

北海道社会福祉研究

第28・29合併号

<北海道社会福祉学会第46回大会基調講演>

「社会福祉研究における現場の視点と研究の視点」	小 林 良 二	1
-------------------------	---------	---

<論文>

「高年齢引きこもり者」の就労自立問題と 今後の支援のあり方に関する検討	田 中 敦	3
成年後見制度の新聞記事に関するカテゴリー分析	鈴 木 道 代	12
コミュニティ・ケアの視点からみた精神障害者福祉政策の展開	畠 山 明 子	22

<調査報告>

地方小都市における精神障害者 地域生活体験型共同住居の実践と課題	結 城 佳 子	31
重度身体障害者と介助者の介助関係に おける感情労働場面のビデオ調査	菅 由希子	37
障がい児を抱える母親の養育上の想いについて —早期（療育）支援を受けた母親へのインタビューから—	今 西 良 輔	44
編集規程・投稿規程・執筆要領・査読報告書		49

2009年3月

北海道社会福祉学会

基調講演テーマ『社会福祉研究における現場の視点と研究の視点』（要旨）

東洋大学 小 林 良 二

報告者は、岩田正美・中谷陽明・稲葉昭英各氏との共編著である『社会福祉研究法』（有斐閣、2006年11月）をもとにして、次のような報告を行った。

第1に、社会福祉の研究には、現場の実務と直接かかわる“実践的”研究と、現場のそれと直接にはかわらない“学問的”（理論的）研究の2つのタイプがあるが、最近、社会福祉の現場から研究者になることをめざす大学院生が増えており、そのような人々のもつ研究の特質を踏まえた研究・教育指導のあり方が問われている。

現場出身の大学院生のなかには、それまでのさまざまな実務経験を踏まえて、これを体系化するために研究を行うという人々がおり、このような院生は、いわば、実践と研究との幸福な結合をめざしているといえる。

またある院生は、現場におけるさまざまな課題に直面し、少し現場から距離を置いて、自分の実践を客観的に見直すために研究を志す場合もある。

さらにある院生は、現場の経験を踏まえた教育・研究をめざして、大学院での研究を志す場合がある。

このような人々が研究活動を行うには、客観的条件としての時間、場所、資金、環境を確保する必要があるが、それだけでなく、主体的条件として、研究対象からの距離のおき方、研究方法論の習得（分析、概念、理論モデル、考察方法などへの習熟）が求められることになる。

このことを考えるのによい素材が、上記テキストの第11章に収録されている高山恵理子「メゾレベルの評価分析」である。高山氏はこのなかで、自分の現場経験と大学院での経験を踏まえ、前者における「実体概念」の世界から、後者の「分析概念」の世界に移行するのがかなり難しかったと述べている。

現場で使用されるコトバは、“実体”の世界に属しており、そこでは一定のコトバについて、特に詳しい定義や説明をしなくても分かり合える状態にある。しかし、いったん研究の世界に入ると、そのようなコトバの自明性は剥奪されて、それぞれのコトバを一つ一つ定義しなおし（概念化）、さらに定義されたコトバ同士の関係を意識的に関連付けること（理論化）が求められることになる。

高山氏は、MSWとして長年の経験を踏まえて、MSWの仕事への貢献をどのように表現／評価するか、現場の実感の重要性をどのように社会に伝えてゆくか、MSWの職場への貢献を可能にする条件をどのように説明するか、というような課題を持って大学院での研究生活に入ったが、その際に、上で述べたような、実践の世界で使用する概念（実体概念）を研究の世界で使用する概念（分析概念）に組み替えるのにかなり苦労をしたという。

実際のところ、大学等での研究指導においては、先行研究の検討／問題意識の明確化、調査の設計と実施、データの収集と分析・考察、理論命題の導出と新たな課題の提示、などの研究サイクルに対応した指導が行われるのであり、これは、いわばあたりまえの研究の手続きである。

しかし、報告者の経験からすると、長年現場での実務に馴染んできた人々は、このような研究の手続きをやり過ぎて、問題意識や課題の提示から一気に結論や処方箋に走ってしまう可能性が高いのではないかと思う。つまり、ある問題や課題については、それらが自明の事柄であり、それに対する解決方法もいわばわかりきったことである、という思考法が存在しているように思われる。

これに対して、研究のもつ意味は、そのような自明性を一度括弧に入れ、問題意識、理論命題、データによる検証などの手続きにより、自分の考えとは異なる別の可能性があるのではないかという観点から検討を行い、これを通して、より普遍的な命題、すなわち、Aという主張は、Bという条件の下では成り立つが、Cという条件のもとでは成り立たないので、それらの両方の条件の下で成り立つより普遍的な命題はなにかと

というような考察を行い、その上で、命題Aのもつ範囲を限定してゆく、ということにあるのではないかと思う。つまり、実践の世界に対する研究の意義とは、自明性の世界（実体概念の世界）の再構築にあるのではないと思われる。

高山氏は、先ほどのテキストの中で、研究を通した「MSWとしての実感の検証」の意義について

- ・ 他の実践現場に適用できるモデルの構成
- ・ 業務責任範囲の再検討が可能
- ・ 現場の立場の相対化

を挙げ、このようなことが可能にするには、実体概念→分析概念→実践概念という世界の往復をする必要があると述べているが、大変興味深いことである。

第2に、大学等研究機関に所属する研究者については、一応、上記のような研究の手続きにより、これに基づく成果の提示が可能であるといえる。

ただし、研究の客観的条件としての時間、場所、資金、情報などは一応確保されてはいるものの、主体的条件としては、現場のリアリティ（実務）を知らないこと、あるいは、現場におけるコトバの果たす機能についての無理解があり、研究の世界におけるコトバをそのまま現場に持ち込むことによって、現場の関係者とのコミュニケーションが困難にする可能性がある。

このようなことを前提にして、報告者は、現場との協働研究による経験を踏まえ、現場に対する研究者の貢献として、つぎのような項目をあげた。

- ・ 現場における研究枠組みの提示
- ・ 現場への結果のフィードバック＝職員との共同研究
- ・ データの整理・分析・データの解釈に関する貢献
- ・ 「基準」作成の支援
- ・ システムの提案
- ・ 優秀な実践（good practice）の普遍化への貢献

などが可能であるとした。

結論として報告者は、研究者と現場の実務者は、お互いにそれぞれの立場を踏まえ、研究チームを構成することが最も重要であると述べた。

参考文献

岩田正美・小林良二・中谷陽明・稲葉昭英編『社会福祉研究法』有斐閣、2006年11月

「高年齢引きこもり者」の就労自立問題と今後の支援のあり方に関する検討

全国引きこもり KHJ 親の会家族会連合会北海道「はまなす」事務局長 田 中 敦

I はじめに

引きこもりが世間に周知浸透されてからほぼ10年余りの歳月が経過し、ある程度この現象については社会的に認知されつつあるが、依然としてこの課題をめぐる現況は混沌としたものがあり、解決に向けての糸口が見えない一面がある。

特に全国数十万人にも及ぶとされる引きこもり者本人の年齢が年を追う毎に加齢し、我々引きこもり家族会が設立して以来、2007年度の全国調査で平均年齢が30.12歳となり、統計を取り始めてから初めて30歳を超えるに至っている⁽¹⁾。

これまで引きこもりという現象が病名でも障がい名でもない、その状態を示す言葉として意図されてきた経過があり⁽²⁾、具体的な社会的支援の網から漏れてしまったり、支援の開始そのものが遅れることが少なくなかった。そのような状況のなかで現在、すでに定年退職した年金暮らしの親たちが我が子の面倒をみている。当然、迫り来る将来への「親亡き後の引きこもり者の生活はどうなるのか」という不安と焦りも高まり、引きこもり家族会ではこうした現実と向き合わざるを得なくなっている。いま全国各地の引きこもり家族会では親亡き後の生活保障を考える学習会が行われるようになっている。

そこで本稿では、我々引きこもり家族会としても切実な緊急課題となっている引きこもり第一世代としての概ね35歳を過ぎた「高年齢引きこもり者」の就労自立問題と今後の支援のあり方について検討することにしたい。これら高年齢の引きこもり者の中には親の病気や死去によって不幸にも今後の生活と自立をめぐる生死の瀬戸際まで追いつめられたり、生活上突如として訪れる漠然とした将来への不安感から反社会的行動に及んだり、さらには、社会参加から自ら撤退し、ますます心を閉ざして非社会的行動として自室に引きこもり続けてしまうケースがあるからに他ならない。今後の社会福祉における青年期、そして成人期段階での新たな対象領域としても検討が求められているところである。

II 「高年齢引きこもり者」の実態と今日的課題点

さて、まず初めに、ここで中心となる「高年齢引きこもり者」の実態についてその概要を我々引きこもり家族会の調査から述べたいと思う。ここで示される「高年齢引きこもり者」という言葉は筆者が設けた造語である。したがって一般的な定説があるとはいえず、「高年齢引きこもり者」にかんしては様々な見解があり、その区分にあたっては一致しているとは言えない。

例えば、長年医療機関の外来診療において引きこもり臨床を経験してきた中垣内正和（2008年）によれば、引きこもりの「高年齢」の区分を都会と地方では高年齢化の様相は異なることを指摘したうえで、高学歴になる大学院中退・修了の引きこもりの比率が高くなることを挙げ「高年齢」の基準を40歳ぐらいにしたほうが良いと述べている⁽³⁾。

また、2005年に内閣府政策統括官（共生社会政策担当）が発表した「青少年の就労に関する研究調査」では、付論として「中年無業者の実情」にかんする調査結果が報告され、35歳から49歳までを「中年」として位置づけている⁽⁴⁾。2002年度では全国に89万人いるとされ、北海道内では、2002年度で約2万人だったものが、2007年度には約3万人まで増加しているという⁽⁵⁾。こうした中年無業者は1999年から2000年初頭に発見されてきたが、この区分から判断すると「高年齢」は50歳以上となるものと推察される。

しかしこうした「高年齢」区分に対する意見が分かれるなかで、あえて筆者は概ね35歳を過ぎた引きこもり者を「高年齢」とすることにしたいと考える。なにゆえ概ね35歳という区分にこだわるかは、現在行われているフリーター対策やニート対策の支援範疇から外れる懸念と将来への不安が増すことを考慮してのことであることを押さえておきたい。

少なくともフリーターもニートも定義上における区分は15歳から35歳未満という年齢によって区分されているからである。2004年に提示された文部科学省、厚生労働省、経済産業省、内閣府にまたがる「若者自立・挑戦プラン」の中核的施策として全国展開

してきた「ジョブカフェ」事業は「34歳以下で正規の就職を希望するフリーターや就職活動をしている若者を対象」としているし、これに続く若者の包括的な就労支援策として2005年から開始された全国29箇所⁽⁵⁾に及ぶ「若者自立塾」もまた「35歳程度までの未婚の若年者」としていること、また2006年に開始された全国77箇所の「地域若者サポート・ステーション」も「一定期間無業の状態にある15歳～35歳の若者」とされ、いずれも特例以外は概ね35歳未満を支援対象の中心に据えていることから理解することができる⁽⁶⁾といえよう。

では、こうした概ね35歳を超える、「高年齢の引きこもり者」は一体今どれくらいいるのだろうか。全国の引きこもり家族会が行ってきた調査では、2007年度全国42支部会員数6410家族と14の準地区会との合計7920家族のうち、調査回答があった331人のうち77人（23%）が35歳以上の「高年齢の引きこもり者」となっている⁽⁶⁾。すでに40歳以上に達している人も20人（6%）いる。当然のことながら引きこもり期間も長期化し、今回の調査では引きこもり期間の平均が8.95年で、最長が25年だった。引きこもりが短期に終わるものではなく長期化し、今後さらに高年齢化が進行する可能性がある。

このことは北海道支部で行った調査でも同様の傾向が明らかである⁽⁷⁾。北海道支部「はまなす」が2007年に行った開設5周年を期に実施したアンケート調査結果では、回答を得た25人のうち引きこもり者の平均年齢は29.52歳（最高齢41歳、最年少20歳）で10代の引きこもり者はなし、20代11人（44%）、30代11人（44%）、40代3人（12%）となっており、30代のさらなる内訳で見ると概ね35歳以上の人は30代11人中7人となっており、35歳以上の引きこもり者は回答者25人中10人（42%）となる。過去データに基づく、2004年に行った回答者数35人による北海道支部「はまなす」による調査⁽⁸⁾と比較のうえで見ると、平均年齢27.61歳（最高齢38歳・最年少16歳）で、10代2人（6%）、20代20人（57%）、30代12人（34%）、40代なし、N.A 1人（3%）となっていることから、3年前の調査と比べても引きこもりが確実に高年齢化していることがわかる。

引きこもり期間についても同様で、2004年の調査段階では平均期間は約6.54年（最長17年、最低1年）で、1年未満1人（3%）、1～3年4人（11%）、4～6年14人（40%）、7～9年7人（20%）、10年以上6人（17%）、N.A 3人（9%）だったものが、2007年の調査では、引きこもり平均期間は8.16年（最

長15年、最低3年）、1年未満はなし、1～3年2人（8%）、4～6年7人（28%）、7～9年7人（28%）、10年以上9人（36%）と長期化の姿が見えてくる。

こうした引きこもりの長期・高年齢化の背景には家族会を含めた支援団体機関に直に足を向けるまでに一定の時間が必要とされていることが多く指摘されている。特に2004年に行った引きこもり家族会「はまなす」の調査では、「引きこもり家族会があることは分かっていたが躊躇する気持ちがあり、すぐに参加することができず、自分から探し求める気持ちがわいてこないと出向くことはできなかった」との回答が寄せられている。

世間に知られる抵抗感や恥の意識はよく聞かれるところであり、小坂田稔（2008年）によれば引きこもり対応においてその潜在化されたニーズを早期に発見対応できないことが引きこもりの長期・高年齢化を促進させてしまっていると述べ、そこには「意識の壁」、「情報の壁」、そして「制度サービスの壁」があると分析している⁽⁹⁾。

「意識の壁」とは、引きこもりの本人や家族がもつ世間に知られることに対する抵抗感と世間からの無理解による偏見や差別を指す。「情報の壁」とは適切な情報が必要とされる引きこもり者本人と家族に届いていないことを意味し、最後の「制度サービスの壁」とは申請主義、待ち姿勢、縦割り行政などに見られるどこか冷たい制度サービス体系としている。

これら指摘は硬直化した家庭への積極的な訪問サポートの働きかけや制度間の谷間を埋めるソーシャル・サポート・ネットワークづくりを検討していくうえでも重要な意見であるといえる。

また東京都が2006年7月から開設した引きこもり電話相談でも「高年齢」引きこもり者が予想外に多くいることが報告され、東京都が開設した引きこもり電話相談の対象者のうち17%が40代以上で占められていることが2008年5月5日の東京都青少年・治安対策本部の集計で明らかになっている⁽¹⁰⁾。東京都では15～34歳の若年者層を対象に引きこもり対策を進めていきたが、40代以上は「全く想定していない」

（同対策本部）と困惑気味、対象者のうち30～40代以上と10～20代の割合も同じで、若年層に多いといわれる引きこもりが、実際には「高年齢化」していることが浮き彫りとなっている。

本実態調査報告をまとめた高塚雄介によると「若年者層の引きこもりは心理的葛藤が主な理由だが、

40代以上は精神疾患の可能性があり全く別物。年長者の引きこもりは昔からあり、かつては山にこもるなどしていたが、現代では家庭にこもるしかないのでは¹¹⁾と意見を述べている。

しかし「高年齢」の引きこもり者を高塚雄介が言う「精神疾患」と「物理的空間」にその原因を求めるにはいささか説得力に欠ける。確かに我々引きこもり家族会でも、参加する親たちの引きこもっている子どもが長期・高年齢化することにより様々な精神的な疾患が発症することはよくあることである。しかしそうした「精神疾患」のみならず、むしろ引きこもり者が生まれながらに持つ気質、性格、そして知的には遅れがない軽度発達障がいと言われる弱さ、そして何よりもこれまでの恵まれない教育体験による自己肯定と自尊感情の喪失が社会適応を困難にしていることも軽視できない。だが、こうした人たちは今までの社会的な歴史を振り返れば特に大きく問題視されず、ごく普通に生活を営んでいたことを考えれば、家庭環境の変化やそれを取り巻く社会環境の激変が彼らの適応を阻んでいるともいえないでもない訳である。

このことを裏付ける資料として横浜市自立支援研究会が行った調査は参考になる¹²⁾。2007年、横浜市自立支援研究会が15歳以上35歳未満のニートや引きこもりの若年無業者ら約750人と市内の企業約1000社などを対象に実施したアンケート（回答者83人と316社）結果によると、ニートや引きこもり者本人の就労意欲について「正社員としてある」の回答が46.6%、「パート・アルバイト・派遣社員などとしてある」1.7%。「あるが不安が残る」34.5%を加えると8割を超えたのに対し、企業アンケートでは83.3%が「就労困難な若年無業者を雇用する意向はない」と回答。「雇用する意向はある」は14.2%に留まり、若年無業者にとって厳しい実態が明らかになっている。つまり引きこもり者がたとえ元気になって就労への意欲が高まったとしても厳しい現実の「社会の壁」にさらされ、就労できないまま家庭に再び長期的に引きこもらざるを得ないことになることが伺える。

同様に、引きこもり家族会「はまなす」の調査でもこれらの点は理解できる¹³⁾。2007年に行った調査で家庭にいる「引きこもり者の日常生活状態」（複数回答）について聞いたところ、アルバイトなどの就労をしている人は全くなしで、求職活動中も2人（5%）のみ。多くは趣味活動17人（45%）、家事手伝い7人（18%）、ボランティア3人（8%）と

なり、何もしていないという引きこもり者も3人（8%）いた。その一方で、新自由主義に基づく競争労働と成果主義に乗れない引きこもり者たちは、今後期待するサービスとして、「軽作業などの就労の機会を提供する」9人（23%）と「親子が自由に集える常設の居場所をつくる」8人（21%）を多く望んでいることがわかった。特に35歳以上の引きこもり者本人だけに絞ってみた場合でも24人中6人の調査結果（複数回答）から、軽作業の提供4人、居場所の提供3人となっており、引きこもり者が現状から何とか打開して段階を踏みながらも就労に参加したい意欲があることを受け取ることができる。

Ⅲ 家庭から社会への「架け橋」づくりの必要性

以上のことから、我々はこうした高年齢引きこもり者の期待に応えるべく「社会の壁」を打ち破って、いかにして今後、引きこもり者を家庭から社会へと繋いでいくことができるのか、その「架け橋」づくりを推進するために社会福祉としても大きな課題に直面しているといえる。

芹沢俊介（2002年）による引きこもりには往路－滞在期－帰路というプロセスがあり、こうした過程をしっかりと踏み切ることしか引きこもりからの生還はないという指摘¹⁴⁾は引きこもり者が就労自立へ到達するための過程でもあると言い換えることができよう。しかし、現実には引きこもり者が最終的なゴールとしての就労自立に到達するには幾多の困難があるといえる。特に35歳を超える引きこもり者は親も高齢がゆえに待ったなしの迫り来る現実を目の当たりにしている。

斎藤環（2008年）は、こうした高年齢引きこもり者の新たな段階の現実を「（働いて）より良く生きること」から端的に「生き延びる（サバイバル）」へと重心が移行してしまっていることを述べ、「高年齢化するひきこもりとライフプラン」の課題を指摘している¹⁵⁾。

全国の引きこもり家族会や様々なマスメディアを通して家族が倒れ亡くなり、その後の悲劇が伝えられたり、また将来を悲観して一家もろとも心中をするケースや自殺も散見している。そんな社会の煽りを受け引きこもり者をもつ親たちは自宅を改造して賃貸型用住宅にする方法やマンション経営、郡部への転居移住による農業での取り組み、保険を活用した親の財産の残し方、後見システム構築など残された時間の中での創意工夫が提示されてきている。

しかしその一方で小島貴子（2008年）による「就

労は福祉の問題である」⁶⁶という認識が求められ、野口誠（2008年）の「世間は決してあなたを見棄てていない」⁶⁷というメッセージを発し続けることの義務も求められている。「見棄てられない」こともまた、ここでいうサバイバルの一つなのだという。

確かに我々は人生において就労自立して家庭を築くことは重要な課題である。しかし、それよりも増して重要なものがある。それは生命・生存の保障である。社会福祉はこれを価値理念においてこれまで実践してきたはずである。このことを改めて問うていく必要がある。幸いにして、地域福祉を推進する民間福祉団体などを中心にしてこれまでの枠組みを超えた社会福祉の再構築が開始され、制度政策から漏れてしまう要援護者の発見、掘り起こしの活動としてインフォーマルな活動の見直しと期待が高まっている⁶⁸。

人間はお金が単にないという貧困だけが辛いことではない。貧困者の救済活動をしている湯浅誠（2007年）によれば、人間が極限まで追いつめられていく過程の中で「五重の排除」にさらされるという⁶⁹。ホームレスの人たちが関わらないで放置しておいてくれと頑なに生活保護などの支援の手を拒む姿は、引きこもり者にも通じるところがある。

中垣内正和（2008年）が指摘してきたように、特に35歳以上を超える「高年齢」者群の引きこもり者で引きこもり期間10年以上のケース、職業経験のある場合に治療反応が悪い⁷⁰という結果もそれを理解させてくれる。引きこもり者が一番辛いときに誰も手を差し伸べないで、冷たく排除され引きこもりが長期・高年齢化してきた結末は治療の過程においてもマイナスに現れる所以でもある。

湯浅誠（2007年、2008年）は、そうした「絶望」と「あきらめ」の淵にある人たちを救済するためには個人や社会の中に「溜め（capacity）」があることが重要と指摘する⁷¹。ここで指す「溜め」とは、「金銭的な溜め」のほか、「人間関係の溜め」や「精神的な溜め」を意味する。引きこもり者にとってもまさに「金銭的な溜め」以上に、家族はもとより多くの人たちとの繋がりをもって自己肯定と意欲をつくり出す「人間関係の溜め」や、これからの人生や生活に向かっていく精神的なゆとりや安心安定を得る「精神的な溜め」が求められているといえる。その意味で、狭められた「溜め」をどうやって回復し、蓄積していくかが引きこもり者自身の家庭から社会への「架け橋」づくりには必要不可欠となる。

湯浅誠（2008年）は、こうした「溜め」をつくり

出す条件を提示している⁷²。一つは組織的、社会的、政治的ゆとりが失われているなか、彼らを救済する既存の制度サービスの有効活用促進とサービスそれ自体を新たにつくり出す活動であり、まさにソーシャルワークの使命である。もう一つは「自分自身からの排除」から回復できる「居場所」づくりであると述べている。これらは引きこもり者支援にも同様に適用され、社会にある既存の社会資源を知らぬまま見過ごしている引きこもり者本人とその家族を漏れなく社会と繋ぐことであり、また家族会や当事者組織としての自助グループ活動にみる「居場所」づくりの促進を図ることに他ならない。

Ⅳ 北海道にみる引きこもり支援活動の史的展開

さて、北海道における引きこもり支援はどうなっているだろうか。簡単にその概要を述べてみよう。まず北海道での引きこもり支援活動は、1993年11月より開始した北海道立精神保健福祉センターをはじめ、札幌こころのセンターでの取り組みに先行例をみることができる。民間より先に引きこもり者のデイケア部門や家族会など引きこもりのグループ支援活動を展開してきた。

1992年には北海道立精神保健福祉センターの専門職であった金田廸代・竹岡由比らの尽力により引きこもり者の公機関外の居場所として「青年・家族・ボランティアの会」が設立された⁷³。また筆者らが開設した「レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク」は外出困難な引きこもり者等との接点をもつ手紙やインターネット・セクターを介したe-mail相談援助活動として注目されたのが1999年のことである⁷⁴。翌年の2000年3月には5年間引きこもり経験がある北海道新聞社記者の高尾晋が新聞紙上にて「閉ざされた心ーひきこもりの現場で」と題する引きこもりの連載記事を報道⁷⁵、筆者もその取材に応じ、北海道における引きこもり者の実態が徐々に明らかにされるようになる。

2001年には2年間にわたり北海道立精神保健福祉センター主催の「北海道心の健康づくり推進連絡協議会」において「社会的引きこもりの検討委員会」が設置され、筆者もその委員の一人となり議論を深めた。その成果は2003年に岩見沢において公開シンポジウムという形式で発表するに至った⁷⁶。

2002年5月には民間の引きこもり家族会として北海道では初めて「スペース・からころ」が、同年10月には筆者らが運営する全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会北海道「はまなす」が設立された⁷⁷。

全国としては第30番目の支部設立となった。

さらに2003年には厚生労働科学研究事業「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」の3年間の研究成果として「ひきこもり対応ガイドライン」が作成された²⁸⁾。これにより保健所・精神保健福祉センター、医療機関等における引きこもり相談の窓口対応が強化され、引きこもりに関する講演会学習会、さらには引きこもりの家族教室、そして引きこもりの家族会、当事者の会などが設立されるようになった。

現時点では、札幌をはじめ、千歳・小樽・函館・室蘭・苫小牧・岩見沢・滝川・旭川（上川含む）・帯広・北見・釧路などの主要都市の保健所等に引きこもり家族会が設置されている。近年では、静内などの町村郡部にも引きこもりの家族会が設置されるようになったほか、これとは別にNPOレベルでの引きこもり支援の取り組み、引きこもり当事者経験者自らが立ち上げた自助グループ組織も活発化し「居場所」づくりも盛んになった²⁹⁾。

しかし2003年以降からは「ニート（Not currently engaged in Employment, Education or Training）」という言葉が登場しはじめ、引きこもりがニートに次第に包含される形となって「ジョブカフェ事業」（全国46箇所・北海道1箇所）をはじめ、3カ月合宿型訓練施設「若者自立塾」（全国29箇所・北海道1箇所）や「地域若者サポート・ステーション」（全国77箇所・北海道2箇所）を中心とするニート対策として就労支援事業がすすめられていくようになる。

一方、2004年には「発達障害者支援法」が制定、翌年の2005年から施行されることにより、引きこもりが発達障がいとの関連で指摘されるようになると、その支援のおもむきは発達障がいへと傾斜していったように思われる。

札幌こころのセンターでは発達障がい領域の相談援助に力を入れてきたが、そこで知りあった家族たちが集まって、2007年には青年期になってアスペルガー症候群や高機能自閉症と診断された引きこもりの家族会「アスペルガー基地『みらい』」が結成されている³⁰⁾。

また最近では2005年の長田塾裁判に続く、2006年の愛知県で発生したNPO法人「アイメンタルスクール」監禁死事件や2008年京都府で起こった「丹波ナチュラルスクール」監禁虐待事件を受け、引きこもり者の生命と尊厳が重視される支援のあり方が問われはじめている。これまで見てきたように「親

亡き後はどうなるか」「ホームレスになってしまふ」という課題は切実なものがあり、その焦り感情から強引な引き出しに移行する家族も多い。だが、筆者の臨床経験から言っても引きこもり者がホームレスになる比率は高くない。それよりもむしろ自死する可能性を感じることもさへある。

その意味で、2006年の議員立法「自殺対策基本法」制定とそれに続く2007年の自殺総合対策大綱策定の動きは引きこもりにとっても大きいものがあつた。北海道内で年間1500人前後（札幌市内419人；2007年度）に及ぶ自殺者のなかに少なからず引きこもり者が含まれているということを忘れてはならない。

2008年3月、北海道立精神保健福祉センターでは、「ライフステージのこころの危機」に基づく、乳幼児期から老年期に至る「心の健康に関わる相談機関情報」をホームページ上に公開する作業をすすめているところであり、その中においても引きこもりが重要な支援対象であることが述べられている³¹⁾。

V 高齢引きこもり者の就労自立過程における課題

以上のような北海道における引きこもり支援の現状を踏まえたうえで、次に高齢引きこもり者の就労自立過程におけるさしあたりの当面の課題について整理してみたい。

先に触れたように、引きこもりはその状態をあらわす言葉であるが、芹沢俊介によればプロセスということになる。そうすると当然のことながら、引きこもり者のプロセス段階にあわせた支援を検討していかねば、最終的なゴールとしての就労自立ということには到達できない。

しかしここで注意しておきたいのは、引きこもりへの支援のなかには引きこもりの解決そのものが就労自立ではないとする論調もある³²⁾。そこにはたとえば表面的に就労しても内面的には孤立化したままで、就労しても早期に退職してしまうことや、就労したとしてもいきいきと過ごせない現実があることは考慮しなくてはならないし、他にも自立ではない「自律」としての多様な生き方があることもみていかねばならない³³⁾。

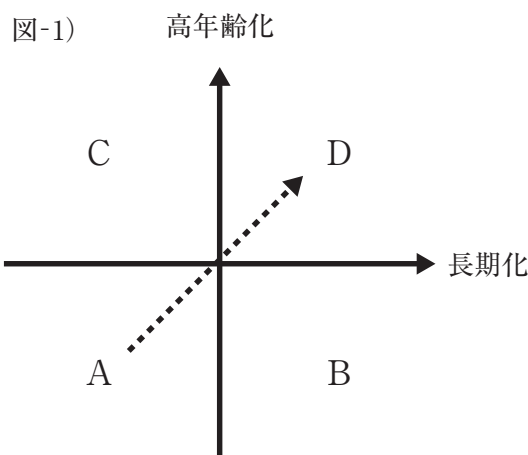
ただここでは、筆者が関係してきた引きこもり者のなかで、「就労したくない」とか「自立したくない」と語る者はいないことから、何らかの方法、ルートを通じて段階を踏みながら就労自立したいという希望は失っていないという点において、最終的なゴールを就労自立としたことを述べておきたい。

さて、まず次の図-1をみていただきたい。これ

は高年齢引きこもり者の就労自立を考えた場合の引きこもり者本人の「年齢」と「期間」との軸でとらえたプロセス尺度である。A領域からD領域に進むに従い、引きこもり者の長期・高年齢化が進行する。

特にこの「年齢」と「期間」はいわば社会生活上ごまかしのきかない、経歴上消すことのできない、そして過去に戻ることのできない事実である。そして、「年齢」については、玄蕃まみ（2005年）が指摘してきたように、依然としてわが国にある特有の区分であり、就労・雇用に際して位置づけられている一種の差別要因である³⁴。また「期間」についても、「人生はいつでもやり直しができる」はずなのに、履歴の空白に象徴されるような「やり直しを認めない」社会側の現実要因でもある。

このことについては、これまでにコンピュータ・プログラマーや派遣労働などの非正規労働者間で半ば公然と「35歳定年説」が囁かれてきた指摘³⁵や教育機関で長年キャリア教育を担当してきた鳥居鉄也（2005年）が就労に際して「履歴に切れ目があると事態は異なる」との指摘³⁶からも推測できるところである。ゆえに、高年齢引きこもり者の就労自立過程を考えるうえで、欠かすことのできない要因といえよう。



田中敦「引きこもり者の就労自立過程を考えるプロセス尺度試案」

図-1は芹沢俊介の指摘する引きこもり者がたどる往路-滞在期-帰路というプロセスがあるにしても、そのプロセスがどの年齢、どの程度の期間であるかによって諸事情は異なるのではないか、という仮説に基づいて筆者なりに作図したものであるが、就労自立を検討していくうえで、引きこもり者の現時点での年齢や、引きこもってきた期間は先に述べ

たように、ごまかしのきかない要因として就労自立するうえでの重要な尺度だとみていかねばならない。そしてこうした要因そのものが実は高年齢引きこもり者の就労自立に立ちはだかる大きな壁となっている。

ここで示されたA領域については年齢もその期間も小さく、引きこもり者が歩むべき往路-滞在期-帰路を踏めば社会的に就労自立できる可能性が広がるといえる。しかしD領域に行くに従い、その実現は一般的に困難になっている。特にニートの定義からも外れた35歳以上を超える高年齢引きこもり者がたとえハローワークに行ったとしてもその選択肢は限られ、たとえ対人スキルやコミュニケーション力、人間力などの職業訓練をしたとしても就労への可能性は時間を要し困難がつきまとう。また彼らの生涯設計や生活支援に至っては、これまでほとんど具体的なものがなされていないことから、これらをただ単に引きこもり者本人と家族の自己責任論ということで片づけられない反省が求められている。

この点については次に述べる蟻塚昌克（2008年）の見解が参考になる³⁷。つまり「平成に入って福祉需要は変化を遂げてきた。それに加えて貧困の拡大や閉じこもり、引きこもり、孤独死、いじめや排除など従来の分野別の福祉六法では対応できない事態が生まれている。社会の仕組みがドラマティックに転換するなかで、社会福祉はこれらを発見して十分にとらえることができなかった」と。

蟻塚昌克によれば、引きこもりをはじめとしたこれら諸問題の『発見に遅れた』というのである。もし早い段階に発見して何らかの温かな眼差しと支援が講じられていれば少なくともこれほどまでに不安に陥り悩むことは免れたかもしれない。このまま我々は「見て見ぬふり」をしていくのか、その責任が問われることになる。

政府もまた現状を重く受け止めてはいた。2000年に厚生労働省社会・援護局により提言された「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討委員会報告」の中では、現代社会の人々のつながりが脆弱化し、社会や社会福祉の手が社会的に援護を要する人々に届いていない事例が散見することが指摘されている。

だが、残念なことにここでは、社会的ストレス問題、孤独死、DV、外国人排除というタームを挙げるに留まり、引きこもりの名称は具体的には示されていない。そのことから政府もまたその『発見に失敗』していたといえまいか。

VI 今後の支援のあり方について

最後に今後の引きこもりの支援のあり方について意見を述べて本稿を終えることにしたい。政府は目下、成人年齢の引き下げを検討している。現在20歳を成人としていたものを18歳にするというものである。このことについては様々な考察と賛否があるだろうが、引きこもりの立場から言えば、引き下げは軽率な行為と言わねばならない。

例えば、広井良典（2006年、2008年）によれば、高齢者領域では高齢者を65歳から75歳未満までの前期高齢者と75歳以上からの後期高齢者とに区分しているように、子どもについても前期子どもと後期子どもに分けて考えるべきではないかと主張している⁹⁸⁾。後期子どもとは15歳から30歳代ぐらいまでを指しているが、わが国においては、ライフサイクルの根本的な変容への社会的対応が大幅に遅れており、広井良典は特に後期子ども期に対する支援策が大きく欠落し、社会の様々な矛盾がそこに集中していると分析し、そこへの社会的支援の強化とその層から声を制度政策に取り込む必要性を述べている。この指摘は的をえたものであると筆者は考えている。広井良典が言う後期子ども期の指摘を含め、社会福祉学分野においても青年福祉や成人福祉は欠落した領域だといえる。

社会的に『発見に遅れ』『発見に失敗』したからといってこのまま放置すれば、山田昌弘（2004年）が指摘する「希望格差社会」⁹⁹⁾、さらには「分裂社会」へと進む。それを阻止するための哲学と方法論が今後求められ、社会的排除から「社会的包摂（Social Inclusion）」への方策をすすめていかねばならない。東京都板橋区と首都圏大学東京の官学提携による引きこもり者の救済を視野に入れた生活保護自立支援プログラムの構築¹⁰⁰⁾や一般就労が困難な人たちへの中間的な就労の場の創設もコミュニティで始まってきた¹⁰¹⁾。

今後検討されるべき支援のあり方は、社会福祉学の準拠枠としてのパラダイムを用いて述べれば、ミクロ領域→メゾ領域→マクロ領域へと進めることである。つまり、いかにして個々異なる引きこもり者に対して丁寧な個別的な支援をすすめていくことができるか、そしてそのことをいかにして地域の課題として共通の問題意識をもち、様々な団体施設機関の人たちとの連携、協働として取り組むことが可能となるか、そして最後にそれをいかにして制度政策へと反映させていくか、という作業をすすめていくことに他ならない。

とかくこれまでの引きこもりに限らず青少年領域の制度政策論はどこかトップダウン方式で、マクロ領域→メゾ領域→ミクロ領域という方向であった。しかし今後は、その逆の方向、すなわち当事者を中心に据えたミクロ領域→メゾ領域→マクロ領域へといかにして反映させ成し遂げていくことができるかにかかっている。その意味で、我々引きこもり家族会が、どこまで引きこもり当事者と家族の声を集約し、地域社会の理解と共通認識のもと、制度政策へと発展させていくことができるか、その活動の結集と力量が問われている¹⁰²⁾。

注)

- (1) 境泉洋・川原一紗ほか『「引きこもり」の実態に関する調査報告書⑤－NPO法人全国引きこもりKHJ親の会における実態－』（2008年3月）。
- (2) 斎藤環『社会的ひきこもり－終わらない思春期』PHP新書（1998年）。斎藤環は精神疾患による引きこもりとの区別する意味で社会的引きこもりという用語を使用した。しかし今日では引きこもり者の多くが二次的障害として何らかの精神疾患を持っていることが多く、精神疾患の引きこもりと非精神疾患の引きこもりを区別することはあまり意味がないという見解になっている。
- (3) 中垣内正和『はじめてのひきこもり外来』ハート出版（2008年）。
- (4) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）『青少年の就労に関する研究調査』（2005年）。
- (5) 「急増・中年ニートに国も道も打つ手なし」『財界さっぽろ』（2008年7月号）。
- (6) 境泉洋・川原一紗ほか、前掲書（2008年3月）。グラフからの算出による。
- (7) 田中敦・吉田勇『「はまなす」の会5周年期における点検調査アンケート』集約結果報告書（2007年）。
- (8) 田中敦・吉田勇『ひきこもりへの支援を考える「はまなす」のアンケート調査結果』報告書（2004年）。
- (9) 全国引きこもりKHJ親の会岡山県支部津山・きびの会『厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）相談支援モデル報告書・研究テーマ：精神障害者および家族の相談員制度の効果的運用』（2008年3月）。
- (10) 「“高齢化”する引きこもり・40代以上も・都への相談で判明」産経新聞2008.5.5。

- (11) 同上新聞。
- (12) 『就労希望者8割、採用消極的企業も8割/横浜市「ニート」調査』神奈川新聞 2008.4.28。
- (13) 田中敦・吉田勇、前掲書（2007年）。
- (14) 芹沢俊介『引きこもるという情熱』雲母書房（2002年）。
- (15) 斎藤環「高年齢化するひきこもりの諸問題」『（青健シリーズ20）高年齢化するひきこもりとライフプラン』社団法人青少年健康センター（2008年）及び斎藤環「時代の風・ひきこもりの今」毎日新聞2007.12.9を参照。
- (16) 小島貴子「高年齢ニートの再チャレンジ支援」『（青健シリーズ20）高年齢化するひきこもりとライフプラン』社団法人青少年健康センター（2008年）及び同上新聞を参照。
- (17) 野口誠「福祉の現場からみたひきこもり」『（青健シリーズ20）高年齢化するひきこもりとライフプラン』社団法人青少年健康センター（2008年）及び同上新聞を参照。
- (18) 平野隆之「インフォーマルな福祉活動の広がり」と課題』『月刊福祉』全国社会福祉協議会出版部（2007年7月号）。
- (19) 湯浅誠『貧困襲来』山吹書店（2007年）。「五重の排除」とは「教育課程からの排除」、「企業福祉からの排除」、「家族福祉からの排除」、「公的福祉からの排除」、「自分自身からの排除」を指す。
- (20) 中垣内正和、前掲書（2008年）。
- (21) 湯浅誠、前掲書（2007年）や湯浅誠・河添誠ほか『「生きづらさ」の臨界－溜め、のある社会へ』旬報社（2008年）を参照。
- (22) 湯浅誠『反貧困－『すべり台社会』からの脱出』岩波新書（2008年）。
- (23) 「青年・家族・ボランティアの会」については次のHPを参照。
<http://seinen-kazoku-vo-kai.hp.infoseek.co.jp/top/>
- (24) 筆者らが運営する「レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク」については次のHPを参照。
<http://www.7a.biglobe.ne.jp/~retapost/>
- (25) この連載記事に関しては、精神障がい者らが運営する「のほほん工房（札幌）」の次に示すサイトにおいて公開されているので参照。
<http://www.interq.or.jp/hokkaido/nohohon/19gou.htm>
- (26) 公開協議会（シンポジウム）「ひきこもる青年たち－今私たちに問われていること－」[2003.3.16]・岩見沢市自治体ネットワークセンター4階マルチメディアホールの内容は次のサイトから閲覧可能である。筆者もシンポジストの一人であった。
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/NR/rdonlyres/C2CC0446-205B-4E10-88AD-F339DACD4DA0/0/hikikomorishinpojiumu.pdf>
- (27) 筆者らが運営する全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会北海道「はまなす」については、次のHPを参照。
<http://khj-hamanasu.hp.infoseek.co.jp/>
- (28) 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）。
- (29) 札幌市内において引きこもり者が主として集える自助グループとしては、先に紹介した「青年・家族・ボランティアの会」のほか、「プリズム」、「あるがまま」、「SANGOの会」、「楽しいモグラクラブの20代、30代の会」などが挙げられる。
- (30) アスペルガー基地「みらい」については、次のHPを参照。
<http://as-mirai.sakura.ne.jp/>
- (31) 北海道立精神保健福祉センターが中心となって進めている自殺対策事業の試み。HP上に心の健康にかかわる相談機関等の情報を公開するべく準備を進めている。
- (32) 例えば、石川良子『ひきこもりの〈ゴール〉「就労」でもなく「対人関係」でもなく』青弓社（2007年）を参照。
- (33) 関口宏『ひきこもりと不登校』講談社α新書（2003年）。関口宏は本書の中で自立ではなく「自律」という言葉を用いて表現している。そこには自立という言葉を使うとある特定の人たちを社会的に排除することにつながると指摘している。
- (34) 玄蕃まみ『年齢差別』岩波ブックレット（2005年）。玄蕃まみは本書の中でいまだにわが国に根強くある差別が「年齢」によるものであることを他国との比較を交えて論じている。
- (35) 「連載・派遣はいま」毎日新聞2004.11.17。
- (36) 鳥居鉄也『フリーター・ニートになる前に読む本』三笠書房（2005年）。
- (37) 蟻塚昌克「2007年社会福祉の回顧と展望」『月刊福祉』全国社会福祉協議会出版部（2008年2月号）。
- (38) 広井良典「現在を読む－成人年齢引き下げ」毎日新聞2008.2.4又は広井良典『持続可能な福祉社会「もうひとつの日本」の構想』ちくま新書（2006

年)を参照。

- (39) 山田昌弘『希望格差社会－「負け組」の絶望感が日本を引き裂く』筑摩書房(2004年)。
- (40) 岡部卓ほか『生活保護自立支援プログラムの構築』ぎょうせい(2007年)。この中で生活保護世帯に見られる貧困の再生産や世代間連鎖を防止する高校進学支援プログラムや、近年問題視されている貧困家庭の不登校児を支援する不登校児支援プログラムのほか、引きこもり改善支援プログラムが盛り込まれていることは興味深い。
- (41) 「まちおこしと就労支援を一体的に推進－東京都新宿区/コミュニティショップ『ふらっと新宿』』『月刊福祉』全国社会福祉協議会出版部(2008年3月号)。この中で多様な中間的な労働の構築が述べられている。中間的な労働とは「労働市場の就労」と「福祉的就労」の中間領域を意味する。一般就労が困難な人たちが社会的排除されないよう中間的就労の場を通して労働に参加していく方法は「多様な働き方」と「地域貢献」を包含する新たなコミュニティ・ビジネスとして注目される場所である。
- (42) 全国引きこもりK H J親の会家族会連合会刊行全国の会報誌「旅立ち」第45号(2008年7月6日)で、引きこもり家族会として悲願であった国会議員を含む厚生労働省「引きこもり関連施策推進チーム」との初会合が2008年6月18日に行われ、引きこもり対策課(室)設置などを求める10項目の要望書を提出したことを報じた。また、これを受けて厚生労働省は2008年8月23日、引きこもりの人や家族からの相談専門窓口となる「ひきこもり地域支援センター」(仮称)を2009年度、すべての都道府県と政令指定都市に設置する方針を決め、2009年度予算の概算要求に関連経費を含め約5億円を盛り込むと発表したところである(北海道新聞夕刊2008.8.23)。

成年後見制度の新聞記事に関するカテゴリー分析

北星学園大学大学院博士課程 鈴木 道 代

I. はじめに

高齢者や知的障害者や精神に障害のある者の意思や自己決定の尊重を目的として2000年4月に従来の禁治産・準禁治産より改正されたのが成年後見制度である。その意義は、「精神上の障害により判断能力が不十分であるため法律行為における意思決定が困難な者について、その判断能力を補う制度」であり、「最終的には、その者の生命、身体、財産等の権利を擁護することを目指している」（小林2001：3）。

平成19年4月から平成20年3月までの1年間における全国の家庭裁判所の成年後見関係事件の処理状況の概況が、最高裁判所事務総局家庭局（2008：129-141）より公表された。成年後見関係事件の申立件数は合計で24,988件であり対前年比約23%減少となっている。申立人については本人の子が最も多く全体の約38%を占めている。本人の男女別・年齢別割合については、女性が約58%と男性に比べ割合が高く、本人が65歳以上のものは男性で全体の約58%、女性で全体の約80%を占めている。申立の動機について財産管理処分が21,733件と最も多く、次いで身上監護の6,711件である。

II. 問題意識

成年後見人等の職務は大きく分けて財産管理と身上監護に関する事務があるが、従来の禁治産・準禁治産の流れから、その職務内容は財産管理に傾斜した理解がされていると思われる。実際の申立動機についても財産管理処分の件数が最も多いという現状である。しかしながら、そのような理解のされかたでは、生命・身体・財産などの権利を擁護することを目指す、成年後見制度の理解は幅広いものにはならず、また、財産管理を必要とする者の利用しか見込まれないかもしれない。このような問題意識のもと成年後見制度の理解のされかたを解明することは、今後の成年後見制度に対する国民の認識の仕方に影響を与えるのではないだろうか。

そこで、本研究では、国民の認識を反映してい

る、あるいは国民の認識を作り出していると思われるマスコミの報道のされ方から、成年後見制度について何が主題となって報道されているのかを分析する。成年後見制度に対する報道のされ方を分析することは、国民がどのように成年後見制度を認識しているかを示すうえで意味があると思われる。

III. 目的と方法

本研究は、国民がどのように成年後見制度を認識しているのか、あるいは、成年後見制度に対する国民の認識がどのように作り出されているのかを示すために、成年後見制度の報道のされ方を分析する。分析対象としては＜新聞＞を用いることにする。

ここで＜新聞＞を分析対象として選定した理由を述べる。マスコミュニケーションのメディアとしては、新聞、雑誌、ラジオ、テレビなど、さまざまなものがある。メディアは「それを使う人間の知覚習慣を変える。内容とかかわりなく、メディア自体がなかに入っていく。メディアは内容を伝える過程においても人々の感覚に働きかける」。また「社会にも働きかける」（水野2000：35）という機能をもつ。また、そのような機能をもつ「メディアから発信されるメッセージの『意味づけ』や『意味の創出』は、受け手と送り手の相互作用によって社会的実践として協同構築され、その繰り返しによってテキストを読み解くための『文法』が生み出され、それらが再構築され強化されていく」（岡本2008：28）という。そのような機能、効果をもつメディアの中で＜新聞＞を分析対象とするのは、中島（1998：15）が「新聞という活字メディアは、各世代の幅広い読者に向け、不特定多数の興味や関心を集めるということを前提にした紙面作りをしている」と述べ、また布尾（2008：63）が新聞における「見出しは、新聞記事の要旨を表す部分であり、これを見ただけでおおよその記事の全貌がつかめるものであることが理想とされている」と説明していることから、＜新聞＞が日常生活の中で人々に多くの情報を提供し、また過去から現在までの情報も集めることも可能であ

り、また、それを提供してくれるからである。

これらのことから、成年後見制度に関する＜新聞＞の見出し・記事内容を分析することで、ある時点から現在にいたるまでの成年後見制度の見出し・記事内容が、何を主題として報道されているのか、また、そこでの報道のされ方が、人々や社会にどのような影響を与えているのか、つまり、成年後見制度が、社会的に普及する際に正しい内容をもって認識されているのかが明らかになると思われる。

分析方法は、まず所属する大学の図書館データベース検索より「聞蔵2（朝日新聞）」「ヨミダス文書館（読売新聞）」から、①【痴呆・成年後見】②【認知症・成年後見】をキーワードとして検索を行った。【痴呆】【認知症】とそれぞれ検索を行ったのは、2004年の「痴呆」から「認知症」へと呼称変更されたこともあり、変更年度後にも「痴呆」という呼称を用いている記事もあると予想されるためである。キーワードとして【痴呆・認知症】を用いたのは、成年後見制度を利用する本人の約半数が65歳以上ということもあり、疾患ごとの利用件数は明示されていないが、その年齢からも【痴呆・認知症】によって成年後見制度が利用されていると予想できるためである。検索期間は、成年後見制度が開始された2000年を一つの目安として「2000年1月1日から」現在（2008年5月31日）とした。なお、朝日新聞と読売新聞では検索数に開きがある場合も見られるが、新聞社ごとの検索数の差については特に問わない。次にキーワード①②を検索した結果から「見出し」の文脈が類似しているものを分類し、カテゴリー化した。「見出し」の文脈から「記事内容」を読み取ることができない場合は、「記事内容」を読み「見出し」分類したカテゴリーに追加した。キーワード②の検索結果（見出し）には、キーワード①と重複する見出しが多数見られた。そのため、キーワード②で重複した見出しは除いて分類、カテゴリー化を行った。また各カテゴリーで分類した件数と各カテゴリーの年代別の件数を数値で示した。

IV. 結果

IV-1). 検索結果件数

検索結果については＜新聞社＞【キーワード】2000年～2008年＝合計の順で件数を示すことにする。＜読売＞【痴呆・成年後見】36件・17件・17件・8件・13件・43件・6件・3件・1件＝144件（検索件数149件うち5件は見出し掲載されず）。＜読売＞【認知症・成年後見】（（ ）内件数は【痴呆・成年

後見】で検索された見出しと同じものを削除した結果の件数）、2004年開始64件（21件）・24件（18件）・31件（28件）・13件（11件）＝132件（78件）（検索件数138件うち6件は見出し掲載されず）。＜朝日＞

【痴呆・成年後見】（（ ）内件数は※「4. 情報クリップ（000818）」のような見出しを削除した結果の件数）、6件（5件）・2件（1件）・11件（5件）・17件・31件（26件）・33件（32件）・3件・0件・0件＝103件（69件）。＜朝日＞【認知症・成年後見】（（ ）内件数は【痴呆・成年後見】で検索された見出しと同じものを削除した結果の件数）、2004年開始1件（0件）・63件（27件）・43件（32件）・48件（40件）・20件（18件）＝175件（117件）。

キーワード【痴呆・成年後見】では2000年～2008年（朝日は2006年まで）の9年間で読売・朝日を合計して247件であるのに対し、キーワード【認知症・成年後見】では2005年～2008年（カッコ内の重複していない数値）の4年間で読売・朝日を合計して195件である。キーワード【認知症・成年後見】のほうが【痴呆・成年後見】よりも短期間で、そのキーワードに関連する事柄が報道されていることが窺える。

IV-2). 見出し分類

「見出し・記事内容を読む⇒命名する⇒分類」という作業を繰り返し、合計408件の見出し・記事内容を分析した結果、11カテゴリーに分類することができ、各カテゴリー内を年代別に分けた結果を示したのが表1である。

以下、カテゴリー分類するまでの経過を述べる。まず、表1に示したように、それぞれのキーワードごとに検索された記事の「見出し」を年代ごとに列挙し一覧を作成した。その一部が図1である。図1は読売新聞【痴呆・成年後見】で検索した結果の＜2000年＞の見出しであるが、今後の内容分析を行うにあたって、まず、読売新聞【痴呆・成年後見】144件、それぞれの「見出し」の文脈を読み取り、あるいは「見出し」の文脈から、何を現しているのかを読み取ることができない場合は、記事内容をよみ、カテゴリー分類を行った。それを下に、読売新聞【認知症・成年後見】、朝日新聞【痴呆・成年後見】【認知症・成年後見】のカテゴリー分類を同様の方法で行った。

読売新聞（2000/01/01～2008/05/31）【痴呆・成年後見】⇒149件＜2000年＞⇒36件

1. 成年後見制度「本人が意見」義務付け 改正家事審判規則，きょう公布（000107）
2. [ミニ時典] 成年後見（000108）
3. 成年後見人に司法書士推薦 サポート県支部設立 改正民法など施行で（000111）
4. 成年後見センター滋賀支部 あす22日，発足（000121）（以下省略）

図1 「年代ごとに列挙した見出し
（読売＜2000年＞）」の例

例えば図1「1. 成年後見制度『本人が意見』義務付け 改正家事審判規則，きょう公布」という見出しがある。この「見出し」を見ると「本人が意見」という箇所には鉤括弧がつけられていることがわかる。その次に続く言葉は“義務付け”。さらに“改正家事審判規則，きょう公布”である。後者の点から「見出し」をみると，家事審判規則が改正されたことはわかるが，それと成年後見制度がどのように関係しているのかはわかりづらい。けれども，“「本人が意見」”“義務付け”に注目した場合，成年後見制度は“本人の意見を聴かなければならない”という制度であるという印象を与える。そこで，記事の内容をみると，次のように書かれている。

「禁治産制度を抜本的に見直した改正民法と関連法が成立したのに伴い，最高裁はきょう七日，新たな成年後見の審判手続きを導入した改正家事審判規則などを公布する。新制度が『自己決定の尊重』を掲げていることに対応し，（中略）本人の意見陳述を行うことを義務付けた」（読売新聞2000年1月7日）。

上記した記事内容をみると，成年後見制度が掲げている「自己決定の尊重」に対応させるために，本人の意思が反映されるように，本人の意見を聴くことが義務付けられたことがわかる。「自己決定の尊重」という制度の理念，そしてその具体化としての「本人の意見陳述」という制度の特徴・概要を説明していることから，「1」の見出しに【成年後見制度特徴・概要説明】とカテゴリー名をつけた。次に「3. 成年後見人に司法書士推薦 サポート県支部設立 改正民法など施行で」という見出しがあ

る。この「見出し」をみると“成年後見人に司法書士”“サポート”“県支部設立”“改正民法など施行で”ということから，“成年後見制度施行に伴い，サポートする何かが設立され，成年後見人には司法書士が選ばれる”ということが窺える。記事内容をみると，

「現行の成年後見制度を抜本的に見直した改正民法と関連三法が今年四月，介護保険制度の開始に合わせて施行されるに伴って，司法書士らで構成する「成年後見センター・リーガルサポート」県支部が設立され，活動を始めた。現行の制度には，痴ほう性の高齢者や知的障害者らの財産の保護を目的した禁治産・準禁治産制度があるが，手続きが煩雑で，戸籍に記録が残り，利用する人が少ない。（中略）司法書士は，面接などで依頼人の資産，生活状況を把握し，財産の管理や運用などの支援プログラムを作成する（中略）」（読売新聞2000年1月11日）。

ということが書かれており，成年後見制度の目的である“財産管理”に関する支援を“司法書士”が行うために，組織が設立された，ということがわかる。このことから見出し「3」には【制度利用支援のための組織整備】とカテゴリー名をつけた。

表1より，①【成年後見制度特徴・概要説明（制度特徴・概要説明と省略することもある；以下同様）】，84件，②【制度利用支援のための組織整備（組織整備）】47件，③【市民・市町村職員らに向けた啓蒙・広報活動，市民の参加状況（啓蒙・広報活動）】78件，④【相談会のお知らせ（相談会）】33件，⑤【行政への働きかけ・行政／社会福祉協議会の働き（行政関係）】20件，⑥【実態報告】24件，⑦【本出版のお知らせ（本出版）】21件，⑧【医療分野】7件，⑨【後見人の立場を悪用した事件（後見人立場悪用）】20件，⑩【認知症高齢者被害（認知症被害）】36件，⑪【その他】58件，である。

ここでの数値をみる限りでは，【制度特徴・概要説明】に関する報道が多くされていることがわかる。次いで【啓蒙・広報活動】，である。最も報道のされ方で少ないのが【医療分野】に関することであつた。

これ以降，各カテゴリーで抽出した見出し・記事内容を分析し，なぜそのカテゴリーに分類したのかを述べていく。ただし，11カテゴリーで分類した【相談会】【本出版】については，それらの見出し・記事内容が紙面に出るということ自体が，広報効果

を意図していると思われることから、【啓蒙・広報活動】の下位カテゴリーとして位置づけた。また、

【認知症被害】【その他】のカテゴリーについては見出しについては、直接成年後見制度と関連がないと思われたため、除くことにする。以上のことから、実際に検討するカテゴリー数は7カテゴリーである。7カテゴリー内で取り上げる見出しについて、例えば、表1より【制度特徴・概要説明】の2001年では1件のみなので、その1件を取り上げ、2003年5件、2004年4件のような場合は、2003年で読売、2004年で朝日1件ずつを交互に取り上げていった。そうすると1カテゴリー内には7から9の見出しが並ぶことになった。本報告で、7カテゴリー内の7から9の見出しを並べ、なぜその見出しに分類されたのかを述べていくには紙幅上困難であるため、【制度特徴・概要説明】では2000年から2002年を、【組織整備】では2003年から2005年をというように3年間隔で2、3件ずつの見出しを紹介することにする（表1※○が抽出した年度を指す）。

①【成年後見制度特徴・概要説明】

このカテゴリーには上述した2件、「1. 成年後見制度『本人が意見』義務付け 改正家事審判規則、きょう公布」（読売新聞2000年1月7日）、「2. [ミニ時典] 成年後見」（読売新聞2000年1月8日）が含まれるので、2001年・2002年の見出し・記事内容のみ紹介する。このカテゴリーは、成年後見制度の特徴や制度の概要を説明している見出し・記事内容である。

- a. <解>成年後見制度（読売新聞2001年4月17日）
b. 「[やさしい介護学]『任意後見制度』に注目『痴ほう』に備え、元気なうちに」（読売新聞2002年4月14日）

a. の見出しからでは、上述した「2. [ミニ時典] 成年後見」と同様に何に焦点を当てて報じられているのかを知るには難しい。けれども「<解>」という強調、それに続くのか「成年後見制度」という制度名があることから、成年後見制度について解説をしているということが予想される。記事内容をみると次のように書かれている。

「一八九八年に施行された禁治産制度を見直し、二〇〇〇年四月から始まった新制度。判断能力がない人を対象にした従来の法定後見制度に、軽い知的障害者らのための『補助』を設け、利用対象者の枠

を広げた。さらに、判断能力があるうちに後見人を選ぶ『任意後見制度』も新設された。また、後見人が適切に財産を管理しているのかを監督する制度も拡張された。新制度が生まれた背景には、知的障害者や痴ほうなどで判断能力が十分でない人に対して、できる限り『自己決定権』を尊重していこうという、国際的な流れがある」。

ここでは改正された成年後見制度が、従来の禁治産制度よりも対象を拡大したこと、新しい制度が新設されたこと、そして、新制度が生まれた背景について説明されている。またここでは、制度の理念の一つとして“自己決定権の尊重”を強調している。この点は後述するが、注目すべきである。このように、a. では制度の制定背景、概要説明がされている。b. の「見出し」「記事内容」は“任意後見制度が痴ほうの備えの制度である”ということを実証していることが読み取れる。記事内容をみると、任意後見制度は痴ほうになる前の本人の意思を尊重し、財産管理や介護・医療などの生活面の支援をしてくれる制度であるということがわかる。

②【制度利用支援のための組織整備】

2000年の見出し「成年後見人に司法書士推薦 サポート県支部設立 改正民法など施行で（読売新聞2000年1月11日）」は上述したので2004年・2005年の見出し・記事内容を紹介する。このカテゴリーは、成年後見制度の利用促進を支援するために組織整備が行われているということについての見出し・記事内容である。

- a. 森山彰さん 成年後見制度（朝日新聞2004年8月14日）
b. 「成年後見支援・普及センター」あす大阪で設立総会（読売新聞2005年8月30日）

a. の見出しからでは固有名詞と制度名のみであるため、何を現しているのかわからない。そこで記事内容をみると、固有名詞はNPO法人「高齢者・障害者安心サポートネット」の理事長であることがわかる。理事長である森山さんが「痴呆性的高齢者や知的障害者を法的に保護する『成年後見制度』の利用を促そうと、5月に弁護士や行政書士らと『安心ネット』を立ち上げ」、その活動内容を紹介している。b. の見出しからは、支援・普及センターが設立総会を行うということがわかる。けれども、“誰が”設立総会を行うのかはこの見出しからは見当がつかない。記事内容をみると「メンバーは

弁護士、司法書士、消費生活専門相談員、調停委員ら。認知症のお年寄りや知的障害者が、悪質商法や虐待などに遭わないように、成年後見制度を普及させるとともに、法人格を取り、後見人として活動をめざす」ということ書かれていた。ここでも専門職が、支援・普及センターでの活動内容とともに成年後見制度利用のためにこれが設立されたという趣旨が説明されている。

③【市民・市職員らに向けた啓蒙・広報活動、市民の参加状況】

このカテゴリーは、成年後見制度について、市民や制度を説明していかなければならない立場の者に、それを周知させるための、活動に関する見出し・記事内容である。

- a. 成年後見制度普及へ 来月講座 社会福祉士会（読売新聞2006年1月10日）
- b. 成年後見制度、講座で学んで 福島、27日から（朝日新聞2007年1月10日）
- c. 「成年後見」知って 小平市社会福祉協がシンポ（読売新聞2008年5月10日）

a. の見出しからは成年後見制度“普及”のために“社会福祉士会”が講座をすることがわかる。講座の目的は、県社会福祉士会が成年後見制度の普及のために、仕組みや手続きを学ぶ講座を開くことのためであり、b. もa. 同様に成年後見制度を学ぶために講座をするという見出しであった。c. では成年後見制度を知ってもらうために、社会福祉協議会が主催でシンポジウムが行われることがわかる。シンポジウム形式で成年後見制度を知るための活動がされることから、大勢を対象にしていることがわかる。

④【行政への働きかけ／家庭裁判所の働き】

このカテゴリーは、成年後見制度の利用しやすさを求めて専門職等が行政へ働きかけている様子を現すこと、また実際の行政の働きを現している見出し・記事内容についてである。

- a. 新潟家裁、後見人制度意見交換 県弁護士会など5機関参加（読売新聞2000年3月2日）
- b. 「成年後見制度」要望書 なら弁護士会が県や市町村に＝奈良（読売新聞2001年1月25日）

a. の見出しからでは新潟家裁が後見人制度についての意見交換会を行い、それに県弁護士会なども

参加したことがわかる。記事内容をみると、成年後見制度実施に向けて弁護士会や社会福祉協議会などの関係機関を集めて、意見交換会がされたという。この意見交換会開催の主催は家庭裁判所である。家庭裁判所が主体となって成年後見制度の理解を深めようとする働きである。これを【家庭裁判所の働き】と分類した。b. の見出しからは弁護士会が奈良県や市町村に、成年後見制度に関する要望書を提出する（した）ことがわかる。記事内容をみると、要望書を提出した、ということだが、その内容は「後見申立の費用や、後見人報酬の助成、制度のPR」である。これは成年後見制度に利用促進へ取り組みであるため【行政への働きかけ】と分類した。

⑤【実態報告】

このカテゴリーは、成年後見制度の利用状況が現れている見出し・記事内容についてである。

- a. 成年後見制度の利用者増 実施から3年スタート時の2倍近く（読売新聞2003年5月1日）
- b. 痴呆の高齢者ら財産管理手助け、成年後見制度の活用不十分／静岡（朝日新聞2004年9月3日）
- c. 成年後見制、悪質商法対策に活用して 軽い認知症「必要ない」と油断、利用低調（読売新聞2005年9月14日）

a. の見出しからは成年後見制度が開始されて3年経過した時点で約2倍の利用者増があったということがわかる。これは成年後見制度の利用状況を現している。b. の見出しからは成年後見制度の活用が不十分であること、また、“成年後見制度”の前に“財産管理手助け”という用語があることで、成年後見制度が財産管理を支援する制度であるということの見当がつく。成年後見制度の活用の不十分さを現している。c. の見出しからは、悪質商法対策のために成年後見制度を活用してもらいたいが、軽い認知症高齢者の利用が低いという実態がわかる。記事内容には「悪質商法が、軽度の認知症で一人暮らしが可能な高齢者を狙うケースが目立っており、制度を利用していれば、業者との契約を取り消すこともできる。（中略）普及活動を行う弁護士や司法書士らは『お年寄りの財産を守るために制度を活用してほしい』と呼びかけている」という。このように、軽い認知症高齢者の利用が低いということを現している。

⑥【医療分野】

医療分野に関する報道件数は他のカテゴリーに比べて一桁と少ないということは既に述べた。このカテゴリーでは、成年後見制度における医療分野に関する成年後見人の行為の有様を現している見出し・記事内容についてである。

- a. [転ばぬ先に] (30)延命の是非, 表明を(寄稿連載) (読売新聞2006年7月19日)
- b. (患者を生きる: 489) 認知症 支えるために: 5 医療行為に権限なく, 戸惑い (071027)
- c. [安心事典] 成年後見制度 手術や予防接種…後見人に同意権なし (読売新聞2008年1月31日)

a. の見出しからでは, “延命の是非” について何かが報じられていることがわかる。記事内容を見ると, 認知症の後見人になると, 本人が入院した場合, 主治医から終末期の医療について判断を求められることがあるが, 後見人にはその権限がないということが書かれている。このことは成年後見制度の医療分野についての報道であると捉えることができる。b. の見出しからは“医療行為に権限がなく戸惑う”ということがわかる。けれども, “誰が” “戸惑うのか” が明らかではない。記事内容を見ると, 特別養護老人ホームに入所している女性が, 骨折で入院しなければならない状況になり, 成年後見人が入院手続きと医師からの説明を受けるために病院を訪れた際に, 医師から大腿骨骨折のため固定する手術が必要になるので手術への同意書を求められたという。この時に成年後見人は, 医療行為について決定する権限がないため, 署名できない, したとしても, それには法的根拠がないということを説明したうえで, 手術がなされたということであった。この例は成年後見人の医療行為への決定権限がないことを問題にしていると読み取ることができる。c. の見出しからは, 後見人には手術や予防接種に関する同意権がないということがわかる。記事内容は, 成年後見制度における医療行為への同意権が与えられていないことを問題としている。

⑦【後見人の立場を悪用した事件】

このカテゴリーは成年後見制度に位置づけられている成年後見人等による事件に関する見出し・記事内容についてである。

- a. 祖母の刑, 免除せず 後見人立場悪用, 孫の貯金横領 福島地裁 (朝日新聞2006年10月26日)
- b. おばの773万円を着服容疑で逮捕 成年後見人の立場悪用 明石 (朝日新聞2007年2月9日)
- c. 祖母の刑, 免除せず 後見人の地位悪用 孫の貯金横領 最高裁 (朝日新聞2008年2月21日)

a. の見出しからは成年後見人である祖母が孫の貯金を横領したことが, b. の見出しから成年後見人の立場を悪用しておばの“773万円”の財産を使ったことがわかる。記事内容を見ると「財産を管理する成年後見人に選任されたが, その立場を利用し(中略)横領した疑い」とある。c. の見出しから, 祖母がその立場を利用して孫の貯金を横領したことがわかり, 最高裁の判断が報じられていることがわかる。

V. 考察

上述した7カテゴリーに分類された見出し・記事内容をもとに, 成年後見制度について何が主題となって報道されているのかを考察し, それが成年後見制度に対する国民の認識にどのような影響を与えている, あるいは与えるのかを考察する(なお, 考察する際には, 上記で紹介しきれなかった見出し・記事内容における成年後見制度の報道のされ方についても含んでいることを, あらかじめ断っておく)。

①【成年後見制度特徴・概要説明】

このカテゴリーの見出しには“備え”“守る”“守れ”という言葉, 記事内容を見ると, 成年後見制度の概要説明がされる際には“抜本的に見直し・改める”“財産管理”“自己決定の尊重”“自己決定権の尊重”“介護保険の導入・スタートに合わせて”“痴ほう・認知症高齢者”という言葉が含まれている。これらの言葉が含まれることで, “成年後見制度は介護保険導入に伴い抜本的に見直され, 自己決定が尊重され, 痴ほう・認知症高齢者の財産管理の備えあるいは守る制度である”という一つの定義が形成され, またそのように成年後見制度の概要が読まれていると考えられる。

ここで注意しなければならないのが, 成年後見制度の理念の一つである“自己決定”という概念の使われ方である。一つは“自己決定の尊重”であり,

もうひとつは“自己決定権の尊重である”。メディアとしての新聞が、人々や社会に影響を与えるという機能を持ち、またその読まれ方から一定の文法が生成され、それが再構築され強化されるという効果を持つということから、 “成年後見制度は自己決定を尊重する制度である”あるいは“成年後見制度が自己決定権を尊重する制度である”という読まれ方の形式ができ、それが見出し・記事内容に出るたびに強化されてしまうことは、国民に誤った制度の理念を伝えることになる。というのは、“自己決定を尊重する”ということが見出し・記事内容に現れた場合、それは理念のレベルであり、成年後見制度の目指すことを現していると言えよう。けれども、成年後見制度は認知症高齢者の“自己決定権”を尊重する制度ではなく、精神上的の障害によって判断能力が十分でない者の権利を保障あるいは擁護することを目指す制度であり、権利そのものを保障できるということは明言できないと思われるからである。成年後見制度の特徴や概要を説明することは、国民に成年後見制度に関する一定の知識を与え、国民は制度を知ることになると思われるが、その一方で、“自己決定”という概念を例にとれば、言葉の用い方によっては、制度そのものへの誤った認識を与えることになりえると言えよう。

②【制度利用支援のための組織整備】

このカテゴリで今回紹介した見出しには含まれてはいないが、紹介していない見出し・記事内容のことも含めると、そこには司法書士、社会福祉協議会、弁護士、行政書士といった職種あるいは機関名が含まれている。例えば、弁護士とは「法定活動、紛争予防活動、人権擁護活動（中略）あらゆる分野で活動」(<http://www.nichibenren.or.jp/ja/lawyer/> 2008/11/09) している者である。新聞の見出しや記事内容を見た者が、職種名をみて抱くのは、法律に関係した仕事をしている人という印象ではないだろうか。また、記事内容をみると“財産を守る”“財産管理”“悪質商法や虐待に遭わないように”という言葉が並んでいる。このように、成年後見制度の利用を促進するために支援機関が設立したことを示しているが、実際にこの記事を受けて、これは“自分たちにも必要なものである”というように、すなわち身近な事柄として受け止めるというよりは、“法律家などが財産を守らなければならない人のために何かを作った”という程度の認識に留まってしまっているのではないだろうか。そうだとすれば、成年後見制度やそのために整備された支援機関というものは、

ある特定の範囲の人々にのみ認識、あるいは利用がされてしまうということが考えられる。

③【市民・市職員らに向けた啓蒙・広報活動、市民の参加状況】

このカテゴリの見出し・記事内容では“研修会”“パネルディスカッション”“講演会”“シンポジウム”といった形で成年後見制度を“学ぶ”“知る”という場が提供されていることがわかる。このように、市民等に向けた啓蒙・広報活動は、①【成年後見制度特徴・概要説明】という見出し・記事内容によっても影響されていると考えられる。つまり、そこで活字から成年後見制度の知識を得た者が、今度は、会場に訪れ、専門職らによる講演を聴くことによって、情報密度が高まった（水野2007：43）知識を得ようとするという効果が生まれると考えられる。

④【行政への働きかけ／家庭裁判所の働き】

このカテゴリからは、行政への働きかけ、あるいは諸団体・専門職の実際の働きが現れている見出し・記事内容を分類した。そこから考えられることは、実際の働きかけ・働きの成果にかかわらず、成年後見制度がよりよく利用されやすいようにそれらの者が行動しているということ、また、成年後見制度に関する問題点が先送りされていないという革新的な認識を国民に与える。またそうすることによって、国民は成年後見制度について、時代遅れではない制度として、制度に対する新たな関心を向けると思われる。

⑤【実態報告】

このカテゴリの見出しには“好調”“じわり”“不十分”“低調”“急増”といった、成年後見制度の利用状況を現す指標が含まれている。また、その実態が好調・不調であっても、その要因が述べられていた。2006年・2007年の2件では、障害者自立支援法が要因となって成年後見制度の利用が増加したことを指摘している。改正当初成年後見制度と並んで現れていたのは“介護保険制度”であった。2006年に障害者自立支援法が制定されたことも関連しているのか、新たに成年後見制度並んで現される対象に“障害者自立支援法”が位置づけられていると思われる。またここでも“財産管理手助け”“悪質商法対策に活用して”“守れ高齢者らの財産”という言葉が付随していることも注目しておく点である。

さらに、注目すべき点として、実態報告の見出しに“生活支援”という言葉が含まれているということである。そしてそれに続くのが“機能不十分”で

ある。成年後見制度の職務内容である身上監護に含まれる生活支援について、そしてそれが十分に機能していないということ見出しに現すことによって、財産管理以外の機能が成年後見制度にもあるということを認識させると考えられる。ただし、生活支援には何が含まれ、またそれがなぜ十分に機能していないのか、までは言及されていない。

⑥【医療分野】

このカテゴリーの見出しから、成年後見制度と直接関係していることがわかるのは「成年後見制度手術や予防接種…後見人に同意権なし」という見出しのみであった。「医療行為に権限なく、戸惑い」という見出しもあったが、“誰が戸惑のか”また“誰が権限をもっていないのか”ということが不明確である。その他の見出しでは“インフルエンザの予防接種”“説明と同意”“延命の是非”“医療ケア”というように、医療場面に関する言葉が現れているが、見出しから成年後見制度との関係を読み取ることは困難である。記事内容を読むことで、そこで何が主題となって報道されているのかがわかる。このカテゴリーでは、①成年後見人等には医療契約はできるが治療内容の同意はできないという事実、②それに対して医療関係者は困惑しているという状況、③成年後見人等は医療場面において同意権を求められることがあるということ、④成年後見人に医療行為に対する同意権がないということは改善されるべきであるという見解があるという、4つのパターンで報道されていると言える。医療分野に関することは成年後見制度では身上監護の職務に含まれる。けれどもこれらの報道のされ方からすると、生命・身体・財産などの権利を擁護することを目指す成年後見制度において、“生命・身体”に関する報道の現れ方、またその事実や状況への捉え方は上述してきた“財産”的側面に比べて出現頻度、強調が少ないように思われた。

⑦【後見人の立場を悪用した事件】

このカテゴリーの見出しからは、成年後見制度が“事件性”と関係する制度であるという印象を与えよう。また、横領・着服された金額を見出しで示すことによって、その事件の重大性を強調していると思われる。ここでは見出しに“成年後見人制度を悪用”“後見人立場悪用”という言葉の前後に“横領”“着服”という言葉が続くからである。また、ここで現れている関係は“おば—めい”“いとこ”“祖母—孫”であるが、これらから成年後見人に家族・親族を選任することへの疑義が、あるい

は成年後見制度と家族間のあり方という問題が派生してくると思われる。

以上、7つのカテゴリーにおける特徴を検討したが、布尾(2008)が見出しから記事内容を全貌でできることが理想であると述べていたが、成年後見制度における見出しについては、必ずしも、記事内容が全貌できるとは限らず、見出しをみても何を現しているのかがわからないもの、あるいは見出しで強調していることと、記事内容とは一致していないということが窺えた。

成年後見制度における見出し・記事内容の報道のされ方の特徴は、①制度の概要説明がされていること、②成年後見制度の利用を支援するための組織整備に関する説明がされていたこと、③相談会を含めた広報活動・啓蒙活動に関することを現している、④行政への働きかけ、行政等の働きが現れている、⑤制度利用の状況を現している、⑥成年後見制度における医療分野に関する行為の位置づけに関して現れている、⑦事件性との関連で現れている、ということが言えよう。特に、①②③④⑤で共通していることは、見出し・記事内容には“守れ”“財産管理”“悪徳商法”といった言葉が含まれていることである。これが意味することは、国民に成年後見制度が財産管理、悪徳商法から守る制度として機能する制度であるという情報を与え、認識づけているということである。これが、問題意識で指摘していた“財産管理に傾斜した理解のされ方”ということになる。これに加えて⑦にあるように、成年後見制度における“後見人—被後見人”の関係が“加害者—被害者”といった関係に転換したように報道されることは、“事件性”あるいは“紛争性”と関わっている制度としての認識を与えることになると思われる。その一方で、上述した【実態報告】の見出し中で、身上監護に含まれる“生活支援”に関する事柄が現れていた。それも含め、生活、医療的側面に関する見出し・記事内容は、“財産管理”“事件性”に関する報道に比べると、関心が向いていないと思われる。ということは、国民にも成年後見制度の生活、医療に関する職務内容が含まれる身上監護についての内容が伝えられていないということになるであろう。

このように、成年後見制度に関する見出し・記事内容が成年後見制度の職務内容である財産管理に傾斜した形で、また“守る制度”であるという強調がされることで、成年後見制度が目指している“財産

の権利を擁護する制度”であるという情報・認識が与えられる。その一方で、“横領”“着服”“逮捕”といった言葉と並んで“成年後見制度（成年後見人）”が出現することで、成年後見制度や“成年後見人—成年被後見人”の関係が“事件性”“紛争性”に満ちたものとなり、そのことから派生して成年後見制度と家族間のあり方という問題が生じてくると考えられる。これらのことから、成年後見制度の報道のされ方は、財産を守る制度である、財産をめぐった事件性・紛争性に関わる制度であるという二つの側面がある。

他方、【医療分野】の成年後見制度における医療同意の問題は、新井（2007：1）が「成年後見法には改正理念から取り残された側面もある。その典型が成年後見人等の医療行為の同意権である」と指摘しているように、成年後見制度における問題点の一つであると思われる。しかしながら、報道では、上述した4つのパターンのみの報道のされ方であった。加えて、生活支援に関する報道も見出しそのものに現れているのは上述した見出しのみであった（ここで抽出していない見出しの中にも現れていない）。このように、身上監護に関すること、特に成年後見人等の医療同意権の問題性があるにも関わらず、財産管理における問題性（事件性）に比し、報道の網にはかからないのである。

これらのことは、成年後見制度における報道のされ方は、財産管理に傾斜した、時には事件性に関係した事柄が“報道する値があるもの”として報道されることによって、国民に浸透していく反面、日常生活や医療的側面に関する職務を含む身上監護に関連した報道のされ方は、欠落していると言えよう。また、国民に対して成年後見制度の概要等の知識を与え、また“財産を守る制度である”というスローガンを伝え、その反面、“事件性”“紛争性”に関わる制度であるという知識・認識も与える。他方、生活や医療に関わる身上監護的側面の情報・認識は、ここにおける成年後見制度の報道のされ方からすると、報道のされ方のパターン（上述した4つのパターン）が出来ていたとしても、その報道が財産管理や事件性に関連した報道のされ方のように繰り返されることがないため、国民にはその情報・認識は与えられず、あるいは受け取ることもできない報道のされ方である、とも言えよう。

VI. 結論

成年後見制度はその職務内容である財産管理に関

連した報道のされ方がされている反面、身上監護に関連した報道のされ方が欠落していると思われる。これらのことから、今回分析した成年後見制度に関する新聞の見出し・記事内容からでは、成年後見制度について、国民は財産管理に関する情報を得、それを認識するということに傾斜し、一方で身上監護に関連した情報を得ることは少なく、成年後見制度にそのような機能がある（問題点も含め）ということが認識されていないということが窺えた。

VII. おわりに

今回の分析結果からでは、成年後見制度の報道のされ方は、財産管理に傾斜したものであり、身上監護に関することは財産管理に関する報道のされ方に比べるとその頻度は少ないと思われた。また、身上監護に関連して報道されていることの一つとして成年後見制度と医療同意権の問題が現れていた。この問題については、財産管理に関する報道と同じように報道する価値あるものとして報道される必要があるのではないだろうか。というのは、この問題は成年後見制度の改正理念から取り残された典型例（新井2007：1）であるという指摘があるからである。つまり認知症高齢者のように判断能力が不十分で意思表示が困難というだけの理由で適切な治療や医療行為が受けられないということがおこる可能性も少なくないのである（本間2007：9）。認知症高齢者が医療を必要とする場面で何らかの意思表示をしなければならない時、それを行っているのが主に家族であると言ってもよいと思われる。けれども、家族がいるなら、家族に任せてよいのか、また家族がいない場合一体誰が代わりに決定を下すのかといったことを考えていかなければ、認知症高齢者に対する適切な医療を提供できる環境が整備されないであろう。これらのことから、成年後見制度について身上監護に関する報道がされることによって、それを受け取る国民が、財産管理以外の機能を成年後見制度に見出せると思われる。

文献一覧

新井 誠(2007):「序章 成年後見法における医療行為の同意権」『成年後見と医療行為』日本評論社、1-15.

FlickUwe(1995):QUALITATIVE FORSCHUNG.

(小田博志・山本則子・春日 常ほか(訳)

(2004) 質的研究入門—<人間の科学>のための方法論 春秋社).

本間 昭(2007):「第1章 認知症高齢者の医療同意をめぐる成年後見制度の課題—医師を対象とした全国アンケート調査結果—」『成年後見と医療行為』日本評論社, 19-31.

小林昭彦(2001):「序 成年後見立法の背景」『成年後見 法律の解説と活用の方法』有斐閣, 1-10.

水野博介(2000):『メディア・コミュニケーションの理論—構造と機能—』学文社.

中島純一(1998):『メディアと流行の心理』金子書房.

布尾勝一郎(2008):『『身内』の不祥事報道における新聞の隠蔽・自己正当化ストラテジー』『メディアとことば3』ひつじ書房, 58-97.

岡本能里子(2008):「日本語のビジュアル・グラマーを読み解く」『メディアとことば3』ひつじ書房, 26-57.

最高裁判所事務総局家庭局(2008):「成年後見関係事件の概況～平成19年4月から平成20年3月～」『家庭裁判月報』60(10), 129-141. <http://www.nichibenren.or.jp/ja/lawyer/> 2008/11/09.

表1 「カテゴリー分類件数結果」(※の部分で紹介した年代)

	①制度特徴・概要説明	②組織整備	③啓蒙・広報活動	相談会	④行政関係	⑤実態報告	本出版	⑥医療分野	⑦後見人立場悪用	認知症被害	その他
2000年	※ 7	5	0	7	※ 2	1	5	0	0	0	4
2001年	※ 1	6	2	3	※ 2	1	0	0	0	0	2
2002年	※ 1	2	5	5	※ 0	2	4	1	0	1	1
2003年	5	※ 6	8	0	1	※ 2	0	1	0	0	2
2004年	4	※ 7	11	1	0	※ 2	3	0	3	1	7
2005年	34	※15	15	4	9	※10	1	0	0	28	19
2006年	3	5	※15	3	4	4	1	※ 3	※ 8	3	10
2007年	21	1	※12	10	1	2	4	※ 1	※ 8	3	8
2008年	8	0	※10	0	1	0	3	※ 1	※ 1	0	5
合 計	84	47	78	33	20	24	21	7	20	36	58

コミュニティ・ケアの視点からみた精神障害者福祉政策の展開

北星学園大学大学院修士課程 畠山明子

I 研究の目的

日本の精神障害者対策は、従来、社会的入院患者の解消を基本的な課題としてきた。約40年前の実態についてまとめた児島ら（1971：2-23）の調査研究では、患者のアンケート結果について、「一生病院で暮すのではないか、入院が長引くのではないか、社会復帰がおくれるのではないか」といった長期入院による将来への不安を抱く回答を紹介している^①。退院を阻む原因として、「本人の病状が不安定」、「長期入院の中で無為」、「自閉などが強くなり、意欲の減退が目立ち、社会復帰が不可能」、「入院中に併発した合併症、身体機能の低下から、日常生活における看護や生活指導などを実施できる施設がないこと」などを指摘している。21世紀を迎えた現在においても同様の問題が指摘されていることからすると、海外におけるコミュニティケア政策の展開と比較して、立ち後れが認められる。これらの点について、田村（2003：5-9）は、わが国の精神障害者に対する社会福祉援助の遅れを指摘した上で、社会的入院の要因は、制度的要因、家族状況、本人の障害特性であり、精神障害者をめぐる課題として、医学的側面、住宅問題、経済的問題、偏見の問題等を挙げている。また、谷中（2002：26）は、社会的入院患者の退院支援、在宅精神障害者の地域生活支援と共に、立ち後れている精神医療改革を、今日の精神障害者をめぐる課題として挙げている。

一方、新たな指摘もなされるようになっており、精神障害者の自立生活支援、さらに、在宅福祉サービス全般において、コミュニティ・ケアの考え方が強調されている（宮田, 1996：44など）。精神障害者の地域での自立生活支援のあり方は、2000年代に入って、退院促進や地域移行の考え方の中で本格的な検討が始まった、まだ日の浅いものである（江畑, 2006：5など）。

本稿は、日本における戦後の精神障害者に対する医療福祉政策の変遷をコミュニティ・ケア政策に着目しておさえ、先行研究のレビューを行い、今後、コミュニティ・ケアの促進をはかる上で必要な課題

を整理することを目的としている。

II 先行研究のレビューと時期区分

精神保健医療福祉の変遷について、高柳（1996：509-513）は、精神保健福祉法の変遷を、谷中（2000：63-69）は、精神医学ソーシャルワーカーの活動の足跡を中心に、及び中村（2001：137-148）は、ジェネラル・ソーシャルワークの展開に触れる前段階として、精神保健福祉フィールドにおけるソーシャルワーク実践の変遷をまとめている。高柳（1996：509-513）は、50年近い歴史を持つ精神保健福祉法の変遷を、その特徴から四段階（第1期：「精神障害者救済期」、第2期：「精神障害者対策期」、第3期：「人権擁護対策期」、第4期：「精神障害者福祉法」）に設定した。また、谷中（2000：63-69）は、「医療・保健との連携において地域における精神障害者の生活を支えていく存在としての精神医学ソーシャルワーカー」の立場から、精神障害者福祉とソーシャルワークのレビューを行う上で、四つの時期区分を提示しており、精神病院での取り組みと専門性の確立（1969年以前）、地域における実践からの問いかけ（1970～1979年）、精神障害者の社会的復権と福祉に向けて（1980～1989年）、社会復帰と地域生活支援センター・社会復帰促進と人権擁護（1990～1999年）に区分している。そして、中村（2001：139）は、高柳・谷中の区分とソーシャルワークによる援助や支援の視点及び実践モデルの変化を表にまとめ、ソーシャルワーク実践におけるクライアントを理解する視点の変容（医学モデルから生活モデル、そしてジェネラル・ソーシャルワークへ）を指摘した。これらの研究は、精神保健法やPSWの活動の変遷等に焦点を当てており、現在において、コミュニティ・ケア政策という視点から、精神保健医療福祉政策を捉えなおすことで、地域移行へ向けた課題を見出すことが求められているといえる。

本稿において、コミュニティ・ケアとは、在宅精神障害者の地域生活を支援するという意味合いから、「長期ケアを必要とする障害者や高齢者が、在

宅や施設でサービスを利用しながら、その人らしい生活を実現できるように支援する」⁽²⁾と定義する。なお、精神障害者保健医療福祉政策をテーマとした論文は多数報告されている。その中から、精神障害者政策の変遷とその経過に焦点を当て、それらを踏まえて課題と展望を述べている谷中の「精神障害者福祉の現状と課題―歴史を踏まえて―」は、本稿において議論の対象となる政策の変遷とそれを受けた精神障害者や彼らを取り巻く実態について触れている。改めて、双方の経過を再確認するため、参照して見ていくこととする。

本稿では、コミュニティ・ケア政策の流れを四期に区分して、精神障害者福祉の変遷をおさえて、議論を進めていく。そこで、筆者による政策の変遷と精神障害者の置かれた状況を鑑みた区分を提示する。その方法として、本稿では、戦後の政策（精神衛生法の制定）以降にポイントを置いて歴史を振り返る。精神衛生法は、「精神障害者は治療が必要な病者」（田中, 2001: 14）と見なされた重要な契機と筆者は考えるからである。欧米では、脱施設化が試みられたが（藤井, 2004: 30など）日本では、精神病患者に対する「精神病院への隔離・収容」（藤井, 2004: 27）を行う医学モデルが確立、定着する。当時期、日本のコミュニティ・ケアは夜明け前といえる（第Ⅰ期：1950～1968年）。1970年代以降、民間組織による精神障害者の地域生活支援が始まり、コミュニティ・ケア政策へとつながる先駆的な取り組みを見せた（第Ⅱ期：1969～1992年）。1990年代に入り、精神障害者が障害者として認識されたことで、現在にわたって、福祉的な対応策が講じられるようになった。また、社会的入院の解消と地域生活支援という問題の解決に視座が向けられた（第Ⅲ期：1993～2005年）。以下、第Ⅰ期：コミュニティ・ケア前史（医学モデルの確立・定着期）、第Ⅱ期：コミュニティ・ケア草創期（人権をめぐる社会復帰施策の萌芽期）、第Ⅲ期：コミュニティ・ケア発展期（地域自立生活期）と区分し、主な政策を概観し、各年代に取り上げられた課題を明らかにする。そして、第Ⅳ期：コミュニティ・ケア展望期（障害者自立支援法下における地域移行を中心に論点の整理を行い、コミュニティ・ケア政策との関連から課題を明らかにする）。

Ⅲ 精神障害者福祉政策の展開

第Ⅰ期 コミュニティ・ケア前史（医学モデルの確立・定着期）1950～1968年

第二次世界大戦以前は、1900年に制定された精神病患者監護法に見られるように、家族による私宅監置⁽³⁾が主流であり、医療とのつながりは極めて不十分であった。後に、私宅監置が廃止され、精神障害者が精神病患者として医療による管理を受けた時期でもある。また、精神障害者政策（精神衛生法）の中に、保健所が地域精神衛生活動の第一線機関に位置付いたことで、コミュニティ・ケアが盛り込まれる動きが見られ、次の第Ⅱ期に民間組織による活動が開始されたことは大きな転換点と見ることができるだろう。

第二次世界大戦後の1950年、精神病患者監護法と1919年の精神病院法が廃止され、私宅監置の禁止や措置入院の導入などが盛り込まれた精神衛生法が制定された。精神衛生法の目的は、「立ち遅れた精神障害者の医療、保護そして予防を含めた総合的な精神衛生行政の前進」にあったが、「制定された法律の実態は精神病院内で完結させる医療・保護」（広田, 2004: 59）だった。さらに、法律の作成時、社会復帰施設関連施設の設置を主張する意見があったが、当時の国家予算上の制約により、それを果たすことができなかったことから、広田は「1950年に採択された精神衛生法は日本の精神衛生行政の遅れを浮き彫りにしたもの」（広田, 2004: 59）と指摘する。1954年の改正精神衛生法では、精神病院の普及を推し進めるため、私立・非営利法人立の病院設置に対する国家補助を行った。当時の精神病床数は約3万床だったが、1960年には病床数は約8万5千床となった。これは、病床数の不足から民間精神病院の急速な整備や措置入院の国家補助費の引き上げ、精神衛生法による強制的な入院の推進によって、病床数が増加した等の背景がある。（谷中, 2002: 22）。

1964年、駐日アメリカ大使のライシャワーが精神分裂病（当時）の少年に刺され、負傷したことで、1965年の精神衛生法改正は、精神障害者の収容体制を強化する治安的対応と地域ケアを中心とした医療対策が織り交ぜられたものとなった。地域ケア対策として、保健所が地域精神衛生行政の第一線機関として在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を実施、通院医療費の二分の一を公費が負担する公費負担制度が導入されたが、警察官・検察官・保護観察所・精神病院の管理者による精神障害者に関する通報・届け出制度を強化、措置入院制度の厳格化などが治

安的対応を行う上での改正点となった。天野(2007: 53)は、保健所が精神衛生の第一線機関に位置付いたことを公的な地域生活支援の始まりとしている。

第Ⅱ期 コミュニティ・ケア草創期(人権をめぐる社会復帰施策の萌芽期) 1969~1992年

1970年代前後の日本は、欧米諸国の脱施設化に影響を受け、民間組織がコミュニティ・ケアの礎を形成していった。小規模作業所が作られ、精神障害者の地域での居場所づくりや地域活動支援に貢献するなど、精神障害者の社会復帰を支える実践が行われた。また、精神障害者の退院先として、各地にグループホームや共同住宅が設営され、中でも、やどかりの里は、法外施設として中間宿舎を始め、精神障害者の居住場所や憩いの場などを積極的に開拓するなど、精神障害者地域生活支援を先駆的に行った。しかしながら、国家予算は、措置入院費が先行しており、精神障害者の地域生活を行う民間活動のために充てられることはなかった(谷中, 2000: 22)。一方、1970年~1980年代初頭には、Y問題⁽⁴⁾や報徳会宇都宮病院事件⁽⁵⁾など人権問題も起きた。1987年には、精神衛生法が精神保健法へ改正された。1986年7月、公衆衛生審議会による「精神障害者の社会復帰に関する意見」を受けて、精神保健法における社会復帰施設(生活訓練施設・通所授産施設)の規定を置いた。同時期、小規模作業所には、1か所あたり70万円の国庫補助金が予算化された(1985年、185か所だった小規模作業所はその後の10年間で約1,000か所を超え、全家連の調査によると、2006年3月現在、1,669か所の作業所数が把握されている)。当時としては、民間の精神障害者地域生活支援が法的な社会復帰施設として認められたことが、日本のコミュニティ・ケア政策の足慣らしになったと言えるのではないだろうか。

第Ⅲ期 コミュニティ・ケア発展期(地域自立生活期) 1993~2005年

1993年の障害者基本法によって、精神障害者は障害者の位置づけを受け、精神障害者の社会復帰や福祉制度改革が進んだ。1995年「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)」では、社会復帰施設として、福祉ホーム・福祉工場が法律上に明記され、精神障害者保健福祉手帳制度が創設されている。1999年の改正時は、居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)と短期入所事業(ショートステイサービス)、社会復帰施設の地域生活支援

センターが法に定められた。そして、2002年より、在宅サービスにかかる業務は市町村が実施することとなったが、実際には、すべての市町村がすべてのサービスメニューを実施できていない。厚生労働省の調査では、年々、サービスを提供する市町村は増加していたが、身体障害者のホームヘルプサービス提供率78%に対して精神障害者は53%、ショートステイは身体障害者30%、知的障害者51%、精神障害者17%(身体・知的障害者の数値は平成16年1月、精神障害者の数値は平成16年3月)と、障害種別ごとにも差があった。

1995年の障害者プランにより、1996年度から2002年度の7年間で達成すべき社会資源の整備数値目標が設定された。福祉ホームは300か所、福祉工場は59か所とされたが、厚生労働省調査によると、2005年4月1日現在の都道府県精神障害者社会復帰施設設置状況を見ると、福祉ホーム(125か所)、福祉工場(17か所)、通所授産施設(29か所)と、他の社会復帰施設数(生活訓練施設267か所、小規模通所授産施設291か所、地域生活支援センター423か所)と比較すると、極めて少ない。この原因は、2003年、「都道府県から国にあげられた施設整備の計画に対し、その大半が不採択(国が施設整備を出さない)」されるという財源問題の「アクシデント」(新保, 2006: 103)にあったことは、社会資源の整備が、ひいてはコミュニティ・ケア政策が進まなかった要因に挙げられるだろう。

2000年以降、より精神障害者の自立と社会参加を実現するための新たな政策が講じられている。「今後の精神保健医療福祉施策について」(2002年)は、特に、今後10年で「受け入れ条件が整えば退院可能な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図る」としている。これについて、安西と瀬戸屋(2004: 1094)は、「従来の入院医療中心から地域生活中心への転換を図ること、『7万2千人』という数値目標を掲げて退院・社会復帰の対策を講じることを明確にした画期的なもの」と注目している。2004年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が発表された。ここでは、「『入院医療中心から地域生活中心へ』という精神保健医療福祉施策の基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の変革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。」方針を示した。改革ビジョンの成果に関

しては、現在、精神保健医療福祉に関わる9つの指標から研究が行われている⁽⁶⁾。

同年、厚生労働省は、「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」を発表し、①障害保健福祉施策の統合化、②自立支援型システムへの転換、③制度の持続可能性の確保、の基本的視点をもとに、改革の具体策の一つとして、身体・知的・精神障害を統合した総合的自立支援システムを構築し、法制化するとした。このグランドデザイン案は、障害者自立支援法につながるものとなった。

第Ⅳ期 コミュニティ・ケア展望期（障害者自立支援法期）2006年～

第Ⅰ期・第Ⅱ期及び第Ⅲ期では、精神障害者福祉政策を1950年から2005年まで55年にかけて、三つの時期から提示した。これを受けた第Ⅳ期は、2006年以降の障害者自立支援法の時代である。障害者自立支援法は、在宅の精神障害者には、サービス利用にかかる障害程度区分や定率負担の導入、サービス事業者においては、サービスの新体系のもとでの事業展開の圧迫など、数々の制度的問題を抱えている（田中，2007など）。第Ⅳ期の課題として、障害者自立支援法とコミュニティ・ケア政策との関連から、特に、地域移行と称した退院支援施設の問題と地域自立生活支援を行う社会資源の実態について取り上げている。

「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性は、「今後の精神保健医療福祉施策について」（2002年）に示されている。障害者自立支援法以前には、社会的入院患者への退院支援として、「大阪府退院促進支援事業⁽⁷⁾の取り組み」や富山県での「チーム医療による長期入院患者の退院支援と地域生活支援」などの事例が報告されている。大阪府では、「自立支援員」（作業所や社会復帰施設の非常勤職員、精神保健福祉ボランティア、以前に精神科病院でPSWをしていた人など、何らかの形で精神障害者に接した経験を持つ人である。また、精神障害当事者で自立支援員を務める人もいる。）が一对一で患者と向き合い、退院に向けて、外出の付き添いや病院と患者本人の間への働きかけなどの支援を行った⁽⁸⁾。富山県の谷野呉山病院では、院内の医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士・栄養士などのスタッフが連携し、それぞれの役割を分担しながら、長期入院者で同じような状況にある5～10人を1つのグループとし、同じ日の退院を目指すための退院支援をすすめた⁽⁹⁾。いずれの事

例も、長期入院患者の退院支援を実際の地域生活に即した形として報告されている。

一方、障害者自立支援法では、総合的な自立支援システムとして、介護給付・訓練等給付などと共に、「地域生活支援事業」が創設された。都道府県地域生活支援事業では、専門性の高い相談支援事業・広域的な対応が必要な事業（都道府県相談支援体制の整備、精神障害者退院促進支援事業など）、その他、サービスや相談支援の質の向上を図るための各種養成研修事業などの実施を義務づけている。市町村が法的に必ず実施しなければならない地域生活支援事業は、障害者、障害児の保護者などからの相談に応じて、必要な情報の提供などを行う相談支援事業・地域活動支援センター事業⁽¹⁰⁾・その他の事業（福祉ホーム⁽¹¹⁾・生活支援⁽¹²⁾・居住サポート等の事業⁽¹³⁾）などである。都道府県の精神障害者退院促進支援事業、市町村の居住サポート事業や福祉ホーム、さらに、グループホームなど、精神障害者の住まいを支援するコミュニティ・ケア政策の一環として整備が進められている。

2007年4月から障害者自立支援法に基づく「精神障害者退院支援施設」が設置された。この施設は、「精神科病院が敷地内に施設を設置したり、病棟を施設に転換することで社会的入院患者を『医療』から『福祉』の場へ移し、生活訓練などを利用できるようにするもの。」⁽¹⁴⁾である。病棟を退院支援施設に転換し、利用者は、病棟内の設備を利用しながら生活する。施設の利用期限は、2～3年の標準利用期間とされているが、延長も可能となっている。高柳は、退院支援施設について、「精神障害者の社会復帰に関する施設整備を彼岸に置いたものであることから『邪道』な施策」と指摘するが、「『長期入院者の退院促進』という時代の要請に対して、財源論的背景によって社会復帰施策が貧困な中でその要請に応えるには、一つの方法であることには違いないと思われる。」（高柳，2007：128）との見解を示している。この退院支援施設やグループホームが医療機関の敷地内に設置される場合に懸念されるのは、退院支援施設が終の棲家となってしまうことや、退院後、病状が悪化して再入院した際にも施設が利用でき、蓋を開けてみると、一生を病院の中で生活していることである。障害者自立支援法は、国の基本指針に基いて、都道府県及び市町村に障害福祉計画の策定を義務づけている。2012年度までに受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者（2002年患者調査で約7万人）を退院させるという障害福祉計画の国の基

本指針を踏まえて、各自治体は、移行者数の目標値を設定し、地域生活移行に必要とされるサービスの種類と量の確保の方法を提示している。

佐藤（2008：7）は、障害福祉計画に掲載した地域移行の目標数値を実効性のあるものとして取り組む方法は「地域移行することへの意欲・期待・自信を高めるために、情報提供とともに体験の場・機会を提供すること」と提示している。精神障害者の地域生活を支える社会資源の一つとして、精神障害者社会復帰施設であった旧精神障害者地域生活支援センターが在宅精神障害者の「憩いの場」・「相談」・「地域交流」のできる場所として期待を受けていた。障害者自立支援法の施行より、施設体系の移行を余儀なくされ、地域生活支援センターの多くは、地域活動支援センターⅠ型や相談支援事業所などとなった。しかし、「新事業に移行後、地域生活支援センターがどのような活動を進めていくのか、という前に、新事業に移行できるのか、これまでの人的配置を確保できるのかどうか、大変厳しい状況にさらされた。現に新事業に移行することなく、生活支援センターを閉鎖するところも出ており、地域格差が広がっている。」（増田，2007：133）との報告も出ている。地域活動支援センターⅠ型は、相談支援事業と併せて実施又は委託を受けることが要件となる。しかし、市町村が相談支援事業を直営で実施する場合、事業所は、相談支援事業の委託を受けることができなくなる⁸⁵。地域が社会的入院患者を迎え、支えるシステム作り、「精神科病院の努力、生活支援センターの支援、受け入れる社会資源、援護寮（生活訓練施設）やグループホームの整備」（きょうさん，2007：34）が急務であると言える。

ここで、坂本は、障害者自立支援法の見直しを行う上で、支援費制度の反省を踏まえて、こう述べている。それは、「障害者自立支援法は何をめざして改革されたのかをもう一度見つめ直すことが大切である。」（坂本，2008：26）障害者施策の3障害一元化、利用者本位のサービス体系に再編、就労支援の抜本的強化、支給決定の透明化・明確化、安定的な財源の確保という障害者自立支援法の5つの改革のポイントに立ち返った上で、地域移行や就労支援など障害者のニーズに応えることのできる「地域連携をサポートする法律」（坂本，2008：29）となることに期待を寄せている。

Ⅳ まとめ

以上の政策上の経緯をまとめたものが、表1であ

り、第Ⅰ期から第Ⅳ期の展開を示している。

第Ⅰ期は、1950年の精神衛生法と1965年の精神衛生法改正の影響を受け、精神病患者の入院治療の傾向が強まる。第Ⅰ期に相当する精神病院をめぐる時代を谷中は、「地域社会の安全弁として収容的な役割を担わされた時代」（谷中，2002：22）と振り返っている。『「精神障害者を野放しにするな」』（谷中，2002：22）という社会的な要請にこたえざるを得なかったと言える。このような中、精神衛生法の改正では、コミュニティ・ケア政策の検討が始まっていったのである。

1980年代のイギリスのコミュニティ・ケア政策は、「小さな政府」のもとで、コミュニティにおける家族や友人、知人またはボランティア団体やチャリティの積極的な活用が重視されるようになった。コミュニティ・ケアは、コミュニティによるケア（care by community）でなければならないとされた。そのような中での第Ⅱ期のコミュニティ・ケア実践は、法律による社会復帰施設としての認証を受けるまで、「実践の中から社会復帰活動の必要性を問いかけていった」（谷中，2000：65）。同時期、精神病院内で精神障害者の人権問題も発生し、日本の精神医療のあり方が問われ、患者の社会復帰に向けた法改正が行われることとなった。

続いて第Ⅲ期には、精神障害者が障害者基本法の規定を受け、「福祉としての働き」（谷中，2002：25）を持った精神保健福祉法が誕生した。だが、福祉サービスや社会資源の整備は、早くから社会福祉の対象と見なされ、対応されてきた身体・知的障害者のそれには、量・質ともに及ばない状況であった。そして、三障害共通のしくみをもった制度が創設され、同時に、精神障害者対策としては、地域生活支援及び社会的入院の解消が検討課題となった。最後に、2006年以降を展望した第Ⅳ期は、精神障害者の社会的入院の解消に伴う地域移行の問題を取り上げた。障害者自立支援法を見直す際には、利用者本位の視点や地域連携を支える制度となることなどが求められている。この間の精神疾患患者の総数は、1950年代に急速な民間病院の整備が進められた後、1983年105万人、1993年157万人、1996年217万人、1999年204万人、2002年258万人、2005年367,5万人（患者調査）である。全体の病床数は、1975年27万8,123床に達し、その後も年々増加した。1993年36万2,436床が最大で、それ以降はわずかながら減少傾向にあり、2002年は35万4,927人となっている⁸⁶。入院患者数は、1964年19万7,000人、1975年28万1,000人、1985年34

万人、1990年34万9,000人をピークに徐々に減少しつつある⁸⁷⁾。また、近年、新規入院患者の入院期間が短縮（入院期間約3ヶ月で約50%が退院、入院期間1年で約85%が退院）する傾向となり、新規入院

患者と社会的入院患者との二極化も見られる。谷中は、「ここまで遅れをとってきたわが国の精神障害者の施策の責任を、精神医療のあり方だけに負わせることは適切ではない。永年精神障害者に隔離収容

表1 精神保健福祉政策の展開

第Ⅰ期 コミュニティ・ケア前史(医学モデルの確立・定着期)(1950～1968年)	
1900年 精神病患者監護法【最初の精神病患者対策法】～私宅監置	
1950年 精神衛生法→措置入院制度～収容・入院治療による医学モデルの確立 〔病床数の増加が続く〕	
1964年 ライシャワー駐日大使刺傷事件	
↓	
1965年 精神衛生法改正→コミュニティ・ケアの検討	
第Ⅱ期 コミュニティ・ケア草創期(人権をめぐる社会復帰施策の萌芽期)(1969～1992年)	
～民間組織による地域自立生活支援の始まり～	
1969年 Y問題・1984年宇都宮病院事件	
↓	
1987年 精神衛生法改正	精神障害者の人権擁護と 社会復帰の促進へ
第Ⅲ期 コミュニティ・ケア発展期(地域自立生活期)(1993～2005年)	
1993年 障害者基本法→精神障害者が障害者として位置づけられる	
↓	
1995年 精神保健福祉法→「福祉としての働き」を持つ	
2002年～ 在宅福祉サービスの実施主体が市町村に	
2003年 支援費制度〔障害分野における福祉サービスの利用・契約制度〕	
※ 精神障害者は対象外、財源問題、サービスの実施格差（障害種別・市町村別）	
【精神保健医療福祉分野では…】	
2002年 今後の精神保健医療福祉施策について	
	約7万2千人の社会的入院患者の退院、社会復帰と 入院医療中心から地域生活中心へ
2004年 精神保健医療福祉の改革ビジョン	
同年 今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）	
第Ⅳ期 コミュニティ・ケア展望期(障害者自立支援法期)(2006年～)	
2005年 障害者自立支援法施行	
2006年 国連障害者権利条約採択	
2007年 障害者自立支援法改正法案提出（民主党）と「障害者自立支援法の抜本的見直し」 （自民党障害者自立支援法に関するプロジェクトチーム）	
2008年 国連障害者権利条約発効	
2009年度 障害者自立支援法見直し	

政策をとってきたことの政府の責任はもとより、地域住民の精神障害者への偏見と誤解がつながったと言えよう。」(谷中, 2002: 26) と述べている。四期を通して、治安の維持や治療の必要性を銘打った社会の声に答えることが政策的に最優先課題とされてきた。その間、患者や精神障害者、およびその家族は権利を主張する機会を与えられず、声なき声は取り上げられなかった。

そこで、今後はいかなる政策展開が望まれるであろうか。以上のまとめを踏まえて、地域自立生活支援の視点から、コミュニティ・ケア政策のあり方について、筆者の意見を述べたい。退院支援施設の問題を提示したが、施設を地域移行の途中として、医療機関と地域生活の中間施設として利用することは、必ずしも否定されることではないであろう。しかし、生活するための技術を習得することを前提にして、それがある程度達成されたならば、地域へ出て行く、という道筋をつけなければならない。施設は、あくまでも生活技能を身につける場所であって、永住する場所ではないという認識から出発し、保健・医療及び福祉の連携のもと、地域自立生活支援を進めていかなければならないと筆者は考える。

その連携を構成するのは、医療や福祉に関わる者だけでなく、生活者・当事者たる精神障害者と、公的・私的な社会資源、さらには、住民である。専門職に加え、精神障害者が生活する地域の住民がネットワークに参画することは、福祉コミュニティを築くための必要条件と言える。人的な社会資源としては、民生・児童委員や町内会・自治会組織、ボランティアなどが活動している。京極は、福祉コミュニティの形成の課題を、「今日における地域福祉の当面の政策課題」(京極, 1993: 42) と捉えている。精神障害者の地域自立生活支援は、地域の中から草の根的に開拓され、それらが、政策へと結びついていったものも少なくない。地域住民が参加したソーシャルサポートネットワークは、個人の生活から、地域社会の福祉を支え、精神障害者の実態に見合ったコミュニティ・ケア政策が展開されていくためにアプローチする方法につながるのではないだろうか。

今日の障害者領域全般の動向としては、国連の障害者権利条約の採択(2006年12月)、発効(2008年5月)に伴い、日本でも条約の締結に向けた動きが見られる。障害者権利条約は、第5条2項に障害に基づく差別の禁止(「締結国は、障害を理由とするあらゆる差別を禁止するものとし、いかなる理由による差別に対しても平等のかつ効果的な法的保護を

障害者に保障する。」)¹⁸⁾や第2条合理的配慮(「障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享受し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう。」)¹⁹⁾などを規定している。特に、条約と精神障害者との関連においては、精神医療・強制収容について言及される。精神障害者に対する強制医療が正当化される根拠は、「精神障害者は自分の利益について判断する能力や治療に同意する能力がない場合があるため、誰かが代わって本人の『最善の利益』のために入院や治療に同意し、本人に強制するという、パターナリスティックな根拠」、「精神障害者はその障害ゆえに社会にとって危険な場合があるので、『社会の安全』のために強制入院や強制治療を施すという、社会防衛の根拠」(山本, 2008: 73)である。だが、障害者権利条約のもとでは、これら人権を侵害する行為は禁止されなければならないが、条約では明文化されず、第17条に「障害のあるすべての人は、他の者との平等を基礎として、その身体的及び精神的なインテグリティ[不可侵性]を尊重される権利を有する。」²⁰⁾個人のインテグリティ[不可侵性]の保護が盛り込まれるなど、強制が容認されることは阻止されるに至った。

措置入院や医療保護入院、閉鎖病棟や個室への監禁は、精神保健福祉法によって合法化されている。しかしながら、精神保健福祉法を撤廃しただけでは、「障害者に対する放置と虐待を生み出しかねない」(山本, 2008: 81) そこで、「まずすべての人に法的能力を認め、さまざまな支援のなかでその行使を支える体制を作り上げることが求められている。」(山本, 2008: 81) さまざまな支援とは、「一日二十四時間、三六五日、誰でも飛び込める、強制医療をされない安心できる場所、そして飛んできてくれる人、日常的なさまざまなことについて必要なら相談したり情報を提供したりしてくれる、意志決定を支える支援ネットワーク、あらかじめ意思表示した事前の意思表示書あるいは委任状などに対する法的な整備、障害者自立支援法の介助制度ではなく、もっとアクセスしやすく、本人のニーズに基づいたパーソナルアシスタント制度」(山本, 2007: 49) などであり、精神障害者地域自立生活における合理的配慮、さらには、コミュニティ・ケア政策のあり方とも密接に関わってくる。日本の条約批准に向けて、コミュニティ・ケア政策とのさらなる検討が必要となる

ことだろう。

注

- (1) 回答例138例のうち、患者自身が措置入院であることを知っていたのは59%であった。この回答者を100とした場合、「一生病院で暮すのではないか、入院が長引くのではないか、社会復帰がおくれるのではないか」という回答率は14%であった。
- (2) 秋元美世, 大島巖, 芝野松次郎, 藤村正之, 森本佳樹, 山縣文治, 2003, 『現代社会福祉辞典』, 有斐閣, 138参照
- (3) 1900年に成立した精神病者監護法に基づき、地方長官の許可を得て、精神障害者を、医療施設外の自宅の部屋や小屋に監禁することを認めた制度。秋元美世, 大島巖, 芝野松次郎ほか, 2003, 『現代社会福祉辞典』, 有斐閣, 169参照
- (4) 当時19歳だった浪人生のYさんの強制入院をめぐって（未成年であるため、同意入院の要件として両親の同意が必要であったが、これが満たされていないこと、さらに、入院時に医師による診察がなかったこと、入院に際して保健所の精神科ソーシャルワーカーによるケース記録が援用されたこと、そして、入院に至るまでYさん本人と専門職が会うことはなく、「本人不在」「入院先行」で事が運んだこと、入院時に警察官を安易に導入したことなど）訴えた人権裁判と、Yさんと母親が精神医学ソーシャルワーカー協会に「裁判支援要請と専門職としての実践の見つめ直しに関する申し入れ」を第9全国大において行い（1973年）、その対応をめぐって、後に協会存続の危機を引き起こすに至った問題。
- (5) 患者へのリンチや無資格診療など、暴力と恐怖による職員・患者支配から、「患者の使役、暴行、監禁、東京大学の脳研究とのつながりなどが日常的に行われていた実態に対し、国際法律家委員会（I C J）と国際医療職専門委員会（I C H P）の合同調査団が来日。日本の精神医療の実情、人権侵害の問題が国際的に批判されることとなった。国連『差別防止・少数者保護小委員会』第38回会議（ジュネーブ）で日本代表は、精神障害者の人権保護を改善すると言明し、1987年9月精神衛生法が精神保健法に改正され、翌年施行された。」社団法人日本精神保健福祉士協会, 日本精神保健福祉学会, 2004, 『精神保健福祉用語辞典』, 中央法規, 36参照
- (6) <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision>

/index.html. 2008. 12. 1参照

- (7) この事業は、平成12年度から2年間の試行で、大阪府が国の補助を受け、社会的入院の解消に向けて行政が医療機関と協力して取り組んだ。平成15年度からは、全国で実施された。対象者は、入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能な者とし、実施主体は、都道府県・指定都市である。
- (8) 今井千世美, 奥村由美, 伊永晶一, 2005, 「大阪府退院促進支援事業の取り組み：自立支援員による支援を中心として」, 『精神障害とリハビリテーション』, 金剛出版, 161-165
- (9) 谷野亮爾, 門田晋, 宮部真弥子, 2003, 「チーム医療による長期入院患者の退院支援地域生活支援：病院をあげた支援によるグループ退院の実践」, 『精神障害とリハビリテーション』, 金剛出版, 43-46
- (10) 地域の実情に応じた創作活動・活動機会の提供、社会との交流を図ることで地域活動支援センターの機能を充実・強化して、障害者の地域生活支援を促進する。「基礎的事業」を土台に、事業・職員配置・利用者数によって、地域活動支援センター機能強化事業Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ型の3類型がある。
- (11) 精神保健福祉法に規定されていた社会復帰施設の福祉ホーム（A型）で、現に住居を求めている障害者が低額な料金で居室その他の設備を利用することができ、日常生活に必要なサービスを提供する施設。
- (12) 「介護給付支給決定者以外の者であって、日常生活に関する支援を行わなければ本人の生活に支障を来すおそれのある者に対して、市町村の判断によりホームヘルパー等を居宅に派遣し、生活支援・家事支援などを行うもの。」（花井, 2007：117）
- (13) 賃貸住宅への入居を希望しているが、保証人不在などの理由により、入居が困難な障害者に対し、入居に必要な調整などの支援や家主などへの相談・助言を行う。
- (14) 福祉新聞2007年4月9日号より抜粋。
- (15) ただし、市町村が事業者に相談支援事業を委託しない場合でも、地域活動支援センターⅠ型の国庫補助額は用意されており、市町村の判断によってⅠ型へ転換できる可能性もある。
- (16) 高柳功, 山角駿, 2007, 『改訂 精神保健福祉法の最新知識—歴史と臨床実務』, 松原編, 中央法規, 200参照

- (17) 精神保健福祉協会, 2004,『改訂第二版 精神保健福祉法詳解』, 中央法規, 12参照
- (18)(19) 日本政府による仮訳。
- (20) 川島＝長瀬による仮訳。日本政府による仮訳では、「インテグリティ」を「健全」としており、山本（2007：47）は「むしろ強制医療を肯定しかねない誤解を招いてしまう。条約の議論過程もそして条約の根本的精神をも否定した誤訳と言わなければならない。」と指摘している。

引用・参考文献

- ・天野宗和編, 2007,『障害者自立支援法-混迷の中の船出』, 中央法規
- ・安西信雄, 瀬戸屋雄太郎, 2004,「精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題」,『作業療法ジャーナル』, 三輪書店, 1090-1096
- ・江畑敬介, 2006,「障害者自立支援法時代の精神障害者退院促進と地域ケアの考え方」,『精神障害とリハビリテーション』, 金剛出版, 99-106
- ・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
- ・広田伊蘇夫, 2004,『立法百年史：精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』, 批評社
- ・児島美都子, 石野加代子, 伊藤忍, 大野勇夫, 小河邦子, 金子寿子, 窪田暁子, 子安崇雄, 菅井明, 垂石啓芳, 土田幸弘, 山田直, 1971,「措置入院をめぐる諸問題」,『精神医学ソーシャル・ワーカー』, 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会, 2-23
- ・きょうされん, 2007,『精神障害のあるひとと障害者自立支援法』, 増田一世編, きょうされん
- ・京極高宣編, 1993,『高齢化社会と社会福祉—実践理論のパラダイム—』, 中央法規
- ・増田一世, 2007,「新事業体系移行の動向 地域生活支援センターに求められること」,『精神保健福祉』, 社団法人日本精神保健福祉士協会, 133-137
- ・宮田和明, 1999,『現代日本社会福祉政策論』, ミネルヴァ書房
- ・長瀬修, 東俊裕, 川島聡, 2008『障害者の権利条約と日本—概要と展望』, 山本編, 生活書院
- ・中村和彦, 2001,「精神科ソーシャルワーク実践におけるジェネラル・ソーシャルワークの展開—その意義と方法—」,『広島文教女子大学紀要』, 広島文教女子大学, 137-148
- ・大橋謙策, 2006『新版 地域福祉事典』, 中央法規
- ・坂本洋一, 2008,「障害のある人を取り巻く課題と障害者福祉の行方」,『月刊福祉』, 全国社会福祉協議会, 26-29
- ・佐藤久夫, 2008,「障害者自立支援法のあるべき姿を描く」,『社会福祉研究』, 財団法人鉄道弘済会, 2-9
- ・新保祐元, 2006,『精神障害者の自立支援活動—生活支援の視点と自立支援法の実践課題—』, 中央法規
- ・高柳功, 1996,「精神保健法の変遷とその将来」,『臨床精神医学』, 株式会社アークメディア, 509-513
- ・高柳功, 山角駿, 花井忠雄編, 2007,『改訂 精神保健福祉法の最新知識—歴史と臨床実務』, 中央法規
- ・田村綾子, 2003,「『社会的入院』の概念とその要因」,『精神保健福祉』, 社団法人日本精神保健福祉士協会, 5-9
- ・田中英樹, 2001,『市町村精神保健福祉業務のすすめ方』, 萌文社
- ・田中英樹, 2005,「A C T特集にあたっての論点整理を中心に」,『精神障害とリハビリテーション』, 金剛出版, 104-107
- ・田中英樹, 2007,『特集 障害者自立支援法をどう展開させるか 特集にあたって』,「精神障害とリハビリテーション」, 金剛出版, 102-105
- ・山本真理, 2007,「障害者権利条約は一切の強制を禁止している—一条約の下では精神保健福祉法も心神喪失者等医療観察法も廃止されなければならない」,『福祉労働』, 現代書館, 43-50
- ・谷中輝雄, 2000「精神障害者福祉とソーシャルワーカー—精神医学ソーシャルワーカーの活動の足跡—」,『ソーシャルワーク研究』, 相川書房, 63-69
- ・谷中輝雄, 2002,「精神障害者の福祉の現状と課題—歴史を踏まえて—」,『社会福祉研究』, 財団法人鉄道弘済会, 21-

地方小都市における精神障害者地域生活体験型共同住居の実践と課題

名寄市立大学保健福祉学部 結 城 佳 子

I. 緒言

2004（平成16）年4月厚生労働省精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉改革ビジョン」では、以降10年間の施策の基本理念を「入院医療中心から地域生活中心へ」とし、「国民意識の変革」「精神医療体系の再編」「地域生活支援体系の再編」を柱に「精神保健医療福祉施策の基盤強化」に取り組み、あわせて受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）の地域移行を進めるとした。2008（平成20）年4月には「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が発足し、改革ビジョン第一期（前半5年間）の改革の成果を評価し、第二期（後半5年間）の施策を検討している。

2008（平成20）年9月同検討会「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）」¹⁾によると、精神病床入院患者は1996年以降32万人から33万人の間で推移し、減少の傾向にはないが、疾患別では1999（平成11）年以降入院患者数が増加しているのは認知症であり（1.5万人、42%）、統合失調症は減少している（1.5万人、7%）。しかし、入院期間が長期化するほど総数に占める統合失調症患者の割合が増え、10年以上入院している患者では約85%にのぼる。さらに、同検討会による病床調査結果によると、受入条件が整えば退院可能な患者のうち現在の状態でも「居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約16%（全体の約5%）、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約73%（全体の約25%）である。

居住先や地域生活への支援を提供する精神障害者社会復帰施設等は、2006（平成18）年に施設数1,700ヶ所、利用者数2.5万人以上と大きな伸びを示しており、精神障害者地域生活支援センター、福祉ホーム、生活訓練施設、通所授産施設、ホームヘルパーは「重点施策実施5ヵ年計画」平成18年度達成目標値の90%以上の水準を達成している。一方、精神障害者グループホームの整備は、2002（平成14）年「重点施策実施5ヵ年計画」に定めた平成18年度達成目標値約1.2万人分に対し、平成17年度末時点で約8.5

千人分（約70.8%）にとどまっている。全体的にみれば精神障害者の地域生活移行および支援のための制度等は徐々に整備されつつあると言えるが、居住先確保が喫緊の重要課題であることは間違いない。

しかし一方で、入院患者への調査では「半年以内に退院を希望する」と回答した患者は56.2%にとどまっており、希望しない理由として「病院に入院している方が気楽」（45.7%）、「一人暮らしに自信がない」（35.1%）があげられている。長期入院患者の退院促進に取り組む精神科医療機関も増えつつあるが、他機関・他職種のネットワークなど課題も少なくない。さらに、現在は自宅で家族と生活している精神障害者であっても、単身生活を希望しながら自信のなさや不安のために実現をあきらめていることも多い。また、家族の高齢化等により将来単身生活をしなければならないことに対して不安を抱く精神障害者やその家族も決して少なくない。地域生活移行において精神障害者が十分な情報を得たうえで自らの地域生活を具体的にイメージし、自己決定していくための支援がより一層必要であると言える。

精神障害者の地域生活移行や居住支援について報告した先行研究は近年増えつつある。一つは、住居確保および入居手続支援についての報告である。黒須は不動産業者に対する質問紙調査の結果から、不動産業者への精神障害（者）についての情報提供や精神障害者および不動産業者を主体とした居住サポートネットワーク創設の必要性を述べている²⁾。また、新井らはアパートでの単身生活を始めた精神障害者を対象に面接調査を行い、物件探しや保証人の問題など具体的かつ実地的な支援、経済的基盤の確保の必要性を述べている³⁾。生活訓練施設やグループホームの職員や利用者を対象とした調査から、地域生活移行支援の必要性を明らかにしようとした報告もある。渡邊は、グループホーム職員を対象に支援内容の必要性の有無を調査し、対人関係の調整・心身の健康状態の把握、相談支援、日中の過ごし方の把握や助言が重視されていること等を報告している⁴⁾⁵⁾。さらに、西浦らは、生活訓練施設を退

所した者を対象としてその転帰を調査し、利用中断の要因や支援の必要性を明らかにしようとしている⁷⁾。

本稿では、地方小都市A市の任意団体「Bハウスの会」が地域生活移行支援に取り組んだ地域生活体験型共同住居「Bハウス」の実践を報告し、その課題を明らかにする。なお、倫理的配慮として、研究対象であるBハウス関係者には口頭で承諾を得た。また、個人名・団体名が特定できないように匿名を用い、本稿の主旨に反しない範囲で情報に修正を加えている。

II. A市の概況

A市は北海道北部の内陸部に位置し、交通の要衝地として幅広い生活圏域を形成してきた。しかし、近年は過疎化や地域経済の衰退が著しく、過疎地域自立促進特別措置法に基づく過疎地域に指定されている。夏冬の気温差が大きく、豪雪地帯対策特別措置法に基づく特別豪雪地帯である。2007年度A市市勢要覧によれば、人口約31,000人、高齢者人口比率約26%、生活保護受給率人口千対約12である。また、同市障がい者福祉計画（平成20年3月）によれば、精神保健福祉手帳取得者が約100名、精神疾患（認知症含む）での受療者が約750名となっている。

A市内には、市立総合病院に精神科病棟および小規模デイケア、精神科診療所（無床）1ヶ所がある。また、社会福祉法人が運営する社会復帰施設（通所授産施設、生活訓練施設、地域生活支援センター）があり、自治体による精神障害者ホームヘルプサービスが実施されている。居住支援については、知的障害者、認知症高齢者を対象とするグループホームはあるが、精神障害者対象のグループホームは設置されていない。市営住宅が約1000戸あり、障害者の単身入居や優先入居に対応している。

III. 地域生活体験型共同住居「Bハウス」の実践

1. 設立の背景

A市では、道内の精神障害者および精神保健福祉関係者が参加するキャンプの開催をきっかけに、実行委員会メンバーを中心とする精神障害当事者、家族、様々な機関に所属する専門職、ボランティアらのインフォーマルなネットワークが形成されていた。このネットワークにより、精神保健ボランティア講座によるボランティア育成や精神障害者地域支援フォーラム開催による住民らを対象とする普及啓発が行われ、これらの活動が基盤となって「A市の

精神保健を考える会」「ネットワーク定例会議」などの任意団体等が組織されていた。

2. 「Bハウス」設立の経緯

A市内にある地域生活支援センターが精神障害者の住居を求める広告を地元紙に掲載した際、趣旨を理解した一市民から無償の物件提供があった。しかし、提供された物件は居室として利用できる部屋が2つしかなかった。そこで、より多くの精神障害者の地域生活支援に活用できる方法を検討したいという支援センタースタッフの呼びかけに応じて、ネットワークのメンバーにより「Bハウスの会」が組織された。検討の結果、利用期限のない共同住居ではなく、精神障害者が一定期間居住して地域生活を体験することにより、日々の過ごし方や社会資源の活用の仕方を練習したり、単身生活での自己の課題を明確にしたりすることができる住居として活用することになった。検討のプロセスにおいては、実際の地域生活体験や今後の地域生活への期待、支援者に望むこと等、精神障害当事者の意見が大きく反映された。

3. 「Bハウス」の運営

運営方法等は、「Bハウスの会」で検討し、決定している。なお、「Bハウスの会」は、事業の持続性の保証、賃借契約等における法人格の必要性等により、2006（平成18）年7月に特定非営利活動法人の認証を受け、法人格を取得した。

利用に係る必要書類等は可能な限り簡単なものとする一方、利用開始時および必要時に利用者との面接を行い、利用目的や目標などを利用者とともに確認するプロセスを重視している。また、利用開始時にかかる費用をできるだけ少なくし、収入が障害年金のみであっても利用可能な金額をめどに利用料を設定し、経済的理由で利用をあきらめることがないようにしている。経費削減のため、可能な修繕は運営委員自らがを行い、家具・電化製品などは転居等で不要となったものの提供を受けた。公営住宅や賃貸住宅での生活をイメージできるように利用規則は最小限にしている。また、利用者が社会資源の利用も含めて自らの生活を具体的にイメージできるように、世話人・管理人等は置かず、地域生活支援センターをはじめ地域の社会資源との連携を重視した。

これまでに4つの共同住居を開設し、老朽化で閉鎖した2号館を除き、現在3つの共同住居を運営している（表1）。3号館は、一般のアパートを部屋単位で賃借し、永住も可能な共同住居として運営している。3号館を除く3ヶ所は、空き住宅であった

ものを賃借して活用した。A市内には、過疎化により空き住宅が増えており、管理者がA市内に在住しておらず、冬季の寒冷・積雪に対する対策に苦慮し

入所は、病状の悪化によるものではなく生活や対人関係の破綻が主な理由であった。

表1 Bハウス概況

Bハウス1号館（定数2） 2003年8月開設～現在 平屋戸建住宅 2号館開設後は世帯入居用として使用
Bハウス2号館（定数5） 2004年8月開設～2006年12月閉鎖 2階建住宅 老朽化のため冬季使用に耐えず閉鎖
Bハウス3号館（定数3） 2004年12月～現在 一般アパートを賃借 原則として利用期間を定めていない
Bハウス4号館（定数11） 2006年12月開設～現在 廃業した旅館を賃借

ていることも多い。そのような物件を、建物管理を条件に安価で賃借することにより利用者の負担を軽減している。

4. 利用者の概況

2003年（平成15）8月の開設から2007（平成19）年度末までに、精神障害者15名が利用した。年齢は30代～60代、疾患別で最も多いのは統合失調症である。生活訓練施設からの利用3名、精神科病院からの利用1名、その他は自宅からの利用であった。利用者のうち、加療が必要な身体疾患を持っている者は6名、日常生活において家事援助・身体介護を必要とする者は3名であった。

利用目的としては、家族から自立した生活の練習をあげた者が最も多い。家族の健康問題、家族関係の悪さ等の理由により、在宅で生活していた精神障害者の利用が多くなっている。精神科病院・生活訓練施設からの利用においても、自宅はあるが家族関係が悪く一緒に住みたくない、あるいは、すでに両親が亡くなり兄弟の世代になっているため同居が困難であること等が利用の理由であった。

利用終了者8名のうち再入院2名、生活訓練施設再入所1名、自宅への退所2名、公営住宅入居2名、死亡1名であった。利用期間は最短3ヶ月～最長4年7ヶ月である。再入院および生活訓練施設再

Ⅳ. 考察

1. 居住先確保の視点から

北海道在院患者調査⁸⁾の結果によると、「寛解、すなわち社会的入院」患者の40.3%が「住まいの確保ができない」としている。北海道内には、精神障害者を対象とする共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）等の事業所が約400ヶ所あるが、その約3割は札幌市にあり、それ以外の事業所もほとんどが旭川市、帯広市、釧路市などの都市部に位置している。A市においても生活訓練施設が1ヶ所あるのみで、精神障害者を対象とする共同住居等はない。全国では共同住居等の多くが医療法人によって設置されている⁹⁾が、その主体となるような医療法人もA市にはない。かねてから家族会を中心にグループホーム設置の要望が自治体に出されてきたが、これまで実現されることはなかった。

Bハウスは、地域のインフォーマルなネットワークを基盤に組織された任意団体が特定非営利活動法人格を取得して運営している共同住居である。また、冬季の管理が問題となる空き住宅という豪雪、過疎地域の負の財産を活用し、公的資金の投入をほとんど必要としない。むしろ過疎地域であるからこそ実現でき、過疎地域における精神障害者の居住先確保の有効な手段であると言える。

しかし、公的資金が投入されていないために、財政基盤の脆弱さは否めない。財政基盤の確保が課題の一つである。また、空き住宅を賃借し、大きな改修を行わずに利用していることから、改修によるバリアフリー化など身体疾患や身体障害を併せ持つ精神障害者への対応が困難であることも課題である。

2. 長期入院患者の地域生活移行の視点から

地方小都市、特に過疎地域においては持ち家での生活者が多く、A市においても持ち家に生活している世帯が60%を超え、障害者世帯であってもほぼ同率である。このような状況が背景となり、Bハウス利用者の利用目的等で居住先確保の困難さをあげているものが少ないと考えられる。A市における精神障害者の地域生活移行で最も重要な課題は、居住先確保よりも移行と定着を支援することであると言える。

精神障害者は、その疾患や障害の特性から日常生活や金銭管理、対人関係等において様々な支障を

持っていることが多い。しかも、その支障は客観的に把握されにくく、個別的である。また、思春期から青年期に発症し、長期の入院や療養を経験することによって、十分な社会的スキルを習得する機会を得られないことも少なくない。さらに、医療従事者や家族の過度の管理・保護が、彼らの社会的スキルを習得する機会や地域で生活する意欲を失わせてしまうこともある。精神障害者の地域移行支援において居住先確保と同時に生活支援が必要であることは、先行研究においても指摘されている。しかし、地域での支援のあり方によっては、これまで医療機関や家庭の中で行われてきたことが、場を変えて繰り返される恐れもある。

Bハウスでは、世話人・管理人を置いて利用者を支援するのではなく、利用者自身が地域に存在する社会資源の活用も含めて地域生活を体験することを重視し、自ら望む生活に応じて適切な支援を主体的に求めていることを目指している。これは、精神障害者の居住支援において、重要な視点であると考えられる。しかし、長期入院患者には高齢化、身体疾患・障害の合併等により日常生活において身体介護・家事援助を必要とする者も少なくない。必要なケア・支援の提供と自立・自己実現への支援をいかに両立して実現していくかが課題であると言える。また、再入院・再入所でBハウスの利用を終了した理由は、病状の悪化ではなく主に生活の破綻や対人関係の問題であった。利用開始前に利用者の生活や対人関係の力を適切に見立て、利用開始後できるだけ早期から適切な支援を行うことも課題としてあげられる。さらに、生活の破綻や対人関係の問題のベースに病状の悪化が存在することも否定できない。医療機関との連携、特に訪問看護等の医療面での居宅サービス導入を含めた支援体制づくりも課題である。

3. 自己選択・自己決定の視点から

居住先について、A市に住む精神障害者が持つ選択肢は限られる。自宅に住むか、アパートや公営住宅に住むか、入院するかである。しかし、自宅に住むには家族との折合いが悪い、一人暮らしをする自信はないとすれば、あとは入院しかない。Bハウスは、利用開始にあたって敷金や礼金の支払いや家具等の準備が必要なく、生活の破綻や病状の悪化等によって利用を中断しても利用者やその家族に大きな経済的損失を与えないで済む。経済的に比較的容易に利用し、地域生活の具体的イメージを作り、不安

を軽減することができれば、利用者や家族が居住先の選択をより主体的にできるのではないかと考える。また、長期にわたって入院生活を送ってきた精神障害者が、地域生活における自らの課題や必要な支援を明らかにすることによって、自分に適した居住先を選択することも可能になると考える。

課題としては、ケアホーム・グループホーム・福祉ホーム等の保護的住居、公営住宅の優先入居や借上住宅等公的住宅の量的確保、民間賃貸住居への入居支援、就労支援を含めた経済的保障等、住居についての選択肢のさらなる多様化や入居に向けた支援があげられる。精神保健福祉行政のみならず住宅行政を含めた行政との連携、システム作りや政策策定に向けた働きかけ等包括的な取り組みが必要である。

V. 本研究の限界

本研究の対象であるBハウスの位置するA市は、過疎化の進む地方小都市であっても医療機関や社会福祉法人等の社会資源が存在し、精神障害者がアクセスすることが可能な状況がある。また、キャンプの開催を契機とする他職種からなるネットワークが存在した。これらがBハウスのような共同住居の運営を可能にしており、全ての過疎地域に普遍化できるものではない。また、Bハウスの運営においては、医療機関や行政との連携等課題も多く、現時点での分析がBハウスの実践を網羅したものではない。さらに、利用者の視点からの評価も必要である。

V. 結論

地域生活体験型共同住居Bハウスは、低リスク・低コストで地域生活を体験し、社会資源の活用の仕方を含む地域生活のイメージを作り、地域生活での自己の課題を明らかにすることができる。居住先に関する精神障害者の自己決定を支援し、長期入院患者の地域生活移行において有効である。課題として、①運営における経済的基盤の確保、②身体疾患・身体障害を持つ利用者への対応、③必要なケア・支援の提供と自立・自己実現への支援の両立、④精神科訪問看護等の在宅医療サービスとの連携、⑤利用終了後の住居の確保、選択肢の多様化と入居支援、が明らかとなった。

VI. 結語

知的障害者の居住支援において、精神科病院から

入所施設への移行は順調に進んだが、入所施設から地域生活への移行の速度はそれに比べて非常にゆっくりであることが指摘されている。¹⁰⁾精神障害者の退院促進や居住支援においても、同様の現象が起こってはいただろうか。精神障害者の居住に対する真の自己選択・自己決定に、多面的かつ包括的な支援が必要であることは言うまでもない。地域性を活かした居住支援の実践に今後も着目していきたい。

引用文献

- 1) 『これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）』（2008）、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
- 2) 黒須依子（2008）「精神障害者の住まいの確保における支援方法 延岡地域の不動産業者に対するアンケート調査結果による考察」『九州保健福祉大学研究紀要』9, 17-25
- 3) 新井信之、内山範夫、佐藤哲郎ほか（2007）「精神障害者の賃貸アパート契約に至る現状と支援の課題」『順天堂大学医療看護学部医療看護研究』3（1）、9-14
- 4) 渡邊敏子（2004）「精神障害者の地域生活支援の構造－グループホームでの支援実態から－」『岐阜県立看護大学紀要』4（1）、13-19
- 5) 渡邊敏子（1998）「精神障害者グループホームでの生活支援の特徴」『香川医科大学看護学雑誌』2（1）、133-140
- 6) 渡邊敏子、菅原道哉、柴田洋子（2001）「精神障害者グループホームでの生活中断の要因分析」『日本社会精神医学会雑誌』10（1）、21-31
- 7) 西浦信博、大里祥、三浦康司ほか（2004）「精神障害者生活訓練施設退所者の転帰 地域生活継続率とその要因の検証」『日本精神科病院協会誌』23（9）、59-65
- 8) 『北海道在院患者調査の概要』（2006）北海道保健福祉部疾病対策課
- 9) 竹島正『社会復帰施設昨日の測定に関する研究－精神障害者の退院・社会復帰における住居確保についての研究－』平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉研究事業）精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究分担報告書
- 10) 全家連保健福祉研究所編（1995）『精神障害者住宅施策の展望』ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNO.10,（財）全国精神障害者家族会連合会精神障害者社会復帰促進センター

Challenges of a group home for community integration of the mentally handicapped in a small regional city.

YUKI Yoshiko Nayoro City University

要旨：地方小都市の任意団体が地域生活移行支援に取り組んだ地域生活体験型共同住居Bハウスの実践を検討し、その課題を明らかにした。Bハウスは、低リスク・低コストで地域生活を体験し、社会資源の活用の仕方を含む地域生活のイメージを作り、地域生活での自己の課題を明らかにすることをもって、精神障害者が住居についての自己決定を支援する地域生活体験型共同住居として、長期入院精神障害者の地域生活への移行および居住支援に有効であることが明らかとなった。課題として、①運営における経済的基盤の確保、②身体疾患・障害を持つ利用者への対応、③必要なケア・支援の提供と自立・自己実現への支援の両立、④訪問看護等の在宅医療サービスとの連携、⑤利用終了後の住居の確保、選択肢の多様化と入居支援、があげられた。

キーワード：精神障害者、居住支援、地方小都市、共同住居、自己決定

「重度身体障害者と介助者の介助関係における感情労働場面のビデオ調査」

北星学園大学大学院博士課程 菅 由希子

I はじめに

わが国における1980年代頃からの障害者の自立生活運動を契機に、全国に自立生活センターが設立されるようになった。多くの重度身体障害者は施設で暮らすことを余儀なくされていたが、自立生活運動が盛んになるとともに、地域に出て自立生活を行う重度身体障害者が増えてきた。

重度身体障害者は障害が重ければ重いほど、介助者の介助を必要とするため、その介助関係は、重度身体障害者の生活の質を見る重要な視点であると思われる。重度身体障害者は生活するうえで、介助者に介助を頼まざるを得ない。例えば、その際にどのような感情のコントロールが必要となるだろうか。あるいは、介助者は、重度身体障害者に対してどのような感情表出を行っているだろうか。本報告では、重度身体障害者と介助者の介助関係において、感情労働の側面から焦点を当てたい。

また、わが国における感情労働研究¹の実証研究の調査方法として使われているのは、インタビューによる質的調査と、質問紙による量的調査が主流である²。しかし、インタビューや質問紙では、実際に行われている感情労働を分析するにあたって、得られるデータに限界があるのではないかと考えられる。

そこで本報告では、地域で自立生活を行っている重度身体障害者と介助者の介助場面をビデオカメラにて撮影を行った調査を報告する。本報告により、重度身体障害者と介助者の感情労働を行っていると思われる場面を明らかにしたい。なお、本報告では、感情労働場面の分析のために、ビデオ調査を行ったことを報告するが、今後そのビデオ調査からインタビューガイドを作成し、両者へのインタビューの実施を想定している。

II 方法

1. 調査対象

A市にて地域で自立生活を行っているD氏およびその介助者P氏にビデオ調査を依頼した³。D氏は

自らが介助を受ける立場であるが、その介助サービスの事業主であり、サービス事業所を運営している。よって、障害者と介助者は、援助関係であるが、一方で障害者が雇用主である雇用関係をもつ。D氏は男性で、障害は脳性まひであり、全介助が必要である全身性障害者である。P氏は女性であり、D氏への介助経験年数は、約8年（当時）である。P氏はD氏の専属の介助者（当時）である。

2. 調査内容

調査は、2007年7月22日に行った。1日の流れを撮影する為に、一人の介助者が介助に入ってから終わるまでビデオ撮影を行った。撮影当時、D氏の介助シフトは主に二交代制であったため、一人の介助者が勤務する朝9時～夜6時まで撮影を行った。なお、D氏が外出した際に、撮影不可能な店舗等があったため、一時撮影を中断した箇所がある。また、排泄場面は撮影を中断した。

3. 倫理的配慮

ビデオ撮影にあたって、D氏に依頼したところ、著者は当初、三脚での固定カメラでの撮影を考えていたが、D氏曰く、「固定カメラにて撮影されていると監視されている気分になる」とのことで、著者がビデオカメラを手を持ち、撮影を行った。

III 調査結果

1. ビデオ調査から得られたデータ

ビデオカメラで撮影された食事介助・移動介助等といった具体的な介助内容、会話、表情や声の調子等から読み取れるそれぞれの感情をデータに起こしている。なお、データは、介助内容、会話、表情等から読み取れる感情の3項目にてデータを起こしている。会話部分は、障害者をD、介助者をPとして記述した。得られたデータから、感情労働場面と思われる場面のうちの4事例を取り上げる。

2. 事例A シップを貼る場面

事例Aとして取り上げるのは、重度身体障害者(以下、障害者とする)の指示で、介助者が障害者の首から肩にかけてシップを貼る場面である。

表1 事例A シップを貼る場面

介助内容	会 話	表情等から読み取れる感情
介助者は自分のエプロンをたたみながら、障害者と会話する。障害者から介助者へシップを貼ってほしいと指示があり、介助者は冷蔵庫へシップを取りに行く。介助者は取り出したシップの袋を机に置き、そのうちの一つを開封する。シップを一枚取り出す。介助者は掛け声で、障害者の上半身を前に倒し、障害者のTシャツを背中からめくる。障害者から体を右に傾けてほしいと指示があり、介助者	P「したら。後は特に？ 持って行くものとかはないですね？ あのお買い物だけですよね？」 D「……はい。ちょっと、シップ。」 P「シップ。右でしたっけ？」 D「はい。」 P「えーとおー。これってもう駄目なのかな？ いいのかな？ よしー。(26秒の沈黙)おわあー。いい匂い。……この、ここですか？ この間貼った。」 D「そ。」 P「はい。」 D「めくって。」 P「はい。したらちょっと前に起きてもらってもいいですか？」 D「はい。」 P「1、2の3。じゃあ、ガボッとめくりますよ。」 D「……体。」 P「……大丈夫ですか？ このぐらい？ 足？」 D「もうちょっと・体。」 P「はい。」 D「それで。」 P「はい。ちょっと体抑えられないので。」 D「あの、もうちょっと。お尻を左に引っ。」 P「お尻を。はい。ちょっと失礼。……はい。1、2の3。」	障害者は下を向いていたが介助者の声かけにより、介助者を見る。障害者の表情は考えている様子。

は障害者の体を右へ傾ける。介助者は机の上に置いてあったシップを取る。障害者の指示で、介助者は障害者の車いすに座っているお尻の位置をずらす。障害者の上半身を起こす。障害者の指示で、Tシャツの右肩の部分をめくることになる。介助者からTシャツを頭から脱いだ方がよいのではないかと障害者に伝え、頭から脱ぐことになる。障害者がシップを貼る位置を介助者に指示を出す。介助者からシップの貼り方を確認する。シップの貼る位置が決まり、シップを貼る。	D「じゃあちょっと1回、体を、起こして。」 P「はい。この状態でも貼れますね。」 D「はい。あっ……。」 P「おっと。この。」 D「右側をもう少し。」 P「はい。」 D「めくって。……首の間の、間の、間。」 P「じゃあちょっと頭抜か、頭抜いてもらったほうがいいかもしれないですねー。」 D「はい。脱ぐわ。」 P「いいですか。……こんな状態で。」 D「はい。」 P「……そしたら、いいですか？」 D「首筋から。」 P「はい。」 D「肩にかけて。」 P「首筋から肩に。こういう感じて貼っちゃダメですか？ こういう感じ？」 D「もうちょっと後ろの方。」 P「こうですか？」 D「・そう。もうちょっと上の方。」 P「上。・こう？」 D「で、もうちょっと後ろ。」 P「こう？」 D「あ、うー。」 P「じゃない？」 D「もっと上。」 P「上？ こうか。」 D「はい。」 P「こう。」 D「そこら辺。」 P「はい。じゃあちょっと。」 D「そこら辺。」 P「はい。おなかが鳴った(笑)。」 D「おなかが鳴った(笑)。」 P「はい。こんなもんで？」	障害者の表情は苦しい。 障害者の表情は苦しい。 介助者の表情はあまり変わらずに淡々としている。障害者と介助者は話しながら微笑む。
--	---	---

シップを障害者の首に介助者が貼る場面であるが、なかなかシップの貼る位置が決まらないことから、障害者と介助者は何度もやり取りを繰り返している。そのことから、障害者・介助者は、イライラしているのではないだろうか。両者の表情からは、イライラしている感情は読み取ることはできなかったが、その時にどのように思っていたか、インタビューにて明らかにしたい。

3. 事例B 夕食調理の場面

事例Bとして取り上げるのは、障害者の指示で、介助者が夕食の調理を行う場面である。

表2 事例B 夕食調理の場面

介助内容	会 話	表情等から読み取れる感情
介助者は夕食の調理をしている。介助者は、野菜をフライパンで炒めている。途中で戸棚から醤油を取り出し、フライパンへ入れようとするが、「減塩」とつぶやき、戸棚へ仕舞う。フライパンで炒め終わった後、介助者は手を洗う。介助者は小揚げを保存用パックに入れる。介助者は鶏がらスープの素の入ったビンの中身を空け、ビンを洗う。介助者は調味料を棚の中へ仕舞う。介助者が食器洗いカゴの中にあるものを片付けている途中で、障害者から野菜ジュースを飲ませてほしいと指示がある。しかし、介助者は野菜ジュースの指示を忘れ、食器洗いカゴの中にあるものを片付け、さらに、洗っていない調理器具等を洗う。	P「うーんと。(15秒の間) うーん。(9秒の間) いんじゃないかと、思います。……あ、やめとこ。減塩。(20秒の間) あとは、そんなもんで、いいですか? ご飯と、味噌汁と、炒めと。」 D「はい。」 P「はい。(24秒の間) じゃあごめんなさい。」 撮影者「はい。」 P「えーと、保存バッグを。すみません。」 撮影者「いえいえ。」(30秒の間) P「よしー。もう古いやつは捨てていいですね、これね。」(10秒の間) D「どれ?」 P「ん? あの一。鶏がらスープの素の、すごーく古くなって、なんかすごい古いやつだと思うので。」 D「どれ?」 (32秒の間) P「よいしょ。うーんと。よいしょ。あー。……よいしょ。あー。……よいしょ。今なんか、粉だーとか言ってませんでした? ……違う?」 D「いや。」 P「違うらしい。」 (11秒の間) D「あの。」 P「はい。」 D「野菜ジュース。」 P「野菜ジュース、はい。」 (8秒の間) D「小さい子どもが。」 P「はい?」 D「そこに、小さい子どもがいるしょ。」 P「うん、なんか、子どもさんがしゃべって、ますけど。……よいしょ。入らないなー。(20秒の間) 片しちゃっていいですか? ざぶっと。」 D「はい。」 P「はい。(18秒の間) あ、そっか、冷奴とかにすればいいのか。そして。」 D「うん。」 P「もしあれだったら。」 D「そうだね。」 P「納豆もあるし。(15秒の間) あー、涼しいー。涼しくなってきましたよ。……風が。」 (41秒の間) D「だいぶ涼しくなってきました。」 P「ん?」 D「だいぶ。」 P「何ですか、何ですか?」 D「だいぶ。」 P「え?」 D「だいぶ涼しくなってきました。」	介助者は無表情で料理をしている。障害者と会話する時には、笑顔などの表情が戻る。声は明るい調子。 障害者の声が小さく、介助者は聞き返す。 介助者は無表情である。 障害者の声が小さく、介助者は聞き返す。

障 害 者 が “おでこを 拭いてほし い”と介助 者に指示を 出す。	た。」 P「ね、だいぶ涼しくな ってきましたねー。(まな 板が) 倒れる危険性があ る。(75秒の間) うーん。 (7秒の間) よしっ。」 (21秒の間)	
	D「おでこ、おでこ。」 P「はい。」 D「軽く、ティッシュでこ すって。」 P「はい。」 D「右の。」 P「はい。(11秒の間) 真 ん中。」 (8秒の間) D「はい。」 P「はい。・・・小揚 げは、冷凍しちゃっても、 いいですか？」 D「・・・はい。」 P「はい。(12秒の間) よ いしょ。あ、そしたら・・・ あっ、そうだそうだ、忘 れてた。(6秒の間) よ いしょ。」 D「今日はいい天気。」 P「今日は？」 D「・・・いい天気 で。」 P「へ？ 落としちゃった。 (10秒の間) 今日はイチ イケヒメ？」	
介助者は、 障害者から 野菜ジュ ースを飲ませ てほしいと 頼まれてい たことを思 い出し、冷 蔵庫から野 菜ジュース を取り出し てコップに 入れる。		

障害者の指示により、夕食を調理する介助者の場面である。ここで注目したいのは、介助者の感情であるが、ビデオ画面では介助者の表情が無表情であるように見える。しかし、障害者と話している声の表情は明るい。それはなぜか。推察するに、この場面の2人の位置関係であるが、障害者は介助者に背を向けてパソコンをしながら、介助者と会話している。そのため、障害者と介助者は顔を向き合わせる必要がないため、介助者はわざわざ笑顔を作らず、

障害者と会話し、調理をしているのではないだろう。また、この調理場面は夕方であり、介助者の疲労のピークであると思われる。その点も、無表情であることと関連があるのではないだろうか。この点についても、インタビューにてその時にどのように思っていたのか明らかにしたい。

4. 事例C 家事援助をしながらの障害者との会話

事例Cとして取り上げるのは、介助者が家事援助をしながら障害者と会話する場面である。なお、撮影しているのは朝9時頃のものである。

表3 事例C 家事援助をしながらの障害者との会話

介助内容	会 話	表情等から読み取れる感情
介助者は、洗濯機に洗濯物を入れながら、障害者と会話する。障害者は上半身を起こしてベッドの上に座っている。テレビがついている。障害者の傍らには、泊まりの介助者が座り、一緒にテレビを見ている。	P「はい。」 D「一昨日から来てたんだった。」 P「へえ～そうだったんですか。へえ～。」 D「それでね。」 P「はい。」 D「〇〇〇〇〇〇〇(事業所名)ってね。」 P「はい。」 D「重度訪問のね。」 P「はい。」 D「ヘルパーの経営っていう。」 P「ええ、ええ。」 D「やつで、で、△△さんのところ。」 P「はい。」 D「今、あの、法人格として。」 P「はい。ええ～そうなんですか。」 D「認定の準備してるんだけど。」 P「へえ～。・・・はい。」 D「免許持っている人いないから。」	介助者の声のトーンは高め。
介助者、洗濯機に洗濯物を入れ終		

- る心－感情が商品になるとき－』世界思想社.)
- ・石黒広昭編 (2001) 『A V 機器をもってフィールドへ 保育・教育・社会的実践の理解と研究のために』新曜社.
 - ・菅由希子 (2008) 「わが国における感情労働研究の動向と課題」『北星社会福祉研究』23, 61-78.

注

- 1) 感情労働の定義は、「公的に観察可能な表情と身体的表現を作るために行う感情の管理」(ホックシールド1983: 7) である。
- 2) 詳細は、菅 (2008) を参照のこと。
- 3) なお、障害者はD氏、介助者はP氏としているが、イニシャルではない。

障がい児を抱える母親の養育上の想いについて — 早期（療育）支援を受けた母親へのインタビューから —

北海道医療大学大学院修士課程 今 西 良 輔

I はじめに

障がい者福祉を巡って2005年に発達障害者支援法が制定され、発達障害に対して早期からの支援の必要性が唱えられ、2006年には、障害者自立支援法が成立し、障がい者の早期からの自立支援が求められてきている。しかし、他方においてわが国では、具体的な早期支援システムが構築されておらず、何か問題がありそうだと感じて発達障害と判断する根拠が乏しく、経過観察となりやすい傾向となっている。明確な発達障害児への早期支援が求められているが、内容や方法については不明瞭なまま、早期発見・早期支援の取り組みが実施されている。

先行研究では、山本ら（2008）は、育児不安・育児困難の質問紙調査で経済的ゆとり感と合わせながら支援について明らかにしており、山下ら（2004）は、（障がい児の育てにくさを質問紙を使用して数量化し、母親に対してどのような支援が必要かということが検討された。これらの調査では、質問紙を使った調査で行われていることから、今回インタビューによる聞き取り調査によって、早期支援を受けている母親が障がい児を育てる中で感じる支援への想いを聞き取る調査を行った。

今後の早期支援を探るためには、実践されている支援を受けている母親の心配事、支援に対する捉え方、早期支援に対する要望等の想いについてインタビューを行う。障がい児の支援は、医療・保育・家族等の様々な専門分野の連携により総合的に子ども達とその家族を支える療育が必要とされる。そのためにも、早期支援を受けて成長している子どもと共に歩んでいる家族から見た支援というものを検討していくことから明らかにしていきたい。

近年、発達障害児に対する法整備が整い始めた状況を踏まえ、支援を受けている障がい児の家族が感じている困難や問題意識から訴えているものは、今後の早期支援に対して重要である。支援を受けている子どもや家族の想いを支援者または、支援を考える人にとって知っておくことが、障がいを持つ子ど

もの立場からの視点を持つことができると考えるので今回の調査研究を行った。

II 調査概要

1. 調査目的

本調査は、障がい児を養育している母親が、早期（療育）支援を受けた結果感じている問題について、子どもの出生時から現在に至るまでの養育過程に関するインタビュー調査を通じて明らかにすることを目的とする。

2. 調査対象および期間

発達障がい児を養育しており、現在、知的障害児通園施設Aを利用している母親へインタビューを行った。調査対象者の選定については、A施設職員に依頼した。調査対象者は、9名の母親である。調査期間は、2008年5月～9月にかけて実施した。（表1）において、9名の母親の家族のプロフィールとインタビューから得られた内容における該当項目を作成した。

3. 倫理的配慮

本調査は「日本社会福祉学会研究倫理指針」（以下、倫理指針）に則して行った。各調査協力者に対して、聞き取った内容について研究目的以外に使用しないこと、個人情報およびプライバシーを守れることを口頭で説明を行い、同意の得た上で調査を実施した。レコーダーによる録音については、調査対象者の同意を得た上で行った。各事例については、個人情報保護及び倫理的な観点から匿名を用いて記述し、個人が特定されることがないように配慮した。

4. 調査方法・項目

本調査は、半構造的インタビューを用いてインタビューガイド（表1）に沿って聞き取りを行った。インタビューは、A施設内における面接室を使用し、母親との1対1で行い、面接時間は1人につき1時

間～1時間半程度で行った。この調査では、子どもを「単独通園」「母子通園」「デイケア（外来）」の3つグループに分けて集計したが、今回の調査報告では、「母子家庭」と「父親と母親がいる家庭」という2つの分類から早期支援に求めることについて報告をしたいと思う。

インタビュー前に調査実施者の関心が「障がいのある子どもを持った親の大変さと早期支援に対しての想い」であること、質問形式だけでなく想いを自由に話してほしいことを伝えて行った。なお、インタビューの初期段階で、基本的情報や生活状況について聞き取りをした。表2における「支援に求めるもの」は、母親が語った内容から抽出されるキーワードを①環境への介入②支援機関③支援方法④障害の認識の4つのカテゴリーに分類を行ったものである。

Ⅲ 調査結果

インタビューガイドに沿って母親の語った内容を逐語録に起こして分析し、その内容をあらわすキーワードを抽出した（表3）。検討目的としては、「単身家庭と両親家庭のいる中における、早期支援と支援によって生じる困難の想い」インタビューガイドの6番が中心となる内容である。

表1 インタビューガイド

1. 親にとって早期支援とは、必要なものと感じますか。
2. これから、どのようなことを早期支援に求めますか。
3. 施設に通い始める前、どのようなことに困難を感じていましたか。
4. 現在、支援を受けてどのようなことに困難を感じていますか。
5. 将来、支援を受けることでどのようなことに困難を感じると思いますか。
6. どのようなことを早期支援に求めますか

表2 対象者の家族のプロフィール

対象児	母年齢	家族構成 (対象児童)	診断名 (時期)	生活形態	支援に求めるもの			
					環境介入	支援機関	支援方法	障害認識
A	35 39	母親、12歳男、9歳女、 6歳男、4歳女	自閉症（4歳）	生活保護（母子家庭）	●	●	●	●
B	30 34	母親、7歳男、3歳女	広汎性発達障害 (6ヶ月)	生活保護（母子家庭）	●	●		
C	30 34	母親、6歳男、3歳女	広汎性発達障害 (3歳)	生活保護（母子家庭）	●	●		●
D	40 44	母親、16歳女、8歳男、 6歳男、4歳男	広汎性発達障害 (4歳半)	生活保護（母子家庭）	●			●
E	35 39	父親、母親、6歳男、 4カ月男	高機能自閉症 (2歳半)	父親の収入	●		●	

F	40 ↓ 44	父親、母親、 8歳女、5歳男、 15歳男、	広汎性発達障害 (3歳)	父親の収入	●		●	
G	30 ↓ 34	父親、母親、 2歳女、3歳男、	自閉症(3歳)	父親の収入	●		●	
H	30 ↓ 34	父親、母親、 2歳女	自閉症(1歳半)	父親の収入	●			●
I	30 ↓ 34	父親、母親、 2歳女	広汎性発達障害 (1歳半)	父親の収入	●		●	

*家族構成について、兄弟年齢別に並べてみたものである。

(表3) 早期支援について(支援に対して求めること、必要と感じたこと)

抽出される キーワード	語り・想い
A ・親への支援 ・障がいの正しい認識の仕方 ・健診の時期	A 「親への支援が必要と思う。」 「子どもへ気持ちがいかないと障がいがあるから可愛いとか言う人がいる。」 「親に子どもを育てることの必要な

と期間	ことを教える。」 「健診までは、時間が経ってしまうので遅くなってしまう。」
・母親の気持ちの改善	「自分を見つめなおそうという気持ちを持つこととか」
・子育ての環境改善の必要性への気づき	「自分のこと、(子どもにとって)これまでの生活環境がよくなかったんだ。」
B ・安心して話ができる機関 ・子育て不安を打ち明ける機関	B 「心配なときの声かけをしてもらえるところが少ない。」 「抱っこなどで心配だなと思っていても言える場所が少ない。」
・打ち明ける環境や身近な人が作りにくい	「周りの人に子どものこんなところが心配なんだよねと言っても、そうなんだなどという返事で終わってしまう。」
・話せる専門機関での支援支援	「言える環境、保育園において何らかの支援を受けることができるようになってほしい。」
・医療関係への定期的受診	「専門のドクターが定期的に見てもらえる状況がほしい。」
・子どもの通う場所、最適な療育環境	「どんどんデイが増えているが、以前は入るクラスがない。年齢相応の集団クラスを作ることができにくい。」
・職員など大人の連携	「仲間意識が弱いなどがある。」
C ・子育ての不安な環境、専門機関へ行くことの安心感	C 「自分も回りについて聞けないと感じるときがあったのでそのような気持ちにならないように早くうけさせようと思った。」
・障がいに対する抵抗、早期受容による	「教えてもらってはいたけど認められなかった。早く認めてやって抱っこしてあげたかった。」

早期子育て D ・親の気持ちの受け入れる環境 ・障がいの受け入れ方、受容後の子ども理解の仕方 ・環境整備と障がい受容	D 「親の受け入れ態勢が、整えることが必要と思う。大きくなっての変化で気づくことが出来ると思うから。」 「受け入れることがショックであり、自分のせいだと思っている場合もある。でも、この子にとってどうしたらいいんだろうと理解できるように話をする必要があるだろう。」 「環境を整えることが必要で、親も素直になれること、障がいについて知る必要があると思う。」	達レベルを知ること F ・個別支援 ・親支援 ・親を子育てできる環境に育てる G ・母親の安心できる子育て環境	ニケーション、成長過程、捉え方などについては、教えてもらわなかった。」 F 「個別指導を受けさせたい。」 「親の支援が必要と思う。子どもの支援は当然であるが、子どもと関わるためには、親へ支援しないとけない。」 「子どもは、育ちやすい。でも親は、出来上がっているものがあるのなかなか難しいことである。」 G 「近隣でいつでもお母さんの来てもいい環境がほしい。」
E ・障がいを受け入れる方法、親の気持ちのケア ・障がいへの拒否感、受容できない気持ちを持つ ・障がい告知の方法、子どもの発達レベルを知ること ・事前から受け入れる気持ちを持たせること ・より専門的な子どもの発	E 「受け入れることからアプローチが必要と思う。普通だと思っているところにそういうことをいわれると・・・まず受け入れることから始めないといけないので時間がかかる。」 「初めての子どもに対して早期支援が必要だよとか、（発達）が怪しいよという言葉をかけられても、受け入れることができない。」 「告知に関しては、母親が気づいていなかったら聞きたくないと思う。妊娠中に子育てサロンなどでの情報、子どもの発達上の気にしなければならぬ点を知っておくことも必要であったと感じる。」 「受け入れることが（子どもを成長させるのに）スムーズになる可能性が高いと思う。」 「子育ての技術は、サロンなどで教えてもらったりしていたが、コミュ	・障がいのある子どもの母親だけでなく、様々な母親と繋がれる環境 ・健常児と一緒にの支援による成長 H ・障がい認識が低いことによる傷つき ・障がいをうまく理解できる情報・知識	「一緒に地域の人のみで、工夫が必要だと思う。」 「早すぎる子どももいるけど、そのように普通に近い子どもがいると子どもが子どもを見て育つということがある。」 H 「周りに発達が遅い、自閉症かもしれないという話をすると、障がいを持っている子どもの代表的な症状を言ってくる。しかし、その行動の裏にどのような意味があるのかを分かっていない。この子がやるのと他の子がやることに違いがあるなどわかっていないのに、すべて同じこととしてくくっている。」 「そのような知識・情報がわかりにくいけど、浅い知恵で捉えてしまわれること。しっかりとしたことが分

環境の整備	かればいいなと思うし、正しい知識を広げる必要があると思う。」
I ・支援回数の増加	I 「現在、週1回なのですが、もう1日位あってもいいのかなと思う。」
・個別支援の環境	「近くの児童会館や保育施設で個人的に見てもらえるものがあれば参加したいと思う。個別で見てもらえるという環境がほしいと感じている。」
・子どもの人数に合わせた専門職者の配置	「大人数だとなかなか見てもらえないと感じている。」

IV 調査結果の考察

今回の調査において、早期支援の必要性をどのように捉えているのかを母子家庭群と父親・母親がいる家庭群に分けて聞き取った。その結果としては、両方の群に共通していたものは、環境への介入を求めていることが見られた。母親自身が支援を受けながら、自分の生活環境が良くないこと、子どもの発達のため、子どもと一緒に生活するために変わることが必要と感じているようであった。その他に、母親の気持ちのケアを求めている、子育てと自分に向き合いたいと思うが、なかなか踏み出すことができないということが考えられた。しかし、これらの環境への介入や気持ちのケア等については、母親達の育ってきた環境背景の影響が大きいと考えられ、周囲に助けを求められない状況や親になって感じる子育ての困難さを作り出している要因であろう。そのケアの一部には、「障がい」という言葉が受容をしても母親へ重圧となっているようであった。

この両方の群において、差が見られた部分については、支援機関と支援方法であった。母子家庭群で子育て技術を知りたいということよりも、支援機関からの支援を求めている、子育ての技術や具体的な方法を望んではいなかった。逆に、父親・母親がいる家庭では、支援機関でなく、子育ての方法・技術を求めている、個別支援を受けたいという様子が見られた。この違いについては、1つの要因として家庭生活環境の影響が考えられるのではないだろう

か。家庭生活環境とは、家の中で子どもの養育を一人ですべてを行う大変さと父親という存在がいることでの安心感、経済的基盤などの影響から、支援を機関または、支援方法・技術という違いになったのではないだろうかと考えられた。

V 研究の限界と今後の課題

今回の調査において、早期支援を受けて育て来た子どもと母親を対象としてきた。母親に焦点を当てて調査研究を行ってきたが、母親にも様々なタイプが存在することから、今回明らかになった部分については、1つのタイプとして留めておきたい。早期支援については、今後も現状や課題が様々に変化していくと考えられることから継続的に調査を行う必要があると思われる。

今後の課題として、「母子家庭」と「父親と母親のいる家庭」に関しては、さらなる詳細な聞き取りと対象数の増加、経済状況などを踏まえて検討を行う必要があると考えている。そこに父親がどのような要因として関係しているのかということを今後、調査を行っていきたいと考えている。

VI 謝辞

本研究を遂行するにあたり、調査にご協力いただいた、9名の皆様に心から感謝いたします。また、関係施設の職員の方々には、ご多忙中にも関わらず細かい配慮をいただき、誠に有難う御座いました。

今回の調査報告では、調査結果の一部を紹介させていただきました。今後、この調査結果の分析を行い、詳細について報告をさせていただきたいと考えております。

参考文献

- ・山下光 竹田契一 根来あゆみ 2004幼児期軽度発達障害児への支援 軽度発達障害児の主観的育てにくさ感 母親への質問紙調査による検討 発達, 25(97), 13-18
- ・山本理絵 神田直子 2008家庭の経済的ゆとり感と育児不安・育児困難との関連—幼児の母親への質問紙調査分析より— 小児保健研究, 67(1), 63-71