

家族支援と地域との関わり

— 家族支援の実状の変容とソーシャルワーク —

菊池 信子

The family support and a relation with the community

Change of the case studies for social work practice to approach as the family support

Nobuko KIKUCHI

要 旨

家族支援のためのソーシャルワークの方法は、アメリカの方法論展開の時期の影響を受けて日本に導入されてきた。また、1970年代以降、日本では地域福祉の台頭に伴い、地域で支える在宅、通所型現場の福祉の担い手が増加していった。しかし、地域特性、あるいは当事者の問題状況によっては、この地域福祉の視点が活かされた家族支援のソーシャルワークが有効に展開できない事例、また現場の視点が地域を視野に入れた展開方法や体制づくりに対して未整備な状況であった事例等を取りあげ、方法論の理論展開と実際の現場のソーシャルワークのずれを指摘する。地域福祉と個別のソーシャルワーク実践の分立に対して、エコシステム的な視点からの具体的なアプローチが欠如していた時期であり、地域コミュニティの成熟度が影響を及ぼしていることを明らかにした。

キーワード：家族支援 ソーシャルワーク 地域福祉

はじめに

福祉問題、言い換えれば生活問題に関して家族機能が低下している現代社会では、家庭内で抱える生活問題に対する支援は、地域の資源に求めざるを得ないのが実状である。その状況を示すものとして、高齢者、障害者、児童、その他の分野で施設サービスの担い手よりも在宅サービスの担い手が増加し、2005年現在、福祉・介護サービス従事者の現状をみると、在宅サービス従事者は施設サービス従事者の約3倍の241万4384人にのぼる。^(注1)

圧倒的に多いのは保育所保育士の53万1461人であり、次いで訪問介護員41万6967人の順となっている。高齢者分野は、通所介護や認知症対応型共同生活介護を含めると131万6千人強に上り、高齢社会における在宅高齢者の支援の実状を実感することができる数値である。また、障害者分野に関

しては、身体障害・知的障害・児童居宅介護等事業を合わせるならば54万2千人強の従事者が報告され、地域で福祉問題を支える福祉サービス従事者増加の実状をみることができる。

地域に存在する施設利用者数も増加しており、2007年現在、333万人、つまり、国民の38人に1人が施設を利用していることになる。^(注2) 地域に創設される新たな施設の利用については、2000年度の介護保険制度開始以降は、抵抗感がなく、権利として、適切なサービスを求めて利用するという当時者および家族の意識の進展がみられる。

しかし、地域によって、また地域福祉が日本に台頭してきたばかりの1970年代には、必ずしも地域生活において十分なサービス利用に至らず、生命を縮めざるを得なかった事例がみられる。そこで、本稿では1970年代の家族の福祉問題の事例をとおして、地域の資源への期待が、現在とかなり

違っていたこと、イエに縛られていたこと、自尊心等から福祉に対する誤解とそれによる利用のしにくさがあったことを、地域特異性に明らかにしていく。

1 1970年代の福祉の動向

1970年代は、日本にとって地域福祉台頭の時期といえる。1969年、国民生活審議会による「コミュニティ生活の場における人間性の回復」、1971年、自治省による「コミュニティに関する対策要綱」、中央社会福祉審議会による「コミュニティ形成と社会福祉」等の答申が、相次いで出された時期である。この時期は、過疎・過密、地域格差是正、まちづくりという高度経済成長政策の歪みに対応する解決策として、また住民の主体的な公害等の解決要求運動と連動しながら、コミュニティケアの考え方が導入されてきた時期といえよう。^(注3)

しかし、このようなコミュニティケアの動向は、人口が集中した都市部、都市への通勤近郊地域に造成された開発地域にモデル化される傾向があり、地方都市、農村部、また都市部であっても、家族によっては、同年代よりも10年、場合によってはそれ以上の単位の遅れで生活の文明や意識にずれが残されており、それを当たり前として生活する人々も少なくなかったといえよう。この1970年代における地域格差、生活意識格差は、生活文化にも及び、福祉ニーズとして認識もされなかった事実があったことを事例をとおして受けとめ、当時のソーシャルワークのアプローチについて検証していく。

1970年代における日本の社会福祉の書籍、また「ソーシャルワーク研究」等の社会福祉学方法論の専門誌には、福祉ニーズを読者に明確に伝える表現として、事例が多く掲載され始めた時期といえる。また、それらの事例は、アメリカのソーシャルワーク事例の記載および分析方法を取り入れ、とくに分析に関しては、アメリカ方法論の進展時期を反映して、個別状況の把握・分析に焦点が当てられる傾向がみられるという特徴があることを

予め記しておく。また、家族問題という視点で活字化された事例を整理すると、親子関係に焦点を当てた事例が圧倒的に多い。

1970年代に社会福祉の専門書籍、研究誌等に取りあげられている事例のすべてを精査することはできないが、診断主義や機能主義、さらにそれらを折衷し、パールマンの過程展開へ注目した事例検討がみられ始めている。仲村によれば、結果の完全主義ではなく、むしろ過程における当事者との関わり方への意味づけ^(注4)が、ソーシャルワークの重要性として認識され始めてきている。

1970年代は、生活、福祉サービス利用に関して地域格差に大きな開きがみられた時期である。以下の2つの地域の事例から、地域の違いをとおして、1970年代の生活の実情、ソーシャルワークが機能できる範囲、内容の差異に着目していくことにする。

2 1977年11月刊「ソーシャルワーク研究」掲載の事例から「研究ノート 老人自殺の事例的研究 -自殺老人のタイプ-」

ここに取りあげる事例は、高林孝志の著によるものであるが、1974年度の新潟県民生部の委託研究「新潟県における老人自殺の要因に関する研究」（主任研究員 東洋大学（当時）田村健二教授）とされ、東洋大学社会学部紀要11・12号にも掲載されている、と但し書きが添えられている。

新潟県東頸城郡では1960年代後半に40人の高齢者の自殺者を記録した。そこでは、自殺者のなかでも、社会活等動に外交的な高齢者と内向的な高齢者に分類をして、結果の分析が行われている。

この地域は、自殺者の比率が高く、その問題について行政の依頼を受け、自殺に至る状況を聞き取り、分析したものである。そこには、地域の生活意識の特性と時代性が強烈に反映された実状が、数例の事例分析をとおして明らかにされている。

まず、時代と地域の特性についてエコロジカルな視点で見ると、当該地域の住民がもつ価値観が非常に特異であり、儒教的また古い生活観の固執

から抜け切れていないために、事例のテーマとなっている自殺が否定的に捉えられていない点に気づかされる。生活が成り立たなければ死ぬことはやむなしという考えであり、周囲からも敢えて防止するという地域の力働がみられないのである。

当該調査は、一般高齢者（原文では一般老人）と自殺高齢者（老人）のプロフィールについて、以下の項目から整理がされている。

- ① 地域生活
- ② 家族生活
- ③ 身体状況
- ④ 心理状況
- ⑤ イエ志向性

これらの項目は、男女別に、自殺者とそれ以外の一般の高齢者に分けて作表され、傾向が示されている。その結果、自殺者の特徴として、地域活動に比較的好く参加している高齢者にイエ意識が高い傾向がみられる。この地域の高齢者には、このことに関して共通認識がもたれており、地域共同体として活動は行い、働くことに特別な価値が付与され、ときに信仰に近いものになっていったようで「仕事ができなくなれば、生きてはいけない」^(註5)とあからさまに聞き取りに答えた自殺高齢者があったということである。その結果、イエの生活存続に行き詰まったら自殺もやむなしという帰結を肯定する地域全体の暗黙の合意が存在していた状況が示されている。

また現在の主たる高齢者問題である要介護ということについて、当時は、「やっぱりだめだ。体が思うようにならない」とため息混じりにつぶやき、とくに農村で寒く長い冬の10月～2月に、閉鎖された家のなかで縊首による自殺が多い傾向が明らかにされている。自殺者たちは、イエの存続・発展を願っており、世帯主の地位を堅持しており、それが遂行不可能となると自殺へ向かうという構図がみえる。当時、民生委員が生活保護の申請を話し、勧めても、頑として聞き入れず、イエ志向の生きざまを変更できず、警察や医師に遺書を残す場合もみられ、イエを守る社会的存在として自

己の価値を自ら評価し、人生の終結を明示する人もみられた。

事例では、家族関係や家族の問題解決のために福祉制度を利用すると、家長としての立場が尊重されず、果たせないと自罰的かつ他罰的になり、自殺した人が報告されている。事例の要約は、以下のとおりである。

Mは、世帯主（65歳）であり、同年齢の妻がいる。長男夫婦と同居し、皆で農業を営んでいる。長男夫婦には子が3人おり、そのうち1人の子（Mからみると孫）と同居する5人家族の世帯である。2人の孫は自立し、別居している。Mは、跡取りの長男が胃がんで余命いくばくもないことを医師から告げられるが、妻、息子、息子の妻には黙って過ごしていた。また、地域で選出され区長等を歴任したMは、当時の減反政策に対して、「百姓は田んぼを離れたら生きるねうちはない」と、地域社会の問題を自身の問題であるかのように深刻に受けとめていた。

体調がすぐれない長男の仕事を補うべく農繁期に無理をしたMの妻はヘルニアになり、長男の妻も胃痛を訴え、医師からは胃潰瘍の疑いがあると診断された。長男の子（Mの孫）は女子のみである。

Mは、ここでイエ存続の危機を感じ心労がつっていった。複数の家族の医療費の負担、とくに長男への入院医療費は大きな負担となった。民生委員に生活保護の話を聞いたが、区長であるという矜持もあり、屈辱感に打ちのめされながら日々を耐え過ごしていた。妻が腹痛を口にすると「腹なんか痛めて、お前が死ぬばいいんだ」と八つ当たりするようになった。意に反した生きざまの変更を余儀なくされ、Mは情緒不安定になり、病気の妻を労るゆとりもすでになかった。

Mは、妻に「明日は土方に行くか」といったその翌日、昼食に戻らないので家族が探すと、裏山の柿の木で首をつっていた。前兆も遺書もなかった。妻は「寿命だと思って泣かなかった」といい、村人は「Mさんはサムライだ」といったという。地域の人々は、自殺について批難というより賛嘆

とすら感じ取れる言葉を用い、妻の言葉と合わせてこの地域の住民の自殺に対する態度を集約的に表現している、と事例の執筆者は分析している。

地域の閉塞性・停滞性、働くことへの特別の価値の付与が信仰に近いものになり、非選択的な隘路を営々と歩んできたことから、この地域の高齢者の自殺率の高さの原因を知ることができる。

3 1980年4月刊「ソーシャルワーク研究」Vol.5 No.4 1979 掲載の事例から 「事例研究 誰が治療費を払うのか」

1979年当時、相川書房が刊行している「ソーシャルワーク研究」において、誌上事例研究が試みられていた。そこでは、現場からインシデント（事例提供）が提示され、各種の専門家からコメントを受け、事例を多面的に検討するという手法が用いられており、専門家の視点によって異なるコメントがみられ、ソーシャルワークの専門的なアプローチや展開方法のために示唆が得られる、興味を引く企画がされていた。そのなかで、Aクリニックから提供された上記タイトルの事例について、まず要約を記し、検討していく。

Kさんは、1917年（大正6年）生まれで、事例当時62歳である。1937年（昭和12年）の20歳で結婚した。結婚当初より給料のほとんどを酒代に費やし、妻は子ども4人を育てながら保険の外交、スーパー勤務など様々な仕事をして家計を支えてきた。1962年（昭和37年）、妻はKさんの飲酒癖に耐えきれず子どもを残して家出し、その後一度も家に戻らず離婚した。妻の家出後、Kさんは結婚して他出していた長女以外の3人の子を育てたが、家事は当時高校生だった次女がすべてやっていた。次女が結婚し、長男は高校卒業後東京でひとり暮らしをし、1974年（昭和49年）に三女が結婚したため、退職するまでの1年間をKさんはひとりで生活した。退職後のKさんについて、長女と一緒に暮らしてもよいといったが、長男が引き取ることを希望して都内で同居に至った。Kさんの父は既に死亡し、80歳になる母は、Kさんの妹

と他県で同居している。Kさんは、8人兄弟の6番目で長男と次男は戦死しており、その他の兄弟については状況不明、親戚づきあいはほとんどない状況である。

1979年（昭和54年）、A病院外来診察の直後、重態と診断され、入院となる。病名は、アルコール中毒、肝炎、脱水症、急性胃炎、急性腎不全、入院3日前から酒も飲めない寝たきり状態となり、長男が会社を休み食事介助したが、少量しか食べていない。Kさんの酒歴は20歳頃からで、毎日5合の飲酒、定年近くは朝少し酒を飲んで出勤することもあった。1976年（昭和51年）7月から10月まで都内の精神科病院にアルコール中毒で入院したことがある。

今回の入院・治療に関しては、長男が、医療費をもち、病状回復し退院時には引き取る意思を示していた。入院10日後、病状が思わしくなく、ソーシャルワーカーは、担当医から、万が一のこともあり、家族に病状説明をしたい旨の連絡を依頼された。ソーシャルワーカーは長男に電話をし、長男からすぐに主治医に連絡が入った。以後ソーシャルワーカーによるKさんへの病床面接が数回行われ、長女、三女の面会時にも立ち会い、家族からは「飲み始めると食事をとらない」と、飲酒についてはあきらめ、困っている状況が伺えた。

担当医からの緊急の病状説明後2か月半が過ぎたころ、ソーシャルワーカーは、医事課から医療費高額のため国保高額療養還付金の話をしよう依頼を受け、長男が面会に来院した際、相談室に立ち寄ってもらった。還付金については、入院前にも申請の説明をしたし、今回も再度減免制度について説明した。しかし、長男は、これまで2か月間は姉妹の援助を受けたが、もう大丈夫という返答であった。

さらに1か月が過ぎ、夏の季節になり、病棟からソーシャルワーカーに、家族に夏物衣類を整えるよう連絡してほしいと依頼があった。ソーシャルワーカーはその旨を長男に手紙で知らせ、持参できなければ病院で購入するので連絡してほしいと記した。しかし2週間経っても長男から連絡がな

く三女に電話すると、三女が持参した。三女は、持参時、ソーシャルワーカーに対して、長男は留守がちで電話連絡がとれず、自分もってきたという。また三女は、長男と同居しておらず、日常的に連絡が取れない理由を把握もしていないという。

さらに2か月が過ぎ、ソーシャルワーカーは、医事課から、姉妹の協力により入金された当初の医療費納入以降の2か月分の医療費が未納であると連絡を受けた。ソーシャルワーカーは、長男に手紙で、医療費未納の件と事情があれば知られてほしい旨を記して送付した。ソーシャルワーカーは、以後2週間後にも長男に電話と手紙を送るが、返答がなかった。三女に電話すると留守で対応した夫も事情を把握していない様子であり、三女から連絡をもらうことのみ伝えた。

担当ソーシャルワーカーは、経験2年目の男性で、多くの患者からは優しいという印象で見られているということである。(事例は表現を現在の文言に変え、一部掲載内容を圧縮して病院名をアルファベットにし、趣旨のみ伝わるよう筆者が加工している)

本事例は、前出の事例と異なり、都市部とその近郊に住む当事者および家族の事例である。本事例のテーマは、医療費はだれが払うのか？ というタイトルになっており、病院としてはこの現実的な問題の解決を図る必要があると第一に考えている。重症の当事者、当事者の過去の生活歴や子との関係から、家族間の相互関係、全体像の把握といった、家族支援のためのソーシャルワークの手法が必要とされる事例である。本事例に対して、各種の専門家からは、以下のような指摘されている。指摘事項を要約する。

コメンター1：リハビリテーションセンター、
スタッフ

家族の連帯責任よりも、社会の共同責任で解決する制度的な発想への転換が必要である。

コメンター2：家庭裁判所、調査官

未納の医療費の具体的金額が不明。扶養

義務者、後見人等の手続きも考えられる。家族を顧みず飲酒を続けてきた父への、長男のとしての責任感と反発や恨みといったアンビバレントな感情に共感したうえで長男へのアプローチが検討されることが望ましい。

コメンター3：社会福祉法人理事長

医療費の請求後の入金状況をすぐに確認していない。当事者の年金、家族の経済状況の調査をし、長男への関与の強化と制度活用の場合の準備として福祉事務所、社会保険事務所との協議が必要であろう。

コメンター4：元MSW 大学教授

医療費の請求額がわからない。適正医療か過剰医療かの病院内検討が必要。Kさんとの接触をだれが密にしていかが検討されるべき。

コメンター5：大学教授

医療費の減額手続きを長男に説明したとき、長男が関心を示さなかった事情を明らかにする内容を含めた面接をすべきである。Kさんの就業歴から年金による医療費支払いが可能と推測される。Kさんの年金管理についての確認が必要である。長男の非協力的姿勢への変化への気づきと対応は十分であったか検討が必要。^(注6)

以上のコメントから、病院経営として、医療費をどのように集金するかが主要課題になっており、ソーシャルワークの視点から、家族関係の明確化とその関係性の調整、協力体制づくりが必要なことは明白であるが、家族支援に焦点化されていない事例であることがわかる。

当時のコメンターの意見の共通点として、家族関係の明確化、経済力も含めた家族の実状の把握の必要が指摘されている。一方、地域の社会資源については、生活保護、社会保険事務所など制度活用が論じられているが、それ以外の地域の資源の活用の可能性模索や検討という指摘がみられない

い。本事例が当事者と家族のみを記述しているため、上記の範囲のコメントに留まるのは当然であろう。

また、1970年代当時の日本の地域福祉の成熟度を考え合わせると、地域からの協力やアクションよりも、Kさんに関しては、その生活ぶりから地域との関係が希薄あるいは敬遠されるという状況も十分に推測でき、地域が活用可能な資源になるという発想ができにくい状況であったとみることができる。

1970年代、都市部であっても、生活ニーズを抱えた人にとっては、地域が常に協力的に当事者に向き合っているわけではない。本事例からは、適切な診療を受けられる病院があることが都市部の資源であり、当事者にとってのメリットといえる。しかし、当時は、当事者とその家族の自己覚知、情報入手力、生活に対する自己完結的責任感とそれ以外の方法の知識がないこと、福祉の制度やサービスは活用できるものという発想がないことが、本事例から伝わってくる。

4 1970年代の農村と都市の事例からの考察

1970年代の社会福祉制度やサービスの状況、利用者への情報周知状況、地域への住民の関心は、2000年以降の現在とは異なっている。

1970年代は、1973年前半までは高度経済成長と福祉6法の確立、施設整備については、1970（昭和45）年11月の中央社会福祉審議会答申「社会福祉施設の緊急整備について」および「老人問題に関する総合的諸施策について」を受け、施設整備5か年計画がスタートし、特別養護老人ホーム、重症心身障害児（者）施設の緊急整備、保育所の拡充整備が目標に掲げられた時期である。1971年に児童手当法が制定された。以降、老人医療費無料化・高額医療費制度の創設等、医療費の支出を支援する制度の整備、そして、1973年の福祉元年を迎えたのである。

1973年秋の石油危機により急変した経済状況は、とくに高齢者分野では在宅サービスの創設、1978

年には通所サービス事業が国庫補助の対象となり、入所施設よりも、地域で、通所で、という動向が見られ始めた時期である。^(註7) また、当事者や家族にとっても自分の家で、地域で、という意識が見られ始めてきた時期であるが、全国の地域、住民にまでは浸透していない。

この後1980年代に入ると住民参加型福祉サービスが全国的に展開し始める。家事援助を主として、住民ができることは身近な地域の範囲で支えるという発想である。とくに家族介護を経験した家族が、このようなサービスの担い手として活躍し、拡大していった。都市部の介護経験、サービス利用経験家族が中心的に担っていったという動向がみられる。

依然として、福祉ニーズを抱える当事者や家族には、コミュニティケアの理解や発想、地域福祉活動、利用権については、担い手側に転じる人と比べ、認識が高いとはいえず、福祉問題の当事者側として存在し続けている。

5 まとめ

上記の動向から、都市部の介護問題の体験者、共通の地域問題を抱える生活者にとっては、地域福祉、コミュニティケアへの理解や活動者への展開といった主体性がみられ、自ら地域の資源として、社会福祉協議会等の支援を得ながら成長していく兆しがみられるが、問題の当事者は、つねにその活動や情報から遅れて閉塞的な状況に追い込まれていくことになる。地域活動も含め、個人の自由な過ごし方は、家族間支え合いの不安定化を導き、家族関係の問題を併せて抱えることになる。このような当事者と家族には問題の自覚や認識が不明確である。

そのような当事者と家族に対して、アメリカから導入された家族支援のアプローチとしては、問題解決アプローチ、行動療法、課題中心アプローチといった、実際の行動を当事者自らが体験的、視覚的に変容させていくものに注目がされ、試みられるようになってきた。

しかし、日本で展開される地域福祉は上述の社会福祉協議会を中核とする活動に焦点化され、個別の当事者と家族支援の方法と地域福祉の方法との接点が明確でなかった。当事者と家族を取り巻く環境をエコシステム的な視点から把握しようとする具体的なアプローチがなく、個別支援と地域支援が分立して扱われていた時期といえる。

事例でも、制度化された民生委員や生活保護という提案はあがるものの、利用者側の生活観がそれを受け入れない、地域が受け入れず死ぬこともまた潔しと受けとめるといった、地域のコミュニティとしての成熟過程の問題が重たくのしかかっており、地域福祉の方法が展開できないばかりか、その地域格差こそが当事の地域福祉課題であったことが明らかにされたといえよう。

以後、1980年代以降の社会変動と事例の傾向、解決にかかわるソーシャルワーク実践について継続的に変化を追跡していく。

[注]

- (1) 厚生統計協会 「国民の福祉の動向」
厚生労働省社会・援護局調べ、2008年度版 P189.
- (2) 厚生統計協会 「国民の福祉の動向」
厚生労働省「社会福祉施設等調査報告書」「介護サービス施設・事業者調査」2009年度版、P211.
- (3) 日本地域福祉学会編「地域福祉事典」中央法規、1997、p.371.
- (4) 仲村優一「ケースワーク」第二版、誠信書房、1970、p.156. ここで仲村優一は、ソーシャルワーカーが、期待する解決結果に至るよう導くのではなく、支援の過程でクライアントとの関わりを重視し、その際にクライアントを尊重したアプローチに意味があることを論じている。
- (5) 高林孝志「研究ノート 老人自殺の事例的研究 -自殺老人のタイプ-」1977年11月刊「ソーシャルワーク研究」、相川書房、1977.p.189.
- (6) 『事例研究 誰が治療費を払うのか』「ソーシャルワーク研究」Vol.5 No.4 1979、1980年4月発行、PP29-39.

- (7) 「国民の福祉の動向」2009年版、厚生統計協会、2009. pp36-38.

なお、本研究における文献収集その他資料収集には、第2種学内研究費を活用させていただいたことを記しておく。