

# ドイツにおけるセルフヘルプの広がりとそのための1つの戦略\*

豊山宗洋

- I はじめに
- II 市民参加分野でのセルフヘルプの位置づけ
- III セルフヘルプの広がりと学術研究
- IV 医療改革2007とセルフヘルプ支援
- V おわりに

## I はじめに

ドイツでは現在、病気や障害分野、家族問題や女性や子どもなどの問題とかかわる心理社会的な分野、高齢者や失業者や外国人などの問題とかかわる社会的な分野<sup>1)</sup>、当事者同士の集まりであるセルフヘルプグループ（自助グループ。以下 SHG）が7万から10万あり、そこに約300万人がメンバーとして参加しているといわれている<sup>2)</sup>。そのなかには州や連邦といった広域レベルで活動するセルフヘルプオーガニゼーション（以下 SHO）も含まれ、セルフヘルプ支援のナショナルセンターである NAKOS（正式名称：SHG の促進・支援のための全国交流・情報センター）によれば、2006年9月現在連邦レベルでは約370の SHO が存在するといわれている<sup>3)</sup>。このようなセルフヘルプ（以下 SH）の活動は、ドイツでは、他の欧米諸国にないほど専門的に強く支援されている<sup>4)</sup>。本稿の目的は、ドイツの SH 活動を、参加促進のインフラ施設に注目して市民参加（市民活動）分野全体のなかに位置づけたあと、その広がりのプロセスに対してどのような要素が寄与したのかを、学術研究と政治（政策）への SH 陣営の戦略的な働きかけという観点から明らかにすることである。

---

\*本稿は2008年3月15日の日本NPO学会第10回年次大会でおこなった報告に加筆したものである。当日、モデレーターの小川秀人先生（IHOE〔人と組織と地球のための国際研究所〕代表者）ならびにフロアの方から貴重なコメントをいただいた。ここに記して感謝する。

1) Schilling, R.(2006)193.

2) Matzat, J.(2000)213. ドイツの総人口を8000万人だとすれば300万人は3.8%になる。

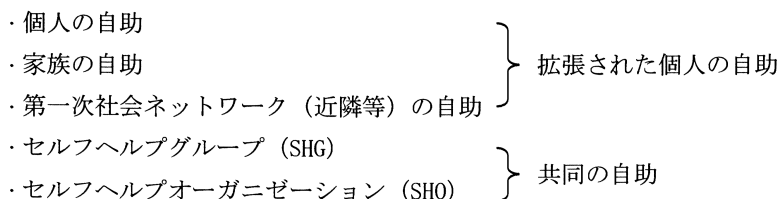
3) NAKOS(2006a)25. 豊山宗洋 (2008) 51。州レベルにも非常に多く存在するが、具体的な数値としては確定されていない。ちなみに、日本では数量的な調査はおこなわれていないが、プリメド社「全国患者会障害者団体要覧」編集室（2006）では、活動が都道府県以上のエリアをもつ SHO として1442の団体が挙げられている。

4) Matzat, J.・豊山宗洋訳（2002）2。

## II 市民参加分野でのセルフヘルプの位置づけ

SHは直訳すれば「自助」であり、実際わが国でSHGは「自助グループ」とも呼ばれている<sup>5)</sup>。ボアゲト (Borgetto, B.) は、その「自助」という概念を次のように整理している。

図1 「自助」概念とSHG・SHO



出所) Borgetto, B.(2002)7.

図にあるようにSHGやSHOは、「拡張された個人の自助」(Erweiterte individuelle Selbsthilfe)と区別された「共同の自助」(Gemeinschaftliche Selbsthilfe)に属する。トロヤン (Trojan, A.) たちは、その「共同の自助」を1986年に「共通の問題による当事者性」「専門職援助者の協力が少ない」「利潤志向ではない」「共通の目標：自己変革そして／または社会変革」「活動方法：対等な協力関係と相互援助の強調」という5つのメルクマールで規定し<sup>6)</sup>、これが現在のドイツにおけるSH概念の1つの標準になっている。第IV節で詳しく見るが、現在の法定疾病保険(公的医療保険)におけるSH支援においても、この規定は依然活用されている<sup>7)</sup>。それゆえSHとは、自己当事者性(自らが何らかの問題を抱えている)を契機とした「共通の体験」<sup>8)</sup>にもとづく市民参加の一形態といえることができる。このとき「当事者」という概念は、自らの状況を問題と捉え(問題の自己規定)、それを何とかしようと努力してきたすべての人を包摂する可能性をもつ<sup>9)</sup>。

それではSHGやSHOはどのような分野の当事者によって運営されているのだろうか。NAKOSの連邦レベルのSHO調査<sup>10)</sup>はSHOが活動している分野として、

- ①病気や障害の分野：アレルギーから環境による病気までのすべての病気・障害の領域。
- ②心理社会的な分野：結婚・家族、教育、女性、子ども・青年、生活問題・生活危機、男性、心理的な病気や問題、依存症。

5) そこをあえて「セルフヘルプ」と意識的に呼ぶ場合、「自助だからといって当事者本人にまかせておくだけではいけない。そこには周囲からの適切な支援が必要である」という意味を読み込もうとする意図がある(豊山宗洋(2004)118)。

6) Trojan, A.(1986)32.

7) Borgetto, B.(2002)8.

8) 同じ問題を抱えていても、その状況を改善したいと考えている人と、そうでない人とのあいだでは「体験」は異なる(岡知史(1999)99)。またボアゲトの以下の記述も参照。「自己当事者性という基準がなければ、概念的に、医療的あるいは社会的な問題を経験している、あるいは経験してきた、そしてこの経験にもとづいて、非当事者の素人や専門家にはできないかたちでの問題領域への接近を可能にする心理社会的、実践的能力がSHから奪われる」(Borgetto, B.(2002)8.)。

9) 岡知史(1998)。

10) Schilling, R. (2006)193.

- ③社会的な分野：高齢者、失業・社会扶助（生活保護）・経済、外国人、人間関係・パートナー関係・コミュニケーション、自己形成、市民権・人権、共同体・隣人関係、文化・メディア、エコロジー・環境・食糧、消費者の権利・患者の権利、交通・移動

を挙げている。このようにSHは広い範囲で分布しており、それは時代とともに、そして人びとの問題に対する捉え方の変化とともに広がっていく<sup>11)</sup>。そうであれば、SH支援のインフラ施設であるセルフヘルプ支援センター（以下SHC：2007年7月現在で出張所も含めて全国に319存在<sup>12)</sup>）には、「共通の体験」を基礎とした多様な分野のSHGやSHOを支援することが求められることになるだろう。事実SHCは自らの課題プロフィールとして「特定の分野ではなく、SHにかかわる分野を包括的に支援する」ことを謳っている<sup>13)</sup>。

ところが、これはあくまでも理論的な規定であり、SHCによる実際の支援状況を必ずしも反映したものではない。その点について連邦議会によって設置された「市民参加の将来」（Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagement）という名称の調査委員会の最終報告書（2002年6月に連邦議会議長に提出）は次のように述べている<sup>14)</sup>。「たとえSHCがテーマ包括的に活動し、SHに関心のある人すべてに開かれているとしても、活動の重点において医療分野が特別な地位を占める。SHGの3分の2は健康分野に属し、その結果としてSHCの活動もそこに1つの重点をおいている<sup>15)</sup>。ここでの健康分野という分類枠は、上述のNAKOSのSHO調査のなかで①「病気や障害の分野」に②「心理社会分野」の心理的な病気や問題、依存症を加えたものである。こうした捉え方は法定疾病保険のSH支援の規定においても見出される<sup>16)</sup>。よってSHCは概念的、プロフィール的には「SHにかかわる分野を包括的に支援する」といっても、現実の状況がSHCの活動を取りわけ今述べた意味での健康分野にシフトさせているのである。

このようなSHCならびにそれが支援対象とするSHGやSHOの活動は、ドイツの市民参加分野の一領域にすぎない。それ以外にどのような参加形態があるのかを、これまた連邦議会の調査委員会の最終報告書にもとづいて確認し、SHによる参加をそのなかで位置づけておこう。

調査委員会は「自発的で、公共の福祉を志向し、経済的な利潤を目指すのではない市民参加を促進するための具体的な政治（政策）的戦略や施策を作成する」<sup>17)</sup>という目的をもって設立された。それゆえここでは「市民参加」は「自発性」「公共の福祉志向」「非営利性」というメルクマールで捉えられているが、最終報告書では「市民社会とその具体的形態

11) たとえばカッセル市のセルフヘルプ支援センター（SHC）の2007年・年次報告書では、新しいテーマとして「自分の孫に会えない（義理の）祖父母」からの相談が30件あったことが報告されている（Kassel-SHC（2007））。しかし延べ数か、実数かが書かれていないので、それをSHGの新しいテーマと結論づけるには慎重な判断が必要である。

12) NAKOS（2007）22。

13) NAKOS（2006b）24。

14) わが国では、ドイツのSHや市民参加、NPOの状況について坪郷實が機会あるごとに紹介している。たとえば坪郷實（1989）（1991）（2001）（2005）（2006）である。とくに最終報告書については（2005）に詳しい。

15) Enquete-Kommission(2002)301。

16) Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen(2006)21。

17) Enquete-Kommission(2002)7。

(Ausdrucksformen)」という節で、市民参加の現状が異なる9つの観点から分析されている。そして、その1つに「参加促進のインフラ施設」という項があり、既述のSHCに関する文章もそこにおさめられている<sup>18)</sup>。SHC以外には、高齢者事務所(Seniorenbüros)、ボランティアセンター(Freiwilligenagenturen)の2つの施設が取り上げられている。ドイツではほかにも市民参加促進のためのインフラ施設は存在するが、最終報告書によれば、全国的な広がりをもつのはこの3つである<sup>19)</sup>。以下、高齢者事務所とボランティアセンターの概要を示しながら、それらが支援対象としている市民参加の形態を明らかにしていこう。

高齢者事務所は、対象者が高齢者に限られた市民参加促進のためのインフラ施設であり、決して新しいタイプのケア施設ではない。同事務所は、高齢化が進展するなかで、定年後の新しいライフステージをアクティブに過ごしてもらうために、高齢者に対して参加機会(講座、イベント、ボランティア、レジャーなど)の情報、相談サービスなどを提供している。連邦高齢者事務所協議会のHPによれば<sup>20)</sup>、2008年2月21日現在、全国に206存在している。設置者は自治体、福祉団体、教会、民間団体(社団など)、設置者連合というふうに多様であり、資金調達についてもそうである。

ボランティアセンターは、ボランティアとして参加する意思のある市民と、彼らを受け入れる公益的な組織との橋渡し機関であり、比較的新しい施設である。その背景には「ボランティアの構造変化」、すなわち利他的・義務的な参加動機ならびに長期的な参加から、個人の満足・能力の獲得・自己実現といった参加動機ならびに期間限定の参加への変化があり<sup>21)</sup>、既存の団体はそうした「新しいボランティア」にうまく対応できていなかった。したがって1990年代後半になって各地でそのようなセンターが設立されることになった。連邦ボランティアセンター協議会のHPによれば<sup>22)</sup>、現在全国に244存在している。設置者は福祉団体と民間団体(社団など)が主流であり、前者の福祉団体のなかではカトリック系のカリタス連合がもっとも積極的である。しかしながら、このカリタス連合は、まさに上述の「新しいボランティア」に対応できなかった既存団体に属するのであり、それゆえ減少したボランティアを、ボランティアセンターという新しい枠をかりて集めようとしているのにすぎないのではないか、という懸念も表明されている。資金については、多くのセンターは、毎年新規に募集されるさまざまなプロジェクトに応募して獲得している。

18) それ以外の8つの観点について問題設定の一部を、より具体的な論点とともに示せば次のようになる。  
① どのような分野で参加がなされているか(スポーツ、文化、宗教、環境、社会保障)、② どのような層がどの程度参加しているか(女性と男性、青少年、高齢者、移民)、③ 参加に関して地域的な特徴はあるか(とくに東ドイツ)、④ どのような組織形態のもとで参加がなされているか(社団・団体、財団、ボランティア奉仕勤務など)、⑤ 参加のなかで広報手段としてどのようなものが利用されているか(地域集会、マスメディア、インターネットなど)、⑥ 参加を促進するためにどのような社会的承認の形態が利用されているか(表彰、参加者への割引サービス、謝金の支払いなど)、⑦ 参加をするために人びとにはどのような能力が必要か(コミュニケーション力、ボランティアマネジメントなど)、⑧ 参加を社会的に学習する機会はどこで得られるか(家族、学校、社団・団体など)である。なお「ボランティア奉仕勤務」には、代表的なものとして「社会ボランティア活動年」(das Freiwillige Soziale Jahr)がある。それは福祉団体等を運営主体として、参加を希望する若者が一定期間(たいていは1年(だから Jahr))福祉事業施設等で社会保険による保護や小遣いなどを受けながらフルタイムでボランティアをする活動である(<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagensj-gesetzt-estext,property=pdf,bereich=sprache=de,rwb=true.pdf>/2008年2月20日検索)。

19) Enquete-Kommission(2002)298.

20) <http://www.seniorenbueros.org/index.php?id=29/> 2008年2月22日検索。

21) Enquete-Kommission(2002)111,115. 永合位行(2007)83.

そこで、これら2つのインフラ施設の支援対象をも考慮に入れてドイツのSHによる参加を位置づければ次のようになる。まずいずれも「自発性」「公共の福祉志向」「非営利性」というメルクマールで捉えられる市民参加という点では一致している。しかしSHはそのなかで主に健康分野の当事者の活動に重点をおいて捉えられ、高齢者の参加はまたそれとは別枠で考えられている。そしてそのような限定のない市民参加の他の分野は、ボランティアセンターが支援の対象としているのである。誤解してほしくないが、ドイツでもSHに関しては論者によってさまざまな捉え方がある<sup>23)</sup>。しかしながら実際の政治(政策)レベルでは、今回の医療改革2007(第IV節)との関連で見られるように「健康分野の当事者による参加」が積極的に支援されているのである。それでは、このように政治(政策)レベルでSHが意義を認められ、支援されるようになるまでにどのようなプロセスがあったのか。またSH陣営はそれに対してどのような働きかけをおこなってきたのか。次節以下でこれらの問題を取り扱うことにする。

### Ⅲ セルフヘルプの広がりと学術研究

ポアゲトはドイツにおいてSHの考え方の広がりには寄与した要因として学術研究、医療関係者、政治(政策)の3つを挙げている。医療関係者がSHの広がりには果たした役割の検討については別の機会に譲るとして<sup>24)</sup>、本稿では学術研究と政治(政策)の果たした役割に議論を絞りたい。

ポアゲトは、連邦保健省の補助によって2000年から2002年のあいだに実施されたフライブルク大学医療社会学部の「ドイツにおけるSH研究の情報データバンク」(DOKUDAT)の調査にもとづいて(これも重要な研究プロジェクトの1つ)、SHに関連するドイツでの重要な研究として、ポアゲト(2002)で9つ、ポアゲト(2004)で14のプロジェクト<sup>25)</sup>を挙げている。またDOKUDATのデータにアクセスできるようにフライブルク大学で設置されたフライブルクSH研究クリアリング・資料センター(CDS)のサイトには24の研究プロジェクトが掲載されている<sup>26)</sup>。これらの数字には重複があるから、それを差し引けば、実質的には表のような28の研究プロジェクトが存在する。

マツァット(Matzat, J.)によれば、これらの研究プロジェクトのうち、ドイツのSHの広がりにとってとくに重要だったのが、表中シャドウの4つである<sup>27)</sup>。それぞれについて概観すれば次のようになる。

①心理療法 SHG (1977-81) : メラー (Moller, M.L.) やマツァットなどを中心にギー

22) <http://bagfa.de/index.php?id=71/> 2008年2月22日検索。

23) Borgetto, B.(2004)27-77.

24) たとえば、現在5つの保険医協会に設置されている「SHGと医者のための協働相談所」(KOSA)という機関の分析 (Bogenschütz, A. u.a.(2000)83-86.)などが課題となる。

25) スイスのケースも1つ入っており、それを合わせれば15になる (Borgetto (2004)124-125)。

26) <http://www.medsoz.uni-freiburg.de/cds/> 2006年5月22日検索。

27) Matzat, J.(2000)215-218. そこにおいてはもう1つハンプルク大学の研究プロジェクトが挙げられているが、CDSの一覧にはないので、ここでは対象としない。

表1 ドイツのSHに関する重要な研究プロジェクト

研究の重点	研究プロジェクト名 (研究期間)	年代順 (開始年で)
SHG	1. 心理療法 SHG (1977-81)	1
	2. 医療 SHG (1979-83)	2
	3. がん患者女性のリハビリ (1981-83)	4
	4. 政治・行政システムの影響のもとでの SHG の変化 (1983-87)	5
	5. 対話の SHG : やめた人ととどまっている人へのインタビュー (1990)	9
	6. 乳がん患者の外来アフターケアにおける心理社会的なケアニーズ (1992-00)	10
	7. 蝸牛殻移植後の聾者のリハビリにおける心理社会的な問題 (1995-96)	16
	8. フォーマル援助なしに SHG に参加しているアルコール依存症者の回復プロセス (1995-00)	17
	9. ドイツにおける認知症患者の家族グループ (1998-99)	22
	10. がん SHG リーダーの研修プログラムの展開と評価 (1999-00)	25
協働	11. 外来診療の効果改善のための医師と SHG の協働 (1987-89)	6
	12. 医師と SHG の協働 (1988-92)	8
	13. 骨粗しょう症 SHG メンバーに対する開業医の特別な対話 (1994-95)	13
	14. 専門職医療サービスシステムと SH の協働への要求 (1996-98)	18
	15. SH イニシアティブを診療システムに組み込むモデル (1997-00)	19
	16. 自助への援助: 職業の枠を超えた品質サークルによる協働改善へのチャンス (1998-01)	23
	17. リハビリ施設と SHG / SHO のネットワーク化と協働 (2001-04)	28
SH 支援	18. SHG のための情報・支援センター (1987-92) 連邦政府のモデルプログラム①	7
	19. 新州における社会的 SH の促進 (1992-96) 連邦政府のモデルプログラム②	11
	20. ブランデンブルク州における SH と SH 促進政策 (1993-94)	12
外向きの SH 活動	21. 温泉リハビリクリニックにおけるポリオ後遺症を持つ人の情報仲介センターコンセプト (-1994)	14
	22. 先天性心臓疾患児の外来リハビリのためのスポーツグループ (1994-00)	15
	23. HIV 予防の枠組みでの薬物 SHG のサービス評価 (1998)	21
	24. 障害者 SHG の広報活動 (-1999)	23
SH 一般	25. 医療制度における SH (1979-83)	2
ボランティア	26. 分けあうことで得る (SH 外でのボランティア活動の組織化) (1997-00)	19
SHO	27. バーデン・ヴュルテンベルク州 SH リウマチ連合会における評価と質の確保 (2000-04)	26
共同 SH	28. ドイツにおける SH 研究の情報データベース (DOKUDAT) (2000-02)	26

出所) Borgetto, B.(2002)、Borgetto, B.(2004)、CDS サイト (<http://www.medsoz.uni-freiburg.de/cds/>)。  
 注記) そのほかにも経済分析に関しては Engelhardt, H.D.(1995)、連邦政府のモデルプログラム以降最大の研究プロジェクトとしては Trojan, A.u.a.(2004) などがある。

セン大学心身症医療センターがおこなった SHG 関連でドイツ最初の、そして同国のその後の SH 発展にとって大きな影響力をもった研究プロジェクトである。「心理療法的な方向性をもった SHG を、その自立性を危機にさらすことなく、最善に支援するにはどうすればよいか」「何が SHG の療法的な力を形成しているのか」「成果ある活動のためには、どういっ

た条件が必要か」等の問題設定をもって、SHGメンバーとのインタビュー、3つのSHGのすべてのメンバーに対するインタビュー、構造化された質問用紙を使ったインタビュー(人数109名)などを実施している。結果として「SHGはすぐに消滅する危険があるので支援が必要である」「援助者と当事者とのあいだで対等な関係を構築する必要がある」「隣接する分野のSHGを集める全体会(Gesamttreffen)がグループ相互の相談に役立つ」「SHGに参加することで状況が改善した人が44.1%、不変が47.5%、悪化が8.5%」といったことを明らかにしている<sup>28)</sup>。そして、この研究プロジェクトとの関連でギーセンSHC(正式名称:SHGのための交流センター)が活動を始めている。またメラーを中心として研究開始時にすでに存在していたドイツSHG協議会(DAG SHG)という研究グループも、プロジェクトを契機としてSHやSH支援の専門団体としての活動を充実させていくことになる(1982年に登記社団(e.V.)という法人格を取得<sup>29)</sup>)。

②医療SHG(1979-83):トローヤン(Trojan, A.)やデーネケ(Deneke, C.)などをメンバーとしてハンブルク大学医療社会学研究所がおこなった、ドイツSH研究史上もっとも多面的で、かつ綿密な研究プロジェクトである。「SHGの本質と設立体験」「慢性疾患者の日常的問題」「SHGの活動のあり方」「典型的な発展のプロセス」「SHGの目標と作用」「専門職との関係」「支援のニーズ」「社会政策におけるSHGの認知」といった広範な問題設定をもって、SHGの長期的メンバーとかつてのメンバーに対する質的調査、構造化された質問用紙での65SHG・232名のメンバーに対する量的調査、専門職への集中インタビュー、実践研究の試みとして専門職への研修とSHC活動の調査などを実施している。結果として「当事者は病気による負担、システムと第1次ネットワークの不足、克服の能力の獲得ということを契機としてSHGに参加している」「SHGの目標として、他のメンバーを支援する、当事者のための利益表明、制度の変革などが考えられている」「専門職サービスに対しては、回答者の60-75%がポジティブに捉えている。ただ身体の病気のSHGの場合、メンバーの54%がネガティブに捉えているが、だからといってそこにアンチ専門職的態度は見られない」などが明らかにされている。このプロジェクトとの関連でも、ハンブルクSHC(正式名称:SHGのための交流・情報センター。略称はKISS)が設置されている<sup>30)</sup>。

③SHGのための情報・支援センター(1987-92):連邦政府のモデルプログラムとして西ドイツ地域を対象に実施され、それに付随する学術研究を、ブラウン(Braun, J.)、オピールカ(Opielka, M.)などをメンバーとした社会科学分析・助言研究所(ISAB)が担当している。「どういった枠条件がSH参加やSHC活動に抑制的あるいは促進的に作用するか」「SHCはどういった課題を実現すべきか」「調査から政治(政策)にとってSH支援のためにどういった提言が導き出せるか」などの問題設定をもって、20の地域のSHCを選

28) <http://www.medsoz.uni-freiburg.de/cds/> 2006年5月22日検索。

29) 豊山宗洋(2008)51。

30) ドイツ最初のSHCの設立については、ハンブルクSHCの1981年と言われたり(ISAB(1997)29)、ギーセンSHCの1977年と言われたり(Weiße(2005))、一定しない。これは、両プロジェクトにおいてSHC的な活動が徐々に進められてきたことに由来している(マツァットから筆者宛ての2007年3月30日付けメール)。

択し、そこから4ヵ月ごとに活動報告を受けたり、SHC相談員に追跡アンケートをしたり、約3万の関心のある人・約3000のSHG・約4万5000人の専門職の統計をSHC統計として整備したり、専門職やSHGへの調査を実施したりしている。結果として「西ドイツでは1992年に5万以上のSHGがあり、そこに190万人が参加している」「20の地域ではSHCの活動のおかげで、1988年から91年までにSHGが36%増加した」<sup>31)</sup>「SHCの課題をもっとも効果的に実現するには専門職員が必要である」「SHCには訓練された人を採用することが重要である」「SH促進の手段としてはSHGに直接補助する『直接的支援』、SHCなどを支援する『インフラ的支援』、審議会などへの参加を認める『制度的支援』が有効である」といったことが明らかにされている。

④新州における社会的SHの促進(1992-96)：連邦政府のモデルプログラムとして東ドイツ地域(新州)を対象に実施され、これもISABが学術研究を担当している。「東ドイツ地域のSHGの発展に関する分析、西ドイツ地域との比較」「SHCはSHの活性化にどのくらい役立つのか」「どのような人びとがSHCに問い合わせてくるのか」「両地域のSHCの課題プロフィールは同じなのか」などの問題設定で、17の地域のSHCを選択し、SHC組織の発展に関する複数回のアンケート、約1万の関心のある人・約2000のSHG・約1万5000の専門職という3群の利用者に対するSHCのサービス統計、SHCの半年ごとの活動報告、SHGアンケート(1993年：449グループ、95年：687グループ)を実施したりしている。結果として「東ドイツでは93年から95年のあいだにSHGが5000から7500に増加している」「SHGの4分の3がSHCの支援に満足している」「専従職員が定期的に研修を受け、人的資源の基準を満たしたSHCの場合、SH支援が効果的である」「SHは統一後の東ドイツ社会におけるバッファである」といったことが明らかにされている。

ドイツでは、このように長い時間と費用をかけた研究プロジェクトによって、SHGの効果やそれに対するSHCの支援のあり方が明らかにされてきたのである。ただ、これらはあくまでも学術研究であるから、SHにかかわる専門職(政治家、行政、研究者、疾病金庫の担当者など)は別として、多くの人びとは通常その結果に関心をもたない。したがってこれらのプロジェクトに従事した人びとは、その結果を専門誌に載せるだけでなく、新聞やラジオやテレビでも報道し、そうすることでそれは全国的に大きな反響を呼ぶことになった<sup>32)</sup>。現在も、連邦政府のモデルプログラムの結果としてでてきた「ドイツには7万から10万のSHGが存在し、そこに約300万人が参加している」という推計値は、新聞や雑誌でSH関連の記事が掲載される際には頻繁に引用されている。

さらにこれらの研究プロジェクトは特徴として、現状分析だけでなく、SH活動を広げるためにはどういった手段が有効か、支援をどのような形でおこなえばよいか、といったSH支援活動の実際に指針を与える実践研究という側面も強くもっている<sup>33)</sup>(たとえばSHCの

31) ISAB(1992)236.ただし、SHCが設置されなかった他の地域のデータとの比較がないので、36%が大きいのか、小さいのか、はっきりしない。おそらくSH関連で活動している人びとの実践上の感覚にもとづく判断が働いているのだろう。

32) Matzat, J.(2000)216.



課題、SHCのファイナンスのあり方、サービスエリア人口比でのSHCの人的資源に関する提言など<sup>34)</sup>。また上述のDAG SHGは、1984年からドイツのSH支援のナショナルセンターであるNAKOSの設置者ともなり<sup>35)</sup>、そしてこのNAKOSがSHに関するデータベースの整備、SH関係者の年次大会の開催、SH関連の制度改正に関する説明や政府に対する態度表明というかたちでドイツのSH活動に大きな貢献をしていく。今回の医療改革2007ではSHにとって有利な方向での法律の改正がおこなわれたが、そこにおいてもNAKOSによる長期間の調査活動や啓発が伏線となっているのである。そしてこの部分に、SH活動の社会的認知度を高めていくうえでのSH陣営の1つの戦略を見ることができる。

#### IV 医療改革2007とセルフヘルプ支援

医療改革2007においては「法定疾病保険における競争強化法」という法律のもとに「すべての人に対する保険による保護の導入」「医療サービスの改善」「今日的状况への法定金庫と民間金庫の適応」「ファイナンス方式の改革：医療基金」という4つの方向で改革がおこなわれることになった<sup>36)</sup>。そして「今日的状况への法定金庫と民間金庫の適応」との関連で、社会法典第5編(法定疾病保険の規定集)のSH促進を定めた20条4項が20c条<sup>37)</sup>へ改正された。これは、ボアゲトの挙げた政治(政策)による促進のうち、連邦議会による社会立法を通じた促進である<sup>38)</sup>。その条文の内容を、8つの法定疾病金庫中央連合会のあいだで合意された枠組み協定の内容も加味して図示すれば次のようになる。

33) Matzat, J.(2000)217 - 218.

34) ISAB(1997)120, 200, 281.

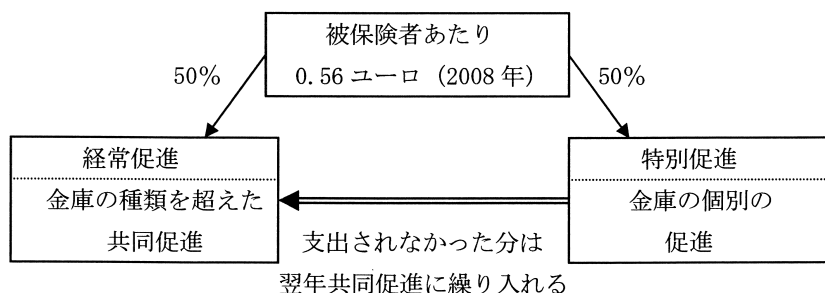
35) 専門団体としてのDAG SHGは独自の事務局をもたない。活動については、その内容に応じて、傘下の「ギーセンSHC、州レベルの2つの調整組織、NAKOS」に割り振っている(2007年9月7日付けのマツァットへのインタビュー)。

36) 連邦保健省 (<http://www.die-gesundheitsreform.de/> 2008年1月28日検索)。なおインターネット上でわかりやすい解説は「ドイツニュースダイジェスト」(<http://www.newsdigest.de/newsde/content/view/119/33/> 2008年1月28日検索)、「世界の厚生労働2007」(<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/08/dl/23.pdf/> 2008年1月28日検索)。

37) 20c条は3つの項で構成されている。

38) ほかに連邦政府によるモデルプログラム支援、研究助成、さらには自治体や州によるSHの資金的支援がサーベイされている(Borgetto, B.(2004)128 - 143)。

図2 新しいSH促進の規定 (社会法典第5編20c条)



出所) AOK-Hessen(2007)14.

この規定は2008年1月1日に施行された。図中の年間「被保険者あたり0.56ユーロ(2008年)」は法定の金額であり<sup>39)</sup>、今回の改正によって個々の法定疾病金庫(これらの全国団体が上述の8つの法定疾病金庫中央連合会である)には、SH支援のための拠出が義務づけられることになった。以前の20c条4項では、条文のなかに「促進すべきである」というように「べきである」(sollen)という単語があったが、今回の20c条ではそれがなくなり、それとともに強い義務を指すようになったのである<sup>40)</sup>。拠出の形態は図にあるように、0.56ユーロがまず「金庫の種類を超えた共同促進」と「金庫の個別の促進」に二分される。前者の方式が定められたことで、これまで支援申請をいろんなレベルの疾病金庫に提出しなければならなかったSHGやSHOは、共同促進に関しては申請を一箇所におこなうだけでよくなり、資金を得るまでの時間が短縮されることになった<sup>41)</sup>。これが医療改革2007の「今日状況への法定金庫と民間金庫の適応」の1つの現象形態なのである。「共同促進」では郵便料金、電話料金、部屋の賃貸料など経常的な支援(経常促進)がおこなわれ、個々の疾病金庫が支援プロジェクトを独自に決定できる「個別の促進」においては、セミナー講師の謝金や旅費、パンフレットの印刷費など一時的に生じる費用に対する支援(特別促進)がなされる<sup>42)</sup>。20c条の義務規定との関連で大切なのは「個別の促進」で使われなかった分が翌年に「共同促進」の方に全額繰り入れられるということである。それとともに法定の0.56ユーロは、すべてSH促進のために使用されることになる。

NAKOSを始めとしたSH陣営は、この法定金額の全額支出の実現に積極的に取り組んできた。疾病金庫によるSH支援の条文が「べきである」規定になったのは2000年からであるが<sup>43)</sup>、当時からすでに支援額は法定されていた。しかし義務ではなかったため、連邦保健省(2000年当時は連邦保健・社会保障省)が毎年公表する支援実績では、定められた水準が

39) 20c条3項。正確な規定は「2006年価格で0.55ユーロ」である。

40) VdAK/AEV(職員疾病金庫連合会・労働者代替金庫連合会：2つの法定疾病金庫の連合)のヨハニデス(Johannides, M.)とAOK(地区疾病金庫)のハーケ(Haake, B.)へのインタビュー(2007年8月31日、2007年9月3日)。なおsollenは「特段の理由がないかぎり」支援しなければならないということであり、義務規定は「無条件に」支援しなければならないということである(マツァットへの2007年9月7日付けインタビュー)。

41) AOK-Hessen(2007)14.

42) AOKのハーケから入手した「AOKの促進申請のための説明」の資料(2007年9月3日)。

43) 最初は1992年の医療構造法による改正とともに「できる」(können)規定として導入された。施行は1993年(Matztat, J.(2002b)18)。

表2 法定疾病金庫によるSH促進の充足率と法定金額が総支出に占める割合

	①支援実績 (万€)	②法定金額 (万€)	③充足率 (①/②;%)	④法定疾病金庫の 総支出(億€)	⑤法定金額の総支出に占 める割合(②/④;%)
2000年	950	3634	26.1	1338	0.272
2001年	1572	3621	43.4	1388	0.261
2002年	2151	3681	58.4	1436	0.256
2003年	2422	3734	64.9	1451	0.257
2004年	2641	3795	69.6	1402	0.271
2005年	2705	3807	71.1	1438	0.265

出所) Priester, K.(2007)170 と VdAK/AEV(2006)16 より筆者作成。

クリアされていなかった(表の③)。

NAKOSは自身の情報誌(NAKOS-INFO)で、こうした状況をそのつど批判し、その問題が人びとの意識にとどまるよう努力してきた。それが今回の医療改革2007で義務規定となった。SH陣営の継続的な活動が実を結んだのである<sup>44)</sup>。

それではSH陣営が長年こだわってきた、この法定金額にはどういう根拠があったのだろうか。それを知るために筆者は現地でインタビュー調査をおこなった<sup>45)</sup>。そこでわかったことは、その数字に客観的な根拠はなく<sup>46)</sup>、それが法定疾病金庫によるSH促進の1つのシンボルとして位置づけられているということであった。実際シンボルにふさわしく、2000年の法定化の際、被保険者あたり「1マルク」という金額に定められたのだった(2002年からのユーロ導入にともない、0.51ユーロ(2000年価格)と読み替えられた)。もっとも、その額は突然提起されたものではなく、法定疾病金庫のなかには独自にSH支援をおこなっていたところも存在していた。しかし、それらのなかに被保険者あたり1マルクという数字は存在しなかった<sup>47)</sup>。

ここで注意を促しておきたいが、本節の議論を受けて、法定疾病金庫の施策のなかでSH促進の占めるウェイトがかなり大きいというふうに誤解しないでほしい。表の⑤に示してあるようにSH促進の法定金額をかりに100%支出しても、それが総支出に占める割合は0.265%(2005年現在)にすぎないのである<sup>48)</sup>。もちろん、だからといってその支援がドイツのSH促進にとって重要でないということにはならない。たとえばフランクフルトSHCでは2006年の歳入32万2014ユーロのうち13万6689ユーロ(42.4%)は法定疾病金庫からのものである<sup>49)</sup>。しかし法定疾病金庫全体からみれば、その割合が小さいことに変わりはない。

44) NAKOS主催の各州のSHC州協議会のスポークスマンを対象とした大会(2006年10月)において、新しい規定受け入れ歓迎の決議がなされている(NAKOS(2006c)8-9)。

45) マツァット(2007年9月7日、17日)、ヨハニデス(2007年8月31日)、ハーケ(2007年9月3日)、フランクフルトSHCのシュマルホーファー(Schmalhofer, M. 2007年8月30日、9月10日)。

46) 筆者の質問を受けて、その後マツァットは当時法案作成に携わった女性官僚に会議の席で出会った際に、金額の根拠を改めて質問したそうである。彼女の回答は、やはり「客観的な根拠はない」というものだった(マツァットから筆者宛て2007年10月31日付けメール)。

47) VdAKはSHC支援を年間700マルクまでと定め、BKK(企業疾病金庫)はSH支援用に年間支出予算額の0.025%(被保険者本人(Mitglied)あたり約1マルクに相当。被保険者(Versicherte)という場合は家族成員も含む)と定めていた(ISAB(1994)93-95)。

48) Matzat, J.(2002b)19ではその割合は0.025%としているが、それは注47)で見たBKKの数字を指摘したものだと思われる。

い。ところが社会法典第5編にSH促進の法定金額を書き込むにあたって、この小ささが政治的に非常に重要な意味をもったのである。つまり法定疾病金庫にとって負担を感じさせるような水準の金額ではなかったからこそ、金庫側は条文の受け入れを承諾したのだった。そして今度はここから逆に、この法定疾病金庫という公的な機関から支援を受けているという事実(たとえ少額であっても)がSH促進活動に身分証明(卑近な言い方をすればお墨付き)を与え、人びとのSHに対する心理的な障壁の軽減、認知度の向上に寄与することになる<sup>50)</sup>。そこには「重要と判断したから支援する。支援されているから重要である」というかたちで捉えられる循環が生まれているのである<sup>51)</sup>。

ここまで見てきたように、ドイツでは一方で研究プロジェクトにもとづいてSH活動の状況や効果を明らかにし、さらにSH支援の実践に関する知識やノウハウを蓄積しながら、他方において「(たとえ少額であっても)法定疾病金庫という公的な機関から資金支援を受けるという事実を、人びとのSHに対する認知度の向上のためにうまく活用する」という戦略をとっていた。そして今回、社会法典第5編20c条の義務規定が実現されることになったが、これは社会に対する「SHがより一層重視されるようになった」というメッセージとなって発信されることになるだろう。

## V おわりに

本稿では、調査委員会の最終報告書の参加促進のインフラ施設の箇所に注目して、ドイツのSH活動においては「健康分野の当事者」による市民参加が大きな割合を占めることを指摘した。それゆえSH(日本語でいえば自助)や当事者というふうにつまようちによってはいくらでも広がりうる概念が、実際の現実にもとづいて限定されている。そしてこうしたSHの広がりに寄与したのがとりわけ4つの学術研究だったのであり、これらの時間と費用をかけた活動を背景としてドイツのSHは国内で認知されてきたのである。しかし学術研究だけだったとしたら、SH活動の認知度は今日のように広がらなかつたらう。それと並行してSH陣営は認知度を高めるためにNAKOS等の地道な作業とともにシンボリックな要素を戦略的にうまく利用していた。そして、これらの活動の延長線上に今回の医療改革2007の成果もあるのである。

【謝辞】本稿作成にあたってインタビューに応じていただき、貴重な資料を分けてくれただけでなく、筆者帰国後もさまざまな情報を提供いただいたギーセンセルフヘルプ支援センター

49) Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt(2006)5.

50) わが国のSHCの1つである「かながわボランティアセンター」の小野智明も「個人宅で集まってやっているとなると、新しい人にとってはいろんな意味で心理的抵抗が大きいのではないか」と指摘していた(2006年8月21日付けインタビュー)。

51) 1つの例をあげよう。あるときマツアットのもとに人間不信の症状のある人から相談の電話があった。その人はSHCの詳細を知らなかった。そこでマツアットが公的機関から支援を受けている旨説明すると、安心して自身の悩みを話しはじめたそうである(マツアットに対する2007年9月7日付けインタビュー)。

(Gießen-SHC) の Herr Matzat、地区疾病金庫ヘッセン (AOK-Hessen) の Frau Haake、職員疾病金庫連合会・労働者代替金庫連合会 (VdAK/AEV) の Herr Johannides に心より感謝します。

なお本稿は文部科学省科学研究費補助金(課題番号:18530220)にもとづく成果の一部です。

## 参考文献

- 永合位行(2007)「ドイツにおける第三セクターの展開」『国民経済雑誌』第195巻第4号。
- 岡知史(1998)「セルフヘルプグループとは何か:その『なりたち』と『はたらき』」大阪セルフヘルプ支援センター編『セルフヘルプグループ(朝日福祉ガイドブック)』朝日新聞厚生文化事業団。
- 岡知史(1999)『セルフヘルプグループ』星和書店。
- プリメド社「全国患者会障害者団体要覧」編集室(2006)『全国患者会障害者団体要覧 第3版』プリメド社。
- 豊山宗洋(2004)「ドイツのセルフヘルプ促進政策—セルフヘルプ支援センターの設置者に関する一考察—」経済社会学会編『経済社会学会年報』26。
- 豊山宗洋(2008)「補完性原則とセルフヘルプ支援—ドイツの医療分野を中心に—」『大阪商業大学論集』第147号。
- 坪郷實(1989)『新しい社会運動と緑の党』九州大学出版会。
- 坪郷實(1991)『統一ドイツのゆくえ』岩波新書。
- 坪郷實(2001)「ドイツ—福祉国家と補完性(サブシディアリティ)の原則」久塚純一ほか『世界の福祉』早稲田大学出版部。
- 坪郷實(2005)「刷新された社会民主主義と「市民活動の将来」」山口二郎ほか『市民社会民主主義への挑戦』日本経済評論社。
- 坪郷實(2006)「ドイツ—市民活動と市民自治体への道」久塚純一ほか『世界のNPO』早稲田大学出版部。
- AOK-Hessen(2007) *AOK Forum plus*, Jahrgang 2007/Ausgabe 2.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen(2006) *Leitfaden Selbsthilfe: Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß §20 Abs.4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006*.
- Borgetto, B.(2002) *Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland*, Nomos Verlags- gesellschaft.
- Borgetto, B.(2004) *Selbsthilfe und Gesundheit*, Verlag Hans Huber.
- Bogenschtz, A.u.a.(2000)Ein Blick in die Arbeit der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte einiger Kassennarztlischen Vereinigungen, *selbsthilfegruppenjahrbuch 2000*.
- Engelhardt, H.D.(1995)Was Selbsthilfe leistet...: *Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung*, Lambertus.
- Enquete-Kommission(2002) *Bericht Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine*

- zukunftsfähige Bürgergesellschaft*, Leske+ Budrich.
- ISAB(1992) *Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen: Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren*, Verlag W.Kohlhammer.
- ISAB(1994) *Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen*, Verlag W.Kohlhammer.
- ISAB(1997) *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland*, Verlag W.Kohlhammer.
- Kassel-SHC(2007) *Jahresbericht 2007* (<http://www.selbsthilfe-kassel.de/Jahresbericht2007doc.pdf>)
- Matzat, J.(2000) Zur Rolle der Forschung bei der Entwicklung der Selbsthilfebewegung in Deutschland, *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, Jg.23,Heft3.
- Matzat, J.(2002a) Die Selbsthilfe als Korrektiv und ‚vierte Saule‘ im Gesundheitswesen, *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen*, 15-3 (=2002 豊山宗洋訳「健康制度における修正要素ならびに『第4の柱』としてのセルフヘルプ」(<http://www.sun-inet.or.jp/~selfhelp/osaka/sh/toyoyama.html>))
- Matzat, J.(2002b) *Selbsthilfegruppen Wegweiser Gießen 2002*, Focus Verlag GmbH.
- NAKOS(2006a) *Selbsthilfe unterstützen*, NAKOS Konzepte und Praxis 1.
- NAKOS(2006b) *NAKOS INFO 88* ([http://www.nakos.de/site/data/NAKOS\\_INFO88.pdf](http://www.nakos.de/site/data/NAKOS_INFO88.pdf)).
- NAKOS(2006c) *NAKOS INFO 89* ([http://www.nakos.de/site/data/NAKOS\\_INFO89.pdf](http://www.nakos.de/site/data/NAKOS_INFO89.pdf)).
- NAKOS(2007) *NAKOS INFO 92* ([http://www.nakos.de/site/data/NAKOS\\_INFO92.pdf](http://www.nakos.de/site/data/NAKOS_INFO92.pdf)).
- Priester, K.(2007) Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfe- Finanzierung bei weitem nicht aus, *selbsthilfegruppenjahrbuch 2007*.
- Schilling, R.(2006) Die Entwicklung der Arbeits- und Fördersituation von Bundesvereinigungen der Selbsthilfe in Deutschland, *selbsthilfegruppenjahrbuch 2006*.
- Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt (2006) *Jahresbericht 2006* (<http://www.selbsthilfe-frankfurt.net>).
- Trojan, A.u.a.(1986) *Wissen ist Macht*, Fischer Taschenbuch Verlag.
- Trojan, A.u.a.(2004) *25 Jahre Selbsthilfeunterstützung*, LIT Verlag.
- VdAK/AEV(2006) *Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens*.
- Weiß, F.(2005) *Brandenburger Plan für Selbsthilfe* (<http://www.selbsthilfe-brandenburg.de/scripte/brbplande.pdf>).