

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 12 日現在

機関番号：13801

研究種目：基盤研究(B)

研究期間：2012～2014

課題番号：24330150

研究課題名(和文)多領域フィールドワークにもとづくメンタルヘルスの知と実践の浸透に関する理論構築

研究課題名(英文)Theoretical construction on the penetration of the clinical practice and knowledge of mental health based on the multi-area fieldwork

研究代表者

荻野 達史(OGINO, Tatsushi)

静岡大学・人文社会科学部・教授

研究者番号：00313916

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 5,400,000円

研究成果の概要(和文)：教育、労働、福祉、地域の各領域について歴史と現状を調べ、医療化の趨勢と機能について多くの知見が得られ、それらを総合し、以下の理論的整理を行った。(1)医療化の動機付けとして、問題統制力、経済的利益、問題対応に関する免責、複雑性の縮減、暫定的引き受け。(2)医療化抑制の動機付けとして、道徳的集団統制指向、病者の権利保護、社会問題化、医療費削減。(3)医療化の社会的機能として、医療外部での支援創出、社会的包摂のための符牒提供、知の濫用による分離・排除、集団サポート、問題の特定領域への還元。(4)医療化の社会的背景として、引き受け手のいない問題の増加、医療制度の特権性、包摂の社会思想など。

研究成果の概要(英文)：We have examined the histories and present conditions of each social area, education, welfare, industry and region, and confirmed many findings. Then we suggest following theoretical hypothesis. (1)There are five types of the motivation of medicalization: control force, economic benefits, discharging from dealing with a problem, reducing complexity, and provisionally accepting a problem. (2)Four types of motivation of anti-medicalization: morally managing population, protecting the rights of the sick, socializing a problem and reducing medical costs. (3)Five types of function of medicalization: creating supports on the outside of medical, social inclusion by providing signature, exclusion due to abuse of signature, providing support for a group and the reduction of a problems into specific area. (4)Some types of social background of medicalization: increasing of problems which no one deal with, privilege of the health care system, social thought of inclusion and so on.

研究分野：メンタルヘルスの社会学

キーワード：メンタルヘルス 医療化 精神医療 フィールドワーク 医療化の動機付け 医療化の抑制 医療化の機能 医療化の背景

1. 研究開始当初の背景

社会の様々な領域において、精神医療や心理学の知識が導入され、臨床的な取り組みがなされることも多くなってきた。日本社会では、たとえば教育や労働などの領域において、とりわけ 1990 年代後半以降その趨勢が加速度的に強まってきたと言える。

こうした傾向について、社会学的研究は何を語り、臨床的にも意味のあるどのような知見を提示できるであろうか。これまで、こうした社会的趨勢は、精神医療化ないしは心理主義化と呼ばれてきた。主たる見解としては、それまで医療の対象とされていなかった事柄が医療的治療の対象とされていく趨勢を指し、本来は社会問題として対応されるべき事柄が個人レベルの治療問題に還元され(個人化)、同時に医療化されることで当事者は社会的に排除・抑圧されることにもなるというもの(脱主体化)である。しかし、この議論が開始された 1970 年代とは医学も臨床も姿を変えてきており、こうした主張を繰り返すだけでは、社会分析としてはいたって不十分なものであると我々は考えた。

実際、この見解については、既に批判も加えられてきた。たとえば医療化の推進主体は医療専門職集団というよりは、「製薬化」を押し進める製薬会社であるといった、推進主体やその背景について再考を迫る議論は多い。しかし、医療化の影響、すなわちその社会的機能については従来通りの医療化論と同型であるものや、投薬治療の問題性を前提にした議論が多くなる。この点は医療化の現実を過度に単純化するものにならないか注意しなければならない。

また、反証例を断片的に提示するだけでなく、複数社会領域での歴史と現状を踏まえて、従来型医療化論に代わる、この種の趨勢を捉え、かつ臨床的にも意味のある視点を提示できる新たな理論の構築も求められよう。「メンタルヘルス」に関わる急速な社会的変化とそれに対する社会学的議論の遅れ、この二つの側面が研究プロジェクトの背景となった。

2. 研究の目的

(1) 上述の背景から、我々は複数の社会領域での精神医療化の歴史と現状を、「メンタルヘルスの知と実践の浸透」の過程として、まず記述的に明らかにすることを目的とした。諸領域で、どのようなアクターが、どのような事情、つまりは社会的文脈のなかで医療化を牽引したのか、その他の関係者はそれをどのように語ってきたのか、あるいはその帰結として現在までに観察されることにはどのような事柄があるのか、そうしたことを捉えることがまず目指された。

(2) 次に、複数領域の記述的な成果を踏まえて、理論構築を行うことが目的とされた。そもそも「医療化」という趨勢記述はどの領域においても妥当なものであるのか。一定の医

療化が生じているとして、ではその帰結として想定されてきた「問題の治療 = 個人化」といった見方は適切なものであるのか、それともむしろそれとは異なる傾向が、領域横断的に認められ、それは抽象化 = 概念化を通して理論的な見解にまでまとめられるのか、そうした事柄を検討し、一定の結論を得ることが最終的な目的とされた。

3. 研究の方法

(1) 研究代表者・分担者計 5 名で、以下の社会領域をそれぞれ分担した。教育領域としては、その下位領域として学校、そして学校外の居場所やオールタナティブスクールを設定した。福祉領域として、とくに生活保護に関する議論に着目した。産業・労働領域については近年、産業精神保健と呼ばれる取り組みとその周辺で展開される議論に注目した。最後に、地域社会総体における精神医療化の趨勢を把握するという狙いから、精神科診療所という存在に焦点を当てた。

まず、それぞれの社会領域で歴史的検討を行い、また可能な限りフィールドワークを行い臨床的営みの特性や、「現場」における声・語りを収集することで、各領域についてデータを蓄積し、「医療化」の趨勢について記述的に検討することとした。

(2) 次に、とくに 2 年目以降は、各領域において認められる傾向・特質について概念化を図ることとし、それを研究チームで情報交換・集約をしながら、医療化論に代わる理論の構築について検討することとした。

4. 研究成果

(1) 各社会領域に関する成果

教育(学校)領域

学校教育においては、近年、発達障害のある子どもへの特別支援教育が推進されてきた。医療化論の典型的な批判によれば、医療や心理の専門家とともに、学校の教員も「手のかかる子」に発達障害のラベルを貼り付け、問題を個人に還元しているとされる。

本研究では教員や保護者と医療との関係を視野に入れ、上記とは異なる側面について検討を進めた。教員間には発達障害のような差異の存在を子どもの間に認めることへの抵抗も残っており、平等性を前提にした授業方法が支持を集める。集団内道徳の枠組みによって問題を解釈する傾向も根強い。

こうした学校文化は子どもの包摂に寄与する反面、通常学級に適さないとされる子どもを暗黙裡に排除する可能性も否定できない。研究では、障害児の別学体制に抗する「共生共育」運動の主張を、雑誌『福祉労働』の記事を通じて検討した。この運動からは、障害児を分離した「普通学校」の在り方も、通常学級における特別支援教育も、ともに批判の対象になる。

この「分離か統合か」という対立軸に加えて、特別支援教育は、集団の内部において相

対的に軽度の障害を識別し対応するための知識や手法を提案する。それは社会的包摂に対して両義的な効果を持つ。一方で、教育の場を統合するがゆえの配慮や、その根拠となる障害特性の知識が浸透する。他方で、既存の障害から「教育可能な」障害を切り離すことが、診断名を求める保護者の潜在的ニーズであるとの指摘もある。

本研究では、以上のように「発達障害の浸透（医療化）から社会的排除へ」という単純な枠組みに収まらない側面の記述を進めた。医療的な知識が単独で影響力を持つわけではなく、教育の場の分離と統合、保護者側の教育ニーズなど多様な文脈を視野に入れることで、医療が包摂・排除に対して持ちうる両義的な影響力が評価できると言えよう。

教育（学校外）領域

医療化と不登校の居場所づくりについて検討した。不登校と医療化に関する一般的な理解は、1980年代までは、病名の付与や精神科への強制入院などの不登校の医療化が進み、1985年以降は、親の異議申し立てや文部省の認識転換によって脱医療化が進んだというものである。そこでは、「医療化の推進者は医者、脱医療化の推進者は当事者」という単純な図式があるように思われる。しかし、不登校と医療化の関係は多様である。

不登校の居場所づくりは、まず子どもの「ありのままの受容」を目指す。具体的には、休息と遊びが活動の中心をなす。これは、手術や投薬などの治療によって病状を積極的に変えようとする医療の対極にある。しかし、こうした居場所づくりに医者が関与する例が認められる。病院の診察室で子どもと遊んだり、親らの登校刺激から子どもを守るために入院を勧めたりする（方便としての医療化）。こうした医者の実践をきっかけに、非医療者による居場所づくりへ発展する例もある（医療によるインキュベーション：生野学園、東京シューレなど）。このような医者による脱医療化がある一方、1990年代以降においても、睡眠障害から不登校を説明するなどの医療化も認められた（三池輝久など）。

また、実際の居場所づくりの実践には、医学的知識が求められることもある。分担者の高山が参与観察した居場所では、発達障害への対応をめぐるスタッフが医学的知識を参照するようになった。しかし、それはその子を治療する目的ではなく、あくまで「誰もがありのまま過ごせる場」を目指すものだった。つまり、円滑な人間関係を保つために、生じうるトラブルを未然に防ぐという動機が大きかった。それは、場からの排除を回避するために各成員の医学的特性への注視が強まる一方で、無力感から生じるスタッフの消耗を防ぐ意味があったと解釈できる（医療化による複雑性の縮減）。

以上のように、不登校の居場所づくりにおいては、古典的医療化論が描いた医者による

専門家支配のような事態は認められず、子どもの最善という観点から、柔軟な医療化と脱医療化が行われたと考えられる。

産業・労働領域

産業・労働領域では、1990年代後半に「過労自殺」が民事・行政訴訟で認定され、とくに自殺を促したうつ病の発症に業務起因性が認められたことをきっかけとして、行政主導的に職場における精神保健対策が講じられることになった。こうした経緯から、うつ病対策 とりわけ早期発見・早期治療を重視する が、ストレス-脆弱性仮説という医療モデルに即してガイドラインとして示されてきたように、医療化が進展したと言える。

ただし、幾つかの点で単純な医療化 労働問題の個人治療化 とは言えない。第1に、上記裁判結果が業務起因性を認めることから、うつ病が内因性によるというより職場環境（心理-社会レベル）によるという見方が社会的にも強く、この傾向は、昨年安衛法改正でストレスチェックが義務化された折り、そのチェック結果を職場状況把握に結び付けよという努力義務が付帯決議となったことを促したとも言う。

第2に、行政によるうつ病対策手引き作成においては専ら医療者が主導的であったが、そうした医療モデル以上に、職場のメンタルヘルス・ケアは労務人事マネジメント、あるいはより広義の経営問題であると主張する一群の関係者が存在する。彼らの影響力を測ることは困難であるが、一般メディア、研修会、厚労省関連サイトなどで彼らの発言は顕在的であり、このネットワークにも関わる労働法専門家が厚労省審議会メンバーであるなど、医療化とバランスを取る指向性が一定の力をもって存在していることは重視すべきだ。

第3に医療者を中心とする産業保健スタッフによる臨床的取り組みの性質の問題がある。例えば復職支援は中心的な課題として、一定規模以上の企業が取り組んでいるが、チーム医療的な取り組みについてみれば、これは決して個人的水準に還元される取り組みばかりではなく、むしろ職場集団自体へのサポートシステムの構築が目指されている。これは職場環境改善とは異なるが、さりとて個人的治療化ともいえない現象であり、より複雑な評価が社会的に求められるところである。

福祉（生活保護行政）領域

わが国の生活保護行政は、1950年の生活保護法の理念や大枠を一貫して維持しつつ、時宜に沿って改訂されてきた実施運用の細目や、それらを用いて支給開始を現場で判断するケースワーカー（以下CW）らの実践により運用されてきた。CWは、法制度が定める原理に則り、保護基準に相当する申請者につ

いて支給を決定するが、障害者加算の有無や支給後の自立支援（就労指導等）の判断に、申請者の身体・精神の健康状態への判断が影響を与える。本研究ではこうした事情に鑑みて、a. CWは生活保護認定に際して、申請者が「精神障害」であること、およびその程度をどのように判断するのか b. 厚生行政はその判断にどのような文脈を提供するのかを中心的課題として進められた。

a については、関西圏のCWへの聞き取りによれば、もっとも明示的なのは申請者が精神障害手帳を取得していることである。等級認定という共通構造をもつ精神障害年金の支給認定方法についての議論では、申請時の医師の診断書において重要なのは、申請者や家族と直接つながりのある精神科ソーシャルワーカーやCWなどによる日常生活能力判定であることが示唆されている。彼らは必ずしも精神医療専門家ではない。つまりそこには「医学的判断」より「福祉的判断」が優先される構図がある。

この点に関連し、CWの全国研修会の様子を『生活と福祉』誌を用いて分析すると、CWたちは、厚生行政に、精神障害であるか否か、および程度の判断についての明確な基準作りを求めていることがわかる。しかし実際の研修における精神科医らの講演内容は、病状理解や対応心得などに留まっており、そこにはギャップが存在している。

こうした状況下で、「精神障害」というラベルは、実務がおかれたさまざまな文脈において、恣意的に適用・非適用される可能性がある。CWへの聞き取りでも、生活保護行政への風当たりが強まった2011年以降、稼働能力判定についての現場の「空気」の変化が語られており、これはいわば政治・経済をめぐる文脈が影響している例と言える。

つまり生活保護行政における「精神医療化」は、医療的文脈以外の複数の流れが絡み合いつつ進退の途上にあると考える必要がある。ただし本研究における知見は限定されたフィールドからのものにとどまっており、さらなる検証が必要ではある。

地域（精神科診療所）領域

戦後日本の精神医療については従来、精神科病院への入院が、入院の長期化、ある種の社会的排除となっていたという指摘・批判が行われてきた。本研究では、同時期にそれとは異なる精神医療を志向したアクターとして、精神科診療所の歴史を見た。精神科診療所は、精神障害者が入院するのではなく地域で生活し続けることをサポートするという志から出発した。そのためにアクセスしやすさを重視し、多様な精神疾患を対象とするうちに、受療に抵抗感の少ないメンタルクリニックが急増することとなった。

このように急増した精神科診療所は、軽いうつ病やADHDなどについて、医療化を推し進める主体とみなされることが多い。しかし

歴史の示すところはもっと複雑である。事例として、銃刀法改正や自動車運転死傷行為処罰法への精神科診療所業界団体の対応を挙げることができる。それらの事例において、医療側はむしろ、精神障害者に対して特別の処遇を定めるそれらの法律は根拠のない予断と偏見に基づいており医学的な根拠がないとして、反対してきた。ここでは、医療側が医療化は無理だと反対しているにもかかわらず、対処・判断に関する帰責のスケープゴートを探す非医療専門家のほうが医療化を推し進めてきた。反面、精神科医は、うつ病の患者に対する企業や家族の理解を促すために入院を勧めるといった、「方便としての医療化」も行なっていた。

以上のように、医師集団が積極的に医療化に反対することもあれば、方便としての医療化を使うこともあった。一見すると方向は逆だが、患者の人権を守るためという根拠が主張されていることは共通している。この理由の一部は精神医療の特殊性に求めることができる。業務の一部として強制的な入院を行なう精神医療においては、だからこそ人権に対して強い関心を持つ医師集団が一定数存在し、診療所を開業した精神科医にはそのような医師が多かった。このように、メンタルヘルスにおける医療化のあり方には歴史性が重要なポイントとなっていることが明らかとなったが、さらなる研究が必要である。

(2) 理論構築に関する成果

医療化が求められる社会的文脈は非常に複雑であり、その社会的帰結も決して一律には論じられない。その点は認めた上で、以下、複数領域の知見を総合していこう。

医療化の 動機付け について：医療化推進主体は、これまでも指摘されてきたように多様であった。学校教育や福祉領域では、教員やケースワーカーなどの「半専門家」、あるいは児童の親など「半当事者」の役割は見逃せない。

また、精神科診療所や産業領域の観察に従えば、国家・行政が自ら対応を求められた問題について、精神医療・医師をいわば最後の部分で判断・対処すべき責任主体にしていくという側面も見られ（「対処・判断に関する帰責のスケープゴート」）、医師集団としては反発・困惑も見られることもあった。さらに、問題の受け皿がないと思うがゆえに、医療者などがひとまず医療制度を活用するために医療化する姿も見られた（「方便としての医療化」）。

従来の議論も含め、この調査プロジェクトで見出せた事柄も含めると、医療化推進を「主体」の面から類型化することもありえようが、むしろ「動機」の面から類型化することも有効であろう。なぜなら、主体よりも抽象水準を上げつつ、医療化推進の背景を読み込む、つまり現代社会の問題処理や組織化の

基本的な論理・力学（そしてその変化）に直接言及した、医療化の新たな理論化に道を開くものと思われるからである。具体的には、医療化を動機づけるものとして、a. 社会的統制力・権力の拡張を求める、b. 経済的利益の拡大を求める、c. なんらかの免責を求めるがゆえに医療を求める、d. 複雑性を縮減するためになんらかの判断基準・指針を求める、e. 問題対応の方便として暫定的に医療化を求める、こうした5つのタイプを作ることとも可能であろう。

医療化を抑制する 動機付け について：これまで医療化推進主体については言及されてきた。しかし、日本の教育現場での観察によれば、北アメリカの教員のように医療化に積極的とは必ずしも言えず、むしろときに「(再)脱医療化」とも言うべき姿勢も見出された。不登校児童のために病院外の居場所作りを担った医療者もいた。産業・労働領域にもメンタルヘルスはマネジメント問題と語る勢力が存在した。こうした医療を押し止める、あるいは脱医療化を指向する力も社会的に存在し、その論理も検討することも可能であろう。

この点を敢えて語るこの意味は、現在、医療と対抗する論理とはなにかということがより明確になり、趨勢分析にも機能分析にも資することに求められよう。現時点で挙げられる医療化抑制動機としては以下のものである。a. 道徳的集団運営への指向性、b. 病者の権利保護への指向性（病者の生活上の諸権利をより多く保存するために医療的診断・判断として特定行為を制約していくことに反対する）c. 問題対応の帰責・主体を医療外に求める指向性（従来型医療化論と同型で、個人化された問題を社会問題化しようとする指向性）d. 医療費を削減する指向性。

医療化の 社会的機能 について：動機と機能（結果）がほぼ一致することもあるが、異なることもまた多い。そのためやはり改めて機能について、本プロジェクトで見出されたものを含めて整理しておきたい。a. 方便としての「医療化」をした場合に限らず、医療がやがて医療外部の回復や支援の場を創出する役割も担うことがある。この機能を、「医療化によるインキュベーション」と呼びたい。b. 包摂のため 例え個別の発達を保障するため 「識別の符帳」として医療的知を導入して、それが功を奏する場合、医療化は「包摂」機能を果たす。c. 包摂のために専門知を導入しても、現場的な運用のされ方によって「分離」や「排除」を促すという面も存在する。これを「運用による排除」とする。たとえば診断名の濫用によりある行為者を周辺化するような場合である。医療化が自動的に「脱主体化」という議論が最早成り立たない以上、一定の条件を含めた機能の定式化が必要と思われる。d. 先述の包摂機

能の条件ともなりうるが、関係専門職やある種の知識が（特定行為者のサポートにあたる）関係者たちをバックアップすることもある。「集団サポート」機能である。e. 個人・集団サポート機能が増すにせよ（むしろそれによって）あるいは例えば医師集団が望まぬ場合であれ、ある問題に関与し、とくに統制する主体が特定専門職集団に限定されていくことはある。従来論じられてきた「個人化」というよりは「問題の限定域化」と呼ぶことが適当と思われる。

医療化の動機・機能に影響する 社会的背景 について：最後に、これらの動機や機能を左右する機序や文脈について論じる。

a. 問題処理における社会的機能分化の有り様が、帰属困難な、引き受け手のいない問題を多く生み出し、ときに精神医療領域で「表現形」を与えられるというメカニズムが考えられる（残余問題の受け皿）。b. こうした「持ち込まれ」が生じる基本的な条件として近代医療が高度な社会的信頼性や責任性を付託され、それに即して様々な国家的諸制度のなかで、きわめて特権的に資源配分をされてきたという事情も挙げられよう（医療制度の特権性・高資源性）。新たな問題を吸収しうる余力が、少なくとも一時期までの日本の医療制度にはあった、ということは否定できない。

c. 障害・疾患にかかわる様々な議論・実践 専門家による臨床実践ばかりでなく、ときに反医療を掲げる当事者運動なども含めての蓄積のなかで形成されてきた社会的理念こそが、重要な文脈を形成している。排除なき社会・集団形成を求めるがゆえに、結果として医療的知 問題を弁別し特定する言葉 を要請する側面がある（社会的包摂の社会思想）。これはとくにその集団を運営しないしは支援する立場にいる行為者にとって求められるところがあり、かれらにとってのいわば“複雑性の縮減”機能が求められるゆえである。d. その知の権威 周囲の素人には分からない「困った人」についても医師は理解しているという周囲の見込みが存在するがゆえに、医師を頂点とする専門家チームによる集団サポートが資力的に可能であれば選択され、実際に一定の有効性を持ちうるという側面もある（メンタルヘルス関係専門システム・専門家に対する信頼）

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計17件)

川北稔 2015 「教員は子どもの問題行動の背景をどう理解するのか 教職大学院の授業における『子どもの問題フレーム』の活用」『愛知教育大学教育創造開発機構紀要』

5: 195-202, 査読無

川北稔 2014 「ひきこもり経験者による空間の獲得 支援活動における空間の複数性・対比性の活用」『社会学評論』65(3): 426-442, 査読有

中村好孝 2014「戦後日本社会のメンタルヘルスにおける精神科診療所をめぐるいくつかの論点について」『人間文化』36: 2-9, 査読無

工藤宏司 2014「国際バカロレア導入の社会的文脈と懸念 思想的背景と実践との乖離可能性をめくって」国民教育文化総合研究所『国際的な教育プログラム「国際バカロレア」と日本における学びのあり方』: 45-66, 査読無

川北稔 2014「障害をめぐる専門的知識と教育(1) 養護学校義務化と『福祉労働』誌」『愛知教育大学研究報告 教育科学編』63: 179-187, 査読無

川北稔 2013「個人化するリスクの選択・施設における生の交錯(シンポジウム・コメント)」『東海社会学会年報』5: 38-41, 査読無

高山龍太郎 2013「『ポーランド農民』における手紙と自伝の利用 再評価の試み」山田富秋・好井裕明編『語りが拓く地平 ライフストーリーの新展開』せりか書房, 36-60, 査読無

高山龍太郎 2013「子どもの多様な学びの機会を保障する法律づくり」『生活協同組合研究』(生協総合研究所) 449: 12-18, 査読無

宮川正文・高山龍太郎 2013「インターネットを取り巻く現状と子ども相談の可能性 電子掲示板相談の管理・運用を中心に」『電話相談学研究』22: 1-18, 査読無

工藤宏司 2013「『ひきこもり』社会問題化における精神医学 暴力・犯罪と『リスクの推論』」中河伸俊・赤川学編『方法としての構築主義』勁草書房: 17-35, 査読無

荻野達史 2012「『生きていく場』と『生きていく気』のために」『臨床心理士のための精神科臨床における心理臨床』遠見書房, 172-186, 査読無

〔学会発表〕(計13件)

荻野達史: “メンタルヘルスをめぐるコンフリクト: 産業精神保健における反医療化論” 日本社会学会第87回大会。(20141123)神戸大学(兵庫県・神戸市)

荻野達史: “働く人を魅了する元気な組織をつくる条件” 日本生産性本第2回ヘルスケアマネジメントカンファレンス(20140918). アーバンネット神田カンファレンス(東京都・千代田区)(招待講演)

荻野達史: “支援体制整備における民家支援と医療” 厚生労働省平成25年思春期精神保健研修(20131125)日経カンファレンスルーム(東京都・千代田区)(招待講演)

荻野達史: “わたげを記録して: ひきこもりの15年とわたげの支援” メンタルヘルス社会学研究会主催「ひきこもり支援に求められるもの」,(20130918)エルパーク仙台(宮城県・仙台市)(主催者メンバーとしての基調講演)

中村好孝: “精神科診療所の歴史と現状の研究 現代社会のメンタルヘルスをめぐる動向の一側面として” 日本社会学会第86回大会一般報告,(20131012)慶應義塾大学(東京都・港区)

高山龍太郎: “不登校の居場所づくりの類型化の試み” 第64回日本教育社会学会大会。(20121027). 同志社大学(京都府・京都市)

荻野達史: “『職場復帰支援』はいかに機能するのか? : 労働領域における精神医療化を検討する” 日本社会学会第85回大会。(20121103). 札幌学院大学(北海道・札幌市)

川北稔: “若者をめぐる状況と自立支援の現状” 愛知県県民生活部社会活動推進課 子ども若者支援ネットワーク研修。(20120927). 愛知県庁(愛知県・名古屋市)(招待講演)

川北稔: “ひきこもり支援における他機関との連携の意義について” 名古屋市精神保健福祉センター 平成24年度ひきこもり支援セミナー。(20121002). 名古屋市精神保健福祉センター(愛知県・名古屋市)(招待講演)

川北稔: “ひきこもる若者と社会参加の支援” 愛知県臨床心理士会長期研修会。(20121013). 名古屋大学(愛知県・名古屋市)(招待講演)

〔図書〕(計2件)

(単著)荻野達史: “ひきこもり もう一度、人を好きになる : あそびとかかわりのエスノグラフィー” 明石書店.総項数 412 (2013)

〔その他〕(計2件)

(共訳)堀正嗣監訳,佐藤貴宣,原田琢也,中村好孝,渡邊充佳他 4名訳『ディスアビリティ現象の教育学』現代書館: 60-85,(2014)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

荻野 達史(OGINO, Tatsushi)
静岡大学・人文社会科学部・教授
研究者番号: 00313916

(2) 研究分担者

工藤 宏司(KUDO, Kouji)
大阪府立大学・人文社会学部・准教授
研究者番号: 20295736

高山 龍太郎(TAKAYAMA, Ryutarou)
富山大学・経済学部・准教授
研究者番号: 00313586

川北 稔(KAWAKITA, Minoru)
愛知教育大学・教育実践研究科・准教授
研究者番号: 30397492

中村好孝(NAKAMURA, Yoshitaka)
滋賀県立大学・人間文化学部・助教
研究者番号: 20458730