

発達障がい児・者の特性と支援のあり方



滋賀県立精神保健福祉センター 所長
辻本 哲士

1 はじめに：発達障害とひきこもり

発達障がい児・者の特性と支援のあり方を説明する前段階として、発達障がい児・者とひきこもりについて概説する。人は傷つくと、その場から逃げ、安全な場所に身を隠す。十分な休養をとって傷が癒えると活動を再開する。心に傷を負ったときも同じで、社会から逃げたりひきこもったりする。これは自身を守るためには当然のことで、決して悪いことではない。ひきこもり状態が長期におよび、社会性が低下していくことが問題なのである。虐待や自殺、依存症と同様に、ひきこもりも個人の問題ではなく社会の問題である。

ひきこもりの定義は、年代によって変遷しながら、現在は「仕事をしていない、学校に行っていない、自宅にこもっている、人とのつながりがないといった状況が長期（数か月）にわたって続いている状態」とまとめられる。様々な要因（不登校、いじめ、虐待、家族不和、学業不振、職場不適応、経済問題、犯罪被害等）によって起こるが、病名ではなく状態名であることが重要になる。30年前、ひきこもりの多くは統合失調症等の精神疾患を持つ患者が占めていた。幻覚や妄想などの精神症状には薬物療法が有効で、精神科治療によってひきこもり状態も改善した。20年前になって、明らかな精神科病名はつかないが、仕事や学校に行けずに自宅にひきこもる社会的ひきこもりと呼ばれる人々が増えてきた。全国の保健

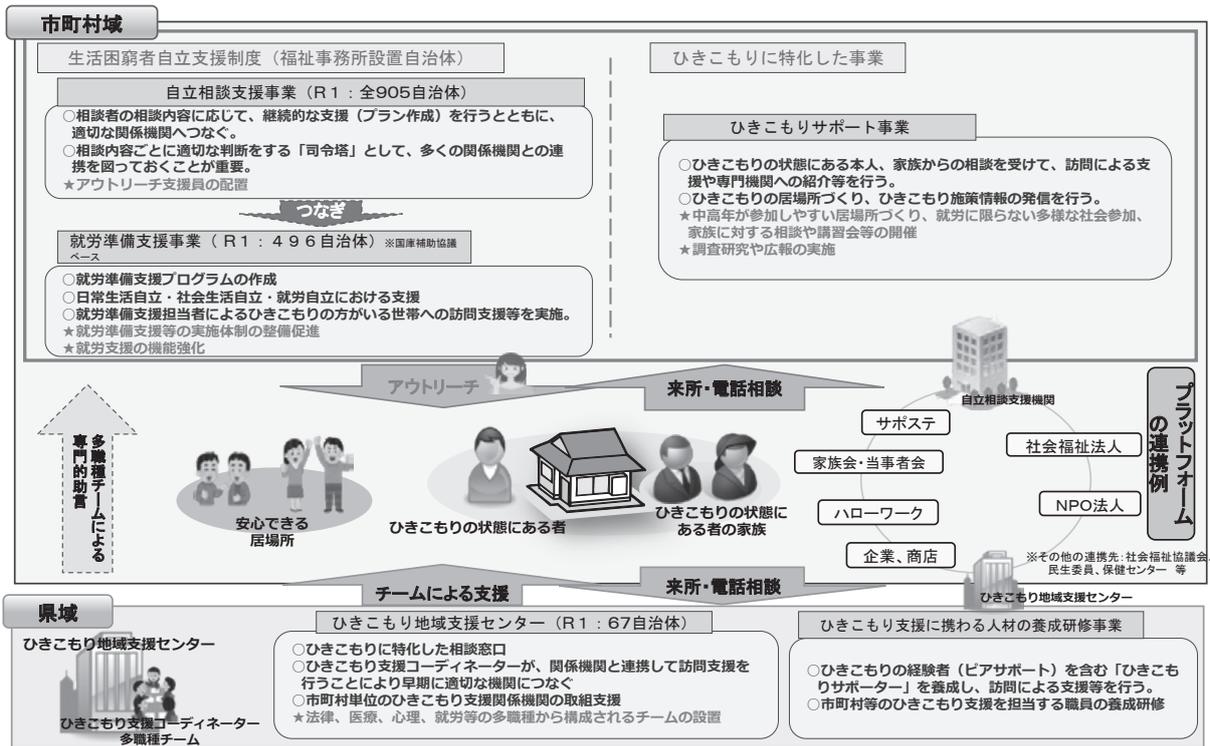
所・精神保健福祉センターは、精神保健福祉事業の一環として、ひきこもり対策を展開することとなった。平成21年、厚労省ひきこもり対策推進事業の中で、都道府県・政令市にひきこもり地域支援センターが設置され、相談窓口、具体的支援、体制整備に取り組むこととなった。ここ10年は、発達障がい児・者でひきこもり状態に陥る人々が急速に増加している。現在、ひきこもり対策の大きな柱が発達障がい児・者支援になっている。

2 生活困窮者自立支援法とその他の法律・制度

ひきこもり地域支援センターの担当局である厚労省社会・援護局は生活困窮者の支援も担っている。「生活困窮者とは、就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」と定義規定され、生活困窮者のなかにひきこもり状態にある人々を含めるとしている。市区町村におけるひきこもり支援が明確化され、自立相談支援事業や就労準備事業等の制度を活用した対策がとられることとなった（図）。

精神障害者に関する法律には精神保健福祉法がある。精神障害者の医療・保護、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加促進、精神疾患の発生予防、国民の精神的健康の保持増進等を目的にしている。発達障害者支援

図 ひきこもり支援施策の全体像（厚労省資料より）



法は、発達障害者の定義と発達障害への理解促進、生活全般の支援促進、担当部局相互の緊密な連携、関係機関の協力体制の整備等を趣旨としている。生活困窮者自立支援法は障害の有無にかかわらず支援を提供することになっており、公的機関には精神障害者や発達障害がい児・者に対して、医療・保健福祉プラス生活支援、衣食住の保障が求められる。相談現場では、これら関連する法律・制度を組み合わせてサービスを提供していくことになる。

3 発達障害がい児・者の特性

1) 医学的解説：自閉症スペクトラム症/障害を中心に

発達障害者支援法では、発達障害の定義を、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通常低年齢で発現するもの」としている。どの障害も生まれてからの脳機能のアンバランスさが共通している。相談現場で生活困窮者支援の中心となる

のは「アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害」になるが、平成25年に公開され、精神科医療現場で使われている操作的診断基準のDSM-5では、「自閉症スペクトラム症/障害 (ASD: Autism Spectrum Disorder)」という名称でまとめられている。軽度発達障害、高機能自閉症、自閉性障害等の病名も、臨床現場では、概ねどれも自閉症スペクトラム症/障害と同じ意味合いで使われている。

今回は自閉症スペクトラム症/障害を中心に解説する。自閉症スペクトラム症/障害は三つ組の特性として、①社会性の特性(自由な発想、天真爛漫、マイペース、やりたいことに一直線である一方で、友達ができない、共感性に欠ける、社会常識・マナーが身につかない)、②コミュニケーションの特性(素直で正直、思ったことを口にする、独特の感じ方・感性、興味のあることに集中する一方で、聞いて理解することが苦手、字義通り、冗談が通じない、雰囲気を読めない、表情・身振りに鈍感)、③想像力の特性(一定作業は正確・緻密、

好きなことに集中・持続する一方で興味が偏る、頑固、予定にこだわる、融通がきかない）があげられる。さらに、感覚の偏りとして、
○音（大きな音、金属音、人ごみの雑音）
○光（蛍光灯、太陽光、キラキラしたもの）
○匂い
○皮膚感覚（ぬいぐるみ、毛布）
○味覚
に対する敏感さと鈍感さを併せもつ。頭痛、腹痛、疲労感等の身体不調を生じやすく、運動機能の不器用さが目立つこともある。約100人に1～2人存在すると報告されており、男性は女性より数倍多いと言われている。

医学的診断は、医師が患者を診察して、①社会性の特性、②コミュニケーションの特性、③想像力の特性といった発達障害特性を特定することから始まる。家族や学校、職場等から、日常生活の状況や生育歴・生活歴（生まれてこれまでの養育、学習、就労等）等の情報を得て、今の課題と生まれながらの課題を確認する。日常生活の状況や生育歴・生活歴等の情報が不足すると、正しい診断はつけられないことになる。

いくつかの心理検査を組み合わせ、より詳しく特性を評価する。身体疾患が関連することもあるので、必要に応じて血液検査や画像検査を行う。

これらの発達障害特性をもっているだけで、自閉症スペクトラム症/障害の診断がつくわけではない。身体科に比しての精神科の特殊性ではあるが、「この障害のために社会に適応できない」という評価軸が重要になる。①②③の特性をもっている、仕事ができている、学業に励んでいる、家事をこなせているなら、基本的に自閉症スペクトラム症/障害とは診断されない。患者本人を取り巻く環境が、診断や治療に大きく影響するのである。発達障害特性をもっている人の多くは、真面目、誠実、言行一致、个性的で独特の感性をもちながら、対人関係は苦手という人物像で社会に適応し

ている。「この障害のために社会に適応できない」という点に関して、社会適応のハードルは加齢とともに高くなる現実がある。幼稚園より小学校、小学校より中学校、さらに高校、大学、社会人と進むにつれて、その環境順応が難しくなる。年少時は気遣われるが、加齢とともに配慮されなくなり、段々厳しい対人交流を求められるようになるのが現代社会である。生まれもった発達特性が変わらなくても、周囲の人々が寛容に接してくれなくなることで、環境適応できなくなっていく。その結果、医療受診して発達障害の診断がつくことになる。不適応を生じる状況は、ライフステージによって異なってくる。子供にとっての不適応は虐待、いじめ、不登校、ひきこもり、非行、成績不良等がある。大人になってからは就労問題、離職・退職、ひきこもり、いじめ、犯罪等がある。その人が、社会にうまく適応ができていれば、特性理解のみでよく診断は不要かもしれない。しかし不適応の大きな要因が発達障害であるときには、診断・支援が必要になる。最終的には、医師はDSM-5やICD-10診断基準を活用し、総合的な判断の上で診断する。

2) 医療でできることは何か？

発達障害の診断、告知、病状説明は医療が担う役割である。診断名をつけるだけではなく、今後の経過や見通し、支援の受け方や生きにくさに対する工夫も含めて伝える。診断書・意見書等の書類記入も医療にしかできない。必要に応じて薬物療法、継続的な精神療法を行う。さらに関係機関（市区町村相談窓口、発達障害支援センター、障害者更生相談所、保健所、精神保健福祉センター、学校、作業所、就労支援機関等）との連携・協力も求められる。家族支援・関係者支援も重要になる。

3) 発達障害における「障害」とは

障害とは一般的に、正常（normal）と異常

(abnormal) の対比としての異常として認識されやすい。発達障害に関しては、そうではなく、普通・多数派 (usual) と例外・少数派 (unusual) の対比の中の例外・少数派という意味合いで考えるほうが理解しやすい。右利きと左利きに例えると、世の中は、右利き生活を基準につくられている。左利きが悪いわけではないが、不便なことはあるだろう。左利きを右利きに直す話でもなく、特性の違いだと言えよう。そういった意味合いからも、新しい精神科領域では、「症/障害」といった表現となっている。

4) 発達障がい児・者の苦悩

発達障がい児・者が自他ともに困っているのは、発達障害特性そのものよりも、特性に関連してプラス a として出現する不適応行動にある。かんしゃく、暴力・暴言、攻撃性、興奮、破壊的行動、いじめ、パニック、混乱、緊張、自傷行為、ひきこもり、こだわり、精神障害等である。その背景には、コミュニケーションの苦手さ、感情表出の不得手さ、言語表現の拙さが存在する。困っていることを他人に伝えられない、困りごとを他人に伝えようとしない発達障害特性が不利に働く。日頃から慢性的にストレスの多い状況におかれ、「しんどい、困っている、助けて」などを言葉で伝えられず、不適応行動で表現してしまうのである。

発達障がい児・者の困りごとの多くは、発達障害特性と心身要因（疲労、不眠、身体不調等）、自然要因（気温、気圧、音、光、匂い等）、そして社会要因（対人関係、社会状況：経済、住居、家族、学業、地域、文化、仕事等）との相互作用の中で生じる。一旦、不適応行動が起こってしまうと、薬物療法等の精神科治療での対応は難しい。その場はクールダウン（落ち着ける環境・時間を保証し、安心・安全感をとりもどす）させるしかない。大切

なのは不適応行動を起こさせない工夫になる。本人の特性、心身要因、自然要因、そして社会要因をアセスメント（評価・分析）し、発達障がい児・者本人を困難な状況に追いつまないように環境調整しておくことがポイントになる。

4 発達障がい児・者への支援のあり方

医療機関で発達障害と診断されても生活全般は何も変わらない。発達障がい児・者本人が発達特性を理解しない場合も多い。相談面で困っているのは本人よりも、むしろ家族等周囲の人々・支援者である。発達障害の診断がついて変わるのは、良くも悪くも周囲の人々・支援者の認識である。本人の発達特性自体は基本的には生涯大きく変わらない。また、メンタル不調は生活困窮に関係する社会要因の影響を受け、多くの場合、医療だけでは対応しきれない。医学的診断がついた発達障がい児・者はもちろん、明確な診断がつかなくても、発達特性の偏りが著しい児・者（グレーゾーンとも呼ばれることもある）に対しても、生活困窮者支援は必要になる。治療というよりも相談を通じた環境調整が主な支援になる。

発達障がい児・者への適切な関わりは支援者のためにある。適切に関われば、支援の効率は大きく変えられる。発達特性は変わらなくても、社会での適応がよくなるのである。「本人はどうしたいのか？」から支援は始まり、「みんなと一緒に」より「その人らしく」がポイントになる。支援者が伴走型のコーチ役で発達障がい児・者に寄り添う。安心・安全が保障された環境下で、わかりやすい説明を心がけ、相談を受け続けることで信頼関係が構築される。「説教」より「応援」、「何を言うか」よりも「誰が言うか」、技術的・テクニカルな関わり

り方よりも誠実性が重要になる。

得意なことを伸ばし、できないことは見守る。成功体験の積み重ねから、できないこともできるようになることも多い。うまくいかない原因は、発達障がい児・者本人と周囲の人々・支援者との関係性に起因していることが多い。不適応な行動は本人の責任であると同時に、うまく関われなかった周囲の人々・支援者の責任でもある。うまくいかなかったときの対処、失敗を繰り返さないための方策を、本人と支援者が共同作業の中で工夫していく。1人の支援者あるいは1か所の支援機関ではサポートしきれないことが多い。地域の関係機関が連携・協力し、ネットワークで応援していく。

5 おわりに

社会要因（対人関係、社会状況：経済、住居、家族、学業、地域、文化、仕事等）に対して支援を要する発達障がい児・者が生きやすい社会は、誰にとっても生きやすい社会である。「しんどい、困っている、助けて」と言える地域も、誰にとってもいい地域である。発達障がい児・者支援を通しての「いい街づくり」は、今後の生活困窮者全般の支援モデルとなり、地域共生社会づくりの礎になるかもしれない。

著者略歴

辻本 哲士（つじもと・てつし）

1991年3月に滋賀医科大学医学部大学院を修了。滋賀県や京都府の精神科病院に勤務。1993年4月から滋賀県立精神保健福祉センター・医療センターで、一般精神科や思春期精神医療、精神科救急、地域保健活動等に従事している。滋賀県立精神保健福祉センター所長、滋賀県立精神医療センター精神科部長・地域生活支援部地域医療連携係主席参事、滋賀県立小児保健医療センター主任部長、滋賀県健康医療福祉部障害福祉課主席参事、全国精神保健福祉センター長会会長。

生活困窮者への伴走型支援と地域共生社会



認定特定非営利活動法人抱樸 理事長
奥田 知志

1 はじめに一ポストコロナを目指して

新型コロナウイルスとの闘いが続いている。世界の感染者数は444万人、死者は30万人。日本人感染者数は16,000人を超え、死者は700人（5月15日現在）。4月7日に発出された緊急事態宣言は解除されたが、第二波、第三波が心配される。

多くの人が「いつになったらあの日に戻れるのか」と嘆いている。気持ちは痛いほどわかる。だが、私は「もう戻れない」と思っている。感染が終息しないということではない。近々、ワクチンや治療法が開発されるだろう。私が言うのは「戻る必要はない」ということだ。

新型コロナウイルスも「自然災害」だ。「災害は等しくすべての人に及ぶ」としばしば言われる。確かにウイルスは人を選ばない。しかし、被害は決して平等ではない。なぜなら災害というものは、元々社会に存在した矛盾や格差、差別、あるいは構造的脆弱性が拡張し露呈する事態であるからだ。たとえ新型コロナウイルス感染による死を免れたとしても、今後「コロナ関連死」が増えるのではないか。私達が「戻りたい」と思っている「あの社会は、本当に戻りたいような社会だったか」。私達は、改めて考えたい。失業をはじめ、現在噴出しつつある「困難」が「元の社会」に起因するならば、戻ったところで意味はない。経済が低迷した途端に、自殺やホームレスに追い込まれるような社会に戻ってどうなる。ならば「もう戻らない」、あるいは「その先へ」を考えても良いのではないか。

この拙稿は、ポストコロナ社会および人と人とが地域で共に生きるためのヒントとして「伴走型支援」を紹介する。これはNPO法人

抱樸が30年以上に及ぶホームレス・困窮者支援の現場において見出した新しい支援の形である。

2 社会的孤立の現状—なぜ、人は助けてと言えなくなったか

2008年リーマンショック後、雇い止めや派遣切りに遭った若者が路上に投げ出された。彼らの多くは「助けて」と言えなかった。なぜ、彼らは「助けて」と言わなかったのか。その理由を考えることにより、なぜ伴走型支援が必要なのかを探りたい。そこには以下の四つの理由があると思う。

第一の理由は、「つないでくれる人」や「教えてくれる人」がいないということ。家を失った時、失業した時、困った時、どこに（誰に）相談すればよいかを彼らは知らなかった。学校では、そのようなことを教えていない。どれだけ制度が整っていても、それを知らないと無いのと同じこと。例えば、多重債務は自殺の要因の一つだと言われているが、債務は5年（最後の債務の承認から）で時効の援用（自分が申し出ることによって活用できる）ができる。だが知らないと活用できない。多重債務が人を殺すのではない。「無知と無縁」が人を死に追いやるのだ。

第二の理由は、「他者がいない」こと。路上の青年に「大丈夫？」と声をかけても彼らは「大丈夫です」と答えていた。プライドがそう言わせるのか。それだけではない。彼らは自分の現状を認識できないでいた。隣に座り込み、話しているうちにだんだんと自分の状況に気づき始め、ついには「助けてもらえませんか」と言い出す。なぜ、そうなるのか。人は他者との関係の中で自分を知るからだ。他者性が

無くなると自分が解らなくなる。孤立による自己認知障害により、危機感すら持てず「助けて」と言わない。それが孤立ということに他ならない。

第三の理由は、すでに常態化した「自己責任論社会」ということ。「自分のことは自分で何とかするしかない」、「他人に迷惑をかけてはいけない」は、もはや社会の常識となっている。「助けてくれる人はいない」と多くの若者はあきらめていたのだ。

第四の理由は、そもそも「生きる意欲がない」ということ。どんな制度が使えるか、自分がどんな状態かは知っている。自己責任だけではどうしようもないことも解っている。しかし、肝心の「生きる意欲がない」。では、「意欲」は何によって醸成されるのか。お金や評価されることも大切だが、何よりも「人」との出会いや関係において「生きる意欲」や「意義」は与えられる。例えば、「人は何のために働くのか」との問いに、「食べるため」、「お金のため」と答える人は少なくない。しかし、実際には人は「誰かのため」に働くのだ。生きる意味は、「他者」、あるいは「愛する誰か」の存在を通して与えられる。人が「自律」するには、「他者」の存在が不可欠なのだ。

結局、助けてと言えない理由は、「他者不在」、「伴走してくれる人がいない」という現実、社会的孤立にあると思われる。これが解消されないと自立は、孤立で終わり、生活は安定しない。次にその事例を見たい。

3 ハウスレスとホームレスー自立が孤立に終わらないために

1988年12月、NPO法人抱樸は、おにぎりや豚汁をもって野宿する人々を一人ひとり訪ね歩くことから活動を開始した。だが炊き出しだけでは問題の解決にはならない。1990年頃から居住支援が始まった。当時、私達は、路上生活者の抱える「困窮」は、「家が無いこと」と「仕事が無いこと（仕事が出来ない人には生活保護を申請）」だと考えていた。

最初に居宅設置をしたのは70歳近い男性。無事入居し生活保護の受給も決まった。これで安心と思った数か月後、大家さんから「異

臭がする」との連絡が入った。訪ねるとすでに電気は止まっており、家はゴミ屋敷に。なぜ、こんなことになったのか。

私達は二つの要因を考えた。一つは本人の要因。彼には何らかの障害があったか、あるいは生活自立の経験が無かったのだ。現在の抱樸ならアセスメント時点でその課題はすぐに見出さじやろうが、当時はそうはいかなかった。もう一つは「他者の不在」という社会的要因である。人はいつ掃除をするか、人はなぜ掃除をするか、そもそも掃除は毎日やるべきと言いたいそうもいかない。私などは、誰か訪ねて来ると慌てて掃除をする。「他者の存在」が行動の動機となる。この一件で自立が孤立に終わってはいない意味がないことを私達は知った。

路上で「畳の上で死にたい」と言っていた方がアパートに入居する。しかし、「もう、安心」とはいかない。「俺の最期は誰が看取ってくれるか」と言い出す。従来ホームレスや困窮者の自立支援では、居宅設置や再就職ができればそこで支援は終了となる。だが、「誰か」という問いに答えがないならば、その自立が孤立に留まっていることになる。

伴走型支援においては、「この人には何が必要か」と同時に「この人には誰が必要か」を考えてきた。アパート、保証人、仕事に加え、「伴走する人」をどうつなぎ合わせるかが重要である。私達は、「ハウス」に象徴される「経済的困窮」と「ホーム」に象徴される「社会的孤立」を分けて認識することにした。「ハウス」と「ホーム」は違う。この二つの課題を同時に解決する仕組み、すなわち課題解決型の支援と伴走型の支援の両輪が必要だった。2013年の「生活困窮者自立支援制度」や、昨今の地域共生社会などにおいて、この二つは基本的視座となった。

実は、このことに気づかせてくれたのは一人のホームレスとの出会いだった。彼は、中学生から深夜の襲撃を受けていた。「なんとかしてほしい」との訴えのもと、教育委員会などと話し合ったのだが、そのやり取りの中で「真夜中にホームレスを襲いに来る中学生は、家があっても帰るところがないんじゃないか。

親はいても誰からも心配されていないんじゃないか。俺はホームレスだからその気持ち、わかるけどなあ」と彼は言うのだった。中学生は家に住んでいるから「ハウスレス」ではない。しかし、「帰るところがない」「心配してくれる人がいない」のならば、それは「ホームレスだ」と彼は言うのだった。

あれから30年が過ぎた。ホームレス自立支援は進み、路上生活者（ハウスレス）は減った。だが、社会的孤立（ホームレス）はどうであるか。この30年で社会が路上に追いついたように私には見える。

4 社会的孤立の現在

日本は、「地縁・血縁・社縁（会社の縁）」に象徴される「縁（えにし）」の社会だと多くの人が考えている。特に家族は、「家」という概念で時に家族を束縛した。しかし、ホームレス支援の現場では、必ずしも「血は水よりも濃い」とは言えない。例えば逝去時、家族が引き受けるケースは2割にも満たない。まさに「ホームレス（社会的孤立）」の現実がそこにあった。

OECDが2005年に出した「社会的孤立」に

関する国際調査（資料①）では、「友人、同僚、その他の人」との交流が「全くない」あるいは「ほとんどない」と答えた人が、日本の場合15.3%に及ぶ。米国3.1%、ドイツ3.5%、英国5%、韓国7.5%。20か国中最も孤立が進んでいるのが日本なのである。ちなみに2012年の相対的貧困率は、米国17.4%、日本16.1%でほぼ同じ。しかし、孤立率では日本は、米国の5倍に達する。「お金はないが友達はある」のが米国で、「お金も友達もない」のが日本ということになる。

また、2018年1月英国政府は、「孤独問題担当大臣」を新設した。これは2017年度に実施された大規模な調査の結果、孤独が人の肉体的、精神的健康を損なうとの結論に達したからだ。孤独は、肥満よりも、あるいは1日15本の喫煙よりも有害であり、医療費の過剰負担が320億ポンド（4.9兆円）に及んでいることが判明した。先の調査によると日本は英国の3倍孤立しており、さらに人口は英国（6,500万人）の倍である。となると日本の健康被害は英国の6倍、約30兆円と推測される。これは日本の国家予算の一般歳出に占める社会保障費に匹敵する。

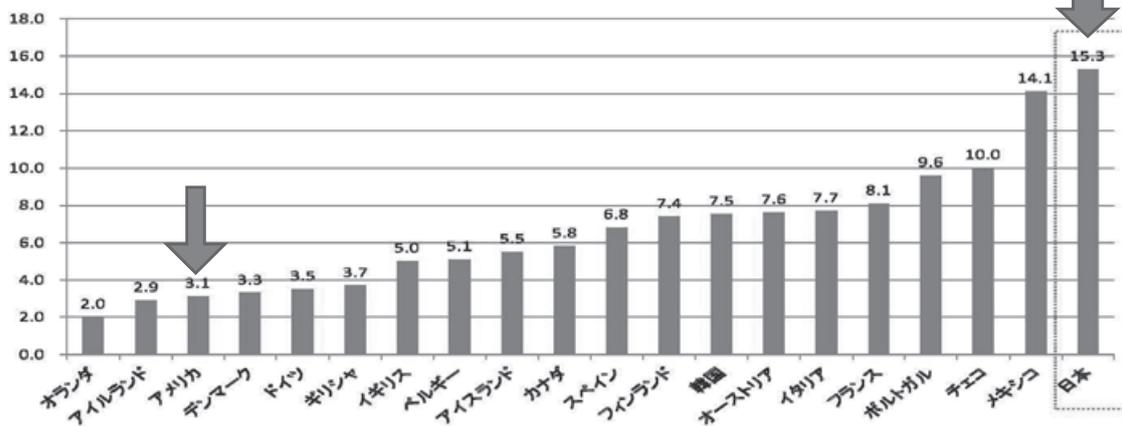
資料①

社会的孤立の調査 OECD諸国の比較

※相対的貧困率(2012年) 米国17.4% 日本16.1%

「家族以外の人」と交流のない人の割合（国際比較）

○ 日本では「友人、同僚、その他の人」との交流が「全くない」あるいは「ほとんどない」と回答した人の割合が15.3%あり、OECDの加盟国20か国中最も高い割合となっている。



(注) 友人、職場の同僚、その他社会団体の人々(協会、スポーツクラブ、カルチャークラブなど)との交流が、「全くない」あるいは「ほとんどない」と回答した人の割合(合計)

(出典) OECD, Society at Glance: 2005 edition, 2005, p8

英国政府は、その対策として「Social prescribing（社会的処方）」ということを実験的に実施し、「薬」の処方ではなく「社会関係改善のための処方」を医者が出すという。例えば、孤独状態にある人がサークルなどに参加するための費用を医療費として認める。英国は、医療費を全額国が負担している。このパイロット実施で医療費が20%縮小したとの報告もある。

孤独や孤立は個人の生き方の問題だとされてきたが、日本の現状はもはやそのような「個人の問題」を超えて進行している。すでに常態化した自己責任論社会は、人と関わらないこと、あるいは助けないことを肯定してきた。結果、孤立は個人の事柄ではなく「社会的孤立」として存在しており、それは医療費をはじめとする社会保障費などにも直結する事柄となっている。

5 孤立時代の支援のかたち－伴走型支援

これまで「支援」と言えば「問題を解決すること」を意味した。問題は苦難であり、解決されることを望むのは当然である。

しかし、「課題解決型支援」には、「副作用」が伴う。例えば「成果（解決）」を出すことにとらわれ、成果主義に陥ってしまう。あるいは、「成果（解決）」が出そうな相談者に限って相談を受けるという「クリームスキミング」が生じる。その結果、「成果（解決）」が出ないと支援すべてが無意味であったと考えてしまう。

平成29年12月に「社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会」が出した報告書には、「（断らない相談支援）自立相談支援事業のあり方としては、相談者を「断らず」、広く受け止めることが必要であり、（中略）こうした『断らない』相談支援については、今後とも徹底していかなければならない」。一方で報告書には、以下の意見が添えられている。「『断らない』相談を継続するために、相談を受け止める相談支援員がバーンアウトしないよう、スーパービジョンやフォローアップ研修等が必要との意見があった。」断らないと、なぜ支援員はバーンアウトするのか。それは

「課題解決型支援」においては、「相談を受けること」が「問題を解決すること」を意味するからだ。

対策として支援員のスキルアップが必要であるとの意見が添えられたが、それで良いのか。研修は常に必要だ。ただ、どれだけ研修を重ねても、すべての支援員がすべての問題を解決できるようになるとは思えない。考えなければならないのは「支援論の多様化」。「伴走型支援」という新しい支援論を持つことが重要となる。「課題解決型支援」と「伴走型支援」は、これからの支援の両輪である。

解決を目的とする「課題解決型支援」に対して、伴走型支援は「つながること」、つまり「孤立させないこと」を目的とする。問題が解決できても、できなくても「つながる」、それが「伴走型支援」である。

このような新しい支援の視点は、「相談」ということの意味を豊かにした。「課題解決型支援」における「相談」は、問題解決という目的のための「手段」であった。一方、伴走型支援における「相談」は「支援そのもの」となる。「相談」は「つながり」そのものを意味する。伴走型支援の目的は「伴走」であり、手段ではない。このような新しい支援論を持つことによって、問題解決という「成果」を出すことだけに縛られてきた支援員のバーンアウトを防ぐことができる。

「孤立」そのものが大きな問題であることに加え、雇用慣行の変化に伴い社会が不安定化していることも伴走型支援が必要な理由でもある。一旦再就職が果たせても、雇用の受け皿が非正規雇用だとすると、自立後、第二、第三の危機が訪れる事態となる。「その日、誰に相談できるのか」、つまり、「誰とつながっているか」は、課題解決以上に大切な事柄である。課題解決と共に「つながる」ことが必要となっている。

これまでの社会保障制度は、金銭、現物、サービスなどの給付の仕組みであった。しかし、給付だけでは孤立に対処できないのは明らかである。従来の現金等の給付に加え「相談給付（手続きの給付：菊池馨実）」が重要となる。

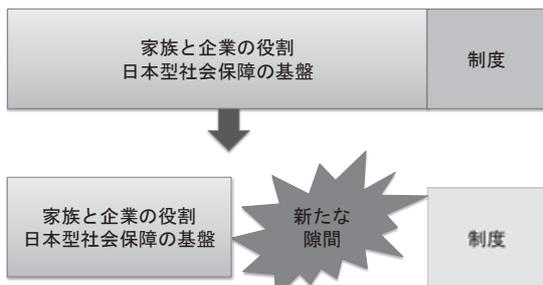
6 家族機能の社会化

では、伴走型支援の内実とは何か。その一つが「家族機能の社会化」である。

日本型社会保障制度は、企業と家族によって形成されてきた。企業は、良くも悪くも男性働き主に家族分の給料を出し、それが保障のベースとなった。新卒一括採用、終身雇用という日本型雇用慣行に裏付けられたこの仕組みは、比較的安定した社会を築いてきた。かつては、企業が家族を支え、家族は家族を支え、その家族が支えられなくなった時点で家族が公的制度につながりという構造を持ってきた。これが日本型社会保障である。(資料②)

資料②

抱樸が目指したもの「家族機能の社会化」
従来の社会構造⇒家族・企業と制度
現在・・・家族と企業の縮小
制度の隙間と制度との隙間



しかし、すでにこのような正規雇用を中心とした社会は大きく変化した。非正規雇用が4割を超え、単身化も進んだ。それに引っ張られ家族の力も落ちた。そして、企業と家族が縮小し、結果、家族と制度の間に隙間ができ、家庭内で困った事態が生じて公的支援につながらなくなった。「隙間」と言えば、通常「制度と制度の隙間」を指す。しかし、実は「隙間」は、もう一つ存在する。それは「家族と制度の隙間」である。では、従来家族が引き受けてきた機能を誰が引き受けるのか。それは、地域や社会、つまり「赤の他人」しかない。

抱樸の中心的な働きは、社会福祉法人のような制度の事業ではなく、家族が担ってきた働きであり、家族が果たすことができなくなった部分である。抱樸は、それを「家族機能の社会化」とした。この部分は、これまで家族が担ってきた部分である故に、費用は発生し

ない。故に、これを事業として構築することは難しかった。家庭の働きは原則「無料」であったからだ。

家族機能を社会化するために、家族機能を以下の五つに想定した。

第一の機能は「家庭内サービス提供機能」である。食事、看護、入浴、教育など家族は、直接サービスを提供してくれる。この部分は、すでに一部社会化している。その典型は、介護の社会化である。さらに、最近ではコンビニエンスストアで、調理済みの一人分の総菜が販売されている。あるチェーン店では、この総菜コーナーを“お母さん食堂”と名付けている。

第二の機能は「記憶」である。家族は記憶の蓄積の場所である。記憶とは、思い出やアイデンティティーであるのみならず、データベースの機能を果たす。家族は明文化されていなくても、情報を蓄積している。現在起こっている様々な事象にどう対処すればよいかを考えるには、過去の情報が必要だ。例えば、中学生の長男が高熱を出した。発疹も出ている。しかし、記憶があれば「この子は、水疱瘡を3歳でやって麻疹もやった。だから、これは風疹ではないか」という判断ができる。

しかし、ホームレス支援の現場では、路上で倒れている人を即時的に支援する。名前も解らない、年齢や既往歴も何も知らない中で支援をする。そして、知ったことをすべてデータベースとしてPC上に記憶する。家族がいれば、家族に尋ねることができるが、家族がない場合は、出会った私達が、家族として記憶することになる。また、それをデータベース化することによって、複数のスタッフの対応が可能となる。家族は少数精鋭だが、家族機能の社会化は、より多くの人々が関わることを想定している。個人情報扱いなど注意を要する点も多いが、家族無き時代となった今日においては、誰が記憶を蓄積するかは大きな課題となる。

第三の機能は、「つなぎともどしの連続的行使」である。家庭の中のサービスでは収まらない事態となった時、家族は社会資源へつなぐことに奔走する。ただ、「つなぎ」は福祉業

界では以前から言われてきた。一つの制度や施設が抱え込むのではなく、様々な社会資源との連携やつながりが必要であることは誰しも認めるところである。しかし、家族には「もどす」という機能があった。「つながりともどし」がセットになっている点が家族機能の特徴であると言える。

家族がいない人が病院から退院することになった。相談員は施設を紹介し「つなぐ」。だが「つないだ後」その人がどうなったかについては、病院は関知しない。だが、家族はそうはいかない。入所先の施設を訪れ、もし、その施設が問題のある施設であるならば、家族は一旦「もどし」、そして「つながり直す」。家族は、「つながりともどし」を連続的に行使し、より良い「つながり先」を模索する。さらに、このような家族の働きが、結果として地域の社会資源を淘汰していくことにもなる。

第四の機能は「役割の付与」である。家族は、助けてくれるだけではなく、すべての成員にそれなりの役割を与えてくれる。人には「出番」が必要だ。助けられっ放しでは元気が出ない。これまでの「支援」という概念には、この部分がそもそも含まれていない。

第五の機能は「共にいる一何気ない日常」である。これは果たして「機能」と言えるのかとさえ思うが、実は家族の時間の大半は「日常」で占められている。「支援現場」は、事件や困難、つまり「非日常」の事態が起こっていることが前提であり、それをいかにして「日常に戻すか」が課題である。しかし、家族の時間の大半は、事件などが起こっていない日常である。「共にいる」ということである。

そして、日常の終点が「お葬式」である。だが、家族が脆弱化したことで「最期に引き受ける人がいない」人が増えている。ホームレスの場合は、8割以上は家族が来ない葬儀となる。葬儀を社会で引き受ける仕組み、すなわち葬儀の社会化が必要となる。抱樸では、地域で互助会を創設し日常的な見守りやサロン、バス旅行などレクリエーションに加え、「互助会葬」を実施している。写真（資料③）は、葬儀後の骨上げの場面である。一見家族写真に見えるが、全員が「赤の他人」だ。

一方、葬儀の有無は、現在「居住問題」の根幹の課題となっている。調べでは大家の8割が「単身高齢者」の入居を拒否しているという。それは、亡くなった時の死後事務を引き受ける人がいないことが要因だと言われている。これまで家族の役割だった葬儀を、家族機能の社会化として地域社会でどう担えるのか。

伴走型支援は、家族機能の社会化を基盤とした地域共生社会の創造を目指すものである。

資料③



著者略歴

奥田 知志（おくだ・ともし）

NPO法人抱樸理事長、東八幡キリスト教会牧師
1963年生まれ。関西学院大学神学部修士課程、西南学院大学神学部専攻科をそれぞれ卒業。九州大学大学院博士課程後期単位取得。1990年、東八幡キリスト教会牧師として赴任。同時に、学生時代から始めた「ホームレス支援」に北九州でも参加。事務局長等を経て、北九州ホームレス支援機構(現・抱樸)の理事長に就任。これまでに3,500人(2020年3月現在)以上のホームレスの人々の自立を支援。そのほか、共生地域創造財団代表理事、全国居住支援法人協議会共同代表、国の審議会等の役職も歴任。第19回糸賀一雄記念賞受賞など多数の表彰を受ける。NHKのドキュメンタリー番組「プロフェッショナル仕事の流儀」にも2度取り上げられ、著作も多数と広範囲に活動を広げている。
著書『いつか笑える日が来る』(いのちのこぼれ社)、『助けてと言える国へ』(茂木健一郎氏共著・集英社新書)、『生活困窮者への伴走型支援』(明石書店)など。