

弘前大学大学院地域社会研究科
学位論文

統合失調スペクトラム症を中心とした精神障害者の自立とその自立を達成させる要因の研究
－当事者、家族、地域支援者の自立認識の相違から地域移行・定着の方法を探る－

弘前大学大学院地域社会研究科
地域社会専攻地域文化研究講座

17GR105

駒ヶ嶺裕子

【目次】

第1章	精神障害者の自立をめぐる地域生活の現状と課題	4
第1節	精神障害者の自立をめぐる福祉施策の変化	
第2節	精神障害者の自立に影響を与える家族と地域の現在	
第3節	精神障害者の現状と秋田県の実態	
第4節	自立を捉える論点	
第2章	当事者が考える自立とその自立を達成させる要因	15
第1節	社会福祉政策と地域移行・定着の現状と課題	
第2節	地域生活移行と定着の阻害要因	
1	地域生活移行と定着の課題	
2	調査協力者の概要	
3	倫理的配慮、個人情報の保護	
4	分析方法	
第3節	当事者が考える自立	
1	経済活動	
(1)	働くこと	
(2)	仕事の条件	
2	健康の維持・管理	
3	自分のペースで生活する	
第4節	当事者が考える自立を達成させる要因	
1	支援者とのかかわり	
(1)	暮らしを取り戻す	
(2)	日常生活の改善	
2	生活力の向上	
(1)	自助努力も必要	
(2)	希望と目標を持つ	
3	健康管理	
第5節	当事者が考える自立	
第3章	当事者の自立における家族の役割	37
第1節	家族の高齢化と介護負担の現状	
1	現状と課題	
2	調査協力者の概要	
3	倫理的配慮、個人情報の保護	
4	分析方法	

第2節 家族が考える当事者の自立

- 1 調査結果から
- 2 自立を阻むもの
- 3 家族の葛藤
- 4 家族の役割

第3節 家族が考える当事者の自立と家族の役割

- 1 自立に向けた家族の役割
- 2 家族が考える当事者の自立

第4章 地域支援者（サービス提供事業者）が考える当事者の自立とその自立を達成させる要因・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 56

第1節 当事者と地域支援者の関係性

- 1 現状と課題
- 2 調査協力者の概要
- 3 倫理的配慮、個人情報保護
- 4 分析方法
- 5 分析結果と表記

第2節 地域支援者が考える当事者の自立

- 1 人生の転換期
 - 2 病気の認識の有無
 - 3 家族のかかわり
 - 4 地域生活
 - 5 生活スタイル
- (1) 自立はライフステージで変化する
- (2) 障害とともに生きる

第3節 地域支援者が考える当事者の自立を達成させる要因

- 1 地域生活
- (1) 家族と離れて暮らす
- (2) 日常生活の習慣を身につける
- (3) 健康管理ができる
- 2 経済活動
 - 3 生活スタイル
- (1) 地域支援者とのかかわり
- (2) 自由に生活すること

第4節 地域支援者が考える当事者の自立

第5章 当事者、家族、地域支援者の自立認識の相違から地域移行・定着の方法を探る・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76

- 第1節 当事者、家族、地域支援者の自立の相違が地域生活に及ぼす影響
 - 1 自立の多面性
 - 2 受援を含む自立
 - 3 自己責任化
 - 4 社会資源の欠乏
- 第2節 当事者、家族、地域支援者の自立認識とその自立を達成させる要因から地域定着の方法を探る
 - 1 自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景
 - 2 自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行
 - 3 当事者、家族、地域支援者の自立認識とその自立を達成させる要因から地域定着の方法を探る
- 第3節 本研究の意義と今後の課題

謝辞	84
文献	85

第1章 精神障害者の自立をめぐる地域生活の現状と課題

第1節 精神障害者の自立をめぐる福祉施策の変化

今から約100年前に、呉(1901)によって精神障害者の生活実態の報告がされた¹⁾。そこには、当時の私宅監置による精神障害者の状況を調査して、「この国に生まれたるの不幸」と記されていた。精神障害者の「自立とは何か」を問いかけると、これまでの時代の変遷と背景を考えることは重要である。

精神障害者に関する法律に「自立」が加えられたのは、1993年に成立した障害者基本法においてである。法の目的(第一条)に、「障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進すること」として、「自立」の文言が盛り込まれている。また、障害者の定義(第二条)で、それまで医療分野の患者として捉えられていた精神障害者が、身体障害者や知的障害者と並んで初めて法の対象として位置づけられた。

この障害者基本法成立の背景には、「完全参加と平等」をテーマに障害者の理解促進を求めた1981年の、国際障害者年がある。その後、精神障害者関係では1995年に、精神保健法が精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)に改正された。

この法律では、「その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る」という障害者基本法の基本理念と重なる内容が目的として加わった。このことは、精神障害者個人を、人としての尊厳があり、家庭や地域の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心した生活を送る生活者として位置づけたと捉えることができる。具体的には、精神障害者保健福祉手帳制度の創設や、社会復帰施設の4類型(精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場)が定められ地域生活の準備が進められた。

また同年12月に、地域生活の実現に向けてノーマライゼーションの理念をもとに、住まいや働く場ないし活動の場や必要な保健福祉サービスが的確に提供される体制を確立する障害者プラン(ノーマライゼーション7か年戦略)が公表され、精神障害者地域生活支援事業が定められた。ノーマライゼーションは、デンマークのバンクミケルセン(1919-1990)が、1959年法(精神薄弱者に関する法律)で提唱した概念である。この考えは、「知的障害のある人が障害のない人の生活と可能な限り同じ生活を送る権利を有することで、社会の中でともに生きる共生社会の実現」を目指すもので、今では、障害者ばかりではなく高齢者も含めた社会福祉の理念の一つとされている。

また、谷中(1996)も、当時の生活者の視点から「ごく当たり前の生活」の理念をもとに、精神障害のある人を患者としてではなく、当たり前の人として、自己決

定ができる生活者としてみなすことや、地域の中で当たり前の生活ができるように当たり前につき合う視点をもつことの福祉的援助の必要性を述べている²⁾。

この当たり前の生活ができることに関しては、障害者基本法第3条第2号にある「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない」にもあるとおり、病院からの地域移行の取り組みが進められた。

その当時の障害者をとりまく社会背景は、少子高齢化・核家族化の進展、そして障害者の自立と社会参加の促進へと変化しており、社会福祉への多様化とニーズの変化に対応するために2000年には、社会福祉基礎構造改革による措置から契約への転換、社会福祉法による苦情解決や権利擁護が強化された。さらに、2003年には、障害者サービス利用の新たな仕組みとして、自己選択、契約方式による支援費制度が開始された。

これまでに地域移行の政策がとられている一方で、厚生労働省の「患者調査」の精神疾患を有する入院患者数は、1990年の約34.1万人から2002年34.5万人、2005年35.3万人へと増加している。

この増加する入院患者数の状況を受けて、2004年に精神保健福祉対策本部中間報告に基づき、3つの検討会（精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会、精神病床等に関する検討会、心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会）が設置された。これら検討会の報告を受けて、精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下：改革ビジョン）「入院医療中心から地域生活中心へ」が打ち出された。これは、精神障害者の当たり前の生活を目指すため国民の意識の変革や、精神医療体系と地域生活支援体系の再編、精神保健医療福祉施策の基盤強化を図るという精神保健医療福祉改革の基本的考えを示したものであった。

この改革ビジョンの翌年に障害者を保護主体から障害者主体へと転換させ、2005年には障害者自立支援法を制定して、精神障害児と精神障害者の自立支援を促進する福祉サービス体制を整え、地域移行支援を推進した。この地域生活の推進は、医療・社会福祉の再編とともに10年間で病床数の削減や、退院可能な精神障害者の退院者数の増加を目的に地域移行支援事業として実施された。また、2010年には、地域移行推進員に加えて地域体制整備でコーディネーターを配置し、精神障害者地域移行支援と地域定着支援事業として自立と社会参加がすすめられた。

ここでいう地域移行支援とは、2013年の厚生労働省社会保障審議会障害者部会の「障害者支援施設等及び精神科病院に入所・入院している障害者に対して、住居の確保や障害福祉サービスの体験利用・体験宿泊のサポートなど地域生活へ移行するための支援を行うもの。」を指す。

このように精神障害者福祉施策は、福祉施策上の位置づけを繰り返して地域生活者へと移行してきた。しかし、厚生労働省障害保健福祉部資料「患者調査」（2014年）によると、入院患者数は28.9万人と2005年の35.3万人より減少しているものの、2020年はおよそ23.7万人、平均入院日数は277日となっていることから、

改革ビジョンから約 20 年を経てもなお地域移行の実行がいかに難しいかがわかる。この結果を踏まえて、2022 年の国連障害者権利に関する条約（以下：障害者権利条約）の審査において、以下のような勧告を受けた。

国連の勧告では、特に障害者権利条約 19 条の「自立した生活〔生活の自律〕及び地域社会へのインクルージョン」と 24 条の「教育」に関して指摘を受けた。特に 19 条に関しては、障害児を含む障害者が施設を出て地域で暮らす権利の保障、次に精神科病院の強制的な入院に対する障害者への差別という点である。この点については、国連の委員からも「強制医療より、地域でのケアサポートが重要」と指摘を受けており、退院可能な精神障害者の地域生活移行・定着の促進と差別や偏見に対する意識変革が求められる。

以下に本節で述べた精神障害者の自立にかかわる法制度の変遷を表 1 に示す。

表 1 精神障害者の自立にかかわる法制度の変遷

1950 年代	1959 年	ノーマライゼーション	バンクミケルセンによる 「知的障害のある人が障害のない人の生活と可能な限り同じ生活を送る権利を有することで、社会の中で共に生きる共生社会の実現を目指している。
1970 年代	1975 年	障害者の権利宣言	障害者が等しく尊厳の尊重、平等の権利を有し、社会への完全参加と平等の旨を定めている。
1980 年代	1981 年	国際障害者年	「完全参加と平等」をテーマにし、障害者の社会生活の保障・参加のための国際的努力の推進を目的とした。
	1983 年	国連・障害者の 10 年	1983 年から 1992 年を国連障害者の十年と定め、障害者に関する世界行動計画が策定された。
1990 年代	1993 年	障害者基本法	障害者権利条約の趣旨に沿った障害者施策の推進を図るため、従来 of 心身障害者に加え、精神障害により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についても、新たに「障害者」と位置づけられた。
	1995 年	精神保健福祉法	精神障害者保健福祉手帳の創設 精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場を法定化した。

	1995年	障害者プラン・ノーマライゼーション7か年戦略	1996年から2002年を定めて、リハビリテーションとノーマライゼーションの理念を踏まえて、7つの視点から施策の重点的な推進を図る。
2000年代	2000年	社会福祉基礎構造改革	国民の自助と事業所など民間のサービスを活用し、少子高齢社会の進展に伴う社会福祉の支出の増大を抑制すべく、民活導入によって社会福祉の制度を構造そのものから改革しようとする政策。基本方針は、「契約利用制度の導入」など、7つあげられた。
	2003年	支援費制度	支援費制度では、障害者（身体・知的）自らがサービスを選択し、事業者との対等な関係に基づく、契約によりサービスを利用することとなる。
	2004年	精神保健医療福祉の改革ビジョン	「入院医療中心から地域生活中心へ」の改革を進めるため、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体制の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」を10年間で進める。
	2005年	障害者自立支援法	障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきたサービスについて、一元的に提供する仕組みを創設した。
2010年代	2012年	障害者総合支援法	障害のある人が基本的人権のある個人としての尊厳にふさわしい日常生活や社会生活を営むことができるように、必要となる福祉サービスにかかわる給付・地域生活支援事業やその他の支援を総合的に行うことを定めた障害者自立支援法を改正した。
2020年代	2022年	障害者の権利に関する条約の国連審査	国連におかれた障害者権利委員会（以下、権利委員会）による条約の実施状況についての審査

出典：厚生労働省 HP より作成

第2節 精神障害者の自立に影響を与える家族と地域の現在

なぜ、自立をめぐり、当事者、家族、地域支援者による3つの視点の突合せが必要になるのか、について論ずる。

当事者の自立にかかわる改革ビジョン施行以降の地域移行・定着者数の成果が見えにくいことにある。この件について江間（2020）も、「長期在院者を対象とする様々な退院促進事業が推進されてきたが、大きな成果をあげられなかった。」³⁾と評価し、また吉益ら（2023）は、退院問題で成果をあげられなかったことに触れて、「入院が長引けば患者の高齢化も進み、退院が困難になる。」⁴⁾と退院の困難さを危惧している。その一方で、精神疾患を有する患者数は増加傾向にあり、国民にとって身近な疾患となっている。

そこで、厚生労働省では、精神障害者が安心した地域生活を送るために、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができることを確保する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指した（2017）。この「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」略して、「にも包括」と呼ばれ、「精神障害の有無にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたもの」として地域住民と専門職・機関の横断的な連携を求める内容である。

しかしながら、その後の検証では、障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（2020）からも、退院後の行き先として家庭が多く占める一方、他の病院・診療所に入院することや、退院後の地域生活で症状が再発して地域で生活することが困難になる場合があるとの報告がなされている。また、地域の居住を賃貸人側も入居する際に拒否感を示す場合もあることから、退院後の居住先の確保が未だに課題の一つとしてあげられている。

こうした現状を受けて、長期在院精神障害者の地域社会への復帰と定着を達成させるために吉益ら（2023）は、「従来の国が主体となるトップダウン方式から、現場が主体となるボトムアップの視点が不可欠になる。」と報告し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における成果と課題を踏まえて、地域包括ケアシステムは引き続き検証が必要だと結論づけている。このことから、当事者が当たり前のように自立した生活をするという考え方との隔たりは大きく、ノーマライゼーションが目指す「社会の中でともに生きる共生社会の実現」や、谷中（1996）の「ごく当たり前の生活」が未だに浸透していないといえる。

このように改革ビジョン以降、早期退院における社会復帰が進み、生活の場を地域生活へと移行・定着することが目標とされてきた。一方で、社会資源の不足や、長期在院者の高齢化による社会復帰の困難さという問題も発生している。これらを踏まえて本研究では、精神障害者の自立支援を見直す時期に来ていると考えた

ことから、当事者の自立認識を再検証し、地域移行・定着促進の方法について検討する。その詳細については、第2章で述べる。

次に当事者の自立における家族の問題について論じる。ここでいう家族とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の第5条2項の「精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人」である「家族等」を指すが、ここでは、調査に協力した(当事者の)家族会に参加した親、叔母の血縁関係者とする。

精神障害者の家族には、入院、治療、通院などの生活管理に至るまで保護者義務として大きな負担が課せられていた。それは、1900年代の「精神病者監護法」から2013年の保護者制度の廃止まで続いた。しかし廃止されてもなお、家族が第一義的に責任をゆだねられるイエスタ・エスピン＝アンデルセン(Gøsta Esping-Andersen)の福祉レジームにおける家族主義的福祉を前提とした福祉施策が当たり前の支援として位置づけられてきた⁵⁾。しかも、家族の中でも特に母親など女性がその役割を担ってきたことは否めない。

本研究においても、「家族」としての調査協力者は母親や女性であり、当事者をケアする中心的な存在であった。全国精神保健福祉会連合会の「平成29年度精神障がい者の自立した地域生活の推進と家族が安心して生活できるための効果的な家庭支援等のあり方に関する全国調査報告」(2018)によると、家族と同居する割合が76%と多く、特に当事者の親との同居率が高かった。同居理由では、「経済的に困難な状況や収入に影響があったため」と報告されている。また栄・岡田(1998)の家族調査によると、当事者と同居する8割以上の親のうち6割以上が60歳以上であり、年収400万円未満が6割と報告されている⁶⁾。これ以降の同居家族調査世帯の収入状況は見当たらないが、厚生労働省(2022)国民生活基礎調査の概況と平均世帯人員の年次推移の結果によると、世帯数は増加しているが世帯構成員数は減少傾向にあること、世帯人員1人当たりの平均所得金額において、70歳以上の所得が最も低いことが報告されている。このことから前述した栄・岡田(1998)の約20年前の調査結果と比較しても家族同居の収入状況が高くなったとは言い難い状況である。

また、家族負担には所得状況のほかに、精神的な負担が大きいことが報告されている。公益財団法人全国精神保健福祉会連合会(2018)の調査によると、「本人の状態が悪化して危機的な状況になったとき、「特に苦勞や不安はなかった」と答えた家族は全体の8.5%に過ぎず、多くの家族が負担に感じていた。」と報告している。また、同調査結果からの保護者制度の廃止についても、「保護者制度が廃止された後の変化について、ほとんど変わらないと感じる家族45.2%」と報告されている。そして、効果的な家族支援として支援者に家族が望むことは、「本人の自立する準備のための働きかけや、親から独立して主体的に自分の生活を送られるようになってほしい。」と希望している。このように、今日まで障害者支援の保護者制度の廃止や障害者相談体制が整備され、家族の負担が軽減されたかのように見えるが、家族が主なる支援者であることに変わりはないようである。

一方で、家族同居による弊害もある。感情表出（Expressed Emotion, EE）が強い家族の場合、当事者がストレスを感じて再発しやすい状態になるという、イギリスの Brown GW ら（1972）が 1960 年代から 1970 年にかけて報告した家族研究である⁷⁾。この報告は、近年の EE 研究では、統合失調症患者以外の精神疾患や慢性的な病気と家族の研究にも応用されている。感情表出とは、感情の表し方（表情、口調、態度など）を指す。米倉・三野（2019）は、EE 研究について、「家族や介護者、支援者などが統合失調症や認知症、「家族や介護者、支援者などが統合失調症や認知症、ADHD や自閉症スペクトラムなどの精神疾患や慢性的な病気のある人物に対して表出する感情を一定の基準によって評価し、高い感情表出(高 EE)家族と低い感情表出(低 EE)家族にわけ、再発や病気の経過に与える影響を明らかにしようとするものである。」⁸⁾と定義している。

以上から、当事者の家族が考える自立に関する問題は、未だに続く家族主義的福祉を背景に家族（親）の高齢化による介護負担に加えて、経済的・精神的負担の軽減問題があげられる。今日まで取り上げられてきた問題を踏まえて家族の役割について再度検証する。その詳細については 3 章で述べる。

最後に支援者からみた当事者の自立における問題についてである。当事者にかかわる専門職は、主に精神保健福祉法や障害者総合支援法に規定されている。一般的には、医療機関や相談支援事業所、居宅介護支援事業所などの地域支援にかかわる事業者、行政職などであるが、ここでは、支援者をインタビュー協力者である地域生活を支える福祉サービス事業所職員をいう（以下、支援者）。

当事者の家族調査「精神障害者の自立した地域が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方」に関する調査（2010）における、当事者が不調の際の相談先について、「信頼できる専門家と巡り会えない」「相談できるまでに時間を要する」「訪問して支援を開始してくれる専門家がいれば、治療が早く開始された」という報告から支援者の早期介入が求められてきたことがわかる。

この支援体制に関する調査結果を受けて、その後、相談支援事業として制度化され、障害福祉サービスを利用する際には必ず相談支援を受けることや、地域相談支援サービスにより社会的入院の解消に向けた地域移行支援体制の整備がなされた。さらに、近年では包括ケアシステムが創設されたことで、医療・福祉における相談窓口の明確化や、支援者との信頼関係のもとに行われる早期治療、福祉サービスの早期介入により、当事者と家族の安心・安全の体制整備が整えられてきた。

しかし、その一方で当事者と支援者との関係性について、吉谷、伊東、石崎（2017）が指摘するように、医療・福祉・企業における精神障害者を含む障害者への不適切な行動や事件があとを絶たない⁹⁾。その背景については、樋澤（2009）の「関係性が専門家側の視点によってのみ判断されているのなら、当事者の意見なしに作られた当事者が望むであろう『専門家の態度』の可能性もある」、と複雑な関係性を疑問視したもの¹⁰⁾や、三野（2011）の「相手の利益のために本人の意向にかかわ

りなく生活や行動に干渉し、制限が加えられているのではないかというパターンリズム的な疑問視がある」¹¹⁾、といった捉え方がある。

ここでいうパターンリズムとは、その語源に父性を意味する「pater」を含んでおり、「家父長主義」と翻訳されてきた。そのため、女性の解放と共に展開されてきたケア倫理学にとっては批判の対象であり、その克服が目指されることが多い。

実際にケアの現場では、当事者と支援者であるケア需要者とケア提供者の間で、ケアする際の倫理で均衡を保つことを目指してきた。一方で、安井（2021）は、パターンリズムケアの倫理に基づこうとした介入の場面において不可避であると論じ¹²⁾、肯定的な意見として坂本は、互いに補完しあうものとして、「ケアの倫理とパターンリズムは必ずしも対立関係ばかりではない。」と明確な線引きはない¹³⁾としている。

そこで、家父長制が残る北東北の秋田県大館市、鹿角市において NPO 法人 3 事業所に勤務する支援者に当事者の自立認識と自立の達成要因についてインタビュー調査をした。そこで得た知見をもとに支援者がどのような自立認識があり、その達成要因をどのように捉えているのかを明らかにした。また、当事者が考える自立認識との比較検討により地域移行・定着の促進について検証する。その詳細については 4 章で述べる。

第 3 節 精神障害者の現状と秋田県の実態

わが国の精神障害者の入院者数は、厚生労働省が「医療施設を利用する患者について、その傷病の状況などを調査し、今後の医療行政の基礎資料を得ること。」を目的に、3 年ごとに実施する患者調査（2020 年）の結果報告によると、入院者数およそ 121 万 1 千人のうち精神及び行動の障害者は 23 万 7 千人であった。

また、精神保健福祉手帳交付者数（2020）は 1,180,269 人で、前年度に比べて 44,819 人（3.9%）の増加傾向にある。その一方で、2020 年の地域移行支援・地域定着支援の利用人数は、地域移行支援が 400 人、地域定着支援が 984 人である（表 2）。このように手帳交付者数に比べて地域移行支援・定着支援者数が少ないことがわかる。

次に年齢・性別による全国の子精神障害者数（2017）は、外来の年齢階層別精神障害者総数 389 万 1 千人のうち、25 歳未満 38 万 5 千人（9.9%）、25 歳以上 65 歳未満 206 万人（52.9%）で、内閣府の高齢社会白書（2021）には、65 歳以上 144 万 7 千人（37.2%）とある。外来患者数のうち、65 歳以上が全体の約 4 割を占めていることがわかる。

そこで、本研究の調査地域である秋田県を含む北東北 3 県（隣県の青森県と岩手県）は、気象条件や農山間地域が多いなどにおいて似た環境条件にある。そこで、青森、岩手両県の状況も見ながら本調査地域の状況を説明する。

3 県の入院患者数の年次推移をみると、いずれも入院者数に大きな変化はなく横ばいが続いている（表 2）。また、表 2 および表 3 をもとに 2020 年における各

県の入院患者数の人口比をみると、全国平均 0.2%のところ青森県 0.4%、秋田県 0.3%、岩手県 0.2%と大きな違いは見られない。

3 県の高齢化率は、2020 年度の全国平均 28.8%を超えている。特に秋田県は 38.1%と、隣県よりも高く全国平均を 9.3 ポイント上回っている（表 3）。人口減少と高齢化率の関係について秋田経済研究所が、人口減少の要因を「従来からの社会動態（転入－転出）による減少が拡大したことに加え、自然動態による減少が急速に拡大したため。」と報告している。

本研究の調査地域である鹿角市の第 6 期鹿角市障がい者計画によると、2020 年の人口は 30,157 人、精神障害者保健福祉手帳所持者数 282 人である。総人口に占める高齢化率は 40.9%と全国平均より 12.1 ポイント高い。また、大館市の第 4 次障害者計画によると、2020 年の大館市の人口は 69,237 人、精神障害者手帳所持者数 623 人で、自立支援医療費のみの受給者数を加えると 1,857 人であり、総人口に占める高齢化率は 39.0%と全国平均より 11.8 ポイント高いという結果である。また、2022 年厚生労働省が発表した人口動態統計によると、秋田県の人口千人あたりの出生数を示す出生率は 4.3 と 28 年連続全国最下位である一方で、死亡率は人口千人あたり 18.6 と 11 年連続全国 1 位と高い状況が続いている。秋田県で暮らす当事者と同居家族は高齢化の傾向にある。また、当事者にきょうだいがいる場合は、他県や同県内でも当事者とは遠くに離れて暮らしているなど、相談や援助を受ける場合において、同居家族（特に親）の負担が大きく、精神障害者の支援方法について他県より早く変革の時期にきていると推測される。

以上から、高齢化の進む精神障害者の自立を支える社会資源が欠乏しがちになる要因に少子高齢化と人口減少の進行があると考え、少子高齢化と人口減少の進行が顕著である秋田県県北地域を研究対象地域として選定した。

表 2 年次別 精神疾患を有する入院患者数の推移と北東北 3 県の地域移行支援・定着支援利用者数

年次	全国			青森県	岩手県	秋田県
	入院者数 (万人)	地域移行 支援利用 者数 (人)	地域定着 支援利用 者数 (人)	入院者数 (人)	入院者数 (人)	入院者数 (人)
2016	-	384	719	5,943	3,544	3,428
2017	25.2	432	820	5,733	3,290	3,379
2018	-	486	862	5,849	3,265	3,409
2019	-	570	905	5,691	3,233	3,302
2020	23.7	400	984	5,355	-	3,365
2021	-	417	1,059	5,281	-	3,277

資料：厚生労働省「患者調査」2020年

内閣府「令和4年版障害者白」書参考資料

青森県：令和3年青森県保健統計年報

岩手県：岩手県保健福祉部岩手県保健医療計画（2018－2023）」

平成30年3月策定（令和3年3月改訂）、岩手県障がい福祉計画実績値

秋田県：第6期秋田県障害福祉計画・第2期秋田県障害児福祉計画

福祉の概要 令和5年度（令和4年度概要） 秋田県健康福祉部障害福祉課

表3 2020年度の北東北3県の人口と高齢化率、精神保健福祉手帳の取得者数

	総人口 (千人)	65歳以上人口 (千人)	高齢化率 (%)	精神障害者 保健福祉手帳取得者 数 (人)
青森県	1,221	419	34.3	12,279
岩手県	1,196	409	34.2	13,546
秋田県	945	360	38.1	7,419
全 国	125,710	36,190	28.8	1,135,450

出典：内閣府令和3年版高齢社会白書（概要版）

青森県：令和3年青森県障害福祉サービス実施計画（第6期計画）

岩手県：令和4年3月岩手県保健福祉部岩手県リハビリテーション協議会
「岩手県地域リハビリテーション連携指針」改定版

秋田県：令和2年度（令和元年度概要）秋田県健康福祉部障害福祉課「障害福祉の概要」

第4節 自立を捉える論点

障害のある人が障害のない人と同じように社会参加することを「障害者の自立」として表現されるようになった背景には、1950年代後半の北欧から始まったノーマライゼーションの思想の普及と、1970年代にアメリカで展開された「障害者の自立生活運動」の「支援を受けても自己決定に基づく、自分ならではの生き方を貫くことこそが自立である」という自立観が我が国に紹介されたことがある。また、1980年代の「国際障害者年」「国連障害者の10年」の取り組みも影響が大きかった。

こうした障害者の人権をまもるための世界的な働きを受け、我が国では、1990年代に入って、少子高齢化と低経済成長化が進むなかで、1997年に「財政構造改革」「行政改革」「金融改革」「経済構造改革」「教育改革」「社会保障改革」のいわ

ゆる「6つの改革」を行い、「社会保障改革」において、介護保険法の制定や年金改革、社会福祉基礎構造改革などが行われた。

この「社会福祉基礎構造改革」の方向性を検討する中で出てきたのが、「自らの努力だけでは自立した生活を維持できない場合に、社会連帯の考え方に立った支援が必要となる」という視点を基盤に、「個人が人としての尊厳を持って、家庭や地域のなかで、その人らしい自立した生活が送れるように支える」という、「新しい社会福祉の理念」である。以後、社会福祉事業法から社会福祉法への改正（2000年）、2003年の「支援費制度」の施行、障害者基本法の改正（2004年）、障害者自立支援法の施行（2006年）へとつながっていき、「措置から契約へ」「地域福祉の推進」「施設中心から居宅サービスへ」など、障害者支援の充実・強化が図られた。

障害者の自立については、2000年代の社会福祉基礎構造改革や支援費制度施行当時、大橋（2001）が、「働く意義と働く場所の確保ができる『労働的・経済的自立』、人間の内面を言語や身体、アートなどで表現できる『精神的・文化的自立』、家庭に憂いがなく、仕事に張り合い、生活に笑いと豊かなリズムのある『身体的・精神的自立』、人々と人間関係を豊かにすることができる『社会関係的・人間関係的自立』、生活者・消費者として自身の家庭・食生活を管理することができる『生活技術的自立』、意見や財産を管理し、政治に主人公としての諸権利を行使することができる『政治的・契約的自立』」の6つに分類し、それぞれが独立した形ではなく相互関係・作用することが自立であると定義している¹⁴⁾。

また、三浦・宇山（2003）は、「一義的に捉えるのではなく、能力に応じた日常生活を営むことがその人なりの自立である。」として、自立を日常生活における個人単位で捉えている¹⁵⁾。障害者の地域生活と就労を進める障害者自立支援法成立時に青木（2005）は、「自立は単に経済的自立ばかりではなく、自立を考える際に当事者の認識と社会の両方の側面から考えないと本質が見えてこない。」と経済的自立に傾倒するのではなく多角的な視点の必要性を批判的に述べている¹⁶⁾。

このように、自立は他の援助を受けず、自分の力で身を立てることではなく、「それぞれの能力にあわせた日常生活を送るなかで、一義的なものではなく多面的であり相互に影響しあうもの」であると考えられる。しかし、現実には、障害を個人の心身機能が原因でもたらされるものと捉えられる傾向があるため、その支えは家族をはじめとした身内がみるべきであるとする考えが根強い。これと同様に自立についても経済的自立を第一に考える人が多く、障害者に対する偏見や差別が未だ続く理由の一つであると考えられる。また、一方では、年金問題等で指摘されるように少子高齢化や経済状況の低迷により、自立を支える社会資源の確保も難しい状況である。

そこで本論文では、統合失調スペクトラム症を中心とした精神障害者の自立を自立の多面性と受援を含む自立の2つに注目し、（1）自己決定が自己責任と受け

止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景、(2)自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行、を論点に考察していく。

第2章 当事者が考える自立とその自立を達成させる要因

第1節 社会福祉政策と地域移行・定着の現状と課題

第2次世界大戦後、公衆衛生の向上増進を責務とした日本国憲法の成立を受けて、精神障害者への適切な医療・保護を目的とした精神衛生法(1950)が成立した。

一方で、精神科病院における人権侵害による事件が発生し、国内外から批判される事態となった。その代表的な例が宇都宮病院事件(1984)で、入院中の患者が看護職員らの暴行によって死亡するという痛ましい事件である。この事件をきっかけにして、精神障害者に対する人権侵害や、受皿としての社会復帰施設の不十分さが注目され、人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と社会復帰の促進を目的とした精神保健法(1987)が成立した。

次いで、障害者基本法の成立(1993)によって法の対象として位置づけられたことから、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)が改正(1995)された。精神保健福祉法では、従来の保健医療施策に加え、精神障害者の社会復帰等のための福祉施策に関する法律上の位置づけが強化された。

以上のような法改正を繰り返しながら、入院医療中心の施策からグループホームの法定化や社会復帰施設、福祉ホームなど社会復帰や福祉施策に関する法律上の位置づけを強化し、さらに、精神障害者保健福祉手帳の創設や、ハローワークによる障害者支援、福祉サービスの利用の円滑化による退院者の地域生活移行や定着支援体制の構築を進めてきた。しかし、医療中心から地域生活中心へと移行してから厚生労働省(2022)の「第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会の資料」によると、入院患者数は過去15年間で約34.5万人から30.2万人と約4万3千人の減少傾向にある(表4)。

一方で、外来患者数は増加傾向にあり、約223.9万人から389.1万人の約165万2千人の増である。また、1年以上入院している長期入院者は、精神保健福祉資料によると2004年22.6万人、2012年19.7万人、2016年17.9万人、2020年16.7万人と入院者の2/3に近い数で推移している。長期入院者数は減少したものの、地域生活移行が進んでいるとはいえない状況にある。

表4 総患者数と入院・外来患者数の推移

年度	総患者数 (万人)	入院者数 (万人)	外来患者数 (万人)
2002	258.4	34.5	223.9
2005	302.8	35.3	267.5
2008	323.3	33.3	290.0

2011	320.1	32.3	287.8
2014	392.4	31.3	361.1
2018	419.3	30.2	389.1

出典 2020 患者調査

この地域移行・定着が進まない要因には、法律における自立の定義と本研究で注目する当事者個別の、また当事者による能動的な自立の捉え方との間に、相違があることが考えられる。

まず、法律上の自立を確認する。生活保護法第1条には、「最低限の生活を保障するとともにその自立を助長することを目的とする」とある。ここでいう自立とは、小山（2004）の『改訂増補生活保護法の解釈と運用』の解釈では、「公私の扶助を受けず自分の力で社会生活に適応した生活を営むことのできる」とある¹⁷⁾。これは、生活全般に渡り援助なしに生活することであり、狭義の経済活動を指している。

つまり、本研究で注目する「自立」に対し、経済的視点のみで把握しようとする傾向が見受けられる。次に、障害者基本法の第一条（目的）において、「障害者の自立及び社会参加の支援等のため」とうたわれ、厚生労働省社会保障審議会「社会福祉事業及び社会福祉法人について自立の概念（参考資料）」（2004）でも自己決定に基づいた生活や主体的な社会参加活動の実現を意味しているのである。そのためにも、精神保健福祉法にあるように精神障害者が目指している社会復帰及び社会経済活動の参加促進が必要となる。

このように法律上の精神障害者の自立は、社会参加と不可分なものと捉えられ、保健・医療・福祉を横断するかたちで社会参加促進の支援体制が求められている。しかしながら、支援体制の構築が急がれるあまり、自立に対する配慮が十分でなく、結果として、地域移行・促進が進展していないと危惧される。そこで、以下において当事者が自立をどのように考えているのか、その自立を達成する当事者個別の、また能動的な原動力とは何か、家族や支援者が考える当事者それぞれの自立の相違を明らかにしながら、自立とその自立を達成させる要因について地域生活の移行や定着するための方法から考察する。

第2節 地域生活移行と定着の阻害要因

1 地域生活移行と定着の課題

今日まで、当事者の地域移行・定着を厚生労働省（2004）の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」のもと進められてきた。しかし、障害者権利条約（2022）の国連審査において、障害児を含む障害者が施設を出て地域で暮らす権利がいまだ保障されていないとの指摘を受けたと内閣府 HP で公表し、メディアも同年11月に「国連勧告で問われる日本の障害者施策」と報道した。

2014年に障害者権利条約を批准してから、グループホームで生活する利用者は14万人（令和2年11月時点）と増加傾向にはある。その地域移行については、障

害福祉計画の目標設定のもと、その実現が容易ではない様子が見られる。実際に地域に移行する当事者の条件は、一般財団法人日本総合研究所（2021）の障害者支援施設における地域移行の実態調査によると、障害者支援施設等に入所、または精神科病院に入院している者とあるが、なぜ、地域移行が進まないのかという点である。

その理由を実態調査では、当事者の高齢化や障害程度の重度化、さらには自身がニーズを有しない場合、あるいは家族や後見人等の反対などの個人と家族環境に関することと報告された。また、利用者のニーズがあっても地域の社会資源の不足や、社会資源が存在していても障害の程度や状態が合わないなどのマッチングに関する問題もある。一方で、地域移行を支える行政と施設関連機関との連携構築が弱いとの見方も指摘されている。つまり、当事者の地域移行側に体制整備が追いついていない状況が続いているということである。

2 調査協力者の概要

本研究の協力者は、鹿角市内の NPO 法人を利用する当事者 8 名（表 5）である。全員が NPO 法人のサービスを利用しており、住環境で分類すると GH 3 名、家族同居 3 名、ひとり暮らし 2 名である。

協力者の属性について、性別は男性 5 名、女性 3 名で、年齢は 50 歳代～60 歳代である。居住形態のグループホーム利用では 3 名（A 氏、B 氏、C 氏）、一人暮らしが 2 名（D 氏、E 氏）、家族同居が 3 名（F 氏、G 氏、H 氏）である。協力者の主な診断名等については、全員が統合失調症での入退院歴があるということである。現在の経済面の状況は D 氏と F 氏が生活保護を、他の方々は障害者年金を受給している。また、全員が就労継続支援 B 型のサービスを利用している。

協力者が通う就労継続支援 B 型事業所は、秋田県鹿角市内において福祉サービスを中心に活動する特定非営利活動法人が運営している。本研究の対象となる当事者への協力は、当事者が利用する NPO 法人に依頼した。

この法人は、「みんながのんびり屋さん」をテーマに 2000 年 8 月に設立している。法人は、「精神障害を持つ人々が地域で自立して生活していける社会の実現を図るため、当事者の自立支援や、障害を持つ人々とその家族の暮らしやすい町づくりを実現するために保健、医療または福祉の増進を図る活動、および精神障害への理解の啓発などに関する事業を行い、もって社会全体の利益の増進に寄与する。」ことを理念としている。

福祉サービス事業は、障害福祉サービスの就労継続支援 B 型、生活介護（多機能型）の通所事業、グループホーム事業の他、相談支援事業を運営している。調査当時の利用定員数は、46 名（グループホーム利用者（以下、GH）24 名、家族同居とひとり暮らし計 22 名）だった。障害手帳の内訳は、精神障害者 40 名、知的障害者 6 名だった。

当 NPO 法人の設立の背景には、同市内の総合病院が病棟を閉鎖することに始まった。そこで、退院後の居場所が決まらない当事者のために、病院のソーシャルワ

ーカーを中心に、社会福祉協議会と民間の職親事業、一般市民を巻き込んだワークショップが開催された。その結果、同市内の空き家3棟をグループホームに改装して、当事者の地域移行が始まったという経緯がある。

なお、本研究でいう統合失調スペクトラム症については、米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル DSM-5-TR の「統合失調症スペクトラム症及び他の精神症群に含まれるのは、統合失調症、他の精神症、統合失調型パーソナリティー症である。これらは、以下の5つの領域（妄想、幻覚、思考、運動行動の著しい統合不全または、カタトニアを含む異常、および陰性症状）のうち、1つかそれ以上の異常及び陰性症」の定義を参考にしたものである。これは、当事者それぞれの病気の境が明確ではないことや、連続性がある「スペクトラム」を包括的に捉えて表現していることが考えられる。この「スペクトラム」について松崎（2023）は、「精神障害それぞれが連続体を成しているスペクトラムの概念で理解されるようになり、それはまるで虹の色が境目なく赤から黄、緑、青、紫と並ぶ中、手にしたリンゴの色がどの辺りの色合いに当たるのか、そのリンゴに含まれる複数の色も含めて理解する姿勢が求められるようなもの。」と説明している¹⁸⁾。また、今回の DSM-5 から DSM-5-TR への変更点は、「〇〇障害」と呼ばれていたものの多くが「〇〇症」と変更された点にある。これは、病気への認知度を高めるものや、病名の用語が理解されやすく、差別的な不快感を生まない名称とすることなどの考えによるものである。

本研究では、前述した2022年に米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision) が発表されたのちの2023年6月に日本精神神経学会から発表された日本語版を参考にしている。

以上のことを踏まえて、本研究の対象者がいずれも「統合失調症」の診断名を有していることから、日本政府の各種統計報告等を除いて、DSM-5-TR の統合失調スペクトラム症とし、分析する上で各個人の日常生活の状況や特性の差を踏まえて本文を記載する。

3 倫理的配慮、個人情報の保護

この調査については、秋田看護福祉大学倫理委員会の承認（NO2016-6）を得てインタビューを実施した。調査・研究期間は、2016年11月30日から2017年3月31日である。

事前にNPO法人の理事長に研究協力依頼の説明を口頭で行い了解を得られたため、文章で依頼し、研究同意書に署名・捺印をいただいた。調査当日は、NPO法人の職員が付添い、NPO法人の声掛けに協力を承諾した8名が来場した。調査を開始する前に当事者・職員に研究の内容と倫理について、また不利益を被らないことなどを口頭で説明した。その後、研究の同意書について職員が当事者ひとり一人に説明し、同意の確認をしてからサインしていただいた。

研究同意書には、再度、職員がひとり一人に研究の説明事項チェックを読み上げてもらった。チェック一覧表の項目は、『本課題の目的』『本課題の実施期間』『本課題の実施体制（共同研究者等）』『本課題の概要・背景における意義』『本課題の対象者』『本課題対象者の経過・現状』『本課題の実施方法』『本課題の実施に伴う危険性及び問題が生じた場合の対処』『他者のプライバシーの保護』『対象者の本課題への参加同意の自由』『途中での参加撤回の自由』の11項目である。最後に本課題に関する問い合わせ先や、経過中及び終了後の対象者からのクレームの自由について口頭で説明し、本課題に関する上記の説明を十分理解されたうえで、自由意志により、対象者として参加することを再度付け加えた。

同意を得られた協力者（8名）に、質問項目やこれまでの調査の経緯などを説明した。そのうえで、研究の目的、主旨、内容、グループインタビューの方法を文書及び口頭で説明した。説明する際は、本人の権利の尊重と調査協力への任意性について保障すること、話せる範囲で構わないこと、プライバシーを厳守することを伝えた。調査の拒否・辞退による不利益は一切生じないこと、また、中断について、インタビューや研究協力を承諾したあとでも中断することができる旨を口頭で説明した。

次に、インタビューで得られたデータの扱い（録音及び逐語録の作成、分析手順）については、調査対象者の承諾のもと面接内容をICレコーダーに録音すること。得られたデータは全てカテゴリ化をし、処理することで個人が特定されないこと。データの管理方法は、ID番号をつけて調査票を管理し分析時にも、番号のみを管理しているため匿名性が守られること。もちろん、研究目的以外には使用せず、研究終了後は速やかに得られた情報およびICレコーダーによる録音内容を破棄することを説明した。

データの管理方法は、鍵のかかったロッカーで管理し、パソコンで分析する際に情報が外に漏れないようにインターネットの使用をやめている。また、データ使用時においては、逐語録を作成する際はイヤホンを使用して、他人に聞こえないよう配慮することを説明した。

調査時の環境整備は、外からの音など刺激がない会議室を使用し、インタビュー内容及び会話が他者へ聞かれないよう配慮した。緊張することも考えてインタビュー時間は精神的負担にならないように様子を見ながら進行した。

質問項目は、表6をメインとして基本的属性の「性別」「年齢」「住居形態」「現在利用しているサービス」「経済面（収入）」に加えて「自立の概念」、「自立を達成する要因」とした（表6）。

インタビューを開始する前に緊張緩和目的で、自己紹介や雑談をするなどを実施したが、調査協力者（当事者）の行動から発言するときのみに顔をあげて視線をあわせる様子が見受けられた。

4 分析方法

分析方法は、インタビュー内容から逐語録に起こしてテキストファイルを作成し、データに基づくカテゴリ同士の関係性を検討することで理論を算出する佐藤（2018）質的研究法を参考にした¹⁹⁾。

実際には、録音したインタビュー内容をすべて逐語録としたあと、類似したデータを集めてテキスト化し、比較検討を繰り返した。そして共通のコードの分類を繰り返してサブカテゴリ、カテゴリ化し、理論の根拠とした。なお、本論文では、カテゴリに【 】, サブカテゴリに〈 〉をつけて区別した。また当事者の表記を（A氏～H氏）、会話を「 」、補足部分を（ ）、要約部分を（中略）と表記した。

研究の質を担保するために分析作業には、精神保健分野を理解する第三者と検討した。この結果から、調査協力者（当事者）が考える自立については、3つのカテゴリと4つのサブカテゴリ（表7）、その自立達成要因については、3つのカテゴリと5つのサブカテゴリを抽出した（表8）。

表5 調査協力者（当事者）の属性 n=8

協力者	性別	年齢	主たる疾患名	住居形態	サービス	経済状況
A	男	56	統合失調症	グループホーム	就労B型	障害年金
B	男	61	統合失調症	グループホーム	就労B型	障害年金
C	女	59	統合失調症	グループホーム	就労B型	障害年金
D	男	63	統合失調症	独居	就労B型	生活保護
E	女	64	統合失調症	独居	就労B型	障害年金
F	男	52	統合失調症	家族同居	就労B型	生活保護
G	男	53	統合失調症	家族同居	就労B型	障害者年金 + 両親の年金
H	女	50	統合失調症	家族同居	就労B型	生活保護

当事者の基本的属性を表5にまとめた。また、表5の協力者の生活背景を少し補足する。A氏は、単身、両親ともに他界、近隣の市に姉がいる。就労継続支援B型事業所で、地域で暮らす一人暮らし高齢者の弁当作りと、老人保健施設の掃除をし

ており、「一生懸命働いて1万円にはなる」と経済活動を意識している。

B氏は、単身、市内に義理の母、県外に妹がいる。地域移行支援事業を利用してGHに入所する。地域の一人暮らし高齢者用の弁当作りやA氏と同じB型事業所が行っているフリーマーケットで働いている。

C氏は、単身（発症後夫と離婚）、市内に姉妹がいる。畑やフリーマーケットの作業をして働いている。時々、余暇活動として福祉プラザ（施設の中に無料の入浴設備がある。また、その同じ施設内に社会福祉法人が提供する入浴、昼食、カラオケや、日帰り旅行などの日中活動）を利用して、「気分転換している」そうである。

D氏は、単身、親死去、市内にきょうだいが2人いて、どちらも独立している。A氏と同じように地域で暮らす一人暮らし高齢者の弁当作りと、老人保健施設の掃除をしている。インタビュー調査の1週間前から腰を痛めてちょっと休んでいるという話だった。もう少し（働くこと）頑張りたいと思っている。

E氏は、市内に30代の子どもが2人いてどちらも独立している。手芸をしたり、夏は、午前中の時間を中心に畑の作業をしたりと、体調に留意しながら働いている。

F氏は、単身、母親と2人暮らし、市内に弟がいる。（A、B、D氏と同じ事業所で）弁当配達を週4日、運転と配達を一人でこなしている。趣味は、パチンコであり、本人から「申告ではないけど状態（肥満）が深刻です。依存症だ、状態が深刻だ。今のところ辞める予定はない。」とジョーク交じりにお話しされた。

G氏は、両親と3人暮らし、県外に妹がいる。仕事は朝食代を集金したり、食券を集めたりする仕事である。両親が年金受給者で、父親は働いている。

H氏は、子ども3人と同居している。子どもたちをみながら、気分転換目的で就労継続支援B型を利用している。お金よりも自身の「居場所、心のゆとりの場所がほしい」ということで当NPO法人を利用している。

表6 調査項目

主な質問項目
あなたが考える自立について
自立を達成するためには、何が必要か

第3節 当事者が考える自立

1 経済活動

(1) 働くこと

【経済活動】では、まず、当事者が考える自立の一つとして〈働くこと〉があげられた。今回の調査対象者の平均年齢は50歳代で、8名全員が発症前や発症後のどちらかにおいて働いた経験がある。また調査時点の状況として、同NPO法人の就労継続支援B型や日常生活の支援のサービスを受けながら、障害者年金または生活保護費を中心とした生活をしている。

「私が考える自立とは、自分で働いて、自分で生活して、アパートならアパートなど自分のお金で払えるようになりたいと思います。自立とは、ちゃんと生活している状態をいう。」(A氏)

「自分の家を持って自分で働いて、自分でそのお金を利用して食べていけることだと思っています。」(B氏)

「体の状態が良くなって自分の食い扶持が働けるようになればいいと思っています。あ、あ、あ、あとはないです。働けることが自立なのかな。」(C氏)

「経済的には、仕事、自分のできる仕事をやって、自分でも自由に使っていく、という。」(F氏)

A氏、B氏、C氏らが考える自立は、生活の維持を目的とした〈働くこと〉つまり【経済活動】である。特にB氏、C氏は、〈働くこと〉で「食べていける」「自分の食い扶持を稼ぐ」と明確化している。2人の言う「食べる」とは、実際に食料を口にするのではなく、「食い扶持」の表現から「食べ物を買う費用を得る」を意味する。またA氏の自立とは、「自分の力で生活している状態」、つまり経済活動を指している。また、F氏は得られた収入を自由に使えることも自立の状態にあることだと考えている。

このようにA氏、B氏、C氏、F氏は、〈働くこと〉で生活を維持していくための【経済活動】ができる状況を自立と捉えている。

(2) 仕事の条件

当事者が【経済活動】をする際の条件の一つは、自身の健康上・障害上、生産年齢と賃金、仕事の選択肢と移動手段であった。

「働いても賃金が安いのでやっていけないし、経済的に、障害年金がないと生活できないので、そこらへん（賃金が低い）の所は何かならないかなと思っています。」(C氏)

「ここいらへん（地方を指して）鹿角は、仕事がない（選択肢の幅が狭い）のですが、給料もらってボーナスもらってとか、車がないと鹿角市は不便（車がないと）なので、最近廃車にしたので不便なんです。それを考えると自立はなかなか、難しいと考えています。（中略）労働時間には不安があります。8時間労働普通とか、そこまでは不安があります。」(G氏)

経済活動をする際にC氏の「賃金の安さ」、G氏の「仕事がない」「鹿角市は不便（車がないと）」「（今、自身の）車がない」は、どちらも地方の実情である少子高齢化や人口減少、最低賃金の低さ、仕事の選択肢の狭さなどを背景にしたもので、そのことが自身の自立を困難にしていると感じているようである。

インタビュー当時の秋田県鹿角市は、人口 3 万人弱の農山村地域にあることから C 氏が希望する職種がないようである。また G 氏は、体調上の理由から長時間の就労時間は厳しいと感じており、就業時間の配慮を希望している。

このように当事者が考える自立を【経済活動】としながらも、環境的要因において希望する賃金や職種、移動手段の確保について課題がある。労働条件を整えば就職する可能性を残すものの地方の農山間地域においては、当事者の希望とのマッチングは厳しい状況にある。

2 健康維持・管理

当事者の自立を働くことつまり経済活動を前提とした場合には、健康と精神不安定・高齢化に関する【健康維持・管理】が欠かせない。経済活動が重要であると認識しながらも〈健康・精神・年齢〉に関する病気や高齢による体調のコントロールの難しさを、次のインタビュー内容から知ることができる。

「私が考える自立というのは、ちょっと体の状況がいまいちですので、働いて自分の面倒みるくらいの収入はない。」(C 氏)

「自分の感情が何ていうのかな、少しでも冷静であればいいなという気持ち(中略)就労は、精神的に病気があって難しいなと思っています。今の状態(安定)を継続できれば自立だと思っています。」(E 氏)

C 氏は、働くことが自立するために大事な行為と前置きしてから、自身の健康状態が万全ではないため自立が難しいようである。また E 氏も経済活動が重要と認識しているが、C 氏同様に自身の体調を中心にし、精神安定を維持させることを自立であるとした。

「こういう年(年齢)になってから働けるとするのは難しいなと思って、生活保護と国民年金でやって(生活して)いきたい(中略)働くのは、ちょっと無理だと思います。」(D 氏)

「独身のときやっぱし、していた仕事、今この年(年齢)になってから体力の衰えがあるので就職するには難しい、(年齢)健康の問題ありますよね。」(H 氏)

自立に関する【健康維持・管理】について D 氏と H 氏は、「この年(年齢)になってから」「体力の衰え」により経済活動は難しいと感じている。D 氏と H 氏の言う「この年」とは、一般的に 60 歳の退職年齢を指していると考えられる。退職年齢(定年制)は、各企業独自で定められたものであるが、労働契約法で 60 歳を下回ることはできないため各企業独自の就業規則で定められている三井(2017)²⁰⁾。インタビュー当時の D 氏は 60 代前半と H 氏は 50 代であり、再就職よりも健康と

現在の生活維持を希望していると考えられる。

ここで住居形態と年齢と住居形態を照らし合わせると 60 代の D 氏、同じく E 氏は一人暮らし（賃貸）で、50 代の C 氏はグループホーム（障害者総合支援法根拠）、H 氏は、家族同居（持ち家）である。4 名に年齢差はあるものの、C 氏のグループホーム以外の 3 名は、体調がおおよそ安定しているようである。どちらかといえば一人暮らしの D 氏、E 氏は働くことよりも健康を考えながら穏やかで安定した生活を望んでいるようだ。4 名に共通していえることは、自立とは働くことであると認識しつつも、現時点では、健康上の問題や高齢による限界性を述べている。

なお、H 氏は、自立に向けた就労と年齢との関連について話しながらも、自立するタイミングについても触れていた。そのことについては次に記述する。

3 自分のペースで生活する

これまで A 氏、B 氏、C 氏、E 氏、G 氏は、「自立」について経済活動を意識した考えを述べ、D 氏、F 氏、H 氏は、高齢化を理由とした生活中心の自立にシフトしている。

「病気の面では精神とかでいろんな診断を受けて、（中略）精神的に経済的に（自身を指して）（中略）ちぢこまっている（小さくなる）というか、（中略）本来自分のやりたいことをやっていくのが自立だと思っています。難しいですけど、やりすぎてます（パチンコ）。」と笑う。（F 氏）

「家庭が複雑なので、子どもたちが自立したあとに自分の生活自体が見直しできるという状態なので（す）。それができないと、終わってからじゃないと自立できないと思っています。」（H 氏）

F 氏と H 氏は、年齢 50 代で同居家族がいるという共通点がある。この二人から経済的に生活困窮の切迫していることは考えにくい。H 氏の自立は、〈自分のやりたいことをやる〉〈子どもが自立したら自分の自立ができる〉という自身の生活スタイルを中心に置いたものである。特に H 氏は、自立のタイミングを〈年齢〉としつつも、自立をあきらめているわけではなく、むしろ自身のタイミングを〈子どもが自立したあと〉としている。また H 氏のいう〈子どもの自立〉とは、当時、H 氏の子どもが高校 3 年生で卒業をしてからということであった。

次に F 氏は、〈ちぢこまらない〉で〈好きなことをする〉と自分のペースを優先させている。また一人暮らしである D 氏も自立のタイミングに〈年齢〉は欠かせないとし、今は穏やかに過ごしたいとの思いを捉えることができる。よって D 氏、F 氏と H 氏の考える自立とは、自身の年齢や体調、生活状況のタイミングという生活スタイルを優先させることと考えられる。

インタビューを通して表 3 にあるように、地域で暮らす当事者の自立として、【経済活動】を意識しながらも【健康維持・管理】を認識するうえで【自分のペー

【自分で生活する】ことを望んでいる。

本調査の当事者自身が考える自立とは、「働くという経済活動が生活維持のために必要であると認識し、また年齢や体調の維持・管理など自身のライフステージにあわせた生活をする」と捉えることができる。こうした「自立」の捉え方は、本研究で注目する「自立」の当事者ごとの個別性とも照らし合うのである

表7 調査協力者（当事者）が考える自立

カテゴリ	サブカテゴリ	自立コード
経済活動	働くこと	<input type="checkbox"/> 自分で働いて、自分で生活する <input type="checkbox"/> アパート（代）などを自分で支払う <input type="checkbox"/> 自分の家を持ち、自分で働いて、自分でそのお金を利用して、食べていける
	仕事の条件	<input type="checkbox"/> 働いても賃金が安い <input type="checkbox"/> 自分に合う仕事がない <input type="checkbox"/> 労働時間（8時間）が不安である
健康維持・管理	体調管理・年齢の条件	<input type="checkbox"/> 体調が良くなったら働けるようになりたい <input type="checkbox"/> 今の自分は、そういうこと（労働）はできない <input type="checkbox"/> 健康の問題がある <input type="checkbox"/> 病気（精神）があって難しい <input type="checkbox"/> 高齢のため働くことが難しい
自分のペースで生活する	自分のやりたいことをする	<input type="checkbox"/> 仕事、自分のできる仕事やって、自分でも自由に（お金を）使う <input type="checkbox"/> 子どもが自立したあとに自分の生活自体を見直す <input type="checkbox"/> 自分のやりたいことをやっていく <input type="checkbox"/> 支援を受けながらも穏やかで安定した生活を送る

第4節 当事者が考える自立を達成させる要因

インタビュー開始から30分が過ぎたころから調査協力者がインタビュースタイルに慣れてきたのか、次第に緊張が解けていき、顔をあげる、ジェスチャーを伴うなどの行動が見受けられた。そこで次の「自立を達成させる要因」についての聞き取りへとインタビューを始めた。

インタビューを通して表4にあるように、地域で暮らす当事者の自立を達成させる要因として、【支援者とのかかわり】によって【生活力の向上】の価値を見出していることがわかった。一方で高齢化、病気の再発・再燃や重症化による健康不安など精神疾患の症状を受容し、自立するためには【健康管理】が重要であると認

識していることも明らかになった。

表8 調査協力者（当事者）が考える自立を達成させる要因

カテゴリ	サブカテゴリ	自立を達成させる要因のコード
支援者との かかわり	暮らしを取り戻す	○訓練やあとは周りの人の助け ○スタッフとの対話で心が和らぐ ○福祉サービスを利用したこと
	日常生活の改善	○福祉サービスは、自分の生活の一部、 生活が拡大してきた ○人との交流、ひきこもりが改善した
生活力の向 上	自助努力も必要	○助けてもらって自分のできるところ はやりたい ○あれも、これもやってみたいと思う ○精神的な面でもう少し、努力が必要
	希望と目標を持つ	○生活のリズムを作ることができる ○夢を持ちながら生活する ○腰痛が治れば、また、また復活してみ たい
健康管理	病気の再発・再燃、 年齢（高齢化）によ る健康不安	○病気、年齢、無理すればおかしくなる ○病気の症状が不安定 ○年齢（高齢化）、体調の回復

1 支援者とのかかわり

(1) 暮らしを取り戻す

自立を達成させる要因の一つに【支援者とのかかわり】を抽出し、さらに〈暮らしを取り戻す〉〈日常生活の改善〉の2つのサブカテゴリに分類した。

〈暮らしを取り戻す〉では、NPO法人のサービスを受ける中で支援者とのコミュニケーションを通じて、生活リズムの調整、精神安定が得られたとしている。

「NPO法人の訓練とか、いろいろな人の助けで（自立する）なっていくんだと思います。」（A氏）

「NPO法人の就労継続支援B型（以下、就労B）を利用させていただいてから（中略）。決断ができない自分がいるんで。自然災害が不安であって、悩んで相談して改善したり、相談員の方と対話したり、スタッフの方々の対話で心が和らいだり。」（E氏）

「NPO 法人を利用したおかげかなと思うんです。(中略) 薪を割ってみたりとか、生活のリズムを作ることができて段々とやりたいこととか、あれもやってみたいなとか、これもやってみたいなと思うようになった。」(F 氏)

話す際に A 氏は、インタビューを見ながら、手でテーブルの表面をなぞるしぐさが見受けられた。また E 氏、F 氏は、顔をあげてインタビューを見ながら話をした。

A 氏、E 氏、F 氏が自立を達成する要因としてあげたのは、福祉サービスの利用とスタッフとの交流である。同じ NPO 法人の就労 B 型を利用した共通点を持ち、精神面、生活面の変化が得られている。当事者とスタッフとの交流は、就労支援だけではなく生活支援として生活を支える〈かかわり〉となっている。

また、福祉サービスの支援者側の〈かかわり〉を調査した長谷川(2002)によると、福祉サービス支援者の無意識的または、意図的な援助技術として実践しているものとして次のような項目が挙げられている。①自己決定の促進、②対等な関係、③参加意欲の動機づけ、④仕事、役割の重視役、⑤仲間意識の強化、⑥実践活動の支援の 6 項目である²¹⁾。

今回のインタビュー協力者が変化した理由にも NPO 法人のスタッフの意図的または無意識的なかかわりの成果があったと思われる。その一例を E 氏の「できないことは、できないでいいんだよって、普通のままでいいんだから、できないことはあきらめていいんだよって、今になって考え方、生き方って違うんだなって、感謝してます。」という回答にみることができる。支援者による利用者の精神面を支えるかかわりが、支援者への感謝と意欲や自信につながっている。

(2) 日常生活の改善

次にカテゴリ【支援者とのかかわり】が協力者の〈日常生活の改善〉につながったという話である。特に E 氏、F 氏は、支援者とのかかわりから精神面に変化がもたらされたとしている。

「私の場合は、あの～去年の 5 月に NPO 法人を利用させていただいてから人との交流、〈ひきこもり〉が少しずつ改善されているし、継続していききたいし、(中略)自分にとって NPO 法人は、自分の生活の一部だし、(中略)利用して(から)本当に生活が拡大してきたので、これを続けていきたいと考えています。」(E 氏)

「前(NPO 法人を利用する前の生活を指している)、ひどいときは、〈ひきこもりも〉あったし。アパートのときは、ひきこもりの状態もあったので。」(F 氏)

E 氏、F 氏は 1 年以上にわたり社会との交流をしない期間があったが、ともに福祉サービスを利用した結果、〈ひきこもり〉が解消されたと話している。E 氏、F 氏の〈ひきこもり〉は、厚生労働省の「様々な要因の結果として社会的参加(就学、

就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態を指す現象概念(他者と交わらない形での外出をしていてもよい)」を指す。

ひきこもりの改善への取り組みについては、斎藤(2012)の「〈ひきこもり〉の改善過程において、良いコミュニケーションが最大の安心の源であり」²²⁾や、ひきこもる過程に合わせた周囲の支援方法と効果についての阿部(2018)の報告²³⁾にあるように、相談する場と支援者のかかわり方が大きく影響することは言うまでもない。実際にE氏、F氏が支援者の対応方法については次のように話している。

「相談する場所があるということは、大きいんですね。ぜんぜん、違いますね。」(E氏)

「福祉サービスに行ってから、薪を割ってみたりとか、生活のリズムを作ることができた。」(F氏)

相談する場所があることで、他者との交流をもとに精神の安定を得られること、また生活リズムを取り戻すなど、福祉サービスの利用を介して発生する【支援者とのかかわり】はひきこもり状態を改善する手段として有効であると考えられ、精神疾患を伴う状態にも同様のアプローチ方法が有効に働くのではないかと考えられる。

2 生活力の向上

(1) 自助努力も必要

次に自立達成要因として【生活力の向上】を抽出した。地域で暮らす上で【支援者とのかかわり】をきっかけに〈自助努力も必要〉という自身の気づきと【希望と目標を持つ】ことが【生活力の向上】につながったことが話されている。

ここで言う【生活力の向上】の生活力とは、広辞苑によると、「社会生活に適応するために必要な能力」を指す。松田、河野ら(2020)は、「病気や障害を理解し、服薬管理や自己管理の方法を身につけることや、周囲の人々とコミュニケーション、生活リズムを確立するなど、地域で自立した生活を送るために必要な能力」である²⁴⁾。

「自分の努力するところは努力して、助けてもらえるところは、助けてもらって自分のできるところはやりたいし、自分の努力する時(に)やって(みると)本当に生活が拡大してきたので、これを続けて生きたいと考えています(E氏)

「生活のリズムを作ることができて段々とやりたいこととか、あれもやってみたいなとか、これもやってみたいなと思うようになった。」(F氏)

「精神的に弱い部分があるので、そういうところ、もう少し精神的な面で、もう少しこう、努力が必要なのかなとは思いますがね。」(H氏)

E氏、F氏は、日常生活の支援を受けたり、日常生活の相談をしたりするうちに、精神不安ときの対処方法を獲得したと話している。統合失調症者は、対人関係スキルの低さから社会生活に困難が生じる可能性がある。E氏、F氏の現在は、相談行為から他者に依頼したり、福祉サービスを利用することで他者からの依頼を受けたりする行為ができています。そして、ありのままを受容する自己肯定感も高くなっていると考えられる。H氏においては、自身の精神面の不安定さを認識することで自助努力の必要性を話している。

以上のことから、他者とのかかわりによって対人関係のスキルが高まった結果、自身の生活を振り返り、自助努力が必要であるという思いが芽生えたことが生活力の向上につながったと考えられる。

どこを起点として【支援者とのかかわり】の方法から生活力が向上するのかに関して、成田、小林(2017)の「生活スキルや対処法の習得に働きかける支援者の行為を当事者が認識し、また解釈した時に発生する」²⁵⁾ことから、NPO法人の支援者は、対人関係のスキルにおいて直接的にかかわることで当事者の【生活力の向上】を高める効果を得られることを一層認識して、日々のかかわりの充実に努めていくことが求められる。

(2) 希望と目標を持つ

当事者が自立の達成に向けて【生活力の向上】を目指す上で、【支援者とのかかわり】をきっかけに〈自助努力も必要〉という自身の気づきとともに【希望と目標を持つ】ことも非常に重要である。

「賃金があがるということ」(C氏)

「年いっている(高齢)から、会社で働けるということにはできないと思います。やりたいときは、1時間でも2時間でも働きたいと思っています。腰痛が治れば、また、また復活してみたいと思っています。」(D氏)

「生活のリズムを作ることができて段々とやりたいこととか、あれもやってみたいなとか、これもやってみたいなと思うようになった。希望もって目標持ってやっていけばいいと思う。何がきっかけで変わるかわからないので大事だと思います。」(F氏)

「鹿角市は車がないと不便なので、車がやっぱり欲しいと思います。親がまだ仕事で車を使っているんで、親が仕事を辞めたらもらえるんですが、ただ、3年くらいは仕事するんじゃないかな。(中略)買い物するときとか、不便ですから車は必要ですね。」(G氏)

「夢を持ちながら生活していかないと、なんかやっていけないかと。あれか持と思っています。そういう風に思って生活しています。」(H氏)

C氏は「賃金」つまり働いて今以上の賃金を得たいと話している。D氏は、少しの時間に、または体調の良いときに「働きたい」と話す。G氏も「働きたい」といい、現在の地域生活周辺では、公共交通機関の不便さが目立つために車が欲しいと話す。

表5にあるように3氏の年齢に大きな差はないが、住居形態・収入において、C氏は（グループホーム、障害者年金）、D氏は（一人暮らし、生活保護）と家族と離れて生活している。G氏は（家族同居、障害者年金）である。G氏のように精神保健福祉手帳所持者のうち65歳未満の約7割弱が家族同居であり、そのほとんどが経済的理由である。C氏、D氏は家族同居ではないため、高齢でもまたは、少しの時間でも働きたいといい、経済活動が自立の達成要因の1つとなっていることがうかがえる。

当事者の働く環境については、2018年4月1日に事業主に雇用が義務づけられてから、民間企業における精神障害者の雇用者数は、2012年の約1万7千人から、2022年の約11万人へと増加傾向にある。2024年からは、週20時間以上から週10時間以上20時間未満の超短時間労働でも障害者雇用率に換算されることになる。そうすれば、D氏のような短い時間での就労の可能性が高くなるが、対人関係を築くことが不得手であること等から離職率が高くなることも踏まえて、支援のあり方をはじめとした意識改革など職員の精神障害者雇用に向けた積極的な理解が求められる。

C氏、D氏、F氏、G氏、H氏それぞれが求める生き方を主体的に追求する行動がリカバリーである。ここでいうリカバリーとは、広辞苑にある回復する、取り戻す力であり、成田、小林（2017）の「生活領域で発達や活動参加、社会的役割を伴う地域での意味ある生活」である²⁶⁾。

地域生活において【支援者とのかかわり】という対人関係の構築が、リカバリーの回復過程に影響し、C氏、D氏、F氏、G氏、H氏の主体性を引き出していると考えられる。

3 健康管理

地域生活を維持するためには、日常生活の基本的な【健康管理】が重要となる。この【健康管理】には、一般的な生活習慣病からなる病気に加えて、〈病気の再発・再燃〉のリスクや〈高齢による健康不安〉も含まれる。A氏からは健康の話は聞かれなかったが、D氏、H氏は〈高齢による体調不安〉、B氏、C氏、E氏、F氏、G氏は〈病気の再発・再燃〉に関することをあげている。

「(机上で腕を組む、インタビューを見ている) まず一つは、病気ですね。

病気をなんとかしないと、何にもできないんで。無理すればおかしくな

ってしまうし、だからといって黙っていれば、どうしてもおかしくなるし、自立といっても年だし。年齢は関係ありますね。」(B氏)

「(左手を口のあたりに当てている。腕を組みながら語る) 病気ですね。病気がひどくなると、どうにもならなくなるし、かと言っていいときだと仕事をしたくなるし、そのジレンマが、どうにもうまく処理できないです。」(C氏)

「(インタビューをみて話す、笑顔ある) 年いっているから、会社で働けるということはできないと思います。やりたいときは、1時間でも2時間でも働きたいと思っています。腰痛が治れば、また、また復活してみたいと思っています。」(D氏)

「買い物、普段食べたいのを抑えているから、精神が上がったときにお金を使うんですよね。そういうところもあったりして、落ち込めば食べる、食事のあれがみだれるし、そのへんの自分のコントロールができていないので。」(E氏)

「ひどいときは、引きこもりもあったし(中略)前の引きこもりの状態が、悪い状態のときは、あー、オレの人生終わったな、という時期もあった。」(F氏)

「やっぱり病気がはっきりしていないという、精神病というのは、いいときと悪いときがはっきりしているのがミソだと思います。それをなんとかやろうとするんだったら難しいと思いますね。」(G氏)

「私もやっぱり、お隣さんと同じで、もう少し若かったら車の免許も取っていたりとか、少し、いろんな技術があったかもしれない。こう精神的に弱い部分があるので」(H氏)

B氏らは〈病気の再発・再燃〉に関することをあげている。今回の調査協力者に共通する主なる疾患名は「統合失調症」である。この〈病気の再発・再燃〉時のおもな症状としては、山下、伊関ら(2017)の「薬の副作用による困難さ、生活意欲の低下や治療や服薬に対する理解、自律性の低下」が見られる²⁷⁾。この再発・再燃をもたらす最も高い要因が、服薬の中断であり、80%以上の再発があるといわれている。服薬の中断理由としては、黒川、永井ら(2013)の精神疾患治療における服薬状況に関するアンケート調査服薬の必要性の認識を理解するものの、飲み忘れや、自己中断なども理由にあると報告されている²⁸⁾。

服薬の継続がうまくいけば、〈病気の再発・再燃〉が減少し、現実的にそれぞれの【希望と目標を持つ】という自己実現が図られ自立に近づく。そのためには、家族や友人、福祉サービスの職員等の【支援者のかかわり】における【健康管理】、服薬指導、目標の明確化と支援者間の情報共有等が必要となる。

次に【年齢(高齢化)による健康不安】である。2014年度に「障害者の高齢化に関する課題検討委員会」において所得保障、住まい、社会参加や地域との関係、さ

らには介護保険制度と障害者福祉施策との関係等が検討課題としてあげられた。これについて、高齢精神障害者の生きがいや、幸福のサクセスフル・エイジングについて調査した新村（2018）は、年齢が上がると当事者の楽しみ方、目指す生活のあり方が変化するため、支援ニーズも変化することを報告している²⁹⁾。

D氏、H氏の高齢化に対する意識は、医療・福祉・経済については肯定的に捉える一方で「健常者に比べ生活の自立や活動性に自信がもてない。」ことから、支援者による【年齢（高齢化）による健康不安】よりも、社会とのかかわりにおいて、その特性に応じた適切な支援が求められる。

精神障害者の地域生活における自立達成要因を「個人の生活力を向上させるために支援者との直接的なかかわりを通して、希望や目標の価値を見出し、高齢化、病気に関する健康維持・管理をしながら地域生活を構築するプロセス」と捉えることは、本研究で注目する「自立」における当事者の能動性ともかかわるものである。ここでの当事者は、無理をしないでよいかかわりを促され、生活リズムの安定を得て前向きに考えられる能動性を獲得していた。その能動性は、青木（2005）が述べた、支援者を引き出すまでのものとは言えないかもしれない。しかし、前向きな思考と行動の獲得は「自立」を考えるうえで重要な能動性と評価しうると考えられる。

第5節 当事者が考える自立

ここでは、本章の第1節から4節を踏まえて、当事者が考える自立と自立を達成させる要因の関係について、自立の多面性と受援を含む自立の2つに注目しながら、（1）自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景、（2）自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行、を論点に、当事者であるA氏からH氏へのインタビュー結果をもとに作成したマトリクスと、それをもとに自立とその達成要因につながるキーワードとしてまとめたマトリクスの2つを用いて考察を深める。マトリクスは、縦軸を当事者の「年齢」「居住形態」とし、横軸を「自立の多面性」「受援を含む自立」「自己責任化」「社会資源の欠乏」の4点とした（表9-1 表9-2）。

なお、ここでいう受援とは、当事者が福祉サービス等の支援を受けるという意味である。

表9-1 当事者が考える自立について（1）

当事者			コード			
年齢	住居形態	ID	自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏

50 代 後 半 ・ 60 代	GH	A	私が考える自立とは、自分で働いて、自分で生活して、アパートならアパートなど自分のお金で払えるようになりたいと思います。(暮らしのイメージ)	NPO 法人の訓練とか、いろんな人の助けで(自立する)なっていくんだと思います。	(自立とは)ちゃんと生活している状態を言うけども	今の自分は、そういうことはできないので、今までとがんばりたいです。
		B	自分の家をもって自分で働いて、自分でそのお金を利用して食べていけることだと思っています。それが自分の自立だと思っています。(暮らしのイメージ)		少しでもお金が余るようなときは、あの、寄付したりしたいと思っています。	
		C	賃金があがるということ	障害年金	もし、体の状態が良くなって自分の食いぶちが働けるようになればいいと思っています。	ちょっと体の状況がいまいちです。働いて自分の面倒みるくらい収入はないあ、あ、あ、あとはないです。
	独居	D	わかんないけども、こういう歳になってから働けるというのは難しいなと思って、	生活保護と国民年金とやっていきたいと思っています。働くのは、ちょっと無理だと思っています。	やりたいときは1時間でも働きたいと思っています。腰痛が治れば、また、また復活してみたいと思っています。	年いつている(高齢)から、会社で働けるということとはできないと思います。
		E	自分の感情が何ていうのかな少しでも冷静であればいいなという気持ちで、そして毎年、継続できればいいなと思っています。今の状態を継続できれば自立だと思っています。	NPO 法人の就労継続支援 B 型(以下、就労 B)を利用していただいている(中略)。決断ができない自分がいるんで。自然災害が不安であって、悩んで相談して改善したり、相談員の方と対話したり、スタッフの方々の対話で心が和らいたり。		今の自分は、身体を動かして就労は、精神的に病気があって難しいなと思っています。
		F	本来自分のやりたいことをやっていくのが自立だと思っています。難しいですけど、それは。	NPO 法人を利用したおかげかなと思うんです。(中略)薪を割ってみたりとか、生活のリズムを作ることができて段々とやりたいこととか、あれもやってみたいなとか、これもやってみたいなと思うようになった。	精神的に経済的にも何ですけども、第三者にこう、いわれたりとか、自分がこう、何ていうかな、ちこまっているとか、何というかな。それだともまずい、というか。(パチンコ)やりすぎてます。	
50 代 前 半	家族同居					

	G	(車がない)それを考えると自立はなかなか、難しいと考えています。	ただ、労働時間には不安があります。8時間労働普通、とかそこまでは不安があります。		鹿角市は車がないと不便なので、車がやっぱり欲しいと思います。親がまだ仕事で車を使っているなので、親が仕事を辞めたらもらえるんですが、ただ、3年くらいは仕事するんじゃないかな。(中略)買い物するときとか、不便ですから車は必要ですね。
	H	家庭が複雑なので、ちょっと、子どもたちがあの～、自立したあとに自分の生活自体が見直しできるという状態なので、それができないと、終わってからじゃないと自立できないと思っています。	だから、あの、独身のときやっぱし、していた仕事、今この年になってから体力の衰えがあるので就職するには難しい、健康の問題ありますよね。	精神的に弱い部分があるので、そういうところ、もう少し精神的な面で、もう少しこう、努力が必要なのかなとは思いますがね。	だから、あの、独身のときやっぱし、していた仕事、今この年になってから体力の衰えがあるので就職するには難しい、健康の問題ありますよね。

表 9-2 当事者が考える自立について (2)

年齢	住居形態	自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏
50代後半／60代	GH／独居	それぞれの独立	受援も重要	自己決定重視	GHに頼る
50代前半	家族同居	経済的自立に特化	受援は念頭に置かれず	自己責任内面化	家族に限定

自立の多面性について、50代後半／60代でGHの利用や独居生活をする当事者は、経済活動を自立と意識しながらも、各個人の年齢や身体状況に合わせた自分のペースで生活すること、または、今後そうした生活を望む傾向があることがわかった。その一方で、50代前半の家族同居者は、自身のペースで生活することを前提に経済的自立に特化している。

自分のペースで自立することは、自分のできる仕事をやって、得たお金を自分で自由に使うというごく当たり前の生活を送るなかで、自分のやりたいことをやっていくという生活力を身につけていくことである。また、自分のやりたいことをやっていく50代後半／60代のGH／独居の当事者は、ライフステージに合わせた支援を受けながらも穏やかで安定した生活を送ることを望んでいる。ごく当たり前の生活について、谷中(1996)は、「障害者としてではなく、生活者としての尊厳

のある『その人らしさ』のことである。」としている³⁰⁾。

50代前半の経済的自立に特化することについては、ときに、経済的自立に比重を置くことによって健康状態に影響したり不安を招いたりすることがあることに注意したい。独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センターが、2017年に報告した「障害者の就業状況等に関する調査研究」³¹⁾の一般企業における職場定着状況等を見ると、精神障害者の調査対象1,207人のうち、障害者求人での就職者が618人(51.2%)、一般求人の障害開示での就職者が195人(16.2%)、一般求人の障害非開示での就職者が393人(32.6%)で、就職後1年時点の定着率が、障害者求人では64.2%、一般求人の障害開示で45.1%、一般求人の障害非開示が27.7%であった。このように一般求人において障害非開示とする精神障害者がいる背景には、障害を有することが就職に不利に作用するのではないか、就職しても同僚と同じように仕事をしていけるだろうか、同僚に障害を有することを理解してもらえるだろうか、コミュニケーションをうまく取れるだろうか、給与額に影響があるのではないかと、病状が悪化したり、再発した時に雇用を継続したりしてもらえるだろうか等々、障害があることによって働くことや生活に対する不安が生じて働くことに条件を付けざるを得なくしていることがあるのではないかと考えられる。この働くことのリスクとなる健康状態については、しばしば取り上げられる。塚原、結城(2016)が服薬に関して、「服薬の中断は病状の悪化を招くため、飲む必要のある薬を管理すること」³²⁾が再発・再燃や、精神の安定につながるために必須であるとしている。特に高齢の当事者については、Brownらが、飲む必要のある薬を自身または、第三者が管理することは「病状の安定に必須である。」と指摘している³³⁾。また、就職後の定着の難しさについて相澤(2014)は、「精神障害者の就職後定着率は低く、ハローワークの障害者窓口から紹介されて就職して3年以上定着した人は2割に満たない。」と報告している³⁴⁾。

このように、経済的自立を優先させる場合は、健康状態の変化を支える社会資源が必要と考えられる。実際のところ高齢化、病気の再発・再燃や重症化による健康不安など症状の不安を支える健康管理が自立を達成させるための要因でもある。この健康管理には、病気の再発・再燃のリスクや高齢による健康不安も含まれる。服薬の継続がうまくいけば、病気の再発・再燃が減少し、現実的にそれぞれの希望と目標を持つという自己実現が図られ自立に近づく。そのためには、家族や友人、受援による支援者のかかわりにおける健康管理、服薬指導、目標の明確化と支援者間の情報共有等が必要となる。

その受援を含む自立については、50代後半・60代が重要と捉える一方で、50代前半は、受援を念頭に置かずに主体性のある日常生活をしているともいえる。自立達成要因の結果にもあるとおり、地域で暮らす当事者の自立を支える支援者とのかかわりを通して、暮らしを取り戻すきっかけとなって生活に対する希望や目標の価値を見いだすなどの日常生活の改善がされている様子が見られた。また、当事者の生活力が向上する要因としても受援による支援者とのかかわりが共通してあ

げられる。第三者とのかかわりによってとおりに関係のスキルが高まるなかで、自身の生活を振り返り、自助努力の必要性が芽生えた結果、生活力の向上につながったと思われる。このように、支援者とのかかわりがリカバリーの回復過程として当事者の主体性を引き出していると考えられる。

なお、どこを起点とした支援者とのかかわりや対処の方法によって、生活力が向上するののかに関して、松田、河野（2020）らは、「生活スキルや対処法の習得に働きかける支援者の行為を当事者が認識し、また解釈した時に発生する」³⁵⁾としている。NPO 法人の支援者は、対人関係のスキルにおいて直接的にかかわることで当事者の生活力の向上を高める効果を得られることを一層認識して、日々のかかわりの充実に努めていくことが求められる。このように、当事者の自立において受援を含む自立とは、生活スキル向上やリカバリー、安定した生活を得ることから自立を加速させる役割があると考えられる。

次に、自己責任化については、50 代後半・60 代の GH・独居の当事者は、自己決定重視、50 代前半の家族同居者の自己責任内面化という結果が得られた。ここでも支える側の姿勢について Rapp, Charles A. Goscha, Richard J (2006) は、「自身が選択した生活を送ることができる自己決定生活者として、『その人』なりの姿をありのままに認めて受容することや、個人のライフステージにあわせた強み、特長などのストレングスを引き出して共に生活することが求められている。」としている³⁶⁾。また、支える側のかかわりを調査した長谷川（2002）の結果からでは、無意識的または、意図的な援助技術として実践しているものとして次のような項目が挙げられている。①自己決定の促進、②対等な関係、③参加意欲の動機づけ、④仕事、役割の重視、⑤仲間意識の強化、⑥実践活動の支援の 6 項目である³⁷⁾。

当たり前の生活をするということは、自分が選択した結果として利益を得るだけではなく、失敗するというリスクも得るということである。自己責任化については、50 代後半・60 代の自己決定重視においては、独居という背景やマイペース的な生活をするという背景から、主体的に日常生活を過ごしやすいということだと考えられる。その一方で、自己責任内面化については、家族に頼ることで直接的なリスク回避をしていると考えられる。

最後に社会資源の欠乏についてである。50 代後半から 60 代については、総務省統計課（2020）「高齢者の人口」から総人口に占める 65 歳以上の高齢化率は 28.8% であり、当事者の高齢化も同時に進んでいることが容易に考えられる。地域生活する高齢の精神障害者支援におけるニーズ調査では、新村（2018）が、「75 歳以上では、身体機能低下のため様々な活動・プログラムよりも対人交流を楽しみ、健康に留意しグループホームの世話人を頼りにする傾向がある。」と報告している³⁸⁾。つまり現在において地域生活をする当事者は、病院に戻ることを望んではいない。また当事者の家族も高齢化しているため、居場所としてグループホームを位置づけていると考えられる。

第3章 当事者の自立における家族の役割

第1節 家族の高齢化と介護負担の現状

1 現状と課題

2013年の法改正まで精神保健福祉法には、保護者制度が置かれ精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど、患者の生活行動一般における保護の任に当たらせるために「保護者」が定められていた。これが法改正により廃止され「保護者」が「家族」に改められた。その理由について川崎（2012）は、「保護者」を主に家族が負うことが多く、また治療等の義務からその責任も課されていたからであった³⁹⁾。厚生労働省（2020）「令和2年3月18日 第1回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会参考資料」によれば精神疾患を有する患者約419.3万人のうち、「当事者と家族が同居している」割合は66%以上と高い。しかし当然ながら、家族負担の実態は改正前と変わっておらず、塩満（2017）は、近年顕著になった家族の高齢化等に伴う負担の重さの深刻さを報告している⁴⁰⁾。

先の厚労省調査でも、患者との同居年数も長いことから、家族の高齢化が容易に推測できる。家族の高齢化はさらに、家族がいなくなったときの「親亡き後の生活の不安」に直結する。

さらに法改正後、医療保護入院の最終決定には「家族等」の同意が求められるようになってきている。また民法第714条でも家族などの扶養義務者の監督義務者の責任が定められている。これにより杉村（2017）のいう入院後の当事者と家族の関係悪化も懸念されている⁴¹⁾。

こうした複雑な状況に対し先行研究では、家族の健康状態や負担感、ストレスについて、岩崎（1998）の精神的負担感がありながらも、現状を肯定的に捉えようとしている家族の姿があることや⁴²⁾、松田ら（2013）の家族の精神的健康に影響する要因を「自分の時間が持てないこと」をあげ、また家族の無意識的行動に回避的コーピングを多く用いることを報告した⁴³⁾。さらに川口ら（2013）は入院後1年未満の患者を介護している親の介護負担感の要因について、親の「あきらめ」と「回避」、「子の社会生活技能」の3点があると報告した⁴⁴⁾。また、その対応方法として心理的な側面から中坪（2008）は、統合失調症の家族の変遷をまとめて家族を支えている「エンパワメント体験」や、「肯定的側面」の心理的側面を検討することを報告した⁴⁵⁾。さらに、家族支援において特に初発統合失調症患者の母親に焦点をあてて文献研究（2001-2012年の発表論文）をまとめた吉井ら（2013）によると、心理の研究が主流であり母親の悩みや知識不足に対しては、統合失調症の知識や情報提供を通じて、母親の心理的支援の必要性⁴⁶⁾を検討している。

このように先行研究では、家族の多様化や社会格差の増大のため配偶者や子どもを含めた包括的な支援や、家族のストレスを含めたレジリエンス、エンパワメント等の多様な面から捉えた研究が展開されている。

これに対し本研究では、保護者制度廃止や家族の高齢化を踏まえた現在、そもそ

も家族が負わねばならない負担とはどのようなものであるかに遡ったうえで、その軽減に関する道筋を探りたい。

2 調査協力者の概要

今回の家族に対する調査協力者は、秋田県大館市の NPO 法人が定期開催する家族会に参加された同居家族 8 名で、当事者の属性も併せて表 9 に示した。この家族会には、当法人のサービス利用の有無に関係なく参加できることから、当 NPO 法人の福祉サービスを受けている当事者の家族が 6 名、家族会のみに参加する家族が 2 名だった。

表 10 調査協力者（家族と同居する当事者）の属性

協力者	性別	年齢	世帯人員 (人)	同居当事者 性別	同居当事者 年齢
A	女	77	2	女	48
B	女	76	4	女	41
C	女	70	3	女	44
D	女	60	5	男	36
E	女	72	2	男	50
F	女	81	2	男	51
G	女	72	2	男	44
H	女	70	4	男	30

今回協力いただいた協力者の家族背景と NPO 法人の活動について補足する。

A 氏は、40 代後半の長女と 2 人暮らしである。長女は、就活中で内定をもらっている。

B 氏は、夫、長女（40 代）と 3 人暮らしである。年金と長女の障害年金で生活している。夫が 8 年間寝たきり、長女が（退院して）戻ってから 5 年になる。他に長男がいるが福祉サービスの（障害者）グループホームに入所している。

C 氏は、夫、長男（40 代）と 3 人暮らしである。長男がゆっくり食べたいようなので、夫に内緒で食事を 2 階に運んでいる。長男から、タバコ代 1000 円、ゴミ出し手伝い 500 円などと請求され支払っている。また、長男の過食をする時期の食事バランスに気をつけている。

D 氏は、夫、長男（30 代）、次男の嫁、次男の子どもの 5 人暮らしである。次男が（長男の）面倒を見ると言ったが、アルコール（依存症）のために対人関係や、交通違反などのトラブルが続くため、次男の嫁から（苦情を言われ、次男と嫁の間に）挟まれて辛かった経験がある。

E 氏は、長男（50 代）と 2 人暮らしである。長男の金銭管理を心配し、自分たちが（将来、長男の面倒を）見ていける状態ではないと感じている。

F氏は、甥（50代）と2人暮らしである。脳梗塞の既往歴がある。甥の両親が高齢者施設に入所したことから、甥と同居することを決めている。

G氏は、長男（50代）と2人暮らしであるが、他に別居している長女がいる。最初、長女は、弟の面倒を最後までみようとしていた。しかし、今は、（家庭があるため（言わ）なくなる。

H氏は、夫、長男（40代）、祖母との4人暮らしである。他に他県在住の次男がいる。長男の病気をきっかけに、当法人を設立した。夫・姑の介護をしながら精力的に活動している。

また、今回協力していただいたNPO法人は、2014年11月に設立されている。法人の目的は、「精神に障害を持つ人々に対して、福祉の増進を図る活動、および精神障害への理解の啓発などに関する事業を行い、精神に障害を持つ人々が、地域で自立して生活できる社会の実現を図り、もって社会全体の利益の増進に寄与すること」である。この法人の前身は、2006年設立の「心の問題や精神の障害を持っている当事者と家族の会」で、2010年から、「室内外の掃除」「窓拭き」「草取り」「雪かき等」の有償ボランティアなどの活動を行ってきた。

当事者支援を継続するために任意団体からNPO法人に移行して活動を拡大させていき、2017年8月に障害福祉サービス事業者の指定を受け就労継続支援B型を開始した。活動内容は、地域イベントでの「秋田杉マイ箸手作り体験」「フリーマーケット等への参加」である。また、外作業の依頼が無い場合は、「秋田杉の箸作り」「手づくり木工品の製作」「手縫いのマスコット等手芸製作」「フリーマーケットの商品仕分け」「学校教材の内職（企業等の受託作業）」の活動をしている。

3 倫理的配慮、個人情報の保護

本研究の調査協力者に対しては、研究の目的、主旨・内容、方法を文書及び口頭で説明した。また、本人の権利の尊重と調査協力への任意性について保障をし、調査協力の拒否・辞退による不利益は一切生じないことも説明した。この調査は、秋田看護福祉大学倫理委員会で承認されている（承認番号2016-4）。

本調査で得られたデータは研究目的以外に用いることはなく、本研究の実施担当者以外がデータを用いることもないこと、調査で収集されたデータについては、研究終了後責任をもって速やかに廃棄すること、研究に対する協力については、承諾された後でも中断することができることを説明した。また、この本調査によるインタビュー面接では、調査対象者の承諾のもと、面接内容をボイスレコーダーに録音することを口頭および、文書で理解いただいた。得られたデータはすべてカテゴリ化をし、個人が特定されないようにID管理（ID番号をつけて、調査票を管理する。分析は、番号での利用管理を行う）するので、研究目的以外には使用せず、研究終了後は速やかに得られた情報および、ボイスレコーダーによる録音内容を破棄すること、データの公表予定があること、テープ起こしをする際はイヤホンを使

用し、他の人に聞かれないよう配慮を行うことを伝えた。

研究の質を担保するために分析作業を1人で行い、精神保健分野を理解する第三者と検討した。得られたデータは、鍵のかかったロッカーで管理され、パソコンで分析する際には情報が外部に漏れないようにインターネットを切断して使用した。

4 分析方法

事前にNPO法人を通して家族に協力を依頼し、承諾した家族のみに調査項目(表10)を口頭で説明し、半構造化インタビューを行った。調査は、2017年4月から5月にかけて実施した。

表11 調査協力者(家族)の主な質問項目

主な質問事項
<ul style="list-style-type: none">・当事者のことについて(基本情報や現在のサービス利用など)・生活者としての当事者の自立イメージについて・自立を達成するために必要なこと

分析方法は、佐藤(2017)の質的研究方法を参考にした。これはデータに基づくカテゴリ同士の関係性を検討することで理論を算出する質的研究法である⁴⁷⁾。そこで録音したインタビュー内容をすべて逐語録としたあと、質的研究用ソフトウェアQDA(Qualitative Data Analysis)にデータ入力し効率化を図った。

次にインタビュー内容ごとに類似したデータを集めてテキスト化し、比較検討を繰り返した。そして共通のコードの分類を繰り返して〈サブカテゴリ〉化し理論の根拠とした。最後に抽出した【カテゴリ】を関連付けて、データの確認を繰り返しながら関連図を完成させた

第2節 家族が考える当事者の自立

逐語録から以下の19のコードを抽出し、【家族が考える自立】、【自立を阻むもの】、【家族の葛藤】、【家族の役割】の4つのカテゴリを生成した(表11)。コードは、出現数が多い順番で並べている。

表12 調査協力者(家族)が考える自立

カテゴリ	コード	家族が考える自立のコード
家族が考える自立	○働くことができる	経済的問題がトップです/自分で仕事探そうと一生懸命ハローワークに通っている/社会参加だと思っているけど、ま
	○自分の身のまわりができる	

	○経済的（金銭）の安定を得る ○社会参加	だそこまで行ってない／家の中のことを何でもやってくれることも自立だと思っている／まだ働きたいと思っている
自立を阻むもの	○服薬の関係 ○対人関係の形成が難しい ○金銭感覚の欠如 ○症状がでる	薬の副作用で悩んできた／自分の悪口を言われているような感じになるのか落ち着かない／（お金優先）持っていると不安なんだって
家族の葛藤	○親亡き後の生活を心配する ○体調変化に対応する ○家族内で気を遣う ○自立への意欲が乏しい ○当事者の行動を見守る ○サポート体制の少なさ	母さんがあれになったら（死んだら）どうしようかなと最近言うようになる／きょうだいでも距離がある／あまりプライベートの時間に入っていけないし様子見てる／薬が入れば、飲めば人格が変わってしまう、私たちも苦労した。
家族の役割	○家族が望む将来像 ○自立に向けた支援 ○対人関係の再構築 ○家事手伝いができる ○本人を認める	結局グループホーム、自分たちが見ていける状態でないな／本人が病気だと思ってる／本人はグループホームと言われると嫌なの／自分で仕事探そうと一生懸命ハローワークに通っている／私たちに食事作ったりそれは状態がいい時の話

以下でそれぞれのカテゴリについて説明を行う。

なお、以下の家族の語りにおける（ ）内は内容を分かりやすくするため、会話の前後を踏まえて補足した言葉である。

1 調査結果から

【家族が考える自立】は、生活の場における〈働くことができる〉〈自分の身のまわりができる〉〈経済的（金銭）の安定を得る〉などがあつた。

「経済的問題がトップです、それさえ解決できれば、あとは自分で決められるので、それだけです。…中略…自分で仕事探そうと一生懸命ハローワークに通っている」（A氏）。

「夫の会社で社員になれるということがいいかなと思っている。家族弟と3人で社員にちゃんとなれたらいいかな」（D氏）。

「（自立について）父さん母さんいなくなったらどうすると時々話している。今から貯めておかねばならねべ、と言っている」（H氏）。

「（本人は）病院に入院とか施設に行く話は嫌い、（私からだと）すごく怒る。（理由）まだ働きたいと思っている」（F氏）。

このようにA氏、D氏、H氏、F氏のように家族が考える自立とは、〈働くこと

ができる〉〈経済的（金銭）の安定を得る〉であり、経済活動の結果から生活の安定が〈社会参加〉につながることを期待している。

「（自立とは）身のまわりのことができること。夫が寝たきりで8年、9年もなる。帰って（退院）から5年（が経つ）」（B氏）。

「社会参加だと思っているけど、病状がこれから安定していけば（なるだろうが）、まだそこまで行ってない。…中略…家の中のことを何でもやってくれることも自立だと思っている。家にいて洗濯を殆どやってくれる、几帳面できちっとたたんでくれる」（C氏）。

これに対しB氏、C氏は自立を、社会参加のステップとして日常生活における調理・洗濯・掃除・買い物などの身のまわりができることと考えている。特にC氏は、語りの最初が〈社会参加〉から〈身のまわりができること〉と語るうちに変化している。これは、C氏が現在の本人の「できること」を振り返りながら語ったことが、〈身のまわりができること〉も自立であると変化したようだった。このように〈身のまわりができること〉と語るB氏、C氏の共通点は、当事者と家族が家事を通して会話が成立していた。

したがって、一口に家族が考える精神障害者の自立と言っても、〈社会参加〉をゴールとしつつも〈経済的活動〉に比重を置く立場と〈身のまわりができること〉に比重を置く立場とに分かれていた。注目されるのは、後者の立場では、当事者と家族とが家事、すなわち〈身のまわりのこと〉を通じて、会話が成立している点であった。

2 自立を阻むもの

【自立を阻むもの】では、まず〈服薬の自己中断・自己調整〉の家族支援について語られた。

「薬の副作用で悩んできた。症状があつて、すごい我慢する。おかしくなるのではないかと思うけど。飲めば頭ガンガンするし、飲まない。飲まないでいるとイライラするらしい」（B氏）。

「薬が入れば、飲めば人格が代わってしまう。私たちも苦労した。（過去に）それで調子を崩したのよね。…中略…」（C氏）

「薬を飲みすぎて事故を起こした」（D氏）

〈服薬管理〉についてB氏とC氏は、服薬すると頭痛やイライラなど不調をきたすことや、そのために自己判断で服薬を中止する行為を認識している。またD氏においては、服薬しすぎて事故を起こしたことから、当事者が服薬を自己判断で調整することを認知している。こうした点について山下（2017）は、先行研究でも、退院後の地域生活において当事者への充実した支援がないと服薬の自己中断・自己調整等が生じて、再燃・再発するという悪循環を招くとの指摘がある⁴⁸⁾。一方で在宅生活を送る当事者とその家族の服薬管理において認識に相違があるという。

影山ら（2022）は、家族は服薬に関して要援助と認識しているが、当事者の困り感が低いと指摘している⁴⁹⁾。

「友達から誘いがあったりして、自分でダメだと思っても断れなくて（遊びに）そっちに行ってしまう」（E氏）。

「最近、他人が家に入られるのが嫌いになった。おっくう（面倒）になったようだ。人に気を遣うのが嫌なのか。『こえー（疲れる）、こえー（疲れる）』とよく言う。疲れてくれば幻覚と妄想があるもんね」（F氏）。

「対人関係ができなくて、娘来ればぐちゃぐちゃ喋って行って、自分の悪口を言われているような感じになるのか落ち着かない感じだ。…中略…大変だから、たいてい部屋に引っ込むようだ」（G氏）。

「オレは、健常者と普通に話せないから、飲み屋さんとか風俗店の女の人としか話せない」（H氏）。

一般に吉村（2020）は、〈対人関係形成の難しさ〉は、精神障害者の「人と話すこと」「かかわることが苦手」としている⁵⁰⁾。

心身の疲労感・不安感の要因についてE氏、F氏、G氏は、家事負担や就労Bによる作業量の関係や他者との関係から生じたものと認識している。またH氏のように〈対人関係の難しさ〉について自らカミングアウトする場合もある。このように〈対人関係の難しさ〉において共通して言えることは、家族が当事者の不調サイクルを経験から学び、不調のサイクルを予測できているほか、対応方法も心得ている。

これらに加え、今回の結果からは、当事者の〈症状の再燃〉する要因としても〈対人関係の難しさ〉も関係していることがうかがえた。

ついで〈金銭感覚の欠如〉についてである。

「お金に伴った生活をしてもらわないと…中略…ちゃんと計画をたてさせたんだけど」（D氏）

「自分のことは自分でやるんですけど、お金の使い方が一番問題がある。3-4万円、就労Bで頂いた給料とか、タバコ代3-4万円を渡せば、ぱっと使ってしまう。…中略…お金の使い方が一番心配」（E氏）

「とにかくうちの息子は「お金、お金」タバコ代、毎日1,000円。ゴミを運んだり、何かすると「気持ち欲しい」と上乘せして欲しいという。「…中略…もの入りの人だ。歯医者、痛風だすべ、本当あれば、お金の気持ちなんだ(お金優先)持ってる不安なんだって」（H氏）。

〈金銭感覚の欠如〉についてD氏、E氏、H氏に共通していえることは、当事者に金銭感覚がないと認識し、直接的に注意や対処方法を指導している。

E氏、H氏は、当事者から何かにつけて金銭の要求があることや、手持ちの現金をほぼ使ってしまう状態を語っている。これに対しD氏は、金銭の使用計画書を作らせて実践していた。その金銭感覚の欠如の理由についてH氏は「お金を持っていると不安だから残さずに使用するそうだ」と語っている。

これについて田辺（2007）は、疾患を背景とした機能障害や生活障害であると言われ、入院生活期間が長ければ長いほど金銭管理を第三者が代行することが退院後の地域生活に影響すると報告がある⁵¹⁾。さらに当事者研究では、この場合、家族は、日常生活に必要な金銭管理の継続的な支援が求められることになる。

このように【自立を阻むもの】では、日常生活に関することが主に語られている。この在宅生活を送る上で障害による生活のしづらさがあると言われる。この生活のしづらさ上食事、金銭や服装、服薬、を含む日常生い面、対人関係、作業能力等の職場場面、安定性・持続性の職場場面、生きがいの喪失などなどがあげられている（臺 1989）⁵²⁾。しかしこれは、約 30 年前に指摘されていた項目であるが、現在も変化していない。この生活のしづらさ、そのものが当事者自身の自立やその達成要因を阻むものといえる。

以上のことを踏まえて本結果をまとめると、【家族が考える自立】の2つのかたちに沿って、【自立を阻むもの】についても2つのタイプが考えられていた。すなわち、まず【家族が考える自立】が〈身のまわりのことができる〉である場合は、〈服薬管理〉が【自立を阻むもの】としてまずもって認識されていた。他方、【家族が考える自立】が、〈働くことができる〉〈経済的な安定を得る〉である場合には、〈対人関係の難しさ〉や〈金銭感覚の欠如〉が【自立を阻むもの】として意識されていた。

前者は〈服薬管理〉が適切に行えないと〈症状が出る〉ことを通じ、〈身のまわりのこと〉もできなくなってしまうおそれがあるからだった。これに対し後者は、〈働く〉ためには〈対人関係〉が調整できる必要があり、せつかく〈働く〉ことができても〈金銭感覚が欠如〉しては〈経済的な安定〉が得られるとは考えにくいためだと考えられる。後者の場合でも〈対人関係の悪化〉や〈金銭感覚の欠如〉そのものが〈症状が出た〉現れとして認識されている。したがって、【自立】のかたちがどちらのかたちであっても、〈症状が出るから自立できない〉＝〈自立できないから症状が出る〉という堂々めぐりの構図に、精神障害者の家族はさいなまれているということができる。

3 家族の葛藤

【家族の葛藤】では、まず、家族が高齢化した現在大きな問題として一般に認識されはじめている〈親亡き後の生活を心配する〉が挙げられる。今回の調査対象者の平均年齢が60歳以上であった。そのため慢性的な持病や家族内で要介護者もいることから、将来的に当事者を「され始め（世話）くれるといいな」という〈期待〉挙げ不安から来る〈親亡き後の生活〉を心配している。

「夫が寝たきりで8年、9年もなる…中略…夫も私もここ（NPO 法人）の世話になろうと思っています。…中略…『母さんがいなくなったら誰に相談したら…』と聞くため、…中略…『（親亡き後はNPO 法人の）代表に何かあったら相談するように』と話した」（B氏）。

「（本人）『母さんがあれになったら（死んだら）どうしようかな』と最近言うようになりました。あまり（本人と姉）娘とは、きょうだいでも距離がある…

中略…。（将来）一緒に暮らすのは難しい。最初は（本人の面倒を）みると（姉娘が）話したけども今はみない。家庭があるからな」（G氏）。

（叔母と同居のケース）『子ども（本人）で苦勞したのか、親は施設に入所中です。…中略…私も脳梗塞を起こしているの、（本人へ）おばさんは親じゃないから』と（本人へ）話している。（NPO 法人）施設から（将来どうしたいのか）聞いて（ほしい）」（F氏）。

B氏、G氏は〈親亡き後の生活〉を兄弟に託したい気持ちを語っている。しかし、その兄弟たちはすでに独立して家庭があるため、将来的にNPO 法人を頼りたいと望んでいる。これに対しF氏の場合、既に、本人の親が高齢者施設に入所しているため、叔母であるF氏が親の代わりに同居している。F氏は、本人の身辺的な面を日常的に援助していることから、〈自立への意欲が乏しい〉と感じているようだった。その場合も、F氏自身からではなく、NPO 法人に本人に対する働きかけや意識喚起が期待されている。こうした点について藤野（2009）は、在宅生活をともに暮らす家族が避けられない孤独や、生涯を精神科病院で過ごすかもしれないなどと、親亡き後の子どもの将来を悩んでいると示している⁵³⁾。また、親亡き後の本人の生活に関する家族の心配ごとと石川（2021）は、正しい判断の履行や安定した収入源、金銭管理の遂行、身のまわりの介助や世話人の有無などをあげている。しかし、その一方で将来について家族内で十分に話し合われていないという現実もある⁵⁴⁾。

このように、親亡き後の当事者の居場所や、支援者等につながりにくいという家族の悩みが解決されていない現状がある。実際に本稿の結果からも家族だけで当事者の生活を支えているという背景があることから、【家族の葛藤】は日常的な〈家庭内での気を遣う〉ストレスとして現れている。

「今日は『お父さん、お母さん（家に）居ないで欲しい』（と本人から言われることがある）。うちのお父さん怒ってる。『親に対して出て行け、ということあるもんだが』と。（本人が）ひとりでゆっくりしてたいんだな。…中略…過食になるから、胃が痛くても食べるでしょ。…中略…三食ガツチリ食べさせるためにごぼうれんこん、根菜、（食べ過ぎないように母が食事を管理する）それで一日終わってしまう。…中略…今は調子いいから

大丈夫だけど、調子悪いと大変」(C氏)。

「(本人が) 薬を飲みながらお酒は飲んでいて。嫁の目を盗んで酒を飲んでいて。(本人と嫁の) 間に挟まれて辛かった。…中略…(二階の部屋から) 物音すれば気になる。テレビ付けたまま、明かり付けたまま、あまりプライベートの時間に入っていけないし様子見てる。朝どういう状態で起きてくるかが心配で空回りする」(D氏)。

C氏、D氏では、家族が本人の言動、行動に対して否定的な態度はあるものの間接的に〈家庭内で気を遣う〉行動していた。そして変化を見逃さないように〈常に本人の行動を気にする〉ことが日常的になっていた

「薬の副作用で悩んできた。症状があってもすごい我慢する。おかしくなるのではないかと思うけど。飲めば頭がガンガンするし。飲まないでみるとイライラするらしい」(B氏)

「薬が入れば、飲めば人格が代わってしまう。私たちも苦労した。…中略…薬はどんどん強くなる。…中略…薬飲まない時期は勉強なのよ、私たちも、本人も」(C氏)

「就職したが対人恐怖のためにすぐ辞めた。彼は彼なりに目指してがんばっていた辞めけども、…中略…がんばっているんだということを家族に認めてもらうために、毎日飲まないと自分で決めている」(D氏)。

「(自立は) 社会参加だと思っているけど、病状がこれから安定していけば(なるだろうが)、まだそこまで行ってない」(C氏)。

C氏、D氏のように、たびたびおこる症状や服薬後の〈体調変化に対応する〉ために〈常に本人の行動を気にする〉ことが日常的に行われていた。それは批判的な態度ではなく、受容しようとする肯定的な語りではある。しかしC氏のように病状が安定するまでは本人の〈自立への意欲が乏しい〉と感じている。

実際に、親亡き後の生活について前述したとおり十分に話し合いが行われていないようだ。それは、家族が当事者との関係を語る内容から、当事者の体調の変化や服薬後の症状などの気遣いで、具体的な話をする事の難しさを感じている。また将来を託したい兄弟にもこの話題を切り出す機会がないと考えられる。

このように【家族の葛藤】では、〈親亡き後の生活を心配する〉ことが前面に出ている。〈親亡き後〉を担う存在としては、兄弟をはじめとする親族という「家族」が、現実的には期待されざるをえず、実際に〈家庭内での気遣い〉がなされているものの、既に限界が現れていた。そこで新たに期待が寄せられているのが、家族たちが参加する家族会を主宰するNPO法人であり、NPO法人が運営する施設である。

つまり、保護者制度が廃止され、なし崩し的に負担が負わされている家族の負担は、高齢化や家族・親族関係の複雑化、あるいは、そもそも家族・親族に当たる存

在が少なくなっていることともかかわって、たしかに限界に来ている。そこで新たな支え手として期待されるのが、ここでの NPO 法人のような組織であり施設である。本事例の NPO 法人は、負担に苦しむ家族どうしをつなぐとともに、精神障害者本人の居場所としても機能する施設を運営している。このような地域の第三者が、家族の負担軽減、さらには本人の自立にとっても重要な役割をはたすと考えられる。

4 家族の役割

【家族の役割】としては〈家族が望む将来像〉が共通して語られた。今回の調査での〈家族が望む将来像〉とは、本人が安心して暮らす将来の姿や生活場所のことである。これらは、今までの家族の過去から現在までの経験から語られたものと考えられる。このうち B 氏、D 氏、E 氏、F 氏、G 氏では共通して当事者の最終目標をグループホームとされていた。

「夫が寝たきりで 8 年、9 年もなる。（本人が）帰ってきてから 5 年。夫も私も、（現在利用している法人）の世話になろうと思っています。最終目標はグループホーム」B 氏。「結局グループホーム、自分たちが見ていける状態でないなー、そっちに入ればいいなという希望です」（E 氏）。
「私も脳梗塞を起こしているの…中略…最終目標はグループホーム、本人が病気だと思ってないんですよ。本人はグループホームと言われると嫌なの」（F 氏）。

インタビューした時点の家族の平均年齢は、72.8 歳と高齢である。また、B 氏、F 氏のように家族自身も病気を抱えたり福祉サービスを受けたりしている。これらから、家族の考える当事者の最終目標がグループホームとなったのではないかと考えられる。いずれも〈親亡き後の生活を心配する〉ことから導き出されたとも言える。

ここでいうグループホームとは、障害者総合支援法の地域生活を支えるサービスのことである。サービス対象者は、「単身生活に不安があるため一定の支援を受けながら地域の中で生活したい人、一定の介護が必要だが、施設ではなく地域の中で暮らしたい人など」である。グループホームでは 5~6 人単位で生活する。厚生労働省（2022）地域生活支援拠点事業整備の報告によると、グループホームの総利用者数は、施設入所者数を上回る約 14 万人に上る。

「夫の会社で社員になれるということがいいかなと思っている。家族弟と 3 人で社員にちゃんとなれたらいいかな。もしこの病気が治らなければ最終目的は、グループホームだと思っているから（当法人のグループホーム）実現を望みます」（D 氏）。

「病院に入院とか施設に行く話は嫌い、すごく怒る。（理由）まだ、働きたいと思っている」（F氏）。

D氏もまた、当事者が社員になることを望んでいることを語っているものの、「この病気が治らなければ」と前置きした上ではあるが、グループホームの利用について語っている。家族が過去の経験をもとに〈家族が望む将来像〉がグループホームであり、セーフティネットのように位置づけている。

F氏は、家族の既往歴からグループホームを人生最後の場所として当事者へ勧めるが、拒否にあっていることから自らを理解していないと感じたため、病識の欠如と語っている。このように家族が望む将来の姿をグループホームに求めながら、その位置づけを親亡き後のセーフティネットとしていた。

このようなグループホームを最終目標とする考えだけではない。A氏、B氏は、可能な限り自宅で家族と生活させたいと語っている。

「塩なめって、お粥（だけ食べる生活）でも二人でクリア（生活が）できます。いろんな人からご支援頂きながらね」（A氏）。

「将来は一人で暮らさせたい、兄さんがいるから今から、兄に相談して追いつかないように話している。一緒に暮らさせたい。今は障害年金をもらっているのだから兄と一緒にならできる」（B氏）。

「（彼女は）彼のことをわかってる人だし、結婚させてもいいなどは思っている…中略…息子とも話してます。自分も不安だし。弟もいて北海道で家庭持ってるからね。俺は出ていく（と言う）」（H氏）。

このうちA氏では、今までの経験や福祉サービス、年金を利用して地域生活する覚悟を感じる。またH氏の例では、家族の方が当事者のペースより先に交際相手と将来を過ごすような〈将来像〉をイメージしている。どちらも当事者と家族の価値観の相違がうかがわれる。

次に家族の支援方法についてである。

「5日間入院して帰ってきてから、私(母)がカウンセリングで全部聞いた。夜勤に行く前にでも、何時間でも本人の話聞いた。（ほかに）教会の牧師先生が毎日来てくれた。…中略…毎日5時間別室で1年間やってくれた。…中略…話をきくということが一番大事だとわかった…中略…皆さんあきらめないで（現在、服薬なし）息子はね、妄想のことを『心の旅をしている』と客観的に捉えているの」（H氏）。

H氏は、本人の訴えを何時間も聴いたことや、不安定な時期に第三者からも協力を得たことで、症状が緩和したと語っている。結果として、本人が語る妄想の捉え方を振り返り、現在は当事者の症状が安定していると語られている。

こうした第三者の協力だけでなく、ペットとともに暮らすことの意義も語られていた。

「薬の副作用で悩んできた。症状があってもすごい我慢する、おかしくなるのではないかと。飲まないでみるとイライラするらしい…中略…薬を飲まない時期も親も勉強だ。苦勞したけども。（今も）過食、玄米。食べ物に苦勞している…中略…薬の代わりに犬を買っている。犬をかわいがると安定している」（B氏）。

「捨てられていた猫を拾ってきて何十年もたつが、叔母が世話をしている（甥はやらない。猫は甥の言うことは絶対きく）」（F氏）。

一方で、家族内の関係に関して、打ち明けるか明けないかの迷いも見られた。

「私はとにかく、父さんに内緒でやってあげることがたくさんあるから。ご飯から何から二階さ持ってって（持っていった）。とにかく私が動いて。三人でご飯を食べるのは本人が嫌がるの。自分がひとりでゆっくり食べたいの」（G氏）。

「孫達に本人の病気をカミングアウトしました。孫たちは、それなりの対応してくれてとても良い関係です。…中略…中1の孫がオシャレに興味を持ち始めて相談している。両親だと相談できないからと相談したり、『おじさん髪切って』と来る。…中略…デイケアに通って、いろんな人と知り合ったり、就労支援事業所Bの職員と知り合った」「主人からお小遣いももらって、まず、がんばってるんだ。ということを家族に認めてもらうために、毎日飲まないと自分で決めている」（D氏）

G氏は息子の世話を夫に伝えないようにしているのに対し、D氏は孫たちに子どもの障害を打ち明け、結果として孫たちも障害をもつ叔父になついている。さらにD氏によれば、障害者本人も「家族に認めてもらうために」飲酒を節制するといった努力を重ねているという。こうした本人の「努力」は、A氏やC氏からも語られていた。

「自分で仕事探そうと一生懸命ハローワークに通っている内定ももらっている。…中略…よくがんばったと思っている」（A氏）。

「買い物して自分の食事作ったり、私たちに食事作ったり、それは状態がいい時の話。家にいて洗濯はほとんどやってくれる。几帳面できちっとたたくしてくれる。…中略…本人は努力してる。どなたも、みんなも」(C氏)。

ここでは【家族の役割】というカテゴリをめぐって、まず多くの家族が、最終的な当事者と家族の理想像として「グループホーム」での暮らしを掲げていた。本人の意志は尊重されるとしても、グループホームでの暮らしが家族全体にとってセーフティネットとして意識されていた。こうした意識は、前節までたどってきた家族の負担の限界と深く関係していると考えられる。もちろん、だからと言って、これまで精神障害者を支えてきた家族が、即座にグループホームや支援組織にすべてを委ねようというわけではない。ペットを仲立ちとすることや家族内であえて障害を打ち明けることなどの模索もなされていた。そうした家族の気遣いに対し、障害者本人も応え「努力」しようともなされていた。こうした当事者と家族との1つ1つの模索を踏まえたうえで、グループホームや家族をつなぐ第三者組織の充実が、今後望まれることだと考えられる。

第3節 家族が考える当事者の自立と家族の役割

1 自立に向けた家族の役割

以上のとおり、精神障害者の自立における家族の役割について検討してきた。高齢化を踏まえた家族が望む理想の将来像においてセーフティネットとしてのグループホームでの暮らしを実現させるための支援者という位置づけが確認された。その過程と関係性について図1に示した。

今回のインタビュー調査より生成されたカテゴリ関係について、まず、属性に関係する【家族の葛藤】と〈親亡き後の生活を心配する〉について、直近の問題から注目してみたい。

家族の共通認識である〈親亡き後の問題〉の定義について杉森(2017)は、ケアする担い手を持たないために親亡き後が不明確なことによる懸念や不安のことを指摘していた。これを踏まえて今回のインタビュー者のほとんどが70歳以上であり、精神障害者の家族の高齢化が認識されている。実際に当事者を日常的に支えている家族においては、高齢による持病や、同一家族内に要介護者がいるなど、身体的・精神的な部分でも既に限界がきていると考えられる。加えて当事者の兄弟の高齢化や、親族に当たる存在(特に甥や姪は他地域で居を構えて疎遠等)も少なくなっているため、当事者の将来を心配するのは必然的なことと考える。この点については、石原(2022)が全国の精神障害者の家族会をとおして調査した結果、精神障害者とその家族の関係性において、都市部と農村部(地方)も同じことが言えるとしている⁵⁵⁾。

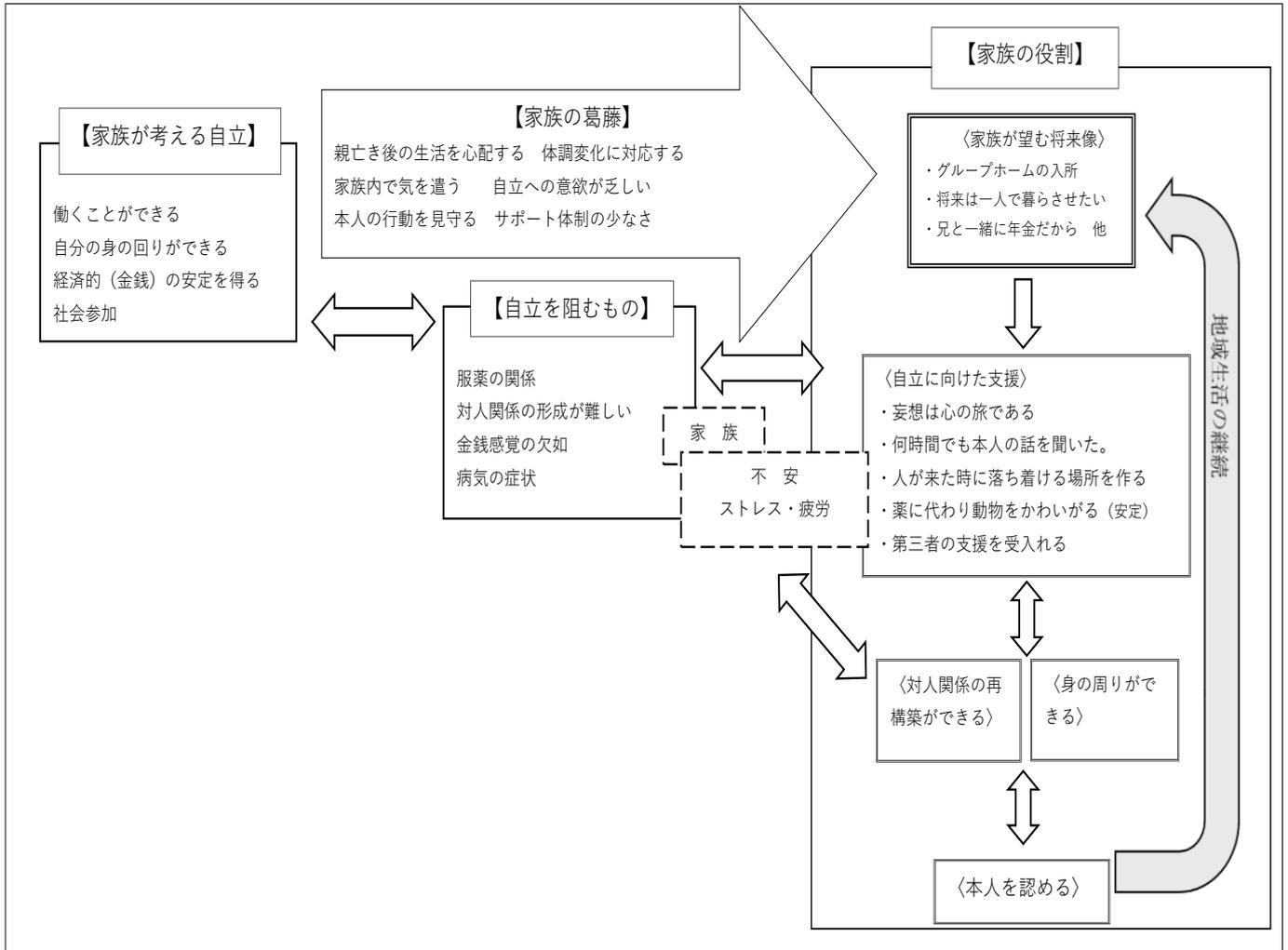


図1 家族が考える当事者の自立と家族の役割の関係図

さらに同調査において家族と当事者の関係性について都市部では、同居する父母が世話をする割合が農村部（地方）に比べて高く、同様に社会復帰や就労の可能性に期待を高く寄せており、将来も家族と同居を望む割合が高いとしている。一方、農村部（地方）では、当事者の既婚の兄弟と同居の割合が高く、社会復帰を困難ととらえており、いずれ病院や施設で生活するという回答が高かった。このように都市部と農村部（地方）の精神障害者と家族の形態に差が認められる。この結果を本研究と比較して言えることは、現在において農村部（地方）の核家族化が進行し、また親が望む将来の生活の場は、「家族同居」「施設・病院」というよりは、グループホームを主とした「地域生活」へと変化しているということである。ただし、時代が経過してもほぼ一貫して変化のない点は、第一次的に当事者の処遇責任を負うのが家族ということである。加えて現代の家族形態において、平均寿命が延びたことによる高齢の親と当事者の関係性において都市部と農村部（地方）の差異が近づいたと考える。

この精神障害者の家族負担や困難感について先行研究では、保護者制度の廃止前と廃止後とで家族負担の傾向に変化が見られた。前者は、社会資源不足による治療の援助、経済的な補助、活動の場の確保などから、生活全般の援助を家族に任せきりになっていることが指摘された。後者では、当事者も含めた家族の高齢化、核家族化、家族関係の希薄さなどが直近の問題としてあげられた。このように今回の結果も含めて高齢化しているのは、家族ばかりではなく、当事者も含めた兄弟やその親族も同様と言える。それでも家族は、今までとおりに精神障害者を支えるための模索をしつづけており、本人もそれに応えて「努力」していた。具体的には、家族が当事者のストレングスを見いだして発揮できるように、家事やペットを通して会話することや、NPO 法人とつながりを持つなど一つひとつ積み重ねるように努力していた。

ここまで【家族の葛藤】の〈親亡き後を心配する〉ことを重点的に論じてきたが、次に、その家族の関係性を左右する要因である【自立を阻むもの】と〈自立に向けた支援〉の関係性について注目する。

病気の症状や生活上の障害から一般的に「生きづらさ」があると言われている。この「生きづらさ」において山本（2014）は、当事者と家族の考える困りごとに乖離があることで、再燃リスクが高くなると指摘する⁵⁶⁾。また当事者の「生きづらさ」について、【自立を阻むもの】と【家族が考える自立】との関係性を、〈症状が出るから自立できない〉＝〈自立できないから症状が出る〉という堂々巡りの構図に、精神障害者の家族はさいなまれていることが確認された。このような「生きづらさ」を認めながら、当事者の努力を周囲から認めてもらいたいという願望を持っていたのである。これは当事者の〈自立を阻むもの〉が堂々巡りしながらも、努力する姿を認めてやりたいという気持ちの現れと考える。このポジティブな行動が当事者自らの解決する力や解決に必要な支援を活用する力に影響すると考える（高山 2009）⁵⁷⁾。

最後に【家族の役割】について注目する。長い間、精神障害者の家族は、通院を受けさせるなどの医療機関から求められる役割、法律に沿って公的機関や処遇の決定にかかわる手続をする行政的な役割、状況説明や当事者の間に入って防波堤としての地域社会に求められる役割、日常生活を支える役割を担ってきた（杉森 2017）。その役割は、保護者制度が廃止になった現在も変化していないと言える。今回の結果から家族は、〈親亡き後を心配する〉ことを中心に〈家族が望む将来像〉が共通して語られた。これは、当事者が安心して暮らせる生活場所を見据えていることから、その準備をしていると考えられる。その準備に向けて【家族の役割】とは、〈親亡き後〉の地域生活が継続できるように〈対人関係の再構築〉や〈身のまわりができる〉ことを支援することであるとして実践していた。

このように家族は、【家族が考える精神障害者の自立】に期待をしているものの【自立を阻むもの】があることを認識しているために〈親亡き後の生活〉を〈家族が望む将来像〉として、グループホームを選択している。その最終目標に向かう【家

族の役割】とは、地域生活を継続するために家族から支援者となって実践していくことであると言える。

精神障害者の自立における家族の役割について検討した結果、高齢化を踏まえた家族が望む理想の将来像においてセーフティネットとしてのグループホームでの暮らしを見据えて支えていた。

2 家族が考える当事者の自立

ここでは、本章の第1節から3節1までを踏まえて、家族が考える当事者の自立について、自立の多面性と受援を含む自立の2つに注目しながら、(1) 自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景、(2) 自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行、を論点に、A氏からH氏へのインタビュー結果をもとに作成したマトリクスと、それをもとに自立とその達成要因につながるキーワードとしてまとめたマトリクスの2つを用いて考察を深める。マトリクスは、縦軸を当事者の「年齢」「居住形態」とし、横軸を「自立の多面性」「受援を含む自立」「自己責任化」「社会資源の欠乏」の4点とした(表13-1 表13-2)。

表13-1 家族が考える当事者の自立について(1)

家族	コード			
ID	自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏
A	経済的問題がトップです、それさえ解決されたら、あとは、自分で決められる。	最初やっぱりうつ病みたいになって、それが統合失調症です。	自分で仕事探そうと一生懸命ハローワークに通っている。内定をもらっている。	塩舐めって、お粥(だけ食べる生活)でも二人でクリア(生活)ができます。色んな人からご支援頂きながらね
B	身のまわりのことができること。夫が寝たきりで8年、9年もなる。(本人が)帰って(退院)から5年(が経つ)。	薬の代わりに犬をかっている。犬をかわいがあると安定している。薬の副作用で悩んできた。	本人が病気だと思っ てないんですよ。本人は、GHが嫌いなの。	最終目的はGH。GHというところすごく嫌がるの。あにが入っているから、兄弟と一緒に入りたくない。今は障害年金をもらっているのだから兄と一緒にならできる。

C	自立とは、社会参加だと思っているけれど、病状がこれから安定していけば。まだそこまでいってない。	薬が入れば、飲めば人格が代わってしまふ。私たちが苦労した。今は調子いいから大丈夫だけど、調子悪いと大変。	買い物して自分の食事作ったり、私たちに食事作ったり、それは状態がいい時の話。家にいて洗濯は殆どやってくれる。几帳面できちっとたんでくれる。…中略…本人は努力している。	私が負担を小さくして結果がずっといいかというところでもない。いいときと悪い時がある。本人は努力している。
D	自宅の事業を自立に向けて手伝う。今夫の会社で社員になれるということがいいかなと思っている。家族、弟と3人で社員にちゃんとなれたらいいかな。	薬を飲みすぎて事故を起こした。あまりプライベートの時間に入っていけないし様子、見てる。朝どういふ状態で起きるかが心配で空回りする。	主人からお小遣いをもらって「まず、がんばってるんだ」ということを家族に認めてもらうために「毎日飲まないと自分で決めている」	もしこの病気が治らなければ、最終目的はグループホームだと思っているから実現を望みます。デイケアに通って、色んな人と知り合ったり、就労支援事業所Bの職員と知り合った。
E	自分のことは自分でやれるんですけど、お金の使い方一番問題がある	自分のことは自分でやれるんですけど、お金の使い方一番問題がある。	友達から誘いがあつたりして、自分でダメだと思っても断れなくて、そっちに行ってしまう。	結局GH。自分たちが見ていける状態ではないな。そっち(GH)に入ればいいなという希望です。
F	(本人は)病院入院とか施設に行く話は大嫌い。すごく怒る。(理由)まだ働きたいと思っているから。	何にもできない。洋服は順番に重ねて置かないと着ることができない。	他人が家に入るのを嫌いになった。おっくう(面倒)になったようだ。	水中毒になってから自立はできないのがわかりましたので。GHが早くできればいいなと思っています。入ってもらいたい。
G	人とやっていけるのかなとそれが心配。	風呂も入ってない、髪も伸びている。姉に髪も切ってもらってようやく市立病院へ行った。父さんに	対人関係ができなくて、娘来ればぐちゃぐちゃ喋っていつて、自分の悪口を言われているような感	姉は最初、弟を見なければならぬ思っていたが、きょうだいでも距離があ

		内緒でやってあげることがたくさんあるから。ご飯から何かから二階さ持ってってけで（持っていった）。	じになるのか、落ち着かない感じだ。	る。最後は NPO 法人（GH）だな。
H	父さん母さんいなくなったらどうすると時々話している。「今から貯めておかねばならねべ」と言っている。最近、通帳も見せなくなった。	お金にともなった生活をしてもらわないと…中略…ちゃんと計画をたてさせたんだけど。本当あれば、お金の気持ちなんだ、持っていると不安なんだって。	オレは、健常者と普通に話せないから。飲み屋さんとか風俗店の女の人としか話せないといっている。	結婚させてもいいなとは思っている。

表 13-2 家族が考える当事者の自立について（2）

自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏
経済的自立に特化	受援は家族対応	自己決定重視	GHを希望

家族が考える自立の多面性については、経済的自立に特化している。家族は、就職活動をほめることや、金銭の使い方、または貯金の方法について、当事者に何度となく話しているが改善されていないようである。この家族の経済的活動に対する特徴的なところは、就職活動を意識していること、また、既に就職している当事者に対しては、金銭的な使い方を教えていることや、貯金することを勧めている点である。これは、自立のゴールを働くことと考える以上に、親亡き後の当事者の生活を心配していることからくるものと考えられる。A氏のように経済活動がうまく解決されたら、「あとは、自分で決められる」という話からも、経済的自立によって日常生活における様々な自己判断（自己決定、自己責任）も上手くいくようになると考えていると思われる。

受援を含む自立については、家族の話からも当事者とほかの家族構成員との間に入って行動することや、当事者の行動や声、移動する音までも気にしているようである。また、女性当事者には、身のまわりに関することや家事などの役割分担をさせながら支えているが、男性当事者には、家族が服を準備しておくなど身のまわりの世話をしているという話がある。これは、家族の年齢からもパターンリズムが少なからず残っていることからくるものと考えられる。さらに、この家事支援や身のまわりの世話が過ぎると当事者の精神状態に影響して不安定を招くこともあり、対応に苦慮していることが家族へのインタビューから伝わってくる。

次に自己責任化については、当事者の自己決定重視に期待している家族の行動が話からうかがわれる。その一方で、当事者の病気の認識不足を多くの家族が指摘しており、あきらめに近い感情があると考えられる。それは、社会資源の欠乏においても同様で、当事者の経済的な自立に期待しつつも、親亡き後の生活で、きょうだいを頼りにしたいけれども疎遠だったり、県外在住だったりすることが多い状況や、きょうだいだけに負担をかけるのは避けたいといった思いから、グループホームへの入所を希望せざるを得ない状況にある。これもまた、身近な地域に住む人々からの病状に対する理解が進まず、支援がもらえないことから一番の身内であるきょうだいに頼らざるを得ないけれども、ままならないというあきらめにも似た感情によるものと推測することができる。

第4章 地域支援者（サービス提供事業者）が考える当事者の自立とその自立を達成させる要因

第1節 当事者と地域支援者の関係性

1 現状と課題

当事者や家族の日常生活において、相互作用から安定感が生まれたり、不安からトラブルが生まれたりする場合がある。その相互作用による日常生活の課題は、当事者ひとり一人の症状や病気の認識から支援方法が同一ではなく異なる場合があるということである。そのような、当事者と家族の関係性を踏まえたうえで支援者の役割としては、当事者のニーズや意向、個人の特性などを踏まえた支援計画を作成し、その計画をもとに、生活介護や自立訓練、就労移行・就労継続支援、施設入所支援などを提供することである。具体的には、衛生面や家事・調理など日常生活上の支援、創作的活動や、生産活動、身体機能や生活能力の向上及び就職に向けた訓練機会の提供などの支援に当たっている。

しかし、その一方で当事者と支援者との関係性について、吉谷、伊東、石崎（2017）が指摘するように、医療・福祉・企業における精神障害者を含む障害者への不適切な行動や事件があとを絶たない⁵⁶⁾。かつて、ライシャワー事件というアメリカ駐日大使への傷害事件（1964）や、宇都宮病院事件（1984）のような医療従事者による暴行事件などがあった。近年では、神奈川県内の障害者施設において、元職員が入居者を大量に死傷するという悲惨な事件が記憶に新しい。そのような痛ましい事件が発生するたびに、医療体制、人権擁護、社会復帰施策などの不十分さが国内外から批判されることから法律の改正のきっかけとなるが多かった。

このように、当事者と支援者の関係は、樋澤（2009）がいうように、「関係性が専門家側の視点によってのみ判断される」ことから、当事者が望む「専門家の態度」がパターナリズムを生む要因にもつながると考えられる⁵⁷⁾。パターナリズムの戒めについては、精神保健福祉士の倫理綱領倫理原則（1）で、クライアントへの関わりについて、「精神保健福祉士は、クライアントの基本的な人権を尊重し、個人としての尊厳、法の下での平等、健康で文化的な生活を営む権利を擁護する。」という

立場を明らかにしている。この当事者と支援者の間でおこる「支援者の役割」に対する認識のすれ違いを明らかにすることが、地域移行や地域定着方法の一助となると考える。そこで、当事者にかかわる福祉サービス事業所の職員（以下、支援者）へのインタビュー調査を当事者と支援者の「支援者の役割」に対する認識の相違や、当事者の自立と自立達成要因を明らかにする。

2 調査協力者の概要

北東北の秋田県大館市、鹿角市で活動する NPO 法人 3 事業所に勤務している支援者に当事者の自立認識と自立の達成要因についてインタビュー調査をした。

調査協力者を依頼するに当たっては調査協力者の結果に差が生じないように、グループホーム、就労継続支援 B 型事業所に 2 年以上勤務する職員という条件を設定した。調査の承諾を得られた 3 施設 15 名に協力を依頼し、男性 6 名、女性 9 名の計 15 名（グループホーム勤務者 6 名、就労継続支援 B 型勤務者 9 名）から協力が得られた。インタビュー当時の平均年齢 48.3 歳、平均勤続年数は 5.5 年である。

3 事業所の 1 所目は、第 2 章の当事者インタビューで協力いただいた鹿角市内の事業所で、2 所目は、第 3 章の家族へのインタビューで協力いただいた大館市内の事業所である。そして、3 所目は、鹿角市内にある就労継続支援 B 型事業を運営する NPO 法人である。

3 所目の NPO 法人は、定員 20 名で 2006 年 4 月に開設している。「精神障害を持つ人たちに対し、自立支援や就労支援、活動支援などを行い、障害者が地域社会においてより快適に自立した生活を営むために、地域住民との交流活動を通し障害者の家族を支えながら、住みよい環境づくりと、保健、医療、福祉に関する事業活動を行い、広く精神障害者の社会復帰の推進に寄与すること」を目的としている。

インタビュー協力者の属性を表 14 に示す。

表 14 調査協力者（支援者）の属性

NO	性別	年齢	現在の主な所属	勤続年数
1	女	26	経理、生活支援員	3年
2	女	27	生活介護	2年
3	男	32	グループホーム世話人	6年
4	女	38	作業班、グループホーム世話人	9年
5	女	39	B型就労継続支援事業	7年
6	女	47	B型就労継続支援事業	8年
7	男	47	B型就労継続支援事業	2年
8	女	49	グループホーム世話人、管理者	13年
9	男	54	B型就労継続支援事業	3年
10	男	54	B型就労継続支援事業	3年
11	女	57	B型就労継続支援事業	6年
12	女	60	B型就労継続支援事業	5年
13	男	61	B型就労継続支援事業	4年
14	男	61	グループホーム世話人、管理者	2年
15	女	72	B型就労継続支援事業	9年

3 倫理的配慮、個人情報保護

本研究の調査は、日本社会福祉学会研究倫理規定にもとづく研究ガイドラインに準じて調査時に配慮した。調査データの収集期間は、2018年2月から2019年3月である。

本調査で得られたデータは研究目的以外に用いることはなく、本研究の実施担当者以外がデータを用いることもないこと、データの公表予定があること、調査にて収集されたデータについては、研究終了後責任を持って速やかに廃棄すること、研究に対する協力については、承諾された後でも中断することができることを説明した。また、この本調査によるインタビュー面接では、調査対象者の承諾のもと、面接内容をボイスレコーダーに録音することを口頭および文書にて理解いただいた。得られたデータは全てカテゴリ化をし、個人が特定されないよう、ID管理（ID番号を付けて、調査票を管理し、実際の分析時にも、番号での利用管理を行う）することについても説明した。また、テープ起こしをする際はイヤホンを使用し、他の人に聞かれないよう配慮を行ったことも伝えた。

なお、インタビュー時間は30分を目安とし、施設内相談室等の個室を活用させて頂いた。

研究の質を担保するために分析作業は筆者1人で行い、精神保健分野を理解する第三者と検討した。得られたデータは、鍵のかかったロッカーにて管理し、パソコンで分析する際には情報が外部に漏れないようにインターネットを切断して使

用した。

4 分析方法

データの分析方法と手順は、本研究の分析方法は、戈木（2005）によるグラウンテッド・セオリーアプローチ（以下、GTA）を参考にした。GTAはグレーザー（Glaser）、ストラウス（Strauss, A. L）によって開発され、グレーザー版とストラウス版がある。本研究では、ストラウス版の流れをくむ戈木クレイグヒル版である。

GTAは、インタビュー法や観察法等を用いて得られる様々なデータを基にして独自の理論を生成する質的研究法である。データ分析は、データを文脈から切り離してラベル名を付けたあとにラベルをまとめてカテゴリ化し、カテゴリ同士の関係性を検討することにより、データに基づく理論を産出するという手順で進めた。

本研究では、録音したデータはすべて逐語録におこし、それをもとにデータの切片化とプロパティ（特性）とディメンション（次元）を抽出したあとに、ラベル化することで理論の根拠とした。次にラベルをカテゴリごとにまとめてからコアカテゴリとサブカテゴリの検討を何度も繰り返しながらカテゴリを関連付けた。本論文には、カテゴリ名とカテゴリ同士を関連付け、データの確認を繰り返しながら関連図を完成させたものを載せている。

5 分析結果と表記

調査協力者（福祉サービス事業所職員、以下、支援者）が考える当事者の自立については、6つのカテゴリと18のサブカテゴリ、そしてコードを抽出した

（表15）。次に自立達成要因についても、6つのカテゴリと17のサブカテゴリとコードを抽出した（表16）。また、支援者へのインタビューをもとに現在、将来へと図2のようなストーリーラインを作成した。図2では当事者の自立における人生の「転換期」（退院）から、中央の自立の主たる要件としての「地域生活」と環境の関係性（相互作用）、下部に社会復帰の最終目標として支援者が考える自立「生活スタイル」と時系列にまとめることができた。

協力者のインタビュー内容から中心となるカテゴリを地域生活が中心となっていたため  で囲み、実際のデータにはないが推測できる項目を破線  とした。

図の真ん中に当事者の自立の関するカテゴリを表し、右側には自立達成要因に関するサブカテゴリを記載して関係性を矢印で表記した。また自立のサブカテゴリを加えて直線や矢印の記号を用いて関係性を表記した。

なお文中の「」はインタビュー・データからの引用とし、補足を（）とした。

表 15 調査協力者（支援者）が考える当事者の自立

時系列	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
人生の転換期	転換期	<ul style="list-style-type: none"> ○ひきこもりから脱出すること ○長期入院から脱却したこと ○精神病院から退院したこと 	ひきこもりを長年して、そこから這い出したというところが一つの自立だと思う。／節目は病院から退院できた時ではないかと思う。／病院と切り離されたことが自立だったのかもしれない。
	病気の認識の有無	<ul style="list-style-type: none"> ○病識をもち、家庭生活ができる ○病気を認識したうえで行動することができる ○心と体のバランスをうまく取る 	自分の病気を自ら研究というスタイルをとって理解したうえで行動を選べる人になっていただけること。／（服薬）を助けて必ずしも全て一人でやるのが自立だと思わない、
	家族とのかかわり	<ul style="list-style-type: none"> ○母子依存を解消する ○家族関係が良好である ○家族と離れて暮らす 	ご自宅で暮らすより、鬱陶しく家族に思われたりする。／親から離れて暮らすということね。／家族と離れて暮らしていることを彼にとっては、自立なのかな。
地域生活	自己選択自己決定ができる	<ul style="list-style-type: none"> ○住み慣れた地域で暮らすことができる ○障害があるなしにかかわらず、地域で生活する ○自分なりの対処方法と働き方、生きがいを見つける 	自己決定できること。すごく高い目標じゃなくて、身近なところで。／買い物でも公共施設を利用することでも地域に出て自由に暮らせることだと思います。／今だと自分の自由というか、洋服も自分が見て欲しいと思えば買える。
生活スタイル	ライフステージで生活スタイルが変化する	<ul style="list-style-type: none"> ○年代別で自立はそれぞれ違う ○健常者と障害者の特に20-30代の生活様式は違う ○高齢者の場合は穏やかに生活する 	本人の環境とか気持ちでしょうし、年齢も関係あると思うんですよね。／自分のなかでの新しい目標をもって、生きていってもらうことなのかな／それぞれの年代で自立は違うと思う。／一般の人たちと変わらないでしょう。
	障害とともに生きる	<ul style="list-style-type: none"> ○日常生活に支障が出た人たちに自立を求めない ○自立以前に幸せな生き方が優先である ○そのまま（ありのまま）で生きること 	一人暮らしなど GH などありますし家族いない方は、社会は力を貸してくれる。／病気があっても生きていく、その存在のままでもいいので。／精神と身体の状態のバランスがうまく取れる時点で自立していくのかな。

表 16 調査協力者（支援者）が考える当事者の自立達成要因

時系列	カテゴリ	サブカテゴリ	コード

地域生活	家族と離れて暮らす	<ul style="list-style-type: none"> ○グループホームで楽しく暮らしている ○親に頼らない生活 ○親子間の依存関係がなくなれば自立できる 	家族と離れて暮らしていることこそ自立なのかな、親に頼らずにできている／自宅でやはり、鬱陶しく家族に思われたりする／親子関係が築かれているが、そこがいなくなれば自立かな
	日常生活の習慣を身につける	<ul style="list-style-type: none"> ○日常生活の洗濯とか掃除とかは自分でできる ○日常生活リズムを整える ○社会的な対応能力を身に付けていただきたいなど 	自分で『こういうことがあったけども、どうしたらよいか』と考えられるようになる／朝起きて、夜寝る、三食食べるです／気持ちを伝えられる、自分で発信できるということで／社会的な対応能力を身に着ける
	健康管理ができる	<ul style="list-style-type: none"> ○精神と身体のバランス ○生活リズムがあり健康なこと ○服薬管理が一人でできるようになったら自立 	精神と身体のこの状態のバランスがうまく取れる時点で自立していく／普通に朝起きて、ご飯食べられて、身のまわりのことができれば、それが彼にとっても最小限の自立と思い／一人暮らしになったら（服薬を）やらなくなる
経済活動	かね・しごと	<ul style="list-style-type: none"> ○年金や生活保護を受けて生活することができる ○仕事、金銭管理ができる 	年金で生活できれば自立だと思います／経済と心／疾患を抱える高齢者は、生活保護や障害者年金で生活している／一人で仕事探して、お金の管理もできてる／経済ばかりが自立というわけではないと思う
生活スタイル	支援者のかかわり	<ul style="list-style-type: none"> ○能力を大切にする ○病院から引き出すことが支援者の役割 ○できないことを支援することが支援者の仕事 	「あの人はがんばってるな」と小さくても自立だと認めることも大事だと思う／自分が望むような生活をしてもらったら自立なのかなと思います／できないことを支援してあげて、その人が幸せになるような支援をする
	自由に生活する	<ul style="list-style-type: none"> ○自分なりの対処方法と働き方、生きがいを見つける ○自分が思い描いた自立設計を達成すること ○ルールに縛られない自由な生活 	自分の自由というか、自分が欲しいと思えば買える／今ある状況の中で自分が思い描いた自立設計を達成することだと思う／次の行動までゴロゴロしてもそれは許される

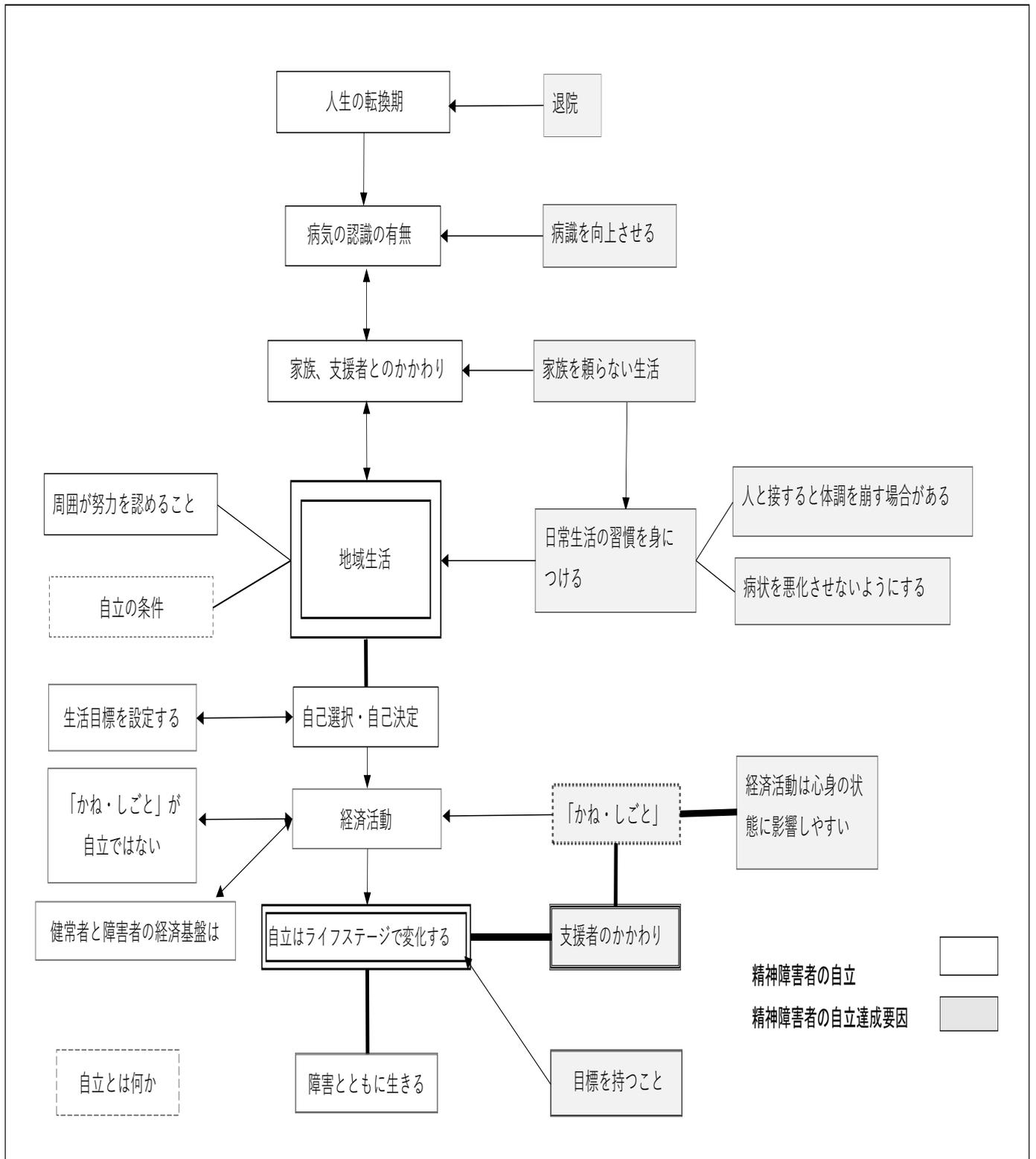


図2 当事者の自立・自立達成における「人生の転換期、地域生活、経済活動、生活スタイル」の関係性の構造

第2節 地域支援者が考える当事者の自立

表 15、表 16 及び図 4 から、退院という【人生の転換期】から《病感を認識》しつつも、生活拠点を【地域生活】に移して、一番身近な家族や、支援者とかかわりあいながら主体的に〈自己選択・自己決定〉をすることができ、そして仕事して賃金を得ること〈経済活動〉、それぞれの〈ライフステージ〉上で〈生活スタイル〉に合わせた生活を送ることができること、そのような個々の《ライフステージの変化》にあわせた当たり前の生活をするを、精神障害者の自立であると支援者が考えているという結果が得られた。

1 人生の転換期

転換期では、「長期入院からの脱却」、「病院から切り離された」「ひきこもりからの脱出」があげられた（表 15）。いずれも社会復帰または、社会的入院からの退院という当事者の地域生活者としての人生の転換期である。

ここでいう社会的入院とは、治療的な入院というより退院後のケア体制が確保できない状態や家庭の事情で身元引受人がいないなどのため長期に入院生活を送ることを指している。

当事者の【転換期】について支援者のインタビューのひとつに、「病院での拘束が長かったため、今だと自分の自由というか、洋服を選ぶ際に自分で見て（確認して）、（当事者が）『欲しい』と思えば買っている。」と服を選ぶ当事者の姿をあげている。

この話から支援者は、服を選ぶ行為から買うという一連の行動を「当事者が主体的に品物を選択し、決定する行動〈自己選択・自己決定〉」を評価していると考えられる。つまり当事者が入院時に体験してこなかった行動を指して、地域生活の効果のあらわれと捉えることができる。

「ひきこもりからの脱出」については、社会との接点がない生活を 10 年以上送っていた当事者が、両親と就労継続支援 B 型事業所のアプローチをきっかけにして社会とつながることができたことを「脱出」と表現している。

このように支援者は、社会復帰を「退院」または、「脱出」と言い換えることで当事者の【転換期】と評価している。そして地域で生活する当事者を振り返って谷中（1983）の「あたりまえの生活」を確認しているかのようである⁵⁸⁾。

ここでいう当事者の「社会復帰」が注目されたのは、1960 年代ころから 1980 年代前半である。この時代の「社会復帰」について早野（2019）「退院する＝生活＋働く」ことが一般的に考えられていたという経済的自立傾向が強い「社会復帰」だった⁵⁹⁾。そこで当事者が退院する行為を個々の人生に置き替えて《転換期》に相当すると考える。

2 病気の認識の有無

社会復帰するためには、自らの病識をもつことがあげられている。ここでいう病

識とは、菅原ら（2011）の「自分の精神状態がおかしいと感じる」ことを指す。

また、《病識》は、当事者の客観的機能がうまく遂行しないことによる病感の欠如と言われている⁶⁰⁾。支援者のインタビューにおいて、病気に対する認識の低さを多くの支援者が実感していることが、「自分の病気を自ら研究するなど理解したうえで行動を選べる人になってほしい」や、「ただ幻覚妄想のメカニズムを知るだけでもトラブル時に対処できる」という語りから分かる。

しかし、そう話す一方で実際は、客観的機能の欠如のため「病感」があっても「病識」まではないことから、「心と体のバランスをうまく」保てないことも支援者は感じている。

このように支援者が当事者に求める自立には、病気があることで生活の困難さを理解していると考えられる。この「病気の認識」が地域生活を困難にする要因の一つであると考えられる。

3 家族のかかわり

ここでは、支援者から見た当事者と《家族のかかわり》における相互行為について論ずる。支援者からは、「家族と離れて暮らしていることが自立なのかな」、「お母さんもAさんに頼っている」、「そこが（親）いなくなれば自立」と家族、当事者は影響しあう関係であると話す。

家族は、歴史的経緯からも治療や入院等に関する責任を負ってきた。現在においても、入院形態によっては「家族等」の同意が求められるなど、当事者と家族の関係性の悪化や、家族負担の状況が継続している。それゆえに当事者が地域生活を継続するためには、家族からの自立も重要だと言えよう。そのことを支援員の一人が自立達成要因（表16）で「家族になるべく頼らないこと」と語っている。

このように当事者が「親から離れて暮らす」ことが地域生活における自立の第一歩と考えられている。一方で、発症をきっかけに家族関係が悪化した当事者も少なくないようで「家族に対しての思いを口にすることが少なくなれば、体調が変化する」と当事者の家族関係の再構築を望むケースがあるようだ。

4 地域生活

ここでいう支援者が考える自立または、自立達成要因に、「地域生活」をすることがあげられる。これは、地域移行により生活する際の課題と当事者の生活スタイルを指し、結果として全体の核となるものとなった。当事者の地域生活とは、家族同居や単身生活またはグループホームで共同生活ができることを指し、その居場所の形態のなかで「生活リズムを整える」ことが重要視されていた。

支援者は、「最小限、身のまわりのことができること」や、「健康で生活ができる」、「衛生面と健康面に関すること」、また「自分が住む環境で望む暮らしをする」という集団生活、個人生活のどの環境でも安定して暮らせることを求めている。最終段階として「地域社会と何らかの接点を持つ」と他者との価値観の相違の理解を求

めていることが語られている。

当事者は、退院から現在まで自己選択と自己決定を繰り返してきた。支援者は、自立生活を継続する方法として、当事者が「自己決定できる」、「自ら対処方法を考える」、「専門職等とつながりながら必要なものを選択できる」というように当事者主体の方法を実践していた。

今回支援者のインタビューから、地域生活において社会的不利をベースとした支援方法の提供とともに、精神障害者を生活者の視点から捉える支援を提供し、「自分が住む環境で暮らしていける」や、「自由に行動する」、「自分が望む暮らしをする」など当事者主体の支援を積極的に提供していることが確認できる。

このことから精神障害者の地域生活とは、精神障害者が病院から退院し地域で安心して生活できること、病状を安定させる、または、軽減できることに軸をおいて支援していると考えられる。それは自立を達成させる要因である【日常生活技術を身につける】カテゴリで、「身のまわりの生活課題をクリアする」や、「身のまわりができる」など日常生活技術に関すること、「様々な体験を通して学ぶこと」や、「繰り返して覚えることが多いから忍耐が大事」等々、健常者との違いを述べながら支援者が根気強いかかわりをしていることが窺われる。また、心の健康面として「最低限、閉じこもらない」や、「生きる意欲をどんどん出す」などからも心身ともに支えていこうとする姿勢も窺える。この《地域生活》ための手段として、《生活目標を設定する》や、《経済活動》があげられている。《生活目標を設定する》では、病院を退院して地域社会で暮らす当事者へ「気持ちの上で新しい目標を持つ」や、「新しい目標を持つ」、「目的の場所に向かう」、「目標を持つことで大きな変化につながる」ことで「生きていってもらいたい（もらいたい）」と「願う」支援者の「願い」を込めた気持ちが伝わってくる。

一方で、「20代、30代でも社会の中で自立した生活（様式）が違う」と年代別で価値観の違いや心身の状況に差があるため、自立設計はそれぞれ違うと述べている。また、「今ある状況の中で自分が思い描いた自立設計を達成する」や、「目標をもって余暇を楽しむことができればよい」という当事者個人のライフスタイルを重視した考えもある。こうしたことは、自立を達成するための要因でも同様の内容があげられている。

ここまで、精神保健医療福祉の改革ビジョン（2004）が取りまとめられ「入院から地域生活中心へ」という基本的な方向が示された。10年後には、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（厚生労働省告示第65号、2014）が策定され、「入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革」により地域生活に具体的な方向性が示された。さらに、3年後には、厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉の在り方に関する検討会」で、「地域生活中心」という理念を基盤とした地域移行により精神障害者が社会の一員として安心して暮らせるよう医療・福祉・住まいの確保等が示された（2017）。

そうした福祉施策を推進する中で、支援者が精神障害者を「社会復帰者」の視点

から「生活者」の視点で捉えるように変化してきたと言える。

5 生活スタイル

(1) 自立はライフステージで変化する

ここでいうライフステージとは、「健康日本 21」の区分を用い、生まれてから死ぬまでの生涯を、「幼年期」(育つ)、「少年期」(学ぶ)、「青年期」(巣立つ)、「壮年期」(働く)、「中年期」(熟す)、「高年期」(稔る)の6段階とする。これについてある支援者は、「年代別で自立はそれぞれ違う」、「当事者の環境、気持ち、年齢が関係する」と述べている。つまりライフステージは個人の相違はあるものの健常者、障害者ともにライフステージには変わりがないと読み取れる。さらに支援者は、「自立以前に幸せな生き方が優先」、「当事者が幸せと思うこと」、「当事者の満足度で決まる」、「各個人の幸せが大切」、「自立よりも幸せと覚悟することが大事」、「何をすべきかは人によって違う」と、各個人の「幸せ」や「満足感」を語っている。

ここで鍵となるのが健常者と障害者のライフステージにおける自立に相違があるということである。前述した ICF の生活中心において差異はないが支援者の中には、「健常者と障害者の特に 20-30 代の生活様式は違う」、「日常生活に支障が出た人たちに自立を求められない」と地域生活をする上で、健常者との違いを述べている。一方で、「障害とともに生きる」から「健常者と障害者の自立は同様」であるため「そのまま生きる」と語っている。この相違の背景は、支援者の実践場面から来る生活の実態と理想のギャップから来るものであると思われる。

2011 年の障害者基本法第 2 条では、「障害者が受ける制限は、機能障害のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生ずる」と周囲からの影響が大きいと示されている。これを踏まえてノーマライゼーションの理念のもと、障害者のライフステージは健常者と同様に変化すると考えてよいだろう。

このように、自立には、その地域において各個人の生活環境において、障害程度や状況とライフステージにあわせた保健、医療、福祉サービスが継続的に提供されるよう、包括的、横断的な体系の仕組みづくりが必要である。

(2) 障害とともに生きる

ここでいう「障害とともに生きる」とは、「自身の障害を受容し、ありのままの自分を受け入れて生活する。」ということである。この「障害の受容」とは、当事者や家族、またはその周囲の人間が積極的に障害を持ったことをどのように位置づけ価値を見出すことである。すなわち、上田(1983)の「現実的に能力障害と社会的不利を減らして、本人の「資産価値」を実質的に高めていくことが重要で、他方ではわれわれ自身(と家族)が積極的に本人のなかに価値を発見していくこと」が必要となる⁶¹⁾。

「一人暮らしなどグループホームなどがあるし、家族のいない方の場合

は、社会が力を貸してくれる。」

「病気があっても生きていく、その存在のままでいいので。」

「精神と身体の状態のバランスがうまく取れる時点で自立していくのかな。」

ここでいう「障害を受容する」者とは、当事者または、その周辺の家族や支援者が障害を受容するものと三つに分類することができる。まず、障害者自身が障害を受容する場合には、主に社会、スタッフ（支援者）と家族がその障害者を受容することで、当事者の受容が進むという。このように支援者は、かかわりのある障害者を受容し、「障害とともに生きる」ことを当事者に願いのような期待感があると考える。

第3節 地域支援者が考える当事者の自立を達成させる要因

1 地域生活

（1）家族と離れて暮らす

インタビューからは、支援者から見た当事者と家族の関係性が自立達成に影響していると考えているようだ。

「お母さんと一緒にいるので、お母さんもAさんに頼っているところがあるし、Aさんも『お母さん』（頼る）と言うし頼っているところもあるので、親子関係が築かれている。そこがいなくなれば自立ってなるのかな。」

「一番はやっぱり、親から離れて暮らすということね。」

「自宅でやはり、鬱陶しく家族に思われたりするんで、（中略）そういう意味でやはり（グループホームでの）生活を楽しまれてるのかなという感じですね。」

「家族と離れて暮らしていることを彼にとっては、自立なのかな。という感じですよ。頼らずに（グループホームに暮らす状況）できているところなんですけども。」

このように当事者と家族の距離が近すぎる関係性や、当事者の行動を鬱陶しく思う親子関係などがあることから、離れて暮らすことこそが自立だと感じている。また、鬱陶しく思われる家族と距離を置いてグループホームで暮らす当事者が楽しく生活する姿があることから家族との距離感が必要だと考える。

（2）日常生活の習慣を身につける

支援者のインタビューから日常生活の衛生面や生活リズム、人間関係、社会適応能力について話している。

「日常生活の洗濯とか掃除とかは自分でできる、結構きれい好きな人なので、

自分で一旦『こういうことがあったけども、どうしたらよいか』と考えられるようになるのが、この人の自立かな。」

「人間関係とか一人で生活してても、楽じゃない人もいらっしゃるけども、気持ちを伝えられる、自分で発信できるということ。」

このように日常の生活において身のまわりの衛生面を基本とし、また自らの意見が話せるようにと望んでいる。また生活の基本となる食生活を基本とした生活リズムについて話している。

「その（日常生活リズムを整えること）他も、順序だててやっていかなきゃならない人ですが、朝起きて、夜寝る、三食食べるですね。」

「普通に朝起きて、ご飯食べられて、身のまわりのことができれば、(中略) 最小限の自立と思いますけどもね。健康で生きてることが。」

このように生活リズムを整えることや、3食きちんと食べることが大事だと話している。最後に、支援者は、「社会的な対応能力を身につけていただきたい。」と当事者が社会生活を送る上で必要となる対応能力を身につけることを願っている。

(3) 健康管理ができる

支援者は、自立と健康管理について、「精神と身体のバランスがうまく取れる時点で自立していく」「普通に朝起きて、ご飯食べられて、身のまわりのことができれば、それが最小限の自立」であると述べる一方で、「一人暮らしになったら（服薬を）やらなくなる」「病状が悪くならないで通院ができる」「病識を理解したうえで行動ができる」ことが大事であり、「服薬管理が一人でできるようになったら自立だと思う」と医療と生活習慣を統合して考えることができることを自立の姿であると話している。

このように、自立をするにあたり、健康管理が大事な要因となると位置づけている。

2 経済活動

《経済活動》が自立と自立達成要因に影響していると語る支援者が多い。ここでは《経済活動》と相互に関係する《地域生活》に触れて考察する。ここで言う「生活」は、岡本ら（2007）地域で生活する成人、高齢者における「衣・食・住」とした⁶²⁾。

自立とその達成要因のどちらも《地域生活》と《経済活動》に関連していた。具体的には金銭や就労に関するワード（回答）が多く、「衣食住」に関するワードはほとんどなかった。その理由としては、「年金をもらって自分で生活できる」や、「夢や文化的な生活にはお金が必要」、「お金を得るために働くこと」、「経済的なこと」など、支援者が地域で生活するうえで基本となる「衣食住」よりも「経済活動」

を重視する傾向にあるということが考えられる。つまり支援者の多くが、経済活動を「地域生活」の必須条件と考えているということである。

実際に当事者の主な所得は、障害者年金と就労継続支援事業等（以下、就労）がほとんどである。特に就労に関しては、「仕事を探して、お金の管理ができる」「精神的に安定して仕事を継続する」ことから経済基盤の一つに就労があると認識している。一方で「余暇を充実させるために働く」または、「車を所有する」と述べていることから、支援者自身の価値観を重ねた可能性も考えられるが、いずれも生活するためには、経済活動は必要だととらえているのではないだろうか。

経済活動の重要性について、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（2011）において、障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究によると、「仕事に就くことの意味6項目」の調査において、「経済的に自立すること」83.8%、「当たり前な生活をする」79.1%、「社会の一員になること」76.2%、「生きがいを得ること」72.8%、「家族や他人に認められること」66.1%、「仲間や友人を得ること」65.1%と、当事者も支援者と同様に経済を優先して考えていると報告された。

また、健常者と障害者の仕事に就くことに差異がないと仮定するならば、表13、表14の「経済活動」に関するワード（回答）が多いという結果は納得できる。

また、健常者と障害者の仕事に就くことに差異がないと仮定するならば、表13、表14の「経済活動」に関するワード（回答）が多いという結果は納得できる。精神障害者の就労に関する法的支援において、障害者総合支援法による就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労移行支援、退院促進事業などがあり就労関係が充実していることから理解できる。このことから「社会参加=就労」が自立のゴールではないが、2006年の精神障害者退院促進事業において精神障害者の地域移行の中心的課題が就労支援であることは否めない。

一方で、病気の関係から障害者の多くが「お金に関する経済観念に執着している」や、「お金に関して精神的に不安になったりする」、「金銭感覚がつかめない」と支援者が述べていることから、「お金をいっぱい持っていれば不安、逆に持っていないと不安」という「経済と心」のアンバランスさがあることを理解している。またある支援者は、「自立とは居場所と金と仲間」と語ったことから、就労することが自立の最終的なゴールとなり得ないと考えていることが窺われる。

3 生活スタイル

（1）支援者とのかかわり

かかわりとは、一般に「関係」、「つながり」という意味で用いられる。ここでいう当事者と支援者との「かかわり」とは、援助関係とは異なり、クライアントとの関係が問題解決とともに終了するわけではない。支援者には、常に日常的なかかわりや共同体の一員としてのかかわりが求められる。

「不必要に手をかけてあげると、やはり、その人（当事者）の能力っていうのが奪われると思うんですよね。入院生活が長くって何もできないと決めつけしないで、やはり、そこ（入院生活）からひき出してあげることが私たちの仕事でもあるのかなと思います。」

「できないことを支援してあげて、その人が幸せになるような支援というか、援助をしてあげていうのかな。これからのお仕事なのかなみたいな、気がしてるから。」

「いかに社会の中で生きるすべを身につけるか、そのあと押しの専門職、関係機関とつながる、いろんなサービスを受けながら、自分で必要なものを選択することが自立ではないかと思います。」

「あの人はがんばってるな」と小さくても自立だと認めることも大事だと思う。」

「自分が望むような生活をしてもらったら自立なのかなと思います。」

このように支援者は、当事者の支援を通して「引き出す」「幸せになる支援」「専門職とつながる」「認める」活動をしている。確かにこれは、福祉サービスには現状のままに「障害の受容」を通して支援し、障害を自分の個性の一部として受け入れることができると考えられる。患者は社会（家庭）のなかになんらかの新しい役割や仕事を不得、活動をはじめ、その生活に生き甲斐を感じようになる。上田（1983）のいう「人間関係においても健常者・障害者の区別なく対等に交流することができるようになる」

（2）自由に生活すること

地域での生活において、「自由に生活すること」について、長い入院生活と地域生活と比較しながら次のように話している。

「今が一番幸せな時ではないかな、と思うんですよね。病院での拘束が長かったところで。今だと自分の自由というか、洋服も自分が見て欲しいと思えば、あった感じで買えるとか。」

「今ある状況の中で自分が思い描いた自立設計を達成することだと思う」

「次の行動までゴロゴロしてもそれは許される、それが自立できてて幸せなんじゃないかな、と思います。」

このように、日常生活の必要な買い物をあげて、直接商品を選ぶことや、時間に縛られずにゴロゴロできる姿を幸せとしている。小人数で家庭のように暮らすグループホーム制度が創設してから30年以上が経過した。

グループホームの制度が生まれる前には、障害者施策では入所施設が中心であり、精神障害者においては入院中心の生活だった。当時は、施設や病院の中で保護されて一生を送ることが「幸せ」だと考える人も少なくなかった。しかし、集団の

暮らしには規則や制限がつきものであり、自由に外出することは難しかった。そこで、地域生活のなかで障害があっても「普通の暮らし」ができ、自分らしく生きられるような、暮らしの場であるグループホームが創設されたのである。

支援者が話す当事者の全員はグループホームで暮らしており、支援者から見るとその自由な生活ことこそが自立ではないかと話す。

第4節 地域支援者が考える当事者の自立

調査結果から精神障害者の自立・自立達成における人生の転換期、地域生活、経済活動、生活スタイルの構造の関係を図4に示した。

支援者は、精神障害者の自立を、《かね・しごと》の面から一義的にとらえるのではなく当事者を地域の生活者として位置づけ、地域社会で暮らすことを前提とした個々のライフステージに合わせた生活をするることであるとしている。つまり、人生の転換期（社会復帰）から地域の生活が定着するためには、個々のライフスタイルに合わせた健康管理や支援者とのかかわりが自立には必要であると考えている。

そこで、本章の第1節から3節を踏まえて、支援者が考える当事者の自立と自立を達成させる要因の関係について、自立の多面性と受援を含む自立の2つに注目しながら、(1) 自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景、(2) 自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行、を論点に、支援者である N01 から 15 へのインタビュー結果をもとに作成したマトリクスと、それをもとに自立とその達成要因につながるキーワードとしてまとめたマトリクスの2つを用いて考察を深める。マトリクスは、縦軸を支援者の当法人への勤務経験年数を「3年以下」「3年以上」とし、横軸を「自立の多面性」「受援を含む自立」「自己責任化」「社会資源の欠乏」の4点とした（表 17-1 表 17-2）。

表 17-1 地域支援者が考える当事者の自立について（1）

支援者		コード			
ID	勤務年数	自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏
7	2	わからない	精神的なこと、あまり周りを気にしない深く考えるな		
14	2	社会との接点が保てている（保てるのかどうかだと	医療、交流、経済的支援	自分自身の病氣理解ができることで自立が達成できる。	

		思う			
2	2	地域の買い物でもコモッセとか市の施設を使うにしても地域に出ても暮らせること	地域のルールとか周りの人に迷惑かけないように地域のルールを覚えるように支援して	一旦こういうことがあったけどもどうしたらよいか」と考えられるようになるのが、この人の自立	両親ともう少し距離を取れば自立なのかな。
9	3	障害者年金を利用して生活する	地域で居場所と金と仲間さえあれば良いと思う		
10	3	自分の病気を自ら研究して理解して行動できること。社会規範を身につけることが自立すること。	対処方法を見つけて働き方、生き方を見つけること。病気、人間関係、ぴあ、同じ障害同士が理解	社会的に自分をコントロールする。サービス期間と絡んで選択できる。	地域の人々の理解と地域で役割が見いだされて互いに支えあいが成立する。
1	3	地域交流ができる。	本人が思っていること尊重して職員が支援していく存在である。	地域で生活する際に本人がやりたいことを考えていること。	
13	4	自立は、それぞれの年代で自立は違うと思う。年齢がいったる人は身のまわりがきちんとできることが自立だと思います。	年配の場合は、現状維持、風呂に入る、掃除ができる、寝たきりにならないように介護にならないように、病気にならないように、を支えていく。	自立とは、今ある状況の中で自分が思い描いた自立設計を達成することだと思う。	統合失調症の高齢者は、生活保護や障害者年金だけで生活していく。

12	5	忍耐です（精神的なこと）	不必要に手をかけると能力が奪われるため、できないと決めつけないで引き出すこと。同じことでも20～30回繰り返すことが必要だ。		本人と家族が一緒に行うのが望ましいが、要望があれば職員も一緒に行う。
13	6	これはやっぱり本人の環境とか、本人のやっぱり気持ちでしょうし、年齢も関係あると思うんですよね。	結局は一人暮らしなどGHなどあります。家族いない方へは、社会は力を貸してくれる。	やっぱり発症したてだと、少しかう、やっぱり年齢がいくに従って落ち着く方もいる	
3	6	社会と上手に付き合っていくこと。		常識、周りとの協調性を身に着けること	
5	7	本人が自分で自立だと思ったことが自立	生活リズムが整って、体も少し楽に動かせるようになったら少し違う	本人の生きる意欲、生活、したいことを出して（表現）いくことが必要	
6	8	そのまま、地域生活ができること。		閉じこもらないで地域と交流すること、最低限でもまずやること。	
4	9	生活することができる。	様々な情報、体験を得る、見つけ出す作業を一緒にする。成功体験を支える。	自分の目標をもって生きてもらう。	できなくなっただと思ってる挫折感がある
15	9	親から離れて暮らすこと。		経済、そのために働くこと	お金がいっぱいあれば不安

				お金がわいてくる感覚があるようだ。	だから使ってしまう。でも持っていないと不安だ。
8	13	(身近なところで) 自己決定できること	自己決定ができるような選択肢を提示する	本人のコミュニケーション力、選べる力	

表 17-2 地域支援者が考える当事者の自立について (2)

支援経験年数	自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏
3年以下	社会のルール・接点	受援(指導的)は重要	自己責任の内面化	地域社会の理解
3年以上	当事者主体の自立	個人の状況に合わせる	自己決定重視	支援者に限定

表 17-2 については、支援者を NPO 法人事業所等における精神障害者への支援経験年数によって 3 年未満と 3 年以上に区分して整理した。「3 年」での区分けは、雇用対策法第 7 条および第 9 条に基づき、厚生労働大臣が定めた「青少年の雇用機会の確保等に関して事業主が適切に対処するための指針」で、新卒採用を少なくとも卒業後 3 年以内は応募できるとしていることを参考にした。

3 年以下の支援経験者は自立の多面性に社会のルールや社会との接点を当事者に求めている。「支援者が周りに迷惑かけないよう地域のルールを教える」、「支援者が選択肢を押し付けない」や、「支援者の声かけ、指導」と述べていることから、支援者と当事者は対等の関係としながらも、支援者が判断する場面があると考えていることがわかる。

3 年以下の支援経験者が留意すべき点としては、「支援者からの不必要な援助」とならないように、「日常生活のできないところを援助する」語りかけにおいて、自己決定の判断が困難な場面においても支援者の考えを押し付けないことや、支援者と当事者の関係をサービスの送り手と受け手という一方的で固定化したものにしないように意識することであると思われる。

3 年以上の支援経験者は、当事者主体の自立を促すことを考えている。これは、精神科病院からの退院支援の経験と、退院後の日常生活支援の経験から社会復帰支援の必要性を感じているからと考えられる。

次の受援を含む自立についても 3 年以下の支援経験者は、病気認識の必要性や日常生活の習慣を身につけることなど、社会との接点、交流を求める傾向がある。精神科病院から退院するという動機づけによって自己の病識を理解すること、つまり自己覚知が社会復帰の条件と考える傾向があることが推測される。一方で 3

年以上の支援経験者は当事者の経済活動だけが自立ではなく、個々の日常生活において年齢や身体等のレベルごとの受援を含む自立もありうるとして、社会保障における経済的基盤ももちろんのこと、日常生活技術を身につけることが必要な要素であるとしている。そのため支援者は、「支援者がグループホームで落ち着いた生活を支援する」や、「高齢者が健康維持できるように支援する」、「支援者が現状維持させる」と当事者中心で状態や年代を考慮した内容や、「支援者が一番心地よい環境を整える」というように環境整備も含めた当事者中心の支援方法の提供に努めている。

次に自己責任化については、3年以下の支援経験者による社会のルール、指導的な受援を含む自立の傾向があることから当事者の自己責任化は、難しいと思っている。一方で3年以上の支援経験者は、自己決定重視であることから自己責任化を意識して支援している。実際の支援場面では、当事者に押し付けるだけではなく、「様々な情報や体験からベストなものを選択し、納得してもらえよう支援する」、「支援者から声がけ、励まし、肯定する」、「支援者が生活リズムを声がけする」、「医療、仲間との交流、働く、経済的なことなどを支援する」、「支援者が一生懸命働けるようにする」など、支援者が生活のしづらさのある当事者自身の生活課題を解決するべく、当事者との信頼関係のもとでともに日常生活や仕事などにチャレンジしながら、成功や失敗を共感するパートナー的存在である。

これは支援者が、「ニーズがあるならかかわりたい」と当事者の望む姿を実現するために、主体的な方法として自己選択、自己決定の生活モデル理論が浸透しているためと考えられる。そして将来的に当事者が地域で生活し、地域の人々と協力や協働することができるようエンパワメントを実践しているとも言える。

次に自己責任化であるが、3年以下の支援経験者は、社会生活に必要なルールを身につけさせる、他者とかかわるようにすべきであるといった指導的な受援を含む自立を考える傾向があることから当事者の自己責任化は、難しいと思っている。一方で・・・これは当事者が地域での暮らしを継続するためには、地域住民の理解は欠かせないことを指している。一方、3年以上の支援経験者には、支援者に限定している。家族同居の場合は、親の高齢化に伴い支援者をつながることで精神的・身体的負担の軽減を図ることができているが、GHや独居当事者の場合は、支援者に限定される。福祉施設従事者の人材不足が社会問題になる中、支援者ひとり一人の役割が極めて重要となる。また、少子高齢化が進む調査地域において人材不足がもたらす影響は一層大きいものになることが考えられる。支援者は、自身を社会資源の一つとして、言い換えれば地域社会と精神障害者をつなぐ役割を担う者として認識している。それは、「社会生活対応能力を身につける」、「自分なりの対処方法と働き方、生きがいを見つける」と話す支援者への期待や願いとも受け取れる寄り添う姿勢から理解することができる。このように、経験年数3年以下、以上を問わず、当事者に最も近い存在として福祉サービスを提供する支援者が考える自立は、病院ではなく地域で生活することとする支援者の期待や願いが込められた自

立であり、そこをゴールとして日常生活の支援をしている。

第5章 当事者、家族、地域支援者の自立認識の相違から地域移行・定着の方法を探る

第1節 当事者、家族、地域支援者の自立の相違が生活に及ぼす影響

これまで、自立を捉える論点に沿って第1章から第4章まで当事者、家族、支援者の三者へのインタビューを中心に当事者の自立について展開してきた。ここでいう自立とは、第1章で述べたとおり他の援助を受けず、自分の力で身を立てることではなく、「それぞれの能力に合わせた日常生活を送るなかで、一義的なものではなく多面的であり相互に影響しあうもの」ではあるが、個人を支える家族と身内に依存してきた経緯があり、そして未だに家族がみるべきものとする考えが根強いのも否定できない。また、障害者に対する偏見や差別が依然としてある中で、少子高齢化や経済状況の低迷により、自立を支える社会資源の人材確保が困難な状況も見られている。本研究のテーマである当事者の自立についても経済的自立を優先させるような社会の仕組みがあることから、経済的自立を第一に考える人が多いことも現実である。

そこで本論文では、統合失調スペクトラム症を中心とした精神障害者の自立を、自立の多面性と受援を含む自立の2つに注目し、(1) 自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景、(2) 自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行、を論点に考察してきた。その方法として、協力者のインタビューを各章ごとに表にまとめ、その関係性を図として可視化してきた。また、当事者、家族、支援者のそれぞれが考える当事者の自立について、横軸を〈自立の多面性〉〈受援を含む自立〉〈自己責任化〉〈社会資源の欠乏〉とし、縦軸を当事者は年齢と居住形態インタビュー協力者(当事者については年齢と居住形態別に、支援者については支援者としての経験年数3年を区切りに未満と以上に区分)としてマトリクス化して分析してきた。そこで、第5章では、三者の共通点・相違点を明らかにし、地域移行・定着の方法を探りたい(表18)。

表 18 当事者、家族、地域支援者のそれぞれが考える当事者の自立について

			コード / 論 点			
	年齢等	居住形態	自立の多面性	受援を含む自立	自己責任化	社会資源の欠乏
当事者	50代後半 / 60代	GH / 独居	それぞれの独立	受援も重要	自己決定重視	GHに頼る
支援者	経験3年以上		当事者主体の自立	個人の状況に合わせる	自己決定重視	支援者に限定
当事者	50代前半	家族同居	経済的自立に特化	受援は念頭に置かれず	自己責任内面化	家族に限定
家 族			経済的自立に特化	受援は家族(母)対応	自己決定重視	GHを希望
支援者	経験3年未満		社会のルール・接点	受援も重要	自己責任の内面化	地域社会の理解

1 自立の多面性

当事者の自立の多面性について、年齢と住居形態では、自立の捉え方に違いがある。50代後半/60代のGH/独居者では、経済活動が自立だと意識しながらも、健康状態に合わせた現状維持の生活を望んでいる。その一方で、50代前半の家族同居者は、マイペースでありながら自分のタイミングで経済活動をするという余裕も感じられる。この違いは、家族同居による経済状況も影響すると考えられる。このように、当事者の自立は多面的ではあるが、個人の意思や年齢で自立をコントロールするというよりは、身体・精神的な健康状態や、環境に影響を受けて変化すると考えられる。その身近な影響力を与える家族は、将来を見据えた金銭管理を含む経済的自立を求める傾向がある。また、3年以下の支援者は、社会のルールや社会とつながるよう求めている。一方で、3年以上勤務経験のある支援者は、当事者主体の自立を促すことを考えていて、当事者の自立は、多面的ではあるものの環境に左右されやすいため、環境整備を含めた当事者中心の支援方法の提供が必要であるとしている。当事者の自立を達成させるためには、3年以上の支援者が身近にいることが効果的であると考えられる。

経済的活動と50代後半/60代GH/独居者の関係については、今まで述べてきたように高齢になることに伴う健康の維持や、自分のペースで生活するための穏やかな生活を保つことが難しくなるため、なかなか容易ではない身体的負担について述べている。また50代前半の家族同居者のなかには、一般就労を望みながらもフルタイムで働くことによる健康維持に不安を感じている。

2 受援を含む自立

受援を含む自立を受け入れている傾向がみられる。当事者8名は、すでに福祉サービスを受けており、支援者との出会いをきっかけにひきこもりや、生活リズムが乱れた生活が改善している。特にF氏は、夜間に多量服薬するため昼夜逆転となり、家庭内暴力、ひきこもりをしていたが、支援者との出会いから生活リズムを取り戻して精神的に安定し、さらに生活意欲がわいてきたと話している。また当時のインタビューの中で、「自分が自立できたのは・・・」と話し始める場面があったことから、すでに自立を自覚していたと推測でき、実際に調査の1年後のF氏は、就労継続支援B型事業所の利用を自ら終了させて、2年後にはコンビニエンスストアの社員として就職している。現在も同じところで働いていると確認できている。

このように当事者が受援をきっかけとして地域生活を定着させるケースの増加が待たれる。ただし、就職後の定着の難しさについて相澤（2014）は、「精神障害者の就職後定着率は低く、ハローワークの障害者窓口から紹介されて就職して3年以上定着した人は2割に満たない。」と報告している³⁴⁾。F氏がどのように地域定着を継続させているのかを今後も検証していく必要がある。

一方で、家族は、当事者にとって支援者であり家族であるという二面性がある。また、家族支援の中で特に母親が大きな負担を背負い、家族会に参加するのも母親である。家族が考える当事者の自立は、経済的なひとり立ちを期待しつつも、将来的には多くの家族がGH入所を求めている。

支援者については、3年以下の支援者の場合、受援の必要性を認めながらも、自立には経済的な側面や社会生活のルールを身につけさせるなど、支援者の指導によって自立を支援しようとする考え方が見られた。他方、3年以上の支援者は当事者の個人の状況にあわせた支援方法を心がけており、当事者ニーズがあるとき、または特に必要がある時に働きかけるようにしている。この支援方法は、当事者個人の家族背景や、病気の症状、病識のレベル、健康状態、生活リズムや他者との関係性などの情報を把握していないと難しいと考えられる。こうした個人の状況にあわせた方法は、支援者とのかわりがリカバリーの回復過程としての主体性を引き出すことにつながっていると言える。

経験年数の多寡が受援も含む自立の認識に相違を及ぼしていると考えられる。今後、当事者の自立において受援を含む自立を考えていくうえで、支援者間の自立認識の共有や支援方法等のスキル伝達など、研修機会の拡充と充実が求められる。

3 自己責任化

50代後半/60代でGH/独居である当事者の自己責任化については、3年以上経験のある支援者、家族ともに自己決定を重視している。日常生活における統合失調スペクトラム症患者の自己決定を判断する際の周囲の課題としては、当事者が寛解の状態であっても健康状態や精神状態により急に低下する可能性があることを念頭に置いて接する必要がある。

退院支援時の自己決定の判断能力について小山（2013）は、「急性期の患者は判断能力が著しく低下するものの、一中略—いずれ、判断能力も回復する。しかし、自己決定の権利は十分に尊重されるべきと考える。」と報告している。小山（2013）の退院支援における自己決定のプロセスの研究によれば、患者の自己決定を支援する看護師の役割として「①患者・家族・多職種へ、退院の可否に関する判断指標となる情報の提供者、②傾聴することにより、意識や感情を明確化し思考を促すカウンセラー、③現状と退院後の生活を見据えた資源の評価者、肯定的な能力の承認者、④きっかけを作り consent から will への動機づけを促す者、⑤選択肢の共同探求者、⑥患者に伝わる看護、見える支援の提供者、⑦医療ケアチーム、地域や家族への調整者、⑧退院に向けて患者をガイドし共に歩む者。」をあげている⁶⁴。地域生活をする当事者の判断能力は十分に回復されていると思われるが、当事者が自己決定を必要とする際は、支援者や家族には、小山のあげた上記看護師の役割を参考に当事者の人権に十分に注意した寄り添う姿勢が必要である。

自己決定が重要として、家族や支援者が共通して支援の手を差しのべているのは、生きる意欲をもつなどの人生の目標に関することや、対人関係のコミュニケーション方法、自己コントロール方法に関する事項についてである。直接的に対処方法を伝えるケースもあったようであるが、多くの場合は当事者の行動観察場面において間接的に伝える方法がとられたようである。

自己責任に関しては、自己が選択し、決定したことにより利益を受けるだけでなく失敗のリスクも自ら負うことについて、時間をかけて伝える必要がある。また、体調により理解力が低下している場合についても、家族や支援者が当事者の意向を確認しながら、時間をかけて進めるべきものであると考える。

また、50代前半の当事者や、経験年数3年以下の支援者の場合は、精神面の弱さや、病気の認識、トラブル時の対処方法等について、自己責任を内面化して捉える傾向がある。

4 社会資源の欠乏

50代後半／60代のGH利用者や独居者、家族ともに、当事者の自立に関する大事な社会資源としてGHを考えている。GH利用者はHPの所在地が離れていても、知り合いもなく、血縁関係もない環境であっても、大事な社会資源としてGHを捉えている。

家族の場合も、当事者ととともに家族の高齢化が進んでいることから、親亡き後のこれからを見据えて、できれば生前から生活拠点を決めていたいという気持ちが強く、生活の拠点としてGHを希望している。

この障害者の親亡き後の問題は、生活の拠点の心配ばかりではなく、葬式や遺産相続、成年後見などの問題としても取りあげられており、親がいつのタイミングで逝くのかも含め、切実な心配事となっている。

また、当事者にきょうだいがいる場合は、きょうだいが引き受ける関係性もある

が、関係性が希薄の場合や、既に県外で生活拠点を設けたり、結婚して家庭を持ったりしている場合などは、なかなか頼ることが難しい状況にある。

社会資源の欠乏から親亡き後の対策として、厚生労働省（2022）では、地域生活支援拠点等の整備について障害者の高齢化、重度化に対応するために障害児・者が安心して地域で暮らせるような体制を整備する事業を開始している。今後を期待したい。

一方で、50代前半で家族同居者は、社会資源は家族であると限定している。

また、社会資源の欠乏については、支援者側も経験年数において相違がみられる。3年以上の経験がある支援者は、支援者を社会資源として位置づけているが、3年以下の支援者は、地域社会に当事者を理解してもらうらおうとしている。この支援者の相違は、経験値による当事者生活のイメージを描くことができているかどうかや、仕事への慣れなどからくるものと考えられるが、3年以下の支援者は、地域との接点を求めて広い視点から当事者を捉えているのかもしれない。そうした支援者の視点も生かして、GHだけでなくより幅広い社会資源を開発することが求められている。

第2節 当事者、家族、地域支援者の自立認識とその自立を達成させる要因から地域定着の方法を探る

1 自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景

自立を考えるうえで当事者、家族、支援者において共通することは、いつの日か、自立した生活を送りたい、または、送らせたいと願うことであり、多くの人が思うことである。なかでも、障害者である一人ひとりが自分らしい生活スタイルを求めるのは自然なことだと考えられる。しかし、これまでも述べてきたように障害者の自己選択、自己決定の権利を獲得するまでには多くの時間と努力が必要であった。

障害のある人が社会参加することを表す「障害者の自立」が叫ばれるようになった背景には、第1章で述べたとおり、1950年代後半の北欧から始まったノーマライゼーションの思想の普及と、1970年代にアメリカで展開された「障害者の自立生活運動」など新しい自立観が我が国に紹介されてきたことがある。また、1980年代の「国際障害者年」「国連障害者の10年」の取り組みに引き続く、障害者の人権を守るための世界的な動向から、2006年に「障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）」が国連で採択されたことが大きく影響している。我が国においても同条約の締結に向けた国内法の整備が進められ2014年に批准したことで、障害者の人権保障の取り組みが着実に進展してきている。こうして、障害者の自己選択・自己決定において、障害を有する当事者の判断能力によっては、他の人の意見に従わざるを得なかったり、周囲の家族や支援者など身近な関係者が決定したりするなど、他に選択肢がないというパターンナリズム的な状況から、当事者個々人が

自己選択・自己決定することが重要であると理解されるようになり、障害者の生活スタイルにも影響を与えている。

自己決定における判断能力は必要不可欠であるが、当事者の状況によっては、その能力が低下し、または、ない場合も考えられるため自己決定に制限がかかる場合がある。例えば、本人の自己決定に関係なく入院させることができる制度（医療保護入院、措置入院）がある。しかしながら、これは急性期に当たるものが多く、病状が安定さえすれば、自己決定による任意入院に切り替えることができる。また、本研究の当事者に関しても病状が安定したことによる退院のため一定の自己決定は可能と考えられる。

また、自己責任については、家族と当事者の法的な関係から長らく保護者制度という義務規定が課されていたが、近年になってようやく負担軽減の目的から廃止された。とはいうものの廃止されたあとも、家族が第一義的に責任を委ねられる家族主義的福祉の名残りから、退院後の約 7 割以上が家族同居という状況が見られる。しかし、徐々にではあるが、障害者基本法を起点として、退院を目的とした社会復帰支援や、地域生活移行などの場面で障害者自身による自己決定を尊重する取り組みが実践されるようになってきている。

自己責任という言葉が聞かれるようになったのは、障害者の自立と経済活動の関係が指摘され始めたころからであり、自己決定が自己責任へと受け止められるようになった背景には、次のような障害者支援政策がある。特に「障害者自立支援法」（2006）において、障害者支援サービスの提供が応益負担を原則とすることとしたことで障害者の自己責任が注目された。また、「障害者の雇用の促進等に関する法律」（2018）で精神障害者を障害者雇用義務の対象にしたことや、あわせて法定雇用率制度や障害者雇用納付金制度において、精神障害者である短時間労働者に関する雇用率算定方法を見直ししたこと等もあって、経済的活動が自立に含まれるようになったと考えられる。

2 自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行

近年の超高齢少子化の進展や、世帯構造の変化など社会の変化により、福祉サービスの人材不足が深刻となっている。人口減少による影響は、人口構造が変化したことによる働き世代の減少や、高齢化や社会の変化によるニーズの多様化、深刻化、福祉サービスへの需要増大、若年層の福祉を学びや職業選択の減少などが背景としてあげられる。このままでは、専門的な対応を必要とする質の高いサービスにも影響があるといわれている。

人材不足の対策として厚生労働省（2023）の介護人材確保に向けた取り組みでは、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保、④メディアによる積極的情報発信、⑤外国人材の受け入れを進めて、人材確保を図ろうと取り組み始めたばかりであるが、必要数に対して不足しているのが現状である。

特に秋田県の高齢化率は 38.1%と、隣県よりも高く全国平均を 9.3 ポイント上

回っている。人口減少の要因を「従来からの社会動態（転入－転出）による減少が拡大したことに加え、自然動態による減少が急速に拡大したため。」と報告されている。秋田県で暮らす当事者と同居家族は高齢化の傾向にあり、また、当事者にきょうだいがいる場合は、他県や同県内でも当事者とは遠く離れて暮らしているなど、相談や援助を受ける場合において、同居家族（特に親）の負担が重いため、精神障害者の支援方法について他県より早く変革の時期にきていると推測される。

このように、当事者が望む自立を達成させる要因となる人材確保を行政・民間の対策を立てる必要がある。

3 当事者、家族、地域支援者の自立認識とその自立を達成させる要因から地域移行・定着の方法を探る

当事者が病院や施設を退院・退所した後の地域移行では、居住先として家族との同居が多いが、共同生活、単身生活など、入院や施設入所前と異なる場合もある。そうした新しい居住先で生活するという事は、退院・退所が地域移行支援のゴールではなく、新たに始まる生活のスタートでしかない。その新しい生活が安定して営まれ、地域社会の一員として「自立」の状態に暮らしていくことがゴールの一つとなる。しかし、「自立」の捉え方は一様でないことから地域生活に馴染む人がいる一方で、生活環境の変化に戸惑いや不安を抱いて、新しい生活に馴染めず、再び病院や施設に戻る人もいる。ここでは、本研究で明らかにした当事者、家族、支援者それぞれの考える精神障害者の自立認識と自立達成要因から地域移行・定着促進のための方策を考える。

一つは、高齢を迎えた当事者特有の自立認識を尊重する対応である。地域で生活する当事者、家族、地域支援者は、将来において病院に戻るという事は考えていないことから、地域に生活拠点を置いて終末を迎えるという仕組みづくりを考える必要がある。そのためには、障害をマイナス面から捉えるのではなく、当事者が自らの病気を認識して、置かれた状況を受け入れられるように支援することが大事である。

高齢期には、他者との交流を主とした共同生活の中で、楽しみや生きがいを見つけ、健康管理に不安のない生活が維持されることが望まれる。そこでは、障害を有する当事者の人権を尊重することができる支援者が身近にいることが効果的であると考える。

次に、支援者の経験年数により障害認識や当事者への支援方法に違いが見られた。経験年数の浅い支援者は、当事者が病気への正しい認識を持つことや、日常生活を送るための技能やルールをきちんと身につけることが必要であると考えており、社会との接点、交流などを求める指導的な傾向がある。一方で、ベテランと呼ばれる支援経験者は、地域を拠点とした生活者であることに重点を置き、当事者が「ありのまま」に自身の障害を受容して、個々の生活にあわせた暮らしができることを自立と捉えている。当事者に比して障害をマイナス面から捉えるのではなく、

自らの置かれた状況を受け入れつつ、他者の支援を得ながらも自分なりの社会生活への対処方法や働き方、生きがいを見つけるなど、前向きな生活を目指すべきであるとする考えをしている。

こうしたベテラン支援者の考え方や支援技術を施設内外の研修等を通して、経験年数の浅い支援者と共有する機会を設けるとともに、互いのスキルアップを図ることが必要である。

また、経済的な自立の認識が強い若年の当事者との共有化も課題である。高齢の当事者に比べて自身のタイミングで経済活動を行うことができるという余裕も感じられる。この背景には、家族同居による経済の安定も影響していると考えられる。ただし、なかには、一般就労を望みながらもフルタイムで働くことによる健康維持不安をあげる人もいるため、経済的活動と健康維持は、表裏の関係である。つまり、経済的活動を自立とするならば、自立するために仕事をするが、仕事をすることで健康管理・維持が不安定になり自立ができないという悪循環に陥りやすいことも併せて留意したい。

最後に、家族や、経済的な自立の認識が強い若年の当事者についてである。家族は特に親の場合、支援者であり家族であるという立場から、当事者の経済的な自立に期待しつつも、親亡き後の生活をどのようにして維持していけるようにするかという切実な問題を抱えている。きょうだいを頼りにしたいけれどもきょうだいにもそれぞれの生活があり、簡単にはいかない状況にある。

地域生活を安心して過ごすためには、福祉サービスの利用や、相談の場における支援者とのかかわりを通して日常生活の改善を図っていくこと、それがきっかけとなって精神安定が図られ、夢や希望、目標を持つことで訓練や生活力を身につけるといことが重要である。この点を進めるためには、地域の多様な人々が、そうした自立認識の存在を受け入れることが重要である。

そのためには、当事者、家族、専門職の協働により、障害者支援ボランティアとしての家族会や当事者の会への参加、障害者理解・支援講習会の開催など地域住民向けの働きかけを積極的に行っていく必要があると考える。

第3節 本研究の意義と今後の課題

本研究では、統合失調スペクトラム症を中心とした精神障害者の自立を明らかにして、当事者・家族・支援者の捉えかたの相違から地域移行・地域定着の方法について、(1) 自己決定が自己責任と受け止められ経済的自立に比重が置かれる社会的背景(2) 自立を支える社会資源が欠乏しがちになる少子高齢化と人口減少の進行の論点から検討した。

その結果、当事者、家族、地域支援者の当事者の自立における共通点、相違があること、高齢化が進む社会にあって、高齢を迎えた当事者特有の自立認識を尊重する対応が求められる。その手がかりは、「障害をマイナス面から捉えるのではなく、当事者が自らの置かれた状況を受け入れつつ、他者の支援を得ながらも自分なり

の社会生活への対処方法や働き方、生きがいを見つけるなど、前向きな生活を目指すべき」とした自立の認識が、経験年数が一定以上の支援者に共通するとして見いだされることである。また、経験年数の浅い支援者にも、そうした認識の共有を図る方策が必要である。同時に、自立が描きにくくなってきている家族や、経済的な自立の認識が強い若年の当事者との共有化も課題である。その第一歩として、地域の多様な人々が、そうした自立認識が存在することを受け入れることが重要であると考えられる。また、本研究では、当事者の主なる疾患名が統合失調症であったため、本論で扱っていない症例や、数は少ないが本論で考察したアプローチが有効であると考えられる症例、高齢化率が高いが社会文化的条件が異なる西日本地域との比較など、比較対象例を設定し、精神障害者の地域移行・定着を促進するための方法の深化を図っていくように努力したい。

謝辞

本研究に取り組み、学位論文をまとめるまでには、多くの方々のご支援とご指導を賜りました。博士論文を上梓するにあたり、お世話になったみな様方に、この場をお借りして感謝の意を申し上げます。はじめに、主指導教官である弘前大学の平井太郎先生には、研究手法や研究に関することを教えていただき、また、何度かあきらめようとした私に完成までご指導いただきました。本当にありがとうございました。

副指導教官である増田貴人先生、土井良浩先生には、博士論文が良いものになるよう導いていただき、丁寧なご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。そして、アドバイスとコメントをして導いて下さった諸先生、心から感謝の意を伝えます。

最後にインタビュー調査の際に協力して下さった当事者のみなさん、家族会のみなさん、職員のみなさん、ありがとうございました。これほど多くの皆様に支えられて本研究を終えられたことに、ありがたく本当に感謝しています。

【文献】

- 1) 呉秀三『現代語訳 呉秀三・樫田五郎 精神病患者私宅監置の実況』, 医学書院, 2012.
- 2) 谷中輝雄『生活支援-精神障害者生活支援の理念と方法』, やどかり出版, 1996.
- 3) 江間由紀夫「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する考察」, 東京成徳大学研究紀要, 27, 59-71, 2020.
- 4) 吉益光一・井上真人・原田小夜・藤枝恵・池田和功・小島光洋ら「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における現状と課題」, 日本公衛誌, 70(4), 225-234, 2023.
- 5) Esping-Andersen Gøsta 1993 *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton University Press, =岡沢憲英・宮本太郎訳, 『福祉資本主義の三つの世界』 ミネルヴァ書房, 2001.
- 6) 栄セツコ・岡田進一「精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究」, 大阪市立大学生生活科学部紀要, 46, 157-167, 1998.
- 7) Leff, Julian P and Christine Vaughn, 1985 *Expressed emotion in families*, Guilford Press=三野善央・牛島定信訳, 『分裂病と家族の感情表出』, 金剛出版, 1991.
- 8) 米倉裕希子・三野善央「障害のある子どもの家族の EE 評価方法に関する整理」, 関西福祉大学研究紀要, 22, 75-84, 2019.
- 9) 吉谷優子・伊東健太郎・石崎智子「日本の障害者虐待に関する研究の実態」, 日本赤十字北海道看護大学紀要, 17, 25-33, 2017.
- 10) 樋澤吉彦「同意はパターナリズムを正当化できるか」, 83, 37-58, たばこ総合研究センター, 2009.
- 11) 三野宏治「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についての研究 - 当事者と専門家へのグループインタビューをもとに」, 立命館人間立命館人間科学研究, 22, 7-18, 2011.
- 12) 安井絢子「弱いパターナリズムとしてのケア関係の可能性: ケアの倫理におけるケアする人とケアされる人との間の権力関係を巡って」, 先端倫理研究, 15, 45-64, 2021.
- 13) 坂本達也「パターナリズムとケアの倫理の相互補完の可能性 - 自律の尊重を巡る議論を手がかりに」, 広島大学大学院人間社会科学研究科紀要(教育学研究), 3, 396-404, 2022.
- 14) 大橋謙策『社会福祉基礎 (改訂版)』, 中央法規, 2001.
- 15) 三浦文夫・宇山勝儀『社会福祉通論 30 講』, 光生館, 2003.
- 16) 青木聖久「地域で暮らす精神障害者の自立について: 社会との関係性を中心に」, 神戸親和女子大学福祉臨床学科紀要, 2, 1-13, 2005.
- 17) 小山新次郎『改訂増補生活保護法の解釈と運用』, 全国社会福祉協議会, 2004.
- 18) 松崎朝樹「医学界新聞」, 3536, 医学書院, 2023.
- 19) 佐藤郁哉『質的データ分析法—原理・方法・実践』, 新曜社, 2018.
- 20) 三井福次郎「高齢者人材活用と労働移動-高齢者の転職に必要な要件とは」, 立教 DBA ジャーナル, 7, 61-71, 2016.
- 21) 長谷川雅美「精神障害者クラブハウスにおけるスタッフのかかわりの特徴」, 日本精神保健看護学会誌, 11(1), 10-18, 2002.
- 22) 斎藤万比古「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研究事業, 2007.
- 23) 阿部正孝『不登校児童の上手な支援のために』, 東北スクールソーシャルワーカー学会, 2018.

- 24) 松田光信・河野あゆみ「地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値」, 日本看護研究学会雑誌, 43(5), 835-845, 2020.
- 25) 成田太一・小林恵子「地域で生活する統合失調症患者のリハビリの概念分析」, 日本地域看護学会誌, 20(3), 35-44, 2017.
- 26) 前掲 25)
- 27) 山下真裕子・伊関敏男・藪田歩「地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識と服薬における課題」, 日本看護研究学会雑誌, 40(2), 163-170, 2017.
- 28) 黒川淳一・永井典子・末続なつ江・井上真人・井奈波良一・岩田弘敏「精神疾患治療における服薬状況に関するアンケート調査」, 61, 382-392, 2013.
- 29) 新村秀人「高齢精神障害者のサクセスフル・エイジング」, 予防精神医学, 3(1), 2018.
- 30) 前掲 2)
- 31) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「障害者の就業状況等に関する調査研究」, 137, 2017.
- 32) 塚原厚子・結城美智子「地域で生活する精神障がい者の主観的健康感と健康生活習慣 - 性別、居住形態別による検討-」, 厚生指標, 63(13), 13-19, 2016.
- 33) スティーブ・ブラウン, ヘーゼル・インスキップ, ブライアン・バラクロウ「統合失調症の超過死亡の原因」, 英国精神医学ジャーナル, 177(3), 212-217, 2000.
- 34) 相澤欽一・加賀信寛・竹澤友弘・大石甲「精神障害者の職場定着及び支援の状況に関する研究」, 調査研究報告書, 117, 2014.
- 35) 松田光信・河野あゆみ「地域で暮らす精神障害者の視座による訪問看護の支援内容とその価値」, 日本看護研究学会雑誌, 43(5), 835-845, 2020.
- 36) Rapp, Charles A. and Richard J Goscha, 1997 *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*, Oxford Univ Pr, =田中英樹訳, 『ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント』, 金剛出版, 2008.
- 37) 長谷川雅美「精神障害者クラブハウスにおけるスタッフのかかわりの特徴」, 日本精神保健看護学会誌, 11(1), 10-18, 2002.
- 38) 前掲 29)
- 39) 川崎洋子「保護者制度の課題-精神障害者とその家族の人権を確保するために-」, 精神神経学雑誌, 114 (4), 408-414, 2012.
- 40) 塩満卓「精神障害者の家族政策に関する一考察: 保護者制度の変遷を手がかりに」, 福祉教育開発センター紀要, 14, 73-89, 2017.
- 41) 杉森美和子「精神疾患における患者の家族への役割期待-全国精神障害者家族連合会の活動を中心に」, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 58, 399-408, 2018.
- 42) 岩崎弥生「精神病患者の家族の情緒的負担と対処方法」, 千葉大学看護学部紀要, 20, 29-40, 1998.
- 43) 松田陽子・船越明子・北恵都子・羽田有紀「精神障害者を抱える家族の精神的

- 健康に影響を与える要因の検討」, 三重県立大学紀要, 17, 59-65, 2013.
- 44) 川口めぐみ・長谷川美香・出口洋二「退院1年未満の統合失調症患者を介護している親の介護負担感の関連要因」, 家族看護学研究, 20(1), 2-12, 2014.
- 45) 中坪太一郎「統合失調症家族研究の展望」, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 48, 203-211, 2009.
- 46) 吉井初美・光永憲香・斉藤秀光「我が国の初発統合失調症患者の母親に関する研究動向と支援課題」, 東北大学医学部保健学科紀要, 22(1), 1-6, 2013.
- 47) 前掲 20)
- 48) 山下真裕子・伊関敏男・藪田歩「地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識と服薬における課題」, 日本看護研究学会雑誌, 40(2), 163-170, 2017.
- 49) 影山隆之・大賀淳子・河島美枝子・舞治代・佐田美貴恵・渡辺英宣ら「在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手なこと-当事者と家族との意識のずれにおける困りごと-」大分看護科学研究, 3(2), 33-39, 2002.
- 50) 吉村公一・山本智津子・眞野祥子「地域で生活し就労継続支援 B 型に通所している精神障害者の生活のしづらさ」, 東京医療保健大学紀要, 14, 101-108, 2020.
- 51) 田辺有理子「精神病棟における金銭自己管理の現状」, 岩手看護学会, 1(1), 41-47, 2007.
- 52) 臺「生活療法の復権」, 精神医学, 26, 803-814, 1989.
- 53) 藤野成美・山口扶弥・岡村仁「統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩」, 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 35-43, 2009.
- 54) 石川かおり・眞榮和紘・永井知子「精神障害者の親亡き後の生活に関する家族の心配ごとに焦点をあてた支援セミナーの試み」, 岐阜県立看護大学紀要, 22(1), 51-60, 2022.
- 55) 石原邦雄「精神障害者とその家族の存在形態-家族会員全国調査による地域比較分析」, 93-123, 2022. 10. 21 閲覧.
- 56) 前掲 9
- 57) 前掲 10
- 56) 山本智津子・眞野祥子・吉村公「精神障害者の生活のしづらさに関する文献レビュー」, 摂南大学看護学研究, 2(1), 31-38, 2014.
- 57) 高山直樹「社会福祉における権利擁護の意義」, 社会福祉学, 50(2), 103-106, 2009.
- 58) 谷中輝雄・早川進『ごくあたりまえの生活をもとめて精神障害者の社会復帰への実践』, やどかり出版, 1983.
- 59) 早野禎二「精神障害者「社会復帰」論争に関する考察-精神障害者の「自立」と「社会復帰」への問い」, 東海学園大学紀要, 24, 15-63, 2019.
- 60) 菅原(阿部)裕美・森千鶴「統合失調症の病識の構造」, 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 11-22, 2011.

- 61) 上田敏『リハビリテーションを考える』, 青木書店, 1983.
- 62) 岡本民夫・田端光美・濱野一郎・古川孝順・宮田和明『エンサイクロペディア
社会福祉学』, 中央法規出版, 2007.
- 63) 前掲 34)
- 64) 小山明美「長期入院を経て退院に至った統合失調症患者の自己決定のプロセス」
日本看護倫理学会誌, 5(1), 41-45, 2013.