

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 18 日現在

機関番号：34314

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26380806

研究課題名(和文) 世帯を分けて住むことを選択した精神障害者とその家族の意識変容プロセス

研究課題名(英文) A Study on the Conscious Transformation Process of Mentally Disabled People Who Choose to Live Separately from Their Families

研究代表者

塩満 卓 (SHIOMITSU, TAKASHI)

佛教大学・社会福祉学部・講師

研究者番号：80445973

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,300,000円

研究成果の概要(和文)：世帯を分けて暮らすことを選択した精神障害者とその家族の多くは、ソーシャルワーカーが支援者として関与していた。家族は、介護者役割を脱却し、専門家にケアを委ねる決意をしていた。世帯を分けた家族と当事者の関係性は、病気ではない他のきょうだいと同じような関係性へと変容していた。世帯を分けて暮らすことを選択した精神障害者は、人間関係が広がり、援助を受けながら生活していく力をつけていた。文献研究では、保護者制度の廃止に伴い、公的保護者制度の創設を含む家族介護に代わる公共的支援を整備し、家族介護の負担を減らす必要があることを論じた。

研究成果の概要(英文)：Many people with mental disorders choose to live separately from their families and so require assistance from an assistant social worker. Family members have decided to end their role as caregivers and rely instead on professional care. The relationship is then transformed into an adult parent relationship. People with mental disabilities who chose to live in separate households have the power to expand their personal relationship while receiving professional care.

In the literature on this research, it has been found necessary to develop public support instead of family care, including the establishment of a public guardian system with the elimination of the parent system, and to discuss the burden of family care.

研究分野：社会福祉学、精神保健福祉

キーワード：精神障害者家族 世帯分離 複線経路・等至性モデル 保護者制度 公的保護者制度 脱家族

1. 研究開始当初の背景

(1)わが国における精神保健福祉政策を振り返ると、精神障害者家族は、治療を受けさせる義務、医師に協力する義務、財産上の利益を保護する義務等、過重な責任や義務を課せられ続けてきた。社会的支援が貧困なまま、在宅生活においては介護者としても位置づけられ、今なお「精神障害者の地域生活において、家族が支援の中心を担っている構造がある」(伊藤 2011)。

(2)これまでの精神障害者家族への支援は、先行研究の知見から「援助者としての家族」支援として実施されてきた。家族自身も自らの生活を楽しみ、自己実現を図っていくことを目指す「生活者としての家族支援」が強く求められている。(大島 2010)

(3)筆者は、PSW の援助者役割の獲得機序を手掛かりに PSW の成長過程に関する研究を行ってきた。そこでは、成長段階は新人期、中堅期、円熟期の3段階に整理され、中堅期以降には「伴走者役割」の定着がみられた。そこで、本研究を行うことで、熟達した円熟期にある PSW がどのような支援観を獲得していくのか、世帯を分けて暮らすことを支援した PSW の語りからそのことを明らかにし、保護者制度廃止後の家族や精神障害者への援助方法を検討する素材に寄与できるのではないかと考えた。

(4)国が障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備の一環として、2013(平成25)年の「改正精神保健福祉法」で、保護者制度は廃止された。保護者制度廃止後における精神障害者とその家族への新たな支援のあり方が求められている。

2. 研究の目的

(1)本研究は、統合失調症を抱える精神障害者とその家族を調査対象とし、それぞれが離れて暮らすことを選択した事例を分析し、モデルとしての類型化を試み、今後の家族支援や当事者支援のあり方を検討することに寄与することを目的とした。

(2)世帯を分けて暮らすことを選択した精神障害者及びその家族へのインタビュー調査から、世帯を分けて暮らすことを決意するプロセスにおいて、PSW の介入が多く見られた。そこで、世帯を分けて暮らすことを支援した PSW へのインタビューを実施し、精神障害者家族への支援観の変容プロセスを明らかにすることを目的とした。

(3)本研究開始後の精神保健福祉法改正に伴う保護者制度の廃止は、極めて不十分なものであった。このことから、保護者制度が内包する課題を明らかにすることを目的

に、保護者制度の変遷、保護者制度廃止に至る政策形成過程、非自発的入院に係る欧州諸国との比較研究を行った。

3. 研究の方法

(1)「世帯を分けて暮らすことを選択した統合失調症の精神障害者とその家族の意識変容プロセス」研究においては、質的研究法である複線経路・等至性モデル(Trajectory Equifinality Model: 以下 TEM)を用いた。TEM は、ヤーン=ヴァルシナー(Valsiner)が、「発達心理学・文化心理学観点に等至性(Equifinality)概念と複線経路(Trajectory)概念を取り入れようと創案した手法である。TEM を採用した理由は、ある地点(分岐点)からある地点(等至点)に辿り着く人生の複数の道筋を、時間を捨象せずに明らかにしていく研究手法だからである。本研究が、「(子どもが/本人が)統合失調症に罹患する」という分岐点から「世帯を分けて暮らす」という等至点に至るまでの経路の類型化を図り、今後の家族支援のあり方の検討に資することを目的としたことから相応しいと考えた。

(2)「世帯を分けて暮らすことを支援した PSW の精神障害者家族への支援観の変容プロセス」研究については、グラウンデッド・セオリー・アプローチのひとつである木下の修正ストラウス・グレーザー版(以下、M-GTA)を用いた。M-GTA を採用した理由は、この手法に適しているとされる人と人が直接やりとりをする社会的相互作用に関する研究であること、ヒューマンサービスに関する研究であること、プロセス的な研究であること、この3つの要素を含んでいるからである。

(3)「保護者制度の変遷、保護者制度廃止に至る政策形成過程、非自発的入院に係る欧州諸国との比較」研究は、文献研究により行った。

保護者制度の変遷を精査するために精神医療史や精神障害者処遇史に関する先行研究、行政文書を分析対象とした。

保護者制度廃止に至る政策形成過程においては、法改正作業に伴う審議会等の配付資料及びその議事録、改正法に言及した論文や雑誌記事等の先行研究を分析対象とした。

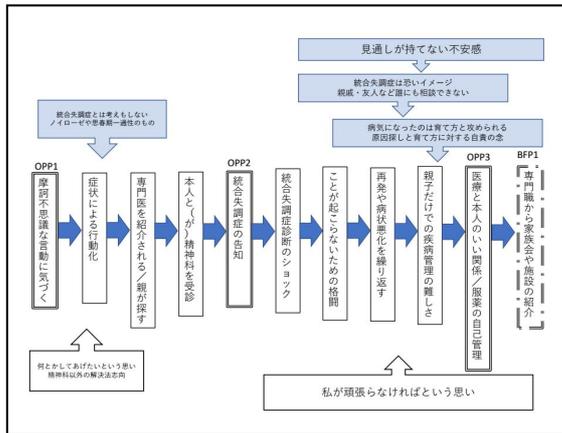
非自発的入院に係る欧州諸国との比較は、厚生労働省平成20年度障害者保健福祉推進事業「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」、厚生労働省科学研究費補助金による「精神障害者への対応への国際比較に関する研究(平成21~23年度)」、「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究(平成24~26年度)」、「精神医療制度に関する法制度の国際比較研究(平成25~27年度)」、及び関連する海外の論文、WHO 文書を分析対象とした。

4. 研究成果

(1) 「世帯を分けて暮らすことを選択した精神障害当事者とその家族の意識変容プロセス」研究においては、統合失調症の子どもを持つ母親9名を対象にインタビューを実施した。9名のうち、予備調査3名をTEM分析し論文化した。それぞれのTEM図と統合したTEM図を作成し、ストーリーラインを記述した。

研究前に設定した必須通過点「統合失調症に罹患する」と等至点「世帯を分けて暮らす」までの軌跡と母親の思いの分岐点は、図1の分岐点(BFP1)「専門職から家族会や施設の紹介」を経て、世帯を分けることにつながっていた。必須通過点「統合失調に罹患する」の

図1

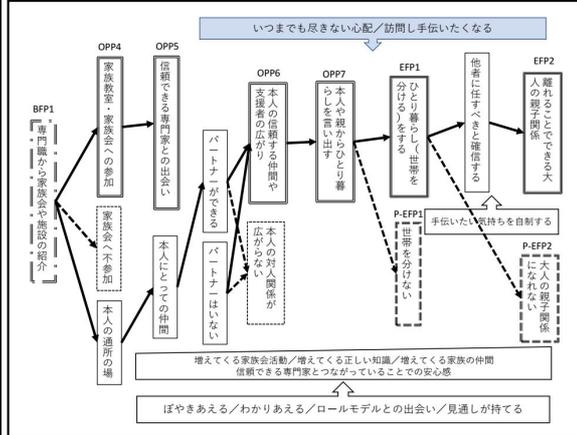


前に「摩訶不思議な言動に気づく」というもうひとつの必須通過点があった。「統合失調症の告知」までの母親の意識は、「まさか自分の子どもが統合失調症と考えもしない/一過性のものと思ひ込む」という思いと、「精神科以外の解決法を志向」する相反する思いがせめぎ合う。しかし、「症状による行動化」が専門医受診へつながり、必須通過点「統合失調症の告知」となる。

「統合失調症診断のショック」を受け、「見通しが持てない不安感」、「親戚・友人など誰にも相談できない」、「原因探しと自責感」に苛まれる思いと、「私が頑張らなければという思い」がせめぎ合う。「ことが起こらないための格闘」となりながらも、「再発や病状悪化と繰り返し」、「親子だけの疾病管理の難しさ」に気づく。「医療と本人のいい関係/服薬の自己管理」という必須通過点を経て、分岐点「専門職から家族会や施設の紹介」を受ける。

図2のように、分岐点「専門職から家族会や施設の紹介」を受け、必須通過点「家族教室・家族会への参加」、必須通過点「信頼できる専門家との出会い」がある。一方で、「本人通所の場」が出来、「本人にとっての仲間」も出来、必須通過点「本の信頼する仲間や支援者の広がり」がみられ、「本人や親からを言い出す」必須通過点を経て、最初に設定した等至点「ひとり暮らし(世帯を分ける)をする」に至る。この間の家族の意識として

図2



「いつまでも尽きない心配/訪問し手伝いたくなる」気持ちがわき上がるものの、「手伝い気持ちを自制し、「他者に任ずべきと確信する」。その考えは、「ぼやきあえる/わかりあえる/ロールモデルとの出会い」や「信頼できる専門家とつながっていることでの安心感」によりもたらされていた。

最後に、「世帯を分けて暮らす」ことにより、他のきょうだいと同じように「離れることのできる大人の親子関係」というセカンド等至点に至っていた。

統合失調症の子どもと離れて暮らしている母親という極めて少数派である研究協力は、ロールモデルが無いなかでの試行錯誤を繰り返していた。本研究の得られた知見は、親が元気で一緒に暮らしている時から、子どもと世帯を分けるということが、母親の自己実現につながることを示唆するものである。

今後、9名の調査対象者のTEM図とそれらを統合したTEM図作成とストーリーラインを記述したものを論文化し、投稿予定である。

また、世帯を分けて暮らすことを選択した精神障害当事者9名を研究対象としたインタビューを実施した。論文化し、投稿予定である。

(2) 世帯を分けて暮らすことを支援したPSW4名に半構造化インタビューを実施した。M-GTAによる分析を行い、論文化し、投稿予定である。

(3) 精神障害者対策を図るうえで、家族がどのように位置づけられてきたのか。保護者制度の変遷を手がかりに文献研究を行った。研究の結果、保護者制度の源流は、「精神病患者監護法」における「監護義務者」ではなく、江戸時代後期に制度化されていた。研究の起点を江戸時代後期とした根拠は、精神病を診断する医師が存在したこと、保護者制度の源泉もそこにみられたからである。

江戸時代後期には、心神喪失状態を「乱心」と標記するのが一般的であった。江戸時代はじめの公文書では「気違」が使われ、その後「乱気」、そして「乱心」へと公文書標記は

変化していった。

江戸時代には、手に負えなくなった乱心者を収容するための木造の座敷牢があった。指籠（さしこ）と呼ばれた。指籠入れの手続きは、明文化・制度化されており、みだりに乱心者を指籠に収容することはできなかった。

江戸時代後期の精神病者への処遇は「入檻」、「入牢」、「溜預（ためあずけ）」の3つである。「入檻」は、家督相続人が乱心となり、家族あるいは親族が処遇に窮した場合、その乱心者を自宅に創った檻に閉じ込める処遇のことである。この処遇を行うには、以下4つの手続きを必要とした。親族が一致して願ひ出る「願ひ書」の申請、名主による「願ひ書」を吟味、病状を記した「医師の口上書」、乱心者を入れ置く「居宅の檻の絵図面」の4つである。これらをもとに役人が「検分」に訪れ、「入檻」が決定された。

「入牢」は、家族相続人ではない子弟が乱心となった場合、家族、家主、五人組等の「入牢願」により、乱心者を牢獄に監禁するものである。医師の診断が要件となっておらず、一般的な乱心者の処遇であった。牢では手のかかる乱心者は手鎖で抑制されていた。乱心者が放火、殺人などの犯罪を犯した場合、家族がその咎を受けることから、それをさせないために入牢させていた。

「溜預」は、行路病者、病因、幼年の囚人等を収容していた「溜」に乱心者を収容させていた。ただ、通常の収容者たちと同じ場所ではなく、仕切圏のある限定された場所で収容した。「入檻」、「入牢」との違いは、名主、家主、家族、五人組等の「願ひ書」を不要とした。収容者は、都市に流入したのち乱心者となった者や「入牢」していた乱心者で病状悪化した者である。奉行所から収容を命ぜられることから「預かりもの」と呼ばれた。

江戸時代後期の精神病者対策は、治安対策である。しかしながら、乱心（精神病）を疾病とみなし、それを診る医師が存在していた。先行研究から見えてくる医師には、「入檻」、「出牢」という乱心者の隔離や隔離の解除に関する裁量権が付与され、治安対策のゲートキーパー役割を担っていた。

精神病者家族は、「入檻の願ひ書」や「入牢願」にみられるように、「入檻」、「入牢」といった行政処分の発議者であり、それを怠り事件が発生すると、責任を負うこととなっていた。これらのことは、精神保健福祉法に規定した保護者の様々な義務、「隔離させる（治療を受けさせる）義務」、「自傷他害監督防止義務」、「財産の保護義務」の源流と考えられるものが江戸時代後期には、制度化されていた。さらに、「出檻」や「出牢」といった行政処分解除に際しては、庄屋や五人組等の隣保組織も互恵的な支援者役割を担わされていた。このように江戸時代後期には、治安対策の担い手として家族に個別責任を課し、隣保組織にも監視役割や支援者役割を課していたのである。

明治初期には、「乱心者」にかわり「狂癪人」や「癪癪人」という言葉が使われ始めた。狂は精神病（精神分裂病）を意味し、癪はてんかんを意味している。

1872（明治5）年に「溜」は、養育院に引き継がれた。養育院は、ロシア皇帝の東京入りに合わせて設立され、市中の浮浪者が刈り込まれた。この養育院に1875（明治8）年に東京府からの要請で施設内に「狂人室」が設置され、多く収容されるようになった癪癪人の「狂人室」が独立し、1879（明治12）年に東京府癪癪院（都立松沢病院の前身）が設立された。

1878（明治11）年の「内務省警視局布達甲第三八号」で「鎖鋼（さっこ）」が規定された。江戸後期に見られた「入檻」が「鎖鋼」となったのである。江戸時代の入檻とは異なり、明治時代の鎖鋼は、家督相続人や尊属に限定されなくなった。この鎖鋼処分は、精神病者監護法の「私宅監置」につながる。

相馬事件により精神病者の不法監禁処遇が国際的批判に晒され、1900（明治33）年に「精神病者監護法」が成立する。当初原案は「癪癪人監護法案」であり、次に「癪癪病者監護法案」となり、「精神病者監護法案」となった。なぜ、監護となったかについて、宇都宮（2010：64-67）は、「監禁」は犯罪者を監獄に入れることであること、この法律には治療の視点がなく、「保護」とも言い切れない。この「監禁」と「保護」というふたつの言葉の中間をとり「監護」としたと説明している。監護と監置も同義語である。

近代国家成立後の精神病者に対する法律である「精神病者監護法」の内実は、「私宅監置」の手続き法であった。法施行までの「鎖鋼」は「私宅での監置」を意味したが、精神病者監護法での監護は、私宅以外である病院の監置も含む。

精神病者監護法では、その後続く精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法へと続く保護者制度の原形を監護義務者にみることができる。被監護人（精神病者）の民法上の療養看護、入院・私宅監置、社会へ及ぼす危害を防ぐ、監護に要する費用の負担を課した。これらのことから、わが国における精神病者対策は、治安対策として始まり、家族は、無償で機能する最も重要な法の執行者として位置づけられたのである。

監護義務者以降、法改正により、表1のと表1 保護者制度の変遷

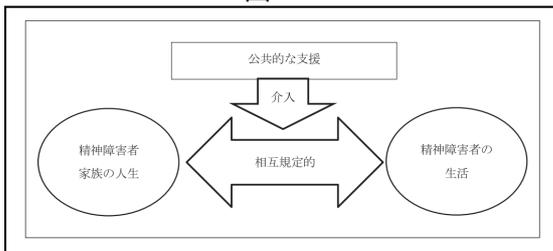
保護者等の機能	名称	ボリスパワ-的	パターナリズム的	権利抑制/権利保護的	アドホック-的
精神病者監護法（1900年）	監護義務者	①監護義務 ②監置権限			
精神衛生法（1950年）	保護義務者	①自傷他害防止監督義務 ②監置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①同意入院の同意権 ②精神病院に収容できない場合の保護拘束権	①財産上の利益保護義務
精神保健法改正（1959年）	保護者	①自傷他害防止監督義務 ②監置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	③医療保護入院者の同意権	①財産上の利益保護義務 ②退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法（1999年）	保護者	①監置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権	①財産上の利益保護義務 ②精神医療審査委員会への退院請求等申立権 ③退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法一部改正（2013年）	家族等（扶養義務者）			①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権	①精神医療審査委員会への退院請求等申立権 ②退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利

おり、保護義務者、保護者と名称の変更はあるものの、家族には過重な義務が課せられ続けた。池原（2011）が分析しているように、保護者制度は、社会防衛色の濃い監護義務者制度から出発したが、医療的パターンリズムに奉仕し、患者本人の権限を補充する権利擁護者の役割へと変化し、広がりを見せている。

本研究では、保護者制度の源流は、精神病患者監護法における監護義務者ではなく、江戸時代後期に制度化されていたものが、明治時代に引き継がれていることを明らかにした。また、精神障害者の家族は、治安対策、医療対策といった精神保健福祉行政上、要の執行者として位置づけられていただけでなく、入院外の在宅時においても、精神障害者の介護を担い、家族は介護負担から自分自身の趣味や仕事をやめ、「家族がやらなければ誰も代わることができない」という状況を自覚して、乏しい社会資源を補充する役割を担っている。このようにわが国の精神病（障害）者対策は、家族の自助努力を第一に期待する「選別主義的残余型福祉モデル」であり続けていると言える。

乏しい社会資源と保護者制度により、南山（2007）が指摘しているように、精神障害者とその家族の関係は、家族が障害者の人生や生活に影響を与え、障害者が家族の人生や生活に影響を与えるという相互規定的な関係にある。こういった負のスパイラルからの脱却を図るには、図3のように、家族が「介護者にならない選択の自由」を保障し、家族介護に代わる公共的支援を質的にも量的にも整備し、「家族介護の『負担の極小化』」を社会的に・政策的に支援する」ことが求められる。

図3



(4)本研究に密接に関係する「精神保健福祉法改正法案（「29年改正法案」）が第193回通常国会に上程された。「25年改正法」において、保護者制度は廃止されたものの「家族等の同意による医療保護入院」を新たに創設し、保護者制度廃止が有名無実と化した。「29年改正法案」においても、法改正作業で審議されていた「家族等同意」に代わる「公的保護者制度」は、法案に組み込まれず、「家族等の同意による医療保護入院」は、存置されたままであった。そこで、法改正作業に伴う行政文書を精査するとともに、「家族等同意による医療保護入院」の意味について、政策主体、精神科病院、精神障害者家族、精神障害

当事者、の4者の立場から考察した。また、非自発的入院の手続きや期間について、欧州諸国との国際比較研究を行った。

政策主体にとって、家族等の同意の要件は何を意味するのか。発症・入院・退院・在宅の時間軸で整理すると、病状悪化時は治療の導入者として、入院中は権利擁護者として、在宅時は家族ケアラーとして意思決定支援や公的保護者制度の施策不充足状態を補う人的資源として期待されている。

精神科病院にとって、家族等の同意は、入院中の治療の協力者のみならず、山本（2013）が述べているように入院費の請求先という意味を持っている。本人の意思に反した非自発的入院である医療保護入院は、その入院の是非に都道府県精神医療審査会が、妥当性を追認するものである。その意味から、準行政処分であるといえる。準行政処分である強制入院に関して、入院費の支払い義務が生じることについて、検討が必要である。

精神障害者にとって、家族等の同意は、全国家族会組織である全国精神保健福祉連合会は、精神医学的知識も無い家族に強制入院の代諾権が付与されることに反対しているだけでなく、関係悪化を招く要因にもなっていることを指摘している。未だに、ケアの責任者として従属的に規定されていた桎梏から逃れられていないのである。

精神障害当事者にとっての家族等の同意とは何か。最も象徴的なのは、退院が家族の受入拒否により社会的入院となっている場面である。本人にとっての強制入院である医療保護入院が家族等の同意を要件とすることにより、家族への憎悪の感情を持ち、関係性を阻害する場合が少なくない。

欧州諸国の非自発的入院者の割合は、表2のとおりである。オーストリア、フィンラン

表2

	調査年	非自発入院者割合 (%)	人口100万人対	精神障害による非自発入院法の基準	非自発入院の決定権者
日本	2013	46.0%	1,087人	危険性 or 治療必要性	非医療 or 医療
オーストラリア	1999	18.0%	175人	危険性	非医療
ベルギー	1998	5.8%	47人	危険性	非医療
デンマーク	2000	4.6%	34人	危険性 or 治療必要性	医療
フィンランド	2000	21.6%	218人	危険性 or 治療必要性	医療
フランス	1999	12.5%	11人	危険性	非医療
ドイツ	2000	17.7%	175人	危険性	非医療
ギリシャ	NA	NA	NA	危険性 or 治療必要性	非医療
アイルランド	1999	10.9%	74人	危険性 or 治療必要性	医療
イタリア	NA	12.1%	NA	治療の必要性	非医療
ルクセンブルグ	2000	NA	93人	危険性	医療
オランダ	1999	13.2%	44人	危険性	非医療
ポルトガル	2000	3.2%	6人	危険性 or 治療必要性	非医療
スペイン	NA	NA	NA	治療の必要性	非医療
スウェーデン	1998	30.0%	114人	治療の必要性	医療
イギリス	1999	13.5%	48人	危険性 or 治療必要性	非医療 or 医療

(注) * NA Not available
 (出所) Saize HJ et al (2004: 164-166) 及び平成25年度精神保健福祉資料をもとに筆者作成。

ド、ドイツがわが国の約5分の1、スウェーデンが10分の1、その他の国に至っては、2桁少ない。日本以外の国において非自発的入院は、極めて限定的な入院形態である。

伊藤（2011）は、欧州諸国の家族の役割と

医療費負担について、「入院に関する家族の役割は、入院を申請できること、非自発的入院の報告を受けること、入院中の本人の権利を確保することのみ確認できた。退院後の引き取り義務の記載は確認できなかった。入院費は、公費で支払われていた」と説明している。ではなぜ、引き取り義務がないのか。最も大きな要因のひとつは、欧州諸国においては、居住権を基本的人権のひとつと位置づけ、その実定法が存在しているからである。医療が入院治療不要と判断すると、基礎自治体が居住の場の提供責任を負う。加えて、グループホーム等のケア付き住宅の整備も進んでいる。表3は、人口10万人あたりの病床数

表3

	一般病院の 精神科病床数	精神科病院 病床数	精神科病床数	居住施設室数
日本	73.12	204.4	277.52	16.23
オーストリア	14.43	21.37	35.8	29.25
ベルギー	25.58	134.47	160.05	UN
デンマーク	53.91	UN		UN
フィンランド	67.34	8.42	75.76	133.94
フランス	22.72	71.81	94.53	UN
ドイツ	41.08	47.62	88.7	NA
ギリシャ	5.1	19	24.1	UN
アイルランド	19.61	54.48	74.09	61.02
イタリア	10.95	0	10.95	46.41
ルクセンブルグ	41.28	48.19	89.47	42.09
オランダ	10.51	127.3	137.81	76.26
ポルトガル	9.41	15.96	25.37	2.07
スペイン	10.19	32.73	42.92	UN
スウェーデン	34.91	0	34.91	UN
イギリス	50.63	7.99	58.62	67.8

(注) * UN=information unavailable, NA=item not applicable
 (出所) WHO mental health atlas 2011 より筆者作成
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/
 2017/09/10

と居住施設数を表したものである。脱病院は、住まう場を保障する「ハウジングファースト」の政策が不可欠である。

政策形成過程での審議及び国際比較研究の結果、家族に依存しない「脱家族」の制度設計を目指すべきであり、そのためにも「公的保護者制度」を創設し、在宅生活においても、居住系施設の拡充と訪問系支援体制の構築を目指すべきである。

引用文献

- 伊藤千尋(2011)「精神障がい者家族(会)が求める家族支援に関する研究」『現代福祉研究』11,177-190
- 大島巖(2010)「なぜ家族支援か - 『援助者としての家族』支援から、『生活者としての家族』支援、そして家族のリカバリー支援へ」『精神科臨床サービス』10,278-283
- 池原毅和(2011)『精神障害法』三省堂,286
- 南山浩二(2007)「精神障がい者家族と社会的排除」『家族社会学研究』18(2),日本家族社会学会,26
- 山本輝之(2013)「精神保健福祉法の改正について」『精神医療』71,批評社,42
- 伊藤広人(2011)「海外における精神科入院

医療制度」『平成22年度厚生労働科学研究費補助金 精神障害者への対応への国際比較に関する研究 - 平成22年度総括・分担研究報告書』,11

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 5件)

塩満卓

家族等の同意に基づく医療保護入院に関する批判的検討 - 政策形成過程と国際比較の観点から、社会福祉学部論集、査読無し、第14号、2018、97-117

塩満卓

精神障害者の家族政策に関する一考察 - 保護者制度の変遷を手がかりに -、佛教大学福祉教育開発センター紀要、査読なし、第14号、2017、73-89

塩満卓

相談支援専門員の利用者に対する14の援助者役割とその獲得機序(第二報) - 知的障害者領域における相談支援専門員の円熟期を中心に -、日本福祉大学大学院福祉社会開発研究、査読有、第12号、2017、51-61

塩満卓

相談支援専門員の利用者に対する14の援助者役割とその獲得機序(第一報) - 知的障害者領域における6名のベテラン相談支援専門員へのインタビューから -、佛教大学福祉教育開発センター紀要、査読なし、第13号、2016、161-177

塩満卓

離れて暮らすことを選択した精神障害者家族の意識変容プロセス - 予備調査3名のTEM分析から -、佛教大学福祉教育開発センター紀要、査読なし、第12号、2015、17-35

〔学会発表〕(計 1件)

塩満卓

子離れを決意した精神障害者家族の意識変容プロセス - 予備調査の結果から見えてきたこと -、日本精神障害者リハビリテーション学会第22回いわて大会、2014

〔図書〕(計 1件)

〔産業財産権〕

特になし

出願状況(計 1件)

特になし

取得状況(計 1件)

特になし

国内外の別:

〔その他〕

ホームページ等

特になし

6. 研究組織

(1)研究代表者

塩満卓(SHIOMITSU, Takashi)

佛教大学・社会福祉学・講師

研究者番号: 80445973