

地域・学校コミュニティモデルによる 自殺予防ゲートキーパー養成に関する検討

徳山美知代¹⁾・徳山郁夫²⁾

A Study on the Suicide Prevention Gatekeeper Training by Regional and School Community Model

Michiyo TOKUYAMA¹⁾, Ikuo TOKUYAMA²⁾

要約

自殺者の現状の推移と国際比較から、我が国における若者の自殺数が多いことが問題とされている。国の自殺対策の一つであるゲートキーパー養成は、主に二次予防：自殺の危機に介入し、自殺を防ぐこととして位置付けられているが、二次予防のみならず一次予防：心身の健康保持増進を目指すコミュニティモデルとしてのゲートキーパー養成を実施することで、地域・学校コミュニティの受容的環境を形成することが、長期的な展望において自殺予防につながるものと考えられる。

本稿では、ゲートキーパー養成の新たな方法論として、地域・学校コミュニティモデルを取り上げ、それに沿った体験学習による研修の概要を報告する。今後、有効性の検討を行う必要があるが、若者層のいじめ・自殺予防とメンタルヘルスの向上に加えて、発達・教育の視点から教員対象の研修に多様な他者を認める相互尊重のかかわり方の学びを取り入れる必要性が示唆される。

キーワード：自殺予防，コミュニティ，一次予防，ゲートキーパー

I. 背景

1. 自殺者数の現状

我が国の年間自殺者総数は、1998年以降、30,000人を超えた緊急事態が継続したが、2012年の自殺者数は総数2万7,858人となり、3万人を下回った（内閣府、2013）。

自殺統計による年齢階級別の自殺死亡率の推移では、20歳代で自殺死亡率が高まる傾向にあるのに対し、40歳代以上では低下傾向にある。また、20～39歳の各年代の死因の第1位は自殺であり、若い世代の自殺は深刻な状況にある。国際比較では、15～34歳の若い世代で死因の第1位が自殺となっているのは先進7カ国では日本のみであり、その死亡率も日本：20.0、米国：11.3などと他の国と比較して高い値を示している（内閣府、2013）。世界的にみても、自殺数は増加しており、若者の自殺が世界的に深刻な問題となっている

（世界保健機構、2013）。

また、自殺未遂者数は自殺既遂者数の少なくとも10倍をはるかに超えるとされており、自殺未遂者、自殺既遂者とのつながりのあった者は深刻な心理的打撃を受けると推定される（高橋、2009）。

2. 自殺予防対策

自殺対策基本法が2006年に施行され、厚生労働省は自殺・うつ病等への対策の5本柱として、1) 普及啓発の重点的実施：当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する、2) ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築：悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ、3) 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実、4) アウトリーチ（訪問支援の充実）、5) 精神保健医療改革の推進を取り上げ、ゲートキーパーの役割は、心理社会的問題や生活上の問題、

1) 静岡福祉大学社会福祉学部福祉心理学科

2) 千葉大学環境健康フィールド科学センター

健康上の問題を抱えている人や、自殺の危険を抱えた人々に気づき適切にかかわることと示されている(厚生労働省, 2010)。

3. 自殺の要因

自殺の要因としては、精神障害、特にうつ病と薬物乱用が自殺の90%に関連しており、フィンランドの調査においても、自殺者の93%が何らかの精神障害の診断を受けており、うつか、アルコール依存者、もしくは両者の合併で全体の約8割を占めていた(高橋, 2009)。

岡坂ら(2006)は、自殺行動：希死念慮、自殺企図、自殺死と物質使用乱用に関する研究の海外と我が国を比較し、我が国の調査の遅れを指摘している。また、我が国の社会復帰施設に入所する違法性薬物依存者を対象に自殺行動の実態やリスクファクターを検討したところ、リスクファクターとして、早期からの薬物使用、精神障害に関連する問題やうつ症状、遠位のリスクファクターとして、父母の冷たく拒絶的な養育態度、近位のリスクファクターとして、最近の親密な他者からの見捨てられ感が作用していることを示し、自殺予防として自殺に対するスクリーニング、自殺企図を招くような認知への介入、対人関係の調整、精神症状の治療、および父母の養育体験を視野に入れた対応が必要であることを報告している。

また、松本(2009)は、少年鑑別所女子入所者と一般生徒における自殺行動と性被害体験の経験について調査し、鑑別所入所者の59.1%に性的虐待(一般生徒：4.3%)の経験があり、自殺念慮の経験も54.5%(一般生徒：26.4%)にあり、一般生徒に比べて多いこと、様々な虐待被害経験者がいることを挙げ、虐待被害と自殺につながる自傷行為との関連性について述べている。

4. トラウマと自殺企図

個人の対処能力を超えたできごとによって、心身の不調が継続的に残る場合に、それをトラウマ：心的外傷と呼ぶ(じほう, 2001)。災害や事故などの一回性のトラウマの出来事と、虐待やいじめのように対人間で繰り返される出来事によるトラウマを複雑性トラウマとし(Herman, 1992)、長期的な対人的トラウマを受けた者の症状を捉える診断基準として、複雑性外傷後ストレス障害(Herman, 1992)、Disorders of

Extreme Stress, Not Otherwise Specified(以下、DESNOS)が提唱されている(von der Kolk et al., 1996)。複雑性外傷後ストレス障害では、感情制御の変化の下位に自殺念慮への慢性的没頭が、DESNOSでは感情覚醒の制御における変化の下位に、自己破壊的行動、および自殺行動が示されていることから、繰り返される対人的トラウマと自殺行動の関連性がこの側面から理解できる。これは、前掲した松本(2009)の虐待被害と自殺行動の関連の示唆を裏付けるものであろう。

また、乳児期のトラウマ体験は、介入・治療されなければ、長期的な影響として、思春期や成人期の摂食障害や解離性障害、自己破壊行動などの成人病理を引き起こしうるとも報告されており(van der Kolk, 1996)、自殺行動の遠位リスクファクターの一つとしてトラウマの視点からも考えられよう。

トラウマからの回復は第一に安全感・安心感とされることから(Herman, 1992)、安全感・安心感の構築が自殺予防に必要な要因として挙げられる。

5. 被虐待体験とアタッチメント、精神疾患

本来、不安や恐れが惹起した際に、養育者から安心感を与えられることで乳児はアタッチメントを確立するが、虐待を受けることでさらに不安や恐れを高められることから、アタッチメント形成が阻害される(数井, 2007)。

アタッチメント対象との間で経験された相互作用を通して形成された世界やアタッチメント対象、自己に関する心的表象モデル、つまり、内的作業モデルによって人は予測を立て、不安な時、アタッチメント対象者に接近を求める慰めを得るようになるが、アタッチメント対象者が一貫した応答性を示さない時には、アタッチメント行動の表出レベルや認知過程を操作する防衛が働くようになる(北川, 2005)。成長後は、個人特有のパターンとして機能するようになり、ストレスフルな状況下において、有効に他者との関係性や環境を利用することができず、こういった心的弾性のなさが精神病理のリスクを高めると報告されている(Carson & Sroufe, 1995)。一方で安定したアタッチメントが、ストレスの高い状況下で病理に陥るリスクを低める保護要因になる可能性もあることから(北川, 2005)、安定したアタッチメント形成が精神病理の予防・回復要因になるとも考えられる(中島・森田・

数井, 2007)。

うつとアタッチメントに関しては、アダルトアタッチメントインタビュー研究によると、アタッチメント対象喪失経験がうつに多く認められ、アタッチメント対象との分離や喪失がうつを招くことが示されている(北川, 2007)。

アタッチメントの問題が精神病理への脆弱性につながる可能性があること、アタッチメント対象喪失体験とうつの関連性、前掲の物質使用乱用自殺経験者の遠位のリスクファクターとしての両親の養育態度、近位では親密な他者からの見捨てられ感といった対人関係に関連する内容が示されていることは、対人関係、特に内的作業モデルの基盤となるアタッチメント関係が自殺行動に関する遠位の要因の一つとして考えられるかもしれない。しかしながら、乳児期のアタッチメントのみが精神病理へのリスク要因であると決めつけることなく、親子を取り巻く環境を含めた広い文脈で考える必要があり、単純なモデルで捉えることはできないと述べられていることから(北川, 2005)、親子を支える家族、コミュニティといった広い観点からの介入が必要であろう。

前掲した自殺リスクファクターに加えて、自殺防御要因として心身の健康、安定した社会生活：良好な家族・対人関係、地域のつながり、充実した生活、支援してくれる人や組織などが示されている(厚生労働省, 2010)。これらからも対人関係に着目した支援に加えて、生活するコミュニティのつながりに関する具体的な方法論を構築することがゲートキーパー養成に求められるものと考えられる。

6. ゲートキーパー養成研修の位置づけ

厚生労働省では、自殺防止のための対策の5本柱の一つとして、ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築：悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐことが示されており(厚生労働省, 2010)、その役割として、傾聴：当事者の気持ちを尊重し、耳を傾ける、気づき：家族や仲間の変化に気づいて声をかける、見守り：温かく寄り添いながら、じっくりと見守る、つなぎ：速やかに専門家に相談することを促すことが求められている(厚生労働省, 2010)。これらから、主にゲートキーパーに求められる機能・役割は、二次予防：インターベンション(危機対応)、つまり、自殺に密接に関連する危険な行為を早期に発見して、

適切な対処をすることによって、自殺を予防することと捉えられよう。しかしながら前掲した厚生労働省の対策として示されている“地域連携体制の構築”については、具体的な役割として示されていない。

また、自殺防止のための対策の5本柱の一つとして、普及啓発の重点的実施が挙げられているが、これは、第一次予防：プリベンション(事前予防)、つまり、心身の健康保持増進への取り組み、および普及啓発などを通して、自殺を予防することに相当するものであると考えられる。

現在、主に普及されているゲートキーパーに求められている二次予防：目の前に迫った問題解決としての自殺のリスクがある人に対するサポートに焦点をあてることのみならず、長期的な展望、つまり、自殺予防のために、知識や情報をコミュニティで共有し、メンタルヘルス増進のための活動として、地域で高めるといった、一次予防の側面が強いゲートキーパーを養成することが地域、および学校コミュニティ、そして、社会全体の精神的健康の向上につながり、遠位の意味での自殺予防となると考えられる。言い換えれば、ゲートキーパーが中心となり、人がコミュニティの中で受け容れられる良い関係を作り、安心して暮らせる環境を形成することが自殺者の減少につながるとともに、すべての人のメンタルヘルスの向上につながるものと考えられる。また、これは、厚生労働省の自殺防止のための対策の5本柱の一つとして、示されている「ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築」の“地域連携体制の構築”にもつながるものでもあろう。

学校コミュニティに特化すれば、ゲートキーパーの役割を担う教員が、受容的なクラス環境を形成し、子どもが安心できる場所とすること、子どもとの信頼関係を構築することが自殺予防に留まることなく、子どもの発達・学習を促す教育の側面として必要なことであろう。

7. 学校コミュニティモデル

(1) 若者の自殺予防教育

10代における自傷経験が10年後の自殺既遂による死亡リスクを高める(Owens et al. 2002)という報告から、松本(2009)は自傷経験者に対するケアと適切な自殺予防教育の必要性について述べている。また、自傷や自殺のリスクの高い若者たちの特徴は、援助希求能力が乏しいという点、虐待被害者が若者・成人・

子孫の自殺における重要な危険因子であり、自殺のリスクの高い子どもは自尊心が低く、有名人の話を「自分の問題」として聞くことができないため、予防教育としての一般的ないのちの重要性に関する講和は、もっとも好ましくなく (Hawton et al.,2006), 「人を生かすのは、いのちが大切、ではなく、おまえが大事である」といった“いまここ”における相手の価値の尊重の重要性が示されている (岩室, 2008)。

さらに、自殺予防教育は、友人を有効な支援資源として活用していくことが大切であり、教員やカウンセラーなどの援助者の援助プロセスを通して生徒は援助の求め方を学び取ることから、その場で完結しなくとも次の援助者につながれる力を養うことで、自殺のリスクを減少させるとも報告されている (松本, 2009)。これらは、教員が人を受け容れるモデルとなること、教員が目前の子どもと真摯に向き合い、相手を受け止め信頼関係を構築し、適切な援助行動を行うこと、それとともに学級内に信頼関係に基づいた対人関係を形成することの必要性を示唆する。

(2) 中学校・高校の自殺予防

坂中 (2009) は、学校における自殺予防には、安心して学ぶことができ、間違っても否定されない、素直に自己表現でき、支え合える仲間を作ることが重要であると述べており、松本も、アクセスしやすい支援資源として友人を挙げている (松本, 2009)。これは学校、あるいはクラスのコミュニティに受容的環境を形成し、信頼関係を構築することによって成り立つものであり、後述するアドベンチャープログラムと同様のプロセスであると考えられる (徳山・田辺, 2002; 2004)。そのアプローチでは、フルバリュー：相互尊重の契約の基に進行するが、多様な個人を尊重し受け容れることを教員が理解し、それを基盤に学校コミュニティの環境形成を図ることがいじめの防止、自殺予防につながるものと考えられる。

学校コミュニティは、職員同士がどのような関係性であるかということも重要な視点である (阪中, 2009)。相互尊重のもとに関係を構築し、チーム援助ができる体制であることが、一次予防：プリベンション、二次予防：インターベンション機能のどちらにも必須のことと考えられる。そして、何よりも教員が人を尊重し、受け容れる人としてのモデルとなることが、生徒・学生の教育には欠かせない。

新井 (2009) は、自身の教え子の自殺を契機に、教育方法について再考している。それは、高校、大学ではアイデンティティの形成やキャリア支援が求められており、目標設定や自己決定が重視されているが、就職は自己決定のみではなく、偶然の出会いが80%であり、キャリア支援に必要なものは新たな出会いを受け容れる柔軟性・好奇心・冒険心であるとし、未決定でオープンマインドな状態であることで、予期せぬ出来事を柔軟に受け止められることから、この視点から教育することも必要であるのではないかと述べている。人生は、予期せぬこととの出会いの連続であり、この視点からの教育が自殺予防のみならず、人のメンタルヘルスや生涯教育に必要なものとも考えられよう。

II. ゲートキーパー養成研修の開発

1. コミュニティモデルによる体験学習型ゲートキーパー養成研修の開発

A市では、自殺予防の取り組みの視点として、一次予防：心身の健康の保持増進への取り組み、および自殺や精神疾患についての正しい知識の普及啓発など自殺の危険性が低い段階で予防を図ることを推進している。

筆者らは、A市において第一次予防：プリベンションと第二次予防：インターベンションの両側面を含む、コミュニティレベルでのボトムアップを図るころをねらう、対人関係の構築に着目した体験学習によるゲートキーパー養成講座を開発し、実施している (徳山・徳山・佐藤・高梨・大越・鈴木, 2013)。

その内容は、傾聴し、悩みのある人を専門施設につなぐといった厚労省の求めるゲートキーパーの役割に加えて、フィンランド国立福祉研究機関センター (STAKES) の要点に沿った内容 (高橋, 2009)、①精神障害の知識に関する教育、②偏見を減らすための多様性の理解、③困った時に助けを求めることは適切な解決策であることを含む問題解決能力の向上、④援助資源の情報提供、そして、ライフサイクルに合わせた支援を柱に構成されている。

これらの内、知識や情報収集に関する教育以外の傾聴、偏見を減らすための多様性の理解、助けを求めること、問題解決能力の向上といった内容は、他者とかかわる場面にて実際に体験的に学習することで、初めて相手の立場に立ち、相手の気持ちに寄り添うことができることから、グループワークによる体験学習型と

した。

さらに、傾聴の基本である受容、多様性の理解、困った時に助けを求めるといった内容を含めた問題解決能力、“つなぐ”役割に必要と考えられるコミュニケーション能力の向上をねらい、それらの基盤となるフルバリュー：相互尊重の関係性に関する学習を中核とした。加えて、ライフサイクルに合わせた支援を展開するために、後述する地域コミュニティモデルと学校コミュニティモデルの2つのタイプの研修を同じ要素のもとに構成し、実施した。

2. 研修の方法論

アドベンチャーアプローチのプロセスは、自殺予防のコミュニティモデルの要因を充足するものと考え、アドベンチャープロセスを中核とした体験学習による研修を企画した。アドベンチャーアプローチでは、安心・安全できる範囲であるコンフォートゾーンを自らの意志で超えることをアドベンチャーと捉えており(Luckner & Nadler, 1997)、アメリカ合衆国では、教育や心理の領域に用いられ、野外教育、学校教育、地域共同体、更正施設、精神病院等にて実践されている(Schoel et al., 1989)。我が国においては、学校教育、生涯教育、コミュニティアプローチなどへの適用(徳山・高梨, 2012)、不登校児童への適用(徳山・田上, 2004)、児童養護施設でのグループアプローチとしてグループ内や施設内が子どもにとって安全感を得られる受容的環境となることを目指したコミュニティアプローチ(徳山・森田, 2007)、性的虐待の加害者に対するアドベンチャープログラムも実施されている(Gills & Gass, 2010)。

プログラムは、Full Value Contractと呼ばれる約束によって相互尊重のもとに進行される(Schoel et al., 1989)。相互尊重によって形成された受容的環境において身体活動やグループ活動を通して、惹起される不安や恐れといったネガティブな情動を、他者に心身の安全を委ね、支えられ、受け容れられるプロセスを通して、自発性、他者理解・自己理解、他者に対する信頼感などが得られる(徳山・田辺, 2002; 2004, 徳山・田辺・徳山, 2002)。

アドベンチャープログラムの要素と参加者の変化は大きさの差はあるものの、すべての課題を通して反復し、深化し、螺旋状に繰り返される(徳山・田辺, 2004)。本研修では、多様性を理解することで偏見を

なくすこと、受容を基盤とした傾聴、コミュニケーションによる信頼関係作りとつなぐスキル向上、問題解決能力向上による委ね・支えることの必要性の理解と創造性・柔軟性の高まり、予期せぬアドベンチャー体験による創造性と柔軟性の高まりに焦点をあてた。これらの要素については図1.参照のこと。

3. 研修内容

(1) 地域コミュニティモデルによるゲートキーパー養成研修

①目的

相互尊重を基盤にした、(a) 傾聴、(b) 偏見を減らすための多様性の理解、(c) 困った時に助けを求めることは適切な解決策であることを含む、問題解決能力の向上、(d) 対人関係形成に必要なコミュニケーション能力の向上に関する体験学習に加えて、援助資源の情報提供を研修の目的とする。

②方法

(a)対象者：地域コミュニティにおいてゲートキーパーの中核となる民生委員、児童民生委員、一般市民、産業カウンセラー、教育センターカウンセラー等。

(b)活動方法

B大学にて、1回のセッションは3時間、計5回のセッションで実施した。

(c)活動の進行方法

参加者にフルバリュー：相互尊重の遵守を約束してもらい、目的を達成するために、アイスブレイク、同調、抑制緩和、自己理解・他者理解、支える・委ねる：信頼関係構築、グループの課題解決をねらいとする活動を、ファシリテーターが選択し、進行する。そして、「活動の説明→活動→振り返り」を繰り返す過程で、研修の目的に沿った体験学習を行う。

(d)活動内容

活動内容と主な活動の要素は表1.に示した。

(2) 学校コミュニティモデルによる教員対象のゲートキーパー養成研修

①目的

地域コミュニティモデルと同じ目的とするが、柔軟性や創造性を高めるための方法として「予期せぬ出来事へのアドベンチャー体験」を強調する。また、相互尊重を基盤とした受容的環境を形成し、多様性を理解した上で学校・学級コミュニティ作りを行うことが、

子どもの肯定的な対人関係構築となり、いじめの予防となるとともに、万が一、自殺念慮が惹起された場合にはすぐに友人や先生に相談できる環境ともなること、受容的環境によって獲得された子どもの安心・安全感は健やかな発達・教育につながることについての理解を促す。

②方法

(a)対象者：小学校・中学校教員

(b)活動方法

B大学にて、1回のセッション：3時間、第1日目：午前・午後のセッション、第2日目：午前のセッションの計3回のセッションで実施した。

(c)活動の進行方法

地域コミュニティモデルの進行方法と同じ方法で進行した。

(d)活動内容

活動内容と主な活動の要素は表2.に示した。

Ⅲ. 考察

自殺の要因について検討したところ、孤立の病(高橋, 2009)と示されているように、広範な意味での対人関係の要因が中核として考えられ、遠位のリスクファクターとして対人関係に起因するトラウマ、アタッチメントの課題、親子を取り巻く家族や環境が示された。そのため、自殺予防対策には、トラウマからの回復やアタッチメントの基盤である安心感・安全感の構築がまず、第一に必要であると考えられる。

そのために、ゲートキーパーの位置づけを再考し、自殺のリスクの高い人への介入の役割のみならず、地域・学校コミュニティを安心できる環境とし、人々のメンタルヘルスの向上に力点を置くことが、長期的に自殺予防につながるものと考えられる。特に若者の自殺数が多い現状を考えると、二次予防に加えて、教育現場における教員に対する子ども同士の関係性構築に関する一次予防の必要性が示唆される。

筆者らは、コミュニティモデルを具現化するツールとしてアドベンチャーアプローチによるグループの体験学習を適用した。自殺予防・実践の方法論である「自殺の対人関係理論」では、所属感の減弱と負担感の知覚をリスクとして示しており、一体感とチームワークの有効性を示唆している(北村, 2011)。アドベンチャーアプローチでは、お互いに支え合い、協力して達成する課題を通じたチームビルディングへの適用が

示され(Schoel et al., 1989)、また、身体を通した一体感が得られるとも報告されている(徳山・田辺, 2004)。これらからは、本アプローチが所属感の向上と負担感の軽減に寄与し、自殺予防につながる可能性が示唆される。また、このアプローチの基盤である、フルバリュー：相互尊重の視点を参加者に周知し、それを実生活において体現することが、第一次予防に有用であるばかりか、多様な人を認め合う社会形成に必要なものであろう。それは、学校コミュニティであればいじめの予防にもつながり、地域コミュニティにおいては人々のメンタルヘルスの向上につながるものと考えられる。

これらから、ゲートキーパーの機能を二次予防に限定することなく、一次予防の機能を中核に置き、その具体的な方法論としてアドベンチャーアプローチを用いることの可能性が示唆される。

本企画では具体的な活動内容の概要を示したが、今後、フォローアップも含めた研修会の有効性の検討とプログラム評価を行うことによって方法論を確立する必要がある。また、地域コミュニティモデルでは、ゲートキーパー養成研修終了後の地域のシステムが構築されることで、地域住民のメンタルヘルス向上に寄与するものと考えられることから、地域のシステム作りも必要であろう。

文献

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (2006). *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. 21-39, Jessica London : Kingsley Publisher.

(松本俊彦・河西千秋(監訳)(2008). K・ホートン, K・ロドハム, E・エヴァンス(著) 自傷と自殺——思春期における予防と介入の手引き——(金剛出版)

Herman, J. L. H. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Harper Collins Publishers, Inc.

(ハーマン J. L. H. 中井久夫(訳)(1999). 心的外傷と回復 みすず書房)

岩室紳也(2008). 思春期の性——いま、何をどう伝えるか?—— 大修館書店

Gills, H.L. & Gass, M.A. (2010). Treating juveniles in a sex offender program using Adventure-Based Programming: A matched group design. *Journal*

- of *Child Sexual Abuse*, **19**, 20-34.
- じほう (2001). 外傷後ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班——心的トラウマの理解とケア——
- 数井みゆき (2007). 子ども虐待とアタッチメント
数井みゆき・遠藤利彦 (編) アタッチメントと臨床領域 ミネルヴァ書房
- 北川恵 (2007). 精神病理とアタッチメント 数井みゆき・遠藤利彦 (編) アタッチメントと臨床領域 ミネルヴァ書房 pp102-125.
- 北村俊則 (2011). 自殺の対人関係理論——予防・治療の実践マニュアル—— 日本評論社
- 厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクト・チーム (2010). 誰もが安心して生きられる温かい社会づくりを目指して——厚生労働省における自殺・うつ病等への対策——
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>
(平成24年5月25日)
- Luckner, J. L. & Nadler, R. S. (1997). *Processing the experience: Strategies to enhance and generalize learning*. Montecito: True North Leadership.
- 松本俊彦 (2009). 自傷行為の理解と援助——故意に自分の健康を害する若者たち—— 日本評論社
- 中島・森田・数井 (2007). 関係性から考える乳幼児のPTSD発症のメカニズム 児童青年精神医学とその領域, **48**, 567-582.
- 内閣府 平成25年版自殺対策白書 概要版
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2013/pdf/gaiyou/pdf/p02_13.pdf
(平成25年7月30日)
- Owen, D., Horricks, J., House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Systematic review. British Journal of Psychiatry*, **181**, 193-199.
- Schoel, J., Prouty, D. & Radcliffe, P. (1989). *Islands of healing: A guide to adventure based counseling*. Massachusetts: Project Adventure inc.
- (ショエール, J. プラウティ, D. ラドクリフ, P. 伊藤稔 (監訳) (1997). アドベンチャーグループカウンセリングの実践 みくに出版)
- 高橋祥友 (2009). セラピストのための自殺予防ガイド 金剛出版
- 徳山郁夫・高梨美奈 (2012). 福祉を担う人材育成 千葉大学環境健康フィールド科学センター柏市保健福祉部
- 徳山郁夫・徳山美知代・佐藤順子・高梨美奈・大越創・鈴木あゆみ (2013). 柏市自殺予防ゲートキーパー養成研修テキスト 千葉大学環境健康フィールド科学センター・柏市
- 徳山美知代・田上不二夫 (2004). 不登校生徒対象のアドベンチャープログラムにおける参加者の変化と社会的リスク カウンセリング研究, **37**, 379-387.
- 徳山美知代・田辺肇 (2002). プロジェクトアドベンチャー (PA) を用いたプログラムにおける受容的環境とチャレンジ 教育相談研究, **40**, 1-12.
- 徳山美知代・田辺肇 (2004). プロジェクトアドベンチャー (PA) の手法を用いたプログラムの活動特性と参加者の変化のモデル化 学校メンタルヘルス, **7**, 53-63.
- 徳山美知代・田辺肇・徳山郁夫 (2002). プロジェクトアドベンチャー (PA) による信頼と自己概念の肯定的変化 千葉大学紀要教育実践研究, **9**, 185-195.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford Press. (ヴァン・デア・コルク B.A. ・マクファーレン A. C. ・ウェイザス L. 西澤哲 (監訳) (2001). *トラウマティック・ストレス——PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて——* 誠信書房
- World Health Organization (2013). *Suicide Prevention* http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (平成25年5月30日)

表1. 地域コミュニティモデル・ゲートキーパー養成研修の活動内容と主な活動の要素

<p>第1回セッション</p> <p>講義：本講座の目的と概要説明：フルバリュー：相互尊重，アドベンチャー，体験学習のサイクル，コミュニケーションの説明</p> <p>活動内容：①ネーム・インパルス：アイスブレイキング，②パタパタ・インパルス：アイスブレイキング，③カテゴリ：他者理解・自己理解(以下，他者・自己理解)，⑤反抗期：同調，⑥ブラインド・シェープ：コミュニケーション</p>
<p>第2回セッション</p> <p>活動内容：①ゴールパートナー：目標設定とフィードバック，②ミラーイング：同調，③Beat：同調，④ハブユーエバー：他者・自己理解，⑤キャッチ：同調，⑥ネームトス：他者・自己理解，⑦シットアップ：委ねる・支える，⑧トラスト：委ねる・支える</p>
<p>第3回セッション</p> <p>活動内容：①ロールプレイ：簡単な受容・繰り返し，感情の反射・明確化，要約，②ネームゲーム：他者・自己理解，③スピードラビット：ディインヒビタイザー(抑制をとる)・同調，ロールプレイ(他者・自己理解)，④TP シャッフル：委ねる・支える，問題解決，⑥メインフィールド：委ねる・支える，問題解決</p>
<p>第4回セッション</p> <p>講義：相互尊重と自殺予防，トラウマと受容，コミュニケーションの説明</p> <p>活動内容：①相手の考え方を聴く，②フィルミーイン：コミュニケーション，③ジップザップ：コミュニケーション，④ハブユーエバー：他者・自己理解，⑤スパイダズウェブ・マイナンバー：委ねる・支える，問題解決</p>
<p>第5回セッション</p> <p>講義：①自殺者の推移と現状説明，②いのちの電話の事例と受容：精神障害の知識を含む多様性，傾聴と受容，③アタッチメントとメンタルヘルス</p>

表2. 学校コミュニティモデル・教員対象ゲートキーパー養成研修の活動内容と主な活動の要素

<p>第1回セッション</p> <p>講義：本講座の目的と概要説明：フルバリュー：相互尊重，アドベンチャー，体験学習のサイクル，コミュニケーションの説明</p> <p>活動内容：①キャッチ：同調，②インパルス：アイスブレイキング，③ネームトス：他者・自己理解，④バンブティバンバン：コミュニケーション，⑤ビート：同調，⑥ミラーイング：同調，⑦フープリレイ：委ねる・支える，問題解決，⑧スピードラビット：ディインヒビタイザー(抑制をとる)，ロールプレイ(他者・自己理解)</p>
<p>第2セッション</p> <p>活動内容：①フィルミーイン：コミュニケーション，②トラストシーケンス：委ねる・支える，③TP-シャッフル：委ねる・支える，問題解決</p>
<p>第3セッション</p> <p>講義：①自殺者の推移と現状説明，②アタッチメントと環境形成，メンタルヘルス，③人の成り立ち：不安と安全の視点から</p> <p>活動内容：①ジップザップ：コミュニケーション，②反抗期：同調，③シットアップ：委ねる・支える，④スパイダズウェブ：委ねる・支える，問題解決</p>

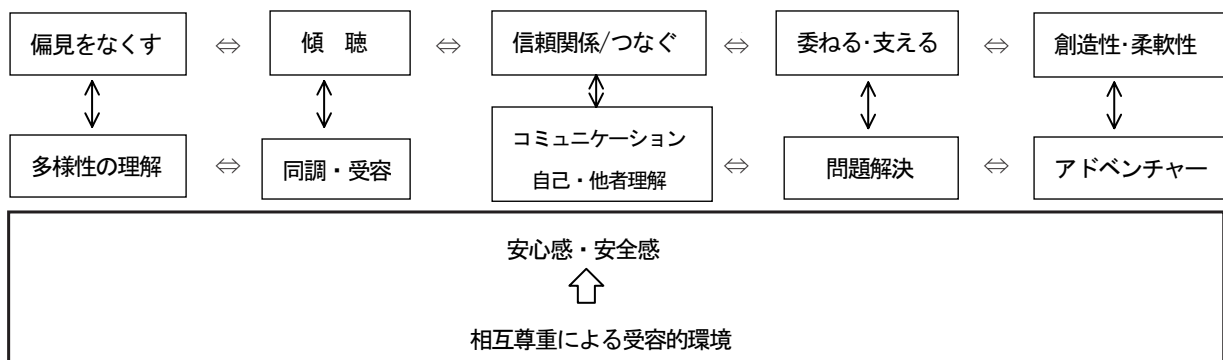


図1. ゲートキーパー養成研修の主な要素

運営適正化委員会の役割と課題

～静岡県を中心に～

山田美津子

The Roles and Challenges of the Committee for Proper Management of Welfare Services:
In the Case of Shizuoka Prefecture

Mitsuko YAMADA

はじめに

平成12年に社会福祉法が制定された。それは昭和26年の社会事業法制定以来大きな改正が行われていない社会福祉事業、社会福祉法人、措置制度などの社会福祉の共通基盤制度について、増大・多様化する福祉ニーズに対応するため見直されたものである。この制度改革でとくに注目される点は、基本理念の転換である。社会福祉の目的は「弱者保護でなく、自立支援の視点である」とした点である。これを実現するため、サービス利用者はサービスを選択する権利を有することになった。まさに利用者本位への転換といえる。これを実現するために、福祉サービス利用援助事業、苦情解決制度、利用契約についての説明・書面交付義務付け、情報公開、福祉サービスの第三者評価などが導入された。

これらのうち、福祉サービス利用援助事業と苦情解決制度に関して、社会福祉法の「第8章福祉サービスの適切な利用」において、都道府県社会福祉協議会に運営適正化委員会を設置（第83条）し、運営適正化委員会は、福祉サービス利用援助事業に関する助言を行い（第84条）、苦情の解決のための相談、助言、あっせんを行う権限がある（第85条）と規定している。また、苦情解決に当たり、その苦情が福祉サービスの利用者の処遇に不当な行為が行われているおそれがあると認めるときは、都道府県知事に速やかに通知することが義務付けられている（第86条）。

運営適正化委員会は、厚生労働省から通知された「運営適正化委員会等の設置要綱」に基づき、福祉サー

ビス利用援助事業の実施主体が行う事業の透明性、公共性を担保し、事業の適正な運営を確保するため、実施主体から定期的に業務実施状況について報告を受けること等により、実施主体の事業全般の監視を行い、必要に応じて実施主体に対して助言、現地調査又は勧告を行う「運営監視合議体」と、福祉サービスに関する苦情を解決するための相談、助言、調査又はあっせんをおこなう「苦情解決合議体」を設置している。

筆者は、制度開始当初から、静岡県福祉サービス運営適正化委員会の委員として、福祉サービス利用援助事業（日常生活自立支援事業）と苦情解決事業にかかわった立場から、この2つの事業の現状と課題を明らかにし、さらに、運営適正化委員会の役割の課題を明らかにしたい。

1 日常生活自立支援事業（福祉サービス利用援助事業）

平成11年10月に地域福祉権利擁護事業としてスタートした同事業は、平成12年の社会福祉法では「福祉サービス利用援助事業」として位置づけられ、社会福祉事業となった。地域福祉権利擁護事業は、平成21年度からは日常生活自立支援事業と名称が変更された。

（1）日常生活自立支援事業の概要

日常生活自立支援事業は、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などの判断能力が不十分な人の権利擁護に資することを目的として、自立した地域生活がおくれるよう、福祉サービスの利用援助をおこなうものである。

対象となる利用者は、判断能力が不十分であるが、この事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる人である。

実施主体は、都道府県社会福祉協議会および指定都市社会福祉協議会である。都道府県・指定都市社会福祉協議会は、業務の一部を基幹的社会福祉協議会に委託することができる。都道府県・指定都市社会福祉協議会は、基幹的社会福祉協議会から定期的に業務の実施状況について報告を受け、基幹的社会福祉協議会に対し、指導を行う。実施主体である都道府県・指定都市社会福祉協議会は、運営適正化委員会(運営監視合議体)に対し、日常生活自立支援事業の実施状況を定期的に報告する必要がある。

援助内容は「福祉サービスの利用援助」「日常的金融管理サービス」「書類等の預かりサービス」「定期的な訪問による生活変化の察知(見守り)」である。

援助の仕組みとして、本人と社会福祉協議会が利用契約を結ぶ。具体的な援助は、社会福祉協議会に雇用される「専門員」と「生活支援員」が行う。専門員が初期相談から本人に必要な支援計画を策定し、契約締結能力の確認、契約締結に関する業務を行う。生活支援員は、定められた支援計画に基づき、定期的にあるいは本人からの依頼があった際に援助をおこなう。生活支援員による援助についての利用料は自己負担とする。静岡県の場合、この利用料は1時間当たり1,000円である。

(2) 日常生活自立支援事業の現状と課題

全国社会福祉協議会の調べによると、全国の日常生活自立支援事業の契約者は4万人を超えた(表1)。

静岡県の日常生活自立支援事業の契約者は2,568人、現在の利用者は1,259人、専門員は68人、生活支援員

は338人である(表2)。静岡県社会福祉協議会は、10の市を基幹的社会福祉協議会として事業の一部を委託していたが、平成24年度からすべての市町を基幹的社会福祉協議会とし、事業の一部を委託している。全国的に見て、都道府県・政令指定都市社会福祉協議会の実績に差異があるように、静岡県内においても、とくに指定都市の静岡市と浜松市の差異が顕著である。他の市町の社会福祉協議会においても、人口の規模、行政からの支援、基幹的社会福祉協議会となってからの年月の長短、専門員の数と質、専門員の身分(専従か兼任か)、生活支援員の数と質、行政からの支援、他機関との連携などによってその実績に差異が生じている。

表5の契約件数と実利用者との差は契約解除である。契約解除の主な理由は、死亡、成年後見制度への移行、施設入所、本人の希望、親族による支援への移行などである。

2 苦情解決事業

(1) 事業者と都道府県における苦情解決体制の整備
社会福祉法の成立により、福祉サービスは、利用者と事業者間の利用契約に基づいて利用されることが基本となり、苦情に対する適切な対応と解決を行う仕組みの導入が求められることとなった。

利用者等からの苦情は、第一義的には利用者と事業者の間で解決が図られることが望ましいことから、苦情解決は社会福祉事業経営者の責務とされ、各事業者に通ずる体制を整備することとなった。利用者と事業者の間で解決が困難な場合に対応するため、都道府県に運営適正化委員会がおかれることになった。

(表1) 日常生活自立支援事業の契約件数

対象／契約件数	平成24年度末(暫定)		平成21年度	
	件数	割合	件数	割合
認知症高齢者等	20,677	50.8%	17,378	54.4%
知的障害者等	8,646	21.2%	6,279	19.6%
精神障害者等	9,259	22.8%	6,517	20.4%
その他	2,126	5.2%	1,794	5.6%
合計	40,708	100.0%	31,968	100.0%

資料：全社協・地域福祉部 平成24年度実績は暫定版

(表2) 日常生活自立支援事業 利用者、専門員、生活支援員数(7月末現在)

旧基幹的社協	基幹的社協	延べ利用者数	実利用者	専門員数	生活支援員数
下田市	下田市	45	20	2	8
	東伊豆町	18	7	1	2
	南伊豆町	9	4	1	2
	松崎町	0	0	1	0
	西伊豆町	3	1	1	3
伊豆市	伊豆市	52	24	1	21
	河津町	3	1	1	2
伊東市	伊東市	54	23	1	7
	熱海市	30	11	1	6
三島市	三島市	28	7	2	6
	伊豆の国市	29	8	1	9
	函南町	12	4	2	5
沼津市	沼津市	224	99	2	19
御殿場市	御殿場市	55	17	2	4
	裾野市	20	7	1	4
	清水町	11	3	1	3
	長泉町	38	13	1	8
	小山町	5	3	1	3
富士宮市	富士宮市	118	68	3	14
富士市	富士市	118	49	2	10
藤枝市	藤枝市	55	29	3	11
	焼津市	55	33	2	9
島田市	島田市	39	25	2	17
	牧之原市	22	12	2	12
	吉田町	9	6	2	4
	川根本町	5	4	2	5
掛川市	掛川市	82	47	2	26
	御前崎市	12	8	1	6
	菊川市	22	8	1	9
磐田市	磐田市	76	37	2	17
	袋井市	11	5	2	11
	湖西市	23	13	2	7
	森町	3	2	2	2
静岡市		862	498	11	26 (うち常勤4名)
浜松市		420	163	4	40
計		2,568	1,259	68	338

資料：静岡県社会福祉協議会

(2) 事業者による苦情解決の体制整備と現状

利用者等からの苦情について、利用者と事業者との当事者間で適切な解決が図られるよう、社会福祉法第82条では「社会福祉事業の経営者は、常に、その提供するサービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならない」として事業者の責務を規定した。この新たに導入された仕組みづくりに社会福祉事業の経営者が取り組む際の指針として、「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針」が平成12年6月に厚生省関係局長から通知として示された。この通知では、苦情解決の目的として①苦情への適切な対応により、福祉サービスに対する利用者の満足感を高めることや早急な虐待防止対策が講じられ、利用者個人の権利を擁護するとともに、利用者が福祉サービスを適切に利用できるよう支援する、②苦情を密室化せず、社会性や客観性を確保し、一定のルールに沿った方法で解決を進めることにより、円滑・円満な解決の促進や事業者の信頼や適正性の確保を図ることを挙げている。そして、苦情解決体制として、「苦情解決責任者の設置」、「苦情受付担当者の設置」、「第三者委員の設置」を求めている。「第三者委員」の設置は、事業所内における苦情解決の仕組みを第三者が加わったものとする事で、利用者からの苦情が苦情解決責任者まで届きにくかったり、密室化することを防ごうとするものとなっている。全国レベルの苦情解決体制の状況は、年々増加している傾向にあり、平成20年度は「苦情窓口設置」率が83.3%、「苦情解決責任者設置」率が74.3%、「第三者委員設置」率が52.2%(表3)である。いずれも100%には届かず、とくに第三者委員の設置率が低い。

静岡県福祉サービス運営適正化委員会は、平成21年7月に県内3,765か所の事業所を対象に「福祉サービ

ス事業所の苦情解決に関するアンケート調査(回答数426、回答率37.9%)を実施した。その調査結果によると、回答した事業所の90%以上が「苦情解決責任者」と「苦情受付担当者」を設置しているが、「第三者委員」の設置率は72%と前2者に比べて低かった。しかも、第三者委員の活動状況であるが、「とくに活動していない」が32%もあった。

回答した事業所に寄せられた苦情受付件数は3,073件である。平均すると1事業所当たり7.2件である。苦情の内容は、表4に示すように、「職員の接遇」が最も多く37.6%であり、次いで「サービスの質や量」が27.5%、「被害・損害」が5.5%、「説明・情報提供」が5.2%の順になっている。苦情の解決方法は、「責任者の相談と助言」が最も多く54.8%であり、次いで「責任者との話し合い」が25.0%である。

苦情の申し出人については、利用者が40.7%、家族が43.7%であった。なお、同じ平成20年度に全国の各都道府県運営適正化委員会に寄せられた苦情申し出人は、利用者が32.1%、家族が51.9%であった。

(3) 事業所における苦情解決の意義

「苦情」と一口に言っても、要望から、虐待といった重篤な人権侵害等にいたるまでさまざまな苦情がある。事業者は、苦情をマイナスのイメージでとらえ、苦情がないのがよいという意識を持っていることが多い。苦情が多ければその事業所はサービスの質が悪い事業所であるということではない。苦情を重要な情報源ととらえ、苦情の適切な解決に努めることが大切なのである。苦情解決の取り組みを通じて、適切なサービスの改善に結びつけることにより、自らが提供するサービスの質の確保や向上につなげることができる。また、リスクマネジメントに活用することができる。

(表3) 事業所段階における苦情解決の取り組み状況

	苦情受付窓口設置			苦情解決責任者設置			第三者委員設置		
	全体	公営	私営	全体	公営	私営	全体	公営	私営
平成14年度	54.7%	31.6%	69.1%	50.1%	26.4%	64.8%	27.5%	11.0%	37.7%
平成15年度	64.5%	43.5%	76.5%	60.8%	38.5%	73.5%	39.4%	19.7%	50.7%
平成16年度	72.1%	50.9%	83.1%	68.1%	46.4%	79.4%	47.0%	26.9%	57.4%
平成17年度	74.8%	56.1%	82.9%	70.1%	49.7%	78.8%	48.0%	31.3%	55.2%
平成18年度	78.2%	56.5%	86.5%	71.6%	50.9%	79.6%	49.9%	33.9%	56.1%
平成19年度	77.4%	63.0%	85.8%	71.9%	56.0%	77.5%	50.0%	36.8%	54.6%
平成20年度	83.3%	69.7%	87.0%	74.3%	64.2%	77.0%	52.2%	44.2%	54.4%

※各年度の社会・援護局関係主管課長会議資料より

(表4) 苦情の内容と解決方法

	サービス内容 (職員の接遇)		サービス内容 (サービスの質や量)		利用料		説明・情報提供		被害・損害		権利侵害		その他		合計
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	
責任者の相談と助言	633	37.7%	483	28.7%	15	0.9%	78	4.6%	84	5.0%	44	2.6%	344	20.5%	1681
責任者との話し合い	303	39.4%	227	29.5%	14	1.8%	53	6.9%	52	6.8%	12	1.6%	108	14.0%	769
第三者委員の助言	5	41.7%	3	25.0%	0	0.0%	2	16.7%	0	0.0%	1	8.3%	1	8.3%	12
第三者委員の立会い	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
その他	212	34.9%	132	21.7%	6	1.0%	28	4.6%	30	4.9%	11	1.8%	188	31.0%	607
合計	1155	37.6%	845	27.5%	35	1.1%	161	5.2%	168	5.5%	68	2.2%	641	20.9%	3073

資料：静岡県福祉サービス運営適正化委員会

そのためにも、事業者は、利用者が苦情を出しやすい環境づくりに積極的に取り組むことが必要である。

(4) 運営適正化委員会による苦情解決の現状

運営適正化委員会は、事業者において解決困難な苦情を解決するため、都道府県社会福祉協議会に設置された。

全国社会福祉協議会の調査によると、全国の各都道府県運営適正化に寄せられた受付件数は、平成24年度で3,160件である。平成17年度以降約2,500件程度で推移していたが、平成24年度においては3,000件を超える状況になった。最も多いのは東京都で766件、最も少ないのは佐賀県で6件であった。

静岡県運営適正化委員会に寄せられた平成24年度の苦情受付件数は、34件であった。苦情受付件数は、平成17年度以降はほぼ横ばいである。

サービス種別苦情受付件数は、表5に示すように「高齢者」10件(29.4%)、「障害」15件(44.1%)、「児童」7件(20.5%)、「その他」3件(8.8%)であった。平成12年度の制度創設時には「高齢者」分野の苦情が最も多かったが、平成15年度以降は「障害」分野が最も多くなり、障害者福祉の制度の見直しが苦情に反映している。「その他」は、救護施設、日常生活自立支援事業、生活福祉資金等に関する苦情であった。

苦情の受付方法は、「電話」20件(59%)が最も多く、「来所」7件(20.6%)、「郵便」5件(14.7%)、「電子メール」2件(5.9%)である。

苦情申し出人は、「利用者」と「家族」で9割を超え、その他、知人、職員などである。

苦情の種類は「職員の接遇」が23件(65.7%)で最も多く、「説明・情報提供」が4件(11.8%)、「サービスの質や量」と「権利侵害」がそれぞれ3件(8.8%)、「利用料」が1件(2.9%)であった。

受付けた苦情については、対応方法等の「助言」が16件(47.1%)と最も多く、運営適正化委員会以外の相談窓口等を紹介するなどの「関係機関の紹介や伝達」が1件(2.9%)あった。「あっせん」と「県知事への通知」は24年度にはなかった。「その他」は17件(50%)で、「申出人取下げ」が2件(5.8%)、残りの15件(44.1%)は、苦情申出人が匿名であるため解決方法が見つからないケースや、国民健康保険団体連合会(国保連)など他の機関で対応済みの苦情などである。

3 運営適正化委員の役割と課題

(1) 運営監視合議体の役割と課題

運営監視合議体の役割は、福祉サービス利用援助事業(日常生活自立支援事業)の適正な運営を確保することである。また、現地調査する役割もあり、契約ケース記録等の管理状況、日常的金銭管理の通帳・印鑑の管理状況、預かり書類等の保管状況等について確認し、不正発生の防止をはかっている。

静岡県福祉サービス運営適正化委員会は、年に3回、運営監視合議体を開催している。出席者は、運営監視合議体の委員10名、実施主体である静岡県社会福祉協議会・政令指定都市の静岡市・浜松市の社会福祉協議会と3～4の基幹的社会福祉協議会(33の基幹的社会福祉協議会の中から順番に出席する)の日常生活自立支援事業の担当者である。会議では委員は、それぞれの社会福祉協議会から日常生活自立支援事業の活動状況と事業実施に係る課題について報告を受け、事業全般の監視をおこない、必要な助言をおこなう。多くの基幹的社会福祉協議会から事業実施に係る課題として出されるのは、①生活保護受給者の利用にともない生活保護ケースワーカーとの役割分担の明確化と連携、

(表5) 平成24年度 静岡県運営適正化委員会の苦情受付状況

サービス種別	区分	苦情受付件数	苦情解決結果									
			①相談助言	②関係機関への紹介・伝達	③あつせん	④県知事への通知	⑤その他				⑥継続中	⑦意見・要望
							I改善申入れ	II申出人取下げ	III事情調査不可	IV I～III以外		
高齢者福祉サービス	①職員の接遇	8	3					1		4		
	②サービスの質や量	0										
	③利用料	1	1									
	④説明・情報提供	0										
	⑤被害・損害	0										
	⑥権利侵害	1								1		
	⑦その他	0										
障害者福祉サービス	①職員の接遇	10	4					1		5		
	②サービスの質や量	2	1							1		
	③利用料	0										
	④説明・情報提供	3	3									
	⑤被害・損害	0										
	⑥権利侵害	0										
	⑦その他	0										
児童福祉サービス	①職員の接遇	3		1						2		
	②サービスの質や量	0										
	③利用料	0										
	④説明・情報提供	1	1									
	⑤被害・損害	0										
	⑥権利侵害	2	1							1		
	⑦その他	0										
その他サービス	①職員の接遇	2	1							1		
	②サービスの質や量	1	1									
	③利用料	0										
	④説明・情報提供	0										
	⑤被害・損害	0										
	⑥権利侵害	0										
	⑦その他	0										
合計	①職員の接遇	23	8	1	0	0	0	2	0	12	0	0
	②サービスの質や量	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	③利用料	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	④説明・情報提供	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤被害・損害	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑥権利侵害	3	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	⑦その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	34	16	1	0	0	0	2	0	15	0	0	

資料：静岡県社会福祉協議会

②生活指導も含む支援困難ケースの増加にともない業務量が増加している、③専門員の確保と質の向上、④生活支援員の確保と質の向上、⑤成年後見制度への移行時期と方法などである。

この事業の最大の課題は、事業費の確保である。都道府県・政令指定都市の財源緊縮のなか、本事業にかかる県・市負担分の確保が難しく、事業費全体が抑えられている県・市が多い状況にある。本事業の財源は

国庫補助金（国・県各2分に1）である。県・市の予算が少ないと、当然国の補助金が少なくなるのである。財政上の理由で本事業の要である専門員の確保が困難になると、利用者への支援量を増加することができなくなってしまふ。利用希望者を待機者にせず、速やかに利用開始できる体制を整えるべきである。

運営適正化委員会の課題も、財政面である。運営適正化委員会の収入の9割近くが都道府県補助金であり、その額は減少しつつある。「運営適正化委員会等の設置要綱」には、運営監視合議体の会議は、最低2か月に1回以上開催するように定められているが、実際は年3回しか開催していない。1回の会議で報告を受け、事業全般の監視をおこない、必要な助言できるのは、多くても7か所（この中にはいつも政令指定都市の静岡市と浜松市が含まれる）である。県内33の基幹的社会福祉協議会で実施している日常生活自立支援事業の運営監視を一巡するのに3年を要してしまう。また、現地調査の回数も財政上制限され、十分に役割が果たせないのが課題である。

（2）苦情解決合議体の役割と課題

苦情解決合議体は、福祉サービスに関する苦情を解決するための相談、助言、調査又はあっせんをすることである。さらに、苦情解決合議体には、苦情を出しやすい環境を整え、福祉サービスの質の向上に結びつけるため、日常的な苦情の解決に加え、①事業者や第三者委員への研修や巡回指導、②調査研究活動、③広報啓発活動等の実施が規定されている。

静岡県運営適正化委員会苦情解決合議体は、委員7名で、原則的に2か月に1度開催している。日常的には、事務局が相談、指導をおこなう。緊急を要する案件の場合は委員に相談し、必要に応じて緊急に合議体を開催する。さらに、苦情内容によっては、事業所や施設を訪問し事情調査またはあっせんをおこなう。

運営適正化委員会に申出のある苦情の中には、事業所や施設の苦情解決体制が整備され、きちんと機能していれば解決する事案がいくつかあることから、運営適正化委員会としては、事業所・施設に対して、体制を整備し機能するように、さらに続けて広報活動、研修、巡回指導をする必要がある。事業所における苦情解決の仕組みについては、事業所の職員はもちろんのこと、利用者・利用者の家族に対して十分周知することが必要である。例えば、事業所の入り口など目立つ

場所に、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の氏名、連絡先を明記することや、利用者・利用者の家族に対して集会などで紹介すること、事業所の広報紙やホームページへの掲載などその周知を十分行う必要がある。

運営適正化委員会は、申出人からの苦情等を受け、その解決に努めることとあわせて、苦情等の内容や傾向を踏まえて、社会福祉事業を実施する法人、施設・事業所におけるサービス提供のあり方を考える機会やきっかけを提供し、福祉サービスの質の向上を図ることが重要な役割となっている。

これらの役割のなかで、とくに事業者の第三者委員の設置率を高めるため、第三者委員の育成・活性化に関する支援が、静岡県を含めて全国共通の課題である。

おわりに

平成12年から社会福祉法第83条の規定により、福祉サービス利用援助事業の適正な運営の確保及び福祉サービスに関する苦情の解決を行う機関として、都道府県社会福祉協議会に運営適正化委員会が設置された。福祉サービス利用援助事業（日常生活自立支援事業）については、利用契約は、堅調に伸びている。しかし、財政面の行政からの支援の多寡により都道府県・指定都市の社会福祉協議会の実績に差異がある。

日常生活自立支援事業は、判断能力は低下しているが、サービスを受けるための契約行為の可能な人を対象としている。それが不可能になると本事業の利用が困難になり、成年後見制度を利用することになる。しかし、この制度は、費用負担や後見候補者の面からまだ十分に活用されているとはいいがたい状況である。このように考えると、今後、権利擁護の観点から、契約能力の有無にかかわらず、判断能力が低下した人すべてを支援できる枠組みの見直しも考えていく必要があるのではないかと、委員として本事業に関わってみて感じる。

苦情解決制度については、制度開始から十数年経過しているが、事業所・施設における苦情解決体制の整備が100%に達していない。とくに第三者委員の設置率が低い。

運営適正化委員会には、施設・事業所における苦情相談体制の充実や強化、第三者委員の育成・活性化に

関する支援、サービスの質の向上に向けた取り組みが一層求められている。

参考文献

- 1 平成25年度運営適正化委員会事業研究協議会資料、全国社会福祉協議会 平成25年8月
- 2 平成25年度都道府県運営適正化委員会実施状況調査資料 全国社会福祉協議会 平成25年8月
- 3 大貫正男「成年後見制度の現状と課題」『月刊福祉』平成21年2月号
- 4 根元久仁子「地域に潜在するニーズを掘り起こしてきた日常生活自立支援事業」『月刊福祉』平成21年2月号
- 5 全国社会福祉協議会企画部「苦情解決制度の現状と課題」『月刊福祉』平成22年1月号
- 6 全国社会福祉協議会企画部「日常生活自立支援事業の現状と課題」『月刊福祉』平成22年1月号

他者との関わりによる子どもの発達

橋爪千恵子

Child Development through the Relations with Others

Chieko HASHIZUME

要約

子どもは生活や遊びの中で、他者(きょうだい、友だち、おとな)とさまざまな関わりをする。そして、けんかや仲直り、ぶつかり合いと譲り合いなどを体験する。

本論では、子どもの日常生活における複数の事例を取りあげ、さまざまな体験を通して子どもが自己を形成しながら発達していく過程を追う。また、その時々の子どものおとなの関わり方が重要であること、それによって、子どもの心が発達していくことを検証する。

I. はじめに

筆者は日常生活の中で繰り返される乳幼児の行動や言葉を、観察記録(フィールドノート)として記録し続けてきた。それらの観察記録は乳幼児を理解する手掛かりとして、非常に大事な資料となり得る。改めて説明するまでもなからうが、ここには観察者(時には参加者ともなる)の眼前で繰り返される子どもの行動や言葉が、そのままの形で記録される。と同時に、その時に観察者が抱いた感想や考察も記録される。

この観察記録を丁寧に掘り起こし拾い上げていくと、その時々の子どもの取り巻く状況が再び目の前に展開される。何回も読み返し、記録されている内容の意味を問い直し、変化を追いながら、時日の流れに沿って緩やかな文脈を提示することにより、第三者的立場の人でも想像性を働かせることで、その子どもの内面で繰り返されている様相や心の動き、時間の経過に伴う発達の過程を捉えることができる。これは子どもを理解する一方法であり、このような方法を用いて子どもの発達について研究した論文は多々見られる⁽¹⁾。

筆者はこれまで子どもの内面の発達過程を研究課題とし、この観察記録をもとに、子どもの心の変化や発達の様相を探究してきた⁽²⁾。しかし、それによって子どもの発達に関する一般的な結論を引き出そうというものではない。子どもの心を理解し、子どもとの関わり方を探究することがテーマである。ここに保育の

原点があるからである。

本論では「子どもが他者と関わっていく中で心を成長発達させていく」ということについて探究したい。子どもの成長では、際立ったプラスの変化、しかも短期間での変化は捉えやすいし、肉体の量的な変化という成長発達も捉えやすいが、心の成長発達は捉えにくいものである。だが観察と記録を継続していると、それにもさまざまな表れがみられるものである。

例えば、子どもの遊びのある場面(1つの観察記録)だけを切り取って見たのでは、成長どころか子どもの行動の意味さえも理解しがたいような場合がある。そこで、少しスパンを広げていくと、子どもの遊びの一連の流れとともに、子どもの心が変化していく過程が見えてくる。しかも、その変化の中に発達の認められることがある。広げるスパンは数か月、数年に亘ることもある。

第一点として、この「長い期間で子どもの行動や言葉を捉える必要性」について考えてみたい。

第二点は、「他者と関わる」という事柄についてである。特に、言語を十分に獲得していない段階の子どもと関わる場合には、おとなの「関わり方」そのものが問題になる。それが子どもの内面世界にあたえる影響は大きい。子どもがおとなとの関わりで体験したことが、やがてさまざまな形で他の子どもとの関わりの中に現れることはよく知られるところである。

本論では、筆者の観察記録の中から、今回のテーマに即した観察記録を取りあげる。これらを時日の経過に沿って提示し、上記の課題を検証していきたい。

II. 研究方法

AとT（共に男児）の、家庭における日常生活の観察記録を資料とする。この観察記録は、日常生活の中での子どもの行動や言葉を、そのまま記録したものである。先に枠組みがあって記録したものではないので、意図性や思い込みによる観察記録の歪みは少ないと思う。

本論では「おもちゃで遊んでいる」場面の観察記録をいくつか取り上げる。子どもの遊びの中から子どもとおとなとの関わり、子どもと子どもとの関わりを通して、心という内面の世界の変化の過程を捉えていく。

III. 観察記録および考察

1. ミニカーを独占する

2～3歳の子どもがひとりでおもちゃを全部使いたがることは、よくあることである。おとなの社会認識からみれば、おもちゃがたくさんあるのだから半分ずつに分けるとか、いくつかを他者に与えるという方法をまず考える。しかし、「他者に分け与える」ということを子どもが全く理解できない、あるいは納得できないままにおとなの社会認識に沿って実行されたとしたら、それはその子どもにとって決して意味のある体験にはならない。そのような事例をあげてみたい。

記録① A：2歳11か月

T：1歳1か月

Aはたくさんミニカーを敷居のルールに沿って一列に並べて遊んでいる。そこへ弟のTが近づいてきて、Aが並べたミニカーを取ろうとする。Aは「Tくん、取っちゃだめ」と言うが、Tはミニカーを手を持つ。Aは「だめ」と涙声で言って、Tを押しつける。母親はAに「Tくんに1つだけミニカーをくれる？」と聞いてAからミニカーをもらってTに持たせ、Tを抱き上げる。母親は「Aちゃんがきれいに並べているね」とTに言う。Aは涙をぬぐいながら崩れた列を直して、きれいに一列に並べなおす。

この記録の場面だけを読むと、誰もが「兄弟での物の取り合いで、上の子がおもちゃを独り占めしている」様子を目に浮かべるであろう。そこで、先ほどの仮説に従ってスパンを広げてみる。つまり、時間的に遡ってこれより以前の観察記録をたどっていく。すると、Aが同じ種類の物を一列にきれいに並べて、ひとりで遊んでいる記録がたくさんみられる。並べている物はミニカーであったり、積み木であったり、時には洗濯用ピンチであったりするが。

記録①とこれら一連の観察記録とを併せると、筆者にはこの時期のAが「同種類の物をたくさん整然と並べる」ということを、遊びのテーマにしていることが理解できる。Aは遊びの中で整然とした美を作り出し、それを楽しんでいるのだ。また、ほとんど一人で遊んでいることも、Aの年齢を考えればごく普通のことである。ちょうどこの頃、高速道路での事故のニュースがテレビで放映され、テレビ画面には事故のため車が一列に並んでいる状態が映し出されている。社会的には惨事であるが、幼いAにとってはその意味はわからないので、「たくさん車が一列に整然と並んでいる」という映像が強く印象付けられたことであろう。自分がこれまで繰り返し行い楽しんできたこととまさに同じ構図が、目の前に展開されているわけである。それ以来、たくさんミニカーを使って整然と並べることが、Aにとって今まで以上に楽しい遊びになったであろうことは十分に想像できる。

記録①の場面では、Aは道路が渋滞して車がたくさん並んでいる状態をイメージして遊んでいる。だから、ミニカーがたくさん必要なのである。しかも、自分が車を一列に整然と並べた美をめちゃくちゃに壊されたくないで、弟が近づくと警戒して「だめ」と牽制の声をあげることになる。

特にこの場面では、Aが涙を流しながら「だめ」と言っていることに注目しなくてはならない。涙を流しながら訴え、涙をぬぐいながら、弟がさわったために崩れてしまった列をまた元のように並べ直している。こういう姿からは、Aの遊びに対する真剣さが伝わってくる。すなわち、こうしたいというはっきりとしたイメージをもち、それを実現しようとしているAの意思（主体性）が感じられる。そこには、この遊びを誰かに邪魔されたくないという思いが強く働いている。

これに関して次のような一文がある。「子どもが自分で何かをやりはじめ（子どもの主体性一筆者）、そ

の活動自体におもしろさを見出し、ある時間、ひとりでそれをやりつづけることは、子ども自身の生活の基本である。それは、乳幼児のどの時期にも重要だが、2歳の子どもは、自分でやり始めた活動にいつそう没頭するようになることは顕著である⁽³⁾。

この年齢の子ども、いわゆる2～3歳児の遊びは「一人遊び」が多い。仮に同じ位の年齢の子どもが近くで遊んでいても、彼らは各自がてんでんばらばらに遊んでいる「並行遊び」といわれている段階である。それはこの年齢がまだまだ自己中心的で、「自己」と「もの」だけが太い一本の線で結ばれているような状態だからである。

一方の弟Tの立場を考えてみよう。日常生活の中では、周囲にいるおとな(親であれ、保育者であれ)はその場で事態を見てとって、瞬時に判断を必要とされることが多い。しかも、その判断はとても難しい。記録①では、母親は弟にミニカーを1個だけ持たせて抱き上げた。この場面での母親の判断は次のようなものであった。「弟は1歳1か月とまだ幼いので、兄とミニカーを共有して一緒に遊ぶことは難しい。また、今はミニカーというおもちゃそのものに関心がある段階なので、たくさん持たなくても満足できる。ここでは兄には自分の遊びを最後まで完結させてやること、弟はミニカーを1つ持ち(ミニカーを手にして満足感)、母親に抱かれて兄の遊びを見ることがよい」というものである。

自分の意思を持ち始め、主体的に遊びを実現しようとする子どもに対して、周囲にいるおとなはよき理解者・援助者でありたい。それは決して子どもの言いなりになるというような次元のことではない。この時期には子どもが自己を形成していく上で、おとなの支えが必要だからである。

その場面だけの子どもの行為を切り取って判断してしまうと、子どもの内面で育ちつつある自己表現の萌芽を摘み取ってしまう恐れがある。一方、幼い弟が母親に抱かれて兄の遊びを傍らで見ると言う行為は、一見、理不尽に映るかもしれない。しかし、このような体験は間接的な参加体験であり、次の発達段階へのステップとなる可能性をもっている。

2. 弟も並べる遊びを楽しむ

記録①の時点では、Aの弟Tはまだ1歳1か月だった。このころのTの観察記録には、「10歩ほど歩くよ

うになった。最高で19歩。まだヨチヨチという感じ」と書かれている。1歳を少し過ぎたばかりのTの発達の様子がわかる。兄と「共に遊べる存在」には程遠い状態である。Tとミニカーとの関わりが、これより1か月ほど後の観察記録に登場する。それが次の記録である。

記録② T 1歳2か月

Tはひとりでミニカーで遊ぶ。「だんだん・・・」と、ひとりごとを言って窓ガラスのレールのところを走らせたり、ラップの芯の中にミニカーを入れてのぞき込んだりする。

Tはミニカー1台を手を持って、ひとりごとを言いながら遊んでいる。まだ、ミニカーというおもちゃそのものに興味を持っている段階である。たとえ1台のミニカーでも、それを手にすれば自分の世界に入り込んで楽しく遊べるのである。

記録③ T 1歳4か月

Tは表には絵が描かれ、裏にはひらがなが書かれているブロックで遊んでいる。そのうちに、そのブロックを一行に並べて遊ぶ。

記録④ T 1歳6か月

Tはひとりで積み木を出してきて、座卓の上に一行に並べ、その積み木の上段にはさらに小さな積み木を乗せて、長くつなげていく。母親が「並んだね」と言うと、「うん、うん」と嬉しそうに積み木を指さし、さらに長く並べていく。

記録④は記録①の時点から5か月ほどを経たTの観察記録である。すでに述べたように、記録①の時点では、Tはまだ1歳1か月という年齢であり、兄の遊びのイメージを理解し、共有して遊べるような発達状態には至っていない。たくさんならんだミニカーそのものへの好奇心でいっぱいである。しかし、テーマをもった兄の遊びを何回も見ること—それはTの間接的な参加体験といえる—によって、T自身にも変化が起きてきたのである。記録②、③、④のように、Tにもブロックや積み木を整然と一行に並べるという遊びがしばしば見られるようになってきた。また、Tがミニカーを弧状にきれいに並べてひとりで遊んでいる様子も観察

記録に残っている。

Tも物を整然と並べることを楽しむように変化してきた。この時点で、Tも記録①でのAの立場にたっているのである。ここにTの発達を認めることができる。

子どもは自分の遊びのイメージをもち、他者にさえぎられることなく遊びを展開することができる時、自己実現に向かっている。津守真は、子どもがゆったりとした時間をもつこと、自由に活動できる落ち着いた空間をもつことが必要だという⁽⁴⁾。子どもが自分のやりたいことをみつけ、その遊びを満足して終わるまでの時間、自由に動き回り、自分のやり方でものを並べ、動かすことのできる空間の必要性ということである。

筆者もこれらが保障されたとき、子どもは自分の活動を充実させることができるのだと思う。子どもは自ら遊びを作り出す存在であるが、同時に、おとなに支えられ認められることで、それは可能となる。そういう体験の積み重ねによって、子どもは自分自身を形成していくのである。記録①、②、③、④がそのことを実証しているのではないだろうか。

3. 自分より幼い他者への気遣い

2～3歳児は自己中心的に他者と関わっているが、他者に対する感情や視野の広がりなどは、果たしていつ頃からどのような形をとってあらわれるものなのだろうか。また、それは子ども自身のどのような体験が土台となって育っていくものなのだろうか。このような疑問に対する答えを見つけるのは困難なことではあるが、次の観察記録をひとつの手掛かりとして、そのことを考えてみたい。

記録⑤ A 3歳6か月 T 1歳8か月
Y 1歳6か月(男児)

Yが遊びに来たので、Aはミニカーの入っている缶を持ってきてミニカーを全部出す。そしてYにも貸してやる。Aは弟のTに「Tくん、やろう」と声をかけ、父親の碁盤の縁にミニカーを並べていく。Tも「やろう」と応じる。二人でミニカーを何台か並べた時、Yが手でパンパンと払いのけてミニカーをとばしてしまう。A「だめ」と言う。Yはそう言われても平然としている。Aは再びミニカーを並べていく。何台か並べると、またYが払いのけてめっちゃめっちゃ

にしてしまう。A「だめ、せっかく並べようと思っているのに」と怒る。Yは平然としている。弟のTは二人のやりとりを見ている。Yの母親が「Aちゃん、もっと怒りなさい」とAを応援する。Aはもう一度ミニカーを並べていく。それを待ち構えていたかのように、Yがまた払いのける。A「だめ」。Yの母親も一緒になって「だめ、Y」、「ねえ」とAに言う。Yは笑っている。Aはミニカーを並べるのをやめる。

ここに登場するYは、A、T兄弟の父親の友人・M氏の子どもで、この日はM夫妻に連れられて遊びに来た。A、T兄弟とYとは、この時が初対面である。

整然と並べたものをめっちゃめっちゃにされるという点で、この場面は記録①とよく似ている。しかし、記録①が二人の子ども(兄と弟)の関わりであるのに対して、記録⑤は三人の子ども(兄・弟・他家の子ども)の関わりである。子どもの人数や構成といった要素から見ても、記録①の場合に比べて複雑な子ども同士のかかわりの場面である。時間的には記録①から7か月ほどが経過している。

この場面での三人の人間関係や心の内を考察する。

まず、Aを取りあげてみよう。AはTを誘ってミニカーを並べ始めた時、「(お客さんである)Yにミニカーをきれいに並べてみせてあげよう」と考えた。この時Aは、Yがそれを楽しんで見ているか、Yも一緒に並べ始めるのではないかと期待していたと思う。Aから見れば、Yは弟のTと同様に「自分より小さい子(幼い子)」で、しかも、「よその家の子」だと言う認識をもっている。「内の人間」に対して「外の人間」である。Aは初めて遊びに来たY(外の人間)にAなりの心遣いを見せている。3歳児の心にこのような「他者に対する心遣い」という感情が育っていることは1つの発見であり、驚きである。

しかし、Aの心遣いや期待とは裏腹に、Yはミニカーが数台並ぶのを待って勢いよく払いのけるという行動に出た。AはYのこの行動に対して、怒りよりも先に驚きの気持ちがあったようだ。一瞬間をおいてから「だめ」と声を出したが、Yを押しの手はしない。ここにも、「よその家の幼い子」に対する気遣いが見られる。Aは気を取り直してもう一度ミニカーを並べる。しかし、またミニカーを払いのけられてしまう。Aは口では「だめ」と言っているのだが、それほど腹

を立てている様子ではない。記録①の場面では涙を流しながら怒ったAであるのに、この違いは何だろうか。

第一に時間の経過が考えられる。記録①の場面から7か月ほどを経過しているため、Aの遊びに寄せるイメージや思い入れが変化しているであろうことは、十分に考えられる。あの時ほど強いこだわりがなくなっているのかもしれない。いや、それよりも、この遊びはAとTが楽しむというよりも、むしろ、AがYのために始めた遊びだと考えられる。つまり、おとなでいえば、「おもてなし」に相当することであろう。そのことがもっとも大きな要因だと考えられる。この場面における「だめ」を解説すると、「ぼくが並べたものを壊しちゃだめ」ではなく、「君のために並べてやっているのだから、壊しちゃだめだよ」といったところであろう。

第二に、いくら自分が「だめ」と注意しても、Yが平気で笑っては同じことを繰り返すので、いつのまにか一種のゲームのようになってしまったことも考えられる。記録①の時点では、Aは自分の遊びを実現させることで精一杯であったのに対し、この時には周囲にも目を向けることができるように変化していたのである。これはAの心の発達といえるだろう。

次にYについて考察する。YはAに「だめ」と言われても悲しそうな顔をしたり、泣いたりしていない。それはAの「だめ」と言う言葉が、自分への真剣な怒りではないという判断からであろう。Aの声のトーンや表情が自分を拒絶するものではなく、ある意味で受容的な態度に感じられたのであろう。Yが平然と笑っていることからそれがわかる。だから、2回3回と同じことを繰り返しているのだ。

Yは自分の行動に対する相手の次の行動を予想し、「自己のはたらきかけが、他者のある行為を引き出すことそのものに喜びを見出している」⁽⁵⁾ 段階である。これは初対面の人間(AとT)に対する、Yのひとつの関わり方でもあろう。言語でのコミュニケーションが十分ではない乳幼児が他者と関わりをもちたい時、このように、むしろ相手の嫌がるような形でコミュニケーションすることがあるのは、周知の事実である。

もう一人の当事者Tはどういうスタンスであろうか。TはYと同年齢であるが、Tは記録②、③、④で紹介したように、この頃にはおもちゃを並べて遊ぶことを楽しむようになっていたので、兄が並べたものをめっちゃめっちゃに壊すということがなくなり、兄と一緒に、時

には協力的な態度で遊ぶようになっていた。

TはAとYのやりとりを、一步離れた立場から傍観しているといったところであろうか。Aに「だめ」と言われても、Yが繰り返し同じ行動をとるのを理解しかねているのであろう。だが、この時AがYにとった行動(年少者とのかかわり方、他家のこどもへの気遣い)が、Tに何らかの示唆を与えたであろうことは、推測できる。

子どもが自己の思いや遊びのイメージを実現させることは、自我を形成していくための基本的な経験であるが、いつでもスムーズにことが運べるとは限らない。きょうだいや友だちなど、他の子どもに自分の行く手を遮られたり、おもちゃの取り合いになることもしばしば起こる。それは自分の領域が侵される危機である。自分だけの関係性にとどまっているうちは、自己中心で自分の主張が強くみられる。しかし、家族や友だちなどとのさまざまな衝突や矛盾を通じて他者の存在を知り、次第に多様な関係へと目が開かれていく。野村庄吾は、多様な関係の理解は感情の世界を豊かにし、認識の世界を広げていくと述べている⁽⁶⁾。

Aは「自己」と「他者」を認識し、その人間関係の中で自分の感情を調整することができるようになった。ここにAの内面における変化、心の発達を捉えることができる。

4. おもちゃを半分ずつに分けるということ

子どもが物との関わり、他者との関わりを通して、常に変化していく存在であることは、ここまでの観察記録と考察で述べたとおりである。その中でも、他者との関係を次第に調整しながら活動できるようになることは、子どもの成長発達の中で注目すべき変化である。

そのような事例は前項で挙げたが、ここではさらに一步前進したと思われる事例をあげてみる。

記録⑥ A 4歳3か月 T 2歳5か月

Aは咳が激しいので戸外では遊ばないように、医者に言われていた。自分のやりたいことがみつけれないらしく、少しイライラしている。やがて、「そうだ、積み木で遊ぼう」と言って、積み木の箱を出してくる。Tと一緒に一列に長くつなげたり、塔のように高く積んだりして楽しそうである。積み木が足りないように思われ

たので、母親が「トレーラー積み木も使ったら」と言う。Aはそれを引っ張ってきて、トレーラーの荷台に載っている積み木を、Tと半分ずつに分ける。そして、積み木の列をさらに長く延ばしたり、高く積んだりして、二人で長時間遊ぶ。

人間は体調がすぐれない時、自分の身体であるのに自分ではコントロールできないような状況に陥ることがある。この事例では、Aは体調の不良に加えて、戸外で遊べないと言う拘束を引き受けながら、自己充実への模索をしている。やっとそれを見つけて、自分の心身を委ねることになる。弟という他者をも引き受けている。たとえ体調がすぐれなくても、他者と共に遊びを楽しむことができるというのは、大きな内面的成長である。

もう1つ、記録⑥で注目すべきことは、Aが自分から進んで弟のTに積み木を半分、分けてやったことである。これは弟や母親など他者からの要求によるものではない。A自身の意思によるものである。筆者には、二人が共通のイメージをもって遊んでいるように捉えられたが、子どもたちはそうではなかったのかもしれない。いや、Aは自分の中に「こうしたい」というイメージがあった。それなら、弟のTにも「こうしたい」というイメージがあるだろうという認識をもったのかもしれない。だから、Aは自主的に積み木を半分、弟に分けたのだと考えられる。しかも、この「半分こ」は、他者のものは使ってはいけない、つまり、他者の領域は侵さないように、などという意味合いをもっているものではない。むしろ、「Tくん、新しい積み木も使ってもっといいものを作ろうよ」とでもいうような、Aの意欲や余裕が感じられる「半分こ」である。自己の遊びを実現させながら他者をも認め、共に自己充実に向かっている例といえよう。

記録①から記録⑥までの経過をもう一度振り返ってみる。記録①は、子ども(A)がひとりでおもちゃを存分に使って、自分の遊びのイメージを実現させるという発達段階である。記録②、③、④でも、別の子ども(T)が、やはりひとりで自分のイメージを展開させて遊ぶという発達段階を示している。2歳前後の幼児期には自分でやりたいことを見つけ、自分で満足するまで遊ぶという体験が必要である。この時には、周囲のおとなの子どもへの理解と支えが求められる。

次の段階になると、時間と空間とを他者(この場合は弟)と共有して遊ぶことができる段階、時には、自分より年少の子どもに心遣いを見せながら遊ぶことができるという発達段階(記録⑤)へと、変化している。このようなことができるのは、かつて、自分(この場合はA)がおとなに理解され、支えられた体験が下地としてあったからである。

やがて、自分の遊びのイメージも他者の遊びのイメージも認めながら、共に遊びを作り出すという段階(記録⑥)へと発展している。ここでは状況に応じて「他者とおもちゃを分け合う」こともできるまでに成長している。

これらは、1年4か月という期間の中で捉えることのできた、AとTの成長の過程である。ここに遊びの中で子どもなりの危機に出会い、それと相対しながら成長発達していく子どもの姿が認められる。

IV. まとめ

一般的に、子どもは2歳頃から自我が芽生えるといわれる。最初の頃はその輪郭もまだおぼろげな状態であるが、次第に他者との人間関係の中で自我がはっきりし、自己を形成していく。このこと、即ち、自己を形成していくことこそが、人間の成長発達といえるのではあるまいか。その際、幼児の場合には特に体得することが不可欠である。日常生活や遊びの中でさまざまな物や他者と出会い、関わりを体験して初めて自己と他者を認識し、「分かる」という方向へ向かうことができる。体得なくしては本当に分かったとは言い難い。

観察記録①からもわかるように、子どもは遊んでいる時に「こうしたい」というイメージをもっている。自分の意思を持って遊んでいる。おとながそのイメージを理解しようと努め、遊びの実現を支えてやることによって、子どもは前に進んでいくことができる。子どもの成長発達の過程には、ひとりで満足するまで遊ぶことを、おとなが保障してやるが必要な時期がある。そのようにして自分が受け入れられ遊びを保障された体験が、やがては他者を認める方向へと育っていく(観察記録⑥)。

子どもはおとなから認められ保障される体験を多く積むことにより、やがて自分より幼い者に助力を差し出すことができる存在になっていくのだと思う。子どもはいつまでも同じ発達地点にとどまっているわけで

はない。「はじめに」で提示した第二点「他者と関わる」ことの意義、発達との関係がここに示される。

しかし、それがすぐに目に見える形で現れるものではないところが難しい。ひとつひとつの体験は子どもの内面の世界に貯えられていき、伏流水のようにしばらく後になってから見える形となって現れてくる。このように数量では表すことのできない心の発達のような事柄は、ゆるやかな変化で示されることが多いし、長い時間が必要であるということも事実である。「はじめに」で提示した第一点「長い期間で子どもの行動や言葉を捉える必要性」がここにある。

子どもは自分の意思をもち、周囲の物や他者(おとな・子ども)とのさまざまなかかわりを体験しながら、ゆっくりと時間をかけて成長発達していく存在であること、その時のおとなの関わり方の重要性を改めて認識したい。

注

- (1) 日誌的観察記録をもとにして書かれた論文には、つぎのようなものがある。

矢野喜男・矢野のり子

『子どもの自然誌』(1986) ミネルヴァ書房
やまだようこ

『ことばの前のことば—ことばが生まれるすじみち』(1987) 新曜社

麻生 武

『身振りからことばへ—赤ちゃんに見る私たちのきげん』(1992) 新曜社

友定啓子

『幼児の笑いと発達』(1993) 勁草書房

橋爪千恵子 他

『育児日記からの子ども学』(1996) 勁草書房

鯨岡 峻・鯨岡和子

『保育を支える発達心理学』(2001)

ミネルヴァ書房

- (2) 橋爪千恵子

『子どもの内的世界を探る—愛着物とのかかわりから—』(1991)

常葉学園短期大学紀要第22号

p p 205—217

橋爪千恵子

『子どもの内的世界を探る(2)—子どものことばから—』(1992)

常葉学園短期大学紀要第23号

p p 189—197

- (3) 津守 真

『自我のめばえ—2~3歳児を育てる—』(1984)

岩波書店 p.75

- (4) 同上

- (5) 木下孝司「他者の心、自分の心」(内田伸子・麻生武 編『人生への旅立ち—胎児・乳児・幼児前期』)(1995) 金子書房 p.175

- (6) 野村庄吾

『乳幼児の世界—こころの発達』(1980)

岩波書店 p.149

ひきこもり地域支援センターにおける ひきこもり支援の現状と課題

草野 智洋

The Current Situation and Issues of Hikikomori Support
in Regional Support Centers for Hikikomori

Tomohiro KUSANO

要約

厚生労働省の主導による「ひきこもり地域支援センター」設立の主旨と、それに対してひきこもりの当事者・家族がセンターに望む役割、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」に見られるセンターに求められる役割、全国のセンターからの報告に基づく現状と課題、を概観した。連携できる専門機関の不足している地方部においては、ひきこもり地域支援センターが第一次相談窓口としての機能を果たすことが困難である現状が示された。また、家庭訪問を中心とする支援を行うという厚生労働省の方針は、当事者のニーズやこれまでの研究で示された標準的な支援のあり方と必ずしも一致していないことが示唆された。それぞれの地域にはそれぞれの地域ごとに現在必要とされている支援機関の役割が異なっており、こうした点を踏まえたうえで、今後のひきこもり支援がどのような方向に発展していくことが望まれるかを検討していく必要がある。

1. はじめに

ひきこもり地域支援センター（以下、センター）とは、2009年度に開始された厚生労働省のひきこもり対策推進事業の一環として各都道府県・政令指定都市に設置することが求められている、ひきこもりに特化した第一次相談窓口である。

ひきこもりの問題は、教育・医療・精神保健・就労・福祉など、多くの領域にまたがっており、一つの支援機関だけで支援を行うのは困難である。そのため、「ひきこもり」に特化した第一次相談窓口の設置が、当事者や家族から求められてきた。各センターには「ひきこもり支援コーディネーター」が配置され、ひきこもり状態にある当事者や家族からの来所や電話による相談に加え、家庭訪問などのアウトリーチも行う。さらに、地域における関係機関とのネットワークの構築や、ひきこもりの予防や対策のために必要な情報を地域に提供することなども、センターに求められている役割である。センターは、2013年4月8日時点で23

の道府県と16の政令市に設置されており、静岡県内では静岡県と浜松市の2箇所に設置されている（厚生労働省, 2013）。

拙論では、全国のセンターの現状と課題を明らかにし、2013年度に開設された静岡県ひきこもり支援センターに望まれるあり方について検討する。

2. センターに求められる役割

（1）当事者と家族への調査から

境（2009）は、ひきこもりの当事者と家族を対象とした調査を行い、センターに望む支援として以下の点を挙げている。

まず、ひきこもりの家族がセンターに望む支援として上位に挙げているものは、「心理専門家によるカウンセリング」、「ひきこもりについての学習会・講座」、「ひきこもりの若者たちの居場所」、「就職相談・就職支援」である。家族が求める「支援の方法」として第

一に挙げられているのは「面接」であるが、次いで「電話」と「訪問」がほぼ同数で並んでいる。また、家族が開所を希望する曜日としては「土曜日」と「日曜日」が多く挙げられている。

一方、ひきこもる当事者がセンターに望む支援は、家族が望む支援と若干の違いがある。多くの当事者が望む支援は「ひきこもりの若者たちの居場所」と「就職相談・就職支援」であり、「心理専門家によるカウンセリング」を望む割合は両者に比べると少し低い。家族が望む支援として上位に挙げられていた「ひきこもりについての学習会・講座」を必要としていると回答した当事者は半数に満たない。

求める支援の方法についても当事者と家族の間には相違がみられる。両者とも「面接」が第一に挙げられていることは共通しているが、次いで家族が「電話」と「訪問」を望んでいたのに対し、当事者は「電話」と「メール」による支援を望んでおり、「訪問」を望む当事者は少数である。開所を希望する曜日についても、家族が平日よりも「土曜日」と「日曜日」の開所を強く望んでいたのに比べて、当事者にはその傾向は認められない。以上の点から、ひきこもる当事者とその家族がセンターに求める支援の共通点と相違点が浮き彫りになる。

両者の共通点としては、面接相談や就労支援を求めていることが挙げられる。しかし、相談したい専門家として、家族が「臨床心理士(心理的援助の専門家)」を第一に挙げているのに対して、当事者の場合は家族に比べて「ひきこもりを経験したスタッフ」に対する相談のニーズが高い。当事者は家族よりも居場所による支援に対するニーズが高いことから、自分と似た境遇にある他者との関わりを求めていることがわかる。

草野(2010)は、ひきこもる青年に対しては、中立的な立場で非日常的な面接の場を提供する心理臨床家モデルよりも、ときには積極的な自己開示も行いながら、日常を同じ目線で過ごす仲間となるような援助者モデルが有効であることを示しており、この点はひきこもり当事者からセンターに求める支援の傾向と一致している。

また、支援の方法として「面接」と「電話」に続いて家族が「訪問」を望んでいるのに対し、当事者は「訪問」ではなく「メール」を望んでいるという点も興味深い。

ひきこもり支援は、当事者の支援に対する動機づけ

が乏しく、家族のみの相談から始まるのが一般的である。家族はなんとかして本人の状態を変化させたいと望んでおり、面接に訪れようとする当事者に対して支援者の側から直接アプローチする訪問に対する家族のニーズは非常に高い。しかし、当事者が訪問を希望していないにもかかわらず、家族のニーズのみに応じて訪問を行った結果、支援が失敗に終わった例も報告されている(武藤・渡辺, 2008)。

訪問が開始された後も、家族が注意すべきこととして「支援者まかせにしない」、「支援者が訪問に来るから家族は何もしなくても良いわけではない」、「子どもを支援者に預けっぱなしにしない」ということを複数の訪問支援者が指摘しており、訪問は決して家族が期待するようなバラ色の解決策ではないことを留意しておく必要がある(大阪府商工労働部雇用推進室, 2008)。

ひきこもりへの訪問支援については、支援者が当事者を訪問するという二者関係ではなく、家族も含めた三者の関係調整をはかっていくというモデルも提示されており(齋藤, 2012)、今後さらに効果的な支援の方法を検討していく必要がある。

境(2009)の調査においては、ひきこもりの当事者が家族に比べてメールによる相談を強く希望していたが、同様の傾向は他の調査結果からも示されている。電話とメールを用いたひきこもり支援を行っている「東京都ひきこもりサポートネット」の報告書によれば、2010年度に寄せられた相談のうち、電話では当事者からの相談が40.7%、親からの相談が36.8%であるのに対し、メールでは当事者からの相談が54.4%、親からの相談が20.9%であった(田村・草野, 2011)。しかしこの調査では、メール相談を行っている当事者に対し電話や対面による相談への移行を勧めてもそれが困難であったということも同時に報告されており、当事者からニーズの高いメール相談が実際にひきこもり状態の改善に寄与する効果については、慎重に判断する必要がある。

(2) ひきこもりガイドラインから

当事者や家族がセンターに求める支援に続いて、専門家の立場からセンターがどのような役割を望まれているかを概観する。

「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン(以下、ガイドライン)」(齋藤, 2010)では、地域連

携ネットワークによる支援として、センターについて言及されている。ガイドラインでは、ひきこもり支援を提供できる機関として、「医療機関（精神科、心療内科、小児科等）」、「保健機関（保健所、精神保健福祉センター、市町村の担当部門）」、「福祉機関（児童相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター）」、「教育機関（教育センター、教育相談所、学校）」、「NPOなど」、「就労支援機関」を紹介しており、こうした専門機関が連携することで効果的なひきこもり支援が可能になるとしている。

地域連携ネットワークを構築するための注意点として、ガイドラインでは以下の6つの点を指摘している。①連携する各機関のひきこもりに対する理解や対応方法には相違があることを心得ておき、各機関の理解のすり合わせを辛抱強く続けていくこと。②定期的なケース・マネジメント会議の開催に加え、緊急の課題に対応するための臨時会議の開催を可能にしておくこと。③会議で検討する事例を受け付ける窓口などの事務局機能を持つこと。④当事者や家族のプライバシーの保護に厳密な配慮を行うこと。⑤ケース・マネジメント会議を行った際には、必ず支援の新しい見通しや協力機関が得られるように工夫すること。⑥地域の特性や状況に応じて、ネットワークを新たに構築するか既に存在するネットワークを活用するかを決定すること。厚生労働省によるセンター設置の主旨に鑑みても、③の事務局機能はセンターが担うことが望まれるであろう。また、⑥についても、センター機能を担った支援機関がそれ以前に構築していたネットワークが存在すると考えられるため、そのネットワークをより一層充実させていくことが望まれる。

重要なのは、①で挙げられた各支援機関のひきこもりに対する理解や対応方法のすり合わせであろう。連携の意義は、専門領域や得意分野の異なる機関同士がお互いの強みを生かし弱みを補うために協力することであり、同じ価値観に基づき同じ方法の支援を提供する機関同士であれば、あえて連携する利点は生まれない。それぞれの機関のひきこもり理解や対応方法が異なるからこそ連携する意義ある、ということを前提とし、何よりも「利用者の利益のために」という共通の目的のために協力し合うことが望まれる。それぞれの機関がそれぞれの支援方法の正しさを主張し合ったり、特定の機関が他機関に自らの支援方法を押し付けたりしても、利用者の利益にはならない。そうしたことを

防ぐためにも、現場の支援者同士の人間的な信頼関係の上に成り立つ「顔の見える連携」を構築していく必要がある。

こうした地域連携ネットワークの構築のために、センターが果たすべき役割は極めて大きいと言えるだろう。

3. ひきこもり支援センターの現状

西元（2012）は、2010年6月から11月にかけて、当時全国に23箇所あったセンターに調査を行っている。それによると、センターの65%は都道府県や市の直営であり、35%が行政からの委託を受けた民間機関により運営されている。開所曜日については、「委託機関では、57%が土曜日、29%が祝祭日の対応を行っていた」と記述されているのに対し直営機関についての記述は見られないが、センターとして「全体的に平日が中心の傾向にある」という記述から、行政の直営機関では平日のみの開所が中心だと推測される。

ひきこもり支援を取り巻く状況として、「使える制度や資源が少ない」に95%のセンターが「あてはまる」と回答しており、第一次相談窓口としてひきこもり相談を受け付けた後も他機関に紹介することができず、センターが直接対応を行っていることがうかがわれる。同様に「マンパワーが足りない」と「担当エリアが広い」には65%のセンターが「あてはまる」と回答している。一方で、「対応方法がよく分からない」と回答したセンターは5%のみであり、ひきこもり支援の方法についてはそれほど困難は認められない。

厚生労働省が各都道府県や政令市にセンターを設置するにあたり、従来からその地域で積極的にひきこもり支援を行っていた機関がセンター機能を担うことは想像に難くない。しかし、設置の主旨としてはセンターはあくまでも第一次相談窓口であり、そこから他機関との連携による地域ネットワークの構築を目指すことが求められていたにもかかわらず、現実には他に利用できる資源がなく、少ないマンパワーの中でセンターが広範囲の地域のひきこもり支援を継続的に行っているかざるを得ない現状がうかがえる。

「地域におけるひきこもり支援に関する調査・研究事業報告書」（神戸オレンジの会、2013）では、京都府、鳥取県、浜松市、山口県の4つのセンターの活動が報告されている。

京都府のセンターは京都府直営の家庭支援総合センターが担当している。京都府は3つの地域に区分され、それぞれの地域の中で「チーム絆」と呼ばれるチームによるアウトリーチを中心とした支援が展開されている。

鳥取県のセンターは、NPO法人が県からの委託を受け運営している。開設日時は月曜から金曜の9時から17時であり、電話相談・来所相談・訪問相談・メール相談に加え、就労体験事業も実施している。また、センターは精神保健福祉センター・保健所・地域若者サポートステーション（以下、サポステ）との月1回の定例事例検討会を実施し、その他の保健・医療・福祉・教育・労働機関とも年2回のネットワーク連絡協議会を実施している。

浜松市のセンターは、浜松市精神保健福祉センターによる直営でありながら、一部業務をNPO法人に委託するという形態をとっている。役割分担としては、精神保健福祉センターが面接相談と家族教室、ひきこもりに関する普及啓発業務を担い、NPO法人は主に訪問支援と当事者の居場所活動を担っている。また、このNPO法人は浜松市のサポステを受託している団体と同一であり、就労支援に関してはセンターとサポステとの連携が取りやすいと考えられる。

浜松市のように行政と民間が協働でセンターを運営することのメリットとして、報告書では「行政が家族の一次相談を行うことでアセスメントに必要な情報が集まりやすい」、「家族と当事者を別々の機関または職員が支援することにより、訪問支援者はより本人に寄り添った支援ができる」、「居場所支援においては、民間事業所の方が活動のための施設の利用がしやすく、活動内容もフレキシブルに対応できる」という3点が挙げられている。

一方、現在直面する課題として挙げられているのは「(ひきこもりは) 障害福祉に比べ自立のステップとなる社会資源が少ない」ことと「一次相談を行うスタッフ側の研修の必要性」などである。今後の課題としては、就労がゴールとなり得ないような高齢のひきこもりの相談が増えていることから、「福祉の施策を活用できるような仕組み作り」と、「障害福祉を含めたあらゆる相談機関との連携の必要性」が挙げられている。

山口県のセンターは、精神保健福祉センターが行っている直営型である。人口が県庁所在地に集中しておらず、小都市が分散しているという山口県の特徴から、

センターを中心として県内の各保健所が圏域ネットワークの拠点となる「保健所サテライトモデル」をとっている。報告書のモデル図には、それぞれの保健所が拠点となる圏域ネットワークとしてサポステ・医療機関・学校・教委・児相などが挙げられている一方で、今後の課題としては「第一段階の家族支援が中心であり、それ以降の本人の居場所や就労支援等は資源不足」と述べられている。このことから、西元(2012)の調査にみられたように、第一次相談窓口としてのセンターから紹介できる地域資源の不足がうかがわれる。

4. ひきこもり支援センターの課題

(1) 第一次相談窓口であることについて

本節では、これまでの議論から明らかになったセンターの課題について論じる。第1節と第2節では、厚生労働省によるセンター設置の主旨として、地域におけるひきこもり問題の第一次相談窓口となることと、センターを中心とした支援ネットワークの形成という役割が重視されていることを示した。もちろん支援機関である以上、面接や訪問等による直接的な支援を行うのは当然であるが、配置される職員の名称が「ひきこもり支援カウンセラー」ではなく「ひきこもり支援コーディネーター」となっていることから、単なる相談機関ではなく、地域連携のコーディネートを求められていることは明白であろう。しかし、第3節では、第一次相談窓口としての役割を果たしても、そこから連携すべき地域の資源が不足していることに困難を感じているセンターが多数あることが明らかになった。

個別相談はセンターで行うことができるが、他者と交流できるようになり就労という形での社会参加を目指していくためには、少なくとも個別相談以外に居場所による支援と就労支援が必要である。都市部には積極的に活動しているNPOやサポステがあったとしても、地方に行くと利用できる資源は極めて乏しくなる。結局、どこにも紹介することのできない多くのケースをセンターで抱えこまざるを得ず、広い地域のひきこもり問題に少ないマンパワーで対応していくとなると、本来のセンター設置の主旨にも反するし、当事者や家族のニーズを十分に満たすこともできない。

境(2009)の調査結果からも、当事者や家族などの利用者が望んでいるのは相談・訪問・居場所・就労支

援などの具体的な支援であることは明らかであり、第一次相談窓口としてのセンターをいくら増やしても、センターと連携できる二次相談窓口や三次相談窓口が存在しなければ効果的な支援を行うことはできない。

都市部の都道府県や政令指定都市であれば、既に存在している専門機関同士をつなげていくことが地域による支援ネットワークの構築ということになるであろう。一方、都道府県のセンターでは、地区によっては連携できる専門機関が絶対的に不足しているということも起こり得る。そのような状況では、センターで継続的な相談を行っていくことと並行して、地域に当事者の居場所を作り、スタッフとなる人材を育て、就労支援に協力してくれる事業所を開拓していくことなども必要となってくるであろう。即ち、地域によっては第一次相談窓口の設置よりも、むしろその後の居場所支援や就労支援を行う場所と人材の確保こそが必要な場合もあると考えられ、その地域の状況に応じた予算や人員の配分などが考えられなければならない。

（２）訪問支援と居場所による支援

厚生労働省（2013）の「ひきこもり関連施策」では、センターが行う支援として「家庭訪問を中心とする支援」という記述がある。第２節で論じたように、訪問は家族からのニーズが非常に高い方法であるが、当事者からのニーズは必ずしも高くない。そして、決して訪問はひきこもって家から出てこない当事者に対する万能の支援方法ではなく、大きなリスクを伴う支援方法であり、慎重に実施される必要がある。ガイドラインでも、ひきこもり支援は多くの場合家族のみの来談から始まり、ある時点で来談型かアウトリーチ型の当事者に対する支援に至るといった記述がなされており、決してアウトリーチがひきこもり支援の中心となるとは述べられていない。

ひきこもりという問題に対して家庭訪問を中心とする支援を行おうという発想には、ひきこもる当事者の心理に対する根本的な誤解があるのではないかということが危惧される。ガイドラインによるひきこもりの定義は「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には６ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態」であるが、そこにはわざわざ「他者と交わらない形での外出をしてい

もよい」と括弧書きが付されている。また、社会的ひきこもりという現象が目目され始めた当初から、社会的ひきこもりの人たちがみな自宅に物理的にひきこもっているわけではないということは明確に述べられている（斎藤，2002）。

即ち、ひきこもりという問題の本質は、当事者が物理的にひきこもっている（家から外に出られない）ことではなく、心理的にひきこもっている（他者とコミュニケーションをとることができない）ことにある。他者とのコミュニケーションを強要されることなく唯一安心して居られる場所が自宅だとすれば、そこに支援者という他者が侵入しコミュニケーションを強要することは、支援という名の暴力にもなりかねない。

こうした点を踏まえた上で、訪問支援が持つメリットとデメリットを個別のケースごとに判断し、いつ誰が何の目的で訪問するのかを慎重に決定する必要がある。一律にセンターが家庭訪問を中心とする支援を行うという基本方針が本当に適切かどうかは、再考の余地があるのではないだろうか。

一方、家族よりも当事者からのニーズが高いのが、居場所による支援である。居場所による支援は、一見ただ集まって遊んでいるだけのようにも見え、治療や訓練を目的とした支援に比べてその意義が理解されにくい。しかし近年では、ひきこもり支援としての居場所の意義についての研究が進んでおり（石川，2008；草野，2010；花嶋，2011）、ガイドラインにおいても、個人療法や家族支援を中心とする「個人的支援段階」の次の段階として集団療法や居場所の提供を中心とする「中間的・過渡的な集団との再会段階」という段階が想定されている

不登校・ひきこもり支援を行っているNPOやサポステの中には居場所支援を行っているところが多いが、地域によっては、センターが連携できる機関の中にひきこもり当事者のための居場所機能が存在しない場合もあるかもしれない。そのような場合には、センター内に居場所を作るか、センターが中心となって地域に新たな居場所を立ち上げるということも検討されるべきであろう。

（３）子ども若者総合相談センターとの住み分け

これまでは、厚生労働省によるひきこもり対策推進事業について論じてきた。一方、内閣府（2010）の

「子ども・若者育成支援推進法について」によれば、ニート・ひきこもり・不登校・発達障害等の精神疾患など、子ども・若者の抱える問題の深刻化を踏まえ、地域におけるワンストップ総合窓口として「子ども・若者総合相談センター」を設置し、困難を有する子ども・若者を支援するためのネットワークを整備していくということが記されている。

図1と図2を比較すると、厚生労働省によるひきこもり地域支援センターと内閣府による子ども・若者総合相談センターの位置づけの類似が見てとれる。

図1と図2を比較すると、厚生労働省によるひきこもり地域支援センターと内閣府による子ども・若者総合相談センターの位置づけの類似が見てとれる。

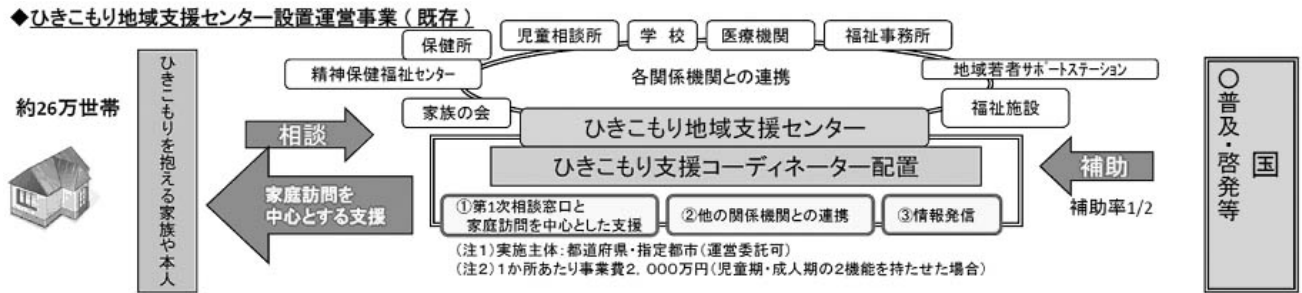


図1. ひきこもり地域支援センターの概念図（厚生労働省ホームページ, 2013）

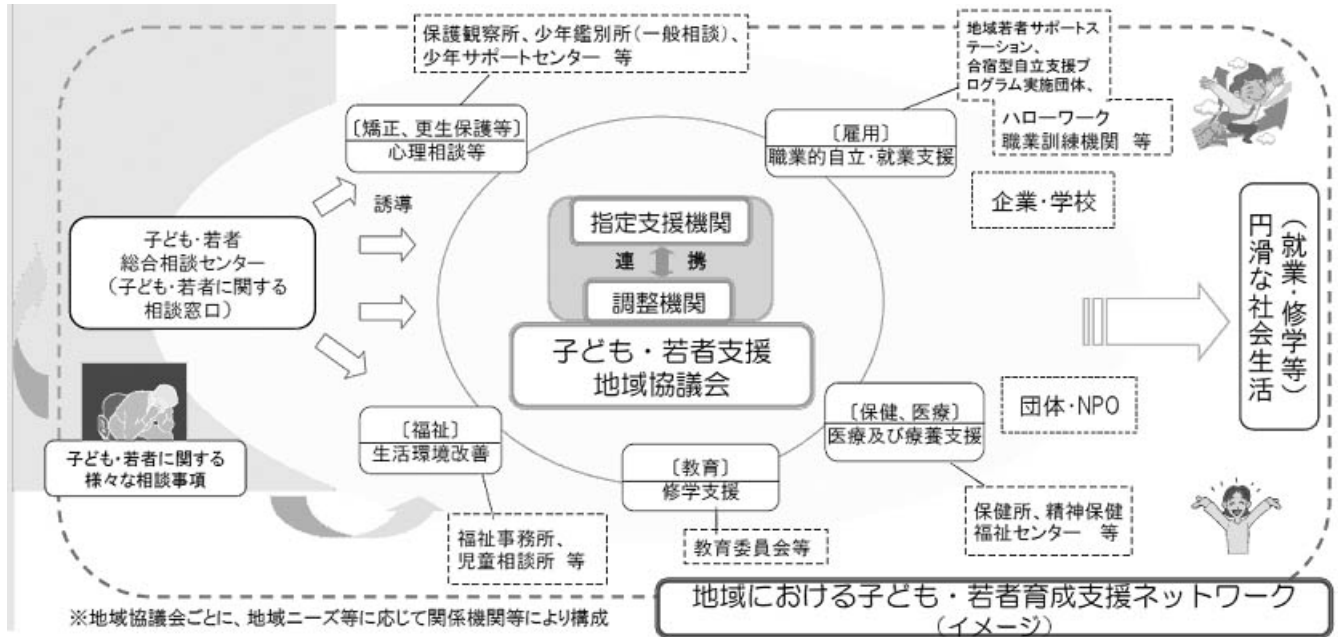


図2. 地域における子ども・若者育成支援ネットワーク（内閣府ホームページ, 2009）

この図を見る限り、同一の地域に第一次相談窓口として「ひきこもり地域支援センター」と「子ども・若者総合相談センター」が重複して存在するのは非効率的であるし、そもそも「第一次」相談窓口が複数存在するというのは論理的にも矛盾している。2013年9月現在では、二つのセンターのうちどちらか一方のみが設置されている自治体と、鹿児島県や神奈川県などのように一つの機関が二つのセンターの機能を兼ねている自治体、そして名古屋市や千葉県のように両センターが別々に存在している自治体が存在している。両

センターが別々に存在している地域では、各センターの住み分けや役割分担を考える必要があるだろう。

「ひきこもり地域支援センター」と「子ども・若者総合相談センター」はどちらも第一次相談窓口としての役割を期待されているとは言え、これまで論じてきたように、第一次相談窓口となる機関が中心となって既存の専門機関同士の連携ネットワークを構築していくことが必要な地域と、そもそも第一次相談窓口と連携して具体的な支援を行うことのできる機関が絶対的に不足している地域とでは、センターに求められる役

割は異なる。

例えば、地域によっては、「ひきこもり」よりも広い括りである「子ども・若者の問題」を管轄する子ども・若者総合相談センターに、地域住民への広報や啓発活動などの第一次相談窓口としての役割を担ってもらい、ひきこもり地域支援センターは、そこから紹介されるひきこもりケースに対する相談・訪問・居場所などの機能を充実させていくという役割分担もあり得るだろう。

いずれにせよ、地域におけるより良い住民サービスのためには、全国一律に同じ役割を担う機関を設置するのではなく、その地域において今最も必要とされているのはどのような役割を担う機関なのかという視点を常に持ちながら、各機関の連携と役割分担を行っていくことが必要ではないだろうか。

5. 静岡県ひきこもり支援センターについて

静岡県内のセンターは、2009年に開設された浜松市と、2013年に開設された静岡県の2箇所である。政令市である静岡市には、2013年9月現在では「ひきこもり地域支援センター」は設置されていないが、「子ども・若者総合相談センター」が設置されている（表1参照）。

	ひきこもり 地域支援センター (厚生労働省主導)	子ども・若者 総合相談センター (内閣府主導)
静岡県	○	×
静岡市	×	○
浜松市	○	×

表1. 静岡県内におけるセンター設置状況
(2013年9月時点)

2013年4月8日に開設された静岡県ひきこもり支援センターは静岡県精神保健福祉センターが行う直営型であり、電話受付時間は平日の10時から15時である。筆者は週1日アドバイザーとしてセンターで面接相談を行い、事例検討会に参加している。

東西に長い静岡県では、中心となる精神保健福祉センターに加えて、東部（沼津）、中部（藤枝）、西部（磐田）、賀茂、熱海、富士、御殿場の7つの保健所が各圏域におけるセンター機能を担っている。ひきこもり支援コーディネーターは、精神保健福祉センターに2名、東部に2名、中部・西部に各1名ずつ配置され

ており、面接・訪問・家族教室・地域連携ネットワーク作りなどを行っている。

他のセンターと同様、静岡県でも、第一次相談窓口として相談を引き受けた後の連携先となる地域資源の開拓が必要とされている。特に、公的機関が無料で行っている居場所支援は、静岡市内にある青少年交流スペース「アンダンテ」のみであり、民間機関も含めて各圏域で居場所支援を行っている地域資源との連携や、もしくはそのような資源が存在しないのであれば、センターによる居場所支援も検討される必要がある。各保健所では、保健師や精神保健福祉士とひきこもり支援コーディネーターのペアによる訪問支援を行っているが、保健所の職員は従来の業務に加えて今年度からひきこもり支援に関わる業務を追加で行っているという形であり、決してマンパワーは十分ではない。

二つの政令市のうち、浜松市は静岡県よりも以前からセンターが設置されてひきこもり支援を行っており、地理的にも静岡県の西端にあるため、県のセンターとの役割分担が問題になることはほとんどない。一方、静岡県のセンターの所在地は静岡市内であり、静岡市在住の当事者や家族からの相談申し込みは少なくないため、静岡県と静岡市では役割分担が必要になる。静岡市には「子ども・若者総合相談センター」が設置されているため、原則として静岡市民からの相談は静岡市の子ども・若者総合相談センターに紹介するが、様々な事情により静岡市民が静岡県のセンターでの相談を希望する場合もある。そのような場合には、利用者の希望に応じて柔軟に市と県の相談機関を使い分けられることができるよう、市と県の職員同士の連携が行われている。

今後、静岡県による「子ども・若者総合相談センター」や静岡市による「ひきこもり地域支援センター」が設置されるのかどうかは明らかではないが、もしこれらが設置されることになると、狭い地域の中に類似の役割を持つ4つの機関が存在することになる。これらのうち、どの機関が第一次相談窓口としての役割を担うのかを明確にし、その他の機関については、むしろ第一次相談窓口と連携して相談・訪問・居場所などの具体的な支援に力を入れていくことも検討されるべきではないだろうか。

地方部においては、第一次相談窓口であるセンターと連携できる専門機関が不足していることは先に述べたが、仮に現時点ではセンターとの連携が取れていな

くても地域に根を張って活動している NPO などが存在しているのか、それとも本当にそうした機関が存在していないのかを明らかにしていく作業は必要である。もし存在しているのであれば、そうした支援機関を掘り起こし、連携を強化していくことが必要であろう。また、もしもそうした NPO などが存在していないことが明らかになれば、その現実を受け止め、第一次相談窓口としての役割を超えるとしても、センターが訪問や居場所による支援を継続的に提供できるような体制を目指していかざるを得ない。そのためには、現状の予算や人員でそれが現実的に可能かどうかとも検討される必要がある。

6. おわりに

拙論では、まず厚生労働省の主導による「ひきこもり地域支援センター」の設立の主旨を確認し、それに対して当事者・家族などの利用者がセンターに望む役割、専門家による「ひきこもりガイドライン」に見られるセンターに求められる役割、全国のセンターが報告している現状と課題、を概観した。その結果、特に地方部においてセンターが第一次相談窓口としての機能を果たすことが困難であるという現状が示された。また、センターは家庭訪問を中心とする支援を行うという厚生労働省の方針が、当事者のニーズや、これまでの研究で示された標準的なひきこもり支援のあり方と必ずしも一致していないことが明らかとなった。それぞれの地域にはそれぞれの地域ごとに現在必要とされている支援機関の役割が異なっており、そうした点を踏まえたうえで、今後静岡県のひきこもり支援がどのような方向に発展していくことが望まれるかを検討していく必要があるだろう。

【引用文献】

花嶋裕久 (2011). ひきこもりの若者の居場所と就労に関する研究, 心理臨床学研究, 29(5), pp610-621.
石川良子 (2008). 「ひきこもり」の当事者は<居場所>で何を得ているのか, 荻野達史ら (編)「ひきこもり」への社会学的アプローチ, ミネルヴァ書房, pp.100-126.
神戸オレンジの会 (2013). 平成24年度セーフティーネット支援対策等事業費補助金社会福祉推進事業「地域

におけるひきこもり支援に関する調査・研究事業」報告書
厚生労働省ホームページ (2013). ひきこもり関連施策 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/hikikomori01.pdf>> 2013.9.9 閲覧
草野智洋 (2010). 民間ひきこもり援助機関の利用による社会的引きこもり状態からの回復プロセス, カウンセリング研究, 43(3), pp226-235.
武藤清栄・渡辺 健 (2008). 支援するカウンセラーの課題, 宗像恒次・武藤清栄 (編) ニート・ひきこもりと親, 生活書院, pp118-134.
内閣府ホームページ (2010). 子ども若者育成支援推進法について <http://www8.cao.go.jp/youth/suisin/pdf/s_gaiyo.pdf> 2013.9.9 閲覧
西元祥雄 (2012). ひきこもり支援におけるケアマネジメント・プログラム導入の検討: ひきこもり地域支援センターの実態調査を踏まえて, 社会福祉学, 52(4), pp80-91.
大阪府商工労働部雇用推進室 (2008). 大阪府ニートサポート事業「訪問型アウトリーチ調査報告書」
齋藤暢一郎 (2012). 不登校・ひきこもりへの訪問援助に関する一考察: 三者関係構造によるつながりの再構築, カウンセリング研究, 45(2), pp89-98.
齋藤万比古 (2010). ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン, 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「思春期のひきこもりをもたらず精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」
斎藤 環 (2002). ひきこもり救出マニュアル, PHP 研究所
境 泉洋 (2009). 「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「引きこもり地域支援センター (仮称)」に望む支援
田村 毅・草野智洋 (2011). ひきこもりサポートネット事業報告書, 東京都青少年・治安対策本部

精神障害者の就労支援の現状に関する一考察

－「働くこと」の視点から－

加藤 あけみ

A Study on the Current Situation of Employment Support for People with Mental Disorder
—from the point of view of "working"—

Akemi KATO

序章

本年4月19日の閣議で精神障害者が雇用義務の対象となることが決まり、2018年4月に障害者雇用促進法の法改正が施行される予定となった。そして、その法改正の理由について、「平成十九年九月二十八日に我が国が署名した障害者の権利に関する条約の批准に備えるため、障害者である労働者が障害により差別されることなく、かつ、その有する能力を有効に発揮することができる雇用環境を整備する見地から、障害者に対する差別を禁止する等の措置を定めるとともに、障害者の雇用に関する状況に鑑み、精神障害者を含む障害者雇用率を設定する等障害者の雇用施策の充実強化を図る必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。」と述べる。

つまり、障害者の権利に関する条約の批准が目的であり、その対応として、2016年4月に障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止及び職場における合理的配慮の提供の義務付けの施行、2018年4月に精神障害者の雇用義務化の施行を予定するのである。そして、政府は、差別の禁止及び合理的配慮については、施行までの3年間で具体的内容や過重な負担の判断基準について、労働政策審議会で議論し、指針を策定し、事業主に対して十分周知するための期間とし、また、精神障害者の雇用義務化については、施行期日の2018年からの5年間で政令によって激変緩和措置を講じることにより、企業が精神障害者の雇用に着実に取り組めるための準備期間として支援策の強化に努めるとしている¹。これらの法改正が実効性のあるものとして機

能するためには、障害者の社会参加が容易となるような社会、働きやすい職場環境の整備が重要であり、法定雇用率達成のための障害者の雇用増進にとどまることなく、障害者を戦力として受け入れ、障害の有無にかかわらずに働ける社会を目指さなければならない。このような現状に鑑み、就労継続を視野に入れた精神障害者の就労支援を「職業の倫理」という視点から検討を試みる。

1章では精神障害者の定義を法制度の側面から、障害者基本法、精神保健福祉法、障害者雇用促進法について検討する。2章では障害者雇用促進法のもとでの精神障害者の就労の現状を把握する。3章では職場における精神障害の現状、4章では精神障害への偏見について検討し、終章では、働くことの意義を考察しつつ精神障害者の就労における継続性と職業の倫理の関わりを考察する。

1. 精神障害者の定義

精神障害者への雇用支援施策は身体障害者や知的障害者の雇用支援施策に比して遅れが目立つ。なぜこのような遅れが生じているのか。他の障害が対象となりうる制度が精神障害に適用できないとされる認識が生み出されている現状を知る一端として、本章では、法制上の精神障害者の定義を検討する。

（1）障害者基本法における精神障害者の定義

1993年、心身障害者を対象としてきた心身障害者対策基本法が改正され、第2条の「障害者」の定義に「身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と

総称する。)」と明記され、法律の名称も障害者基本法となり、精神障害者は「障害者」として認知されるようになった。さらに、付帯決議に「精神障害が法律の対象であることにかんがみ、精神障害者のための施策がその他の障害者のための施策と均衡を欠くことのないよう、特に社会復帰及び福祉面の施策の推進に努めること」と記されている。この基本法の定義の改正は、障害種別を超えた横断的・総合的な障害者施策のスタートラインといえる。障害者基本法では、精神障害者は「精神障害のため長期にわたり（2006年改正により“継続的に”に変更）日常生活又は社会生活への制約がある者」と定義される。障害者基本法は「完全参加と平等」という国際的な潮流を標榜しており、この意味において福祉対策の対象として精神障害者を定義していると考えられる。

(2) 精神保健福祉法における精神障害者の定義

精神障害者に関する日本初の法律である「精神障害者監護法」を系譜とする精神保健福祉法は、第5条で精神障害者を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」と定義する。1995年の法改正に際して、厚生省保健医療局長の通知「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」が各都道府県知事宛に出された。その通知の中で、精神障害者に関する障害者基本法と精神保健福祉法の定義の相違について見解を示している。精神保健福祉法は精神障害者を「精神疾患を有する者（mentally disordered）」という医学的な概念から定義し、障害者基本法は精神障害者を「生活能力の障害やハンディキャップに着目した精神障害者（mental disabled）」という福祉施策の面から定義している、として、この疾患と障害の二面性に留意するよう求めている²⁾。

秋元（1996,）は、精神保健福祉法の定義について、「これは精神医学およびリハビリテーション医学の境地から到底首肯できない間違った定義である。精神分裂病、中毒性精神病は疾患であるが、精神薄弱と精神病質は疾患ではなく、発達障害であるし、精神障害者（その全部ではないが）は医療の対象としての疾患を持つ人（患者）であるとともに、リハビリテーションの対象としての障害者であることがこの定義では没却されているからである。『精神障害者とは精神病患者である』という定義がそっくりそのまま『福祉（実はリハビリテーション）』を標榜する精神保健福祉法にも

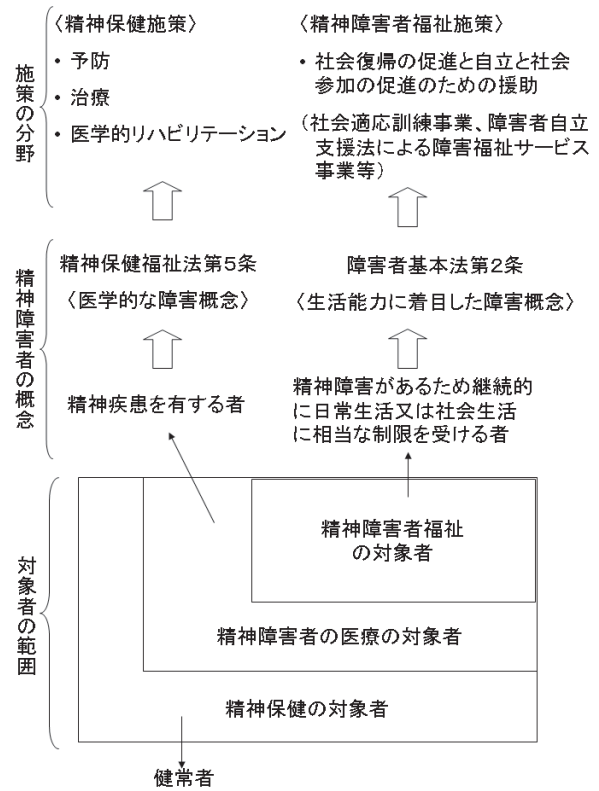


図1 精神障害者の二つの概念と精神保健と精神障害者福祉との関係（精神保健福祉研究会監修『精神保健福祉法詳解』, 2010, p.74, 図2-2を参考）

受け継がれているのは奇怪というほかはない。」と批判する。この批判も精神障害の疾患と障害の二面性に留意する必要性にはかならない。

(3) 障害者雇用促進法における精神障害者の定義

就労にかかわる障害者雇用促進法では、第2条第1号に障害者について「身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」と規定し、同条第6号に精神障害者について「障害者のうち、精神障害がある者であって厚生労働省令で定めるもの」と規定する。厚生労働省令である「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則」第1条の4に「精神障害がある者（以下「精神障害者」という。）は、次に掲げる者であって、症状が安定し、就労が可能な状態にあるものとする。」として、以下の2つを掲げる。

- ①精神保健福祉法第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
- ②統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）又はてんかんにかかっている者（前号に掲げる者に

該当する者を除く。）

精神障害者保健福祉手帳は、身体障害者には身体障害者手帳があり、知的障害者には療育手帳があることに鑑みて、一定の精神障害の状態にあることを証する手段として各種の支援策を講じやすくし、精神障害者の自立と社会参加の促進を図ることを目的として、1995年の改正により創設された。ここでいう一定の精神障害の状態にある精神障害者とは、「精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」（障害者基本法第2条に規定する障害者）に相当するとされる。精神障害者保健福祉手帳は精神保健福祉法第45条1項に基づき、その対象を同法第5条の精神障害者の定義から知的障害者を除いた者、すなわち、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」とする。精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」および「能力障害の状態」により構成され、その適用に当たっては、総合判定により重度のものから1級から3級までの等級が判定される。各等級は以下のように分類される。

- 1級：日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度（概ね障害年金1級に相当）
- 2級：日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度（概ね障害年金2級に相当）
- 3級：日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度（概ね障害年金3級に相当）

なお、知的障害と精神障害を両方有する場合は、両方の手帳を受けることができる。手帳を受けるためには、その精神疾患による初診から6ヶ月以上を経過していること、また、手帳には2年間という有効期限があり、更新する場合には更新手続きが必要となる。

以上のことから、障害者雇用促進法における精神障害者は、（1）精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、あるいはそれ以外で統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）又はてんかん³にかかっている者で、（2）症状が安定し、就労が可能な状態にあり、（3）長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者、と定義される。

（4）三法の定義の比較

生活能力に着目した障害概念に基づく障害者基本法における精神障害者は、精神疾患のために生活能力が低下し、日常生活や社会生活に支障があり、よって福祉施策やリハビリテーションの対象となる者であるが、医学的な障害概念に基づく精神保健福祉法によれば、精神医療の対象となるすべての疾患のうち、いずれかを有する者が精神障害者と定義される。そして、就労の概念に基づく障害者雇用促進法では、病状は安定しているものの精神疾患のために職業能力が低下しており、そのため雇用対策や就労支援施策を必要とする者ということになる。以上の3つの法律が対象とする精神障害者を比較すると、精神保健福祉法の対象が一番広く、障害者雇用促進法の対象が一番限定される。さらに、障害者雇用率制度では、実雇用率の算定対象となる精神障害者は、精神障害者保健福祉手帳所持者に限定される。2018年4月に障害者雇用促進法の法改正が施行され、雇用義務の対象となっても、実雇用率の算定対象が精神障害者保健福祉手帳所持者限定という点については変わらない。

2. 障害者雇用促進法に基づく就労支援の把握

前章でみてきたように、精神障害者は、就労支援の対象とする場合にもっとも限定的に解釈される。そこで、障害者雇用法に基づく精神障害者の雇用支援策を検討する。

職業紹介等については、「障害者」が対象となり、1993年の障害者基本法の改正により、精神障害者も「障害者」として認知されるようになったので、それに伴って、同年からハローワークにおける職業相談、

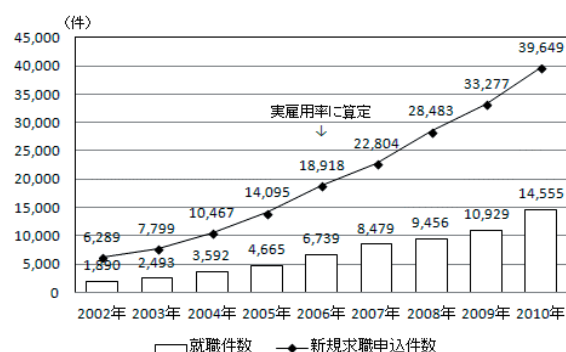


図2 精神障害者の就職件数および新規求職申込件数の推移（厚生労働省「精神障害者の雇用を取り巻く状況（参考資料）」の図表「ハローワークにおける精神障害者の職業紹介状況」を参考に作成）

職業紹介等の支援を受けられるようになった。精神障害者の新規求職申込件数と就職件数の推移は、ともに上昇傾向にあるが、就職率については大きな変化はない(図2参照)。

また、社会連帯の思想をベースに、事業主には一定の割合の障害者雇用が義務づけられる。2010年現在の法定雇用率は、民間企業(算定基礎労働者数56人以上規模)1.8%、特殊法人等(常用労働者数48人以上)2.1%、国・地方公共団体(職員数48人以上)2.1%、都道府県の教育委員会(職員数50人以上)2.0%である⁴。この雇用義務の対象となる障害者は身体障害者又は知的障害者であり、精神障害者は雇用義務の対象ではないが、障害者雇用促進法の改正によって2006年4月から精神障害者保健福祉手帳保持者を雇用している場合は雇用率に算定することができるようになった。なお、週所定労働時間20時間以上30時間未満の短時間労働者⁵は、その1人をもって0.5人として算定され、雇用者の推移は、短時間労働者数も増加しているが、週30時間以上の労働者数の増加の割合が若干多い(図3-a)。また、新規雇用率カウント数も増加傾向にあり(図3-b)、障害者全体の法定雇用率の推移と比べると、2010年までは同じような割合で増加しているが、2011年については全体の割合が減少したにもかかわらず、増加傾向を示し、順調な増加傾向にあるといえる(図3-c)。

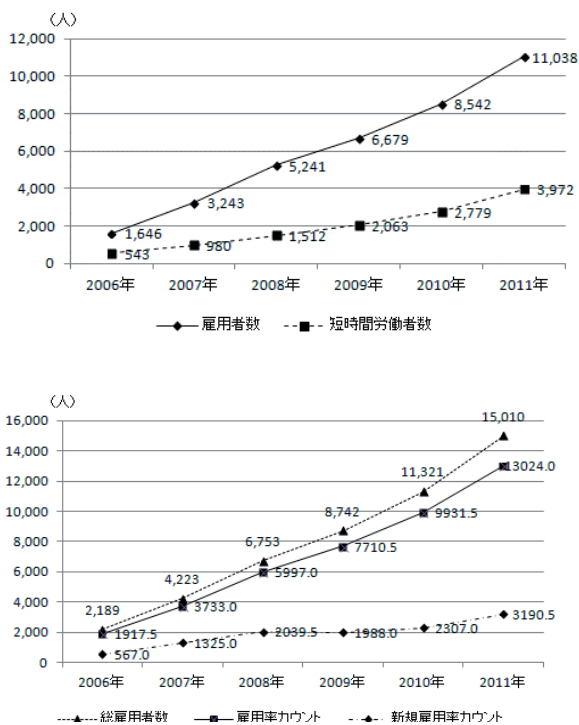


図3-b 雇用率カウント

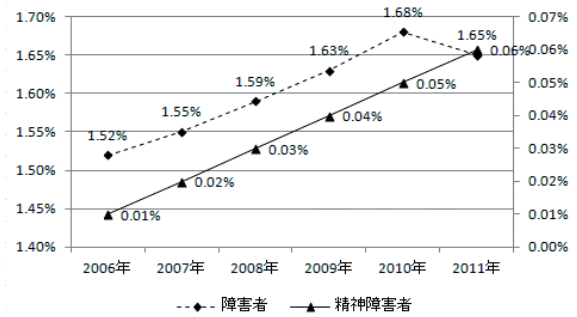


図3-c 実雇用率における精神障害者の占める割合

(厚生労働省「精神障害者の雇用を取り巻く状況(参考資料)」の図表「障害者雇用状況報告における精神障害者の雇用状況」を参考に作成)

また、2006年の厚生労働省の障害者就業実態調査⁶(精神障害については精神障害者保健福祉手帳所持者を対象とする)によれば、全国の15歳以上64歳以下の精神障害者は、35万1千人と推計され、このうち、就業者が17.3%(6万1千人)、不就業者が80.7%(28万3千人)で就業率は非常に低い。手帳別の就業率は、1級11.7%、2級15.3%、3級24.7%で、これは予想される結果であるが、1級の就業者がいることは注目すべきである。年齢階級別では、就業者の割合は15~24歳層で25%以上と高く、25~54歳層においては概ね20%程度で推移し、就労の割合は低いが、一般の就労と同じように生産年齢の場合に就労している傾向にある。なお、精神障害者保健福祉手帳制度は、精神保健福祉法に改正された1995年から始まり、交付者数は、1996年度末は59,888人であったが、それ以降、毎年概ね3~4万人ずつ増加し、特に2級、3級の交付数が増加しており、法定雇用率に算定される母数は就労の可能性の高い手帳のレベルで増加しており、就業者の割合の増加が期待できる(図4参照)。

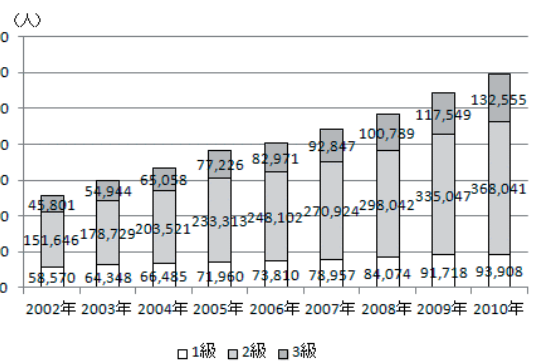


図4 精神障害者保健福祉手帳の交付数

(厚生労働省「精神障害者の雇用を取り巻く状況(参考資料)」の図表「精神障害者保健福祉手帳の交付数」を参考に作成)

就業形態別では、常用雇用が32.5%（内訳：1級14.3%、2級26.7%、3級45.9%）常用雇用以外の形態が59.7%、中でも作業所等の割合28.9%（内訳：1級42.9%、2級37.5%、3級16.1%）と高くなっている。障害の状態と呼応した結果といえる。週所定労働時間は、30時間以上が40.5%（内訳：1級66.7%、2級31.3%、3級42.9%）と最も多く、20時間以上30時間未満が27.0%（内訳：1級0.0%、2級34.4%、3級21.4%）、20時間未満が29.7%（内訳：1級33.3%、2級34.4%、3級28.6%）となっている。3級は30時間が多く、2級は30時間を満たない場合が多く、それぞれの特徴が見えてくる。

障害者職業総合センターが2008年7月1日～10月31日にハローワーク計110所の障害者窓口（専門援助部門）を対象として実施した新規求職登録及び紹介就職の実態調査⁷では、相談窓口を利用する精神障害者は求職者の約7割、就職者の約8割が手帳所持であった。この手帳所持率の高さは、障害者雇用法における雇用率の算定対象であることが考えられ、先述の2級、3級の手帳交付数の増加傾向とも関連しているといえよう。

また、1997年に精神障害者ジョブカウンセラー、2008年には精神障害者就職サポーター、2011年には精神障害者雇用トータルサポーターが配置され、1996年から医療機関等との連携によるジョブガイダンス事業、1998年からトライアル雇用事業、2002年にはジョブコーチ支援事業、2006年からはハローワークを中心としたチーム支援が開始され、個別的な支援が進んでいる。2001年度の実績⁸では、チーム支援は対象者数5,155人に対して就職件数2,376人（46.1%）、トライアル雇用では雇用開始者数対象者数2,358人の常用雇用移行率は81.7%、ジョブコーチ支援事業では対象者数698人の職場定着率は81.1%と効果が見える。障害者職業総合センターの調査では、就職者の定着の要因として、適応指導の有無、求人種類、障害開示が上げられた。適応指導はまさに職場定着を目的とする支援であるから当然、障害を考慮して実施され、求人も障害者求人の場合には障害への考慮が前提にあり、障害開示はそれ自体が雇用側の配慮や支援の職場への介入を可能にするので、定着への影響は大きいといえよう。手帳所持が雇用率の算定の要件であることは、障害開示を前提とすることになるが、障害開示を障害があることを知らせることと捉えず、就労を継続するための配慮や支

援につなげていかなければならない。

ここで、1976年の身体障害者雇用促進法改正にあたり、当時の労働省が展開した障害者雇用の理念⁹を振り返ってみたい。それは以下の通りである。

（1）身体障害者の真の福祉を図るには、身体障害者に①生計の維持、②能力の発揮、③社会経済活動への参加が保障されなければならない。

（2）①～③の要請を同時に実現するものは「職業」である。

（3）身体障害者の福祉の基本は「職業人として自立すること」

（4）現代社会では雇用の占める比重が高く、かつ雇用を希望する身体障害者が多い。

（5）身体障害者が職業を通じて自立するには身体障害者に雇用の場を提供することが最も適切で重要である。

（6）雇用の場は事業主のみが直接管理するものであり、したがって、事業主は社会の一員として、身体障害者に雇用の場を提供するという社会全体の責務の実現に協力する重大な責務を有する。この趣旨を規定したのが、身体障害者雇用促進法第10条「すべて事業主は、身体障害者の雇用に関し、社会連帯の理念に基づき、適当な雇用の場を与える共同の責任を有するものであって、進んで身体障害者の雇入れに努めなければならない。」である。

今日の社会を顧みたととき、この理念の「身体障害者」を「国民」と置き換え、法律名から「身体障害者」を除いて雇用促進法として捉えてはどうだろうか。この理念の示す（1）、（2）は尾高¹⁰の職業の三要素に他ならず、今日の社会における雇用の重要性および社会的責任を有する事業主の責務の明確化は、障害者にとどまることなく全国民を対象として考えるべきであり、障害者雇用の問題は雇用のはらむ問題を具現化する役割を果たしているといえよう。前述の3つの定着の要因もまた、障害者雇用促進法という制度が、社会連帯の思想をベースとした障害者の雇用義務を超えて、障害者が職業の三要素をバランスよく継続してゆくための制度となりうることを具現化していると考えよう。

3. 職場と精神障害

本章では、職場と精神障害の関わりを歴史を顧みながら検討する。職場において、1955年前後より結核

による要療養者が激減し、結核から成人病や精神障害へと疾病構造が変化しつつあった。人事院の統計では、1960年には精神障害による長期欠勤者が第一位となり、企業側から精神衛生管理の要請がではじめ、一部大企業で「精神衛生活動」が着手され、ときには専属の精神科医を雇い入れるようになっていった(荻野, 2010, pp.21-22)。当時は、第二次大戦後の敗戦復興から抜け出し、産業成長期から高度経済成長へと進展しつつあり、マスメディアにおいてノイローゼという言葉が頻繁に使用されるようになった(佐藤, 2007, p.181-186)のもこの頃である。

1970年代後半からは、ノイローゼに代わり、うつ病、心身症、自律神経失調症、拒食症、アルコール依存症などの複数の診断名が注目されるようになり、心身相関の考え方を背景とする心因から生じる身体症状の表出が強調されるようになった(佐藤, 2007, pp.195-196)。佐藤(2007, pp.198-202)は、この時期に、「さまざまな診断名の中から、特定の属性を備えた人々を問題化する病が登場」し、「人々の属性や人生の諸段階とセットにされた形で、新しい「心の病」が言説化」されていき、「心の病」は、従来は逸脱者の問題として性格づけられていたが、「1970年半ばを転換期として」、マスメディアは「個人の健康問題として位置づけ、その原因・治療法・予防法などを解説」するようになったと指摘する。

1980年代に入ると、PC(Personal Computer)の急速な発展にともない、オフィス業務に情報技術を適用して生産性を向上しようというOA(Office Automation)の急激な普及が進むとともに、企業戦略に「競争」の概念が取り入れられるようになり、このようなめまぐるしい労働環境の変化が就業者にストレスを与えようになった。1986年に発刊された『テクノストレスとメンタルヘルス—職場の対応策』では、「現代のOA化に代表される職場は技術革新や情報化が急速に進み、職場環境や作業形態に大幅な変革がもたらされた。職務の繁忙化、高度化、複雑化に加え、人間側の価値観の多様化、世代間、同僚間の人間関係の複雑化など、ストレス因子が増大している。このような状況下での持続的平衡失調は、強い精神的緊張を生み、情緒障害、適応破綻に発展することが多い。(百溪, 1986, p.1)」と述べる。

また、同時期の新聞報道でも、「押し寄せるOA症候群」として、「激しい国際競争のなかにある日本の

各企業はいま、オフィスオートメーション(OA)や全社的品質管理(TQC)と呼ばれる合理化・省力化経営を競って採用している。ところが、これら新しいシステムの導入になじめない人たちの間に、最近(中略)心理的障害が目立ち始めていることが産業医や人事管理専門家の間で注目され始めた。(『朝日新聞』1984年6月2日)」と問題を提起する。ここでは、OA化とTQCが並列に論じられ、勤労者の保護だけではなく、勤労者の心理的障害が企業にとっても損失であることを暗示している(佐藤, 2007, pp.204-205)。前掲の『テクノストレスとメンタルヘルス—職場の対応策』においても、「心の病を持つ者に対する一般の理解はいまだ決して十分ではなく、(中略)従業員にそのようなものがあれば、何の理解も示さず、排除してしまいたいと考える場合が多々あるように見受けられる。しかし、今後はメンタルヘルスケアよりも広範になり、単なる排除主義では経済的にも企業にとって損失は大きい。(中略)従業員にはすでに多額の投資がなされているのであり、一日の無断欠勤が、また、一日の出勤拒否が会社の大きな損失につながる。(百溪編, 1986, p.221)」として、「心の病」を従来のように単に排除するのではなく、十分な予防・治療体制を整えることが企業にとって重要であり、有益であることを提言する。

このような産業構造の急激な変化に伴う職場環境の変容による勤労者の「心の病」の顕在化を背景として、当時の労働省は精神保健に関わる取り組みに踏み出した。労働省は、70年代末頃に、職業病をはじめとする健康障害の早期発見・早期対策から健康の保持増進を施策目標に転換し、1978年に中高年齢層を対象にした「シルバー・ヘルス・プラン(SHP)構想」を発表するとともに、この構想の促進のための中央労働災害防止協会¹¹に中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会を設置し、1982年からは運動を中心にした身体面での健康づくり活動であるSHPを展開した。そして、1983年にSHPに精神保健に関わる部分が組み込まれた。1983年の時期であった点については、心身症を一躍有名にした1982年2月の逆噴射による日本航空旅客機羽田墜落事故¹²や1978年の自殺未遂による負傷が1984年2月に労災認定されたことが、労働省に大きな影響を与えたと考えられる。とくに後者は、業務起因性を考慮されていなかった精神疾患が、「労働省の対象とする業務上の傷病として認められ、自殺もそれに結びつい

た労働災害として認められたというのは画期的な事件だった（皆川他，2000，p.87）」と考えられている。この認定が企業に与えた影響については、「うつ病の問題が会社の責任を問うことになった」ことで「課長へのメンタルヘルスの研修がさらに若い主任クラスまで全社的」に行われるようになったことや、「1985年前後は、産業精神科医などがどんどん職場に入って、精神分裂病やうつ病など精神的な病気に対応し始めた大きな時期」であったという産業医らの回想から明らかである（皆川他，2000，p.87）。

しかし、メンタルヘルスの問題に対する労働省の基本的な考え方は、「あくまでも企業もしくは労働者個人が処理すべきもので、行政は直接関与しないほうがよい」というものであった（河野，2005，p.82）。1989年代中頃のメンタルヘルスに対する企業や行政の実態について、河野（2005，p.83）は、「多くの事業者や人事管理担当者が、メンタルヘルスの問題に直面し、何とかしなければならぬと切実に思っていたわけではない。行政サイドも同様で、問題意識は将来に向かっての理念的なものであった。」と述べる。1984年の労災認定について、行政や企業に大きなインパクトを与えたことは前述の回想からも明らかであるが、この認定においても、労災申請に対する判断が難しく、東京労働基準局（現・東京労働局）から本省に判断が委ねられ、最終的には中央労働基準監督署長が業務上と認定するという経緯であった。また、自殺については、その認定基準を見直すことなく、1984年2月に出された「反応性うつ病等の心因性精神障害の取扱いについて」という事務連絡にとどまっている（荻野，2011，p.26）。すなわち、前述の河野の見立てのように、事故等の社会的関心の急な高まりに押される形でメンタルヘルスの問題に着手したものの、さほどの「切実さ」が行政にも企業にもあったわけではなく、「理念的」なものにすぎなかったのである（荻野，2011，p.27）。1987年の障害者雇用促進法への改正において、精神障害者はその対象者となりえなかったが、その一因を、前述の「あくまでも企業もしくは労働者個人が処理すべきもので、行政は直接関与しないほうがよい」という行政の姿勢にみることができる。

1988年には労働安全衛生法が改正され、同法第69条に基づき、SHPの考え方を全年齢層に適用するトータルヘルスプロモーション・プラン（THP）の実施が、事業者に努力義務として課され、SHPに「メン

タルヘルス」の項目が加えられるとTHPにもその部分が組み込まれた。この指針には、「健康測定の結果、メンタルヘルスケアが必要と判断された場合又は問診の際労働者自身が希望する場合には、心理相談員が産業医の指示のもとにメンタルヘルスケアを行う。なお、本指針の『メンタルヘルスケア』とは、積極的な健康づくりを目指す人を対象にしたものであって、その内容は、ストレスに対する気付きへの援助、リラクゼーションの指導等である。」と述べられている。ここでは、個人的な水準で行われるセルフケアを問題とし（荻野，2011，p.31）、「労働者個人が処理すべきもの」という行政の意向が窺われる。この点について、皆川（2000，p.90）は、「産業保健活動とは、職場の健康阻害因を明らかにして、さらにその対策として職場改善を進めていく活動です。THPという公衆衛生活動は、この産業保健の基本的なところが抜け落ちる危険がある。それがTHPの功罪。」と述べ、THPの抱える問題性を指摘する。このTHPをめぐる議論は、職場のメンタルヘルスには、「職場のメンタルヘルスのためには何が本質的に求められているのか、という部分での見解の相違（荻野，2011，p.33）」があることを明らかにするが、これは法制度が職場の精神保健活動に未だ踏み込めていない状況を示しているといえよう。

このような状況において、精神障害に関わる労災補償の状況は増加傾向にある（図5参照）。請求件数、支払決定件数ともに、年齢別では30～39歳、職種別では「専門的・技術的職業従事者」、業種別では「製造業」が最も多くなっている。一方、精神疾患患者数は増加傾向にあり、とくに躁うつ病を含む気分（感情）障害が急速に増加している（図6参照）。この現象は、前章の精神障害者の求職の増加とも連動する動きであり、精神障害者の雇用に向けた制度による支援方法の

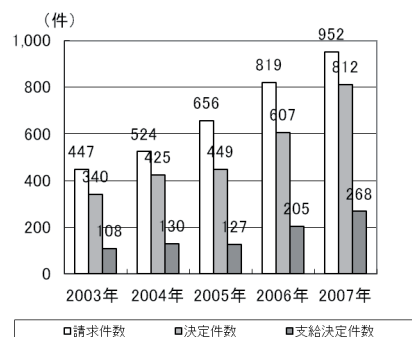


図5 精神障害に関わる労災補償の状況

（2008年5月23日厚生労働省発表「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成19年度）」について」より作成）

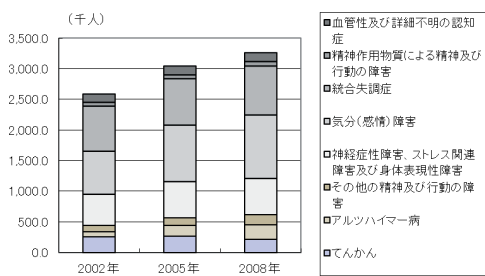


図6 種類別精神障害者数の推移 (精神障害・外来)

(厚生労働省「患者調査の概況(平成14年、17年、20年)」より作成)

あり方にも関わってくるだろう。

また、これらの増加傾向は、勤労者の「心の病」の顕在化を数値的に立証するものであり、「積極的な健康づくりを目指す人」を対象とするメンタルヘルスに留まらず、職場の健康阻害要因を明らかにし、その対策としての職場改善を進めていく産業保健活動に踏み込んでいく必要性を示している。勤労者の「心の病」の要因と考えられる職場環境の変容は産業構造の急速な変化にも起因する。ドミニク・メーダ(2000)は、資本主義制度における労働は合理性に支配され、創造性や自律性からかけ離れた行為にならざるを得ず、他の目的のための手段であり、そのことは非自発性の証であるとし、この現代の労働中心社会を、経済学(不信感に基づく契約)の優越と政治学(信頼に基づく規約)の後退として批判する。このメーダの批判こそ、勤労者の「心の病」の元凶といえるのではないだろうか。企業を取り囲むマクロの視点を考慮して職場改善を進めなければならない。

4. 職場における偏見

職場における精神障害者の就労を論じるにあたっては、根強い「偏見」の問題がある。職場において結核から成人病や精神障害へと疾病構造が変化しつつあった1950年代後半に精神衛生活動に取り組み始めた九州電力の当時の様子を、当時の九州電力病院長である産業医は、「われわれが、九州電力を対象として職場の結核管理を始めてから約20年になるが、結核なおはなやかなりし1957年に、精神障害者の健康管理をスタートした。職場の巡回診断を重ねるにしたがい、管理医が現場の人々に溶けこむにつれて、現場の声が分かってきた。当時、各職場で一番困っているのは、精神障害者の取扱いをめぐってのいろいろのトラブルで

あり、何とかしてほしい、という現場の人々の強いニーズを知った。これがわれわれをして、現場における精神衛生問題に取り組むきっかけとなったのである。(森, 1967, p.9)」と語っている(荻野, 2010, p.22)。この記述からは、精神衛生活動は、職場においてトラブルを引き起こす精神障害者の取扱いがきっかけとなったように受けとられる。

さらに、1971年の『中央公論経営問題』の特集「精神科医 大企業社員を診断す」における座談会では、4人の産業精神科医—春原千秋(国鉄・鉄道病院)、平井富雄(東大付属病院勤務・日銀精神衛生管理医)、小西輝夫(松下電器)、原俊夫(NHK 嘱託)—が当時の企業の精神衛生活動について以下のように語っている(荻野, 2010, p.23)。

春原「企業の中の精神科医としてまず感ずることは、どこの企業でもそうでしょうけれども、やはり精神障害に対する偏見が大きくて、精神障害にかかった者はなるだけ職場から排除しようという意識が、まだ根強いことだと思います。そのため、まず皆が精神障害に対する正しい知識を持つよう職場内において啓蒙運動が必要で、私も事あるごとにやっているわけですが、まだ充分ではないと思います。(平井他, 1971, p.305)」

小西「企業体で精神衛生管理をやり出した当初は、たしかに企業側に防衛的な意図がなかったとはいえないと思うんです。従業員にも偏見があったのはたしかで、…最初はやはり抵抗がありましたね。松下では各事業書や各工場に健康管理室という名前で医務室があるんですが、私が赴任しました当初は、そこの医者から紹介されて、私のところへきたあとで、『先生に行けと言われてきてみたら、あの先生は精神科の先生だった』と文句をいった人がいたらしいです。しかし、…このごろは、そういうことはほとんどなくなりまして、結婚の相談にさえくるようになりました…。(平井他, 1971, pp.305 - 306)」

原「私も管理職層の中に残っている偏見は極力はずすように努力しました。ことあるごとにすごく教育したんです。というのは、管理職が部下に向かって『まだお前の状態は、精神科にかかるほどじゃない』などと妙な元気づけをするので、それは間違いだということをお話したんです。やがて、管理職の方がご自分のことでも相談にくるし、家族のことでもくる。部下のことでも私の部屋に入ってきてお話しなさいますから、

まわりから見れば、『あ、あの部長さんも相談に行ったのか』というようなことを考えるかも知れませんね。それが、だんだん相談者や患者の違和感をとってきたんじゃないでしょうか。（平井他，1971，p.306）」

平井「私は、十年ほど前から日本銀行で精神衛生の管理をやっていますが、あそこでは精神分裂症というレッテルが貼られますと、昇進はそれだけで完全にストップですね。つまり、前、十割だった能力が八割あるということ認めない。クロか、シロか、ですね。それは日本銀行全体の気風でして、なにも、こと精神障害に限らないんです。あそこは、はいつたときからすでに、すべての人が百点なんです。ですから、なにか失敗でもちょっとやりますと、減点主義で…。（平井他，1971，p.308）」

これらの発言から、企業内には精神障害に対する「偏見」が存在していることは明らかであり、企業によってその温度差があることが分かる。組織形態や業種などによって精神障害に対する反応や復職の困難さについては当然異なってくるが、一般に、精神障害者については、職場から排除する傾向にあったという見方は否めない。当時企業と関わった医師たちに対する企業からの要請を伝える「採用担当者やライン管理者は、最近の職場不適応者の漸増傾向と短期間の離職者増加に悩み、採用時健康診断で何とかして、性格異常者や入社後精神神経症障害発生のおそれのある者を排除できないかという希望を強く要請している。（小沼，1968，p.15）」という報告からも、この傾向は明らかである。

また、当時の学生運動の興隆や反精神医学の議論を背景に、精神科医の集団内部で、精神科医が企業に関わったり、そこで臨床活動を行うことに対して、相当な批判があったという。日本の精神障害者が国家の差別的扱いによってきわめて貧困な医療環境に止め置かれていることを批判した上で、岡田ら（1970，p.8）は、「さらに、精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目してきている産業精神衛生がそれです。そこでなされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産

業精神衛生の名でおこなわれています。」と批判する（荻野，2010，pp.30-31）。

このような批判の中で、加藤（1993，pp.7-8）は、「当時の産業保健活動は、精神障害者の治療と社会復帰に重点をおかざるを得ず、労働組合や一部の論者から精神障害者を職場から排除しようとするものだという反論があった。職場の労働条件の改善や人間関係の調整の活動であり、健康人の精神健康の向上が基本的目標だといっても、なかなか納得してもらえなかった。勢い精神障害者の職場復帰に力を入れる産業医が多くなった。特にナイトホスピタルによる通勤や部分出勤が取り上げられ、職場内に復帰者のための指導センターが北欧の例に倣って検討され、日本鋼管の復帰班活動や国際電電のデイケア活動が注目された。」と企業では職場復帰に関する取り組みに重点をおかざるを得なかったと語っている。

以上のように、産業精神衛生そのものが「精神障害者を職場から排除しようとするもの」と考えられ、職場に不満をもつことを精神障害と見なしたり、組合活動家に精神障害のレッテルを貼ったり、という事実が報告されているが、これは、コンラッドら（1992，邦訳 p.136）が、西欧の精神医学の変遷をたどり、「狂気の医療モデルの発達は、科学的というよりも、社会的・政治的な達成によって果たされた」と論述するように、逸脱の医療化の問題を孕んでいる。18世紀の西洋では、資本主義的秩序が有能な労働力を望むようになり、労働可能な者とそうでない者との分離が求められたというが、この分離は、医学的理由によるのではなく、主として社会経済的理由によって達成されたのであり（Conrad&Schneider，1992，邦訳 p.86）、メーダのいう今日の労働中心社会では合理的な判断として受け入れられてしまう恐れもある。

障害者職業総合センターが、2008年から2009年にかけて実施した「ハローワークにおける精神障害者に対する新規求職登録及び紹介就職等の実態調査」では、障害者相談窓口における就職時の障害開示の状況は、962件中665件（69.1%）、非開示は294件（30.6%）、不明3件（0.3%）であるが、障害開示を前提とする障害者求人やA型・福祉工場を除いて一般求人492件に限定すると、開示は204件（41.5%）、非開示は288件（58.5%）となり、半数以上が非開示という結果であった。一方で、同時に行われたハローワークへのヒアリングでは、本人は開示希望であったが、精神障害

に対する理解が不十分と思われる事業主だったため、就職可能性を踏まえて非開示で紹介したという事例や、非開示希望の求職者は一般窓口で対応し、障害者相談窓口は開示希望者を対象とする所もあり、就職時の障害の開示・非開示については、本人の希望だけではなく、相談状況や事業所の精神障害に対する理解の程度も影響している可能性もあるという。また、障害者相談窓口に就職登録をして就職した求職者1,808人の障害開示の希望状況は、開示希望は1,000人(55.3%)、非開示希望は152人(8.4%)、迷っている131人(7.2%)、不明525人(29.0%)であった。障害者相談窓口に就職登録しながら非開示を希望する者が10%弱おり、その理由をハローワークから聴取したところ、「じっくり相談したい」、「条件のよい障害者求人がでたら障害開示をして就職につなげたい」、「障害者登録をすると雇用保険の失業給付の受給期間が延長される」などの理由が多く得られたという。開示はしたくないが、障害者雇用促進制度を活用して就職につなげたい、ということであろう。また、開示を希望しても、就職につながらないと思われた場合は、就職をするために開示しないという場合もあり、事業者の精神障害への理解が求められる。

この精神障害の開示・非開示の問題が取り上げられるのは、本章でみてきたように、精神障害に対する強い偏見と精神障害者を職場から排除しようという傾向が企業内部に根強く残っているからであろう。世界保健機構(WHO : world health organization)による国際生活機能分類(ICF : international classification of functioning, disabilities and health)では、個人の要因として、1. 身体機能と構造(Body functions and structure)、2. 活動(Activities)、3. 参加(Participation)の3つの分類が設定され、環境の要因として、1. 環境因子(Environmental factors)、2. 背景因子(Contextual factors)という2つの分類が設定された。このICFの概念は、個人の要因とされていた障害が環境の要因も受けていることを明らかにし、障害が個人の属性ではなく人間の社会行動として分類されることを示す。障害者の権利に関する条約の批准にあたっては、この概念を社会に徹底すべきであろう。

先述の1971年の座談会に参加した松下電器の産業精神科医であった小西(1969, pp.19-20)は、「ほんとうの病名をふせることで患者の利益を守ろうとする精

神科医の伝統的な思いやりがみられるが、一方、企業の態度はある意味では非常に合理的で、なおっていて仕事ができれば、既往症が分裂病であろうがなんであろうがいっこうに頓着しないというところがある。みかたによればきわめて偏見のない態度といえよう。疾患の特性で管理するより、適応性で管理するほうがより実際的であることを、精神医学にはしろうとである企業の労務管理者が心得ているのである。皮肉なみかたをすれば、精神病者を偏見の目でみているのは、実は案外われわれ精神科医のほうではないかという反省が必要ではないだろうか。(中略)精神病に罹患したことがまるで罪でも犯したかのように、勤務先にも近隣にもひたかくしにかくし、閉鎖的な拘束社会に閉じこめても患者の秘密を守らなければならないとしたら、これはもはや残酷物語である。患者の利益や幸福と無関係な秘密保持は本末顛倒というべきであろう。」と当時の状況に一石を投じている。「治療医学としての精神医学の無力さ」との指摘には精神科医として忸怩たる思いとともに、守秘義務の名の下に治療の対象である精神病の病名を忌避する精神科医の姿勢を批判する。小西が産業精神科医として携わってきた松下電器が「疾患の特性」ではなく、「適応性で管理」という企業の労務管理者の対応はICFの概念の実践に他ならない。第1章でみたように、精神障害は疾患と障害の二面性に留意すべきであり、疾患の側面からは医師との連携が不可欠であるが、障害の側面からは職場(就労)への適応性を個人の問題としてではなく、職場の問題として把握すべきであろう。その前提として排除主義が撤廃されねばならない。

終章では、排除主義の撤廃に向けて、働くことの意義を考察しつつ精神障害者の就労における継続性と職業の倫理の関わりを検討する。

終章 ～「働くこと」の視点から～

2章で、1976年の身体障害者雇用促進法改正にあたって当時の労働省が展開した障害者雇用の理念に職業の三要素について触れられていることを指摘した。尾高(1995, p.21)は、「職業は社会生活の骨組みである。社会生活の横軸は社会と個人の両極からなると考えられる。そして職業はこの両極をつなぐ通路に相当する。すなわち社会と個人、全体と個体との結節点が職業であり、そしてこの点を通じての動的相関が人間の社会的共同生活の基本構造をなしているのである。」と述

べる。この職業の場を障害者に提供する制度が、障害者雇用促進法である。すなわち、社会と個人の結節点を築くことが使命である。そして、個性の発揮、役割の実現、生計の維持という三つの行為は、職業という同じ一つの事柄の三つの側面（それぞれ個人的側面、社会的側面、経済的側面）であり、互いに切り離しがたく関連し、個性の発揮は役割の実現となり、役割の実現は生計の維持を可能にする。職業はこの継続的な人間活動である（尾高，1995，pp.41-49）。したがって、理想的な職業の条件は、この三要素の間に一定の均衡関係が存在することであるが、現実の職業では、一般に均衡を欠いている。そこで、生計の維持を偏重する人は職業を「生業」と考え、個性の発揮を偏重する人は職業を「天職」と考え、役割の実現を偏重する人は職業を「職分」と考えることになる。これらを尾高（1995，pp.50-51）は職業観と指摘する。これは時代や文化などによって変わるものである。

また、ハンナ・アレント（2006，邦訳 pp.19-21）は、人間存在の最も一般的な条件として、労働（labor）、仕事（work）、活動（action）という三つの活動力をあげる。労働は、人間の肉体的生物的過程に対応する活動力であり、生命それ自体を人間的条件とする。仕事は、人間存在の非自然性に対応する活動力であり、「人工的」世界を作り出し、世界性を人間的条件とする。活動は、直接、人と人との間で行われる唯一の活動力であり、多数性を人間的条件とする。そして、「これらの人間の活動力は、すべての人々が共生しているという事実によって条件づけられているのだが、人々の社会を除いては考えることさえできないのは、活動だけである。」と指摘し、「活動だけが、人間の排他的な特権」であり、「他者の絶えざる存在に完全に依存している」と述べる（2006，邦訳 pp.43-44）。

尾高の職業の三要素に戻って、アレントの人間の条件を考えると、非常に類似する。生計の維持という行為は労働、個性の発揮という行為は仕事、役割の実現という行為は活動に対応して解することができる。しかるに、職業は、人間の条件として何人にも享受されるべきものであり、ここに職場における排除主義を撤廃すべき根源的な根拠を求めることができる。では、何故、排除主義が生じてくるのであろう。

アレント（2006，邦訳 pp.188-190）によれば、労働の特徴は、「努力の結果が努力を費やしたのとほとんど同じくらい早く消費されるということ（2006，邦

訳,p.140）」であり、現代を象徴する消費者社会を労働者社会と同値とし、この社会では、すべての人間的活動力の公分母を労働において均等化し、それらはすべて「生計をたてる」ために行われると判断され、それらが生みだす成果にかかわりなく、労働と呼ばれる。そして、この社会の判断に挑戦しうる職業で社会が進んで受け入れる唯一の例外は「芸術家」であり、労働者社会に残された唯一の「仕事人」となる。したがって、この社会では、労働の活動力はその他の活動力と等値ではなく、優位を獲得し、労働と関連のないすべての活動は「趣味」となる。労働者社会においては、他の人間的活動を排除した労働が、人間的活動として存在することになる。

再び職業の三要素に戻れば、労働者社会においては、生計の維持が優位を獲得し、この社会の職業観は生業としての職業となり、個性の発揮も役割の実現も生計の維持の手段とみなされ、本来の継続的な人間活動にはなりえず、社会と個人との結節点としての機能が果たされなくなる恐れがある。メーダ（2000，邦訳 p.162）は、失業者や社会編入最低所得者受給者を対象としたアンケート調査の結果から、「彼らが労働したいという気持ちよりも、他の人たちと同じようになりたいとか、社会で役立ちたいとか、生活保護を受けたくないという願望のほうがはっきりと表れている。」と指摘し、労働¹³によって築かれるきずなと労働を混同してはならないと主張する。さらに、ハーバマスやアレントを引用しながら、労働を社会の中心では労働を社会的きずなであると同時に労働からすべての社会的きずなが派生するという経済的きずなを社会的きずなとして正当化することを批判し、労働と相互作用の区別、すなわち生産関係と社会関係、経済と政治、生産と討議はそれぞれ区別されなければならないと考える（メーダ，2000，邦訳 pp.170-171）。労働は、生計の維持だけを目的とする活動力であり、生計の維持という行為である生業が社会と個人との結節点となりえないように、労働は社会的きずなにはなりえないのである。

また、労働者社会における生業としての職業では、役割の実現は生計の維持のためのそれであるから、組織の合理性（利潤）の追求に基づく役割の実現となり、ときとして組織ぐるみの隠蔽や偽装などが行われる危険性をはらむ。ここには継続的な人間活動としての個性の発揮も役割の実現も埋没し、働くことの意味が喪

失されるという現象が起きている可能性が考えられる。田中(2000, 139-140)によれば、「労働主義的な社会においては—アレントやメーダが指摘したように—〈経済的きずな〉による社会的な結びつきだけが至上命令となり、それ以外の価値は極端に下落(田中, 2003, p.128)」し、相互関係を成立させる「信頼」や「誠実さ」という価値を失墜させる。隠蔽や偽装などの事件では、企業倫理が問題にされるが、コント・スポンヴィルが『資本主義に徳はあるか』で批判するように、企業は「経済の秩序」という道徳や倫理とは異なる秩序にもとづいて動いており、別々の秩序を混同することは滑稽であり¹⁴、個々人が道徳的存在になるべきであって、制度にすぎない経済にそのかわりを求めてはならならず、最終的には個人の倫理、すなわち個々の職業の倫理に帰着する。すなわち、経済的きずなを社会的きずなとすれば、職業の倫理は組織内だけで形成されることになる。したがって、組織の内部者は、組織の方向性と社会の方向性のズレを見極め、ときに修正する必要が生じる。排除主義もまた、経済的きずなを社会的きずなとする組織風土が生み出した偏った職業の倫理の産物と考えることができる。

一方、これは内部告発の問題にもつながる。組織の方向性と社会の方向性のズレを気づかずにいる組織において、そのズレを見極めた場合、すなわち、自らの職業倫理の修正に迫られた時に葛藤が起これ、それが外部化すると内部告発となる。また、これは「心の病」の要因になることもあるだろう。

以上のような労働を中心とする社会の問題を克服するために、メーダ(2000, pp.170-171)は、社会的きずなを、労働や生産によって生み出される経済的きずなではなく、政治的きずなに求め、活動による共同体との結びつきを提案する。そして、アダム・スミスが、労働の観念を同一化し、一義的な概念にすることにより、具体的な労働の多様性はじめ、さまざまな種類の労働に通じる、労働の時間とのきわめて多様な関係を消し去ってしまった、と批判したうえで、メーダは、労働や身分、契約や社会的地位のそれぞれのタイプが、時間に対する固有の関わり方(ある者にとっては割り当て、別の者にとっては全面的な従属、他の者にとっては彼らの生命の躍動そのもの)を含んでいる、と考え、労働には時間、とりわけ自律的時間(生産と同じ資格の富の源泉としての善き活動をするための自由時間)に対する様々に異なる関係があり、時間に対

する新たな関係の創出という画期的な個人的・集団的価値がもたらされる、という(メーダ, 2000, p.300-301)。すなわち、政治学を復権させ、活動を通して共同体とその内部に共通の善(時間に対する新たな関係の創出)を取り戻し、その共通の善にもとづいて労働を決定しよう、というのである。

アレント(2006, 邦訳 pp.370-371)によれば、〈労働する動物〉を生命過程の反復的サイクル(人間の動物化)から救済するのは、〈工作人〉の制作によって維持される耐久性をもつ世界性であり、製作の過程を支配できなくなった〈工作人〉を無意味性、価値の低落、不可能性などの窮状(世界の喪失)から救済するのは有意義な物語を生産する活動と言論という相互に連関した能力であり、活動が始める過程の不可逆性(人間が行ってしまったことは元に戻せない)と不可預言性(未来の混沌とした不確かさ)に対する救済は、活動そのものの潜在能力である「許し」の能力と「約束」の能力である。そして、この許しと約束という二つの能力は、多数性に依存し、他人の存在と活動に依存しており、それゆえ、これらは、政治において指導原理の樹立を果たす役割を担うことになる。すなわち、許しと約束の能力から推論される道徳律は、まったく他人との存在に基礎を置いているような経験にもとづいており、許され、約束される程度と様式は、人が自分自身を許し、自分自身にのみ関係のある約束を守る程度と様式を決定するという。これはメーダの共通の善と考えられる。この多数性を前提とする活動への希望は、職業の三要素の役割の実現への希望であり、実現へのカギである共通の善が職業の倫理といえよう。そして、多数性を前提とする共通の善として職業の倫理が職場に浸透したときに、排除主義は撤廃されることになる。

精神障害者社会復帰支援サービスニーズ等調査¹⁵によれば、精神科外来患者7,475人のうち不就業者は5,275人で70.6%を占め、1章でみた20歳~64歳の手帳所持者の不就労率80.7%と同様、高い値を示すが、「仕事をするつもりはない」との回答者数は20.2%で、調査対象者の21.5%が60歳以上であることを勘案すると、働くことを希望している人が比較的多いと思われる。また、入院患者12,009人及び入所施設利用者2,902人を対象とする調査では、「働きたくない」との回答者は入院患者で18.1%、入所施設利用者で10.4%であり、調査対象者に占める60歳以上の人の割合は入

院患者の43.9%、入所施設利用者の20.4%であるので、この場合も働くことを希望している人が多いといえる。手帳所持者については、就業希望者の割合は62.3%で障害が軽度なほど就労意欲が高いという結果が得られている。精神障害者については、就労の意欲は高いが、なかなか就労に結び付かない傾向にある。

このような意欲の高い精神障害者の就労への希望を実現するには、本論でみてきたように、求職活動時の障害開示、就職後の労働時間および就労形態が大きな壁として上げられる。これらの解決に、アレントやメーダが提案する活動による共同体との結び付きは大きく貢献するであろう。障害者の権利に関する条約の批准を目的とする障害者雇用促進法の法改正に向けた動きが、経済的きずなにもとづくのではなく、ぜひ政治的きずなにもとづいた具体策の実施につながることを期待したい。また、アレントが希望するように、「労働する動物」が勝利する社会ではなく、多数性を前提とする活動にもとづく政治活動、すなわち、許しと約束の能力から推論される道徳律としての共通の善にもとづいた法改正の施行を目指してほしい。

職業の三要素は、継続的な人間活動であり、継続的な就労の三条件といえる。精神障害は中途障害であり、築いてきた個人と社会の結節点が傷つき、再構築しなければならない場合が多いので、就労支援においては、とくに「役割の実現」の要素が考慮されなければならない。役割の実現は、アレントの活動に通じ、メーダが提案する活動による共同体との結び付きによって、時間配分を顧慮した労働の配分方法を考慮した政策が必要と考える。今後は、たとえば、ゴルフのライフ・サイクルに合わせた政策への取り組みなど、具体的な施策について研究を進めたい。

注釈

1. 山口大輔（厚生労働委員会調査室）、障害者雇用における差別の禁止及び合理的配慮の提供、精神障害者の雇用義務の法制化— 障害者の雇用の促進等に関する法律の一部改正 —, 立法と調査, No.344,2013.9
2. 厚生省保健医療局精神保健課, 精神保健福祉関係法令通知集, ぎょうせい, 東京, 1996
3. 「てんかん」については、国際疾病分類上はG分類の「神経系の疾患」に含まれ、精神疾患の範疇には入っていないが、精神保健福祉法上は精神障害者

に含む。1993年の障害者基本法への改正にあたり、「てんかん及び自閉症を有する者並びに難病に起因する身体又は精神上の障害を有する者であって長期にわたり生活上の支障があるものは、この法律の障害者の範囲に含まれるものであり、これらの者に対する施策をきめ細かく推進するよう努めること。（抄）」という付帯決議が採択され、「てんかん」に関する法律的、行政的見解として（1）わが国においては、てんかん発作及び意識障害発作を精神症状としてとらえることが広く定着しており、これらを主症状とする「てんかん」は精神障害としてとらえられていること、（2）行政的にもてんかんを有する者は、精神保健法において精神障害者として通院医療費の公費負担等の対象となっているほか、国民年金法、所得税法等の法令においても精神障害者として障害年金、税制上の優遇措置等の対象となっていることをあげて、改正法における「精神障害」の中で「てんかん」をとらえることができる、と結論づける。

4. 法定雇用率は、状況の推移を考慮して、少なくとも5年ごとに政令で定めることとなっており、2013年4月1日から、民間企業2.0%、国・地方公共団体2.3%、等道府県等の教育委員会2.2%に引き上げられ、事業主の範囲が50人以上となっている。
5. 短時間労働については、障害者によっては、障害の特性や程度、加齢に伴う体力の低下等により長時間労働が難しい場合があったり、障害者が福祉的就労から一般雇用へ移行していくための段階的な就労形態としても有効であるなどの理由から、2010年7月以降は重度障害者や精神障害者に限定されていた短時間労働者の雇用率へのカウント（1人を0.5人とする）を身体障害者又は知的障害者にも拡大し、身体障害者及び知的障害者については重度障害の短時間労働者は1人としてカウントされている。
6. 厚生労働省発表（平成20年1月18日）の「身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について」 職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課
7. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター 調査研究報告書「精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究」 2010年3月
8. 厚生労働省「精神障害者の雇用を取り巻く状況」

(参考資料)

9. 労働省職業安定局長：遠藤政夫，新しい身体障害者雇用促進法の早わかり，国際労働経済研究所，1976年9月15日
 10. 尾高邦夫「個性の発揮、役割の実現、そして生計の維持——この三つの行為は職業というおなじひとつの事柄の三つの側面である。職業は、個性の発揮、役割の実現および生計の維持を三つの要素とするところの人間の継続的な活動である。」(『新稿職業社会学』福村書店 1953)
 11. 1964年に公布された「労働災害防止団体等に関する法律」(現「労働災害防止団体法」)に基づいて同年に設立された厚生労働省(当時は労働省)所管の認可法人で、2000年に特別民間法人となった。
 12. 墜落事故が機長のメンタルヘルス不全にあり、その機長に対する日本航空の健康管理の不十分さが露呈した。
 13. メーダのいう労働はアレントの労働と同義と解すことができ、これは3章で引用したメーダの「資本主義制度における労働」でもある。
 14. 秩序を、技術—科学の秩序(可能⇔不可能という対立軸)、法—政治の秩序(合法⇔違法という対立軸)、道徳の秩序(善⇔悪，義務⇔禁止という対立軸)、倫理の秩序(喜び⇔悲しみという対立軸)に分け、これらの秩序を混同してはならない、と説く。
 15. 社団法人日本精神科病院，精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査 外来調査集計表，平成15年10月10日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1111-2c.html>)
- 参考文献・引用文献**
- Conrad, p. & Schneider, J.W., Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness, Temple University, 1992 (進藤雄三監訳，逸脱と医療化—悪から病いへ，ミネルヴァ書房，2003)
- Comte-Sponville A, Le capitalisme est-il moral?, Edition Alin Michrl S.A., 2004 (小須田健 C・カンタン訳，資本主義に徳はあるか，紀伊國屋書店，2006)
- Dominique Meda, Le Travail Une valeur en voie de disparition, Aubier, 1995 (若森章孝他訳，労働社会の終焉—経済学に挑む政治哲学，法政大学出版局，2000)
- Andre Gortz, Capitalisme, Socialisme, Ecologie, Galilee, 1991 (杉村裕史訳，資本主義・社会主義・エコロジー，新評社，1993)
- Hannah Arendt, The Human Condition, the university of Chicago Press, 1958 (志水速雄訳，人間の条件，筑摩書房，2006)
- 秋元波留夫 精神保健法の成立をめぐって—精神障害者施策の最近の動向— リハビリテーション研究 第86号(財)日本障害者リハビリテーション協会 1996年4月 pp27-32
- 萩野達史 「産業精神保健」の歴史(1)：1950年代～1970年代を中心に 人文論集 60(2) 静岡大学人文学部 pp15-53 2010
- 萩野達史，「産業精神保健」の歴史(2)：1980年代～1990年代前半まで，人文論集，62(1)，静岡大学人文学部，pp.21-40，2011
- 平井富雄他 座談会 中堅管理者の組織病をどう癒やすか 中央公論経営問題 10(5) 1971 pp304-317
- 河野慶三 労働衛生行政と産業精神保健—私が直接かわった3年 産業精神保健 13(2) 2005, pp82-84
- 小西輝夫，企業と精神科医の問題，精神医学11(12) pp.17-22, 1969
- 皆川洋二他 座談会 知的労働と心の研究日本産業衛生学会『日本の産業保健』法研 2000
- 百溪浩編 テクノストレスとメンタルヘルス—職場の対応策 通産資料調査会 1986
- 尾高邦雄，職業社会学，夢窓社，1995
- 佐藤雅浩 メディアが担う社会的「狂気」 芹沢一也編『時代がつくる「狂気」—精神医療と社会—』第4章 朝日新聞社 2007 pp-
- 精神保健福祉研究会監修『精神保健福祉法詳解』中央法規 2010
- 田中朋弘 職業の倫理学 丸善 2003

ICD-9-CM コーディングプログラムの開発

岩井 宏

ICD-9-CM Coding Program Development

Hiroshi IWAI

1. はじめに

医療機関において、コンピュータの利用は必須であり、データの処理を行うために、様々なデータがコード化されている。診療情報管理士の仕事の一つとして疾病や医療行為のコード化（コーディング）がある。本報告は、前報の「ICD-9CM コーディングプログラム開発の一考察」¹⁾を元に実際に医療行為のコード化の ICD-9-CM コーディングプログラムを作成し、データベース作成方法などの検討を行った報告である。

2. ICD-9-CM でのコーディングについて

コーディングを行うには、医療行為や術式、部位などをもとに、「ICD-9-CM 手術および処置の分類 2003 -索引表-」²⁾（以後、索引表とする）からコード番号を検索し、検索したコード番号の内容を「ICD-9-CM 手術および処置の分類 2003 -内容例示表-」³⁾（以後、内容例示表とする）で確認し、最終的なコード番号を確定する。

1)基本的なコーディング

基本的なコーディングの方法としては、例えば「胸部X線撮影」の場合、「胸部」と「X線撮影」の2つの語が合体している。これを索引表で検索すると、

X線撮影

 L 胸 (87.44)

となっており、「胸部X線撮影」のコードは「87.44」となる。これを内容例示表で確認すると、「87.44 通常の胸部X線検査と記載されるもの」と記載されている。「胸部X線撮影」は2つの語の組合せであったが、「アースラン手術」のように単独のもの、3つ、4つ、5つの語が組み合わさっているものもある。基本的には、医療行為と部位の組み合わせでできているものが多い。

2)同じ意味で複数の語がある場合

診療情報管理士の学習で利用している問題集などを解く場合に、「X線撮影」ではなく、「レントゲン撮影」と記載されている場合もある。しかし、「レントゲン撮影」では、索引表には載っておらず、「X線撮影」で検索するように記載されている。また、プログラム利用の時には、「胸部X線撮影」ではなく、略して「X線胸部」と入力する場合も考えられる。このように、同じ意味ではあるが、使用する用語が異なるものや順番が異なる場合がある。

3)薬剤について

例えば医療行為が「ニューキノロン点滴」の場合、「ニューキノロン」は「抗菌薬」であるが、索引表を用いたコーディングでは「抗感染薬 NEC」、「点滴」は「注射・注入術」で検索することになる。薬剤の医療行為の中心は、注射と注入、点滴であり、処方などは医療行為とはならないためコーディングの必要はない。よって薬剤を用いた医療行為を「注射・注入術」と限定すると、薬剤名により分類はほぼ決定する。

4)顕微鏡検査について

顕微鏡検査を行うものに関しては、4桁目の分類をしなければならないが、索引表では3桁までの分類しかされていない。顕微鏡検査であるコードが90番台と91番台の場合、4桁目には、1：細菌塗抹検査、2：培養検査、3：培養検査および薬剤感受性検査、4：寄生虫学的検査、5：中毒学的検査、6：セルブロックおよびパパニコロー塗抹検査、9：その他の顕微鏡検査を付ける必要がある。

3. プログラムでの処理と機能

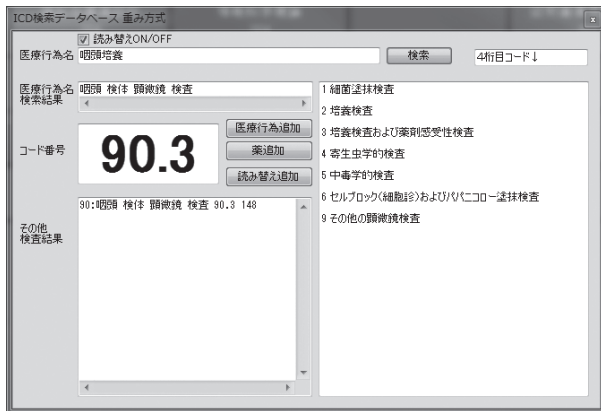


図1 検索プログラム実行画面

作成したプログラムの実行画面を図1に示す。このプログラムには、次の機能や処理方法が組み込まれている。

1)文字の置換機能

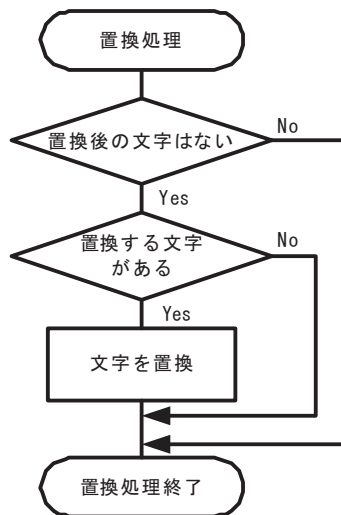


図2 置換処理流れ図

「X線撮影」ではなく、「レントゲン撮影」と入力された場合のために、文字の置換機能が最初に機能する。「X線」と入力したものを「X線撮影」と文字の置換を行うが、「X線撮影撮影」とならないように、「X線撮影」と入力された場合には、文字の置換は行わない。この処理を行うためのデータを追加するために、図3に示すように追加機能を組み込んでいる。

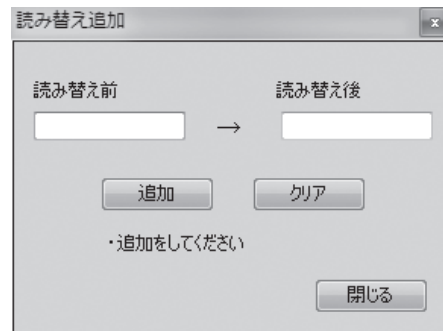


図3 置換処理用データ追加画面

2)薬剤処理機能

薬剤は、医療行為が入力されなくても検索できるように薬剤専用のデータベースを作成して検索を行う。また、この処理を行うためのデータを追加するために、図4に示すように追加機能を組み込んでいる。



図4 薬剤データ追加画面

3)検索用データベース

検索用のデータベースの構造は、図5の検索表のサンプルに示すように索引表を基本とする構成としている。表1にデータベース化したものを示すが、レコード中のデータは、キーワードごとに区切られている。

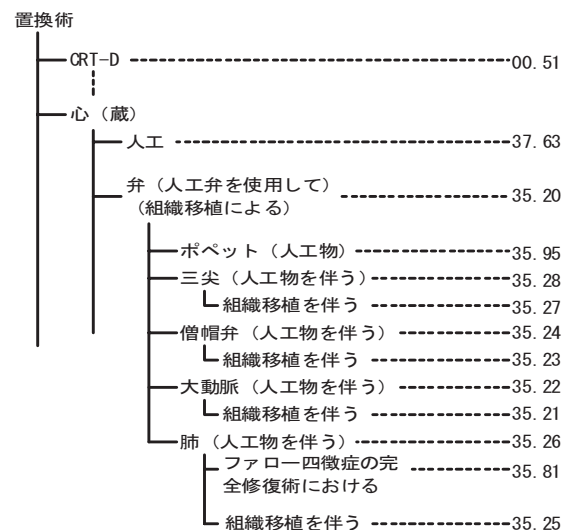


図5 索引表のサンプル

表1 データベースレコード例

	キーワード					コード番号
	第1	第2	第3	第4	第5	
	置換術	CRT-D	e	e	e	00.51
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
①	置換術	心	人工	e	e	37.63
②	置換術	心	弁	e	e	35.20
③	置換術	心	弁	ポペット	e	35.95
④	置換術	心	弁	三尖	e	35.28
⑤	置換術	心	弁	三尖	組織移植	35.27
⑥	置換術	心	弁	僧帽弁	e	35.24
⑦	置換術	心	弁	僧帽弁	組織移植	35.23
⑧	置換術	心	弁	大動脈	e	35.22
⑨	置換術	心	弁	大動脈	組織移植	35.21
⑩	置換術	心	弁	肺	e	35.26
⑪	置換術	心	弁	肺	ファロー	35.81
⑫	置換術	心	弁	肺	組織移植	35.25

各レコード内は、索引表より詳細にキーワードを区切っているため、キーワード数が多い。そのため1レコードに入力できるキーワードは20キーワードとした。またキーワードの数は、レコードごとに異なるため、空欄のところには、処理の都合上「e」を入力している。このように作成したデータベースは、薬剤78レコードを含む、計16,337レコードのものとなった。また、後からデータベースにデータを追加できるように図6に示す追加機能を組み込んでいる。



図6 データベース追加画面

4) 検索処理

検索処理は、入力された文字列に、キーワードが含まれているかの確認をする。第1キーワードは、医療行為が多くなっている。また第2キーワード、第3キーワードという順で優先順位が高い。優先順位ごとに重みを付け、全てのデータベースのレコードとの比較処理を行った後に、重みの合計が最大値となったレコードが、検索結果となのようにプログラム化されている。重みは第1キーワードから40、第2キーワードが38というように2刻みとした。図7に検索処理の流れ図を示す。レコードに利用しないキーワードが含まれて

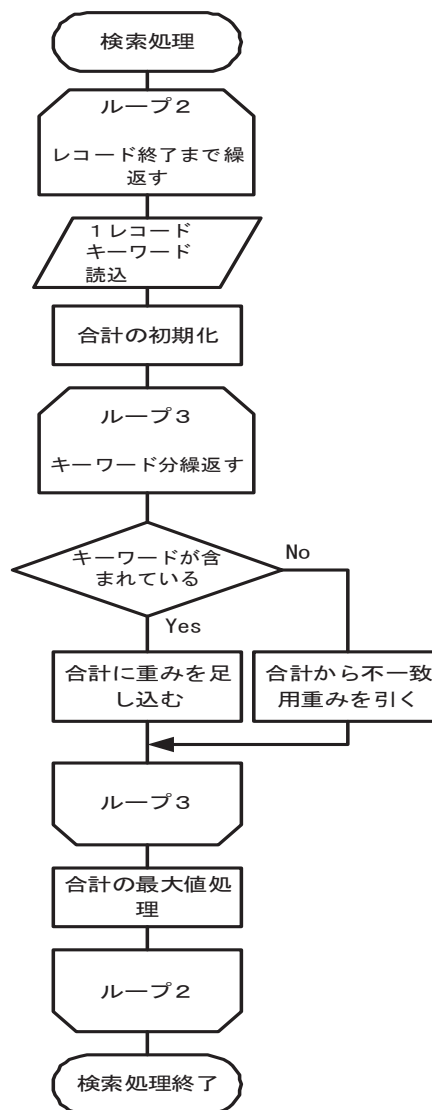


図7 検索処理の流れ図

いた場合には、一つのキーワードに対して重みを-1として処理を行った。

3. 検証結果と問題点

3.1 索引表からのデータベース

授業で使用している「診療情報管理論Ⅳ 専門・国際疾病分類法編 第4版」⁴⁾と「診療情報管理士教育問題集2011 専門・国際疾病分類法編」⁵⁾より、検証用データ660問を作成して検証を行った。検証用のデータは、問題などから作成しているため、幅広いコードの検証が行える反面、サマリーなどではX線撮影などは頻繁に出てくるため、部分的に偏りがあるものになってしまっている。しかし、頻繁に出てくる項目は実際に仕事においても、出現率が高いものであると考えられるため、特に偏りの編集はせず利用した。

ただし、完全に同じ問題は無い。

検証を行った結果、正解と検索結果として表示されたコード番号が一致したのは、660問中267問であり、正解率は40.5%であった。

正解率が低かった原因には、次のようなものがある。

(1)ドレーナージを吸引術で検索するように、同じ意味でも名称の異なるもの。

(2)略語が登録されていないもの。

(3)脳を頭蓋、くも膜を脳でコーディングしなければならないような同じカテゴリーの部位だが検索時に語が異なるもの。

(4)「切開術」と入力するところを「切開」と入力されており、「術」や「法」など一字抜けている。

(5)「左～」、「右～」と記載されているもので、実際には、「片側」でコーディングするもの。

(6)同じ術だが単に語句の順番が異なるだけで絞りきれないもの。検索結果の候補(同点)には正解のコードがあるもの。

(7)薬剤の登録が不足している。

(1)～(3)は、文字の置換処理のデータが不十分であったため。(4)は、「術」が付いている場合でも、付いていない場合でも検索ができるようにする必要がある。

(5)は通常は人が片側と判断するものであり、データベースに片側だけではなく、左側、右側のデータを追加する必要がある。(6)は、索引表を元にデータベースを作成しているためである。索引表は、医療行為からや部位の両方から検索できるように工夫がされている。このため、キーワードの順番が異なるだけのレコードが複数存在し、検索結果で同じ点数となり答えを一つに絞る込むことができなかった。

3. 2 内容例示表からのデータベース(1)

3. 1の結果では、検索プログラム自体による問題よりデータベース作成上に問題があり、正解率は、40.5%と低い結果となってしまった。これより、データベースの作成を再検討することとした。

索引表から作成したデータベースにおいて、索引表の特徴である2種類以上の方法から検索ができることが、データベースにおいては、絞り込むことができなくなる欠点となってしまった。そこで、次のデータベースは、内容例示表を元に作成することにした。内容例示表は、コードごとに医療行為が記載されており、同じものを2回登録することはない。キーワードは、単

語ごととしたが、同じコードで複数の部位を指定する場合もあるため、このような場合には、部位ごとにレコードを作成することにした。「片側」に関しては、「右側」、「左側」を作成時に追加して、3つのレコードとした。切開でも切開術でも検索ができるように、「切開」と「術」と別々のキーワードにすることとした。また、不足している置換用のデータや薬剤のデータの追加を行った。

作成したデータベースのレコード数は、7,622レコードであった。検証の結果、正解率は660問中352問の53.3%となり、レコード数が半分以下になったにもかかわらず、正解率は上げることができた。しかし、まだ正解率は53.3%と低い値である。検索結果が実際のコードと一致しなかった理由として、次の原因が上げられる。

(1)「内容除去術後の眼窩への二次的移植術」を「内容、除去、術、眼窩、二次的、移植、術」というキーワードを用いたレコードとしている。最初のデータベースの時に問題となった「術」の対応のために、「除去術」を「除去」と「術」、「移植術」を「移植」と「術」としている。この場合では、「○○術」を検索すると、「術」で重みが2回加算されてしまう結果となってしまった。

(2)コード38.0番台をデータベースにすると、4桁目の部位ごとにレコードを作成する必要があるため、同じコード番号のデータが50レコード以上となり、かなり多くのレコードとなる。これにより、部位のデータが他の医療行為の判定に影響してしまった。同様に、38.1、38.3、38.4、38.5、38.6、38.8、77.0、78.0、78.2、79.0、79.4、80.0が同じコード番号で多くのレコードを要してしまうものである。

(3)「フェノバル筋肉注射」などは、薬剤で登録されているにもかかわらず、プログラムでの処理の関係で、「筋肉」と「注射」での重みが多いため、点数が高くなり、薬剤以外の結果が表示されてしまう。

3. 3 内容例示表からのデータベース(2)

3. 2の結果より、(1)の対応として、データベース中の1つのレコード内に、同じ単語がある場合には、片方の単語を削除する。(2)の対応として、部位データの関係よりデータを作成するとレコード数が著しく増えてしまう項目は、顕微鏡検査と同様に4桁目コードは利用者を選択させる。(3)の対応として、薬剤の

処理でコード番号が検索できた場合には、他のレコードとは比較は行わない。以上のようにデータの再編集、プログラムの変更を行った。図8に検索処理の変更後の流れ図を示す。

これらより作成したデータベースは、7,363レコードとなり、正解率は、660問中489問の74.1%となった。

正解率が74.1%まで高くなってきたが、重みの合計が同点になってしまい、絞り込みができずに1つの答えとすることができない項目や、データベースの登録不足により結果がない項目が残ってしまった。

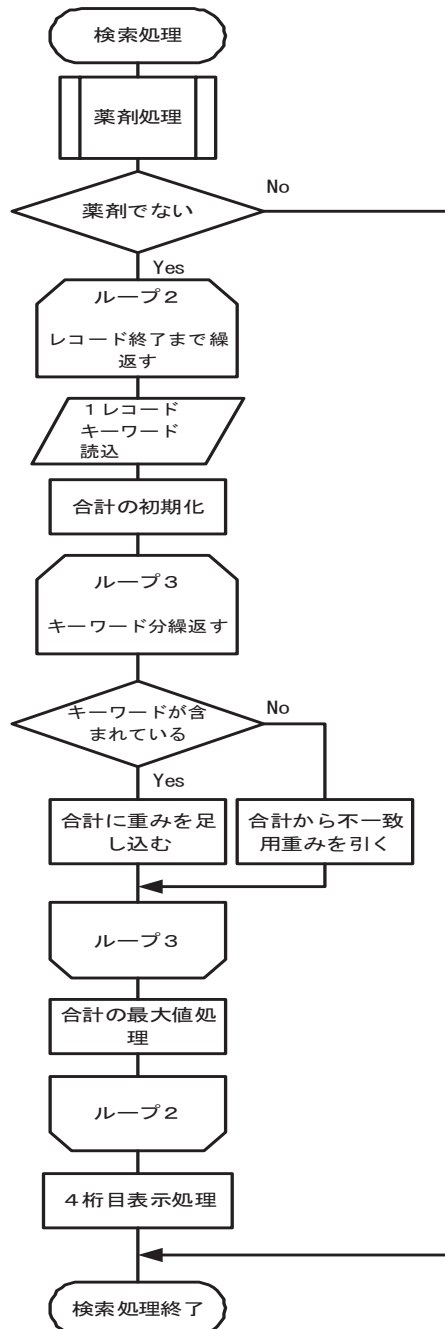


図8 検索処理変更後の流れ図

4. まとめ

キーワードに重み付けて検索し、結果を絞り込む方法で、ICD-9-CMのコーディングを行うプログラムを実際に作成し、3回の検証を行い、元となるデータベースの作成、データベースのレコード数の減少のためのプログラムの変更などを行った結果、正解率が74.1%となるデータベースを作成することができた。しかし、重みを利用しただけでは、複数の検索結果が表示されて絞り込みができない問題が存在するため、より絞り込むための処理方法を考案する必要がある。

最後に、このプログラム作成検証に協力してくれた岩井研究室に所属した、岩佐君、杉本君、堀君、勝又君、岩瀬君、佐野君に感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 岩井宏「ICD-9-CM コーディングプログラム開発のための一考察」静岡福祉大学、静岡福祉大学紀要第8号
- 2) 「ICD-9-CM 手術および処置の分類2003 -索引表-」社団法人日本病院会編集、株式会社じほう
- 3) 「ICD-9-CM 手術および処置の分類2003 -内容例示表-」社団法人日本病院会編集、株式会社じほう
- 4) 「診療情報管理論IV 専門・国際疾病分類法編 第4版」日本病院会
- 5) 「診療情報管理士教育問題集2011 専門・国際疾病分類法編」日本病院会

高齢者の「孤立」と「つながり」に関する一考察

～老人福祉センターの果たす役割から～

高橋 賢充

A Study of Isolation and Connection for Aged People

Masamitsu TAKAHASHI

要約

2007年から「団塊の世代」と呼ばれる人たちが60歳に到達し始め、大量の定年退職者や年金生活者が生まれ、このことが社会的な影響をもたらしている。いわゆる「2007年問題」である。60歳以上の団塊の世代は退職後、余暇をどのように過ごすのであろうか。職業的選択をするのか、それとも地域貢献や社会参加活動などを行うのか、趣味に没頭するのか、それとも両者を選択するのか。自分の生き方を選択できる人たちがいるその一方で、社会的に孤立し、限られた希薄な人間関係の中で生活を送る人たちが増えている。現代の高齢社会がもたらす社会問題として「高齢者の孤立」への対策が求められる。地域社会において高齢者の孤立という課題にどう対処すれば有効なのか、という疑問に対して、「つながり」をキーワードとして人と人とを「つなぐ」の媒体の一つである「老人福祉センター」に注目し考察する。

I はじめに

わが国では、高齢者の核家族化が進むとともに単身世帯が増加している。北海道の多くの地域では過疎化が進む一方で都市化された地域では隣人の顔さえわからない「無縁社会」ともいわれる状況が広がっている。「孤独な群衆」と化した現代人は土地や人に縛られない生き方を求める一方で、多くの人が生活の中で「孤立」を感じている。今ほど人との「つながり」について問われている時代はない。

そして現在わが国の高齢化は、他の先進諸国と比較しても今までの歴史に類を見ないスピードで進行している。2000年に17.4%であった高齢化率は2010年には22.5%に達しており依然として急速な高齢化が進んでいる。厚生労働省の将来人口推計によれば高齢化率は今後も上昇を続け2050年には35%を超えると見込まれている¹⁾。また、平均寿命は公衆衛生水準の向上、医療供給体制の充実等によって伸びてきている。このような高齢化の進展は、年金、医療、介護などの体制の変革と同時に団塊世代のライフスタイルの多様化をも

たらしている。

2007年から「団塊の世代」と呼ばれる人たちが60歳に到達し始め、大量の定年退職者が排出されており、このことが社会的な影響をもたらすといわれている。60歳以上の団塊の世代が退職後、余暇をどのように過ごすのか。職業的選択をするのか、それとも地域貢献や社会参加活動などを行うのか、趣味に没頭するのか、それとも両者を選択するのか、またそれ以外の何かを求めているのか。

厚生労働省「平成19年度国民生活基礎調査の概況」によると、65歳以上のいる世帯は2007年には19,263千世帯。その内65歳以上の者のみの世帯は8,986千世帯となっており、全高齢者世帯の5割以上が夫婦のみの世帯となっている。また、2030年国立社会保障・人口問題研究会編「日本の世帯の将来推計-2008年3月推計」²⁾には日本全体の単身世帯が37.4%になるという数値も出されており、単身高齢者が増加することが見込まれている。

現在及び将来のわが国にとって高齢者の「孤立化」「無縁社会化」は大きな社会的問題となっている。こ

の問題を解決するためには、高齢者が主体性をもって生活できる環境づくりが求められると同時に、「つながる」ための専門的支援が必要なのである。

II 研究目的と意義

1) 研究目的と意義

現代社会の大きな課題である「つながり」の稀薄化に関する問題に対して、現行の福祉関連の制度や法律または行政の施策では、これを解決するための具体的方策は示されていない。

一方で支援する立場であるソーシャルワーカーは、何らかの「つながり」を求めている人を発見した場合、その人に対して具体的にどのようなアプローチをし、どのようなプロセスで支援を行うのか、ということを考え実践する。地域社会における「つながり」への支援は、現場のソーシャルワーカー個々人の資質に任されている。しかしながら、「孤立」を支援する専門的スキルへの課題が一般的に浮き彫りにされつつあるにもかかわらず、「孤立」し「つながり」を求めている地域住民に対する介入技法や支援のプロセス、アプローチについての実践的研究はみあたらない。

核家族化の影響で単独高齢者世帯や独居高齢者が増加する中、老人福祉センターの専門的な役割・機能は注目されるべきである。なぜならば、老人福祉センター利用者の多くは、「仲間・友人づくり」といった「つながり」を求めて利用していることや³⁾、また毎日多くの利用者が主体的に来館していることから、職員は利用者の状況や変化を把握することができ、「孤立予防」の媒体として有効であると考えからである。2000年に介護保険制度が開始され介護予防や権利擁護等をはじめとする在宅生活を支える法的なサービス基盤の整備は進められているが、その一方で高齢者の「孤立」対策や「つながり」の支援は後回しとなっている。老人福祉センターでは実際に地域の高齢者の「つながり」を支えてはいるが、その役割の重要性には気づかれていない⁴⁾。老人福祉センターの「つながり」を支える地域の拠点として果たす役割の重要性を再発見し、地域住民や福祉サービス関係者に研究成果として伝えていく意義は大きい。

2) 研究方法

本研究は、先行研究を概観し、以下に示す北海道内

5か所の老人福祉センター利用者への聞き取り調査を行った。

1. 調査方法 半構成インタビュー

2. 調査対象及び期間

1) 老人福祉センター利用者

- ・札幌手稲老人福祉センター
- ・函館市谷地頭老人福祉センター
- ・旭川市老人福祉センター
- ・釧路市老人福祉センター
- ・夕張市老人福祉会館

2) 調査期間 2010年10月12日～11月8日

3) 先行研究と問題意識

地域における高齢者の「居場所」として、また「生きがい」活動の拠点の一つである老人福祉センターは昭和38年に老人福祉法第15条第1項及び第5項に基づき設置された。その目的は「高齢者の健康増進、教養の向上及びレクリエーション」である。高齢者のライフスタイルの変化や生涯学習活動に関する意識の普及もあいまって、老人福祉センターが求められる役割は限られた地域の高齢者の生きがい活動の場という役割から地域に開かれた学習の場を提供する公共施設としての役割を担っている。

札幌市北老人福祉センター事業報告によると同センター利用者の3分の1が一人暮らしである。その利用目的で最も多かったのが「仲間づくり」であり、次に「健康維持・増進」であった。地域で暮らす高齢者が「つながり」を求めて施設を利用している。老人福祉センターの利用者は継続的かつ連続的で有機的な関係性の「つながり」を求めている。その一方で、人間関係の煩わしさやストレスの少ない居場所を求めている。老人福祉センターは利用者が自分の生活のリズムに合わせ、その両方を満たせる場所として有効である。

厚生労働省の「平成22年度高齢者白書」⁵⁾では高齢者の「孤独、つながり」について取り上げ分析している。その中では、「社会的孤立に陥りやすい高齢者の特徴とその背景、社会的孤立から生ずる問題について概観し、あわせて社会的孤立を解消するための取組の方向性について考察」している。また「社会的孤立」とは「家族や地域社会との交流が、客観的にみて著しく乏しい状態」であり、単身世帯でも、家族や近隣・友人との交流がある状態は「社会的孤立」ではないとしている。一方、家族と同居していても、家族との日

常的な交流がないうえに外部の近隣・友人とも接触が乏しければ、「社会的孤立」に陥る場合もありうる、としている。

さらに同白書では、「高齢者の孤独が生み出す問題」として、「生きがい」「孤独死の増加」「高齢者による犯罪の増加」「消費契約のトラブル」を指摘している。そして、「孤立」している高齢者の「つながり」と「支え合い」へと向う取組の必要性を訴えている。

現代の日本人は総じて他者とのつきあいが希薄で地域活動にも消極的であり、近年の日本社会は社会的孤立を支える公的な仕組みが弱く、その弱さを補う家庭や地域の力も低下していることが指摘されている⁷⁾。社会疫学や公衆衛生学、社会科学の領域では、社会的孤立が人と社会に様々な悪影響を及ぼすことが確認されてきた。その中には、孤立が精神的な健康に影響を及ぼすといった研究や社会に及ぼす影響についての研究も多い。例えばネットワークの乏しい人や周囲の人から拒絶や排斥を受けた経験の多い人ほど、抑うつを強めやすい報告がある。また孤立が個人の攻撃性や暴力傾向を高めることなども報告されている。さらに対人ネットワークが弱体化した社会では、犯罪発生率が高くなることが明らかにされている。

中村一茂⁸⁾は「つながり」を居場所の分析因子としている。また、「つながり」をこころの「居場所」とし、①他者との直接的な「つながり」の中で実感するこころの「居場所」、②他者との直接の関係をもたないところで実感するこころの「居場所」として整理している。そして、高齢者のこころの「つながり」はその居場所と大きく関係しているとしている。その中で、高齢者の直接的な「つながり」としての就労、社会参加活動を通して実感するこころの「居場所」について取り上げている。

滋賀県社会福祉協議会の50歳から70歳未満を対象とした調査（滋賀県社会福祉協議会2004.201によると、多くの男性は在職中であっても退職後でも「心の安らぎ」としての居場所を「家庭」や「個人的な友人」との直接的な関係において実感する。そして、在職中のこころの「居場所」は主に「仕事・会社」であり、退職後は「地域・近隣」との関係において実感するという。

Ⅲ 老人福祉センター創設と役割

老人福祉センターの設置は、老人福祉法制定に先立ち、1962年から現行のA型施設に国庫補助がなされた。その後の福祉ニーズの変化に伴い、昭和52年にA型施設を補完する小型のB型施設が、また1978年にA型施設に「健康増進の指導」を加えた大型の特A型施設が創設された。

当時の厚生省は、社会局通知「老人福祉法による老人福祉センターの設置及び運営について」（昭和52年8月1日付社老48号）の中で、それぞれの型のセンターが実施すべき事業についてその目的の違いによって特A型、A型、B型と分けられている。すべてのセンターで実施すべき事業として、「生活相談」「健康相談」「教養講座等」「老人クラブ援助等」の4事業、A型及び特A型は「生業・就労指導」「機能回復訓練」「入浴」であり、特A型のみで実施すべき事業は「健康増進の指導」である。B型はA型の機能を補完する事業を行うこととされている（表1）。

1) 北海道内の老人福祉センターの設置状況

北海道内の老人福祉センターは、現在97か所。

人口190万を抱える札幌市は、10か所ですべてA型。旭川市はA型2か所。函館市は5か所。内訳は特A型1か所、A型3か所、B型1か所。釧路市は12か所でB型が8か所、A型4か所である。

Ⅳ 調査結果

2) 道内5か所の老人福祉センターの調査結果

(1) 調査対象と方法

調査した老人福祉センターは以下（表2）のとおり、旭川東部老人福祉センター、釧路第3老人福祉センター、夕張市老人福祉会館、札幌市手稲老人福祉センター、函館市谷地頭老人福祉センターの計5か所である。調査対象者は、それぞれの老人福祉センター利用者（無作為に声をかけた）2～3名、合計12名にインタビューを実施した。

質問内容は年齢、世帯構成の他①老人福祉センターの活動内容、②当初の利用のきっかけ、③継続利用の理由について、である。

表 1 老人福祉センターの分類

		特A型	A型	B型
目的		老人福祉センター（特A型）においては、次に掲げる事業を行うものとする	老人福祉センター（A型）においては、次に掲げる事業を行うものとする	老人福祉センター（B型）においては、老人福祉センターA型の機能を補完する次に掲げる事業を行うものとする
事業	各種相談	ア 生活相談 老人の生活、住宅、身上に関する相談に応じ、適当な援助、指導を行なうこと	ア 生活相談 老人の生活、住宅、身上に関する相談に応じ、適当な援助、指導を行なうこと	ア 生活相談 老人の生活、住宅、身上に関する相談に応じ、適当な援助、指導を行なうこと
		イ 健康相談 老人の疾病の予防、治療に関する相談に応じ、適当な援助、指導を行なうこと	イ 健康相談 老人の疾病の予防、治療に関する相談に応じ、適当な援助、指導を行なうこと	イ 健康相談 老人の疾病の予防、治療に関する相談に応じ、適当な援助、指導を行なうこと
	健康の増進に関する指導	老人の健康増進を図るための栄養、運動等の指導を行うこと		
	生業および就労の指導	老人の生業及び就労等についての指導を行い、必要に応じ授産事業を行うこと	老人の生業及び就労等についての指導を行い、必要に応じ授産事業を行うこと	
	機能回復訓練の実施	老人の後退機能の回復訓練を行うこと	老人の後退機能の回復訓練を行うこと	
	教養講座の実施	老人の教養の向上及びレクリエーション等のための事業を行い、又はそのために必要な便宜を提供すること	老人の教養の向上及びレクリエーション等のための事業を行い、又はそのために必要な便宜を提供すること	老人の教養の向上及びレクリエーション等のための事業を行い、又はそのために必要な便宜を提供すること
	老人クラブに対する援助等	老人クラブの運営について援助を行うとともに、老人に対する調査、研究、広報等の事業を行うこと	老人クラブの運営について援助を行うとともに、老人に対する調査、研究、広報等の事業を行うこと	老人クラブの運営について援助を行うこと
建築物	建物の構造、規模	ア 老人福祉センターの建物の構造は、利用者の便宜、防災等について十分配慮したものと、その規模は八〇〇㎡以上とする。 イ 老人福祉センターにはもっぱら当該施設の用に供する次の設備を備えなければならない。ただし、他の社会福祉施設等との設備の一部共用すること等により、当該施設の運営上支障が生じない場合にはこの限りではない。 所長室、事務室、生活相談室、健康相談室、診察室、検査室、栄養指導室、保健資料室、機能回復訓練室、集会及び運動指導室、教養娯楽室、図書室、浴場、便所	ア 老人福祉センターの建物の構造は、利用者の便宜、防災等について十分配慮したものと、その規模は四九五.五㎡以上とする。 イ 老人福祉センターにはもっぱら当該施設の用に供する次の設備を備えなければならない。ただし、他の社会福祉施設等との設備の一部共用すること等により、当該施設の運営上支障が生じない場合にはこの限りではない。 所長室、事務室、生活相談室、健康相談室、機能回復訓練室、集会室、教養娯楽室、図書室、浴場、便所	ア 老人福祉センターの建物の構造は、利用者の便宜、防災等について十分配慮したものと、その規模は四九五.五㎡未満とする。 イ 老人福祉センターにはもっぱら当該施設の用に供する次の設備を備えなければならない。ただし、他の社会福祉施設等との設備の一部共用すること等により、当該施設の運営上支障が生じない場合にはこの限りではない。 管理入室、事務室、生活相談室、健康相談室、集会室、教養娯楽室、便所
	立地条件	老人の利用上の便宜を図ることが可能であり、かつ、事業を円滑に行うことのできる場所に設置するものとする。	老人の利用上の便宜を図ることが可能であり、かつ、事業を円滑に行うことのできる場所に設置するものとする。	老人福祉センターA型との有機的な連携及び老人の利用上の便宜を図ることが可能であり、かつ、事業を円滑に行うことのできる場所に設置するものとする。
職員	職員	老人福祉センターには、施設の長、相談・指導を行う職員、その他必要な職員をおくものとする。ただし、施設の運営に支障がない場合には、他の社会福祉施設等の職員との兼務は差し支えないものとする。	老人福祉センターには、施設の長、相談・指導を行う職員、その他必要な職員をおくものとする。ただし、施設の運営に支障がない場合には、他の社会福祉施設等の職員との兼務は差し支えないものとする。	老人福祉センターには、管理のための職員、その他必要な職員をおくものとする。ただし、施設の運営に支障がない場合には、他の社会福祉施設等の職員との兼務は差し支えないものとする。
				老人福祉センターA型との連携 老人福祉センター（B型）の事業を遂行するために、老人福祉センター（A型）の職員等の協力が得られる体制を予め整備しておくものとする。
関係機関との連携		事業の運営に当たっては、保健関係部局等関係機関との連携を密にしておくものとする。		
その他		浴場については、公衆浴場法（昭和二十三年法律第一三九号）第二条第一項による許可を受けたものでなければならない。	浴場については、公衆浴場法（昭和二十三年法律第一三九号）第二条第一項による許可を受けたものでなければならない。	

筆者（高橋賢充）作成：厚生省社会局通知「老人福祉法による老人福祉センターの設置及び運営について」より

（２）調査対象施設の概要

調査対象とした老人福祉センターの運営主体は表2のとおりである。旭川市東部老人福祉センターはNPO法人が旭川市から受託し運営。札幌市手稲センターも同じNPO法人が札幌市から受託運営している。ともにA型。札幌市手稲老人福祉センターは介護予防の講座を特徴としている。また地域のボランティア情報を館内で掲示するなど利用者の社会参加や主体的なボランティア活動を支援している。

夕張市老人福祉会館は夕張市社会福祉協議会が同市より受託運営。社協事務局職員が兼務しており、社協事業との連携を図っている。

函館市谷地頭老人福祉センターは、温泉を持っている。多くの利用者は温泉に入れることをきっかけに同センターを利用している。

釧路市第3老人福祉センターは、地域の老人クラブ

連合会が運営しているのが特徴。老人福祉センター利用者する当事者が事務局やサークル運営を行っており、主体的な関わりをもって関わっている。「ちょっぼら」というボランティア事業を介している。老人クラブメンバーが老人福祉センターを拠点とし、日常生活で支援が必要な高齢者への支援活動を展開している。

（３）調査対象者の概要

調査対象者は、上記の各老人福祉センター利用者から調査当日来館していた人を選ばず無作為に選びインタビューした。表3のとおりである。1センターあたり2～3名を選び、計12名にインタビューした。男性7名。女性5名。年齢は80歳代が4名、70歳代は7名、60歳代が1名である。家族構成は、配偶者と2人暮らしが8名。娘または息子と同居しているのが4名であった。

表2 調査した老人福祉センターの概要

名称	型	運営主体	職員構成	利用料	特徴	調査日
旭川市東部老人福祉センター	A	NPO法人	館長 1名 事務職員 2名	無料	お元気講座等介護予防に重点	2010年10月12日（火）
釧路市第3老人福祉センター鶴風荘	A	老人クラブ連	管理人 1名 老人クラブ会員で運営	無料	老人クラブ連合会、高齢者が主体的に運営、「ちょっぼら」活動	2010年10月18日（月）
夕張市老人福祉会館	A	社会福祉協議会	館長 1名 事務 1名 受付ボランティア 1名	1回300円	社会福祉協議会職員が兼務	2010年10月29日（金）
札幌市手稲老人福祉センター	A	NPO法人	館長 1名 副館長 1名 事務職員 4名 清掃 3名	無料 入浴200円	介護予防、ボランティア活動	2010年11月5日（金）
函館市谷地頭老人福祉センター	A	市	館長 1名 保健師 1名（相談） 事務職員 2名	無料	温泉	2010年11月8日（月）

筆者（高橋賢充）作成

表3 調査対象者の概要

調査対象名称	対象者	性別	年齢	世帯構成
旭川市東部老人福祉センター	A	女	84	夫と二人
	B	女	77	息子夫婦、孫二人
	C	男	76	妻と二人
釧路市第3老人福祉センター鶴風荘	D	男	82	妻、娘夫婦、孫二人
	E	女	77	息子夫婦
	F	男	76	妻と二人
夕張市老人福祉会館	G	女	86	夫と二人
	H	男	76	妻と二人
札幌市手稲老人福祉センター	I	男	76	妻と二人
	J	女	68	夫と二人
函館市谷地頭老人福祉センター	K	男	75	妻と二人
	L	男	82	一人暮らし

筆者（高橋賢充）作成

(4) 当初の利用目的と現在の利用の動機

表4は、利用者の活動内容、当初の利用目的及び継続して利用している理由について尋ねたものである。「主な活動」で多いのは「カラオケ」である。そのほか、ダンスや舞踊、ボランティア活動などである。利用しようと思ったきっかけは、友人、知人からの紹介が多いが、カラオケが出来ることや無料または低額で風呂に入れることが多い。その他「家でじーとしていたことが嫌だ」、「健康のために」といった動機で利用を始めた人がいた。

次に「継続して利用している理由」は、友達との交流や仲間と「話をする」といったことが大きな楽しみになっていることが共通してみられる。多くの利用者の当初の利用のきっかけは上記のようにカラオケや入浴であったが、サークル活動やセンターに集う人たちの交流をとおして、「友人づくり・仲間と話すこと」がセンター利用の重要な要素として変容している。それと同時に同世代と人たちと「つながり」が生活の中で大きな位置を占めている。

表4 活動内容、利用のきっかけ、継続利用の理由

対象者	性別	主な活動内容	当初の利用のきっかけ (話し言葉のまま)	継続利用の理由 (話し言葉のまま)
A	女	お元気サークル(頭の体操)、詩吟、ダンス	引っ越しをして4年前に知人から老人福祉センターを教えてもらった	<ul style="list-style-type: none"> 利用者皆の顔を見て話ができるのが楽しい。漬物とかお菓子を持ち寄って御馳走しあったりね。皆の顔をみると安心する。 田舎から旭川に来た人たちから同じような話を聞かせてくれる。 田舎だったら隣近所の付き合いがあったけれど、街では隣近所であっても「おはようございます、どこいくの?」なんて言って、遊びに行ったり来たりすることないからね。
B	女	ダンス、卓球、初動、折り紙	友達からの紹介	<ul style="list-style-type: none"> 老人福祉センターに友達がいっぱいいる。ここがなくなったら不便を感じる。寂しくなる。デイサービスには行きたくないしね。 皆とコミュニケーションをとれるからね
C	男	麻雀、ビリヤード、新聞・本を読む	家でじーとしていたのも嫌だったから	<ul style="list-style-type: none"> 無料で利用できるから 明るい雰囲気だし、人としゃべったりできるからね。
D	男	カラオケ	健康のためにカラオケをしようと思った。歌を歌うのは声を出し健康にいいから。	<ul style="list-style-type: none"> 友達が増えることによって若さって言うかな、そういったものを保っていけるんじゃないかなっていう考えなんです。 ここ(老人福祉センター)の運営委員もやっている。「ちょっとぼら(ちょっとボランティア)」もやっているし、協力してやっていかなきゃいかん。老人クラブの会合の時にこういう話をしています。 友達が大事です。趣味を通じながら自分の健康を監視していきたいから。
E	女	カラオケ	カラオケをここでやっていることを知っていた。	<ul style="list-style-type: none"> お友達がいないとね。 老人福祉センターを大切にしたいと思っています。 老人福祉センターを安心して使わせてもらって、こういったカラオケを通して友達をたくさん作っていきける。
F	男	カラオケ	製紙工場に勤めているときに健康デーにちょっと見に来たていたの。定年になってから1年くらいして、先輩から「お前何やってんだ」っていうんだよね。「遊んでいるならここへ来て遊べ」って言われて。カラオケ歌ったことないから、それじゃあ教えてもらおうって入ったの。	<ul style="list-style-type: none"> 今カラオケが一番楽しみでね。腹式呼吸で腹から声を出すっていうのは健康にいいですから。
G	女	受付のボランティア、フラダンス、日舞	昔は手芸部があったから。それと風呂に入れるのが良いね。手足が悪いから毎日お風呂に来るんです。	<ul style="list-style-type: none"> 風呂が、火、水、木、金曜日にあるの。膝が悪いから毎日お風呂に入りに来る。 ここ(老人福祉センター)以外に年寄りが集まって話をするところがないからここがなくなる困る。 皆仲よし。仲良くやっていますからね。 心配事があったら友達に相談してみたりできますよ。 毎日来ていれば顔を見れますから、最近見えなくなった人はどうしたんだろうなって心配で家まで行ってみたりします。それが田舎のいいところですね。
H	男	カラオケ、民謡	バスが行き帰り無料で、風呂に入れるから	<ul style="list-style-type: none"> 風呂に入れるから。老人福祉センターがあるから、したら行くかってバスに乗ってくるんだ。 ユーパロ行ったら700円だもの。俺のところに風呂(銭湯)あるんだけれど400なんぼとられるし。だからさ。

I	男	社交ダンス、カラオケ	札幌に来て今年の11月で4年になるんです。釧路で老人福祉センターでダンスを教えたの。	<ul style="list-style-type: none"> ・早く仲間に馴染みたいと思って今2年目だけどカラオケの世話をやることにした。 ・皆さんと友達になれるから。同じ年代が揃っているからね。色々な悩みを聞いたり、サークルで同じ趣味の人がたが集まる場所だから。 ・つながりはやっぱり大事にしないとね。お互いにやっぱりさびしがり屋が多いですから。 ・年取ってくると身体を動かすとか歌を歌うとか、なんかそういう趣味をもたないとね。
J	女	カラオケ、踊り	友達に老人福祉センターでカラオケをしていることを聞いた。	<ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉センターで仲間ができて、その仲間と老人ホームなどへ慰問にいけることが、生きがいとなっている。 ・ここへ来れば、入院して退院してきても、元気もらって、また帰る。老人福祉センターが一番だ。 ・隣近所のつきあいだと気を使うけど、ここはほら気を使わないでね。ばくりっこして食べたり。こんな良いところはないって感謝しています。 ・自分の生活の70%くらいの楽しみがあるから。
K	男	カラオケ、囲碁将棋	温泉に入れるから。	<ul style="list-style-type: none"> ・家でぼーっとしていても早くボケてしまいそうだから ・風呂に入って、ごはん食べて、歌を唄って。そういう1日を過ごして家に帰るのが楽しみ。 ・湯の川の老人福祉センターの風呂より大きいから。
L	男	カラオケ	<ul style="list-style-type: none"> ・風呂（温泉）があることをしったから。 ・妻が亡くなって30年たち、家にいって一人だし、冬になれば暖房があるし。ここくれば暖かい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・みんなで集まって冗談言ったりすることがいい。 ・俺、森町にいたらもう死んでいると思う。ここのような楽しみが何にもないもん。 ・こういう場所がなくなったら年寄りどうするんだべな、と思う。こうして集まることができていい。 ・ここほどつながっている場所はないね。他の地区の老人福祉センターのメンバーとも交流をしている。

筆者（高橋賢充）作成

V 考察とまとめ

1) 利用者の特徴

本研究において明らかになったことの第1は、老人福祉センターの利用者は一様ではなく、それぞれが明確な目的を持っているということである。その目的とは、①教養講座、友人仲間との交流、行事への参加など多くの目的をもっているグループ。センター外でも積極的にボランティア活動やサークル活動をしている。②教養講座・サークル活動だけに参加し、その他のセンター施設の利用はしないグループ。③教養講座を修了し、サークル活動に参加し、その他の施設で学習活動を行うグループ、④一日の大半を娯楽室（囲碁・将棋など）で過ごすグループ。⑤娯楽室（囲碁・将棋など）と入浴利用のグループ、⑥機能訓練室でウォーキングマシンや自転車漕ぎマシンなどを利用し、その後入浴するグループ、⑦自分の決まった居場所があるグループ。一日の大半を休憩室や和室で仲間と話をしたり、テレビをみて集うグループ（少数の固定メンバー）、⑧ロビーで単独でテレビを見たり、新聞や雑誌を読んで一日の大半を過ごし、入浴するグループ（少数の固定メンバー）、⑨入浴が主目的で、銭湯代わりに利用しているグループである。

これらのグループの特徴を表5に示した。Aの「能

動型」は、ある程度教養講座やサークル活動に積極的に能動的に参加するグループ。そしてB「受動型」は、教養講座などには参加せず、一日の大半をロビーや休憩室（和室）で友人との会話を楽しみとすることや、または新聞を読んだりテレビを見たりしてのんびりと時間を過ごすグループである。教養講座やサークル活動に積極的に参加する「能動型」のグループは、活動自体に純粋な楽しみを感じ、健康を意識し活動することが、仲間づくりにつながっている。「受動型」の利用者は、老人福祉センター内での1日の過ごし方がパターン化されている。

2) 「つながり」と老人福祉センターの意義

今後わが国は高齢化とあいまって一人暮らしが増加している。人との「つながり」が希薄になることによってもたらされる生活上の困難も増加している。この困難には、高齢者の介護予防や孤独死、権利擁護、尊厳、生きき方づくりなど多様な課題が含まれている。地域の高齢者の「生きがいづくり」「生涯学習」「健康の増進」を目的とした地域ケアの拠点である老人福祉センターは、高齢者の「孤立化」と向き合わなければならない。

表5 老人福祉センター利用者の特徴と分類

大分類	中分類	説明
A 能動型	多目的型	①教養講座、友人仲間との交流、行事への参加などを楽しんでいるグループ。老人福祉センター外の施設でも積極的にボランティア活動やサークル活動をしている
	学習中心型	②教養講座・サークル活動だけに参加し、その他のセンター内施設の利用はしない ③教養講座・サークル活動に参加し、その他の施設での学習活動を行う
	健康づくり型	④機能訓練室でウォーキングマシンや自転車こぎマシンなどを利用し入浴する。健康講話等の行事にも参加
B 受動型	娯楽型	⑤一日の大部分を娯楽室(囲碁・将棋など)のみで過ごす ⑥一日の大部分を娯楽室(囲碁・将棋など)で過ごす。入浴もする
	居場所・交友型	⑦休憩室や和室に自分の決まった居場所がある。一日の大半を、仲間と話をし、テレビを見て過ごすなど(少数の固定メンバー)。入浴もする
		⑧ロビーのみで単独でテレビを見たり、新聞や座雑誌を読んだりして一日の大半を過ごし入浴するグループ(少数の固定メンバー) ⑨入浴が主目的。銭湯代わりにしているグループ

筆者(高橋賢充)作成

老人福祉センターを利用している人の年齢は70歳代以上が過半数を占める。健康上の不安や経済的に不安の少ない人たちは、地域の福祉施設を利用するよりも、ゴルフや旅行など多様な活動しているため、老人福祉センターの利用者が少ないと考えられる。

老人福祉センター利用者の多くは、日常生活において「つながり」を求め利用している。「つながる」ためのきっかけとして、講座やサークル活動、そして低額または無料で利用できる風呂などが重要な意味もっていた。

老人福祉センターは、そこを利用する高齢者の日常生活の一部となっていることや、日々の生活のリズムに組み込まれている。老人福祉センターはその利用者の全てが本人の意思で通える唯一の福祉施設である。そのことにより利用者同士の主体的な関わりや「対話」によるローカル「つながり」が創られる。また施設のソーシャルワーカー等の専門職員と利用者との日ごろの「対話」の積み重ねに基づいた支援は、利用者同士や地域の社会資源と継続性・持続性をもって「つながる」ために有効である。

釧路市第3老人福祉センターのように、地域の老人クラブが運営することは有効である。近所の顔見知りや地域が運営することにより、利用者が顔見知りであることや、日々の利用者の変化に気づきやすい。

3) 専門職の役割と相互作用

「つながる」という欲求は、人が生きていくために必要なものであり、自己の存在意義を確認できる重要な手段である。

時には利用者は、人との「つながり」に煩わしさを感じることもある。しかし人は社会生活を送る上で

「つながり」を否定して生命を維持していくことは不可能である。例えば心身の疾病を患った場合や認知症や障害をもってしまった時などは、「つながり」がなくなることで、二次的な障害や生活上の不具合が生じることがある。

人は「つながる」ことにより相互作用が働き、自己実現が可能となる。現代のような人間関係の希薄な地域社会において、高齢者の「つながり」をつくっていくためには、あらゆる社会資源の活用をソーシャルワーカーが専門的知見から支援するとともに、時には新たな社会資源を創造していく必要がある。

地域の高齢者は、それぞれ固有の人生を経験し、固有の価値観、人生観を有している。老人福祉センターの職員は、多様な価値観を受容し、自己実現・人生形成を支援するために一人ひとりにあったオーダーメイドの支援することが求められる。

老人福祉センターは、すべての高齢者が自主的に利用できる社会資源であり、自然かつ継続的な「つながり」をコーディネートするために最も有効な社会資源の一つである。したがって、多くの地域住民や行政機関の人たちに、老人福祉センターの利用価値と存在意義を知ってもらわねばならない。そして、老人福祉センターの専門職には利用者同士の相互作用及び地域のあらゆる社会資源と利用者の相互作用を利用していく支援が求められる。

老人福祉センターは既に「孤立予防」や「無縁予防」(筆者の造語)に結びつく事業を実際に行っている。今後さらに「孤立予防」に役立つためには、老人福祉センターの職員がコミュニティ・ソーシャルワークの専門的スキルを身に着け、地域住民との対話や関係機関との連携などを意識的に取り組むことによって、そ

の効果は上がるはずである。職員にはソーシャルワークの力量をもって実践することが求められるのである。ソーシャルワーカーに求められる役割は、町内会や老人クラブ、地域住民、民生委員等との「対話」を積み重ね、地域包括支援センター、社会福祉協議会、行政、ボランティア・団体等の関係機関、あらゆる社会資源との連携を協働して行っていくことである。

4) 地域の社会資源との連携と課題解決に向けて

札幌市北老人福祉センターでは、平日1日当たりの利用者が延べで200人を超える日がある。利用者は、お元気高齢者から介護予防高齢者、要支援・要介護高齢者まで幅広く利用している福祉施設である。

センター職員は、毎日顔を合わせる利用者の老いていく姿を目の当たりにする。例えば、元気に通っていた利用者が突然病を患い要介護状態になることや認知症が進んで行く様子を垣間見る。また、娘や息子夫婦と同居していることに気兼ねをし、日中は老人福祉センターを居場所として利用している人もいる。家族と同居していても「孤独」なのである。

このように老人福祉センターは、孤立している高齢者を発見しやすいことや、介護予防に結びつく特定高齢者の把握にも役立つ。今回調査を行った旭川市、釧路市、函館市、夕張市では、いずれの利用者も老人福祉センター以外の人間関係が希薄であることがうかがえる。「孤立予防」の視点から高齢者の生活を支えていくためには、公的介護保険制度や介護予防制度では不十分である。老人福祉センターが有機的に継続性をもって、利用者との「つながり」をアセスメントし、目標をたて計画的に行う必要がある。

老人福祉センターでは、外出や社会参加活動が減少

する70歳代以降の利用者が半数以上をしめている。これらの利用者は1日の生活時間の大半を老人福祉センターで過ごしている。今後、老人福祉センターの役割・機能がより多くの地域住民や福祉関係者に理解され結びつくことによって、介護保険や介護予防の施策をはじめとする在宅福祉サービスとの相乗効果をもって地域住民への貢献ができるようになる（図1）。

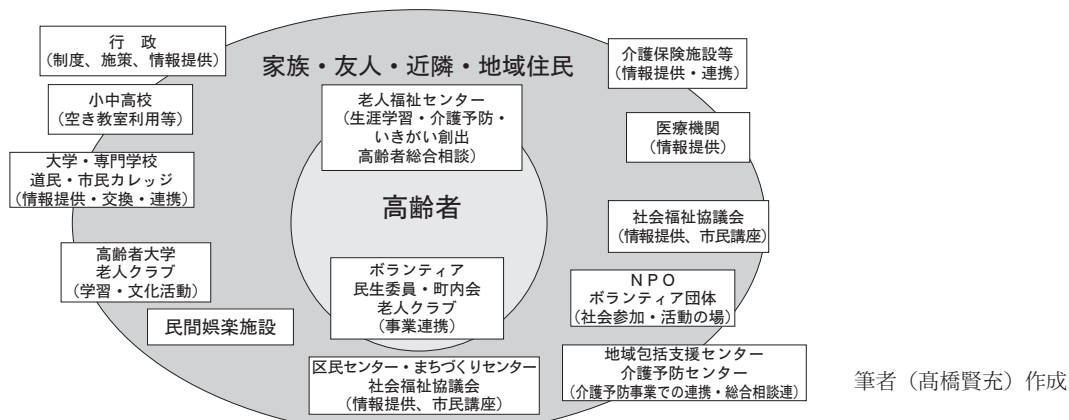
老人福祉センターは市町村事業であり公共性が高い施設であるため、だれでも気兼ねなく利用できる。またロビーや休憩室など広いスペース（A型で495.9㎡以上、特A型で800㎡以上）が確保されていることから、煩わしい人間関係を気にしなくて良いという利点があり、不特定の利用者や初めての利用者であっても居場所にこまらない。

そして、老人福祉センターの特徴は地域の高齢者が自主的に利用でき、好きなときに自分のスケジュールで利用でき、誰からも強制されない自然な人と人との「つながり」を持てるということである。さらに、誰かに強制されることなく利用できるため、煩わしさが少ないという利点がある。

近年では高学歴の高齢者が増加していることや、自分の趣味もライフスタイルが確立された人たちも増えている。その一方で国民年金だけの生活をしている人や生活保護を受給している世帯が増加し、高齢者の生活スタイルにおいても格差が広がっている。

このような地域社会において、老人福祉センター職員がソーシャルワークのスキルを十分に発揮し、「孤立社会」の新たな「つながり」の触媒となり、利用者の主体性を発見し引き出していく専門的支援が必要なのである。

図1 高齢者と「つながる」地域の社会資源のイメージ



(引用文献)

- 1) 厚生労働白書 第1章第1節 p.12「地域社会の変遷と社会保障を取り巻く状況の変化」
- 2) 国立社会保障・人口問題研究会編「日本の世帯の将来推計-2008年3月推計」
- 3) 高橋賢充「高齢者の学習活動とソーシャルワークの統合に向けての実践的研究」, 北海道地域福祉研究,2007,p44
- 4) 高橋賢充「高齢者福祉施設における生涯学習活動—札幌市北老人福祉センターにおける生涯学習の現状と課題—」2007
- 5) 厚生労働省「平成22年度高齢者白書(第1章第3節, 57~61p,)」
- 6) OECD. Society at a Glance:OECD Social Indicators 2006 Edition.(2006)
- 7) (月間福祉 2001. 7月号「孤立」を生み出すメカニズム. 浦光博 p12)
- 8) 中村一茂(ソーシャル・インクルージョンの社会福祉—「ソーシャル・インクルージョンの射程」)

(参考文献)

- ・株式会社シムス『札幌市北老人福祉センター管理業務の計画書』, 2006,p.2
- ・松村操 「札幌市手稲老人福祉センターの利用者調査」, 2005 (未公刊)
- ・山田隆一 「高齢者の「生きがい」増進を地域社会で育む枠組みに関する基礎的研究」(立命館大学博士学位論文) 2002,p.21
- ・柴田博 「生活の質と生きがいの枠組み」1998,p.51
- ・老年期の発達課題
- ・山田隆一 「高齢者の社会参加からみた地域社会における生涯学習団体の現状と課題」『政策科学』8 - Feb2001,p.153
- ・辻浩 「住民参加型福祉と生涯学習」ミネルヴァ書房 2003,pp.152 - 166
- ・東京都老人総合研究所介護予防緊急対策室長 大淵修一「介護予防機能を充実させるための視点」『月間福祉』2006.9