

タイトル：フランクフルトとドイツにおけるセルフヘルプ支援－歴史と展望

筆者：ライムント・ゲーネ（マグデブルク・シュテンダール大学）

訳者：豊山宗洋（大阪商業大学）

- この翻訳は Geene, Raimund (2010) *Selbsthilfeunterstützung in Frankfurt und Deutschland –Geschichte und Perspektiven, AUF DIE MENSCHEN KOMMT ES AN–30 Jahre Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt*, 6-26 の全訳である。原文はフランクフルト・セルフヘルプ支援センター（Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt）の創設 30 周年記念の冊子に収められている。

訳文を大阪セルフヘルプ支援センターのホームページに載せることを快諾してくれた筆者のゲーネ教授、フランクフルト・セルフヘルプ支援センター所長のシュマールホーフ氏（Schmalhofer, Margit）、いろいろと仲介の労をとっていただいた所員のシュトック氏（Stock, Reiner）に心より感謝したい。とりわけゲーネ教授はお忙しいなか、訳者の拙いドイツ語での質問に丁寧に答えていただいた。

Dieser Text ist die vollständige Übersetzung von “Geene, Raimund (2010) *Selbsthilfeunterstützung in Frankfurt und Deutschland –Geschichte und Perspektiven, AUF DIE MENSCHEN KOMMT ES AN–30 Jahre Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt*, 6-26” .

Ich danke Herrn Prof. Dr. Geene und Frau Schmalhofer als Leiterin der Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt. Die beiden haben es mir gern erlaubt, den übersetzten Text auf die Homepage von Osaka Self-help Support Center zu stellen. Ich danke auch Herrn Stock, der mir Herrn Prof. Dr. Geene vermittelt hat.

Obwohl Herr Prof. Dr. Geene sehr beschäftigt war, hat er meine Fragen, die mit meinem schlechten Deutsch geschrieben wurden, ganz höflich beantwortet.

- 筆者紹介

ライムント・ゲーネ博士は 1963 年生まれで、現在マグデブルク・シュテンダール大学の教授である。彼の研究テーマは健康促進であり、なかでも社会状況に関連した健康の増進、児童の健康を研究の中心としている（患者志向とセルフヘルプ、医療政策、社会政策、児童政策、家族政策）。2007 年からゲーネ博士は、登記社団：ドイツ・セルフヘルプグループ協議会（DAG SHG）（この団体については訳文中で紹介してある）の理事会メンバーでもある。

- 翻訳表記上の注意

- ・訳文中の[1][2]…といったカギ括弧数字は、本文中に記された参考文献に関する注である。
- ・訳文中の脚注は原文にはない。これらは訳者が、内容を理解をするうえで説明を加えたほうがよいであろうと独自に判断したものである。もちろんありうべき誤謬は訳者の責に帰する。

30年前に「フランクフルト地域・セルフヘルプグループ協議会」(RAM)が、ドイツの初期の大きな支援センターの1つとして設立された。創立30周年にあたり、専門団体のドイツ・セルフヘルプグループ協議会¹（設立は1982年なのでRAMより新しいが）から、理事全員の名において心よりお祝いを申し上げるとともに、この機会に「将来を見据えた回顧」(Blick zurück nach vorn)をおこないたい。

セルフヘルプ支援センターは全体としていえば、いまなお市民イニシアティブ運動の1つの新しい形態である。その運動は議会外野党の解放運動の長波と見ることもできるし、役所めぐり、あるいは役所と並んだ行進、あるいは役所を横切る行進と見ることもできる。私たちはそうこうして現在に達した。ここでは可能な将来を見通すために、過去の探求をおこなう。それでは初期の頃を振りかえってみよう。

1. 産業化、集団運動、社会国家²

健康、社会制度、自主組織、これらはすべて、1860年以降の産業革命当初の嵐のような数年間の後に生じた、一番最初の再編段階を特徴づける概念である。田舎の身分的抑圧を超えて、蒸気機関の解き放たれた力そして解き放つ力は人間の想像力をかきたて、そして電灯の光は人びとの新しい生活への眼を開いた。バルメンやエルバーフェルト、シェーネベルクあるいはケェルン(Cölln)、ヘヒストやオッフエンバッハのような小さな村が、突如としてヴッパータール市やベルリン市あるいはフランクフルト市のような人びとのひしめき合う密集地、大都市になった。人びとの成長した自由意志は、遅くともその頃になると抑圧されることはなくなった。かつて息の詰まる官僚制支配から数百万の若い人びとがアメリカという新しい世界へ逃げ去った国ドイツで、若者たちは今や空腹、貧困、搾取のない公正な近代の確信を胸に都市へと移り住んだ。

この覚醒思想(Aufbruchgedanken)は、非人間的な労働条件をとまなうマンチェスター資本主義の冷酷な現実に直面してもなくならなかった。むしろ帝国のあらゆるところから流れ込み、多くの社団、協同組合、労働組合に加入した人びとは、自らの数をもとに覚醒の時代の主要な階層(階級)になろうとする健全な自己意識をもってプロレタリアートという新しい社会集団を組織した。

固有の年金金庫や、労働組合が資金を拠出して作った衛生や労働者保護のための相談や、解雇や失業時の相互援助は、ビスマルクの社会立法よりもかなり前にすでに存在していた。ビスマルクは、社会的覚醒を皇帝に忠実なものへと大きく方向転換させ、社会的に統合しようとし、そのことにたしかに注目に値するくらい成功したが、自主組織と、相互性にもとづく援助組合は、引き続き国家の主要原則に指定された。

そして公益的な社団(gemeinnützige Vereine)や社会施設の真のブームが生まれた。1885年に青十字、1889年にグッド・テンプラー(Guttempler)、1896年にクロイツブント(Kreuzbund)³といったセルフヘルプの先駆的な組織が生まれ、それらは現在も活動している。新しく創設された企業疾病金庫や

1 「3. セルフヘルプグループと社会的覚醒」の節を参照。

2 福祉国家をドイツでは社会国家ということが多い。

3 いずれもアルコールや薬物などの依存問題と取り組む団体である。青十字(http://www.blaues-kreuz.org/cms/front_content.php/ 2011年3月22日ダウンロード)、グッド・テンプラー(<http://www.guttempler.de/> 2011年3月22日ダウンロード)、クロイツブント(<http://www2.kreuzbund.de/selbsthilfe-in-meiner-naehe.html/> 2011年3月22日ダウンロード)。

地域疾病金庫や同業者疾病金庫のような大組織、大規模な福祉団体とともに、自主組織の原則が産業社会の始まりの時期に国家原則として宣言されたのだった[1]。

今日の社会保障システムの構造は、ビスマルクの社会改革を経て現代社会国家の形成をもたらした実り豊かな自主組織の結果である。疾病金庫や医療保障の自主管理の文化も、この発展プロセスのなかで大規模な福祉団体の公的介護サービスや健康サービスと同じように形作られた。民間福祉事業の連合会—労働者福祉連合、ドイツカリタス連合、ドイツ同権福祉連合会、ドイツ赤十字、ドイツ福音協会デアコニー会、ドイツにおけるユダヤ人の中央福祉センター⁴—は、自らを「社会政策に関するセルフヘルプオーガニゼーション」とみなしている⁵。そこでは今日 140 万人が専従者として働き、推計では 250 万から 300 万の市民が、ボランティアとして援助をイニシアティブ、自発的サービス機関、セルフヘルプグループのなかで提供している。福祉団体の活動は主に会費、公費、社会保障サービスの対価で賄われている[2]。福祉団体や社会国家組織の制度化された構造と並ぶかたちで、あるいは部分的に対立するかたちで、20 世紀の半ばから新しいセルフヘルプイニシアティブ⁶、セルフヘルプ集団 (Selbsthilfevereinigung) は生まれた。当初、ファシズムへの反対者や教会活動家たちが、戦後ドイツの新しい社会的ケアの道を探していたが、学生運動を経て、女性運動、私設共同保育所運動、市民イニシアティブ、平和や環境のグループ、ゲイやレズビアン運動、家屋の不法占拠者、ヒッピー、エコロジスト、変化する社会的使命のオルターナティブがでてきた。これらのセルフヘルプ集団は 60 年代以降新しい自己意識を形成してきた。そしてそれはかつてプロレタリア的であったかれらの祖父母の目標が徐々に市民的なものへと変わっていったことと似ている。

これらの運動は、国家や福祉事業の社会サービスや医療サービスを批判し、医療制度や社会制度の欠陥に対応した。この新しいセルフヘルプ運動は、サービス不足と革新的な社会的克服力を反映した 4 つの発展の波を示す。

セルフヘルプグループとセルフヘルプオーガニゼーションはまず、専門職保障システムに対する改革志向で創造的な世界として成立した[3]。しばらくするとそれらは社会保障の承認された一部となり、社会的そして医療的なサービスの古典的な構造と多様なかたちで結びついた。セルフヘルプ運動の革新的な潜在力は、今日医療および社会福祉システムを最適化するための希望の星である[4]。ドイツ連邦議会の調査委員会「市民参加の将来」⁷は、セルフヘルプグループを、新しい市民参加のための推進力と評価している[5]。

4 ドイツでは福祉サービスの供給に民間の福祉団体が大きな役割を果たしており、6 つの全国的福祉団体がある (坪郷 實 (2001) 「6 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・岡沢憲英編『世界の福祉—その理念と具体化』早稲田大学出版部、125-6)。

5 地域の小規模なセルフヘルプ集団はセルフヘルプグループ (Selbsthilfegruppe)、広域的な大規模なものはセルフヘルプオーガニゼーション (Selbsthilfeorganisation) と呼ばれる (DAG SHG (2000) selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, S. 170-1.)。

6 イニシアティブとは、市民や組織の萌芽的な集まりで、それが恒常的になると結社ができたり、団体ができたりする (<http://de.wikipedia.org/wiki/Initiative> 2011 年 1 月 24 日ダウンロード)。

7 「ドイツで市民参加を促進する戦略や施策を提示する」という目的で 1992 年に設置され、2002 年 6 月に連邦議会議長に最終報告書を提出している (Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" Deutscher Bundestag (2002) *Bericht Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*, Leske+Budrich, 7-11)。

2. 新しいセルフヘルプ運動

ドイツ連邦共和国では第2次世界大戦後、まずアルコールおよび依存症者のグループやオーガニゼーションが生まれた。「ドイツ依存症問題のための中央センター」(DHS)が1947年に設立され、それは依存症患者を援助するために全国規模で活動している団体や公益団体の1つのプラットホームとなることを目的としていた[6]。ホームレス、寒さ、孤独、当時のドイツが覆われた混乱にもとづいてアルコールに逃避するという切迫した問題への直接的な回答がDHSの設立だった。

ここにおいても自主組織が一番早く対応し、しばらくして依存症援助の保障システムが発展し、1400を超える相談所、160の専門クリニックができた。12万人超の会員をもつ7500強のセルフヘルプグループが今日この分野で活動しており、その意義は経済状況に応じて大きくなったり小さくなったりしている。**新しいセルフヘルプ運動の第一波**は、依存症者の社会的排除や医療的放置に対する、また医療保障システムにおける依存症援助へのわずかな配慮に対する1つの回答だった。第一波は専門職サービスと当事者のあいだに非常に実りの多い連携を作り出し、医療保障システムに依存症者の心理社会的な側面に注目するよう促した。

少し遅れて、増加しつつあった身体障害者・慢性疾患者やその家族が、新しいセルフヘルプオーガニゼーションを組織した。1967年に8つの連邦レベル組織の上部団体として設立された連邦障害者援助協議会(BAGH)である。この団体は今日「連邦協議会：障害や慢性疾患をもった人およびその家族のセルフヘルプ」(BAG SelbsthilfeあるいはBAGS)という名前になっており、そこに104の連邦レベルのセルフヘルプオーガニゼーション、15の州協議会、3つの専門団体が加盟している(2009年12月現在)[7]。

1970年ごろ、38のセルフヘルプオーガニゼーションが、同権福祉連合会(DPWV)のなかに慢性疾患者と障害者のフォーラムを作った。それは、同権福祉連合会という福祉団体の屋根の下で活動しており、自らは独自の組織や事務局をもっていない[8]。このフォーラムはもっぱら同権福祉連合会内部の利益代表とみなされるが(同権福祉連合会は必要であればフォーラムに特別な力を与える)、その福祉団体は貧困や社会状況に関する連邦政治的な議論のなかで存在感を示している。この**セルフヘルプ運動の第二波**は、一方で社会的排除や障害をもった人びとの冷遇に対する反応と理解することもできるし、他方で新しい社会問題の先取り(上記のオーガニゼーションは具体的な生活援助や社会参加を実現したがった)と考えることもできる。のちに慢性疾患をもった人びとがこの運動に参加した。BAGSはとりわけ今日、ドイツ障害者協会のインフォーマルな集まりの調整者として、また団体セルフヘルプの代表者として活動している。フォーマルにはBAGSが、障害や慢性疾患分野でのセルフヘルプ団体の上部団体であり、連邦レベル代表であり、したがってドイツにおけるセルフヘルプの最大組織である。

3. セルフヘルプグループと社会的覚醒

1970年、顕著には1980年から、セルフヘルプイニシアティブやセルフヘルプグループがほぼすべての健康問題や病気で発展した。「ガン後の女性のセルフヘルプ」は、問題への生物心理社会的な見方⁸を要求し、当時の社会運動とともに社会全体の政治的な変革を実現しようとした新しいセルフヘルプ運動

⁸ 病気は生物学的、心理的、社会的な要因が相互に関連し合って生じるという見方 (http://www.p.u-tokyo.ac.jp/shimoyama/05_tsunagi/0502_kojin_shakai.html/ 2011年3月22日ダウンロード)。

の推進力のひとつの事例である。

ホルスト・エバーハルト・リヒター (Horst Eberhard Richter) は 1972 年に綱領的指針となる著書『グループ』(“Die Gruppe”) を公刊した[9]。個人的に積極的かつ継続的にフランクフルト支援センターの設立・発展にも貢献したミヒャエル・ルーカス・メラー (Michael Lukas Moeller) は、心理療法的セルフヘルプグループの治癒効果を調べた。セルフヘルプ運動にとって指針となるかれの著書は 1978 年と 1981 年に出版された[10][11]。病気の心理社会的な克服や同じような問題をもった人びとの相互支援が、セルフヘルプグループとセルフヘルプイニシアティブにおける主なニーズであり、当時そうしたグループやイニシアティブが作られ、連邦レベルの団体にもなった。専門的な促進や支援は主として、多くの医師や支配的な医療によって批判的あるいは拒否的に評価されていた心理療法士や社会参加グループから始まった。セルフヘルプグループはセルフヘルプグループで目標像を、パターンリズム的な扶助システムからパートナー的協力、エンパワーメント、解放、自主組織、自律性に変えることを要求した。

この文脈のなかでドイツ・セルフヘルプグループ協議会 (DAG SHG) が 1982 年に、セルフヘルプグループの専門団体として設立された[12]。その目標は、セルフヘルプ思想を政治的に実現し、医療制度においてセルフヘルプを促進する支援文化のために働き、それに必要なインフラを設立することであった。1 つの目標像が、社会的自主組織のサービス・支援センターとしての市民イニシアティブセンターだった。DAG SHG は地域のセルフヘルプ支援センターの利益を代表し、それらを専門的な課題について支援した。とりわけ支援は DAG SHG のプロジェクト、すなわち 1984 年設立の NAKOS (セルフヘルプグループの活性化および支援のための全国交流・情報センター) のプロジェクトによっておこなわれた。

フランクフルト市においては、地域での発展が目に見えるかたちで生じた。ミヒャエル・ルーカス・メラーは 1977 年にはまだギーセンにいて、その地から「心理的・療法的なセルフヘルプグループ」という最初の連邦レベル研究プロジェクトの指揮をしていた。同プロジェクトは 1981 年まで続き、制度化されたあるいは制度化されつつあったセルフヘルプ運動を印象深く素描した。メラーは 1983 年にフランクフルト大学の医療心理学の教授として招聘され、そこでドイツ初のセルフヘルプグループ相談をおこなうモデル総合病院の心理社会・外来部門を担当した。

これは、ドイツで、治療とセルフヘルプグループ活動を体系的に結びつけた最初の試みであり、メラーが亡くなる 2002 年まで実り多い活動をおこない、フランクフルト市を超えて各地のモデルとなった (この重要な講座がもうないことは悲劇的でさえある)。今日疾病金庫のモデルプロジェクトは、この重要な活動を継承しようと努力している。後世のわれわれにとって、外来部門をなくしたことはまったくもって理解できない。

しかしメラーのフランクフルト市での活動も当初は、慣れるまでの困難、スタートの困難があった。フランクフルト地域・セルフヘルプグループ協議会 (RAG) は 1980 年に、医師や心理療法士、特別支援教育者、看護師のような援助職の職業関連のセルフヘルプグループから生まれた。最初はとくに職業的な自己の振り返りと取り組み、徐々に「個人的なことは政治的である」という格言が当てはまる当時のセルフヘルプの典型的な試みになっていった⁹。そして自身の状況の分析から、他者とネットワークを結ぶ、セルフヘルプを新しい原則として広めるといった要求が生まれた。しかし当時すでに存在していた少数のセルフヘルプグループは公には知られていなかった。当時の勢いのままそこからすぐに、この問題

⁹ 従来女性の個人的な問題と思われたところに女性に共通の政治的課題があるという主張 (<http://dic.yahoo.co.jp/dsearch/0/0ss/106949100010/> 2011 年 3 月 24 日ダウンロード)。

を普遍的に処理しようとする計画がでてきた。その計画とは、すべてのセルフヘルプグループやセルフヘルプに関心のある人を始動させるセンターを建設するというものであった。

これについては一メラーや現在も DAG SHG のなかで活動しているユルゲン・マツァット (Jürgen Matzat) やヴォルフガング・ティール (Wolfgang Thiel) のような協力者によるどちらかという理論的なコンセプトのほかに[12]—手本はまだなく、スタート条件はかなり厳しかった。たとえばフランクフルト地域・セルフヘルプグループ協議会 (RAG) の電話相談は、最初の数年は個人の電話でなされており、会場場所としては1つの学校と2つの教会で部屋を交換しながら使い、コンピュータデータの代わりにカードで処理していた。

1984年に初めて、支援センターは、ヘッセン州社会省の「プロジェクト・健康」の支援を得て、ウーランド通り 50 番にあるオステンド近隣センターのなかに自分たちの部屋を見つけた。最初の責任者であるビルギット・モース-ホフィウス (Birgit Moos-Hofius) と、のちに DAG SHG の理事会で活躍するイルゼ・ラップ (Ilse Rapp) というフランクフルト地域・セルフヘルプグループ協議会 (RAG) の最初の有給職員は、すぐに次の資金繰りのために努力した。1987年から支援センターは、連邦家族省の最初の連邦モデルプロジェクトである「セルフヘルプグループのための情報・支援センター」の支援を受けた。これが初めての社会保険適用のポスト確保につながり、ビルギット・モース-ホフィウスとイルゼ・ラップはそのポストを分け合った。

それに続く段階である、フランクフルト地域・セルフヘルプグループ協議会 (RAG) の継続的支援にも成功し、1992年からはヘッセン州の他の5つの支援センターとともに、州に費用を負担させることができるようになった。

その共同行動は、今日存在する「セルフヘルプ支援センターのヘッセン州協議会」のための礎石となり、2005年には市町村からの資金支援まで可能にした。フランクフルト市はすでに1991年からセルフヘルプ・コーディネーション (調整機構) の費用を分担し、健康都市プログラムの枠組みのなかで市民参加サービスセンター施設を設立した[13]。

遅くとも1996年にシュヴァンハイム健康センターの開設でもって終わるこの強化プロセスは、新しい課題のためのエネルギーを解き放った。ライブツィッヒ・セルフヘルプ支援センター設立のときの援助はまさにその事例であり、毎年参加が増えそうこうするうちにグループのブースが100を大きく超えることになった定期的なセルフヘルプ・デイ、フランクフルト市のセルフヘルプグループ・マーケット (市)、フランクフルト・セルフヘルプ新聞などもそうである[13]。

後日とくに注目に値するのは、フランクフルトの支援センターが長期的に不利な状況にあったにもかかわらず、どのようにして発展してきたのか、また旧西ドイツのいたるところで、どのように地域のグループが形成されたかということである。地域グループは強い設立要求とともに新しい道を歩み、広範囲で調整的に話し合うことはなかったが、それでも驚くべき同時進行性を示していた。私はここにおいてわれわれの専門団体 DAG SHG が担った役割を好んで示すにつれて、地域的に独自の解決策を繰り返し見つけていった各都市、とりわけここではフランクフルト市の活動家の創造的な力にも脱帽しなければならない。健康局との卓越した協力関係はまさしく、そのことを象徴している。私がここでフランクフルト・セルフヘルプ支援センターの印象深い事例として描いていることは、しばしば**新しいセルフヘルプ運動の第三の波**として示される。

活動家のモチベーションを一般化すれば、それは心理社会的な側面の放置への対処ならびに解放を目指した覚醒と理解することができる。そして覚醒には、自己批判的な医療専門家が積極的に関与してい

る。この発展プロセスの文脈のなかで、当時の社会運動の1つである健康運動と同時進行し統合された生物心理社会的医療や、分野および学際的に統合されネットワーク化された社会福祉および医療保障は拡張された。

1986年の健康促進のためのオタワ憲章と同時進行していた、WHOの持続的な医療システムの展開に関する新しい見方と新しい行動指針は、ドイツにおける健康運動の思考および行動分野と広範囲に一致する[14]。

4. セルフヘルプと参加促進の制度化

オタワ憲章は、第三の波の産物であるのと同様に、私がここで**セルフヘルプの第四の波**と呼ぶものの出発点でもある。同憲章によって医療政策的な課題領域は初めて、社会生活の形成、エコロジーの関係の形成にまで拡張された。それとともにWHOは概念的に、セルフヘルプのなかにすでに広範囲に溶け込んでいたものをあとづけた。WHOの健康都市プロジェクトによって、健康および社会的な課題領域と心理社会的な試みのネットワーク化、仲介が明示的に目指されることになった。

ドイツではこのコンセプトは1989年に着手され、ドイツ健康都市ネットワークの発起人はフランクフルト市であり、市を促したのは市健康局とセルフヘルプ支援センターであった。フランクフルト市では1989年にネットワークの設立会議が開かれた。同会議は当初、9ポイントプログラムに合意した9つの自治体でおこなわれ、今日参加している各自治体のなかでは活動の基盤となっている[15]¹⁰。

かつてWHOの局長であったイロナ・キクブシュ (Ilona Kickbusch) が構想した健康都市プログラムは、セルフヘルプ活動をまさに、健康局と非国家的な市民イニシアティブの協同のもとになされる健康促進コーディネートのためのネットワークとみなしている。その手本となる協同は、設置が健康局、運営が市民参加サービスセンターとしてのシュヴァンハイム健康センターという形態である [13]。

この意味においてボランティアエージェンシー (Freiwilligenagentur¹¹) と高齢者事務所も、地域の健康促進の重要な構成要素となることができるし、その一部は並行して発展し、一部はイニシアティブのなか、あるいはセルフヘルプ支援センターとの協力のなかで発展している[15]。ローカルアジェンダ¹²と連邦・州の「社会都市」プログラム¹³は、環境および都市計画分野で並行して進められているプロジェクトであり、しばしば密接な協力関係にある。これらの試みも、地域の生活空間における住民の自主的な組織化をめざしている[16]。

そうしたネットワーク政策は、時代遅れの団体構造に対抗するため、社会変動に柔軟に対応するため、そしていろんなパートナーが共通の社会的あるいは健康的な目標に向けて効率的かつ効果的に協力するための戦略である。政治においてはネットワークの試みとならんで、市民参加を強化する別のコンセ

¹⁰ 9ポイントプログラムとは、健康都市ネットワークに加盟する自治体が遵守の義務を負う9つのプログラムのことである (<http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/dieidee/9-punkte-programm/> 2011年1月24日ダウンロード)。

¹¹ エージェンシーとは公務を企業的ノウハウを活用して効率的におこなう機関 (<http://dic.yahoo.co.jp/dsearch/0/0ss/10192780000/> 2011年3月22日ダウンロード)。

¹² 1992年の国連環境開発会議で採択されたアジェンダ21が目指す、持続可能な開発の実現に向けて地方公共団体の行動計画として策定される (<http://www.eic.or.jp/ecoterm/?act=view&serial=2726/> 2011年1月24日ダウンロード)。

¹³ ドイツで地域社会の再生を社会関係の強化で実現しようとして進められている事業 (http://www.gakugei-pub.jp/cho_eve/1007muro/index.htm/ 2011年1月24日ダウンロード)。

プトも展開されている。「活性化する社会国家」という概念は、たとえそれで緊縮策が連想されるとしても、租税政策的には現代的なコンセプトである[18]。

したがって EU の健康政策的な指針において、健康は今日、ダイナミックなプロセス、人びとの日常の統合された部分、生活様式と生活環境の相互作用と理解されている。健康は社会進歩の尺度や社会発展のための資源、生産要素である[19]。

イロナ・キクブシュは今日、来るべき「健康社会」について語っている。その命題によれば、高齢になるまで健康や生活の質や自己決定を可能にする給付は、健康経済ならびに新しいサービス市場成長の推進力である[20]。

5. セルフヘルプの第五の波はありえないのか？

セルフヘルプ、社会生態学的な運動、健康促進の新しい中央団体は、これまでまだ設立されていない。むしろ連邦の予防法をめぐってなされている気力を萎えさせる議論は、必要な組織化の努力を妨害しているように見える[21]。

DAG SHG、ドイツカリタス連合のボランティアセンター団体、連邦ボランティアセンター協議会、高齢者事務所によって 2002 年に設立された連邦市民参加ネットワークは、第三段階のときに生じた 3 つの柱が連携してできた、参加促進のための最初のアンブレラ組織である。この 3 つの柱はしばらくすると多世代の家、市民財団、家族のための地域連合によって補完された。しかしドイツでは非常に発展した、分野的にも多岐にわたる参加促進の施設インフラが存在するという印象は、相対化されなければならない。なぜならこのインフラ施設は、確たる経常的ファイナンスにもとづいていないからである[23]。

状況は、2004 年以来制度的に定められた「医師と疾病金庫の連邦共同委員会」¹⁴（社会法典第 5 編 140f 条）や、「独立で中立の患者相談」（社会法典第 5 編 65b 条）においても同じである。後者は、2006 年に消費者センターと連邦患者センター協議会と社会福祉団体 VDK¹⁵を設置者として設立された連邦レベルの独立の患者相談である。これらの施設はいずれも、狭い課題枠のなかで行為の自律性を強く制限されており、資金基盤もわずかである[23a]。日常的なお金の心配は実際すでに示唆した第五段階の方向への議論や展開を妨げている。ここで 3 つの命題が懸案となる。第 1 は単発化（Individualisierung）やいわゆる「イベント化」というスローガンで示される参加文化の変化である。

この命題によれば、プロジェクトの持続性は、たとえ公共当局の促進があつたとしても低下している。しばしば持続性は人びとに見栄えのある一時的な施策にとって代われ、その施策を経常的運営のなか引き受ける促進資金は予定されていない。第 2 の命題は情報の氾濫に光を当て、グーグル・ブームやそれと結びついた情報への消費者的態度によって引き起こされている。そこにおいて情報はグループプロセスによって作られたものではなく、むしろ以前から存在するものであるかのように思われている。

最後に、第 3 の命題は、セルフヘルプは異なるグループの特殊な要求に応じて、その専門職化の流れ

¹⁴ 連邦共同委員会は医師、歯科医師、心理療法士、病院、疾病金庫の共同自主管理の最高の決定機関である。それは指針のかたちで約 7000 万人の被保険者のために法定疾病保険の給付目録を決定する。そのフォーマルな毎月の会議には連邦健康省によって選ばれたオーガニゼーションの患者代表が最大 5 名まで参加する。しかし患者代表には議決権はない (<http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2803/2010-01-01-Faltblatt-GBA.pdf/> 2011 年 3 月 22 日ダウンロード)。

¹⁵ もともと戦争被害者の団体だったが、今はすべての人に対して開かれている (<http://www.vdk.de/cgi-bin/cms.cgi?ID=de9958&SID=NfdT3HoY0b1kKJxdkKxsF86XLbaf1c/> 2011 年 3 月 22 日ダウンロード)。

に沿って分化されなければならないとする分節化（セグメント化）の要請である。ドイツでの移民割合の増加が明らかにしていることはほかでもない、重要なのは必要とされる分化（Differenzierung）ではなく、多様性（Diversity）アプローチにもとづきその固有性において理解され、支援されなければならない文化の多様性である[23b]。

ドイツ連邦議会の調査委員会「市民社会の将来」の勧告は、この将来的な要求をすでに部分的に捉えており、セルフヘルプ促進を共同課題と位置づけている。しかし残念なことに、同勧告はこれまで法規に足場を得ていない。制度化されたセルフヘルプ促進、参加の権利の法律への明記は、たしかに社会法典第5編や第9編の規定や第11編の法定介護保険の改正とともにこれまでもおこなわれてきたが、どちらかといえばセルフヘルプは全体としてまだ社会法制のなかの異物のままである。

6. ドイツにおけるセルフヘルプの現状

ドイツで時の経過とともに成立したセルフヘルプのあり様はとても細かく、多様である。垂直的（組織と団体）そして水平的な（小さなセルフヘルプグループ、セルフヘルプ支援センター、そしてネットワーク）組織形態は相互に補い合い、並列的にあるいは入り交じり重なっている[24][26]。セルフヘルプ集団（Selbsthilfesusammenschlüsse）のさまざまな形態と、発展の最初の三つの波の構造とネットワークを概観（図1）で示している。

a) セルフヘルプの中央団体

2000年の始まりとともに社会法典第5編20条4項において、法定疾病金庫¹⁶によるセルフヘルプ促進が定められた。法定疾病金庫は法律にもとづいて、セルフヘルプの利益を実現するための有力な中央組織とともに共同で、促進原則を作成することが義務づけられた[27]。連邦レベルのセルフヘルプ代表として承認されたのは、新しいセルフヘルプ運動の個々の発展の波とともに設立された中央組織の BAGS、DPWV、DAG SHG、DHS という3つの中央団体と1つの専門団体である。これらの団体は、たとえば法定疾病金庫や年金保険の保険者によるセルフヘルプ促進の法的な取り決めをおこなう際に、セルフヘルプの利益を代表する。それらは連邦保険医協会や連邦医師会のようなサービス提供者や、疾病保険や年金保険のような費用負担者にとって「セルフヘルプのパートナー」である。

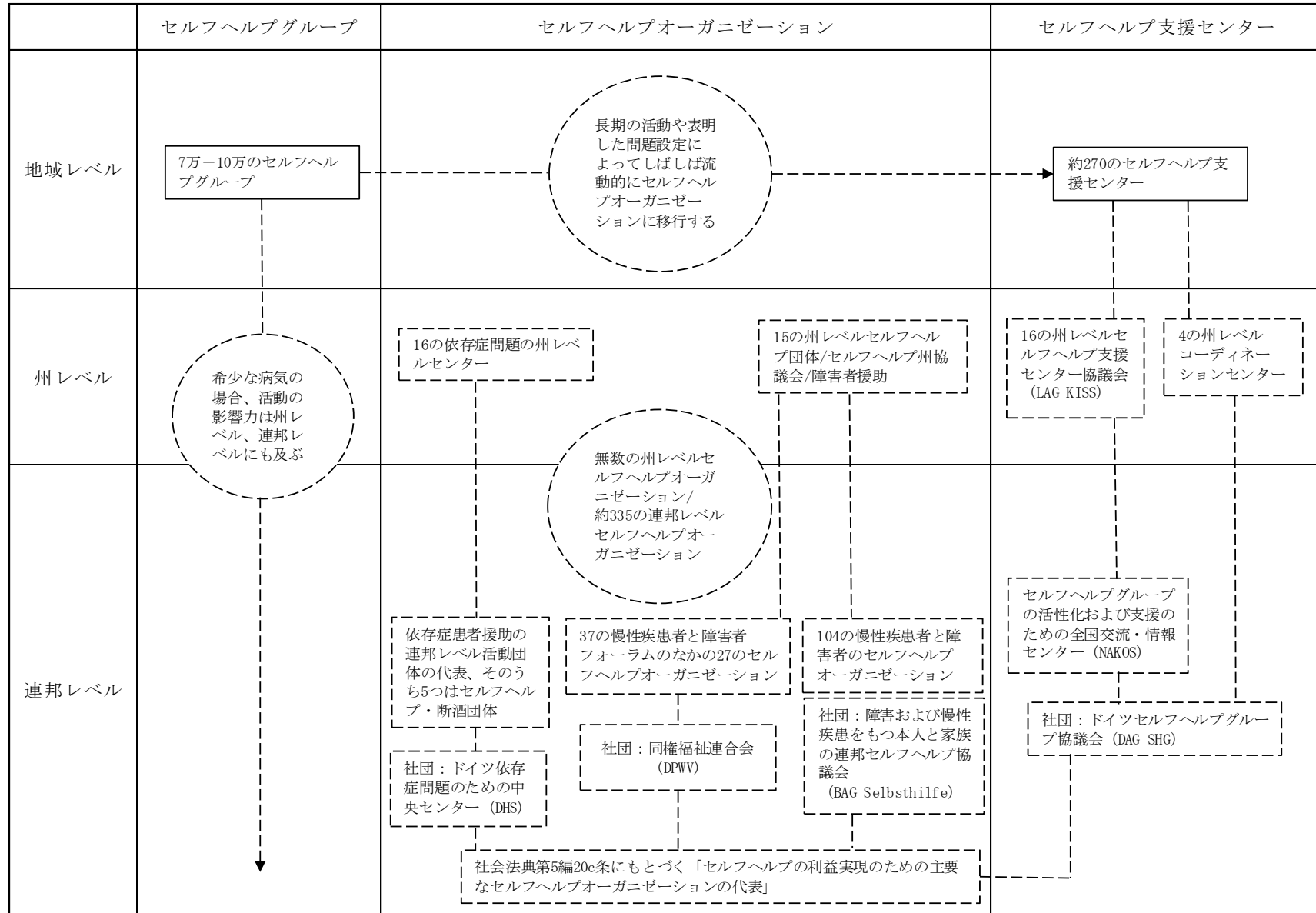
b) セルフヘルプグループの医療政策的な意義

セルフヘルプは今日、すべての参加主体によって医療保障システムにおける重要な「柱」とみなされている。数的には7万から10万、メンバー的には約300万人と推測されるセルフヘルプグループは健康維持、問題への対処、課題克服に重要な貢献をしている。とくに慢性疾患や障害をもつ人びと、心理社会的、社会的あるいは社会文化的な問題をもつ人びとにおいてそうである。地域レベルのセルフヘルプグループの大部分は社団として組織されておらず、より大きなセルフヘルプオーガニゼーションにも加入していない。組織化されていないそのようなセルフヘルプグループは4万から5万と推測される。これらのグループは、セルフヘルプやセルフヘルプオーガニゼーションのために市民の能力を育成し支援するインフラ施設としての地域のセルフヘルプ支援センターを通して設立された[28]。

社会国家のなかでのセルフヘルプグループの特別な意義は、市民参加を通じて社会的な問題の状況を

¹⁶ わが国でいえば公的医療保険の保険者に相当する。

図1 ドイツにおけるセルフヘルプ事情



明らかにするということにある。グループでのセルフヘルプはそれ自体特殊な共同支援の追求であり、社会サービスそして医療サービスの不足、欠陥、すき間との批判的な取り組みである。「グループ・セルフヘルプは、個人の当事者性にもとづいて、集団的な体験や統合とともに、参加や利益表明を生み出す力をもつ」[29]。

このようにしてセルフヘルプグループはソーシャルキャピタル、すなわち信頼、協調的な行動能力、協同に関係する価値や態度を生み出す。それは、全体として市民のコミュニティ関連の行動、公共の利益志向の行動をもたらし、促す[30]。セルフヘルプグループでは連帯性、参加、責任の引き受け、協調姿勢、相互援助が体験される。参加している人たちは自分たちの問題を自ら克服し、自分や他の人に対して治癒的な効果が生じることを学ぶ。そのことで習得された当事者の能力は、専門職の援助システムに対し回復情報の提供や革新への刺激として作用する。セルフヘルプグループに加入している患者は、医師・患者関係をより自己意識的に、そしてより専門的に構築し、援助プロセスのなかでの共同生産者になる[33]。とくに希少難病の分野においては、今日セルフヘルプが「時として医療の一次サービスの提供者よりもはるかに質のいい専門能力をしばしばもっている」ことが承認されている[34]。

健康促進の医療政策的なコンセプトは、社会の社会生態学的な枠組条件の改変と医療サービスの新しい方向づけを目指す。これらの目標と関連する社会的なコミュニケーション能力あるいは健康力の発展はセルフヘルプグループのなかで実現される。セルフヘルプ支援センターは社会変動の作用に対する地震計であり、社会変動とともに生じる挑戦を克服するための学習の場である。セルフヘルプ支援は、隠れたかたち、あるいはオープンなかたちで心理社会的な危機、冷遇、排除に悩む人びとの安定と統合に貢献する。

社会疫学研究は近年、ソーシャルキャピタルのすぐれた意義を証明し、連帯性や参加を健康の本質的な資源と立証してきた[32]。自らに能力があるという体験をすることができ、社会的共感を見いだすことができ、決定にあたってともに参加できる人びとは、自身の負担を積極的に克服できるし、病気にもなりにくい。セルフヘルプ活動はこの意味で効果がある。しばしばセルフヘルプグループのなかで展開されるタイプの関係に対して高いニーズが認められる[35][36][37]。

教育学、ソーシャルワーク、発達支援のなかのいたるところ、あるいは経済のマネジメントにおいても、この文脈での資源志向の概念が定着してきている。健康問題における行為能力は健康力という概念のもと次のようにまとめられる。「健康力とは日常生活、たとえば自宅、自治体コミュニティ、職場、医療保障システム、買物、政治の周辺領域において健康にプラスの作用をもたらすような決定を行う能力のことである。人びとに、自らの健康について高い程度で影響力を行使できるようにすること、それについて正しい情報を選ぶ能力、そして自らの健康に対してより多くの責任を引き受けるようにすることは、重要なエンパワーメント戦略である」[38]。

セルフヘルプ支援は、当事者にとって個人および社会的な資源を強化し、かれらが社会変動の諸問題を自力で自己決定的に克服する手助けとなる。セルフヘルプ支援の有効で広範なインフラは、将来的に社会を持続的なものにするソーシャルキャピタルを効果的かつ効率的に生み出す。そこにおいてはセル

フヘルプグループは健康能力の養成所であり、社会的統合の不足や貧困問題、社会的ネットワークの欠損、個人の孤立を克服する。

c) セルフヘルプグループの支援と相談

セルフヘルプ支援活動は静態的なものではなく1つのプロセスであり、それは社会政策および医療政策の動向、そしてそこから生じる構造的な枠組条件も考慮に入れる。時間をかけてドイツで強化されてきたセルフヘルプ促進は、グローバル化、社会的統合の不足、人口学的な変化といった類似の問題と闘わなければならない他のヨーロッパ諸国にとっての1つのモデルである。

有効な支援は、セルフヘルプに関心のある人やセルフヘルプグループのもっている潜在能力や望みや目標にかかわり、結果的に個人のセルフヘルプ力を発展させるという特徴をもつ。その場合のセルフヘルプ支援活動の中心的な視点は協調的相談であり、ネットワーク志向である。セルフヘルプ支援センターは、人びとが自己責任的、コミュニティ的に自己の状況の解決可能性を探し出し、それを行動に移せるように彼らを支援する独立した専門施設である。

セルフヘルプ支援センターは専門や問題や担い手を超えて活動し、市民にセルフヘルプグループへの敷居の低い入口を提供している。センターは社会的、医療的な行動分野そして地域での市民参加のためのネットワーク形成の場所である。センターは組織的、資金的、グループダイナミックス的な問題についてセルフヘルプグループを支援し、グループ設立、セルフヘルプに関心ある人の仲介、グループ内での対立、専門家とのコンタクトの仲介、広報活動において場所を準備したり、委員会や作業部会のなかでセルフヘルプグループの利害を表明したりする。

今日ドイツには273のセルフヘルプ支援センター/支援施設が存在し、追加的に46の支所が活動している。273施設のうち203は旧西ドイツ、70は旧東ドイツで活動している。住民数で見れば、専門およびテーマを超えた地域のセルフヘルプ支援は、旧東ドイツで100万人当たり5.2施設、旧西ドイツで2.9施設となっている。

ニーダーザクセン州、ノルトライン・ヴェストファーレン州、バイエルン州、ベルリン州においては、セルフヘルプ事務所ニーダーザクセン、KOSKON ノルトライン・ヴェストファーレン、Seko バイエルン、Sekis ベルリンが存在し¹⁷、州レベルの情報、相談、ネットワークサービスを提供している。NAKOSは連邦レベルのサービスおよびコーディネートサービスを担当している。

全国にある255のセルフヘルプ支援センター/支援施設の申告によれば、施設の支援サービスは全部で3万8052のセルフヘルプグループに及んでいる。それゆえ全国レベルで地域のセルフヘルプ支援センターは平均して149のセルフヘルプグループを支援していることになる[39]。

セルフヘルプ支援センター/支援施設の60%以上は民間主体を担い手とし、その民間主体は直接福祉団体によって担われているか(34.1%)、あるいは小規模な社団によって担われている(26.2%)。4分

¹⁷ これらは協議会ではなく、組織的に整備されたそれぞれの州のコーディネートセンターである(図1参照)。

の1は公的主体のもとにあり、たいていは市町村の健康局や社会局によって担われているが、郡庁あるいは市民大学によって担われているものもある。

地域のセルフヘルプ支援センター/支援施設は専門のテーマや担い手を超えて活動している。それらは、支援や公共団体におけるセルフヘルプの定着に寄与しており、地域の団体、社団、自治体当局と協力し、ネットワーク（健康都市ネットワーク、家族のための地方連合）や参加委員会（社会法典第5編140条にもとづくセルフヘルプ促進、患者参加のワーキンググループ）で活動している。セルフヘルプ支援センター/支援施設は、セルフヘルプと、地域の組織や制度あるいはサービス施設や相談施設とのあいだにネットワークを形成する[25]。

NAKOSはドイツの400以上の広域的なセルフヘルプ集団の目録を作っている。そのうち3分の2以上は健康分野に属する。広域的なセルフヘルプ集団であるセルフヘルプオーガニゼーションは、アレルギー、喘息、気管支の他の病気、心臓や循環器の病気、腫瘍性の病気、依存症、心の病気、心理的問題あるいは精神障害といったほぼすべての範囲の身体的な病気や障害をカバーしている。残りの3分の1は心理社会的分野や社会的分野の問題にかかわっている。そこでは家族、パートナー関係、教育、年齢あるいは近隣関係における困難が問題となっている。セルフヘルプオーガニゼーションは環境問題、生活危機、特殊な生活状況においても支援をおこなっている。主要な望みは、冷遇されてきた人びと、ハンディキャップをもつ人びとの社会的な統合である。

セルフヘルプ分野での一義的な分類は難しい。なぜなら多くの健康関連のセルフヘルプグループやセルフヘルプ集団は社会領域においても活動しており、それはしばしば身体的な病気や障害と同時進行する心理的あるいは心理社会的な諸問題もカバーするからである。同じように心理社会的、社会的なセルフヘルプグループは健康関連の問題とも取り組んでいる。

7. 今日のセルフヘルプ支援センターの問題と挑戦

セルフヘルプ支援センター/支援施設の資金調達には公共当局を通して、また社会保険の保険者、とくに法定疾病金庫を通しておこなわれている。セルフヘルプ支援センター/支援施設は平均で3つの異なる資金供給者から促進資金を得ている。セルフヘルプ支援センター/支援施設は多くの活動をおこなっているにもかかわらず、資金的基盤は十分ではない。平均して必要資金の約3分の1は、年度の初めには確定していない。図2は異なる費用負担者の割合を大ざっぱに示している。

図2 州によるセルフヘルプグループ、セルフヘルプ支援センター、セルフヘルプオーガニゼーションの促進
(2003年-2007年、単位：ユーロ)

	1 セルフヘルプグループ			2 セルフヘルプ支援センター			3 セルフヘルプの州オーガニゼーション		
	2007	2005	2003	2007	2005	2003	2007	2005	2003
バーデン・ヴュルテンベルク	1,056,900	1,395,900	1,474,000	152,500	146,700	146,700	339,000	1に含まれる	1に含まれる
バイエルン ****	283,000	283,000	314,000	100,250	-	-	512,200	548,490	593,000
ベルリン	943,595	1,100,000	455,000	960,000	1,000,000	1,651,400	1に含まれる	1に含まれる	1に含まれる
ブランデンブルク	124,000	75,200	70,000	4,600	7,000	7,500	95,500	110,000	110,100
ブレーメン *	575,010	634,332	919,635	123,000	114,930	***	-	-	-
ハンブルク	90,693	85,693	76,693	535,200	540,200	540,000	1に含まれる	1に含まれる	1に含まれる
ヘッセン	125,000	125,000	315,300	200,000	200,000	226,400	-	-	-
メクレンブルク・フォアポンメルン	-	-	12,800	102,300	102,300	102,300	58,000	55,000	70,000
ニーダーザクセン	327,500	327,500	349,000	804,000	804,000	804,000	1に含まれる	-	-
ノルトライン・ヴェストファーレン	343,450	502,613	413,059	567,470	564,400	445,500	872,450	1,182,953	1,180,853
ラインラント・プファルツ	241,838	335,510	250,250	66,970	72,830	67,470	110,088	88,160	90,780
ザールラント	54,600	27,504	91,700	140,900	138,600	130,000	0	-	-
ザクセン	250,000	255,000	342,000	-	-	-	760,000	715,000	912,000
ザクセン・アンハルト	50,000	50,000	50,000	-	-	-	35,000	0	35,000
シュレスヴィッヒ・ホルシュタイン	177,850	226,500	251,000	200,000	175,000	175,000	1と2に含まれる	1に含まれる	1に含まれる
チューリンゲン	2に含まれる	2に含まれる	-	20,000	20,000	96,000	80,000	80,000	134,000
ドイツ全体	4,643,436	5,423,752	5,384,437	3,977,190	3,885,960	4,392,270	2,862,238	2,779,603	3,125,733

* 2005年と2007年についてはブレーマーハーフェンを含む。数年前から促進は自治体がおこなっている。問題となるのはブレーメン州のなかでの促進あり、ブレーメン州による促進ではない。

** エイズの予防、援助、セルフヘルプの促進施策は含まない。

*** 促進は以前の年でもおこなわれていたが、ここではセルフヘルプグループの額に含み、1の欄に分類した。

**** バイエルンでは地域のセルフヘルプ支援センターは支援されていない。ここで問題となっているのはバイエルン・セルフヘルプコーディネーション (Seko Bayern)である。

地域のセルフヘルプ支援センター/支援施設の約45%は2007年に州政府から促進資金を得ている。州からの総額400万ユーロ弱の支援によって、平均で必要資金の15%弱がカバーされている。州政府がセルフヘルプ全体に対して使用する約1140万ユーロのうち、セルフヘルプ支援センター/支援施設は3分の1以上を受け取っている(ただしすべての州ではない)。過去と比較すれば、2007年において州によるセルフヘルプの全分野への促進は最低であり、1995年から30%減少した。施設の60%強は市町村から資金を得ており、その資金で必要資金総額の約33%がカバーされる。

セルフヘルプ支援センター/支援施設の約80%は、法定疾病金庫(州連合会)から健康関連活動のために促進資金を得ていた。この575万ユーロの促進資金でセルフヘルプ支援センターは、平均で必要金額の40%がカバーされている[39]。

a) 資金動向の含意

疾病金庫による資金調達が強化され、同時に公共当局の支援が減らされるなかで、セルフヘルプの課

題群の特殊化が生じている（図3参照）。疾病金庫の明示的な資金分担は歓迎されなければならないとしても、特殊化は批判的にも考慮されなければならない。国家から、社会保険という準国家的な分野へ

図3 2007年の社会法典第5編20条4項によるセルフヘルプ支援センターの健康関連活動の促進*

	数	総額（単位：ユーロ）	平均額（単位：ユーロ）
バーデン・ヴュルテンベルク	11	235,967	21,452
バイエルン ****	22	902,601	41,027
ベルリン	18	250,932	13,941
ブランデンブルク	22	165,000	7,500
ブレーメン *	2	50,252	25,126
ハンブルク	4	132,287	33,072
ヘッセン	17	532,079	31,299
メクレンブルク・フォアポンメルン	8	167,608	20,951
ニーダーザクセン	42	719,380	17,128
ノルトライン・ヴェストファーレン	37	1,365,804	36,914
ラインラント・プファルツ	4	266,548	66,637
ザールラント	1	78,000	78,000
ザクセン	5	54,074	10,815
ザクセン・アンハルト	11	134,600	12,236
シュレスヴィヒ・ホルシュタイン	12	350,730	29,228
チューリンゲン	18	115,000	6,389
旧東ドイツ	64	636,282	9,942
旧西ドイツ（ベルリン含む）	170	4,884,580	28,733
小計	234	5,520,862	23,593
NAKOS		229,916	
合計		5,750,778	

*完全性および正確性の要求は満たさない。

出所) セルフヘルプ支援センター・州協議会2007/セルフヘルプ支援センター（バーデン・ビュルテンベルク州）、疾病金庫州連合会の報告。

NAKOS Studien/Selbsthilfe im Überblick1/Zahlen und Fakten 2007/Übersicht 3.2

のいわゆる「操車場（Verschiebebahnhöfe）」の問題¹⁸を別にすれば、ここでも健康分野への集中化—危険されるべきことに—（生命）医学分野への集中化が現れている。しかしセルフヘルプの強みはまさに、新しい社会問題にも着手しテーマ化するその革新的な試みのなかにある。この広範な活動範囲は、現在の目につく動向が続くならば、場合によっては主要な要素だけを残してなくなってしまうかもしれない。

この問題は、連邦政府による NAKOS の資金支援において先鋭化した。連邦健康省が NAKOS やその担い手である DAG SHG の促進を 2010 年も継続するのに対して、家族省は、横断的課題として市民参加のコーディネーターが割り当てられているにもかかわらず、2009 年末までおこなっていた資金支援をカットした。3 節で示した、家族省によるかつての連邦モデルプログラム「セルフヘルプグループのための情報・

¹⁸ どの機関がセルフヘルプ支援を主として担うかという問題。

支援センター」におけるフランクフルト・セルフヘルプ支援センターの促進事例も、この課題およびその権限の要所を明らかにしている。社会的そして健康的課題としてのセルフヘルプの強化は、まさにそのようなテーマを超えた結びつきを要求するのであり、それは現在の健康分野への集中化によって脅かされているのである[41]。

b) セルフヘルプ促進の展望

社会的包摂や安全の消失、社会的統合の欠けた人びとや特殊な援助ニーズをもった人びとの増加、人口学的な動向をとまなう社会全体の変化のプロセスは、医療システムや社会システムの革新的な提案を必要とするような問題状況を呈している。慢性疾患の増加に対する効果的な医療戦略は、人びとの生活世界やすべてのライフステージでおこなわれなければならないし、リスクや負担を最小限に減らし、資源を促進しなければならない。

「健康は、人びとによって遊び、学び、働き、愛するといった彼らの日常生活のなかで生み出され、維持される。健康が生じるのは、自分や他の人に配慮し、自身で決定し、自らの生活環境に関するコントロールをおこなうことを通してであり、また人の生活する社会全体がすべての市民の健康を可能にするような条件を成立させることを通してである」と 1986 年のオタワ憲章は述べている[40]。先に私はすでにオタワ憲章に対してドイツのセルフヘルプが大きな影響力をもったと書き[14]、それと同時に行動面での停滞を批判した。生活世界における健康増進のさらなる展開とともに、今やとりわけ社会空間のなかでのセルフヘルプのために予定されているような新しいコンセプトが存在する（セッティング・アプローチ [Setting-Ansatz]) [42]。セッティング・アプローチは、学校や家族、企業、地区や団体（たとえばスポーツ団体、人種や宗教の団体）のような、社会化や生産や創造をおこなう人びとのいろんな生活世界を健康促進的に作り上げることを目標とする。セルフヘルプは、とりわけセッティング・アプローチを「統合をもたらす社会改革運動」[43]とみなす政治的な理解のなかで、社会的ネットワーク、習慣、価値、生活世界における標準を変えることに寄与できる。このモデルケースとして、病気の政治問題化が、同様に解放と専門職化のためにも有効であったエイズ・セルフヘルプを考えることができる[44]。

社会的ならびに医療的な問題に直面して、既存の活動を調整し、考えられる相乗効果を生み出すためにセルフヘルプ支援センター、高齢者事務所、ボランティアエージェンシー (Freiwilligenagenturen)、ボランティアセンター (Freiwilligenzentren) のネットワーク化が有効である。これらのネットワークの内部では、たとえばフランクフルト市の健康都市ネットワークでのエンパワーメントの経験が示しているように、各参加者の特殊な専門知識が合流する。生活世界志向、資源志向、市区との関連、多元的な専門職チーム、エンパワーメントや市民参加は、行為を導くコンセプトであり、それらは、セルフヘルプ促進はもとよりコミュニティ心理学、ソーシャルワークあるいは健康促進によっても追求される[22]。

子どもの世話から高齢者との活動まで、自治体の責任者は今日セルフヘルプと市民参加に期待してい

る。多世代の家、隣人ホーム、社会・市民センター、セルフヘルプ支援センター、介護支援ポイント（Pflegestützpunkt）は発展的なプロジェクトとして、そして「地域」のなかの人びとに役立つ活動が
出会う地点・場所として理解されている。これらの施設は隣人援助、家族援助、セルフヘルプ、専門職
サービスを1ヵ所に集め、それによって若い人や年輩者に対する包括的なサービスを生み出している。
市民の家、市区センターあるいは文化センターは、多くの都市で社会的インフラの構成要素である。

健康局と市民参加サービスセンターによって共同で運営されているシュヴァンハイム健康センター
だけでなく、9つのフランクフルト社会市役所（Sozialrathaus）¹⁹も、行政の現代化や、公共当局と公
益当局のパートナーシップを保証する。社会サービスは地域化され、社会空間²⁰志向で分権化されてお
り、社会市役所においては、サービスは市民志向と地域管轄の視点のもと1ヵ所に集められている。供
給は、1つの地域では1つの主体が援助するという原則にもとづいて、分野横断的に組織され、このよ
うにして統一的な援助提供を成立させている。必要があれば、複数の専門分野がチームで協力する[45]。
フランクフルト市のプログラム「社会的な（交流のある）隣人関係」（Soziale Nachbarschaften）も、
この意味で理解される[45 a]。

現在新しく設立された介護支援ポイントは同じ方向を目指し、健康センターとして統合を支援するこ
とができる。ここで重要となるのは、病気や障害や社会的貧困による制約のもとで、質的・経済的によ
り良い問題克服を目指して、専門職援助や市民参加、セルフヘルプ、地域の健康事業を創造的に結びつ
けることである[46]。

セルフヘルプの挑戦は、特殊な支援ニーズをもつ人びとに行き着き、かれらを活発にするというところ
にある。患者代表としてのセルフヘルプ機能の枠組みのなかで DAG SHG、BAGS、VDK、同権福祉連合会
における慢性疾患フォーラム、消費者センター全国連合会は、ベルテルスマン財団とともに「ホワイト
ト・リスト」（Weisse Liste）プロジェクト²¹に取り組み、そのプロジェクトによってすでにインターネ
ットには独立の患者情報が掲載されている。次の発展段階においては、セルフヘルプをより積極的に組
み込み、患者からのフィードバックを体系的に考慮することが目指される[47]。

患者のほかに、社会的に差別されているグループ、そしてそれと部分的に重なる、移民的背景をもつ
た人びとがセルフヘルプの重要な対象となる。上述の分節化（セグメント化）の命題のなかですでに、
多様性（ダイバーシティ）アプローチがどのくらい人びとの違いを認識し、多様な行動可能性を提供す
るための出発点となりうるかが示されている。ここで、セルフヘルプの潜在能力は、それ以外に資源を
ほとんどもたない人びとにおいても活性化することができるということは、まったくもって勇気を与え
る事例である。しかしセルフヘルプ支援センターの実践にもとづく方法的なプログラムが、この多様性

¹⁹ 社会市役所は児童青少年法、社会扶助、亡命者給付法、生活費貸与法にもとづく給付をおこなう
（[http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2983&ffmpar\[_id_inhalt\]=102375/](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2983&ffmpar[_id_inhalt]=102375/) 2011年3月
22日ダウンロード）。

²⁰ 人びとが行動し、統合されている空間（<http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialraum/> 2011年3月
22日ダウンロード）。

²¹ 患者にとって最も近くにある、あるいは最も適した病院を探す際に支援を提供するプロジェクト
（http://de.wikipedia.org/wiki/Wei%C3%9Fe_Liste/ 2011年3月22日ダウンロード）。

の要請にどの程度適合しているか、活性化の新しい形態のどれが成果を約束するかは、それぞれ個々に検討されなければならない[23a、23b]。したがってこのことについては、質の確保や質の向上という枠組みにおける発展が課題となる[26]。これまで質に関する体系的な政策については、政治的制御も論じられていないし、セルフヘルプ内でも語られていない。同政策は個々の主体によって実現されるのではなく、理論や実践をもとに専門的、政治的にぶつかりあうような構造の形成プロセスを必要とし、そのプロセスのなかで、変化し拡大した課題に対応する知識や資金が準備される。

セルフヘルプ支援センターと地域の市民参加は、市区のなかに、容易にたどり着くことができ、有能なスタッフによって管理されるオープンルームを必要とする。「専門主義に代わって、独自の活動を認め、相談および支援だけに徹するような専門職の態度変化がなければならない。…これについて専門職とボランティアの境界で活動しているセルフヘルプ支援センターは、エンパワーメントについて他の専門職を判定する際に用いる能力を長いあいだ発展させてきた」[22]。

この広範な経験という財産を増やし、確かなものとするために、直接的な体験交流を超えて、持続的な質向上の刺激と実行のシステムが必要になる[26]。これについても、健康会議が存在し、ノルトヴェストシュタット地区には協議会もあるフランクフルト市では、健康都市プロジェクトとフランクフルト・セルフヘルプ支援センターとのあいだで印象的な協調事例が存在する[50]。セルフヘルプ支援センター、高齢者事務所、ボランティアエージェンシーは自治体レベルで、自治体政治や行政、企業、市民社会の主体に新しい協調のかたちを生み出す気を起こさせるために協力することもできれば、健康にかかわるサービス施設との地域統合サービスプロジェクトの拡大を目指して協力することもできる[51]。

この要求を実現するためには、地域に確かな資金基盤をもち、政治的に優先権を与えられたインフラが用意されなければならない。州や連邦の政治レベルでも統合された市民参加政策が必要であり、同政策が医療政策、家族政策、環境政策、経済政策あるいは消費者保護の分立を、統合アプローチに有利になるように変えていく。公共当局と社会保険の共同課題という枠組みで、セルフヘルプ、市民参加、健康促進、専門職援助を地域密着的に相互調整する長期的な支援は、持続的な健康維持戦略の重要な要素である。

このとき、まだ発展が不十分だが、セルフヘルプ思想に強く対応した1つの重要な資源は民間寄付である。セルフヘルプグループやセルフヘルプ支援センターは、まだ多くの潜在能力をもっている。ただ製薬産業のスポンサー資金は実際誘惑的であり、それ自体望ましくない付随現象をとまなう[52]。幸運なことにセルフヘルプ支援センターは、これについて思い悩むことはほとんどなく、またドイツのセルフヘルプも総じて一たとえばアメリカの、セルフヘルプに近い圧力団体と比較すれば一相対的に安定しており、自立している[53]。連邦ドイツの視野で見ても、フランクフルト市の視野で見ても、セルフヘルプは大きな挑戦の前に立っている。その場合セルフヘルプは、体制が整備されるにつれて専門職や市民からの活動要求が増加し、それゆえ自らの成果の犠牲者ともなる。メディアとのやりとり、セルフヘルプや患者の代表、自治体の健康促進、セルフヘルプのなかでの世代交代、移民や社会的不遇者、介護者や若年世代のセルフヘルプの新しい試みの統合といった多くの課題は何らかのついでに解決できる

ようなものではなく、追加的な資源を必要としている。ただしそれは費用要素ではなく、フランクフルト・セルフヘルプ支援センターの活動が証明しているように、むしろすべての人にとって生きがいある都市のなかで健康的な未来を得るための投資なのである。

そのためにも次の30年間に向けて多くの力と幸運を！

参考文献

- [1]Haffner S(1998) Preußen ohne Legende. Siedler, Berlin
- [2]Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege(2010) Wir über uns. <http://www.bagfw.de>
- [3]Kickbusch I, Trojan A(1981) Gemeinsam sind wir stärker, Selbsthilfegruppen und Gesundheits-sicherung. Fischer Alternativ, Frankfurt
- [4]Borgetto B(2004) Selsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- [5]Deutscher Bundestag Enquête-Kommission” Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements” (2002) Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftfähige Bürgergesellschaft. Bericht. Schriftenreihe Bd.4. Opladen
- [6]Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen(2010): <http://www.dhs.de/>
- [7]Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (2010) <http://www.bag-selbsthilfe.de/>
- [8]Der Paritätische Gesamtverband, Forum für Behinderte(2010) <http://www.selbsthilfe.paritaet.org/index.php?id=464>
- [9]Richter HE(1972) Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
- [10]Moeller M L(1978) Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
- [11]Moeller M L(1981) Andere helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- [12]Matzat J(2008) Zur Erinnerung an Michael Lukas Moeller. Die Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Psychosozial-Verlag. Gießen, S.11-15
- [13]Rapp I(2006) 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung in Frankfurt. Jubiläumsrede am 24. März 2006 in Frankfurt am Main. Unveröffentlichtes Redemanuskript
- [14]Geene R(2008) Gesundheitsförderung als Handlungsfeld und als Identität der Selbsthilfe. In:

- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Psychosozial-Verlag. Gießen, S.110-117
- [15]Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland(2000) Das Neun-Punkte-Programm. Kriterien zur Teilnahme im Gesunde Städte-Netzwerk. In: Geene R, Denzin C(Hrsg) Berlin-Gesunde Stadt? Das Healthy City-Programm der Weltgesundheitsorganisation: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik? Schöngauer-Verlag, Berlin, S.349-350
- [16]Trojan A, Legewie H(2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS-Verlag, Frankfurt
- [17]Schmidt B(2007)Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung. In: Schmidt B, Kolip P(Hrsg) Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, Weinheim München, S.95-104
- [18]Dingeldey I(2006) Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte(APuZ) S.8-9, 2006
- [19]Händelder E(2008) Die echte Gesundheitsreform. In: Die BKK Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung. 96. Jahrgang, 07/2008
- [20]Kickbusch I(2006) Die Gesundheitsgesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- [21]Geene R(2009) Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. Ansätze und Hemnisse einer sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. In: Bittlingmayer U H, Sahrai D, Schnabel P E(Hrsg) Normativität und Public Health. Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- [22]Hill B(2009) Selbsthilfe und soziales Engagement-Motor für die Zivilgesellschaft? In: Deutsche Arbeitsgemeinshcaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009. Psychosozial-Verlag, Gießen
- [23]Helms U(2007) Die Verankerung des Selbsthilfegedankes in den Büchern des Sozialgesetzbuches. In: Deutsche Arbeitsgemeinshcaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Psychosozial-Verlag, Gießen, S.152-162
- [23a]Stötzner K(2010) Was verändert sich in der Selbsthilfe? In: Deutsche Arbeitsgemeinshcaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010. Psychosozial-Verlag, Gießen
- [23b]Wohlfahrt N(2010) Zur aktuellen Entwicklung in der Selbsthilfe. In: Deutsche Arbeitsgemeinshcaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010. Psychosozial-Verlag, Gießen
- [24]NAKOS(Hrsg) (2008) Selsthilfe im Überblick. Zahlen und Fakten 2007. NAKOS Studien. Berlin
- [25]Trojan A(2006) Selbsthilfenezusammenschlüsse als 4. Säule im Gesundheitswesen? In: Essers

- M et al. (Hrsg) Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 41. Prävention. Argument-Verlag, Hamburg, S. 86-104
- [26] NAKOS (Hrsg) (2006) Selbsthilfe unterstützen. Fachliche Grundlagen für die Arbeit in Selbsthilfekontaktstellen und anderen Unterstützungseinrichtungen. Ein Leitfaden. Reihe NAKOS Konzepte und Praxis, Bd. 1. NAKOS, Berlin
- [27] Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006) 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. Siegburg
- [28] Hundertmark-Mayser J (2007) Struktur und Angebote der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Forum Public Health (15) 55
- [29] Thiel W (2007) Bürberschaftliches Engagement, Selbsthilfe und Welfare Mix. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 143-151
- [30] Wallacher J (2001) Das soziale Kapital, In: Stimmen der Zeit 219, Nr. 5, S. 306-318
- [31] Marmot M, Wilkinson R (2003) Social determinants of health: The Solid Facts. 2 ed. Copenhagen: WHO Regional Office Europe
- [32] Siegrist J, Dragona N, von dem Knesebeck O (2006) Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 157-170
- [33] Borgetto B (2007) Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. In: Forum Public Health (15) 55
- [34] von Kries R, Klar R (2008) Seltene Erkrankungen- von der Forschungs- zur Patientenperspektive. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 51:480
- [35] Trojan A (Hrsg) (1986) Wissen ist Macht. Eigenständige durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt
- [36] Matzat J (2004) Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke-Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 153-160
- [37] Meyer F, Roth H, Höflich A, Matzat J, Kresula A, Stein A, Franke W, Beutel ME (2008) Selbsthilfegruppen im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen. In: Psychotherapeut 53: S. 198-205
- [38] Kickbusch I, Wait S, Maag D (2005) Gesundheit navigieren, die Rolle der Gesundheitskompetenz, Bericht der Alliance for Health and the Future, International Longevity Center-UK
- [39] NAKOS (2010) NAKOS Studieren. Selbsthilfe im Überblick. Zahlen und Fakten 2008. NAKOS, Berlin
- [40] WHO (2000) Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. In: Geene R, Denzin C (Hrsg) Berlin-Gesunde

Stadt? Das Healthy City-Programm der Weltgesundheitsorganisation: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik? Schengler-Verlag, Berlin, S. 339-344

[41]DAG SHG(2008) NAKOS-Förderung. Stellungnahme des Vorstandes der DAG SHG vom 14. Januar 2008.

In: NAKOS-Info 94, März 2008

[42]Geene R, Rosenbrock R(2004) Gesundheitsförderung im Setting als Beitrag zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. In: Göpel E, Schubert-Lehnhardt V(Hrsg) Gesundheit gemeinsam gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt, S. 221-243

[43]Rosenbrock R(2004) Primäre Prävention zur Verminderung soziale bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock R, Schröer A, Bellwinkel M(Hrsg) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Befunde zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle". Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S. 7-151

[44]Geene R(2000) AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag, Frankfurt

[45]Stadt Frankfurt/Main(2010) Sozialraumorientierung in Frankfurt durch neun Sozialrathäuser: <http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2983>

[45a]Stadt Frankfurt/Main(2010) Soziale Nachbarschaften: [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2824&Et_ffm-par\[_id_inhalt\]=91984](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2824&Et_ffm-par[_id_inhalt]=91984)

[46]Helms U(2008) Reform der Pflegeversicherung-Neue Handlungsfelder für Selbsthilfekontaktstellen? In: NAKOS-Info 94, März 2008

[47]Geene R(2008) Unabhängige Patienteninformation. Bertelsmann Stiftung und Patientenorganisationen veröffentlichen das Internetportal [weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de). In: NAKOS-Info 96, September 2008

[48]Kolba N, Borgetto B(2007) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und soziale Ungleichheit. In: Forum Public Health(15)55, S. 17-18

[49]Kofahl C(2007) Zur Migrantensorientierung in der Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 112-119

[50]Techniker Krankenkasse(2010) Gesunde Kommune Frankfurt: <http://www.tk-online.de/tk/vprsprge-und-frueherkennen/gesunde-lebenswelten/gesunde-kommune/39532>

[51]Olk T(2009) Selbsthilfeförderung als Bestandteil einer umfassenden Engagementförderung. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009. Psychosozial-Verlag, Gießen

[52]Klempere W(2008) Interessenkonflikte im Gesundheitswesen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Psychosozial-Verlag,

Gießen

[53]Liebsch K(2010) Medialisierung und Medikalisierung. Beratung, Kommunikation und Selsthilfe im Internet. In: Deutsche Arbeitsgemeinshcaft Selbsthilfegruppen(Hrsg) Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2010. Psychosozial- Verlag, Gießen