

博士論文

統合失調症ケアの脱家族化を志向する ソーシャルワーク実践 ー親・本人・精神保健福祉士への インタビュー調査の分析からー

A Study on Social Work Practice Toward De-Familization of Care for
the Schizophrenia

: From an Analysis of Interviews with Schizophrenic Parents,
Schizophrenics Themselves, and Mental Health Social Workers

2023 年度

日本福祉大学大学院
福祉社会開発研究科

氏名：塩満 卓

博士論文要旨

◆論文題目

統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワーク実践
—親・本人・精神保健福祉士へのインタビュー調査の分析から—

◆要旨

〈研究の背景と目的〉

政府の諮問機関である社会保障審議会障害者部会は、2009年及び2022年の報告書において、親元からの自立支援の必要性について言及している。2023年、運動体である精神障害者家族会の全国組織みんなねっとは、「家族によるケアから社会的ケアへの転換」を提言している。しかしながら、未だ制度化に至らず、実践モデルもない。

本研究の目的は、統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワークの実践モデルを検討し、提示することである。本研究におけるケアの脱家族化とは、「ケアを必要とする者が、定住家族から空間的に独立した暮らしを営み、手段的ケアの与え手を家族以外に委ねていくプロセス」と定義し、研究目的を達成するために、以下6点について、検討した。

①ケアの脱家族化をめぐる実証研究のアプローチを調査し、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化実証研究アプローチの特徴と到達点を整理する。②子が統合失調症と診断され、親元から自立していくまでの親の軌跡 (trajectory) を質的調査により明らかにする。③統合失調症と診断され、親元から自立するまでの統合失調症本人の軌跡 (trajectory) を明らかにする。④統合失調症ケアの脱家族化の固有の課題を明らかにするために、①で整理した全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化と比較検討を行う。⑤統合失調症本人が親元から自立することを支援した精神保健福祉士 (MHSW) のソーシャルワーク実践の現象特性を質的調査により明らかにし、実践モデルを生成する。⑥⑤で生成した実践モデルにおける現象特性ごとに、②統合失調症親の軌跡と③統合失調症本人の軌跡を照合し、手段的ケアが社会的ケアへ移行するプロセスを検討し、提示する。

〈研究方法〉

統合失調症ケアの脱家族化実証研究アプローチを明確化するため、ケアの脱家族化をめぐる実証研究を抽出した。ケアの脱家族化のステークホルダーである本人、親、ソーシャルワーカーの視点から、全身性障害、知的障害、薬物依存症ケアの脱家族化実証研究アプローチを精査し、ケアの脱家族化実証研究の到達点を整理した。ケアの脱家族化を選択した統合失調症母親及び本人、ケアの脱家族化支援実践経験を有する MHSW への質的調査をおこなった。

①全身性障害ケアの脱家族化実証研究のレビュー (第3章2節)

全身性障害本人を対象とする実証研究論文を、設定した分析枠組みである①ケアの脱家族化の提案者 (起点)、②親と本人のパワーバランス、③ソーシャルワーカーの関与、④ピアの関与、⑤社会的・文化的背景からメタ統合分析を行った。

②知的障害ケアの脱家族化実証研究のレビュー（第3章3節）

知的障害親及び知的障害本人を対象とする実証研究論文を、設定した分析枠組みである①起点、②親と本人のパワーバランス、③ソーシャルワーカーの関与、④ピアの関与、⑤社会的・文化的背景からメタ統合分析を行った。

③薬物依存症ケアの脱家族化実証研究のレビュー（第3章4節）

薬物依存症親を対象とする実証研究論文を、設定した分析枠組みである①起点、②親と本人のパワーバランス、③ソーシャルワーカーの関与、④ピアの関与、⑤社会的・文化的背景からメタ統合分析を行った。

④ケアの脱家族化を選択した統合失調症母親6名への質的調査（第4章第1節）

調査時期：2013年9月～2014年7月

ケアの脱家族化を選択した母親6名への半構造化インタビューを実施し、TEM (Trajectory Equifinality Model) で分析した。「子が統合失調症と診断される」という必須通過点から「親元から自立する」という等至点に至るまでのプロセスについて、TEM の分析概念を用いて TEM 図とストーリーラインで明らかにした。

⑤ケアの脱家族化を選択した統合失調症本人9名への質的調査（第4章第2節）

調査時期：2015年9月～2017年1月

ケアの脱家族化を選択した統合失調症本人9名への半構造化インタビューを実施し、TEM で分析した。「精神科受診」という必須通過点から「親元から自立する」という等至点に至るまでのプロセスを4類型化した。4類型のプロセスについて、TEM の分析概念を用いて TEM 図とストーリーラインで明らかにした。

⑥統合失調症ケアの脱家族化を支援した精神保健福祉士4名への質的調査（第5章）

調査時期：2017年9月～7月

精神保健福祉士4名への半構造化インタビューを実施し、木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) で分析した。ケアの脱家族化ソーシャルワークの展開を生成した5現象特性からプロセス的に明らかにし、結果図とストーリーラインで説明した。

〈各章の概要〉

本論文は、序章と終章を含む全7章で構成する。

序章 研究の目的と背景，論文の体系

本研究の目的は、統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワークの実践モデルを検討し、提示することである。

研究の背景として、4点について述べた。1点目は、精神保健福祉法は、現代家族の価値規範ではなく近代家族の価値規範による制度設計となっていることである。2点目は、統合失調症親の幸福追求権が阻害されていることである。3点目は、政府が認識している実践課題としての「親元からの自立支援」が制度化に至っていないことである。4点目は、統合失調症親は、家族周期説及びライフコース理論から逸脱した存在となっていることである。

論文の体系について、第1章から第5章、終章の概要を記した。

各章の概要

第1章 統合失調症家族

統合失調症家族研究の知見が、実践現場にどのように還元されてきたのかを論じた。統合失調症の親は、本人へのケア提供者であることを前提とされ、治療の対象から教育の対象へと変わってきた。

法制度は、統合失調症家族へポリスパワ儿的任務、パターナリズム的任務、権利抑制的任務、権利擁護的任務と、多岐に渡る任務を課してきた。2013年の法改正は、ポリスパワ儿的任務、パターナリズム的任務を削除したが、権利抑制的任務である非自発的入院の代諾権を残した。家族が強制入院の決裁権を持つ入院形態は、世界に類似例がなく、家族内の葛藤関係の原因となっていることを指摘した。

家族会による大規模調査の結果、成人した統合失調症は、極めて高い比率で親と同居を続けていることを明らかにした。

第2章 統合失調症の生活障害と家族によるケア

統合失調症の生活障害を明らかにするために、ICIDH、ICF、IADLの視点による統合失調症の先行研究をレビューした。統合失調症は、医学的なアプローチだけでなく、福祉的な支援を必要とする生活障害があることを明らかにした。

ケアに関する理論的基盤となる Twigg&Atkin(1994)が提唱する「ケアラー支援の4モデル」、上野(2011)の「ケアの人権四元アプローチ」、イギリスのケアラーズ法を中心に、諸外国における介護者支援についてレビューした。

家族会による複数回の大規模調査から、親による統合失調症本人へのケアの内容を分析した。統合失調症親は、手段的ケアだけでなく、情動的ケア、情緒的ケアを担っていることを明らかにした。

統合失調症罹病期間と親のケア負担について論じている先行研究をレビューした。罹病期間の長期化に伴い、親の負担感や犠牲感は蓄積し、自身の高齢化等の問題から最終的に入院もやむなしと判断し、ケア役割を終える傾向があることを明らかにした。

第3章 ケアの脱家族化をめぐる実証研究のアプローチ

ケアの脱家族化に関する全身性障害、知的障害、薬物依存症の実証研究を抽出した。Patersonら(=2010)による質的メタ統合(meta-synthesis)の方法を援用し、3領域におけるケアの脱家族化の特徴を整理した。ケアの脱家族化のステークホルダーである本人、親、ソーシャルワーカーの3者の視点を網羅した実証研究の領域はなかった。

本論文は、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルを検討し、提示することを目的としていることから、本人、親、MHSWそれぞれを対象とする調査は不可欠であると考えた。

第4章 統合失調症ケアの脱家族化の実証研究

ケアの脱家族化を選択した統合失調症母親6名への質的調査を行った。分析の結果、子ども

が統合失調症に罹患し、親元から自立するまでの期間は、3期に時期区分された。母親は、統合失調症に対する偏見・差別を内在化しており、病前の本人に戻すことを目指し、本人のケアを全て担っていた。頼りになる専門家、同じ立場の親と出会い、疾病と障害を受け入れるようになっていった。本人が社会資源を利用することで、親の情動的ケアと情緒的ケアの負担は減っていった。統合失調症本人が親元から自立することで、本人への手段的ケアは専門家に委ね、母親は情緒的ケアを続けていた。

ケアの脱家族化を選択した統合失調症本人9名への質的調査を行った。分析の結果、統合失調症に罹患し、親元から自立するまでの期間は、3期に時期区分された。親元から自立していくパターンは、一般的なパターン、親元から自立後に定位家族へ戻るパターン、親が転居するパターン、同じ病の仲間と生殖家族となるパターン、の4つに類型化された。全てのパターンに、4つの共通点が認められた。1点目は、頼りになる専門家と雰囲気合う福祉施設という「人」と「場」の獲得である。2点目は、発病後にみられた本人の「病気になる前の自分に戻る」という価値は、自立生活時に「支援を受けながらの自立」へと変容させていた。3点目は、親元からの自立生活の後に、お互いを尊重する新たな親子関係を築いていた。4点目は、親元からの自立前後から、仲間や専門家による支援が重層的に展開されていた。9名中8名は、統合失調症の障害理解の不十分さを原因とする家庭内の居心地の悪さをケアの脱家族化の契機としていた。

統合失調症ケアの脱家族化の固有の問題を明らかにするために、全身性障害、知的障害、薬物依存症ケアの脱家族化研究との比較を行った。統合失調症固有の問題として、3点を抽出した。1点目は、本人と親のパワーバランスの認識のズレが双方に認められた。お互いに自身が劣位であると捉えており、その結果、起点が本人、親、専門家と多様となっていた。2点目は、障害受容の困難さがあることである。全身性障害と知的障害にはみられず、薬物依存症とは共通する。ピアの関与は、障害受容を促進していることが示唆された。3点目は、統合失調症本人と親の関係が共依存関係に陥りやすいということである。MHSWは、本人と親双方へ病気・障害・制度の知識を提供し、本人と親それぞれの課題を切り分けて支援をしていた。薬物依存症と共通するソーシャルワーク実践である。統合失調症と薬物依存症の異なる2点について言及した。ひとつは、薬物依存症には生活障害が認められる場合が少なく、手段的ケアを必要としないことである。もうひとつは、薬物依存症には、本人・親双方に回復のステップが提示され、プログラムが存在しているが、統合失調症にはないことである。

第5章 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル

統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワーク実践の経験を持つMHSW4名へ質的調査を実施した。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）で分析し、28の概念、5つのカテゴリーを生成した。

結果図とともに、脱家族化ソーシャルワーク実践のストーリーラインを以下のとおり、記述した。「」はカテゴリー、「〈 〉」を概念とする。

MHSWは、統合失調症への支援において、「家族ケアラーを発見」し、本人と家族の中に「内在化された偏見へ寄り添う」、「本人と親の思いのズレの調整」をしながら、「現実的な目標を紡

ぐ」支援を展開していく。〈繰り返される介入の省察〉を行いつつ、〈機が熟すのを待つ〉なかで、〈親元からの自立を提案〉する。本人が親元から自立した後は、「本人・親・サービスへの目配り」を続けている。

統合失調症ケアの脱家族化における本人と親との関係性の特徴は、全身性障害のように本人の強い意思を必要とし、距離感のある関係ではなく、知的障害のようにウェットな関係でもなく、薬物依存症のようにドライな関係でもない。最も特徴的なことは、自立生活に向けたプロセスにおいて、本人と親の認識のズレがあることである。したがって、精神保健福祉士には、本人と親双方への伴走的な関わりが求められている。

統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワーク実践は、親の担っていた手段的ケア・情緒的ケア・情動的ケアのうち、手段的ケアと情動的ケアを親以外のサービスの供給主体へ委ね、親の情緒的ケアを保持していくことを支持するモデルである。

終章 総合考察

実践モデルの理論的妥当性の検討

統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワーク実践モデルの理論的妥当性について検討した。現代家族の価値規範、ライフコース理論、J. Twigg&K. Atkin(1994)のケアラー支援の4モデル、上野(2011)のケアの四元人権アプローチモデルから検討し、本人及び親双方の人権を保障する実践モデルであることを結論とした。実施した質的調査結果をもとにソーシャルワークへの示唆を述べた。

最後に本研究の意義と残された課題を明らかにして本論文をまとめた。

Abstract of Doctoral Dissertation

SURNAME, Firstname : SHIOMITSU, Takashi

【Title】

Social Work Practice Toward De-Familization of Care for the Schizophrenia: From an Analysis Interviews with Schizophrenic Parents, Schizophrenics Themselves, and Mental Health Social Workers

【Abstract】

Introduction : Purpose and Background of the Study

This study aimed to present a model of social work practice oriented toward the de-familization of schizophrenia care. The background of this research is as follows: First, the Mental Health and Welfare Law was designed according to modern family value norms. Second, the right to pursue happiness is impeded in the parents of individuals with schizophrenia. Third, “support for independence from parents” as a practical issue recognized by the government has not been institutionalized. Fourth, parents of individuals with schizophrenia deviate from family cycle and life course theories.

Chapters 1– 5 and the final Chapter provide a summary of the thesis.

Summary of Chapters (Overview of Chapter 1 to Final)

Chapter 1 : Families of Individuals with Schizophrenia

This Chapter discusses how the findings of research on the family of individuals with schizophrenia have been applied in the field of practice. Parents of individuals with schizophrenia are assumed to be the care providers for the individuals, and they have been transformed from the objects of treatment to the objects of education.

The legal system imposes numerous tasks on families of individuals with schizophrenia, including policing, paternalism, rights-suppressing, and rights-advocating. The 2013 amendment to the law removed the policing and paternalism tasks but left in place the right to substitute for involuntary hospitalization, a rights-suppressing task that has become a source of conflictual relationships within families.

A large-scale survey conducted by a family association revealed that a high percentage of adult individuals with schizophrenia continued to live with their

parents.

In the next chapter, I examine disabilities caused by schizophrenia in the life and parental care.

Chapter 2 : Disabilities Caused by Schizophrenia and Parental Care

I reviewed previous studies on schizophrenia from the perspectives of the ICIDH, ICF, and IADL to clarify the disabilities caused by schizophrenia. I found that schizophrenia not only requires medical assistance, but also requires welfare support.

The theoretical foundation for caregiver support was reviewed focusing on the “Four Models of Carer Support” proposed by Twigg and Atkin (1994), Ueno’s (2011) “Human Rights Four-Way Approach to Care,” and the Carers Act in the UK.

The results of a large-scale survey conducted by a family association were analyzed to determine the content of parental care for individuals with schizophrenia. I found that parents of individuals with schizophrenia provided instrumental, emotional, and informational care, including feeding, money management, and medication management, in their daily lives.

Chapter 3 : An Empirical Research Approach to the De-familization of Care

I extracted empirical studies of de-familization of care and reviewed previous studies of de-familization of systemic disability, intellectual disability, and substance abuse care.

The following five points are established in the analytical framework: 1) the proponents of the de-familization of care (hereafter the proposer); 2) a shift in the balance of power between parents and individuals with schizophrenia; 3) involvement of professionals; 4) involvement of peers; and 5) social and cultural contexts.

Chapter 4 : Empirical Study on De-Familization of Schizophrenia Care

I conducted a qualitative study of six mothers of individuals with schizophrenia who chose to de-familize themselves with their care. The results showed that the period between the onset of schizophrenia and independence from their family of origin could be divided into three periods. First, the mother internalized prejudice and discrimination against schizophrenia and was solely responsible for the patient’s care, aiming to return the patient to their pre-sick state. The mother accepted the illness and disability when she met reliable experts and other parents in the same position. Second, the mother’s burden of emotional and informational care decreased as patients with schizophrenia used social resources. Third, as the individual with schizophrenia

became independent of their parents, the mother continued to provide emotional care while leaving instrumental care for the individual to experts.

I conducted a qualitative study on nine individuals with schizophrenia who chose to de-familize their care. The results showed that the period between the onset of schizophrenia and independence from the family of origin could be divided into three periods. Patterns of individuals with schizophrenia becoming independent of the family of origin were classified into four categories: general, returning to the natal family after independence from the family of origin, relocation of parents, and becoming a reproductive family with peers with the same disease. All four patterns have four common features. First, the acquisition of “people” and “places” such as a reliable expert and a welfare facility with a suitable atmosphere. Second, the value of the individuals with schizophrenia themselves changed from “returning to their pre-sickness selves,” which was seen after the onset of illness, to “independence with support” when living independently. Fourth, when individuals with schizophrenia became independent from their family of origin, they began to receive multilayered support from peers and experts.

Eight of the nine surveyed participants cited uncomfortable feelings in the home owing to an inadequate understanding of schizophrenic disabilities as the impetus for the de-familization of care. To clarify the inherent problems of de-familization in schizophrenia care, comparisons were made with studies of the de-familization of systemic disabilities, intellectual disabilities, and drug addiction care. Three schizophrenia-specific problems were identified in this study. First, both the parents and patient misperceived the balance of power between them. Both perceived their own power balance as inferior, and consequently, the proposer was considered to vary among the individual, parent, and expert. Second, the difficulty of accepting disabilities. This was not observed in the case of systemic and intellectual disabilities but was common in the case of drug addiction. Peer involvement has implications for the acceptance of disability. Third, individuals with schizophrenia and their parents are likely to become codependent. Mental health social workers provide knowledge about the illness, disability, and legal system to both the person with schizophrenia and the parent and support the former by separating the issues of both the person with schizophrenia and the parent. These social work practice methods are similar to those used to treat drug addiction. Differences between social work practices for schizophrenia and drug addiction are as follows. First, drug addiction is less likely to be a life disability and does not require instrumental care from others. Second, drug addiction has a clear recovery process for both the patient and parents and rehabilitation programs exist, whereas schizophrenia does not.

In the next chapter, I present a practical model of de-familized social work for schizophrenia care.

Chapter 5 : Social Work Practice Model of De-Familization of Schizophrenia Care

I conducted a qualitative study of four mental-health social workers with experience in social work practice regarding the de-familization of schizophrenia care. A modified grounded theory approach (hereafter M-GTA) analysis generated 28 concepts and 5 categories. The storyline of the social work practice of the de-familization of schizophrenia care is as follows: Categories are described as " " and concepts as [].

In social work practice for schizophrenia, mental health workers “discover the family caregiver” and "attend to internalized prejudices" within the individual and family. The mental health social workers “weave realistic goals” while “adjusting the gap in perception between the patient and parents.” They conducted [reflections on repeated interventions], [wait until the time is right], and [propose independence from their family of origin]. After the individual becomes independent of their family of origin, mental health workers continue to “focus on the individual, parents, and services.” The phenomenological characteristics of the de-familization social work practice model of schizophrenia care correspond to the emic perspective of mothers and patients. It does not require the individual’s strong will, as in the case of systemic disabilities, nor is it a close connection, as in the case of intellectual disabilities, nor is it a dry relationship, as in the case of drug addiction.

The most important characteristic is the discrepancy in the perception of independent living between the individual and parents. Therefore, mental health social workers must be involved in a companionable manner with both the individual and parents.

The social work practice of de-familization of schizophrenia care shows that of the instrumental, emotional, and informational care that parents used to provide, instrumental and informational care were transferred to service providers, and that parents’ emotional care was retained.

Final Chapter : Synthesis and Discussion

Examination of the theoretical validity of the practice model

The theoretical validity of the social work practice model of de-familization of schizophrenia care was examined. This model was based on the normative consciousness of modern families. From the perspective of the life course theory, it is a model that guarantees various ways of life for parents of individuals with schizophrenia. Considering Twigg and Atkin's (1994) four models of carer support, we can say that the model guarantees “Carers as co-clients,” not only as a family caregiver. From the viewpoint of the Ueno’s (2011) model, we can say that the model internalizes the parents’ “a right not to be forced to care” and the individual's “a right to be cared.”

Implications for the Social Work

Factors that inhibit the de-familization of schizophrenia care and the implications for social work at the micro, meso, and macro levels were analyzed.

Significance of this study

The academic significance of this study is twofold. First, this study is novel because it examines the process of independence from family of origin, not after the death of a parent, but “while a parent is still present.”

Second, it investigates the cognitive world of each of the stakeholders in the de-familization of care: the patient, parents, and mental health social worker.

The practical significance of this research is that it can contribute to the legislation and practice of “support for independence from family of origin,” which the government recognizes as a practical issue but has yet to legislate.

Future tasks

The study has three limitations. First, I have not been able to study the labor rights and right to pursue happiness of parents of individuals with schizophrenia and to compare and contrast support for caregivers in other countries. Third, the duration of schizophrenia and burden of family care were not investigated.

目次

序章 研究の背景・目的・方法・論文の体系	1
第1節 研究の動機	1
第2節 研究の背景	2
1. 古い家族の規範意識に拠る制度設計	2
2. 統合失調症親の幸福追求権	5
3. 実践課題としての「親元からの自立」	12
4. 家族周期説及びライフコース理論から逸脱した存在	15
第3節 研究目的・方法・意義	18
1. 研究の目的	18
2. 研究の方法	18
3. 研究の意義	20
第4節 論文の体系と主な内容	21
第1章 統合失調症家族	23
第1節 統合失調症の家族研究	23
1. 家族病因論	23
2. EE研究及びストレスコーピングモデル	24
3. 小括	25
第2節 統合失調症家族の制度的位置	26
1. 監護義務者	26
2. 保護義務者	27
3. 保護者	27
4. 家族等	28
5. 小括	29
第3節 家族会とニーズ調査	31
1. 精神障害者家族会の全国組織化の経緯	31
2. 家族と同居率の高い統合失調症	33
3. 小括	34
第2章 統合失調症の生活障害と家族によるケア	35
第1節 統合失調症の生活障害	35
1. 統合失調症長期転機の疫学調査	35
2. ICIDHから見た統合失調症の能力障害	38
3. ICFから見た統合失調症の生活機能	40

4.	IADL から見た統合失調症の生活困難	44
第2節	ケアの先行研究と用語の定義	48
1.	ケアの操作的定義	48
2.	ケアの脱家族化の操作的定義	51
3.	統合失調症罹病期間と家族のケア負担	52
4.	ケアラー支援の4つのモデル	55
5.	ケアの人権アプローチ四元モデル	56
6.	諸外国におけるケアラー支援の状況	58
7.	家族によるケアと専門職によるケアの差異	63
第3節	同居家族による統合失調症ケア	64
1.	統合失調症ケアを家族が担う理由	64
2.	家族会の大規模調査結果から見えてくる家族によるケア	64
3.	ICIDH, ICF, IADL の知見から家族によるケアの考察	66
第3章	ケアの脱家族化をめぐる実証研究のアプローチ	69
第1節	ケアの脱家族化実証研究の抽出	69
1.	ケアの脱家族化比較研究の分析対象	69
2.	質的研究のメタ統合	70
第2節	全身性障害ケアの脱家族化実証研究のレビュー	74
1.	全身性障害を比較対象とした理由	74
2.	全身性障害ケアの脱家族化先行研究のメタデータ分析	74
3.	全身性障害本人からみたケアの脱家族化の特徴	78
4.	分析枠組みによる全身性障害ケアの脱家族化のメタ統合	80
第3節	知的障害ケアの脱家族化実証研究のレビュー	81
1.	知的障害ケアの脱家族化が進まない背景	81
2.	森口（2014）の対象文献4のメタデータ分析	85
3.	福田（2017）の対象文献5のメタデータ分析	89
4.	福田（2018）の対象文献6のメタデータ分析	93
5.	知的障害ケアの脱家族化の特徴	95
6.	分析枠組みからみた知的障害ケアの脱家族化の特徴	97
第4節	薬物依存症ケアの脱家族化実証研究のレビュー	99
1.	薬物依存症を比較対象とした理由	99
2.	薬物依存症とは何か	100

3.	山野（2001, 2002）の対象文献7及び対象文献8のメタデータ分析	101
4.	安高（2016）の対象文献9のメタデータ分析	105
5.	五十嵐（2011）の対象文献10のメタデータ分析	108
6.	薬物依存症ケアの脱家族化の特徴とメタ統合	112
第5節 ケアの脱家族化実証研究の整理と統合失調症ケアの脱家族化実証研究の枠組み		115
1.	ケアの脱家族化実証研究のアプローチ及び到達点	115
2.	全身性障害, 知的障害, 薬物依存症におけるケアの脱家族化の特徴	116
3.	統合失調症ケアの脱家族化の実証研究の枠組み	118
第4章 統合失調症ケアの脱家族化の実証研究		120
第1節 統合失調症母親6名への質的調査		120
1.	予備調査	120
(1)	調査概要（目的・対象・倫理的配慮・方法）	120
(2)	予備調査の結果（TEM図とストーリーライン）	123
(3)	考察及び知見	124
2.	本調査	126
(1)	調査概要（目的・対象・倫理的配慮・方法）	126
(2)	本調査の結果	127
1)	d氏のTEM図及びストーリーライン	127
2)	e氏のTEM図及びストーリーライン	129
3)	f氏のTEM図及びストーリーライン	130
(3)	考察	131
1)	母親の統合失調症への向き合い方の変化	132
2)	母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移	133
(4)	統合版TEM図とストーリーライン	134
(5)	本調査の研究の知見	135
第2節 統合失調症本人9名への質的調査		137
1.	調査の概要（目的・対象・倫理的配慮・データ収集・方法）	137
2.	研究の結果	140
1)	一般的なパターンとしての統合版	140
2)	独立後に定位家族へ戻るパターン	142
3)	親が転居するパターン	143
4)	同病仲間と生殖家族となるパターン	145
3.	知見	146

1) 全てのパターンに共通する 4 点	147
2) 親支援の割合の低下	147
3) 父子の葛藤関係の解消	148
4) 社会的ケアへの移行に伴い親子のパワーバランスは対等へ近づく	148
5) 家庭内の居心地の悪さがケアの脱家族化のトリガー	148
6) 起点の多様性	149
第 3 節 統合失調症ケアの脱家族化の特徴	150
1. 統合失調症ケアの脱家族化の特徴	150
1) 病気及びケアの配分に関する母親の価値変容プロセス	150
2) 病気及びケアの配分に関する本人の価値変容プロセス	151
3) 統合失調症ケアの脱家族化の特徴	153
① 起点	
② 親と本人のパワーバランスの推移	
③ ピアの関与	
④ ソーシャルワーカーの関与	
⑤ 社会的文化的背景	
2. ケアの脱家族化実証研究の分析枠組みからの比較検討	154
3. 研究課題「ケアの脱家族化における MHSW の実践過程」を設定	156
第 5 章 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル	157
第 1 節 統合失調症ケアの脱家族化実証研究の概要	157
1. 研究の目的	157
2. 分析焦点者	157
3. 質的データの収集	158
4. 倫理的配慮	158
5. 研究方法	158
1) オープンコーディング	159
2) 選択的コーディング	159
3) ストーリーライン	159
第 2 節 ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル	160
1. 概念及びカテゴリーの生成	160
1) 概念の生成	160
2) カテゴリーの生成	161
2. 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルの提示	162
1) 結果図とストーリーライン	162

3.	統合失調症ケアの脱家族化実践モデルの考察	164
1)	《家族ケアラーを発見》の現象特性	164
2)	《内在化された偏見へ寄り添う》の現象特性	166
3)	《現実的な目標を紡ぐ》の現象特性	167
4)	《本人と親の思いのズレの調整》の現象特性	168
5)	《本人・親・サービスへの目配り》の現象特性	169
4.	小括	170
第3節	社会的ケアの移行プロセス	171
1.	現象特性ごとのケア供給源に関する考察	171
1)	《家族ケアラーを発見》	171
2)	《内在化された偏見へ寄り添う》	172
3)	《現実的な目標を紡ぐ》	172
4)	《本人と親の思いのズレの調整》	173
5)	《本人・親・サービスへの目配り》	175
2.	手段的ケア及び情動的ケアが社会的ケアへと移行していくプロセス	176
3.	MHSW に求められる支援者態度	177
終章	総合考察	178
第1節	実践モデルの理論的妥当性の検討	178
1.	現代家族の価値規範からの検討	178
2.	家族周期説及びライフコース理論からの検討	178
3.	J. Twigg&K. Atkin によるケアラー支援の4つのモデルからの検討	179
4.	上野のケアの人権アプローチ四元モデルからの検討	179
第2節	ソーシャルワークへの示唆	180
1.	マイクロソーシャルワークへの示唆	180
1)	発病初期における正しい情報の提供	180
2)	困った時に訪問してくれるアウトリーチ型のサービス	181
3)	親自身がクライアントとして相談できる機関の明確化	182
4)	本人だけでなく親も含む家族全体のライフステージを見据えた支援の 実践モデルの構築	182
5)	発病後の本人がMHSWと相談出来る仕組みの構築	182
2.	メゾソーシャルワークへの示唆	183
1)	社会啓発の充実	183
2)	アウトリーチ支援体制の整備	183
3)	居住支援の強化	183

3.	マクロソーシャルワークへの示唆	184
	1) 親元からの自立支援の制度化	184
	2) 相談支援に家族相談を明記すること	184
	3) アウトリーチ支援体制整備に関わる事業化と予算化	184
	4) 統合失調症をケアする親への支援制度の創設	184
第3節	本研究の意義と残された課題	186
1.	本研究の意義	186
	1) 学術的意義	186
	2) 実践的意義	186
2.	残された課題	186
	謝辞	187
	文献	188

序章 研究の背景・目的・方法・論文の体系

本章では、第1節で研究の動機、第2節で研究の背景、第3節で研究の目的と方法、第4節で論文の体系について、述べる。

第1節 研究の動機

筆者の21年間の精神科病院及び保健所、精神保健福祉センターでの臨床の対象は、統合失調症者及びその家族が多くを占めた。本研究の動機となる3事例（x氏、y氏、z氏）について、以下に記しておきたい。

大学在学中に発症したx氏の母親とは、精神科病院の予診で出会った。医師との診察前に精神保健福祉士（当時は精神医学ソーシャルワーカー、現代のMental Health Social Worker：以下、MHSW）は、初診のインテークを行う。母親の職業は、看護師であった。母親は、面接の最中、「息子は分裂病じゃないですよ」と何回も訊いてきた。「診断は医者じゃないと・・・」と、筆者は応えに窮した。医師の診察後、入院を告げられたx氏は、病棟から駆けつけた男性看護師に抱えられ、閉鎖病棟へと消えていった。医師は、「確定診断は、経過をみたうえで・・・」と母親を慮り、説明した。

y氏は、役場の生活保護担当者からの依頼で出会った40代の女性の統合失調症者である。母親と暮らしていたが、母親が急逝し、ひとり暮らしとなった。それまで母親は、統合失調症の娘を不憫に思い、誰にも頼らず、ひとりで娘のケアをしていた。食事、洗濯、服薬管理、金銭管理等の一切のケアを母親に委ねていたy氏の在宅生活は、母親の死とともに途切れた。

z氏は、50代の男性統合失調症者で、父親とふたり暮らしであった。アパートから異臭がするとの通報が役場の生活保護担当課にあり、役場職員がアパートへ赴いたところ、z氏の父親が居間で倒れ亡くなっていた。保健所へ臨場要請があり、筆者も駆けつけた。z氏は、父の死は理解していたが、どうすれば良いのか分からず放置していた。y氏と同様に、z氏の生活全般を支えていた父親の死は、z氏の入院生活の始まりとなった。y氏及びz氏に対する保健所のMHSWとして筆者が行った業務は、過去の入院既往のある病院への入院依頼である。「7040問題」、
「8050問題」は、近年に始まったことではない。

なぜ、統合失調症の子どもを持つ親は、親の生きている間に、社会的な支援を受けることに積極的でないのか。なぜ、統合失調症本人は、デイケアや作業所等の日中活動の場を利用していても、暮らしに必要な食事、清潔の保持、金銭管理、服薬管理等は、同居の親に頼り続けるのか。なぜ、専門職とりわけMHSWは、親によるケアは必ず消滅するという自明性を直視せず、親によるケアから社会的ケアへ移行していくことに積極的でないのか。

親元から自立することを選択し実行した親、本人、親元からの自立を支援した精神保健福祉士、この3者の本人へのケアをめぐる意識と行為を明らかにしていくことが、ケアの脱家族化を志向するソーシャルワーク実践のモデル構築につながるのではないかと考えた。

第2節 研究の背景

わが国の精神障害者対策は、隔離収容処遇を中心に進められてきた。1988（昭和63）年の精神保健法施行により、社会復帰施設が制度上位置づけられ、1995（平成7）年の精神保健福祉法施行により社会参加の促進が謳われ、地域生活支援が本格化した。しかしながら、何処で誰と暮らすかという生活の基盤は、定住家族か精神科病院という状況に大きな変化はない。

研究の背景として、4点について述べる。1点目は、精神障害者家族の制度的位置づけは、近代家族の規範意識に依拠したものである。その結果、精神障害のある子どもと親との同居率は、一般の成人した子どもと親との同居率の2倍以上となっている。2点目は、女性差別撤廃条約及び家族的責任を有する男女労働者の機会及び待遇の均等に関する条約を批准しているにも拘わらず、統合失調症をケアする親に対する支援制度は、未整備である。統合失調症親の労働権（憲法27条）及び幸福追求権（憲法13条）希求を阻害しており、憲法25条との関連から考察する。3点目は、厚生労働省は実践課題として「親元からの自立支援」の必要性を認識しているにも関わらず、政策化に至っていない。4点目は、現行制度は親によるケアは必ず消滅するという自明性を直視した制度設計となっていない。家族社会学の家族周期説及びライフコース理論から考察する。

序-2-1. 古い家族の規範意識に拠る制度設計

家族とは何か。いくつかの定義があるが、本研究では、森岡（1997）の定義を借用し、「家族とは、夫婦・親子・きょうだいなど少数の近親者を主要な成員とし、成員相互の深い感情的なかわりあいで結ばれた、幸福（well-being）追求の集団」と定義する。

この家族が時代の変化とともに変容している。後藤（2006）は、「家」制度下における家族、高度経済成長による人口移動と雇用者化に伴い核家族化していく家族、高度経済成長終焉以降の育児・介護をめぐる生活・福祉問題を深刻化させていく家族、そして少子高齢化が進行し小規模化した家族、と家族変容を時期区分し、家族変容の諸相について整理している。後藤（2006）の整理した家族変容の概要を以下に記しておく。

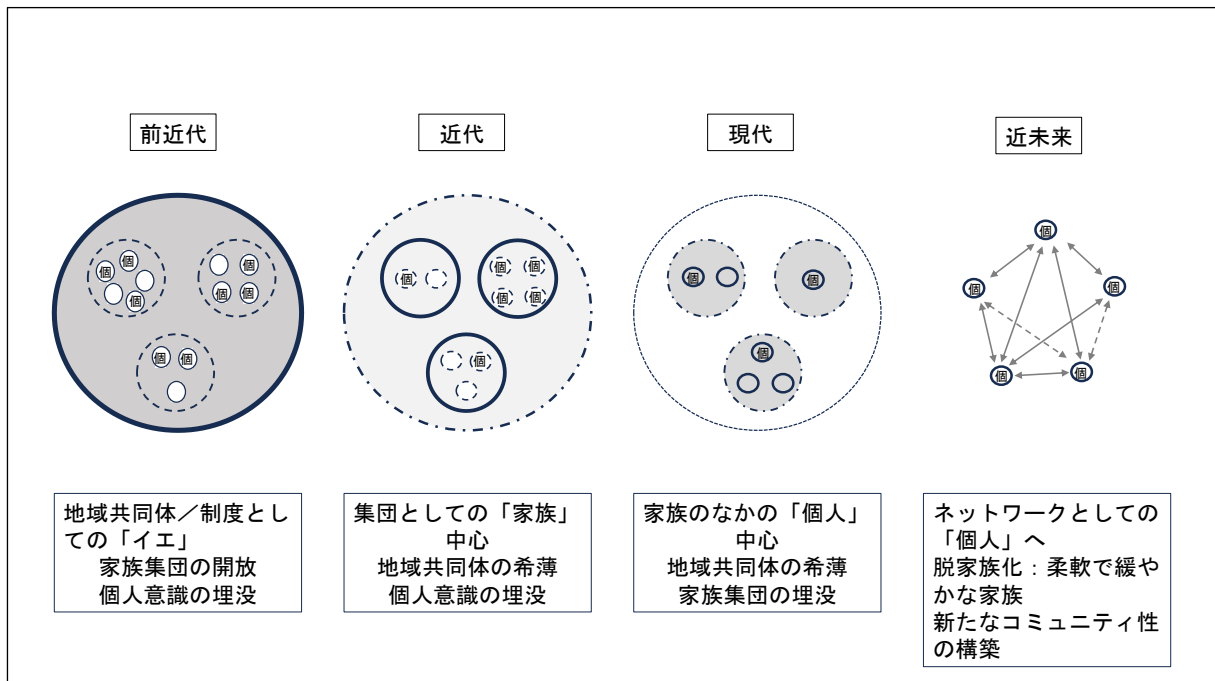
「家」制度下における家族は、戸主権により戸主には、家族成員に関する婚姻・養子縁組等の身分行為の許可権や居住指定権が付与され、それを行使した。その一方で、戸主は、家族成員に対する扶養義務を負う。それゆえ、「家」制度下における家族は、高齢の親等、家庭内の弱者に対する生活を保障し、介護・世話といった役割を担う場として機能した。「家」制度は、1947（昭和22）年の民法改正により廃止されたものの、3世代同居率はしばらく高い水準で続き、そこでの家族機能も引き継がれていた。

1950年代後半から1970年代初めにかけての高度経済成長期に核家族化は、都市部で急速に進む。既婚女性は、妊娠・出産を契機に退職し、父親が稼ぎ、母親が育児と家事を担うという性別役割分業が定着する。しかしながら、1970年代半ばの高度経済成長の終焉は、母親もパート労働や再就職をもたらし、育児や介護をどのようにしていくのかが社会問題化していく。少子高齢化が進行する1980年代後半には、家族の小規模化と多様化がみられ、家族による生活保障や心理的安定機能は弱体化していく。

杉井（2018）は、家族の変容について、個々人の家族経験を切り離すことにより、時々の時

代における家族の関係性を客観的に問い直し、相対化を試みている。図序-2-1は、家族の価値規範を、前近代、近代、現代、近未来、と時期区分し、どのように変容しているのかを示している。大谷（2020）は、社会規範の変容について、自分の価値意識が他者の存在により揺るがされると同時に他者の価値意識の転換も促していく。こういった相互承認を経ていくことにより社会規範が変容されていく、と説明する。

図序-2-1 家族の価値規範の変容に伴う家族の変化



出典) 杉井潤子（2018）「現代社会における家族支援のあらたな展開」より転載

図序 2-1 に戻り、杉井（2018）の論を概説してみたい。前近代における家族の価値規範は、「ムラやイエのため」という価値を第一義とした規範である。前近代の家族は、地域社会や親族組織の強固な連帯により、地域共同体のなかで近隣とともに暮らし、個人及び家族集団という意識は高くない。次の近代における家族の価値規範は、「ムラやイエのため」から「家族のため」という価値へと変容していく。近代の家族は、私的領域としての家庭を軸に、家族と家族外を区別する家族境界を明確化する。近代家族のモデルが一般化したのは、高度経済成長期の1950、1960年代としている。現代の家族は、1980年代以降に価値規範が形成された。その価値規範は、家族の個人化現象が表出し、生き方やライフスタイルに関して個人の選択や選好が優先されるという価値である。つまり、個人本位の「家族であっても、わたしはわたし」という価値規範へと変容していく。杉井（2012）は、現代の家族規範について、以下のように述べている。

家族規範が変容し、家族規模も縮小するなか、家族の相対的位置づけは低下し、介護にせよ育児にせよ、さまざまな日常生活場面で他者をも巻き込まなければ、もはや家族のみに頼れないのは自明の理である。昨今、「一緒にいるから家族」「血のつながりがあるから

家族」ではなく、家族とは個人が日々育み努力して維持する関係性へと変化し、関係の質が追求されるようになってきている。

杉井は、家族の価値規範が近代の「家族のため」という価値から、現代は「家族であってもわたしはわたし」という価値へと変容していると説く。家族規模も縮小していくなかで、何らかのケアを必要とする者が家族内に発生した場合、他者の力を借りなければ、内在化された価値「家族であってもわたしはわたし」を実現していくことが困難であると指摘する。

斎藤（2010）は、このように家族の紐帯が薄れていく現代社会を、「家族は、『非政治的』であると政治的に判断されてきた領域である。私たちに必要なことは、家族が、いまや社会的な支援を要する関係に変化しつつあるという抜本的な認識の転換が必要」（傍点筆者）であると指摘する。そのうえで、無償で私的なケアを担っているケアラーに対する支援をどうすべきかについて、以下のように提言している。

無償で行われる私的な介護は、賃金・労働時間・休日・安全性といった面で、一般の有償労働には保障されている権利が、一切配慮されていない。介護を引き受けることが福祉システムの単なる「資源」として位置づけられることなく、積極的なライフチョイスになるためには、介護の受け手だけでなく、介護者自身の「生活の QOL」が包括的に保障されなければならない。介護の各段階に応じた支援や、介護者ニーズアセスメント、そして介護との両立といった視座は、QOL の観点から総合的に体系化される必要がある。

斎藤の提言は、「同居家族は福祉の含み資産」（厚生白書：1978）とする行政思想ではなく、介護者の人権を保障し、介護を担うかどうかの選択権は介護者自身にあり、介護を担う選択をした場合、介護者の QOL が保障される施策の体系化が必要であるとする。

翻って、精神障害者家族は、どうなのか。精神病者監護法による監護義務者制度から精神保健福祉法による保護者制度に至るまで、自傷他害監督防止義務（1999 年改正により削除）、措置解除者引取義務（2013 年改正により削除）、治療を受けさせる義務及び診断協力義務や医師の指示に従う義務（2013 年改正により削除）が課せられていた。権利抑制権限である医療保護入院者の同意権及び移送の同意権を家族に付与し、現行の精神保健福祉法に未だ存置されている。また権利擁護的任務として、財産上の利益保護義務（2013 年改正により削除）、退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利、精神医療審査会等への退院請求等申立権が付与されている。塩満（2018）は、こういった法制度が家族に強いる現実の暮らしについて、以下のように述べている。

（本人）の発症・入院・退院・在宅の時間軸で整理すると、精神障害者に対する意思決定支援や権利擁護システムが未整備な現状において、病状悪化時は治療の導入者として、入院中は権利擁護者として位置づけられるものである。そしてその延長線上に、退院時は受け入れ先として、在宅時はケアラーとして、施策や社会資源の不充足状態を補う人的資源として位置づけられる。

精神障害者の家族に対する法制度は、本人の病状の管理、強制入院の代諾、入院中の権利擁護及び本人の社会参加に関する相談をする権利等、本人に関わる疾病管理者、介護者、権利擁護者、権利を抑制し強制入院の代諾者、と様々な任務を強いている。先述した「家族であつてもわたしはわたし」といった現代の家族の価値規範は、法制度上一文も存在せず、近代家族の「家族のため」といった価値規範を一方的に強いている。

序 2-2. 統合失調症親の幸福追求権

統合失調症の子どもを持つ親は、子どものケアのため、転職や退職をせざるを得ない状況に追い込まれる比率が高い。また、子どもの発病を契機に、楽しんでいた趣味等を諦めることも少なくない。

前述した調査を含む精神障害者家族を対象とした大規模調査（全国精神障害者家族会連合会他、1985、1991、1996、2005、2010、2017、2020）は、表序 2-3 のとおり行われている。以後、調査名は、調査年を付した略語を用いる。1985 調査から 2017 調査は、精神障害者家族会の全国組織が実施主体であり、2020 調査は筆者が調査委員長を担当し、奈良県精神障害者家族会連合会が実施主体として行った調査である。

表 序 2-3 精神障害者家族を対象とする大規模調査

調査名	調査年	調査対象	有効回答数	回収率
家族福祉ニーズ調査（以下、1985調査）	1985-86年	15,673名	9,541名	57.3%
全国家族福祉ニーズ調査（以下、1991調査）	1991-92年	18,135名	8,322名	45.9%
第3回全国家族調査（以下、1996調査）	1996年	6,665名	3,362名	50.4%
第4回全国家族ニーズ調査（以下、2005調査）	2005-2006年	9,243名	2,844名	30.8%
平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト（以下、2010調査）	2009-2010年	9,320名	4,419名	48.3%
平成29年度家族支援に関する全国調査（以下、2017調査）	2017年	7,130名	3,129名	43.9%
2020年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査（以下、2020調査）	2020年	1,097名	468名	42.7%

筆者作成

これまでの調査において、本人の疾患名を尋ねた調査のなかで、統合失調症の占める割合は、1985 調査で 68.7%、2010 調査で 82.7%、2017 調査で 80.3%、2020 調査で 75.3%となっている。1985 調査において、病院からの情報入手の同意を本人・家族から得られた 87 例について、診断名（ICD-9）を確認したところ、精神分裂病（現疾患名：統合失調症）が 93.1%であった。本人・家族の認識する診断名との乖離がみられる。1985 調査の統合失調症の比率が 68.7%と他の調査と比べて低いのは、精神分裂病という当時の疾患名とインフォームドコンセントの実施状況が関係すると考えられる。詳細は、第 2 章 3 節で論じる。

表序-2-2 は、本人へのケアを理由とする転職・退職及び趣味等を続けることを諦めた経験について尋ねた 2 回の調査を整理したものある。2010 調査が 53.5%であり 2020 調査が 28.8%となっている。2010 調査に比べて 2020 調査が低い理由は、調査対象者が奈良県在住者に限定され、奈良県の女性の就業率が全国で最も低い（61.1%：平成 27 年総務省国勢調査）ということが関

係していると思われる。

2010 調査においては、家族による本人への支出の金額と内訳を尋ねている。それによると、家族による本人への平均支出額は6万5千円であり、内訳は食費、医療費、こづかい、光熱水費、衣服費、交通費、通信費等、成人してもなお、多くの金銭的支出を行っている。統合失調症の子どものケアのために、①仕事を転職・退職し、②家計収入が減少していき、③収入の無い（少ない）本人への金銭的な支出が続く、といった負のスパイラルがある。統合失調症の子どものケアの内容については、第2章3節で詳述する。

表 序-2-2 本人へのケアを理由とする転職・退職及び趣味等の諦めの経験

	転職・退職の経験	転職・退職による経済問題	趣味等を続けることの諦め
2010調査	53.5%	62.4%	67.6%
2020調査	28.8%	60.9%	64.0%

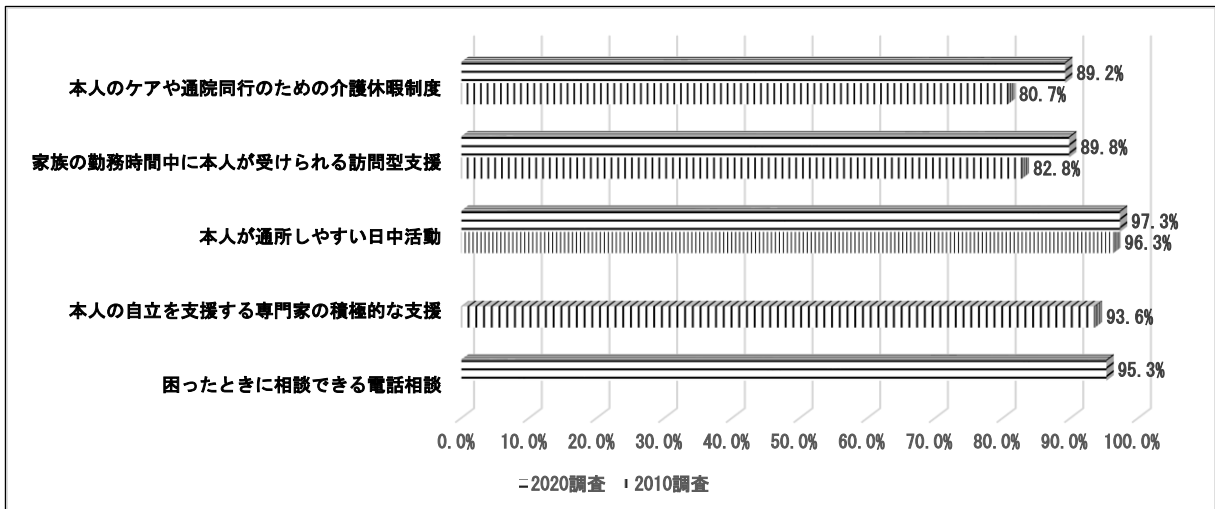
出典) 調査結果から筆者作成

転職・退職による経済問題は、6割の家族が経験している。2020 調査における転職・退職による経済問題についての象徴的な自由記述を以下に記しておきたい。

- ・本人へのケアが必要となったため、勤務時間を減らし収入が減少した。衣料品の購入は先延ばしにし、食料品は割引されている物の購入や質や量を落とした生活に変更した。
- ・急な休日を取得するため、出世をあきらめることになった。
- ・入院する回数が増えたときにいろいろな費用が発生して困った。
- ・再雇用のチャンスもあったが、家でひきこもり、入院した息子のことを考え、就労を諦めた。老後の生活が不安。
- ・家族3人とも年金生活。なるべくお金を使わないようにギリギリの生活をしている。

また、図序-2-2 は、2010 調査及び2020 調査で、家族が仕事を継続するために必要と考える施策を尋ねた結果である。いずれの項目においても、その必要性を求める声は大きい。介護休暇制度は、「育児・介護休業法」を根拠とするが、対象は、専ら就学前の子の看護と高齢の要介護者を抱える労働者に限定され、統合失調症者家族は対象となっていない。また、本人が受けられる訪問型支援は、アメリカで始まった PACT (Program of Assertive Community Treatment) やイギリスの ACT (Assertive Outreach Treatment) がある。脱施設化政策に伴い展開している「包括型地域生活支援プログラムと呼ばれ、医療と福祉の多職種からなるチームによる 24 時間体制で、生活現場の訪問を中心として援助する組織・体制」(高木：2020) のことであり、日本でも 2000 年代に、厚生労働省の試行事業として国立精神・神経センターにおいて始められ、国内でも複数の民間チームが実践している。そういった包括型地域生活支援プログラムの必要性を尋ねている。2010 調査では、29.4%がひきこもり状態にあり、全くサービスを利用していない。そのため、「本人が通所しやすい日中活動」と「本人の自立を支援する専門家の積極的な支援」のニーズも高い。2010 調査で、病状悪化に医療機関や保健所等の支援が得られず、家族だけで対応するか、警察に通報するしかない、という状況があり、「困ったときに相談できる電

図 序-2-2 家族が仕事を継続するために必要と考える施策

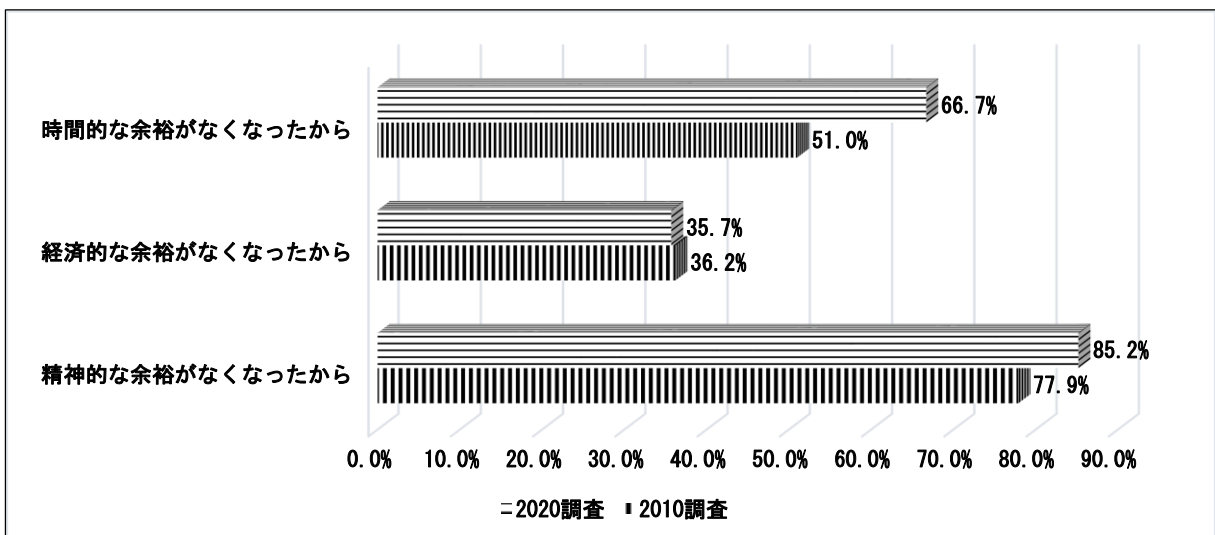


出典) 2010 調査報告書及び 2020 調査報告書をもとに筆者作成

話相談」のニーズも高い。

次に趣味等続けることを諦めたのは、2010 調査で 67.6%、2020 調査で 64.0%となっている。図序-2-3 は、趣味等続けることを諦めた人の理由について尋ねた補問では、2010 調査と 2020 調査は、同種の結果となっている。「精神的な余裕がなくなった」が 8 割前後と最も高い。半数以上の人々が「時間的な余裕がなくなったから」を理由とし、3 人にひとりには、「経済的な余裕がなくなったから」と理由をあげている。

図 序-2-3 趣味等続けることを諦めた人の理由

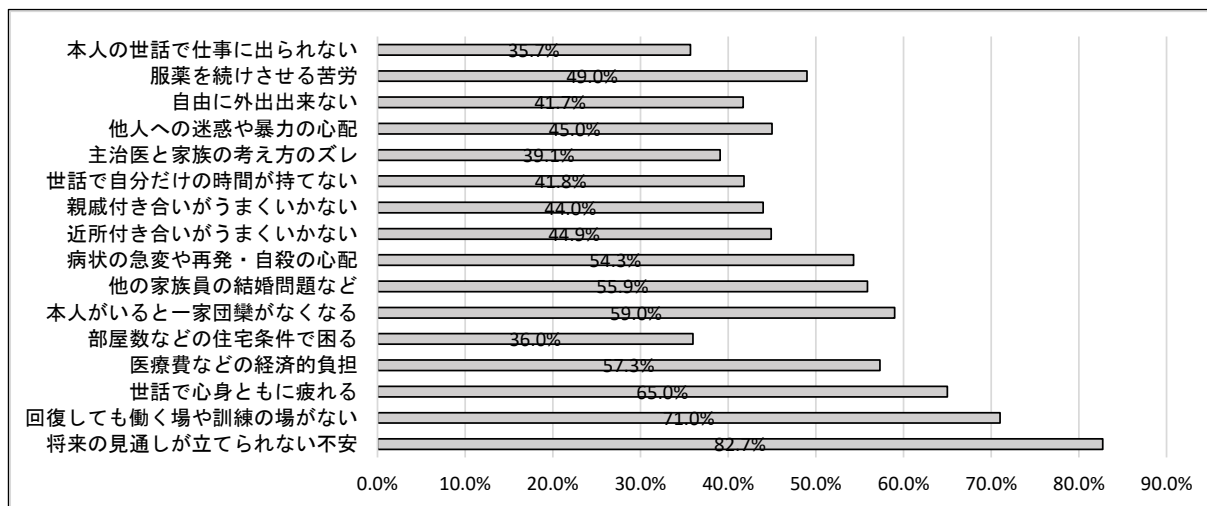


出典) 2010 調査報告書及び 2020 報告書から筆者作成

なぜ、「精神的な余裕がなくなったから」の理由が最も多いのか。このことに関する解は、大規模調査における「家族の苦勞」に関する調査結果から読み取ることができる。家族の抱える苦勞について、1985 調査、1991 調査、1996 調査で尋ねている。また、2010 調査、2017 調査、

2020 調査では、本人の病状悪化時における家族の苦勞について、尋ねている。図序-2-4 は、家族の抱える苦勞について尋ねた 1996 調査の結果をグラフ化したものである。

図 序-2-4 家族の抱える苦勞



出典) 1996 調査報告書から筆者作成

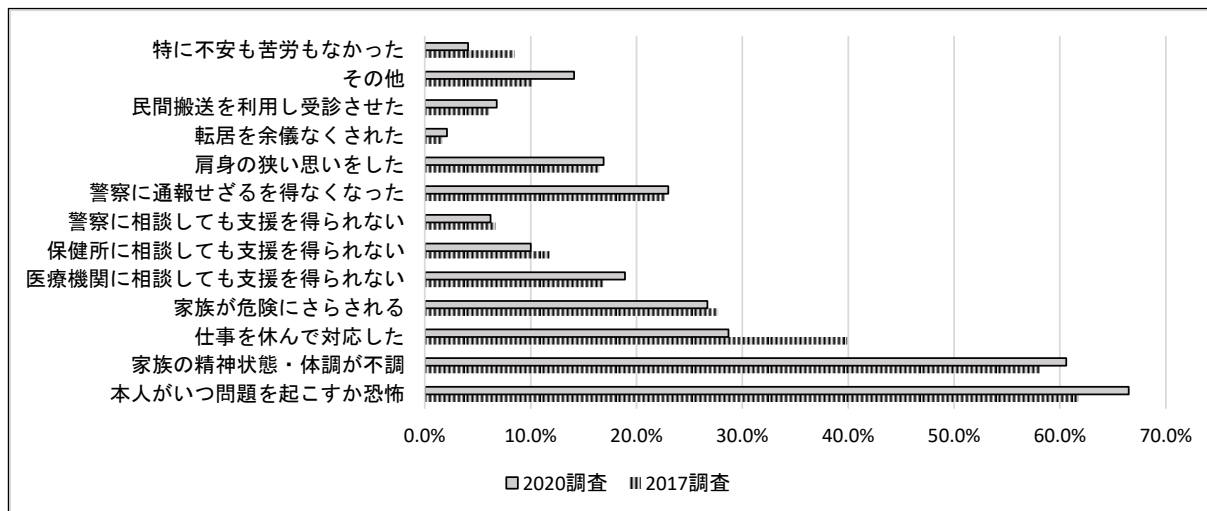
家族の苦勞の中で最も高いのは、「将来の見通しが立てられない不安」82.7%であり、「回復しても働く場や訓練の場がない」71.0%、「世話で心身ともに疲れる」65.0%となっている。50%を超えている選択肢は、高い順に「本人がいると一家団欒がなくなる」59.0%、「医療費などの経済的負担」57.3%、「他の家族の結婚問題など」55.9%、「病状の急変や再発・自殺の心配」54.3%と続いている。最も低い選択肢が「本人の世話で仕事に出られない」35.7%であり、3人にひとり、仕事に出られないと回答している。家族の苦勞は、日々の本人への直接的なケア、服薬を続けさせる苦勞、本人と一緒に居ることでの気疲れ、自身の時間が持てない、本人が居ることでの団欒がなくなる、親戚や近所付き合いの苦勞、先行きが見通せない不安等、多岐に渡っていることが分かる。

また、2010 調査、2017 調査、2020 調査においては、「本人の病状悪化時における家族の苦勞」の経験について、尋ねている。図序-2-5 は、2017 調査、2020 調査結果をグラフ化したものである。最も多いのは、「本人がいつ問題を起すか恐怖」で、60%を超えている。「家族の精神状態・体調が不調」は6割前後の家族が経験している。「仕事を休んで対応した」は、2017 調査で39.9%、2020 調査で28.7%となっている。先述した仕事の転職・退職した経験の直接的な原因となる「病状悪化時における家族の苦勞」であると考えられる。

これまで、本人と暮らす家族の苦勞及び病状悪化時の苦勞について、述べてきた。こういった状況下において、家族自身が精神的安定を保つことは、容易ではない。2010 調査及び 2020 調査では、家族自身の精神的不調により、睡眠薬や抗うつ薬の服用の経験を尋ねている。結果は、2010 調査で37.9%、2020 調査で33.0%が服用経験ありと回答している。この数値は、2020（令和2）年の患者調査における「V精神及び行動の障害」受療率3.99%と比較すると、精神障害者と共に暮らす家族の受療率は、8～10倍となる。2017 調査では、うつ病や不安障害の可

能性を探る「K6 日本語版」を用いて、家族の精神的健康状態を尋ねている。親では 60.4%，きょうだいでは 55.3%がうつ病や不安障害の可能性が高いという結果であった。

図 序-2-5 本人の病状悪化時における家族の苦勞



出典) 2017 調査報告書・2020 調査報告書から筆者作成

また、2010 調査報告書では、家族の労働権が侵害されていること及び趣味等を諦めてしまっていることについて、以下のように述べられている。

家族も、就労やさまざまな活動を通して社会参加する権利があるにもかかわらず、その権利が保障されていません。介護のための有給休暇を保障し、就労を継続出来るように支援することや、ときには経済的な支援も必要です。家族の就労継続が困難となり、収入が減っていく中で、経済的に追い込まれても、家族が本人の生活を支え続けています。本人が一定の年齢になったら、親元を離れて独立した生活を営み、親が適度な距離をもちながら安心して見守れる体制が望まれます。(傍点筆者)

このことは、成人した統合失調症の子どもへのケアを親が担うことにより、転職や退職に追い込まれ、楽しみにしていた自らの趣味等を諦めること、これらは、憲法 25 条 2 項「国の生存権保障義務」により、統合失調症の子どもを持つ親の「労働権」(憲法 27 条)を保障する施策が無いこと、子どものケアを一身に担わされることにより、「幸福追求権」(憲法 13 条)の希求を阻まれていることを意味している。

竹中 (1998) は、憲法 13 条「幸福追求権」理解の前提となる人間を「自己統合希求的個人」とし、人間の有する側面の例として、「①人間の個別的独自の存在(かけがえのない存在)としての側面、②社会的存在としての側面、つまり、他者(国家・公権力や私人)とのかかわり・交わりの可能性を否定されない存在としての側面、③身体的自律・精神的自律・経済的自律の可能性をもった存在、自分なりの独自のかけがえのない人生を築きあげるべく自己決定を繰り返していく人間存在としての側面」(傍点筆者)の 3 点を例示し、こういった諸側面を持

つ個々人が、まとまりのある人生（自己統合的生）をつくりあげようとしていると説明する。

高野（2003）は、憲法 13 条の幸福追求権を保障していくためには、「自己統合の希求のための条件整備」が必要であると論じ、そのためには、25 条 1 項が定める「健康で文化的な最低限度の生活」の保障する内容が生活保護法の生活扶助にとどまるものではなく、福祉サービスや健康保障などの領域にもおよぶと解釈すべき必要性があると指摘している。そのうえで、憲法 25 条は、「個人が主体的に自分自身の人間らしい生を追求することができる条件整備を求める権利」（傍点筆者）であるとし、13 条「個人の尊重と幸福追求権」と 25 条は、「協働的・補完的關係」（傍点筆者）にあると説明する。

竹中及び高野の論考から、統合失調症の子どもを持つ親の幸福追求権について考えてみたい。社会及び専門職は、統合失調症の子を持つ親も、社会的な存在として多面的に捉える必要があり、唯一無二のかけがえのない人生をどう生きていくのかについて、自己決定をしていく主体であることを認識しなければならない。親自身の希求する生き方が子どもに対するケアによって阻害されるのであれば、国は、必要な施策を講じ、条件整備に努めなければならない。統合失調症の子どもを持つ親の多数が、そのケアのために転職や退職を余儀なくされ、楽しみにしていた趣味をも諦めざるを得ないという現状は、国による条件整備が整っていないからである。

では、家族という私的領域で行われているケア、つまり家族による私的ケアがケアの社会化へと政策変更を促進する国際的な動きについて、国連を中心に整理してみたい。そもそも、私的ケアを自明視していたのは、日本だけではない。Esping-Andersen (=2001 : 100) は、「脱家族化」概念を用いて、以下のように全ての先進諸国がそうであったと指摘する。

戦後の数十年間、すべての福祉国家が根本的に家族主義的であり、一人の男性を一家の稼ぎ手とする古典的な家族を想定していたということである。保健ケアと教育を除けば、福祉国家は、1960 年代を通じて、スカンジナビア諸国であれ、アングロ・サクソンの国々であれ、ヨーロッパ大陸の国々であれ、ほとんど所得維持だけに力を注いでいた。高齢者のための社会サービスや保育ケアを 1960 年代末になってようやく構築し始めたのである。（傍点筆者）

こうした状況は、ふたつの国際的な動向により、日本も変化を迫られることとなる。ひとつは、1985（昭和 60）年に日本政府が批准した「女子に対するあらゆる差別の撤廃に関する条約（以下、女性差別撤廃条約）」であり、もうひとつが、1981（昭和 56）年に ILO が採択し、1995（平成 7）年に日本政府が批准した「家族的責任を有する男女労働者の機会及び待遇の均等に関する条約（以下、ILO156 号条約）」である。条約の批准は、批准国の国内法より優位とされることから、条約に抵触する法律は無効となる。したがって、条約の批准は、既存の国内法の改正や新たな法律の制定等と一体的に進められていく。

まず、女性差別撤廃条約についてである。条約の前文には、「子の養育には男女及び社会全体が共に責任を負うことが必要であることを認識し、社会及び家庭における男子の伝統的役割を女子の役割とともに変更することが男女の完全な平等の達成に必要である」（外務省訳：傍点筆者）と記されている。ここでは、子の養育は、男女共に責任を負い、そのために伝統的な性別

役割を見直すことを求めている。また、第 11 条 2c では、「親が家庭責任と職業上の責務及び社会的活動への参加とを両立させることを可能とするために必要な補助的な社会的サービスの提供を、特に保育施設網の設置及び充実を促進することにより奨励すること」（外務省訳：傍点筆者）と記されている。つまり、子育てをする親の家庭責任と労働権、親の趣味等の社会参加、そのいずれをも可能とする施策として、保育施設を整備すべきとしている。児童福祉法 2 条では、「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」（傍点筆者）と子育てに対する公的責任を規定し、同法 24 条では、市町村に「保育提供義務」を課している。若尾（2017）は、児童福祉法 2 条及び 24 条について、「『保護者とともに担う』との表現には、『親の自己責任』論への批判が込められ、子どもの育ちにおける公的責任の具体化の一例が『保育提供義務』を定めた児童福祉法 24 条」であると説明する。

次に、IL0156 号条約についてである。第三条で「各加盟国は、家族的責任を有する者であって職業に従事しているもの又は職業に従事することを希望するものが、差別を受けることなく、また、できる限り職業上の責任と家族的責任との間に抵触が生じることなく職業に従事する権利を行使することができるようにすることを国の政策の目的とする」（外務省訳：傍点筆者）とし、第四条では、「(a)家族的責任を有する労働者が職業を自由に選択する権利を行使することができるようにすること。(b)雇用条件及び社会保障において、家族的責任を有する労働者のニーズを反映すること」（外務省訳：傍点筆者）としている。

わが国は、IL0156 号条約に批准しているものの、統合失調症家族のニーズを反映し、職業に従事する権利を保障しているとはいえない。統合失調症の親の幸福追求権（憲法 13 条）を保障する国の生存権保障義務（憲法 25 条 2）が果たされていない。統合失調症者家族は、社会的な支援施策がないなかで、いつまでも本人のケアを担わされ、自らの生き方を希求することを断念させられている。

こういった家族のおかれている状況に対して、2010 年 4 月 3 日、長妻昭厚生労働大臣臨席のもと、東京都立松沢病院にて発足式を行った「こころの健康政策構想会議」は、翌 5 月 28 日に提言書をまとめ、長妻昭大臣へ届けている。提言書は、「病状が悪化して自分から支援を求められなくなった患者を抱え、疲弊して気力が萎え、成り行き任せになった家族に対して何の支援も無い社会の現状は、あまりにも配慮に欠け過ぎている。それに耐えている状況はまさに人権の放棄であり、社会不安の温床である。家族に対する支援は、喫緊の課題である」（傍点筆者）と家族支援の必要性を説明している。そして、基本理念に「家族・介護者支援の充実」（傍点筆者）を掲げ、「精神疾患を有する者の家族その他の介護者が支援のためのサービスを受けることは、これらの者が有する権利である」（傍点筆者）と述べている。

また、2014 年 1 月に日本が批准した「障害者権利条約」の前文(x)には、「家族が、社会の自然かつ基礎的な単位であること並びに社会及び国家による保護を受ける権利を有することを確信し、また、障害者及びその家族の構成員が、障害者の権利の完全かつ平等な享有に向けて家族が貢献することを可能とするために必要な保護及び支援を受けるべき」（傍点筆者）と記されている。条約の批准は、締約国の個別法より上位に位置することから、個別法は条約と齟齬があってはならない。しかしながら、わが国の精神障害者家族は、政策的に自傷他害監督防止義務等のポリスパワー的義務、治療を受けさせる義務等のパターンリズム的義務、医療保護入院

の代諾権等の権利抑制的任務、退院請求権等のアドボカシー的任務、これらをひとりの家族に課し続けていた（池原：2011）。伊勢田（2008）は、「行政責任を放棄した家族への法外な責任転嫁」（傍点筆者）と指摘する。

こういった歴史的経緯から、運動体である精神障害者家族会の全国組織であるみんなねっとは、2023（令和 5）年 6 月、「みんなねっと精神保健医療福祉への提言（以下、提言）」を公表した。提言における「誰もが安心して暮らせる地域精神保健福祉の実現」の項目では、「ケアラーの役割を、家族が担うことを当然とする現在のあり方から、国・社会が責任を持って支えるという本来のあるべき姿への体制の転換を求める」（傍点筆者）としている。また、「長期的展望に立ち実現を目指すこと」の項目では、「成人した本人の保護者としての責務を家族に負わせないための法律の見直し」を求めると同時に、英国のケアラーズ法を念頭に「病気・障がいがある人をケアするすべてのケアラーが、人として尊重され、健康で文化的な生活を営むことができるよう支援するための法律の制定を求める」（傍点筆者）としている。

伊勢田ら（2011）は、わが国の精神医療保健福祉の歴史において、家族に対する支援、援助が検討された形跡は認められず、家族が求める支援を開発しようとする国家的意思を見出すことはできない、と指摘する。統合失調症者に対するケアは、家族へケアを強いることを前提としている。その結果として、統合失調症者の親は、自身の自己統合を希求することを断念し、幸福追求権が阻害されている状況にある。

序 2-3. 実践課題としての「親元からの自立」

これまで、厚生労働省の作成した 2 つの報告書では、「親元からの自立支援」に関する言及がある。ひとつは、2008（平成 20）年 12 月の「社会保障審議会 障害者部会 報告―障害者自立支援法施行後 3 年の見直しについて―」であり、もうひとつが 2022（令和 4）年 6 月の「障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見直しについて―社会保障審議会 障害者部会 報告書―」である。

「社会保障審議会 障害者部会 報告―障害者自立支援法施行後 3 年の見直しについて―」報告書は、2008（平成 20）年 4 月の第 31 回会議から同年 12 月の第 49 回会議まで、計 19 回の会議を経て、まとめられたものである。報告書では、地域における相談支援体制のなかに、精神科病院からの地域移行の相談と並列して、「家族との同居から地域生活への移行の相談」（傍点筆者）が加えられ、地域における自立した生活のための支援に「家族との同居からの自立した生活への移行」と項目が立てられた。以下のように説明がなされている。

地域移行を考えるに当たっては、施設や病院からの移行だけではなく、できるだけ地域生活を継続していくという観点から、家族と同居しているうちから障害福祉サービスを利用したり、グループホーム・ケアホーム等での生活に移行したりするための支援が重要であり、様々な相談支援やケアマネジメントを行う際などに、こうした取組を進めていく必要がある。（傍点筆者）

家族と同居している障害者が、福祉サービスを利用し、住まいの場もグループホーム等へ移

行し、ケアの脱家族を志向する画期的な記述となっている。要田（1999）は、「欧米の障害者解放運動（ノーマライゼーション、自立生活運動）では、『脱施設』を唱うのみであるのに対し、日本のばあい、『脱家族』が含まれている」と指摘しており、筆者は、本報告書の上記引用か所から、「ケアの脱家族」へ舵を切るのではないかと、瞬間的に期待した。

しかしながら、報告書は、上記の説明文にとどまり、「ケアの脱家族」を積極的に推進していくための、具体的な視点及び方法論については、言及していない。

なぜ、報告書に「ケアの脱家族」が記されることとなったのか。障害者部会の議事録を確認すると、第35回会議で障害者団体からのヒアリングを行っており、障害者インターナショナル（DPI）の尾上浩二氏が以下のように発言している。

地域移行の数字ですが、ここで見るべきは、地域移行された方が9,300に対して、それを倍する1万8,000の方が新たに施設に入られたという、そちらの方じゃないかということです。小さいときから地域でともに育ち学ぶならば、そのまま大人になられたら、大人になって親元を離れて地域で暮らすという、そういう意味での親元での在宅から地域へというもうひとつの地域移行の軸が打ち立てられないと、どんどん新規入所が繰り返されるということになるのではないか。そういう意味で、2つの意味での地域移行ということが進むような施策が要るんだということを押さえておきたいと思います。（傍点筆者）

尾上の発言は、地域移行と逆のベクトルである地域から施設への流れを断ち切るために「ケアの脱家族化」を促進すべきであると指摘している。

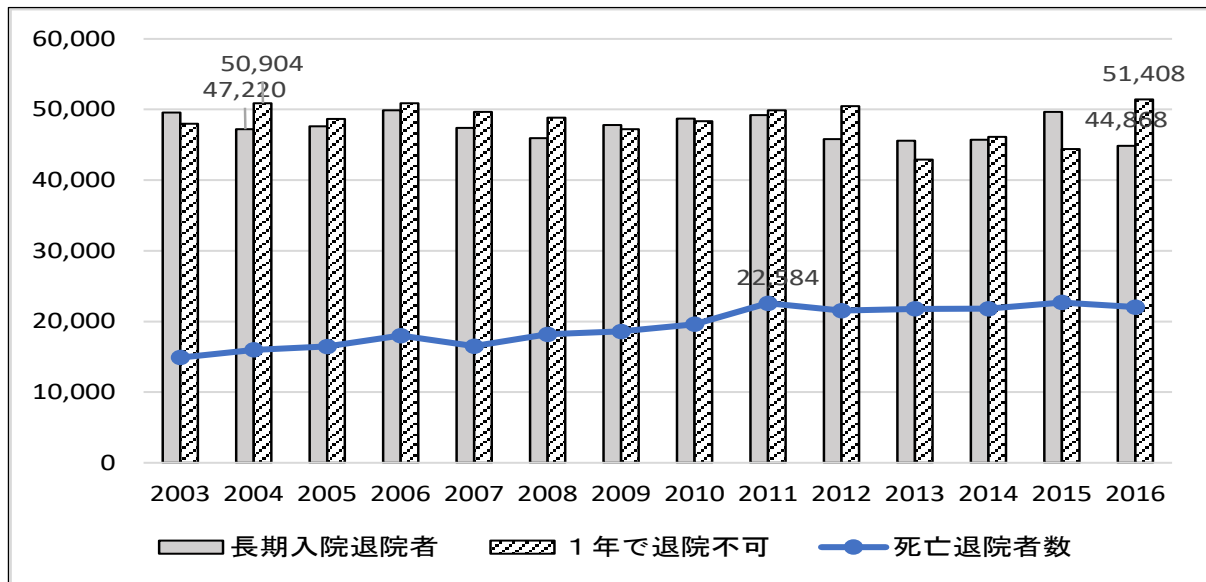
この問題は、入所施設だけでなく、精神科病院にもあてはまる。2000（平成12）年、大阪府は、大和川病院事件を契機に「社会的入院解消研究事業」を実施し、長期入院患者を地域から迎えに行く個別支援を展開する。2003（平成15）年、国は「精神障害者退院促進支援事業（モデル事業）」を実施し、全国展開を図った。この事業が、障害者総合支援法の「地域移行支援・地域定着支援」に発展している。

図序-2-6は、精神保健福祉資料をもとに年度毎の地域移行支援の対象となる長期入院患者（入院期間が1年以上の入院者）の退院者数と新たに長期入院となった患者数及び死亡退院者数の推移を表したものである。2017年以降は、厚生労働省の630調査の報告書式の変更により確認できない。図序-2-6から分かるのは、毎年度5万人弱の長期入院の入院患者が退院する一方で、その数と同程度の人数の入院患者が新たな長期入院患者となっている。また、2011年度以降は、毎年2万人を超える入院患者が死亡退院している。尾上のいう地域生活から施設へという地域移行と逆の流れがあることは、精神障害者にもいえる。

次に、2022（令和4）年6月に発出された「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて一社会保障審議会 障害者部会 報告書一」である。報告書は、2021（令和元）年3月の第106回会議から2022（令和4）年6月の第132回会議まで、27回の会議を経て作成されたものである。報告書の基本的な考え方の3つの柱のひとつ「障害者が希望する地域生活を実現する地域づくり」のなかに、「親元からの自立」に関して、以下のように説明している。

「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る」こと等を踏まえ、親元からの自立を含めたライフステージ全体や、様々な地域生活を支える社会資源全体の基盤整備も視野に入れた、障害者本人の意思を尊重すること、個々の障害者の支援の必要性に即することを基本とした総合的な支援を進めていく必要がある。（傍点筆者）

図 序-2-6 長期入院患者退院者数と入院後1年で退院出来なかった患者数及び死亡退院者数



出典) 精神保健福祉資料をもとに筆者作成

ここでは、社会資源を整備し、障害者のライフステージ全体を視野に入れた親元からの自立支援について、言及している。この点は、親元からの自立支援を行うことにより、新たに施設入所となることを予防するという方向性だと考えられる。ここでいう親元からの自立支援で考えられている社会資源は、グループホームを想定している。一定数のグループホームを増やしつつ、グループホーム入居者を3つに類型化すべきとしている。1つは、これまでどおり支援を受けながら引き続きグループホームで暮らすことを希望している入居者。2つめは、グループホームで暮らしているが、ひとり暮らしを希望している入居者。これらの入居者に関しては、ひとり暮らしに向けた支援を行う。3つめは、地域移行や親元からの自立を目指し、支援を受けながらグループホームで暮らすことを希望する入居者。以上の3類型を想定している。また、継続利用ではなく通過型グループホームの創設の検討等についても触れられている。

ただし問題は、社会資源の整備の目標とそれに伴う予算措置がなく、計画相談や地域相談のように親元からの自立支援相談の個別給付化の検討がなされていない。また、地域相談は、実践モデルの明示があるが、「親元からの自立支援」は、実践モデルを示していない。「親元からの自立支援」は、本人だけでなく親も支援対象とする必要があり、それらのことには全く触れられていない。

これら2つの報告書は、実践課題として「親元からの自立支援」の必要性を行政的に認知し言及している文書である。しかしながら、その後の改正法において、「親元からの自立支援」を法制度は、規定していない。実践課題が政策化されていない状況が長期に渡り続いている。

序 2-4. 家族周期説及びライフコース理論から逸脱した存在

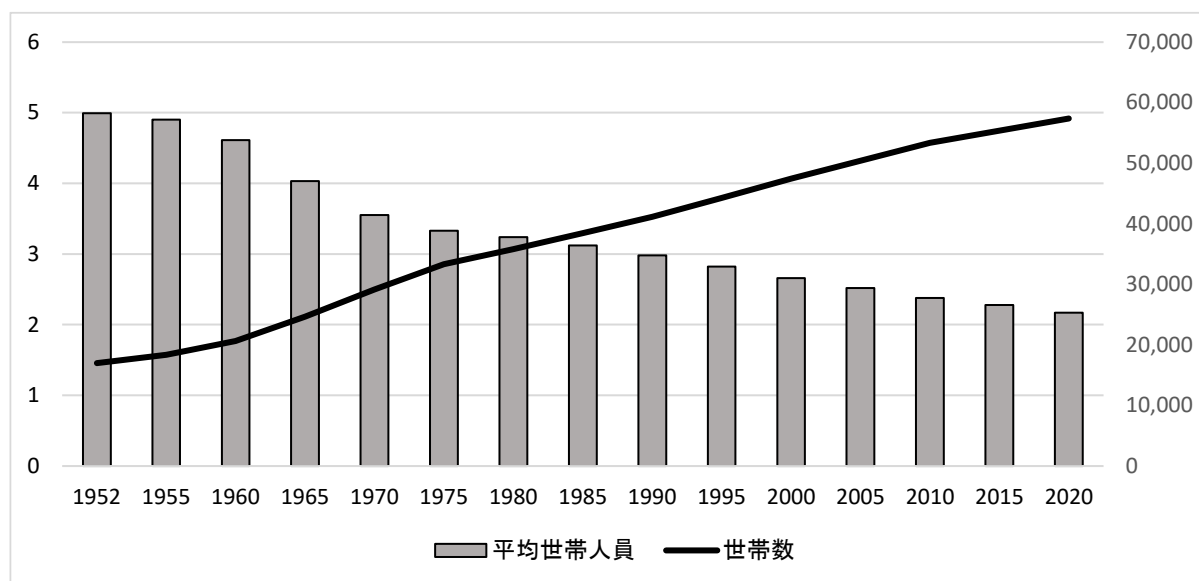
第 2 節 1 項において、家族の変容について述べた。本項では、成人した統合失調症ケアの脱家族化を考えるにあたり、平均世帯人員の推移を確認し、家族社会学における家族周期説及びライフコース理論から統合失調症の子を持つ親について考えてみたい。

表 序-2-3 世帯数及び平均世帯人員の推移

年次	世帯数 (1,000)	平均 世帯人員	年次	世帯数 (1,000)	平均 世帯人員	年次	世帯数 (1,000)	平均 世帯人員	年次	世帯数 (1,000)	平均 世帯人員
1952	16,967	4.99	1984	37,935	3.15	1998	46,157	2.72	2012	54,171	2.34
1955	18,345	4.90	1985	38,457	3.12	1999	46,812	2.69	2013	54,595	2.32
1960	20,629	4.61	1986	38,988	3.10	2000	47,420	2.66	2014	54,952	2.30
1965	24,657	4.03	1987	39,536	3.07	2001	48,015	2.63	2015	55,364	2.28
1970	29,146	3.55	1988	40,025	3.04	2002	48,638	2.60	2016	55,812	2.26
1975	33,310	3.33	1989	40,561	3.02	2003	49,261	2.57	2017	56,222	2.23
1976	33,911	3.31	1990	41,156	2.98	2004	49,838	2.54	2018	56,614	2.21
1977	34,380	3.29	1991	41,797	2.95	2005	50,382	2.52	2019	56,997	2.19
1978	34,859	3.28	1992	42,458	2.91	2006	51,102	2.49	2020	57,381	2.17
1979	35,350	3.26	1993	43,077	2.88	2007	51,713	2.46	2021	57,855	2.14
1980	35,831	3.24	1994	43,666	2.85	2008	52,325	2.43	2022	58,227	2.12
1981	36,347	3.22	1995	44,236	2.82	2009	52,878	2.40			
1982	36,859	3.20	1996	44,831	2.79	2010	53,363	2.38			
1983	37,426	3.17	1997	45,498	2.75	2011	53,783	2.36			

出典) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページより転載

図 序-2-7 世帯数及び平均世帯人員の推移



出典) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページの転載表をもとに筆者作成

まずは、平均世帯人員についてである。表序-2-3 は、国立社会保障・人口問題研究所が 1952 年から 2021 年までの、わが国の世帯数と平均世帯人員の推移を作成した表である。図序-2-7 はそれをグラフ化したものである。世帯数では、1952 (昭和 27) 年に 1,697 万世帯であったが、2021 (令和 3) 年に 5,786 万世帯となり、約 3.4 倍となっている。一方で、平均世帯人員は、1952 (昭和 27) 年に 4.99 人であったが、2021 (令和 3) 年に 2.14 人となり、減少し続けている。

次に、家族周期説についてである。森岡 (1973) は、家族の誕生から消滅に関するプロセス

について、以下のように説明している。

夫婦家族は、夫婦の結婚によって形成され、子女の出生・成長とともに増大し、その独立や婚出によって縮小し、ついに夫婦の死亡とともに消滅するという、規則的な経路をたどる。この経路は、個人の出生・成長・死亡という生理的事実に直接結びついているという意味で、どのような夫婦家族も例外なく通過せねばならぬ不可避的な経路である。

また、森岡（1997）は、家族周期に関して、以下のように説明している。

家族は生命をもたない。しかし、夫婦の結婚と死亡、および子どもの出生と成長によってその存続を基本的に規定された生活体である家族には、ライフサイクルとよぶことのできる時間的展開の規則性が、明らかに認められるのである。家族のライフサイクルを家族周期とよぶ。

森岡の2つの説明を解釈すると、家族の誕生とは、結婚により夫婦となることである。家族の消滅とは、夫婦が死亡することである。そしてその一連のプロセスを家族のライフサイクルと呼び、家族周期と同義であるとする。森岡は、家族の発達課題をもとに、家族周期を8段階に設定している。畠中（2014）は、家族の発達課題をもとに、家族の営みを4段階に区分し、その段階ごとに、発達課題を明らかにしている。表序-2-4に森岡及び畠中の家族周期説を整理した。

表 序-2-4 森岡及び畠中の家族周期の段階

畠中宗一	森岡清美の8段階
I 家族形成の前段階（親密性の獲得）	I 子どものない新婚期
II 親になること（親役割の実行）	II 育児期（第1子出生～小学校入学）
III 親役割の縮小と再編（母親の精神的不安定）	III 第1教育期（第1子小学校入学～卒業）
IV 夫婦だけの生活に戻る（親密性の再構築）	IV 第2教育期（第1子中学校入学～高校卒業）
	V 第1排出期（第1子高校卒業～末子20歳未満）
	VI 第2排出期（末子20歳～子ども全部結婚独立）
	VII 向老期（子ども全部結婚独立～夫65歳未満）
	VIII 退隠期（夫65歳～死亡）

出典）森岡清美の著書及び畠中宗一の論文をもとに筆者作成

森岡の8段階は、子どものない新婚期、育児期、2つに時期区分された教育期、2つに時期区分された排出期、向老期、退隠期となっている。新婚期は、夫と妻の役割獲得の課題をもち、長期的な生活設計の輪郭の作成、出産計画、親との付き合い方等の夫婦共通の家族としての発達課題をもつ。第1子の出生は、新婚期と育児期を画する出来事であり、家族は育児期に入る。育児期を終えると、第1子の小学校入学から始まる教育期に入る。第1子の高校卒業は、教育期から排出期を画する出来事となる。子ども全員が独立することで、向老期に入る。夫の65歳以上となる時期から退隠期に入っていく。

畠中の4段階のうち第一の段階は、家族形成の前段階であり、親密性の獲得を発達課題とする。第二段階は、親になるという段階であり、発達課題は親役割の実行とした。第三段階は、親の中年期にさしかかり、子どもが大きくなることにより親役割の縮小と再編段階となる。親役割の縮小に伴う母親の精神的不安定が発達課題となる。第四段階は、老年期に入り、子どもたちの離家に伴う夫婦だけの生活に戻る段階となる。親密性の再構築が家族の発達課題となる。

これら家族周期説から言えることは、親によるケアは必ず消滅するということである。統合失調症の子どもと親との同居率が突出して高いことは、何を意味するのか。森岡の8段階から考えると、統合失調症の親は、「向老期」を迎えることが出来ない。畠中の4段階から考えると「老年期」を迎えることが出来ないことを意味する。

最後にライフコース理論についてである。ライフコース理論が登場した背景は、離婚率や再婚率が高まったアメリカでは、一組の夫婦に適用し、家族役割の変容を伴う出来事を指標とし構成する家族周期説が通用しなくなった。離婚や再婚により夫婦の絆は改廃されるが、親子の絆は残ることから、夫と妻それぞれの家族の範囲が異なり、家族の集団性が保てなくなった。片桐(2002)は、家族周期説について、「結婚した一組の男女は、死が二人を分かつまで夫婦であり続けること、夫婦は子どもをもつこと、子どもが成長し終わるまで夫婦とも存命することを前提としているモデルであることから、多様な家族の説明ができない」と指摘する。モダールコースではない離婚、再婚、ひとり親といった家族は、家族周期説の射程外にある。

Elder(1978)は、ライフコースを「ライフコースとは年齢分化された生涯を通じての経路、すなわち出来事の時期、期間、間隔、および順序における社会パターンである」と定義する。

大久保(1990)は、ライフコースを「個人の生涯にわたる生活構造の変動過程」と端的に定義し、生活構造の変動過程を、「個人時間(加齢)」、「社会時間(社会的地位の変化、例えば、学生→労働者→退職者)」、「歴史時間(時代の変化)」の3種類の時間概念から構成される複合的時間であると説明する。ライフコースの分析に歴史時間を導入することは、社会構造を変数として扱うことを意味する。

では、生活構造は、どのように変化していくのか。大久保(1990)によると、生活構造は安定しているものであり、1年程度の時間幅においては、変化は目立たない。しかしながら、時間幅を5年、10年と拡大していくと、それまでの行動パターンが観察されなくなったり、その逆に新たな行動パターンが現れたりする。その背景には、生活構造の変動がある。生活構造の変動、即ちライフコースの方向転換の転機(turning point)には、「剥奪型」と「脱出型」の2つがある。「剥奪型」は、個人の意志とは関係無く、既存の生活構造が剥奪されることにより始まる。個人をアノミー状態に陥れる。失われた生活構造に代わる新たな生活構造に転換するには、時間を要する。「脱出型」は、これまでの生活構造の矛盾が大きくなっていくことにより始まる。個人に内在する私的な個人と社会的に要請される個人の間が生じるズレが大きくなっていくと、個人は新たな生活構造へ向けて模索し始める。「剥奪型」の個人の意志とは無関係で起こる生活構造の変動の対極にある個人の意志による生活構造の変動である。

家族ではなく個人を分析対象とするライフコース理論から統合失調症発症という出来事は、本人及び親双方の生活構造を剥奪する転機となっている。そして、双方をアノミー状態に陥れていると考えられる。

第3節 研究目的・方法・意義

序-3-1. 研究の目的

本研究の目的は、統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワークの実践モデルを検討し、提示することである。本研究の目的は、統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワークの実践モデルを提示することである。本研究におけるケアの脱家族化とは、「ケアを必要とする者が、定位家族から空間的に独立した暮らしを営み、手段的ケアの与え手を家族以外に委ねていくプロセス」と定義し、研究目的を達成するために、以下6点について、検討した。

①比較研究の対象として、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化の特徴を整理する。②子どもが統合失調症と診断され、親元から自立していくまでの親の軌跡(trajectory)を質的調査により明らかにする。③統合失調症と診断され、親元から自立するまでの統合失調症本人の軌跡(trajectory)を明らかにする。④統合失調症ケアの脱家族化の固有の課題を明らかにするために、①で整理した全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化と比較検討を行う。⑤統合失調症本人が親元から自立することを支援したNHSWのソーシャルワーク実践の現象特性を質的調査により明らかにし、実践モデルを生成する。⑥⑤で生成した実践モデルにおける現象特性ごとに、②統合失調症親の軌跡と③統合失調症本人の軌跡を照合し、手段的ケアが社会的ケアへ移行するプロセスを検討し、提示する。

序-3-2. 研究の方法

統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの固有の課題を探るため、全身性障害、知的障害、薬物依存症との比較研究を行った。また、ケアの脱家族化を選択した統合失調症母親及び本人、ケアの脱家族化を支援したソーシャルワーカーへの質的調査を行った。

①全身性障害ケアの脱家族化先行研究のレビュー（第3章2節）

全身性障害本人を対象とする実証研究の論文及び成書の先行研究を①ケアの脱家族化の提案者（以下、起点）、②ケアの脱家族化の促進要因、③ケアの脱家族化の阻害要因の視角からメタ分析をおこない、分析枠組みである①起点、②親と本人のパワーバランス、③ソーシャルワーカーの関与、④ピアの関与、⑤社会的・文化的背景で整理を試みた。

②知的障害ケアの脱家族化先行研究のレビュー（第3章3節）

知的障害親及び知的障害本人を対象とする実証研究の論文を①ケアの脱家族化の起点、②ケアの脱家族化の促進要因、③ケアの脱家族化の阻害要因の視角からメタ分析をおこない、分析枠組みである①起点、②親と本人のパワーバランス、③ソーシャルワーカーの関与、④ピアの関与、⑤社会的・文化的背景で整理を試みた。

③薬物依存症ケアの脱家族化先行研究のレビュー（第3章4節）

薬物依存症親へのソーシャルワーク及び薬物依存症親を対象とする実証研究の論文を①ケアの脱家族化の起点、②ケアの脱家族化の促進要因、③ケアの脱家族化の阻害要因の視角からメタ分析をおこない、分析枠組みである①起点、②親と本人のパワーバランス、③ソーシャルワ

一カーの関与，④ピアの関与，⑤社会的・文化的背景で整理を試みた。

④ケアの脱家族化を選択した統合失調症母親6名への質的調査（第4章第1節）

調査時期：2013年9月～2014年7月

表 序-3-1 のとおり，ケアの脱家族化を選択した母親6名への半構造化インタビューを実施した。「子どもが統合失調症と診断される」という必須通過点から，「親元から自立する」という等至点に至るまでのプロセスを阻害要因，促進要因の相克のなかで生成される必須通過点，分岐点を可視化するため，TEM分析をおこなった。

表 序-3-1 統合失調症母親6名の概要

	本人 性別	初診 年齢	独立 年齢	調査時 母親年代	調査時 本人年齢	調査時の本人の 暮らしの形態	ケアの脱家族の 最初の提案者
c氏	女性	19歳	27歳	50代後半	20代後半	ひとり暮らし	本人
d氏	女性	18歳	31歳	60代前半	40代前半	同病者と生殖家族	本人
e氏	男性	18歳	32歳	60代後半	40代前半	ひとり暮らし	姉
a氏	男性	18歳	37歳	60代後半	40代前半	ひとり暮らし	両親
b氏	男性	20歳	37歳	70代前半	40代後半	同病者と生殖家族	本人
f氏	男性	21歳	43歳	70代前半	40代後半	ひとり暮らし	主治医

⑤ケアの脱家族化を選択した統合失調症本人9名への質的調査（第4章第2節）

調査時期：2015年9月～2017年1月

表 序-3-2 のとおり，ケアの脱家族化を選択した本人9名への半構造化インタビューを実施した。「精神科を受診する」という必須通過点から，「親元から自立する」という等至点に至るまでのプロセスを阻害要因，促進要因の相克のなかで生成される必須通過点，分岐点を可視化するため，TEM分析をおこなった。

表 序-3-2 統合失調症者9名の概要

	本人 性別	初診 年齢	独立 年齢	調査時 年齢	病前の 独立経験	調査時の 訪問系支援	調査時の本人の 暮らしの形態	ケアの脱家族の 最初の提案者
a氏	女性	24歳	27歳	41歳	—	—	ひとり暮らし	本人
b氏	男性	21歳	29歳	35歳	—	—	ひとり暮らし	主治医
c氏	男性	22歳	31歳	43歳	有り	独立時有り	定位家族	精神保健福祉士
d氏	男性	22歳	31歳	39歳	有り	—	ひとり暮らし	母親
e氏	男性	18歳	32歳	44歳	—	有り	ひとり暮らし	姉
f氏	男性	20歳	37歳	52歳	—	有り	ひとり暮らし	母親
g氏	女性	23歳	40歳	56歳	—	有り	同病者と生殖家族	両親
h氏	男性	31歳	41歳	46歳	有り	—	ひとり暮らし	父親
i氏	男性	22歳	51歳	58歳	—	有り	同病者と生殖家族	本人

⑥統合失調症ケアの脱家族化を支援した精神保健福祉士4名への質的調査（第5章第1節）

調査時期：2017年9月～7月

表 序-3-3 のとおり，精神保健福祉士4名への半構造化インタビューを実施した。ケアの脱家族化ソーシャルワークの現象特性を明らかにし，実践モデルを明示するために，精神保健福祉士4名の質的データに対する分析テーマを「MHSWは本人の自立をめぐり，本人と親をどのように認識し，どう関与してきたのか」と設定し，M-GTAで分析した。

表 序-3-3 精神保健福祉士 4 名の概要

	MHSW勤務歴	支援事例時の勤務年数	所属	支援事例時の所属
a氏	44年	29年	病院→通所施設	通所施設
b氏	26年	20年	病院→通所施設	通所施設
c氏	22年	14年	通所施設	通所施設
d氏	15年	7年	病院→居住系施設	居住系施設

序-3-3. 研究の意義

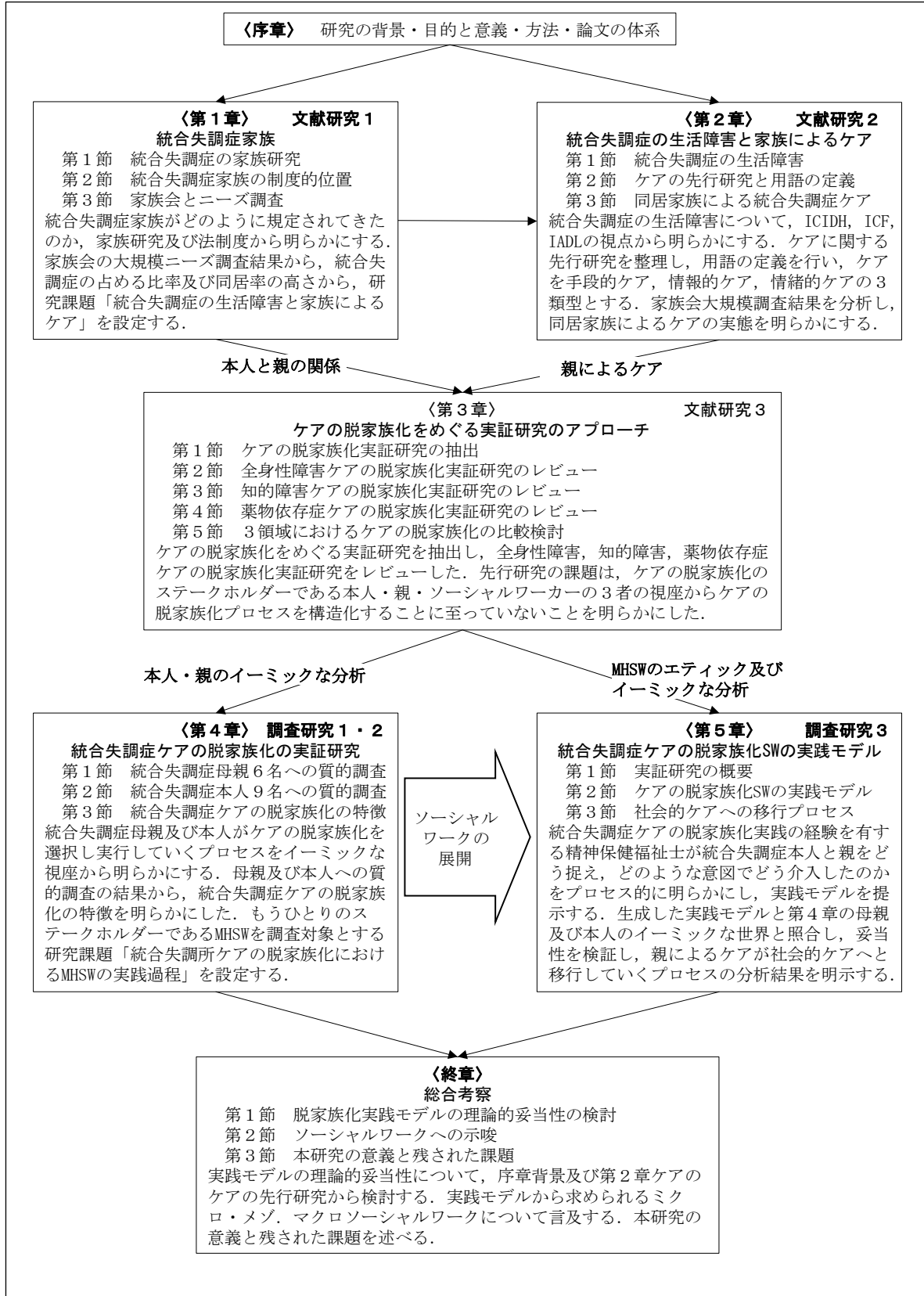
本研究の学術的意義は、統合失調症ケアの脱家族化プロセスをステークホルダーである親、本人、MHSW 3 者の視座から分析を行っていることである。具体的には、ケアの脱家族化プロセスについて、親及び本人のイーミックな視座をサトウ（2009）の TEM (Trajectory Equifinality Model) で分析し、MHSW のエティック及びイーミックな視座を木下（2003）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）により分析し、方法のトライアングレーションを用いていることである。

実践的な意義は、制度化が求められている「親元からの自立支援」に応える「ケアの脱家族化のソーシャルワーク実践モデル」を提示し、現場実践での応用が期待できることである。

第4節 論文の体系と主な内容

本論文の体系は、図 序-4-1 のとおり、序章と終章を含む全7章により構成している。

図 序-4-1 本論文の構成



序章では、研究の動機、研究の背景、研究目的・方法・意義、論文の体系と主な内容について述べる。

第1章統合失調症家族では、家族が、どのように規定されてきたのか、家族研究及び法制度から明らかにする。家族会大規模ニーズ調査結果から、統合失調症の占める比率及び同居率の高さから、研究課題「統合失調症の生活障害と家族によるケア」を設定する。

第2章統合失調症の生活障害と家族によるケアでは、統合失調症の生活障害について、ICIDH, ICF, IADL の視点から明らかにする。ケアに関する先行研究を整理し、用語の定義を行い、ケアを手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアの3類型とする。家族の大規模調査結果を分析し、同居家族によるケアの実態を明らかにする。

第3章ケアの脱家族化をめぐる実証研究のアプローチでは、ケアの脱家族化実証研究を抽出し、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化の実証研究をレビューした。3領域におけるケアの脱家族化の特徴を整理し、ソーシャルワーカーの関与が認められないことを明らかにした。

第4章統合失調症ケアの脱家族化研究では、統合失調症母親及び本人がケアの脱家族化を選択し実行していくプロセスをイーミックな視点から明らかにする。ケアの脱家族化の分析枠組みから全身性障害・知的障害・薬物依存症と、統合失調症の比較検討を行う。起点の多様性及びソーシャルワーカーの関与を特質とする統合失調症の固有性に着眼する。

第5章統合失調症ケアの脱家族化SWの実践モデルでは、統合失調症ケアの脱家族化実践の経験を有する精神保健福祉士が統合失調症本人と親をエティックな視点でどう捉え、どう行なったのかをプロセス的に明らかにし、実践モデルを提示する。生成した実践モデルと第4章の母親及び本人のイーミックな世界を照合し、実践モデルの妥当性を検証する。また、第4章のケアの配分のプロセスと実践モデルを照合し、手段的ケア・情動的ケアが移行していくプロセスを図解する。

終章では、研究の背景及びケアの先行研究の知見から、実践モデルの理論的妥当性を検証し、ソーシャルワークへの示唆を述べる。本研究の意義と残された課題を述べる。

第1章 統合失調症家族

本章では、統合失調症家族について、多面的に検討する。第1節では、主要な統合失調症家族研究の知見が実践現場にどのように還元されたのかを論じる。第2節では、精神病患者監護法から現行の精神保健福祉法に至るまで、家族は制度的にどのように位置づけられてきたのかを論じる。第3節では、家族会の全国組織化の経緯を述べ、運動体としての家族会が実施した大規模ニーズ調査の結果から、統合失調症が家族と同居している比率が高い問題について論じる。

第1節 統合失調症の家族研究

統合失調症家族の主要な研究には、家族病因論、EE研究、ストレーコーピングモデルがある。本節では、上記3つの研究の知見が実践現場にどう還元されたのかについて論じる。

1-1-1. 家族病因論

発病の原因を家族とする「家族病因論」の嚆矢となった理論に、Fromm-Reichmann (1948) の「統合失調症をつくる母親 Schizophrenogenic mother)」研究がある。その後、家族システムに着目した Bateson ら (1956) の「二重拘束理論 (Double Bind Theory)」は、統合失調症の家族内におけるコミュニケーションの病理性を問題と考えた。子どもが統合失調症に罹患する前から、親は、家庭内で繰り返し相反する2つ以上のメッセージを発しているという仮説を立て、実験し証明しようとした。仮説的な理論の段階にあり、実証が不十分なまま、提唱された概念が広まり、統合失調症の原因は家族であると考えられるようになった。

家族は治療の対象となった。「家族に代わって正常な親を代表すると自認した精神療法家が親の代行を務めた」(伊勢田ら:2010)。日本においても1960年頃から、統合失調症を対象とした家族療法が散発的に始められるようになった。牧原(2003)は、家族療法のパイオニアと言われている小坂英世氏のアプローチに関するエピソードを以下のように述べている。

小坂理論においては「乳幼児期の心的外傷」を重視する。それを思い出して、親(その家族)が本人に謝ることから本当の治療は始まる、という。「親が謝れ」と言い、ストイックに自己変革を求め、「なぜ、なぜ」と原因を導き出し、過去へ過去へと立ち戻る手法、そこは道場であり、難行苦行であったという。小坂はカリスマ的存在であったが、その内部から崩壊し、外部もまた離散し、分解したと聞く・・・中略・・・小坂は「私のやってきたことは罪万死に値する・・・傲慢であった」と家族の前で眼に涙を溜めて謝ったという。

家族病因論が家族や社会にどのように影響したのか。田上ら(2005)は、「家族を病因として捉える考え方は、根拠のないものとしてその後、否定される。今なお、社会の理解は深まったとは言いきれず、家族はスティグマに苦しみ、『育て方が悪かった』という罪悪感を抱いている」と述べ、家族病因論によりもたらされた社会の偏見を指摘している。

また、半澤(2005)は、家族病因論の影響について、以下のように述べている。

統合失調症者を地域社会からも家族からも保護する役割を、精神科医療は社会から期待されることになる。在宅で家族と同居し度々再発する状況よりも、入院を継続する方が患

者にとっても家族にとっても好ましく、医療依存は助長されたと考えられる。(傍点筆者)

半澤によると、家族病因論は、結果として、社会の偏見を根付かせ、精神科病床を増やし、隔離収容政策を「是」とする国策にもつながっていると指摘する。

1-1-2. EE 研究及びストレスコーピングモデル

1960年代になると、イギリスの研究者たちは、統合失調症の発病の原因ではなく、再発の問題に着目するようになる。この研究の端緒は、退院後に患者が帰っていく場所により、再発率が違うという発見である。Brown (1962) は、退院先が定位家族へ戻る患者と身寄りがなくアパートなどで暮らす患者の再発率を比較した。その結果、退院後、定位家族へ戻る患者の再発率が極めて高いことに気づき、家族関係に再発の原因があるのではないかと考えた。

Vaughnra&Leff (1976) は、家族の感情表出 (Expressed Emotion: 以下, EE) のなかで、「批判的コメント」、「敵意」、「情緒的巻き込まれ過ぎ」が、一面接中に一定レベル以上 (High EE: 高 EE) 表出されると、再発率が高くなることを実証した。さらに、高 EE の状況下で家族との対面時間が長いほど、再発率が高まることを実証した (=1991: 111-207)。EE 研究の知見は、統合失調症の再発の原因を家族の高 EE にあるとしたのである。世界各国で多くの追試が行われた。わが国においても追試が行われ、同様の結果を得ている (伊藤: 1993, 1994, 大島: 1993, 1994)。

統合失調症者家族のストレスコーピングモデルは、以下の理論仮説による。家族と一緒に暮らしている統合失調症者から受けるストレス (症状、無為自閉、生活困難) は、家族の持つ友人、専門職という介入因子により影響を受け、家族なりに対処しながら well-being を決定するという理論仮説である (中坪: 2008)。Szmukler ら (1996) は、家族が本人へのケアをどう認知 (appraisal) し、どう対処 (coping behavior) しているのか。それをネガティブ評価 52 項目とポジティブ評価 14 項目により、家族の経験評価を数値化した。その評価結果は、支援を必要とする家族を特定すること、つまり、支援必要度のスクリーニング尺後として用いられた。また、Magiliano ら (1996) は、家族の患者への対処技能に関する評価尺度を検討し、FCQ (family coping questionnaire: 家族コーピング質問紙) を開発した。ストレスコーピングモデルは、統合失調症者と一緒に暮らすなかで家族が受けるストレスを家族がどう認知し、どう対処しているかを数値化することで、家族支援の要否を査定し、ストレスへの認知の変容を促したり、対処能力を高めたり、対処技能を獲得することを目指すことに活用されている。

家族の高い感情表出が再発に関係するという EE 研究の知見とストレスコーピングモデルの知見は、統合失調症家族を対象とする家族の心理社会教育の教材として使われるようになり、全国的に普及した。1994 (平成 6) 年に全家連保健福祉研究所が全国の保健所を対象に行った「家族教育プログラムの取り組み状況調査」では、68.3%の保健所が家族教室を実施するに至っていた (大島: 1995)。このように統合失調症の親は、家族病因論における治療の対象から、EE 研究の知見に基づく教育の対象へと変わっていったのである。

塩満 (2023) は、統合失調症家族を対象とする心理社会教育の陥穽について、以下のように

指摘している。

急性の病の場合、家族は短期間であるがゆえ、集中的に都合をつけ、看病やケアを行う。いわば短距離走である。一方、統合失調症の家族によるケアは、ゴールの設定のない長距離走のようなものである。EE 研究やストレスコーピングモデルの限界は、「いつまで」教育の対象とするのか、期限の設定を持たないことである。「いつまでも」となってはならない。

統合失調症親は、本人のケアのためだけに生きている訳ではない。実践者は、親自身も唯一無二の人生を生きる主体であることを忘れてはならない。親は、当然のことながら、治療の協力者であり続けることに疲弊し、休息を求めたり、協力者であり続けることを断念しようと考えたりもする。実践者は、長期間に渡るケアのノーマルな反応として、親の心情を慮ることが求められるのである。また、第2章第2節5項で詳述する「ケアの人権アプローチ四元モデル」にある「ケアすることを強制されない権利」が親を含むケアする家族に付与されていることを肝に銘じなければならない。

1-1-3. 小括

家族病因論及びEE研究の知見の実践現場への還元について、以下の点を付言しておきたい。

「家族病因論」が偏見を助長した負の側面については、先に述べた。しかしながら、家族をシステムとして捉え、家族内のコミュニケーションを重視し、家族全体 (family as a whole) を捉える視点は、次の時代のシステム論を採り入れた家族療法やナラティブ・アプローチへと継承された視点である。フィンランドで誕生し、現在注目されているオープンダイアログは、そういった家族療法の系譜の延長線上にある (神谷：2020)。

EE研究の知見に基づく家族へのアプローチは、高EEを低EEへと移行させ、再発予防効果に寄与することを先に述べた。しかしながら、再発の要因は家族の高EEのみではない。病気の勢いや家族以外の要因、薬物療法の効果等、再発の誘因は数多ある。そのことに思いを馳せなければ、再発をマイクロレベルの家族の責任に帰結させるおそれもある。個々の家族のおかれた状況の深刻さ、或いは社会資源の充足度や、そもそもの制度が家族をどう位置づけ、どう支援していくべきかといったメゾレベルやマクロレベルの視点から検討がなおざりになってはならない。

第2節 統合失調症家族の制度的位置

統合失調症を含む精神障害者家族は、法制度上どのように位置づけられてきたのか。家族は、監護義務者、保護義務者、保護者、家族等、と呼称を変更されてきた。呼称の変更に伴い、家族へ課している義務、任務、権利について整理を試み、法制度により家族へ過重な負担を強いることが、結果として、精神障害者と親を共依存状態へ陥れる可能性があることを指摘する。

1-2-1. 監護義務者

精神病患者監護法の監護義務者から始まる精神障害者家族に対する法的規定は、表 1-2-1 保護者制度の変遷のとおりである。1900（明治 33）年の精神病患者監護法では、家族は「監護義務者」（第一條）とされ、監置をする場合は、警察署へ届出をし、許可を受けること（第三條）とされた。私宅に設置する監置室についても警察署へ届出をし、許可を受けること（第九條）とされ、監護に要する費用も、監護義務者の負担とされた（第十條）。このように、精神病患者監護法における家族は、ポリスパワー的義務として、監置室を自費で設置し、当該精神障害者の監護義務を課されたのである。つまり、「治安対策上、無償で機能する法の執行者」（塩満：2017）

表 1-2-1 保護者制度の変遷

法律	名称	ポリスパワー的	パターンリズム的	権利抑制的任務	権利擁護的任務
精神病患者監護法 (1900年)	監護義務者	①監置義務 ②監置権限			
精神衛生法 (1950年)	保護義務者	①自傷他害防止監督義務 ②措置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①同意入院の同意権 ②精神病院に収容できない場合の保護拘束権	①財産上の利益保護義務
精神保健法改正 (1993年)	保護者	①自傷他害防止監督義務 ②措置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①医療保護入院者の同意権	①財産上の利益保護義務 ②退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法 (1999年)	保護者	①措置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権	①財産上の利益保護義務 ②精神医療審査会等への退院請求等申立権 ③退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法 一部改正 (2013年)	家族等 (扶養義務者)			①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権	①精神医療審査会等への退院請求等申立権

出典) 池原毅和 (2011) 『精神障害法』 286 頁表 4-1 を筆者字句修正のうえ加筆

として位置づけられたのである。監護の意味について、宇都宮 (2010) は、以下のように説明している。

「監禁」は、犯罪者を監獄に入れること。この法律には治療の視点がなく、「保護」とま

では言い切れない。この「監禁」と「保護」というふたつの言葉の間をとって「監護」が選ばれたのである。「監置」も「監護」と同義語である。

宇都宮の説明のとおり、監護義務者である家族は、「治療無き隔離」を合法化する手段として、精神病患者処遇の全ての責任を負うこととなったのである。現行法にまで貫かれている行政責任を忌避し「家族の個別責任化」（塩満：2017）の淵源は、精神病患者監護法第一條（「精神病患者ハ其ノ後見人配偶者四親等内ノ親族又ハ戸主ニ於テ之ヲ監護スルノ義務ヲ負フ）にある。

1-2-2. 保護義務者

1950（昭和 25）年の精神衛生法では、監護義務者は、保護義務者へ名称変更がなされた。保護義務者は、ポリスパワー的義務として、「自傷他害防止監督義務（第二十二條）」と「措置解除者引取義務」が課せられ、パターンナリズム的義務として、「治療を受けさせる義務（第二十二條）」、「診断協力義務（第二十二條 2）」、「医師の指示に従う義務（第二十二條 3）」が新たに加えられた。さらに、本人の権利抑制的任務として、「同意入院の同意権（第三十三條）」と「精神病院に収容できない場合の保護拘束（第四十三條）」が求められ、「財産上の利益保護義務（第二十二條）」も課せられた。保護拘束は、私宅監置の継続であり、1965（昭和 40）年の精神衛生法一部改正まで、知事の許可を得て行うことができるとされた。精神病床数不足を補う代替え措置である。

1-2-3. 保護者

1993（平成 5）年の精神保健法改正により、保護義務者は、保護者へ名称が変更され、権利擁護的任務として、「退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利（第二十二條の二）」が付与される。ここでいう「相談」は、措置入院患者が措置解除後、「措置解除者引き取り義務」に基づき、家に引き取る場合に限定されている。1999（平成 11）年の精神保健福祉法改正では、移送制度の創設に伴い、ポリスパワー的義務である「自傷他害防止監督義務」が削除された。代わりに権利抑制的任務として「移送の同意権（第三十四條）」と、権利擁護的任務として「精神医療審査会等への退院請求等申立権（第三十八條の四）」が新たに付与された。

表 1-2-1 にあるポリスパワー的義務（自傷他害が起こらないように監視する）、1999 年改正で削除）、パターンナリズム的義務（服薬の確認等の先回りのケア）、権利抑制的任務（入院拒否の本人に代わる強制入院の代諾権）、権利擁護的任務（入院中の退院請求権及び社会復帰の相談権）、これらをひとりの家族に課しているのである。

これらの義務・任務を現実の暮らしの中で考えると、ポリスパワー的義務は疾病管理責任者、パターンナリズム的義務は生活管理責任者、権利抑制的任務は準行政処分である医療保護入院（塩満：2018）の代決権者、権利擁護的任務は字面の通り権利擁護者となる。生活上の全ての責任と負担を家族に強いている。伊勢田（2008）が指摘するように「行政責任を放棄した法外な責任転嫁」である。南山（2007）は、ひとりの保護者（親）に責任と負担を強いている結果、「家族が障がい者の人生や生活に影響を与え、障がい者が家族の人生や生活に影響を与えるといった相互規定的関係」があると指摘している。

1-2-4. 家族等

2013（平成 25）年の精神保健福祉法改正は、障害者権利条約批准（2014 年 1 月）に向けた国内法整備のひとつとして改正された。したがって改正法の最大のポイントは、保護者制度の廃止である。法改正を審議する場として厚生労働省が設置した「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（以下、検討チーム）は、2012（平成 24）年 6 月、最終の第 28 回検討会において、「入院制度に関する議論の整理」を行っている。その最終案の事務局説明に関する議事録では、以下のように記されている。

保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすい。本人の意思に反して入院させるため、本人との間にあつれきが生まれやすく、保護者にとっては大きな負担。…中略…こうしたことから、措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度は維持しつつ、現在の医療保護入院にかえて、保護者の同意を要件としない入院手続とすることで、検討チーム・作業チームの意見は一致した。…中略…精神保健指定医 1 名による診察での入院開始とする。…中略…本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える代弁者を選ぶことができることとする。入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続の一環と位置づけるとともに、本人または代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す。（厚生労働省ホームページより抜粋、傍点筆者）

上記のとおり、検討チームでは、医療保護入院と保護者制度について、①精神保健指定医 1 名の診察、②病院と雇用関係のない代弁者の選出、③入院中の定期的審査に代弁者も出席可とする、の 3 点を確認している。しかしながら成立した 2013 年の改正法は、この 3 点全てを反故にした。大塚（2013）は、「家族等のいずれかを同意要件とし、制度名称も医療保護入院制度そのまま」ということについて、「改正案の一丁目一番地は骨抜き同然、むしろ改悪である」と批判している。

大塚の指摘のとおり、保護者制度を廃止したものの、医療保護入院の代諾権は「家族等」に存置した。保護者が「家族等」へ名称を変更したに過ぎず、実態は何ら変わらない。筆者が調査委員長として実施した「2020 年度まほろば会精神障害者家族ニーズ調査」では、家族同意による医療保護入院を経験した家族 308 人中、98 人（31.7%）が「本人との関係がこじれた」と回答し、補問でこじれた内容について尋ねたところ、「家族が入院を決めたと責められる」72.3%、「過去の入院について責められる」33.7%、「(家族が入院を決めたのだから、家族が引き取る言えば) 退院できると責められる」(25.7%) という結果であった。この調査結果は、先述した 2012（平成 24）年 6 月の第 28 回検討会における最終案事務局説明の内容を裏付けるものであり、南山（2007）の指摘する「相互規定的関係」が法制度により作られていることを示唆している。また、第 2 章 2 節で操作的に定義しているケアのひとつである情緒的ケアの基礎となる親子関係の信頼関係を損なう可能性が高い。それゆえ、諸外国においては、強制入院の適否に家族を徹底的に関与させない仕組みを採っている。

塩満（2020）は、表 1-2-2 のとおり、諸外国の強制入院制度の調査を行った。調査の結果、

表 1-2-2 諸外国における強制入院制度と家族役割

国/州	入院形態	法的根拠	入院要件	権限主体	入院手続き	入院端緒	権利擁護者	在院日数	入院費用	家族役割
サンフランシスコ市	強制入院		自傷他害or 重大な精神 障害		精神科医師& 法律家の関与		後見人（裁 判所指名）	72時間、14 日間の延長 が2回まで 可能		行政がケア 責任
ニュー ヨーク州	非自発的入院	精神衛生法	自傷他害		2名の精神科 医師	保護者等の 申請	MHLS（司法 機関）	上限60日		行政がケア 責任
フランス	①県知事命令 ②病院管理者	公衆衛生法	①自傷他害 ②治療の必 要性	①知事 ②精神科医	2名の精神科 医師&裁判所 の関与	家族/第三 者	後見人	21日	公費	治療への参 加、同居は 殆どない
イタリア	強制治療	法833号	緊急の治療 の必要性& 本人治療拒 否	地方自治体 の長	2名の医師	2名の医師 の診察結果 が一致	家族、友人 誰でも可	上限7日。延 長可能。平 均2週間	公費	入院には関 与しない
イギリス	評価入院 治療入院	精神保健法	自傷他害or 治療の必要 性	2名の精神 科医師&認定 精神保健 専門職	2名の精神科 医師&認定精 神保健専門職	AMHP（認定 精神保健專 門職）orNR	NR	評価入院は 28日以内。 治療入院は 6か月更新 可能。	公費	NR（近い関 係者： nearest relative）
カナダ （アル バータ 州）	強制入院	精神保健法	自傷他害or 強制入院以 外の方法が 無い		2名の医師 （うち1名は 精神科医師）	最初に診察 した医師等	後見人orNR	1か月。2 名の医師診 断により更 新可能。	公費	NR（近い関 係者： nearest relative）
ドイツ （バイエ ルン州）	①民事入院 ②公法入院	①民事入院 に関する法 律 ②収容法	①本人保護 の必要性 ②自傷他害	裁判所	精神科医師& 後見裁判所	行政官庁	①世話人 （法定後見 人）	平均32日		
台湾	強制入院	精神衛生法	自傷他害		2名の専門医 師		保護者	60日限度。 更新可能。	公費	退院時の引 取義務
韓国	①医療保護入 院 ②行政入院	精神健康福 祉法	治療の必要 性&自傷他 害		2名の精神科 医師&2名の 保護義務者		保護義務者	3月。更新 可能。	保険	

塩満卓（2020）「諸外国における強制入院制度とわが国の医療保護入院」高岡健編『メンタルヘルスライブラリー43 隔離・収容政策と優生思想の現在』205頁 表1を転載

家族が強制入院の適否に関与している国を日本以外に見つけることは出来なかった。日本の精神衛生法をモデルとした韓国及び台湾は、既に家族同意の強制入院を廃止している。いずれの国も強制入院の適否に家族は関与せず、精神科医だけでなく、行政や司法等が関与する制度となっている。

1-2-5. 小括

以上、わが国の統合失調症を含む精神障害者に関する法制度が、家族をどう位置づけてきたのか、その変遷を概観してきた。法制度は、監護義務者から、保護義務者、保護者、家族等と名称は変えながらも、任命した一 가족へ当該精神障害者の生活全ての管理責任を強いてきた。2013（平成 25）年の法改正により、保護者制度は廃止された。しかし古屋（2019）は、「保護者制度は今も実質的に存続している。それは公権力によらない強制医療の最終的責任を、精神科医療機関に負わせず、家族等に帰結させて正当化するための装置となっている」と指摘している。

こういった一 가족へ実現不可能な責任を一方的に強いる法制度は、精神障害者と家族の関係を共依存状態に陥れる側面を持っている。南山（2007）の「相互規定的関係」は、そういった含意がある。精神障害当事者の広田（1998）は、『『この子を残して死ねない』』と思いつつ、その子の生き方をさせず、世間体ばかりを気にして暮らしている。子どもに何もさせずに、何で

も自分でやってしまう。それも文句を言いながら」と、親子関係が共依存状態に陥っている様子を如実に言い表している。

第3節 家族会とニーズ調査

本節では、1項で「精神障害者家族会の全国組織化の経緯」、2項で家族会の実施した大規模ニーズ調査から、「家族と同居比率の高い統合失調症」について述べる。

1-3-1. 精神障害者家族会の全国組織化の経緯

全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連）の成書（1997）によると、精神障害者の地域家族会は、1960年（昭和35）年に京都府舞鶴市、1962（昭和37）年に栃木県小山地区で結成された。前者は舞鶴保健所が、後者は栃木県精神衛生相談所がその結成に尽力している。

病院家族会は、1960（昭和35）年頃に青森県の弘前精神病院（現在の弘前愛成会病院）、茨城県立友部病院（現在の茨城県立こころの医療センター）男子入院病棟、千葉県の国立国府台病院、東京都の昭和大学附属烏山病院で家族会が誕生している。地域家族会及び病院家族会誕生の背景には、昭和30年代から抗精神病薬が臨床で広く使用されるようになり、退院後の再発予防・本人支援が新たな課題となっていくことがあげられる。それゆえ、初期の家族会は、医師や関係者が中心となり、精神病の学習による在宅治療の協力者養成を目的として始められ、学習機能を中心としていた。もう一方で、誰にも相談出来なかった同じ問題を抱える家族同士が集まることは、体験を分かち合う場ともなり、自助機能を併せ持つようになっていく。

精神障害者家族会が運動機能の必要性を認識したのは、1964（昭和39）3月24日の午前に起こった「ライシャワー事件」を契機としている。ライシャワー事件は、精神病の疑いで9日間精神科病院に入院歴のある少年が、ジョギング中のアメリカの駐日大使ライシャワーの大腿部をナイフで刺し、重傷を負わせた事件である（大谷：1966）。事件当日の午後には、衆議院予算委員会で採り上げられ、政治問題化した。事件直後には、マスコミによる「精神障害者野放し」報道と相俟って、警察行政の取締りの強化・保安処分の検討が始められる。4月4日に開催された第3回臨時国家公安委員会では、精神障害者の早期発見のため「警察官の家庭訪問の徹底、患者リストの整備、保安処分の早急な実施、自傷・他害のおそれのある者の警察への通報」（広田：2004）を決めた。4月28日には、警察庁から厚生省に対し、「他害の恐れある在宅精神障害者の警察への通知、医師からの届出義務を中心とする精神衛生法一部緊急改正の申し入れがなされる」（大谷：1966）。

広田（2004）や全家連の成書（1997）によると、改正法の方向性を憂慮した松沢病院、烏山病院、桜ヶ丘保養院の医局代表や関東地区の同志80余名らは、同年5月2日に松沢病院に集まり、横浜市立大学の猪瀬教授を議長とする反対運動を起こすための会議を開催した。と同時に朝日新聞社へ取材の要請を行い、当時朝日新聞の記者であった筑紫哲也氏が取材した。筑紫氏は、5月4日に後述する1面トップのスクープ記事を書き、拙速に進められつつある法改正に警鐘を鳴らした。この精神医療界の反対運動に家族会の代表者も呼ばれ、学界とともに改正法の方向性に反対の表明を行っている。家族の意見は、5月4日付朝日新聞1面で、「精神衛生法改正／学界・病院が強く反対／取締り、人権侵す恐れ／きょうにも政府に申し入れ」の見出しで、以下のように記されている。

東京、京都、栃木など各県の家族会も同様の申し入れを行う模様である。これら関係者

は反対理由として、患者の名前が警察に逐一知れるということになれば、家族が世間体を恐れて診断を受けることをしりごみするようになり、とくに早期発見が大事な精神障害治療が困難になるうえ、かえって野放しの傾向が強まる。また病気が治ってからも、警察からマークされるということで社会復帰が困難になる。



出典) 1964年5月4日朝日新聞朝刊

同年5月8日には、渡米中であった日本精神神経学会理事長の秋元波留夫氏が、緊急帰国し、記者会見を行っている。会見では、現下の日本の改正精神衛生法の方向性について、アメリカ精神医学会の会長らのメッセージ「もしこの提案がアメリカ合衆国で行われたならば、私たち精神医学関係者によって、激しい反対を受けるであろうこととお知らせする。アメリカ精神医学の歴史で経験した最も困難な闘いは、精神障害者を犯罪者という烙印から解き放つことであった」(広田：2004)も披露し、改正法の方向性に強く反対した。

以上の反対運動により、法改正は精神衛生審議会に諮問することとなり、治安対策に特化した精神衛生法緊急一部改正の動きは阻止された。家族会の歴史を振

り返ると、精神障害者の警察への届出義務を回避出来たことは、医学界との共同ではあったとはいえ、大きな成功体験であった。運動により、状況を変えることが出来たのである。

同年6月から始まる精神衛生審議会には、家族会の石川正雄氏が第二部会（医療）委員に任命された。家族会が当事者団体として、初めて行政的承認を得た出来事である。一方で家族会は、精神衛生に関する予算を始めとするマクロ政策へコミットメントしていくには、県単位の家族会連合会や、個々の病院家族会、地域家族会だけでは、力不足であることを思い知らされた。当時の厚生省公衆衛生局精神衛生課技官であった大谷藤郎氏は、現状を打開する方法は、全国規模の組織を立ち上げ、家族の切実な声を全国の議員へ働きかけてもらわなければならないと考え、家族会の代表者へ説いた。大谷藤郎技官は、厚生省の技官になる前に保健所長を経験しており、厚生省が実施した「昭和38年精神衛生実態調査」では中心的な役割を担い、「医療により、相当程度の改善が期待でき、医療と施設を整備することにより、社会適応が可能」と調査結果を論じている(大谷：1966)。また、1964(昭和39)年12月、家族会が厚生大臣へ初陳情を行った際、団体名もタスキも準備していないことに気づいた大谷藤郎技官は、課員に紙でタスキを作らせ、団体交渉を側面的に支援している。

精神衛生法一部改正法案は、1965(昭和40)年5月18日に衆議院で可決し、6月1日に参議院で可決成立する。家族会の全国組織結成大会準備会は、改正法案が成立する直前の5月11日、厚生省会議室において、北海道、山形、栃木、千葉、新潟、山梨、岐阜、京都、大阪、愛媛、熊本、鹿児島家族、病院関係者73人の出席で開催している。同年9月4日、家族会は東

京の安田生命ホールにて、全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連）として結成大会を開催した。大会には、27 都道府県、80 病院、関係者を含む500 余人の参加者があった。

以上のように、ライシャワー事件は、家族会の全国組織である全家連の結成を促進し、教育機能と自助機能だけでなく、全家連に運動体機能を内在化させる契機となったのである。

1-3-2. 家族と同居率の高い統合失調症

序章 2 節で、現行の精神保健福祉法は、現代家族の価値規範「家族であってもわたしはわたし」ではなく、近代家族の「家族のため」という価値規範を家族へ強いていると述べた。

そこで本項では、精神障害者の家族との同居率について、他障害及び一般世帯との比較から考察してみた。

厚生労働省は、2011（平成 23）年から 5 年毎に、障害者施策の推進に向けた検討の基礎資料とするため、在宅の障害児・者等の生活実態とニーズを把握することを目的に、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の所持者及び難病患者等を対象とした調査（生活のしづらさなどに関する調査：以下、生活のしづらさ調査）を実施している。なお、2021（令和 3）年調査は、新型コロナウイルス感染拡大により、2022（令和 4）年に実施している。2022 年調査は、未だ公表されていないことから、ここでは、2016 年の調査結果を用いる。表 1-3-1 は、2016 年の「生活のしづらさ調査」の 65 歳未満で障害者手帳所持者の同居者状況を整理したものである。同居有り、親と同居、ひとり暮らし、不詳、それぞれの比率を記している。右列の一般は、2015（平成 27）年国勢調査による 20-64 歳の成人した子どもが親と同居している比率である。

表 1-3-1 65 歳未満で在宅の障害者手帳所持者の同居者状況（2011 年生活のしづらさ調査）

	身体障害者	知的障害者	精神障害者	一般
同居有り	84.1%	81.0%	75.0%	
うち親と同居	48.6%	92.0%	67.8%	29.4%
ひとり暮らし	12.2%	3.0%	18.6%	
不詳	3.7%	16.0%	6.4%	

出典）厚生労働省（2016 年）「生活のしづらさ調査」結果及び 2015（平成 27）年国勢調査結果をもとに筆者作成

表 1-3-1 から、成人した障害者手帳所持者でひとり暮らしをしている比率が最も高いのは、精神障害者の 2 割弱であり、次いで身体障害者の 1 割強となっている。知的障害者のひとり暮らしは、概ね 3% である。親との同居率をみると精神障害者は 65~68% であり、知的障害者は 9 割強が親と同居している。身体障害者の親との同居率は、半数弱である。

表 1-3-2 は、精神障害者家族会の全国組織である全国精神保健福祉連合会（以下、みんなねっと）が 2010 年及び 2017 年に実施した全国調査、2020 年に奈良県精神障害者家族会連合会（以下、まほろば会）が実施した調査結果である。調査対象者に占める本人病名が統合失調症である比率も記している。ここでの同居率は 75% 程度であり、厚生労働省の「生活のしづらさ調査」の精神障害者カテゴリーよりも若干高い同居率となっている。これは、精神障害に占める統合

表 1-3-2 大規模調査による精神障害者と家族との同居率

調査名	有効回答数	回収率	本人病名が統合失調症の比率	家族との同居率	調査年
平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト（以下、2010調査）	4,419	48.30%	82.7%	77.2%	2009-2010年
平成29年度家族支援のあり方に関する全国調査（以下、2017調査）	3,129	43.84%	80.3%	75.6%	2017年
2020年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査（以下、2020調査）	468	42.66%	75.3%	75.5%	2020年

出典) 大規模調査結果をもとに筆者作成

失調症の割合が18.9%（2017年患者調査）であり、調査対象に占める統合失調症の比率が「生活のしづらさ調査」よりも「大規模家族調査」の方が高いことが関係していると思われる。

表1-3-1の「生活のしづらさ調査」における精神障害者と親との同居率は、一般の成人した子どもと親の同居率に比べて、概ね2倍となっている。また、表1-3-2のとおり、統合失調症が多くを占める大規模調査における精神障害者と家族との同居率は、概ね4人中3人であり極めて高い。統合失調症者の多くは、成人してもなお、親と暮らし続けている。

1-3-3. 小括

昭和30年代に入り、抗精神病薬が精神科病院で使用されるようになると、退院後の再発予防・本人支援が課題となった。家族会、その課題解決の人的資源として注目されるようになる。誕生した家族会は、保健所や精神科病院の支援を受け、病気に関する学習機能や家族相互の支え合いである自助機能を中心に運営された。1964（昭和39）年のライシャワー事件は、家族会の全国組織化を促進させ、1965（昭和40）年に全家連は発足した。全家連は、運動体として、1985年以降、施策向上を論拠とすべく概ね5年毎に大規模なニーズ調査を実施している。ニーズ調査から、本人病名が統合失調症の比率は極めて高く、親との同居率も高い。

序章第2節で、統合失調症本人へのケア提供者は親であり、6割を超える親は、本人へのケアにより、退職や転職を経験し、それまで続けていた趣味を諦めてなっていることを述べた。そこで、統合失調症はどのような生活上の障害があるのか。また、家族はどのようなケアをしているのか。つまり、「統合失調症の生活障害と必要とされるケア」を明らかにする必要があると考えた。

第2章 統合失調症の生活障害と家族によるケア

本章第1節では、統合失調症の生活障害に関する先行研究をレビューし、統合失調症の生活障害の整理を試みた。第2節では、本研究の鍵概念である「ケア」及び「ケアの脱家族化」に関する先行研究をレビューし、「ケア」及び「ケアの脱家族化」を操作的に定義した。また、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークを考究する理論的枠組みとして重要と考えられる先行研究をレビューした。第3節では、家族会による大規模調査結果を分析し、同居家族によるケアの実態を明らかにし、第1節で明らかにした生活障害概念から必要とするケアを演繹的に考察した。

第1節 統合失調症の生活障害

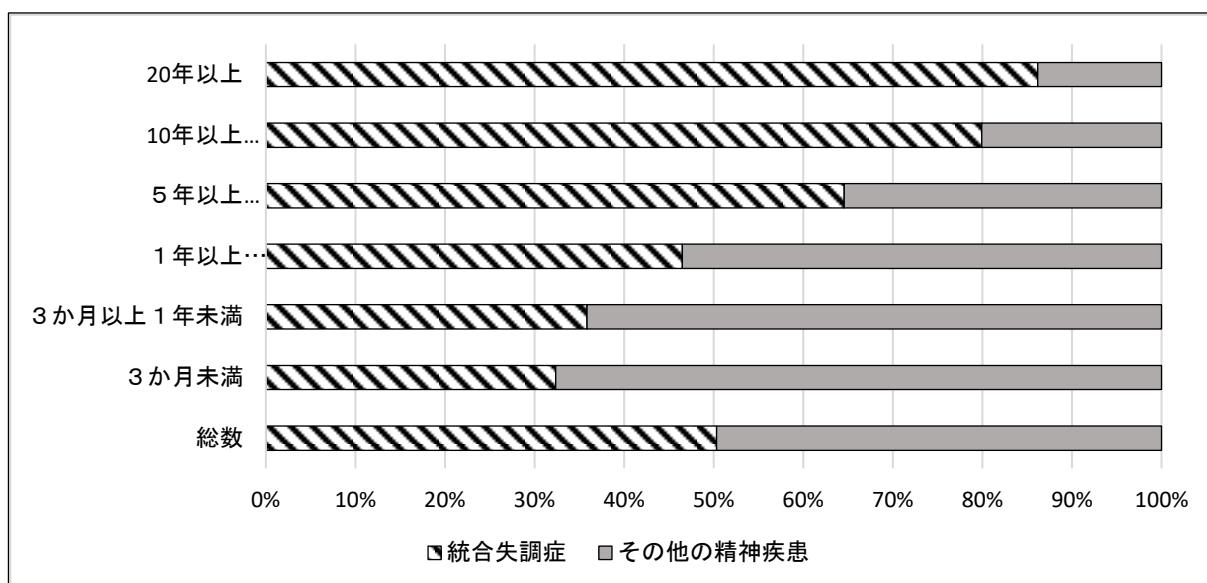
本節では、疾病と障害を併せ持つ統合失調症の障害に焦点化し、ICIDH、ICF、IADL、それぞれの視角から先行研究をレビューし、統合失調症の生活障害に関する知見の整理を試みた。

2-1-1. 統合失調症長期転帰の疫学調査

世界保健機構（以下、WHO）が、世界18の地域で実施した統合失調症の長期転帰に関する調査によると、統合失調症は、加齢とともに陽性症状は軽快し、残遺症状を残すのみとなっていくことが明らかとなった（Harrison G, et al. 2001）。その結果、精神症状が軽減することから入院治療は必要でなくなってきたと報告されている（Jeste D, et al. 2011）。WHOの統合失調症長期転帰に関する疫学調査結果は、病態は安定し、能力障害を残すのみというものである。

日本は、どうなっているのか。「精神保健福祉資料」（以下、630調査）によると、精神病床の入院患者のうち、統合失調症の占める割合は5割を超え、入院期間の長期化に伴い、その比率は増している。図2-1-1は、2022（令和4）年の630調査をもとに、入院期間別に統合失調症の占める割合を示したものである。統合失調症は、3か月未満の入院群では32.4%であるが、

図 2-1-1 入院期間別精神科病床入院患者に占める統合失調症の割合

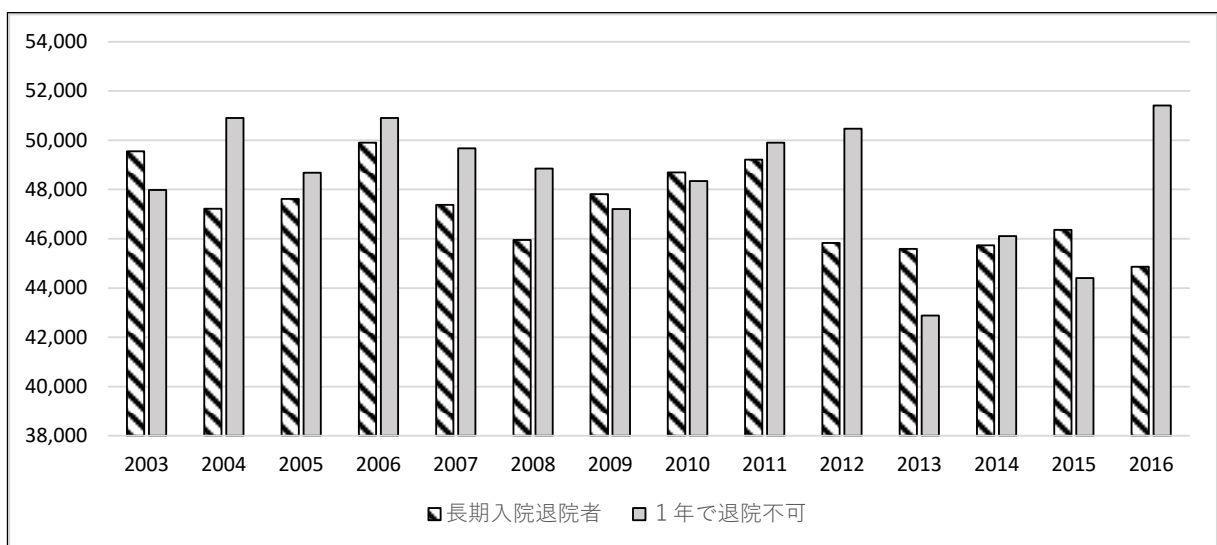


出典) 630 調査資料をもとに筆者作成

1年以上5年未満で46.5%，5年以上10年未満で64.5%，10以上20年未満で79.9%，20年以上で86.2%を占めている。末安ら（2009）の調査によると，3か月で退院出来ない入院患者の入院時平均年齢は52.5歳であり，疾患名では統合失調症が60.2%を占め，高齢で統合失調症の患者は入院が長期化する傾向が認められた。

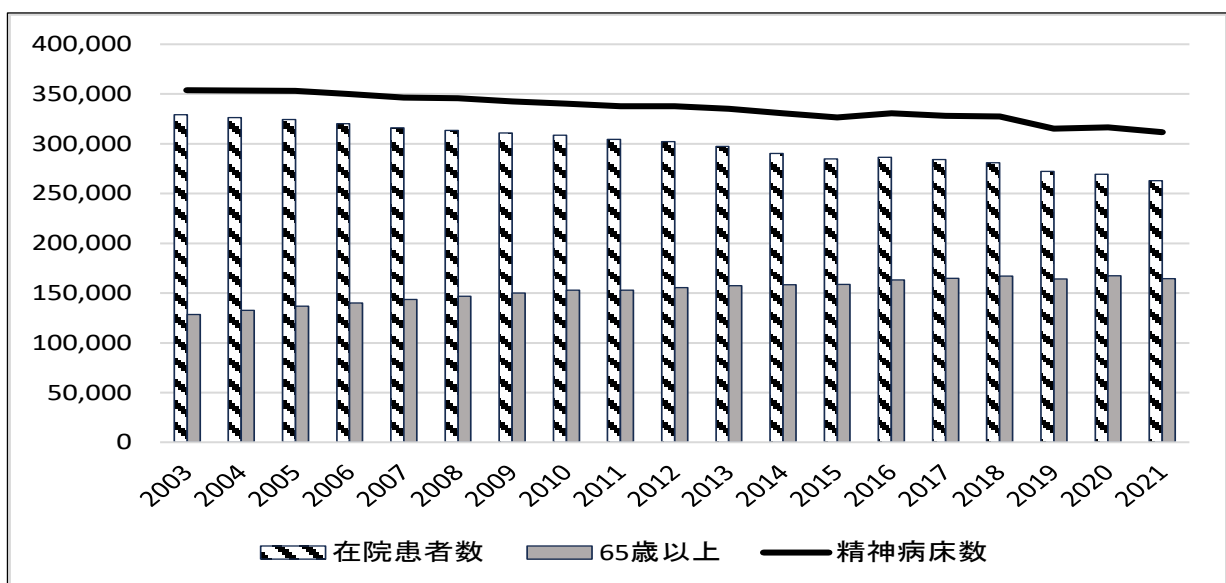
図2-1-2は，精神保健福祉資料をもとに長期入院の定義「1年以上の入院患者」である長期入院者の退院者数と，新たに1年以上の長期入院となる入院患者数の推移を表したものである。2017年以降は，調査項目が変更され，追跡出来ていない。毎年，4.5万人前後の長期入院患者が退院している一方で，若干その数を上回る入院患者が，新たな長期入院患者となっている。2011年以降，死亡退院者数が毎年2万人を超え，2022年には約2.7万人が死亡退院している。

図 2-1-2 長期入院患者退院者数及び新たに長期入院となる患者数の年時推移



出典) 630 調査資料をもとに筆者作成

図 2-1-3 精神病床数・入院患者数・65歳以上入院者数推移



出典) 630 調査資料をもとに筆者作成

精神病床入院患者に占める 65 歳以上の患者数は、図 2-1-3 のとおり、2011 年に 50.3% となり半数を超え、2021 年には 62.6% となっている。

2004（平成 16）年、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、ビジョン）」を発出し、10 年間で約 7 万人の退院と病床数を削減するとした。表 2-1-1 のとおり、10 年後の 2013 年に、精神病床数は 1.8 万床削減し 33.5 万床となり、入院患者数は 2.9 万人減少し 29.7 万人となり、長期入院患者数は 3.4 万人減少し 19.2 万人となった。2022 年に入院患者数は 6.7 万人減少し、長期入院患者数も 6.6 万人減少した。ビジョンの目標値に 18 年を要してようやく近づいている。しかしながら、地域移行の影響で長期入院患者が減少している訳ではない。

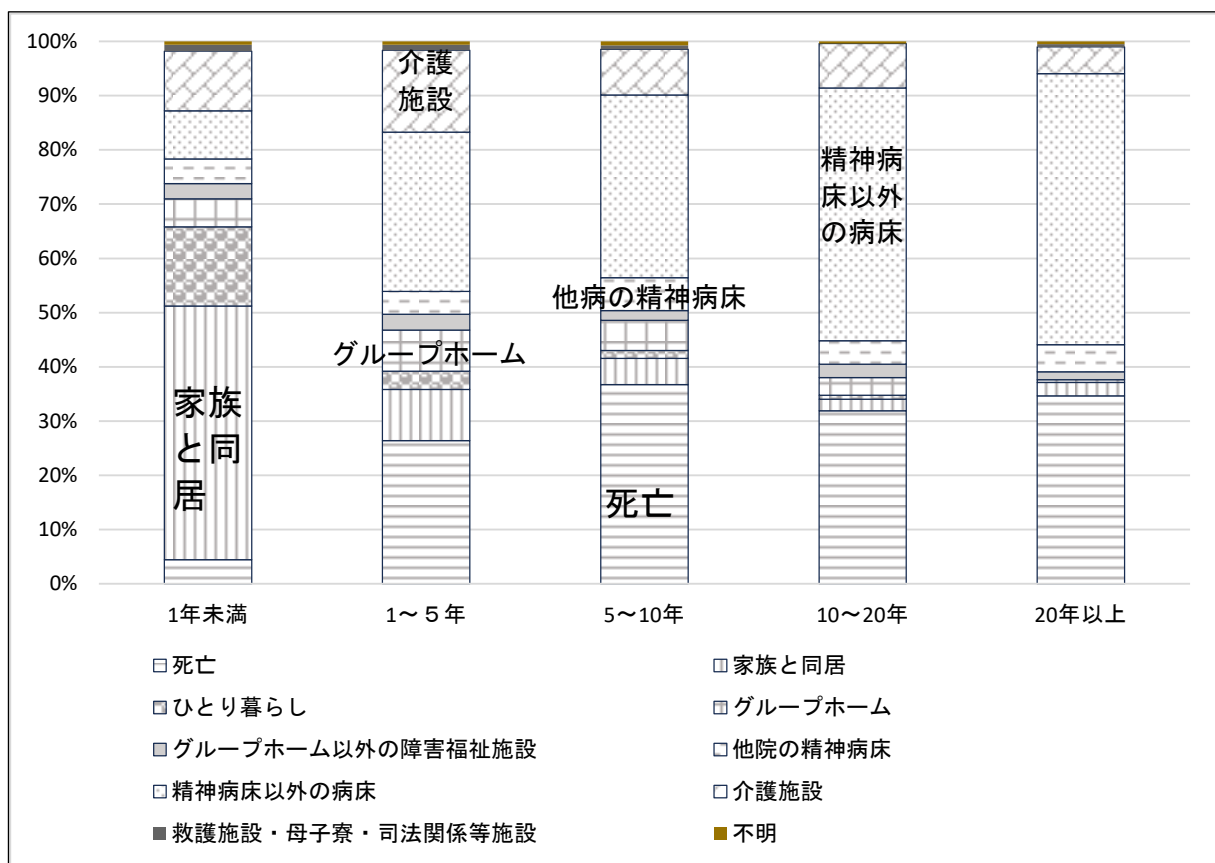
ではなぜ、入院患者数は減少しているのか。最も大きな理由は、入院患者の高齢化にある。図 2-1-4 は、2022（令和 4）年の 630 調査による退院後転帰を図解したものである。長期入院

表 2-1-1 精神病床数・入院患者数・長期入院患者数・死亡退院者数の推移

	2004	2013	2022
精神病床数	353,319	334,975	308,667
入院患者数	326,125	297,436	258,920
長期入院患者数	225,913	191,881	160,309
死亡退院者数	15,996	21,792	26,952

出典) 630 調査資料をもとに筆者作成

図 2-1-4 入院期間別精神病床退院後転帰



出典) 630 調査資料をもとに筆者作成

者の退院後転帰は、「死亡」と「精神病床以外の病床」の比率が極めて高く、「介護施設」の比率も高い。他方、退院後転帰「家族と同居」及び「グループホーム」は、入院が長期化していくに従い、その割合が著しく減少している。

これらのことから、①わが国の中高齢統合失調症の入院は、長期入院となるリスクが高い。②長期入院患者群になるほど、統合失調症の占める割合が高い。③長期入院患者群は、精神病床以外の病床への退院と死亡退院の占める比率が高く、退院先として家族と同居、ひとり暮らし、グループホームの比率は低い。

わが国の統合失調症者は、WHOの疫学調査結果と正反対の状況にある。末安らの調査による3か月で退院出来ない入院患者の入院時平均年齢52.5歳は、一世代を30年とすると、8050問題そのものである。親によるケアの消失が長期入院の端緒となることを示唆している。そこで統合失調症の生活障害を明らかにしていくことは、必要とするケアの根拠になると考えた。

2-1-2. ICDH から見た統合失調症の能力障害

1980（昭和55）年に世界保健機構（WHO）は、「国際障害分類（以下、ICIDH）」を発表した。精神障害においても、機能障害と能力障害、社会的不利の概念整理に関する研究が、生活支援の領域を中心に始まっていく。統合失調症の生活困難に関する主要な先行研究の変遷を年代順に表2-1-2に整理した。なお、表中の「精神分裂病」の表記は、2002（平成14）年に統合失調症へと病名を変更したが、発表時の呼称をそのまま用いている。

谷中（1980）らは、精神分裂病患者が社会生活を持続していく困難さとして「生活のしづらさ」概念を提唱する。「生活のしづらさ」概念は、「生活技術性」、「社会性」、「経済性」、「統合性」の4つに区分されている。「生活技術性」とは、家事全般に関わる能力や公共交通機関や公共施設の利用に関するスキルの低下のことである。「社会性」とは、対人関係能力の低さや自己評価の歪みである。「経済性」とは、労働能力の低さと自己に相応しくない職場を選択し易いというものである。「統合性」とは、自らが生活全体をコントロールしていく力の低さを意味する。

三浦（1981）は、精神分裂病を「病気と障害が併存」しているとし、後者を「生活障害」という概念で説明する。「生活障害」には、過敏、自信のなさ、疲れ易さといった「対人関係技術の障害」及び主体的に生きていく「自己決定能力の障害」があるとした。

蜂矢（1981）は、「精神障害試論」と題した論文で、急性症状が沈静化した後に情意減退や思考障害が現れると説明する。つまり、時間軸で症状消退後に障害が顕在化するというものである。三浦と同じように疾患と障害が共存しているとした。蜂矢のいう能力障害概念は、疾患の経過に左右されるということの特徴とする。

臺（1985）は、三浦と同様に、能力障害を「生活障害」と呼ぶ。臺の「生活障害」概念の特徴は、発病間もない精神分裂病から慢性の経過を辿っている精神分裂病までをも射程とし、「生活障害」を5つに類型化していることだ。それらは、①日常生活の仕方の障害、②対人関係の障害、③仕事場面の障害、④生活経過の不安定さと持続性の乏しさ、⑤現実離れた空想、である。5つの類型それぞれの障害に関する具体例も提示している。

昼田（1989）は、臨床事例を帰納的に分析し、精神分裂病の行動特性を4つに類型化している。その4類型とは、①認知障害と過覚醒、②常識と共感覚、③自我境界、④時間性、の4つ

表 2-1-2 精神分裂病の能力（生活）障害に関する主な先行研究知見の変遷

著者	論文名及び図書名	概要
谷中輝雄 佐藤三四郎 荒田稔ほか	「わが国におけるシステム化の動向－生活支持の観点から」『臨床精神医学』9(6)647-655, 1980年	精神分裂病者の社会生活を持続し難くしている要因として「生活のしづらさ」概念を提唱。「生活のしづらさ」を4つに区分する。 ①生活技術性：衣食住をめぐる諸技術，買い物，炊事，掃除，洗濯，交通機関や公共施設の利用等。 ②社会性：職場，近所付き合いにおける人間関係や社会的常識・習慣，自己に対する現実的評価・判断等。 ③経済性：稼働能力の乏しさ（疾病による能力低下，就労経験が無いこと，自己の能力に適さない職場を望むこと）。 ④統合性：生活の主体者として，社会生活の維持，拡大のために，個人の能力を統合し，諸々の社会資源の活用を図る能力の乏しさ。
見浦康文	「精神障害者のリハビリテーション－ソーシャルワーカーの経験から」『ソーシャルワーク研究』7(4), 32-36, 1981年	病気と障害が併存し，「生活障害」概念を提唱する。 ①「対人関係技術の障害」：過敏，自信のなさ，協調性の不足，傷つき易さ，疲れ易さ ②「自己決定能力の障害」：身辺の自己管理，服薬管理，金銭の自己管理，余暇の使い方，社会生活を主体的に生きてゆくための状況判断
蜂矢英彦	「精神障害試論－精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』10(12), 1653-1661, 1981年	①精神分裂病の障害は，急性（亜急性）症状の安定のあとに残された情意減退や思考障害のこと。再発については，その都度，再発時の急性症状のあとに残された障害と考える。 ②疾患と共存する障害：疾患と障害の両面を併せ持ち，障害は疾患の経過に左右され，固定しない。
臺弘	「慢性分裂病と障害概念」『臨床精神医学』14(5), 1653-1661, 1985年	精神分裂病の生活障害を5つに類型化 ①日常生活の仕方の障害：臺の造語WDL (Way of Dayily Living) の低さ。 ②対人関係の障害：人付き合い，挨拶，他人に対する配慮，気くばり。しばしば尊大と卑下のからんだ孤立。 ③仕事場面の障害：生真面目さと要領の悪さの共存，のみこみが悪く，習得が遅く，手順への無関心，能率・技術の低さ。 ④生活経過の不安定さと持続性の乏しさ：再発準備性と易傷性との関連。 ⑤現実離れした空想：生き甲斐の喪失，動機づけの乏しさ，共感性の乏しさ。
昼田源四郎	『分裂病者の行動特性』金剛出版, 1989年	精神分裂病の行動特性の4つの類型及び下位項目としての具体例 ①認知障害と過覚醒：一時にたくさんの課題に直面すると混乱する，受け身的で注意や関心の幅がせまい，全体の把握が苦手自分で段取りをつけられない，話しや行動に接ぎ穂が無く唐突である，あいまいな状況が苦手，場に相応しい態度をとれない，融通がきかず杓子定規，指示はその都度ひとつひとつ具体的に，形式にこだわる，状況の変化にもろく不意打ちに弱い，慣れるのに時間がかかる，容易にくつろがず常に緊張している，冗談が通じにくく堅く生真面目。 ②常識と共感覚：現実吟味力が弱く高望みしがち，世間的常識的な思考・行動を取りにくい，他人の自分に対する評価には敏感だが他人の気持ちには比較的鈍感，自分を中心に物事を考えがち，視点の変更ができない。 ③自我境界：話しに主語が抜ける，あいまいな自己像，秘密を持ってない ④時間性：あせり先走る，同じ失敗を繰り返す，リズムにのれない
中澤正夫	「『生活障害』の構造化の試み」『第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書－日本精神障害者リハビリテーション学会誌 準備号』139-153, 1996年	精神分裂病の生活障害を3つに類型化。 ①臨機応変さのないこと：1)生活の仕方が下手なこと，2)人づきあいが下手なこと，3)就労能力不足。 ②生活経過の不安定さ（Life eventsに対する特異的な反応） ③生き甲斐のないこと（受容と非現実さ）。 *生活障害の基本的な要因は，認知－反応系の歪みに求められる。

出典) 塩満卓 (2024) 「統合失調症の生活障害と必要とされるケア－生活障害の先行研究と家族社会大規模調査の分析から」『社会福祉学部論集』20 掲載予定論文 表3を転載

である。表中に記しているように4類型それぞれの行動パターンを、具体的に解説している。

中澤(1996)は、精神分裂病の「生活障害」を①臨機応変さのないこと、②生活経過の不安定さ、③生き甲斐のないこと、の3類型に区分している。①臨機応変さのないことの下位項目には、「生活の仕方が下手なこと」、「人づきあいが下手なこと」、「就労能力不足」の3点を挙げている。②生活経過の不安定さは、ライフイベントに対する特異的な反応を挙げている。③生き甲斐のないことには、疾病受容の問題と現実検討能力の欠如を挙げている。中澤の論は、生活障害の原因を認知から反応系の歪みに求めていることを特徴とする。つまり「生活障害」の主な要因は、脳の機能障害にあるとしている。

これまで述べてきた統合失調症の能力障害における具体例は、大なり小なり一般の人も失敗体験を有するものである。しかしながら、遠山(2005)は、統合失調症と一般の人々の違いについて、「その気になったらできるか、その気になってもできないかの違いにあるわけです。つまり、統合失調症の患者さんの場合は、誰かがそばについて、いちいち教えてあげないと、日常生活の技術や手順を学習できないのです。このことは、おそらく『応用力がない』とか『想像したり工夫したりできない』といった能力の障害と関係が深い」(傍点筆者)、と説明する。

以上、WHOのICIDHの発表を契機とする統合失調症の能力障害に関する国内の研究を整理した。そこでの知見は、大きく3点に整理することが出来る。1点目は、統合失調症は疾患と障害が共存しているということだ。2点目は、生活を主体的に営むことに障害があり、福祉的な援助を必要とすることである。3点目は、障害は脳の生物学的機能不全を要因とし、克服すべきものではなく、障害を持ちながらのケア提供を含む環境を整えていくことが求められるということである。

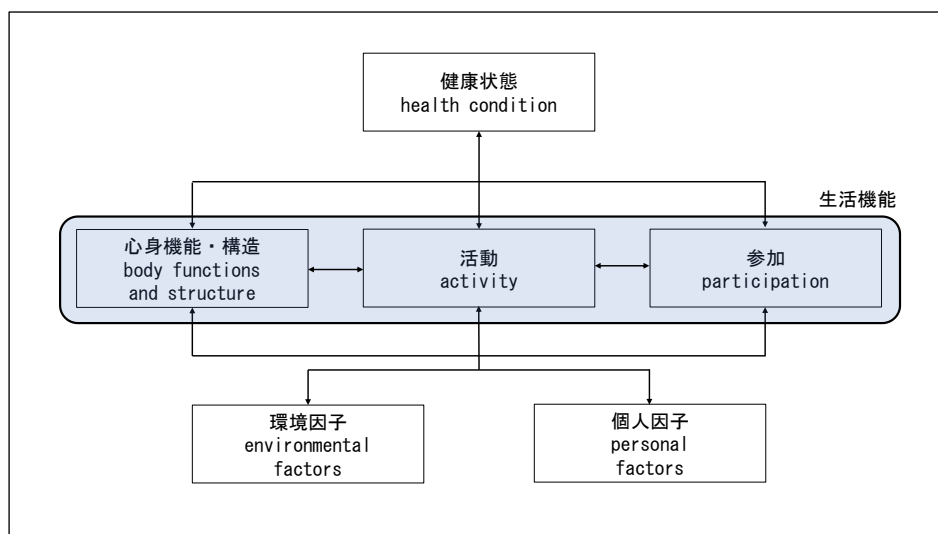
2-1-3. ICFから見た統合失調症の生活機能

2001(平成13)年5月、世界保健機構(WHO)は、ICIDHの改訂版として「国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:以下、ICF)」を総会で採択した。ICIDHで用いられていた「機能障害(impairment)」は「心身機能・構造(body functions and structure)」へ、「能力障害(disability)」は「活動(activities)」へ、「社会的不利(handicap)」は「参加(participation)」へと肯定的・中立的用語に変更した。これらが障害された状態は、「機能・構造障害(functional and structural impairment)」、「活動制限(activity limitations)」、「参加制約(participation restrictions)」である。

ICIDHが、「機能障害(impairment)」により生じる因果モデルでの障害分類であったのに対し、ICFの「心身機能・構造(body functions and structure)」、「活動(activities)」、「参加(participation)」は、構成要素同士が相互に作用し合い、「生きることの全体像を示す『生活機能』の分類となっている」(大川:2006)。「生活機能」の3つのレベルは、それぞれに「健康状態」や背景因子である「環境因子」「個人因子」からも影響を受ける。図2-1-5のように、ICFは、全ての構成要素が双方向の矢印で結ばれ、全ての構成要素が影響を与え合う相互作用モデルとなっている。

また、ICFは、「医学モデル」と「社会モデル」を統合したモデル(WHO:2001,山本ら:2003)とされている。「医学モデルでの障害への対処は、治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変

図 2-1-5 ICF の構成要素間の相互作用



出典) 大川 (2006) の「ICF の生活機能モデル」を参考に筆者作成

容を目標になされる。社会モデルでは、障害のある人に社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする」(WHO: 2001)。「社会モデル」に終始する考えは、「病理それ自体の発生原因や機序を解明する基礎医学とリハビリテーション医学の有用性を不明瞭にし、問題解決の実効性にマイナスの影響を与えかねない」(茂木: 2003) ことが指摘されている。ICF が「医学モデル」と「社会モデル」の統合モデルとされているのは、「医学モデル」から「社会モデル」への移行を意味するものではなく、「『医学モデル』と『社会モデル』との概念的対立を超えた両モデルの対話の道を拓いた」(小澤: 2004) と考えることが重要である。

では、統合失調症を ICF から考えるとどうなるのか。表 2-1-3 は、昼田 (2007) 及び山本ら (2003) の論考から統合失調症の機能障害、活動制限、参加制約を抽出し整理したものである。表 2-1-3 の機能障害、活動制限、参加制約の記述内容の概要を確認し、三者の関連性を考察する。そのうえで、ICIDH からみた表 2-1-2 と表 2-1-3 の比較検討を行い、ICIDH から ICF へと分析枠組みを変更することにより、統合失調症者の捉え方がどのように変化してきたのかを確認してみたい。

最初に表 2-1-3 の機能障害、活動制限、参加制約の記述内容の概要である。機能障害については、統合失調症の脳の機能障害に焦点化されていることに気づく。昼田 (2007) の分析は、過覚醒状態であり注意の幅が狭く、自我境界の病理や現実検討能力の弱さがある。

認知障害、記憶の保管・記憶の再生・ワーキングメモリの障害といった重篤な記憶障害を基礎としていること。選択的注意の障害、情緒機能の障害、知覚機能の障害、思考機能の障害、抽象化・概念化の障害、時間軸での思考の障害があると述べている。山本ら (2003) の分析からは、昼田の記述にないものとして、統合失調症罹患後に再発準備性を併せ持つこと、外界の刺激による知覚から反応に至るまでの脳内情報処理過程に障害があること、意味記憶に障害を持つこと、陽性症状としての幻聴や連合弛緩が生じることを指摘している。これまで、統合失調症に関しては、精神医学、精神保健、精神保健福祉等、様々な視角からの分析がなされ、多様な言説がある。機能障害は、ICF の視点から分析することにより脳機能に焦点化されている。

表 2-1-3 昼田及び山本・丹羽の論考より抽出した統合失調症の機能障害・活動制限・参加制約

	論文名及び図書名	概要
機能障害	昼田源四郎 (2007)『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』金剛出版	<ul style="list-style-type: none"> ・全般的機能障害として過覚醒状態のため、注意の幅が狭く、認知機能に影響を与えている。 ・見当識障害として、自我境界の病理や現実吟味力の弱さ。 ・注意の配分及び注意の持続の障害。選択的注意機能（カクテルパーティ効果）の障害。 ・記憶機能に重篤な障害を持つ。短時間だけ情報を保存するワーキングメモリ（作業記憶）の障害により、「指示を理解せず、同じ失敗を繰り返す」「脈絡から外れた言動をとる」等がある。 ・意味内容に基づきカテゴリーごとにコード化し記憶の意味ネットワークに格納、あるいは抽出する一連の記憶の入出力のプロセスの障害。 ・情緒機能の障害：不適切な情緒の発現・感情の平板化。相手の感情認知テスト不良。 ・知覚機能の障害：幻覚や錯覚。幻聴は、統合失調症でもっとも高頻度に出現。 ・思考機能の障害：思考途絶・思考逸脱（連合の弛緩）・思考伝播・思考挿入・妄想等。 ・高次脳機能障害：抽象化・組織化と計画・時間管理・認知の柔軟性・洞察・判断・問題解決等、抽象的な言葉や概念の把握が苦手。部分を全体に構築し体系化することが苦手。時間軸にそって物事を順序づけ、各活動に時間を割り当てる時間管理も苦手。何かを意図し、その手順を考え実施し、その結果がうまくなければ違う方法を考えてやりなおす認知の柔軟性・洞察・判断・問題解決といった日常的に求められる生活の実行機能の障害。
	山本佳子・丹羽真一 (2003)「ICFと統合失調症」『精神医学』45(11)	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の症状後に残る再発のし易さ。 ・知覚から判断に至る情報処理過程の認知障害。選択的フィルター機能障害、注意配分障害。 ・手続記憶は保たれているが、言語を介する意味記憶、一次記憶、エピソード記憶の障害。 ・想起において文脈が組織化されない、無関係な刺激で攪乱する、時間的順序が混乱する。 ・結果を監視しつつ目的行動を維持するための作業記憶の障害。 ・内的及び外的情報源の区別が困難となる陽性症状としての幻聴や、連合弛緩。
活動制限	昼田源四郎 (2007)『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』金剛出版	<ul style="list-style-type: none"> ・注意の集中や持続が困難であるため、頻回に短い休憩を挟むことが求められる。 ・対人場面では緊張し、慣れるまで時間がかかり、容易にくつろげない。 ・注意や認知の障害により、学校での学習や職場での仕事において活動の制限がある。 ・自分が知っていることは相手も知っているはずだと思ってしまうような脱中心化の困難さ。 ・メッセージを生み出す活動では、話しに接ぎ穂がなく唐突。 ・コミュニケーションの障害。非言語的メッセージの解読が困難であり、比喩が通じにくい。何気ない他者のことばを自分に向けられた悪意と被害的に受け取り、ストレスを抱え込む。 ・対面状況で顔がつくほど接近したり、離れすぎたりと、適切な間合いをとれない。 ・表情から相手の感情を読み取る相貌認知テストは不良であり、相手の感情に鈍感。 ・選択的注意の障害のため、いっぺんに複数の課題を出さないようにすることが求められる。 ・作業手順をスモールステップに分解して、逐次、具体的に教えることが求められる。 ・本質的な事柄を抽出する障害により、あいまいな状況が苦手で、迷いやすぐ、決められない。 ・整理整頓が苦手で、定期的なヘルパー派遣を必要とする者も少なくない。 ・負荷がかかる状況では、問題解決や意思決定活動の制限が顕在化しやすい。 ・「状況の変化、とくに不意打ちに弱い」という行動特性と自分から相談に行かない。 ・身だしなみや自己の清潔や入浴や着替え、洗面、歯磨き等のセルフケア能力の障害。 ・本質的な事柄を抽出する障害により、あいまいな状況が苦手で、迷いやすぐ、決められない。 ・家庭生活上における必需品の入手、調理その他の家事、家庭用品の管理に関する障害。 ・掃除や洗濯、ゴミ捨てなど、雑多な作業を同時並行的に要領よく処理することが苦手。 ・生活リズムが確立されにくい。抗精神病薬の量の多さと服薬期間の長さは、睡眠やサーカディアンリズム（概日リズムと訳される）の障害と相関関係がある。
	山本佳子・丹羽真一 (2003)「ICFと統合失調症」『精神医学』45(11)	<ul style="list-style-type: none"> ・新たに技能を学習することを阻む認知行動障害や道具的日常生活活動（IADL）の失敗。 ・食事・金銭、服装などの問題を含めた生活技能の不得手。 ・人づきあい、あいさつ、気配りなどの対人関係の問題。 ・生真面目と要領の悪さが共存し、飲み込みが悪く、習得が遅く、手順への無関心、低い能率。 ・安定性に欠け、持続性が乏しい。 ・現実離れ、生きがいが、動機付けの乏しさ。
参加制約	昼田源四郎 (2007)『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』金剛出版	<ul style="list-style-type: none"> ・カルチャーセンターなどで開催する手芸や英会話教室などに通い始める者も居るが、そこで仲間に入れないためか、あまり長続きしない。 ・地域に居住している精神障害者の多くは、社会から隔離された存在であり、ノーマライゼーションが進んでいない「環境因子」のためだと思われる。
	山本佳子・丹羽真一 (2003)「ICFと統合失調症」『精神医学』45(11)	<ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症に関する社会的偏見と本人・家族・専門家の持つ「内なる偏見」。 ・統合失調症への病名変更や抗精神病薬の進歩により、本人の持つ可能性が大きくなっているものの経済的不況により障害者雇用が進まず就労リハビリテーションに難しさがある。 ・専門家の偏見により、本人の可能性が放置されないような専門家の努力。

出典) 昼田 (2007) 及び山本・丹羽 (2003) の著書をもとに筆者作成

活動制限については、先述した脳の機能障害により惹起される活動場面での行動特性として考えることができる。過覚醒状態と関連するものとして、「緊張し、くつろげない」、「学習や仕事における活動制限」、「安定性に欠け、持続性が乏しい」があり「頻回に短い休憩」を要する。

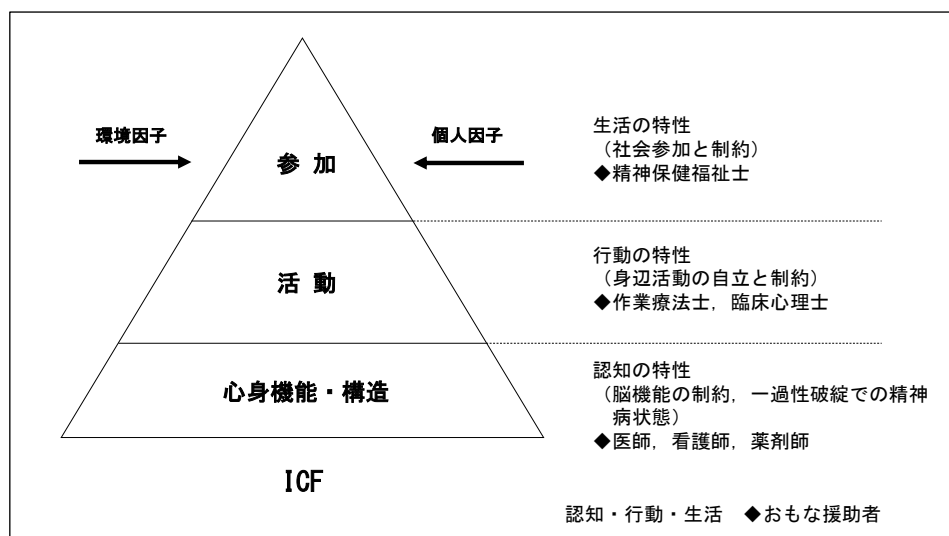
自我境界の病理として、自分自身を客体化出来ない「脱中心化の困難さ」や「話しの唐突さ」、
「気配りなどの対人関係の問題」がある。認知障害により惹起される「非言語的メッセージの
解読困難」や「相手の感情に鈍感」がみられる。ワーキングメモリの障害や記憶の障害から「IADL
の失敗」、「いっぺんに複数の課題が苦手」であり「逐次具体的な教え」を必要とする。抽象化・
概念化の障害は、「あいまいな状況を苦手」とし、「自分から相談に行かない」、「整理整頓が苦
手」となって表れる。時間軸での思考の障害として、「雑多な作業を同時並行的に処理出来ない」
や「必需品の入手、調理が苦手」、「手順への無関心・低い能率」がある。生活リズムの確立の
困難さについては、機能障害とも関連し、機能障害と活動制限双方に跨がると考えられる。

参加制約については、統合失調症に関する社会的偏見と本人・家族・専門家の持つ内なる偏
見により、「社会から隔離された存在」となってしまうことや、専門家の偏見により「本人の可
能性が放置」されてしまうことがあげられている。併せて、リハビリテーションの制度整備が
進んでいないこともある。このように参加制約は、背景因子として環境因子と個人因子が大き
く影響していると考えられる。

以上、表 2-1-3 の記述から、機能障害、活動制限、参加制約の概要について述べてきた。そ
れぞれの三者の関連性について、考察してみたい。活動制限の多くは、統合失調症の機能障害
により行動特性として表れていると示唆される。そして参加制約は、活動制限の解消や緩和に
つながる制度整備が進んでいない環境因子や、統合失調症に関する偏見が環境因子及び個人因
子としても影響を与えていることが示唆される。勿論、機能障害及び活動制限に関しても、環
境因子及び個人因子が影響している。

ICIDH から ICF へ分析枠組みを変更したことにより、統合失調症の捉え方がどのように変化
してきたのか。表 2-1-2 と表 2-1-3 を比較検討し、考察してみたい。表 2-1-2 における統合失
調症の能力（生活）障害は、表 2-1-3 の行動制限とほとんど同種の記述である。ICF による分
析の試みは、先述したように、行動制限と機能障害の関連を明らかにし、参加制約の状況を記
述することにより行動制限との関連を明確にしている。つまり ICF は、統合失調症者が生きる

図 2-1-6 ICF に基づく支援目標とおもな援助者



出典) 昼田源四郎 (2007) 『改訂増補統合失調症患者の行動特性—その支援と ICF』より転載

ことの全体像として「生活機能」を表すことを可能にしたといえる。

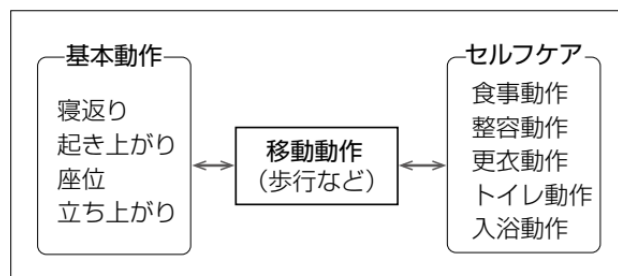
昼田（2007）は、ICF が現場に導入されることのメリットとして、治療段階ごとの専門職の役割分担を明確にし、チームケアの促進につながると述べている。図 2-1-6 は、生活機能の 3 つの構成要素に関する担当職種のイメージ図である。現実の支援においては、チームで同時並行的に行われるものである。精神保健福祉士の主たる働きかけは、統合失調症者本人の社会参加をめぐる環境への働きかけと本人への働きかけというソーシャルワークそのものであるといえる。

2-1-4. IADL から見た統合失調症の生活困難

生活の困難度を図る尺度に日常生活動作（Activities of Daily Living：以下、ADL）がある。ADL は、「毎日繰り返される一連の身体的動作群」（今田：1976）のことである。隆島（2019）は、ADL の構造を図 2-1-7 のように整理した。ADL は、寝返りや起き上がり、座位や立ち上がりといった基本動作と、生活場面での行為にあたる食事動作、整容動作、更衣動作、トイレ動作、入浴動作といったセルフケア、そしてその生活場面への移動動作により構成されている。このように ADL の基本動作、セルフケア、移動動作は、統合失調症を始め、認知機能に障害を持つ精神障害者には、生活の困難度を測る尺度として適さない。細川（1994）は、「食事を自分でとることができても、食事の用意ができなければ介助を頼むことになる」と指摘し、ADL の上位の活動として、交通機関の利用、食事の用意、掃除や洗濯等の家事等、複数の動作の組み合わせである手段的 ADL（Instrumental ADL、以下 IADL）を評価することで、対象者の日常生活の機能的状態を測ることができると指摘した。高畑（2016）は、IADL を「乗り物利用、電話使用、家屋維持、家計管理、服薬管理、食事準備、買い物、育児、洗濯」と一定の整理を試みている。

新しい生活困難度を測る尺度である IADL は、身体的動作にほとんど支障のない統合失調症者が日常生活上において、どのような困難を抱えるのかを明らかにしていくために、重要な指標になると考えられる。

図 2-1-7 ADL の構造



出典) 隆島研悟「ADL・IADL の概念と捉え方」より転載

松原（2008）は、2008 年に全国の民間精神科病院及び国公立病院を対象とした「精神病床利用状況調査」を行っている。行われた複数の調査のなかに、入院中の統合失調症患者を対象とした IADL の指標を活用した調査がある。IADL の調査項目は、「食事の用意」、「家事一般」、「金銭管理」、「薬の管理」、「電話の利用」、「買い物」、「交通手段の利用」の 7 項目とし、3 件法（「非

図 2-1-8 入院期間 1 年未満の統合失調症患者の IADL

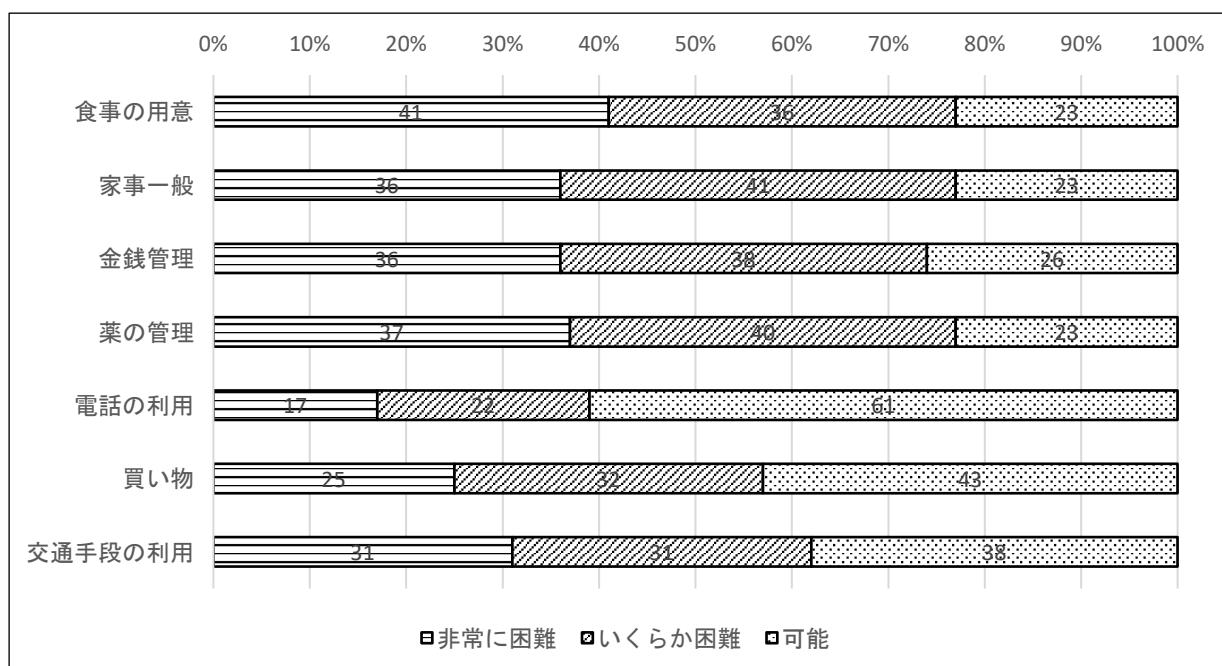


図 2-1-9 入院期間 5 年以上の統合失調症患者の IADL の状況

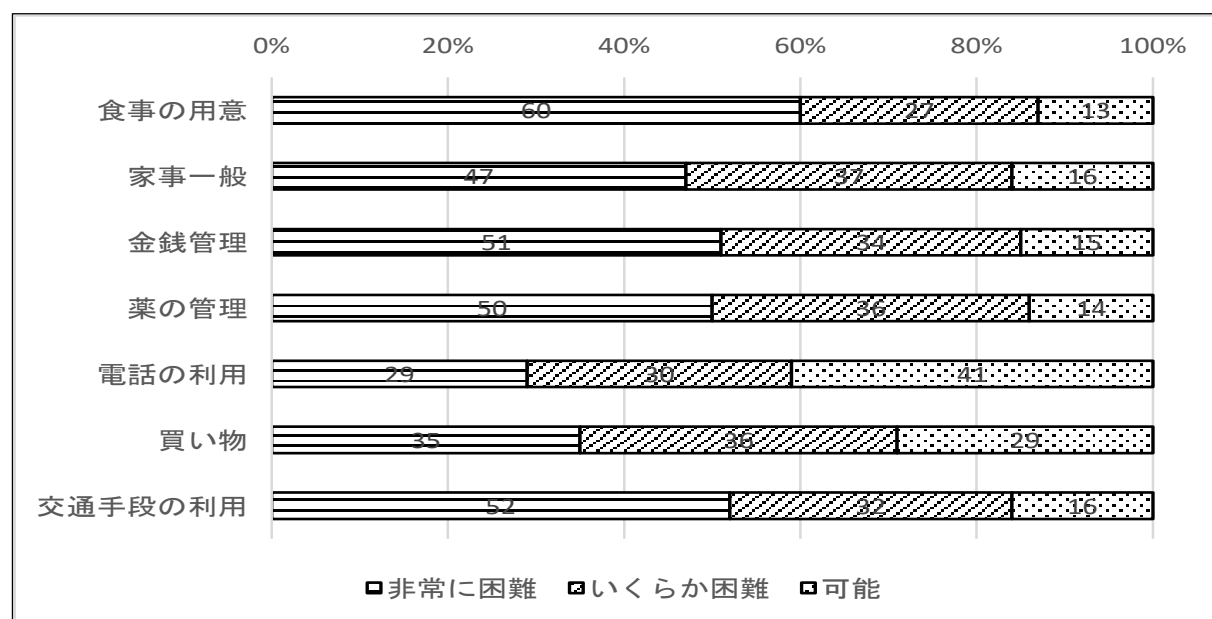


図 2-1-8 及び図 2-1-9 の出典) 松原三郎 (2008) 「精神科病床利用状況からみたわが国の精神科医療の課題」『日精協誌』27(11), 286-298. をもとに筆者作成

常に困難」, 「いくらか困難」, 「可能」) で, 入院期間が 1 年未満群と入院期間が 5 年以上群に分けて, 調査結果をまとめている.

松原の調査結果から, 図 2-1-8 は入院期間 1 年未満の統合失調症患者の IADL の状況, 図 2-1-9 は入院期間 5 年以上の統合失調症患者の IADL の状況を図解した. まず, 図 2-1-8 と図 2-1-9 を比較検討すると, IADL の 7 項目全てにおいて, 入院期間が長期化することにより, 「非常に困難」の比率が高くなっている. また, 「可能」の比率も全てにおいて低くなっている. これら

のことから、入院期間の長期化は、IADL を低下させてしまうことが分かる。

また、図 2-1-8 の入院期間 1 年未満の統合失調症患者の IADL の状況をみると、入院期間が短期間であっても、IADL 項目のうち「電話の利用」を除く全項目において、「非常に困難」と「いくらか困難」の和は、60 パーセント弱から 80 パーセント弱となっている。統合失調症の罹患そのものが、脳の機能障害を生じさせ、結果として、日常生活における複数の動作の組み合わせである IADL を低下させていることを示唆している。

本節では、統合失調症の生活困難について、第 2 項で ICIDH の視点から統合失調症の能力障害に関する国内の先行研究の知見について、①統合失調症は疾病と障害が共存していること、②生活を主体的に営むことの障害があり福祉的な援助を必要とすること、③障害は脳の生物学的機能不全を要因としていることから、克服すべきと考えるのではなく、障害に対するケア提供を含む環境を整えることが求められている、と整理した。

第 3 項では、ICF の視点から統合失調症の機能障害、活動制限、参加制約について、先行研究の知見から整理を試みた。これら三者には連関があり、活動制限の多くは、機能障害による行動特性として生じていることが示唆される。そして、参加制約は、活動制限の解消及び緩和をもたらす制度整備が進んでいない環境因子が影響していることが示唆され、併せて統合失調症に関する偏見は、環境因子だけでなく個人因子としても作用していると考えられる。こういった ICF による統合失調症者の生活機能の分析は、行動制限と機能障害の関連を明らかにし、ICIDH の能力障害の知見を発展させた。行動制限については、ミクロレベルでの統合失調症患者への効果的な支援のあり方を検討する重要な素材となると思われる。また、参加制約を緩和・解消していくために、福祉教育や社会啓発を進めていくこととマクロレベルでの制度整備と制度改変が求められていることが示唆される。

第 4 項では、IADL の視点から主に松原（2008）の入院している統合失調症患者への調査結果を引用し、統合失調症者の生活困難について整理を試みた。IADL の調査項目である「食事の用意」、「家事一般」、「金銭管理」、「薬の管理」、「電話の利用」、「買い物」、「交通手段の利用」の 7 項目において、多くの統合失調症者が困難を抱えていることを明らかにした。実践現場の支援者が肌感覚で感じていたことを、研究上の知見として明らかにした意義は大きい。今後の統合失調症患者へのミクロレベルでの支援のあり方を考える素材として寄与するものである。

本節の主題である統合失調症者の生活困難は、本研究のテーマ「ケアの脱家族化」に大きく関わる。末安ら（2009）は、精神科病院入院後 3 か月で退院出来ない入院患者（以下、ニューロングステイ）の実態調査を行ったことは、本節第 1 項で述べた。結果の詳細は、新たに入院した患者 382 名中、ニューロングステイとなった患者は 83 名、ニューロングステイの入院時平均年齢は、52.5 歳であり、疾患名は統合失調症が 50 名（60.2%）を占めている。

ニューロングステイの 60.2%が統合失調症で、入院時平均年齢 52.5 歳は、何を意味するのか。2つの仮説が成り立つ。ひとつは、本節で述べてきた統合失調症の生活障害によるケアの「必要(need)」が、それまで対応していた家族ケアを超えてしまうからではないか。それは、親の高齢化等により家族によるケアが小さくなるという仮説である。もうひとつの仮説は、入院の長期化により、ケアの「必要 (need)」が地域ケアの対応力を超えてしまい、退院することが出来なくなるという仮説である。

ひとつめの仮説については、本人に対するケアの「必要 (need)」が大きくなることは、第1項で述べた WHO の統合失調症長期転帰の疫学調査結果から考えにくい。家族によるケアが小さくなることは、加齢に伴い、当然起こるものである。であればこそ、「親亡き後」ではなく、「親の居る間」、即ち親によるケアが小さくなる前に、ケアの担い手を親以外へ移行する支援が求められている。

もうひとつの仮説については、病院内のみでの働きかけだけではなく、地域機関も総掛かりで、地域移行に向けた働きかけが必要となる。また、長期入院としない予防的な取り組みとして、在宅時にケアの「必要 (need)」に応じた社会資源とつながる取り組みが求められている。

第2節 ケアの先行研究と用語の定義

本節では、本研究の鍵概念である「ケア」及び「ケアの脱家族化」に関する先行研究をレビューし、「ケア」を操作的に定義した。また、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークを考究する理論的枠組みとして重要と考えられる先行研究をレビューする。

2-2-1. ケアの操作的定義

「ケア」とは、極めて多義的な概念である。ケア概念に含まれる日本語を思いつくままあげると、世話、相談、支援、援助、保護、介護、介助、看護、注意、配慮、気遣い、関心、等がある。〇〇ケアで考えると、高齢者ケア、認知症ケア、障害者ケア、家族ケア、個別ケア、集団ケア、地域ケア、インフォーマルケア、フォーマルケア、インテンシブケア、アキュートケア、ロングタームケア、ターミナルケア、アフターケア、セルフケア、等がある。極めて幅広い意味を持つ用語である。

これらの用語は、介護や介助のように直に身体的な介助を意味する直接的(手段的)なもの、気遣いや関心のように情緒的なもの、相談や注意のように評価的なもの、支援や援助のように社会資源のコーディネートを行うこと、社会資源の情報提供、等が含まれる。なお、介助について、中西ら(2003)は、『『介助』とは、当事者の主体性を尊重しておこなわれる、英語でいう personal assistance のことであり、高齢者や障害者を客体として保護や世話の対象とする介護 care という用語と区別している。介助では主体はあくまで当事者であるのに対し、介護では当事者は客体である』と、介助を定義している。

では、先行研究では、「ケア」をどのように定義しているのだろうか。表 2-2-1 に主なものを整理した。Mayeroff (=1987) は、「一人の人格をケアすることは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである」と定義している。端的に言えば、「他者の成長を支援すること」である。著書で記されているのは、母親及び父親による子どもへのケア、教師が学生や生徒へ行うケアである。障害者や精神障害者は触れられていない。

表 2-2-1 先行研究「ケア」の定義

著者	概念
Milton Mayeroff (1971) <u>ON CARING</u> , Haper&Row. (=1987, 田村真・向野宣之訳『ケアの本質－生きることの意味』)	一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。
広井良典(1997)『ケアを問いなおすー(深層の時間)と高齢化社会』ちくま新書	「ケア」という言葉は、①狭くは「看護」や「介護」、②中間的なものとして「世話」といった語彙があり、③もっとも広くは「配慮」「関心」「気遣い」というきわめて広範な意味を持つ。
広井良典(2000)『ケア学－越境するケアへ』医学書院	「ケア」とは、その人に「時間をあげる」ことである、といってもよいような性格をもっている。あるいはその人と「ともに時間を過ごすこと」自体がひとつのケアである、と考えてもよい。
三井さよ(2004)『ケアの社会学－臨床現場との対話』勁草書房	他者の「生」を支えようとする働きかけの総称
上野千鶴子(2011)『ケアの社会学』太田出版	依存的な存在である成人または子どもの身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組みのもとにおいて、満たすことに関わる行為と関係

筆者作成

広井 (1997) は、ケアを 3つのレベルに分け、狭義では「看護」及び「介護」、中間的なものとして「世話」、広義では「配慮」「関心」「気遣い」と、3つに区分している。併せて、「その人に「時間をあげる」、「ともに時間を過ごすこと」をあげている。

三井 (2004) は、主に病院における看護師から患者への働きかけを素材にした研究を続け、そこからケアを「他者の『生』を支えようとする働きかけの総称」と定義している。この後に、動機による定義ではなく、志向性による定義である、と補足している。

上野 (2011) は、メアリー・デイリー (2001) の定義「依存的な存在である成人または子どもの身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組みのもとにおいて、満たすことに関わる行為と関係」を採用している。採用理由について、以下のように述べている。

ケアする者とケアされる者との相互作用性が記され、帰属先をケアする者に限定していないこと。身体と情緒を含み、世話と配慮の両面をカバーしていること。ケアの規範それ自体を社会的文脈の変数とすることにより、ケアについての規範的アプローチを脱構築する点でも、すぐれて社会学的と言えよう (傍点筆者)。

上野の言う規範的アプローチの脱構築という視点は、序章2節で、わが国の法制度が近代の家族規範「家族のため」に基づいており、現代の家族規範「家族であってもわたしはわたし」と齟齬があると指摘したことへの解決の方向性を示すものである。また、定義の文脈は、「身体的かつ情緒的な要求を満たすことに関わる行為と関係」であり、ケアを相互行為とし、ケアされる側の視点を捨象しないケアの関係性を問うものとなっている。

表 2-2-2 は、事典「エンサイクロペディア社会福祉学」及び「現代社会学事典」による「ケア」の解説の抜粋である。「エンサイクロペディア社会福祉学」における白澤 (2007) の解説では、4点述べている。1点目は、ケアは家族の中で行われていた私事化された「世話」であった。それが、高齢化社会の進展やケアを必要とする慢性疾患が多くなり、社会的対応が求められるようになった。2点目は、医学モデルと生活モデル、キュアとケア、これらの概念間のいくつかの整理が試みられている。3点目は、ケアの供給主体は、インフォーマル・セクターからフォーマルセクターまで幅広い。4点目は、ケアの類型として、手段的ケア、情緒的ケア、情動的ケア、調整 (コーディネート) の4つがある。

鷺田 (2012) の「ケア」の解説のなかで、以下5点について、触れておきたい。1点目は、「ケア」は相互行為であるもののその関係性は非対称的であるということ。2点目は、パワーバランスが非対称的であるがゆえに、ケアする側のパターナリズムがみられるということ。3点目は、ケア関係は、複数のアクターが錯綜することから、気遣い、世話、業務、感情労働といった対面コミュニケーションの諸位相が積層する関係であるということ。4点目は、ケアが近代家族の性別役割にもとづき、女性の役とされ、代替え不在という現実のなか、女性が介護をぎりぎりまで背負い込むことを義務と受けとめ、そのことに苦しんできたということ。5点目は、ケア関係からケアの受け手は下りることができないが、ケアの与え手は下りられるという関係の非対称性がある。

表 2-2-2 事典による「ケア」の解説の抜粋

著者	概念
<p>白澤政和 (2007) 「ケアとは何か」中村優一・一番ケ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアとは「世話をすること」とされ、従来は家族等がそれを必要とする者を世話することであり、科学や理論、さらには技能・技術は無縁と考えられてきた。しかしながら、科学や医学の発展、さらには高齢化社会の進展に伴い、一定期間ケアを必要とする疾病等が多く生み出されてきた。この結果、治療（キュア）の不随物であったケアがキュアと同等に重要なものへと変化してきた。さらにいえば、現在の時代状況としては、ケア抜きにはキュアが成り立たない人々が多数存在するようになっている。 ・現場ではキュアとケアのあるべき関係、研究レベルでは「医学モデル」と「生活モデル」のあるべき関係が求められてきた。具体的には、ケアとキュアは対立概念であるとしてとらえたり、キュアの基礎にケアがある一体的な概念とも考えられる。さらには、ケアを広くとらえることで、ケアのなかにキュアを包摂すると考えることもできる。 ・ケアの供給主体は、家族やボランティアなどのインフォーマル・セクターから、ホームヘルパーや施設のケアワーカーといったフォーマル・セクターまで幅広い。 ・ケアの内容は、「家事」や「身辺介助」といった手段のケアの授受から、情緒的ケアの授受まで広がり、場合によっては「情報提供」「調整（コーディネーション）」といったケアの授受をも含む、広範囲なものである。
<p>鷲田清一 (2012) 「ケア」『現代社会学事典』弘文堂, 330-333</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアが相互行為である以上、介護の受け手も当事者の一項であるはずなのに、そこには介護される側から発せられる言葉は乏しかった。介護される側と介護する側の関係はケアの語りのうえでもきわめて非対称的であった。 ・ケアすることの意味についてのケアする側からの発言にはケアする側のパターンリズムが色濃く反映し、結果としてケアされる側に沈黙を強いることにさえる。 ・ケアという関係は、複数のアクターの錯綜する関係であり、それとともに、語り、気遣い、世話、業務、感情労働といった対面コミュニケーションの諸位相が積層する関係でもある。 ・実際のケアが執拗にジェンダー化されてきたことが十分に語られ、分析されることが少なかった。閉じられた家族介護の破綻という現実には、男性＝稼ぐ人（所帯主）／女性＝家族を世話する人（被扶養者）という性別役割にもとづく近代家族の表象によって固く枠取られ、そのなかでケアは圧倒的に女性（妻・娘・嫁）の役とされてきた。閉塞、つまりは代替え要員の不在という現実、介護を独りで限界ぎりぎりまで背負い込むことを義務と受けとめ（「世代間」、あるいは家族の愛情というイデオロギーの過剰な規範性）、娘は母-娘の関係が再現されることに苛立ち、「嫁」という役割に押し込められることに苦しむといったふうに、ケアという相互行為には恒常的なストレスがかかる。家族介護における「共倒れ」や虐待、介護過労死、またはその裏面としての孤独死を招いてきた。 ・ケア・サービスという関係には、サービスの受け手はそこから下りられないが、与え手は下りられるという非対称性があり、そこにサービスが権力関係へと転化してしまう契機がある。

出典) エンサイクロペディア社会福祉学及び現代社会学事典より抜粋

本研究は、統合失調症者のケアを脱家族化していく実践モデルを提示していくことを目的としている。つまり、家族によるケアを社会的ケアへ移行していく実践である。序章第2節で述べたように、大規模調査の結果、同居の親は、本人へのケアを理由に退職や転職をせざるを得ない状況に陥ったり、趣味を諦めることも少なくない。本節で後述するが、本人をケアする代わりの者も少ないなかで、一身に本人のケアを担っている。罹病期間の長期化に伴い、「自分だけが犠牲になっている」や「本人の世話はしたくない」といった本人へのケアに対するネガティブな思いもみられるようになっていた。

そこで、本研究で用いる「ケア」とは、白澤 (2007) の解説を援用し、「生活障害に応じて提供される手段的、情動的、情緒的な関わり」と、操作的に定義する。ケアを与え手から受け手への一方向のものとし、ケアを手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアの3類型とした。

2-2-2. ケアの脱家族化の操作的定義

本研究における「ケアの脱家族化」の操作的定義を行うために、先行研究をレビューした。

表 2-2-3 は、ケアの脱家族化に関する先行研究を整理し、年代順にまとめたものである。8本の先行研究のうち4本（岡原：1990、要田：1999、土屋：2002、土屋：2007）は、重度の全

表 2-2-3 ケアの脱家族化に関する先行研究の整理

著者	概念
岡原正幸（1990）「制度としての愛情—脱家族とは」安積純子・岡原正幸・尾中文哉ほか『生の技法』藤原書店、75-100.	彼らは「脱家族」を言う。しかしそれは、家族というものを全否定しようというものではない。家族との関係を断ち切ることでない。そこで主題となるのは、家族内部の情緒的關係によって障害者と親が閉鎖的な空間を作られてしまい、社会への窓口を失うことなのである。それを回避しようとする意志の現れが、自立生活であり、脱家族という主張なのである。
要田洋江（1999）『障害者差別の社会学』岩波書店.	欧米の障害者解放運動（ノーマライゼーション、自立生活運動）では、「脱施設」を唱うのみであるのに対し、日本のばあい、「脱家族」が含まれている。
Esping-Andersen（2001）A Welfare State for the 21century, 桜井書店. (=2001, 渡辺雅男・渡辺景子訳『福祉国家の可能性—改革の戦略と理論的基礎』桜井書店.)	福祉国家が世帯向けのサービス提供に取り組んでいる場合、われわれはそれを「脱家族化」と呼ぶことにする。これに対し、社会的ケアの主要な担い手は家族だと福祉国家が考えている場合、われわれは家族主義的福祉国家と呼ぶことにする。戦後の数十年間、すべての福祉国家が根本的に家族主義的であり、一人の男性を一家の稼ぎ手とする古典的な家族を想定していたということである。保健ケアと教育を除けば、福祉国家は、1960年代を通じて、スカンジナビア諸国であれ、アングロ・サクソンの国々であれ、ヨーロッパ大陸の国々であれ、ほとんど所得維持だけに力を注いでいた。高齢者のための社会サービスや保育ケアを1960年代末になってようやく構築し始めたのである。
土屋葉（2002）『障害者家族を生きる』勁草書房	親の囲い込みからの脱出を主張するのが「脱家族」の主張である。これは日本における自立生活運動において、「脱施設」とともに掲げられた目標の一つであった。この運動の担い手である全身性の重度障害者たちは、施設や家族ではなく地域で、他人に介助を依頼して生活することを主張した。
池末美穂子（2004）「家族の立場から」『精神科臨床サービス』4, 258-260.	発病時・治療開始時の若い年代の親に必要な学習の機会が乏しいのが現実で、その時期の親に向き合う医療関係者の役割の中には、回復のプロセスと社会的支援へ移行するイメージを描けるような援助が必要になってくる。高齢の親の人生が子への気遣いと介護に明け暮れている現実を踏まえ、それを知りながら関係職員がなお「頑張って」と言い続けてきた時代を終わらせる時期にきている。家族に対して過剰な役割を二度と課せないという確認が必要である。家族会や作業所につながっていても、60歳代、70歳代、80歳代の親達の病気の息子・娘への気遣いと介護の負担はほとんど軽減されていない。
土屋葉（2007）「障害者の『自立』と家族の『自立』」『女たちの21世紀』52, アジア女性資料センター、43-45.	障害者自立生活運動が「脱家族」という言葉で指摘したのは、家族のもつ「愛情」の危うさであり、より正確には規範的なものとしての「愛情」と、そうした愛情が母親に要請されることによってつくられる、母親と子どもの閉鎖的状況や息苦しさからの脱出を主張したのであった。つまり、「脱家族」とは、性別役割分業を前提とし、愛情と再生産労働が結びつけられた近代家族の構造それ自体に対する警鐘でもあったといえよう。
後藤澄江（2012）「変貌する日本の家族とコミュニティケア政策—高齢者介護の視点から」『社会福祉学研究』、65-69.	要介護高齢者人口の増加と介護期間の長期化、また、家族形態・機能の変容という需給両面の要因によって、家族のみでは高齢者の介護を支えきれなくなった。このことから、大きな流れとしては、家族介護依存からの脱却、すなわち、「脱家族化」に向けて様々な政策が展開されてきた。ただし、政策理念としては、1980年代の「日本型福祉社会論」にみられるように、時に、家族介護を強化することを目的とした主張や政策も、並行して存在してきた。
落合恵美子（2022）「ケアの『脱家族化』と移民受け入れがカギ」『週刊東洋経済2022年7月9日号』東洋経済新聞社、P. 61.	ケアの「脱家族化」という言葉がある。家事・育児などのサービスや費用を核家族だけで担う状態から、親族、国家、市場、NPO（非営利組織）などのコミュニティへ拡大させることだ。欧米諸国では1970年代以降にケアの脱家族化が進み、欧州では福祉国家が、米国では市場が、近代以降ケアを担ってきた家族の役割を分担した。日本、韓国、台湾は、欧州型の福祉国家を目指してきた。日本はいち早く福祉国家に近づいたが、中曽根政権時代に「日本の家族は強くてすばらしいから、国家による福祉は不要」という建前で新自由主義的方向が打ち出され、欧州並みにはなれなかった。

筆者作成

身性障害に関するものであり、Esping-Anderson (2001) 及び落合 (2022) は、国際比較から脱家族を論じ、池末 (2004) のみが精神障害領域である。後藤 (2012) の論考は、高齢者領域である。

岡原 (1990) は、自立生活運動における「脱家族」とは、字面と異なり、家族を全否定するものでもなく、関係を断ち切ることでない極めて重要なインプリケーションを持つと説明する。脱家族の主題は、親により形づくられる閉鎖的空間内のみの生活となってしまう、それを障害者の方から回避しようとする意志の現れが自立生活であり、脱家族なのだと説明する。

要田 (1999) は、欧米の自立生活運動が「脱施設」を主張するだけであるのに対して、日本は、「脱家族」の主張も必要であると説明する。

Esping-Andersen (2001) は、世帯向けのサービス提供に取り組んでいない国家、すなわち、社会的ケアの担い手を家族に強いている国家を家族主義的福祉国家と類型化した。男性を稼ぎ手とする古典的家族を想定する家族主義的福祉国家は、1960年代まで、全ての先進工業国もそうであったと説明する。日本は、他の先進工業国と同様に、家族は変容しているものの、ケアの担い手を家族に強いている家族主義的福祉国家のままである。

土屋 (2002) は、岡原 (1990) の親によりつくられる閉鎖空間のことを「親の囲い込み」と表現し、そこから脱出し、施設や家族ではなく地域で、他人に介助を依頼して暮らすことを「脱家族」と呼ぶと解説している。そして、土屋 (2007) は、規範的なものとしての家族の愛情が存在し、家族の愛情と再生産労働が家庭という閉じた空間のなかで結びついてしまうことが近代家族の構造であり、その危うさも指摘した。

池末 (2004) は、子どもが発病して早い時期に、親への教育が重要であるが、その機会が少ない。発病後の早い時期から、疾病の回復プロセスと社会的ケアへ移行していくイメージを持てるような支援が必要であると指摘する。高齢の親が子への気遣いとケアに明け暮れる時代を終わらせるために、親へ過重な役割を課さないようにしなければならないと指摘する。

後藤 (2012) は、高齢者領域の家族によるケアについて、脱家族化政策が展開してきたと説明する。高齢者領域における背景である家族の変容及び介護期間の長期化は、統合失調症の背景と共通している。

落合 (2022) は、Esping-Andersen (2001) の家族主義的福祉国家の定義を、日本の現時点において、欧州のようなケアの脱家族化に失敗し、新自由主義的な福祉改革がなされていることを指摘する。

ここまで、ケアの脱家族化に関する先行研究の論考を概観してきた。これらのことから、ケアの脱家族化の構成要素は、①ケアの与え手である家族と同一空間で暮らしていないこと、②ケアの与え手が家族以外にも多元化していること、③家族との関係まで断ち切るものではなく情緒的ケアは残ること、これら3点を含む必要があると考えた。そこで、本研究でいう「ケアの脱家族化」とは、「ケアを必要とする者が、定位家族から空間的に独立した暮らしを営み、手段的なケアの与え手を家族以外に委ねていくプロセス」と操作的に定義する。

2-2-3. 統合失調症罹病期間と家族のケア負担

統合失調症ケアの脱家族化を論じるにあたり、統合失調症の罹病期間と家族のケア負担につ

いて論じている先行研究をレビューした。表 2-2-4 は、先行研究を発表順に整理したものである。

表 2-2-4 統合失調症罹病期間と家族のケア負担に関する先行研究の整理

著者	概念
石原邦雄 (1981) 「精神病の長期化と家族の対応」『精神衛生研究』28, 93-107.	熊本・宮城の両県で全県的な患者家族調査を実施し、解答例2,952例をもとに、精神病の長期化がもたらす家族の態度変容について、分析した。長期化に伴い、家族の苦労（困難の訴え）は増大し、その中核は「将来の見通し不安」である。家族の患者に対する見方・接し方は長期化に伴い悪化し、犠牲感が強まる。患者の身の置き所は、家族か病院かの二者択一が中心であり、経過15年で家族志向から病院入院志向に転換する。
石原邦雄 (1982) 「精神病長期療養者の家族に関する2地域調査」『精神衛生研究』25, 28-44.	熊本・宮城両県の家族調査解答例2,952例をもとに、本人に対する思い、本人との関係、問題解決に向けた態度に関する分析を行った。結果、家意識・形態レベルにおける家制度の伝統の強さは、周囲からの義務として親族扶養を期待され、家族もそのように行動する。しかしながら自発的でない規範に拘束されたケアは、負担感や犠牲感を伴いやすく、患者に対する受容的態度が形成されにくい。その状況の中でなおかつ家族がケアを担っている。
岩田泰夫 (1995) 「精神障害を持つ人とその親との『親子カプセル』の形成と回復」『桃山学院大学社会学論集』29(2), 1-25.	家族会に入会している統合失調症の家族3名の語りの分析から、「親は、精神障害を持つ子どもを保護し、子どもは、自信を失い、親に依存する。親は、子どもを依存させ共依存に陥り、親子カプセルを形成する」と論じた。家族に必要な社会資源は、「精神障害の子どもではなく、自分の悩みや苦しみを聞いてもらう。子どもの回復を支援したり協力する立場ではなくて、悩み苦しむクライアントという立場で相談に応じてくれる専門機関と専門職」と「自分や自分の体験を話せる家族会や家族教室」であると指摘した。
南山浩二 (1996) 「精神障害者をケアする家族の負担—2時点間パネル調査の結果から」『家計経済研究』31, 61-69.	わが国における精神障害者家族に関する先行研究では、1時点データの分析によるものであり、時間経過のなかでの家族の負担状況の変化は、捉えにくい。1時点目調査を1991年、2時点目調査を1993年に実施し、分析対象440名を因子分析した。分析の結果、家族の負担状況は慢性化し、病状の変化や問題行動、医療保健福祉専門職との関係、同居家族の死去や病気、家族の結婚（話）、世帯収入額の減少、イベントや変化の生起が家族の負担状況をさらに悪化させ、累積現象がみられた。
小原聡子・西尾雅明、牧尾一彦ほか (2001) 「罹病期間からみた家族のニーズと家族教室に求めるもの—全国精神障害者家族会連合会家族支援プログラムモデル事業に参加した家族へのアンケート調査から」『病院・地域精神医学』44(3), 357-363.	医療機関の家族教室参加者160名を対象に、罹病期間ごとに3群（短期群：2年未満、中期群：2年～10年、長期群：10年以上）に分け、家族教室のニーズに関する分析を行った。短期群の家族は、気持ちを打ち明けたり相談できる人（情緒的支援）と制度や病気の知識や患者への対応方法（情動的支援）のニーズが高く、困難度は他群より低値である。中期群は、自分に代わり本人をみってくれる人（手段的支援）が3群中で最も高く、困難度では将来の見通しが立てられない不安や焦りが短期群より高い。長期群では、生活困難度が増す傾向にあり、その要因は、患者との関係や介護そのものの長期化、それに伴って生じる、家族自身の高齢化等により抱える問題が多様化していくことが考えられる。
藤野成美・山口扶弥・岡村仁 (2009) 「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.	5年以上の入院経験がある統合失調症の家族介護者23名を対象にインタビュー調査を実施した。分析の結果、現状の苦悩として「精神症状に対する対応の困難性」、「経済的負担」、「副介護者がいないこと」があり、将来の苦悩として「親亡き後の避けられない孤独」、「親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと」を生成した。
半澤節子 (2010) 「精神障害者家族の介護負担と家族支援」『最新精神医学』15(3), 245-250.	国内外の精神障害者家族の介護負担に+B5:B9に関する研究をレビューした。結果、東アジアでは、専門職の支援やソーシャルサポートにつながるまでに、家族は緊密な家族関係のもとで患者を抱え込み、苦悩を抱きながら耐え続ける。医療や福祉の支援が導入された後にも再発という場面で最悪の状態が繰り返されるなら、「家族であらゆる苦悩」は「あきらめ」となり、親世代から兄弟世代に介護役割が世代交代される時期に、介護を精神科病院に託すという形で肩の荷を下ろすこととなる。

筆者作成

石原 (1981) は、全家連の 1985 調査の前に、熊本・宮城の患者家族調査をおこない、分析し

ている。そこでは、罹病期間の長期化に伴い、家族のケア負担は、増大し、接し方も悪化し、犠牲感が強まることを指摘している。家族と一緒に暮らすことから入院志向となっていく転換点が、発病後15年目と指摘する。また、家制度は、義務感からのケアをもたらす。非自発的で規範に拘束されたケアは、ケアする者の負担感や犠牲感を伴いやすく、患者に対する受容的態度は形成されない。にも関わらず家族によるケアは続けられる（石原：1982）。

岩田（1995）は、統合失調症の家族3名の語りを分析し、親子が共依存状態へとなくなっていくプロセスを論じ、それを「親子カプセル」と命名している。そして、統合失調症の親が必要とする社会資源は、親自身をクライアントと位置づける専門機関と専門職、同質の問題を持つ者同士の集団である家族会や家族教室であると指摘する。

南山（1996b）は、精神障害者家族440名を対象に、2年間の間隔を空けた2時点における負担状況の調査を行い、その間の変化を分析している。結果は、家族の負担状況は慢性化し、病状の変化や問題行動、医療保健福祉専門職との関係、同居家族の死去や病気、家族の結婚話、世帯収入額の減少、等のイベントや変化の生起が家族の負担状況をさらに悪化させ、累積現象がみられることを明らかにしている。

小原ら（2001）は、家族教室参加者160名を罹病期間ごとに短期、中期、長期の3群に分け家族教室のニーズに関する分析を行っている。結果、短期群は、気持ちの分ち合い（情緒的支援）及び制度や病気の知識（情動的支援）のニーズが高い。中期群は、本人を代わりにみてくれる人（手段的支援）が3群のなかで最も高く、見通しが持てない不安が短期群より高い。長期群は、家族自身の高齢化も相俟って、介護そのものの長期化、問題の多様化がみられ、生活困難度が高い。

藤野ら（2009）は、長期入院経験のある統合失調症者家族23名へのインタビュー調査を実施し質的分析を行っている。結果、現状の苦悩として、「精神症状に対する対応の困難性」、「経済的負担」、「副介護者がいないこと」を生成し、将来の苦悩として「親亡き後の避けられない孤独」、「親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと」を生成している。

半澤（2010）は、国内外の精神障害者家族の介護負担に関する先行研究をレビューし、統合失調症患者家族が専門的支援につながりにくい要因のひとつに「スティグマ(stigma)」をあげ、東アジアにおける特徴を以下のように述べている。

専門職の支援やソーシャルサポートにつながるまでに、家族は緊密な家族関係のもとで患者を抱え込み、苦悩を抱きながら耐え続ける。医療や福祉の支援が導入された後にも再発という場面で最悪の状態が繰り返されるなら、「家族であらゆる苦悩」はいずれ「あきらめ」となり、親世代から兄弟世代に介護役割が世代交代される時期に、介護を精神科病院に託すという形で肩の荷を下ろすこととなる。

半澤（2010）の知見は、先に述べた石原（1981, 1982）の家族か病院の二者択一が中心であり、負担感や義務感を伴うケアとなり、家族志向から病院入院中心へ移行していくこと。また、岩田（1995）の家族カプセルの形成及び南山（1996b）の家族の負担状況の悪化及び累積現象がみられること。小原ら（2001）の家族の高齢化等により抱える問題が多様化していくことがみら

れること、藤野ら（2009）の親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすことという知見を包含したものである。着目すべきは、昭和の時代の石原（1981, 1982）の調査研究から現在に至るまで、統合失調症家族のおかれた状況は、変わっていないことである。統合失調症の家族は、ケアの担い手としてのみ位置づけられてきたのである。

第3項の小括

統合失調症罹病期間と家族のケア負担に関する7本の先行研究を統合すると、以下の統合失調症親のドミナント・ストーリーが浮上してくる。

罹病期間の長期化に伴い、親のケア負担感や犠牲感は蓄積していき、自身の高齢化等の問題が生じても他にケアを委ねる術もなく、最終的に入院やむなしと決断し、ケア役割を終える。

2-2-4. ケアラー支援の4つのモデル

J. Twigg と K. Atkin は、ケアを担っている家族への支援システムを、図 2-2-1「ケアラー支援の4つのモデル」として発表し、それぞれのモデルについて説明している（J. Twigg&K. Atkin : 1994）。ここでは、木下（2007）の訳に基づき、それぞれのモデルについて記していく。

最初のモデル“Carers as resources”は、介護者を「主たる介護資源」と位置づけるモデルである。このモデルは、介護者がほとんどの介護を担っていても、それを当然とみる。関心は、要介護者に焦点化され、介護者と要介護者に利害関係が起こりうることは無視される。介護者は、無償の介護資源と見做され、介護者の負担軽減や介護者の担っているケアを公的ケアで対応することに関する社会的、政策的関心は低い。

第二のモデル“Carers as co-workers”は、介護者を「専門職と協働でケアに従事する人」と位置づけるモデルである。要介護者の状態の改善が介護者と専門職に共有された目的で、そのために介護者の意欲、モラルが重要とされる。介護者の負担は考慮されるものの、共有された目的の範囲においてである。

第三のモデル“Carers as co-clients”は、「介護者自身も援助の対象者」というモデルである。介護者のストレスを軽減することで、その結果高いモラルで介護役割を継続的に果たすことを期待され、様々な形のレスパイトが効果を上げると考えられている。

図 2-2-1 J. Twigg&K. Atkin によるケアラー支援の4つのモデル

	<i>Carers as resources</i>	<i>Carers as co-workers</i>	<i>Carers as co-clients</i>	<i>Superseded carer</i>
Definition of carer	Very wide	Wide	Narrow	'Relatives'
Focus of interest	Disabled person	Disabled person with some instrumental recognition of the carer	Carer	Disabled person and carer, but separately
Conflict of interest	Ignored	Partly recognized	Recognized fully, but one way	Recognized, but in relation to both carer and disabled person
Aim	Care maximization and minimization of substitution	Highest quality of care for the disabled person. Well-being of carer as means to this	Well-being of the carer	Well-being of carer and independence for the disabled person, but seen as separate

出典) Julia Twigg, Karl Atkin : Carers Perceived 13 頁 Four models of carers 転載

第四のモデル“Superseded carer”は、要介護者と介護者を切り離し、介護者を要介護者との間で従属的に規定しない「ケアラー規定を超えたケアラー」モデルである。専門職は、介護者を家族として理解し、介護者という見方に附随する責任や義務感などの負担を課さないように、それぞれ両者を個人として個別的に支援する。介護者が、介護役割を担うことで、介護者が市民として当然得られるべき機会を失うことが無いように、必要とされる支援を社会で準備すべきと考えるモデルである。このモデルが理想的であるとされている。

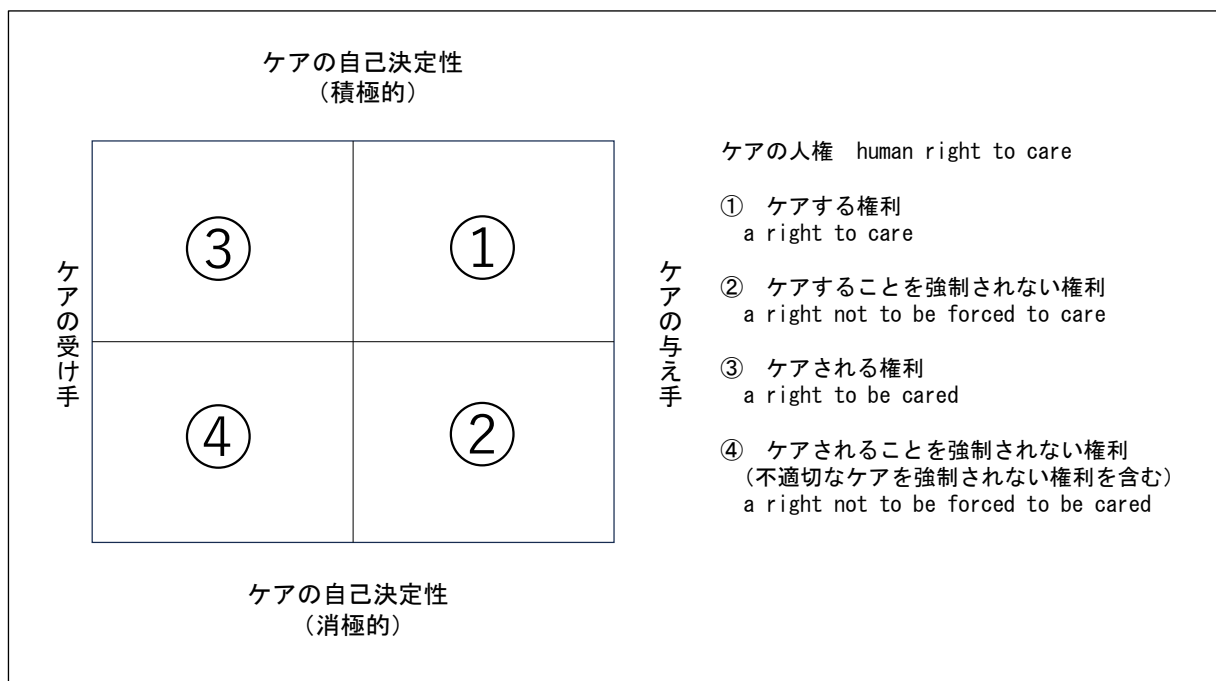
わが国における統合失調症ケアは、「主たる介護資源」及び「専門職と協働でケアに従事する人」にとどまっていると考えられる。

2-2-5. ケアの人権アプローチ四元モデル

上野（2011）は、本節第1項で述べたように、Mary Daly（2001）のケアの定義「依存的な存在である成人または子どもの身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組みのもとにおいて、満たすことに関わる行為と関係」を採用したうえで、Mary Daly のケアの人権アプローチを一部修正し、図 2-2-2 の「ケアの人権アプローチ四元モデル（以下、上野モデル）」（上野：2011）を提唱している。

上野モデルは、ケアに関する4つの権利の集合である。その4つのケアの人権（human rights to care）とは、ケアの与え手に付与される①ケアする権利（a right to care）及び②ケアすることを強制されない権利（a right not to be forced to care）、ケアの受け手に付与される③ケアされる権利（a right to be cared）及び④ケアされることを強制されない権利（a right not to be forced to be cared）である。④には、不適切なケアを強制されない権利を含む。上野モデルは、これら4つの権利の集合である。

図 2-2-2 ケアの人権アプローチ四元モデル（上野モデル）



出典) 上野千鶴子『ケアの社会学』大田出版, 61 頁図 1 を一部修正

ケアは、複数の関与者による相互行為であるため、X軸上にケアの与え手と受け手を配置し、Y軸上にケアの自己決定の両極である積極性と消極性を配置している。ケアの与え手にとっても受け手にとっても選択可能なケアは「のぞましい」ものとなる。しかしながら、選択不可能なケアは、抑圧や強制、パターンナリスティックなものとなり易い。前項の石原（1982）の家制度下における義務としての親族扶養の非自発的なケア及び罹病期間の長期化に伴う家族の負担状況等（南山：1996b, 小原ら：2001, 藤野ら：2009）を抱える家族によるケアは、選択不可能なケアである。それゆえ、抑圧や強制、パターンナリスティックなものとなりやすい。図 2-2-2 は、ケアが持つ両義性「よきもの」でもあり「避けたいもの」を相対化し表している。

上野モデルは、ケアの与え手には、①ケアする権利の裏面に②ケアすることを強制されない権利の選択権も併せ持っている。後者の②ケアすることを強制されない権利が付与されないケアは、強制労働であり、ケアから離れられない家庭という場もひとつの強制収容所となる、と説明する。日本における統合失調症者に対するケアは、家族によるケアを前提に制度設計がなされ、ケアの与え手である家族は、アセスメント面接を受ける権利も保障されていない。したがって、日本の統合失調症家族には、ケアの与え手となるか否かの選択権が保障されていない。①ケアする権利を選択する場合、ケアの与え手にとっての社会的な損失、つまり退職等により逸失利益を被ることに対する所得保障や就業保障を得られなければ、①ケアする権利を保障しているとはいえない、と上野は説明する。統合失調症ケアに伴う介護休暇制度もなく、統合失調症ケアのために退職したとしても、逸失利益を補填する介護手当等の制度もない。また、統合失調症ケアの期間における税控除や再就職支援制度もない。上野モデルから考えると日本の統合失調症家族は、①ケアする権利も保障されているといえない。

③ケアされる権利は、基本的人権のなかの社会権に含まれるものである。統合失調症者を対象とする法を振り返ると、精神病者監護法（1900年）、精神病院法（1919年）、精神衛生法（1950年）は、私宅監置及び強制入院の手法であった。したがって精神衛生法までは、ケアされる権利が保障されていたとはいえない。精神保健法（1982年）、精神保健福祉法（1995年）により、社会復帰施設が制度上位置づけられ、精神保健福祉法一部改正法（1999年）により、ホームヘルプ、グループホーム、ショートステイが制度化された。③ケアされる権利に対応する制度整備が始まったといえる。

④不適切なケアを強制されない権利は、③でホームヘルプ等の制度が出来たとはいえ、必要（=need）に対して割り当てられるケアの与え手との関係は、非対称的である。ケアの受け手である統合失調症者が不適切と感じたとしても、交渉によりケアの与え手を変更することは、難しい。精神科病院における隔離、身体的及び化学的拘束、強制投薬、電気けいれん療法を伴う強制的な治療は、障害者権利条約対日審査の総括所見において、障害者権利委員会による懸念として表明されている（外務省訳：2022年）。国際基準では、精神科病院における上記治療は、不適切なケアを強制されていると解されている。

以上、上野モデルから日本における統合失調症ケアの4つの人権についてみてきた。①ケアする権利及び②ケアすることを強制されない権利は、保障されているとはいえない。③ケアされる権利は、制度整備されてきているものの、ケアの与え手と受け手の非対称な関係性については、一顧だにされていないことから、④不適切なケアを強制されない権利が保障されている

とはいえない。

2-2-6. 諸外国におけるケアラー支援の状況

(1) ケアラー支援に関する諸外国と日本の比較

日本で介護者と聞くと、高齢者を介護する家族やケアワーカーを思い浮かべる。前者の高齢者を介護する家族の支援について、2013（平成 25）年の地域包括ケア研究会の「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」で、以下のように記されている。

家族等が介護を理由に仕事や学業等の社会生活を断念せざるをえなくなること、心身に不調をきたすことは、社会全体の損失となる。介護者への効果的な支援は、最終的に要介護者の QOL（生活の質）を向上させるだけでなく、社会的な損失を縮小させるという視点をもって、介護者への支援を検討すべきではないだろうか。（傍点筆者）

今後の行政施策を検討する諮問機関の報告書で、介護者支援の必要性を言及している。地域包括ケア研究会の後継の検討会は、サービス提供を実施している事業者のケーススタディを行い、2017（平成 29）年、「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービスの提供のあり方に関する調査研究事業報告書」をまとめた。そこには、介護者支援に関する記載はみられない。介護者支援を検討すべきとした 2013（平成 25）年報告書の政策化は未だなされていない。湯原（2017）は、介護者支援の法制化は急務の課題であると指摘している。

では、世界は、介護者をどう位置づけ、どのような支援を行っているのだろうか。介護者は、イギリス英語ではケアラー（carer）、アメリカ英語ではケアギヴァー（carer giver）やファミリーケアギヴァー（family carer giver）と表記される。職業として行うケアワーカー（carer worker）と区別するため、インフォーマル・ケアギヴァー（informal carer giver）あるいはアンペイド・ケアギヴァー（unpaid care giver）と表記されたりもする。

世界保健機構は、家族介護者のニーズを考慮に入れ、そのニーズに対応する政策をロングタームケア政策の一環に組み入れなければならないとした（WHO：2002）。高齢者本人や障害者本人を対象とする政策ではなく、介護者を対象とする政策の必要性を提唱している。無償の介護は、介護者の身体的・精神的な苦痛を伴い、経済的にも損害を与えている。それゆえ、家族介護者に対する政策的な介入なしには、無償の介護は継続されないと判断されている。家族介護者支援に必要とされる政策手段は、①教育と訓練及びカウンセリングサービス、②レスパイトによる休息と休暇の保障、③介護休暇等の制度化による仕事と介護の両立、④介護に従事する期間を考慮した介護者の年金受給権の保護、⑤介護者への所得保障としての介護者手当の制度化、の 5 点である（三富：2008）。

介護者支援に関する単独法は、1995 年、イギリスでメジャー政権のもと制定された「ケアラーズ法（The Carers（Recognition and Service） Act 1995）」が世界初である。その後、介護者の名を冠した法律は、アイルランド、アメリカ、オーストラリアでも同種の法律が制定されている。介護者と表記し、その権利を関係法令に明記する国は、フィンランド、スウェーデン、

デンマーク、オランダ、ドイツ、フランス、ニュージーランドがある（三富：2011）。

こういった介護者支援の制度化を図るには、世論への働きかけと国民の理解、共感が求められる。誰もが、学校や仕事を継続しながら、家族介護者としてケアの与え手となる可能性があり、自らもケアの受け手となる可能性がある。日々新たにケアの受け手となる人が生まれ、それに伴いケアの与え手も生まれる。誰もが直面する可能性を持つ課題となることは、明らかである。介護者支援に関する法律を制定している国々は、当事者団体の運動とともに、家族介護者の状況を見える化し、世論を喚起している。

三富（2016）は、こういったアンペイド・ケアギヴァーの年間無償介護時間を全て有償の介護に置き換えた場合の支援を公表することが有効であると説明する。例えば、フランスでは、年間70億から110億ユーロに相当する介護がアンペイド・ケアギヴァーによりなされており、イギリスでは、介護者の担う無償介護時間が年間1,195億ポンドとなり、国民保健サービスの年間経費（988億ポンド、2009～2010年）を優に上回ることを明らかにした。介護者の貢献度合いを、有償介護に換算し、国民に分かりやすく伝えることは、共感を得られる手段であり、アメリカや欧州では、すっかり定着していると指摘する。

また、日本で家族介護者という用語は、高齢者の介護家族というイメージが強い。しかしながら、国際的にはそうではない。三富（2008：6）は、そのことの差異について、以下のように言及している。

イギリスの介護者は、ケアラーの定義に照らすとき日本の介護者といくつかの点において異なる。まず、それは、要介護高齢者の世話にあたる人々に限定されない。日本の介護者は、もっぱら高齢者の日常生活上の援助に当たる人々に狭く限定され、障がい児はもとより障がい者の世話に当たる人々を含まないことが多い。こうした事情は日本に特有であって、イギリスはもとより広く欧米諸国と国際機関あるいは国際団体には無縁である。また、介護者は要介護者の家族に狭く限定されない。全国統計局の定義に示されるように友人や隣人あるいは他のパートナーであることも少なくない。ここに言うパートナーには、婚姻に当たって法的な手続を取らない事実婚の当事者も含まれる。また、要介護者と同居しながら世話に当たる同性の介護者も含まれる。いずれも家族形態の多様化として論じられる事情の一環である。介護者ではなくあえて家族介護あるいは家族介護者と表現することによって、事実婚の一方の当事者による介護を少なくとも認知しようとする日本の事情に比べるならば、これもイギリスを含む欧米諸国における特徴のひとつである。さらに、介護者には成人とならんで子どもが含まれる。

筆者は、2018年3月に英国バーミンガム市でメリデン・ファミリー・プログラムの視察の機会を得た。その折り、ケアラーズ法の対象が他の社会的弱者と同様に、精神障害者も対象とされていることを目の当たりにし、衝撃を受けた。介護している家族への介護手当の支給、統合失調症本人のことでなく、家族自身の相談をすることが出来ること。なかでも、家族自身の人生や高齢を理由に統合失調症の子どもとの同居をやめることを主張できるシステム、つまり「ケアすることを強制されない権利」が普通に担保されていたことに驚いた。家族との同居から非

同居となる場合、介護を行っていた家族から地域支援機関への引き継ぎもなされていた。

一方、日本の場合、高齢者においても障害者においても、介護者に対する支援施策が無いに等しい。介護を担う家族は、無償の介護を長期間強いられることにより、身体的・精神的な苦痛、さらに経済的な損害を被り、それらを要因とする養護者による要介護者への虐待、介護殺人が社会問題化している。そして、そのことへの対策として、高齢者虐待防止法（2005年）、障害者虐待防止法（2011年）が成立し、施行されている。これら虐待防止に関する法律は、要介護状態にある高齢者本人、障害者本人の人権を擁護するための法であり、介護者の人権を擁護することを目的とする法ではない。前項で述べたように、日本の統合失調症家族は、先の Twigg&Atkin の介護者支援の4つのモデルで考えると、その多くが第一のモデル「主たるケアの与え手としての家族」である。要介護者に従属する存在となる。上野モデルで考えると「ケアすることを強制されない権利」が付与されていないばかりか、「ケアする権利」を行使するための制度整備は、皆無に等しい。古屋（2019）は、「精神障害者の親への支援は何も制度化されていない」と指摘する。また、古屋自身の地域での取り組みから、現状は、「8050問題」が高齢化の加速により「9060問題」に至り、これからの高齢化した親と在宅精神障害者の支援には、介護保険事業者との連携が必要不可欠であると指摘している。

（2）イギリスにおけるケアラーズ法と諸外国の比較

イギリスのケアラーズ法の概要及び介護者支援の発展について、三富（2008, 2010, 2011, 2016）の文献を中心に記していきたい。イギリスのケアラーズ法を詳述する理由は、2点ある。ひとつは、介護者を対象とする世界初の法であること。もうひとつは、イギリス、アメリカ、オーストラリア、経済協力開発機構、ヨーロッパ生活労働諸条件財団が一致して示す介護者支援の方法の19項目について、項目全てを実施している国は、イギリスのみであるからである。項目の詳細は表2-2-5のとおりである。細部を比較検討していくと、例えば、介護者手当の額は、北欧の国々に比べてイギリスは、額が低く、個別項目においては、劣位となる部分もみられる。

なぜ、イギリスで介護者支援の法制化が他国より先がけて進んだのか。前史について、若干の説明を記しておく。イギリスでは、1960年代に両親の介護のために辞職した職員への年金保険料が免除され、1970年代には、介護手当が支給されるようになった。1981年、運動体として現在の英国介護者協会（以下、Carers UK）が設立される。Carers UKは、1986年に10項目からなる「介護者憲章」を公表し、1994年には政策立案とサービス給付の原則8項目を記した「介護者法典（Carers' code）を公表する。その8項目は、①介護者とニーズの承認。②選択性の確保、介護者が介護役割を担い続けるかどうか。③公平性の確保、介護者の性別、人種、文化、年齢といった属性に関わりなくサービスを受けられる。④諮問の実施、サービス提供機関による介護者への諮問を定期的に行う。⑤情報の提供、全ての介護者へ正確で包括的な情報を提供すること。⑥実際的な援助の提供、利用のしやすいアセスメントと援助を行うこと。⑦所得保障、諸手当の申請の援助とともにサービスの利用量負担を少なくすること。⑧サービスの調整、効果的に協同を重ねサービスを給付すること、の8項目である。運動体は、Carers UK だけではない。1986年、キングス・ファンドにより設立された介護者支援チーム（Carers Unit, 1989年までの名称は、Informal Caring Support Unit）も介護者支援の政策形成に大きな影響を与

表 2-2-5 介護者支援の方法に関する国際比較

	イギリス政府、介護者のための全国戦略 (1999年)	スコットランド行政庁 (2006年)	アメリカ家族介護者支援事業 (2000年)	オーストラリア介護者支援計画 (2007年)	経済協力開発機構 (1996年)	ヨーロッパ生活労働諸条件改善財団 (1993年)
介護者へのサービス						
介護者の早期の確認	◎	◎				
休息と休暇の保障	◎	◎	◎	◎	◎	◎
情報提供と助言	◎	◎	◎	◎	◎	◎
カウンセリング	◎	◎	◎	◎		◎
介護者自助グループ	◎	◎	◎	◎	◎	◎
介護者支援センター	◎	◎				◎
介護技術の訓練	◎	◎	◎	◎	◎	◎
交通手段の確保	◎					
介護を担う子どもへの支援	◎	◎		◎		
介護者へのアセスメント	◎	◎				
支援計画策定への参画	◎	◎				
所得保障						
介護者手当	◎	◎		◎	◎	◎
年金受給要件と介護期間考慮	◎					◎
仕事と介護の両立						
柔軟な働き方	◎	◎			◎	◎
介護休暇制度	◎	◎			◎	◎
要介護者へのサービス						
住宅サービス	◎	◎	◎	◎	◎	◎
住宅の改修	◎	◎				◎
障がい者の地方税の縮減	◎					
その他						
職員への介護者問題啓発	◎	◎		◎		◎
介護者支援方法の合計	19	16	6	9	8	13

出典) 三富紀敬 (2008) 『イギリスのコミュニティケアと介護者』 34 頁 表序-4 を転載

えている (三富: 2008)。

1986 年, “The Disabled Persons (Service, consultation and representation) Act 1986” (障害者サービス・相談・代理に関する 1986 年法) が制定された。1986 年法は, 障害のある要介護者のニーズアセスメントにおいて, 介護者の介護継続可能性に考慮をほらなければならないとしている。介護者のニーズを承認した最初の法である。この法では, 介護者を「恒常的に介護を提供し続ける他の人物」と表記している (三富: 2008)。

1995 年, 介護者支援に関する世界初の単独法 “The Carers (Recognition and Service) Act 1995” (介護者の承認とサービスに関する 1995 年法) が成立する。この法では, 介護者に介護能力および介護持続能力に関するアセスメント請求権を認めた。自治体には介護者の請求に応じ, アセスメントを実施することを法的に義務付けた。また介護者が希望すれば, 要介護者とは別の場所でニーズアセスメントを受ける機会や, 要介護者の担当ではないソーシャルワーカーによるニーズアセスメントを受けることも保障した (梅崎: 2000)。

一方で, 介護者のアセスメント請求権は, 要介護者のアセスメントが実施され, 介護者からの請求があった場合に限定された。そのため, アセスメント請求権を知る介護者は 3 人に 1 人程度であった。また, 自治体への財源の手当がないままの法施行であり, 政府の消極的な対応は批判された。そもそも政府の関心は, 介護の継続可能性の確保にあり, 介護者が制限されている余暇活動や生涯教育の権利擁護は, 法の射程として想定していないことは, 表 2-2-6 のア

セスメント調査項目からも分かる（三富：2008）。

表 2-2-6 アセスメント調査項目

	1997年12月～98年10月	2002年5～9月	2003年10月～12月
介護者の健康	29	72	46
休息や休暇の取得		69	67
介護作業		52	
介護の精神的な負担		51	46
緊急時の対応		28	22
他の家族責任		22	33
就業	9	13	17
教育訓練	7	7	8
介護者の希望	39		

出典）三富紀敬（2008）『イギリスのコミュニティと介護者』198 頁表 3-10 を転載

1986 法からの改善点は、介護者の範囲を広げたことだ。介護者の定義は、「定期的に相当量の介護をするすべての年齢層の者（職業・ボランティア活動での介護従事者を除く）」とされ、障害だけでなく、育児、養護、介護を含む広範なものとなった。（森山：2021）。

1999 年、労働党ブレア政権が始まり、保健省（Department of Health）は、「ケアラーのための国家戦略（10 年計画）」（1999 年）を発表する。森山（2021）によると、そこには、以下の 9 の政策パッケージが示されている。①自治体にケアラーのニーズを取り上げること認めるための新しい立法措置を講じる。②介護に従事した期間を国の第 2 年金期間に算入する。③2050 年までに、ケアラーに対して現在価格で週 50 ポンド受給できる提案を行う。④より高齢者となった人がケアされる場合に、地方税を減額する。⑤ケアラーセンターなどを含めて、近隣サービスの体制づくりの援助を行う。⑥ケアラーが仕事に戻れるように、支援の拡充を図る。⑦新しい国勢調査において、ケアラーに関する情報の不備を補うための質問項目を設ける。⑧ヤングケアラーには、登校支援を含めて援助する。⑨ケアラーのブレイク（休息）のために特別予算を組む、以上の 9 の政策パッケージである。

2000 年に成立した“The Carers and Disabled Children Act 2000”（介護者及び障害児法）は、介護者のアセスメント請求権が要介護者の権利に従属していたものを介護者独自の権利として承認している。短期の休息期間を確保するためのサービス引換券制度が創設され、介護者の休息や休暇の機会というサービスの拡充の基礎を築いた法である。

2004 年、介護者の名を冠する 3 番目の法律“The Carers (Equal Opportunities) Act 2004”（介護者への均等な機会 2004 年法）が成立する。三富（2008）の解説によると、介護者へアセスメント請求権があることを告知する義務を自治体へ課した。また、アセスメントに際して、介護の査定だけでなく、介護者の就業、余暇活動、生涯学習にも考慮を払うこととされた。2004 年法は、介護者像の転換を図ったといえる。介護者は、要介護者に従属する介護者としてではなく、仕事と介護の両立を政策上の課題としたのである。介護者が、他の人々と同じように労働市場に参加するとともに余暇をごく普通に享受することができるように、社会的な包摂の促進を射程としている。

2-2-7. 家族によるケアと専門職によるケアの差異

前項では、介護者支援を法制化していくためには、アンペイド・ケアギヴァーの年間無償介護時間を全て有償の介護に置き換えた場合の支援を公表することが有効であると述べた。

では、家族によるケアとホームヘルプサービスや訪問看護等、専門職によるケアは、同質のものなのか。E.Kittay (=2010) は、それらケアの供給源の違いについて、以下のように述べている。

(家族の担う) ケアの仕事の中身は、機能上拡散しているの、必要なことは何でもしなければならぬのに対して、専門家によるケアは情緒的中立性・普遍性・機能限定性で特徴づけられる。

つまり、家族によるケアは、暮らしにおける一連の流れのなかにある。例えば、夕食を作り、食後の服薬管理を行い、清潔の保持のために、入浴を促す。といった具合に、ひとつひとつのケアが「これは家事援助」、「これは疾病管理」と機能分化されているのではなく、必要に応じて、その都度ケアをしている。

個々の家族員は、家族の時間、プライベートな時間、接続している社会の構成員としての時間、とそれぞれが主体的に時間を配分し、家族との調和を保ち暮らしている。そこに、本人へのケアの時間が加わることは、それらの時間を圧迫することを意味する。多くの場合、本人へのケアを効率的に短時間で終わらせたいというベクトルが働く。統合失調症は、テンポがゆっくりである、との言説は実践現場でよく耳にする。アンダーソンの統合失調症は、「内的外的環境からくる刺激や情報を適切に処理できないだけでなく、予測できる条件下においても、刺激に対する処理が遅いという基底にある欠損（傍点筆者）」(Carol M. Anderson et al=1988:39) という指摘は、より一層、ケアを短時間で終わらせたい家族の思いに拍車をかける。それが、E.Kittay の言う「家族の担うケアの仕事の中身は、機能上拡散している」こととなる。

他方、専門家によるケアは、法規定と契約によりケアの内容が定型化され、時間の制限も伴う。当然のことながら、機能限定的なものである。例えていえば、訪問看護が、買い物や食事づくりをすることはないのである。

第3節 同居家族による統合失調症ケア

本節では、家族が担っているケアについて、家族会が実施した5回の大規模調査の報告書（1985調査、1991調査、2005調査、2017調査、2020調査）から分析した。分析結果である家族の担っているケアについて、第1節で整理したICIDH、ICF、IADLの知見から演繹的に考察する。

2-3-1. 統合失調症ケアを家族が担う理由

前節3項で、統合失調症罹病期間と家族のケア負担について、先行研究をレビューした。「罹病期間の長期化に伴い、親のケア負担感や犠牲感は蓄積していき、親自身の高齢化等の問題が生じても他にケアを委ねる術もなく、最終的に入院やむなしと決断し、ケア役割を終える」と、統合失調症親のドミナント・ストーリーが浮上すると述べた。

第1章第1節では、統合失調症家族研究における発病の原因を親とする家族病因論は、治療の対象として親を位置づけ、偏見・差別を助長したことを言及した。再発の原因を親に求めるEE研究は、教育の対象として親を位置づけ、再発予防に貢献した。一方で、EE研究及びストレスコーピングモデルの知見を還元した統合失調症家族への心理社会教育は、家族によるケアを前提とし、数多ある再発の誘因をミクロレベルの家族の責任に帰結させるおそれがあることを指摘した。

第1章第2節では、法制度が、監護義務者、保護義務者、保護者、家族等、と名称を変更させながら、統合失調症家族に過重なケアを強い続けてきた歴史を概観した。その結果として、統合失調症親と本人が共依存関係に陥れる可能性があることを言及した。

先述した統合失調症親のドミナント・ストーリーは、発病の原因を家族とする家族病因論等により醸成された社会の偏見・差別、家族を教育の対象としてのみ位置づける実践、家族に過重な責任を強いる法制度、この三者の必然的帰結である。

では、統合失調症親の心理はどうなのか。殿村ら（2009）は、統合失調症と躁うつ病の家族554名を対象にホームヘルプサービス（以下、HH）の利用状況調査を実施した。84.5%がHHの利用経験がなく、利用しない理由では、「世話は家族がすべき（と考える）」が最も多かった。1996年の家族会大規模調査では、「本人の世話をするのは自分の役目」という回答が94.0%となっている。また、家族会員は、家族会が親亡き後を見据えて設立したグループホームに子どもを入所させず、親が自宅で世話を続ける（岩田：1995）という報告もある。

統合失調症親は、「ケアすることを親自身の役目」と捉え、それゆえ、HH等の社会資源の利用に抑制的であることを先行研究は示している。こういった統合失調症親の思考及びケア行為は、歴史的、制度的、実践により醸成された社会的・文化的背景、即ち「家族ケアを前提とした制度設計」と統合失調症に対する「社会の偏見・差別」に拠ると考えられる。

2-3-2. 家族会の大規模調査結果から見えてくる家族によるケア

家族会の大規模調査は、表序-2-1のとおり、これまで7回実施している。調査名は、調査年を付した略語を用いる。7回の調査のうち、本人の疾患名を尋ねているのは、表2-3-1のとおり4回である。1985調査では、精神分裂病の回答を統合失調症に置き換えている。1985調査で

は、本人・家族に医療機関からの情報入手の同意を得られた事例調査 172 例のうち、統合失調症が 93.1%を占めていた。インフォームドコンセントがなされるようになった近年の 3 回の調査では、統合失調症の占める割合が 8 割前後となっている。表 2-3-2 は、家族と同居・非同居の割合を整理したものであり、表 2-3-3 は、家族と同居している者を対象に同居の種別を整理したものである。

表 2-3-1 大規模調査における本人の疾患名

	統合失調症	気分感情障害	非定型精神病	病名分らない	その他
1985調査	68.7%	6.0%	1.7%	7.6%	16.0%
2010調査	82.7%	5.7%	1.9%	1.1%	8.6%
2017調査	80.3%	7.9%	1.0%	0.6%	10.2%
2020調査	75.3%	11.0%	0.5%	0.9%	12.3%

表 2-3-2 家族と同居・非同居比率

	家族と同居	非同居	無回答
1996調査	79.0%	14.8%	6.2%
2010調査	79.5%	20.5%	
2017調査	75.6%	24.4%	
2020調査	75.5%	24.5%	

表 2-3-3 同居の種別

	定位家族	生殖家族	その他
1991調査	71.6%	10.5%	17.9%
2020調査	83.6%	2.0%	14.4%

出典) 大規模調査報告書をもとに筆者作成

家族会の実施した大規模調査での本人の診断名は、統合失調症が 8 割前後と多数を占めており、家族と同居している者の同居の種別をみると、生殖家族の比率は低く、7 割から 8 割強が定位家族で暮らしている。これらのことから、大規模調査の結果を分析することで、家族による統合失調症患者へのケアの実態を捉えることが出来ると考えた。

表 2-3-4 家族による本人へのケア

	食事	生活リズム	保清	金銭管理	通院	服薬管理	近所付き合い
1985調査		84.6%			89.1%		
1991調査		65.3%			64.6%		
2005調査		39.5%	63.1%		44.4%		
2017調査	37.1%	35.3%	40.2%	36.8%		17.9%	55.1%
2020調査	64.9%	58.2%	48.2%	58.5%	47.2%	45.7%	61.9%

出典) 大規模調査報告書をもとに筆者作成

表 2-3-4 は、7 回の大規模調査のうち、本人へのケアに関する項目がない 1996 調査及び 2010 調査を除く 5 回の調査結果を記している。設問及び補問の内容は、調査年により、少しずつ変化している。1985 調査の設問は、「障害者に対する家族の援助協力行動 (在宅群)」であり、補問の「清潔・身だしなみ、規則的な生活を送るよう配慮」は、「生活リズム」と「保清」を統合した。補問「通院・服薬するように働きかける」は、「通院」と「服薬管理」を統合した。他の補問では、「病状の観察・悪化時適切な処理」と「話に耳を傾け相談にのる」が 7 割 (グラフのため詳細不明) を超え、「友人を作るよう働きかける」46.2%、「生活のはりを見つけるよう働きかける」47.2%、「自分にあった仕事を探すよう働きかける」65.0%、「将来のためにお金や資産

を貯える」50.2%，となっている。

1991 調査の設問は，1985 調査を踏襲したものとなっている。他の補問では，「病状の観察・悪化時適切な処理」56.7%，「話しを聞き相談にのる」60.1%，「友人づくりへの配慮」36.4%，「生活のはりを見つけるよう配慮」38.0%，「自分に合った仕事への働きかけ」51.6%，「将来のため金銭や資産を蓄える」40.9%，となっている。

2005 調査の設問は，「お世話なさっている方が，本人に対してどのようなことをしているか（複数回答可）」であり，「通院」と「服薬管理」を統合し，「通院・服薬に関する配慮」としてある。他の補問の回答状況は，「言葉かけ」63.0%，「身体の障害・身だしなみの手助け」38.1%，「症状についての相談」49.7%，「制度利用の手続援助」49.3%，「対人関係の調節援助」28.6%となっている。

2017 調査の設問は，「ご本人の現在の日常生活の状況及び社会生活の状況」であり，補問ごとに，「問題なく行える」「ある程度行える」「時に助言」「強い助言や援助を必要」「常に援助を必要」の5件法で尋ねている。表 2-3-4 には，「時に助言」，「強い助言や援助を必要」，「常に援助を必要」の和を記している。

2020 調査の設問は，「回答いただく方（あなた自身）が，ご本人さんに対して行っている支援（ケア）についてお尋ねします」であり，「ひとりでできる」「まれに支援が必要」「ときどき支援が必要」「たいてい支援が必要」「常に支援が必要」の5件法で尋ね，表 2-3-4 には，「ときどき支援が必要」「たいてい支援が必要」「常に支援が必要」の和を記している。

上記のとおり，5回の調査は，設問及び補問で日常生活を送るうえで求められる IADL のレベルを問う内容となっている。統合失調症者は，IADL を苦手としていることを本章第1節4項で述べた。診断名で統合失調症が多くを占めることから，いずれの補問についても40～70%の家族がケアを担っていると回答している。

同居家族は，統合失調症者が苦手とする日常生活上の IADL 項目「食事」，「保清」，「金銭管理」，「通院」，「服薬管理」，等の手段的なケアを高い比率で担っている。また，それだけでなく，「生活リズム」，「友人を作るよう働きかける」，「話しを聞き相談にのる」等の情緒的なケアや「近所付き合いの相談」，「制度利用の手続援助」等の情動的なケアまでも担っている。こういった親による献身的なケアは，統合失調症者が在宅生活を継続する要件となっていることを示唆している。

同居家族による手段的ケアや情緒的ケアは，Maslow（1970）の欲求の5段階説に即して考えると，何に相当するのか。本人にとっては，「生理的欲求」及び「安全の欲求」という原初的な欲求に相当する。現行の障害者総合支援法における通所系サービスや就労系サービスは，「所属と愛の欲求」や「承認欲求」という高次の欲求に相当する。家族と同居している統合失調症者の社会参加の実態は，家族による無償のケアにより「生理的欲求」と「安全の欲求」が満たされていることを前提としていると考えられる。

2-3-3. ICDH, ICF, IADL の知見から家族によるケアの考察

本項では，家族の担っているケアの実態を ICDH, ICF, IADL の先行研究の知見から演繹的に考察してみたい。ケアを本章第2節1項で定義したケアの3類型である「手段的ケア」，「情報

的ケア」,「情緒的ケア」に分けて考究する。手段的ケアには,「食事」,「保清」,「金銭管理」,「通院」,「服薬管理」がある。

例えば「食事」は,何を食べるかを決め,家にある食材と買う食材と分量を考え,手順に沿って調理をし,後片付けを行う。この一連の動作が上手く出来ないのは,ICFの視点からの機能障害で述べた「記憶の保管と再生・ワーキングメモリの障害」,「時間的順序が混乱する」(山本:2003)に抛り起こると考えられる。また,調理は,切る,煮る,焼くといった複数の動作の組み合わせ,即ちIADLそのものである。それゆえ,支援や助言が求められる場面となる。

同種の理由から「金銭管理」も苦手となりやすい。金銭管理とは,1か月の生活費を必要経費と臨時の経費を勘案し,マネジメントすることである。いわゆる「やり繰り」である。「食事」で述べた要因に加えて,ICFの機能障害「抽象化・概念化」,「時間軸での思考の障害」も要因として考えられる。ICIDHでは,三浦(1981)が生活障害としてあげている。

「保清」は,入浴,洗面,掃除,洗濯,清潔の保持である。ICIDHの知見である「生活を主体的に営むことの障害」やICFの知見である「整理整頓が苦手」により,活動制限として「自己の清潔や入浴や着替え,洗面,歯磨き等のセルフケア能力の障害」(昼田:2007)により,表れると考えられる。

「通院」は,主治医に自らの現状を的確に伝え,主治医の説明を正確に理解するというコミュニケーションの場面と,公共交通機関を利用し病院まで行くというふたつの行為が求められる。前者のコミュニケーションにおいては,症状等の重要なことを伝え忘れたり,説明を正確に理解出来なかったりという事態が起こる。ICIDHの知見としては,臺(1985)の「挨拶・他人に対する配慮(対人関係の障害)」や過敏(三浦1981),ICFの「本質的な事柄を抽出する障害」(昼田2007),「抽象化・概念化」の機能障害により,コミュニケーションが上手くとれないと考えられる。後者は,他者の視線が気になり「容易にくつろげない」(昼田:1989)という過覚醒により表れると考えられる。

「服薬管理」は,定期処方薬や頓服薬の服用を意味する。定期処方薬の飲み忘れにより,症状悪化の誘因となったり,不眠や状態が悪化しているのに頓服薬の服用を忘れたりすることがある。病気の受容だけでなく,なぜ服薬が必要なのか。ICFの「意味記憶」(山本ら:2003)を苦手とすることも要因にあると考えられる。

情動的ケアとして,「近所付き合いの相談」,「話しを聞き相談にのる」,「制度利用の手続援助」をあげている。このうち,「近所付き合いの相談」及び「話しを聞き相談にのる」は,前述した「友人を作るよう働きかける」とICIDHとICFの障害と同じ要因があると考えられる。付け加えるとすれば,ICFの活動制限で「対面状況で顔がつくほど接近したり,離れすぎたりと,適切な間合いをとれない」,「表情から相手の感情を読み取る相貌認知テストの不良」(昼田:2007)も影響していると考えられる。友人という「私とあなた」という距離感の関係性と,顔と名前は知っている近所の人という関係性による距離感の違いが掴めないでいる。

「制度利用の手続援助」のICIDH及びICFの根拠となる背景は,「通院」で述べた主治医とのコミュニケーションと重なるものである。

情緒的ケアには,「生活リズム」,「友人を作るよう働きかける」があげられる。「生活リズム」は,規則的な生活をするのである。昼夜逆転等の生活リズムがしばしば乱れる。ICIDHの「生

活経過の不安定さ (Life events に対する特異的な反応)」(中澤：1996) が主要因であると考えられる。

「友人を作るよう働きかける」は、親しい仲間ができにくいという状況がある。これは、ICIDH の機能障害「人づきあい、挨拶、他人に対する配慮、気配り、しばしば尊大と卑下の孤立」(臺：1985) や「慣れるのに時間がかかる。容易にくつろがず常に緊張している。冗談が通じにくく堅く生真面目」(昼田：1989)、ICF の活動制限「自分が知っていることは相手も知っているはずだと思う脱中心化の困難さ」、「何気ない他者のことばを自分に向けられた悪意と被害的に受け取り、ストレスを抱え込む」(昼田：2007) に拠ると考えられる。

以上、家族が担っている手段的ケアである「食事」、「保清」、「金銭管理」、「通院」、「服薬管理」、情動的ケアである「近所付き合いの相談」、「話しを聞き相談にのる」、「制度利用の手続援助」、情緒的ケアである「生活リズム」、「友人を作るよう働きかける」を必要とする根拠を ICIDH、ICF、IADL の先行研究の知見から演繹的に考察した。統合失調症は、日常生活の様々な場面において生活のしづらさが表れ、その折々で、助言・指導といった手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアが必要であることを示唆している。

2-3-4. 小括

本節 2 項では、家族が担っている統合失調症患者へのケアの内容を大規模調査により整理した。そのうえで前項では、統合失調症患者がケアを必要とする根拠を本章第 1 節の ICIDH、ICF、IADL の先行研究の知見から演繹的に考察した。

なぜ、統合失調症の親は、手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケア、とあらゆる日常生活の場面でケアをしているのか。本章第 2 節 7 項で「家族によるケアと専門職によるケアの差異」で、統合失調症は「刺激に対する処理が遅い」(Carol M. Anderson et al=1988 : 39)、とテンポがゆっくりであることを記した。親は、24 時間という時間の枠内に家事を収める必要がある。テンポの遅い統合失調症本人のペースに合わそうとすると 24 時間の枠内に家事を収めることが出来なくなる。それゆえ、親によるケアは機能拡散的となり、結果として、あらゆる日常生活の場面において、ケアの与え手となっていくと思われる。

第3章 ケアの脱家族化をめぐる実証研究のアプローチ

統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実証研究を進めていくために、ケアの脱家族化の実証研究を抽出した。ソーシャルワークの実証研究であることから、ケアの脱家族化のステークホルダーである本人、親、ソーシャルワーカーの3者の関わりに着目した。第1節では、ケアの脱家族化実証研究の抽出を行い、分析枠組みを設定した。第2節では、全身性障害ケアの脱家族化の実証研究をレビューする。第3節では、知的障害ケアの脱家族化実証研究をレビューする。第4節では、薬物依存症ケアの脱家族化実証研究をレビューする。第5節では、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化実証研究の整理を行う。

第1節 ケアの脱家族化実証研究の抽出

3-1-1. ケアの脱家族化比較研究の分析対象

2023年8月、論文検索データベース「Cinii Articles」を用い、「脱家族化」、「脱家族」、「介護者」×「障害」、「ケアラー支援」のキーワードで検索したところ、表3-1-1のとおり、243本の論文がヒットした。成人した障害者本人のケアを親によるケアから社会的ケアへと移行する定位家族からの独立、即ち「ケアの脱家族化」に関する実証研究は、身体障害4本、知的障害2本、精神障害2本の合計8本と低調である。精神障害においては、筆者の研究のみである。そのため、当該論文の引用文献のなかで、ケアの脱家族化実証研究と考えられる文献も分析対象として加えた。統合失調症は、前章で述べたように疾病と障害を併せ持っている。疾病性という点では、思春期に発症すること、社会的偏見・差別があり疾病の受容が困難である。この点において、薬物依存症は統合失調症と共通する。そこで、分析対象として、薬物依存症も加えることとした。なお、「Cinii Articles」による検索結果の「その他」は、「子育て」及び「高齢者」領域と制度政策論の論文が多数を占め、「ケアラー支援」のキーワード検索では、ヤングケアラーとケアラー支援条例が多数を占めている。

表3-1-1 CiNii Articles による実証研究論文のキーワード検索の結果

キーワード	ヒット数	身体障害	知的障害	精神障害	その他
脱家族化	46	0	0	1	45
脱家族	66	3	2	1	60
介護者支援×障害	13	0	0	0	13
ケアラー支援	118	1	0	0	117
計	243	4	2	2	235

出典) CiNii Articles による論文検索の結果 (2023年8月14日検索)

第2節でレビューする全身性障害本人に対する三毛(2007a, 2007b, 2007c)の実証研究は、2本が参与観察であり、1本がM-GTAである。

第3節でレビューする知的障害親の実証研究(森口:2014)は、質的データ分析法である。福田(2017, 2018)の知的障害親の実証研究及び知的障害本人の実証研究は、TEM (Trajectory Equifinality Model) である。

第4節でレビューする薬物依存症の実証研究は、山野(2001, 2002)の研究がアクションリサ

一チである。安高の実証研究はフォーカスグループインタビューを KJ 法で分析している。五十嵐の実証研究は質的分析ソフト (Max QDA 2007 日本語版) を用いて、KJ 法の基本原理を利用し分析を行っている。

以上のように、ケアの脱家族化の実証研究の文献全てが、質的研究の論文である。

3-1-2. 質的研究のメタ統合

(1) 質的研究の特徴とメタ分析の有用性

前項で述べたように、全身性障害、知的障害、薬物依存症、統合失調症のケアの脱家族化の先行研究は、全て質的研究により行われている。

質的研究とは何か。いくつもの言説があるが、「対象者の社会経験が、どのようにつくられ意味づけられるかに重点を置いた問いに答えようとする」(デンジン&リンカン:2006)の定義は、質的研究の本質を端的に言い表している。末武(2016)は、「主観性を科学(化)することである。認識や行為は経験に基づいており、その経験は主観的/主体的なものである」と説明している。つまり、アウトサイダー的な外部からのエティック (etic) な視点ではなく、対象者の内側からの視点を重要視するイーミック (emic) なアプローチであるといえる。質的研究の分析は、対象のおかれている状況や関係性をイーミックな視点から「文脈」として捉え、対象者の認識と行為をリアルに記述するものである。それゆえ、実践現場への応用可能性、有用性は極めて高い。

他方、質的研究法には、「記述による研究 (the study of description) と概念化研究 (the study of conceptualization)」(木下:2020)があり、多くのオーソライズされた研究手法が存在している。ひとつひとつの研究上の知見は、固有の状況下にある対象者と社会との関係性や相互作用を意味解釈したものであり、他の研究成果との比較研究が難しいと考えられている。

こういった個々別々に存在する質的研究の知見を集積したり統合化したり、比較検討したりする方法として、Noblit&Hare(1988)やPatersonら(2001)の質的メタ統合 (meta-synthesis) の方法が提唱され、看護領域を中心に、実践知の体系化が図られている(植村:2016)。

宮崎(2008)は、「メタ統合 (meta-synthesis) とは、複数の質的な一次研究 (primary qualitative research) の結果 (findings) を結合して、ある目的について、新たな、かつ拡大された理解をもたらす一連の方法論的アプローチを意味する」(傍点筆者)と説明している。

(2) メタ統合の方法

Patersonら (=2010) は、メタ統合について、以下のように述べている。

メタスタディは、解釈的なアプローチである。その基盤は構成主義志向の認識論に基づいており、ある現象についての知識を個人がどのように構築あるいは再構築するかについての理解を深めようとする。どのようなメタ統合アプローチにおいても、研究知見の構築は2つのレベルで起こることを理解しておくことは重要である。

(a) 一次研究論文の著者は、データについての彼ら自身の理解と解釈に基づいて研究知見を構築した。

(b) メタ統合者は、一次研究者の構築したものに^{関する}メタ統合者自身の^{解釈}に基づく説明

を構築し統合する。したがって、メタ統合者は構築の構築を扱っている。（傍点筆者）

植村ら（2016）は、メタ統合を「複数の質的な一次研究の結果を統合して、ある目的について、新たな、かつ拡大された理解をもたらす一連の方法論的なアプローチ」と定義している。

本章で抽出したケアの脱家族化実証研究は、全身性障害、知的障害、薬物依存症の親及び本人がケアを脱家族化するイーミックな体験の分析結果を集積し、それぞれの特徴を明らかにすることを目的としている。

Paterson ら（=2010）は、メタスタディの研究プロセスを表 3-1-2 に整理し、メタスタディの構成要素を図 3-1-1 で示している。

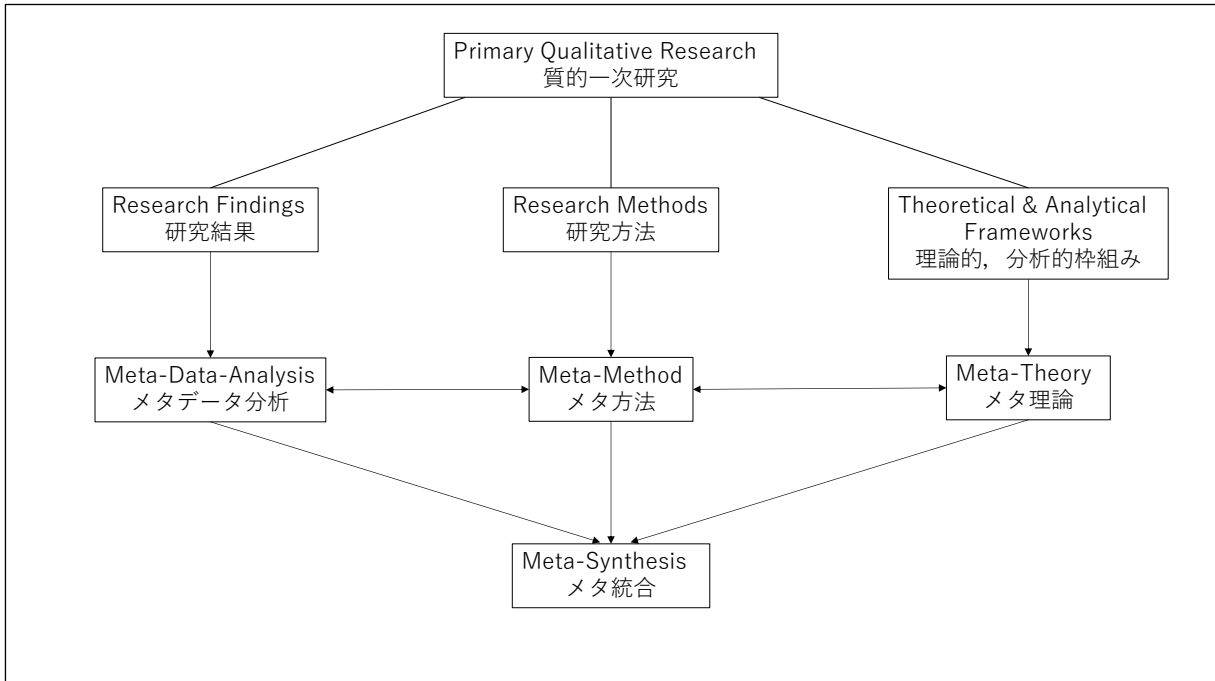
表 3-1-2 メタスタディの研究プロセス

研究の問いの形成	<ul style="list-style-type: none"> 仮の問いを形成する 理論的枠組みを選択する 研究の鍵となる概念の使用可能な定義をつくる 研究結果を予想する 問いを洗練する 一次研究の評価基準をつくる
一次研究の選択と評価	<ul style="list-style-type: none"> 包含するあるいは除外する基準を明らかにする 適切なデータ源を特定する スクリーニングと評価の手続 データを獲得する ファイリング（書類整理）とコーディングの方法をつくる
メタデータ分析	<ul style="list-style-type: none"> 分析方法を設定する ファイリング（書類整理）とコーディングの方法をつくる データをカテゴリに分ける 分析者間でコーディング方法を統一する 知見を研究の問いに関連させて検討し、解釈する
メタ方法	<ul style="list-style-type: none"> 選択した論文の方法論的な特色を特定する 方法論的な特色がどのように研究結果に影響しているのか詳しく述べる
メタ理論	<ul style="list-style-type: none"> 論文中の理論的枠組みと現出しつつある理論にみられる主要なパラダイム／学派を明らかにする 理論を、より広い、社会的、歴史的、文化的、政治的な文脈に関連させる
メタ統合	<ul style="list-style-type: none"> 領域への明確な貢献内容の長所と限界を批判的に解釈する 特定の理論の基礎をなす重要な前提条件を明らかにする 領域のパラドックスや矛盾について代替の説明案をさがす 現存する理論的見地との整合性をもつかまたはもたないか、それはなぜかを確定する
結果を広めること	<ul style="list-style-type: none"> 適切な読者を決定する 結果を広める適切な手段を決定する 知見について書いて発表する

出典) B. L. パターソンら著，石垣和子ら監訳『質的研究のメタスタディ実践ガイド』，13 頁表メタスタディのプロセスを転載（B. L. Paterson, S. E. Thorne, C. Canam, C. Jillings（2001）Meta-Study of Qualitative Health Research : A Practival Guide to Meta-analysis and Meta-Syntesis. Sage Publications.）

メタ統合は、図 3-1-1 のとおり、メタデータ分析、メタ方法、メタ理論、メタ統合の 4 つの構成要素から成る。メタデータ分析、メタ方法、メタ理論の分析は、連続して行われるものではなく、同時に行われることが多い。

図 3-1-1 メタスタディ (Meta-Study) の構成要素



出典) B. L. パターソンら著, 石垣和子ら監訳『質的研究のメタスタディ実践ガイド』, 11 頁
 メタスタディの構成要素を転載 (B. L. Paterson, S. E. Thorne, C. Canam, C. Jillings (2001)
Meta-Study of Qualitative Health Research : A Practival Guide to Meta-analysis and
 Meta-Syntesis. Sage Publications.)

本章では, 全身性障害, 知的障害, 薬物依存症, それぞれの領域におけるケアの脱家族化の
 特徴を把握するため, Paterson ら (=2010) の手続を援用し, 以下のように行った。

1) ケアの脱家族化実証研究の問いの明確化

関心は, 「ケアの脱家族化におけるステークホルダーである本人・親・ソーシャルワーカーの
 関与」であり, 以下6点に着眼した。①ケアの脱家族化における最初の提案者は誰なのか (起
 点), ②ケアの脱家族化の促進要因と阻害要因にはどのようなものがあるのか, ③ケアの脱家族
 化プロセスにおける本人と親のパワーバランスはどのように推移していくのか, ④同質の問題
 を持つピアの関与とその影響, ⑤ケアの脱家族化においてソーシャルワーカーはどのような関
 与をしているのか, ⑥ケアの脱家族化における社会的・文化的背景, の6点である。

2) メタ統合の対象とする文献

1) で述べた着眼点6点のうち, 3点以上を含む文献を選定した。

3) 対象文献の精読

選定した文献を精読し文献の理解を深めた。その後, 1) で述べた着眼点から再度, 各文献を
 精読した。

4) 各文献の1) で設定した着眼点に該当する箇所を抽出し, Meta-Data-Analysis (メタデータ
 分析) により意味解釈を行い, コーディングを行った。

5) 1) における問いの②ケアの脱家族化の促進要因及び阻害要因は, 背景に社会的・文化的背
 景を認められることから, 社会的・文化的背景に収斂し, 以下5点の分析枠組みから演繹的に,

全身性障害, 知的障害, 薬物依存症それぞれにおけるケアの脱家族化の固有の特徴を整理する.
ケアの脱家族化における①起点, ②本人と親のパワーバランスの推移, ③ピアの関与, ④ソーシャルワーカーの関与, ⑤社会的文化的背景, の5点である.

第2節 全身性障害ケアの脱家族化実証研究のレビュー

本節では、全身性障害ケアの脱家族化実証研究をレビューする。第1項では、全身性障害を比較対象とした理由を述べる。第2項では、三毛(2007a, 2007b, 2007c)の3本の対象文献のメタデータ分析を行う。第3項では、全身性障害本人からみたケアの脱家族化の特徴を整理する。第4項では、第2項及び第3項の分析をもとに、全身性障害ケアの脱家族化の分析枠組みに即してメタ統合を行う。

3-2-1. 全身性障害を比較対象とした理由

全身性障害を統合失調症ケアの脱家族化研究の比較対象とした理由は、以下2点による。1点目は、在宅生活を継続していくにあたり、家事援助や身体介助等、他者による支援を日々必要とすることである。これは、統合失調症者が定位家族で受けている親による支援と同種であると考えられる。2点目は、下肢障害のみの身体障害のように定位家族からの自立が一般化していない。このことは、ロールモデルがないなかでの「ケアの脱家族化」の探求である。この点においても、統合失調症者の「ケアの脱家族化」と同種であると考えた。

3-2-2. 全身性障害ケアの脱家族化先行研究のメタデータ分析

ここでは、表3-2-1にある三毛の脳性麻痺者が一人暮らしを始めるまでの3本の論文(2007a, 2007b, 2007c)を分析の対象文献とした。

対象文献1は、参与観察により脳性麻痺者A氏(49歳、女性)が、一人暮らしに至る過程を明示している。一人暮らしに至るまでのプロセスを「母との力関係」の推移に焦点化し、ピアの関係、介助者との関係も踏まえ、論じている。

対象文献2は、対象文献1の続編である。参与観察により、A氏が介助者の介助により一人暮らしを選択する初期の「一人暮らしへの傾斜」過程に焦点化し、プロセス的に論じている。①通所施設の関与、②ピアとの関係、③自立生活センターの関係、④介助者との関係を分析の視角としている。一人暮らしを実現していく課題として、母との力関係の逆転、不安の対処、スタッフへの自己開示、の3点をあげている。

対象文献3は、M-GTAにより、通所施設を利用している脳性麻痺者7名が家族との同居から自立生活を実現していくプロセスを明らかにしている。脳性麻痺者が自立生活を選択する背景には、①脱家族状況の形成、②生命の維持、③アイデンティティの再達成をあげている。①脱家族状況の形成とは、家族との同居生活を棄却せざるを得ない、あるいは棄却できる家族状況のことである。②生命の維持は、家族内の代替介助者が不在になることにより、脱家族状況が形成され、その結果として生じる生命維持を図る必要性から、自立生活が選択される。③アイデンティティの再達成とは、自分らしい生き方やあり方を新たに達成するというアイデンティティの再達成への希求の果てに、自立生活が選択されているということである。これまでの自分のあり方やアイデンティティを振り返らざるをえないような事態に度々直面し、その影響が大きくなるにつれ、大人としての自分のあり方を模索する。これまでの自分のあり方や生き方の軌道修正として、自立生活が選び取られると説明する。

表3-2-1の対象文献を精読した。メタ統合の6つの着眼点、①起点、②ケアの脱家族化の促

進要因と阻害要因，③本人と親のパワーバランスの推移，④ピアの関与，⑤専門家の関与，⑥ケアの脱家族化における社会的・文化的背景，の6点から再度精読した。着眼点6点のうち3点以上を含むことから，メタ統合の要件を満たしていると判断した。

表 3-2-1 全身性障害ケアの脱家族化分析対象文献の概要

文献 No. 1	タイトル (著者, 発行年)	研究目的	対象者	研究方法	結果の概要
対象文献1	母との闘い (三毛, 2007a)	脳性麻痺者が一人暮らしに至る過程を明示する	A氏 (49歳, 女性) ADL全介助及び軽度音声言語障害	参与観察	33歳時に妹の離家に伴い始まる一人暮らしへの志向と一人暮らしに至るまでの過程を述べている。母との力関係の推移に焦点化し，ピアの関係，介助者との関係とも関連させ，プロセス的に論じている。
対象文献2	一人暮らしへの傾斜—親と暮らしていた脳性麻痺者が一人暮らしとしての自立生活を実現する一過程 (三毛, 2007b)	脳性麻痺者が介助者の介助により一人暮らしを選択する初期の「一人暮らしへの傾斜」過程を明らかにする	A氏 (49歳, 女性) ADL全介助及び軽度音声言語障害	参与観察	対象文献1の続編である。一人暮らしに向かうA氏の歩みを以下の観点からプロセス的に明示している。①通所施設の関与，②ピアとの関係，③自立生活センターの関係，④介助者との関係。一人暮らしを実現していく課題として，母との力関係の逆転，不安の対処，スタッフへの自己開示，の3点をあげている。
対象文献3	家族と暮らしていた脳性麻痺者の自立生活選択背景から考えるソーシャルワーク (三毛, 2007c)	通所施設利用者が一人暮らしを実現していくプロセスを明らかにする	B事業所利用者で家族との同居から自立生活を実現した7名の脳性麻痺者。全員障害程度区分6	M-GTA	脳性麻痺者が自立生活を選択する背景に，①脱家族状況の形成，②生命の維持，③アイデンティティの再達成がある。ソーシャルワークへの示唆として，①家族機能のアセスメントの必要性，②脳性麻痺者の生存権保障，③アクティビティの活用，をあげている。

筆者作成

以下，着眼か所に関連する記述を記し，着眼か所にアンダーラインを引く。なお，対象文献1及び2については，分析の対象が同一人物であることから，束ねて考察した。考察した結果を表3-2-2に整理した。

まずは，対象文献1及び2のA氏に関する研究である。ケアの脱家族化を促進する要因と阻害する要因を記述からメタデータ分析してみる。研究結果を抽出し，そのうえで促進要因を《 》、阻害要因を〈 〉で記していく。

A氏は，女性で障害等級は1級，車イス使用で座位は保持可能だが，ADL面での全介助を要する。24歳時から全身性障害者通所施設へ通い始め，47歳時に親元からの自立生活に至る。自立生活を意識する契機は，A氏33歳時，妹が結婚により離家し，家庭内の介助者が60歳の母親のみとなったことである。母親は，A氏の介助負担を口にすることが多くなる。以下のA氏の語りは母親の心情を端的に表している。

お母さんのやつあたりが激しかった。それが目にみえてきたから。テレビなんかをみたら、旅行番組があるでしょう。ここ行ってみたい、みたいことをいう。だったら、行ってきたらという、だってあんたがいるから仕方がないでしょう。そんなのが、増えてきた。

A氏は、母親がやりたいことを犠牲にしながら介助をしていることに負い目を感じ始める。そこで、A氏 35-36歳、母親 62-63歳時に、A氏は母親へ介助者を家庭に入れることを提案する。母親は、家を掃除しておく必要があるという理由から〈家庭内への介助者利用に対する母親の反対〉がある。その後も折に触れ、同種の提案を母親へ持ちかけるも母親は反対し、A氏は《同居生活の窮屈さ》を感じるようになる。この時の心情について、以下のように語っている。

そのころから、将来のこともちょっと考え始めた。このままいくと、やばいわ、このままいくと、ひどくなる。もしも親になんかあったときに、私は何をすればよいのかな。年とって親が倒れても、泣くわけにもいかないし、自分で解決しなければならない。

A氏は、親亡き後の暮らしを不安に感じるようになる。そのため、利用している《通所施設の自立生活プログラムへ参加》も始める。その参加者は、A氏と同様に定位家族で親の介助を受けており、将来に対する不安等、話題も気持ちも共感できる仲間である。また、施設の外で出会った障害者自立生活運動に関わっている障害者からも影響を受ける。とりわけA氏より重度の障害者の体験談は、《自立生活をしているロールモデルとの出会い》となる。A氏は、自身の自立生活の可能性を探求し始める。

家庭内での介助者導入に成功したのは、A氏 40歳、母親 67歳の時である。《母との力関係の逆転》が転換点となる。介助する母親の手のしびれが悪化したため、A氏は母親の承諾なしに、ケースワーカーへ介助者導入の調査を依頼する。母親は、驚いたが反対はしていない。

A氏の介助者は、週2回朝1時間の身支度と週1回の入浴介助を行うようになる。母親は、介助者を受け入れようと努めるが、母親と異なる介助の仕方について、文句を言うようになる。A氏は気を遣い、〈介助者と母親との板挟み〉になり、気苦労が絶えない。

A氏は、この葛藤状況の打開策として、定位家族から独立して介助者の介助を受けながらの一人暮らしを考え始めていく。その背景には、通所施設を利用している仲間が一人暮らしを始めたり、一人暮らしを目指すグループ活動へ参加したりの実体験がある。A氏は、この時の心情を以下のように述べている。

あの、みんな、一人暮らし、多分、意識していたんと違うかな。Bさんとか、Cさんとか、一人暮らしって言ってるから、私もできるかなと思って。

《一人暮らしという現実的目標》が射程に入る。しかしながら、不安が無い訳ではない。生まれて初めての〈一人暮らしに対する自信のなさ〉も口にする。理由のひとつがA氏の語彙力や説明力の乏しさに起因する〈新人介助者へ自身の介助方法を指示する難しさ〉である。A氏

をよく知る《施設職員から新人介助者への代弁》により、都度解決が図られていく。

41歳から自立生活センターのサービスを受けながら始めた一人暮らしへの取り組みは、42歳時、一端断念する。理由は、自立生活センターの規範「一人暮らし」＝「自立生活」に気圧され、〈不安の自己開示を回避〉をするようになったからである。その後、《不安の自己開示》が出来るようになった。後押ししたのは、《親の加齢による介助力の低下》に直面し、A氏と両親それぞれの人生の《残された時間の有限性の認識》という危機感である。46歳時、再度一人暮らしへ取り組むようになり、47歳で介助を受けながらの一人暮らしを始める。

時間軸で要約すると、A氏は《同居生活の窮屈さ》を感じ、《通所施設の自立生活プログラムへ参加》するようになり、自立生活センターで《自立生活をしているロールモデルとの出会い》のなかで、《一人暮らしという現実的目標》を見出す。母のA氏への介助に起因する手のしびれを契機とする《母との力関係の逆転》は、自らの人生を主体的に考える契機ともなっていく。しかしながら、自立生活センターの「一人暮らし」＝「自立生活」という有無を言わせない規範が醸し出す雰囲気は、すんなりと受けとめられず、自立生活センター職員に対する〈不安の自己開示を回避〉がみられる。一端、断念した自立生活を再度取り組むようになったのは、《残された時間の有限性の認識》という危機感から肚を括るのである。

A氏の一人暮らしを実現するまでのプロセスは、三毛の参与観察により、A氏が「生きる主体を取り戻す」2つの葛藤を描いている。1つは、母との間であり、2つめが自立生活センターとの間での葛藤である。前者は、《母との力関係の逆転》であり、後者は《支援者との対等性の確保》ともいえる。

次に、三毛(2007c)の対象文献3である。全身性障害7名の脱家族化状況の背景に関する研究である。対象の7名は、先述したA氏が利用している通所事業所で、介助者の介助で一人暮らしを実現している。A氏もそのうちのひとりである。この7名のケアの脱家族化の現象特性を木下(2003)のM-GTAにより明らかにしている。表3-2-2の下段は、筆者が三毛の研究の知見を、先述したA氏と同様に、ケアの脱家族化の起点、阻害要因及び促進要因という視角からメタデータ分析したものである。なお、阻害要因については、M-GTAの分析手法に倣い、筆者が三毛の生成した促進要因の対極例の概念として生成したものである。

ケアの脱家族化の起点は、調査対象である7人とも本人である。ケアの脱家族化の促進要因は、大きくは3つに集約される。それは、《親との同居生活を棄却せざるを得ない家族状況の形成》、《生命の維持》、《アイデンティティの再達成》の3点である。

1点目の《親との同居生活を棄却せざるを得ない家族状況の形成》は、《親の労力的・精神的負担》、《親と介助者との板挟み》、《同居生活の窮屈さ》、《主たる介助者の喪失》、《経済的役割期待からの解放》の5つに細分化される。最初の3項目については、先述したA氏の分析によって得られた知見と重なる。《主たる介助者の喪失》は、本人を介助している親の死亡・入院である。本人を介助している母親の死亡・入院は勿論であるが、父親の死亡・入院に伴い、介助者である母親が働きに出なければならない事態も含む。本人からみると親との同居生活の剥奪となり、同居生活以外の暮らしを迫られる。《経済的役割期待からの解放》は、本人の障害年金をあてにしなくても良い状況となることである。これは、本人の障害年金が家計の収入源となっている場合を意味する。定位家族の経済生活が安定していくこともケアの脱家族の要件とな

ることを示唆している。

2点目の《生命の維持》は、Maslow (1971) の欲求の5段階説のなかで原初的欲求である《主たる介助者の不在に伴う生理的欲求と安全の欲求》の充足に関わるもの、そして《親による介助は必ず消滅するという認識》の2つにより構成される。

3点目の《アイデンティティの再達成》は、自立生活を始めていた他の障害者やきょうだいとの相互作用が影響する。前者は、同じ障害者のロールモデルである。後者は、一緒に暮らすきょうだいだが、生殖家族をつくり独立する、就職するという場面を目の当たりにすることである。それらが、《アイデンティティの再達成》への契機となっている。そういった経験が無い場合、全身性障害者の多くは、学校卒業後の就職・結婚・出産・子育てといったライフイベントを経験しないまま時を重ね、アイデンティティが更新される機会がない。

表 3-2-2 全身性障害ケアの脱家族化の先行研究

対象文献	起点	阻害要因	促進要因
対象文献1 対象文献2	本人	①家庭内への介助者利用に対する母親の反対、②介助者と母親との板挟み、③一人暮らしに対する自信のなさ、④新人介助者へ自身の介助方法を指示する難しさ、⑤不安の自己開示を回避	①同居生活の窮屈さ、②通所施設の自立生活プログラムへ参加、③自立生活をしているロールモデルとの出会い、④母との力関係の逆転、⑤一人暮らしという現実的目標、⑥施設職員から新人介助者への代弁、⑦親の加齢による介助力の低下、⑧残された時間の有限性の認識、⑨不安の自己開示、⑩支援者との対等性の確保
対象文献3	7人 全員 本人	①親による介助により同居を継続していく3要素(i 親の介助の責任感と介助能力の高さ、ii 良好な親子関係、iii 本人の障害年金に支えられる家計収入)の存在 ②本人も親も親による介助の終わりを想定しない。 ③自立した大人としての直面化させられるライフイベントを経験しない。	①親との同居生活を棄却せざるを得ない家族状況の形成(i:親の労力的・精神的負担、ii:親と介助者との板挟み、iii:同居生活の窮屈さ、iv:主たる介助者の喪失、v:経済的役割期待からの解放) ②生命の維持(i:主たる介助者の不在に伴う生理的欲求と安全の欲求、ii:親による介助は必ず消滅するという認識) ③アイデンティティの再達成(自立生活に向けたアイデンティティの揺らぎと再構築)

出典) 三毛 (2007a, 2007b, 2007c) の3本の論文をメタデータ分析し筆者作成

3-2-3. 全身性障害本人からみたケアの脱家族化の特徴

前項では、全身性障害ケアの脱家族化研究のメタデータ分析を行った。表 3-2-3 は、分析結果の阻害要因及び促進要因を本人、介助する親、本人と親の関係性、社会的・文化的背景という視角から整理した。

本人の阻害要因は、〈親優位の力関係〉がある。関係の非対称性があり、〈一人暮らしに対する自信のなさ〉や〈不安の自己開示を回避〉する傾向がある。〈自立した大人としての直面化させられるライフイベントを経験しない〉生活で〈親による介助の終わりを想定しない〉状況が阻害要因となっている。一人暮らしを目指しても〈新人介助者へ自身の介助方法を指示する難しさ〉を感じてしまう。以上、6点が本人の阻害要因である。

本人の促進要因は、〈親優位の力関係〉がもたらす《同居生活の窮屈さ》を感じ始めることや《通所施設の自立生活プログラムへ参加》し、《ロールモデルとの出会い》、《一人暮らしという現実的目標》をもつことが促進要因として作用する。〈親による介助の終わりを想定しない〉の対極にある《残された時間の有限性の認識》やそれに伴う《アイデンティティの再達成》や

表 3-2-3 全身性障害ケアの脱家族化の起点・阻害要因・促進要因の整理

起点	阻害要因	促進要因
本人	【本人】 ①親優位の力関係（関係の非対称性） ②ひとり暮らしに対する自信のなさ ③不安の自己開示を回避 ④新人介助者へ自身の介助方法を指示する難しさ ⑤親による介助の終わりを想定しない ⑥自立した大人としての直面化させられるライフイベントを経験しない	【本人】 ①同居生活の窮屈さ ②通所施設の自立生活プログラムへ参加 ③ロールモデルとの出会い ④ひとり暮らしという現実的目標 ⑤残された時間の有限性の認識 ⑥支援者との対等性の確保 ⑦生命の維持 ⑧アイデンティティ再達成
	【介助する親】 ①家庭内への介助者利用に対する母親の反対 ②家庭で介助者の行う介助方法への不満 ③親の介助の責任感と介助能力の高さ ④親による介助の終わりを想定しない	【介助する親】 ①親の加齢による介助力の低下 ②残された時間の有限性の認識
	【本人と親との関係性】 ①良好な親子関係 ②介助者と母親との板挟み ③本人の障害年金に支えられる家計収入	【本人と親との関係性】 ①母親との力関係の逆転 ②主たる同居介助者の喪失 ③経済的役割期待からの解放
	【社会的・文化的背景】 ①家族介助を前提とする制度設計 ②家族がケアすべきという潜在的に存在する社会的・文化的規範	【社会的・文化的背景】 ①施設職員から介助者への代弁 ②「住む」・「通う」・「ケア」のマネジメント体制が進められようとしている

出典) 前項の分析により筆者作成

《生命の維持》が促進要因となる。〈新人介助者へ自身の介助方法を指示する難しさ〉や〈不安の自己開示を回避〉を乗り越え、《支援者との対等性の確保》をすることが促進要因となる。

介助する親の阻害要因は、〈親の介助の責任感と介助能力の高さ〉や〈親による介助の終わりを想定しない〉状況がある。介助者を利用するようになって、親は、自身が行う介助のやり方と異なる〈家庭で介助者の行う介助方法への不満〉がみられたり、訪問前に家を片付けるため〈家庭内への介助者利用に対する母親の反対〉がある、の4点があげられる。

介助する親の促進要因は、《親の加齢による介助力の低下》や《残された時間の有限性の認識》の2点があげられる。

本人と親との関係性の阻害要因では、〈良好な親子関係〉はケアの脱家族化という変化を起こそうとせず、〈本人の障害年金に支えられる家計収入〉も阻害要因となる。ようやく介助者を利用するようになって、本人が〈介助者と母親との板挟み〉状況になる、の3点がある。

本人と親との関係性の促進要因は、《母親との力関係の逆転》というパワーバランスが入れ替わること、《主たる同居介助者の喪失》と本人の障害年金が親元での《経済的役割期待からの解放》の3点が促進要因となる。

社会的・文化的背景との関係の阻害要因は、〈家族介助を前提とする制度設計〉と〈家族がケアすべきという潜在的に存在する社会的・文化的規範〉の2点である。

社会的・文化的背景との関係の促進要因は、本人に対する主たる《施設職員から介助者への代弁》、《「住む」・「通う」・「ケア」のマネジメント体制が進められようとしている》の2点であ

る。

3-2-4. 分析枠組みによる全身性障害ケアの脱家族化のメタ統合

第2項のメタデータ分析をおこなったコードを第3項で表3-2-3に整理した。これらを第1節で設定したケアの脱家族化研究の分析枠組みによりメタ統合を行った。その結果は、以下のとおりである。

①起点

全身性障害ケアの脱家族化の起点は、本人である。

②本人と親のパワーバランスの推移

親と同居時においては、ケアの与え手が親である。本人は、親の意のままに従うこととなり、本人と親のパワーバランスは、親優位である。ケアを担う親の高齢化、きょうだいの離家による介助者の減少等、家庭における介助環境が変化することにより、本人が危機感を募らせる機会となる。時間の有限性を認識し、ロールモデルと出会い自立生活という現実的目標を持つ。パワーバランスが親優位から本人優位に逆転する。パワーバランスが本人優位となって以降、本人が起点となり、ケアの脱家族化が始まる。

③ソーシャルワーカーの関与

先行研究では、施設の宿泊プログラムにおける施設職員の関わりが認められた。また、脱家族化に関するソーシャルワーカーの関与は確認出来なかった。

④本人のピアの関与

一人暮らしをしているピアの影響は大きく、本人にとってロールモデルとなっている。ピアのロールモデルは、親元からの自立を現実的な目標に据える促進要因となっている。

⑤社会的・文化的背景

親によるケアを前提とした制度設計であり、親のケアが出来なくなると入所施設という社会的・文化的規範が存在する。全身性障害者の「住む」・「日中活動」・「ケア」をマネジメントする体制整備が普及していない。

第3節 知的障害ケアの脱家族化実証研究のレビュー

本節では、知的障害ケアの脱家族化に関する実証研究をレビューする。第1章第3節で述べたように、2016年に厚生労働省が実施した「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」では、65歳未満で手帳を所持している知的障害者のうち、92.0%は親と同居している。第1項では、知的障害ケアの脱家族化が進まない背景について述べる。第2項では、森口（2014）の対象文献のメタデータ分析を行う。青年期にケアの脱家族化を選択した知的障害家族7名（1名姉、6名母親）を調査対象としている。第3項では、福田（2017）の対象文献のメタデータ分析を行う。母親年齢が60歳を過ぎてからグループホーム（以下、GH）へ送り出した母親11名を調査対象としている。第4項では、福田（2018）の対象文献のメタデータ分析を行う。GHで暮らしている知的障害8名を調査対象としている。第5項では、知的障害ケアの脱家族化の特徴を整理する。第6項では、設定したケアの脱家族化の分析枠組みに即して、知的障害ケアのメタ統合を行う。

3-3-1. 知的障害ケアの脱家族化が進まない背景

青年期以降、非障害者の多くは、親との関係の比率は小さくなり、定位家族から独立した生活を営む。しかしながら、知的障害者の場合、青年期以降も定位家族で親のケアを受けながら暮らし続けている。なぜなのか。青年期以前も含めて、先行研究を探索した。

鈴木（2005）は、知的障害児と母親の関係について、「医療・教育・訓練・福祉が提供される場合は、多くは親の存在が前提となっている（傍点筆者）」と、実践現場における母親への要請を指摘している。それゆえ、子どもに知的障害があると分かった時点から母親の本人への関わりは、濃密な関係となっていく。植戸（2012）は、その背景を、「知的障害児・者のケアを一身に引き受ける母親の姿は、子に知的障害があると分かった母親のモデルとなり、『母親がケアする』という規範が受け継がれてきた」（傍点筆者）と紐解く。さらに植戸は、「知的障害者は意思伝達能力や判断能力が不十分だと考えられている。そのため、親は、外の世界から本人の生命や利益を守ろうとし、それが『抱え込む』という状態につながっていく」（傍点筆者）と述べている。

鍛冶（2015）は、青年期以降も定位家族で暮らし、親からのケアを受け続けていることの弊害について「知的障害者の成人期以降の生活は、親との同居率が高く、ケアの担い手も親であることが多いのが現状である。このことは、いわゆる親の『子育て』期間が子の成人期以降も継続し、知的障害者が一人の『大人』として扱われることや、成人としてのライフコースをたどることを阻害する一因となっている（傍点筆者）」と述べ、親によるケアが継続することが本人の独立を困難にしていると指摘する。

一方、中根（2006）は、そうせざるを得ない親の心情を「ケアの社会化への違和感」（傍点筆者）」と名付け、その概念を知的障害者親へのインタビュー調査の複数の語りから生成している。その語りのひとつを以下に記しておく。

知的障害があるから、なんか生まれたときから、もうずーっと今まで、なんか根っこ部分がくっついてんの。まだへその緒がつながっている感じがする。うん。切れてない感じ

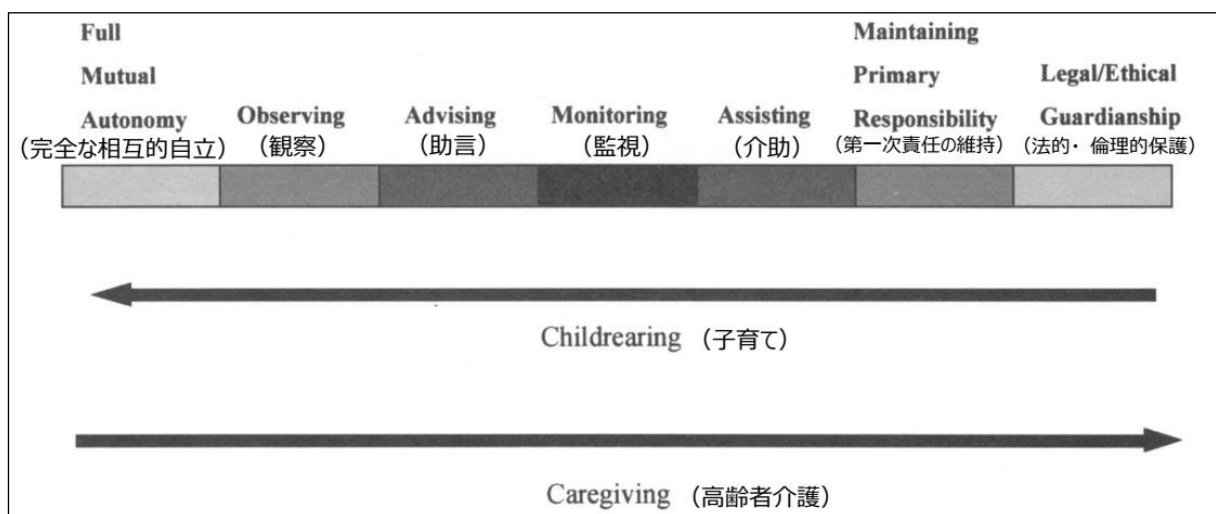
が。今この瞬間も、うん。だからなんか、離れない感じがする。離したくないっていう意志よりも、なんか、そういう現実があるとしか思えない、死ぬまで。

中根は、知的障害の子どもを持つ親は、子どもや社会との相互作用のなかで、子どもに対する独特の感覚が生まれると説く。そしてその独特の感覚が本人へのケアを促進し、一足飛びに「ケアの社会化」を受け入れられない親の心情が形成されるのだと説明する。

社会の側の問題として、麦倉（2004）は、「知的障害をもつ人とその家族が成人期にさしかかったとき、いかに行動すべきかを示すモデルストーリーが不在である」（傍点筆者）と、ケアの脱家族化を志向する実践事例が極めて少ないことを指摘する。また、西村（2009）は、知的障害者本人に関する相談機関はあるものの、「親たちの悩みを聞き、一緒に問題解決に向けて考えてくれる相談機関がない」（傍点筆者）と述べ、現行制度が親を支援の対象として位置づけず、本人に従属する存在としかみていないことを問題視する。

Qualls（1997:41-45）は、家族のライフサイクルにおけるケアの必要量の変遷を以下の図 3-3-1 のように示している。通常、Childrearing（子育て）は、右から左へ移行していき、子どもは独立し自立していく。しかしながら、子どもに知的障害がある場合、親は図 3-3-1 の真ん中（Monitoring：監視）から右側で停滞すると説明する。

図 3-3-1 ライフサイクルの交錯



出典) Qualls 1997:42. 日本語訳は藤崎（2000）による

わが国の知的障害者は、青年期・成人期を超えてもなお、親によるケアが続く。植戸（2012）は、その背景を以下のように分析している。

母親が障害児・者のケアを担うのが当然とする社会的な規範は、補完的な公的サービスの仕組みにつながっていくが、反対に、公的なサービスが補完的であることにより、家族や周囲の人たちの「母親が面倒を見るのが当たり前」という意識が助長されてきたとも考えられる。（傍点筆者）

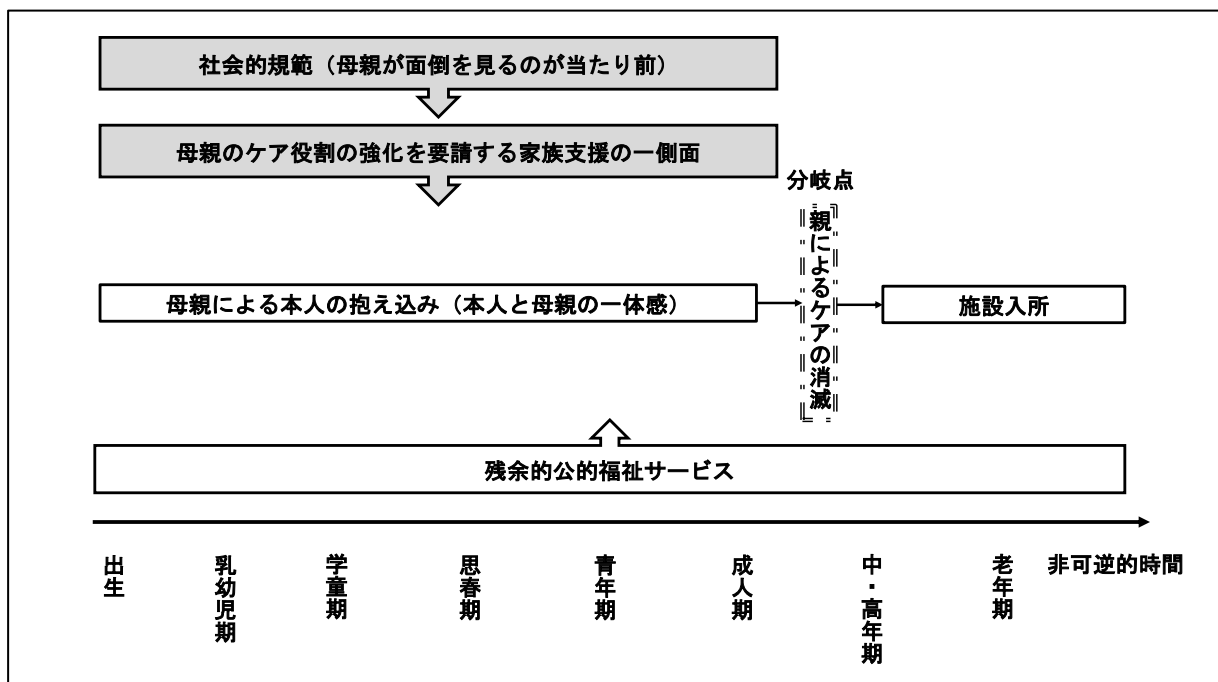
植戸の分析は、母親が本人の面倒を見るという社会的規範と残余的な公的福祉サービスとの相乗効果が、社会的規範をより強固なものとするという指摘である。

鶴野（2000）は、「家族支援は、障害児・者のケアを行う家族成員の負担を軽減するという入り方をする。したがって、負担を軽減しつつ、ケア提供者としての役割を強化するものであると理解することもできる」（傍点筆者）と述べ、家族支援がエンドレスな家族によるケアを要請する側面を併せ持つことを指摘している。

こういった中高年の知的障害者を高齢の母親がケアをし続けるというパターナリスティックな関係性について中根（2005）は、「親の高齢化という『時間の限界性』という解決困難な問題を含んでいるだけではなく、互いのアイデンティティを強化しあい、関係をゆがませる危険性を孕んでいる」。そしてその結果、知的障害者のケアを担う母親が高齢化や病気等の理由により、ケアの継続が困難となった場合、「本人がショートステイから入所施設へ移行したりという現状がある。『施設から地域へ』という『地域生活移行』の時代にあっても、『地域から施設へ』の逆の流れが依然として残っている」（植戸 2015, 傍点筆者）。政策課題の地域移行を進めているものの、家族ケアの消滅が、新たな施設入所を生み出している状況を指摘している。

以上の先行研究の知見を素に、知的障害者のドミナント・ストーリーを図 3-3-2 に整理した。知的障害者は、出生後から分岐点となる「親によるケアの消滅」に至る全期間において、「母親による本人の抱え込み（本人と母親の一体感）」を形成する。そのことの促進因子として、最も大きなものは、「社会的規範（母親が面倒を見るのが当たり前）」、「母親のケア役割の強化を要請する家族支援の一側面」、「残余的公的福祉サービス」の3点があげられる。知的障害者が在宅生活を継続する最も大きな要件は、母親によるケアであり、そのケアの消滅は施設入所へのトリガーとなっている。

図 3-3-2 知的障害者のドミナント・ストーリー



筆者作成

このように、知的障害を持つ子どもへのケアの主力が母親であり続けることの弊害として、新藤（2011）は、「離家については、親の考えに委ねられている。当事者の主体性はほとんどみられず、また、主体性行使する機会も少なく条件も整っていないため、将来展望について見通しを持ちづらい状況にある」（傍点筆者）と述べ、知的障害者が自らの人生を主体的にコントロールしていくことを阻害していると問題提起している。

知的障害者の主体性を阻害しているという指摘は、専門職にも向けられる。杉田（2004）は、国立のぞみ園、船形コロニー、コロニー雲仙の地域移行をした知的障害者の調査結果から「移行時期、場所、共同入居者、引越しの決定に対し本人はほとんど関与しておらず、職員や施設側が決定していた」（傍点筆者）と述べ、ケアを提供する側である専門職が、本人の生活の在り方の代決権を握っていると指摘する。

こういった知的障害者の意思決定の代決権を親や専門職が握っていることについて、知的障害の子どもを持つ児玉（2013）は、「（身障者の）『ザ・自立生活』モデルを作ってきた人たちが『どんなに重度の人でも』と言う時、そこに知的障害者の姿が捉えられていない」（傍点筆者）と述べ、全身性障害者の自立生活モデルを知的障害者へ汎用することの困難さを指摘する。加えて、知的障害者の親は「子どもが小さい頃には専門家が認める『優秀な療育者であれ』と求められ、その後もずっと世間が認める『愛と自己犠牲で献身する美しい介護者であれ』と求められてきた」（傍点筆者）と、先述した Qualls の指摘をわが国の知的障害者家族が体现している実態を述べている。児玉の言説は、先述した中根の知的障害を子どもに持つ親の心情である「ケアの社会化への違和感」と符合する。

この親の抱く「ケアの社会化への違和感」を踏まえ、中根（2006）は、「ケアの社会化」を操作的に定義したうえで、以下の「ケアの社会的分有」を提案している。

「ケアの社会化」とは別に「ケアの社会的分有」という用語を提示する。「ケアの社会化」とはケア行為のすべてを外部に委託することであり、現実には社会化しえぬものも含んでいる。一方、「ケアの社会的分有」とは、ケアを外部化できるものとそうでないものに分け、家族も含めた多元的なケアの担い手により分け有することである。ケアの社会化は、介護力と介護関係を包括的に家族の外へ出すことであり、ケアの社会的分有とは、介護力と介護関係の区分に配慮し、それぞれを家族を含めた多元的な担い手により支えることである。（傍点筆者）

中根の「ケアの社会的分有」の根拠は、以下の3点を背景にしている。1点目は、知的障害母親に内在化しているケア役割は、子どもが幼少期から体験してきた制度と社会的規範により強いられてきたものであること。2点目は、そういった制度や社会的規範からの要請により、親が形成する本人の「抱え込み」という関係性は、その時点までのお互いのアイデンティティにも影響していること。3点目は、制度や社会的規範から知的障害者を子どもに持つ親に対するまなざしが変わらないなかで、いきなりケア行為の全てを外部化することが本人と母親双方にとって有益なものと考えられないこと。この3点を根拠に、家族もケアを部分的に担ってもらうという「ケアの社会的分有」を提案しているのである。

実態として、グループホーム入所者における家族のもとへの外泊について、西村（2007）は、以下のように述べている。

通所施設がバックアップしているグループホームの入居者の7割強が毎週末家族の元へ帰宅している。ゴールデンウィーク、盆休み、正月を合わせると2ヶ月近くを家族の元で過ごしている。

このデータは、ケアの脱家族化をハードランディングではなく、親・本人双方にとって、ソフトランディングしていくため現実的方法とも考えられ、中根の「ケアの社会的分有」を実践していると捉えることができる。

以上の先行研究の踏査から知的障害ケアの脱家族化が進まない背景は、以下の5点にまとめることができる。1点目は、子どもが知的障害と分かった時点から始まる療育等の訓練は、母親の存在を前提とした仕組みとなっていること。2点目は、家族、とりわけ主たる介助者である母親自身の相談を受ける専門機関が無いこと。3点目は、本人の幼少期から成人期以降に至るライフステージ全てにおいて、重要な意思決定は、親の代決によりなされていること。4点目は、制度に加え、知的障害者のケアは親が担うべきという社会的規範、その双方から、親の存命中は、親によるケアを受けながら親とともに暮らし、親によるケアの消滅後は、入所施設で暮らすというドミナント・ストーリーが暗黙裏に存在していること。5点目は、4点目のドミナント・ストーリーの対極にあるオルタナティブ・ストーリー、即ち、親の居る間に独立した知的障害者の暮らしが知られていないことである。

3-3-2. 森口（2014）の対象文献4のメタデータ分析

知的障害ケアの脱家族化の分析対象文献は、表3-3-1のとおりである。本項では、対象文献4の森口（2014）のメタデータ分析を行う。第3項では、福田（2017）の対象文献5のメタデータ分析を行い、第4項では、福田（2018）の知的障害本人を調査対象としている対象文献6のメタデータ分析を行う。

表3-3-1の対象文献4、対象文献5、対象文献6を精読した。メタ統合の6つの着眼点、①起点、②ケアの脱家族化の促進要因と阻害要因、③本人と親のパワーバランスの推移、④ピアの関与、⑤専門家の関与、⑥ケアの脱家族化における社会的・文化的背景の6点から再度精読した。3つの対象文献すべてが、着眼点6点のうち3点以上を含むことから、メタ統合の要件を満たしていると判断した。

対象文献4は、森口（2014）の研究である。言葉での意思疎通が難しい知的障害者7名の家族（1名姉、6名母親）を調査対象に、青年期知的障害者の「親元からの自立」を促進する条件を明らかにすることを目的に実施した研究である。半構造化インタビューを実施し、質的データ分析法により分析を行っている。本人との居所の分離を決断し、GHで暮らす本人の成長や変化を感じることで、家族にも様々な変化がもたらされるプロセスを質的分析により明らかにしている。

以下、対象文献4について、メタデータ分析を行う。表3-3-2は、対象文献4における調査

表 3-3-1 知的障害ケアの脱家族化の実証研究の概要

文献 No. 1	タイトル (著者, 発行年)	研究目的	対象者	研究方法	結果の概要
対象文献4	知的障害者の「親元からの自立」を促進する支援のあり方—家族へのインタビューの質的分析をとおして (森口, 2014)	青年期知的障害者の「親元からの自立」を促進する条件を明らかにすることを目的とする	言葉での意思疎通が難しい青年期知的障害者の家族7名(1名姉, 6名母親)	質的データ分析法 (佐藤2008)	対象者7名へのインタビューデータを分析. 本人との居所の分離を判断し, GHで暮らす本人の成長や変化を感じることで, 家族にも様々な変化がもたらされるプロセスを質的分析により明らかにしている.
対象文献5	老障介護家庭における知的障害者の自立をめぐる母親が経験するプロセス—複線経路・等至性モデルによるプロセスの可視化を通して (福田, 2017)	知的障害のある子どもを自立へ導いた母親の行動や認識とそれらに影響した要因の可視化を目的とする	母親年齢60歳を過ぎてから子どもが自立した11名の母親	TEM	対象者11名へのインタビューデータをTEMで分析. 第1期「知的障害のあるわが子に会う」から第5期「子どものいない生活に慣れる」まで, 5つに時期区分し, それぞれの時期における母親の認識と行動, 子どもの自立への促進要因と阻害要因, 分岐点, 必須通過点というTEMの分析概念を用いて, プロセス的に明らかにしている.
対象文献6	老障介護過程における知的障害者の自立をめぐる経験—当事者視点で捉えた複線経路・等至性モデルによるプロセスの可視化を通して (福田, 2018)	知的障害者の自立をめぐる一連の行動や認識の変容と, その間に働く促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的とする	GHで生活する言葉による意思疎通が可能な知的障害本人8名	TEM	対象者8名へのインタビューデータをTEMで分析. 第1期「当たり前親と暮らしている」から第4期「GHで暮らしていくと決心する」まで, 4期に時期区分し, 自立をめぐる本人の行動や認識, 阻害要因と促進要因に着目し, 分岐点, 必須通過点というTEMの概念を用いて, プロセス的に明らかにしている.

筆者作成

対象7名の個別状況を, 筆者がケアの脱家族化の起点及び阻害要因, 促進要因という視角からメタデータ分析を行い整理したものである. 文献より収集できないか所は空欄としている.

インタビュー調査対象の本人から見た続柄は, b氏のみが姉で, 他の6名は全員が調査時点で60代の母親である. つまり, 7040問題が訪れる前に, 本人の住まいをGHへ移行した7事例である. また, 調査対象者が利用しているGHは, 家族も巻き込んだ作業所づくり運動により設立された法人の事業所である. それゆえ, 家族とGHを運営している事業所は, 密接な関係性を持っている.

以下, 表3-3-2をもとに, ケアの脱家族化の阻害要因を〈 〉, 促進要因を《 》として, 全体の共通項及びa氏からg氏の個別の状況に関する説明を記述し, 着眼か所にアンダーラインを引く.

まず全体の共通項を, 時間軸で述べていく. GH入居までの家族は, 将来の暮らしの場のイメージについて, 親元で暮らす若しくは入所施設で暮らす, の二者択一のイメージしか持っていない. 入所施設に対するイメージはネガティブであり, GHは本人の障害レベルから困難であると考えている. つまり, 親と一緒に暮らし, いずれは入所施設で暮らすというイメージである.

GHへの入居の背景は様々あるものの, 起点は, 7事例全てが「親」である. 入居に際しては, 親のポジティブな要望ではなく「仕方なく」「あきらめて」「もう限界」というネガティブな感情から決断している. a氏は, 「そのうち家へ戻る」と予想し, 送り出している. GHへの入居に

表 3-3-2 対象文献 4 における調査対象 7 名の個別状況

	a	b	c	d	e	f	g
性別	男性	男性	男性	男性	女性	男性	男性
本人年齢	30代前半	30代後半	40代前半	40代前半	30代後半	30代後半	30代前半
入居年数	8年	7年	7年	7年	12年	7年	7年
将来の暮らしの場イメージ	親元若しくはネガティブなイメージの入所施設/GHは障害レベルから利用困難						
入居の背景	支援者から親への提案/宿泊体験の延長	昼夜逆転する家での暮らし	宿泊体験の延長	宿泊体験の延長	稼働率という事業運営の安定のため	事業運営の安定のため/宿泊体験の延長	支援者から親への提案/昼夜逆転する家での暮らし
起点	親						
入居に際する親の思い	そのうち家へ戻ると予想	親のポジティブな要望ではなく「仕方なく」「あきらめて」「もう限界」というネガティブな事情からGHへの入居を決める					
促進要因共通	事業所をよく知っている, 支援者をよく知っている, 支援について意見を言える関係(連絡帳), 家から距離が近い						
促進要因個別							GHが頑丈な建物
阻害要因共通	健康や体調に関わる心配, 仲間との関係の心配, 理解力及び意思疎通という障害特性からくる心配, 本人に対するうしろめたさ, 不憫さ,						
連続してGHで過ごす日数	6日/週	6日/週	4日/週	2-7日/週	6日/週	6-7日/週	年末年始以外
入居後の本人の変化		親からの自立心の芽生え	出来ることが増える		仲間との暮らしで自信がつく	家よりGHへの所属意識	
入居後の親の心境			パニックの原因だったという気づき	家族より支援者と過ごす方が良い面がある		親のパターンリスティックな関わりへの気づき	つきない心配
入居後の親の生活	きょうだいの心的負担の軽減	気分が楽になる					自分の時間をもてる
将来への希望・不安	アパートでの一人暮らし			65歳問題		65歳問題	

出典) 森口 (2014) の文献をもとに筆者作成

関する親の心情は、一緒に暮らしたい、という思いと住まいを分けなければ、という思いを併せ持つアンビバレントな心情であることが窺える。

ではなぜ、GHへの入居を決めたのか。入居の促進要因には、《事業所をよく知っている》、《支援者をよく知っている》、《支援について意見を言える関係(連絡帳)》、《家から距離が近い》がある。つまり、《ケアを提供する側と親との信頼関係がある》こと、《連絡を取り合える関係である》こと、《物理的に距離が近い》こと、の3つが促進要因として確認することができる。

阻害要因には、どのようなものがあるのか。〈健康や体調に関わる心配〉、〈仲間との関係の心配〉、〈理解力及び意思疎通という障害特性からくる心配〉という障害特性や疾病といった個人因子に関するものがある。そして、〈本人に対するうしろめたさ〉、〈不憫さ〉という「親が面倒見るのが当たり前という社会的規範」による反応と考えられるものがある。

連続してGHで過ごす日数をみると、g氏以外は、GHで過ごすことと家で過ごすことを併用している。g氏も年末年始は、家で過ごしている。森口の研究においても、親自身のケアを多元的なケアのひとつとして捉える中根（2006）の「ケアの社会的分有」が実践されている。

次に、個別の状況について記したい。a氏の入居の背景は、支援者から親への提案と宿泊体験の延長である。GHへの入居は、本人のきょうだいの心的負担を軽減し、きょうだいの安心にもつながっており、親亡き後の見通しを持ち得ていることが窺える。将来の希望として、GHからアパートでの一人暮らしをさせてみたいと考えが展開している。GHへの入居を障害レベルから困難と考えていた親が、GHへの入居を通過点として捉えるようになっている。GH入居は、親自身の自立観をも変容させていく側面があることを示唆している。

b氏は、昼夜逆転の暮らしにより、家族が眠れない事態となったことが入居の背景である。GH入居後に、自室に親を入らせないことがみられる。家族は、そこに自立心の芽生えを感じている。また、入居することで、親は気分が楽になったと感じている。

c氏の入居の背景は、宿泊体験の延長である。入居後、パニックの原因は親子関係にあったと気づき、GHへの入居が家族によるケアを客観視する機会となっている。入居により、本人の出来ることも増えてきている。

d氏の入居の背景は、c氏と同様に宿泊体験の延長である。親は、本人がGHへ入居することで、家族よりも支援者と過ごす方が良い面があると気づいていく。障害福祉から介護保険へと移行する65歳問題を懸念している。

e氏は、親自身が作業所づくり運動に参画し、事業運営にも関与している。そのため、GHの稼働率を上げ、事業を安定化させる必要性から娘を入居させている。当初親が予想していた心配とは裏腹に、入居後の本人は、仲間との暮らしで自信をつけている。

f氏の入居の背景は、e氏と同様に法人事業を安定化させる必要性と宿泊体験の延長である。入居後の本人は、仲間と暮らすことの自信が感じられ、GH入居者としての所属意識を高めていることが窺われる。また親は、これまでパターンリスティックな関わりをしていたことに気づき、家族によるケアを客観視する機会となっている。また、d氏と同様に65歳問題を懸念している。

g氏の入居の背景は、b氏と同様に昼夜逆転の生活となり親が眠れないこと及び支援者からの提案である。GHへの入居に際して最も大きな促進要因は、《GHが頑丈な建物》であったことである。普通の民家のGHであれば、パニックになった時の器物損壊を心配しており、建物の頑丈さがGHへの入居を後押ししている。母親は、g氏と暮らしている時、代わりに本人を見る父親が居ないと病院へも美容院へも行けなかった。それゆえ、本人がGHへ入居することにより、母親自身が「自分の時間をもてる」ようになっている。

以上、森口の青年期に定位家族からGHへの入居を選択した家族へのインタビュー調査について、ケアの脱家族化の起点、促進要因、阻害要因という視点からメタデータ分析を行い、全体の共通項と個別の状況について、述べた。このメタデータ分析の作業を通して、青年期の知的障害者が親元から空間的に暮らしを分けることによる親にとっての意義を7点抽出した。

その意義とは、①親自身が自らの関わりを客観視できる契機となっていくこと。②近視眼的な暮らしから見通しを持った暮らしになっていくこと。③本人と距離をとることで、本人の成

長を確認できるようになっていくこと。④親自身が自分の時間を取り戻す機会とになっていくこと。⑤本人のきょうだいに対してもいい影響を与えていくこと。⑥親亡きあとを冷静に考えられるようになっていくこと。⑦GH と家の併用は、親と本人の物語を継続していくということ。以上の7点である。最後の⑦は、麦倉（2004）のいう施設入所という出来事が親にとっての「物語の終わり」となることの対極に位置づけられる。

3-3-3. 福田（2017）の対象文献5のメタデータ分析

福田（2017）の対象文献5の概要は、表 3-3-1 で示しているとおりでである。母親年齢が 60 歳を過ぎてから子どもが自立した 11 名の母親を調査対象に、知的障害のある子どもを自立へ導いた母親の行動や認識とそれらに影響した要因の可視化を目的に実施した研究である。対象者 11 名へ半構造化インタビューを実施し、TEM（Trajectory Equifinality Model：複線経路・等至性モデル）で分析を行っている。親元から自立していくプロセスについて、第1期「知的障害のあるわが子に出会う時期」、第2期「子どもに奔走されながらも向き合う時期」、第3期「知らぬ間に時間だけが過ぎる時期」、第4期「焦燥し自立のことで頭がいっぱいになる時期」、第5期「子どものいない生活に慣れる時期」の5つに時期区分がなされ、それぞれの時期における母親の認識と行動、子どもの自立への促進要因と阻害要因、分岐点、必須通過点という TEM の分析概念を用いて、プロセス的に明らかにしている。

TEM は、システム論に依拠し、個人の経験した時間を捨象することなく、個人の経験世界を歴史的・文化的・社会的な影響から描くことを特徴としている（安田ら：2012）。TEM の主要概念には、EFP、OPP、BFP、SD、SG がある。EFP（Equifinality Point：等至点）は、等しく至るとして焦点を当てた地点のことである。この研究でいえば、親元から自立を果たした地点のことである。OPP（Obligatory Passage Point：必須通過点）は、ある時点にいくために多くの人々が通過すると考えられる地点のことである。この研究でいえば、知的障害本人が親元から自立を果たすまでに、知的障害親の多くが経験すると考えられる地点である。BFP（Bifurcation Point：分岐点）は、ある経験において、複線経路を可能とする結節点のことである。SD（Social Direction）は、等至点の反対に向かう選択肢を選ぶようにし向ける環境要因と、それを下支えするような文化的社会的緒力のことである。この研究でいえば、知的障害本人が親元から自立をしないようにし向ける社会的・文化的緒力のことである。いわば、阻害要因である。SG（Social Guidance）とは、SD に対抗し、等至点に向かう選択肢を選ぶようにし向ける環境要因と、それを下支えするような文化的社会的緒力のことである。この研究でいえば、知的障害本人が親元から自立をするようにし向ける社会的・文化的緒力のことである。いわば、促進要因である。

以下、対象文献5について、メタデータ分析を行う。先に述べた時期区分第1期「知的障害のあるわが子に出会う時期」及び第2期「子どもに奔走されながらも向き合う時期」は、ケアの脱家族化が始まっていない時期であることから、第3期「知らぬ間に時間だけが過ぎる時期」以降のメタデータ分析を行う。着眼か所にアンダーラインを引く。

表 3-3-3 は、福田の調査結果を、筆者がケアの脱家族化の起点及び阻害要因、促進要因という視角からメタデータ分析を行い、整理し直したものである。

以下、表 3-3-3 をもとに、ケアの脱家族化の阻害要因を〈 〉、促進要因を《 》として、時

間軸で述べていく。文中の EFP, OPP, BFP, SD, SG は、先に述べた TEM の主要概念である。

「第 2 期：子どもに奔走されながらも向き合う」は、本人が中等部の頃までの時期であり、「第 3 期：知らぬ間に時間だけが過ぎる」は、本人誕生後 15 年から 30 余年に渡る期間である。

第 2 期から第 3 期への転換点は、本人が中等部から高等部の時期となる。この転換点は、「将来の思いをめぐらす」(OPP) がある。そこには、①「日中の場探しが先決」という高等部卒業後の行き場の確保、入所施設も視野に入れた親の②「思いの具現化を目指す」志向、知的障害子である本人に対して③「自立は論外」という思い、親以外のケアを受けながら④「自立するのが当然」という思い等、卒業後の見通しを持ってない母親の心情が「将来の思いをめぐらす」(OPP) となっている。それまでの「第 2 期：子どもに奔走されながらも向き合う」時期は、学校が日中の行き場として固定化し、本人を取り巻く学校、教員、母親というフレームのなかで暮らしている。卒業後にどうするのかを考える期間が必須通過点「将来の思いをめぐらす」(OPP) である。

表 3-3-3 対象文献 5 の青年期から成人期にグループホームへ送り出す母親の軌跡

時期区分	阻害要因	促進要因
転換点	将来の思いをめぐらす (OPP) : ①日中の場探しが先決, ②思いの具現化を目指す, ③自立は論外, ④自立するのが当然	
第 3 期 知らぬ間に時間だけが過ぎる	理屈ではない「あの」暗黙の仲間意識	地域福祉の流れ 入所施設の理不尽さ 子離れ・親離れの成功体験
転換点	窮地に立たされ憔悴し決断に踏み切る (BFP) : ①ヤキモキする, ②もう限界, ③乗り遅れた感, ④制限時間が迫る, ⑤子の親離れに焦る	
第 4 期 焦燥し自立のことで頭がいっぱいになる	父親の反対 経済的負担の増加	子離れ・親離れの成功体験 心強い後押し 子どもの同意 親の務め
転換点	GHに送り出す (EFP) : ①潮時を迎える, ②チャンスにうまく乗る, ③踏ん切りをつける	
第 5 期 子どものいない生活に慣れる	同じ生活圏内 綱渡り状態のGH	GHで生活する子どもの意外な姿
転換点	将来を再考する (EFP2) : ①目途が立ち悔いはない, ②次のステージを考える	

出典) 福田 (2017) の文献をもとに筆者作成

第 3 期は、本人の思春期から成人期初期にかけての長いスパンである。この時期の阻害要因は、〈理屈ではない「あの」暗黙の仲間意識〉である。これは、本人が大人になっても母親が育てていくべきという社会的規範を母親仲間で共有しているムードを表している。対極にある促進要因には、《地域福祉の流れ》、《入所施設の理不尽さ》、《子離れ・親離れの成功体験》がある。《地域福祉の流れ》は、入所施設を作らないという政策の方向性を意識化していることであ

る。《入所施設の理不尽さ》は、施設で暮らしの全てが完結することに対する母親の持つネガティブな感情である。《子離れ・親離れの成功体験》は、GH 宿泊体験を繰り返すことによる何らかの手応えを、母親と本人双方が確認出来ていることである。この阻害要因と促進要因がせめぎ合うなかで時間だけが経過していき、母親は高齢期を迎えている。老いた母親が障害のある子どもをケアする老障家族となっており、「窮地に立たされ憔悴し決断に踏み切る」(BFP)に至っている。この分岐点が、自宅から GH への入居の起点となり、全ての事例において母親が決定している。「窮地に立たされ憔悴し決断に踏み切る」(BFP)には、GH が無いことで①「ヤキモキする」や、親自身の疾病等により本人へのケアを②「もう限界」と悟ること、これまで仲間意識を共有していた母親の子どもが GH に入り③「乗り遅れた感」を持つこと、母親自身の残りの人生の時間を勘案し④「制限時間が迫る」ことを意識し始めること、親と一緒にいることが楽しくない様子を見せる⑤「子の親離れに焦る」、の5つのコードにより構成される。多様な個別状況が下位概念に存在する。

「第4期：憔悴し自立のことで頭がいっぱいになる」時期は、GH へ送り出すまでの阻害要因と促進要因が相克する時期である。阻害要因は、〈父親の反対〉と〈経済的負担の増加〉の2つである。〈父親の反対〉は、本人の自立を悠長に構えている父親と主たる介護者である母親の認識のズレを表している。〈経済的負担の増加〉は、親と一緒に暮らしている時の食費等のコストと GH 入居に伴う個人負担との比較から、総額としてのコストが増えてしまうことを指している。促進要因は、《子離れ・親離れの成功体験》、《心強い後押し》、《子どもの同意》、《親の務め》の4つである。《子離れ・親離れの成功体験》は、前述したとおりである。《心強い後押し》は、福祉事務所が GH への入居に関し背中を押してくれること。《子どもの同意》は、母親の GH 入居の提案に本人が賛意を示すことである。最後の《親の務め》は、GH へ移行したあとのフォローも親が元気で居る間でなければ出来ないという認識である。

以上のように、起点となる母親の「窮地に立たされ憔悴し決断に踏み切る」(BFP)から、すぐに GH への入居となっている訳ではない。「第4期：憔悴し自立のことで頭がいっぱいになる」時期における阻害要因と促進要因のせめぎ合いをくぐり抜け、ようやく「GH に送り出す」(EFP)に至っている。この「GH に送り出す」(EFP)は、「潮時を迎える」、「チャンスにうまく乗る」、「踏ん切りをつける」の3つのコードにより構成されている。「ヤキモキする」や「子の親離れに焦る」から、①「潮時を迎える」と感じる母親もいる。また、「制限時間が迫る」と感じている場合、タイミングよく GH への入居のお誘いがあり②「チャンスにうまく乗る」母親もいる。「もう限界」と感じていた母親は、遠方の入所施設に入れるよりも③「踏ん切りをつける」思いで GH への入居を決定している。等至点「GH へ送り出す」も、多様な個別状況より生成されている。

「第5期：子どものいない生活に慣れる」時期における阻害要因には、〈同じ生活圏内〉と〈綱渡り状態の GH〉の2つがある。前者の〈同じ生活圏内〉は、GH まで近いことから、これまでの習慣で「惰性で子どもに関わる」或いは、「二重生活で大変さは変わらない」と感じることである。これは、先述した森口の GH への入居の促進要因《物理的な距離が比較的近い》と同種の状況が阻害要因となる場合もあることを示している。つまり、GH での暮らしへ移行した後も、ケアする母親とケアを受ける本人の関係性が変わらない場合、母親の負担は二重となり、阻害要

因となることを示唆している。

後者の〈綱渡り状態のGH〉は、GHの運営法人の経営上の問題とGHの建物の老朽化問題があり、母親が、GHが継続していけるのか不安を感じることである。この2つの阻害要因〈同じ生活圏内〉と〈綱渡り状態のGH〉の原因は、森口の研究の促進要因として抽出した《ケアを提供する側と親との信頼関係があること》及び《連絡を取り合える関係である》ことの欠如と考えることができる。阻害要因の対極にある促進要因には、《GHで生活する子どもの意外な姿》がある。母親は、本人がGHで暮らすことによる本人の成長を感じられるようになっている。

「GHに送り出す」(EFP)のあとの第5期を経ることで、セカンド等至点「将来を再考する」(EFP2)に至っている。ここには、母親自身が死んだあとも見通しが立ち①「目途が立ち悔いはない」というGH入居を完結と捉える思いと、現状はGHであるが、親亡きあとは入所施設や高齢施設という②「次のステージを考える」という思いの2通りがコード化されている。11名の中には、親亡きあとに入所施設を選択肢が残っている母親もいることが確認できる。

以上、福田の調査結果を、起点と阻害要因、促進要因を中心にメタ分析し、論じてきた。福田の調査は、60歳を過ぎた母親が知的障害の子どもをGHへ送り出す経験世界のプロセスをリアルに描いたものである。この調査結果は、図3-3-2 知的障害者のドミナント・ストーリーにある「親によるケアの消滅」となる前に、ケアの脱家族化を開始したことに特徴がある。その意味から森口の調査と比べ、ケアの脱家族化の開始時期が遅い。筆者の解釈では、地域生活を継続させたいという親の思いと親自身の加齢に伴う体力の低下、その2つが交叉するギリギリのタイミングでケアの脱家族化に踏み切った11事例の分析である。このタイミングでのケアの脱家族化を失すると、前述した植戸の指摘にある「地域から施設へ」という可能性が高い。これまでのメタ分析の作業を通して、60歳を過ぎた母親にとって、知的障害の子どもとの暮らしを空間的に分けることの意義について、以下5点を抽出した。前述した森口の研究による意義とともに、表3-3-4に整理した。

1点目は、親の体力が残されている時に、空間的に暮らしを分ける意義である。《親の務め》にあるGHへの移行がハードランディングではなく、親のフォローやGHから自宅への外泊といった中根の「ケアの社会的分有」を一定期間持つことが出来る。2点目は、GHでの暮らしから本人の成長を確認できるという意義である。これは、森口の研究による意義と同種である。

3点目は、本人の居ない生活に慣れるという意義である。序章第2節4項で述べた家族周期

表 3-3-4 知的障害の子どもと空間的に暮らしを分けることの親にとっての意義

森口の研究：親にとって暮らしを分けることの意義 言語によるコミュニケーションが困難な知的障害者7名 青年期にGHへ住まいを移行	福田の研究：親にとって暮らしを分けることの意義 母親年齢が60歳を過ぎてからGHへ移行した知的障害者11名 青年期から成人期前半にGHへ住まいを移行
①親自身が自らの関わりを客観視できる契機となる ②近視眼的な暮らしから見通し持った暮らしになる ③本人と距離をとることで、本人の成長を確認できる ④親自身が自分の時間を取り戻す機会となる ⑤本人のきょうだいに対してもいい影響を与える ⑥親亡きあとを冷静に考えられるようになる ⑦GHと家の併用は、親と本人の物語を継続していける	①親の体力が残されている時にGHへ暮らしの場を分けられる ②GHでの暮らしから本人の成長を確認できる ③本人の居ない生活に慣れる（一般的な家族周期を過ごせる） ④親亡き後の本人の暮らしの目途を持つことができる ⑤ネガティブな印象の施設入所を回避できる

出典) 森口 (2014) 及び福田 (2017) の文献をもとに筆者作成

という視点から、畠中（2014）の「夫婦だけの生活に戻る」、或いは森岡（1997）の「向老期」等、親の年齢相応の家族周期の段階を迎えることが可能となり、ライフコース理論から考えると、親は、多様な生き方を選択することを阻まれている状態から脱出していく可能性を持っている。4点目は、親亡き後の本人の暮らしの目途を持てるという意義である。森口の親亡きあとを冷静に考えられるようになると同種の意義である。5点目は、母親の持っていたネガティブな印象の施設入所を回避できるという意義である。

森口と福田の研究は、調査対象の年齢及び子どもの障害レベルが同質とはいえない。母親の経験や認識を経時的に明らかにしているという点は、共通している。ただし、異なる点は、福田の研究は、暮らしの場を GH へ移行する際の親年齢が高く、制限時間が迫るなかで決定している。そのため、森口の研究で抽出した促進要因のうちの2点《ケアを提供する側と親との信頼関係があること》及び《連絡を取り合える関係である》という支援者と親との信頼関係を構築する前に決定している事例のルートでは、GH での安定した暮らしにつながっていない。2つの研究を比較検討するなかで、支援者と親との信頼関係の有無が、GH へソフトランディング出来るか否かの岐路になることを示唆している。

3-3-4. 福田（2018）の対象文献6のメタデータ分析

対象文献6は、福田（2018）の研究である。言葉による意思疎通が可能な知的障害8名を調査対象とし、知的障害本人が自立をめぐる一連の行動や認識の変容と、その間に働く促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的とした研究である。8名へのインタビューデータを TEM で分析し、第1期「当たり前前に親と暮らしている」、第2期「母親の言葉を咀嚼し自立に向かう時期」、第3期「新生活に馴染みきれない時期」、第4期「GH で暮らしていくと決心する時期」の4期に時期区分がなされている。

対象文献4の森口（2014）の調査対象が「言葉による意思疎通が難しい知的障害者」であるのに対して、福田の調査対象は、言葉によるコミュニケーションが可能な知的障害8名を選定し、インタビュー調査により、本人の経験世界を明らかにしていることを特徴とする。

得られた質的データは、TEM で分析している。表 3-3-5 は、福田（2018）の調査結果を、筆者がケアの脱家族化の起点及び阻害要因、促進要因という視角からメタデータ分析を行い、表に整理し直したものである。以下、表 3-3-5 をもとに、ケアの脱家族化の阻害要因を〈 〉、促進要因を《 》として、説明していく。表中の転換点は、BFP、OPP、EFP を包含し、記している。また、最初の転換点は、起点となっている。着眼点にアンダーラインを引く。

調査対象8名のケアの脱家族化の起点は、全員が母親である。「母親に GH に入るよう切り出される」（BFP・OPP）という経験により、ケアの脱家族化に向かっていく。

そこに至るまでの時期が、「第1期：当たり前前に親と暮らしている」である。「繰り返し GH を見学する」（BFP）は、起点に至るまでの促進要因として作用している。既に GH へ入居している人を《一人で暮らすすごい人》とロールモデル化したり、通っている《通所施設が GH を新設》したりするなかで、GH をリアルに感じ、《いずれ GH に入る》というイメージを持つ。また、《病気のお父さんがいなくなる》や《お母さんがダメになる》といった家族内における親のケア力が小さくなっていくことを実感することも促進要因として作用する。この時期の阻害要因は、

表 3-3-5 対象文献6のGHへ入居した知的障害8名の軌跡

時期区分	阻害要因	促進要因
第1期 当たり前に親と暮らしている	どこにもGHがない 家に居なくちゃダメ	繰り返しGHを見学する (BFP) 一人で暮らすすごい人 通所施設がGHを新設 いずれGHに入る 病気のお父さんがいなくなる お母さんがダメになる
起点 (転換点)	母親にGHに入るよう切り出される (BFP・OPP) : 先行きが不安, 申し訳ないけど入って, いいGHがある	
第2期 母親の言葉を咀嚼し自立に向かう	家に居たい	GHの訪問やお泊まり 面接に受かる GHで暮らす友達 遠く (の施設) に引っ越した友達
転換点	家を出る (EFP) : 「やっとGHへ入れる (即決型)」, 「嫌だけど選択肢はない (諦め型)」, 「友達と一緒にになれる (希望型)」, 「近いからまだマシ (消去法的選択型)」	
第3期 新生活に馴染みきれない	いじわるが続く 友達がやめる お父さんの死	GHの居心地のよさ
転換点	家に帰りたい (OPP) : 一人ぼっちのお母さんを助けたい, 悲しくて寂しい	
第4期 GHで暮らしていくと決心する		自分と同じ家に帰れない仲間 お母さんは自分のことだけでも大変 今まで通りお母さんに会える
転換点	親がいなくなってもGHで頑張る (EFP2)	

出典) 福田 (2018) の文献をもとに筆者作成

〈どこにもGHがない〉状況や今は〈家に居なくちゃダメ〉と母親に言われることがあげられる。

「母親にGHに入るよう切り出される」(BFP・OPP)の次の時期区分である「第2期:母親の言葉を咀嚼し自立に向かう」は、正式にGHへ暮らしが移行するまでの準備期間である。「母親にGHに入るよう切り出される」(BFP・OPP)時点での本人の思いは、それまでの「繰り返しGHを見学する」(BFP)があるものの、「先行きが不安」であったり、母親に「申し訳ないけど入って」あるいは「いいGHがある」と言われたり、戸惑いを感じている。〈家に居たい〉という思いも持ちながら、《GHの訪問やお泊まり》をする。GHの《面接に受かる》ことや、小さい頃から《GHで暮らす友達》を知っていたり、《遠く (の施設) に引っ越した友達》の存在を知ったりすることは、GH入居の促進要因となっている。

準備期間を経て、いよいよ「家を出る」(EFP)。この時点における本人の思いは、4つのタイプに分かれる。1つは、「やっとGHへ入れる」という即決型。2つめは「嫌だけど選択肢はない」という諦め型。3つ目は、「友達と一緒にになれる」という希望型。4つ目は、《遠く (の施設) に引っ越した友達》を知る本人は「近いからまだマシ」という消去法的選択型、の4つである。

「家を出る」(EFP)、ここから時期区分「第3期:新生活に馴染みきれない」時期となる。GH入居当初、《GHの居心地の良さ》を感じていたものの、その後、他の入居者からの〈いじわるが続く〉、家に帰る入居者〈友達がやめる〉、〈お父さんの死〉により母親を助けなければと思う

阻害要因がある。

時期区分の第3期から「第4期：GHで暮らしていくと決心する」時期への移行期には、「ひとりぼっちのお母さんを助けたい」あるいは「悲しくて寂しい」思いから「家に帰りたい」(OPP)と考える。移行期の「家に帰りたい」(OPP)を経て、《自分と同じ家に帰れない仲間》や《お母さんは自分のことだけでも大変》ということに気づき、GHに入居していても《今まで通りお母さんに会える》と考えられるようになっていく。それらの促進要因により、セカンド等至点である「親がいなくなってもGHで頑張る」(EFP2)となっていく。

以上、対象文献6の自宅からGHへ入居し、暮らしの場を移行した知的障害本人8名への調査について、ケアの脱家族化の起点、促進要因、阻害要因という観点からメタデータ分析を行った。このメタデータ分析の作業を通して、青年期から成人期にかけてGHへと暮らしの場を移行することの本人にとっての意義を考察した。それらの意義は、以下の5つに集約される。

1点目は、地域生活を継続できるという意義である。前述した図3-3-2の知的障害者のドミナント・ストーリーではないオルタナティブ・ストーリーを親によるケアの消滅前にGHという暮らしの場を選択出来たことにある。

2点目は、リハーサルを繰り返し行うことに意義がある。これは、「繰り返しGHを見学する」(BFP)や《GHの訪問やお泊まり》が重要であり、「一人で暮らすすごい人」とピアな仲間をロールモデル化していることを示唆している。

3点目は、伴走者的支援を行うことの意義である。第2期、第3期における阻害要因と促進要因の相克のなかで、本人がGHで暮らし続けることを選択しているのは、支援する専門家と母親の伴走的な関与の影響が大きい。言語による意思疎通が可能である知的障害者の場合、より効果的に作用すると思われる。

4点目は、GHへの入居後に「家に帰りたい」(OPP)という揺り戻しがあることを発見したことに意義がある。定位家族からの自立支援を行う際に、ノーマルな反応として表出されることを意味している。反面、阻害要因〈友達がやめる〉は、どのような理由でGHから退去したのかが不明である。ただ、この阻害要因〈友達がやめる〉は、GH入居に至るまでに、親、本人、支援者の調整という多大な労力のうえ入居となった後に定位家族へ戻るということを意味している。それゆえ、GH入居当初は、親、本人、支援者の密な連携が求められる時期であるといえる。

5点目は、セカンド等至点である「親がいなくなってもGHで頑張る」(EFP2)を見いだせたことの意義である。近視眼的に自身の生活を捉えていた本人が、自らを客体化し将来を見通せるようになったことを示唆している。

3-3-5. 知的障害ケアの脱家族化の特徴

第2項から前項まで、ケアの脱家族化の起点、阻害要因、促進要因という視点から先行研究の知見を整理した。それらを本章第2節の全身性障害ケアの脱家族化の表3-2-3と同じ枠組みで、本人、母親、本人と母親との関係性、社会的・文化的背景、という視角からメタデータ分析を行い、表3-3-6に整理した。

本人の阻害要因は、〈ロールモデルの不在〉から〈家に居たいという思い〉がある。母親からの「GH入居の提案」に対しては、〈家を出たあとの先行きの不安〉がある。GH入居後の〈父の

死に伴う母を手伝いたいという思い)や〈GH内での人間関係(仲間のいじわる, 仲間がGHを退去する)〉は, GHから自宅へ戻ろうとするベクトルが働く。

本人の促進要因は,《GHでの宿泊体験》による《ロールモデルとの出会い》がある。また,《遠くの入所施設に入った仲間》を知ることが, 促進要因として作用する。また,《GHの居心地の良さ(仲間・支援者)》は,《GHの所属意識の高まり》となる。GHでの時を重ね《自分と同じ帰る家の無い仲間の存在》を知ることや年老いた《親は親自身のことだけで精一杯ということを知る》こともケアの脱家族化の促進要因となる。

次に, 母親の阻害要因は,〈自立は論外という思い込み〉や〈最後は入所施設という諦め〉とあった地域生活をしているロールモデルを知らないことによる認識がある。また, GHの存在を知ったあとも〈一緒に暮らしたいとGHで暮らして欲しいというアンビバレントな心情〉や〈家族がケアすべきという社会的・文化的規範〉に基づく〈GH入居に対する不憫さ・申し訳ないという思い〉がある。また, 阻害要因として〈GH入居に対する父親の反対〉がある場合もある。母親の促進要因は, 高等部卒業後時間だけが過ぎる《時間の限界性の気づき》がある。中根のいう「時間の限界性」が符合する。《入所施設に対するネガティブな思い》や《GH宿泊訓練の成功体験》, そして本人へGHへの入居を切り出した時の《本人の同意》は, 促進要因となっている。結果として《GHで生活する本人の成長》や《これまでの母親自身のパターンリスティックな関わりへの気づき》もある。何よりもGH入居に伴い空間的に暮らしを分けることにより, 《母親自身が自分の時間を取り戻す》ことは, 序章第2節4項で述べた家族周期説による子ども全員が独立する「向老期」を迎えることとなる。また, ライフコース理論に即して考えると, 知的障害の子どもへのケアにより多様な生き方を剥奪されている状況から, 脱出出来る可能性を持つものである。

本人と母親との関係性に関する阻害要因は,〈母親が代決権を握っている〉ことである。これは, (1)知的障害ケアの脱家族化が進まない背景, で述べた〈母親がケアすべきという社会的・文化的規範〉や「残余的公的福祉サービス」により必然として生じる「母親による本人の抱え込み」がもたらすものである。また, 身体障害と同様に2世帯となることによる〈GHと自宅トータルの経済的負担の増加〉や連絡を取り合える《ケア提供者と親との信頼関係》の欠如からくる〈GH入居後も減らない母親による本人へのケア〉がある。

本人と母親との関係性に関する促進要因としては, これまで母親と本人の二者で重要な決定を下していたが,《母親と本人の間に支援者が入る関係性》が新たに出来ることである。そのことの副次的効果として,《本人と母親の関係性が占める比率が漸次低下(本人と仲間や本人と支援者の関係性が構築される)》し,《母親の直接的な手段のケアが低下し, 情緒的なケアが保持される》ようになっていく。

表 3-3-6 知的障害ケアの脱家族化の起点・阻害要因・促進要因の整理

起点	阻害要因	促進要因
親	【本人】 ①ロールモデルの不在 ②家に居たいという思い ③家を出たあとの先行きの不安 ④父の死に伴う母を手伝いたいという思い ⑤GH内での人間関係（仲間のいじわる，仲間がGHを退去する）	【本人】 ①GHの宿泊体験 ②ロールモデルとの出会い ③遠くの入所施設に入った仲間 ④GHの居心地の良さ（仲間・支援者） ⑤GHの所属意識の高まり ⑥自分と同じ帰る家の無い仲間の存在 ⑦親は親自身のことだけで精一杯ということを知る
	【母親】 ①自立は論外という思い込み ②最後は入所施設という諦め ③一緒に暮らしたいとGHで暮らして欲しいというアンビバレントな心情 ④GH入居に対する不憫さ・申し訳ないという思い ⑤GH入居に対する父親の反対	【母親】 ①時間の限界性の気づき ②入所施設に対するネガティブな思い ③GH宿泊訓練の成功体験 ④本人の同意 ⑤GHで生活する本人の成長 ⑥これまでの母親自身のパターンリスティックな関わりへの気づき ⑦母親自身が自分の時間を取り戻す
	【本人と母親との関係性】 ①母親が代決権を握っている ②GHと自宅トータルの経済的負担の増加 ③GH入居後も減らない母親による本人へのケア	【本人と母親との関係性】 ①母親と本人の間に支援者が入る関係性 ②本人と母親の関係性が占める比率が漸次低下（本人と仲間や本人と支援者の関係性が構築される） ③母親の直接的な手段的ケアが低下し，情緒的なケアが保持される
	【社会的・文化的背景】 ①家族がケアすべきという社会的・文化的規範 ②家族によるケアを前提とした制度設計 ③GHの施設整備が遅れている ④ロールモデルが知られていない（親元からの自立という実践モデルの欠如）	【社会的・文化的背景】 ①専門機関（福祉事務所）の後押し ②ケア提供者と親との信頼関係 ③同じ知的障害の子どもを持つ親同士のつながりと支え合い

出典）森口（2014）及び福田（2017, 2018）の文献のメタデータ分析により筆者作成
 社会的・文化的背景から見出されるケアの脱家族化の阻害要因は、〈家族がケアすべきという社会的・文化的規範〉が根強いことや〈家族によるケアを前提とした制度設計〉であることだ。これは、鈴木（2005）や植戸（2012）の指摘と符合する。また、母親がGHへの入居を希望するタイミングでGHの空きが無いという〈GHの施設整備が遅れている〉。また、〈ロールモデルが知られていない（親元からの自立という実践モデルの欠如）〉がある。これは、麦倉（2004）のモデルストーリーの不在という指摘と符合する。

他方、社会的・文化的背景から見出される脱家族化の促進要因は、《専門機関（福祉事務所）の後押し》や《ケア提供者と親との信頼関係》というフォーマルなケア提供機関の後ろ盾と《同じ知的障害の子どもを持つ親同士のつながりと支え合い》というインフォーマルなつながり、それらが相俟っていることがケアの脱家族化を促進している。

3-3-6. 分析枠組みからみた知的障害ケアの脱家族化の特徴

前項でメタデータ分析を行ったコードを表 3-3-6 に整理した。それらを第 1 節で設定した分析枠組み①起点，②本人と親のパワーバランスの推移，③ピアの関与，④ソーシャルワーカーの関与，⑤社会的・文化的背景，によるメタ統合を行った。

その結果は、以下のとおりである。

(1) 知的障害親

① 起点

知的障害ケアの脱家族化の起点は、親である。

② 本人と親のパワーバランスの推移

パワーバランスは、同居から非同居全ての過程において、親優位である。親元からの自立については、施設職員から情報を得た親が決断し、GHへ入るように本人へ切り出している。

③ 親のピアの関与

本人が幼少期からピアとの関係はある。障害受容に寄与している。インフォーマルなピアとの関係は続いているが、ケアの脱家族化における直接的なピアとの関係は、確認することができない。

④ ソーシャルワーカーの関与

法人の行うGHの見学会や説明会等において、法人職員若しくは施設職員からグループホーム入居に関する情報提供を受ける。親との連絡帳を通した施設職員とのやりとり等、施設職員との信頼関係の有無は、GHへの入居を決める際の判断材料となる。ソーシャルワーカーの関与は確認することができない。

⑤ 社会的・文化的背景

親によるケアを前提とした制度設計である。知的障害があると分かり、当時の療育教室へ行く頃から、優秀な療育者であることを求められている。知的障害のGH入居は、週末は実家、平日はGHという文化がある。

(2) 知的障害本人

① 起点

知的障害ケアの脱家族化の起点は、親である。

② 本人と親のパワーバランスの推移

パワーバランスは、同居から非同居の全ての期間において、親優位である。GH入居については、親から「悪いけど入って」とお願いされ、それに従う。

③ 本人のピアの関与

GHの見学や宿泊体験で、ピアに出会う。ひとりで暮らす凄い人と認識し、本人にとってロールモデルとなる。

④ ソーシャルワーカーの関与

GHの宿泊体験やロールモデルとの出会い、といった具体的な体験がGH入居の決断を促進している。入居後は、GH職員の伴走的関わりが本人の「GHで頑張る」という意味づけを醸成している。ソーシャルワーカーの関与は確認できない。

⑤ 社会的・文化的背景

親によるケアを前提とした制度設計である。これまでの人生の大事な局面で、自らが決定し責任を負う経験がない。いつも親が本人に代わり重要なことを決める。抽象的な思考が困難なこともあり、いつまでも親と一緒に暮らしていけるという感覚を持っている。

第4節 薬物依存症ケアの脱家族化実証研究のレビュー

本節では、薬物依存症ケアの脱家族化に関する実証研究をレビューする。第1項では、薬物依存症を比較対象とした理由を述べる。第2項では、薬物依存症とは何かを明らかにする。第3項では、分析の対象文献を示し、山野（2001, 2002）による薬物依存症家族を対象とした初期介入型グループワークの対象文献7及び8のメタデータ分析を行う。第4項では、安高（2016）によるセルフ・ヘルプ・グループを10年以上利用している薬物依存症家族のインタビュー調査による対象文献9のメタデータ分析を行う。第5項では、薬物依存症家族会会員へのインタビュー調査による対象文献10のメタデータ分析を行う。第6項では、薬物依存症ケアの脱家族化の特徴を整理し、設定したケアの脱家族化の分析枠組みに即して、薬物依存症ケアのメタ統合を行う。

3-4-1. 薬物依存症を比較対象とした理由

統合失調症は、1993（平成5）年の障害者基本法改正により、障害者と位置づけられた。そこで本章では、統合失調症ケアの脱家族化の比較対象として、第2節で全身性障害ケアの脱家族化を、第3節で知的障害ケアの脱家族化を、それぞれの実証研究をレビューした。

一方、統合失調症は、障害者であると同時に病者でもある。本節でとりあげる薬物依存症は、統合失調症と同様に、思春期の発症が最も多く、社会的に正しく理解されていない。これらの点は、統合失調症と同種の問題を持つものである。

わが国の物質依存の依存症対策は、アルコール依存症から始まり、薬物依存症対策へと続いている。アルコール依存症に関しては標準化された治療システムが普及している。しかしながら薬物依存症の治療システムは、道半ばである。

なぜ、本論文の比較研究では、アルコール依存症ではなく、薬物依存症を扱うのか。それは、家族支援の現場に登場する続柄の違いである。樋口ら（2010）の報告書によると、アルコール依存症の家族は配偶者が殆どであるが、薬物依存症では「親」が9割を超えている。依存症に家族が気づく平均年齢は、アルコール依存症が41.7歳、薬物依存症が22.8歳となっている。回復のキーマンとなる家族は、アルコール依存症では配偶者となり、薬物依存症では親である。アルコール依存症も薬物依存症も、ファーストクライアントは、家族となることが多い。

因みに同報告書では、相談機関へ相談した薬物依存症の平均年齢は、25.8歳であり、親が気づいてから3年間を要していることになる。山口ら（2016）が調査したわが国の統合失調症の発病から初診までの未治療期間（未治療期間：Duration of Untreated Psychosis, 以下 DUP）は、DUPが17か月と、欧米諸国に比べて著しく長い。背景には、統合失調症に対する偏見・差別がある。社会的偏見は、本人や家族にも内在化されている。それゆえ、疾病に対して忌避的となり、専門機関への相談が遅れる（塩満：2023）。この点においても、薬物依存症と統合失調症は、共通する。

一方、社会参加という点において、薬物依存症と統合失調症で最も異なる点は、能力障害に起因する生活困難の有無である。統合失調症は、第2章第1節で詳述したように生活障害を有する。しかしながら、薬物依存症の生活障害は、認められないとされる。単居の統合失調症者の多くは、ホームヘルプサービスや訪問看護等のケアを利用している。薬物依存症では、残遺

障害のある方を除き、ホームヘルプサービス等の社会資源の利用は限定的である(山口:2010)。

付言すれば、薬物依存症は、警察行政による「ダメ、ゼッタイ」に象徴されるように、「病氣」ではなく、「犯罪」として捉えられ、未だにその傾向が続いている。そのため、精神科病院においても薬物依存症の治療には、消極的である。樋口ら(2007)の調査によると、アルコール依存症専門医療機関128施設のうち、53%は薬物依存症を受け入れていない。2016(平成28)年3月、再犯率の高い覚醒剤事犯者に対して「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が施行された。司法が刑罰だけでなく、回復支援をもその範疇に含めることとなった。

3-4-2. 薬物依存症とは何か

嗜癖は、物質依存、行為依存、人間関係依存の3つに類型化される。物質依存には、アルコール、薬物がある。行為依存には、ギャンブル、セックス、暴力、万引き、買い物、インターネット、ゲームがある。人間関係依存には、いじめ、パワハラ、虐待がある。

アルコール依存症や薬物依存症だけでなく、近年では、ギャンブル依存症、インターネット依存症も専門機関による治療が始まっている。依存症に共通する特徴は、「手っ取り早く強力で気分をかえることにのめり込んでコントロールがつかなくなり、問題が起きても修正できなくなっていくこと」(成瀬:2019)である。

WHO(世界保健機構)は、2018年にICD10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類:International Stational Classification of Diseases and Related Health Problems)に代わるICD11を公表し、2019年5月の総会で承認された。アルコール依存症や薬物依存症の物質依存の診断ガイドラインは、表3-4-1の3項目のうち2項目以上が過去3か月以上続いている場合、依存症と診断される。

薬物依存症に即して言えば、1)物質使用のコントロール障害は、薬物使用の自己管理が出来なくなることである。薬物の自己管理をしようとするほど、薬物使用への渴望が強くなる。渴望とは、コントロールが困難な病的欲求のことである。渴望により薬物探索が始まり、薬物使用が最優先課題となる。

2)は、生活のなかで、何よりも薬物使用を優先し、そのことにより趣味や家庭、友人への関心を失い、仕事に対する責任を感じなくなり、薬物使用が至上化される。薬物の連続使用が出来なくなることを恐れ、絶えず薬物の使用、入手のことのみを考え行動するようになる。

表 3-4-1 物質依存の診断ガイドラインの概要

以下の3項目のうち2項目以上を満たす
1) 物質使用のコントロール障害
2) 健康維持や日常生活などの人生の他の側面よりも物質使用を優先することが多くなっており、害の発生にもかかわらず物質使用が持続する、または、増加している。
3) <u>物質に対する神経順応を示唆する、耐性または離脱症状の存在。</u>
依存の特性は通常、過去12か月移行の期間にみられるが、診断は、使用が3か月以上継続されている場合(毎日またはほぼ毎日)に下すことができる。

出典) 樋口進(2022)「物質使用症又は嗜癖行動症候群」『精神神経誌』124(12), 880 頁表転載

3)は、繰り返し薬物を体内に摂取することにより、従来の量では満足できる快感を得られなくなる「耐性の増大」がみられる。そのため、それまで得ていた快感を求めるため、薬物の増量やより濃度の高い薬物へ移行していく。「耐性の増大」により依存症が進行すると、「身体依存」が形成される。「身体依存」が形成されると、血中の薬物濃度が低下していく段階で、「離脱症状」が出現する。発汗、不眠、頭痛、焦燥感、幻覚・妄想といった不快な離脱症状は、薬物を摂取することにより消失する。これらが、薬物の連続使用とコントロール障害という精神と身体の機序である。

上記のような薬物依存症の症状は、この薬物依存症の疾病の結果であると理解していない家族や友人、職場の上司は、何とかして薬物使用をやめさせようと説得し、世話をやき、薬物使用をコントロールしようとする。本人から「もう薬物に手を出さない」の言質をとったり、誓約書を書かせたり、考え得る限りの対応をとる。しかしながら、それらは、ことごとく失敗する。友人や職場の上司は、早い段階から、本人と距離をとりはじめるが、家族、とりわけ親はそう簡単に距離をとれない。

次項では、分析の対象文献となる薬物依存症ケアの脱家族化の実証研究を提示し、対象文献7及び対象文献8のメタデータ分析を行う。

3-4-3. 山野 (2001, 2002) の対象文献7及び対象文献8のメタデータ分析

薬物依存症ケアの脱家族化の分析対象文献は、表3-4-2のとおりである。本項では、対象文献7及び対象文献8の家族をクライアントとして位置づけるソーシャルワーク実践のアクションリサーチである山野 (2001, 2002) のメタデータ分析を行う。

第4項では、安高 (2016) の対象文献9のメタデータ分析を行い、第5項では、五十嵐 (2011) の対象文献10のメタデータ分析を行う。

対象文献7は、薬物依存症家族を対象とした家族支援プログラムの実践報告である。家族支援プログラム参加者250名の発言記録をもとに、主にはプログラムに参加時における家族の薬物問題に関する認識と行動を詳述し、家族支援プログラムの指針について、述べている。

対象文献8は、対象文献7と同じ著者である。分析対象も家族支援プログラム参加者250名の発言記録という点も同じである。文献8は、家族が相談に至るまでの薬物依存症に対する認識を分析し、それに対応する家族支援プログラムの概要と有効性を論じている実証研究である。

対象文献9は、薬物依存症親で自助グループ (以下、SHG) へ参加している18名を対象にインタビューを実施し、KJ法で分析を行っている。分析の結果、親の回復過程を7つに時期区分し、それぞれの時期区分ごとに、関与している機関、人の整理を試みている。薬物依存症親も援助を必要とする当事者であり、支援体制の構築の必要性を論じている。

対象文献10は、薬物依存症家族のSHGに参加している22名の親へインタビューを実施し、KJ法を援用し分析を行っている。家族が薬物依存問題を受容し、適応に至るまでの過程を8時期に区分し、薬物依存症親の回復のモデルストーリーを明示している。

表3-4-2の対象文献を精読した。いずれの文献もメタ統合の6つの着眼点、①起点、②ケアの脱家族化の促進要因と阻害要因、③本人と親のパワーバランスの推移、④ピアの関与、⑤ソーシャルワーカーの関与、⑥社会的・文化的背景の6点から再度精読した。着眼点6点のうち

表 3-4-2 薬物依存症ケアの脱家族化の実証研究の概要

文献 No.	タイトル (著者, 発行年)	研究目的	対象者	研究方法	結果の概要
対象文献7	薬物依存者の家族支援プログラム—大阪地域における七年間の実践から (山野, 2001)	家族への初期介入プログラムの現状と課題を明らかにすること	1998年10月から2000年3月までの家族支援プログラム参加者250名の発言記録 (234名が親)	実践報告	プログラム参加前の家族は、薬物依存症を病気と捉えず、育て方に対する自責感からやめさせることに注力し、即効性のある根治療法を求めている。プログラムでは、①援助者との信頼関係の構築、②適切な情報提供、③ピアな立場の家族との出会いや家族の行動変化を促す。
対象文献8	薬物依存者の家族に対するソーシャルワーカー—家族自身の心理・社会的脆弱化と初期化移入の試み (山野, 2002)	薬物依存症家族が直面する困難の明確化と求められる援助の検討	1998年10月から2000年3月までの家族支援プログラム参加者250名の発言記録 (234名が親)	アクションリサーチ	薬物依存症家族を対象とする初期介入型グループワークのアクションリサーチ。薬物依存症家族支援プログラムの指針及び参加者250名の発言記録から、家族が相談に至るまでの薬物依存症に対する認識を分析し、それに応じた家族支援プログラムの概要と有効性を論じている。
対象文献9	子の薬物依存問題によって親に生起する社会関係の変容およびその回復過程 (安高, 2016)	子の薬物依存問題に直面した親の回復過程を探求し、支援についての示唆を得ること	薬物依存症親で自助グループへ10年以上参加している親18名	KJ法	18名を対象にインタビューを実施し、KJ法で分析を行う。親の回復過程を7つに時期区分し、それぞれの時期において関わりのある機関や人について、整理を試みている。親も支援を必要とする当事者であり、支援体制の構築の必要性を論じている。
対象文献10	薬物依存症者を抱える家族の適応過程—家族の当事者活動をフィールドとして探る (五十嵐, 2011)	薬物依存症者と家族のひとつの再生の雛形を提示すること	薬物依存症家族の自助グループに参加している親22名	KJ法を援用	22名を対象にインタビューを実施し、KJ法を援用し分析を行う。親が薬物依存問題を受容し適応に至るまでの過程を8つに時期区分し、薬物依存症親の回復のモデルストーリーを明示した。

筆者作成

3点以上を含むことから、メタ統合の要件を満たしていると判断した。

以下、対象文献7及び対象文献8から着眼か所に関連する記述にアンダーラインを引き、メタデータ分析を行う。なお、対象文献7及び8は、分析対象が同一であり、束ねて分析した。

(1) 起点

対象文献7及び対象文献8は、主に親を対象とする初期介入型グループワークであることから、ケアの脱家族化の前段階にある。したがって、起点に関する記述はみられない。

(2) ケアの脱家族化の促進要因及び阻害要因

対象文献7及び対象文献8の記述から、家族が相談や初期介入型グループワークへ参加する前とグループワークの参加中における阻害要因と促進要因を表3-4-3に整理した。

(2) - 1 促進要因

促進要因には、「外部機関に助けを求めること」と「支援者との信頼関係の構築」と「薬物依存症を正しく理解する」と「本人の責任に帰することを引き受けない」、の4点がある。最初の「外部機関に助けを求めること」以外は、初期介入プログラムにおける実践である。

表 3-4-3 家族が相談に至るまでとグループワークに参加中の阻害要因と促進要因

阻害要因（家族支援プログラム参加前）	促進要因（家族支援プログラム参加前）
①薬物依存症は刑事罰の対象で警察管轄 ②薬物依存症の原因は子育ての失敗と思いつむ ③薬物依存症の問題行動の責任は親にあるという認識 ④本人を監視し、薬物をしないように見張る ⑤子の薬物問題を外部に漏らさないようにし、人との関わりを避ける ⑥叱責・哀願・説得で薬物をやめる言質をとる	①外部機関に助けを求めること
阻害要因（家族支援プログラム参加中）	促進要因（家族支援プログラム参加中）
	①支援者との信頼関係の構築 ②薬物依存症を正しく理解する ③本人の責任に帰することを引き受けない ④周囲の人を振り回す病気であるという認識がもてるようになる ⑤過度な自責感が軽減される ⑥共依存への気づき（親の役割と責任の範囲を確認し、親自身の状況に関心を向けられるようになる） ⑦回復にはSHGが有効であるという認識出来るようになる ⑧家族支援プログラムで親のピアと出会い、共感出来る場を獲得する

出典）対象文献7及び対象文献8から筆者作成

「外部機関に助けを求めること」は、薬をやめさせることに何度も失敗し、親自身が身動き出来ない状況になり、本人よりも先に援助を求めることである。これと対になるのは、「薬物使用は、警察の管轄」と言われ、相談に応じてもらえない経験は、阻害要因となる。社会的・文化的背景として、薬物依存症は医療の対象ではなく、刑事罰の対象という偏見がある。

「支援者との信頼関係の構築」は、親は、過去の経験から、相談内容が警察に漏れるのでないか、と不安になる場合がある。グループワークへの匿名での参加を認めたり、発言を強要しない「パス」を認めたりすることで、安心出来ることを体験してもらう。

「薬物依存症を正しく理解する」は、薬物依存症の疾病教育である。薬物依存症は疾病であること、周囲の人に与える影響があること、回復にはSHGが効果的であること、を教育する。とりわけ、薬物依存症は、親の育て方が原因ではないことを伝える。親は、「厳しく育てたから」、「過保護に育てたから」等、原因を育て方にあると考え、自責的である。

「本人の責任に帰することを引き受けない」は、サラ金からの督促状を親が代わりに支払う、無断欠勤にならないように、本人に代わり会社へ休みの連絡を入れる等、薬物使用による結果責任を親が肩代わりしないことである。これは、ソーシャルワーカーの関与により、薬物依存症を正しく理解した後に、出来るようになる。

(2)－2 阻害要因

阻害要因は、「問題を隠す」、「人との関わりを避ける」、「叱責や哀願、説得で薬物をやめる約束をとりつける」、「本人の問題の処理を親の責任と考え引き受ける」、「子の薬物の対応を生活の最優先課題とする」がある。

「問題を隠す」は、シンナーの袋を持って外出しないように本人を見張ったり、薬物を隠していないか家中をチェックしたり、監視し、周囲に知られないように努力していることである。

「人との関わりを避ける」は、知人と仕事以外の話しをしないようしたり、実家へ帰らないようにしたり、周囲との距離をおかざるを得ない状況になっていくことである。

「叱責や哀願、説得で薬物をやめる約束をとりつける」は、薬物依存症を正しく認識していないことから起こる行為である。薬さえやめたら問題はないと考え、何回も繰り返される。

「本人の問題の処理を親の責任と考える」は、前述の促進要因「本人の責任に帰することを引き受けない」の対極にある。

(3) 本人と親のパワーバランスの推移

初期介入型グループワークのプログラムを受け始めた時期は、本人優位である。親は、本人の問題に振り回され、育て方の自責感や薬さえやめればと考えている。グループワークの講義やピアの話から薬物依存症の理解を深め、対等に近づいていく。

(4) ピアの関与

同じ立場にあるピアとの出会いの場を提供している。促進要因で述べているが、匿名性を確保したり、発言を強要しない「パス」を認めたり、緩やかな参加条件としている。参加者同士の共感し気づきを得られるようなプログラムである。

(5) ソーシャルワーカーの関与

薬物依存に関する正確な情報を提供している。「薬物依存症を正しく理解する」、「過度な自責感の軽減」、「親の役割と責任範囲の再確認」、「親自身の社会生活上の諸問題の解決」、「薬物依存者との関係の修復」がある。

「薬物依存症を正しく理解する」は、社会にある薬物依存の偏見・差別について、事実と照らし合わせ伝える。

「過度な自責感の軽減」は、社会や周囲からの「いままで何をしていたのだ」というプレッシャーからの焦燥感や切迫感から解放していくことである。新たに得た知識により、薬物依存症の子を客観的にみることができるようになる。

「親の役割と責任範囲の再確認」は、親が負うべき範囲に限度があることを確認し、薬物依存症の断薬継続のために、自身の健康な生活を犠牲にして優先すべき義務はないことを理解する。本人の責任に帰することを引き受けない。

「親自身の社会生活上の諸問題の解決」は、共依存への気づきである。これまで自身の苦痛に麻痺している親が、自分自身の状況に関心を向けられるようになっていくことを支援する。

「薬物依存者との関係の修復」は、これまでお互いに薬物依存症の知識を持ち得ていない状況であったことから、無用の葛藤状況にある。薬物依存症本人が治療を受け、断薬生活が維持された時点で、薬物依存症本人も薬物に翻弄されてきたことを理解していく働きかけのことである。

最後に、対象文献7及び対象文献8からみえてくる薬物依存症親へのソーシャルワーク実践の特徴を記しておきたい。薬物依存症親を対象とする初期介入型グループワークは、親をクライアントとして位置づけ、薬物依存者本人と親の課題を切り分け、親の課題に焦点化し、親自身の回復を支援していることを特徴とする。そのために薬物依存症の正しい知識を提供し、親が薬物依存者との共依存状態「必要とされる必要」(斎藤:1999)のなかで生きていくことを客観視させていく取り組みとなっている。社会から薬物依存者へ向けられるまなざしもソーシャ

ルワーク実践の視野に入れ、親子ゆえの陥穽を確認・共有していく実践ともいえる。

(6) 社会的文化的背景

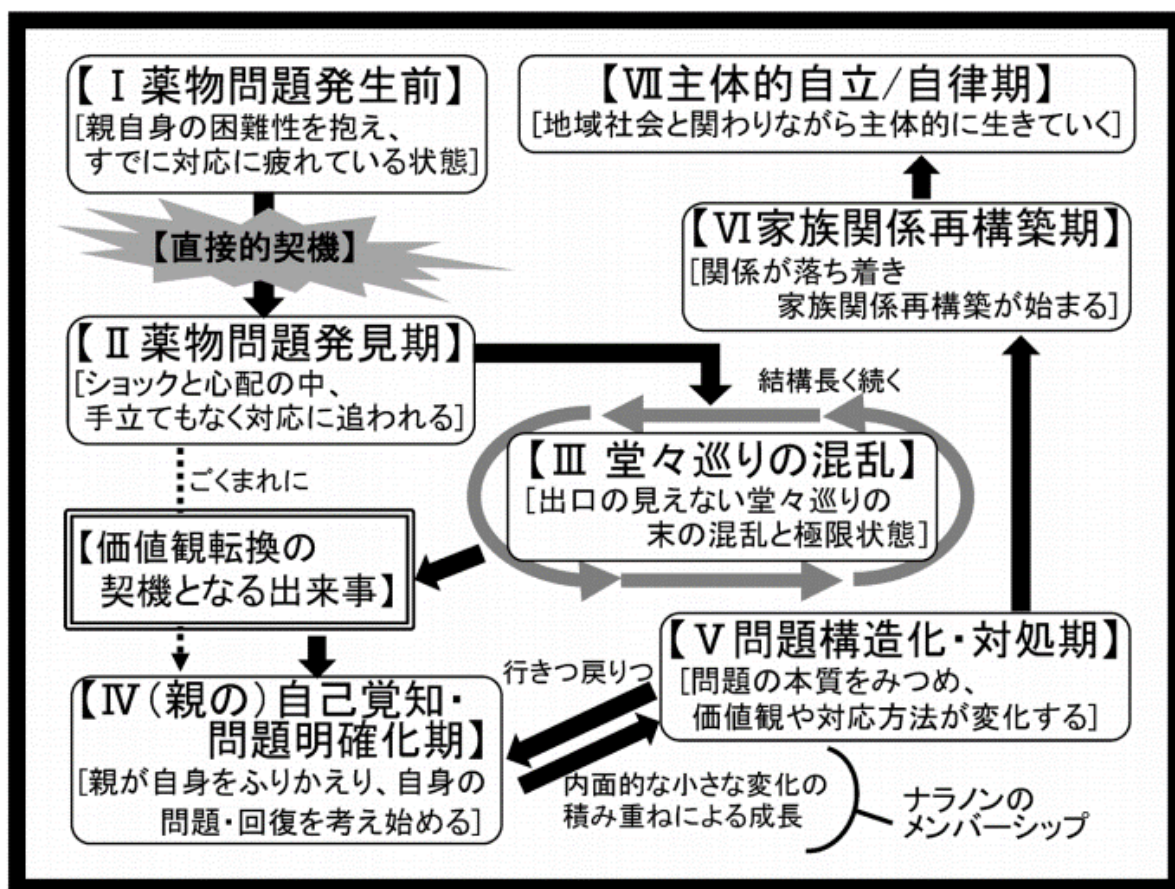
薬物依存症は犯罪であり、疾病としてみていない。こういった社会的偏見を親も内在化させている。それゆえ、家族内部で処理しようと試み、外部に漏らさないことに注力している。

3-4-4. 安高（2016）の対象文献9のメタデータ分析

安高（2016）の対象文献9の概要は、表3-4-2で示しているとおりでである。SHGへ10年以上参加している18名の薬物依存症親をインタビューの調査対象としている。インタビューデータをKJ法で分析を行い、親の回復過程を7期に時期区分し、図3-4-1の結果図を作成し、回復過程の説明的記述を以下のように記している。【 】はKJで生成した島である。時期区分に加えて、【直接的契機】と【転機となる出来事】の2つの移行期の島を生成している。

【Ⅰ薬物問題発生前】の状況に薬物使用の引き金となる【直接的契機】があつて【Ⅱ薬物問題発見期】に至り、長く続く【Ⅲ出口の見えない堂々巡りの混乱期】から【転機となる出来事】を経て、SHGのメンバーシップとプログラムに支えられながら【Ⅳ（親の）自己覚知・問題明確化期】自

図3-4-1 薬物依存症親の回復過程全体概念図



出典) 安高真弓 (2016)「子の薬物依存問題によって親に生起する混乱と社会関係の変容およびその回復過程」91頁 図1を転載

己覚知・問題明確化期】【V問題構造化・対処期】をいきつ戻りつしながら内面的な小さな変化の積み重ねによる成長によって【VI家族関係再構築期】【VII主体的自立／自律期】と進んでいくことが分かった。

表 3-4-4 は、対象文献 9 から、10 年以上 SHG に通う薬物依存症親の軌跡を転換点、阻害要因、促進要因で整理を試みたものである。10 年以上 SHG に通っていることは、図 3-4-1 にあるナラノン（薬物依存症の家族の SHG）の原理である回復の「12 のステップ」を歩んできている人と考えられる。

以下、着眼か所の記述にアンダーラインを引く。

表 3-4-4 から、全体として、【転機となる出来事】以前は阻害要因が夥しくあり、【転機となる出来事】以後は、促進要因が著しく増え、阻害要因が少なくなっている。詳しくみていく。【直接的契機】である薬物問題の発見後の【II薬物問題発見期】の阻害要因は、⑥薬物は犯罪者というイメージがあり、②地域や周囲との関係は疎遠となり、家庭内だけで問題解決を図ろうとする時期である。やっとの思いで相談に行っても③たどり着いた先での的外れな助言を受け、①親は対応に追われ右往左往し、④本人に対する拒否感と混乱がある。

【III堂々巡りの混乱期】は、【II薬物問題発見期】の悪循環が深化した状況にある。この時期の促進要因①どうにかやめさせようとあちこちに相談するがある。②本人による金品強奪、金銭問題、暴力が頻発したり、その問題処理から、①本人の処理で休職・退職することもある。⑤夫婦関係の険悪化もみられ、家庭内だけでは、手に負えなくなっている。

【転機となる出来事】は、それまでの親の価値観を転換させている。圧倒的に多いのは、①ダルクで相談・家族教室や②SHG や家族会の仲間との出会いである。つまり、同質の問題を持つピアの影響が大きい。精神科医療機関や精神保健福祉センターの関与はごく一部である。

【IV（親の）自己覚知・問題明確化期】は、全員ではないものの、本人が目前にいないとホッとする（物理的距離確保のための転居・別居）。距離をとれるようになることで、親は、焦点を本人から親自身へと転換し始め、これまでの本人へのとらわれから離れて親自身に変化していく。他方、これまでの価値観の転換により生きる指標がぐらつく揺り戻しもみられる。これまでの本人との関係により生じた家族に残存する影響や新たな葛藤も生まれる。本人は、薬物の再使用・断薬を繰り返しながら少しずつ回復していくのだと分かり、本人なりの頑張りを受け、見守る姿勢に変わっていく。

【V問題構造化・対処期】は、【IV（親の）自己覚知・問題明確化期】と行きつ戻りつする時期である。図 3-4-1 に記されている SHG ナラノンのピアとの関わりのなかで、時間をかけながら熟成させていく時期となる。親が自分自身に目を向けるようになり、自分自身を変えることの意味を考えられるようになっていく。自分自身が変わる結果として、本人への見方が変わり対応の仕方が変わっていく。それぞれが主体であり、各々の人生を歩む決意をする。

【VI家族関係再構築期】では、【II薬物問題発見期】の地域と疎遠になっていた関係から、負い目がなくなり地域活動へ参加できるようになり、本人なりの回復の仕方を受け入れる。他方、本人が地元へ戻ってくることへの不安と警戒心は残存している。

【VII主体的自立／自律期】になると、親しい人には過去のこととして本人のことを話せるよ

うになり、【Ⅲ出口の見えない堂々巡りの混乱期】に険悪であった夫婦関係が、薬物問題が切り口となり夫婦関係がよくなっていく。

表 3-4-4 対象文献 9 から SHG へ 10 年以上通う薬物依存症親のケアの脱家族化の軌跡

時期区分	阻害要因	促進要因
I 薬物問題発生前	①大変な状況下で問題行動への対応や治療に奔走 ②援助を受けるというより本人の処遇や指導上のかかわり ③親は誰からも保護されない	
直接的契機	薬物問題の発見	
II 薬物問題発見期	①親は対応に追われ右往左往する ②地域や周囲との関係は疎遠になる ③たどり着いた先での <u>的外れな助言</u> ④本人に対する拒否感と混乱 ⑤家族全体が影響を受ける ⑥薬物は犯罪者というイメージ	①犯罪者にさせたくないという親心
III 出口の見えない堂々巡りの混乱期	①本人の処理で休職・退職する ②本人による金品強奪、金銭問題、暴力が頻発 ③本人の断薬こそが回復だと思い状況変化のたびに一喜一憂する ④追い詰められながら <u>奔走する混乱状態</u> ⑤夫婦関係の険悪化	①どうにかやめさせようとあちこちに相談する
転機となる出来事	①ダルクで相談・家族教室、②SHGや家族会の仲間との出会い、③本人の体験談からやめられない本人の苦悩を知る ④一部にしかみられない精神科医療機関や精神保健福祉センターの関与	
IV (親の) 自己覚知・問題明確化期	①価値観の転換により生きる指標がぐらつく ②家族に残存する影響や新たな葛藤	①本人が目前にいないとホッとする(物理的距離確保のための転居・別居) ②焦点を本人から親自身へと転換し始める ③本人へのとらわれから離れて変わり始める ④再使用・断薬を繰り返しながら少しずつ回復していくのだとわかる ⑤本人なりの頑張り認め、見守る姿勢に変わる
V 問題構造化・対処期		①自分自身に目を向けるようになる ②自分自身を変えることを考える ③本人への見方が変わり対応の仕方が変わる ④各々の人生を歩む決意をする
VI 家族関係再構築期	①本人が地元へ戻ってくることへの不安と警戒心は残存する	①負い目がなくなり地域活動へ参加できる ②本人なりの回復の仕方を受け入れる
VII 主体的自立/自律期		①親しい人には過去のこととして本人のことを話せるようになる ②薬物問題が切り口となり夫婦関係が良くなる

出典) 対象文献 9 から筆者作成

これまで述べてきた対象文献 9 の実証研究の結果の概説から、6 点の着眼点に基づき、メタデータ分析の結果を以下に記す。

(1) 起点

【IV (親の) 自己覚知・問題明確化期】におけるコードに、本人が目前にいないとホッとすることから、起点は親であると推測される。

(2) 阻害要因と促進要因

表 3-4-4 にあるように、転機となる出来事以前は、阻害要因ばかりという状況である。転機となる出来事は、主にピアから専門知識や対応法を学び、【IV (親の) 自己覚知・問題明確化期】以降は、促進要因が急激に増えていく。親の価値観が変容していくなかで、時に揺り戻しを確認することができる。

(3) 本人と親のパワーバランスの推移

転機となる出来事以前は、本人優位であり、親は本人の問題行動に振り回されている。転機となる出来事は、力関係を逆転させる転機にもなっていることを示唆している。【V 問題構造化・対処期】のコードで「各々の人生を歩む決意をする」がある。親の視点から、パワーバランスが親優位から対等へ移行していくポイントとなっていることが示唆される。

(4) 同質の問題を持つピアの関与

転機となる出来事は、ピアの影響が大きい。その後の展開においても、ピアの影響は続いていると考えられる。図 3-4-1 にある SHG ナラノンのメンバーシップでの分かち合い、学び合いの影響は大きいと考えられる。

(5) ケアの脱家族化におけるソーシャルワーカーの関与

転機となる出来事では、精神科医療機関や精神保健福祉センターの関わりは一部に認められるとの記述から、ソーシャルワーカーの関与は低いと思われる。

(6) 社会的・文化的背景

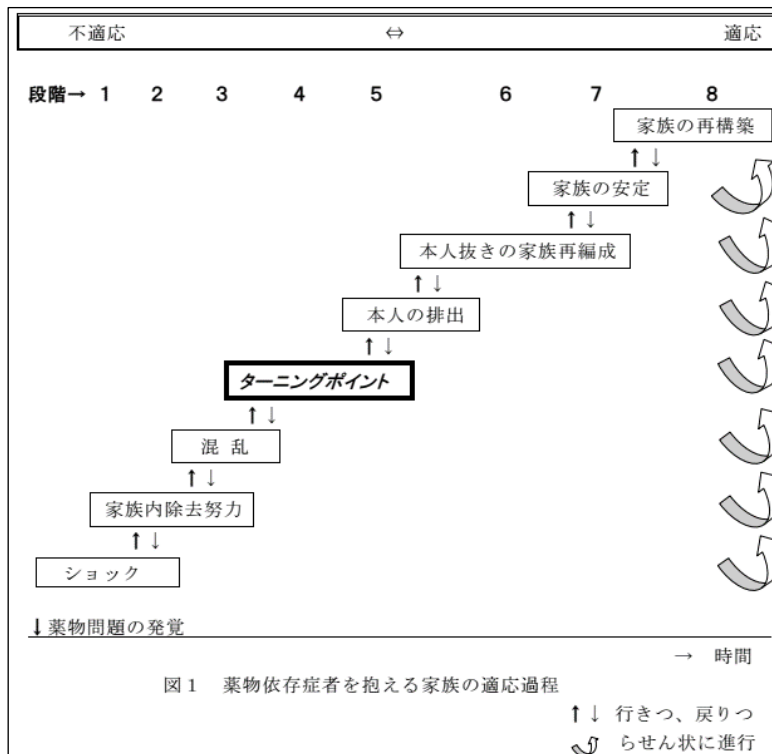
薬物は犯罪者というイメージがあり、犯罪者にさせたくない親心から、親は対応に右往左往している。社会の薬物に対する偏見は、そのまま親にも内在化しており、忌避的態度となって現れている。

3-4-5. 五十嵐 (2011) の対象文献 10 のメタデータ分析

五十嵐 (2011) の対象文献 10 の概要は、表 3-4-2 で示しているとおりである。薬物依存症家族を対象としている自助グループに参加している薬物依存症親 22 名をインタビューの調査対象としている。22 名中母親が 17 名であり、父親が 5 名である。本人は、21 名であり、両親がインタビューを受けている組が 1 組ある。調査対象者の家族会への平均参加期間は、7.5 年である。薬物使用を確信後、家族会参加までに要した期間の平均は、2.9 年である。調査時点における親の平均年齢は、56.4 歳である。本人 21 名中 20 名は、親と非同居であり、回復施設入寮中は 9 名（うち、4 名はリカバリースタッフ）であり、自立して暮らしている者が 10 名、死亡 1 名となっている。前項の安高 (2016) の調査対象が SHG へ 10 年以上参加している親であり、調査対象の群としては近い。インタビューデータは、KJ 法を援用し分析を行っている。親が子どもの薬物依存問題を受容し適応に至るまでの過程を 8 期に時期区分し薬物依存症親の回復のモデルストーリーを示している。

生成したコードから、薬物依存問題を受容し適応にいたる共通の過程を図 3-4-2 のように、「ショック」、「家族内除去努力」、「混乱」、「ターニングポイント」、「本人の排出」、「本人抜き家族再編成」、「家族の安定」、「家族の再構築」の 8 期に時期区分している。

図 3-4-2 薬物依存問題を受容し適応にいたる共通の過程



出典) 対象文献 10 より転載

以下、五十嵐のそれぞれの段階ごとの説明における主要な記述を要約し、着眼か所の記述にアンダーラインを引く。

【第1段階：ショック】

本人の薬物使用を確信した時、衝撃を受け、パニック、否認、不安、無力状態となる。薬物使用に気づいても「そのうちやめるだろう」と否認する。衝撃を受けた否認により精神の均衡を保とうとし、問題に向き合えない段階である。

【第2段階：家族内除去努力】

世間や警察などから薬物問題の発覚を恐れるため、外部には薬物問題を隠しつつ自分たちだけで問題を片付けようとする。薬を隠す、説教する、なだめる、物を買って与える、監視する、懸命に本人をコントロールしようとする。世間体を気にして、本人の起こした問題の後始末をする。親が社会的に孤立していく段階である。

【第3段階：混乱】

「なぜ薬をやめないのか」や「母親の育て方の問題」など本人と親自身に対する怒りが混在する。親は、本人の薬物使用のコントロールの失敗を繰り返す。それゆえ、親の怒りは、本人へも向けられる。怒りを向けられた本人からは暴言、暴力などを起こされる。親は、自責感と自罰的感情を深めていき、不眠、不安、過緊張、うつ状態となり、混乱に陥っていく段階である。

【第4段階：ターニングポイント】

本人の改善が期待できなくなり、家族内除去努力をあきらめる。親は無力であることを突き

付けられ、すべてに絶望し、努力を放棄する。本人を遺棄するか、親自身が死を選択するか、外部へ援助を求めるかの選択を迫られる。親が3つの選択肢のなかで、外部へ援助要請を行うか否かのターニングポイントとなる段階である。

【第5段階：本人の排出】

援助要請した親は、家族会で「突き放し」を学習し、親は「突き放し」を実行する。薬物依存症本人を家庭から排出し、本来の家族機能を果たす段階に入る。親が居場所を移すこともある。「突き放し」が出来なければ、「共依存」状態から抜け出せないことを学ぶ。本人は、医療施設、リハビリ施設での治療を受け、親も医療、家族会での学習が始まり、それぞれが回復への道を歩み始める。親は、本人を「突き放し」することへの不安・喪失感を持つが、家族会のピアに共感してもらい、親子であっても本人をひとりの人間として尊重し、成人した者としての関係の礎となることを理解する。

【第6段階：本人抜き家族再編成】

本人との関わりを一切やめて、本人と親は別々のグループで学習を続ける。親は、家族会の先輩であるピアの回復から本人の新たな関係の作り方を学ぶ。本人と一定の距離を保ち、本人へ関心を向け続けることの弊害を学ぶ。親は自分が共依存であったと気づき、本人を家から出す、或いは親が家を出て、本人抜き家族の再編成を図る段階である。

【第7段階：家族の安定】

家族会に通い続けることで、本人をコントロールしようとするをやめ、家族の安定を取り戻せることを実感する。親は、家族であっても「私は私、あなたはあなた」と本人から目が離れ、自分に目を向け、自分のために生き始める。本人と親双方が、それぞれを独立した個人として認識するようになり、本人も親も回復への道のりを歩む段階である。

【第8段階：家族の再構築】

本人を家族から排出し、本人の回復がもたらされると、家族間の信頼関係を取り戻し、再度本人を含めた家族の再構築がはかられる段階である。本人は、定位家族での同居ではなく、家族から自立し、ある程度の距離をおきながら家族関係が保てるようになる。混乱していた家族の再生がはかられる段階である。

以上、8段階の要約を記し、着眼点にアンダーラインを引いた。8段階ごとに、ケアの脱家族化の阻害要因と促進要因を表3-4-5に整理した。

全体として、前項の安高（2016）対象文献9のメタデータ分析による表3-4-4と同種のプロセスを経ている。つまり、薬物依存症の親は、子の薬物問題を発見すると、家庭内だけで問題処理をしようとする。家庭内だけでの対応が限界に達して外部機関へ援助を要請する。多くはピアから専門知識や対応方法を学ぶ。本人とも空間的にも距離をとり、非同居となる。本人は治療やリハビリ施設で暮らし、親も治療や家族会で学び人間として成長していく。本人との共依存状態にあったことに気づき、自分自身に関心を向けるようになっていく。本人が断薬し始めると、非同居のまま、これまでと異なる新たな親子関係が構築される。お互いを尊重し、家族であっても「私は私、あなたはあなた」という家族規範である。

子の薬物依存問題が発覚した時の親は、序章第2節で述べた「家族のため」という近代の家

族規範（杉井：2018）であるが、ケアの脱家族化後は、現代の家族規範へと変容しているといえる。

表 3-4-5 対象文献 10 から家族の SHG へ参加している薬物依存症親のケアの脱家族化の軌跡

時期区分	阻害要因	促進要因
第 1 段階： ショック	①問題に向き合えない段階 ②衝撃を受け、パニック、否認、不安、無力	
第 2 段階： 家族内除去努力	①親が社会的に孤立していく段階 ②薬物問題を隠す ③自分たちだけで問題を片付けようとする ④薬物を隠す、説教する、なだめる、物を買って与える、監視する ⑤本人をコントロールしようと努める ⑥問題の後始末をする	
第 3 段階： 混乱	①混乱に陥っていく段階 ②薬をやめない本人への怒り ③育て方に対する自責感と自罰的感情 ④本人からの暴言・暴力	
第 4 段階： ターニングポイント		①外部へ援助要請を行うか否かのターニングポイントの段階 ②家庭内除去努力をあきらめる ③親は無力であると考え ④絶望し、努力を放棄する
第 5 段階： 本人の排出	「突き放し」することへの不安・喪失感	①本人を家から排出家族機能を果たす段階 ②家族会で「突き放し」を学習し、実行する ③「突き放し」がなければ共依存状態が続くことを学ぶ ④本人は、治療・リハビリ施設で治療を受け、親はも家族会で学習し始める ⑤家族会のピアからの共感と支持
第 6 段階： 本人抜きの家族再編成		①本人抜きの家族の再構成を図る段階 ②本人と親は別々のグループで学ぶ ③親のピアが回復していく様から本人との新たな関係の作り方を学ぶ ④本人へ関心を向け続ける弊害を学ぶ ⑤親自身が共依存であったと気づく
第 7 段階： 家族の安定		①本人も親も回復の道りを歩む段階 ②本人をコントロールしようとするをやめる ③家族であっても「私は私、あなたはあなた」と自分に目を向け、自分のために生き始める ④本人と親双方がそれぞれを独立した個人として認識
第 8 段階： 家族の再構築		①混乱していた家族の再生が図られる段階 ②本人が回復すると家族間の信頼関係を取り戻す ③同居ではなく、距離をおきながらの新たな家族関係

出典) 対象文献 10 から筆者作成

これまで述べてきた対象文献 10 の実証研究の結果の概説から、6 点の着眼点に基づき、メタデータ分析の結果を以下に記す。

(1) 起点

「突き放し」をするのは、親であることから、起点は親である。

(2) 阻害要因と促進要因

表 3-4-5 にあるように、第 4 段階ターニングポイント以前は、阻害要因のみである。第 4 段階ターニングポイント以降は、ほとんどが促進要因となる。第 5 段階本人の排出時のみ、「突き放し」することへの不安・喪失感がある。ここでも親を共感し支持しているのは、ピアであることを確認できる。

(3) 本人と親のパワーバランスの推移

薬物依存を発見後、家庭内のみで問題処理をしようとしている時期のパワーバランスは、本人優位である。親は本人からの暴言・暴力や育て方に対する自責感と自罰的感情から混乱に陥っている。「突き放し」の段階では、親優位にパワーバランスが逆転している。第 7 段階家族の安定のコード「本人と親双方がそれぞれ独立した個人として認識」にあるように、対等なパワーバランスへ移行している。つまり、パワーバランスは、本人優位から親優位を経て対等なパワーバランスへと変化を続けている。

(4) 同質の問題を持つピアの関与

ピアからほとんどのことを学んでいると思われる。同質の問題を持つピアからの共感、支持だけでなく、第 3 項山野 (2001, 2002) の対象文献 7 及び対象文献 8 でメタデータ分析をしたソーシャルワーカーの関与に相当する「薬物依存症に関する正確な情報」の提供もピアが担っていると考えられる。

(5) ケアの脱家族化におけるソーシャルワーカーの関与

対象文献 10 では、ソーシャルワーカー或いは精神保健福祉士の記述はなく、ソーシャルワーカーの関与は認められない。専門家では医師のみの記述であった。

(6) 社会的・文化的背景

社会にある薬物依存症に対する偏見・差別を親も内在化している。子の薬物問題を発見した時、隠す、自分たちだけで問題を片付けようとする等の忌避的態度として現れている。

3-4-6. 薬物依存症ケアの脱家族化の特徴とメタ統合

(1) 薬物依存症ケアの脱家族化の特徴

本節第 3 項で、対象文献 7 及び対象文献 8 のメタデータ分析を行った。薬物依存症親を対象とする初期介入型グループワークの実証研究である。第 4 項では、対象文献 9 のメタデータ分析を行った。SHG に 10 年以上参加している薬物依存症親 18 名を対象にインタビュー調査を実施し、親の回復過程を探求する実証研究である。第 5 項では、対象文献 9 のメタデータ分析を行った。SHG に参加している 22 名を対象にインタビュー調査を実施し、本人と親の再生の雛形を提示することを目的とする研究である。

以上、前項までの対象文献のメタデータ分析を踏まえ、薬物依存症ケアの脱家族化の特徴として、5 点あげられる。1 点目は、疾病受容が困難であり、未治療期間が長いということである。2 点目は、親と本人が共依存状態に陥りやすいということである。3 点目は、共依存状態から脱却するために非同居が有効であるということである。4 点目は、SHG の利用が本人の回

復だけでなく親の回復にも有効であるということである。5点目は、全身性障害及び知的障害のように日常生活で手段的ケアを必要としないということである。

1点目の疾病の受容が困難であり未治療期間が長いということは、全ての対象文献により認められた。対象文献10では、薬物使用を確信後、本人が受療するまでの期間が平均2.4年である。親は、薬物依存症は犯罪であり、疾病と捉えていない。それゆえ、本人をコントロールしようと試みたり、薬物をやめる言質をとろうとしたり、薬物を隠したり、何回も同じ失敗を繰り返す。また、社会的な偏見・差別も疾病受容を困難にしている。

2点目の親と本人が共依存状態に陥りやすいということは、未治療期間中、疾病受容の出来ていない親は、本人を懸命にコントロールしようとする。こういった家族の行為について、西川(2007)は、以下のように説明する。

社会は、薬物関連問題が他人や社会に迷惑を及ぼさないように家族が解決すべきだと期待する。家族は、この社会からの期待や要求を痛感し、世間体もあり、また罪を犯すことへの恐れもあって、薬物使用の結果生じた関連問題を後始末し、代わって解決し、責任をとる。しかし、薬物使用が継続している限りは、同じ繰り返しが続くために、家族は薬物使用をコントロールしようとする。しかし、それは成果が上がらず、飲酒や薬物を使用する人と家族の間にネガティブな感情が強化され関係が悪化する。

親の思考は、四六時中本人の薬物問題に支配され、共依存「必要とされる必要」(斎藤:1999)の関係が形成される。親自身のことや自らのおかれた状況を客観視することができなくなる。共依存状態であることを気づかせる介入が必要である。

3点目の共依存状態からの脱却には、非同居が有効であるとされる。本人との固定化した関係性のパターンから空間的に離れることは有効である。表3-4-4にある「本人が目の前にいないとホッとする」や表3-4-5の「突き放し」は、親の思考を自分自身へ向ける場を保障する。

4点目のSHGの利用が本人の回復だけでなく親の回復にも有効であるということは、対象文献9及び対象文献10からも明らかである。本節1項で述べたように、アルコール依存症専門医療機関でさえ、薬物依存症の治療受け入れに消極的である。山野(2001,2002)の対象文献7及び8のように、ソーシャルワーカーによる相談やグループワークは、正しい知識を学び、親の責任範囲を明確化し、ピアと共感し合う機会を得、SHGの利用へ誘う効果的な支援である。しかしながら、実施機関は少なく、その役割をダルクの相談やSHGが担っている(安高:2020)のが現状である。

5点目は、薬物依存症は、全身性障害及び知的障害のように日常生活で手段的ケアを必要としないということである。全ての対象文献において、ケアの脱家族化により、親に代わり手段的ケアを必要とする記述は認められなかった。

(2)薬物依存症ケアの脱家族化のメタ統合

本章第1節で設定した分析枠組み、①起点、②本人と親のパワーバランスの推移、③ピアの関与、④ソーシャルワーカーの関与、⑤社会的・文化的背景、によるメタ統合を行った。

最初に、本節第3項の対象文献7及び対象文献8のメタデータ分析結果、第4項の対象文献9のメタデータ分析結果、第5項の対象文献10のメタデータ分析結果を表3-4-6に整理した。

表 3-4-6 対象文献ごとのメタデータ分析結果

	対象文献7 対象文献8	対象文献9	対象文献10
起点	初期介入プログラムのため、起点の記述はない	親と推測される	親
親と本人の パワーバランス推移	グループワーク受け始めは本人優位である。講義やピアとの交流から薬物依存症の理解を深め、対等に近づく。	薬物問題発覚後は本人優位であり、転機となる出来事から親優位となり、本人の回復により、対等のパワーバランスへ移行していく。	同左
ピアの関与	ピアの関与は大きい。共感し合える場となっている。	ピアの影響は大きい。本来はソーシャルワーカー業務であると思われる部分もピアが担っている。	同左
ソーシャルワーカーの 関与	非常に大きい。正確な情報提供、過度な自責感の軽減、親役割と責任範囲の再確認、親自身の社会生活上の諸問題解決等がある。	ソーシャルワーカーの関与は一部でしか確認出来ず低い。	医師の記述は認められるが、ソーシャルワーカーや精神保健福祉士の記述は認められない
社会的文化的背景	社会的偏見を内在化させ、発病も問題行動も親の責任と考えている。	同左	同左

出典) 本節第3項、第4項、第5項のメタデータ分析結果を転載

表 3-4-6 を比較検討し、分析枠組みによりメタ統合を行った。結果は、以下のとおりである。

(1) 起点

起点は親である。

(2) 本人と親のパワーバランスの推移

パワーバランスは、薬物依存症発覚後は本人優位であり、親元から自立時には親優位に逆転し、本人の断薬が継続していくに従い、対等に近づいていく。

(3) ピアの関与

ピアの関与は大きい。同質の経験を持つピアはロールモデルでもあり、助言や提案者でもあり、共感してくれる仲間でもある。

(4) ソーシャルワーカーの関与

ソーシャルワーカーの関与は、一部の地域に限定される。初期対応をソーシャルワーカーが行う場合、効果は大きい。

(5) 社会的文化的背景

親も社会的偏見を内在化させている。薬物依存は触法行為であり、刑事施設で隔離すべきであると考えている。発病も問題行動も親の責任と考えている。

第5節 ケアの脱家族化実証研究の整理と統合失調症ケアの脱家族化実証研究の枠組み

本節では、第1項で、ケアの脱家族化実証研究における研究方法、分析の対象、分析の視座の観点から、全身性障害、知的障害、薬物依存症におけるケアの脱家族化実証研究のアプローチを整理し、到達点を述べる。第2項では、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化実証研究の特徴を比較検討する。第3項では、第4章以降で行う統合失調症ケアの脱家族化の実証研究の枠組みについて、述べる。

3-5-1. ケアの脱家族化実証研究のアプローチ及び到達点

本章「ケアの脱家族化をめぐる実証研究のアプローチ」では、第1節「ケアの脱家族化実証研究の抽出」で、分析対象とする実証研究の論文を論文検索データベース「Cinii Articles」を用いて抽出した。「ケアの脱家族化」に関する実証研究は、身体障害領域で4本、知的障害領域で2本、精神障害領域で2本と低調である。そのため、当該論文の引用文献も参照し、分析の対象文献を抽出した。また、実証研究のアプローチの分析対象に薬物依存症を加えた。理由は、統合失調症と同様に思春期の発病であり、疾病受容が困難であり、親と本人が共依存状態に陥りやすいという共通項があることである。理由の詳細は、第4節1項で述べた。

本章における分析の対象文献は、10本である。全身性障害、知的障害、薬物依存症ケアの脱家族化実証研究で分析対象とした文献のアプローチの概要を表3-5-1に整理した。

表 3-5-1 ケアの脱家族化実証研究で用いられたアプローチ

	実証研究文献 (著者, 発行年)	研究方法	分析対象と分析の視座
全身性障害	対象文献1 (三毛, 2007a)	参与観察	本人を分析対象とするイーミックな視座
	対象文献2 (三毛, 2007b)	参与観察	本人を分析対象とするイーミックな視座
	対象文献3 (三毛, 2007c)	M-GTA	本人を分析対象とするイーミックな視座及びフィールドワーカーからのエティックな視座
知的障害	対象文献4 (森口, 2014)	質的データ分析	母親を分析対象とするイーミックな視座
	対象文献5 (福田, 2017)	TEM	母親と分析対象とするイーミックな視座
	対象文献6 (福田, 2018)	TEM	本人を分析対象とするイーミックな視座
薬物依存症	対象文献7 (山野, 2001)	実践報告	親(主に母親)を分析対象とするイーミックな視座
	対象文献8 (山野, 2002)	アクションリサーチ	親(主に母親)を分析対象とするイーミックな視座及びソーシャルワーカーからのエティックな視座
	対象文献9 (安高, 2016)	KJ法	親を分析対象とするイーミックな視座
	対象文献10 (五十嵐, 2011)	KJ法を援用	親を分析対象とするイーミックな視座

出典) 筆者作成

表3-5-1の分析対象と分析の視座の項目は、ケアの脱家族化に関するステークホルダーである本人、親、ソーシャルワーカーの3者のうち、誰を分析対象としているのか。また分析の視

座は、イーミックなのかエティックなのかを記している。

全身性障害の分析対象は、3本とも本人を分析対象としている。対象文献1及び対象文献2は、本人のイーミックな視座からの分析である。対象文献3は、本人を分析対象とするイーミックな視座と著者でもあるフィールドワーカーからのエティックな視座による分析である。親及びソーシャルワーカーを分析対象とした文献は、管見の限り見出すことが出来なかった。

知的障害の分析対象は、対象文献4及び対象文献5が、母親を分析対象としており、母親のイーミックな視座からの分析である。対象文献6は、本人を分析対象としており、本人のイーミックな視座からの分析である。ソーシャルワーカーを分析対象とした文献は、管見の限り見出すことが出来なかった。

薬物依存症の分析対象は、対象文献7、対象文献9、対象文献10が親を分析対象とし、親のイーミックな視座からの分析である。対象文献8は、親を分析対象とし、親のイーミックな視座からの分析に加え、著者でもあるソーシャルワーカーからのエティックな視座の分析も加えている。本人を分析対象とした文献は、管見の限り見出すことが出来なかった。

ケアの脱家族化を志向するソーシャルワーク実践のモデル構築は、本人、親、ソーシャルワーカーというステークホルダー3者の視座から行う実証研究は不可欠である。その意味から現時点におけるケアの脱家族化実証研究の到達点は、全身性障害では、親及びソーシャルワーカーを分析対象とする実証研究が不足し、知的障害では、ソーシャルワーカーを分析対象とする実証研究が不足し、薬物依存症は、本人を分析対象とする実証研究が不足しているといえる。

3-5-2. 全身性障害、知的障害、薬物依存症におけるケアの脱家族化の特徴

表3-5-1のとおり、10の対象文献は、全て質的研究であるが、研究方法は不統一である。ここで、Patersonら(=2010)により開発された質的メタ統合の方法を援用し、6の着眼点からメタデータ分析を行い、そのうえで5の分析枠組みから、それぞれの領域の複数の実証研究のメタ統合分析を行った。表3-5-2は、それぞれの領域においてメタ統合分析した分析結果を整理したものである。前項で述べたように、ケアの脱家族化のステークホルダー3者全てを含む領域はない。したがって、分析対象に偏りがあるという分析上の限界はある。

以下、表3-5-2をメタ統合者として、説明する。ケアの脱家族化の起点は、独立時にパワーバランスの優位な者が行っている。劣位にある者が起点とはならない。親と本人のパワーバランスの推移では、全身性障害の場合、同居時はケアの与え手である親優位である。独立時は、力関係が逆転し、本人優位となる。独立後の非同居時のパワーバランスは不明である。知的障害は、同居時から非同居時に至る全ての期間で親優位である。薬物依存症は、同居時は本人優位である、独立時は力関係が逆転し親優位となり、非同居時は本人の回復に伴い対等に近づいていく。

ピアの関与は、ケアの脱家族化においてどの程度関係するのか。全身性障害本人、知的障害本人、薬物依存症親、いずれにおいてもピアの影響は大きい。全身性障害本人及び知的障害本人にとっては、自立生活のロールモデルとなっていることが窺える。とりわけ、薬物依存症親にとってのピアは、ロールモデル、助言・提案者、共感してくれる他者、個別相談及び専門知識の提供、とピアが担っている役割は幅広い。逆説的に言えば、薬物依存症及び親を支援する

表 3-5-2 ケアの脱家族化研究の比較

起点	全身性障害	知的障害	薬物依存症
	本人	親	親
親と本人の パワーバランス推移	同居時：親優位 独立時：本人優位 非同居時：不明	同居時：親優位 独立時：親優位 非同居時：親優位	同居時：本人優位 独立時：親優位 非同居時：本人の回復に伴い対等に近づいていく
ピアの関与	ロールモデルとしてのピアの存在は大きい	GHで暮らすピアは、本人にとってのロールモデルとなっている。 親にとってのピアは、幼少期からの障害受容を促す存在であるが、ケアの脱家族化におけるピアの影響は大きくない。	親にとってピアの関与の影響は極めて大きい。ピアはロールモデルであり、助言・提案者でもあり、共感してくれる仲間でもある。専門機関における支援体制が十分でない地域では、本来ソーシャルワーカー等の専門職が担う相談、専門知識の提供も行っている。
ソーシャルワーカーの関与	施設職員の情報提供は確認できるが、ソーシャルワーカーの関与は確認出来ない	施設職員及び法人職員の情報提供、直接のケア提供者であるGH職員の関与がある。ソーシャルワーカーの関与は確認出来ない。	アルコール依存症専門医療機関においても、半数以上が薬物依存症を受け入れていない。ソーシャルワーカーの関与は、一部の地域に限定される。初期対応をソーシャルワーカーが行う場合、効果は大きい。
社会的文化的背景	親によるケアを前提とした制度設計であり、親のケアが出来なくなると施設入所という社会的・文化的規範が存在。「住む」・「日中活動」・「ケア」をマネジメントする体制整備が普及していない。	親によるケアを前提とした制度設計である。知的障害があると分かり、当時の療育教室へ行く頃から、優秀な療育者であることを求められている。知的障害のGH入居は、週末は実家、平日はGHという文化がある。本人の代決権者は親であり、人生の大事な局面で、自ら決定し責任を負う経験がない。	社会的偏見・差別は親自身も内在化させている。薬物依存は触法行為であり、刑事施設で隔離すべきであると考えている。発病も本人の問題行動も親の責任と考えている。

出典) 第2節, 第3節, 第4節におけるメタ統合分析をもとに筆者作成

体制整備が不十分であることの証左でもある。知的障害親にとってのピアは、幼少期からの障害受容を促す存在ではあるが、ケアの脱家族化におけるピアの影響は大きくない。

ソーシャルワーカーの関与は、全身性障害及び知的障害では、施設職員の情報提供やケア提供者であるGH職員の関わりは確認できる。しかしながら、いずれもソーシャルワーカーの関与を確認することは出来なかった。薬物依存症におけるソーシャルワーカーの関与は、対象文献7及び対象文献8で詳述されている「薬物依存症に対する疾病としての認知」、「過度な自責感の軽減」、「親の役割と責任範囲の再確認」、「親自身の社会生活上の諸問題の解決」等々、ピアが関与することによるケアの脱家族化への効果は極めて大きい。しかしながら、薬物依存症親を対象とするソーシャルワーク実施機関は、ニーズに比べて極めて少ない。

社会的文化的背景は、全身性障害及び知的障害では、親がケアの与え手となることを前提とした制度設計であり、社会的文化的にも親がケア出来なくなれば、施設入所という考え方が親にも内在化している。薬物依存症は、薬物依存は触法行為であり、刑事施設で隔離すべきとい

う社会的・文化的背景がある。また、薬物依存症発症やそのことに起因する問題行動の結果責任は親に帰するという社会的偏見は、親にも内在化している。

3-5-3. 統合失調症ケアの脱家族化の実証研究の枠組み

前項で述べたように、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化実証研究では、本人・親・ソーシャルワーカーのステークホルダー3者による実証研究は、行われていない。

本論文では、統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワークの実践モデルを検討し、提示することを目的としている。そのためには、親、本人、ソーシャルワーカー(=MHSW)のケアの脱家族化のステークホルダー3者への調査は不可欠であると考えた。

調査対象としては、①ケアの脱家族化を選択し実行した統合失調症の親、②ケアの脱家族化を選択し実行した統合失調症本人、③ケアの脱家族化を支援したMHSWを調査対象に設定した。

第1章で論じたように、実践上も制度上も統合失調症親は、本人のケア提供者であり続けることを求められている。つまり、実践も制度もケアの脱家族化という社会的な文化を持っていない。それゆえ、統合失調症ケアの脱家族化の実態は、ケアの脱家族化を阻害しようとする力(TEMでいうSD)とケアの脱家族化を促進していこうとする力(TEMでいうSD)のせめぎ合うプロセスにより、等至点(親元からの自立)に至ると想定される。

そこで、ケアの脱家族化を選択し実行した統合失調症の親及び統合失調症本人への調査は、親及び本人のイーミックな視座から描いていくことが重要であると考え、インタビューデータの分析をTEMで行うこととした。

TEMとは、ヤーン=ヴァルシナー(Valsiner)が、「発達心理学・文化心理学観点に等至性(Equifinality)概念と複線経路(Trajectory)概念を採り入れようと創案したもの」(サトウら:2006)である。サトウ(2012)は、TEMの特徴を「人間を解放システムとして捉えるシステム論(von Bertalanffy:1968,1973)に依拠する点、時間を捨象して外在的に扱うことをせず、個人に経験された時間の流れを重視する点の2点にあり、時間を捨象せず個人の変容を社会との関係で捉え記述しようとする文化心理学の方法論である」と説明する。つまり、研究手法としてのTEMは、ある意思決定に至るまでのプロセスをイーミックな視座から構造化していくことを目的とする研究に適している分析手法である。

統合失調症親への調査及び本人への調査は、「統合失調症と診断される」という必須通過点(Obligatory Passage Point:OPP,必ず全員が通過する地点ではなく多くの者が通過する地点)から「親元から自立する」という等至点(Equifinality Point: EFP)に至るまで、どのようなプロセスを経て到達するのか、TEM分析により、経路を可視化していく。

TEM分析は、分析対象である質的データのコーディングを行い、TEM分析の主要概念である①社会的方向付け(Social Direction:SD,本研究でいうとケアの脱家族化を阻害する社会的・文化的緒力の総体)、②社会的ガイド(Social Guide:SG,本研究でいうとケアの脱家族化を促進する社会的・文化的緒力の総体)、③必須通過点(OPP)や④分岐点(Bifurcation Point:BFP,本研究でいえば、ケアの脱家族化という経験において複数の経路を可能とする結節点)という分析概念を用いて、結果図であるTEM図とストーリーラインで分析対象者の人生の経路をコンパクトに説明することに優れている分析手法である。また、複数のTEM図を比較検討し、等至

点 (EFP) に至るまでの経路の類型化にも優れている。

もうひとつの調査対象者であるソーシャルワーカー (=MHSW) への研究方法は、木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下, M-GTA) で行うこととした。M-GTA を採用した理由は、M-GTA が適している以下の 3 要件を満たしているからである。3 要件とは、①人間と人間が直接的にやりとりをする社会的相互作用に関する研究であること、②ヒューマンサービス領域に関する研究が適しており、まとめられたグラウンデッド・セオリーを実践現場に還元されることが期待されていること、③研究対象とする現象特性がプロセス的であること (木下: 2003), である。

また、M-GTA は、状況をどう捉え (エティックな視座) とその人自身がそのことをどう意味づけし、どのような意図で介入したか (イーミックな視座)、エティックな視座とイーミックな視座双方を併せ持つ研究方法である。つまり、本研究でいえば、統合失調症本人と親との関係をどう捉え (エティックな視座) とそれをどう意味づけし介入したか (イーミックな視座) を、分析焦点者である MHSW の経験として、明らかにしていくことを可能とすると考えた。

第4章 統合失調症ケアの脱家族化の実証研究

本章では、第1節で、ケアの脱家族化を選択し実行した統合失調症母親6名への質的調査について論じる。第2節で、ケアの脱家族化を選択し実行した統合失調症本人9名への質的調査について論じる。第3節で、統合失調症ケアの脱家族化の特徴について論じる。

第1節 統合失調症母親6名への質的調査

本節では、第1項で予備調査として実施した「離れて暮らすことを選択した統合失調症母親の意識変容プロセス」研究の概要及び結果、知見について論じる。第2項では、本調査として実施した「統合失調症ケアの脱家族化を選択した母親の価値変容プロセス」研究の概要及び結果、知見について論じる。

なお、調査対象は、父親を含む親を対象としていたが、結果として調査対象は、表序-3-1のとおり全て母親であった。統合失調症の好発年齢 20 ± 5 歳は、親年齢が 50 ± 5 歳となる。統合失調症父親が本人へ関わり始めるのは、定年後の時間的余裕が増えてからであるという報告（徳田：2019）がある。予備調査の調査対象3名及び本調査の調査対象3名全てが母親となったことは、統合失調症父親を対象とする先行研究を反映していると考えられる。

4-1-1. 予備調査

(1) 予備調査の概要

1) 研究の目的

離れて暮らすことを選択した統合失調症親の経験を明らかにすることにより、今後の統合失調症ケアの脱家族化における親支援のあり方の示唆を得ることを目的とする。

2) 研究の対象

本研究の対象者は、統合失調症の子を持つ非同居の親とした。対象者には、以下3点を全て満たす者とした。①子が統合失調症であること、②同一住所ではなく、別世帯で暮らしていること。③統合失調症の子と情緒的交流が同居から非同居の全過程において存在していること。

②の空間的に離れて暮らしていることを要件としたのは、同居の場合、親によるケアが継続するという立岩（1990）「同居している限り保護・依存の関係を断ち切るのが難しい。家族の中に介助者がいる限り、家族外の介助者もそれをあてにしてしまう。また、家族が介助者に気を使ってしまう」の指摘に拠る。

③の情緒的交流の存在を要件としたのは、以下の理由に拠る。統合失調症本人と親との葛藤関係の固定化により、定位家族での生活が困難な統合失調症者は存在する。本研究では、情緒的交流が無く葛藤関係が固定化している親を研究対象から除いている。なぜならば、本研究の趣旨は、親によるケアから社会的ケアへの移行における統合失調症親の経験を明らかにしていくことを目的としているからである。

研究対象の選定は、筆者が理事をしている2か所の社会福祉法人の精神保健福祉士へ研究趣旨を説明し、該当する親への打診を経て、筆者へ紹介してもらった。研究対象の確定には、難航した。支援担当職員へは「諾」と回答した親へ筆者から連絡をすると、「顔も見たこともない大学教員へ、これまでの辛い気持ちを話す気にはなれない」という趣旨のことを言われ、推薦の

表 4-1-1 研究対象者の概要

	本人 性別	初診 年齢	独立 年齢	調査時 母親年代	調査時 本人年齢	調査時の本人の 暮らしの形態	ケアの脱家族の 最初の提案者
a氏	男性	18歳	37歳	60代後半	40代前半	ひとり暮らし	両親
b氏	男性	20歳	37歳	70代前半	40代後半	同病者と生殖家族	本人
c氏	女性	19歳	27歳	50代後半	20代後半	ひとり暮らし	本人

筆者作成

あった候補者には、悉く断られた。最終的な研究対象者は、表 4-1-1 の 3 名である。

3) 倫理的配慮

本研究は、佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査委員会あてに研究計画書等必要書類を添付のうえ申請し、2013（平成 25）年 8 月 26 日付、承認番号 H25-17 の承認を受け実施している。また、研究協力者には、研究趣旨及び研究協力の自由意思、拒否権、プライバシーの厳守、IC レコーダーでの録音とメモをとることについて、口頭及び書面で説明し文書による同意を得て実施している。インタビュー調査は、2013（平成 25）年 9 月～11 月に実施した。

4) 方法

データの収集方法は、半構造化インタビューにより収集した。インタビューガイドを作成し、予め研究対象者へ、以下の設問項目を文書で伝えた。

1. 子どもが統合失調症と告知された時に、どのように感じ、どんなことを考えましたか？
2. 子どもと世帯分離をしようと考え始めたのはいつ頃ですか？
3. 子どもと世帯分離をしようとするようになったきっかけや理由があれば教えてください。
4. 実際に世帯分離をしたのは、いつ頃ですか？
5. 世帯分離までに、子どもと話し合ったことがあれば、教えてください。
6. 世帯分離までに他の家族や関係者と話し合ったことがあれば、教えてください。
7. 世帯分離された当初には、子どものことをどのように考えていましたか？
8. 今は、子どものことをどのように考えていますか？
9. 7 から 8 に至るまで、どのような出来事があり、そのように変わってきたのか、詳しく教えてください。

以上の 9 項目である。

データ分析は、半構造化インタビューで得た音声データを逐語録に起こした文字データにより行った。分析方法は、TEM (Trajectory Equifinality Model: 複線経路・等至性モデル) を採用した。TEM を採用した理由は、子どもが統合失調症に罹患し、世帯を分けて暮らすことを決意し、実行するまでの母親の意識や決断、行為について、社会的・文化的な背景や影響、文脈を捨象せずに、時間軸でその実相を明らかにしようと考えたからである。

TEM の主要概念と TEM による分析の手順は、以下のとおりである。

表 4-1-2 は、TEM の主要概念と本研究における主要概念ごとの意味を記したものである。TEM の主要概念は、等至点 (Equifinality Point: 以下 EFP)、両極化した等至点 (Polarized Equifinality Point: 以下 P-EFP)、分岐点 (Bifurcation Point: 以下 BFP)、必須通過点 (Obligatory Passage Point: 以下 OPP)、社会的方向付け (Social Direction: 以下 SD)、社会的ガイド (Social Guidance: 以下 SG) である。以下、本研究でいう EFP, P-EFP, BFP, SD,

表 4-1-2 TEM の主要概念と本研究における主要概念の意味

用語	意味
等至点：EFP	等至点とは、研究者が等しく至るとして焦点を当てた点。研究協力者は、この等至点に至った人を招待することとなる。本研究では、統合失調症の子どもと同居している母親が、当該子どもとの同居を解消した暮らしに至った状態。
両極化した等至点：P-EFP	等至点に対する補集合的行為を考えて、それを「両極化した等至点」として設定する。人生の径路の可視化を可能とする。本研究では、統合失調症の子どもとの同居を解消する分岐点を経ても、同居を続けている状態。
分岐点：BFP	ある経験のなかで、実現可能な複数の径路がある状態において、複線径路を可能にする結節点のこと。本研究では、統合失調症の子どもとの同居を解消して暮らすことにつながる岐路になる状況のこと。
必須通過点：OPP	必須通過点は、ある地点に行くために多くの人が通ると考えられる地点のこと。この「必須」という意味は「全員が必ず」という強い意味ではなく、「多くの人が」という幅を少し広げた概念である。本研究では、子どもが統合失調症に罹患し、当該子どもとの同居を解消するまでの期間、多くの統合失調症を子どもに持つ母親が通過すると考えられる経験のこと。
社会的方向付け：SD	等至点と対極にある行動の選択肢を選ぶように有形無形に影響を及ぼす社会的・文化的諸力の総体。本研究では、統合失調症の子どもと母親が同居を解消して暮らすことを阻害する社会的・文化的諸力の総体。
社会的ガイド：SG	SDに抗し、等至点へ向かう選択肢を選ぶように支援する社会的・文化的諸力の総体。本研究では、統合失調症の子どもと同居している母親が、同居を解消して暮らすことを促進する社会的・文化的諸力の総体。

出典) 安田裕子・サトウタツヤ編 (2012) 『TEM でわかる人生の経路』を本研究に即して加筆

SG について、表 4-1-2 に基づき、説明する。

EFP (等至点) は、統合失調症の子と同居している母親が、当該子との同居を解消した暮らしに至った状態のことである。P-EFP (両極化した等至点) とは、統合失調症の子との同居を解消する分岐点を経ても、同居を続けている状態のことである。

BFP (分岐点) とは、統合失調症の子との同居を解消して暮らすことにつながる岐路になる状況のことである。

OPP (必須通過点) とは、子が統合失調症に罹患し、当該子との同居を解消するまでの期間、統合失調症を子に持つ母親の多くが通過すると考えられる経験のことである。

SD (社会的方向付け) とは、統合失調症の子と母親が同居を解消して暮らすことを阻害する社会的・文化的諸力の総体のことである。

SG とは、統合失調症の子と同居している母親が、同居を解消して暮らすことを促進する社会的・文化的諸力の総体のことである。

TEM の分析手順は、以下のように行う。①逐語録の文字データから「主要な出来事」の抽出を行う。②「主要な出来事」を時間軸で整理する。③2つのリサーチクエスション「同居を解消し、本人の独立した暮らしを促進しているものは何か」、その対極にある「統合失調症本人が独立し暮らすことを阻害しているものは何か」に関連する文字データの文脈を抽出し、コード

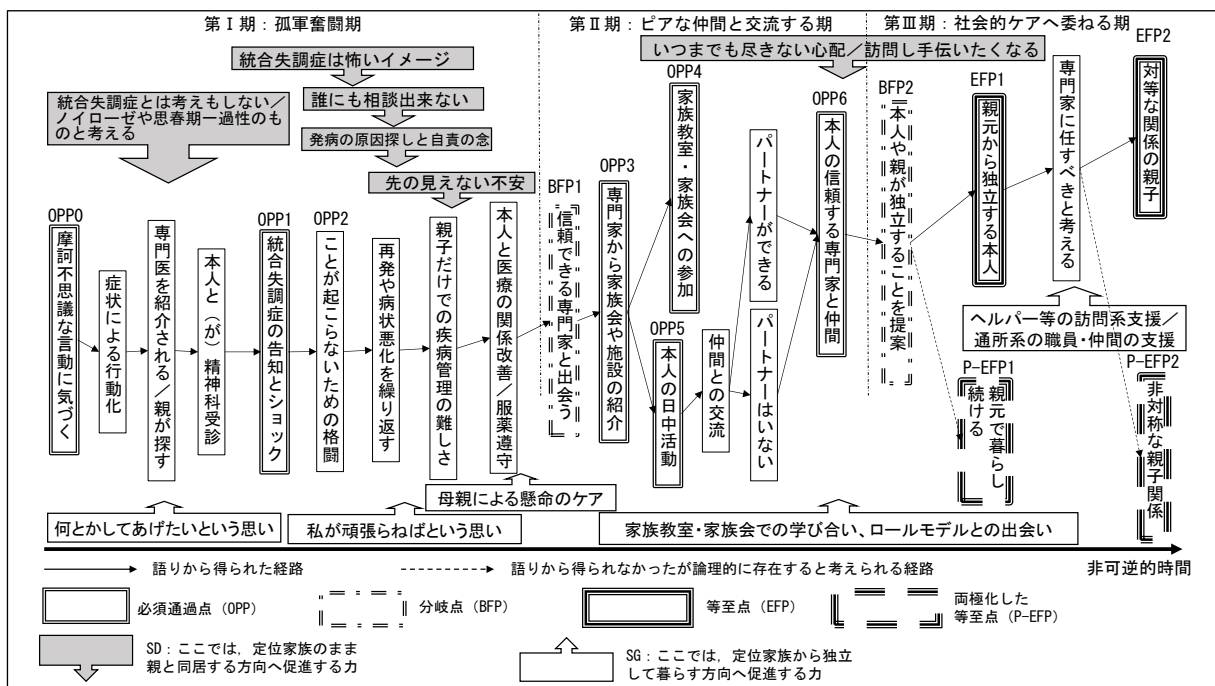
キングによりラベルを生成する。④KJ法（川喜田：1967）の要領で、③で生成したラベルをボトムアップ方式で多段階のコーディングを行い、リアリティのあるコードを生成する。⑤④で生成したコードをTEMの主要概念EFP、P-EFP、BFP、SD、SDとの適合性を確認しながら、非可逆的時間軸で、TEM図として適切な空間配置を行う。TEM図は、等至点に近づくと上に、等至点から離れると下に配置する。⑥作成したTEM図に対する説明的記述（ストーリーライン）を作成した。①から⑥の手順で、a氏、b氏、c氏の3名の個別のTEM図とストーリーラインを作成した。3名のTEM図とストーリーラインを照合し、最終的に統合版のTEM図と統合版のストーリーラインを作成した。

(2) 予備調査の結果

1) TEM図とストーリーライン

a氏、b氏、c氏の語りから、(4)方法で詳述した分析方法により、個別のTEM図とストーリーラインを作成した。そのうえで、3者のTEM図とストーリーラインを比較検討した。図4-1-1は、3者を比較検討し作成した統合版のTEM図である。

図4-1-1 離れて暮らすことを選択した統合失調症母親の統合版TEM図



出典) 塩満卓 (2015) 「離れて暮らすことを選択した精神障害者家族の意識変容プロセス」 31頁図7を一部修正のうえ転載

2) ストーリーライン

TEMの分析概念であるSDを【 】, SG (社会的ガイド) を { }, OPPを [], EFP《 》, BFPを < >, 客観的事実を「 」で表記する。母親の経験は、第Ⅰ期の孤軍奮闘期、第Ⅱ期のピアな仲間と交流する期、第Ⅲ期の社会的ケアに委ねる期の3期に時期区分することが出来た。

以下、ストーリーラインを記す。

第Ⅰ期：孤軍奮闘期

第Ⅰ期の孤軍奮闘期は、[摩訶不思議な言動に気づく] (OPP0) から〈信頼できる専門家と出会う〉(BFP1) に至る前までの期間である。

母親として本人の[摩訶不思議な言動に気づく] (OPP0) もの、自分の子がまさか【統合失調症とは考えもしない／ノイローゼや思春期一過性のものとする】(SD)。「症状による行動化」もみられるようになり、{何とかしてあげたいという思い} (SG) で、「専門医を紹介される／親が探す」や「本人と(が)精神科受診」となる。[統合失調症の告知とショック] (OPP1) を受ける。【統合失調症は怖いイメージ】(SD) や【誰にも相談できない】(SD)、【発病の原因探しと自責の念】(SD) に押し潰されそうになる一方、{私が頑張らねばという思い} (SG) も起こる。その相反する思いのせめぎ合いのなかで、[ことが起こらないための格闘] (OPP2) を始める。しかしながら「再発や病状悪化を繰り返す」なかで、「親子だけでの疾病管理の難しさ」を感じる。【先の見えない不安】(SD) のなか、{母親による懸命のケア} (SG) もあり、「本人と医療の関係改善／服薬遵守」がみられるようになる。

第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期

第Ⅱ期のピアな仲間と交流する期は、〈信頼できる専門家と出会う〉(BFP1) から〈本人や親が独立することを提案〉(BFP2) に至る前までの時期である。

母親は、ようやく〈信頼できる専門家と出会う〉(BFP1)。信頼できる専門家は、母親の課題と本人の課題を切り分け、[専門家から家族会や施設の紹介] (OPP3) を受ける。母親は[家族教室・家族会への参加] (OPP4) を始める。他方、統合失調症本人は、[専門家から家族会や施設の紹介] (OPP3) により、[本人の日中活動] (OPP5) へ参加し始め、「仲間との交流」へと展開し始める。本人の「パートナーができる」場合もある。母親は、同質の問題を持つピアが集う{家族教室・家族会での学び合い、ロールモデルとの出会い} (SG) がある。統合失調症に対する正しい情報を得、対処方法を知り、エンパワメントされていく。母親だけでなく、本人も[本人の信頼する専門家と仲間] (OPP5) ができていく。

第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期

第Ⅲ期の社会的ケアへ委ねる期は、〈本人や親が独立することを提案〉(BFP2) からセカンド等至点《対等な関係の親子》(EFP2) に至る現在までの時期である。

〈本人や親から独立することの提案〉(BFP2) がある。{ヘルパー等の訪問系支援／通所系の職員・仲間の支援} (SG) を受けながら、《親元から独立する本人》(EFP1) となる。本人が独立しても、母親は【いつまでも尽きない心配／訪問し手伝いたくなる】(SD) 気持ちから訪問しようとするが、「専門家に任すべきと考える」ように努めている。そういった新たな関係性は、病気ではない他の子と同様の《対等な関係の親子》(EFP2) となっていく。

(3) 考察及び知見

1) 考察

第Ⅰ期は、「家族内のみで問題解決を図る」時期である。調査対象の母親3名いずれもが、インタビューガイドの最初の設問「1. 子どもが統合失調症であることを告知された時に、どのように感じ、どんなことを考えましたか？」を尋ねると、初診に至るまでのエピソードの詳細を語られた。例えば、「長時間の手洗い」、「文字が汚くなった」、「成績の低下」、「昼夜逆転」につ

いてである。今振り返ると病気の兆候と分かるものの、当時はそうは考えなかったという反省の弁である。

なんとなくこれまでと違うという認識のレベルから、盗聴器を仕掛けられている等の訴えによる明らかな「摩訶不思議な言動に気づく」(OPP0)に至る。想定していた最初の必須通過点「統合失調症と診断される」の前に、「摩訶不思議な言動に気づく」(OPP0) 必須通過点を生成した。

「統合失調症の告知とショック」(OPP1)は、統合失調症に対するネガティブなイメージから【誰にも相談できない】(SD)と家族内での守秘事項となっていく。入院等の「再発や病状悪化を繰り返す」なかで、母親は、【発病の原因探しと自責の念】(SD)に苛まれていく。本人及び夫から「病気になったのはお母さんの育て方が原因」という趣旨の発言もあり、【発病の原因探しと自責の念】(SD)は強化されていく。{母親による懸命のケア}(SG)には、母親が訪問看護師のように服薬の必要性を説く行為もみられる。

第Ⅱ期は、〈信頼できる専門家と出会う〉(BFP1)から〈本人や親が独立することを提案〉(BFP2)に至る前までの時期である。第Ⅰ期の疾病に対するネガティブなイメージが薄れ、病気を持ちながら、どう生きていくかを模索し始め、ロールモデルの仲間との出会いがある。比喩的に言えば、Ⅰ期の五里霧中の状況から霧が晴れてくる状況とも言える。とはいえ、家族教室・家族会にすんなりと馴染んでいる訳ではない。とりわけ運動体としての家族会の活動は、「家族会のなかの嫌な話題」として語られている。病気の受容が出来はじめた頃の署名集めやバザー等は、子どもが精神病であることを周囲に知られる場でもあり参加を躊躇うと語られた。ベテラン家族会会員との温度差を感じている。

第Ⅲ期は、〈本人や親が独立することを提案〉(BFP2)から《対等な関係の親子》(EFP2)までの時期である。この時期は、母親自身が【いつまでも尽きない心配／訪問し手伝いたくなる】(SD)に向き合い、これまで担ってきた本人への手段的ケアを専門職へ委ねている。一方で、情緒的ケアは、つながっている。本人のきょうだいと同様の《対等な関係の親子》(EFP2)へとなっていく。

2) 知見

全体を通しての知見は、ケアの脱家族化の起点が、a氏の場合は親であり、b氏及びc氏は本人である。第3章で全身性障害ケアの脱家族化の起点は本人、知的障害ケアの脱家族化の起点は親、薬物依存症ケアの脱家族化の起点は親、であったが、統合失調症の親への予備調査では、親と本人であった。全身性障害、知的障害、薬物依存症と異なり、起点が多様であることが示唆される。

第Ⅰ期孤軍奮闘期の知見は、2点ある。1点目は、未治療期間に対する母親の後悔である。「摩訶不思議な言動に気づく」(OPP0)から受診までに時間を要し、早期発見・早期治療が出来なかったことである。未治療期間について、山口ら(2016)の調査によると、わが国の統合失調症の発病から初診までの未治療期間(未治療期間: Duration of Untreated Psychosis, 以下DUP)は17か月も要し、欧米諸国に比べて著しく長いという報告がある。また、早期発見・早期治療への悔恨の情は、親として早期に手立てを講じられなかったことがその後の自責感や無力感につながっているという指摘がある(岩崎:1988, 田上:1997)。これらのことを予備調査の母親の語りは裏付けている。

2点目は、統合失調症に対する社会的偏見が母親に内在化していることである。【統合失調症は怖いイメージ】(SD) や【誰にも相談できない】(SD) といった思いは、一般社会だけでなく、母親自身にも内在化され、外部へ支援を求めにくい心理状態を招いている。

第Ⅱ期のピアな仲間と交流する期の知見は、2点ある。1点目の知見は、統合失調症母親にとっての信頼出来る専門家の要件を示している。そこには、3要件が含まれる。1つは、統合失調症の正しい知識や制度の知識を教えてくれることである。2つめは、ピアの集団を紹介してくれることである。3つ目は、親と本人の課題を切り分け、双方に働きかけてくれることである。

2点目の知見は、統合失調症の親は、外部へ支援を求めている孤軍奮闘期から、「信頼できる専門家」という「人」と「家族教室・家族会」という「場」を獲得していることである。

第Ⅲ期の知見は、研究前に設定した等至点《親元から独立する本人》(EFP1)の後ろにセカンド等至点《対等な関係の親子》(EFP2)を生成したことである。手段的ケアを訪問系専門家へ委ねることが、セカンド等至点《対等な関係の親子》(EFP2)の要件ともいえる。非同居と手段的ケアを社会的ケアへ移行することは、親子関係のそれまでの非対称性を解消する可能性が高いことを示唆している。

4-1-2. 本調査

本項では、前項の予備調査の研究結果及び知見を踏まえ、筆者が実施した本調査「統合失調症ケアの脱家族化を選択した母親の価値変容プロセス」研究について、研究の概要、結果、考察、知見を記す。

(1) 調査概要

1) 研究の目的

同居の統合失調症者の子が親元から独立して暮らすことを選択した親の価値変容プロセスを明らかにし、今後の統合失調症の親支援のあり方を検討する素材に資することを目的とする。

2) 研究の対象

本研究の対象は、子が統合失調症に罹患し、親世帯を分離させることを選択した統合失調症の母親3名である。対象者の選定は、筆者が理事をしている社会福祉法人及び研究会等に関係のある現場のMHSWへ候補者の推薦を依頼した。現場のMHSWから該当すると思われる親への打診を経て、「諾」と回答した候補者宛てに、改めて正式な依頼を行った。予備調査時と同様に、紹介のあった候補者の多くが辞退された。その辞退理由の多くは、「お世話になっている精神保健福祉士には、辛かった過去を話すことはできる。しかし、会ったことも名前も知らない大学の教員へ話せることは何も無い」という趣旨のことを言われた。3名の研究対象者は、表4-1-3

表 4-1-3 研究対象者の概要

	本人性別	初診年齢	独立年齢	調査時母親年代	調査時本人年齢	調査時の本人の暮らしの形態	ケアの脱家族の最初の提案者
d氏	女性	18歳	31歳	60代前半	40代前半	同病者と生殖家族	本人
e氏	男性	18歳	32歳	60代後半	40代前半	ひとり暮らし	姉
f氏	男性	21歳	43歳	70代前半	40代後半	ひとり暮らし	主治医

筆者作成

のとおりである。

3) 倫理的配慮

本研究は、佛教大学「人を対象とする研究」倫理審査委員会にて研究計画書等必要書類を添付のうえ申請し、2014（平成26）年5月13日付承認番号H26-3の承認を得て実施している。研究協力者に対して、研究趣旨及び研究協力の自由意思、拒否権、プライバシーの遵守、ICレコーダーでの録音、論文化後のデータ廃棄について、口頭及び書面で説明し、文書による同意を得た。インタビュー調査は、2014（平成26）年7月～12月に実施した。

4) 方法

データの収集方法は、半構造化インタビューによる質的データである。インタビューガイドを作成し、予め研究対象者へ、以下の設問項目を文書で伝えた。

1. 子どもが統合失調症であると告知された時、どのように感じたか。
2. 子どもと同居を解消しようと考え始めたのは、いつ頃か。
3. 子どもと同居を解消しようと考えたきっかけ・理由は何だったのか。
4. 実際に子どもと同居を解消したのは、いつ頃か。
5. 子どもと同居を解消するまでに、子どもと話し合ったことは何か。
6. 子どもと同居を解消するまでに、他の家族と話し合ったり相談したりしたことは何か。
7. 子どもと同居を解消するまでに、関係者と話し合ったり相談したりしたことは何か。
8. 子どもと同居を解消した当初は、子どもとどのような関係だったのか。
9. いま現在は、子どもとどのような関係なのか。
10. 8から9に至るまで、どのような出来事があり、どう変わってきたのかを詳しく。

以上の10項目である。

データ分析は、前項と同様に、逐語録に起こした文字データにより分析を行った。分析方法についても、前節と同様に、TEM (Trajectory Equifinality Model: 複線経路・等至性モデル) を採用した。分析手順、TEMの主要概念及び本研究における主要概念も前項と同じである。

(2) 本調査の結果

1) d氏のTEM図及びストーリーライン

本項では、d氏、e氏、f氏の語りをTEMで分析し、個別のTEM図とストーリーラインを作成した。なお、ストーリーラインの記述は、SDを【 】, SGを[], OPPを{ }, BFPを< >, EFPを《 》, 客観的事実を「 」で記すこととする。

図4-1-2は、d氏のTEM図である。以下、d氏のストーリーラインを記す。

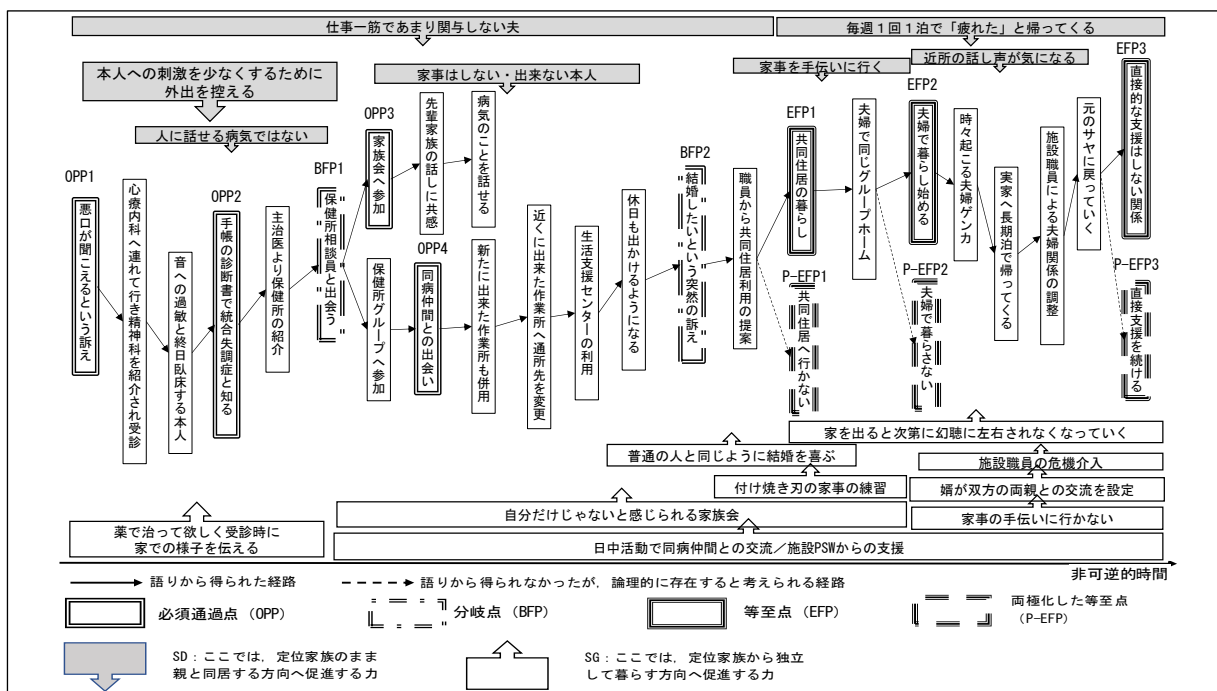
高校3年の夏休みに、近所の人 {悪口が聞こえるという訴え} (OPP1) をするようになる。普通でないと感じ、「心療内科へ連れて行き精神科を紹介され受診」する。受診同行し、[薬で治って欲しく受診時に家での様子を伝える] (SG) もの、[音への過敏と終日臥床する本人] を心配し、【本人への刺激を少なくするために外出を控える】(SD) ようにする。2学期以降は、ほとんど登校していない。診断名は聞けず {手帳の診断書で統合失調症と知る} (OPP2)。【人に話せる病気ではない】(SD) という思いと【仕事一筋であり関与しない夫】(SD) であり、状況は変わらなかった。

そんななか、「主治医より保健所の紹介」があり、〈保健所相談員と出会う〉(BEP1)．{家族会へ参加} (OPP3) すると、「先輩家族の話しに共感」した．[自分だけじゃないと感じられる家族会] (SG) の中では、「病気のことを話せる」ようになる．

他方、本人は精神障害者の「保健所グループへ参加」するようになり、{同病仲間との出会い} (OPP4) も始まり、「新たに出来た作業所も併用」するようになる．「近くに出来た作業所へ通所先を変更」し、「生活支援センターの利用」も始める．[日中活動で同病仲間との交流／施設PSWからの支援] を受けるなか、友人と約束し「休日も出かけるようになる」．そんななか、同病仲間と〈結婚したいという突然の訴え〉(BFP2) があり、[普通の人と同じように結婚を喜ぶ] (SG) 反面、これまで【家事はしない・出来ない本人】であった．利用している施設「職員から共同住居利用の提案」もあり、[付け焼き刃の家事の練習] (SG) という位置づけで《共同住居の暮らし》(EFP1) が始まる．ゴミ出しや料理など、本人からの依頼に応じて母親は【家事を手伝いに行く】(SD)．

約半年の《共同住居の暮らし》(EFP1) を経て、「夫婦で同じグループホーム」で半年間生活する．不思議なことに、[家を出ると次第に幻聴に左右されなくなっていく] (SG)．グループホームを出て、借家で《夫婦で暮らし始める》(EFP2)．その時点から母親は[家事の手伝いに行かない] (SG)．幻聴ではなく【近所の話し声が気になる】(SD) ことや「時々起こる夫婦ゲンカ」もあり、「実家へ長期泊で帰ってくる」ことも年に数回ある．その都度、「施設職員による夫婦関係の調整」という[施設職員の危機介入] (SG) があり、「元のサヤに戻っていく」ことを繰り返す．父の日や母の日に[婿が双方の両親との交流を設定] (SG) してくれてもいる．《共同住居の暮らし》(EFP1) を始めた時から現在に至るまで【毎週1回1泊で「疲れた」と帰って

図 4-1-2 d 氏の TEM 図



出典) 塩満卓 (2022) 「統合失調症の子どもの同居解消を選択した母親の価値変容プロセス」 70 頁図 1 を転載

以下、f氏のストーリーラインを記す。

大学2年で中退後、実家へ戻る。車で「夜中にひとりで出かける」ようになり、「夫の紹介で就いた仕事を無断欠勤」することが続く。朝早くから「警察に取り囲まれていると訴え」(OPP1)、両親は【おかしいと感じる】(SD)ため、「X精神科病院へ連れて行き受診」させる。{統合失調症と診断}(OPP2)され、【大変な病気】(SD)と考えたが、[主治医に治ると言われる](SG)。

初回の受診以降、「受診と服薬は遵守する」。本人の「幻覚(テレパシー)の訴え」は続く。母親自身、【病気のことはよく分からない】(SD)ため、[しっかりして欲しい](SG)という思いが優先し、「幻覚は病気と説得する」ことを続ける。

本人発病後、「夫が病気で自宅療養」となる。本人は、主治医の勧めで通院先「病院の給食部のアルバイト」を他の患者らと始める。本人27歳時、「療養中の夫死亡」し、母親は唯一の【相談相手が居なくなる】(SD)。本人は、怖い父親が亡くなったこともあり、「病院の給食部のアルバイトを辞める」。母親にとって[仕事中は本人のことを忘れることが出来る](SG)時間であった。夫の療養と本人の病気への対応が重なり【気が休まらない】(SD)期間が続く、【本人に対する指示的な対応】(SD)を続けていく。

(X病院で保健所を紹介)(BFP1)され、保健所の「家族教室へ参加」する。[家族教室で病気や制度を学ぶ](SG)なかで、[本人40歳までに独立させたい](SG)と考えるようになる。{地域家族会へ参加}(OPP3)し始めた当初、署名活動等の【家族会の運動がシンドイ】(SD)と感じる。それでも「家族会会員として活動」を続ける。

母親不在時に【訪問販売・電話セールスに騙される本人】(SD)は「訪問販売を断れない」。本人も「保健所グループへ参加」し、「作業所へ通所」するようにもなる。受診先を家から近い「Y病院へ変更」し、母親は[将来のことを主治医へ相談](SG)したところ、(主治医よりひとり暮らしの提案)(BFP2)がある。

人間関係が苦手なことから[自治会の無い物件探し](SG)を始め、《マンションでひとり暮らし》(EFP1)を始める。初めて入居した物件は、訪問販売等が自由に入れるマンションだったため、「オートロックのマンションへ引っ越す」。独立後は、[週に1回夕食を食べに帰ってくる]が泊まらない。当初2年間、食事づくりや掃除といった【母親ヘルパー】(SD)役割を担う。母親自身の疲れもあり、[ホームヘルパーの利用](SG)を始める。それ以降は年に数回【衣替えを手伝う】(SD)程度のケアをしている。

「作業所に行かなくなる」ことや「処方変更と病状一時悪化」したこともある。しかし、[相談し合える家族会の仲間](SG)も出来、[家族会でグチで吐き出す](SG)ようにしている。家族会のお陰で、出来ないことが気になっていたが、気にならなくなり《本人に優しく接せられる》(EFP2)ようになってきている。

(3)考察

これまで、d氏、e氏、f氏の質的データを分析し、個別のTEM図とそれぞれのストーリーラインを作成した。3者に共通する分岐点は、本人だけではなく家族へのケアをコーディネートする頼りになる専門家との出会いであり、親も本人も社会資源利用の端緒となっている。また、頼りになる専門家は、家族教室や家族会へ誘い、母親は親のピアとの交流を始め、共感し学び

合う場を獲得している。d氏、e氏、f氏の3者が、予備調査と同じ時期区分「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」、「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」、「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」の3期に時期区分出来る。この3つの時期区分ごとに、2つの視角から考察した。1つは、「母親の統合失調症への向き合い方の変化」である。2つめは、「母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移」についてである。

1) 母親の統合失調症への向き合い方の変化

1つめの「母親の統合失調症への向き合い方の変化」について、表4-1-4に整理した。「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」は、3者とも「近所に知られたくない」、「病気と認めたくない」、「大変な病気」といった否定的なイメージで疾病を捉え、「育て方への自責感」もみられた。この時期は、「幻聴さえ治まれば」、「幻覚は病気と本人を説得する」等、疾病そのものを忌避する態度があり、病気と認めたくない思いがその背景にあることが示唆される。このことは、子どもが発病するまでの統合失調症に対する母親自身に内在化された偏見からくる反応である。

表4-1-4 母親の統合失調症への向き合い方の変化

	第Ⅰ期：孤軍奮闘期	第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期	第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期
d氏	<ul style="list-style-type: none"> ・薬で治って欲しい ・幻聴さえ治まれば ・人に話せる病気ではない ・近所に知られたくない 	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩家族の話しに共感 ・家族会で病気のことを話せる 	<ul style="list-style-type: none"> ・幻聴は軽減し、生活の安定が気になる
e氏	<ul style="list-style-type: none"> ・重い病気 ・育て方への自責感 ・幻覚・妄想と暴力 ・病気と認めたくない 	<ul style="list-style-type: none"> ・二重見当識で母に対してのみ妄想を訴える ・先輩家族の体験談に見通しを持つ ・妄想による暴力で母親が家から逃げる 	<ul style="list-style-type: none"> ・妄想的訴えがある時は緊張感がある ・落ち着いている時が多く、ふつうに話しが出来る
f氏	<ul style="list-style-type: none"> ・大変な病気 ・幻覚は病気と本人を説得する ・病気のことはよくは分からない 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族教室で病気・制度等を理解 ・40歳までに独立させたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・気になることを家族会で吐き出し、本人へ厳しく言わない ・周囲を気にする本人の症状を受けとめ一緒に考える

筆者作成

「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」では、「先輩家族の体験談に見通しを持つ」、「家族会で病気のことを話せる」という同質の問題を持つ仲間と出会っている。そして「家族教室で病気・制度等を理解」という正しい知識を学んでいく。このように、同じ悩みを持つ仲間と出会い、病気の正しい知識を得、疾病そのものを客観視できるようになっていく時期である。d氏とf氏の場合、病気を客観的に見られるようになったことが、同居解消の契機となっている。

他方、e氏の場合、「妄想による暴力で母親が家から逃げる」にみられるように、陽性症状による問題行動がある。e氏の場合、暴力が「頼りになる専門家を含む」支援者の関わり方の契機となり、専門家との課題共有が同居解消の端緒となっている。

「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」では、d氏の場合、病気よりむしろ結婚生活の安定が気になっている。e氏の場合、妄想的訴えがある時は緊張感があるものの、落ち着いている時が多く、ふつうに話しが出来るようになっている。f氏の場合、本人の症状を受けとめ一緒に考えるようになり、気になることを家族会で吐き出し、本人へ厳しく言わないようになっている。

同居解消は、Brown (1962) らが EE (Expressed Emotion) 研究で提唱し、三野ら (1993) が解説している EE 研究の知見「情緒的巻き込まれ (emotional involvement)」から解放されていく有効な手段であることを示している。

2) 母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移

2つめの母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移について、表 4-1-5 に整理した。

「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」では、本人への過度な気遣いや親自身の自責感から d 氏、e 氏、f 氏の3者とも「家事全般のケア」を担っており、本人の生活を丸ごとケアしている。

「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」では、「施設職員によるケア」、「作業所・職員のケア」、「作業所で出会う同病仲間」といった社会的ケアを利用し始めている。その結果として、親によるケアの比率が低下していく。

「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」では、親によるケアから社会的ケアへと移行している。親によるケアは、「週に1回夕食を食べに帰ってくる」や「定期的に自宅で泊まり休養する」等、限定的なものとなっており、情緒的なつながりを保持していた。ケアの定義によるケア類型で考えると、手段的なケアを社会的ケアへ移行し、情緒的ケアを継続させていると考えられる。

表 4-1-5 母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移

	第Ⅰ期：孤軍奮闘期	第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期	第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期
d氏	<ul style="list-style-type: none"> 音を立てないように本人への刺激を少なくする 家事全般のケア 	<ul style="list-style-type: none"> 家事を手伝いに行く 定期的に自宅で泊まり休養する 施設職員によるケア 	<ul style="list-style-type: none"> 家事の手伝いには行かない 定期的に自宅で泊まり休養する 施設職員からの支援 施設職の危機介入
e氏	<ul style="list-style-type: none"> 家事全般のケア 死ぬまで本人を支える覚悟 	<ul style="list-style-type: none"> 日中作業所・施設職員のケア 作業所で出会う同病仲間 長女夫婦による見守り 	<ul style="list-style-type: none"> 本人宅へ週1回1泊夕食を作る ヘルパー、訪問看護、金銭管理サービスを受ける
f氏	<ul style="list-style-type: none"> 受診の同行 家事全般のケア お金の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 保健所のグループ仲間 作業所職員・仲間 	<ul style="list-style-type: none"> 当初、本人のマンションへ行き、食事や掃除のケアを母親が担っていた 週に1回夕食を食べに帰ってくる ホームヘルパーの利用 衣替えを手伝う

筆者作成

ケアの3類型から、ケアの与え手としての母親のケア提供の量的変化を考察してみたい。

「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」は親が丸ごと本人をケア（本人へのケア＝家族によるケア）している。本人が必要とする手段的ケア、情緒的ケア、情動的ケアの与え手が全て母親である。

「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」は、親によるケアから社会的ケアの導入（家族によるケア＞社会的ケア）となっている。d氏は施設職員からのケアを受け、e氏は施設職員や仲間からのケアを受け、f氏は保健所グループや作業所での仲間からのケアを受けている。これら職員や仲間によるケアは、情緒的ケアと情動的ケアである。家事等の手段的ケアの与え手は、母親のままである。したがって、家族によるケア＞社会的ケア、となる。

「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」は、社会的ケアが主力となり、親によるケアは部分的にとどまる（家族によるケア＜社会的ケア）。ここで移行するケアは、手段的ケアである。詳しく

みていくと、d氏は、定期的に自宅（実家）で泊まり休養しているが、e氏及びf氏は、週に1回程度、夕食を一緒に食べるという親子関係になっている。つまり、手段的ケアを社会的ケアへ委ね、情緒的ケアを残している。

「母親の統合失調症への向き合い方」及び「親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移」から、「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」の親の課題は、病気の受容である。

「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」の親の課題は、病気の理解を基礎に、親と本人の関係を客体化していくことである。同じ問題を抱える家族会等でのピアとの交流は、病気の受容及び親と本人の関係を客体化していくことを促進していると示唆している。

「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」は、本人との間でのケアの与え手とケアの受け手という関係性が薄れる。それぞれの語りから生成したセカンド等至点をみていくと、d氏は《直接的な支援はしない関係》(EFP2)、e氏は《気が楽になる》(EFP2)、f氏は《本人に優しく接せられる》(EFP2)となっている。手段的ケアを社会的ケアへ委ねること、つまりケアを脱家族することで、親は精神的にも身体的にも楽になっていることを示唆している。第Ⅲ期の手段的ケアを社会的ケアへ委ね、情緒的ケアで親とつながっている状況は、介護保健導入時の「介護はプロに、愛情は家族で」（後藤：2012）を体現するものであり、本人と家族双方の well-being に寄与する形態である。

（4）統合版 TEM 図とストーリーライン

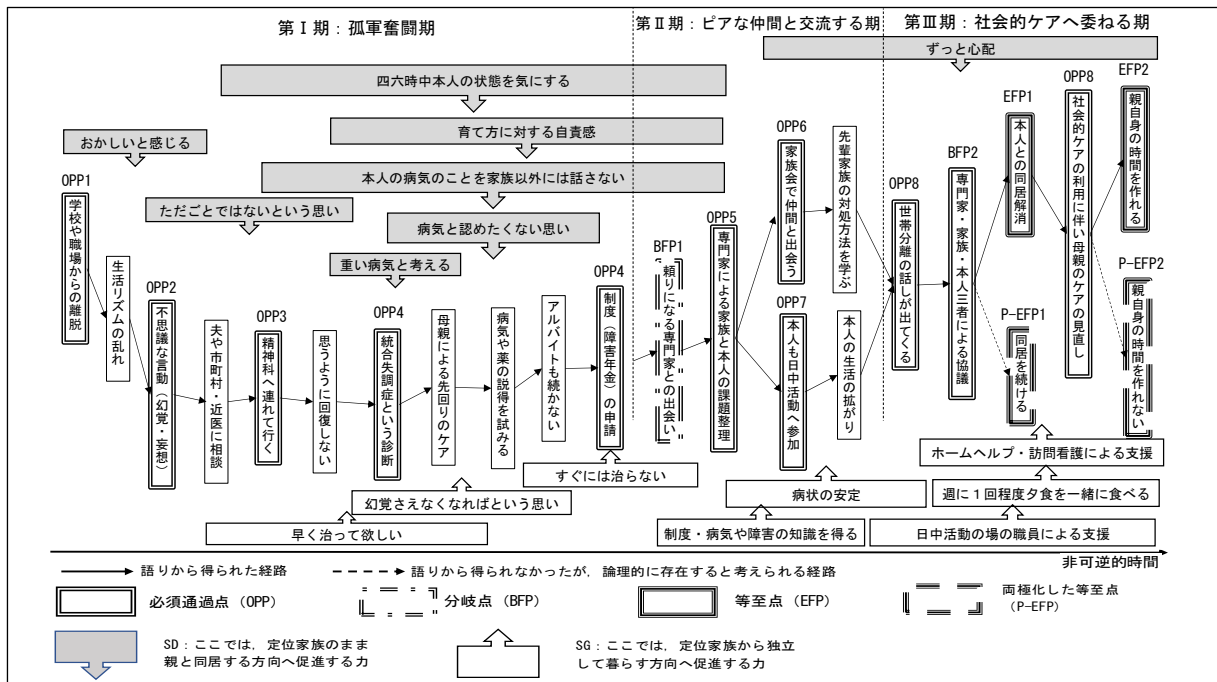
先述したd氏、e氏、f氏のTEM図とストーリーラインの比較検討及び「母親の統合失調症との向き合い方の変化」という視角からの考察、「母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移」という視角からの考察を踏まえ、3者を統合する図4-1-5「統合失調症ケアの脱家族化を選択した母親の価値変容プロセス統合版TEM図」を作成した。

以下、図4-1-5のストーリーラインを、SDを【 】, SGを[], OPPを{ }, BFPを〈 〉, EFPを《 》, 客観的事実を「 」とし、時期区分ごとに記す。

第Ⅰ期：孤軍奮闘期

{学校や職場からの離脱} (OPP1) となり、社会的所属が消失する。「生活リズムの乱れ」が始まる。母親は【おかしいと感じる】(SD) ようになる。{不思議な言動 (幻覚・妄想)} (OPP2) が現れる。母親は【ただごとではないという思い】(SD) から「夫や市町村・近医に相談」し、{精神科へ連れて行く} (OPP3)。[早く治って欲しい] (SG) という思いとは裏腹に、本人の症状は「思うように回復しない」。{統合失調症という診断} (OPP4) から【重い病気と考える】(SD) 一方で、[幻覚さえなくなればという思い] (SG) もあり、「母親による先回りのケア」や本人へ「病気や薬の説得を試みる」。母親は、【四六時中本人の状態を気にする】(SD) ようになったり、【育て方に対する自責感】(SD) に苛まれたり、【本人の病気のことを家族以外には話さない】(SD) 閉じた人間関係になっていく。本人は、「アルバイトも続かない」状態で、[すぐには治らない] (SG) と思い始める。【病気と認めたくない思い】(SD) と [すぐには治らない] (SG) という思いがせめぎあうなかで、{制度 (障害年金) の申請} (OPP4) を行う。

図 4-1-5 統合失調症ケアの脱家族化を選択した母親の価値変容プロセス統合版 TEM 図



出典) 塩満卓 (2022) 「統合失調症の子どもとの同居解消を選択した母親の価値変容プロセス」 78 頁図 4 を転載

第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期

〈頼りになる専門家との出会い〉(BFP1) は、{専門家による家族と本人の課題整理}(OPP5) が行われ、母親は同質の問題を抱える{家族会で仲間と出会う}(OPP6)。また、「先輩家族の対処方法を学ぶ」ことなど、[制度・病気や障害の知識を得る](SG)。社会に所属の無かった{本人も日中活動へ参加}(OPP7) するようになり、[病状の安定](SG) とともに「本人の生活の拡がり」が見られるようになる。

第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期

本人、専門家のいずれかから{世帯分離の話が出てくる}(OPP8)。そこで、〈専門家・家族・本人三者による協議〉(BFP2) が行われ、母親によるケアに代わる社会的ケア[ホームヘルプ・訪問看護による支援](SG)を導入することが《本人との同居解消》(EFP1)を後押しする。本人へは[日中活動の場の職員による支援](SG)もあり、母親は{社会的ケアの利用に伴い母親のケアを見直し}(OPP8)始める。《本人との同居解消》(EFP1)後も、母親は【ずっと心配】(SD)で、[週に1回程度夕食を一緒に食べる](SG)。本人へのケアの中心が社会的ケアとなり、《親自身の時間を作れる》(EFP2)ようになっていく。

(5) 本調査の研究の知見

本研究の知見は、以下の2点である。1点目は、子が統合失調症に罹患する必須通過点から子どもとの同居を解消するプロセスを母親の主観的経験世界から可視化したことである。2点目は、ケアの脱家族化の起点が、多様であるということである。

1点目の同居を解消するまでのプロセスの可視化についてである。これは、図 4-1-5 統合版

TEM図のとおりである。同居の解消に至るには、「頼りになる専門家との出会い」が分岐点となっている。「頼りになる専門家」は、母親の課題と本人の課題を整理し、母親及び本人双方へ働きかけている。母親は、ピアの集団である「家族会との出会い」を必須通過点としている。本人も仲間であるピアが集まる「日中活動へ参加」を必須通過点としている。母親は、「頼りになる専門家」とピアとの交流から、[制度・病気や障害の知識を得る] (SG)。本人若しくは専門家から「世帯分離の話しが出てくる」という必須通過点を経て、2回目の分岐点「専門家・家族・本人三者による協議」が行われる。ここが母親の担っていたケアのうち、情緒的ケアを除くケアを社会的ケアへ移行していく話し合いとなり、等至点《本人との同居解消》(EFP1)に至る。母親は、「社会的ケアの利用に伴い母親のケアの見直し」という必須通過点を経て、セカンド等至点《親自身の時間を作れる》(EFP2)に至っている。

2点目のケアの脱家族化の起点が、多様であるということについてである。予備調査でもそうであったが、本調査における起点も「本人」、「姉」、「主治医」と多様である。全身性障害、知的障害、薬物依存症のように固定化されず、多様である。

第2節 統合失調症本人9名への質的調査

本節では、筆者（塩満：2023）が実施した「定位家族から独立する暮らしを選択した統合失調症者の意識変容プロセス」研究の概要及び知見について論じる。1項では、調査の概要として、研究の目的、対象、倫理的配慮、方法について述べる。2項では、研究の結果について、結果図とストーリーライン、考察を記し、それぞれについて考察する。3項では、本研究の知見を述べる。

4-2-1. 調査の概要

(1) 研究の目的

本研究は、定位家族から独立した暮らしを経験している統合失調症者の語りを分析することにより、統合失調症者がケアを脱家族化していくプロセス及びその類型を明らかにし、今後の統合失調症者及びその家族支援のあり方の示唆を得ることを研究目的とする。

(2) 研究の対象

本研究の研究対象者は、統合失調症に罹患し、定位家族から独立した暮らしを経験している9名である。研究対象者の選定は、筆者が理事をしている社会福祉法人職員及び研究会等に関係のある現場のMHSWへ筆者が研究の概要を説明し、MHSWから該当する統合失調症者へ打診し、「諾」と回答のあった9名へ改めて筆者から正式に依頼した。推薦のあった9名全員がインタビューに応じていただいた。

研究対象者の概要は、表序-3-2のとおりである。性別は、女性はa氏とg氏の2名で、他の7名は男性である。定位家族からの独立の起点、ここでいう起点とは、「定位家族からの独立を最初に表明した者」である。専門家（主治医及びMHSW）が2名、本人が2名、家族（父、母、姉）が5名である。また、3名が、病前にひとり暮らしの経験を有している。現在の住まいについては、1名が定位家族に戻っている。ホームヘルプや訪問看護、日常生活自立支援事業等の訪問系サービスを利用していないのは3名で、そのうち2名はひとり暮らしの経験を持っている。なお、g氏とi氏は、夫婦であり、生殖家族を形成している。生活訓練施設やグループホームといったケア付き住宅の利用経験があるのは、c氏とf氏の2名であり、f氏はその後アパートでの単居となっている。

表序-3-2 研究対象者の概要

	本人性別	初診年齢	独立年齢	調査時年齢	病前の独立経験	調査時の訪問系支援	調査時の本人の暮らしの形態	ケアの脱家族の最初の提案者
a氏	女性	24歳	27歳	41歳	—	—	ひとり暮らし	本人
b氏	男性	21歳	29歳	35歳	—	—	ひとり暮らし	主治医
c氏	男性	22歳	31歳	43歳	有り	独立時有り	定位家族	精神保健福祉士
d氏	男性	22歳	31歳	39歳	有り	—	ひとり暮らし	母親
e氏	男性	18歳	32歳	44歳	—	有り	ひとり暮らし	姉
f氏	男性	20歳	37歳	52歳	—	有り	ひとり暮らし	母親
g氏	女性	23歳	40歳	56歳	—	有り	同病者と生殖家族	両親
h氏	男性	31歳	41歳	46歳	有り	—	ひとり暮らし	父親
i氏	男性	22歳	51歳	58歳	—	有り	同病者と生殖家族	本人

出典) 表序-3-2 を転載

(3) 倫理的配慮

本研究では、佛教大学「人を対象とする研究倫理審査委員会」あて研究計画書等必要書類を添付のうえ申請し、2015（平成 27）年 8 月 17 日付承認番号 H27-19 及び 2016（平成 28）年 4 月 5 日付承認番号 H27-61 の承認を得て実施している。

また、研究対象者に対して、研究趣旨及び研究協力の自由意思、拒否権、プライバシーの遵守、IC レコーダーでの録音、論文化後のデータ廃棄について、口頭及び書面で説明し文書による同意を得て実施している。

(4) データ収集

研究対象者個々に対して、MHSW 等の主たる支援者のインタビュー同席希望の有無について確認した。9 名中 8 名が支援者同席の希望があり、希望者のインタビューでは、支援者同席のうえ実施した。これには、2 つの理由がある。1 点目は、発症時を含め、過去のことも尋ねることから、インタビューが病状悪化を招く可能性があると考えたからである。2 点目は、統合失調症は、対人緊張が高いとされ、初対面の筆者とのインタビューへの心理的負担の軽減のためである。結果として、補足説明を同席した支援者が担う場面もあり、その補足により、研究対象者に関する不足の情報を補うことができた。

インタビューは、半構造化インタビューである。インタビューガイドを作成し、予め研究対象者へは、以下の設問項目を文書で伝えた。

1. 初めて精神科を受診したのはいつ頃で、受診に至る経過がどのようなものであったか。
2. 親と一緒に暮らしているところから、独立して暮らそうと考えたのはいつ頃か。
3. どのようなことがあり、独立して暮らそうと考えたのか。（きっかけ、理由）
4. 独立して暮らすまでに、どんなことを家族（親）と話し合ったか。
5. 独立して暮らすまでに、関係者（医師、MHSW、心理士、福祉事務所のケースワーカーなど）とは、どんなことを話し合ったか。
6. 独立して暮らすまでの間に、どのような心配や不安があったか。
7. 独立して暮らし始めた頃の親や関係者との関係性は、どのようなものだったか。
8. 現在の親や関係者との関係性は、どのようなものか。
9. これからの暮らしのなかでやりたいことや夢や希望は何か。

以上の 9 点である。

(5) 方法

研究方法は、TEM (Trajectory Equifinality Model: 複線経路・等至性モデル) を採用した。TEM を採用した理由は、統合失調症に罹患し、定位家族から出て暮らす、つまり親元から自立することを決意し、実行するまでの統合失調症者の意識や決断、行為について、社会的・文化的な背景や影響、文脈を捨象せずに、時間軸でその実相を明らかにしようと考えたからである。

表 4-2-1 に TEM の主要概念と本研究における主要概念の意味を整理した。本研究における等至点 (EFP) とは、統合失調症者のうち、定位家族から独立して暮らし始めた状態に至っていることを意味する。両極化した等至点 (P-EFP) とは、統合失調症者のうち、定位家族から独立する分岐点を経ても、定位家族と暮らし続けている状態のことを意味する。分岐点 (BFP) とは、定位家族から独立して暮らすことにつながる岐路になる状況のことを意味する。必須通過点

(OPP)とは、統合失調症に罹患し、定位家族から独立するまでの期間、多くの統合失調症者が通過すると考えられる経験のことを意味する。社会的方向付け (SD)とは、統合失調症者が定位家族から独立して暮らすことを阻害する社会的・文化的緒力の総体となる。社会的ガイド(SG)とは、統合失調症者が定位家族から独立して暮らすことを促進する社会的・文化的緒力の総体となる。

TEMによる分析の手順は、①逐語録の文字データから「主要な出来事」の抽出を行う。②「主要な出来事」を時間軸で整理する。③2つのリサーチクエスチョン「統合失調症者本人の独立した暮らしを促進しているものは何か」、その対極にある「統合失調症者本人の独立して暮らすことを阻害しているものは何か」から、文字データの文脈の抽出とコーディングによりラベルを生成する。④KJ法(川喜田:1967)の要領で、③で生成したラベルをボトムアップ方式で多段階のコーディングを行い、リアリティのあるコードを生成する。⑤④で生成したコードを表4-2-1のTEMの主要概念である「必須通過点」、「分岐点」、「等至点」、「社会的ガイド」、「社会的方向付け」と照合しながら、非可逆的時間軸で、TEM図として適切な空間配置を行う。TEM図は、等至点に近づくと上に、等至点から離れると下に配置する。⑥作成したTEM図に対する説明的記述(ストーリーライン)を作成した。①から⑥の手順で、a氏からi氏までの9名の個別のTEM図とストーリーラインを作成し、作成した9名のTEM図とストーリーラインを照合し、最終的に親元からの自立に至るパターンの4類型を生成した。

表 4-2-1 TEM の主要概念と本研究における主要概念の意味

用語	意味
等至点：EFP	等至点とは、研究者が等しく至るとして焦点を当てた点。研究協力者は、この等至点に至った人を招待することとなる。本研究では、統合失調症者のうち定位家族から独立して暮らし始めた状態に至っていること。
両極化した等点：P-EFP	等至点に対する補集合的行為を考えて、それを「両極化した等至点」として設定する。人生の経路の可視化を可能とする。本研究では、統合失調症者のうち、定位家族から独立する分岐点を経ても、定位家族と暮らし続けている状態のこと。
分岐点：BFP	ある経験において、実現可能な複数の経路がある状態。複線経路を可能とする結節点のこと。本研究では、定位家族から独立して暮らすことにつながる岐路になる状況のこと。
必須通過点：OPP	必須通過点は、ある時点に行くために多くの人が通ると考えられる地点のこと。この「必須」という意味は「全員が必ず」という強い意味ではなく、「多くの人が」という幅を少し広げた概念である。本研究では、統合失調症に罹患し、定位家族から独立するまでの期間、多くの統合失調症者が通過すると考えられる経験のこと。
社会的方向付け：SD	等至点と対極にある行動の選択肢を選ぶように有形無形に影響を及ぼす社会的・文化的緒力の総体。本研究では、統合失調症者が定位家族から独立して暮らすことを阻害する社会的・文化的緒力の総体となる。
社会的ガイド：SG	SDに抗い、等至点へ向かう選択肢を選ぶように促す社会的・文化的緒力の総体。本研究では、統合失調症者が定位家族から独立して暮らすことを促進する社会的・文化的緒力の総体となる。

出典) 安田裕子・サトウタツヤ編(2012)『TEMで分かる人生の経路』誠心書房から一部抜粋のうえ筆者加筆

4-2-2. 研究の結果

本項では、本研究の分析結果である4つのパターン及びそれぞれのパターンに関する考察を記す。9名の個々のデータ分析を行い、作成した個々のTEM図とストーリーラインを照合し、一般的なパターン(a氏, b氏, d氏, f氏, h氏を統合化)と定位家族へ戻るパターン(c氏), 親が転居するパターン(e氏), 同病仲間と生殖家族となるパターン(g氏, i氏), の4つに類型化することができた。

(1)で一般的なパターンとして作成した統合版TEM図とストーリーラインを記し, 考察する。(2)で, 独立した生活から定位家族へ戻ったパターンを記し, 考察する。(3)で, 本人ではなく親が転居するパターンを記し, 考察する。(4)では, 同病仲間と生殖家族になるパターンを記し, 考察する。

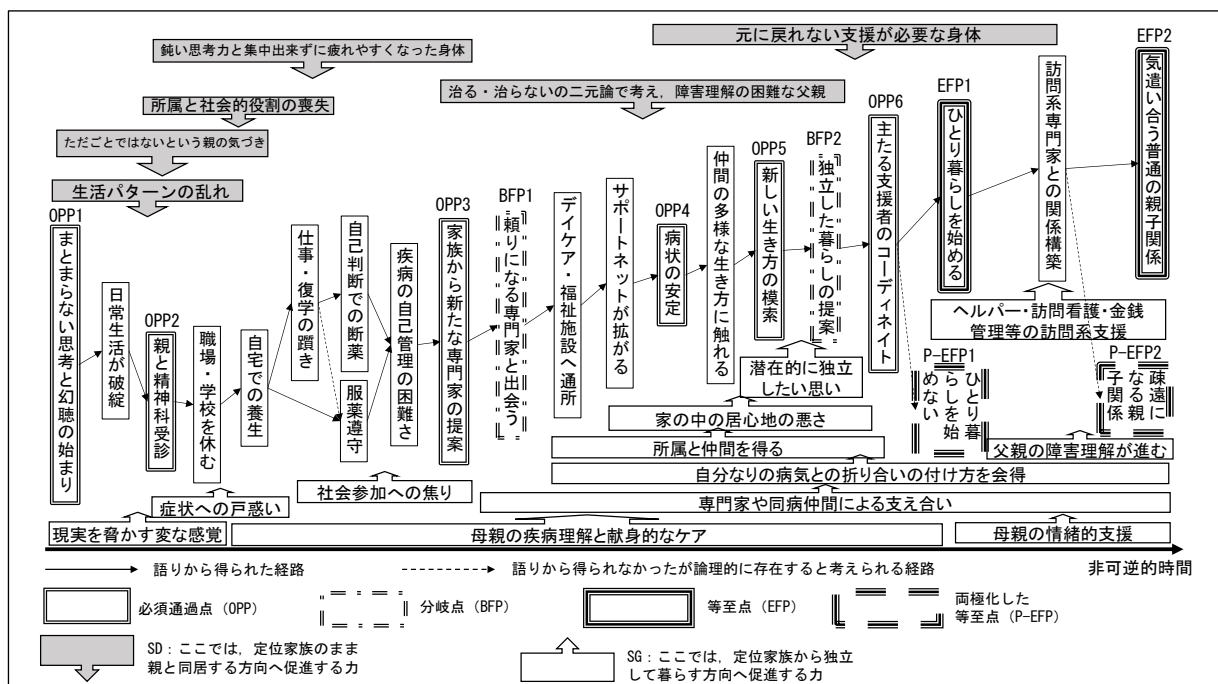
(1)一般的なパターンとしての統合版

①統合版TEM図とストーリーライン

a氏, b氏, d氏, f氏, h氏の5名のTEM図を統合化し, 図4-2-1 統合版TEM図を作成した。図4-2-1のストーリーラインをTEMの主要概念を用い, SDを【】, SGを[,], OPPを{ }, BFPを<>, EFPを《》, 客観的事実を「」で, 以下に記す。

5名のTEM図の統合化により, 設定した必須通過点(精神科を受診し診断される)よりも前に必須通過点{まとまらない思考と幻聴の始まり}(OPP1)がみられた。また, 設定した等至点《ひとり暮らしを始める》(EFP1)の後ろに, セカンド等至点《気遣い合う普通の親子関係》(EFP2)を生成した。非対称の関係ではない普通の親子関係となっていく。

図4-2-1 一般的なパターンとしての統合版TEM図



出典) 塩満卓 (2023) 「定位家族から独立する暮らしを選択した統合失調症者の意識変容プロセス」 67 頁 図1 を転載

以下、ストーリーラインを記す。

[現実を脅かす変な感覚] (SG) のなか、【生活パターンの乱れ】 (SD) が顕著となり、{まとまらない思考と幻聴の始まり} (OPP1) を経験し、「日常生活が破綻」する。本人は、[症状への戸惑い] (SG) があるものの、【ただごとではないという親の気づき】 (SD) により、{親と精神科受診} (OPP2) をする。受診に同行した母親は、家族教室や家族会での学習から [母親の疾病理解と献身的なケア] (SG) を始めていく。本人は、「職場・学校を休む」こととなり、「自宅での養生」生活が始まる。「自宅での養生」から「服薬遵守」していても「疾病の自己管理の困難さ」が続いたり、【所属と社会的役割の喪失】 (SD) と [社会参加への焦り] (SG) のせめぎ合うなかで、早期の復職や復学、就職を試み、「仕事・復学の躓き」を経験する。「自己判断での断薬」により、「疾病の自己管理の困難さ」に気づく。【鈍い思考力と集中出来ずに疲れやすくなった身体】 (SD) にも関わらず、[社会参加への焦り] (SG) があるため、{家族から新たな専門家の提案} (OPP3) がなされ、医師や PSW の〈頼りになる専門家と出会う〉 (BFP1)。同病仲間が活動している場「デイケア・福祉施設へ通所」し始め、[所属と仲間を得る] (SG) ことで、「サポートネットが広がる」。新たに出会う [専門家や同病仲間による支え合い] (SG) という経験は、{病状の安定} (OPP4) をもたらし、「仲間の多様な生き方に触れる」なかで、[自分なりの病気との折り合いの付け方を会得] (SG) していく。そのような本人の経験は、【元に戻れない支援が必要な身体】 (SD) になったことを認識し、{新しい生き方の模索} (OPP5) を始める。一方で、家には、【治る・治らないの二元論で考え、障害理解の困難な父親】 (SD) も居る。本人と父と母をめぐる {家の中の居心地の悪さ} (SG) は、本人や家族、専門家のいずれかから〈独立した暮らしの提案〉 (BFP2) がなされる土壌となっていく。

それまでも [潜在的に独立したい思い] (SG) のある本人は、{主たる支援者のコーディネイト} (OPP6) により、親が担っていた直接的で手段的ケアを [ヘルパー・訪問看護・金銭管理等の訪問系支援] (SG) から受けながら、《ひとり暮らしを始める》 (EFP1)。空間的に父親と離れることにより、[父親の障害理解が進む] (SG) ことや、直接的な支援を専門家に委ねた [母親の情緒的支援] (SG) のなかで、「訪問系専門家との関係構築」がなされ、親子関係が《気遣い合う普通の親子関係》 (EFP2) へ変容していく。

②一般的なパターンとしての統合版の考察

統合版のパターンに関する考察である。以下の5点が重要であると考えられる。1点目は、〈頼りになる専門家と出会う〉 (BFP1) 及び本人や家族、専門家のいずれかから〈独立した暮らしの提案〉 (BFP2) がターニングポイントとなっている。母親調査において明らかとなった3期の時期区分と相似形である。

2点目は、必須通過点である {病状の安定} (OPP4) により、[所属と仲間を得る] (SG) なかで、【元に戻れない支援が必要な身体】 (SD) となったことの認識が促される。仲間の存在が障害を受けとめる促進要因となっていることが示唆される。

3点目は、[家の中の居心地の悪さ] (SG) が、定位家族からの独立のトリガーとして、作動している。

4点目は、ケアの脱家族化の起点が多様である。5名の起点は、a氏は本人、b氏は主治医、d氏は母親、f氏母親、h氏は両親となっている。

5点目は、{主たる支援者のコーディネイト} (OPP6) がうまく機能しない場合、論理的に存在すると考えられる P-EFP1 のひとり暮らしを始められないこととなる。逆説的に言えば、定位家族からの独立は、最終局面における主たる支援者の力量に左右されるといえる。

(2) 独立後に定位家族へ戻るパターン

① 独立後に定位家族へ戻るパターンの TEM 図とストーリーライン

表序-3-2 で記しているとおおり、c 氏は大学時代の4年間を親元から離れて暮らし、病前にひとり暮らしを経験している男性の統合失調症者である。図 4-2-2 は、c 氏の語りを分析した TEM 図である。c 氏のパターンは、定位家族への出戻りである。

大学4年生で就職の内定が決まり、卒業前に【不眠・考えが冴えまくる】(SD) 状態となり、{幻聴と監視されている} (OPP1) 感覚に苦しむ。精神科への[両親の受診勧奨] (SG) があり、{親同行での精神科受診} (OPP2) をする。【内定を断るように医師から指示】(SD) があり、「就職せず実家で養生」する。処方薬を服むと「ヨダレや眠気の副作用」があり、[早く仕事に就きたい思い] (SG) から「自己判断で断薬」し、「営業職で就職」する。しかし、【仕事を覚えられない】(SD)、状態も悪くなり、「再発し仕事を辞める」。発病後、これまでの間、【発病の原因探しをし始め、両親の育て方を批判】(SD) していた。[母親の病気の理解：家族会への参加、社会資源の知識] (SG) もあり、〈母の勧めで病院を変える〉(BFP1) と、初めて[主治医より病気・薬の説明] (SG) を受ける。主治医の勧めで、「デイケアを利用する」。他のメンバーが就職しても上手くいかない状態を見て【簡単な病気ではないと感じ始める】(SD)。スタッフとのキョリ感や他のメンバーとの関係から自分には「デイケア合わない」と感じる。

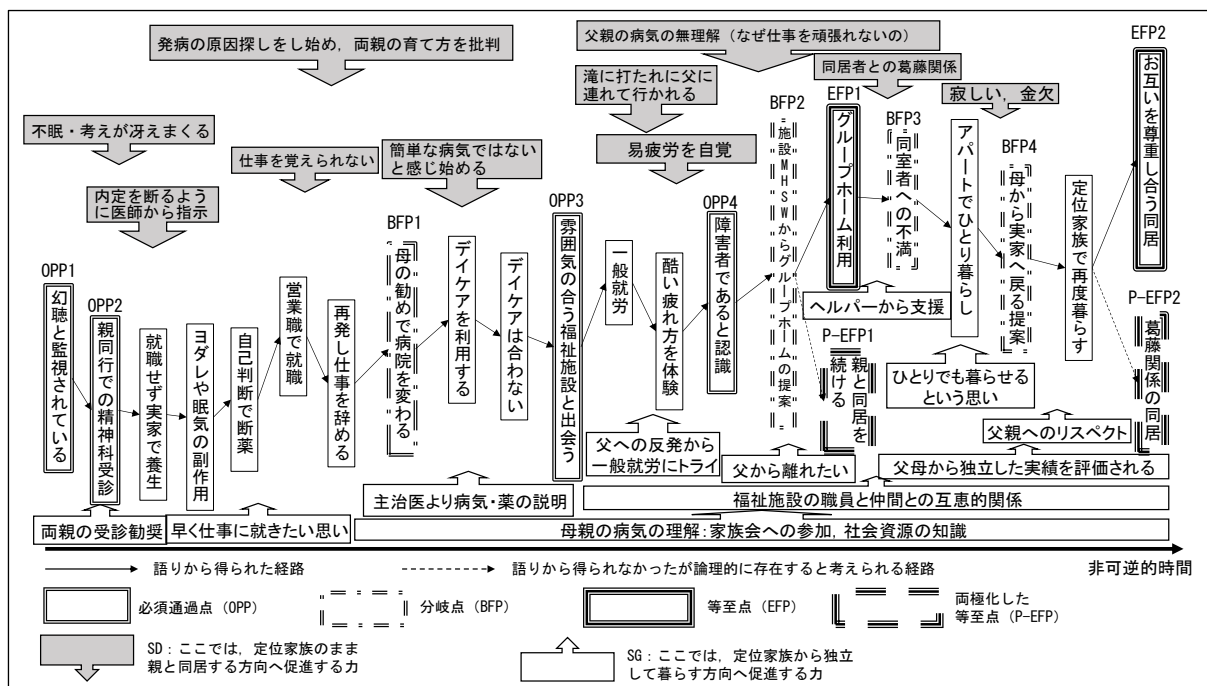
紹介された{雰囲気合う福祉施設と出会う} (OPP3)。デイケアとは異なり、[福祉施設の職員と仲間の互惠的關係] (SG) があり、居心地の良さを感じる。

他方、【父親の病気の無理解(なぜ、仕事を頑張れないの)】(SD) や【滝に打たれに父に連れて行かれる】(SD) への反発から「一般就労」する。「酷い疲れ方を体験」し、自身の身体の【易疲労を自覚】(SD) する。この経験により自身が{障害者であると認識} (OPP4) させられる。以来、負荷のかかる一般就労ではない働き方を模索し始める。病者とは考えてくれるが、障害を持っていると考えない父親と一緒に居る居心地の悪さから[父から離れたい] (SG) という思いが強くなる。まさにそのタイミングで、グループホームの利用について〈施設 MHSW からグループホームの提案〉(BFP2) もあり、《グループホーム利用》(EFP1) に至り、親元から出る。

グループホームでは、世話人や[ヘルパーから支援] (SG) を受け、パートの仕事と福祉施設を利用しながら暮らす。2年間グループホームで暮らすが、【同室者との葛藤関係】(SD) と[ひとりでも暮らせるという思い] (SG) から〈同室者への不満〉(BFP3) が現れ、グループホームを出て「アパートでひとり暮らし」を始める。アパートでは、[ひとりでも暮らせるという思い] (SG) からヘルパーは利用していない。グループホームに比べ、家賃や水光熱費の固定費も高く、【寂しい、金欠】(SD) な暮らしとなる。見かねた〈母から実家へ戻る提案〉(BFP4) を受け、「定位家族で再度暮らす」こととなる。グループホームでの2年間とアパートでの1年半、都合3年半のひとり暮らしの経験により、[父母から独立した実績を評価される] (SG) や、自身も反発していた[父親へのリスペクト] (SG) も芽生え、《お互いを尊重し合う同居》(EFP2)

となっていく。

図 4-2-2 独立後定位家族へ戻るパターンの TEM 図



出典 塩満卓 (2023) 「定位家族から独立する暮らしを選択した統合失調症者の意識変容プロセス」 68 頁 図 2 を転載

②独立後に定位家族に戻るパターンの考察

c 氏の定位家族に戻るパターンの考察である。統合版と同様に、c 氏の定位家族へ戻った経路において、セカンド等至点《お互いを尊重し合う同居》(EFP2) へ至った要因として、以下の 2 点が考えられる。第一は、父親の持っていた一般の人と同じように働けるとい社会参加のイメージが、c 氏の考える「支援を受けながらの自立」という考え方へと変化してきていることだ。第二は、独立する前のケアの与え手とケアの受け手という父母との非対称の関係が、独立をした後の同居では、対等な関係へと変容している。その変容した親子の関係性が、定位家族へ戻って以降の《お互いを尊重し合う同居》(EFP2) につながっていると考えられる。

(3) 親が転居するパターン

①親が転居するパターンの TEM 図とストーリーライン

図 4-2-3 は、e 氏の TEM 図である。以下、ストーリーラインを記す。

【家族は高校卒業前から始まった空笑を心配】(SD) していた。「高校卒業後就いた仕事をすぐに退職」し、「母親と保健所へ相談」に行き、{A 精神科へ入院} (OPP1) となる。両親は、この時点から【親が面倒をみなければという使命感】(SD) を持った。A 精神科へは、1 年間入院したが、[働きたいという思い] (SG) が強く、「退院し仕事に就く」。しかし、A 精神科へ「調子を崩し入院を繰り返す」。入院時の楽しみは、[毎週面会に来る父親] (SG) と病院を出て外食をすることである。外泊をすると、病院へ戻ることを嫌がり、いつも「退院は外泊退院」であ

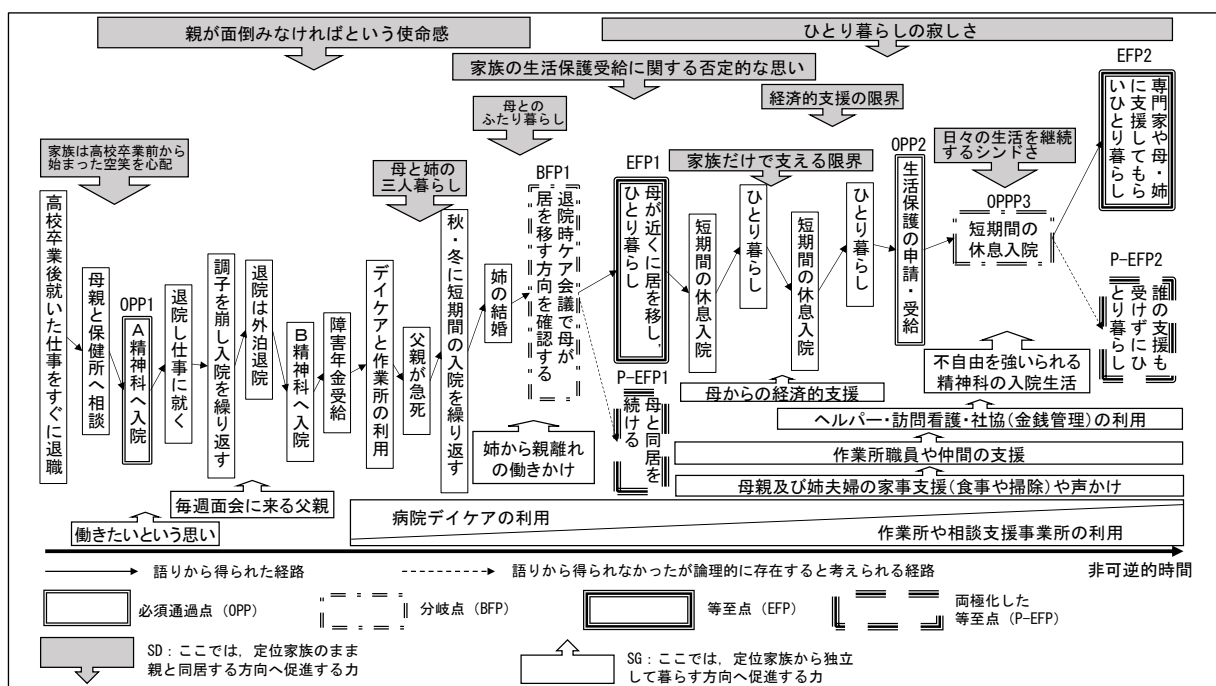
った。A 精神科へは思春期病棟に 3 回入院したが、その後は、調子が悪くなると「B 精神科へ入院」となる。20 歳を過ぎた時に、「障害年金受給」し、「デイケアと作業所の利用」が始まる。当初は、病院デイケアの比率の方が高かったが、経年的にその比率が逆転していく。

本人 24 歳時に、父親が病気で急死、【母と姉の三人暮らし】となる。時期的に「秋・冬に短期間の入院を繰り返す」。「姉の結婚」後は、本人と【母とのふたり暮らし】(SD) となる。姉は、母親の【親が面倒をみなければという使命感】(SD) によるケアを、e 氏の自立の芽を摘んでしまうと感じ [姉から親離れの働きかけ] (SG) を始め、施設や病院職員へ相談する。e 氏に負荷がかからないように、B 精神科〈退院時ケア会議で母が居を移す方向を確認する〉(BFP1)。そこで確認された方針により、《母が近くに居を移し、ひとり暮らし》(EFP1) という、親が出ていくパターンにより、本人の独立した生活が始まる。

e 氏の生活費は、【家族の生活保護受給に関する否定的な思い】(SD) のため、しばらく [母からの経済的支援] (SG) で賄っていた。しかし、[経済的支援の限界] (SD) をきたし、〈生活保護の申請・受給〉(OPP2) となる。

e 氏のひとり暮らしは、デイケアや作業所の通所と [母親及び姉夫婦の家事支援 (食事や掃除) や声かけ] (SG) により支えられ始められた。しかしながら、母親も姉夫婦もひとり暮らしを【家族だけで支える限界】(SD) を感じ、相談支援事業所の勧めで訪問系の [ヘルパー・訪問看護・社協 (金銭管理) の利用] (SG) を始める。現在の e 氏のひとり暮らしは、【日々の生活を継続するシンドさ】(SD) と [不自由を強いられる精神科の入院生活] (SG) のせめぎ合うなかで、限界を感じたときに自ら [短期間の休息入院 (体調を整える)] (OPP3) を活用し、短期間で退院し、《専門家や母・姉に支援してもらいひとり暮らし》(EFP2) となっている。

図 4-2-3 親が転居するパターンの TEM 図



出典) 塩満卓 (2023) 「定位家族から独立する暮らしを選択した統合失調症者の意識変容プロセス」 69 頁 図 3 を転載

②親が転居するパターンの考察

e 氏の経路では、定位家族と同居している間は、母親によるパターンリズムと「必要とされる必要」(斎藤：1999)のなかで母親と本人は、共依存関係にあったと考えられる。姉は、「親亡きあと」ではなく「親の居る間」に社会的ケアへと移行させることを希望し、専門家は、現実的な方策として、親が居を移すという選択肢を提示し、サービスのコーディネートを行っている。定位家族から本人が独立という固定観念に囚われず、本人と母親双方の自己実現を探索した方法論としてユニークであり、実践現場への応用可能性が高いパターンであると思われる。

なお、筆者がインタビュー後に感じたことを付言しておきたい。9名のインタビューのなかで、最も病気の重篤さを感じたのがe氏である。本人の語りだけでは、理解が困難なことも多く、同席した支援者の状況の説明や解説により、その場面を共有することが出来たのは、1度や2度のことではない。インタビューに同席した支援者からも、「重度な方が、このようなひとり暮らしのパターンで独立した生活が可能であることを自分たちも学んでいる」と言われていたことが印象的であった。

(4) 同病仲間と生殖家族となるパターン

TEM 図とストーリーラインを記す前に、i 氏の背景を記しておく。表序-3-2 で記しているとおおり、i 氏は、独立年齢が51歳と最も高年齢である。他の対象者との違いは、発病当時に住んでいた地域は、デイケアや作業所といった地域資源がなかった。i 氏は、その地域における作業所づくり運動や当事者会運動にコアメンバーとしての活動経験を持つ。精神保健福祉業界誌の専属ライターとして筆を振るい、全国的な障害者運動へも参画している。また、i 氏の母親は、社会資源が何も無いことから、i 氏の働く場として、自営で飲食店を始めている。

①同病仲間と生殖家族となるパターンの TEM 図とストーリーライン

図 4-2-4 は、i 氏の TEM 図である。以下、i 氏のストーリーラインを記し、考察を記す。

大学4年時に、【幻聴・妄想だらけ】(SD)となり、[家族がおかしいと気づく](SG)。母親自身が調子が悪いと言いだし、「母の受診の同行依頼」があり、診察室に入ったら、i 氏が診察を受けるという{母親に騙されて精神科受診}(OPP1)となる。[服薬で幻聴が消える](SG)ことで、[病気かと思う](SG)ようになる。2～3回は、母に連れられて受診していたが、友達はみんな就職し、やることも無いため、「ひとりで通院」するようになる。主治医から「アルバイトの許可」を得、トライするが【易疲労と仕事を覚えられない】(SD)ことから、複数のアルバイトを経験するが、「アルバイトを続けられない」。幻聴がなくなり、自分では【治ったと思う】(SD)ようになり、{自己判断で断薬}(OPP2)。【幻聴・妄想再燃】(SD)し、母親に「タクシーで病院まで連行」され、{精神科入院}(OPP3)となる。

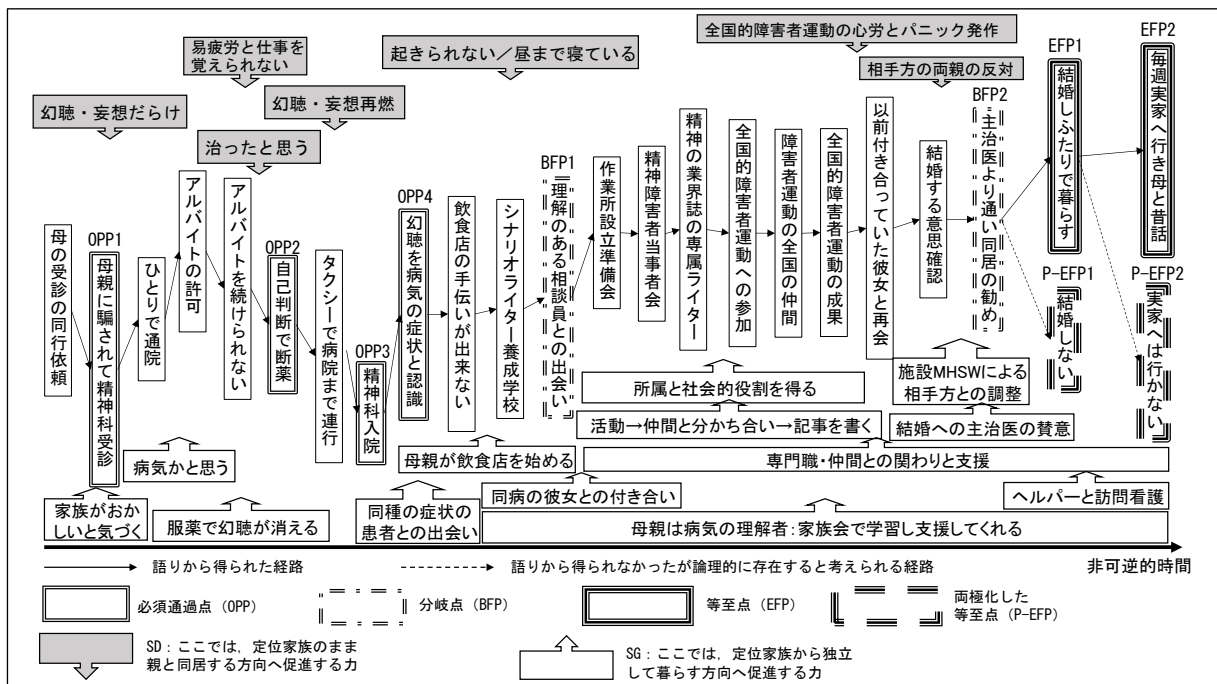
退院後の本人の働く場として[母親が飲食店を始める](SG)が、【起きられない/昼まで寝ている】(SD)状態で「飲食店の手伝いが出来ない」。退院後に{同種の症状の患者との出会い}(SG)、{同病の彼女との付き合い}(SG)もあり、{幻聴を病気の症状と認識}(OPP4)するようになる。病状が安定し、「シナリオライター養成学校」へ通う。飲食店だけでなく、{母親は病気の理解者：家族会で学習し支援してくれる}(SG)。主治医からの紹介で〈理解のある相談員との出会い〉(BFP1)があり、「作業所設立準備会」や「精神障害者当事者会」の当事者運動の

コアメンバーとなり、「精神の業界誌の専属ライター」として記事を書く。{所属と社会的役割を得る} (SG) ことで、{活動→仲間と分かち合い→記事を書く} (SG) という循環ができる。「全国的障害者運動への参加」は、{専門職・仲間との関わりと支援} (SG) を受けながら、途中で【全国的障害者運動の心労とパニック発作】 (SD) を起こすなかで、「全国的障害者運動の成果」が得られる。

障害者運動が一区切りついたことにより、「以前付き合っていた彼女と再会」する。お互いに「結婚する意思確認」をしたものの、【相手方の両親の反対】 (SD) される。その際、相手方の実家まで行ってくれる i 氏担当の {施設 MHSW による相手方との調整} (SG) と {結婚への主治医の賛意} (SG)、〈主治医より通い同居の勧め〉 (BFP2) を契機に、通い同居を経て、《結婚しふたりで暮らす》 (EFP1) ようになる。結婚して6年になるが、{専門職・仲間との関わりと支援} (SG)、{ヘルパーと訪問看護} (SG) の支援を受けながら、現在は年老いた両親のことも気になり《毎週実家へ行き母と昔話》 (EFP2) をして帰る日々を送っている。

i 氏のパターンの起点は、i 氏とパートナーである g 氏との「結婚する意思確認」である。それを阻害要因【相手方の両親の反対】 (SD) が現れた時に、TEM 図にある「施設 MHSW による相手方との調整」 (SG) の語りでは、i 氏担当の支援者が府県を超えて相手方へ赴き、結婚した場合の支援枠組みの説明をしている。専門職のコーディネート力に左右されるともいえる。

図 4-2-4 同病仲間と生殖家族となるパターンの TEM 図



出典) 塩満卓 (2023) 「定位家族から独立する暮らしを選択した統合失調症者の意識変容プロセス」 70 頁 図 4 を転載

4-2-3. 知見

本項では、前項の結果図とストーリーライン、それぞれのパターンの考察を踏まえ、ケアを脱家族化する統合失調症者の意識変容の知見を論じる。

(1) 全てのパターンに共通する4点

本研究では、統合失調症本人及び親支援のあり方の示唆を得ることを目的に、統合失調症者がどのような経路でケアの脱家族化に至っているのか。そのプロセスとパターンの類型化を明らかにすることを目指した。結果、9名の研究対象者のTEM図とストーリーラインを作成し、その類似性と特異性に着目し、5名を統合化した一般的なパターンの統合版、独立後に定位家族に戻るパターン、本人ではなく親が転居するパターン、同病仲間と生殖家族となるパターン、の4類型とその軌跡をTEM図で可視化し、ストーリーラインを記した。

すべての経路に共通するのは、以下の4点である。1点目は、独立した暮らしに向かっていく最初の分岐点に、「頼りになる専門家」及び「雰囲気合う福祉施設」といった「人」と「場」の獲得がみられた。南山(1996a)の「転換点となる出来事」に相当する。2点目は、同病の仲間との交流により、病状が安定し、「病気になる前の自分に戻る」という意識や行動から「支援を受けながらの自立」へと、本人の価値転換がみられたことである。3点目は、独立した暮らしのあとに、セカンド等至点である新たな親子関係を築いていることである。これについては、後述する。4点目は、図4-2-1、図4-2-2、図4-2-3、図4-2-4で明確なように、独立前後から、仲間や専門家の支援が重層的に展開されていることである。時間軸で右下にSGが増えていき、社会的ケアの量が増えていくのが図からも理解できる。

(2) 親支援の割合の低下

作成した4つのTEM図から明らかなように、本人は、発病後の陽性症状が治まった頃に「易疲労」や「鈍い思考」を体感している。この時に、母親による献身的なケアがみられる。専門家や専門機関との出会いを契機に、本人は、仲間や福祉施設とのつながりが増えてくる。定位家族から独立して暮らすことで、家族の担っていた食事や清潔の保持、服薬管理、金銭管理等の手段的ケアは、ホームヘルパーや訪問看護、日常生活権利擁護事業等の専門職へ移行している。本人のソーシャルサポートシステムにおける親支援の占める割合は、定位家族からの独立により低下していた。

しかしながら、親は手段的なケアを専門家に委ねながら、情緒的ケアは、継続している。このことは、介護保険導入時の「介護はプロに、愛情は家族で」(後藤:2012)を体現するもので、本人と家族双方のwell-beingの形態のひとつである。第2章第1節で述べた統合失調症の生活障害に呼応する支援として、精神障害者を対象とするホームヘルプサービスは、2002年度より精神障害者居宅生活支援事業として始まった。その利用状況と効果について触れておきたい。殿村ら(2009)の調査によると、家族が本人と同居している場合、ホームヘルプサービスを利用している比率は低く、サービスを利用しない理由については、「世話は家族がすべき」が26.2%、「知らない」と「本人が拒む」がそれぞれ69.9%となっている。1996(平成8)年に全家連が行った会員を対象にした大規模調査では、「本人の世話をするのは自分の役目」と考える家族は、94.0%であった。一方、ホームヘルプサービス利用による効果は、日常生活の安定、不安や心配の解消、社会生活の広がり等があげられている(清水:2016, 遠藤:2011, 三田ほか:2004)。

これらのことから、親と同居している本人もホームヘルプサービスを利用する等、「親亡きあと」を見据えた制度の柔軟な活用を拡充していくことが求められる。そういった親以外からケ

アを受ける体験は、「親亡きあと」に備えた重要な準備となる。

(3) 父子の葛藤関係の解消

父子の葛藤関係は、定位家族から独立することにより、お互いを尊重する関係へと変容していた。9名中、父親が本人の発病後に亡くなった e 氏以外の 8 人の父親は、分かりやすい陽性症状や疾病の受けとめは可能であるものの、障害に関する理解が十分ではない。家族教室や家族会で学んでくる母親の理解の対極にある。家族内における本人の疾病や障害を巡る認識のズレは、ケアの与え手とケアの受け手という非対称の関係を生んでいる。非対称の関係は、精神科医療の専門家とクライアントの関係性において先行研究 (= Chamberlin: 1988, 南山: 2015, 吉池: 2003) で指摘されている。当事者である広田 (1998) は、『『この子を残して死ねない』』と思いつつ、その子の生き方をさせず、世間体ばかりを気にして暮らしている。そして子どもに何もさせずに、何でも自分でやってしまう。それも文句を言いながら」と、親と本人の間に不均衡な力関係がある様子を述べている。このように、非対称の関係性は、専門家とクライアントの間だけでなく、ケアの与え手である親とケアの受け手である本人の間にも存在することを示唆している。

しかしながら、定位家族から本人が独立する本調査の対象者は、父子の葛藤の場合そのものが消失し、本人の父親への認識及び父親の本人への認識双方が肯定的に変化していた。これらのことから、ケアの脱家族化は、父子の葛藤関係を解決する手段となることを示唆している。

(4) 社会的ケアへの移行に伴い親子のパワーバランスは対等へ近づく

ケアの脱家族化の結果図である TEM 図から、定位家族から独立後、ホームヘルパーや訪問看護、地域福祉権利擁護事業の専門家が手段的ケアを担うようになっている。

分析の結果、生成したセカンド等至点を確認すると、一般的なパターンのセカンド等至点は《気遣い合う普通の親子関係》(EFP2) を生成し、独立後に定位家族に戻るパターンのセカンド等至点は《お互いを尊重し合う同居》(EFP2) を生成し、親が転居するパターンのセカンド等至点は《専門家や母・姉に支援してもらいひとり暮らし》(EFP2) を生成し、同病仲間と生殖家族となるパターンのセカンド等至点は《毎週実家へ行き母と昔話》(EFP2) を生成している。

イーミックな分析手法である TEM で生成したセカンド等至点を考察すると、親子のパワーバランスは、対等な関係に近づいていることを示唆している。

(5) 家庭内の居心地の悪さがケアの脱家族化のトリガー

9名中、e 氏を除く 8 名は、父親の統合失調症の障害理解の不十分さを原因とする家庭内の居心地の悪さが、独立するトリガーとなっていた。EE 研究の知見 (= Leff: 1991) によると、居心地の悪さという葛藤関係は、高 EE 家族と判断され、低 EE 家族を目指す教育の対象とされる。しかしながら本研究における本人が感じる居心地の悪さは、定位家族から独立していく支援の契機となるという知見である。これまで提唱されていないオリジナルな知見である。また、居心地の悪さは、三毛 (2007c) の全身性障害者が自立生活の契機となる「同居生活の窮屈さ」と同種の意味概念であると考えられる。

現行の障害者総合支援法は、障害福祉サービスの給付手続きに特化した制度設計である。日常的に統合失調症親が担っているケアに関する悩みや親自身の将来への不安を受けとめる相談機関は、不在のままである。親によるケアは、高齢化に伴い細くなり、必ず消える。したがっ

て、統合失調症支援においては、同居の親もアセスメントの対象とし、支援の選択肢に「定位家族からの分離」支援を含める必要がある。第2章第2節第6項で論じたように、イギリスを始め諸外国で法制化されているケアラー支援の制度化が求められている（三富：2007，湯原：2010）。

（6）起点の多様性

本研究の対象者である統合失調症9名の起点を表序-3-2で確認すると、本人2名，専門家2名，親4名，姉1名と，起点が多様である。第3章で述べた全身性障害，知的障害，薬物依存症のケアの脱家族化の起点は，パワーバランスの上位の者で固定化されている傾向があった。

統合失調症ケアの脱家族化の起点が多様であること，親と本人のパワーバランスとの関連について，第3節で考究することとしたい。

第3節 統合失調症ケアの脱家族化の特徴

本節では、ケアの脱家族化を選択し実行した統合失調症母親6名の調査及び統合失調症9名の調査結果を第3章で用いた5つの分析枠組みから整理する。そのうえで、全身性障害、知的障害、薬物依存症のケアの脱家族化との比較検討を行い、統合失調症ケアの脱家族化の特徴を論じる。第1項では、本章第1節で論じた統合失調症母親6名への質的調査及び第2節で論じた統合失調症本人9名への質的調査を第3章で用いたケアの脱家族化の分析枠組みを用いて整理する。第2項では、統合失調症ケアの脱家族化の特徴を第3章で文献調査を行った3領域と比較検討する。第3項では、統合失調症ケアの脱家族化において、MHSWの介入が不可欠であることについて論じる。

4-3-1. 統合失調症ケアの脱家族化の特徴

本項では、統合失調症ケアの脱家族化の特徴を第3章において用いた5つの分析枠組みを用いて整理する。分析枠組みから考察する前段階として、母親及び本人のイーミックな視座から、それぞれが病気及びケアに関する価値をどのように変容させていったのかを分析する。次に、5つの分析枠組みである起点、本人と親のパワーバランスの推移、ピアの関与、ソーシャルワーカーの関与、社会的文化的背景に分けて論じる。

(1) 病気及びケアの配分に関する母親の価値変容プロセス

表4-3-1は、第4章第1節の本調査「統合失調症ケアの脱家族化を選択した母親の価値変容プロセス」研究の統合版TEM図と表4-1-4「母親の統合失調症への向き合い方の変化」及び表4-1-5「母親によるケアと社会的ケアの時間経過に伴う推移」を照合し、「疾病の受けとめ」、「ケアの配分に関する考え」、「病気とケアに関する母親の価値」という視点から整理したものである。

表 4-3-1 病気及びケアの配分に関する母親の価値変容

	第Ⅰ期：孤軍奮闘期	第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期	第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期
病気の受けとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・ネガティブなイメージ ・誰にも話せない病気 ・何とか治って欲しい ・育て方が原因という自責感 	<ul style="list-style-type: none"> ・親のピアとの交流から同じような病気の人も多いと気づく ・慢性の経過を辿ると知る ・「治る」ことを期待しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状を客観視 ・病気よりも障害の認識の深まり
ケアの配分の実態	<ul style="list-style-type: none"> ・親が生活を丸ごとケア ・幻覚・妄想への説得 ・親が何とかして治す 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が日中活動利用（情動的ケア）する ・本人がピアとの交流（情動的ケア・情緒的ケア）を受ける ・母親は手段的ケアを継続するが、情動的ケア・情緒的ケアが分散される 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問系支援（ホームヘルパー・訪問看護・金銭管理）を利用し、手段的ケアを専門家へ委ねる ・母親ゆえのケアの模索
病気とケアに関する母親の価値	<ul style="list-style-type: none"> ・偏見・差別を母親自身も内在化し、忌避的態度 ・病気を周囲に隠したい ・病前の本人に戻すために母親がケアすべき 	<ul style="list-style-type: none"> ・内なる偏見への気づき ・病気と障害を受け入れる ・社会資源利用の抵抗が減る ・手段的ケアは、親がすべきという認識 	<ul style="list-style-type: none"> ・出来ないことがあってもいい ・手伝いたい気持ちを抑制 ・情緒的ケアが続く ・ずっと心配

筆者作成

り、統合失調症母親の病気及びケアの配分に関する価値変容を記している。

母親の価値は、時期区分により大きく変容していることが分かる。「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」の母親の価値は、「病前の本人に戻すために母親がケアすべき」と考えていた。その背景には、統合失調症を「誰にも話せない病気」というネガティブなイメージを持ち、発病は「育て方が原因という自責感」に苛まれていることが認められた。

「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」における母親の価値は、「親のピアとの交流から同じような病気の人も多いと気づく」、「慢性の経過を辿ると知る」ことで、『『治る』ことを期待しない』ようになっていく。「病気と障害を受け入れる」ようになり、「社会資源利用の抵抗が減る」。しかしながら、本人への直接的な世話である「手段的ケアは、親がすべきという認識」は第Ⅰ期から変わらない。第Ⅰ期から第Ⅱ期への病気の受容は、第Ⅰ期の孤軍奮闘期には、「誰にも話せない病気」と考え、であればこそ「何とか治って欲しい」と願っている。しかし、第Ⅱ期には「病気と障害を受け入れる」ようになっていく。この背景には、d氏、e氏、f氏の3者いずれもがピア活動へ参加していることが影響していると思われる。d氏の家族会でようやく「病気のことを話せる」という語りは、ピア活動固有の機能「分かち合い」（伊藤：2019）を如実に言い表している。母親にとってピアとの交流は、口に戸を立てていた子の病気について、唯一話せる場となり、病気の受容を促進していることが窺われる。

「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」における母親の価値は、本人が「出来ないことがあってもいい」と考えるようになり、それまで担っていた「手段的ケアを専門家へ委ねる」ようになる。そのため、本人を「手伝いたい気持ちを抑制」し、「母親ゆえのケアの模索」を始め、「情緒的ケアが続く」状況になっている。「ずっと心配」ではあるものの、第Ⅰ期は「幻覚・妄想への説得」を試みていたが、第Ⅲ期では「精神症状を客観視」するようになり、「病気よりも障害の認識の深まり」がみられ、本人と距離がとれていることが示唆される。

病気とケアに関する母親の価値は、第Ⅰ期の「病前の本人に戻す」が第Ⅱ期「病気と障害を受け入れる」となり、第Ⅲ期では、「出来ないことがあってもいい」と価値が180度変容している。

（2）病気及びケアの配分に関する本人の価値変容プロセス

第4章第2節の「統合失調症ケアの脱家族化を選択した母親の価値変容プロセス」研究の一般的なパターンの統合版 TEM 図（図 4-2-1）は、5名の TEM 図を統合化したものである。ケアの脱家族化は3期に時期区分され、母親調査におけるケアの脱家族化の3期の時期区分と同種の経過を辿ることを第4章2節の考察で記した。

表 4-3-2 は、5名の TEM 図及び統合版 TEM 図をもとに、統合失調症本人の病気及びケアの配分に関する価値変容を整理したものである。表 4-3-2 の構成は、表 4-3-1 と同じ構成である。主体が異なることから、母親調査の表 4-3-1 の項目である「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」を「第Ⅰ期：所属を喪失している期」へ変更している。「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」は、項目名は同じであるが、母親調査のピアは、家族教室や家族会という母親にとってのピアを意味し、表 4-3-2 のピアは、本人のピアを指す。また、母親調査における「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」を「第Ⅲ期：親元から自立している期」へ変更している。

表 4-3-2 病気及びケアの配分に関する本人の価値変容

	第Ⅰ期：所属を喪失している期	第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期	第Ⅲ期：親元から自立している期
病気の受けとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>まとまらない思考と幻聴</u> ・<u>現実を脅かす変な感覚</u> ・<u>自己判断での断薬</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>ピアとの交流から病気との折り合いの付け方を会得</u> ・<u>障害者であると認識する</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>調子悪化の前兆を認識し対応する</u> ・<u>訪問看護のバックアップ</u>
ケアの配分の実態	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>易疲労となった身体</u> ・<u>断薬に伴う再発</u> ・<u>母親による懸命のケア（手段的・情動的・情緒的）</u> ・<u>母親の指示・助言に従う</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>日中活動及び頼りになる専門家からの情動的ケアを受ける</u> ・<u>ピアからの情動的ケア・情緒的ケアを受ける</u> ・<u>手段的ケアは母親から全面的に受け、情動的ケアは減少する</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>訪問系支援（ホームヘルパー、金銭管理）から手段的ケア</u> ・<u>日中活動の専門家から情動的ケア</u> ・<u>ピアから情動的ケア・情緒的ケア</u> ・<u>母親から情緒的ケア</u>
病気とケアに関する本人の価値	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>偏見・差別を内在化し、病気及びケアに対して忌避的</u> ・<u>病前の自分に戻りたい</u> ・<u>社会参加への焦り</u> ・<u>復学・就職で躓き、以前のように社会に適応出来ない自身に気づき始める</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>内なる偏見を乗り越える</u> ・<u>服薬の必要性を理解</u> ・<u>対人関係・仕事の能力が落ちていることを認識し、助言等のケアが必要であると認識する</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>病気・障害と向き合えるようになる</u> ・<u>必要な支援を受けながらの自立を目指す</u>

筆者作成

統合失調症本人も母親と同様に、病気及びケアに関する価値を大きく変容させている。

「第Ⅰ期：所属を喪失している期」における病気は、「まとまらない思考と幻聴」により、「現実を脅かす変な感覚」や「易疲労となった身体」を感じている。そのような体調であるにもかかわらず、「社会参加への焦り」により、「復学・就職で躓き、以前のように社会に適応出来ない自身に気づき始める」。「病前の自分に戻りたい」と思いと統合失調症（精神病）に対する「偏見・差別を内在化し、病気及びケアに対して忌避的」であり、「自己判断での断薬」を試みる。「断薬に伴う再発」を経験し、「母親による懸命のケア（手段的・情動的・情緒的）」を受け、「母親の指示・助言に従う」。本人にしてみると、病気というより「現実を脅かす変な感覚」という認識である。「社会参加への焦り」があり、「自己判断での断薬」で再発や状態悪化を繰り返し、母親による懸命のケアを受けている時期といえる。第Ⅱ期への転換点は、「頼りになる専門家」との出会いである。

「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」になっていくと、「対人関係・仕事の能力が落ちていることを認識し、助言等のケアが必要であると認識する」。「日中活動及び頼りになる専門家から情動的ケアを受ける」ようになり、「ピアとの交流から病気との折り合いの付け方を会得」し、「服薬の必要性を理解」し、「障害者であると認識する」ようになる。「ピアから情動的ケア・情緒的ケアを受ける」ことで、「内なる偏見を乗り越える」。「手段的ケアは母親から全面的に受け、情動的ケアは減少する」。第Ⅱ期の特徴は、病気に抗わなくなっていることである。そこには、ピアとの交流が大きく影響している。統合失調症という病気の部分だけでなく、障害についても関心を向け、受けとめられるようになっていく。ここでも同じ病を持つピアの影響が大きい。第Ⅲ期への契機には父親との葛藤関係を要因とする「家の中の居心地の悪さ」と「潜在

的に独立したい思い」がある。

「第Ⅲ期：親元から自立している期」になると、「調子悪化の兆候を認識し対応する」ようになり「訪問看護のバックアップ」を受ける。「病気・障害と向き合えるようになる」。「必要な支援を受けながらの自立を目指す」。「日中活動の専門職から情動的ケア」を受けたり、「ピアから情動的ケア・情緒的ケア」を受けたりする。「母親から情緒的ケア」を受け、つながっている。

(3) 統合失調症ケアの脱家族化の特徴

第3章で設定した5つの分析枠組みを用いて、主に表4-3-1及び表4-3-2を参考に統合失調症ケアの脱家族化の特徴を整理する。

① 起点

起点は、6名の母親調査で、本人3名、親1名、姉1名、専門家1名である。9名の本人調査では、本人2名、親4名、姉1名、専門家2名である。多様である。

第3章でケアの脱家族化実証研究を分析したところ、パワーバランスの優位な方が起点となっていた。例えば、全身性障害は、パワーバランスが親優位から本人優位へ変わり、本人が起点となっていた。知的障害のパワーバランスは、同居時から自立後の現在に至る全過程において、親優位であり、親が起点となっていた。薬物依存症のパワーバランスは、本人優位から親優位へ逆転した時点で、親が起点となっていた。詳細は、第3章4節で述べた。

② 親と本人のパワーバランスの推移

親元から自立して、時間を経るに従い、親も本人もパワーバランスは、対等であると認識していると思われる。それまでの期間は、親と本人のパワーバランスの認識にズレがある。本人が自立するまでの期間について、親も本人も自らを劣位であると認識している。親の第Ⅰ期孤軍奮闘期、第Ⅱ期ピアな仲間と交流する期は、本人の第Ⅰ期所属を喪失している期、第Ⅱ期ピアな仲間と交流する期、と重なる。なぜ、親も本人も自らを劣位と認識しているのか、以下に説明する。

母親の第Ⅰ期孤軍奮闘期は、誰にも話せない病気であると認識したり、発病は育て方が原因という自責感から、幻覚・妄想への説得を試みたり、親が生活を丸ごとケアしている。図4-1-5のTEM図にあるように、四六時中本人の状態を気にして過ごしている。まさに共依存状態である。陽性症状に苦しむ本人に振り回され、母親は、本人優位のパワーバランスと認識している。

第Ⅱ期ピアな仲間と交流する期は、手段的ケアは、親がすべきという認識は不変であり、継続して行っている。第2章第2節で論じたように、罹病期間の長期化に伴い、家族のケア負担感が増大し、犠牲感も強まることを先行研究は明らかにしている。個人差はあるものの、第Ⅱ期においても親は、パワーバランスが劣位であると認識している。

本人の第Ⅰ期所属を喪失している期は、所属と社会的役割を喪失し、社会参加への焦りがある。まとまらない思考と幻聴、現実を脅かす変な感覚があるなかで、親の指示・助言に従い、受診先を変更したり、親の勧める病院を受診したりする。本人は、親優位のパワーバランスと認識している。第Ⅱ期ピアな仲間と交流する期は、日中活動への参加やピアとの交流により、生活領域は拡大していくが、「家の中の居心地の悪さ」は続いている。本人は、親優位のパワーバランスという認識である。

以上のように、親と本人の間で、パワーバランスに認識のズレがあることを特徴とする。

③ピアの関与

ピアの関与は、親にとっても本人にとっても、病気及び障害の受容を促進している。

親にとってのピアは、誰にも話せないと考えていた子の病気のことを共感し、支持してくれる存在となっている。ピアとの実体験に基づく学び合いは、自らの生活に還元されている。他方、運動体としての署名活動やバザー等、地域社会のなかで顔と名前を出すことには、躊躇いがみられる。

本人にとっては、病気や障害受容において、大きな影響があるのは勿論であるが、何よりも「病前の自分に戻りたい」という価値から「必要な支援を受けながらの自立を目指す」という生き方の根幹に関わる価値変容の影響を受けている。ピアからの影響は大きい。

④ソーシャルワーカーの関与

インタビューで語られる「頼りになる専門家」は、MHSW である。クライアントシステムとして、本人だけでなく親にもアプローチしている。親と本人の課題整理を行い、病気や制度に関する専門的知識を提供し、親と本人それぞれに地域資源を紹介し、伴走的に関わっている。全ての事例において、MHSW の関与を確認した。

⑤社会的文化的背景

統合失調症は怖い病気、治らない、何をするか分からない等、統合失調症に対する社会の偏見や差別意識を親も本人も内在化させている。インタビュー調査では、発病から受診までの未治療期間が長いこと、受診後も家庭内だけで何とか処理しようとしていることを確認することができた。こういった統合失調症に対する忌避的態度は、親も本人も偏見や差別意識を内在化させていることの証左である。

4-3-2. ケアの脱家族化実証研究の分析枠組みからの比較検討

統合失調症は、第2章第1節で述べたように生活障害を併せ持ち、生活の折々でケアを必要とする。その点においては、全身性障害及び知的障害と共通するところである。一方、統合失調症と薬物依存症は、本人だけでなく親も病気の受容の困難さがあるという点では共通する。さらに、親と本人の関係が共依存状態に陥りやすいという点においても共通する。薬物依存症の子が薬物を使用することによる親の混乱と統合失調症の子が自己判断で断薬することによる親の混乱は、外部機関へ援助を求めない時期に繰り返されるパターンである。薬物依存症は、障害を認められることは極めて稀である。この点は、統合失調症と異なる。しかしながら、薬物依存症には、本人にも親にも回復のステップが SHG のプログラムとして示されている。

表 4-3-3 は、統合失調症を含むケアの脱家族化実証研究の分析枠組みから整理した表である。統合失調症ケアの脱家族化の固有性は3点である。1点目は、起点が多様であること。2点目は、先述したが、親と本人の認識するパワーバランスがズレており、お互いに劣位の位置にいると捉えていること。3点目は、ケアの脱家族化にソーシャルワーカーが関与していることである。1点目の起点が多様であることは、2点目のお互いにパワーバランスが劣位にあると認識し、ズレが生じていることが原因のひとつであると考えられる。3点目のソーシャルワーカーがケアの脱家族化に関与していることも他の領域にはみられないことである。

表4-3-3 ケアの脱家族化実証研究の分析枠組みから比較

	起点	親と本人のパワーバランス	ソーシャルワーカーの関与	ピアの関与	社会的文化的背景
統合失調症母親	多様	同居時：親劣位 独立時：親劣位 非同居時：対等	親・本人双方への働きかけと伴走的関与	病気・障害受容を促進 ロールモデル	家族ケアを前提とした制度設計とそのことを自明視する社会的文化的背景 統合失調症に対する偏見を内在化
統合失調症本人	多様	同居時：本人劣位 独立時：本人劣位 非同居時：対等	親・本人双方への働きかけと伴走的関与	病気・障害受容を促進 生き方の価値変容を促進	家族ケアを前提とした制度設計とそのことを自明視する社会的文化的背景 統合失調症に対する偏見を内在化
全身性障害本人	本人	同居時：本人劣位 独立時：本人優位 非同居時：不明	通所施設職員の情報提供	自立生活のロールモデル	家族ケアを前提とした制度設計とそのことを自明視する社会的文化的背景
知的障害親	親	同居時：親優位 独立時：親優位 非同居時：親優位	ソーシャルワーカーの関与未確認 通所施設職員の情報提供	本人が幼少期にピアの親とつながり障害受容を促進	家族ケアを前提とした制度設計とそのことを自明視する社会的文化的背景 優秀な療育者であることを求められる
知的障害本人	親	同居時：本人劣位 独立時：本人劣位 非同居時：本人劣位	ソーシャルワーカーの関与未確認 GH職員の伴走的関わり	GH宿泊体験で出会うピア GH入居者はロールモデル	家族ケアを前提とした制度設計とそのことを自明視する社会的文化的背景 重要なことは親が代決する いつまでも親と暮らせるという感覚
薬物依存症親	親	同居時：親劣位 独立時：親優位 非同居時：本人の回復に伴い対等に近づいていく	ソーシャルワーカーの関与は一部の機関である ソーシャルワーカーの初期介入では親をクライエントとして位置づけ、共依存状態からの脱却を含む支援を行う	民間施設のピアやSHGのピアから病気や制度の情報提供、共感と支持、回復のステップについての学び合い等があり影響は大きい	薬物依存は、触法行為であり警察の対象という社会的・文化的規範 発病も本人の問題行動も親の責任 親を対象とするSHGや本人を対象とする民間リハビリ施設がある。 親と本人は別々の集団が必要というSHGの文化がある。

4-3-3. 研究課題「ケアの脱家族化における MHSW の実践過程」を設定

前項では、統合失調症ケアの脱家族化の固有性を3点あげた。①起点が本人であったり、親であったり、専門家であったり、多様であること。②親と本人のパワーバランスに対する認識では、お互いに劣位と感じており、認識にズレがあること。全身性障害、知的障害、薬物依存症の他の分野におけるケアの脱家族化は、パワーバランスの優位な方が起点となっており、パワーバランスと起点の関係が明確であること。この点は、明らかに統合失調症は異なっていること。③他の分野におけるケアの脱家族化のプロセスには、ソーシャルワーカーが関与せず、統合失調症では関与していること。

これらのことから、MHSW は、統合失調症ケアの脱家族化において、親及び本人双方に対して、意図を持ち、プロセス的に行っているのではないかと考えた。

そこから、次に行う MHSW を対象とする調査では、MHSW がケアの脱家族化の実践過程で、何に着目し、どう介入しているのか。そのことを明らかにする研究課題「ケアの脱家族化における MHSW の実践過程」を設定することとした。また、ケアの脱家族化実践の経験を有する複数の MHSW へのインタビュー調査を行い統合化する分析手法を選択し、分析テーマを「親元からの自立をめぐる MHSW からの本人及び親への関わりのプロセス」と設定することにより、生成される結果図とストーリーラインは、実践モデルになると考えた。

第5章 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル

本章は、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワーク実践の実証研究である。統合失調症ケアの脱家族化実践の経験を有する MHSW 4 名への質的調査を M-GTA でおこなった。MHSW は、当該事例の統合失調症本人と親の関係をエティックな視座からどのように捉え、MHSW 自身のイーミミックな視座からどのような意図でどう介入したのかをプロセス的に明らかにする。

第1節では、実証研究の概要について述べる。第2節では、M-GTA による分析結果を実践モデルとして提示する。第3節では、親によるケアが社会的ケアへと移行していくプロセスを分析し、結果を明示する。

第1節 統合失調症ケアの脱家族化実証研究の概要

本節では、実証研究の目的、分析焦点者、質的データの収集、倫理的配慮、研究方法について述べる。

5-1-1. 研究の目的

本研究の目的は、MHSW が行う統合失調症者ケアの脱家族化実践のモデルストーリーを示し、今後の統合失調症者支援及び家族支援のあり方の示唆を得ることである。

5-1-2. 分析焦点者

本研究の分析焦点者は、統合失調症ケアの脱家族化実践の経験を有する4名の MHSW である。研究方法で採用する M-GTA は、「社会的相互作用一般のプロセスを明らかにしていくのではなく、特定の目的的文脈で関係づけられ、社会的相互作用が始まり展開し、終わっていく」（木下：2003）研究に適している。つまり、特定の領域における限定された人々の現象特性を理論化することに適した研究である。統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークは、MHSW の実践として制度化されていない。したがって、ケアの脱家族化の経験を有する MHSW は多数派ではない。このように MHSW 全体ではなく、ケアの脱家族化実践の経験を有する MHSW という限定された人々が統合失調症本人や親との社会的相互作用のプロセスを明示することを研究目的としている。

こうした意味から研究方法としての M-GTA は、研究対象という用語ではなく、特定の領域における限定された人々という意味から「分析焦点者」という用語を用いている。

4名の分析焦点者は、第4章1節における母親への質的調査及び第4章2節における本人への質的調査においてケアの脱家族化実践を行っていた MHSW 3名、そして MHSW の研究会で研究趣旨を説明し同意を得た MHSW 1名の4名である。分析焦点者の概要は、表序-3-3 のとおりである。

表序-3-3 分析焦点者の概要

	MHSW勤務歴	支援事例時の勤務年数	所属	支援事例時の所属
a	44年	29年	病院→通所施設	通所施設
b	26年	20年	病院→通所施設	通所施設
c	22年	14年	通所施設	通所施設
d	15年	7年	病院→居住系施設	居住系施設

出典) 序章 表序-3-3 を再掲

また、a氏、b氏、c氏、d氏のMHSWが介入した実践事例の概要は、表5-1-1のとおりである。d氏事例は、インタビュー調査の後、アパートでひとり暮らしをしている。

表 5-1-1 分析焦点者 MHSW 4 名が介入した事例の概要

	性別	初診年齢	独立年齢	同居時の家族	自立後の暮らしの場
a氏事例	男性	22歳	31歳	父母と本人の3人暮らし	グループホーム
b氏事例	女性	19歳	27歳	母親と本人の2人暮らし	アパート
c氏事例	男性	18歳	41歳	母親と本人の2人暮らし	アパート
d氏事例	男性	24歳	40歳	父母と本人の3人暮らし	生活訓練施設

5-1-3. 質的データの収集

質的データは、以下の3点である。①分析焦点者に対する半構造化インタビューによって得られた質的データ、②分析焦点者より提供のあった施設のパフレット等の資料、③インタビュー時に記したフィールドノートである。最も活用したデータは、①インタビューデータである。

以下①から⑥の設問項目を記したインタビューガイドを作成した。分析焦点者へは、インタビューを実施する前に、インタビューガイドの内容を伝え、インタビューを実施した。

設問項目は、①当該事例の概要聴取と当該事例の共有、②当該事例で親元からの自立を支援しようと考えた端緒は何か。③当該事例で親元からの自立支援を始める根拠は何か。④当該事例において、親元からの自立支援に向けての具体的な働きかけ。⑤具体的な働きかけにおいて、苦労した場面と工夫した支援は何か。⑥統合失調症の親支援に関するMHSWとしての考え。以上の6点である。インタビュー調査は、2017（平成29）年8月から同年9月に実施した。

5-1-4. 倫理的配慮

本研究は、佛教大学「人を対象とする研究倫理審査会」あて研究計画書等必要書類を添付のうえ申請し、2017（平成29）年8月1日付承認番号H29-22の承認を得て実施している。

また、研究対象者に対して、研究趣旨及び研究協力の自由意思、拒否権、プライバシーの遵守、ICレコーダーでの録音、論文化後のデータ廃棄について、口頭及び書面で説明し文書による同意を得て実施している。

5-1-5. 研究方法

研究方法は、M-GTAを用いた。この手法を採用した理由は、M-GTAで生成した理論は、実践現場へ還元し応用されることを主目的としており、また本研究がM-GTAの分析手法に適しているといわれる以下の3つの要素（木下：2003）を満たしているからである。

①人間と人間が直接的にやり取りをする社会的相互作用に関わる研究であること、②健康問題や生活問題を含む人々に専門的支援を提供するヒューマンサービスに関する領域であること、③研究対象とする現象がプロセス的性格を有していること、の3点である。

分析の手順

(1) オープンコーディング

M-GTA では、分析テーマを設定し、分析ワークシートを用いて、オープンコーディングによる概念生成を行う。本研究では、分析テーマを「親元からの自立をめぐる MHSW からの本人及び親への関わりのプロセス」と設定し、概念生成を行った。

表 5-1-7 分析ワークシートの例示

概念名	ケアの丸抱え
定義	家族が本人のしんどさを一身に受け止め、ひとりで対応している状態のこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none">・ <u>親が見ている子どものしんどさと一体化して離れられない</u> (a60)・ <u>面談をしてもそうなんです。もう一体化している</u> (a61)・ <u>結局それはお母さんが全部丸抱えしてはったんですよ</u> (c59)・ <u>本人が希望するんであれば常に行動を共にして、疲弊してもうギリギリまで</u> (c120)
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none">・ 本人のしんどさを家族が同一視・ 共依存関係
対極例	<u>彼女が一人暮らしを始めた</u> というので、お母さんの中で、 <u>少しずつ彼女に自立をさせていこう</u> という思いができてきて (b56)

筆者作成

概念生成は、表 5-1-7 分析ワークシートの例示のように、分析テーマに該当する語りを探索・抽出し、ワークシートのヴァリエーション欄に転記する。分析テーマに該当する語りの文脈に下線を引き、意味解釈を行う。解釈した際の思考、抽出した理由と分析テーマの関係性等を理論的メモに記す。理論的メモと語りを照合し、分析テーマに即して、分析焦点者を主語にした定義を短文で記す。定義を圧縮した概念名を一行見出しで名づける。同種の語りを探索（理論的サンプリング）し、ヴァリエーション欄に追記し、継続的比較分析を行い、理論的メモに追記し、定義・概念名の修文を繰り返す。語りのなかで対極例も探索（理論的サンプリング）し、あれば対極例欄に書いていく。

(2) 選択的コーディング

オープンコーディングで生成した個々の概念について他の概念との関係を検討し、ひとつの概念の相方になる概念を探していく（木下：2020）。分析の最小単位である概念が複数で関係し合うことの意味を解釈し、カテゴリーを生成する。これが選択的コーディングである。選択的コーディングは、図にしていく作業となる。生成した概念には、カテゴリーへ昇格していく概念もある。つまりオープンコーディングと選択的コーディングは、相互に行う継続的比較分析であり、概念生成とカテゴリー生成とを多重的同時並行して行う。これ以上、概念もカテゴリーも生成することが出来ない状態である理論的飽和化まで分析を続け、結果図を作成する。

(3) ストーリーライン

ストーリーラインは、分析結果を生成したカテゴリー、サブカテゴリー、必要に応じて主要な概念を用いて簡潔な文章にしたものである。結果図とセットになる。結果の視角的な確定が結果図であるのに対して、文章化による確定方法がストーリーラインである（木下：2020）。

第2節 ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル

本節では、実証研究の結果である実践モデルを提示する。第1項では、オープンコーディングにより生成した概念一覧を示し、選択的コーディングで生成したカテゴリーの構造をサブカテゴリー、概念を用いて示す。第2項では、ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルの結果図を提示し、ストーリーラインで説明する。第3項では、実践モデルと主には第3章及び第4章で論じたケアの先行研究の脱家族化実証研究と比較検討を行う。

5-2-1. 概念及びカテゴリーの生成

(1) 概念の生成

分析テーマ「親元からの自立をめぐる MHSW からの本人及び親への関わりのプロセス」に基づきヴァリエーションを抽出し、ワークシートを用いたオープンコーディングを行った。理論的サンプリングによりヴァリエーションを追記し、定義及び概念名を修正し、ワークシート間の継続的比較分析を行い、最終的に表 5-2-1 のとおり、28 の概念を生成した。

表 5-2-1 概念名一覧

No.	概念名	定義
1	家族ケアラーを発見	母親が本人に対するケアラーとしてのみで生きていることに気づくこと
2	母親による強迫的なケア	体力の限界を超えても、本人のケアをし続けようとする母親の態度のこと
3	ケアの丸抱え	母親が本人のしんどさを一身に受け止め、ひとりで対応している状態を知ること
4	本人の生活の監視役	家族が本人の暮らしをチェックし、コントロールしようとする思いと行為のこと
5	家族関係の全体的理解	家族の歴史と親子の関係性から家族をトータルにアセスメントすること
6	親のしんどさへ着目	親自身も本人をめぐる、悩みやしんどさを抱えていることを理解し共有すること
7	思いどおりにならない子育てを共感	支援者自身の体験から、思いどおりにならない子育てについて親と共感すること
8	使える制度のアナウンス	社会資源のメリットを分かりやすく説明すること
9	制度利用の拒否反応	家族も本人も障害年金や生活保護受給、手帳の取得の勧めに抵抗すること
10	制度の利便性を共有	制度活用を支援し、暮らしに役立つことを共有すること
11	現実的な目標を紡ぐ	心身の状態に合わない目標から達成可能なサイズの目標に共に練り上げること
12	自立したい思いを育てる	本人が自立した暮らしをしたいという希望を関わりのなかで育むこと
13	仲間の言動を支援に生かす	活動中の的を射た仲間の発言や行動を本人支援に生かすこと
14	自立させたい思いの強化	親の潜在意識にある出来れば本人を自立させたい思いを強化するように関わること
15	家族会への誘い	同じ立場の家族同士の分かち合いの必要性を感じ、母親へ家族会を勧めること
16	自立を迫る親	本人との調整が不十分な状況下で、親が一方的に自立を求めること
17	自立を嫌がる本人	自立を迫る親の方針に対して、本人が示す拒否的な態度のこと
18	認識のズレの調整	親子での話しが噛み合わない時に、介入し双方が納得出来る解を探すこと
19	自立生活前の危機介入	自立生活前やお試し時に調子を崩した時に即時対応していくこと
20	自立生活のイメージづくり	施設見学等、本人と家族に現実の自立生活のイメージを持ってもらう支援のこと
21	繰り返される介入の省察	自立支援の過程でリフレクションを続ける支援者態度のこと
22	親元からの自立を提案	支援者が現状の限界を説明し、親元からの自立を本人と親に提案すること
23	機が熟すのを待つ	自立を本人・家族へ無理強いせず、双方の気持ちが固まるのを待つ姿勢のこと
24	本人・親・サービスへの目配り	本人支援の状況や親子の関係を見守り、必要に応じて関与していくこと
25	制度を活用しながらの自立	社会資源を利用することで親元からの自立生活ができていくこと
26	サービスにつなぐ	訪問系や通所系の必要と思われるサービスを使えるように支援すること
27	ほど良い距離感の親子関係	親元からの自立生活により親子の非対称の関係性が変容していくこと
28	情緒的なつながりへの配慮	自立したあとも本人と親の情緒的な関係が続くように配慮すること

出典) 塩満卓 (2021) 「精神障害者ケアの脱家族化に取り組む精神保健福祉士の実践過程」『精神保健福祉』52(2) 表4を筆者再分析し修正のうえ転載

(2) カテゴリーの生成

また、概念間の関係性に着目し、選択的コーディングを行い、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。カテゴリーは、《家族ケアラーを発見》、《内在化された偏見への寄り添い》、《現実的な目標を紡ぐ》、《本人と親の思いのズレの調整》、《本人・親・サービスへの目配り》を生成した。カテゴリーの内部構造をサブカテゴリー、概念で表 5-2-2 に整理した。

表 5-2-2 カテゴリーの構造

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
家族ケアラーを発見	母親による強迫的なケア	ケアの丸抱え
		本人の生活の監視役
	家族関係の全体的理解	親のしんどさへ着目
		思いどおりにならない子育てを共感
内在化された偏見への寄り添い	使える制度のアナウンス	制度利用の拒否反応 制度の利便性を共有
現実的な目標を紡ぐ	本人と親双方への働きかけ	自立したい思いを育てる
		仲間の言動を支援に生かす
		自立させたい思いの強化
		家族会への誘い
本人と親の思いのズレの調整	非対称のパワーバランス	自立を迫る親
		自立を嫌がる本人
	認識のズレの調整	自立生活前の危機介入
		自立生活のイメージづくり
本人・親・サービスへの目配り	制度を活用しながらの自立	サービスにつなぐ
	ほど良い距離感の親子関係	情緒的なつながりへの配慮

筆者作成

以下、カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを【 】, 概念を〈 〉とし、カテゴリーの構造を説明する。

カテゴリー《家族ケアラーを発見》は、サブカテゴリー【母親による強迫的なケア】及び【家族関係の全体的理解】により構成され、【母親による強迫的なケア】は、概念〈ケアの丸抱え〉、〈本人の生活の監視役〉により構成される。【家族関係の全体的理解】は、概念〈親のしんどさへ着目〉及び〈思いどおりにならない子育てを共感〉により構成される。

カテゴリー《内在化された偏見への寄り添い》は、サブカテゴリー【使える制度のアナウンス】があり、その下部構造に概念〈制度利用の拒否反応〉と〈制度の利便性を共有〉を持つ。以降のカテゴリーについても、下部構造がサブカテゴリー、概念となる。

カテゴリー《本人と親双方への働きかけ》は、サブカテゴリー【現実的な目標を紡ぐ】から成り、【現実的な目標を紡ぐ】は、概念〈自立したい思いを育てる〉、〈仲間の言動を支援に生かす〉、〈自立させたい思いの強化〉、〈家族会への誘い〉により構成される。

カテゴリー《本人と親の思いのズレの調整》は、サブカテゴリー【非対称のパワーバランス】

及び【認識のズレの調整】から成る。【非対称のパワーバランス】は、概念〈自立を迫る親〉及び〈自立を嫌がる本人〉により構成される。【認識のズレの調整】は、概念〈自立生活前の危機介入〉及び〈自立生活のイメージづくり〉により構成される。

カテゴリー《本人・親・サービスへの目配り》は、サブカテゴリー【制度を活用しながらの自立】及び【ほど良い距離感の親子関係】から構成される。【制度を活用しながらの自立】は、概念〈サービスにつなぐ〉から成り、【ほど良い距離感の親子関係】は、概念〈情緒的なつながりへの配慮〉から成る。

カテゴリーに含まれない概念は、〈繰り返される介入の省察〉、〈親元からの自立を提案〉、〈機が熟すのを待つ〉がある。

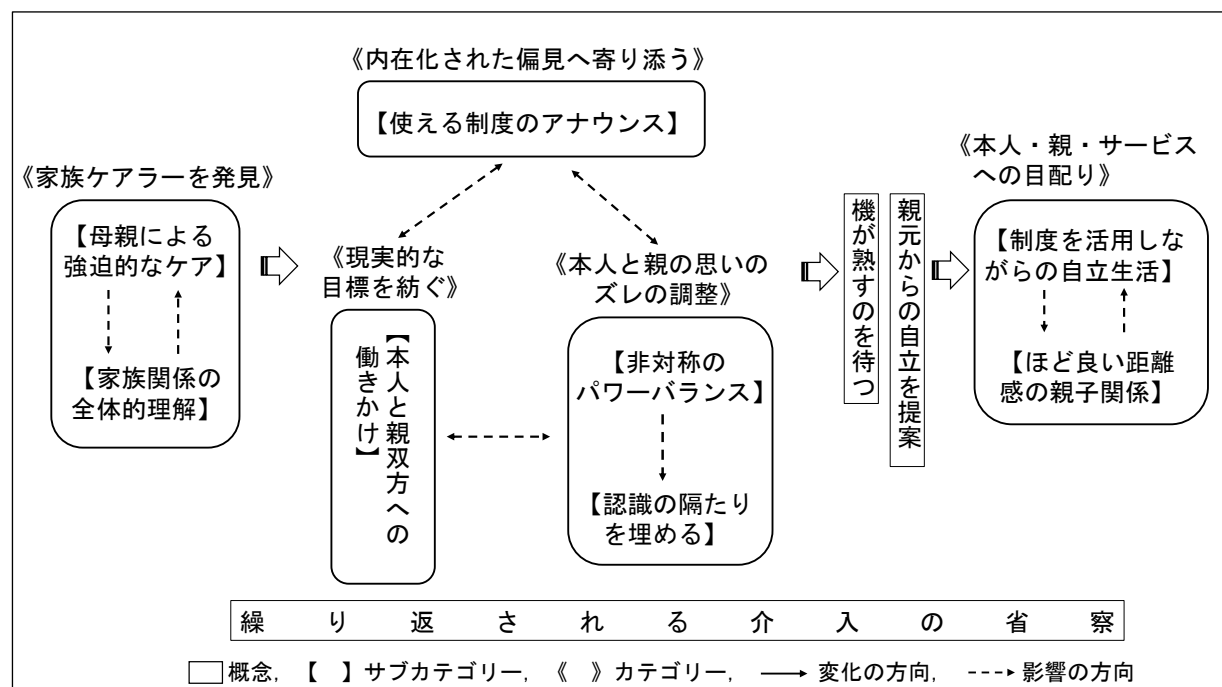
5-2-2. 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルの提示

(1) 結果図とストーリーライン

本項では、概念、サブカテゴリー、カテゴリーから作成した結果図とストーリーラインを記し、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルを提示する。カテゴリーベースの結果図が図5-2-1である。カテゴリーは、実践モデルの現象特性である。カテゴリーである5つの現象特性を中心に、以下にストーリーラインを記す。

MHSWは、統合失調症者へ関わるなかで、《家族ケアラーを発見》し、本人と家族に《内在化された偏見へ寄り添う》。《本人と親の思いのズレの調整》をしながら、《現実的な目標を紡ぐ》支援を展開していく。〈繰り返される介入の省察〉を行いつつ、〈機が熟すのを待つ〉なかで、〈親元からの自立を提案〉する。本人が親元から自立したあとには、《本人・親・サービスへの目配り》

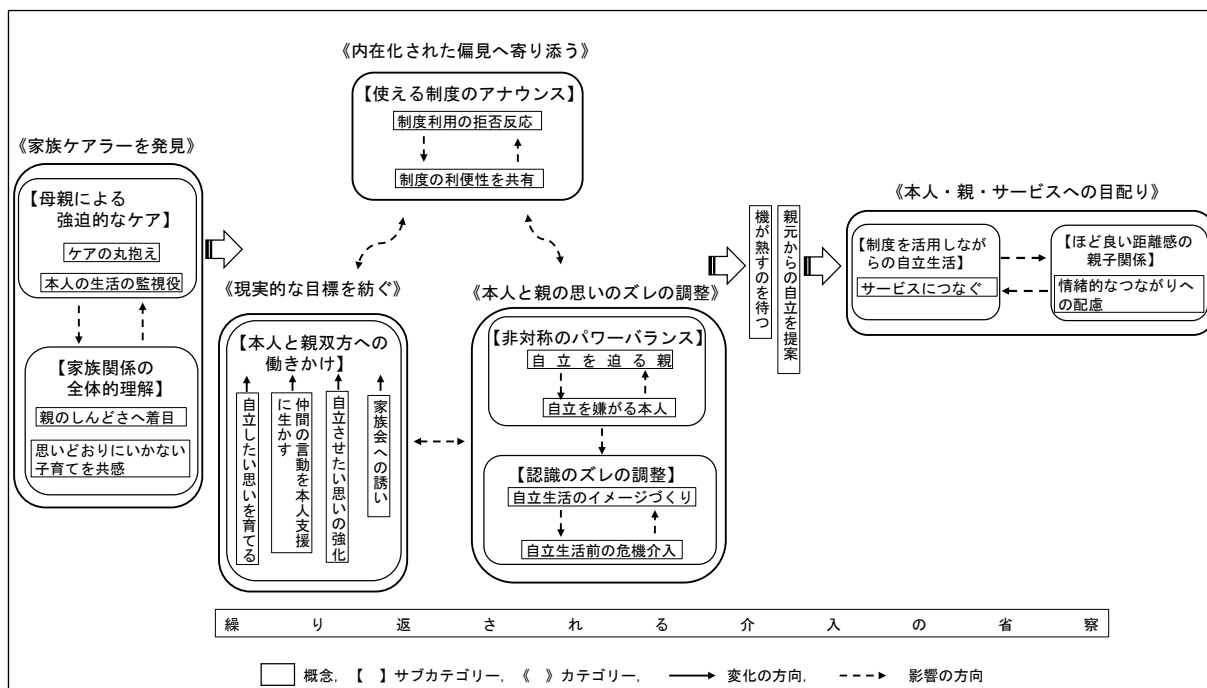
図5-2-1 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル（カテゴリーベース版）



筆者作成

目配り」を続けている。

図 5-2-2 統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル（概念ベース詳述版）



筆者作成

図 5-2-2 は、カテゴリーの内部構造であるサブカテゴリー、概念を用いて、現象特性を詳述したものである。それぞれのカテゴリーをサブカテゴリー及び概念を用いながら、以下にストーリーラインを記していく。

《家族ケアラーを発見》

MHSW は、統合失調症者への関わりのなかで、母親が〈ケアの丸抱え〉をしつつ、〈本人の生活の監視役〉もしており、体力の限界を超えても【母親による強迫的なケア】を続けていることに気づく。そのため、〈親のしんどさへ着目〉するようになり、MHSW 自身の経験知も参照枠に母親と〈思いどおりにいかない子育てを共感〉し、家族の歴史や親子の関係性を探りつつ【家族関係の全体的理解】を深めていく。

《内在化された偏見へ寄り添う》

MHSW は、本人の自立支援のために障害年金の受給や手帳の取得、生活保護受給など社会資源のメリットを分かりやすく【使える制度のアナウンス】をするが、本人も親も〈制度利用の拒否反応〉を示し、制度を利用しない期間がしばらく続く。時を経て、実際に制度を使い、MHSW と〈制度の利便性を共有〉する。【使える制度のアナウンス】は、統合失調症に対する本人と親に《内在化された偏見へ寄り添う》関わりとなっている。

《現実的な目標を紡ぐ》

MHSW は、本人の「働きたい」とか「ひとり暮らしをしたい」とかいう言動をキャッチし、〈自立したい思いを育てる〉働きかけをし、活動中の的を射た〈仲間の言動を本人支援に生かす〉。また、母親の潜在的な〈自立させたい思いの強化〉を図り、同じ立場の家族の集まりである〈家

族会への誘い) も行う。このように MHSW は、【本人と親双方への働きかけ】を行いながら、《現実的な目標を紡ぐ》支援を展開している。

《本人と親の思いのズレの調整》

ケアの与え手である親とケアの受け手である本人の間には、【非対称のパワーバランス】が存在する。親元からの〈自立を迫る親〉と〈自立を嫌がる本人〉という現象がみられたりもする。MHSW は、本人と GH や通所施設見学で〈自立生活のイメージづくり〉をしたり、暮らしが一変する〈自立生活前の危機介入〉を行い、話しが噛み合わない親子間の【認識のズレの調整】を適宜行い、《本人と親の思いのズレの調整》を図っている。

3つのカテゴリー《内在化された偏見に寄り添う》、《現実的な目標を紡ぐ》、《本人と親の思いのズレの調整》の円環関係

《内在化された偏見に寄り添う》と《現実的な目標を紡ぐ》、《本人と親の思いのズレの調整》との3者のカテゴリーは、それぞれが原因でもあり、結果でもある円環関係(倉石:2005)となり、支援は展開されていく。この3者の円環関係での関わりは、〈繰り返される介入の省察〉が行われ、MHSW は〈機が熟すのを待つ〉なかで、〈親元からの自立を提案〉する。

《本人・親・サービスへの目配り》

MHSW は、本人の親元からの自立という局面で、ホームヘルパーや訪問看護や通所系事業所等、本人の自立生活に必要と考えられる〈サービスにつなぐ〉手続を支援し、本人の【制度を活用しながらの自立生活】を送れるよう介入している。MHSW は、本人が親元から自立した後、必要に応じて本人と親の間に立ち、親子の〈情緒的なつながりへの配慮〉も行い、【ほど良い距離感の親子関係】を築けるように《本人・親・サービスへの目配り》を続けている。

コアカテゴリー

5カテゴリー《家族ケアラーを発見》、《内在化された偏見へ寄り添う》、《本人と親の思いのズレの調整》、《現実的な目標を紡ぐ》、《本人・親・サービスへの目配り》を生成した。分析テーマ「親元からの自立をめぐる MHSW からの本人及び親への関わりのプロセス」から考える最も中心となるコアカテゴリーは、《本人と親の思いのズレの調整》である。第4章第3節の表4-3-3において、親と本人のパワーバランスに関する認識のズレも確認できる。

5-2-3. 統合失調症ケアの脱家族化実践モデルの考察

本項では、提示した実践モデルの現象特性を第4章で論じたケアの脱家族化を選択した統合失調症母親の軌跡及びケアの脱家族化を選択した統合失調症本人の軌跡と照合し、考察する。ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルがステークホルダーである本人、親、ソーシャルワーカーの経験世界と重なり、適合するモデルかどうかを検証する。

(1) 《家族ケアラーを発見》の現象特性

最初の《家族ケアラーを発見》という現象特性について、考察する。ここでのストーリーラインは、先述した以下ようになる。

ここでの〈ケアの丸抱え〉と〈本人の生活の監視役〉から成る【母親による強迫的なケア】に相当する母親への調査と本人への調査の軌跡と照合するか所を表5-3-3に整理した。

MHSW は、統合失調症者への関わりのなかで、母親が〈ケアの丸抱え〉をしつつ、〈本人の生活の監視役〉もしており、体力の限界を超えても【母親による強迫的なケア】を続けていることに気づく。そのため、〈親のしんどさへ着目〉するようになり、MHSW 自身の経験知も参照枠に母親と〈思いどおりにいかない子育てを共感〉し、家族の歴史や親子の関係性を探りつつ【家族関係の全体的理解】を深めていく。

母親調査の軌跡では、【統合失調症は怖いイメージ】(SD) という社会的偏見を内在化させ、[私が頑張らねば](SG) のせめぎあいのなか、必須通過点{ことが起こらないための格闘}(OPP) の時期と重なる。本人軌跡の調査では、【所属と社会的役割の喪失】(SD) のなか、[症状への戸惑い](SG) や [早く仕事に就きたい](SG) 思いのなか、{自己判断で断薬}(OPP) し、再発する時期と重なる。薬物依存症の実証研究では、薬物は犯罪者というイメージで、家庭内だけで問題解決を図ろうとする時期、と符合する。

表 5-3-3 《家族ケアラーを発見》における【母親による強迫的なケア】

ケアを脱家族化する母親	ケアを脱家族化する本人	先行実証研究
【統合失調症は怖いイメージ】(SD) と [私が頑張らねば](SG) の相克のなか、{ことが起こらないための格闘}(OPP) をしている時期。	【所属と社会的役割の喪失】(SD) と [症状への戸惑い](SG) [早く仕事に就きたい](SG) のなか、{自己判断で断薬}(OPP) し、再発。	第 3 章 4 節 (安高, 2016) 薬物は犯罪者というイメージがあり、地域者周囲との関係は疎遠となり、家庭内だけで問題解決を図ろうとする時期。

筆者作成

次に《家族ケアラーを発見》という現象特性のなかで、〈親のしんどさへの着目〉と〈思いどおりにいかない子育てを共感〉から成る【家族関係の全体的理解】に相当する母親への調査と本人への調査の軌跡と照合するか所を表 5-3-4 に整理した。

表 5-3-4 《家族ケアラーを発見》における【家族関係の全体的理解】

ケアを脱家族化する母親	ケアを脱家族化する本人	先行実証研究の知見
【誰にも相談できない】(SD) , 【育て方が原因という自責感】(SD) と [早く治って欲しい](SG) がせめぎ合い、支援者へ友好的ではない。	[社会参加への焦り](SG) , [服薬で幻聴が消える](SG) , 【治ったと思う】(SD) , 病気になる前の自分に戻りたいという意識がみられる。	第 3 章 4 節 (山野 2001, 2002) 薬物依存症の父母は、薬物使用の原因を育て方に求め、すべて親が責任を負うべきと考える。初期グループでは、薬物依存に関する基礎知識を提供

筆者作成

〈親のしんどさへの着目〉の定義は、「親自身も本人をめぐり、悩みやしんどさを抱えていることを理解し共有すること」のとおり、もうひとりのクライアントとして認識する。〈思いどおりにならない子育てを共感〉は、MHSW 自身の人生経験をもとに、子育ての難しさを共感する概念である。塩満 (2012) は、「MHSW の成長過程」の研究を行い、熟達した MHSW には、MHSW 自身

の暮らしにおけるライフイベントの経験を支援の準拠枠にしていることを明らかにした。本研究の分析焦点者4名には、新人期のMHSWはいない。

【家族関係の全体的理解】は、母親が【誰にも相談できない】(SD)、【育て方が原因という自責感】(SD)と偏見に苛まれている状況である。薬物依存症の父母も「薬物使用の原因を育て方」とし、「全て親が責任を負うべき」と考えている(山野 2001, 2002)。親もクライアントとして捉え、統合失調症の基礎知識を提供し始める時期である。母親及び本人の軌跡と重なる。また、薬物依存症の初期介入のソーシャルワークの枠組みと符合する。

(2) 《内在化された偏見へ寄り添う》の現象特性

円環関係にある3つの現象特性のうち《内在化された偏見へ寄り添う》について考察する。ここでのストーリーラインは、以下のとおりである。

MHSW は、本人の自立支援のために障害年金の受給や手帳の取得、生活保護受給など社会資源のメリットを分かりやすく【使える制度のアナウンス】をするが、本人も親も〈制度利用の拒否反応〉を示し、制度を利用しない期間がしばらく続く。時を経て、実際に制度を使い、MHSW と〈制度の利便性を共有〉する。【使える制度のアナウンス】は、統合失調症に対する本人と親に《内在化された偏見へ寄り添う》関わりとなっている。

《内在化された偏見へ寄り添う》は、【使える制度のアナウンス】から成る。【使える制度のアナウンス】は、〈制度利用の拒否反応〉と〈制度の利便性を共有〉により構成する。ここに相当する母親への調査と本人への調査の軌跡と照合するか所を表5-3-5に整理した。

表5-3-5 《内在化された偏見へ寄り添う》における【使える制度のアナウンス】

ケアを脱家族化する母親	ケアを脱家族化する本人	先行実証研究の知見
【病気・障害を認めたくない】(SD)と【治ったら返上すればいい】(SG)の相反する感情で揺れ動き、障害年金を申請する。	[一般就労にトライ](SG)するも【易疲労体質を自覚】(SD)し、{障害者であると認識}(OPP)する。	全身性障害の安積は、仲間から「生活保護は権利」へと価値変容していく。安積(1990)「〈私へ〉—三〇年について」『生の技法』藤原書店

筆者作成

母親は、【病気・障害を認めたくない】(SD)と【治ったら返上すればいい】(SG)の葛藤のほか、障害年金を申請する。本人は、病気になる前の自分に戻るという価値から【一般就労にトライ】するが、以前の自分の身体ではない【易疲労体質を自覚】(SD)し、{障害者であると認識}(OPP)する。制度利用の要件に障害受容があることが示唆される。安積(1990)の論考は、ピアから制度利用の正当性を価値づけられている。同種のMHSWの働きかけに、前節のストーリーライン「活動中の的を射た〈仲間の言動を本人支援に生かす〉」がある。MHSWの実践における現象特性【使える制度のアナウンス】と母親及び本人の軌跡は重なる。

(3) 《現実的な目標を紡ぐ》の現象特性

円環関係にある3つの現象特性のうち《現実的な目標を紡ぐ》について考察する。ここでのストーリーラインは、以下の枠内に記したとおりである。

MHSWは、本人の「働きたい」とか「ひとり暮らしをしたい」とかいう言動をキャッチし、〈自立したい思いを育てる〉働きかけをし、活動中の的を射た〈仲間の言動を本人支援に生かす〉。また、母親の潜在的な〈自立させたい思いの強化〉を図り、同じ立場の家族の集まりである〈家族会への誘い〉も行う。このようにMHSWは、【本人と親双方への働きかけ】を行いながら、《現実的な目標を紡ぐ》支援を展開している。

《現実的な目標を紡ぐ》は【本人と親双方への働きかけ】から成る。【本人と親双方への働きかけ】は、〈自立したい思いを育てる〉、〈仲間の言動を本人支援に生かす〉、〈自立させたい思いの強化〉、〈家族会への誘い〉より構成される。ここに相当する母親への調査と本人への調査の軌跡と照合する箇所を表5-3-6に整理した。

表5-3-6 《現実的な目標を紡ぐ》における【本人と親双方への働きかけ】

ケアを脱家族化する母親	ケアを脱家族化する本人	先行実証研究の知見
【病気と認めたくない】(SD)と「すぐには治らない」(SG)がせめぎあう。社会資源利用の抵抗が減る。家族教室で病気・制度を知る。	仲間を得、{症状の安定}(OPP)がある。多様な仲間の生き方に触れ、{新しい生き方の模索}(OPP)を始める。	母親の「すぐには治らない」(SG)は、安高(2016)の「薬物をやめられない本人の苦勞を知る」と重なる。本人の多様な仲間から触発されるは、三毛(2007a)の「自立生活プログラム」で自立生活のロールモデルとの出会いがある。

筆者作成

《現実的な目標を紡ぐ》における【本人と親双方への働きかけ】の現象特性は、病気と障害を受け入れつつあり、現実的な目標を紡いでいく関わりとなる。カテゴリー《本人と親の思いのズレの調整》との違いは、それぞれへ個別的に関わり、それぞれの所属する仲間のグループダイナミクスを利用しているのが、【本人と親双方への働きかけ】からなる《現実的な目標を紡ぐ》である。《本人と親の思いのズレの調整》は、クライアントシステムの中での調整である。

母親は、【病気と認めたくない】(SD)から「すぐには治らない」(SG)へと価値変容の萌芽がみられ、社会資源利用の抵抗が減っている。安高(2016)の薬物依存症親が「薬物をやめられない本人の苦勞を知る」と重なる概念である。本人は仲間を得ることで、{新しい生き方の模索}(OPP)を始める。ここは、三毛(2007a)の全身性障害者が自立生活へ傾斜していく前段階の経験として「自立生活プログラム」で自立生活のロールモデルとの出会いを挙げていることと重なる。検証の結果、MHSWの実践における現象特性【本人と親双方への働きかけ】と母親及び本人の軌跡は重なる。

(4) 《本人と親の思いのズレの調整》の現象特性

円環関係にある3つの現象特性のうち《本人と親の思いのズレの調整》について考察する。
《本人と親の思いのズレの調整》のストーリーラインは、以下のとおりである。

ケアの与え手である親とケアの受け手である本人の間には、【非対称のパワーバランス】が存在する。親元からの〈自立を迫る親〉と〈自立を嫌がる本人〉という現象がみられたりもする。MHSWは、本人とGHや通所施設見学で〈自立生活のイメージづくり〉をしたり、暮らしが一変する〈自立生活前の危機介入〉を行い、話しが噛み合わない親子間の【認識のズレの調整】を適宜行い、《本人と親の思いのズレの調整》を図っている。

《本人と親の思いのズレの調整》は、先述したようにコアカテゴリーである。【非対称のパワーバランス】と【認識のズレの調整】から成る。【非対称のパワーバランス】は、〈自立を迫る親〉と〈自立を嫌がる本人〉により構成される。【認識のズレの調整】は、〈自立生活のイメージづくり〉と〈自立生活前の危機介入〉により構成される。

《本人と親の思いのズレの調整》の現象特性は、先述したように親元からの自立を親と本人双方へ働きかけている最中に起こるクライアントシステム内における調整である。《現実的な目標を紡ぐ》は、メゾレベルのソーシャルワークであるが、《本人と親の思いのズレの調整》は、ミクロレベルのソーシャルワークである。

ここに相当する母親への調査と本人への調査の軌跡と照合するか所を表5-3-7に整理した。

表 5-3-7 《本人と親の思いのズレの調整》

ケアを脱家族化する母親	ケアを脱家族化する本人	先行実証研究の知見
<p>【仕事一筋で関与しない父親】(SD) 【いつまでも心配】(SD) 【家事を手伝いに行く】(SD), 【母親ヘルパー】(SD) 母親の本人をケアする習慣による非対称関係 【妄想を否定する母への暴力】(SD) 母親を暴力で支配する非対称関係</p>	<p>【父の病気の無理解（なぜ仕事を頑張れないの）】(SD)と {父から離れたい}(SG)の非対称のパワーバランス {父親への反発から一般就労にトライ}(SG)と【易疲労を自覚】(SD)という現実 第4章で9名中8名が家族内の居心地の悪さを自立のトリガーとしている。</p>	<p>薬物依存症の親の会の回復過程で「本人に関心を向け続けることの弊害」を学び、共依存と気づく。本人を家から出す(五十嵐：2011)。というほど統合失調症は、ドライな親子関係ではない。 知的障害の子を持つ母親がグループホームへ送り出す時「窮地に立たされ憔悴し決断に踏み切る」と統合失調症の母親の心境は重なる部分を持つ。(福田：2017)</p>

筆者作成

本人と親の思いのズレは、【非対称のパワーバランス】により、第三者が介入しなければ、思いのズレは、解消出来ない。母親の軌跡及び本人の軌跡と照合すると、【仕事一筋で関与しない父親】(SD)や【父の病気の無理解（なぜ仕事を頑張れないの）】(SD)という放置或いは根性論といった見立てがある。一方、母親は、【家事を手伝いに行く】(SD),【母親ヘルパー】(SD)にみられるように、手段的ケアを手放すことが困難であると示唆している。

先行実証研究において薬物依存症は、圧倒的に親優位のパワーバランスのなかで、本人を定

位家族から排出することを自明視する SHG の文化を持っている。知的障害の子を持つ母親が GH へ送り出す時の心境と統合失調症の母親の心境は、重なる部分を持つ。

検証の結果、MHSW の実践における現象特性【本人と親の思いのズレの調整】と母親及び本人の軌跡は重なる。

(5) 《本人・親・サービスへの目配り》の現象特性

親元からの自立後の現象特性である。ストーリーラインは、以下のとおりである。

MHSW は、本人の親元からの自立という局面で、ホームヘルパーや訪問看護や通所系事業所等、本人の自立生活に必要なと考えられる〈サービスにつなぐ〉手続を支援し、本人の【制度を活用しながらの自立生活】を送れるよう介入している。MHSW は、本人が親元から自立した後、必要に応じて本人と親の間に立ち、親子の〈情緒的なつながりへの配慮〉も行い、【ほど良い距離感の親子関係】を築けるように《本人・親・サービスへの目配り》を続けている。

親元からの自立の局面における MHSW の介入として、サービスにつなぐ支援を行うことは、自立生活後の MHSW の関わりの現象特性である。ここに相当する母親への調査と本人への調査の軌跡と照合するか所を表 5-3-8 に整理した。

表 5-3-8 《本人・親・サービスへの目配り》

ケアを脱家族化する母親	ケアを脱家族化する本人	先行実証研究の知見
母親は、【ずっと心配】(SD)であり、【衣替えを手伝う】(SD)もあるが、親のケアは全体の一部。専門家に任すべきと考えるようになる。出来ないことがあってもいいと思うようになる。[週に1回程度夕食を一緒に食べる](SG)。《対等な関係の親子》《母親自身の時間を取り戻す》(EFP2)。	手段的ケアのほとんどは、ヘルパー・訪問看護等の訪問系サービスを受ける。情緒的な関係は継続している。《気遣い合う普通の親子関係》(EFP2)。	全身性障害の「ザ・自立生活」の「親の偏愛を蹴飛ばす」(横塚:1981)ほどでもない。知的障害者のグループホーム入居者の7割が週末必ず実家で泊まるほど密着している訳でもない(西村:2007)。薬物依存症者のナラノンの「家族であっても私は私、あなたはあなた」ほど、クリアカットしている訳でもない。(五十嵐:2011)

筆者作成

母親は、【ずっと心配】(SD)ではあるが、専門家に任すべきと考えるようになり、手段的ケアは、ほとんどを専門家に任す。母親のケアは全体の一部。本人に対してもできないことがあってもいいと考えられるようになる。情緒的なつながりで週に1回程度、一緒に食事をする。セカンド等至点で《対等な関係の親子》や《母親自身の時間を取り戻す》となる。本人は、手段的ケアのほとんどを専門家に任し、情緒的なつながりで週に1回程度、一緒に食事をし、セカンド等至点《気遣い合う普通の親子関係》となっている。

検証の結果、MHSW の実践における現象特性《本人・親・サービスへの目配り》と母親及び本人の軌跡は重なる。

また、親元からの自立後に生成した統合失調症の「ほど良い距離感の親子関係」とは、本人

の強い意思を要件とし自立する全身性障害のように距離がある関係でもなく、GHから週末は必ず実家で泊まる知的障害のようにウェットな関係でもなく、「家族であっても私は私、あなたはあなた」という薬物依存症者のようにドライな関係でもない。換言すれば、ウェットとドライを足して2で割ったような関係ともいえる。

5-2-4. 小括

本項では、提示した統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルがステークホルダーである本人、親、ソーシャルワーカーの経験世界と重なり、適合するモデルかどうかを検証した。5つの現象特性ごとに、ケアの脱家族化を選択した本人の軌跡及び親の軌跡の実証研究結果を照合した。MHSWのエティックな視座から捉える本人と親の状況に対して、MHSWのイーミクな視座から介入していく様相を明示した実践モデルの5つの現象特性は、ケアの脱家族化を選択・実行する統合失調症本人及び母親のイーミクな視座によるTEM分析の結果と重なることを確認した。

したがって、提示した統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルは、本人、母親、ソーシャルワーカーというケアの脱家族化におけるステークホルダー3者の経験世界を統合するモデルであるといえる。

第3節 社会的ケアの移行プロセス

本節では、親による私的ケアが社会的ケアへと移行していくプロセスを分析する。分析の視点は、手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアのそれぞれが、何を契機にどのように移行していくのかを論究する。第1項では、実践モデルで生成した5つの現象特性ごとに、手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアの供給源について、考察する。第2項では、第1項の考察を踏まえ、手段的ケア及び情動的ケアが社会的ケアへと移行していくプロセスを図解し、ストーリーラインにより説明する。第3項では、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークにおいて、MHSWに求められる支援者態度について論じる。

5-3-1. 現象特性ごとのケア供給源に関する考察

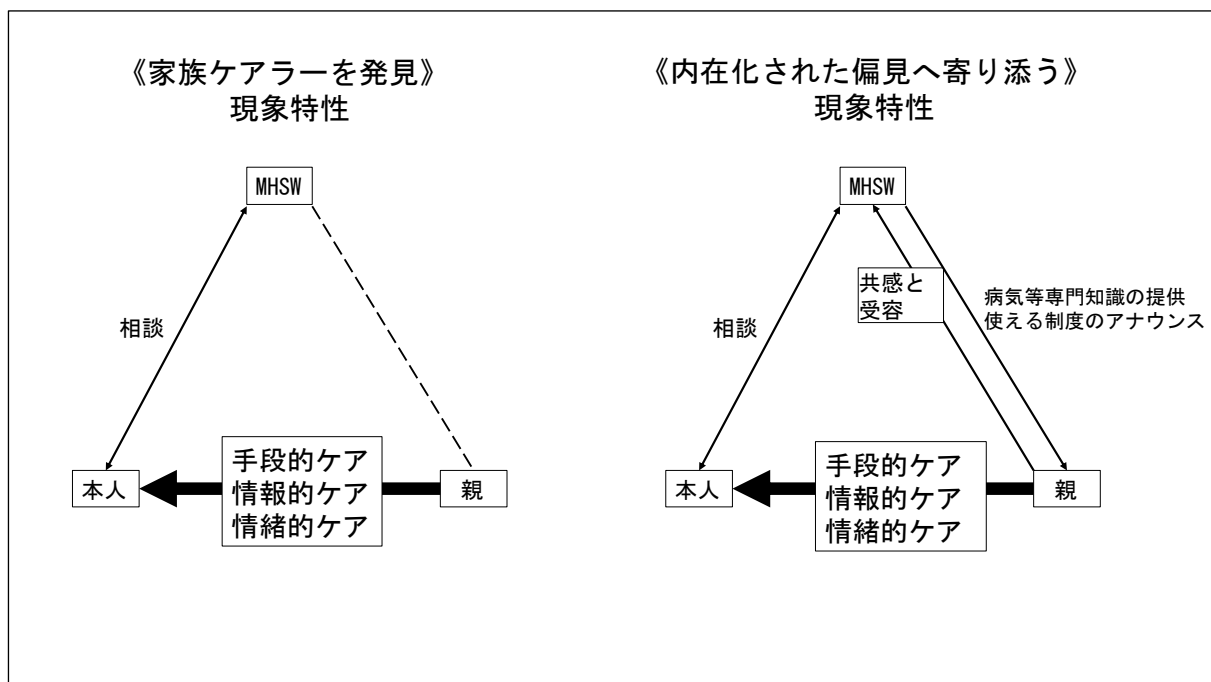
本章第2節で明示した実践モデルにおける5つの現象特性である《家族ケアラーを発見》、《内在化された偏見へ寄り添う》、《現実的な目標を紡ぐ》、《本人と親の思いのズレの調整》、《本人・親・サービスへの目配り》それぞれのケア供給源について考察する。

(1) 《家族ケアラーを発見》

現象特性《家族ケアラーを発見》においては、概念〈ケアの丸抱え〉及び〈本人の生活の監視役〉から成る【母親による強迫的なケア】がなされている状況にあり、母親調査における「第I期：孤軍奮闘期」であり、本人調査における「第I期：所属を喪失している期」に相当する。それらの状況を図解すると、図5-3-1の左図となる。

親は、表4-3-1で記されている偏見・差別を内在化し、病前の本人に戻すために、生活を丸ごとケアしている。したがって、手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアの全てを担っている。

図5-3-1 《家族ケアラーを発見》及び《内在化された偏見へ寄り添う》におけるケアの供給源



筆者作成

(2) 《内在化された偏見へ寄り添う》

現象特性《内在化された偏見へ寄り添う》は、《現実的な目標を紡ぐ》と《本人と親の思いのズレの調整》との円環関係（倉石：2005）にあることを2節で述べた。それゆえ、この3つの現象特性は、行きつ戻りつするのが通例であり、時期区分を明確化することは困難である。このことは、Ross（=1971）が「受容の過程」で指摘しているように、段階を踏み一方向へのみ推移していくのではなく、逆方向へ推移していくことと同種のプロセスとなる。

そのことを踏まえ、改めて現象特性《内在化された偏見へ寄り添う》について、考察する。《内在化された偏見へ寄り添う》は、概念〈制度利用の拒否反応〉及び〈制度の利便性を共有〉から成るサブカテゴリー【使える制度のアナウンス】で構成する。表4-3-1にある母親調査における「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」と「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」の中間の時期に相当し、表4-3-2にある本人調査における「第Ⅰ期：所属を喪失している期」と「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」の中間の時期に相当する。それらを図解すると、図5-3-1の右図となる。左図の《家族ケアラーの発見》との違いは、MHSWが母親をクライアントとして位置づけ、母親への支援を展開していることである。

親は、内なる偏見に気づき始め、社会資源利用の抵抗が減っていく。本人は、内なる偏見を乗り越え、服薬の必要性を理解し始める。MHSWにより、病気等専門知識が提供され、親及び本人それぞれの課題整理がなされ、それぞれがピアな集団へ通い始める、言わばお試し期間の時期である。それゆえ、図5-3-1にあるように、本人へのケアは、手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアいずれもが、母親により担われている。

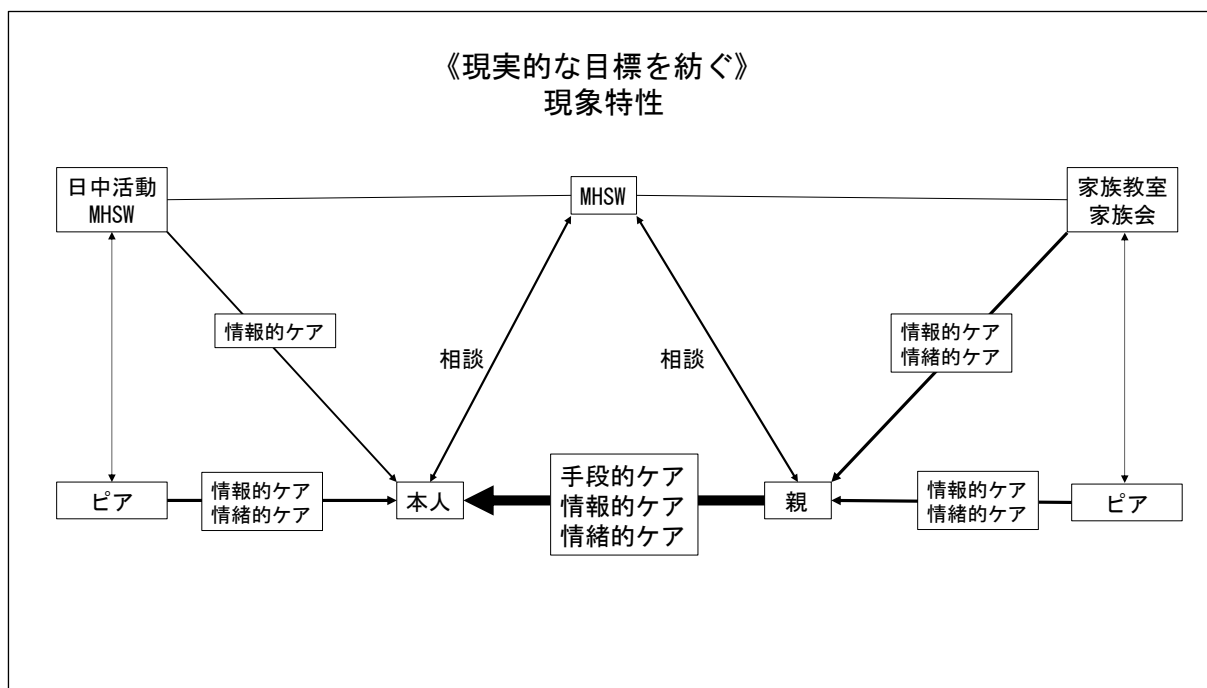
(3) 《現実的な目標を紡ぐ》

現象特性《現実的な目標を紡ぐ》は、概念〈自立したい思いを育てる〉、〈仲間の言動を支援に生かす〉、〈自立させたい思いの強化〉、〈家族会への誘い〉の4概念から成る【本人と親双方への働きかけ】により構成される。母親調査及び本人調査の時期区分で考えると双方の「第Ⅱ期：ピアな仲間と交流する期」に相当する時期である。母親は、表4-3-1にあるように、本人が日中活動利用やピアと交流し始めることにより、日中活動のMHSWからの情動的ケアやピアからの情動的ケア及び情緒的ケアが本人へ供給されることにより、情動的ケア及び情緒的ケア負担は、軽減する。しかしながら、手段的ケアは、親がすべきという認識から、これまでと同じように継続する。

一方、母親自身も図5-3-1の右図の時と異なり、家族教室や家族会、そして親にとってのピアから情動的ケアと情緒的ケアを受けている。MHSWがクライアントと位置づけた母親が、エンパワメントされている。

現象特性《現実的な目標を紡ぐ》は、MHSWのメゾレベルのソーシャルワーク実践となっている。MHSWのフィールドが母親と本人というマイクロレベルの実践と日中活動の場や家族会等地域資源を介して展開していくメゾレベルの実践、この2つのレベルのソーシャルワークが縦横に展開されている（塩満：2012）。

図 5-3-2 《現実的な目標を紡ぐ》におけるケアの供給源

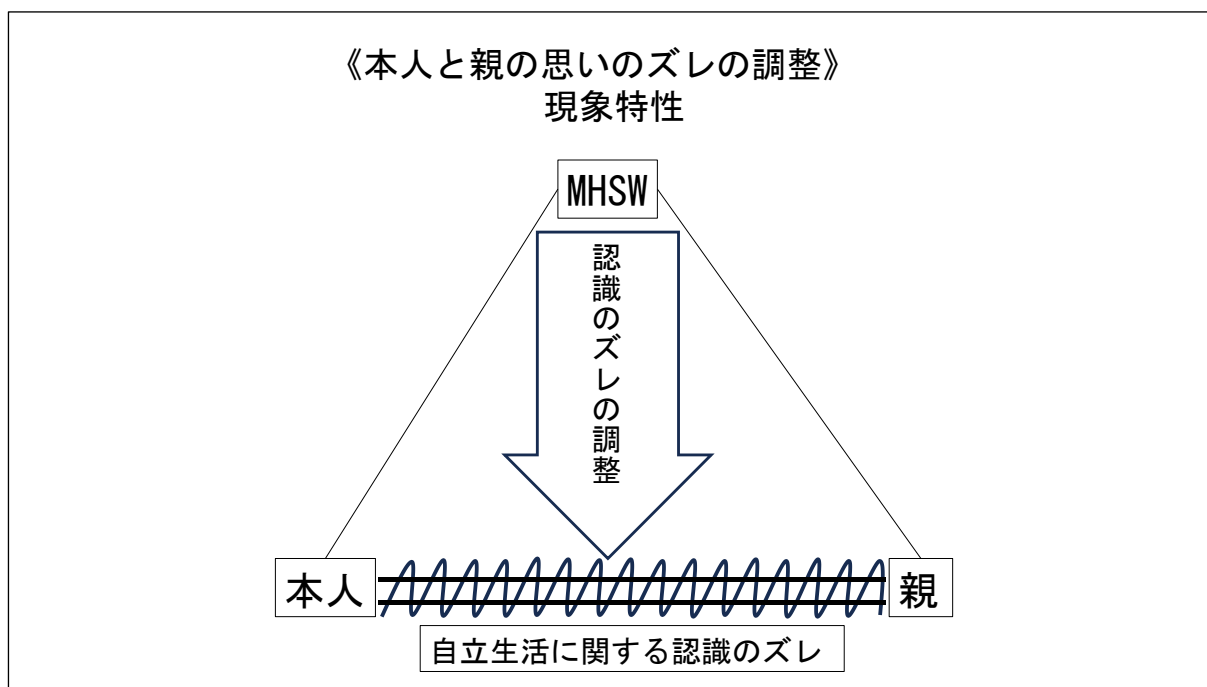


筆者作成

(4) 《本人と親の思いのズレの調整》

現象特性《本人と親の思いのズレの調整》は、概念〈自立を迫る親〉と〈自立を嫌がる本人〉から成る【非対称のパワーバランス】及び概念〈自立生活前の危機介入〉と〈自立生活のイメージづくり〉から成る【認識のズレの調整】により構成されるコアカテゴリーである。

図 5-3-3 《本人と親の思いのズレの調整》における MHSW の介入



筆者作成

《本人と親の思いのズレの調整》は、マイクロレベルのソーシャルワークである。「親元からの自立」という状況は、親と本人、両者にとってストレスフルな葛藤関係を生じさせる。この葛藤関係にある時の支援者の介入は、高いスキルが求められる。

「人間は意味を生きる」という構成主義的援助論は、人はそれぞれの物語を生きており、多様であっていいと考える。親元からの自立という、それまでの定位家族で一緒に暮らすという自明性を根本的に変更する事態に対して、親と本人の意味づけが異なるのは、不思議なことではない。稲沢（2005）は、構成主義について、以下のように述べている。

構成主義とは、これまで正しいと信じられてきたこと、当たり前だと教えられてきたこと、疑う必要すら感じられなかった自明の前提ということに対して、違う考え方があることを、異なった見方ができることを、疑ってかかってもよいのだということをささやくものである。

例えば、親と本人が施設見学に一緒に行ったり、専門家の説明を一緒に聞いたとしても、その意味づけが同じである訳ではない。いずれかが正しくて、いずれかが誤っている訳でもない。親と本人が、親元から自立したピアの体験談を聞いた場合もそうであろう。しかしながら、唯一聞いた体験談が、聞く人にとっては、ドミナント・ストーリー化してしまうこともある。ドミナント・ストーリー化すると、自身を粹付けしていくというベクトルが働く。構成主義的援助論は、ドミナント・ストーリーをクライアントと共同で脱構築しようとするナラティブ・アプローチ研究の流れ（上野：2017）であり、親と本人双方の認識のズレを相互に確認し合える介入が求められている。

また、第4章で述べたように、統合失調症母親と本人のパワーバランスに関する認識は、お互いにズレているということへの留意も必要である。親と本人のイーミックな認識世界をMHSWのエティックな視座から客体化していく介入である。図5-2-1及び図5-2-2にあるケアの脱家族化実践の全過程の支援で鍵概念となっている概念〈繰り返される介入の省察〉は、Schön（=2001）のいう反省的実践家と同義であり、求められる専門性は、「行為の中の省察」である。MHSWは、状況の変化を親と本人の3者で評価していく省察を繰り返す行い、《本人と親の思いのズレの調整》を図っていくことが求められている。

また、円環関係にある《内在化された偏見へ寄り添う》、《現実的な目標を紡ぐ》、《本人と親の思いのズレの調整》は行きつ戻りつすることから、MHSWは、親元からの自立の〈期が熟すのを待つ〉。丁度良いタイミングでMHSWは〈親元からの自立を提案〉する。MHSWから〈親元からの自立を提案〉する理由は、パワーバランスに関する認識がお互いにお互いが劣位であると感じているからである。第3章でレビューしたケアの脱家族化実証研究は、パワーバランスの優位な方が起点となっており、お互いに劣位と感じている間は、ケアの脱家族化が達成できないと考えられる。

本人、親、MHSWの3者を対象とした調査では、複数の同一事例がある。MHSW4名は、自らが起点となり実践を展開していた。一方で、MHSWと同一事例の中には、親や本人が「私が言い出したから（ケアの脱家族が始まった）」という語りもみられた。おそらく実態は、本人や親の「何

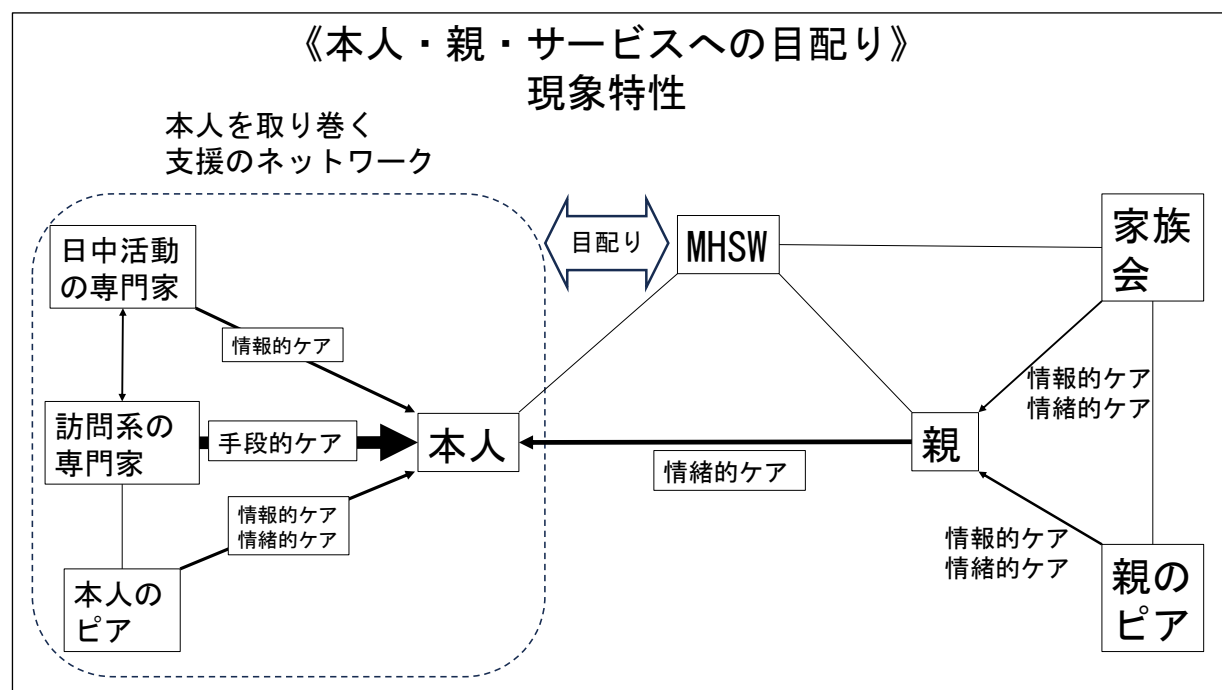
とかして！」という主訴を MHSW は、「親元からの自立支援」というソーシャルワークの枠組みに変換し、実践を展開していたのだ。つまり、親や本人の状況に対する帰納的な主訴を専門家である MHSW は演繹的に捉えているということである。同じ意味ではあるが、親や本人のイーミックな視座（内部からの視点）による主訴を MHSW は、エティックな視座（外部からの視点）で状況把握をしていることとなる。ここで重要なことは、MHSW が捉えたエティックな視座を支援の展開過程においては、MHSW が MHSW 自身のイーミックな意図と介入という行為を外在化させ、エティックな視座から捉え直し、〈繰り返される介入の省察〉を行っているのである。このように、予め決められた解が無い状況下では、親、本人、MHSW 3者の協働で解決策を紡いでいくことが求められる。MHSW による〈繰り返される介入の省察〉は、ケアの脱家族化ソーシャルワークの肝であるといえよう。

（5）《本人・親・サービスへの目配り》

現象特性《本人・親・サービスへの目配り》は、概念〈サービスにつなぐ〉から成る【制度を活用しながらの自立】と〈情緒的なつながりへの配慮〉から成る【ほど良い距離感の親子関係】により構成されている。時期区分では、母親調査による「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」であり、本人調査による「第Ⅲ期：親元から自立している期」である。

表 4-3-1 によると、母親は訪問系の専門家（ホームヘルパー・訪問看護・金銭管理）により、手段的ケアを専門家に委ねている。母親は、本人へのケアについて、母親ゆえの模索を始め、情緒的ケアが続いている。表 4-3-2 によると、本人は、訪問系の専門家から手段的ケアを受け、日中活動の専門家から情動的ケアを受けピアから情動的ケア及び情緒的ケアを受けている。

図 5-3-4 《本人・親・サービスへの目配り》におけるサービスの供給源



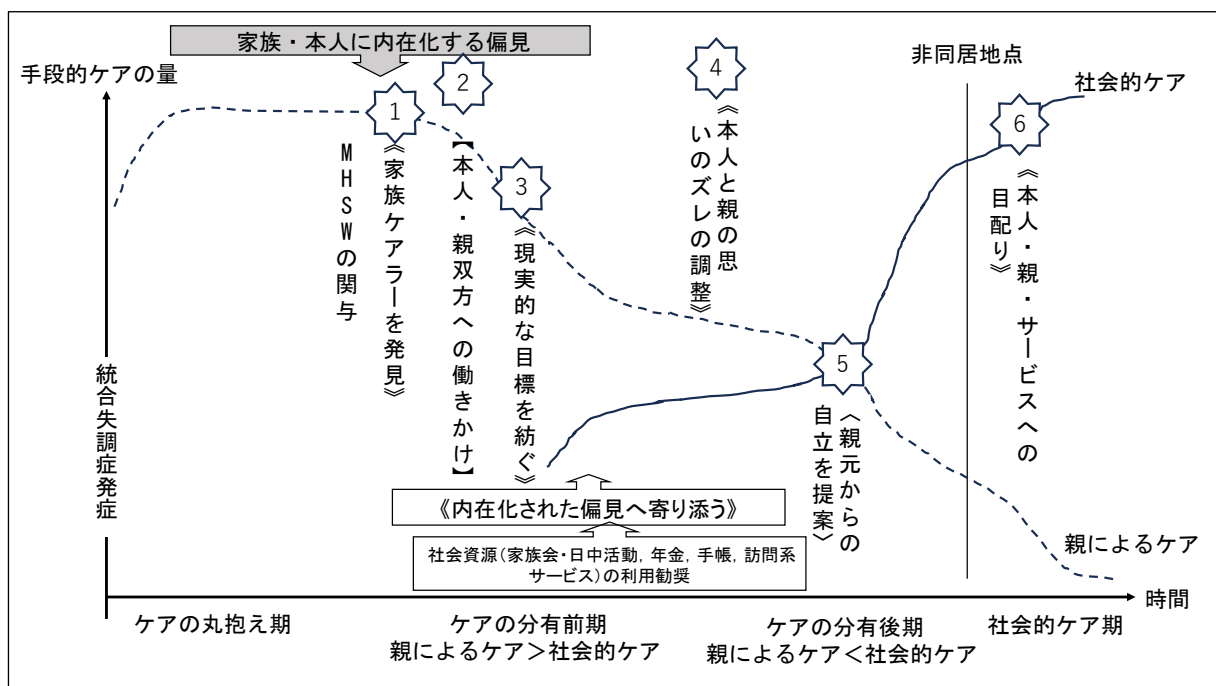
筆者作成

また、親は、家族会や親のピアから情動的ケアと情緒的ケアを受けている。こうしたケアの供給を図にすると、図 5-3-4 のようになる。MHSW は、《本人・親・サービスへの目配り》を行っている。

5-3-2. 手段的ケア及び情動的ケアが社会的ケアへと移行していくプロセス

前項では、本人へのケアを中心に、現象特性ごとに、供給源を図と文章で説明してきた。本項では、前項の説明をもとに、《家族ケアラーを発見》から、《本人・親・サービスへの目配り》に至るプロセスについて、手段的ケア及び情動的ケアの量を縦軸に、時間を横軸とし、図 5-3-5 に、TEM の主要概念である SD と SG、M-GTA の分析概念であるカテゴリーと概念を用いて図解した。社会的ケアへの移行は、「ケアの丸抱え期」、「ケアの分有前期：親によるケア>社会的ケア」、「ケアの分有後期：親によるケア<社会的ケア」、「社会的ケア期」の 4 期に時期区分した。

図 5-3-5 手段的ケア及び情動的ケアが社会的ケアへと移行するプロセス



出典) 塩満卓 (2021) 「精神障害者ケアの脱家族化に取り組む精神保健福祉士の実践過程」『精神保健福祉』52(2) 図 5 を筆者再分析し修正のうえ転載

「ケアの丸抱え期」は、現象特性《家族ケアラーを発見》であり、時期区分の「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」と同じ時期である。手段的ケア・情動的ケア・情緒的ケアの全てを親が担い、外部機関へ支援を求めない状況である。

「ケアの分有前期：親によるケア>社会的ケア」の分有の名づけは、中根 (2005) の造語である。知的障害ケアを外部的ケアと親によるケアに分け、ケアの供給を多元化していくという意味である。詳細は、第 3 章第 3 節で述べた。ここでの分有前期の意味は、本人が社会的ケアを受け始めたことにある。具体的には、日中活動の専門家から受ける情動的ケア、ピアから受ける情動的ケア及び情緒的ケアであり、その情動的ケアが一部社会的ケアへ分散される

ことにより、親によるケアが減少し始める。

「ケアの分有後期：親によるケア<社会的ケア」は、〈親元からの自立を提案〉の前くらいから手段的ケアが社会的ケアへ移行し始める。社会的ケア量が親によるケア量を逆転し始める。

「社会的ケア期」は、手段的ケアが訪問系サービスの専門家へ委ねられることにより、親によるケア量は、より少なくなっていく。しかしながら、情緒的ケアは保持される。

5-3-3. MHSW に求められる支援者態度

提示した統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデルから、MHSW に求められる支援者態度を3点あげておきたい。

1点目は、親も支援を必要としているクライアントであるということである。現行の精神保健福祉法も障害者総合支援法も、支援の対象は本人であり、親は支援対象と位置づけられていない。制度内実践を超えたソーシャルワークを実践して、親を含む家族支援が求められている。池末（2004）は、子どもが発病して早い時期に、親への教育が重要であるが、その機会が少ない。発病後の早い時期から、疾病の回復プロセスと社会的ケアへ移行していくイメージを持つような支援が必要であると指摘する。大島（2010）は、「家族の生活は、障害を持つ家族員のためだけにあるのではなく、家族自身も自らの生活を楽しみ、自己実現を図っていくことが求められる」と述べている。池末（2004）及び大島（2010）の論考は、親をケアラーとしてのみ位置づけるのではなく、親自身を自己実現の主体として捉え直す親支援のパラダイムシフトの必要性を指摘している。

2点目は、伴走的な関わりである。第4章で論じてきたように、母親は、「第Ⅰ期：孤軍奮闘期」から「第Ⅲ期：社会的ケアへ委ねる期」までのプロセスのなかで、病気及びケアに関する価値を大きく変容させていた。本人も「第Ⅰ期：所属を喪失している期」から「第Ⅲ期：親元から自立している期」までのプロセスのなかで、病気及びケアに関する価値を大きく変容させていた。このように価値変容は、MHSW が契機となる社会資源を紹介と併せて伴走的な関わりにより変容させている。

3点目は、ピアな集団との連携である。統合失調症と薬物依存症は、①思春期が好発年齢であること、②病名に対する社会的偏見が根強いこと、それゆえ③親が育て方に対する自責感を持つこと、④外部機関に援助を求めたがらないこと、これら4点が共通しており、親は孤立化する。MHSW は、病気や制度、本人と親の課題整理といった専門職として関わるが、親自身が内在化された偏見を乗り越えるために、ピアの集団である家族会は、影響が大きいことが明らかとなった。

以上の3点は、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワーク実践を展開していくうえで、MHSW に求められる不可欠な支援者態度である。

終章 総合考察

第1節では、提示した統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの実践モデル（以下、実践モデル）の理論的妥当性について、ケアに関する先行研究の知見から検討した。第2節では、本研究を通して見えてくるソーシャルワークへの示唆について論じる。第3節では、本研究の意義と残された課題について述べる。

第1節 実践モデルの理論的妥当性の検討

本節では、序章第2節における研究の背景及び第2章第2節におけるケアに関する先行研究の知見から検討を行う。

終1-1. 現代家族の価値規範からの検討

序章第2節では、杉井（2018）の家族の価値規範の変容について、以下のように記した。前近代における価値規範は、「ムラやイエのため」という価値を第一義とした規範である。近代における家族の価値規範は、「ムラやイエのため」から「家族のため」という価値へと変容していく。現代家族の価値規範は、1980年代以降に形成され、近代家族の価値規範「家族のため」から個人本位の「家族であっても、わたしはわたし」へと変容した。一方、精神障害者に関する法律「精神保健福祉法」は、「家族であっても、わたしはわたし」という個人本位の価値規範を未だに採っていない。現行法においても、「家族等」の同意により強制入院の代諾権を「家族等」に求めている。しかしながら、実践モデルのMHSWは、〈親のしんどさへの着目〉をし、親による〈ケアの丸抱え〉からの解放を志向している。したがって、実践モデルは、現代家族の価値規範に基づくモデルであるといえる。

終1-2. 家族周期説及びライフコース理論からの検討

序章第2節では、統合失調症親が家族社会学における家族周期説及びライフコース理論から逸脱した存在であることを述べた。統合失調症親の多くは、森岡（1997）の家族周期説による全ての子が独立する「向老期」及び畠中（2014）の家族周期説による夫婦だけの生活に戻る「老年期」を迎えることができていない。したがって、家族周期説から逸脱した存在であると指摘した。しかしながら、実践モデルは、母親調査により生成したセカンド等至点「親自身の時間を作れる」にみられるように、親が「向老期」或いは「老年期」を迎えることを可能とするモデルであるといえる。

ライフコース理論は、離婚率や再婚率が高まったアメリカで、モダールコースではない離婚、再婚、ひとり親といった家族に家族周期説が通用しなくなったことを背景に登場した理論である。島崎（2001）は、Elder（1998）のライフコース理論の4要素を「個人の発達（人間の主体的行為能力）」、「歴史と文化（時空間上の場所）」、「社会関係（結びあわされる人生）」、「年齢、時代、コホートの交差のタイミング」と訳し、この4つの基本的要素が相互に関連するところに、人々の多様な軌道（trajectory）として顕在する、と説明する。実践モデルは、手段的ケア及び情動的ケアが親から社会的ケアへと移行する。それゆえ、多様な生き方を剥奪されている状態から脱出していく「ライフコースの転換（turning point）」（大久保：1990）の可能性を持つモデルであり、親の多様な生き方を選択する可能性を包含すると考えられる。

終 1-3. J. Twigg&K. Atkin のケアラー支援の 4 つのモデルからの検討

第 2 章第 2 説では、ケアラー支援の 4 つのモデルを紹介し、わが国の統合失調症親は、その 4 モデルのうち、“carers as resources（主たる介護資源）”、“Carers as co-workers（専門職と協働でケアに従事する人）”にとどまると指摘した。実践モデルの MHSW は、「本人と親双方への働きかけ」を行い、実践モデルの素材のひとつである母親調査からは、必須通過点「専門家による本人と家族の課題整理」を生成している。したがって、“Carers as co-clients（介護者自身も援助の対象者）”を位置づけているモデルであるといえる。

終 1-4. 上野のケアの人権アプローチ四元モデルからの検討

第 2 章第 2 説では、上野（2011）のケアの人権アプローチ四元モデルを紹介した。上野モデルは、ケアの与え手に「ケアする権利」とその対極にある「ケアすることを強制されない権利」が保障されるべきであるとし、ケアの受け手に「ケアされる権利」と「不適切なケアを強制されない権利」が保障されるべきであるとしていることを紹介した。そのうえで、現行の統合失調症親については、「ケアする権利」も逸失利益を保障する介護手当等の制度もないことから、「ケアする権利」及び「ケアすることを強制されない権利」いずれも保障されていないと断じた。制度的な保障は未だ法制化されていないものの、実践モデルは、親が「ケアすることを強制されない権利」及び本人の「ケアされる権利」を構築していく端緒になる可能性をもつモデルであると考えられる。

以上、(1)現代家族規範からの検討、(2)家族周期説及びライフコース理論からの検討、(3) J. Twigg&K. Atkin によるケアラー支援の 4 つのモデルからの検討、(4) 上野によるケアの人権アプローチ四元モデルからの検討の結果、提示した実践モデルは、理論的妥当性を備えるモデルであることを論証した。

第2節 ソーシャルワークへの示唆

実践モデルの提示に至るまでに実施した第4章第1節における統合失調症母親への質的調査、第4章第2節における統合失調症本人への質的調査の分析からみえてくるソーシャルワークへの示唆について、ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベルに分けて述べる。

終-2-1. ミクロソーシャルワークへの示唆

ミクロソーシャルワークへの示唆として、(1)発病初期における正しい情報の提供、(2)困った時に訪問してくれるアウトリーチ型のサービス、(3)親自身がクライアントとして相談できる機関の明確化、(4)本人だけでなく親も含む家族全体のライフステージを見据えた支援の実践モデルの構築、(5)発病後の本人がMHSWと相談できる体制整備、の5点があげられる。

(1)発病初期における正しい情報の提供

母親への質的調査における「第I期：孤軍奮闘期」では、「誰にも話せない病気」と考え、「育て方が原因という自責感」に苛まれている。本人への質的調査における「第I期：所属を喪失している期」では、「現実を脅かす変な感覚」のなか「易疲労となった身体」であると自覚しつつも「社会参加への焦り」があり、「復学・就職で躓き」を経験し、調査対象者の多くが自己判断での断薬を経験している。

親や本人が統合失調症に関する情報を得られていないことに起因している。具体的には、①統合失調症の病気と障害に関する正しい情報、②発病の原因が親の育て方や遺伝ではないこと、③有病率は低くなく同じ病気の人が多く、④陽性症状は年齢を重ねることで軽減していくこと、⑤社会参加に使える制度、⑥家族会や地域活動支援センター等のピアな仲間の集える場の紹介があげられる。

実践現場において情報提供は、どの程度なされているのか。以下に記しているとおおり、病気の説明、薬の説明、病状の説明、いずれも実施率は、低い。

表序-2-1で示した精神障害者家族を対象とする大規模調査の1991調査では、「主治医が家族にしてくれた説明／して欲しかった説明」を尋ねている。表終-2-1は、それを転載したものである。入院群及び在宅群の全体では、主治医がしてくれた説明で最も高いのが「病状の説明」で37.0%であり、病名の説明は18.4%、薬の説明は17.4%にとどまっている。

その後の大規模調査においても同種の設問項目を尋ねている。家族が最も「説明して欲しかった」のは「回復の見通し（2010調査：52.3%、2005調査：35.9%、1991調査：30.8%）であるが、「説明してくれた」のは低い（2005調査：9.5%、1991調査：13.4%）。病名の説明実施率も、概ね2割と低い（2005調査：20.2%、1991調査：18.4%）。病状の説明の実施率は、調査項目の中では3割を超えている（2005調査：33.0%、1991調査：37.0%）が、薬の説明の実施率も高いとは言えない（2005調査：24.3%、1991調査：17.4%）。一般科で当たり前に行われる病気の説明、薬の説明、治療の見通しといった説明実施率が低いことが分かる。

他方、家族の「病名の説明をして欲しかった」という回答率も低い（2010調査：17.2%、2005調査：13.3%、1991調査：11.7%）。これらの数値から、家族は、「診断名は聞きたくないが、回復の見通しは知りたい」というアンビバレントな心情であると推察される。精神病に対する

表終-2-1 1991 調査による主治医が家族にしてくれた説明として欲しかった説明

		入院	在宅	全体
病名の説明	してくれた	20.2%	16.7%	18.4%
	して欲しかった	10.7%	12.7%	11.7%
病状の説明	してくれた	45.9%	28.3%	37.0%
	して欲しかった	27.2%	24.8%	25.9%
回復の見通し	してくれた	15.4%	11.6%	13.4%
	して欲しかった	28.4%	33.1%	30.8%
薬の説明	してくれた	12.0%	22.8%	17.4%
	して欲しかった	17.4%	25.3%	21.3%
治療法の説明	してくれた	9.4%	9.8%	9.6%
	して欲しかった	15.9%	19.0%	17.4%
本人への接し方の説明	してくれた	13.7%	20.0%	16.8%
	して欲しかった	16.0%	20.2%	18.1%
社会資源の紹介	してくれた	7.1%	11.7%	9.4%
	して欲しかった	17.7%	21.4%	19.6%
家族の悩みの相談	してくれた	17.2%	17.9%	17.5%
	して欲しかった	18.8%	19.7%	19.2%

出典) 1991 調査報告書より転載

偏見は、家族に内在化され、精神病への忌避的態度の現れであると考えられる（塩満：2023）。

（2）困った時に訪問してくれるアウトリーチ型のサービス

母親への質的調査では、病状悪化時に「男の親戚を呼び、嫌がる本人を病院まで運んだ」、「警察に連絡しパトカーで病院へ入院させた」、「退院してから、親が入院させたと責められる」という語りがみられた。本人への質的調査では、「親に騙されて病院へ連れて行かれた」、「旨いものを食べに行こうと誘われ、着いた場所が病院だった」という語りがみられた。このような困った時には、親子関係を犠牲にして、強制入院につなげるしかないのが日本の現状である。

国際的にはどうなのか。イギリスでは、早期介入する EI (Early Intervention) チームがある。早期介入が予後を良くするという知見から、多職種から成るチームが発病初期から訪問し、本人と家族との関係性を支えている。EI の後、落ち着くまでは AOT (Assertive Outreach Team) が、服薬遵守や日常生活の支援を行っている（野中：2005）。

フィンランドの西ラップランド地方で始まった統合失調症の新しい治療法オープンダイアログ (Open Dialogue：以下、OD) は、統合失調症を発症したら、その人の家に速やかに治療チームと家族、親戚らも集まり、対話を繰り返す。チームは、落ち着くまで責任を持ち、必要があれば、毎日でもミーティングを持つ。チームが行うカンファレンスも本人の前で行う。OD は、薬物療法や入院治療は極力避け、本人のことを本人のいないところでは決めないことを原則としている。「専門職のシステムを日常生活のニーズに合わせる」実践文化である。OD の導入の結果、西ラップランド地方では、入院期間が平均 19 日間短縮し、服薬の必要な患者の割合も低下し、再発率も激減したと報告されている (Seikkula & Arnkil=2019)。EI と OD は、アプローチに異なる部分はあるものの、発病初期に医療福祉資源を集中的に動員し、「心配なことを本人、親、専門家みんなで考え、共通認識を持つ」という点で共通している。

(3) 親自身がクライアントとして相談できる機関の明確化

1)で述べたように、インフォームドコンセントが十分になされていない状況下で、親は子の病気・障害を受けとめることに戸惑い・不安を抱え暮らしていることが母親への調査でも明らかとなった。親自身もそれまでの仕事を含む社会とのつながりをどう維持するかといった親自身の課題も抱えている。

精神保健福祉法は、本人の社会参加に関する相談する権利を親に付与しているが、親自身のことを相談する権利には、触れられていない。障害者総合支援法による相談支援は、計画相談及び地域相談が個別給付化され、事業所収入となるが、親の親自身のことに関する相談は、どこにも規定がない。西村(2009)が、「知的障害者本人に関する相談機関はあるものの、親たちの悩みを聞き、一緒に問題解決に向けて考えてくれる相談機関がない」という指摘は、統合失調症を含む精神障害にも当てはまる。

地域で体制整備を図る意味では、メゾソーシャルワークに関わる課題でもあり、制度設計にも関わる意味では、マクロソーシャルワークにもつながる課題である。

(4) 本人だけでなく親も含む家族全体のライフステージを見据えた支援の実践モデルの構築

本人への質的調査では、「親元からの自立が出来るかどうか不安だったけど、訪問看護やホームヘルプの助けを借りると、何とかなると思う」、「全部ひとりでやるのは、無理です。手伝ってもらえるから出来る」という趣旨の語りがみられた。

2022(令和4)年6月に発出された「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて—社会保障審議会障害者部会報告書」では、基本的な考え方に「親元からの自立を含めたライフステージ全体を視野に入れた、総合的な支援を進めていく必要がある」と記されている。しかしながら、その支援の仕組みは構築されていない。本論文で提示した実践モデルも検討の対象とし、地域相談のような支援の実践モデルの構築が求められている。

(5) 発病後の本人がMHSWと相談出来る仕組みの構築

本人への質的調査における「第I期:所属を喪失している期」では、1)で述べたように、「社会参加への焦り」があり、「復学・就職で躓き」を経験し、調査対象者の多くが自己判断での断薬を経験している。「大学を中退するしかなかった」や「仕事もやめるしかなかった」いった語りもみられた。

しかしながら、発病後初期の段階でのMHSWとの関わりは、語りのなかで確認できなかった。所属を喪失している期では、ネーミングのとおり、本人と社会との不調和状態にある。社会との不調和状態にあるクライアントへの介入は、ソーシャルワークの根幹の業務である(「人々がその環境と相互に影響し合う接点に介入する(2005年日本ソーシャルワーカー協会倫理綱領)」)。

医師を中心とした専門家とソーシャルワークの専門家であるMHSWとの連携を図り、発病後の本人がMHSWと相談出来る仕組みの構築が求められている。

以上、質的調査の結果から、ミクロソーシャルワークへの示唆として5点をあげることができる。

5-2-2. メゾソーシャルワークへの示唆

メゾソーシャルワークへの示唆として、(1)社会啓発の充実、(2)アウトリーチ支援体制の整備、(3)居住支援の強化、の3点があげられる。

(1) 社会啓発の充実

母親への質的調査のなかで、早期治療に至らなかったことに対して親の悔恨の情がみられたことを第4章で述べた。山口ら(2016)の調査結果にみられるように、わが国の統合失調症の発病から初診までの期間は17か月を要し、欧米に比べ著しく長い。早期治療に至らない理由は、社会啓発の不十分さに尽きる。

2004(平成16)年に厚生労働省が発したビジョンでは、「精神疾患は誰もが罹りうる病気であるという認知度を90%以上とする」の政策目標が達成出来ていない。「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報告書」(厚生労働省, 2021)では、精神疾患や精神障害に関する差別や偏見は依然として存在していると指摘し、普及啓発の必要性に言及している。

また、新たに統合失調症となる患者の早期治療を促進するには、学校現場におけるメンタルヘルス教育も重要である。2022(令和4)年度より、文部科学省の新学習指導要領により高等学校の保健体育に「精神疾患の予防と回復」が追加された。具体的な疾患名として、うつ病、統合失調症があげられている(文部科学省, 2021)。小塩ら(2019)は、高等教育機関におけるメンタルヘルス教育のあり方について、良い精神状態とはどのようなものなのか。精神症状が出たら、どこに相談すればいいのか、と具体的に教えることが重要であると指摘している。

これらのことから、求められる社会啓発は、①地域社会・一般市民への啓発、②学校現場におけるメンタルリテラシー教育、統合失調症に罹患しても地域社会に包摂される地域づくりを目指す③地域における統合失調症を含む精神障害者と地域住民の相互交流をあげることができる。

(2) アウトリーチ支援体制の整備

前項のミクソソーシャルワークへの示唆で記した(2)困った時に訪問してくれるアウトリーチ型のサービスと関連するが、地域レベルでアウトリーチ支援体制を整備していくことが求められる。2023年12月30日現在、一般社団法人コミュニティメンタルヘルスアウトリーチ協会のチーム正会員数は40チームであり、地域に偏在している。重篤な統合失調症者の地域生活支援の仕組みとして高く評価されているが、全国展開に至っていない。アウトリーチチームの普及は、メゾソーシャルワークの課題である。

(3) 居住支援の強化

母親への質的調査のなかで、「本人が訪問販売員から不要な品物を買わされる」、「最初のひとり暮らしはオートロックではないため、訪問販売員がドアまで入って来られないオートロックのマンションを購入した」という旨の語りがあった。また本人への質的調査では、「GHがふたり一部屋のため、次第に居心地が悪くなった。それでGHを出て、ひとり暮らしをしたが大変だ

った」という旨の語りがあった。前者の語りは、一定レベルの経済力を親が有していなければ選択肢となり得ない。国土交通省所管の居住支援施策と厚生労働省所管の障害福祉施策を連動させ、統合失調症の居住支援を強化していくことが課題となっている。後者の語りは、GHの量的な整備と質の確保が問題となっていることを示している。

これらのことから、①居住支援の強化及び②GHの施設整備は、メゾソーシャルワークの課題である。

以上、質的調査の結果から、メゾソーシャルワークへの示唆として3点をあげることができる。

5-2-3. マクロソーシャルワークへの示唆

マクロソーシャルワークへの示唆として、(1)親元からの自立支援の制度化、(2)相談支援に家族相談を明記すること、(3)アウトリーチ支援体制整備に関わる事業化と予算化、(4)統合失調症をケアする親への支援制度の創設、の4点があげられる。

(1) 親元からの自立支援の制度化

政府の諮問機関である社会保障審議会障害者部会は、2008年及び2022年の報告書において、親元からの自立支援の必要性について言及している。2023年、運動体である精神障害者家族会の全国組織みんなねっとは、「家族によるケアから社会的ケアへの転換」を提言している。親元からの自立支援は、政府が実践課題として認識しており、家族会も要望している。

計画相談や地域相談と同じように実践モデルを示し、予算化していくことが課題となっている。

(2) 相談支援に家族相談を明記すること

ミクロソーシャルワークへの示唆で述べた(3)親自身がクライアントとして相談できる機関の明確化、と重なる。マクロソーシャルワークの課題は、家族相談を相談支援に明記し、予算的な裏付けを伴うものとすることである。例えば、家族相談の個別給付化の検討も必要である。なぜならば、親元からの自立支援は、母親への質的調査及び本人への質的調査でも明らかのように伴走的な関わりとなるからである。

(3) アウトリーチ支援体制整備に関わる事業化と予算化

アウトリーチ型サービスが効果的であることは、諸外国の評価だけでなく、国内の取り組みにおいても明らかとなっている。アウトリーチチームの普及を促進していくための事業化と予算化が求められている。

(4) 統合失調症をケアする親への支援制度の創設

母親への質的調査において、本人へのケアにより「急に休まざるを得ない」、「仕事を続けることが難しくなった」との語りが見られた。上野モデル(2011)の「ケアする権利」は、逸失

利益を補填する所得保障や就業保障がなければ、「ケアする権利」が保障されているといえない。詳細は、第2章第2節で述べた。それらを考えると、①ケアする親への介護休暇制度、②ケアする親が仕事を継続するための短時間労働等の制度創設、③ケアに見合う介護手当制度の創設、④ケアする親への復職支援、があげられる。

以上、マクロソーシャルワークへの示唆として4点をあげることができる。

第3節 本研究の意義と残された課題

終-3-1. 本研究の意義

(1) 学術的意義

本研究の学術的意義は、2点あげられる。1点目は、統合失調症ケアの脱家族化ソーシャルワークの全体像を実証研究により明らかにしたことである。これまでの先行研究は、「親亡き後」の準備及び「ひとり暮らし」に向けた支援に関する研究にとどまるものであった。本研究は、「親の居る間」に定位家族から自立に至るまでの実証研究であり、新規性がある。

2点目は、ケアの脱家族化のステークホルダーである親、本人、MHSWの三者への実証研究を行い、実践モデルを生成したことである。これまでのケアの脱家族化に関する実証研究は、全身性障害分野では本人を対象とした実証研究、知的障害分野では親及び本人を対象とした実証研究、薬物依存症分野では親を対象とした実証研究である。支援者・被支援者を俯瞰した本研究は、新規性がある。

(2) 実践的意義

本研究の実践的意義は、統合失調症ケアの脱家族化を志向するソーシャルワーク実践モデルを提示したことである。序章の背景で述べたように、国は「親元からの自立支援」を実践課題として認識しているが、未だ法制化に至っていない。本研究で提示した実践モデルは、今後の実践に寄与し、法制化の検討に資することができると考えている。

終-3-2. 残された課題

残された課題として3点あげられる。1点目は、序章第2節で述べた統合失調症親の幸福追求権及び諸外国のケアラー支援について、比較検討できてない。2点目は、家族によるケアと専門職によるケアの差異について、論究できていない。3点目は、統合失調症罹病期間と家族のケア負担について、論究できてない。これら3点については、今後の課題としたい。

謝辞

この論文の完成に至るまでには、多くの方々のご支援を受けました。

まずは、本研究をご理解いただき研究対象としてインタビュー調査を受けていただいた統合失調症の方、また本研究の趣旨をご理解いただきインタビュー調査を受けていただいた統合失調症の子どもを持つお母様方に感謝申し上げます。

そして、実践現場の多くの精神保健福祉士の方々にもご協力いただきました。とりわけ、調査対象者への打診、インタビュー調査への同席、また自らのケアの脱家族化実践を語っていただいた精神保健福祉士の方々には、本当に有り難うございました。現場のご協力・ご支援があればこそ、研究を進めることが出来ました。

また、筆者の研究を全面的に支え、ご指導・ご助言いただきました研究者の方々にも御礼申し上げます。とりわけ、田中千枝子先生には、大学院修士課程入学時より後期課程を経て、現在に至るまで、ご指導・ご助言を賜りました。なかなか進まない筆者の研究に寄り添っていただきました。感謝の言葉しかありません。後藤澄江先生、大谷京子先生にも、後期課程在籍中、的確なご指導・ご助言を賜り、有り難うございました。後藤先生には、報告会后にメールでのご指導・ご助言だけでなく、励ましもいただきました。大谷先生には、この間、たいへんお忙しいなか、個別のご指導を賜り、筆者の混乱している思考を整理していただきました。貴重なお時間を割いていただき、感謝しております。今回、論文博士の副査をしていただきました平野隆之先生には、博士論文の構成、章ごとの書き分け等、細部に渡りご指導いただきました。

最後に日本福祉大学大学院質的研究会のメンバーの皆様にも御礼申し上げます。筆者にとって、研究すること、教えること、学び合うこと、の研究会コミュニティのなかで、質的研究を深く学ぶ機会になっています。

支えていただいた皆様に心より感謝申し上げます。

文献

A

A. H. Maslow (1970) *Motivation And Personality*, Prabhat Prakashan. (=1971, 小口忠彦訳『人間性の心理学』産能大出版部.)

安積純子 (1990) 「〈私へ〉－三〇年について」安積純子・岡原正幸・尾中文哉ほか『生の技法』藤原書店.

安高真弓 (2016) 「子の薬物依存問題によって親に生起する混乱と社会関係の変容およびその回復過程」『社会福祉学』57(1), 87-100.

安高真弓 (2020) 「薬物依存回復施設 DARC における家族支援について－関係機関との連携・協働を考える」『宇都宮大学地域デザイン科学部研究紀要』8, 77-92.

B

・ Barbara L. Paterson, Sally E. Thorne, Connie Canam, Carol Jillings (2001) Meta-Study of Qualitative Health Research : A Practival Guide to Meta-analysis and Meta-Syntesis., Sage Publications. (=2010, 石垣和子・宮崎美砂子・北池正・山本則子監訳『質的研究のメタスタディ実践ガイド』医学書院.)

・ Brown, G. W. and Monck, E. M. and Carstairs, G. M. et al. (1962) Infuluence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness, *British Journal of Preventanative and Social Medicine*, 16, 55-68.

C

・ Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss, Gerard E. Hogatry (1986) *SCHIZOPHRENIA AND THE FAMILY: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*, Guilford Press. (=1988, 鈴木浩二・鈴木和子監訳『分裂病と家族－心理教育とその実践の手引き (上)』金剛出版.)

D

第4回全国家族ニーズ調査委員会 (2006) 『第4回全国家族ニーズ調査報告書－精神障害者と家族の生活実態と意識調査』財団法人全国精神障害者家族会連合会.

Donald A. Schön (1987) Educating The Reflective Practioner., Jossey-Bass (=2001, 佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵－反省実践家は行為しながら考える』ゆみる出版.)

E

Elder, G. H., Jr. (1978) Family History and Life Course, in Hareven, T. K. (ed), *Transition: The Fmily and the Lfe Course in Historical Perspective*, New York, Academic Press.

Elisabeth Kübler-Ross (1969) On Death and Dying., Simon & Schuster/Touchstone. (=1971, 川口正吉訳『死ぬ瞬間－死にゆく人々との対話』読売新聞社.)

遠藤紫乃 (2011) 「精神障害者とホームヘルプサービス－地域でサービスを提供する立場から」『病院・地域精神医学』53 (3), 261-266.

Esping-Andersen (2001) *A Welfare State for the 21st century*, 桜井書店. (=2001, 渡辺雅男・渡辺景子訳『福祉国家の可能性—改革の戦略と理論的基礎』桜井書店.)

Eva Feder Kittay (1999) *LOVE'S LABOR: Essays on Women, Equality, and Dependency*, Routledge. (=2010, 岡野八代・牟田和恵監訳『愛の労働あるいは依存とケアの正義論』白澤社.)

F

Fromm-Reichmann (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy *Psychiatry*, 11(3), 263-273.

藤野成美・山口扶弥・岡村仁 (2009) 「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.

藤崎宏子 (2000) 「育てることと看取ること」藤崎宏子編『親と子—交錯するライフコース』ミネルヴァ書房, 327-343.

福田真清 (2017) 「老障介護家庭における知的障害者の自立をめぐる母親が経験するプロセス—複線経路・等至性モデルによる分析を通して」『社会福祉学』 58(2), 42-54.

福田真清 (2018) 「老障介護家庭における知的障害者の自立をめぐる経験—当事者視点で捉えた複線経路・等至性モデルによるプロセスの可視化を通して」『社会福祉学』 59(3), 30-43.

古屋龍太 (2019) 「精神障害者の親への支援の現状と課題—現行精神保健福祉法制を変革する家族支援アプローチの可能性」『社会福祉研究』 134, 41-49.

G

Gøsta Esping-Andersen (2001) *A Welfare State for the 21st century*, 桜井書店. (=2001, 渡辺雅男・渡辺景子訳『福祉国家の可能性—改革の戦略と理論的基礎』桜井書店.)

後藤澄江 (2006) 「家族変容の諸相と『ケア』の再構築をめぐる論理」野口定久編『福祉国家の形成・再編と社会福祉政策』中央法規. 141-152.

後藤澄江 (2012) 「変貌する日本の家族とコミュニティケア政策—高齢者介護の視点から」『社会福祉学研究』, 65-69.

Gregory Bateson and Don, D. J. Jay, H. (1956) Toward a theory of schizophrenia *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.

H

蜂矢英彦 (1981) 「精神障害試論—精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』 10(12), 1653-1661.

半澤節子 (2005) 「精神障害者家族研究の変遷—1940年代から2004年までの先行研究」『人間文化研究』 3, 65-89.

半澤節子 (2010) 「精神障害者家族の介護負担と家族支援」『最新精神医学』 15(3), 245-250.

Harrison G, et al (2001) Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-years international follow-up study, *Br J Psychiatry*, 178, 506-517.

畠中宗一 (2014) 「生活科学としての家族臨床福祉学試論—家族発達論に準拠して」『生活科学

研究誌』13, 1-25.

樋口進・杠岳文・松下幸生ほか(2007)「薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病の治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究」平成16-18年度厚生労働省精神・神経疾患委託研究費『薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病の治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究』総括研究報告書, 193-263.

樋口進(2010)『地域におけるサービス事業者等の連携のあり方に関する調査研究事業—アルコール・薬物問題—平成21年度家族事業総括事業報告書』

https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyoku/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/06-10a.pdf

樋口進(2022)「物質使用症又は嗜癖行動症群」『精神神経誌』124(12), 877-884.

広井良典(1997)『ケアを問いなおす—〈深層の時間〉と高齢化社会』ちくま新書.

広田伊蘇夫(2004)『立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』批評社.

広田和子(1998)「安心して死ぬために, 楽しく生きてほしい」『月刊ぜんかれん2月号 特集 親なき後は今の問題』全家連, 16-19.

昼田源四郎(1989)『分裂病者の行動特性』金剛出版.

昼田源四郎(2007)『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』金剛出版

細川徹(1994)「ADL尺度の再検討—IADLとの統合」『リハビリテーション医学』31(5), 326-333.

I

五十嵐愛子(2011)『薬物依存症者を抱える家族の適応過程—家族の当事者活動をフィールドとして探る』平成20年度~22年度 科学研究費補助金(基板C)研究成果報告書』新潟青陵大学.

池原毅和(2011)『精神障害法』三省堂. 285-289.

池末美穂子(2004)「家族の立場から」『精神科臨床サービス』4, 258-260.

今田拓(1976)「ADL評価について」『リハ医』, P. 315.

稲沢公一(2005)「構成主義・ナラティブ」『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店.

石原邦雄(1981)「精神病の長期化と家族の対応」『精神衛生研究』28, 93-107.

石原邦雄(1982)「精神病長期療養者の家族に関する2地域調査」『精神衛生研究』25, 28-44.

伊勢田堯(2008)『自治体における精神保健活動の課題—今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策』萌文社.

伊勢田堯・長谷川憲一(2010)「これからの『家族療法』—家族病理治療中心から家族運営支援への転換」伊勢田堯・中村伸一編『精神科治療における家族支援』中山書店.

伊勢田堯ら(2011)「精神保健医療における歴史的誤りを正すための家族支援の意義と課題」『臨床精神医学』40(1), 63-68.

伊藤千尋(2019)『精神保健福祉領域における家族支援のあり方—統合失調症の子をもつ母親の語りから』萌文社.

伊藤順一郎・大島巖・岡田純一ほか(1993)「EEに病歴や精神症状が及ぼす影響—日本におけるEEの追試研究より」『精神科診断学』4, 301-312.

伊藤順一郎・大島巖・岡田純一ほか (1994) 「家族の感情表出 (EE) と分裂病患者の再発との関連—日本における EE の追試研究の結果」『精神医学』 36(10), 1023-1031.

岩崎弥生 (1988) 「精神病患者の家族の情動的負担と対処方法」『千葉大学看護学研究紀要』 20, 29-40.

岩田泰夫 (1995) 「精神障害を持つ人とその親との『親子カプセル』の形成と回復」『桃山学院大学社会学論集』 29(2), 1-25.

J

Jaakko, Seikkula and Tom-Erik, Arnkil. (2014) Open dialogues and anticipations : Respecting Otherness in the Present Moment, National Institute for Health and Welfare (=2019, 斎藤環監訳『開かれた対話と未来—今この瞬間に他者を思いやる』医学書院.)

Jeste D, et al (2011) Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia, Schizophr Bull, 37, 451-455.

Judi Chamberlin (1988) On Our Own, MIND. (=中田智恵海監訳 (1996) 『精神病患者自らの手—今までの保健・医療・福祉に代わる試み』開放出版社.)

Julia Twigg, Karl Atkin (1994) Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care, Open University Press.

Julian Leff, Christine Vaughn (1985) : Expressed Emotion in Families, Guilford Press. (=三野善央・牛島定信訳 (1991) 『分裂病と家族の感情表出』金剛出版.)

K

鍛冶智子 (2015) 「知的障害者の自立をめぐる親のためらい—『知的障害』という特性に着目して—」『立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科紀要』 13, 17-28.

神谷栄司 (2020) 「オープンダイアログの理論的基礎—ヤクビンスキー, バフチン, ヴィゴツキーからの照明」『花園大学社会福祉学部研究紀要』 28, 65-87.

片桐資津子 (2002) 「プロダクティブ・エイジングの家族研究—『家族周期論』から『ライフコース論』へのパラダイム転換」『経済学論集』 56, 37-60.

川喜田二郎 (1967) 『発想法—創造性開発のために』中公新書.

木下康仁 (2003) 『グラウンデッドセオリーアプローチの実践—質的研究への誘い』弘文堂.

木下康仁 (2015) 『M-GTA モノグラフシリーズ2 ケアラー支援の実践モデル』ハーベスト社.

木下康仁 (2020) 『定本 M-GTA—実践の理論化をめざす質的研究方法論』医学書院.

倉石哲也 (2005) 「家族療法とソーシャルワーク」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店.

小塩靖崇・住吉太幹・藤井千代ほか「学校・地域におけるメンタルヘルス教育のあり方」『予防精神医学』 4(1), 75-84.

児玉真美 (2013) 「母親が『私』を語る言葉を取り戻すこと」『支援』 3, 生活書院, 73-86.

こころの健康推進会議編 (2013) 『こころの健康社会を目指す』やどかり出版.

国立研究開発法人国立精神・神経センター精神保健福祉資料(2022)「令和4年度 630 調査結果」

(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>, 2022. 8. 15).

公益財団法人全国精神保健福祉社会連合会・「精神障がい者の自立した地域生活を推進と家族が安心して生活できるための効果的な家族支援等の在り方に関する全国調査」調査委員会編 (2018) 『平成 29 年度「精神障がい者の自立した地域生活を推進と家族が安心して生活できるための効果的な家族支援等の在り方に関する全国調査」報告書』公益財団法人全国精神保健福祉社会連合会.

公益社団法人全国精神保健福祉社会連合会 (2023) 『月刊みんなねっと 2023 年 6 月臨時増刊号—精神保健医療福祉への提言』公益社団法人全国精神保健福祉社会連合会.

厚生省 (1978) 『厚生白書—健康な老後を考える 昭和 53 年版』, P. 91.

厚生労働省 (2004) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要)」 (<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>, 2023. 11. 10)

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 (2008) 『社会保障審議会障害者部会報告—障害者自立支援法施行後 3 年の見直しについて—』 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1216-5a.pdf>, 2023. 6. 15).

厚生労働省 (2014) 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性 (長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ)」 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>, 2023. 11. 10)

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2016) 『平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査 (全国在宅障害児・者等実態調査) 結果』厚生労働省.

厚生労働省 (2022) 「令和 2 年 (2020) 患者調査 (確定数) の概況」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanjya.pdf> 2023/06/01 閲覧

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 (2022) 『障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見直しについて—社会保障審議会障害者部会報告書—』 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000950635.pdf>, 2023. 6. 15)

M

Mary Daly (2002) CARE WORK: The quest for security, International Labour Office.

松原三郎 (2008) 「精神科病床利用状況からみたわが国の精神科医療の課題」『日精協誌』27(11), 286-298.

牧原浩 (2003) 「家族療法の創始記」日本家族研究・家族療法学会編『臨床家のための家族療法リソースブック—解説と文献 105』金剛出版.

Magiliano, L., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Morisini, P. L., Maj. M. (1996) A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patient with schizophrenia—development and factor analysis. Acta Psychiatr Scand, 94, 224—228.

三毛美予子 (2007a) 「母との闘い」『社会福祉学』47(4), 98-110.

三毛美予子 (2007b) 「一人暮らしへの傾斜—親と暮らしていた脳性麻痺者が一人暮らしとしての自立生活を実現する一過程」『甲南女子大学研究紀要人間科学編』43, 57-68.

- 三毛美予子 (2007c) 「家族と暮らしていた脳性麻痺者の自立生活選択背景から考えるソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』33(2), 15-21.
- 南山浩二 (1996a) 「精神障害者家族の認知と対処に関する研究」『社会福祉学』37(6), 38-55.
- 南山浩二 (1996b) 「精神障害者をケアする家族の負担—2時点間パネル調査の結果から」『家計経済研究』31, 61-69.
- 南山浩二 (2007) 「精神障がい者家族と社会的排除—社会的排除をめぐる二つの機制」『家族社会学研究』18(2), 25-36.
- 南山浩二 (2015) 「地域精神保健福祉活動に従事する精神科医師の語り—リカバリー志向の実践と訪問型支援に焦点をあてて」『社会イノベーション研究』10(2), 143-188.
- Milton Mayeroff (1971) ON CARING, Haper&Row. (=1987, 田村真・向野宣之訳『ケアの本質—生きることの意味』ゆみる出版)
- 三田優子, 平直子, 岡伊織 (2004) 『心にとどくホームヘルプ』全国精神障害者家族会連合会.
- 三富紀敬 (2007) 「イギリスの社会保障と介護者」『静岡大学経済研究』66(4), 49-78.
- 三富紀敬 (2008) 『イギリスのコミュニティケアと介護者—介護者支援の国際的展望』ミネルヴァ書房.
- 三富紀敬 (2010) 『欧米の介護保障と介護者支援—家族政策と社会的包摂, 福祉国家類型論』ミネルヴァ書房.
- 三富紀敬 (2011) 「イギリスにおける介護者支援法」『社会福祉研究』111, 100-104.
- 三富紀敬 (2016) 『介護者支援政策の国際比較—多様なニーズに対応する支援の実態』ミネルヴァ書房.
- 三井さよ (2004) 『ケアの社会学—臨床現場との対話』勁草書房.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2013) 『平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (唐人保健健康増進等事業分) 持続可能な介護保健制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書 (地域包括ケア研究会) 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』 (https://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf, 2023. 7. 1) .
- 三浦康文 (1981) 「精神障害者のリハビリテーション—ソーシャルワーカーの経験から」『ソーシャルワーク研究』7(4), 32-36.
- 宮崎美砂子 (2008) 「質的研究のメタ統合の創出—Paterson らによるメタスタディを中心に」『看護研究』41(5), 359-366.
- 麦倉泰子 (2004) 「知的障害者家族のアイデンティティ形成についての考察—子どもの施設入所にいたるプロセスを中心に」『社会福祉学』45(1), 77-87.
- 茂木俊彦 (2003) 『障害は個性か—新しい障害観と『特別支援教育』をめぐる』大月書店.
- 森口弘美 (2014) 「知的障害者の『親元からの自立』を促進する支援のあり方—家族へのインタビューの質的分析をとおして」『同志社社会福祉学』28, 77-88.
- 森岡清美 (1973) 『家族周期論』培風館.
- 森岡清美・望月嵩 (1997) 『新しい社会学 四訂版』培風館.
- 森山千賀子 (2021) 「外国のケアラー法と支援制度の考え方—イギリス・フィンランドのケアラ

一支援策から」『ゆたかな暮らし』468, 22-27.

N

中西正司・上野千鶴子 (2003) 『当事者主権』岩波新書.

中根成寿 (2005) 「障害者家族におけるケアの特性とその限界ー『ケアの社会的分有』にむけた検討課題」『立命館大学産業社会論集』40(4), 51-69.

中根成寿 (2006) 『知的障害者家族の臨床心理学』明石書店.

中澤正夫 (1996) 『『生活障害』の構造化の試み』『第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書ー日本精神障害者リハビリテーション学会誌 準備号』139-153.

中坪太一郎 (2008) 「統合失調症の家族研究の展望」『東京大学大学院教育学研究科紀要』48, 203-211.

成瀬暢也 (2019) 「薬物依存症の治療と回復」『医学のあゆみ』271(11), 1221-1225.

2020年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査委員会・特定非営利法人奈良県精神障害者家族会連合会編『2020年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査報告書』特定非営利法人奈良県精神障害者家族会連合会.

西村愛 (2007) 『『親亡き後』の問題を再考する』『保健福祉学研究』5, 75-91.

西村愛 (2009) 「親役割を降りる支援の必要性を考えるー『親亡き後』問題から一歩踏み出すために」『青森保健大雑誌』10(2), 155-164.

西川京子 (2007) 「アルコール・薬物問題をもった家族への支援とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』32(4), 37-43.

野村総合研究所 (2017) 『地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業報告書』

(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2_nomura.pdf, 2023.7.1)

Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988) *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*, Sage.

Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln (2000) *Handbook of qualitative research, 2nd ED.*, Sage Publications. (=2006, 平山満義監訳『質的研究ハンドブック 1巻質的研究のパラダイムと眺望』北大路書房.)

野中猛 (2005) 「イギリスにおけるACT活動の歴史と現状」『精リハ誌』9(2), 134-141.

O

小原聡子・西尾雅明, 牧尾一彦ほか (2001) 「罹病期間からみた家族のニーズと家族教室に求めるものー全国精神障害者家族会連合会家族支援プログラムモデル事業に参加した家族へのアンケート調査から」『病院・地域精神医学』44(3), 357-363.

落合恵美子 (2022) 「ケアの『脱家族化』と移民受け入れがカギ」『週刊東洋経済 2022年7月9日号』東洋経済新聞社, P. 61.

岡原正幸 (1990) 「制度としての愛情ー脱家族とは」安積純子・岡原正幸・尾中文哉ほか『生の技法』藤原書店, 75-100.

- 大川弥生 (2006) 「参考資料3 ICF (国際生活機能分類) - 『生きることの全体像』 についての『共通言語』一」『第1回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会』 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/d1/s0726-7e.pdf>, 2023.6.1)
- 大久保孝治 (1990) 「ライフコース分析の基礎概念」『教育社会学研究』46, 53-70.
- 小澤温 (2004) 「障害論—障害の概念と支援」『精リハ誌』8(2), 28-33.
- 大谷藤郎 (1996) 『地域精神衛生活動指針』医学書院.
- 大谷京子 (2020) 「ソーシャルワークの価値再考—『個人の尊厳』の根拠をどこに求めるか」『社会福祉学』60(4), 96-99.
- 大塚敦子 (2013) 「法改正を足がかりに取り組み改革の展望と課題」『精神医療』71.
- 大島巖 (1993) 「社会の中の精神障害者・家族とEE研究—CFI面接を通して見えてきたこと」『こころの臨床ア・ラ・カルト』12(1), 13-17.
- 大島巖・伊藤順一郎・柳橋雅彦ほか (1994) 「精神分裂病を支える家族の生活機能とEE (Expressed Emotion) の関連」『精神神経学雑誌』96(7), 493-511.
- 大島巖 (1995) 「全国保健所における家族教室の実施状況と施策発展の条件」『REVIEW』11, 12-15.
- 大島巖 (2010) 「なぜ家族支援か—『援助者としての家族』支援から、『生活者としての家族』支援, そして家族のリカバリー支援へ」『精神科臨床サービス』10, 278-283.

Q

- Qualls, S. H. (1997) Transitions in autonomy : The essential caregiving challenge An essay for practitioners, Family Relations, 46(1), 41-45.

S

- 斎藤真緒 (2010) 「介護者支援の論理とダイナミズム」『立命館大学産業社会論集』46(1), 155-171.
- 斎藤学 (1999) 『依存と虐待』日本評論社.
- 佐藤奈保 (2008) 「障害児を育てる家族に対する看護実践モデル開発をめざした質的研究の統合—家族のノーマリゼーションを視点としたメタデータ分析による体系化」『看護研究』41(5), 373-381.
- サトウタツヤ, 安田裕子, 喜怒彩恵, ほか (2006) 「複線経路・等至性モデル—人生の経路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して」『質的心理学研究』5, 255-275.
- サトウタツヤ編 (2009) 『TEMで始める質的研究—時間とプロセスを扱う研究を目指して』誠心書房.
- 佐藤奈保 (2008) 「障害児を育てる家族に対する看護実践モデル開発をめざした質的研究の統合—家族のノーマリゼーションを視点としたメタデータ分析による体系化」『看護研究』41(5), 373-381.
- 嶋崎尚子 (2001) 「ライフコース論的アプローチ」野々山久也・清水浩昭編『家族社会学の分析視角—社会的アプローチの応用と課題』ミネルヴァ書房.
- 清水由香 (2016) 「精神障害のある人への居宅介護支援の特性に関する考察—居宅介護事業責任者等が認識する支援効果の構成要素とその関連要因」『社会福祉学』57(6), 76-86.

- 塩満卓 (2012) 「地域精神保健福祉機関で働く PSW の成長過程に関する研究—利用者に対する援助者役割に着目して」『精神保健福祉』 43 (2), 125-133.
- 塩満卓 (2015) 「離れて暮らすことを選択した精神障害者家族の意識変容プロセス—予備調査 3 名の TEM 分析から—」『福祉教育開発センター紀要』 12, 17-35.
- 塩満卓 (2017) 「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.
- 塩満卓 (2018) 「家族等の同意に基づく医療保護入院に関する批判的検討—政策形成過程と国際比較の観点から」『社会福祉学部論集』 14, 97-117.
- 塩満卓 (2020) 「諸外国における強制入院制度とわが国の医療保護入院—イギリス, 韓国, 台湾との比較を中心に」高岡健編『メンタルヘルスライブラリー43 隔離・収容政策と優生思想の現在』批評社.
- 塩満卓 (2021) 「精神障害者ケアの脱家族化に取り組む精神保健福祉士の実践過程—世帯分離支援を行った 4 名へのインタビュー調査の分析から」『精神保健福祉』 52 (2), 111-123.
- 塩満卓 (2023) 「定位家族から独立する暮らしを選択した統合失調症者の意識変容プロセス—9 名のインタビュー調査の TEM 分析から」『精神保健福祉学』 10 (1), 61-76.
- 塩満卓 (2023) 「ケアの脱家族化を阻む社会」『響き合う街で』 107, 27-32.
- 塩満卓 (2024) 「統合失調症の生活障害と必要とされるケア—生活障害の先行研究と家族会大規模調査の分析から」『社会福祉学部論集』 20, 掲載予定論文
- 新藤こずえ (2011) 「重複障害のある成人期障害者の自立観」『高知女子大学紀要—社会福祉学部編』 60, 109-124.
- 白澤政和 (2007) 「ケアとは何か」『中村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規. P. 716.
- 末武泰弘・諸富祥彦・得丸友子ほか (2016) 『「主観性を科学化する」質的研究法入門—TAE をを中心に』金子書房.
- 杉井潤子 (2012) 「脱家族化, そして新たなる家族的関係の構築」『家族関係学』 31, 25-35.
- 杉井潤子 (2018) 「現代社会における家族支援のあらたな展開」『ソーシャルワーク研究』 43 (4), 5-18.
- 杉田隠子 (2004) 「入所施設からの地域移行と地域生活の現状と課題—国立のぞみの園, 船形コロニー, コロニー雲仙での調査結果を基に」『さぼーと』 51 (8), 50-55.
- 末安民生ら (2009) 「ニューロングステイ患者の実態把握と退院に向けた効果的ケアの開発」『精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討—平成 20 年度障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書』社団法人日本精神科看護技術協会.
- 鈴木勉・塩見洋介ほか (2005) 『シリーズ障害者の自立と地域生活支援①ノーマライゼーションと日本の「脱家族化」』かもがわ出版. 35-36.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, A., and Benson, A. (1996) Caring for relatives with serious mental illness: the development of Experience of Caring Inventory (ECI). *Social Psychiatry Epidemiology*, 31, 137—148.

T

- 田上美千佳 (1997) 「精神分裂病をもつ家族の心的態度 第1報—CFIの検討を通じて」『日本精神保健看護学会誌』6(1), 1-11.
- 田上美千佳・糸川昌成 (2005) 「統合失調症の家族研究」『精神科』7(2), 125-129.
- 高木俊介 (2020) 「ACT」『精神医療改革事典』批評社, P.13.
- 高畑進一 (2016) 「日常生活活動 (ADL) の概念とその範囲」伊藤利之・鎌倉矩子監修, 水落和也ほか編『ADLとその周辺—評価・指導・介護の実際』医学書院, 2-8.
- 高野敏樹 (2003) 「『社会保障の権利』の憲法構造」『人間福祉研究』6, 121-133.
- 隆島研悟 (2019) 「ADL・IADLの概念と捉え方」『PTジャーナル』53(8), 767-774.
- 竹中勲 (1998) 「自己決定権と自己統合希求的利益説」『産大法学』32(1), 1-41.
- 立岩真也 (1990) 「『出て暮らす』生活」安積純子・岡原正幸・尾中文哉ほか『生の技法—一家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店, 57-74.
- 土屋葉 (2002) 『障害者家族を生きる』勁草書房.
- 土屋葉 (2007) 「障害者の『自立』と家族の『自立』」『女たちの21世紀』52, アジア女性資料センター, 43-45.
- 鶴野隆浩 (2000) 「『家族での暮らし』と『家族からの自立』の支援」『介護福祉学』7(1), 70-77.
- 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会・平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会編 (2010) 『精神障害者の自立した地域生活を推進し家族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研究』特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会.
- 徳田由希 (2019) 「統合失調症の子どもを持つ父親の体験に関する文献検討」『東京女子医科大学看護学会誌』14(1), 23-29.
- 殿村壽敏・田中千枝子 (2009) 「精神障害者ホームヘルプサービスを利用しない家族に関する研究」『精リハ誌』13(2), 182-189.
- 遠山照彦 (2005) 『統合失調症はどんな病気かどう治すかのか』萌文社.

U

- 植村直子・宮崎美砂子 (2016) 「看護学雑誌におけるメタ統合研究の動向—2005年から2014年に出版された国内外論文の検討」『千葉看護学会誌』21(2), 45-54.
- 上野千鶴子 (2011) 『ケアの社会学』太田出版.
- 上野加代子 (2017) 「福祉の研究領域における構築主義の展開」『社会学評論』68(1), 70-86.
- 植戸貴子 (2012) 「知的障害者と母親の『親離れ・子離れ』問題—知的障害者の地域生活継続支援における課題として」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』4, 1-12.
- 植戸貴子 (2015) 「知的障害児・者の親によるケアの現状と課題—親の会の会員に対するアンケート調査から」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』7, 23-37.
- 梅崎薫・前田信雄 (2000) 「家族ケアをアセスメントする『介護者法』—介護者の人権を保障するケアマネジメントを」『月刊ケアマネジメント』11(1), 20-22.
- 臺弘 (1985) 「精神障害試論—精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』

10(12), 1653-1661.

宇都宮みのり (2010) 「精神病患者監護法の『監護』概念の検証」『社会福祉学』51(3), 64-77.

V

Vaughn Christine, Leff Julian (1985) *Expressed Emotion in Families* The Guilford Press.
(=1991, 三野善央・牛島定信訳『分裂病と家族の感情表出』金剛出版.)

W

若尾典子 (2017) 「子どもの人権としての『保育』—ケアと日本国憲法」『福祉教育開発センター紀要』14, 133-150.

鷺田清一 (2012) 「ケア」『現代社会学事典』弘文堂, 330-333.

WHO(2002) Lessons for long-term care policy : the cross-cluster initiative on long-term care, WHO, 5-6.

World Health Organization (2001) : ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. (=2003, 厚生労働省訳『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—』, 中央法規.)

Y

山口みほ (2010) 「薬物依存者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題」『平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器などレギュラトリーサイエンス総合研究事業) 薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究』分担研究報告書, 133-139.

山口大樹・水野雅文 (2016) 「統合失調症における早期介入」『臨床精神医学』45(8), 1041-1046.

山本佳子・丹羽真一 (2003) 「ICF と統合失調症」『精神医学』45(11), 1167-1174.

山野尚美 (2001) 「薬物依存者の家族支援プログラム—大阪地域における七年間の実践から」『生活教育』45(5), 25-29.

山野尚美 (2002) 「薬物依存者の家族に対するソーシャルワーカー家族自身の心理・社会的脆弱化と初期化移入の試み」『社会福祉学』43(1), 67-79.

谷中輝雄・佐藤三四郎・荒田穂ほか (1980) 「わが国におけるシステム化の動向—生活支持の観点から」『臨床精神医学』9(6), 647-655.

安田裕子・サトウタツヤ編 (2012) 『TEM でわかる人生の経路—質的研究の新展開』誠心書房.

湯原悦子 (2017) 「家族の介護問題と家族支援のあり方—ケアする人を支える」『月刊福祉』100(1), 28-31.

湯原悦子 (2010) 「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討—日本における介護者支援法のために」『日本福祉大学社会福祉論集』122, 41-52.

横塚晃一 (1981=2007) 『母よ！殺すな』生活書院.

吉池毅志 (2003) 「援助関係における対等概念の問い直し—精神障害をもつクライアントとの援助関係の検討」『大阪人間科学大学紀要』2, 153-158.

要田洋江 (1999) 『障害者差別の社会学』岩波書店.

Z

財団法人全国精神障害者家族会連合会（1986）『日本の精神障害者と家族の生活実態白書―「精神障害者および家族に関する調査研究」報告書』財団法人全国精神障害者家族会連合会。

全家連保健福祉研究所（1993）『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ’93』財団法人全国精神障害者家族会連合会。

全家連30年史編集委員会（1997）『みんなで歩けば道になる―全家連30年のあゆみ』財団法人全国精神障害者家族会連合会。

全国保健福祉研究所（1997）『精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ’97』財団法人全国精神障害者家族会連合会。