

静岡福祉大学紀要

JOURNAL OF SHIZUOKA UNIVERSITY OF WELFARE

鈴木武幸：障害者自立支援法と雇用……………	1
障害者とともに働くことは可能か	
石原治：高齢者の日常認知・記憶の研究……………	13
第1回目の調査結果	
橋木てる子：新たな介護負担感尺度の作成……………	23
加藤一夫：グローバル・コミュニティと社会福祉……………	33
国際福祉社会への展望	
角谷裕子：失語症と第二語学：言語習得と学習法……………	43
平井利明：障害者の就労支援とその施策、課題……………	49
学校、施設、企業、支援事業所の現場の声から	
大田原佳久：我が国における移植医療の現状と教育・啓発活動に関する一考察……………	63
石光和雅 本学「医療福祉論」の授業を通して	
加藤あけみ：精神障害者の就労に関する福祉情報の視点からの一試論……………	77
福祉情報の3つの概念を用いて	
横溝一浩：福祉経営における情報化の意義と課題……………	87
岩井宏：web上での6点入力による点字学習ソフトウェアの作成について……………	101
窪田早希	
末廣貴生子：在宅支援のための介護福祉教育……………	105
社会福祉系大学生の介護資格取得教育からの一考察	
杉田與志子：ベッドメイキングについての一考察……………	113
足側の角の作り方	
前川有希子：介護現場における外国人労働者の受け入れ……………	119
その課題と展望	
向山守：イエス・アイ・フィール・コーク……………	127
Yes, I Feel Koch	

障害者自立支援法と雇用

～ 障害者とともに働くことは可能か ～

鈴木武幸

The Services and Supports for Persons with Disabilities Law
and Employment:
Is it Possible to Work with the Disabled?

Takeyuki SUZUKI

要 約

障害者自立支援法は、21世紀を見通した行政改革の中に組み込まれ、社会福祉構造改革の新しい流れとして、2005（平成17）年11月に成立し、2006（平成18）年10月に全面施行された。その後、政策担当者によって、“見直し”が行われているが、依然として障害者が自立していくための後押しの法律としては遅々としている。現実的な場面での障害者が置かれている状況を分析し、障害者の自立の可能性及び協働について検討を加えていく。

はじめに

障害者自立支援法は21世紀を見通した行政改革のなかに組み込まれ、社会福祉基礎構造改革の新しい流れとして、2005（平成17）年11月に成立した。2006年4月に一部施行を経て、同年10月に前面施行された。その後、政策担当者による“見直し”や低所得者に配慮した負担軽減策も行われたが、依然として障害者にとってのさまざまな弊害が先行し、障害者への自立のための支援体制が遅々としている状況は続いている。障害を持った人も障害を持たない人も社会のなかで自立していくことは、それぞれの個人の課題であり、究極の目標は雇用が確保されて安心した自分自身の生活を享受していくことにある。障害者自立支援法はそれを支え、保障する法律としての存在感を示すことが重要なことであるが、障害者が置かれている雇用の現状は当事者にとっても、心から安心できるものとなっていない。障害者自立支援法が正当に障害者の自立を後押しし、ともに共生の社会の構築が可能になるか、あるいは障害者支援法の対象となる個々の障害者に対して真の自立に役立っている

のか、可能性をさまざまな角度から探ってきた。（障害者自立支援法改正と今後に向けての課題 東海学院大学紀要第2号、平成21年3月発行）さて、障害者自立支援法の本来（表向き）の趣旨は、障害者自らが地域で安心して暮らせる社会の実現にあった。2003（平成15）年4月に支援費制度で導入されたノーマライゼーションの一連の浸透によって、社会福祉の領域における施策は飛躍的に進歩したと思われたが、その増大する利用者の需要に対して、国及び地方自治体の見通しの甘さもとともに、その費用負担の財源確保に困難をきたして行き詰ってしまった。また、それまでの不慣れな地方自治体としては財政負担とともに、それぞれのサービスを効率よく供給するための施策の混乱及び、各自治体間によっては供給不足や障害者に対しての考え方に温度差がみられ、それらが施策としての格差の問題に発展した。さらに、施設利用料の負担や福祉施設における工賃等の問題でも障害の種別間で格差が生じ、早急に解決を要する問題として浮上した。しかしながら、依然として障害者を支援するという意味の「障害者自立支援法」は、障害を持った人たちが雇用の保障や地域で安心して生活できること

などの保護すべき当事者から、その収入に見合わない過重な費用負担を求めたのである。つまり、この障害者自立支援法は、障害者が福祉サービスを利用して自立のためのリハビリテーションを行おうとすると、受益者負担の原則を適用し、その都度利用料としての費用を負担しなければならないのである。これはこの法律によって施行されるどんなサービスにも及ぶものである。障害者の社会参加が叫ばれている今日、比較的収入に恵まれない障害者にとっては金銭面から考えても、それどころではない状況に追い込まれている。

自立をめざす障害者のニーズと 障害者自立支援法

障害者にとって社会のなかでそれぞれが安心して幸せな社会生活を送れること、つまり、自立を目指すためのニーズは福祉サービスを利用しながら自身の自立と社会参加が可能になることがきわめて重要なことである。また、その福祉サービスは、個人にとっては生涯にわたり必要なものであると同時に、さらによりよい生活の質の向上を目指すものでなければならない。したがって、障害者自立支援法は障害者にとっての「自立と社会参加」の理念を実現させるための政策的法律であると考えられる。そこには、それぞれが安心できる制度と仕組みが構築されなければならない。今まで培ってきた障害者福祉を後退させることになってはならない。これらのニーズに障害者自立支援法では障害者程度区分を導入し、利用できる事業と支援の量を限定、それに対しての報酬単価の低額な設定、そして、利用者に対しては原則1割負担を課すこととなった。このことは、障害を持った人々のニーズに沿った生活の支援を保障するものではなく、単に障害の軽重の区分を行ったものであり、必要な支援のための財源が不足していることを理由に福祉サービスの制限を行おうとしたに過ぎない。したがって、利用者個人のニーズを満たすことを目的にした支援としてはきわめて不適切なものといえる。つまり、障害を持った人が自己のニーズに沿った福祉サービスを望んでも、その前にこれらの存在が自身の

選択や自己決定していくことを阻み、必要な支援を受けられなくなる恐れがある。さらに、障害者自立支援法を根拠とし、新たに設定された事業所の新事業体系への移行も事業所運営の安心が得られない等、実際の福祉現場においてもさまざまな制約が課せられ混乱を招いている。ここにも安心できる制度とそれをまかなえる仕組みの構築が早急に求められる。

障害者自立支援法で 安心した自立ができなくなった？

一般の人を含め、個人が安心して生活をしていくための条件はさまざまに捉えられるが、基本的には経済的に不安がないことが第一に挙げられる。ましてや就労を最終目標とし、障害を克服しながら自立を目指す障害者にとっては経済的な安心は欠かすことのできない必要条件となる。障害者自立支援法はそれまでの福祉的な保護政策から自立を促すための大きな転換になったことは間違いないところである。もちろん誰でも就労を前提とした自分の力で生活を確保するということはあたり前のこととして受け止められるが、障害者にとっては、それを実現させるための福祉サービス利用は必要不可欠のものとして、受けざるを得ない。この障害者自立支援法導入によって、障害者自身が自己の生活を維持するために福祉サービスを利用するには、今まで所得の関係で負担が低額であった人も、原則1割負担をせざるを得ない状況になってしまった。したがって、あらゆる面で支援が必要な重度の障害者が1日の生活を送っていくということは、その日の生活すべての場面にお金がかかるということになる。つまり、介助があらゆる場面で必要な人は常に介助の費用の1割の負担が付きまとうことになるのである。また、重度の障害者は就労の機会もなく、これまで収入は極めて少ないかほとんどないに等しい人が多く、障害年金等にたよっている人が大多数を占めている。さらに、時の政府の重度障害者に対する職業観の希薄さや保護主義的・閉鎖的な発想、さらには財政難が障害者の人々をこのような状況に追い込んだことは間

違いない。それらの発想を転換して障害者への自立を支援して行こうとするなら、まずその人のできることを確認し、その人に見合った就労を支援し、必要な収入の確保が先に来ることが大切なことである。ノーマライゼーションの普及とともにあらゆる人々が地域社会のなかでともに参加しながら生活を支えあっていくとき、その当事者の収入を安心させるための方策を、まず、第一に整える必要があると思われる。安定安心した収入があってこそその負担であれば生活上の不安は消え、自立に向かって更なる飛躍があると想像できる。

中度の知的障害を持ちながら、将来一般企業で働きたいと意欲を見せていた某授産施設（通所施設）で働いていた A さんは、障害者自立支援法の本格的導入時に工賃 8,000 円（月平均）を稼いでいた。それは、当時支給を受けていた障害年金 66,000 円（2 級）に加え、自分自身で稼いだ収入ということで大いに励みとなると同時に、一般企業でもっと稼ぎたいとの意欲高揚につながっていたようである。しかし、障害者自立支援法施行後には某授産施設の利用料が月 29,000 円かかることとなり、昼食代の費用負担と重なり働いても赤字となることとなった。A さんは最初、利用料等については理解しがたいようであったが、将来の希望をかなえるためそこへ通うことを決めた。しかしながら、働いても負担の大きさに不安を抱き、また、以前に比べて自分の自由になるお金がなくなったため、働くことに情熱が感じられなくなったようである。このように金額はわずかであったが、自分のために働いて稼いだお金で自分の好きなものを購入するという行為は、その励みとともに将来の就労への意欲も高めるものであり、それを台無しにした障害者自立支援法導入は障害者の自立を促すどころか後退させるものとなった。

また、グループホームを利用しながら将来自立を目指し、精神障害を克服しようとしている B さんは食費及び居住費の自己負担とともに、精神科通院医療費の負担が原則 1 割負担になり、通院も一度はやめようかと考えたとのことである。それまでは共に暮らしている友人と近くのショッピングセンターへ買い物に行くことがとても楽しみであったが、金銭的理由から必要最低限の買い物しかできなくなってしまったともらしてい

た。地域で普通の生活を楽しむことが将来自立をしていく上で必要不可欠なものとなるが、収入が一定であるのに負担増が先行し、そのために本来の生活を楽しむという当たり前の要求を阻害していることに矛盾を感じ得ない。障害者の自立を後押しする障害者自立支援法は障害者が安心した生活ができるよう、また生きがいを持って働けるよう支援するために機能することが重要なことである。

障害は自己責任か？

障害を持った当事者はその人一人ひとり違った状況があり、その違いは一律ではない。また、障害を持たない人も一人ひとり違った個性があり、これもまた一律ではない。基本的人権、生存権は法の下での平等のもと、誰でも地域とともに暮らしていくことを保障している。重度の障害者が福祉サービスを利用していくとき、必要なサービス量は軽度の障害者より多くなることは当たり前のことである。（前出）しかしながら、福祉サービスを必要とする人々に対して、福祉サービスを受けることはその人にとってのみ“益”であるという応益負担を前提とした障害者自立支援法は、障害者個人への負担増を求めたものであり、障害は自己責任であることを内包した法律であると考えられる。障害者が地域のなかで安心して暮らすことができる社会の構築を目指すことは、その地域社会の他の構成員が認めようと認めまいと、本来人間存在に備わった犯すことのできないかけがいのないものである。そして、それを地域の構成員が了解し、受容していくものである。つまり、地域社会のなかで誰でもが安心して生活ができる社会の構築は障害のある人の問題だけでなく、人間社会全体の基本的なものである。だからこそ、地域とともに生活していくためには、障害を持った人が必要な福祉サービスを利用できることこそが欠かせないものであり、その利用は地域社会の生活を共にする多くの人々の合意がそこにすでに存在しているものであると考えられる。したがって、障害は個人の責任に帰するものではなく、地域でより良い生活を送っていくため

には、障害を持った人も持たない人も、地域あるいは社会全体で支えあっていくべきものである。そのような社会的合意を形成していくための地域づくりが求められる。

障害者自立支援法によって 自立と共生が可能か？

障害者自立支援法の本来の理念はノーマライゼーションの普及とともに、地域住民の一員としての“自立と共生”の社会作りである。地域で障害を持った人々が、障害者自立支援法のサービスを受けながら生活を可能にするという社会のごく当たり前の仕組みとして具現されることが本来の基本的な視点であったはずである。(インクルーシブな社会の形成)

さて、障害者自立支援法は、1. 障害者の福祉サービスの一元化、2. 障害者がもっと働ける社会の実現、3. 地域の限られた社会資源を活用するための規制緩和、4. 公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化と明確化、5. 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支えあう仕組みの強化——利用したサービスの量や所得に応じた公平な負担（応益負担及び食費等の実費負担）と国の財政責任の明確化（国が義務的に負担する仕組み）等を主なねらいとして施行された。中身としては、介護給付及び訓練給付が主なものとなっており、地域生活支援事業においては市町村が行うものとされている事業に、地域での相談事業や障害者への虐待防止、障害者の権利擁護のための必要な援助、手話通訳等の派遣、日常生活用具の貸与、障害者の移動支援事業及び地域活動支援センター等相談や地域交流の支援拠点等が実施されることになっていた。その後の障害者自立支援法改正に際しても、障害者がよりいっそう地域で生活しやすいような支援体制の仕組みや整備が行われることとなった。特に障害者が自立を目指すためのリハビリテーション・訓練等を強化し、保障されるべき施設と事業者への支援の仕組みづくり（報酬体系の見直し）にも重点的に取り組んでいくことが期待されていた。しかしながら、利用者への原則1割負担もさることながら、

利用料に連動するはずの事業者の報酬単価も低く抑えられ、従来の月額計算から“日額計算”へと変わった。このことは、利用者がサービス利用を控えることと平行して相乗効果の形でサービス提供者の側も事業運営に困難をきたしたことは間違いのないところである。障害者自立支援法施行後、いくつかの事業者が閉鎖や縮小に追い込まれた状況が見られたことも事実であった。そのあおりで職員の給料にも影響を与え、特に若者は低賃金と重労働の加速のもとに、その仕事にやりがいがあり続けたいと願いつつも、現実的には自身の将来の生活のこともあり、「福祉離れ」傾向が見られるようになった。サービス提供施設で働く若い人たちの情熱は、施設利用者にとっても自立と共生の訓練のお手本であり、このような福祉人材の確保・養成こそが計画的及び継続的になされなければならないはずである。障害者自立支援法は、もともとその狙いが「福祉財源の抑制」（三位一体政策、小泉内閣）にあり、その目的はもくろみどおり達成されたかに見える。しかし、その後示された改正案での「応能負担」への流れや各地で起こされた「障害者自立支援法への違憲訴訟」は、障害者がこの法律では自立して生きていくために困難を感じているとの指摘であると受け止めることが重要なことである。

日本における障害者の雇用政策

障害を持った人が社会的復権を達成するためには、最終的には企業に就職し自分自身の生活を確立していくことが重要なことである。わが国の障害者への雇用形態は障害があっても通常の就労と同等の就労が可能な場合を除いては、以前から存在しているところの障害者の雇用の促進に関する法律（制度）によっている。ここでも、障害者がその能力に適合する職業に就くことを通じて、その職業生活において自立することを促進するための施策を総合的に講じることを目的としている。そして基本的理念としては、障害を持ちながらも労働者の一員として職業生活においての能力を発揮する機会を与えられているものである。

さらに、それらを後押しするために、事業主や国および地方自治体の責務についても障害者の自立への協力及び必要な措置等が課せられている。その他、障害者への一見きめこまかい職業リハビリテーションや職業紹介・指導等が明記されているが、比較的軽度の障害者は受け入れやすいが、依然として重度の障害者にとって敷居が高い状況は変わらないところである。つまり、障害者の雇用の促進等に関する法律が存在する以上、1955年に採択された国際労働機構（ILO）、第99号勧告によって規定された「障害のために、通常一般雇用の条件の下では雇用されない人々（重度障害の人も含む）のためには特別な条件の下で提供される雇用形態」については存在しないといつてよい。したがって、わが国の場合は、授産施設における福祉工場については日本における唯一の保護雇用とみなす人もいるが、一般企業と同等の労働法上からいうと、規定外であったり最低賃金法適用外であったりして、収入の不安定性は依然として伴っている現状である。障害者の就労への意欲が高まることを踏まえ、一般企業への就労とともに、一般雇用と同等に扱われる保護工場（Sheltered workshop）やインターネット・パソコンを使った在宅就労、文書管理就労や管理された外作業等が認められることが必要となってくる。

果たして日本の職場は 障害者へ配慮をしているか？

福祉的就労の正当性——ともに働ける社会の構築に向けて

日本においては、障害者が一般企業で働こうとするとさまざまな制約があり、重度の障害者については、ほとんどの人が働くことに困難な状況を呈している。これらの障害者のために福祉的就労という働き方が福祉的施策として提供されている。ひとつは授産施設であり、もともと障害者が一般企業への就労を目指すための訓練施設（リハビリテーション機能）であった。すなわち、1949年に成立した「身体障害者福祉法」によると、

「身体障害者授産施設は、身体障害者で雇用されることの困難なもの又は生活に困窮するものを入所させて、必要な訓練を行い、かつ、職業を与え、自活させる施設とする。」と規定されている。ここでは、就労というよりは、就労を目指す障害者のために訓練を行うところとされており、そこで得られた収入で生活を目指すということは想定されていないことが伺われる。ではどういう理由から福祉的就労と呼称したのであるだろうか。本来の福祉的就労は、合意された補助・支援を受けながらの一般人と同等の就労を意味している。しかしながら、現状では福祉法等で規定された（福祉工場など）就労を福祉的就労と呼んでいる。

「障害者自立支援法」の問題点はどこ？

2006年10月に本格施行された「障害者自立支援法」は、今までの障害者を保護的に扱ってきた施策からノーマライゼーションの掛け声のもと、障害を持った人々を社会で支えていく自立のためのサービス転換にその主旨を変えてきた。このことは長年の障害者が置かれてきた保護主義的な状況からようやく脱却し、自分自身の足で歩きたいという自己主張ができる自立の道を切り開く最初の一歩となるはずであった。しかしながら、この法律が施行されるや否や障害者にとって掛け声とは裏腹に、福祉サービスを受けるためには、かかった費用の原則1割負担をしなくてはならなくなった。つまり、障害者が福祉サービスを受ける場合に、所得に応じた応能負担から受けたサービスに対して一律に負担する応益負担になったことによって、より重度障害を持つ人（福祉サービスを多く使う障害を持った人）ほど、その負担が重くのしかかる仕組みとなった。したがって、重度の障害を持ち就労の機会からより遠い人は収入の面でも低いのは当然のことであるが、その人たちが日常の生活を送っていくときに、今まで以上に負担が大きくなり生活の破綻が起りかねない状況に追い込まれた。障害者だけでなく一般の若い人にとっても“自立”をしていく場合は就労が欠かせない条件となり、所得保証のないところでの自立はありえないことである。

前出の通所施設で社会復帰訓練を受けていたAさんは、障害年金のほかに訓練中の工賃として月額8,000円を得ていた。ほんの小遣い程度であったが、職場としての通所施設へ通いながら、そこでの仲間との語らいやともにリクリエーションを楽しむことを自身の喜びとしていた。つまり、ここでみられるAさんの状況から考えられることは、将来自立を目指して社会復帰訓練(自立のための仕事・訓練をするために施設に通う)を行っている過程において施設等を利用すると、そこで働いて得る工賃をはるかに上回る利用料を負担しなくてはならない。また、そこでともに働く人との交流が将来一般企業で働くための人との関係をどう構築していくかについての訓練にもなっている。障害者が訓練をするための施設から遠ざかる状況を作り出したことは、障害者の自立から逆の方向へと向かっているといわざるを得ない。障害者自立支援法は、障害者が自身の生活を享受するために、また、これらを後押しすることを保障する法律として成立した。したがって、利用料の負担によってこれらが阻害される事態になったことは、自立を促す法律としてはその趣旨に反するものとなる。障害者の立場からいえば、もともと経済的にもまた生活上の基盤が弱い立場に置かれている状況がさらに追い込まれることにつながりかねない。

いまひとつの問題は、障害者を抱え支援する側の事業所の運営やそこで働く職員の収入にまで深刻な打撃を与えたことである。つまり、新たに導入されたこの仕組みは、利用者が施設を利用すると支払われる報酬を“日額払い”とし、利用者の都合等の理由にもかかわらず、予定していた利用がなかった場合には報酬が支払われないなどの影響を与え、事業所の運営に欠かせない収入の低下を招いたのである。通所施設等では、施設の設定員枠を少し上回る人数の設定員オーバーを認めたものの、利用料報酬単価の引き下げ等と並行すると各施設の収入は従来の8割程度となり、事業所によっては職員の削減及び職員給料の引き下げによって乗り切ろうと努力している状況が見られた。実際に静岡県の某作業所においては、景気の減退とも呼応して作業内容を縮小せざるを得ない状況が見られ、事業主が運営している施設を維持継続させるため、施設職員の給料を減ら

すのに忍びないとの理由で自身の給料のみを減らしたとのことであった。

障害者が公的支援を受けることは「益」か？

障害者自立支援法は、障害者がさまざまな福祉サービスを利用しようとするとき、その「益」に応じた負担(応益負担)が求められている。たとえば、障害者自立支援法では「市町村では、障害者が自立した生活を営むことができるよう、必要な自立支援給付を行うこと。」と規定されている。また、厚生労働省は、たとえば、障害者への福祉サービスであるホームヘルプサービスについて、「地域において自立した日常生活を営むことができるよう適切な支給量を定めるよう」、自治体に対して指導してきた。このことは、国だけでなく地方自治体に対してもその応分の負担を負うことを示していると思われる。(「障害者自立支援」と社会福祉実践をめぐって—本場に必要の人に援助がいきわたるように—、東海女子大学紀要第25号 2007.3月発行)

さて、1993年に制定された障害者基本法の理念は、1.すべての障害者は個人の尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有している。2.すべて障害者は、社会を構成する一員として、社会、経済、文化、その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられている。3.何人も障害者に対して、障害を理由にして差別をすること、その他の権利・利益を侵害する行為をしてはならないこと、と表明されている。しかしながら、日本の障害者の置かれている状況は極めて苦しい状況に追い込まれていると思われる。つまり、障害者自立支援法によって、この障害者基本法が推進し、蓄積してきた共生の理念の方向を逆行させてしまった感がある。障害者基本法の理念は、憲法14条の「法の下での平等」及び同25条「生存権」の保障とともに、当たり前前の生活を具現化するものとして期待されていた。障害者がその能力において正しく評価され、その不足する部分に公的な支援を受けることは基本的な生活を送ることに欠かせない。障害者、特に重度障害者にとっては雇用からも阻害され

ていることもあいまって収入に乏しい状況の中で、この障害者自立支援法は「応益負担」を導入したわけである。共生社会の中にあっては障害者が不足部分の援助を受けながら生活していくことは当たり前のことであり、その援助の部分があってこそ一般の人と同じ生活が可能となる。共生社会において、これらは必要不可欠なものとしての合意が存在するものなのである。

たとえば、障害者が地域で日常生活をこなしていく場合、ヘルパーさんに買い物や食事の世話を受けてもらったり、そのことがあってこそ自立が可能となるのである。つまり、福祉サービスの利用は、一般の人が生きていくことと同じごく当たり前の行為なのであって自然のことである。このことが、障害者が生きていくための「利益」にあたり、支援（利益）を受ける行為に負担（利用料）を課したのである。当然、重度の障害者は日常生活に多くの福祉サービスを使わざるを得ず、そのたびに利用料が加算されることになる。

障害者自立支援法の見直し廃止を！

2006年から始まった障害者自立支援法は施行から3年を経過し、2009年3月にその見直しである「改正案」が時の内閣において閣議決定された。それらの法案（改正案）が検討される直前（国会審議にかけられる前）にありしも国会が解散され審議中断になった。（結果自然に廃案）直後の衆議院議員総選挙では鳩山民主党が圧勝し、次代の福祉政策を担うこととなった。障害者が関係する政策について、同党のマニフェストでは、介護についてはサービス基盤の充実に重点を置き、介護を必要とする人に良質なサービスの提供と介護報酬の見直し（引き上げ）、ホームヘルパーやケアマネージャーの増員、またこれらに携わる人たちの専門性の向上や労働条件の向上・改善等が盛り込まれている。また、障害者自立支援法は福祉サービス利用時の定率1割負担や食住費の自己負担導入が障害者の自立の過程で急激な負担増になってはならない（障害者自立阻害法）ことから、この法律による介護給付・訓練給付に

対する定率1割負担を凍結し、支援費制度（2003年4月施行、当面、平成18年3月までの支援費制度に準じた費用負担）に戻すこと、また同様に、いったん取り入れた応益負担を見直し（基本的には応能負担にもどし）、障害児・者への福祉サービスを維持するために必要な支援を行うことも盛り込んだ。また、現行の障害者政策・法制度では依然として身体・知的・精神と障害種別ごとに別れ、これらの範疇に入らない障害や難病等への対応が手薄になっていることに対処する必要性についても明記されている。これらについても見直すことを前提にしながら、包括的な「障害者福祉法」の制定について意欲的に取り組むことを約束している。そのほかに、精神障害者への政策についてなかなか進まなかった社会的入院患者の解消に向けても、福祉サービス等の法整備を行い意欲的に取り組むことを表明している。特に精神障害者への地域移行生活支援事業として行われてきた「退院支援施設」について、今までは、地域での受け皿の一つと考えられ期待されてきた支援施設ではあったが、設置については地域の了解が得られにくいことなどがあいまって、精神科病院の敷地内にこれらの設置もやむをえないことを容認してきた。これらは以前から、「看板の架け替え」に過ぎないとの批判があり、さまざまな機会において、当事者にとっては退院したものの病院から離れられず、社会復帰した実感がわかないとの不評が多く寄せられていた。これらの方便的容認は、地域移行支援事業の本来の目的を達成させるどころか、精神障害者の方たちが社会へ出ることを躊躇している心情を助長し、その分、地域での自立した生活の保障を奪うことにつながりかねない。また、総選挙の前に民主党が作成した『「障害者自立支援法改正法案（障害者応益負担廃止法案）」と「7つの緊急提言」（2007年9月）、⑥精神科病院の退院支援施設の新設は凍結する。』の最後に書かれている（「障害者の地域での生活が当たり前ができるよう地域サポートの体制の整備を推進する。」）ように、世界の趨勢であるノーマライゼーションの考えのもと、包括的な社会（インクルーシブな社会）の再構築が必要となる。その他、自立支援医療等についても、その医療状況の提供がさらに良くなっているとも思えないにもかかわらず、障害者への負担が多

くなっている。ここにも改革のメスが入ることなどを期待したいと思う。おりしも、平成21年9月24日、広島地裁で開かれた“障害者自立支援法違憲訴訟”口頭弁論において、民主党政権下で新しく厚生労働大臣に就任した長妻 昭氏は同法の廃止方針を明言した。

諸外国の状況

最近の欧米諸国における障害はどのように捉えられているのか。また障害者の自立に対する方針や考え方及びその支援についての方法論に違いがあるのだろうか。それらをわが国の障害者自立支援に役立たせる参考にしていく必要がある。

イギリスにおいては、福祉サービスを各自治体が提供していた時代に、すでに障害を持った当事者は、それらの福祉サービスは与えられるものではなく、自分自身の生活そのものを自分でケアマネジメントしていくべきものとして有効に利用していくことを求めた。それは、障害者自身が必要な介助者を雇用するということに対して、その費用を行政が直接当事者に現金給付するという方法をとったのである。有料介助者はパーソナル・アシスタントと呼ばれ、障害者にとっては施設から外に出て生活する際に必要な人材としてクローズアップされることになった。当初はこれらのパーソナル・アシスタントを雇うための経費を障害者自身が調達するために「自立生活基金」を設置して雇用の安定を図った。パーソナル・アシスタントの有効性は障害者が生活するために自分自身でマネジメントし、自分自身の生活を確保するために必要最低限の介助を自分で決めていく、という手法をとったところに特徴がある。その後、その有効性が認められ、ダイレクト・ペイメント（介護の費用を行政が直接、障害者へ現金給付する。）へと発展していった。個人へのパーソナル・アシスタントが必要な人のニーズは、各自治体に設置されている社会サービス部（行政）〔障害者法（Disabled Persons Act, 1986）〕によって担保されている。それによると、障害のあることが法的に認定された場合、「ニーズのアセス

メントを受ける権利を有している。」と認められ、さまざまな福祉サービスを受けることができるようになる。またこの考え方は、障害者だけでなく国民保健サービス及びコミュニティケア法等、社会サービス部門が扱う領域においてもニーズ・アセスメントを行うよう求められている。その後、イギリス保健省ではこのダイレクト・ペイメントについて、「ダイレクト・ペイメントは、社会サービスを使う成人にとっての自立と選択の向上に重要な手段であり、原動力となるものである。自治体にダイレクト・ペイメントを提供するよう命じることは、その自立と選択の自由を促進する上での自治体の継続的な責任として重要なステップである。」また、「ダイレクト・ペイメントは、個人のニーズを最大限に満たすため、日々の生活を決定する手段を与えるものである。選択権を持つということは、福祉機器やサービスを購入する自由と同様、求めるケアのさまざまな程度や内容を持つものを購入することができることである。そして、個人の環境を改善し、より良い生活の質に高めていくことにつながる。」との見解を表明している。（2003年4月）イギリスでは、この制度の活用は障害者の自立生活を支えるための大きな位置を占め、障害者にとっても自分自身で「選択」と「コントロール」が可能であり、マネジメントすることができるという制度の対象者ではなく、主体者（利用者）としての責任を取ることが要求されている。このことは、障害者の主体性や自己決定が発揮されることを通して、自らがパーソナル・アシスタントを管理していくことを行い、障害者をより自立させ、よりコントロールさせる権限を持たせ、結果的により生活を自由にするものである。これらの自立の概念や介護に対する考え方は、今後日本の障害者が「障害とは」、「自立とは」あるいはそのための「支援とは」という側面において、さらに発展させていく検討材料になるであろうと思われる。

アメリカの社会はさまざまな分野において、差別が行われていたという長く深い歴史を有している。1950年代における公民権運動の影響を強く受け、連邦政府は1964年公民権法第7編（Title VII of the Civil Rights Act of 1964）を制定する。この法律は、人種、皮膚の色、宗教、性または出身国を理由とする雇用の全局面における差別を

禁止するものであった。これによって、制定当時に見られていたあからさまな雇用差別は姿を消し、雇用の分野における差別禁止の考え方が浸透していったといえる。その後、さまざまな分野での取り組みが行われ、障害の分野において差別禁止がはじめて用いられたのは、リハビリテーション法 (Rehabilitation Act) の改正時であった。その内容は、連邦政府、及び連邦政府と一定金額以上の契約を結ぶ民間企業者等に対し、障害を理由として雇用差別することを禁止した。それらの集大成として、さまざまな差別禁止法等の蓄積のもと、ADA (障害をもつアメリカ人法、1990年) が法律として制定された。この法律は、それまでの差別禁止法の経験を生かし、それらの議論の中心には障害者特有の問題点があることを考慮し、障害者団体自身も加わって、問題を検討しその成立に寄与した。ADA の特徴的なものとしては、障害者の雇用に関して差別を禁止するだけでなく、公共サービスや民間事業者によって運営される公共性のある施設及びサービス等についても障害を理由とした差別を禁じており、さらに、雇用に関しては採用から解雇にいたるまでの雇用の全局面における障害に基づく差別をも禁止している。しかしながら、ADA ではかならずしもすべての障害者無差別平等に取り組んでいるわけでもなく、ADA の保護対象としては「障害」の定義が明確でなく、障害に起因して職務遂行上何らかの支障をきたす場合があることを前提としているため、特有の定義が設けられている。

その障害定義は、「一つあるいはそれ以上の主要な生活活動を実質的に制限する身体的あるいは精神的損傷」と定められている。しかしながら、この定義による障害を抱えていれば、誰でも ADA の保護対象となるのではなく、このような障害を持ち、かつ当該職務に対する「適格性」を有することが要求される。つまり、「ADA」の定める「障害」を持つ人であって、かつ、当該職務にとって「適格性」がある人に対しては、障害を理由に差別してはならないとしているのである。したがって、意図的な差別だけでなく、障害者の排除につながるような行為や基準についても禁止事項であり、障害者が職務遂行上必要な合理的便宜を提供しないことや、それらを提供することが必要であることを理由に雇用機会を与え

ることをしないことも禁止されている。しかしながら、障害の程度や状態、職務内容は多種多様であるため、具体的な場面において、どのような便宜が適切であるか、単純に決まるわけではない。そのため、便宜を決定し実施するプロセスにおいては、雇用主と障害者が話しあって情報を共有することが重要となってくる。(インフォーマルな相互関与プロセス—雇用機会均等委員会) これらは、障害者への便宜供与のための重要なツールとなっており、障害者が障害ゆえに職務遂行上なんらかの不都合が生じることを考慮し、単なる差別の禁止に加え、その不都合をとりのぞきうる「合理的便宜」の提供を雇用主に義務付けていることが、この ADA の最大の特徴である。

この ADA 法は日本の障害者福祉施策への影響を与え、1993年には障害者基本法が制定された。しかしながら、日本の場合は、アメリカの障害者の雇用問題への対応とは、今までまったく異なった方法をとってきた。つまり、アメリカは基本的に差別禁止アプローチを採用し、個々の障害者に対し、雇用主がその人の資質に見合った合理的便宜を提供することを義務づけることを特徴とした。それに対して、日本の場合は各企業への割り当て雇用アプローチを採用し、その企業で働く社員について雇い入れる障害者を数量的な基準(法定雇用率)を設け、雇用主に障害者を基準またはそれ以上に雇うことを義務付けた。また、すでに「障害者(雇用)法」(1944年制定)を持っていたイギリスへの影響としては、それらに数年を費やし障害者差別禁止法 (Disability Discrimination Act、1995年11月) が制定・交付され、段階的に施行されている。そこでは、障害者の公共サービスへのアクセスの保障が規定されるとともに、雇用において従来から存在した障害者割り当て雇用制度が廃止された。その代わりに、新たに ADA の影響を受けながらも独自色を盛りこんだ包括的な雇用差別禁止規定が設けられた。雇用に関する規定を概観してみると、(1)雇用主は、採用、訓練、昇進及び解雇等を含むすべての雇用関連事項において、正当な理由なしに障害者をその障害ゆえに他のものより不利に処遇してはならない。(2)障害者を援助するために、職場環境の改善、職務の変更など「合理的調整措置」を行うことが義務付けられている。(3)労働組合

等の職種団体もまた障害者を不利に処遇してはならない。(4) 1944年障害者(雇用)法で規定されていた割り当て雇用制度の廃止に伴い、雇用主においては登録障害者の割り当て雇用率を達成する必要がなくなり、また、障害者においてもその主旨の登録は必要がなくなった。

改めて日本の法定雇用率を見る

障害者雇用について、民間企業ではさまざまな取り組みが行われている。全国では約126万人の障害のある人(日本の障害者数は全人口の約5%、656万人と推計されており、そのうち、352万人は身体障害者、46万人は知的障害者、258万人は精神障害者である。)が働いていると推定されている。(2003年、厚生労働省)そのうちの約45%は雇用関係にあるが、19%(約24万人…授産施設と福祉工場、11万5千人)が福祉的就労で働いている。さて、日本では、障害者が一般企業を含めた労働市場で働くため、あるいは働く機会を確保するために、障害者を雇用するための雇用率制度がある。雇用主は従業員等を雇用する際に一定程度の障害者を雇用する義務がある。(1976年より)現行では、障害者の法定雇用率は官公庁2.1%、教育委員会2.0%、民間企業1.8%となっている。2006年、官公庁は全職員の割合から、障害者の雇用率が2.17%となり法定雇用率をクリアしたと公表した。しかし日本政府によると、政府が率先して障害者を雇用し、その範を示すために軽度障害者を一人とカウントし、重度の障害者(長い間雇用政策と福祉サービスから排除され、職場で働きたいとの意思を持っていたとしても、就労の機会は依然として低い状態である。)の数をダブルカウントした数字の公表であった。つまり、これは官公庁が法定雇用率につじつまを合わせるために数値の操作を行い、雇用率を達成させるために行ったものであると言わざるを得ない。日本における障害者の全人口に占める割合が5%という数値は諸外国と比較しても少ない数値である。国連公表の各国の平均数値は、人口の10%台であり、アメリカ及びヨーロッパ諸国が公表している数値はそれより

多く、15%から25%となっている。つまり日本の公表数値は諸外国に比較して極端に低い数値となっている。こうしたなか、厚生労働省では5年ごとに法定雇用率を見直す作業を行っているところであるが、その法定雇用率の算出の根拠について、「労働者(労働の意思及び能力を有するものを含む)の総数に対する身体障害者又は知的障害者である労働者の総数の割合を基準として設定するものとし、少なくとも5年ごとに、当該割合の推移を勘案して政令で定める。」と解説している。つまり、ここでは一般労働者も含め、障害者も働く意思や能力のない人は、この算定から除外されていることを示している。したがって、はじめから障害者の人の中にはこの政策から除外されている人が多く存在しているものと思われる。重度の障害を持った人でも働いて自分の生活や仕事を通して得られる人との関係を楽しみたい、と考えている人は多くいると思われるが、諸外国のようにその意思を尊重し、その人の能力にあった職場環境の提供や整えの面で非常に遅れていることが問題視される場所である。それらの根拠として、日本の障害者の雇用政策は、社会福祉法で考えられている障害に対しての包括的な定義が適応されているのではなく、医学モデルによる障害(インペアメント)に基づいた基準を適応させるため、障害者の働く能力や個人がどのような能力障害があるかという社会的配慮に欠けた評価になっている。この点が、諸外国との障害者の数値でも差が出ていると思われる。日本の障害者雇用促進法は法定雇用率手法を取り、障害者の企業雇用については一定の成果を挙げていることは間違いないが、障害者への就労環境を整えるという配慮は残念ながら怠ってきた感は否めない。日本は新興国である中国と世界第2位を争う経済大国である。新たに発足した鳩山内閣はアジア重視の方針に転換し、経済だけでなく、アジアの社会福祉の中心的役割を担っていくことを打ち出している。1992年、日本はILO(国際労働機構)条約の第159号(1983年に国連で採択された)を批准している。この内容は、「障害者の職業リハビリテーションおよび雇用に関する条約」であり、「身体障害者の職業構成に関する勧告(第99号)」、「職業リハビリテーション及び雇用(障害者)に関する勧告(第168

号)」に連動している。これらに照らし合わせても、日本の障害者への障害者雇用政策の改善は緊急の課題であると思われる。一方では、日本における障害者雇用政策の目玉であるところの民間企業での法定雇用率は、未だ達成されていない状況である。公官庁の法定雇用率達成状況も重度障害者のカウントを2倍にするという苦しい言い訳をするのではなく、また、多くの重度障害者の人たちが職業リハビリテーションから不当に除外されたりしている状況を是正する必要がある。そして、これらの生産性の低い障害者を雇用する民間企業への支援の施策についても整えていく必要がある。

さらに、障害者雇用促進法の中に、障害者に関する新たな定義を盛り込む必要性も感じられるところである。

参考文献

- 1) 厚生労働白書 (20)：厚生労働省、平成 20 年版
- 2) 「障害者自立支援」と社会福祉実践をめぐって
鈴木武幸 東海女子大学紀要第 25 号 2006.3.31
- 3) 「障害者自立支援法」本格始動に向けての課題
鈴木武幸 東海女子大学紀要第 26 号 2007.3.31
- 4) 民主党「障害者自立支援法改正法案（障がい者応益負担廃止法案）」と「7つの緊急提言」 民主党自立支援法フォローアップ作業チーム、主査 谷博之、副主査 中村哲治、山井和則、園田康博
- 5) 民主党マニフェスト政策論 民主党
- 6) 障害者自立支援法の見直しに関する見解 社団法人全国脊髄損傷者連合会 平成 20 年 7 月
- 7) 障害者自立支援法訴訟始まる
機関紙「やどかり」12 月号 (2008.12.15 発行)
- 8) 障害者の自立支援と英国障害者福祉の変革
神奈川工科大学、小川喜道 2008.10
- 9) 「事業体系等の見直し提案」 社会福祉法人全国社会福祉協議会、全国社会福祉就労センター協議会 平成 20 年 7 月
- 10) 日本の障害者雇用政策に関する ILO159 号条約違反に関する、国際労働機関規約 24 条に基づく申し立て書 (2007.8.15、ジュネーブ ILO 本部にて提出)
全国福祉保育労働組合 2007.8
- 11) 「権利主体としての障害者」の地域生活を支える法体系は、障害者自立支援法改正案の検討から
日本障害者協議会 2009.5
- 12) 「障害のある人の権利に関する条約、CONVENTION ON THE RIGHTS WITH DISABILITIES」及び「障害のある人の権利に関する条約の選択議定書、OPTIONAL PROTOCOL TO THE CONVENTION ON THE RIGHTS WITH DISABILITIES」川島 聡、長瀬 修 障害のある人の権利に関する条約 仮訳 2007.3

高齢者の日常認知・記憶の研究

— 第1回目の調査結果 —

石原 治

Everyday Cognition/Memory of the Japanese Elderly:
The Results of the First Survey

Osamu ISHIHARA
(Shizuoka University of Welfare)

要 旨

一般的に中高年者の認知・記憶機能は、加齢の影響によって低下していくといわれている。しかしながら、高齢者が日常生活を営む上で、加齢の影響によって認知・記憶のどのような側面が衰退、低下しているかを、高齢者自身が主観的にどのように感じているかに関して、高齢者心理学の分野では研究が行われていない。そこで、日常認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とし、研究を行った。日常生活の場面に関して、日常生活の認知、環境認知、記憶、自己認知やその他の日常認知・記憶に関する4尺度、合計124項目の質問紙を新たに作成した。分析対象者は、171名、年齢は60歳～92歳であった。因子分析の結果、6因子を抽出した。それらは「環境認知」、「歩行」、「記憶」、「認知の失敗」、「運動」、「最新の情報機器」に関する因子と命名可能であった。6因子それぞれの標準因子得点に対する加齢や性の影響の検討を行った。その結果、いくつかの因子において、加齢や性の有意な影響が認められた。

Key Words : meta memory questionnaire, everyday memory, elderly

The Journal of Shizuoka University of Welfare
2010, Vol. 6.

一般的に中高年者の認知・記憶機能は、加齢の影響によって低下していくといわれている (たとえば、石原、2008a, b)。しかしながら、高齢者が日常生活を営むうえで、加齢の影響によって認知・記憶のどのような側面が衰退、低下しているかを、主観的に高齢者自身がどのように感じているかに関して、老年心理学の分野では研究が行われていない。そこで、日常認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とし、研究を行うことにした。

本調査では、日常生活の場面について、下記の4尺度からそれらの場面に要求される能力および加齢の影響の検討を試みた。しかしながら、筆者の知る限り、日常生活という多様な認知や記憶についての加齢の検討を行った研究が乏しく、確固たる理論やモデルに基づき質問紙を作成す

るのは困難であった。したがって、下記のような手順によって研究を行った。

まず、柱となる場面もしくは要因である4個の下位尺度を説明する。本調査では日常生活にとって重要な場面についての認知や記憶を検討しているところが特徴的である。それらの尺度および質問項目は、加齢は専門ではないが、知覚、認知、記憶などを専門とする心理学者6名から構成された研究会の議論によって作成した。

第1の尺度は、日常生活の認知である(資料1)。加齢が記憶機能のみならず、感覚などの認知に影響を及ぼすことはよく知られた事実である(たとえば、Baltes & Lindenberger, 1997)。そこで、日常における知覚の困難さ、道具の使用の問題、アクションスリップ、情報メディアとの接触頻度、忘却への対応策などについての質問項目を作成した。ここでは家庭内の生活、家電、電子機器、

展望的記憶など、最も日常的な家庭生活に関連した質問項目の議論を行い、その結果から調査項目を選出した。さらに、情報との接触頻度、外的な記憶の補助等についても質問項目を採用した。なお、これらの項目は以下の各尺度においても、同様の質問を行う場合もあるが、それらは生活における文脈が異なるので、類似の質問であっても、その機能については異なると判断し、類似項目も入れるようにした。

第2の尺度は、環境認知である(資料2)。加齢にともなう屋外の環境についてどのような認知がなされているのかを調べることを目的とした項目を作成した。特に、高齢者の移動に際する諸問題や高齢者が利用する施設等の利用へのアクセシビリティについての項目が中心であった。

第3の尺度は、記憶に関連する尺度である(資料3)。加齢に伴う記憶能力の問題を検討する項目を中心に作成した。記憶の能力の現状を問題とするもの、その対処法などの具体的項目である。ここでは、記憶能力問題を調査することを目的に、既存の認知的失敗質問紙(Broadbent, Cooper, Fitzgerald, & Parkes, 1982) やSIML(Reason, 1993)、そして、メタ記憶質問紙(Perlmutter, 1978)のなかから記憶に関連する項目を採用した。また、展望的記憶、外的な補助記憶、感情効果、自伝的記憶における時間的符号化なども検討項目として加えた。

第4の尺度は、自己認知、その他の日常生活に関する尺度である(資料4)。ここでは直接認知能力に関わる項目ではなく、むしろ、日常生活の中で重要な機能となる感情機能、生活のリズム、健康、対人関係についての項目を作成した。

以上、高齢者の日常認知・記憶に及ぼす主観的な側面を調査することを目的とした。まず手始めとして、下位尺度4個から構成される124項目の質問紙を作成した。結果は因子分析によって主観的な側面を分類した。

方 法

対象者 調査対象地域は日本全国であった。そ

のため日本全体からなるべく分散した5箇所の地域を中心にして、全国各地からデータを収集した。また、集中してデータを取った地域は、都市化の度合いが異なるように配慮した。最終的に中心にした地域は、在宅の健常な高齢者を用いた。対象者の居住地及び人数は、甲府(山梨県)3名、諏訪(長野県)43名、秋田(秋田県)23名、成田(茨城県)14名、札幌(北海道)11名、その他関東近郊77名であり、全員在宅の健常な高齢者であった。分析に用いた対象者は、合計171名、年齢範囲は60歳~92歳であった(Table 1)。平均年齢は72.1歳(SD = 7.2)であった。

Table 1
分析に用いた対象者の属性

	前期高齢者		後期高齢者	
	男性	女性	男性	女性
人数	45	59	25	42
教育年数(年)	11.2 (3.3)	9.5 (2.2)	11.3 (2.5)	8.4 (2.1)
主観的健康感	3.2 (0.6)	3.2 (0.6)	3.5 (0.6)	3.1 (0.8)
老研式活動能力指標	11.4 (1.8)	11.3 (2.0)	11.5 (1.7)	11.9 (3.1)

注) () 内はSD。

評価項目 対象者の属性を調べるために、年齢、性、配偶者の有無、家族形態、主観的健康感、老研式活動能力指標(古谷野・柴田・中里・芳賀・須山, 1987)などの項目を用いた(Table 1参照)。主観的健康感は、「とても健康だ」—「健康でない」の4件法であり、得点は1~4点の範囲であり、得点が高いほうが主観的健康感が良好であった。老研式活動能力指標は、地域で独立した生活を営むうえで必要とされる活動能力を「手段的自立」、「知的能動性」、「社会的役割」の3つの下位尺度から構成された指標である。全部で13項目であり、13点満点であり、得点が高いほうが良好である。表が示すように主観的健康感、老研式活動能力指標などは良好な傾向であった。

日常認知・記憶に関しての調査項目は下記の通りであった。

日常生活の認知に関しては、38項目を作成した。それらは電気製品の使用方法、新聞の字の大きさ、テレビのCMが何を伝えているかなどであった(資料1)。

環境認知に関しては、29項目を作成した。それらは、駅の発券機の使い方、公衆トイレの男女の標識、道路標識などであった(資料2)。

記憶に関しては、31項目を作成した。それらは電話番号が覚えられない、言おうと思ったことを忘れてしまう、記憶力が悪くなってきたなどであった(資料3)。

自己認知そのほかの日常生活に関しては、26項目を作成した。それらは怒りっぽいと思う、新聞は毎日読む、散歩に出かけるなどであった(資料4)。

4尺度の質問項目は合計124項目であった。評価項目には「とてもよくあてはまる」～「あてはまらない」までの4件法を用い、1～4点を付与した。

倫理面への配慮 本研究は倫理面の配慮に努力した。調査を行う際、研究の趣旨、期待される成果などを対象者に説明した。本人から同意の確認後、調査を行った。調査から得られたデータは、厳重に管理し、プライバシーの保護にも最大限の注意を払っている。

結 果

因子分析の結果

因子分析を行なった。主成分法で因子を抽出後、スクリープロットにより6因子に決定し、バリマックス法で直交回転を行なった。回転前の第6因子の固有値は2.29、累積寄与率は34.6%であった。因子分析の結果は、質問項目を因子ごとに因子付加量の高い順に並べ、.40以上の因子負荷量の項目のみをFigure 1～6に示した。

因子構造および因子の命名は、以下の通りであった。

第1因子は「道路の信号の色がわかりにくい」、「公衆トイレの男女の標識がわかりにくい」、「エレベータは乗りにくい」、「エスカレータは乗りにくい」、「家の鍵を開けるのに苦労することがあ

る」などの項目の因子負荷量が高かった。これらの項目は高齢者自身の環境認知に関連深いことが考えられ、「環境認知」に関する因子と命名可能であった(Figure 1)。

第2因子は「最近、新しいことを覚えるのに時間がかかる」、「電話番号の数字は覚えられない」、「最近、電話番号をよく覚えられない」などの符号化の処理に関する因子負荷量が高かった。また、「言おうと欲していたことを忘れてしまう」、「テレビなどで、過去の事件の話をしているのに、それがいつ起こったことなのか判らないことがある」などの検索の障害もしくは忘却に関する項目も含まれていた。いずれにせよ、符号化と検索は、記憶の基本的な処理過程の一部であることから、「記憶」に関する因子と命名可能であった(Figure 2)。

第3因子は「最近、歩くのが苦痛である」、「バスの乗り降りが大変である」、「傘をさして歩くのが大変である」、「駅の階段は歩きにくい」、「歩いていると疲れやすい」などは歩行に関連が深いことが考えられ、「歩行」に関する因子と命名可能であった(Figure 3)。

第4因子は「一生懸命やらなければならないときに、ボーッと考え事をしてできなかった」、「薬を飲むのを忘れることがある」、「何かをするときに、その相手やものをうっかり取り違えてしまった」、「話している相手が知人なのに、その相手の名前が思い出せなくなった」、「ついさっきまでしていたことや、いた場所が思い出せない」などの因子負荷量が高かった。これらの項目はすべて認知的失敗に関すると考えられ、「認知的失敗」に関する因子と命名可能であった(Figure 4)。

第5因子は「体はよく動かすようにしている」、「生活にはリズムが必要であると思う」などの因子負荷量が高かった。これらは運動することに関すると考えられ、「運動」に関する因子と命名可能であった(Figure 5)。

第6因子は「インターネットを使っている」、「コンピュータを使えるようになりたい」、「インターネットを使えるようになりたい」、「コンピュータを使っている」、「携帯電話を使っている」などは最新の情報処理機器の使用に対する態度に関連が深いことが考えられ、「最新の情報機器」に関する因子と命名可能であった(Figure 6)。

因子 因子名	質問項目	因子負荷量					
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第1因子 環境認知	道路の信号の色がわかりにくい	.770	.010	-.020	.197	-.028	.025
	公衆トイレの男女の標識がわかりにくい	.747	-.077	.101	.145	.000	-.015
	エレベータは乗りにくい	.738	.054	.052	.161	.048	.042
	エスカレータは乗りにくい	.674	.085	.205	.207	.135	-.047
	家の扉を開けるのに苦勞することがある	.657	.041	.126	.204	-.117	.064
	重い物でおつりをもらいそこねることがある	.622	.115	-.015	.321	.130	.003
	最近、慣れた道順が悪い出せないことがある	.609	-.092	.060	.258	.071	-.132
	自動改札は切符が入れにくい	.606	.138	.182	-.167	.087	-.025
	公衆トイレの男女のマークがよく識別できない	.595	-.109	.013	.340	-.037	.109
	ガスコンロの火をけしわすることがある	.574	.221	.038	.088	-.057	-.085
	病院の中の表示板がわかりにくい	.544	.249	.333	.095	-.032	.111
	道に迷いやすい	.542	.205	.115	.326	-.148	-.042
	電車の乗り換えがわかりにくい	.537	.318	.257	-.023	.109	.011
	病院の中で行き先がわからない	.536	.400	.053	.104	-.106	.063
	硬貨の種類が見分けづらい	.535	.008	.131	.293	-.125	.091
	テレビのリモコンの使い方がよくわからない	.529	.201	.179	-.041	-.052	-.035
	駅の券売機の使い方がよくわからない	.509	.250	.100	-.019	.048	.035
	最近、今日が何月何日かわからないことがある	.498	.393	.056	.149	-.117	.032
	駅のトイレの位置がわかりにくい	.494	.276	.400	-.021	.163	.033
	銀行や郵便局の自動取扱い機の操作がわかりにくい	.465	.412	.226	-.126	-.041	-.103
照明器具の電気を消し忘れることが多い	.433	.156	.024	.196	-.097	-.089	
朝食に何を食べたか思い出せないことがある	.417	.246	.042	.304	.043	.001	
電車の行き先の掲示板が見にくい	.410	.288	.284	.018	.126	.148	
話し相手の顔の表情がわからないことがある	.398	.124	.133	.294	-.042	-.139	
	寄与率 (%)	9.3	7.2	5.6	4.9	4.8	2.8

Figure 1. 因子分析の結果 (第1因子のみ)

因子 因子名	質問項目	因子負荷量					
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第2因子 記憶	最近、新しいことを覚えるのに時間がかかる	-.009	.631	.051	.197	.126	-.068
	電話番号などの数字は覚えない	.112	.594	-.067	.008	.033	-.124
	最近、電話番号をよく覚えられない	.177	.567	-.041	-.059	-.042	-.034
	言おうと思っていたことを忘れてしまう	.046	.520	.166	.284	.045	-.093
	テレビなどで、過去の事件の話をしているのに、それがいつ起こったことなのか判らないことがある	.124	.513	.057	.374	.082	-.111
	最近、何曜日が曜日がよくわからない	.353	.507	.133	.091	-.141	.042
	雪の日は外出したくない	.021	.479	.442	-.016	.205	-.051
	やろうと思ったことを忘れてしまう	.228	.473	.103	.168	-.066	.083
	最近、記憶力が悪くなってきた	-.070	.468	.165	.314	.251	.018
	道路の段差が気になる	.272	.467	.386	.087	.098	.010
	他人の言っていることがよくわからないことがある	.221	.465	.213	.153	.051	.042
	思い出したことの内容に自信がない	.276	.463	.210	.167	-.035	-.007
	暗算は、おっくうになってきた	-.068	.462	.121	.197	.033	-.048
	最近、うっかりして、し忘れてしまうことがある	-.097	.457	.162	.272	.004	-.004
	ビデオの使用方法がよくわからない	-.010	.448	.158	-.018	.054	-.061
	道路を歩いているときに自転車が怖い	.306	.426	.374	.013	.102	-.113
	電話が聞きづらい	.213	.401	.264	.061	-.192	-.134
	寄与率 (%)	9.3	7.2	5.6	4.9	4.8	2.8

Figure 2. 因子分析の結果 (第2因子のみ)

因子 因子名	質問項目	因子負荷量					
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第3因子 歩行	最近、歩くのが苦痛である	.187	.187	.726	.195	-.014	-.017
	バスの乗り降りが大変である	.349	.158	.676	.144	-.044	.015
	車をさして歩くのが大変である	.243	.311	.664	.040	-.019	-.043
	坂の階段は歩きにくい	.215	.318	.609	.000	.077	.110
	歩いていると疲れやすい	.089	.261	.602	.181	-.081	-.115
	最近道路を歩くと転びそうである	.349	.203	.570	.177	-.054	.049
	雨の日はなるべく外出したくない	.007	.371	.546	.071	.113	-.061
	自転車がどのくらいの速さで追ってくるのかわかりづらい	.218	.319	.494	.147	-.025	-.096
	道路標識がよくわからない	.298	.262	.390	.154	-.012	-.008
		寄与率 (%)	9.3	7.2	5.6	4.9	4.8

Figure 3. 因子分析の結果 (第3因子のみ)

因子 因子名	質問項目	因子負荷量					
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第4因子 認知的 失敗	一生懸命やらなければならないときにボート考え事をしてできなかった	.272	.212	.105	.607	-.157	-.106
	薬を飲むのを忘れることがある	.061	.135	.029	.596	-.108	-.061
	何かをするときに、その相手やものをうっかり取り違えてしまった	.401	.265	.074	.595	-.002	-.039
	話している相手が知人なのに、その相手の名前が思い出せなくなった	.116	.127	.014	.570	.012	-.028
	ついさっきまでしていたことや、いた場所が思い出せない	.498	.034	.163	.542	.025	-.160
	しようと思っていたことがあるのに	.393	.194	.287	.527	.022	-.273
	何かをするときに、必要な手順を飛ばしてしまう	.416	.163	.204	.478	-.019	-.234
	知人の職業を思い出せないことがある	.255	.391	.094	.472	.002	.041
	ついさっきそこに置いたばかりのものや、まだ手に持っているものを探してしまう	.074	.350	.062	.448	.123	-.096
よく知っている人の名前を忘れることがある	.163	.393	.007	.424	.079	-.109	
	寄与率 (%)	9.3	7.2	5.6	4.9	4.8	2.8

Figure 4. 因子分析の結果 (第4因子のみ)

因子 因子名	質問項目	因子負荷量					
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第5因子 運動	休はよく動かすようにしている	.087	.143	-.256	.001	.617	-.044
	生活にはリズムが必要であると思う	-.014	.039	-.002	.120	.553	-.048
	40~50歳ごろの中年の頃の出来事をよく覚えている	-.073	-.064	.178	.044	.550	.033
	二十歳前後の頃の出来事をよく覚えている	-.059	.153	.195	.029	.546	-.021
	軽い運動に心がけている	.090	.076	-.313	.171	.499	-.135
	寄与率 (%)	9.3	7.2	5.6	4.9	4.8	2.8

Figure 5. 因子分析の結果 (第5因子のみ)

因子 因子名	質問項目	因子負荷量					
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第6因子 最新の 情報機器	インターネットを使っている	.013	-.048	.116	-.018	-.127	.674
	コンピュータを使えるようになりたい	-.102	-.070	-.109	-.058	.195	.605
	インターネットを使えるようになりたい	-.095	-.085	-.039	-.066	.174	.587
	コンピュータを使っている	-.105	-.104	.099	.019	-.152	.523
	携帯電話を使っている	.017	.123	.046	-.021	-.101	.512
	携帯電話を使えるようになりたい	-.047	.162	-.070	-.012	.213	.499
	寄与率 (%)	9.3	7.2	5.6	4.9	4.8	2.8

Figure 6. 因子分析の結果 (第6因子のみ)

加齢の影響

標準因子得点に対する加齢の影響を検討するために、75歳未満の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者の2群にわけ、標準因子得点を求めた。また、性による得点の違いも検討した。それらの検討を因子ごとに行った結果は、以下の通りである。

「環境認知」に関する因子と命名可能であった第1因子の標準因子得点について、年齢および性を被験者間要因とした2要因の分散分析を行った。その結果、性 ($F(1,170)=4.31, p<.05$) に主効果が得られた。この結果は、男性の方が女性より標準因子得点が高いことを示している。

「記憶」に関する因子と命名可能であった第2因子の標準因子得点について、年齢および性を被験者間要因とした2要因の分散分析を行った。その結果、年齢 ($F(1,170)=7.09, p<.01$) に主効果が得られた。この結果は、前期高齢者の方が後期高齢者より標準因子得点が高く、男性の方が女性より標準因子得点が高いことを示している。

「歩行」に関する因子と命名可能であった第3

因子の標準因子得点について、年齢および性を被験者間要因とした2要因の分散分析を行った。その結果、年齢 ($F(1,170)=22.03, p<.001$)、性 ($F(1,170)=19.90, p<.001$) に主効果が得られた。この結果は、前期高齢者の方が後期高齢者より標準因子得点が高く、男性の方が女性より標準因子得点が高いことを示している。

「認知的失敗」に関する因子と命名可能であった第4因子の標準因子得点について、年齢および性を被験者間要因とした2要因の分散分析を行った。その結果、主効果および交互作用が認められなかった。この結果は、標準因子得点が年齢、性によって異なることを示している。

「運動」に関する因子と命名可能であった第5因子の標準因子得点について、年齢および性を被験者間要因とした2要因の分散分析を行った。その結果、主効果および交互作用が認められなかった。この結果は、標準因子得点が年齢、性によって異なることを示している。

「最新の情報機器」に関する因子と命名可能であった第6因子の標準因子得点について、年齢および性を被験者間要因とした2要因の分散分

析を行った。その結果、主効果および交互作用が認められなかった。この結果は、標準因子得点が年齢、性によって異なることを示している。

考 察

高齢者自身が日常生活を営むうえで、日常認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とし、調査を行った。因子分析の結果、第1因子に「環境認知」、第2因子に「記憶」、第3因子に「歩行」、第4因子に「認知的失敗」、第5因子に「運動」、第6因子に「最新の情報機器」に関する合計6因子が抽出された。

先行研究がないうえに本研究が第一報であることから因子の解釈、命名には慎重に行う必要があるが、以下では因子分析の結果を考察する。

あらかじめ筆者は、感覚機能、屋外の環境認知、認知・記憶能力、感情や生活のリズムの4個の下位尺度を想定し、項目を作成した。因子分析の結果、それら4尺度にほぼ関連した因子が抽出されたと考える。なぜなら、感覚機能は第4因子の「認知的失敗」、屋外の環境認知は第1因子の「環境認知」、認知・記憶能力は第2因子の「記憶」や第4因子の「認知的失敗」と関連していると考えられるからである。また、感情や生活のリズムは、第5因子の「運動」に関連していると考えられる。第5因子の「体はよく動かすようにしている」、「生活にはリズムが必要であると思う」などの項目が高い因子負荷量を示していたことによる。ただし「40～50歳ごろの中年の頃の出来事をよく覚えている」や「二十歳前後の頃の出来事をよく覚えている」などの自伝的記憶に関する項目も含まれていた。これらの項目が含まれる理由はここでは明らかに出来ないが、今後自伝的記憶について項目を新たに作成して検討を行う必要があると考える。

概して想定した因子が抽出されたが、高齢者が日常生活を営むうえで、第1因子の「環境認知」、第3因子の「歩行」に関する因子、第5因子の「運動」に関する因子がこれほど明確に抽出された結果は、予想外であった。確かに、高齢期では心身

の機能低下がさまざまな面でみられることから、これらの3因子が日常生活を営むうえで重要となっていることが示唆される。

第2因子の「記憶」に関しては、認知心理学の記憶モデルが調査で反映されるように項目を作成した。すなわち、短期記憶、作業記憶、エピソード・意味記憶、展望的記憶などであった。しかしながら、第3因子の記憶に関する因子の因子負荷量の高い項目には、「電話番号などの数字は覚えられない」、「最近、新しいことを覚えるのに時間がかかる」、「最近、電話番号をよく覚えられない」などの符号化の処理に関する項目が含まれていた。また、「テレビなどで、過去の事件の話をしているのに、それがいつ起こったことなのか判らないことがある」や「言おうと思っていたことを忘れてしまう」などの検索の障害もしくは忘却の処理に関する項目も因子負荷量が高かった。これらの符号化および検索の処理は、記憶機能の最も基本的な処理であるといえよう。若年者を対象とする認知心理学において、さまざまな記憶モデルが提唱される一方で、高齢者の日常生活には、記憶の基本的な処理である符号化および検索の項目が関与している可能性が示唆された。

高齢者を前期高齢者と後期高齢者の2群にわけ、年齢と性による分散分析の結果、第4因子の「認知的失敗」、第5因子の「運動」、第6因子の「最新の情報機器」に関する因子では主効果および交互作用が認められなかった。これら3つの因子は加齢の影響もみられず、性差がないことを示している。理由としては、たとえば、第6因子の「最新の情報機器」に関する因子ではインターネットや携帯電話の使用に関する項目であり、高齢期における加齢の影響があるのではなく、むしろ20歳台頃もしくは中年期から高齢期に達するまでに変動する可能性があげられる。ただし、第4因子の「認知的失敗」に関する因子では、主観的評価という測定方法のために変動しなかったという可能性も考えられる。

それに対して第2因子の「記憶」、第3因子の「歩行」では加齢の影響が認められた。第3因子の「歩行」では、身体機能の低下がみられる高齢期において、身体活動の基本的ともいえる歩行機能が低下するためとも考えられた。おなじように、第2因子の「記憶」では、高齢期に記憶機能が低下し

ていくためとも考えられた。しかしながら、「環境認知」では加齢の影響が認められなかった。日常生活での知覚・認知機能と密接に関連する因子とも考えられるが、高齢期では記憶機能とおなじように知覚・認知機能も低下してことが大いに推察される。しかしながら、標準因子得点に変化しなかった明確な理由を明らかにすることはできなかった。

以上、高齢者自身が日常生活を営むうえで、「環境認知」、「記憶」、「歩行」、「認知的失敗」、「運動」、「最新の情報機器」などに関する因子が密接に関連することが明らかになった。この結果は、日常生活において身体的側面および心理的側面の両者が高齢者にとって重要であると考えられる。さらに、日常認知・記憶に自伝的記憶や符号化や検索が関与する可能性が示唆された。

本論文は、学位論文「高齢者の日常認知・記憶に関する研究」の1部を加筆、修正した。

引用文献

- 1) Baltes, R. T. & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive function across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, **12**, 12-21.
- 2) Broadbent, D. E., Cooper, P. F. Fitzgerald, P., & Parkes, K.R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, **21**, 1-18.
- 3) 石原 治 (2008a). 記憶 権藤恭之(編) 高齢者心理学朝倉書店 pp.80-94.
- 4) 石原 治 (2008b). 高齢者の記憶の特徴 太田信夫・多鹿秀継(編) 記憶の生涯発達心理学 北大路書房 pp.272-281.
- 5) Perlmutter, M. (1978). What is memory ageing the ageing of? *Developmental Psychology*, **14**, 330-345
- 6) Reason, J.(1993). Self- report questionnaires in cognitive psychology: have they delivered the goods? In A. Baddeley & L. Weiskrantz (Eds.), *Attention: selection, awareness, and control*. Oxford: Clarendon Press. pp.406-423.

資 料

資料 1. 日常生活の認知に関する調査項目

1. 電気製品の使用方法がわからないことがある。
2. 新聞の字は小さすぎる。
3. テレビのコマーシャルが何を伝えているのかわからないことがある。
4. 電卓は使えない。
5. 照明器具の電気を消し忘れることが多い。
6. ガスコンロの火を消しわすれることがある。
7. 手帳は良く使う。
8. ラジオはよく聴くほうだ。
9. テレビはよく見るほうだ。
10. テレビのリモコンの使い方がよくわからない。
11. 公衆トイレの男女のマークがよく識別できない。
12. こまかな手仕事ができなくなった。
13. 新しい場所に行くと帰り道がわからなくなる。
14. 買い物でおつりをもらいそこねることがある。
15. 買い物に出て、何をかうのか忘れてしまうことがある。
16. 最近はものをよく覚えられる。
17. よく知っている人の名前を忘れることがある。
18. 最近、新しいことを覚えるのに時間がかかる。
19. 朝食に何を食べたか思い出せないことがある。
20. 知人の職業を思い出せないことがある。
21. 忘れないように工夫していることがある。
22. 何でも話せる友達がいる。
23. 人とあまり話さない。
24. やろうと思ったことを忘れてしまう。
25. 留守番電話の使い方がわからない。
26. コンピュータを使っている。
27. コンピュータを使えるようになりたい。
28. インターネットを使っている。
29. インターネットを使えるようになりたい。
30. 携帯電話を使っている。
31. 携帯電話を使えるようになりたい。
32. ビデオの使用法がよくわからないときがある。

資料 2. 環境認知に関する調査項目

1. 駅の券売機の使い方が良くわからない。
2. 自動改札は切符が入れにくい。
3. 電車の乗り換えがわかりにくい。
4. 電車の行き先の掲示蔵が見にくい。
5. 駅の階段は歩きにくい。
6. 駅のトイレの位置がわかりにくい。
7. 道路の信号の色がわかりにくい。
8. 公衆トイレの男女の標識がわかりにくい。
9. 道路標識がよくわからない。
10. 歩道橋は利用しやすい。
11. 道路を歩いているときに車が怖い。
12. 道路を歩いているときに自転車が怖い。
13. 病院の中で行き先がわからない。
14. 病院の中の表示板がわかりにくい。
15. 道路の段差が気になる。
16. 歩行器がないと歩きにくい。
17. 歩いていると疲れやすい。
18. 郵便局の待合室が狭い。
19. 銀行や郵便局の自動取り扱い機の操作がわかりにくい。
20. エスカレータは乗りにくい。
21. エレベータは乗りにくい。
22. 最近の若い人は不親切である。
23. 路に迷いやすい。
24. 最近、歩くのが苦痛である。
25. バスの乗り降りが大変である。
26. 雨の日はなるべく外出したくない。
27. 傘をさして歩くのが大変である。
28. 雪の日は外出したくない。
29. 最近道路を歩くと転びそうである。
30. 電話が聞きづらい。
31. 硬貨の種類が見分けづらい。
32. テレビ (ラジオ) の音量の大きい方が聞きやすい。
33. 自転車がどのくらいの速さで迫ってくるのかわかりづらい。
34. 電車 (バス) のアナウンスが聞きづらい。
35. 家の鍵を開けるのに苦労することがある。

資料 3. 記憶に関する調査項目

1. 最近、電話番号をよく覚えられない。
2. 最近、何曜日か曜日がよく判らないことがある。
3. 最近、今日が何月何日かわからないことがある。
4. 電話番号はもう覚えようとしな。
5. 電話番号などの数字は覚えな。
6. 最近、薬を飲むのを忘れてしまうことがある。
7. 最近、うっかりして、し忘れてしまうことがある。
8. 最近、慣れた道順が思い出せないことがある。
9. 思い出したことの内容に自信がない (本当に正しいのだろうか?) ことがある。
10. 話し相手の顔の表情がわからないことがある。
11. 言おうと思っていたことを忘れてしまう。
12. しようと思っていたことがあるのに、気づくと違うことをしていた。
13. 何かをするときに、必要な手順を飛ばしてしまう。
(例: お茶を入れるときに葉を入れ忘れ、お湯を入れてしまったなど)
14. ついさっきそこに置いたばかりのものや、まだ手に持っているものを探してしまう。
15. 一生懸命やらなければならないときに、ボーッと考え事をしてできなかった。
16. 何かをするときに、その相手やものをうっかり取り違えてしまった。
17. ついさっきまでしていたことや、いた場所が思い出せない。
(例: 歩いていたり、電車に乗っていたりするときに)
18. 話している相手が知人なのに、その相手の名前が思い出せなくなった。
19. 最近、曜日がよく判らない。
20. テレビなどで、過去の事件の話をしているのに、それがいつ起ったことなのか判らないことがある。
21. 忘れないように、メモを残すようにしている。
22. 年をとってきて、記憶力が良くなってきた。
23. 年をとってきて、記憶力が悪くなってきた。
24. 最近、楽しい過去を多く思い出すようになった。
25. 最近、不快な過去を多く思い出すようになった。
26. 若いときの経験を、昔よりも多く思い出すようになった。
27. 以前よりも物事を記憶しようと意識的に努力している。

28. 薬を飲むのを忘れることがある。
29. かけ算の九九はすらすら言える。
30. 暗算は、おっくうになってきた。
31. 小学校の頃の出来事をよく覚えている。
32. 二十歳前後の頃の出来事をよく覚えている。
33. 40 ~ 50 歳頃の出来事をよく覚えている。

資料 4. 自己認知やその他の日常生活に関する調査項目

1. 怒りっぽいと思う。
2. 小さなことが気にならなくなった。
3. 他人が冷たくなったと思う。
4. 何事にも耐えられるようになった。
5. 他人の子でも、子どもといると楽しい。
6. 動物と一緒に遊べたら良いと思う。
7. 自然の中 (森や湖などがあるところ) にいると気が休まる。
8. 他人の言っていることがよくわからないことがある。
9. 夜、よく眠れないことがある。
10. 朝、起きるのがつらいことがある。
11. 最近、心配事は少なくなった。
12. 最近、心配事が多くなった。
13. 新聞は毎日読む。
14. 自転車に毎日乗る。
15. 趣味は楽しい。
16. お酒はよく飲む。
17. 生活にはリズムが必要であると思う。
18. 生活は規則正しく送っている。
19. 体はよく動かすようにしている。
20. ラジオ体操はよくするほうである。
21. 軽い運動に心がけている。
22. 散歩などにはよく出かける。
23. 性的な関心は低くなった。
24. 一日が過ぎていくのが速く感じられる。
25. 信仰心は深くなってきている。
26. 最近、他人に親切になれるようになった。

新たな介護負担感尺度の作成

檜木てる子

Developing a Dementia Care Burden Scale

Teruko UTSUKI

要 約

認知症介護を行っている家族介護者の介護負担感を測定する介護負担感尺度として、既存尺度を参照しながら新たな尺度を作成した。調査対象者は353名の在宅介護を行っている家族であった。新尺度は19項目から構成され、主因子解、プロマックス回転による因子分析を行った結果、3因子が抽出された。第一因子は「介護のために、家事、買い物、家族の世話、仕事などが十分にできない」など7項目で「生活面への負担感」と命名された(寄与率17.7%、 $\alpha = .85$)。第二因子は「今後、介護がどうなっていくのか、私には見当がつかない」などの6項目で「困惑や心配による負担感」と命名された(寄与率15.2%、 $\alpha = .84$)。第三因子は「被介護者のことで近所に気兼ねしている」などの6項目で「対人葛藤による負担感」と命名された(寄与率12.8%、 $\alpha = .77$)。また、全般的負担感ならびに体調変化の自覚を独立変数、各因子得点を従属変数とする分散分析をそれぞれ行った結果、全ての組み合わせにおいて有意な効果が得られた。これらの結果から、新尺度における信頼性と妥当性が示されたとはいえる。

はじめに

家族介護者の介護負担の軽減に向けた研究は、高齢化社会に突入した1970年代後半より多くみられるようになったという(中谷・東條, 1989)。

その介護負担(care burden)については確固とした定義はなく、慣習的に客観的負担と主観的負担とに分類されると指摘されている(朝田, 1999)。前者の客観的負担は、被介護者の重症度、ADL、行動障害の程度や介護に要する時間などといった介護者が行う介護の内容や状況、あるいはその結果としての社会生活上の制約を示す。それに対し後者の主観的負担は抑うつや不安、士気の低下などの介護生活の結果として介護者が示す感情面の評価のことである。またこのほかに介護負担感尺度が複数の研究者によってそれぞれ開発されており、これも主観的介護負担の指標とすることができよう。

さらに介護負担研究の中では、介護負担のアウトカムとして介護者の心身の健康、生活の質、被

介護者の施設入所(在宅介護の放棄)などが検討されている。しかし研究によっては、介護者の精神健康状態を介護負担のアウトカムと位置づけているのか、それとも負担の指標として扱っているのか明確に区別されていないことがあるという(朝田, 1999)。

このように家族介護者の介護負担の軽減は重要な研究課題とされつつも、介護負担の指標や介護負担感の内容についてはあいまいな現状にあるといえる。そこで本研究では、有益な介護負担の指標を探索する初段階として、既存の介護負担感尺度の内容について検討を行い、それに基づいて新たな尺度の作成を試みたので報告をする。

既存尺度の内容

代表的な介護負担感尺度はザリッド介護負担感尺度であろう。ザリッドらによると介護負

担感とは「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義される (Zarit et.al,1980)。この尺度は各国で使用されており (Bachner,et.al.,2007)、日本においては博野ら (1998) や荒井ら (2003) によって日本語版が作成されている。これは21項目から構成され、それらの合計点から負担感の程度をとらえることになる。さらに、それとは独立した形で全般的負担感として一項目で測定する質問項目もある。荒井ら (2003) は、21項目の因子分析を行った結果から「介護そのものによって生じる負担 (personal strain)」因子と「介護を始めたために生じる負担 (role strain)」因子の2因子が抽出されたという。前者の「介護によって生じる負担」因子は、「患者さんの行動に対し困ってしまうことがありますか」「患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか」「本当は、自分をもっとうまく介護ができるのになあと思うことがありますか」「介護のために体調を崩したと思うことがありますか」などの14項目がふくまれ、介護生活や被介護者、介護を担う自己に対する否定的評価をあらわす内容と考えられる。後者の「介護を始めたために生じる負担」は、「介護のために自分の時間が充分にとれないと思いませんか」「介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか」などの7項目が含まれ、介護によって生じた介護者自身の生活に対する否定的影響の評価をあらわす内容と考えられる。

また日本独自の介護負担感尺度としては中谷と東條による介護負担感スケールがある (中谷・東條、1989)。彼らは介護負担を「心理的圧迫と社会・経済的困難」と定義し、主観的負担感として現れてくる側面として「不安としての負担感」「疲労としての負担感」「人間関係の悪化からくる負担感」「社会活動の制約からくる負担感」「介護からの解放欲求」「介護意志の欠如」を想定して項目を作成した。しかし、因子分析の結果、これらのうち「介護意志の欠如」をのぞいた諸側面が一因子として抽出され、「全般的負担感」因子と「継続意志」の2因子から構成される尺度となった。

これらの尺度に対して、介護負担感を介護ストレスナーに対する評価として位置づけた研究モ

デルをおく新名ら (1991) は、9領域からなる介護負担感尺度を作成している。彼女らによる介護者負担感評価尺度は自記式ではなく、精神科医の半構造化面接によって「困っている」程度が評価される。具体的な領域は、①日常生活の援助 (「お年寄りがひとりで自分の身の回りのことをできないこと」「お年寄りに失禁があること」「こちらの伝えたいことがお年よりにうまく伝わらないこと」など)、②認知症症状への対応 (「お年寄りが時間や場所や人の顔が分からないこと」「お年寄りをどのようにお世話したらよいか分からないこと」など)、③将来の心配 (「この先、お年寄りの状態や病気がどうなるかわからないこと」など)、④人間関係の問題 (「家族や親戚が自分の気持ちをわかってくれないこと」など)、⑤個人的・社会的活動の拘束 (「家事・買い物・家族の世話や自分の仕事に支障をきたすこと」など)、⑥社会的サービスの不足 (「病気やお世話の仕方について相談する人や場所がないこと」など)、⑦身体的健康の問題 (「身体の調子が悪いこと」)、⑧「精神的健康の問題 (「心労・気苦労が多いこと」)、⑨経済的コスト (「経済的に苦しいこと」) である。このように領域ごとに測定することは、個々の家族介護者がどのような点について負担を強く感じているか把握することができ、現場で活用しやすいことが推測される。

このほかに、櫻井 (1999) は「介護者の介護に対する評価には負担感という否定的評価のほかに肯定的評価もある」というロートンらの考えをふまえて (Lowton,et.al.,1989)、介護負担感尺度と介護肯定感尺度を作成して介護肯定感が介護負担感の軽減効果をもつかどうか検討を行っている。尺度作成にあたって、櫻井は家族介護者に対する面接を行い、その自由記述と既存尺度を参照して項目を決めている。櫻井の介護負担感尺度については因子分析の結果、4因子が抽出された。第一因子は「趣味や学習をしたり、くつろいだりする時間がない」などの「拘束感」、第二因子は「誰かにお年寄りの世話を代わってほしいと思う」などの「限界感」、第三因子は「お年寄りとうまくいなくて悩んだり嫌な思いをすることがある」「家族や親戚があなたの悪口をいったり、非難したりする」などの「対人葛藤」、第四因子は「お年寄りの世話をするのに十分な経済状

態ではない」などの「経済的負担」である。そして、この4因子のなかで「限界感」に「介護状況への満足感」や「自己成長感」という介護肯定感による軽減効果が報告された。

以上、4種類の既存の介護負担感尺度について紹介した。これらの尺度にふくまれている介護負担感の項目を整理すると、①介護者の生活時間や諸活動、経済面への影響、②介護に伴う人間関係の悪化（被介護者との関係、家族親族との関係）、③介護者の身体的健康への影響（疲労感や労力感など）、④適切な介護行動に対する判断困難感、⑤被介護者の状態悪化への不安感、⑥介護をうまく出来ているかどうかなどの自己評価、という6点に集約できると考えられた。このうち、⑥の内容は介護者である自己に関する認知的評価であるといえる。このことから介護負担感の内容には、介護生活（①、②）、身体的健康（③）、介護行動（④）に関する評価ならびに介護発生に伴う感情（⑤）の評価のほか、介護者としての自己認知も負担感として扱われているといえる。しかし、この⑥の内容はバンデューラの自己効力感理論（本明・野口、1997）やディシの内発的動機づけ理論（上淵、2004）に基づいて考えると、心理学のなかで動機づけに関する認知として扱う対象にもなる。すなわち⑥の内容は介護負担感の指標と介護意欲の指標のどちらにも該当するといえよう。

実際には、介護者のなかに介護に関するさまざまな認知的あるいは感情的評価が渾然と存在していると推測されるが、それらを研究者がどのように分類整理するかという考え方の相違によって、介護負担感尺度の内容範囲が決まってくるように考えられる。

本研究では、動機づけに関する心理学理論を用いる立場から、介護負担感の内容を①から⑤の範囲内である介護生活、身体的健康、介護行動、介護発生に伴う感情の4点ととらえて新尺度を作成することとした。

方 法

1. 項目の作成

介護負担感について多面的に測定するために、ザリッド介護負担感尺度日本語版荒井ら（2003）や新名ら（1991）の介護負担感尺度、櫻井（1999）の負担感尺度、中谷と東條（1989）の介護負担感スケールなどを参照して19項目を構成した。

項目については「どの程度、あなたのお気持ちにあてはまりますか」と設問し、「あてはまる」「ややあてはまる」「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」の5件法から回答を求めた。

また介護負担感の妥当性を検討するために、介護開始後の介護者の体調悪化および全般的な介護負担感について尋ねた。介護開始後の介護者の体調悪化は、「お世話（介護）が始まってから、あなたはご自分の身体の調子が悪くなったと感じますか」という質問に対し4件法で回答を求めた。全般的介護負担感は、荒井ら（2003）によるザリッド介護負担感尺度日本語版の項目22を引用した。それは「全体を通してみると、お世話をするということはどの程度、あなたの負担になっていると思いますか」という質問であり、5件法で回答を求めた。そのほか、基本属性として介護者および被介護者の性別、年齢、続柄、介護保険利用期間について尋ねた。また被介護者に関する特徴として認知症の種類と治療の有無、認知症以外の病気の有無と治療の有無について尋ねた。

2. 調査の対象者および調査方法

本調査は、平成17・18年度にかけて行われた厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業「軽度認知症高齢者の介護予防及び症状緩和システム開発に関する研究（主任研究者 内藤佳津雄）」における調査研究に合わせて調査協力を依頼し、行われた。この「軽度認知症高齢者の介護予防及び症状緩和システム開発に関する研究」は、在宅にいる軽度認知症高齢者の分布と状態像を明らかにして軽度認知症高齢者向けのサービスモデルを作成する基礎資料を得ることを目的とし、介護予防通所介護事業所を利用している軽度認知症高齢者の状態像及び軽度認知症高齢者に提供しているサービスについて調査を行ったものである。

平成19年1月時点においてWAM NETに登録されている全国の介護予防通所事業所および介護予防認知症対応型通所介護事業所からランダムに2500施設を抽出した。そして各施設に上記研究の調査依頼と合わせて本調査の調査説明書および承諾書要旨をも同封して郵送にて調査の依頼を行った。その結果、本調査への協力に対する承諾が得られた施設は71施設であった。そして各施設が希望する調査票部数を送付した。送付した調査票は合計602部であった。

家族への配布の手続きは事業所から利用者の家族に説明の上、封筒に入れたまま配布をすることとした。回収の手続きについては、家族は記入後、封筒を密封した上で事業所の担当職員に渡し、事業所で回収可能な全例を回収後、密封状態のまままとめて返送してもらうこととした。このような手続きを経て調査票の返送が行われた施設は55施設、回収された調査票は353部であった。

また、事業所を通して家族に配布してもらった調査協力依頼文書には、回答者個人の回答に関するフィードバック事業所に行わないことおよび、得られた情報はすべて数値化し個人が特定されないよう扱うことを明記した。期間は平成19年2月から5月であった。

なお、調査対象者について居住する地域ごとにみると、「北海道・東北」は7.3%、「関東」30.3%、「甲信越・中部」17.6%、「関西」23.0%、「四国」11.2%、「九州・沖縄」10.6%の割合であった。

結果

1. 対象者の基本属性

1.1 介護者の属性

回答者である介護者は男性71名、女性278名(不明4)であった。介護者の年齢は26歳から93歳に分布し、平均年齢61.6歳(SD 10.9)であった。被介護者からみた介護者との続柄は、配偶者は73名、息子は42名、娘は95名、息子の妻は117名、その他は19名(不明7)であった。配偶者は全体の20.7%、息子と娘は38.8%、息子の妻は33.1%の割合であった。続柄別に介護

者の平均年齢を算出すると、配偶者では75.1歳(SD7.7)、息子と娘では58.8歳(SD8.2)、息子の妻では57.6歳(SD8.1)であった(表1)。

1.2 被介護者の属性

被介護者は男性84名、女性257名(不明12名)であり、年齢は52歳から101歳に分布し、平均年齢84.8歳(SD 7.4)であった(表1)。また被介護者の認知症の種類について回答を求めたところ、アルツハイマー型認知症が84名、脳血管性認知症が58名、その他の認知症が48名、認知症の種類は不明であるという回答は119名(無回答44名)であった。認知症の治療の有無については、「治療を受けている」は129名、「受けていない」は180名、「認知症の治療を受けているかどうか分からない」は24名(無回答20名)であった。

1.3 介護状況

介護期間は1ヶ月から25年6ヶ月に分布し、1～3年未満が32.5%と最も多く、ついで3～5年未満が24.6%となり、1～5年未満の介護者が全体の約57%を占めた。平均介護期間は31.2ヶ月(SD21.4)であった。一方、2000年から始まった介護保険制度の利用期間は1年未満が32.2%、1～3年未満が33.9%と3年未満の介護者が65%強を占めていた。要介護は、要支援1が24名、要支援2が32名、要介護1が68名、要介護2が63名、要介護3が82名、要介護4が53名、要介護5が21名(無回答10)であった(表1)。

2. 介護負担感の回答頻度

分析に用いた介護負担感項目19項目に対する回答頻度を算出した(表2)。これは「あなたのお気持ちにどの程度あてはまりますか?」という設問に対し、「あてはまらない」「ややあてはまらない」「どちらともいえない」「ややあてはまる」「あてはまる」の5件法で回答を求めたものである。その結果、「あてはまる」と「ややあてはまる」の回答を合計すると回答頻度60%以上になった項目は「今後、介護が私の手に負えなくなるのではないかと心配である」(83.3%)、「今後、被介護者がどうなっていくのか心配である」(82.5%)、「今後、介護がどうなっていくのか、私には見通しが見つからない」(68.7%)「被介護者の行動や発言をどのように受け止めたらいいか、分からない」(63.6%)「自分の伝えたいことが被介護者にうま

く伝わらない」(62.2%)であった。

「あてはまらない」と「ややあてはまらない」の回答を合計し回答頻度が40%以上になった項目は「被介護者のことで、近所に気兼ねをしている」(62.0%)「家族や親族などから介護のことで口出しをされ、いらだつことがある」(56.5%)「介護のことで、近所の人たちにどのように思われているのか、気になる」(53.9%)「被介護者のことで、家族や親族などと意見がくいちがうことがある」(43.9%)であった。

つぎに、「あてはまらない」に1点「ややあてはまらない」に2点「どちらともいえない」に3点「ややあてはまる」に4点「あてはまる」に5点を与えて地域ごとに各項目の平均値を算出し分散分析を行ったところ、6項目との間で有意な効果が示された。その項目は「介護のことで、近所の人たちにどう思われているか、気になる」($F(5,329)=2.45, p<.05$)、「被介護者のことで、近所に気兼ねをしている」($F(5,328)=2.45, p<.05$)、「被介護者の行動や発言をどのように受け止めたらいいか、分からない」($F(5,330)=2.34, p<.05$)、「被介護者の行動や発言に腹が立つ、または怖い思いをする」($F(5,329)=3.30, p<.01$)、「被介護者の行動に対して、どのように接したらよいか、分からない」($F(5,327)=2.88, p<.05$)、「被介護者の行動や発言に振り回されている」($F(5,329)=3.58, p<.05$)であった。

3. 介護負担感の因子分析結果

介護負担感19項目について、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った結果、3因子が抽出された(表3)。第1因子は「介護のために、家事、買い物、家族の世話、仕事などが十分にできない」「介護のために、身体のあちこちに負担がかかっている」などの7項目からなり、仕事や趣味などの活動や時間への制限や体調悪化、費用負担について認識する内容であった。そこでこの因子を「生活面への負担感」を名づけた(寄与率17.7%)。第2因子は「今後、介護がどうなっていくのか、私には見通しが見えない」「被介護者の行動や発言をどのように受け止めたらいいか、分からない」などの6項目からなり、将来の変化に対する心配や被介護者への接し方に関する困惑について認識する内容であった。そこでこの因子を「困惑や心配による負担感」を名

づけた(寄与率15.2%)。第3因子は「被介護者のことで、近所に気兼ねをしている」「家族や親族などから介護のことで口出しをされ、いらだつことがある」「被介護者の行動や発言に腹が立つ、または怖い思いをする」などの6項目からなり、家族親族や近所の人びと、あるいは被介護者との人間関係の悪化状態にあることを認識する内容であった。そこでこの因子を「対人葛藤による負担感」と名づけた(寄与率12.8%)。累積寄与率は45.7%であった。

4. 因子間の相関

さらに3因子間の相関係数について算出した。その結果、第1因子「生活面への負担感」と第2因子「困惑・心配による負担感」は0.53、第1因子「生活面への負担感」と第3因子「対人葛藤による負担感」は0.54、第2因子「困惑・心配による負担感」と第3因子「対人葛藤による負担感」は0.60であった。(表3)。

5. 信頼性と妥当性の検討

3因子の信頼性を検討するためにクロンバックの α 係数を算出した。第1因子「生活面への負担感」は0.85、第2因子「困惑・心配による負担感」は0.84、第3因子「対人葛藤による負担感」は0.77であった(表3)。

次に3因子の妥当性を検討するために、全般的負担感に対する回答に対する回答を独立変数、介護負担感因子得点を従属変数とする分散分析を行った(表4)。その結果、全般的負担感と介護負担感3因子との間に有意な効果が示された($F(4,293)=55.91, p<.0001, F(4,293)=28.11, p<.0001, F(4,293)=19.84, p<.0001$)。Tukey法による多重比較の結果、全般的な負担感を高く負担だと認識する程それぞれの因子得点が高くなる傾向が示された($MSE=0.51, MSE=0.64, MSE=0.65, p<.05$)。

つぎに介護後の介護者の体調変化に対する回答を独立変数、介護負担感因子得点を従属変数とする分散分析を行った結果、介護者の体調変化は介護負担感3因子との間に有意な効果が示された。($F(3,287)=62.88, p<.0001, F(3,287)=10.97,$

$p<.0001, F(3,287)=8.89, p<.0001$)。Tukey法による多重比較の結果、介護者の体調変化を悪化したと認識する回答のほうにそれぞれの因子得点が高くなる傾向が示された($MSE=0.51,$

MSE=0.77, MSE=0.74, $p < .05$ 。

考 察

1. 新尺度の回答頻度

19項目の回答頻度のなかで最も偏りの大きい項目は、「ややあてはまる」「あてはまる」の合計頻度が80%を超えたCOG07とCOG41の2項目であった。このことから、一つは回答頻度に極端な偏りのある項目はみられなかったといえる。また、この2項目はともに「今後のことへの心配」に関する内容であり、介護に付随する心理状態として「あてはまる」回答が多いのは当然の傾向とも考えられる。

また、地域を独立変数とする分散分析の結果、6項目に有意差が見られる結果が示された。本研究の調査対象者は353名であり、地域文化に基づく意味づけを解釈するのに十分なサンプル数とはいえないと考えられる。地域差については今後更なる検討が必要であるといえよう。

2. 新尺度の因子分析結果ならびに因子相関

19項目の因子分析の結果、3因子が抽出された。既存尺度を参照した介護負担感の5種類の内容と照らし合わせてみると、第一因子「生活面への負担感」には、①生活時間、諸活動、経済面への影響ならびに③介護者の身体的健康への影響の内容が、第二因子「困惑や心配による負担感」には、④適切な介護行動に対する判断困難感の一部と⑤被介護者の状態悪化への不安感の内容が、第三因子「対人葛藤による負担感」には、④適切な介護行動に対する判断困難感の一部と②介護に伴う人間関係の悪化（被介護者との関係、家族親族との関係）の内容が含まれているといえる。このことから、5種類の内容が3種類に集約された結果が示されたといえよう。また、これらの因子間には互いに $r = .53$ から $.60$ という中等度の相関が示された。このことから、介護負担感とは特定領域の負担感が独立的に存在するというよりも相互関連していることが推測される。

3. 新尺度の信頼性・妥当性

信頼性に関する検討として、各因子の α 係数を算出したところ、 $\alpha = .77$ から $.85$ までの数値を

示し、各因子ともに信頼性は高いものといえる。

妥当性に関する検討としては、5段階で評定される全般的負担感ならびに4段階で評定される介護後の体調変化の自覚を独立変数、各因子得点を従属変数とする分散分析ならびにTukey法による多重比較を行った。その結果、全般的負担感ならびに体調変化の自覚のいずれにおいても各因子に全般的負担感への認識や体調悪化の自覚が高い群になるほど因子得点が高いという傾向が示された。両者の結果から新尺度の妥当性が示されたといえる。このことから、信頼性ならびに妥当性が確認され、新尺度は有用な尺度であるといえる。

おわりに

本稿は、4種類の既存尺度を参照して作成された新尺度について報告するものである。しかし、これまでに作成された介護負担感尺度は、松田によって作成されたSBS (Matsuda, 1999) など、この4種類のほかにも多く見られる。そのため、本稿で紹介した新尺度は、全ての既存尺度の内容を網羅した上で作成されたものではない。その点で、この新尺度の内容的妥当性や構成概念的妥当性について今後も検討していく必要があるといえる。

また介護負担感尺度全般について考えると、介護負担感の作成時期によって介護を取り巻く社会状況は異なっており（例；介護保険制度の導入前か後か）、また作成者の属する国や文化の違いも含めると、尺度の作成時における介護負担の実態が異なっているものと推測される。その差異は、介護者支援のあり方など介護負担研究の研究モデルの相違にも影響をもたらしている可能性が考えられる。そこで介護負担感尺度は、作成時期、作成者の属する文化、作成者の研究モデルという尺度作成の背景によって定義や項目内容が異なっている可能性を念頭におくことが必要ではないかと考えられる。

今後、認知症による要介護高齢者とともに家族介護者の増大が予測され、介護負担研究はますます重要な課題となるであろう。そこで、介護をと

りまく社会状況の変化と介護負担の実態ならびに介護負担への支援のあり方を見据えた上で、研究者間で共有できる研究モデルをもち、それに基づくベストな「モノサシ」となる介護負担感尺度を開発することが望まれる。

参考文献

- 1) 荒井由美子・田宮菜奈子・矢野栄二 (2003) . Zarit 介護負担感尺度項目日本語版の短縮版の作成 その信頼性と妥当性に関する検討 日本老年医学会雑誌, 40(5), 497-503.
- 2) 朝田隆 (1999). 医療と介護—家族介護と介護負担— 浅井昌弘他 (編) 臨床精神医学講座 S9 巻アルツハイマー病 pp.470-478.
- 3) Bachner, Y.G., O' rourke, N., (2007). Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. Aging & Mental Health, 11(6), 678-685
- 4) Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press. (本明 寛・野口京子 (監訳) (1997) . 激動社会のなかの自己効力 金子書房)
- 5) Lawton, M. P., Kleban M. H., Moss, M., Rovine M., Glicksman, A., (1989). Measuring Caregiving Appraisal, Journal of Gerontology, 44(3), 61-71.
- 6) Matsuda, O., (1999). Reliability and validity of the subjective burden scale in family caregivers of elderly relatives with dementia. Int Psychogeriatrics, 11(2), 159-170.
- 7) 中谷陽明・東條光雅 (1989) . 家族介護者が受ける負担—負担感の測定と要因分析 老年社会科学, 29, 27-36.
- 8) 新名理恵・矢富直美・本間昭 (1991) . 痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果 老年精神医学, 2(5), 655-663.
- 9) 博野信次・小林広子・森悦郎 (1998) . 痴呆症患者の介護者の負担—日本語版 Zarit Caregiver Burden Interview による検討, 脳神経, 50 561-567
- 10) 櫻井成美 (1999) . 介護肯定感をもつ負担軽減効果 心理学研究, 70(3), 203-210.
- 11) 上淵 寿 (編著、2004) . 動機づけ研究の最前線 北大路出版
- 12) Zarit, S.H., Reeve, K.E., Bath-Peterson J., (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlate of feeling of burden. The Gerontologist, 20(6), 649-655.

表1 対象者の属性

介護者 (回答者)	性別	男性	71名
		女性	278名
		無回答	4名
	年齢	平均	61.6±10.9歳
		最少	26歳
		最高	93歳
被介護者	性別	男性	84名
		女性	257名
		無回答	12名
	年齢	平均	84.8±7.4歳
		最少	52歳
		最高	101歳
続柄	配偶者		73名
	息子		42名
	娘		95名
	息子の妻		117名
	その他		19名
	無回答		7名
介護期間	1年未満		19.6%
	1-3年未満		32.5%
	3-5年未満		24.6%
	5-10年未満		17.3%
	10年以上		6.1%
	平均		48.0±45.1ヶ月
	最小		1ヶ月
	最高		22年1ヶ月

表2 介護負担感項目への回答傾向

介護負担感項目 あなたのお気持ちにどの程度あてはまりますか？		やや		どちら	やや		計
		あてはま らない	あてはま らない	とも いえない	あては まる	あては まる	
COG03	介護のために、趣味の時間やくつろぐ時間をもてない	12.2%	16.8%	19.1%	32.2%	19.7%	100%
COG05	介護のことで、近所の人たちにどう思われているのか、気になる **	43.5%	10.4%	23.5%	13.3%	9.3%	100%
COG07	今後、介護が私の手に負えなくなるのではないかと心配である	5.2%	2.9%	8.7%	24.5%	58.8%	100%
COG09	介護のために、体調を崩したことがある	20.2%	9.8%	11.5%	27.4%	31.1%	100%
COG11	被介護者のことで、近所に気兼ねをしている **	48.4%	13.6%	13.6%	15.1%	9.3%	100%
COG12	介護に費用がかかりすぎていると感じる	25.1%	13.1%	30.9%	16.3%	14.6%	100%
COG15	被介護者の行動や発言をどのように受けとめたらよいか、分からない **	14.7%	14.1%	22.5%	31.7%	17.0%	100%
COG16	家族や親族などから介護のことで口だしをされ、いらだつことがある	45.0%	11.5%	13.8%	19.9%	9.8%	100%
COG19	被介護者の行動や発言に腹が立つ、または怖い思いをする **	14.2%	8.4%	13.9%	37.3%	26.3%	100%
COG21	被介護者の行動に対して、どのように受け止めたらよいか、分からない **	14.2%	29.1%	23.8%	12.2%	20.6%	100%
COG22	今後、介護がどうなっていくのか、私には見通しが見つからない	7.2%	4.9%	19.3%	27.9%	40.8%	100%
COG24	介護のために身体のおちこちに負担がかかっている	15.9%	12.1%	19.3%	29.1%	23.6%	100%
COG28	被介護者の行動や発言に振り回されている **	14.5%	8.4%	19.9%	33.8%	23.4%	100%
COG32	介護のために、毎日疲れている	12.1%	12.7%	22.8%	31.1%	21.3%	100%
COG36	自分の伝えたいことが被介護者にうまく伝わらない	13.5%	7.2%	17.0%	35.7%	26.5%	100%
COG38	介護のために、家事、買い物、家族の世話、仕事などが充分にできない	19.0%	13.5%	19.6%	30.3%	17.6%	100%
COG39	介護があるので、自分の予定をたてられない	12.2%	12.2%	20.0%	30.4%	25.2%	100%
COG41	今後、被介護者がどうなっていくのか心配である	4.3%	4.6%	8.7%	25.7%	56.8%	100%
COG42	被介護者のことで、家族や親族などと意見がくいちがうことがある	35.6%	8.3%	24.1%	21.0%	10.9%	100%

**：地域による有意差

この有意差の検定は項目得点に対する分散分析によるもの。

表3 介護負担感項目の因子分析結果（主因子解、プロマックス回転）

	I	II	III	共通性
I 因子「生活面への負担感」 $\alpha=0.85$				
COG38 介護のために、家事、買い物、家族の世話、仕事などが十分にできない	0.77	-0.09	0.08	0.60
COG24 介護のために身体のおちこちに負担がかかっている	0.76	-0.07	-0.05	0.60
COG39 介護があるので、自分の予定をたてられない	0.70	0.06	-0.06	0.49
COG09 介護のために、体調を崩したことがある	0.68	0.03	-0.01	0.47
COG32 介護のために、毎日疲れている	0.68	0.15	0.06	0.63
COG03 介護のために、趣味の時間やくつろぐ時間がもてない	0.55	-0.05	0.03	0.30
COG12 介護に費用がかかりすぎていると感じる	0.44	-0.06	0.20	0.28
II 因子「困惑や心配による負担感」 $\alpha=0.84$				
COG22 今後、介護がどうなっていくのか、私には見通しが見つからない	0.04	0.84	-0.10	0.66
COG41 今後、被介護者がどうなっていくのか心配である	0.00	0.78	-0.15	0.51
COG07 今後、介護が私の手に負えなくなるのではないかと心配である	0.05	0.64	-0.10	0.38
COG21 被介護者の行動に対して、どのように受け止めたらいいか、分からない	-0.13	0.61	0.36	0.63
COG15 被介護者の行動や発言をどのように受けとめたらいいか、分からない	-0.08	0.50	0.33	0.47
COG36 自分の伝えたいことが被介護者にうまく伝わらない	0.21	0.41	0.15	0.42
III 因子「対人葛藤による負担感」 $\alpha=0.77$				
COG11 被介護者のことで、近所に気兼ねをしている	0.02	-0.10	0.69	0.43
COG16 家族や親族などから介護のことで口だしをされ、いらだつことがある	-0.01	-0.08	0.65	0.37
COG05 介護のことで、近所の人たちにどう思われているのか、気になる	0.10	-0.03	0.52	0.31
COG42 被介護者のことで、家族や親族などと意見がくいちがうことがある	0.05	0.00	0.51	0.28
COG19 被介護者の行動や発言に腹が立つ、または怖い思いをする	0.02	0.26	0.42	0.38
COG28 被介護者の行動や発言に振り回されている	0.16	0.30	0.39	0.49
	寄与率	17.7%	15.2%	12.8%
	累積寄与率		32.9%	45.7%
	I 因子との相関		0.53	0.54
	II 因子との相関			0.60

表4 介護負担感因子得点と全般負担感、体調変化の自覚

	I「生活面」		II「困惑心配」		III「対人葛藤」		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
全般的 負担感	① 殆ど負担ではない	-1.52	0.84	-1.47	1.59	-1.08	0.90
	② あまり負担ではない	-0.89	0.83	-0.89	0.89	-0.67	0.78
	③ やや負担だ	-0.27	0.72	-0.03	0.77	-0.11	0.85
	④ かなり負担だ	0.61	0.65	0.38	0.76	0.30	0.72
	⑤ 非常に負担だ	0.81	0.67	0.54	0.6	0.69	0.87
介護者の 体調変化	① 殆ど変わっていない	-0.91	0.89	-0.56	1.16	-0.55	0.90
	② あまり変わっていない	-0.39	0.76	-0.15	0.89	-0.07	0.86
	③ やや悪くなった	0.38	0.66	0.17	0.78	0.11	0.84
	④ かなり悪くなった	1.07	0.48	0.52	0.84	0.48	0.91

グローバル・コミュニティと社会福祉

～ 国際福祉社会への展望 ～

加藤一夫

The Global Community and Social Welfare: Perspectives on the Global Welfare Society.

Kazuo KATO

はじめに

グローバリゼーションの意義が問われている。アメリカを中心とする経済・金融面でのグローバルな動きに国際社会においても国内でも全体に疑問が出され、現在、その賛否についてさまざまな分野で議論が展開されている。アメリカ発グローバル経済の破綻は、その影響の大きさから重要な社会的問題になっている。

ここで取り上げるのは、「福祉領域」におけるグローバリズムとその対応関係において生まれてきている多様な福祉課題の問題である。それには、これまでのような成長経済を前提にした思考では、世界を捉えられないという考え方も出てきている。現在は、確かにアジアやアフリカで人口増となっているが、一方で地球の高齢化は確実に進んでおり、長期的にみれば、ほどなく人口減が始まる。そこで、これまでのような経済成長の論理ではなく「グローバルな定常化社会」が重要だとする論者も登場してきている。(1)

他方、グローバリゼーションのもうひとつの側面である地球規模の変化がある。地球規模で市民社会が拡大し、そこから国民国家を超える主体が主要な役割を果たし始めている。そうしたなかで、これまでのような国際社会ではなく市民が作る地球社会の構想がしだいに実像として浮上ってきている。グローバル・コミュニティとは、こうした人々が活躍する国際的な舞台のことである。

福祉の領域でも、国境を越えた福祉課題をだれがどう解決するか、小論は、この問題について概観したものである。近年、「福祉を」福祉課題のガバナンスを明らかにするため比較政治学の視点から捉えなおす試みが、政治学者から提起されているが、小論は、国際政治学の領域からこの問題について考察する試みともいえる。(2)

1. グローバル・コミュニティの源流

国際社会は、ネーション（国家・国民）を構成単位として17世紀以降にヨーロッパで生まれ成長した。19～20世紀が国家形成期に当たり、この時期は国家形成のためのナショナリズムの時代であり、同時に戦争の時代でもあった。その典型が第一次、第二次世界大戦であった。しかし、21世紀に入ると状況は一変してくる。国民国家の役割は相対化され、地域的な統合や国家を越える人々の活動が盛んになり、新たなグローバル・コミュニティ（地球市民社会）の動きが少しずつ現れ始めている。(3)

そこで、その源流の確認から始めたい。国家（領域）の枠を超える人々の動きは、まだ国民国家が完全な形を成していないころからすでに始まっていた。18世紀末のフランス革命とアメリカ独立革命が、近代的な市民意識が芽生えさせたのがその原因だった。例えば、最初の国民戦争で

あるナポレオン戦争では、国境を越えた人々の人道活動は、フランス革命以後にはじまったナポレオン戦争時に、戦争で倒れた被災者を救うため、新大陸アメリカでは、ニューヨーク平和会が誕生した。人道的な救済のため新大陸の母親たちが大西洋を船で渡ったという記録がある。国際人道活動を中心にした国際 NGO の先駆けである。その時の戦後処理であるウィーン会議では、ライン河の共同管理の動きがあったし、医療・保健の分野でも国際的な協力の動きがあり、1838年にはヨーロッパ諸国だけでなくイスラームのオスマン帝国を含む「健康理事会」が誕生して活動していた。直接の目的は伝染病に伝播を防ぐことになった。

その後、戦争を防止するためにさまざまな会議が次第に増えていく。こうした活動が本格化するのには、国民国家意識が強まってきた19世紀半ば以降のことである。

福祉課題の取り組みという観点から見れば、後述するように大英帝国の時代にイギリスでは、社会的格差是正から慈善組織が生まれ、すでに17世紀の初めに「エリザベス貧窮法」が生まれ、それがソーシャルワーク活動の先駆けとなって、ヨーロッパの各地域に影響を与えた。しかし、この時期は国家と民族をめぐるナショナリズムの時代、すなわち戦争と革命の時代でもあった。社会主義運動もこの時期に生まれている。

第一次大戦、大戦間期（危機の20年）、第二次世界大戦において、個別の人道活動はあったとはいえ、国際的な場で福祉が論議されることはなかった。本格化するのには、大英帝国から福祉国家へ転進したイギリスの政策転換である。

しかし、この時期は、アメリカとソ連を軸にした東西冷戦に突入し、他方で、イギリスがあらたに「福祉国家」として変転していく時代でもあった。1942年のベヴァリッジ報告は、いまでいう「大きな政府」の典型として国家による所得再配分の論理を打ち出したことでも知られ、この思想は、その後の変遷にもかかわらず、現在の各国の福祉政策に大きな影響を与えている。

福祉のグローバリゼーションが行われるようになったのは、冷戦以後、全面的な戦争がなくなり、個別紛争になってから、すなわち冷戦以後の1990年代になってからである。しかし、冷戦終結は、平和をもたらすものではなかった。その

後の民族・地域紛争、そして、アメリカ一国の覇権に対抗するイスラーム原理運動と、そこから生じるテロ活動であった。これはアメリカの「市場原理の世界化」すなわち経済的なグローバリゼーションの結果でもあった。それは、1991年の「9・11」とその後の「新しい戦争」という引き起こすことになる。

他方、この時期は、主権国家の揺らぎも顕著になる時代でもあった。地域運動、地域が重視され、それが、主にヨーロッパにおけるリージョナルな動きに重なり、産業の共同管理、共同市場そして共通通貨の創設に見られるようなEU（ヨーロッパ連合）の動きが強まってくる。その歴史はながく、すでに第二次大戦直後の基幹産業の共同管理から生まれて、現在では、ヨーロッパ27カ国が加盟する地域となり国家を相対化するまでの勢力となっている。この動きは、アメリカ大陸、アジアでも大きな流れになっている。

主権国家の相対化は、新たな市民勢力を登場させることになった。いわゆる国内のさまざまなNPO（非営利の民間団体）とそれを拡大したNGO（非政府機関）の登場である。(4)

国際的には、すでに第一次世界大戦後に生まれた、第一次大戦後の国際連盟、第二次大戦後に生まれ現在まで活動を続けている国際連合とそれに関係する国家間の機関も存在はしているが、むしろ現在では、単に国家機関を補佐したり保管するだけでなく、新たな活動領域で求めている。地球環境問題、世界の医療活動、紛争調停、難民救済、文化交流など、世界的に拡大している。

国際福祉活動を知るには、まず、こうした国際社会の動向と変化を把握することが重要である。

2. 福祉国家の性格と問題点

国際的な福祉活動・国際福祉社会を展望する前に、それぞれの国が展開してきた福祉政策の諸問題を検討しておく必要がある。比較国際福祉の視点である。

福祉国家とは市場経済と利益再分配システムを統合したものである。より正確に言えば、市場で経済政策を展開し、そこからこぼれた人々（生

産に参加していない児童、高齢者、一部障害者など）に事後的に富の一部を配分する国家であるが、最近では、この部分にも市場が入り、格差や貧困をもたらしている。それゆえこの部分を含む「準市場」概念で説明する論者もあるが、ここでは触れない。(5)

そこで、この福祉国家の性格については、様々な「福祉国家モデル」の特徴を簡単に要約する。(6)

● イギリス

イギリスモデルは、最も歴史が古い。絶対王政時代に浮浪者対策として1601年「エリザベス救貧法」が出され、福祉政策の先駆けとなった。18世紀以後は人道主義に転換、1834年に廃止された。その後友愛組合など人道主義に基づく博愛事業が発展した。19世紀の末には貧困の問題を社会問題としてとらえる「社会調査」が始まり、ロンドンで慈善組織化運動やセツルメントが始まった。

第二次大戦中のチャーチル連立政権は、1941年、社会保障委員会を設置しベヴァリッジ委員長を中心に翌年「社会保険および関連サービス」という報告書を提出した。いわゆる「ベヴァリッジ報告」で、これがイギリス福祉国家の基盤となった。「揺りかごから墓場」までの福祉国家である。しかし、財政難から動揺し政権は保守党に移ると、1979年サッチャー政権は、民営化という手法を社会保障に適用してこれまでの福祉国家を解体した。すべてを市場と自己責任にゆだねる「小さな政府」政策が登場した。

1990年代に入り、労働党が復帰、ブレア政権とそれを引き継いだブラウン政権の元で修正が行われ、新たな「第三の」道を歩みだしている。医療でも公平・無料・国営のNHS（国民保健サービス）体制を堅持している。(7)

● アメリカ

アメリカは福祉国家ではない。しかし、これまでその政策が他国に大きな影響をあたえてきたので挙げておく。イギリスから独立後も宗主国イギリスの影響で、社会改良運動が広まり、1877年に慈善組織化協会が設立された。独立後の深刻な不況で、救済者が急騰したのに対応して貧民院

が設立されたのが始まり、その後、アメリカ独立戦争や西部開拓に見られるフロンティア精神で自立・自助の自己責任の考え方を定着。その中で、能力主義を尊重する社会ダーウィン主義が強まり、現在の政策に反映している。1910年以降、ケースワークやソーシャルワークの活動と理論化が行われた。

1929年以後、ニューディール政策をとり、1935年に社会保障法が成立している。また、コミュニティ・オーガニゼーションが確立している。

第二次敗戦後、強いアメリカの再建とともに「貧困の再発見」が行われ、高齢者、障害者対策が次々に行われた。

ベトナム戦争の敗戦後、アメリカは保守化し、1981年以後、共和党のレーガン大統領のもとで、市場中心の「小さな政府」政策を行い、福祉支出を削減しこれはその後、ブッシュ親子の政策に継承され、格差社会を作り出した。

アメリカには国民全体を対象とする公的医療保険制度は存在せず、医療費は民間保険が中心になっている。公的医療保障制度としてメディケアとメディケイドしかない。現在、医療制度改革がオバマ大統領のもとで進められているが、困難を極めている。(8)

● スウェーデン

北欧モデルの典型で、福祉国家の「普遍主義モデル」ともいわれ、社会民主主義体制が政治体制の市場主義経済の破綻とともに最近とりわけ注目されている。

スウェーデンは、第二次大戦では中立政策を堅持。戦後になって60年代の好景気時代に現在に福祉の基盤が形成された。専門家の指摘を要約すると、スウェーデンは、包括的な福祉システムが構築されていること、労働市場が平和的・協調的であること、合意形成を優先させる政治課題の解決技法が定着していること、などが挙げられる。スウェーデンの経済システムは「第三の道」「中間の道」ともいわれる。スウェーデン・モデルの主な価値は、自由、平等、機会均等、平和、安全、安心感、連帯感・協同、公正である。福祉環境についても、スウェーデンの高齢化は急速に進んでいて、これに対する高齢者対策や女性で群を抜いている。

問題は、税負担、税で福祉をまかなっていて、間接税25%、いわゆる高負担・高福祉の福祉国家である。1995年、スウェーデンはEUに加盟、このことがスウェーデン・モデルに影響し始めている。(9)

● オランダ

オランダは、「脱生産主義的福祉国家」モデルといわれる。ワークシェアリングを実施した国として知られている。80年代前半に体験した深刻な失業問題を解決するために、政府・労組・使用者団体の代表が、話し合いで包括的な合意を締結。労働者は賃上げ要求をせず、賃金抑制を受け入れ、使用者側は労働時間を短縮、政府は、賃金抑制で進む労働者の生活水準低下を防ぐために減税を行うというもの。しかし、その後、この枠を超えて雇用形態の柔軟化、家族への介護休暇の充実、長期休暇取得の支援など積極的に行い、パートタイム労働（短時間正社員制度）、ジェンダーや外国人労働者についても「ハーフハーフ」の原則を作るなど、新たな福祉国家の理念を打ち出している。(10)

● ドイツ

ドイツは「社会保険型モデル」とも言われ、社会保険発祥の地でもある。中世からギルドやツンフトなどの相互扶助の伝統、それにキリスト教による慈善事業の伝統が懇意地まで引き継がれている。19世紀末のビスマルク時代に社会保険制度が確立、ワイマール時代にそれが進展した。戦後、東西に分断されたが、「社会国家」として頭角を現し、1990年統一後、年金改革方、医療保障構造法を策定して福祉国家の道を歩んでいる。1994年公的介護保険制度が確立し、日本の介護保険制度に影響を与えている。

ドイツは「社会的市場経済」に立脚して福祉国家と市場経済の融合を目指し、現在のメルケル連立政権がその政策を維持している。(11)

● 東アジア

これまで村落共同体で展開されてきた福祉機能を新しい制度に移行させる試みが、1990年代に入ってから始まっている。「遅れてきた福祉国家」（日本を除く）といわれ、1980年代から始ま

る、経済のグローバル化に巻き込まれ、1997年に金融危機を体験したことが原因だが、背景には、急速に進んでいる高齢化がある。(12)ここでは、韓国を取り上げる。

韓国では、キム・デジュン政権が1999年から「生産的福祉」を理念に積極的な社会保障制度改革を進めた。その改革は、生存権の保障、参加型民主主義、再配分政策の改善、生活の質の向上を図るという「積極的な社会政策」で、社会保障制度の確立を目指した。これには、イギリスが行っていた「第三の道」、積極的な社会民主主義の理念もうかがわれる。その後ノム・ジョン大統領の「参与福祉」に引き継がれた。ここでは国家の役割が増大している。政策は、現在のイ・ミョンバク政権にも引き継がれている。

2007年に韓国は「老人長期療養保健法」（日本の「介護保険法」にあたる）が成立し、2008年7月から公的介護保険法が本格的に施行されている。保険者は日本のように市町村行政ではなく「国民健康保険公団」が担当している。(13)

ところで、ヨーロッパもアジアも、長い目で展望すると21世紀後半には高齢化が進んでいく。それでは、福祉国家は維持できるのか。

福祉国家の将来についてはアンソニー・ギデンズの見解が示唆的である。彼の構想は韓国の政策にも影響を与えている。ギデンズは、「福祉国家は現行のかたちでは存続できない」としてその理由を挙げている。福祉国家は、1. 工業社会における男性の終身フルタイム雇用を前提としていて、女性の労働市場参入が進み、パート労働などの多様な働き方が広まっている状況に矛盾している、2. 高度に統合された国民国家や官僚制と表裏のか関係にある、グローバル化の進展で蝕まれている、3. 社会保険によるリスク管理と事後的給付に依拠しているが、これでは、技術進歩や社会的排除、単親家族の増大などによる新しいリスクに対応しえない。したがってこれまでのような福祉国家を「積極的福祉社会」で機能する「社会投資国家」として作りかえる必要があり、それには「アクティブな市民社会」をつくり政府と市民社会の協力関係を築くべきだと主張している。(14)

現在、福祉国家は、国内的には社会福祉機能が

行政から地域へと委譲しており、国際的には、国内政策から国際的な取り組みへと移動が行われている。その意味で、福祉国家は曲がり角に立っている。

3. 国際社会の変容と安心・安全の論理

こうした動きの背景にあるのが、安心・安全の保障を国家から個人へ比重を移す国際社会の動きである。そのひとつの例として「人間の安全保障」（ヒューマン・セキュリティ）政策を挙げることができる。

最初は1994年の国連開発計画（UNDP）の人間開発計画で出され、21世紀に向けて、国家の安全保障から個人の人々の生命と尊厳を重視する視点へ、すなわち飢餓・疾病抑圧などの恒常的な脅威から安全を確保するという包括的な概念が出されたのが始まりだった。2000年の国連ミレニアム総会で当時のアナン国連事務総長は、「恐怖からの自由、欠乏からの自由」をキーワードにして地球規模の様々な課題に対処するというものであった。

日本では、2001年1月にアナンが来日した際に、当時の森政権のもとで12名の有識者から構成された「人間の安全保障委員会」が創設され、共同議長に緒方貞子国連難民高等弁務官（当時）とケンブリッジ大学トリニティ・カレッジ学長アマルティア・セン（当時）が就任した。この委員会は、その後人間の安全保障概念の構築と国際社会が取り組むべき方策について提言することを目標に5回の会合や世界各地での対話集会や研究活動を行い、2003年2月に当時の小泉政権が最終報告書を作成し、国連事務総長に提出している。

この報告書によれば、人間の安全保障とは「人間にとってかけがえのない中枢部分を守り、すべての人々の自由と可能性を実現すること」と定義されているが、安全保障の焦点を国家だけでなく人々を含むものへと拡大すること、人々の安全を保障するために「包括的かつ統合された取り組み」が必要であることが強調されている。(15)

しかしながら、2003年にその後の小泉政権が

推進した「新自由主義」、いわゆる市場原理主義的な経済・社会政策を押し進めたため、むしろ社会格差や地域格差が拡大し、さらにアメリカ一国主義のなかで、この原理が深まることはなかった。2009年9月に民主党政権が成立したが、この問題についてまだ明確な姿勢を示してはいない。

世界的にみると、これを推進する動きとして、1999年にカナダとノルウェーが中心となって「人間の安全保障ネットワーク」が設立され、賛同する国家も増えている。2003年エビアン・サミット、APEC（アジア太平洋経済協力委員会）の首脳会議や、2005年の国連総会などでも取り上げられ、グローバルな課題として注目されている。

この人間の安全保障を福祉の領域に移行した理論的提案者は、先に触れたインド出身でノーベル賞を受賞した厚生経済学者アマルティア・センである。センは、グローバリゼーションのプラス面を「人間の安全保障」に生かすことを強調している。そこでは、人間の生存・生活・尊厳をおびやかすインフルエンザなどに対する広範囲で深刻な脅威から人々を守り、それぞれの持つ豊かな化可能性を実現するために、一人ひとりの視点を重視し、時毒可能な個人の自立と社会を作るといった考え方を重視する。環境破壊、災害、感染症、テロ、国際組織犯罪といった国境を越えた脅威や、経済危機、内戦などによる人道上の問題に、さらに、貧困、災害など相互依存が深まる世界でそれぞれ関連している課題をこれまでのような国家中心ではなく、「人間の安全保障」の視点から横断的・包括的に捉える必要が強調されている。(16)

4. 福祉のグローバリゼーション

国際社会の動きについては先に述べたが、ここでは福祉領域におけるグローバリゼーションを中心に流れをみてみよう。(17)

その前史は、先に述べたような国際社会の歩みに一致している。福祉や医療の分野での動きをみると、ナポレオン戦争以後に動きが見られる、19世紀後半に本格化している。当時、国際的な

組織はわずかしかなかった。主なものとして国際赤十字。1864年スイス人アンリ・ジュナン医師によって、スイス政府が主導して、半官半民の医療健康分野の組織として生まれた。これを支えたのがイギリス人看護師フローレンス・ナイチンゲールであるが、彼女は1854年のクリミア戦争にイギリスから派遣され、敵味方の区別なく戦傷者の看護に当たったことで、世界的に有名になり、これを機に「赤十字国際委員会」が生まれて、本格的に活動するようになった。

すでに、19世紀後半のイギリスでは、「慈善組合協会」が中心となったセツルメント運動、ボランティア活動、友愛活動からソーシャルワークを展開する人々が増えていた。こうした状況を背景にして1856年には、福祉関係の最初の国際会議「ヨーロッパ国際慈善と福祉会議」が開催された。参加者は博愛事業家、慈善活動家、篤志家などボランティアで活動していた人々であった。

また、この時期はスポーツ面でクーベルタン男爵によって提唱され1894年スイスのローザンヌで開催された「国際オリンピック委員会」がある。近代オリンピックは、2年後の1896年に古代ギリシャの競技にちなんでアテネで第1回が開催され、現在に至っている。スポーツは人々の健康や医療の重要性を意識させた。

またこの時代に、ナショナリズムの時代で、それに疑問をもち、国際平和と理解を深めるため知識人らが中心になって国際語エスペラント普及運動も拡大し、1890年に26、1914年には1800にまで増加した。1908年には「世界エスペラント連合」が組織化された。

1890年代には女性問題で国際活動が盛んになり、1888年に「国際女性評議会」が生まれている。

この時期には、宗教運動も盛んで、キリスト教布教との関係で生まれたのが1894年にYWCA。国際的な社会問題に関心を広げて人道問題に重点を移し、その後、医療や福祉の国際的な広がりにも寄与している。

教育問題では、1919年に、イギリスで「児童救済基金」が設立され、翌年「児童救済国際ユニオン」も設置。戦後、飢餓に苦しむ子どもの救済に当たった。

この時期には、先のYWCAなどキリスト教指導者たちが中心になって「太平洋問題調査会」が

設置されて、世界の福祉についての関心を深めている。この時点で、国際NGOは、500近くに増加している。

国際社会福祉がさらに進展するのは、第一次大戦以後である。背景には戦争の悲惨さが社会生活に与える影響であった。1928年7月になって第1回「国際社会事業（ソーシャルワーク）会議」がパリで開催され、福祉の研究者・教育者、ソーシャル・ワーカー、福祉政策に携わる政府関係者が参加した。（34カ国、2500人が参加）これを機に国際社会民間の国際的な福祉団体が生まれている。

その活動は、国際的な政府機関の創設、社会福祉の国際民間組織の創設、福祉の専門職の要請、難民問題の国際的な取り組み、植民地における社会保障や福祉政策の展開、福祉技術の援助などである。（18）

しかし、その後、第二次大戦が近づき活動は中断していく。再開されたのは、大戦終結後の1950年代になってからである。60年代以降は、アメリカの政治動向（冷戦政策）の動きに対応する形で国際NGOが拡大していく。平和運動・反核運動がそれで、1954年の「ピキニ事件」で世界的に拡大し、やがて、ベトナム戦争に反対する運動に、そして現在は、イラク戦争に反対する運動につながっている。

人権問題の国際的な関心の広がりも見逃せない。1961年創立のアムネスティ・インターナショナルが1977年にノーベル賞を受賞、80年代にはアメリカのカーター政権の人権外交が展開された。

医療分野では、「国境なき医師団」は1971年に結成され、その後の紛争・戦争地域での医療活動に活躍し大きな影響を与えている。

障害者支援の動きも拡大している。肉体的、精神的、その他の障害を持つ人々を救うという運動は1920年代から起こっていたが、1970年代の人権意識の高まりのなかで75年に、国連は障害者人権を宣言（国連の世界人権宣言には障害者の権利については触れていない）、これを機に1981年にNGO（障害者インターナショナル）が結成された。これ以前にも国際スポーツ大会開催の機運があり、オリンピック運動との関連で、1960年のローマオリンピックに際してアピリンピック

が開催された。第2回は1964年の東京オリンピックの際に行われた。以後、アビリンピックは定着し、現在に至っている。

1984年に政府間国際組織は7000、NGOはおおよそ8万に増加している。その頂点は1992年6月にリオで行われた「地球サミット」であった。地球環境問題がテーマであったが、会議の運営はほとんどNGOがあたり、これを機にNGOは国際社会で主要な役割を担うことになった。1971年に生まれた「グリーンピース」運動は、平和運動とも結びつき、そして環境保全運動とも連動して、巨大化している。

なお、現在、世界で活動しているNGOの数は、正確には把握できないが、国際関係データベースでは約25万5000団体と推定されている(ちなみに、日本で恒常的に活動しているNGOは外務省の推計によると約450団体)。

福祉分野では、90年代になってワシントン社会福祉会議「地球規模の相互依存」が開催されて論議が活発になった。その後、アメリカを中心にソーシャルワーク教育の国際会議が開かれて、ようやく社会福祉のグローバル化がはじまった。

こうした中で、日本も1992年になって国際社会福祉協議会(ICSW)を組織して国際的な福祉課題に挑戦し始めた。この組織は、国連の経済社会理事会に問題を提案したり、意見陳述を行う権利をもち、その他、国際機関から認定されている多くのNGOとともに、福祉の向上、社会正義の実現、社会開発などの推進などを目的としている。

組織は、多くの国内・国際団体により構成されて、九つの地域に分かれて活動している。そのひとつに国際社会福祉協議会が所属している。

主な活動内容は、社会福祉および社会開発に関する情報収集・調査(ニュースレター『グローバル・コーポレーション』の発行)、社会福祉および社会開発に関する国際的・地域的規模の調査・研究、同テーマに関する国際会議・地域会議の開催(隔年開催)、NGO活動、草の根活動への支援、国際諸機関への政策提言、等。(19)

しかし、日本における福祉国際化への国民の関心は薄く、これまで福祉政策は国の施策とされ、地域福祉も行政措置とされていて国外に関心を向けることはなかった。福祉自体が内向き

のため、あまり注目されていなかった。ようやく2000年に福祉関係法規の改正や、基礎構造改革、介護保険法の施行とともに措置から福祉サービスへの転換が始まっている。

この国際福祉に関連する問題として、最近になって日本における高齢者介護の労働力不足問題から、外国人労働者の導入問題が浮上していることも指摘しておく必要がある。労働力移動の動きで、福祉領域にまで外国人労働力導入が始まっているのである。これは経済連携協定(EPA)によるもので、労働力の移動、投資、知的財産保護など経済関係の強化を図るのが目的の協定で、国際福祉の観点が見落していることに大きな問題がある。(20)

インドネシアからは2008年8月に入国した介護福祉士候補者は101人、半年間の日本語研修を推移して2009年1月から24都道府県の特養老人ホームなど51の施設で働き始めている。2年目になり本国では2009年4月に275名が現地での筆記試験や書類審査に合格し、あらたな動きを見せている。

フィリピンからは2009年5月、273名(介護は180名)が来日し、研修を半年間受けて、道府県の施設に配属されている。

5. グローバル・ガバナンスの諸問題

グローバル・ガバナンスとは、国家の枠組みを超える統治主体であるが、主権国家の機能と権威の低下とともに、国際的な課題を国家とともにあるは国家を超えて他の主体が担当することである。国連は、諸国民国家から構成されているが、その生誕の由来から、決定権が5つの常任理事国にゆだねられ、その役割を十分に果たせないでいる。これを改革しようとの動きもあるが進んでいない。国際社会自体が190ほどの主権国家によって領域的に分断され、分権的な性格を維持しているからである。現在、アメリカが超大国として君臨しているがその力も落ち目で、もはや世界全体を統治する力はない。

では、こうしたなかでグローバルな統治を誰がどう行うのか、人・もの・金・サービス・情報が

行き交い、金融、テロ、疫病（例えば、SARS、鳥インフルエンザ、新型インフルエンザなど）国家の枠組みを越える越境的な問題を誰がどのように解決すべきか、すべて市場に任せてしまえばよいのかという問題が起こっている。(21)

グローバルする福祉課題に焦点をすえて、この問題を考える時、国家、国家を超えた組織、各国家の市民集団が、一同に会する場の存在が重要である。東アジア諸国では、1997年のアジア通貨危機に際して、経済統合の重要性、EUの経験から学ぼうという機運も起こり、それには、「東アジア共同体」が、重要な役割を果たすという考えが強まっている。これは市場経済の問題だけでなく、社会関係の問題の解決に当たる場として考えるということである。例えば、東アジア諸国の越境する看護・介護労働者の問題について、各国が相互に経験を交流していく。介護労働についていえば、日本の進んだ専門家養成の経験を、東アジア国内でも行い、相互の文化・生活経験を交流させる、問い手続きが必要になる。東アジア、とりわけ太平洋側の豊かな部分、韓国、台湾、香港、中国沿岸部、インドネシア、フィリピン、シンガポール、オーストラリアなどでは、少子化・高齢化、晩婚化が進み、急速な都市化も進んでいる。この地域では、介護、子育て、家事手伝い、広い意味でのケアが国境を越えてグローバルに提供されてきている（グローバルなハウスホールディング現象）。この状況は、国境を越えた市民社会が重要な意味をもってきていることを示しているといえよう。

そうであれば、単なる国単位の労働力移動の政策より、よりそれぞれの国・地域の人々の連帯を保障する制度の確立（場の形成）が重要で、そのことが、今問題になっている外国人介護労働者導入問題を考える鍵になるかもしれない。

結びにかえて

小論は国際社会から国際福祉社会への移行、すなわち、国家間の関係が中心となる国際社会ではなく、国家を超えた市民の活動が中心となる「地球的な見地に立った福祉社会」への展望につい

て概観してきた。主体は市民団体で形成されるNGOなど市民勢力の役割が重要であることを強調してきた。

その背景には、これまで常識であった、国民国家による経済成長政策がもはや限界にきており、より、これからの現実に即した「定常化」の方向、「経済的な成長を目標としなくても豊かさを実現されていく社会」、いわば「成長ゼロの社会」が重要である。少子・高齢化が進み、人口が減少し、また地球環境に配慮した生活となるとこれまでのような生活では維持できない。社会保障という富の配分についても再考し、人と人とのあり方も見直さねばならない。これは一国の枠内で検討しても解決できる見通しは小さいようにみえる。やはり国を超える視点が重要になってくる。(22)

こうした点から、先に触れた東アジア諸国の介護労働者が日本の医療や介護の現場に登場しつつあるとき、「定常化社会」の立場から現実的な措置をとる必要がある。

なお、この小論を準備中に日本で総選挙による「政権交代」が実現した。事実上50年以上にわたって日本の政治権力を担当してきた自民党が野に下った。この政権がグローバルな福祉国家への一歩となるのか、今後の方向が注目される。

（注・レファレンス）

- (1) 広井良典の一連の論稿を参照。広井良典編『「環境と福祉の」の統合—持続可能な福祉社会の実現に向けて』有斐閣、2008年、広井良典『コミュニティを問い直す—つながり・都市・日本社会の未来』ちくま書房、2009年
- (2) 宮本太郎編『比較福祉政治—制度転換のアクターと戦略』（比較政治叢書2）早稲田大学出版部、2006年
- (3) この節は、主に、入江 明（篠原初枝訳）『グローバル・コミュニティ—国際機関・NGOがつくる世界』早稲田大学出版部、2006年、ティエリ・ヴェルヘルスト（片岡幸彦訳）『文化・開発・NGO—ルーツなくしては人も花も生きられない』新評論、1994年に依拠した。なお国際社会の全体状況を知るには国際社会の変容については、羽場久美子・増田正人編『21世紀国際社会への招待』有斐閣、2003年が参考になる。
- (4) 1998年日本でも特定非営利団体法（いわゆるNPO法）が制定されて、組織化が本格化した。が、財政難が難点。2001年10月にNPO税制法が成立している。福祉領域の活動については、渋川智明『福祉NPO—地域を支える市民起業』岩波新書、2001年を見よ。
- (5) 福祉と市場との関係については、小峯 敦編『福祉国家の経済思想—自由と統制の統合』ナカニシヤ出版、2006年などを参照。「準市場」については『季刊 社会保障研究』第4巻、第1号、2008年夏の特集『「準市場」と社会保障』を参照。
- (6) 福祉国家の全体状況については、例えば、G. エスピン・アンデルセン（岡沢憲夫・宮本太郎訳）『福祉資本主義の三つの世界—比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房、2001年、足立正樹編著『各国の社会保障』（第3版）法律文化社、2005年、増田雅暢編著『世界の介護保障』法律文化社、2009年—一番ヶ瀬康子監修・山田美津子『社会福祉の歩み—欧米編』一橋出版、2003年
- (7) イギリス福祉国家の変遷については、『社会福祉の歩み・・・』68～89ページ
- (8) アメリカの社会保障制度の流れについては、同上、90～115ページ
- (9) スウェーデン、北欧岡沢憲・久塚純一『世界の福祉—その理念と具体化』（第2版）早稲田大学出版部、2004年、スウェーデン・モデルについては様々な評価がある。「北欧神話？ グローバリゼーションと福祉国家」『オルタ』411号、2009.7、にそれが整理されている。
- (10) オランダについては、永島治郎「脱生産主義的福祉国家の可能性—オランダの政策展開から」、前掲書『「環境と福祉」の統合』261～277ページ
- (11) ドイツについては、前掲、『社会福祉のあゆみ』68～89ページ
- (12) アジア諸国については、店田廣文『アジアの少子高齢化と社会・経済発展』早稲田大学出版部、2005年。上村康裕・末廣 昭編『東アジアの福祉システム構築』（東京大学社会科学研究所研究シリーズ No.10）東京大学社会科学研究所、2003年、理橋孝文・木村清美・戸谷浩之編『東アジアの社会保障—日本・韓国・台湾の現状と課題』ナカニシヤ出版、2009年、一番ヶ瀬康子『東アジアの福祉文化研究の意義と課題』『福祉文化研究』第13号、2004年、4～20ページ
- (13) 韓国については、前掲『東アジアの社会システム・・・』、鈴木千鶴「韓国における社会福祉の動向」『福祉社会学研究 2』（福祉社会学会）2005年2月、124～139ページ、などを参照。
- (14) アンソニー・ギデンズ（佐和隆光訳）『第三の道—効率と公正の新たな同盟』日本経済新聞社、1999年、221ページ
- (15) 外務省ホームページ。
- (16) 人間の安全保障については、外務省ホームページ、を参照。また、アマルティア・セン後藤玲子『福祉と正義』東大出版会、2008年、アマルティア・セン（加藤幹雄訳）『グローバリゼーションと人間の安全保障』日本経団連出版、2009年
- (17) N. ジョンソン（青木郁夫・山本隆監訳）『グローバリゼーションと福祉国家の変容』法律文化者、2002年、安立清史『福祉NPOの社会学』東大出版会、2008年などを参照した。萩原康生『国際社会開発—グローバリゼーションと社会福祉問題』明石書店、2001年などを参照。
- (18) 岡田 徹・高橋裕士『コミュニティ福祉学入門—地球の見地に立った人間福祉』有斐閣、2005年、245ページ
- (19) 「社団法人 日本社会福祉協議会日本委員会」のホームページを参照。
- (20) 外国人介護労働者の動向と問題点については『月刊福祉』2008年10月「の特集「外国から“介護人材”がやってくる」」を参照。
- (21) 山本吉宣『国際レジームとガバナンス』有斐閣、2008年 遠藤 乾『グローバル・ガバナンス最前線—現在と過去の間』東信堂、2008年
- (22) 前項(1)の文献を参照、広井良典『コミュニティを問い直す』などを見よ。要約は広井良典『「グローバル定常化社会」の構想』『論座』2006年12月154～165ページ

2009年9月30日

失語症と第二語学：語学習得と学習法

角谷 裕子

Aphasia and the Second Language:
Language Learning and Learning Strategies

Yuko SUMIYA

1.0 はじめに

高次機能障害の一つである「失語症」と呼ばれる脳障害の後遺症からの回復と、第二語学の習得には、相繋がる場所があると思われる。共通点として、新しい言語・文化に対する心理的不安に対し、障害をもった新しい自分の置かれた状況や社会的環境に対する心理的不安、またコミュニケーションの障害や壁に対する不安や処理能力・技術の問題などが考えられ得る。具体的には、第二語学での発音技術や能力の問題と失語症の構音障害（運動処理）、発語における第二語学の語彙量や失語症の語彙想起、第二語学の文法の意図的学習と失文法といわれる失語症の障害、読解・作文の困難さ、文字の音読み・綴り・仮名文字と漢字などの獲得するまで越えなければならない障壁や問題が多くある。

本研究では、失語症（高次機能障害）と言語獲得・第二語学学習の類似性を探り、事例を検証しながら、初期段階の研究として学習法を検討してみたい。特に語頭音での音誘導、繰り返し、連続語などの促しと励まし効果について考察してみることとする。

2.0 失語症とは

人にとって「失語」の意味とは、佐野・加藤（2006）によると、「人間がまさに人間らしくあるためにかかすことのできない「言葉」を失うということは、単にコミュニケーションの道具を紛失するというにとどまらない。それは突

然の、世界の変容なのである。ついさっきまでは自明のことであった世界の意味の地図が崩壊し、羅針盤を失った船のように、亡羊とした暗黒の海に漂ってしまうのである（p. 19）。とある。また小嶋（2005）によると、「失語症になるとこれまで何の苦もなく行ってきた他者との言語によるコミュニケーションが取れなくなるばかりか、言語を使って考えることも困難になる。言葉によって整然と整理されていた身の回りの事物（外的世界）や自分の思想（内的世界）などが突然秩序を失って自分の前に立ちはだかる。」のであり、その秩序とは、「人間が長い年月をかけて言葉によって構築してきた外的および内的世界の秩序（p. 1）」である。従って失語症の言語訓練は、崩壊してしまったこの秩序だった意味の体系を取り戻していく作業であると言えよう。では、一般的に下されている「失語」の定義である「脳損傷に由来する言語の喪失または障害（Benson、1979、p. 6）」とは、いかなるものであろうか。

臨床的には、失語症は大脳障害の局所症例から古典的に大きく二つに分けられると考えられてきた。マルクス・ダックスの「失語症は左脳の損傷によるもの」という所見から、ブローカの「失語症状の第三前頭回損傷説」とウェルニッケの「左第一側頭回破損」による「話し言葉の理解障害」と「流暢であるが錯誤を伴う症状」の発見の変遷と経た。ブローカ領の損傷による障害とウェルニッケ領損傷の障害による失語症を、「運動失語」と「感覚失語」、また「非流暢型」と「流暢型」のように分け呼んでいる（杉下、2004）。古典的分類のブローカ失語とウェルニッケ失語のうち、神経学辞典（1999）によると、ブローカ失語の症状は、「構音が拙劣、緩徐かつ努力性とな

り、韻律が失われ、復唱・呼称（語想起）が障害され、自発話および書字が簡素な文法表現に限られる」。ウェルニッケ失語は、「言語性・音素性錯誤を含む流暢性失語の一形態。聴理解、復唱、呼称は重度に障害され書字機能も侵されるが、文法、構音、句の長さは多くの場合障害されない」という認識がもたれている（小嶋、2005、p.15、表1-1）。

さらに、古典的な分類のウェルニッケとリトハイムの失語分類では、失語症の症状の特徴の組み合わせに基づき、いくつかの症状群に分けられる。

1. 皮質性運動失語：運動言語中枢（ブローカ中枢）の破壊によって、自発語、復唱が侵される。言語理解の障害は軽度。
2. 皮質性感覚失語：感覚言語中枢（ウェルニッケ中枢）の破壊によって生じる。聞き取りと理解、復唱が障害される。自発語豊富であるが言い誤りが多く、内容が相手に伝わりにくい。
3. 伝導失語：聴覚言語中枢と運動言語中枢の間の破壊のため、復唱障害が起き、自発語にも誤りがある（音韻性錯誤）。聞き取り、言語理解良好。
4. 超皮質性運動失語：概念中枢と運動言語中枢の間の切断により、自発語は減少するが復唱は保たれる。
5. 皮質下性運動失語：頭の中で言葉を思い浮かべたり、理解したりする能力に障害はないが、自発語や復唱が侵され、運動麻痺では説明できない発語の誤りがある。
6. 超皮質性感覚失語：聴覚言語中枢と概念中枢の間の切断による。音としての言葉の認知はよいため復唱は保たれるが、意味の理解が障害される。言語以外の一般的知性が保たれることで痴呆とは区分される。
7. 皮質下性感覚失語：音としての言葉の認知のみが障害される。聴いての理解、復唱のみが障害される。頭の中の言語は障害されないで、自発語は正しい。

（ウェルニッケーリヒトハイム（1884）の失語図式と失語分類：佐野・加藤、2006、p.24；小嶋、2005、p.15）

この他にも、「失読」「失書」などの症状や、損傷箇所の広がり具合により複雑な症状を持つ障

害など、個別の差異があり端的にこれらの分類に分けられるわけではない。最近の認知科学的観点から見ると、複雑な言語の情報処理過程を単純に分類し過ぎていて充分ではないと見られている。

小嶋（2005）は、「失語症とは、記号と意味との間における decoding および encoding の障害（p.11）」と見ており、さらに失語症の訓練は、記号と意味との間の decoding と encoding という「処理」の訓練であり、記号や意味それ自体の修復作業ではないと見る。失語症の傷害を情報処理上の障害と考えて行った情報処理過程別の失語分類（典型例に見る臨床像・病巣・機能予後）によると、さらに10種類の型に分けられる。

1. 構音運動プログラム障害型（純粹語啞）、2. 語音弁別（認知）障害型（純粹語聾）、3. 音韻想起障害型（古典分類に該当なし）、4. 音韻配列・把持障害型（伝道失語）、5. 語彙・意味処理障害型（超皮質性感覚失語・語義失語）、6. 文字処理障害型（失読・失書）、7. 文法障害型（失文法・錯文法¹⁾）、8. 複合障害型、9. 全失語、10. 軽微な失語（一過性失語、残遺失語）（小嶋、2005、p.33、図1-13）。

3.0 第二言語獲得と言語能力回復

3.1 言語獲得ということをごここで考えてみたい。明らかに第一言語（L1）と第二言語（L2）における言語獲得は異なる次元で行われると考えられる。L1（第一言語）の獲得において、いかなる言語であろうと、‘Universal Grammar’ と呼ばれる文構成の基となるその言語の文法を構築する内在的な機能が人の脳には備わっているといわれている。従ってL1の獲得は必然的なものであると思われる。また、L1の言語獲得には臨界時期があり、その後の言語獲得は必然ではなく、意図的なものになると言われている。DornyelがあげるL1獲得とL2（第二言語）獲得の差異を見ることにする。

① Differential success：第一言語獲得は個人レベルの学習で達成されるため、Universal Grammar 説や the Critical Period Hypothesis の台頭理由となる。L1のレベルまで、L2の獲得レ

ベルは至らない²⁾。

② Automatic versus optional：L1 では学習者の“motivation”（動機）は関係ないのに対し、L2 では“motivation”が基本となる。

③ Homogeneity versus heterogeneity of the learning process：L1 の発達はおよそ規則的、統一的である。L2 の学習にはより多くの要素や過程が含まれる。

④ Expressing individuality：L1 では自己表現やグループへの帰属を通して“identity”（自己）の発達を図り、言語に対する強い繋がり感を持つものに対し、“移民的”コンテキストでのL2の知識では追加的、選択的“identity”となる。

⑤ Pre-existing L1 knowledge：L2 語学は先に学んだL1の言語知識に基づいてなされて、‘entrenchment’ theory (MacWhinney) と ‘native language neural commitment’ theory (Kuhl) によると、L1 言語の知識は深刻な障害となり得る。

⑥ Language input and the amount of exposure: 言語学習者がさらされる言語量や質が違う。L1 の発達に必要な“motherese (母親語)”や“child-directed speech (子供向け言葉)”のような“learner-directed speech (学習者向け言葉)”がない、あるいはあってとしても人工的な教室会話となり、L2 の学習過程には十分な対話者の保証がない。

⑦ Implicit learning versus explicit learning: L1 学習は効果的な‘implicit learning’（無意図的学習）に依存しているが、L2 学習は効果的とはいえない‘explicit learning’（意図的学習）で特徴づけられる。L2 獲得過程にはL1 獲得の容易な自動的な特質は見られない (Dornyei, 2009, pp. 21-23、角谷訳)。

この二つの言語獲得の大きな違いは、L1 の獲得は必然なこととして自然に行われるが、L2 の獲得は動機を持って行う意図的な、人工的な環境での学習の上に成り立つものであると言える。

3.2 では、第二語学での習得と失語症の言語能力回復の相違はなんだろうか。上記のL1 獲得とL2 獲得との差異に対応してみると根本的な違いは、明白なことではあるが、上記の⑥にあるように、すでに獲得している第一言語が基盤にある上

で、異なった体系の新しい言語を学習することか、再び同じ言語を学習することかである。大きく共通する点は、⑦にあるように、どちらも必然的な自然な学習ではなく、認知・理解・表出の学習過程はかなり意図的なものとなるのである。①のL1 レベルまでへの到達には、かなりの困難と時間、学習・訓練を伴い、到達への成功はままならないかもしれない。また、②の、学習・訓練・療法の選択的であるため‘motivation’がどちらの学習課程にも必要、且つ大きな影響を与える。さらに、④の‘identity’に関しては、その言語への追加的な心理的距離のある‘identity’を持つことと、その言語への‘identity’を失いかける状態に陥ることの共通性があると思われる。

3.3 それでは、学習と習得の障害になる失語症とL2との共通性はどのように現れるのであろうか。小嶋(2005)の「呼称の情報処理モデル」に基づいた失語症の障害・失行にL2学習におけるエラー(失行)の現れ方を照らし合わせ、「呼称」に限って考えてみる。

呼称における失語症状とL2学習のエラーとの共通性

《情報処理過程》	《失語症障害症状》	《L2エラー》
視覚情報処理 ↓ (⇔ 非言語的記号)	統覚型視覚失認	文化差による失認
意味の検索・照合 ↓ (⇔ 意味記憶)	連合型視覚失認 意味記憶障害	意味記憶エラー
語彙の検索・照合 ↓ (⇔ 語彙)	語性錯誤	語性錯誤
音韻の選択 ↓ (→ 音韻辞書)	音韻性錯誤	音韻性錯誤 (L1の音韻差による錯誤)
音韻の配列・把持 ↓ (← 音韻辞書)		
構音運動プログラムの 活性化 (⇔ 構音運動プロ ↓ グラムの記憶)	構音運動プロ グラム障害	発音(構音) 運動困難
構音運動の実行 ↓		
音声出力		

第1段階として、外部からの非言語的記号の解読 (decoding) が行われる。何らかの視覚情報が入力 (input) されると、それに反応して脳内の意味記憶の中の特定の項目が活性化する反

応過程を考えてみる。絵や文字が提示されると、これまでの体験的記憶（視覚的、聴覚的、触覚的イメージ）が活性化されてその物体の認識が行われる。L2において、未体験の事柄の情報であった場合、「あれである」という認識に及ばない場合がある。第2段階の語彙の検索では、視覚情報に対応する意味記憶を活性化させた脳は、語彙のリストから対応する項目を検索し活性化する。正しい引き出しを開けることに失敗すると目標としている語とは異なった語を選んでしまう「語性錯誤」が生じる。L2の場合も、文化差からくるコンテキストの違いや記憶間違いなどから異なった語をイメージすることがあり、「語性錯誤」が生じることがある。第3段階の音韻リストの検索では、処理過程で音韻情報が誤って記載されていたり、音韻の選択に失敗したり、選んだ音韻の順番が狂ったりすると、正しくない音韻から構成される語ができあがってしまう「音韻性錯誤」が生じる。L2においても、第一言語にない音韻が含まれる場合、同じことが起こり得る。第4段階では、発話運動プログラムから構音運動の実行へと移るが、発話すべき音韻を順序通り受け取った発話運動プログラムの中核は、その音韻パターンを実現させるためのプログラムを活性化させる。最終的に発声発語器官の諸筋肉を動かして音声の出力となる。構音運動の障害がこの段階で現れるが、L2においては、L1にない音韻の構音に必要な筋力が弱いため、発声・発音・発語の困難さを伴うことがある。

以上のように、失語症の障害症状と第二言語獲得・学習困難さの共通性を考察してきた。各段階で同じように問題に遭遇することがうかがえた。

4.0 呼称における学習法の考察

4.1 第二語学における「促し」効果

L2学習法の中で、一般的な discourse (対話) で対話者同士が無意識的に会話の促進を促すために使用しているストラテジーを教師・学習者間で活用している方法がある。‘Uptake’ (取り入れ・取り上げ) (Ellis, et al., 2001, pp. 281-318) と呼ばれ、学習者の発話時に、教師が学習

者に発話の語・文の形に注意を向けるため補修を促し、学習者が直ちにその補修を取り入れて発話や質問に対する解答を行うものである。例えば、質問に対する答えが内容にのみ関心が向いており、受け入れられるべき的確な文の形になっていない場合、最初の語を与えることにより学習者を後押しし、学習者はその外部からの情報に反応し修正を加えたり、あるいはスムーズに発話を行うことができる。また、Guillot (1999) は、スピーチや会話での ‘fluency’ (流暢さ) を促す助けとなる verbal involvement (言語的作用要素) に次の5つの項目を挙げている。

- ・ prompting (最初を促す、助け舟を出す)
- ・ supplying lexical items (単語を補充する)
- ・ putting speakers' intentions into words (発話者の意図を言葉にする)
- ・ reformulating (修正を加える)
- ・ synthesizing (合わせまとめる)

これらの方法は、まだ言語獲得につながるという明らかな立証はなされていないが、理論的には言語獲得への助けになると言われている。文法項目にしる、音韻項目にしる、学習者の「練習」となり、「復旧」を自動化する助けとなり、学習者の目標言語に関する間違っただけの捕らえ方を修正することができる (Ellis, Basturkmen, and Loewen, 2001, p. 287) と考えられる。Ellis, et al. (2001) の調査によると、成功例は語彙に関してよりも発音に関しての方が多く見られたとある (p. 309)。

4.2 音韻想起障害などの症例と呼称練習法

失語症患者への対応法 (コミュニケーション) (橋本、2007, pp. 90-92) では、周囲が注意すべきマナーを次のようにあげている。①単純な短い単語や文章で話す。②はい、いいえで答えられる質問をする。③子ども扱いした話し方をしない。④親しみのある言葉で、なるべくゆっくり、自然な口調で語りかける。⑤なるべく1対1で会話する。⑥当事者が言葉を発しそうになったら、最初の文字を言うなど、助け舟を出す。⑦五感を最大限に利用する。この中の⑥の「最初の文字を言うなどの助け舟」は、発話・発語を促す方法として失語症訓練法などの学習方法の中に取り上げられてはいないが、学習法の1つとして

導入できるものと考えられる。

また、自由会話などでは、ほとんどあるいはまったく発語が観察されない重篤な症例で、歌唱や「あいうえお」「月火水～」などのような系列語・連続語において自然な発話表出を示す場合があり、「意図的・随意的場面と系列的・自動的場面による失語症者の発話能力は、時として劇的な乖離をしめす（小嶋 p.43）」症例もある。そのメカニズムについてはほとんど論じられていないが、この発話状況の違いは構音プログラムの段階に作用しているものと推定される。それは「系列的・自動的言語であることが、何らかのメカニズムによって音韻想起の処理に対して促進的に働くのではないか（小嶋、p.43）」と推定され、この現象を利用した歌を取り入れるなどの訓練法は、すでに知られているようである。これらの促し効果について、過去の事例と訓練方法を検証し、L2学習における方法を参考にしながら、従来型の失語症分類では運動失語の範疇で括られたまま取り上げられてきていなかったと見られる「音韻想起型障害」に重点を当てて、検討してみたい。

4.3 呼称練習法と事例

小嶋(2005)の紹介している症例と訓練法では、言語表出訓練に絵カード（ボイスカード）の単語カードと情景画カードを使用し、初めに非言語的意味内容を提示する。使用の段階は、①カード表の絵を見て名称をいう（呼称）、②カード表の絵を見て名称を文字で書く（書称）、③カード表の音声コードを聞いて復唱する、④カード裏の文字を音読する、⑤カード裏の音声コードの復唱、⑥カード裏の音声コードを聞いて書き取りをする。情景画カードでは、①は呼称ではなく、口頭での情景の説明、②は情景の書字での説明となる。③～⑥は単語カードの使用と同じである（小嶋、pp.64～68）。この訓練法を適応した事例をしてみる。

<事例1> 症例：音韻想起障害型、TY氏、男性、発症時43歳。脳静脈洞血栓症。表出面での障害、発話が断片的で、著しく渋滞。呼称、復唱、音読の発話も単語レベルから困難。1モーラの復唱能力は良好。書字不能。理解面は良好。観念運動失

行・右視空間の不注意。

訓練方針：3段階（8ヶ月～1年・1年1ヶ月～2年8ヶ月・2年9ヶ月～3年8ヶ月）

#1 音韻想起障害の改善、#2 文字を中心とする理解力の改善、#3 心理面の支持
呼称課題は1モーラ語から2モーラ語、3モーラ語と漸次モーラ数を増やす。呼称訓練には始めから本人に有利なヒントを与えるのではなく、効果の弱いヒントから漸次効果の強いヒントへと移行する。仮名読みと書字障害があったため、書字訓練も平行して行われ、自書の音読練習も含まれている。発症から7年かかり日常生活を支障なくこなし、職場復帰後2年たっている。時折音韻中断が残る（小嶋、pp.131～141）。

事例1の訓練方針と方法に従い、事例2を検証し、学習案を検討してみる。

<事例2> 症例：音韻想起障害型、KYさん、女性、発症時88歳。脳梗塞。表出面での障害、発話ほとんど無し。呼称、復唱、音読の発話も困難。短い語の復唱能力は良好。書字困難。理解面は良好。観念運動失行・右視野狭窄。

訓練方針：#1 音韻想起障害の改善、#2 文字の理解と音読の改善、#3 心理面の支持

第1段階（2ヶ月～6ヶ月）

#1 五十音「あいうえお」練習、#2 歌唱
童謡、「こんにちは赤ちゃん」等
「こんにちは」に対し「こんにちは」ではなく「赤ちゃん」と答える。

第2段階（6ヵ月～1年）

#1 構音の基礎訓練、#2 絵カードで呼称訓練、#3 歌唱
一般会話で、「お茶する？」に対し「お茶しましょう」、「元気？」に対し「元気」、「おやすみなさい」を「お…」の誘いに「やすみなさい」と続ける。「くすぐったい？」に対し「くすぐったいじゃなくて！」と続ける。短い語の復唱、継続語の発話は良好。「あいうえお」の発音練習後、「あいうえお」から発語音の切り替え不能。

第3段階（1年～現在）

#1 写真・絵などで呼称練習、#2 歌唱、#3 音読練習
状態変わらず。歌・「あいうえお」など連続語は

自然に発語可、「どれでもいい」の練習後、「どちら」に対し「どっちでもいい」と答える。

今後の語の表出訓練の練習法として、次の案を上げてみたい。

学習訓練案 (レッスン・プラン)

1. 絵、写真、現物などで視覚的情報を与え、理解と語イメージへの活性化を図る。
2. 目標の単語を含む質問などで、聴覚的刺激と理解を与える。(音確認)
3. 訓練者の口形を模倣しながら斉唱する。(可能でなければ復唱から斉唱)
4. 語頭語をヒントに発語へ誘導する。
5. 音のない口形のみでの誘導で行う。

徐々に単語から文へ、また会話文へと移行する。日常会話での発話への励ましをする。

5.0 おわりに

第二語学との共通性を検討しながら、練習効果があると思われる要素を取り入れて失語症のための学習法を考えてみた。入れるべき要素に、①反復練習、②連続語、継続的言葉の練習、③語頭音での誘導などを含んだ。本研究は初期段階の研究考察であり、学習案の提示にまでしか至っていない。

久保田(2007)の失文法に関する定義の中で、失語症とは「大脳皮質の器質的病変によって生ずる認知能力の低下(統合力の低下)をかばいながら言語活動を営む一種のストラテジー」であるといっている。「ストラテジー」とは、「患者は言語知識を健全に保持しており、しばしば発話中に欠落が指摘されている部分は容易に復元できるものであることを保証したうえで、患者はその部分の復元・解釈を聞き手にゆだね、みずからはその部分を言わずに済ますという形で負担軽減をはかっている(p. 112)」というように考えることができる。文法に限らず、失語症者、また学習者は、個人の「ストラテジー」を駆使し、コミュニケーションを図ろうとする。その際、心理的支援や対話者への信頼感をもち、負担軽減をはかると

思われる。継続的表現、語句や歌、記憶にある昔話などの導入も心理的安心感と自信を増強すると思われる。個人の「ストラテジー」を利用しつつ、徐々に発語、発話の後押しをし、心理的に負担を与えずに、安心感と同時に自信と発語に対する前向きな姿勢の動機づけになることを期待しつつ、学習案を考察してみた。

注

1) 小嶋は、「失文法」「錯文法」と言われる純粹例の存在に遭遇していず、失語症研究の文法障害の領域を助詞の省略や誤用などの運用の問題に収斂させてしまっている。久保田(2007)は、助詞の省略は「負担軽減」のための失語症者のストラテジーと提言している。

2) 複数言語を話していた失語症者が回復に至るのは、通例一つの言語であり、大体一番若い時から使っていた言語である例が多い(Benson 1979)。このことから臨界時期説や第一言語と第二言語との差が見えてくる。

参考文献

- Dörnyei, Z. (2009) *The Psychology of Second Language Acquisition*. Oxford, N.Y.: Oxford University Press.
- Ellis, R., H. Basturkmen, and S. Loewen, "Learner Uptake in Communicative ESL Lessons", *Language Learning* Vol. 51, Number 2, June 2001.
- Guillot, M. (1999) *Fluency and Its Teaching Modern Languages in Practice* 11, Series. Editor: M. Grenfell. Clevedon, Philadelphia: Multilingual Matters LTD.
- Benson, D.F. (1979) 『失語・失読・失書』、笹沼澄子、伊藤元信、福沢一吉、飯島俊子(共訳) 共同医書出版社。
- 久保田正人(2007)『ことばは壊れない—失語症の言語学—』開拓社。
- 小嶋知幸(2005)『改定第版 失語症の障害メカニズムと訓練法』新興医学出版社。
- 佐野洋子、加藤正弘(2006)『脳が言葉を取り戻すとき』日本放送出版協会。
- 『神経学辞典』(1999) 医学書院。
- 杉下守弘(2004)『言語と脳』講談社。
- 橋本圭司(2007)『高次脳機能障害がわかる本』法研。

障害者の就労支援とその施策、課題

～ 学校、施設、企業、支援事業所の現場の声から ～

平井利明

Support and the Act on Measures for Employment of People
with Disabilities and their Problems:
Interviews at Schools, Welfare Facilities, Companies
and Transportation Support Business Inc.

Toshiaki HIRAI

要 旨

障害者福祉の理念に「障害者の自立と参加」がある。これを実現するためには障害のある無しに関わらず全ての者が社会の一員となって働く、働けるようにすることである。しかしながら障害者の法定雇用率達成は叫ばれるばかりで達成されていないのが現実である。この要因に社会における障害者理解や障害者雇用支援施策の理解が進んでいないなどが挙げられている。本論は、学校、施設、企業、支援事業所の各機関における現場の声をもとに、障害者の就労とその課題について論ずるものである。

キーワード：障害者 就労支援 障害者雇用 障害者就労 就労支援施策

1 はじめに

経済不況の影響で障害のある、無しにかかわらず人々の雇用や生活に大きな影を落としている。その影は、日頃から雇用が厳しい状況にある障害者にはさらに大きなものとなっている。「働く」「暮らす」ということは、人間が生きていく上で欠くことができない重要なことであり、「働きたい」をどう実現するかは大きな課題である。この「働きたい」を実現し、就労し、自立した生活が送れることはノーマライゼーションの観点からも大切なことである。また障害者が職業をもって自立することは自己実現を果たすことでもあり、社会の一員として社会貢献することでもある。このためには障害者理解を進め、就労の機会を円滑にする必要がある。しかしながら平成 21 年度の特別支援学校卒業者状況⁽¹⁾を見ると、表 1 に示すように就職者は 24.3%、社会福祉施設等への入所や通所、その他が 60%以上を占めている。また「障

害者就労の現状⁽²⁾における「一般就労の現状」のデータでは、社会福祉施設から一般企業への就職は年間 1%から 2%にとどまっていることが明らかになっている。このような現状の中で、より効果的な就労を支援するためには障害者雇用施策等を積極的に推し進めていく必要がある。

近年、障害者の雇用や就労支援、教育等の関連施策法令の改正が行われ就労を支援する体制が構築されつつある。それらには障害者雇用促進法や障害者自立支援法、学校教育法、発達障害者支援法などがある。改正障害者雇用促進法では、障害者法定雇用率の引き上げを行った。また障害者の雇用を支援するための施策として障害者試行雇用事業（「トライアル雇用」による障害者を試行的に雇用する機会を付与）、職業訓練受講機会的大幅拡充、在宅就業障害者への支援等が新たに盛り込まれた。さらに「成長力底上げ戦略」⁽³⁾においても、就労支援戦略として「経済的に苦しく公的扶助を受けている人で、経済的自立（就労）

を目指しているが、その機会に恵まれない人への支援」を掲げ、障害者の就労促進とともに雇用施策と福祉施策の連携による就労支援の重要性を指摘している。また障害者の就労を福祉就労¹⁾から一般就労²⁾へ移行促進するよう支援施策とし

て盛り込んでいる。

このような観点から本論は、障害者の就労自立に焦点をあて、障害者の就労・支援施策について調査・分析、課題等を論ずるものである。

表1 特別支援学校高等部卒業者の状況 平成19年3月

卒業生数	進学者	教育訓練機関等入学者	就職者	社会福祉施設等入所・通所者	その他
14,417	460	468	3,506	9,110	873
100.0%	3.2%	3.2%	24.3%	63.2%	6.1%

2 静岡県「ふじのくに障害者プラン21」にみる障害者の現状と障害策定骨子

表2に静岡県「ふじのくに障害者プラン21」⁽⁴⁾に掲載の障害者人数を提示する。なおこの表には自閉症等発達障害や難病者についての人数に含まれていない。

本プラン21の障害策定骨子の中で平成19年度から平成23年度重点的に取り組む課題として次の次項を掲げている。

- 1 障害のある人への理解の促進
- 2 地域生活の支援

3 雇用の促進と就労の支援

4 自閉症等発達障害・難病等・高次脳機能障害に対する支援

3の「雇用の促進と就労の支援」中ではその課題として障害者雇用法定雇用率の達成、障害に応じた職業能力開発とその支援、円滑な就労移行、就労移行継続のための支援体制やジョブコーチによる人的支援の充実、在宅就労システムの充実、学校や公共職業安定所との連携による一貫した相談・援助を行う総合的な就労支援体制の充実、身近な福祉就労の場の提供を挙げている。

表2 障害者の数 (単位:人)

障害の種類	平成7年度	平成13年度	平成17年度
身体障害	95,119	108,342	118,584
知的障害	13,048	16,432	20,024
精神障害	26,376	28,447	31,953
合計	134,543	153,221	170,561
県人口比率(%)	3.60	4.07	4.50

3 法定雇用率と障害者の雇用実態

民間企業、国、地方公共団体は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、法定雇用率に定められた数以上の障害者の雇用が義務付けられている。

雇用義務の対象となる障害者は、身体障害者又は知的障害者である。ただし精神障害者は雇用義務の対象ではないが、精神障害者保健福祉手帳保持者を雇用している場合は雇用率に算定することができる。表2に民間企業、国・地方公共団体における法定雇用率を提示する。

静岡県における実質雇用率⁽⁵⁾は、平成20年

11月発表(20年6月1日現在)で以下のような雇用率になっており、民間企業、国、地方公共団体ともに法定雇用率が達成されているわけではない。

3.1 公的機関(地方公共団体)における雇用率

- ・ 県の機関の実雇用率は、2.19%(法定雇用率2.1%)で前年より0.04ポイントの上昇である。全ての機関で法定雇用率を達成している。
- ・ 市町の機関の実雇用率は、2.20%(法定雇用率2.1%)で前年より0.12ポイント上昇している。6市町が法定雇用率未達成である。
- ・ 県等の教育委員会の実雇用率は、1.62(法定雇

用率 2.0%) で前年より 0.04 ポイント低下している。法定雇用率達成は 1 機関のみで、その他の機関の法定雇用率は未達成である。また民間企業の実雇用率をも下回っている。

3.2 民間企業における雇用率

民間企業の障害者の実雇用率は、1.63%（法定雇用率 1.8%）で前年より 0.03 ポイント上昇しているが法定雇用率は未達成である。法定雇用率達

成企業割合は 49.7%である。著者が在住する静岡県清水区の職業安定所管内の民間企業の障害者雇用率は、2009 年 9 月 3 日の静岡新聞では「雇用率は 2008 年 6 月現在で 2007 年 6 月時と比較し 1.51%であり、0.11 ポイントアップしたものの、県平均 1.63%、全国平均 1.59%を下回っている。障害者雇用促進法の法定雇用率 1.8%に達していない企業割合は 50%を超えている。」と報道している。

表 3 法定雇用率

民間企業	常用労働者数56人以上の企業	1.8%
	常用労働者数48人以上の特殊法人	2.1%
国 地方公共団体	職員数48人以上の国、地方公共団体	2.1%
	職員数50人以上の都道府県等の教育委員会	2.0%

4 法制度と行政施策にみる 障害者の就労支援と雇用促進

4.1 障害者就労に係る法制度

障害者の自立を目的に「障害者自立支援法」が平成 18 年 4 月に施行された。本法の柱は「応能負担から応益負担へ」「障害の種類別に法律があったのを、あらゆる障害について、この法律で対応する」「市区町村を事業の母体とする」、「障害者も自立できる社会をめざす」の四つである。これにより障害の種類ごとに提供されていた福祉サービスを、一元的に市町が提供する仕組みに改め、施設・事業の再編が行なわれた。また、就労支援の強化がうたわれ、新しい就労支援事業が創設された。しかし本法の施行により障害者の応益負担による経済的負担の増加や施設利用者の増減による収益性の不安定さから経営難などの問題点が指摘された。

平成 21 年 2 月、本支援法の一部を改正する法律案「障害者自立支援法の抜本見直し基本方針」が提案され、障害者自立支援法の改正案が 3 月末に国会に提出された。改正の趣旨は、①利用者負担の見直し、②障害者の範囲及び障害程度区分の見直し、③相談支援の充実、④障害児支援の強化、⑤地域における自立した生活のための支援の充実である。しかし平成 21 年 7 月に衆議院解散となり審議されることなく廃案となった。

また平成 18 年 4 月「障害者の雇用の促進等に

関する法律」が改正され、これにより「雇用する身体障害者・知的障害者の数」に「精神障害者の数」が加えられ精神障害者の雇用対策が強化された。このほか在宅就業障害者への支援、障害者福祉施策との有機的な連携による就業支援等の取組が進められるようになった。また、民間事業主に対する障害者法定雇用率が 1.6% から 1.8% に引き上げられた。

さらに平成 20 年改正、平成 21 年 4 月から段階的に施行する事項として障害者雇用納付金の対象事業主の拡大、短時間労働（週所定労働時間 20 時間以上 30 時間未満）を障害者雇用率制度の対象とし、常用雇用労働者の総数や実雇用障害者数の計算の際に、全ての短時間労働者を 0.5 としてカウントするという障害者雇用率の算定の特例の創設がある。

4.2 学校教育法に係る施策

障害の種類を超えた特別な支援を行うように「改正学校教育法」が、平成 19 年 4 月から施行された。本法の改正は現在の盲・聾（ろう）・養護学校の区分をなくし特別支援学校とし、特別支援学校の教員の免許状を改めるとともに、小中学校等において特別支援教育を推進するための規定を盛り込んだ。また障害のある子どもを生涯にわたって支援する観点から、「個別教育支援計画」の策定、実施、評価などを行なっていくことになった。

個別教育支援計画に関連し、障害者基本計画では、「障害のある子どもの発達段階に応じて、関係機関が適切な役割分担の下に、一人一人のニーズに対応して適切な支援を行う計画（個別の支援計画）を策定して効果的な支援を行う」ことが規定されている。そして障害のある児童生徒一人ひとりのニーズを正確に把握し、教育の視点から適切に対応していくという考えの下、盲・聾・養護学校に在籍する児童生徒に関して、長期的な視点で乳幼児期から学校卒業後までを通じて一貫して的確な教育的支援を行うことを目的とした個別の教育支援計画を作成することが求められている。

4.3 静岡県における施策

静岡県では国の施策を受け平成19年3月「ふじのくに障害者プラン21」を策定した。その考え方は、障害者の自立参加、支援、障害者が安心して生活できる環境、障害者の雇用率達成を基本目標にし、「障害者のある方にとって住みやすい社会とするためには、多様な障害への正しい知識を持ち、交流を通じて理解を深め、社会を構成する一人の人間として互いに個性を尊重しあうことが大切」である。これを基本とし「このプランでは、障害のある方の地域の暮らしを支える『地域生活支援』と、適性に応じて自らの力を発揮していきいきと働けるようにする『就労支援の充実』に重点的に取り組むこととし、実現に向けた具体的な数値も目標とその達成のための障害福祉サービス等の見込量を定めました」としている。このように重点課題として、障害者理解の推進、地域生活の支援、雇用促進と就労支援などをあげている。

障害者施策では、市町の人口規模や地域の実情などに応じて地域の社会資源を有効に活用し、広域的な視点から展開する必要があることから障害者福祉圏域³⁾として8つの圏域を設定した。その圏域は、賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士、静岡、志太榛原、中東遠、西部である。

4.4 雇用促進と就労支援に関する具体的な行政施策

障害者自立支援法の下で、就労支援に係る具体的な行政施策事業に一般企業等への就労を希望

する人に必要な訓練を行う「就労移行支援事業」、一般企業等への就労が困難な人に働く場を提供し必要な訓練を行う「就労継続支援事業」（雇用型であるA型と非雇用型であるB型がある）、「自立訓練事業」（機能訓練と生活訓練がある）がある。静岡県においてはWAM NETに提供された平成21年2月28日現在の事業所・施設数の集計値は、就労移行支援（一般型）が37箇所、就労継続支援A型事業所⁴⁾は11箇所及びB型事業所⁵⁾は106箇所である。

一方、障害者雇用を促進するための企業に対する施策として、障害者雇用促進法において、障害者の雇用が難しい場合、その会社の子会社や関連会社を同一の事業主体として雇用率を算定できる「特例子会社設立制度」⁶⁾や、「障害者試行雇用制度」⁷⁾、「ジョブコーチ制度」⁸⁾、「障害者の態様に応じた委託訓練や助成金制度」などがある。

また、地域の支援ネットワークを形成するため平成21年5月現在、沼津、富士、静岡、藤枝、袋井、浜松、伊東の各市に「障害者就業・生活支援センター」を、下田市に「障害者就業・生活ミニセンター」を設置している。これらのセンターは、障害者からの相談に応じ、地域の関係機関と連携しながら就職するための支援や、仕事を継続するための支援、及び日常生活における助言や管理の支援を一体的に行っている。

図1に障害者の就労支援施策の取組体制を示す。

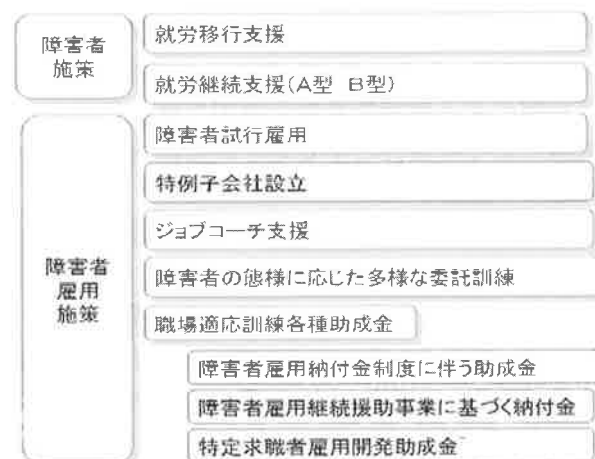


図1 障害者の就労支援の取組体制

5 調査方法

福祉施設や就労移行支援事業者、特別支援学校、職業訓練機関、障害者の一般就労受け入れ企業の訪問により聞き取り調査を行った。なお本調査内容は、平成21年の調査内容とともに、平成19年静岡県政策研究ゼミナールで静岡県職員とともに行った聞き取り調査内容を包含・引用⁽⁶⁾している。

6 調査結果分析

調査方法に基づき調査した結果とその分析結果を示す。

6.1 (株)フロンティア・スピリッツ

移行支援フロンティア

1) 事業者概要

2007年5月に(株)フロンティア・スピリッツを設立、2008年4月より就労移行支援「フロンティア」を開始、そして2009年就労継続支援A型「スピリッツ」の開始を予定している。

2) 就労に関する視点・取組

就労に向けて、大きく前期と後期に教育の内容が分かれている。前期は基礎体力の向上、持続力・集中力の取得、適性の確認や課題の把握能力の向上に取り組む、また職業習慣のマナー（挨拶・身なり）を身につける、地域社会へ積極的に出て行く活動を行う。後期は職場体験または職場実習を行い、就労への定着が可能か否かの判断を行う。また就職活動を行う。

具体的な教育訓練内容としてWORDやEXCEL、文書デザインなどのパソコン基礎教育とパソコン応用教育、企業からの製品組み立て等の請負受託による作業訓練、農作業による作物栽培などがある。能力開発教育として書道教室や華道教室、ステンドグラス作品制作などの芸術活動がある。

職場体験または職場実習は、地元企業からの依頼あるいは事業所からの依頼で行っている。雇用形態は、パート雇用である。

この事業所で働く者は「すべての人が支援員」という位置づけで利用者に対応している。このため学習や作業によって異なるが利用者一人当たりの支援員の比率は大きい。

3) 問題点・課題

- ① IT活用による就労機会を狙っているが、どの企業においてもIT化が進み、IT関連の仕事を事業所内で得ることが困難である。また企業実習においても関係した仕事がない。しかしITを利用した一般就労への期待はある。
- ② 「一般就労で就職する」「企業働く」というイメージがつかめないため、利用者個々が学習においても作業においても自分のやり方を通そうとする傾向が見られる。また自分自身が障害者であることを自覚していないため、就労についての理解が進まない。
- ③ 「就労意識」の欠如のため、自己都合で「遅刻」や「欠席」をする者がいる。その度に指導員が注意を促しているのが現状である。企業実習等により「就労とは何か」を考えさせる機会を作る必要性を感じている。
- ④ 家族的な雰囲気の中で学習や作業等が行われるため、利用者に仕事の厳しさを教えることが困難である。困難であるからと言って学習や作業に問題があるわけではない。



写真1 芸術活動

6.2 社会福祉法人ハルモニア

本施設は、就労移行支援事業等を行う福祉施設と障害者就業・生活支援センター「ぱれっと」の二面を持つ施設である。ここでは、主に福祉施設としての取組について調査結果を提示する。

1) 施設概要

「ハルモニア」は平成17年4月に設置し、平成19年4月から障害者自立支援法の施行に伴い、施設を「生活介護事業」、「自立訓練事業」、「就労移行支援事業」の3事業に移行した。

2) 就労に関する視点・取組

一般就労に向けて、施設外から請け負った仕事を通して個々の仕事に対する適性を見たりして仕事へのマッチングの判断をしている。施設内の作業訓練は、1日中立ち仕事で行う。仕事は一人での作業もあれば、グループで製品等を完成させる作業もある。立ち仕事は、企業の就労環境に近づけることや、就業体験に向けての訓練も兼ねている。施設外実習での派遣先の作業は、組立作業等製造業が多い。最近はスーパーマーケットのバックグラウンドの作業などサービス業も増えている。施設外就労訓練は、就労先や作業の内容によってジョブコーチを付けている。ジョブコーチの採用資質として社会経験が豊か、企業的な管理能力がある、障害者理解があるなどがある。ジョブコーチは施設としてのジョブコーチ認定であり、静岡県等ではない。ジョブコーチの雇用形態はパート(時間給)である。

施設からの就労実績として地元農林事務所と連携した農業分野や市立図書館がある。就労先の雇用形態は、パート雇用、正規雇用さまざまである。

3) 問題点・課題

- ①障害者が求める仕事と企業が求める仕事のギャップが大きい。これは、障害者の企業理解と雇用する企業側の障害者理解のギャップもある。障害者個人を理解し就労先を検討しているがマッチングの問題は大きく、就労継続にも大きく影響する。また就労継続のためには職場の人間関係や職場環境が重要であり、企業側に障害者理解を求める必要もある。
- ②仕事に対する意欲、何のために働くかなど本人に考えさせる必要がある。「働くということ」が理解できないまま就労させることには問題があり、日々の作業の中でも指導している。
- ③障害者を企業が雇用するにあたり、そのための助成金手続きが煩雑であるという意見がある。

その煩雑さから障害者の雇用を避ける企業もある。障害者雇用や法令に対する企業の理解が欲しい。

- ④ジョブコーチの採用は、パート雇用である。ジョブコーチを専門職業とすることは経済的に不安定であり難しい。このため雇用形態に合った人材の確保と適した人材確保が難しい。また一般的にジョブコーチの活用やこの職業に対する啓発活動が少なく、社会的に認知度が低いと思われる。
- ⑤障害者自立支援法の下で、施設の安定経営と円滑な運営のため利用者の確保に努力している。支援法施行によりサービスを利用する障害者には原則1割の自己負担が課せられ、1割でも大きな負担と感じる利用者が多い。このため法律が自立を遠ざけるという声もある。自己負担を考えると利用者の確保と利用者の生活費のバランスをとることが難しい。関連して障害者自立支援法は障害者の自立が目的である。しかし保護者の中には社会に出さずにそのまま施設の中で生活させたいという考え方を根強くもつ人もあり、利用者の就労意識を施設の中で育てることが難しい一面もある。
- ⑥施設設立と運営には地域の人たちの意識改革と理解が必要である。施設と聞いて偏見をもつ人も少なくない。地域や学校、企業等を含めた地域におけるネットワーク化、支援の輪を育てていく必要がある。
- ⑦公共的には障害者が暮らしやすい社会実現のために地域理解とともに交通アクセスの整備が重要である。通勤手段がないことが障害者の施設利用や就労を妨げる要因となっていることも多い。交通アクセスの充実は障害支援にとって重要な要素であり、国家施策や地方施策として取り上げるべき課題である。



写真2 施設内での就労

6.3 (株)カヨウコーポレーション

1) 企業概要

昭和21年の創業、平成8年から藤枝に本社をおき、冷蔵庫、冷凍・空調機部品（熱交換器、パイプ加工品等）の製造を行っている。従業員110名である。

2) 就労に関する視点・取組

障害者の受け入れを積極的に行っている。前項で述べたハルモニアからの利用者の受け入れは、施設が企業の近くに位置していたこと、福祉就労で障害者と接する機会があったことがきっかけである。知的障害者をはじめとした障害者の受け入れ数は10名弱である。就労や実習生の受け入れ先は、ハルモニアをはじめ市内の藤枝特別支援学校や浜松学園、あしたか訓練校などである。受け入れの依頼は施設や学校、ハローワークを通してなどがある。

就労や実習にあたり、工場では他の従業員と同じ制服を着用させている。同じ制服を着用することで、企業に対する帰属意識が生まれ、それが高い労働意欲と勤勉な勤務態度を生む結果となっている。作業内容は、一部の作業を除けば他の従業員と区別はない。就労にあたり、同じ職場で働く従業員に障害者を意識させないようにするため、障害者ができる仕事を創出・提供している。また、個人的な能力は障害により差はあるものの、作業の段階的なスキルアップを図っている。

作業によっては障害者にジョブコーチをつけ、障害者が作業でとまどうことのない働ける環境作りをしている。また従業員が直接作業指導をし

ている。作業能力は「仕事を覚えるまでに時間はかかる。しかし覚えれば集中力も速さも他の従業員と変わらない」と評価している。

今後も近隣の障害者を雇用することで地域雇用創出を図りたいという構想をもつ。なお本企業は、障害者雇用納付金制度に基づく助成金を当てにせず障害者雇用をしたいとする考え方を持つ。

3) 問題点・課題

- ① 県内・県外を問わず企業全体は、雇用に関し障害者への理解が不足している。また障害者の雇用に対して無関心が根強いように思われる。それは法定雇用率未達成の数字にも表れている。障害者雇用を助成金に頼る企業においては、助成期間雇用の満了で障害者を解雇するケースも見られる。このことは障害者雇用推進に対する社会的支援・指導が不足しているためである。もっと多くの企業が障害者を理解するようになれば雇用創出を図ることができる。
- ② 積極的に障害者を雇用している本企業とは対照的に、雇用をためらっている企業はさまざまな問題点や不安をかかえている。たとえば、「雇用を助成金に頼っている、ジョブコーチ制度を理解していない、社内で障害者をサポートする人材確保ができていない、安全面の確保が厳しい、通勤手段を確保できない、社員の障害者への理解が不足」⁽⁷⁾ などである。
- ③ 障害者の理解とともに障害者雇用にともなう企業のメリットやデメリットも考える。受け入れ実習生や、現在雇用している障害者の就労者の感想として「勤勉な仕事態度である」「確実に仕事ができる。ノルマが達成できる」、「現場で働く人たちの障害者理解がある」、「障害者に対応したジョブコーチや職員指導体制がある」などがある。企業として障害者雇用に大きな問題や課題はないとしている。
- ④ 雇用にあたり自宅から通勤できる者を対象にしている。



写真3 ジョブコーチ支援による企業内就労

6.4 静岡大学教育学部附属特別支援学校

1) 学校概要

昭和37年9月1日に静岡大学教育学部附属静岡小学校において特殊学級(あおい学級)が、昭和39年4月1日に静岡大学教育学部附属静岡中学校に特殊学級(E組)が開設された。その後養護学校への移行、高等部設置、国立大学法人静岡大学への移管を経て平成19年4月1日に附属養護学校の校名を改め、附属特別支援学校となった。

教育目的としては、小学部・中学部・高等部の連携を密にし、個々に応じて社会生活に必要な能力・態度を身につけさせるとともに附属校として下記の教育活動を行う。

- ア 知的障害児教育の理論と実践に関する研究活動
- イ 静岡大学教育学部に対する教育実習と指導
- ウ 研究実践の公開と県下支援学校教育関係機関への協力

2) 就労に関する視点・取組

本支援学校は静岡県内の支援学校や就労移行支援事業所、企業からなる静岡県就労支援研究会を定期的で開催している。また研究会における成果等の発表会も行い、障害者に対する学習指導や生活指導とともに就労支援活動を積極的に推し進めている。また学内には就職に対する理解や就職への意識を高めさせるために会社の業種や業態、それらに関連した仕事の紹介・活動などの掲示物を掲示している。

進路指導は、「特別支援計画」に基づき個別指導を行っている。現場実習は、高等部3年間で4

回実施している。実習を通して生徒の適性を把握し、その上で就職先の指導をしている。就労に向けて短期現場実習を積極的に行い、生徒・保護者の職種・適性への理解を向上させるようにしている。

実習先の開拓や就職先の開拓は、教職員全員で行う。その活動は、求人情報誌等から入手した情報やハローワーク、新聞の折り込みチラシ、採用実績をもつ企業等に電話をかけて交渉を行うなどである。例年企業との交渉は100～150件程度を行っているが、就職に結びつくのは5件程度でしかない。

就労に向けては学習指導だけではなく生活支援も重要である。就職後は、生徒自身がより主体的に生活していけるようにする必要がある。このため「支援費制度」⁹⁾を利用し、利用者本人のニーズに応じたサービスを受けられるような体験的な学習も行っている。

卒業後の進路は、全体的な傾向として、平成7年度を境に施設等へ進む生徒の増加傾向が見られる。就職先としての製造業は、年々減少傾向にある。一方ヘルパーや洗濯・清掃等の業務など福祉系の仕事、ビルメンテナンス、スーパーにおける品出しやバックヤードでの小分け作業、小売店での販売員といった流通・サービス業、事務系の仕事が増加傾向にある。

支援学校における県内の就職率は、過去4年間で26～31%程度で全国平均の20%を上回っている。

3) 問題点・課題

- ① 生徒の意思を最優先で就労先の決定を行うが、本人の希望と業務内容とのマッチングに非常に苦労している。就労先について本人や保護者が意思表示してくれるとよいが、自己選択できないことが多い。また、本人の「能力」と保護者が認識している「能力」とがかけ離れている。このため就職しても離職するケースが発生する。生徒、保護者に対して「自己のもつ能力」を理解させる必要がある。
- ② 学校だけで雇用先を確保するのは難しい。学校のみならず組織的な職場開拓をする必要がある。在学中の現場実習が就職に向けて重要であるが、現場実習を受け入れてくれる企業が

少ない。企業が受け入れをしやすいようにするために短期現場実習を取り入れたりもしているが、受け入れをためらう企業や受け入れに応じてくれる企業は少ない。

- ③就労に向けての妨げとなるものとして、社会の障害者に対する理解不足、就労・生活支援の認識が不十分、障害者側の就労に関する意識や心構えの欠如、障害者の就労に対する不安、雇用者側の採用に対する不安などがある。雇用を考える企業として採用のためらいや不安は、障害者のための仕事環境の整備や会社の人事採用方針の転換、社内における障害者理解などがある。これらを解決することは、企業にとっても負担となる。
- ④就職活動で雇用を断られる理由として、過去の採用実績から障害者雇用が成功に結びつかなかった、会社の障害者雇用方針が変わった、採用時期が難しい、障害者ができる仕事がないなどがある。就職にあたり企業が満足できる人材排出のためにどのような実習を行えばよいかの検討が必要である。

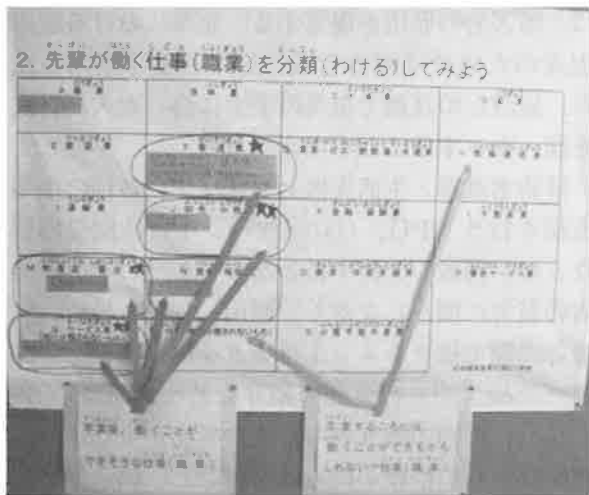


写真4 就労意識啓蒙のための掲示物

- ⑤学校方針としてはまず就職に向けてチャレンジさせる。その他の選択として福祉就労や就労継続支援B型への進路もある。
- ⑥教育や福祉、医療機関などの関係者と障害をもつ生徒や家庭とを結ぶ地域支援ネットワークが強化されるとよい。情報交換等が円滑にできる確固たるネットワークがないと生徒を支えきれない。障害者就業・生活支援センター

など核となる機関の積極的な関与をこれから期待したい。

7 障害者の就労における課題と今後の展望

本項では、調査対象となった各機関からの就労に関する主な意見をまとめ、その課題について論ずる。

7.1 障害者の一般就労へ向けての流れ

障害者が特別支援学校等の高等部を卒業してから一般就労までの流れの例を図2に示す。

学校を卒業した障害者は、直接企業に就職するケースのほか、福祉施設、職業訓練校や職業準備訓練校、大学、専門学校に進学したり、あるいはまた障害者就業・生活支援センターやハローワーク、行政機関、NPOなどで就職の支援を受けたりしている。このような流れの各時点でどう障害者が各機関と関わっていくかは就労に大きく影響する。また各機関同士がどのように関わっていくかによっても障害者の就労に影響する。たとえば福祉部門と雇用部門の連続性が確保されていれば福祉部門から一般就労への移行は円滑に行われる可能性が高い。

学校教育群は基礎教育と基本的な社会生活教育のもと就労を意識した教育を、職業訓練等訓練学校においては社会生活を身につけた即戦力となる教育を、施設においては一般就労に向け、障害に応じた職業訓練や指導を、地域生活支援センターやハローワーク等行政関係は障害者の就労を推し進める支援活動を行っている。

ところで日本の法定雇用率は、1.8%で、ヨーロッパ諸国と比較して低い。フランスは6%、ドイツ5%、オーストラリア4%、韓国3%である。障害者の一般就労を推進するには、この法定雇用率を問題視する必要がある。さらに日本の場合、重度身体障害者を雇用すると二人分のカウントを可能としている。このため平成19年度における実質の障害者雇用状況は1.14%に過ぎない。法定雇用率を達成させるための功を奏するための国家施策や戦略が必要となる。

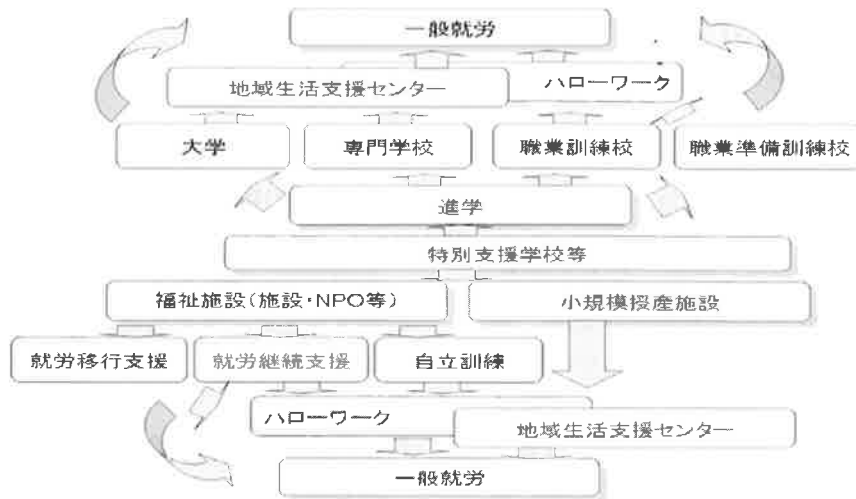


図2 障害者の一般就労までの流れの例

7.2 障害者を取り巻く就労環境と課題

障害者を取り巻く環境を、図3に示す。

家庭においては、障害者本人や家族の自立・就労意識・意欲の向上が必要である。支援学校や職業訓練校においては、就職までを視野に入れた個別支援計画が作成されており、その指導が徹底されている。しかし障害者本人と保護者、企業との間の就労に関するアンマッチが発生し、学校側・企業とも苦勞している現状がある。学校や訓練校では就労教育の充実を図る努力がなされているものの、企業においては就労に対する障害者理解がなかなか進まないという現状があり、戦略的な雇用企業の開拓、拡大が大きな課題である。

福祉機関では、就労移行支援事業や就労継続支援事業を積極的に行っていく努力がなされ、障害者の就労に向けての努力が伺われる。しかし自立支援法の法制化にともない施設運営の問題、施設の経営の安定化の問題、利用者の確保等さまざまな問題を抱えている。

企業においては、法定雇用率の達成や正規雇用の増加が課題であるが、障害者の能力に対する周知が企業内等で十分ではないことによる雇用に対する“ためらい”が未だに根強く存在する。平井ら⁽⁷⁾の調査によれば仕事に真面目に取り組む、職場内に元気を与える、障害者でもできる仕事が多くあるなど障害者雇用に対して多々メリットを挙げている企業も多い。障害者雇用にあたり、彼らがもつ能力を十分発揮できる条件を整える

ことも大切である。条件とは、作業環境の整備や機械操作法の明示化、障害者に適した作業工具の手配、障害にあった職種の開発、作業の細分化によるワークシェアリングなどである。当然のことながら障害者とともに働く現場の人びとの協力体制を欠かすことができない。障害者理解と支援は、障害者の雇用を促進する。企業における雇用促進のためには障害者試用雇用制度を活用したり、施設との連携で企業の業態に合った人材育成を図ったりすることも考えられる。

障害者就業・生活支援センターや、各種の中間支援を行うNPO、ハローワークや行政関係部署などは、地域の支援中核となるべくそれぞれ障害者の就労に関与しながら、雇用、福祉、教育、医療等の間で様々なネットワークを形成し、ケースワーク検討や先行事例の紹介などを行っている。しかし、今回の調査から企業の参加が少ないことや企業からの情報が得られないこと、個人情報保護の点からネットワーク内で障害者の個人情報の交換ができないなどが挙げられ、このために必要な時に必要な情報交換ができないなど円滑な情報流通や交換ができず、就労になかなか結びつかないなどが課題としてある。

このような問題解決には、圏域内での障害者就労・生活支援センターや障害者就労・生活支援ミニセンターが中核をなすネットワーク構築を更に推進することが望まれる。すでに地区によってはネットワークを構築し、各地域に応じた独自の

ネットワークの充実を図っているところもある。
 障害者の就労の中核を担う障害者就労・生活支援センターは、就労支援のほかに、就労後発生す

るとされる諸問題の相談窓口や障害者とその家庭・家族を支える中核機能が十分生かせるようにすることも必要である。

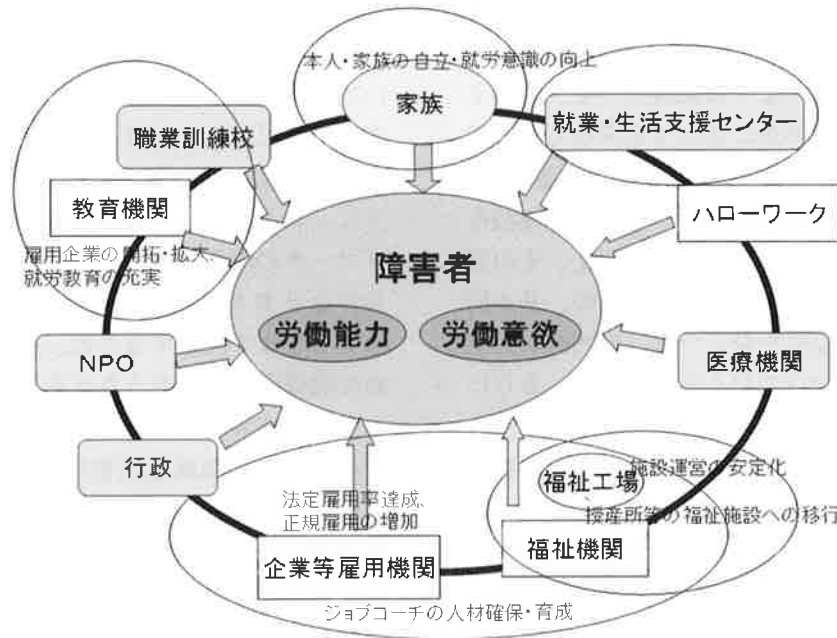


図3 障害者を取りまく就労環境

7.3 必要とされる働く意欲等障害者の自己活性とそれを支える家庭の大切さ

訪問した企業・施設・学校等では「働く意欲」を重視している。企業にとっては作業意欲の有無は、製品品質保持や出来高の向上、指導者負担の軽減、安全の確保、作業指導の確実な受け止めなどに大きく影響する。同時に職場で働く職員の障害者理解にもつながる。また働く意欲創出の前提に基本的な生活習慣やマナーが身につけていることが必要である。これは障害のある無しに関わらず大切な事項である。生活習慣が身につけていなければ「働く」ことや社会参加ができない。心身共に健康であることが自己活性につながってくる。

就労意欲の問題として挙げられている事項に自己理解がある。「障害の自己理解がされていない」、自分が「やりたいこと」と「できること」が区別できていない、「働くとはどのようなことか」が理解できていないなどがある。学校や職業訓練校では企業実習など実務経験を通してこれらの理解に努力をしているが、就職という現実の

場面では、その経験が生かされないことも多く、そのために就職のアンマッチが発生している。

障害者をもつ保護者の中には「働かせたくない」「家で好きなことをさせてほしい」という意見をもつ人も多い。このため福祉就労から一般就労に移行できない者もいる。これは一般就労により「子どもに心身の苦勞をさせたくない」「いじめにあわせたくない」など様々な理由による。しかし多くの場合、将来的には保護者から離れることになり自立した生活や自己選択や自己決定をする時期がくる。「働くこと」を理解させ、それを見守り、支援をすることが家庭にとって大切となる。そしてその意欲を支える家庭作り・生活作りをすることも大切となる。

7.4 就労支援者としてのジョブコーチの問題

障害者が企業等へ就職することにおいて、何ら問題を抱えていない者ばかりではない。調査分析結果で提示したように、生徒を送り出す学校側、生徒を受け入れる企業側ともに多々問題を抱えている。その中で旨く折り合いをつけ確実な仕事

を行うためにはジョブコーチの細かなサポートが欠かせない。

ジョブコーチの資質として、障害者等に関する知識のほかに、社会的常識やバランス感覚等が求められる。障害者とどれだけ多く接してきたのか、障害者理解をどれほどしているのか、ジョブコーチとなる前にどのような職種につき、どのような仕事をしてきたのかによっても異なる。当然のことながらジョブコーチとして活動する中で、経験によって培われる面も多い。また就労支援を専門的に行なうジョブコーチである以上、その責務を果たす為に、ジョブコーチとしての、基本的な知識やスキル、姿勢を身につけ、専門的かつ実践的な能力を身につけておく必要がある。さらに障害者の就労支援だけでなく、企業やそこで働く従業員とのパイプ役を果たし、本人を支える家族への支援なども必要となる。

ジョブコーチは、障害者の就労と支援で重要な役割を果たしている反面、給与が不安定で経済的自立ができる職業としては難しい。障害者雇用を推進する企業にあっては、派遣ではない専属のジョブコーチの採用や配属が臨まれるところである。

ジョブコーチという職業の社会的認知面では、障害者を雇用している企業においても、障害者を雇用しようとする企業や施設においても、その存在や活用の仕方を知らないケースも多い。ジョブコーチが一般化し、企業側との情報交換が多くなれば更に就労支援が広がっていくと思われる。

7.5 障害者理解教育の必要性

近年、インクルージョンの考え方も浸透し、通常学級に障害児童・生徒が健常児童・生徒とともに学習をしていることも多くなってきている。しかしインクルージョンの考え方が浸透してきているとはいえ、すべての学校・学校級ではない。このため多くの児童・生徒が大人になるまで障害者と接する機会をもたない。このため障害者に偏見や先入観をもったり、差別をしたり、障害者との接触を拒んだりする傾向が見られる。この傾向は残念ながら根強く、大人になってもその傾向がある。学校教育において、年少期から障害者と接する機会を設けることは、障害者に対する理解促進に不可欠であり、この時期の教育はノーマライ

ゼーションの社会を作るためにも大切なことである。また、障害者が社会に出ていくことに躊躇しないようにするためにも、障害者理解の学校教育は大切である。

障害者理解教育の必要性は、将来大人になる児童・生徒を抱える学校も大切であるが、企業においても大切な事項である。障害者を雇用している企業の意見でも、障害者雇用が進まない理由の一つに企業における障害者理解不足を挙げている。コミュニケーションの困難さ、判断力不足、ジョブコーチの確保困難、安全面に不安、会社の経営方針など多々雇用できない理由を挙げているが、障害者をまず理解すること、その上で障害者のための職場開発等を行うなどを期待したい。

また障害者理解を進めるために、支援学校や福祉施設等は、地域住民参加型イベントを開催し、イベントを通して障害者と交流する機会をもち、障害者のもつ特性や能力を理解してもらうように努力している。しかしこの地域住民参加型イベントへの参加も、障害者や障害をもつ家族の参加、障害者支援者が多く、障害をもたない人たちの積極的な参加や近隣住民の参加が少ないのが現実である。

8 おわりに

本研究により、障害者を一般就労で送り出す学校の立場、障害者を受け入れる企業の立場、一般就労が困難あるいは一般就労を目指して福祉就労を推進する福祉施設の立場、障害者の就労支援の事業者の立場それぞれにおける問題点や課題が明らかになった。特に福祉に対する国家施策や障害者雇用についてはどの機関においても施策や支援のあり方に問題を投げかけている。たとえば福祉施設や就労支援事業者においては、障害者自立支援法による新体制の移行に伴い、施設や事業所の運営とは別に経営上の問題点を指摘している。また廃案となってしまった「障害者自立支援法の抜本見直し基本方針」などを挙げている。

障害者の一般就労者としての受け入れに関し、企業としての受け入れ前提条件もある。それには、就労を希望する障害者に働く意欲があるこ

と、一人で通勤ができること、基礎体力があること、作業指示を確実に受け止め作業ができること、自分の身の回りの整理・整頓ができることを挙げている。その上で企業内での障害者理解の啓蒙と職場作り、障害特性に合った仕事の創出を行い、ジョブコーチの導入を図っている。障害者を雇用したことがない企業は、障害者雇用のためらいとして職場の人間関係やコミュニケーション、作業能力、信頼性、安全面などを挙げているが、企業体制や企業体質に寄るところが大きいと想定される。

障害者雇用活動においては、施設や事業所、学校においても企業連携を図るとともに障害者就業・生活支援センターがネットワーク、雇用活動においては相談支援事業所、ハローワーク、各種行政機関とのネットワーク作りが大切なキーとなることは言うまでもない。また就労・雇用に限らず障害のある者、無い者が共生するこの社会にノーマライゼーションの考え方の浸透が急務である。

注

- 1) 福祉的就労ともいう。一般就労と対比される言葉で、福祉施設等で支援・訓練を受けながらの就労
- 2) 民間企業等で雇用関係に基づく就労
- 3) 障害者自立支援法に規定する「指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの量の見込みを定める単位となる区域」
- 4) 一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う事業
- 5) 一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う事業
- 6) 企業が障害者雇用に特別に配慮した工場等を、別法人いわゆる子会社として設立し、そこに障害者を集中的に雇用する。ただし子会社と保護者会社を同一の事業主体として取り扱い、そこに雇用制度を適用することで企業における障害者の雇用促進を図る制度
- 7) 職業経験、技能、知識などから就職が困難な特定の求職者を一定期間試用雇用することで、その適正や業務遂行可能性を見極め、求職者と求人者の相互理解を促進し、早期就職の実現や雇用機会の創出を図ることを目的とする制度
- 8) 職場適応援助者制度という。障害者を雇用したときに円

滑に職場に適応できるように作業支援やコミュニケーション支援など職場で支援援助指導する制度

- 9) 市から支給決定を受けた障害者が、自らサービスを選択し、施設や事業者と契約を結びサービスを利用する制度

引用・参考文献

- (1) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課「特別支援教育資料」2009/04
- (2) 厚生労働省「障害者の就労支援対策の状況」2008/02
- (3) 内閣府「成長力底上げ戦略（基本構想）」2007
- (4) 静岡県「ふじのくに障害者プラン 21」
- (5) 静岡労働局「身体障害者、知的障害者及び精神障害者の雇用状況について」2008/06
- (6) 静岡県総務部「政策セミナー研究報告書」2008/02
- (7) F-sprit・静岡福祉大学（平井研究室）産学連携共同研究プロジェクト「知的障害者の能力開発に基づく就労環境調査 調査報告書」2006
- (8) 「ノーマライゼーション」日本障害者リハビリテーション協会 2009/06
- (9) 大南英明「知的障害者の就労支援」日本文化科学社 2006/11
- (10) 坂本洋一「図説障害者自立支援法」中央法規 2008
- (11) 世田谷区立知的障害者就労支援センターすきっぷ編「こうすれば働ける！」エンパワメント研究所 2005

調査協力機関

- ・(株)フロンティア・スピリッツ 就労移行支援
- ・社会福祉法人 ハルモニア
- ・(株)カヨウコーポレーション
- ・静岡大学教育学部付属特別支援学校
- ・静岡県立あしたか職業訓練校
- ・静岡県教育委員会

我が国における移植医療の現状と 教育・啓発活動に関する一考察

～ 本学「医療福祉論」の授業を通して～

浜松医科大学 大田原 佳 久
静岡福祉大学 石 光 和 雅

A Study on the Current State of Medical Transplantation and Educational
and Enlightenment Activities in Japan

Yoshihisa OHTAWARA
Hamamatsu University School of Medicine

Kazumasa ISHIMITSU
Shizuoka University of Welfare

1. はじめに

この度、1997年に制定・施行された臓器移植法が12年ぶりに改正された。周知のとおり、1997年に成立した「臓器移植に関する法律」（以下、現行法）は、臓器移植を前提とした場合のみ脳死を人の死とするものであり、書面による臓器提供者（以下、ドナー）の意思を重視し、意思表示ができない15才未満の子供については臓器提供の意思表示はできずドナーとなり得なかった。臓器移植意思表示カード（一般的にはドナーカードと呼ばれている）についても当初は非常に厳密に運用され、○の付け忘れがあっただけで有効なカードと見なされないということもあった。これは、「脳死を人の死」とすることに対する反対意見も少なくはなく、厳密に脳死判定を行うことを求められた結果であるといえることができる。2009年7月13日に参議院で可決・成立した臓器移植法改正A案は「脳死は人の死」を前提とするものであり、15才未満の子供が国内で脳死下での臓器移植を受けることができるようになったが、WHO（世界保健機関）の「自国の移植臓器は自国で獲得すること」という勧告¹⁾が2010年に通達されることが強く影響しているものと思

われる。移植医療は通常の病気の治療が医師と患者という関係だけで多くが成り立つのに比較し、ドナーを必要とすることが特殊であり、ドナーがなければ成り立たない医療である。このドナー確保には社会的な理解が必要で、特に死体からの臓器摘出を行う移植は人の死が前提となるために多くの問題が解決されなければならない。臓器を社会資源とするならば一般の国民、国政の理解が必要で、さらに臓器提供、移植の現場における医療従事者の理解は必須である。しかし我が国では移植医療普及のための行政政策が貧しく、一般国民、医療従事者における普及、啓発の不十分さがその遅れの大きな要因ではないかと考えられる。

そこで、教育機関での普及・啓発は特に重要な意味を持つものと考え、昨年末、本学「医療福祉論」の授業において「日本の移植医療の現状と課題」というテーマで、静岡県移植コーディネーターである大田原佳久氏をゲストスピーカーとして招聘した。この授業は、将来、医療機関等で仕事をするにあたり、移植医療の理解を含め、日本の医療が抱える問題点の解決に力を発揮できる人材を育成することを目的とした。移植医療は日本の医療全体からするとごく小さな分野ではあるが、社会参加がなければ不可能な医療だけ

に、幅広い知識と理解を必要とする分野である。そのため、あらゆる教育プログラムを必要とするが、今回はその基礎知識と我が国の現状を理解し、医療従事者の果たす役割、患者及びその家族や医療者へのサポートの方法が理解されるよう心がけた。特に臓器提供の現場を再現したドナー家族への臓器提供のオプション提示をする場面でのロールプレイはその大きな理解の手助けとなることを期待した。

2. 我が国における移植医療の歴史

1964年、我が国で最初の免疫抑制剤を用いた腎移植、肝移植が行われ、1967年には死体腎移植も成功するようになった。ところが1968年には脳死からの心臓移植(所謂、和田移植)が初めて行われたが物議を醸し、脳死の判定方法や移植医療のあり方についての問題点が明確にされなかった経緯がある。以後、我が国で脳死体からの移植は行われなくなった²⁾。ただ心臓死からでも行える腎臓移植は以前から行われており、1980年には「角膜及び腎臓の移植に関する法律」が施行され、1995年には臓器のあっせんを専門とする機関として社団法人日本腎臓移植ネットワーク(JKTNW: Japan Kidney Transplant Net Work)が発足した。それまでに各地方では腎臓バンク、アイバンクが設立され、それを中心に腎臓移植、角膜移植が行われてきた。1985年には脳死からの移植をめざし、当時の厚生省脳死臨調から脳死判定基準が発表され³⁾、脳死の定義や判定方法が考えられてきたが、現行法が成立、施行されたのは1997年である。しかし、その法律は詳細にわたる手順が決められ、大きく提供を制限される内容が盛り込まれた。現行法の施行に合わせJKTNWは現在の社団法人日本臓器移植ネットワーク(JOTNW: Japan Organ Transplant Net Work)に変わり、法律制定後国内初の脳死下臓器提供は2年後の1999年2月、高知赤十字病院で行われた。

3. 現行法の特徴

ここで、臓器移植法を基に既に移植が行われている諸外国と日本の現行法の大きな違いについて考えてみる。通常諸外国では臓器提供の有無にかかわらず脳死を人の死とし、ドナーが臓器提供の拒否の意思を表していない時、家族が臓器提供に同意したならば臓器提供は行われており⁴⁾、死体からの臓器提供とえば一般的には脳死下の臓器提供を意味する。

しかし、我が国の現行法においては、ドナーが生前に書面で臓器提供、脳死判定実施の同意の意思を示していても、ドナー家族が臓器提供に同意しなければ脳死下での臓器提供は行えなかった⁵⁾。すなわち家族が臓器提供を承諾しなければ脳死は人の死でなく、心停止まで待って初めて人の死となるのである(現行法第6条3項)。したがって家族は患者の死の時期を決定しなければならない仕組みとも言えるのである。さらに本人の意思は15歳未満の年齢では認められず、実質15歳未満の臓器提供禁止ということであった(現行法の運用に関する指針 第1書面による意思表示ができる年齢等に関する事項)。また脳死については、脳死=人の死ではなく、臓器提供を前提とした時のみ脳死が人の死というわかりにくい法律であった。しかし、附則として、これまで行われてきた腎臓、角膜の提供については前述の「角膜及び腎臓の移植に関する法律」がそのまま生かされ、心臓停止後のこれらの臓器については家族の提供同意の意思だけで可能であった。このことは多くの国民、医療関係者に十分理解されていなかった。また、臓器提供時の脳死判定については法律の施行規則の中で細部にわたる手順が記されており、その規則どおり行われなければ脳死として認められなかった^{5),6)}。諸外国では脳死を含め、人の死の診断(判定)は医師の専権事項として最低限の手順が決められ、死亡診断は臓器提供に関係なく医師が決定している。日本では医師が死亡診断を行うところは同じであるが、脳死下での臓器提供の場合だけ厳格な手順に沿った診断が必要となっているのである。15歳未満の子供の臓器提供が不可能であるということは、心臓の移植者(レシピエント)が子供の場合は移植も不可能ということである。また他の組織(臍島、皮

膚、骨、心臓弁等）の法整備は遅れており、医学に寄与することで提供、移植が認められているに過ぎない（図1）。現行法は施行3年後に見直されることになっていたがそのまま放置され、やっとこの2009年に見直され、基本的に「脳死を人の死」とし、ドナーの意思が不明な場合は家族の提供意思で臓器提供が可能となり、15歳未満の子供からの提供も認められる改正臓器移植法（以下、改正法）が成立（施行は1年後の2010年7月17日）したのである。

4. 医学的な人の死と脳死について

一般的に医学的な人の死については脳死、心臓死などの医学的に回復不可能なポイントのある部分を医学的根拠とし、一般国民の心情を基にして、法律的な決め事としているに過ぎない。医学的には人の死は器官機能の停止、臓器の機能停止から始まり、細胞死へと向かう個体死の過程がある。脳死の定義は日本では全脳の機能停止とされており、脳の機能停止により生命が維持できない状態で、人工呼吸や輸液によって自発的に動く心臓を補助して血液循環等を維持している状態をいう。法律でいう人の死はさらに心臓が止まり、循環機能が停止、人工呼吸器で呼吸維持されていても酸素は組織に運ばれず、細胞壊死に向かっていく状態である。しかし心停止後ある時間は生きている細胞、組織、臓器もあり、その後も移植が可能な組織や臓器もあることから心停止後の腎提供を認めているのである（図2）。人の死は都合上何処かで線を引く必要があり、脳死のところを線引いて死とするか、心臓が停止してから死にするかの違いがあるだけである。ただ医学的には様々な死の過程があるかも知れないが、身内や親しい人が脳死状態になっても人工呼吸器で心臓が動いて循環が保たれており、顔の色や身体の温もりを感じるだけに死を認識することは難しいことも確かである。顔色が変わり、冷たくなった身体を触ってはじめて死を認識するのが普通だろうと思われる。そのようなところから万人が納得する死亡を心停止後としたことも納得できる。そのポイントを前の脳死に置くことによ

て臓器の提供を可能としたのが改正法の「脳死を人の死とする」ことである。ただし、脳死の状況を長時間維持されることを患者が望んでいるのかどうかということと、医療経済のことも考えなければならないという側面のあることも事実である。因みに米国では脳死状態で死亡宣告され、その時点で保険医療は中止されているのである。

5. 臓器提供の現状

様々な臓器不全の治療の中でも移植医療はドナーを必要とするという点では臓器提供医療者、家族にとって精神的負担は大きいものがある。臓器移植は、臓器不全で余命僅かと言われた患者が生命維持機器から離れて、通常の生活に復帰できる数少ない治療方法である。しかし、移植医療はかなり確立された医療手段であるがドナーがいなければ成り立たない医療でもある。そのため移植医療を推進している各国ではドナーの獲得が活発に行われているのが現状である。その世界の現状をみると最も提供が盛んなスペインでは人口100万人当たり12.5人で因みにヨーロッパ平均が16.6人である。米国では20.2人であり日本では僅か0.75人である（図3）。日本で1997年に現行法が施行され、2009年1月現在で脳死下での提供件数は80症例であり、近年になってやっと年間10件程度の脳死下提供が行われるようになってきた（図4）。なお、心停止下、脳死下での提供を含めた腎提供（献腎）は年間100件程度で横ばい状態である。一方で移植を希望しながら待機している患者数は2009年7月現在で登録されているだけで心臓144人、肝臓256人、肺121人、腎臓11,538人、膵臓165人、小腸3人であるが、実際移植を必要とされている患者数はその何倍かであることは確かである（表1）。また、これまで子供の提供ができない心臓移植は海外で行うしかなく、大人でも提供の少ない日本から海外で臓器移植するケースは多い。さらにそれすらできない待機患者は死亡しているのが現状である。その海外においても移植を希望する患者数に対して臓器の提供が不足しているのは諸外国でも同じ状況であり、米国のように人道的立

場から5%枠を設けて自国民以外の外国人への移植を行っているが、実際その枠を使うのはほとんど日本人であるという現実がある。

しかし、前述のように2008年5月の国際移植学会でイスタンブール宣言¹⁾が発せられ、それを受けてWHO(世界保健機関)で移植に関するガイドラインは策定された。その中で最も日本が戦々恐々としたのが自国の移植のための臓器、組織は自国で供給することを原則としたことである。日本の移植希望患者は国内で移植するよりも5%枠でも移植順位の上がる重症者が多いために緊急避難的に海外での移植に頼っているのが現状である。しかしWHOのガイドラインに沿った施策が実施されることになれば、日本人の外国での移植は今後困難となってくるであろう。そこで12年間も放置していた移植法の改正が急務となり、本年(2009年7月成立、施行は1年後)の改正となった訳である。今後、改正臓器移植法施行にあたり、どのような省令、施行指針(ガイドライン)が出されるかは不明であるが、それによって提供臓器の増加が期待できるかどうかを判明するであろう。

現行法下での移植臓器の提供の現場においては様々な制約がついている。前述したとおり、まずドナーとなりうるためには生前の提供する意思が書面で記載されており、なおかつ家族の同意が必要であること。そのために15歳未満の子供の臓器提供はできず、さらに提供施設が限定されている。また脳死判定や提供の細部にわたる手続きも多く、現場の医療機関、医師をはじめ多くの関係者が閉口することが多く盛り込まれている。このように臓器提供に当たりドナーが十分慎重に選ばなければならないという一面がなければならないことは当然のことだろう。ただ一方ではそれによって提供の意思を叶えられない患者が出てくることも確かである。1997年の現行法施行から2008年末までの統計では、報告された提供意思表示を示したカード等の所持者は1,090人で発生施設、報告時期、脳死判定などの制約から実際に提供まで至ったのは76人(7.9%)である(図5)。ある程度の制限が撤廃された改正法のもとで、どのくらいの臓器提供増加が見込まれるかということである。

6. ドナーアクションプログラム (商標 DAP : Donor Action Program) について

1998年より、厚生省(現厚生労働省)の研究補助金による「臓器移植の社会的基盤の整備」事業が開始された。これは特定の都道府県が参加し、提供臓器の増加を目指した施策を考え、成功例から全国に展開しようという研究計画である。静岡県では1999年より本研究に参加し、一定の成果を上げてきた⁷⁾(図6)。本研究は欧米でめざましい成果を上げた実績をもつ臓器獲得法の成功例である「ドナーアクションプログラム」(DAP)というドナー獲得のための病院啓発方法論である。DAPは基本的に個々の医療機関の特徴をとらえ、それぞれの施設に合わせた教育プログラムを実施し、より良い多くの移植臓器の獲得を目指すものである。まず導入施設を選定し、施設内に推進委員会を立ち上げる。提供現場での意識調査(HAS: Hospital Attitude Survey)を行い、移植医療(特に提供に関する事柄)の知識の状況を把握し、知識の不足部分の強化教育プログラムを実施する。一方では診療録調査(MRR: Medical Record Review)を行い、死亡患者のデータを収集しドナーソースを調査し、ドナー候補者の把握からドナーへのアプローチ状況、提供への手順の状況を把握する。これもHASの結果と同様に評価し次回の教育プログラムを立て、実行していくという方法論である⁸⁾。このDAPを日本でも2002年に厚労省科学研究班でドナーアクション・ファンデーションにコミットし実施に移した⁸⁾。

静岡県でもDAPを取り入れ行ってみたが、一定の成果は得られたものの、飛躍的なドナーの増加には至っていない。これは諸外国で脳死を死として取り扱うのに対して、日本では一般的な死は心停止での死亡であるため、医療従事者、コーディネーター(以下、Co)がまだ死亡していない患者家族に臓器提供の話をしなければならないという事情があり、そこが大きなネックとなっていると考えられた。同時に通常の医療施設では亡くなっていく患者には多くの注意を払わず、その家族の悲嘆のケア等も少ないことも分かった。そこで静岡県では独自に個票(国際的なMRR

フォームとは異なる MRR フォーム）を作成し、回復不能患者が亡くなるまでの経過を記録し、提供現場との対応をはかり、心停止後の献腎増加に繋げた。この方法は施設内でキーとなる院内移植 Co が重要であり、静岡県では院内臓器提供の体制整備、外部との連絡に多くの院内移植 Co が活躍している。2009 年 7 月現在静岡県では 50 施設に 59 名の院内移植 Co が配置され、そのうち 11 名は医療ソーシャルワーカーがその役割を果たしている（表 2）。

7. ドナー家族と臓器提供についての ロールプレイ

今回は移植医療の現状を学習すると同時にほとんど医療現場体験のないことから提供の現場の状況を再現し、提供家族や移植 Co のコミュニケーション状況を確認した。脳死患者の家族役を学生に演じてもらい、移植 Co は現役の県移植 Co とネットワーク移植 Co に演じてもらった。場面を設定し、臓器提供についての話を Co から家族らが聞き、臓器提供の判断をするというものだ。やはり話だけの講演形式より、参加型で行う方が遙かに印象に残るようで、講義後の感想もロールプレイに関するものが一番多かった（表 3）。今回は 3 人の家族役を学生が行ったが、周りで話のやりとりを聴取した学生にとっても、自分自身のこととして臓器提供について考えたことは大きな成果であったと思われる。

【ロールプレイの内容】

症例：脳出血による受傷、意思表示カード未所持
患者：52 歳 男性 12 月 13 日、夕飯後お風呂に入っていて気分が悪くなり、出てきて突然倒れ、痙攣、意識不明。救急車で A 病院に搬送される。入院時意識はないが痛み刺激には反応、自発呼吸有り、瞳孔左右差あり（左右：3mm、4mm）。CT 検査の結果広範な梗塞性出血で手術適応無し。家族には手術は難しく、回復が難しいことを説明。16 日呼吸低下で気管内挿管し、人口呼吸器装着。17 日、意識レベルⅢ-300、自発呼吸停止、瞳孔散大。血圧 110/85mmHg、感染症なし脳死

に向かっている状況と主治医から説明。家族は急なことで、悲嘆大であったが、主治医より脳死に近い状態であると病状説明をうける。主治医より意思表示カードの確認と臓器提供の可能性が話され、家族は Co の話を聞くことにした。

妻：48 歳、主婦、突然の夫の病気で気が動転し、動揺が大きい

長男：17 歳、高校生

長女：20 歳、学生

面談状況

妻、長男、長女の家族に対して、院内移植 Co、看護師で面談。

【学生の感想】

1) 移植のことがよく理解でき、非常に良かった。日本ではまだ移植に対する理解が進んでいないということがよくわかった。日本では亡くなった人から臓器をもらうこと、あるいは臓器を提供することについての抵抗があるのではないかと感じた。ロールプレイでは、実際の様子ができるようになっていのかを見ることができ、理解しやすかった。移植 Co の仕事、果たす役割が理解できた。また、移植 Co の仕事の難しさも感じる事ができた。（4 年女子）

2) 「移植」についての知識はテレビなど通してでしか知らなかったもので、詳しく学ぶことができてよかった。ロールプレイを通して実際の死が関わる現場では、それぞれの人の思いを大切にしたい限られた時間の中で相手の思いを受け止め尊重するという大変なやりとりが行われていることが想像できた。自分が患者側の立場だったらということを現場に出る前に考える機会が得られた貴重な話だった。（4 年女子）

3) 私が入院していた時に臓器移植をした友達は亡くなりました。亡くなった原因はやはり拒絶反応だった。拒絶反応さえなかったら、手術の成功率は高くなるし、移植された患者側の死への恐怖感は少しでも抑えられると思う。（4 年女子）

4) 今日は臓器提供についての講義と Co とのロールプレイをやった。私はロールプレイを見ていた側だったが、状況が状況なだけに実際の気持ちを想像するのは難しいと思った。自分の身内のことだったら冷静に話を聞くことはできないだろうし、気持ちの整理をするにも時間がかかっ

てしまうと思う。でも、こういう状況は突然やってくるものだとわかり、他人事しておくわけにはいかないと思った。(4年女子)

5) 日本の移植医療の現状についての話を聴きとても考えさせられた。家族の一人が死亡した場合、本人の意思がないとき、家族で臓器移植をするか決めなければならないが、すぐに移植の同意をするのは難しいと感じた。日本では移植率がとても低いので、(もっと)移植できれば移植を必要としている患者の命を救うことができる。しかし、移植する人の家族の立場からみると、とても複雑な気持ちになるのだろうと思った。(4年女子)

6) 移植 Co がどのような役割を担うのか、家族にとってどのような存在なのかがロールプレイを通して少し知ることができたような気がする。移植 Co の難しいのは「立場」であるような気がした。ドナー側の家族にとっては、移植して助かるレシピエント側の人間のように感じるだろうし、または病院側の人間とを感じるだろう。ドナー側の家族にとって決して敵ではないと感じてもらうために説明を始める前に家族の辛さを受け止めることがとても重要だと思った。(4年女子)

7) 移植医療について、ドナーが外国人に比べて日本人は非常に少ないということだが、やはり移植についての情報提供の場が今のところ学校などでほとんどなかったことや、「死」というものに直面しての話題となるので避けたがるためかと思うが、「生きる」「人生」の意味を考えるきっかけにもなるので、考える場が増えるといいと思う。貴重な話が聞け、感謝している。(3年女子)

8) 移植医療の話を聞いて、いろいろ考えることができた。ロールプレイを見て、実際にそのような状況にならなければ自分たちはどう行動するのか分からないと思った。移植には動物から人間へというの也有着て驚いた。私自身、臓器提供は今のところ考えられないと感じた。(3年女子)

9) 臓器移植について何度か考えたことがあったけれど、どのような流れなのか理解できていない部分もあった。今日、実際に話を聞いたり、ロールプレイを見て、不明な点を明らかにすることができた。臓器提供をすることによって他の人を救えるかもしれない。しかし、そのままの(何

も変化のない)状態で眠らせてあげたい気持ちもあり、気持ちの整理をつけるにはとても大変だと改めて思った。(3年女子)

10) 今回は移植についての話だったが、今までテレビや話は聞いたことはあるが興味がなかった。しかし、今回の話を聞いて関係のない話ではないと感じた。日本の移植の割合は低かったけれど、人を助けるうえでは、これから必要になってくるのではないかと思った。もし自分があるような場面に立ち会ったら多分受け入れられないかもしれないと思った。今回を機によく考えてみたい。(2年男子)

11) 今日の授業では、臓器移植とそのロールプレイを行って、臓器移植とは、とてつもなく難しい分野なのだと感じた。ロールプレイに娘役として参加させていただいたが、実際の家族の様子や心のうち、嘆きがちょっとは理解できる心地ができたのかなと思う。とても貴重な体験ができた。(2年女子)

12) 移植に関するイメージが変わった。今までは、提供することに抵抗があったが、誰かの役に立つことができるなら、是非提供したいと思った。脳死の時点での提供か、心停止の時点での提供が臓器提供意思表示カードで選べると初めて知った。心停止をした時点での臓器提供は、脳死の時点での提供より制限されることを知った。ロールプレイで、自分の父がそのような側になったら、きっと嫌がって話をまともに聞けないと思う…。とても楽しい考えさせられる講義だった。(2年女子)

13) 提供の際、重要となるのは「本人の意思」と「家族の承諾」である。「本人の意思」はカードで示すことができるが、時間とともに心は変化してしまうし、「家族の承諾」も限られた時間の中で判断しなければならない。それは、提供を受ける(待つ)側にも似た気持ちを持つだろうと思う。今回の講義をきっかけに自分も勉強し考えてみたいと思った。(2年男子)

14) 臓器移植について今まで詳しく調べたこともないし、学んだこともなかったので、知らなかったことも多く、いろいろ学ぶことができてよかった。他の国と日本の違い、いろいろな死についての取り決めなど難しいこともあるが、ロールプレイなどで少しは理解できたと思う。(2年男子)

15) 臓器提供については、以前から興味があったので非常に勉強になった。臓器を提供し、人に移植するには決められた法律があり、本人の意思だけではなく、残される遺族（家族）の承諾が必要など、自分が知らない様々なことを教えていただいた。ロールプレイもしていただき、どのように面談が行われるのかがよくわかり楽しかった。（2年男子）

16) 臓器提供意思表示カードの特徴がいったいあるのは日本だけなのは驚いた。人の役にたつのであれば、自分の臓器を提供したいと思う。日本では提供者数がものすごく低い。人口が少ないからなのか。どうして少ないかわからない。（2年男子）

17) スペインでドナー提供が多いことに驚いた。移植の種類で動物から人間にできることを知った。もし、動物が菌、病気を持っていることが分からず移植してしまうことがあるのかなと思った。ロールプレイではリアルでとても想像が難しかった。移植が両者にとって幸せなことだと良いと思った。（2年女子）

18) 臓器移植、提供なんて話に聞くくらいにしか考えてなかったし、自分が死んでからのことなんて考えていなかった。でも、今日の講義を聞いて、自分にも身近な問題というか、無関係なことではないのだと感じた。多分、ほとんどの人が今までの自分のような考えでいると思う。そのため、移植できる臓器があても、カードなどがなくてできないようなこともあるのだと思った。（2年男子）

19) 今回の授業で脳死のことがわかった。ロールプレイに参加して、自分の発言に驚かれたが、実際の状態になったら自分の発言どおり自我が保てないかもしれない。今回の体験で移植のことが分かったが、自分はドナーになってもいいと思ったが、いざとなったら考えが変わるかもしれない。しかし、じっくり考えて自分なりの答えを見つけていきたい。（2年男子）

20) ドナーカードは今まで何回も見ただけはあるけれど、実際に手にしたことはなかった。ドナーカードがなくても、心停止後なら臓器提供ができるということを初めて知った。ただ、本人の意思が分からない状態で家族の承諾を得ることは難しいことだと感じた。ロールプレイを見て、

実際に自分の身に起きたら、今回のように冷静に質問等はできないと思う。Coとのやり取りを見ることができてよかった。（2年女子）

21) 臓器提供意思表示カード、ドナーカードを何度書こうと思ったことか。臓器提供をしてもらった子のお話を聞けば、「よし、自分も助けられるのならば」と思い、交通事故などで人が死んだニュースを見れば、「すべてのパーツを揃えたまま死にたい」と思い、なかなか思い切ることができない。そして今日話を聞いて…私はカードを持たないことにする！提供時は、私は知らないのだから、それならそのときに私の側にいる人の考えにすべてを委ねようと思った。（2年女子）

8. 考察と今後の課題

日本では和田移植以来、移植医療は慎重に進められ、今日に至っている。それは移植医の慎重さよりも提供側の医師、医療施設がドナーの死に対する判断をさらに慎重に考えるようになったからではないかと考えられる。移植医療がドナーを必要とする特異な医療で、臓器の提供施設と移植施設が異なり、さらにJOTNW等多くの機関・施設の関係者が関与してくる。そうするとさらに慎重さを求められることとなるだろう。従って現行法の下でもより細部にわたり一定の手順通り行うことを求めるようになっていく。本来医師の専権事項である死亡診断さえも臓器提供時の脳死判定は手順が詳細に決められ⁶⁾、それ以外は法的には脳死ではないことになってしまう。例えば鼓膜が破れていれば脳死判定の条件の一つである脳幹反射の一部が診断できず、脳死判定は成り立たない。この場合でも医学的には（他のデータからみて）脳死であっても法的には脳死とはならず、脳死下での臓器提供はできないことになってしまう。どこまで専権事項を認めるか、また認めたとしてもその責任上、担当医が明確な診断をどうするかということもある。さらに提供後においてもその検証が行われている。このようなことが提供医療施設に二の足を踏ませている理由でもある。

医療従事者が慎重になる理由としては他に一

一般国民の移植医療に対する理解が低いという問題もあるであろう。もし一般の国民が脳死や移植医療への理解が高ければ、医療者から病状の説明を受けた時点で移植臓器の提供を申し出るということも考えられ、医療者にとっては楽な気持ちで臓器提供を遂行できるであろう。これは大きな要因で、現在本人がカードに意思表示して所持している割合は8%程度とされているが、総務省の調査では43.5%の人が実際に臓器を提供したい、あるいはしても良いという意味を示している(図7)。しかし、漠然と臓器提供を考えるのではなく、移植医療を理解した上で、脳死や他の死を考えた結果で提供の意思が決められればさらに提供の増加に繋がることであろうし、提供家族にとっても提供後の気持ちを整理していくうえで重要なことである。その意味で小中学校等での人の死などについての教育は重要な要件となるであろうし、そのため国の一般国民への移植医療の普及啓発は重要な意味を持つこととなる。

現在の臓器提供に関わる機関や人はシステム上、大きな負担がかけられている。提供病院では医師不足の中、通常の業務と異なる急な対応が迫られる。外部より多くの関係者が集合して、40時間を超す時間的拘束がかかる。移植施設では急な招集で摘出に出かけ、さらに提供された臓器の移植を行わなければならない。提供家族も長時間提供病院に拘束され、様々な状況下で提供手順の確認、同意が求められる。移植Coも外部機関との連絡や、提供家族のフォロー、ドナーの管理と維持、書類の記入と確認等かなりのハードな対応をしなければならない。様々な面で手順を簡略し、提供現場にできるだけ負担のかからないようなシステム作りを考えていかなければならない。

福祉職に進む学生にとってはロールプレイの実施は意味のあるものようであった。特に移植医療の現実を目の当たりにし、人の亡くなる現場で大きな決断を迫られることは現実では経験することはないので、多くを吸収したようである。福祉関係では医療ソーシャルワーカーは医療者や患者あるいは行政とのコミュニケーションが重要であることから、このようなロールプレイは効果的であろう。一方で、やはり小中高校での脳死や移植について教育を受けていないことから、移植の講義は珍しく、理解されにくいところも

あったようである。このことから基本的な死や移植医療の意味については低年齢で教育し、大学教育では実際の法律の運用面や現場の状況を知ることが重要であると思われる。

9. まとめ

移植医療は社会参加型の医療で、大きく社会全体が関わらなければ成り立たない医療であるが、一般にはそれほど症例数は多くなく、身近に感じられることはほとんどない。したがって通常の医療より遙かに一般国民が理解しておかなければならない問題が多い医療である。にもかかわらず、行政の一般への普及啓発は少なく、ましてや教育現場で語られることも少ない。マスコミ等の報道も法律が改正された時や、何か大きな問題が起こった時期以外は大きく取り上げられることはない。この授業が移植医療の諸外国との違いや、我が国で行われている移植医療がどうして進まないのかを考えるきっかけとなって欲しいと思う。このような授業は全体からすれば非常に小さな分野であるが、医療と社会システムとの関わりや医療機関での終末期の患者に対するケア(ターミナルケア)、悲嘆家族へのケア(グリーフケア)など多くの教育的要素が含まれていることから、今後とも続けていきたいと考えている。

謝辞

本稿執筆にあたり、ご協力頂いた(財)静岡県腎臓バンクの静岡県臓器移植Co石川牧子氏、(社)日本臓器移植ネットワークの臓器移植Co深草千重里氏のお二人に深く感謝致します。

参考文献

- 1) 臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言
国際移植学会 2008年5月2日
和訳 日本移植学会アドホック翻訳委員会
http://www.asas.or.jp/jst/pdf/istanbul_summit200806.pdf#search=
イスタンブール宣言 移植学会 2008
- 2) 移植の歴史「コーディネーターのための臓器移植概説」
若杉長英監修 日本医学館 pp427-428 1997
- 3) 竹内一夫、武下 浩 厚生省“脳死に関する研究班”による脳死判定基準（いわゆる竹内基準）覚書
ー神経所見と無呼吸テストー
日本医師会雑誌 Vol.118 6.1997
- 4) 世界の臓器移植関連法・制度 日本移植学会広報委員会
Transplant Communication NO.5 1996
- 5) 厚生省保健医療局臓器移植法研究監修 臓器の移植に関する法律関係法令通知集 中央法規出版 1998
- 6) 法的脳死判定マニュアル 厚生省厚生科学研究費特別研究事業「脳死判定手順に関する研究班」平成11年度報告書 日本医事新報社 1999
- 7) 鈴木和雄、大田原佳久、等 静岡県における献腎移植普及活動について 腎移植・血管外科 13,1, pp11-17, 2001
- 8) ドナーアクションプログラム 厚生省労働科学研究費補助金「ヒトゲノム・再生医療等研究事業 Training course テキスト」
Donor Action Foundation, London, 1999-2002

図表

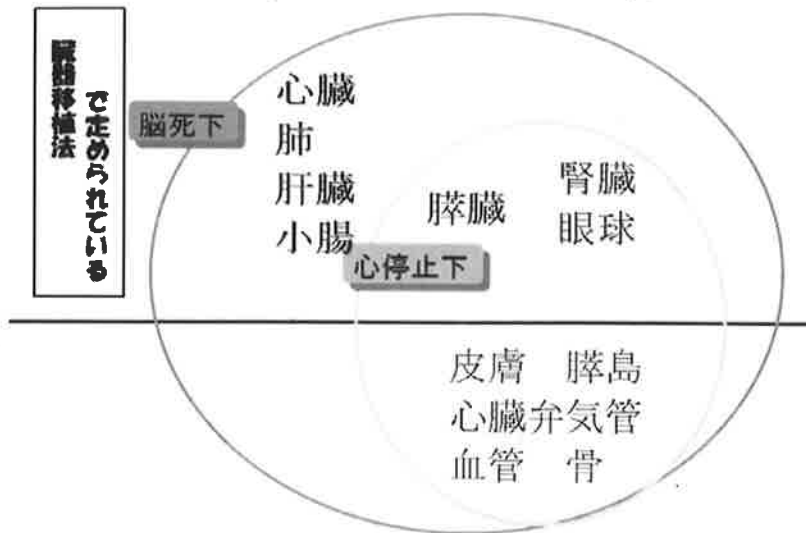


図1. 提供可能な臓器と法律

法律で定められた脳死下での提供が可能な臓器は心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、眼球であり、心停止下で提供可能な臓器は腎臓、眼球、膵臓である。ただし膵臓は本人の提供意思を示す書面がないと提供できない。組織は脳死でも心停止下でも家族の承諾で提供は可能である。

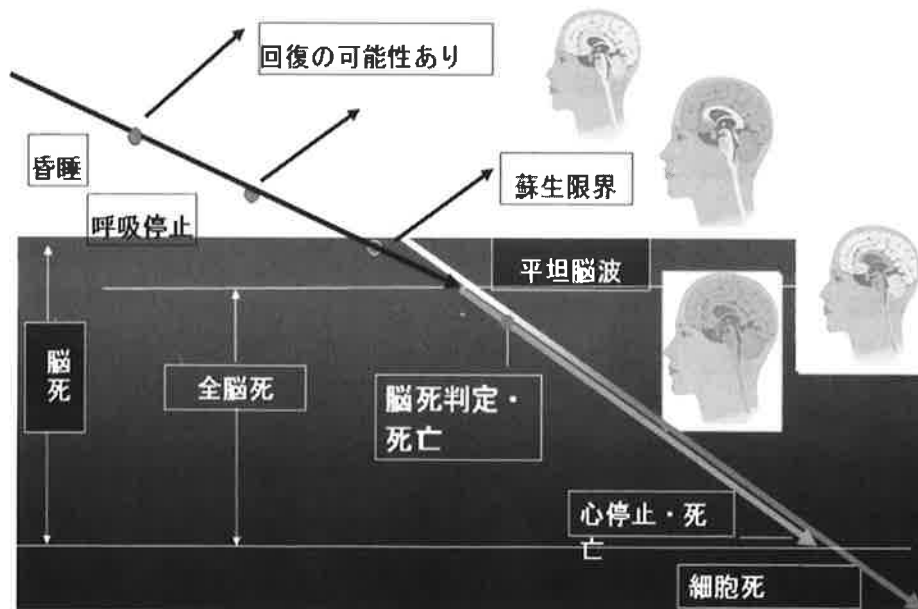


図2. 意識不明状態から死亡までの過程

死はポイントではなく、ラインであり、どのポイントを医学的、法的に決めるのは難しい。それ故、死を前提とした臓器提供は難しい問題となる。

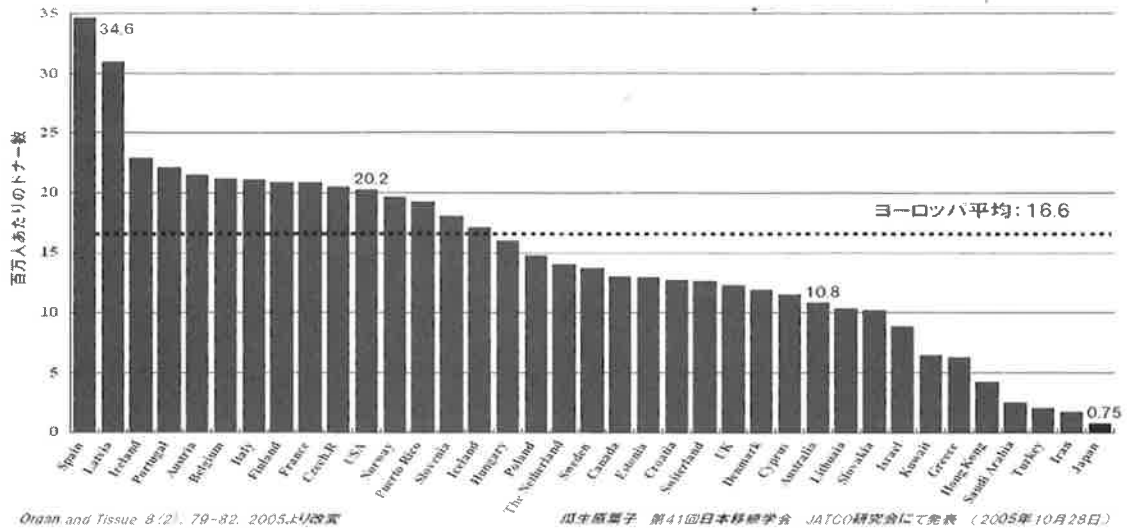


図 3. 世界の臓器提供者数（2004年）
 世界的にみて日本の臓器提供がいかに少ないかを示している。

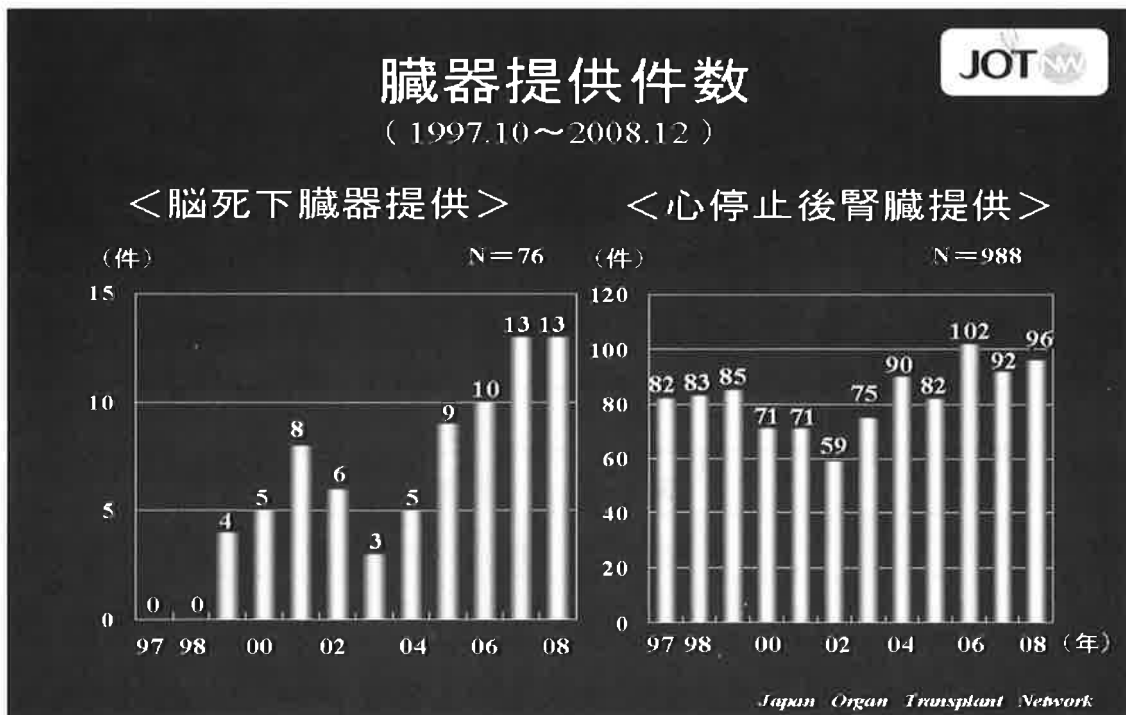


図 4. 全国臓器提供者数の推移 年別
 脳死下提供者数はここ2年10例を超え、増加傾向にある。心停止後の腎提供者数は横ばい状態である。
http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer_brain.html

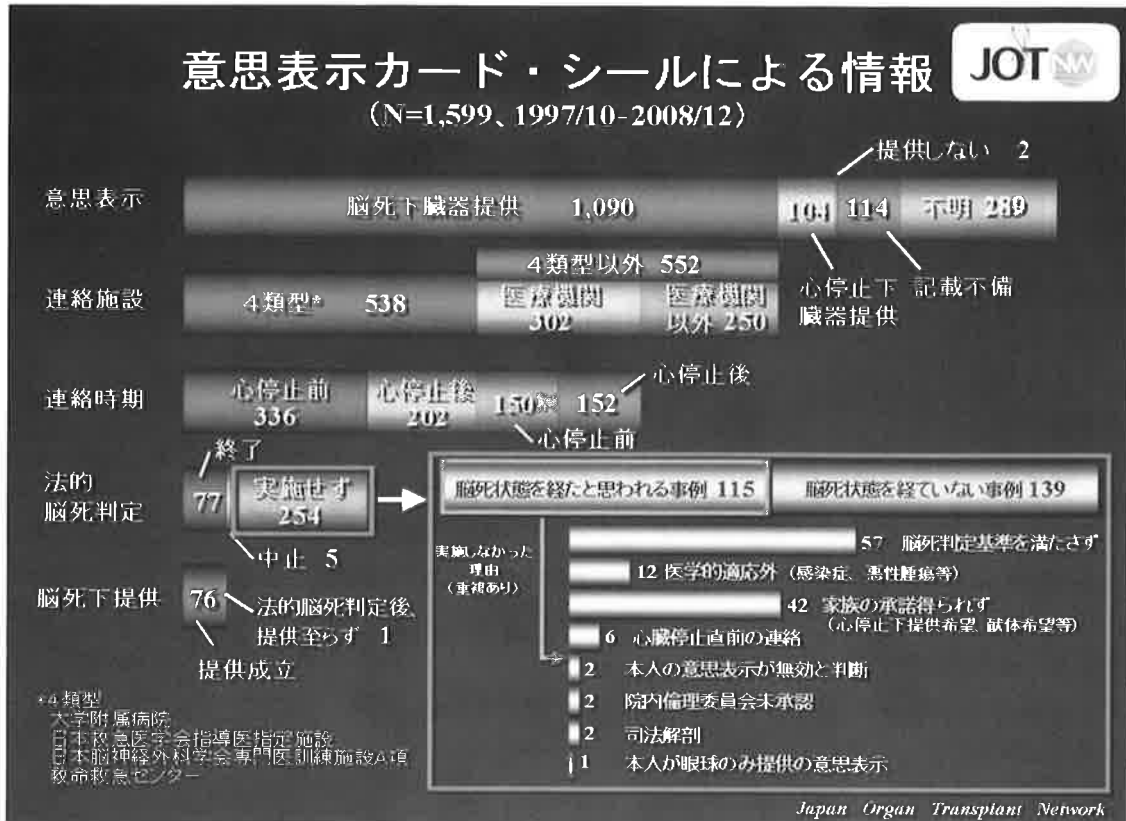


図5. 意思表示カード・シールによる情報

脳死下での提供意思を示していた人が1000名を超えたが実際の提供ができたのは76名であった。
<http://www.jotnw.or.jp/datafile/card.html>

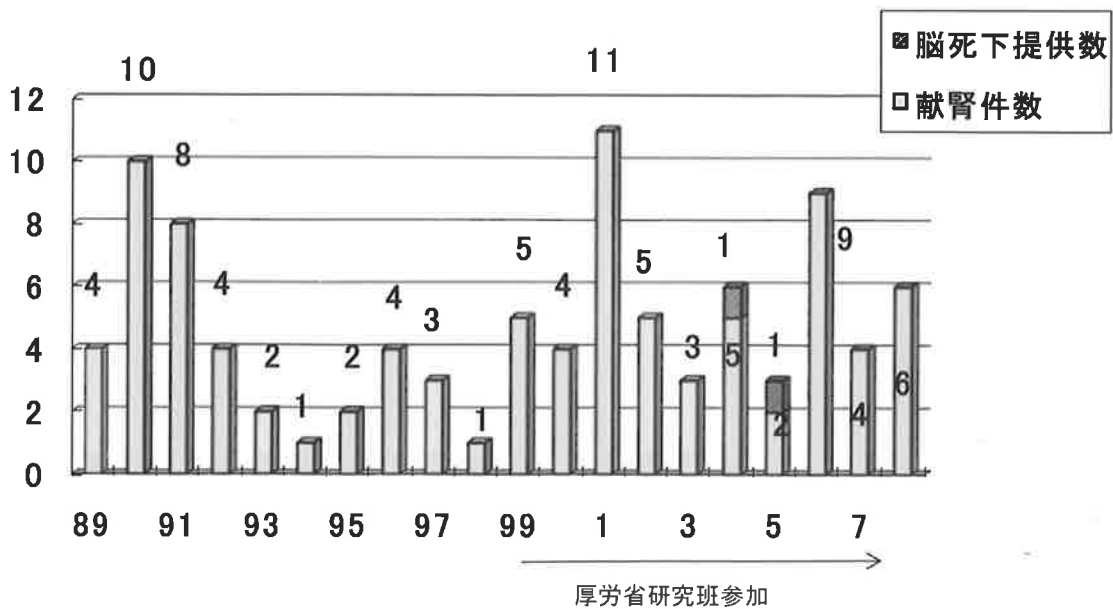


図6. 静岡県に置ける臓器提供の推移 (年度集計)

厚労省班研究に参加した時点から心停止後の腎提供は増加した。

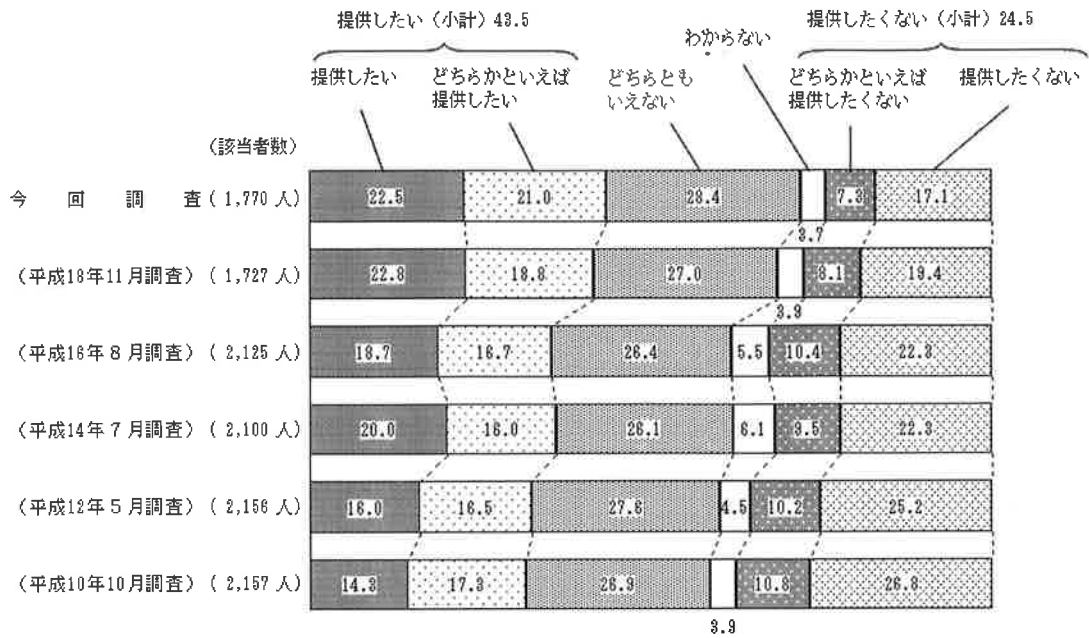


図7. 脳死下の臓器提供に関する意識調査（平成20年 総務省調べ）

本調査では4割を超える人が提供を望んでいる。しかし、実際の臓器提供の場面でどう気持ちが変わるか不明である。

<http://www8.cao.go.jp/survey/h20/h20-zouki/images/z13.gif>

希望登録者数		
心臓	144	内、心肺同時 3
肺	121	内、心肺同時 3
肝臓	256	内、肝腎同時 4
腎臓	11,538	内、肝腎同時 4
膵臓	165	内、膵腎同時 136
小腸	3	

表1. 移植希望登録集計（平成21年7月31日現在）

多くの移植希望者が待機しているが実際移植を受けられる人は少なく、死亡しているのが現状である。

職 種	人 数
看護師	31
臨床工学技士	13
医療ソーシャルワーカー	11
事務職員	2
臨床検査技師	1
技術専門員	1
合 計	59

所属医療施設総数 50 施設

表 2. 静岡県院内移植コーディネーターの職種内訳 (平成 21 年 7 月現在)

静岡県では全国に先駆け 1996 年に院内移植コーディネーター制度を導入し 2009 年時点で 50 施設 59 人の院内移植コーディネーターの方が活躍している

感 想 の 内 容	件 数
移植医療そのものについて	4
ロールプレイについて	12
自分自身のことにはめて	5
臓器提供意思表示カードについて	6
これまで学ぶ場がなく理解が薄かった	8

表 3. 講義後の感想について

21 名の学生の感想は本文に示した通りだが、これらは大まかに 5 項目に分類でき、特に飛び抜けて多かったのがロールプレイに関する感想で 12 件であった。他に、これまで学ぶ場がなく理解が薄かった 8 件、臓器提供意思表示カードについて 6 件、自分自身のことにはめて 5 件、移植医療そのものについて 4 件であった。実際の現場を再現したロールプレイは学生にとって印象的だったようである。