980 年代以降のノーマライゼーションの概念の普及とともに、障害児の地域社会でのあたりまえの生活の保障が重視されるようになり、障害児支援の在り方が問われていった。こうした流れの中で、地域生活支援体制の確立が目指され、その中核を担うものとして相談支援が位置づけられた。

1995 年に策定された「障害者プラン（ノーマライゼーション 7 カ年計画）」（1996 年～ 2002 年）において、地域で共に生活するための具体的施策のひとつとして、「障害児の療育、精神障害者の社会復帰、障害者の総合的な相談・生活支援を地域で支える事業を、概ね人口 30 万人当たり、それぞれ 2 か所ずつ実施する」体制づくりが示された（山内・望月 2015：58）。これによって、障害児と知的障害については「障害児（者）地域療育等支援事業」が創設され、予算化された。同事業について山内・望月は、日本における相談支援事業の始まりと位置づけることができると述べている（山内・望月 2014：59）。以降、第 2 次から第 4 次にわたる障害者基本計画の中でも、相談支援は障害児の地域生活支援を進める方策として位置づけられている。

「今後の障害児支援の在り方に関する検討会」（厚生労働省 2014）や「子ども・子育て支援制度」等の障害児支援にかかる昨今の政策動向をみても、障害児の社会へのインクルージョンが基本理念として置かれ、相談支援によって地域生活支援体制の充実を図ることが示されており、相談支援の重要性が強調されている。相談支援による地域生活支援体制の確立を通して、障害児の地域へのインクルージョンの進展が期待されるところである。

2. 相談支援[1]

ここで、相談支援が含有する内容について整理を行う。

2002 年に厚生労働省より出された「障害者ケアガイドライン」の中で、障害者ケアマネジメント（相談支援）とは「障害者の地域における生活を支援するために…（中略）…複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」と定義されている。また、2005 年の「相談支援の手引き」において、相談支援は以下のように定められている。

> *「（利用者の）複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」*
>
> *（相談支援の手引き（2008 年）、下線は筆者による）*

以上、代表的な 2 つ指針で明言されている通り、相談支援は、単に、個々の地域生活支援のためのサービス調整や関係者の連携促進に留まらず、個別支援の中で顕在化する資源不足等の地域課題の解決に取り組むことや、そのためのシステムづくりまでを含む概念であることが理解できる。「障害者ケアガイドライン」の中では、「社会資源の改善・開発」は個別の相談支援と相互に関連し合いながら展開されるものとし、地域の社会資源の把握と連携づくり、障害者・障害者団体・地域・地域住民・行政機関等への働きかけが含まれていると示されている。

このように、相談支援には、ソーシャル・アクションの側面が含まれており、またそれが重視されていることが理解できる。相談支援の考え方に立ち、個別ニーズから明らかとなる地域課題を起点として社会資源の改善や開発を行い、またそれを実現するための仕組みづくりを通して、障害児（者）の地域生活支援体制を発展させていくことが求められている。

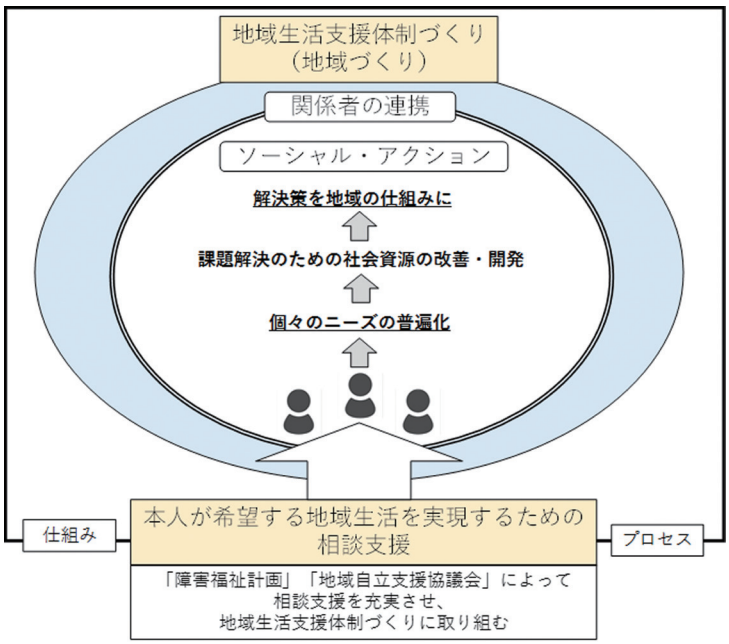
3. 相談支援を通じた地域生活支援体制の構築

地域生活支援体制は、障害児の「子ども」としてのあたりまえの地域生活を保障するための仕組みである。地域生活支援体制は、ノーマライゼーションの理念の実現を掲げて始まった 2003 年の支援費制度以降、その充実に焦点が当てられてきた。支援費制度の開始に伴って、「自己決定」という利用者本位の地域生活支援を提供するために、総合的にサービスの調整を図るケアマネジメントが相談支援の具体的な手法として導入された（中野 2016:21）。つまり、障害児（者）本人が希望する地域生活を実現するための相談支援という位置づけである。さらに、前節で述べた通り、包括的な相談支援を通して障害児（者）の地域生活を支える支援体制づくりまで行うとしている。

相談支援を通じた地域生活支援体制の充実を図るため、2006 年の障害者自立支援法において自立支援協議会の法定化及び市町村・都道府県レベルでの障害福祉計画の策定の義務化が行われた。地域生活支援体制の発展に資する相談支援の展開のための具体的方策として、自

立支援協議会が位置づけられたと言える。社会資源の改善や開発までを含む相談支援の実践を行う自立支援協議会が、障害者福祉計画の策定につながることで、障害児（者）の地域生活支援体制の発展に必要な事業や施策の実現が可能となる仕組みとなっている。

上記で述べた内容を総括し、相談支援を通じた地域生活支援体制の構築を表したものが図1である。本人が希望する地域生活を実現するための相談支援を通して、地域生活支援体制づくりに取り組むことを示している。その具体的内容は、個々のニーズを地域のニーズとして普遍化し、社会資源の改善・開発を通して課題解決を図り、その解決策を地域の仕組みに落とし込む。このような一連の取り組みはソーシャル・アクションであるとも言え、これを関係者が連携し行う。このプロセスと仕組みが相談支援である。そして、障害者福祉計画や地域自立支援協議会を通じて、相談支援の充実を図るとされている。



（筆者作成）

図1　相談支援を通じた地域生活支援体制の構築

4. 地域生活支援体制の発展のモデル

上記のような相談支援による地域生活支援体制の構築は、一朝一夕に確立されるものではなく、関係者の継続的な取り組みにより発展していくものである。厚生労働省は2003年に「障害者地域生活推進特別モデル事業」を実施し、地域生活支援体制の発展のモデルを提示した。

同事業は自治体における相談支援の円滑な推進を図り、障害児（者）の地域生活支援体制を整備するために行われたもので、「地域生活移行事業」と「地域生活ステップアップ事業」

からなる。後者については「各地域における地域生活支援の取組みの現状に応じ、地域生活支援の仕組みを段階的に向上させるために必要な事業を支援するもの」としている。本事業に係る障害保健福祉部長通知「障害者地域生活推進特別モデル事業」（平成 15 年 5 月 30 日 障発第 0530006 号）の中で、地域生活支援体制は、地域の実情に応じて「相談支援、ケアマネジメント、市町村の関与、サービス提供体制等が関連性を持って発展していく」との前提に立ち、地域支援システム（本研究での地域生活支援体制）の発展モデルが提示されている。当該モデルとして、大都市型、市町村型圏域タイプ、市町村型市単独タイプの 3 つのモデルが示されており、それぞれ 5 つの段階と各発展段階の判断基準が設けられている。

この発展モデルでは、当事者の地域生活を支える社会資源と関係者の連携が限定的な状態から、当事者の地域生活のニーズを受け止める相談支援事業の展開とともに、居宅サービスが充実し、関係者の連携が段階的に広がっていくというプロセスが提示されている。前節で整理した包括的な相談支援を通じて、このようなプロセスに沿って地域生活支援体制の発展に取り組むことが示されていると言える。

このように、国から地域生活支援体制の発展モデルが示されたものの、全国の自治体における地域生活支援体制の進展の状況や、発展の具体的なプロセスについての研究は見当たらない。また、地域生活支援体制の発展にかかる実践的な検証も十分に行われていない。よって、地域生活支援体制の発展のプロセスや発展の要因を明らかにするために、先進事例である埼玉県東松山市を対象とし事例研究を行うこととした。

III. 研究方法

1. 調査の目的

前章までの考察に基づき、先進事例として、長年にわたりインクルージョンの理念を基に、障害児の地域生活支援体制の充実に取り組んできた自治体である埼玉県東松山市を取り上げ、地域生活支援体制の発展の内実と発展の要因を明らかにすることを試みる。調査の目的は、国のモデルと照らし合わせ東松山市の地域生活支援体制の発展プロセスを検証するとともに、発展に寄与した要因について分析及び考察を行うことである。

2. 調査の方法

本研究では、Yin, R. K の「ケース・スタディの方法」を参考に、質的研究のひとつであるケース・スタディの方法を用いる。ケース・スタディは、特定の事象に関する研究の初期段階において有効な方法であり、「プロセスや背景を含む、対象に対するより深い理解」を得ることを通じて「メカニズムの発見・解明に貢献するもの」である（高橋・徳山・吉田：2015）。以下に述べる調査を通じて、東松山市において地域生活支援体制がどのように発展してきたのか、またその発展を進めた要因は何かについて分析及び考察を行う。

Yin（1994：105-107）は、ケース・スタディの原則のひとつとして、同じ事象を立証するために複数の証拠源を利用することを挙げている。これに従い、本研究では文献調査とイン

タビュー調査を行うこととした。またインタビュー調査においては、より多角的な分析を行うために、異なる背景を持つ関係者を調査対象者とした。

3. 文献調査

文献調査では、東松山市の障害児（者）福祉等の関連分野に関する研究論文の他、インターネットで入手可能な東松山市及び同市の支援機関が発行する文書や会議録等（2 次データ）を調査対象とした。文献調査に基づき、東松山市の地域生活支援体制の発展のプロセスが、国が示す発展モデルに沿っているかを検証した。

4. インタビュー調査

文献調査を踏まえた上で、東松山市の地域生活支援体制の発展の内実と発展の要因を分析・考察するために、インタビュー調査を行った。1990 年以降の取り組みを理解するために、当時から当該分野に従事または関わってこられた方、計 6 名を対象にインタビュー調査を実施した。

（1）インタビュー調査の対象者とサンプリング

研究対象者は、地域生活支援体制の発展のプロセスを多角的に理解するために、行政職員 2 名、福祉専門職 2 名（現行の相談支援専門員にあたる職種に従事してきた方）、現在 10 代後半から 20 歳台の障害のある子どもを持つ親 2 名とした。研究対象者の抽出は、スノーボールサンプリング形式にて、同市の障害児地域生活支援体制の構築の中核を担ってきた行政職員の方より、本調査の趣旨を理解いただいた上で、他の調査対象者を紹介いただいた。障害児の親については、福祉専門職の方から紹介いただいた。

（2）倫理的配慮

本調査の実施にあたり、上智大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」より承認（2018-35）を得、その内容に基づき研究を進めた。

（3）調査データの収集方法

調査データの収集においては、2018 年 8 月から 10 月にかけて、事前に準備したインタビューガイドに基づき、一人あたり 2 時間程度のインタビュー調査を、1 回、個別に実施した。行政職員については、先方の希望により 2 人同時にインタビューを行った。

（4）分析方法

インタビュー調査結果の分析においては、佐藤郁哉氏の「質的データ分析法」の分析法を参考にし、インタビューの逐語録の分析を行った。分析方法の詳細については、第 V 章で述べる。

IV. 文献調査結果の分析

1. 東松山市の概況と取り組み

（1）東松山市の概況

東松山市は埼玉県の中央に位置しており、県の地域区分では西部地域の北端に位置する。高度成長期には、東京のベッドタウンとして東松山市駅や高坂駅周辺を中心に人口が増加し

た。2018 年 11 月時点の人口は 90,239 人であり、世帯数は 39,820、教育機関については、幼稚園 7 園 , 小学校 11 校 , 中学校 6 校 , 高等学校 3 校 , 特別支援学校が 1 校ある。

(2) 東松山市のノーマライゼーションのまちづくりの取り組み

東松山は、1990 年ごろより、ノーマライゼーションの理念に基づいたまちづくりに積極的に取り組んできた。大きな転機は、1994 年の市長選挙において「生活重視・福祉優先」を施策に掲げた前市長の当選であった。以降、障害児・者が障害のない人とともに地域で生活するための具体的な施策が行われてきた。これらの取り組みの中心にあり、同市の福祉政策を進める上での重要な指針として位置づけられるのが、障害者基本法で定められている市町村障害者計画にあたる「市民福祉プラン」である。1997 年に策定された第一次市民福祉プランに始まり、現在は第三次次市民福祉プランの只中である。下表は東松山市市民福祉プランの概要をまとめたものである。第一次から一貫して、「共生社会の実現」が目標として貫かれ、その方針の下に様々な施策が展開されてきたことが理解できる。

表 1　東松山市市民福祉プランの概要

	期間	基本理念
第一次	1997 年～ 2006 年	ともに生き、暮らし分け合う、安心・自立のまちづくり
第二次	2007 年～ 2016 年	ともに暮らすまち、東松山の実現 (後期基本計画では「ともに暮らし、互いに支え合うまち 東松山の実現」)
第三次	2017 年～ 2026 年	認め合い、支え合い、ともに暮らすまち 東松山の推進－すべての人が主人公になるまちを目指して－

(3) 東松山市の障害児地域生活支援の取り組み

・障害児通園施設の閉鎖

東松山市の知的障害児通園施設として O 学園が開設したのは 1973 年である。その後、1990 年に社会福祉法人 S が O 学園を子ども発達センター H に改称し、その運営を引き継いだ。当時、子ども発達センター H は埼玉県西部地域の早期療育の拠点としての役割を担っており、待機児童を抱えるほどの通園利用者がいた。そのような状況の中、社会福祉法人 S は、1994 年に子ども発達センター H の解体を同施設の運営方針として掲げ、その目標への取り組みを進めていった。これは、ノーマライゼーションの理念の実現に取り組むには、障害児を地域社会から引き離してしまう通園施設の在り方を見直さなければならないという、同社会福祉法人の信念に基づいている。以来 10 年の取り組を経て、2003 年に子ども発達センター H の廃止届が出された（佐藤 2004：41-45）。

上記の取り組みと並行し、東松山市の行政は、1996 年に障害児保育要領を策定、保育士の加配を制度化し、地域の保育園における障害児の受け入れ体制を整えていった。結果として、障害のある子どもは地域の保育園に通うようになり通園施設の利用者は激減し、2008 年、通園施設は閉園した。インクルーシブ保育の実践が定着したのである。その結果、地域の小中学校への進学を希望する障害児が増加した（東松山市社会福祉協議会 2008：90）。

・インクルーシブ保育・インクルーシブ教育の取り組み

上記で述べた障害児通園施設の役割の転換に伴い、地域の保育園・幼稚園、そして小学校に進みたいと希望する障害児の保護者が増えていった。1996 年の障害児保育要領に続き、同年には介助員要領が策定され、保育園・幼稚園及び小学校において、日常生活の介助や教室移動等における誘導を必要とする障害児に介助員を配置することが可能になった。さらに、2007 年には学校における看護師の配置が制度化され、医療的ケアが必要な子どもも、親の付き添いなしで保育園・幼稚園及び学校に通えるようになった。以上のような取り組みにより、東松山市ではインクルーシブ保育・インクルーシブ教育が進展している。

・就学指導委員会の廃止と就学指導調整会議の創設

2007 年当時の従来の国の仕組みでは、障害児の就学先の決定は障害の程度により就学指導委員会が決定することになっていた[2]。このような仕組みに疑問を持った市長を含む関係者の働きかけにより、2007 年に同市教育委員会は就学支援委員会の廃止を決定し、代わって本人と保護者の選択を尊重する仕組みとして就学相談調整会議が設置された。就学相談調整会議の仕組みでは、障害児の就学先決定に際し、同会議が就学先の判定を行うのではなく、本人と保護者の希望を最優先し、支援者は相談や情報提供を行う。こうした本人と保護者に寄り添った就学支援は、全国に先駆けての取り組みであった。

・障害児（者）の地域生活を支えるサービスの充実

障害児の地域生活を支えるサービスとして、東松山市では、レスパイトサービス事業やホームヘルプサービス事業が全国に先駆けて導入された。また、総合福祉エリアを2000年に開設し、24 時間 365 日、いつでも誰でも相談できる相談支援体制を整えたことも、特筆すべき取り組みである。

障害者については、重度知的障害者のグループホームの立ち上げ（2002 年）や一般就労を促進する障害者支援センターの開設（2003 年）等、地域生活を支える画期的な取り組みが行われていった。

・地域自立支援協議会

東松山市において、地域自立支援協議会が設立されたのは、2007 年である。「まちづくりとしての福祉」を推進するための協議会と位置づけ、障害福祉に特化した関係者だけではなく、一般の社会資源（例えば商工会、消防、自治会等）に関わる人々の巻き込みが設立当初より図られてきた（山口 2007:32-33）。地域自立支援協議会は全体会（年 2 回）、幹事会（月 1 回）、プロジェクト（月 1 回）、連絡会議（概ね月 1 回）で構成される。プロジェクトでの取り組みから導き出される地域課題に対し、連絡会議においてその具体的な対応策を検討の上、試行し、その成果等を全体会で広く共有する仕組みとなっている。

以上の通り、第一次市民福祉プランから始まる「共生社会の実現」の理念の下、障害児の地域生活支援にかかる様々な取り組みが行われてきたことが理解できる。

2. 東松山市における障害児地域生活支援体制の発展モデル（仮説段階）

II.4 で述べた国の地域生活支援体制の発展モデルの判断基準に基づき、前節までの文献調査の結果を分析したところ、東松山市の地域生活支援体制は、概ね国のモデルに沿って発展していることが確認された。表 2 に示す通り、東松山市の地域生活支援体制の発展は、第 1 期（黎明期）、第 2 期（発展期）、第 3 期（全盛期）の 3 段階を経ていることが仮説として導かれた。

表 2　東松山市の地域生活支援体制の発展モデル（仮説段階）

	（発展段階）	**第1期（黎明期）1990年～**	**第2期（発展期）1994年～**	**第3期（全盛期）2007年～現在**	
東松山市における障害児地域生活支援体制発展モデル	（段階の特徴）	障害児通園施設のオープン化が始まり、居宅サービスを提供する事業者が現れる	ノーマライゼーションの理念に基づく施策と取り組みが始まるとともに、相談支援と地域生活支援サービスが充実していく	関係者・機関の連携が地域自立支援協議を通じて強化される	
	（取り組み）	1990年　障害児通園施設の開設 1991年　障害児相談支援の始まり 1992年　レスパイトサービス事業開始	1994年　前市長の当選 1994年　障害児通園施設の解体を方針に掲げる 1998年　第一次市民福祉プランの策定 2000年　総合福祉エリア開設	2007年　第二次市民福祉プラン 2007年　地域自立協議会の設置 2007年　就学指導委員会の廃止	
地域支援システム発展モデル（市町村型市単独モデル）	**第I期**：相談支援事業者がなく、社会資源が各々に利用者を抱えている段階	**第II期**：相談支援事業者が何らかの居宅サービス（私的サービスを含む）を伴ってできてくる段階 ・利用者のニーズを受け止め、必要なサービス提供と併せて相談支援を行う事業者が地域に出てくる ・このような組織を知っている障害者は少なく、一部に限られる	**第III期**：相談支援事業者と市との連携が始まる段階 ・相談支援事業者の間で連携が始まり、相談支援事業や居宅サービス事業等を公的に実施することができるようになる ・相談支援事業者の居宅サービスが増えてくる	**第IV期**：連絡調整会議の設立と市内連携強化の段階 ・社会資源間の連絡調整をする仕組みが立ち上がる ・ケアマネジメントの手法に基づく相談支援が行われる	**第V期**：地域支援ネットワークが充実してきた段階 ・連絡調整会議は、市と連携をもち市内のサービス調整・開発、市の障害者サービス企画等に助言を与える

（文献調査の結果及び障害保健福祉部長通知「障害者地域生活推進特別モデル事業の実施について」添付資料（参考1）を基に筆者作成）

1990 年以降に始まる第 1 期は黎明期とも言え、厚生労働省が示すモデルの第 II 期と類似点が多い。この時期は、障害児支援について行政は第一義的に通園施設に任せている状況である。当時、社会福祉法人 S の子ども発達センター H が開設され、東松山市を中心に埼玉県比企地域に住む障害児のための通園施設として機能していた。併せて同法人が心身障害児（者）施設地域療育事業を受託し、施設のオープン化が始まった。また地域生活支援サービスとしてレスパイトサービス事業がひとつの法人の私的サービスとして開始した。障害児の地域生活におけるニーズを受け止め、そのためのサービス提供が行われ始めるが、そのサービスの供給量は限定的であった。

1994 年から 2007 年までの第 2 期は、障害児の地域生活支援にかかる様々な取り組みが行われた時期であり、発展期であると言える。これは、国のモデルの第 III 期の判断基準と合致する。「ノーマライゼーションのまちづくり」を施策に掲げる前市長の当選、右の理念に基づく第一

次市民福祉プランの策定、そして障害児通園施設の解体が事業所の方針として掲げられるといった、ノーマライゼーションの理念に基づく施策や取り組みが始まった時期である。また、この時期には地域生活支援サービスが充実していった。市民福祉プランの策定等を通じて行政と事業所等関係者の連携が行われ始めたのもこの時期である。

2007 年から現在までの第 3 期は全盛期であり、国のモデルの第Ⅳ及び第 V 期と類似する点が多い。この時期には、国の方針の下、地域自立支援協議が設置され、多様な関係者・機関の連携が図られるとともに、地域生活支援ネットワークが充実してきた。

文献調査からは、以上のような発展モデルが仮説として導き出された。これは、国が示す発展モデルと類似するプロセスを経ている。東松山市におけるケアマネジメントの展開については十分な情報を得ることはできなかったが、「相談支援」、「市町村の関与」、「サービス提供体制」が関連性を持ち、地域生活支援体制が発展したことが分かる。

以上の文献調査結果を踏まえた上で , 同市の地域生活支援体制の発展の内実と発展の要因を分析・考察するためにインタビュー調査を行った。

V. インタビュー調査結果の分析

インタビュー調査では、前章での文献調査結果の分析で導出された仮説の検証を行った。その上で、発展の要因について分析を行い , 東松山市における地域生活支援体制の発展モデルについて考察した。

1. 各発展段階の特徴と次の段階へと進んだ契機に関する分析（仮説の検証）

インタビュー調査を逐語記録化したテキストデータの中から、①各発展段階の特徴と②次の段階へと進んだ契機を表す部分を中心に抽出し（文書セグメント）、発展段階毎にまとめ、分析の上、ストーリー化を行った。ストーリー化に際しては、オリジナルのテキストと文書セグメントの両方を繰り返し読むことで、調査対象者の意図や全体の文脈を損なわないよう留意した。

以下に上記分析の結果をまとめる。なお、インタビュー内容をそのまま引用する場合には、当該文を鍵括弧と斜体で示す。インタビュー調査対象者は行政職員 2 名（A、B）、福祉専門職 2 名（C、D）、障害児の親 2 名（E、F）の計 6 名である。

（1）第 1 期（黎明期）1990 年～

① 段階の特徴

a) 医療モデルに基づく支援が中心（施設外の関係者との連携は限定的）

障害児通園施設の運営を社会福祉法人 S が引継ぎ子ども発達センター H を開設したのは 1990 年である。社会福祉法人 S は、子ども発達センター H を通園施設として極めていくことを目指し、療育の専門性を高めることに注力していた。インタビューからは、この当時、医療モデルに基づいた障害児支援が展開されていたことが理解できる。

子ども発達センター H は通園施設の機能に合わせ、施設のオープン化として心身障害児者

施設地域療育事業を受託し、家庭訪問や保育園・幼稚園の出前支援、措置外の子どもの療育教室を開始した。これは、*「インクルーシブということではなく障害児通園施設を総合通園施設にするための機能の拡大を狙ったものであった」（【福祉 C】）*とのことである。この時期はまだ、ノーマライゼーションの理念の具現化や障害児の地域生活を支える取り組みに主眼が置かれていなかった。

以上から、第 1 期の特徴としては、医療モデルに基づいた施設での療育に重点が置かれていたことが理解できる。また、地域生活を支えるという観点での支援は限られていたことから、施設外の関係者との連携も限定的であったということが推察される。

b) 本人・保護者のニーズを受け止め、地域生活支援サービスが出始める

また、第 1 期の 1992 年に社会福祉法人 S は制度外のサービスとしてレスパイトサービス事業を始めた。子ども発達センター H では年に 1 回、親の付き添いなしで宿泊経験をする「お泊り保育」を実施していた。この事業を通じて、保護者のレスパイトサービスに対するニーズが顕在化し、同事業の開始に至ったとのことである。保護者のニーズを受け止め、地域生活支援として必要な居宅サービスを社会福祉法人 S が独自に開始したのであった。一法人を中心に障害児の地域生活支援が萌芽した時期とも言える。

② 次の段階へと進んだ契機（第 1 期→第 2 期）

第 1 期の取り組みを通じて、社会福祉法人 S の福祉専門職の中で徐々に生じてきたことは「自己矛盾と内省化」であった。通園施設の強化に取り組めば取り組むほど、地域から引き離される子どもが増えるといった、ノーマライゼーションの理念に反した矛盾を感じるようになったという。このような自己矛盾と内省化を経て、社会福祉法人 S は通園施設の解体路線に大きく舵をきっていった。また、施設のオープン化事業を通じて、職員が地域に出ていくようになり、地域で保障できるものが見えてきたことで、解体の方向に踏み切れた（【福祉 D】）。これらが、第 1 期から第 2 期へと進む契機となったと言える。

そして、同じ年に、ノーマライゼーションのまちづくりを施策に掲げる市長が当選したことも、次の発展段階へと進める契機となった。

（2）第 2 期（発展期）1994 年～

① 段階の特徴

a) 関係者の連携が始まる

第 2 期は、第一次市民福祉プランの策定やケアマネジメントの考え方の導入により、関係者の連携が始まった段階である。

第一次市民福祉プランの策定にあたっては、行政、福祉事業所関係者、当事者家族のメンバーからなるワーキンググループが設置された。同プランの策定を通じて関係者の連携が図られた。第 2 期の初めに、市長及び法人のトップから出されたノーマライゼーションの理念を、市の政策として障害者計画にどのように落とし込むかということを中心に、関係者の連携が始まったのである。

また、関係者の連携については、2000年ごろにケアマネジメントの考えが入ってきたことにより、当事者の地域生活全体をコーディネートし、支えるために関係者の連携が図られるようになったことも言及された。

b) 行政主導による地域生活支援サービスの充実

さらに、この段階の特徴として、行政主導による地域生活支援サービスの充実を挙げることができる。ちょうどこの時期は、地方分権が進み、福祉についても計画の策定や事業の立ち上げを市区町村が担うようになった。こうした流れの中で、第一次市民福祉プランを具現化する形で、総合相談センターの開設、法人が私的に行っていたレスパイトサービス事業の公的制度化等が行政主導で行われていった。このことについて、【行政A】は以下のように述べた。

「時代の変わり目ということもあり、自分たちが計画を立て、事業の在り様を決められる時だったということもあり、そんな中でノーマライゼーションやインクルージョンのために頑張るというのは意味のあるということだと洗脳され、ちょっと頑張ると成果がでてきて、成果が出てくると行政マンの喜びというか…」（【行政A】）

こうして第2期では、地域生活支援のための様々な施策やサービスが整っていった。

c) 当事者にとっては「まだまだ戦っている」

一方で、【福祉D】は第2期について、障害児と家族にとっては、地域で生きていけるという実感はまだまだ持てていなかったと述べる。【親E】【親F】のインタビューからも、この当時はまだ、学校生活を含む地域生活では様々な困難に直面していた様子がうかがえた。

② 次の段階へと進んだ契機（第2期→第3期）

第2期から第3期へと進んだ契機は、第二次市民福祉プランの策定であったと言える。策定プロセスでは関係者が議論し合うことに重点が置かれ、そのような取り組みを経て、当事者（家族）、行政、福祉専門職等の関係者が今後目指すべき方向性や取り組むべき課題を共有していった。そして、*「第二次市民福祉プランと自立支援協議会ができてからの10年間というのは、事業所の人達の間の風通しが格段に良くなった」（【行政A】）*ということである。

第二次市民福祉プランには、「エピローグ」として「目標が実現した姿」が物語調で書かれている。東松山市に引っ越してきた5人家族を主人公として、ノーマライゼーションが具現化したまちの様子を描いている。エピローグの挿入は、計画のイメージを策定メンバーが共有することを目的として、【行政A】が提案したものであった。このエピローグについて、【福祉D】は以下のように語った。

「ああいう世界を目指すための自立支援協議会というのはすごく分かりやすかった。こういうまちにするんだという決意表明であったのだと思う。ストンと落ちた…（中略）…あれがあることで計画に血が通うというか…あれが書けるところまで成熟したプランだと感じた。」（【福祉D】）

エピローグはワーキンググループのメンバーも共感していたものであり、*「もしかしたら実*

現するかもしれない」 という想いの下で議論を重ねていたという（【行政 A】）。この共感が生まれたのは、第 1 期から第 2 期にかけての取り組みの積み重ねがあったからであり、その集大成として関係者がともに第二次市民福祉プランの策定に取り組んだことが、次の発展段階へと進むエンジンになったと言えよう。

（3）第 3 期（全盛期）2007 年以降

① 段階の特徴

a) 本人を中心に関係者間の連携が強化

第 3 期の特徴のひとつは、本人を中心に関係者間の連携が強化されたことである。第 1 期から 20 年近くにわたる障害児の地域生活支援に対する取り組みにより、関係者は広くノーマライゼーションの理念に基づく地域生活の価値を共有するようになっていった。だからこそ、第二次市民福祉プランが策定されると同時に設立した地域自立支援協議会は、*「立ち上げた時の熱はすごくあった」（【福祉 D】）* し、*「みんな分野関係なくすごく仲が良い」（【行政 B】）* といった状況であった。関係者が分野を超え、本人を中心に連携を行う仕組みとして行政が仕掛けたのが地域自立支援協議会であった。この仕組みを通じて、第 3 期では関係者の連携が強化されていった。

また、本人を中心とした関係者の連携の基盤として、ケアマネジメントがあったことも確認された。第 2 期で国から導入されたケアマネジメントの考え方は、実践を積み重ねることにより、関係者の間で定着していったものと思われる。

b) 施設とサービスの充実から誰もが住みやすい地域づくりへの転換

もうひとつの特徴は、地域そのものを変えるという視点への転換である。第 2 期は地域生活支援サービスの充実に注力してきた時期であった。その取り組みの中で、障害児（者）が地域で生きていくためには、福祉サービスの充実だけでは不十分であり、当事者が暮らす地域そのものにアプローチすることが必要であることに気づいていったという（【行政 A】）。第二次市民福祉福祉プランや地域自立支援協議会を通して、地域づくりへの視点へと取り組みが移っていったことが分かる。

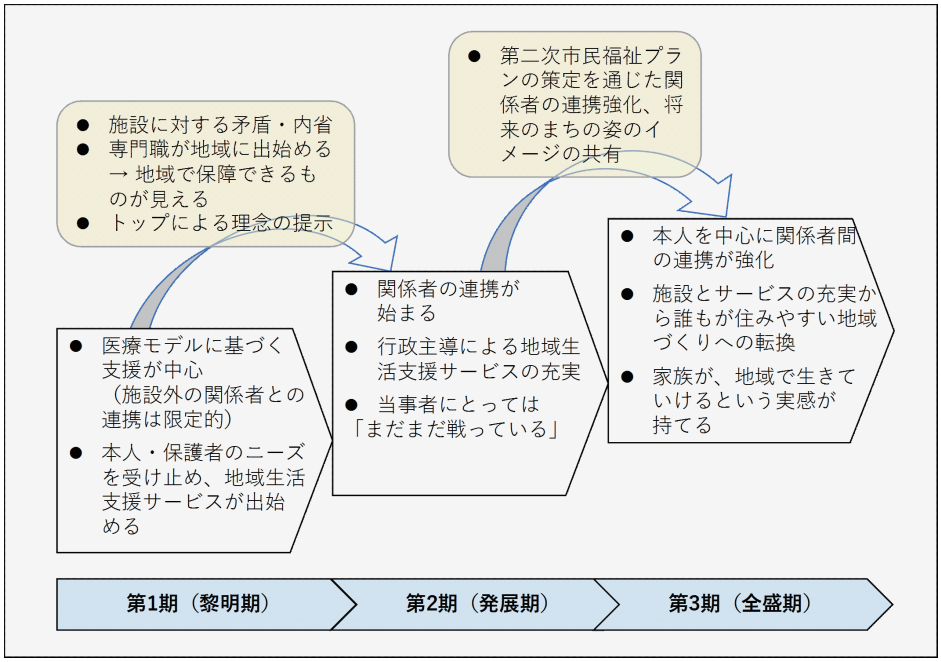
c) 本人と家族が、地域で生きていけるという実感が持てる

【親 E】【親 F】ともに、重度障害のあるわが子の将来について、親亡き後も *「地域生きていける、誰かが助けてくれる」* といった思いを語ってくれた。これは、小さいころからの地域での生活により、障害のあるわが子のことを知る人がたくさん地域に存在しているという事実が、将来への安心につながっているとのことであった。また、幼少期よりレスパイトサービス事業を始めとした様々な支援を得て地域生活をおくってきたことから、*「親以外のところでいろんな手がある」（【親 F】）* 状態がつくられており、それが地域で生き続けられるという実感につながっている様子がうかがえた。

（4）東松山市の地域生活支援体制の発展モデルの特徴

ここまでの調査結果をまとめたものが図 2 である。第 1 期から第 3 期にかけて、関係者の

連携が進展するとともに、地域生活支援のサービスが充実し、さらには障害児（者）が住みやすい地域づくりへと発展したことが理解できる。そして、次の段階へと発展を進める契機となったものには、施設機能の強化に対する矛盾やトップによる理念の提示（第 1 期から第 2 期）、障害者計画の策定を通じた関係者の連携強化（第 2 期から第 3 期）があった。東松山市の地域生活支援体制の発展モデルの特徴が明らかになり、前章で導出した仮説が確かめられたと言える。



（筆者作成）

図 2 東松山市の地域生活支援体制の発展モデルの特徴

次に、このような発展を進めた要因について、インタビュー調査結果の分析を行う。

2. 発展させた要因に関する分析

まず、インタビュー調査を逐語記録化したテキストデータの中から、地域生活支援体制を発展させた要因を表す部分を中心に抽出し（文書セグメント）、コード化した上で、同様の意味を含有するコードをまとめカテゴリーとサブカテゴリーを生成した。サブカテゴリーはある場合とそうでない場合がある。カテゴリーは《　》で、サブカテゴリーは＜ ＞で示す。

分析の結果、6 つのカテゴリーが生成された（表 3 ～ 8）。なお、各カテゴリーに分類された文書セグメントは、主要なもののみ記載し、内容が重複するものは省いた。

(1) カテゴリー 1《当事者中心》

表 3　カテゴリー 1《当事者中心》

サブカテゴリー	主な文書セグメント	抽出された文書セグメントの数
当事者の想いを知る	【行政 A】家族や障害のある子どもが集まる会議に参加して、どんな感じかなというのを聞きに行っていた。	8
当事者を中心に考える	【福祉 C】レスパイトをやったことが大きかった。利用者中心ということを実感した。それまでは、人を頭の上から見ていたような感じ、レスパイトでは人を足の裏から見ているような感じになった。	6

＜当事者の想いを知る＞、＜当事者を中心に考える＞の 2 つのサブカテゴリーが生成され、これらをまとめて《当事者中心》とした。

＜当事者の想いを知る＞では、行政職員は積極的に当事者や関係者と出会う場に赴き、障害児や家族の想いを知る機会を得ていた。福祉職員の場合は、レスパイトサービス事業のような地域生活を支援するサービスでの取り組みを通じて、障害児と家族の生活や地域生活に対する想いを理解していった。これは、通園施設だけの関わりでは知り得なかったことである。

＜当事者を中心に考える＞では、当事者の希望やニーズを起点として（所与の問いとして）、状況や課題に向き合っていた様子が理解できる。【福祉 C】は、レスパイトサービス事業での経験を通じて、*「人を足の裏から見る」* ようになり、*「受け身な感じで当事者の希望が実現するよう支える」* という、＜当事者を中心に考える＞姿勢が身に付いていったと述べた（【福祉 C】）同様の姿勢が、【行政 B】の発言からもうかがえた。小学校から地域の学校で学んできた肢体不自由のある男児が大学進学を希望した時のエピソードについて、【行政 B】は *「受かっちゃったらどうしようという感じでしたね」* と述べた。当事者から発せられた希望を所与の問いとして受け止め、何とか実現させようとした様子が理解できる。

当事者の想いを知った行政職員及び福祉専門職が、当事者（の想い）を中心に置き、地域生活支援に取り組んだことが、地域生活支援体制を発展させた一因であると考えられる。

(2) カテゴリー 2《相互作用》

表 4　カテゴリー 2《相互作用》

主な文書セグメント	抽出された文書セグメントの数
【行政 A】行政 B は（福祉専門職に）はっぱをかける。そういう人がいると、行政がそこまで本気になるんだったら、自分たちもちゃんとやらなきゃという気持ちになる。それが信頼関係というか、お互いに触発されながら相乗効果でもってやっていったという感じではないか。	14

二つ目のカテゴリーである《相互作用》には、サブカテゴリーはなく、当該カテゴリーに当てはまった文書セグメントからは、当事者、市長、行政職員、福祉専門職が互いに影響を与え合いながら、触発され具体的な取り組みにつながっていった様子がうかがえた。

大きな影響力を与えていたのは社会福祉法人Sである。【行政A】が*「社会福祉法人Sの関係者に洗脳された」*と語るように、障害児の地域生活にかかる理念や進むべき方向性を示したのは社会福祉法人Sの関係者であった。また、社会福祉法人Sの関係者は市長にも影響を与え、新たな施策や事業の実現につながっていった。【福祉C】は、例えば医療的ケア児の保育園入園が課題となった時には、当事者家族を集め市長との面談会を設定するなど、市長と当事者家族が出会う機会を創出していた。これも福祉職員を媒体とした《相互作用》であったと言える。また、行政と福祉専門職が《相互作用》を持って互いに触発し合い、困難と思えるような当事者の希望も実現へと導いた事例もいくつか語られた。家族自身も、行政職員や福祉専門職から影響を受け、わが子の進む道を切り開いていった様子が【親E】【親F】のインタビューからうかがえた。

このように、様々な主体間の《相互作用》が、地域生活支援体制を発展させた要因であったと考えられる。

(3) カテゴリー3《成功体験》

表5 カテゴリー3《成功体験》

主な文書セグメント	抽出された文書セグメントの数
【福祉D】生活体験をしてできたりすると、脳性まひのお子さんが入園を希望しても「医療的ケアがなければ大丈夫よ」という先生が出てきたり。小さな成功体験を経て、できると思うようになる。	5

《成功体験》として語られていると思われる文書セグメントをまとめ、当該カテゴリーとした。行政職員、福祉専門職の両者から共通して出された《成功体験》は保育園・幼稚園での障害児の受け入れであった。特に、医療的ケアが必要な子どもの保育園入園の実現は、当該児が他の児とともに園生活をおくり成長していく様子を目の当たりにしたことで、市長、行政職員、福祉専門職、そして保育園･幼稚園関係者を含む、様々な主体にとっての《成功体験》となったようである。【福祉D】が*「小さな成功体験を経てできるようになる」*と語ったように、様々なレベルでの《成功体験》が地域生活支援体制の発展に寄与した要因のひとつであったことが理解できる。

（4）カテゴリー 4《信頼関係》

表 6　カテゴリー 4《信頼関係》

サブカテゴリー	主な文書セグメント	抽出された文書セグメントの数
相手への期待	【行政 A】前市長になった H6 以降から 10 年経っているので、その間に、行政もそれなりにやるんだな、と思われていたと思う。	3
仲間意識	【福祉 D】（行政 A について）一緒に戦ってきた方です。「大事だよね」というツボが共有でいた。それぞれの立場で役割も違うので、意見が異なることもあるが、肝を共有できていた。	3

＜相手への期待＞、＜仲間意識＞の 2 つのサブカテゴリーが生成され、これらをまとめて《信頼関係》とした。

＜相手への期待＞では、行政が本人や家族のニーズに応えて、サービスや制度を作っていった実績から、家族や福祉専門職は*「なんかやってくれる」「何とかしてくれる」*という期待を抱くようになっていった。行政に対する信頼であると言える。

＜仲間意識＞については、*「一緒に考えてくれるだろう」（【福祉 C】）、「一緒に戦ってきた方」（【福祉 D】）*との語りが表しているように、立場は異なったとしても同じ目標に向かって一緒に取り組める相手であるとの認識を持っており、＜仲間意識＞は《信頼関係》の表れであるとも言える。

《信頼関係》に該当する文書セグメントは、主に福祉専門職から行政職員に対する信頼を表すものであった。しかし、《相互作用》でみたように、【行政 A】が福祉専門職との関わりについて*「それが信頼関係というか、お互いに触発されながら相乗効果でもってやっていったという感じではないか」*と述べていることからも、行政職員も福祉専門職に対し信頼を持って一緒に取り組んできたということが分かる。《信頼関係》の下、関係者がともに地域生活支援体制の充実に取り組んだことが、その発展を進めた要因のひとつであると言える。

(5) カテゴリー5《価値の共有》

表7　カテゴリー5《価値の共有》4

サブカテゴリー	主な文書セグメント	抽出された文書セグメントの数
価値共有の試み	【福祉D】積み上げていくことが大事。関係者がひとつに集まって、研修会に参加したり、研究事業に取り組んだ。	3
実感としての価値認識	【福祉C】（価値共有について）それしかないんじゃないですかね。理屈とかでは進まないと思うのですよね。隣に障害のある人がいて初めて実感するというか、それもいい関係で一緒にいられるということがあると、それがあたりまえな感覚になっていくのではないかな。私は当事者がすべてを変えると思っている。	3
価値共有の広がり	【行政A】行政と事業所、当事者の間は、それなりに10年の間に積み重ねてきた状況がある中で議論を進めていった。	4

＜価値共有の試み＞、＜実感としての価値認識＞，＜価値共有の広がり＞の3つのサブカテゴリーが生成され、これらをまとめて《価値の共有》とした。ここでの価値というのは、「障害児が地域であたりまえの生活をおくる」こと、すなわちインクルージョンに立脚した地域生活に重きを置くことを指す。

＜価値共有の試み＞では、行政職員自身が、議論を通じて関係者間の価値共有を進めていくことの重要性を認識し、第一次及び第二次の市民福祉プラン策定のプロセスにおいて、ワーキンググループを設置し関係者での協議に多くの時間を費やしていた。また、研究事業[3]への取り組みも、関係者が価値を共有する機会になった。このように、様々な機会を通じて＜価値共有の試み＞がなされたことが理解できる。

＜実感としての価値認識＞は、上記で述べた価値がどのように個々人の中で、実感する形で認識されていくのかに言及したものである。インタビューでの語りから、障害児との関わりや、障害児が他の子どもと関わり合い成長する姿を目の当たりにすることにより、関係者は＜実感としての価値認識＞を得ていったということが確認された。

また、＜価値共有の広がり＞を表す語りも多く得られた。【行政A】は長年にわたる取り組みを通じて価値共有が広がっていったこと、【福祉C】は特に地域自立支援協議会を通じて価値共有の輪が広がっていったことを述べた。1990年当初は小さかった価値共有の輪が、20年という年月を積み重ね、大きく広がっていったことが理解できる。

以上から、地域生活支援体制の発展は、【価値の共有】を基盤として進められたと言える。

(6) カテゴリー6《連携する主体》

表 8　カテゴリー 6《連携する主体》

サブカテゴリー	主な文書セグメント	抽出された文書セグメントの数
役割の認識と遂行	【行政 B】かじ取りをするのが我々の役割、将来を見据え進めるのは我々。	5
役割を超えた働き	【行政 A】（現場にでることまでは）求められていなかったが、行政 B の思いとしては　そういう風にするのが自分の役割だろうと思って動いていたわけですね。（当事者家族との）一泊旅行にしても、一緒に風呂に入るというお付き合いはしなくてもいいけれどやっていた。	2
主体の関係性	【行政 A】政治と地域の実践者と行政との協力関係。世の中に訴えていくムーブメントのエンジンはこの 3 つだが、そこに投入される燃料は当事者の思い、と思う。	8
トップの姿勢	【福祉 C】一番大きいファクターはそういう政治家がいた。急速に仕組みづくりが進んだのは、市の政策に取り込んでいくことがあったから。	2

＜役割の認識と遂行＞、＜役割を超えた働き＞、＜主体の関係性＞、＜トップの姿勢＞の 4 つのサブカテゴリーが生成され、これらをまとめて《連携する主体》とした。

＜役割の認識と遂行＞では、行政、福祉専門職が、それぞれ自身の役割を認識し、また他の主体の役割も理解した上で、各自，役割を遂行していることが読み取れる。

＜役割を超えた働き＞は、主体としての役割や立場を超えて、当事者を中心に据えた時に求められることに応えていくという動きが、行政職員、福祉専門職ともに確認された。

多くの語りが得られた＜主体の関係性＞は、独立した主体が関係性を持って動いている様子を表している。【福祉 C】は行政職員のことを、立場や役割は違うが一緒に取り組む仲間という意味をこめ「パートナー」という言葉で表している。「パートナー」という関係性であるが故に、【福祉 C】は *「一人じゃいけないからみんなでいく感じ。巻き添え。だから申し訳ないという気持ちがした」* と述べたのではないかと思われる。また、【行政 B】【福祉 C】ともに、＜主体の関係性＞の真ん中に存在し、＜主体の関係性＞引っ張っているのは当事者であると強調した。

＜トップの姿勢＞については、市長及び法人 S のトップのリーダーシップについて言及されており、地域生活支援体制を発展させた要因のひとつであったことが示唆される。

以上から、《連携する主体》の存在が、東松山市の地域生活支援体制の発展を進めてきたと言える。

VI. 考察と結論

1. 地域生活支援体制を発展させた要因

隅河内司（2018）、下平・山口・伊藤（2013）、鍛治（2017）の先行研究レビューから、地域生活支援体制は、当事者と関係者による長年にわたる取り組みによって発展していくものであり、「協働」が地域生活支援体制の発展に寄与する重要な要素であるという示唆が得られた。これを踏まえ、前節にて導出された東松山市の地域生活支援体制を発展させた要因の6つのカテゴリーを、「協働」の概念から検討を行う。

日本で初めて「協働」という語を紹介し、「協働」に関する最初の体系的研究を行ったのは荒木昭次郎氏である。同氏により「協働」は以下のように定義されている。

> *「異なる複数の主体が互いに共有可能な目標を設定し、その目標を達成していくために各主体が対等な立場に立って自主自立的に相互交流をしあい、単一主体で取り組むよりもより効果的に、そして相乗効果的に目標を達成していくことができる手段」（荒木・澤田・黒木ほか 2012：26）*

上記定義を換言すると、「協働」の要素は①「目標の共有化」、②「主体間の対等性と自主自立的な相互交流」、③「相乗効果による目標の達成」であると言える。

①「目標の共有化」について、東松山市の事例では、関係者が《相互作用》を持って、目標を共有化していった。そしてその根幹には当事者の想いがあった（《当事者中心》）。「地域の学校に行きたい」という本人の想いを受けた保護者は子を地域の学校に通わせたいと思う。その想いに触発された関係者が《相互作用》をもって目標を共有化していったのであった。さらに、「目標の共有化」の基盤には、ノーマライゼーションに立脚した障害児の地域生活に対する《価値の共有》と関係者間の《信頼関係》があったと思われる。

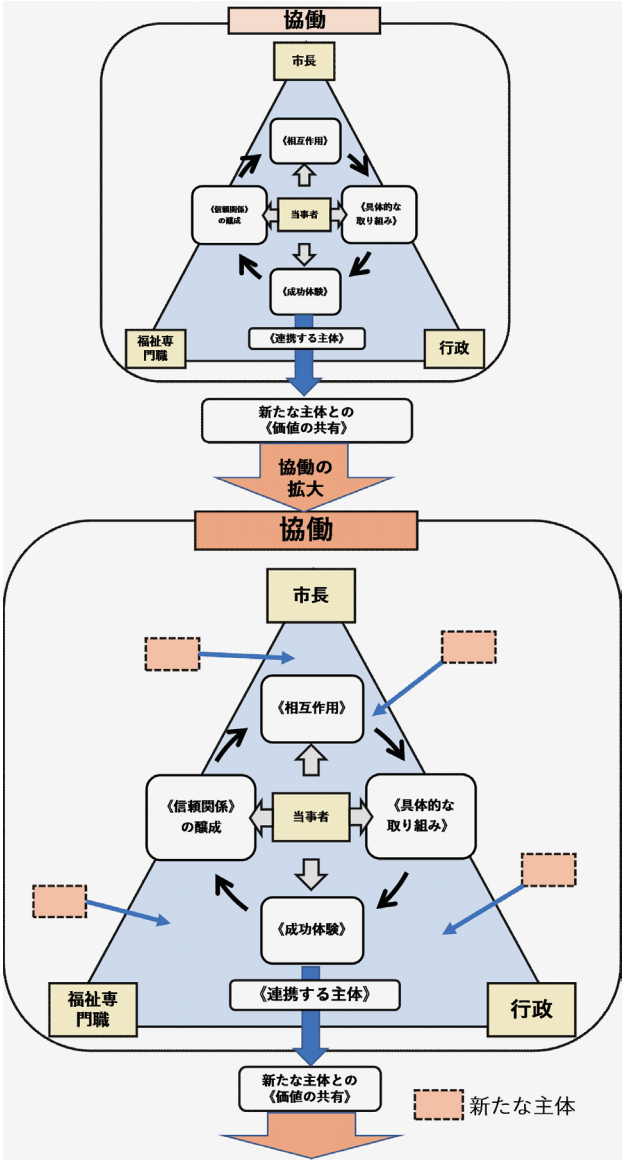
②「主体間の対等性と自主自立的な相互交流」に関しては、《連携する主体》の分析でみたように、東松山市では当事者を中心に、政治、行政職員、福祉専門職の各主体が「パートナー」として互いに尊重し合う関係性があった。これは「主体間の対等性」を示すものである。また、各主体がそれぞれ立場と役割を認識しその役割を遂行するとともに（《連携する主体》のサブカテゴリー＜役割の認識と遂行＞）、《相互作用》を起こしながら、地域生活支援への取り組みが進められていったことも明らかになった。これは、「自主自立的な相互交流」である。

③「相乗効果による目標の達成」は、それぞれの主体が関わり合うことの相乗効果によって、目標が達成されるということを意味している。東松山市では、《相互作用》が様々な具体的な取り組みにつながり、就学指導委員会の廃止や医療的ケア児の保育園入園等、全国から注目されるような新たな施策や事業を実現してきた。これらは、《当事者を中心》に市長、行政職員、福祉専門職が、それぞれの役割を遂行しながら連携することで相乗効果が生まれ実現につながったということが、インタビュー調査結果の分析から明らかになっている。そして、共有された目標の達成が《成功体験》となった。

以上から、インタビュー調査結果の分析で得られた発展の要因の6つのカテゴリーは「協働」を構成する要素であると言える。

2. カテゴリーの関係構図

地域生活支援体制の発展要因である《当事者中心》、《相互作用》、《成功体験》、《信頼関係》、《価値の共有》、《連携する主体》の6つのカテゴリーは、「協働」を構成する要素であることが導かれた。それを踏まえ、逐語記録のテキストデータを読み返し、また複数のエピソードと照らし合わせ、上記6つのカテゴリー間の因果関係を分析した。その結果をカテゴリーの関係構図として図3に示す。これは、東松山市の地域生活支援体制を発展させた「協働」の内実を表すものであり、「協働の展開プロセス」であると言える。



（筆者作成）

図3 協働の展開プロセス

図 3 のカテゴリーの関係構図は以下を表している。

- 当事者の想いに触発された関係者が《相互作用》することで、《具体的な取り組み》が行われ、その成果が発現する。
- この《具体的な取り組み》による《成功体験》を通じて、関係者は《信頼関係》を築く。
- 醸成された《信頼関係》を基盤とし、関係者の《相互作用》はさらに進んでいく。
- この一連のプロセスは、当事者を中心とした市長・行政・福祉専門職の《連携する主体》の中で展開される。
- そして、《成功体験》が新たな主体との《価値の共有》につながり、「協働」に関わる主体を増やし、「協働」が拡大する。

新たな主体には、相談支援事業所、保育園や幼稚園、学校、地域の自治会、就労機関等、多様な関係者が含まれる。これらの新たな主体が「協働」に参画することで、「協働」が拡大していく。《具体的な取り組み》については、調査結果の分析で生成されたカテゴリーには含まれないが、テキストデータ全体を読み返し因果関係を分析していくと、関係者の《相互作用》の結果として、常に何らかの《具体的な取り組み》が行われていることが確認された。

この「協働の展開プロセス」の継続とその過程を通じた新たな主体の協働への参画が、東松山市における障害児の地域生活支援体制を発展させたということが言える（図 4）。

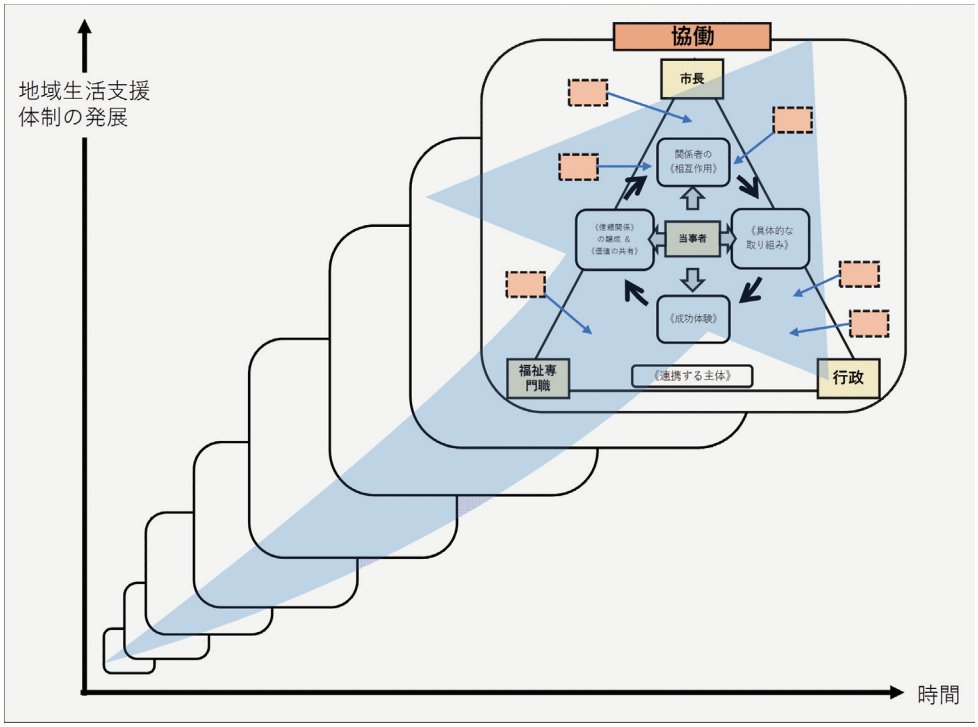


図 4 「協働の展開プロセス」の継続による地域生活支援体制の発展

なお、図 4 の大きな矢印は発展の方向性を示している。この矢印を方向づけたものは、当事者の想いであり、そこに立脚した価値であった。そして、その方向性を分かりやすく、関

係者に広く共有できる形にしたものが「市民福祉プラン」であった。この方向性に沿って「協働の展開プロセス」が継続され、結果として東松山市の地域生活支援体制は発展していった。

3. 結論

現在、ソーシャル・アクションや地域づくりの要素を含む相談支援を通じて、障害児の地域生活支援体制を発展させていくことが求められている。このことについて、本研究は、「協働の展開プロセス」の継続的な取り組みにより、地域生活支援体制が発展するということを明らかにした。東松山市では、地域生活支援体制の発展とともに、障害児の地域でのあたりまえの生活を保障するための施策や地域生活支援サービスが充実していった。そこには、「協働の展開プロセス」の中で、当事者のニーズや想いが地域の課題として普遍化され、その課題解決のために必要なサービスが地域の仕組みとして事業化・施策化されたことが見て取れる。それゆえに、このような東松山市における「協働の展開プロセス」はまさに相談支援であると言える。

地域生活支援体制の発展は、一朝一夕に進むものではない。当事者を中心にした「協働の展開プロセス」の継続という地道な取り組みが、障害児が「子ども」としてあたりまえの地域生活をおくることを可能にする、ということが東松山市の事例から導き出された。

4. 本研究の意義と今後の研究課題

国により地域生活支援体制の発展についてモデルが提示されている。しかしながら、どのようにして次の発展段階へと進むのかということは示されていない。これを踏まえ本研究では、東松山市の発展のプロセスを詳細に分析することにより、地域生活支援体制の発展の内実と発展の要因である「協働」のあり様を明らかにした。これは、自治体レベルにおいて障害児地域生活支援体制の発展に取り組む上で「協働の展開プロセス」の継続が重要であることを示すとともに、今後の障害児支援施策に対し肝要な示唆を与えるものである。

今後の研究課題は、以下の 2 点である。1 点目は、インタビュー調査結果の分析から導き出された「協働」の要素である 6 つのカテゴリーについて、【親 E】と【親 F】のインタビューの中での言及は限定的であったことである。したがって、本研究で示した「協働の展開プロセス」は当事者と家族にとっては十分に認識されていない可能性がある。この意味について、今後更なる検討が必要である。2 点目は、本研究の一般化である。本研究は、事例研究としてひとつの自治体を取り上げ、調査を実施したものである。今後、他の先進自治体や、人口規模や地域特性の異なる自治体を対象に調査を行い、研究の一般化を目指す試みが求められている。地域特性やこれまでの取り組みの歴史により、地域生活支援体制の発展プロセスやその内実は異なることが想定されるが、その中で一般化される発展に寄与する要素を整理し、紐解くことで、障害児の地域生活支援体制の発展にかかる更なる貢献が期待できる。

（謝辞）

本研究にあたり、インタビュー調査にご協力くださった皆さまに心より感謝申し上げます。

（付記）

本研究は、上智大学総合人間科学研究科社会福祉学専攻 博士前期課程の学位論文（2018 年度）を基に、加筆修正を行い作成したものである。

（引用・参考文献）

荒木昭次郎・澤田道夫・黒木誉之・ほか（2012）『現代自治行政学の基礎理論 : 地方自治の理論的地平を拓く』成文堂 .

岩間伸之・原田正樹（2016）『地域福祉援助をつかむ』有斐閣 .

内海敏江（2006）「地域生活への移行に向けて－北海道での相談支援」『さぽーと』53（1）, 35-38.

鍛治智子（2017）「A 市における知的障害者の地域移行・地域生活支援システムにみる親と専門職の協働 ―多様な協働によるコミュニティ形成に向けて―」『十文字学園女子大学紀要』, 48(1), 69-82.

小﨑慶介（2016）「日本における障害児療育の歴史－肢体不自由児療育を中心に－」『リハビリテーション医学』, 53（5）, 348-352.

柏女霊峰（2017）『これからの子ども・子育て支援を考える：共生社会の創出をめざして』ミネルヴァ書房 .

木全和巳・高山京子・長谷川忍（2009）「相談支援事業従事者からみた相談支援事業実践の課題―愛知県知多圏域の相談支援事業従事者の聴き取りを通して―」『日本福祉大学社会福祉論集』121, 55-69.

厚生労働省（2002）『障害者ケアガイドライン』（http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/918.pdf, 2018.8.18）.

厚生労働省（2005）『相談支援の手引き』（https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0428-1h/04-2.html, 2018.8.18）.

厚生労働省（2014）『今後の障害児支援の在り方について（報告書）～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～』
（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000050945.html, 2018.8.18）.

厚生労働省（2016）『「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ』
（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000131631.html, 2018.8.18）.

佐藤進（2004）「生まれてから就学までの障害をもつ子どもたちを取り巻くシステムと現状 - 早期療育再考から通園施設の閉鎖まで」『福祉労働』103, 37-45.

佐藤郁哉（2008）『質的データ分析法 : 原理・方法・実践』新曜社 .

下平美智代・山口創生・伊藤順一郎（2013）「日本における精神障害者の地域生活支援 : 千葉県市川市の取り組み」『海外社会保障研究』182, 4-15.

隅河内司（2018）「障害者相談支援における「実践課題の政策化」の理論形成 : ソーシャルワー

クと自治体福祉政策の発展」ミネルヴァ書房 .（2）, 12-15.
曽根直樹（2010）「二四時間ワンストップの相談支援体制 -- 東松山市総合福祉エリアの活動から」『福祉労働』127, 30-38.
曽根直樹（2016）「障害者の家族支援の現状と課題」『ノーマライゼーション : 障害者の福祉』36（2）, 12-15.
髙橋広行 , 徳山美津恵 , 吉田満梨（2015）『ケースで学ぶケーススタディ』同文舘出版 .
中野敏子編（2016）『戦後障害者福祉における「相談支援」の形成過程研究 : 実践の継承と転換に焦点をあてて』高菅出版 .
東松山市社会福祉協議会地域未来福祉研究所（2008）『障害児の地域支援システムの総合的研究報告書』平成 19 年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業（http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu-report-DB/db/19/125/report.pdf, 2018.8.20）.
福岡寿（1998）『施設と地域のあいだで考えた』ぶどう社 .
福岡寿編著（2002）『コーディネーターがひらく地域福祉』ぶどう社 .
宗澤忠雄（2008）『地域に活かす私たちの障害福祉計画 : 相談援助から築く自立支援システム』中央法規出版 .
山内建生 , 望月隆之（2015）「障害のある人の相談支援事業の歴史的変遷とその目指すべきもの」『福祉社会開発研究』7, 57-68.
山口和彦（2007）『障害者自立支援法と市町村の役割（特集 障害のある人の地域での生活を支えるために）』「月刊福祉」90（7）, 28-33.
山崎安則（2004）「総合療育システムと総合相談支援体制の現状と課題 : 支援費制度下における障害児（者）地域療育等支援事業に関する一考察」『筑紫女学園大学紀要』16, 233-247.
渡辺俊太郎（2006）「障害のある人への支援を複数の社会資源が相互に連携して行う－滋賀県甲賀地域の実践報告」『さぽーと』53（1）, 31-34.
Yin, R. K（1994）Case study Research: Design and Methods, 2nd Edition. SAGE Publications（= 2011, 近藤公彦訳『ケース・スタディの方法』千倉書房）.

（注釈）

1）障害者福祉分野において、相談支援とケアマネジメントの定義は多様であり、また同意で用いられることが多い。本研究では、相談支援とケアマネジメントを同概念として用いることとする。

2）2013 年の学校教育法施行令の改正により、現在の就学先決定の仕組みは「本人・保護者の意見を最大限尊重し、本人・保護者と市町村教育委員会、学校等が教育的ニーズと必要な支援について合意形成を行うことを原則」としている（文部科学省 2012）。

3）平成１９年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「障害児の地域支援システムの総合的研究」

Development Model of Community Living Support System for for Children with Disabilities
~Case Study in Higashimatsuyama City, Japan~

Kumiko NISHIMURA

Summary : This article is a case study research to understand and analyize community living support system for children with disabilities in Higashimatsuyama City, Japan. The government of Japan presented models for local government how community living support system can be developed over time for children/people with disabilities. Literature review and interview with 6 relevant personel were conducted to verify whether the system of Higashimatsuyama City had developed in line with the government model as well as to illustrate characteristics of the development process and factors for development. The research demonstrated that the community living support system had developed by stages through an "unfolding process of collaboration" among stakeholders placing children with disabilities at a center. Under the "unfolding process of collaboration", needs of children with disabilities were generalized as community needs and policies and services were developed to realize the needs. Therefore, such an "unfolding process of collaboration" can be an effective approach to develop community living support system for social inclusion of children with disabilities.

Key words : children with disabilities, support system for community living, consultation support system

2018年度　大学院論文リスト

（修士論文）

氏　名	コース	タ　イ　ト　ル	指導教授
多羽田　聰	高度福祉専門職養成	一時保護所における児童指導員の社会福祉実践について―レジデンシャルソーシャルワークの視点を基盤として―	大塚　晃
西牧　由起	研究者養成	幸福に関する理論的考察 ～社会福祉学のための基礎研究として～	栃本　一三郎
WANG YILIN（オウ イリン）	高度福祉専門職養成	中国都市部における在宅生活をしている介護を必要としない高齢者の生活満足感及び影響要因分析―青島市の事例調査に基づいて―	髙山　恵理子
岡　敦子	高度福祉専門職養成	障害女性が「出産子育て」において体験する困難の研究～「複合差別」問題へのソーシャルワーク的関わり方の検討	大塚　晃
林　悦子	高度福祉専門職養成	市民後見人の活動とその支援に関する研究 ―社会福祉協議会の取り組みから―	大塚　晃
西村　久美子	研究者養成	障害児地域生活支援体制の発展モデルに関する研究―埼玉県東松山市を事例として―	大塚　晃
澤口　望	高度福祉専門職養成	「法人経営者」視点での社会福祉法人制度改革に関する研究―改革前後における法人経営者に対するアンケート調査を通して―	栃本　一三郎
尾関　玲子	高度福祉専門職養成	緩和ケアチームにおける医療ソーシャルワーカーの実践と支援体制に関する研究	髙山　恵理子
FANG LINGFEI（ホウ リョウヒ）	高度福祉専門職養成	養老施設における介護職員の実態および今後の展望―浙江省杭州市の事例を中心として	栃本　一三郎

学　内　往　来

2018 年度は早くも上智大学の創立 105 周年目、麹町大通りに面したソフィアタワーや広々としたゲート（北門）はすっかり地域になじんできたようです。

2018 年度の「上智大学社会福祉研究・大塚晃教授退職記念号」WEB 版をお届けします。大塚先生には 11 年間本学科のためにご尽力いただきました。あらためてお礼申し上げます。

今年度より障害者福祉を専門とする笠原千絵准教授を新たにお迎えしました。笠原先生は本学の卒業生でもあり、知的障害者支援をテーマに研究しておられます。フレッシュな風を本学科にもたらしてくれることを期待します。

今年度の学部卒業生は 58 名、大学院博士前期課程修了者は 9 名でした。大学院修了者 9 名のうち 4 名は仕事をしながら大学院で学び、長期履修制度を利用した人たちです。実践しながら研究をという人は今後増えてくるものと思われます。本号では修士論文をもとにした原稿を 2 本掲載しています。

現在上智大学は全学あげてグローバル教育を推進しており、上智から海外に留学した学生は 1,000 人を超え、外国人学生の国籍は 85 カ国に及びます（2017 年度データ）。社会福祉学科においても中国、韓国、ミャンマーからの留学生が学んでいます。また、今年度は国連のユースボランティアに難関を突破して選ばれ、ヨルダンで活動した学生が出ました。ユニセフ中東・北アフリカ地域オフィスで 5 か月間、英語を駆使して教育部門での広報と knowledge management に従事したそうです。中東の空気を吸って多くの人々と交わってきた経験を語る、その学生の顔は実に生き生きとしていて頼もしく思えました。

キャンパスでの国際交流はもちろんですが、より多くの学生が広く世界に踏み出し、グローバルに考え行動するとはどういうことか実感してほしいと思います。

特記すべきこととして、クルトゥルハイムでの学科の卒業ミサを 5 年ぶりに再開しました。小さなミサでしたが、神学部の瀬本神父様、カトリックセンターや上智聖歌隊の協力を得て、心温まるミサとなりました。上智が大事にしているものをこうした形で伝えていくことができればと思っています。

編集責任　伊藤 冨士江（社会福祉学科教授）