

社会福祉サービスにおける 民間部門の役割： 民間団体ソピムスヴオリの事例研究

高橋睦子*

本稿では、民間福祉団体ソピムスヴオリの事例を 1997 年 3 月に実施したフィールド調査をもとに紹介しつつ、フィンランド福祉国家における公共部門と民間部門の関係について検討する。フィンランドでは、1950 年末以降から中央・地方政府を中心とした公共部門のイニシャティブによって急速に福祉国家が発達を遂げた。一方、民間部門は、積極的な公共部門の影に隠れがちであった。民間ソピムスヴオリは 1970 年に設立され、精神病リハビリテーションの草分けとして、独創的な活動を展開している。

This article aims to present a case study on the Sopimusvuori, a private organization, though field work done by the author in March 1997 and to study the relations between public and private sectors in the welfare state in Finland. In Finland the welfare state has rapidly developed and improved since the end of the 1950s with the initiatives of public sector (central and local governments). The private sector tends to gain less attention, left in the shadow of the active public sector. The Sopimusvuori established in 1970 can be regarded as a private welfare organization who has made a unique contribution to the care of psychiatric patients/clients through innovative work by developing residential rehabilitation houses.

1. はじめに

本稿では、フィンランドの社会福祉において 1970 年から今日まで独創的な活動を展開してきた民間団体ソピムスヴオリ協会 (Sopimusvuori ry.) の事例を検討しつつ、北欧型福祉国家における公共部門と民間部門の関係について考察する。日本では、北欧型福祉国家はこれまで主にスウェーデンやデンマークを中心に紹介されてきたが、本稿ではフィンランドに焦点を絞る。フィンランドでは、戦後の福祉国家の発達・充実期には公共部門 (国・自治体) のイニシャティブが不可欠であった一方、民間部門は、積極的な公共部門の影に隠れがちであった。フィンランドの福祉国家は、1990 年代前半の不況と 15% 以上にのぼる大量失業の時代を経て今日大きな転換期にさしかかっており、社会福祉サービスの供給体制でも民間の役割が見直される方向にある。他の欧米諸国や日本で福祉国家の危機論が取り沙汰された 1980 年代には、フィンランドは好況期にあり、フィンランドでの福祉国家の危機は、1990 年代に入って国内景気の急落や大量失業の発生という困難な状況下で一挙に現実化した。1990 年代後半にさしかかった今日では、景気は回復しているが失業問題では抜本的な改善はみられない状況にある。以下では、まず、フィンランドにおける福祉国家の展開について簡潔に述べた後、民間部門の一事例としてソピムスヴオリ協会の活動を検討し、フィンランドの福祉国家における民間部

*高橋睦子：宮崎国際大学比較文化学部比較文化学科 〒889-16 宮崎県宮崎郡清武町加納 1405
phone: 0985-85-5931, fax: 0985-84-3396, e-mail: mtakahas@miyazaki-mic.ac.jp

門と公共部門の関係および民間福祉団体の意義について考察する。

2. フィンランドにおける福祉国家の展開

フィンランドは北欧5か国の一員であり、総人口5,116,826人(1995年12月31日)、ロシアから1917年に独立を遂げた後は1919年に大統領制を採用し今日まで共和国として発展してきた。人口動態の変化についてみれば、65歳以上の高齢者人口の割合が全人口の7%以上を占める高齢化社会にフィンランドが突入したのは1950年代末であり、高齢者人口が14%を上回る高齢社会に到達したのは1994年である。高齢化社会から高齢社会への移行に要した時間からすれば、フィンランドは45年余で、同様の変化に86年(1890年~1975年)を要した隣国スウェーデンに比べてかなり急速な変化を経験したことになる¹。高齢化の進展では、フィンランドは、スウェーデンの1900年の水準に60年遅れで到達したが、1960年から1978年にかけて急激に高齢化が進んだ(Vanhustyö 1992, p. 11-12)。フィンランドでは少子化も進行し、1995年統計では、特殊合計出生率は1.8、1世帯当たりの平均人数は3.0人、既婚女性1,000人に対する離婚件数は13.9であった(Suomen tilastollinen vuosikirja 1996, p. 84, p. 103, p. 109)。

フィンランドでの本格的な福祉国家の建設は1960年代以降であり、上述のように高齢者人口が急速に増加した時期とも重なっている。一方、隣国のスウェーデンは、岡沢憲美によれば、「福祉国家の道を選んだのは戦間期で」、「社会改革は1940年代から60年代にほとんどが実行され」、「60年代には世界でももっとも進んだ福祉国家としてそびえ立ようになった」(岡沢1996, p. 26)。したがって、フィンランドはスウェーデンよりも約20年遅れで福祉国家へと急発進したことになる。また、フィンランドの出遅れは、戦前期には公共部門(国・自治体)が福祉への実際的な関与について消極的であったことにもよる。19世紀をも含めた長期的な視点からみれば、フィンランドの公共部門は、一部の例外的な自治体や民間団体による草分け的な事業の後を追う形で、社会福祉事業の射程を拡げてきた。フィンランドの社会福祉事業は、20世紀初頭には「困窮者福祉」(vaivaishoito)とも呼ばれ、その対象者は窮乏者・障害者・長期療養者・精神病患者・孤児・放浪者などの社会的弱者・少数グループを主とし、事業の実施場所「困窮者施設」(vaivaistalo)を含めて社会の落伍者の場所という偏見があった。このように福祉国家前史ともいえる時代には、少数の自治体のほかに民間福祉団体や教会が実質的な社会福祉事業の担い手として不可欠な存在であった²。

こうした福祉国家への出遅れには、フィンランドの社会情勢、とくに独立直後1918年の内戦の影響も見逃せない。内戦後のフィンランドでは、国家財政に占める社会支出の割合はヨーロッパ諸国の中でもとりわけ低くとどまり、社会保険制度も遅いスタートを切った(Sipilä 1989, p. 91)。ロシア帝国からの独立直後に勃発した内戦は白軍の勝利で終結したが、イデオロギー対立の顕著な形として国民を二分しただけでなく、戦災によって国民福祉が多大な被害を被った³。内戦によって社会には労働者階級を警戒する雰囲気が生じ、この結果、階級間格差の緩和によって社会の安定・安全の維持

¹ 日本の場合は25年(1970年~1994年)を、イギリスでは約50年(1930年~1980年)をそれぞれ要した。

² こうした民間福祉団体の具体例としては、フィンランド赤十字社やマンネルヘイム児童保護連合(Mannerheimin lastensuojeluliitto)などがある。

³ 赤軍白軍双方合わせて3,000人以上が戦死、2,400人が殺害され、内戦後は赤軍8,400人が死刑に処され12,000人が獄中死した。約14,000人の子供をかかえる約5,000の家庭が戦災のために養い手を失い片親となり孤児の数は1,000人以上にのぼった(Urponen 1994, p. 163)。

を目指すドイツ型社会国家・社会政策は、フィンランドでの適用の意義や可能性を失う結果となった。1920年代末の内政の右傾化や1930年代の経済危機は、フィンランドの福祉国家への歩みを鈍らせた(Louhelainen 1988, p. 200)。さらに、フィンランドは、冬戦争(1939年～1940年)・継続戦争(1941年～1944年)という2回の対ソ連戦争を経て、戦禍の中から「戦後」のスタートを切ることになる(Urponen 1994, p. 206-207)⁴。この点からも、フィンランドは、第二次世界大戦中には中立を貫いたスウェーデンとは社会状況が大いに異なっている。

このような福祉国家建設における実質的な出遅れとは別に、フィンランドでも一部の専門家や政治家の間では戦前期においても社会福祉を含めて社会政策の充実の必要性が議論されていた。ラウハラ(Rauhala 1995, p. 99)は、「フィンランドにおける福祉国家出現の萌芽は、独立前の1907年から1914年の国会で、困窮者にとどまらず国民すべてを対象とした普遍的な社会保障の必要性が議論されたことにもうかがえる」と指摘している⁵。たとえば、地方の保育制度に関する法案は1909年に国会にかけられ(法案可決は1927年、全国規模での実現は1973年)、さらに、疾病保険に関する法案も1913年～1914年に初めて国会審議にかけられた(実現は1960年代)。福祉国家の建設が実際に積極的に進められたのは戦後で、1964年に疾病保険法、1972年に国民保健法が、社会福祉サービスでは1973年の保育法がそれぞれ発効し、1961年から1976年にかけては、国の社会関係支出の伸びは毎年約8%に及んだ。こうした一連の戦後改革を経て、フィンランドは北欧型福祉国家となり、社会保障が普遍化(分配国家化)するとともに、社会福祉サービスも広範に市民生活を網羅するようになった(サービス国家化)(Heinonen 1993, p. 76)。第二次世界大戦以後の社会変動は、人口の高齢化にとどまらず、世帯規模の縮小、離婚の増加、地方・農村部から都市部(国土南西部)への人口移動、産業構造の変化や女性就労の労働市場への定着化にも反映されており、フィンランドの福祉国家は、こうした社会変動に応える形で発展・充実を遂げていった(Waris 1980, p. 16-19)。

3. 社会福祉における公共部門と民間部門

行政サイドの視点からすれば、フィンランドの福祉国家の基礎は、市民生活・福祉をすみずみまで網羅している法律制度と法律・規則を公正に実現するための行政制度・組織といっても過言ではない。福祉行政では地域・市民生活にもっとも近い自治体が主役であり、中央の社会保健省は、全国に455ある自治体の福祉行政を監督し全体としての福祉政策の企画・調整を担っている⁶。しかし、このような見方は、福祉国家の展開について公の制度に視野を限定しがちな点で問題も含んでいる。福祉国家が市民のイニシアティブではなく行政の主導にあるとすれば、市民は単に行政サービスを利用する受け手に過ぎないのではないかという危惧も一部の研究者から指摘されている。自治体や国といった公共部門が北欧型福祉国家で果たしている重要な役割については疑問の余地はないが、これではあた

⁴ 8万6千人の戦死者、約20万人の負傷者(約7万人に後遺症が残った)、5万人の戦争孤児、2万4千人の未亡人など、戦争被災者は当時の総人口の5.5%に及び、戦争直後には国民総生産は1930年代半ばの水準にまで落ち込み、戦時中からの生活水準の低下のために1950年代初頭まで物資の支給制度が続けられた。

⁵ フィンランドでは独立前のロシア大公国時代(1809～1917年)にもかなりの自治が認められ、スウェーデン時代(1809年以前)からの社会制度の多くが抜本的な変化なく引き継がれた。このため、独立そのものは歴史的な事件ではあるが、フィンランド国内の社会制度の継続性も看過できない。

⁶ フィンランドの行政組織では、県(lääni ラーニ)は地方において自治体に対して国・中央官庁を代表する機関であり、県知事(maaherra マーヘッラ)は大統領が直接任命する。

かも民間部門には活動スペースがほとんど残されていないかのように考えられがちでもある。実際には、1980年代半ば以降1993年にかけての法制度改革によって、自治体が住民の福祉ニーズに応じるために各種の福祉サービス（主に介護や配膳・送迎など在宅サービス等）を民間業者・団体から買い上げる権限が拡大・強化され、民間部門はサービス供給体として新たに見直される方向にある。また、ミリヤ・サトカによれば、民間に対する国・中央政府の態度に変化の兆しが現われ始めたのは、社会保障省が民間福祉団体の関係者を公共部門との合同会議に招いた1974年末ごろからとされる（Satka 1994, p. 331）。

福祉運動論との関連からすれば、ヨルマ・シピラ（Sipilä 1989, p. 132）が「福祉国家では社会運動は活発ではなく、運動は制度化されて福祉国家に吸収される」と指摘しているように、フィンランドでは戦後の福祉国家の発展過程において、政府と対決するような国民的な運動が大規模に展開されることはなかった⁷。これは裏返せば、フィンランドでは、公のイニシアティブによる福祉国家建設が、市民からの広範囲にわたる要求を順調に吸収・反映しつつ進行したことを示唆している。しかし、社会福祉政策の企画・実施が公の主導で行われてきたからといって、必ずしも公の行政や組織の在り方について問題点が指摘されなかったわけではない。たとえば、官僚主義もたらす弊害や、社会福祉サービスの職能集団・専門家と一般市民との関係見直しといった課題については、今日まで論争が展開されている。専門知識を持たない一般市民が福祉サービスの積極的なクライアントかつ消費者として専門家とどのような関係にあるのかという議論は今後も続けられよう（Pohjola 1993 等参照）。また、理論的な枠組みへの関心から、ベッカ・クーシ（Kuusi 1961）を皮切りに1980年代後半にかけて一部の研究者の間でフィンランドの福祉国家のイデオロギー的・経済的な行き詰まりや危機について議論が重ねられてきた（Kosonen 1987, Anttonen 1989, Raunio 1995 等参照）。

フィンランドの福祉国家がスタート時点でスウェーデンに比べて出遅れたことはすでに指摘した。フィンランドの福祉国家は、戦後期のダイナミックな社会変動への対応として発達を遂げ、その事業対象はもはや少数グループへの支援に限定されず、今日までに市民生活への総合支援体制として存在意義を確立している。戦前までフィンランドで支配的であった農村的共同体は戦後急速に凋落し、親族や家族の絆の弱まりや女性労働力の労働市場進出という変化は、公共部門による生活支援体制への国民的要請の原動力となった⁸。こうした福祉国家の発展過程で公共部門は常に中心的な地位を占めてきたが、今後の福祉国家の展開との関連では、公共部門と民間の協調がさらに重要な課題となろう。以下の事例研究は、戦後のフィンランドの福祉国家の発展・充実期における民間福祉団体の活動の意義・可能性や問題点を浮き彫りにしている。

4. 事例研究：ソピムスヴォリ

(1) 設立の背景

⁷ ただし、運動論そのものについては、欧米社会を中心として環境問題・ジェンダー・エスニシティなどの視点に基いた代替的な価値観への関心が高まりとともに、今日でも福祉国家論では議論が続いている（Fagan and Lee 1997, p. 143 参照）。

⁸ エスピング・アンダーソン（Esping-Andersen 1990）の福祉国家の3類型モデルでは、フィンランドは「社会民主党勢力の翼下で福祉国家が発達したスκανジナビア福祉国家」に含まれる。実際にはフィンランドでは社会民主党は常に他の政党との連立内閣における与党であり、社会民主党が長期間にわたって単独与党の地位を占めたスウェーデン（岡沢 1991 参照）等とは内政事情は異なっている。

ソピムスヴオリ協会は、公立精神病院の看護婦レーナ・サルミヤルヴィ (Leena Salmijärvi) 氏が医師ら数名の同僚とともに 1970 年に設立した民間福祉団体である。この協会の目的は、精神病院からの社会復帰を支援し、共同作業を通じて精神病院を退院し在宅ケアを受ける者たちの精神的、身体的、社会的能力を増進することである (*Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä* 1995, p. 25)。この協会の設立に先立ち、1960 年代後半には、一部の精神病院 (公立) でも精神病患者へのリハビリテーション・在宅ケアによる社会復帰支援への試みが行われており、フィンランドにおける戦後の精神病医療の展開については次のように要約できる。

1952 年に改正された精神病法は、すでに在宅治療に対しても肯定的であった点で当時の世界水準では進歩的な法律であったが、実際には戦後フィンランドの精神科治療・リハビリテーションは病院を中心として展開された。この背景には、戦後直後には精神科医療サービスが根本的に不足し、しかも、入院治療こそが精神病に最も効果的であるという見解が支配的であったためと指摘されている。1950 年代から 1960 年代にかけては、一般に全国的な病院網が整備されるとともに、精神病棟ベッド数も飛躍的に増えていった (前掲書 p. 13~14)。1950 年代から 1960 年代にかけては、18,000 の精神病棟床数のうち精神分裂病患者は 55~60% を占め、精神分裂病症候群のような困難な精神病に対しては精神病院でも悲観的な態度が一般的であった。1960 年代の調査研究では、精神分裂病と診断された精神病棟の入院患者のうち、以前の仕事への復帰が可能な者は 7~10%、援護就労を含めて何らかの就労が可能な者は全体の 3 分の 1 と推定され、残りの 3 分の 2 の患者グループについては病院に留まるのが最も適当との見解が示されていた (前掲書 p. 15)。

1960 年代にはイギリス、米国、オランダなど外国の治療例を通じて、フィンランド国内でも精神分裂病の長期患者へのリハビリテーションや施設化打破について従来の悲観的な態度が見直され始めた。1960 年代後半から活動セラピーが次第に国内で普及し始め、一部地域では精神病患者への労働訓練や産業セラピーが実施されるようになった。当時フィンランドは労働力不足の状況にあり、軽度精神病患者には病院内での援護就労の機会も与えられた。1965 年から 1967 年にかけて北部ハメ精神医療行政地区で精神病院患者の状況と施設化の問題についての調査研究が実施され、これによって、精神病院患者の施設化・慢性化の問題が浮き彫りにされた。とくに、精神分裂病患者の入院期間は平均 14.5 年であり、他の患者の 8.5 年と比べ長期化の傾向が明らかになった (前掲書 p. 18)。

ソピムスヴオリ協会の設立には、在宅医療ケアの試みから得られた経験と成果が大いに影響したとされる。この試みは、1965 年に国民年金庁の研究助成を得て実施され、精神分裂症や妄想を患う 16~45 歳の患者 24 人について、集中的で家族を中心とした在宅医療ケアを 1~2 年間行なった。これによって、不必要な官僚主義を除去し、患者やその家族のために精神医療機関と家庭の間に弾力的なケアやリハビリテーションの形態を開発する必要性が明らかになった。こうした新しいケア形態の開発について公共部門でも検討されたが、当時の精神病法によれば自治体連合は居住サービス、リハビリテーション・ホームまたは援護就労の職場を設立できず、国からの助成を得られるかどうかも定かではなく、自治体は二の足を踏んでいた。このような状況下で唯一残された選択肢は民間協会の設立であった (前掲書 p. 21-22)。

(2) 問題と危機

ソピムスヴオリ協会は、設立初期には既成のモデルもなく模索の壁にぶつかった。とくに初期には、

保護、ケアまたは積極的なリハビリテーションのどれを提供すればよいのか明確でなく、協会の目標ではリハビリテーションが協調された一方で、スタッフの経験・訓練では保護やケアに重点があった。協会の活動が斬新であったことから、スタッフは通常の精神病院勤務よりも大きな責任を負うことになり、クライアントの権利・義務にも曖昧な点が残っていた。クライアントの自主性を引き出さなければならない反面、万一の場合の責任の所在についてスタッフはジレンマに直面しなければならなかった。居住環境が変われば直ちにクライアントの自主性も高まるということではなく、実際には初めのうちは長期療養病棟がそのまま協会提供の快適な空間に移ってきたような状況であった（前掲書 p. 29）。

クライアント側も長期にわたる患者としての経験から病院並みの完全看護を要求しがちで、「スタッフはクライアントの世話をするために給料を得ている」という声が当初しばしばクライアント側から聞かれた。住居形態もアパート式個室寮ではクライアントの共同作業参加のためのスペースがなく、小規模一戸建住宅へと移ることになった。協会の活動は当初から一般の地域コミュニティの中で展開されたが、周囲からの偏見や拒否反応にも直面した。1980年代初めの調査でも、一般健常者の間にはソピムスヴオリ協会の活動に対しかなりの距離感や恐れがあることが明らかにされている。しかし、インタビューに応えた者自身によれば、実際にこうした恐れが現実化したことはなかった。むしろ問題の所在は、都市文化・生活形態に典型的な近隣住民間の面識の少なさにある（前掲書 p. 29-30）。

医療行政当局との関係では、ソピムスヴオリ協会設立当初から公の当局の間に時として軋轢が生じた。とりわけ1970年代には民間はいかなる医療サービスも行わべきでなく公共部門に代表される社会が個人の福祉・健康を保障するという考え方が実質上公式見解であり、ソピムスヴオリ協会は時とともに消え去っていく異端とみなされた。公共部門との関係に生じた問題・軋轢は見解の相違と情報不足によるものがほとんどで、競争、ねたみ、新たな恐れを反映していた。ソピムスヴオリ協会の提唱したりリハビリテーション楽観論は、自治体の精神医療スタッフには誇大妄想のように受け止められた。こうした見解の相違は、ソピムスヴオリ協会の場合に限らず、公共の医療制度内部においても協力作業を困難にする要因である。幸い1974年に最寄りの公立精神病院にリハビリテーション棟が設置され、リハビリテーションの開発で公共医療とソピムスヴオリ協会との間に本格的な協力が進められるようになった（前掲書 p. 30）。

(3) ソピムスヴオリと地域社会の連携

ソピムスヴオリの活動は、図1に示されるように、医療行政区内の5ヵ所の精神病院だけでなく、大学、医療・社会福祉専門学校、職業訓練学校、クライアントの家族、教会、ボランティアなど、地域コミュニティの各方面にわたり広範なネットワークに基いている。こうしたネットワークは、とりわけソピムスヴオリ協会が元精神病患者という社会的弱者をクライアントとして、社会に根強い精神病への偏見・差別と福祉国家のリーダーである公共部門との緊張関係を乗り越えて、今日まで活動を展開していく上で不可欠であった。

また、フィンランドの精神医療全体の展開においても、精神病患者への医療・支援体制の重心は、病院（隔離施設）から在宅治療へと移行してきており、地域社会への融合・組み込み（インテグレーション）が一層重視されている。表1のように、1980年代から精神病院のベッド数や患者数は減少し

続いている。幾分かは一般病院でも精神病患者を受け入れている場合もあるが、フィンランドでは、社会保健省を中心とした中央レベルで 1980 年代に根本的な精神医療サービス体制の改革に取り組んできた。1984 年の『精神医療委員会報告』(Mielenterveystyön komitean mietintö) や 1981~1987 年の精神分裂病・全国プロジェクト等は、こうした精神医療改革の基盤であり、1980 年代に国外で在宅治療が一層普及したことも影響し、フィンランドでも在宅治療が公共部門で受容されていった (Korkeila & Tuori 1996, p. 61-63)。このような精神医療の展開と照合すれば、1970 年に発足したソピムスヴオリ協会の試みはフィンランドの精神医療において時代の流れを先取りしていたと考えられる。施設から在宅へという重点の変化は、今日では精神医療に限らず各分野の社会福祉サービスに普及している。ソピムスヴオリ協会の先駆的な活動は、在宅ケアを精神医療の分野で実施する中で、地域社会を活動の中に取り込みながら精神病そのものや精神病患者への社会的偏見を軽減するように努めてきた点でも大きな意義がある。

表 1 精神病院ベッド数・患者数の推移 (1980 年~1994 年)

(年)	ベッド数	患者数	住民 1,000 人あたりの ベッド数
1980	20,036	17,354	4.2
1985	17,143	14,533	3.5
1990	12,336	10,026	2.5
1991	10,570	8,561	2.1
1992	9,730	7,401	1.9
1994	7,708	6,527	1.5

(患者数は毎年 12 月 31 日時点の人数)

出典 : Korkeila & Tuori 1996, p 64.

(4) ソピムスヴオリ協会の組織構成とソピムスヴオリ財団の誕生

ソピムスヴオリ協会は、1970 年の発足以来今日まで一貫して精神病リハビリテーションの分野で活動しているが、組織的には約 10 名の幹部役員がおかれ、事務的な仕事は実質上数名の役員が引き受けている。協会そのものは約 300 人の会員を擁し、さらに活動支援のために約 100 名がボランティアとして参加している (Sopimusvuori ry:n toiminta 1997, p. 16)。

ソピムスヴオリ協会とは別にソピムスヴオリ財団 (Sopimusvuori säätiö) があり、近年注目を集めている痴呆症高齢者のためのケアホーム事業はこの財団によって運営されている。協会と財団とが並存するのは 1970 年末の法制度改革の影響ともいえる。1978 年の精神病法の改正にともなって民間のケア・リハビリテーションが不可能になるのではないかと危惧され、ソピムスヴオリ協会は同じ幹部役員のもとにソピムスヴオリ財団を設立した。ソピムスヴオリ財団は、スロットマシン協会の助成

金や個人の遺言寄付による住宅不動産を基本資産として、1979年に公式登録された⁹。

このような危惧とは裏腹に、精神病法改正でソピムスヴオリ協会の活動が妨げられることはなく、ソピムスヴオリ協会とソピムスヴオリ財団はともに今日まで活動を続けている。ソピムスヴオリ財団は1991年までは住宅不動産の購入・確保を通じてソピムスヴオリ協会の活動場所の確保を主な活動としたが、この際、スロットマシン協会からの助成が財団の財源の7割を占めていた。1988年にソピムスヴオリ財団は痴呆症高齢者のためのケアホームの企画に着手し、1991年からは痴呆症患者のためのケアホーム活動が同財団によって運営されている。

(5) リハビリテーション・ホームとケアホーム

著者は1997年3月4日に精神病リハビリテーション・ホーム（ソピムスヴオリ協会）ヴァッレリ Valleri と痴呆高齢者ケアホーム（ソピムスヴオリ財団）インピヴァーラ Impivaara を訪問視察した。これらは、日本では最近各地に建設されているグループホームに相当すると考えられる（山井&斎藤1994, p. 80-88 参照）。ヴァッレリとインピヴァーラは、庭付平屋建ての改造住宅で隣接しており、タンペレ市内中心から市バスで約8分の郊外にある。これらの改造住宅は、居住者が一同に会し食事・懇談する居間とこれに隣接する共同台所を中心とし、寝室は2人部屋あるいは個室である。いずれもスタッフ専用の控室や事務室はないが、これは共同体の生活で居住者（クライアント）が主役になるようにとの配慮による。ただし、痴呆高齢者ケアホームの場合、出入り口には庭と建物の二箇所いずれも電子錠が付けられている。規則や束縛をできるだけ避け居住者の自主性を尊重するソピムスヴオリの基本方針からすれば、この電子錠は例外的な制限事項であるが、痴呆症患者が付き添い人なしで外出・徘徊すれば迷子・遭難（冬であれば凍死）することもありうるため、現実のリスクに対応した措置であると考えられる。リハビリテーション・ホームもケアホームも、庭は高さ約1.2メートルの木塀で囲まれているがいずれも垣根で覆われ、居住者が庭に出ようになると春から秋にかけては垣根の葉の茂みで木塀は目隠しされる。

リハビリテーション・ホームでは約10人前後の居住者が共同生活を送っており、いずれも精神病院での長期入院・長期投薬歴があるが、料理・洗濯当番や庭の手入れなどの作業を分かち合うグループセラピーを通じて、各自のペースに合わせて社会復帰への準備・訓練が行われている。リハビリテーション・ホーム・ヴァッレリでは、収容人員は15名（うち1名分はデイケア）に対して、常勤スタッフ3名および補助として学生（タンペレ大学心理学科）1名の人員配置である。共同生活ではグループ内の開放性を保ち家族的な支え合いの関係を築くことに重点が置かれ、何らかの問題が生じた場合には、基本的にグループでの話し合いを重ねつつ解決を模索する。料金は1名につき1泊62マルッカ¹⁰（月1,860マルッカ、一人部屋は月2,010マルッカ）、デイケアは1日56マルッカである（Sopimusvuori ry 1997）。

これに対して、痴呆高齢者ケアホームの居住者は、在宅ケアの利用による独居はできなくなったがまだ比較的健康で入院治療や福祉施設での集中的なケアを緊急には必要としない高齢者である。現在

⁹ スロットマシン協会（Raha-automaatti yhdistys）は、宝くじやスロットマシン事業からの収益金を主に社会福祉事業に還元しており、民間福祉団体にとっては国からの助成金とならんで不可欠な財源の一つである。

¹⁰ 6月6日付通貨レート（フィンランド銀行）によれば、1円=0.04495マルッカ、1マルッカ（markka）は約22円（Helsingin Sanomat 07.06.1997, p. B9）。

の医学では薬剤・治療によって痴呆症が治癒することはないが、このケアホームの目的は、痴呆症の進行をできるだけ遅らせるような生活環境を提供し、居住者ができるだけ長く快適な生活を送れるよう支援することにある。つまり、上述のリハビリテーション・ホームはクライアントが病院から一般社会へ復帰できるよう事前準備を支援するのに対し、ケアホームはクライアントが在宅から病院・施設に移るまでの中間期間をなるべく延長しようとするものである。

インピヴァーラ・ケアホームは、ソピムスヴオリ財団による痴呆症高齢者ケアホームの草分け的存在として 1991 年 6 月に開所した。ケアホームは今日まで一貫して重度痴呆症の高齢者を対象としており、インピヴァーラの収容人数は初めは 10 人であったのが、その後この種のケアホームの需要は増え続け現在では収容人数は 14 人に増えた。1996 年活動報告によれば、インピヴァーラ・ケアホームの1年間の居住者は延べ 16 人で、年齢層は 69 歳から 89 歳であった。ケアホームは独立の経営主体として財政を決定できるが、ソピムスヴオリ財団から1日につき居住者1人あたり 29 マルッカの財政支援を得る他、住宅維持にかかる暖房、電気、水道料金はいずれも財団が支払っている。居住者の食事はすべてケアホーム内の台所（電気オープン・大型皿洗い機付きのいわゆるシステムキッチン）で準備され、白パンや菓子パンも自家製で、シーツ、テーブルクロスや絨毯もケアホーム内で洗濯されることが多い。食材や洗剤は割安のスーパーマーケットから購入するなどして支出を最低限に抑える工夫を重ねながら、節約で得られる余剰財源は財団の指示ではなくケアホームの判断で必要な物品の購入に当てることができる（*Vuosikertomus/1996*）。

痴呆高齢者ケアホームのクライアントの状態や社交性にはかなりの個人差が見られ、日によって個人の状態に大きな振幅が出やすいが、痴呆症が比較的軽度のクライアントも症状のかなり進んだクライアントも同じ屋根の下で生活時間の大半を共にしている。クライアントの寝室は大半が2人部屋で、各自カーテンや最小限の家具、家族の写真などを持ち込みが認められ、スタッフにもクライアントにも制服はない¹¹。1日は午前7時起床・朝食で始まり午前11時30分の昼食、午後2時のコーヒー、午後4時30分の夕飯、午後7時の飲茶の後シャワーを浴びて就寝という時間サイクルを軸としている。これに加えて週間スケジュールでは、週に2回のサウナ浴（午前中）、週3回の食事メニューについてのクライアントとスタッフの話し合い、週5回の高齢者向けの軽い体操などが組み込まれ、クライアントには十分な自由時間がある。昼間は2名のスタッフ（常勤1名と臨時雇い1名）がクライアント各自の状態に合わせて日常生活の作業（調理・配膳手伝いなど）への参加を促しながら常にクライアントとの会話・話しかけを欠かさない。夜間スタッフは1名であるが、時として寝付かれずに話し相手を必要とするクライアントの相談相手として、また、クライアントの健康管理や緊急時への対応などで重要な役割を果たしている。スタッフは常勤8名で3交替制のローテーションを分担し、昼間は常勤の補佐として臨時スタッフが労働力事務所の雇用事業により約半年の期限契約で雇われている。

ケアホームではグループ居住と日常生活サービスおよび患者の家族への支援サービスが実施され、ケアホーム居住者は家族のように寝食をともにし日常生活を送りながらコミュニティ・セラピー・ケアを受ける。ケアホームでは、居住者とスタッフが全員で一緒に料理・食事をし、居住者を受け身に

¹¹ このように最低限の個人の所有物を施設内に持ち込んで、施設内での住み心地を改善しようとする工夫は、ソピムスヴオリに限らずフィンランドの福祉施設に広く定着している。ただし、病院では患者は病院の提供するパジャマを着用するのが普通である。

するような施設的な要素をあらゆる手段で排除するよう努めている。公の医療サービスも必要に応じて使用される一方、居住者の中にはケアホーム入居後も自己負担で、かかりつけの自治体保健センターや民間医師の医療サービス利用や家族の手助けで薬の調達を続けている者が多い。ケアホームの小規模グループでの生活では居住者は昼夜を通じて各自個人として尊重され、大規模な福祉施設で顕著になりやすい痴呆症患者に特有の圧迫感、不安、攻撃的な振る舞いは減少し、結果的に患者への投薬の必要性も少なくなるとされる (Sopimusvuori ry 1997)。

1997年初頭には8軒のケアホームに87名の痴呆患者が居住し、常勤スタッフは58名であった。1軒につき居住者数は8名から14名に制限されている。各ケアホームの主任スタッフは看護師の資格を持つ者であり、その他のスタッフは主に指導員 (ohjaaja) で医療福祉または社会福祉関係の教育を受けている。こうした人員配置によって、もはや自分の言葉で健康問題を言い表すことができなくなった居住者についても、できるだけ早期に問題を発見し適切な手当を行えるようケアホームでの生活の安全保障に努めている。

5. 討論

ソピムスヴオリ協会は、グループ・リハビリテーションによってクライアント個人の社会復帰を支援する活動を通じて、公共医療機関としての精神病院と一般社会の間には大きな距離があることを指摘している。精神病院から出た後に自治体福祉のクリニックで精神衛生相談を受けるには何らかの具体的かつ緊急の問題がなければならず、この点で自治体 (公共部門) の精神衛生福祉サービスの限界が浮き彫りにされる。ソピムスヴオリ協会のクライアントの大半は、差し迫った問題はないが日常生活での人間関係への自信を取り戻すための人間的なふれあいや支え合いを必要としている人々である。民間団体としての柔軟性や弾力は、投薬や入院といった伝統的な医療分野から一般社会への復帰を支援する上で、強力な武器といえる。

アンッティネンは、ソピムスヴオリ協会は、伝統的な精神医療を支配してきた二つの危険な「王」に対してうまく闘ってきたと指摘しており、この二つの「王」とは「保護主義」と「官僚主義」という悪王のことである (Anttinen 1990, p. 557)。こうした「王」は、現在でもフィンランドで公共の福祉施設を視察する際に注意深く観察すれば気付かざるを得ないように、施設内の生活を縛っているさまざまな規則・制限や許可制度という形でしばしば姿を現わしている。福祉国家における公の官僚組織や社会福祉の専門家は、市民個人の福祉について重要な決定・判断にしばしば関わることで、公僕であると同時に公権力の行使者の立場に立つことになる。ソピムスヴオリ協会のような民間福祉団体の存在や活動は、市民社会の観点から福祉国家と福祉社会の関係を問うことでもある。

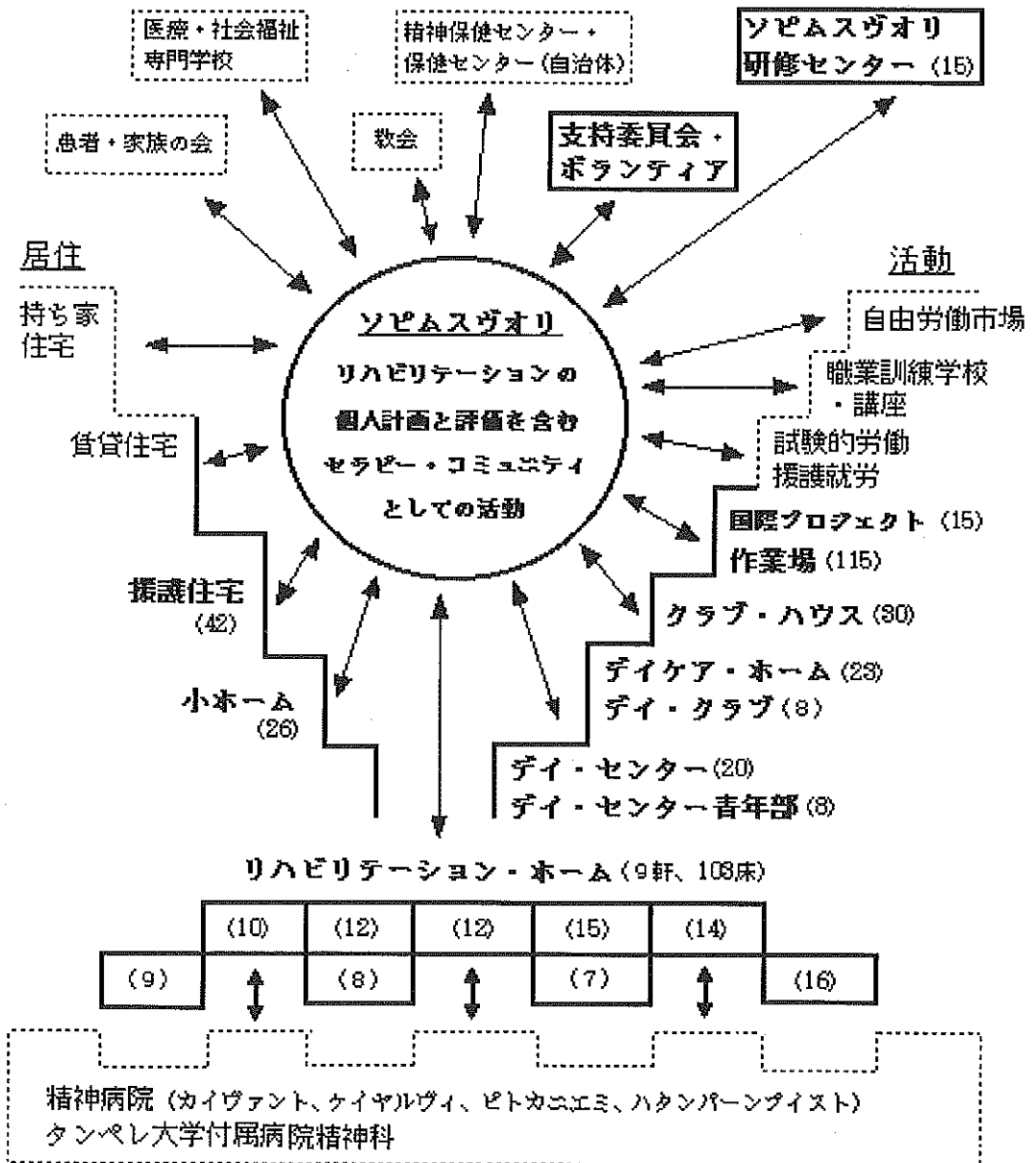
ソピムスヴオリ協会の事例によって、高度に整備された制度・組織を備えた福祉国家にもさらに改善の余地があると指摘できる。さまざまな困難や軋轢・誤解を乗り越え、今日ではソピムスヴオリ協会は公共部門と一層建設的な協力関係を築きあげている。ソピムスヴオリ協会は決して大規模な全国的な運動ではなかったが、少しずつ実績を重ねることでその存在意義が公共部門側にも認められ、現在では全国的によく知られるようになった事例である。高い評価はフィンランド国内にとどまらず、同協会はスウェーデンの関係団体・グループを対象とした短期講習も実施している。福祉におけるイニシャティブを国・自治体の政府に一任してしまうのではなく、公共部門に不足しがちな弾力性を求めて、個人や有志グループが自らのイニシャティブを発揮すべく探究・創造した活動の場が民間福祉

団体であった。したがって、この事例では、公共部門か民間かという二者択一が問題となるのではない。むしろ、フィンランドの福祉国家は、今後も公共部門を主軸としながらも、民間の活動と共存させ民間による実験的な活動の成果を吸収することでさらに市民社会の福祉ニーズに応える柔軟性を得ることができるのである。

引用文献

- Anttinen, Erik E. (1990). "An Integrative Model for the Rehabilitation of Schizophrenic Patients in Tampere". 日本語訳：若生年久「タンペレ市（フィンランド）における精神分裂病患者のリハビリテーションの統合的モデル」『精神医学』第32巻第5号（1990年5月15日発行）医学書院、p. 553～559.
- Anttonen, Anneli (1989). *Valtiollisesta yhteisölliseen sosiaalipolitiikkaan*. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge.
- Fagan, Tony and Lee, Phil (1997). "New' Social Movements and Social Policy: a Case Study of the Disability Movement", *Social Policy. A Conceptual and Theoretical Introduction*, Michael Lavelette and Alan Pratt (eds.). SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi, p. 140-160.
- Heinonen, Jari (1993). *Kattotarinnasta monikärkiseen pohdintaan. Ajatuksia suomalaisesta sosiaalipolitiikasta*. Gaudeamus, Helsinki.
- Helsingin Sanomat* 07.06.1997, p. B9.
- Korkeila, Jyrki & Tuori, Timo (1996). "Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos", *Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen*, Riitta Viialainen & Juhani Lehto (eds.). STAKES raportteja 192, Helsinki. p. 61-76.
- Kosonen, Pekka (1987). *Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit*. Vastapaino, Tampere.
- Kuusi, Pekka (1961). *60-luvun sosiaalipolitiikka*. WSOY, Porvoo.
- Louhelainen, Pekka (1988). *Tarve vai ansiot? Suomalaisen sosiaaliturvan tavoitetaso huoltovaltion vaivashoidollisista periaatteista hyvinvointi-ideologiaksi*. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.
- 岡沢憲芙 (1991) 『スウェーデンの挑戦』岩波新書 177、岩波書店。
- 岡沢憲芙 (1996) 『スウェーデンを検証する』（増補版）早稲田大学出版部。
- Pohjola, Anneli (1993). "Asiakas sosiaalityön määrittäjänä", *Monisärmäinen sosiaalityö*, Riitta Granfelt et al. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki. p. 55-95.
- Rauhala, Pirkko-Liisa (1995). *Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa?* Acta universitatis Tamperensis ser A vol. 477 (Ph.D. dissertation) Tampere.
- Raunio, Kyösti (1995). *Sosiaalipolitiikan lähtökohdat*. Gaudeamus, Helsinki.

- Satka, Mirja (1994). "Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi", *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia*, Jaakkola, Jouko et al. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy. p. 261-339.
- Sipilä, Jorma (1989). *Sosiaalityön jäljillä*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä* (1990). Markku Ojanen et al. Sopimusvuori ry, Tampere.
- Sopimusvuori ry (1997). *Sopimusvuori ry:n kuntoutuspaikat ja -maksut 1.1.1997 alkaen*. Tampere.
- Sopimusvuori ry:n toiminta 1996* (1997). Sopimusvuori ry, Tampere.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 1996* (1997). Tilastokeskus, Helsinki.
- Urponen, Kyösti (1994). "Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon", *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia*, Jouko Jaakkola et al. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki. p. 163-260.
- Vuosikertomus/1996* (1997). Dementiakoti Impivaara. Sopimusvuori säätiö. Tampere.
- Vanhustyö* (1992). Koskinen, Simo & Ahonen, Seija & Jylhä, Marja & Korhonen, Anna - Liisa & Paunonen, Marita. Vanhustyön keskusliitto - Centralförbundet för de gamlas väl ry. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Waris, Heikki (1980). *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka*. WSOY, Helsinki.
- 山井和則・斎藤弥生 (1994) 『体験ルポ・日本の高齢者福祉』岩波新書 351、岩波書店。



— ソピムスヴオリ協会の活動 (括弧内の数字は収容人数)

ソピムスヴオリ協会 (ピルカンマー医療行政区) 収容人数総数405人、
スタッフ総数53人 (1996年)

出典: *Sopimusvuori ry:n toiminta* (1997), p. 2.