

精神障害者の自立プロセスにおける自立達成要因と支援者の役割

—支援者のインタビュー調査から—

駒ケ嶺 裕子
YUKO KOMAGAMINE

I はじめに

精神障害者施策における改革ビジョン「入院医療中心から地域生活中心へ」が提言されてから（以後、改革ビジョンと称す。）15年が経過した。その後、精神障害者支援として退院を促進するための地域移行や、地域生活を継続するための定着支援、就労支援などが推し進められた。「この入院医療中心から地域生活中心」を実現するためには、精神障害者の当たり前の生活を目指すべく、国民側の意識変革や精神医療体系と地域生活支援体系の再編、精神保健医療福祉施策の基盤が整備された¹⁾。

この改革ビジョンから現在まで、地域移行により社会的入院の推進や施設入所、グループホームや在宅生活の地域社会づくりが進んだが、今日まで社会的入院者の減少傾向が見られるが劇的な改善とまでは言えない。また地域移行は進んでいるように見えるが受け皿の不足感は否めないのが現状である。

これまで精神障害者の自立生活に関する調査及び研究は、全国精神保健福祉会連合会による報告書²⁾をはじめ、吉川³⁾、青木⁴⁾、金井⁵⁾らによって研究が行われてきたが、改革ビジョン後の自立支援の具体的な示唆まで至らない。精神障害者が自立についてどう考えているかを、駒ケ嶺⁶⁾が当事者のインタビューから明らかとしたが支援者側の意識調査や研究は見当たらない。近年、人口減少と高齢化率の高い地方における精神障害者の社会資源減少について木下⁷⁾が注視したことからも、精神障害者の自立支援を見直す時期と考える。

以上のことから改革ビジョン後の精神障害者の地域生活は、退院から地域生活への移行が定着するなかで、自立生活が浸透してきた傾向にあると考えられる。その地域生活を促進するために精神障害者の身近な存在として、地域における施設や機関の支援者の存在は大きい（以下、支援者と称す。）。そこで本研究の視点を改革ビジョン後の精神障害者の自立プロセスにかかわる達成要因を支援者側から検証することで、その役割を明らかとする。

II 用語の定義と研究方法

1. 自立の定義

本論の自立の概念について大橋は、「労働的・経済的自立」「精神的・文化的自立」「身体的・精神的自立」「社会関係的・人間関係的自立」「生活技術的自立」「政治的・契約的」と分類し、それぞれが独立した形ではなく相互関係にあることが自立と論じている⁸⁾。また三浦は、自立を一義的に捉えるのではなく、能力に応じた日常生活を営むことがその人なりの自立であると論じている⁹⁾。

このことから本研究の自立の定義を「それぞれの能力に合わせた日常生活を送るなかで自立は一義的なものではなく、多面的であり相互に影響し合うもの」とする。

2. 調査方法

本研究の調査協力者は、精神障害者のグループホーム、就労継続支援B型事業所に1年以上勤務する職員で調査の承諾を得られた15名である。調査データの収集期間は、2018年2月から2019年3月である。

そのデータの収集方法は、調査協力者と個別インタビュー形式であり、半構造化面接を行った。さらに了解を得られた調査協力者の場合のみに録音と逐語記録を作成した。インタビュー協力者は、秋田県内にある精神障害者を支援する事業所のうち協力を得られた3施設15名である。調査項目は、インタビュー協力者の属性（性別、年齢）、支援事業内における勤務年数などを基本とし、精神障害者の状況やその支援内容を自由な語りとした。その後、精神障害者の自立とその達成要因を聞いた。不明瞭な点は確認したがるべく話の流れを受け止めた。面接場所は、プライバシーが確保できる各事業所の個室を借り、面接時間は30分から90分で行った。

3. データの分析方法と手順

本研究の分析方法は、戈木（2005）によるグラウンテッド・セオリーアプローチ（以下、GTA）を採用した。グラウンテッド・セオリーアプローチはグレーザー（Glaser,B.G）、ストラウス（Strauss,A.L）によって開発され、グレーザー版とストラウス版がある。本研究は、ストラウス版の流れをくむ戈木クレイグヒル版を採用した。

この分析方法の手順はインタビューに密着して独自の理論を生成する方法であり、データを文脈から切り離してラベル名を付けたあとにラベルをまとめてカテゴリー化し、カテゴリー同士の関係性を検討することによる、データに基づく理論を算出する方法の質的研究法である。

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

Ⅲ 倫理的配慮と研究の質的担保

本研究では、インタビューを依頼する際において、調査の目的を伝えることで可能な限り事前に質問項目やこれまでの調査結果などを説明し、調査内容について確認を取った。インタビューをする際に研究の目的および話せる範囲で構わないこと、プライバシーの厳守について伝え、データの扱い（録音すること、逐語録の作成、分析手順方法、論文化に関すること、この結果の公開）は、文書及び口頭で説明してから研究協力の了解を得た。研究の質的担保のために分析作業を一人で行いGTAを理解する第三者と検討した。

Ⅳ 結果と考察

本研究は質的研究のため解釈や考察を含む結果は分けて記述することが困難なため、まとめて以下で報告した。また紙面の関係上、インタビュー結果も図表の説明とする。

1. 分析結果の提示（結果図）とストーリーライン

GTAでは、結果をカテゴリーの概念図で示される。ストーリーラインは、パラダイムの分類に沿って、図の上部から「状況」（過去）、中央に「行為／相互行為」、下に「帰結」（現在）とし、時系列ごとにカテゴリーを置いた。

支援者が考える精神障害者の自立の結果を表2とし、自立を達成する要因の結果を表3、カテゴリーの関係性を図1とした。分析の結果、以下のような全体像が得られた。表現方法において中心となるカテゴリーを□で囲み、実際のデータにはないが推測できる項目を破線⋯⋯とした。各項目の関係性を直線や矢印の記号を用いて表記した。また以下文中の「 」はインタビュー・データからの引用であり、引用内の（ ）は補足である。

インタビュー協力者の属性を下記の表1とした。インタビュー協力者は、男性6名、女性9名の計15名（内グループホーム勤務者6名、就労継続支援B型勤務者9名）である。インタビュー当時の平均年齢48.3歳、勤続平均年数2年以上である。

表1 インタビュー協力者の属性

NO	性別	年齢	所属	勤続年数
1	女	27	グループホーム	2年以上
2	女	38	グループホーム	9年
3	男	32	グループホーム	6年以上
4	女	26	グループホーム	3年以上
5	女	60	グループホーム	5年以上
6	男	61	就労継続支援B型	4年
7	女	47	就労継続支援B型	8年以上
8	女	39	就労継続支援B型	7年
9	女	49	グループホーム	13年以上
10	男	47	就労継続支援B型	2年以上
11	女	57	就労継続支援B型	6年以上
12	男	61	就労継続支援B型	2年以上
13	男	54	就労継続支援B型	3年以上
14	男	54	就労継続支援B型	3年以上
15	女	72	就労継続支援B型	9年以上

支援者が考える精神障害者の自立を表2とその達成要因を表3とし、その両者の関係性を図1とした。この結果、支援者が考える精神障害者の自立とは、地域社会で暮らすことを前提とした個々のライフステージに合わせた生活ができることという結果が得られた。

図1から精神障害者が自立するまでのプロセスを支援者のインタビューから時系列でみると《人生の転換期》の退院から始まる。退院前と後も《病感の認識》について当事者と家族、支援者がかかわりながら、《地域生活》を開始する。その地域生活では《自己選択・自己決定》を行いながら、《経済活動》が重視されていた。しかし「かね・しごと」が自立の最終ゴールではなく、個々の《ライフステージの変化》しながら生活することが自立プロセスに必要な要素であるという結果が得られた。次に、精神障害者の自立（表2）を軸に1〈行為〉、2〈相互行為〉、3〈帰結〉の順に論じる。

表2 精神障害者の自立

状況	人生の転換期	<ul style="list-style-type: none"> ・ひきこもりから脱出することができる ・長期入院からの脱却したこと ・精神病院からの退院したこと
行為	病感を認識する	<ul style="list-style-type: none"> ・病識をもち、家庭生活ができる ・病気を認識したうえで行動することができる ・心と体のバランスをうまく取る
	自己選択、自己決定ができる	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者が自立と思えば自立である ・自己決定ができる ・専門職等とつながりながら必要なものを選択できる ・自ら対処方法を考えることができる
	経済活動	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事を探して、お金の管理ができる ・年金をもらって自分で生活できる (逆の意見) ・「かね、しごと」が自立ではない
	家族とのかわり	<ul style="list-style-type: none"> ・母子依存を解消する ・家族関係が良好である ・家族と離れて暮らす
	支援者のかわり	<ul style="list-style-type: none"> ・支援者は入院から引き出すことが仕事である ・日常生活のできないところを援助する ・社会は力を貸してくれる
相互行為	地域生活	<ul style="list-style-type: none"> ・住み慣れた地域で暮らすことができる ・障害があるなしにかかわらず、地域で生活する ・生活リズムを整えることができる ・自由に行動することができる ・自分が住む環境で望む暮らしをする ・最小限身の回りができる ・健康で生活することができる ・共同生活ができる ・地域社会と接点を持つことができる ・身の回りの生活課題をクリアすることができる ・社会生活対応能力を身に着ける ・自分なりの対処方法と働き方、生きがいを見つける ・(地域社会と) 支えあって生きることができる (周囲の人へ) ・当事者の努力を認めること
帰結	ライフステージで変化する	<ul style="list-style-type: none"> ・年代別で自立はそれぞれ違う ・健常者と障害者の特に20-30代の生活様式は違う ・高齢者の場合は穏やかに生活する ・日常生活に支障が出た人たちに自立を求めない ・自立以前に幸せな生き方が優先である ・自分が幸せだと思うこと ・精神障害者の環境、気持ち、年齢が関係する ・精神障害者の満足度で決まる ・各個人の幸せが大切である ・自立よりも幸せと覚えることが大事である ・何をすべきかは人によって違う
	障害とともに生きる	<ul style="list-style-type: none"> ・健常者と障害者の自立は同じである ・そのまま(ありのまま)で生きること ・自分の気持ちを発信することができる

表3 精神障害者の自立達成要因

状 況	人生の転換期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人生において精神科病院から退院できたこと ・ 家族と離れてグループホームを選んだこと
行 為	病感を認識する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動とか発現するメカニズムを理解して自分と向き合うこと
	経済活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夢や文化的な生活にはお金が必要だ ・ 余暇を充実させるために働くこと ・ 精神的に安定させて仕事を継続すること ・ 車を所有すること ・ 居場所と金と仲間が必要だ ・ お金を得るために働くこと (影響) ・ 金銭に執着する傾向がある ・ 精神的不安に陥りやすい ・ 金銭感覚がない
相 互 行 為	生活習慣を身につける	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様々な体験を通して学ぶこと ・ 繰り返して覚えることが多いから忍耐が大事である ・ 最低限、閉じこもらないこと ・ 生きる意欲をどんどん出すこと ・ 外部の手を借りて、今の状況を立て直すこと ・ 現状維持すること ・ 近所と良好な関係を築くこと (リスク) ・ 人と接する体調を崩す場合がある ・ 病状を悪化させないようにする
	家族を頼らない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に迷惑をかけないこと ・ 家族になるべく頼らないこと
帰 結	支援者のかかわり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周りに迷惑かけないよう地域のルールを教える ・ グループホームで落ち着いた生活を支援する ・ 様々な情報や体験からベストなものを選択する ・ 納得してもらえるよう支援する ・ ニーズに対応する ・ 高齢者が健康維持できるように支援する ・ 声掛け、指導、励まし、肯定する ・ 現状維持させる、選択肢を押し付けない ・ 生活リズムを整える ・ 一番心地よい環境を整える ・ 医療、仲間との交流、働く、経済的なことなどを支援する ・ 一生懸命働けるようにする
	目標を持つ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新しい目標をもつ ・ 目標をもって余暇を楽しむことができればよい ・ 目標を持つことで大きな変化につながる

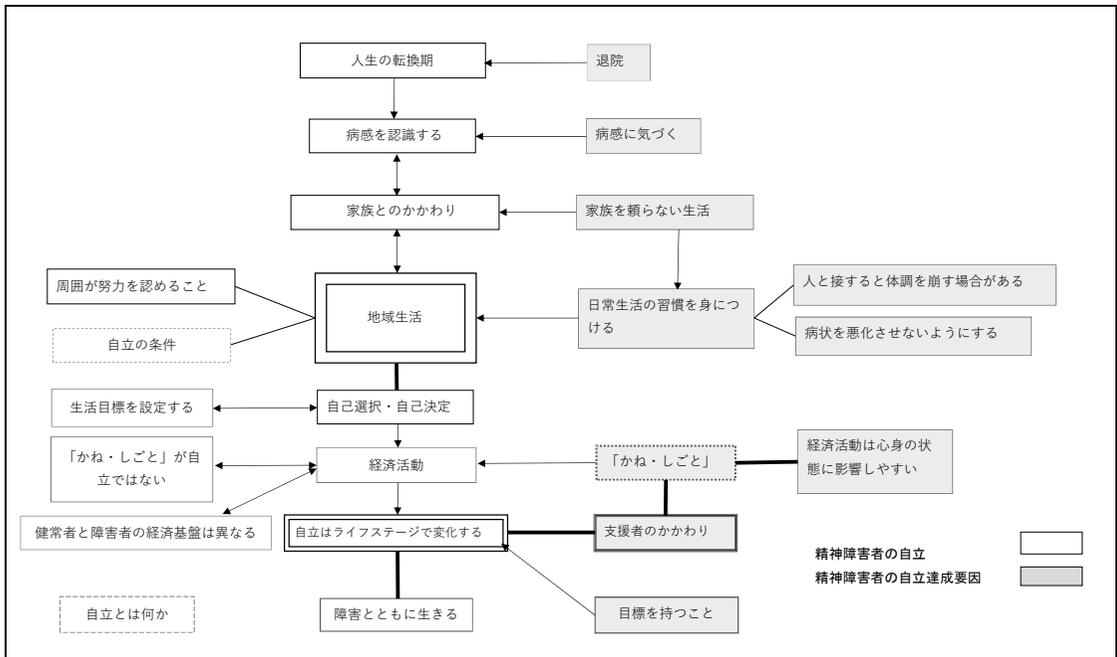


図1 精神障害者の自立とその達成要因の関係図

2. 状況：人生の転換期

自立やその達成要因の転換期とは、「退院する」ことであり、精神障害者が生活者として社会復帰するために必要な行為として「ひきこもりからの脱出」や社会的入院と言われる「長期入院からの脱却」「精神病院からの退院」が支援者から揚げられた。社会的入院とは、治療的な入院というより退院後のケア体制が確保できない状態や家庭の事情で身元引受人がないなどのため長期に入院生活をするを指す¹⁰⁾。

この件について支援者は、「病院での拘束が長かったため、(退院後)今だと自分の自由というか、洋服も自分が見て欲しいと思えば買っている」と地域生活と入院生活の違いを語った。また別な支援者は、「(人生の)節目は入院から退院できた時」ととらえており退院することが人生の転換期であると位置づけていた。「ひきこもりからの脱出」については、「社会との接点がない生活を10年以上」も送っていたひきこもり者が、両親が対応したことで就労継続支援B型事業所と繋がった事例を「脱出」という表現で語った。人生の転換期について精神障害者の歴史的経過と調査結果を比較すると長期入院からの退院は、当事者の人生において大きな節目と考える。

歴史的観点から精神障害者の「社会復帰」支援が目目されたのは、1960年代ころから1980年代前半である。この時代の「社会復帰」は、退院と就労がセットで考えられており経済的自立傾向が強い「社会復帰」だった¹¹⁾。そこで精神障害者が退院する行為を個々の人生に置き替えて《転換期》に相当すると考える。

3. 行為

1) 病感に気づく、認識する

社会復帰するためには、自らの病感認識を揚げた。この《病感認識》は、精神障害者の客観的機能がうまく遂行しないことによる病感の欠如と言われている¹²⁾。ここでいう病感とは、自分の精神状態がおかしいと感じることを指す¹³⁾。支援者のインタビューにおいて、病気に対する認識の低さを多くの支援

者が実感していることから次の語りとなった。「自分の病気を自ら研究するなど理解したうえで行動を選べる人になってほしい」「ただ幻覚妄想のメカニズムを知るだけでもトラブル時に対処できる」と述べた。しかしそう話一方で実際は、客観的機能の欠如のため「病感」があっても「病識」まではないことから、「心と体のバランスをうまく」保てないことも支援者は実体験していた。

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

2) 自己選択、自己決定

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

3) 経済活動と地域生活の関係

結果から「経済活動」が自立と自立達成要因に影響していると語る支援者が多かった。ここでは「経済活動」と相互に関係する「地域生活」に触れて考察する。ここで言う「生活」とは、地域で生活する成人、高齢者における「衣・食・住」とした¹⁴⁾。

結果では自立とその達成要因のどちらも「地域生活」と「経済活動」に関連していた。具体的に金銭や就労に関するワードが多く「衣食住」に関するワードはほとんどなかった。この理由として考えられることは、支援者が地域で生活するうえで基本となる「衣食住」よりも「経済活動」を重視する傾向にあると考えられる。それは「年金をもらって自分で生活できる」「夢や文化的な生活にはお金が必要」「お金を得るために働くこと」「経済的なこと」から窺えた。つまり支援者の多くが、経済活動を「地域生活」の必須条件と考えている。

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

その理由として「仕事に就くことの意味」調査では、障害者（身体障害、知的障害、精神障害、難病、発達障害、高次脳機能障害4,546人のうち精神障害者の回答は、13.1%）に行われた「仕事に就くことの意味6項目」の調査結果からは、「経済的に自立すること」83.8%、「当たり前の生活をする」79.1%、「社会の一員になる」76.2%、「生きがいを得ること」72.8%、「家族や他人に認められること」66.1%、「仲間や友人を得ること」65.1%で当事者も経済を優先させるという同様の傾向だった¹⁵⁾。

この結果から健常者と障害者の仕事に就くことに、差異がないと仮定するならば表2表3の「経済活動」に関するワードが多い結果も否定できないと考える。これを障害者支援の関係法から考察すると、精神障害者の就労に関する支援では、障害者総合支援法による就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労移行支援、退院促進事業などがあり就労関係が充実している²¹⁾。このことから「社会参加=就労」が自立のゴールではないが、2006年の精神障害者退院促進事業において精神障害者の地域移行の中心的課題は、就労支援であることは否めない²²⁾。一方で支援者は、病気の関係から障害者の多くが「お金に関する経済観念が執着している」「お金に関して精神的に不安になったりする」「金銭感覚がつかめない」と支援者が述べていることから「お金をいっぱい持っていれば不安、逆に持っていないと不安」という「経済と心」のアンバランスさがあることを理解していた。またある支援者は、「自立とは居場所と金と仲間」と語ったことから、就労することが自立ではなく、それが最終的なゴールとなり得ないとする。

4. 相互行為

1) 家族のかかわり

ここでは、支援者から見た当事者と「家族のかかわり」における相互行為について論ずる。「支援者

のかかわり」については、「5. 帰結」の箇所で論ずることとする。

支援者からは、「家族と離れて暮らしていることが自立なのかな」「お母さんもAさんに頼っている」「そこが（親）いなくなれば自立」と家族、当事者は影響しあう関係と語った。

精神障害者と家族関係は、発症してから病状が寛解するまでの間、家族と当事者の病感がないために不安や社会の偏見、差別を生み出すひとつの要因と言われている¹⁶⁾。それは世間からの孤立を生むとともに家族内偏見も生むことにつながる。また歴史的経緯からも家族の役割は、社会治安のために精神障害者を監護しながら、治療の協力者としての役割を果たしてきた¹⁷⁾。それゆえに当事者が地域生活を継続するためには、家族からの自立も重要だと言えよう。その背景として精神障害者の自立達成（表3）から「家族を頼らない」と語った支援員がいた。

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

2) 自立におけるカテゴリー関連図の中心は、【地域で生活する】である。

【地域で生活する】とは、地域移行により生活する際の課題と当事者の生活スタイルを指し、結果として全体の核となった。ここでいう当事者の地域生活とは、家族同居や単身生活またはグループホームで共同生活ができることである。その居場所の形態のなかで「生活リズムを整える」ことが重要視されていた。

支援者からは、「最小限、身の回りや健康で生きることができる」「衛生面と健康面に関すること」、また「自分が住む環境で暮らしていける」という集団生活、個人生活のどの環境でも安定して暮らせることが支援者から求められていた。最終段階として「地域社会と何らかの接点を持つ」と他者との価値観の相違の理解を求めることが語られた。

ここでいう生活の課題に対する支援方法とは、ICIDHの国際障害分類を指すと考える。ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) とは、WHO（世界保健機構）が1980年に採択した国際障害分類を指す。具体的にはICIDHが障害を理由として社会的不利という制限のあるマイナス面を観点としたのに対して、2001年に改訂したICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) は、国際生活機能分類と訳され、心身機能の障害があるだけでなく、生活機能が何らかの理由により制限された状況として「住み慣れた地域で暮らすことができない」「障害があれば地域で生活できない」という状況も「住み慣れた地域で暮らす」「障害があるなしにかかわらず、地域で生活する」として考える。そして生活機能や心身機能の状況に影響を与える要素を「個人因子」「環境因子」と捉えていた¹⁸⁾。

ここでいう「個人因子」とは、当事者の疾病や障害の心身機能を指し、「環境因子」とは当事者の生活機能に影響を与える外的要因のことで、グループホームの建物や同居するメンバー、家族、友人、支援者、地域社会の偏見などの人的環境と医療機関、福祉施設・機関におけるサービス事業者や支援者などの制度的な環境などを指す。

今回の支援者のインタビューから、地域生活において社会的不利をベースとした支援方法を提供していたと考えられる。しかし一方では、精神障害者を生活者の視点から捉える支援を提供し「自分が住む環境で暮らしていける」や「自由に行動する」「自分が望む暮らしをする」など当事者主体の支援を提供している。

このことから精神障害者の地域生活とは、精神障害者が病院から退院し地域で安心して生活できること、病状を安定させるまたは、軽減できることに軸をおいて支援していたと考えられる。それは自立を達成させる要因である【日常生活技術を身につける】カテゴリーから「身の回りの生活課題をクリアする」や「身の回りができる」など日常生活技術に関すること、「様々な体験を通して学ぶこと」や「繰り返して覚えることが多いから忍耐が大事」と健常者との違いを述べながら支援者の根気も示唆している。

また心の健康面として「最低限、閉じこもらない」や「生きる意欲をどんどん出す」などからも心身ともに支える姿勢が窺える。この《地域生活》ための手段として、《生活目標を設定する》や《経済活動》があげられている。《生活目標を設定する》では、病院を退院して地域社会で暮らす当事者へ「気持ちの上で新しい目標を持つ」や「新しい目標を持つ」「目的の場所に向かう」「目標を持つことで大きな変化につながる」ことで「生きていってもらう（もらいたい）」と「願う」支援者の「願い」を込めた気持ちが伝わる。

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

実際に2004年精神保健医療福祉の改革ビジョンが取りまとめられ「入院から地域生活中心へ」という基本的な方向が示された。2014年には「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号）が策定され「入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革」により地域生活に具体的な方向性が示された。2017年では、「これからの精神保健医療福祉の在り方に関する検討会」では、「地域生活中心」という理念を基盤とした地域移行により精神障害者が社会の一員として安心して暮らせるよう医療・福祉・住まいの確保等が示された。

この時代背景から支援者が精神障害者を「社会復帰者」の視点から「生活者」へと変化させたとと言える。

5. 帰結

1) 自立はライフステージで変化する

ここでいう《自立はライフステージで変化する》とは、各個人の年齢を基軸とした社会的な環境の変化によって何段階かに分かれることである²¹⁾。

これについてある支援者は、「年代別で自立はそれぞれ違う」「当事者の環境、気持ち、年齢が関係する」と述べている。つまりライフステージは個人の相違はあるものの健常者、障害者ともにライフステージには変わりがなく読み取れる。さらに支援者は、「自立以前に幸せな生き方が優先」「当事者が幸せと思うこと」「当事者の満足度で決まる」「各個人の幸せが大切」「自立よりも幸せと感ずることが大事」「何をすべきかは人によって違う」と各個人の「幸せ」や「満足感」を語った。

ここで鍵となるのが健常者と障害者のライフステージにおける自立に相違があるということである。前述したICFの生活中心において差異はないが支援者の中には、「健常者と障害者の特に20-30代の生活様式は違う」「日常生活に支障が出た人たちに自立を求められない」と地域生活上で、健常者との違いを述べている。一方で、《障害とともに生きる》から「健常者と障害者の自立は同様」であるため「そのまま生きる」と語っている。

この相違の背景は、支援者の実践場面から来る生活の実態と理想のギャップが感じられる。

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

このように、自立とは、その地域において各個人の障害内容とライフステージにあわせた保健、医療、福祉サービスが生活環境において継続的に提供されるよう、包括的、横断的な体系の仕組みづくりが必要と考える。

2) 自立を達成するための支援方法

ここでいう自立を達成する要因として《支援方法》が最終の帰結としてあげられた。この《支援方法》を受ける対象者とは、ICFでいう生活者のことである。

今日の支援対象者である精神障害者は、歴史的変遷から「患者（医療）」中心の時期を経て「障害者（福祉）」と位置付けられている。つまり支援者における《支援方法》の基本理念も医療モデルから生活モデルや社会モデルへと変化してきた。そのため支援者は、「支援者がグループホームで落ち着いた生活を支援する」や「高齢者が健康維持できるように支援する」「支援者が現状維持させる」と当事者中心で状態や年代を考慮した内容や、「支援者が一番心地よい環境を整える」というように環境整備も含めた当事者中心の《支援方法》を提供している。

この《支援方法》からは、当事者に押し付けるだけではなく、「様々な情報や体験からベストなものを選択し、納得してもらうよう支援する」「支援者から声掛け、励まし、肯定する」や「支援者の声掛け、指導」と当事者が「考える」《支援方法》を実践していた。

これは前述したとおり支援者が「ニーズがあるならかかわりたい」と当事者の望む姿を実現するために、主体的な方法として《自己選択、自己決定》の生活モデル理論が浸透していると考えられる。具体的な《支援方法》としては、「支援者から声掛け、励まし、肯定する」や「支援者が生活リズムを声掛ける」「医療、仲間との交流、働く、経済的なことなどを支援する」「支援者が一生懸命働けるようにする」という「エンパワメント」を実践していた。

つまり支援者は、生活のしづらさのある当事者自身の生活課題を解決するべく、信頼関係のもと共に日常生活や仕事などにチャレンジして、共に成功や失敗を共感するパートナーの存在であると考えられる。そして将来的に地域で生活し、地域の人々と協力や協働することができるよう支援者がエンパワメントを実践していると言えよう。

一方で、「支援者が周りに迷惑かけないよう地域のルールを教える」「支援者が選択肢を押し付けない」や「支援者の声掛け、指導」と述べている。このことから支援者と当事者は対等の関係としながらも、支援者が判断する場面があると考えられる。

ここで留意する点として、「支援者からの不必要な援助」がないよう「日常生活のできないところを援助する」語りから、自己決定の判断が困難場面においても支援者の考えを押し付けないことや、サービスの送り手者、受け手者の関係にならぬよう意識することが必要である。

最後に支援者のインタビューから「社会は力を貸してくれる」とあり具体的には、「一人暮らしはグループホームがあるし、家族いない方は社会が力を貸してくれる」と述べている。つまり当事者が住み慣れた地域で暮らすために、様々な保障やサービスを指しており、安心して生活できるという思いがくみ取れる。

以上のことから支援者は、支援者自身を社会資源のひとつとして地域社会と精神障害者をつなぐ役割として、「社会生活対応能力を身に着ける」「自分なりの対処方法と働き方、生きがいを見つける」などの生活に寄り添っていた。

このように支援者は、当事者の最も近い存在者であり、「地域で支えあい、その中で生きる」ために地域住民から理解や協力を得て、当事者自身が差別や偏見を乗り越えるための日常生活技術を意識して支援していると考えられる。その行為が「現状維持」や「病気が悪くならないようにする」という生活スタイルに影響したと考える。

V まとめ

支援者が考える精神障害者の自立とは、地域社会で暮らすことを前提とした個々のライフステージに合わせた生活をするところだった。その自立プロセスの経緯は、精神障害者の歴史的変遷を背景とした医学モデルから生活中心の生活モデルとともに変化してきたと考えられる。それは病院からの社会復帰において地域生活者として存在し、各個人の価値観に合わせた障害とともに『幸せ』を求めることであった。

この場合の支援者の役割は、家族と近隣、地域社会と精神障害者のコーディネーターであり、地域生

活上における自己選択や自己決定を促す縁の下の力持ち的存在＝エンパワメントを実践していた。その自立を達成するための要因としては、退院するという動機づけによって自己の病感を理解すること、つまり自己覚知が社会復帰の条件となると考えている。そして社会復帰において経済的基盤の準備や日常生活技術を身につける必要な要素であり、そこには支援者の存在が欠かせない役割を果たしている。

つまり支援者が考える精神障害者の自立は、自立を一義的にとらえるのではなく当事者を地域の生活者として位置づけ、個々のライフステージに合わせた生活ができることを自立ととらえていたと結論づけることができる。そして自立するための達成要因として、支援方法（エンパワメント）の実践である。今回の調査から支援者は各個人の障害内容とライフステージに合わせた保健、医療、福祉サービスを意識したエンパワメントを実施していた。この支援者は、精神障害者のパートナーとして地域社会と《つなぐ》役割を担い、障害者とともに挑戦や成功、失敗を繰り返しながら生活者として生きることを望んでいた。

今回の研究の限界としては、第一に調査対象者数の妥当性である。今回の本調査は、地域と対象者が限定されたため、同調査を他地域で実施した場合は結果に相違があると考えられる。第二に支援者が考える達成要因の結果から、《経済活動》において衣食住よりも金銭・就労を優先した理由とその支援した結果を検証する。第三に当事者家族が考える精神障害者の自立を検証し、当事者とその家族、支援者の三者による自立の相違を明らかにする。以上を検証することで精神障害者支援に新たな知見を得ると期待できる。

謝 辞

多忙の中、インタビューにご協力くださったグループホーム、就労継続支援B型事業所のみな様に心から感謝の意を表します。

引用参考文献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」平成16年9月
- 2) 全国精神保健福祉会連合会「平成29年度精神障がい者の自立した地域生活の推進と家族が安心して生活するための効果的な家庭支援等のあり方に関する全国調査報告書」2018年
- 3) 吉川かおり「障害者「自立」概念のパラダイム転換—その必要性と展望—」『東洋大学社会学部紀要』、40-2号、pp17-30、2002年
- 4) 青木聖久「地域で暮らす精神障害者の自立について：社会との関係性を中心に」『神戸親和女子大学福祉臨床学科紀要』、2巻、pp1-13、2005年
- 5) 金井一薫ほか「共同研究報告 精神障害者の自立生活上の課題とサービス開発に関する研究」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』39号、pp105-125、2003年
- 6) 木下一雄「北海道上川北部地域における精神障害者の自立支援に関すること—インタビュー調査結果から見えてきた現状における課題や問題点—」、『名寄市立大学、コミュニティ福祉学科』、pp124-132、2016年
- 7) 駒ヶ嶺裕子「精神障害者の自立認識とその達成要因に関する研究」『秋田看護福祉大学研究所報』、12号、pp22-33、2017年
- 8) 大橋謙策「社会福祉基礎（改訂版）」中央法規、2001
- 9) 三浦文夫・宇山勝儀「社会福祉通論30講」光生館、2003
- 10) 早野禎二「精神障害者「社会復帰」論争に関する考察—精神障害者の「自立」と「社会復帰」への問い—」、『東海学園大学紀要』、24号、pp15-63
- 11) 平林恵美ほか「わが国における精神障害者社会復帰論の展開 I：ソーシャルワークの視点から」『目白大学総合科学研究1号』、pp75-83、2005年
- 12) 菅原（阿部）裕美、森千鶴「統合失調症の病感の構造」『日本看護研究学会雑誌』pp11、34号、2011年
- 13) 広辞苑第7版 p 2493
- 14) 古川孝順他「エンサイクロペディア社会福祉学」、中央法規出版、p0716、2007年
- 15) 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター「障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のため

の実証的研究」調査研究報告書、2011年

- 16) 障害者総合支援法
- 17) 三城大介「精神障害者の就労に関する現状と課題「大分県内の精神障害者を対象に実施した就労を中心とした生活に関する2次調査」を基に『別府大学紀要』50号、pp73-83、2009
- 18) 公益社団法人全国精神保健福祉会（みんなねっと）「精神障害当事者の家族に対する差別や偏見に関する実態把握全国調査 報告書」2020年
- 19) 佐々木裕子・早川由美「精神障害者の家族支援についての文献研究—歴史的経緯と当事者研究から支援の方向性を探る—」『名古屋市立大学大学院人間文化研究科人間文化研究』、1巻、pp93-108、2003年
- 20) 佐々木裕子・早川由美「精神障害者の家族支援についての文献研究—歴史的経緯と当事者研究から支援の方向性を探る—」『名古屋市立大学大学院人間文化研究科人間文化研究』、1巻、pp93-108、2003年
- 21) 厚生労働省「Ⅱ 生活指導及びメンタルヘルスカケア」p63、
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info03k-03.pdf>（2021.8.20 閲覧）