

セッティングズ・アプローチによる介護福祉士の活動の場の可能性：施設中心から生活者中心へ

森川 洋(社会福祉学／健康社会学／ヘルスプロモーション)
桑原信治 杉浦裕二*¹ 金子純子*²

I はじめに

本論で取り上げたテーマの研究を始めたきっかけは次の二つの観点にある。ひとつは短い期間ではあるが、介護福祉士養成校における教員として、介護福祉士資格を取得していく、あるいは取得しようとする学生とのかかわりを持った経験という観点である。もうひとつはヘルスプロモーションや健康社会学の立場から人々の健康とは何か、そのための環境づくり、まちづくりのあり方を考察してきた観点である。教育学部を卒業し、教員免許を取得した学生は皆、教員にならなければいけないのだろうか。経済学部の卒業生は、エコノミストにならなければいけないのか。介護福祉士資格を取得しながら、この資格を生かすことなく、社会に巣立っていく学生も中には存在するという現実の中で、彼女たちはただ無駄な二年間を過ごしてきたというレッテルで、介護福祉士養成校の役割を終えてしまっているのだろうか。また介護を学んだ者が“介護分野”に囚われる必要がないのと同様、介護を受ける側にも、多様な専門性や個性を持った人々がいる。よって介護福祉士も専門分野以外の知識や経験を持つことも重要である。

本論では、介護福祉士資格取得者の活動の場が障害者や老人が暮らす施設、あるいは一部の在宅サービスを提供する機関のみに限定されていることを問題として捉えつつ、介護福祉士養成校における学生が主体的に取り組んでいけることを志向した、新たな介護福祉士の活動の場の可能性について考察する。

II 「潜在的介護福祉士」の現状と老人ケアの機能分化

介護福祉士の登録者数¹⁾は2006年5月末現在544,884名、そのうち養成施設からの登録者数は205,375名である。日本介護福祉士養成施設協会によれば、1990年度3,034名の卒業生を輩出し、2001年度には年間20,386名まで右肩上がりの状態であった。2000年度以降、停滞傾向ではあるが18,000名から19,000名の卒業生を毎年度輩出している。卒業後は「社会福祉施設の職員等・社会福祉関係機関・介護老人保健施設・医療機関」などに16,762名(2004年度)が進んでおり、卒業生の約84%を占めている。一方施設や機関以外の部類に入る「その他」の者は3,229名(2004年度)であり、1998年度以降、卒業生の10%台前半から20%台前半を「その他」の道に進む者が占める状況である。

この「その他」の道に進む者について、施策の面で次のような動きが見受けられる。2006年7月5日厚生労働省による「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会²⁾」における「これからの介護を支える人材について—新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発に向けて」では、「資格を取得しながら何らかの理由で介護分野で働いていない、いわゆる『潜在的介護福祉士』が多数存在する」点が指摘されている。この点について同検討会では、福祉の現場に復帰する上で要する「再研修の場」の設定が謳われている。これは、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設などの現場で資格取得後に一定の期間を経て復帰するための支援策である。潜在的介護福祉士が、一定の社会経験等を経て、老人や障害を持つ人たちが暮らす施設の担い手として活動の場を求めるケースにおいては、有効な支

*¹ 財団法人日本ウエルネス協会地域開発室

*² 三育学院短期大学看護学科

援策のひとつとして考えられる。ただしこの視点は潜在的介護福祉士が施設であれ、在宅であれ、福祉の現場で活動していないという考え方のもと、現状では介護福祉士という資格が生かされていない³⁾という発想の中で検討がなされている。いわばここでの検討に至るプロセスは「老人に必要なケアを専門化、細分化し、それらを提供する社会システムとそこでの職種をいかに整備するか」ということを前提とした「老人ケアの機能分化⁴⁾」の発想である。このアプローチは、老人の生活の場とは何かという議論を差し置き、身体中心の狭義の健康観に基づいた医療モデルの発想から組み立てられた枠組みから制度が確立され、その枠組みの中に老人の生活の場がはめ込まれたものであるといえよう。

その一方で80年代後半以降、我が国では「ノーマライゼーション⁵⁾」「ヘルスプロモーション⁶⁾」「QOL⁷⁾」「健康観の転換⁸⁾」「ホリスティックヘルス⁹⁾」「ICF¹⁰⁾」といった概念などに注目が集められている。いわば専門職の視点ではなく、一般の人々、素人、生活者の視点を意識した利用者主体、当事者性を念頭に置き、本質を見据える作業にシフトされてきている。これらは「施設時間から生活時間へ¹¹⁾」といった形で、施設における老人の生活空間や時間軸の捉え方に発想の転換を促している。本論では機能分化論を超えた新たな発想から、介護福祉士の活動の場について、目指すべき方向性を探る。

Ⅲ 施設中心から生活者中心へ：セッティングズ・アプローチ

そもそも機能分化による実践は、家族構造や疾病構造の変化を背景とし、老親扶養が社会問題のひとつとして捉えられるようになる中で、社会福祉関係の大型施設を中心に行われてきた。施設中心という発想は、施設時間やADLといった視点からみた場合、次のようなことがいえよう。前者の施設時間は、利用者自身の生活リズムを根拠として、1日の生活が設定されていくのではなく、施設の論理中心で、起床時間、朝食時間、昼食時間、夕食時間、入浴時間、あるいは排泄(尿)の時間等が定められていること

を指す。当然このような生活空間の中では、施設の職員は利用者に指導的な立場をとり、対等な関係は構築されにくい。時間が決められているということは、自己決定の機会を喪失させてしまっており、利用者の主体性を尊重するという視点にも欠ける。エリオット・フリードソン¹²⁾は「サービスが管理されるのは通常人々に恩恵を与えるためと思われているが、その恩恵を受ける過程で彼らは暗号に変容されるのであり、この事態はそうありがたいものではない」と指摘している。様々な人生を送ってきた中での最終章を演ずるはずの個人が、施設時間という専門家の支配により、残りの時間を画一化された中で過ごすことを余儀なくされてしまう。

後者のADLの視点は、食事、排泄、入浴などの大きなカテゴリーを「自立」であるのか、「一部介助」であるのか、「全介助」であるのか評価し、当事者の身体活動能力や障害の程度を測る指標である。これらはより広い意味での時間と空間という視点から加味されていない。例えば「食べること」について、『食欲が高まること→食物を食べるために準備すること→摂食すること(食べ物を口に入れること→咀嚼し味わい楽しむこと→飲み込むこと)→食事を終えること→食卓を離れ次の活動へ移ること』という『食べ物を体内に取り込む』時間軸のプロセスと、「食卓の準備をすること→摂食すること(食べ物を口に入れること・咀嚼し味わい楽しむこと・飲み込むこと)→後片付けをすること」といった空間を意識したプロセスから、何ができて何ができないのかといった、利用者の食のあり方についてより深く追求するという視点¹³⁾には至らない。利用者の食事、排泄、入浴等の日常生活において本当はできることも、できないこととして援助者に判断され、自立からより遠のいた生活へと移行していく。このように施設時間やADLといった視点は、施設の運営をいかに回すか、人手不足をいかに解消するかという施設中心の視点に重点が置かれているといえよう。

一方生活者を中心に置いた動向として、認知症を持つ人々のグループホームの台頭がそのひとつとして挙げられよう。1980年代後半ごろよりグループホームの先駆的な活動が生まれ、そ

の後の制度化へと進められた。先駆者のグループホームに辿りついたきっかけは、施設中心の典型である大型施設において従事した経験から、利用者の生活を尊重することの大切さを痛感し、そのためには家庭的な雰囲気が必要であり、少人数の中で安心した生活を送ることができる環境を求めた結果にある^{14)~17)}。1994年の全国8ヶ所のモデル施設の指定に始まり、2000年度からの介護保険サービスのひとつとして位置づけられた。現在約8000ヶ所が設置されており、質的な課題を始め、様々な実践上の課題を抱えてはいるが、理念上は生活者の視点を中心に据えた実践活動のあり方への検討が浸透し始めている。このグループホームケアは、他のサービスにも影響を及ぼしており、特別養護老人ホームのユニット化など利用者一人ひとりの生活を重視した考え方をもとに、実践レベルにおいて模索されている。また社会福祉基礎構造改革の取り組みの代表として2000年に社会福祉事業法が社会福祉法に改正され、地域福祉を基本とした利用者本位の福祉制度の確立を推進していくことが謳われた。このように理念上、実践上、政策の方向性として少しずつではあるが、生活者の視点に注目し、その人たちの生活の場である地域という空間の中で、施策を展開していこうという動きがみられる。

そこで当事者である老人の生活の場とは何か。健康、生きがい、役割といった概念から以下のように考える。ライフサイクルの視点から人々の健康観について考察した島内¹⁸⁾は、老年期における健康づくりの鍵概念として生きがいを挙げている。この生きがいの条件として見田¹⁹⁾は、経済的安定、未来志向、豊かな人間関係、役割を有することを挙げている。またタルコット・パーソンズ²⁰⁾は、役割が健康を構成する主要な概念であることを示唆している。具体的には、健康とは「個人が社会化されるに連れて担う役割と家業を効果的に遂行しうる能力の最適状態」と捉えている。この役割概念について、金子²¹⁾は老年期を定年退職、子どもの結婚、配偶者や友人の死など「役割移行、役割縮小、役割喪失が連続して発生する」時期であることを指摘している。さらに役割の分類として、「人類の一員

として種の保存に貢献するような人類役割、家族においては、次の世代を育成するという固定役割、職場における自己を表現する地位に伴う循環役割、及び地域社会において新しい創造可能性に富む流動役割」を挙げ、老年期においては、地域社会を基盤とした流動役割の場の創出の必要性を示唆している。また財団法人シニアプラン開発機構の「サラリーマンの生活と生きがいに関する調査²²⁾」では、「生きがいを得る場」として65～74歳の男性は、家庭(49.9%)が最も多く、仕事(23.4%)が第二位ではあるが、64歳以下の男性で「仕事」を選択した割合(35～44歳：58.1%、45～54歳：57.5%、55～64歳：49.1%)と比較すると、半分以下の割合である。また友人や地域・近隣は20%未満ではあるが、64歳以下と比較した場合、増加傾向にある。女性においても家庭が36.4%、友人が26.9%である。仕事・会社は12.5%、55歳から64歳の者が35.8%であり、約3分の1まで減少している。それに対して、地域・近隣が11.3%ではあるが、64歳以下(35～44歳：1.6%、45～54歳：1.9%、55～64歳：6.8%)と比較すると、増加傾向である。このように老人の生活の場は、家庭はもちろんのこと地域・近隣であり、更に友人と出会う場であるといえよう。

1986年WHOが提唱した「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」の日本への「紹介にあたって大きな役割を果たした²³⁾」島内²⁴⁾は、ヘルスプロモーションの重要な視点として、セッティングズ・アプローチを掲げている(図表1参照)。従来型の健康づくりは、医学的な考え方によるリスクファクターに目を向けた自己責任中心のアプローチである。いわば健康概念を「病気でないこと」「身体が丈夫であること」「長生きできること」といった身体中心のみで捉えた狭義の健康の中で捉えられている。身体中心であるので、従来型の健康づくりの場は、病院、診療所、保健センターなどの施設といった単体である。一般の人々は専門家がこれらの場に出向いていくこととなる。一方今日型、未来型の健康づくりは、社会学的な考え方を軸とした人々の健康を促進する部分に目を向けた公的責任中心のアプローチである。いわば健康概念

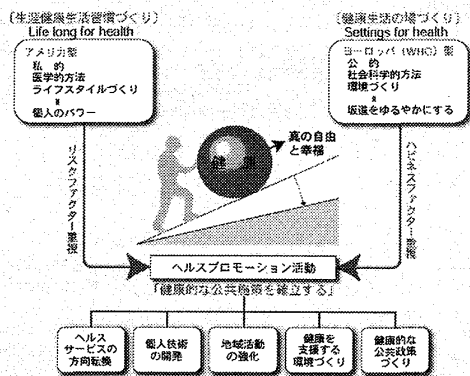
は医師を中心とした専門家が定義づけたものではなく、人びとが健康をどう捉えているかという主観に焦点をあてたものである。そして健康をどのように捉え、そのために環境を如何に整備していくかというまちづくり=健康づくりという発想の中で進めていく戦略である。身体、精神、社会といった広義、あるいは多様な概念として健康を捉えていることから、この場合の健康づくりの場は、家庭、学校、職場、スーパー、コンビニ、ファミリーレストラン、商店街、公園、児童館、旅行先、もちろん施設など、またこれらの場と家庭を結ぶラインである、各種交通機関、道路、駅、空港、バス停等など、人々が暮らすあらゆる日常生活の場であるといえる。つまり「ア・セッティング・フォー・ヘルス(a setting for health)」ではなく、「セッティングズ・フォー・ヘルス(settings for health)」である。例えば「友人と買い物をする事」が健康であると考え人にとって、健康づくりの場はショッピングの場であり、その場に行くまでの道程である。このようなことからセッティングズ・アプローチの視点に立てば、専門家は人々の生活の場に出向いていくという発想が求められるといえよう。従って介護福祉士も、施設のみが活動の場であるという発想ではなく、地域のあらゆる場で活躍する介護福祉士という発想が求められ、さらにこういった発想は介護福祉士養成校における学生の今後の活動の場の可能性に広がりを持たせることに結びつくのではないだろうか。

IV セッティングズ・アプローチに基づいた介護福祉士の活動の場の可能性

介護福祉士の活動の場の可能性を模索する上で、保健医療分野におけるいくつかの事例がヒントを与えてくれるのではないだろうか。例えば慶應義塾大学看護医療学部²⁵⁾は、看護医療ビジネス分野も将来のフィールドの場として位置づけている²⁶⁾。あるいは産婦人科医の赤枝²⁷⁾は、六本木のハンバーガーショップやカフェで週に一度、思春期の女性を対象とした無料相談を行っている。「親から保険証を借りられない」「病院では費用がかかる」など10代の女性の立場に立ち、医師が敷居を低くして彼女たちの生活の場まで入り込んで相談援助を行うという、セッティングズ・アプローチのひとつの事例であるといえよう。さらにこのような事例から考えれば、看護師、介護福祉士が航空会社の客室乗務員として従事し、老人や障害を持つ人でも安心して旅ができる場を提供する。鉄道、駅舎などの各種交通機関、宿泊施設、商業施設などに老人や障害を持つ人たちの視点から物事をみることができる専門職が、空間づくりのコーディネーターとして従事し、エスカレーターのスPEEDや、館内放送のあり方、動線のつくり方、展示品の陳列の仕方などに提案していくことができよう。また金子²⁸⁾は厚生労働省における「ファミリーフレンド企業」に向けた取り組みに注目し、助産師が企業において次世代育成支援対策を実践していく有効性について提案を行っている。「ファミリーフレンドリー企業とは仕事と育児・介護とが両立できるような様々な制度を持ち、多様でかつ柔軟な働き方を労働者が選択できるような取り組みを行う企業²⁹⁾」である。ファミリーフレンドリー企業という切り口は、助産師のみならず介護福祉士の活動の場を広げる糸口にもなるのではないだろうか。

更に市街地における商店街づくりという視点に目を転ずれば、まちづくり三法の改正、および実施が今後進められ、老人、障害を持つ人たちの視点がより求められるといえよう。まちづくり三法とは改正都市計画法、中心市街地活性化法、大規模小売店舗立地法であり、これら

図表1 ヘルスプロモーションの概念図
(島内憲夫 1987 / 島内憲夫・助反裕子・高村美奈子 2004 [改編])



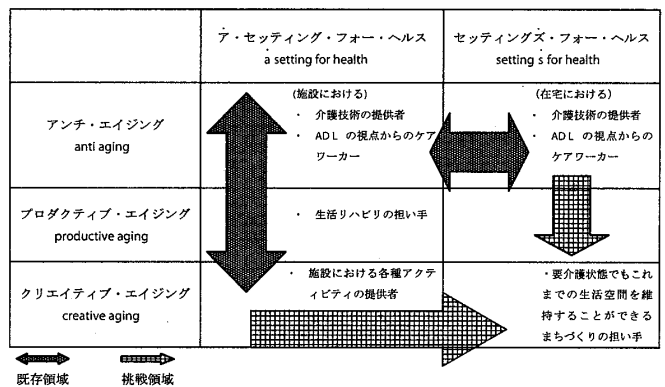
三法の改正が2007年に施行される。主要な柱として、郊外にて大型集客施設を立地することを原則禁止とし、市街地中心部の商業地域に限定する。これまでは大規模商業施設を市街地にある商店街が締め出してきた。その結果、空洞化現象が起こり、いわゆる「シャッター通り」状態が地方都市に多く見られる。この空洞化を起こした中心市街地をもう一度再生させるという中で、まちづくり三法の改正が行われている。車社会の中で人々の生活空間づくりが行われている昨今、まちづくり三法の改正を契機とし、徒歩圏内での生活空間づくりへと今後移行する可能性が大いに考えられる。そのためには市街地に進出した中規模、大規模商業施設と商店街の共存が必要である。郊外型の大規模商業施設のような量の充実に目が向けられている時代から、市街地における商業地域は今後、質に目を向けていくこととなる。老人、障害をもつ人々が安心して買い物を楽しめる商店街づくりという視点は、この質に目を向けたものである。商店街の活性化、都市計画といった政策科学、社会科学的アプローチができる介護福祉士も求められてくるのではないだろうか。

また介護福祉士資格を持つ小説家や漫画家がいっても良いのではないだろうか。これらは執筆、制作活動を通して、介護分野における提言を行うことが可能である。あるいはこうした特殊な職種でなくとも、自らの親が介護状態になり、施設に入所する状況になった際、利用者家族の会として施設づくりに積極的に関わるという機会が訪れる可能性も考えられる。このような形で、介護福祉について2年間学んだことを活かすこともできるのではないだろうか。

以上のような見解を二つの軸から考えた場合、図表2のような整理ができる。ひとつの軸は、アンチ・エイジング、プロダクティブ・エイジング²⁸⁾からクリエイティブ・エイジング、もうひとつの軸はア・セッティング・フォー・ヘルスからセッティングズ・フォー・ヘルスである。アンチ・エイジングという老いを否定し、老いることを絶望の境地とした、若さをいつまでも維持することに価値を置いた低次の加齢観から、クリエイティブ・エイジングという老いること

を受け止め残りの人生を主体的、創造的に生きていくという高次の加齢観へと変化を辿る中、今後社会潮流も高次化する。時代にシンクロさせるためには、ア・セッティングからセッティングズへと対応していくことが必須である。既存領域における人材の育成のみならず、挑戦領域を意識した人材の育成という視点が養成校において必要であると考えられる。

図2 既存領域と挑戦領域でみた介護福祉士の活動の場



V おわりに

介護福祉士の活動の場の可能性について、老人の生活の場という視点からセッティングズ・アプローチという概念を用いて検討した。本研究は介護福祉士が施設で活動する必要がないということを主張しているものではない。セッティングズの中には、本文にも述べられているように、施設ももちろん含まれる。介護福祉を学ぶ学生が二年間の教育課程の中で、約3ヶ月にわたって介護福祉の最前線である施設において介護実習を行うことは大変貴重である。介護福祉の最前線を多かれ少なかれ垣間見た学生が、老人や障害を持つ人たちの生活空間を創造していく担い手として、活動することは、当事者の生活機会の選択肢を増やしていくことにもなるといえよう。基本的な欲求に介入していくことと同時に、美しくなりたい、元気になる、思い出を作りたいなど、そのためのプロセスに介護福祉を学んだ者が介入していくことも必要である。今後介護福祉を学ぶ二年間がより有意義なものとなるよう更に考察を深めていきたい。



- 1) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0920-9d.pdf>「社会保障審議会一福祉部会資料1」厚生労働省, 2006年9月20日更新
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0705-6.html>『介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会』報告書について」厚生労働省社会・援護局福祉基盤課, 2006年7月5日更新
- 3) ここで注意しなければならないことは、筆者は介護福祉士の資格を取得することに養成校での学びの意義があるという考えではなく、介護福祉士養成校において学んだということ自体に意義を持たせていくことに視点を置いているという点である。
- 4) 木下康仁：老人ケアの社会学, P.84, 医学書院, 1989.
- 5) 1981年の国際障害者年をきっかけに国際的に浸透、障害を持つ人びとの環境のあり方を検討する上で用いられる理念である。
- 6) 1986年WHOにおけるヘルスプロモーションに関するオタワ憲章として、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義づけられた。専門職（医療者）が考える健康ではなく、一人ひとりの健康観に視点を置き、そのための環境づくり（まちづくり）に注目した社会科学の発想を軸とした健康戦略である。

WHO Regional Office for Europe: OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION(島内憲夫訳：21世紀の健康戦略2 ヘルスプロモーション：WHO：オタワ憲章, pp 8-16, 垣内出版, 1990より引用)

7) 中川は、末期医療において延命中心の処置に対する反省、疾病構造の変化から病を抱えながら如何に充実した生活を送るかという考え方の必要性、リハビリテーションの目標に障害者の自立生活に視点置くことの必要性からクオリティ・オブ・ライフという概念に関心が寄せられるようになった点を指摘している。

中川薫：クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の意味するもの：がん患者を対象にしたQOL指標を手がかりにして(園田恭一・川田智恵子編)

健康観の転換：新しい健康理論の展開, p.105, 東京大学出版会, 1995.

8) 園田恭一・川田智恵子編：健康観の転換：新しい健康理論の展開, 東京大学出版会, 1995.

9) 本宮は、ホリスティックな健康を「精神、身体、他者、環境からなる自己の全関係性から見て、一人一人与えられた条件において自ら達成可能なより良好なレベルの性の質を得ている状態である」と定義している。延命治療中心の医療に対して、「生の量」(寿命)ではなく、「生の質」としての「生の価値」を捉える上での概念として位置づけられている。

本宮輝薫：健康度のホリスティックな把握と評価(園田恭一・川田智恵子編)健康観の転換：新しい健康理論の展開, pp.35-36, 東京大学出版会, 1995.

10) 「生活機能と障害の国際分類(ICF = International Classification of Functioning and Disability)」。2001年6月にWHOの総会において決められた。手塚はICFが「障害を『機能・構造障害(impairment)』のレベル」でのみ捉えるのではなく、「個人や環境の要因をはじめ、『心身機能・構造』『活動』『参加』という階層的な三つのレベルから総合的に障害を捉え」ることの必要性が示された概念であると指摘している。

手塚直樹：障害者福祉とはなにか, pp.32-33, ミネルヴァ書房, 2002.

11) 林崎光弘：なぜグループホームケアか(林崎光弘・末安民生・永田久美子編)函館あいの里からの提言 痴呆性老人グループホームケアの理念と技術：その人らしく最期まで, pp.1-3, バオバブ社, 1996.

12) Eliot Freidson. Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care(進藤雄三・宝月誠訳：医療と専門家支配, p.153, 恒星社厚生閣, 1992より引用)

13) 諏訪さゆり・大瀧清作：ケアプランに活かすICFの視点, pp.22-23, 日総研出版, 2005.

14) 林崎光弘：前掲書, pp.1-34, 1996.

15) 下村恵美子：「宅老所よりあい」からみるグループホームの存在論. 総合ケア8(10) pp.49-60.

- 16) 中島紀恵子：グループホームケア論(中島紀恵子編)グループホームケア：痴呆の人が生きる場所, pp.37 - 89, 日本看護協会出版会, 2001.
- 17) 永田久美子：利用者主体の暮らしとケアの実現にむけて：痴呆性高齢者グループホームの挑戦, 老年社会科学 24 (1) pp.23 - 29, 2002.
- 18) 島内憲夫：生涯健康学習の構想(島内憲夫編)「健康」ライフワーク論：生涯健康学習のすすめ, pp.12,17,29, 垣内出版, 1993.
- 19) 見田宗介：現代の生きがい, pp.120 - 126, 日本経済新聞社, 1961.
- 20) Talcott, Parsons. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure (島内憲夫：前掲書, p.10 より引用)
- 21) 金子勇：地域福祉社会学, pp.47 - 48, ミネルヴァ書房, 1997.
- 22) 厚生労働省監修：厚生労働白書(平成15年版)：活力ある高齢者像と世代間の新たな関係の構築, p.36, ぎょうせい, 2003.
- 23) 石井敏弘：ヘルスプロモーションの実践的理解と健康づくり政策・施策の転換(石井敏弘・櫃本真事編)ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの政策開発：政策化・施策化のセンスと技術, p. 5, ライフ・サイエンス・センター, 2001.
- 24) 島内憲夫編著：ヘルスプロモーション講座：心の居場所：セッティングズ・アプローチ, 順天堂大学ヘルスプロモーション・リサーチ・センター (WHO 指定研究協力機関), 2005.
- 25) <http://www.nmc.keio.ac.jp/info/tokuchou.html> 「医療看護学部の学びの特徴」慶應義塾大学医療看護学部, 2006年10月30日更新.
- 26) ただしビジネスモデルの視点を奨励することを目的として、この事例を提示したわけではない。医療看護の教育機関も、将来の活動の場として従来型の医療機関のみではなく、新たな場を意識し始めているということを提示するために記述した。ビジネスモデルの視点に関して、否定的な理由は、木下の次のような見解が支えとなる。「シルバー・ビジネスなり老人福祉産業

論のごときは現象の後追いに終始しているのであり、理念体系も理論も分析的視点も持ちえないでいる」からである。

木下康仁：前掲書, p.85, 1989.

27) 赤枝恒雄：特別寄稿 思春期の子どもたちを守りたい：夜の六本木で無料カウンセリングに取り組む, 助産雑誌 57 (3) pp.236 - 241, 2003.

28) 金子純子：現代社会における新しい助産師の役割と今後の展望に関する研究：企業における次世代育成支援対策等の提案, 立教大学大学院 21世紀社会デザイン研究科修士論文, 2006.

29) 金子純子：前掲書, p30, 2006.

30) 「実りある老後生活」として、バトラーらによって最初に提起された概念。先行研究では、①活動的であることに価値付けした捉え方と②「生産性 (productivity)」を位置づけた上で、プロダクティブ・エイジングという概念を用いていこうという2つの流れがある。本研究では前者の活動的を意味する概念として捉えた。

Robert N, Butler Herbert P, Gleason editors.

Productive Aging - Enhancing Vitality in Later Life(岡本祐三訳：プロダクティブ・エイジング：高齢者は未来を切り開く, 日本評論社, 1998より引用)

—介護福祉学科—