

海外社会保障研究

Spring 2013

No. 182

特集：精神障害者地域生活支援の国際比較

特集の趣旨	勝又 幸子	2
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－	下平美智代 山口 創生 伊藤順一郎	4
精神障害者地域生活支援の国際比較－イタリア－	坂本 沙織	16
スウェーデンにおける精神障害者支援から考える 日本の精神障害者地域生活支援の在り方	石田 晋司	30
精神障害者地域生活支援の国際比較－アメリカ合衆国－	福井 貞亮	41

投稿論文

容貌の損傷と合理的配慮－ADAの障害学的検討－	川島 聡 西倉 実季	53
-------------------------	---------------	----

動向

OECD基準による我が国の社会支出－社会保障費用統計2010年度報告－ ……………国立社会保障・人口問題研究所社会保障費用統計プロジェクト	63
--	----

書評

イアン・ファーガスン著／石倉康次・市井吉興監訳 『ソーシャルワークの復権：新自由主義への挑戦と社会正義の確立』	山森 亮	81
埋橋孝文・于洋・徐 編著 『中国の弱者層と社会保障－「改革開放」の光と影』	西山 裕	86

海外社会保障研究

SPRING 2013 No.182

国立社会保障・人口問題研究所

特集：精神障害者地域生活支援の国際比較

趣 旨

本誌では特集として精神障害者を初めて取り上げた。時代的背景としては現在、日本政府は障害者権利条約ⁱ⁾（以下権利条約とよぶ）の批准にむけた準備を進めている。権利条約署名後はじめて、条約に関係する法律である障害者基本法の改正（2011年8月）が行われた。そして、まもなく新基本法の下、障害者基本計画が改訂になる。障害者政策委員会ⁱⁱ⁾は2012年末に新計画策定への意見を政府に出したが、意見では「先送りできない重要な課題」のひとつに、精神障害があげられている。ⁱⁱⁱ⁾それはまさに日本の精神障害者政策の立ち後れを指摘するものといえる。

日本国内ではあまり知られていないことだが、先進諸外国では1980年代から精神病床の削減が政策として実施されてきた。入院から在宅（地域生活）へ、精神障害者の権利擁護と同時に、治療方法にも様々な変化がもたらされてきたのである。しかし日本では地域移行が進んでいないばかりか精神障害者の入院の長期化も相変わらずの状況である。

国の検討会で引用された調査^{iv)}によると、過去40年間の病床削減率の違いから国のグループわけが提示されている。病床削減率が概ね65%以上と高い国のグループ1と40%以下と低い国のグループ2である。グループ1には1970年代までに病床数が大きく減少した国としてオーストラリア、イタリア、アメリカ、ノルウェーがあげられ、1980年代に減少した国としてはフィンランド、イギリス、スウェーデン、ルクセンブルクがあげられている。一方、グループ2には、ドイツ、カナダ、チェコ、オランダがあげられている。同資料には病床数推移の国際比較としてOECDのヘルスデータから対千人あたりの病床数の推移がグラフで示してあるが、日本は1970年初頭まで病床数が急増しその後1990年代まで微増して、その後高水準で横ばいになっている。その動きは先進諸国では特異な動きで、病床が削減できていない唯一の国ともいえる。日本では高齢者の社会的入院の解消が介護保険の導入等によって進んだ一方、精神障害者の地域移行は進んでいない。

本特集では、紙面の制約もありグループ1からイタリア、アメリカの2カ国を、グループ2からスウェーデンを取り上げた。日本についても千葉県の実践を紹介し日本の精神障害者地域生活支援の課題について述べていただいている。外国については、その国の精神障害者をめぐる施策の歴史的背景を解説いただいているが、実践の例としては、特定の地域の紹介にとどまっている。地域生活の支援がサービスとして提供される場合、どうしても全国一律の制度や枠組みでとらえることは難しい。一方、精神障害は他の障害と比較して医療ニーズが相対的に高く、医療と福祉の連携が地域生活を支援するために重要な役割を果たす。医療給付は保険者や国家が運営する場合が多く、地域社会との連携には地域に密着した工夫が必要になる。したがって精神障害者については一国を網羅的に記述することじたいに余り意味が無いのかもしれない。この特集で紹介されている障害者の地域生活支援について、人種も文化も異なる外国の例だと思わずに、現代の民主国家において精神障害者の人権を守るためになにが行われる必要があるのか学ぶ視点が必要だろう。

日本の精神障害者を取り巻く状況の変化は、1995年法改正により「精神保健福祉法」^{v)}が施行されたことに始まる。本特集の中で下平他がまとめているように、地域生活支援が精神障害者の政策で大きな役割を果たし始めたのも、同法の施行後であり、2004年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の提示と2005年「障害者自立支援法（以下「自立支援法）」の施行が精神障害者政策を促進する契機となった。「自立支援法」は、従来の法枠組みのなかで対象者別にわかれていて利用者を分断していた福祉サービスの支給を、3障害（身体・知的・精神）共通の法枠組みの中に統合しただけでなく、年齢についても障害児サービスを統合した。自立支援法の下給付されている医療費には、精神通院医療費が含まれている。精神障害者の中には生活保護を受けている人も多くいることが知られているが、他法優先の原則から自立支援法のもと受給できる医療費では不足する部分を医療扶助の単給として受けている人もかなりいる。在宅に比べて高額な入院にかかる医療費の削減のためにも地域生活移行は重要である。患者の生活の質の向上という意味からも、投薬中心の治療方法には問題が多いときく。精神障害者を巡る議論には、保健医療制度や生活保護制度、さらには地域生活支援のための福祉サービス、社会参加の促進という意味からの就労促進など、多岐にわたり、まさに人を中心とした包括的なケアの実践がともなわなければならない。

日本でも遅ればせながら、公的な責任のもと精神障害者の政策が進みつつあることは喜ばしいことだと思う。一方、一般国民の精神障害者に対する理解は遅遅として進んでいないことも事実だ。それがゆえに、自分の疾患を隠して生活する精神障害者が少なくないと聞く。もうそろそろ、日本でも精神障害者を「語る」時代が来てもよいのではないかと思う。偶然日本という国に生まれた人が、他の国に生まれていれば実現できただろう地域生活ができないというのは、おかしな話しではないか。どこに生まれようと、守られるべきなのが人権である。人として当たり前の人権を保障するために、まずは隣人として精神障害者を受け容れることからはじめようではないか。

（勝又幸子 国立社会保障・人口問題研究所情報調査分析部長）

-
- i) The United Nation Convention on Disability Rights国連が定めた、人権条約のひとつ。2008年4月に20カ国の批准を集めて発効した。日本は2007年9月に署名したが2013年1月現在、批准には至っていない。
 - ii) 障害者基本法第32条で内閣府に設置が明記され、事務のひとつに、障害者基本計画の実施状況についての監視があり、必要ときは、総理大臣や関係大臣に勧告ができる。
 - iii) 新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見平成24年12月17日 http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_jinkai/pdf/kihon_keikaku/honbun.pdf
 - iv) 平成19年度厚生労働科学研究費補助金
精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究（主任研究者：伊豫雅臣）
「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」（分担研究者：佐々木一）
 - v) 正式名称：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）
-

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—

下平 美智代 山口 創生 伊藤 順一郎

■ 要約

千葉県市川市では、1980年代後半から精神障害者の地域生活を支える福祉機関を開設する動きが行政と民間双方から始まった。そこに今世紀に入り、国としての法的な整備が進み、千葉県の「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」の制定（2006年）や同時期の「マディソンモデル活用事業」（アメリカ・ウィスコンシン州の精神保健地域ケアシステムを取り入れた事業）などの当事者、家族、専門家、行政職員、一般市民と一緒に議論し取り組んだ事業があり、市川市の現在のようなアウトリーチサービスや就労支援サービスおよび支援ネットワーク機能が形作られてきた。市川市の例から、日本の精神保健医療福祉が目指す方向として、支援の目標を当事者のリカバリーとすること、包括型ケアマネジメントの普及、アウトリーチサービスの充実などがあげられる。その実現のためには官民協働のシステムづくりが不可欠である。

■ キーワード

精神障害者地域生活支援、官民協働、包括型ケアマネジメント、アウトリーチ、就労支援

I はじめに

日本では今世紀に入るまで、重度の慢性精神疾患をもつ人々が障害者として地域で支援を受ける体制が構築されてこなかった。その代わり、そうした人々の多くは精神科病院での長期入院を余儀なくされてきた。精神障害者は精神衛生法（1950年）や精神保健法（1987年）などで規定されていたように医療の対象であり、福祉サービスの対象とされてこなかったのである。

精神障害をもつ人々が、知的障害や身体障害をもつ人々とともに「障害者基本法」の対象として明確に位置づけられたのは、1993年のことである。そして、1995年に「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）と改称され、総則の第一条に「社会復帰の促

進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、（中略）精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的する」ことが明示された。さらに2004年に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が掲げられた。この改革ビジョンでは、「国民の理解の深化」「精神医療の改革」「地域生活支援の強化」「基盤強化の推進」が改革の骨子として示されている。地域生活支援としては、相談支援、就労支援などの施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備すること、標準的なケアモデルの開発等を進めることが目標として掲げられた。また、2005年の「障害者自立支援法」の成立と「精神保健福祉法」の改正は、障害者サービスの内容とそれに対する補助金を明確にし、障害者サービスに

評価やケアマネジメントを部分的に導入することで、精神保健福祉サービスの標準化と向上に一定の貢献を見せた。

このように、日本では近年になって、精神障害者の地域移行が制度として推進されるようになったのであるが、1980年代後半には、いくつかの地域で、国の施策に先行するように精神障害者の地域生活を支援していこうとする動きはあった。千葉県市川市もそうした地域の一つであった。市川市には、行政主導で、授産施設（1987年より）、メンタルサポートセンター（1998年より）、就労支援センター（2000年より）などを市の直接運営や市独自の業務委託などで展開してきたという歴史がある。民間では、1994年には精神障害者家族会を母体とした「めぐみ会」（現社会福祉法人サンワーク）が小規模作業所を、1995年には「市川の精神保健を考える会」（現NPO法人ほっとハート）が共同作業所を設立した。このように、行政・民間共に精神障害者地域生活支援に取り組んできた市川市の土壌があり、そこに前述の国としての法的な整備が進み、さらに千葉県では2005年初頭より「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」制定のためのタウンミーティングが活発化し、2006年に条例が制定された。同時期に市川市がマディソンモデル活用事業（千葉県・マディソンモデル活用事業研究会、2008）のモデル地区となり、やはり同時期に行われた精神障害者地域生活支援に関する研究事業やモデル事業があり、それらの出来事のかなかでさまざまな議論や取り組みがあり、市川市の現在のようなアウトリーチサービス^{*}や就労支援サービスおよび支援ネットワーク機能が形作られてきた。本稿では、市川市における精神障害者地域生活支援に関する

これまでと現在の取り組みを概観し、現時点での課題も踏まえて、日本における今後の精神保健医療福祉の方向性について提言したい。

II 市川市の取り組み

1 精神障害者地域生活支援を發展させた背景

市川市は、千葉県の北西部に位置し、東京都江戸川区や葛飾区と隣接した、人口約47万人を擁する首都圏のベッドタウンである。市川市では1990年代には精神障害者の地域生活支援の基盤が徐々に形成されつつあった。それが今のように充実した支援ネットワークに發展したのには少なくとも3つの背景があったと考えられる。

第1に、「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」（2006年10月11日県議会にて可決・成立）制定のための運動である。きっかけは、2004年7月に県が策定した第三次千葉県障害者計画に、新たな地域福祉像として「誰もが、ありのままにその人らしく、地域で暮らす」を掲げ、その実現のための条例の制定を検討することが盛り込まれたことであった（千葉県健康福祉部障害福祉課、2006）。その後、県は広く県民から差別と思われる事例を募集し、2005年1月には研究会の設置と並行してタウンミーティングが県内各地で開催されるようになった。市川市でも知的・身体・精神障害者当事者、家族、支援の実践家や有識者、一般市民が集まり活発な対話が行われた。

第2に、2005年度から2007年度の三年間、市川市が千葉県の「マディソンモデル活用事業」のモデル地区となったことが挙げられる。「マディソンモデル」とは、米国ウィスコンシン州デーデン郡で始められた精神保健地域ケアシステムの通称で

^{*}アウトリーチサービス…訪問支援サービスのこと。自宅への訪問のみならず、施設外に支援者が出て行う支援サービス全般を指す。例えば、対象者の住む地域に出向き買い物に同行する、一緒に役所に行って福祉の手続きを補助する、通院同行するなど。就労支援であれば、支援対象者の職場に出向き職場でサポートすることや、職場の近所で対象者と会って話を聴くことなども含まれる。

ある。EBP (Evidence Based Practice) として世界中に広がり、日本でも実践が広まりつつある ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム) は、このデーン郡における精神保健地域ケアシステムのなかで生まれた支援である (久永, 2008)。マディソンモデルの特色は、官民共働のシステムであること、急性期対応 (危機介入) から住居プログラムまで一貫性のある一つのシステムのなかでケアが提供されていること、アウトリーチが基本的なサービスとして位置づけられていること、ピアサポートが充実していること、リカバリー志向であることなどが挙げられるだろう。ここで言う「リカバリー」は、米国において精神障害をもつ人々の社会参加のなかで、当事者の側から提示された概念である (伊藤, 2012)。リカバリーの普遍的な定義はないが、人々の間で共通の認識としてあるのは、リカバリーは疾患や症状がなくなることを意味するのではなく、個人が地域でその人らしく生活を送るなかで希望や自律性など生きる力を回復していく過程を指すこと、リカバリーの内容は個人によって異なること、リカバリーの過程は必ずしも直線的ではないことなどである (伊藤, 2012; Anthony, 1993; President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003)。市川市では、マディソンモデル活用事業をきっかけに、「リカバリー」が当事者や家族、行政職員、精神保健医療福祉関係者に広く支援の目標として認知され共有される概念となった。また、マディソンモデル活用事業では、県や市の行政職員、精神保健医療福祉の専門家だけでなく、当事者や家族も活発に議論に加わり、市川市に必要な支援リソースについて意見やアイデアを出し合い、官民協働でこのモデル事業を実施していった。

第3に、2002年度から2007年度にかけて国立精神・神経センター国府台病院 (現・国立国際医療研究センター国府台病院) を拠点に ACT-J 研究プ

ロジェクトが実施されたこと、および2008年に市川の民間の支援機関 (特定非営利活動法人ほっとハート) で厚生労働省の生活訓練モデル事業が行われたことが挙げられる。これらの研究およびモデル事業が、それまで支援者個々の力量や善意に支えられて「手作り」で提供されていたサービスが、システムとしてのサービスに洗練されていくきっかけになったと考えられる。

次に、こうした背景のなかで発展してきた、市川市のアウトリーチサービスと就労支援サービスについて、実施機関とその特色や役割分担などを記述したい。

2 アウトリーチサービス

市川市には現在さまざまな形態のアウトリーチチームがあり、精神障害を持つ多様な層の対象者にサービスを提供している。まずは市川エリアでアウトリーチを行う主だった機関を紹介し、次に現在とられている役割分担について言及する。

(1) 各機関の特色

A. 特定非営利活動法人 ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J

ACT-J は研究事業 (伊藤, 2008) として2003年に始まり、2008年からは ACT に特化した訪問看護ステーションとなっている。ACT-J は長期および頻回入院者、長期のひきこもりなど地域社会で孤立状態にある重い精神障害を持つ18歳から60歳未満の人にサービスを提供している。看護師、作業療法士、精神保健福祉士、チーム精神科医から成る多職種のチームアプローチによるアウトリーチサービスを提供しており、生活支援と共に医療的対応も行う。医師以外の全ての専門職スタッフが包括型のケアマネジメントを行う。包括型のケアマネジメントでは、ケアマネージャーはケアプランの立案、さまざまな精神保健医療福祉サービスの仲介、支持的カウンセリングから買い物同行

までの幅広い直接支援を包括的に行う。チーム内のスタッフの1名は勤務時間の約50%を就労支援にあて、利用者を対象に就職支援も行っている。

ACTは医療ニーズと生活ニーズがどちらも高い層が対象者となることから、特に介入初期は日に数度訪問するなど集中度の高いケアを行うため、スタッフのケースロードは10名までとなっている。利用者の状態の変化に応じて、ケアの集中度を下げていく。期限は設けてはいないが、利用者の病状や自立度をみながら通所型の支援等、他の地域支援につなげていくこともある。

B. 特定非営利活動法人ほっとハート らいふ

らいふは2008年に障害者保健福祉推進事業で訪問型生活訓練のモデル事業として始まった（特定非営利活動法人ほっとハート，2009）。統合失調症等の重度精神疾患を持ち、退院後の生活維持に集中度の高い支援が必要な人を対象としている。障害者自立支援法下の支援で、利用期限があることから、同法人のケアマネージャーがゲートキーパーとなり、ニーズの高い利用者にサービスが届くように配慮がされている。ACT-Jとの違いは、合併症の管理や疾患や治療に関する心理教育などの医療的支援は行わないところである。具体的な支援としては、利用者の希望に基づきプランを立て、自宅のなかでの生活（家電の使い方、掃除の仕方、金銭管理、料理など）の支援だけでなく、公共交通機関を一緒に利用したり、近所のスーパーと一緒に買い物に行ったり、一緒に役所に行くなど、地域での生活を当事者が自律的に行えるように支援していく。通所型の生活訓練や地域活動支援センターなどにも一緒に見学に行き、通所につなげたりもする。また、必要に応じてヘルパーなど他の支援も入れる。当事者の自立度が高くなるにつれて、訪問頻度を下げていく。

C. 社会福祉法人サンワーク ばれっと

同法人は、1994年（平成6年）精神障害者家族会から始まった。「ばれっと」の開所は、1998年で、2004年には、「社会福祉法人サンワーク精神障害者小規模通所授産施設ばれっと」となり、2007年に障害者自立支援法の障害福祉サービス事業に移行し、通所および訪問型の生活訓練を行う機関となった。また、同法人は、千葉県委託事業の「精神障害者退院促進支援事業」を2009年よりサンワーク指定相談事業で受託するようになり、これにより退院前から支援者が病室に訪問して関係づくりを行うなどして、退院後の生活支援が円滑に行えるようにしている。

D. 中核地域支援センター がじゅまる（千葉県事業）

千葉県では、子ども、障害者、高齢者などの対象者を横断的にとらえた24時間365日体制での福祉サービスとして、この中核地域支援センターが設置された。がじゅまるは市川地区（市川市と浦安市）を対象区域として2004年に社会福祉法人一路会が実際の運営を委託されている。支援内容としては、相談事業、訪問、各種福祉サービスの利用に関わる援助や調整を行っている。相談経路は、市川市の児童相談所、県の発達センター、市役所の障害支援課、国府台病院などの精神科病院、民間のクリニックなど多岐に渡る。障害者自立支援法の「生活訓練」やACT-Jのような医療の入った訪問サービスでは関わらないような部分、たとえば、多問題家族や、家庭内暴力、児童虐待などの問題から支援に入り、直接支援をしながら、ニーズに合わせて他の地域資源につなげていくことも行っている。

E. 基盤型支援センター えくる（市川市事業）

市川市が運営主体で2009年より始まった障害者総合相談事業で、障害の種別を問わず、相談員が自宅などに訪問し、日常生活上の困難についての

相談を受け、障害福祉サービスの利用援助、社会資源の活用や社会生活力を高めるための支援、相談及び情報の提供や権利擁護の援助、居住サポート事業等を行っている。対象者は市川市民で障害のある当事者、家族、関係者となっている。障害者自立支援法の障害程度区分認定などが行われる前から支援者が対象者に関われるのが「えくる」の利点である。

F. 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科訪問看護

国府台病院精神科訪問看護は、2007年10月に始まった。看護師が徒歩もしくは公共交通機関を使って訪問するため、訪問エリアは、市川市と松戸市内の一部のエリアで、1時間以内で訪問できる範囲としている。利用者は国府台病院に通院している患者で、紹介経路は院内のソーシャルワーカーもしくは主治医からの依頼となっている。一般的に精神科訪問看護は再発や症状再燃防止の観点から服薬管理に重点を置きやすい傾向があると思われるが、国府台病院の精神科訪問看護は、医療的なケアも行いつつ、利用者のストレンクス（強み、特技、希望、好み）を尊重した支援に取り組んでいる。利用者のニーズに応じて、福祉リソースへの仲介などは病院ソーシャルワーカーと連携して行っている。

(2) 役割の分担

主だったアウトリーチサービスを行う6機関を紹介した。それぞれが少しずつ異なる対象者層を支援していることで役割分担がとられている。具体的には、より医療の関与が必要な場合は訪問看護やACT-Jの対象となる。図1のように、訪問看護とACTの対象者は重なるところもあるが、症状の重篤さと生活障害の重篤さが共に高く集中度の高いケア（頻度の高い訪問）を要する人はACTの対象となる。身体合併症もなく、症状も

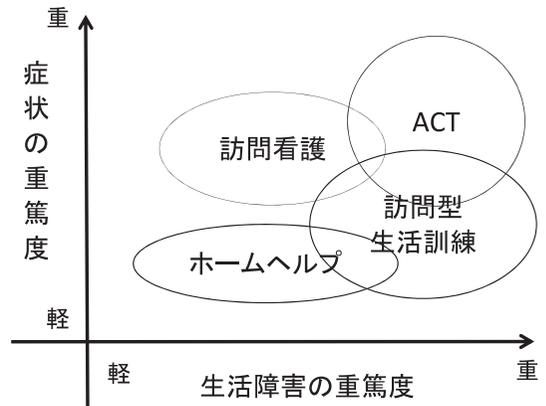


図1 対象者像とそれに対応するアウトリーチサービス (吉田, 2010; p38より引用)

重篤ではないが、生活障害は重篤であるという人は、訪問型生活訓練の対象となる。ACTも訪問型生活訓練もケアの集中度が高い人が対象となるため、症状が落ち着き、生活障害が改善されていけば、ホームヘルプサービスや通所サービスにステップダウンしていく。一方、本人が地域福祉サービスの利用をまだ承諾していないが、家族からの要望がある場合や、病院の精神科医やソーシャルワーカーなどが、アウトリーチ支援の必要性があると判断した場合は基盤型支援センター（市川市事業）につながる事が多く、当事者とその家族が複数の問題を抱えている場合などは、中核地域支援センター（千葉県事業）につながる事が多い。このように、地域に複数のアウトリーチサービスを提供する機関があることで、相補的な連携が取られている。なお、こうしたアウトリーチサービスに対象者をつなぐ仲介を行うのは、地域の相談支援事業のケアマネージャー、病院のソーシャルワーカー、市役所の障害支援課職員などである。

3 就労支援

市川市には障害者の就労支援に関わる機関は複数存在する。ここでは、精神障害者への就労支援を行っている3つの機関とその特色について紹介

し、次に役割の分担について記述する。

(1) 各機関の特色

A. 特定非営利活動法人NECST 障害者就職サポートセンタービルド

特定非営利活動法人NECSTは、市川の既存の3つの法人でリーダーとして活動していた人々と地域で開業している精神科医、および筆者の内の一人（伊藤）が理事となり精神保健福祉の法人を取りまとめる法人として、2007年3月に設立された。「障害者就職サポートセンタービルド」の前身は、マディソンモデル活用事業で設立され、現在はNECSTが運営している「クラブハウスForUs」のなかで始まった就労支援部門である。

「クラブハウス」とは、ニューヨークで精神科州立病院を退院した元患者たちとボランティアたちが1944年に設立したセルフヘルプグループを前身とし、NIMH（アメリカ国立精神保健研究所）が特別研究の助成金を出した1977年以降、全米に広まった通所型の地域センターであり、その理念と活動基準は「クラブハウスモデル」と呼ばれる（下平（渡辺），2011）。クラブハウスを運営していくためのさまざまな役割をメンバーとスタッフが共に分担する。たとえば、キッチンでの昼食づくり、クラブハウス運営のための事務仕事などで、日々のクラブハウス内での仕事を「デイプログラム」といい、こうしたデイプログラム参加することが社会生活機能を回復させるトレーニングになっていると考えられている。

クラブハウスForUsもこのような居場所でありしかも社会的役割を体験していく場として設立された。クラブハウスモデルには独自の就労支援に関する方法論があるが、マディソンモデル活用事業ではクラブハウス独自のアプローチではなく、米国でも先進的なIPS型（Individual Placement and Support Model）の個別援助付雇用モデルを採用し、ForUsに就労支援部門をつくり、就労支

援専門員（Employment Specialist:以下ES）を配置した。マディソンモデル活用事業が2008年3月で終了した後もクラブハウスForUsを拠点とした就労支援は継続された。マディソンモデル活用事業終了後ForUsの運営を引き継いだNECSTは、2009年12月に障害者自立支援法の就労移行支援事業として「障害者就職サポートセンタービルド」を設立した。IPS型就労支援は、以降、クラブハウスForUsから支援の足場を「ビルド」に移した。

IPS型支援は、アメリカで始まった重度精神障害者を対象とする個別援助付雇用プログラムである（Becker & Drake, 2004）。訓練して何かができるようになってから就職活動を進めていくという段階的な支援とは対照的に、当事者の希望やスキルに合わせて迅速に就職活動を行い、就職後の支援を手厚く行う方法である。アメリカでは通常、ESはケアマネージャーを主としたメンタルヘルsteamの中に配置されており、チームの一員として他のメンバーとのチームワークのなかで支援を遂行する。「ビルド」は日本の就労移行支援事業という枠組みのなかでサービスを提供している関係上、複数のESを擁しており、そのESがチームをつくって、対象者の生活支援も就労支援と一緒にしているのが通常である。2011年4月から、ビルドは筆者らの実施する『「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』（伊藤，2012）に位置づけられている就労支援に関する研究事業の協力サイトとなり、同年10月からケアマネージャー1名をESチームのなかに配置した。この研究事業では、ESとケアマネージャーが共働することで重い疾患を持つ対象者の生活機能の向上と就労を実現させている。

B. 社会福祉法人サンワーク サンワーク就労センター

サンワーク就労センターはビルドと同じく就労

移行支援機関である。ここでは、個別対応で就職活動の支援を行い、就職後のフォローも行っている。また就職活動と連動したプログラムとして、コミュニケーション講座、ビジネスマナー講座、認知行動療法・ストレスコーピング講座、パソコン基礎講座などを提供している。これらのプログラムは、就職活動を開始する前に必ず受けなければならない訓練ではなく、利用者によっては、準備期間として講座を一通り受けてから就職活動をする場合もあるし、こうした講座を受けながら同時に就職活動を始める人もいる。ビルド同様にサンワーク就労センターも我々の研究協力サイトである。内部にケアマネージャーは配置していないが、就労支援員は利用者の通院する病院のソーシャルワーカーと密に連携を取り、重い精神障害を持つ人の就労に成功している。

C. 市川市障害者就労支援センター「アクセス」 (市川市事業)

市の委託を受けて行っている事業で、就職活動の支援には利用期限があるが、いったん就職すると、その後のフォローは無期限で行う。センター内でのプログラムは就職活動開始を判断するための5日間のセンター内実習のみである。これは決まった時間に来所して作業を指示どおりに行えることや、作業過程の特徴などを就職活動の際の参考とするために行う。利用期限がこのセンター内実習初日から数えて1年間と制限がある。そのため、センター内実習に入る前に、支援者は利用希望者と十分に話し合い、本人の希望や生活状況によっては、他の機関に紹介することもある。法的バックグラウンドの違いと利用期限の違いもあり、「ビルド」や「サンワーク」のように就職活動に関連したプログラムは提供していない。いざ就職活動に入るとそれに専心するため、早期に就職が決まる可能性も高い。

「アクセス」も我々の研究の協力機関の一つで

ある。「サンワーク」同様に、病院のソーシャルワーカーが「アクセス」の就労支援員と連携している。

(2) 役割の分担

市川市には、ここに挙げた以外にも複数の就労支援機関が存在する。各機関はほとんどお互いを知っており、明確な役割分担の意識を持ってはいなくても、実質は相補的な連携が取られている。たとえば、ビルドではおよそ3ヶ月に1回の頻度で利用説明会を行い、一度に10人前後が契約し利用が始まるが、その説明会では、市川市にある他の就労支援機関も紹介し、各自に合うところにアクセスするよう促している。その結果、ビルドの説明会に出たものの、他の就労移行や継続B型につながるということもある。逆に他の就労支援機関からの紹介でビルド利用につながる場合もある。それは、市川ではほとんど全ての支援機関がリカバリー志向の支援を行っており、当事者のニーズに合わせて最適な支援を当事者自身が選ぶことを尊重しているためである。支援機関間の差異は、就労準備性の捉え方と就職活動支援に踏み出すタイミング、提供しているプログラム、立地などであり、これらの差異が各機関の特徴となっている。市川市の各就労支援機関の支援員はそれを自覚した上でお互いの特徴を尊重し、連携している。

4 ネットワーク機能

市川市は比較的、精神保健医療福祉のサービス機関が充実している地域であるが、これらの機関間の連携が円滑であり続けるためには、ネットワーク機能が継続していく必要がある。そのため、市川市では自立支援協議会をはじめ、さまざまなネットワークミーティングが開催されている。ここでは、こうしたネットワークミーティングの内、「市川コミュニティ精神保健医療福祉会議」と我々の研究事業で始まった「地域モデル班：多職種ア

ウトリーチ研究市川地区会議」について紹介する。

(1) 市川コミュニティ精神保健医療福祉会議

5つの民間団体の職員から成る実行委員会が主催する市民会議で、マディソンモデル活用事業終了後、2008年9月25日に第1回会議が開催されて以降、年4回を目安に開催されている。マディソンモデル活用事業研究会のメンバー、市内の支援機関の利用者とスタッフをはじめ、当事者、家族、支援者、行政職員など参加希望者に広く開かれた会議で、情報提供、意見交換、勉強会を目的としている。この会議は夕方から夜にかけて開催されるため、遅い時間帯の参加が難しい人にもこうした場を提供しようと、市内の支援機関の利用者を対象として「市川コミュニティミーティング」も年2回ほど開催している。

(2) 地域モデル班：多職種アウトリーチ研究市川地区会議

我々が2011年4月より実施している『「地域生活中心」を推進する地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』の中に位置づけている多職種アウトリーチの研究事業に関連して2011年12月より始まった会議である。この研究は、国立国際医療研究センター国府台病院精神科に急性期入院した患者を支援の対象としている。入院患者は全て退院後のアウトリーチ支援のニーズについて入院直後にスクリーニングが行われる。そしてスクリーニングで抽出された患者には病院ソーシャルワーカーが1名担当となり関係づくりを行った上で、地域のアウトリーチ支援機関のケアマネージャーに紹介する。ケアマネージャーは、入院中の患者を訪れ、関係づくりを行い、退院後速やかにアウトリーチ支援が行えるようにする。複数のアウトリーチ機関が協力サイトとなっているため、支援の質の保持と機関を越えた支援者同士の意見交換を目的として、この定期ミーティングは

始まった。会合には、市川市でアウトリーチ支援を行っている研究協力サイトのケアマネージャー、病院ソーシャルワーカー、研究者が参加している。本研究は2014年3月末で終了するが、研究事業終了後もこうした連携と会合が継続していくことが期待される。

5 市川市の課題

これまで述べたように、精神障害者地域生活支援として、さまざまなアウトリーチサービスや就労支援サービスが展開されている市川市は、千葉県の中なかでも地域福祉資源が豊富な地域であることは確かである。ただし、今後さらに精神障害者の地域移行を進めていくためには、不足しているサービスや取り組みがあるのも事実である。ここでは、市川市の課題として特に住居サービス、ピア・スタッフの雇用と育成、一般市民とのつながりについて述べてみたい。

(1) 住居サービス

精神障害者の住まいの確保は、地域生活支援において必須の要素である。障害者には市営住宅や県営住宅の入居についての優遇制度があるが、必要な人全てにいきわたるほど整備されているわけではない。また長期で入院していた人が地域で生活を始めるにあたり、また親元から独立して一人暮らしをするにあたり、すぐには単身生活が難しい場合もある。そのようなときに、短期間、小規模の24時間ケア付きの住居を利用できれば地域生活への敷居はぐっと低くなるだろう。また、中には、長期にわたりケア付き住居を利用できることで地域定着可能な人々もいると考えられる (Burns et al, 2002; Chilvers et al, 2004)。近年の欧米のエビデンスを概観すると、このような住居の利用とそこにアウトリーチサービスが加わることで、より地域定着が進むのではないかと予想されるが (Thornicroft & Tansella, 2009)、現在、

市川で精神障害者を対象に特化して稼働しているこのような住居はわずか2か所である。ただし、知的障害者と精神障害者共に受け入れているケア付きホームは8か所ある。その他、精神障害者のみを対象としたグループホームは2か所、知的障害と精神障害共に受け入れているグループホームは3か所である。入居には審査があるため、数が少ないほど入居の確率が低くなる。ニーズのある人全てが利用できるほどには充実していないのが現状である。2010年の障害者自立支援法改正では、障害者の地域移行の促進を目的として、ケアホームとグループホームの利用には助成金（特定障害者特別給付費）が利用できることから、今後これらのサービスの発展は特に期待される。

(2) ピア・スタッフの雇用と育成

精神科デイケア、地域活動支援センター、就労移行支援事業所などを利用する当事者同士のグループ活動や支え合いは我が国でも一般的になりつつあると思われる。こうしたピアサポートの発展した形として、メンタルヘルスセンター等において、リカバリーを経験したピアをケアスタッフとして雇用するということが米国では奨励されている。Davidsonら（2012）のレビューによると、メンタルヘルス領域において米国では現在、推定10000人以上のピア・スタッフが雇用されているという。初期の頃の研究は、ピアを雇用することが実行可能なことなのかどうかという検証であった。1990年代に無作為化比較対照研究が行われ、ピア・スタッフはケアマネージャーの助手として、当事者の話し相手や買い物などの同伴者としてピアでないスタッフと同等の役割を果たせることを示した（Solomon & Draine, 1995; O'Donnell et al, 1999; Clarke et al, 2000; Davidson et al, 2004）。その他のピア・スタッフとピアでないスタッフを比較した実証研究では、ピア・スタッフの方が、関係を持つことの難しい利用者との関係づくりで

より良い結果を出し、入院率や入院期間を短縮し、物質乱用を合併している利用者の物質使用を減少させるという結果が示されている（Solomon et al, 1995; Rowe et al, 2007）。

一方、ピアサポートが広がりつつある市川においてすら、ピアをスタッフとして常時雇用している機関は少ない。これは市川市ではないが、ある機関で実際にピアを雇用してみたものの、雇用主側としては何をしてもらったらいいのかわからず、当事者も何を期待されているのかわからず退職に至ったという話を聞いたことがある。リカバリー概念、ピアサポートの有用性、リカバリーした当事者が支援スタッフとして当事者を支援する有効性についての知識や実感、およびピアがスタッフとしてどのような動きをするのかということについての具体的イメージが、精神医療保健福祉の専門家の間にも当事者の間にもまだまだ浸透していないということであろう。今後の課題としては、リカバリー概念のさらなる普及と共にピア・スタッフがうまく機能している機関をモデルとして提示すること、ピアサポートやピア・スタッフの育成のための研修が定期的・継続的に行われるようなシステムの整備が望まれる。

(3) 一般市民とのつながり：啓発活動とインフォーマル・リソースの活用

これまで述べたことから、市川市が立地としても社会資源としても恵まれた地域であることは確かである。ただ、日本の他の地域同様に、一般市民の精神障害に対する偏見がないわけではない。精神障害者を対象とした地域施設を開所するにあたり、近所の理解が得られないことから場所がなかなか決まらないということも現実にある。また、精神保健医療福祉の通所施設やリソースだけでなく、地域にある民間のスポーツジムや習い事のための教室など、インフォーマルなリソースを利用することもリカバリーの過程で自然なことである

が、障害を開示して施設を利用する場合には、なかなか周囲の理解が得られないということがある（山口ら, 2011）。こうした状況の対応には、地道な啓発活動とその継続が大切になる。具体的には、病気のしんどさ、リカバリー体験などをバランス良く紹介する当事者の講演やキュメンタリー映像は、一般市民の態度変容に効果があるとされている（Corrigan et al, 2012; Yamaguchi et al, 2013）。これらのエビデンスのある活動を学校教育や地域の住民への啓発に定期的に用いることで偏見の是正は少しずつ進むと予想される。他方、支援機関や支援者が地域で一般市民と信頼関係を築くことや、当事者がインフォーマル・リソースを活用するなどして地域社会に入り込むことも、一般市民の意識の変化や精神障害への理解を深めていくことにつながると期待される（Thorncroft, 2006; 種田ら, 2012）。これらは、精神障害者を受け入れる地域社会の発展に特に貢献すると思われる。

Ⅲ 日本における今後の精神保健医療福祉の方向性

本稿では、我が国における、先進的な精神障害者地域生活支援の取り組みをしている地域の1つとして、筆者らが研究事業等に関わっている市川市の取り組みを取り上げた。本稿の最後に、日本における今後の精神保健医療福祉の方向性についての提言を記述し、まとめとしたい。

第1に、精神保健医療福祉サービスは、当事者のリカバリーを目標に一貫したシステムの中で提供されるべきである。個々の当事者はリカバリーの過程において、医療ニーズ、住宅ニーズ、就労ニーズなど様々なニーズに直面する。精神保健医療福祉サービス提供者が利用者のリカバリーを共通目標とすることは、これらのサービスがそれぞれに機能するのではなく一貫したものになる必要に迫られる。たとえば、リカバリー志向であるな

らば、たとえ急性期入院病棟であっても、患者が地域生活に戻って仕事など社会での役割を果たしていくことを見据えた上での治療が提供されるはずであるし、医師や看護師はソーシャルワーカーや地域のケアマネージャーと連携を取ることの意義を認識するはずである。訪問看護などの医療従事者による地域支援も、ただ、抗精神病薬の内服が確実に行えているのかを問うのではなく、利用者の意思や希望に沿う支援となっていくはずである。

第2に、ACT-Jが行っているような包括型ケアマネジメントの普及が望まれる。精神疾患は慢性化しやすく再発もしやすいという意味で、精神障害は固定的な障害ではない。そのため、精神障害者の地域生活を支えるためには、医療も含めた包括的な支援であることが必要である。この包括的な支援のプランニングやコーディネート、さらに直接支援も提供するのが包括型のケアマネジメントである。

第3に、精神保健医療福祉の専門家が機関のオフィスで利用者に対応するのではなく、アウトリーチ支援が積極的に提供される必要がある。アウトリーチなくしてただ地域移行を進めれば、家から出られないという理由で支援を受けられずに放置されるという事態も起こりかねないだろう。こうしたアウトリーチ支援は移動のための時間とコストのかかる支援でもあるため、ローカルなキャッチメント・エリアを設定することが必要である。これには行政との連携が欠かせないだろう。また、就労支援サービスにおいても、企業訪問やハローワークあるいは障害者職業センターなどとの連携のために、積極的なアウトリーチが必要とされている。生活支援のアウトリーチ同様に、重度の精神障害を持った人への就労支援におけるアウトリーチには、多大な時間とコストがかかる支援となるため、行政と連携したキャッチメント・エリアの規定が現実的な方法であると考えられる。つま

り、アウトリーチの実現には、行政と連携した枠組みの整備が必要となる。

以上、市川市の取り組みを概観し、今後の日本の精神保健医療福祉に期待する方向性として、3つの提言を述べた。おそらくこれらの実現のためには、「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」制定に向けたタウンミーティングのような行政と市民が一体となった活動や、「マディソンモデル活用事業」で行政職員、精神保健医療福祉実践家、当事者、家族、研究者、他の有志一般市民が共に取り組んだような官民共働の地域システムづくりが不可欠となるだろう。これらの行政、地域事業所、研究者、当事者等の有機的な連携はケアマネジメント等の臨床技術の継承や、アウトリーチなど先進的な実践の地域の枠組みを構築することにも貢献できると期待される。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、市川市で精神障害者地域生活支援に取り組まれている実践家の皆様から貴重な情報をいただきました。心より御礼申し上げます。

引用文献

- Anthony WA. 1993 "Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s." *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.16, 11-23.
- Becker DR, Drake RE. (堀宏隆訳) 2004. 「精神障害をもつ人たちのワーキングライフ IPS: チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド」 金剛出版. 東京
- Burns T, Catty J, Watt H, et al. 2002 "International differences in home treatment for mental health problems: results of a systematic review." *British Journal of Psychiatry*, Vol.181, 375-382.
- 千葉県健康福祉部障害支援課 2006 「障害のある人もない人も共に暮らせる千葉県づくり条例 (概要)」 <http://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/jourei/index.html> (2012年12月20日)
- 千葉県・マディソンモデル活用事業研究会2008 「1.マディソンモデル活用事業概要」 千葉県マディソンモデル活用事業 平成17-19年度事業実績報告書 pp.1-13
- Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. 2006 "Supported housing for people with severe mental disorders." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol.4.
- Clark GN, Herincs HA, Kinney RF, et al. 2000. "Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care." *Mental Health Service Research*, Vol. 2, 155-164.
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, et al. 2012 "Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies." *Psychiatric Services*, Vol.63, 963-973.
- Davidson L, Shahar G, Stayner DA, et al. 2004. "Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial." *Journal of Community Psychology*, Vol.32, 453-477.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, et al. 2012. "Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience." *World Psychiatry*, Vol. 11, 123-128.
- 久永文恵2008 「本場マディソンの地域精神保健システムー変化を続けるマディソンモデルー」 千葉県・マディソンモデル活用事業研究会. 千葉県マディソンモデル活用事業 平成17-19年度事業実績報告書 pp.80-86
- 伊藤順一郎2008 「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成17年度ー平成19年度 総合研究報告書 (主任研究者 伊藤順一郎). 国立精神・神経精神保健研究所pp.3-17
- 2012 「「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」 厚生労働科学研究費補助金. 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業 (精神疾患関係研究分野) 「「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」平成23年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 伊藤順一郎). 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所pp.3-11
- 2012 「精神科病院を出て、町へ ACTが広がる地域精神科医療」 岩波ブックレットNo. 854. 岩波書店. 東京
- O'Donnell M, Parker G, Proberts M, et al. 1999. "A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project." *Australian and New Zealand Journal of*

- Psychiatry*, Vol. 33, 684-693.
- President's New Freedom Commission on Mental Health. 2003 *Achieving the promise: transforming mental health care in American: executive summary* (SMA03-2831). (<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA03-3831/SMA03-3831.pdf>, 2011.5.19)
- Rowe M, Bellamy C, Baranoski M, et al. 2007. "Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: outcomes of a Group-and Peer-Based Intervention. *Psychiatric Service*, Vol. 58, 955-961.
- 下平(渡辺)美智代 2011「精神障害者の地域生活支援の二つのあり方-ACTモデルとクラブハウスモデル」*精神科治療学* 第26巻11号, pp.1473-1477
- Solomon P, Draine J. 1995. "The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial." *Journal of Mental Health Administration*, Vol. 22, 135-146.
- Solomon P, Draine J, Delaney M. 1995. "The working alliance and consumer case management." *Journal of Mental Health Administration*, Vol.22, 126-134.
- 種田綾乃, 森田展彰, 中谷陽二. 2011「住民の精神障害者との接触状況と社会的態度 精神障害者との接触状況による類型化の試み」*日本社会精神医学会雑誌* 20巻3号, pp201-212.
- Thornicroft G, Tansella M. 2009 "*Better mental health care.*" Cambridge University Press, Cambridge.
- 特定非営利活動法人ほっとハート2009「平成20年度障害者保健福祉推進事業 訪問型生活訓練モデル調査研究事業報告書」<http://www.hothearth.org/H20-model-houkoku.pdf> (2012年12月20日)
- Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, et al. 2013 "Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review." *Journal of Nervous and Mental Disease*. [In press].
- 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 岩本華子, 三野善央 2011「精神障害者に対するスティグマの是正への根拠:スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見」*精神障害とリハビリテーション*15巻1号, pp.75-85.
- 吉田光爾:障害者保健福祉推進事業 地域における訪問型生活訓練事業のニーズ把握とサービス内容・コスト分析に関する調査研究事業報告書,平成20年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業 調査研究報告書 (実施主体:特定非営利活動法人 ほっとハート). 2010.
- (しもだいら・みちよ 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部研究員)
- (やまぐち・そうせい 同研究所社会復帰研究部 研究員)
- (いとう・じゅんいちろう 同研究所社会復帰 研究部長)

精神障害者地域生活支援の国際比較

— イタリア —

坂本 沙織

■ 要約

本稿は、公立精神科病院を閉鎖して地域精神医療保健に転換したイタリアの実践の中から、“専門職の連携の在り方”について言及したものである。そのため、まずイタリアの精神医療の歴史の変遷について俯瞰し、その時代背景の中で具体的に実践してきたトリエステ県とアレツツオ県の精神医療改革を専門職の働き方の変容に着目しながら記述する。次に、現在の両県の取り組みを取り上げながら、制度とともにチーム医療が展開できるようになったその背景と法制度、専門職が挑戦し続けている実践について記述していく。これらのことにより、イタリアの中でも先進的な取り組みを行ってきた、トリエステ県、アレツツオ県において、専門職チームで行われる地域精神医療保健活動の意義と具体的な連携実践とその課題を明らかにする。

■ キーワード

地域精神医療保健、連携、専門職の役割分担、専門職再教育

I はじめに

日本では、1995年の「精神保健及び精神保健福祉に関する法律」の制定以降、精神障害者支援において、医療とともに生活、就労などの支援も重要視され、多様な支援機関、支援の場が創出されてきた。そして今日、「他機関・他職種連携」の必要性が新たな課題として訴えられている。しかし他機関・他職種連携実施の前に、理念、支援哲学、支援方法の違い、法制度財源の枠組み相違など、連携を阻む要因は多岐に渡っていると考える。

そこで本稿では、精神医療改革後40年経過したイタリアの地域精神医療保健の実態を解明していく中で、まず支援者の役割分担と連携の意義について言及し、さらに法制度改正や専門職再教育にも着目しながら連携体制が確立されてきた背景と方法、現状を把握することを目的とする。

II イタリア精神医療保健福祉の歴史

1 精神医療に関する法律の変遷

(1) 治安対策重視の精神医療

1861年、ローマ帝国崩壊以降分裂していた都市をイタリア王国が統一したことに伴い、それ以前に都市ごとに規定されていた精神医療制度も統一され、1904年に法36号が成立する。同法は、精神病患者を治療することよりも社会的治安や秩序保持のために強制入院させることに重点を置いたものであった。1906年、法の一部改正（法615号）の中で人道的、福祉の配慮が加えられ、病院における衛生基準の整備や働く場の確保などが示されたものの、依然として治安対策が精神医療の目的とされていた。同法のもとでは、入院後も物理的拘束を行う等、治療的介入が不十分なため退院者は増えず、その一方で警察長官が治安対策の一手段

として入院を命令し、入院者数は増加し続けたため、イタリア全土で2000床を越す精神科病院が乱立することとなった。この状況を作り出した法615号は、第2次世界大戦後、絶対王政が廃止され民主化が進められた後も継続された。

(2) 公立精神科病院廃止

第2次世界大戦の結果、枢軸国の一つであったイタリアは連合軍によって敗れ、ファシズム政権が崩壊した。戦争とその結果は、人々がそれぞれ信じてきたもの、いわゆる宗教、社会主義、ファシズム、男女関係、雇用者と被雇用者の関係、統治者と被統治者の関係において国民が疑問をいだく契機となった。その結果、1945年から1968年の間にイタリアでは、社会改革を要求する社会運動が起こり、この社会背景の中で精神障害者の人権運動も発展し、第2次世界大戦後の精神医療に対する法律が見直され、1968年に法431号として結実した。同法では本人の意思によって入院する「自由入院」が規定され、精神科病床数の縮小と看護者と患者の比率を1:3にすること、またソーシャルワーカーを100床に一人配置することなどが規定された。しかし実際には多くの病棟は施設されたままであり、患者は拘束衣を着せられ、ベッドに鎖でつながれている者もいた(Ramon, S, Giannichedda, MG:1992)。このような患者の人権を損なう閉鎖的な精神科病院の構造は同法の施行によってもあまり変化をもたらさなかった。そのため自由入院も増加することはなかった(遠山:1991)。

その後、イタリアの精神医療に大きな変化をもたらした法律が1978年5月13日に可決された法180号である。同法によって公立精神科病院¹⁾への新たな入院が禁止された。またその半年後の12月には同法は「国民保健サービス制度」法(法律833号)に組み込まれ、「医療は治療を受け健康を回復する人間の権利のために存在しており、治安上の判断のために用いるべきではない」と規定した。翌

1979年には1つの精神科病院につき病床数を15床以下にすること、また新たな精神科病院の設立を禁じるとともに、既存の精神科病院を順次廃止していくことを各州の責任とした。法180号はイタリア共和国における統一の法律であり、地方行政の力が中央政府より強いイタリアでは、その規定が確実に履行されるためには州法が規定されなければならなかった。そのため、1978年の法律制定以前から精神科病院改革運動を行っていた先進的な地域では、新たな州法の制定によって、精神科病院閉鎖へと動いたが、必ずしも全ての州で精神科病院が閉鎖されたわけではなかった。その要因として、大都市及び南イタリアでの運動の展開が不徹底であり、地域精神医療のネットワーク支援に対する財政不足が考えられる。

1980年代、「強制入院を認め、精神科病院の再開」を意図する法律に改悪する政治情勢も州によっては起こった。そのため1990年代に入っても、1978年以前の精神科医療サービス形態と変わっていない州も存在していた。法律制定から16年経った1994年、「精神保健対策事業」が発表され、法律を履行するための予算が初めて組まれた。このことにより、各州が精神科病院の廃止へと動き出した結果1999年3月に、イタリア国内の公立精神科病院が全て閉鎖されたのである(DSM:2006)。

2 精神科病院改革から地域精神保健活動へ

本節ではより具体的にイタリアの精神医療改革の内容をとらえるため、法制度改正前から精神科病院改革を行ってきた2つの県に着目する。第1にイタリアの精神医療改革の先駆者であったフランコ・バザーリア(以後バザーリア)が精神病院改革後地域精神保健サービスを展開した都市であるトリエステ県、そして第2にフランコ・バザーリアの共同研究者であったアゴスティーノ・ピレラが改革を行ったアレツィオ県²⁾の2つの県における改革理念と歴史、現在までの活動の沿革を示す。

(1) 精神科病院の中から発展したトリエステ県の精神医療保健改革

①閉鎖的な病院構造と崩壊した専門職関係

1970年から、精神科病院改革の中心となるサンジョバンニ精神科病院は、トリエステ県に唯一ある巨大精神科病院であった。同病院は、「治療」よりも、「治安対策上の収容所 - アサイラム」の役割が大きく、患者は扉、鍵、拘束衣によって外の世界から遮断され、強制投薬、看護師からの暴力によって、苦痛を感じ叫びながらも、その声は決して外部に洩れないようになっていた。1971年精神科医であったバザーリアがサンジョバンニ精神科病院の院長に就任した当時、患者は1260人もいたが、それに比べて医師は10人、看護師353人であり、看護師の仕事は、患者に沈黙と秩序を守らせることであった。医師は閉鎖された病棟内には入らず、拘束や薬物の指示だけが仕事であった。看護師達は主任看護師だけを頼り、命令、隔離、秘密、いざごの鎮圧にあっていた (Ramon, S, Giannichedda, MG:1992, Dell' acqua 2007)。

②専門職の組織化と理念の徹底

1971年8月バザーリアがトリエステ県の精神科病院で仕事を始めた当初、若い医師、心理士、ソーシャルワーカー、ボランティア、学生、社会学者を集め、改革者グループを形成することに尽力した (ジル・シュミット:1985)。さらにバザーリアは医学部の講義の一環として医学生にもこの改革運動を体験させた。バザーリアグループは、「精神病とは何か」、「精神科病院とは何か」など毎日のように議論していく中で、「精神病者の暴力は精神病という病気が原因ではなく、苦悩をアピールしている結果である」と考え、人間を鉄格子や閉ざされた扉の中に押し込める病院のやり方を否定して、1971年から閉鎖病棟全体の開放化がはじまった (Parmegiani,Zanetti 2007)。

開放化は、まず治療者と患者の信頼関係構築から取り組まれた。その当時、カルテに詳細な記録さえ残されていなかった患者達と改革者グループはコミュニケーションをとり、症状とともに患者一人一人の生活史などを改めて確認したのである。また重症で話すこともできない人においては、家族とも面談し、患者を理解することに改革者達は力を注いだ。その結果、患者も変化し始め、病院内の病室にかけられた鍵は自然に必要ではなくなった。また保護衣、ショック療法、強制投薬などすべての抑圧的治療が廃止され段階的に精神科病院は開放化された (Rottelli 2008)。

しかし改革によるあらゆる変化は患者に対しても混乱を招くため、この過程では、全ての専門職と患者による全体会議や、少人数での話し合いなどが頻繁に行われた。これは治療者が病気という観点から患者に治療の名のもとに抑圧を加え、その抑圧に対して更に患者が反発するという悪循環を完全に終わらせる取り組みであった。

また病院内部の開放化とともに、1971年の時点から、地域住民との関係づくりも行われた。精神病患者に対する根強い差別意識は残っていたものの、地域住民と精神病患者が実際に会い、互いに話し合う機会を改革者グループは提供した。その結果、外部社会とのつながりを奪っていた鉄格子、鍵のかかるドアも全て取り去られることになった。

③地域精神科医療への混乱と専門職再教育

改革者たちは、改革当初から精神科病院の開放化ではなく、地域支援に移行することを目的としていたため、改革が始まって4年後の1975年、最初の地域精神保健センターを設立した。当初は24時間対応ではなく、地域へ退院した人のデイケアとしての機能が主であったが、病院退院者の増加とともに活動内容も徐々に発展し強化されていった。その後、トリエステ県全体を5つの地区にわけ、地区ごとに精神保健センターが設置された。

しかし地域での活動が展開されながらも依然として精神科病院は機能しており、改革者たちにとって、一方では、精神科病院の制度的ならびに行政的な組織を維持しつつ、他方ではそれを変革して地域的なサービスネットワークを構築しなければならないという改革過程の中で最も大変な問題を抱えた時期であった。この仕事の変化はスタッフに強い抵抗感と不安をもたらしたため、2年間職員のリトレーニングが行われた (Parmegiani, Zanetti 2007)。

1977年には、市中の総合病院に、精神科救急医療が開設されたことによって、精神医療は基本的に精神保健センターで行い、緊急の場合だけ精神科救急医療で行うという体制が整い、サンジョバンニ精神科病院への新規入院はなくなった。

1978年5月13日トリエステ県や他のイタリアの地域で進む脱施設（病院）化の流れに押されて、精神科病院の段階的閉鎖を命じる法180号が認可された。法律公布時、トリエステ県のサンジョバンニ精神科病院は既に保護的な施設ではなくなり、入院率も下がり、新規の患者受け入れも機能を停止していた。1979年それまで改革の中心となっていたバザーリアの任務を引き継いだのがフランコ・ロッチェリであり、彼は精神科病院を決定的に閉鎖するという容易ならぬ任務を担うことになった。この7年間の改革は患者、家族、スタッフ、地域住民、行政に混乱をもたらしていたので、非難や刑事告発の対象にもなっていた。また実際に病院から地域サービスに切り替えるためには、財政の整理や配分を変化させるために、行政と調整を続けなければならなかった。この仕事は一見精神科医などが行う業務を超えていると考えられるが、改革前からバザーリアは、「精神病は閉鎖された構造の中で完治することは極めて難しい。社会的立場が弱いために精神病になりやすかった人を精神科病院に入れるという行為は、さらにその人達の社会的立場を弱くしてしまっている。これ

は、精神医学だけの問題ではなく、政治的、経済的な視点でも改革が必要である」と考えていたので、改革者達は行政と協力して徹底的に財政基盤も変化させていった。

ついに1980年4月21日トリエステ県の行政は「同県の精神科病院はその機能を停止し、廃止する」という決定を宣言できたのである。

④地域精神医療強化のための体系作り

1981年、地域内のサービスネットワーク、プログラム、活動内容、プロジェクトの組織作りをする精神保健局が設立された。また精神保健局が管轄する5つの精神保健センターが規定され、各センターは人口およそ5万人を擁する診療圏を受け持ち、デイホスピタルやナイトホスピタルとして利用する人びとのために8床のベッドと食堂を備えた。また1980年より、刑務所内での地域サービスが始まった。これは、精神保健局の職員が法務省の認可を得て、トリエステ地区の刑務所に行き精神障害がありながら、罪を犯した人にむけて刑務所内で引き続き治療を行うことを保障するものである。精神障害をもった犯罪者の刑務所内での施設症を回避するというこの活動をトリエステ県精神保健局は20年間続けた結果、2000年には、“受刑者も予防・治療・リハビリテーションの介入を受ける権利がある”ということが法律で定められ、精神保健局がこの活動を行う上で最適な組織であると認められた。

1980年代、精神保健局と提携したグループホームなど住居サービスも増加していき、精神科病院の退院者だけではなく、入院したことはないが、不安定な家族事情や激しい家族内の軋轢を抱えて暮らす人びとも、宿泊所が提供された。これと並行して、1980年後半から働く場と、職種もますます増加していった。また薬物依存症のためのサービスが増設されると、精神保健局と協力して、アルコールや非合法薬物に依存する人びとを

対象にした多くのプログラム（協同組合、スポーツ、余暇活動）が生まれた（Dell'acqua 2007, Rottelli:2008）。

⑤財源の再調整と公的資金の限界

精神科病院の廃止を促す法律は制定されていたものの、1990年代後半まで財源の配分やサービスの提供は病院中心であった。1994年から1996年の2年間にかけて、トリエステ県を含む4つの県からなるフリウリ＝ヴェネツィア・ジューリア州では保健サービス組織の機構再編が行われたのにも関わらず、新たな地域サービスが進展した。またこのことによって、財政配分も地域に45%、病院に55%となり、トリエステ県精神保健局は地域サービスネットワークの形成を進め、人的資源や組織に強力な投資を行うとともに、精神保健活動においてもよりよい地域サービスを行うようになった（DSM 2010）。

1990年代から多くの自助グループも生まれた。精神科病院を閉鎖して地域サービスへ転換したものの、予算不足のため公的機関は、全ての精神障害者の余暇活動や、若者に対するサービスを提供することができなかった。そのため、このようなサービスは精神保健局と提携した当事者グループや、ボランティアグループによって、10年以上行われてきた。2002年以降は、公的機関においても余暇活動のセンターが設置されるなど、活動の幅は広がっている（Rottelli 2008）。

(2) 地域支援体制形成から始まったアレッツォ県の精神医療保健改革²⁾

①精神医療改革の理念と目的

アレッツォ県はイタリアの中部に位置するトスカナ州にある人口約35万人の県である。同県での精神医療改革は、バザーリアの共同研究者であったアゴスティーノ・ピレラが1971年にアレッツォ県の精神保健サービス監督に任命され赴任して

きた時から開始された。

1971年まで継続されていた隔離収容型の精神病院を改変するために、「入院者が治療後退院できるような体制と再発時の支援体制、さらに、退院者が安定して地域生活できる体制はいかにして可能か」を改革者達は議論した結果、「地域と密着した組織作り」が改革運動の目標として掲げられたのである。そのため病院内改革と病院外改革を同時進行で行ったことがアレッツォ県の特徴である。

②精神科医療体制の再構築と専門職業務の改変

病院内改革で第一に行われたことは、それまで精神科病院という組織が奪ってきた患者の自尊心とアイデンティティを患者に取り戻すことであった。具体的には、患者を名前で呼称し、患者の私物も患者自身が管理するよう変えていった。また病棟を開放化し、患者自身が責任を持って行う入院制度を導入した。さらには、病棟のスタッフ同士の会議、患者と職員による開かれた会議が行われ、患者と家族が自由に交流できる環境も整えられた。医療的介入としては、精神疾患以外の医療を必要としている患者に対して、外部からの治療介入も開始した。このような改革の中で、精神科の専門職だけではなく、専門職を支える、一般住民、学生など多くのボランティアが参加しながら精神科病院の開放化が行われ、徐々に退院者も増加した。

病院外の取り組みとしては、精神疾患と共にそれ以外の疾患も併合した患者に対して一般病院での入院制度を体系化した。また一般病院に精神科の病棟を創設し、改革後の新規患者は一般病院の精神科での入院治療が可能となった。急性期時は救急病院や往診による対応と治療が進められた。住居支援としては、重複障害や家族に受け入れられない患者の為にグループホームが設立された。改革から4年後、精神科病院から退院した人の回復支援機関として、地域で精神保健サービス機関が起動し始め、このサービスは、元々入院者であ

った精神障害者のためだけでなく、徐々に市民すべてのための精神科救急病院として機能し始めたのである。

③地域チーム医療の本格化

上記のように1971年から精神科病院内外、それぞれが改革を起こしたことによって、以前の入院患者900名のうち90%の患者が退院することができ、最終退院支援対象者の多くは高齢者であった。そこで1974年以降、高齢者の地域支援対策が新たな目標として取り上げられた。具体的には、デイサービスのようないくつかの活動支援機関・宿泊施設を地域に作り、それらを利用しながら、医師・看護師が家庭訪問や、訪問看護を24時間365日体制で行うことがはじめられた。また危機介入チームも編成され、地域での家庭訪問と訪問看護による治療が開始された。同方法で最終的にはすべての患者の退院が可能となり、地域での継続した治療が可能となった。

地域医療は24時間365日体制のサービスを医師が保障することで可能になったものの、医師だけの訪問活動では対応しきれず看護師、ソーシャルワーカー、その他の専門職を含むチーム形成によって、24時間365日体制の日常治療から危機介入の支援体制が可能になった。チームでは毎日の全体ミーティングにより訪問状況把握と支援方法の確認が行われた。危機状態の前に介入し、長期入院を回避できる訪問・往診活動が可能となったのである。またアレツォ県の地域精神保健行政は青少年や幼少期の子供に対しても早期予防・早期治療を行い、成人における精神疾患の重症化を予防する活動を行ってきたことも特徴であった。1978年に法180号が可決され、イタリア全土で公立精神科病院の閉鎖実施が促されたが、1978年までにすでに改革運動が行われていたことによって、同法施行に十分対応できる体制ができていた。1978年までの地域精神科医療における早期発見・

早期治療の重点的施策に加え1980年以降、社会復帰リハビリテーションも始動し、1990年にアレツォ県の精神科病院は閉鎖され、アレツォ県とアレツォ市に譲渡されたのであった。

III イタリア精神医療保健福祉の現状

1 現在の社会保障制度の理念と沿革

第二次世界大戦後イタリアは高度経済成長期を経験し、福祉に関する各種制度の構築がすすめられ社会年金制度の導入も行われた（宮崎:2005）。その後1970年代から地方分権化の時代となり、この動きの中で保健医療行政全般も国から州に移管された。1980年高度経済成長の終焉とともに公的支出の削減がすすめられ、従来のイタリア福祉国家の枠組みでは対応できなくなった。そのため1990年代後半から「改革のシーズン」となり、各種の社会保障制度が見直され、非典型的な労働者に対して補完的な政策を行ってきた保守主義と、福祉に関して家族責任を最大限に重視していた家族主義に対して改革が行われた。

1990年代の「改革のシーズン」以降、近年のイタリアの福祉政策では、社会的ニーズへの対応は多様な主体が関与し、自発的な社会援助システムを構築することが重要視された。そのため、社会的に排除されやすい人々への雇用創出などの労働政策が法制化され、従来の縦割型福祉行政の見直しが行われ、多様主体の関与と、諸施策間の緊密な連携が重視されていったのである（小島、小谷、鈴木、田中、中益、宮崎:2009）。

2 国民保健サービスの機能

イタリアでは、イタリア共和国憲法における「国が国民に等しく総合的に健康を保障する」という理念のもと1978年法833号が制定され、全ての医療は地域ごとに分割した行政単位（USL）で行うこととされた。もともとは、USLは人口20万人

を超えない範囲としていたが、1992年の法律502号により、県の範囲と一致すべきとされたため、現在では各県を保健サービス実施の行政単位としている。そしてUSLは1992年以名称をASLに変更し、2005年にはイタリアに195のASLが存在している(DSM 2010、小島、小谷、鈴木、田中、中益、宮崎:2009)。

IV トリエステ県、アレツツオ県の 地域精神保健活動の現状

1 治療概念と専門職連携の意義

トリエステ県、アレツツオ県の両県に共通する精神障害者支援は、地域社会生活を中心としたモデルで行われている。その実現のためにこの30年間現場で研究が続けられ、精神障害者の地域支援が徐々に確立してきたのである。ここでいう地域社会生活を中心としたモデルとは、一人の精神病患者について支援を考えると、その人に関わるあらゆること(生活史、住居、宗教、経済状況、家族、友人、配偶者、職業、文化、生活、医療、法律)を考慮し、複雑な社会的ネットワークの中で展開される支援のあり方である(Della' Acqua: 1996)。トリエステ県精神保健局長、ジュゼッペ・デッラックア医師はトリエステ県の30年間の取り組みの中で、“治療”について次のように述べている(DSM:2006、2010)。

「治療とは突発的にせよ慢性的にせよ困難な状態に陥った人が社会的権利や利益を失わないように、またみずからの役割を果たす勇気と能力を失わないようにすることである。従って、支援者は精神病患者の諸権利を守り、維持する支援と同時に私生活はもちろん、その人が属する共同社会の中で網目のように張りめぐらされている人間関係や交流を支援することである。」

またデッラックア氏は現在の精神医療の進歩も考慮して以下のように述べている。

「30年前と比べ今日では適切な薬剤や心理療法が導入され、精神病が治癒する可能性も高くなったものの、彼らの真の回復のためには、地域が新しいサービスの体制を整え、本人、家族、市民が主役になり彼らが幅広く提携して自らの権利を強化できるようにしなければならない。即ち病気の治療という介入だけでは不十分なのである。」

上記の考え方が根本にあり両県地域精神医療保健活動においては、全てを包含した社会的ネットワークの中でサービスを提供する努力が続けられてきた。

2 包括的な支援を一部可能にしている行政体制

すでに述べたように、イタリアでは国民保健サービス制度により、地域ごとに分かれた保健サービス事業体(ASL:Azienda Sanitaria Locale)がその地域の保健サービスを提供する。ASLの管轄範囲は1992年の委任立法502号により、できる限り県の範囲と一致すべきとされた。そのため、人口24万人のトリエステ県も人口32万人のアレツツオ県も一つのASLの中で、県民全体の保健サービスを展開している。したがって保健サービスの一つである精神保健医療もASLの中の一つである、「精神保健局」が県全体の精神保健医療サービスを管轄している。

トリエステ県、アレツツオ県どちらにおいても、精神保健局がASLの中の他のサービスと連携していることは共通である。例えばトリエステ県においては、ASLの中のサービスの中でも特に“予防局”、“薬物依存症局”、“アルコール依存症局”、“他障害の支援機関”と連携している。アレツツオでもトリエステ県と同様の他サービス局と協働して支援が行われているが、アレツツオの特徴は、他科の医療サービス機関(小児科、婦人科、高齢者専門の病院)とも深く関わり予防、治療、リハビリテーションを行っていることである。例えば精神科医と小児科医が一緒に往診や家庭訪問も行っているのである。

(ヒアリング調査より筆者作成)

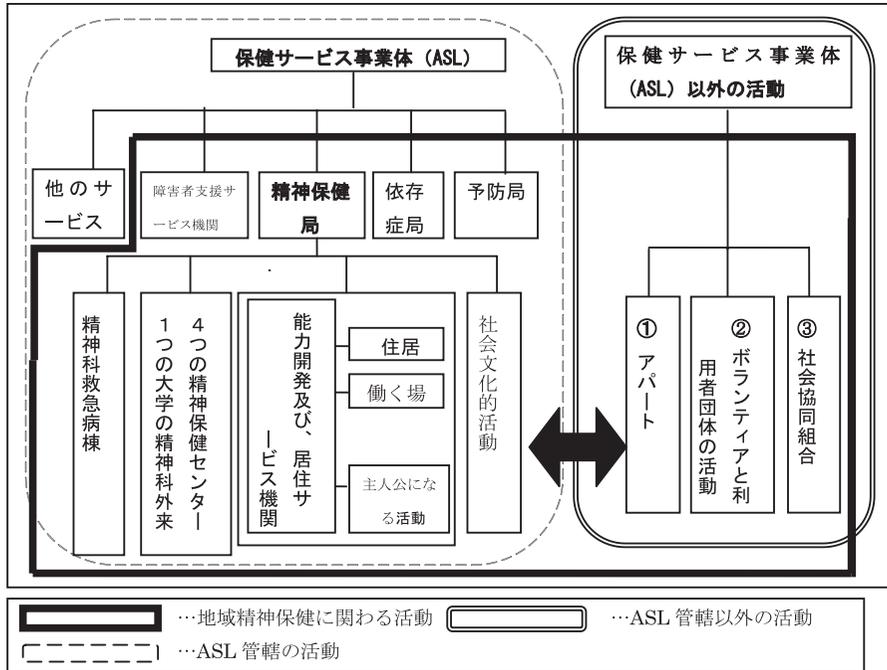


図1 トリエステ県地域精神保健活動の全体図

以上のようにASLという同一の保健サービス実施行政単位の中で各専門機関が機能していることは、各専門領域が協力しやすい一要因と考えることができる。

さらに精神保健局内部もあらゆる支援機関が存在するが、同じ管轄局のもと機能しているので、各機関が協働をより容易にしている。しかし、トリエステ県、アレツォ県に限らず先進的な地域精神保健活動を行っているイタリアの多くの都市では共通して、公的サービスと、公的外サービスの協働により精神障害者の地域生活支援が展開されている。例としてトリエステ県の精神保健局の活動とそれ以外の地域精神保健に関わる活動を図1に示す。ASLの中で地域精神保健医療が展開されることは、包括的な支援を可能にする一つの手段ではあるが、公的サービスのみで幅広い支援ネットワークが完結しているわけではない。

1996年以降のアレツォ県の精神保健政策は、新規入院者減少を目的として乳幼児や青少年への

予防や早期発見、治療、教育にも重点を置いてきた。現在のアレツォ県が行う精神保健局の活動の特徴の一つに他の病院への診療活動があり、老人保健施設や婦人科、小児科など精神保健局の参画が必要な専門分野に精神科専門職が関わり、予防・治療・リハビリサービスを行っている。さらに、小児科医をはじめ、他科の専門医との往診活動もある。アレツォ県もまた精神保健局と連携しながら地域精神保健サービスで大きな役割を担っている地域市民サービス（公的機関以外のサービス）が数多く存在する（表1）。

表1 アレツォ県の地域精神保健活動に関連している地域市民サービス

市町村評議会及び保健協会	余暇・スポーツ協会
地域社会サービス	市民保護団体
県行政サービス	文化・慈善団体
学校、大学	商業・手工業連盟
ボランティア協会	司教区、教区、宗教団体
自助・共済グループ	警察

(アルド・ダルコ医師講演会資料を参照し筆者作成)

3 短期入院治療を可能にする体制と専門職の動き
 イタリアでは、公立の精神科病院が廃止されたといえども、入院治療はあらゆる形で存在している。その一つが精神科救急病棟であり、同病棟にはトリエステ県では6床、アレツツオ県でも7床だけ入院治療のためのベッドが設置されている。この精神科救急病棟の存在意義、そして、そこで専門職はいかなる働きをしているのか、これまでの歴史と現在の状況を踏まえて言及する。

改革前の精神科単科の病院では精神疾患の患者のみが入院しており、一度入院すると地域生活と切り離されていた。そこでトリエステ県でもアレツツオ県でも改革者グループは次のような機能をもつ治療機関を必要とした。第1に夜間及び、緊急の精神科治療を中心とした短期的な治療が可能であること。第2に精神病患者の孤立を防ぐため都心に存在し、且つ精神疾患とともに精神疾患以外の治療も可能であること。第3に入院という病院サービスと地域サービスを兼ね備えていること。このような3つの機能を持つ機関を必要とし

た結果、トリエステ県では1977年に、アレツツオ県では1975年以降に県の中心地にある総合病院内に精神科救急病棟を設置したのである。図2では、トリエステ県の総合病院（マッジョーレ病院）とその中に設置されている精神科救急病棟の構造を示したものである。

“精神科治療は基本的には居住区域内で行われるべきである”という精神科病院解体運動の理念のもと運動の最終段階として設置された同サービスは、病院内のサービスではありながらもその目的は精神疾患患者の早期危機介入と長期入院回避であった。従って30年経った現在も同サービスは常に地域支援につながることを念頭において行われている(DSM:2006,2010)⁴⁾。具体的には、マッジョーレ病院内の救急センターに患者が搬送された際に、精神科医療が必要な時（自殺未遂等）は、同病院内の精神科救急病棟で治療を受ける。また救急で搬送されるだけではなく、自らこの機関を訪れ利用する人もいる。ここまでは日本の救急病棟の流れと変わらないが、この後、同病棟のスタ

(ヒアリング調査より筆者作成)

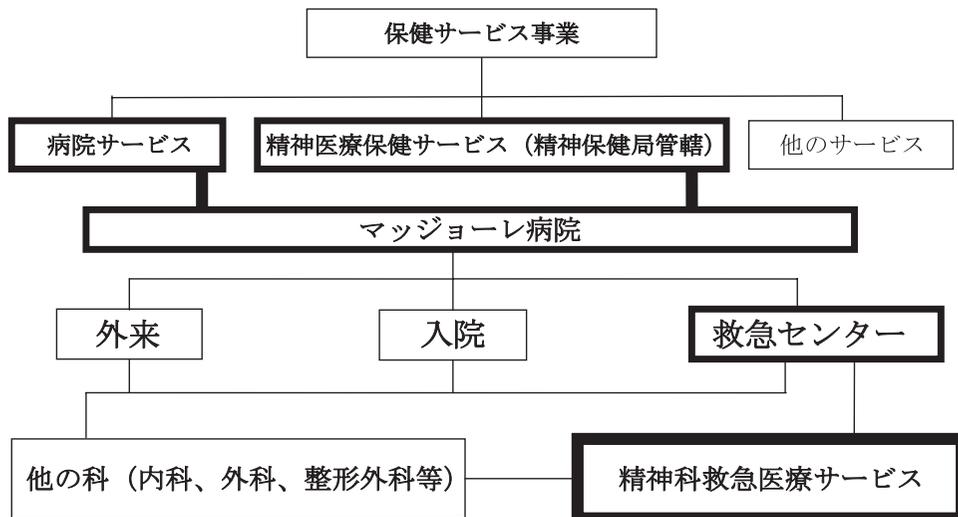


図2 トリエステ県のマッジョーレ病院内の構造

表2 2009年トリエステ県精神科救急病棟の利用状況（人口24万人に対して）（DSM2010）

治療専門職チーム	2名の精神科医、1名の看護師長、16名の看護師、1名の助手		
年間費用（2009年）	960.638€（約1億880万円）		
病床数	6床		
入院治療を行った人数	105名		
入院総合日数	890日（平均1人8日～9日）*個人差あり		
診断件数	1929件		
初めての利用した人の診断件数	681件	精神保健センターでの継続支援が必要になった人	335名
		精神保健センターでの継続治療が必要ないと診断された人	346名
利用者人数	899名 (36歳～45歳が20.24%)	女性	475名 (52.83%)
		男性	424名 (47.17%)
初めて精神保健サービスを利用する人	498名 (55.39%)	初受診後精神保健センターでの継続的治療が必要とされた人	207名 (41.57%)

（DSM2010のデータをもとに筆者作成）

ップは入院治療期間中に患者の住居地区の精神保健センターと連絡を取り、2、3日～1週間で退院させて、その後の治療は精神保健センターに引き継ぐ。2009年のトリエステ県の精神科救急病棟の利用状況を表1に示す。

4 包括的機能をもつ中核機関

40年前の改革者グループは、精神障害者を治療する場として、“病院”という「閉鎖的で限られた非現実的な場所」ではなく、“地域”という「開かれているが故に複雑な問題も混在している現実的な場所」を選択して精神保健センターを設立した（Basaglia 1967, 1968）。この選択は支援者である専門職にとっても病院での仕事以上に慎重かつ幅広い技術が要求され、非常に苦難の多い道であった。しかし、バザーリアを中心とした改革者グループは、「精神障害者の苦しみには、疾病だけではなく、個人を取り巻く社会的、文化的な要因も含まれている」ことを常に強調してきたため、その理念をもとに設立された精神保健センターは、現在も治療だけではなく、あらゆる社会資源との仲介役を果たしている。現在トリエステ県では、県を4つの保健区に分けて、アレツツオ県

では5つの保健区に分けて各保健区に1ヶ所ずつ精神保健センターが設置されている。またセンターに勤務するスタッフは、センター利用者のみならず、管轄内の地区に居住する全住民の精神保健問題について責任を持って働く。

各精神保健センターが管轄する地域に居住する18歳以上の全ての人が利用できる（18歳以下は別の専門のセンターが存在する）。利用する際は、直接センターに訪問・面接するケース、電話相談の後訪問するケース、あるいは他機関からの紹介などがあるが、特別な治療を行わない限り利用料や診察料などの患者負担はない。

同センターは、365日24時間利用できるが、基本的には夜間の宿泊以外のサービスは午前8時から午後8時までである。午後8時以降医師はセンターには待機していないため、緊急の治療はマジジョレ病院で行われる。2009年のトリエステ県の精神保健センターの活動実績を表3に示す。

精神保健センターでは、センター内で行われるサービスとして、外来診療、夜間宿泊（一晩から数週間、平均6.7日、症状に応じてセンターに宿泊できる）、デイケア（センターでは個人や集団での活動、進路指導プログラム、家族のためのプ

表3：2009年トリエステ県精神保健センター（CSM）の活動実績（DSM：2010）

	保健区1CSM	保健区2CSM	保健区3CSM	保健区4CSM
保健区人口	62579名	56582名	61864名	記載なし
年間利用人数	882名 (女性：56.46%・ 男性：43.54%)	982名 (女性：56.62%・ 男性：43.38%)	903名 (女性：54.14%・ 男性：45.86%)	901名 (女性：58.38%・ 男性：41.63%)
初診人数	263名 (29.82%)	302名 (31.69%)	251名 (25.18%)	217名 (24.08%)
宿泊人数	90名	116名	94名	109名
宿泊合計日数	2207日 (平均：12日 間)	2486日	2564日	2022日
60日以上宿泊した人数	6名	2名	5名	3名
精神科救急病棟と協働治療した人数	233名 ・入院者：25名 ・強制入院：3名 (合計強制入院 日数26日)	458名 ・入院者：35名 ・強制入院：2名 (合計強制入院 日数13日)	444名 ・入院者：36名 ・強制入院6名 (合計強制入院 日数92日)	460名 ・入院者：41名 ・強制入院15名 (合計強制入院 日数169日)
就労訓練した人数	44名 (4名就職)	64名 (5名就職)	54名 (5名就職)	73名 (10名就職)
経済的支援を行った人数	53名	53名	41名	69名
住居支援機関と協働した支援人数	31名	36名	18名	64名
チーム構成				
精神科医	4名	5名	4名	5名
心理士	2名	1名	3名	3名
看護師長	1名	1名	1名	1名
看護師	7名	21名	27名	22名
看護助手	2名	7名	3名	8名
精神科リハビリテーション専門員	1名	2名	2名	2名
ソーシャルワーカー	1名	2名	2名	1名
管理者	1名	1名	1名	1名
年間費用	3166260€ (約3億8000万円)	3534267€ (約4億2400万円)	3590596€ (約4億3090万円)	3981951€ (約4億7800万円)

(DSM2010のデータをもとに筆者作成)

プログラム、レクリエーション等が提供されている。また日中数時間から終日利用することもでき、デイホスピタル（薬物療法・精神療法による支援）、助言活動、電話相談、1日3回食事も提供されている。

センター外で行われるサービスとして往診活動がある。センターを利用した人のうち4分の1はその後センターあるいは他のサービス機関も利用せず自宅にひきこもってしまうため、往診によって本人や家族の生活状態の把握し、危機を早期発見、介入することができる。同センターのスタッフは、精神科救急病棟と連携し、継続的な治療を行う。その他の機関とも連携し住宅支援、経済的手当の給付を行う。さらに利用者をセンター以外の活動（リハビリテーション活動・利用者団体の活動、社会協同組合³⁾）にもつなげる等、幅広い社会的ネットワークを持っている。また各精神保健センターはそれぞれ独自に活動しているが、定期的に精神保健局に担当者が集まり、それぞれのセンターの状況や困難事例、行政的な対応について会議を行う。

5 複合的サービス実施機関の存在

地域での継続治療を前提とした精神科救急病棟や、保健区制度で支援を行う精神保健センターの存在も勿論地域精神保健医療を可能にしていると考えられるが、トリエステ県の精神保健局の内部に能力開発及び居住サービス機関（SAR: Servizio Abilitazione e Residenze）が設立されたことでより医療から生活に関することが包括的に支援できる体制が創設されたと考える（DSM: 2010）。

同機関は精神保健局の利用者に役立つ資格取得、リハビリテーション、職業訓練、居住訓練により社会復帰を促進することを目的に1990年代初頭に元精神科病院内に事務局が設立された。能力開発及び居住サービス機関は一つの建物で多様な

サービスを行っているのではなく、事務局を拠点として実際には、他機関と持続的に連携して、地域にある資源と医療サービスとの仲介役を果たしているのである。

能力開発及び居住サービス機関の職員構成は精神科医1名、看護師17名、ソーシャルワーカー1名、リハビリテーション士2名、介護助手8名、助手職員2名、管理、事務1名から成り、事務局は元精神科病院内に設置されているが、多くの職員が他機関や地域と連携して会議や具体的な支援を行っているため、事務局内には2、3人のスタッフしか常駐していない。

同機関では、「住居支援」、「就労支援」、「主体性をもって生きる活動支援（自分の人生の主人公になる）」の3つが主要な業務となる。住居支援では、トリエステ県内にある共同住居施設と連携して利用者の居住能力の向上や、就職を希望する者に対する職業訓練のための計画、実施、モニタリングを行い、長期施設入所することなく、地域の住居施設で安定した生活をおくることができるような支援を行う（DSM:2006,2010）。就労支援では、1996年には、能力開発及び居住サービス機関内に精神障害者の職業訓練、就職介入をさらに適正なものにするプロジェクトチームが形成された。これにより、精神医療サービスと就職サービスを同時に提供できるようになった（DSM:2010）。3つ目の主な業務である「主体性をもって生きる活動（自分の人生の主人公になる）支援」では、毎年1年に1回当事者が自分の体験談を市民の前で発表するという大きな集会も同機関が企画している⁴⁾。

V おわりに

イタリア、具体的にはトリエステ県とアレツォ県の精神医療保健改革と現在の状況を踏まえ、イタリアのもつ現在の課題と、日本の実践との相違点を以下のように考える。

1 課題

イタリアが実施している国民保健サービスという県行政単位で保健医療がおこなわれるサービスは、医療も福祉も同じ事業体や財源のもとでサービスが提供されるため、包括的な垣根がない支援を行うことは可能である。しかし財源や保健医療計画など実質的な運営管理の権限は州に委ねられていることにより、地域格差が生み出されていることは留意しておかなければならない。また、具体的な県レベルの支援課題としては、トリエステ県では高齢化問題が深刻化しており、精神科救急病棟の利用者も4分の1が75歳以上で特に認知症の患者が多くなっている。彼らの場合、症状を一時的に安定させる薬物療法だけでは対処できないので、現行の高齢者サービスとの連携に加えて新たなサービスを開発していくことが今後の課題となっている。アレツツオ県でも現在地域精神医療は展開されているが、この中でも常に課題を抱えている。元アレツツオ県精神保健局長は、現存する地域精神医療の課題として、多量な服薬、サービスへの依存、地域の中で行われる新たな施設化、公的サービスの囲い込みによるリスク、情報不足を挙げている。つまり地域精神医療保健に切り替えていても、元の巨大精神科病院時代のようにいつでも施設化や人権侵害、当事者の力を奪う支援になることを危惧しているのである。トリエステ県、アレツツオ県どちらも、当事者が当事者の力で生活し、自己実現するためには、今の地域精神医療保健制度でも欠陥があるため、常に新しい実践を繰り返していくことが必要とされている⁶⁾。

2 日本との相違

イタリアの具体的な支援プログラム、教育プログラムを我が国の参考にすることは可能であるが、精神科病院を地域精神医療保健に転換するという実践やイタリアの連携体制をそのまま日本で再現することは難しい。それは、日本の場合医

療と福祉の財源が異なること、医療機関、福祉機関がキャッチメントエリア内で機能していないこと、医療機関、福祉機関において専門職は存在するが、共通理念、共通方針を持つこと具体的な行動化は各機関に委ねられていることが理由として挙げられる。地区制度で配置されている行政機関である保健所も、保健師不足を考えると保健師がすべて統括することは難しいであろう。

上記を踏まえて今後の日本が表面的ではなく、本格的に地域を中心に精神保健医療を展開し、各機関が連携していくためには、財源あるいは、制度のなかでの医療と福祉を統合していくことは、重要なポイントであると考えている。しかし、イタリアは精神医療だけではなく、一般医療においても保健サービスという制度の中で医療と福祉が機能していることが日本とは大きく異なるため、一般医療と精神科医療との関係に留意しながら進めていく必要がある。またキャッチメントエリアを今後我が国でも設定していくのであれば、制度として制定するだけではなく、各専門職が同じ実践の中で共通知識・認識を形成し、既存の専門職新しい実践力を創出させていくことが必須となるであろう。

注

- 1) イタリアでは8割が公立の精神病院のため、この法律はほとんどの精神病院廃止を促すことになる。
- 2) アレツツオ県元精神保健局長アルド・ダルコ医師からのヒアリング調査(2012年3月、4月)に基づく。
- 3) イタリアの社会協働組合については、田中:2004、Cボルザカ/J.ドゥッフルニ編:2004を参照。
- 4) 2010年は、「人は皆心をやむことがありますか?」というテーマで行われた。

参考文献

- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2006 *“LA GUIDA AI SERVIZI di SaluteMentale”*.
Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 2010 *“LA GUIDA AI SERVIZI di SaluteMentale”*.
Franco Basaglia 1967 *‘Che cose’e’ la psichiatria?’*

- Amministrazione provinciale di Parma
 Franco Basaglia 1968 “*L’istituzione negate*”
 Francesco Parmegiani, Michele Zanetti 2007 “*Basaglia una biografia*” LINT Ed.
 Franco Rottelli 2008 “*per la normarita’ ①*”
 Franco Rottelli 2008 “*per la normarita’ ②*”
 Franco Rottelli 2008 “*per la normarita’ ③*”
 PEPPE DELL’ACQUA 2007 “*NON HO L’ARMA CHE UCCIDE IL LEONE*”
 C. ボルザカ/J. ドゥフルニ編集 (2004)、内山哲郎・石塚秀雄・柳沢敏勝訳『社会的企業』日本経済評論社15-58.
 Giuseppe Della’ Acqua 著 福田静夫・宮田和明 訳1996 「トリエステの20年後」『転換の時代の社会福祉 日本の論点・イタリアの経験』文理閣.
 Ramon,S、Giannichedda,MG編集川田誉音訳1992 「過渡期の精神医療:英国とイタリアの経験から」海声社 P.16.
 小島晴洋、小谷眞男、鈴木圭樹、田中夏子、中益陽子、宮崎理枝 2009『現代イタリアの社会保障』旬報社.
 ジル・シュミット著 半田文穂訳 2005「自由こそ治療だーイタリア精神病院解体レポート」社会評論社
 田中夏子 2004『イタリア社会的経済の地域展開』日本経済評論社64,103,
 遠山照彦著 1991「イタリア、トリエステの精神医療改革」『ゆうゆう』No.14 萌文社 P.103.
 宮崎理枝 博士論文「疫病時下の都市住民の制度受容に関する一考察」京都大学大学院人間・環境学研究科提出 (人博第293号).

(さかもと・さおり 久留米大学助教)

スウェーデンにおける精神障害者支援から考える 日本の精神障害者地域生活支援の在り方

石田 晋司

■ 要約

スウェーデンにおける精神障害者支援の取り組みは他の欧米諸国に比べて、決して進んでいるものではなかった。しかし、精神科セクトリゼーションや精神保健福祉改革を経て、脱施設化を図り、できる限り精神障害者が地域で生活できるように支援を発展させてきている。その中で相談支援体制の構築は、精神障害者の地域生活支援に大きく貢献している。

日本においても、地域で医療機関や社会福祉サービス事業所など、それぞれの関係機関の役割と協議会等の会議の役割を整理し明確にしながら連携し、相談支援体制を構築していくことが重要である。

本人参画や協議会、行政当局は必ずしも対立するものではない。相談支援体制を構築していく中で、本人主体はどのような状況で実現できるのかを、医療機関や地域の支援スタッフ、協議会等の委員がそれぞれの立場で考え、実践していく必要がある。

■ キーワード

スウェーデン 精神障害者 地域生活支援 相談支援体制 本人主体

I はじめに

障害のある人が日常生活で自分の能力を十分に発揮できる社会を築くことは、スウェーデンの障害者政策の主要な目標である。この目標は現在、民主主義と人権の追求へと移行している。障害者の課題を社会福祉の問題の枠の中でのみとらえるのではなく、社会全体の問題としてとらえているのである。障害のある人が支援を受けるだけでなく、障害のない人と同じように、市民として権利を行使し、義務を果たす機会がなければならないという考えを実現するためには、障害のある人が社会サービスの分野に閉じ込められないようにする必要がある。スウェーデン社会は、障害者を含めたできるだけ多くの市民がアクセスしやすい社会を形成するよう努めながら、幅広い問題解決の

方法を模索している (Sweden Institute, 2006)。

当然のことながらこのような政策の影響は精神障害者支援の分野にも及んでいる。スウェーデンにおける精神障害者支援の取り組みは他の欧米諸国に比して決して進んでいるものではなかった。しかし、1995年に精神保健福祉改革 (psykiatrireformen) が行われるなど、急速な脱施設化を図るなかで、できる限り精神障害者が地域で生活できるように支援を発展させてきている。

本稿では、スウェーデンにおけるこれまでの精神障害者施策について概観し、地域生活支援の現状について報告した後、スウェーデンから見た日本における精神障害者の地域生活支援の今後の在り方について考察する。

II スウェーデンにおける精神保健福祉施策の歴史

Grunewaldは、スウェーデンの精神保健福祉の状況を4つの時代に分けている。第1期は、精神病の行為に対する原始的な考えや宗教による解釈の時期である。その解釈は、1800年代の終わりにおいても「愚者」(dårarna)であるという見方を有していた。そして、親類に世話をしてもらえない貧しい病人は施設に収容された。第2期は1800年中期から1900年前半で、「愚者」は病気であると理解し始めるようになる。精神病患者は科学的研究の対象となったのである。人道的な方向性を与える大きな一歩である。第3期は1950年までの時期である。精神障害が医学の対象となった時期であるが、まだ医学の専門家による治療方法の発展はなかった。第4期は1950年から現在に至る時期である。精神医学が新しいイデオロギーに分断されることになる。多くの者が精神科の病気は心理学的な要因によって説明することができると考え始めた。一方で、精神病の器質的原因をさらに強く確信するようになっていく。それはその当時から使用され始めた新薬の効果の結果である(Grunewald, 2000a)。

本章では、スウェーデンの精神障害者の収容の時代から脱施設化の時代への概略を示す。

1 収容から脱施設化へ

1823年、国は9か所の精神障害者ための収容施設をつくることを決定した。1861年には、最初の「精神疾患を治療するための病院」(kurhospitalet)が建設されている。精神科病院数は1800年代にゆるやかに増加し、病床数の増加は1900年代に入って急激なものとなる。1900年に約4,000床であったものが、1967年には約35,000床になっている。これは、当時の人口1万人当たり、約50人の計算になる(Bülow,2005; Grunewald, 2000a)。

1960年代の欧米における新しい精神医療運動の波はスウェーデンにも影響を与え、新しい精神科病院の建設決定は、1956年が最後になった。その

決定を受けて1960年代最初に建てられた、エレブロのMellringe病院とボルネスのHälsinge病院の建設を最期に、新しい精神科病院は建設されていない(Bülow,2005)。また、1967年には精神科病院の管轄が国から県(Landsting)へ移行した。そして、一般の保健と病院医療、精神医療との統合が行われ、精神保健医療の社会化と地域化の方向性が示され始めた(Stefansson, Hansson, 2001)。

1970年代半ばからは、老いた患者が亡くなり、新しい患者は早期に退院することで、精神科病院の減少が始まる。1975年から圏域を定めて精神医療を提供する精神科セクトリゼーション(psykiatriska sektorer)を開始し、1985年までにスウェーデン全土で135箇所の精神科診療所を設立した。精神科セクトリゼーションは、ひとつの組織が定められた圏域内における通院・入院患者のすべての成人の精神科患者に責任を持つシステムであるが、この政策によって精神科の外来患者サービスの強化をめざし、精神科看護師や心理療法士、社会サービスの専門職など在宅ケアチームの専門職配置の拡大を推進し、各地域で入院治療が大幅に削減されることになる(Bülow,2005; Grunewald, 2000a; Pettersson, 2000; Stefansson, Hansson, 2001)。

スウェーデンの精神保健福祉における脱施設化は、2つの段階に分けることができる。その第一段階がこの精神科セクトリゼーションである。この施策によって多くの精神障害者が地域で生活することになるが、支援が困難な精神障害者は、依然として施設等に収容されており、入院や施設支援の代替施策までには成り得なかった。精神科セクトリゼーションは脱施設化のスタートとしてとらえられている(Bülow,2005)。

2 社会資源の整備と精神保健福祉改革

病床の減少が大規模に進んでくると、地域の社会資源は準備不足になった。また、県と基礎自治

体 (kommun) の連携が円滑に行われず、支援の提供が滞っていた。精神障害者が十分な支援を受けられないなか、精神障害者の家族に負担が重くのしかかるようになった。1994年には、精神科病院に約11,000人の患者が入院していたが、その半数近くが住居不足によるものである (Grunewald, 2000a)。

脱施設化の第2段階は、1995年に実施された精神保健福祉改革である。精神保健福祉改革の目標は、これまでの施設処遇から、適切な治療方法の開発のもと、出来る限り地域でのケアを目指し、精神障害者の生活を改善し社会参加への道を広げようとするものであった。この改革において、精神疾患により長期かつ深刻な機能低下があると判定された者、良好な生活条件を得るための支援が必要である者のケアを最優先することとし、社会サービスや精神障害者の支援の計画と調整に関する基礎自治体の責任も明らかにした (Stefansson, Hansson, 2001)。

1993年には障害者を対象とする援助およびサービスに関する法律 (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS) が制定され、障害者に対する地域資源の充実が図られる。この法律に先立って、1982年に、経済的、社会的安定と生活条件の平等、社会生活への積極的な参加の促進を目的とした社会サービス法 (Socialtjänstlagen, SoL) を施行、同年、医学的予防、疾病の診断・治療、保健・医療サービスに関する法律である保健医療サービス法 (Hälsa och sjukvårdslagen, HSL) が成立している (二文字, 2002)。

Ⅲ 精神障害者支援における行政体系

スウェーデンの障害者支援のほとんどが、国、地方自治体で運営されているが、政府とスウェーデン国会は主に障害者政策と法律を通してガイドラインを確立する。政府機関には、教育、保健福

祉、雇用を含む特定の機関に対する国家の責任がある。県は全部で20あり、保健医療の責任を担っている。基礎自治体は現在290あるが、学校と社会サービスに責任を有している。スウェーデンの公共部門の多くは地方レベルにあり、障害者は主に基礎自治体か県を通して公共部門とつながっている (Pettersson, 2000; Sveriges kommuner och landsting, 2013)。

以下県レベルの医療サービス、基礎自治体レベルの社会サービスについて紹介する。

1 県が担う精神医療

基礎自治体の社会サービス部門と障害者支援は、精神医療の拡充なしには機能しない。社会サービスは精神医療と良好で密接な関係を保たなければならない。県の職員も基礎自治体の職員のようにニーズと精神医療における今後の展望を理解しておかなければならない。他の保健医療と同じように、保健医療法には精神医療の目的を示している。専門的な保健医療の責任は県にあり、良質な医療とは、①患者が安心してかかることが出来るケアを提供し、利用しやすいこと、②患者の自己決定と尊厳の尊重を前提とする、③患者と職員の良い疎通性を促進する、④予防活動の推進、としている (Pettersson, 2000)。

精神医療と他の医療の重要な違いは、精神医療はさまざまな専門家とほとんど分離されていないことであるが、子ども、若者、犯罪のために調査と医療が必要な司法精神医療 (rättspsykiatri) に関連する者には別に専門分野がある。精神障害のある高齢者の医療を行う高齢者精神医療 (geropsykiatri) も専門的に扱われる場合があるが、ほとんどは一般精神医療 (allmänpsykiatri) において治療が行われる。青少年精神医療 (barn-och ungdomspsykiatri) は18歳未満の者に適用される (Pettersson, 2000)。

精神医療は精神病ケア (psykosvård)、一般

精神医療 (allmän psykiatri)、依存症、薬物依存 (missbruksvård/toxikomani) などに分類されている。アルコール濫用者、薬物濫用者のケアも精神科の役割であるが、精神病ケアは最も大きな分野であり、多くの患者は統合失調症の人である。一般精神医療の分野では、まず第一にうつ病や強迫性神経症などの精神疾患に関する治療を行う。

特別なケアとして強制入院があり、自傷他害のおそれがある非常に深刻な精神病の人のケアを行っている。強制入院は「精神科の強制入院に関する法律」(lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT) か「司法精神医療に関する法律」(lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV) のいずれかに従って処遇される。「司法精神医療に関する法律」で処遇されるものと「精神科の強制入院に関する法律」で処遇される者の違いは、「司法精神医療に関する法律」で処遇されている者は重大な犯罪を行い、そのために入院していることである。犯罪が深刻な精神障害の影響で行われたものであれば、裁判所はその者を精神科医療を受けさせるようにすることが出来る。罪を犯した精神障害者が退院するためには、裁判所の承認が必要である。「司法精神医療に関する法律」でのケアは特別な施設で行われている (Pettersson, 2000)。

精神医療で働いている主要な職員は、精神科医、看護師、心理療法士、社会福祉専門職、作業療法士、介護士 (skötare) などである (Pettersson, 2000)。

精神科の病床数は、精神保健福祉改革後も減少しており、現在約4,429床 (2008年) になっている (Socialsyrelsen, 2010a)。これは人口1万人当たり換算すると、4.8人程度になる。

2 基礎自治体が行う社会サービス

基礎自治体は障害者に対する社会サービスの責任を担っている。基礎自治体には、住民に安心できる生活を提供することへの最終責任があり、障害のある人々がいきいきとした生活を送ること

ができるようにしなければならない。衣食住に加えて、余暇、日用品、保健衛生などの生活扶助、家事援助、日中活動、その他のサービスによる在宅生活および周囲との交流の促進、社会サービスの情報提供、訪問活動、本人、家族に対する経済的手当などがそれにあたる (Berggren, 2000)。

また、基礎自治体は精神障害者の権利と社会的支援、生活保障についての決定をしなければならない。その際、県と協力して地域生活の計画を作成しなければならない。基礎自治体には障害者のための支援について県と協働する責任があり、この協働を実現するために、基礎自治体は支援計画を作成しなければならない。そして、その計画化の過程において、県、その他の公的機関、組織と協働しなければならない。これに対して、県は県の活動と他の組織の活動の協働のための計画を作成する義務がある。協働の目的は、責任の境界を明確にし、お互いに知識を共有することである。また、基礎自治体の職員は精神疾患の症状と現状の治療方法を認識しなければならない。県の職員は社会サービスが社会心理的もしくは教育的な方法を用いてどのように機能しているのかについて知らなければならない。治療という概念は精神医療分野だけに止まるものではない (Berggren, 2000)。

3 基礎自治体が行っている精神障害者への具体的な支援

スウェーデンにおける社会サービスの多くは、日本のサービスとほとんど同じ形態を有している。日中活動のサービス (daglig verksamhet)、ホームヘルプサービス (hemtjänst)、ガイドヘルプサービス (ledsgarservice)、レスパイトサービス (avlösarservice i hemmet)、短期入所 (korttidsvistelse utanför det egna hemmet) などである。また、恐怖症の人などが利用するタクシーなどによる移動支援 (färdtjänst) もある。レスパイトサービスは、

支援者が利用者の自宅へ訪問し支援する形態をとっている (Berggren, 2000; Grunewald, K. 2000b; Sjölenius, 2000)。

精神障害者のための住居形態が実現したのは1990年代である。特別な支援サービスの付いた住宅にはグループホーム (gruppbostad)、サービスハウス (servicebostad)、ナーシングホーム (sjukhem) などがある。住居支援 (boendestöd) は行政当局、医療支援、団体や近隣住民への連絡まで業務は幅広い。ホームヘルパーとの違いは、住居支援のスタッフは支援者が支援を提供するのではなく、利用者が自分でできるように支援する (hjälp till självhjälp) ことになっているところである (Grunewald, 2000c; SOU, 2006a; SOU, 2006b)。

グードマン (god man) やフェルヴァルタレ (felvartare) は成年後見人のことで、権利擁護、財産管理、身上看護の役割を担っているが、必ずしも法律関係者が携わっているわけではない。筆者が話を聞くことができたグードマンは、かつて精神障害者のグループホームのスタッフであったが、転職をして全く異なる職業に就きながらこの業務を行っていた。グードマンは、利用者の自己決定が可能で、相談者としての性格が強いのに対し、フェルヴァルタレは法的権限が強く、利用者の決定を代わりに行う (SOU, 2006b; Sjölenius, 2000)。

コンタクトパーソン (kontaktperson) は、精神障害者は人と接触を持つことが苦手な孤立しがちであることも多いところから、身近な相談相手として、簡単な問題を解決する手助けをしたり、余暇に時間を一緒に過ごしたりする。「社会サービス法」によるコンタクトパーソンは、通院の予約、教育コースの選択や申し込み、仕事探し、部屋探しなどの支援を行い、「障害者を対象とする援助およびサービスに関する法律」によるコンタクトパーソンは余暇活動や社会交流の推進を行っている (SOU, 2006b)。

パーソナルオンブズマン (Personligt ombud/以下POという。)の制度は、精神保健福祉改革を機に試験的に導入され、2000年から本格実施された精神障害者に特化したサービスである。POの支援の段階は、①接触を図る、②信頼関係の構築、③ニーズの把握、④支援計画の作成、⑤支援計画の実行、⑥支援の評価、⑦フォローアップの7段階に分けることができるが、これはケアマネジメントの手法と同じである (Socialstyrelsen, 2003)。POは2008年12月現在で、290あるコミュニティのうち250の基礎自治体で導入されている。活動件数は109に上り、300人分を超えるPOが活動に従事している (Socialstyrelsen, 2009)。POの支援を受ける方法は多様であるが、2004年と2007年の調査では、本人からの依頼 (sökt själv) と担当部局 (myndighet) からの依頼がそれぞれ3分の1を占めている。他に近親者・近くにいる信頼できる人 (anhörig/närstående) からの依頼、当事者の会 (brukarorganisation) からの依頼などがある (Socialstyrelsen, 2008)。

POは、現在スウェーデンの精神障害者地域生活支援にとって重要な役割を果たしているばかりでなく、その支援の在り方には、精神障害者を支援するための重要な考えが盛り込まれていると筆者は考えている。次章では、POの制度を具体的に紹介する。

IV 精神障害者の考えを制度に 反映するPOのシステム

本章ではPO制度の概要と具体的な活動内容を紹介する。POが与えられた業務を遂行するためには、さまざまな条件を必要としている。支援に関する大きな裁量権を与えられている一方で、一定の制限も受けている。POの制度の特徴には次のようなものがある。

1 POシステムの概要

(1) 実施主体と対象者

POの活動の責任は、基礎自治体にある。小さな基礎自治体では複数の基礎自治体が共同でPOの事業を実施することができ、基礎自治体は民間に活動の運営を委託することもできるが、責任は活動している基礎自治体にある。対象者は、18歳以上の精神障害者で、長期にわたる相当程度の社会的機能障害があり、その結果日常生活に大きな支障をきたす障害を持っている者で、医療保健などの複合的なニーズがあり、さまざまな医療福祉等の関係機関の支援を必要とする者である。この中には、薬物依存との重複障害のある者やホームレスも含まれている (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b;二文字他.2009)。

(2) POの基本原則

POの業務は生活モデル、ストレングスの原則に則っている。つまり、当事者の生活上のニーズや要望に焦点を当て、診断や治療にこだわらない。焦点となるのは症状、問題、制限ではなく、当事者の健康状態や置かれた状況である。常に対象となる当事者が中心であって、支援者であるPOも当事者が選ぶことになっており、POが当事者を選ぶのではない。支援の過程も当事者が管理することになっている (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b;二文字他.2009)。

(3) POの独立性の確保と関連職種への干渉の禁止

POの役割は独立していなければならない。たいていの場合は基礎自治体が雇用主であるが、POの活動は基礎自治体が行う社会サービスとは、組織的にも、地域的にも、国や県や基礎自治体といった行政主体から独立した存在でなければならないとされている。それは関係当局に要求を出しやすくするためであり、また当事者との関わりにおいて、PO以外のすべての専門家グループの固有の仕事の枠組みに縛られずに、多様なアプロー

チを取りやすくするためでもある。

また、他職種への干渉は禁止されており、他の業務に惑わされず、“純粋な利用者の視点”(ett renodlat klientperspektiv)を貫くために関連職種とは一線を画さなければならない (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b; Socialstyrelsen. 2010b; 二文字他.2009)。

(4) 連絡調整委員会 (ledningsgruppen) の設置

POの活動ごとに連絡調整委員会が設置されている。連絡調整委員会は基礎自治体および県、社会保険庁 (försäkringskassan)、当事者団体など関係行政機関で構成されている。保健医療やケア制度の不備を補足する役割をPOが担っているので、支援体制を整えるために、連絡調整委員会の意義は大きい (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b;二文字他.2009)。

(5) POに対する研修

初任者はPOの経験者から3日間の研修を2回受講する。内容は、ネットワーク、法律、交渉術、倫理、POの役割、ストレスマネジメントなどである (Socialstyrelsen. 2009a)。

2 ヴァルムランド県におけるPO活動と連絡調整委員会の実際¹⁾

この節では、POと連絡調整委員会がどのようにシステム化され、地域の精神障害者の支援に貢献しているのかを、ヴァルムランド県の例をもとに具体的に見ていきたい。

ヴァルムランド県は、人口約27万人でスウェーデンの中西部に位置する。ヴァルムランド県におけるPOの活動は2002年から始まった。活動の責任は基礎自治体にある。ヴァルムランド県には16の基礎自治体があるが、複数の基礎自治体が共同でPOの事業を実施している。活動拠点を4地域に分け、基礎自治体の一つであるカールスタットにヴァルムランド県全体の責任者を置いている。POは中心部に4名、西部、東部、北部にはそれぞれ

れ2名配置されている。2010年時点で、175名（男性69名、女性106名）のクライアントを支援している。依頼元の状況は、90名の精神障害者が自分でPOに支援の依頼を行っている。次いで行政等関係機関で55名、近親者等近くにおいて信頼できる人が19名の順となっている。また18歳以下の子どもを持っているものが70名、スウェーデン以外の国で生まれたものが18名含まれている。すべての基礎自治体にクライアントを有している。

それぞれの地域には地域連絡調整委員会 (distriktsgruppen) を設置し、県には県全体を管轄する連絡調整委員会を設置している。地域連絡調整委員会は、PO活動を通じた地域のネットワークの強化と地域の制度の不備等を検討することを目的としている。委員は4地域の基礎自治体の社会サービス部門 (socialtjänsten i kommunerna)、精神医療地域担当部門 (division psykiatri)、精神医療以外の医療部門 (division allmänmedicin)、職業安定所 (arbetsförmedlingen)、社会保険庁、当事者団体である社会精神保健協会 (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH) と精神障害者協働機構 (Föreningen för Psykiatriskt Samarbete, FPS) の地域代表者、当該地域のPOの責任者から構成されている。委員会はPOが招集し、開催頻度は年3から4回程度で、少なくとも2回は開催される。

連絡調整委員会の目的は、目標の概要の策定、業務の優先順位の決定、業務の視点や方法の把握、PO業務の促進、財務と組織の責任である。委員はそれぞれ4地域のコミュニケーションの行政責任者 (Kommunala förvaltningschefer från fyra geografiska områden)、精神医療地域担当部門、精神科以外の医療部門、ヴァルムランド県社会保険事務所のサービス責任者 (chefstjänsteman försäkringskassan)、職業安定所のサービス責任者 (chefstjänsteman arbetsförmedlingen)、ヴァルムランド県社会精神保健協会、精神障害者協働機構、ヴァルムランド

PO活動の責任者で構成されている。各機関の活動の代表者は、その機関を代表し決定を行う権利を有している。会議は半年に2回開催される。POは年に一回参加することになっている。

このようにPOを含めた各部門の責任者がこの委員会の構成員に配置されていることは、支援体制や社会資源の調整と開発の決定に強い影響力を持つことになる。連絡調整委員会の重要な役割は、支援の構造的な問題に着手することであるが、POはその構造的な支援システムの欠陥を指摘し、システムの開発に重要な役割を果たしている。これはPOが精神障害者個人の支援の連絡調整役を担っているだけでなく、利用者の視点から社会資源を構築していく役割を担っていることを意味している。連絡調整委員会はPOの具体的な業務を方向づけるだけでなく、POの対象グループに含まれない精神的な機能低下に陥っている人々の状況を改善するために、間接的に、対象グループだけでなく戦略的な指針を示す役割を担っているのである (Socialstyrelsen. 2010b; 石田, 2011b)。

V. 日本における精神障害者ための 脱施設化と地域支援体制の構築

これまで、スウェーデンにおける精神障害者支援の歴史と現状、POを中心とした地域生活支援の体制について述べてきた。スウェーデンと日本における精神障害者支援の最も大きな違いは、スウェーデンの多くの支援が、県、基礎自治体等の公的機関で行われているのに対し、日本における精神医療、社会福祉事業のほとんどが民間で運営されている点である。スウェーデンの脱施設化は他の先進諸国と比較しても劇的なものであったが、それはほとんどの支援機関が公的機関であるため、病床数の削減と地域支援への移行が計画的に行われ、比較的スムーズに進行したからである。脱施設化による病床の削減によって医療機関が財

政的問題に直面することはないであろうし、スタッフの雇用問題も医療機関で働いていた職員が、需要の増加した地域の支援者として働くことも可能である。

一方、日本においては、医療機関が民間運営であることから診療報酬等の誘導のよって脱施設化を図ろうとしているが、順調に進んでいるとはいえない。しかし、民間運営であることによるメリットも考えられる。日本の医療機関は民間であるがゆえにアクセスを容易にし、選択肢を豊富にすることもできる。これは社会福祉事業にも言えることである。

脱施設化においては、現在入院している人に退院してもらえるようにアプローチすることはもちろんであるが、いかに入院することなく生活できる環境を整えるかも重要である。通常、病気で数カ月も入院することはかなりの長期入院と考えられる。精神科の入院も1カ月を超える入院はなくなるように配慮されるべきである。精神障害者ができる限り入院をすることなく、地域で生活できる日本における条件をスウェーデンの地域支援を参考にしながら考えてみたい。

1 早期発見と地域定着の重視

早期発見には普及・啓発の推進と精神医療へ容易にアクセスできる状況をつくることが重要である。普及・啓発は、行政はもちろん、精神科病院や診療所も役割を担える。精神科病院ではすでに、残念ながら単なるイベントとしてのみ認知されているところもあるが、地域の住民に呼びかけてフェスティバルなどの催しを行っているところも多い。このような活動が精神疾患に対する偏見をなくし、予防と早期発見の一助となるように工夫されることが必要である。

また、精神科の診療所は近年増加しているが、診療所の医師以外の専門職合計は1名弱でスタッフが少ない（羽藤, 2012）。羽藤は、「ケースワ

ーカー1名を配置するだけで、入院先を見つけることも、職場、学校、精神科病院、他科の医療機関、福祉施設、介護施設などと連携をとりやすくなる」と述べている（羽藤, 2012）。診療所を拠点に精神保健福祉士が地域で活動することにより予防や早期発見の役割を果たす可能性は高い。また、もし入院したとしても、短期間で退院しやすい状況を整えるためには、診療所に病床設置を推進するのも一案であろう。

社会福祉サービスにおけるショートステイの推進も地域定着に欠かせない事業であるが、空室であることが多いと財政的に行き詰ってしまう。地域定着を推進するためには、これまでのサービスより幅広い利用が求められる。例えば気分転換のための利用、支援の継続性を高めるための定期的な利用、通常的生活より贅沢をするための利用など、生活の質を高めるために活用することも考慮すべきだろう。

教育の場における啓発活動も重要である。心の問題は小学校から大学まで学校において大きな問題になっている。スクールソーシャルワーカー等の配置により、学校を中心として心の問題について関心を広げていくことは、地域における啓発活動の力となり、精神障害者の地域定着に貢献するであろう。

2 社会資源開発のための専門職の配置

どのような形態でシステムを整えても、障害者すべてがそのシステムで変わることなく支援され続けることはありえない。状況が変動し、システムが古くなるからである。膠着したシステムの中では、新しい課題は支援の対象とならない。

POは、POの役割を果たしながら、それが新しい課題に挑戦できる仕組みを有している。なぜなら、PO自身が裁量権を持ち、精神疾患によって地域で困難を感じている人に対して柔軟に対応できるからである。POの対象者には、ホームレス

の人や日本における医療観察法の対象者、発達障害の人もある。支援の隙間を埋めるためには、常に状況が動いていることを認識し、そのための社会資源を準備しておかなければならない。特に精神障害者を対象とする場合、日本においてこの役割を担うのが最も妥当なのは、地域活動支援センター I 型の精神保健福祉士であると筆者は考えている。相談支援専門員が PO にもっとも近い日本の専門職であると考えられるが、介護給付による一件につき定額の報酬を与えられる仕組みでは、状況が変動する中での新しい社会資源の役割や社会資源開発の遂行、また地域で支援の対象になっていない障害者を支援することは、極めて困難である。

3 地域支援体制の構築と協議会等の役割の明確化

POが地域の柱として活動できるのは、連絡調整委員会の存在があるからである。日本において、この役割を担っているのは協議会である。協議会は、支援体制のあらゆる場面を監視する役割を担っている。この協議会の委員は、支援をマネジメントする支援者と行政当局者であるべきである。また協議会の委員に情報を提供し、現場の現状を伝えるのは、地域で活動している様々な支援者である。それらの支援者もそれぞれに会議を開き、現状を伝える役割を担う。協議内容は、社会資源の開発のみでよいだろう。大切なことは、その協議会が機能しているのか、現場と相互に影響を与えあっているのかということである。協議される課題は、現状で解決可能なものと不可能なものがある。直ちに着手できることは遅くとも次回の障害者計画に盛り込み、時間が必要なものは、検討することを決定する必要がある。そしてそれらの構造を検証するシステムが必要である。

また、どのような事柄を協議しているのかを障害者から見ても分かりやすいものにしなければな

らない。社会福祉事業の追加や増大、社会資源の開発を考える場合、財源不足を理由に提案が通らないこともあるが、支援には常に財源が必要である。財源についても検討できる体制が必要である。

これらの支援の構造を支えるためには、現場レベルでの連携が最も重要である。民間での運営が主である日本においては、この連携が重要な課題となるであろう。連携による関係機関の役割分担を行う必要がある。その中での社会福祉事務所や保健福祉センター等行政当局の役割を明確化し、民間レベルでの業務の限界性についても協議すべきであろう。協議会等会議の役割を整理し明確にすることも大切である。また、業務が達成されているかを検証するシステムも必要となる。

4 長期入院者への退院支援

長期入院者の退院支援は、最も困難な支援のひとつである。状況を動かさないと、入院している精神障害者自身もはや退院を望んでいない場合も少なくない。直接、入院前の地域で生活ができるようにしようとしても、困難が増すであろう。障害者自立支援法の施行に伴って廃止されたが、精神障害者の社会復帰施設として利用されていた生活訓練施設を参考にした住居施設の創設や病院の近くに公営住宅を設置することも考えられる。財政的にも特別な配慮があつてしかるべきである。

VI おわりに

支援される当事者がいて、柱となる支援者がいて、その周囲にさまざまな機関など社会資源を配置した支援体制図を描くことは容易である。障害者の自己決定やエンパワーメントを重視することを法律や通達に文章化することや協議会の方針とすることもできる。

しかし、そのようなこれまで蓄積されてきた考え方や手法を地域で具体的に実践していかなけれ

ばならない。最終的には国家レベルでの認識が得られるように働きかけなければならない。そのためには、ミクロレベルからマクロレベルまでを一連とする具体的なシステムを考案する必要がある。精神障害者の支援に精神科医、看護師、ソーシャルワーカーなどの多職種に渡る専門スタッフが関わるのはスウェーデンも日本も同様である。どの職種においても利用者にスタッフの視点を押しつけざるを得ない場面が生じ、強制的な支援が必要になることもある。

このような状況の中で、POは例外的な支援者である。POは利用者から与えられたPOの業務だけをもっぱら利用者の意思に沿って行い、その結果得た価値と知識を社会的に拡大していく専門職である。POは、純粋に精神障害者から吸い上げた生活の実情や意見を地域の会議で検討し、社会資源の開発に結び付けている。その意味では、ある程度自己決定を見込める精神障害者が対象となる。利用者の自由度が高まる分だけ、POの利用者に対する権限は弱くなる。しかし、POが築いた連携は利用者に対する権限となる。このように本人の意見をできる限り尊重できる支援者の存在をつくり、地域レベルの支援体制を確立することで、結果として利用者本人と行政当局など権限のある組織が意見を交換できるシステムを構築しているのである。それは最終的に精神障害者個人に届く相談支援体制を形成するためのシステムである。POは単なる仲介型のケアマネージャーとして紹介されていることもあるが、エンパワーメント型、あるいは社会資源開発型のケアマネージャーと考えられる。POにとって仲介は重要な役割である。しかし、それをどのように行うのか、そして、精神障害者との関わりの中で得たものをどのように社会に還元し反映させていくのかに、その活動の意義がある。

本人参画や協議会、行政当局は必ずしも対立するものではない。関連機関や住民と連携し、ネッ

トワークを形成する地域生活支援の要となる相談支援は、相談支援をする支援者だけでは成り立たない。支援している一人ひとりがどのような役割を持つかを明確にすることが重要である。その時、本人主体はどのような状況で実現できるのかを相談を受ける支援者だけでなく、連携しているスタッフ、協議会の委員等が役割を確認しながら、それぞれの立場で実践していかなければならないのである。

謝辞

POに関する資料を快く提供して下さった、Anna-Greta Wirsénをはじめとするヴァルムランド県のPOの皆さんとカールスタット大学の皆さんに心よりお礼申し上げます。

注

- 1) ヴァルムランド県のPOの活動状況は、ヴァルムランド県のPOの責任者であるAnna-Greta Wirsén氏から提供していただいた資料、Reglemente Ledningsgruppen Personligt Ombud Värmland、Riktlinjer för Distriktsgrupper Personligt Ombud Värmland、STYR-OCH LEDNINGSDOKUMENT -År 2007 och 2008 för verksamheten Personligt Ombud för funktionshindrade i Värmland-、STATISTIKUNDERLAG TOTALT Personligt Ombud Värmland 1:a halvåret 2010に基づいて作成した。

参考文献

- 石田晋司他2010「スウェーデンのPersonligt ombud制度から考える日本の指定相談支援事業の課題」『総合社会福祉研究』第36号. pp.109-116
- 石田晋司2011a「スウェーデンの精神障害者地域生活支援を担うPersonligt ombudの支援観: ヴァルムランド県における調査をもとに」『社会問題研究』第60号. pp.119-127
- 石田晋司他 2011b「構造的エンパワーメントにおける精神障害者を支援するスウェーデンのPersonligt ombudの役割」『発達人学論叢』第14号. pp.143-149
- 二文字理明 2002「障害者－ノーマライゼーション思想の成熟」『スウェーデンに見る個性重視社会』桜井書店pp.103-121
- 二文字理明他 2009「スウェーデンにおける精神障害者の支援に関する基本資料の翻訳と解題（I）－社会庁通達2000年度第14号（社会庁）2000および新しい専門職の誕生・PO（社会庁2009）－」『発達人間学論叢』第13号. pp.1-20

- 羽藤邦利 2012 「精神科外来診療の概況」『精神保健福祉白書2013年版－障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方－』 pp.143
- Berggren, B. 2000. *Hur kommunen organiserar sina insatser*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER. 74-80
- Bülow, P. 2005. *Psykiskt funktionshindrade i samhället -Epidemiologi, omfattning och behov-*. Hydén, L. (red.) Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Studentlitteratur, 83-103
- Grunewald, K. 2000a. *Den psykiatriska vårdens historia*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER. 12-20
- Grunewald, K. 2000b. *Individuella insatser*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 146-155
- Grunewald, K. 2000c. *Bostad*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 156-166
- Pettersson, S. 2000. *Hur landstingen organiserar sin slutenvård och öppenvård*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 66-73
- Sjölenius, B. 2000. *Juridik och psykiskt funktionshinder*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 226-261
- Socialstyrelsen. 2000. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000 November 2000
- Socialstyrelsen. 2003. Mål & metoder. Att arbeta som personligt ombud.
- Socialstyrelsen. 2008. Uppdrag att följa och vid behov utveckla verksamheter med personligt ombud (PO) till personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport för 2007
- Socialstyrelsen. 2009a. Uppdrag att följa och vid behov utveckla verksamheter med personligt ombud (PO) till personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport för 2008
- Socialstyrelsen. 2009b. Ett nytt yrke tar form - Personligt ombud, PO
- Socialstyrelsen. 2010a. Tillgång på vårdplatser
- Socialstyrelsen. 2010b. Personliga ombud -ledningsgruppens spejare i välfärdssystemet
- Statens offentliga utredningar (SOU:100). 2006a. *Boende- och fritidsfrågor*. Ambition och ansvar. 241-264
- Statens offentliga utredningar (SOU:100). 2006b. *Psykiskt funktionshinder-åtgärder för delaktighet och tillgänglighet*. Ambition och ansvar. 323-346
- Stefansson, C-G. Hansson, L. 2001. *Mental health care reform in Sweden, 1995*. Acta Psychiatrica Scandinavica. (104) 82-88
- Sveriges kommuner och landsting. 2013. kommuner landsting och regioner (http://www.skl.se/kommuner_och_landsting)
- Sweden Institute. 2006. Sweden.se-The official gateway to Sweden. Swedish disability policy

(いしだ・しんじ 四天王寺大学准教授)

特集：精神障害者地域生活支援の国際比較

精神障害者地域生活支援の国際比較

— アメリカ合衆国 —

福井 貞亮

■ 要約

アメリカの精神保健福祉システムは、1950年代半ば以降、脱施設化をもって施設中心から地域を基盤とする支援へと移行していく。しかしながら、脱施設化にいたる当初の動機は、精神障がい当事者のリカバリーを支えるといったものではなく、増加の一途をたどる入院患者を病院や施設で抱え込むことの限界と、政府の財政的責任の縮小に帰するところが大きい。このようなことから、地域での支援体制も未整備のまま、必要な生活支援を利用できずに路頭に迷う当事者を多く生み出すこととなる。しかし、これらの課題に対する当事者の声と社会的認知の高まりに後押しされながら、地域支援体制が徐々に整えられ、リカバリーを機軸とする支援システムの構築が目指されてきた。ただ、リカバリー概念の萌芽は同時に、その具体的な支援の実施において新たな課題も呈してきている。それは、リカバリーモデルの中核となる自己決定支援のあり方、伝統的支援システムとして残存する疾病モデル、断片化された支援システムの統合、科学的根拠に基づく実践の効果評価とその普及における課題である。本稿では、アメリカの精神保健福祉制度の歴史の変遷を概観するとともに、地域生活支援の現状と課題を整理した。

■ キーワード

精神障がい、アメリカの精神保健福祉制度、脱施設化、地域生活支援、リカバリー

I はじめに

アメリカの精神保健福祉システムが、施設中心から地域を基盤とする支援へと移行していく背景には、2つの大きな運動の存在があると考えられる。ひとつは、1950年代に始まった脱施設化運動であり、そしてもうひとつは、20世紀後半より高まってきたリカバリー運動である。脱施設化は、権威主義的な治療介入ではなく、障がいをもつ人々（当事者、あるいはクライアント）が個々の生活ニーズを満たすために、より制約のない環境において支援が利用できるための政策転換の起点となった。そして、リカバリー運動は、人々が支援システムとサービスを受身的に利用するのではなく、それらを活用する際の自律と自己決定の重

要性をより強調してきた。より広範な地域支援体制を整備し、精神障がいをもつ人々が地域住民の一員として質の高い生活を実現するために、数々の法の制定と当事者権利擁護の高まりが重要な役割を果たしてきた。

本稿の目的は、アメリカの精神保健福祉システムが、どのように地域を基盤とする支援へと移行していったのか、そして、現在の支援体制や克服すべき課題について整理することにある。そのために、当事者を取り巻く支援法の歴史の変遷をまず概観したうえで、現行の支援体制と課題について、(1) リカバリーと自己決定、(2) リカバリー（達成）支援対保護的（維持）支援、(3) サービスと資源の統合、(4) 科学的根拠に基づく実践、という枠組みのなかで整理を行う。最後に、結論をもって本稿を閉じる。

II 精神障がいをもつ人を取りまく 支援法の歴史的変遷

アメリカの精神保健福祉にかかる公的支援は、過去半世紀にわたり大きな変革が見られた。特に、施設中心から地域を基盤とする支援への移行は、当事者が利用可能な資源の比重の変遷として理解できるが、その移行過程においては、支援哲学や政策転換等が複雑に絡み合ったダイナミクスが存在する。歴史を紐解くと、その動向を理解するための重要な布石がいくつも存在するが (Corrigan et al, 2007; Cutler et al, 2003; Geller, 2000; Morrissey & Goldman, 1984; Solomon & Lukens, 2011)、本項はこれらの要約とする。

アメリカにおける精神科病棟の入所者数は、1954年にそのピークをむかえた (Geller, 2000)。道徳療法 (moral treatment) でもって、最初の州立病棟の設立へと導いたDorothea Dixの熱意にもかかわらず、脱施設化の波は1950年代から急速に加速していくこととなる。その背景には、利用可能な資金や人的資源の変化、政策の転換、人権擁護に関する法的整備の拡大、薬物療法の進歩など、さまざまな要因があげられる (Geller, 2000)。なかでも、抗精神薬 (例、クロロプロマジン) や精神療法 (例、環境療法) の登場により、統合失調症等の精神症状が、もはや避けうることでできない精神科病棟入院への絶対条件ではなく、また、病院よりも地域での支援のほうがコスト的にも利点があると、社会的に認識されることとなった。

1960年代に入ると、すべての個人が平等な市民としての権利をもち、地域社会に参加するための権利擁護を推進する公民権運動が始まった。そして、1961年には、精神衛生と精神疾患に関する合同委員会 (Joint Commission on Mental Health and Illness) が、脱施設化と地域ケアの構築に向けた将来の方向性を示す精神衛生行動計画 (Action

for Mental Health) をまとめた。この報告書に続き、1963年に精神薄弱者施設及び地域精神保健センター設立法 (Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act) が制定される。しかしながら、当初計画されていた予算が削減されたことで、地域精神保健センターの建設にのみとどまり、人員の配置とその整備までには至らなかった。そこで、1965年には地域精神保健センター法 (Community Mental Health Centers Act) が制定され、地域支援のためのインフラストラクチャーが補強されることとなる。これらの法の成立により、地域精神保健センターの対象範囲とする地理的支援区が整備され、入院、外来、緊急、部分的入院、相談と教育に関する支援とサービスの提供が位置づけられた。また、地域精神保健センターは、精神科病棟への入院の必要性をスクリーニングするゲートキーパーとしての役割も担うこととなる。設立当初の地域精神保健センターは、当事者の多様なニーズや希望を地域で支援するというよりも、病院モデルにより近い形で機能していた。さらに、財源の逼迫は、支援コストが比較的低い軽度の障がいをもつ個人を対象とする誘因ともなっていた。

このような地域支援のための法的整備が始まる中、1970年代には、州立施設での精神や知的に障がいをもつ人々への劣悪な処遇状況を告発し、社会に知らしめた訴訟が相次いで起こり始めた。たとえば、1971年のニューヨーク州で起こったWillowbrookスキャンダルや、1972年のアラバマ州で起こったWyatt v. Stickneyの訴訟などは、当事者が地域社会において個々人にあった治療を受けるための法的権利 (right to treatment) の遵守と、強制入院執行にかかる州の権限を制限する動因ともなった。また、当事者の多様なニーズを地域で支援するために、1972年には補足的保障所得 (Supplemental Security Income) が、そして、1973年にはリハビリテーション法 (Rehabilitation

Act) が制定された。当事者の障害年金が対象とする範囲も拡大され、1964年に創設されたメディケアとメディケイドにあわせて、基本的な医療ニーズからより包括的な障がいに係るニーズを対象とするセーフティーネットが徐々に整備されていくこととなる。

1977年には、地域支援の中核を担う地域精神保健センターの機能をさらに推進するために、国立精神衛生研究所 (National Institute of Mental Health: 1946年設立) が、統合・継続的な支援体系である地域支援システム (Community Support System) を整備した。国立精神衛生研究所のガイドラインにおいて、地域支援システムは、「支援を必要とする人々を不必要に孤立させたり、地域社会から排除することなく、彼らのニーズを満たし、潜在的な可能性を支援することを任務とする思慮と責任のある人々のネットワーク」と定義される (Turner & TenHoor, 1978, p.329)。この地域支援システムは、医学、リハビリテーション、社会支援モデル等の諸要素を統合するものであり、アウトリーチ、基本的ニーズを支援するための資源、職業支援、住宅支援、セルフヘルプグループと、ケアマネジメントのサービスを含む。すなわち、当事者だけではなく、当事者を取り巻く家族や地域をも支援の対象としている。このような地域支援の流れを後押しし、より重度の障がいをもつ当事者にも地域精神保健センターでの支援が提供されるよう、カーター政権の下で精神保健体系法 (Mental Health System Act) が1980年に議会を通過した。しかしながら、連邦政府の支出を減らすために、地域プログラムの資金采配に関する決定のコントロールを州政府の責任とするレーガン政権の下で、翌年には廃止され実現されることはなかった。しかし、地域支援システムの中核を担うケアマネジメントは、1986年の精神衛生計画法 (Mental Health Planning Act) によりメディケイドの対象として位置づけられ、全国的に利用され

ていくこととなる。

以上のような政治動向とも連動し、1980年代には、当事者がより積極的な市民として社会参加していくために、相互支援、当事者運営組織、当事者擁護を含む、当事者運動が全国的に展開し始める (Corrigan et al, 2007)。そして、1990年にアメリカ障害者法 (Americans with Disabilities Act、以下、ADA) が制定され、当事者の地域参加に関する更なる権利と法的な擁護が目指された。ただ、その実施においてはさまざまな制約もあり、目指された効果にはつながっていない。その後、1999年にOlmsteadの決定がだされ、個々のニーズにあわせた地域社会での十全な当事者参画の重要性が再度強調され、2008年での議会においてADAの見直しが行われた (ADA改正法: ADA Amendments Act)。

このように、政策から個人レベルにおいて、少しずつ当事者の地域参画とリカバリー概念の萌芽が見られ始めた。そして、1992年には、当事者の地域参画とリカバリーを推進するために、薬物乱用及び精神衛生サービス管理局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration、以下、SAMHSA) が設立される。健康保険の適用範囲に関しても、医療と同等に精神疾患についても対象とすることを義務付けた精神保健同等法 (Mental Health Parity Act) が1996年にだされたが、さまざまな制約も加わり効果的なものとはなっていない。このようなことから、1999年には、精神保健と身体的健康との間に存在する支援体制の溝を埋め、人生のさまざまなライフステージ (ライフサイクル) にわたり継続的にそれらのニーズをサポートしていくことを強調した「精神衛生: 公衆衛生局長官による報告書」 (Mental Health: A Report of the Surgeon General) が、アメリカ公衆衛生局長官により刊行されることとなる。そして、2003年には、精神保健に関する大統領の新自由委員会 (President's New Freedom

Commission on Mental Health) が、リカバリーモデルを精神保健福祉政策の骨格として位置づけたことの意義は大きい。このことで、それまでの保護的(維持)支援モデルの枠を越えて、能動的で積極的な当事者の参画を推進する地域支援システムの構築の必要性がさらに強調されていく。その後、2010年に患者保護及び医療費負担適正化法(Patient Protection and Affordable Care Act)が制定され、人びとの医療や福祉ニーズに最も合致した支援体系を整えるために、比較臨床効果研究を促進する患者中心のアウトカム研究所(Patient-Centered Outcomes Research Institute)も設立された。2008年の精神衛生と依存症公平法(Mental Health Parity and Addiction Equality Act)とともに、医療費負担適正化法はメディケイドの適用を大幅に拡大し、精神保健福祉でのより統合的な支援アプローチの提供が目指される(Mechanic, 2011)。特に、医療費負担適正化法においては、メディケイドのもと、心身双方に渡る包括的なサービス提供を促進するヘルスホームオプション(Health Home Option)が設けられ、身体及び精神保健分野でのサービスの統合をより強化していくことが期待されている(SAMHSA-HRSA, 2012)。

Ⅲ リカバリーと自己決定

1 リカバリーの定義

当事者の声と権利擁護運動に後押しされ、精神保健福祉支援にはリカバリーの視点が不可欠であることが認識されてきた(Anthony, 1993)。リカバリーは、「精神障がいをもつ個人が、各々の最大限の可能性を発揮するために努力しながら、自己選択のもとで、地域での有意義な生活を実現するための癒しと好転の行程」として理解されている(U.S. Department of Health and Human Services, 2005)。薬物乱用及び精神衛生サービス管理局(SAMHSA)は、リカバリーを構成する10要素

として、自己決定(self-direction)、個々の状況にあったパーソン・センタード・ケア(individualized and person-centered approaches)、エンパワメント(empowerment)、全体性の視点(holistic views)、非直線形(nonlinearity)、ストレングス(strengths-based)、ピアサポート(peer support)、尊厳(respect)、責任(responsibility)、そして、希望(hope)をあげている。

温情主義的な伝統的支援システムは、当事者たちの抑圧され押し殺された声のうちに、いくつもの心を引き裂く経験(spirit breaking)を残してきた(Deegan, 1990)。脱施設化は、その当初の意図に関わらず、個人のなかにリカバリーの種をまき、その種は徐々に社会運動へと芽吹いていった。いわば、そこがリカバリー運動の始まりである。そして、これらの運動の高まりとともに、リカバリーを軸とする支援モデルの構築が進められてきた。リカバリーモデルは、専門職が特定するニーズではなく、当事者自身が自覚するストレングスとゴールを支援するモデルであり、リカバリーはその本人によって定義されるものである。脱施設化は、人々の達成したい思いや希望は多様であり、施設のような閉じられた画一的な環境では、決してリカバリーは起こりえないことへの社会的認識を喚起したといえる(Anthony, 1993)。

2 自己決定

リカバリーモデルは、自己決定の概念を中核とし、当事者が支援プログラムの舵を取り積極的な参画者となることを支援する。すなわち、当事者の嗜好、目標、選択でもって支援プログラムが進められることが基本となる。たとえば、地域支援システムが構築された1980年代以降、保護的あるいは移行的アプローチにかわり、支援アプローチが奨励されてきた。支援アプローチとは、個人が近隣地域において、自らの選択でもって専門職やインフォーマルな支援を活用しながら

ら、その人自身が設定するゴールを達成することを支援する方法である。このアプローチには、援助付き住居 (supported housing)、援助付き雇用 (supported employment)、援助付き教育 (supported education) などがある。たとえば、援助付き雇用では、雇用支援と臨床アプローチを統合し、当事者が地域の職場環境において、支援機関のスタッフや職場での自然発生的なネットワークの活用と自己管理のもとで、就労の実現を目指す。その過程では、訓練後に実際の就労へと移行するという方法 (a train-and-place) ではなく、地域就労の中で必要な技術を身につけていくという方法 (a place-and-train) が強調される。このような「選択・取得・保持」(Choose-Get-Keep) モデルは、当事者の選択や自己決定の重要性を強調する職業リハビリテーションの技法として発展してきたものであるが、昨今では、ケアマネジメントなど、他の領域においても採用されている (Corrigan et al, 2007)。

また、当事者の自己決定を支援するために、共同意思決定 (shared decision-making) の重要性やそのあり方への関心も高まってきている。重度の精神障害をもつ当事者も、支援過程での積極的な意思決定を望んでいる (Fukui, Salyers, Matthias et al, 2013)。共同意思決定とは、「専門職とクライアントが意思決定の全行程において同時的に参画し、支援方針を協働で決定していく交互作用過程」である (Charles et al, 2003)。共同意思決定は、米国立医薬研究所 (Institute of Medicine) が強調しているパーソン・センタード・ケアのあり方、すなわち、個人のニーズ、嗜好、満足感を保障する支援の方向性 (Institute of Medicine, 2006) とも合致するものであり、医療費負担適正化法においてもその重要性が示されている。

精神保健福祉における共同意思決定のあり方は、更なる実践と研究の蓄積を必要とする分野である。たとえば、精神薬処方においては、服薬に

関する当事者の意思決定能力や嗜好について、精神科医が正当に評価をしていなかったり、自己選択能力に不安がある当事者もいることを鑑みると、精神保健福祉分野における共同意思決定の重要性は特に顕著である (Puschner et al, 2010)。昨今の研究では、意思決定の過程において、当事者の嗜好を取り入れることや積極的な参画を促進することが重要であることがわかってきている (Fukui, Salyers, Matthias et al, 2013)。そのため、専門職への共同意思決定にかかる研修にあわせて、共同意思決定支援ツールなどを利用しながら、当事者の積極的な参画を支援していくことがより効果的であることが指摘されている (Legare et al, 2012)。

Ⅳ リカバリー (達成) 支援対 保護的 (維持) 支援

リカバリーへの関心が高まる中、プログラムや支援効果 (アウトカム) 評価・研究においても、その視点を取り入れることが重要になってきている。たとえば、統合失調症に関する国際比較研究や5カ国で行われた7件の縦断的研究は、統合失調症をもつ当事者の高い率での症状の回復を明らかにしている (Fukui, Shimizu, Rapp, 2012)。これらの研究は、統合失調症や他の主要な精神症状が、慢性的で進行的な悪化をたどるといった前提ではなく、リカバリーが精神保健福祉支援の中心的なゴールとなるべきことを実証的にも示している。

現代の精神保健福祉システムで目指されるのは、症状の悪化を防ぎその維持を目標とする従来の保護的な支援枠組みを越えて、その人自身が定義する有意義な人生を実現するための支援システムへの転換である。それに伴って、たとえば、従来のプログラム評価・研究は、精神症状の改善や再入院の回避、入院期間の短縮など、状態の悪化を防ぎその維持に焦点をあてた支援効果評価であ

った。しかしながら、リカバリーの時代にあつては、個々人のゴールや経験的な成長といったものに関連した支援効果評価がより重要であると理解されている (Anthony et al, 2003)。そのため、プログラムやアウトカム評価・研究における効果測定 (従属変数) の設定や操作化は、疾病を中心としたものから、全体性の視点と、より肯定的で主観的な個々人の経験を評価するものへとシフトしてきている。

V サービスと資源の統合

1 ケアマネジメント

ストレングス視点では、地域社会は「資源のオアシス」として理解されている (Rapp & Goscha, 2011)。しかしながら、脱施設化後の1980年代には、精神障がいをもつ当事者が、ホームレスとなり、刑務所に入り、再入院にいたるケースが増加した。地域社会は、自然発生的な資源の宝庫であっても、適切なガイドがなければ、そのオアシスは砂漠の中に埋もれ探し出されることはない。精神障がいをもつ人の困難さには、支援システムへのアクセスの難しさがあり、そこからこぼれ落ちてしまうことがある。それは、障がいに由来した自己管理や社会生活技能での困難さ、更には障がいに付随するスティグマなどにより、社会参加やサービスへのアクセスが阻害されることにある。それゆえ、地域支援システム機能の要は、当事者をサービス利用の先導者として位置づけ、その人自身の設定するゴールを達成するために、地域に点在する資源の点と点を結びつけることにある。

この目的を達成するために、地域支援システムは施設の形態に依拠するのではなく、機能を重視したより柔軟なものとして設計されてきた (Turner & TenHoor, 1978)。なかでも、ケアマネジメントはその中核的な役割を果たしている。現在、6つのケアマネジメントモデルが存在す

る。それは、(1) ブローカー型 (broker)、(2) 臨床型 (clinical)、(3) ストレングス (strengths-based)、(4) リハビリテーション (rehabilitation)、(5) 包括的地域生活支援プログラム (assertive community treatment、以下、ACT)、そして (6) 集中型 (intensive) である (Corrigan et al, 2007)。ケアマネジメントはメディケイドの対象であり、すべての州において提供されているが、効果評価や実証のない個々ばらばらの実践がなされているのが実情である。

ケアマネジメントモデルのなかで、最も広く採用され効果的なモデルとして認識されているのがACTである。精神障がいをもつ当事者には、精神症状のもつ特徴から、断片化された支援システムでは自らのニーズに合わせて必要なサービスを利用することの難しさがある。そのため、ACTは継続的で自己内包的な支援と積極的なアウトリーチを特徴とし、クライアントが不必要な入院に至ることなく地域で生活できることを支援するモデルである。たとえば、スタッフ一人当たりの担当クライアント数の制限、集中的なアウトリーチ (訪問)、他職種協働チームの活用、頻繁なコンタクト、期間制限のないアプローチなどがあげられる。数々のランダム化比較研究において、他の標準的な支援にくらべても、ACTはクライアントの地域生活支援に成功している (Dixon et al, 2010)。しかしながら、専門職による集中的な関わりは、時にACTの権威主義的な側面としての批判もあり、その支援プロセスにおいて、リカバリーの理念を十分に取り入れることが重要であることも指摘されている (Salyers & Tsemberis, 2007)。また、専門職の集中的な導入は、コスト面での課題もあり、昨今の経済的逼迫状況から、州によってはACTを財政的に支援できないところも増えてきている。

次に効果的なモデルとしてあげられるのは、ストレングスモデルである (Rapp & Goscha, 2011)。ストレングスモデルは、伝統的な病理・欠陥モデ

ルに対抗するモデルとして発展してきた。それは、ストレングスの理念を目標達成アプローチに取り入れることにより、クライアントのリカバリーを促進するための視点と具体的なツールを提供するものである。専門職とクライアントは、本人の希望、技能や能力といった個人のストレングスや環境のストレングスをアセスメント過程で発見し、本人にとって重要で意味のあるゴールを明確化する。そして、それらのゴールは、段階的に達成とその測定が可能な具体的な行動プラン（リカバリープラン）に反映されることで、クライアントが希望する生活の実現が目指される。現在までに、実験計画法を含めた10件の研究において、クライアントの地域支援におけるストレングスモデルの肯定的な成果が実証されてきている（Fukui, Goscha, Rapp et al, 2012）。ストレングス視点は、薬物乱用及び精神衛生サービス管理局（SAMHSA）によっても、リカバリー実践の重要な柱のひとつとして位置づけられている（U.S. Department of Health and Human Services, 2005）。しかしながら、実践レベルにおいて、ストレングスモデルの有効性が十分に活用されているとはいえない現状も指摘できる。それは、フィデリティ（効果的な支援プログラム実施の忠実度）とクライアントのアウトカムとの関連性を示す根拠が十分になかったことも一因となっている。最新の研究では、ストレングスモデルのフィデリティとケアマネジメント・チームレベルでの支援効果との実証的な関連性も報告されているが、より詳細な研究が求められている（Fukui, Goscha, Rapp et al, 2012）。

2 統合的支援（Integration Care）

精神保健福祉システムは、リカバリーの視点を機軸とし、疾病に対する限定的な理解ではなく、より全体性のアプローチでもって当事者支援の提供が目指される。しかしながら、その実施におい

ては、具体的な方向性が示され成功しているとはいえない。そのひとつに、精神障がいをもつ当事者の身体医療へのアクセスに関する障壁があげられる。この背景には、精神障がいに付随するステイグマ、精神障がいに関連した健康リスクへの専門職の知識不足、心身の健康状態をモニタリングし、必要かつ適切な専門的支援を利用する上での当事者の力量の制限も指摘できる。このような要因もあり、断片化された支援システムの狭間で、精神障がいをもつ当事者は身体医療へのアクセスが阻害されやすい。その結果、生活習慣病を含む、早期発見、早期治療や予防が可能な疾病（肥満、高脂血症、糖尿病、心血管疾患など）により、精神障がいをもつ当事者は一般人口よりも25年早く亡くなっていることが報告されている（Parks et al, 2006）。

このような精神と身体ニーズへの支援システムの乖離状況は、非効率・非効果的で、さらには高コストの支援提供を導く結果となっている。そのため、これらを是正し、心身双方のニーズを包括的に支援するために、医療費負担適正化法においてはヘルスホームオプションが加えられている（SAMHSA-HRSA, 2012）。ヘルスホームは3つの形態を持つ。まず、一体型モデル（in-house model）では、精神保健機関が、身体にかかる診療・診断サービスを同組織内で管轄・運営する。次に、共同設置パートナーシップモデル（co-located partnership model）では、精神保健機関が、他機関との連携において、身体にかかる診療・診断サービスを同施設内で提供する。最後に、委託促進モデル（facilitated referral model）では、精神保健機関が、他機関のもとで提供されている身体にかかる診療・診断サービスに、クライアントがアクセスできるよう支援・コーディネートする。

これらのモデルにおいては、ケアコーディネーターの役割が重要となる。その役割とは、精神と身体両面でのニーズを全体的に支援していくため

に、精神障がい当事者への身体的な健康に関する自覚と教育を促しながら、関連専門職や支援体制を統合していくことにある。たとえば、身体ニーズについて、医師や看護師とのコミュニケーションに不安のあるクライアントの診療場面に付き添い、本人の意思を十分に踏まえた支援内容となるよう共同意思決定支援を行うことなども含まれる。ケアコーディネーターには、本人のニーズを支援する際他職種間連携技術とともに、基礎的な医療に関する知識も求められる。そのため、本人のゴールやニーズを理解し、地域資源を把握しているソーシャルワーカーであったり、医療専門職である看護師などがその役割を担うこととなる。また、研修を受けたピアスペシャリストや、コミュニティーメンタルヘルスワーカー、ヘルスナビゲーターなどの活躍も期待されている。しかしながら、精神保健福祉システムにおける、専門職者間、また、専門職とクライアント間に存在する力構造もあり、クライアント本人のゴールを中心としたリカバリー視点と共同意思決定を支援する仕組み作りが不可欠である。

VI 科学的根拠に基づく実践

1 エビデンス・ベースド・プラクティス

リカバリー概念への関心の高まりは、同時に、科学的情報・根拠に基づく実践への要請も強めてきている (Anthony et al, 2003)。リカバリーに基づく支援モデルでは、当事者自身の設定するゴールを達成するために、効果的かつ効率的な質の高いサービスを身近な地域において利用できるよう、アクセスでの公平性を保障することが重要となる。

エビデンス・ベースド・プラクティス (evidence-based practices、以下、EBP) とは、「クライアントのアウトカムの向上を示す一貫した科学的根拠に基づく支援介入」である (Drake et al, 2001, p.180)。通常、EBPは標準化されたガイド

ラインとトレーニングマニュアルを持ち、日々の臨床での効果的・効率的な支援介入の実施と普及をその目的とする。最も科学的根拠レベルの高いEBPは、複数のランダム化比較試験により、その支援効果に関する高い内的妥当性と外的妥当性を備えていることが求められる。また、EBPにおいて重要となるフィデリティ (fidelity) 尺度は、その支援介入がプログラムモデルのプロトコルにどれくらい忠実に基づいているのかを、支援の実施構造とプロセスの側面からモニターし、実践度の高いプログラムの実施と普及を保障し促進するために有効とされている (Mowbray et al, 2003)。

支援介入は、期待するアウトカムを達成するための独立変数の操作化であり、リカバリーモデルにおいては、その作業仮説化において当事者の視点と参画が不可欠である。そのため、同じ障がいの経験を共有し、リカバリーを経験してきているピアスタッフらが支援過程で果たす役割への期待は大きい。さらに、昨今のEBP研究においては、地域統合 (community integration) と主観的ウェルビーイングというリカバリーにおける2つの主要な側面での効果測定が重要となる。すなわち、治療へのコンプライアンスや入院率の低下といった従来のアウトカムに限定されるのではなく、地域社会への参加とともに、その人のゴールや経験的な成長といったリカバリーの重要な側面について言及できるものが望まれる。ただ、リカバリーを測定する基準となる指標はなく (Williams et al, 2012)、客観的に測定される地域統合 (例、雇用、教育) と本人の主観的なリカバリー経験 (例、希望、自尊感情) とが、どのように関連しあっているのかについての研究もまだ途上である。

全国的にもその実践効果の有効性が認識されているEBPには、(1) 援助付き雇用 (supported employment)、(2) ACT (assertive community treatment)、(3) 症状管理とリカバリー (illness management and recovery)、(4) 家族心理教育

(family psychoeducation)、(5) 薬物依存と精神疾患治療の統合 (integrated dual disorders treatment)、(6) 薬物治療管理 (medication management) がある (Bond et al, 2004)。しかしながら、統合失調症患者のアウトカム研究チーム (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) の報告によれば、これらのEBPにおける研究と実践での乖離状況も指摘されている (Dixon et al, 2010)。すなわち、支援効果があるとされるEBPへのニーズをもつクライアントに対して、それらの支援が十分に提供されていない現状もあげられる。また、他の課題としては、日常経験的に効果が実感されている、数々の現場実践に関する科学的検証についても、その方法が模索されている段階である。EBPにおいては、ランダム化比較試験など、量的な側面での大規模な評価が強調されがちであるが、個人レベルでのリカバリー経験を質的な側面から評価していく視点も重要である。たとえば、当事者の積極的な参画を中心とし、その効果が注目されている精神症状のセルフマネジメントやピアスペシャリストの役割などに関する評価には、参加型アクションリサーチなどのより多様なレベルでの評価も必要となる。

2 スーパービジョン

リカバリーとEBPという精神保健福祉システムにおける2つの大きな柱は、マクロからミクロまでのさまざまなレベルにおいて、新たな政策、視点、能力の導入を要請してきている。そのため、現場の専門職にとっても多大な挑戦となっている。特に、専門職のおかれている現状を鑑みると、その対策が急務である。

Hogeら (Hoge et al, 2011) は、専門職の直面する課題として、(1) 施設中心から地域中心の支援へとシフトすることによる、個々の専門職の自律に任された、プロセスの観測されにくい支援提供の増加、(2) 支援組織での財源が逼迫することに

よる、専門職一人当たりの担当ケース数の増加、(3) 当事者のもつ身体・精神的ニーズの複雑化、(4) リスクアセスメントと管理に関する強い要請、(5) 他職種専門職者・機関間での連携・協働を必要とするEBP実施のための専門的知識・技術・能力への強い要請、(6) リカバリーを実現するための共同意思決定への強い要請、をあげている。

これらの課題は、クライアントへの直接支援を行うスタッフの多くが、専門的な養成教育課程を経ることが必要条件とされていないこともあり、より深刻な状況となっている。たとえば、ケアマネジャーは、一般教養学部レベルでの学位 (もしくは同等の経験) が要求されるのみで、特に専門的な教育や訓練を受けているわけでもなく、ヒューマンサービスでの経験も限られた者が中心となっている。その一方で、日常業務で求められる技術や知識は高度かつ複雑である。そのため、仕事上でのストレスやバーンアウトも高く、仕事への満足度は低く離職率も高いことが報告されている (Fukui, Rapp, Goscha et al, 2013)。

このような課題を解決するための提案としては、より専門性のあるスタッフを惹きつけるために給与を上げること、そして、スタッフへの研修を充実することがあげられる。しかしながら、前者については、財政状況が逼迫するなかでの実現は難しい。また、後者については、スタッフの実践態度の向上を目的とした研修の効果はそれほど高くないことも指摘されている。たとえば、Curryら (Curry et al, 1994) は、教えられた技術について、その10~13%程度でもってしか実践の場では生かされていない状況を指摘している。このような背景から、3つ目のアプローチとして提案されているのが、スーパービジョンである (Fukui, Rapp, Goscha et al, 2013)。

スーパービジョンは、もともと組織運営と管理責任業務の一部として発展してきた。そのため、その役割としては、職員の仕事の効率や生産性の

向上と組織運営のアカウントビリティ（説明責任）を主としてきたが、職員の質の向上を目的とした役割についても強調されるようになってきた。Kadushinら（Kadushin & Harkness, 2002）は、スーパービジョンを、管理、教育、支援の3つの機能から説明している。特に、リカバリーモデルの支援においては、管理的な機能よりも、クライアントのゴールを達成するためのスタッフ実践を支援するスーパービジョンの重要性が増している。たとえば、Fukuiら（Fukui, Rapp, Goscha et al, 2013）の実施したクライアントを中心とするスーパービジョン尺度の開発においては、「情緒的支援」、「クライアントのゴール達成のための支援」と「教育的支援」が重要な構成因子であることが報告されている。まず、「情緒的支援」とは、支援スタッフへの、肯定的な業務評価、チームメンバー間での関係性の向上、業務ストレスの緩和、職場に対する肯定的な評価などを支援する機能である。次に、「クライアントのゴール達成のための支援」は、支援スタッフへの、クライアントのゴール達成のための支援方法に関するアイデアの創出、クライアントのゴールにあった支援内容の提案、クライアントに対する新たな視点の発見、クライアントのゴールに向けた支援の優先順位の明確化などをサポートする機能である。そして、「教育的支援」は、支援スタッフへの、仕事のパフォーマンスに対するフィードバック、仕事のスキルに関するコーチングとトレーニングの機会の提供、キャリアアップなどを支援する機能である。特に「クライアントのゴール達成のための支援」については、従来の疾病把握を目的としたアセスメントではなく、本人や環境のストレスを中心とするストレスアセスメントを利用したブレインストーミングにより、クライアントのゴール支援のためのアイデアを創出していくグループスーパービジョンが最も有効である。

全米EBP実践プロジェクトの報告（McHugo et

al, 2007）によれば、スーパービジョンの質の高さは、援助付き雇用や薬物依存と精神疾患治療の統合プログラムの実施において、高いフィデリティレベルの達成に寄与していることが示されている。また、EBP実施サイトにおけるコンサルタントやトレーナーを対象とした全国調査において、スーパーバイザーの役割がEBP実施の成功の鍵であることも認識されている（Carlson et al, 2012）。すなわち、リカバリーに基づく質の高いEBP実践が求められている昨今、支援スタッフへのスーパービジョンは不可欠であり、従来の管理的な役割を超えて、クライアントを中心としたスーパービジョン体制を整えていくことが重要になってきている。

VII 結論

アメリカの脱施設化は、薬物医療や医学実践での飛躍的な進歩がその背景の一部としてあったが、政府の財政的責任の縮小が最も直接的で大きな誘因であった。公立運営の病院・施設が大部分であったことも、脱施設化の促進を後押ししたかもしれない。各国にはそれぞれの精神保健福祉にかかる制度と歴史があり、それらの直接的な比較は容易でなく、同じ道程を進むことの難しさもある。しかしながら、アメリカの脱施設化の歴史は、リカバリー支援という点において、2つの揺ぎ無い事実を私たちに示唆しているのではないだろうか。第一に、閉塞的で画一的な施設や病院などの環境では、リカバリーは実現しない。施設の壁の崩壊は、物理的環境の変化だけではなく、人々の意識レベルにおいて、地域のもつ潜在性とその重要性を気付かせるものであった。ストレスモデルの開発者達は、人生のゴールや希望について問われた精神病棟入院患者らの顔に、答えに戸惑う困惑の表情を見た。失われた地域社会でのつながりを取り戻し、隔離された状況から地域社会へ

の回帰・統合は、リカバリーへの必要条件である。すなわち、「a place-and-train」アプローチにもみられるように、当事者と支援者とが地域の中に存在する希望と可能性を信じ、まず地域とつながる中で、何が本人のリカバリーにとって必要であるのかを見つける視点が重要である。第二に、リカバリーは、本人の内なる声への傾聴と尊敬が払われる瞬間においてのみ息づき成長する。脱施設化とともに起こってきた当事者運動は、温情主義的な支援システムの中で押しつぶされてきた当事者の声に、社会の気づきを喚起するものであった。その運動は、人々の間に、リカバリーへの希望の光を伝達し社会で共有するための強力な媒体となった。希望は、人々が持ちうる究極で侵すことのできない権利と力である (Frankl, 1946/1985)。

リカバリーは、個人の経験を語るところから生まれ、国や制度の違いを越えて共感され、国際的な共通語として支持されつつある。当事者は、もはや受身的なサービス受給者ではなく、自身のゴールを達成するために、自律と自己決定でもって必要な精神保健福祉システムを活用し、ひいては、それらのシステムを離れてセルフマネジメントを目指していく。このようなりカバリー支援においてEBPは有効であり、EBPへの当事者のアクセスを保障していくための政策、実践、研究体制の確立が必要である。この点で、EBPとリカバリーモデルを政策に取り入れたアメリカの決断は評価できるものであり、その取り組みへの諸外国からの関心の高さは、リカバリーを機軸とする支援のグローバル化を約束するものであろう。しかしながら、リカバリー支援の実践にむけた地域資源と支援体制の整備は、アメリカにおいてもまだまだ模索の途にある。リカバリー支援では、当事者の積極的な参画と、それを支える者の高い技術が求められる。そのため、一つ一つの実践プログラムを個人のリカバリーという視点から科学的に評価し、それらの有効なプログラムが個人へと確

実に届くようスーパービジョンの役割がますます重要となる。そのための成功の鍵は、「リカバリーは専門職が握るのではなく、当事者のものである」という認識であり、人々の経験から学ぶという我々の謙虚な態度であろう。

参考文献

- Anthony, W. 1993. "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s." *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol.16, 11-23.
- Anthony, W., Rogers, S., & Farkas, M. 2003. "Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery." *Community Mental Health Journal*, Vol.39, 101-114.
- Bond, G., Salyers, M., Rollins, A., Rapp, C., & Zippel, A. 2004. "How evidence-based practices contribute to community integration." *Community Mental Health Journal*, Vol.40, 569-588.
- Carlson, L., Rapp, C., & Eichler, M. 2012. "The experts rate: supervisory behaviors that impact the implementation of evidence-based practices." *Community Mental Health Journal*, Vol.48, 179-186.
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A., Willan, A., & Farrell, S. 2003. "Shared treatment decision making: What does it mean to physicians?" *Journal of Clinical Oncology*, Vol.21, 932-936.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Solomon, P. 2007. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, The Guilford Press.
- Curry, D., Caplan, P., & Knuppel, J. 1994. "Transfer of Training and Adult Learning (TOTAL)." *Journal of Continuing Social Work Education*, Vol.6, 8-14.
- Cutler, D., Bevilacqua, J., & McFarland, B. 2003. "Four decades of community mental health: a symphony in four movements." *Community Mental Health Journal*, Vol.39, 381-398.
- Deegan, P. 1990. "Spirit breaking: When the helping professions hurt." *The Humanistic Psychologist*, Vol.18, 301-313.
- Drake, R., Goldman, H., Leff, S., Lehman, A., Dixon, L., Mueser, K., & Torrey, W. 2001. "Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings." *Psychiatric Services*, Vol.52, 179-182.
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R., Lehman, A., Tenhula,

- W., Calmes, C., Pasillas, R., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. 2010. "The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements." *Schizophrenia Bulletin*, Vol.36, 48-70.
- Frankl, V. 1946/1985. "Man's search for meaning." Boston, MA: Beacon Press.
- Fukui, S., Goscha, R., Rapp, C., Mabry, A., Liddy, P., & Marty, D. 2012. "Strengths Model Case Management Fidelity Scores and Client Outcomes." *Psychiatric Services*, Vol.63, 708-710.
- Fukui, S., Rapp, C., Goscha, R., Marty, D., & Ezell, M. 2013. "The perceptions of supervisory support scale." Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, DOI: 10.1007/s10488-013-0470-z.
- Fukui, S., Salyers, M., Matthias, M., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., & Torrey, W. 2013. "Predictors of shared decision making and level of agreement between consumers and providers in psychiatric care." *Community Mental Health Journal*.
- Fukui, S., Shimizu, Y., & Rapp, C. 2012. "A cross-cultural study of recovery for people with psychiatric disabilities between U.S. and Japan." *Community Mental Health Journal*, Vol.48, 804-812.
- Geller, J. 2000. "The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services." *Psychiatric Services*, Vol.51, 41-67.
- Hoge, M., Migdole, S., Farkas, M., Ponce, A., & Hunnicutt, C. 2011. "Supervision in Public Sector Behavioral Health: A Review." *The Clinical Supervisor*, Vol.30, 183-203.
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health in America. 2006. "Improving the quality of health care for mental and substance use conditions." Washington, DC, National Academies Press.
- Kadushin, A., & Harkness, D. 2002. "Supervision in social work, (4th ed.)." New York: Columbia University Press.
- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J., & Graham, I. D. 2012. "Patients' Perceptions of Sharing in Decisions: A Systematic Review of Interventions to Enhance Shared Decision Making in Routine Clinical Practice." *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, Vol.5, No.1, 1-19; 10.2165/11592180-000000000-000000000.
- McHugo, G., Drake, R., Whitley, R., Bond, G., Campbell, K., Rapp, C., et al. 2007. "Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project." *Psychiatric Services*, Vol.58, 1279-1284.
- Mechanic, D. 2011. "Behavioral Health and Health Care Reform." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.36, 527-531.
- Morrissey, J., & Goldman, H. 1984. "Cycles of reform in the care of the chronically mentally ill." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol.35, 785-793.
- Mowbray, C., Holter, M., Teague, G., & Bybee, D. 2003. "Fidelity criteria: Development, measurement, and validation." *American Journal of Evaluation*, Vol.24, 315-340.
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., & Foti, M. 2006. "Morbidity and mortality in people with serious mental illness." Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council.
- Puschner, B., Steffen, S., Slade, M., Kaliniecka, H., Maj, M., Fiorillo, A., Munk-Jørgensen, P., Larsen, J., Égerházi, A., Nemes, Z., Rössler, W., Kawohl, W., & Becker, T. 2010. "Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness (CEDAR) : Study protocol." *BMC Psychiatry*, 10:90, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/90>.
- Rapp, C., & Goscha, R. 2011. "The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services." New York, Oxford University Press.
- Salyers, M., & Tsemberis, S. 2007. "ACT and recovery: Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams." *Community Mental Health Journal*. DOI:10.1007/s10597-007-9088-5
- SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. 2012. "Behavioral health homes for people with mental health & substance use conditions: The core clinical features." Washington.
- Solomon, P., & Lukens, J. 2011. "Mental health services." In Quirk, P., Cunio, W. (eds.) *Governing America: Major decisions of federal, state, and local governments from 1789 to the present*. Facts on File, New York, New York.
- Turner, J., & TenHoor, W. 1978. "The NIMH community support program: Pilot approach to a needed social reform." *Schizophrenia Bulletin*, Vol.4, 319-348.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services. 2005. *National Consensus Statement on Mental Health Recovery 2005*
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. 2012. "Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*: DOI 10.1007/s00127-012-0484-y

(ふくい・さだあき カンザス大学助教)

容貌の損傷と合理的配慮－ADAの障害学的検討－

川島 聡 西倉 実季

■ 要約

2008年に改正された「障害のある米国人法」(ADA)の下では、「みなし障害」者に該当する容貌に損傷がある者は、合理的配慮を享受する法的資格を持たない。本稿の目的は、彼らがなぜ法的資格を持たないのかを障害学的に説明することである。障害学の基本的視座である障害のモデルの観点からすると、ADA改正法は医学モデル的理解に基づく合理的配慮を採用して、「みなし障害」者に合理的配慮の法的な享受を認めなかった、と言える。社会モデルの観点から合理的配慮を再構成しない限り、容貌に損傷がある者は当該配慮の法的資格を得ることができない。本稿では、医学モデル的理解に基づく合理的配慮を「機能制約型」、社会モデル的理解に基づく合理的配慮を「社会障壁型」と名付け、以上のような説明を試みる。

■ キーワード

容貌の損傷、合理的配慮、ADA、障害のモデル、みなし障害

I はじめに ー問題の所在

1990年に成立した「障害のある米国人法」(ADA)¹⁾は、インペアメントとディスアビリティという、似ているが異なる2つの概念を定める。インペアメントとは、いわゆる「標準」とは異なる心身の医学的特徴を意味し、ディスアビリティとは「ひとつ以上の主要な生活活動の実質的制限」(以下、「一定の活動制限」)を伴うインペアメントを意味する。ADAの保護対象となるには、インペアメントがあるだけでは不十分で、ディスアビリティがなければならぬ。本稿では、このディスアビリティを「障害」と呼ぶ。

2008年に成立したADA改正法²⁾は、「一定の活動制限」を伴うインペアメントのみならず、そうした制限を伴わないインペアメントも法的保護の対象に含めた。すなわち、改正後のADAでは「一

定の活動制限」を伴っているかどうかにかかわらず、インペアメントに基づく差別があれば、基本的には法的保護を受けられることになった(e.g., 川島2009)。

「一定の活動制限」を伴わないインペアメントの代表例が、容貌の損傷(cosmetic disfigurement)である。その心理的影響を研究しているラムジーとハーコートによれば、容貌の損傷とは「他者から見て分かる、文化的に定義された標準との違い」(Rumsey & Harcourt 2005: 88)をいう。具体的には、顔のアザ、口唇・口蓋裂、乾癬やアトピーなどの皮膚疾患、やけどや交通事故による外傷、円形脱毛症などがこれに含まれる。

容貌の損傷に基づく差別は、雇用の領域においてしばしば問題となっている。筆者が実施したインタビュー調査の結果から、いくつか例を挙げよう。アルビノのAさんは、飲食店でアルバイトの面接で、頭髪の色を理由に採用を断られてしま

った。これが生まれつきであり、染めているわけではないと彼女が説明しても、面接担当者の態度は変わらなかったという。

「レジに立っているときにいちいちお客さんに説明するわけにはいかないでしょ」と言われてしまったんですね。「でも、あなたがいちいち説明しなければ、[客には] どうしても染めてると思われてしまうから、うちとしては雇えない」と³⁾。

口唇・口蓋裂のBさんは、職場の同僚や顧客から手術痕をじろじろ見られたり、「その顔、どうしたの?」と質問されたりすることが苦痛である。そのため彼女は、手術痕を目立たなくする修正手術を受けようと一週間の休暇を申請したところ、「(手術痕があっても) 仕事に支障がない」との理由で認めてもらえなかった。

実際は仕事をする上で支障があるんですけど、他の人からすれば、口唇・口蓋裂が仕事の上であまり支障がないように見えて、そんなことで休まれたら困ると⁴⁾。

Cさんは、前の職場で働いているときに円形脱毛症を発症し、短期間でみるみる髪が抜け落ちてしまった。彼は当時を振り返って次のように語っている。

かなり劇的に容貌が変わるなかで、同じ職場で働き続けるストレスは大きかったです。陰口を叩かれたり、以前と同じように接してくれる人ばかりではないので。本人が働きたくても、不特定多数の人に会わないような配置替えをしてもらうとか、[治療との両立のため]ちょっと就業時間を短くしてもらうとか、そういうのがないと難しい⁵⁾。

Aさん、Bさん、Cさんのように、容貌に損傷がある者は、興味本位でじろじろ見られて精神的な負担になったり、使用者に顧客と接触する機会の多い仕事の採用を断られたり、職場でハラスメントの被害に遭ったりする場合がある(西倉 2011, Nishikura 2012)。そのため、彼らは他者の目に触れにくい部署への配置転換を求めたり、治療のために欠勤や早退を求めたりすることがある。あるいは、インペアメントが他者の目に触れるのを避けようと、他の従業員に義務づけられている制服の不着用を求める場合や、他の従業員には禁止されている帽子やバンダナ、スカーフ等の着用を使用者に要求する場合がある。

これらの要求の充足を使用者の自由に委ねるのではなく法的に義務づけるのが、「合理的配慮」(reasonable accommodation)の概念である。ADA第I編(雇用)は、「過大な困難」を伴わない限り、使用者が障害者に合理的配慮を行わないことは差別であると定める⁶⁾。そして、ADA改正法によると、障害者が合理的配慮を使用者に要求する法的資格を得るためには、その者のインペアメントに「一定の活動制限」が伴っていないなければならない。そのため、容貌に損傷がある者は、前述の事例のように合理的配慮を必要としているにもかかわらず、ADA改正法の下では当該配慮を享受する法的資格を持たない⁷⁾。

本稿の目的は、なぜ彼らが合理的配慮の法的資格を持たないのかを障害学的に説明することである。以下ではまず、障害学の基本的視座である障害のモデルを手がかりに、ADAの改正前と改正後を比較しながら、障害の法的定義と容貌の損傷⁸⁾との関係を考察する(第II節)⁹⁾。次に、改正後のADAの下では、容貌に損傷のある者になぜ合理的配慮が提供されないのか、障害のモデルの観点から説明する(第III節)。最後に以上の議論をまとめ、障害差別禁止法の制定を試みている日本への示唆を述べる(第IV節)。なお、本稿の考察

対象として念頭に置いている差別行為は、雇用分野のものである。

II 容貌の損傷と障害の法的定義

1 障害のモデル

障害学によると、障害をとらえる視点には医学モデルと社会モデルの2つがある。医学モデル（medical model of disability）は、障害者の不利の原因をインペアメントそれ自体に求める。そのため、医学モデルは還元主義であるとか本質主義であると言われる。一方、社会モデル（social model of disability）によれば、障害者の不利はインペアメントと社会障壁との相互作用によって生じる。インペアメントと社会障壁という2つの要素のうち、社会モデルがとくに強調するのは後者の問題である。社会モデルは障害者権利条約に定める障害（者）の概念（前文・第1条）に反映され、この条約を解釈する際の基本指針となっている（川島 2010）。

これらの障害のモデルをヒントにすることで、改正前のADAが定める障害の定義に含まれる「一定の活動制限」の概念¹⁰⁾を、次の2つに区別できる。ひとつは「インペアメントに起因する一定の活動制限」（以下、「一定の機能制約」）であり、これは医学モデル的理解に沿ったものである。もうひとつは「インペアメントと社会障壁との相互作用に起因する一定の活動制限」（以下、「一定の社会障壁制約」）であり、これは社会モデル的理解に沿ったものである。ここでいう社会障壁の概念は、たとえば路上の段差、人々の偏見や差別行為から、投薬など適切な医療の不足、障害補助手段の欠如までを含むものとして広範にとらえることにする。

ただし、以上のような型通りの区別をするだけでは十分ではない。なぜなら、障害差別禁止法の文脈では、たとえ社会障壁を考慮に入れて障害を

定義しても、そのことが法的保護の対象拡大につながらないのであれば、社会モデルのより重要な意義に照らして妥当とは言えないからである。その意義とは、社会障壁を強調することで、医学モデルでは得られない知見を獲得できることにある。医学モデルの視点では、インペアメントがなくなりさえすれば、差別の問題は解決することになる。これに対して社会モデルが提出するのは、インペアメントの種類・程度ではなく、インペアメントに対する否定的なリアクション（差別行為等の社会障壁）を問題にする視点であり、それを法的に規制するべきだという知見である。こうした視点に立てば、容貌の損傷を含め、どんなインペアメントであっても、差別行為を受けた者は法的保護を受けられるべきであるという知見が得られる。端的に言えば、社会モデルの視点から得られる重要な知見とは、法的保護の対象を広げべきとする考え方なのである（川島 2011, 西倉 2011）。

改正前のADAの障害の定義に含まれる「一定の活動制限」の概念を解釈する際に社会障壁を考慮に入れるだけでは、法的保護の肯定（ α ）と否定（ β ）のどちらにも転んでしまい、その対象拡大に必ずしもつながらないことを確認しておく。

α ：「一定の機能制約」がないにもかかわらず、社会障壁（他者の敵対的態度）によって「一定の活動制限」が発生する場合がある。この場合に、その者は障害を持つことになり、ADAによって保護される。

β ：社会障壁の除去（眼鏡や投薬等の緩和手段の提供）がなされることで、「一定の活動制限」が解消される場合がある。この場合に、その者はもはや障害を持たないことになるので、たとえ差別を受けていても、ADAによって保護されない。

こうした2つの異なる解釈のうち、改正前のADAの時代には、雇用機会均等委員会（EEOC）の旧施行規則と旧解釈手引は α の解釈を採用し、サットン事件連邦最高裁判決は β の解釈を採用した。以下では、このことを瞥見する。

2 改正前のADA

－「みなし障害」の解釈の対立

改正前のADAの下で、インペアメントの概念は広くとらえられていた。たとえば旧施行規則は、容貌の損傷をインペアメントの定義に含めた。とはいえインペアメントがあるだけでは障害にはならず、「一定の機能制約」を伴うインペアメントのみが障害に該当した。改正前のADAは、このようにインペアメントと障害とを明確に区別した上で、障害に基づく差別を禁止する一方で、インペアメントに基づく差別を許容したのである。

改正前のADAは、障害を3つの側面から定義していた。すなわち、①「一定の機能制約」を伴う現在のインペアメント（現在の障害）、②「一定の機能制約」を伴う過去のインペアメント（過去の障害）、③「一定の機能制約」を伴うインペアメントがあるとみなされること（みなし障害）である¹¹⁾。容貌の損傷は、それ自体では「一定の活動制限」を発生させない以上、①②③のどれにも該当しないはずである。しかし旧施行規則は、「一定の活動制限」を発生させないようなインペアメントは③の「みなし障害」に含まれる、という興味深い理解を示した。

旧施行規則によると、次の3つの場合が「みなし障害」に該当する。すなわち、(1) インペアメントはあるが「一定の機能制約」がない場合に、使用者が「一定の機能制約」があるとみなしている場合、(2) インペアメントに対する他者の態度のみを原因に、「一定の活動制限」が発生することになる場合、(3) インペアメントを持たない者

であるにもかかわらず、使用者がその者を「一定の機能制約」がある者として扱う場合である¹²⁾。

旧解釈手引は、(1)の例として、症状を抑えられない高血圧症の者を、使用者がさしたる根拠もないのに心臓発作の可能性を懸念し、配置転換をさせた場合を挙げる。(2)の例は、顔に目立った傷痕や損傷（a prominent facial scar or disfigurement）がある者を、取引相手の否定的反応をおそれた使用者が差別した場合である。(3)の例は、HIVを持たない者であるけれども、それがあるという噂に基づいて使用者がその者を解雇した場合である¹³⁾。

このうち(2)の例は、1973年のリハビリテーション法を適用したナッソー教育委員会事件判決を反映している。この判決で最高裁は、「一定の機能制約」自体はないけれども、インペアメントに対する他者の否定的反応により労働能力が実質的に制限される、つまり社会障壁により「一定の活動制限」が生じると説示した¹⁴⁾。このように、社会障壁の側面を考慮に入れた障害の定義を採用することによって、「一定の機能制約」のない者が法的保護を受けられるようになるという理解は、前記 α に該当する。

一方、社会障壁の側面を考慮に入れた障害の定義を採用することによって、障害者が法的保護を受けられなくなるという前記 β の理解を示したのが、サットン判決である。この判決は、近視が強くても、眼鏡等でその視力が補正されるのであれば、ADAにいう障害に該当しないと判断した¹⁵⁾。つまり、社会障壁の除去（眼鏡等の装着）によって「一定の機能制約」が解消されれば、もはや障害は存在しないとされ、たとえ差別を受けている者であっても、法的保護の対象から外されるのである。このように、サットン判決は、社会障壁の側面を考慮に入れることで「現在の障害」の保護対象の範囲を狭めた。

この判決ではさらに、「みなし障害」の例として、旧施行規則と旧解釈手引の挙げる3つのうち(1)

と(3)のみが認められた¹⁶⁾。つまり、使用者が「一定の機能制約」があると誤認しない限り、「みなし障害」になり得ないとされたのである。この判決の論理に従えば、(2)の場合に該当する容貌に損傷がある者はADAの保護対象に入らないことになる。

3 改正後のADA

－「みなし障害」の定義の更新

改正後のADAは、改正前と同様、「現在の障害」「過去の障害」「みなし障害」という3つの側面から「障害」を定義している。「現在の障害」と「過去の障害」に関しては、「一定の機能制約」を伴うインペアメントを障害と定義したので改正前から変更はないが、「みなし障害」の概念は修正された。すなわちADA改正法は、「実際のまたは認識されたインペアメント」がありさえすれば「みなし障害」になると定め、インペアメントが「一定の活動制限」を伴っている必要はないとしたのである¹⁷⁾。そして、旧施行規則と同じく新施行規則も、インペアメントの定義に容貌の損傷を含めた¹⁸⁾。

改正後の「みなし障害」の規定は、サットン判決の論理とはまったく異なるものとなった。なぜなら、この判決では「みなし障害」が認定される場合に「一定の機能制約」があると誤認される必要があったが、ADA改正法ではインペアメントさえあれば「みなし障害」が認定され、インペアメントが障害であるか否かは問われないからである¹⁹⁾。要するに、改正後のADAでは、「一定の活動制限」の要件が「みなし障害」の規定から削除されたため、もはやサットン判決のような解釈がなされる余地はなくなった。

このように、改正後のADAではインペアメントがありさえすれば「みなし障害」と認定されるため、そもそも前記aのような解釈をしなくても、容貌に損傷がある者は確実に法的保護の対象にな

った。新解釈手引も「たとえば、使用者が皮膚の移植痕 (skin graft scars) を理由に応募者の雇用を拒否すれば、その使用者はその者を障害者とみなしたことになる」と定めた²⁰⁾。

では、こうしたADA改正法の「みなし障害」の規定は、社会モデルの観点からはどのように評価できるだろうか。前述のように、社会モデルの視点は、法的保護の範囲をなるべく広げるべきとする知見をもたらす。「一定の機能制約」があろうがなかろうが、そのインペアメントに対する差別行為 (社会障壁) は法的に規制されるべきなのである。「みなし障害」の成立要件から「一定の活動制限」の部分を取り除いたADA改正法は、このような社会モデルの知見に沿ったものだと評価できる。

III 合理的配慮の再構成

1 ADA改正と政治的妥協

ADA改正法は、「一定の機能制約」の有無を問わず、インペアメントを法的保護の対象にする一方で、「一定の機能制約」の有無によって法的保護の内容に違いを設けた。つまり、「現実の障害」と「過去の障害」に該当する者には合理的配慮を受ける法的資格を認めたが、「みなし障害」に該当する者には当該資格を認めなかったのである。

詳しくは後述するが、改正前のADAの下では、「みなし障害」者と認定された者が合理的配慮を受ける資格を有するか否かで、巡回裁判所等の判断は分かれていた。これに対してADA改正法は、そのような者は合理的配慮を受ける資格を有しない、という規定を新設した。この規定が設けられたのは、どんなインペアメントであっても「障害」と認定し、それを持つ者に合理的配慮を認めようとする革新的な提案に対して、一部の経営者団体が反対したためである (Barry 2010, Befort 2010)。

ADA改正法は、インペアメントがありさえす

れば「一定の活動制限」がなくても法的保護を受けられるとする広い「みなし障害」の定義を設け、さらに「現在の障害」と「過去の障害」を認定しやすくした。そのため、改正前のADAであったならば「現在の障害」が認められなかったであろう者にも、改正後のADAの下では「現在の障害」が認められ、したがって合理的配慮が提供されることになった。これほど改善・譲歩したのだから、「みなし障害」者には合理的配慮を認めなくてもよいだろう、ということである（Congressional Record 2008）。「みなし障害」に該当する者には合理的配慮を認めないとするADA改正法の規定は、このような妥協によって生まれたものなのである。こうして、改正後に「みなし障害」者と認定された容貌に損傷がある者は、法的に合理的配慮を得る可能性がなくなった（Emens 2012）。

2 2つのタイプの合理的配慮 —機能制約型と社会障壁型

多くの先行研究（e.g., Parrot 2006, Rosenthal 2006）で言及されているように、改正前のADAの下では、「みなし障害」者に合理的配慮を認めるのは不当であるとする巡回裁判所の判決がある。たとえば、ウェーバー事件判決およびこの判決で引用されたテイラー事件判決によれば、次のような論理になる。「一定の機能制約」がない者Xが合理的配慮を享受しえない場合に、同じく「一定の機能制約」がない者Yが「みなし障害」の認定を受けて合理的配慮を享受するならば、いわゆる「たなぼた」（windfall）が生じる。というのは、Yは「一定の機能制約」があると使用者に誤認されて合理的配慮を享受できるのに対し、Xは「一定の機能制約」があると誤認されず、それゆえ合理的配慮を享受できないためである。このように、使用者の誤認によってYは「たなぼた」を得ることとなり、XとYの間に不釣り合い（disparity）が生じてしまう²¹⁾。

こうした「たなぼた」論に対して有力な批判を展開したのが、ウィリアムズ事件判決である。この判決は、使用者によって誤認されなかったXは仕事を継続できるのに対し、誤認されたYは仕事を辞めさせられてしまうので、そもそも両者は同じ境遇にない、と説示した²²⁾。XとYが同じ境遇にないならば、Yに「たなぼた」が生じるとは言えない。同様に、このウィリアムズ判決を支持するディアンジェロ事件判決も、XとYが同じ境遇にないと考えている。この判決は、ある連邦地裁（ニューヨーク東地区）判決²³⁾を引用しながら、使用者によって誤認されたYは、誤認されなかったXとは異なり、差別的な態度を被ったりステイグマを貼られたりすると述べた²⁴⁾。

ウェーバー判決とウィリアムズ判決を、本稿の基本的視座である障害のモデルの観点から整理してみよう。まず、ウィリアムズ判決は、インペアメントの種類・程度ではなく、インペアメントに対する否定的態度や差別行為を重視しているので、社会モデルの考え方に立脚したものだと言える。これに対してウェーバー判決は、差別行為があったかどうかではなく、「一定の機能制約」が実際にあったかどうかを重視しているので、医学モデルに合致したものだと言える。

このウェーバー判決のように、インペアメントの種類・程度を重視して、「一定の機能制約」がある者だけが合理的配慮を得る法的資格があるとする見方を、ここでは「機能制約型」の合理的配慮と呼ぶ。他方で、インペアメントと社会障壁の相互作用によって発生している「一定の活動制限」（「一定の社会障壁制約」）のある者が合理的配慮を得る法的資格があるとする見方を「社会障壁型」の合理的配慮と呼ぶ。合理的配慮を享受できる対象者を拡大しているという意味で、「社会障壁型」は社会モデルのより重要な意義に即していると言える。容貌に損傷がある者は、「機能制約型」の下では合理的配慮の法的資格を享受しえないが、

「社会障壁型」の下では享受しうることになる。そして、「機能制約型」の合理的配慮を採用したのが、ADA改正法だと言える。

社会モデルの観点から洞察を深めると、「一定の機能制約」がない者はそもそも合理的配慮を受ける法的資格を持たないとする「機能制約型」の考え方には問題があることがわかる。先に述べたように社会モデルによれば、インペアメントのある者の「一定の活動制限」は、インペアメントのみに起因しているわけではなく、インペアメントと社会障壁との相互作用に起因している。にもかかわらず、インペアメントの機能制約性の有無を殊更強調して、「一定の機能制約」のある者だけに合理的配慮を認めるならば、ある種の不公平が発生するであろう。その不公平とは、同じく「一定の活動制限」が発生しているのに、「一定の機能制約」がある者は合理的配慮を享受できて、容貌に損傷がある者のように「一定の機能制約」がない者は合理的配慮を享受できない、という違いが生じることである。もし「社会障壁型」の合理的配慮を採用すれば、このような障害者間の不公平は解消されることになる。

3 生活戦略としての合理的配慮

とはいえ、仮に「機能制約型」ではなく「社会障壁型」を採用し、容貌に損傷がある者が合理的配慮を享受できるようになったとしても、彼らが直面するある種の社会障壁はなお残されたままである。社会モデルを徹底する立場からすれば、事例として登場したBさんやCさんが修正手術のための欠勤・早退や配置転換などの合理的配慮の提供を受けてやりすごしても、それはごく限られた範囲の社会障壁に対処したことにしかならない。構造的な社会障壁、すなわち社会的・構造的な偏見に対しては有効ではないという意味で、合理的配慮には大きな限界がある。

しかし、社会的・構造的な偏見に対処するこ

とは決して容易ではない。本稿の冒頭で、「容貌の損傷」を「文化的に定義された標準との違い」とするラムジーとハーコート の定義を引用した。たとえばAさんの金髪、Bさんの手術痕、Cさんの脱毛状態が「標準」とは違うものとみなされ、スティグマを付与されるかどうかは、社会的・文化的規範との関係で決まってくる (Goffman 1963b=1970)。そのため、彼らの容貌を「標準」ではない特徴として蔑視する偏見が社会に広くみられるとき、視線を向けられるたびに「じろじろ見ないでください」などと相手に忠告することは非現実的であるし、もしそうしたとしても、偏見の広汎性を考えればあまりに無力である。また、たとえば容貌に損傷がある者をじろじろ見ないようにする教育・啓発は、構造的な社会障壁を除去する重要な施策として考えられようが、その効果に即効性は期待できないだろう。特定の容貌・美醜に対する社会的な偏見・嫌忌・忌避は、そう簡単になくならないのである。そして、容貌に損傷がある者に対して、みんなが過度の関心（執拗な視線や侮蔑の言葉）も過度の無関心（徹底的な無視）も示さない「儀礼的無関心 (civil inattention)」 (Goffman 1963a=1980: 93) の態度で接するような社会も、そう容易には実現できまい (cf. Macgregor 1990, Bull & Rumsey 1988=1995)。

このことは当事者も肌身に感じている。西倉 (2009) によると、顔にアザのある女性に実施したインタビュー調査において、調査対象者たちは、アザのある人間に対して執拗な視線や侮蔑の言葉を向けたり、反対に徹底的に無視をしたりする社会は「おかしい」と考えているものの、そうした社会が変化することにはあまり期待を抱いていなかった。彼女たちによれば、偏見に満ちた社会は容易には変わらないのであり、その「おかしい」社会を生き抜いていくしかないということであった。

とすれば、他者の目に触れにくい部署への配置転換、治療のための欠勤・早退、そして他の従業員に義務づけられている制服の不着用などの合理的配慮は、容貌に損傷がある者がこの社会を生き抜いていく「生活戦略」のために必要不可欠だとさえ言える。生活戦略とは、差別にさらされ、社会の周縁に置かれた人びとが、そうした状況を切り抜いたり、乗り越えようとしたりして試みる、固有の立ち向かい方をいう（桜井 2005）。要するに合理的配慮とは、社会的・構造的な偏見の下で、多くの人びとがちらちら見たりなどする現状がガラリと変わらないときに、社会から排除されないための生活戦略に役立つ重要な法的手段なのである。

IV おわりに

ADA改正法は、「みなし障害」者には合理的配慮が提供されない、と定める。これを障害学の観点からみれば、改正後のADAに定める合理的配慮は、「一定の機能制約」がある者だけが享受できるという意味で、医学モデル的理解（機能制約型）に基づくものだと言える。つまり、ADA改正法においては、障害の定義に関しては社会モデル的理解が大きく反映された一方で、合理的配慮に関しては医学モデル的理解（機能制約型）が残ったのである。「一定の機能制約」のない容貌に損傷がある者が合理的配慮を得るには、社会モデル的理解に基づいた合理的配慮（社会障壁型）が採用される必要がある。

「一定の活動制限」はインペアメントと社会障壁との相互作用によって生じること、また社会全体の抜本的变化を期待しにくいなかで容貌に損傷がある者が生き抜いていくのに役に立つ実用的な法的手段が必要であることを考えれば、容貌に損傷がある者に合理的配慮を認める必要性は高い。さらに、「一定の活動制限」のある者たちのうち

「一定の機能制約」がある者だけが合理的配慮を享受するならば、ある種の不公平が生じてしまうことに鑑みると、なおさらそうである。また、社会モデルを採用する障害者権利条約に照らせば、日本は「社会障壁型」の合理的配慮を採用すべきであろう。しかし、彼らに合理的配慮を認めれば、それだけ使用者の自由が狭まってしまうという問題が同時に生じることに留意しなければならない。

このような対立構造は、ADA改正法の交渉過程と同じく、日本の障害差別禁止法の交渉過程でも生じうると思われる。本稿執筆時点（2011年7月）の日本では、障害者権利条約を実現するための国内的措置のひとつとして、内閣府の部会が障害差別禁止法の意見の作成に向けて集中的な審議を行っている。このような現在の日本にあって、合理的配慮に関して「機能制約型」と「社会障壁型」のどちらが障害差別禁止法に採用されるか注視していく必要がある。なお、その前提として、障害の定義が社会モデルに基づいて容貌の損傷を含む広いものでなければならないことは言うまでもない。

投稿受理（平成24年7月）

採用決定（平成24年7月）

注

- 1) Americans with Disabilities Act of 1990, Pub. L. No. 101-336, 104 Stat. 327 (July 26, 1990), codified at 42 U.S.C. 12101 et seq.
- 2) ADA Amendments Act of 2008, Pub. L. No. 110-325, 122 Stat. 3553 (September 25, 2008), codified at 42 U.S.C. § 12101 et seq.
- 3) 2008年1月13日のインタビュー・データより。[]内は筆者による補足。
- 4) 2008年2月2日のインタビュー・データより。
- 5) 2008年2月24日のインタビュー・データより。[]内は筆者による補足。
- 6) 42 U.S.C. § 12112 (b) (5) (A).
- 7) 42 U.S.C. § 12201 (h).
- 8) 本稿は、本文で例示したような典型的な容貌の損傷をインペアメントと位置づけ、それを持つ者に合理

的配慮が提供されないことに関する障害学的説明を試みるものである。肥満等を含む容貌（の損傷）一般（e.g., Cohen 1987, Rhode 2010=2012）に関する包括的検討は、今後の課題としたい。

- 9) 容貌に損傷のある者の中には、「障害者」とみなされることへの抵抗感や反発もみられる（西倉 2011）。医学モデルが支配的である現在の社会においては、「障害者」という存在にはスティグマが付随しているため、障害差別禁止法の保護対象となることは、そのスティグマを背負うことを意味してしまうためである。これは、容貌に損傷のある者の「障害者」に対する偏見・差別という次元の問題として片づけることのできない大きな問題であり、稿を改めて検討したい。
- 10) 42 U.S.C. § 12102 (2) (A) & (B).
- 11) 42 U.S.C. § 12102 (2).
- 12) 29 C.F.R. 1630.2 (1).
- 13) 29 C.F.R. pt. 1630 app. § 1630.2 (1).
- 14) *School Board of Nassau v. Arline*, 480 U.S. 273, 283 (1987).
- 15) *Sutton v. United Air Lines, Inc.*, 527 U.S. 471 (1999). いくつかの重要な論点を内包するサットン判決に関して、本稿が前記βの具体例として着目しているのは、インペアメントが主要な生活活動を実質的に制限するものであるかどうかを評価する際に、緩和手段（矯正手段）の効果を考慮に入れなければならない、と同判決が判断した部分である。繰り返し述べることになるが、本稿では社会障壁の概念をかなり広くとらえており、緩和手段の欠如も社会障壁に含めて考えている。この場合の社会障壁の除去とは、緩和手段の提供を意味し、それによって「一定の活動制限」が解消されるであろう。
- 16) ナッソー判決は、「みなし障害」を認定する際に、使用者が原告をどうみなしたか（使用者の主観）ではなく、原告である教師が結核に対する誤った思い込みゆえに差別されたか、に着目した。これに対してサットン判決は、「みなし障害」の認定にあたり、使用者が「一定の機能制約」があるとみなしたこと（使用者の主観）を証明するよう、原告に要求した。ADA改正法は、「みなし障害」の認定に際して、サットン判決の論理を否定し、ナッソー判決の論理を回復させることを同法の目的のひとつに掲げた（42 U.S.C. § 12101 (Note)）。*See, e.g., Miller 2011.*
- 17) 42 U.S.C. § 12102 (3) (A).
- 18) 29 C.F.R. 1630.2 (h), as amended.
- 19) ただし、「一時的または些細な」インペアメントはADAの保護対象にならない。一時的なインペアメントとは、それが実際に継続する期間、または予測される継続期間が6 カ月以下のインペアメントであ

る。42 U.S.C. § 12102 (3) (B).

- 20) 29 C.F.R. pt. 1630 app. § 1630.2 (1), as amended.
- 21) *Weber v. Strippit, Inc.*, 186 F.3d 907, 916-917 (8th Cir. 1999) ; *Taylor v. Pathmark Stores, Inc.*, 177 F.3d 180, 195 (3d Cir.1999). *See also, e.g., Kaplan v. City of N. Las Vegas*, 323 F.3d 1226, 1231-1233 (9th Cir. 2003).
- 22) *Williams v. Phila. Hous. Auth. Police Dep't*, 380 F.3d 751, 775 (3d Cir. 2004).
- 23) *Jacques v. DiMarzio, Inc.*, 200 F. Supp. 2d 151, 170 (E.D.N.Y. 2002).
- 24) *D'Angelo v. Conagra Foods Inc.*, 422 F.3d 1220, 1239 (11th Cir. 2005).

参考文献

- Barry, Kevin (2010) *Toward Universalism: What the ADA Amendments Act of 2008 Can and Can't Do for Disability Rights*, *Berkeley Journal of Employment and Labor Law*, 31 (2) : 203-283.
- Befort, Stephen F. (2010) "Let's Try this Again: The ADA Amendments Act of 2008 Attempts to Reinvigorate the "Regarded As" Prong of the Statutory Definition of Disability," *Utah Law Review*, 2010: 993-1028.
- Bull, Ray & Nichola Rumsey (1988) *The Social Psychology of Facial Appearance*, Springer-Verlag (= 1995 仁平義明監訳『人間にとって顔とは何かー心理学からみた容貌の影響』講談社).
- Cohen, A. (1987) "Facial Discrimination: Extending Handicap Law to Employment Discrimination on the Basis of Physical Appearance," *Harvard Law Review*, 100 (8) : 2035-2052.
- Congressional Record (2008) S8344-8347, September 11, 2008.
- Emens, Elizabeth F. (2012) "Disabling Attitudes: U.S. Disability Law and the ADA Amendments Act," *American Journal of Comparative Law*, Vol. 60 (1) : 205-234.
- Goffman, Erving (1963a) *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*, The Free Press of Glencoe (= 1980 丸木恵祐・本名信行訳『集まりの構造ー新しい日常行動論を求めて』誠信書房).
- (1963b) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall (= 1970 石黒毅訳『スティグマの社会学ー烙印を押されたアイデンティティ』せりか書房).
- 川島聡 (2009) 「2008年ADA改正法の意義と日本への示唆ー障害の社会モデルを手がかりに」『海外社会保障研究』166: 1-14.
- (2010) 「障害者権利条約の基礎」松井亮輔・川

- 島聡編『概説 障害者権利条約』法律文化社: 1-15.
- (2011)「差別禁止法における障害の定義－なぜ社会モデルに基づくべきか」松井彰彦ほか編『障害を問い直す』東洋経済新報社: 289-320.
- Macgregor, Frances Cooke (1990) “Facial Disfigurement: Problems and Management of Social Interaction and Implications for Mental Health,” *Aesthetic Plastic Surgery*, 14 (4) : 249-257.
- Miller, Carol J. (2011) “EEOC Reinforces Broad Interpretation of ADA Disability Qualification: But What does “Substantially Limits” Mean?,” *Missouri Law Review*, 76: 43-80.
- 西倉実季 (2009)『顔にあざのある女性たち－「問題経験の語り」の社会学』生活書院.
- (2011)「顔の異形は「障害」である－障害差別禁止法の制定に向けて」松井彰彦ほか編『障害を問い直す』東洋経済新報社: 25-54.
- Nishikura, Miki (2012) “Three Employment-related Difficulties: Understanding the Experiences of People with Visible Differences,” in Akihiko Matsui *et al.* (eds.) *Creating a Society for All: Disability and Economy*, The Disability Press: 125-133.
- Parrot, Sarah J. (2006) “The ADA and Reasonable Accommodation of Employees Regarded as Disabled: Statutory Fact or Bizarre Fiction?,” *Ohio State Law Journal*, 67: 1495-1532.
- Rhode, Deborah L. (2010) *The Beauty Bias: The Injustice of Appearance in Life and Law*, Oxford University Press (＝2012 栗原泉訳『キレイならいいのか－ビューティ・バイアス』亜紀書房).
- Rosenthal, Lawrence D. (2006) “Reasonable Accommodations for Individuals Regarded as Having Disabilities under the Americans with Disabilities Act? Why “No” Should not be the Answer,” *Seton Hall Law Review*, 36: 897-969.
- Rumsey, Nichola & Diana Harcourt (2005) *The Psychology of Appearance*, Open University Press.
- 桜井厚 (2005)『境界文化のライフストーリー』せりか書房.
- (かわしま・さとし 東京大学先端科学技術
研究センター客員研究員)
- (にしくら・みき 同志社大学文化情報学部助教)

動 向

OECD基準による我が国の社会支出 — 社会保障費用統計2010年度報告 —

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト

はじめに

これまで毎年ILO基準による「社会保障給付費」を公表してきたところであるが、2012年7月に社会保障費用統計として統計法第2条第4項第3号による基幹統計指定を受けたことに伴い、平成22年度版よりその名称を「社会保障費用統計」と改訂し、ILO基準に加えて国際比較が可能なOECD基準の社会支出の集計結果を追加して公表した。そのため、前年まで付録資料となっていた国際比較で公表してきたOECD基準の社会支出は、内容の拡充を行い「社会保障費用統計」の集計表1として公表することとなった。以下では、今回の公表資料に掲載されたOECD基準の社会支出集計結果を中心に解説する。

I 社会保障費用統計に掲載された OECD基準社会支出集計表

「社会保障費用統計」公表資料（研究所ホームページより入手可能）は、基幹統計とされた主な理由、すなわち「国際比較」統計としての重要性を勘案して、OECDとILOの2つの国際基準をこの順番で掲載した。OECD基準については前年まで付録に位置づけていたが、今回から社会支出集計表（集計表1：2010年度社会支出集計表）が基幹統計指定されたことから、本編に位置づけている。

今回より毎年ILO基準と同じ年次について（直近で2010（平成22）年度）OECD基準の集計も公表できるように整備した。

集計表1はOECD社会支出で各国共通で集計されているが、前回までは付録で政策分野別の大分類のみ提示していたものを、今回から中分類以下詳細が入っている。これらは、社会支出ですべての国に共通で報告されている項目である。たとえば、各政策分野の支出は、原則、現金か現物かに分けられ、その後各政策分野の特徴的な支出に分割される。ただし、政策分野で保健、積極的労働市場政策、住宅は現物のみであり、失業は現金のみとなっている。これは各国共通である。保健はOECDの別の独立した費用統計であるHealth Dataの公的保健支出、積極的労働市場政策もまた別の独立した費用統計であるOECD Employment Databaseから公的支出が使われている^(注)。マニュアル¹⁾の記述によると、社会支出では管理費を別掲することで支出合計から管理費を除いているが、保健および積極的労働市場政策には管理費が含まれている。また、家族の現物給付（デイケア、ホームヘルプサービス）に含まれている就学前教育支出（例：幼稚園就園奨励費等）についても、別の独立した費用統計であるOECD Education Databaseから引用されている事情から管理費が含まれた数値になっている。一般的に管理費とは、給付に係る事務費用として社会保険制度などでは業務経理として位置づけられている費用などであ

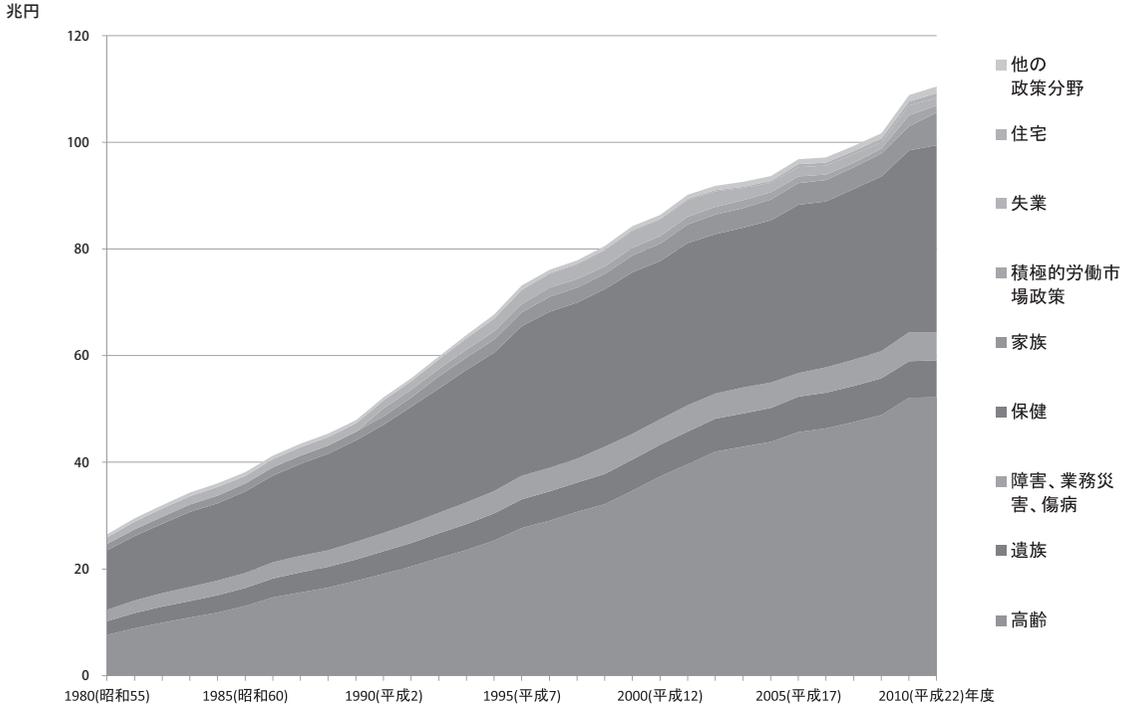


図1 政策分野別社会支出の推移

動向をみるとときには第1表、第3表の数値と併せてみる必要がある。たとえば、積極的労働市場政策の集計が加わったのは1990年度以降である。OECD社会支出は1988年厚生大臣会議で整備が提唱されて集計が開始され、何度かの大きな改定が行われてきた²⁾。本誌「動向」では定期的に社会保障費用の国際比較統計について掲載してきたため、これまでの動向について情報が得られる。今回基幹統計指定を機にいくつかの費用が追加されたが、それらについては2005年度以降の範囲で追加しているため、2005年度と2004年度の間で段差が生じている。新たに追加した制度と費用については、国立社会保障・人口問題研究所(2013)で記載している。

2 OECD諸国の社会支出の動向 (2006～2010年度)

「平成22年度 社会保障費用統計」公表資料で

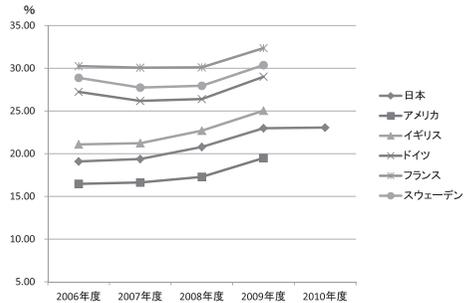


図2 政策分野別社会支出の国際比較(対国内総生産比)

は、諸外国の社会支出の動向については、次の表を掲載した。第5表 政策分野別社会支出の国際比較(2006～2010年度)、第6表 政策分野別社会支出の国際比較(構成割合)(2006～2010年度)、第7表 政策分野別社会支出の国際比較(対国内総生産比)(2006～2010年度)。

図2は「平成22年度 社会保障費用統計」の第7表をグラフにしたものである。2008年末、リーマン・ショックに始まった世界金融危機による景気

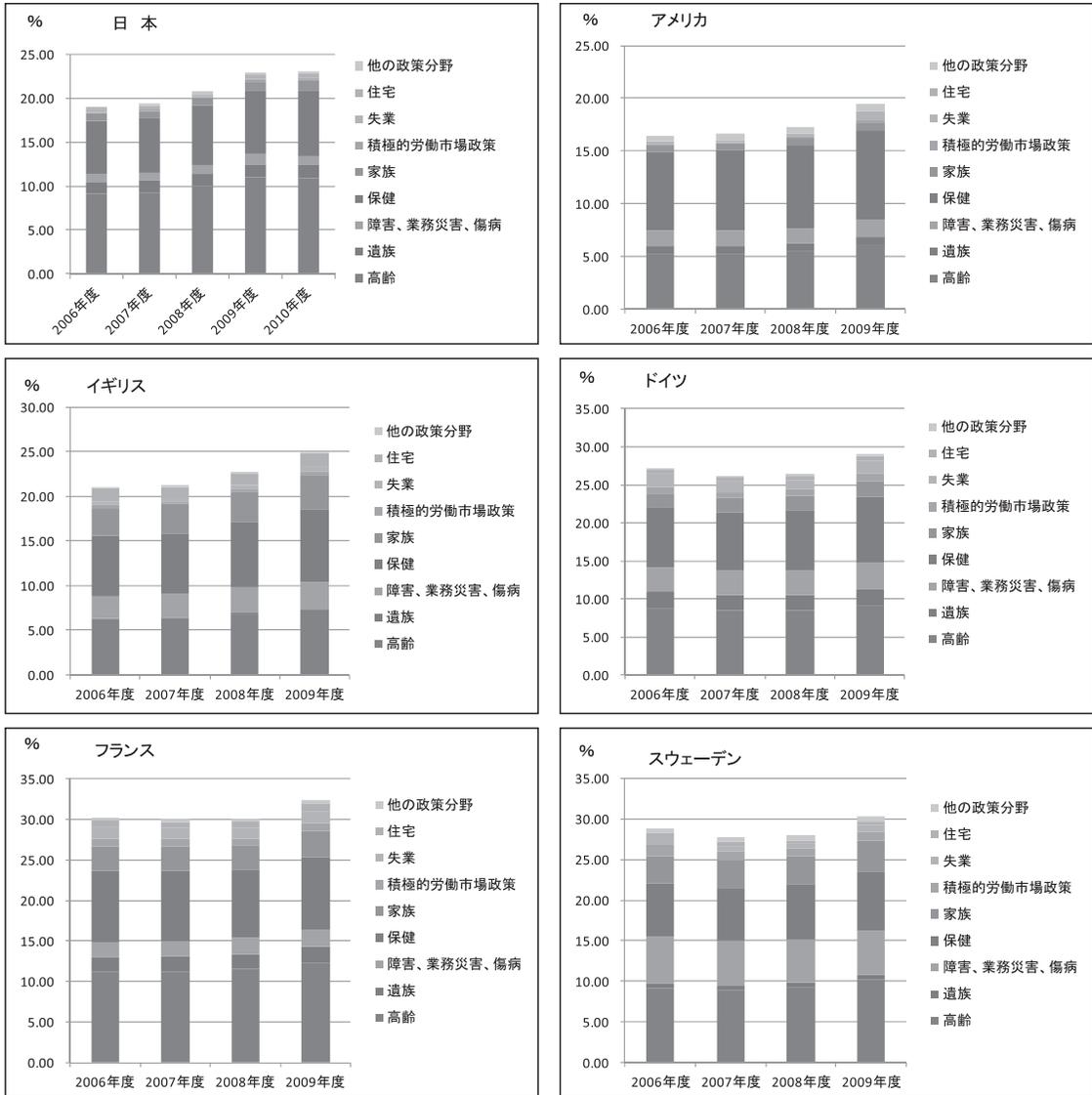


図3 各国の社会支出の推移（2006～2010年度）対国内総生産比（%）

の悪化により、いずれの国でも2009年度の国内総生産が減少する一方で、失業率の上昇などの景気の変動に影響を受けやすい支出が増加した結果、社会支出の対国内総生産比率は急激に増加に転じている。日本については2010年度の数値があり、2009年度から2010年度にかけての伸びは横ばいになっている。

OECDの資料³⁾によると、各国政府がとりまと

めた2012年度までの社会支出規模の予測を参考に検討すると、2010年度以降の社会支出の対国内総生産比率はOECD諸国平均では横ばいになっている。しかし、国の状況を個別にみると一様ではない。2007年度から2012年度の間の各国の状況を、実質経済成長率と実質社会支出増加率との関係で観察すると、2007/2008年度の水準と2011/2012年度現在の水準の比較では、実質国内総生産が平均

で△4.9%と大幅に下落したギリシャ、イタリア、ハンガリー、アイスランド、ポルトガルでは、実質社会支出の伸びが平均で5.7%以下と低かったのに対して、実質国内総生産が平均3.6%以上だった諸国（オーストラリア、韓国、ノルウェー、チリ、イスラエル、スイス）では、実質社会支出の増加が14.2%の平均以上だったことが報告されている。世界金融危機は各国で社会支出が増加する要因になったが、増加のタイミングは国によって異なり、2007年度から2008年度にかけて影響が大きかったエストニアやアイルランドに対して、フランスやアメリカでは2008年度から2009年度にかけて影響が現れた。対国内総生産比失業給付は2007年度のOECD平均0.7%から2009年度には1.1%に増加した。2008年度から2009年度にかけて最も失業給付が増加した国としては、アイスランドが対国内総生産比率で0.3%から1.7%へ、アイルランドは1.4%から2.6%へ、スペインが2.2%から3.5%に急増した。一方、積極的労働市場政策への支出増加は、2007年度にOECD平均0.5%から2009年度に0.6%と僅かな増加にとどまった。

II 基幹統計指定と作成方法通知

2007年5月23日に全面改正された統計法においては、公的統計の整備に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、政府が「公的統計の整備に関する基本的な計画」（以下「基本計画」という。）を策定することが定められており、統計委員会をはじめ関係方面での検討を経て、2009年3月13日に基本計画が閣議決定された。その基本計画において、社会保障給付費は基幹統計として指定されるべき統計として位置づけられた。そのとき、意見書では基本計画の5年間に講ずべき具体的施策として、福祉・社会保障全般を総合的に示す統計を整備する必要性が述べられるとともに、現在の社会保障給付費だけでは国際比較が十

分に行えないことや、国民経済計算をはじめ、各種の国際基準に基づく統計との整合性を向上させる必要があることなどが指摘された。そのことが契機となり、本研究所では「社会保障費統計に関する研究会」を2010年度から2011年度にかけて設置して報告書を作成し、国際比較基準としてOECD社会支出統計を従来のILO基準に加えて整備することを提案した。そして、2012年3月13日第53回統計委員会において基幹統計指定が諮問され、同年4月20日第54回統計委員会において答申が出された。

基幹統計指定されたことで、統計法⁴⁾に基づき、厚生労働大臣から総務大臣に対して「作成方法の通知」を行った。そこでは、1 基幹統計の名称、2 基幹統計を作成するために用いる情報、3 基幹統計の作成に用いる情報の処理方法、4 基幹統計の作成周期、5 作成する基幹統計の具体的内容、が明記されている。

以下で、「2 基幹統計を作成するために用いる情報」のOECD基準部分を転載する。

(1)経済協力開発機構（以下「OECD」という。）の基準に基づく表（集計表1）

ア OECDの基準に基づき、集計対象となる社会支出（Social Expenditure）の範囲を、別添1の(1)の表及び(2)の表の名称の欄に掲げる制度に係る支出とする。

※OECD基準に基づく「社会支出」の範囲は「人々の厚生水準が極端に低下した場合にそれを補うために個人や世帯に対して財政支援や給付をする公的あるいは私的供給」とされている。

イ OECDの基準に基づき、上記アの範囲に含まれる社会保障に係る決算から得られる支出を、政策分野別に集計する。各政策分野に含まれる社会保障制度については、別添2のとおり。

なお、集計される支出には、個人に帰着する給付費のほかに施設整備費等を含む。

(注) 施設整備費等には施設整備費、国民健康保険共同事業拠出金、農林漁業団体職員共済組合責任準備金繰入等。保健及び積極的労働市場政策については管理費も含む。

就学前教育については、当該年度の決算情報が得られないため、前年度の費用を計上する。

ウ 公立保育所運営費については、地方自治体が地方の財政のみにより行っている事業であり、決算情報が得られないため、民間保育所に係る国の予算値を勘案して算出した単価に公立保育所入所児童数を乗じ、さらに保育料徴収金額を減じる方

法で推計し、計上する。

エ 政策分野別の保健については、国民医療費のデータや該当する決算データによる集計を基本とするが、地方交付税制度解説の単位費用額を総人口ベースに換算する方法による推計も一部含む。例えば、母子保健費用は、決算データより、国庫負担額と、『地方交付税制度解説 単位費用篇』の母子衛生費を総人口ベースに換算した額を合算し、計上している。

なお、記述における別添1の(1)の表及び(2)の表では、(1)でOECD基準及びILO基準共通のものを、(2)の表ではOECD基準のみのものを出している。

<作成方法の通知 別添1>

(1) OECD基準及びILO基準共通

名称	作成機関・保有機関	作成周期・更新周期
全国健康保険協会管掌健康保険	厚生労働省	毎年度
組管管掌健康保険	厚生労働省	毎年度
国民健康保険（退職者医療制度を含む。）	厚生労働省	毎年度
後期高齢者医療制度	厚生労働省	毎年度
介護保険	厚生労働省	毎年度
厚生年金保険	厚生労働省	毎年度
厚生年金基金等（厚生年金基金、石炭鉱業年金基金）	厚生労働省	毎年度
国民年金	厚生労働省	毎年度
農業者年金基金等（農業者年金基金、国民年金基金）	厚生労働省	毎年度
船員保険	厚生労働省	毎年度
農林漁業団体職員共済組合	農林水産省	毎年度
日本私立学校振興・共済事業団	文部科学省	毎年度
雇用保険等		
雇用保険（労働保険特別会計雇用勘定分）	厚生労働省	毎年度
労働者災害補償保険	厚生労働省	毎年度
児童手当（子ども手当）	厚生労働省	毎年度
国家公務員共済組合	財務省	毎年度
存続組合等（エヌ・ティ・ティ企業年金基金、日本たばこ共済組合、日本鉄道共済組合）	財務省	毎年度
地方公務員等共済組合	総務省	毎年度
旧令共済組合等	財務省	毎年度
国家公務員災害補償	人事院	毎年度
地方公務員等災害補償	総務省	毎年度
旧公共企業体職員業務災害		
日本電信電話株式会社、東日本電信電話株式会社、西日本電信電話株式会社、エヌ・ティ・ティコミュニケーションズ株式会社	総務省	毎年度
日本たばこ産業株式会社	財務省	毎年度
鉄道建設・運輸施設整備支援機構国鉄清算事業管理部	国土交通省	毎年度

名称	作成機関・保有機関	作成周期・更新周期
国家公務員恩給	総務省	毎年度
地方公務員恩給	総務省	毎年度
公衆衛生		
医療提供体制確保対策費	厚生労働省	毎年度
感染症対策費	厚生労働省	毎年度
特定疾患等対策費	厚生労働省	毎年度
原爆被爆者等援護対策費	厚生労働省	毎年度
血液製剤対策費	厚生労働省	毎年度
重要医薬品供給確保対策費	厚生労働省	毎年度
医療提供体制基盤整備費	厚生労働省	毎年度
健康増進対策費	厚生労働省	毎年度
健康危機管理推進費	厚生労働省	毎年度
麻薬・覚せい剤等対策費	厚生労働省	毎年度
母子保健衛生対策費	厚生労働省	毎年度
障害保健福祉費	厚生労働省	毎年度
国立ハンセン病療養所共通費	厚生労働省	毎年度
国立ハンセン病療養所運営費	厚生労働省	毎年度
沖縄保健衛生諸費	厚生労働省	毎年度
生活保護	厚生労働省	毎年度
社会福祉		
医薬品安全対策等推進費	厚生労働省	毎年度
地域子育て支援対策費	厚生労働省	毎年度
保育所運営費	厚生労働省	毎年度
児童虐待等防止対策費	厚生労働省	毎年度
母子保健衛生対策費（再掲）	厚生労働省	毎年度
母子家庭等対策費	厚生労働省	毎年度
地域福祉推進費	厚生労働省	毎年度
災害救助等諸費	厚生労働省	毎年度
社会福祉諸費	厚生労働省	毎年度
障害保健福祉費（再掲）	厚生労働省	毎年度
高齢者日常生活支援等推進費	厚生労働省	毎年度
国立更生援護機関共通費	厚生労働省	毎年度
国立児童自立支援施設運営費	厚生労働省	毎年度
国立更生援護所運営費	厚生労働省	毎年度
戦争犠牲者		
旧軍人遺族等恩給費	総務省	毎年度
遺族及留守家族等援護費	厚生労働省	毎年度
中国残留邦人等支援事業費	厚生労働省	毎年度
遺族国債、引揚者国債、特別給付金国債、特別弔慰金国債、引揚者特別交付金国債	財務省	毎年度
戦傷病者等無賃乗車船負担金	国土交通省	毎年度
雇用保険等		
高齢者等雇用安定・促進費	厚生労働省	毎年度
職業能力開発強化費	厚生労働省	毎年度
地域福祉推進費（再掲）	厚生労働省	毎年度
公衆衛生		
医療安全確保推進費	厚生労働省	毎年度
移植医療推進費	厚生労働省	毎年度
地域保健対策費	厚生労働省	毎年度
保健衛生施設整備費	厚生労働省	毎年度
検疫所共通費	厚生労働省	毎年度
検疫業務等実施費	厚生労働省	毎年度
国立ハンセン病療養所施設費	厚生労働省	毎年度

名称	作成機関・保有機関	作成周期・更新周期
沖縄保健衛生施設整備費	厚生労働省	毎年度
社会福祉		
児童福祉施設整備費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園施設整備費	厚生労働省	毎年度
社会福祉施設整備費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人福祉医療機構運営費	厚生労働省	毎年度
介護保険制度運営推進費	厚生労働省	毎年度
子ども・子育て支援対策費	厚生労働省	毎年度
国立更生援護機関施設費	厚生労働省	毎年度

(2) OECD基準のみ

名称	作成機関・保有機関	作成周期・更新周期
雇用保険等		
未払賃金立替払事業費補助金	厚生労働省	毎年度
若年者等職業能力開発支援費	厚生労働省	毎年度
障害者等職業能力開発支援費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構運営費	厚生労働省	毎年度
都道府県労働局共通費	厚生労働省	毎年度
都道府県労働局施設費	厚生労働省	毎年度
職業紹介事業等実施費	厚生労働省	毎年度
公衆衛生		
医療従事者等確保対策費	厚生労働省	毎年度
医療従事者資質向上等対策費	厚生労働省	毎年度
医療情報化等推進費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立病院機構運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立病院機構施設整備費	厚生労働省	毎年度
医薬品安全対策等推進費	厚生労働省	毎年度
医薬品適正使用推進費	厚生労働省	毎年度
医薬品等研究開発促進費	厚生労働省	毎年度
医療費適正化推進費	厚生労働省	毎年度
食品等安全確保対策費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立がん研究センター運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立循環器病研究センター運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立国際医療研究センター運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立成育医療研究センター運営費	厚生労働省	毎年度
独立行政法人国立長寿医療研究センター運営費	厚生労働省	毎年度
就学援助・就学前教育		
初等中等教育等振興費	文部科学省	毎年度
就学前教育	文部科学省	毎年度
住宅		
住宅対策事業費	国土交通省	毎年度
住宅対策諸費	国土交通省	毎年度
住宅防災事業費	国土交通省	毎年度
北海道開発事業費	国土交通省	毎年度
社会資本総合整備事業費	国土交通省	毎年度
沖縄開発事業費	国土交通省	毎年度
沖縄北部特別振興対策特定開発事業推進費	国土交通省	毎年度
沖縄北部活性化特別振興対策特定開発事業推進費	国土交通省	毎年度
犯罪被害給付制度	警察庁	毎年度
日本スポーツ振興センター災害共済給付	文部科学省	毎年度
医薬品副作用被害救済制度	厚生労働省	毎年度

名称	作成機関・保有機関	作成周期・更新周期
生物由来製品感染被害救済制度	厚生労働省	毎年度
中小企業退職金共済制度等	厚生労働省	毎年度
社会福祉施設職員等退職手当共済制度	厚生労働省	毎年度
自動車損害賠償責任保険	国土交通省	毎年度
政府自動車損害賠償保障事業	国土交通省	毎年度
自動車事故後遺障害者支援	国土交通省	毎年度
公害健康被害補償制度	環境省	毎年度
石綿健康被害救済制度	環境省	毎年度

注：1) 制度の名称又は各事業（費目）の決算の「項」の名称を記載している。

- 2) (1) の二重線以下は、ILO基準に基づく表においては、「管理費」又は「その他」のみを計上している事業（費目）である。
- 3) 「国民医療費」の集計対象となっている制度の医療費については、OECD基準においては、「国民医療費」の集計値（自己負担分を除く。）を利用している。

<作成方法の通知 別添2>

OECD基準表において各政策分野に含まれる社会保障制度

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
高齢 現金 退職年金	退職によって労働市場から引退した人及び決められた年齢に達した人に提供される現金給付が対象。給付の形態は年金及び一時金を含み、早期退職をした人の給付もここに含めるが、雇用政策として早期退職をした場合の給付は「積極的労働市場政策」に計上。高齢者及び障害者を対象にした在宅及び施設の介護サービスを計上。施設サービスにおいては老人施設の運営に係る費用も計上	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金保険：老齢年金給付、旧共済分、その他の支出 ・厚生年金基金等：年金給付、その他の支出 ・国民年金：老齢年金、通算老齢年金、付加年金、老齢福祉年金、老齢基礎年金、その他の支出 ・農業者年金基金等：農業者年金基金の経営移譲年金及び農業者老齢年金、国民年金基金の年金給付、その他の支出 ・船員保険：その他の支出の福祉事業費のその他、諸支出金 ・農林漁業団体職員共済組合：退職年金、減額退職年金、通算退職年金、退職共済年金、特例退職年金、特例減額退職年金、特例通算退職年金、特例退職共済年金、特例老齢農林年金、その他の支出 ・日本私立学校振興・共済事業団：退職共済年金、退職年金、減額退職年金、通算退職年金、恩給財団給付の年金、その他の支出（長期勘定） ・国家公務員共済組合：退職給付、船員給付、通算退職年金、その他の支出（長期経理） ・存続組合等：退職給付、船員給付、通算退職年金、その他の支出（長期経理） ・地方公務員等共済組合：退職給付、恩給組合条例給付、旧市町村共済法給付、その他の支出（長期経理） ・旧令共済組合等：退職給付、その他の支出 ・国家公務員恩給：国会議員互助年金、文官等恩給費 ・地方公務員恩給：恩給及び退職年金
早期退職年金 その他の現金給付		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険：介護サービス等諸費の現金給付、介護予防サービス等諸費の現金給付、市町村特別給付費、その他 ・厚生年金保険：脱退手当金等 ・厚生年金基金等：一時金交付 ・国民年金：外国人脱退一時金 ・農業者年金基金等：農業者年金基金の一時金及び特例脱退一時金、国民年金基金の一時金給付 ・農林漁業団体職員共済組合：退職一時金、返還一時金、特例一時金、特例老齢農林一時金

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
		<ul style="list-style-type: none"> ・日本私立学校振興・共済事業団：返還一時金、脱退一時金、恩給財団給付の一時扶助金 ・国家公務員共済組合：返還一時金、脱退一時金、短期在留脱退一時金 ・存続組合等：返還一時金、脱退一時金 ・地方公務員等共済組合：短期在留脱退一時金 ・中小企業退職金共済制度等：退職給付金 ・社会福祉施設職員等退職手当共済制度：退職手当給付金
<p>現物</p> <p>介護、ホームヘルプサービス</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険：介護サービス等諸費の現物給付、介護予防サービス等諸費の現物給付、高額介護サービス等費、特定入所者介護サービス等費、高額医療合算介護サービス費、地域支援事業費、保健福祉事業費、居宅サービス事業費、地域密着型サービス等事業費、居宅介護支援事業費、その他 ・公衆衛生：原爆被爆者等援護対策費 ・生活保護：介護扶助 ・社会福祉：高齢者日常生活支援等推進費
<p>その他の現物給付</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生：医療費適正化推進費 ・社会福祉：高齢者日常生活支援等推進費、介護保険制度運営費推進費
<p>遺族</p> <p>現金給付</p> <p>遺族年金</p>	<p>被扶養者である配偶者やその独立前の子どもに対する制度の支出を計上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金保険：遺族年金給付 ・国民年金：母子年金、寡婦年金、遺族基礎年金 ・船員保険：遺族年金 ・農林漁業団体職員共済組合：遺族年金、遺族共済年金、特例遺族年金、特例通算遺族年金、特例遺族共済年金 ・日本私立学校振興・共済事業団：遺族共済年金、遺族年金、通算遺族年金 ・国家公務員共済組合：遺族給付 ・存続組合等：遺族給付 ・地方公務員等共済組合：遺族給付 ・旧令共済組合等：遺族給付 ・戦争犠牲者：旧軍人遺族等恩給費、遺族等年金 ・医薬品副作用被害救済制度：遺族年金 ・生物由来製品感染被害救済制度：遺族年金 ・公害健康被害補償制度：遺族補償費
<p>その他の現金給付</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・国民年金：死亡一時金、特別一時金 ・農林漁業団体職員共済組合：死亡一時金 ・国家公務員共済組合：死亡一時金、特例死亡一時金 ・存続組合等：死亡一時金、特例死亡一時金 ・公衆衛生：感染症対策費 ・戦争犠牲者：留守家族等援護費、未帰還者特別措置費、遺族国債、特別給付金国債、特別弔慰金国債 ・犯罪被害給付制度：遺族給付金 ・日本スポーツ振興センター災害共済給付：死亡見舞金、供花料 ・医薬品副作用被害救済制度：遺族一時金 ・生物由来製品感染被害救済制度：遺族一時金 ・自動車損害賠償責任保険：死亡に係る給付 ・政府自動車損害賠償保障事業：死亡に係る給付 ・公害健康被害補償制度：遺族補償一時金

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
現物給付 埋葬費 その他の現物給付		<ul style="list-style-type: none"> ・石綿健康被害救済制度：特別遺族弔慰金・特別葬祭料、救済給付調整金 ・全国健康保険協会管掌健康保険：埋葬料、家族埋葬料 ・組合管掌健康保険：埋葬料、家族埋葬料、埋葬附加金、家族埋葬料附加金 ・国民健康保険：葬祭諸費 ・後期高齢者医療制度：葬祭諸費、その他 ・船員保険：葬祭料、家族葬祭料 ・日本私立学校振興・共済事業団：埋葬料、家族埋葬料、埋葬料付附加金、家族埋葬料付附加金 ・労働者災害補償保険：葬祭料 ・国家公務員共済組合：埋葬料、家族埋葬料 ・地方公務員等共済組合：埋葬料、家族埋葬料 ・国家公務員災害補償：葬祭補償費 ・地方公務員災害補償：葬祭補償 ・旧公共企業体職員業務災害：葬祭補償費 ・公衆衛生：感染症対策費、原爆被爆者等援護対策費 ・生活保護：葬祭扶助 ・医薬品副作用被害救済制度：葬祭料 ・生物由来製品感染被害救済制度：葬祭料 ・公害健康被害補償制度：葬祭料 ・石綿健康被害救済制度：葬祭料 ・戦争犠牲者：葬祭費 ・公衆衛生：医薬品安全対策等推進費
障害、業務災害、傷病 現金給付 障害年金	業務災害補償制度下で給付されたすべての給付と障害者福祉のサービス給付、障害年金や療養中の所得保障としての傷病手当金などをここに計上	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金保険：障害年金給付 ・国民年金：障害年金、障害基礎年金、特別障害給付金 ・農林漁業団体職員共済組合：特例障害年金、特例障害共済年金 ・日本私立学校振興・共済事業団：障害共済年金、障害年金 ・国家公務員共済組合：障害給付 ・存続組合等：障害給付、公務災害給付 ・地方公務員等共済組合：障害給付 ・旧令共済組合等：障害給付 ・公衆衛生：感染症対策費 ・医薬品副作用被害救済制度：障害年金 ・生物由来製品感染被害救済制度：障害年金 ・公害健康被害補償制度：障害補償費
年金（業務災害）		<ul style="list-style-type: none"> ・船員保険：障害年金 ・労働者災害補償保険：障害補償年金、遺族補償年金、傷病補償年金、障害特別年金、遺族特別年金、傷病特別年金 ・国家公務員共済組合：障害給付（公務上）、遺族給付（公務上）、公務災害給付 ・地方公務員等共済組合：障害年金給付（公務上）、遺族年金給付（公務上） ・国家公務員災害補償：傷病補償年金、障害補償年金、障害補償一時金、遺族補償年金、遺族補償一時金、障害補償年金差額一時金、傷病特別給付金、障害特別給付金、遺族特別給付金、障害差額特別給付金

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方公務員災害補償：傷病補償年金、障害補償年金、障害補償年金差額一時金、障害補償一時金、遺族補償年金、遺族補償一時金、傷病特別給付金、障害特別給付金、遺族特別給付金、障害差額特別給付金 ・ 旧公共企業体職員業務災害：障害補償年金、遺族補償年金、遺族補償一時金、長期傷病補償費
休業給付(業務災害)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 船員保険：障害手当金、遺族一時金等、行方不明手当金、現金給付（介護料） ・ 労働者災害補償保険：休業補償給付 ・ 国家公務員災害補償：休業補償費、傷病特別支給金、休業援護金 ・ 地方公務員災害補償：休業補償、休業援護金 ・ 旧公共企業体職員業務災害：休業補償費
休業給付(傷病手当)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国健康保険協会管掌健康保険：傷病手当金 ・ 組合管掌健康保険：傷病手当金、傷病手当附加金、延長傷病手当附加金 ・ 船員保険：傷病手当金 ・ 日本私立学校振興・共済事業団：傷病手当金付加金、傷病手当金、休業手当金 ・ 国家公務員共済組合：傷病手当金、休業手当金 ・ 地方公務員等共済組合：傷病手当金、休業手当金、短期附加給付の休業給付 ・ 旧令共済組合等：疾病・出産の現金給付
その他の現金給付		<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生年金保険：障害手当金 ・ 労働者災害補償保険：障害補償一時金、遺族補償一時金、介護補償給付、特別遺族給付金、その他の支出（労働安全衛生対策費、社会復帰促進等事業費、独立行政法人労働政策研究・研修機構施設整備費、独立行政法人労働者健康福祉機構運営費、独立行政法人労働者健康福祉機構施設整備費、仕事生活調和推進費、中小企業退職金共済等事業費、独立行政法人労働政策研究・研修機構運営費、個別労働紛争対策費、独立行政法人労働安全衛生総合研究所運営費、独立行政法人労働安全衛生総合研究所施設整備費、保険料返還金等徴収勘定へ繰入） ・ 国家公務員災害補償：介護補償費、障害特別支給金、遺族特別支給金、障害特別援護金、遺族特別援護金、奨学援護金、長期家族介護者援護金 ・ 地方公務員災害補償：介護補償、休業補償、奨学援護金、就労保育援護金、傷病特別支給金、障害特別支給金、遺族特別支給金、障害特別援護金、遺族特別援護金、長期家族介護者援護金、住宅利子補給 ・ 公衆衛生：感染症対策費、医薬品安全対策等推進費、特定疾患等対策費、原爆被爆者等援護対策費、血液製剤対策費 ・ 社会福祉：障害保健福祉費 ・ 戦争犠牲者：療養手当 ・ 犯罪被害給付制度：重傷病給付金、障害給付金 ・ 日本スポーツ振興センター災害共済給付：障害見舞金、へき地通院費 ・ 医薬品副作用被害救済制度：医療手当 ・ 生物由来製品感染被害救済制度：医療手当 ・ 公害健康被害補償制度：療養手当 ・ 石綿健康被害救済制度：療養手当 ・ 自動車損害賠償責任保険：傷害、後遺障害に係る給付

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
現物給付 介護、ホームヘルプサービス		<ul style="list-style-type: none"> ・政府自動車損害賠償保障事業：傷害、後遺障害に係る給付 ・労働者災害補償保険：二次健康診断等給付、その他の支出（施設整備費、社会復帰促進等事業費） ・国家公務員災害補償：ホームヘルプサービス ・地方公務員災害補償：公務災害防止事業費、介護等供与、旅行費、その他 ・旧公共企業体職員業務災害：その他の支出 ・社会福祉：母子保健衛生対策費、障害保健福祉費 ・自動車事故後遺障害者支援：介護料
機能回復支援		<ul style="list-style-type: none"> ・国家公務員災害補償：リハビリテーション ・地方公務員災害補償：リハビリテーション ・公害健康被害補償制度：リハビリテーション事業 ・自動車事故後遺障害者支援：療護業務委託費、施設設備整備費
その他の現物給付		<ul style="list-style-type: none"> ・国家公務員災害補償：補装具費 ・地方公務員災害補償：補装具費 ・公衆衛生：感染症対策費、医薬品安全対策等推進費、特定疾患等対策費、原爆被爆者等援護対策費、血液製剤対策費、障害保健福祉費 ・社会福祉：医薬品安全対策等推進費、児童福祉施設整備費、社会福祉諸費、障害保健福祉費、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園施設整備費、社会福祉施設整備費、国立更生援護機関共通費、国立更生援護機関施設費、国立児童自立支援施設運営費、国立更生援護所運営費 ・戦争犠牲者：補装具給付費、戦争病者等無賃船負担金 ・公害健康被害補償制度：転地療養事業、療養用具支給事業、家庭療養指導事業、インフルエンザ予防接種費用助成事業
保健 現物	医療の現物給付をここに計上。（治療にかかる費用であって、傷病手当金は含まない）	<ul style="list-style-type: none"> ・国民医療費の集計対象である公費負担医療給付分、医療保険等給付分、後期高齢者医療給付分及び軽減特例措置 ・各医療保険制度：特定健康診査・特定保健事業費、保健事業費、管理費 ・公衆衛生： <ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制確保対策費、医療従事者等確保対策費、医療従事者資質向上対策費、医療情報化等推進費、医療安全確保推進費、独立行政法人国立病院機構運営費、独立行政法人国立病院機構施設整備費、感染症対策費、特定疾患等対策費、移植医療推進費、医薬品適正使用推進費、血液製剤対策費、重要医薬品供給確保対策費、医薬品等研究開発推進費、医療提供体制基盤整備費、地域保健対策費、保健衛生施設整備費、健康増進対策費、健康危機管理推進費、麻薬・覚せい剤等対策費、障害保健福祉費、独立行政法人国立がん研究センター運営費、独立行政法人国立循環器病研究センター運営費、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター運営費、独立行政法人国立国際医療研究センター運営費、独立行政法人国立成育医療研究センター運営費、独立行政法人国立長寿医療研究センター運営費、沖縄保健衛生施設整備費、検疫所共通費、国立ハンセン病療養所共通費、国立ハンセン病療養所施設費、国立ハンセン病療養所運営費 ・社会福祉：社会福祉諸費、障害保健福祉費

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防、母子保健、学校保健、救急業務費、公立病院への補助金、国民健康保険診療施設への補助金
家族 現金	家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付(サービス)を計上	
家族手当		<ul style="list-style-type: none"> ・児童手当(子ども手当):現金給付、児童育成事業費補助金、その他 ・社会福祉:特別児童扶養手当、児童扶養手当、母子寡婦福祉貸付金、子ども手当準備事業費補助金
出産、育児休業		<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会管掌健康保険:出産育児一時金、出産手当金、家族出産育児一時金 ・組合管掌健康保険:出産育児一時金、出産手当金、家族出産育児一時金、出産育児附加金、出産手当附加金、家族出産育児附加金 ・国民健康保険:出産育児諸費、育児諸費 ・船員保険:出産育児一時金、出産手当金、家族出産育児一時金 ・日本私立学校振興・共済事業団:出産費、家族出産費、出産費付加金、家族出産費付加金、出産手当金 ・雇用保険等:雇用保険(育児休業給付、介護休業給付) ・国家公務員共済組合:出産費、配偶者出産費、出産手当金、育児休業手当金、介護休業手当金 ・地方公務員等共済組合:出産費、家族出産費、出産手当金、育児休業手当金、介護休業手当金 ・生活保護:出産扶助
その他の現金給付		<ul style="list-style-type: none"> ・雇用保険等:雇用保険(男女均等雇用対策費) ・国家公務員共済組合:結婚手当金 ・地方公務員等共済組合:結婚手当金 ・日本私立学校振興・共済事業団:結婚手当金 ・公衆衛生:感染症対策費 ・生活保護:教育扶助 ・医薬品副作用被害救済制度:障害児養育年金 ・生物由来製品感染被害救済制度:障害児養育年金 ・就学援助・就学前教育:初等中等教育等振興費
現物		
デイケア、ホームヘルプサービス		<ul style="list-style-type: none"> ・児童手当(子ども手当):児童育成事業費補助金 ・社会福祉:保育所運営費、児童虐待等防止対策費、障害保健福祉費、子ども・子育て支援対策費 ・就学援助・就学前教育:就学前教育
その他の現物給付		<ul style="list-style-type: none"> ・児童手当(子ども手当):児童育成事業費補助金 ・社会福祉:地域子育て支援対策費、児童虐待等防止対策費、母子保健衛生対策費、母子家庭等対策費、児童福祉施設整備費、社会福祉諸費、障害保健福祉費
積極的労働市場政策	社会的な支出で労働者の働く機会を提供したり、能力を高めたりする為の支出を計上。障害を持つ勤労者の雇用促進を含む	
公的雇用サービスと行政		<ul style="list-style-type: none"> ・雇用保険等:雇用保険(職業紹介事業等実施費、独立行政法人雇用・能力開発機構施設整備費、施設整備費、業務取扱費)、職業紹介事業等実施費、都道府県労働局共通費、都道府県労働局施設費、高齢者等雇用安定・促進費
訓練		<ul style="list-style-type: none"> ・雇用保険等:雇用保険(教育訓練給付、職業能力開発強化費、障害者等職業能力開発支援費、若年者等職業能力開発支援費、独立行政法人雇用・能力開発機構運営費)、職業能力開発強化費、障害者等職業能力開発支援費、若年者等職業能力開発支援費

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
ジョブローテーションとジョブシェアリング 雇用奨励金		-
障害者雇用支援とリハビリテーション 直接的な仕事創出 仕事を始める奨励金		・雇用保険等：雇用保険（高齢者等雇用安定・促進費、地域雇用機会創出等対策費、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構運営費）、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構運営費
失業 現金 失業給付、退職手当	失業中の所得を保障する現金給付を計上。なお、年金受給開始年齢であっても失業を理由に給付されるものを含むが、それが労働政策の一部であれば「積極的労働市場政策」に含まれる	・雇用保険等：雇用保険（一般求職者給付金、高齢者求職者給付金、短期雇用特例求職者給付金、日雇労働求職者給付金、就職促進給付、高齢者雇用継続給付）、未払賃金立替払事業費補助金
労働市場事由による早期退職		-
住宅 現物 住宅扶助 その他の現物給付	公的住宅や対個人の住宅費用を減らすために給付を計上	・生活保護：住宅扶助 ・住宅対策諸費 ・住宅対策事業費 ・住宅防災事業費 ・北海道開発事業費 ・社会資本総合整備事業費 ・沖縄開発事業費 ・沖縄北部特別振興対策特定開発事業推進費 ・沖縄北部活性化特別振興対策特定開発事業推進費
他の政策分野 現金 所得補助 その他の現金給付	上記に含まれないが社会的給付が行われている場合を計上。具体的には公的扶助給付や他に分類できない現物給付	・生活保護：生活扶助、生業扶助 ・国民健康保険：その他の保険給付費のその他 ・国家公務員共済組合：災害給付、附加給付の災害給付及び入院附加金 ・地方公務員等共済組合：災害給付、短期附加給付の災害給付及び入院附加金 ・日本私立学校振興・共済事業団：災害見舞金、災害見舞金付加金、家族弔慰金 ・社会福祉：災害救助等諸費、社会福祉諸費 ・戦争犠牲者：引揚者給付費、引揚者国債、引揚者特別交付金国債
現物 社会的支援 その他の現物給付		・社会福祉：災害救助等諸費 ・社会福祉：児童虐待等防止対策費、地域福祉推進費、社会福祉諸費、社会福祉施設整備費 ・戦争犠牲者：引揚者援護費

注：1) 表中に挙げられた費目名は、必ずしも当該費目の中のすべて費用が、その記載された箇所の分野に含まれるわけではなく、複数の分野に分かれることもある。

2) 「平成22年度 社会保障費用統計」公表時点の費用名等である。

Ⅲ OECD SOCX 2012editionからの更新について

2012年11月上旬にOECDのSOCXデータがウェブ上で更新され、各国について2009年度まで公開された⁵⁾。このデータは各国が2012年前半に提出したものであり、日本のデータについても提出時点の集計方法によって作成されている。しかし、上記で解説したように、2010年度分の集計を機にデータの更新が行われたので、直近の集計結果と整合性を持たせるために、OECDデータの更新が

行われることとなっている。OECDの日本データが更新されるまでの間、OECDのSOCXからデータをダウンロードした場合、「平成22年度 社会保障費用統計」の公表値と異なっていることに留意が必要である。OECDのホームページから2012年11月21日ダウンロードした2009年までの日本のデータをSOCX 2012 editionとここでは呼び、平成22年度 社会保障費用統計（2012年11月29日）公表値との違いを表にまとめた。

合計の違いが2005年度以降大きくなっているのは、SOCXに追加計上された費用の影響である。

表 OECD SOCX 2012edition (2012年11月21日現在) と「平成22年度 社会保障費用統計 (2012年11月29日公表)」の違い (単位: 億円)

年 度	合計	高齢	遺族	障害、業務 災害、傷病	保健	家族	積極的労働 市場政策	失業	住宅	他の 政策分野
1980 (昭和55)	114	△0	△1	△220	0	164	-	112	601	△542
1981 (56)	125	△0	△2	△216	0	177	-	123	690	△647
1982 (57)	131	△0	△6	115	0	188	-	129	775	△1,070
1983 (58)	139	0	△9	193	0	190	-	137	855	△1,213
1984 (59)	154	△0	△95	108	0	191	-	152	937	△1,139
1985 (60)	160	△0	△108	210	0	185	-	158	993	△1,278
1986 (61)	159	0	△125	292	0	172	-	157	1,017	△1,355
1987 (62)	164	△0	△125	406	0	159	-	162	1,034	△1,472
1988 (63)	166	△0	△131	422	0	141	-	164	1,036	△1,466
1989 (平成元)	224	45	△133	509	0	131	-	176	1,041	△1,546
1990 (2)	297	105	△143	477	0	117	0	190	1,026	△1,474
1991 (3)	334	134	△155	562	0	107	0	197	1,027	△1,538
1992 (4)	333	125	△165	638	0	104	0	206	1,048	△1,623
1993 (5)	337	128	△186	631	0	102	0	207	1,115	△1,659
1994 (6)	369	130	△244	741	0	102	0	233	1,207	△1,800
1995 (7)	359	122	△315	873	0	103	0	226	1,275	△1,925
1996 (8)	502	125	△172	855	0	101	0	242	1,376	△2,026
1997 (9)	302	97	△159	934	0	104	0	231	1,496	△2,402
1998 (10)	478	103	△161	1,036	0	107	0	235	1,615	△2,456
1999 (11)	8,193	7,943	△172	1,051	0	112	0	224	1,802	△2,766
2000 (12)	525	268	△172	1,014	0	118	0	230	2,007	△2,941
2001 (13)	614	196	△185	983	0	124	0	232	2,240	△2,974
2002 (14)	561	168	△188	1,063	0	132	0	238	2,521	△3,374
2003 (15)	599	123	△201	1,104	0	141	0	296	2,823	△3,687
2004 (16)	73	△77	△225	1,117	0	147	0	335	3,073	△4,296
2005 (17)	8,691	5,615	1,657	△247	0	163	0	331	5,518	△4,346
2006 (18)	8,675	5,284	1,570	△228	0	166	0	338	5,866	△4,321
2007 (19)	9,342	5,585	1,237	△54	0	168	0	328	6,109	△4,030
2008 (20)	3,005	5,988	1,260	325	0	288	100	△6,932	6,497	△4,521
2009 (21)	△3,541	5,950	1,235	276	1,792	359	67	△15,300	7,557	△5,477

注: 1) 「△」はマイナスを表し、SOCX 2012editionの方が金額が大きいことを表す。2005年度から追加された費用があるため、2004年度との間に段差があることに留意すること。「0」は変更無し。「△0」は4千万円以下の差額があることを表す。「-」は数値無し。

2005年度以降の差額については、以下のような週及が行われた。まず、「高齢」では中小企業退職金共済制度等の退職給付金と社会福祉施設職員等退職手当共済制度の退職手当給付金が追加された。「遺族」では、自動車損害賠償責任保険の死亡に係る給付、公害健康被害補償制度の遺族給付が、日本スポーツ振興センター災害共済給付の死亡見舞金等が追加された。「障害、業務災害、傷病」では、自動車損害賠償責任保険の死亡に係る給付が「遺族」へ移動した一方、原爆被爆者手当交付金、原爆被爆者保健福祉施設運営費等補助金等が「他の政策分野」から移されてきた。「保健」については、引用元のHealth Dataの更新の影響である。「家族」については新規に就学援助の要保護児童生徒援助費補助金が追加されたが、その影響は限定的で、生活保護の出産扶助、教育扶助について「他の政策分野」にいていたものを、OECDのマニュアルに沿って「家族」に移動させた。この更新は1980年から遡って実施された。「積極的労働市場政策」「失業」の更新は、データ出所であるOECDデータが、2007年度以前の予算ベースから2008年度以降は決算ベースに更新されたことによる。「失業」については、保険料返還金徴収勘定へ繰入分を管理費に計上していたものを訂正し、1980年に遡って支出とした。SOCX 2012editionには「住宅」を計上していなかった。今回、国土交通省の協力を得て、地域住宅交付金、住宅市街地総合整備促進事業費補助等を追加計上したことを機に住宅扶助を「他の政策分野」から「住宅」に移し、遡って計上させることとした。ただし、国土交通省の住宅支出は2004年度以前は計上でできておらず、2004年度以前は住宅扶助だけが計上された。その他週及については、ILOの機能別分類とOECD政策分野別の分類上の整合性を考慮した費用の移動などを行い、費用集計上の改善を実施した。

IV おわりに

基幹統計指定の諮問を受けた時に、基幹統計として指定されるには、統計法（平成19年法律第53号）第2条第4項第3号に定める3つの要件が備わっていることが前提とされた。3つの要件とは、イ～ハである。

- イ 全国的な政策を企画立案し、又はこれを実施する上において特に重要な統計
- ロ 民間における意思決定又は研究活動のために広く利用されると見込まれる統計
- ハ 国際条約又は国際機関が作成する計画において作成が求められている統計、その他国際比較を行う上において特に重要な統計

「社会保障費用統計」が基幹統計指定を受けたことは、社会保障という全国的な政策の企画立案・実施に特に重要な統計と認められたからである。また、OECDおよびILO基準を基礎とする「社会保障費用統計」は、国際比較を行う上で特に重要な統計でもある。さらに言えば、民間における意思決定又は研究活動のために広く利用されると見込まれる統計でもある。国や自治体のみならず民間においても広くこの統計が利用され、社会的に意味のある根拠（エビデンス）を示して行けるように統計の質を向上させなければならない。集計を担当する者にとって基幹統計指定は出発点でありゴールではない。「平成22年度 社会保障費用統計」には、巻末参考資料をはじめ掲載し、SNA（国民経済計算）との関係性等について説明を加えるなどよりわかりやすく説明するための工夫を講じた。今後とも利用者の利便性向上に留意して公的統計の質の向上に寄与していきたい。

注

- 1) Adema, W, 他（2011）
- 2) 本田（1989）
- 3) OECD（2012）
- 4) 統計法（平成19年法律第53号）第26条第1項前段
- 5) <http://www.oecd.org/els/social/expenditure>

参考文献

Adema, W., Fron, P. and Ladaique, M. (2011), "Is the European welfare state really more expensive? Indicators on social spending, 1980-2012 and a manual to the OECD Social Expenditure database (SOCX) " (OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 124), October 2011マニュアル箇所 (PART II: THE SOCX MANUAL)
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/is-the-european-welfare-state-really-more-expensive_5kg2d2d4pbf0-en

OECD (2012), Social spending after the crisis: Social expenditure (SOCX) data update 2012
[http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/OECD\(2012\)_Social%20spending%20after%20the%20crisis_8pages.pdf](http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/OECD(2012)_Social%20spending%20after%20the%20crisis_8pages.pdf)

国立社会保障・人口問題研究所 (2013), 「2010 (平成22) 年度 社会保障費用 - 概要と解説 -」『季刊社会

保障研究』第48巻第4号 pp.447-456

本田一 (1989), 「OECDにおける社会保障議論の動向」『海外社会保障情報』, No.88 pp.61-72

本文中の略語一覧:

- ILO International Labour Organization 国際労働機関
 OECD Organization of Economic Cooperation and Development 経済協力開発機構
 SNA System of National Accounts 国民経済計算
 SOCX Social Expenditure 社会支出

(ふじわら・ともこ 企画部長)

(かつまた・ゆきこ 情報調査分析部長)

(さとう・いたる 社会保障基礎理論研究部第1室長)

(たけざわ・じゅんこ 企画部研究員)

(ふじい・まゆ 社会保障基礎理論研究部研究員)

『海外社会保障研究』【動向】掲載リスト

巻	刊行年月	海外社会保障研究【動向】タイトル	執筆者	備考
178	2012年春号	社会保障費の国際比較 - SOCX2010ed.にみる諸外国の動向 -	企画部	
174	2010年冬号	社会保障費の国際比較統計 - SOCX2010ed.の解説と国際基準の動向 -	企画部	ESSPROS, SOCXの比較
169	2009年冬号	社会保障費用の国際比較統計 - 各国際機関における整備の状況 -	企画部	ILOのSSIに関する解説
165	2008年冬号	社会保障費の国際比較統計 - SOCX2008ed.の解説と国際基準の動向 -	企画部	三層構造で任意私的支出の計上追加
161	2007年冬号	OECD SOCX の更新について - SOCX 2007editionのデータについて -	企画部	
157	2006年冬号	国際比較からみた日本の社会支出 - OECD SOCX 2006 Editionの更新 -	企画部	家族に就学前教育費の追加計上開始
153	2005年冬号	日本のOECD基準による社会支出2002 (平成14) 年度更新について - 平成15年度社会保障給付費公表、独自推計の背景と方法 -	企画部	社会保障給付費の付録国際比較にOECD基準のみ掲載開始
149	2004年冬号	OECD社会支出データベース2004	総合企画部	
146	2004年春号	社会保障費用の国際統計の動向 - ILO, OECD, EUROSTATを中心として -	総合企画部	OECD統計が13政策区分から9政策区分に更新
142	2003年春号	国際機関における社会保障費用の国際統計整備の現状 - ILO, OECD, EUROSTATの動向から -	勝又幸子	
138	2002年春号	社会保障費用の国際比較	勝又幸子	ILO第19次調査の解説と日本の集計
134	2001年春号	社会保障費の国際比較 - 基礎統計の解説と分析 -	浅野仁子	ILO, OECD, EUROSTATの比較

(注) 『海外社会保障研究』【動向】は研究所ホームページ (刊行物の案内) より全文入手可能
http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/syuppan.html

書 評

イアン・ファーガスン著／石倉康次・市井吉興監訳
『ソーシャルワークの復権：新自由主義への挑戦と社会正義の確立』

(クリエイツかもがわ、2012年)

山森 亮

1) はじめに

2009年に、自民党を中心とした政権から、民主党を中心とした政権に交代したことで、貧弱で抑圧的な社会政策が多少は良くなることを期待した人は多かったのではないだろうか。たとえば、障害者自立支援法の見直しを民主党は公約にかかげ、実際同政権のもとで、2010年には自立支援法違憲訴訟団と国のあいだで同法の廃止が約束された。また同党の公約にあった普遍的な子ども手当も支給が始まった。この二つの約束がその後どのような運命をたどったかは、周知の通りである。

イギリスで1997年に、それまで20年近く続いた保守党政権から、労働党政権への交代が起こったとき、当地の福祉関係者の多くが変化の期待を抱いた。同じ人々が、労働党政権下でのその後の社会政策に深く失望し、また2010年に保守党を中心とした政権が成立した後の政策動向にも、抵抗を続けている。こうしたイギリスの経験に学ぶことは、2009年8月と2012年12月を経験した私たちにとって、何がしかの示唆があるように思われる。

本書英語版は2008年に出版されたが、いわば労働党政権とそれ以前の保守党政権に共通する政策思想（の問題点）を摘出し、それに対抗するソーシャルワーク実践を希求する内容となっている。本書の著者イアン・ファーガスンは、1980年代をソーシャルワーカーとしてスコットランド西部地域で過ごし、その後大学での研究／教育職に転じ、本書執筆時点ではスターリング大学、現在は西ス

コットランド大学のソーシャルワーク／社会政策教授である¹⁾。以下、まずは順を追って、本書の内容を紹介していこう。

2) 本書の内容

本書は全8章から成り立っている。第1章のタイトル「守るに値する専門職とは」は、著者たちのグループが2006年に開いた集会のタイトルでもある。新自由主義が世界を席卷した過去数十年のあいだに、ソーシャルワークの世界もすっかり「新自由主義的なソーシャルワーク」が主流となつてしまい、ソーシャルワーク本来の理念なり出発点がないがしろにされてきたことが強調される。著者たちがよつたたつ出発点とは、端的に言えばソーシャルワークが、不正義に抗する社会運動とともにあったことである。

つづく第2章から第4章では、新自由主義とその下でのソーシャルワークの変容について、詳しく分析される。

第2章「イギリスの新自由主義」では、福祉国家の黄金時代を可能にした「長期的な好況」が1973年に終わり、その結果生じた「収益性の危機に取り組むための政治的かつ経済的な戦略として」新自由主義を理解する著者の立場が披露される。新自由主義の具体的形態が、民営化と規制緩和であるとし、このうち民営化の一環としてコミュニティケアの進展が理解される。また後者の規制緩和の一環として、専門職団体への攻撃があり、

専門職の力をそぐために「『選択』と『利用者エンパワメント』の概念を取り入れた攻撃的な消費者主義」を通じてその攻撃はなされたとされる。

1997年に10数年続いた保守党政権から、労働党政権への政権交代が起こるが、労働党政権下でも新自由主義的政策が継続される。「イギリスの格差に向かう傾向は保守党政権下で始まり、ニューレイバー政権下でも継続し強化された。」選挙時の諸公約に反して、新自由主義を継続させてしまったのは、格差をそれ自体として重要視しなかったり、現代社会を階級社会というよりリスク社会とみなすような、ニューレイバー(新しい労働党)の「第三の道」のイデオログたちの理論的誤謬に問題があると説明される。

第3章「ニューレイバーと新しいソーシャルワーク」では、1997年5月の新しい労働党(ニューレイバー)政権誕生時に、「何百万人もの人々は、ニューレイバーのキャンペーンのとおり事態は好転すると信じ」、「ソーシャルワークの実践は教育に携わる多くの人々」にも「期待と希望を与えた」にも関わらず、なぜその期待と希望が、「無残にも裏切られていった」かについて詳説されている。著者ファーガソンによれば、その理由は二つあり、第一にニューレイバーたちの価値観が、貧困者を道徳的に裁こうとするような権威主義的な「新しい道徳主義」にあることである。第二に、このような新しい道徳主義が、本来のソーシャルワークのもつ価値観と衝突するため、ソーシャルワークを価値中立的、技術的なものにするための「現代化」を行おうとしたことである。

この現代化は、(1) マネジメント主義、(2) 規制というレトリック、(3) 根拠に基づく実践という3つの要素からなるとされる。ここでマネジメント主義とは、ソーシャルワークをアセスメントとケアマネジメントに矮小化するものであり、それを正当化するために「エンパワメント」「選択」「ニーズ主導のアセスメント」といった

レトリックが使われているという。二番目の、規制というレトリックとは、ソーシャルワークは失敗しているという事実認識のもと、ワーカーの専門性、自立性を掘り崩すような介入主義的な政策が、「規制」という名の下で行われているとされる。三番目の、「根拠に基づく実践Evidence-based Practice」だが、著者によればこれは「きわめて政治的な意図をもっている」とされる。「イデオロギー的に中立で科学的にも客観的であること」の要請は、「ソーシャルワーカーが、格差や抑圧の問題を」考慮することを困難にしようとするのである。

第4章「市場と社会的ケア」では、民間営利セクターの成長、非営利セクターの変質、ダイレクトペイメント(翻訳では「現金給付」)の導入などが、市場化のもとでのケア領域で起こったこととして記述され、それぞれ問題であるとされる。

第5章「消費者主義、パーソナル化、社会福祉運動」は、本書のなかで蝶番のような役割を果たしている章である。4章までの新自由主義という「上からの」動向に対して、6章以降でソーシャルワークのラディカルな伝統という「下からの」動向が詳述されるが、この二つの関係性が、この5章で示される。

第6章から最後まで、ソーシャルワークのラディカルな伝統が語られる。その名も「ラディカルな伝統」と題された第6章では、ラディカルなソーシャルワークの起源を19世紀にまで遡って議論している。起源を1970年代に求める通常理解は、「ラディカルソーシャルワークを1970年代にイギリスに出現した運動とあまりに密接に関連させることは危険である²⁾」と批判される。また1970年代のラディカルな動向には、革命的なもの、改良主義的なもの、フェミニズムやリバタリアン的なものの、3つがあり、この最後のものを過大評価するような傾向に著者は批判的である。

第7章「クリティカル・ソーシャルワーク:争点

と論争』では、1990年代に入り、ラディカルな流れは、クリティカル・ソーシャルワークと呼ばれるようになったとされ、その多くが、ポスト・モダニズムの影響を強く受けていることが批判される。

「[新自由主義的な] 合意への挑戦」³⁾と題された最後の第8章では、新自由主義的なコンセンサスへの挑戦として、社会的不平等の問題に切り込まないもの(幸福学)と切り込むもの(反資本主義運動)が紹介され、後者の延長線上に、ソーシャルワークの再生を見出そうとしている。具体的には(1)(第三の道をも含む)新自由主義の道徳的権威主義に対抗できるソーシャルワークにおける倫理的なものの復権、(2) マネジメント主義に抗する、関係性とプロセスを重視する視点の復権、(3) 連帯感を育む社会的なものの復権、(4) 抑圧をもたらす社会構造への視点の復権、の4つが提唱される。最後に著者はこれらを一言で、政治的なものの復権といいなおしてもいる。

3) 選択やエンパワメントは新自由主義の隠れ蓑に過ぎないのか：私たちは何をreclaimすべきなのか？

本書を通じて述べられていることの核心、すなわち、新自由主義と、新自由主義的な社会政策やソーシャルワークとに抗していくことの重要性について、評者は強く同意する。またこのことの日本のソーシャルワークにおける意義については、伊藤文人の一連の精力的な研究(伊藤2006, 2007, 2008)に詳しい。そのため、以下ではそれらに屋上屋を架すことはしない。

ここでは紙幅の許す範囲で、1960年代から1970年代にかけてのイギリスの福祉権運動を研究している評者の立場から気になった点について、述べておきたい。

何よりも気になったのは、「選択」や「エンパワメント」、「利用者主権」といった事柄が、新自

由主義の隠れ蓑として扱われている点である。著者がこのような語り口になるのには、二つの相互に関連した視点によるものだと評者は理解している。一つは理論的な視点であり、もう一つは歴史的な視点にかかわる。

第一に、本書の分析に通底する、経済的なものが政治的なものを規定し、政治的なものが社会的なものを規定するという考え方である。経済的な危機が、政治的な領域における新自由主義を起動させ、その新自由主義によって、ソーシャルワークなどの社会的なものが犠牲になる、という論理構成を著者は取っている。このなかで「選択」や「エンパワメント」がソーシャルワークや社会政策の領域で新自由主義を押し進める隠れ蓑となっていることが語られるが、それでは「選択」や「エンパワメント」がいったいどこから出て来た要求で、そこにどのようなソーシャルワークへの批判が付随し、それらにソーシャルワークが主体的にどのように応答しようとして来たのかという分析がほとんど抜け落ちてしまっている。

上記のような理論構成を可能にしているのは、ある種の歴史の忘却ではないだろうか。すなわち第二に、1960年代から1970年代にかけて起こった社会運動と、そこで提起された要求がソーシャルワークに問いかけた事柄が、抜け落ちてしまっている点である。本書第6章で扱われているようなラディカルソーシャルワークは、上記社会運動の影響を受けたと考える解釈が一般的である。具体的には、例えば、イギリスでは福祉受給者たちの要求者組合運動、建物占拠運動、女性解放運動などが、ソーシャルワーカーとときに手を結び、ときに対峙しながら自らの要求を語り始めていた(ex. 山森 [2009] 第二章)。これらの運動にとって、ソーシャルワーカーは「敵」であったと、当時ソーシャルワーク教育労働者として社会運動に関わっていたフィオナ・ウィリアムズは述べている(Williams [2000])。

こうした運動との関係でラディカルソーシャルワークをとらえる考え方を、第6章の紹介で上述したように、著者は「危険」なものとして退ける。女性解放運動や要求者運動などの先述した社会運動のなかから、たとえば性別役割分業を批判し、労働や失業の意味を問い直していく動きがでてくるが、こうした動きを著者はまったく評価しない。

このような著者の立場は特定の年代の運動を捨象するだけではなく、それ以降の年代でも、ある種の運動は有害なものとして切り捨てていく。たとえば「1980年代にジェンダーや『民族』の『自立性』を強調しようとしたフェミニストやブラックナショナリストの著述家」たちについても、「そろいもそろって新興のポストモダンのパースペクティブに収斂していった」とされ、著者によれば、そのポストモダンのパースペクティブとは、「個人主義、貧困や不平等の構造的な説明の拒否、倫理的相対主義」の立場にたっており、「深刻な疑問を呼び起こさざるをえない」とされる。

著者のポストモダニズム評価に立ち入る紙幅はないが、ジェンダーや民族の自立性を強調しようとしたフェミニストやブラックナショナリストたちが、そろいもそろって不平等の構造的な説明を拒否したり、倫理的相対主義の立場にたったりしたという見解には、評者は同意できない。

このような著者の立場は、本書のタイトルを考えた場合、複雑な感慨を呼びおこす。「ソーシャルワークの復権」のものとタイトルはReclaiming Social Workである。著者が以前別の論文のタイトルで “Another Social Work is Possible! Reclaiming the Radical Tradition” というフレーズを使っている (Ferguson 2009) ことから明らかなように、社会運動の歴史の延長線上に自らの議論を位置づけようとしている。「もう一つのソーシャルワークは可能だ」と訳せる前半部は、「もう一つの世界は可能だ!」という反グローバルイゼーション運動のスローガンをもじったものだ。「ラディカル

な伝統を取り戻せ」(あるいは本書訳者に敬意を評せば「ラディカルな伝統の復権」と訳せる後半部は、Reclaim the nightや、Reclaim the streetといった社会運動のスローガンとの関連を彷彿とさせる。Reclaim the nightは女性に対する性的暴行(やその被害の軽視、被害者バッシングなど)に抗する街頭行動で、1976年にベルギーでこのスローガンが使われて以来、現在にいたるまで頻繁に使われている。Reclaim the streetは、1990年代イギリスで始まった、公共空間を人びとの手に取り戻そうとする運動である。これら二つの運動の参加者には、福祉権運動やフェミニスト運動などの参加者も多数いるが、これらすべてが、奇妙に本書では欠落しているのである。

このような本書の立場は、たとえば、1960年代から1970年代にかけて、社会運動のなかで提起された要求に正面から向き合い、またそうした運動とソーシャルワーカーのあいだに、構造的な対立点があることを認識した上で、社会政策やソーシャルワークの批判的な再構築をめざす立場とは対照的である。たとえば前述のウィリアムズは、1970年代後半以降の福祉国家の変容の主要因を、経済的なもの(財政危機)にも、政治的なもの(新自由主義)にもとめず、社会的なもの(福祉権運動の要求)に求めている。

こうした視点に立って初めて、福祉権運動の要求が新自由主義によって篡奪されていったこと、そして今、新自由主義に対抗するために何が必要なのかが分析できるのではないだろうか。第一にReclaimすべきは、私たちの先達による当事者運動とその中で要求された事柄であるように思われる。

4) 希望

本書評依頼を受けたとき、福祉権運動の調査のため、評者はイギリスにいた。そのとき障害者団体によるパラリンピックスポンサー企業への抗議行動が行われていた。本書にもしばしば出てくる

就労不能給付の受給者に対して、イギリス政府は現在、労働能力テストを義務づけているが、そのテストを行うのはソーシャルワーカーではなく、IT企業である。そのIT企業によって、おおくの障害者たちが就労可能と判断されて、抗議行動を主催した団体によれば、100人以上が自殺に追い込まれたという。そのIT企業はパラリンピックのスポンサー企業の一つだったが、私の知人でパラリンピックのボランティアをしていた人は、支給されたオリンピックパークの通行証のひもにあるその企業のロゴを、結んで隠して着用しているといっていた。

ソーシャルワーク門外漢の私が本書を書評することには躊躇いもあったが、彼女たちに背中を押されるような形で、書評を引き受けることにした。当事者たちの運動にどのように向き合いながら、あるいは当事者たちの運動の延長線上に、ソーシャルワーク実践がなされると、そこに新自由主義に対抗した社会的なものが立ち現れるのではないだろうか。本書の分析枠組みそのものは、そうした方向性とはやや異なる枠組みを提示しているが、著者たちが作り出した「ソーシャルワーク行動ネットワーク」というネットワークでは、多様な視点が混ざり合いながら、議論が深まっているようである。2013年4月の大会では、女性解放運動の闘士セルマ・ジェイムズも登壇予定である。著者たちの行動は、一つの希望である。

注

- 1) <http://www.uws.ac.uk/news---categories/corporate/uws-names-new-professor-of-social-work---social-policy/>, 2012年12月17日最終閲覧
- 2) この箇所の訳は評者による。
- 3) 原文はchallenging the consensus（訳書では「合意形成への挑戦」）。

参考文献

- Ferguson, I. (2009), 'Another Social Work is Possible!' Reclaiming the Radical Tradition. In V. Leskošek (Ed.), Theories and methods of social work, exploring different perspectives (pp. 81-98). Ljubljana: University of Ljubljana.
- Williams, Fiona (2000) 'Travels with Nanny, Destination Good Enough. A Personal / Intellectual Journey through the Welfare State', Inaugural Lecture at Leeds university.
- 伊藤文人 (2006) 「包摂の実践者か、排除の尖兵か? : イギリスにおける脱専門職化するソーシャルワーク」『日本福祉大学研究紀要:現代と文化』第113号、日本福祉大学福祉社会開発研究所。『日本福祉大学社会福祉論集』第116号、日本福祉大学社会福祉学部・日本福祉大学福祉社会開発研究所
- (2007) 「ソーシャルワーク・マニフェスト: イギリスにおけるラディカル・ソーシャルワーク実践の一系譜」
- (2008) 「ソーシャルワークと社会正義:『ソーシャルワーク・マニフェスト』に向けて」『総合社会福祉研究』第32号
- 山森亮 (2009) 『ベーシックインカム入門:無条件給付の基本所得を考える』光文社。

(やまもり・とおる 同志社大学教授)

書 評

埋橋孝文・于洋・徐 編著
『中国の弱者層と社会保障－「改革開放」の光と影』

(明石書店、2012年)

西山 裕

1 はじめに

近年、中国政府が打ち出している国家目標の一つとして、「社会主義和諧社会建設」がある。「和諧」とは、「和らいで調和がとれたことをいう」とされている¹⁾。こうした国家目標の背景には、現在の中国社会が、調和がとれていない社会、「格差」のある社会になっているという問題意識がある。

本書は、この中国社会に存在するさまざまな「格差」の問題を、「弱者層」と「社会保障」をキーワードとして分析している。すなわち、本書は、中国におけるこの30年あまりの改革開放政策が、経済の著しい発展をもたらす一方で、その代償として「弱者層」を生んできたとの認識の下、弱者層の類型ごとに、発生の原因及び実態を把握するとともに、弱者層を救済すべき社会保障制度の現状と問題点を指摘し、その今後の発展方向を示すことを狙いとしている。

2 本書の概要

(1) 序章「中国の弱者層と社会保障」

ここでは、弱者層について、「経済改革および社会改革の過程で、社会参加に平等な機会を得られないことによって、社会地位、権益条件などが劣勢状況に陥り、本人自身の力で一般社会の生活状況に戻れず、政府および社会の支援を必要とす

る人々」と定義した上で、その具体的類型として、医療弱者、失業者、農民工、障害者、流動児童、高齢者の6つを掲げている。

(2) 第1章「中国の国民生活と社会保障」

1980年代以降の中国が年10%を超える高度経済成長を続ける中で、農村部と都市部、沿岸部と内陸部の経済格差が拡大したため、政府も1990年代には社会保障制度の整備に取り組み、職域保険として、年金・医療・失業・出産育児の4つの社会保障制度が実施され、農村住民や都市の非被用者を対象とした地域保険としての医療保険も実施された。

しかし、これらの制度は、地域保険が任意保険であること、職域保険と地域保険の給付格差が大きいこと、財源を企業と加入者本人に依存し、政府負担はむしろ低下していることなどの問題がある、とされている。

(3) 第2章「『医療弱者層』と医療保障」

医療弱者層としては、低所得階層および医療資源の不足地域の住民が挙げられている。低所得階層では、保険料を拠出できず医療保険に加入できない者や、給付が限定的である（患者負担が一定額以上の場合だけ保険から給付され、給付上限もある）ため患者負担が支払えず医療保険に加入しても給付を受けられない者が多い。また、医療資源が都市部や沿海部に集中し、医療資源不足地域の住民は適切な医療サービスを受けられない。医療保険に加入できない者には医療救助制度から保

険料負担への補助等が行われるが、その対象から漏れている者もみられる。

本書では、こうした状況に対し、地域保険を強制加入とするとともに、医療救助により、全ての低所得階層に保険料負担及び患者自己負担を軽減すべきと提言している。また、不足地域の医療資源を早急に充実すべきとしている。さらに、社会保障や医療の情報を持たない医療弱者層を救うために医療ソーシャルワーカーの専門性を高めることが必要であるとしている。

(4) 第3章「失業者の社会保障」

中国の失業率が見かけ上低い（4%台）のは、農村の農民戸籍を残したまま都市に出稼ぎに出て失業者登録ができない「農民工」、大学卒業の未就学グループである「蟻族」、及び一時帰休の形でリストラされた「下崗者」の3つの「見えざる失業者」が含まれていないためとされる。

改革開放以前の中国では、労働者は解雇されない「固定工」であったが、改革開放政策により企業内の過剰人員が大量に解雇され、失業問題が登場し、失業保険が導入された。しかし、2年間の失業給付期間に再就職できない者が増加し、公的扶助が導入された。

その意味で制度的には整備されたが、両制度とも給付水準が非常に低いこと、失業給付受給には1年以上の保険料納付が必要であること、公的扶助は親・祖父母・兄弟の収入合算額が一定額以上であると受給できないことなど、問題が多い。

先進諸国では、完全雇用政策と社会保障制度の拡大によって失業問題に対応してきたが、中国では、資本・技術集約型産業中心の経済成長のため雇用拡大に繋がらず、また非正規就業化により就業機会の提供を進めたため、失業保険等の社会保障制度が機能しなくなったことなどの問題があり、対応できていない。

(5) 第4章「農民工の社会保障」

中国の戸籍は、戸籍と常住地が連結されて、農

村と都市に分割管理されており、農村から都市への移動及び戸籍移転は厳しく制限されている。しかし、改革開放政策が進められると、都市の発展により、農民はより高い賃金収入を求めて都市に流入していった。彼らの多くは、戸籍を農村に残しながら都市で働く出稼ぎ労働者であり、低学歴・低賃金で3K業種で長時間働き、社会保険加入率も低く、賃金不払いや不安定な身分の者が少なくない。政府や自治体も対応に乗り出しているが、地域により取組がまちまちであったり、制度が任意加入であり加入率が低い等問題が多い。

本書では、農民工への社会保障について、現在の地域ごとの制度でなく、全国共通の制度とすること、農民工に対して社会保障教育を徹底的に行うこと、保険料徴収体制を強化することを提言している。

(6) 第5章「現代中国社会における障害者」

2006年の調査では中国には約8,300万人の障害者がいること、農村生活者が圧倒的に多く、貧困状態の者が多いこと、就業が厳しく、非識字率は43%もあり、障害児童の義務教育の普及も60%台に留まっていること等が紹介されている。

障害者の権利保障については、1988年以来5カ年計画により施策が進められており、現在は第12次5カ年計画（2011～2015）に基づく事業が実施されている。2008年に批准した国連の「障害者の権利条約」の履行のための国内体制整備の必要もあり、2010年には、2020年までに社会保障システムとサービスシステムを確立することを目指して制度を構築していくとの方向が打ち出され、取組が強化されている。

(7) 第6章「『流動児童』の教育公平権の保障」

農民工と一緒に都市に出る「流動児童」の問題が取り上げられている。1990年代前半の初期の農民工は単身で都市に出稼ぎに行く者がほとんどであったが、1990年代後半から、家族を連れて都市生活をする者が増加し、流動児童の教育問題が顕

在化してきた。流動児童は、都市の公営学校からは受け入れ拒否され、民営学校は学費が高いため払えない、戸籍が農村に留まっているため都市の高校や大学に進学できない、民営学校に入学できても教育レベルが低い等の問題が出てきている。

政府は1990年代後半から「主に流入地政府が管理し、全日制公営中小学校を中心に実行」との「2つの主」政策を打ち出したが、教育資源の不足から、流入地の公営学校による流動児童の入学拒否は続いた。また、2005年には、農村の義務教育における「2つの免除と1つの補助」（学校の雑費及びテキスト費用の免除、学校寮生活学生への生活費補助）政策も発表されたが、この政策への親の認知度は低く、また、それでも都市の学校に進学させたいとする親も少なくない。

こうした状況に対し、本書では、流動児童の教育公平権実現のための法律の制定、流動児童教育を保障する政策資源の充実、民営学校の教師の配置の強化及び教師の待遇の改善等を提言している。

(8) 第7章「高齢者の介護保障」

中国において、人口構造の変化、核家族化、空巢世帯（高齢者単独または高齢者夫婦のみの世帯）の増加により、家族による高齢者扶養が限界を迎えているが、福祉サービスの統一的な制度がなく、地方レベルでの対応が中心である。

施設サービスについては、従来は、「単位」による退職職員対象の施設と、政府による都市の「三無老人（扶養義務者も労働能力も所得もない）」及び農村の「五保老人（公的扶助受給）」対象の施設だけであった。「社会福祉の社会化」との施策の方向が打ち出され、都市部では、幅広い高齢者を対象とする高齢者施設が公設民営や民間により整備されるようになったが、農村では「五保老人」の施設との悪いイメージがあり、施設整備は進んでいない。しかし、農村でも今後、高齢者施設へのニーズの増大が予想され、民営福祉施設の

整備が推進されるべきであるとされている。

在宅福祉サービスについては、崩壊した従来の「単位」に代わって、「社区（コミュニティ）」による福祉サービスの整備が政府により推進されている。社会福祉の社会化を促進するとの方向の下、2001年には「星光計画」が打ち出され、全国で社区サービスセンターの整備が進められ、高齢者への在宅介護サービス提供体制作りが進んでいる。ただ、こうした政策も、地方政府任せで地域格差が大きく、特に農村地域では大きく遅れており、また、ハード面の整備中心で、人材育成やサービス内容等のソフト面は軽視されている。

こうした状況に対し、本書では、高齢者介護サービスについての法制度の制定、さまざまなニーズに応じた多様な介護サービスの実施、介護人材を育成するための福祉系大学・研究機関の整備等が必要としている。

(9) 第8章「中国におけるソーシャルワーク人材の育成と資格制度」

従来はソーシャルワーク教育自体が否定されていたが、改革開放政策により失業者問題や経済格差等のさまざまな問題が噴出して来る中で、1980年代後半からソーシャルワーク教育が復活し、2008年にはソーシャルワーカーの国家試験も実施されるようになった。

しかし、ソーシャルワーカーは、まだ社会の認知度も低く、福祉事業における地位も確立していない状況にあるため、本書においては、中国社会に合ったソーシャルワークの確立、ソーシャルワーカーの職域及び待遇の改善、実務重視の教育モデルの推進、社会における認知度の向上等が必要としている。

(10) 終章「公平で効率的な社会保障制度の構築」

本書の成果として、現代中国における社会的弱者の判断基準を明確にしたこと、「改革開放」の光と陰の事実を提起したこと、そして、中国における今後の社会保障・社会福祉の政策展開と制度

設計の方向性として、社会保障関連法律の整備、阻害要因となる戸籍制度などの旧制度の見直し、政府の財政責任の拡大の3点が不可欠であることが掲げられている。

3 本書の特徴と今後への期待

各国の社会保障制度に関する文献は、制度の変遷や現行制度の概要を説明した上で、その問題点について触れるという記述方法がとられることが多い。こうした文献は、その国の社会保障の制度の概要や特徴が把握しやすいというメリットはあるが、反面で、その国の社会において制度がどれだけ国民のニーズに対応できているかという問題に関しては、分析や記述が必ずしも十分でない場合が少なくない。

その点では、社会的弱者ごとに、その発生原因と実態把握を行い、弱者を救済すべき制度としての社会保障の問題点を指摘していくという本書の記述方法は、現在の中国における社会状況と政府の対応の問題点を読者が理解しやすいという点で高く評価される。特に、本書の分担執筆者の多くが、中国から日本に留学して社会福祉を学んだ若い研究者であることから、日本の制度との比較も随所に行われ、その点でも日本の社会福祉についてそれなりの知識のある読者であれば、非常にわかりやすいものになっている。筆者自身、中国の社会福祉の制度や現状について明るくなかったこともあり、本書に触れて勉強になったことが多々ある。

ただ、本書の分担執筆者の方が、今後研究を進めて行かれる上で、以下の2点について留意されることを願いたい。

第一は、本書の各章で提示されている、中国の社会保障や社会福祉の制度の改善策については、主に日本の制度を念頭に置いて提言がされているように感じられるが、必ずしもそれが適切である

とは限らない。

例えば、本書では、医療保障について、地域保険を任意加入から強制加入に切り替え国民皆保険を実現すべきとしている。この提言は、改革の方向としては適切と思われるが、皆保険の在り方は、各国さまざまである。アジアでは、日本は、地域保険に高率の国庫負担を導入して低所得者の保険料を免除し、タイでは税財源による低所得者向けの医療保障制度（30パーツ医療制度）が導入され²⁾、韓国では地域保険も含め組合方式で皆保険を実現した上で制度が一元化された³⁾。欧米では、ドイツは職域だけでなく地域単位の疾病金庫を設立するとともに各疾病金庫間の財政調整を実施した。フランスでは、公的制度の給付率は低い、患者負担を対象とする共済組合が広く普及し、低所得者には保険料の軽減免除もされている。さらに、アメリカのオバマ改革のように、メディケア加入の高齢者等を除く全ての国民がいずれかの民間保険に加入することとし、低所得者には保険料負担への助成を行うやり方もある。ただ、いずれの国も、中央政府のリーダーシップの下で皆保険が達成されている。これに対し、中国では、これまで政府は制度の大枠を示すにとどまり、財政を含め制度運営については各地方政府依存の感が強かった。このような中国において、皆保険を実現するために、どのような方策がより現実的・効果的であるのかを含め、更に研究を進められることを期待する。

第二に、本書の第8章において、ソーシャルワーカーの育成が急務とされている点である。確かに、いかに社会保障や社会福祉の制度が整備されても、要支援者がそれを知らず利用できないのでは意味がない。その意味で、要支援者に寄り添い、適切な制度の紹介や必要な福祉サービスの調整を行う者としてのソーシャルワーカーの育成が重要であることは理解できる。

ただ、育成を急ぐあまり、現場力のないソーシ

ャルワーカーを生み出してしまうのでは意味がない。筆者自身、つい数ヶ月前まで日本の社会福祉士養成教育の現場にいて、大学で社会福祉を学んだにもかかわらず現場で苦勞している若い社会福祉士を少なからず見てきている。ここで現場力とは、現実の社会の状況や介護のあり方を理解し、それを踏まえた適切な企画や調整ができる力であり、こうした現場力を身につけることのできる、中国に合ったソーシャルワーカー教育の在り方に

向けた研究を進められることを望みたい。

注

- 1) 此本臣吾「中国の目指す新国家像としての『社会主義和諧社会』」知的資産創造2007.9 野村総合研究所
- 2) 菅谷広宣「インドネシア・フィリピン・タイの社会保障」『アジアの社会保障』東京大学出版会 2003.9
- 3) 井伊雅子編「アジアの社会保障」第6章 東京大学出版会 2009.3

(にしやま・ゆたか 厚生労働省医政局医事課)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字程度）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c) または・などを使用してください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

- (例) <表1>受給者数の変化
<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

- (例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性－退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E.1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell. Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." *In The Development of Welfare State*, edited by P.Flor and H.Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie,Roger. 1998. " Pension Systems and prospects in Asia and the pacific." *International Social security review*,Vol.58, No.3, 63-87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp.56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp.260-267

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009,Human development indicators,

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP (Desk Top Publishing) にて行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

- (1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものをご提出いただく場合もあります。
- (2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。
- (3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS (Windows、Macintosh など)、アプリケーション名 (Excel、Lotusなど)、バージョン名 (2.0など) を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第183号 2013年6月発行予定 特集：グローバル景気後退と各国の失業者支援政策

バックナンバー

- 第182号 2013年3月発行…… 特集：精神障害者地域生活支援の国際比較
第181号 2012年12月発行…… 特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障
第180号 2012年9月発行…… 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係
第179号 2012年6月発行…… 特集：社会保障における財源論—税と社会保険料の役割分担—
第178号 2012年3月発行…… 特集：スウェーデンの社会保障
第177号 2011年12月発行…… 特集：貧困への視座と対策のフロンティア
第176号 2011年9月発行…… 特集：若年就業と諸外国の社会保障政策—労働市場政策を中心として—
第175号 2011年6月発行…… 特集：高齢女性の所得保障：年金を中心に
第174号 2011年3月発行…… 特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較
第173号 2010年12月発行…… 特集：諸外国の就学前教育・保育サービス
—子どもの「育ち」を保障する社会のしくみ—
第172号 2010年9月発行…… 特集：社会保障制度における財源徴収と情報管理の国際比較
第171号 2010年6月発行…… 特集：アメリカの社会保障
第170号 2010年3月発行…… 特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—
第169号 2009年12月発行…… 特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年
第168号 2009年9月発行…… 特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題
第167号 2009年6月発行…… 特集：韓国の社会保障—日韓比較の視点から—

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿の際には、この中からひとつを選択し、原稿の最初に明示してください。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性（分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られていたりすることからは容易に導き出せるものではないこと）、有用性（内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること）を基本に、おおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの（図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字）。
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの（同：12,000字）。
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの（同：8,000字）。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」、及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

研究所機関誌のホームページ掲載について

1999年9月より、機関誌3誌（人口問題研究、季刊社会保障研究、海外社会保障研究）の創刊号から直近にいたるバックナンバーのホームページ公開をはじめ、現在では多くのみなさんに利用されています。

近年、デジタルデータの著作権法の適用について、整備がすすみ、本研究所でも評議員会の助言を受けて、機関誌バックナンバーのホームページ掲載について、執筆者に御了解を得る手続きを2012年2月に郵送等で開始いたしました。

過去に御執筆いただいた方で研究所からホームページ掲載についてお願いの文書が現在もお手元に届いていない場合は、その執筆者の連絡先が不明となっていることが想定されます。

お願いの文書が届いていない場合でも、掲載された著作物について、引き続き研究所ホームページに公開することを御了解いただきたく、お願いを申し上げます。

もし、公開を不承諾の場合は、担当まで御連絡いただければ、ホームページから削除させていただきます。不承諾の御意向をいただく期限は原則2013年3月末までの期間とさせていただきます。期間内に不承諾の御連絡を頂けなかった場合は、御承諾いただいたものと考え、引き続きホームページで公開させていただきます。

御執筆いただいた研究成果を、一人でも多くの人々に紹介し、社会に還元するよう努めております。何卒、事情を御賢察の上、御協力いただきますようお願い申し上げます。

国立社会保障・人口問題研究所

お問い合わせ&不承諾連絡先
情報調査分析部 坂東里江子

メール bando@ipss.go.jp

電話 03-3595-2988

FAX 03-3591-4818

著作権確認実施範囲：

人口問題研究 創刊号～67巻第4号（2011年12月刊）

季刊社会保障研究 創刊号～第44巻第1号（2008年6月刊）

海外社会保障研究 創刊号（海外社会保障情報）～第163号（2008年6月刊）

編集後記

今回の特集のテーマはこれまで海外社会保障研究では取り上げられたことがなかったものです。日本を含む各国の制度の歴史の変遷と、それぞれの国の特定の地域における地域生活支援の現状がまとまっています。地域生活支援であることは、利用者に近いところでサービスが提供されることとなります。利用者に近いところでサービスが提供されることは、サービスの利用や提供が地域的な特性にも影響されることにもなります。それゆえ、各国内でも地域性に差があることを踏まえると、各国の地域生活支援の全体像の現状を、限られた紙幅の中で描写することは難しいことだと思います。そのような制約がありつつも、特集論文の執筆者の先生方には豊かな情報をまとめていただきました。感謝して御礼申し上げます。(N.I)

編集委員長

西村 周三 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井伊 雅子 (一橋大学教授)

江口 隆裕 (筑波大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

加藤 淳子 (東京大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (国際医療福祉大学教授)

廣瀬真理子 (東海大学教授)

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

伊藤 善典 (同研究所・政策研究調整官)

藤原 朋子 (同研究所・企画部長)

林 玲子 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

白瀬由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

酒井 正 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

暮石 渉 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第3室長)

竹沢 純子 (同研究所・企画部研究員)

海外社会保障研究 No. 182

平成 25 年 3 月 25 日 発 行

編 集 国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階
Tel: 03-3595-2984
homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印 刷 株式会社 弘 文 社
〒272-0033 市川市市川南2丁目7番2号
Tel: 047-324-5977

ISSN 1344-3062

●本誌に掲載されている個人名による論文等の内容は、すべて執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Spring 2013 No. 182

Special Issue: International Comparison of Support Systems for People with Mental Illness

Foreword Yukiko Katsumata

Community Services for People with Mental Illness in Japan: Practices in Ichikawa City, Chiba
..... Michiyo Shimodaira, Sosei Yamaguchi and Junichiro Ito

International Comparison of Support for People with Mental Disabilities – Italy Saori Sakamoto

Examination of Japan's Community-based Support System for People with Mental Disabilities in the
Context of the Corresponding System in Sweden Shinji Ishida

International Comparison of Community Support Systems for People with Serious Mental Illness –
United States of America Sadaaki Fukui

Article

Facial Disfigurement and Reasonable Accommodation: A Disability Studies Approach to the ADA
..... Miki Nishikura and Satoshi Kawashima

Report and Statistics

Social Expenditure in Japan from the OECD Social Expenditure Database – From Financial Statistics
on Social Security in Japan, Fiscal Year 2010 –
..... National Institute of Population and Social Security Research
Project Team for Financial Statistics on Social Security

Book Review

Iain Ferguson,

Reclaiming Social Work Toru Yamamori

Takafumi Uzuhashi, Yu Yang and Xu Rong,

Social Security and Vulnerable Groups in China Yutaka Nishiyama