

〈研究ノート〉

障害保健福祉サービスにおけるアクセスと リスクに関する研究

熊澤利和

A Study on Accessibility and Risk involved with Health-Welfare Service for Disabled and Handicapped People

Toshikazu KUMAZAWA

The re-organization of the social welfare infrastructure caused its service supply system to change from the conventional “governmental measure” style to “contract” style in which receivers themselves select types of services they want to receive. This paradigm shift in the care system resulted in clarifying difficulties for disabled and handicapped persons who are in need of health-welfare services, nevertheless incapable of expressing or for some reason do not express their particular needs, and also for those who are in a situation where they have no access to the required services. With this awareness of the issues as an assumption, this is a report on accessibility and risks involved within the health-welfare services for disabled and handicapped people.

Since there are very few preceding studies in the field of health-welfare service for disabled and handicapped people that focus on the points taken by this report, I have determined the followings as speculative subjects.

- ① . Definition of terms.
- ② . Case Study - relationships between a depressed person and his/her workplace, family, required services such as medical care, and problems occur in a process of deepening his/her helplessness from the disease.

- ③ . “Responsibilities” that are defined through changes in the Regulations concerned to Disabled and Handicapped People's Health-Welfare Services.
- ④ . Based on the speculations ① - ③ , here I observed on risk communications in social works. Taking this Disabled and Handicapped People's Health-Welfare Services (social welfare) as a current social system, I came to conclude that the so-called one-way social welfare system which demonstrates unidirectional flow of services from administration to people does not provide satisfactory service and gain people's respect as previous. In such a social system, it is most important for specialist personnel to look for an adequate approach in establishing relationships of trust with people in need of Health-Welfare Services, particularly with those who are incapable of expressing their mind, or for some reason choose not to express their opinion.

はじめに

社会福祉に限らず、ヒューマンケアに関わる職種において、クライアントを中心にサービスを第一に考えることは、いうまでもない。しかし、現実的に政策決定において、クライアントがおかれている状況や意見が、どれほど考慮されているのだろうか。社会福祉基礎構造改革により、社会福祉は、従来からの「措置」による処遇から、必要なサービスを自ら選択をする「契約」方式に供給システムがシフトしてきた。この改革により、従来、社会福祉に関する責務の所在は、主として行政にあったが、行政、事業者、クライアント、それぞれに役割と責務があるということが、より明確にされたことであろう。ヘルスプロモーションの考え方では、それぞれ状況において、緊急性、原因、可能性に応じて責任の所在が決められなければならないとし、そしてその過程において、政策によって直接影響を受ける当事者の声がかき消されないようにすることとされる。¹⁾つまり、社会福祉サービスの供給システムが変化したとしても、従来と変わらず、それ以上に行政や事業者に責務があるということである。

しかし現実にはどうであろうか。例えば市町村における地域福祉計画の策定において、行政や政策決定者は、クライアントの意見をどの程度くみ取っているのだろうか。また、情報提供等とともに政策決定プロセスにおける住民参加という形は取られるものの、権威主義的、利益誘導型で、形ばかりのアカウンタビリティが取られているのではないだろうか。従来から、指摘される官僚制や行政の縦割り構造の弊害により、不利益を被るのは、住民である福祉ニーズをもつクライアントである。なぜこのような疑問をもつのか、それは、クライアントの状況から社会福祉に関連する政策理念が、現実の福祉サービスに反映されていない、または、理念に掲げられていることが、サービ

スとして住民が享受できていないと感じることからである。このような問題意識から障害保健福祉領域サービスにおけるアクセスとリスクという視点から捉えていきたい。

1. 障害保健福祉関連におけるアクセスとリスクについての概観

はじめに、本稿で用いる「アクセス (access)」及び「リスク (risk)」に関する用語について述べる。

一般的に²⁾に「アクセス」は、「…へ、近づくこと」を指し、(場所への) 接近方法、(…の) 入手方法、(出入、面会利用) の権利等の意味がある。また「アクセシブル (accessible)」は、(場所・人・物などが) (容易に) 接近できる、入場 (面会、利用、入手) 可能な、等を意味する。例として³⁾ ① easy to obtain or use : accessible to the need for an efficient health service that is accessible to all ② someone who is accessible is easy to meet and talk to, even if they are very important or powerful : I think that you'll find she's very accessible. があげられている。さらに「アクセシビリティ (accessibility)」は、接近、近づきやすさ、わかりやすさ等を意味する。本稿においては、上記の一般的な意味から、福祉サービスへの「アクセス」=利用する方法、近づきやすい、「アクセシビリティ」=近づきやすさ、利用しやすさ等の意味で用いる。さらに、障害概念は、従来の impairments, disabilities, handicaps という捉え方から、世界保健機関の ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) では、disabilities が activities (活動) へ handicaps が participation (参加) と改訂がなされた。これらをかみみると、クライアント (障害者) の福祉サービスへアクセシビリティが保障されることが、障害者の「活動」及び「参加」を実現可能とすると考える。また、福祉サービスへアクセシビリティを阻害する因子は、不十分な制度やサービスメニュー不足やサービス供給量の不足にとどまらず、行政職員、専門職等の不適切な関わりもあげられる。

「リスク」については、ベック、ルーマン、ギデンスによってその概念が発展され、⁴⁾ ポストモダン、ポスト産業社会以降の近代社会以後に、成立した概念とされる。それは、人間の自由な意志決定や選択に重きを置き、決定を前提にして、その予見できない結果を予見し制御する試みであると述べられる。⁵⁾ リスクに関する定義は、その学問領域により定義が異なり、それらを網羅し一般化するための概念形成を試みることは、困難である。故にここでは、「リスクとは、人間の生命や経済活動にとって、望ましくない事象の発生の不確かさの程度およびその結果の大きさの程度」⁶⁾ という意味においてとどめる。現時点では、リスク学による定義に依拠をするが、それぞれの学問領域毎に、リスクが、定義がなされていることから、今後、障害保健福祉領域のソーシャルワークにおけるリスクの定義等を検討を要すると考える。もう少し考えを押し進めると社会福祉学領域において、リスクという概念が成立するかということも含め、社会福祉学の特徴を踏まえたリスク概念の生成が必要であると思料されよう。しかし本稿では、社会福祉サービスの供給システムが、主に契約方式に変わったことを踏まえ、「福祉ニーズをもつ」という状況におかれていく過程に着目し、障害

保健福祉領域におけるリスク概念を構築する、その基礎的研究の一端を担うことが本稿のねらいである。

次に「アクセス」、「リスク」をキーワードとする障害者福祉関連の先行研究について、国立情報研究所のデータベースにより国内の研究の検索を行った。障害者福祉関連におけるアクセス（アクセシビリティ）、リスクに関連する研究は、視覚、聴覚、言語、運動障害等をもつ人々に対するIT関連を媒体とした、情報アクセスや社会参加についての研究が中心であった。また、ソーシャルアドミニストレーション関連では、施設内外において支援上の管理や症状管理という「リスク」（予測できない危険）を最小にする為の（マネジメント）視点、つまり、サービス提供者側からの視点によるリスクマネジメントに関する文献が中心であった。また精神障害関連では、急性期の医療機関への移送問題、危機介入など精神科救急のシステム上の課題に関する研究テーマが主であった。さらに、国内において、高齢者、特に介護保険に伴うサービス提供に関するリスクマネジメントに関する文献が存在するが、クライアントからの視点で、福祉サービスへのアクセシビリティにおけるリスクという観点からの文献は見いだせなかった。ただし、社会福祉学領域以外の先行研究、及び諸外国の先行研究に関するリサーチは不十分である。

ソーシャルワーカーの役割は、すべての制度や職業を横断しそれらをつないで、新しいやり方で合体させ、作動させるようなるタイプの権力であり、ものの見方である⁷⁾という側面をもつ。また、山崎氏は、ソーシャルワークに対して「…時代を超えて、変化することなく最優先に位置づけられているのは、多様なニーズをもつ人びと、特に生活困窮者や脆弱な状態にある人びとや圧迫されている人びとのパーソナル・ニーズに対処し、彼らの人としての尊厳を第一に重視し、それらを回復するように関与し、彼らの失われた権能を付与するための社会正義への活動、社会環境の改善への働きかけは、ソーシャルワークの共存する中核的価値として、どの時代においてももっとも重くとらえられてきた。これらの共存する価値は、ソーシャルワークがソーシャルワークとして存在する限り、未来に受け継がれていくだろう⁸⁾」と述べている。つまり社会構造の変革や福祉の供給システムの変化に応じ、社会構造の中で障害者をどのように位置づけとらえるのか、同時に障害者が困難性をもたないで社会サービスへのアクセスを保障することが重要であると考えられる。

次に、現在わが国の社会構造の中で、疾病や障害によって、どの様に、無力化され、必要なサービスへのアクセシビリティがとりにくくなるかを考えていきたい。

2. 鬱状態に陥り無力化されるプロセス－A氏への関わりから－

以下に鬱状態と環境により無力化されていく過程を事例を通して、若干の説明を加えて示す。

Aさん、30歳代半ばの男性、妻と子ども二人の4人家族である。平成15年4月頃より職場の環境の変化、仕事の成果に対する期待や人間関係等がストレスとなり抑鬱状態となった。本人は、家庭の経済的基盤を担う家族への責任や、職場への帰属意識や現在の仕事への責任、社会から自分

はどのように見られるのかといった自己に対する意識等と、鬱症状に伴う自分の言動に自信がもてない状態であった。通常ならば些細な出来事でも自己を否定的にとらえ、自分の考えを表出ができず、職場および家族の人間関係が悪化していった。またこれらのことが要因となり、不眠などを中心とする身体症状など病状が悪化していった。

(慢性疾患の) powerlessness の定義として、「無力は、疎外の1つの形であり、健康に影響している多くの潜在的に重要な社会心理的な変数 (Seeman & Lewis, 1995, p. 524)⁹⁾ とされる。つまり、無力化とは、社会的に疎外されていく過程であり、それが推し進られると社会的に孤立をする。A氏が社会的に孤立をしていくことを避けるためには、適切な医療機関を受診するという行動や、適切な相談援助を受けられる機関の選択と相談に至るまで適切な援助者が必要である。このような状態の時は、「家族が面倒を見るものだ」という考え方が一般的であろう。しかし、家族である妻は、本人を説得し、適切な医療機関等へ、連れて行かなければならない。その情報を得るための手段は、自ら探し選択しなければならぬ。はじめは、どこの誰に相談すればよいかということからつまづいていた。

Aさんが勤務している企業は、鬱症状でいわゆる「クリニック」等で治療を受けている人に対して、鬱症状等に対する管理者の知識に乏しく、職場におけるメンタルヘルスや、これに伴うリハビリテーションに関する考え方が欠如していた。また同時に社会復帰に対するシステムもなかった。Aさんの管理者は、「抑鬱気分」、「気分の日内変動」、「不安観」、「焦燥観」、「不眠などの睡眠障害」や「食欲不振」、「全身の倦怠感」などの症状は、日常誰でもが経験をしていることであると、A氏にあたかも怠けているかのように話をしていた。さらに、このような症状が進行すると、極度に気力と体力が低下し、自殺を図る等の症状に結びついていない。本人との面談においても、上記の例で示したような症状により、「つらい」という気持ちに対する理解がとられていない。さらに病状等を上司に対して説明する際に、A氏対複数人(企業側)であり、本人は、説明を理解してもらえなかったということよりも、気持ちを理解してもらえなかったということからの無力感、孤独感や焦燥感を感じている。その結果、A氏には、何を言っても聞いてもらえないという気持ちが残り、企業側の業務を遂行することができない人間は、職場に不要であるという態度から、双方にとってマイナスの状態が続いていた。管理者は、出勤が可能という診断であれば、今までと同じ業務内容、業務量を課し、そうでなければ出勤は不要、たとえ出勤をしてきたとしても、仕事として、何をさせたらよいかわからないということであった。一方で、医師は、治療上必要な内容を、職場の管理者は、仕事への復帰が可能かどうかについてAさんに話をしている。つまり、鬱症状を呈するAさんは、治療に必要なことと、職場復帰に関しても同時に調整をしなければならぬ状態に追い込まれるが、当然のことながらそれを考えることはできない。そのため治療効果が上がらず、家族が、Aさんの気持ちを受け止めたり、考えを整理し調整するの役割をとらされるという矛盾を抱えていた。

職場におけるメンタルヘルスに関する考え方の程度が低いこと、精神科医の患者に対する治療上必要である専門職の調整能力の問題、患者の家族が抱える問題と、ソーシャルワークを行う専門職

が現実的に存在しないこと等が問題としてあげられる。さらに将来的なことを考えると、治療期間が長期化した場合、雇用契約に定められる1年半（傷病手当金の期間に相当、あるいは会社独自で定められた休職期間）、を経過した場合、現在の国内の企業では、退職という形をとり、その後は、障害年金を申請することになる場合が多い。この事例では、診断書の提出後、1ヶ月程度から解雇の話が本人に話がされていた。そのため当然のことながら将来的な不安を助長させたことは言うまでもない。そして、このような内容に対しても交渉や連絡も家族が窓口となり、物理的、精神的な家族の負担も大きい。

このような過程において、A氏は、自分の置かれている状況を他者に伝えることが不十分なために、職場の上司や同僚との関係性がとりづらくなると共に、妻や親、兄弟ともコミュニケーションが不十分なため、初期においては、関係性がとれなくなっていた。しかし、治療効果とともに、妻が中心に話を繰り返し聞くことにより、自分の状況を理解するようになり、職場へ自分の希望を伝えられるようになり、さらに自分の気持ちを妻以外の家族に伝えられるようになり、コミュニケーションが回復していった。

3. 障害保健福祉関連法とリスクコミュニケーション

高鳥毛¹⁰⁾は、公衆衛生関係法において国および地方公共団体の責務、事業者の責務、国民の責務等の「責務」からリスクコミュニケーションとの関連性について説明をしている。では、障害保健福祉関連法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下精神保健福祉法とする）社会福祉法、障害者基本法において国、地方公共団体、国民等の責務がどのように捉えられているか、その法の施行時から改正の経過とともに確認をする。

（1）身体障害者福祉法

身体障害者福祉法（昭和25年）の施行時では、
（更生への努力）第二条 すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、すみやかに社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。（差別的取扱の禁止） 第三条 国、地方公共団体及び国民は、身体障害者に対して、その障害のゆえをもつて不当な差別的取扱をしてはならない、と差別的扱いの禁止に対して国、地方公共団体及び国民の責任が示された。

昭和42年 身体障害者福祉法の一部を改正する法律において、
第三条が（国、地方公共団体及び国民の責務）第三条 国及び地方公共団体は、身体障害者に対する更生の援助と更生のために必要な保護の実施に努めなければならない。 2 国民は、身体障害者がその障害を克服し、社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない、と昭和42年の時点で国、地方公共団体及び国民の責務が示された。

平成14年改正、平成16年4月1日施行の現行法では、
（自立への努力及び機会の確保）第二条 すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、そ

の有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。 2 すべて身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。（国、地方公共団体及び国民の責務）第三条 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念が実現されるように配慮して、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するための援助と必要な保護（以下「更生援護」という。）を総合的に実施するように努めなければならない。 2 国民は、社会連帯の理念に基づき、身体障害者がその障害を克服し、社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない、とされた。

（２）知的障害者福祉法

知的障害者福祉法（旧精神薄弱者福祉法 昭和 35 年）の施行時では、（国及び地方公共団体の責務）第二条 国及び地方公共団体は、精神薄弱者の福祉について国民の理解を深めるとともに、精神薄弱者に対する更生の援助と必要な保護の実施につとめなければならない、とされている。さらに（関係職員の協力義務）第三条 この法律及び児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）による福祉の措置の実施並びにその監督に当たる国及び地方公共団体の職員は、精神薄弱者に対する福祉の措置が児童から成人まで関連性をもつて行なわれるように相互に協力しなければならない、とされ、知的障害児から知的障害者への移行に伴う連携について明示されている。

精神薄弱者福祉法は、平成 10 年に、精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律により、精神薄弱者福祉法が知的障害者福祉法に改正された。

知的障害者福祉法（平成 12 年 現行法）において、第 1 条では、知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、もつて知的障害者の福祉を図ることを目的とする。（自立への努力及び機会の確保）第 1 条の 2 すべての知的障害者は、その有する能力を活用することにより、進んで社会経済活動に参加するよう努めなければならない。 2 すべての知的障害者は、社会を構成する一員として、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする、とされ、「自立」、「社会参加」、それに伴う「自助努力」が明示された。

それ対して、（国、地方公共団体及び国民の責務）第 2 条 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念が実現されるように配慮して、知的障害者の福祉について国民の理解を深めるとともに、知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するための援助と必要な保護（以下「更生援護」という。）の実施に努めなければならない。 2 国民は、知的障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、知的障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。（関係職員の協力義務）第 3 条 この法律及び児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）による更生援護の実施並びにその監督に当たる国及び地方公共団体の職員は、知的障害者に対する更生援護が児童から成人まで関連性をもつて行われるように相互に協

力しなければならない、としている。従来の条文と異なる点は、平成10年及び12年の改正において第2条において、国、地方公共団体及び国民の責務が示されていることである。

(3) 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(旧精神衛生法 昭和25年)は、精神保健法(旧精神衛生法)と福祉に関する法律が一体となった法律であり、旧精神衛生法が施行された時点では、精神障害者は、医療の対象であり、公衆衛生としての意味合いが強い。

(この法律の目的) 第一条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによつて、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。(国及び地方公共団体の義務) 第二条 国及び地方公共団体は、医療施設、教育施設その他福祉施設を充実することによつて精神障害者が社会生活に適応することができるように努力するとともに、精神衛生に関する知識の普及を図る等精神障害者の発生を予防する施策を講じなければならない、とされている。この法律は、昭和25年施行時において、国及び地方公共団体の義務として示されている。

精神衛生法等の一部を改正する法律(昭和62年9月29日)により精神保健法へ改正される。それに伴って

第一条中「且つ、」を「その社会復帰を促進し、並びに」に改め、「予防」の下に「その他国民の精神的健康の保持及び増進」を加え、「国民の精神的健康の保持及び」を「精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の」に改める。(国民の義務) 第二条の二 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精神障害者等がその障害を克服し、社会復帰をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない、とされた。つまり、昭和62年の改正時点において、精神障害者の福祉の増進、国民の義務が明示された。

精神保健法等の一部を改正する法律(平成5年6月18日)においては、(精神保健法の一部改正) 第二条中「教育施設」の下に「並びに地域生活援助事業」を加えられ、地域生活における事業の明示と共に、

第二条の二の次に次の一条を加える。(精神障害者等の社会復帰への配慮) 第二条の三 医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。 2 国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない、とされ、事業者は、「地域住民等の理解と協力を得る」、「相互の連携を図る」と示された。

平成14年4月1日改正 現行法では、

(この法律の目的) 第1条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、その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、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、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とする。(国及び地方公共団体の義務) 第2条 国及び地方公共団体は、医療施設、社会復帰施設その他の福祉施設及び教育施設並びに居宅生活支援事業を充実する等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによって精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。(国民の義務) 第3条 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者がその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。(精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮) 第4条 医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は居宅生活支援事業若しくは社会適応訓練事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。2 国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び居宅生活支援事業又は社会適応訓練事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない、とされた。現行法において、精神障害者の社会復帰、自立と社会経済活動への参加に対する「国及び地方公共団体の義務」と「国民の義務」として示される。

(4) 社会福祉法 (旧社会福祉事業法 平成10年改正)

平成10年(及び12年全面改正)、旧社会福祉事業法は、社会福祉法と改正されるその特徴は、地域福祉が条文に明記されたことである。

第1条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もつて社会福祉の増進に資することを目的とする。(地域福祉の推進) 第4条 地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

つまり、第4条において、「地域福祉の推進」には「地域住民」に参加の機会が与えられ、地域福祉の推進に努めなければならないことが示された。さらに、第百七条では、市町村地域福祉計画の策定が、第百八条では都道府県地域福祉支援計画の策定が示された。

(市町村地域福祉計画) 第百七条 市町村は、地方自治法第二条第四項の基本構想に即し、地域福祉の推進に関する事項として次に掲げる事項を一体的に定める計画(以下「市町村地域福祉計画」という。)を策定し、又は変更しようとするときは、あらかじめ、住民、社会福祉を目的とする事

業を営む者その他社会福祉に関する活動を行う者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるとともに、その内容を公表するものとする。一 地域における福祉サービスの適切な利用の推進に関する事項、二 地域における社会福祉を目的とする事業の健全な発達に関する事項、三 地域福祉に関する活動への住民の参加の促進に関する事項。(都道府県地域福祉支援計画) 第百八条 都道府県は、市町村地域福祉計画の達成に資するために、各市町村を通ずる広域的な見地から、市町村の地域福祉の支援に関する事項として次に掲げる事項を一体的に定める計画(以下「都道府県地域福祉支援計画」という。)を策定し、又は変更しようとするときは、あらかじめ、公聴会の開催等住民その他の者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるとともに、その内容を公表するものとする。一 市町村の地域福祉の推進を支援するための基本的方針に関する事項、二 社会福祉を目的とする事業に従事する者の確保又は資質の向上に関する事項、三 福祉サービスの適切な利用の推進及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達のための基盤整備に関する事項、が明記された。

(5) 障害者基本法(旧心身障害者対策基本法)

現在の障害者基本法は、心身障害者対策基本法として昭和45年5月21日公布、施行され、平成5年12月3日に障害者基本法へ改題された。現在の法律は、平成16年6月4日改正によるものである。心身障害者対策基本法として公布された時点では、

(定義) 第二条 この法律において「心身障害者」とは、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声機能障害若しくは言語機能障害、心臓機能障害、呼吸器機能障害等の固定的臓器機能障害又は精神薄弱等の精神的欠陥(以下「心身障害」と総称する。)があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。(国及び地方公共団体の責務) 第四条 国及び地方公共団体は、心身障害の発生を予防し、及び心身障害者の福祉を増進する責務を有する。(国民の責務) 第五条 国民は、社会連帯の理念に基づき、心身障害者の福祉の増進に協力するよう努めなければならない。(自立への努力) 第六条 心身障害者は、その有する能力を活用することにより、進んで社会経済活動に参加するように努めなければならない。とされ、国及び地方公共団体の責務、国民の責務、そして心身障害者、自身の社会経済活動への参加の努力をあげている。

平成5年12月3日の改正時に障害者基本法へ改題されると同時に、障害者の定義が「第二条 この法律において「障害者」とは、身体障害、精神薄弱又は精神障害(以下「障害」と総称する。)があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」とされ、この時点で、法的に初めて、精神障害者が、身体障害者、知的障害者(この時点では、精神薄弱者)と同じ障害者として位置づけられた。また、第三条の第二項に「すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする」の一項が加えられ、第六条第一項中の社会経済活動への「参与するように」が「参加するよう」に改められた。

平成16年の改正では、以下のように改正された。

(目的) 第1条 この法律は、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に関し、基本的理

念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の福祉を増進することを目的とする。

(定義) 第二条 この法律において「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。

(基本的理念) 第3条 すべて障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有する。2 すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる。3 何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない。(国及び地方公共団体の責務)

第4条 国及び地方公共団体は、障害者の権利の擁護及び障害者に対する差別の防止を図りつつ障害者の自立及び社会参加を支援すること等により、障害者の福祉を増進する責務を有する。

(国民の理解) 第五条 国及び地方公共団体は、国民が障害者について正しい理解を深めるよう必要な施策を講じなければならない。(国民の責務)

第六条 国民は、社会連帯の理念に基づき、障害者の福祉の増進に協力するよう努めなければならない。2 国民は、社会連帯の理念に基づき、障害者の人権が尊重され、障害者が差別されることなく、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加することができる社会の実現に寄与するよう努めなければならない。(以上、条文中の下線は、筆者による)

特徴的なことは、障害者の自立と社会参加の促進を図ることを柱として、国及び地方公共団体の責務、国民の責務の規定の改正がされた。さらに第3条第三項に差別の撤廃と権利擁護に関する規定、及び第五条の国及び地方公共団体が、国民が障害者に対する理解を深めるように対策を講じることの条文の追加がされたこと。旧第六条関係の障害者の自立への努力規定が削除されていることである。

以上、関連法からわかったことは、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、障害者基本法においては、国及び地方公共団体、国民に対する「責務」が、また、精神保健福祉法では、国及び地方公共団体、国民の「義務」と、明示されている。さらに知的障害者福祉法は、児童福祉法との関連において関係職員の協力義務が示されている。また社会福祉法においては、事業者間の連携、地域住民の意見の反映、情報開示等が明らかにされている。つまり障害者の自立、ノーマライゼーション思想の普及とともに、社会福祉サービスの供給システムの変革に伴って、行政、事業者、住民各々にその任があると捉え、合形成成に基づく社会福祉へと変化していると考えられる。そして重要な点は、障害者自身に自立や社会参加への努力を課していないことに着目しなければならない。障害者がサービスや社会参加等へのアクセシビリティにともなう困難性に対しては、国・地方公共団体等及び国民にその責務又は義務があると考えることが重要だろう。国や地方公共団体、関連事業者は、社会福祉法を根拠とする地域福祉計画を住民が納得する形で構築すること。その一方で、国民にも「責務」「義務」があり、それぞれの事業（場合）ごとに国、地方公共団体、事業者、国民の

役割や義務を明確にすることが、クライアントのアクセシビリティを保障すること、さらにアクセシビリティにおけるリスクを軽減する上で必要であるとする。

4. まとめ

リスクコミュニケーションとは、事象における危険性から市民を守るために、情報の主たる所有者である行政や企業は、事象のもつ利便性と危険性を市民に伝え、共に対応を考える必要がある、対象のもつポジティブな側面だけでなく、ネガティブな側面についての情報、それもリスクはリスクとして公正に伝え、関係者が共考しうるコミュニケーションのことを指す¹¹⁾と定義される。つまり社会システムとしての障害者福祉（社会福祉）を考えると、行政から住民へとといった一方通行の社会福祉システムでは、もはや住民の信頼や満足のいく処遇が提供できない。つまり、リスクコミュニケーションは、福祉サービスの供給システムを構築する上で、重要な手段の一つと考えられる。

しかし、公衆衛生が、その範疇とする感染症対策や環境保健、食品の安全対策など、一度問題が発生すると、広域的かつ複合的なリスクを負わなければならない問題と社会福祉における人権擁護、ニーズに応じたサービス供給等の課題は、性質が異なる。公衆衛生や疫学が対象とする、放射線のリスクやバイオハザードや感染症リスク等は、物理的測定可能であり、評価が一定の基準で提示可能である。¹²⁾しかし、関係者が情報を共有しリスクをどの様に軽減するかというコミュニケーションが、図られたとしてもリスクはなくなる。つまりリスクは、実態概念ではなく、社会的に構成された概念とされる。そのため個人的、社会的価値から本質的自由になれないという、¹³⁾側面を内在化している。

同様に、社会福祉におけるリスクを考える上で、このことから逃れることができるのであろうか。岩田は、現在のリスク社会における福祉国家は、共通リスク・ライフサイクル・ライフコースの標準モデルを中心として、かなり平均的に観察される共通のニーズに対する予防システムであると指摘する。¹⁴⁾障害者福祉におけるリスクを考えるということは、障害者の共通のニーズに対する予防システムの構築により生じることとなる。しかし、社会福祉サービスの評価に関連する「自己決定」、「QOL」、「満足」といった、主観的な要因により左右されやすい状況に伴うリスクをどの様に測定し、outcomeをどこに求めるか。そもそも曖昧さを許容したリスクを測定することが可能なのか、課題は多いと思う。ソーシャルワークにおける問題のアセスメントが、困難な理由として、明確な因果関係が見いだせない、それぞれの状況に関係している諸要因の全体構造を決定する、特定の枠組みがない等が指摘されている。さらに、明確な枠組みをもたないことが、不適切な包括的アプローチをとることになると述べられる。¹⁵⁾

本研究の問題意識は、自らニーズを表出することができない、ニーズは自覚しているが、それを表出することをあきらめている、またはニーズそのものに気づいていないなど、その個人の人を抱える

障害と環境とにおいて社会的に不利な状況におかれている人のアクセスの可能性とそれに伴うリスクである。ソーシャルワーク過程における問題のアセスメントは、信頼関係の構築が包含されている。それは、それぞれの状況において適切な枠組み選択しアセスメントする過程において、その前提となるのが、信頼関係である。この視点において、リスクコミュニケーションの概念をソーシャルワーク過程に引きつけて考えることが可能ではないかと考える。またA氏の事例に見る過程は、決して特殊な例ではない。社会福祉サービスに障害がなくアクセスする権利を実際に使うことにおいては、日本の現在の社会制度上まさに障害がある。リスクコミュニケーションのソーシャルワークの過程への援用についても、事例を重ねて検討を要する。ハル・コック¹⁶⁾の民主主義の考え方は、「ひとつの思考様式であり生活形式」であるとし、さらに「一度に達成された結果ではなく、常に新たに解決されるべき課題である」と述べる。つまり、住民一人一人の立場で、社会福祉サービスへのアクセシビリティが保障されリスクが軽減されること、権利を獲得することへの対話による解決できる環境を得るために考え行動することが、障害保健福祉領域におけるソーシャルワークを深めていくこととなると思う。

おわりに

今回のテーマで報告をする内容の発端は、大正大学福祉デザイン研究所障害保健福祉研究班の共同研究において着目してきた研究経過を踏まえてのものである。その着目した観点は、保健・医療・福祉の構造改革において、サービス利用者によって、自己決定が可能である力（power）を前提とした契約方式による、サービス供給システムが導入されている一方で、必要なサービスを利用するに至るまで自己決定を行う上で障壁があり、「powerlessnessの状況におかれる人々」に対するソーシャルワークを、どのようにとらえるかであった。本報告において未だ、それぞれのキーワードの概念整理、さらに関連性の構築等、不十分な報告である。しかし、上記研究班での着目した観点については、共同研究で着目し始めた段階で他に研究がなされいないと考え、この点から未整理のままではあるが報告を行った。岩田は¹⁷⁾、社会福祉は、最も不利な状態を生きる人たちを社会福祉のコアにある対象と設定すべきであると述べている。今後の課題は、先行研究を再検索をすると同時に、障害者が、あらゆる社会サービスへのアクセスの可能性と負う可能性があるリスクに対して、今後ソーシャルワークの視点から実証的に研究を進めたい。

(くまざわ としかず・高崎経済大学地域政策学部助教授)

註

- 1) ローレンス W. グリーン他 神馬征峰他 『ヘルスプロモーション』 医学書院 1997 p16
- 2) 三上剛史 『リスク社会の共生空間－不知のエコロジー』「講座・社会変動2 産業化と環境 社会」 ミネルバ書房 2003
- 3) ジーニアス英和辞典（第3版） 大修館書店 2001
- 4) ロングマン現代英英辞典 4訂新版 桐原書店 2003

- 5) ベック, ウルリッヒ 島村 賢一訳 『世界リスク社会論—テロ、戦争、自然破壊』 平凡社 2003/11
- 6) 日本リスク研究学会編 『リスク学辞典』 2000 p2
- 7) レスリー・マーゴリン 中河伸俊他訳 『ソーシャルワークの社会的構築』 明石書店 2003 p.22
- 8) 山崎道子 『ソーシャルワークを定義すること—時代と環境の変化の中で—』 ソーシャルワーク研究 vol.25 No.4 p.31
- 9) Ilene Morof Lubki Pamala D. Larsen Chronic Illness(5th edition) Jones and Bartlett Publishers 2002 p. 524
- 10) 高鳥毛敏雄 『公衆衛生対策とリスクコミュニケーション』 公衆衛生 vol.68 no.7 2004
- 11) 日本リスク研究学会編 『リスク学辞典』 2000 p265
- 12) ロバート・H・フレッチャー 福井次矢監訳 『臨床疫学』 メディカル・サイエンス・インターナショナル 1999
- 13) 小松丈晃 『リスク論のルーマン』 勁草書房 2003 p260
- 14) 岩田正美 『社会福祉実践と大儀と対象』 ソーシャルワーク研究 vol.30 no.1 2004 p11
- 15) ゾフィア・T・プトウリム 川田誉音訳 『ソーシャルワークとは何か』 1986 p115～116)
- 16) ハル・コック 小池直人訳 『生活形式の民主主義』 花伝社 2004 p15, 27
- 17) 前掲 14)

参考文献

- ・ネイル・ベイトマン；西尾祐吾 アドボカシーの理論と実際 社会福祉における代弁と擁護 八 千代出版 1998/04
- ・ベック, ウルリッヒ 危険社会—新しい近代への道 法政大学出版局 1998/10
- ・G. エスピン—アンデルセン 埋橋孝文監訳 転換期の福祉国家 早稲田大学出版部 2003
- ・G. エスピン—アンデルセン 岡沢憲美・宮本太郎監訳 福祉資本主義の三つの世界 ミネルヴァ書房 2001
- ・R. フェイドン/T. ビーチャム 酒井忠昭 秦 洋一訳 インフォームド・コンセント みすず書房 1994
- ・吉川武彦・竹島正編 精神保健福祉のモニタリング 中央法規 2001
- ・Milos Jenicek Foundations of Evidence-Based Medicine The Patthenon Publishing Group 2003
- ・障害保健福祉研究班 2002 年度研究報告 障害保健福祉サービスのアクセス・リスクに関する研究(1) 2003 大正大学福祉デザイン研究所