

A Possibility of Self-Help Organizations Dealing with Community Life Problems

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/7519

地域社会の生活問題に対処する 当事者組織の可能性

地域社会環境学専攻

藤田 礎史郎

A Possibility of Self-Help Organizations Dealing with Community Life Problems

Soshiro Fujita

ABSTRACT

Self-Help Organization is a named Self-Help Clearinghouse having several support functions for independent Self-Help Groups. First, in this article, the social environment concerning this organization is sketched through the two cases: one is Stockholm Cooperetative for Independent Living= STIL, the other is Center for Independent Living= CIL of Japan. Second, I examine SELP campaign actioned by Japan social welfare conference to compare this association's concept with Self-Help Organization's one about normalization.

After the survey for treatment of Self-Help Groups theory, I emphasize that possibility of Self-Help Organizations are effective in dealing with Community life Problems. For that purpose, I propose the support service model involving Self-Help Group, Self-Help Organizations and the institution of Ombudsman.

序 章 生活問題とその当事者

私達は、その住居が大都市地域の中心にある場合から農山村地域にある場合まで、日々の生活を地域社会と関わって成り立たせている。そして、現在の日本では、そのような地域生活の利便をはかったり問題解決を支援するために、専門的医療サービスを提供する病院や輸送・移動を担う交通機関、あるいは生活基盤の計画的な整備を行う地方自治体や各種公共団体など、様々な団体・機関が公共的社会サービスの供給を組織的に行っている。

しかし、従来のシステムによる安定したサービス供給を支えてきた各社会環境要件が、しばしば変更・転換を余儀なくされる現在の社会状況の中で、日常生活を営む私達が個人的に対処しきれない問題やトラブルに、これら既存の団体・機関が

適切に対応することが難しい場合も少なくない。「適切な対応」をポイントとすると、以下の2点にその理由を集約できる。

まず、私達の生活問題は、個人の生活スタイルやその時点までの生活履歴(life career)といった私的な部分を反映し、自らのあるいは家族の事情と無関係であることは無いということが挙げられる。従って、生活問題の当事者自身が選択して活用することのできる社会資源の蓄積と整備を背景に、個人情報やりとりするに足る信頼関係(コミュニティレベルの社会的人間関係として社会資源に含まれる)を基本とした協同作業を、当事者がどのように実行し得るか。さらに、そのような対応手段・方法についてどのように情報を入手し得るかが、適切さを考える場合の焦点になる。

これは、医療・福祉・教育・地方自治といった領域で提起されている「知る権利」としてのアク

セス保障と表現される。

上記の領域で顕著だったように、一定のパターンリスティックな人間関係で、プライバシーに属する個人情報が一方にのみ流れ、問題の当事者に自己情報を管理する権限がないという状況は、個人情報が人格の一体性と結びついており、情報の所有権は基本的に当事者個人に属するという「自己情報コントロール権」の考え方に見られるように確実に変わってきている（唄1990, 平野1994）。ただし、官僚制的な組織硬直化によって団体・機関（公共的であろうと民間であろうと）が生活問題を抱える住民への対応力を更新していない場合、当事者と問題の担当者間に非権力的な協力関係を結ぶことは難しい。

この関係は、問題解決を意図する際に出発点となる社会的関係であるため、社会的に孤立無援のままに「それが問題であること」自体を本人以外に（特に、各相談窓口へのアクセスと担当者の問題把握能力から）理解できず、関係機関の間をたらい回しにされるなど、問題の構造的深刻化を招くことになる¹⁾。かと言って、コンサルタント会社やカウンセリング業などの営利目的のサービスを利用することも、費用やサービス自体の質、何より個人情報の保護セキュリティに対する法的保護という社会的信頼の面からみて、十分とは言えないだろう。

このように、地域社会の生活問題に対処することが出来る資源をどのように用意するかについて、例えば経済システム論のマクロな視点で考えて「公的セクターとしての国家でもなく、営利セクターとしての市場でもない、第3のセクターとしての非営利民間組織（Non Profit Organization = NPO）」の重要性を指摘することは、問題に対処する当事者の必要性に応じた資源配分が「適切性」の基準であることを傍証している。

第2の理由として、既存のカテゴリーに即した活動方針に基づく団体・機関が、多様性に対応しきれない「生活問題の複雑化」傾向が挙げられるだろう。複数の領域にまたがる生活問題には公共的サービスや営利原則的サービスによる対応が「馴

染まない」とする理解が、私的努力による「自助論」を支持する理由となっている側面もあるが、ここでの焦点は、サービスの供給側が多様性にどのように対応するかではなく、生活問題がそれぞれの団体・機関側のカテゴライズによって分割され対応されていく過程で、しばしば本人の必要とする情報・サービスが、生活問題の当事者に届かないという点にある。

日本の公共的社会サービスの供給体制は、加齢（aging）前期の未成年者と後期の高齢者、さらに疾病・障害と共に生きる人々を、恩恵的サービスを受ける対象と位置づけ、弱者救済の基本姿勢を基軸に整備・運用されてきた。その結果、生活問題を抱える人々が利用可能な制度は、与える者と与えられる者の上下関係を基本的に温存したまま機能するシステムとなっている。供給側がサービスの種類・質・量・期間を決定する権限を実質的に持ち続ける限り、与える者と与えられる者の社会的役割が供給制度の中で変わることはない。

そして、社会組織としての目的や形態、活動領域が固定された既存の団体・機関とは別に、サービスの対象者あるいは受益者として受け身の存在とみなされてきた問題の当事者達が、本人の必要とする情報・サービス・問題解決の方法を求める社会集団として活動する例が目立つようになってきた。このような、同じ問題に関係する当事者どうして構成された社会集団を、本論では「当事者組織」と呼ぶ。当事者組織の活動は、通信ネットワークの拡充や蓄積された情報を活用する技術の進展といった背景にも後押しされて、1970年代以降の欧米諸国の各領域で活発化している。日本でも、90年代に入って主に福祉の領域での活動が本格化しているが、他の領域では情報公開への対応の遅れや専門性の自律との抵触などの課題が多く残っている。

本論は、当事者組織の具体例に即した活動理念と既存の団体のものの比較を交えて、自助集団と呼ばれる当事者組織をめぐる状況を概観する。そして、相互援助の理論としてその活動理念を支えるセルフヘルプグループに関する理論を検討し、

自発性と共通性を重視するその特徴や、ボランティアな組織としての問題点を明確にする。さらに、地域に根ざした社会支援サービスを創り出す協同活動モデルの提示によって問題点のカヴァーを試みると共に、当事者組織が生活問題への対処を契機として生活環境づくりに自発的に参加していく道すじに、地域社会の共生論理を担う主体としての可能性を探ることを目的とする。

第1章 生活問題に対処する 当事者の組織

(1) スウェーデンの自立生活協同組合

地域における生活問題への対処を目的として活動する当事者組織の中でも、先進的な考えと実践で知られるのが、ストックホルム自立生活協同組合(Stockholm Cooperetative for Independent Living=STIL)である。世界でも最も進んだ高福祉社会と一般的に認識されていたスウェーデンが、長年続く経済不況という国内の要因と、ヨーロッパの連合化の流れの中でしばしば孤立するという国外の要因から、これまでの、特に80年代における公的な社会福祉専門サービスの充実を質的に見直し、財政緊縮と行政の合理化・効率化という90年代の方針を打ち出したことで、世界に衝撃を与えたことは記憶に新しい。つまりSTILは、「福祉国家発展の過程で、暗い空間に落とされた」(訓覇1991:196)障害がある人々による自立生活の自己管理がしたいという要求を、90年代以降のスウェーデン社会で質的かつ合理的に実現する方法として、提案されているとみる事が出来る。

国際的な自立生活 (Independent Living=IL) 運動の代表的人物で、STILの議長ラッカ(Ratzka, A.D.)によれば、STILの会員は自立生活のためのサービスを必要とする当事者のみによって構成され、財務管理面では専門家の協力を取り入れながらも²⁾、運営を担当する評議会委員は全員障害がある当事者である。その目的は、会員が必要とするパーソナル・アシスタンス(個人に対する介助)を当事者自らが管理するために、技術的・制度的・

財政的資源を提供することにある。障害の程度に関わらず、サービスを必要とする当事者は日常生活を営む上でディスアビリティ (disability)、即ち機能的に不自由である仕事を介助者に代行させる必要が生じる。「パーソナル・アシスタンス」という言葉は、付き添い (attendants) ・ホームケア (home-care) ・ホームヘルプ (home-help) といった用語に含まれる「代行してもらおう」という受動的内容避けるために使われる³⁾。従って、着替えや入浴などの日常生活動作の介助から買い物のための外出や仕事の行動まで、どのようにアシスタンスを導入するか決定の権限を持ち、プライベートある個人として尊重される生活を営む主体は、あくまでもディスアビリティ当事者である。

STILの特徴は、協同組合がパーソナル・アシスタンスを行う介助者=パーソナル・アシスタントの法的雇用者となり、会員である当事者が「必要な資金、働き手の募集(宣伝、面接、選抜、契約の作成、雇用、及び解雇)や、アシスタントの訓練、動機づけ、監督、および予定作りについて、後援する政府機関と交渉すること」(Ratzka1991=1991:84)を管理する、徹底した当事者専門性の強化・拡充を志向する点にある。つまり、生活を営む主体としての権利回復を目指すというより、同種のサービスを必要とする人間が、その需要をみたすためにある程度組織化された集団を媒介として力を付け (empowerment)、生活問題に対処する自由と責任を獲得しようとする展望が、この志向の背景に存在する。

そのために、STILではアメリカ各地の自立生活センター (Center for Independent Living=CIL) で行われている「ピア・カウンセリング」と「自立生活技術プログラム」を採用し、会員がサービスを監督する経営者としての技能を向上させ得るプログラムを提供している。ピア・カウンセリング (Peer Counseling) とは、「家庭や施設で庇護されてきた障害者自身による、より自立した生活をする力の獲得」(橋本1993:179)を目的として、同じような問題—ここでは日常生活でのディスアビリティを持つ人どうしの間で行われるカ

ウンセリングである。また、自立生活（技術）プログラムとは、既に記したような自立生活に関わる一切の管理・運用を、実施計画を立てることも含めて当事者が行うために、実践的な知識や技術を体系的に整理された形で提供しようとするものである。

ラッカは、スウェーデンの行政サービスであるサービス付き居住者住宅について「地方自治体の圏域毎に、行政が管理主体となって運営されている施設」であるという側面が抜けきっておらず、サービスを利用する消費者（consumer）として評価するならば、様々な問題が指摘されると主張する。STILの活動は、このように行政の規定する必要性に当事者があわせて生活する「施設」からの実質的な脱出を試みており、障害がある人が家や施設を出て暮らすIL運動の先駆的なものとなっている。また、日本の社会福祉研究の実践課題である、ディスアビリティ当事者と介助者の関係性の問題にも重要な示唆を与えているが、この点については第2章で述べる。

(2) 日本の自立生活センター（CIL）

日本のIL運動は、70年代アメリカのカリフォルニア州バークレーから始まった、IL運動思想に大きな影響を受けている。日本の身体的に障害がある18歳以上の人約285.6万人、精神的に障害がある18歳以上の人約157万人（平成7年版『障害者白書』による）のうち、家族との同居や社会福祉施設で暮らす人を除いた正確な人数は行政統計上把握されていないが、おそらく1万人に満たない数字であろう⁴⁾。ここで、行政が認定する障害の基準の適切さや地域的な偏差の問題を指摘することもできるが、それよりも自立生活者が「家」という地域血縁集団から出て、そして「施設」という社会組織集団からも出て、生活している事実とその取り組みに注目しよう。日本の自立生活センターとは、どのような当事者どうしの団体なのか。

日本のIL運動史を詳細に検討することは紙幅の関係上難しいが、1960～70年代にかけて脳性マヒの人々の「青い芝の会」運動が提起した脱施設の流れが、IL運動思想と合流し、80年代にCILが各

地で設立される動きを生み出していったとされる⁵⁾。91年11月には全国自立センター協議会（Japan Council on Independent Living Center=JIL）が15団体によって結成され、95年6月に正会員19、準会員11、未来会員20の計50団体になるなど、着実な増加を示している。94年に初めて発行されたJILの『年鑑』に記載されている正会員の要件に基づき、以下IL運動の基本サービスの概略を示す。

正会員は、①運営の決定機関の委員の過半数が障害者であること、②運営責任者（代表など）が障害者であること、③実務責任者（事務局長など）が障害者であること、④介助、ピアカウンセリング、自立生活プログラム、住宅相談の4つの基本サービスの内2つ以上を提供していること、⑤年会費を納付していることとなっており、①から③の要件は、当事者自らがセンターの担い手であることを示している。④についてだが、ピアカウンセリングと自立生活プログラムは、前述の内容と大きく変わるところはない。「介助」活動には、地方自治体が実施するホームヘルパー派遣事業を行う目的で助成制度を活用したり、アテンダント（有料）派遣を登録した会員に仲介するといった事業がある。また、「住宅相談」には、不動産業者をまわって住宅探しをする際のアドバイス、バリアフリー（社会的障害除去）のアパート斡旋から各種の改造助成制度の紹介まで、相談内容に応じて多岐にわたる内容が含まれている。この基本サービスの内1つ以上を提供しているものが準会員、障害者が主導して正会員をめざしているものが未来会員である。このほか、移送サービスを14団体、自立生活体験室を7団体が実施している。

このような直接的サービスと並んで、基本的かつ重要なCILの活動がセルフアドボカシー活動である。アドボカシー（advocacy）は、障害がある人の人権を擁護し、生活の質を高める立場で代弁する活動のことだが、障害がある当事者自身が行う人権擁護活動を「セルフアドボカシー」と呼ぶ⁶⁾。CILで実施されている活動は、障害がある人の生存権を確保し、地域で生活していく際に起こる問題に、当事者としてより効果的に対処していくこ

とを目的としている。日本のCILは、その数も所属スタッフ数(常勤・パート共に平均4~5人)も決して多くはなく、その地域分布も東京都に偏在している。これは、運営の財政基盤が地方自治体や公共機関の助成金によって成り立っているセンターが多いため、助成制度がある地域とない地域の格差があるからである。

東京都八王子の「わかこま自立生活情報室(JIL未来会員)」が、都内各電車への『車いすアクセスガイドシリーズ』や『大学案内96年度障害者版・全国編』を相次いで出版したり、95年から福島県の「オフィスIL(JIL正会員)」の運営自体に、センターとして初めて補助金が拠出されるなど、情報活動の進展と社会環境改善に向けて具体的な努力が続いている⁷⁾。しかしその一方で、活動の実績と継続が助成の基準となるため、制度のない地域ではCILを設立したり助成に頼らず事業活動を維持していくことは難しい状況である。

第2章 ノーマライゼーションと SELPの理念

本章では、スウェーデンのSTILや日本のCILのようなIL運動を行う組織の活動理念の特徴を既存の団体・機関のものと比較・検討することによって、「地域で当たり前暮らす個人になる」ことを目指す人々の活動が、一般に理解されているノーマライゼーション理念に必ずしも沿うものではないことを明らかにする。この作業を通して、当事者組織の姿を明示し一般化する契機を探りたい。

日本の社会福祉領域における既存の団体・機関には、行政機関として「福祉事務所」と「相談所」、民間組織として「社会福祉協議会」がある。注目されるのは、STILやCILと同じ民間組織である社会福祉協議会(以下、社協)の連絡組織、全国社会福祉協議会⁸⁾が1995年6月14日から開始した「SELP(セルフ)/社会就労センター」全国一斉キャンペーンである。これは「日本における社会福祉施設のなかで、唯一経済活動を行っている」(パンフレット『宣言“セルフする意志!”』より)

授産施設の制度上の名称を、社会就労センターに変更するよう所轄官庁の厚生省に求めるもので、SELPはセンターの通称という位置づけである。SELPとは、Self-Help(自立自助)からの造語であると共に、Support of Employment, Living, and Participation(就労、社会生活及び社会参加の支援)の略称であると解説されている。営利企業と同様のCI(Corporate Identity)手法やマスコミの影響力を計算した全国同時発表などは、イメージ戦略専門の業者が指揮した結果だが、地域社協の取り組みとキャンペーンへの反応には地域差がみられる⁹⁾。

そもそもの事業開始の発端や新名称決定に至る過程、あるいは中央(上)からのトップダウン方式の事業である点に言及することも重要だが、ここではSELPの基本理念がノーマライゼーション社会の実現をうたっていること、そのために「自立」を目標として掲げていることに焦点を絞る。そこには、全国社協が組織として提唱するノーマライゼーション理念の基本方針と、障害がある人の「自立」に対する考えが現れているはずである。

ノーマライゼーション理念は、1960~70年代にかけてスカンジナビア諸国やアメリカで発展し、再定義や批判が90年代にも起こっている。もともと、人間としての基本的な人権と社会の一員としての市民権に基づいて、知的な障害のある人が「健常者」と同じ生活の質を確保するという目的があり、国連の人権擁護運動で「可能な限りにおいて」ノーマルへ近づけるという目標が掲げられたため、日本でも使われるようになったものである。日本では「障害のある人が、親がいなくても生まれ育った地域で障害のない人と同じように普通の生活を送ることができるよう、必要な日常生活上の基本条件や地域社会生活に参加できる環境を整備すること」と理解する場合が普通である。このように、個人の選択を尊重し、当事者が自分で決定する権利を強調することから出発した理念だが、当り前の日常や普通の生活のリズムが「ノーマル」に統一される点を疑問視する意見は根強い。

日本社会就労センター[セルフ]協議会(仮称)

は、前出のパンフレットでノーマライゼーションに「社会的ハンディキャップのある人に不都合を感じさせない理想的な社会」という解説を付している。不都合を感じる主体がディスアビリティ当事者であり、社会的ハンディキャップに阻害されることなく地域生活を営める社会を指していることが判る。不都合を感じる主体と、その当事者と関係を結ぶ人々の問題を、当事者が自発的（ボランティア）に行動することをどのようにとらえるかという視点から検討してみよう。

例えば障害のない人が、障害がある人に対して時間を割いて行うことだけがボランティアであるという固定観念は、障害がある人は自分自身のために、他人のために、そして社会全体のために何もすることができないという思い込みである。この内面化された自己抑圧の構造が、障害がある人自身も含めた関係性の問題の大きな発生源となっている。

ある能力がないという意味での障害を表す「ディスアビリティ」は、社会生活を営む上で不利な条件があるという意味での障害を表す「ハンディキャップ」との区別を明確にした言葉だが、実は、障害がある人が悩みのある人の相談に乗ったり、別の障害がある人の介助を手伝う活動にはボランティアな要素がある。この事実は、ボランティアに特別な資格や登録が不必要であることを示すと同時に、必要性の把握と介助のマネジメントに関して最も優れているのは、同様の問題を抱えている当事者本人であることを示している。また、ボランティアな理念が特定の資格や資質、専門的な知識を根拠としていないことは、当事者が受けたくない介助を強要されたり必要がない介助を「ボランティアされる」場合、断わる自由を行使する権利は、障害がある人の側に留保されていることを示している。バリアフリー社会の実現には、当り前の人間関係で慎むような事柄を、受身の立場であっても心理的障壁がない状態で断わることのできる関係性が必要なのである。

生活問題の当事者と問題解決に関わる支援者が、同じ社会で生活し感情の行き違いや誤解も起こり

得る人間どうしとして、善意や奉仕という権力関係的な媒介概念に振り回されずに基本的社会関係を結ぶ。そのような「ノーマライゼーション社会」のためには、個々の生命観に基づく自立生活という個人の人権尊重の原則を、再度確認することが必要である。ディスアビリティ当事者が社会的ハンディキャップを感じない「ノーマルな社会」とは、当事者の感じる「ノーマル」がそれぞれ違い多様に異なっているという事実からみても、一面的との批判があるだろうし、何より SELP する意志を持つ行動理念が、支援者による画一的なものとなってしまえば、正に施設名称の単なる変更キャンペーンで終わってしまう。

何がどのように問題かという主題の定義・選択が当事者によって行われるとき、その影響は主題の範囲拡大という表面的変化に止まらず、「他助」を受ける立場から「自助」を担う立場を経て、「他助」を担う立場へと当事者のボランティアな主体性を変革していく。次章では、そのような相互援助の理論として注目されるセルフヘルプグループの理論を検討する。

第3章 セルフヘルプグループの理論と相互援助集団としての理解

セルフヘルプグループ(Self-Help Group, 以下 SHG)は、1935年にアメリカで始められたアルコール依存症者の会、AA (Alcoholics Anonymous) が最初である。現在の AA は、グループ告白(group confession)と無名性(anonymity)を特徴とする世界最大規模の SHG として知られており、保健医療を対象とする社会学専門研究が取り上げられることも多い。しかし、SHG という概念そのものについては、付随する歴史的・社会的背景も含めた体系的理解に欠けていたため、その重要性を指摘できず看過してきたと言えるだろう。

SHG の理論と実践について総合的な紹介を続けている岡は、SHG を「本人の会」と訳すことを提案する¹⁰⁾。以下、岡に従って SHG の概念とその理論の概略を述べる。

まず注意しなければならないのは「セルフヘルプグループは、その国々によって、違った歴史的環境にあり、異なる社会制度のなかで、異なる社会集団、組織と関係を持ちながら発達していく」（同1995：31）ことである。つまり、欧米には欧米の歴史的必然性と文化的背景に基礎を置く SHG が活動しており、1976年から本格的に始まった SHG 研究や83年を境に盛んになった国際比較研究を翻訳・導入するだけでは、日本の SHG 研究に必要な概念枠とその特徴を適切に把握することができないと言う。古くはアイデンティティ (identity) からインフォームド・コンセント (informed consent) まで、言語史的背景だけでなく社会的文脈の中でその本質を理解しなければ、指示する意味内容が伝わらない言葉のひとつとして、SHG をみる必要があるということである。「現在、日本では『セルフヘルプグループ (自助グループ、自助組織)』と『当事者組織 (団体・集団)』という2種類の用語が、欧米のセルフヘルプグループの概念に相当するものとして使われている」（同1995：34-35）のに対し、岡は日常の言葉で「本人の会」と表現している訳である。

さらに、その意味内容を整理し、成り立ちの基本構成要素を構成員の「参加の自発性」と、構成員をとりまく「状況の共通性」の2点に集約し、「参加の自発性」がボランティア・グループの援助活動と、そして「状況の共通性」がソーシャルワークのグループワーク・サービス¹¹⁾と共通する構造的側面であるとする。また、働きの基本構成要素として、

①わかちあい、即ち「複数の人が情報や感情や考えなどを同等な関係のなかで自発的にしかも情緒的に抑圧されていない形で交換するこ

と」

②ひとりだち、即ち「①を通じて、自分自身の状況を自分自身で管理し、問題解決の方法を自己決定し、社会参加していくこと」

③ときはなち、即ち「自分自身の意識のレベルに内面化されてしまっている自己抑圧的構造をとりのぞき自尊の感情をとりもどすことであり、しかも外面的な抑圧構造をつくっている周囲の人々の差別と偏見を改め、資源配分の不均衡や社会制度の不平等性をなくしていくこと」

の三つを挙げ、各々の機能的側面が社会を指向する「外向き」と、それぞれの自己を指向する「内向き」の面を持つとしている（表1）。

『保健医療の社会学』（1983年）では、ソーシャルワーク技術を持つ医療ソーシャルワーカーの役割に関連して医療福祉領域の拡大を述べた坂上が「同じ病気や障害・問題をもつ人々が、自分たちの問題の解決のために行う集団活動で、既成のサービスを補完したり、あるいは、これに代わる有効な相互援助活動を行うこと」とするが、このような理解には、既に指摘した SHG 概念に対する体系的理解の不足以外にも、二つの問題点が指摘される。

第1に、保健・医療あるいは健康を対象とする研究が、医師を代表とする専門職の視点で行われてきたことが挙げられる。専門職論の研究者フリードソン (Freidson, E.) は「大方の研究の基底にある前提は、政策についての常識的知識・医学の疾病カテゴリー・医療専門職自身のイデオロギーなどから無批判に借用されてきている」（Freidson, 1970=1992：45）との警告を行っている¹²⁾。専門家と素人という二分法的位置づけを拭いきれずに

表1 三つの働きの基本的要素の相互関連性（出所＝岡1995：324）

	わかちあい	ひとりだち	ときはなち
内むき	グループのなかのわかちあい	生活の自己管理 自己決定	内面化された抑圧からの解放
外むき	電話相談 機関紙の発行	社会参加 政策立案への参加	異議申し立て 社会改善運動

SHGを「素人の親睦団体」としたり、専門家が患者に対して実施する集団教育活動として日本で一般的に見られる「患者会・家族会」と混同するといった誤りは、このような視点がしばしば影響している。もちろん、日本の患者会や家族会にSHGに当たるものが全くない訳ではないが、「このような方向での解決の重要性を認識しだした一部の医師や看護職や教育や福祉の専門職の人々が、育み、支え、リードして生まれ育ってきている」(園田1992: 213)という認識は、SHGではない患者会・家族会に対するものである。

第2に、坂上自身も指摘していた「SHGの歴史的必然性と人間にとっての本質的意義」(同1983: 273)を問う姿勢が欠落していることである。第1の点とも関連するが、研究者が医療サービスの受益者として「患者」を対象化する基本方針をとる限り、地域社会で日常生活を営んでいく上で身体的・精神的問題を抱えた一人の人間として、「患者」を位置づけるのは難しい¹³⁾。また、このような姿勢がなければ長が指摘するように、政党との密接な関係から様々な問題を抱えながらも(長1978)、人権保障の理念に基づいて、地域生活に必要な基本的生存権と社会環境の獲得を求めて活動してきた日本の患者運動の担い手として、「患者」の主体性や自律性あるいは連帯性を積極的に評価することもない。

91年にフロンドとマクガイア(Freund, P.E.S. & McGuire, M.B.)が、隠れたヘルスケアシステム(The Hidden Health Care System)のひとつとして相互援助(Mutual Aid)を取り上げている。そこでは、SHGや相互援助集団のような「ボランティアアソシエーション」は、通常は同じヘルスニーズを持つ人々の間に互酬的な(原典イタリック)援助を提供する」として、それが専門職の提供するヘルスケアと異なる代替的援助である特徴が挙げられると共に、ディスアビリティ当事者と慢性疾患当事者のIL運動及び女性健康運動が、政治的活動によって力をつけていく局面が指摘される(Freund, P.E.S. & McGuire, M.B.1991: 190-192)。これは、佐藤が「自律的連帯主義」(同1994:

24)と呼んだ結合原理によるボランティアアソシエーション研究の蓄積に基づく理解だが、社会学のアソシエーション研究において「自律と参加」を担う行動の主体は、「一般化された近代的価値を内面化した、いわゆる近代的個人¹⁴⁾」であるため、可視的集団の構造的側面と組織行動に分析の比重が置かれ、AAのようなSHGや規模の小さい相互援助集団は扱われない傾向にある。

このように、SHGは組織性を極力低く押さえることによって、目標や集団そのものへの依存を招くことなく成員相互の親和性を確保し、当事者管理による「他助」をグループ活動として行い得る場の提供によって、多様な実践体験を「経験的知識」へと集約・蓄積・継承する社会集団であると考えることができる。さらに、このような理解から導かれる、個々のSHGが原理的に持つ「低組織性」と「同質的閉鎖性」という問題点を補うものとして、次章で取り上げるセルフヘルプ・クリアリングハウスがある。

第4章 地域社会生活支援 サービスのためのモデル

第2章までで、「当事者組織」が公的あるいは営利民間の団体・機関では適切に対応できない生活問題に、当事者自らが対処するという特徴と、当事者自身による「他助」経験及び運営参加が、必要に応じたサービスの供給と限定的社会参加を通じて自立生活につながっている点を、プラスの側面として扱った。そして、第3章でSHGの理論の概略的介绍と、従来の知見がSHGの可能性にそれほど積極的な評価を与えていなかった状況をみたことを踏まえ、本章ではSHGを支援するセンター(セルフヘルプ・クリアリングハウスと呼ばれる)を中心とした、地域社会生活の支援サービスを提供するモデルを提示することによって、当事者組織の果たす役割に積極的な評価を行いたい。

ここで、本論が取り扱っている「当事者組織」と「セルフヘルプグループ」の概念上の関係にふれると共に、セルフヘルプ・クリアリングハウス

を当事者組織とみなす見解を示しておく。「当事者組織」について、参加の自発性という要件からみて地区内網羅的当事者組織¹⁵⁾は除くとしても、組織化のレベルから①自立生活運動を行うCIL、②疾病別に構成された患者会・家族会、③医療・福祉・サービスなどの特定生活協同組合、について考えてみると、①は岡もSHGとして取り上げているが（同1995：199-200）、②は殆どがSHGではなく、③は高度な組織力を持つ点でもSHGではないということになる。

従来の研究枠組みが、運動論と組織論という恒常的なアソシエーションを対象に置く立場でウェーバー（Weber, M.）以来の社会集団構成要件、つまり共同の目標・集団へのコミットメント・成員間のコミュニケーションを重視する場合、SHGは未発達な集団あるいは組織として重要視されない。しかし、佐藤の言う「自律的な意志決定¹⁶⁾」が発現する集団として、構成員の参加の自発性と状況の共通性をあわせ持つSHGは重要である。と同時に、SHGの特徴の裏返しとして明らかになる「集団としての凝集性の弱さとSHG以外の集団・組織との社会関係をどのように調整していくのか」という問題に関して、SHGを支援する「当事者組織」の存在が焦点となってくるのである。従って、本論は上記の①、②、③の全てを当事者組織とみなしており、本章では「本人の会（SHG）」そのものではなく、セルフヘルプ・クリアリングハウスを「本人の会経験者を主たる構成員に含む、本人支援当事者組織」として、その可能性を扱うことになる。

セルフヘルプ・クリアリングハウス（Self-Help Clearinghouse）とは、一般的にSHGに関して①情報の収集と提供、②活動についての相談と援助、③広報と社会教育及び相互の交流促進、④調査研究を主な目的として、ある一定地域を対象に活動する非営利民間組織のことである。世界で100を越える団体が活動しているが¹⁷⁾、日本で現在継続的に活動しているのは1993年4月に設立された「大阪セルフヘルプ支援センター」である。

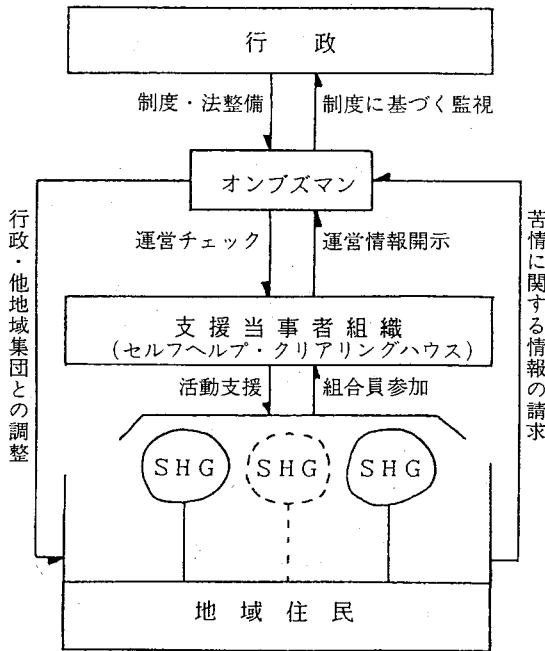
センターの設立趣意書には「私たちは、セルフ

ヘルプ・グループの意義を広め、同じ困難を持つ市民とセルフヘルプ・グループを結びつけ、グループの持つさまざまな問題の解決のために支援することを目的」とすると掲げられている。基本的な活動は前述の①から④にある通りだが¹⁸⁾、その特徴はやはり本人の会経験者を含む多様な会員が中心となって運営している点にある。運営に参加している会員が所属する会の名称を部分的に列挙すると「AA」、「全国筋無力症友の会大阪支部」、「中卒・中退の子どもをもつ親のネットワーク」、「大空会：口唇口蓋裂児を守る親の会」、「大阪言友会」、「EA（Emotions Anonymous）」、「パニックディスオーダー患者の会（仮）」などの名が挙がる。これら当事者に医療ソーシャルワーカーや保健婦などの専門職が加わっているが、行政や既存の団体から独立した組織の常として、スタッフを常勤雇用するには財政が不十分である。また、電話相談による支援活動も、現在は毎週土曜の午後2時から6時の間に限られている。

日本におけるクリアリングハウス活動の最大の問題点が、他の非営利民間組織と同様に必要な社会資本の確保にあることは確かである。しかし、セルフヘルプグループが原理的に持つ「低組織性」と「同質的閉鎖性」を補完する意義は重要であり、そのために例えば協同組合方式によるセンターの設立を模索することも試みられて良い。

マクロな社会システムの中で、フォーマルかつ私的な非営利組織を、サービス供給を担う第3セクターとして位置づける立場からは「統治能力、マネジメント能力が一部のみに占有されていた時代が終わり始め、だれもが自らのことは自ら決定できる力を持ち、社会的に重要と思われる問題の判断ができるようになってきた」（川口：1994）とも言われる。協同組合活動が、賃労働関係に基づく資本原理からはずれた位置にありながら市場経済を前提に事業活動を行ってきた段階から、その原則を変更しつつある転換期にさしかかっている¹⁹⁾。このような事情は、逆に「サービス生産協同組合」あるいは「福祉生活協同組合」など特定の目的に協同組合方式を利用する形で、必要なサー

表2 地域社会の生活問題支援サービスモデル



※破線は未成熟なSHGを表す

ビスを当事者が用意するという状況を生んでいる。

ここでは、「同質的閉鎖性」を補正するための勧告型オンブズマン制度を含み、地域社会の生活問題に対処するSHG構成員が活動を担う、セルフヘルプ・クリアリングハウスを中心とした支援サービスモデルを提示する(表2)。オンブズマンは、機能的三分類から通常は①議会型、②行政救済型、③苦情処理型に分けられるが(園部1992:13)、医療・福祉といったサービスの苦情処理を取り次ぐ機能を果たすだけでなく、違法ないし不正な活動を監視する制度において、その役職に就く者と言う。従って、各々の生活問題の当事者は、SHGにおける活動から得た経験的知識を携えて、共同組合に出資し利用かつ運営管理するという「維持活動」と、他助を担う「支援サービス」を行うことによって、支援当事者組織の活動の実際を知ることになる。オンブズマンは、行政とも当事者組織とも異なる第三者的機関として、支援サービスの適正な運用を担保している。このモデルの利点は、行政に関して取り次ぎ機能をもつオンブズマンを

配置し、専門職に関して支援活動の場として支援当事者組織を配置することによって、社会集団としての組織的対応力が低いSHGに、既存の枠組みから離れた自由な「わかちあい」を保障しようとする点である。行政は、地方自治体レベルでなく、全国各地域のクリアリングハウスについて法的根拠に基づいた事業活動のための財源を設置し、オンブズマンによる監視を受ける。

ここで問題となるのは、オンブズマンの情報へのアクセス活動に必要な情報公開制度及び情報公開法であるが、これは(制度自体が権力の根拠となってしまうため)オンブズマンに限定して扱う問題ではなく、広く公共政策に関わって実現されるものであり、当事者参加に関わる点でも結章で扱うこととする。

結章 地域生活者の主体的社会参加のために

私達が日常生活を営んでいくという進行形の表現には、社会的時間を発達段階順に積み重ねていくことによって、一生を通じて個々のライフコース特有の転機(好機=チャンスであれ、危機=アクシデントであれ)に対処していくというベクトルが含まれている。社会化は「ライフコースに沿って進んでいくに連れて、様々の役割を遂行するのに必要な技術や知識を伝達していくプロセス」(Clausen1986=1987:24)である。私達は加齢に応じた各発達段階、即ち乳幼児期、児童期から青年期、成人期、中年期を経て老年期に至るまでに起こる特定の課題を、地縁的・血縁的に用意された(私的なため個別の格差がある)資源と歴史的・文化的に用意された(公共的なため地域別の格差がある)資源を、効果的に使いこなすことによって達成していかねばならない。いわば上手に積み木を積み上げていくように、自己実現という目標を立てて生活していくことを社会から要請されているのである。

しかし、特定の課題達成に失敗した場合にはその生活履歴に烙印(stigma)が付され、その後の

転機にマイナスの影響を与えるという一見して納得しやすい説明は、実は一面的に過ぎるように思われる。確かに、転機後のライフコースのプロセスやコーホートに影響することは客観的事実として認められるが、生活者自身の目標設定と手段の選択、即ち何をその時期の生活主題として定義するか、そしてその主題をどのように自らの生活の中に位置づけて対処していくかは、課題達成の場合だけでなく失敗のプロセスが経験的知識へと収斂していく場合、つまり生活問題に対処する場合にも認められるものである。

これまで、基礎集団として主に育児・介護を支えてきた家族（実際には性別役割分担によるシャドウワークに依るとしても）固有の社会的役割が終焉を迎えたりすることは考えにくい。だが、少なくとも生活者の近代的個人としての側面がうみ出した自己選択・決定の原則は、家族の中で私達が担うライフコース毎の役割に相応のインパクトを与えている。その局面は、家族の成員に知的な障害がある人が存在し、継続的かつ生活に密着した形で「支え」が必要とされるような場面で、最も端的に現れてくる。と同時に、それは家族の暮らす地域社会が、生活主体にどのような関わりを示すかがあらわになる局面でもある。

本論は、地域社会で生活する人々の中で自己選択・自己決定を迫られる局面に立つ人々が、その問題に対処する自発的な行動を契機として、自ら社会に参加していかざるを得ない側面を扱っているとも言える。近代的個人としての市民が担い手である地方自治体を、地域社会と重ねてみる空間的把握は、そこで実際に暮らしている生活主体がアクセスし利用可能な社会資源の用意できる範囲を示す場合にしか、積極的意味を持たない。地域社会が、相互に異なる人間どうしの多様な関係を許容する柔軟性を備えるためには、基本的な社会関係の一方の当事者が行政機関・専門家・営利目的の団体であり他方が生活主体である場合にも、情報の独占的所有によって後者が前者との間に権力的相互関係しか結べないような状況を、生活主体側で回避する手段・方法が、社会資源として用

意されている必要がある。

地域社会の共生論理は、見えざる者として社会施設（高齢者については特例許可老人病院も含まれる）に押し込められてきた者や、医療・福祉サービスの受益者として社会に要請された特定の役割を担ってきた者が、地域の公共政策の立案・策定過程・実施へ参加する方途を準備する必要があるだろう。そのためには、地域において共生論理を担う生活主体者との連携を可能にする多様性の承認と、そのような認識の根拠となる、公的な生活情報への本人のアクセスを保障する仕組みを整備することが重要である。

本論で試みたような当事者組織が加わった支援サービスモデルは、体験という私的生活情報を収束した経験的知識への本人のアクセスを保障する仕組みであり、これは情報公開の制度と同様に、共生社会を現実的な生活環境として提示する際には欠くことができないものである。

[注]

- 1) 症状が固定した患者や高齢者が、医療施設と社会福祉施設にまたがって回流せざるを得ない制度上の問題については、相野谷1991などを参照。
- 2) 橋本1993:106(定藤・岡本・北野1993)の記述による。
- 3) ホーム・ケアやホーム・ヘルプには「当事者の家の中だけでアシスタンスが必要とされるという印象を与え、ディスアビリティ当事者は日々家でぶらぶらして過ごし、他の人のように地域社会に出て仕事、旅行、社会的・文化的活動をすることがない、という言外の意味が含まれてしまっている」(Ratzka 1991=1991:17)
- 4) 日本のCIL正会員合計は6133人、全国精神障害者家族会連合会実施の調査対象者合計は6204人である。
- 5) 安積・岡原・尾中・立岩1995:172-174及び276-278を参照。
- 6) 精神的に障害がある人の新しい社会運動に関連して、専門職でない普通の市民が患者-精神医療からの生還者という意味でサバイバー(surviver)と呼称する-と共に行うものを「市民アドボカシー(citizen advocacy)」と言うこともある(Pilgram D. & Rogers A. 1993:174)。
- 7) 「東京都地域福祉振興基金」では、例えば「障害者自立生活プログラム=障害者の自立生活援護のためのトレーニング等の事業に要する経費」を助成の対象とし、利用者50名以上(宿泊をメインとする場合は20名以上)を基準に①コーディネーター人件費500万円、②事業費200万円、合計限度額700万円の3/4を助成している。また、資

- 料「福島県自立生活センター運営費補助事業」を参照。
- 8) 実際は、市区町村協議会の連合組織である都道府県社会福祉協議会に、全国授産施設協議会等の関連する施設・団体を加え、民間組織とは言え社会福祉事業法第74条に目的や事業内容を定められた、行政機関を上回る規模を持つ公共性の強い団体である。
- 9) 全国社協の「新名称発表キャンペーン (6/14) 取り組み状況報告」によると、県への面談に際して対応した県側の担当者は、知事から福祉担当課長まで反応もまちまちであり、キャンペーンを実施しなかったところ (千葉、愛媛など) もあった。最終的には、44都道府県と発表されている (全社協発行『月刊福祉』1995年10月号: 50)。
- 10) 岡の95年の著書は自費出版だが、94年分では以下の論文が参照できる。
- 岡知史『「わかちあい」「ときはなち」「ひとりだち」の運動: セルフヘルプグループ (本人の会) をいかに理解するか』『月刊福祉』(1994. 1)
- 同「セルフヘルプ・クリアリングハウス: それはなぜ必要なのか」『同』(1994. 2)
- 11) ソーシャルワークでは、個人を対象とする援助をsocial casework (単にケースワークとも言う)、集団を対象とする援助をsocial groupwork (同様にグループワーク)、地域を対象とする援助をcommunity welfare organization (同様にコミュニティオーガニゼーション) と呼んでいる。
- 12) 医療関連分野の研究上の観点に知識専門職特有の偏向が現れる問題については、既に「医療問題における権力的社会関係」として取り上げている (拙稿1993: 60-61)。
- 13) 保健、医療、福祉、教育といった各分野別に研究が進められる中で、地域生活における環境問題に対処する理論を「生活者の視点」を軸に構築しようとする、生活環境主義の立場が提出されている (鳥越編1989)。これは、地域社会の生活問題に対処する方法論の整備を、環境社会学として進めているとみることができる。
- 14) これについては拙稿1994: 44-45, 52-53を参照。
- 15) ①網羅的会員規定と、②居住「地区」による会員の制限という2つの性格を持つ組織で、町内会や老人クラブなどの地域集団がこれに当たる (岡1995: 72-73)。
- 16) 佐藤の「人間は社会化の過程を通過することによってヴォランティアな意志決定者としての自己を形成し、すなわち他者との選択的な自由な結びつきのうちにヴォランティアリズムの発現を享受しうる存在である」(同1994: 121) という認識にもみられる。
- 17) アメリカのニュージャージーにあるクリアリングハウスが発行した、ハンドブック掲載のリストによる。
- 18) センター自体の活動の詳細については、松田1994を参照。
- 19) 国際協同組合同盟 (ICA) が95年に提示した新しい協同組合原則 (案) には、①財務構造、②自治 (自立)、③コ

ミュニティが加えられた。鈴木・中島編1995を参照。

【文献】

- 相野谷安孝『国が医療を捨てる時』あけび書房 (1991)
- American Self-Help Clearinghouse Staff ed., The Self-Help Sourcebook: Finding & Forming Mutual Aid Self-Help Groups 5eds., Saint Clares-Riverside Medical Center. (1995)
- 安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也『増補改訂版 生の技法一家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店 (1995)
- 唄孝一「患者の『知る権利』と医師の説明義務」医の統合を語る会編『医療と社会』日本醫事新報社 (1990)
- Brown, H. & Smith H. ed. (1992) 中園康夫・小田兼三 監訳『ノーマライゼーションの展開—英国における理論と実践—』学苑社 (1994)
- Clausen, J.A. (1986) 佐藤慶幸・小島茂訳『ライフコースの社会学』早稲田大学出版部 (1987)
- Freidson, E. (1970) 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣 (1992)
- Freund, P.E.S. & McGuire, M.B., Health, Illness, and The social body: A Critical Sociology, Prentice Hall. (1991)
- 橋本義郎「地域サービス拠点づくり運動」定藤・岡本・北野1993所収
- 平野武「医療における自己決定権と医の倫理」高島學司編『医療とバイオエシックスの展開』法律文化社 (1994)
- 藤田礎史郎「医療と『患者』の生命観—医療社会学による患者問題研究の視点— (上)」医療・福祉問題研究会編『医療・福祉研究第6号』医療・福祉問題研究会 (1993)
- 藤田礎史郎「同上 (中)」医療・福祉問題研究会編『医療・福祉研究第7号』医療・福祉問題研究会 (1994)
- 飯田進編『地域で働くことを支える』ぶどう社 (1993)
- JIL運営その他のサービス小委員会編『ANNUAL REPORT 全国自立センター協議会: 年鑑1993. 4~1994. 3』全国自立センター協議会 (1994)
- 川口清史『非営利セクターと協同組合』日本経済評論社 (1994)
- 訓覇法子『スウェーデン人はいま幸せか』日本放送出版協会 (1991)
- 松田博幸「セルフヘルプ・グループと専門職者による専門性の共有の課題—セルフヘルプ・クリアリングハウスの実践より—」大阪府立大学社会福祉学部『社会問題研究第43巻2号』(1994)
- ノーマライゼーションの現在実行委員会編『ノーマライゼーションの現在—当事者決定の論理』現代書館 (1992)
- 小畑清剛『レトリックの相剋—合意の共生から不都合の共生へ—』昭和堂 (1994)
- 岡知史『セルフヘルプグループ (本人の会) の研究Ver. 5.』

- 自費出版 (1995)
- Pilgram D. & Rogers A., A Sociology of Mental Health & Illness, Open University Press.(1993)
- 長宏『患者運動』勁草書房 (1978)
- Ratzka, A. D. (1991) 河東田博・古関・ダール瑞穂訳『スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンスー当事者管理の論理ー』現代書館 (1991)
- 定藤丈弘・岡本栄一・北野誠一編著『自立生活の思想と展望ー福祉のまちづくりと新しい地域福祉の創造をめざしてー』ミネルヴェ書房 (1993)
- 坂上裕子「医療福祉の領域の拡大とMSWの役割」園田恭一・米林喜男編『保健医療の社会学』有斐閣選書(1983)
- 佐藤慶幸『アソシエーションの社会学ー行為論の展開ー[新装版]』早稲田大学出版部 (1994)
- 鈴木燕文・中島信編『協同組合運動の転換』青木書店(1995)
- 園部逸夫『行政法研究双書 オンブズマン法 [増補補正版]』弘文堂 (1992)
- 園田恭一「保健医療の需要者の主体化と組織化」園田恭一編『社会学と医療』弘文堂 (1992)
- 鳥越皓之編『環境問題の社会学ー生活環境主義の立場からー』御茶の水書房 (1989)
- 全家連保健福祉研究所編『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 (Ⅱ)ー全国地域生活本人調査編ー』全国精神障害者家族会連合会 (1994)