

北海道社会福祉研究

第30号

北海道社会福祉学会第48回大会 基調講演要旨

「障害者雇用の世界的潮流と日本の課題

—障害者権利条約を踏まえて—

松井亮輔 …………… 1

北海道社会福祉学会第48回大会 シンポジウム「日本の障害者の雇用をどうするか」発題要旨

「障害者に対する便宜的措置(合理的配慮)義務」

中川純 …………… 2

「障がいのある方の就労支援と生活保障

—現場実践から考えてみたこと—

重泉敏聖 …………… 3

「札幌における障がい者就労支援の現状・課題と方向性」

松本健一 …………… 4

<論文>

臓器移植法改正における「家族の承諾」が認められるわけ

—家族特権の虚構を考えるための導入—

鈴木道代 …………… 5

スクールソーシャルワークの現況と課題

澤伊三男・栗田克実・松浦智和 …………… 16

小児がん患児に対するソーシャルワーク援助の現況と課題

—教育支援をはじめとする心理社会的支援—

川勾亜紀奈 …………… 28

<研究ノート>

精神障害領域を中心とした当事者による支援の有効性

松本真由美 …………… 39

<実践報告>

「引きこもり」の解決とは何かを問い続ける

田中敦 …………… 50

編集規程・投稿規程・執筆要領・査読報告書 …………… 60

2010年3月

北海道社会福祉学会

【基調講演テーマ】

障害者雇用の世界的潮流と日本の課題～障害者権利条約を踏まえて～（講演要旨）

法政大学 松井 亮輔

近年、わが国も含め、先進国では、人口の高齢化や財政事情の悪化などによる社会保障制度の見直しの一環としてばかりでなく、従来社会的に排除されてきた障害者をはじめ、社会的不利な人びとのソーシャル・インクルージョンの推進という観点からも、「福祉から雇用へ」が強調されている。

わが国ではこれまで障害者雇用促進法（1976 年改正）で制度化された、従業員数一定規模以上の公的機関および民間企業に一定割合の障害者の雇用を義務付ける「雇用率制度」とそれを担保する「納付金制度」を柱として、障害者雇用施策がすすめられてきた。その結果、納付金の対象となる従業員数 300 人以上規模の民間企業では、毎年実雇用率が上昇している。昨年には 1000 人以上規模の大企業では、実雇用率 1.83%と、法定雇用率 1.8%をクリアしている。ところが、納付金の対象とはならない民間企業のうち、従業員数 99 人以下の企業では、逆に年々障害者の実雇用率は低下している。

厚労省では、1978 年以來、5 年ごとに従業員数 5 人以上の民間事業所を対象に障害者雇用実態調査を行っているが、2003 年と 2008 年について比較すると、この 5 年間でこれらの民間事業所で雇用されている障害者は、49 万 6 千人から 44 万 8 千人へと 4 万 8 千人減少している。つまり、「福祉から雇用へ」の移行が強調されながらも、民間企業全体としてみると、障害者の受け入れは、むしろ減少している。障害者の雇用が必ずしもすすんでいないのは、米国や EU 諸国でも同様である。

民間企業で雇用されている障害者のほとんどは、最低賃金以上の賃金を支払われているとはいえ、一般雇用者と比べ、かなりの格差がある。とくに知的障害者は嘱託やパートタイムなどの非正規雇用の者が多く、平均賃金は、最低賃金ぎりぎり、一般雇用者の 3 割強の水準にすぎない。したがって、わが国の障害者雇用施策は、雇用の量と質の両面で課題を抱えているといえる。

一方、一般就職が困難な障害者のうち約 20 万人が授産施設や小規模作業所等、いわゆる福祉的就労施設で就労しているが、その平均工賃は 1 万 2 千円あまりで、最低賃金の 10 分の 1 程度ときわめて低水準である。しかも、これらの施設で就労する障害者は「訓練生」で「労働者性」がないとして、労働法の適用除外とされることから、こうした低賃金の妥当性を公的にチェックする仕組みもなく、労働者としての保護も受けられない。

このようにわが国の民間企業で雇用されている障害者や福祉的就労施設で就労している障害者の現状は、2006 年 12 月に国連総会で採択され、2008 年 5 月に発効した障害者権利条約で求められる人権基準から見直すことが求められる。

しかし、これは障害者だけでなく、わが国の多くの労働者に共通の問題でもある。国際労働機関（ILO）が提唱するディーセントワーク（人間の尊厳にふさわしい労働条件を備えた、働き甲斐のある仕事）をいかに障害者も含む、すべての人に保障するかが問われている。そのための社会的条件整備ぬきには、障害者権利条約に沿った形で、障害者の働く権利や生活権を実現することは困難であろう。

障害者に対する便宜的措置（合理的配慮）義務（発題要旨）

北星学園大学 中川 純

わが国は、国連の障害者権利条約を批准することをすでに明言しており、法整備がすすめられようとしている。障害者権利条約第 27 条は、締約国に対し、(a) あらゆる形態の雇用に係るすべての事項（募集、採用及び雇用の条件、雇用の継続、昇進並びに安全かつ健康的な作業条件を含む）に関し、障害に基づく差別を禁止すること、(h) 適当な政策及び措置（積極的差別是正措置、奨励措置その他の措置を含めることができる）を通じて、民間部門における障害者の雇用を促進すること、(i) 職場において合理的便宜が障害者に提供されることを確保することのための適当な措置（立法によるものを含む）をとることにより、労働についての障害者（雇用の過程で障害を有することとなった者を含む）の権利が実現されることを保障し、及び促進することを規定している。本報告では、それを前提として、この概念が創設された北アメリカにおける“便宜的措置義務（合理的配慮）”に着目し、誰が義務を負うのか、誰がその義務により利益を受けるのか、どの程度なにをしなければならない義務なのか、についてあきらかにする。

便宜的措置義務 (duty of reasonable accommodation) とは、雇用についていえば、被用者が労働条件により差別を被るとき、または被りうるとき、過大な負担を負わせることなく、使用者に対し、その労働者の（障害）に合理的なステップを踏ませる義務をいう。障害を有するアメリカ人法 (ADA) およびカナダの人権法などにより根拠付けられる法的概念である。具体的には、“障害者にとって施設確実にアクセスおよび使用を可能にすること、そして業務の再構築、パートタイムまたはシフトの調整、機器・装置の設置・修正、試験などの適切な調整・修正、読解者・手話通訳者の配置および同様の行為”を挙げる。ただし、そのような措置を講じることが、使用者や労働組合にとって“過大な負担”となる場合には、そうする義務を負わないこととなる。

ADA の特徴を、いくつかを指摘できる。第 1 に、ADA は、健常者に対して障害者を優先的に雇用することを保障しているわけではないことである。便宜的措置義務が講じられた後は、競争による能力評価が行われることとなる。第 2 に、ADA をめぐっては、採用時の事件よりも、雇用されている途中に障害を負った事件が圧倒的に多く、障害者の雇用の維持という機能を担っていると考えられることである。第 3 に、ADA における障害者は、損傷を前提とし、それが雇用において労働条件や就業環境が、働くことを含む日常生活の主要な機能に影響を与えることを前提としていることである。第 4 に、ADA における障害者は、第 3 における状態になければならないが、同時に就業能力を有する個人でなければならず、障害者が働くことによって本人、同僚、第三者の安全性を脅かす場合、能力を有する障害者とは認められないことである。第 5 に、便宜的措置義務にコストがかかりすぎる場合、労働協約の先任権条項に抵触する場合、他の被用者のモラル（士気）が低下する場合などは、「過大な負担」となり、使用者は障害者に便宜的措置を講ずる必要を負わないことである。第 6 に、使用者と障害を有する被用者は、問題解決のため労働条件や職場環境の整備について協議義務を負うことである。第 7 に、障害者の差別をめぐる問題は、裁判だけではなく、行政による救済委員会、またはメディエーションなどによって、その多くが解決されていることである。

これらを踏まえて、日本が障害者権利条約を批准するためには、障害の概念、合理性および過大な負担の要件の明確化、立証責任の明確化、手続的要件の明確化、紛争解決体制の整備、割当雇用制度との並存、対立モデルから対話モデルへの移行について整備することが不可欠であることを指摘する。

障がいのある方の就労支援と生活保障ー現場実践から考えてみたことー（発題要旨）

就業・生活応援プラザ とねっと 重泉 敏聖

本報告は障害のある方の就労支援と生活保障ということで、報告者が日々現場でおこっている事から考えてみた事を中心に報告をさせていただいた。基本的に障害のある方の就労支援を行う場合に必要視点は再分配の視点が必要であるということだと思ふ。私たちは基本、働いて収入を得て生活を営んでいる。しかし、障害があると本人に「働く意志」はあっても、うまく働けなく、うまく働けたとしても生活がうまく整えられずに、生活自体が破綻し働けない状況になる事もある。だから、「支援」が必要になる。

支援が必要であって必要な支援をしたとしても「働けない」場合もあるし、実際、現在はそのような状況にある人たちは障害がある無しに関らず存在する。それは既に支援の必要性という部分では枠を超えていて、ここからは社会の問題 - 分配の問題 - になる。よく言われるのがワークシェアリング - 労働の分配である。ここで、我国の累進課税を見ると、累進課税は 1987 年をきっかけに下がり続けていて(年収 5000 万以上で 70%から 60%)、2007 年には年収 1800 万以上で 40%になっている。これを 1987 年の税率に戻した場合、約 6 兆円の増額となる(村上慎司:2009)。

基本的に、自立支援法は国にお金がないので支援費制度から変更したものであるが、先の数字を見ると「怪しい」という事はわかる。一方で、税金を多く取ってしまうと①労働インセンティブが下がる②人が海外に逃げるといった事が指摘され、だから税金は上げないほうがよいとされた。故に、先にも述べたように、考えなくてはならないのは配分の問題であって、税金として直接配分するかあるいは労働として配分し、生活保障をするのかという事になると思ふ。

今、この問題に就労支援を絡めるとすれば、例えば、ここに集まっている人たち(少なくとも私よりも年収が多い人はいると思ふ)が障がいのある方の生活支援とか就労支援とか考えているとすると、この場で一人につきある程度、お金を出し合っ会社等を作れば、人は一人ぐらい雇用できるはずであるし、生活もある程度保障できよう。

しかし、そうしないのは「私たちがお金を出したとしても、それより得をしている人がいるじゃないか」という事も一方では考える事もあると思ふ。だから、税金という国家の強制力がなくては分配ができないということになるのであるが、基本は『多くもらっている人からは多く取り、少ない人は少ないなりに払い、最も少ない人は払わなく、もらって生活してよい』という事がなければならないと思うのだが、現在はそうした状況ではなく、多くもらっている人が得をしているシステムになっているということである。

ここを言わないと、労働の分配はできないはずだし、就労支援も結局のところは個人の労働スキルの問題に還元されてしまう(無論、個人の労働スキルも否定はできない)。この点については、J.Rawls や A.Sen のような政治哲学は押さえておくべきだろうと考えられるし、社会福祉を基盤とした「生活保障としての就労支援」は確立できないであろうという事で、本報告を終えた。

参考文献

- 村上慎司(2009)『第 1 章 所得税の累進税率変更試算』立岩真也 『税を直す』(2009) 青土社。
- 橋本俊昭(1998)『日本の経済格差・所得と資産から考える』岩波新書。
- アマルティア・セン(1989)『合理的な愚か者』勁草書房。

札幌における障がい者就労支援の現状・課題と方向性（発題要旨）

札幌障がい者就業・生活支援センター たすく 松本 健一

障がい者就業・生活支援センターたすくは、就労支援と生活支援の両方を兼ね備えたセンターである。まず、就労支援については、北海道労働局委託の「雇用安定等事業」として実施し、①就業に関する相談支援、②企業に対して障がい特性を踏まえた雇用管理に関する助言、③関係機関との連絡調整を行っている。就業支援の担当者は3名である。次に、生活支援については、北海道委託の「生活支援等事業」として実施し、①就業生活に関する助言、②関係機関との連絡調整を行っている。生活支援の担当者は1名である。障がいの種別や手帳の有無問わず、年齢・職業経験など多種多様なニーズに対して、一体的に相談・支援している。そのため、障がい者本人や家族だけでなく、企業、ハローワーク、特別支援学校、市役所、相談支援機関、就労移行支援事業等さまざまな社会資源とネットワークを取りながら、自立し、安定した就業生活が送れるように支援を行っている。就職がゴールではなく、「働き続ける」ことを大切にしている。

例えば、高機能自閉症の A さんがいる。自己評価が低くマイナス思考で自己否定になりがちだが、周囲から OK サインもらえると安心し、精神も安定する。状況把握や優先順位判断が弱く、曖昧・暗黙ルールは理解することが難しいが、手順・リミット・完成形が明確であれば、誰より着実・確実に仕事をすることができる。視線は絶対に合わないのが、コミュニケーションが不安であるが、A さん自身は他人の力になりたい、チームで助け合うという気持ちは一倍強い。A さんは全国の駅名を全て覚えており、(興味を持てれば) 記憶力・照合力は非常に高い。障がい者本人と一緒に、障がい特性を「プラスの視点」で把握・整理し、それを企業に分かりやすく伝え、業務マッチングの検討や環境(人間関係含む)改善を提案し、就労につなげ、就職後も必要に応じて、障がい者・企業への相談・支援を継続している。

障がい者の就労支援の現状として、第一に、障がい当事者の働きたいニーズが増加していることが挙げられる。たすくへの新規の相談件数は平成 18 年に 115 件、19 年に 140 件、20 年に 221 件、21 年(11 月末時点)で 132 件である。第二に、企業の障がい者雇用について、近年は景気悪化の問題もあるが、法定雇用率・納付金制度の改正などにより、企業のコンプライアンス・情報公開が追い風になって雇用条件は改善されてきている。第三に、障害者自立支援法により、障がい者支援は機能や役割が明確化し、「就労移行支援事業所」は市内で 27 ヶ所・定員約 300 名確保されるようになり、ジョブコーチ・トライアル雇用など活用可能な制度も増えている。ただ、センターとしては職場定着支援を誰が、いつまで行うのかが大きな課題となっている。就労移行支援事業は 300 人定員で 2 年間の期限。つまり、毎年 150 人が就職するが、同時に就職後支援する障がい者が毎年 150 人ずつ増えることになる。2 年で 300 人、4 年で 600 人と。その就職した障がい者の支援について、就労移行支援体制加算のみでは支援者増員は困難であり、職場定着支援は、実質「無償ボランティア」で行っている状態である。就職後の支援体制を考えるべきである。

今後の方向性としては、障がい者、企業の双方向をみた支援を考えていく必要がある。そのため、福祉や支援の枠組みを超えて、企業との共通言語を持つこと、また、地域のなかで教育、福祉、医療、労働の支援者も含めて顔の見える関係作りをしていく必要がある。

(文責 木下武徳・北星学園大学)

【論文】

臓器移植法改正における「家族の承諾」が認められるわけ —家族特権の虚構を考えるための導入—

北星学園大学大学院博士課程 鈴木道代

要旨：本研究では，“家族であるから～でなくてはならない”という必要条件として家族を位置づけ、家族に同意権が付与されることを“家族特権”とし、臓器移植法においても「家族の承諾」が“家族特権”として機能していると考えた。つまり、「家族の承諾」を契機として臓器提供が可能になるということは，“家族特権”としてそれを支える何らかの理由づけがあると思われる。そこで、「レトリカル・アプローチ」の視点から国会議事録における「家族の承諾」が認められるわけについて分析を行った。その結果，“家族の思いをおしはかることのできる存在”としての“家族特権”を説明することで、本人の意思表示が不明の場合には、家族の承諾による臓器提供が正当な行為であるという認識をわれわれに与えたと思われる。けれども、「家族」という用語に他の語彙や論理展開が付随していても、そこから「家族の承諾」が正当となる根拠は導き出せないということが言える。

Keywords：臓器移植法、家族の承諾、家族特権

I. はじめに

1999年に施行された臓器の移植に関する法律（以下：臓器移植法）の改正が2009年に行われたのは記憶に新しい。平成21年6月18日の第171衆議院本会議において、「脳死を人の死」とした考え方を前提に、臓器摘出年齢の制限をなくし、本人の臓器提供の意思表示が不明な場合にも、家族の承諾で可能とする、いわゆる「A案」が可決された。その後、修正案、子どもに係わる脳死及び臓器の移植に関する検討等その他適正な移植医療の確保のための検討及び検証等に関する法律案を含めた審議がなされ、平成21年7月13日参議院本会議にて、投票総数220のうち賛成138、反対82によって、A案が可決されることになった（以下：改正論議とする）。

今回の改正に至るまでには、「脳死を人の死」と法律上規定してもよいのか、本人の意思表示ではなく、遺族（家族）の承諾で臓器提供を可能としてもよいのか、あるいは、親族に対して臓器を優先提供できる意思表示を可能としているが、その親族の範囲はどこまでを指すのか、などというような点に関する論議がなされていた。

また、改正論議の背景には、2009年WHO（世

界保健機関）において臓器移植ガイドラインが変更されたのを契機に、自国内における移植可能な臓器の国内自給が求められていること（渡航移植の制限）、日本の臓器移植の承諾条件は諸外国と比較し最も厳しいということからも、その基準を世界レベルにするという意図があると言える。

II. 問題意識

臓器移植法の基本理念の第一には、提供者本人の意思の尊重が規定されており、臓器の提供に関する本人の意思は、積極・消極を問わず、尊重されなければならないこととされている。このことの実現として、必ず事前に提供者本人の書面による同意が必要条件とされている。

「脳死した者の身体から臓器の提供に関する標準的手順」（『逐条解説 臓器移植法』1999：180）によると、終末期にあり蘇生不能と主治医が判断し、家族もこのことを受容している場合には、臨床的脳死診断が行われる。脳死判定に従い、臓器提供の意思表示を本人がしている、または、本人の意思表示に加えて家族の意思表示も承諾であれば、法に規定する脳死判定が行われ臓器提供が可能となる。けれども、本人が臓器提供の意思表示

をしているにもかかわらず、家族が脳死判定に基づく臓器提供を拒否した場合には、臓器提供が行われない、あるいは、拒否したけれども心臓が停止した死後の臓器提供を承諾した場合には、三徴候による死亡確認の上、臓器提供が行われる。

三徴候による死亡確認の上で行われる臓器提供については、本人が臓器提供の意思表示をしており、家族が拒否しない限りにおいてなされる。その一方で、本人による臓器提供の意思表示がない場合には、家族の意思表示が承諾であれば、死亡確認の上で臓器提供が可能になるという手順であるということがわかる。改正論議によって可決されたA案では、脳死判定に従った臓器提供の意思表示を本人がしている場合、または、本人の意思表示に加えて家族の意思表示も承諾であるということだけでなく、本人の意思表示がない場合、つまり臓器提供をする意思の有無が確認できない場合において、家族が臓器提供の意思表示を承諾とするならば、臓器提供が行われるということになる。

このように、改正前の臓器提供の手順においてもあったが、改正論議においてより強調されたことが「家族の承諾」を契機として、本人の臓器提供の意思確認が不明であっても（拒否を示すかということも不明）、臓器提供が可能になったということである。この点が、本研究の問題意識につながる点である。すなわち、なぜ、本人の意思表示が不明の場合において「家族の承諾」を契機とした臓器提供が可能になるのかということである。

医療行為の場面ではインフォームド・コンセント（以下IC）との関連から、例えば、精神上障害のある者、幼児などの同意を考える場合に、本人の意思表示が不明ないし不可能であれば“家族同意”によって医療行為がなされる場合があると思われる。

後述するが、改正前の臓器移植法においては、「家族の承諾」を契機とした臓器提供が可能になる理由については触れられていない。そこで、本研究では、改正論議において「家族の承諾」を契機とした臓器提供が可能である（ない）との論議を分析することにする。

臓器移植法における「家族の承諾」を契機とし

た臓器提供が可能になることの理由づけを検討することは、他の医療行為場面での本人同意と家族同意の関係、特に、家族による判断・決定が認められる一つの特徴的な論理を提示する意義があると思われる。

III. 目的と方法

(1) 目的

本研究は、臓器移植法改正論議における、「家族の承諾」を契機とした臓器提供が行われる理由づけを検討し、「家族の承諾」が認められるわけを明らかにすることを目的とする。

医療行為場面のICとの関連から、成人で精神上障害のある者については、本人同意よりも家族同意が認められることがあり、その理由として能力論が前提とされていると思われる。また、それ以外に、家族が持つあるべき姿に関する、人々の認識によってもまた、家族同意という行為が認められているのではないか。『家族だから～でなくてはならない。家族であるために～しなければならない』という必要条件として（杉井2009:5）家族を位置づけ、家族に同意権が付与されることを“家族特権”とし、臓器移植法においても「家族の承諾」が“家族特権”として機能していると考えられる。つまり、「家族の承諾」を契機として臓器提供が可能になるということは、“家族特権”としてそれを支える何らかの理由付けがあると思われる。

(2) 研究方法

分析方法としては、第一に、『逐条解説 臓器移植法』（厚生省保健医療局臓器移植法研究会1999）に依拠しながら、臓器移植法の枠組みを紹介し、さらにその内容を検討する。そのことを踏まえ、第二に、臓器移植法改正に関する議事録において、「家族の承諾」の位置づけについて論議されている内容を抽出し、その論理を検討する。但し、今回の臓器移植法改正に至るまでの議事録内容をすべて記載するには紙数上限界があることから、第171衆議院本会議でA案が可決されるまでの内容は割愛し、第171参議院本会議、厚生労働委員会で論議されている内容を検討する。その際、各議

員の発言内容をすべて記載すること、質疑のやりとりをすべて記載することも紙数上限界があることから省略、または要約することにし、時系列・発言順に紹介する。また、臓器移植法における「家族の承諾」といった場合の「承諾」の意味については言及されずに用いられているが、辞書的定義にある「引き受けること」「聞き入れること」という意味を指すと思われることから、本研究においてもその意味で用いることにする。

「家族」に関する研究では、人々が認識する「家族とは何か」ということをさぐる研究がなされてきた。それは「家族認識の範囲は、人々の意識における家族の形態的・空間的形式にかかわる問題」であるから、「きわめて主観的なものである」ということに基づいている（西岡ら 1996 : 28）、あるいは「人びとが家族に対して抱く主観そのままを汲み取ることを、方法論上重視しよう」（西野 2000 : 43）する試みである。西岡ら（1996 : 28）は「主観としての家族観の中にも、歴史的・社会的に特有なある共通した認識の枠組み・尺度が存在していると考えられる」ため、主観的家族観を捉えることには意味がある、とする。そのような研究として、山田昌弘の研究¹⁾、ファミリー・アイデンティティの概念を提唱した上野千鶴子の研究²⁾（田淵 1996 : 24-25）が挙げられる。

このような、人々が主観的に認識する「家族」に関する研究がある一方で、田淵（1998 : 73）は、「人々が実際にはどのように『家族』という言葉を使っているのか、という現象を分析」している。その際に用いている分析概念が『レトリカル・アプローチ』である。田淵（1998 : 73）によれば、『“家族”という言葉の用法』を分析する上で、この立場は「社会的構築主義の立場から家族現象を試みる」ということである。田淵（1998）のように社会的構築主義の立場から家族現象を試みるということは、すなわち「1つの語の意味や概念が形成される過程を追跡する方法を用い」ながら『家族同然だ』とか『到底、家族とは呼べない』といった発言、「その発言がなされた場面や文脈、利用される情報や意図を分析することで、その場面で生成される家族の定義や意味を知ろうとする」（岡本 2009 : 36）ことであると思われる。

そこで、本研究においても、田淵（1998）が用いる「レトリカル・アプローチ」という視点で議事録内容を分析していくことにする。以下では、田淵（1998）に依拠して、この概念の説明を行い、本研究においてこの概念を使うことの意義を述べる。

まず、「レトリック」の定義について田淵（1998 : 74）は、「何らかの目的達成を意図して聞き手に影響を及ぼすための手段として用いられる道具的な言説」であるとしている。

次に「レトリカル・アプローチ」の視点の特徴について、田淵（1998 : 74）は「人々が他の人々との相互行為のなかで提示する言説（言明、説明）を、外在的な真理や本質に対応するものではなく、何かを社会的に達成するために構築されるものとみなす点である」と説明している。そして、「家族」という言葉との関連から「家族という言葉の人たちが使うとき、それは『心情』『血縁』『同居』などの本質や実体を表すものとは考えない。そうではなく、家族という言葉は、具体的な人間関係のなかで、何かを達成しようと用いられるものとみなされる」という。すなわち「家族という言葉を用いることが、話者の目的達成に寄与するならば、それはレトリックとしての性質を持つことになり、そこには「特有な論理展開や頻繁に使われる語彙などが存在することが予想される」ということである。

以上のことから田淵（1998）によって提示された「レトリカル・アプローチ」の視点で、臓器移植法改正論議の議事録を分析することには、以下二点の意義がある。第一に、田淵（1998）の指摘するように、今回の論議で「家族」という言葉が用いられる際に頻繁に使われる語彙とは何か、第二に、臓器移植法改正論議の出席者たちが「家族」と頻繁に用いられる語彙を並べることによって、何を達成しようとしているのか、ということを示す上で意義があるといえる。これらのことが明らかにされることによって、本研究の目的である「家族の承諾」が認められるわけを提示することが可能であると思われる。

IV. 改正前臓器移植法の概要、法の枠組み、国会議事録の内容

(1) 改正前臓器移植法の概要、法枠組み

臓器移植法の概要について、以下では主に『逐条解説 臓器移植法』(厚生省保健医療局臓器移植法研究会 1999) に依拠して概説をする。

臓器移植法は、平成 9 年に制定され、昭和 54 年に制定された角膜及び腎臓の移植に関する法律に基づき角膜及び腎臓について行われていた移植医療から対象となる臓器を心臓、肝臓等にまで拡大、さらにこれまで心臓死状態からの摘出に加えて脳死状態からの摘出も可能と、我が国における移植医療に新たな道を開くことになった。

通常の医療行為はほとんどの場合、患者に対する侵襲性を持っているため、外形的には刑法第 204 条の傷害罪を構成する。しかしながら、それが治療行為の一環として正当性を持つ範囲において刑法第 35 条の正当業務行為として違法性が阻却されるという法的構成をとる。これを踏まえ、臓器摘出という医療行為を捉えれば臓器摘出については臓器提供者に対する治療行為として行われるものではないため、その構成をとることはできないということになる。従って、臓器摘出に係わる臓器提供者の承諾が行われていることをもって違法性の阻却と解されることになる。さらに、死体からの提供の場合には、死体損壊罪に係わる違法性阻却事由として、承諾についても遺族の承諾が加えて重要となる。臓器移植法においても、遺族がいる場合にはその承諾を必要条件としている(一定の場合は十分条件である)。

臓器移植法は、第 1 条から第 4 条において、目的、基本理念並びに国、地方公共団体及び医師の責務について規定されている。

臓器移植法の目的は、「臓器の機能に障害がある者に対し臓器の機能の回復又は付与を目的として行われる臓器の移植術に使用されるための臓器を摘出すること」である。

基本理念では、第一に、提供者本人の意思の尊重が規定されている。臓器の提供に関する本人の意思は、積極・消極を問わず、尊重されなければならないこととしている。このこと具体化として、必ず事前の提供者本人の書面による同意が必

要条件とされている。第二に、臓器の提供については、臓器摘出の承諾等に先だて行われる説明、意向確認等の過程において、不当な圧力がかからないよう、自由な意思によって決定されるべき旨が規定されている。第三に、移植術は適正に行われる必要があることが明記され、第四に、移植術を受ける機会の公平な配分について記載されている。

第 6 条から第 9 条において、臓器提供施設において臓器が摘出されてから移植実施施設において移植術が行われるまでの手続きの大枠が定められている。これらの規定は、移植目的の死体から臓器の摘出等について種々の規制を定めている部分なので、生体間の臓器移植については適用がないと解されている。第 6 条に焦点を当てると、臓器の摘出を可能とする要件が規定され、それによると「医師は、死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であって、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないときは、この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を、死体(脳死した者の身体を含む。以下同じ。)から摘出することができる」とある。

臓器の摘出を可能とする要件である臓器提供の意思表示又は臓器摘出の承諾は、「①臓器摘出の意味と承諾の効果とを認識・理解する能力を有する者によってなされたものであること、及びその者の真意に基づいてなされたもの」でなければならない。この二つの条件を満たして、法的に有効な承諾があったと解される。このことからすると、幼児、心神喪失者等、①及び②について満たさない者の承諾は法的に無効と解することになる。

また、欺もう・錯誤によって真意に基づかない承諾は、法的に有効な承諾とはならない。第 2 条においても、意思表示の任意性の確保という点と趣旨は同様であるが、第 2 条は罰則を伴わない訓示規定にとどまっているのに対し、第 6 条規定との関連においては、真意に基づかないでなされた意思表示に基づき臓器摘出を行った場合には、要件に合致しないことから、刑法第 35 条の「法令行為」には該当せず、死体損壊罪に問われる可能

性がでてくることもあり得る。そのため、臓器提供の任意性が疑われるような場合は、その事情を勘案しなければならないとされている。

第6条に規定されている「遺族」の範囲については、臓器移植法上一般的に、類型的に決まっていな。というのは、法令で画一的にその範囲や範囲の中での承諾の優先順位等について規定することは、承諾に係わる運用を硬直化することが予想されるためである。

したがって、喪主ないし祭祀主宰者等が遺族に該当し、死亡した者の近親者の中から、個々の事案に即し、慣習や家族構成等に応じて判断すべきものであるが、原則として、配偶者、子、父母、祖父母及び同居の親族の承諾を一義的には得る必要があるとされている。

なお、『臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）』によると、「第2 遺族及び家族の範囲に関する事項」では、喪主又は祭祀主宰者となるべき者において、「遺族」の総意をとりまとめるものとするのが適当であると規定され、臓器提供に対する異論が出された場合には、その状況等を把握して、慎重に判断することと明記されている。

また、遺族が子供しかいない場合は、法令も厚生省の通達等においても全く言及されていないところではあるが、基本的には臓器提供の意味及び臓器提供に関する意思表示の効果を理解した上で主体的に判断する能力を備えている場合にのみその承諾を有効にすることとされている。

以上が、主に改正前の臓器移植法における概要と、条文規定（第1条から第9条に限定して）である。現行法に関する逐条解説に依拠するならば、次のことが指摘できる。第一に、基本理念では、臓器提供に関する本人の意思は積極・消極に関わらず尊重されるべきであるということからも、本人承諾が必須要件となっていることが窺える。けれども、「脳死した者の身体から臓器の提供に関する標準的手順」からは、「本人による臓器提供の意思表示がない」場合でも「家族の承諾」を条件に「三徴候による死亡確認」をした上で臓器提供が可能なるという流れになる。なぜ、「本人による臓器提供の意思表示がない」にもかかわらず「家族

の承諾」を契機に「三徴候による死亡確認」後の臓器提供を可能とするのか。それを認める根拠は、改正前においても明確ではないということが指摘できる。また、「脳死判定」による臓器提供を行う場合には、本人の意思表示が必須である。とすると、そもそも、この改正前の段階では、「本人の意思表示がない」場合については、臓器提供への方向には進まないと言える。この点が、後述する今回の改正案論議の焦点の一つとなっている。

第二に、第6条規定に関して本人の真意によらない臓器提供がなされた場合には、死体損壊罪に問われる可能性がいわれている。改正前の条文規定を解釈する際に、このような指摘がなされていることは重要である。というのは、この指摘は、後述する臓器移植法改正案論議において可決されたA案に対する批判要素となっているためである。

第三に、「遺族」の範囲は原則的に規定されているが承諾に関わる運用を硬直化させるということから、個々の事案に即し、慣習や家族構成等に応じて判断すべきものが適当であるということであった。けれども、範囲が規定されないことによる、承諾範囲の曖昧性の助長、混乱、あるいは、利害関係のからんだ承諾がなされる可能性もあり得ると考えられる。そして「遺族」あるいは「家族」の範囲が「慣習」によって判断されているという事実は、後述で家族権威の虚構を考える際に重要である。

第四に、臓器提供については、「遺族」の範囲のうち喪主又は祭祀主宰者となるべき者の総意によって判断され、さらに異論がでた際には、その状況を慎重に判断するべきとされているのみであった。とするならば、結局は、異論がでるたびに個々の事案に即して総意をとる状況のみが作り出されるだけであり、総意といっても、その状況で想定されている「遺族」全員によるものなのか、多数決で判断するのか、といった問題が考えられる。

第五に、遺族が子供のみの場合について、法令や厚生省の通達において言及されていないことは既に触れたが、遺族が精神上障害のある者であった場合のみに関することは、『逐条解説』でも触れられていない。このことから、法令や厚生省の通達においても、この点について想定されていな

ということが窺える。

子供の場合は、主体的に判断できる能力を備えている場合にのみ、その承諾を有効にするということであった(ただし、その基準は明確ではない)。では、精神上障害のある者が遺族の臓器を提供することの趣旨を判断する状況に置かれた場合、子供同様に主体的に判断できる能力を備えている場合にのみ承諾を有効とする、という説明がなされる可能性は少ないと思われる。その背景には、精神上に障害がある者に対する、能力の有無を問う能力論があると思われる。そのため、精神上障害のある者が、遺族として残された場合の措置(承諾の行方)について言及することは、臓器提供主体者にとっても、遺族にとっても、臓器提供が恣意的になされないためにも重要であると思われる。

このように改正前の逐条解説の段階で、すでにいくつかの問題点、あるいは、重要な説明がなされていることを指摘した。これらの点は、去る平成21年7月13日に改正が可決された、新たな臓器移植法が可決されるまでの論議に影響を与えると言える。

(2) 国会議事録からの検討(参議院本会議、厚生労働委員会に焦点を当てて)

改正前の論議の段階では、「脳死判定」による臓器提供を行う場合には、本人の意思表示が必須であり、「本人の意思表示がない」場合は臓器提供へと向かう方向には進まないということであった。この点が、今回に改正論議の論点の一つとなった。つまり、本人の意思表示が不明の場合において「家族の承諾」を契機とした臓器提供が可能になるということである。そこで、本人の意思表示が不明の場合において「家族の承諾」を契機とした臓器提供が可能となる理由付けについて、国会議事録より分析した結果、三点の見解に集約することができた。三点それぞれの見解の根拠となる議事録内容を並べ(枠内)、その内容について検討を加える。また、レトリカル・アプローチの視点で注目すべき語彙を挙げ、後に考察を行う。なお、議事録を分析していくなかで、それぞれの発言者によって「家族同意」「家族の承諾」「遺族の承諾」と

いうように言葉が統一されていないことがわかる。本研究では、議事録内の用語は修正せずに用いることにする。

【家族の承諾を当然視する見解】として分類した議事録で、レトリカル・アプローチの視点で注目すべき語彙は、A)「これは当然、脳死判定等には遺族及び家族の同意が必要なわけで」、「ガイドラインで決めさせて」、B)「御家族の子どもに対する強い思い」、「当然ありますね」、「乳児の意思という捉え方[は](□内は原文を筆者が修正)御家族を介して」、C)「それは当然」、「思いを一番もって[いる]家族」、「どういうふうにかんじるのかもすべて家族に掛かって[くる]」、「意思をそんたくする」、「親の責任あるいは家族の責任としてあってもしかるべき」、D)「家族のそんたくが許されたなら」、E)「生前の本人の意思をよく知る立場にいる家族」「本人の意思をそんたく」、F)「御遺族が御本人の考えを分かっているときに、本人ならきつこうしただろうという意思の表示をするということも当然あり得る」、「当然ある」、「世論」「世論調査の中で」、である。

これらの語彙から、臓器提供に際して「家族(遺族)」が承諾を条件とするのが「当然」であるという見解を示し、その根拠をガイドライン規定や家族による意思のそんたく、としていることがわかる。

【家族の承諾の例外性と家族承諾の危険性を問う見解】として分類した議事録で、レトリカル・アプローチの視点で注目すべき語彙は、G2)「本人同意というのがベース」、「それが無いという例外的な場合に以下の順位で家族の決定を認める」、H2)「利害が直接絡んでくる」、I)「利害関係にある」、である。

これらの語彙から、臓器提供に際して本人の意思表示というものが前提であるが、ない場合の対応策として家族に承諾を位置づけているということが窺える。けれども、対応策として承諾をしてもらう「家族」と本人というのは、実は利害関係にある、利害関係が絡んでいる可能性もあり得るという指摘もされているということがわかる。

【角膜移植・腎移植に関する理由付けを根拠にする見解】の議事録では、J)「現に行われてい

[る]], という一言が目すべき語彙である。つまり、本人の意思表示がなくても角膜移植・腎移植に限っては家族の承諾でも臓器提供を認めると規定されている法律で現在においても動いている

のだから、今回論議の論点の一つである脳死下の状況においても同様で良いとしているということがわかる。

①家族の承諾を当然視する見解（口印は筆者）

A)政府参考人(上田博三)：(中略) 遺族及び家族の範囲については、個々の事案に即し、家族構成等に応じて判断すべきものということで、これは当然、脳死判定等には遺族及び家族の同意等が必要なわけでございますが、その範囲について決めておるものでございまして、原則として配偶者、子、父母、孫、祖父母、及び同居の親族と。それから、全体の調整を喪主がこれも遺族の総意を取りまとめると、こういうふうなことをガイドラインで決めさせていただいております(省略)【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第20号(平成21年6月30日)】。

B)政府参考人(藤原研司)：(中略) 私は御家族の子供に対する強い思いと、そして子供がだれかの体の中で臓器の一部でも生きてほしいという御家族、当然ありますね。その言葉に表現しない乳児の意思というらえ方って、御家族を介してとれるわけですね(省略)【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第20号(平成21年6月30日)】。

C1)政府参考人(大久保通方)：私も、家族同意で提供していくということに対して、私はそれは当然だと思えます。家族が、自分の今亡くなった方に対してどうするかということに対しての思いを一番持ってらっしゃるのは家族だし、実際に残されてその状態でどういふうに感じるかもすべて家族に掛かってきます。ですから、私は家族同意で提供することに対して問題はないというふうに思っています【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第21号(平成21年7月2日)】。

C2)政府参考人(木下龍之)：私は、やはり本人の意思がなくても、まあ意思をそんたくするともうしまししょうか、そういったふうなことは、親の責任あるいは家族の責任としてあってもしかるべきだと思います【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第21号(平成21年7月2日)】。

D)参考人(藤嶋尚史)：(中略) 結局、臓器提供の意思はあったにも関わらずカードを見つけないことができなかったことから、“家族のそんたく”が許されたなら、脳死下における臓器提供が可能であったという、事実【第171回参議院国会厚生労働委員会第21号(平成21年7月2日)】。

E)衆議院議員(宮岡勉)：A案において本人の意思が不明な場合に家族の承諾で臓器の提供が認められるとした趣旨は、生前の本人の意思をよく知る立場にある家族に本人の意思をそんたくして臓器提供に関する意思表示を行うことを認めることが本人の意思の尊重に資することにある(省略)【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第23号(平成21年7月7日)】。

F)衆議院議員(河野太郎)：本人の臓器の提供の意思表示がない場合に一律否定をするというのが本人の意思の尊重になるわけでは必ずしもないと思うんですね。例えば、御遺族が御本人の考え方を分かっているときに、本人ならきっとこうしただろうという意思の表示をするということも当然あり得ること、それはすべてのケースでそうなるとは決して思いませんが、そういう会話を御家庭でしている場合にもそういうことというのは当然あるんだらうというふうに思っておりますし、意思表示が明確でない場合に、御家族が意思表示をして提供の意思を決めてもいいという世論がいろいろ世論調査の中で六割以上を占めているということを考える(省略)【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第23号(平成21年7月7日)】。

②家族の承諾の例外性と家族承諾の危険性を問う見解

G1)福島みずほ委員：(中略) 先ほどから本人の意思ということが問題になっていますが、私も実はその立場で、日本は通り魔とかの数が少なく、殺人事件は実は家族間が多い。虐待もあればDVもあるわけですね。家族が同意をする。＜質疑＞福島みずほ委員に対する政府参考人(ぬで島次郎)の答弁【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第21号(平成21年7月2日)】

G2)政府参考人(ぬで島次郎)：確かに本人同意というのがあくまでベースなんですけれども、それがない場合には家族の同意で臓器を摘出できるというふうにしていく国が多いことは事実です。そういう国でも、先ほど申し上げたように、本人同意というのがまずベースであって、それがないという例外的な場合に以下の順位で家族の決定を認めるというふうになっていると思います。

H1)福島みずほ委員：(中略) 要するに、本人の意思が、本人が何の意思表示もしていないときに、それは代わりの人間が担えるのか、特に子供に関して、じゃ親は言えるのかというふうに思っているんですね。虐待も残念ながら世の中にはありますし、という点についてお聞きをします(省略)。<質疑>福島みずほ委員に対する政府参考人(加藤高志)の答弁【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第21号(平成21年7月2日)】

H2)政府参考人(加藤高志)：家族の範囲ですが、これも正直言って、今の法律もそうですし、はっきりはしていないと思います。非常に混乱を生じさせると。(中略) 更に言えば、先ほども申し上げたように、相続の問題などでは「家族の中で家族自身の個人の利害が直接絡んでくる場合もある」と。このときに、法律が家族の承諾という定義をはっきりしないままに、今申し上げたように、今まで以上に対立するような可能性がある場合に、そこをはっきりしないままにA案として成立させるのは危険ではないかと。(省略)。

I)より子委員：家族の範囲についても答弁が曖昧である。さらに、臓器提供を受けたいなどの「利害関係のある家族」が故意に本人の拒否の意思を隠蔽する懸念も拭えず、運用に不安がある、という見解(第171回参議院国会本会議第37号平成21年7月10日)。

③角膜移植・腎移植に関する理由付けを根拠にする見解

J)政府参考人(有賀徹)：一般的に言いまして、現状においても、例えば「角膜移植や腎臓の提供については、御本人の意思が、まあなかったとしてもと言ってもいいいんでしょうが、それを確認する直接的なカードがなかったとしても「現に行われています」<質疑>DIに対する政府参考人(有賀徹)の答弁【第171回参議院 国会 厚生労働委員会第21号(平成21年7月2日)】。

V. 考察

①【家族の承諾を当然視する見解】では、家族の承諾を認める根拠は、ガイドラインに規定されていることと、死者に対する遺族の思い、あるいは、そんなくである。

家族の範囲については「ガイドラインで決められている」ということが述べられていた。しかし、ガイドライン規定は、現行法(改正前)においても慣習的な捉え方で家族の範囲を規定しているに過ぎず、法的に規定しているものではない。そのように家族の範囲を幅広く捉えている中で家族の承諾を認めるということは、後述するような家族間の利害関係が生じた場合にどのように対応するのか。その点はガイドラインの中でも明確にはされていない。「ガイドラインで決められている」ということを強調することで、「慣習的な」家族の範囲を認めるということを説明していると言える。脳死の定義については、法的規定をするか否かについての論議がさかんにされたにもかかわらず、家族の範囲となるとガイドラインで規定しているから、それでよいとするのは何の根拠にもなっていないと言える。家族の範囲を法的に規定し、それを踏まえ家族の承諾とするのと、家族の範囲をガイドラインで規定し、それを踏まえ家族の承諾とするのでは、法的規定とガイドラインレベル

の規定という次元の違いがあり、また、どのレベルで家族の範囲を定め、家族の承諾を認めるかによって、同意した者に対するサンクションのレベルも異なると思われる。

逐条解説の検討の際に説明されていた、第6条規定との関連において、真意に基づかないでなされた意思表示に基づき臓器提供を行った場合には、死体損壊罪に問われる可能性もあるということであった。このことからすると、ガイドラインレベルの規定、すなわち慣習的に家族の範囲を捉え、家族の承諾を認めるという考え方のほうが、承諾権をもつ家族として存在を危うくさせられる。なぜならば、家族は法的に規定されていない存在であって、(成人に対しては)何の権限も持ちえていないからである。

「家族」という用語と「当然」「(その範囲は)ガイドラインで決められている」「～に対する強い思い」「意思を捉える」「意思をそんなくする」「思いを持っている」「責任」「意思を知る立場」「きつこうしただろう」という語彙を並べることによって、“あたりまえに思いや意思を捉えることができたり、知っていたり、何らかの思いを持っている存在”、すなわち、“そんなく”という言葉に表れているように“家族の思いをおしはかることのできる存在”としての“家族”(その家族の範囲は

慣習的な規定による) ということの説明し、家族の承諾があたかも正当であるかのような達成へと導いていると考えられる。

②【家族の承諾の例外性と家族承諾の危険性を問う見解】では、まず、家族の承諾を認めるということは、家族間の利害関係を生じさせる契機になるという指摘がなされていた。①と関連して、ガイドラインレベルの規定のみによって慣習的に家族の範囲を捉え、家族の承諾を認めた場合にどのようなにして、問題を回避するのかという対策が講じられていないということが言える。また家族の承諾というのは、例外的な場合にされるものであるということであったが、例外的な場合というのはどのような状況であろうか。おそらく、本人の意思表示がない場合がそれに相当すると思われることから、“例外的な場合＝家族の承諾を可能とする→(承諾できる) 家族の範囲とはガイドラインによって規定されている”，という仕組みで家族の承諾が可能になっているのであろう。

けれども、①家族の承諾を当然視する見解の中に「世論」「世論調査」の結果を根拠として、家族の承諾を認める見解があった。例えば、第171回参議院厚生労働委員会第23号(平成21年7月7日)における、谷委員の答弁ではドナーカード所持率について述べられている。それによると、ドナーカードの所持状況は増加しているが、記入者は減少している状況にあり、95%を超える国民が意思表示をしていない状況であるという。とするならば、意思表示が不明(されていない)という状況は例外的な場合には相当しないのではないだろうか。従って、例外的な場合という状況の場合には、家族の承諾を認めるとする見解ではあったが、その例外的な場合が明確にされない限りは、すべての状況を例外的状況として捉えてしまう懸念があると言える。

ここでは、本人に意思表示が前提であると位置づけ、それが無い場合の対応策(救済策)として家族の承諾を認めると説くことによって、家族の承諾による臓器提供でも(本人の意思表示は不明であるにもかかわらず)やむを得ないという感情をわれわれに与える効果があると考えられる。けれども、“本人の意思表示不明＝家族の承諾”とす

るための理論づけは展開されていない。その一方で、「家族」とは利害ある関係であるという指摘もされていた。そのように捉えられる背景には、DV、虐待という社会的問題があるためである。ここに、「家族」という用語を用いながら、達成しようとする事への矛盾が生じていると言える。すなわち、一方では「家族の承諾」を認めるように本人の意思表示が前提であるとしながらも、他方では、家族内で生じるであろう問題状況を説明することによって「家族の承諾」を認めないようにしているということである。

③【角膜移植・腎移植に関する理由付けを根拠にする見解】では、現在、脳死下では本人の意思表示がない限り臓器提供は行えないが、角膜移植や腎臓提供については、家族の承諾によって行われているという現行法の規定を持ち出すことによって、脳死下において本人意思表示がない場合でも、家族の承諾が可能なのではないかという見解が出されている。しかし、上述した逐条解説の検討の際にも指摘したように、現行法においても角膜移植や腎臓提供についての家族の承諾を認める根拠は、何も明確にはされていない。従って、何も根拠がない現行法の規定を持ち出して、脳死下における家族の承諾を認めるというのは、何の根拠にはならないと言える。

以上が、国会議事録内容からみられる「家族の承諾」を契機とした臓器提供を可能とする理由づけに対する検討である。「家族」という言葉が用いられる際に頻繁に使われる語彙は「当然」「そんたく」「意思を知っている・持っている・捉えている」「本人の意思表示が前提」「例外的な場合」「利害関係」「現行法でも行っている」、ということであった。これらの語彙から、「家族」とは「利害関係」が生じる可能性はあるけれども、家族の承諾とは「本人の意思表示が前提」であって、「例外的な場合」に生じると主張することによって、やむを得ないという感情をわれわれに与えていると思われる。

このように、本人の意思表示が不明“であるから”家族の承諾でよし、とするような理論展開の中身は見えないながらも、「当然」「そんたく(できる存在)」「(家族の)意思を知っている・持って

いる・捉えている」という語彙を並べることによって、家族の承諾が正当であるという認識をわれわれに与えることを達成しようとしていると考えられる。

つまり、“家族であるから当然である”“家族であるからそんなことができる”“家族であるから他の家族の意思を知っている”というような“家族特権”が臓器移植法における「家族の承諾」を支えていると思われる。けれども、立岩（1992：164-165）が「例えば、妻であるから、親であるからという言葉は、それ自体では何も正当化しない」し、「このことは、まず当事者についても言えるが、同時に第三者にしても、関係者に対しても、あるいは個々の成員に対して、特別な権利や義務を付与する理由がここからは与えられないということである」と指摘しているように、①【家族の承諾を当然視する見解】②【家族の承諾の例外性と家族承諾の危険性を問う見解】③【角膜移植・腎移植に関する理由付けを根拠にする見解】それぞれに「家族」という用語に他の語彙や論理展開が付随していても、そこから「家族の承諾」が正当となる根拠は導き出せないとと思われる。また、法改正論議では「法」の改正論議でありながら、「家族」の法的位置づけについて言及することなく、「家族」という用語に他の語彙や論理展開を付随させた「慣習的」な家族の捉え方、それによって生じる家族特権に依拠した形で「家族の承諾」を認めているということが窺える。

VI. 結論

今回の改正法案論議では A 案可決に至る中で、家族の承諾について論議されていたが家族の捉え方については、現行法の状況が維持されたと言える。すなわち「ガイドラインで決められている」ということから「慣習的」に家族を捉え、その範囲内で承諾がなされるということである。けれども、ガイドラインレベルでの規定は承諾権をもつ家族の存在を危うくさせるとと思われる。なぜならば、家族は法的に規定されていない存在であって（成人に対しては）何の権限も持ちえていないからである。

国会議事録において“家族の思いをおしはかる

ことのできる存在”としての“家族”（その家族の範囲は慣習的な規定による）ということの説明し、本人の意思表示不明の場合における家族の承諾による臓器提供、そのことが正当な行為であるという認識をわれわれに与えていると思われる。けれども「レトリカル・アプローチ」の視点から議事録を分析した場合、「家族」という用語に他の語彙や論理展開が付随し「家族の承諾」が“家族特権”として機能していても、そこには「家族の承諾」が正当となる根拠は導き出せず、法改正論議では、「慣習的」な家族の捉え方に依拠した形で「家族の承諾」を認めるという論議が展開されていると考えられた。

VII. おわりに

「家族」と並べられる語彙や論理展開を分析することで、家族の承諾が認められるわけを分析したが、なぜ、家族内で生じる問題が指摘されているながらも、家族を「慣習的」に捉え、「家族の承諾」を認めているのであろうか。

その論理を明らかにするために、今後は家族法、家族社会学、家族心理学、文化人類学の観点から「家族」のあり方を研究することが課題である。

注

- 1)この点の山田昌弘の研究には、「家族定義論の検討」『ソシオロギス』10（1986）、「第8章『家族であること』のリアリティ」好井裕明編『エスノメソドロジーの現実』世界思想社（1992）、などがある。
- 2)この点の上野千鶴子の研究には、『近代家族の成立と終焉』岩波書店（1994）がある。

文献一覧

- 厚生省保健医療局臓器移植法研究会（監修）（1999）：『逐条解説 臓器移植法』中央法規出版株式会社。
- 西野理子（2000）：「家族の認知に関する探索的研究—一個人の認知と社会規範との連結をめざして—」『家族研究年報』25，43-56。
- 西岡八郎・才津芳昭（1996）：「『家族とは何か』—有配偶女子からみた家族認識の範囲—」『家族研究年

報』21, 28-42.

岡本朝也 (2009) : 「8 家族研究における分析方法」
野々山久也編『論点ハンドブック 家族社会学』
世界思想社, 33-36.

下夷美幸 (2008) : 「家族の現代の変容と社会福祉」
『社会福祉研究』102, 60-66.

田淵六郎 (1996) : 「主観的家族論—その意義と問題—」
『ソシオロゴス』20, 19-38.

田淵六郎 (1998) : 「『家族』へのレトリカル・アプローチ—探索的研究—」
『家族研究年報』23, 71-83.

立岩真也 (1992) : 「近代家族の境界—合意は私達の知っている家族を導かない—」
『社会学評論』43(2), 154-168.

【論文】

スクールソーシャルワークの現況と課題

旭川大学保健福祉学部 澤 伊 三 男

旭川大学保健福祉学部 栗 田 克 実

旭川大学保健福祉学部 松 浦 智 和

要旨：教育分野では、教育のみならず、いじめや不登校、家庭問題等、対応を求められる範疇が拡大されていることは周知の通りである。一方で、これらについて教育関係者のみで対応することの一定の限界は諸家が指摘しており、諸問題への対応には、当事者やその家族、学校内外の関係機関やコミュニティとの連携強化の必要性も示唆されている。近年、これを背景に、環境や社会資源との調整・仲介・連携を職務の中核とするソーシャルワーカーの教育分野への登用の議論が闊達になってきたと考えられる。社会福祉学を基盤とするスクールソーシャルワーカーの配置は、学校における人間関係のあり方の再検討やメンタルヘルスの保持・増進においても有益と考えられ、教育環境の充実という面からもその導入は急がれる。本稿では、子どもが遭遇している生活課題や社会病理現象の様相や国内外のスクールソーシャルワークの現況を概観し、その展開や人材養成の課題について論ずる。

Keywords：スクールソーシャルワーク、子ども、生活課題、コミュニティ、社会病理

I. 緒言

スクールソーシャルワークに関する議論が四方で闊達になってきているが、もとより、教育分野では、教育のみならず、いじめや不登校、家庭問題等まで対応することが求められる時代となっていることは周知の通りである。たとえば、2009年度より開始された「教員免許更新制」では、大学側が現職教員に対し「関係機関との連携」や「対人援助」技術、そして「チームワーク」をキーとする講習も行われているが、子どもの学校生活上あるいは家庭生活上の諸問題について現職教員を中心とする教育関係者のみで対応することの一定の限界は諸家が指摘しており、諸問題への対応には、当事者やその家族、学校内外の関係機関や地域社会との連携強化の必要性も示唆されている。これを背景に、環境や社会資源との調整・仲介・連携を職務の中核とする社会福祉士等のソーシャルワーカーの教育分野への登用の議論が闊達になってきたと考えられ、スクールソーシャルワーカーは、ソーシャルワークの専門知識を所持し、その理念に基づいて、子どもの問題に生活の視点で

関わる、学校という場を実践基盤とする専門職であると考えられている(社団法人日本社会福祉士養成校協会 2008)。そのアプローチの方法は、子どもの抱えるさまざまな問題を家庭や地域、友人関係などあらゆる視点で見極め、子どもや家族への対応だけでなく、関係機関との連携や調整を含めながら、子どもを取り巻く環境との関係に介入することにおいて活躍が期待されていると考えられる(社団法人日本社会福祉士養成校協会 2008)。

翻って、家族や家庭の変容や機能低下などが諸家により指摘される時代背景のなか、「地域における人間的交流」を行うことさえも難しい子どもや、学校とともに学ぶ仲間や教師、そして家庭に対して、常に気を遣い続けながら生活し、疲弊している子どもたちを生み出し、将来に対する希望や未来像を描きにくくなっている現状があるように思われる(栗田 2002)。しかし、現況ではそのような子どもに対する支援体制はあまりに脆弱であるといつてよい。いかなる時代背景があろうとも、子どもの最善の利益は常に保障され続けなければならない。

以上の現状を踏まえれば、学校をベースとしたソーシャルワーク、すなわち、スクールソーシャルワークを展開することの意義は自明の理である。わが国のスクールソーシャルワークの歴史は浅いものの、2008年から文部科学省がスクールソーシャルワーカー活用事業（全国141地域）を調査研究事業としてスタートさせ、2009年には補助事業として、学校・家庭・地域の連携協力推進事業のひとつに位置づけてスタートしたことからもその議論の関連化は明らかである。この背景には、多様化・複雑化する児童生徒の問題行動についての憂慮と、児童生徒を取り巻く様々な環境に着目して働きかけることができる人材や学校内あるいは学校の枠を超えて、関係機関等との連携をよりいっそう強化し、問題を抱える児童生徒の課題解決を図るためのコーディネーター的な存在が教育現場において求められているとの認識があるものと推測できる。

本稿では、四方で関連となっているスクールソーシャルワークに関する議論に鑑み、子どもが遭遇している生活課題や社会病理現象の様相、国内外のスクールソーシャルワークの現況を概観し、その展開や人材養成の課題について論ずる。

II. スクールソーシャルワークの歴史と現況

スクールソーシャルワークは、1906-1907年にアメリカにおける移民の子どもたちや労働を強制される子どもたちへの教育保障の取り組みがその起源とされ、当時は訪問教師と呼ばれる人が学校と家庭の橋渡し役として活動を行ったとされている(半羽 2006; 大塚 2008)。殊に、アメリカのスクールソーシャルワークの史的展開については半羽の報告に詳しい(半羽 2006)。半羽によれば、それらの活動は地元の民間機関や市民組織によって支えられていたが、1913年にニューヨーク州のロチェスターで教育委員会が訪問教師プログラムを予算化した。これがスクールソーシャルワーカーが公的に学校制度のなかに位置づけられた始まりである(半羽 2006)。1920年代には精神年生運動の影響を受け、子どもたちの社会的不適応への予防や精神不安定の子どもの子どもたちへの診断と治療に重

点を置くようになった。1930年代は大恐慌の影響により、スクールソーシャルワークの関心は子どもたちの衣食住に関する支援へと移るなか、連邦政府が長引く不況に対して家族支援を行うようになったことから、個々の子どもに対するケースワークにその関心が向くようになり、その流れは1960年代まで続いた。加えて、1960年代には、学校と地域をつなぐプログラムがフォード財団の出資によって実施され、「地域の仲介人」としてスクールソーシャルワーカーが活躍の場を与えられるようになった。それまでは、ケースワークの範疇で地域との関わりを続けてきたが、子どもたちの可能性を高めるために、地域と学校をつなぐ役割が必要視されるなか、学校を基盤とした広義の地域活動が注目されるようになり、スクールソーシャルワーカーたちがその発展に貢献するようになったとされている(半羽 2006)。

また、アメリカにおいては、現在9割以上のスクールソーシャルワーカーが学校システムに雇用されているが、その利点について、学校システムを完全に理解できることや、学校スタッフからの受け入れられやすさ、緊急対応への俊敏性、学内のサポートチームの一員としての居場所の確立、普段から子どもたちと関わるができることなどをあげられると考えられてきている(半羽 2006)。

わが国の「スクールソーシャルワーク」や「スクールソーシャルワーカー」については、山下を代表とする実践が広く認知されている(山下 2001; 山下 2006; 山下 2008)。わが国のスクールソーシャルワークの実践において、理論的背景がともなつてのものでは、先駆けとして1986年の埼玉県所沢市における山下の実践が取り上げられる(山下 2001)。森によれば、その活動について、当時は、子ども・若者の生活のなかで大きなウェイトを占める学校との関わりをなかで、校内暴力、いじめ、不登校といった現象が注目を集めるようになった頃のことであり、山下は教育委員会の訪問相談活動のなかから居場所事業等の実践だけでなく、執筆・翻訳・講演等を展開し、それがスクールソーシャルワークの視点や理念が広がっていく大きな原動力となったとしている(森 2008)。

さらに、事業化されたスクールソーシャルワークの実践では、2005年に大阪府で始まったものがあげられる。山野によれば、大阪の事業では、スクールソーシャルワーカーは社会福祉士資格を有する者やそれに準ずる者により出発し、さらに子どもの問題の独自性、学校の特異性から、学校現場の経験や理解がある者を優先している。大阪府を区分した7地区の各地区にワーカー1名ずつの計7名、各地区のなかで1つの小学校を選びその小学校への学校配置ワーカー1名ずつの7人の兼務を含む総勢14名で構成された。それぞれのスクールソーシャルワーカーには、担当スーパーバイザーが決まっており、いつでも気軽に相談できる体制を全面的に保障した。同事業は、スクールソーシャルワークありきではなく、子ども・家庭に関わる現場においてよりよい対応を模索するなかで、学校と福祉の協働、学校への福祉的視点の導入の実践が生まれていったとされる(山野2006)。

そして、2008年から文部科学省がスクールソーシャルワーカー活用事業を調査研究事業としてスタートさせ、2009年には補助事業として、学校・家庭・地域の連携協力推進事業のひとつに位置づけてスタートしている。このような事業の進捗の背景には、多様化・複雑化する児童生徒の問題行動についての憂慮と、児童生徒を取り巻く様々な環境に着目して働きかけることができる人材や学校内あるいは学校の枠を超えて、関係機関等との連携をよりいっそう強化し、問題を抱える児童生徒の課題解決を図るためのコーディネーター的な存在が教育現場において求められているとの認識があるものと推測できる。

一方で、すでに事業化・配置されている「スクールカウンセリング(カウンセラー)」との対峙のなかで「スクールソーシャルワーク」について言及している知見も散見される(岩田2003)。

たとえば、岩崎によれば、不登校の子どもたちに対する支援サービスには、「相談」に関わる支援と「居場所」に関わる2種類の支援があり、前者は「スクールカウンセリング活動」、後者は「適応指導教室(主に不登校児童・生徒に対する指導・相

談を行うために、各地の教育委員会が学校以外の場所に設置している施設)」に代表される。また、岩崎は、スクールカウンセリングでの功罪および適応指導教室への調査結果も踏まえて、わが国におけるスクールソーシャルワークの必要性として、次の5点に整理している。すなわち、1)複雑多様化する今日の教育病理に対する福祉的視点による援助の必要性、2)心理的ケアだけではなく、子どもの生活全般を対象とした支援の枠組みの必要性、3)学校、家庭、地域間の連携を促進すること。特に子どもあるいは家庭の学校に対するアドボカシー機能の必要性、4)学校と関係機関の調整役および地域への働きかけを担うコーディネーターといった専門職の必要性、5)教育病理をマクロ的な視点からも解決していくための理論および技法(ソーシャルアクション)の必要性である(岩崎2001)。

いじめや不登校など、児童生徒を取り巻く環境の悪化への憂慮は、子どもに関わる専門職だけでなく、社会全体の共通の向きであると考えてよいであろう。そして、その時局の趨勢を背景に、スクールソーシャルワークは子どもが当事者となる福祉的ニーズにどれだけ応えられるかを問われていると考えられる。山野は、このことについて、同じソーシャルワーク技法を用いる児童相談所や福祉事務所、家庭児童相談室との違いが問われるとしている(山野2006)。

諸家の指摘を勘案すると、すでに実践されているスクールソーシャルワーク事業においても、担い手や機能、役割、他職種との関係で課題を見出しているものも散見され、たとえば、野田は「スクールソーシャルワーク」の多義性について、活動の担い手との関係で次のように区分している(野田2007)。すなわち、1)ソーシャルワークを専門とする者がソーシャルワークと認識して行う活動、2)ソーシャルワークを専門とする者が、ソーシャルワークと認識しないで行う活動、3)ソーシャルワークを専門としないものが、ソーシャルワークと認識して行う活動、4)ソーシャルワークを専門としない者が、ソーシャルワークと認識しないで行う活動である。このなかで、もっとも課題となるのが3)であり、今後制度として進捗してい

く上で問題とされていくとしている。ソーシャルワークの定義が曖昧な今日状況では、学校現場に何らかの対人援助職を配置する際に、その事業をソーシャルワークと呼ぶことが増えることが予想されるが、実際の運営は事業を企画し、雇用条件を決定する教育委員会の方針や裁量によるところが大きく、雇用条件においてソーシャルワークを専門とする者とそうでない者が混在することにも留意しておく必要があるとしている。

Ⅲ. スクールソーシャルワーク実践の枠組み

いうまでもなく、領域を問わずして、実践には科学性や理論的枠組みが求められる。近年の医療やソーシャルワークにおけるエビデンスの重要性に関する議論もその影響や思想を多分に受けていると推測される。当然、スクールソーシャルワークにおいても例外ではない。たとえば、社団法人日本社会福祉士養成校協会では、スクールソーシャルワーク実践を以下の3点から捉えている(社団法人日本社会福祉士養成校協会 2008)。

まず第1に、マイクロ実践である。スクールソーシャルワークでは、マイクロ実践として、個別事例への対応として、直接子どもや家族への援助を行う。問題のとらえ方は、個人を原因とする考え方をとらず、個人とその取り巻く周囲の種々の環境との絡み合いによって生じるという考え方に立ち、アセスメントを行い、プラントを立て援助を実施するというレベルである。

第2にメゾ実践である。メゾやマクロ実践とは、機関やコミュニティシステムに関わる作業である場合が多く、間接的援助のことをいう。スクールソーシャルワークでは、学校は子どもたちの多数が通い、子どもたちの生活に大きな影響と機会を与える場であるという認識から、フィールドである学校へ働きかけることをあえてメゾ実践と捉えている。

第3にマクロ実践である。マクロ実践とは、クライアントの社会生活の営みを規定する福祉サービス・制度、さらには社会福祉機関、地域社会あるいは全体社会といった社会環境に働きかけて、正常な社会環境づくり、その維持発展や変革をめ

ざすソーシャルワーク領域である。スクールソーシャルワークでいうと、学校組織に留まらない市町村行政へのアプローチのレベルである。

以上の視座は、概してマイクロレベルにおいて教員とともに丁寧に子どもや家族に対応し、決して子どもや家族の個別の問題とせず、学校や他機関に還元しながら、メゾレベルにおいて校内にパワーを育成し、マクロレベルにおいて市町村子ども相談体制に位置づける、まさに各レベルの相互作用を起こすことを模索しているものである(社団法人日本社会福祉士養成校協会 2008)。

また、大塚は、スクールソーシャルワークの実践モデルとして門田のパワー交互作用モデル(門田 2000)や丸田の学校における相談・支援のためのケアマネジメントモデル(丸田 2004)を示している(大塚 2008)。門田のパワー交互作用モデルでは、パワーを「自己のニーズを充足するために他者や社会環境に働きかけていく能力」とし、すべての人間がパワーを有していると考えている。同モデルでは「一方の側の権威的・権力的パワー」と「他方の側のパワー」との交互作用に介入し、良好なパワー交互作用を促進することを目的としている(門田 2000)。

さらに、丸田のモデルでは、子どもと家族にとって最大の環境要因である学校を地域における相談・支援の「場」として位置づけ、保健・福祉・教育等の分野にまたがる多様なサービスを適切に結びつける「子ども家庭ケアマネジメント」という新たな方法を検討することを主な柱としている(丸田 2004)。

総じて、スクールソーシャルワークに限らず、ソーシャルワーク実践に関する研究の知見では、そのエビデンスについて論究しているものも多くなっている感があり、筆者らも一定の理解はするが、一方で、山下は、ソーシャルワークが過度に科学的に偏向することへの警鐘として、ソーシャルワークが“曖昧さ”を有することに着目し、曖昧であることは状況に応じた対応をすることができる柔軟性をも有するというを意味すると述べていることは興味深い。同時に、そのことが移り変わりが激しい社会のなかで生起する多くの

問題に対処できるという利点があると思われるとし、いたずらにわかりやすさを求めるのではなく、むしろ、曖昧さ＝柔軟性を力にして活動を展開する姿勢が望ましいと提起する(山下 2004)。

以上を勘案すれば、スクールソーシャルワークにおける実践理論と実践モデルは構築されている最中であり、いずれにしても、事業として実践されるなかで多数の知見を積み重ね、効果測定等を含めた実証研究の進捗に努めなければならないであろう。

IV. 子どもを取り巻く生活課題や社会病理現象と スクールソーシャルワーク

今日の子どもを取り巻く社会病理現象や生活課題は山積しており、その対応は急がれている。本項ではそのいくつかを概観しながら、スクールソーシャルワーカーの援助の方向性や課題を探る。

1. 不登校

不登校の定義は諸家が提唱しているが、たとえば、齋藤は「学校に参加することに恐れや拒否感、あるいは怒りとともに強い罪悪感をもち、家庭にひきこもる生活は総じて葛藤的であるといった状態像を伴う長期欠席を不登校とする。非行との関連が強い『怠学』は原則として不登校には含めないが、その鑑別には慎重でなければならない。欠席日数については必要条件としないが、『年間 30 日以上』の欠席とした文部科学省の基準を参考としておく」としている(齋藤 2007)。

齋藤の定義は、以下の 3 点において特徴がある。すなわち、1)「葛藤的であること」がときに見えにくいことがあり、「怠学(怠け)」との鑑別が微妙になることに注意喚起をしていること、2)不登校の枠内に精神病性疾患の子どもが含まれている可能性を加味するため、精神病性疾患について規定していないこと、3)発達障害の子どもにおける長期欠席も不登校ととらえるべきであると視点から、発達障害各疾患についての規定も行っていないことがあげられる(齋藤 2007)。

文部科学省では、これまで「学校基本調査」や「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関

する調査」により不登校の実態について調査を行ってきた。両調査では「不登校」について「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくともできない状況にあるため年間 30 日以上欠席した者のうち、病気や

経済的な理由によるものを除いたもの」と定義している。また同省では、不登校について、1)「学校生活に起因する型」、2)「あそび・非行型」、3)「無気力型」、4)「不安など情緒的混乱の型」、5)「意図的な拒否の型」、6)「複合型」、7)「その他」の 7 つに分類している。

平成 19 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によれば、小中学校の不登校児童生徒数は 12 万 9254 人となっており、前年より 2360 人の増加となった。2001 年度をピークに減少していたが、2006 年度より増加に転じている。もとより、児童生徒数の減少の割に不登校の児童生徒数が減少しないことは諸家が指摘しているが、2006 年度より増加に転じている状況は看過できない。全児童生徒数に対する割合でみても、15 年前の 1994 年度では 0.58%、10 年前の 1999 年度では 1.11%となっており、その後一時的に減じたとはいえ、2007 年度 1.20%であり、全体としては増加している(社団法人日本社会福祉士養成校協会 2008)。

齋藤は不登校の現状が意味するものについて、「子どもを不登校に追い詰めた」ストレス要因が増加したという側面だけではなく、子どもにとってそのストレスを回避する策としての不登校があり、その「不登校を選択しやすくなった」という側面を無視できないと指摘する。さらには、不登校というストレス回避法を「棚上げにする」と換言し、いずれはストレスに対する対処法を獲得しなければならぬものの、向かい合えそうにない時期に自分の存在価値と能力を完全に否定することからさしあたり防衛できる猶予期間を得るといった側面をももつと指摘していることは特筆に値する(齋藤 2007)。

2. 学級崩壊

学級崩壊とは、一般に「教師の指導を受け入れない」「授業が始まって教室内と立ち歩く」「私語が多い」など、教室の秩序が保てなくなる諸現象を指す。学級崩壊の操作的定義については様々な議論があり一定ではない。学級崩壊は多面的な側面から捉えなければならない問題であり、学級崩壊の何に注目しどの側面を強調するかによってその定義が異なってくることによる(大塚 2008)。なお、文部科学省は様々な調査や報告書のなかでは、学級崩壊の内容とほぼ同じ状態をさす場合、「学級がうまく機能しない状況」と表現している。定義が曖昧なことも影響して、その件数等の現状は各種報告により異なっているものの、学校教育における最重要課題のひとつであることは間違いない。

学級崩壊の原因としては、「教師」「子ども」「親」「学校システム」など、様々な角度から論じられている。大塚は学級崩壊に関する先行研究を考察するなかで、教育学的なものとしては、特に「教師」に関する原因論は多くみられ、教師の学級運営や授業の進め方など、教師の個人的な力量の問題を取り上げ、教師の資質向上が求められるとしている。また、社会学的なものとしては、学級そのものに対する議論の不足、問題の認識や原因の把握と・検証と、それに対する対策との間の乖離の発生などがあげられる。さらに、医学、臨床心理学等のものとしては、注意欠陥多動性障害、学習障害、広汎性発達障害の発生やそれらと学級崩壊を短絡的に結びつけている現状そのものに問題があるとの立場を示している(大塚 2008)。このことについては、山下も、わが国のソーシャルワーク実践においても個人還元主義の影響は顕著であり、昨今のアスペルガー症候群や ADHD などの軽度発達障害といわれる現象に対する社会的関心の高まりに影響を受けて、児童分野の少なからぬソーシャルワーカーがラベルを既定の事実として受け入れラベリングに荷担している側面があることが推測されると述べている(山下 2006)。

片山は、スクールソーシャルワークの視点から学級崩壊について述べるなかで、学級崩壊が生じ

ている環境にある子どもの援助においては、スクールソーシャルワーク的援助、すなわち、子どもたちの学校における居場所づくりなどの環境調整、教師や保護者、地域の関係者に対するコンサルテーションや調整などのアプローチを含めた援助を行うことでの効果を報告している(片山 2005)。また、大塚は学級崩壊についてスクールソーシャルワークの視点から、1)エコロジカルな視点、2)ミクロレベル、3)メゾレベル、4)マクロレベルの4つに分類し、スクールソーシャルワークから学級崩壊を捉えることの意味について、エコロジカルな視点から、生活環境全体を視野に入れその相互作用の視点から理解することであり、そのためにミクロ、メゾ、マクロの各レベルの環境そのものに働きかけを行うことになる。どのレベルから介入したとしても全体への波及効果があると思われるが、全体の構造を理解していることがその大前提になるとしている(大塚 2008)。

3. いじめ

いじめとは、一般的には肉体的、精神的に自分より弱い者を、暴力や嫌がらせなどによって苦しめることを指す。特に 1985 年(昭和 60 年)頃から陰湿化した校内暴力を指すことが多かったが、文部科学省は、いじめを「自分より弱い者に対して一方的に、身体的・心理的な攻撃を加え、相手が深刻な苦痛を感じているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わない。」と定義していたものの、2007 年に「個々の行為が『いじめ』に当たるか否かの判断は、表面的・形式的に行うことなく、いじめられた児童生徒の立場に立って行うものとする。『いじめ』とは、『当該児童生徒が、一定の人間関係のある者から、心理的、物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの』と変更された。

いじめに関する実態調査は行政・学術研究・民間をすべて含めれば相当数がある。少々古いデータながら、筆者らは特に総務庁(現総務省)が 2000 年(平成 12 年)に実施した「青少年の暴力観と非行に関する研究調査」の結果は、いじめが今日ほどメディアに取り上げられていなかった頃の加害・

被害の状況の総合的な回答として特筆に値すると考えている。同調査では、「いじめを黙って見ていた」と回答した者は、中学生男子 73.6%、同女子 72.5%、高校生男子 73.3%、同女子 79.9%であった。「自分もいじめられた」では、中学生男子 31.6%、同女子 43.0%、高校生男子 32.4%、同女子 48.1%であった。

1980年代後半は、いじめは日本固有の問題とされ、受験・管理教育などに焦点が当てられていた。しかし、いじめを苦にした自殺や自殺未遂の頻発を契機に、いじめの国際的研究も進み、諸外国にも共通する問題であることが明らかとなった(内藤 2001; 森田ら 1997)。社会福祉思想の先進国であるとされるスウェーデンやノルウェーなど北欧諸国でもいじめは深刻な社会問題として取り上げられていることが報告されている(Olweus 1993; Smith 1994)。

そもそも、いじめは若い人たちに特有のものではなく、どのような社会集団にも起こりうることは容易に想定できる。さらには、一定の制度・政策的環境条件下では、老若男女あらゆる集団でいじめは蔓延する可能性があることを理解しておく必要がある。学校におけるいじめ対応では、いじめという言葉の広義性や曖昧さから、いじめの問題は常に定義を迫られ深みにはまる嫌いがある(プレスプラン編集部 2000)。ともすれば、いじめの臨床的な概念は、実践的な要請に応じつつ操作的に定義することが現実的である(内藤 2001)。

いじめは、学校の対応に関する方向性や認識によっても、その援助体系の構築方法は相当に大きく変わると考えられる。いじめを含め、暴力行為は触法であり、対応の緊急性がきわめて高い上、当事者が報復を恐れるあまり事態の根幹が明らかにならない恐れもある。さらには、学校にとっては加害者と被害者を出し、学校そのものの社会的責任や道義的責任を問われることは必至である。したがって、関係者に対する格段の配慮と各職能の揺らぎない協働と徹底した情報管理、確実な援助の前進を要する。

4. 虐待

2000年に制定された児童虐待防止法により、児童虐待は身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の分類・規定され、その様態がより多くの人々に分かりやすく提示されたことや、2004年の同法改正のなかで、虐待と疑われるケースも通報することが奨励されるようになったことから、全国の児童相談所で対応した児童虐待相談対応件数は増加の一途をたどり、2008年度に 42,662 件と、2000年(17,725件)のおよそ 2.5 倍となった(厚生労働省 2009)。この傾向をうけ、学校を中心とした教育機関も虐待の予防や対応に重要な役割を担っていることが明確に指摘されてきた。

子どもの被虐待の影響と思われる行動や様相は多く報告されており、多動や情緒的反応の乏しさ、攻撃的で乱暴などの特徴はよく示される²⁾。金井によれば、寝つきが悪さ、夜驚、生活リズムの崩れなど睡眠への影響、言語能力の割には情緒的表現が著しく下手であるなどの表現能力の問題、それに伴うパニックや暴力的言動、拒否的態度、腹痛や頭痛などの身体症状も多く観察されるとされ、喫煙、非行、依存症、自傷行為、性的逸脱など、自分を大切にできない行動も多く認められるとされる(金井 2009)。このあたりはスクールカウンセラーも学校における子どもの様相について多くの知見を有していると考えられるものの、児童虐待におけるスクールソーシャルワーカーの役割についての考察は、野田以外にはあまり見られない(野田 2006)。

虐待に関する案件の対応では、虐待者にも配慮する必要がある。金井によれば、虐待者の「孤立」と「余裕のなさ」はどの事例にもみられ、その以外にも、完璧主義や拙劣な対人関係、依存下手、自身の無さなど様々な要因も関係している。さらには、貧困や住宅事情、夫婦関係の悪さ、実家との関係の悪さなどの要因も関連し、加えていずれの要素にも原因や背景になり得るものが多数潜み、重なり合っているとしている(金井 2009)。また、虐待者が同時に「被害者」といってもよい状況に置かれ、虐待は子どもを使った身近な人や社会への SOS であるとも考えられるとしている。

虐待を受ける子どもたちと虐待をする家族に対

し、ソーシャルワークに何ができるかということにおいては論議が拡大することが容易に想像される。高良は、児童虐待に対してスクールソーシャルワークが果たすべき役割として、①児童虐待の発見および通告、②被虐待児への支援、③家族への支援、④教職員への支援、⑤教職員の意見調整および連携担当、⑥地域住民とのネットワーク構築を指摘した(高良 2008)。いずれにしても、学校やソーシャルワーカー、スクールカウンセラーをはじめ、医療機関等の関連機関の協働が最も求められる問題のひとつであることは間違いない。一方で、虐待問題を児童相談所が積極的に取り扱う今日の状況は、学校としての介入機会や方法、スクールソーシャルワークの適用判断において戸惑うことも予想される。筆者らの経験でも、虐待対応は児童相談所による学校への情報収集や関係機関のコーディネートが行われたことや、情報管理により学校をフィールドとするソーシャルワーカーは場合によっては援助チームから除外されることも想定される。ただし、児童相談所との協働で虐待問題に取り組む学校関係者をソーシャルワーク的視座で後方から支え続けることは大いに意義があると思われる。

史的にみて、介入の権限や法的根拠において虐待の問題を警察や、児童相談所等の行政機関に任せてきた感は否めない。また、虐待の背景の複雑さや複合的な要因の存在によっても同様である。しかしながら、学校や地域で子どもたちやその家庭を支えていこうと志すならば、より人間的な視点での早期の介入が必要になると思われる。子どもがより多くの時間を過ごす学校において、子どもが「安心して」関わることができる大人がいるという状態を保障することから始めるだけでも、相応に子どもたちの思いは変わるのではないかと期待する。

5. 自殺

わが国の自殺死亡統計は、厚生労働省の人口動態統計によるものと、警察庁によるものがある。人口動態統計の方が、警察庁統計よりわずかに少なくなっているが、この理由は、外国人を含むか

どうか、その後の調査で自殺と判明した場合の訂正があるかどうかの違いによる(三宅 2003)。警察庁が発表した 2007 年(平成 19 年)の自殺死亡者数は 33,093 人となっており、前年に比べて 938 人(2.9%)増加している。学童期・思春期の子どもを持つことが多いと想定される 30 代、40 代では計 8,076 人となっており、前年よりも増加がみられる。親を自殺で失った子どもの数が少なくないことは容易に想像できる。

自殺者数の増加を経済不況だけで説明するものも見られるが、それは偏向な主張になってしまうように思われる。なぜなら、確かに 1998 年(平成 10 年)に突如として増加した自殺死亡者数は経済不況(殊に失業率の上昇)と符合するが、自殺死亡率の推移を長期的に見てみると、わが国のこの 100 年間で自殺死亡率が最低であったのは戦時中の 1943 年(昭和 18 年)であった。また、最高であったのは戦後復興期の 1958 年(昭和 33 年)である(三宅 2004)。この当時の自殺の動機は、「病苦」や「家庭不和」のような具体的なものはもとより、「将来の苦慮」(貧困は含まない)、「厭世」などきわめて抽象的なものも増えていた。さらに、「理由なき自殺」「哲学自殺」の頻発が、特に青年の戦後の自殺動機の特徴と言われた(宝月ら 1986)。

実際に、19 歳以下の自殺は 2007 年で 548 人となっており、前年に比べれば減少しているものの、依然として看過できない状況にある。動機では、「学校問題」「健康問題」「家庭問題」の順に多くなっている。

未成年の自殺は全自殺者の 2%程度であり、その割合が小さいためか、壮年期や老年期の自殺と比較して、社会的な関心が小さい感が否めない。高橋はこの背景について、子どもの自殺を取り上げると「寝ている子を起こす」ことになりはしないかと消極的な態度をとることが一般的であることや、一方で、ひとたび「いじめ」との関連が疑われる自殺が生じると、マスメディアは子どもの自殺を大々的に取り上げ、一挙に社会的関心が高まるものの、数ヶ月もすると薄らいでしまうと述べている(高橋 2008)。

概して、親自身が抱える自殺のリスクが、青少

年の自殺行動とも密接に関連しているとされる(高橋 2008)。すなわち、自殺の危険の高い青少年を理解し、援助していくためには、家族全体に働きかけていくことが求められることになる。子どものメンタルヘルスについてはスクールカウンセラーによる知見の蓄積もあり、学校問題が動機とされる自殺の多さに鑑みれば、学校をフィールドとする専門職能の協働が絶対的に求められる問題と考えて過言ではないであろう。あらゆる問題に合理的に対応・解決するシステムを失った家族への援助は急がれる。

V. スクールソーシャルワーカー養成の課題

本稿では近年発達化するスクールソーシャルワーカー(事業)への社会福祉士等を中心としたソーシャルワーカーの登用について検討するにあたり、その史的展開や実践モデル、山積する社会病理現象や生活課題とその対応について概観してきた。総じて、環境や社会資源との調整・仲介・連携を職務の中核とする社会福祉士等のソーシャルワーカーは、スクールソーシャルワークにおいてもあらゆる場面で活躍が期待されており、職域拡大の観点からも、その実践はより専門的に、より確実に、より効果的な形で結実することが求められる。

実際に、北海道教育委員会の報告によれば、2008年度から北海道内の自治体20ヶ所で行われたスクールソーシャルワーカー活用事業の成果や課題として以下の5点をあげている。すなわち、要約すると、1)運営協議会の設置や関係団体との連携により、事業の導入は円滑であったこと、2)ソーシャルワークの「環境を変える」という視点に立った実践、ケース会議の開催、関係機関との連絡調整の進捗により、問題解決が進められたこと、3)スーパーバイザーやエリアスーパーバイザーの派遣により、スーパービジョン体制が確立し、適切な指導助言が行われたこと、4)事業そのものの周知が不十分な面があり、事業の趣旨の周知や啓発の必要性があること、5)配置されているスクールソーシャルワーカーに社会福祉士や精神保健福祉士等の有資格者が少なく、研修を通じて資質向上を図る必要があることがあげられる(北海道

教育委員会 2009)。

本項では、大学レベルにおいてその養成を行うと想定した際の課題について、筆者らの雑感を述べることとする。

まず第1に、スクールソーシャルワーカーが「スクール」を冠している点をどのように考えるかということである。スクールソーシャルワーカーの実践に関する知見を勘案すれば、社会福祉やソーシャルワークに関する基本的な理念や知識・技術の他に、学校や教育の今日の状況や抱える課題、そしてその文化を理解する必要があることは明白である。その点において、山野が指摘するように、社会福祉士のようなジェネリックなソーシャルワークの資格のみでは不十分であることは示唆される(山野 2006)。

第2に、スクールソーシャルワーカーが支援の対象をどのように規定するかということである。これまで概観してきた子どもを取り巻く社会病理現象や生活課題を勘案すれば、子どもやその家庭の他、教員やコミュニティも含まれることが想定されよう。たとえば、大塚は、学級崩壊を経験した教員の意識について以下の7点を指摘している(大塚 2004)。すなわち、1)教師は家庭の問題を抱えた子どもへの対応に限界を感じている。その子どもの気持ちのずれやボタンの掛け違いが学級崩壊のきっかけになっている。2)学級崩壊の中心にあるいじめ問題への対応に苦慮している。3)教師や、クラスが荒れていくとき、子どもを受容しコントロールすることに限界を感じている。4)クラスの崩壊はあつという間に生じ、問題が同時に幾つも生じるなかで泥沼化していくため、教師は対応に追われ疲労困憊状態となる。5)同僚教師の暖かい支援は助けとなるが、担任制のかべや緊迫感のずれがある教師の声かけは担任教師の孤独感を増すこととなる。6)学級崩壊が教師に与えるダメージは大きく、渦中にあるときの心身の不調だけでなく、その後の教師生命に影響を与えるほどのトラウマ体験となっている。7)学級崩壊の経験が、子ども観や教師観を見つめなおす機会となるとし、学級崩壊や背後にある子どもの家庭の問題、そしてクラスのなかの問題として顕在化する

いじめ等、想像するだけでも、担任教師ひとりが抱えるには重すぎる問題としている。教員の精神的ダメージやストレスへの軽減・対応という視点もスクールソーシャルワークでは欠くことができないと考えられ、喫緊の課題であることを養成のなかでは多分に伝えていく必要がある。

実際に筆者らが経験した事例でも、教員は授業に加え、子どもや保護者対応、授業計画の作成や教材の開発、会議準備・実施、行事準備・実施など多忙を極めていた。これらに加え、先にも述べたような保護者の身勝手、不可解ともいえる過剰な要求に窓口として対応することまでも求められていることに鑑みれば、教員が置かれている環境は同情の余地がある。

しかしながら、教員職務の本来の理念や目的は何かを再考し見つめなおし続けることは、その職責において全うされるべきことであるものの、同時に、学校をベースにソーシャルワーカーが活動し、教員との関係を築いていくなかで、児童福祉の理念のもと、子どもたちの健康や幸福、QOLの向上の実現の観点から、教員には、何のための授業か、何のための会議か、何のための行事か、全体として、何のための多忙か、それらを問い直し、すべては子どもありきという教育そのものの理念を忘れてしまつては本末転倒であることを伝え、ともに考えていく必要があろう。

第3に、「コミュニティ(地域社会)」との関連をどのように理解するかということである。陳腐な表現であるが、人間が社会化(教育)される場は「家庭」の次元、「地域社会」の次元、「学校」の3つの次元があると考えられている。「家庭」では、基本的な生活習慣の習得やしつけを受け、「地域社会」では、社会生活のモラルやルール、マナーなどを学び、「学校」では知識の習得やその知識の社会化を担うと考えられてきていた。ところが、今日では、従来では家庭や地域社会で行われていた教育が学校のなかに持ち込まれているのではないかという問題提起が諸家により聞かれるようになっていく。

これまでみてきたなかでは、虐待に関連する家族が地域社会で孤立していたり、保護者が精神障

害を有して日常生活に支障が出ていたり、子どもにとっては「家庭」にも「地域」にも助けを求められない状況にある事例が散見される。筆者らも、支援の過程では何らかの形で「地域特性」に配慮することも必要になると考えているが、立石は不登校と地域社会との関係について以下の7点を示している(立石 2004)。すなわち、1)不登校は文部科学省が1967年に統計を公表して以来、2004年に至るまでの約40年間、上位10の自治体は変動していないこと、2)第2に、地方都市の発現数、発言率が増加するに連動して、全国の不登校生徒数が増加してきたこと。同時に政令指定都市内の行政区にも発現率に大差が見られること、3)地方都市の校区ないし学校によって発現率が異なり、しかも発現地域が移動していること、4)小学校の不登校が増加していること、5)離婚率の高い地域では、不登校の発現率も高いこと、6)不登校は短期間に人口増減がみられた地域または校区に顕著であること、7)不登校は都市部、農村部、その他に関係なく広く発現していることである。立石が提起する「社会的動物としての人間の子どもの時代にコミュニケーションを育む集団は存在しているか」「子どもたちの母親同士の『井戸端会議』の場所は確保されているか」「孤立しがちな家庭で息を潜める親や子のケアはなされているか」という課題は重い。一方で、「絆なき都市化社会の住民の知恵と力」をベースに、「地域をあげて子どもたちと共同できるイベントを開発すべき」「子どもにとって1年がワクワクするような地域社会が必要」とコミュニティディベロップメントの重要性を述べている。

コミュニティには生活の場としての位置づけの他にも、様々な資源が存在する援助の場としての位置づけがある。地域住民、当事者や家族、NPOやボランティア組織、行政、各専門職(医療、保健、福祉、法律、教育等)のフォーマル、インフォーマルを問わない相互の連携を深めていく必要がある。そして、あらゆる連携のコーディネーターとして精神保健福祉士や社会福祉士が担う役割は少なくないであろう。さらには、筆者の経験則ではあるが、多くの専門職能や機関が相互に関わるなかで

は、各専門職能も孤立しないという点で有益に作用することも考えられる。

VI. 結語

本稿では、四方で闊達となっているスクールソーシャルワークに関する議論に鑑み、子どもが遭遇している生活課題の様相や国内外のスクールソーシャルワークの現況を概観し、その展開や人材養成の課題について論じた。多様化・複雑化する児童生徒の問題行動についての憂慮と、児童生徒を取り巻く様々な環境に着目して働きかけることができる人材や学校内あるいは学校の枠を超えて、関係機関等との連携をよりいっそう強化し、問題を抱える児童生徒の課題解決を図るためのコーディネーター的な存在が教育現場において求められており、これを背景に、環境や社会資源との調整・仲介・連携を職務の中核とする社会福祉士等のソーシャルワーカーの教育分野への登用の可能性が議論されているといえる。

いずれにしても、今日のスクールソーシャルワークに関する議論は、従来の学校における教育のあり方の限界の一端と考えるとよいであろう。スクールソーシャルワークにおける実践理論や実践モデルは構築されている最中であり、事業として実践されるなかで多数の知見を積み重ね、効果測定等を含めた実証研究の進捗に努めるとともに、子どもたちのウェルビーイング実現のために様々なセクターや専門職能が集結している現状を踏まえ、絶大な社会の期待を感じながら、スクールソーシャルワークもその実現に向けて前進していくことが希求されていると考えられる。

注)

1) 文部科学省による平成 20 年度学校基本調査の結果をもとに不登校による長期欠席児童・生徒の割合を求めてみると、長期欠席児童（小学校）は全体の 0.32%（北海道：0.28%）、長期欠席生徒（中学校及び中等教育学校前期課程）は全体の 2.88%（北海道：2.23%）であり、両者の数値に大きな開きがあることに注意を要する。

2) 子どもの虐待の背景を考えたときに、虐待が行わ

れた世帯の家族形態や経済的状況は無視することのできない要因である。旭川児童相談所が 2008 年度に認定した児童虐待の全ケース（146 ケース）について、これらを調べたところ、母子世帯が 31.5%を占め、また生活保護受給世帯が 27.4%を占めており、追い詰められた生活状況が地域からの孤立を招き、その結果として虐待行動に至ることが示唆された（調査結果については、『北海道新聞』2009.11.21 朝刊、旭川・上川版、31 面を参照されたい）。

文献

- ・半羽利美佳(2006)「アメリカにおけるスクールソーシャルワークの現状と課題，“host settings”での実践を通して」『ソーシャルワーク研究』126：32(2)，14-19.
- ・宝月誠・星野周弘・大村英昭編(1986)『日本の社会学 13，社会病理』東京大学出版会.
- ・北海道教育委員会(2009)『スクールソーシャルワーカー(SSW)の活用を図るために』北海道教育委員会.
- ・岩崎久志(2001)『教育臨床への学校ソーシャルワーク導入に関する研究』風間書房.
- ・岩田美香(2003)：「子どもの生活条件とスクールソーシャルワーク」『教育福祉研究』9，57-69.
- ・門田光司(2000)「学校ソーシャルワーク実践におけるパワー交互作用モデルについて」『社会福祉学』41(1)，71-85.
- ・金井剛(2009)「児童相談所，虐待が生じる背景とメカニズム」『発達』117，8-15.
- ・片山さゆ(2005)「学級崩壊に対する援助について，学校ソーシャルワークの導入を巡って」『子ども家庭福祉学』5，95-91.
- ・高良麻子(2008)「児童虐待におけるスクールソーシャルワーカーの役割に関する一考察—児童相談所と称学校との連携に注目して—」『学校ソーシャルワーク研究』3，2-13.
- ・厚生労働省(2009)「児童相談所における児童虐待相談対応件数及び子ども虐待による死亡事例等の検証結果等の第 5 次報告について」(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/07/h0714-1.html>，2009.11.24)

- ・栗田克実(2002)「北海道における子どもの生活状況—大量観察を通じて—」北海道大学大学院教育学研究科 2001 年度修士論文.
- ・丸田秋男(2004)「学校におけるソーシャルワーク実践に関する一考察, 学校を拠点とした相談・支援システム」『新潟医療福祉学会誌』4(2), 59-69.
- ・三宅浩次(2003)「メンタルヘルスの現状と対策」『北海道医報』1019, 18-23.
- ・三宅浩次(2004)「食すれば貧する」『北の産業保健』23, 1.
- ・森成樹(2008)「4 章 スクールソーシャルワークをめぐる行政と民間の動向」日本スクールソーシャルワーク協会編 『スクールソーシャルワーク論, 歴史・理論・実践』学苑社, 51-60.
- ・森田洋司・秦政春・若井弥一, ほか編(1997)『日本のいじめ, 予防・対応に生かすデータ集』金子書房.
- ・内藤朝雄(2001)『いじめの社会理論, その生態学的秩序の生成と解体』柏書房.
- ・野田正人(2006)「子ども虐待とスクールソーシャルワーク」『子ども虐待とネグレクト』8(2), 190-194.
- ・野田正人(2007)「第 I 部第 2 章 スクールソーシャルの役割」山野則子, 峯本耕治編 『スクールソーシャルワークの可能性, 学校と福祉の協働・大阪からの発信』ミネルヴァ書房, 18-30.
- ・Olweus, D (1993) 『Bullying at school』Blackwell.
- ・大塚美和子(2008)『学級崩壊とスクールソーシャルワーク, 親と教師への調査に基づく実践モデル』相川書房.
- ・プレスプラン編集部(2000)『緊急出版いじめ少年犯罪に宣戦布告, 史上最強の告発マニュアル』プレスプラン編集部.
- ・齋藤万比古(2007)『不登校対応ガイドブック』中山書店.
- ・社団法人日本社会福祉士養成校協会(2008)『スクール(学校)ソーシャルワーカー育成・研修等事業に関する調査研究報告書』社団法人日本社会福祉士養成校協会.
- ・Smith, P. K & Sharp, S(1994) 『School Bullying』Routledge. (=1996, 守屋慶子, 高橋道子監訳『いじめにとりくんだ学校』ミネルヴァ書房.)
- ・高橋祥友(2008)「子どもの自殺予防のために」『現代のエスプリ』488, 32-43.
- ・立石一信(2004)「不登校の現状と考察」『月刊福祉』4: 19-21.
- ・山野則子(2006)「子ども家庭相談体制におけるスクールソーシャルワーク構築, 教育行政とのコラボレーション」『ソーシャルワーク研究』126: 32(2), 25-31.
- ・山下英三郎(2001)『スクールソーシャルワーク, 学校における新たな子ども支援システム』学苑社.
- ・山下英三郎(2004)「今日の青少年問題に対する福祉関係者への期待, ソーシャルワークの曖昧さを力に」『月刊福祉』4, 46-49.
- ・山下英三郎(2006)「スクールソーシャルワーク, 実践と理論との距離をいかに埋め合わせるか」『ソーシャルワーク研究』126: 32(2), 4-13.
- ・山下英三郎(2008)「1 章 子どもたちの現状とスクールソーシャルワーク」日本スクールソーシャルワーク協会編 『スクールソーシャルワーク論, 歴史・理論・実践』学苑社, 7-22.

【論文】

小児がん患児に対するソーシャルワーク援助の現状と課題 —教育支援をはじめとする心理社会的支援—

函館大学 川 勾 垂 紀 奈

要旨：本研究の目的は、SWによる教育支援をはじめとする患児への支援の現状とSWに求められている支援の内容を明らかにし、今後の課題について検討することである。SWや医師、看護師など計11名に対し半構造化面接を行い、データの意味内容からカテゴリ化を行った。その結果、【介入を阻むもの】【未知の領域】【SWが介入することへの期待】【小児科におけるソーシャルワーク】という4つのコアカテゴリが抽出され、「小児がん患児へのSWによる支援の現状」と「小児がん患児に対するSWによる支援への期待」の2つに分類された。以上の分析結果より、SWによる支援への期待がある一方で、小児がん患児への教育支援だけでなく、小児科の患者へのSWによる支援自体がほとんど行われていないことが明らかとなった。これは、SWに対する認知不足が要因の一つであり、SWに対する理解を促していく必要がある。

Keywords：小児がん、ソーシャルワーク、教育支援、心理社会的支援

I. はじめに

1. 研究の意義と目的

近年の医療技術の発達や治療実績の進歩によって、現在では小児がんの治癒率は約7割を超えるとされており、小児がんは「慢性疾患」の一つと捉えられるようになってきている(細谷2005:1; 東谷1997)。また、治癒率の向上に伴い社会復帰を遂げる小児がん経験者も増加している。

しかし、治療中は入退院を繰り返すことが多く、その入院期間は長期に渡ることが少なくない。学校生活や友人との関わりのなかで社会性を養っていく学童期に長期間の入院生活を強いられることは、患児にさまざまな不安を抱かせる。その一つとして、教育に関する問題が挙げられる。病院という医療の現場では病気の治療に目が向けられがちであるが、退院後も長い人生を歩んでいく患児にとってはたとえ闘病生活のなかにあっても豊かな教育を受けられる環境が必要であり、また、それを要求することは当然の権利である。児童憲章のなかでも「すべての児童は、身体が不自由な場合、または精神の機能が不十分な場合に、適切な治療と

教育と保護が与えられる(第11条)」とうたわれている。わが国においても入院中の子どもたちへの学校教育は公に認められており(谷口2005)¹⁾、「院内学級」²⁾において教育が行われている。しかし、院内学級での教育には通常の学校教育とは異なる配慮が求められるため、教師だけではなく多職種によるサポートが必要である。また、小児がんを克服した子どもたちは、さまざまな晩期障害³⁾を抱えていたり、退院後は「入院前よりも進んだ生活」(吹谷・中村2000)に戻らなければならないことなどが指摘されている。こういった状況のなかでの社会復帰においては、患児やその家族だけでなく彼らを支援する医療関係者や学校関係者などもさまざまな課題に直面する。それらを支援することは、患児の教育環境を整え、「教育を受ける権利」を保障するために重要なことであると考えられる。

医療ソーシャルワーカー(以下、「MSW」)業務指針には、「患児と職員の間関係の調整を援助すること」「学校、職場、近隣等地域での人間関係の調整を援助すること」(療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助)、「患者

の職場や学校と調整を行い、復職、復学を援助すること」(社会復帰援助)が明記されている⁴⁾。しかしながら、患児の教育に関わる援助(以下、「教育支援」)についてソーシャルワーカー(以下、「SW」)の視点から行われた先行研究はわずかであり、現状ではSWによる教育支援が十分ではないことが推測される。また、西田が「残念なことにはわが国では、ソーシャル・ワーカーが一般総合病院のなかで本来の機能を十分に発揮しているとはいえない」(西田 1994: 1076)と指摘しているように、これは教育支援に限ったことではなく、小児がん患児に対するSWによる支援自体が十分に行われているとはいえない状況であるといえるだろう。一方、海外ではSWが教育支援に介入しているケースが数多く存在する。Deasy-Spinettaは、「家庭、学校および病院の間のコミュニケーションは、治療の全過程およびすべての教育履歴の間に、認識の遅れを経験する長期生存者にとって必要である」と述べており、「SWは、両親との頻繁な接触において、両親が子供の復学を渋ることに対処するのを援助する良い立場にある」とし、「子供の保護者の代弁者として、医療機関、教育機関の両方との橋渡し」をSWの役割として挙げている(Deasy-Spinetta 1997: 1331-1333)。

入院治療中から治癒後までを通して患児とその家族らが抱える多くの不安や悩みや課題の対応について、「医療機関だけでなく教育領域や職場領域など社会全体に求められるようになってきている」と吉田が述べているように(吉田 2004)、小児がんの治癒率が向上している今、治療だけでなくその後の教育などを含む患児の生活全般を支援していく必要がある。直接治療にあたらぬSWに対して患児や家族は本音を語る事が多く(西田 1994: 1076)、したがって、「ニーズを把握しやすい医療ソーシャルワーカー」(吉田 2004)が支援に関わることは重要なことであると考えられる。

そこで本稿では、SWによる教育支援をはじめとする患児への支援の現状とSWに求められている支援の内容を明らかにし、今後の課題について検討することを目的とする。

2. 「教育支援」の概念と用語の定義

谷川は、「教師による、病気の子どもと兄弟姉妹の学校生活や学習に対する教育指導と支援」を「教育支援」とし、教育指導を「個々の子どもの成長と発達をねらって行われる教師の働きかけ」、支援を「病気の子どもあるいは家族が、学校生活や学習に関する問題を自ら解決していく過程に、教師の立場から関与するもの」としている(谷川 2004: 149)。しかしながら、「教育支援」という言葉は、一般的にはもっと広い意味をもつ言葉として用いられている言葉であると考えられる。

たとえば、わが国には「教育支援」を冠している団体がいくつか存在する。その一つである「財団法人こども教育支援団体」では、教育支援活動として「こどもの自然体験活動、社会奉仕体験活動その他の体験活動の場の提供」や「こどもの教育支援のための個人や団体に対する奨学金の授与や資金援助」などが行われている(財団法人こども教育支援団体 2006)。また、「特定非営利活動法人E S Aアジア教育支援の会」では、子どもたちが基礎教育・職業訓練を受けるための教育支援や指導者育成支援といった教育支援事業のほかに、子どもたちが教育を受けるために必要な設備を整える教育環境整備事業を行っている(特定非営利活動法人E S Aアジア教育支援の会 2007)。

これはごく一部の例であるが、子どもたちが教育を受けるために必要な奨学金の貸与や環境の整備といった教育への間接的な働きかけも、「教育支援」の一環として捉えられていることがわかる。したがって、患児が復学に至るまでの過程にSWが介入したり、患児の教育環境を整えるためにさまざまな専門機関や専門職とSWが連携を図ることも、教育への間接的な支援であると考えられ、「教育支援」として捉えることが可能であると考えられる。

よって、本稿においては、SWによる患児への教育に関する支援を「患児の教育を間接的に支援するもの」とし、これを指す語として「教育支援」を使用する。

II. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、「財団法人がんとの子供を守る会」(以下、「守る会」)に所属するSW1名、院内学級を有する病院に勤務する医師2名、看護師5名、MSW1名、院内学級の担任教師2名、計11名である。本研究の焦点であるSWが計2名と少数になっており、研究参加者の構成に偏りが生じているのは、①医師や看護師に比べ、MSWは病院全体で数名とその絶対数が少ない場合が多く、そのような状況のなかで「院内学級を有する病院に勤務するMSW」と限定したため、②守る会は本来、患児の親による会であり、会に所属するSW自体が少数であるため、③SWによる支援の現状についてより多くの情報を収集するため、の3点が主な理由である。院内学級を有する病院に勤務するMSWに限定したのは、①患児らの多くが長期入院を経験すること、②患児の治療は、大学病院など高度な治療を提供できる一部の小児がん治療施設に集中すること、③小児がん治療施設の多くは院内学級を有しており⁵⁾、多くの患児らが在席している、といった3点を踏まえ、小児がん患児と接する機会が他のMSWよりも多いと考えられるためである。

なお、守る会会員1名(患児の家族)にも参加していただいたが、これはデータ分析の信頼性・妥当性を高めることが目的でありデータ分析の対象とはしていない。

2. データ収集

2006年7月から9月の約2ヶ月に渡ってデータを収集した。データ収集法は半構造化面接とし、研究者1名が研究参加者全員の面接を行った。

1名の参加者につき1~2回の面接を行い、各々の面接時間は1回につき1時間から1時間半であった。すべての研究参加者の面接内容を、同意を得たうえでICレコーダーに録音した。

3. データ分析

研究参加者全員の録音データから逐語録を

作成し数回熟読した上で、逐語録に意味内容を損なわない単位で分析単位を設定し、前後の文脈を考慮しながらそれぞれの意味内容に応じてコードを作成した。研究参加者の属性ごとに類似するコードをカテゴリ化し、これをサブカテゴリとした。全サブカテゴリを比較検討し、カテゴリ、コアカテゴリを抽出した。分析の過程では、繰り返し逐語録を顧みて分析内容が適切かを検討することで妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得た後、研究参加者に対し、研究の趣旨および研究への参加拒否や途中放棄が可能であること、調査を通して得られた情報が本研究以外の目的で使用されないこと等を文書と口頭で説明し、同意を得た⁶⁾。

III. 結果

分析の結果、コード77項目、サブカテゴリ22項目、カテゴリ11項目、コアカテゴリ4項目が抽出された。コアカテゴリは、「小児がん患児へのSWによる支援の現状」と「小児がん患児に対するSWによる支援への期待」の2つに分類された。以下、それぞれの内容について記述する。なお、コアカテゴリを【】、カテゴリを〔〕、サブカテゴリを《》、コードを〈〉で示している。また、本文中の“ ”および丸ゴシックは参加者が面接の際に語った生データからの引用であり、()内は筆者による補足である。

1. 小児がん患児へのSWによる支援の現状

小児がん患児へのSWによる支援の現状は、【未知の領域】【介入を阻むもの】の2つのコアカテゴリで構成されている(表1)。

【未知の領域】は、〔小児科との関わりが少ない〕〔ニーズの把握が必要〕の2つのカテゴリから抽出された。《小児科との関わり》について、“SWはほとんどその院内学級の、そういうこと(学籍の移動など)に関して、関わったりはない(医師)”“SWを通すことは...ありま

すけどね、最近はあるけど少ないね。大人はわかんないけど小児はあんまりやらない（医師）”“（一応 SW はいるが）ただ資格を持っているだけで活躍はしてないですよ（看護師）”というように、《SW の介入は少ない》ことや《SW の関わりが少ない》ことが語られた。また、SW からも〈教育に関する相談はない〉ことや〈直接相談を受けたことはない〉ことが語られており、《患児支援》への SW の介入自体がほとんど行われていなかった。小児科との関わり自体が少ないことから SW は患児やその家族らの〈ニーズの有無〉すらわからないという状態であり、〔ニーズの把握が必要〕であると語られていた。

ホントにニーズがどこにあるのかとか、実情はどうなのかとか、じゃあ医療者は道考えて、患者さんの親御さん、どう思うのかを、ホントによく……こう、知ったうえで、今度は、医師と親御さんも繋ぐし、医師と教育者も繋ぐし、みたいなことをやんなきゃいけないのかあなんて……思います。そういう役割の人って、たぶん、いなくて (SW)。

わかんないんだわ、小児科で何が起きているか。依頼も来ないし、こちらからもアウトリーチもしていないから。（中略）（それは）よくないと思う。課題ですね (SW)。

【介入を阻むもの】は、〔相談援助の壁〕〔SW の認知不足〕の 2 つのカテゴリから抽出された。〈経済的な問題は SW へ〉繋ぐ一方で、〈医療者が教育的支援を SW の仕事とっていない〉といった医療者側の《SW への理解不足》という問題があった。患児やその家族の側にも“「そんな相談なんかして大丈夫なのかなあ？」みたいな…相談することへの躊躇もあるだろうし (SW) ”などの〈相談することへのためらい〉や、SW には〈心理的な相談はできない〉のではないかと知っているなど、《SW の存在》に関しての《周知不足》があり、医療者と患児やその家族双方に〔SW の認知不足〕という問題が

あった。さらに、“国民性として（中略）そういうもの（医療相談室など）を利用するのは、恥というか、そういう恥の文化があるのかなあ (SW) ”といった〈恥の文化（日本人の国民性）〉や、日本のなかでもそれぞれの地域によって、電話よりも対面での相談を望むなどの《地域の特長》があり、〈悩みを持っている人はいるが、SW に結びつかない〉といった〔相談援助の壁〕があることが語られていた。

あまりケースワーカーの仕事だと思っていない。院内学級がね、そういうことがね、ケースワーカーの仕事だとは思ってなかったの、うん。MSW の仕事というのは別なことではないかというふうに思ってるのもある（医師）。

ワーカーさんには、忙しそうで、（話を）しちゃいけないのかなあっていうような、ワーカーですらそういう感じもあるのかもしれないよ。あんまり何をしてくれる人なのか、わからない人も…「SW って何？」って、自分が入院するまでわからない人って多いじゃないですか。「SW って何してる人ですか」って聞かれることって凄く多いし (SW)。

2. 小児がん患児に対する SW による支援への期待

小児がん患児に対する SW による支援への期待は、【SW が介入することへの期待】【小児科におけるソーシャルワーク】の 2 つのコアカテゴリで構成されている（表 2）。

【SW が介入することへの期待】は、〔SW への期待〕〔専門性を生かした役割〕〔人と人を繋ぐ〕〔限りのないソーシャルワーク活動〕〔小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性〕の 5 つのカテゴリから抽出された。患児とその家族が抱える問題への支援として、SW が医師と患者という〈緊張度の高い上下関係における緩衝材〉となり得ることや、SW は〈生活全般を支援する専門職〉であり《トータルな支援》が可能であること、〔人と人を繋ぐ〕技術など〔専門性を生かした役割〕を SW が果たすことへの期待があった。また、SW が〈学校と

のパイプ役)となることや、〈専門的知識を持った人間の介入を望んでいる〉こと、〈SWによる心理社会的支援〉といった《SWへの期待》や、〈さまざまな問題に対して調整を行うSWの役割〉〈SWの存在は大きな意味を持つ〉といった《SWの存在》、〈各領域の人間の間で立って連絡調整を図ってくれる存在を求めている〉ことや〈全体的な動きを把握し調整する存在を求めている〉ことなどの《SWへの役割期待》といった〔SWへの期待〕が語られた。

学校とのパイプ役をやることもできるだろうし、その家庭的に、そういう子どもたち(病気の子ども)のいろんな支援、社会制度がね、いろんな支援があるってことを教えてもいいだろうし。そういうの知らないでしょ?親は。親はいろんな相談をしたい時に、そういう相談をする相手が、やっぱり、医者とか看護婦よりはしやすいんだよね、専門家の方が(医師)。

誰か、一つ窓口があってくればいいんですけども。(中略)それ専門にやってくれる人がいてくれると、とても楽だと思うんですね。ですからその人が、師長さんや担当の看護師さんに話を聞いて、それをこっちにくれるっていうか、それを専門にしてくれる人がいるとスムーズですね。またはドクターともそれが繋がるとか(教師)。

SWの側においても、“もちろんこの仕事をしているので、この仕事が世の中にとって有益なものを提供できるって思ってるわけだから、その活躍のフィールドが増えること願わしいこと”だと〈SWのフィールドの拡大への期待〉を持っており、〈SWの守備範囲の広さ〉や〈SW業務の自由度〉〈幅広い活動〉について触れ、〔限りのないソーシャルワーク活動〕の一つとして、小児がん患者をはじめとする〔小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性〕が語られていた。

きちんとした内容の連携がとれてるかどうかまでは確認していないから、もしかしたら足

りないものとか、違う視点で見たときに、手伝える内容があったのかもしれないけれど、なくはないね、何度も言うけど。なくはないと思うけど、ホントにどこからどこまでが必要かは、よくわからない。もし人数がいっぱいいれば、やっても良いと思う。だってSWの仕事って、限定されてないから、やろうと思えばどこにもあるんじゃない?ね?だから、なくはない(SW)。

【小児科におけるソーシャルワーク】は、〔小児専門SW〕〔特殊な領域〕の2つのカテゴリから抽出された。SWへの期待が語られる一方で、SWの側では小児科を〈限られたフィールド〉と感じていた。また、病院全体の中では小児科のクライアントは少数であることから〈マイノリティへの介入の低さ〉の問題も語られるなど、SWは小児科を〔特殊な領域〕と捉えていた。

小児がんって、一般的じゃない病気のような感じがするのね。(中略)凄くなんかこう……閉ざされた、限られたフィールドっていう感じがする(SW)。

(事業計画に)載ってこないっていうのは、私たちSWが病院に対するアセスメントの時点でも、やっぱり小児科の方の支援よりも、こっちの大多数の方が今困ってるでしょ、っていうことなんだと思います(SW)。

また、患者やその家族が望んでいる《小児専門SW》の可能性については、〈SW業務の細分化への疑問〉が語られた。SWはさまざまな分野で援助を展開しているが、どの分野においても共通する価値や技術を基盤として援助をしており〈臨機応変に対応することが可能〉な職種であることから、〔小児専門SW〕としてではなくても小児科におけるソーシャルワークを展開することは可能であるとの考えであった。

病棟担当制にすれば、何科に秀でたSWっていうふうになるかもしれないけど、その時に、何科に秀でたっていう考え方も、その病

気とそこから予測される生活課題に特殊性があったとしても、SWの根っここのところは、価値とか知識とか、あつ、知識はちょっと変わるか、技術とかは変わらないから、そこで専門を科によって分ける必要があるのかっていったら、私は...ないような気がしてる(SW).

IV. 考 察

1. 小児がん患児へのSWによる支援の現状とSWに求められる役割

患児への教育支援として、吉田は、①入院児に訪問教育を患者に利用できるように調整すること、②晩期障害に対する学習の遅れに対する教育相談機関との連携、③復学した患児と教師やクラスメートとの関係作り、④MSWが学校との連携窓口として機能することなどを挙げている(吉田 2004) 7)。今回の調査では、このいずれもが行われていなかった。また、MSW業務指針に挙げられているものについても同様であった。このようなSWによる教育支援と考えられるもののほぼすべてが、院内学級の教師や医師、看護師、患児の親らによって行われていることが結果より明らかとなった。しかしながら、これらの支援について、十分に行われているとは言い難い状況であることも示されており、この結果はSWの介入を否定するものではないと考えられる。

患児の生活全般に関する支援としては、①生活背景の把握、②社会資源の利用、③患者と医師の間の介入・調整(吉田 2002)や、MSW業務指針に基づく①経済的な問題の解決・調整援助、②社会・心理的な問題の解決援助、③退院社会復帰調整(西田 2004: 199)などが挙げられる。しかし、実際にSWによって行われていた支援は、退院調整と経済的な問題の解決・調整のみであり、教育支援だけでなく患児へのSWによる支援自体もほとんど行われていないことが明らかとなった。小児がん経験者へのアンケートでは、「学校の先生と生徒に、私の病気について正しい知識をもってもらいたかった」「友人、家族以外に、いつでも相談できる人が身近にいてほしかった」(財団法人がんの

子供を守る会 Fellow Tomorrow 2001) など、患児が心理社会的な悩みを抱えていることが明らかとなっており、社会・心理的な問題の解決援助が行われていない現状では、患児に対して十分な支援が行われているとはいえない。

2. 小児がん患児の支援においてSWに求められる役割

西田は、「病気になった子どもの親の気持ちを理解し前向きな生活を送れるようにサポートするMSWは小児病棟にこそ必要」と述べている(西田: 2007)。また、今回の調査においてもSWの介入を望む声があったことから、小児がん患児の支援において、SWが担う役割は多分にあると考えられる。その一つとして、[人と人を繋ぐ]という[専門性を生かした役割]があげられる。小児がん患児の支援、特に教育支援においては、院内学級を含む病院関係者のみならず、患児の原籍校⁸⁾との関係も生じてくる。また、このように多種多様の機関や職種が連携を図りながら行う教育支援においては、全体の動きを把握し、調整するコーディネーターの存在が必須であると考えられる。SWはまさに調整的機能を持つ専門職であり、[限りのないSW活動]の一貫として小児がん患児の教育支援におけるコーディネーターの役割を果たすことで、【SWが介入することへの期待】に応えることができるのではないだろうか。ただし、これは【小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性】の一つである。患児への支援全般が十分とはいえない現状においては、小児科領域においてソーシャルワークを展開していく基盤を固めることが重要であり、そのためにはSWに対する認知度を高めていく活動が必要である。そのうえで、患児らのニーズを探り、教育支援を含むさまざまな支援においてSWが果たすべき役割を検討していくことが今後の課題となるだろう。

3. カテゴリの全体像

教育支援だけでなく、小児がん患児への支援全般がほとんど皆無である理由として、【介入

を阻むもの】があげられる。SW (MSW を含む) の業務内容や役割が、患児やその家族のみならず、医療関係者らにも正確に知られていないことが大きな原因の一つであると考えられる。先行研究においても、日本にも MSW が根付きつつありながら小児病棟で活躍している MSW がごく少数となっているのは、MSW の仕事が理解されにくいせいではないかと述べられている (西田:2007)。また、杉浦も、MSW が感じる「困難性」には「SW に対する認知不足」が強く影響している⁹⁾と述べている (杉浦:2006)。小児がん患児やその家族からの MSW への相談が少ない背景には、[SW の認知不足] からくる [相談援助の壁] が存在している。また、相談が少ないことで、小児がん患児らのニーズを把握しづらい状況となっており、SW にとっても小児科が【未知の領域】となってしまっているものと思われる。この【介入を阻むもの】と【未知の領域】の2つが、【小児科におけるソーシャルワーク】において、小児科を〈限られたフィールド〉[特殊な領域]と SW に考えさせる要因の一つとなっているのだろう。しかしながら、医師や看護師、院内学級の教師らからは [SW への期待] があり、SW も [小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性] を感じている。したがって、SW による患児への支援を展開していく可能性は十分にあり、また、それは必要なことであると考えられる (図 1)。

V. 研究の限界と今後の課題

本稿では、複数の診療科を設置する病院において SW による支援の現状について調査した。そのため、小児医療を専門とする病院における SW による支援の状況とは異なることが予想される。よって、小児医療を専門とする病院における現状についても調査し、比較検討を行うことが必要である。

また、教育現場では、2008 年度より「スクールソーシャルワーカー活用事業」としてスクールソーシャルワーカー (以下、「SSW」) が導入されはじめている。SSW にはさまざまな課

題¹⁰⁾があるが (川勾:2008)、今後 SW による教育支援について検討していく際には、SSW の活用についても併せて検討していくことが必要となるだろう。

VI. 結論

1. 医師、看護師、MSW、守る会に所属する SW、院内学級の担任教師に対して、半構造化面接法による面接調査を実施し、小児がん患児に対する SW による支援の現状を明らかにし、今後の課題について検討した。
2. 【介入を阻むもの】【未知の領域】【SW が介入することへの期待】【小児科におけるソーシャルワーク】という4つのコアカテゴリが抽出され、「小児がん患児への SW による支援の現状」と「小児がん患児に対する SW による支援への期待」の2つに分類された。
3. 小児がん患児への SW による支援の現状として、小児がん患児への教育支援だけでなく、小児科の患者への支援自体がほとんど行われていないことが明らかとなった。その背景には、【介入を阻むもの】があり、SW の側も小児科領域を【未知の領域】と捉えていた。
4. 小児がん患児に対する SW による支援への期待として、SW の [専門性を生かした役割] など、【SW が介入することへの期待】があることが明らかとなった。
5. 【小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性】の一つとしては、小児がん患児の教育支援におけるコーディネーターの役割を果たすことがあげられる。ただし、小児がん患児らのニーズをさらに探っていくことにより、教育支援などさまざまな支援における SW の役割について検討していくことが必要である。
6. 小児がん患児への関わりが少ないのは、SW に対する認知不足が大きな要因の一つであり、患児や家族だけでなく医療関係者に対しても、SW に対しての理解を促していく必要がある。

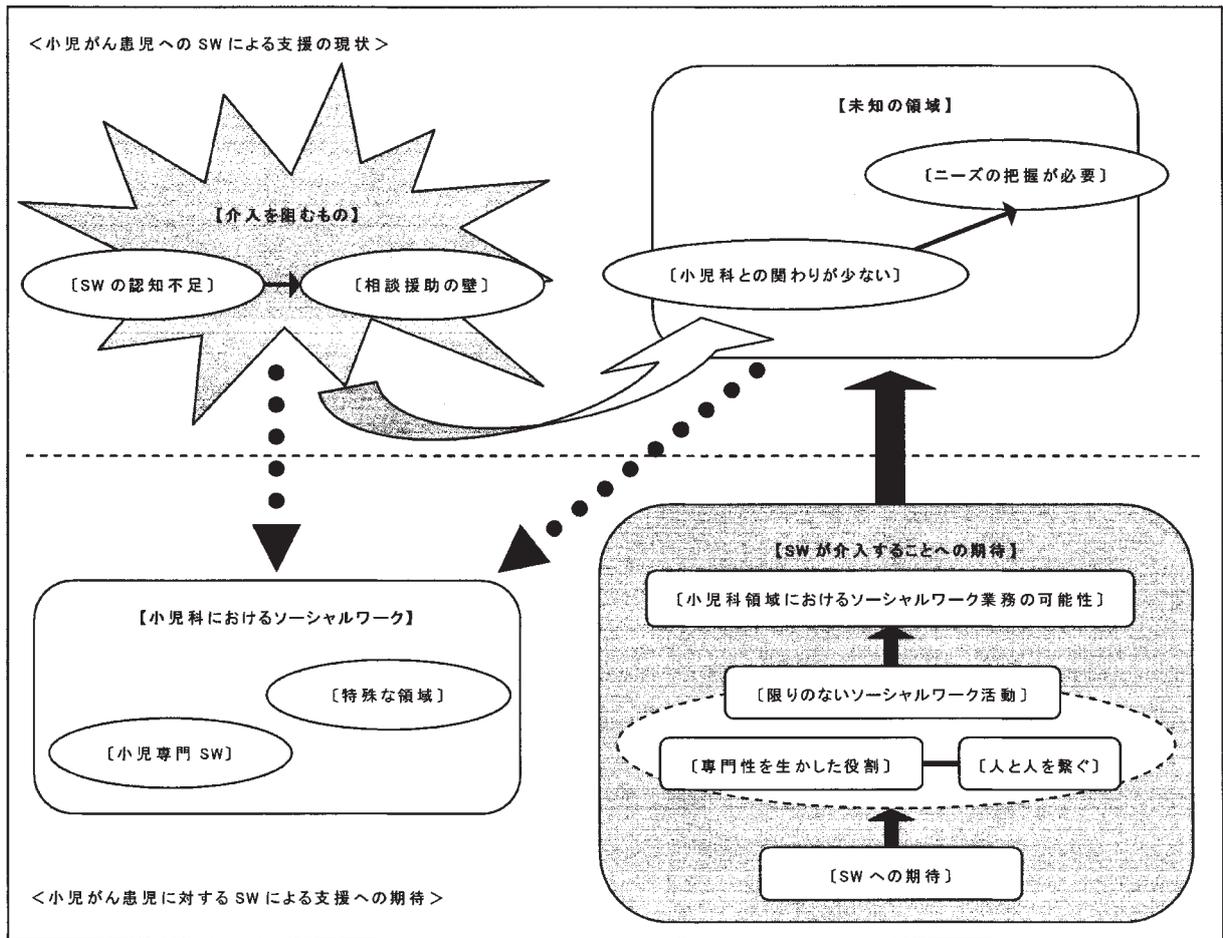


図1 カテゴリ間の関連性

表1 小児がん患者へのSWによる支援の現状

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
介入を阻むもの	SWの認知不足	SWへの理解不足 (D)
		SWの存在 (N)
	相談援助の壁	周知不足 (S)
		相談援助の壁 (S)
未知の領域への介入	小児科との関わりが少ない	周知不足 (S)
		地域差 (S)
	ニーズの把握が必要	SWの介入は少ない (S)
		SWの関わりが少ない (N)
	小児科との関わり (S)	
	患児支援 (S)	
	ニーズの把握が必要 (S)	

S : SW, D : 医師, N : 看護師

表2 小児がん患者に対するSWによる支援への期待

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
小児科におけるソーシャルワーク	小児専門SW	小児専門SW (S)
	特殊な領域	特殊な領域 (S)
SWが介入することへの期待	SWへの期待	SWへの期待 (D)
		SWの存在 (N)
		SWへの役割期待 (T)
	専門性を活かした役割	SWの専門性 (D)
		MSWの役割 (S)
		トータルな支援 (S)
	人と人を繋ぐ	地域での活動 (S)
	人と人を繋ぐ	人と人を繋ぐ (S)
限りのないソーシャルワーク活動	SWのフィールド (S)	
限りのないソーシャルワーク活動	限りのない活動 (S)	
小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性	小児科領域におけるソーシャルワーク業務の可能性 (S)	

S : SW, D : 医師, N : 看護師, T : 担任教師

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く研究への参加を承諾しご協力くださいました関係機関の皆様、参加者の皆様に心より感謝申し上げます。また、研究参加者の選定にご尽力いただきました北海道医療大学の野川道子教授、本研究への深いご理解と的確なご指導をいただいた石川秀也教授に深く感謝申し上げます。

本研究は、平成 18 年度北海道医療大学大学院看護福祉学研究科修士論文における研究成果の一部である。本稿は研究成果の一部をもとに、論旨が変わらない程度において加筆・修正したものである。

注

- 1) 「病気療養児の教育について（平成 6 年 12 月 21 日・文初特 294 号・文部省初等中等局長通知）」により、「従来は入院中という理由のもと教育的援助を受けないままになっていた子どもたちへの学校教育の必要性が公に認められた」と谷口は述べている。
- 2) 「院内学級」とは、法律や制度上認められている名称ではなく、本来は正式な名称ではない。正式には、「身体虚弱の児童及び生徒のために設置された特殊学級」のうち、病院内に設置されたものを通称「院内学級」または「病院内学級」といい、学校のなかにある身体虚弱特殊学級や病弱養護学校の分教室として病院内に設置されている学級と区別するために使われる用語である（横田 2004 : 12）。また、「院内学級」には、制度上、「病弱養護学校」「分校」「分教室」「訪問学級」など複数の形態がある。
- 3) 晩期障害とは、「疾患自体の侵襲、手術、放射線、化学療法などの治療による直接的、間接的障害の総称」で、成長発達障害、中枢神経・発達障害、心機能障害、性腺機能障害、肝機能障害、二次性悪性新生物や、内分泌障害、免疫障害、膵機能障害、骨・軟部組織の変形、髪の毛が薄い、腎機能障害、聴力障害、学習障害、知能障害、不安などが挙げられている（平山・櫻井 1998 ; 前田・山本 2001 ; 稲田 2000 : 15）。
- 4) 健政発第 1129001 号「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について」（2002.11.29）（<http://you39.hp.infoseek.co.jp/msw2.htm>, 2009.11.26）。
- 5) 小児がんの治療を行っている国内 41 施設を対象とした岡らの調査によると、22 施設中院内学級が設置されているのは 11 施設、訪問学級が設置されているのは 9 施設であり、院内学級・訪問学級のどちらも設置されていない施設は 1 施設のみであった（岡・鶴澤 2005）。
- 6) 研究への協力を依頼したところ、研究参加者が所属する計 3 ヶ所の研究協力機関のうち 2 ヶ所から、当該機関が設置する倫理審査委員会による審査が必要との回答があった。そのため、これに該当する研究参加者については、当該機関の倫理審査委員会による審査を経た後に、研究実施に対する許可を得た。
- 7) ただし、現状ではあまり行われていないものも含まれる。
- 8) 杉浦は、「困難性」を「医療ソーシャルワーカーがその実践において“困難”と感じている内容は本来果たすべき支援効果の発揮を阻害している影響要因である」と見なし、主に①ソーシャルワーカーに対する認知の不足、②ソーシャルワーカーの養成・教育・研修の課題、③「ソーシャルワークの専門性」の曖昧さ、④待遇の低さ、⑤クライアントの主体性の尊重（自己決定）の難しさ、⑥クライアントの疾病、⑦“急性期”という実践の場がもつ特徴、の 7 項目が「困難性」に強く影響しているとした。
- 9) 患児の居住する区域に設置されている学校を指す。入院前に患児が通っていた学校であり、退院後にも通うことが想定される。
- 10) SSW 活用事業では、SSW を「教育と福祉の両面に関して、専門的な知識・技術を有するとともに、過去に教育や福祉の分野において、活動経験の実績等がある者」とし、明確な資格要件が定められていないため、さまざまな経歴を持つ者が SSW として採用されている

こと、また、増加する児童生徒の問題行動等の課題解決を図るために導入されたという背景があることから、いじめや不登校に対する対応に業務が限定されてしまう可能性があるなどの課題が指摘されている。

文 献

Deasy-Spinetta, Patricia (1997) Educational Issues for Children with Cancer, Philip A. Pizzo and David G. Poplack eds. *Principles and Practice of Pediatric Oncology*, Lippincott-Raven Publishers, 1331-1341.

東山由実 (1997) 「白血病治療中のトータルケアのポイント；訪問保育・院内学級 ③学校と看護婦との連携」『小児看護』20(3), 345-348.

平山雅浩・櫻井 實 (1998) 「小児白血病長期生存例における問題点」『小児科診療』51(6), 1105-1109.

細谷亮太 (2005) 「病弱・虚弱児の対象となる主要疾患」宮本信也・土橋圭子編『病弱・虚弱児の医療・療育・教育』金芳堂, 1-12.

吹谷由美子・中村トシ (2000) 「長期入院児の前籍校復帰後に問題になること—アンケート調査からの援助を考える」日本看護協会看護教育・研究センター学会部編『日本看護学会論文集 小児看護』31, 日本看護協会出版会, 79-81.

稲田浩子 (2000) 「小児がんの子どものトータル・ケア」谷川弘治・稲田浩子・駒松仁子・ほか『小児がんの子どものトータル・ケアと学校教育』ナカニシヤ出版, 7-34.

川勾亜紀奈 (2008) 「スクールソーシャルワーカーの導入に伴う今後の課題—曖昧な資格要件と業務の矮小化」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』5(1), 93-96.

前田美穂・山本正生 (1997) 「小児白血病の晩期障害とその対策」『小児内科』29(2), 326-331.

西田知佳子 (1994) 「患児・家族をとりまく諸問題に対する援助—ソーシャル・ワーカーのかかわり」『小児看護』17(9), 1070-1077.

西田知佳子 (2004) 「専門職の役割と養成—メディカル・ソーシャルワーカー (MSW)」谷川弘治・駒松仁子・松浦和代ほか『病気の子どもの心理社会的

支援入門—医療保育・病弱教育・医療ソーシャルワーカー・心理臨床を学ぶ人に』ナカニシヤ出版, 196-205.

西田知佳子 (2007) 「なぜ今 MSW (medical social worker) ?」『北関東医学』57(1), 100.

岡 敏明・鶴澤正仁 (2005) 「国内小児がん治療施設での教育と保育の現状と課題」『小児がん』42(2), 212-215.

杉浦貴子 (2006) 「文献による医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態」『ルーテル学院研究紀要』40, 79-94.

谷川弘治 (2004) 「病気の子どもの心理社会的支援サービス—教育支援」谷川弘治・駒松仁子・松浦和代ほか『病気の子どもの心理社会的支援入門—医療保育・病弱教育・医療ソーシャルワーカー・心理臨床を学ぶ人に』ナカニシヤ出版, 149-157.

谷口明子 (2005) 「病院内学級における教育実践の特徴—質的研究法による実践の特徴カテゴリーの抽出」『教育心理学研究』53(3), 427-438.

特定非営利活動法人 ESA アジア教育支援の会 (2007) 「ESA の 支 援 活 動」 (<http://www.esajapan.org/support/>, 2010.2.8).

横田雅史監修, 院内学級担当者の会編 (2004) 『病弱教育 Q&A PART IV—院内学級編』ジアース教育新社.

吉田雅子 (2002) 「小児がん長期経過観察外来におけるソーシャルワーカーの役割」『日本診療内科学会誌』6(3), 167-170.

吉田雅子 (2004) 「小児がん患者の教育にかかわる諸問題に関する研究—医療ソーシャルワーカーによる支援のあり方について」『医療と福祉』38(1), 58-62.

財団法人がんの子供を守る会 Fellow Tomorrow (2001) 『病気の子どもの気持ち—小児がん経験者のアンケートから』.

財団法人こども教育支援財団 (2006) 「財団のご紹介」 (<http://kodomo-zaidan.net/info.html>, 2010.2.8).

【研究ノート】

精神障害領域を中心とした当事者による支援の有効性

北星学園大学大学院博士課程 松本真由美

要旨：精神障害者のセルフヘルプグループに関する実践的・理論的研究が日本でなされるようになって、約 30 年が経過した。近年はセルフヘルプグループの実践活動の一つとして、ピアサポートとピアカウンセリングがありシステムティックな当事者支援が行われている。また、退院促進支援活動においてはピアサポーターが専門職の自立支援員らと共に、積極的役割を果たしている。当事者同士の支援は専門職によるものとは異なる独自の援助特性を持つと言われており、それらが専門職との協働の中で一定の効果をあげる可能性がある。本稿では、セルフヘルプグループに関する先行研究を歴史の変遷・定義・類型・組織形成・支援の内容の 5 点について整理し、加えて、ピアサポート・ピアカウンセリングについても概観する。これらを通し、今後の当事者同士による支援の効果と可能性について検討を行うものである。

Keywords：精神障害、セルフヘルプグループ、ピアサポート
ピアカウンセリング、退院促進支援

I. はじめに

これまでセルフヘルプグループ（以下、SHG）に関する研究は多数輩出されている。久保絃章と石川到覚（1998）によれば、日本では 1980 年代後半以降研究が盛んになり、研究誌等で特集が度々組まれた。例えば、1981 年の『ソーシャルワーク研究』の「特集－障害者の当事者組織」、1989 年の『こころの科学』の「こころのセルフヘルプ」、1990 年の『精神障害と社会復帰』の「特集－セルフヘルプグループ」、同じく 1990 年の『精神医療』の「当事者運動にどうかかわるか」、1998 年の『精神科看護』「セルフヘルプグループ」などがそれである。最近では、2000 年の『作業療法ジャーナル』「特集／保健・福祉分野におけるセルフヘルプ活動から学ぶ」、2008 年『精神科看護』「当事者の活動に専門職はどうかかわるか」の企画があった。主に 1990 年代後半から長年セルフヘルプの研究を続けてきた研究者らと並んで、当事者自身の著述も含まれるようになってきた（加藤 1998, 2004、宮岸 2007）。このようにセルフヘルプに関する研究は精神保健の分野の中で、一つの確たる領域を占めていると思われる。

SHG による地域生活支援活動とは専門職とは

異なるオルタナティブなサービスとして注目されている（田中 2001）。オルタナティブとは「代替」「選択肢」などと訳すが、田中によれば精神障害者のオルタナティブサービスとは、精神障害者自らが作り出し、運営するもので、SHG から出発しているという。従来の専門職によるサービスとは対峙するもの、または専門職の支援や活用を肯定しつつ運営の主体を当事者に置くものなどがある。これまで専門職とセルフヘルプグループとの関係は、一貫して良好で安定したものとは言えない。なぜなら、専門職の誰もが SHG をオルタナティブサービスとして了解していないからである。

Katz（1993）は「セルフヘルプグループが盛んになった理由の一つとして専門職によるケアシステムが人びとの直面している問題の定義、診断、治療を独占する傾向にあった」と述べている。専門職として訓練されてきた者は、患者と仕事を分かち合うこと抵抗を持つ場合がある。特に専門職は医療にかかわる専門情報が SHG では不適切・不正確に伝わることを懸念し、また専門性のレベルの高い SHG のリーダーに対し専門職の助言の必要がなくなることを恐れたという。これらの解決のためには専門職も当事者も互いに相手から学びあ

うことと、相互関係を活発にすることが望ましいと Katz は言う。

SHG に関する先行研究のレビューの中に SHG と専門職の関係について論じたものが見られる。たとえば中田 (1998, 1998) は主に Powell の著書を通して SHG と専門職の関係を批判的に分析した。アメリカでは SHG は既存のサービスの他に存在する新しい援助システムとして専門職から見直されてきたことを指摘している。また、谷本 (2004) は SHG の研究を概観し、看護専門職が SHG と関わる際の視座について検討した。谷本によれば、看護職は従来の医学モデルの枠組みの中で教育を受けており、SHG と接する際に援助者対被援助者の構造を持ち込むおそれがあると言う。看護領域の先行研究の概観から、看護職は SHG の意義を理解し、当事者が援助機能を発揮するためにグループの自律性を認識し、良き理解者となることが求められることと、またグループ運営への直接的な介入に配慮し、セルフヘルプクリアリングとの連携の重要性を指摘した。

SHG が専門職とは異なるオルタナティブなサービスとして意味を持つためには、SHG 独自の援助特性を明確にする必要がある。その一つの到達点として岡 (1996) の研究がある。岡によれば、SHG の支援のあり方は素人の援助とも、専門職の援助とも区別されると述べている。岡は、特に体験的知識を重視し、体験的知識が積み上げられる過程で、三種の基本要素として、「わかちあい」「ひとりだち」「ときはなち」を重視した。こうした SHG 独自の援助特性について、さらに多くの実証的研究が生み出されることが求められる。

近年、SHG の実践活動の一つとしてピアサポートとピアカウンセリングが行われ、当事者支援のあり方が変化してきた。ピアサポート・ピアカウンセリングはアメリカから導入された概念であり、これらがどのような理論的背景のもとに成立・展開したかを辿ることと、ピアサポートとピアカウンセリングの援助の特性を検討することは、当事者同士による支援の重要性を明らかにすることとなり、専門職からの理解も得られ、SHG がより発展する可能性を秘めていると思われる。

以上のことから、本稿では SHG に関する先行

研究から歴史的変遷・定義・類型・組織形成・支援の内容を整理することと、ピアサポートについての研究を分析し、ピアサポート独自の援助実践の効果と可能性について検討を行う。

II. セルフヘルプグループ

(1) 歴史的変遷

SHG の歴史を概観する場合、Katz (1993) の著書が参考になる。この中で、Katz はセルフヘルプの起源をクロポトキンの『相互扶助論：進化の一要素』に置いている。「相互の闘争ではなく相互支援は、人類の倫理的な進歩にとって、重要な役割を担ってきた」とあり、ダーウィンの「適者生存」の原則を人に適用するのではなく、環境の厳しさに耐えている種族が、協同する慣習や法律をもっているために相互扶助を行ってきたこと、非協同的な氏族は弱体で統合が悪く侵略されてしまうと述べている。したがって、人は遠い昔から、相互扶助により互いに助け合うことが行われてきたと考えられる。その後、1600 年代のイギリスでは庶民が問題に対処するために職人組合、友愛協会、協同組合を生み出し、これらが SHG の基盤になったと思われる。

精神保健と関わる SHG の原点は、1935 年のアメリカのビルとボブによる AA (アルコールリクス・アノニマス) である。野口 (1989) はアルコール依存の状態のビルが同じ状態にあるボブと出会い、「アルコールだけがアルコールを助けることができる」という信念でグループを作り、これが歴史的に最初に成功した SHG になったと述べている。

日本の精神障害者の SHG の歴史は、岩田 (1999) によれば「精神病院における患者の自治活動は 1957 年に東京都世田谷区にある松沢病院に始まる」とある。自治会が生まれるきっかけとなったのは、院内で殴打事件が起き、患者たちと支持する病院職員が患者自治会を組織したことによる。1960 年代には全日本断酒同盟、全国精神障害者家族会連合会が成立した。1970 年代の特筆すべきこととしては、保健所や精神衛生センターの専門職主導で当事者団体が成立した点である。札幌では、1970 年に精神衛生センターのデイケア修

了者が集まり「すみれ会」を組織した(横式 2000)。また、全国的には社会的入院を強いられてきた人びとのための福祉を目的として「やどかりの里」が 1970 年に設立された。公的な補助金を得られない厳しい財政事情の中で、当事者自身が活動を担ってきた社会復帰施設である。1974 年には AA ができた。1980 年頃には、SHG が組織化され、北海道では北海道精神障害者回復者クラブ連合会ができ、SHG の連合組織も成立し、全国交流が行われるようになった。また、この頃国が運営費の補助を制度化したこともあり、全国に小規模作業所が多数作られ、当事者同士や家族による支え合いを中心とした小グループが見られた。1990 年代はアメリカの考え方が日本に導入され、コンシューマー、プロシューマーなどのことばが使用され、精神障害者リハビリテーション事業が活発になった。特に、東京板橋区の補助を受け精神障害の社会復帰活動を 1983 年から行ってきた「JHC 板橋」は、小規模授産施設を通して SHG のリーダーを養成し、1992 年に世界クラブハウス連盟に認定された日本で最初のクラブハウスを設立し、当事者と専門職協働によるピアサポート体制を作った(宗像 2002)。クラブハウスの特徴は、当事者同士の支え合いはもちろんのこと、過渡的雇用を実践する。過渡的雇用は当事者メンバーが実際の職場で就労の機会を持つが、何らかの事情で仕事に行けない時はピンチヒッター制をとり、他のメンバーかスタッフが代行する仕組みになっている。日によって体調の変動がある精神障害当事者にとって安心して就労に取り組むことができる。また、1993 年に日本初のセルフヘルプクリアリングハウスとして大阪セルフヘルプ支援センターが開設された。クリアリングハウスとは、岡(1992)によれば SHG を設立、維持する人びとのために「情報と送致のサービスによって人びととグループを結びつけ、SHG の発展を支援するシステム」である。さらに、1990 年代以降これまでは対面による対等な関係を重視した SHG がインターネットを介した遠隔地間の交流やメールによる相談の機能も持つに至り、SHG は変革を続けている。加えて、1990 年代以降は摂食障害やギャンブル依存、買物依存など嗜癖に悩む人たちの

グループ、高機能自閉症など発達障害に係わるグループ等、SHG の多様性は一層増す傾向にある。

(2) 定義

山崎(1990)によれば、日本で最初に SHG が紹介されたのは 1979 年の村山の著書による。その中に Levy の定義が述べられている。Levy は以下の 5 つの条件を満たすものをセルフヘルプグループと呼んだ(村山 1979)。「①目的：基本的な目的は、相互援助を通じてメンバーの問題を改善し、より効果的な生き方を求めていくところにある。②起源と発足：起源と発足がグループメンバー自身に存在しており、外部の権威や機関によるものではないこと。ただ、当初は専門家が機関車役を果たし、グループが機能するにつれてグループメンバーが運営していくようになったものは、SHG に含めている。③援助の源泉：メンバーの努力・技能・知識・関心・が主要な援助の源泉である。専門家がグループの集会に参加しても補助的な役割しか果たしていない。④メンバー構成：人生経験や問題を共通にしている人たちで構成されていること。⑤統制：組織の構造や活動の様式はメンバーが中心になっていること。時には専門家の援助を受けることがあったり、メンバーが様々な理論的立場や価値観に立脚していてもよい。」というものであった。

また、多くの研究者によって引用されている 1976 年の Katz と Bender の定義は岡(1990)が以下のように訳している。「セルフヘルプグループとは、相互扶助ならびに特殊な目的達成のためのボランタリーな小集団構造である。通常、共通のニーズを満たし、共通のハンディキャップや生活を崩壊させる問題を克服し、望ましい社会的・個人的変化を生じさせたりするときの、相互扶助のために集まってきた仲間(peers)によって形成される。このグループの先導者やメンバーは、彼らのニーズは既存の社会制度では満たされておらず、また満たされうることはないと考えている。セルフヘルプグループは、対面的相互交流とメンバーが個人的責任を取ることにも重視している。しばしばセルフヘルプグループは物質的援助だけでなく情緒的支援も与える。すなわちグループはしばし

ば主義主張的であってメンバーの人格的アイデンティティの感覚が強化されるようなイデオロギーや価値観を広めることも行う」とある。(岡 1990)。

さらに複数の論文の中で、SHG の定義について論じている岡 (1995, 2000) は、欧米で広く受け入れられている定義の一つである 1987 年のアメリカセルフヘルプと公衆保健ワークショップより、「セルフヘルプグループは自主管理的な集団で、その構成員は保健について共通の関心を持ち、互いに情緒的なサポートを行い、物理的な支援をしあう。それも無料か、あるいはわずかの会費しか徴収せず、体験的な知識を高く評価する。なぜなら体験的な知識は状況を特によく理解する事を可能にするからである。また、構成員に相互的なサポートを提供するだけではなく、地域社会において情誼活動や啓発活動、物的な支援、権利擁護活動を行うことがある」とある。

欧米の 3 つのセルフヘルプの考え方について触れたが、共通のニーズを持つメンバーがそれぞれの自主性を発揮し、権利擁護や社会への啓蒙活動を行うことが示されてきた。人権意識が確立している欧米ならではと考えられる。日本では当事者たちが自分たちでグループを立ち上げるものもあるが、専門職が協力して SHG が成立することがよくみられる。例えば、久保 (1981) は SHG の特徴を①メンバーは共通の問題を持っている、②共通のゴールがある、③「対面的な相互関係」がある、④メンバー同士は対等な関係にある、⑤参加は「自発的」なものである、⑥専門家との関係は様々で、基本的にはメンバーの主体性を重んじると考え、専門職の介入を否定しない。岩田 (1998) は、SHG を「病気や障害などの生活上の問題を持っているメンバー同士のセルフヘルプを生み出し推進するために、メンバーたちによって組織され運営されている自立性と継続性を有する活動体である」という。また、後述するが岩田 (1998) の SHG の 6 分類の中には専門職による運営型という分類がある。半澤 (2001) は「精神障害者という疾病と障害をあわせ持つゆえに共通する生活上の課題を持つメンバー同士が主体的に仲間同士で支え合う活動を実践するグループであり、もっぱら専門職が運営するグループを除くも

の」と定義している。これらの定義は、研究者によって考えに異同があるが、総じて言えばメンバーが主体的にかかわるものであれば、専門職が介入・支援するかどうかは厳密には問わず、また地域社会に向けた活動体としての側面は定義の中では特に言及していない。これらを総合すると、日本における SHG の定義は当事者主体の考え方は貫かれているものの、自律、自治、権利擁護、啓蒙活動などの意味合いは欧米に比べると希薄である。

では、当事者にとって SHG はどのように語られるものだろうか。当事者・研究者・SHG の実践者である加藤 (2009) の考えを引用したい。「セルフヘルプグループの意義は、競争社会から排除されてきた人々からの下意上達で弱者をも包み込んで、信頼関係で人々が繋がれていく社会に変革していこうとする営みである。言葉を奪われていた人々、人生を奪われていた人々が自分の言葉を取り返し、自分史を語り合い、聞き合う関係を軸にして相互支援、相互自己実現の関係に導いていく。体験的な知識や情報を伝え合うことにより、お互いの命や暮らしを豊かなものにしていく。生活していく上で、最も困難な人々こそ受容していこうとするセルフヘルプグループの動きは、地域社会を閉塞感のない、豊かな環境に転換させる力を内包しているに違いない」という。当事者のことばとして SHG が生き生きと語られている。これらから読み取れることは、社会の中で最も困難を持つ人々をも受容し、相互支援をし合うことで、人々が自分を取り戻し、自ずと社会をも変革するのが SHG であると理解できる。

(3) 類型

岩田は多様な SHG を入会方法、運営方法、当事者による設立か否かなどをもとに 6 つの分類を考えた (岩田 1998b)。それらは①独立型、②専門職の支援型、③扇形の関係にもとづく独立型、④専門職との協同型、⑤OB 型、⑥専門職による運営型である。

①の独立型は、仲間だけで設立・運営し、メンバーの受け入れがオープンで、専門職の支援は受けるが、専門職の参加を限定するグループである。

②の専門職支援型の特徴は、グループの構成員に専門職を含むが、その支援は緩やかである。③の扇形の関係に基づく独立型は代表者の力が強く、入会は代表者が決め、運営も行う。メンバーとの関係は扇のように個人が代表者と結びつく。専門職は支援するが議決権はない。④の専門職との協同型はメンバーと専門職が協同で運営する。⑤のOB型は専門職が中心でメンバーが決まり、運営も専門職が行うが、将来的にメンバーが自立できるように援助する。⑥の専門職による運営型は専門職を中心にグループが形成・運営され、治療・訓練・仲間作りなどを行う。これら①から⑥は番号が若いものほど専門職の関与が低いことがうかがえる。⑥に至っては専門職中心にグループが成立しており、これをSHGと言うかどうかは考えの分かれるところであろう。岡の分類では、サポートグループに入ると思われる。岡(2000)は、SHGとサポートグループの違いを強調している。サポートグループとは、専門職指導型SHGと呼ぶ場合があり、運営の中枢に専門職がいる場合をいう。本来のSHGは当事者が主体であり、専門職は介入しないか、介入しても協力者として位置づくものである。しかし、日本では専門職主導で運営されているグループであっても、当事者も活動に積極的にかかわっていればSHGという場合もある。

(4) 組織形成

前田(1981)はKatzとBenderの考えを参考にしながら、SHGの発達を4段階に分けて述べている。最初は「少数の問題意識を持つ人が問題解決へと動機づけられる段階」である。SHGに集まる人々は何らかの問題を抱えており、その解決が直接の目的であって、親交を深めるなど社交が目的ではないと考えた。2段階目は「他の人々への呼びかけ」である。はじめは関係者を中心に呼びかけ、次第にフォーマルな勧誘へと広がり、組織体を成して行く。3段階目は「リーダーシップが明確になり、分業が行われるようになる」ことである。集まったメンバーはグループの目標達成のために自分も貢献しはじめ、相互援助を体験する。その結果、メンバー間の親和性が高まり、メンバ

ー内でリーダーの役割を持つ人、それをサポートする人などそれぞれができることを分かち合うようになる。最後の4段階目は「フォーマルな組織として発達して行く」ことである。グループが安定し、拡大するにつれ、グループの構造と運営がフォーマルな組織になり、専門職化する。これらグループの発達経過は、当初は自分の問題解決のためにSHGに所属した人々が、徐々に他者のために役立つ事に大きな満足を得、動機づけを高め、エンパワメントしていく過程と考えることができよう。

(5) 支援の内容

岩田(1999)はSHGに参加する事でメンバーがどのように変化していくかを示した。自分の体験を仲間に語り、それを仲間が聴くことで仲間の心の栄養になり、また自分の気づきや発見ともなること、参加者は体験談を分かち合い連帯を強め、次々と連鎖的に体験談が語られること、こうして得られた体験的知識がグループ固有の文化を形成すること、参加者から得られた体験的知識を自らも得、これまでの自分とは異なるものの見方ができ、新しいアイデンティティを形成すること、それと同時にグループ全体として社会に対し異議を申し立て、地域における生活資源の整備などを要求することなどが一連の過程である。

岡(1996)はSHGの支援のあり方は素人の援助とも、専門職の援助とも区別されると述べている。岡もまた特に体験的知識を重視し、体験的知識が積み上げられる過程で、三種の基本要素として、①複数の人が情報や感情や考えなどを平等な関係のなかで自発的に交換する「わかちあい」と、②自分自身の問題を自分自身で管理・解決し、社会に参加していく「ひとりだち」と、③自分自身の意識のレベルに内面化された差別的・抑圧的構造をとりもどき自尊の感情をとりもどす「ときはなち」を重視した。SHG独自の援助特性について一つの到達点を示している。

Ⅲ. ピアサポート

Ⅱではセルフヘルプグループのこれまでの研究を5点に分け概観し、到達点を示した。近年、精

精神障害者の地域支援活動として注目されているのはピアサポートやピアカウンセリングである。ここ 10 年程の間に当事者同士の支援の効果を示す実践活動が報告されるようになってきた（加藤 2006, 山内 2007 など）。ピアサポートについてはその根幹をなすものがピアカウンセリングである（中村 2001, 2002）。また、ピアサポートは「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に則った退院促進支援事業の中に明確に位置づけ、ピアサポーターを活用する動きがある。ここではピアサポートの概念、ピアカウンセリングとの関係、退院促進支援事業とピアサポート、ピアサポート研究の到達点について説明する。

（1）ピアサポートの概念

ピアサポートピアカウンセリングということばがアメリカで使われるようになった背景には、精神障害の領域に限定すれば、精神の病を持つ人々の自立生活の動きと、精神障害の人々が従来の専門職による支援を一方向的に受ける受益者の立場から転換しオルタナティブなサービスを追求するようになったこと、プロシューマーという造語や、利用者センタード、サバイバーなどの新しい専門用語の登場（岩田・友宗 2000）、当事者の新しい実践の場であるハーフウェイハウス、クラブハウス、ドロップインセンターなどの増加の中でエンパワメントが強調されるようになったこと、また ACT など重度の精神障害者に対する動き、リカバリーの意識の高まり、これら様々なものが新しい精神障害者の自立の動きを作ったと考えられる。その中で当事者同士の支え合いをピアサポートと呼び、具体的に行われている個別相談援助又はグループワークをピアカウンセリングと呼んでいる。精神障害領域でピアサポートピアサポーターということばが使用されるようになったのは 1990 年代後半からである。このことばが日本で盛んになったのは Solomon(2004)の影響が大きいと思われる。しかし、Solomon も 1990 年代の研究ではピアサポーターということばは使わず、当事者スタッフ、またはプロシューマーと呼んでいた（Solomon1998）。プロシューマーとは援助の与え手であるプロデューサーと援助の受け手である

コンシューマーをあわせたことばで、もともとはトフラー(1982)による造語である。精神の病を持つ人々がサービスの受け手ではなく、消費者であり、サービスを生み出す側にいることを強調している。

日本の研究者によるピアサポートの定義はたとえば大石（2007）は「ピアサポートとは仲間による支援」、西山（2002）は「仲間による対人関係を利用した支援活動の総称」、栄（2009）は「仲間による相互支援活動を指し、人間は知性や創造性にあふれ、支え合う存在であるという人間観が基盤にある」、中村（2001）は「ピアサポートサービスは当事者運動から発展脱皮した活動であり、当事者が提供・経営するサービスである」と述べている。精神障害者のピアサポートの有効性を検討している坂（2008a）は「同じ問題や環境を体験した人が、対等な関係性の仲間として相互に支援を提供、受ける活動であり、多様且つ柔軟で利便性がある、サービスの不備な点を補完、検証、是正、改革する地域生活支援システムのひとつである。」と言ひ、現在日本で実践されている様々なピアサポート活動を概ね網羅できる定義となっている。

（2）ピアカウンセリング

寺谷（1998）によれば SHG が発展した結果、リーダーが成立し、そのリーダーはメンバーの同一視の対象として存在するが、同時に個々のメンバーは仲間との個人的な関係を築き、自分も援助する側にまわること、その結果、SHG を基盤に、具体的な援助技法として発展したのがピアカウンセリングでありピアサポートであると言う。

寺谷（2008）は「ピアカウンセリングとは、共通の経験と課題を拠り所にして、対等な仲間《peer》として傾聴と情報提供を技術として、自分で自分の問題を解決できるように手助けすることである」と述べている。また、加藤（2009）は「ピアカウンセリングとは同じような経験や体験を持つ者同士が対等な立場で語り合い、聴き合いながら相互支援をすることを言う。当事者主権を確立するための手だてである」と述べている。寺谷と加藤は類似の定義をしているが、加藤は当事者主権の確立を強調している。当事者主権と言う考

え方は、身体障害領域のピアカウンセリングで強調されているものである（中西・上野 2003）。身体障害領域でピアカウンセリングの用語が使用されたのは、カリフォルニア大学の学生であったエド・ロバーツが、大学内や寮で車椅子を利用できる物理的環境を整える事や障害者へのピアカウンセリングの体制を作ったことに始まる。身体障害領域のピアカウンセラーとして活躍する安積・野上（1993）は「ピアカウンセリングとはよく似た背景、共通の体験《隔離、非差別》を持つもの同士《ここでは障害者同士をいう》が、話の聞き合いを中心に、効果的に助け合い、自己信頼を培い、人間関係の再構築を図っていこうとするものである。非抑圧状況から解放され、自立生活に向けた取り組みができるよう、障害に関する情報の交換や、知識の提供、権利擁護のためのアドバイス、個人への精神的援助など多岐にわたっている」と定義している。身体障害領域のピアカウンセリングは障害を持つ当事者自身が、自己決定権や自己選択権を育て、支えあって、隔離されることなく、平等に社会参加していくことを目指す。実際のピアカウンセリングでは、お互いが平等な立場で話を聞き、精神的サポートを提供する。内容は①自己信頼を回復する、②権利擁護、意識確立、③住宅探しなど自立生活に関する全般的情報提供および相談である。

その後 1980 年代になると、日本に根を下ろした身体障害者の自立生活運動は精神障害者や知的障害者にも拡大した。精神障害関連ではアメリカで開発されたピアカウンセリングモデルが日本に導入された。アメリカ全土には多数のピアカウンセリングモデルがあるが、その中で特にカリフォルニア州サクラメントのモデルが日本で発展した（JHC 板橋会 2006）。

アメリカでの精神障害領域のピアカウンセリングの発端は、1940 年代に精神病院での人権侵害を改善する運動から始まった。その後発展し、身体障害者の自立生活センターのピアカウンセリングを精神障害者にも対応できるように改変し、現在に至っている。

これらサクラメントのシステムを日本に導入したのが、牧野田（1995）や 1992 年から取り入れ

てきた JHC 板橋である。寺谷（1998）はこれまでの専門職によるカウンセリングとは異なり、単なる支援を超えた、感情の分かち合いの関係を重視している。仲間同士であれば、自分の思う事があるままに表現しても症状として診断に影響する事がない、これまでまわりからおかしいと判断されるために自己否定し続けた思いから解放される、ただ傾聴してもらえ、事で相手の権利を踏みこみにせずに自己主張をする仕方を学習するなど、ピアカウンセリングは自分で自分の問題の解決に向かえる利点があると寺谷は言う。その一方で、ピアカウンセリングへの専門職の支持が重要であり、特に①ピアカウンセリングの正当な評価と社会的承認への支援、②当事者の求める情報や知識を提供する、③ピアカウンセラーの燃えつきへの対処、④援助を必要としている人に活動の所在を知らせたり、広報・普及への橋渡しをする、⑤場や機会を提供してピアカウンセリング活動の誕生を助ける、⑥ピアカウンセラーと協働した専門家の実践を構築するなど専門職が協力者として位置づく事を述べている。

この他、教育や看護の領域でもピアカウンセリングは盛んに実践されている（西山 2002, 滝 2004）。

（3）退院促進支援事業とピアサポーター

近年、日本ではピアサポーター及びピアサポート事業ということばが精神障害者の地域生活支援事業においてよく使用される。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が 2004 年にスタートし、精神科病院入院の長期化の問題を解消するべく、社会的入院者の減少を目指し行われているのがこの事業である。北海道は、2006 年に精神障害者地域移行支援特別対策事業が道内 14 圏域でスタートし、札幌市は 2008 年から始まり、2009 年には北海道の全 21 圏域で事業がスタートした。この事業の正式なスタッフとしてピアサポーターが位置づけられている。

現在行われている退院促進支援事業は、正式名称を「精神障害者地域移行支援特別対策事業」と言い、国が 17 億円の予算を投じて行っている。システムとしては①各精神科の病院からこの事業

の対象者の申請が上がる、②精神障害者地域生活移行支援協議会で審議し、対象者を選定する、③利用者が決定すると、地域体制整備コーディネーターが連携している地域活動支援センターに連絡し、地域移行推進員とピアサポーターが決定する、④個別支援計画作成会議を開催し、それぞれの利用者にあった個別支援計画を立て、地域移行を進めるという流れである。北海道の精神障害者地域生活支援事業実施要綱の中で、ピアサポーターは「精神疾患を患った自らの経験を活かして、本事業の業務を自ら行う意志のある者」とある。採用は公募の非常勤職で、条件はピアカウンセリングセミナー終了者である。活動報酬は最低賃金以上の時給が保障されている。

本事業は、地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員等専門職だけにまかせず、ピアサポーターを支援者に入れたことは、これまでの当事者活動が評価された結果であるともみることができる。実際にピアサポーターが退院支援にかかわっている旭川では、協力病院の専門職からも利用者からも「ピアサポーターの役割が大きい」、「ピアサポーターが来てくれて良かった」との評判を得ている(中島 2009)。しかし、退院促進支援やピアサポーターに後ろ向きな精神科病院もある。理由は院内のソーシャルワーカーらが常々退院に向けた支援を行っており必要性を感じない、病院の病棟にピアサポーターや外部の人が入る事への抵抗、病院の経営面から考えれば患者が退院する事で金銭的メリットはないなど様々なことが考えられる。今後、退院促進支援事業を利用する退院患者や病院関係者にとってピアサポーターがどのような意味があるか、ピアサポーターならではの支援とはどのようなものか、ピアサポーターがつく場合とつかない場合で利用者の退院支援に何らかの影響があるかどうか、また担当するピアサポーターにとっては仲間を支援できる喜び、自己実現等の機会となっているかどうか、これらを実証的な研究で明らかにする必要がある。

(4) ピアサポート研究の到達点

精神障害関連のピアサポートに関する実践報告は、日本では主に 2000 年以降に多数見られるよ

うになった(坂本 2008C, 加藤真規子 2006, 加藤春樹・田中 2002 など)。坂本(2008a)が欧米と日本の研究の動向をまとめている。欧米では 1923 年のピアーズの精神衛生運動、1960 年代のクラブハウスモデル、1970 年代の身体障害も含めた障害者運動の活発化、1980 年代のコンシューマー運動、1990 年代のりかりカバリー概念の発達等の流れの中でピアサポートの動きが活発になって行ったことが述べられている。

日本では、1970 年に「やどかりの里」の起源となる中間宿舎が開設され、当時の精神病院増築ラッシュや医学モデル中心の時代に、当事者の立場から地域生活支援活動を行ったこと、1990 年代は石川(1997)が福祉実践の基礎的構造を専門性、当事者性、素人性の三領域を対等に関係づけ、それらの共通基盤として市民性を提案し、2000 年代は田中(2001)が医療とリハビリテーションと地域生活支援を包含したモデルとして「統合的生活モデル」を提示し、藤田(2004)は精神障害者の生命・生活・人生にとっての関係性の意義を第一とし、精神障害者のレジリエンス(回復力)を活性化する環境としてセルフヘルプを活用する「生活支援モデル」を示したことなどが触れられている。

1) 欧米のピアサポート研究

ピアサポートの基盤となる理論として Salzer(2002)はソーシャルサポート、体験的知識、社会的学習理論、社会的比較理論、ヘルパーセラピー原則をあげている。これらの理論的基礎をもとに Solomon(2004)は、ピアサポートを 6 種のカテゴリーに分けて考えた。それらはセルフヘルプグループ、インターネットサポートグループ、ピアによるアウトリーチサービス、ピアが運営するサービス、ピアパートナーシップ、雇用されているピアである。日本では対面によるセルフヘルプを強調するが、ピアサポートではインターネットによる支援も含まれる。また、セルフヘルプでは自発的参加を前提としているが、ピアからのアウトリーチも含むなど、ピアサポートの概念は幅広い。

Solomon(2007)によれば、ピアサポート(当事者運営サービス)は大統領ニューフリーダム委

員会で新たなベストプラクティスと考えられ、根拠にもとづく支援としてある程度効果が認められた。また、ピアサポートがリカバリーに最もプラスの影響を及ぼすことを Corrigan (2005) が主張した。

しかし、一方で Mowbray (1996) はピアサポーターの有効性を示しながらも、役割の複雑さ、専門職よりも低い位置づけ、役割の重圧と役割葛藤、支援者と仲間のバウンダリーの問題を指摘した。

2) 日本のピアサポート研究

日本では坂本がピアサポートに関する実践的な研究を行なっている(坂本 2007, 2008a, 2008b, 2008c)。2007年の研究では、退院促進支援事業の自立支援員としてピアサポートを行なっている5名の当事者と4名の健常者の自立支援員にグループインタビューを行ない、当事者の体験的知識が支援に活かされていること、その一方で支援者と仲間の二つの役割の間で葛藤を感じることに、またピアサポート活動を促進するための支援環境、たとえばピアサポーターに対するスーパービジョンや専門職の理解が必要であることが見出された。

2008年(b)の研究では、質的研究法を用いさらに詳細な分析を行なっている。その結果、ピアサポーターは仲間に支え支えられる関係にあり専門職の役割とは異なること、ピアサポートを行なう上での葛藤、ピアサポーター継続の工夫、専門職の役割の明確化など検討すべきことが明確になった。また、ピアサポーター育成研修プログラムの開発やピアサポート活動の事業化、ピアアドボカシーの意識化など今後機能強化が求められる点も明らかになった。

IV. まとめと今後の課題

ソーシャルワークにおいて、1990年代以降はケアマネジメントの時代と言える。地域生活を送る人々にサービスを提供する場合、利用者の生活全般を見通した中から見えてくるニーズと、それを満たすために活用できる社会資源を結びつけ、包括的なサービスを個人にあわせて提供するケア

マネジメントは SHG のあり方に変化をもたらしたと言える。その結果、ピアサポートのようにピアカウンセリングをベースにした個別支援が重視されるようになってきた。また、アメリカから導入されたエンパワメント、リカバリーなど権利侵害されていた人々の復権を追求する考え方がピアサポートやピアカウンセリングを一層押し進めたと考えられる。

本稿では、先行研究を通して SHG とピアサポートの援助特性を明確にすることを試みた。SHG の中では、仲間の支援によって体験的知識がグループ固有の文化を形成し、それらがメンバーに受け継がれ、ものの見方が変化し、自分で問題解決ができ、また内在化していた被抑圧体験を取り除き、自尊心を回復していく可能性が示唆された。

また、ピアサポートでも仲間の体験的知識が支援に活かされることがわかった。さらに、ピアサポーターとして退院促進支援活動を行う場合は、ピアサポーターに対するスーパービジョンの必要性や専門職の理解が必要であることが見出された。

これらのことから、今後さらに当事者による地域生活支援活動が専門職とは異なる独自の意味を持つ点をより実証的に明らかにすることと、当事者支援と専門職による支援との協働関係をどのように形成するかを検討する必要性が明らかになった。

参考文献

- ・安積遊歩・野上温子(1993)『ピアカウンセリングという名の戦略』育英舎。
- ・Corrigan,P.W., Slopen,N., Gracia,G., Phelan,S., Keogh,C.B.& Reck,I.(2005) Some Recovery Processes in Mutual Help Groups for persons with of Participant Interviews, *Community Mental Health Journal*, Vol.41 ,No6, 72 1-735.
- ・半澤節子(2001)『当事者に学ぶ精神障害者のセルフヘルプグループと専門職の支援』やどかり出版、147-152.
- ・藤井達也(2004)『精神障害者生活支援研究—生活支援モデルにおける関係性の意義—』学文社、189-210.
- ・石川到覚(1997)「福祉援助技術の実践的意義」

- 13-23、柏木昭・旗野備一編『医療と福祉のインテグレーション』へるす出版。
- ・岩田泰夫 (1998a) 「セルフ・ヘルプグループとは」8-18、『精神科看護』vol.25 No.7.
 - ・岩田春夫 (1998b) 「セルフ・ヘルプ運動」6-16、『精神科リハビリテーション』Vol.2 No.2.
 - ・岩田春夫 (1999) 「セルフ・ヘルプ運動」298-318、松下正明編『臨床精神医学講座第20巻 精神科リハビリテーション・地域精神医療』中山書店.
 - ・岩田泰夫・友宗かよ (2000) 「セルフヘルプグループの機能と現状－メンバーに対する機能を中心として－」723-7281、『作業療法ジャーナル』34.
 - ・加藤春樹・田中耕一郎 (2002) 「本道における地域小規模精神保健福祉資源の機能実態－資源の基本条件・目標設定と利用実態・有用感－」11-38、『北方圏生活福祉研究所年報』第8巻.
 - ・加藤真規子 (1998) 「セルフヘルプグループへのかかわり－セルフヘルプグループに参加したいと考える人のために－」24-28、『精神科看護』vol.25 No.7.
 - ・加藤真規子 (2004) 「光る町へ精神障害者ピアサポートセンターこら－るたいとうの6年」78-85、『精神医療』No.35.
 - ・加藤真規子 (2006) 「精神障害がある人々の自立生活の形成－ピアサポートセンターこら－るたいとうの実践－」187-215、『桃山学院大学社会学論集』第39巻第2号.
 - ・加藤真規子 (2009) 「ピアカウンセリング」64、『精神保健福祉白書2010年版 流動化する障害者福祉施策』中央法規.
 - ・Katz,A.H., (1993) *Self-Help in America* (久保絃章監訳 (1997) 『セルフヘルプ・グループ』1-10、岩崎学術出版.
 - ・久保絃章 (1981) 「セルフ・ヘルプ・グループについて」250-256、『ソーシャルワーク研究』6 (4).
 - ・久保絃章・石川到覚 (1998) 「セルフヘルプ・グループとは何か」2-20、久保絃章・石川到覚『セルフヘルプ・グループの理論と展開』中央法規.
 - ・前田ケイ (1981) 「セルフヘルプ・グループ」37-42、『公衆衛生』第10巻第3号.
 - ・牧野田恵美子 (1995) 「精神保健におけるセルフ・ヘルプ・グループと援助技術について－サクラメントセルフヘルプ・グループの自助活動をもとに－」133-141、日本女子大学社会福祉学会『社会福祉』第36号.
 - ・宮岸真澄 (2007) 「すみれ会の活動」16-20、『精神障害とリハビリテーション』11 (1).
 - ・Mowbray, C.T., Mocley, D.P., Thrasher, S., BybeemD., McCrohan, N., Harris, S. & Clover, G. (1996) consumers as communiity support providers : Issues Created By Role innovation ,47-67,*Community Mental Health Journal*,Vol. 32,No. 1.
 - ・宗像利幸 (2002) 「精神科リハビリテーションにおける最近のトピックス：当事者の相互支援活動－日本にもクラブハウス方式を－」43-48、『臨床精神医学』31 (1).
 - ・村山正治・上里一郎 (1979) 『セルフ・ヘルプ・カウンセリング』13.
 - ・中島啓之 (2009) 「上川中部圏域における精神障がい者地域生活支援事業の現状と課題について」北海道精神保健福祉士協会専門研修Ⅰ講義資料より2009年11月.
 - ・中村 幸 (2001) 「精神障害をもつ人のピアカウンセリング研究 (1)」343-360、『筑紫女学園大学紀要』13.
 - ・中村 幸 (2002) 「精神障害をもつ人のピアカウンセリング研究 (2)」255-273、『筑紫女学園大学紀要』14.
 - ・中西正司・上野千鶴子 (2003) 『当事者主権』岩波書店.
 - ・中田智恵海 (1997) 「セルフヘルプ・グループと専門職との関連について先行研究の批判的検討」39-47、『武庫川女子大紀要(人文・社会科学)』45.
 - ・中田智恵海 (1998) 「日本におけるセルフヘルプグループの今後の可能性と発展」38-42、『精神科看護』vol.25 No.7.
 - ・西山久子 (2002) 「実践ピアサポートおよび仲間支援活動の背景と動向－ピアサポート/仲間支援活動の起源から現在まで－」81-93、『岡山大学教育実践総合センター紀要』第2巻.
 - ・野口裕二 (1989) 「セルフヘルプ・グループの原点 AA(アルコホリックス・アノニマス)」28-33、『こころの科学』28.
 - ・大石由起子 (2007) 「ピアサポート・ピアカウ

セリングにおける文献展望」107-121、山口県立大学『社会福祉学部紀要』第13号。

・岡 知史 (1990) 「セルフヘルプグループの概念をめぐって—欧米の代表的な概念の研究を参照しながら—」102-127、日本社会福祉学会『社会福祉学』第31巻 第1号。

・岡知史 (1992) 「セルフヘルプクリアリングハウ：その実例と問題点」5-49、上智大学文学部『社会福祉研究』。

・岡知史 (1995) 『セルフヘルプグループ (本人の会) の研究 第5版』 341-407、自費出版。

・岡知史 (1996) 「セルフヘルプグループの援助特性について」1-19、上智大学文学部『社会福祉研究』。

・岡 知史 (2000) 「セルフヘルプ運動」718-722、『作業療法ジャーナル』34。

・坂本智代枝 (2007) 「精神障害者のピアサポートの有効性の検討—退院促進支援事業における当事者自立支援員のグループインタビューを通して—」301-314、『大正大学研究紀要』第92巻。

・坂本智代枝 (2008a) 「精神障害者のピアサポートにおける実践課題—日本と欧米の文献検討を通して—」67-79、『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』第57巻。

・坂本智代枝 (2008b) 「精神障害者のピアサポートにおける実践課題—当事者とパートナーシップを構築するために—」172-190、『大正大学研究紀要』第93巻。

・坂本智代枝 (2008) 「エビデンス・ベースト・ソーシャルワークの特質—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的研究の試み (特集：エビデンス・ベースト・ソーシャルワーク)」47-55、『ソーシャルワーク研究』34 (1)。

・ Salzer, M. S. A Shear, S. L., (2002) Identifying Consumer-Provider Benefits in Evaluations of Consumer-Delivered Services, *Psychiatric Rehabilitation Journal* vol.25 281-288.

・ 榮セツコ (2009) 「ピアヘルパー」63、『精神保健福祉白書 2010年版 流動化する障害者福祉施策』中央法規。

・ Solomon, P. (2004) Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients, *Psychiatric Rehabilitation Journal*

392-401.

・ Solomon, P. (2007) 講演会「当事者運営サービスを、科学的根拠に基づく実践 (EBP) に発展させるための研究的課題」と「サービス提供者としての精神障害当事者—日本でこの視点を導入することの重要性と展望」の配布資料より 1-II 2007.8.

・ Solomon, P. (1998) 「精神障害リハビリテーションの提供者としての当事者チームを育てる—精神障害リハビリテーションの技術」98-116、コリガン・ギフオート編『チームを育てる—精神障害リハビリテーションの技術』金剛出版。

・ 滝 充 (2004) 「ピア・サポート・プログラム」160-163、有村久春編『生徒指導・教育相談研修』教育開発研究所。

・ 田中秀樹 (2002) 『精神障害者の地域生活支援』147-175、中央法規出版。

・ 谷本千恵 (2004) 「セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討—看護職はSHGとどう関わるか—」57-64、『石川看護雑誌』vpl.1.

・ 寺谷隆子 (1998) 「セルフヘルプグループの広がり—ピアカウンセリングへ向けて—」19-23、『精神科看護』vol.25 No.7.

・ 寺谷隆子 (2008) 「当事者による支援技能と支援システム—もう一つの支援形態「相互支援」」169-183、

『精神障害者の相互支援システムの展開』中央法規出版。

・ Toffler, A. (1980) "The Third Wave" William Morrow, New York (徳岡孝夫訳 (1982) 『第三の波』中公文庫)。

・ 山内はるひ (2007) 「仲間の力を活用したかわり：山本病院における退院促進支援事業の実践報告」21-24、『精神障害とリハビリテーション』Vol.11 No.1.

・ 山崎喜比古・三田優子 (1990) 「セルフ・ヘルプ・グループに関する理論及び論点の整理と考察」76-87、『保健医療社会学論集』第1号。

5・横式多美子 (2000) 「ユーザーの活動」127-131、村田信男他編『精神障害リハビリテーション—21世紀における課題と展望—』。

・ JHC 板橋会 (2006) 『ピアカウンセリング・ピアアドボカシーセミナー』169-183。

【実践報告】

「引きこもり」の解決とは何かを問い続ける

全国引きこもり KHJ 親の会家族会連合会北海道支部事務局長 田 中 敦

要旨：引きこもり家族会の活動を通して見えてきたことは、引きこもりとは、社会的な影響を帯びながらも重層化した引きこもり親子関係の感情の上に形成されていることであった。そのプロセスを理解し、整理し、次にいかすことが求められた。また引きこもり支援にまず必要なものは、就労支援ではなかった。それよりもむしろ社会化機能が必要であり、そこでの有意義な仲間づくりを通して達成感や自己充実感を蓄積していくことが引きこもりからの第一歩であった。そして最終的な引きこもりの解決は引きこもりからの脱出ではなく、引きこもり感情をもちつつ引きこもり者が主体的に育つことにほかならなかった。そうした柔軟な支援のあり方が求められている。

Keywords：引きこもり、生活機能障害、自己充実感、社会化機能、自立

I. はじめに

全国引きこもり KHJ 親の会家族会連合会 42 支部登録会員 6,620 家族 (2009 年度) の思いは、「我が子がいつになったら社会に出て行くのか」という願いであり、家族が元気のうちになんとか自立してほしいという期待にほかならない。

しかし、その一方で「我が子を社会にどうやってつなぐか」という家族の希望は、引きこもり者の思いとは相反するところがあったことも否定できない。すぐに就労自立できるのであれば引きこもる必要はない訳であり、家族が我が子の気持ちを理解せずには早急な解決策を急ぐあまり、強引に病院へ連れて行こうとしたり、施設に強制的に入所させようとする行為も見られたことも事実である⁽¹⁾。その結果、残念なことに引きこもり者を追いつめ、失踪行方不明、自死させてしまったケースもまた全国に散見している⁽²⁾。

今こうした教訓から、引きこもり家族会に参加する親たちは、自分たちの我が子への向き合い方を見つめ直し、引きこもり者の気持ちに近づき、可能な限り彼らの思いを理解しようとする努力プロセスを積み上げ続けてきている。また、引きこもりの解決は就労することであり、それが本当の自立としてとらえられるべきものなのか、ということについても再考し続けている。

本稿では、まだ結論が出ないまでも、こうした引きこもり親の会の臨床活動実践を通して少しずつ

整理されてきた引きこもり者の親子関係の理解とその解決とは何かという命題への一定の探求し続けてきた実践活動の経過報告である。

II. 推計値でしか判明しない引きこもり者の実態

まず、引きこもり者の数値について整理しておきたい。これまで研究者によっては全国に約 100 万人であるとか、約 360 万人であると言われてきた⁽³⁾。全国引きこもり KHJ 親の会家族会連合会に至っては、全国に約 160 万人推計と報じている⁽⁴⁾が、この数値には不登校や NEET、フリーターなど不安定生活を強いられている無業または低所得者層の若者たちが含まれていることで理解する必要がある。

厚生労働省によれば 2004 年度に行われた厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査研究」において、20 代から 40 代の対象者 1,186 人のうち、「引きこもり」を経験したことがある者は 1.2%、「引きこもり」状態にある子どもを抱える家庭は、調査対象者 2,974 人に対して 0.67% であり、全国では約 32 万世帯になると推計されている⁽⁵⁾が、この調査も全国の主要都市レベルを対象としたものではない弱点がある。

最新の調査で言えば、2007 年度に東京都青少年・治安対策本部が行った「若年者自立支援調査研究」の中で「引きこもり実態調査結果」を発表

している⁽⁶⁾。この中では、15歳から34歳までの東京都内における引きこもり者の出現率は0.72%で、都内だけでも約25,000人と推計、引きこもり状態にある若者との親和性が高いと判断される者(引きこもりたい感情が高い若者)まで広げれば都内だけで約16万人に及ぶと報告している。大都市圏で引きこもりに特化した調査を行ったのはこれがはじめてであり貴重であるが、対象年齢が35歳未満までと限られ、高年齢の引きこもり者はこの範疇からはずれてしまっている点が課題として残る。

2000年度から2002年度の厚生労働科学研究「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」では、引きこもり者の平均年齢が26.7歳、引きこもりの発生平均年齢も20.4歳⁽⁷⁾、全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会で行った2009年度の家族会会員調査では、引きこもり者の全国平均年齢が30.2歳(男性平均年齢30.3%、女性平均年齢29.3%)、引きこもり発生平均年齢は21.2歳、引きこもり期間も平均8.8年(最長40年)と年々長期高年齢化しており⁽⁸⁾、引きこもりの実態把握や支援の枠組みに年齢制限を設けるのは、もはや時代遅れと言わざるを得ない。

いずれにしても、引きこもりの数値的な実態は、都道府県・市町村単位にある引きこもり相談を受け付ける相談機関窓口を訪れた数値や引きこもり家族会に参加した数値という氷山の一角でしか把握できず、推計値域を脱することがいまだできないまま、全国に数十万人に及ぶとしかいいようがない現状である。2009年度仙台で行われた全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会の全国大会では、自分たちが住む身近な居住地域にも結構引きこもりがいることが報告され、各地域にいる民生委員児童委員が引きこもりの実態を把握してはどうかとの意見提案もなされた⁽⁹⁾。沖縄県では、すでに県内26市町村を対象に地域若者サポートステーションが主体となり、民生委員児童委員への実態調査が行われ、学校に行かず、仕事にも就いていないNEETや引きこもりの若者が地域にいと答えた民生委員児童委員が30%を超えたことが明らかにされた⁽¹⁰⁾。引きこもり者が地方都市にもかなりいることが掘り起こされた今回の

調査は興味深い、これをさらに全国各地に広げることには容易なことではない。

Ⅲ. 引きこもり親の会活動から見えてきた引きこもり親子関係の理解

こうした現状のなかで、たとえ氷山の一角にしても、引きこもり者本人やその家族が相談場面や引きこもり家族会に参加してくれることは極めて重要である。特に家族会や自助組織は、公的相談機関とは異なり、同じ悩みを抱えた当事者機能をもつだけに足を運ぶには敷居が低く、引きこもりに対する理解と共感をもちやすいが、その他方で同じ悩みを持つ同士で固まってしまう弱さをもっている。

その意味で毎月行われてきた家族会の月例会ではこうした当事者だけではなく、医師、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士などの専門職やボランティアなどの参加も積極的に受け入れ開放している。そして月例会では、学習教育機能を持たせ、これまでの親子のかかわりに気づき、気持ちを整理し、次にかかしていく勇気と希望が得られるよう工夫している。

図1は、引きこもり家族会月例会(group work)参加者(年次推移で2002年度平均29.5人、2003年度平均35.4人、2004年度平均34.3人、2005年度平均37.8人、2006年度28.1人、2007年度37.5人)の参与観察を通して学習されてきた引きこもり親子関係の感情を整理したものである⁽¹¹⁾。引きこもりは、長期高年齢化する側面があり、本人だけでなく親も同様に引きこもりに陥る形で引きこもりが形成され、引きこもり親子関係の感情は外円Aから矢印の方向に向かって内円Cへと進行するプロセスが見出された。

一番外側の円Aは初期段階における引きこもりの親子関係を示しているが、後の図2にも同様に示すように引きこもり者の家族に見られる①「不安焦り感」から始まる。「不安焦り」感とは、引きこもりが長期化することによって生じるものであり、この①「不安焦り感」は、家族を取り巻く社会的な圧力や世間体が加わり、さらに強まる傾向がある。具体的には親戚縁者から「このまま放置すれば大変なことになる。恥をかくのは親だ」

との指摘はその典型例であるが、こうした家族の①「不安焦り感」は、引きこもり者へのダイレクトな②「叱咤激励」の行為へと進む。引きこもり者の自室のドアを親が叩き怒鳴るように「いつまで引きこもっているのか、出てこい」と声を上げることをここでは意味するが、こうした行為によ

って、親と子の間には心壁がつくられ、ますます引きこもり者は、③「わかってくれない」とドアの向こう側に④「心を閉ざし」引きこもるようになる。それがまた家族の①「焦り不安」感を再び作り出すという悪循環である。

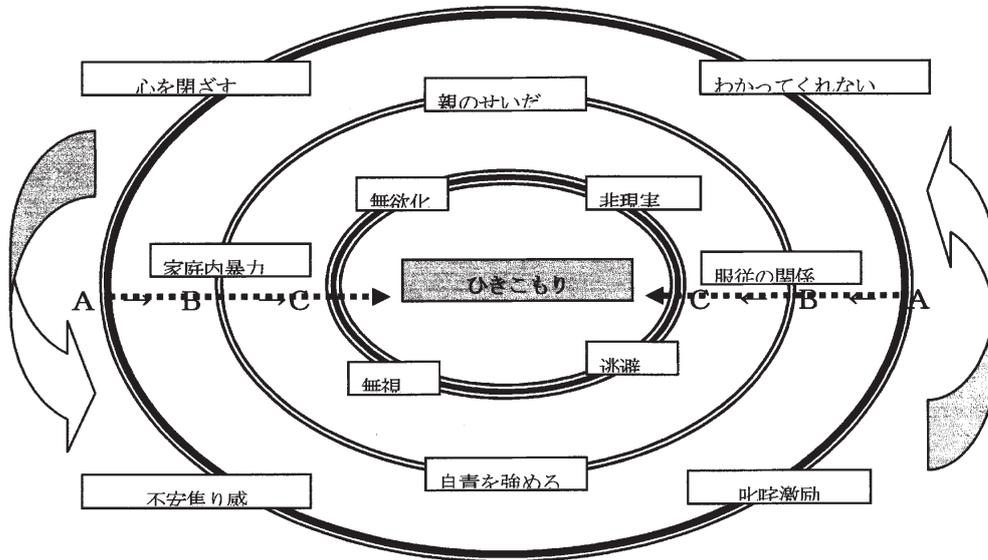


図1 田中敦「重層化する引きこもり親子関係の感情理解」

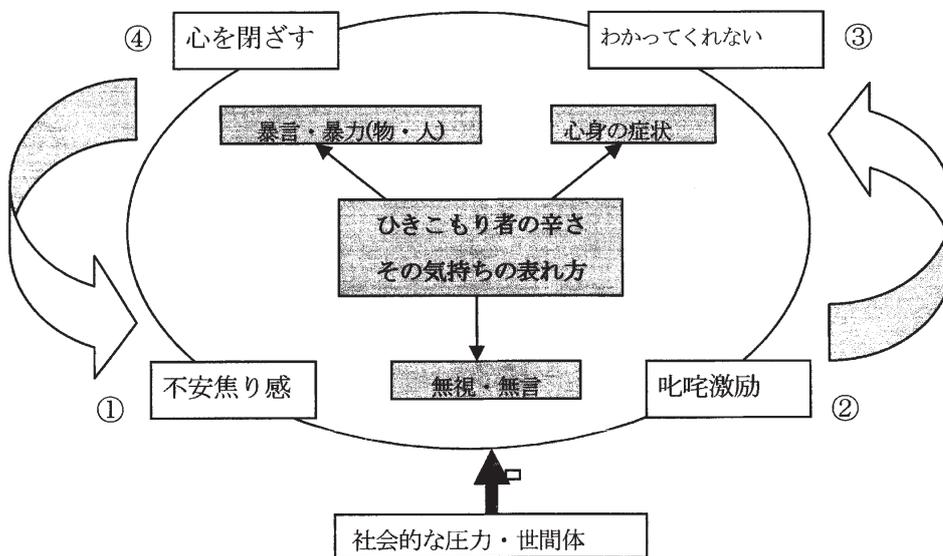


図2 田中敦「取り巻く社会と親子関係から生じる引きこもり者の気持ちの理解」

一般的に引きこもり者の家族が円Aの段階で、その行為の「まずさ」に気がつくことが少なく、そのまま矢印の方向へ向かって次の二番目の円Bへと進むことになる。円Aで見てきたように頑な

に閉ざした引きこもり者の心と家族との気持ちのズレは、その関係性にこじれを生じさせ、図2に示す「家庭内暴力」のほか、「心身の症状」の発症や家族への「無視・無言」行為が起こることが

ある。2000年度から2002年度の厚生労働科学研究「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」においても、家族間における家庭内暴力の発生率は19.8%であるが、対物家庭内暴力としての器物破損、支配的言動、家庭への拒否等は40.4%となっている⁽¹²⁾ことから問題行動への発生率は高いことが明らかにされている。

そうした様々な引きこもり者の辛さ、気持ちの表れ方で、大きな問題となるのが、親が子に従う「服従の関係」に陥ることである。この「服従の関係」は、一見子どもが親に依存しているように見えても、親が子どもに依存し、親が子どもを抱え込む姿も見られることがある。過大な金銭的な要求や親の過剰な干渉もその例であるが、親が子どものこうした要求を拒否することなくすべて受け入れてしまうのは、子どもが引きこもったのは親の子育てに原因（親のせいだ）があると思込まれるところがあるためである。例えば、あるとき忘れかけていた幼き子ども時代にあった親の過去対応の問題点をエピソードとして引きこもり者本人から、その怒りを聞かされた親が、すっかりと親としての自信を失い「自責を強め」親と子が逆転した関係に転落することがある。親が子どもの言いなりになっていくのは、そうした経験があるからである。

こうした親子が逆転した関係性を修復するには、子どもの感情に惑わされず冷静に見つめ親ができることと、できないことを整理する必要がある、そのためには引きこもりをよく熟知した第三者の介入が欠かせない。しかし往々にして引きこもり者の親は自分たちだけで抱え込む。その結果最終的に矢印の方向に向かって最後のもっとも内側の円Cへと進むことになる。それは慢性的な状況の円Cである。

ここまでくると親は引きこもり者を「どうしようもない子」として「無視」し、我が子と積極的なかわりをしなくなる。同じ屋根の下に生活しながら親は引きこもり者を見て見ぬふりをする。引きこもり者は、ひたすら静かに外界との接触を断ち部屋に引きこもることになる。具体的に

は、父親が休日になると「俺、飲み会だから」と言って家を不在にすることが多くなる。引きこもり者本人からの「逃避」である。

こんな父親に落胆した引きこもり者は「非現実的な世界へと没頭するようになる。例えばゲームに依存したり、インターネットに依存したりする、その中で自分の自己実現をはかり、今ある現実をある意味否定し、「非現実」の世界に活路を見出すようになる。ゲームやインターネットが悪いのではなく、こうした世界に行かざるを得ない引きこもり者の気持ちを理解せねばならない。そして引きこもりにとってさらに問題になるものは、こうした親子関係によって作りだされていく「無欲化」の事態である。引きこもり者が親からのお小遣いも拒否し、もう使わないからと取得した運転免許証まで返却する事例もある。自分が自分を排除し続け、挙げ句の果てに大好きだった音楽CD1枚も購入しなくなってしまう。人間が「無欲化」になると支援が困難となり、同時に社会参加が難しくなることから、以上述べた単層ではない三つの重層化した円A・B・Cによって形成される親子関係に陥らない支援が求められる。

参与観察を通して感じることは、支援者に認めてもらいたい以上に、引きこもり者の多くが家族、特に親に認められたい、という気持ちがあるということである。現に「わたしの子でよかった」と親が子を受け止め、そのかわり方にちょっとした変化があったことによって、我が子の表情や行動に変化が見られた事例が多くある⁽¹³⁾ことは、「引きこもり支援は家族支援」と言われるごとく、引きこもり者の気持ちを受け止め、理解する家族がそこに求められる所以でもある。その意味で親としてのかかわり方の気づきと勇気と希望を得て、引きこもり親子の感情がこじれ最悪な状態にならないように改善していく努力プロセスを引きこもり親の会の月例会の中では実践する必要がある。

IV. 引きこもりのゴールは就労なのかの探求

以上のように引きこもり親子の関係性と引きこもり者の気持ちを受け止め、理解するだけでも、引きこもり者本人が落ち着きを取り戻し、元気に

なっていくことが多い。しかし残される最終的な課題がある。それは引きこもりの家族や引きこもり者本人とのかかわりを通して親子が加齢していくなかで常にぶつかる最終的な「就労」という問題である。

引きこもり者と接していると「就労したくない」とこたえる者はほぼいない。だからといって明日からアルバイトをしてみようと言っても行かない。それでやっぱり働きたくないのか、となる。

ある引きこもり当事者からは「千円でもいいから働いてみたらどうだろうか」という問いに対しては「千円で働けるところがあるのか」と言われたことがある。そして「働きたいが今は無理」「それよりもまだやらなければならないことがある」という回答が戻ってくる。「就労」の話題になると交わす言葉がなくなることもある。

また、こうした事例もあった。2006年度から若者自立塾と連携し、若年無業者状態にある若者にIT業界での雇用を前提とした研修や働く環境の選択肢として「在宅勤務」の可能性を検討し続けてきた株式会社SOC総合研究所代表取締役の本間賢一によれば、「結論から言うとまだ一人も正社員として働いて頂けていない。正社員としての内定通知を出した方もいたけれども、内定通知を出すとそれが重荷になるのかなかなか入社が実現しないという状況だ。結果として一人も成果を出していないものだから、採用基準とか働く環境とか、仕事のやり方についても若年無業者の皆さんに合わせていかないとまずいのではないかと我々も反省をした」⁽¹⁴⁾という。

雇用される場があっても、採用内定通知を出しても「働けない」というのは、引きこもり者特有のものではないだろうか。それこそいつ来てもいつ帰ってもいいみたいな自由企業があればいいのかもしれないが、現実的にはそんなことはあり得ない。

労働を取り巻く環境の激変によって働きたくても仕事が決まらない、やりたい仕事が見つからない、何かやれるものがあればとりあえず働くといったフリーターなら、職業教育訓練などの就労支

援と働き口が確保されれば、大方事足りることになる。しかし、引きこもり者にはこれが一部分適用されてもこれがすべてであるか、ということにはならない。ここにフリーターと引きこもりの大きな違いがあるのかもしれない。

その理由を裏付ける資料として2003年に内閣府、経済産業省、厚生労働省、文部科学省にまたがる1府3省合同で策定された「若者自立・挑戦プラン」を受け、2005年度からすすめられ2007年度には全国30箇所まで拡充されてきた「若者自立塾（現在全国28箇所）」やこれに続く2006年度から厚生労働省がすすめてきた「地域若者サポートステーション（現在全国92箇所）」の取り組みを挙げることができる。

「若者自立塾」は財団法人日本生産性本部が実施する若年無業者のための助成事業として3-6ヶ月間、合宿形式で集団生活を行うとともに職場体験やワークショップを行うものである。「地域若者サポートステーション」は地方自治体や地域の若者支援機関と連携した包括的支援の窓口として、無業の状態にある若者とその保護者に対し、専門的な相談、各種プログラム、職場体験、地域ネットワークを活用した支援など、多様な就労支援メニューを提供する事業である。いずれも厚生労働省が若者の職業的自立を支援するために設置したものであるが、2009年11月政府の行政刷新会議（議長・鳩山由紀夫首相）はこの「若者自立塾」事業（約3億7500万円）について入塾者数が昨年度で予定の1200人を大幅に下回る490人だったと指摘。「64万人いるNEETの中で、0.1%未満を対象とした事業に意味はあるのか疑問、利用者があまりに少ない」との判断で廃止を表明した⁽¹⁵⁾。

そもそもNEET支援の中に引きこもりが包含される形で両事業がすすめられてきたが、開設当初から引きこもり者の利用はとかく低迷していた。特に「若者自立塾」については、引きこもり者が苦手とする集団生活や寮生活を強いられることで、ある地域では自殺者が発生⁽¹⁶⁾したり、「地域若者サポートステーション」においては就労を目指

す事業が前提に出るあまりプログラム参加中に対人関係トラブルや挫折を起こす引きこもり者の報告が聞かれることがあった。両事業とも国庫事業であり、安易な予算削減には不安があるが、組織の成果としての就労自立率が求められるものであっただけに、そうした成果主義が競争労働には馴染めない引きこもり者の利用には、どこか無理があったのかもしれない。

田中俊英によると、引きこもりが長期化するに伴い現実を直視できず、できたとしてもいわゆる一発逆転の発想（宝くじを当てる等）に陥ってしまうという。「一発逆転」とは一種の逃避かもしれないので、一般的に引きこもりが深刻になればなるほど、自立を意識しながら言語化はできるだけ避けるという、引きこもり独特の心理構造が働く⁽¹⁷⁾と述べている。引きこもり者は参与観察する限り「就労」に対する何らかの心理の規制によって、周囲から言われてすぐに働くということにはならないし、また職業教育訓練にも参加しないので、もっと別な角度からの支援が必要となってくる。中には潜在的に疾病や広汎性発達障がいも内在していることから、個人のうまれながらも特性にも注意していかねばならない。

図3は引きこもりの課題をICF国際生活機能障

害分類でとらえたものであるが、引きこもりの長期化に伴う、あるいは内在していた精神的な疾病・症状は、適切な「治療」行為をすることによってある程度矢印の方向に軽減できるものである。しかし個人と環境との相互作用によって派生する生活機能障害については医学的な治療では限界がある。とりわけ「就労」を含めた幅広い社会参加そのものが活動制限、参加制約されていることについて医療保健領域では無力と言わざるを得ない。その意味で、そこを軽減除去していくためには、まずもって引きこもり者本人の意欲を高め、達成感や自己充実感を蓄積させていくことが必要不可欠となる。

筆者は、引きこもり者の生育歴を家族会の月例会で聞かされることが多くあるが、だいたい恵まれない学校生活の中で友人関係も限定され、達成感や自己充実感が経験されず、どこか消化不良になっているところが見られる。引きこもり者はのりしろのない完璧主義的などころと周囲の目や評価には過剰に意識しているところがあるし、就労における人間関係や失敗に対する恐れも多々併せ持っている。いかにして達成感や自己充実感を蓄積させていくことができるかにかかっている。

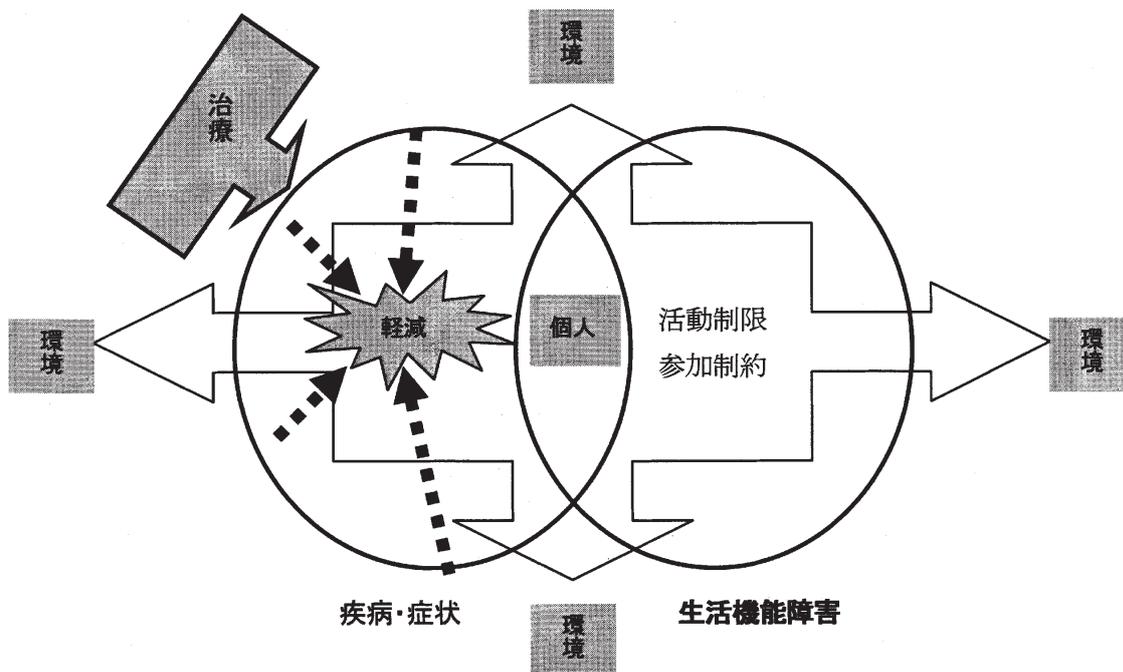


図3 田中敦「ICF国際生活機能障害分類で見た引きこもりの課題」

そのために図-4) に示すように、相談援助機能、社会化機能、学習教育機能、職能開発機能の整備拡充が求められ、矢印の方向に向かって、これら各段階を踏みつつ相乗効果を発揮することにより本来あるべき自立が成し遂げられるが、特にこの段階で重要なのは「社会化機能」である。

「社会化機能」とは、引きこもりの長期化によってつくりだされる「否定的自己像」から「達成感や自己充実感の育成」への取り組み、つまり達成感や自己充実感を「育む」機能を意味する。児玉隆治によれば、引きこもり者の社会生活を困難にしている要因で、その中核をなしているものが、対人不信、否定的自己像、自信の無さを挙げ、これらは発達障がい、長期引きこもり、いじめられ体験とも深く結びついていることを指摘していることは興味深い⁽¹⁸⁾。

そして、何よりもこの「育む」は、教え指導する教育行為とは異なり、引きこもり者が自分自身の心を操り、ほのぼのとした、無理のないどこか遊び感覚のある、人とのぬくもりのなかで、ふんわりと形成される「育み」であるということである。つまり、そこには自分との関係性、他者との関係性が求められる。失敗も許され安心が得られる居場所とそこでの有意義な出会い、仲間づくりが、そうした達成感や自己充実感を育む。

筆者らは 1999 年度からレター・ポスト・フレンド相談ネットワークという別組織を立ち上げ、2009 年度には特定非営利活動法人化を行ってきたところであり、2007 年度からこうした有意義な出会い、仲間づくりの中で「育む」居場所づくり

を行ってきた。おおむね 35 歳以上をメインにした集まり「SANGO の会」⁽¹⁹⁾ がそれであるが、開設当初 4 人だった参加者は 2009 年 10 月には 13 人までに増加、参加者の年齢幅も最高齢は 50 歳から最年少は 19 歳まで幅広く、大半は男性で占められ女性の参加は現時点で 2 人である。こうした居場所活動を通して元気を取り戻し、活動の幅を広げ、達成感や自己充実感を蓄積して社会参加につながることも少なくない。

同様にこうした引きこもり者の自助組織としての居場所づくりに取り組む社会福祉士・精神保健福祉士の野村俊幸も「悩みを持つ者同士が語り合うことがとても大きな力を持つことを実感した」⁽²⁰⁾ と述べている。野村俊幸もまた安心して自分の思いや悩みを打ち明けることができる居場所としての当事者組織の意義を見出している。このことは大変重要であるが、残念ながらこれまでの国の施策ではこうした支援が大幅に欠落している。近年、不登校支援はずいぶん充実し、状態に応じたきめ細かい対応ができつつあるが、引きこもり支援は、どちらかという相談援助機能が強化され、とかく近年は就労支援の名のもと職能開発機能が強調されてきたように思うが、それが「引きこもり支援のミスマッチ」をつくりだしていたように感じる。就労支援の手前など、もっと状態に合わせた柔軟かつ多様な支援が必要であり、達成感や自己充実感を成し遂げられる組織を地域に広げ、自立への第一歩として「社会化機能」を形成することが求められる。

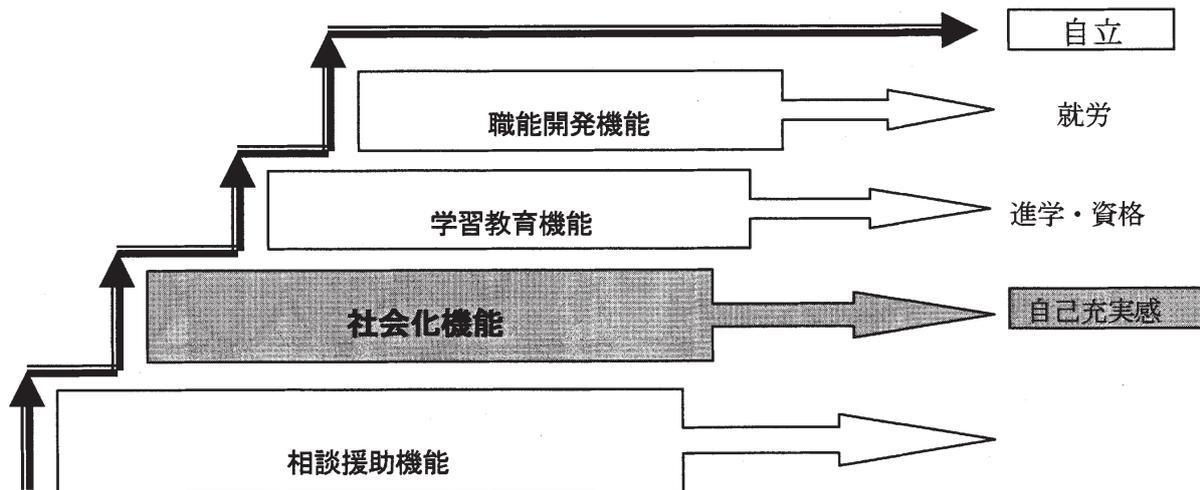


図4 田中敦「引きこもり者の自立支援過程における社会化機能の役割」

V. 終わりに「引きこもり感情を持ちつつ「主体的に育つ」支援を

さて、最後に引きこもり支援の最終的なゴールが就労とはならないのではないかと、というひとつの仮説をまとめて本稿を終えたいと思う。引きこもりの克服、引きこもりからの脱出という言葉は引きこもり者本人からは違和感があることが理解されることが多かった。働けさえすれば引きこもりは完全に解決するのか、という長年の問いに対して整理が付き始めたのはここ最近のことである。

長年引きこもりだった若者が就労に参加していくケースが少しずつであるが兆しとして見え始めてきたとき、ある引きこもり経験者から次のようなことを聞かされたのがその発端である。

「僕は今でも引きこもりである。外出も出来るようになり、仕事にも就いている。しかし僕の中には今でも引きこもり感情があって、エレベーターに乗るときでも今でも一人だけで乗ってボタンを押して行きたいという感情になる。この人見知りをする性格は一生変えられないと思う」、さらに続けて「たとえ就労したとしても自分に納得がいかないとすぐに離職するだろう。それでは結局は自立したことにはならず、挫折感だけが残る」と。

表面的な自立では自立とはならない。また引きこもり感情はどの人間にもあり、辛くなると引き

こもりたいと思いたくなるのかもしれない。その心情を変えるというよりはどこまで自分は自分で良いと受け入れられるようになるかである。

そして続けてこの引きこもり経験者は次のように語った。「でも、引きこもり感情が今でも僕の中にあっても、こうして働き続けることができるのは、僕が仕事などで辛いことがあっても総体的に『楽しい』という感覚があるからである」と。

4割が辛いことがあっても6割は楽しいと思えることだという。そうした感覚が持てるかどうかである。この引きこもり経験者は仕事の合間を縫って今でも引きこもり当事者の自助組織に参加し続けている。別の引きこもり経験者も語っていたが、こうした引きこもりの居場所は引きこもり当事者だけでなく、過去に経験をして今働いている人たちにも必要であるということである。むしろ仕事が軌道に乗るまでの道のりには幾多の試練があるから、居場所としての「社会化機能」は仕事をしていないとき以上に手厚く必要なのかもしれない。

不登校経験者が中心になって毎年開かれている「全道のつどい」の事務局を担当している実平奈美・斎藤俊樹は、そこに参加した不登校・引きこもり経験者からアンケートを取り集約しているが、その中に「楽しかった。大学や職場で出会う人たちよりも安心出来る感じがした(25歳・女性)」

「達成感がある。同じ経験をした人が集まっています、安心できる楽しさがある。参加すると一週間ぐらいは元気が続く（20歳・男性）」等という回答が見られた⁽²¹⁾。自分にとっての居場所があることの意義がここからも伝わってくるのである。

だが、真面目な引きこもり者に6割で妥協できるようになるには、それ相応の時間が必要であろう。また、総体的に6割の楽しさをこの競争労働社会の中でどのようにつくるかは難しい側面がある。そこにはこれまでの仕事の働き方や生き方が問われることになるが、近年こうした不登校や引きこもり経験者が自ら社会的に起業していく姿⁽²²⁾もあることから将来への希望が全くないわけではない。周囲の価値にとらわれずに新しい生き方を模索する支援もまた求められ、どんな生き方であれ、社会参加する楽しさを経験したい引きこもり者を応援し、達成感や自己充実感を蓄積していかなければならない。

引きこもりの解決は、大人側からすれば確かに「就労」であろう。しかし、引きこもり当事者側からすればそれは異なる点があったということである。引きこもり支援を早急に解決しようとする親子は悪循環の渦の中に入り込むことは、前述の引きこもり親子の関係性で理解したとおりでである。柔軟で多様な支援が求められる所以でもある。

2009年7月には、新たな法制として「子ども・若者育成支援推進法」が可決され、2010年度から本格的に始動することとなった。その対象を修学及び就業のいずれもしない子ども・若者その他の子ども・若者であって、社会生活を円滑に営む上で困難を有するものとし、その中に引きこもり者が含まれることになった⁽²³⁾。だが法律では年齢制限はないが、内閣府が示す資料では30歳代までと年齢制限を設けている点においてやはり課題が残る。また、この法律では「アウトリーチ」（訪問支援）が主要支援策として入っているが、2008年度にNPO法人淡路プラッツが行った「訪問型アウトリーチ調査報告書」によれば、純粋の引きこもり者への訪問はリスクが高く、親子関係が再構築された後に訪問することがポイントであると述べられている⁽²⁴⁾。訪問支援は家族との接触を持ち、第三者風を家庭に吹き込む点において有効

かもしれないが、適切なアセスメントを見極めない、あるいは社会福祉の価値とする人間のかけがえのない生命をないがしろにした直接的な引きこもり者へのアプローチは困難極めることが証明されている。この点は押さえておく必要がある。

引きこもり者は、どこかで現状を打開したいという思いがある。しかし長年の引きこもり経験からの挫折や心の傷によってすっかり自信を喪失している。達成感や自己充実感を育み、その失われた自信をどう回復していくか。そこには、人間が持つ引きこもり感情を全否定するのではなく、またそれを捨て去ることが解決ではなく、自立とは揺れ動くプロセスととらえ、引きこもり感情を持ちつつ、引きこもり者が主体的に育つことを認めていくことにほかならない⁽²⁵⁾。そうした仕組みと柔軟な支援が今、求められている。

注)

- (1) 芹沢俊介ほか『引きこもり狩りーアイメンタルスクール寮生死亡事件／長田塾裁判』雲母書房（2007年）。
- (2) 田中敦「引きこもり者のゆくえ」『グローバルシニクス特集顔が見える・言葉を交わす僕たちのネットワーク』情報センターISISネットワーク刊行（2008年12月号）。
- (3) 斎藤環『社会的引きこもりー終わらない思春期』PHP新書（1998年）では、推計値で100万人と述べている。また原口一博総務相は、うつ基本法とひきこもり基本法の制定に向けて検討を始めるべきだと提案した2010年2月5日の自殺総合対策会議のなかで、ひきこもり推計値を360万人と発言している『朝日新聞』（2010年2月5日）。
- (4) 詳細は、全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会HPを参照。
<http://www.khj-h.com/kouzou.htm>
- (5) 三宅由子・立森久照・竹島正・川上憲人『地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査平成16年度のまとめ』平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）（2005年）。
- (6) 東京都青少年・治安対策本部「引きこもり実態調査結果」『若年者自立支援調査研究』（2008年2月22日）下記サイトを参照。

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2008/02/60i2p200.htm>

- (7) 伊藤順一郎ほか「地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン」JHO (2004年)
- (8) 境泉洋ほか『「引きこもり」の実態に関する調査報告書⑥—NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会における実態—』(2009年3月)。
- (9) 全国引きこもり家族会—支援者代表交流・研修会 in 仙台大会 (2009年11月7-8日)。
- (10) 『「ニートいる」3割 26市町村で実態調査 民生委員 若者支援に意欲』沖縄タイムス (2009年2月19日)。
- (11) 引きこもり支援において家族関係、特に親子関係が重要であることは、田中敦『「ひきこもり」からの第一歩を考える』『北海道地域福祉研究第9巻』(2006年)、田中敦「成人期における『居場所』づくりの必要性」『北海道地域福祉研究第11巻』(2008年)、田中敦「引きこもり」の長期化がもたらす引きこもり親の会における今後の課題『北海道地域福祉研究第12巻』(2009年)でも論じてきたところである。
- (12) 伊藤順一郎ほか、前掲書 (2004年)。
- (13) 芹沢俊介『もういちど親子になりたい』主婦の友社(2008年)。
- (14) 北海道労働局受託事業『若者自立支援シンポジウム—若者が直面しているもの—今そして未来に向けて報告書』ジョブカフェ北海道(2007年12月8日)。
- (15) 「ドキュメント・鳩山予算：廃止判定、募る不満『仕分け人よ、現場も見て』『毎日新聞』(2009年11月15日 東京朝刊)。
- (16) 武智敦子「連載・ひきこもりの周辺③『ただ、

生き延びて欲しい』—長期化や高齢化が新たな課題に』『北方ジャーナル』(2010年2月号)。

- (17) 田中俊英『「ひきこもり」から家族を考える—動き出すことに意味がある』岩波ブックレットNo.739 (2008年)。
- (18) 児玉隆治「精神科医療ができること出来ないこと」『全国引きこもり家族会—支援者代表交流・研修会 in 仙台大会資料集』(2009年11月7-8日)。
- (19) 社会福祉法人 全国社会福祉協議会「地域に根ざすボランティア・市民活動実践事例」にレター・ポスト・フレンド相談ネットワークの事業として SANGO の会が紹介されているので下記サイトを参照。
<http://www3.shakyo.or.jp/cdvc/volunteer/gogoV/archive/files/08036.html>
- (20) 野村俊幸『わが子が不登校で教えてくれたこと—改訂版』文芸社(2009年)。
- (21) 実平奈美・斎藤俊樹「不登校・登校拒否を考える『全道のつどい』—青年たちにとって参画することの意味—」2009 全道合同教育研究集会第24分科会発表資料(2009年11月14-15日)。
- (22) NPO 法人東京シューレ『学校に行かなかった私たちのハローワーク』東京シューレ出版 (2005年)。
- (23) 内閣府・共生社会政策統括官「青少年育成」の下記サイトを参照。
<http://www8.cao.go.jp/youth/index.html>
- (24) NPO 法人淡路プラッツ・大阪府ニートサポート事業委託調査『訪問型アウトリーチ調査報告書』(2008年)。
- (25) 山本耕平『ひきこもりつつ育つ—若者の発達危機と解き放ちのソーシャルワーカー』かもがわ出版(2009年)。