

157-165.

- World Health Organization, 1992. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva.

G. 研究発表

1. Shimodera S., Mino Y., Inoue S., Izumoto Y., Fujita H., Ujihara H., Expressed Emotion and Family Distress in Relatives of Patients with Schizophrenia in Japan, *Comprehensive Psychiatry*, 41:392-397, 2000
2. Mino Y., Shimodera S., Inoue S., Fujita H., Tanaka S., Kanazawa S., Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan, *Journal of Affective Disorders*, 63:43-49, 2001
3. Shimodera S., Mino Y., Fujita H., Izumoto Y., Kamimura N., Inoue S., Validity of a five-minute speech sample for the measurement of expressed emotion in the families of Japanese patients with mood disorders, *Psychiatry Research*, 112:231-237, 2002
4. 藤田博一, 下寺信次, 氏原久充, 三野善央, 井上新平, 皮膚電気抵抗と家族の感情表出, *精神医学*, 41, 1003-1009, 1999
5. Shimodera S., Inoue S., Mino Y., Fujita H., Expressed Emotion Studies in Japan, *Comprehensive Treatment of Schizophrenia, Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches*, Volume 8, Springer-Verlag, 2002
6. Fujita H., Shimodera S., Izumoto Y., Tanaka S., Kii M., Mino Y., Inoue S., Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry Research*, 110:273-278, 2002
7. 藤田博一, 下寺信次, 三野善央, 井上新平, 精神障害の予防をめぐる最近の進歩, 星和書店, 2002
8. 井上新平, 精神分裂病と関連疾患, 水島裕, 黒川清編 疾患・症状別今日の治療と看護改定第2版, 南江堂
9. 井上新平, 西原真理, 今日の精神分裂病の治療: 総論的な事柄, *医薬ジャーナル*, 38, 61-66, 2002
10. 井上新平, 藤田博一, 高橋美枝, 掛田恭子, 山内祥豪, 片岡賢一, 福澤佳恵, ビデオを用いた医療面接実習の試み, *医学教育*, 34, 21-28, 2003
11. 井上新平, 巻頭言 デイケア居場所論, *デイケア実践研究*, 6, 2002
12. 井上新平, 掛田恭子, 福澤佳恵, 惣田聡子, 藤田博一, 転機をむかえたデイケア(日本デイケア学会第6年次大会基調講演), *デイケア実践研究*, 6, 2002
13. 井上新平, 症状論, *TEXT精神医学第2版*(松下正明, 広瀬徹也編), 95-111, 南山堂, 2002
14. 井上新平, 統合失調症-心理教育の立場から-, *こころの科学*, 105, 39-43, 2002
15. 井上新平, 特集にあたって, *Schizophrenia Frontier*, 3(2), 6, 2002
16. 井上新平, 特集にあたって-集団療法が展開される場-, *Schizophrenia Frontier*, 3(4), 6, 2002

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

痴呆性高齢者の感情評価尺度の信頼性と妥当性
Reliability and validity of ERIC (Emotional Response in Care)
Scale

分担研究者 黒田研二
大阪府立大学社会福祉学部

研究要旨

目的：グループホーム入居者のビデオ映像を撮影し、映像をもとにオーストラリア「痴呆症サービス開発センター」作成の感情評価尺度（ERIC：Emotional Response in Care）の信頼性、妥当性を検討する。

方法：ERIC尺度では10分間の観察をもとに感情反応を、肯定的感情（「喜び」「優しさと愛情」「自発的手助け」）、否定的感情（「怒り」「不安・恐れ」「身体的不快感・痛み」）および参考としてその他4つの感情（「促された手助け」「悲しみ」「創造性」「満足感」）の10項目に区分し、それぞれ4段階で評価する。初めの3つの肯定的感情合計得点と次の3つの否定的感情合計得点を算出する。痴呆性老人グループの協力を得て、入居者8名について1場面10分以上のビデオ撮影を行い、合計94場面を対象に感情評価を行った。

結果：信頼性の検討では、3名の評価者が独立にビデオを見て各場面の感情評価を行い、評価者間の一致度を調べた。その結果10の感情反応の多くで、評価者間の評価は相関しており、一致度は比較的高く（スピアマン相関係数0.4～0.9）、統計学的に有意であった。しかし、「促されての手助け」「悲しみ」については一致度が低かった。また肯定的感情得点に比して否定的感情得点は評価者間の一致度が低かった。その理由として、否定的感情は出現頻度が少なく、評価者間で評価の相違が生じやすいことが考えられた。妥当性の検討として、入居者8名のそれぞれの肯定的感情得点、否定的感情得点の平均値（3名の評価者の平均）を算出し、ホーム職員が行った痴呆性老人生活健康スケール、N式日常生活動作能力尺度、N式精神状態尺度の3種類の評価結果との相関を調べた。その結果、肯定的感情得点は生活健康スケールと強い正の相関を示し、否定的感情得点は負の相関を示した。また感情反応は痴呆の重症度やADLとも有意に相関することが示された。

結論：痴呆性高齢者の感情評価尺度の信頼性、妥当性は良好で、アセスメントの手段として有効である。

A. はじめに

痴呆性高齢者の数は、今後、後期高齢者の人口増加とともに急速に増えていくと予想される。アルツハイマー型痴呆の原因解明や予防方策の開発とあわせて、痴呆性高齢者のケアの質を高める研究が緊急の課題となっている。ケアの質の向上を図る際、指標となるの

は利用者のQOL（生活の質）をいかに確保、向上させることができるかという点である。ケアにおけるQOL評価として日常生活の自立度、主観的満足度などが使用しうる指標のひとつであるが、痴呆性高齢者には質問紙や標準化されたインタビューによるQOL評価は適用が難しいため、独自の評価方法の開発が要

請されている。本研究は痴呆性高齢者に適用できる QOL 評価として、感情表出の評価方法を確立することを目的としている。

本研究では、オーストラリアにおいて痴呆症サービス開発センター所長リチャード・フレミングによって開発された ERIC (Emotional Response in Care) 評価尺度 (Fleming R, 1999) を使用して、日本人においても痴呆性高齢者の感情表出の評価が可能かどうかを検証する。

B. 先行研究のレビュー

まず、痴呆症患者の感情表出をケアの質の向上に活かすために行われたこれまでの研究を概観する。

Magai C ら (1996) は、ナーシングホーム入所中の中期および末期のアルツハイマー型痴呆患者 88 名を対象に、表出される感情の種類や程度を、家族からの報告、介護職員からの報告、および家族面会時における顔面表出の直接観察と記録 (コード化) によって調べた。これら 3 種類の方法により、患者はかなりの幅をもった感情のシグナルを表出していること、患者によっては末期のステージにあるにもかかわらず正常かつ機能的な感情表現を示すことが示された。彼らは、直接観察による感情のコード化に基づき面会に来た家族が帰る際、末期の患者の 3 分の 1 が悲しみの感情を表したことを示している。

Lawton MP ら (1996) は、ナーシングホーム入所中の痴呆性高齢者の感情状態を評価する方法に関する研究を報告している。彼らは「フィラデルフィア老人医学センター感情評価尺度 Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale」により、肯定的感情 (喜び、関心、安心感) および否定的感情 (悲しみ、心配・不安、怒り)、あわせて 6 項目の感情状態を、顔の表情や動作の直接の観察により評価した。253 名の痴呆症患者および 43 名の痴呆症でない人について、それぞれ 10 分間 2 名の評価者が観察を行った。その結果、各

感情の評価結果は評価者間で高い一致度を示し、この評価尺度の信頼性が高いことが示された。肯定的感情は社会的関わりのある行動との相関が強いこと、否定的感情は他の方法で測定された抑うつ、怒り、不安、ひきこもりとの相関が強いことが認められ、この評価尺度の妥当性も高いことが示された。肯定的感情と否定的感情はまったく独立したものではないものの、感情状態が 2 つの次元を有することが示された。

この研究に触発され、オーストラリアの痴呆症サービス開発センターの Fleming R (1999) は ERIC (Emotional Responses in Care) 評価尺度を開発し、現在、オーストラリアの痴呆症ケアにおいて使用されるようになってきている。ERIC 評価尺度では、高齢者が表出する感情を 3 つの肯定的感情 (喜び、暖かさと愛情、自発的手助け) および 3 つの否定的感情 (怒り、不安や恐れ、身体的不快感や痛み) に区分し、それぞれをスコア化して評価する。感情表出の評価は、10 分間以上継続して高齢者の表情や動作を観察して行う。肯定的感情と否定的感情の 2 つの次元に分けて感情表出の評価を行うことは、Lawton らの方法を受け継いでいるが、評価者間一致度を高めるために、評価する感情の種類という点では Lawton らの項目と若干異なった項目を採用している。

進行した痴呆症患者が心理的に良好な状態にあるかどうかの判断は、他者によって観察される動作や言語的・非言語的な感情表出およびその解釈に依存している。Volicer L ら (1999) は、施設に入所している 57 名の進行した痴呆症患者を対象に、直接の観察および介護職員からの聞き取りによるデータをもとに、心理的に良好な状態かどうかを構成する要素を明らかにする研究を報告している。関わり (Engagement) については Lawton が開発した Positive Affect scale, ビジュアル・アナログスケール、環境に対して患者が示す関心の程度によって調べ、気分 (Mood) につ

いては、顔面表出の解釈による全体的気分状態、Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects からの2つの感情項目によって調べた。興奮 (Agitation) については、ビジュアル・アナログスケールおよび Short Form of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory によって測定した。多次元の尺度化および相関分析によって、心理的に良好な状態かどうかを構成する「関わり--無気力」「幸福--悲しみ」「平静--興奮」という3つの次元についての根拠が示された。彼らは、介護施設におけるケアの質および治療的介入の効果を測定するには、この3つの次元を評価することが重要であるとしている。

以上紹介した研究は、いずれも痴呆症患者の感情表出の状態およびその評価方法に関するものであった。Magai C らはそのほか、痴呆症患者の感情表出が病前性格と関連すること、施設の介護職員の非言語的コミュニケーションに対する感受性を高めることで入所者の肯定的感情表出が高まることを示している。それぞれを以下に紹介する。

Magai C ら (1997) は、ナーシングホームの入所中の中期から末期の痴呆症患者 27 名について、現在の感情表現の状況と発病前の性格との関係を調べた。発病前の性格については、愛情および感情統制のスタイルを家族に回答してもらった。現在の感情表現の状況はナーシングホーム職員および家族に報告してもらうとともに、家族面会時に直接観察によって顔面感情表出をコード化した。病前に安定した愛情を示した人は、愛情表現が消極的であった人より、より多くの肯定的感情を表し、病前、敵対的な傾向が強かった人では、否定的感情表現が多く肯定的感情表現が少なかった。これらの結果は、病前の性格傾向は、痴呆発症後も継続し、中期から末期の患者においてもその傾向が認められることを示している。

Magai C ら (2002) は、非言語的コミュニケーションに対する介護職員の感受性を高め

る研修を行い、患者の気分を改善させ、問題となる症状を減少させることができるかどうか、および介護職員の心理的安定性を高めることができるかどうかを検討した。ナーシングホームに入所している 91 名の中期から末期の痴呆症患者、およびその施設における介護職員が研究に参加した。3つのナーシングホームに入所している痴呆症患者とその介護職員を、ランダムに非言語的コミュニケーションの感受性を高めるグループ (以下、感受性グループ)、痴呆症の認知および行動障害についての研修を受けるグループ (以下、対照グループ)、および待機グループの3つに割り付けた。研修は、教材をもちいて臨床心理学者が行う 10 回の 1 時間セッションからなる。介護職員からの患者の症状 (抑うつ、焦燥感、行動面での兆候) の報告、および研究者が 1 対 1 の面接によって肯定的および否定的感情表出をコード化する方法によって、まずベースライン時の患者の状態を測定しておき、研究開始後 3 週間ごとに 4 回、患者の状態を追跡調査した。開始後 6 週間、非言語的感受性グループにおいては肯定的感情が明らかに高まったが、対照グループと待機グループでは変化はみられなかった。否定的感情は3つのグループすべてで低下を示した。患者の症状の変化は有意差を示さなかった。介護職員の示す愁訴は2つの研修グループでは低下したが、待機グループでは変化がみられなかった。

C. 研究方法

前述のように本研究は「痴呆症サービス開発センター」が作成した感情評価尺度 (ERIC : Emotional Response in Care) の信頼性、妥当性を検討することを目的とした。研究は、研究者グループとグループホームの協力のものに、後述のように入居者の表情をビデオによって撮影し、ビデオ映像をもとに評価者が感情表出を評価するという方法で実施された。

ERIC 評価尺度では、感情反応は 10 のカテゴリーに区分される。肯定的感情は、「喜び」

「優しさと愛情」「自発的手助け」から構成される。否定的感情は、「怒り」「不安・恐れ」「身体的不快感・痛み」から構成される。さらに4つの感情、すなわち「促された手助け」「悲しみ」「創造性」「満足感」が評価される。スタッフは入居者を10分間観察して、その間に表出された感情の時間をもとに、0（なし）から3（5分以上）の4段階スコアで評価する。3つの肯定的感情、3つの否定的感情の合計得点により肯定的感情得点、否定的感情得点を算出する。

研究参加者はグループホーム入居者8名で、親族より研究に関するインフォームド・コンセントを得て実施した。8名はすべて女性で、平均年齢は80.3歳、最低69歳、最高88歳であった。2名は軽度の痴呆、3名は中等度、3名は重度であった。

ビデオ映像の撮影は、事前の計画に従って6カ月にわたって行った。撮影を行う日には、1日（朝7時30分から夕方7時30分まで）を2時間ごとの6セクションに区分し、各セクションに1人10分以上のビデオ撮影を行い、1日ひとり6回の撮影を行った。本研究では、2001年8月3日、9月27日、11月30日に撮影した顔面の表情の映像を使用して感情評価を行った。

3名の研究者が、8名に関する全部で94場面のビデオ映像を観察して、ERIC評価尺度によってそれぞれ別々に評価を行った。ERICによる観察の信頼性を検討するために、評価者間の一致度をスピアマンの順位相関係数によって調べた。

妥当性の検討は、ERICの得点と、それとは独立に測定された入居者特性、すなわちQOL（Quality of Life：生活の質）レベル、ADL（Activities of daily living：日常生活動作）レベル、および痴呆の重症度との関係を調べた。これらはいずれも研究事業開始時にグループホーム職員が評価したものである。QOLは中島ら（1992）が開発した生活健康スケールを用いて評価した。ADLおよび痴呆の

重症度は、小林、西村ら（1988）が開発した評価尺度（日常生活動作能力評価尺度：NADL、および精神状態評価尺度：NMスケール）を用いて測定した。

D. 結果

表1に示すように、「促されての手助け」「悲しみ」を例外として、感情反応の多くでスピアマン相関係数は0.4から0.9の間にあり、統計学的にも有意であった。従って、評価者間の評価の一致度は比較的高いといえる。肯定的感情得点に比べて否定的感情得点は、評価者間の一致度が低かった。

ERIC尺度による観察の妥当性の検討として、肯定的感情得点、否定的感情得点と、QOLレベル、ADLレベル、痴呆の重症度との関係を調べた。結果を表2に示す。

それぞれの入居者の肯定的感情得点平均値は、QOLレベルとの間で強い正の相関（0.850）を示した。否定的感情得点平均値は、QOLレベルと強い負の相関（-0.826）を示した。また、肯定的感情得点はADLレベルと有意に相関していた。肯定的感情得点、否定的感情得点は痴呆の重症度とも有意に相関していた。

E. 考察

ERIC尺度によって評価を行う3つの肯定的感情および3つの否定的感情については、3人の評価者のいずれの組み合わせにおいても比較的高い有意の相関が得られた。肯定的感情得点、否定的感情得点の評価者間の相関では、肯定的感情得点の方が否定的感情得点より、高い相関を示した。参考のために評価を行った残り4つの感情状態に関しては、「促されての手助け」「悲しみ」では一貫した評価者間の相関はみられなかった。

否定的感情得点の一致度が低いこと、および「促されての手助け」「悲しみ」では評価者間の一致がみられなかったことに関して、2つの理由が考えられる。第1に、否定的感情反応および「促されての手助け」は、肯定的

な感情反応に比して出現頻度が少なかったこと、第2に、顔面を主としたビデオ映像では周囲の人々との相互関係が十分によみとれなかった可能性があることである。しかし、評価対象としている6種類の感情状態に関しては評価者間の一致度は比較的高く、ERIC尺度の信頼性は良好であることが示された。

ERIC尺度には、開発の際に参考としたLawtonらの尺度にはない「自発的手助け」「身体的不快感・痛み」「創造性」といった項目が含まれている。これらの項目は今回のわれわれの検討でも、いずれも評価者間の一致度が高かった項目である。Volicker Lらは、心理的に良好な状態にあるかどうかを判断する際の要素として「幸福--悲しみ」という感情状態のほか、環境や他者との関わりの状況を示す「関わり--無気力」という要素が重要であることを示している。「自発的手助け」「創造性」は環境や他者への関わりの質を表すものであり、こうした項目が評価尺度の中に含まれることは妥当であると考えられる。われわれの研究で、肯定的感情のひとつである「優しさと愛情」よりも「創造性」の方が評価者間の一致度が高かったことを考慮すれば、「優しさと愛情」に代えて「創造性」を肯定的感情の項目としてもよいであろう。

次に、ERIC尺度の妥当性を検討するために、中島らの生活健康スケールとの相関をみたところ、肯定的感情得点は強い正の相関を、否定的感情得点は強い負の相関を示した。生活健康スケールは痴呆性高齢者が有する肯定的能力（肯定的な他者への関わりや感情表現）を観察により評価するもので、QOLのひとつの側面を表すものと考え、本研究で妥当性検討の外的基準とした。職員による生活健康スケール評価と、それとは独立に評価したERIC尺度の得点とが強く相関したことにより、ERIC尺度の妥当性が高いことが示された。

ERIC尺度による肯定的感情得点と否定的感情得点は、痴呆症の重症度とも相関していた。すなわち痴呆が重度であると肯定的感情

得点は低くなり、否定的感情得点は高くなる傾向がみられた。痴呆性高齢者の感情表出は周囲の人々との相互関係や環境の影響を受けていると考えられるが、そのほかに痴呆の重症度や病前性格 (Magai C, 1997) も影響していると考えられる。

痴呆性高齢者のケアの現場では感情表出への感受性を高めることによって、ひとりひとりの好みや嫌がることに関する個別の理解が促進されるであろう。痴呆性高齢者を介護する者は、自分が行うケアの内容を老人の感情表出を手がかりに見直していくことが可能になる。ひとりひとりの個性を尊重したケアを工夫することにより、肯定的感情の表出を高め、否定的感情を最小にするような支援の仕方を見つけだしていくことが可能になると期待される。

F. むすび

本研究ではビデオ撮影による映像を用いて感情評価を行ったが、ビデオ撮影は客観的で有効な評価を可能にすると考えられた。ビデオ映像を用いてERIC尺度による観察の信頼性と妥当性を検討したところ、信頼性も妥当性も良好であるという結果が示された。ERIC評価尺度をケアの現場に導入することは有意義だと判断される。感情評価を行うことによって、痴呆性高齢者のひとりひとりの好みや嫌いなことを理解できるようになり、ひとりひとりの個性を尊重したケアを組み立てることが可能になる。

なお本研究の成果の一部は、2002年6月にシドニーで開催された第4回痴呆症ケア国際会議において基調講演 (Kuroda K, 2002) として報告したものである。

文献

Fleming R: Beyond Words - Emotional responses as quality indicators in dementia care. *Dementia Services*

Development Centre 1999

Magai C, Cohen C, Gomberg D, Malatesta C, Culver C: Emotional expression during mid- to late-stage dementia. *Int Psychogeriatr* 1996 8(3): 383-395.

Lawton, MP, Van Haitsma K, Klapper J: Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996 51(1): 3-14.

Volicer L, Camberg L, Hurley AC, Ashley J, Woods P, Ooi ML, McIntyre K: Dimensions of decreased psychological well-being in advanced dementia. *Alzheimer's Dis Assoc Disord* 1999 13(4): 192-201.

Magai C, Cohen CI, Culver C, Gomberg D, Malatesta C: Relationship between premorbid personality and patterns of emotion expression in mid- to late-stage dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997 12(11): 1092-1099.

Magai C, Cohen C, Gomberg D: Impact of training dementia caregiver in sensitivity to nonverbal emotion signals. *Int Psychogeriatr* 2002 14(1): 25-38.

中島紀恵子, 工藤禎子, 尾崎新, 芳賀博: デイケアにおける痴呆性老人に対する生活健康スケール作成の試み. *社会老年学* 1992 no. 36: 39-49.

小林敏子, 播口之朗, 西村健ほか: 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度 (NM スケール) および日常生活動作能力評価尺度 (NADL) の作成. *臨床精神医学* 1988 17(11): 1653-1668

Kuroda K, Imakawa S, Usui K et al: Assessment of Emotional Responses Expressed by People with Dementia in a Group Home. *Dementia Service Development Center* 2002, WWW.dementia.com.au

Table 1 Degree of agreement between raters assessing emotional responses with the ERIC scale (Spearman correlation coefficient ; n=94)

| | Rater A & Rater B | | Rater B & Rater C | | Rater C & Rater A | |
|-------------------------------|-------------------|----|-------------------|----|-------------------|----|
| Pleasure | 0.854 | ** | 0.889 | ** | 0.799 | ** |
| Warmth & affection | 0.456 | ** | 0.466 | ** | 0.410 | ** |
| Helpfulness (spontaneous) | 0.828 | ** | 0.690 | ** | 0.733 | ** |
| Anger | 0.745 | ** | 0.864 | ** | 0.568 | ** |
| Anxiety or fear | 0.558 | ** | 0.543 | ** | 0.377 | ** |
| Physical discomfort or pain | 0.696 | ** | 0.485 | ** | 0.635 | ** |
| Helpfulness (prompted) | 0.407 | ** | -0.063 | | -0.097 | |
| Sadness | -0.027 | | -0.019 | | -0.015 | |
| Creativity and expressiveness | 0.797 | ** | 0.794 | ** | 0.743 | ** |
| Contentment | 0.583 | ** | 0.617 | ** | 0.649 | ** |
| Total positive score | 0.894 | ** | 0.868 | ** | 0.836 | ** |
| Total negative score | 0.571 | ** | 0.534 | ** | 0.475 | ** |

Significance level ** p<0.01

Table 2 Relationships of total positive and negative scores with QOL levels, ADL levels and severity of dementia (Spearman correlation coefficient ; n=8)

| | Total score | positive | Total score | negative |
|--|-------------|----------|-------------|----------|
| QOL levels | 0.850 | ** | -0.826 | * |
| ADL levels | 0.898 | ** | -0.647 | |
| Severity of dementia (The lower the score, the more severe the dementia) | 0.714 | * | -0.810 | * |

Significance level * p<0.05 ** p<0.01

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

精神保健の疫学研究における理論的問題点に関する研究

分担研究者 津田 敏秀

岡山大学大学院医歯学総合研究科

研究要旨 精神保健の疫学研究における問題点や注意点を、1980年代に書かれた報告書に基づいて明らかにした。また、多要因が疾病発生に関与する事によって生じる交互作用の問題を、整理して明らかにした。精神保健の疫学研究においては、交互作用の問題を整理して論じる必要があると考えられる。本研究は、Karasekのモデルを検証した1986年に報告されたJV Johnson博士の報告書を元に、精神保健の疫学研究を理論的に吟味した。

A. 研究目的

分担研究者の本研究における役割は、精神保健に関する研究における疫学的方法論上の問題点を描出し、研究計画が円滑に機能することにある。ここでは、Karasekのモデルを疫学的手法で検証したJV Johnsonの報告書を吟味の対象として問題点を描出する。

Johnsonの研究は、1986年に環境保健に関するCorneus W Kruse賞を受賞している。

精神保健に関する研究を行う際にも、それが、因果仮説を研究する研究である以上は、疫学理論を踏まえて行うべきであり、疫学理論を踏まえてこそ研究成果を分かりやすく明示できるものと考えられる。

しかし、精神保健における現代疫学理論の適用は、未だ歴史が浅く、十分に応用されていない。その中で、Johnsonの研究は

非常に早期から現代疫学理論を踏まえた論文の一つであると言える。

一方、心理学研究の分野では、かねてから、科学哲学的観点から批判が多いところである。しかし、近年、心理学の分野では、UCLAのChenらがCausalityに踏み込んだ研究を行っており、従来の心理学研究から一歩前進した研究を行ってきている。

B. 1986年時点に見られる疫学研究報告書の問題点—考察1

1986年は、疫学理論の発達がロスマンにより「現代疫学」(Little Brown & Co.)という形でまとめられて出版された年で、一つの頂点に達した年である。従って、Johnsonの研究は、ロスマンらの論文が引用されふんだんに現代疫学理論の発達が取り入れられているとはいうものの、まだ若

干の問題点を残している。

まず、横断研究でありながら、相対危険度 (relative risk) を影響の指標として用いている点である。この当時、すでに横断研究の基本的影響の指標がオッズ比であり、オッズ比がその時点での罹患率比を推定可能であるという理論が構築されていた (津田ら 1995)。今日では、率比 (rate ratio)、リスク比 (risk ratio)、オッズ比等の相対指標 (広義の相対危険度として用いられることもある) は、それぞれ区別されて用いられるのが通常である。これは、1980年代半ばまだ、現代疫学の用語が定着していなかったためと思われる。

また、ロジスティック回帰モデルを用いて年齢「標準化オッズ比」を求めているが、これは今日ではロジスティック回帰分析として単に使われるだけである。

また、今日では研究デザイン毎に適切な推定値を点推定・区間推定しているが、まだ有意差の有無にこだわっている。有意差の有無を強調しすぎると、影響の程度を定量的に評価するという視点がおろそかになりがちになる。すなわち、有意差判定の際に計算されるカイ二乗値は、影響の程度の大きさとサンプルサイズの両方に影響され、この2つの要因の影響を区別しにくい。従って、点推定値・区間推定値の両方から定量的判断をおこなうことを優先させるべきである。統計学的有意差の判断がどうしても必要なときは、区間推定値が帰無値 (null value) をまたいでいるかどうかで判断することもできる。ただし、この時の有意差判断は、カイ二乗値を用いた帰無仮説の元での有意差判断とは異なる。なぜなら、対立仮説に基づいているからである。対立仮説に基づいたときの α 確率をp-value functionとしてロスマンは示している (Rothman 2002)。

C-1. 情報バイアス

既に述べたように、「現代疫学」が出版される以前に書かれたにも関わらず、現代疫学理論がふんだんに使われている。情報バイアスに関する知識が背後にあるので、誤分類が生じうる可能性が高い精神保健に関する疫学にも関わらず、研究データが適切に分析されている。

精神保健は、動物実験では行えずヒトにおいて研究するしか基盤を持たない場合が多い。また、精神というアウトカムもしくは要因を調査するために質問票を用いることが多い。従って、データ化可能で、かつ妥当な質問票を用意することが非常に重要になる。むしろ、質問票でしか対応できないと思われる研究仮説があり得る。質問票によりデータを集めることに関しては、従来より、特に我が国においては、疑問が寄せられることが多かった。しかし、精神科以外の臨床科でも、問診が重要であり、多くの診察・診断が問診に依存している。従って、「客観的」証拠にこだわるあまり、質問票の有用性を軽視するべきではない。当初から質問票を軽視するより、具体的な個々の質問票の感度・特異度を定量的に得ようと試みて質問票によるデータ収集を効果的に用いるべきである。感度もしくは特異度が100%に満たなくても、研究デザインやデータ収集方法を工夫すれば、non-differentialな誤分類として取り合うことができる。この場合、定量的疫学指標に基づく判断は、比較的間違いが少なくなることになる。

C-2. 交互作用

Johnsonの研究においては、交互作用の問題が、まだ明瞭に説明されていないように思えるが、ロスマン等の文献がふんだんに用いられて、整理が試みられている。この点については、主任研究者・分担研究者らが整理を試みた (三野ら 1995)。

交互作用は、加法モデルを基準にするか、

乗法モデルを基準にするかで、異なってくるが、現在は、加法モデルを基準にする場合が多い。この点が、モデル自体が乗法モデルであるロジスティック回帰モデルでオッズ比を推定する場合が多い疫学分析におけるある種のジレンマもしくは問題点を生じさせている。

Kleinbaum は、ロジスティック回帰分析に関するテキストで、ロジスティック回帰モデルでの交互作用モデルを構築して、入念に整理を試みている (Logistic Regression. A self-learning text Springer 1994)。しかし、各変数を同等に取り扱って論じているために (各変数を同等に同時に分析できることはロジスティック回帰分析の利点でもあるが)、論理的な因果検証の研究モデルからは乖離してしまっている。

交互作用の分析は、あくまでも因果検証の一部として行うので、何を検証しようとしているかに関しては明確に目的を設定して分析を行うべきである。交互作用は、予防医学上は重要な情報をもたらすので、この点でも研究目的を明示することは極めて重要になる。

これは疫学理論の話題からは離れるが、現代社会は必然的に交代勤務等、不自然な勤務形態を必要としている。精神保健における、ストレス等が、身体および精神活動に及ぼす影響は、このような社会状況の変化を考えても、重要な研究課題と思われる (クナッソン 2000)。

D. 結論

精神保健における疫学研究は、精神保健研究の特徴を踏まえながらも疫学理論に基づくべきである。分担研究者は、1986年のStockholm大学Johnsonの「The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden」を検討材料にしながら、精神保健研究における疫学方法論の用い方

の問題点について検討した。その結果、疫学の影響の指標の問題、交絡要因の調整の問題、情報バイアスの問題、交互作用の整理の問題等の、いくつかの精神保健研究においても疫学理論上の問題においても重要な問題点について指摘し得た。

G. 研究発表

1. 論文発表

津田敏秀, 馬場園 明, 山本英二, 三野善央, 小河孝則: 疫学の影響の指標としてのオッズ比. 健康科学, 17(Suppl.): 25-34, 1995.

三野善央, 津田敏秀, 茂見 潤, 谷原真一, 青山英康, 馬場園 明: 感情表出 (Expressed Emotion) にもとづく分裂病の家族介入研究の効果判定: その技術と評価. 日本公衆衛生雑誌, 42(5): 301-312, 1995.

津田敏秀, 上野満雄訳: アンデル・クナッソン, ヘンリック・ポギルド: 交代勤務と心血管系疾患メカニズムのレビュー. Reviews on environmental health 2000, 15(4). 自治体労働安全衛生研究会.

2. 学会発表

津田敏秀, 大津忠弘, 高尾総司, 茂見潤, 馬場園明, 三野善央: 「原因確率と Action・Inaction・Causal Inference」, 第75回日本産業衛生学会, 神戸, 2002.

津田敏秀: 「職業がんとイニシエーター・プロモーター」, 第76回日本産業衛生学会, 山口, 2003.

厚生科学研究費補助金（長寿科学研究事業）

研究報告書

「社会・主体・身体の政治性」

—社会福祉における言説をジェンダー／マイクロ・ポリティクスの文脈から理解する試み—

研究協力者 児島亜紀子

大阪府立大学社会福祉学部 助教授

研究要旨

社会福祉学の領域で用いられてきたことば・概念の政治性を見ていくことにより、社会福祉制度が〈主体〉のことばを再生産し、社会の境界にあつて外側にあふれ出ようとするマイノリティを境界線上に留め置こうとする性質を持つことを明らかにする。マイノリティが〈主体〉に語りかけるとき、彼ら／彼女らは共役可能なことばを用いざるを得ない。その結果、マイノリティ／当事者は、自らの身体や環境になじまない概念を用いざるを得なくなる。本報告では、そのような事例を通して、社会福祉制度が目的とする「社会統合」と、主体による覇権との関わりを考察した。

1 問題の所在

ここでの問題設定——なぜ、今政治を、そして力を社会福祉領域の問題としてたてる必要があるのか。

その理由について、説明しておく。

ここで扱う政治は、わが国でこれまで政治学の対象とされてきたような、一般的な意味における政治の範疇を超える。それでは、一般的な意味での政治とは何か。政治

（politics || Politik[独] || politique [仏]）ということばは、さまざまな意味で用いられる。高島 通敏によれば、「国家における政策決定の過程や制度を指し

て用いられることが多いが、しかし、国家をこえた国際社会での権力闘争（国際政治）や国家内諸集団での意思決定（私的政治）をめぐっても、しばしば用いられてきている。このような広い用例の核にあるのは、集団や社会には一般に、その成員全体を拘束する統一的な決定をつくりだす機能が存在するという認識であり、その機能あるいはそれに付随するさまざまな現象を指して、政治あるいは政治的ということばが用いられてきたということができる。」（(c) 1998 Hitachi

Digital Heibonsha, All rights reserved.）と

される。

ふつう政治は、社会ないし集団において、対等な成員による相互行為によって秩序が形成されることを理想とする。その前提には集団や社会には統一的な決定を作り出す能力があるという仮定がある。特定の人間が権力を背景とし、多数の被治者に秩序を付与しようとするとき、それは「統治」と呼ばれる。政治は支配の力と関わっていると見られることが多い。しかし、こんにち、政治は中央政府や地方政府、「市民」との間に生い立つさまざまな力を媒介にして、展開される。それは、政治が国家による支配というタテ関係の文脈でのみ理解されるべきでなく、人びとの連帯やネットワークによって展開される水平的な関係の中で展開されるものであることをも示している。

われわれが政治を国家や、政府や、利益諸集団に関わるような、何かしら可視的な装置であるように考えるならば、そこに関わるか、関わらないかはわれわれの意志で決定できることのように思われてくる。しかし、本報告書でいう政治は、われわれがそこに参加するかどうかを選び取ることができるようなものではなく、あらかじめすでにつねにわれわれを引き寄せ、包摂する磁場のようなものであるものとして捉えられる。それはまず、なによりも〈主体〉による覇権的な秩序を形成しようとする強大な力と、それにあらがう力とが交錯し、せめぎ合う場である。

2 政治という磁場に取り込まれる主体

ミレットが『性の政治学』を著したとき、そこでいう政治は普遍的な父権制に支えら

れた支配装置を作り出すものとして捉えられていた。父権制が普遍的かどうかはさておき、政治はなによりもまず制度を作り出す力として作用する。制度はわれわれの無意識の中に根をはっている。たとえば異性愛という制度。性別という制度。それらはつねにすでに、われわれの身体に書き込まれてしまっているのである（しかしこのことは、われわれが制度から決して身を引き剥がすことができないということを意味しない）。

政治による包摂性の暴力的な力を描いたのはスピヴァクの『サバルタンは語ることができるか』であった。文化的に従属的な地位におかれた行為体（サバルタン）が沈黙を余儀なくされるのは、サバルタンを含むすべての行為体が一人残らず政治の磁場に引き寄せられ、体制に組み込まれているからなのだ。従属的な地位に置かれた行為体のことばが翻訳されないままに留め置かれること、彼女／彼らのことばが聞き届けられないまま放置されること——それは特定の集団に帰属する行為体が、政治の力の磁場からあらかじめ排除されているからではない。そうではなく、この社会で支配的な言説を語ることができる行為体も、支配的な言説を語るようにしむけられている行為体も、一人残らず政治の磁場に組み入れられ、しかし、にもかかわらず、彼女／彼ら（＝サバルタン）があたかも存在しないものとして、あるいは見えないものとして扱われてしまうことの方が問題なのだ。ここでいう支配的な言説とは、ヘテロの「五体満足な」男性を〈主体〉のモデルとし、こうした〈主体〉が語る言説のことを指す。こうしてすべての人びとが、政治の磁場と

いう内部に取り込まれることによって、その中で支配的な言説を語るもの、語る能力があると認可されたものは〈主体〉としての資格を得ることになる。

3 主体の危機

このような主体は継ぎ目なく連続しようとし、政治の磁場の内部で生産をつづけようとする。しかし内部も外部もない、すなわちすべてが内部であるような連続体、継ぎ目のない連続体であろうとする主体は、その内部につねに亀裂を生じさせる要因を抱え込んでいる。

そのことは、たとえばメアリ・ダグラスが『汚穢と禁忌』において、身体の境界にあるものは危険に包まれていると述べたことからうかがい知ることができよう。

身体が継ぎ目のない連続性、安定した境界を作り上げようとしても、排便という機能によってその企てはいとも簡単に破られる。内部にあったものが便として排出され、外部化（他者化）することで、内部と外部は混乱する。そこに出現するのはクリステヴァが指摘するように、おぞましきもの（＝便）としての外部である。ジュディス・バトラーはダグラスの考えを援用しつつ、「もしも身体が、社会制度そのもの——多くの開かれた制度が集中する場所——の提喻ならば、規制されていない浸透性はすべて、汚穢と危険の場所を構築するものとなる」と述べる（Butler 1990 : p.234）。バトラーによれば、男性同士のセックスも、レズビアンも、「覇権的な秩序」が認可していない身体の境界線破りである。覇権的な秩序のもとでは、身体の表面や穴はその用い方を厳格に管理されている。であるから、男

性同士のオーラルセックスや肛門性交は管理を破るものとして忌避されるのである。

身体、主体、社会は秩序を維持すべきものとして捉えられ、連続性を保つものとして志向される点で、相似的である。

社会が身体のメタファであると考えれば、社会においても周縁的なもの、境界線上にあるものは、つねに危険なものと考えられる（Butler : p.236）。身体の境界にあるものは危険であると同様に、社会の境界に位置する人びともまた危険な存在であることになる。境界線上にあるものは社会を構成する覇権的〈主体〉の安定性を脅かす。同時に、境界線上にあるものは制度そのものを脆弱化させる。身体の連続性が排便によって破られるのと同じように、内部において安定しようとしていた主体の連続性は境界線にあるものによって破られる危険に晒される。そこで、主体は自らの安定化のために、内部と外部という二項対立図式をつくり、外部をオブジェクト（棄却）しようとする。

4 排除する力と、留め置こうとする力

しかしながら、主体による覇権的な秩序・覇権的な力は、あからさまな排除の形式を取ることはしない。行為体を一人残らず内部に包摂しつつ、そのうえで聞き届けられない声を封じ込めようとするのである。福祉国家が性差別的な政策をとっているということで、フェミニストらはこれを批判してきたが、そのような国家政策の根底にあるのは、〈主体〉の言説を覇権的なものとしているということにほかならない。

社会福祉とは、まさしく境界にあって、今にも外部にこぼれ出ようとするものを内

部にとどめ置こうとする「制度」である。生活困窮者や身体障害者、女性、痴呆性高齢者、こうした人びとを内部にとどめ置く力、それを秩序の中に取り込もうすること、それこそが福祉国家政策が目的とする「社会統合」である。

対象者と呼称されてきたこれらの人びとは、〈主体〉の言説を語るようしむけられるであろう。

身体障害者の一部が〈自己決定する自立〉ということばを用いざるを得なかったのは、それが主体によって語られる（主体のことばに翻訳されうる）ことばであったからである。そのようなことばを用いない限り、主体が、そして主体によって秩序が形成されている社会が、耳を傾けることはなかったかもしれない。

しかし、そのような——自己決定という——ことばを用いることによって、同様に主体のことばであり、主体の約束事である〈自己責任〉が自己決定に付随するものとして当事者に要請されるようになった、と筆者は見る。

むろん、〈主体〉として見なせ、という要請は「あり」であろう。しかし、生きづらいつらいと思いつらながらもそれを表現できない声にならない声、呻き、そうしたサバルタンの行為体の発する無数のざわめきは、秩序の内部に留め置かれるままであることを拒み、境界へとむかってゆく。社会福祉制度は、これらの声を、呻きを、苦痛の顔を、鎮めるものである。調整？調停？いずれにせよ、その鎮める力は、しばしば、苦痛に満ちた行為体を〈主体〉の側に、〈主体〉のように振る舞うべきものとして取り込もうとする。自立するものとして。

結論

改めて問いたい。社会福祉の政治とは何であり、われわれはなにゆえにそこに目を向けるべきなのか。

社会福祉の政治は、内部に留め置こうとする力、留め置かれたいという欲望、留め置かれることから逃れ出ようとする力、そうしたものが交錯する境界を浮かび上がらせる。社会福祉の政治を問うことは、主体の継ぎ目がもっとも脆弱となる境界部分に目を向けることであり、その境界部分でざわめくさまざまなシーニュ、ざわめく力を見ていくことであるといえる。彼女ら／彼らの声を聞き取るために。主体の言説に回収されえない声を聞き取るために。

地域福祉型サービスの開発に関する基礎研究

研究協力者 藤井博志

大阪府立大学社会福祉学部地域福祉学

研究要旨

日本の地域福祉におけるコミュニティケアの特徴は、急激な高齢化への対策という特徴もあって入所施設整備計画と並行した在宅福祉サービスの整備であった。それは、「在宅重視」は強調されていても、徹底して「地域自立生活保障」にこだわる取り組みではなかったといえる。

したがって、この地域自立生活保障に対応する新たな地域福祉資源の開発及び制度化は十分ではない現状も一方である。この研究では、この新たなサービスを地域福祉型サービスと措定し、そのサービス形態及び開発方法に関して、これまでに取り組まれているボランティアな活動をインタビューし、共通理念、開発方法の原則の抽出をおこなった。また、この確認された地域福祉型サービスの開発と施策化を市町村地域福祉計画等の自治体計画において構想化するための課題についても検討した。

A. 研究目的

平成12年(2000)の社会福祉事業法等一部改正は地域福祉を目的とするものであり、社会福祉法第4条「地域福祉の推進」は誰もが地域での通常の社会参加がはかれる地域の体制づくり（ノーマライゼーション）を目標とするものである。これは、住民・当事者の立場からすれば、「施

設か在宅か」ではなく、また「施設も在宅も」でもなく、あくまでも「その人らしい地域での普通の暮らし」の質が保障される地域生活支援の体制づくりを明確な地域福祉の実現目標として目指すこと意味する。

この地域生活の質を保障する新たな地域支援サービスのあり方を、これまでに取り組まれている「居住福祉」「脱施設化」

「地域生活移行」「地域生活支援」をキーワードとするボランティアな活動からその経験則を抽出する中で、その理念、開発・提供方法の共通原則を抽出し、今後策定される地域福祉計画において構想化し制度化を図る上での基礎的な考え方を提示することを目的としている。

B. 研究方法

地域型サービスと想定される①高齢者分野での小規模多機能、居住福祉としての「宅老所・グループホーム・グループハウス」、②高齢者施設における脱施設化としての「ユニットケア」「地域分散型サテライトケア」、③障害者分野での「共同作業所」「自立生活支援センター」「市町村障害者地域生活支援事業、障害児(者)地域療育等支援事業、精神障害者地域生活支援センターを運営する事業者」、「重度障害者通所施設」、④障害、高齢、児童分野の境界なくした混合ケアをおこなう「共生型ケア」について、各サービス開発者に対してのインタビューをおこなった。また、その内、「地域サテライトケア」「障害者地域生活支援」「社協活動」の担当者との検討会を開催し、検証を行なっている。その他、関連文献の収集及び自治体が策定した地域福祉計画、社協が策定した地域福祉活動計画を収集し、先駆的な社会福祉計画において地域福祉型サービスがどのように構想化されているかを検証した。

C. 検討概要

(1) コミュニティケア資源としての地域福祉型サービスの意義

次の2点について、その意義を確認した。

①これまで、住民・当事者また一部社会福祉法人が運動的またボランティアに取り組んできた地域生活支援活動を一般住民の参加する広がりをもたせた活動として展望できる。(コミュニティケアの実現に向けた住民の合意形成)

②地域福祉計画の時代にあつて、住民と行政の協働でつくるあらたな公共領域を具体的な活動プログラムとして提示できる。

(2) 地域福祉型サービスの開発視点

1) ワーカー論

①地域福祉型サービスにけるワーカーは、これまでの課題解決型アプローチから、利用者の「したいこと(希望)」を「くらし」の具体的なかたちとして実現するための生活実現型アプローチの援助方法が求められている。この傾向は、障害に着目した国際障害分類(ICIDH)から、環境・活動・参加をキイ概念とする生活機能・障害・健康の国際分類(ICF)への転換や、リハビリテーション、介護における目標志向的アプローチ[大川弥生・2000]の研究動向と符合する。また、ストレンダス・エンパワメントに着目した障害者個別支援計画とケアマネジメントが高齢者地域生活支援にも応用されつつある傾向が確認された。

②地域福祉型サービスにかかわるワーカーの特質としてはア)ワーカーの集団ケアから個別ケア(寄り添うケア)への転換と、それにとまなうワーカーの管理主義の否定と利用者自身の生活管理への援

助視点の徹底、イ) 一体一のワーカー・クライアント関係とから、ワーカー自身もクライアントの環境の一部であるという、エコロジカルソーシャルワークに着目される環境へのアプローチの重視、専門性の基盤としての「市民性」への着目[石川倒覚・2002]とコミュニティアプローチの重視があげられた。したがって、これまでのソーシャルワーク、ケアワークからコミュニティソーシャルワーク、コミュニティワークを取り入れた能力がもたられたきていることが明確になった。

2) サービス開発の形態

①地域福祉型サービスの開発哲学は「一人ひとりの地域生活支援にこだわり、その支えをつくっていくことが、その後続く人たちを支える普遍的なシステムにつながる」という創造的視点である。地域にくらす一人ひとりの生活の物語が創造され、その物語が相互に織りなして、社会を形成していくという個別化と共感・共生の地域福祉の価値創造にもとづく視点が求められる。したがって、このボランタリーな視点を事業者の経営及び地域福祉計画にどのように注入するかがアドミニストレーションの課題として重要である。

②脱施設化・地域生活移行としてのサービス開発

地域福祉型サービスはそのゴールを明確に地域生活支援においたものである。その場合、一方では施設入所からの地域生活移行プログラムに沿ったサービス開発が企図されなければならない。その場合、施設内サービスの地域化におさまら

ず、住宅保障や仕事、趣味活動などの日中活動支援の保障はもとより、地域生活の質に着目した当事者本人の生活行動に沿った移動交通サービスや生活の安息やリフレッシュに不可欠な休日、夜の過ごし方へのウィークエンド・アフターファイブ活動支援なども求められるのである。

③小規模多機能・共生型の拠点開発

当事者の地域生活における自己実現と地域福祉形成をめざす地域福祉型サービスの形態の特徴のひとつは、その発信源となる「拠点性」である。この拠点性の典型として宅老所に学ぶところが大きい。宅老所では、利用者の第二の自宅としての「生活の場」の実現を目指している。この生活の場におけるケアの形態は、一人ひとりを大切に「空間」と「かかわり」としての小規模性であり、利用者へのかかわりの連続性に対応した多機能性である。「通って(デイサービス)」「泊まれて(ショートステイ)」、宅老所から「来てくれる(ホームヘルプ)」機能であり、望めばそこで暮らせる(ケア付き住居)機能である。また、この第二の自宅としての機能は、地域の「溜まり場」的機能も果たす。地域福祉に求められる重要な機能の一つは、地域住民同士のコミュニケーションをつくる機能であり、そのコミュニケーションの場が癒しや元気回復の場として存在することである。地域福祉資源としての宅老所の拠点性とは、これらの要素を含んだ地域での自分の居場所としての「溜まり場」機能を目指しているのである。この溜まり場は同時に障害別分類によるこれまでの「専門的」処遇の場ではなく、地域生活の普通の姿として児童・障害・高齢等を問わず、交流したり、かかわりあっ

たりするなどの地域コミュニケーションを形成する共生型の「交わる」場を指向する。

④分散化・ネットワーク化をめざす地域密着型の拠点開発

地域福祉の拠点性としての「小規模多機能」「自分の居場所・溜まり場機能」は、地域福祉資源としてみた場合、必然的に地域にきめ細かく分散化する形態がめざされる。分散化とは、地域に密着することであり、それはまた、専門職のみによる専門処遇分類にみる「閉じたケア」からケア（かかわり）の一部を地域に渡す「開いたケア」であることを意味する。本来のノーマルな地域生活は、インフォーマルな地域の諸関係の中に社会的サービスを組み込みながら生活するものである。それに反して、これまでの多くの施設ケアは、生活する人を対象分類して専門的ケアを集中して提供する医療モデルから脱皮していない。そのようなケアから、地域社会関係を基盤においた地域に内在する生活力の要素とのかかわりを最重視したケアの形態として分散化が目指されるのである。それは、単に施設に集中する専門機能を地域に分散化することだけではなく、コミュニティエンパワメントの視点から住民・当事者との協働運営が目指されなければならないのである。

D. 今後の課題—サービスの計画化

以上の特質を持つ地域福祉型サービスの開発は、現在のところ市民活動、NPO法人や社会福祉法人のボランティアな取り組みに支えられている。また、その財源は、介護保険財源の一部活用や都道府県、市町村の単独施策に支えられている。今後、これらのサービスを拡大していく

戦略として、①市民活動や福祉NPO法人をささえる社協及び中間支援組織の育成、②介護保険制度などの見直しにおける、小規模多機能型を代表とする地域福祉型サービスの創設、③分権化推進による市町村への財源委譲と単独施策化の促進とその計画化、④その基盤としての市民の福祉意識の向上と問題解決能力の向上（地域福祉教育）などが期待される。

なお、これらの全体の施策方向を位置づける地域福祉計画のあり方が課題となつてこよう。