

2024 年度

博士学位論文

外国人労働者に於けるメンタルヘルスと

支援活動の実態と効能

ー社会的アイデンティティ、
社会的統合、社会的繋がりの中の三つの社会ー

指導教授：片山 隆裕

提出者：25DK001

国際文化研究科・国際文化専攻

古田 耕暉

目次

序章	1
序論	1
先行研究	4
方法論	16
 第1章 日本における外国人労働者の受け入れについての歴史的背景と基本的事項	23
1節 外国人労働者受け入れ前の日本の経済的状況	23
2節 歴史的観点から見る外国人労働者の受け入れ	26
3節 外国人労働者の受け入れと背後で行われた行政の対応の変遷	33
4節 厚生労働省、福岡労働局等の行政が発行した資料から読み解く 福岡県における外国人労働者の現状と展望	50
5節 外国人労働者の受け入れ制度とその課題及び改善	123
 第2章 メンタルヘルスのメカニズムと基本事項（メンタルヘルスと 鬱病の認識からうつ病の発症の過程、文化的処方まで）	188
1節 メンタルヘルスの認識と比較分析	188
2節 メンタルヘルスの定義の確立	225
3節 日本と西洋における鬱病の仕組みと認識の変遷	282
4節 外国人労働者とメンタルヘルス -外国人労働者がたどるメンタルヘルスの質の浮き沈み-	353
5節 鬱病における文化的処方とその効能と可能性	400
 第3章 社会的処方から見る支援の施しとその可能性	442
1節 社会的処方の概念と仕組み、アジア諸国における社会的処方の取り組み	442
2節 メンタルヘルスの観点から見た社会的処方の効能と可能性	455
3節 福岡県在住の外国人労働者に施される社会的処方の構図と可能性	486

第4章 外国人労働者を対象にした NPO、NGO 団体の活動と

支援事業の実態と現実及び聞き取り調査	508
1 節 アジア女性センター	509
2 節 トウマンハティふくおか	512
3 節 美野島司牧センター	522
4 節 福岡よかトピア国際交流財団	530
5 節 北九州国際交流協会・Let' s Talk イベント	536

第5章：NPO、NGO、地域団体の活動と支援事業の実態と

効能についての分析	539
1 節 ナラティブ分析法	539
2 節 解釈的現象学分析法 (IPA) による分析	545
3 節 ナラティブ分析法、IPA からみた NPO、NGO、地域団体における支援と、活動の 実態と効能性	550
結論	578

序章

序論

厚生労働省のホームページによると、日本に在住する外国人労働者数は年を追うごとに増加し、2019年には165万8804人となり、過去最多を記録した(ひと、くらし、みらいのために厚生労働省(Ministry of Health, Labour and Welfare, 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(令和元年10月末現在)より抜粋)。その内32万9034人が、技術的専門分野に基づく在留資格を有する者である(ひと、くらし、みらいのために厚生労働省(Ministry of Health, Labour and Welfare, 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(令和元年10月末現在)より抜粋)。一方永住権を持つ者、日本人の配偶者身分に基づき在留資格を所有する者は、53万1781人である(ひと、くらし、みらいのために厚生労働省(Ministry of Health, Labour and Welfare, 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(令和元年10月末現在)より抜粋)。このように、日本における外国人労働者数は年々増加する傾向にあるが、その増加の速度は今後更に促進するものと予測される。その要因は少子高齢化による労働人口の減少である。現在日本の総人口は1億2千6百万人であるが、2060年には8千700万人まで減少し少子化に拍車がかかり、世界で初の少子化による人口減少を経験すると言われている(Miller, Tomita, Ong, Shibamura, & Jimba, 2019)。

このような少子化による人口減少に端を発する社会問題の解決策として、外国人労働者を受け入れる政策が本格化していくものと予測される。例えば、日本政府は2008年には留学生の国内就労を可能とし、一定水準以上の学力と能力を有する留学生を「高度外国人労働者」と呼称し、その政策を効率よく施行して外国人労働者の確保を可能としていった(李健實, 2015)。しかし、外国人労働者の必要性は、少子高齢化による人口減少が解決されない限りは終わることはない。というよりは、その必要性はますます高まっていくであろう。これが日本の外国人労働者受け入れの現状である。2018年(平成30年)10月に、厚生労働省が発表した外国人雇用状況の届出一覧により、外国人労働者は日本の主要な都市に、主要な県に、幅広く在住していることを知ることができる(厚生労働省、「外国人雇用状況」の届出状況一覧表(抄)(平成30年10月末現在)別表3都道府県・在留資格別外国人労働者数)。筆者の居住地である福岡県における外国人労働者の数は、2018年(平成30年)10月末には4万6273人であったが、2019年(令和元年)10月末には5万2530人に増加している(福岡労働局, 2019)。一年間で1万人の増加である。比率的には13.5%も増加していることになる(福岡労働局, 2019)。また、福岡県における外国人労働者を雇用する事業所数は8850箇所にも上り、その事業所で働く労働者を国別に分類すると、最も多い国がベトナムで1万7520人(33.4%)、次に中国(香港を含む)で1万2038人(22.9%)、その次にネパールが7813人(14.9%)、更にフィリピンが4079人(7.8%)と続き、韓国が4079人(4.6%)、インドネシア

1240 人(2.4%)、他アメリカ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランド、ブラジル、ペルー、その他の国へと続く(福岡労働局, 2019)。

このように外国人労働者が年々増加傾向にある日本で問題となっているのが、彼らのメンタルヘルス、心の健康である。しかし、日本における外国人労働者のメンタルヘルスに関する研究は、非常に少なく取り組みも希少である。外国人労働者の数が増加傾向にある現在、その外国人労働者の中には、日本の生活環境や労働の環境に馴染めず、精神的に病み、鬱的症状へと移行し苦しんでいる外国人が少なからず存在している。また 2020 年(令和 2 年)2 月頃より日本において猛威を振るい、2022 年においても感染の終息が見えない新型コロナウイルス感染症は、日本人労働者を失業に追い込み、それが原因で労働者は鬱を病み自らの命を断つ、自殺を願望するという幾つかの事例が挙げられていることを Akizumi Tsutsumi は指摘している(Tsutsumi, 2021)。そしてこの新型コロナウイルス感染症は、外国人労働者をも精神的に追い詰めているのである。これらの状況の深刻さは次のデータにより明白である。

2020 年 1 月から 8 月迄の 8 ヶ月の間に 5 万人にも及ぶ日本人労働者が職を失っている(Tsutsumi, 2021)。このコロナ禍において、リストラや失業に起因する自殺願望件数は 1 万 4000 件から 2 万 7000 件にまで膨れ上がると予測されている(Tsutsumi, 2021)。このリストラや失業の恐怖に晒されている者は、主に外国人労働者であり、女性労働者であり、非正規社員、非正規労働者である(Tsutsumi, 2021)。このように、外国人労働者はこのような要因によるストレスにより心を歪ませ、メンタルヘルスに大きなハンデを負うような状況に追い込まれていると、推測できるのである。このような予測不可能な社会変化の中で、外国人労働者は、SOS を発する場所も助けを求める場所も分からずに追い詰められ、更に彼らの鬱は悪化し、メンタルヘルスは負の循環へと迷い込んでいくのではないだろうか。彼らの救いは、負の循環を断ち切る方法はあるのだろうか。その手掛かりとなるものが外国人労働者のメンタルヘルスに関する研究記事であり、そこに記されている①教育の見直し、②環境の見直し、③手厚いサポート等の方法であろう(Li et al., 2020, Ogawa., 2012, 前田, 2018)。これ以外にも、精神的苦痛からの解放や、彼らが日本の生活や社会、そして職場に溶け込めるように団体や組織が行う支援活動や交流も研究記事には記されている(Ogawa., 2012, Takubo et al., 2020, 李 et al., 2020)。更に、支える側の日本人が外国人労働者に寄り添える空間を築き上げていくことでの効果も期待されている(李 et al., 2020, 李, 2012)。いくつかの研究記事に目を通したが、上述したような提案は記されているが、実際のサポートについて、NPO、NGO 団体が行っているサポートや活動については明確に記されていない。今後、外国人労働者のメンタルヘルスのサポートや活動についての研究はますます重要性を増していくものと言えるであろう。

今回は福岡県に在住する外国人労働者に対してサポートを行っている NPO、NGO 団体に目を向け、その団体が実施している支援活動の内、特に以下の三つの点について考察していく。

- 1) NPO、NGO 団体が行っている外国人労働者のための活動や、コミュニティで実施されている活動全般を明確にしていく
- 2) 団体の活動が外国人労働者のメンタルヘルスにどのように役に立っているのか、その効果も明らかにしていく
- 3) そして、その効果を①社会的アイデンティティ (Social identity)、②社会的統合 (Social integration)、③社会的繋がり (Social connectedness)、この 3 つの側面から検証し、その効果や効能の要素や要因とその関係性を明らかにしていく

先行研究

日本に在住する外国人労働者のメンタルヘルスについて記された研究論文、もしくは研究記事には英語、もしくは日本語、つまり言語に関わらず幾つかの共通点がある。それは研究論文や研究記事の中で使われる鍵となるフレーズから知ることができる。その鍵となるフレーズを初めに英語で記された幾つかの研究論文の中から拾い出し、以下に示す。

- 1) The development of a community-based integrated mental health care system accessible to foreign nationals seems to be indispensable. (Takubo et al., 2020, p. 8)
- 2) Beyond volunteering, having deeper social connections with the Japanese community is a key to promoting migrant mental well-being. (Miller et al., 2020, p. 9)
- 3) Furthermore, health-promoting lifestyles should be implemented in the work place to improve mental health status and reduce presenteeism. (Li et al., 2020, p. 43)
- 4) At the micro level of the care facilities, this research demonstrates that institutional support and personal engagement is indispensable in accepting and integrating migrant care workers. Although (中略), the global interconnection developed at the grass-root level enriches the quality of care contributing to the revitalization of the workplace. (Ogawa., 2012, pp. 589-pp. 590)

次に日本語で記された研究論文や研究記事から拾い出した鍵となるフレーズは、以下の通りである。

- 1) 高度外国人労働者のメンタルヘルスを支援する際には、仕事や職場で遭遇する母国との文化的な差異や異文化間コミュニケーションの難しさを考慮した関わりが求められるだろう。(李., 2015, p. 97)
- 2) 更に(中略)、多角的に、なおかつより長期的なスパンを視野に入れて、メンタルヘルスに対しての予防的なアプローチを行うことが重要である。(李., 2015, pp. 97-pp. 98)
- 3) しかし、逆に考えれば(中略)、職場がコミュニティとして機能するような工夫が有効であるとも考えられる。(李., 2012, p. 406)
- 4) ソーシャルサポートが高いほど日本語のレベルは高く、これが精神健康度にポジティブに作用していること、更にソーシャルサポートが高いほど、日本文化の重視度が高い…(前田., 2018, p. 308)
- 5) そうならないためには、(中略)多文化共生の必要性を認識し、外国人労働者の生活を、仕事のしやすい体制に作り変えていくことが、今後ますます必要である。(李 et al., 2020, p. 15)
- 6) 異文化交流についての活動を増やすことが効果的である。できるだけ異文化を理解することが大切だ…(李 et al., 2020, p. 39)

これらの鍵となるフレーズを更に分析していくことによって、現時点における外国人労働者のメンタルヘルスに関わる研究の方向性と展望を示すことができる。その分析結果は以下の通りである。

- 1) community based integrated mental health care system (地域で執り行われている心の健康に特化したケアのシステム)
- 2) implementation of deeper social connections and mental well-being (より深い社会的繋がりとメンタルヘルスの導入)
- 3) health promoting lifestyles (健康を促す生活習慣)
- 4) institutional support and personal engagement (組織的なサポートと個人の参加)
- 5) grass root level (草の根)
- 6) revitalization of the workplace (職場の活性化)
- 7) 母国との文化的な差異、異文化間のコミュニケーション
- 8) メンタルヘルスに対しての予防的アプローチ
- 9) 職場がコミュニティとして機能する工夫
- 10) ソーシャルサポートと精神的健康度
- 11) 多文化共生の必要性、仕事のしやすい体制作り
- 12) 異文化交流における活動

外国人労働者のメンタルヘルスに関する研究(方向性と展望)について、両言語(英語、日本語)で記された論文の最大の共通点は、労働環境とメンタルヘルスにおける支援の必要性和その度合い、更にその課題であった。この共通点を更に吟味していくと、メンタルヘルスを良好に保つには、三つの領域に跨るサポートや活動が必要であることが上述した分析結果(フレーズ)より知ることができた。そのフレーズとは、①community based integrated mental health care system、②deeper implementation of social connections and mental well being、③異文化交流の活動であり、サポートや活動とは、社会の繋がり(social connection)を強化し、コミュニティや団体で行われる活動を通して外国人労働者のメンタルヘルスを良好にしていくアプローチである。更にこの三つの領域とは、①社会的アイデンティティ(social identity)、②社会的統合(social integration)、③社会的繋がり(social connectedness)である。これこそが本研究の目指すべき方向であり、展望である。この支援や活動によりこの三つの領域は高められていく。この支援や活動は職場がコミュニティとして機能するように働きかけることであり、職場だけではなく職場を超えたコミュニティ全領域をその支援や活動の空間として活用することでもある。異文化間(外国人労働者にとって)の交流イベントもその支援であり、活動の一つである。職場や職場以外の場所も含めて施される手厚い支援や活動は、外国人労働者にとっては心の拠り所であり、そこから彼らは社会的繋がり構築し、それが彼らの居場所を作り上げていき、更に彼らのメンタルヘルスを良

好にする効果をもたらし、社会的アイデンティティと社会的統合への繋がりへと発展していく。つまり両言語(日本語や英語)で記された研究の多くは、これらのサポートや活動が上述した外国人労働者に関わる三つの領域を高め、それが彼らの生活の質を高め、メンタルヘルスを良好に維持する原動力になると記されている。しかし、残念なことに筆者が目を通した数多くの論文や文献には、そのような支援活動を行っている団体や、支援活動の内容や効果が明白に記されていなかった。またこの三つの領域に焦点を当てて、日本に居住する外国人労働者への支援活動に対する分析はされていないようであった。故に、この三つの領域に焦点を当て、その方向から外国人労働者への支援活動を見ていきながら、この領域の一つ一つが相互に関与し合いながら彼らをどう支援するのか、またその効果の度合いを、更にはこれらの三つの領域とメンタルヘルスとの関係性を、文化人類学と心理学の両側面から見極めていく。本先行研究においては、これらの三つの領域が外国人労働者に及ぼす影響と関係性を、従来行われてきた研究を通して見ていくことにする。

1. 社会的アイデンティティ (Social Identity) の側面

社会的アイデンティティと鬱病の関係性を、メタ分析 (meta-analysis) 手法により解析した研究記事によると、社会的アイデンティティは鬱病の症状を緩和する働き(作用)があるとする(Postmes, Wichmann, Valkengoed, & Hoef, 2019)。また複数のグループに所属し、そのグループ内で社会的アイデンティティを構築している人は鬱病に罹りにくいと記す。しかしその所属グループや団体が社会的に認められていない場合や、社会的に差別されている場合、また社会的非難の対象となっている場合には、メンタルヘルスを良好な状態へと移行し、維持することは極めて困難であり、場合によっては鬱病を更に悪化させることも指摘している(Postmes, Wichmann, Valkengoed, & Hoef, 2019)。つまり、この研究記事は社会的アイデンティティを構築する要素に、鬱病の癒しに効果のあるもの、または効果のないものを見極める必要があることを指摘している(Postmes, Wichmann, Valkengoed, & Hoef, 2019)。更に鬱病患者の identification(身分、ここでは個から生じる自分らしさ)を、その患者が所属するグループや団体に属する人々の identification(身分)に共感できるようにしていくと、この共感は、社会的アイデンティティを構築し、更にグループや団体に属する人々との交流を深め、ますます社会的アイデンティティの構築を強固なものとする。そのために自分と他者との繋がりから得られる共感性が、自分と他者との存在意義を見つけ出す一助となる様な社会的アイデンティティの構築を強固なものにする環境や活動(プログラム)の重要性も示唆している(Postmes, Wichmann, Valkengoed, & Hoef, 2019)。自分と他者の identification(繋がりから得た身分の同一化)を通して得られる社会的アイデンティティの構築は、スポーツ、音楽、芸術、宗教、政治等のそれぞれのコミュニティの活動の中で得られるものである。

社会的アイデンティティの必要性和重要性の調査は、2015年にトルコに移住した1316人のシリアの難民について行われた量的調査でも明らかにされている

(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。この量的調査の目的は、前のメタ分析の記事でも取り上げられていたが、複数の団体や組織に所属した場合、鬱病に罹りにくいという説を実証するためのもので、更に具体的にシリア難民と社会的アイデンティティの継続性(social identity continuity)の観点から調査し、検証した研究である

(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。結果として明らかになったことは、シリア難民で、トルコに移住する前に多くの団体に所属していた者の方が、移民した後でもその移民する前に所属していた団体から得た繋がりと、拠り所を引き続き維持し続けていたことであった(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。この件から社会的アイデンティティの継続性は、複数の団体に所属することによって成就することが可能となり、この継続された社会的アイデンティティは、メンタルヘルスを良好にする働きがあることをも明確にしたのである(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。しかし、シリア難民がトルコに移住する前に複数の団体に所属していたことによって、社会的アイデンティティの継続性がもたらすデメリットも、調査の結果見出せたのである

(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。それは自国を去る時に複数の団体に所属し、築き上げたネットワークを移住先のトルコで振り返ることで、辛い過去を思い起こし、鬱病が更に悪化する事例も少なからずあるということも検証されたのである

(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。よって、社会的アイデンティティの継続性の維持と複数の団体への所属との関連性は、生活の満足度に大きく起因はしていたが、鬱病にはそれがさほど要因となっていないことが明白になった

(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。しかし、この研究者は、社会的アイデンティティの継続性を維持することは、難民のメンタルヘルスと彼らの健康全般を良好に保つ重要な要素の一つであると結論づけている

(Smeekes, Verkuyten, Celebi, Acariturk, & Onkun, 2017)。

日本で行われたメンタルヘルスと社会的活動の研究は、日本に住む難民のメンタルヘルスの状態が、東京で行われているボランティア活動に参加している難民と、そうではない難民とどのような差異が生じているのかを検証する内容であった

(Miller, Ong, Choi, Shibamura, & Jimba, 2020)。この研究は後述する社会的繋がり(social connectedness、三つの領域の内の一つ)に関連する研究ではあるが、社会的アイデンティティを高めていく上での活動が記されていたために、ここで取り上げた。この質的且つ量的調査は、東京で行われたボランティア活動の数々によって、難民たちにその目的と意義を知らせ、それがメンタルヘルスの質の度合いの決め手となることを明白にした

(Miller, Ong, Choi, Shibamura, & Jimba, 2020)。ここで記されている社会的活動とは、難民たち

の文化をテーマにした交流会や日本人との野外活動、ハイキング等であった。これらの活動に参加したことで、難民たちは日本に繋がりを感じ、その繋がりによって孤独を感じない、そのような思いが働き、更には職場での満足度をも高めメンタルヘルスを高める作用があったことが、この研究に綴られている。しかし、このような活動は日本との繋がりを覚える誘因にはなるが、深い繋がりを得るまでには至らないことも質的調査で明らかにされている。よって、Miller と他の共同研究者は、ボランティア活動の他に、難民が日本のコミュニティと深い繋がりを持ち、それを実感できるように日本のコミュニティに溶け込み、且つ日本社会に貢献できるような法的枠組みの整備の必要性も論じている

(Miller, Ong, Choi, Shibamura, & Jimba, 2020)。

また、日本で働く難民労働者の実体の質的調査によると、彼らが職場内で社会的アイデンティティを成立することは比較的困難であることが、次の例で(例は一つではあるが)伺い知ることができる(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。これはミャンマー出身の難民労働者の話である。この労働者の子供と、その同僚である日本人労働者の子供が同じ学校に通っていた。ミャンマー出身の労働者は子供を通して、日本人労働者と友好で且つ信頼のおける関係(ラポート)を築いていこうと努力するが、日本人労働者はそれに応じようとしなかった。その両者の関係造りは失敗に終わり、当然の事ではあるが、そこからは何も発展しなかった。ミャンマー出身の労働者は同僚である日本人労働者の子供と自分の子供が同じ学校に通っていることを、境遇が同じであるとそこに繋がりを求め、日本人の同僚と身分の同一化を計ろうとしたのである。これはミャンマーの労働者が、職場内に社会的アイデンティティを構築しようと試みていたと考えることができる。この事例は、外国人労働者が社会的アイデンティティを構築していくためには職場だけではなく、その職場の外側、外部にも活動や繋がりを求めていくことを示すものである。

2. 社会的統合の側面 (Social integration)

社会的統合とは、マイノリティとして社会に存在する移民や難民、この研究では特に外国人労働者をマイノリティとして取り上げ、その労働者が受け入れられる国においてハンデを負うことなくその国に溶け込んでいくことを示している。従来、移民における統合が研究される時、移民が受入国で同化し、且つ受入国の主要(Dominant)な文化に吸収されていくことに重点が置かれ論じられてきたが、現在では二つの双方向的(bi-dimensional)な要素を含んだ領域的空間に重点を置くように変化している。この双方向的(bi-dimensional)空間は、カナダの心理学者 John. W. Berry (1990, 1997) が考案した文化変容に関する過程をモデル化したもので、文化変容における双方向的空間(bi-dimensional model of acculturation)と呼称している(Phinney, Horenczyk, Liebkind, & Vedder, 2001)。彼が提唱した文化変容に関するモデルは二つの異なった要素によって構成されている。この二つの要素とは、移民が自国の文化を保持し

ながら、受入国の文化に自分を結合させて、その国の文化の理解を深めた上で溶け込むという意味がそこに含まれている。これが統合(integration)である

(Phinney, Horenczyk, Liebkind, & Vedder, 2001)。この統合によって、受入国において移民の社会的統合が促進され、その国に溶け込んでいくことが可能となっていく。

Jenny Philimore と共同研究者(2021)は、この社会的結合をより具体的に説明するために Friedrich Heckmann(2005)が考案した統合に関係する四つの空間を用いている(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。その四つの空間とは単純に4種類の統合を意味する空間であり、①構造的空間(Structural integration)、②文化的統合(cultural integration)、③相互的統合(interactive integration)、④身分的統合(identification integration)である

(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。①構造的空間(Structural integration)は家や職業(就業)における領域であり、②文化的統合(cultural integration)は文化変容全般を表す(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。③相互的統合(interactive integration)は社会的関係と繋がり(ネットワーク)を意味し、④身分的統合(identification integration)は個人の居場所と拠り所を意味するものである(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。統合について、Penninx と Garces-Mascareñas(2016)は三つの空間を考え出しているが、その空間も Jenny Philimore と共同研究者の研究論文で説明されている

(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。その三つの空間とは①法と政治的空間(legal-political)、②社会経済空間(socio-economic)、③文化的宗教的空間(cultural-religious)である(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。三つの空間を通して得られた見解は、受入国が移民や難民に対して負うべき役割を示唆し、併せて、移民や難民が受入国にどの程度溶け込み受け入れられているか、その程度を計ることであった。また移民や難民にとって、この三つの空間がどのような位置づけにあるのかに焦点を置くことを目的としていた。

Jean S. Phinney と共同研究者(2001)の論文は、既存の民族的アイデンティティ(ethnic identity)と国家における文化の変容の過程の関連性についての見解と、既存の研究を評価することを主題としている(Phinney, Horenczyk, Liebkind, & Vedder, 2001)。更にその研究を移民の子供たちに拡大して、その子供たちの民族的アイデンティティ(ethnic identity)が移住した四つの国(①アメリカ、②イスラエル、③フィンランド、④オランダ)でどのように変容していくのかを調査した(Phinney, Horenczyk, Liebkind, & Vedder, 2001)。彼らは、子供たちのメンタルヘルスの質や、子供たちが現地の学校に慣れていく過程で、民族的アイデンティティ(ethnic identity)がどのように影響を受けていくのか、①アイデンティティ、②移民、③適合の三つの観点から吟味した。更に、彼らは、移民の子供たちがその受入国の文化に溶け込

み文化変容を遂げていく時に、次の四つの方略を経て文化変容を成就することをも示唆した(Phinney, Horenczyk, Liebkina, & Vedder, 2001)。この方略は文化的変容方略(Four acculturation strategies)と称し、①統合(integration)、②同化(assimilation)、③分離(separation)、④周辺化(marginalization)の四つの方略から構成されている。この研究では、この四つの方略を以下に示す四つのアイデンティティと結合させ、これらの異なったアイデンティティを通して、移民の子供たちの社会的統合とメンタルヘルスの関連性を吟味している。四つのアイデンティティは、次のように定義されている(Phinney, Horenczyk, Liebkina, & Vedder, 2001)。

- 1) 統合アイデンティティ(Integrated identity)：自国の民族的アイデンティティを強く持ちながら、移民先と母国の民族的、文化的アイデンティティを結びつける。即ち、移民先と母国の関係と両方の文化を重視する人。
- 2) 同化アイデンティティ(Assimilated identity)：自国の民族的アイデンティティを捨てて、移民先との関係だけを重視し、移民先の国に自我を結びつける人。
- 3) 分離アイデンティティ(Separated identity)：自国の民族的アイデンティティだけを重視し、移民先とは関わりを持たない人。
- 4) 周辺化アイデンティティ(Marginalized identity)：自分(自我)をどちらの文化的領域にも所属させない人。

Phinney と共同研究者(2001)は、これらの四つのアイデンティティを土台にして、上述した四つの国(①アメリカ、②イスラエル、③フィンランド、④オランダ)に移民した子供たちについて心理的順応性の度合いを調査した。そこで明白に示されたことは、統合アイデンティティ(integrated identity)を持って生活している子供たちの心理的健康(メンタルヘルス)と、その国における順応性は、その他の三つのアイデンティティを持つ子供達よりも高い結果が得られた(Phinney, Horenczyk, Liebkina, & Vedder, 2001)。一方周辺化アイデンティティ(marginalized identity)を持った子供たちの心理的健康と順応性は、他の三つのアイデンティティを持った子供たちに比べて極めて低いことが実証された(Phinney, Horenczyk, Liebkina, & Vedder, 2001)。つまり、母国と移民先の文化とその関係を重視している移民の子供たちは、移民先の国に溶け込み、その国に統合することができるのである。それが子供たちのメンタルヘルスを良好に保つことができると、彼らの研究は明らかにしている(Phinney, Horenczyk, Liebkina, & Vedder, 2001)。

この四つの文化的変容方略の内、統合(integration：両国の文化と関係を重視すること)が、日本で働く外国人労働者のメンタルヘルスにどう作用するのか、2018年に量的研究が行われている(前田, 2018)。この研究は前田憲次(2018)によって行われた量的調査で、上述した四つの文化的変容方略を用いて、フィリピン人技能実習生のメンタルヘルスに及ぼす影響を調べたものである(前田, 2018)。そこで明らかになったことは、非常に興味深いことであっ

た。それは従来海外で実施された調査結果とは異なり、統合(integration：両国の文化を重視する方略)がメンタルヘルスを良好にするのではなく、同化((assimilation：移民先、日本の文化を重視する方策)こそがフィリピン人技能実習生のメンタルヘルスを良好に保つことが明らかになった(前田, 2018)。一方、分離(separation：母国、フィリピンの文化のみを重視する方略)は、実習生のメンタルヘルスを悪化させるような働きがあることも分かっている(前田, 2018)。この調査結果は、日本における外国人労働者のメンタルヘルスを日本で良好に保つには、統合(integration：両国の文化を重視する方略)ではなく、同化(assimilation：移民先、日本の文化を重視する方策)であったと明らかにしている(前田, 2018)。そして外国人労働者に対して日本に慣れるようなサポートの必要性を論じている(前田, 2018)。しかし、この研究は、フィリピン人だけを対象にしているため、他のアジアの国々からの外国人(中国人、台湾人、韓国人等)に対して、どの方略が日本の社会に統合していくのに最適であるかは疑問が残るのである。

社会的サポート並びに共同体意識(sense of community)、そして生活の満足度と移民の健康全般(心身共)との関連性の量的調査がスペインで行われているが、その検証結果は前田憲次(2018)の見解に類似している。(Mendieta, Franco, Jacinto, Castro, Mendez, & Cid, 2019)。この量的調査で明確になったことは、受入国スペインの知人から受けたサポートが、同じ境遇にある移民の仲間同士で支え合うサポートよりも満足度が高かったということである(Mendieta, Franco, Jacinto, Castro, Mendez, & Cid, 2019)。この調査結果より判明することは、共同体意識(sense of community)として移民の人々が感じる要因は、受入国の手厚いサポートであり、またネットワークであった。このようなサポートやネットワークが、受入国に溶け込みやすい環境を作ることに繋がることだと示唆している

(Mendieta, Franco, Jacinto, Castro, Mendez, & Cid, 2019)。これらの研究結果は、当論文の初めに挙げた李艶と山本理沙の共同研究論文で強調されていた、日本人と外国人との交流の重要性へと結びついていく(李, 山本, 2020)。しかし、前田憲次(2018)が指摘しているように、外国人労働者が日本文化に変容するような、彼らのメンタルヘル스에良好に作用する両国の文化を重視できる機会や環境は、日本においては非常に少ないのではないかと推測している。

上述した様々な調査結果により外国人労働者が日本の社会に統合する方法は、個人によって異なることが判明した。このことにより、外国人労働者が日本の社会に統合する方法の差異は国別に見ていく必要があると判断されるが、日本における外国人労働者のメンタルヘルスの研究においては未だに検証されてはいない。

3. 社会的繋がり (Social connectedness) の側面

メンタルヘルスの質と社会的繋がりには強い関係性があると、外国の数多くの研究論文は記す

(Saeri, Cruwys, Barlow, Stronge, & Sibley, 2018; Khim, 2016; Leavell, Leiferman, Gascon, Braddock, Gonzalez, & Litt, 2019)。発達心理学 (Developmental psychology) では、社会的繋がりは、子供が成長する過程において最も重要であり、その繋がりの度合いは、子供の成長の基準とされている。Abraham Maslow (1943) は、社会的繋がりとその繋がりから生じる関係性は、人が一人の人間として機能していく上で最小限必要なものであると捉えている (Khim, 2016)。人との関係や社会的繋がりを通して発展する他人との関係は、様々な社会的な機能や個人の成長と健康、感情の健康を支える要素 (サポート) と見なされている。Lim Hui Khim はこの要素 (サポート) を次の四つに分類し、説明している (Khim, 2016, p. 32)。

- 1) Emotional support (感情的支援) : 共感や愛、信頼、思いやりを基にしたサポート
- 2) Instrumental support (道具的支援) : 支援が必要な者が直接、且つ全面的に実感できる手助けと公共事業
- 3) Informational support (情動的支援) : 抱えている問題や悩みを解決できる解決策や情報またはアドバイス
- 4) Appraisal support (評価的支援) : 自己評価を実行する目的に必要な情報。例えば、建設的なフィードバック

この他にも社会的繋がりと幸福度、メンタルヘルス及び健康全般との関係性は一致しており、この関係性を発達心理学の観点から考察すると、社会的繋がりと幸福度はその繋がりを通して得られる目標と意欲 (モチベーション) に依るものである。この目標と意欲 (モチベーション) は三つの要素、①適性 (competence)、②自主性 (autonomy)、③共感性 (relatedness) に由来する (Khim, 2016)。これら三つの要素を得ることによって、人は幸福度を高めることができると言われている。上記三つの要素の内の一つ、①適性 (competency) とは、自分に与えられた (任された) 仕事や作業 (社会的作業) に対して感じる信頼度や自主性、そして人との接点を感じる時、更には人との交わりを熱望するような共感性を覚える時に、人は幸福度が高まり、満足度も高まる。人との接点を感じさせるような感情は、拠り所を築き上げることによってポジティブな感情を生み出す。このポジティブな感情によって更に多くの資源に出会う機会が増え、この資源が人の仕事と人生の質を高めることに繋がっていく。Lim Hui Khim はこの資源として四つを挙げているが、その内容は以下の通りである (Khim, 2016, p. 32)。

- 1) intellectual resources (知的資源) : 創造性や独創力、柔軟な思考を高める資源。
- 2) social resources (社会的資源) : 他人との繋がりを促進する力を高める資源。
- 3) physical resources (身体的資源) : 健康、主に身体的な健康の質をあげる資源。
- 4) psychological resources (精神的資源) : 精神面の回復力と楽観的 (ポジティブ) に物事を捉える力を養う資源。

そしてこの四つの資源と上述した社会的繋がりから得られる三つの要素、①適性、②自主性、③共感性が、その個人の幸福度や健康、メンタルヘルスの質の度合いと寿命に大きく左

右すると指摘する(Khim, 2016)。一方、Jenny Philimore と他の研究者による共同論文(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)の社会的繋がりに関する見解では、Lim Hui Khim(2016)が提唱する三つの要素の一つ、③共感性(relatedness)と上記の四つの資源がどのような過程を経て得られるのかが、具体的に記述されている。Jenny Philimoreによると、社会の繋がりとは社会の統合を実現するために必要な要素であり、次に示す三つの社会的ネットワークがその統合の実現化を促すとしている。①社会の絆(social bond)、②社会の橋(social bridge)、③社会の繋がりを繋ぐ網(social link)、これが三つの社会的ネットワークであり、①社会の絆(social bond)と②社会の橋(social bridge)とは同じ境遇の人たちの出会いの中で芽生える共感性によって得られるアイデンティティを指す。この共感性は、Lim Hui Khim(2016)が提唱する共感性(relatedness)と同じである。また、②社会の橋(social bridge)とは、異なった背景を持つ人同士の交わりを表す。③社会の繋がりを繋ぐ網(social link)とは、人を組織に繋ぐ働きを持つ。

この他にも、Leavell と共同研究者はその共同研究記事で、メンタルヘルスと社会的繋がりをもつことを強める要因として知られている社会的処方(social prescribing)と、社会で執り行われているあらゆる活動との関係性を議論し評価している

(Leavell, Leiferman, Gascon, Braddick, Gonzalez, & Litt, 2019)。その研究で彼らは、社会的処方(social prescribing)がもたらす効能及び社会的繋がりとはメンタルヘルスの質との関係性を、図表を用いて説明している

(Leavell, Leiferman, Gascon, Braddick, Gonzalez, & Litt, 2019, p. 299)。ここで取り上げられている社会的処方とは、社会的繋りを促進する「繋がり処方」(Leavell, et al, p. 299)として認識されていて、主に看護師や医者、社会ワーカー(ボランティア)、更にNPO、NGO 団体の職員も含むが、彼らは非医学的な処方である社会的活動、例えば屋外の活動(コミュニティで開催される芸術活動や散歩、ガーデニング、サイクリング等)を開催し、その活動を通して必要な人に社会的繋りを促進し、メンタルヘルスの良好と改善を図っていくことを目的としている。

Leavell と共同研究者(2019)は、このような活動を必要とする人は、移民や難民であると結論づけている。ここで、共同研究で用いられている図表を説明するが、この図表には既述したLim Hui Khim(2016)が提唱した社会的繋がりによって幸福度を左右する三つの要素(①適性、②自主性、③共感性)と、Philimore と共同研究者(2021)が取りあげた社会的ネットワーク(①社会の絆、②社会の橋、③社会の網)をより簡潔に三つの部類に分割した、①個人内(intrapersonal)、②対人関係(interpersonal)、③環境(Environment)が示されている。Lim Hui Khim(2016)が提唱する要素の内、①適性や②自主性は図表の中では①個人内(intrapersonal)に位置づけられ、更に①個人内(intrapersonal)に位置づけられた要素として、楽しみや目的、恐れ等もあった。Philimore と共同研究者(2021)が強調した三つの要素の

内、①社会の絆(social bond)と②社会の橋(social bridge)、また Lim Hui Khim が提唱した要素、共感性(relatedness)が図表の中では ②対人関係 (interpersonal)に位置づけられている(Leavell., et al, 2019, p. 299)。Philimore と共同研究者(2021)が強調する③社会の繋がりを繋ぐ網(social link)は図表の中では、③環境(Environment)に位置づけられている(Leavell., et al, 2019, p. 299)。この図表には、これら①個人内(intrapersonal)、②対人関係 (interpersonal)、③環境(Environment)の三つの領域が社会的繋がりに大きく起因しており、その社会的繋がりがメンタルヘルスの質とも一致しており、更にメンタルヘルスの質も左右するということが示されている(Leavell., et al, 2019, p. 299)。

これまでは社会的繋がりの重要性及び、メンタルヘルスと社会的繋がりの関係性を見てきたが、日本に在住する外国人労働者にとって、社会的統合や社会的アイデンティティを高めることができない要因は、社会的繋がりの不足にある。また日本には、外国人労働者に対する社会的繋がりと、メンタルヘルスを良好に保つ社会的処方が少ない。2010 年から日本に移り住んだミャンマー難民と、2016 年からイギリスに住むシリア難民がそれぞれの受入国に溶け込み、社会的統合を実現していくその過程を比較検証した質的調査の研究記事によると、日本には職場以外に、難民に社会的繋がりを促す社会的処方に匹敵する活動が比較的少ないことが明らかにされている(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。更に、Philimore と彼女の共同研究者(2021)は、ミャンマーの難民労働者がその職場に満足し、職場に依存し、職場内でのサポートにしか頼らないことを指摘し、職場の外に社会的繋がりを実現しない現状を懸念している。また、外国人労働者が多く働く多国籍企業では、ミャンマーの難民労働者にとっては比較的馴染みやすく、社会的繋がりを構築することが外国人労働者の少ない企業に比べて容易であることも指摘している

(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。ミャンマーの難民労働者が職場で日本人労働者と社会的繋がりを構築しようと努力しても、日本人がそれに応えなければ、ミャンマーの労働者は孤独感を味合うということも、質的調査で明らかにされている(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。例えば、昼食を難民労働者が日本人とは別の部屋で取るように指示されたり、会社の集まりや催しの会に招待されないことも社会的繋がりを阻止することになる

(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。この他にも日本人とのコミュニケーションが対等に取りえないこともトラウマとなり、自ら孤独を選んでしまうというようなケースも示されている(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。

Philimore と共同研究者(2021)はこれらの唯一の解決策として、難民労働者が社会的に安定できるように、職場以外でも社会的繋がりが実現できる場所、或いは職場を超えた場所で活躍できるネットワークや支援の必要性を提案している

(Philimore, Morrice, Kabe, Hashimoto, Hassan, & Reyes, 2021)。これらは Leavell と共同研究者 (2019) が提唱した、社会的処方的重要性及び必要性和方向が一致するのである。

この三つの側面、①社会的アイデンティティ、②社会的統合、③社会的繋がりとメンタルヘルスの関係性についての先行研究、更に日本の外国人労働者を対象にした先行研究を吟味した上で、研究の目的を以下に纏める。

- 1) NPO、NGO の諸活動や職場における支援の在り方の実態を見極め、この活動と支援が外国人労働者のメンタルヘルスにどう影響を与えているのかを、三つの側面、①社会的アイデンティティ、②社会的統合、③社会的繋がりを通して見ていく。また、これを職場サイド（日本人）の声と雇われているサイド(外国人労働者の国別に)の声を、NPO、NGO 団体の声と共に聞いていく。
- 2) NPO、NGO の諸活動や職場における支援が外国人労働者に与える影響を見極めるために、支援を受けた外国人労働者のメンタルヘルスの変化や、日本における生活の変化を、支援している NPO と NGO 団体の声を通して評価し、併せて支援を受けた外国人労働者サイドにもそれらの変化を確かめていく。ここでいう変化とは、活動や支援に参加する前と後のメンタルヘルスの状況の変化であり、日本の生活に対する思いの変化である。
- 3) 外国人労働者はメンタルヘルスを維持するためにどのような工夫をしてきたか、また、日本の生活に慣れるために実行してきた工夫や努力について、三つの側面、①社会的アイデンティティ、②社会的統合、③社会的繋がり、から国別に再検証していく。

方法論

本方法論は三段階に分割し構成するものとする。第一段階は、調査の対象と場所を明記し、第二段階は主に調査方法について表記する。そして第三段階は、実地調査で収集したデータを分析する手法について詳述する。

第一段階 調査の対象と場所

本研究は、NPO、NGO 団体の諸活動や職場における支援の在り方が、外国人労働者のメンタルヘルスに及ぼす影響の度合いについて検証するもので、対象者は以下の二者である。①外国人労働者、②NPO、NGO 団体。只注意すべき点は、先行研究で既述したように、外国人労働者にも様々な部類の労働者がいるということである。一見同じように見える労働者であっても、政治的難民となり日本で働く労働者もいれば、高度外国人労働者や技能実習生もいる。また彼らの職種や雇用体系も多種多様である。調査を進めていく段階で、データのばらつきを未然に防ぐため、外国人労働者を一つの塊として調査をするのではなく、対象者を幾つかのカテゴリーに分類し、NPO、NGO 団体の諸活動とその効能を、それぞれ分類したカテゴリー別に見ていく必要がある。その分類は以下の通りである。①難民外国人労働者、②高度外国人労働者、③技能実習生(これらの他にも必要に応じて、雇用形態や職種を更に幾つかの部類に分けることもあり得る)。また調査の対象になる NPO、NGO 団体は以下の六団体で、その団体の概要は以下の通りである。

1) NPO 法人トゥマンハティふくおか

NPO 法人トゥマンハティふくおかは、2003 年に設立され、2014 年に法人化された団体である。本団体の趣旨は、福岡市とインドネシアの交流、及び福岡市民とインドネシア人との交流の機会を提供することを目的とする。その活動は次の通りである。①インドネシアカルチャーディ、②料理交流会、③伝統竹楽器を用いた演奏活動、④博多どんたく港祭でのパレード等。本団体は、これらの活動を通してインドネシア人が日本人と交流できるような場所や機会を提供している。活動の参加者はインドネシア人留学生だけではなく、EPA 看護師や介護福祉士候補者、技能実習生等である。この他にもインドネシア人同士のコミュニケーションの場として、母国のインドネシアの料理を楽しみながら交われる場所としても機能している。

2) 美野島司牧センター

美野島司牧センターは、カトリック福岡司教区に管轄される支援団体である。支援対象者は外国籍の人、DARC(麻薬やアルコール)依存症の人、ホームレス等日本の社会の中で弱い立場に置かれている人たちであり、これらの人々と繋がり、共に歩み、支援することを目的と

している。美野島司牧センターは、外国人労働者を支援するために、1988年に「移住労働者と共に生きるネットワーク九州」を設立している。この組織を通して行われている外国人労働者への支援は、主に大村入国管理センターに収容されている外国人との面会、日本における労働や留学に関する相談や日本での生活支援等である。

また、カトリック大名大町教会でも外国人に対する無料相談が毎月第四日曜日、午後5時から6時の間に予約なしで行われている(移住労働者と共に生きるネットワーク・九州、「外国人の無料生活相談」)。ここでも外国人労働者は気軽に相談することができ、彼らの悩み、相談にアドバイスを提供する環境が整っている。この活動は、「美野島司牧センター」の活動の一つでもある。ここでは外国籍の人々が職場で受ける様々なハラスメントや差別、また日本国籍の取得等、外国籍滞在者が遭遇する様々な問題を相談することができる。

3) アジア女性センター

その他にも福岡には外国人女性のみを対象とする相談ネットワークが存在している。このネットワークは1997年11月に活動を開始したアジア女性センターで、電話やラインアプリを通して外国人女性が日本で生活する上で受ける不安や悩みを相談できるネットワークである。相談は多言語(英語、中国語、韓国語、タイ語、ポルトガル語、スペイン語、ロシア語、タガログ語)で行われている(アジア女性センターAsian Women's Center, 「AWCは24周年多言語SNS相談@AWCスタート」)。この他にも言語相談も行われている。

4) 福岡よかトピア国際交流財団

福岡よかトピア国際交流財団も外国人のために無料で心理カウンセリングを実施している。本財団は、日本人の臨床心理士が日本に滞在する外国人に英語、もしくは日本語でカウンセリングを施し、彼らの悩みを解消することを目的としている。

この他にも、外国人機能実習生権利ネットワークも存在する。これらのNPO、NGO団体を通して、先行研究で既述した、①、②、③を見ていくことにする。(本論文の15頁参照)。

5) 外国人技能実習生権利ネットワーク

「外国人技能実習生権利ネットワーク」は、「全国一般労働組合ユニオン北九州」と称する支援団体の下で活動している団体である。この支援団体、「全国一般労働組合ユニオン北九州」は1995年に創設され、主に福岡県の北九州地区に拠点を置き活動している。外国人技能実習生権利ネットワークの目的は、企業雇用形態や国籍、ジェンダーを問わず、不合理な労働形態を問い、そこから発する悩みを地域一丸となって考え、より働きやすい労働環境を築いていくことを目的としている。外国人技能実習生権利ネットワークは技能実習生から日常的に受ける相談を基にして、技能実習生を雇用している企業の労働環境を改善することを

目的に、日本全国(全域)で活動している。その団体の目的は以下の6項目で、それらは外国人技能実習生権利ネットワークのホームページで次の通り記されていた。

- 「1)外国人技能実習生の人権と労働権の確立
- 2)外国人技能実習制度に関わる政策の提言
- 3)外国人技能実習生に対する救援並びに情報提供
- 4)外国人技能実習制度の問題点の告発
- 5)外国人技能実習制度に関わる研究者の育成と連携
- 6)その他外国人技能実習制度並びに移住労働者全般の問題を通じて、より良い多民族文化共生社会の確立に寄与する」¹

6) Thanh Nien Viet Nam (ティン・ニエン・ベトナム)サークル

この団体は2019年8月に、福岡の大学で法学を専攻している一人の留学生、レ・ディン・チョンさんにより設立された。この団体の活動は、日本人とベトナム人との交流を目的とするもので、料理会を開き、またベトナムの正月(日本で言うところの旧正月)に天神中央公園でイベントを開催している。このようにして日本人にベトナム人との交流の機会や場所を提供し、日本人がベトナム文化を理解できるようにと活動をしている団体である。この活動はSNSを通して行われている。この活動の他にもベトナム本国でチャリティを行い、障害者や農村地域の子供たちの支援も行っている。この団体が発行している情報誌「Asumin Note(あすみんノート)」No. 19(2020年春に発行)によると、この団体の運営メンバーは8人で、この団体によって開催されたイベントには約60人が参加しているようである²。この情報誌にこの団体の活動の目的が記載されているが、主要なものとして、①後輩を助けること(日本に滞在し、日本での生活に困っているベトナム人を助けること)、②日本人との交流、③ベトナムの困窮している人たちを助けることである。

第二段階 実地調査におけるデータ収集とその手法

本実地調査は量的調査と質的調査を併用して進めていくものとし、主に以下に示す二調査、方法により進めていく。

- 1) 参与観察(偽装無し)、undisguised participant observation
- 2) 構造化インタビュー、structured interview

以下にこの二調査方法について概説する。

①参与観察(偽装無し)とは、調査を行う者が被調査側に立ち、彼らの置かれている状況から出て来る行動や発言がどのような過程を経て出て来るのか、何故そのような発言が出て来るのか、また行動が成されるのかを観察しながら情報を収集していく手法である。本手法は人文学の分野で用いられている手法で、例を挙げれば社会学や文化人類学、人類学の分野で

幅広く用いられている手法であり、次の3種類に分類することができる。①偽装なし参与観察、②やや偽装型参与観察、③偽装型参与観察である。

①偽装なし参与観察は、調査者が全ての調査対象者に事前に自分が調査をする本人であることを伝え、更に調査内容をも事前に伝えて参与観察を実施していく方法である。本手法のメリットは、調査対象者が調査を実施する者を事前に認識することができ、そのため両者の間に信頼関係(ラポート)を構築することが容易となり、倫理的問題を生み出しづらくなる。②やや偽装型参与観察は、調査者が一部の調査対象者に自分が調査者であることを知らせて調査を行う方法である。③偽装型参与観察は、調査者が自分の存在を示さずに調査を行う方法である。②やや偽装型参与観察、③偽装型参与観察のデメリットは調査者と被調査者との間に信頼関係を構築することは極めて困難で、そのために情報収集の過程において倫理的問題へと発展し兼ねないことである。そのためこの二つの方法で得た情報を扱う場合は、原則としてその調査場所の関係者に許可を得ることが必要となる。このような観点から、この二つの方法は推奨される方法ではない。

故に本調査では、①**偽装なし参与観察**の方法で、調査を実施していくものとする。本方法は、NPO、NGO 団体の活動が、外国人労働者に及ぼす影響と効果について調査する時に用いるものとする。ここで事前準備として、研究目的とその内容、本法の概要、調査を実行する上での合意書(informed consent)等を、関係 NPO、NGO 団体の関係者、もしくは理事長に説明し、了解を得る必要がある。本方法による調査は、「**NPO 法人トゥマンハティふくおかと美野島司牧センター**」等にて実施するものとする。まず初めに、「NPO 法人、トゥマンハティふくおかと美野島司牧センター、アジア女性センター、福岡よかトピア国際交流財団」に自ら赴き、外国人労働者が参加している活動に筆者も一定期間参加することをお願いし、彼らとの交流を図りながら信頼関係(ラポート)を築き上げる。それからインタビューを開始する。その他にも外国人労働者に対して無料相談を実施している NPO、NGO 団体の担当者にインタビューを行い、外国人労働者から寄せられている労働上の悩みについて情報を収集する。

第三段階 データ分析における手法

本調査には質的調査が含まれている。この質的調査は、NPO、NGO 団体が実施する支援活動と雇用主である企業が施す支援が外国人労働者のメンタルヘルスや、日本での彼らの生活に及ぼす影響について三つの側面(①社会的アイデンティティ、②社会的繋がり、③社会的統合)から見ていくものである。更に外国人労働者の声を聴きながらその影響を分析していく。また、NPO、NGO 団体の職員からの声、つまり支援する側からの声を聞きながら、支援活動の思いの変化や、支援の在り方の変遷についてフォーカスを当てながら、支援活動の現在の位置づけや今後の課題についても検討する。被支援者である外国人労働者の声を聞きながら、彼らのメンタルヘルスの変化や、日本での生活の質の変化を分析していくことも質的調査の

一つである。ここでは外国人労働者の声だけではなく、支援者である日本人の声、更には団体の中で経験する筆者の声をも聞いていくが、その内容は以下の通りである。

- 1) 支援を受けた外国人労働者の体験談
- 2) 日本人(NPO、NGO 団体)が外国人労働者に支援活動を実施した時に感じた困難、葛藤等における体験談
- 3) 日本人が外国人労働者を支援することによって生じる、日本人から見た彼らのメンタルヘルスや生活の質の変化についての体験談。
- 4) 参与観察法(偽装なし)により得た筆者の体験談。即ち、筆者自身が NPO、NGO 団体の一員(一定期間)となり、外国人労働者と NPO、NGO 団体のそれぞれの立場に立ち外国人労働者を理解する。筆者もその活動に参加しながら外国人労働者と NPO、NGO の担当者が置かれている立場とを理解する。これらの理解を通して得た体験談。

これらの体験談は四通りの物語として聞くことができる。つまりこの質的調査で得た四通りの体験談はナラティブ(物語)・分析法(Narrative analysis)を用いて分析することが可能となる。そこで初めにこのナラティブ・分析法(Narrative analysis)を概述する。

ナラティブ・分析法(Narrative analysis)は、人々が語る体験談に耳を傾け、その体験談を深く掘り下げて理解を深めていく方法である。更に経験から得られる体験談やその人を通して語られる自伝的物語、所属する社会が形成する文化の中で育まれる出来事の中に、調査者が立ち入り、これらの物語の中に潜んでいる意味を掘り起こし、理解することを目的とする方法である。また、このナラティブ(物語)・分析法(Narrative analysis)は、被調査対象者の心理状態や心理的發展、並びに被調査対象者の自我や対人関係、且つ被調査対象者と世界の関係についても吟味し、理解を深めていくためにも用いられる手法である。換言するならば、被調査対象者の体験談を通して、彼らの成長と変化を物語が進行するように時系列的に見ていく方法でもある。イギリスの保険心理学者、Deborah Biggerstaff(2012)は、彼女の研究論文の中でナラティブ・分析法に出て来る物語(ナラティブ)について、Cigdem Esin の見解を次のように記す。「物語には順序(Sequence)が必要である。物語は常に「その次に何が起こったのか」という問いに回答しているのである」(Biggerstaff., 2012, p. 191)。このように人々の物語や体験(経験)を順序良く、時系列的に分析し、その変化を見ていくことの重要性、即ち彼女はナラティブ・分析法の重要なポイントを説明しているのである。故に本調査においては上述した四つの体験談をナラティブ・分析法を用いて、それぞれの変化に注視しながら分析を進める。この変化とは、①NPO、NGO 団体に起因する変化：団体が活動を始める前と後における団体の担当者が抱く外国人労働者への思いや接し方の変化であり、外国人労働者が、団体の支援活動に参加する前と後の彼らのメンタルヘルスや生活の質の変化であり、且つその変化が彼らの社会的アイデンティティや社会的繋がり、社会的統合に与える変化と影響である。このように①から②の変化に注視しながら、筆者が参与観察を通して得た

体験談を、外国人労働者が支援活動によって得た体験談、更には NPO、NGO 団体の担当者が外国人労働者を支援することで得られた体験談に照らし合わせながら、そこに生じる変化を分析していく。しかしナラティブ・分析法は体験談を通して被調査対象者の変遷については分析することができるが、その変化から生じる事象を分析するには別の手法が必要となって来る。つまり人々の体験談から見えて来る事象の数々を多角的に分析することは、ナラティブ・分析法だけでは極めて難しい。また、外国人労働者が、NPO、NGO 団体の支援や職場を通して得ることのできる支援の有効性と妥当性については、外国人労働者一人ひとりの背景に大きく左右されるため、別の方法が必要となって来る。更にナラティブ・分析法では、被調査対象者の体験談を深く分析し、体験談の中から出て来る発言と感情に醸し出されて来る現象を見極めることができないため、ナラティブ・分析法を補足する別の方法が必要となって来るのである。それが、解釈的現象学分析法(Interpretative phenomenological analysis(IPA))である。

解釈的現象学分析法(IPA)は、被調査対象者の体験談の中に深く秘められているものを掘り起こし、被調査対象者を取り囲む環境に対して、彼らの思考が意味づけようとしているものを分析する方法である。この方法は心理学の分野で用いられる手法であり、その語源から現象学(phenomenology)に由来している。心理学の一分野として知られている現象学では、体験者を調査の中心に置き、その体験談に秘められているものを追求し、表面に浮き上がらせることを目的としている。勿論、体験談に秘められている思いや経験の度合いは一人ひとり異なっているのは当然であるが、IPA はその違いに焦点を当て、隠されているものを追求していくことを目的としているのである。解釈的現象学分析法(IPA)は、体験(経験)の多様性を強調しており、先入観や既存の見解に囚われることを防止する手法としても知られている。また、この分析法は日常の生活から生み出される事象や社会的問題や出来事についての見解や問題を表にまとめ、そこから見えて来る新たな現象を具体化していく機能をも持ち合わせている。更に本分析法の特徴は、被調査対象者の体験談をその立場に立って理解することでもある。相手の立場に立って理解を深めることについて、Jonathan A. Smith と Mike Osborn は、以下に三つの問いを發して具体的に説明している(Smith, & Osborn, 2015, p. 26)。

- 「1) 体験談で被調査対象者の調査は何を語ろうとしているのだろうか
- 2) 体験談のどこかで見落としているものがないだろうか
- 3) 体験談を語る被調査対象者が気付いていない問題や現象がこの体験談から醸し出されていないだろうか。」(Smith, & Osborn, 2015, p. 26)

このように、解釈的現象学分析法は、被調査対象者の感情(心)と内心(cognitive inner world)に深く侵入し、分析を進めていくことが可能な分析法である。つまり解釈的現象学分析法は被調査対象者、一人ひとりの多種多様な経験に基づいて記された体験談から醸し出される現象を見ていく分析法であり、本研究に妥当な分析法である。ナラティブ・分析法では

支援者(NPO、NGO 団体、職場)と被支援者である外国人労働者の両者の変化に注視して分析することを目的とするが、解釈的現象学分析法はそこから更に踏み込んで、ナラティブ・分析法で確認することのできた変化(変遷)から、更に一人ひとりの体験談を通して醸し出される現象をより詳細に見極めることを目的とする。この現象を三つの側面、①社会的アイデンティティ、②社会的繋がり、③社会的統合に結合させて、外国人労働者への支援が彼らのメンタルヘルスに適切であるのか、その支援の適正に注視する。この支援の適正を確かめるには既述した三つのグループ、①支援者、②被支援者、③筆者自身、それぞれの体験談に記されている文脈から現象を注意深く掘り起こしながら、この現象が三つの側面、①社会的アイデンティティ、②社会的繋がり、③社会的統合、を強化し被支援者である外国人労働者をどう支えているのかを確認する。解釈的現象学分析法は、被調査者の多様性に重きを置き、被調査者の立場に立ち調査を進めることを強調する。そのため NPO、NGO 団体の適正を調査していく時に、被調査者である外国人労働者や日本人の立場に立って調査、分析していくことを必要とする。このように相手の立場に立ち、多様化した体験談の中から現象を分析していくには、筆者(調査者本人)の体験談を Jonathan A. Smith(2015)の三つの質問(本論文の 21 頁)に照らし合わせ、①被支援者と②支援者の体験談を往来しながら比較対照的に分析することが求められる。また支援者、被支援者、両者の体験談と彼らの置かれている立場、更にその内面性に深く入り込んでいくことにより、新たな現象を発見することができる。その両者が醸し出す現象の差異を明確にすることで、支援活動の在り方と欠点、更には課題が見えて来るであろう。更に外国人労働者と言っても、そこには様々な労働者がいる、難民外国人労働者もいれば、高度外国人労働者や技能実習生もいる。また国籍も異なる。雇用形態も異なっている。例え同じ職場、同じ環境、同じ国籍の労働者であっても、受ける支援に対する思いや感情は異なる。支援する方も同じであろう。一方、同じ NPO や NGO 団体の職員であっても活動に対する一人ひとりの思いや意識、経験の度合いは異なる。故に一人ひとりの体験談を事細かく見ていきながら、解釈的現象学分析法が強調する体験の多様性を意識しつつ、①被支援者、②支援者、③筆者、それぞれ三者の体験談を互いに比較して、体験談の中に埋もれている現象をあぶり出していく。この現象を①社会的アイデンティティ、②社会的繋がり、③社会的統合の側面から照らし合わせて分析し、支援の展望と課題を明確にしていく。更に、外国人労働者がメンタルヘルスを維持するために工夫してきたことについても、同じような過程で分析し、そこから出て来る現象を確認し、①社会的アイデンティティ、②社会的繋がり、③社会的統合との関連性を確認していく。

第1章 日本における外国人労働者の受け入れについての歴史的背景と基本的事項

1節 外国人労働者受け入れ前の日本の経済的状況

日本における外国人労働者受け入れの歴史を見ていくと、彼らが日本に最初に受け入れられたのは1970年代であった。しかし、多くの外国人労働者が日本に押し寄せてきたのは、それから10年後の1980年代後半、日本がバブル景気で沸いていた時だった。彼らはまず観光ビザで来日し、そのまま居座り3K(きつい、汚い、危険)と言われた職種(主に建設作業員や溶接工)に就いた。この時から既に40年が経過しようとしているが、2019年までは日本の法律に基づいて来日した外国人労働者は、ホワイトカラーと呼ばれる職種が主で、技能専門職や外資系企業、料理人、医療関係、更に宗教知識専門職が主な職種であった。このような職種に就いていた外国人労働者は「技術、人文知識、国際業務」と呼ばれる資格の下で就労していた。日本における外国人労働者の数は、バブル経済を機に増加していったが、企業が外国人労働者を雇用せざるを得なくなった背景はいかなるものだったのだろうか。この点については、外国人労働者受け入れの歴史的背景に触れる前に、日本の戦後からバブル経済までの雇用形態、並びにかつての労働事情や経済状況についての変遷を辿っていく必要がある。

1-1. 戦後、行政が掲げた政策と対応

日本が外国人労働者を受け入れざるを得なくなった時期は、1980年代後半であるが、特に高度経済成長期までは、日本には必要な労働力を国内で調達できる余裕があった。この必要な労働力を国内のみで調達し続けることができた要因は、次の三つであると考えることができる。

- 1) 戦後、経済の自立化を促進する政策の実施
- 2) 産業構造の高度化
- 3) 一人当たりの所得向上の促進

これら三つの要因と、①国民、②政府、③企業、の三者が掲げていた目標が一致していたことも、日本の経済の活性化と必要な労働力を国内のみで調達可能とした要因である。これら三者が掲げていた目標を促進し、維持する原動力となったのが、所謂日本の経済学者で、且つ社会政策学者でもある依光正哲(2003)が言う「所得の分配システム」であった。彼が言う「所得の分配システム」とは、経済活動に参加した人々が、そこで得られた成果を平等に分配することを目的とするものである。日本政府は政策として本システムを導入し、政府、企業、雇用者それぞれに、彼が言う「所得の分配システム」³が行き渡るようになり、これを基本とする社会構造が確立していったのである。この政策により企業は成長し、雇用は拡大し、また労働者はその努力に応じた報酬を得て、それを消費するといった社会的構図が構成されたのである。この構図には上記三つの要素が含まれているが、この三つの要素こそが戦後の高度経済成長期を促進した要因であり、当時の労働市場の背景であった。この三つの要

素は後述する外国人労働者の受け入れに関する歴史的背景と行政の変遷、つまり何故、日本に外国人労働者が必要になっていったのかについて関連するものであり、重要な事項である。

次に高度経済成長期にはこの三つの要素が実現されて行くが、そのために政府が行った政策と雇用拡大のために企業が執った行動を見ていく。

1-2. 政府、行政の対応

政府、行政が戦後、特に高度成長期に行った政策は主に次の四項目であった。

- 1) 大量の労働力の需要に応えられるように労働力の供給を増加すること
- 2) 産業間に労働力の再分割、再分配化の促進
- 3) 全国に新産業都市の設置
- 4) 最先端技術の導入

政府、行政が提案した政策、1)の「大量の労働力の需要に応えられるように労働力の供給を増加すること」については、高度成長期前後の人口ピラミッドは若年層が多くを占めており、不自由なくこの政策を実行することが可能であった。また、増加傾向にあった若年層人口は雇用機会の乏しい九州、四国、東北地方に幅広く分布していたが、これらの若年層を大都市圏で就職させることにより、労働力の需要に対応していったのである。こうして大都市に集中する企業に若者が集められ、そこで彼らが就職することによって日本の膨張し始めた労働市場が支えられたのである。当時若年層は公共職業安定所を通して職に就いた。例えば中卒者の集団就職も公共職業安定所を経て行われたものである。このように地方から都市部への若者の移動は、2)の「産業間に労働力の再分割、と再分配化の促進」を促進したのである。しかし、若年層が地方を離れ都市部で就職することによって、都市と地方に格差を生み出し、且つ都市の過密化と地方の過疎化をも生み出していくのである。政府はこの問題を解決するために、関東南部から九州北部に連なる工業地帯(太平洋ベルト)を設け、新産業都市を建設する政策を実行した。これは地方の活性化を目的としたものであった。こうして「重厚長大産業」と呼ばれる鉄鋼、石油精製、石油化学、電力、造船、自動車等の産業が関東南部から九州北部に連なる太平洋沿岸で発展していくのである。また大企業の工場が地方に移転するのもこの頃のことである。このようにして発展を遂げた日本の産業は更に先端技術の開発とその技術の導入へと進化していくのである。この先端技術の導入は更に生産性の質の向上と大量生産を促進していくことになる。これは一人当たりの生産性の向上と、少数の労働者による質の高いサービスを目的として取り組まれたものである。実際この取り組みにより製品価格は低下し、需要は増加し、雇用は拡大していくのであった。

1-3. 企業の政策と対応

この頃、企業は次の二点に重点を置き、会社の運営と雇用の確保に努めていた。それは、①長期安定雇用(終身雇用制度)と②人材開発であった。長期安定雇用により企業は労働者を長期に雇用し、安定を保証した。この制度の目的は、企業が労働者の長期雇用を保証することにより、労働者は企業を信頼し忠誠を誓い、企業内で昇進を目指して努力をする。この信頼と忠誠心は企業の人材開発に大きな影響を与えた。企業は労働者の企業への信頼と忠誠心を軸にして、労働者の人材開発に力を注ぎ、労働者の質を高め、昇進に結びつくような研修制度を設け実施した。この制度により労働者は企業に従属し、業務を遂行しながら仕事のスキルを向上させ、労働の質を高めていった。更にこの研修制度は企業のサービスの向上、発展にも貢献していったのである。その結果、労働者の所得は倍増し、生活の質も向上した。しかし、1973年、第四次中東戦争に端を発したオイルショックにより、日本経済は一変した。石油の価格は急騰し物価は高騰し、国際収支は悪化した。日本経済は崖を転げ落ちるようになり不況へと突き進んだ。このオイルショックにより、日本の経済を支えていた重厚長大産業も打撃を被った。そしてこのオイルショックを機に、重厚長大産業は組み立て型・加工型の自動車産業や家電産業へと切り替わっていった。

1980年代に入ると、組立型、加工型産業へと切り替わった日本の家電製品は世界へと輸出され、貿易黒字を生み出し、日本は世界に経済大国と認められるようになっていった。しかし一方ではこの発展が、貿易国との経済摩擦を生み出して行くことになる。この貿易摩擦解消のために、日本政府は貿易黒字の削減に取り組むことを最優先する。これに続いて、1985年、五ヶ国蔵相会議の決議、「プラザ合意」により日本政府はドル安、円高へと舵を切ることになる。貿易黒字の削減と円高、この二つの政策は、①急激な円高による国際競争力の低下と輸出の減少、②日本の産業構造の一部変更を招いた。具体的には、輸出主導型から国際分業型へと切り替えが起こった。つまり日本企業は近隣アジア諸国へと生産拠点を移転していく。ここで日本政府は円高対策の一環として金融を緩和し、公共投資を拡大した。これにより日本の景気は一時的に回復し、株価と地価の急騰によりバブル経済を生み出していく。このバブル経済により企業は設備投資を促進し、生産性向上のために全自動機械体型へと切り替えていく。労働形態を自動化し、自動化生産設備、労働補助装置の開発がこのバブル期、1980年代に実施され生産性は向上し、生産量は増大していった。しかし企業はそれだけではなく、労働力の確保にも留意していたのである。その理由を次に示す。生産量の拡大に伴い、顧客は多様なサービスを企業に求めるようになっていく。この顧客のニーズに応えるために企業は顧客のニーズに応じたサービスを提供するが、そこに労働力不足が生じて来るのである。同じ価格で、多くの機能を持つ製品を如何に多く社会に提供するかが1980年代の企業の課題であり、これを実現するには多くの労働者が必要であった。バブル期における労働力の確保は、高度成長期に比べ柔軟に対応していくには極めて困難であった。これは労働

人口構造や労働市場が高度成長期に比べ変化していたからである。好景気により人々の生活も変化し、高学歴化が進み、人々の職業や職種に対する価値観が変化していたのである。人々は重筋労働や単純反復労働を避ける傾向が強くなり、都市群に集中している華やかな産業へと執着していく。そこに職業のえり好みをする傾向がこの頃より見られるようになったのである。その結果、地方では常時労働者が不足し、その解決策として挙げられたのが、外国人労働者の受け入れであった。

2 節 歴史的観点から見る外国人労働者の受け入れ

外国人労働者が来日するために取った手段と行動を分析することで、外国人労働者が来日した要因や理由を知ることができる。彼らが取った手段は日本政府の政策、そしてその政策の変更に対応して行動したものであり、その手段や行動を知ることが、現在外国人労働者が社会問題化している、特に彼らのメンタルヘルスに関する問題の位置づけや、外国人労働者の受け入れに関する課題を分析していく上での一助となるであろう。初めに外国人労働者の来日に関する歴史的背景を時代毎に分類し、更に来日した外国人労働者を種類別に分類する。彼らの来日の歴史的事情を見ていくには、彼らの取った手段を分析することで理解を深めることができる。彼らの取った手段は大別すると以下に分類することができる。

①難民 ②興業資格 ③観光ビザ・不法滞在 ④人文・知識・国際業務（技人国）⑤技能実習制度 ⑥出稼ぎ（母国就労）Uターン出稼ぎ ⑦合法出国計画 ⑧EPAによる社会福祉研修制度 ⑨特定技能制度、等である。

2-1. インドシナ人難民の来日と受け入れ

日本に外国人労働者の流入が本格化したのは1980年代で、一般的にはバブル期であると言われるが、厳密に言うと1970年代初期から半ばにかけて、既に外国人労働者の流入が始まっていた。この時代に入ってきた外国人労働者は政治的難民であるインドシナ半島の人々であった。その内訳はベトナム人、カンボジア人、ラオス人である。この時日本政府が難民として多くを受け入れたのはベトナム人であった。①難民(政治的難民)、このキーワードで示したように、彼らは何故難民として来日せざるを得なかったかは理解できるであろう。その原因は、1960年代から1970年代に勃発したベトナム戦争(第二次インドシナ戦争)と、その戦争の後に打ち建てられた新政権がもたらした政治的迫害によるものであった。この迫害の対象となったベトナム人はボートピープルと呼ばれ、国外に難民として脱出した。このボートピープルは2種類に分類することができる。第一の部類は1975年以前に北ベトナムから逃れてきた、北ベトナム出身のエリート層やカトリック教徒、それに華僑であった。第二の部類は旧南ベトナム政府機関で働いていた人々、或いはアメリカの援助で生活していたベトナム人であった。

ム人であった。1975 年 5 月、日本政府はこのベトナムのボートピープル、即ちベトナム人難民の受け入れを開始するが、本格的に受け入れを開始したのは 1979 年 4 月であった。

政治的難民として来日したインドシナの人々の多くは製造業の工場で働いたが、そのほとんどが中小企業や零細企業であった。彼らの多くは彼らを支援した定住促進センターや国際支援センターの有る神奈川県大和市や兵庫県姫路市、東京都品川区に住居を置き、そこで生活した。彼らはその支援団体を通して職に就くが、職場の事情は一般の外国人労働者と比べ大差なく、しかし良好な待遇ではなかったことが明らかになっている。また日本での生活が長期化しても、職に就いた頃に比べて昇給や昇進することもなく、いつまでも労働市場の底辺に留まっていることが多かった。

2-2. 興業ビザで来日した女性外国人労働者

1980 年代前後に外国人労働者として来日した多くは女性であった。彼女らの多くは性風俗産業で働いた。彼女らは歌手やダンサーとして人前で歌い、踊りを披露する仕事に与えられる興行資格を得て来日していた。彼女らの多くはフィリピン人で、次にタイ人、台湾人であった。このように、多くの女性外国人労働者が来日する発端となったのは、高度成長期に起因するものである。高度成長期、つまり 1970 年代から 1980 年代に、日本の企業はアジア諸国に進出し、そこに工場を建設した。このことが女性外国人労働者の来日に大きな影響を及ぼしたと言われている。日本の企業がアジア諸国に進出して広まったのが、日本人男性によるアジア諸国への売春ツアーであった。この売春ツアーを発端にアジアの国々の女性が来日し、日本国内の性風俗産業で働くようになっていった。当時、この社会的現象をマスコミが「じゃぱゆきさん」⁴として取り上げていた。興行資格で来日し、性風俗産業に就いた女性外国人労働者、アジアの女性たちの数は 1980 年代に急増した。それは日本人男性の売春ツアーが批判され始めた頃と時を同じくした。またこの頃に、性風俗産業で働く外国人労働者たちの待遇や労働環境、人権をマスコミが問題として取り上げるようになり、1986 年には社会的問題となっていった。その問題とは、日本に来日したアジア人女性は身に覚えのない高額な借金を負い、それが故にその女性の意思に反して風俗産業での仕事を強いられていたことであった。更に入国管理局は彼女らが在留資格外活動、つまり観光もしくは興行ビザで入国し、性風俗産業で働いていたことを理由に、不法就労者として摘発され処罰された。これに反して、女性外国人労働者を招聘した日本人の性風俗産業のオーナーや事業主は、処罰の対象から外された。次の統計から興業ビザで来日した多くの女性外国人が違法に働かされていたことを知ることができる。この統計は 1984 年のものであるが、不法就労で摘発された外国人労働者は 4783 人⁵、その内 92.7 パーセントが女性で、且つ風俗産業に就いていた者が大部分であり、その内の 71.4%がホステスとして働き、11%がストリッパーであった⁶。国籍別に分類するとフィリピンが 62.4%、次いでタイが 23.4%、続いて台湾で 9.7%であった⁷。

2-3. 観光ビザで来日し超過滞在で就労した男性外国人労働者

1986 年、女性外国人労働者の性風俗産業での就労が社会問題となっていた時、3K(きつい、汚い、危険)と呼ばれる建設業に就く外国人労働者が周辺のアジア諸国から来日するようになった。1988 年、来日する外国人労働者の男女比は逆転し、それ以降外国人労働者は男性が多くを占めるようになっていった。この現象は女性外国人労働者に起因すると言われている。性風俗で働いていた女性外国人労働者が本国へと帰国し、日本は外国人労働者の雇用機会が豊富であるとの情報をもたらしたことによるものであった。その結果、多くの外国人労働者が日本に流入するようになった。しかし、これは一部ではないかとも推測できる。何故なら、興業ビザで来日し、性風俗産業で働いていたアジア人の女性の中には、上述したように、来日した時に身に覚えのない高額な借金を負わされ、そのため彼女らの意思に反して風俗産業に就くことを強いられた外国人労働者もいた。これは一部ではあるが、このような負の情報も本国に齎されたと推測できる。この他にも 1980 年代のオイルショックに端を発したアラブ原油国への出稼ぎ労働者枠が減少したことも一因として挙げられている。この労働枠の減少を機に別の出稼ぎ先を探していたアジア諸国は、日本における外国人労働者の雇用機会の豊富さを知ることになり、多くの男性外国人労働者が来日することになる。1980 年代後半に、外国人労働者として来日した労働者の国籍は、フィリピン、タイ、パキスタン、バングラデシュ、イランの順であった。彼らは観光ビザで入国し、外国人労働者が就労することを禁止されている単純労働に就いていた。観光ビザが切れても超過滞在して違法に働き続けた。勿論観光ビザで職に就くことは違法であった。彼らはどのような待遇を受けていたのだろうか。その待遇は、性風俗産業で働かされていた女性外国人労働者よりは若干ましであった。雇用主である会社が彼らの全てを管理し、彼らの住居、作業着が会社から支給されていた。収入は 1990 年代前後の女性のパート従業員よりは若干高めであった。この時期違法ではあるが、アジア諸国から外国人労働者が単純労働者として来日したことにより、日本の中小企業は労働市場の国際化を経験することになる。観光ビザで来日し、超過滞在で違法に就労した外国人労働者はバブル期に多く見られたが、その同じ時期、1980 年代末に外国人専門職、今で言うところの「専門的技術的職種」として多くの外国人労働者が日本の大手企業に雇用される動きが見え始めた。専門職として来日した外国人労働者は、以前の違法的手段で来日した単純労働者とは異なり、合法的手段で来日した外国人労働者であった。1988 年 2 月に労働省が行った「産業労働モニター調査」の結果によると、当時の外国人専門職の労働事情を垣間見ることができる。①全体的に外国人専門職として雇用されている外国人労働者の数は少数であった。②調査に協力した 51 社の内 49 社が回答しているが、労働者の総数は 366 名で、最も多かった国はアメリカ、次に中国、台湾、イギリスであった⁸。彼らが就いた分野は、日本人だけでは担えない海外事業に関するものであった。一方外国人専門職が、条件でない分野にも就労していたことが明らかになっている。日本はバブル経済がもたらした

労働力不足を補う手段として、専門職の外国人を海外に求めたのである。彼らが就いた分野は、IT 関係や海外関連業務、外国語教師、外国人顧客サービス等であった。バブル期の日本企業は大、中、小を問わず労働力不足を解消するために専門職を一部外国に求めたのである。只企業の規模によっては、外国人専門職への要求も異なっていた。中小の場合は大企業に比べ、彼らに専門性を求めなかった。只労働力の不足を補うことだけを目的としていた。それに対して大企業は専門性の高い労働者を雇用する傾向にあり、専門性を活かし、最先端技術に特化した人材を求めているようである。

2-4. 日系南米人一世から三世(ブラジル人・ペルー人)の到来

1980 年代に入ると、既記のように非合法的手段、資格外就労や超過滞在で就労する外国人労働者は激減した。代わりに日系ブラジル人が増加した。彼らの多くは日系 1 世から 3 世であった。彼らは合法的に来日し、就労した。このような変化は、1990 年に入管法が改正されたことによると考えられる。この入管法改正については 3 節、「日本政府の外国人労働者受け入れの変遷」で詳述することにする。

1990 年代、日本のバブル経済は既に崩壊していたが、中部地方に集中していた自動車産業や電気機器の製造業が集中する地域では、日系南米人(ブラジル人とペルー人)を受け入れ、「逆出稼ぎ」、「U ターン出稼ぎ」と呼ばれる社会現象が起こった。日系南米人の多くは、自動車産業の街である愛知県豊田市や豊橋市、電気器製造業の街である群馬県太田市や大泉町に集中して就労した。日系南米人の受け入れの背景は、以下を要因とするものである。①日系南米人に労働力を求める日本の企業の需要、②労働者を送り出す南米の国々の経済事情、③日系南米人と日本の企業を繋ぐ斡旋業者の存在である。これが日本企業と日系南米人の間にもたらされたプッシュ・アンド・プル要因(push and pull factors)であった。更にこの三つの要因について詳述する。①については、上述した 1980 年代末期から 1990 年代の日本の経済や労働状況に関係する。かつて日本政府は内需を拡大する政策を掲げていた。これにより国内において雇用の需要を高めることに成功した。しかしその反面、製造業、特に中小企業では人手不足に悩まされることになった。特に 3K と呼ばれた中小企業で製造された製品の需要は高まっていくが、それに応えられるだけの労働力を確保することは困難であった。そして生産は需要に追いつくことができず、難しい局面に追い込まれていた。その打開策として外国に労働力を求め、外国人労働者によって労働力不足を補うこととした。そこに白羽の矢が立てられたのが、日系中南米人であった。こうして多くの日系中南米人が出稼ぎとして来日することになった。②については、ブラジルの 1970 年代から 1980 年代の政治的背景と経済事情が大きく関係している。1973 年まではブラジルも日本と同じように高度経済成長を経験する。それから 9 年間、1982 年まではブラジルの経済は成長し安定していたが、1982 年累積債務問題が浮上し、急激なインフレを招き安定していた経済は崩壊していく。

1980年代には100%で止まっていたインフレ率は1988年から1990年の間に1000%を超えるまでになった⁹。この経済の悪化に伴い、治安も悪化していった。このような経済と治安の悪化が続くブラジルで、現地の日系新聞に日本での出稼ぎに関する記事が掲載され、併せて日本の中小企業からの求人広告も掲載されるようになった。しかし、1980年代初期から末期までは日本への逆出稼ぎ(日系人の日本(母国)での就労)は、日系ブラジル人の多くは否定的であり、また懐疑的であり、ブラジルの日系ブラジル人コミュニティでは受け入れられなかった。更に日本の中小企業から採用通知を得て日本で働くことを決意しても、そのコミュニティでは、そのことを公にせず隠す傾向にあったと言われている。その背景には、日系ブラジル人としてのプライドが大きく関与していた。日系ブラジル人の一世が渡日するためには日本の親戚にブラジルでの成功を誇示できるものがなければならなかった。そのようなプライドが必要であった。日系ブラジル人、その中でも特に一世の人々はブラジルの経済の崩壊により、たとえ一時的であっても出稼ぎ者として日本に戻ることは、ブラジル移住が失敗であったと日本の親戚に思われてしまうという思い込み、恐れがあったようである。しかし日系ブラジル人の逆出稼ぎに対する彼らの否定的な、また懐疑的なイメージは次の出来事により払拭されてしまった。それどころか逆に日本への逆出稼ぎブームに火をつけたのである。その出来事は1986年に遡る。1986年、その頃に日本の中小企業の求人応募によって来日した日系ブラジル人の第一陣が帰国し、ブラジルに不動産を購入するという成功体験がマスコミに取り上げられた。そしてこの報道はブラジルの広い範囲にわたってなされた。この報道により、ブラジルでは一気に日系人の「出稼ぎ」、「Uターン出稼ぎ」がブームとなっていった。日系ブラジル人が来日して就労するために必要な渡航費用や住居の手配、そして職業の手配等に必要な諸経費は、斡旋業者を通して支払われた。中には渡航費を準備できない日系ブラジル人もいたが、彼らが日本での就労を希望すれば、斡旋業者がその費用を肩代わりしていた。こうして日本の社会との繋がりの少ない、またはその繋がりの全くない日系ブラジル人も来日することができ、実際そのような日系人が多く来日していたことが分かっている。彼らの多くは製造業で労働者として雇用され、その雇用形態は多岐にわたっていた。正社員として、或いは直接雇用ではあるが非正規社員であったり、請負業者を通しての間接雇用、更には派遣会社を通しての雇用であったり、その雇用形態は様々であった。彼らの多くは群馬県太田市や大泉町に居住した。そこに居住する日系ブラジル人は年々増え続け、またエスニック・ビジネスも誕生し、日系ブラジル人のコミュニティが築かれていった。そして2008年までにその数は31万人に達していた¹⁰。

2008年9月、リーマンブラザーズの経営破綻に端を発した世界的株価下落や金融危機により、世界的同時不況をもたらしたリーマンショックは、日本経済の大幅な景気後退へと繋がっていった。このリーマンショックにより、雇用形態が間接雇用であったり、派遣会社を通して雇用されていた日系ブラジル人は解雇され、住むところも奪われてブラジルへと帰国し

ていった。しかし、その後の 2015 年の国税調査でも、彼らは自動車関連産業の集中している愛知県豊田市や豊橋市、先端技術が集積する静岡県浜松市、また電器機器産業の太田市や大泉市に集中して居住し、自動車関連産業や先端技術、更に電気機器産業等の製造業に従事していた。その数は全外国人労働者の約 64% で 16 万人であった¹¹。

2-5. 技能実習制度の制定

1980 年代後期から日系南米人、主に日系ブラジル人が来日し始めたが、1990 年以降になると、日系南米人とは異なる過程で外国人労働者が来日するようになった。1992 年に技能実習制度が創設されるが、技能実習制度と言え、昨今マスコミをにぎわした日本人雇用主によるベトナム人技能実習生の虐待記事を思い起こすが、日系南米人以外の外国人労働者はこの技能実習制度を利用して来日した。この制度は雇用主にメリットがあった。一例ではあるが、塗装工を始めとする単純作業や、3K で象徴される単純作業にこの制度を利用して外国人労働者を雇用すれば、コストを大幅に削減でき、この制度の下で外国人労働者を採用すれば安く雇用できたのである。技能実習制度は、その言葉が示す通り、この制度を利用して来日した外国人労働者は、日本で高度な技術や知識を習得し、その技術を本国に持ち帰り本国の経済発展に寄与していくことを目的として制定された制度であった。そのため彼らは一定期間しか日本の滞在を許されていなかった。またこの制度を利用して来日する外国人労働者は、一度決めた職場は変更することが許されず、取得する技能も限定的であった。そのような制度であったため、この制度は本来の目的から大きく乖離しているのではないかという多くの指摘があった。この制度は当初から「非実務研修の短縮受け入れ期間要件の緩和」、「実習期間の延長」、「技能実習制度移行対象職種を追加」等の改正が法律ではなく、告示で施行されていった。このように雇用主にとって都合のよい改正が続けられていった。2000 年代には、「技能実習制度移行」への申請者数が急増する一方、技能実習生に対する過酷な扱いや待遇が取り上げられるようになる。例えば、技能実習生のパスポートや貯金通帳を取り上げたり、或いは雇用主が技能実習生に対して行った不正な行為を隠蔽するために、技能実習生を強制的に帰国させる等の行為がメディアで報道され、制度の見直しは促進されていた。そして 2009 年と 2016 年に技術実習制度の見直しが実施され、新しい法律が施行されたが、この制度を悪用し、技能実習生に対する非人道的な対応や報酬の搾取等を改めない企業が後を絶たない現状に、この制度がその目的と乖離しているという意見が多く出ている。（注意：この法律の見直しの詳細は 3 節に記されている）。

2000 年半ばになると、1990 年代に施行された技能実習制度とは異なった制度が施行された。それに伴い、以前とは種類の異なる外国人労働者が来日し、就労するようになった。2000 年代後半に施行された制度は「高度外国人労働者」を対象にしたもので、彼らを日本の労働市場に招き入れるものであった。それは 1990 年代に家族の期待を一身に背負い「出稼ぎ

目的」で来日した外国人労働者とは異なったものであった。この新しい制度の下に来日する外国人労働者は日本に滞在し、キャリアの向上を目的としていた。この「高度外国人労働者」の確保を目的に施行された制度は以下の通りである。

1)EPA(経済連携協定)に基づく看護師、介護福祉士候補者制度

2)特定技能制度

EPAに基づく「看護師、介護福祉士候補者制度」の施行の発端は、2003年に日本とフィリピン両国が、経済連携協定の交渉を本格化させたことによるものである。そしてその5年後、2008年に両国の間に経済連携協定が締結された。しかし、2008年5月に最初の看護師、介護福祉士候補者が来日するが、彼らはフィリピンからではなくインドネシアから来日したインドネシア人であった。何故か、その理由はフィリピン政府の日本政府への要求にあった。フィリピン政府は看護師、介護福祉士候補者だけではなく、家政婦(子守、お手伝い)も受け入れるように日本政府に要求した。しかし、受け入れる側である日本政府の条件(ポリシー)は、単純労働者の受け入れを禁止していた。そのため両国の間で交渉が行われた。その結果看護師(専門性のある労働者：看護を専門とする看護師)と介護士のみを受け入れるという結論に達し、フィリピンからの看護師、介護福祉士候補者の受け入れが本格化していったのである。2008年にインドネシア政府も日本政府とEPAを締結するが、インドネシア政府は一つの条件として看護師と介護士の受け入れを要求した。日本政府はインドネシアの要求を受け入れ、2008年に両国間のEPAは締結されるが、それはフィリピンよりも5ヶ月早かった。こうしてインドネシア人の看護師や介護福祉士候補者が最も早く来日することになったのである。一方ベトナムはフィリピンやインドネシアに比べ、遅れて日本とのEPAを締結したため、ベトナムからの看護師や介護福祉士候補者が送り出されたのは2014年であった。この制度を利用して来日した外国人労働者、インドネシア人、フィリピン人、ベトナム人の待遇は、1990年代に様々な研修制度を利用して来日した外国人労働者に比べて良好なものであった。その理由は、本制度によって来日した看護師と介護福祉士候補者と日本人の看護師との間に、待遇や扱いに差があってはならないと規定されていたからである。そのため外国人看護師や介護福祉士候補者は派遣された施設で働く場合も、研修を受ける場合も、労働基準法に基づいて働き、研修を受けることが求められた。そのため外国人看護師や介護福祉士候補者の収入や待遇は、日本人看護師や介護福祉士候補者と同じでなければならなかった。この制度を利用して来日した外国人労働者である看護師や介護福祉士候補者の数は、厚生労働省のホームページに記載されている資料によると、令和元年8月現在で6400人を超えている

¹²⁾。

2019年後に導入された特定技能制度は比較的新しい制度として認識されている。この制度は、次の「特定」という言葉からその意味するところを読み取ることができる。「特定」、この言葉は反復作業等からなる単純作業を表す言葉ではなく、「専門的技術」を表す言葉で

あり、その言葉の通り、専門的技術をもって作業を行う労働者を表す。この特定技能制度で来日した外国人労働者は、専門的技術労働者と見なされている。この制度で来日が許可されている職種には介護業、外食産業、建設業、ビルクリーニング等がある。特定技能制度も看護師や介護福祉士候補者制度も同じく、雇用者は同じ職場で働く日本人労働者と同等の報酬、もしくはそれ以上の待遇をもって雇用することが求められている。更に日本での生活に困らないように、日本語を習得するための援助、また日本語試験の制度等を設けて手厚く保護することも定めている。例えば、企業者には原則として生活支援制度として入国前の生活指導、外国人労働者のための住宅の管理や日本語の指導等の支援が求められている。他方、外国人労働者は来日前に職種を決めるが、その職種の範囲内であれば来日後、職場の環境に不満があれば職場を自由に変えることができ、転職も可能である。しかし、この制度の下で来日している外国人労働者は、2019 年では 1 パーセント未満で非常に少ない¹³。

以上、日本における外国人労働者の制度を、1970 年から 2010 年までの時間の推移の中で見てきたが、その変化を図 2-1. 外国人労働者の制度の変遷に表した。この図に示したように、外国人労働者の制度の変遷は、主に政治的な要因や行政の対応、その時々々の経済の状況に依るものであることが分かる。本節では触れて来なかったが、1970 年初頭から 2010 年の後期の期間に、日本政府や行政が外国人労働者の受け入れに対して行った対応については次の 3 節に記すことにする。

3 節 外国人労働者の受け入れと背後

で行われた行政の対応の変遷

2 節では、1970 年から 2010 年後期に日本で働く外国人労働者を種類別に分類し、外国人労働者の種類とその制度、更にそれぞれの種類に該当する在留資格に焦点を当てて検討してきた。確かに外国人労働者の種類や制度、並びに在留資格がその都度変化していることは理解できるが、その変遷の経緯については解説されてはいなかった。

しかし、これらの変遷を辿っていく

と、行政が日本の社会の移り変わりに対応できるように背後で議論し、それに適合するように政策を決定していたことが分かる。3 節では、2 節で既述してきた外国人労働者の種類と在留資格の変遷についてその経緯を、1970 年から 2010 年の後期の間に、行政が施行した政策の変化を通して見ていくことにする。

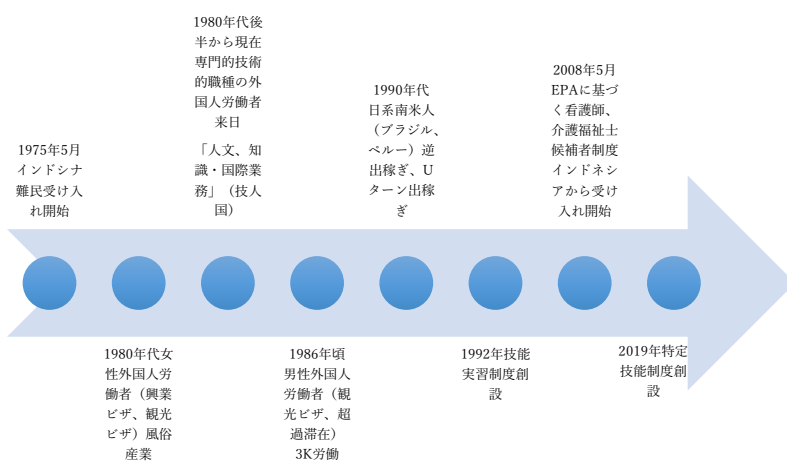


図 2-1. 外国人労働者の制度の変遷(筆者作成)

3-1. 1970 年以降におけるインドシナ難民の受け入れ

2 節でも記述したように、政治難民もしくはボートピープルとして日本に逃れてきたベトナム人には、北ベトナムから逃れてきた北ベトナムのエリート層、カトリック教徒、華僑と旧南ベトナムの政府組織、または軍で働いていたエリート層の 2 種類がいて、彼らは 1975 年 5 月以降に日本に避難してきた。それから 2 年後の 1977 年 9 月、日本政府はベトナム難民の受け入れを国際協力の一環として閣議決定する。それまではベトナム難民の受け入れやその後の支援は宗教団体、特にカトリック教会等の民間団体によって行われていた。政府がベトナム難民を一時滞在者として受け入れるようになったのは、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) からの要請が始まりであった。この一時滞在者としての受け入れ場所には、日本赤十字社等の支援団体が所有する施設が用いられている。1978 年 4 月、日本政府は閣議決定により、一時滞在者として受け入れていたベトナム難民の日本定住を認めた。日本政府はその翌年、1979 年 4 月に難民受け入れの規模を拡大し、ベトナム難民だけではなく、インドシナ難民の受け入れも本格的に行った。更に 1975 年以前の旧南ベトナムの政権時代に、日本に滞在歴のあるベトナム人やその当時の留学生の日本定住も認めた。更にその一年後の 1980 年には、日本に定住しているベトナム人難民や、インドシナ難民が家族を呼び寄せ一緒に生活できることを目的とした「合法出国計画」(Ordinary Departure Program(ODP))が施行された。日本政府は 1980 年末までに、受け入れるインドシナ難民の上限を 1 万人とした。インドシナ難民を受け入れた 1970 年後期から 1980 年のまでの数年間、日本政府は只難民を受け入れただけでなく、受け入れた後の難民の生活を支援するために、施設を設け支援体制を強化した。この施設は定住センターと国際センターで、前施設は兵庫県姫路市と神奈川県大和市に在り、後の施設は東京都品川区に設けられた。この両施設の入所期間は 6 ヶ月と定められており、ここに入所したインドシナ難民に施された支援は「定住支援策」と言われているが、その内訳は、①オリエンテーション、②日本語教育と指導、③社会生活に適應できるようにと指導、④日本での就職の紹介、⑤日本での生活指導、と五段階に分割されていた。また入所期間を終えて、日本での生活が始まったインドシナ難民に引き続き、日本での生活相談が必要になった場合に備えて、行政は相談窓口も準備していた。そこではコンサルテーション・サービスが提供され、このサービスを通して彼らは製造業や生産工程の職に就くことができた。もし行政からの相談窓口が準備されていなかったら、日本に定住したインドシナ難民は、更に過酷な労働条件下で働いていたのではないかと推測されている。

3-2. 興行ビザで来日した外国人女性への対応

2 節で既述したが、1987 年以前に来日した外国人労働者の数は男性より女性が上回っており、多くの外国人労働者は興行ビザ、もしくは観光ビザで来日し風俗産業等で働いた。この発端は、1970 年代に日本企業が海外に、特にアジア諸国に進出した際、それに追従するよう

にしてアジア諸国への売春ツアーが広まっていったことにある。これに呼応するようにして、それらの国の女性が来日し、日本の性産業で働くようになっていった。1980年代前後から性産業で働く外国人女性の数は急増し、1986年には、マスコミはこれを社会問題として取り上げている。しかし、外国人女性を違法に入国させ、風俗産業に就かせていた雇い主やブローカーは、外国人女性の人身売買に関与していたとされるが、法的に処罰されずにすんでいる。しかし、外国人女性は在留資格外活動(観光ビザや興行ビザで入国した者も含む)により入国管理局は、彼女らを不法就労者として摘発した。1986年には、行政側はこの興行ビザについて既に問題として取り上げてはいたが、2005年に至るまでこの問題を棚上げにしていた。2004年にアメリカ国務省が発行した人身売買についての報告書「人身取引年次報告書」¹⁴で、日本の風俗産業における興業が指摘され批判されたことを機に、行政側がそれらの興行について審査の見直しを開始した。そして2005年以降は、この「興行ビザ(在留資格)」での外国人女性の来日は減少しているのである。ここで時間を巻き戻すことになるが、1970年代から1980年代に興行ビザで来日し風俗産業に就いた外国人女性の人権を守り、且つ売春ツアーに対して抗議するために、一般の女性団体が立ち上がった。特に売春ツアーに対しては、1970年代初期に、日本人の女性団体が既に抗議活動を行っていた。これはキーセン(妓生)ツアー(売春ツアー)に抗議する韓国に呼応した日本の女性団体であった。更にこの女性団体は、1970年代末にはフィリピンやタイの団体とネットワークを展開するに至り、そのネットワークを通して、海外への売春ツアーや、アジア女性を風俗産業で働かせるために来日させることを問題として取り上げ抗議した。このような女性団体の一連の活動の中で、日本キリスト教婦人矯風会は1980年の全国大会で、その組織の100周年記念の一環として「かけこみセンター」を設立することを決議した。そして1986年4月に、日本に在住する女性であれば国籍には関係なく、何時でもSOSを発して助けを求めて駆け込むことのできる女性の家、「女性の家HELP(House in Emergency of Love and Peace)」を設立している。

3-3. 各種外国人労働者に対する行政の対応

3-3-1. 不法外国人労働者

「女性の家HELP(House in Emergency of Love and Peace)」が開設した1986年には、日本に多くの男性外国人労働者が観光ビザで入国し、3K(きつい、汚い、危険)に該当する職業に就労した。彼らは滞在期間が過ぎても本国には帰らず、そのまま日本に残り、その職に就いて働き続けた。1980年代後半には、不法滞在で就労することが可能だったのかというと、確かに当時は不法滞在者に対する取り締まりは今ほど厳しくなかったようである。特に長期不法滞在者が問題を起こし、罪を犯さない限りは、警察は不法滞在者には関心を示さず、只彼らの名前を確認するだけであった。同様に彼らに対する行政の対応も、ほぼ警察と同じであった。行政も不法滞在者である外国人労働者に対する調査には積極的ではなかった。しか

し、そこには非常に興味深い理由があった。「日本には単純労働に従事している外国人は法律上存在していないのである。日本には単純労働に従事している外国人はいないのであり、いては困るのであった」。それ故に、行政も警察もその単純作業の職場で外国人労働者を見かけても、見ていない。そして不法滞在者、即ち不法就労者に対しては目をつぶっていたのである。こうして不法就労者は摘発されなかったが、行政による外国人労働者の実態の把握、且つ外国人労働者に対して行政の取るべき対応の決定に、必要以上に時間を費やすことになり、その結果外国人労働者に対応する行政の措置が遅れることになっていく。これらのことから、外国人労働者の受け入れに行政が如何に消極的であったのか、無関心であったのかと捉えてしまいがちであるが、1980年代、日本政府は不法滞在等の違法な手口で来日し、単純労働に就く外国人労働者の流入に頭を悩ましていた。しかしこのような外国人労働者に対して、日本政府は各省庁間に異なる意見が存在し、外務省は外国人労働者の受け入れを国際化、国際交流の一環として捉え、肯定していた。バブルに沸き立つ日本、その中で中小企業は人手不足に悩まされていた。その人手不足を解決する方法として、通産省や建設省は外国人労働者の受け入れの必要性を強調していた。しかし省庁の中で外国人労働者の受け入れに唯一否定的であったのが労働省であった。その理由は、外国人労働者の受け入れにより、労働の二重構造が促進され、日本人、外国人労働者にメリットを見出せないと判断したからである。このように各省庁間で外国人労働者受け入れに対する意見は異なっていたが、以下に示す経緯を経て、1988年に各省庁の意見が一致する。日本政府は、1980年代に増加した専門的、技術的分野で働く外国人労働者の受け入れについては可能な限り許可する方向を示すが、単純労働者に対しては慎重な態度であった。理由は、単純労働者の受け入れにより、労働市場の二重構造や景気の揺れ動きによる外国人労働者の失業問題、それに伴う社会的費用の負担の増加であった。この議論は1988年の「経済運営5ヶ年計画」と「第6次雇用対策基本計画」に記されている。社会的に単純労働者の需要が高まる中、外国人労働者の受け入れを進めていくこと、不法就労の現状や外国人労働者が悪質な待遇によって働かされている現状に、どう対応していくべきかを考えていくべきであると、話題になったのもこの頃であった。

3-3-2. 日系ブラジル人

1990年、各省庁は単純労働に従事する外国人労働者を受け入れないスタンスを守りつつ、企業の労働力の需要に応えるべき解決策を立案している。それは次の二つで、①出入国管理法、②不法就労助長罪の成立(立案)であった。①については、日系人(特に日系南米人、主に日系ブラジル人)に対して入国規制が緩和されるようになった。②については、不法就労雇用主及び不法就労者(雇われた外国人労働者)共に、罰則が科せられるようになった。それまでは不法就労で罰則の対象は、只外国人労働者だけであった。①の出入国管理法が1990年に施

行されたことにより、日系ブラジル人を対象に就労制限のない在留資格「定住者」が発行されることになり、日系ブラジル人二世、三世、並びにその配偶者にも、更に未婚や未成年の子供にも就労制限のない在留資格「定住者」を発行することを行政は認めるようになった。これを機に日系南米人(主に日系ブラジル人)の間に、日本への出稼ぎブームが巻き起こり、来日者が急増した。①の出入国管理法が施行されたことにより、日系南米人の来日に拍車をかけただけでなく外国人研修制度も見直され、1993年には、昨今ニュースにもなっている技能実習制度が新設されていくことになった。

3-3-3. 技能実習制度

技能実習制度の原型となる外国人研修制度は、1981年に本格的に開始した制度であり、この制度の目的は、日本で習得した技能や技術を、発展途上国の経済発展に役立てる人材を育成することであった。しかし1993年には、外国人研修制度に代わって技能実習制度が新設されているが、この目的は、上述の外国人研修制度の目的と類似しており、日本で習得した技術を母国で生かし、母国の経済発展に寄与する人材を育成することであった。そのため、この制度に参画する外国人は、この制度を導入している企業の下で一定期間研修を受け働き、技術を習得しなければならなかった。上記外国人研修制度(現在の外国人技能実習制度に相当する制度)が新設された発端は、1981年10月27日に「出入国管理法令」と「出入国管理及び難民認定法」が改訂されたことに起因している。この改訂は次の二項目であった。①以前は観光に限定されていた短期滞在の在留資格が一部変更された。その変更には保養やスポーツの目的での来日、更に親族の訪問が追加された。②技術研修生の「研修」と称する在留資格が新設された。そして時を経て、外国人研修制度は、現在言われているところの「外国人技能実習制度」に代わっていった。では何故「外国人研修制度」が外国人技能実習制度に代わっていったのか。その経緯を以下に述べる。

1989年12月に「出入国管理及び難民認定法」は改訂され、その翌年6月1日に施行されている。この改訂により、「本邦の公私の機関により受け入れて行う技術・技能または知識の習得をする活動」¹⁵として研修の在留資格が創設された。この在留資格は、従来留学生の一形態として位置づけられていたものであるが、これが今回の改定により研修に改められた。この改訂によって在留資格やその活動内容が以前の改正法案に比べ、より具体的に明示されたのである。「出入国管理及び難民認定法」が施行された頃、日本で技術や技能を習得したいと思う外国人労働者が増加し、併せてその受け入れも増加した。この背景には海外に進出した日本企業の要請があった。海外の現地法人で働く現地の社員や海外の取引先の現地社員を日本に派遣し、技術を習得させるという要請である。この要請により外国人研修制度を通して外国人労働者の受け入れが始まるが、受け入れ期間は短期的なものであり、研修生として現地の社員を受け入れていた。

1990年代、日本経済はバブル経済の崩壊を迎える。併せて労働人口の減少により建設業や製造業、サービス業に人手不足の問題が浮上し、1991年、行政は「第三次臨時行政改革推進審議会第二次答申」を設置した。そこで、従来の外国人研修制度の見直しについて審議し、議会に二つの法案が提出された。①外国人研修制度の期間の延長、②従来の技能実習生制度では得ることのできなかった、収入の確保を織り込んだ新制度「外国人技能実習制度」を提出したのである。1991年9月、法務省、外務省、厚生労働省、経済産業省、国土交通省の五省が、共同で外国人研修生に対して適切な支援と運営を行うために、五省共同運営管理による公益財団法人国際協力機構(JITCO(Japan International Training Cooperation Organization))を設立した。更に経済団体及び中小企業からの研修生の受け入れに関する要望を受けて、1992年12月に法務省は外国人研修生の受け入れを、従来の企業単独型に加え団体監理型を告示した。この変更によって、外国人研修生を幅広く受け入れることが可能となった。更に海外に法人のない、また海外企業と接点のない中小企業でも中小企業の各団体、例えば事業協同組合や商工会議所等を通して、外国人研修生の受け入れを行うことができるようになった。

その翌年、1993年3月には、外国人労働者問題関係省庁連絡会議で技能実習制度の基本的枠組みが決定され、発展途上国の「人材育成」のための技術移転の一環として、外国人技能実習制度が導入された。本制度は従来1年であった実習期間に、更に1年が追加された。そのため本研修制度の下では、外国人研修生は2年間の滞在が許可されることになった。また、それまでは技能実習制度で来日した外国人研修生は、1990年の入管法改訂により創設された「研修」の在留資格で入国していたが、本制度の下ではその在留資格は「研修」から「特定活動」に変更された。研修生は最初の1年で研修を終え、次の1年で企業と雇用関係を締結し、研修で習得した技術を向上させるためにその企業で技能実習を行った。

1997年4月、更に本制度の改定が実施された。それは技能実習期間を1年から2年に延長することであった。併せて原則として研修から技能実習へと移行するためには、技能検定2級かJITCOが認定している技能評価システムの技能検定基礎2級に合格することが要件として追加された。しかし、これらの要件が追加されたことにより、技能検定2級やJITCOが認定している技能評価システムがない職種の場合、技能実習へと移行することができない等の不具合も生じた。

2年後の1999年8月に「第9次雇用対策基本計画」が内閣府によって作成された。そこでは少子高齢化による人手不足に起因する問題と、外国人労働者受け入れについて議論されているが、その内容は1980年代後半に行政が提出した「経済運営5ヶ年計画」と「第6次雇用対策基本計画」で議論された内容と方向性は同じであった。その内容は、経済社会の活性化や国際化を促進するために、専門的技術分野の外国人労働者を積極的に受け入れる意思は示されているものの、単純労働に従事する外国人労働者の受け入れは慎重に進めるべきだとい

うもので、それは1980年代後期に提出された「経済運営5ヶ年計画」と「第6次雇用対策基本計画」で議論された内容と何ら変わらないものであった。1980年代後期に議論されたものの唯一の相違点は、バブル期の人手不足を補う手段として外国人労働者を受け入れるというスタンスではなく、今後顕著になる少子高齢化による人手不足に対応するために、どのようなスタンスで外国人労働者を受け入れていくのかに焦点が当てられていることであった。

2002年7月に、厚生労働省は外国人労働者雇用問題研究会を設置した。そこで、外国人雇用問題について取り纏め報告している。その報告書には、外国人の受け入れに当たり、経済や社会の活性化を目標に、高度の人材の確保、高度専門知識や技術を要する人材の確保と、労働力不足についての対策がより詳細に記されている。労働力不足については、国内労働市場の状況や及ぼす影響を考慮して、外国人労働者の受け入れ人数の上限を設定し、また金銭的負担を課す等、少子高齢化により起こりつつある労働人口の減少に対する対策としての、移民の受け入れが議論されていた。

2003年3月に発表された「第二次出入国管理基本計画」では、技能実習制度の拡充を計るために、専門的、技術的分野における外国人労働者の導入を積極的に受け入れることを示唆している。また、2006年9月に開催された、厚生労働省第23回労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会で発表された、「雇用対策法等の見直しに係る検討課題について」¹⁶の資料には、基本的には単純労働者の受け入れを拒否しているが、年毎に増加する外国人技能実習生や日系外国人労働者に対して、雇用管理の在り方を問われる状況が発生しており、外国人労働者の雇用状況報告書の内容の拡充と義務化を考えるべき時が来たと述べられている。しかし、研修生や技能実習生を受け入れている一部の企業には、外国人技能実習制度の本来の目的を理解していない企業も存在している。そのような企業では、外国人労働者を低賃金で雇い入れ、また賃金の不払い等による労働関係法に対して規則違反を犯していた。このように、受け入れ企業に対して指導監督が不十分な受け入れ団体が存在することにより、政府は研修生に対して労働関係法令の適用、技能実習生に関する在留資格の整備や法令以外にも存在する規制等を見直すことを、2008年3月に閣議決定された「規制改革推進のための3ヶ年計画」の中に記載された。

2009年7月には、「出入国管理及び難民認定法」が改訂された。この改訂により、2010年7月には新たな在留資格、「技能実習」が新設され、その受け入れに対して新しい規則も設けられた。それは新たな技能実習制度により、入国する技能実習生が技術を習得するために必要な活動を、受け入れ側との雇用契約を通して行うことを義務付けるものであった。また、技能実習制度の期間が、従来は2年であったが3年に延長されたのもこの頃の事であった。2010年以降、在留1年目の技能実習生には在留資格として「技能実習1号」が与えられ、2年目以降の実習生には「技能実習2号」が与えられるようになった。しかし2010年に新たな技能実習制度が新設されても、受け入れ企業の外国人労働者に対する不正な行為はその後も

続いている。その要因として、①技能実習制度の細則は、入管法の細則を定める省令に委ねられており、受け入れ企業の不正行為に焦点を当てて細則が決められていた。②技能実習制度に関わる受け入れ企業の不正行為の監視は、在留管理を管轄する入国管理事務所と外国人労働者に対しては専門ではない労働基準監督署に委ねられていた。そして技能実習制度の支援機関である国際研修協力機構(JITCO)には、不正行為に関する監視の権限は付与されてはおらず、受け入れ企業の不正行為に対する監視を担うことはできなかった、等が考えられる。

2010年に新設された技能実習制度を利用して来日した外国人労働者は、即受け入れ企業と雇用契約を締結し、労働法の保護の下、その企業の労働者として働くことができるようにはなかったが、依然外国人労働者に対する不正行為は後を断たなかった。2015年6月、政府は技能実習制度の不正行為を一掃する対策が、「第6次出入国監理政策懇談会」で議論され、報告書として「技能実習制度の見直しの方向性に関する検討結果」が提出された。この報告書には、技能実習制度の見直しと不正行為に対する対策が記されていて、外国人労働者に対する技能の習得や技術移転を確実に実施できる受け入れ機関のみに受け入れを許可し、外国人労働者の人権保護や、監理団体の監理体制を強化することが対策として記載されていた。これらの対策の他に、受け入れ側の不正行為の取り締まりの徹底、相談体制の強化、実習の現場で問題が起きた時に対処できるような工夫、技能実習生の人権保護や支援の必要性等が強調された。つまり今までに議論されてこなかった様々な対応が、この政策懇談会で取り上げられた。

その翌年、2016年には「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」、「技能実習法」が成立した。そして2017年11月以降には技能実習制度は、従来の3年から5年に延長された。更に、4年乃至5年を経過した技能実習生は、新設された「技能実習3号」の在留資格の下で就労可能となった。技能実習制度の仕組の詳細と、技能実習法が成立した後に、制度がどのように変化したかは5節で述べることにする。

技能実習法の成立により、技能実習生を受け入れている企業、もしくは受け入れを希望している企業に対して、不正行為を禁じるための厳しい措置が取られた。それは、①技能実習生のパスポートの取り上げの禁止、②違約金の設定の禁止等であり、技能実習生の受け入れ前確認事項としては、監理団体による現地の送り出し機関が保証金を徴収しているかの確認が求められた。これ以外の措置として、①企業側が不正を行った場合の罰則、②技能実習を的確に監督する機関としての外国人技能実習機構(OTIT)¹⁷の新設等、技能実習生の保護を推し進めた。しかしこの「技能実習法」が成立してからでも、残業代の不払い、賃金からの不当な天引き等の不正行為が行われ、また外国人労働者は、上司や職場の人間からの暴力や様々なハラスメントを受けていた。その他の問題としては、受け入れた企業での労災、職種違いによる技能実習の打ち切り等の問題も度々発生している。技能実習生保護のために新設された外国人技能実習機構(OTIT)の成果は、今のところ不透明な状態である。

3-4. 多様化していく外国人労働者の受け入れと制度（在留資格）の創設

—2000 年代半ばから 2010 年代後期まで—

2008 年以降、外国人労働者の受け入れと制度(在留資格)はますます多様化し、外国人労働者の受け入れは更に拡大していった。この外国人労働者の受け入れの拡大と制度(在留資格)の多様化は、2008 年以降顕著になった、少子高齢化による特定産業分野における人手不足に起因するものであった。ここで日本政府は、「幅広い」分野で外国人労働者を受け入れるように舵を切っていく。この「幅広い」という言葉には、①専門的知識、技術を有する外国人労働者の受け入れ、②単純労働と専門職との境界にある分野の受け入れ、もしくは一定の専門的技能を有している即戦力となる外国人労働者が含まれている。このように幅広い人材として、外国人労働者を受け入れて、日本の産業界を悩ましている少子高齢化による労働力不足(人手不足)を解消することが、日本政府の長期的計画であった。行政側はこの計画を進めるために、上記①に対しては、専門的知識や技術を有する外国人労働者の受け入れについて留学生 30 万人計画と在留資格「高度専門職 1 号、2 号」を新設した。②における単純労働と専門職との境界にある分野の外国人労働者を受け入れるために、建設業、造船業における外国人労働者受け入れ事業や、国家戦略特別区域法に含まれる外国人労働者の受け入れ事業(①外国人家事支援人材受け入れ事業、②外国人農業支援人材受け入れ事業等)、更に在留資格、「介護」等の創設、また、技能実習制度に介護等の職種の追加や在留資格、「特定技能 1 号」や「特定技能 2 号」等を追加した。上記①、②の項目に含まれない制度もあるが、それが次に述べる EPA 看護師介護福祉士候補者制度である。

3-5. EPA 介護看護師介護福祉士立候補者制度

日本政府は 2008 年 8 月、フィリピンやインドネシアからの要請を受け、国策の一つとして両国の間に経済連携協定を締結した。そこに EPA 看護師・介護福祉士候補者制度を創設し、インドネシアとフィリピンから来日する看護師や介護福祉士候補者の研修制度を新設した。2014 年からはベトナムもこの制度に含まれるようになり、ベトナムから看護師、介護福祉士候補者が送り込まれるようになった。日本政府によると、この EPA 看護師・介護福祉士候補者制度の新設は、人手不足に対応するためではなく、送り出し国と日本との間、つまり二国間で締結された相手国の経済発展を目的とした国際貢献の一環として新設されたものであると説明されている。この制度の目的をここで再確認するが、それぞれの国において看護や介護の資格を有し、一定の実務経験を有する者がこの制度の下に来日し、この制度が指定する病院や介護施設で雇用契約を締結して就労する。更に日本で看護師、介護福祉士の国家資格を取得することを目標にしている。外国人労働者の国家試験合格率は、この制度が新設された 2008 年に比べると年々上昇傾向にあるが、2018 年の合格率は介護福祉士候補者で 51%¹⁸、看護師で 18%¹⁹である。この合格率は日本人に比べ非常に低い。この結果を鑑みても、外国

人労働者にとって本国家試験は非常に難しいものである。この国家試験に合格できなかった外国人労働者の多くは、雇用契約を締結した介護施設や病院で帰国までの間、只労働力を提供するだけで終わってしまうということもある。その制度がもたらした結果から、伊藤泰郎(2021)と崔博憲(2021)は、EPA 看護師、介護福祉士候補者制度について、この制度は 2010 年以降急激に拡大した、外国人労働者の受け入れに先駆ける役割を果たした制度であったと示唆している²⁰。

3-6. 「留学生 30 万人計画」と外国人労働者の就労の拡大

前項で既述した EPA 看護師・介護福祉士候補者制度が本格化した 2008 年、日本政府はグローバル化戦略の一環として、2020 年までに外国人留学生を 30 万人まで増加する、「留学生 30 万人計画」を発表した。この計画の遂行に先立ち、行政は 2010 年までに外国人留学生の在留資格をすべて「留学」とした。それ以前は、日本語学校や専門学校で学ぶ外国人留学生の在留資格は「就学」であった。一方大学もしくは大学院に留学する外国人留学生の在留資格は、「留学」と定められていた。この改正により、行政は留学生が安心して留学ができるようにと、二種類に区分されていた在留資格を一つにして「留学」としたと説明している。この他にも日本への留学を魅力あるものとするために、入国審査の手続きの簡略化を計り、卒業後日本での雇用を促進する等の施策を実施した。その結果、2008 年時の留学生は約 17 万人であったのに対して、2018 年には目標としていた 30 万人を上回り、34 万人²¹となった。しかし、この施策の実施により、留学生は学業より資格外活動許可の下で、アルバイトによる非熟練労働に従事することを優先する者が出てきた。この制度の下で許可されるアルバイトの就労時間は週 28 時間以内と制限されていたが、その制限時間を越えて就労する留学生や、元々学業ではなく就労を目的として来日する留学生もいた。日本政府がグローバル化戦略の一環として進めてきた、「留学生 30 万人計画」は、当初の目的(外国人留学生の増加と大学、もしくは大学院を卒業した留学生を日本の企業に取り込み、国際化を担う高度人材の確保であったが)、政府が掲げる目的とは違う方向へと進み始め、多くの外国人留学生を受け入れたことにより日本での外国人労働者の就労をより拡大する方向へと繋がっていった。

3-7. ポイント制度の導入と高度専門職 1 号、2 号の新設

2008 年に国際化を担う高度人材の増加を目的に掲げられた「留学生 30 万人計画」は、十分な成果を上げることはできなかったが、日本政府は同じ方向でその後も高度人材の受け入れの促進を計ろうとした。その翌年、2009 年 5 月、内閣官房長官等により構成される高度人材受け入れ推進会議が開催され、「外国高度人材受け入れ政策の本格的展開を」と題する報告書が取り纏められ、ポイント制度を導入した高度外国人材の受け入れを発表した。更に 2010 年 6 月 18 日に閣議決定された、「新成長戦略」では、優秀な海外人材を受け入れるために、

ポイント制を導入することが戦略として追記された。2011 年 8 月、厚生労働省の「外国人高度人材に関するポイント制導入の際の基準等に関する検討会」では、ポイント制について、優遇措置の内容や該当する対象者の範囲は、国内労働市場や社会保障制度に大きな影響を及ぼすのではないかと指摘された。しかし 2011 年 12 月 24 日に閣議決定された「日本再生の基本戦略～危機とフロンティアへの挑戦～」には、ポイント制の早期導入の実施が謳われている。2011 年 12 月 28 日の臨時記者会見の席上で法務大臣が、早ければ 2012 年にポイント制を実施すると発表した。そしてその翌年、2012 年 3 月 30 日にはポイント制に関する法務省告示が発表された。そして 2012 年 5 月 7 日からポイント制の本格的実施が始まったのである。この時には、ポイント制の対象者である外国人労働者は、在留資格「特定活動」で入国していた。その理由として、法務省は以前ポイント制の受け入れ範囲を拡大するものではないとして法改正に同意しなかったからである。しかし、2014 年には入管法の改正により、在留資格「高度専門職 1 号、2 号」が新設されることになる。

ポイント制が発足し、在留資格「高度専門職 1 号、2 号」が適用された 2012 年から 2014 年の間に、ポイント制度の内容にどのような改正が行われたかを辿ることにする。但し、在留資格「高度専門職 1 号、2 号」の詳細については、5 節、「外国人労働者の受け入れ制度とその課題及び改善」で詳述することにする。2012 年に発足したポイント制は入管法の改正ではなく、高度人材告示によって対応された。その内容はポイント制の仕組みであり、その内訳は次の三つの分野、①学術研究活動、②専門・技術活動、③経営・管理活動、等について学歴や職歴、年齢や年収、更には研究実績等、項目毎にポイントの配分を設定し、その合計 70 ポイント以上獲得した外国人を高度人材と認定していた。2012 年のポイント制では年齢区分ごとの最低基準額が設定されており、最低基準額に到達していない外国人労働者は、他で得点を獲得していてもその合計点数は 0 点とされ、制度の対象外として扱われた。その時の最低年収の基準額は 30 歳未満で 340 万円、40 歳以上で 600 万円であった。

2013 年 12 月 24 日、法務省は高度人材を幅広く受け入れるために、法務省告示の改訂を要求し、ポイント制のいくつかの変更を命じ、更にポイント計算表を見直し、日本語能力や日本の高等教育機関での学位取得に対してポイントの配分の引き上げを行った。これ以外の変更として、最低年収の基準の見直しに伴う、高度学術分野での最低年収基準の撤廃や、高度専門分野及び行動経営管理分野での年齢別基準の撤廃により、年収を全年齢一律にして 300 万円に引き下げた。しかし、この要件を満たしていない場合は、先に既述したように他の得点を取得していても 0 点として扱われる。年収の全年齢一律化と年収が 300 万円に引き下げられた理由は、大学や教育機関、中小企業で働く外国人労働者の年収が大企業のそれより低かったからである。

2014 年 6 月 11 日、改正入管法の成立により、正式に在留資格「高度専門職 1 号、2 号」が新設された。「高度専門職 1 号」は学術研究、もしくは経済発展に携わる外国人労働者に付

与された。一方、「高度専門職 2 号」は 1 号の活動が終了した外国人労働者が申請できる在留資格である。1 号と 2 号の違いは、1 号は在留期間が 5 年であるのに対し、2 号は在留期間に制限がない。

この 3 年後の 2017 年 4 月 26 日、2016 年に閣議決定された「日本再興戦略 2016」に基づき、法務省は「永住許可ガイドライン」を改訂し、高度人材に対して最短で永住を許可する「日本版高度外国人材グリーンカード」制度の導入を決めた。この「日本版高度外国人材グリーンカード」は、2014 年に新設された在留資格「高度専門職 1 号」に適応されるものである。在留資格「高度専門職 1 号」から「高度専門職 2 号」に移行する場合、日本での在留期間は原則として 5 年は必要であるが、「日本版高度外国人材グリーンカード」の制度が導入されたことにより、「高度専門職 1 号」が付与される前に、高度人材ポイント制の下、70 点以上のポイントを獲得した場合、申請者は 3 年日本に滞在するだけで「高度専門職 2 号」、もしくは永住権を得ることが可能となった。またポイントを 80 点以上獲得した外国人労働者は、1 年日本に滞在するだけで「高度専門職 2 号」、乃至永住権を獲得することができる。更にポイントの特別加算を考慮することも法務省令の改訂により織り込まれた。特別加算の対象項目は、日本語能力試験 N2²²取得であり、また世界的に有名名門校の卒業者で、加算されるボーナスポイントは 10 点である。これについては 5 節で詳述することにする。つまり、「日本版高度外国人材グリーンカード制度」により、「高度専門職 2 号」、もしくは永住権を最短で取得することが可能となった。

3-8. 単純労働と専門職の狭間に位置する在留資格の新設と事業の本格化

2008 年から 2017 年まで、日本政府は高度外国人労働者の受け入れを推進するために様々な政策を推進してきた。それは上記に既述したとおりである。しかし、それと併せて 2014 年から 2018 年、日本政府は単純労働と専門職の狭間に位置する分野での外国人労働者の受け入れ、つまり一定の専門性や技術を有し、即戦力となる外国人労働者の受け入れも推進している。このための制度、及びこれらの推進によって発足した事業を、発足順に以下に記す。

①外国人建設・造船就労者受け入れ事業

②国家戦略特別区域法に含まれる外国人労働者の受け入れ事業

(①外国人家事支援人材受け入れ事業、②外国人農業支援人材受け入れ事業)

③在留資格の「介護」の創設、技能実習生に介護職種の追加

④在留資格「特定技能 1 号」「特定技能 2 号」

これらの事業が発足していく過程を、政府の行動とそこで交わされた議論をもとに見ていき、理解を深めることにする。

3-8-1. 外国人建設・造船就労者受け入れ事業

外国人建設・造船就労者受け入れ事業の発足は、2014年にまで遡る。その誘因となったのは、当時、①建設分野における技能労働者の高齢化と離職、②東京五輪2020年に備えての関連施設の建設事業、東日本大震災の復興事業にある建設需要の高まりであった。そして国土交通省は、「建設分野における外国人材の活用に係る緊急措置」を発令し、外国人建設・造船就労者受け入れ事業を発足させ、2015年を目標として建設分野に係る技術、一定の専門性を有する外国人労働者の受け入れを開始することを発表した。また造船分野も建設分野と同方法にて対処することも発表された。国土交通省はこの受け入れ事業を推進していくにあたり、受け入れる外国人労働者の標的は、技能実習生制度の下に就労している外国人労働者や、同じ制度の下、以前就労していた外国人労働者に向けられた。そして一定期間ではあったが、建設や造船に関連する技能実習制度の内容は変更された。それは以前3年であった関連職種の技能実習修了者が、引き続き3年間雇用契約に基づいて建設・造船業に従事できる内容であった。この内容変更は、2020年まで延長して適用すると発表された。これ以外の変更は、技能実習を終了して帰国した関連職種の技能実習生が、これらの事業に従事する場合、帰国後一年未満に再来日する場合は、2年間の就労滞在を認め、更に帰国後一年以上経過した後に再来日する者には、3年の就労滞在を与えるとしたことである。この事業に従事する技能実習生には在留資格「特定活動」が与えられた。この事業は2020年までとされていたが、就労期間の延長が認められ、2020年後に来日した外国人労働者には、2022年末まで就労が延長された。

3-8-2. 国家戦略特別区域法に含まれる外国人労働者の受け入れ事業

上記外国人建設・造船就労者受け入れ事業について議論されていた2014年に、別の外国人労働者の受け入れについての議論も続けられていた。この議論は2013年に始まっており、日本政府は産業の国際競争力の強化や、国際的経済活動の拠点化を図るために法律の枠組みに捉われず、規制を緩和する特定区域を設け、そこに外国人労働者を受け入れる制度を提議していた。この制度は国家戦略特区と称され、広く知られていくことになる。この制度の創設について、早川智津子(2020)は、地域限定とはいえども、実質的には単純労働に従事する外国人労働者の受け入れを開始するものとして認識していると述べている²³。この国家戦略特区の制度下において、次の二分野における外国人労働者の受け入れが開始した。①2015年に開始した「外国人家事支援人材受け入れ事業」、②2018年に開始した「外国人農業支援人材受け入れ事業」である。

初めに「外国人家事支援人材受け入れ事業」について見ていくことにする。2014年6月24日付閣議で、日本政府は「『日本再興戦略』改訂2014」を発表し、国家特区戦略特区下において、外国人女性労働者を外国人家事支援人材として受け入れる方針を発表した。そして、

2015年7月8日、国家特区戦略特区下での家事支援人材の受け入れを認める、「改正国家戦略特別区域法」が成立した。この法律の成立により家事代行業者と外国人女性労働者との間で雇用契約が結ばれるようになり、戦略特区内の神奈川県、大阪府、東京都、兵庫県、愛知県、千葉市で最長3年、炊事、洗濯、児童の世話等を含む仕事を担うことが認められた。そして、2015年に家事支援人材の受け入れは本格化した。その枠組みの内訳は、家事代行を人材受け入れと認めている特区の自治体が、法務省、厚生労働省、経済産業省等の地方出先機関及び内閣府地方創生推進室と連携を結ぶようになった。また、この制度の下に第三者管理協議会が設置され、家事代行業者機関の基準と適合性の確認を年に一度、もしくはそれ以上の頻度で検査するように定めている。しかし、これらの検査を行う団体や機関は、第三者管理協議会以外に実施する機関はない。ここで唯一の懸念事項は、家事支援の受け入れが推進されていくことによって、本章2節、更に上記で既述した在留資格「興行」で来日した外国人女性労働者が引き起こした、不法就労問題が浮上して来る可能性もあるということである。

その2年後、2017年6月には農業労働者の受け入れ実施のために、国家戦略特別区域法が改訂され、2018年には外国人農業支援人材受け入れ事業が開始された。この事業に携わる外国人労働者は、受け入れ事業者である労働者派遣事業者と雇用契約を締結し、農業経営体に派遣され、そこで派遣労働者として農作業に従事できるようになった。この事業の下で就労する外国人労働者の在留資格は「特定活動」で最長3年の就労が認められている。本制度を受け入れている特区は京都府、新潟市、愛知県、沖縄県等の四県である。その後この外国人農業支援人材の受け入れ制度は廃止され、2018年に新設された「特定技能制度」に段階的に移行される予定になっている。

3-8-3. 在留資格の「介護」の創設、技能実習生に介護職種の追加

国家戦略特区制度において、上記「家事支援人材」と「農業支援人材」の受け入れ制度が発足した2014年から2018年の間に、「介護労働者の受け入れ」にも変化が見られた。2016年11月18日、「出入国管理及び難民認定法」の一部を改訂する「改正入管法」が成立した。この改訂により、「専門職人材」に含まれる新しい在留資格「介護」が新設され、2017年9月1日から施行された。在留資格「介護」を取得するためには、外国人留学生が在留資格「留学」で来日し、介護福祉士養成施設で2年以上就学し、介護福祉士の国家資格を取得して、そこで初めて在留資格、「介護」が付与されて、介護福祉士として職に就くことができる。この介護資格を有する外国人介護福祉士の場合、唯一のメリットは単純な介護の業務に就くことができるということである。このように考えると在留資格「介護」が創設されたのは、介護分野に外国人の単純労働者を受け入れるためのものであると解釈できると、伊藤

泰郎(2021)と崔博憲(2021)は指摘している。この在留資格「介護」が創設された 2017 年 11 月 1 日、技能実習制度に介護職が職種として追加されている。

3-8-4. 在留資格「特定技能 1 号」「特定技能 2 号」

2018 年 12 月 8 日、日本政府は 197 回国会で、「出入国管理及び難民認定法及び法務省設置法の一部を改正する法律案」を成立させ、2019 年 4 月 1 日から「2018 年改正入管法」を施行した。この法律の成立により、これまで専門、技術分野に該当しない外国人労働者の受け入れには慎重であると強調し続けてきた日本政府は、専門、技術分野に該当しない外国人労働者を若干受け入れるようになる。この法案の成立により人材が不足している分野の人材不足を解消し、人材の確保を確実なものとするために、在留資格「特定技能 1 号」と「特定技能 2 号」を新設した。この資格は 2019 年に施行された。この在留資格には人材が不足し、人材確保が必要な職種としての介護職、ビルクリーニング、素形材産業、産業機械製造業、電気・電子情報関連産業、建設、造船・船舶用工業、自動車整備、航空、宿泊、農業、漁業、飲食・食品製造業、外食産業等が含まれている。在留資格「特定技能 1 号」は、上記の業種すべてが対象となっている。また在留資格、「特定技能 2 号」は、これらの分野の内、建設業や造船・船舶工業の二分野がその対象となっている。介護の分野に就労する外国人労働者は、次の四つの制度の内、その一つを利用していると推測できる。この四つの資格とは、①在留資格「介護」、②「技能実習生の介護」、③「EPA 介護福祉士制度」、④「特定技能 1 号」である。

上述した、「2018 年改正入管法」には、在留資格「特定技能」で、外国人労働者を雇用する企業が遵守すべき必須事項が記載されている。例えば、在留資格「特定技能」で就労する外国人労働者と雇用主との間で締結する契約は、法務省令の規定を満たしている場合に限り、外国人労働者の就労を許可するとされている。その他にも、日本人と同等な給料や待遇、教育訓練の実施、福利厚生施設の利用等、そこに差別があってはならないと、法務省令は規定している。また企業は外国人労働者を受け入れる際に、その支援について特定技能外国人支援計画を作成すること、そしてその履行も求められている。この支援計画の内容の一部は外国人労働者と、その地域の日本人との交流並びにその支援等があるが、この支援計画については、5 節「外国人労働者の受け入れ制度とその課題及び改善」で詳述する。

以上、1970 代半ばから 2010 年後半までに日本政府が行った外国人労働者受け入れに対する政策の議論や議案の詳細を見ていくと、日本政府の慎重な対応を見ることができる。この 40 年間、外国人労働者の受け入れで唯一変わらないものは、専門、技術分野の在留資格に関するもので、その受け入れは認めているが、単純労働者の受け入れは全面的に否定していることであった。1980 年代から 2010 年後期に、政府内で交わされてきた議論の背景には以下のような温度差があったことが伺われる。この期間に外国人労働者について交わされた議論は、

1980年代と同じように人手不足を挙げているが、その状況は以前に比べ変化していた。1990年代から2000年は、バブル経済が生み出した職業の選り好みや、高学歴化により単純労働や重金属に従事する労働者の不足や、少子高齢化による労働人口の減少によるところの労働不足への対策であった。しかし、1980年代から1980年後半に交わされた議論で強調されたのは、専門・技術外国人労働者の受け入れを本格的に行うことで、引き続き単純労働者の受け入れは行わないことであった。しかし、建前上はそうであっても単純労働に従事する労働不足を補うために、技能実習制度や日系南米人の受け入れ制度を新設し、それに依頼していたように見えるのである。

一方2000年以降、専門・技術的分野に該当しない外国人労働者である単純労働に従事する外国人労働者の受け入れについて、政府の言及に変化が見られるようになる。塚田典子(2021)は、その著書の中で鈴木江理子の指摘を基に示唆していたが、2003年に政府が提出した「通商白書2003」では、1980年から1990年までに政府が強調していた「単純労働者」の言葉が使われなくなったと記している²⁴。また、塚田典子(2021)の著書の一部である「外国人労働者の受け入れに対する政府の基本姿勢について」に記された表²⁵を見ると、1967年から2018年に政府が発表した「第一次から第九次における雇用対策基本計画」及び、2005年3月に発表された「第三次出入国管理基本計画」、更に2018年6月に発表された、「経済財政運営と改革の基本方針2018」を見ると、単純労働に従事する外国人労働者に対する政府の対応の変遷を見ることができる。2003年以前は、単純作業に従事する外国人労働者を全面的に否定していたが、2003年以降は、単純作業に従事する外国人労働者の呼称を「専門・技術的労働者以外の労働者」とした。そしてその受け入れについては、2000年以前のように全面的に否定するのではなく、状況を判断した上で慎重に受け入れを検討していく姿勢を示した。例えば、塚田がその表であげていた「通商白書2003」には、労働力不足が顕著な分野では新たに外国人労働者を受け入れる選択肢を検討するとしている。それに対して、2005年の「第三次出入国管理基本計画」では、引き続き「専門・技術的外国人労働者」の受け入れを進めていくが、少子高齢化時代に適応した外国人労働者の受け入れについては検討すべきであると記されている。更に専門・技術的分野に該当しない分野に属する外国人労働者の受け入れについては、着実に進めていくことの必要性が記されている。塚田の表に挙げられている「経済財政運営と改革の基本方針2018」には、これまでに議論されてこなかった外国人労働者の受け入れ事項について幾つか記されていた。その内容は以下の通りである。

- 1)外国人労働者の受け入れに必要な分野に焦点を当てて、移民政策とは異なる政策として外国人材の受け入れを拡大していくことを目的に、新たな在留資格を新設する。
- 2)従来の専門・技術的な外国人労働者に限定せず、一定の専門性・技能を有し、即戦力となる外国人材を幅広く受け入れていく。

以上、1960年から2018年までの政府の単純労働者の受け入れに対する意識の変遷を見てきたが、1970年から2010年後期までに、政府が外国人労働者の受け入れについて発案した制度と、その背後で議論されてきた制度を次に見ていくことにする。

1) 2000年から2010年後期までの外国人労働者に関する制度の創設を見ていくと、「経済財政運営と改革の基本方針2018」に記されている通り、外国人労働者の受け入れを必要とする分野に焦点を当てながら、従来の専門・技術的外国人労働者に限定せず、幅広く且つ柔軟に制度を創設し、外国人労働者の受け入れを促進し、労働力不足を補おうとしていることを伺い知ることが出来る。また時代の流れと共に変化する日本社会の状況を踏まえて、外国人労働者の受け入れが必要な分野に対して、臨機応変に対応しようとしていることも伺える。例えば、「建設分野における外国人材の活用に係る緊急措置」の下に創設された、外国人建設・造船就労受け入れ事業や、国家戦略特区の下に創設された、外国人家事支援人材受け入れ事業等を挙げることができる。

2) 1960年から1990年までは政府は単純労働者を雇用することには否定的であったが、2000年から少子高齢化による人手不足の影響が出始めると、政府はその解決として外国人労働者の受け入れを検討するが、政策として発表することはなかった。しかし、2010年後期になると、労働力が不足している分野での労働力確保を促進するために、「特定技能」を創設した。この特定技能に含まれる職種は、従来「入管法政策」の下では専門・技術的分野としては評価されておらず、単純労働として制限されてきた。また「特定技能1号」は、就労活動の観点からは、他の「専門・技術的分野」の在留資格に比べるとレベルが劣ると認識されており、入管法政策を通して見た時に従来の在留資格に比べて受け入れ範囲が緩いと言われている。一方、「特定技能2号」については、専門・技術的分野の外国人労働者と同等、またはそれ以上の水準であると認識されているが、実際のところ、専門・技術的分野の在留資格「技術」の枠組みとは若干異なっている。このことから、政府は人手不足が顕著な単純労働に、外国人労働者をもって補うために、「特定技能」を制定し、「特定技能」の枠内で外国人労働者の受け入れを促進していると解釈することができる。ここで換言するならば、政府は既に単純労働者の受け入れを認めているということができる。

3) 2019年に新設された在留資格「特定技能1号、2号」の原型は、2015年に開始された外国人建設・造船就労受け入れ事業ではないかと考えられる。この外国人建設・造船就労受け入れ事業によって来日した外国人労働者は、日本での技能実習を終了し、母国に一時帰国するが、帰国以後に再来日して関連職種に就労することが認められており、その場合の在留資格は「技能実習」から「特定活動」に変更される。一方、「特定技能1号」には「技能実習制度」からの移行が許されており、「特定技能1号」に応募する外国人労働者の多くは、「技能実習2号」を終了した者が大半を占めている。その理由は、「技能実習2号」で実習した分野が、「特定技能1号」に含まれている分野であれば、日本語検定試験

や技能試験が免除されるからである。このようにして、申請が承認された外国人労働者の在留資格は、「技能実習」から「特定技能 1 号」に変更される。このように、「特定技能 1 号」と外国人建設・造船就労者受け入れ事業には多くの類似点があり、このことより、「特定技能 1 号、2 号」の受け入れの原型は外国人建設・造船就労者受け入れ事業であると言えるのではないかと推測できるのである。

4) 1960 年から 2010 年後期にかけて、政府内で交わされた議論の変遷を見ていくと、時間の経過と共に外国人労働者の受け入れ制度が多様化しているのが分かる。この制度の多様化により、受け入れ側の要件や外国人労働者の生活事情、悩み等も多様化していくものと予測される。このように外国人労働者を取り巻くあらゆる状況の多様化において、外国人労働者がどう対応しているのか、例えば、人手不足を補うために就労を許された外国人労働者が、職場やコミュニティの日本人とどう関わっているのか、その交わりの中での労働は、彼らに満足を与えているのか、各制度や各在留資格の下で就労している外国人労働者の悩みや不満、不安について、更には職場以外での生活面での問題や悩み、メンタルヘルスの支援等々について筆者は疑問を抱いている。そしてこの疑問に対する回答は今のところ不明であり、今後調査を進めていく過程で明らかにされていくべきものであると考えている。

4 節 厚生労働省、福岡労働局、及び行政が発行した資料から読み解く

福岡県における外国人労働者の現状と展望

4-1. 4 節で扱う一次資料の紹介と用途

前節の 1 節から 3 節までは、日本が外国人労働者の受け入れを本格的に推し進めてきた推移について、外国人労働者の受け入れの制度及び政府が施行した対策の変遷を詳述してきた。本節では、福岡県全域における上記変遷を、下記資料を基に見ていくことにする。

- 1) 厚生労働省発行の外国人雇用状況報告、1993 年(平成 5 年)から 2021 年(令和 3 年)²⁶まで
- 2) 福岡労働局における外国人雇用の届出状況、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)²⁷
- 3) 福岡労働局発行の行政運営方針、2020 年(令和 2 年)から 2022 年(令和 4 年)²⁸
- 4) 第 10 次福岡県職業能力開発計画、第 11 次福岡県職業能力開発計画²⁹
- 5) ①福岡県雇用対策協定に基づく事業計画(2017 年(平成 29 年)、2019 年(令和元年)、2020 年(令和 2 年)、2022 年(令和 4 年度))³⁰、
②福岡市雇用対策協定に基づく取り組み(2021 年(令和 3 年)と 2022 年(令和 4 年))³¹、
③北九州市雇用対策協定に基づく実施計画(2021 年(令和 3 年)、2022 年(令和 4 年))、北九州市雇用対策協定に基づく取組(2022 年(令和 4 年))³²、
④久留米市雇用対策協定に基づく取り組み(2021 年(令和 3 年))³³
- 6) 第 2 期福岡市、まち、ひと、しごと創生総合戦略(2020 年(令和 2 年 5 月))

初めに、資料 1)、2³⁴⁾を使い、主に福岡県の就労外国人労働者数を分析し、2 節で記した、日本全国における外国人労働者の受け入れの変遷に照らし合わせながら、在留資格や制度毎に時間軸に沿ってその労働者数の変化を見ていく。資料 3)から 6)は、福岡県の外国人労働者の受け入れに対する対策と対応の変遷を見ていく。そこから、福岡県における外国人労働者の受け入れについての今後の展望を考察する。併せて、3 節に詳述した日本で就労する外国人労働者に対する政府の対応が、福岡県に及ぼす影響についても見ていくことにする。

初めに、厚生労働省のホームページに記載された資料、1993 年(平成 5 年)から 2021 年(令和 3 年)を通して報告された外国人雇用状況から、福岡県における外国人労働者の人口の推移とその在留資格の変遷を見ていく。更に外国人労働者数の変遷をカテゴリー別に、つまり在留資格、職種、国籍ごとに見ていくことにする。厚生労働省の資料には、日本で就労する外国人労働者の総数だけではなく、都道府県別に就労する外国人労働者数も記載されている。1993 年(平成 5 年)度の「外国人雇用状況報告」には、「第一回外国人雇用状況報告の結果について-外国人労働者の雇用状況をはじめて全国的に把握-」³⁵⁾と記されている。この言葉より、厚生労働省が外国人労働者数の統計を取り始めたのは、報告書に取り纏めた 1993 年(平成 5 年)からではなかったかと推測される。それ以前のデーターは厚生労働省のホームページに発表されていないため入手することはできない。理由としては以下に推測することができる。

- 1) 1993 年に外国人労働者問題関係省庁連絡会議で技能実習制度の基本的枠組みが創設された。これにより技能実習制度が設けられ、外国人がこの制度により正式に来日し、就労することができるようになった。
- 2) 1989 年に入管法が改正され、1990 年代になると日系人労働者が来日していたが、それ以前は外国人労働者といえば不法就労者であった。政府は不法就労者に対する取り締まりやその調査を怠っていた。

これらが 1993 年以前の外国人労働者数に関するデーターがない理由であると推測される。一方、都道府県毎に在留資格や制度別に分類した外国人労働者数の統計データーは存在するが、福岡県全域における外国人労働者を国籍や職種別に分類した統計データーはない。これらに関する統計データーは、福岡労働局が 2013 年(平成 25 年)から発行している「福岡労働局における「外国人雇用状況」の届出状況」を基に見ていくことにする。福岡県における外国人労働者数の推移は、厚生労働省が発行した都道府県ごとのデーターを基に、また福岡県全域の項目別の外国人労働者数の推移は、福岡県労働局のデーターを基に見ていくことにする。

厚生労働省発行の「外国人雇用状況報告」、1993 年(平成 5 年)から 2021 年(令和 3 年)には、2 節と 3 節で既に述べた、①外国人労働者の種類、在留資格や制度の種類、②労働者の種類に伴う政府の政策と対応の変遷、が記されていた。ここで興味深いことは、この①と②に

記されていた 1993 年(平成 5 年)から 2021 年(令和 3 年)の都道府県別の外国人労働者数の集計表の構成が一致していたことである。1993 年(平成 5 年)に発表された第一回目の外国人労働者数の集計表から 2021 年(令和 3 年)まで、毎年発行されたその集計表を見ていくと、福岡県における外国人労働者数の推移と在留資格等に変化が見られる。これらの変化を、1993 年(平成 5 年)から 2021 年(令和 3 年)までの集計表を基に見ていき、福岡全域における外国人労働者の推移を明らかにしていく。

4-2. 厚生労働省「外国人雇用状況報告 1993 年から 2021 年」の

集計表の構成の移り変わりから読み解く外国人労働者の行方

1993 年(平成 5 年)に、厚生労働省が発行した外国人雇用状況報告書に記されている、都道府県別の外国人労働者数の集計表の項目には、①事業所、②外国人労働者、③内日系人労働者の三つの項目でデータが纏められており、シンプルであった。1994 年(平成 6 年)には、これらの項目は①事業所数、②内外国人労働者を直接雇用している事業所数、③直接雇用されている外国人労働者数、④内日系人労働者数、⑤間接雇用されている外国人労働者数に更に細分割されていた。この項目は、1997 年(平成 9 年)まで用いられた。1998 年(平成 10 年)度からは、項目は直接雇用されている外国人労働者数の項目で、①内特定の範囲で就労可能、②内就労の制限なし、の項目が加わった。更に日系人労働者の項目にも変化があった。以前は、内日系人労働者数が用いられたが、直接雇用の内、中南米地域出身日系人へと変更されている。1998 年(平成 10 年)度のこれらの項目は、2001 年(平成 13 年)まで変わることはなかった。しかし、2002 年(平成 14 年)になると、直接雇用されている外国人労働者数の項目に変化があり、中南米地域出身日系人という項目が更に追加された。2005 年(平成 17 年)になると、以前は、直接雇用されている外国人労働者の項目は、「内特定の範囲で就労可能」と「内就労の制限なし」であったが、「内専門的・技術的分野の在留資格」と「内日本人の配偶者等・永住者の配偶者等・定住者」に変更されてより具体的になった。2008 年(平成 20 年)に入るとその項目は大きく変化し、新しい項目①専門的・技術的分野の在留資格、②特定活動、③資格外活動、④身分に基づく在留資格、が用いられるようになった。①専門的・技術的分野の在留資格の項目には、更に、「内技術」と「内人文知識・国際業務」に細分化された。③資格外活動の項目は、「留学・就学」と「その他」に、④身分に基づく在留資格の項目は、「永住者」、「日本人の配偶者」、「永住者の配偶者」、「定住者」に細分化された。2010 年(平成 22 年)になると、新しい項目、「技能実習」が、「特定活動」の横に追加された。2012 年(平成 24 年)には、④身分に基づく在留資格、の項で細分化されていた「留学・就学」が「留学」と変更された。2015 年(平成 27 年)には、項目の変更が行われた。①専門的・技術的分野の在留資格の項目では、従来、「内技術」と「内人文知識・国際業務」に細

分化されていたが、「内技術・人文知識・国際業務」と一つにまとめられた。それ以降は項目の変更は見られなかった。

ここまでは、厚生労働省がまとめた外国人雇用状況報告の中で、特に外国人労働者数の集計表について、その集計表の項目の変遷について見てきたが、ここで明確になったことを以下に記す。

1) 時代が令和に近づくにつれて、集計表の項目は増え細分化され、より具体化されている

2) 新しく制度が創設されるたびに、項目もその創設に併せて追加されている

この 1) 並びに 2) で示した見解は、2 節、3 節で詳述した、外国人労働者の受け入れと制度の変遷、それは時代の変化と要求に併せて外国人労働者の受け入れについて、政府が議論を続け、施策を施行し続けたことによるものであると理解することができる。これらが背景にあることを覚えながら、集計表の項目の変遷の要因を一つ一つ詳述することにする。この変遷には 2 つの変化が存在する。それは徐々に項目が変化していく「プチ変化」と、項目が急激に変化する「グラン型変化」である。第一の変化、プチ変化は、1994 年(平成 6 年)、1998 年(平成 10 年)、2002 年(平成 14 年)、2005 年(平成 17 年)、2010 年(平成 22 年)、2012 年(平成 24 年)、2015 年(平成 27 年)に見られる。他方、グラン型変化は、2008 年(平成 20 年)に見られる。プチ変化の始まりであった 1994 年(平成 6 年)の変化は、報告書の 1 ページに示されているが、「本報告制度の周知が進み、中小企業を中心に提出された事業所数が増加したこと」、「今回から間接雇用についても把握することとした」等がその要因であった³⁶。この二つの要因は、1990 年初期に本格化した日系ブラジル人の就労と、1993 年 3 月に外国人労働者問題関係省庁連絡会議で、外国人技能実習制度の基盤が確立されたことに起因するものであると推測できる。この時、日系ブラジル人は、主に次の 4 つの雇用形態で雇用されていた。①正社員として雇用する雇用形態、②非正規社員として雇用する雇用形態、③請負会社に間接的に雇用される雇用形態、④派遣会社に雇用され、派遣社員として雇用される雇用形態、であった。この四つの雇用形態を網羅する必要性により、集計表の項目に直接雇用だけではなく、間接雇用の項目を追加せざるを得なくなった。また、報告書の 5 頁には「2. 直接雇用の外国人労働者の属性の(3)出身地域別」の項があるが、そこには「出身地域別に見ると、「中南米」が 56,259(60%)人と最も多く、次に「東アジア」で 17,383(18.5%)人であると記されている³⁷。ここで記されている「中南米人」は日系ブラジル人であって、しかも雇用形態は「②非正規社員として雇用する雇用形態」で就労していた。政府はこれにより間接雇用の枠を増設したのである。

次に、1994 年(平成 6 年)に労働省が発表した外国人雇用状況報告結果の報告①、「雇用状況報告制度の理解が進み、中小企業を中心に提出事業所数が増加した」³⁸ことは、1992 年 12 月、法務省が技能実習制度を大手企業、つまり企業単独型だけではなく、中小企業でも採用できる、団体監理型へと舵を切ったことに端を発するのではないかと考えられる。これによ

り、中小企業は、事業協同組合、商工会議所等の中小企業団体を通して技能実習生を受け入れることが可能になった。そして 1993 年に更に労働省は技能実習制度の枠組みを決定し、中小企業における外国人労働者の受け入れに伴い、従来の研修制度を一年から更に実習期間を一年追加し、外国人労働者の滞在期間を二年に延長した。そのようにして外国人労働者の技術を高める方向へと変更した。

1998 年(平成 10 年)度版集計表の項目の変更、特に、「内特定範囲で就労可能」の項目の追加は、1993 年 3 月に外国人労働者問題関係省庁連絡会議で、外国人技能実習制度の基盤が確立されたことに起因すると考えてよいであろう。技能実習制度は 1997 年(平成 9 年)にその一部に変更があり、技能実習制度を利用して来日する外国人労働者は、「特定活動」の在留資格の下で就労や研修が認められていた。またその時に日本での滞在期間が 2 年から 3 年に延長され、最初の 1 年目は「研修」、2 年目以降は「特定活動」の在留資格の下で就労が可能となった。このような変更により、「内特定範囲で就労可能」の項目が追加されたと見ることができると推測している。しかし、ここで特筆すべきことは、「技能実習制度」の在留資格は 2010 年までは用いられてこなかった、つまり 2010 年以降に定着した在留資格であった。

次に 2002 年(平成 14 年)の集計表の変更、直接雇用の内、中南米人を直接雇用の欄に移動したのは、単に集計表を見やすくするためのものであったと考える。

2005 年(平成 17 年)の集計表の項目の変更は、「特定活動」からより具体的な項目へと変更されている。この項目の変更は、2005 年 3 月に公布された第三次出入国管理基本計画に起因していると考えられる。この計画では、政府は専門的且つ技術的労働者の受け入れを認め、しかし、専門的でない、技術的でない分野に該当する外国人労働者の受け入れについては引き続き検討するという意志が表明されている。厚生労働省の発表した 2005 年の集計表でも項目として、この専門的技術的分野を使用したものと思われる。つまり、集計表の項目を「内特定の範囲で就労可能」から、「内専門的、技術的分野の在留資格」へと変更したと推測することができる。

2008 年(平成 20 年)になると、集計表に今までにない変化が見られた。その要因として考えられるのは、①EPA 看護師・介護福祉士候補者の受け入れ、②2008 年の留学生 30 万人受け入れ等の計画が起因していると考えることができる。集計表の項目に用いられている在留資格の「特定活動」と「資格外活動(留学・就学)」を除外すれば、他は高度人材外国人を表す資格である。つまり、政府は、①EPA 看護師・介護福祉士候補者の受け入れ、②留学生 30 万人の受け入れに積極的且つ本格的に動き始めたのである。この①EPA 看護師・介護福祉士候補者の受け入れ、②留学生 30 万人の受け入れの共通点は、外国人が日本で働くために創設されたものである。いずれも高度人材を代表する「技人国」の資格で就労を可能にしている。これを政府は、「高度人材の潜在的予備軍」と呼んでいる。このような状況の変化を踏まえて、この集計表に「留学・就学(資格外活動)」が追加されるようになったと推測する。

一方 2008 年以前には、日系中南米労働者の項目が存在していたが、2008 年以降にはその項目はなくなった。代わりに「身分に基づく在留資格」へと項目は変更された。その要因は、2008 年(平成 20 年)の報告書、2 頁に記されている「日本に滞在する日系ブラジル人の多くは、身分に基づく在留資格(定住者、永住者)を取得していることである」³⁹、に起因していると考えられる。実際、身分に基づく在留資格を持つ者は 99.5%を占め、その内の 47.2%は定住者、28.2%が永住者であった。それから 2 年後の 2010 年(平成 22 年)には、従来、技能実習生の項目であったものは特定活動の項目に変更されていたが、そこに新たに技能実習生の項目が追加された。これは 2009 年 7 月に、「出入国管理及び難民認定法」の一部が改正され、研修の 1 年目から技能実習の在留資格の下で就労が認められるようになったことによるのが大きい。この改正により、従来は特定活動の在留資格であったものが、技能実習の在留資格として新たに創設され、2010 年の 7 月に施行された。

2012 年(平成 24 年)と 2015 年(平成 27 年)の変更は、集計表のフォーマットのみの変更であり、政府の対応、政策の変更によるものではない。しかし、2019 年(令和元年)の集計表にはその下部に注釈として、「在留資格特定技能は①専門的・技術の分野の在留資格に含む」⁴⁰が記されていた。これは、2019 年(令和元年)に創設された「在留資格・特定技能 1 号、2 号」に起因するものであった。しかし、何故、この「在留資格・特定技能 1 号、2 号」が専門的・技術的分野の在留資格の項目に纏められてしまったのか。それは、特定技能 1 号、2 号が創設された目的や両者に求められる人材や技能水準にあると考えられる。特定技能 1 号に求められた人材や技能水準は、ある水準以上の知識や経験を要し、特別な技能訓練を受けなくても職に就くことができる者であること。一方特定技能 2 号は、熟練した技能を要求される業務に雇用契約に従って就労することを目的としている。熟練した技能とは、専門的・技術的分野の在留資格を有する外国人労働者と同等、もしくはそれ以上と定義されている。つまり、特定技能 1 号、2 号は、専門性や技術を必要とする業務に携わり、即戦力として雇用され、中・小企業で深刻化している人手不足を解消することを目的として設けられた在留資格である。この特定技能 1 号、2 号が専門・技術分野の項目に纏められていたのは、この在留資格(特定技能 1 号、2 号)が他の専門・技術分野と同等に高い技術と専門性を要する資格と考えられていたからである。しかし、この「在留資格・特定技能」は比較的新しい在留資格であり、この在留資格の下で就労した外国人は非常に少なかった。実際、就労者も、細井聡(2020)によると政府想定の 1%⁴¹に満たなかったようである。このように「在留資格・特定技能」の就労者は少なく、それ故に、専門・技術分野の在留資格の項目に纏められてしまった。これも一つの要因であろう。令和元年と令和 3 年の日本全国における「在留資格・特定技能者」の就労者数を見ても、令和元年 10 月： $520/329034=0.00158 \cdots 0.16\%$ ⁴²で、令和 3 年 10 月： $29,592/394509=0.075 \cdots 7.5\%$ ⁴³と非常に少ないことが分かる。(別表 9 都道府県別・特定産業分野別外国人労働者数(在留資格・特定技能)による)

4-3. 福岡県における外国人労働者数の推移

福岡県における外国人労働者数の推移を、事業者、在留資格、職業別について、次の二つの報告書のデーターを通して見ていくことにする。①一つは、厚生労働省が発表した「外国人雇用状況報告、1993年(平成5年)から2021年(令和3年)」であり、②二つ目は福岡労働局が発表した、「外国人雇用の届出状況、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)」を用いることにする。厚生労働省が発行した「外国人雇用報告書」は、福岡県における外国人労働者数と彼らを雇用する事業所数の推移を見ていくために用いるが、この報告書から引用するデーターは、1993年(平成5年)から2012年(平成24年)までとする。福岡県における外国人労働者に関する調査データーは、福岡労働局が2013年(平成25年)に外国人労働者数について、国籍、在留資格、安定所、産業別に詳しく発表するまでは、厚生労働省が発表した「外国人雇用報告書」以外には存在していなかった。或いは公開されていなかったかもしれないが。つまり1993年(平成5年)から2012年(平成24年)までは、外国人労働者数の推移を確認できる情報は、厚生労働省が都道府県別に纏めた「外国人雇用報告書」以外には存在しなかった。これが上記二つの報告書を用いる理由である。初めに、①厚生労働省が発行した報告書、「外国人雇用状況報告」を用いて福岡県に在住していた外国人労働者数の推移を、在留資格と事業所数に焦点を当てながら見ていくことにする。次に福岡労働局が発行した報告書より、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)までの外国人労働者数の推移を、在留資格、国籍、産業、事業所、地域別に見ていく。前者と後者の報告書の違いは、前者は、外国人労働者数の推移を在留資格と事業所別でしか見ていくことができないが、後者は外国人労働者数を在留資格、国籍、産業別に、更に事業所や市町村別にも見ていくことができ、福岡労働局のデーターを通して、福岡県における外国人労働者の現状をより詳細に把握することができる。

4-3-1. 1993年(平成5年)から1998年(平成10年)までの外国人労働者数、事業所数の推移

厚生労働省が発行した、1993年(平成5年)から2012年(平成24年)までの福岡県における外国人労働者数と在留資格、事業所数の推移を表4-3-1から表4-3-5に示す。表4-3-1から表4-3-5で扱う外国人労働者数、在留資格、事業所数の推移は、1993年(平成5年)から2012年(平成24年)までの厚生労働省が発行した統計データーを基にしている。このデーターは便宜上6年毎に分けて見ていくものとする。

表 4-3-1. 1993年～1998年までの外国人労働者数、事業所数、在留資格の推移(筆者作成)

年	外国人労働者数	日系中南米 外国人	間接雇用	直接雇用事業所数	間接事業所数
1993年	974人	205人		241ヶ所	
1994年	1062人	139人	10人	301ヶ所	1ヶ所
1995年	1140人	131人	123人	317ヶ所	4ヶ所
1996年	1193人	123人	122人	324ヶ所	4ヶ所

1997 年	1163 人	87 人	44 人	332 ケ所	3 ケ所
1998 年	1309 人	90 人	45 人	373 ケ所	4 ケ所

1998 年(平成 10 年)、福岡県で就労する外国人労働者数は表にも示した通り 1,309 人ではあるが、その内の 1,264 人が「直接雇用」であり、更にその内の 606 人が「特定の範囲」で就労し、279 人が「就労の制限なし」で就労していたことが明らかになった。この「就労の制限なし」に該当する外国人労働者は主に、日本人の「配偶者」、「永住権」、「定住者」等の在留資格を取得している人達である。この表から読み取れることは、福岡県における直接雇用の事業所数や外国人労働者数は間接雇用よりも多いということ、また日系中南米人の数は 1998 年に近づくにつれて減少しているということである。

4-3-2. 1999 年(平成 11 年)から 2003 年(平成 15 年)までの外国人労働者数、事業所数の推移

4-3-1. と同じように、厚生労働省が発行した 1999 年(平成 11 年)から 2003 年(平成 15 年)までの福岡県における外国人労働者数、事業所数、在留資格の推移を以下表 4-3-2 に示す。この表では直接雇用を、「特定の範囲」と「就労制限」、「日系中南米」外国人労働者に細かく分類して表記した。

表 4-3-2. 1999 年～2003 年までの外国人労働者数、事業所数、在留資格の推移(筆者作成)

年	直接雇用外国人労働者数	直接雇用者数				間接雇用	直接雇用事業所数	間接雇用事業所数
		直接雇用	特定の範囲	就労制限無	日系中南米人			
1999 年	1433 人	1360 人	541 人	339 人	67 人	73 人	380 ケ所	7 ケ所
2000 年	1432 人	1342 人	540 人	343 人	54 人	90 人	393 ケ所	7 ケ所
2001 年	1737 人	1633 人	539 人	386 人	53 人	104 人	382 ケ所	5 ケ所
2002 年	1951 人	1903 人	577 人	441 人	68 人	48 人	394 カ所	4 ケ所
2003 年	2145 人	2053 人	532 人	405 人	39 人	92 人	443 ケ所	10 ケ所

*1. 1999 年から 2003 年までの推移表から

- 1) 表 4-3-1. と同じように、中南米出身の日系人労働者数は年を追う毎に減少している
- 2) 表 4-3-2. でも、直接雇用の外国人労働者が間接雇用されている外国人労働者よりも圧倒的に多いことが見て取れる
- 3) 事業所数については、直接雇用の事業所数が多くを占めている。直接雇用の事業所数は、1999 年(平成 11 年)から 2002 年(平成 14 年)まで事業所数はほぼ同じであるが、2003 年(平成 15 年)には、その事業所数は 49 カ所も増加している。一方間接雇用の事業所数は 2002 年(平成 14 年)までは減少傾向にあったが、2003 年(平成 15 年)には突然その数は増加している。

4-3-3. 「内特定範囲」と「内就労無し」の就労可能の追加による外国人労働者数の推移

1998 年(平成 10 年)から直接雇用の外国人労働者の雇用内訳に、「内特定範囲で就労可能」、「内就労制限無し」が追加された。この二つの雇用によって就労する外国人労働者数は徐々にではあるが、その差は縮まっている。1998 年からその差を以下表 4-3-3 に示す。

表 4-3-3. 「内特定範囲で就労可能」と「内就労制限無し」で

就労可能な労働者数の差の推移(筆者作成)

年	直接雇用外国人労働者数		
	①内特定の範囲	②内就労の制限無し	差(①-②)
1998 年(平成 10 年)	606 人	279 人	327 人
1999 年(平成 11 年)	541 人	339 人	202 人
2000 年(平成 12 年)	540 人	343 人	197 人
2001 年(平成 13 年)	539 人	386 人	153 人
2002 年(平成 14 年)	577 人	441 人	136 人
2003 年(平成 15 年)	532 人	405 人	127 人

4-3-4. 2004 年(平成 16 年)から 2009 年(平成 21 年)までの外国人労働者数、事業所数の推移

表 4-3-2. と同じように、2004 年(平成 16 年)から 2009 年(平成 21 年)までの福岡県における外国人労働者数、事業数、在留資格の推移を以下表 4-3-4-1 に示す。

表 4-3-4-1. 2004 年～2009 年までの外国人労働者数、事業所数、

在留資格の推移(筆者作成)

年	外国人労働者数	直接雇用者数				間接雇用	直接雇用事業所数	間接雇用事業所数
		直接雇用	特定の範囲	就労制限無し	日系人			
2004 年	3076 人	2983 人	732 人	569 人	24 人	113 人	544 ケ所	13 ケ所
2005 年	4314 人	4200 人	*1	*1	11 人	114 人	630 ケ所	15 ケ所
2006 年	5871 人	5674 人	---人	---人	18 人	197 人	732 ケ所	18 ケ所
2007 年	----人	----人	---人	---人	--人	---人	---ケ所	--ケ所
2008 年	9589 人	*3	*3	*3	---人	--人	---ケ所	--ケ所
2009 年	11745 人	*3	*3	*3	---人	--人	---ケ所	--ケ所

*1. 2005 年は、雇用形態について直接雇用労働者数の内、「内専門・技術的分野」の在留資格で就労する労働者数として 839 人、「日本の配偶者永住者」の在留資格で就労する労働者数を 694 人と発表している。

*2. 2007 年は報告書が発行されていないので、外国人労働者数、事業所数等を把握することはできない。

*3. 2008 年より、雇用形態をより細かく分類して外国人労働者数を発表しているので、そのデーターを以下表 4-3-4-2 に纏めた。

表 4-3-4-2. 2008 年、2009 年までの外国人労働者、直接雇用者数の推移(筆者作成)

年	直接雇用者数(人)									
	専門的技術的分野			特定活動	資格外活動		身分に基づく在留資格			
	専門的技術的分野	内技術	内人文知識		留学	その他	内永住者	内日本人の配偶者	内永住者の配偶者	内定住者
2008 年	1631	343	643	1780	3777	385	1217	632	28	39
2009 年	2136	408	840	2101	4455	498	1480	839	39	197

2006 年(平成 18 年)以降、外国人労働者数の増加傾向は急激である。2009 年(平成 21 年)と、2006 年(平成 16 年)の外国人労働者数を比較するとその増加は 5,874 人にもなる。またこれ以外の変化としては、2007 年(平成 19 年)以降、日系中南米人の数が集計表から姿を消していることである。

2002 年(平成 16 年)から 2009 年(平成 21 年)の集計表から何が見えて来るのか、二つの時期をそれぞれ見ていくことにする。一つ目の時期として、1998 年(平成 10 年)から 2005 年(平成 17 年)までを取り上げる。この時期に来日した外国人労働者数の推移を見ても分るように、2004 年(平成 16 年)から 2005 年(平成 17 年)の外国人労働者が一年で増加した数は、1218 人であった。これは今までにない増加で、ここに初めて 1 年間の増加数が 1000 人を超えたのである。因みに、2002 年(平成 14 年)から 2003 年(平成 15 年)の外国人労働者数の増加は 192 人であった。ここで 2002 年(平成 14 年)から 2003 年(平成 15 年)と 2004 年(平成 16 年)から 2005 年(平成 17 年)の、それぞれの一年における外国人労働者の増加を比較すると約 6 倍の差があることが分かる。これは今までにない増加であり、この頃から徐々に福岡県における外国人労働者数は増加傾向に向かい始めたと言える。一方、中南米日系人の数は、特に 2004 年(平成 16 年)から 2005 年(平成 17 年)を比較すると、初めて 24 人から 11 人へと減少している。

次に、2006 年(平成 18 年)から 2009 年(平成 21 年)を二つ目の時期として取り上げる。ここでも、2006 年(平成 18 年)から 2009 年(平成 21 年)の集計表において、外国人労働者数の増加が大である。特に 2006 年(平成 18 年)から 2008 年(平成 20 年)には、その数は急激に増加している。これはおそらく 2007 年(平成 19 年)に、外国人労働者数の報告がなかったことによるものではないかと考えられる。2006 年(平成 18 年)から 2008 年(平成 20 年)における外国人労働者の増加数は、2004 年(平成 16 年)から 2005 年(平成 17 年)を上回り、今までにはない増加であり、この 2 年間で 3718 人も増加している。この増加は 2004 年(平成 16 年)から 2005 年(平成 17 年)の時より多いが、増加した率は前回(2002 年(平成 14 年)から 2003 年(平成 15 年)と 2004 年(平成 16 年から 2005 年(平成 17 年))と比べても低い。つまり圧倒的な増加ではないが、引き続き増加の傾向を辿っていると見る事ができる。ここで一つの顕著な変化、それは 2009 年(平成 21 年)に、初めて福岡県において外国人労働者数が 1 万人を突破したことである。そしてこの増加傾向は、今後も続いていくものと予想することができるのである。福岡県における外国人労働者数は、2009 年(平成 21 年)にようやく 1 万人を突破したが、

第一回目の報告書が発表された平成5年には、既に東京では外国人労働者の数は1万人を超えていた。つまり福岡県では外国人労働者数が1万人を超えるのに、16年の歳月を要したということである。

4-3-5. 2010年(平成22年)から2012年(平成24年)までの外国人労働者数、事業所数の推移

表4-3-4-2.と同じように、2010年(平成22年)から2012年(平成24年)までの福岡県における外国人労働者数、事業所数、在留資格の推移を以下表4-3-5-1.に示す。

表4-3-5-1. 2010年～2012年までの外国人労働者、直接雇用者数の推移(筆者作成)

年	外国人労働者	専門的技術的分野	特定活動	資格外活動	技能実習	身分に基づく在留資格
2010年	13,797	2,548	2488	5,623	145	2,989
2011年	15,556	2,997	101	6,188	2,651	3,615
2012年	13,891	2,903	174	4,955	2,518	3,340

更に、専門的技術分野、資格外活動、身分に基づく在留資格を細分化した外国人労働者数の推移を表4-3-5-2に表す。

表4-3-5-2. 2010年～2012年までの外国人労働者、直接雇用者数の推移(筆者作成)

年	専門的技術的分野		資格外活動		身分に基づく在留資格			
	技術	人文知識・国際業務	留学	その他	永住者	日本人配偶者	永住者配偶者	定住者
2010年	460	1,029	5,053	570	1,709	977	54	249
2011年	499	1,183	5,501	687	2,053	1,190	64	308
2012年	367	1,202	4,386	569	1,987	1,081	69	230

2010年(平成22年)から2012年(平成24年)の間の顕著な変化は、技能実習生数の急増であった。2010年(平成22年)の技能実習生は145人であったのに対し、翌年2011年(平成23年)には2615人と、一年で2470人の増加が見られた。しかし、その翌年、2012年(平成24年)には133人の減少となっている。一方、特定活動においては、2010年(平成22年)と2011年(平成23年)比では2387人の減少が見られるが、2011年(平成23年)と2012年(平成24年)比では73人の増加に転じている。つまり特定活動は、技能実習生とは違い労働者数は急減するが、その後少しの増加に転じている。この技能実習と特定活動の労働者数の増減の要因は、2010年(平成22年)の集計表の下部に記されており、前節(3節)でも詳述した行政側の対応によるもの、つまり2010年(平成22年)に技能実習における在留資格が新設されたことに関係していると見ることができる。それまでは、特定活動の在留資格で就労していた外国人労働者は、2010年(平成22年)以降は、技能実習の在留資格の下で就労するようになる。つまり、2010年(平成22年)の特定活動の2488人は、2010年(平成22年)以前に技能実習生として来日していた労働者も合わさった数字であるため、2011年(平成23年)より必然的に多くなったのである。一方、特定活動の在留資格で就労していた外国人労働者は、2010年(平成22年)以前の労働者たちが翌2011年(平成23年)の集計時、新設された在留資格「技能実習」に移さ

れたことにより、2011年の技能実習生の数が特定活動の外国人労働者の数より上回ったと考えることができるのである。また、外国人労働者数にも増減が見られるが、これも同じような原因である。また、留学、身分に基づく在留資格、専門的技術的分野の在留資格にも同様な現象が見られる。

4-4. 福岡県における外国人労働者数のカテゴリー別推移

次に、福岡労働局職業安定部職業対策課が作成(報告書届出)した、福岡労働局における外国人雇用の届出状況の内、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)の期間に焦点を当て、福岡県における外国人労働者数の推移を次のカテゴリー別に見ていくことにする。

- 1) 国籍別⁴⁴、在留資格別⁴⁵
- 2) 国籍別、産業別⁴⁶
- 3) 安定所別(地域別)⁴⁷、在留資格別
- 4) 在留資格別、産業別

また、この4つの項目に関する福岡県における外国人労働者の推移は、福岡労働局が作成した2013年(平成25年)から2021(令和3年)の9年間の統計データーを基にしている。便宜上、3年毎に区切り分析する。なお、本分析は3年毎の纏まりで外国人労働者の推移を見ていくため、取り扱う外国人労働者数は3で除した数値、3年の平均値を用いるものとする。

- 1) 2013年(平成25年)から2015年(平成27年)
- 2) 2016年(平成28年)から2018年(平成30年)
- 3) 2019年(令和1年)から2021年(令和3年)

また、本箇所では上述した4項目における外国人労働者の推移を順位別に見ていくが、順位の移り変わりと項目別に見ていく外国人労働者数の推移とが一致していない場合がある。

4-4-1. 外国人労働者数国別順位とその推移

福岡労働局職業安定部職業対策課が2013年から2021年に提出した報告書届出を基に、福岡県における外国人労働者数の国別順位を上記1)、2)、3)の時間区分に分けて、下記3.1表に示す。

表 4-4-1. 福岡県における外国人労働者数国別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)
1	中国*1	8,734	中国	11,014	ベトナム	18,861
2	ネパール	3,371	ベトナム	10,249	中国	11,545
3	ベトナム	2,899	ネパール	6,478	ネパール	7,844
4	フィリピン	1,722	その他	3,827	その他	5,342

5	その他*2	1,440	フィリピン	3,195	フィリピン	4,259
6	G7 *3	1,358	韓国	1,958	韓国	2,284
7	韓国	1,049	G7	1,841	G7	1,991
8	ブラジル	68	インドネシア	955	インドネシア	1,338
9	ペルー	58	ブラジル	106	ブラジル	215
10			ペルー	94	ペルー	133

*1. 中国：香港、マカオも含む

*2. その他に含まれる国々：不明

*3. G7に含まれる国々：カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、イギリス、アメリカ、その他 EU の国々

2013 年(平成 25 年)から 2015 年(平成 27 年)、2016 年(平成 28 年)から 2018 年(平成 30 年)にかけての福岡県における外国人労働者数の推移を見ていくと、順位が上位へと推移した国は、ベトナム(3 位から 1 位)とその他(5 位から 4 位)で、順位を下げた国は、中国(1 位から 2 位)、ネパール(2 位から 3 位)、フィリピン(4 位から 5 位)、G7(6 位から 7 位)、韓国(7 位から 6 位)、ペルー(9 位から 10 位)となっている。この表から見えて来ることは、どの国においても外国人労働者数は、年を経る毎に増加傾向にあるということである。

4-4-2. 外国人労働者の増加数の国別順位とその推移

福岡労働局職業安定部職業対策課が、2013 年から 2021 年に提出した報告書届出を基に、福岡県における外国人労働者の増加数の順位を上記 1)、2)、3)の時間区分に分けて、下記表 3-2 に示す。

表 4-4-2. 福岡県における外国人労働者数の増加国別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	国名	外国人労働者の増加数(人)	国名	外国人労働者の増加数(人)	国名	外国人労働者の増加数(人)
1	ネパール	3,925	ベトナム	7,124	ベトナム	2,214
2	ベトナム	3,213	ネパール	1,729	その他	310
3	中国	1,216	その他	1,535	フィリピン	244
4	その他	848	中国	1,453	ブラジル	103
5	フィリピン	647	インドネシア	955	インドネシア	99
6	韓国	508	フィリピン	932	G7	42
7	G7	410	韓国	633	ペルー	29
8	ブラジル、ペルー	8	G7	323	韓国	-223
9			ブラジル	35	ネパール	-345
10			ペルー	13	中国	-1,057

2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)までの間、外国人労働者の増加数の変化、特に増加数の順位に変化が見られた国は以下の通りである。

- 1) 順位が上がった国：ベトナム(2位から1位)、その他(4位から3位)、フィリピン(5位から3位)、G7(7位から6位)、ブラジル(8位から4位)、ペルー(9位から7位)
- 2) 順位が下がった国：ネパール(1位から9位)、中国(2位から10位)、韓国(6位から8位)
- 2021年(令和3年)に外国人労働者数の増加が著しい国はベトナムで、減少傾向にある国は中国、ネパール、そして韓国である。

4-4-3. 在留資格別外国人労働者の推移

福岡労働局職業安定部職業対策課が、2013年から2021年の間に提出した報告書届出を基に、福岡県における在留資格別外国人労働者数とその推移を、上記1)、2)、3)の時間軸で見えていく。

表 4-4-3. 福岡県における在留資格別一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)
1	資格外活動	9,852	資格外活動*1	17,834	資格外活動	21,213
2	身分に基づく	4,081	技能実習	8,160	技能実習	13,867
3	専門的・技術的分野	3,426	専門的・技術的分野	6,368	専門的・技術的分野	9,084
4	技能実習	3,171	身分に基づく	6,299	身分に基づく	8,287
5	特定活動	169	特定活動 *2	418	特定活動	1,361

*1. 留学生によるアルバイト

*2. EPA 看護師・介護福祉士候補者制度やワーキングホリデー等

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)間における、外国人労働者が所有する在留資格の順位の変化は、

- 1) 順位が上がった在留資格：技能実習(4位➡2位)
- 2) 順位が下がった在留資格：身分に基づく在留資格(2位➡4位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)のこの間は、外国人労働者が所有する在留資格に順位の変化は見られなかった。この表より、令和3年の時点で、在留資格で最も多くを占めているのは資格外活動で、最も少ないのは特定活動である。しかし、特定活動の在留資格取得者数は2016年(平成28年)から2019年(平成30年)以降、急激に増加している。この要因として考えられるのは、新型コロナ・ウィルス感染症の感染拡大に影響を受けた、技能実習生の在留資格申請の一部変更に関与していると推測する。この変更は、技能実習生が2号から3号に移行する場合、原則、技能実習生は本国への1ヶ月以上、一年未満の一時帰国を求められる。しかし、コロナ感染症の蔓延により一時帰国できなかった技能実習生や、技能検定の試験を受けることができず、上位の技能実習に移行できない実習生、特定技能1号への移行の準備ができていない実習生、技能実習3号への移行を希望している技能実習生に「特定活

動」の在留資格の下、一定期間日本での滞在を延長し、就労を許可するものであり、この変更が適用されたと考えることができる。

4-4-4. 在留資格別国別順位

福岡労働局職業安定部職業対策課が、2013年から2021年に提出した報告書届出を基に、福岡県における在留資格別外国人労働者数の国別順位の推移を以下、表4-4-1から表4-4-5に示す。

表4-4-4-1. 福岡県における「資格外」在留資格で就労する

外国人労働者数国別順位表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)
1	中国	3,941	ネパール	5,876	ベトナム	7,684
2	ネパール	3,097	ベトナム	5,242	ネパール	6,610
3	ベトナム	1,997	中国	4,553	中国	4,295
4	その他	471	その他	1,555	その他	1,818
5	韓国	253	韓国	388	韓国	427
6	G7	43	インドネシア	141	インドネシア	161
7	フィリピン	38	G7	81	G7	100
8	ブラジル	6	フィリピン	77	フィリピン	99
9	ペルー	1	ブラジル	11	ブラジル	13
10			ペルー	4	ペルー	4

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)の間、「資格外活動」の下、就労している外国人労働者の順位に変化が見られた国は：

- 1) 順位が上がった国籍：ネパール(2位➡1位)、ベトナム(3位➡2位)、
- 2) 順位が下がった国籍：中国(1位➡3位)、G7(6位➡7位)、フィリピン(7位➡8位)、ブラジル(8位➡9位)、ペルー(9位➡10位)

2018年(平成30年)から2021年(令和3年)の間「資格外活動」の下、就労している外国人労働者の順位に変化が見られた国は：

- 1) 順位が上がった国籍：ベトナム(2位➡1位)
- 2) 順位が下がった国籍：ネパール(1位➡2位)

2021年(令和3年)時点で、「資格外活動」の下、就労者数の最も多い国はベトナムであり、最も少ない国はペルーである。

表 4-4-4-2. 福岡県における「身分に基づく」在留資格で就労する

外国人労働者数国別順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	国名	外国人労働者数 (人)	国名	外国人労働者数 (人)	国名	外国人労働者数 (人)
1	中国	1,455	中国	2,139	中国	2,734
2	フィリピン	1,091	フィリピン	1,703	フィリピン	2,205
3	G7	638	G7	818	G7	964
4	その他	353	その他	601	その他	835
5	韓国	349	韓国	584	韓国	756
6	ブラジル、 ペルー	56	ベトナム	131	ベトナム	222
7	ベトナム	43	ネパール	121	ブラジル	188
8	ネパール	39	ペルー	90	ネパール	175
9			ブラジル	87	ペルー	126
10			インドネシア	79	インドネシア	82

2013 年(平成 25 年)から 2015 年(平成 30 年)の間に、「身分に基づく」在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた国は以下の通りである。

1) 順位が上がった国籍：ベトナム(7 位➡6 位)、ネパール(8 位➡7 位)

2) 順位が下がった国籍：ブラジル(6 位➡9 位)、ペルー(6 位➡8 位)

2018 年(平成 30 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に、順位に変化が見られた国は以下の通りである。

1) 順位が上がった国籍：ブラジル(9 位➡7 位)

2) 順位が下がった国籍：ペルー(8 位➡9 位)

2021 年(令和 3 年)現在、「身分に基づく」在留資格の下で就労している外国人労働者数の最も多い国は中国であり、最も少ない国はインドネシアである。

表 4-4-4-3. 福岡県における「専門的・技術的分野」の在留資格で

就労する外国人労働者数国別順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	国名	外国人労働者数 (人)	国名	外国人労働者数 (人)	国名	外国人労働者数 (人)
1	中国	1,630	中国	2,700	中国	3,035
2	G7	628	G7	891	ベトナム	1,439
3	韓国	384	韓国	873	その他	1201
4	その他	327	その他	708	ネパール	930
5	ネパール	224	ネパール	447	韓国	916
6	フィリピン	139	ベトナム	414	G7	873
7	ベトナム	86	フィリピン	304	フィリピン	558
8	ブラジル	5	インドネシア	73	インドネシア	116
9	ペルー	1	ブラジル	7	ブラジル	11

10			ペルー	1	ペルー	2

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)の間に、「専門的・技術的分野」の在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた国は以下の通りで、

- 1) 順位が上がった国籍：ベトナム(7 位➡6 位)
- 2) 順位が下がった国籍：フィリピン(6 位➡7 位)、ブラジル(5 位➡7 位)、ペルー(9 位➡10 位)

2018 年(平成 30 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に、「専門的・技術的分野」の在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた国は以下の通りで、

- 1) 順位が上がった国籍：ベトナム(6 位➡2 位)、その他(4 位➡3 位)、ネパール(5 位➡3 位)
- 2) 順位が下がった国籍：G7(2 位➡6 位)、韓国(3 位➡5 位)

大きく変化した国はベトナムであり、2013 年(平成 25 年)から 2015 年(平成 27 年)までは 86 人であったのに対して、2019 年(令和 1 年)から 2021 年(令和 3 年)では、1,439 人となり、増加人数は 1,353 人である。2021 年(令和 3 年)の時点では、「専門的・技術的」分野の在留資格の下、就労者が最も多い国は中国であり、最も少ない国はペルーである。

表 4-4-4-4. 福岡県における「技能実習」の在留資格で就労する

外国人労働者数国別順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)
1	中国	1,668	ベトナム	4,426	ベトナム	8,978
2	ベトナム	769	中国	1,546	中国	1,385
3	フィリピン	440	フィリピン	1,077	フィリピン	1,321
4	その他	266	その他	881	その他	1,260
5	G7	17	インドネシア	627	インドネシア	910
6	ネパール	7	ネパール	11	ネパール	6
7	韓国	3	G7	9	G7	5
8	N/G		韓国	2	韓国、ブラジル、ペルー	1
9	N/G		ブラジル	1		
10			ペルー	0		

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)の間に、「技能実習」の在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた国は以下の通りで、

- 1) 順位が上がった国：ベトナム(2 位➡1 位)
- 2) 順位下がった国：中国(1 位➡2 位)、G7(5 位➡7 位)、韓国(7 位➡8 位)

2018 年(平成 30 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に、「技能実習」の在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた以下の通りで、

- 1) 順位が上がった国：ブラジル(9 位➡8 位)、ペルー(10 位➡8 位)
- 2) 順位が下がった国：無

2021 年(令和 3 年)の時点で、「技能実習」の下で就労している外国人労働者の多くはベトナム人であり、中国人であり、フィリピン人であると言える。しかし、フィリピン人と中国人との労働者数の差は 64 人であるため、今後はフィリピン人労働者が中国人の労働者数を超えていくものと予測される。

表 4-4-4-5. 福岡県における「特定活動」の在留資格で就労する

外国人労働者数国別順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)	国名	外国人労働者数(人)
1	韓国	59	韓国	112	ベトナム	537
2	中国	39	その他	82	その他	228
3	G7	31	中国	76	韓国	184
4	フィリピン	12	G7	42	ネパール	122
5	その他	21	ベトナム	36	中国	96
6	ベトナム	3	フィリピン、インドネシア	35	フィリピン	76
7	ネパール	2	ネパール	23	インドネシア	70
8			ブラジル	1	G7	47
9			ペルー	0	ブラジル	1

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)の間に、「特定活動」の在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた国は以下の通りである。

- 1) 順位が上がった国籍：ベトナム(6 位 ➡ 5 位)、その他(5 位 ➡ 2 位)
- 2) 順位が下がった国籍：中国(2 位 ➡ 3 位)、G7(3 位 ➡ 4 位)、フィリピン(4 位 ➡ 6 位)

2018 年(平成 30 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に、「特定活動」の在留資格の下で就労している外国人労働者数の順位に変化が見られた国は、以下の通りである。

- 1) 順位が上がった国：ベトナム(5 位 ➡ 1 位)、ネパール(7 位 ➡ 4 位)
- 2) 順位が下がった国：中国(3 位 ➡ 5 位)、インドネシア(5 位 ➡ 1 位)、ブラジル(8 位 ➡ 9 位)、G7(4 位 ➡ 8 位)、韓国(1 位 ➡ 3 位)

以前は、「特定活動」在留資格の下で、多くの韓国人労働者が就労していたのに対し、2021 年(令和 3 年)の時点では、ベトナムとその他の国々に取って代わられた。

4-4-4. 在留資格別国別順位の表の全体像の解説

各在留資格の順位を国別に見てきたが、時間が経過するにつれベトナムがほとんど最上位に位置している印象を受ける。特に、資格外活動、技能実習、特定活動がそうである。「身分に基づく」在留資格と「専門的・技術分野」の在留資格は現時点では中国が最上位である。4 つの在留資格の中で、常に最下位なのはペルーとブラジルであると言える。

4-4-5. 産業別、在留資格別順位

福岡労働局職業安定部職業対策課が、2013年から2021年に提出した報告書届出を基に福岡県における外国人労働者数を産業別、且つ在留資格に分類し、外国人労働者数の時間的推移を表4-4-5-1から表4-4-5-8に示す。

表4-4-5-1. 福岡県における「小売り業、卸業」に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	資格外	2,223	資格外	3,911	資格外	5,574
2	専門	815	専門	1,575	専門	1,863
3	身分	815	身分	1,321	身分	1,750
4	技能実習	268	技能実習	689	技能実習	1,364
5	特定活動	41	特定活動	61	特定活動	182

2013年(平成25年)から2021年(令和3年)間は、小売り業、卸売業で働く外国人労働者の在留資格の順位に変化は見られない。しかし、この表より、小売業で最も多く就労している在留資格は資格外活動であり、その多くは留学生のバイトであると推測できる。2013年(平成25年)から2021年(令和3年)の間に小売業で働く在留資格を増加順に見ると、資格外(3351)、専門(1048)、身分に基づく(935)、特定活動(141)の順番となっており、また、特定活動と身分に基づく在留資格以外の資格では、その増加数は1000人を超えている。その中でも資格外活動の在留資格の増加数が最も多く3351人であった。

表4-4-5-2. 福岡県における「サービス業」(*1)に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	資格外	1,783	資格外	3,814	資格外	4,946
2	身分	680	身分	1,170	身分	1,513
3	専門	264	専門	585	専門	1,048
4	技能実習	53	技能実習	427	技能実習	666
5	特定活動	19	特定活動	58	特定活動	214

*1. ほかに分類されない業種

サービス業も時間の推移に伴う在留資格の順位に変化は見られなかった。サービス業では資格外と身分に基づく在留資格の下に働く外国人労働者が、大部分を占めている。2013年(平成25年)から2021年(令和3年間)、サービス業で働く在留資格を増加数の多い順に見ると、資格外(3,163)、身分(833)、専門(784)、技能実習(613)、特定活動(195)で、サービス業で就労している外国人労働者の大部分は、資格外活動の在留資格で就労していると言える。

表 4-4-5-3. 福岡県における「製造業」に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数 (人)	在留資格	外国人労働者数 (人)	在留資格	外国人労働者数 (人)
1	技能実習	1,732	技能実習	3,960	技能実習	5,890
2	資格外	1,009	資格外	2,124	資格外	2,540
3	身分	719	身分	988	身分	1,172
4	専門	291	専門	486	専門	1,073
5	特定活動	14	特定活動	43	特定活動	282

製造業も時間の推移に伴う在留資格の順位に変化はない。しかし、製造業に就労している在留資格の大部分は、技能実習と資格外活動の在留資格者である。2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に、製造業で就労する外国人労働者の在留資格の増加を見るとその順位は、技能実習(4,158)、資格外活動(1,531)、専門(782)、身分に基づく(453)、特定活動(268)となっている。製造業に就労している外国人労働者は、技能実習生が圧倒的に多い。

表 4-4-5-4. 福岡県における「宿泊業、飲食」サービス業に占める

在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数 (人)	在留資格	外国人労働者数 (人)	在留資格	外国人労働者数 (人)
1	資格外	1,369	資格外	2,850	資格外	4,175
2	専門	411	専門	712	専門	1,078
3	身分	235	身分	408	身分	731
4	特定活動	26	特定活動	96	特定活動	220
5	技能実習	22	技能実習	70	技能実習	215

宿泊業、飲食サービス業においても時間の推移に伴う在留資格の順位に変化は見られない。宿泊業、飲食サービス業に就労する外国人労働者のほとんどは資格外、つまり専門の在留資格者が大部分を占めており、増加の順位は次の通りである。資格外活動(2,806)、専門(667)、身分に基づく(496)、特定活動(194)、技能実習(193)であり、資格外活動の在留資格者が最も多い。

表 4-4-5-5. 福岡県における「教育、学習支援事業」に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数 (人)	在留資格	外国人労働者数 (人)	在留資格	外国人労働者数 (人)
1	資格外	1,215	資格外	1,622	資格外	1,443
2	専門	885	専門	1,185	専門	1,276
3	身分	823	身分	997	身分	1,123
4	特定活動	14	特定活動	31	特定活動	32
5	技能実習	2	技能実習	1	技能実習	1

教育、学習支援業においても、時間の推移に伴う在留資格の順位に変化は見られなかった。この業種で就労している大部分は、資格外活動と専門の在留資格であり、資格外活動の在留資格者の大部分は留学生のバイトか、専門の在留資格者は教育事業に携わっている大学教員、研究者、言語教師が多く占めていると想定できる。2013年(平成25年)から2021年(令和3年)にかけて、この業種に就労している在留資格の増加数を見ると、専門(391)、身分に基づく(300)、資格外活動(228)、特定活動(18)、技能実習(-1)となっている。

表 4-4-5-6. 福岡県における「建設業」に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	技能実習	612	技能実習	1458	技能実習	3,403
2	身分	88	専門	167	専門	384
3	専門	68	身分	128	身分	223
4	資格外	8	特定活動	25	特定活動	110
5	特定活動	4	資格外	12	資格外	23

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)の間に、建設業に携わる外国人労働者の在留資格の順位に一部変化が見られた。その変化は以下の通りである。

- 1) 順位が上がった在留資格：専門(3位➡2位)、特定活動(5位➡4位)
- 2) 順位が下がった在留資格：身分(2位➡3位)、資格外活動(4位➡5位)

2018年(平成30年)以降は、在留資格の順位に変化は見られなかった。この表から、建設業に就労する外国人労働者の大部分は技能実習であると言える。また、在留資格を増加数の多い順に並べると、技能実習(2,791)、専門(316)、身分に基づく(135)、特定活動(19)、資格外活動(15)となる。

表 4-4-5-7. 福岡県における「情報通信業」に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	専門	244	専門	395	専門	534
2	身分	65	身分	107	身分	144
3	資格外	28	資格外	37	資格外	53
4	特定活動	3	特定活動	8	特定活動	12
5	技能実習	0	技能実習	2	技能実習	4

情報通信業で働く外国人労働者の在留資格の順位に変化は見られなかった。情報通信業で就労する外国人労働者のほとんどは、専門と身分の在留資格者が多くを占めていると言える。在留資格を増加数で見ると、専門(290)、身分に基づく(79)、資格外活動(25)、特定活動(9)、技能実習(4)の順位となっている。

表 4-4-5-8. 福岡県における「医療福祉」に占める在留資格順位表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1			身分	438	身分	579
2			資格外	117	技能実習	333
3			特定活動	89	資格外	243
			専門	87	特定活動	212
5			技能実習	12	専門	174

医療福祉の分野で就労する外国人労働者の統計データは、2016 年(平成 28 年)以降に集計されるようになった。そのため、2013 年(平成 25 年)から 2015 年(平成 27 年)の間は不明である。しかし、医療、福祉分野で就労している外国人労働者の多くは、身分に基づく在留資格を所有していることが判明した。2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に、医療福祉分野で就労している外国人労働者が所有する在留資格に変化が見られた。

1)順位が上がった在留資格：技能実習(5 位➡2 位)

2)順位が下がった在留資格：資格外(2 位➡3 位)、特定活動(3 位➡4 位)、専門(4 位➡5 位)

特に、技能実習における在留資格の順位の変化は、2017 年(平成 29 年)に介護職種が技能実習制度に追加されたことが起因していると想定される。そのため多くの技能実習生が介護職についたと考えることは可能である。在留資格の増加順位を見ると次の通りである。技能実習(321)、身分に基づく(141)、資格外活動(126)、特定活動(123)、専門(87)となる。今後医療福祉の分野で就労する外国人の在留資格は、身分に基づく在留資格は追い越され、技能実習で就労する者が大部分を占めることも予測される。

4-4-6. 福岡県に在住する外国人労働者の分布とその推移

福岡労働局職業安定部職業対策課が 2013 年から 2021 年に提出した報告書届出を基に、福岡県における外国人労働者数の地域別順位を表 4-4-6 に示し、更に地域毎の在留資格順位を以下、表 4-4-6-1 から表 4-4-6-5 に表す。

表 4-4-6. 福岡県における外国人労働者増加数、地域別増加順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	福岡県内地域	外国人労働者増加数(人)	在留資格	外国人労働者増加数(人)	在留資格	外国人労働者増加数(人)
1	福岡中央	5,182	福岡中央	4,929	福岡南	609
2	福岡東	2,118	福岡東	2,753	久留米	347
3	久留米	732	小倉	1,309	小倉	116
4	小倉	406	久留米	1,290	福岡中央	-350
5	福岡南	568	福岡南	749	福岡東	-552

福岡県における外国人労働者の増加数を、地域別に見ると 2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけて変化が見られる。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)の間に

- 1) 順位が上がった地域：小倉(4 位➡3 位)
- 2) 順位が下がった地域：久留米(3 位➡4 位)

2018 年(平成 30 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に

- 1) 順位が上がった地域：久留米(4 位➡2 位)、福岡南(5 位➡1 位)
- 2) 順位が下がった地域：福岡中央(1 位➡4 位)、福岡東(2 位➡5 位)

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)までに、外国人労働者が最も増加した地域は福岡中央と福岡東であったが、2019 年(令和 1 年)から 2021 年(令和 3 年)になると、福岡中央と福岡東で就労する外国人労働者数は減少傾向となっていった。しかし、全体的に見ると 2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)までは、どの地域も外国人労働者数は著しく増加しているが、2019 年(令和 1 年)以降はどの地域も逆にその増加数の鈍化が見られる。

表 4-4-6-1. 福岡中央における在留資格別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	資格外	4,150	資格外	7,887	資格外	10,378
2	専門	1,392	専門	3,150	専門	4,071
3	身分	1,460	身分	2,437	身分	3,306
4	技能実習	240	技能実習	773	技能実習	1,666
5	特定活動	107	特定活動	247	特定活動	559

福岡中央で就労する外国人労働者を在留資格別で見ると、時間の推移と共に変化はなかった。この地区での在留資格は資格外と専門が多くを占めているのに対し、技能実習と特定活動が少ないような印象を受ける。2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)の在留資格を増加した数の順で並べると、資格外活動(6,228)、専門(2,679)、身分に基づく(1,846)、技能実習(1,426)、特定活動(452)となり、全体的には増加している。

表 4-4-6-2. 福岡東における在留資格別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	資格外	2,936	資格外	5,439	資格外	4,624
2	身分	645	技能実習	945	技能実習	1,774
3	専門	584	身分	924	身分	1,241
4	技能実習	336	専門	753	専門	975

5	特定活動	14	特定活動	32	特定活動	214

福岡東に就労している外国人労働者数を在留資格別にその順位を見ると、2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)の間に変化が見られる。

1)順位が上がった在留資格：技能実習(4 位➡2 位)

2)順位が下がった在留資格：身分に基づく(2 位➡3 位)、専門(3 位➡4 位)

福岡東で多く占める在留資格は、資格外活動と技能実習である。一方少ない在留資格は専門と特定活動である。全体的に外国人労働者数は増加しているように見えるが、2019 年(令和 1 年)から 2021 年(令和 3 年)の資格外活動だけが、2016 年(平成 28 年)から 2018 年(平成 30 年)に比べて減少している。2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)間の在留資格を、外国人労働者数の増加順で並べると、資格外活動(1,688)、技能実習(1,438)、身分に基づく(596)、専門(391)、特定活動(200)となる。

表 4-4-6-3. 久留米における在留資格別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	技能実習	792	技能実習	1,706	技能実習	2,368
2	資格外	381	資格外	712	資格外	1,132
3	身分	311	身分	442	専門	792
4	専門	231	専門	402	身分	568
5	特定活動	8	特定活動	10	特定活動	77

久留米で就労する外国人労働者の在留資格を順位別に見ると変化がある。2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)に、その変化が顕著であった。

1)順位が上がった在留資格：専門(4 位➡3 位)

2)順位が下がった在留資格：身分に基づく(3 位➡4 位)

久留米で就労する外国人労働者で最も多くを占めているのは、技能実習と資格外活動の在留資格で就労する外国人労働者であった。2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)間の在留資格別の外国人労働者数の増加を、多い順に配列すると技能実習(1,576)、資格外活動(751)、専門(561)、身分に基づく(257)、特定活動(69)となる。

表 4-4-6-4. 小倉における在留資格別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	資格外	627	資格外	1,177	資格外	1,577
2	身分	533	身分	760	技能実習	1,006
3	専門	392	技能実習	578	身分	882
4	技能実習	185	専門	617	専門	862
5	特定活動	10	特定活動	13	特定活動	144

小倉で就労している外国人労働者数を在留資格別にその順位を見ると、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけて順位の変化が見られた。2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)の変化は、以下の通りである。

1) 順位が上がった在留資格：技能実習(4 位➡3 位)

2) 順位が下がった在留資格：専門(3 位➡4 位)

一方、2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)の変化は以下の通りである。

1) 順位が上がった在留資格：技能実習(3 位➡2 位)

2) 順位が下がった在留資格：身分に基づく(2 位➡3 位)

この変化から技能実習生の数は、今後更に加速して増加していくのではないかと予測される。現時点における在留資格は資格活動と技能実習が多くを占めていることが分かる。在留資格を外国人労働者の増加数の順番に並べると次の通りになる。資格外活動(950)、技能実習(825)、専門(470)、身分に基づく(349)、特定活動(134)。

表 4-4-6-5. 福岡南における在留資格別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	資格外	517	資格外	844	資格外	1,099
2	身分	293	技能実習	478	技能実習	934
3	専門	260	身分	423	身分	541
4	技能実習	195	専門	392	専門	520
5	特定活動	10	特定活動	15	特定活動	59

福岡南に就労している外国人労働者数を在留資格別にその順位を見ると、2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)にかけて順位に変化が見られた。

1) 順位が上がった在留資格：技能実習(4 位➡2 位)

2) 順位が下がった在留資格：身分に基づく(2 位➡3 位)、専門(3 位➡4 位)

2021 年(令和 3 年)時点で、福岡南で最も多い在留資格は資格外活動と技能実習である。2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)の在留資格の増加数を見ると次のようになる。技能実習(739)、資格外活動(582)、専門(260)、身分に基づく(248)、特定活動(49)。

4-4-6. まとめ

福岡県の地域毎の在留資格別順位を見てきたが、興味深い現象を見い出すことができる。それは福岡中央を除く 4 つの地域において、2019 年(令和 1 年)から 2021 年(令和 3 年)の間に多く見られる在留資格が、資格外活動と技能実習ということである。一方、特定活動は福岡県のどの地域においても最も少ない在留資格であった。

4-4-7. 福岡県各地における産業別外国人労働者数の推移

福岡労働局職業安定部職業対策課が、2013 年から 2021 年に提出した報告書届出を基に、福岡県各地における産業別外国人労働者数の推移を、表 4-4-7-1 から表 4-4-7-9 に示す。

表 4-4-7-1. 福岡中央における産業別外国人労働者数順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2022 年	
	産業別	外国人労働者数 (人)	産業別	外国人労働者数 (人)	産業別	外国人労働者数 (人)
1	*1. サービス業	2,248	サービス業	4,282	サービス業	5,573
2	小売り、卸売り業	1,857	小売り、卸売り業	3,654	小売り、卸売り業	4,686
3	宿泊、飲食サービス業	1,061	宿泊、飲食サービス業	2,420	宿泊、飲食サービス業	4,075
4	教育、学習支援業	628	教育、学習支援業	875	教育、学習支援業	1,100
5	製造業	275	製造業	506	建設業	846
6	*2. 建設業	208	建設業	403	製造業	699
7	情報通信業	192	情報通信業	424	情報通信業	605
8			医療、福祉業	172	医療、福祉業	303

*1. 他に分類されないサービス業

*2. 建設業は平成 27 年 10 月末から

福岡中央における産業別外国人労働者の数の順位を見ると、2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)にかけて一部変更が見られた。それは 2016 年(平成 28 年)以降、医療、福祉業の項目が追加されたことである。また、2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけて順位に変化があった。

1) 順位が上がった職種：建設業(6 位➡5 位)

2) 順位が下がった職種：製造業(5 位➡6 位)

2021 年(令和 3 年)の時点において、福岡中央ではサービス業と小売業が最も多い職種である。

表 4-4-7-2. 福岡東における産業別外国人労働者数順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	外国人労働者数 (人)	産業別	外国人労働者数 (人)	産業別	外国人労働者数 (人)
1	教育、支援事業	1,083	製造業	2,052	製造業	3,120
2	製造業	816	小売り、卸売り業	1,168	小売り、卸売り業	1,800
3	小売り、卸売り業	658	教育、学習支援業	1,209	サービス業	655

4	宿泊、飲食サービス業	188	宿泊、飲食サービス業	480	教育、学習支援業	551
5	サービス業	117	サービス業	444	宿泊、飲食サービス業	503
6	建設業	89	建設業	171	建設業	403
7	情報通信業	12	医療、福祉業	90	医療、福祉業	174
8			情報通信業	32	情報通信業	38

福岡東における産業別外国人労働者数の順位を見ると、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)にかけて順位の変化が見られた。

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)

- 1) 順位が上がった職種：製造業(2位➡1位)、小売り業(3位➡2位)
- 2) 順位が下がった職種：教育(1位➡3位)、情報通信業(7位➡8位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)

- 1) 順位が上がった職種：サービス業(5位➡3位)
- 2) 順位が下がった職種：教育(3位➡4位)、宿泊飲食サービス業(4位➡5位)

2021年(令和3年)の時点で、福岡東で最も多い職種は製造業と小売り業である。

表 4-4-7-3. 久留米における産業別外国人労働者数順位一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	産業別	外国人労働者数(人)	産業別	外国人労働者数(人)	在留資格	外国人労働者数(人)
1	製造業	425	製造業	697	製造業	949
2	小売り、卸売り業	309	小売り、卸売り業	581	小売り、卸売り業	792
3	宿泊、飲食サービス業	163	宿泊、飲食サービス業	276	サービス業	762
4	教育、学習支援業	113	サービス業	261	宿泊、飲食サービス業	417
5	サービス業	88	建設業	173	建設業	363
6	建設業	58	教育、学習支援	131	医療、福祉業	175
7	情報通信業	2	医療	94	教育、学習支援業	141
8			情報通信業	3	情報通信業	8

久留米における産業別外国人労働者数の順位の変化は、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)にかけて起きている。

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)にかけて

- 1) 順位が上がった職種：サービス業(5位➡4位)、建設業(6位➡5位)

2) 順位が下がった職種：教育(4位➡6位)、情報通信業(7位➡8位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)にかけて

1) 順位が上がった職種：サービス業(4位➡3位)、医療、福祉業(7位➡6位)

2) 順位が下がった職業：宿泊飲食サービス業(3位➡4位)、教育・学習支援業(6位➡7位)

2021年(令和3年)時点で、久留米で最も多い職種は製造業と小売業である。

表 4-4-7-4. 小倉における産業別外国人労働者数順位一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	産業別	外国人労働者数(人)	産業別	外国人労働者数(人)	産業別	外国人労働者数(人)
1	小売り、卸売り業	563	小売り、卸売り業	819	小売り、卸売り業	1,175
2	宿泊、飲食サービス業	255	サービス業	563	製造業	778
3	製造業	252	製造業	517	サービス業	620
4	サービス業	193	宿泊、飲食サービス業	426	宿泊、飲食サービス業	511
5	教育、学習支援業	119	建設業	148	建設業	428
6	建設業	45	教育、学習支援	98	医療、福祉業	240
7	情報通信業	15	医療	93	教育、学習支援業	110
			情報通信業	23	情報通信業	25

小倉における産業別外国人労働者数の順位で変化が見られたのは、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)の間であった。

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)にかけて

1) 順位が上がった職種：サービス業(4位➡2位)、建設業(6位➡5位)

2) 順位が下がった職種：宿泊飲食サービス業(2位➡4位)、教育・学習支援業(5位➡6位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)

1) 順位が上がった職種：製造業(3位➡2位)、医療、福祉業(7位➡6位)

2) 順位が下がった職種：教育・学習支援業(6位➡7位)、サービス業(2位➡3位)

2021年(令和3年)、小倉で最も多い職種は小売業である。

表 4-4-7-5. 福岡南における産業別外国人労働者数順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	外国人労働者数 (人)	産業別	外国人労働者数 (人)	産業別	外国人労働者数 (人)
1	小売り、卸売り業	355	小売り、卸売り業	567	小売り、卸売り業	905
2	製造業	286	製造業	474	建設業	614
3	学習、支援業	244	教育、学習支援業	303	製造業	490
4	宿泊、飲食サービス業	152	建設業	268	教育、学習支援業	355
5	建設業	134	宿泊、飲食サービス業	214	宿泊、飲食サービス業	290
6	サービス業	17	サービス業	80	医療、福祉業	108
7	情報通信業	14	医療	62	サービス業	111
8			情報通信業	32	情報通信業	27

福岡南における産業別外国人労働者の順位表で順位の変化が見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけてである。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)にかけて

- 1) 順位が上がった職種：建設業(5 位➡4 位)
- 2) 順位が下がった職種：宿泊飲食サービス業(4 位➡5 位)、情報通信業(7 位➡8 位)

2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけて

- 1) 順位が上がった職種：建設業(4 位➡2 位)、医療、福祉業(7 位➡6 位)
- 2) 順位が下がった職種：製造業(2 位➡3 位)、教育・学習支援業(3 位➡4 位)、サービス業(6 位➡7 位)

2021 年(令和 3 年)時点で、福岡南で最も多い職種は、小売業と建設業である。

4-4-7. まとめ

福岡県の 5 つの区域における最も多い職種は製造業または、小売業であることがわかった。しかし、福岡中央は、その地域の特性からか、サービス業が多くを占めている。

4-4-8. 福岡県における外国人労働者数の産業別順位とその推移

福岡労働局職業安定部職業対策課が、2013 年から 2021 年に提出した報告書届出を基に、福岡県における外国人労働者の産業別順位を、その推移を国別に表 4-4-8-1 から表 4-4-8-10 に示す。

表 4-4-8-1. 福岡県における中国人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	小売り、 卸売り業	2,403	小売り、 卸売り業	3,388	小売り、 卸売り業	3,560
2	製造業	1,769	製造業	1,704	製造業	1,623
3	宿泊、飲食 サービス業	1,125	教育、 学習支援業	1,378	宿泊、 飲食サービス業	1,521
4	教育、学習 支援業	1,107	宿泊、飲食 サービス業	1,347	サービス業	1,330
5	サービス業	670	サービス業	1,085	教育、 学習支援業	1,271
6	建設業	229	情報通信業	240	情報通信業	288
7	情報通信業	152	建設業	232	建設業	261
8			医療、福祉業	148	医療、福祉業	236

中国人労働者の産業別順位表で、職種の順位に変化が見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)である。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

- 1) 順位が上がった職種：教育(4 位➡3 位)、情報通信業(7 位➡6 位)
- 2) 順位が下がった職種：宿泊飲食サービス業(3 位➡4 位)、建設業(6 位➡7 位)

2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)

- 1) 順位が上がった職種：サービス業(5 位➡4 位)
- 2) 順位が下がった職種：教育(3 位➡5 位)、宿泊飲食サービス業(4 位➡3 位)

全体的に見ると、2021 年(令和 3 年)の時点で、中国人労働者が就労する職種の中で最も多い職種は小売業であり、最も少ない職種は医療・福祉業である。

表 4-4-8-2. 福岡県におけるネパール人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	サービス業	830	サービス業	1,556	小売り業	2,044
2	小売り、 卸売り業	595	小売り、 卸売り業	1,303	サービス業	1,926
3	製造業	504	製造業	1,063	製造業	1,379
4	宿泊、飲食 サービス業	330	宿泊、飲食 サービス業	741	宿泊、 飲食サービス業	1,010
5	教育、学習 支援業	24	教育、学習 支援業	40	医療、福祉業	136
6	建設業	4	医療、福祉業	40	教育、 学習支援業	42
7	情報通信業	4	建設業	15	建設業	36

8			情報通信業	5	情報通信業	15

ネパール人の産業別順位表で職種に順位の変化が見られたのは、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)にかけてである。

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)の間に

- 1) 順位が上がった職種：無
- 2) 順位が下がった職種：建設業(6位➡7位)、情報通信業(7位➡8位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)の間に

- 1) 順位が上がった職種：医療・福祉業(6位➡5位)、小売業(2位➡1位)
- 2) 順位が下がった職種：教育・学習支援業(5位➡6位)

2021年(令和3年)の時点で、ネパール人労働者の中で多い職種は小売り業であり、少ない職種は情報通信業である。

表 4-4-8-3. 福岡県におけるベトナム人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年かあら 2018年		2019年～2021年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	製造業	711	製造業	3,123	製造業	5,565
2	サービス業	659	サービス業	1,945	小売り、 卸売り業	3,000
3	小売り、 卸売り業	445	小売り、 卸売り業	1,364	サービス業	2,996
4	建設業	374	宿泊、飲食 サービス業	1,211	建設業	2,857
5	宿泊、飲食 サービス業	277	建設業	1,152	宿泊、 飲料サービス業	2,432
6	教育、学習 支援業	52	教育、学習支 援業	83	医療、福祉業	271
7	情報通信業	11	医療、福祉業	61	教育、 学習支援業	122
8			情報通信業	28	情報通信業	48

ベトナム人労働者の産業別順位表で、2013年(平成25年)から2021年(令和3年)にかけて職種の順位に変化が見られた。

2013年(平成25年)から2018年(平成30年)

- 1) 順位が上がった職種：宿泊業飲食サービス業(5位➡4位)
- 2) 順位が下がった職種：建設業(4位➡5位)、情報通信業(7位➡8位)

2018 年(平成 30 年)から 2021 年(令和 3 年)

1) 順位が上がった職種：小売業(3 位➡2 位)、建設業(5 位➡4 位)、
医療福祉業(7 位➡6 位)

2) 順位が下がった職種：サービス業(2 位➡3 位)、教育・学習支援事業(6 位➡7 位)、
宿泊業飲食サービス業(4 位➡5 位)

2021 年(令和 3 年)時点で、ベトナム人労働者の中で多い職種は製造業であり、少ない職種は情報通信業である。

表 4-4-8-4. 福岡県におけるフィリピン人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	製造業	345	製造業	616	サービス業	763
2	サービス業	290	サービス業	506	製造業	677
3	小売り、 卸売り業	257	小売り業	387	小売り、 卸売り業	483
4	宿泊、飲食 サービス業	95	医療、福祉業	277	医療、福祉業	390
5	教育、学習 支援業	59	宿泊、飲食 サービス業	165	建設業	307
6	建設業	42	建設業	131	宿泊、 飲料サービス業	247
7	情報通信業	6	教育、学習 支援業	102	教育、 学習支援業	158
8			情報通信業	10	情報通信業	11

フィリピン人労働者の産業別順位表で職種の順位変化見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけてである。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

1) 順位が上がった職種：無

2) 順位が下がった職種：宿泊飲食サービス業(4 位➡5 位)、教育・学習支援業(4 位➡5 位)、情報通信業(7 位➡8 位)

2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)

1) 順位が上がった職種：サービス業(2 位➡1 位)、建設業(6 位➡5 位)

2) 順位が下がった職種：宿泊飲食サービス業(5 位➡6 位)、製造業(1 位➡2 位)

2021 年(令和 3 年)時点で、フィリピン人労働者の中で多い職種はサービス業であり、少ない職種は情報通信業である。

表 4-4-8-5. 福岡県におけるその他、労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	教育、学習 支援事業	467	製造業	750	製造業	886
2	製造業	289	教育、学習 支援業	671	小売り、 卸売り業	870
3	小売り、 卸売り業	173	サービス業	568	サービス業	800
4	サービス業	104	小売り、 卸売り業	488	宿泊、 飲食サービス業	659
5	建設業	96	宿泊、飲食 サービス業	407	教育、 学習支援業	650
6	宿泊、飲食 サービス業	93	建設業	175	建設業	374
7	情報通信業	31	情報通信業	96	医療、福祉業	222
			医療、福祉業	53	情報通信業	142

その他の外国人労働者の産業別順位表で、職種の順位の变化が見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけてである。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

- 1) 順位が上がった職種：製造業(2 位➡1 位)、サービス業(4 位➡3 位)、宿泊飲食サービス業(6 位➡5 位)
- 2) 順位が下がった職種：教育・学習支援事業(1 位➡2 位)、小売業(3 位➡4 位)、建設業(5 位➡6 位)

2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)

- 1) 順位が上がった職種：宿泊飲食サービス業(5 位➡4 位)、医療福祉業(8 位➡7 位)、小売業(4 位➡2 位)
- 2) 順位が下がった職業：教育・学習支援業(2 位➡5 位)、情報通信業(7 位➡8 位)

2021 年(令和 3 年)の時点、その他の外国人労働者の中で多い職種は製造業であり、少ない職種は情報通信業である。

表 4-4-8-6. 福岡県における G7 労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	教育、学習 支援業	871	教育、学習支 援業	1,096	教育、 学習支援業	1,109
2	サービス業	128	サービス業	189	サービス業	198
3	小売り、	46	小売り、	65	小売り、	107

	卸売り業		卸売り業		卸売り業	
4	宿泊、飲食サービス業	37	宿泊、飲食サービス業	62	情報通信業	75
5	製造業	36	情報通信業	56	宿泊、飲食サービス業	72
6	情報通信業	15	医療、福祉業	36	医療、福祉業	54
7	建設業	7	製造業	33	製造業	38
8			建設業	10	建設業	19

G7 の国々からの労働者数の産業別順位表で、職種の順位に変化が見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけてである。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

- 1) 順位が上がった職種：情報通信業(6 位➡5 位)
- 2) 順位が下がった職種：製造業(5 位➡7 位)、建設業(7 位➡10 位)

2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)

- 1) 順位が上がった職種：情報通信業(5 位➡4 位)
- 2) 順位が下がった職種：宿泊飲食サービス業(4 位➡5 位)

2021 年(令和 3 年)時点で、G7 の労働者の中で多い職種は教育・学習支援事業であり、少ない職種は建設業である。

表 4-4-8-7. 福岡県における韓国人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	教育、学習支援事業	345	小売り、卸売り業	496	小売り、卸売り業	470
2	小売り、卸売り業	232	教育、学習支援業	411	宿泊、飲食サービス業	404
3	宿泊、飲食サービス業	100	宿泊、飲食サービス業	269	教育、学習支援業	403
4	サービス業	70	サービス業	160	サービス業	231
5	製造業	51	情報通信業	107	情報通信業	151
6	情報通信業	37	製造業	95	製造業	133
7	建設業	17	医療、福祉業	73	医療、福祉業	85
8			建設業	25	建設業	45

韓国人労働者数の産業別順位表で、職種の順位の変化が見られたのは 2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけてである。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

- 1) 順位が上がった職種：小売業(2 位➡1 位)、情報通信業(6 位➡5 位)
- 2) 順位が下がった職種：教育・学習支援事業(1 位➡2 位)、製造業(5 位➡6 位)、

建設業(7位➡8位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)

1)順位が上がった職種：宿泊飲食サービス事業(3位➡2位)

2)順位が下がった職種：教育・学習支援事業(2位➡3位)

2021年(令和3年)の時点で、韓国人労働者の中で多い職種は小売業であり、少ない職種は建設業である。

表 4-4-8-8. 福岡県におけるインドネシア人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1			製造業	469	製造業	575
2			建設業	107	建設業	218
3			小売り、 卸売り業	106	小売り、 卸売り業	149
4			教育、学習 支援業	103	医療、福祉業	141
5			医療、福祉業	52	教育、 学習支援業	91
6			サービス業	33	サービス業	49
7			宿泊、飲食 サービス業	24	宿泊、飲食サー ビス業	39
8			情報通信業	9	情報通信業	11

インドネシア人労働者の産業別順位表で、職種の順位に変化が見られたのは、2016年(平成28年)から2021年(令和3年)にかけてである。

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)

1)順位が上がった職種：医療、福祉業(5位➡4位)

2)順位が下がった職種：教育・学習支援事業(4位➡5位)

2021年(令和3年)の時点で、インドネシア人労働者の中で最も多い職種は製造業であり、最も少ない職業は情報通信業である。

表 4-4-8-9. 福岡県におけるブラジル人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013年～2015年		2016年～2018年		2019年～2021年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	製造業	16	製造業	21	サービス業	66
2	小売り、 卸売り業	13	教育、学習 支援業	19	製造業	39
3	教育、学習 支援事業	12	サービス業	17	小売り、 卸売り業	27
4	サービス業	8	小売り、	16	教育、	23

			卸売り業		学習支援業	
5	建設業	5	建設業	8	建設業	15
6	宿泊、飲食 サービス業	4	宿泊、飲食 サービス業	6	宿泊、飲食 サービス業	11
7	情報通信業	1	情報通信業	1	情報通信業	5
8					医療、福祉業	1

ブラジル人労働者数の産業別順位表で、職種の順位に変化が見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)にかけてである。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

- 1) 順位が上がった職種：サービス業(4 位➡3 位)、教育・学習支援事業(3 位➡2 位)
- 2) 順位が下がった職種：小売業(2 位➡4 位)

2016 年(平成 28 年)から 2021 年(令和 3 年)

- 1) 順位が上がった職種：小売業(4 位➡3 位)、サービス業(3 位➡1 位)
- 2) 順位が下がった職種：製造業(1 位➡2 位)、教育・学習支援事業(3 位➡4 位)

2021 年(令和 3 年)の時点で、ブラジル人労働者の中で多い職種はサービス業であり、少ない職種は医療、福祉業である。

表 4-4-8-10. 福岡県におけるペルー人労働者の産業別順位一覧表(筆者作成)

順位	2013 年～2015 年		2016 年～2018 年		2019 年～2021 年	
	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)	産業別	労働者数 (人)
1	製造業	24	小売業	76	製造業	43
2	小売業、サ ービス業	9	製造業	40	サービス業	27
3	建設業	6	サービス業	17	小売り、 卸売り業	23
4	宿泊、飲食 サービス業	3	建設業	6	建設業	11
5	教育、学習 支援業	2	宿泊、飲食 サービス業	5	宿泊、 飲食サービス業	8
6	情報通信業	1	医療、福祉業	3	教育、 学習支援業	6
7			教育、学習 支援業	2	医療、福祉業	5
8			情報通信業	1	情報通信業	2

ペルー人労働者数の産業別順位表で、職種の順位に変化が見られたのは、2013 年(平成 25 年)から 2021 年(令和 3 年)である。

2013 年(平成 25 年)から 2018 年(平成 30 年)

- 1) 順位が上がった職種：小売業(2 位➡1 位)

2) 順位が下がった職種：製造業(1位➡2位)、サービス業(2位➡3位)、建設業(3位➡4位)、教育・学習支援業(5位➡7位)、情報通信業(6位➡8位)

2016年(平成28年)から2021年(令和3年)

1) 順位が上がった職種：製造業(2位➡1位)、サービス業(3位➡2位)、教育・学習支援業(7位➡6位)

2) 順位が下がった職種：小売業(1位➡3位)、医療、福祉業(6位➡7位)

2021年(令和3年)の時点で、ペルー人労働者が多い職種は製造業であり、少ない職種は情報通信業である。

4-4-9. 福岡県における、特定技能の在留資格で就労数、外国人労働者数の地域毎の比較

福岡県における特定技能の在留資格で就労する、外国人労働者数の地域別、産業別の比較を表4-4-9に示す。これは、福岡労働局職業安定部職業対策課が提出した報告書届出の一部「[別表9]地域別・特定産業分野別外国人労働者数(在留資格「特定技能」に限る)(福岡労働局)」の令和元年から令和3年版を基に作成したものである。

表 4-4-9. 福岡県における地域毎、特定技能に属する
産業ごと外国人労働者数の比較(筆者作成)

特定技能 職種	外国人労働者数(人)				
	福岡中央	福岡東	久留米	小倉	福岡南
外食業	25	1	1	15	3
飲料、食料品製造業	15	58	5	7	9
介護	5	4	8	11	3
建設	5	4	5	1	5
造船、船舶工業	3				
自動車整備	3	3		1	
産業機械製造業	2	1	3		1
ビルクリーニング	2				
素形材産業	1	2	17	3	
宿泊、ホテル産業	1				
農業	1		43		
電気、電子情報 関連産業	1	2		1	2

1) 福岡中央

最も多い職種：外食業

最も少ない職種：素形材産業、宿泊、ホテル産業、農業、電気、電子情報関連産業

2) 福岡東

最も多い職種：飲料、食料品製造業

最も少ない職種：外食業、産業機械製造業

3) 久留米

最も多い職種：農業

最も少ない職種：外食業

4) 小倉

最も多い職種：外食業

最も少ない職種：建設業、自動車整備、電気、電子情報関連産業

5) 福岡南

最も多い職種：飲料、食料品製造業

最も少ない職種：産業機械製造業

4-5. 福岡県における外国人労働者の現状と福岡県(行政)の対応、対策

これまでは、福岡県における外国人労働者の現状を把握するために、厚生労働省と福岡労働局が公布した資料や統計、集計表を基に、1993年(平成5年)から2021年(令和3年)の期間に日本で働く外国人労働者の推移より分析を行った。その結果は、確かに新型コロナウイルスの世界的パンデミックによりその増加率は減少しつつあるものの、徐々に増加の兆しも見え始めている。しかし、新型コロナウイルスが完全に終息しきっていない状況の中で、政府は外国人労働者の受け入れにどのような対策を講じているのかは疑問が残る。そして、調査対象地域である福岡県における外国人労働者に対する、生活支援の実態がどのようなものであるかも明確に示されてはいない。今後日本で就労する外国人労働者の増加が予測される中、外国人労働者の支援の実態の把握は、福岡県が直面する問題を掘り下げ、更に解決へと導く必要な課題やヒントを与えるものだと断言することができる。また上述した疑問については、労働政策研究・研究機構が2020年12月に発行した、「外国人労働者の雇用状況に関する分析」の第4章、「企業の人手不足感と外国人雇用」の3節、「外国人雇用問題の研究と今後の課題」で明確に示している。そこで強調されている重要な点は以下の通りである。

「今後も人手不足感の対応という労働力需要側の事情が、外国人労働者の受け入れを検討する決起となることは少なくないと見られるが、その場合にも国民全体のコンセンサスを重視し、十分慎重に対応していくことが大切だと思われる。またこのような国民的コンセンサスの形成にあたっては、客観的な情報と正しい分析が国民各層において広く共用され、現状の

取り組みやその問題点、課題等に関する検証によって検討が進められることが重要であることは、言を俟たないであろう」⁴⁸。

上記労働政策研究・研修機構の指摘を踏まえて、更に厚生労働省及び福岡労働局が交付した統計資料より得ることのできた外国人労働者の現状を、外国人労働者の受け入れや雇用を進めている福岡県の行政の対応や対策を通して見ていくことにする。ここでは福岡県が外国人労働者の受け入れや雇用を推し進めるにあたって、行政が遭遇する問題やその問題の解決について明確にしておく。また、主に福岡市役所(福岡市総務企画調節部)や福岡県庁、福岡労働局が発行した資料を基に、外国人労働者の受け入れ時に生じる課題と対応・対策について掘り下げ、福岡県における外国人労働者の受け入れについて、今後の課題と展望を見ていくものとする。本題に入る前にここで使用した一次資料を以下に紹介する。

4-5-1. 福岡市役所と福岡県庁が発行した計画書

- 1) 第2期「福岡市まち、ひと、しごと、創生総合戦略」(福岡市役所)
- 2) 第10次福岡県職業能力開発計画(2017年(平成29年)～平成33年度)(福岡県庁)
- 3) 第11次福岡県職業能力開発計画、福岡産業人材育成プランふくおかの未来を描く、人材の育成をめざして～(福岡県庁)

4-5-2. 福岡労働局が発行した資料

- 1) 行政運営方針 2020年(令和2年)度、2021年(令和3年)度、2022年(令和4年)度
- 2) 福岡県雇用対策協定に基づく事業計画 2019年(令和元年)度、2020年(令和2年)度、2022年(令和4年度)
- 3) 北九州雇用対策協定に基づく実施計画 2021年(令和3年)度、2022年(令和4年)度
- 4) 福岡市雇用対策協定に基づく取り組み 2021年(令和3年)度、2022年(令和4年)度
- 5) 久留米市雇用対策協定に基づく取り組み 2021年(令和3年)度、2022年(令和4年)度
- 6) 北九州市雇用対策協定に基づく取り組み 2022年(令和4年)度

4-5-3. 第2期「福岡市まち、ひと、しごと、創生総合戦略」(福岡市役所)

第2期「福岡市、まち、ひと、しごと創生総合戦略」は、2020年(令和2年)5月に福岡市役所が発行した計画書である。この戦略的計画書が発行された理由は、2008年を境に日本の総人口が減少し、少子高齢化がより深刻化しつつある問題が発端となっている。そのような社会の変化の中で、福岡市は活気ある街づくり、活気ある社会の維持を目的とし、2014年11月に「まち・ひと・しごと創生法」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」を策定し、地方創生の取り組みを実行するようにと舵を切ったのである。しかし、少子高齢化や人口減少、東京一極集中という問題の解決には未だに至っていないことを受けて、福岡市は2019年12

月に地方創生の強化を図ることを目指す方針を示した。この第2期、「福岡市、まち、ひと、しごと創生総合戦略」には福岡市における地方創生の強化を如何に図っていくべきかについて、その政策と施策が詳細に綴られている。

4-5-4. 第10次福岡県職業能力開発計画(2017年(平成29年)～平成33年度)

(福岡県庁)と第11次福岡県職業能力開発計画

福岡県庁が発行したこれらの、「職業能力開発計画の趣旨」は、変わりゆく経済や社会状況が多様化する福岡県において、顧客のニーズに対応して福岡の産業を支える労働者の人材育成を推進するためである。この第10次と第11次の唯一の違いは、発行された年次と、その社会的情勢や背景の違いである。第10次は2017年(平成29年)から平成33年までを対象としており、それに対し第11次は2022年(令和4年)3月に発行された新しい計画書である。その他の違いとしては、第10次の場合、人材育成の目的を少子高齢化に伴う人口減少、グローバル化による産業構造の変化、経済や雇用情勢、少子高齢化、人材育成等の他に、新規学卒者、離職者、在職者等に対する雇用のセーフティーネットワーク、更に職業能力の開発の推進等を強調している。一方、第11次は、人材育成の重要性、特に2020年(令和2年)から猛威を振るい、今も終息することのない新型コロナウイルスの蔓延によって推進されたリモートワークの導入による労働環境の変化や、社会の変化に対応できるような人材、つまり企業のニーズに合った人材の育成の重要性を示している。労働者自らがキャリアやスキルを高めていけるような職業能力開発施策の必要性が謳われている。今後福岡県の職業開発に欠かせない基本的施策について、福岡県の産業を支える人材育成を図っていけるように、第11次は発行されたのである。

4-5-5. 福岡県雇用対策協定に基づく事業計画

次に福岡労働局が発行した資料について以下に概要を紹介する。2019年(令和元年)から2022年(令和4年)にかけて発行された、福岡県雇用対策協定に基づく事業計画の由来は、2015年(平成27年)10月22日、福岡県と福岡労働局が締結した、「福岡県雇用対策協定」によるものであった。この協定は誰もが意欲と能力を生かして就労できる社会を築き上げるために、相互(福岡県と福岡労働局)が連携して施策が実行できるようにと締結したものである。この協定の締結により、福岡県と福岡労働局は、県内の各公共職業安定所において、以下に示す三項目が実行できるようになり、併せて「福岡県雇用対策」が速やかに推進されるようになったのである。

- 1) 地域の実情に応じた雇用創出における取り組み
- 2) きめ細かい効果のある就職支援の提供
- 3) 各施策に対する理解を深めながら雇用問題の改善を図る

ことである。これら三項目と「福岡雇用対策協定」に挙げられている取り組みの他にも、福岡県と福岡労働局には、①福岡県・福岡労働局が推進する雇用創出の取り組み、②就職困難者への自立支援、③地元企業雇用調整と離職者のため就職支援、④企業誘致に要する人材確保、⑤その他各施策への連携助成に関して要請が生じた場合、その要請に迅速且つ真摯に対応すること等が求められている。

4-5-6. 北九州市、福岡市及び久留米市における雇用対策協定に基づく取り組み

2021 年(令和 3 年)度から 2022 年(令和 4 年)度にかけて発行された、「北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」、「福岡市雇用対策協定に基づく取り組み」、「久留米市雇用対策協定に基づく取り組み」の概要は、上述した「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に類似しており、内容はほぼ同じである。類似点は、福岡労働局全般における役割、つまり各実施計画や取り組みについての施策以外に、各市が推進する取り組みの例として既述した、「その他各施策への連携助成に関して要請が生じた場合に求められる迅速な対応」であった。実施計画の取り組みについての目的に関する内容は、すべて同じであった。しかし、「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」と唯一異なる点は、「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」では、福岡県や福岡労働局及び、県内各公共職業安定所との密接な関係の下、実効性のある就職支援を行うために本事業計画を作成すると記されている。しかし、北九州市や久留米市の場合は福岡市に比べ、より具体的に且つ円滑に、効果的に就職支援を実施するようにと強調して記されていた。その具体的な内容は、職業紹介であり、雇用保険、企業指導であった。これらの他にも相違点として挙げられるのは、北九州市、久留米市、福岡全域と福岡労働局との間に結ばれた「雇用対策協定」の年月が、それぞれに異なっていたことである。例えば福岡市と福岡労働局の締結日は、2011 年(平成 23 年)3 月 30 日、北九州市と福岡労働局の締結日は 2010 年(平成 22 年)3 月 31 日、久留米市と福岡労働局は 2012 年(平成 24 年)3 月 30 日に締結していたことであった。

4-5-7. 行政の運営方針

一方、福岡労働局が発行している行政運営方針は、厚生労働省が毎年発行している、「地方労働行政運営方針」に定められている方針や施策を基に、福岡労働局が管内事情に重点課題や対応、方針等を織り込んだ行政運営方針を独自に考案し、それを基に行政運営方針を図ることを求めていることである。2020 年(令和 2 年)から 2022 年(令和 4 年)迄の行政運営方針の中で挙げられている施策は以下の通りである。

- 1) 将来における労働力の供給制約・人手不足の状況を鑑みた上での多様な人材が活躍できる労働環境の整備
- 2) 人材確保と育成の強化

3) 女性、若者、高齢者、障害者、外国人が活躍できるための総合的な支援、環境の整備も挙げられていたが、2020 年(令和 2 年)度は全世代社会保障の実現が検討されており、70 歳までを対象とした高齢者の活躍の促進に注目が集まっていた

4) コロナの状況を踏まえたきめ細かい支援(労働相談)や、雇用調整助成金の活用を通しての雇用機会の確保、雇用の安全を実現できる取り組みが挙げられていた

2021 年(令和 3 年)度は、コロナ感染症の拡大により人や物の移動が制限され、観光産業を筆頭に多くの産業において求人が見合され、求人の募集が大幅に減少しており、職探しは厳しい状況であることが強調されている。このような状況を鑑みて、2021 年(令和 3 年)度の労働施策は、コロナ禍に関連する事項が大半であった。2021 年(令和 3 年)度の行政運営方針の施策を以下に記す。

「1) ウィズ・コロナ時代における重点的な取り組み

2) ウィズ・コロナ時代に安全で健康に働くことができる職場づくり

3) ポストコロナ時代の雇用機会の確保と労働環境整備の推進

4) 総合労働行政機関としての施策の推進」⁴⁹

2022 年(令和 4 年)度公布された「行政運営方針」には、コロナ禍の影響が長引き、併せて少子高齢化による生産年齢人口の減少という課題を抱えている中で、コロナと対峙しながら、国民一人ひとりが如何に生き生きとした暮らしを実現できるかに重点を置き、これを実現できる施策を立案する必要性が次のように述べられていた。それは労働生産性や労働分配率を高め、人材のニーズに適応した人材開発や育成を支援する、つまり労働局が称する「人への投資」の実施や労働環境の向上、特にそこで強調されていたのが、賃金を高めるための労働整備の本格化であった。2022 年(令和 4 年)度の「行政運営方針」に掲げられた政策は、2021 年(令和 3 年)度に比べ、コロナ禍における労働施策については、それほど強調されていなかった。勿論、コロナ禍における労働事情に特化した対策令として、「新型コロナウイルス感染症の雇用への影響を踏まえた労働行政施策の推進」が公布されているが、福岡労働局はこの対策令だけに留まらず、多様性というテーマを掲げ、日本の労働環境の改善を図ろうとしている。これはコロナ禍にだけ重きを置くのではなく、コロナ禍の前後から日本を悩ましている少子高齢化に起因する人手不足にも目を向けているということが推測できる。またコロナ禍における労働施策についても、誰もが活躍でき、そして働き安い労働環境を整え、労働者が生かされていくような労働環境の整備に寄与する支援の強化を強調しているような印象も受けた。2022 年(令和 4 年)度の「行政運営方針」に記されている施策は以下の通りである。

「1) 新型コロナウイルス感染症の雇用への影響を踏まえた労働行政施策の推進

2) 雇用維持労働移動等に向けた支援やデジタル化への対応

3) 多様な人材の活躍促進

- 4) 誰もが働きやすい職場づくり
- 5) 総合労働行政機関としての施策の推進」⁵⁰

4-6. 福岡市役所の発行計画書より読み解く外国人労働者の受け入れ雇用とその施策

第2期「福岡市まち・ひと・しごと創生総合戦略」

この施策は主に二つの部分より構成され则认为られる。第一部は次の5項目によって成り立っており、福岡市が現在抱えている課題や、これから取り組もうしている事項を背景にしている。

- 「1) 地方創生をめぐる動き
- 2) 福岡市における地方創生の取り組み
- 3) 計画機関と進行管理
- 4) 基本的な視点と目標
- 5) 基本姿勢(福岡都市圏、九州、日本、アジアにおける役割)」⁵¹

他方、第二部では第一部、「基本的な視点と目標」に掲げられていた2020年(令和2年)から2022年(令和4年)までに取り組む三つの目標を、どのような過程で、またどのような施策の下で実施していくかを記している。

- 「1) 基本目標Ⅰ：しごと、雇用機会を増やし、活力に繋がる人の流れを作る
- 2) 基本目標Ⅱ：働き方を見直し、安心して生み育てられる環境を作る
- 3) 基本目標Ⅲ：超高齢化社会に対応した持続可能で質の高い都市をつくる」⁵²

外国人労働者に関連する箇所は、第一部の基本姿勢(福岡都市圏、九州、日本、アジアにおける役割)と、第二部の各論で記されていた基本的方向、更に基本目標Ⅰと基本目標Ⅲであった。第一部の基本姿勢(福岡都市圏、九州、日本、アジアにおける役割)で示された施策で、外国人労働者に関連する箇所は、日本における役割とアジアにおける役割である。「日本における役割」で強調されていたことは、福岡市は日本における日本海側の最大都市であると同時に、アジア諸国に比較的近い距離に位置していることにより、学術、文化、経済と多岐に渡り、日本とアジアを繋ぐ重要な役割を持っていることであった。故に福岡市は、この役割以外にも、産業の分野において国際競争力を高め、併せて国際的な経済拠点としても、日本経済の発展に貢献できる潜在的な力を持ち合わせていることも示唆している。一方アジアにおける福岡市の役割は、次の二つを担っていくことも記されている。

- 1) 経済発展及び質の高い生活：バランスの取れた都市の持続化を実行できる都市として、今後発展が予測されるアジアの国々のモデルとなっていく。
- 2) 人材の交流を通して、アジアの国々と共に文化的、経済的な発展を目指し、その中心的役割、つまり拠点としての役割を担っていく。

「基本的目標Ⅰしごと、雇用機会を創出し活力に繋がる人の流れを作る」には、主に外国人労働者が住みやすく、活動しやすい環境を築いていく上での支援や対策が記されていた。福岡市がこの箇所で示す支援や対策について、これから実行しようとしていることは以下の通りであった。

- 1)生活全般
- 2)異文化交流・多文化共生
- 3)教育

4-6-1. 生活全般

「生活全般」における事業は、「在住外国人の生活環境整備事業」に記されている、①多言語や外国人にとって理解しやすい日本語、つまり「易しい日本語」を用いて情報を提供する、②外国人が来日し、転入手続きの際に、福岡市で彼らが生活をしていく上で困らないように、生活のルールやマナー等を記したガイダンスや、外国人が来日前に母国で生活上の相談を可能にする多言語対応の区役所の相談窓口における電話での通訳、映像通訳、AI 多言語翻訳のアプリの活用等がある。この他にも、飲食店における多言語表記の積極的導入もこれからの事業として挙げられている。

4-6-2. 異文化交流・多文化共生

異文化共生と異文化理解、異文化交流に値する事業は、外国人と共生するためのコーディネーターを派遣し、地域がそこに居住する外国人住民と相互理解を図りながら地域づくりを推進していくことである。

4-6-3. 教育

教育には以下の三事業が記されている。

- 1)「在住外国人の生活」には、外国人が日本人と日本語でコミュニケーションを取れるようにするために、日本語教室の開催を推奨している。この日本語教室は成人外国人を対象とするものである。
- 2)一方、子供向けの日本語の指導と支援の充実も事業の一つとして挙げられている。これらの事業に必要な支援とは、主に日本語を指導するための教室の運営である。例として挙げられているのは、①教材や教具の整備、②日本語の指導を担当する教員の研修の実施、③小、中、特別支援学校に在籍する日本語の指導が必要な外国人児童に向けての支援等である。更に、これらの他にも支援事業として、福岡市にあるインターナショナルスクールにおける、カリキュラムの充実化に伴う外国人児童の教育環境の整備を実行することであった。

3)医療分野に関する事業は、外国人を対象に医療通訳を提供すること、外国人在住者に対応できるような医療環境を整備し、推進することであった。

上述した外国人労働者に対しての支援事業の他に、外国人の受け入れを考えている地元の企業に対しての支援事業も、この「施策」の「地域経済を支えている産業の競争力強化」に記されていた。これは地元企業に対する支援事業であり、外国人労働者の受け入れを検討している企業への支援事業でもあるため、外国人労働者に関連した支援事業と捉えることが可能である。事業内容は、外国人労働者の受け入れを検討している事業主に、外国人材の採用についての必要事項や採用の過程等についてセミナーを開催し、ノウハウを教授して必要な情報を提供していくことである。

次に「第11次福岡県職業能力開発計画」に記されている、外国人労働者に関連する対策や対応を見ていくことにする。初めに計画書の構成から見ていく。この計画書は次の四つに分割され構成されている。

「1)第1部は総説

2)第2部は福岡県の職業能力開発を取り巻く状況

3)第3部は第10次福岡県職業能力開発計画の取り組み状況と課題

4)第4部は第11次福岡県職業能力開発計画の基本的施策」⁵³

外国人労働者に対する支援事業並びに対応や対策について記されているのは、上記「第11次福岡県職業能力開発計画」の第3部と第4部であった。第3部では、これらについては「4節、技能が尊重される社会づくりの推進」、「(1)これまでの主な取り組み」、「(2)主な課題」、の箇所に記されていた⁵⁴。一方、第4部では、「基本的施策、4次世代への技能の継承と技能の振興施策項目、具体的な取り組みの下に位置する、(21)外国人技能実習制度の技能検定受験体制の充実」に記されていた⁵⁵。第3部と第4部に記されていた支援事業及び施策については、主に福岡市に在住する外国人労働者の中で二番目に多い技能実習制度(技能実習生)に関連するものであった。またこれらに関連する支援事業の施策の内容は、ほぼ重複している。その施策の内容は、技能者(外国人技能実習生も含めた)の技能水準を高めていくことを目的に、福岡県職業能力開発協会と連携し、技能検定の実施を推進していくことであった。またこれに伴う外国人技能実習生に、適応可能な技能検定実施体制の整備の取り組みも記されていた。更に外国人技能実習生が受験する技能検定を円滑に実施する体制の整備と、技能実習生に対する支援の必要性を鑑みて、福岡県職業能力開発協会と連携して助成を行っていくことも、外国人技能実習生の受け入れに対する今後の課題として述べられていた。

4-7. 第10次福岡県職業能力開発計画

第10次福岡県職業能力開発は、三つの部分で構成されている。①第1部は総説、②第2部は福岡県の職業能力開発を取り巻く環境、③第3部は第9次福岡県職業能力開発計画の取り

組み状況、である⁵⁶。この計画書に記された外国人労働者についての対策や対応は、技能を尊重する社会造りの推進以降の項目であり、上記、第 11 次福岡県職業能力開発計画の対応と対策の内容に類似している。それは、外国人技能実習生についての技能検定の実施と、それに伴う受験体制の整備の必要性であった。更に、外国人技能実習生は、技能の継承や技術の習得については一定の技能検定に合格することが求められていることも、この計画書において強調されている。検定の整備の背景については、「イ：外国人技能実習生における技能実習の推進」に記されている⁵⁷。それは、第 3 節で触れた 2017 年(平成 29 年)から技能実習制度が一部変更したことに関連している。技能実習制度は 2017 年(平成 29 年)以降、それまでは実習期間が 3 年であったものが 5 年に延長された。この延長により 3 年間の実習満期後に技能検定の受験が必要条件として追加された。これにより、今後技能検定 3 級と 2 級を受験する技能実習生が増加することが予測され、技能検定を管理している福岡県職業能力協会と連携し、助成しつつ検定に必要な整備を促進して行くことも、今後の取り組みとして挙げている。

4-8. 行政運営方針の支援事業の概要

次に福岡労働局が提出した行政運営方針、2020 年(令和 2 年)から 2022 年(令和 4 年)を基に、外国人労働者に対する支援事業対策と施策を見ていく。

4-8-1. 2020 年(令和 2 年)度行政運営方針の支援事業の概要

2020 年(令和 2 年)度の行政運営方針は、次の三部によって構成されている。①第 1 部は福岡の労働行政を取り巻く状況、②第 2 部は 2020 年(令和 2 年)度福岡労働行政の重点施策、③第 3 部は福岡労働行政の展開にあたり、留意すべき基本的事項についてであった⁵⁸。外国人労働者に対しての施策や支援事業等については、第 2 部の「中小企業を中心とした働き改革の一層の推進」⁵⁹、「3. 高齢者、若者、助成、外国人等の多様な人材の活躍推進、育成の強化」の「外国人材受け入れの環境整備」⁶⁰に記されており、外国人労働者に関する労働上の施策や対策、労働条件についての説明であった。「行政運営方針」の 6 頁から 7 頁には、「特定の労働条件の確保と対策の推進」⁶¹として、今までに話題となっている技能実習生や特定技能外国人労働者についての現状と、今起きている問題とその改善策が記されている。外国人労働者の現状としては、技能実習生や留学生、更に特定技能者数を、統計を用いて表していた。特定技能は、2019 年(平成 31 年)4 月に新設した在留資格であるため、その資格の下で働いている外国人労働者数は、69 人と技能実習や留学生に比べて少ない。しかし、その一方では、技能実習生と留学生は年々増加傾向にあり、2018 年(平成 30 年)に比べて 2019 年(令和元年)の技能実習生と留学生は、それぞれ 28.1%、8.2%と増加していることを示す⁶²。このように現状を示した後で、外国人に関する問題や課題、更に今後取るべき対策を示している。そこ

で取り上げられている問題は、外国人労働者が年々増加の傾向にある中で、外国人労働者による労働条件に関する相談件数が増加していることである。2018年(平成30年)と2019年(令和元年)に福岡労働局が受けた相談件数は、2018年(平成30年)で137件、2019年(令和元年)では156件と増加の傾向にある⁶³。相談内容は労働条件の他に、法定労働条件の確保上の問題も多い。この対応策として、福岡労働局は外国人労働者を雇用している事業主に対して、労働基準関係法令を正しく理解するようにと導き、労働契約締結時の労働条件の書面による明示と、賃金支払いの適正化を徹底的に行うことを明記している。その他の対策として、労働基準法に違反した場合、外国人労働者を雇用している職場に対する監督指導を徹底し、悪質な労働基準関係法令違反をした場合には、その企業に司法的処分を科すことを、外国人技能実習機構や出入国在留管理庁との間に取り交わし、相互通報制度を活用して厳重に処分するものとしている。

労働環境についての対策については、労働者が安心且つ安全に働けるように、「③労働者が安全で健康に働くことができる環境整備の定着」に、幾つかの対策や取り組みが記されていた。外国人労働者に関連する対策の詳細は、「(オ)外国人労働者に対する労働災害防止対策」に具体的に記されている⁶⁴。福岡労働局が考案した外国人労働者に関連する対策は、言語や生活習慣の違いによって生じる労働災害を防止することに軸を置いていると見ることができる。そのために、福岡労働局は2019年(令和元年)1月に改正された労働者死傷病報告を基に、外国人労働者災害発生状況を把握し、その上で更に幾つかの対応策を示している。その対応策は、主に安全衛生活動を図っていくための対策であり、以下の項目が記されている。

- 1)外国人労働者を雇い入れる時の教育の一環として、安全衛生教育の実施とその内容の充実を図る
- 2)外国人労働者に対する母国語での注意事項の掲示
- 3)労働災害防止を目的にした指示、標識の図示化

次に外国人労働者に対する施策が、「(5)外国人材受け入れの環境整備」⁶⁵に記されていた。その意図は、各在留資格、特に特定技能や永住者、それに技能実習生、留学生等の在留資格の下に滞在している外国人労働者が、その地域で安定した仕事に就けるような労働環境や相談窓口を整備し、強化していくことであった。ここでは5段階に分けて労働環境の整備や相談体制について詳述されていた。①第一段階は「外国人労働者の適切な雇用管理の確保」として、外国人労働者及び外国人労働者を雇用する事業主に対する支援事業が記されている。初めに、外国人労働者が寄稿した労働条件に関する相談が示されていた。この相談は、労働局が設置した全国に点在する外国人労働者相談窓口で受け付けている。相談は8つの言語⁶⁶に対応し、ナビダイヤルで繋がれた「外国人労働者向け相談ダイヤル」と、平日の夜間や週末の土曜日、日曜日に無料で相談を受け付けている「労働条件相談ホットライン」によって対応していると説明している。これら2種類の電話相談は言語毎に作成され、「労働

条件ハンドブック」や「労働保険給付パンフレット」等を活用して相談に応じているようである。この電話相談は、全国に設置された電話での相談窓口であるが、福岡県においても外国人労働者に対する電話相談も存在する。この福岡県における電話相談窓口は、2019年(令和元年)に設置され、その認識度は高くない。そのため福岡労働局は、この相談窓口の存在を広く知らしめるために、自治体や大学、専門学校を対象に幅広く周知していく取り組みを計画しているようである。この相談コーナーは、「福岡労働局管内の外国人相談コーナー」と呼ばれ、次の三つの場所に設置され場所毎に扱っている言語は異なっている。①福岡労働局の監督課は英語、②福岡中央署(福岡労働局)は中国語、③北九州西署の福岡労働局はベトナム語での相談を受け付けている。

外国人労働者を雇用している事業主に対する支援事業は、安定した外国人労働者の就労促進を目的としている。この支援事業は以下の4事業であり、それぞれの事業を以下に見ていくことにする。

- 1)外国人労働者の労働条件等の相談、支援体制の強化
- 2)外国人留学生・定住外国人等に対する就職支援
- 3)ハローワーク等における多言語相談支援の実施
- 4)外国人技能実習に関する実地検査や相談援助等の体制強化

初めに一番目の「外国人労働者の労働条件等の相談、支援体制の強化」では、二つの対策が記されていた。①その内の一つは、「福岡外国人雇用サービスセンター」と「ハローワーク」においては電話通訳が準備されており、円滑に相談に対応できるように対策が施されている。②二つ目の対策は、福岡労働局の各部署が必要に応じて事業主を指導することである。その内容は、外国人労働者に対する適切な労働条件の確保や、社会保険制度を通しての就労環境の改善、再就職の支援である。

次に2番目の「外国人留学生、定住外国人等に対する就職支援」では、外国人労働者が福岡県で円滑に就職活動を進めていく上で必要な支援について記し、どのような対策が必要なのか等も議論されている。留学生に対する就職活動の支援は、「福岡外国人雇用サービスセンター」や、「新卒応援ハローワーク」に設けられた留学生コーナーにおいて、就職を希望する留学生を対象にしている。福岡労働局は留学生に対し、彼らのニーズに合った職業相談や紹介、合同会社説明会の実施等のきめの細かい支援を計画している。この他にも、外国人労働者や留学生を雇用する事業主を対象にした事業セミナーも開催されている。更に外国人労働者に対する幅広い支援のために、留学生が在学する学校と連携し、その学校に定期的に出向き、在学中の早期段階において就職のガイダンスを実施し、また留学生を対象にしたインターシップを通して企業と留学生の相互理解を図ることも盛り込まれている。一方定住外国人が多い地域では、「福岡外国人雇用サービスセンター」を通して専門相談員が派遣され外国人の職業相談を受け付け、定住外国人が申請できる求人情報を提供し円滑で安定した就

職活動ができるようにと、その環境を整えることが対策として明記されていた。技能実習制度に関しては、「技能実習法に係る九州・沖縄地域協議会」において、中央協議会で決議した方針に基づいて技能実習制度の適正化を図ることが、2020年(令和2年)度の目標事項として記されている。目標達成として次の三つ、①地域の課題の共有、②取り組み方針の協議、③技能実習制度の関係機関との積極的な連携の確保・強化の取り組み等が挙げられている。

第3段階、「ハローワーク等における多言語相談支援の実施」では、外国人求職者が母国語で相談できる空間を築いていけるようにと、①福岡外国人雇用サービスセンターに通訳を置く、②福岡県に設置されている各ハローワークで多言語コンタクトセンターの活用等が掲げられていた。

第4段階、「外国人技能実習に関する実地検査や相談援助等の体制強化」では、技能実習制度の適正化の下に成立した法律の実施と、外国人実習生の保護のための技能実習法を実施できる取り組みと対策が強調されていた。一つは、外国人技能実習機構と積極的に連携を取り、技能実習実施者が働く職場での実地検査を定期的に行う取り組みである。外国人技能実習機構の下、監理団体や技能実習実施者への実地検査が拒否された場合は、労働局の職員が外国人技能実習機構と同行し、立ち入り検査を行うと記されている。更に、技能実習法に基づく技能実習実施者の法的違反について、監理団体から通報を受けた時に、福岡労働局はそれを受理し、更に技能実習生から主務大臣への申告を受理することも対策の一つとして挙げている。

4-8-2. 2021年(令和3年)度行政運営方針の支援事業の概要

2021年(令和3年)度の行政運営方針は、次の4つの部分から構成されている。①第一部は、福岡の労働行政を取り巻く状況について、②第二部は、ウィズコロナ時代における重点的取り組みについて、③第三部は、ポストコロナ時代の雇用の確保と労働環境の整備の推進、④第四部は、総合労働機関としての政策の推進についてであった⁶⁷。外国人労働者に関する対策や取り組みについての記述は、第二部と第三部に記されていた。第二部の「1. 雇用機会の確保」、「(6) 高齢者、助成、障害者、外国人等多様な人材の活躍推進」には、外国人労働者に関する取り組みと対策が記されている⁶⁸。第三部、「雇用機会の確保」、「(8)、外国人に対する支援」の項に、外国人労働者の労働環境の整備の推進や労働条件の確保、その改善と対策等が織り込まれている⁶⁹。第二部、「(6)、④外国人材の受け入れ環境の整備及び就労支援」は、「ア. 受け入れ環境の整備等」と「イ. 外国人材の就労支援」の二つに分割されている⁷⁰。この二つの箇所では記されている対策は、2020年(令和2年)度の行政運営方針で記されていた事業とは若干異なる。その違いには新型コロナウイルスの影響が大きく反映している。「受け入れ環境の整備」では、2019年(平成31年)4月に新設された特定技能の受け入れ及び、改正出入国管理並びに難民認定法が施行されたことにより、特定技能を始めとする多

くの外国人材が日本に流入する予定ではあったが、新型コロナ肺炎の蔓延により企業の業績は悪化し、外国人材を受け入れてきた企業も大きな打撃を被った。このような現状を踏まえて福岡労働局は、外国人労働者の雇用環境の整備の推進を目的に、特定技能について専用リーフレットを作成した。そして、各ハローワークにおける「外国人労働者の雇用管理の改善等に関し事業主が適切に対処するための方針」に基づき感染症対策を行いながら、事業所訪問の指導を適切に実行することを計画として盛り込んでいる。

一方「イ．外国人材就労支援」では、新型コロナ感染症の蔓延に注意を払いながら、如何にハローワークにおいて、外国人労働者の職業相談に応じればよいのかについての工夫が記されていた。その工夫には、①外国人労働者の職業相談は、相談者の日本語の理解度によって意思疎通のために多くの時間を必要とする。そのためマスクの着用やアクリル板の設置、相談時間の短縮のために多言語(6ヶ国語)の案内表示、必要に応じては通訳(英語、中国語)の派遣等も考慮されている。また場合によっては、相談者を「福岡外国人雇用サービスセンター」に紹介することも対策の一つとして記されている。その他の支援事業としては、ハローワークに来なくても相談ができる、「ハローワークコールセンター」を導入している。また、ハローワークの利用を周知することも提案の一つとして挙げられている。この「ハローワークセンター」は、2020年(令和2年)10月に、外国人労働者が母国語で電話相談ができるようにと設置されたもので、専用番号による多言語(10ヶ国語⁷¹に対応)で電話相談ができるコールセンターである。また、新型コロナ感染症の影響により、困窮の渦中にいる外国人や外国人労働者を支援するために、外国人留学生を対象にしてミニ面接会を行うことも予定されていた。

第三部、「2.雇用機会の確保」、「(8)外国人に対する支援」の内容は、2020年(令和2年)度の第二部、「(5)外国人材受け入れの環境整備」に記されていた、対策支援事業の内容と重複しており、変化は見られなかった。変化が見られたのは、唯一「外国人労働者に対する労働環境や相談窓口等支援整備の重要性」の項で、2020年(令和2年)版では、上述した支援体制や整備は主に永住者や技能実習生、特定技能や留学生であったのに対して、2021年(令和3年)版は、専門分野の外国人労働者も追加された。その他にも変化が見られたが、それは「外国人労働者の適切な雇用管理の確保」、2020年(令和2年)度では外国人労働者に対する労働条件に関する相談を受けるコールセンター、「外国人労働者向け相談ダイヤル」と「労働条件ほっとライン」が8つの言語に対応していたのに対して、2021年(令和3年)には対応できる言語が5言語増えて、13言語⁷²にも対応できるようになった。外国人求職者に対する留学生の就職支援に対する相談の支援内容は、2020年(令和2年)と2021年(令和3年)とでは大きな変化はないが、只ここで一つの変化として実施予定であった「外国人留学生フェア」が、新型コロナ肺炎の影響で中止となったことが記されていた。そして2021年(令和3年)度は、オンライン形式で、「西日本外国人留学生WEB企業説明会」が大阪局と近畿5局によって同

時に開催されることが予定されており、今までにない取り組みの一つとして記されていた。また、「イ．各地域に在住する外国人等に対する相談支援の実施」の項で、前年度では外国人の多い地域での「福岡外国人雇用サービスセンター」における相談や支援事業の目的は、①専門相談員による就業相談であり、②定住外国人に対する応募可能な求人の開拓や、③安定的な就職の促進であったが、2021 年(令和 3 年)度では更に早期再就職支援が追加された。「④ハローワーク等における多言語相談の支援体制の設備」についても、一部変化が見られた。それは福岡外国語センターにおいて、英語と中国語対応の通訳が置かれたことであり、他のハローワークを利用する外国人求職者の電話も受け付けるようになったことである。これ以外の変化は、すべてのハローワークで、電話通訳や多言語音声翻訳の活用や、外国人求職者への多言語対策による情報発信等を始めとする、多言語による相談体制の強化を図ることが、今後の課題として記述されていることである。

「3 労働環境整備の推進」、「イ．特定労働分野における労働条件確保対策の推進」に述べられている内容は前年度とほぼ変わらず、技能実習制度を取り上げており、労働基準関係法令違反が生じた場合の監督指導や、司法処分の実行が対策として記されていた。只ここでの一つの変化が見られた。それは技能実習制度にまつわる強制労働についての現状と留意すべき点について、2021 年(令和 3 年)版に初めて記されたことである。「現状と留意すべき点」とは、技能実習制度において強制労働が疑われた場合には、人身取引の可能性も疑われることがあると指摘していることである。この対策として、「人身取引取り締まりマニュアル」を基に、外国人技能実習機構等と連携を取りながら、万一労働基準関係法に対する法令違反が認められた場合には、厳重に対処するとしている⁷³。

4-8-3. 2022 年(令和 4 年)度の行政運営方針の支援事業の概要

2022 年(令和 4 年)度版の行政運営方針では、外国人労働者に対する対策支援事業に関する事項は、「第 4 部の多様な人材の活躍促進」、「外国人に対する支援」と、第 5 部「誰もが働きやすい職場づくり」、「(3)労働条件の確保・改善対策、③特定労働分野における労働条件確保対策の推進」に記されている⁷⁴。第 4 部の外国人に対する支援の内容については、2020 年(令和 2 年)版と 2021 年(令和 3 年)版では特に大きな変化はない。しかし、その中でも変化として挙げることができるのは、外国人留学生の就職支援と外国人労働者の労働条件の相談、支援体制の整備であった。外国人留学生の就職支援について、新たな取り組みとして挙げられていたのは、福岡中央署において、今後、就職の支援に関する協定を結んだ大学と連携して、外国人留学生の日本国内での就職の促進を目的とした支援を実施する意思が示されていたことである。外国人労働者の労働条件等の相談や、支援体制の整備に関して変化があったのは、外国人労働者が職場で安全に働いていける環境を如何に整備していけばよいのかについて、その工夫が記されていることであった。これまでは、誰もが理解できる標識や母

語における注意事項の掲示等が提案されていたが、2022 年(令和 4 年)からは外国人労働者が理解できる労働安全衛生管理に関する視聴覚教材を用いて、労働災害の防止を推進していくことになっている。

第 5 部の「誰もが働きやすい職場づくり」、「特定の労働分野における労働条件確保対策の推進」に記されている外国人労働者に対する対策は、前年度とは変化が見られず、主に技能実習制度において、悪質な雇用による労働基準関係法令違反が見られた場合の対応についてのみ記されていた。

4-9. 福岡県雇用対策協定に基づく事業計画の支援事業の概要

次に、福岡労働局が公布した 2019 年(令和元年)、2020 年(令和 2 年)、2022 年(令和 4 年)度における福岡県雇用対策協定に基づく事業計画に記されている、外国人労働者に関する対策支援事業を見ていく。

4-9-1. 2019 年（令和元年）度の福岡県雇用対策協定に基づく事業計画の概要

2019 年(令和元年)度の「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」は、第 1 章と第 2 章の 2 部構成であり、第 1 章は事業計画の趣旨を、第 2 章は福岡県雇用対策協定に基づく令和元年度の取り組みについて記されていた。外国人労働者に対する対応策や事業の施策については、第 2 章、「3-7 外国人材の受け入れ支援」⁷⁵に記されていた。ここでは福岡県庁の取り組みと福岡労働局が担う取り組みについて記されていた。ここに着眼する前に、外国人労働者の受け入れの支援と、その目標について見ていくことにする。この計画書では外国人労働者の受け入れについて、福岡県と福岡労働局が一体となって共生を軸にして多様な支援事業を実施していくとしている。外国人材の受け入れ支援についての福岡県の取り組みは、以下の三項目を対象にしたものである。

- 1)外国人労働者の受け入れ全般における支援
- 2)外国人留学生
- 3)外国人労働者を雇う企業事業主

これらの支援に対する福岡県の取り組みや、支援事業は以下の通りである。

- 1)行政機関、経済団体、事業者団体、全国士業団体等が一体となり、福岡県外国人材受け入れ対策協議会を設立し、その運営において、情報と課題の共有・把握を促進し、外国人労働者の受け入れに関係する機関にふさわしい取り組みを実行する
- 2)「福岡県外国人相談センター」の設置、市区町村との連携、全市区町村の各窓口で外国人労働者の相談に寄り添える体制の強化
- 3)福岡県留学生サポートセンターにおいて、就職活動の支援、主に就活専門員による個別相談、就職セミナーの実施

- 4) 福岡県留学生サポートセンターにおいて、無料で職業の紹介、申請のあった企業の紹介や就活支援の実施
- 5) 福岡県留学生サポートセンターは、福岡労働局が主催する留学生を対象にした就職活動のイベントに協力する
- 6) 福岡県は「九州グローバル人材活用促進協議会」が運営している「Work in Kyushu」を活用しながら、留学生の就職活動を支援する
- 7) 福岡県と福岡県留学生サポートセンターは、福岡労働局が留学生に関連する制度、手続き、イベント開催等について周知する際その広報活動に協力する
- 8) 「外国人労働者の受け入れ」の相談窓口を設け、相談に対する対応、情報提供、法令遵守の注意勧告を行う。また、相談に対応できる関係機関を紹介し、県内各地で出張相談も行う
- 9) 企業側が外国人労働者を受け入れる際に、事業主が遵守すべき法令の詳細について、企業において講習会を実施する

一方、福岡労働局における、外国人労働者の支援業務に対しての取り組みは、以下の通りであるが、初めに外国人労働者全般における支援事業について見ていくことにする。

- 1) 2019 年(令和元年)8 月以降に開設した、外国人雇用サービスセンターにおける留学生や専門的外国人労働者のための職業相談や紹介、就活セミナーにおける就職支援事業の実施
- 2) 福岡労働局は、ハローワーク求人窓口において、事業主説明会セミナーのリーフレットの配布や、県が開設している外国人労働者人材の受け入れに関する企業向け相談窓口、「福岡外国人相談センター」に関する広告活動に積極的に協力する
- 3) 外国人労働者人材の受け入れについての企業向けの相談窓口や、出張相談並びに企業の講習会について、場所の手配や広報活動等、運営に関わる協力の実施

次に、留学生に関わる就職支援事業は以下の通りである。

- 1) 福岡県並びに福岡県留学生サポートセンターが主催する留学生を対象とした就活イベントの周知のための広報活動の協力
- 2) 「九州グローバル人材活用促進協議会」が運営する「Work in Kyushu」を活用した留学生の就職支援に関わる広報活動の協力

4-9-2. 2020 年(令和 2 年)度福岡県雇用対策協定に基づく事業計画の概要

2020 年(令和 2 年)の「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」は、前年と同じで 2 部構成である。外国人労働者に関わる支援事業対策は、第二、「福岡県雇用対策協定に基づく 2020 年(令和 2 年)度の取り組み」、「3 節、多様な人材の活躍推進」⁷⁶と「5 節、産業、職種ごとの人材確保に向けた支援」⁷⁷に詳細に記されている。ここでは前年度と同様に、福岡県と福岡労働局が担う外国人の受け入れに対する支援事業について記されていたが、内容は前年度と

変わってはいなかった。しかし、その中でも次のような変化も見られた。それは、外国人材の受け入れを希望する企業を対象にした支援事業についての項目であった。その支援事業の内訳は前年度に比し特に変化はないが、事業主に外国人の受け入れに関わる相談窓口の設置や相談の受付、情報の提供や相談内容に応じた関係機関への紹介等の徹底化が追記されていた。しかし、2020年(令和2年)度は、その相談窓口は、「福岡県外国人受け入れ企業支援窓口」と呼称されるようになり、より具体的になった。その他にも、2020年(令和2年)度から外国人材の受け入れを希望する事業主が、外国人労働者を雇用する際に遵守すべき法律、法令についての理解を深めることを目的とした講習会に、「福岡県外国人材受け入れ企業講習会」と、名称がつけられた。外国人材受け入れに対する対策だけではなく、2020年(令和2年)版では、その他の事業として、外国人材の労働環境整備を促進する事業も挙げられていた。そしてこの事業を促進していくために、福岡県外国人材受け入れ対策協議会は、新しい組織「労働環境部会」を創設した。これにより、在留資格の下で滞在する外国人材が十分に能力を発揮し、且つ安心、安全な労働環境の下で働けるように、福岡労働局を含む構成団体との間で外国人材の労働環境整備に関する協議を行い、情報の共有を図ることになった。また、外国介護人材に対する支援として、①EPA 介護福祉士候補者、②介護職種の技能実習生、③介護職種の特定技能1号等における支援事業と対策が織り込まれた。この支援事業の主な内訳は、①介護職種の外国人労働者の労働環境の整備の促進、②生活支援、③専門的知識等の習得を支える助成金や研修であり、それは以下の項目を担い、取り組むものである。

- 1)EPA を受け入れた介護事業所における、日本語習得や介護に関わる専門知識の習得に係る費用の助成を担う
- 2)介護事業所が外国人介護従事者の受け入れのために行う、必要な環境整備に係る費用の助成を担う。ここでの環境整備は次の二つの取り組みである
 - ①外国人介護従事者と職員、または利用者とのコミュニケーションを手助けする取り組み
 - ②外国人介護従事者の資格取得の支援や、生活支援の体制強化の取り組み
- 3)介護職種の技能実習生や介護職種の特定技能1号の外国人労働者が、介護現場で使用する日本語やコミュニケーション能力を高める集合研修の実施
- 4)日本語能力や介護技術が未熟な外国人労働者を、介護現場の周辺業務から従事させるように「介護助手の手引き」を多言語に翻訳する事業の本格化

また別の箇所に記されていることではあるが、第二部、5節「産業、職種ごとの人材確保に向けた支援」、介護人材の確保に向けた取り組みでは、介護福祉資格の取得を目指す人々の確保として、現地留学生の選出から県内福祉養成施設への留学までの過程を想定した受け入れ支援体制を創設し、強化することが福岡県庁の取り組みとして記されている。その他の取り組みとしては、介護事業を対象にした助成金の支給等が記されていた。助成金は、将来介護

職員として採用が決定している留学生に対して奨学金が支給され、介護要請施設が将来介護現場を担う若者世代や外国人材確保のために支給される。

4-9-3. 2022 年(令和 4 年)度福岡県雇用対策協定に基づく事業計画の概要

2022 年(令和 4 年)度の「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に記されている外国人労働者に対する施策や支援事業に関しては、2020 年(令和 2 年)度に比し大きな変化はない。第二部、「1-3. 人材不足分での人材確保・育成・定着に向けた支援」、「介護人材の確保に向けた取り組み」⁷⁸では、2020 年(令和 2 年)の「介護人材の確保に向けた取り組みに記されている介護福祉資格取得を目指す外国人労働者の支援事業」と、内容はほぼ変わりなかった。また、第二部、「2 節、求職者の状況に応じたきめ細かな就職支援」、「8. 外国人材が活躍できる地域づくり」⁷⁹に記載されている支援事業対策等についての内容も、2020 年(令和 2 年)度と大きく変わることはなかった。只変化が見られた唯一の箇所は、「(8)、外国人材が活躍できる地域づくり」、「外国人材受け入れ企業に対する支援」と「外国介護人材に対する支援」⁸⁰の項であった。「外国人受け入れ企業に対する支援」の項に、新しい支援事業として記載されていたのは、県内監理団体相互についての理解を深めるセミナーの開催や、監理団体が担う業務についての今後の課題と、その課題の解決と効果的な取り組みについての理解と熟知を図ることであった。また「外国介護人材に対する支援」の項では、2020 年(令和 2 年)度までは、日本語能力や介護技術が未熟な外国人労働者のために、介護の周辺業務に従事することを促進させるために考案された「介護助手の手引き」を、多言語に翻訳して発行すると記されていた。そしてその「介護助手の手引き」は、2022 年(令和 4 年)までに多言語に翻訳され、福岡県庁のホームページに掲載される予定となっている。

4-10. 地域別にみる福岡県における外国人労働者に関しての支援事業

次は福岡県における外国人労働者に対する支援事業と対策について、地域別に、以下の資料を基にして見ていく。

- 1) 北九州雇用対策協定に基づく実施計画 2021 年(令和 3 年)度～2022 年(令和 4 年)度
- 2) 久留米市雇用対策協定に基づく取り組み 2021 年(令和 3 年)度～2022 年(令和 4 年)度
- 3) 福岡市雇用対策協定に基づく取り組み 2021 年(令和 3 年)度～2022 年(令和 4 年)度
- 4) 北九州雇用対策協定に基づく取り組み 2022 年(令和 4 年)度

4-10-1. 「北九州雇用対策協定に基づく実施計画」に記されている外国人労働者の支援事業

北九州雇用対策協定に基づく実施計画から見ていく。「北九州雇用対策協定に基づく実施計画、2021 年(令和 3 年)度版、2022 年(令和 4 年)度版」に記されている外国人労働者に対する支援事業の内容は、ほぼ同じである。また、2021 年(令和 3 年)版と 2022 年(令和 4 年)版の

外国人労働者の支援事業に関連した内容も、「第二部、2 節、6、地域における外国人就労支援等の推進」⁸¹に詳細が記されており、福岡労働局が担う業務は以下の 5 項目である。

- 1) 就職ガイダンスの開催等、留学生の就労支援の実施
- 2) 事業主を対象にしたセミナーの開催を通じての集团的企業に対する支援の実施
- 3) 外国人労働者のための就労相談、地元企業とのマッチング等を行い、同時に北九州市が提供している地域の生活関連情報の周知と紹介
- 4) 北九州市が運営する「北九州市外国人材就業サポートセンター」と「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」との連携を図る。またそれぞれの「センター」を必要に応じて外国人労働者に紹介

一方、北九州市が担う支援事業は次の 4 項目である。

- 1) 外国人労働者の受け入れを予定しているか、或いは受け入れている事業主を対象に、労働局が開催する事業主セミナーの周知と参加の推奨を行う
- 2) 北九州市内の各企業に対して、外国人労働者の受け入れを円滑に進めるための対応が取れるように「北九州市外国人材就業サポートセンター」の運営を開始
- 3) 外国人労働者が、在留資格や日常生活に関する情報を容易に入手できるように、また相談場所についての情報に辿りつけるように、「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」の運営を開始
- 4) 2) と 3) に記した、「北九州市外国人材就業サポートセンター」や「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」の運営は、就労関連情報の提供やその都度状況に応じてハローワークとも連携を取る

4-10-2. 福岡市雇用対策協定に基づく取り組みから見る外国人労働者への支援事業

2021 年(令和 3 年)と 2022 年(令和 4 年)度の「福岡市雇用対策協定に基づく取り組み」に記されている外国人労働者に対する支援事業の内容はほぼ同じであった。両者とも「第二部、7 節、地域における外国人の就労支援等の推進」の項には、外国人労働者における支援事業の詳細が記されていた。2021 年(令和 3 年)、2022 年(令和 4 年)度で掲げられた支援事業の内訳は以下の通りである。

- 1) 就職ガイダンスを始めとする留学生への就職支援
- 2) 事業主を対象にしたセミナーを通じての集团的企業支援
- 3) 外国人雇用管理アドバイザーによる個別企業への支援事業
- 4) 外国人労働者の就労相談を通じて地元企業へのマッチングの実施。(その都度福岡市が提供する生活関連情報を周知すると共に、状況に応じて外国人労働者に「福岡外国人総合相談支援センター」を紹介)

4-10-2-1. 福岡市が実行する支援事業は以下の3項目である

- 1) 福岡労働局が開催する事業主対象セミナーの広報の実施と周知を促す
- 2) 外国人労働者が、「在留手続雇用医療福祉の生活関連」についての情報を得る場所に到達できるように、「福岡外国人総合相談支援センター」を設置する。情報は多言語で発信される。場合によってはハローワークの関係機関への紹介も行う。因みに、この「福岡外国人総合相談支援センター」は、2019年(平成31年)から「福岡よかトピア国際交流財団」が運営している。
- 3) 留学生と地域企業とのマッチング、更に採用試験を幅広く行い、就業体験ができるような就業支援を実施

2022年(令和4年)度版は、福岡市が実施する支援事業の項に一部事業の追加が見られた。それは企業が外国人労働者を受け入れる時に利用できる手引書(ロードマップ)の作成と、その手引書を地域の企業に周知するために配布することであった。

4-10-3. 久留米雇用対策協定に基づく取り組みから見る外国人労働者への支援事業

「久留米雇用対策協定に基づく取り組み」に記されている、「外国人労働者に関する支援事業」の内容は、2021年(令和3年)と2022年(令和4年)版共に同じ内容で、変化は見られなかった。福岡労働局と久留米市が実施する支援業務は以下の3項目である。

- 1) 事業主を対象にしたセミナーの開催に伴う集团的企業支援の実施
- 2) 外国人の雇用に対してのアドバイザーによる個別企業への支援
- 3) 外国人労働者の就労相談とマッチングを実施。その際、久留米市における生活関連情報を併せて提供。必要に応じて久留米市の窓口への紹介

久留米市のみが行う業務は以下の3項目である。

- 1) 外国人労働者に必要な生活関連の情報の提供
- 2) 就労相談を受けた場合、ハローワークの紹介
- 3) 福岡労働局が開催する事業主に対するセミナーへの参加の促進と周知

4-10-4. 北九州雇用対策協定に基づく取り組みに記されている外国人労働者への支援事業

2022年(令和4年)度の「北九州雇用対策協定に基づく取り組み」に記された北九州市が担う事業は以下の4項目である。

- 1) 労働局が行う事業主に対するセミナーの参加の促進と周知
- 2) 外国人労働者の採用の促進を目的に、「北九州市外国人材就業サポートセンター」を運営
- 3) 外国人労働者に対する在留資格や生活に関する相談場所の紹介のために、「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」を運営。
- 4) 就労関連情報の提供と必要に応じてハローワークへの紹介

福岡労働局は次の4つの支援業務を担う。

- 1) 就職ガイダンスを用いた留学生への就労支援の実施
- 2) 事業主を対象に集团的企業支援の実施
- 3) 外国人労働者の雇用のために、雇用管理アドバイザーによる個別企業への支援を実施
- 4) 外国人労働者と地域における企業とのマッチングを行い、外国人労働者に北九州市の生活関連情報を周知する。必要に応じて「北九州市外国人材就業サポートセンター」と「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」との連携と紹介

4-11. 支援事業から見出すこれからの課題

これ以降は、行政が今までに取り組んできた、またこれから取り組むであろう外国人労働者の受け入れや、既に来日し、就労している外国人労働者への対応についての疑問や、今後の課題について見ていくことにする。

4-11-1. 福岡市役所と福岡県庁における今後の課題

初めに、福岡県庁や福岡市役所が公布した資料から今後の課題を見ていく。福岡市役所や福岡県庁が公布した資料には、①外国人労働者を含む多種多様な人々が福岡県内で安心して、②質の高い生活を送り、③外国人人材の育成に努め、④都市圏の活性化を図ることを、第一の目標に掲げ、その実行のために如何に取り組んで行くかをテーマにしている。

4-11-1-1. 福岡市役所

福岡市役所が、2020年(令和2年)5月に公布した資料に記していた外国人労働者に関わる支援事業の内容は、主に福岡市全域における外国人労働者の生活全域にわたる支援であった。外国人労働者が、万一生活面で困窮した時にでも、安心して相談できる環境を整え、また日本の生活にいち早く順応できるようなサービスの提供を図っていた。その他にも、外国人労働者と地域の人々との共生や、相互理解を深める事業も、計画の一部に記されていた。このことにより、福岡市が幅広い年齢層の外国人を受け入れ、その人材を生かしつつ、彼らが活動しやすいようにと、地域の開発にも工夫を凝らしていることを伺い知ることができた。外国人労働者の不慣れな土地での生活に寄り添うように、行政だけではなく、その土地の人々も一体となって外国人労働者を理解し、サポートしながら、お互いに「ウィンウィン」の関係を築けるようにと、生活環境を構築することを前提とした事業内容でもあった。そこには常に両者の共生が意識されており、外国人労働者が福岡市で生活に順応できるような構図が描かれている。福岡市が予定している事業の共生を以下の図表に表すことができる。この図表4-10-1.は、外国人労働者の来日当初から現在に至るまでの活動や活躍を表すもので、この逆ピラミッドの最上部と最下部は、外国人労働者の日本における文化や生活の熟

知度の深まりを表し、日本での活動や活躍の幅が広まっていく様子をも表すものである。これが、福岡市役所が公布した支援事業の役割と目的である。逆ピラミッドの最上部には、在留資格の下に来日し福岡市で生活を始め、働き始めたばかりの外国人労働者がここに位置する。そこから様々な支援を受け、日本人との交流を深めて日本の生活に順応し、日本についての理解を深めていく過程が、ピラミッドに示された共生/生活支援(支援事業)である。例えば、①共生コーディネーターを派遣して、地域とそこに住む外国人労働者との間に相互理解を深めることを目的とする事業や、②多言語を用いた情報の提供、③子供から大人までを対象にした日本語教室や日本語サポートプロジェクト、④更には外国人が飲食店で容易にコミュニケーションが取れるようにと推進する多言語表記、⑤国際機関や外国企業を福岡市に招聘するための外国人児童に対する教育の充実等である。これらのサポートにより外国人労働者は次のステップ、「生活の順応」へと階段を昇り、最後には逆ピラミッドの最下部に位置する日本での活動、活躍を促進して日本の社会に大きな貢献をもたらす。しかし、この逆ピラミッドの共生/生活支援から活動、活躍の隣に上下の矢印が存在する。これは外国人労働者が日本の生活に順応して、日本で活躍することができても様々な問題、理解し難い問題に遭遇することを意味する。一方、外国人労働者は日本人との繋がりを持ちながら共生し、事業に関わりたいと希望する機会も増えて来る。そのような時に、彼らの相談に応じることのできる多言語を推進し、医療通訳の提供等、福岡市外国人総合相談支援センターにおいては、共生の地域づくりを推進しあらゆる活動を通しての支援事業や、共生を促進させる活動が整いつつある。これらの活動は、外国人労働者の日本における生活の順応や日本での活動を促進させ、躍進へと繋げていく。つまり外国人労働者は、この共生と生活支援を通して順応と活動、活躍を往来しているのである。この往来を表しているのが、上下の矢印である。このように福岡市が計画した支援事業の大半は、外国人労働者を受け入れていく上で、非常に充実したものになっており、工夫されていることが分かる。しかし、この支援についても以下に示すいくつかの疑問もある。

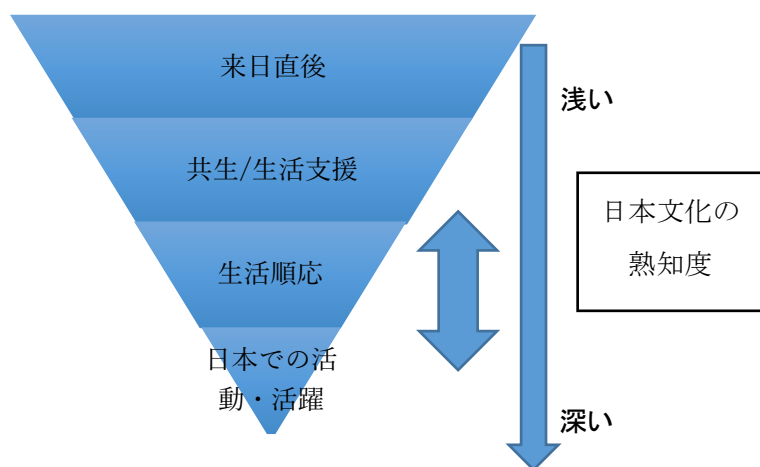
- 1) 在留外国人のために準備された生活環境整備事業の中で、「多言語」や「やさしい日本語」で情報提供と記されているが、具体的にはどの言語が用いられているのか、やさしい日本語の程度はどの程度のものか。
- 2) 福岡市外国人総合相談支援センターで実施している、国と福岡市とで連携している外国人労働者を対象とした、ワンストップ型の相談窓口で扱っている相談内容は具体的にはどのようなものか
- 3) 共生コーディネーターを派遣し、地域とそこに住む外国人や外国人労働者との相互理解を図る具体的な活動事業は、どのような内容のものであるのか
- 4) 多言語による対応が進められているが、外国人労働者からの相談に応じた相談体制は整えられているのか、且つ対応に応じるためのハンドブック等は準備されているのか。また、

相談に即、対応できるスタッフや専門員は準備されているのか、また、相談に応じることのできるような体制は構築されているのか。更にその相談体制を周知するための事業は適切に運営されているのか

- 5)外国人向けの医療環境の整備等の推進において、心理カウンセリングもその整備に含まれているのか

これらの疑問から見えて来る、福岡市役所が計画している外国人全般に対する支援事業の今後の課題や改善点を以下に列記する

- 1) どのような多言語が有効であるか、或いは準備すべきであるかを協議する体制を整備すること、具体的には相談内容に応じた部署や団体に繋げて、予約なしでも対応できるような相談体制、所謂ワンストップ相談体制を導入する
- 2) 相談を円滑に進めるために、リーフレットやハンドブック等を準備しておく
- 3) メンタルヘルスについては昨今認知され始めているが、外国人が受診できるような心理カウンセリング、セラピー等の医療関連機関の整備も必要であろう
- 4) 共生コーディネーターの派遣をどのように行い、外国人との交流を如何に充実したものにしていくかも今後の課題である。外国人と地域の人たちとの共生を促進するために生み出された共生コーディネーターは、日本人だけではなく、外国人を採用することも考慮すれば、更に共生の促進に役立つであろう。交流会等の活動はNPO団体と連携を取り、日本人、外国人の共生コーディネーターの助けを借りて実施することによって、地域の活性に繋がり、異文化の理解やその交流を活発にし、多文化を共生する空間を築き上げていくことも可能となる。更にこの交流会の周知を事業としてどのように地域に発信し、周知していくかは、今後議論の余地を残している。例えばデジタル、アナログ両方を共に必要に応じて使い分けながら周知して事業を推進していくことも一つの提案である。ここで言うデジタルとは、SNSやインターネット(福岡市役所のホームページ等)を用いて情報を発信することである。またアナログとは福岡外センターや公民館において、張り紙等で情報を発信する。例えば、ラジオの放送局、Love fm、Cross fm、fm福岡、RKB等を利用して情報を発信する方法である。また、地元の公民館の施設を利用し、そこで異文化理解を深めるための交流会、カフェを開く等、共生を土台とした地域づくりの推進に繋がっていくこと等である。



図表 4-10-1. 福岡市における外国人労働者の支援事業の図表化(多文化共生の観点から)
(筆者作成)

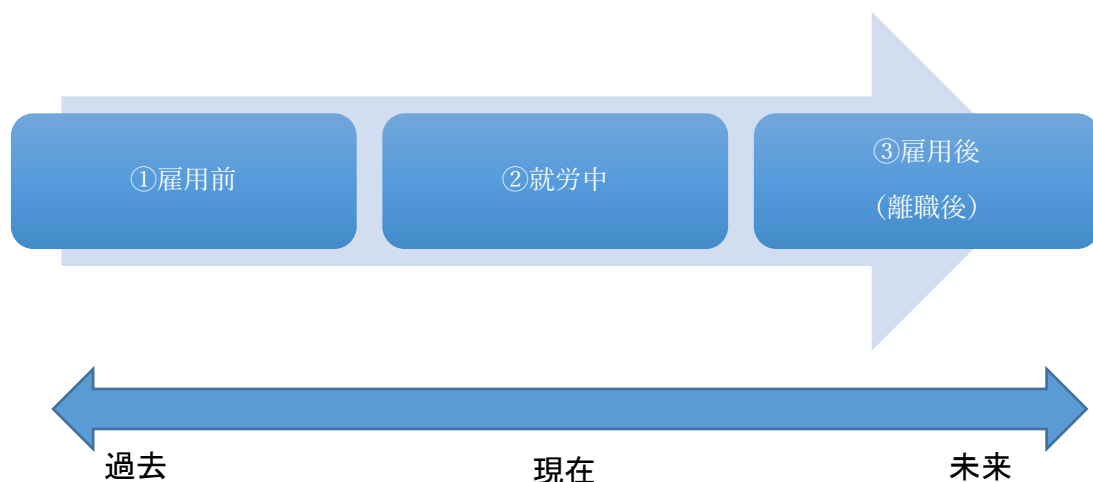
4-11-1-2. 福岡県庁

ここでは、福岡県庁が公布した資料の中に記されていた、外国人への支援事業と対策を見ていくことにする。しかし福岡県庁が外国人労働者に対して行う支援事業は、福岡市役所に比べて乏しく、且つ幅が狭いことが判明した。2017年(平成29年)と2022年(令和4年)度に公布された「職業能力開発計画」に記されていた支援事業は主に、外国人技能実習生に対する技能検定受験体制への整備についてのみであった。残念なことに2017年(平成29年)から2022年(令和4年)の間に、技能実習制度に関わる支援内容については、大きな変化や発展、進歩は見られなかった。ましてや、福岡市役所が進めていた、外国人が福岡市で安心して生活できるように、またその場所で活躍できるような、幅広い相談体制を整えるような支援事業については皆無であった。更に衝撃的なことは、2017年(平成29年)版、「第10次福岡県職業能力開発計画」、「第2部、4節、労働者を取り巻く状況」の項目では、若年層や女性、非正規、更に中高年者や高齢者、障害者に対しての雇用状況についての記述はあったが、外国人労働者に対する記述はなかった。「経済、産業構造の現状(6)グローバル化の進展の影響」の項目⁸²には、外国人労働者の人数の推移とそれを表すグラフだけしか記されていなかった。2022年(令和4年)版、「第11次福岡県職業能力開発計画」には、労働者を取り巻く状況の項に、外国人労働者についての記述はあったが、その支援事業は本来、第4部の「基本的施策2. 誰もが活躍できる社会の実現に向けた職業能力開発の推進、＜施策項目、具体的な取り組み＞」の項に記されているはずであるが、そこには外国人労働者の支援事業に関する記述を見つけ出すことはできなかった。福岡県が発行した二つの資料、「第10次福岡県職業能力開発計画」「第11次福岡県職業能力開発計画」には外国人労働者、つまり技能実習制度における受験体制の充実の強化を、福岡県職業能力開発協会が助成しつつ実行していくことしか記されていなかった。技能実習制度検定の体制を充実化することは、確かに技能実習生にとっては有益なことではあるが、技能実習生の他にも外国人労働者は増加の傾向にあり、福岡でも様々な在留資格の下で就労している外国人労働者が増加している。その中で実施すべき外国人労働者に対する支援事業は山積しているはずである。2019年(平成31年)に新設された特定技能の在留資格の下、福岡で働く外国人労働者はこれからも増加することが予測される。ここで必要なことは、福岡県庁は、福岡で就労するすべての外国人労働者が安心して働き、生活できる支援事業を構築していくことである。その支援事業が成功することによって、外国人労働者は企業に、社会に大きく貢献していくことができると予測できるのである。実際、このような支援事業は、2019年(令和元年)、2020年(令和2年)度、2022年(令和4年)度に発行された「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に福岡県の取り組みとして、外国人労働者の受け入れに必要な支援事業が在留資格別に詳述されている。しかし、福岡県庁が発行した全ての「福岡県職業能力開発計画」には、それに関する事項は記されていない。筆者はそのことに疑問を抱くのである。というのは、「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」

には、外国人の受け入れについての支援の項には、次のような記載があったからである。① 2019 年(令和元年)版には「福岡県と福岡労働局は、外国人材の県内の受け入れについて、相互に連携し、共生の観点から様々な支援を実施する」⁸³(19 頁に記載)。この記述から推測すると、福岡県は、福岡労働局が「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に記された外国人労働者に対する支援事業には関心がないのか、それともこれを実行していく余力がないのかという印象を覚える。そこには福岡労働局が発行した、「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」で強調された「共生の観点」を感じ取ることはできない。福岡県が福岡労働局との共通認識である「共生の観点」に重きを置いているとするならば、外国人労働者に対しても、若年層や女性、非正規、更に中高年や高齢者、障害者と同等の支援事業を併記してもよかつたであろう。技能実習制度の検定体制だけではなく、外国人労働者の労働環境の整備や生活支援等についての支援事業にも触れることができたはずである。しかし、これらについては皆無であった。つまり福岡県庁は福岡市程、外国人労働者に対する支援事業においては熱心ではなかったと推測できるのではないかと。しかし、ここで筆者が指摘するのは、「第 10 次と第 11 次福岡県職業能力開発計画」には、少なくとも技能実習制度だけではなく、全ての外国人労働者に関係する支援事業や、福岡労働局と連携して執り行う支援事業を詳述すべきではなかったかということである。併せて、福岡県庁が独自に考案した外国人労働者に対する支援や相談窓口の開設、事業主に対する支援や相談窓口、更に労働環境の改善等の支援を「共生の観点」から推進していく体制を整備していくことが、福岡県庁の今後の課題として挙げられるということである。

4-11-2 福岡労働局が公布した行政運営方針から見るこれからの課題

福岡労働局が公布した資料から、外国人労働者に関する支援事業を分析し、課題を見ていくことにする。初めに、2020 年(令和 2 年)から 2022 年(令和 4 年)に公布された行政運営から見えていくことにする。この行政運営方針は、福岡県で働く外国人を含む多様な人たちの労働環境に特化した多岐にわたる施策で、就職支援や雇用管理の確保、相談援助体制の強化等について記載されている。福岡労働局が公布した行政運営、2020 年(令和 2 年)から 2022 年(令和 4 年)に記されている外国人労働者に対する支援事業対策には、次の三つの要素が含まれている。①雇用前の支援事業、②雇用中の就労に応じた支援事業、③雇用後(離職後)の支援事業である。この三要素は時間を軸にして存在するため、時間軸に沿って要素を配列するとより理解を深めることができる。それを以下図表 4-10-2. に示す。



図表 4-10-2. 福岡県における外国人労働者の支援事業の図表化(筆者作成)

この図表の時間軸の背景に存在するのが支援事業である。そしてこの支援事業は、この時間軸に沿って配列された、①雇用前、②就労中、③雇用後(離職後)のそれぞれに応じた支援を行っていくものである。2020年(令和2年)から2022年(令和4年)版の行政運営方針に記載された支援事業を三つの要素から以下に分析する。

4-11-2-1. 雇用される前の支援業

- 1) 福岡県外国人雇用サービスセンターにおいて、留学早期に職業や企業のマッチングを支援し、就職に至るまでの支援を実施
- 2) 福岡外国人総合相談支援センターや各ハローワークに従事する専門相談員を通して、職業の相談や定住外国人に対する安定した就労の斡旋のための支援を実施
- 3) 外国人求職者のための多言語による相談支援体制の強化

例：福岡県外国人雇用サービスセンターに通訳を配置し、更にハローワークを利用する外国人労働者ための電話による支援の徹底、更にすべてのハローワークにおける電話通訳や多言語音声翻訳機器の活用、福岡労働局内に設けられた外国人相談コーナーの積極的な活用等である。

4-11-2-2. 就労中に対応した支援事業

- 1) 外国人労働者からの労働条件に関する相談の中で、「外国人労働者向け相談ダイヤル」を利用した平日の夜間や、土日に無料相談を受け付けている「労働条件相談ほっとライン」
- 2) 技能実習生に対する支援として、労働基準法に違反する事業所に対しての重点的な監督指導と、労働基準関係法令に違反した事業所への司法処分の実行、更に福岡出入国在管理庁と外国人技能実習機構との相互通報制度を適用し、技能実習生に対する労働搾取を目的とした人身取引の疑いがある場合には、「人身取引取り締まりマニュアル」を照らし合わせ

ながら、外国人技能実習機構及びその他の関係する機構と連携し、合同にて調査をし、悪質な事例の場合は司法にて厳しい処分を施す

- 3) 外国人労働者に対しては、労働傷害報告に関わる視聴覚教材を周知し、労働安全衛生法の理解に努め、労働災害の防止を図る
- 4) 外国人労働者を雇用する事業主を対象にした雇用管理改革の取り組みの助成と実施
例として、人材確保支援助成金が挙げられる
- 5) 外国人労働者に対する適切な雇用管理のための事業所訪問や雇用管理状況の確認や改善のための助言、更に雇用維持のための相談や支援

4-11-2-3. 雇用後（離職後）

1) 定住外国人に対しての再就職支援

上記三要素のそれぞれの支援事業を見ていく、「②就労中」に対応する支援業務が最も多く、且つ充実していることが分かる。つまり、福岡労働局は、外国人労働者の労働環境に注視し、良好な労働環境の維持に重点を置いて外国人労働者の支援事業を行っている。これは外国人労働者にとっては重要なことである。劣悪な労働環境では仕事の質を下げるだけでなく、労働者の心身に大きなダメージを与え、最悪の場合は労働者の命をも巻き込む事故に発展する。福岡労働局の取り組みで評価されることは、昨今ニュースでも大きく取り上げられ、話題となっている技能実習生の労働環境の整備に真摯に取り組む姿勢を示していることである。福岡労働局だけではなく、その他の関係機構と連絡を取りながら、一体となってこのような労働問題の取り締まりを強化する支援業務は、より重要な取り組みとなって来る。何故なら、3 節でも記述したように、在留資格の中で唯一転職が許可されないのは技能実習 1 号と 2 号(技能実習 3 号は転職が許されている)の下で働く外国人労働者だからである。彼らはその職場で一度でも研修を受けて就労することになったら、いかなる理由があろうとも転職、或いは別の職場への移転は許されない。

この他にも評価できる支援事業がある。それは労働改善の一環として、外国人を雇用している事業主が適切な雇用管理をしているか否かの確認のために、事業所を訪問することであり、助言や相談を受けいれるような体制を整えていることである。更に外国人労働者からの相談にも多言語で受け付ける体制を整えていることも評価できる。ここで一つ気になる支援事業がある。それは、2021 年(令和 3 年)以降に公布された「行政労働方針」、「第 3 部、③、イ、労働者の健康管理確保」の 22 頁に記載されているメンタルヘルス対策の推進、産業医の選任についての項目であった。ここで記されている対策は、長時間労働やメンタルヘルスの不具合で、健康上リスクのある労働者を見逃さないようにと、産業医の選任と産業保健機能の強化であった。この他にも、「ストレスチェック制度」の導入や、長時間労働者に対して産業医による面接指導等も支援事業として示されていた。更に事業所でこれらの支援事

業が確実に行われるように指導を行うことも併せて記されている。ここで筆者の疑問を挙げておく。ここでは、働き方改革やメンタルヘルスの対策の一環として、外国人労働者が働く職場に産業医を選任し、産業保健機能の強化を図るとしているが、産業医は外国人労働者に対応できる語学能力を持っているのか、ない場合は通訳を採用するような体制は整っているのかということであった。つまり、産業医の外国人労働者に対する対応の仕方についての指導や研修は、検討されているのか。更に、「ストレスチェック制度」は外国人労働者に適用されるのか。適応される場合、具体的な対応について等々、筆者の質問から派生する福岡労働局が取り組むべき課題を以下に列記した。

- 1) 外国人労働者に対するメンタルヘルスについて、外国人労働者のメンタルヘルスを良好に維持するための具体的方策や対応の必要
- 2) 外国人労働者に対して臨床心理士が行う鬱病状態を図るテスト、「ストレスチェック制度」を取り入れることの検討
- 3) 外国人労働者を診る産業医に、外国人労働者との接し方、文化の違い等による摩擦を無くすために、指導や研修を実施
- 4) 産業医の他に、臨床カウンセラーも、外国人労働者のメンタルヘルス維持のために派遣をすることの検討。外国人労働者を含む労働者全員を診ることのできる産業医の派遣が今後の課題
- 5) 産業医や心理カウンセリングの診断により、外国人労働者が治療を必要とする場合、国際化が進んでいる病院への紹介等、連携体制の構築も必要
- 6) 外国人労働者が常時相談できるような相談所を職場に設置
- 7) 外国人労働者に対応することのできるカウンセラーや産業医を雇う余裕のない事業所に対して、労働局は事業主に外国語で相談できる医療機関を紹介し、そこに外国人労働者を連れて行くように指導する。或いは外国人が駆け込み寺的に相談できる相談コーナーを外国人相談センターや労働局に設けることも一つの提案として挙げることができる
- 8) 怪我や鬱、更にセクハラ被害等の相談が外国人労働者から産業医にあった時、産業医はその相談を直接労働局の相談員に報告し、必要に応じて多言語対応の医療センターのカウンセリングに診てもらい、適切な治療を施すシステムの構築も必要と考える。またこれらの怪我や鬱病が社内における様々なハラスメントに起因している、もしくは労働基準関連法令の下、過労働が原因であった場合は、労働局や他の関係機関の調査結果に応じた司法の下で厳しく処罰することも対策としては必要である。

4-11-3. 「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」からみるこれからの課題

ここでは、2019年(令和元年)、2020年(令和2年)、2022年(令和4年)に公布された「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」を基に、筆者が挙げる上記「図表4-2」に照らし合わせて

作成した提案や課題を以下に説明する。2019 年(令和元年)から 2022 年(令和 4 年)に公布された「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に記された外国人材受け入れ支援は、年を重ねるにつれて、つまり 2022 年(令和 4 年)に近づくにつれて進歩や発展が見られ、支援の内容も充実している。2019 年(令和元年)以降福岡県は、留学生だけではなく、他の在留資格で日本に在住する外国人労働者の雇用を検討している事業主や、外国介護の人材等をも支援するようになっている。つまり、外国人労働者の雇用や、受け入れ等に対する支援が総合的に考慮されるようになっており、評価すべき点の一つと見なすことができる。また、「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に記載されている外国人労働者に対する取り組みを、図表 4-10-2 に照らし合わせて分析すると、外国人労働者への取り組みの多くは、図表中の「①雇用前」に該当する。しかし、福岡県庁も福岡労働局も外国人の雇用を前提として政策を進めているために、「①雇用前」と「②就労中」の間に位置する支援業務を検討し、提供することは、外国人労働者を雇用する事業所にとっては大きな助けとなる。また、「③雇用後(離職中)」における再就職支援事業も充実させていく余地は十分にある。

次に、「福岡県雇用対策協定に基づく事業計画」に記載されている支援事業についても、「図表 4-10-2」に照らして分析する。初めに、「①雇用前」、「②就労中」に位置する支援事業について見ていく。外国人労働者を雇用する事業主に、様々な支援例として、外国人労働者の雇用の際に相談を受け付け、情報を提供してくれる「福岡県外国人受け入れ企業支援窓口」の設置や、外国人労働者の雇用の際、企業や事業主が遵守すべき法令のセミナーが開催されているが、この他にも、外国人労働者の雇用後に起こる様々な問題やハラスメント、メンタルヘルス、そして事故による怪我や重大災害等の解決に特化した相談は行われているのか。確かに、「福岡県外国人材受け入れ企業支援窓口」には、相談内容に応じた関係機関の紹介を行うと記載されているが、そのような機関は、外国人労働者が遭遇する上記のような問題解決に特化した機関と言えるのか。或いは、相談窓口はこれらの問題に対応できるような冊子を提供しているのだろうか。もしそうであるなら、外国人労働者雇用の際に遵守すべき法律に関するセミナー、外国人労働者と文化の違いによる摩擦を防止するための相互の文化に関するセミナー等も開催すべきであろう。既述した様々なハラスメントやメンタルヘルス、事故による怪我や重大災害等に総合的に対応できるように、相談窓口を設置することや、関係機関の紹介を周知する冊子の作成や、SNS での情報発信等は、外国人労働者が安心して働くことができる環境整備の一つであり、外国人労働者の雇用拡大にも繋がる支援である。「福岡県外国人総合相談支援センター」は、総合的に問題を解決できる相談窓口ではあるが、外国人労働者が既記の問題をセンターに相談した後に、対応が適切に行われているのか、問題解決に必要な関係機関が紹介されているのかは不明であった。

次に、「行政運営方針」に記述されている「③離職後」における外国人労働者に対する再就職の支援事業について、筆者としての私見を述べる。外国人労働者に対して就職活動の支

援業務を実施しているのは、「外国人雇用サービスセンター」と「ハローワークの外国人窓口」である。これらの機関では、再就職を希望する外国人労働者に対して、就職斡旋等の支援業務を行っているのだろうか。もしそのような支援事業が実施されていないとすれば、再就職に関する相談の体制を整備する必要がある。更に、「①雇用前」と「③雇用後(離職後)」に関する支援事業についても、福岡県庁と福岡労働局の行う広報活動にも疑問が生じる。

福岡県庁と福岡労働局は2020年(令和2年)と2022年(令和4年)度の「福岡雇用対策協定に基づく事業計画」では、広報活動として次の4項目を実行している。

- 1) 福岡県庁が開催する外国人労働者の受け入れに関わる企業講習会の広報活動
- 2) 福岡県庁及び福岡県留学サポートセンターについての広報活動
- 3) 福岡県留学生サポートセンターが主催する留学生を対象にした就職活動の支援に関するイベントについての広報活動
- 4) 「Work in Kyushu」を活用した留学生の就活支援に関する広報活動

上記4項目の広報活動の実施について、外国人が多く利用しているSNSやラジオ放送を利用して多言語で広報活動を行っていくことが効果的であると思われるが、実際の広報活動については今後調査していく必要がある。

4-11-4. 地域別にみるこれからの課題

以上は、福岡県全域における外国人労働者に対する支援事業の分析を実施してきたが、これ以降は地域別に外国人労働者に対する支援業務を「図表4-10-2」に照らし合わせて分析し、疑問点を洗い出し、それに対比して今後の課題をも探り出していく。

4-11-4-1. 福岡市

福岡市と福岡労働局が2021年(令和3年)と2022年(令和4年)に公布した、「福岡市雇用対策協定に基づく取り組み」に記した、外国人労働者に関わる支援事業は、「①雇用前」と「②就労中」に係る支援事業であった。「③雇用後(離職後)」の支援、つまり再就職に関する支援は皆無であった。しかし、「①雇用前」と「②就労中」における支援事業は、福岡労働局が開催する留学生の就職ガイダンスや、外国人労働者と地元企業のマッチング、外国人労働者のための就職相談等があり、外国人労働者への職の斡旋や就労のための手厚い対策が講じられていた。「②就労中」の支援事業としては、福岡労働局は、外国人労働者に対する就労相談や福岡市における生活関連の情報を発信し、また「福岡市外国人総合相談支援センター」への紹介も行う、と記されていた。一方福岡市が実施する「①雇用前」の支援事業は、福岡労働局の支援事業と一致している。更に、福岡市は外国人労働者を受け入れる時の情報提供としてロードマップを作成し、これを地元の企業に配布している。福岡市、福

岡労働局が実施している支援事業の中でも特に重要で、外国人労働者の間で需要が高まると予測される支援事業は、公益財団法人福岡よかトピア国際交流財団が運営している「福岡市外国人総合相談支援センター」が行う支援事業である。この「福岡市外国人総合相談支援センター」の設置の目的は、「②就労中」の外国人労働者に対する支援が主目的である。そこでは、外国人労働者が生活上困らないように、在留手続、就職、医療、福祉等の分野で情報を提供し、就職を相談できる機関の一つであるハローワーク等の紹介も行っている。その相談は多言語で実施されている。この「福岡市外国人総合相談支援センター」は、外国人労働者の受け入れにおいて重要な支援団体である。この支援センターを通して実施される支援事業は、「①雇用前」、「②就労中」、「③雇用後(再就職)」に対応できる特徴を持つ。問題解決のみの情報提供ではなく、問題の解決に応じることのできる関係機関に、この支援センターが繋いで問題を解決に導く体制となっており、そのために多目的機能も持ち合わせている。外国人労働者が抱える問題、職場での様々なハラスメントや、人種差別による鬱病やメンタルヘルスの維持のための心理相談所、怪我や病気等多岐にわたって相談を担ってくれる支援センターが、外国人労働者だけではなく、雇用側にも安心を与えるものである。しかし、そこは優秀な支援センターではあるが、以下の疑問も生じて来る。

- 1) 求職者に対して職業相談や紹介、そして相談内容によっては、ハローワーク等の関係機関への紹介も行っているが、外国人労働者(留学生から専門技術分野における外国人労働者)に対する再就職相談を受け付けているのか
- 2) 外国人を受け入れている企業は、この「福岡市外国人総合相談支援センター」についてどの程度熟知しているか
- 3) 職場で発生した様々なハラスメントや虐待、不正行為等について、「支援センター」が相談を受けた時に、「支援センター」は労働局に通報し、労働局はその企業を訪問し調査を行うというような体制は構築されているのか
- 4) 「支援センター」に設けられた相談窓口を、外国人労働者に周知するような広報活動は定期的に行われているのか
- 5) 「支援センター」は、NPO 団体と連携を取って行動しているのか
- 6) 「支援センター」は外国人労働者が日本に適応できるような活動や交流会の紹介を行っているか
- 7) 「支援センター」は別の地域に住む外国人労働者の相談にも応じているのか

これらの疑問に対応した今後の課題を以下に列記する。

- 1) 「福岡市外国人総合相談支援センター」に限らず、その他の場所においても、外国人労働者の再就職支援の相談を充実する。
- 2) 外国人労働者を雇用している事業主や外国人労働者全般に、「支援センター」の存在や役割を、SNS や各講習会で発信していくようにする。

- 3)「支援センター」は、福岡市において、外国人労働者の雇用管理を担っている関係機関やハローワーク等と連携を取りながら、職場において外国人がトラブルに遭遇した場合は、即職場への訪問ができるような体制を整える。
- 4)日本人と外国人との交流会や地域での活動等の情報提供も相談として扱う。
- 5)別の地域に住む外国人労働者からの相談にも応じる体制を構築する。
- 6)「支援センター」は、福祉に関わる相談も受けることができるため、必要に応じて外国人労働者を NPO 団体に紹介できる体制の構築も望まれる。

4-11-4-2. 北九州市

2021 年(令和 3 年)から 2022 年(令和 4 年)にかけて、福岡労働局が公布した外国人労働者に関する支援事業で、北九州で実施された取り組みは、上述した福岡市で取り組まれた内容と若干類似したものであった。北九州市の支援事業は、「①雇用前」と「②就労中」に関するものがほとんどであり、「③雇用後(離職後)」に関する支援事業は記載されていなかった、というよりは、支援事業を行っている団体とそれに特化している団体があるのかは不明である。北九州市には、外国人労働者の就労相談や、地元へのマッチングを行う生活関連情報の提供をする、二つの支援センターが存在する。この二つの支援センターは、福岡市に設けられた、「福岡市外国人総合相談支援センター」と支援業務は類似しており、一つは外国人労働者の生活に関連する情報を入手する、或いは相談場所を紹介する、「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」である。他の一つは、外国人労働者の受け入れを促進することを目的とした「北九州市外国人材就業サポートセンター」である。福岡市との違いは、北九州市が、この「北九州市外国人材就業サポートセンター」と「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」と連携を取っており、必要に応じて外国人労働者に、両センターを紹介するような仕組みを取っていることである。しかし、北九州市の支援についても、福岡市と同様に疑問が生じる。その疑問は、外国人労働者や事業主が、これらの支援業務についてどれほどの認知度があるのか、また支援センターと NPO 団体の連携の有無や、更に外国人労働者の再就職相談の支援業務の有無についてである。また、外国人労働者が職場での様々なハラスメントや怪我、事故等に遭遇した場合、福岡労働局は、北九州市で外国人労働者の雇用管理を担当する関係機関と連携し、取り調べを行う仕組みとなっているかということである。これらの疑問より以下の課題が浮かび上がって来る。

- 1)この二つの支援センターの認知度を高めるために、事業主を対象にしたセミナー等で、これら二つの支援センターの支援の内容を紹介し、且つ SNS を用いて多言語で周知する。
- 2)様々なハラスメントや怪我、更に労働法違反に関する相談があった時には、その相談内容が関係機関や労働局に通知され、関係機関や労働局がその事業所を訪問し、調査を行う。そして改善が図れるような連携体制を構築する。

- 3) 外国人労働者が再就職の相談ができるように、「北九州市外国人材就業サポートセンター」や「多文化共生ワンストップインフォメーションセンター」に再就職相談所を設ける。
- 4) 外国人労働者が、福祉について多岐に渡る相談ができるように、NPO 団体が地域医療機関と連携できるような体制を構築する。

4-11-4-3. 久留米市

久留米市における外国人労働者に対する支援事業は、福岡市や北九州市に比べて乏しい。勿論、福岡市や北九州市のように、事業主を対象に、外国人受け入れについてのセミナーや外国人労働者に必要な生活関連の情報や、相談会等の情報の提供、更に外国人労働者と地元企業のマッチング等も、「久留米市雇用対策協定に基づく取り組み」には記載されている。しかし、上記図表 4-10-2 に示す、「②就労中」、「③雇用後(離職後)」等に対する支援は整っていなかった。ここでの「②就労中」の支援とは、外国人労働者の生活関連、特に医療関係や福祉、雇用、更には在留資格等の相談において、多言語で対応できるような関連機関に紹介するような、相談窓口が設置されていないということである。久留米市で就労する外国人労働者の職種は、厚生労働省と福岡労働局が公布した統計データでは、工場作業員が主で、技能実習の在留資格で就労している外国人であった。しかし、この工場勤務は事故やトラブルによる怪我等、労働災害の起きやすい職種である。また技能実習制度は、雇用主やそこに働く日本人による様々なハラスメントや虐待が起きやすく、問題視されている。外国人労働者は、労働法上違法となるような劣悪な環境に置かれても、法律上職場を変えることや転職することは許されておらず、不承不承そこに留まらざるを得ない。このような問題を抱える外国人労働者に対して、久留米市には相談窓口もなく、また問題を解決できるような関係機関と連携するような支援センターも、存在しないことは問題である。更には、「③雇用後(離職後)」の就労支援についても記載がない。外国人労働者に対する久留米市の支援事業に関わる疑問や問題から、久留米市が今後取り組むべき支援業務を次に示す。それは外国人労働者の生活や就労時に彼らが抱える問題について、相談を受けることのできる支援センターを設立することであり、再就職支援の充実を図ることである。支援センターは既述してきたように、外国人労働者の雇用管理を担う関係機関や、NPO 団体等と連携を取ることを前提としたものであるが、このように対応を行うことは、これから増加することが予想される外国人労働者のためには必要なことである。

4-12. まとめ

上記では、福岡県庁を初め、福岡市役所や北九州市、更には久留米市、そして福岡労働局が外国人労働者に施す支援事業について検証した。県や各市、労働局が抱える今後の課題や

問題点を洗い出し、そこからそれぞれの市や労働局が対応すべき取り組みについて記述した。外国人労働者に対する支援事業を分析し、対応策を検討する際には、既述した二つの図表、「図表 4-10-1. 福岡市における外国人労働者の支援事業の図表化(多文化共生の観点から)」と「図表 4-10-2. 福岡県における外国人労働者の支援事業の図表化」に基づいて行った。「図表 4-10-1.」は、福岡市役所が外国人労働者に対して行ってきた、支援事業を分析するために作成したものである。逆ピラミッドの図表には、外国人労働者が日本での生活や、文化の熟知度を深めていくことこそが、日本での活躍や貢献に繋がるということを示している。そして、それを実現するためには、共生の観点から考案された、イベントや生活全般における支援の重要性をも示すものである。「図表 4-10-2.」は、外国人労働者の就業の過程を、三段階(①雇用前、②就労中、③雇用後(離職後))に分けて時間軸に表したものである。この二つの図表を合わせて見ていくことによって、①外国人労働者の雇用や労働環境の改善、②共生と相互理解を軸にした外国人労働者にとって住みやすい街づくり、③品質の高い生活の実現こそが、外国人労働者の受け入れにおける今後の課題であり、特に福岡県で取り組まれている課題の一つでもあるということが分かって来る。更に、この課題を実現するために必要なことが、連携であるということも分かって来る。この連携は二つの図表の裏側に位置し、図表に示される支援事業を裏で支えながら、これらの課題を実現可能なものとしていく。これらの関係性については、最後の頁に図表 4-10-3. として示す。

福岡労働局は、各地域の労働関係機関と連携を保ちながら、外国人労働者に対する雇用支援や雇用管理、労働環境の改善等の支援事業を幅広く行っている。これは評価すべき点である。しかし、これから更に必要になって来る支援事業は、外国人労働者の生活の質を高めながら、彼らが日本の社会に貢献できるような支援、更に健康に関する支援ではないかと考えている。つまり、図表 4-10-1. 「①就労中」に施す支援事業である。福岡労働局は、外国人の生活の質を高めて健康に気をつけながら就労できるように、医療や福祉、雇用について多言語で相談できる窓口を設け、外国人向けの医療環境の整備を推進することを、これからの計画として掲げている。しかし、これらの相談体制は漠然としている。その漠然としたものを具現化していくには、医療関係に特化した専門員が所属する団体との連携を通して意見の交換を図ることが必要になって来る。

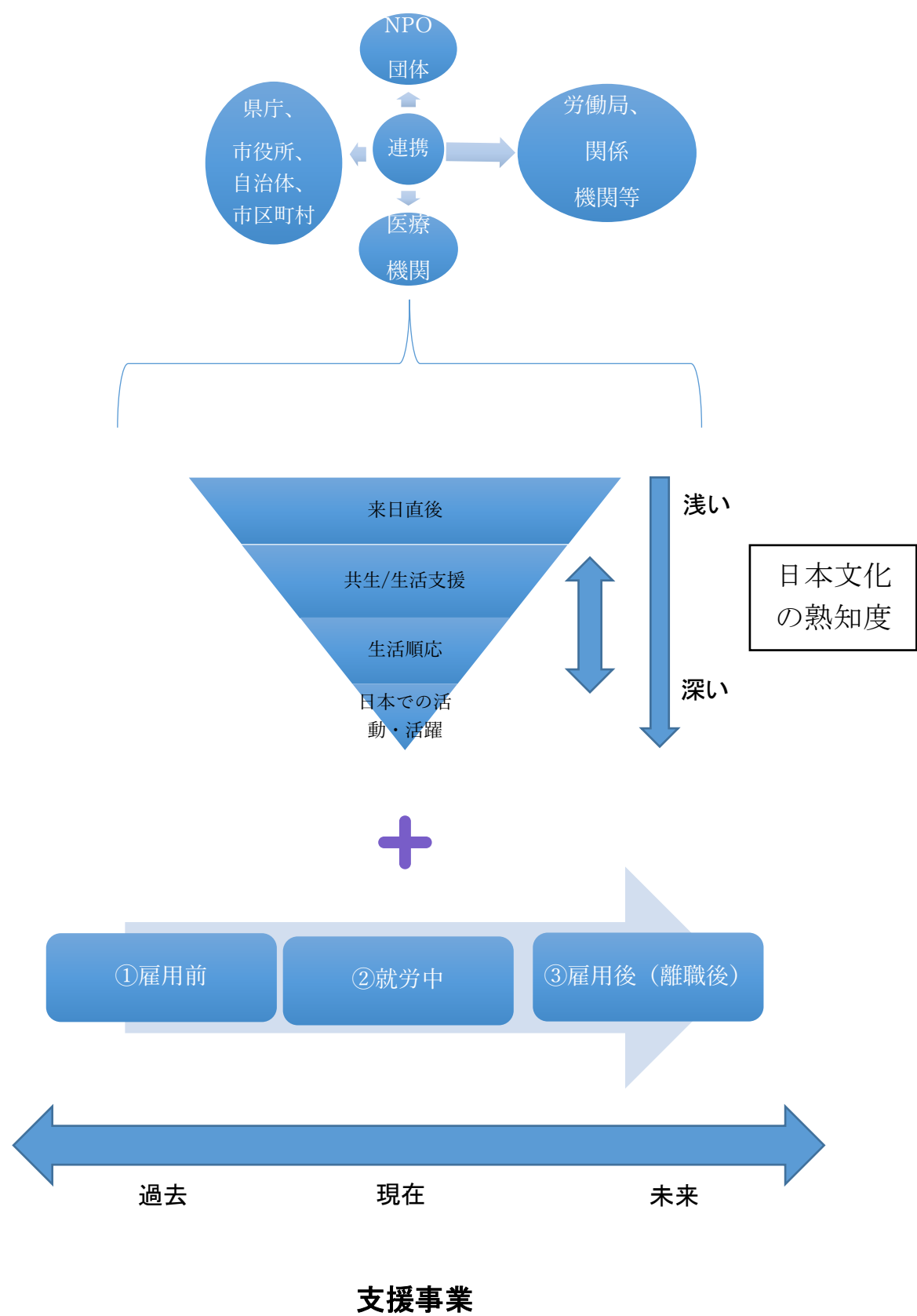
一方、福岡労働局の交付した資料には、日本人労働者に対してのメンタルヘルスや様々なハラスメント防止は記載されているが、外国人労働者に対しては、それらの記載はない。これらの問題について、外国人労働者の対応についても対策が必要であるが、この対策について記されるようになるのもそう遠くはないと考えている。この場合の対応も、臨床心理や市区町村(自治体)の医療関係団体や、社会福祉を研究する研究員、外国人労働者に詳しい法律の団体等の連携が必要である。これらの連携は、専門家を招集し、専門家の知識を集めて新

たな支援事業を探り出していく必要性をも示唆している。このことは、外国人労働者の受け入れに必要な支援事業であり、且つ必要なことでもある。

これとは別に外国人受け入れに、次のような連携も必要である。外国人労働者が、総合相談所を経由して心理カウンセリングを受け、その病気の原因が職場における様々なハラスメントであると判明したら、直ぐに相談所は心理カウンセラーを通じてその情報を労働局に提出し、労働局はその職場を調査し、改善を図るよう指導する体制を整えること、これも課題の一つである。つまり、外国人の相談に応じて対応できる関係団体を探し出し、その団体を通じて関係機関と連携を取り、外国人労働者の生活上の悩みや、職場での悩みを解決できる仕組みと連携体制の強化を図ることは、今後重要な課題となるであろう。

これまでに、二つの異なる連携を記載したが、これらの連携はそれぞれ相互に作用するもので、第一の連携で専門員の知識を生かすことができなければ、第二の連携である各団体を跨いで行われる取次や支援事業によって、外国人労働者の問題を解決することはできない。この二つの異なる連携と「図表 4-10-1.」と「図表 4-10-2.」に示された支援事業の要素となるものを意識して、外国人労働者に対する支援事業とその対策を考案していくことが、外国人の受け入れにおける今後の課題であり、展望でもある。

図 4-10-3. 支援事業の理想像(筆者作成)



5 節 外国人労働者の受け入れ制度とその課題及び改善

上記 1 節から 4 節までは、外国人労働者が日本で就労することになった背景、並びに多種にわたる在留資格や制度の下で、外国人労働者の受け入れを検討し実施してきた政府の議論や政策について記述した。更に、日本全国、また本研究の対象地である福岡県における外国人労働者の受け入れとその現状、それに伴う行政の政策と支援について、現状と今後の課題について分析し検討してきた。

本 5 節では、更に外国人労働者の受け入れにおける在留資格や制度の仕組みについて詳述する。更に、各種在留資格や制度の下に来日している外国人労働者が抱える課題、また在留資格や制度の問題と今後の課題に注視しながら、外国人労働者についての理解を深めていくことも目的とする。ここで取り上げる外国人労働者の制度や在留資格は、3 節、4 節で既に表記したものと同一であり、以下の通りである。

- 1) 専門的技術的分野の在留資格
- 2) 特定活動
- 3) 技能実習
- 4) 資格外活動
- 5) 身分に基づく在留資格である

しかし、この五つの在留資格は漠然としており、またこれらの在留資格の中にも更に細分化された在留資格が存在する。その資格は以下の通りである。

表 5a. 在留資格及びその細分化(筆者作成)

在留資格	細分化された在留資格
専門的技術的分野の 在留資格	技術・人文知識・国際業務(技人国)、高度専門職 1 号、高度専門職 2 号、特定技能 1 号、特定技能 2 号
特定活動	EPA に基づく看護師介護福祉士候補者制度
技能実習制度	
資格外活動	留学生、アルバイト
身分に基づく在留資格	永住者、日本人の配偶者、定住者 ⁸⁴

本節で取り上げ、詳述する在留資格や制度は、技人国と技能実習制度、高度専門職 1 号、2 号、特定技能 1 号、2 号、更に特定活動である。この技人国は専門的技術分野の中で多くの外国人労働者が占めており、高度専門職 1 号、2 号、特定技能 1 号、2 号は比較的新しい在留資格である。更に特定活動の在留資格の中で、特に EPA に基づく看護師介護福祉士候補者制度について詳述する。一方、身分に基づく在留資格並びに資格外活動については概要のみを記述する。5 節では表にまとめた制度や在留資格が抱えている問題や課題について記述し、更にその課題を解決するための改善点について詳述する。

初めに、外国人労働者に要求される在留資格に示されている内容とその詳細については、4 分割して以下に示す。

表 5b. 在留資格に示された内容とその詳細(筆者作成)

在留資格に示されている内容	その詳細
1) 在留資格に定められた範囲で就労可能	適用される在留資格は 19 個。主なものとして、外交、公用、教授、芸術等。その他 ⁸⁵⁾ については注釈に記す。
2) 原則就労不可	文化活動、短期滞在、留学、研修、家族滞在
3) 法務大臣が個々の外国人滞在者に与える許可に就労可能	主に特定活動。この特定活動に含まれる制度は外交官や高度専門職等の家事使用人、ワーキングホリデー、医療滞在、国家戦略特区の家事使用人、EPA に基づく看護師、介護福祉士候補者制度等である
4) 身分または地位に基づく	永住者、日本人の配偶者、永住者の配偶者、定住者

ここで唯一就業活動に制限のない在留資格が、「身分または地位に基づく」制度である。この資格の下では日本人と同等で、如何なる職種(単純労働を含む)にも就くことが許されている。また、本資格が求めるスキルはなく、そのため就労する職種とスキルが合致しているかを考慮する必要もない。それゆえ、職種の選択は自由であり、必要に応じて転職も許される。就労におけるこの自由は、「身分または地位に基づく」在留資格を取得する者に許されている特権と解釈できる。以上「身分または地位に基づく」在留資格の利点を述べたが、仮に、日本人の配偶者、もしくは永住者の配偶者の在留資格を持つ外国人が離婚した場合、離婚後 6 ヶ月は日本での滞在を許され、その間に在留資格の変更の手続きを求められる。しかし、手続きを怠ると、最悪の場合、在留資格は取り消されることになる。この場合、変更できる在留資格は、①技術・人文知識・国際業務(技人国)、②離婚定住、の二つである。①については就学制限及び現在就労している業務が、技術・人文知識・国際業務(技人国)のいずれかの就労系の在留資格に該当するかを事前に確かめることが求められる。更に、学歴や職歴(専門性)を問われるため、専門性の職種でない限り、配偶者在留資格から就業系の在留資格に変更することはハードルが高い。そのため、②離婚定住の在留資格へと変更する外国人定住者が多くを占めているようである。「離婚定住」の在留資格を申請する要件は、ビザ帰化申請事務所によると以下の 4 項目である。

- 1) 日本において、3 年以上正常な婚姻関係や家庭生活が続いていたと認められる者
- 2) 生計を営むに足る資産や技能を持っている者
- 3) 日常生活に不自由しない程度の日本語の能力を有している者
- 4) 公的義務を履行していること、または履行が見込まれる者

初めに、要件 1) について、「正常な婚姻関係」とは、夫婦の関係が正常であり、且つ正常な家庭生活が営まれていることを表す。また夫婦の間に別居期間があったとしても、夫婦として機能し、相互援助や夫婦間の交流が継続していることが認められる場合は、1) の要件を満たすものと認められる。次に要件 3) の条件、「日常生活に不自由しない程度の日本語能力」については、申請書の記載や面接において、申請者との意思疎通を図ることができれば、日本語の能力検定試験の合否は問われないとされている。

一方、離婚とも関連している事柄ではあるが、婚姻が家庭内暴力やギャンブル他、依存症等により破綻した場合における日本人や永住者の配偶者の在留資格の変更は、離婚定住と類似しており、配偶者は婚姻破綻定住へと在留資格を変更することが可能である。しかし、離婚定住申請と同様に、以下の4つの要件の内、要件1乃至2に該当するか、要件3もしくは4に該当する必要がある。

- 1) 日本において3年以上正常な婚姻関係が継続していた者
- 2) 正常な婚姻関係、家庭生活が続いていた後に家庭内暴力による被害を受けた者
- 3) 生計を営んでいくための資産、または技能を有している者
- 4) 公的義務を履行していること、または履行が見込まれている者

婚姻破綻定住の申請における審査では、次の2点を注視している。①婚姻は継続中であるが夫婦間に婚姻継続の意思がなく、同居や相互支援の活動もない、このような状態が一定期間継続しているのか。またこのような状態の中で、破綻した婚姻関係は修復可能か、或いは良好な関係に戻り維持できる余地はあるのか等が審査される。②現時点では婚姻が破綻されているとは認められない場合には、引き続きその時に有する「日本人配偶者等」、もしくは「永住者の配偶者」の在留資格での更新の可否が検討される。

一方、日本人や永住者が死別した場合の配偶者の在留資格、「日本人配偶者」もしくは「永住者配偶者」も離婚や婚姻破綻と同様に在留資格の申請、更新が許可される。この場合は「死別定住」という資格で変更が許可される。この場合も変更には以下4要件を満たす必要がある。

- 1) 配偶者が死別するまでの3年間、日本において正常な婚姻関係を維持し、継続していたとみなされる者
- 2) 生計を営んでいく上に必要な資産または技能がある者
- 3) 日常生活に差し支えない程度の日本語能力を有する者
- 4) 公的義務を履行している者、または履行が見込まれている者

「死別定住」の在留資格審査の内訳は、離婚定住の審査と同じである。

ここで在留資格全般について記載するが、在留期間はそれぞれの在留資格によって異なるが、最長で5年、最短で15日、その幅は大きい。しかし、在留資格によっては無期限に滞在することのできる在留資格も存在する。それは①永住者、②高度専門職2号である。期限の有る在留資格の期間延長の更新手続きは、在留期間満了前に地方出入国在留管理官署で行うことが義務付けられている。すべての在留資格の在留カードには有効期限が記されており(永住者や高度専門職2号にも有効期限は記されている)、この期限が切れる前に更新手続きを行うことが義務付けられている。しかし、観光、保養、親族の訪問、見学、講習、会議等の短期滞在の場合は原則として更新は認められていない。但し、例外として、日本滞在中帰国困難な状況が生じた場合、一例として、健康上の理由、病気や怪我、滞在中に出産した場合、

更には本国で帰国できない緊急の事態が発生した場合、更には帰国するための飛行機がない等のやむを得ない状況が発生した場合は、短期の滞在延長が許可される。

5-1. 「留学」と「資格外活動許可」の概要

留学生が就学中にアルバイトをするために必要な「資格外在留資格」について記述する。留学の資格で滞在する外国人留学生は、原則就労は認められていない。また家族滞在の在留資格でも原則就労することは認められていない。そのため、留学生や家族滞在者が日本で就労(アルバイト)する場合、一定の制限においてのみ就労が許可されるが、そのためには、「資格外活動許可」の申請が必要である。「資格外活動許可」を取得した留学生や家族滞在者」は下記4つの規則を遵守しなければならない。

- 1) 「留学」「家族滞在」の在留資格を持つ者は、週に最長28時間の労働を越えてはならない
- 2) 「留学」の在留資格を持つ者は、教育機関が定めた長期休み(夏休み等)期間中には、1日8時間、週40時間までの就労は許されている。但し、これらの就労時間は、「家族滞在」の在留資格者には適用されない。
- 3) 留学生が休学した場合、就労(アルバイト)は認められていない。
- 4) 留学生は、卒業後在留期間が残っていたとしても、就労、(アルバイト)は認められていない。

しかし、上記4つの規則については、卒業後正式な理由の下に申請すれば、引き続き就労(アルバイト)することが許されている。例えば、卒業後、引き続き教育機関に留まり続ける場合、「特定活動」の在留資格に変更し、そこで「資格外活動」の在留資格を得ることにより再度就労(アルバイト)することが可能となる。この手続きには留学先の教育機関からの推薦状が必要となる。しかし、就労する場合遵守すべき規則がある。留学生、家族滞在の在留資格者は風俗営業で就労することは固く禁じられている。ここで風俗業として定義されている業種は以下の通りである。

- 1) パチンコ店
- 2) 麻雀店
- 3) ゲームセンター
- 4) キャバクラ
- 5) ホストクラブ
- 6) 性風俗産業

これらの業種で就労していることが発覚した場合は、不法就労者として扱われ、就労した者も雇用主も3年以下の懲役、または300万円以下の罰金が科せられる。

これより 5 節の本題に入る。ここから先は大項目である三つの在留資格と、その在留資格の下で細分化された在留資格について詳述し、その制度の仕組みや導入によって生じた労働問題、今後の課題と改善点、更にその取り組みについて記述することにする。

表 5-1. 在留資格とその細分化一覧表(筆者作成)

在留資格	細分化された在留資格
1) 専門的、技術的分野	①技術・人文知識・国際業務、(通称：技人国) ②特定技能 1 号、特定技能 2 号 ③高度専門職 1 号、高度専門職 2 号
2) 技能実習制度	
3) 特定活動	EPA に基づく看護師福祉士候補者制度

在留資格、1) から 3) の順番で在留資格や制度の仕組み、問題や課題、更に改善については以下に詳述する。

5-2. 技術・人文知識・国際業務(技人国)

5-2-1. 概要と仕組み

技術・人文知識・国際業務、通称「技人国」の在留資格の概要と仕組みについて、以下に記す。「技人国」の在留資格は、事務職やエンジニア等の専門技術を要する外国人労働者が、企業や団体と契約し、そこで就労するために取得する資格である。この在留資格は、福岡労働局が年に一度発表する外国人労働者の届出集計表では、「専門的・技術的分野の在留資格」の項目の中に含まれている。2021 年(令和 3 年)の集計表によると、専門的・技術的分野に含まれている外国人労働者の中で、「技人国」の在留資格を取得して日本に滞在している外国人労働者は全体の約 16.9%である⁸⁶。「技人国」の在留資格を取得している外国人労働者のほとんどが企業で働いており、職種は理系と文系に関連する業種であり、2015 年(平成 27 年)までは「技術」と「人文知識・国際業務」の 2 種類に分かれていた。これにより、理系関連の職種に就く場合には「技術」の在留資格が、一方文系関連の職種に就く場合には「人文知識・国際業務」の在留資格が与えられた。しかし、2015 年の法改正により、これら二つの在留資格は一つに統合されて職種の選択肢が増えた。つまり、在留資格の変更をせずとも文系関連の職種から理系関連の職種へと移動することが可能となった。勿論その逆も可能である。この在留資格で就労できる職種の具体例は後述するが、在留資格を変更せずに、事務職からソフトウェアの開発業務への移行が可能となったのである。ここで一つ注意すべきことがある。確かに、「技人国」の在留資格は一つに統合されたが、実際は、技術と人文知識と国際業務はそれぞれに分けて審査されている。しかし、日本でも国際化の影響と業務の複雑化により理系と文系の仕分けはより難しくなっている。確かに日本の大学では文系と理系の履修内容は分かれているが、海外の大学では日本の大学のような文系と理系の明確な線引きはなく、仕分けをするような基準もない。例として、経済学や心理学が挙げられる。日本ではこの両者は文系に分類されるが、海外では理系として扱われる。このような海外の大学

の事情を理解した上で、入管側は手続きを進めている。申請者が母校の理系の大学、もしくは大学院卒業であるという理由から銀行への就労を認めない、もしくは文系の大学、大学院の卒業であるからと、IT 関連の業界への就労を認めないという考えは入管担当者にはないと言われている。

5-2-2. 技人国

「技人国」の在留資格審査は専攻内容と、これから就労する業務内容との関連性が必要となり、それを基に可否の判断がなされる。ここで留意すべきことは、「技人国」の在留資格は、申請者が通訳をする者であるとか、エンジニアであるとか、「人」に対して与えられるものではなく、活動内容に対して付与される仕組みとなっている。「技人国」における在留資格は、①技術、②人文知識、③国際業務の三つの在留資格が合併したもので、これら三つの資格に該当する職種や業務内容は千差万別である。以下に三つの資格に該当する職種や業務内容を見ていく。

5-2-3. 技術

初めに、「技術」に該当する職種や業務を見ていくことにする。「技術」に該当する職種や業務は、理工系やその他の自然科学の分野に属する技術を要する業務を指す。また、専門的な技術や知識を生かすものでなければならない。これに該当する職種、業務は以下の通りである。

- 1) 情報工学の技術・知識を要するシステムエンジニア
- 2) プログラマー
- 3) 精密機械器具、土木、建設機械の設計または開発
- 4) 航空工学の技術・知識を必要とする航空機の整備

5-2-4. 人文知識

「人文知識」に該当する業務には法律学、経済学、社会学、他、人文科学の分野に知識専門性を有する業務をいう。「人文知識」も「技術」と同様に、学問的且つ専門性の知識を要する業務でなければならない。「人文知識」に該当する職種並びに業務内容を以下に示す。

- 1) 海外事業部での本国会社との貿易等に関する会計業務
- 2) 海外航空会社との交渉、提携業務
- 3) 輸出入動向調査・販売管理のマーケティング支援業務
- 4) 本国 IT 関連企業との業務取引におけるコンサルティング業務

5-2-5. 国際業務

国際業務に関する業務は、外国の文化を基盤とした思考や感受性を要する業務をいう。外国にしか存在しない特有な文化に根付いた、一般的に日本人が所有しない思考や感受性を要する業務である。更に具体的に言うと、海外の社会や歴史、伝統の中で育まれた発想を土台とした、一定以上の水準を超えた専門性や能力を要する業務内容である。これらに該当する職種や業務内容は以下の通りである。

- 1) 語学能力を生かした空港旅客業務
- 2) 外国船の用船・運行業務
- 3) 輸入販売会社における本国との取引業務に関して行われる通訳、翻訳業務
- 4) 企画・広報

5-2-6. 技人国の仕組み

「技人国」の仕組みとその在留資格を取得するために必要な事項や要件について記述する。「技人国」の在留資格を申請するには、下記7つの要件について出入国管理局は審査を進める。

- 1) 学歴要件
- 2) 履修科目と職務内容の関連性
- 3) 本人の経歴、履歴
- 4) 会社の経営状態
- 5) 雇用の必要性和業務
- 6) 日本人と同等以上の報酬、労働条件について
- 7) 本人の素行

1) 学歴要件

「技人国」の在留資格を取得するためには、一定以上の学歴を満たすことが一つの要件となっている。万一、学歴が要件に満たなかった場合には、過去に必要なを満たす職務経験があれば学歴要件は免除される仕組みとなっている。「技人国」の在留資格を取得するためには、日本、もしくは海外(母国も含む)の大学、大学院を卒業していることが原則的要件である。日本と海外の教育機関では、それぞれに条件が異なるため「技人国」の在留資格を申請する際、次に示すいくつかの点を把握しておく必要がある。①日本の教育機関に就労するために「技人国」の在留資格を申請する場合は、申請者が本国の大学、大学院を卒業しているか、或いは日本の専門学校や短大、大学や大学院を卒業していなければならない。この他にも日本の省庁大学や防衛大学校卒業者も該当する。しかし、日本語学校の卒業者は該当しない。これは本国の高校を卒業した後に、直ぐに日本語学校に留学した場合である。勿論本国

の大学や大学院を卒業し日本語学校で学び、卒業した者は「技人国」の在留資格の申請は可能である。本国の高校を卒業した外国人が、「技人国」の在留資格を取得するためには日本語学校に留学し、日本の大学や大学院に進学し、卒業することが求められる。即ち、大学や大学院を卒業することが前提条件となっている。一方、本国の専門学校卒業では学歴の要件は満たされない。しかし、海外(本国を含む)の大学、大学院を卒業後更に日本の大学、大学院に留学したが、その大学、大学院を中退しても海外の大学、大学院は卒業しているため、学歴要件は満たされていると見なされる。つまり、少なくとも、海外(本国含む)の大学、大学院を卒業していることが、「技人国」の在留資格を申請する最低条件でもある。ここで注意すべきことは、日本における専門学校を卒業しても、専攻した内容と職務内容が一致していれば、即ち、関係性があれば「技人国」の在留資格を取得するための条件を満たしていると考えてしまうが、美容、製菓、保育等の職業は、専門学校で学んだ専門性や専攻内容に該当する職業が用意されていないこともある。

2) 履修科目と職務内容の一致と関連性

企業側、つまり雇用主は、「技人国」の在留資格で就労する外国人労働者を雇用する前に学校での履修内容と、雇用後に外国人労働者に従事させる就労内容とが合致しているか、関連性はあるのか、卒業した大学等の成績証明書を基に事前に調査しておく必要がある。もし合致していない、或いは関連性がない場合は、「技人国」の在留資格を取得することは極めて困難である。外国人労働者が日本の専門学校や大学、大学院で履修した専門性や専門科目と、彼らが就労する職種、業務内容とが合致しているかについての審査には多少の温度差があるようである。大学や大学院卒業の外国人労働者の場合は、その審査は比較的緩やかである。しかし、日本の専修学校や専門学校の場合は、大学や大学院とは開校の目的が異なるため、つまり専修学校や専門学校は専門性を高めることを目的として開校されているので、履修した専門性や、専門科目と就労する職種、業務内容の合致はより厳しく審査される傾向にある。日本の専門学校を卒業した外国人労働者を採用する場合は、特に学校で履修した専門の内容と、就労する職務内容が合致していることがより強く求められることに注意が必要である。また、上述したように、日本の専門学校を卒業した外国人労働者が日本での就労を希望しても、その専門分野に対応できない就労ビザが数多く存在するので注意が必要である。専門学校卒業者は、日本の大学、大学院卒の外国人労働者に比べて、日本で就労できる職域の分野や範囲は狭い。

3) 本人の経歴

本人の経歴は、「1) 学歴要件」と一部重複するが、学歴と職歴を満たすことが求められている。その学歴は既述したように、日本の大学、大学院、専門学校、もしくは海外(本国を含

む)の大学、大学院を卒業することが要件である。しかし、問題は「技人国」の在留資格を申請するに当たり、万一学歴の要件を満たすことのできない外国人労働者がいた場合である。この場合職務経験の要件を満たすことができれば、「技人国」の在留資格を取得することは可能である。職務経験として問われる実務経験は、「技人国」の細分化された在留資格である、技術、人文知識、国際業務によって求められる要件は異なってくる。特に技術と人文知識の場合、求められる実務経験は10年以上であるが、国際業務の場合は3年以上の実務経験でよしとされている。この実務経験の期間には、企業で就労した期間及び、日本と外国(本国も含む)の大学、高等学校、中等教育学校の後期課程や専修学校で関連する科目を履修した期間も含まれている。この実務経験の期間を証明するには、過去に勤務した会社や機関から在職証明書を取り寄せなければならない。外国人労働者が在職していた会社や企業には、その実務経験を証明する作業が求められる。この実務経験を証明する作業は、学歴を証明する作業よりも難易度が高いと言われている。外国人労働者が過去に就労していた会社が倒産したり、音信不通となっていたり、ということで、実務経験の証明書を入手することができない、即ち結果として「技人国」の在留資格の取得が不可となる。また、その他にも在職証明書が偽造されるケースもある。これを防止するために、在職証明書を公正証書として作成することが要求されることもある。就労していた会社や機関の給料明細書や同僚の写真の提出も求められることもあり、これらの資料を基に出入国管理局は審査する。

4) 会社の経営状況

出入国管理局は、外国人労働者を受け入れる側の企業についても審査を行う。審査の内容は受け入れ側である企業に、受け入れる準備、体制が整っているかの確認を行うものである。その企業に安定的に且つ継続的に外国人労働者を雇用する余裕があるのか等を審査するが、その審査は決算書や、新設会社の場合は事業計画書をもって判断される。赤字決済の会社には、現時点の経営状況、売上げ向上の施策、経営の健全化等を記載した収支改善計画、つまり事業計画書が求められる。しかし、直近の決算で債務超過に陥っている会社で就労する予定になっている外国人労働者に、「技人国」の在留資格が許可されることは非常に困難である。このようなケースでは、中小企業診断士や公認会計士、もしくは専門家に依頼し、再建の余地があることを事業計画書を通して証明する作業が必要となる。

5) 雇用の必要性

外国人労働者の専門性(専攻)と関連した業務に就労する場合でも、その業務に携わる必要性がないことや、その業務が見込まれないことが審査時に判明した際、「技人国」の在留資格の取得が不可能となることもある。例えば、大学の日本語学科を卒業したネパール人を、ホテルで通訳として雇用する場合、宿泊客のほとんどが中国人であったり、ネパール語を話

す来客がいない場合等である。即ち、審査側である出入国管理局が、その外国人求職者が受け入れ企業側でその業務に携わる必要性がないと判断した時点で、「技人国」の在留資格の申請に不備が生じるということである。

6) 日本人と同等以上の報酬

外国人労働者を「技人国」の在留資格の下で雇用する場合、受け入れ側である企業は、そこで働く日本人と同等かそれ以上の報酬を支払うことが要求されるが、これについても審査が行われる。これは外国人労働者と日本人の間に報酬の差があってはならないと、法律で定められているからである。外国人労働者の賃金に対する審査の際、受け入れ企業に賃金体系が存在しなかった場合、また外国人労働者が担うべき職務に日本人社員が雇用されていなかった場合には、その地域内にある同種の会社の賃金体系を参考にして、日本人社員と同等以上であるかの審査を行う。因みに、報酬とは労働に対する給付の対価、つまり賃金の事であり、通勤手当や扶養年金、住宅手当等は含まれない。

7) 本人の素行

外国人労働者の素行についての審査は、特に、留学を終えて就労する外国人労働者の場合は、過去にアルバイトで週 28 時間を超える就労があったか否かが審査される。仮に 28 時間を超える就労があった場合は、いかなる理由、例えば学費のため等、があっても、「技人国」の在留資格の申請は却下される。最悪のケースでは強制退去を命じられることもある。この他にも過去に強制退去、逮捕歴、犯罪歴等があったかも審査される。以上 7 つの要件を満たした外国人労働者のみに、「技人国」の在留資格が許可される。そして「技人国」の在留資格の下で就労することが許されるのである。

5-2-7. 技人国の課題

ここでは、「技人国」の在留資格の下で就労する外国人労働者が抱える問題と、「技人国」の在留資格の下で受け入れを推進していく上での今後の課題、企業が取り組む改善と対策について記述する。

「技人国」の在留資格の下で就労する外国人労働者が職場に対して抱く不満、要望、改善すべき点等に対して、日本企業が取り組んでいる対応について、2017 年(平成 29 年)9 月から 10 月に厚生労働省がアンケート調査を実施している。調査の結果は、「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」の中の「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」⁸⁷で報告されているが、この資料を基に検討していく。このアンケート調査の目的は、年々増加傾向にある高度外国人材を受け入れる際に必要となって来る、①外国人労働者が魅力を感じる労働環境、②その魅力ある労働環境を築いていく上で

雇用の管理改善に関する取り組みについて、雇用側である企業が正しく理解し、高度外国人材にとって魅力ある職場の環境の整備と強化を図ることである。アンケート調査の構成は前半と後半に分割されている。前半は、高度外国人材が雇用の改善を望む事項について、アンケート調査を分析し、その分析結果を基に改善に対する取り組みが記されている。後半の部分では、改善に対する企業の取り組みについて詳細に記されていた。高度外国人材が希望する雇用の管理改善項目は以下の10項目である。本アンケート調査は全国10,277社に勤務する高度外国人材及び人事担当者を対象に実施されたものである。このアンケート調査に回答した外国人材は1,416人で人事担当者は2,330人であった⁸⁸。

- 「1)昇給のための基準の明確化
- 2)自身の専門性を生かせる部門への配置・異動
- 3)仕事の内容の明確化
- 4)英語等でも働ける就労環境の整備
- 5)キャリアアップができる環境になっているか
- 6)自身の専門性を生かせる部門への配置、異動
- 7)メンター制度をはじめ各種相談体制の充実度
- 8)ワーク・ライフ・バランスの達成のしやすさ
- 9)ICTの活用等の業務の効率化
- 10)能力、業務に応じた報酬」⁸⁹

本アンケート調査で、雇用の管理改善事項が1)から10)で示されたが、「技人国」の在留資格の下で就労している外国人労働者が願う改善事項は、以下の8項目である。

- 「1)メンター制度を始め各種相談体制の充実化
- 2)キャリアアップできる環境
- 3)ワーク・ライフ・バランスの達成の容易さ
- 4)テレワーク等の柔軟な働き方
- 5)英語等でも働ける就労環境の整備
- 6)昇給のための基準の明確化
- 7)ICTの活用等の業務の効率化(*ICT:情報通信技術のことを指す。例:メール、チャットSNSの活用、通信販売の利用やネット検索も含む)
- 8)能力に応じた報酬」⁹⁰

外国人労働者が求める改善事項、1)から8)項目と国別、並びに就労年数別の「技人国」の在留資格で就労する外国人労働者の割合を表5-2-6に表記する。これは、厚生労働省のアンケート調査の10頁から13頁⁹¹を基に作成したものである。表中で示すパーセンテージは、アンケートに回答した高度外国人材1,416人に対する外国人労働者の割合である。

表 5-2. 「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に
役立つ好事例集」の調査結果の図表化(筆者作成)

改善事項 8 項目	国籍、職種、在留期間等
1) メンター制度を始め 各種相談体制の充実化	アメリカ出身者：52.6% 経営者、管理者：63.2% 在留期間 10 年～15 年の中国出身女性：43.3% 技人国在留期間 5 年から 10 年、その他のアジア出身者：40%
2) キャリアアップできる 環境になっているか	技人国在留期間 10 年越える中国出身女性：60%
3) ワーク・ライフ・バランス の達成のしやすさ	滞在歴 5 年から 10 年、その他出身：50%
4) テレワーク等の柔軟な働き方	アメリカ出身者：68.4%
5) 英語等でも働ける 就労環境の整備	在留期間 5 年から 10 年、ベトナム出身者：72.2% 在留期間 5 年、その他出身者：66.7%
6) 昇給のための基準の明確化	在留期間 15 年から 20 年：58.8%
7) ICT の活用等業務の効率化	アメリカ出身者：57.9%
8) 能力業務に応じた報酬	在留期間 15 年から 20 年：70.6% 販売営業・製造業：53.3%

外国人労働者が要求する改善事項、1) から 8) について、実施している内容を厚生労働省が行った調査の後半から見ていく。この表より、確かに受け入れ側である企業は様々な改善を図ろうとしていることが見て取れる。筆者は労働者が要求するこの 8 つの改善事項を、8 つの課題として捉える。この 8 つの課題に対する企業側の取り組みをアンケート調査の後半から見ていくことにする。

1) 課題 1. メンター制度を始めとする各種相談体制の充実化

課題 1. についての対応策の事例として、「楽天株式会社」の取り組みが示されていた。楽天会社の取り組みは、「技人国」の下で就労している外国人労働者を含む高度外国人材が、日本での生活をしていく上で生じる様々な悩み、特に育児に関する悩みに直面した時に、企業が外国人労働者に寄り添い、支援できるような相談窓口、情報の共有を実行できるような体制を強化し、その体制を充実させることであった。それがこの会社の支援の軸であり、この支援の軸を効率よく実現できるように社内の取り組みとして、以下 4 項目を挙げている。

「1) パパ・ママ社員のネットワーク “Rakuten Family Empowerment Club”

2) 充実したカフェテリアでの食事

3) 同国籍の社員同士のコミュニティ「ファミリー制度」

4) 家族・友人を職場に招待するイベント「オープンファミリーデー」⁹²

1-1) パパ・ママ社員のネットワーク “Rakuten Family Empowerment Club”

このネットワークは、子供を持つ社員に限定されている社内コミュニティで、育児休暇や、産前産後の休暇後に職場に復帰した経験のある社員が、これから育児休暇を取得しようとする社員に、育児休暇の申請の過程や育児休暇後の職場復帰のための準備についての情報を共有するための集まりである。その他にも、楽天会社の日本人社員や外国人社員が育児において抱える悩みの解消を目的とした情報共有の場としても機能している。このネットワークでは、これから育児や出産を控えている外国人社員が、日本で育児を経験した日本人社員から、その悩みや経験を聞くことができ、相談することができる体制が整っているのが特徴である。

1-2) 充実したカフェテリアでの食事

この取り組みの特徴は外国人社員の文化、特に衣食住における外国人文化の尊重であり、多様性や多文化共生が強調されている。楽天会社に所属する社員は無料でこのカフェテリアを利用できる。またここではハラルやベジタリアン対応食、インド出身の社員の食習慣を考慮したメニューが提供されている。

1-3) 同国籍の社員同士のコミュニティ「ファミリー制度」

これは外国人社員を対象にした取り組みであり、同じ国籍の社員が社内コミュニティを構築し、初めて日本で就労する同じ国籍の社員を、このコミュニティが一体となって支援していくことを目的としている。また、同じ文化的背景を持つ先輩社員が、後輩社員に日本で生活に必要な情報を提供し、共有しながら必要に応じて助け、日本での生活に慣れるように援助していくことも目的の一つとしている。

1-4) 家族・友人を職場に招待するイベント「オープンファミリーデー」

この取り組みは、楽天会社で就労する社員の家族や友人を会社に招き、彼らに就労における環境を見学してもらい、会社への理解を深めることを目的とするものである。対象者は、日本人社員、外国人社員とその家族、友人である。この活動を機に、社員の家族や友人が楽天会社に興味を覚え、社員自身も自社の魅力に気づき、社員だけではなく家族一丸となって仕事へのモチベーションへと繋がることを期待している。

1-5) 四つの取り組みから得られた効果

これらの取り組みにより、職場の社員の繋がりを重視した横の連携の形成と、外国人社員が日本で生活を始める時に、円滑にスタートが切れるように支援する相談のしやすい体制の構築に成功し、多くの外国人社員が満足し、安心して働ける環境の提供に繋がっている。

2) 課題 2. キャリアアップ可能な環境への取り組み

課題 2 の取り組みについての事例としては、匿名で C 社が事例として挙げられていた。取り組みの目的(軸)は、「技人国」の在留資格で就労する外国人社員の仕事におけるパフォーマンスの向上を目的とするもので、彼らの実績に対して適切な評価と、その評価をフィードバックすることであった。この軸を支えるために、以下の二つの取り組みが行われた。

1) 新しく管理職についた社員を対象に、フィードバック面談に関する講習会の実施

2) フィードバック面談後、面談記録の提出の徹底化

1) の取り組みは、新規に管理職に任命された社員が、管轄する部下の評価を部下に効果的にフィードバックをしていくための面談である。効果的にフィードバックするというのは、部下の行いに対して、その善し悪しをどうフィードバックするかということである。これを研修の一環として、実際に部下と面談をする前に、外部講師を招き模擬形式で訓練を受けるということである。

2) の取り組みについては、上司が部下に対してフィードバックしていても、部下が理解できていなかったこと、また会社が上司にフィードバック面談実施の調査を行った結果と、労働組合が組合員にフィードバック面談を受けたか、についてのアンケート調査の結果に食い違いが生じていた。このような食い違いを無くすために、その会社では面談記録の提出を義務付けるようになった。これ以降は、以前のような食い違いは無くなり、効果的にフィードバックが施されるようになった。

3) 課題 3. ワーク・ライフ・バランスの達成の課題と、

課題 4. テレワーク等による柔軟な働き方改革

ここでは課題 3 と課題 4 について述べる。これらの取り組みの事例として、匿名で D 社の例があげられていた。D 社はこの二つの課題に次のように取り組んでいた。それは、チームコミュニケーションアプリを用いて、海外滞在中の外国人社員との情報の共有を図っていくことであった。この取り組みに至る要因は、海外への長期出張が多い外国人社員から日本国内の自宅への連絡、仕事における連絡を円滑に行いたいという要望があったことであった。この要望に応えるために導入されたのが、チームコミュニケーションアプリであった。この導入により、テレワークがより可能となり、E メールを使わずとも効率よく国内外にいる社員同

士のコミュニケーションが容易に取れるようになり、情報共有の実現も可能となった。このことにより、ワーク・ライフ・バランスの実現はより可能となった。

4) 課題 5. 英語が使える職場環境の整備

課題 5 の取り組み事例として、富士通株式会社の取り組みの数々が紹介されていた。その取り組みは二つ程紹介され、一つは、日本人社員と外国人社員が英語でコミュニケーションが取れるように、外国人社員が自主的に英語クラブを設立し、そのクラブで英語をコミュニケーションツールとして用いる様々な催しの会が開催された。例えば、バーベキューランチやカラオケ等である。他の一つは、人事部が、就労している外国人向けの情報を提供するサイトを開設し、外国人社員が働きやすい環境づくりを促進することであった。最初の英語クラブの活動は、そこで開催されるイベントを通して、日本人社員と外国人社員との交流を深めることを目的とするものであった。このクラブではイベントだけではなく、独自のウェブサイトも開設しており、そこで情報の共有、イベントのスケジュールの調整、発信も行っている。更に、SNS 上でコミュニケーションが取れるような体制も整えている。このクラブでは、多文化共生の理解について関心のある社員であれば歓迎される。メンバーは合計 126 人で 17 か国の出身者がメンバーとなっている。

他の一つの取り組みは、2007 年から人事部が外国人社員を対象に、英語のサイトを開設し運営している。このサイトでは、外国人社員が日本で生活する上で必要な情報や知っておくべきルール、ノウハウを提供していた。外国人社員からは非常に好評であることが本調査レポートでも報告されていた。このサイトでは、一つ目の英語クラブ活動の情報サイトにも直接アクセスできるようになっている。これらの取り組みにより、日本人社員と外国人社員との交流の機会が増し、日本人社員の英語力、英語を用いてのコミュニケーション力が高まっただけでなく、異文化理解の理解度を高めることにも繋がったようである。

5) 課題 6. 昇給基準の明確化

課題 6 の取り組み事例として、フォースバレーコンシエルジュ株式会社の事例が紹介されていた。総合職と専門職に分け、給与体系や昇給基準もそれに対応して設定し、外国人社員が納得のいく雇用管理の改善を行った。従来、この会社では外国人枠での採用はすべて「総合職」の枠組みの採用であった。そのため、エンジニア・プログラマーと事業開発や世界の人材ネットワークの構築に従事する社員の給与は一律であった。これに関しては、外国人社員は違和感を抱いていたようである。これを起因として、この会社では、外国人を採用する際、「総合職」と「専門職」の二つの枠組みを設け、給与体系も異なったものとして舵を切ったのである。「総合職」として採用される職種は主に、営業、事業開発を始めとする、世界の人材とネットワーキングを担う社員等である。一方、「専門職」として採用される職種

は、ソフトウェア、エンジニアやリサーチ・エンジニアに従事する社員である。この取り組みの目的は、外国人社員は自らの専門性を生かすことのできる職種に従事することを希望する傾向が強いため、総合職と専門職の二つの枠を準備することで、それぞれの枠組みの違いを理解した上で職種の選択が可能となり、更には昇給の基準についても理解を得ることに繋がった。そして多くの外国人社員を採用することに成功したようである。

6) 課題 7. ICT の活用による業務の効率化

課題 7 の取り組みの事例としては、匿名 A 社が取り上げられていた。この取り組み事例は、外国人社員 G 氏の提案で、社内の手続きに関するすべての申請書類を電子化し、一元的な管理体制を実現したことである。G 氏がこの取り組みを始めることになった要因は、社内の手続きに関する申請書に押印し、紙媒体のみで行われる日本式手続きに違和感を覚えたことにある。これを機に、G 氏は本社と取引のある企業からポータルサイトを紹介してもらい、そのサイトを用いて申請書やデータの一元的処理システムを導入し、独自でシステムを構築したのである。この導入により、従来は紙媒体のみで処理していた海外駐在員の身上異動申請、ベネフィット申請、給与明細、経費精算明細等全てをポータルサイトで行うことができるようになったのである。従来人事担当者は給与通知を年間 5400 枚発送し、更に各申請書を定期国際便で受理し、そこから更に 2~3 週間かけてそれらの申請書进行处理していたが、このポータルシステムの導入によりその必要がなくなり、生産性が高まったと言われている。

7) 課題 8. 能力に応じた報酬

課題 8 の取り組み事例として、匿名 A 社の取り組み事例が取り上げられていた。それは昇給が遅いという社員の不満をどう解消したかについて記されていた。このような不満は、特に中国出身の社員から噴き出て来るものであると記されていた。この不満は、中国出身の社員が、同じ中国出身の友人と頻繁に情報を交換することに起因するものと言われている。この不満解消のために A 社が考案し取り組んだ対策は、比較的「頻度の高い人事ローテーション」についての概要を中国人社員に説明し、これが幹部になるための道筋であることを彼らが納得できるように説明することであると記されていた。具体的には、中国人社員にこれから先のキャリアプランを示し、様々な経験を積むことで得られるメリット、例えば、自分の市場価値を高めることやマネジャーへの昇進への道筋等を説明し、説得していくことである。その他の対策としては、様々な業務に就き、経験することを目的とした「ジョブローテーション」によって得られる得意分野の広がり、能力の向上が報酬の増加にも繋がっていくことを懇切丁寧に説明することも対策の一つとして記されていた。この取り組みの成果としてあげられていたことは、本社への定着が長期化し、過去 5 年間で、高度外国人材で退職した者は 34 人中 4 人のみであったと報告されている。

5-3. 高度専門職 1 号と高度専門職 2 号

3 節で、ポイント制によって 2014 年 6 月 11 日に、在留資格「高度専門職」が新設されたことを既述した。しかし、3 節ではそのポイント制について、外国人労働者の受け入れに当たり行政が背後で行ってきた政策の側面を記述しただけで、在留資格の仕組みの詳細や、その在留資格の課題とその改善策について特に論じることはなかった。ここでは、特に 3 節で記述しなかった高度専門職 1 号、2 号の仕組みと改題、その改善点について詳述することにする。

5-3-1. 高度専門職 1 号と高度専門職 2 号の仕組み

1) 高度専門職 1 号

在留資格、「高度専門職」の目的は、高度で専門的な能力を有する外国人材の受け入れを進めていくことであり、この在留資格には 1 号、2 号の資格がある。高度専門職 1 号に該当する外国人労働者は、高度で専門的な能力を生かし、法務省令の基準を満たした者が行ういずれかの活動に従事していることが求められる。このいずれかの活動は 3 つに分類され、「イ、ロ、ハ」に区分けされている。そのため高度専門職 1 号には、①高度専門職 1 号イ、②高度専門職 1 号ロ、③高度専門職 1 号ハが存在する。「高度専門職 1 号イ」に該当する就労活動は 3 つあり、次のように解釈することができる。①法務大臣が認めている日本の公私の機関と契約を締結し、研究活動、研究の指導に関する教育活動を行っていくこと。②その研究と研究における教育活動に関連する事業を自ら開拓し、経営活動を行う。③法務省が認定する機関以外の日本の公私の機関と契約を締結し、研究や研究の指導を行っていくこと、である。

「高度専門職 1 号ロ」に該当する法務大臣が認めている就労活動は、法務大臣が認めている日本の公私の機関と契約を締結し、自然科学または人文科学の分野に位置づけられている知識や技術を有する業務に従事する活動の事である。

「高度専門職 1 号ハ」に該当する就労活動は、法務大臣が認めている日本の公私の機関に所属し、貿易とその事業に関する経営を行う活動、もしくはその他の活動としてその事業の管理に従事する活動や、その他の管理事業に加えて当該活動に関する事業の経営を自ら担っていくことも含まれている。これだけでは、高度専門職 1 号に該当する活動や専門、職歴、また背景を理解することができない。そのため高度専門職 1 号、イ、ロ、ハ、に該当する就労活動について更に詳しく見ていくことにする。

「高度専門職 1 号イ」に該当する活動とは、研究と研究の指導、研究に関する活動である。この活動に該当する在留資格は、「専門的・技術分野の在留資格」に含まれている「教授」と考えることができる。ここでの疑問は、「高度専門職 1 号イ」と「教授」の在留資格の差異はあるかということである。これに関しては、「教授」の在留資格は、「高度専門職 1 号イ」に含まれる要件とは異なり、研究活動を法務省が認めた公私の機関との契約の締結を

前提としていないところである。この点からすると、「高度専門職 1 号イ」の方が「教授」に比べて活動範囲が狭いと解釈されるが、「教授」の場合も研究指導は教育機関を通して行われるので、その教育機関との契約は必要である。そのため両者の活動の範囲においては差異が生じることはないと考えられる。しかし、両者の間に差異があるとすれば、「高度専門職 1 号イ」の場合、活動の場所は教育機関に限定されておらず、民間企業、例として、社内研修で指導を行い教育することも許されている。また、「高度専門職 1 号イ」の場合、本人の研究成果や専門性、更に技術を用いてベンチャー企業を起業することも許されている。このように、「高度専門職 1 号イ」は、「教授」の在留資格よりも自分の専門性を生かしながら幅広く活動することが許されており、日本の社会への貢献度は大であると言える。

「高度専門職 1 号ロ」に該当する在留資格は、「技術・人文知識・国際業務」、即ち技人国であると言える。何故そう言えるのか。理由はこの二つの在留資格によって許される活動の範囲は、自然や人文科学の分野に該当する知識や技術を必要とする業務に携わるように強調されているからである。しかし、在留資格、「技術・人文知識・国際業務」の内、国際業務は外国の文化に基盤を有する思考や感受性を必要とする業務として認識されており、この認識は、「高度専門職 1 号ロ」の概念にはない。更にこの思考や感受性を「高度専門職 1 号ロ」の資格審査の判断基準で図ることは極めて困難である。一方「高度専門職 1 号ロ」も「高度専門職 1 号イ」と同様、本人の研究成果や専門性、技術を用いて、ベンチャー企業を起業することも許されている。これらの事項より判断して、「高度専門職 1 号ロ」に近い在留資格は、「技術・人文知識・国際業務」の他にも、「教授」「芸術」「宗教」「報道」「経営・管理」「医療」「企業内転勤」「研究」「教育」「法律・会計業務」「介護」「興行」「技能」等である。

「高度専門職 1 号ハ」の在留資格は、この資格の下で会社の役員をしている者が、更に貿易、また同種同業の他者の社外取締を兼任することや子会社を設立すること等も活動の範囲として許されている。これより「高度専門職 1 号ハ」に匹敵する在留資格は、「経営・管理」「法律・会計業務」「興行」等である。

2) 高度専門職 1 号イ、ロ、ハの該当基準

「高度専門職 1 号イ、ロ、ハ」の在留資格を取得するためには幾つかの要件があり、その要件を満たさなければならない。「高度専門職」に該当する基準は、「ポイント計算表」に定められた点数で 70 点以上を獲得することが求められる。「高度専門職 1 号、イ、ロ、ハ」に定められているポイント表には若干違いがある。「高度専門職 1 号」の全般におけるポイント計算表の項目は次の 5 項目である。①学歴、②職歴、③年収、④研究実績、⑤特別加算（ボーナスポイント）。⑤の特別加算には、日本語能力や世界ランキング 300 位以内の大学

卒業、或いは日本の大学、大学院卒業等の項目が設けられ、これらの項目に該当すればボーナスとしてポイントが加算される。

一方、「高度専門職 1 号イ、ロ、ハ」に設けられたポイント計算表の項目に若干の違いがあることについては、「1 号イとロ」には年齢が項目に追加されている。しかし、「1 号ハ」にはその項目はない。代わりに、「1 号ハ」には、地位が項目に設けられている。この地位とは、申請者が就労する会社の地位である。例えば、代表取締役等の地位を言う。「高度専門職 1 号ロ」には資格が項目に追加されている。この資格とは就労予定の業務に関連する日本の資格であり、日本の国家資格、IT 関連の資格等も有効な資格である。このように「高度専門職 1 号イ、ロ、ハ」はそれぞれにボーナスポイントの項目が設けられ、全ての項目に定められた点数の合計が 70 ポイント以上の者に、在留資格が与えられる。更にその他の要件として、申請者本人が満たさなければならない要件が二つある。一つは、申請者本人が日本で就労する職種において、以下に示す専門的・技術分野の職種に匹敵する必要がある。①「教授」、②「芸術」、③「宗教」、④「報道」、⑤「経営・管理」、⑥「法律・会計業務」、⑦「医療」、⑧「研究」、⑨「教育」、⑩「技術・人文知識・国際業務」、⑪「企業内転勤」、⑫「興行」、⑬「技能」等である。他の一つは、申請者本人が就労する業務が、日本の産業や国民の生活に良い影響を与えるものでなければならないとされている。

3) 高度専門職 2 号

「高度専門職 2 号」は、「高度専門職 1 号」の延長線上に存在するようなものである。この在留資格を取得するための条件としては、「高度専門職 1 号」で法務省が定めた一定期間、就労した者とされている。この一定期間とは 3 年以上である。その就労の職種は、「高度専門職 1 号」と同じ職種であると定められており、以下の通りである。

- 1) 日本の公私の機関との契約に基づいた上で、研究や研究の指導を行うもの、即ち教授、研究、教育に該当するもの。
 - 2) 日本の公私の機関との雇用契約を締結し、自然科学または人文科学の分野に属する知識、技術を要する業務に関する活動やそれを担うもの
 - 3) 日本の公私機関において貿易、その他の事業の経営や当該事業の管理に従事する就労活動
- 1) から 3) に該当する職種は、「高度専門職 1 号」と同じで、①「教授」、②「芸術」、③「宗教」、④「報道」、⑤「経営・管理」、⑥「法律・会計業務」、⑦「医療」、⑧「研究」、⑨「教育」、⑩「技術・人文知識・国際業務」、⑪「企業内転勤」、⑫「興行」、⑬「技能」、⑭「介護」である。

「高度専門職 2 号」の在留資格を取得するための審査の基準やポイント計算表の項目や加点もすべて、「高度専門職 1 号」と同じであり、合計の点数が 70 点以上の者に在留資格が与えられる。また、「高度専門職 1 号ロ、ハ」の在留資格者に適用される申請要件として、申請

者が契約機関や外国所属機関から得る事のできる年収額が 300 万円以上という条件も定められている。その他の申請要件としては、「高度専門職 1 号」の在留資格で就労した者が、3 年以上その資格で就労していること、法律を遵守し、日常生活において社会的に非難されるようなことがない、つまり申請者の素行も審査の対象となっている。申請者の滞在が日本の利益に貢献しているか、日本の産業や国民の生活に益をもたらすのか等も審査の対象、判断基準になっている。

3 節で既述したが、「高度専門職 1 号」の在留資格申請時にポイントの総合点数が 80 点以上の場合には、申請者に「高度専門職 1 号」の在留資格が許可されるだけでなく、「高度専門職 1 号」の下で最短 1 年就労すれば永住許可、もしくは「高度専門職 2 号」の申請が可能となる。総合点数が 70 点以上の場合には、最短 3 年で永住許可、もしくは「高度専門職 2 号」の申請が可能となる。この規定は、2017 年(平成 29 年)4 月 26 日に法務省が、「永住許可ガイドライン」の改正の際導入された「日本版高度外国人材グリーンカード」によるものとされている。「高度専門職 1 号」の在留資格申請時に総合点数 70 点以上、もしくは 80 点以上獲得した申請者は規定の年数を就労した後、永住権もしくは高度専門職 2 号のいずれかの在留資格を選択する特権が与えられている。

4) 高度専門職 1、2 号の恩恵

次に、「高度専門職 1、2 号」の在留資格を取得した者が受領することのできる恩恵について見ていくことにする。初めに、「高度専門職 1 号」の在留資格取得者が受ける恩恵について以下、4-1) から 4-3) に示す。

4-1) 高度専門職 1 号の恩恵

- 1) 外国人労働者の在留期間は、一般的に 1 年から 3 年と期間が定められているが、「高度専門職 1 号」の場合には、5 年間の在留期間が与えられる。
- 2) 「高度専門職 1 号」の在留資格を取得した者は配偶者の就労も認められている。「配偶者」としての在留資格を有する外国人労働者が、「技人国」の在留資格に該当する職種に携わる場合には、学歴や職歴の要件を満たすに在留資格を取得することが求められている。しかし、「高度専門職 1 号」の配偶者の場合には、学歴や職歴の要件を満たさなくても、「教育」や「技人国」の在留資格に匹敵する就労活動を行うことが許されている。
- 3) 一定の条件の下で、両親の帯同が認められている。ここで言う一定の条件とは、「高度専門職 1 号」の在留資格を有する外国人労働者とその配偶者の子供、特に 7 歳未満の子供を養育する場合、または、「高度専門職 1 号」の配偶者が妊婦である場合、もしくは「高度専門職 1 号」の在留資格を持つ者が妊婦である場合、これらの手助けを行うために、両親の呼び寄せ、或いは帯同が許可される。この要件に加え更なる要件が収入である。「高度

専門職 1 号」の在留資格者の世帯年収(配偶者が就労している場合は、配偶者の年収も加算)が 800 万円以上あること、呼び寄せ、或いは帯同した両親は、「高度専門職 1 号」の在留資格者、並びにその家族と同居することが義務付けられている。同居した上で、子供の世話、妊婦の世話をすることが条件として求められている。呼び寄せ、帯同する両親は、在留資格者、もしくはその配偶者のどちらかの両親に限られている。

- 4) 一定の条件を満たしている場合、「高度専門職 1 号」の在留資格を有する者は、家事使用人を雇うことも許されている。家事使用人の雇用には二つの要件がある。一つは、来日前に既に本国で使用していた家事使用人を帯同し、日本でも引き続き雇用する入国帯同型である。他の一つは入国帯同型以外の家事使用人の雇用で、家庭事情型がある。家事使用人を雇用する場合は、次の要件を満たさなければならない。初めに入国帯同型について記す。入国帯同型の場合、外国人労働者の世帯年収は 1000 万円以上であることが要求される。帯同する家事使用人は 1 名のみである。家事使用人の月額収入も定められており、月 20 万円以上と定められている。また家事使用人は、本国でその家族の下で 1 年以上雇用されていること、家族が出国する場合は家事使用人も共に出国することも要件として定められている。他方、家庭事情型の家事使用人の雇用の要件は、入国帯同型と同じく年収が 1000 万円以上で、雇用できる使用人は一人と定められている。使用人の月収は 20 万円以上と、これも入国帯同型と同じである。更に、ここでは家事使用人を雇用する理由(家庭事情)が必要となる。例えば、13 歳未満の子供の世話、或いは子供に持病がありその病気の介護によって日常の家事が困難である等が理由として挙げられる。

4-2) 高度専門職 2 号の恩恵

「高度専門職 2 号」の在留資格を取得した者が受けられる優遇措置は、「高度専門職 1 号」に類似しており、①配偶者の就労、②親の帯同、③家事使用人の帯同も許されている。これ以外の優遇措置として在留期間は無制限となっているが、しかし、7 年毎に更新が義務付けられている。また「高度専門職 2 号」は自由に転職でき、転職に対する法的制約はなく、自由である。また、転職に伴う在留資格の変更も必要ないとされている。このことから、就労制限のない身分に基づく在留資格、「永住者」と同等の就労活動を行うことが許されている。因みに「高度専門職 1 号」の場合は、転職の際、職種に変更がなくても出入国管理局で在留資格の変更申請を届け出なければならない。

表 5-3. 高度専門職 2 号と永住資格の恩恵一覧表(筆者作成)

項目	高度専門職 2 号	永住資格
就労	・ 6 ヶ月以上の就労が義務付けられる ・ 6 ヶ月以上の就労がない場合は在留資格は取り消される	・ 就労要件はない ・ 就労しなくても日本に滞在することは可能
在留期間	無制限	無制限

ビザの更新	・7年に一度、在留カードの申請が必要	・7年に一度、在留カードの申請が必要
就労制限	有 ・(専門職、もしくは「専門的・技術的分野」の在留資格に含まれる職種)であれば自由 ・但し、単純労働、風俗産業は不可	無 ・単純労働、風俗産業は可
親の帯同	可能	不可
家事使用人の雇用	可能	不可
転職	可能	可能

「高度専門職2号」は「永住資格」に匹敵する在留資格としてみなされているが、受けることのできる優遇措置には若干の違いがある。「高度専門職2号」の場合は、一定期間就労しないと在留資格が取り消されるが、「永住資格」の場合は期間に関係なく就労していなくても日本に滞在することが認められている。また、「高度専門職2号」はかなりの範囲で一般的職種に就くことが可能であるが、一方では専門職、もしくは「専門的・技術的分野」の在留資格に含まれる職種に必ず就くことが求められる。しかし、「永住」資格(永住権)は、「高度専門職2号」に求められる、そのような専門的職種に就くことは求められずに、日本人と同じように自由に職種の選択をすることができる。しかし、両親の帯同、家事使用人の帯同や雇用は永住資格所有者には認められていない。両者に共に許されている優遇措置は、自由に転職が許されているということである。ここで一つの疑問、何故「高度専門職1号」の在留資格者が一定期間日本滞在した後に、「高度専門職2号」もしくは「永住資格」に変更できるような仕組みとしたのか。これに対する回答は、「高度専門職1号」から「永住資格」のみに変更した場合本国政府から日本に帰化したと見なされ、不公平な扱いを受ける恐れがあると判断したためである。例えば本国に一時的に帰国し、出入国管理カウンターを通過する際、不公平な扱いを受けること等を考慮して二つの選択肢、高度専門職2号、もしくは永住資格を準備したのである。

4-3) 高度専門職1号、2号の課題と改善

「高度専門職1号、2号」の在留資格が抱える課題は、申請者がその在留資格に相応しいかを審査する過程で用いられるポイント制にあると指摘されている。このポイント制において懸念される点は、受け入れ対象の範囲が広すぎるということである。高度専門・技術分野(高度専門職1号ロ、2号ロ)を例に見ていくと、この在留資格に該当する就職活動は、日本の大学や海外の大学を卒業した外国人が取得する「技人国」に含まれる幅広い分野においてなされている。このように広い分野において成される就労活動の中で、「高度専門技術」の在留資格の審査に用いられるポイント制についての留意点は、国内の労働市場への影響を最小限に抑え、職種やレベルを限定し、更には日本人の大学新卒者の就職状況を把握した上で受け入れの判断をすることが望ましいとされている。更に、2013年(平成25年)の改正より、年齢

別年収基準が撤廃された。これにより、「高度専門職 1 号、2 号」の年収要件が排除され、年収が年齢に関係なく一律 300 万円にまで引き下げられた。この年収の引き下げにより、高度専門職は高度人材と言えるのか、また、最低年収基準が一律 300 万円は適正な設定であるのかという疑問の声も上がっている。この他にも、高度人材としてその専門性や能力に見合った待遇や処遇がなされているのかという指摘の声もある。このような疑問や指摘の背景には、次の二つの懸念が潜んでいる。①高度専門職の外国人労働者の専門性とその能力に見合った処遇がなされずに、高度人材とは言い難い外国人労働者を受け入れ、それによって国内市場に混乱が生じる。つまり、外国人労働者と日本人の間で職の奪い合いが起こり、その結果、日本人労働者が失業し、或いは賃金の低下等、労働市場に大きな影を落とすようになる。②高度専門職に該当する外国人労働者は、入国時に高度専門職 1 号の在留資格が与えられる。また外国人労働者の雇用契約は、就労する職場の雇用条件を満足するようには作成されていない。そのため就労中に起きた過去の外国人労働者の裁判事例からも、入管手続書類の記載内容が労働条件として認められなかったということが分かっている。これでは、外国人労働者の権利が守られないだけでなく、国内の労働者にも悪い影響が及ぶものである。この他にも、2017 年(平成 29 年)以降に導入された「日本版高度外国人材グリーンカード」の基準を満たすために、特別加算が追記されたことについて、またその基準を満たした外国人労働者が 1 年から 3 年程度の短い期間で、永住権の資格をその優遇制度で受けることが懸念されている。それは、高度専門職の在留資格を永住権資格取得の手段として運用することであり、もしそうであるならば、労働市場の影響は大となるであろう。更に社会保障制度の整備が適切に行われていない状態で、外国人労働者の受け入れを行うことに対しても問題として提議されている。高度専門職の優遇措置の内、家事使用人の帯同や雇用についての懸念も生じている。それは帯同した家事使用人に対して、日本の法的な保護や労働基準法が今のところ十分に適用されておらず、帯同した家事使用人は、日本の法的な保護や労働基準法の対象外とされているからである。その結果、既述したように、雇用主である高度専門職の外国人による家事使用人への賃金不払いや、最悪の場合は人身売買に発展するケースもあるようである。

以上が、ポイント制がもたらす高度専門職全般における問題であり、且つ課題でもある。これらの問題や課題に対する解決、或いは改善策を以下に記述する。

「高度専門職の受け入れ枠の範囲が広すぎる」ことについての改善策は、①高度専門職の制度での受け入れ範囲を限定、②労働市場で必要とされる専門職の一覧表の作成、③本制度に該当する専門職の賃金の基準の設定、④専門職に関する技能評価の制度の新設。この評価制度をポイント制に結合させて、高度専門職に相応しいかを定める。これら 4 つの改善策を基に高度専門職におけるポイント制を実施することが望ましいとされている。

また、高度人材とは言い難い、それに匹敵しない外国人労働者の受け入れは、日本人労働者の失業問題や労働条件の引き下げ、更に外国人労働者の賃金をも引き下げ、低賃金労働問題へと発展しかねない。これに対する対策は、労働市場テストを導入した上で、外国人材の受け入れに対して既述した様々な問題の解決、予測される状況の防止へと繋がる。労働市場テストとは、労働市場で人手が不足している職種とそうでない職種を調査によって洗い出し、人手不足の進んでいる職種には外国人労働者の受け入れを認めるが、そうでない職種には日本人労働者の失業や労働条件の低下を防止するために、外国人労働者の受け入れを認めないようにするためのテストである。また、労働市場テストとは、外国人労働者の雇用による労働市場への影響を評価し、労働市場に対する政策を考慮した上で、受け入れの可否を決定するテストでもある。入国時に付与される高度専門職の在留資格手続きにおいて、外国人労働者が就労時に企業の労働条件を遵守できるか否かの審査を行った上で、高度人材の認定と、高度専門職の在留資格が付与できるように対策を取ることも挙げられている。一方、家事使用人の法的保護が労働基準法の適用外にあることについては、家事使用人の保護を適切に行うためにも、家事使用人を外国人労働者の保護に関する要件事項として、制度に織り込む必要があると言われている。

高度専門職の在留資格で就労している外国人労働者が職場で抱く不満と悩みから、高度専門職における課題とその取り組みについて、厚生労働省が2017年(平成29年)9月から10月に行った高度外国人材についての調査報告書「3. 専門的・技術分野の外国人について」に記されている「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」⁹³を基に吟味することにする。この資料にはアンケート調査の結果が示されているが、職場の不満や改善すべき点は10項目であった。この10項目の中で高度専門職の外国人労働者が抱く不満は、①キャリアアップできる環境になっているか、②昇給のための基準が明確にされているか、の2項目であった。①の不満に対して改善すべきだと考えている外国人労働者の割合は、調査対象者数1416人中、高度専門職事務系(製造業)では62.5%、高度専門職理系(情報通信業)では52.6%を占めている⁹⁴。一方②の不満に対しては、高度専門職(在留5年)では55.2%占めていた⁹⁵。この二つの不満に対して、企業側の対応(対策)を次に紹介する。①に対する対応(対策)は、調査報告書によると、「フォースバレーコンシェルジュ株式会社」の取り組みが紹介されていた。それは、1年に2回、外国人、日本人共に「キャリア面談」を行い、各社員が希望するキャリアプラン、このプランには会社の中での将来設計も含まれ、各社員と会社が外国人労働者に求める役割が合致するように話し合うことを意図的に行っている。この面談では、会社が社員に求める役割を明確にすることも、取り組みとして行っている。この面談の結果、多種多様の背景を持つ社員一人、ひとりに応じて配慮することができるようになった。その結果、社員一人、ひとりにきめ細かく対応し、配慮することが可能となり、高度人材の定着化に繋がったとその成果を報告していた。

②に対する対応については、「株式会社 HDE」の取り組みが紹介されていた。この会社では、2000 年(平成 12 年)頃より開始した職能資格別制度(昇段制度)の内容を、高度専門職に適用できるように改善した。改善内容は従来の職能資格別制度の職種を再分割し、更に会社が求める能力も細分化して明確にした。そして新たに必要とする能力を加味して運用している。昇段制度とは、社員が自己啓発し能力の向上を図り、社員自らが会社で昇段の申請を行う。社員自らが能動的に昇進を希望していくために導入された制度である。この会社では、社員自らが会社に対して昇段を申し込み、会社が規定した以上の能力を有するものであることを、上段の社員(上司)に発表する昇段会議が開かれる。その会議の結果を部門長、最終的には役員が承認して昇段が決定する仕組みである。昇給は年一回、部門評価と会社評価を経て決定される。昇給額は段位毎に想定年収が決められており、その範囲で決定される。この取り組みの成果は、高度専門職、外国人社員の仕事に対する意欲を高く維持することができ、離職率も低く抑えることができたと報告されていた。

5-4. 特定技能 1 号、特定技能 2 号

5-4-1. 特定技能 1 号、特定技能 2 号の仕組み

特定技能 1 号と特定技能 2 号は比較的新しい在留資格である。ここでは特定技能の仕組みについて記述するが、いくつかに分けて分類して詳述する。仕組みについての説明は、法務省が発行した、「特定技能ガイドブック～特定技能外国人の雇用を考えている事業者の方へ～」を参考にした。次の 5 項目について概説する。

- 1) 特定技能 1、2 号の基本事項
- 2) 雇用の流れ
- 3) 雇用における注意点
- 4) 企業側が行う業務
- 5) 各国が申し出ている送出手続きの内訳

1) 特定技能 1、2 号の基本事項

初めに、特定技能 1 号と 2 号の制度の相違点について記述する。まず、特定技能 1 号は、特定産業の分野において必要な知識や経験、技能を必要とする業務に携わる外国人労働者を対象とした在留資格である。一方、特定技能 2 号は、特定産業の分野において熟練した技能を必要とする業務に携わる外国人労働者を対象とした在留資格である。ここで重要な点は、企業が特定技能 1 号の在留資格の下、外国人労働者を受け入れた場合、企業は、受け入れた外国人労働者に対して定められた支援をしなければならない。もしくはその支援は、受け入れ企業に登録している支援機関に一部、或いは全てを依頼することも可能である。この支援と登録支援機関については後述する。特定技能 2 号については、この在留資格の下で就労す

る外国人労働者に対する受け入れ企業からの支援は要求されておらず、特定技能 2 号は支援の対象外となっている。

特定技能 1 号の在留期間は、通算で 5 年と決められている。在留資格の更新は 4 ヶ月、6 ヶ月、1 年毎に求められている。通年在留期間に関する契約書によると、特定技能 1 号の就労活動を終了し、特定技能 2 号に移行する場合を除いては帰国することが義務づけられている。特定技能 1 号は通算在留期間が 5 年を過ぎたら、それ以降の延長は認められない。

特定技能 1 号に求められる技能の程度と日本語のレベルは、試験を通して確認される。しかし、技能実習 2 号または 3 号を修了した外国人労働者には、技能の程度、日本語のレベルを確認する試験は免除される。これにより、特定技能 1 号の多くは、技能実習 2 号、もしくは技能実習 3 号の修了者が占めている。その他にも、介護や福祉養護施設修了者、EPA に基づく介護士候補者制度としての在留期間(4 年)を満足している者も、日本語能力試験や介護日本語評価試験の結果(合格)は要求されていない。それ故に、彼らは容易に特定技能 1 号の在留資格に移行できると言われている。しかし、技能実習制度の内、介護職を修了した者が特定技能 1 号に移行する場合、日本語能力試験は免除されるが、介護日本語評価試験は免除されない。つまり、特定技能 1 号に含まれる職種によっては、特定技能 1 号へ移行するために必要な試験は異なり注意が必要である。特定技能 1 号は、家族の帯同は許されていない。一方特定技能 2 号の場合、在留期間に上限がないため、ビザの更新を 3 年、1 年、または 6 ヶ月ごとに更新すれば、日本に永久に滞在することができる。特定技能 2 号は、特定技能 1 号を修了した外国人労働者が技能試験合格後、もしくは技能実習試験の合格と一定の実務経験及び在留資格「特定技能 2 号」に関する技能水準に達している、即ち申請者が特定産業分野に属する熟練した技能を有していることが技能試験を通じて認められれば、特定技能 2 号に移行することができる。よって、特定技能 1 号を経ているなくても特定技能 2 号への移行は可能とされている。しかし、ここで注意すべき点は、特定技能 1 号から特定技能 2 号への移行可能な特定産業分野は、建設分野及び、造船・船用工業分野のみに限定されている。また、特定技能 1 号と特定技能 2 号における必要事項にも若干差異が見られる。特定技能 1 号の場合に必須であった日本語能力検定試験は、特定技能 2 号の場合には要件に含まれていない。また特定技能 2 号の場合は、家族帯同が許されている。今までに特定技能 2 号を取得した外国人労働者は一人で、2022 年(令和 4 年)に全国で初めて岐阜県在住の中国籍男性が取得した。今のところ特定技能 2 号の取得者も只一人⁹⁶であるが、今後特定技能 2 号を取得する外国人労働者は徐々に増加の傾向を辿るものと推測される。

2) 特定技能 1 号への移行条件

特定技能 1 号と特定技能 2 号の要件について共通する点は、受け入れ対象国と受け入れ人数枠、更に転職についてである。2018 年(平成 30 年)、日本政府は新しい日本語試験「国際交流

基金日本語基礎テスト」を実施する国々との間で、日本での就労を希望している外国人労働者から斡旋を目的として保証金を徴収する悪質な仲介業者を排除するために、二国間取り決めに締結した。締結した国々は①ベトナム、②フィリピン、③カンボジア、④中国、⑤インドネシア、⑥タイ、⑦ミャンマー、⑧ネパール、⑨モンゴル、⑩マレーシア、⑪スリランカ、⑫バングラデシュ、⑬ウズベキスタン、⑭パキスタンである。

基本的には特定技能1号、2号の対象受入国にも国籍にも制限はなく、この制度の下に来日することは可能である。しかし、唯一、二国間取り決めに締結することを許されなかった国が、イラン・イスラム共和国であった。理由は、2022年(令和4年)5月、出入国在留管理庁が発表した「特定技能外国人受け入れ法に関する運用要領」の20頁と29頁に次のように記されていた。「入管法による退去、強制令書が発付されて送還されるべき外国人について、**自国民の引き取り義務を履行しない、退去協令書の円滑な執行に協力しない国、地域の外国人の受け入れは認められません**」⁹⁷。イラン・イスラム共和国は、日本政府がイランからの渡航者に帰国命令を発付した場合、入国不可という政策を取っている。このため、イラン人がこの制度を利用して日本で就労することは、実質的には彼らを移民、もしくは難民として受け入れてしまうという事態が発生することになる。

特定技能は技能実習生とは異なり、原則として受け入れ企業ごとに人数の枠は設けられていない。しかし、唯一人数枠が設けられているのが、介護と建設分野である。介護の分野では、特定技能1号は、事業所単位で日本人の常勤介護職員の数を越えてはいけないという要件が定められている。建設分野も同様に、特定技能1号と特定活動の外国人労働者の受け入れ人数は、その企業の常勤職員を越えてはならないと規則化されている。特定技能1号、特定技能2号は、同一分野、もしくは分野を越えての転職は認められている。例えば、製造の3分野共通で行われる溶接作業の技能試験に合格していれば、素形材産業分野の溶接区分から産業機械製造分野の溶接区分に転職が可能である。

3) 雇用の流れ

雇用の流れについてはここでは特に、特定技能1号について検討するものとする。この特定技能1号で来日する外国人労働者は以下の2通りに分類できる。

- 1) 技能実習・留学、その他の在留資格（特定活動のもと就労している外国人労働者、例えばEPAに基づく介護福祉士候補者等）の下に既に日本で就労している外国人。
- 2) 海外から特定技能1号の在留資格により、新規で日本で就労することを予定としている外国人労働者。技能実習2号や技能実習3号を修了し、母国に一時帰国した外国人労働者が特定技能1号の在留資格の取得を希望し、再来日して就労する外国人労働者もこの部類に属する。

初めに1)に属する外国人労働者の採用フローを以下に示す。

- 1) 技能試験に合格・日本語能力試験に合格（技能実習 2 号または 3 号を問題なく終了した申請者は両試験共に免除）
- 2) 特定技能 1 号と雇用契約を締結
- 3) 登録支援機関と委託契約の締結
- 4) 特定技能 1 号の支援計画書の作成
- 5) 在留資格変更許可申請を地方出入国在留管理局で行う
- 6) 特定技能 1 号に在留資格変更
- 7) 就労開始

フロー2)の特定技能1号の外国人労働者と雇用契約を締結後に、受け入れ企業は在留資格認定証明書の交付前、または在留資格変更許可申請の前に、労働条件や活動内容、入国手続き、保証金徴収の有無について説明しなければならない。3)の登録支援機関とは、受け入れ企業が特定技能1号の制度の下に、就労予定の外国人労働者への支援を委託し、その支援の一部もしくは全部を代行する機関である。この代行機関は法務省の「出入国在留管理庁」のホームページ「登録支援機関登録簿」、もしくはインターネット「外国人労働者ドットコム」で探すことも可能である。この登録支援機関の義務は、外国人の生活支援や出入国在留管理庁への各種届で業務を代行することも求められている。4)の特定技能1号の支援計画書とは、特定技能1号で就労する外国人を受け入れる企業が、外国人労働者が日常生活、日々の就業において、その活動が円滑であるように支援する計画を示したものである。受け入れ企業は、この支援計画に従って外国人労働者を支援しなければならない。この支援業務のすべて、または一部を登録支援機関に委託することも許されている。

次に、企業が提出すべき支援計画書の内容について示す。支援計画書には支援責任者の氏名と役職、もしくは代行する登録支援機関名を記し、次に示す10項目の支援項目の実施要領を記すことが求められている。

- 1) 事前ガイダンス
- 2) 出入国する際の送迎
- 3) 住居の決定、生活に必要な契約の支援

これは社宅の提供、銀行口座の開設、携帯電話、その他生活上必要となる各契約手続きにおけるサポートの事である。

- 4) 生活オリエンテーション

日本で生活する上に必要なルールやマナー、公共機関の利用方法、災害時の対応等についての教育と説明

- 5) 公的機関の手続きをサポートするために外国人労働者に同行

住居や社会保障、税の手続きの案内や手助けをするために外国人労働者に同行、またはそれらに必要な書類作成の補助も含む

6) 日本語学習の機会の提供

外国人労働者が就労しながら日本語を習得できるように、日本語教室や日本語学習教材の紹介も含まれる

7) 相談・苦情への対応

これは、職場や生活の上で生じた苦情に対応できるように、外国人が十分に理解できる言語での対応や、必要に応じて相談を受け入れるような体制

8) 日本人との交流の促進

外国人労働者が日本人とより交流できるように、自治会に地域住民との交流の場を設け、地域のイベントの案内、またそのイベントに積極的に参加できるように補助する

9) 転職支援

受け入れ企業の都合により雇用契約を解除する場合の転職のお手伝い、転職に必要な推薦状の作成、求職活動のための有給休暇の付与や行政手続きの情報の提供

10) 定期的な面談と行政への通報

支援責任者（登録支援機関または受け入れ企業側）が、外国人およびその上司と定期的に3ヶ月に一回の頻度で面談し、その都度労働基準法違反があれば通報する。

これ以降、再び特定技能1号の雇用のフローの内、5) 在留資格変更許可申請を地方出入国在留管理局で行う、6) 特定技能1号に在留資格変更、この2項目について説明することにする。5) の在留資格の変更許可申請を地方出入国在留管理局で行うには、企業は5種類の書類（①受け入れ企業の概要、②特定技能雇用契約書の写し、③外国人支援計画書 ④日本語能力を証明する資料 ⑤技能を証明する資料）を準備するように求められる。これらの書類が準備できたら、外国人労働者本人が受け入れられている、もしくは受け入れを予定している企業の所在地を管轄する出入国在留管理局に出向き、在留資格の変更の届出を行う。6) の特定技能1号に在留資格を変更するには、外国人労働者が出入国在留管理局に出向いて在留変更の許可申請を行い、そこで特定技能1号へと在留資格が変更され、その資格が外国人労働者に付与された後に限る。在留資格の許可が出るのに、2週間から3ヶ月を要するとも言われている。

次に海外から来日する外国人を特定技能で雇用する、一連のフローを以下に説明する。

- 1) 特定技能1号の在留資格で就労する者(候補者)は、技能試験および日本語検定試験の受験が求められる。既帰国者で技能実習2号、もしくは3号修了者は、技能試験、日本語検定試験は免除される。一方、過去に技能実習2号、または3号を修了していない一般の特定技能1号の候補者は、技能試験と日本語検定試験の合格者であることが要求される。この二つの試験を受験する場合、特定技能1号の候補者は、「短期滞在」の在留資格により来日し受験することが認められている。しかし、在留資格を有していない外国人労働者の受験は認められていない。

2) 特定技能外国人労働者との雇用契約の締結

海外にいる申請者の多くは、日本企業が直接海外で採用活動をする求人応募、もしくは国内外の斡旋機関を通じて応募し、企業は第三者の仲介を経ず直接雇用する形態を取っている。国によっては、特定技能1号の求人や求職の申し込みを国自身が管理している労働市場情報システムを通して実施しているところもある。或いは認定送り出し機関を通して求人票の提出を基に、採用活動が行われているところもある。雇用の契約が締結した後に、登録支援機関との締結受け入れ企業によるガイダンスと健康診断が実施される。

3) 特定技能1号の支援計画に記された10項目をもとに支援計画要領書を作成

4) 在留資格認定証明書交付申請を地方出入国在留管理局で行う

この申請は、海外にいる外国人申請者に代わって、外国人を受け入れる企業の職員、もしくはその他の法務省令で定められた代理人であれば代行できる。申請を代行する者は、企業の代表取締役に限らず、その受け入れ企業の職員であれば申請を代行することができる。

5) 在留資格認定証明書が企業に送付される

6) ビザの申請は、受け入れ企業から送付された在留資格認定証明書を在外公館へ提出することで、ビザの申請が行われる。

7) 審査が行われ、ビザが発給される

8) 入国

9) 就労開始

4) 雇用における注意点

特定技能1号の外国人労働者を雇用する際の注意事項として、受験が義務付けられている試験の合格前に、内定通知を送付することは禁じられている。基本的には、試験合格後に受け入れ企業との特定技能雇用契約を締結するように求められている。特定技能1号の外国人労働者の就労が開始すると、受け入れ企業、もしくは受け入れ企業に委託されている登録支援機関は支援計画書に記されている支援活動の他に、次に示す4項目の支援が必要である。

1) 就業開始、雇用後の手続き

2) 「協議会」への入会

3) 四半期ごとの入国管理局への報告

4) ビザの更新

1)については、雇用開始の翌月10日までに、「雇用保険日保険者資格取得届」をハローワークに提出することが求められている。これ以外の手続きとして、労働保険、社会保険への加入が求められ、必要な手続きを行う。

2)の協議会は、特定技能1号の外国人労働者に対する適切な運営のために、特定産業分野ごとに分野所管省庁が設置している。協議会では構成員の連携を図りつつ、各地域の事業者が必要とする特定技能人材を受け入れることができるように、適切に対応するようになっている。その例として、情報の周知、法令順守の啓発、地域における人手不足の状況の把握に努めている。企業はこの協議会に加入し、協議会の構成員になることが要求される。加入については、経済省が管理している「製造3分野」や「建設業」ではビザ申請前に加入が義務付けられているが、それに対して、その他の分野「特定技能」では外国人労働者の入社後4ヶ月以内に加入することが義務付けられている。協議会への加入手続きは、各分野所管省庁のホームページで確認することができる。3)の特定技能を雇用する際、四半期ごとに重要な変更があった場合は、必要に応じて出入国在留管理局へ届け出ることが義務付けられている。4)のビザ更新は、在留期間の上限が5年であるため、適切に行うことが求められる。更新は在留期限の3か月前から在留期限当日までに行うことが義務付けられている。

5) 企業側の業務

特定技能1号の受け入れに当たって、企業は省令で定められた基準を満たすことや、外国人労働者に対して支援の実施を果たしていくことが求められている。受け入れ企業が外国人労働者を受け入れるために満たすべき基準は以下の4項目である。

- 1)外国人労働者と締結する雇用契約が適切であること。ここで特に強調されていることは、特定技能1号の外国人労働者の報酬額は日本人と同等でなければならない。
- 2)受け入れ企業が適切であること。これについては法令を遵守し、補償金の徴収や違約金の契約を締結していないことである。
- 3)外国人を支援する体制が整備されていることと、外国人労働者に対しての支援計画が適切に立案され、それに基づいて実施することが求められている。支援事業の一部もしくは全てを登録支援機関に委託して実施することが許されており、この3)の項目に事業の一つとして含まれる。
- 4)出入国在留管理局及びハローワークへの各種届出、特に特定技能1号の受け入れ後の状況についての届出を、地方出入国在留管理局及びハローワークに定期的に届出を行うことも求められる。

本項目に必要な届け出、受け入れ企業の随時における届出は以下の5項目である。

- 1)特定技能雇用契約及び登録支援機関との支援委託契約に係る変更、終了、新たな契約の締結に関する届出
- 2)支援計画の変更に係る届出
- 3)特定技能外国人の受け入れ困難時の届出
- 4)出入国または労働関係法令に関する不正行為等が判明した時の届出

5) 外国人を雇い入れ時または離職時に、氏名や在留資格等の情報の届出
定期的に求められるものは以下の2項目である。

1) 特定技能外国人の受け入れ状況や活動状況に関する届出

2) 支援計画の実施状況に関する届出

登録支援機関からの随時の届出は以下の2項目である。

1) 登録の申請事項の変更の届出

2) 支援業務の休廃止または再開の届出

定期的な届出は以下の1項目である。

1) 支援業務の実施状況等に関する届出

これらの届出を企業が怠った場合や、虚偽の提出が発覚した場合には罰則が科せられる。登録支援機関も同様で、届出の提出を怠ると指導や登録支援機関としての登録を抹消される。

6) 各国の送り出し手続きの内訳

雇用のフローとして、受け入れ企業は、事前に受け入れ予定の外国人労働者の母国と、特定技能1号に関する二国間協力覚書(MOC)が締結されているかを確認しておく必要がある。このMOCが締結されていない国々でも特定技能1号を受け入れることは可能ではあるが、締結している国と締結していない国では規則や手続きが異なるために、事前に確認しておく必要がある。送り出し国と日本との間でMOCが締結されるようになった目的は二つある。一つは、特定技能1号を円滑に且つ適切に送り出すことと、それによって適切な受け入れを可能にするためであった。海外からの送り出し、日本での受け入れは、それぞれに手続きは異なる。それを解消するために、つまり、送り出し国と受入国である日本とが相互に必要な条件を満たし、円滑に出入国が図れるようにとMOCを締結したのである。二つ目は、特定技能1号の人権保護のために、MOCが締結されたと言われている。要因となったのは、技能実習制度で外国人労働者を受け入れる際に発生していた不正行為、特に悪質な仲介業者による搾取、賃金未払い等の問題であった。このような悪質な違法行為を防止するために、日本と送り出し国の間で規制を強化し、特定技能1号の在留資格で安心して就労できるようにMOCを締結するようになったのである。2020年(令和2年)8月30日時点でMOCを締結している国々は以下の通りである。

①フィリピン、②カンボジア、③ネパール、④ミャンマー、⑤モンゴル、⑥スリランカ、⑦インドネシア、⑧ベトナム、⑨バングラデシュ、⑩ウズベキスタン、⑪パキスタン、⑫タイ、⑬インド、⑭マレーシア、⑮ラオス。

次にMOCを締結している国から日本に特定技能1号として送り出される時に、日本企業が取るべき手続き等の一連の流れを、MOC締結国であり、特定技能1号の送り出し国であるカンボジアとインドネシアの事例を見ていくことにする。初めにカンボジアの事例から見てい

く。日本企業がカンボジア人を特定技能1号として受け入れるには、カンボジア政府が認定している現地の送り出し機関を経て、人材の紹介や雇用契約を結ばなければならない。一方来日予定のカンボジア人は、認定送り出し機関を通して登録証明書の発行を、カンボジア労働職業訓練省(MoLVT: Ministry of Labor and Vocational Training)に申請することが義務付けられている。申請の終了が確認されれば、来日予定のカンボジア人に登録証明書が発行される。この登録証明書は、「特定技能1号」の在留資格に関する在留資格認定証明書交付申請時に提出が求められるため、日本の企業はカンボジア人に登録証明書の提出を依頼しなければならない。カンボジアを出国する前にオリエンテーションを受講することも、手続きの一環として必要事項の一つである。一方、日本に滞在するカンボジア人が、特定技能1号として雇用契約を締結し就労する場合、現地の認定送り出し機関を通じて日本に滞在するカンボジア人に職業を紹介することは可能であるが、その機関を通さなくても職業紹介を行うことは許されている。しかし、特定技能1号の下、日本での就労を希望する日本滞在のカンボジア人に対して、受け入れ企業が直接雇用契約を締結した場合でも、雇用側は、現地にある認定送り出し機関を通して、カンボジア労働職業訓練省に登録証明書発行のための申請を行わなければならない。また、在留資格「特定技能1号」への変更に必要な申請において、カンボジア労働職業訓練省から発行された登録証明書の提出も必要事項として挙げている。

インドネシアでも、カンボジアとは若干異なるが、特定技能1号の在留資格の下、インドネシア人が日本で就労するために、日本とインドネシア政府との間で二国間MOCを締結している。インドネシアから特定技能1号としてとして来日するインドネシア人は、特定技能1号の在留資格認定書が発付された後、日本へ渡航するための査証申請を行う前に、インドネシア政府が管轄している海外労働者管理サービスシステム(SISKOTKLN)に、インターネットを通して登録しなければならない。SISKOTKLNへの登録が完了したら移住労働者証(E-KTKLN)が発行される。この移住労働者証をもって、インドネシアにある日本大使館或いは総領事館での査証申請が許されるのである。査証申請時に、移住労働者証の提示を求められる。インドネシアでは、特定技能1号のインドネシア人を送り出す時に、送り出し機関を通すことは義務付けられていない。しかし、インドネシア人に対する日本企業の求人応募に対して、インドネシア政府は、政府が管轄する労働市場システム(IPKOL)にオンラインで登録し、求人を募集することを奨励している。技能実習制度2号、3号を修了した外国人労働者が、引き続き特定技能1号として再雇用される場合、受け入れ企業は、オンラインで労働市場システム(IPKOL)に登録することは求められていない。特定技能1号で就労予定のインドネシア人に唯一求められていることは、日本渡航前にSISKOTKLNに登録して、移住労働者証を取得することである。一方日本に滞在しているインドネシア人が企業と雇用契約を締結した場合、在留資格変更申請を行う前に、インドネシア政府が管轄している海外労働者管理サービス(SISKOTLN)にオンラインで登録することが求められている。この登録完了後にインドネシア

政府からオンラインで移住労働者証が発行される。この移住労働者証を駐日インドネシア大使館に持参し、海外労働者登録の手続きを行う。登録完了後に大使館より推薦状が発行される。

7) 特定技能の課題

特定技能の在留資格で外国人労働者を雇用する場合、受け入れ企業は特定技能制度の下に、外国人労働者に対して様々な支援を行うことが義務づけられていることは既に述べた。受け入れ企業がこの支援を担うことができない場合は、登録支援機関に依頼することも既述した。つまりこの制度の下で外国人労働者を雇用していくには、コストがかかるということである。特定技能の対象職種として挙げられている職種のほとんどが単純労働であり、IT化の導入、つまり自動化が難しい職種でもある。更に、低賃金で外国人労働者を雇用することは禁じられているため、受け入れ企業においては利益の確保が一層難しくなる。このような要因からこの制度の課題は、この制度の下に外国人労働者を受け入れようとしている企業に、経済的余裕があるのかということである。これ以外の指摘としては、特定技能に挙げられる業種の中には、建設業や製造業等、業務粗利益率の高い職種や介護、ビルクリーニング等のように賃金を低く抑えなければ成立しない職種もあり、特定技能制度が制度として機能していくのか疑問視する声もある。これ以外にも懸念事項としては、特定技能1号が新設されたことにより、この制度に含まれる業種の質や業種に対する社会的評価が低下するのではないかと心配する声もある。特に介護職においてその傾向が見られるようである。介護職が特定技能1号に含まれたことにより、次の二つの外国人介護人材が特定技能1号の介護職に就くようになる。一つは、介護職種技能実習修了者と他の一つは、特定活動の下で行われているEPA介護福祉士候補者の国家試験不合格者である。これを受けて福嶋(2020)は、「専門的技術的」分野の在留資格「介護」よりも専門性の墮落や介護の質が問われなくなってきたと指摘している。この指摘からも分かるように、介護外国人材における外国人労働者は質よりも量が優先されている傾向が強く、その結果、介護人材に対する社会的評価の低下を招くと言われているのである。社会的評価の低下によって、その影響は外国人介護士だけではなく、日本人介護士にも影響を及ぼすものだという意見もある。このような事態は低賃金、不安定な雇用、介護職全般に対する価値の低下等から生じる介護士利用者による介護士へのハラスメントに発展することも危惧されている。これらの問題や課題をわきまえた上で、特定技能全般に跨る問題の解決は、企業が特定技能の外国人を受け入れる際に、生活支援制度を整え、日本人と同等の賃金や待遇を提供するための財源を確保しておくことである。更に経営手法として、業務の一部を一括して、或いは一部を外部の専門家に委ね雇用コストの低減を図る、所謂「アウトソーシング」を取り入れることも一策としてあげられていた。特定技能1号の介護職がもたらす介護の質と労働環境の質の低下については、専門性に見合う報酬

を確保できるような財源の確保と、2017年(平成29年)に創設された専門分野の「介護」の見直しや整理等から見ていく必要もあると指摘されている。介護の質の問題については、誰のための介護人材なのかと熟慮した上で受け入れを進めていくことが、現時点での改善法の一助となることも示唆されている。

5-5. 技能実習制度

技能実習制度については、1章2節、及び3節で記述したように、2種類の制度が存在する。一つは企業単独型と他の一つは団体監理型である。企業単独型技能実習制度は「技能実習制度1号から3号イ」と呼称されている。団体監理型技能実習制度は「技能実習制度1号から3号ロ」呼ばれている。現在、技能実習制度の来日している外国人労働者の9割は、団体監理型技能実習制度の下で就労している。それに反し、企業単独型は1割しか占めていないことが明らかになっている。ここでは9割を占める団体監理型技能実習制度の仕組みと、2016年(平成28年)に施行された本制度の技能実習法により生じた受け入れ時の変更事項と、本制度における課題と改善について考察する。

5-5-1. 企業単独型技能実習制度

初めに企業単独型について概記する。企業単独型は、日本企業が現地に拠点を置く海外支店や関連企業、或いは現地法人の取引先企業等の職員と雇用契約を締結し、直接雇用の下、彼らを受け入れる技能実習の形態を取る。企業単独型は団体監理型とは異なり、技能実習生受け入れの際、監理団体を経由しないため、全ての手続き、例えば、出入国の書類手続き、入国後の講習や実習等全てを受け入れ企業が担わなければならない。つまり企業単独型は近年新設された特定技能1号、2号に匹敵するものだと理解することができるであろう。この類の技能実習制度の受け入れ要件は、①海外に事業所がある企業、②1年以上の国際取引のある企業、③1年以内に10億円以上の国際取引のある企業、④「日本の企業と密接な関係を有する」と記されており、法務大臣が承認した実習実施機関または事業所であるとされている。本制度の下に来日した外国人実習生は実習修了後本国に帰国するが、そこでは日本で習得した業務に就くこと、また送り出し機関(ここでは海外支社、支店)で再び就労することもできる。

5-5-2. 団体監理型技能実習制度

団体監理型技能実習制度とは、事業協同組合、商工会等、営利を目的としない監理団体が技能実習生を受け入れ、事業協同組合に加入している企業で技能を実習する形態を取っている。換言すると、監理団体が受け入れ企業と送り出し機関との間に立ち、技能実習生の受け

入れを支援すると、このように理解できる。この団体監理型は次の三つの組織によって構成されている。

- 1) 技能実習生の受け入れを希望する受け入れ企業(受け入れ機関とも呼ぶ)
- 2) 技能実習生を受け入れの過程において、必要な書類の手続き現地面接等のサポートや技能実習開始後、受け入れ企業への監理や監督等の全てを担う監理団体
- 3) 海外から技能実習制度の下、日本に実習生を送り出す送り出し機関

次に本制度の仕組み全般について記す。仕組みは以下の二つに区分けすることができる

- 1) 技能実習生の受け入れから入国まで
 - 2) 入国以降、技能実習 1 号から 2 号及び技能実習 3 号まで
- 更に二つのフローについて以下に詳述する。

5-5-3. 技能実習生の受け入れから入国まで

「技能実習の受け入れから入国まで」の仕組みについては、主に名古屋市、愛知、岐阜、三重に拠点を置いて活動している「協働組合ハーモニー」のホームページ⁹⁸より資料を抜粋した。「協働組合ハーモニー」は、外国人受け入れの無料相談や、技能実習制度における監理団体として活動している団体である。他方、「入国以降、技能実習 1 号から 2 号技能実習 3 号まで」は 3 節で既述した JITCO(公益財団法人、国際認罪協力機構)及び、外国人技能実習制度の総合情報を掲載しているポータルサイト「外国人技能実習 360」と 2022 年(令和 4 年)4 月に、出入国在留管理庁・厚生労働省が作成した技能実習制度のフローを記した「技能実習制度、運用要領～関係者の皆さまへ～」を基に詳述する。技能実習生の受け入れから入国、配属まで八つの段階の作業が必要となる。この八つの段階は、「協働組合ハーモニー」のホームページに記されていたものである。

- 「1) 申し込みと制度説明
- 2) 求人募集と面接
- 3) 入国書類の準備
- 4) 技能実習生の受け入れ準備
- 5) 入国前講習
- 6) 入国
- 7) 入国後講習
- 8) 配属」⁹⁹

「1) 申し込みと制度説明」については受け入れ企業が監理団体に連絡し、技能実習生受け入れについて要望を伝える。監理団体は受け入れ企業に対して本制度について説明を行う。その後監理団体は受け入れを予定している企業に希望、要望を問い、更に、受入可能か否か

を問い合わせる。受け入れ確定後、受け入れを予定している企業は、監理団体に加入することが要求される。その後、監理団体は技能実習生を受け入れるための準備を本格化する。

「2) 求人募集と面接」では、1) の段階で、ヒヤリングした受け入れ企業の要望(業種、職種、受け入れ人数)に応じて、監理団体は海外の送り出し機関に求人の募集を依頼する。コロナ・ウィルスの感染症前までは、受け入れ企業の経営者や現場責任者が現地に赴き、面接を行っていた。監理団体の職員も受け入れ企業の経営者、もしくは現場責任者と同行し、面接に参加した。この他にも、外国人労働者の出国から帰国までの準備、現地でのサポート等も監理団体及び送り出し機関がその任を担った。現地での面接には通訳が同席した。しかし、コロナウィルスの感染症後は、現地での面接はオンラインに代わった。今はオンライン面接が主流となっている。

「3) 入国書類の準備について」は、現地での面接が終わり、採用活動が終了すると、申請書類の提出手続きのために、技能実習生が企業に配属されるまでには6ヶ月の時間を要する。申請書類には、在留資格認定のための書類、技能実習計画等が含まれる。企業には技能実習生が来日する4ヶ月前までに、「技能実習計画」を外国人技能実習機構(OTIT)に提出することが義務付けられている。更に、この計画書が承認した後にも、出入国在管理庁に在留資格認定申請、在留資格の申請を行う必要がある。企業は、技能実習計画認定申請時に、常勤役員から、①技能実習責任者、②技能実習指導員、③生活指導員をそれぞれ一名任命しなければならない。「①技能実習責任者」の主要な役割は、技能実習が円滑に実施されるように監理監督を担うことである。技能実習責任者として任命される者は、主務大臣が告示した養成講習を受講し完了した者であり、申請時にはその受講修了書を併せて提示することが義務付けられており、更に3年毎の受講が義務付けられている。この他の役割としては、技能実習の進捗状況や技能実習計画の作成から技能実習生の保護、更に技能実習生の労働条件、安全衛生に至る幅広い管理も求められている。「②技能実習指導員」に任命されるための要件としては、技能実習生が習得する技能について5年以上の経験を有する者で、各実習実施場所毎に必要とされる。主要な役割は、技能実習の指導を行うこと、技能実習の進捗や目標達成等の確認である。「③生活指導員」の役割は、技能実習生の日常の生活指導、技能実習生の相談、技能実習生が技能実習に専念できる環境を整えることである。

5-5-4. 技能実習生の受け入れ準備

企業は、技能実習生の受け入れ準備として部屋を用意しておく必要がある。その部屋には、宿舍または社宅も含まれる。また、賃貸物件もその一つとして挙げられているが、賃貸物件の場合は、契約者名義は技能実習実施者となる。賃貸の物件の部屋の要件として、部屋の広さが一人当たり4.5平方メートル以上であることが要件である。その他の要件としては、徒歩、或いは自転車で通勤できる距離に賃貸物件或いは社宅を準備すること、同じ時期

に来日した複数の実習生は同一物件に居住することが望ましいと記されていた。また家賃は実費を越えてはならないとされており、水道や光熱費は使用した分のみの費用を同居人数で除した金額を一人当たりの使用量として、この金額を越えて請求してはならないと記されていた。日本における生活上の規則や習慣、例としてゴミ出しのルール等は企業が決めることになっている。必要に応じて監理団体がそのルールの翻訳作業を担うこともあるようである。企業が準備するものとして、生活用品全般、例えば、家電製品、炊事用品、寝具、部屋の備品、掃除道具、Wi-fi 等がある。自治体によって異なるが、自転車保険の加入も受け入れ準備事項に挙げている自治体もあった。

5-5-5. 技能実習生の入国前集合研修

監理団体と企業が4乃至6ヶ月の間、外国人労働者の入国手続きに要する書類を作成している間、未だ海外(母国)にいる技能実習生は、海外の送り出し機関から日本語の指導、日本に馴染めるようにと日本の生活習慣、文化等について講習を受けなければならない。日本の生活習慣の中には近隣住民への挨拶、ゴミ出しの分別についても一部内容として挙げられていた。

5-5-6. 技能実習生の入国

技能実習生が来日した時の送迎は、監理団体が行うことになっている。監理団体は技能実習生を空港で出迎え、彼らを直接研修センターまで送り届けることになっている。研修センター到着後はすぐにオリエンテーションを実施し、集合研修の準備をする。

5-5-7. 技能実習生の入国後の集合研修

技能実習生は、実習現場で適切にコミュニケーションが図れるように、また、実習内容を理解し把握できるようにオリエンテーションの後、引き続き1ヶ月間の講習を受ける。講習内容は、語学から生活習慣、交通ルール等多岐にわたる。例として、①日本語、②生活における専門知識(日本における生活習慣、職種別の専門知識)、③法的保護講習(技能実習法、入管法、労働関係法令等、その他法的保護についての専門知識、情報)、④会社(実習時に触れる)で使用する専門用語、作業時に使う用語等の説明等である。

5-5-8. 技能実習生の配属

技能実習生の配属が決まれば、即、監理団体は彼らを企業まで送ることになるが、その前に日本で生活するために必要な二つの手続きについて以下に示す。

1) 市役所での転入手続き

2)銀行、郵便局の口座開設の手続きを行った後に企業に送り届け、企業側に挨拶をし、企業の就業に係る規則の説明を受ける。その後、技能実習生は企業が準備した社宅、もしくは宿舎に入り荷物の整理を行う。この段階から技能実習は既に開始されていると考えられている。監理団体はこの後も企業側と技能実習生との間に立ち、双方の支援を続ける。ここまでの技能実習制度における実習が開始するまでのフローである。

5-5-9. 入国から技能実習 1 号から 2 号及び技能実習 3 号まで

ここでは、技能実習開始後の一連のフローを記す。技能実習開始後、企業は用意しておいた技能実習日程に沿って実習を行う。これ以降は、企業と実習生は労働基準法に則して雇用契約を締結し、技能実習 1 号を開始する。技能実習中、監理団体は技能実習 1 号については 1 ヶ月に 1 度の頻度で、技能実習 2 号と 3 号については 3 ヶ月に 1 度の頻度で、定期的に検査を行う。この定期検査は、企業(実習実施現場)での実習が計画書に則って、適切に実施されているかを監督するもので、その結果は実習地を管轄する機構の地方事務所・支所の指導課に報告することが義務付けられている。技能実習 1 号は実習期間が満 1 年を経過すれば、技能実習 2 号に移行できるが、その移行の際には技能実習 1 号で設定した目標、「基礎検定」(実地試験及び学科試験)、またはこれに相当する技能評価試験の合格が義務付けられている。技能実習 1 号の修了者が、技能実習 2 号への移行を希望する場合は、「基礎検定」の受験を技能実習 1 号が終了する 2 か月前までに終了することが推奨されている。技能実習 1 号が受験する「基礎級検定」の再受験は 1 回と定められている。「基礎級検定」に合格した技能実習生は合否の結果を、技能実習指導者に報告することが求められている。企業は「基礎級検定」合格者は技能実習 2 号に移行するが、その開始予定の 3 ヶ月前までに認定申請を行うよう義務付けている。認定申請は実習地を管轄する地方事務所・支所・認定課が受付窓口となっている。認定申請の他に、技能実習 2 号開始前に 1 号と同じように、技能実習 2 号計画を外国人技能実習機構に提出し、審査を受けなければならない。審査が認定されれば、外国人技能実習機構から認定通知書が公布される。その後、認定通知書を持って技能実習生の在留資格変更を行う。技能実習生 1 号から 2 号への変更を地方出入国在留管理局にて行う。変更が認められたら 1 号の技能実習生は、技能実習生 2 号として日本に滞在し、就労が許可される。技能実習 2 号の滞在期間は 2 年とされており、この 2 年間で技能の習得を図ることを目的としている。技能実習 2 号が完了し技能実習 3 号に進む場合、3 級の技能検定、またこれに該当する技能評価試験の実地試験に合格する必要がある。2 号から 3 号に移行する前に 1 ヶ月の一時帰国が求められているため、日本に戻ってきて直ちに技能実習 3 号を開始する場合、2 号が終了する 2 ヶ月前に必要な試験の受験が推奨されている。それ以降の手続きは、1 号から 2 号へ移行する場合と同じである。技能検定の合否は、技能実習生が企業に報告する。企業側は技能実習 3 号が開始する 3 ヶ月乃至 4 ヶ月前に、技能実習 3 号の実習生のため

に、技能計画書の認定申請書を外国人技能実習機構に申請する。この計画書は技能実習法を基に審査が行われる。技能実習 1 号、2 号と 3 号の違いは、企業に要求される要件であるが、それは企業に 3 号に匹敵する技能を習得させることのできる優秀な指導者を有することが求められている。その他の要件としては、企業と監理団体が外国人技能実習機構から優良認定を受けていなければ、技能実習 3 号の実習の開始或いは監理事業を行うことは許されていない。また技能実習 3 号の監理事業を行うには、監理団体が一般監理事業の許可を得ることが義務付けられている。一般監理事業の許可申請は、技能実習機構の審査課で受け付けている。監理団体は、技能実習 3 号の監理を行う前、つまり技能実習計画の作成の指導を開始する予定の 3 ヶ月前までに、技能実習機構への申請を終了させることが推奨されている。審査合格となれば、技能実習機構から監理団体に許可証が交付される。また技能実習計画が認定されれば、技能実習機構から通知書が企業に公布される。技能実習 2 号を修了した技能実習生は、技能実習 3 号を開始するまでの間、必ず 1 ヶ月以上 1 年未満の一時帰国が義務付けられている。技能実習制度 1 号から 2 号への移行と同様に 3 号への移行の場合も、技能実習生は在留資格の変更を、技能実習計画の認定通知書を以て、地方出入国在留管理局で在留資格変更許可の申請を行わなければならない。地方出入国在留管理局から在留資格変更の許可がありて初めて、技能実習生 3 号として日本での滞在が認められる。技能実習生が本国に帰国し、その一時帰国が定められた期間(1 ヶ月以上 1 年未満)を超えた場合は、在留資格を喪失することになる。しかしその場合でも、技能実習 3 号の技能実習生として新規に来日することができる。その手続きは、技能実習 1 号と同様な方法にて在留資格認定証明書の申請を行い、その認定書の交付を受けて来日することになる。3 節でも既述したが、技能実習 2 号もしくは 3 号を問題なく修了した技能実習生の場合、その技能実習の職種が特定技能 1 号と同じである場合は、技能実習 2 号から特定技能 1 号へと移行が可能となる。この場合、日本語検定試験及び技能検定は免除される。

5-5-10. 技能実習法施行後の技能実習制度の変更事項

3 節では、技能実習法が施行された要因と、施行後の技能実習制度に新設された規制事項のいくつかを既述した。それらは、①技能実習生のパスポートの取り上げの禁止、②違約金の設定の禁止、③企業側が不正を行った場合の罰則、④技能実習を的確に監督する機関としての外国人技能実習機構の新設等であった。この他にも、技能実習生を適切に受け入れるために、且つ本制度の適正化を図るために、更に以下に示す 2 項目が導入されるようになっている。

1) 監理団体の許可制

2) 技能実習計画の認定制

5-5-10-1. 監理団体の許可制

「監理団体の許可制」導入のきっかけは、監理団体が技能実習生に対して行った不正行為が原因であると考えられることができる。この不正行為は監理団体によって引き起こされたことから、技能実習法の下で監理団体の許可制を導入し、その許可の基準をより厳しくしたと言われている。団体監理型の技能実習制度の受け入れを支援している監理団体は、二つに区分され、一つは特定監理事業の監理団体で、他の一つは一般監理事業の監理団体である。「特定監理事業の監理団体」は、技能実習1号と2号のみの受け入れ企業に実習監理を行うことができる。業務内容としては、企業が技能実習生と締結する雇用契約を目的とした斡旋事業、更に技能実習に関する監理事業全般等である。一方、「一般監理事業の監理団体」は技能実習1号から3号までの技能実習生に関わる監理事業を担うことを役割としている。一般監理事業として認められた監理団体は、特定監理事業監理団体とは違い優良団体として見なされている。故に技能実習1号から3号までの監理事業を担うことが許されている。2017年(平成29年)11月1日、技能実習法が施行されたことにより、1号から3号までの技能実習に関する監理事業を実施するには、優良監理団体、即ち一般監理団体として認定されなければならない。監理団体が優良であるかの判断基準は、2022年(令和4年)10月14日、法務省出入国在留管理庁と厚生労働省人材開発統括管が共同で作成したプレゼンテーションのスライド13番目¹⁰⁰に記載されている。判断基準には次に示す5項目があり、それぞれに点数が示されている。満点は150点であるが、5項目の合計点数が90点(6割)以上であれば、その監理団体は優良と認められ、一般事業の監理団体として認定される。

「1)実習の実施状況の監査、その他の事業を行う体制(50点)

2)技能等の修得等に係る実績(40点)

3)法令違反・問題の発生状況(違反があれば大幅に減点(5点)

4)相談・支援体制(45点)

5)地域社会との共生(10点)」¹⁰¹

この5項目の内容については、以下に説明する。

1)実習の実施状況の監査、その他の事業を行う体制：監理事業に携わる常勤の役員と実習監理を行う実習実施者の人数に対する比率と、監理責任者以外の監査に携わる職員の講習受講歴を示す。この監理責任者を除いて、監査に携わる職員の講習受講は養成講習の事であり、この講習は、技能実習責任者が主務大臣によって告示された3年に1回の参加が義務付けられている。

2)技能等の修得等に係る実績について：過去に技能実習生が受験した技能検定(基礎級、3級、2級)の合格率の事である

3)技能等の修得等に係る実績：過去3年以内に発生した改善命令措置と技能実習生が失踪した割合を言う。

- 4) 相談・支援体制：技能実習制度の受け入れ企業先で、万一実習が困難となった時の技能実習生の受け入れに協力する企業との登録を行っていること、実習継続が困難となった実習生の受け入れ実績、実習生の生活環境、特に住居環境の向上に向けての取り組み等を実施していること等が挙げられている。
- 5) 地域社会との共生：実習生が技能実習を円滑に行うための日本語学習と日本文化の学びの支援、地域社会の交流の機会の提供と支援についてである。

5-5-10-2. 技能実習計画の認定制の導入

技能実習法により、技能実習生の認定制が導入された。この導入により、本制度の下、技能実習生を受け入れる前に、企業側に提出が義務付けられていた技能実習計画が変更された。技能実習法が施行される以前は、一人の技能実習実施者が複数の技能実習生を指導する場合、技能実習の内容が同一であれば、企業は一つの技能実習計画を提出するだけでよかった。しかし、技能実習法施行後は、一人の実習指導者の下で複数の実習生が同一の実習内容で指導を受ける場合であっても、実習生一人ひとりに対応する実習計画を作成することが義務付けられた。この変更により、一人ひとりの外国人労働者の契約内容が、技能実習計画の下に特定可能となった。実習計画の記載事項は、①技能実習生の氏名、②技能実習の内容と期間、③事業所、④責任者の氏名、⑤技能実習生の待遇の詳細等、となっている。⑤技能実習生の待遇については、報酬、労働時間、休暇、宿泊施設、食事代、及び居住費について詳記するように求められるようになった。これらの記載に加え、技能実習生の認定制導入の前の制度では、技能実習計画には知識習得と技能習得活動についてのスケジュール、カリキュラム、指導体制、講習や技能実習の各段階に応じて習得が必須である技能と知識の内容の詳記が求められた。しかし、技能実習法施行後は、技能実習計画の他に、技能実習生の労働条件や待遇に関する雇用計画書の添付も求められるようになった。そして、技能実習機構は、企業より提出された技能計画書並びに添付資料を基に、その企業が受け入れ企業として適当か否かを判断するのである。

技能実習生として在留資格を付与する基準として、労働条件を記した計画書の他に、法務大臣及び厚生労働大臣の認定（認定は技能実習機構が担当する）が必要となる。この規定は技能実習法の施行により制度化されたものではないが、技能実習制度が2017年に刷新されたことにより、日本政府と技能実習生を送り出している国々との政府間で「技能実習制度に関する協力覚書 MOC (Memorandum of Cooperation)」が締結され、送り出し機関の許可や監理の下に本制度を適切に実施していくが可能となった。つまり、二国間同意事項の下、技能実習法に基づいた技能実習がより可能となったのである。例えば、本制度の刷新以降、監理団体は外国の送り出し機関に対する許可基準を、技能実習法23条6号に基づくものとしている。監理団体はその基準に合致した送り出し機関とのみ契約を締結し、技能実習法25条1項6号に

沿って職業紹介事業を行う。こうして、不適切な送り出し機関を通して行われる職業紹介を防止している。この「技能実習制度に関する協力覚書 MOC (Memorandum of Cooperation)」を締結している国は、①ベトナム、②カンボジア、③インド、④フィリピン、⑤ラオス、⑥モンゴル、⑦バングラデシュ、⑧スリランカ、⑨ミャンマー、⑩ブータン、⑪ウズベキスタン、⑫パキスタン、⑬タイ、⑭インドネシア等、14 ヶ国である。技能実習法が施行される前の制度では、JITCO (公益財団法人 国際人材協力機構) が、送り出し国の政府との間で二国間の政府の協力を要する討議議事録 R/D (Record of Discussions) を締結し、相手国政府が承認する送り出し機関を「認定送り出し機関」と称し管理していた。しかし、実際には、送り出し機関は、討議議事録に締結された送り出し機関に限定されていなかった。このような現状から判断すると、JITCO は技能実習法を基盤とした支援機関とは言い難い。

5-5-10-3. 技能実習制度の課題と改善

1) 課題

技能実習制度の雇用管理に係る問題は次の 3 点である。

- 1) 配転・転職
 - 2) 海外受け入れ機構からの高額な手数料の支払い (ベトナム技能実習生を事例とする)
 - 3) 来日後の問題
- である。

1) 配転・転職に関する問題

配転・転職に関わる問題については、認定された技能実習の下、実習実施者と同じ企業であれば、他の事業所への配転は認められている。しかし、技能実習生の職種、作業内容は技能実習計画に記された職種や作業内容との一致が義務付けられているために、実習計画書に記された、また契約に特定された職種以外の職種や業務への配転は入管法上許可されない。勤務場所の変更についても、実習計画書や契約に記された勤務場所のみの就労が義務付けられているため、許可されない。つまり、技能実習生は働く場所から担う業務まですべて入管法及び企業側が提出した技能実習計画によって拘束されており、万一、労働問題や違反行為があったとしても不承不承受け入れるしかないのである。

転職については、原則として技能実習は技能実習計画に記載された職種について、同一の企業内で実施することが求められている。特別な理由がない限り、技能実習生がその実習期間中に他の企業に転職することは、入管法の下では許可されない(注釈：現時点では、技能実習 3 号は転職が許可されるようになったが、1 号と 2 号の転職は基本的には認められない)。

2) 海外送り出し機関の高額な手数料(ベトナム技能実習生を事例とする)

技能実習制度における問題や課題は、技能実習法が成立した 2016 年(平成 28 年)頃においても引き続き見られた。団体監理型の場合、受け入れ企業、監理団体、海外送り出し機関、それぞれに問題が発生している。そしてこの問題は技能実習生を深く悩ます原因ともなっている。この問題は外国人労働者の来日前と来日後に分けて考えることができる。海外送り出し機関において発生する問題は、来日前から続き来日後にも及んでいる。それに対し、監理団体と受け入れ企業における問題は来日後に発生している。技能実習生が来日する前に、送り出し機関で発生している問題は、送り出し機関が技能実習制度応募者に対して、日本での生活や就業についての的確な情報を提供していないことにある。例えば、技能実習生が得ることのできる収入について、送り出し機関や日本人の求人担当者は技能実習生に対して多額の金額を提示するとか、或いは、不正の情報提供としては、送り出し機関が実習生の失踪防止のために、彼らに来日直前まで技能実習の実施場所や企業についての情報、所在地について明示しないこと等も挙げられていた。更には、来日前に、海外送り出し機関が技能実習生に高額の実習費を要求することや、違法な契約を強要することも挙げていた。この契約の強要は、ベトナムで起きた事例である。来日直前に、技能実習生に日本での残業代を 300 円¹⁰²とする同意書にサインすることを強要し、実習生の失踪(以前頻繁に起きていた)を防止するために保証金を科すことは現在では見られなくなったが、それに代わり高額の違約金が設定された。そして、その保障として、ベトナムの送り出し機関は、実習生の高校の卒業証書や技能実習生の両親の土地の権利書を強制的に預かる等の問題も発生している。この高額の手数料を要求する送り出し機関は、一部の機関ではなく、全ての送り出し機関で起きていると言われている。この高額な手数料の要求は、その要因が日本の受け入れ企業にあるとも言われる。受け入れ企業の担当者への接待や、その担当者の過剰なバックマーゲンの要求であったりと、送り出し機関が手数料を安く収めたいと思っても安くできない理由がここにある。技能実習制度を維持するために必要とされる費用が、このように実習生とその家族に大きな負担となって覆い被さっているのが現状である。

3) 来日後の問題

来日後に起こる問題は、技能実習生が過酷な労働環境や生活環境に置かれても、声を上げることができない状況に置かれているということである。この要因は多岐にわたっていると考えることができる。これはベトナム人技能実習生に起きた事例であるが、彼らは来日前に送り出し機関が強要した多額な手数料を工面するために、借金をしてまでも来日していたのである。そのため、居住、移転もしくは転職の自由が奪われ、労働上の問題や不満に対しても声を上げることができずに現状に甘んじて、それに耐えていたのである。また労働上の不正行為が発生した時、また不満に対しても、日本語能力の不足により相談することもできず、

また通報することもできない。また相談先の情報や連絡先を知らない、或いは知らされていないなかったということもある。労働上の問題で会社を告発することによって、会社が操業停止の処分を受け次の実習の実施場所が手配されず、借金を抱えたまま帰国することを恐れて、告発をためらう実習生も少なからずいると言われている。彼らの選択肢としては、例えばそれが過酷な労働環境下であっても耐え忍ぶしかないのである。多額の借金を背負い、また一族の田畑を担保にしてまでも来日した実習生が、会社からのハラスメントに会い、また何かの理由で解雇され、或いは来日前に提示された収入と実際の収入に大きな差があり母国への送金ができない。そのため身の安全を優先するためにまずその会社を離れ、十分な賃金を確保できる企業に転職することがある。しかしこれは違法であるが、それでも彼らは失踪或いは不法滞在と法に違反する負のループへと陥っていくのである。斎藤(2018)によると、失踪や不法滞在に陥っている実習生の多くは、次の二つの事を恐れる傾向にあると指摘している。一つは住居の手配が困難であること。他の一つは警察や入管に身柄を確保されると強制退去となり、国を出る時に負った借金を返済できなくなるということである。この二つの恐れを排除するために、彼らは合法的に在留している仲間とは連絡を絶ち、違法な手口の下で、違法滞在者とネットワークを構築し、その下で違法滞在し続け生活費を確保する。例としては、同居する違法滞在者からの組織的な万引きの勧誘や、買収行為の強要等である。その他のケースとして新たな就職先は決まったものの、雇用主が不法就労を知ることになり、それを口実に賃金の不払いが生じ、借金の返済に困窮している中で更に借金を重ねてしまい、また返済することもできずに、万引きや買収を強要されてますます負のループへと落ちていく。このことについて斎藤(2018)は、ベトナム人技能実習生が犯罪に関わりやすい傾向にあるのではなく、技能実習生が今までに見てきたような経緯によって失踪するような状況に陥った場合、やむを得ず彼らは違法な手口で日本に滞在し、借金の返済のために犯罪に自分を染めて負のループへと陥り、そこから抜け出すことができなくなる傾向にあると示唆している。

5-5-11. 技能実習全般に跨る問題

ここからは、技能実習生全般に跨る全般的な問題を、厚生労働省労働局が発表した資料(プレゼンテーション)¹⁰³を基に見ていく。本資料は2020年(令和2年)に発表され、主に技能実習制度の現状とその課題、それに伴う改善方法が詳記されており、技能実習制度の問題を総合的に見ていく上では妥当な資料である。しかし、この資料は主に関東地域を重点に纏められたもので、関東地域以外の地域でも同じような問題が発生しているかは定かではないが、関東地区は外国人労働者が最も集中する地区としても知られており、この資料を通して技能実習制度の問題を総合的に理解することは可能であると考えた。2020年(令和2年)に厚生労働省が発表した資料(プレゼンテーション用資料)、「外国人技能実習制度の現状、課題等に

ついて」によると、関東地区の労働基準監督機関で実習実施機関に対して 2,042 件の監督指導が実施されている。その結果、73.4%にも及ぶ 1,498 件の労働基準関係布令違反が発覚している¹⁰⁴。その違反事項は以下の通りであるが、多い順に並べてみた。「①労働時間(469 件)、②賃金台帳(395 件)、③割増賃金(383 件)、④安全関係(354 件)、⑤賃金不払(299 件)、⑥健康診断(295 件)、⑦就業規則(226 件)、⑧労働条件明示(201 件)、⑨衛生関係(130 件)、⑩最低賃金(49 件)、⑪寮、宿舍(22 件)」¹⁰⁵。違反件数の最も多かった労働時間については、時間外労働協定の締結無しに働かせ、最長で 1 ヶ月 74 時間 58 分の時間外労働に就かせていた¹⁰⁶。その他には実際の労働賃金ではなく、月平均所定労働時間分の賃金の支払いや、週 40 時間を超える労働時間に対して割増賃金が支払われていなかったことが、出入国管理機関からの通報で、労働基準監督署が技能実施者に監督指導を行っていく経緯の中で発覚している¹⁰⁷。

5-5-12. 改善方法

ベトナムにおける技能実習制度の改善方法は、次の四つに分類できる。

- 1) 二国取り決め(MOC)の成立と取り組み
- 2) 外国人技能実習機構による取り組み
- 3) 来日するベトナム技能実習生のための適切な情報提供
- 4) 行政の対応

1) 二国間取り決め(MOC)の成立

日本とベトナムとの間で二国間取り決めが締結したのは、2017 年(平成 29 年)6 月 6 日であった。この締結後に技能実習制度の受け入れについて、次に示す変更と成果が見られた。一つは、2018 年(平成 30 年)9 月 1 日以降、団体監理型におけるベトナム人技能実習生の受け入れは、「労働、傷病兵、社会問題省」が承認する送り出し機関に限定された。他の一つは、ベトナムでの送り出し機関の審査が徹底して行われるようになった。その結果、それまでは送り出し機関が 270 社以上存在していたのに対し、2018 年(平成 30 年)3 月 31 日時点で、大幅に減少し、159 社にまで減少した¹⁰⁸。しかし、159 社に減少したにも関わらず、悪質な送り出し機関は未だに残っていると、斎藤(2018)は示唆している。この送り出し機関に関わる深刻な問題(現実)、例えば、ベトナムの多くの送り出し機関が、手数料の上限 3600 ドル¹⁰⁹を超えて技能実習者に支払うよう要求している。また違約金の支払いを家族に強要し、土地の権利書を取り上げていること等を、日本の受け入れ企業や政府が如何に把握するか、その上でこれらの改善をベトナム側にどう要請していくかが今後の課題である。この件に関しては、早川智津子(2020)も強調している。早川(2020)は海外の送り出し機関が、技能実習生の途中解雇や失踪防止としての保証金や違約金を科すことの意義について、送り出し国の度合いに

もよると述べている。また、技能実習生に多額の保証金や違約金、または手数料を科すことに関しては禁止されておらず、また問題にもされていない国もあると記している。しかし、日本では技能実習制度において、これらの事が問題として取り上げられており、このような問題を起こさないように、技能実習法では監理団体に監理事業を行う要件として、送り出し機関に対して許可基準を定める動きを取っている。

2) 外国人技能実習機構の取り組み

本機構の取り組みは、技能実習生が失踪したり、不法滞在、不法就労の負のループに陥ることを防ぐことを大前提にしている。非常に重要な役割を担っている機構である。この機構の活動は、技能実習生に対して母国語で相談を受け付け、技能実習実施場所及び職場に直接入り立ち入り検査を実施し、一時避難のための避難場所や労働上の問題が発覚した時の新たな実習先の提供である。これらの技能実習機構の活動は、失踪の原因となっている賃金不払いやハラスメント等の問題を解決し、必要に応じて提供される新たな実習先の紹介等、技能実習生が陥る失踪から始まる負のループを断ち切ることに繋がっていくと、評価されている。

3) 来日前の適切な情報提供

ベトナムの実習生の多くは、来日前には日本に入国できれば多くの稼ぎを得ることができるというイメージを抱いており、この根源は送り出し機関及び斡旋業者に起因すると言われている。それは、日本での就労に対しての誇大な宣伝活動によるものと言われ、ベトナムの技能実習生は、この偏った誇大な宣伝活動に翻弄されているのである。この問題の解決策としては、技能実習生が本国の送り出し機関に多額の手数料を払う前に、就労予定の各都道府県における最低賃金や生活費について、事前に情報として提供すべきであると、斎藤(2018)は指摘している。更に、実習生が借金をして来日する場合、また、仕送りを目的として来日する場合等、毎月の返済額や仕送り額を来日前に計算し、また技能実習が終わった時に持ち帰ることのできる金額等も、家族と共に事前にシュミレーションするように指導していくことも、提案の一つとして挙げられていた。海外の送り出し機関の誇大な宣伝により、技能実習生が不法滞在、不法就労等に陥り負のループから抜け出せなくなる、そのような悪循環から彼らを防ぐために、在日ベトナム大使館は注意勧告を大使館のホームページに掲載する動きが見られた。しかし、この件に関して、斎藤(2018)は、ベトナムの若者が自ら在大使館のホームページに掲載された注意勧告を見ることは、可能性としては非常に低いことであろうと懸念している。

4) 行政の対応

行政の対応については、技能実習生が来日した後の労働環境の改善について報告書に記されていた。最も多かった課題は、①労働時間、②賃金台帳、③割増賃金、この三つであった。労働時間、賃金台帳、割増時間、この三つの改善方法はすべて出入国管理機関からの通報、特に技能実習生に関する労基法違反の疑いにより、労働基準監督官が実習指導者を監督指導するという形で改善が図られている。労働時間の問題に関しては、実際労働した分の賃金が未払いであったことについて、直ちに改善するようにと労働基準監督官が直接その場所へ赴き、勧告したと言われている。賃金台帳についても、労働基準監督官が監督や指導を行っている。また、受け入れ企業が技能実習生と時間外労働に関する契約を締結していないにも関わらず、時間外労働を行わせていたことに対する注意勧告もあり、即時間外労働を注視するように指導し、同時に過重労働に起因する健康障害防止についても指導を行っている。割増賃金については、週 40 時間を超える時間外労働に対応する割増賃金が未払いであったことに対して、監督し、直ちに改善するように指導している。この三つの事例に対する勧告や指導によって、違法行為はすべて改善されたと言われている。これらの事例は、技能実習生の労働環境に関わる問題が、出入国管理機構及び労働基準監督官が行う検査、調査、指導によって改善を図って行くことが可能であることを示している。違反を犯した企業の現場を定期的に訪問し、改善が図られているか否かを確認することも改善方法として挙げられている。また、報告書の中で、出入国管理庁は、技能実習生の失踪防止対策とし次の 4 つを挙げている。

「1) 不適切な監理団体、実習実施者等を制度に関与させないための施策

2) 実習中の技能実習生を失踪させないための施策

3) 失踪した技能実習生の不法就労を防止する施策

4) その他」¹¹⁰

1) の施策は、失踪者を出した送り出し機関や監理団体、実習実施者に対して、次回から技能実習生の受け入れを停止することや、送り出し国に対する対策、特に二国間取次の強化が挙げられている。2) については、失踪した技能実習生を雇用した企業を刑事告発すること、また企業の待遇について、技能実習生から聞き取り調査を徹底的に行う等の改善が提案されている。3) については、失踪を許した企業の情報、失踪に関する情報収集、在留カードの番号による不法就労の摘発、失踪した技能実習生の在留資格の取り消し、失踪した技能実習生に関する情報の共有等を、関係省庁間で行うことが挙げられている。4) については、失踪、死亡事案の場合に応じて、実地検査の実施、監督団体に対し入管庁から本制度を厳格に遵守することの周知を徹底すること等が挙げられていた。

次に新型コロナウイルス感染症に関する技能実習生に対する支援であるが、次に該当する技能実習生を対象に行われた。

- 1) 新型コロナウイルス感染症により帰国が困難である実習生
- 2) 新型コロナウイルス感染症により技能検定の受験ができないため、次段階の技能実習へ移行できない実習生
- 3) 実習先の経営悪化により技能実習の継続が困難となった実習生
- 4) 「特定技能 1 号」への移行のための準備が整っていない実習生
- 5) 「技能実習 3 号」への移行を希望される実習生

1) から 5) に該当する技能実習生に対して、出入国在留管理庁は一定期間「技能実習生」の在留資格から「特定活動」の在留資格の変更を認め、特定活動在留資格が許す範囲での就労を許可している。

以上、技能実習生の来日前と来日後の課題と改善について記したが、更に帰国後の課題や改善についても検討することが重要であると考え。技能実習を修了した実習生が帰国し、日本で習得した技術を本国でどのように生かし、また関連した職に就いているか、その貢献度等も調査していく必要がある。2019 年 8 月から 2020 年 1 月までの間に帰国した技能実習生を対象に、外国人技能実習機構が行った調査であるが、塚田(2021)はこの調査結果を自身の著書の中で引用していた。外国人技能実習機構の調査では、技能実習制度修了者 2 万 4,789 人を対象にしているが、塚田(2021)はその内の 7,096 人の結果を扱っていた¹¹¹。塚田の結果を表 5-5 に纏めた。

表 5-5. 技能実習生の帰国後就労状況塚田典子作『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』

頁 167 から頁 168 を基に作成(筆者作成)

帰国後の就労状況	割合
1) 現在雇用されている	23.5%
2) 雇用されて働くことが決まっている	7.8%
3) 仕事を探している	21.4%
4) 技能実習 3 号で日本に戻る予定	16.9%
5) 企業している	12.3%

更に、「雇用されている」、「雇用されて働くことが決まっている」、「起業した人に従事している」等を帰国した実習生にも調査を行っているが、その仕事の内容は以下の通りである¹¹²。

- 1) 同じ仕事 : 49.1%
- 2) 同種の仕事 : 21.5%
- 3) 技能実習とは異なる仕事 : 21.5%

このように定期的に調査を実施していくことによって、政府が 2008 年(平成 8 年)に強調していた実習生の母国における技術教育や技術移転の推進の成果の評価へと繋がり、本制度、並びに政策に対する評価へと繋げていくことができる。

5-6. EPA に基づく看護師介護福祉士候補者制度の仕組み

EPA に基づく看護師介護福祉士候補者制度は、在留資格「特定活動」の下で、フィリピンやインドネシア、ベトナムの国々から看護師、介護福祉士候補者として来日し、一定期間の研修を受け、看護師、介護福祉士の国家試験を取得する形態を取る。ここでは、EPA に基づく看護師介護福祉士候補者制度の受け入れや斡旋を行っている受け入れ調整機関である、「公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)」が発行した、パンフレット「2023 年度受け入れ版 EPA に基づく外国人看護師、介護福祉士候補者受け入れパンフレット」¹¹³を基に以下の項目について検討していく。

- 1) 受け入れ機関の要件、研修の要件、候補者の要件
- 2) EPA の受け入れの流れ
- 3) EPA の採用の流れ

5-6-1. 受け入れ機関、研修並びに候補者の要件

1) 受け入れ機関の要件(看護師候補者)

EPA に基づく看護師コースの研修を行う機関には、看護師学校養成所の臨時実習受け入れ病院と同等程度の体制が整備されている病院であることが要求される。JICWELS が発行したパンフレットには 9 項目にも及び要件が定められており、受け入れ機関はこの 9 項目すべての要件を満たすことが求められている。ここでは 9 項目の内 5 項目について記す。

初めに、第一の要件は、受け入れ施設は原則として看護学生の臨時実習受け入れに対応可能な実地指導者が配置されていることが求められている。この実地指導者は原則として厚生労働省、または都道府県が開催する実習指導者講習を受講する必要がある。第二の要件は、受け入れ機関において、過去 3 年 EPA 全般に跨り、受け入れ申請の偽りや二重契約、その他の不正行為がないことが求められる。更に、過去 3 年、EPA 及び外国人研修者において不正行為がないことも含まれる。第三の要件は、受け入れ施設において、看護職員の半数以上が看護師であることも要件の一つである。第四の要件は、受け入れ施設で、看護に関する記録が的確に行われていること、特に、看護記録の作成、患者に関わる医療についての記録の徹底と実行も要求される。第五の要件は、受け入れ施設において、看護の基準が分かり易く作成されていること、また各病院で実行されている看護業務が順序よく文章にされていること、更に的確に評価され、見直しが行われていること等が要件に入っている。

2) 受け入れ機関の要件(介護福祉士候補者)

EPA 介護福祉士コースでも受け入れ機関が満たすべき要件が 6 項目定められている。その中の 3 要件をここに記す。

- 1) 受け入れ施設において、介護福祉士養成施設の実習施設と同程度の体制が整備されていること。
- 2) 受け入れ施設での常勤介護職員の4割以上が介護福祉士の資格を有する職員であること。
- 3) 看護コースと重複するが、過去3年間偽装の申請、二重契約等の不正行為が行われていないこと。

3) 研修の要件

看護師コースと介護福祉士コース共に研修に関する要件が定められており、看護師コースでは5つの要件、介護福祉士コースでは4つの要件を満たすことが義務付けられている。以下に、それぞれに義務付けられている要件について、看護師コースでは3つの要件を、介護福祉士コースでは2つの要件を示す。

3-1) 看護師コースの要件

第一の要件は、看護師国家試験の受験に特化したものでなければならない。また看護実習を適切に行うために看護研修計画の作成が求められる。この研修計画書には研修を効率よく実施するために、自己学習環境の整備、研修時間の確保、地域の研修会の活用等を含む看護師国家試験の受験の一助となる研修内容を記すことが義務付けられている。第二の要件は、研修責任者は原則として、看護分野の責任者であることが定められている。研修支援者は原則として3年以上の実務経験を有する看護師であることも求められている。第三の要件は、研修が実施される病床は医療保険が適用されるものに限定される。

3-2) 介護福祉士コースの要件

介護福祉士コースにおいても、研修に求められる要件は、看護師コースと一部重複するが、主な要件を以下に示す。第一の要件は、看護師コースと同じように、介護福祉士コースも適切に研修が実施できるように介護研修計画の作成が求められる。その内容は、自己学習環境の整備、研修時間の確保、通信教育の利用、介護福祉士養成施設や福祉系大学での就学、地域の研修機会の活用等に配慮して作成するとともに、介護福祉士国家試験の受験に配慮した適切な研修内容とすることを織り込むこと等が要件とされている。第二の要件は、研修責任者は原則として5年以上介護業務に携わった経験を有し、且つ介護福祉士の資格を有する者に特定されている。第三の要件として、看護師コースと同様に、日本語を継続的に学習できる機会や職場での適応能力を高めるための機会、日本での生活に溶け込めるように生活習慣の習得の機会の提供も要件の一つである。その他の要件として記されていたのは、雇用契約、宿泊施設の確保、報告、巡回訪問への協力、公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)からの助言を通しての改善措置も要件の一つである。雇用契約の要件は、候補者の報酬は日

本人が受ける報酬と同等以上であるとされている。宿泊施設の確保や帰国旅費の手配等全てを、受け入れ機関が準備しなければならない。宿泊施設に関しては職員寮や身体規則に基づき、懲戒解雇を除いてすべて受け入れ企業が負担しなければならない。受け入れ企業は、公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)を通して、地方出入国管理局に定期的に報告が義務付けられている。公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)の巡回訪問に協力すること、その訪問の結果によって、公益社団法人国際厚生事業団が受け入れ機関に改善を求めた場合、速やかにそれに応じて改善することが求められている。

4) 介護福祉士候補者の要件

EPAに基づく看護師介護福祉士候補者制度によって来日する候補者は、インドネシア、ベトナム、フィリピン等の国がほとんどである。しかし、候補者としての要件は国によって異なり、その要件の違いを以下に示す。初めにインドネシア人の看護師候補者についてその要件を記す。それは、インドネシア国内の看護学校の修了書Ⅲ以上を取得している者であり、またはインドネシアの大学で看護学部を卒業した者で、インドネシアにおいて看護資格を取得している者に限定している。その他の要件として、2年間の看護師としての実務経験を有していることや、日本語能力試験 N4 以上の日本語の能力を必要としている。N4 レベルに到達していない候補者については、来日前に 6 ヶ月間日本語の語学研修を受講し、受講後に日本語能力試験を受験し、N4 レベルに合格することが求められる。

フィリピンの候補者が満たすべき要件は、自国において看護資格を取得し、且つ看護師として 3 年の実務経験を有する者であるとしている。語学について特に要件としてはあげられてはいないが「調整中」¹¹⁴と記されており、日本語能力試験 N4 もしくは N5 のレベルがない者は原則として来日することができないとも記されているので、日本語能力も要件の一つとして定められていると考えた方がよい。また、N4 レベルに到達していない候補者については、インドネシアと同様に、来日前に 6 ヶ月間の日本語の語学研修を受講し、その後に日本語能力試験を受験し、N4 レベルに合格することが求められる。

ベトナム人看護師候補者としての要件は、自国で 3 年生もしくは 4 年生の看護課程を卒業し、自国での看護師としての資格を有していることや、その他に、2 年間看護師としての実務経験がある者としている。また日本語能力においては、日本語能力試験 N3 以上の日本語能力を有することが求められている。N3 に達していない者は、来日前に日本語研修を受講し、受講後に日本語能力試験を受け N3 のレベルに合格しなければならない。インドネシア、フィリピン、ベトナム 3 か国の候補者に言えることではあるが、日本語検定試験 N2 以上を取得している候補者の場合、来日前の日本語研修の受講は免除される。更に、インドネシア、フィリピン、ベトナム 3 か国の候補者に適応する以下の二つの要件がある。

1) 訪日後、日本語研修及び看護導入研修を修了していること

- 2) 公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)経由で紹介された受け入れ機関との雇用契約を結ぶこと

5) 介護福祉士コースの要件

介護福祉士候補者の要件も看護師候補者の要件と同じである。しかし、看護師候補者の要件と唯一異なる点は、インドネシア、フィリピン、ベトナムの3カ国における候補者の経歴についてである。まずインドネシアの介護福祉士候補者の場合は、以下の三つの要件の内、少なくとも一つの要件に該当することが求められている。

- 1) インドネシアの看護学校の修了証書Ⅲ以上の取得者
- 2) インドネシアの大学の看護学部専攻であり、卒業した者
- 3) 上記1)と2)以外の大学または高等教育機関において修了証書Ⅲ以上を取得した者、或いはインドネシア政府によって介護士として認定された者

一方フィリピンの介護福祉士候補者の場合も三つの要件がある。

- 1) フィリピンの看護学校卒業済みの者
- 2) フィリピンの高等教育機関から学位を取得済みであること
- 3) フィリピン政府から介護士として認定を受けた者

ベトナム介護福祉士候補者の要件は一つで、それはベトナムの3年制または4年制の看護課程の修了者であることのみである。

5-6-2. EPA 看護師介護福祉士候補者制度の受け入れのフロー

EPA 看護師介護福祉士候補者制度の受け入れは、フィリピンとインドネシアは同じ過程を経て受け入れが可能であるが、ベトナムはフィリピンやインドネシアとその受け入れの過程が異なる。初めに、フィリピンとインドネシアにおける受け入れの過程について見ていくが、その受け入れ過程は次の6段階に分割することができる。

- 1) 受け入れが決まった看護師介護福祉士は、訪日前に6ヶ月間の日本語研修の受講が求められる。
- 2) 6ヶ月間の日本語研修終了後、日本語能力検定試験N4以上を取得した者のみ来日が許可される
- 3) 日本に到着後、6ヶ月間の日本語研修及び看護、介護の導入研修の受講が求められる。
- 4) 項目3)終了後、雇用契約に記載された受け入れ施設において、看護師や介護福祉士候補者として日本の看護師及び介護士の国家資格を取得するための就労・研修を行う。
- 5) 介護福祉士候補者は、契約書に記された施設で3年以上の就労と研修が求められる。看護師候補者は、契約書に記された病院で3年の就労や研修が求められる。

6) 項目 5) が終了した者は、看護師国家試験(計三回まで再試験可)、介護福祉士国家試験(一回のみ再試験可)を受験、合格者のみに国家資格が交付される。不合格者は帰国を求められる。介護における再受験の要件は、特例候補者として認められた者のみに限定される。再受験の候補者は一旦帰国した後、在留資格「短期滞在」で再入国し、受験しなければならない。

ベトナムの看護、介護福祉士候補者によるフローは、フィリピンやインドネシアとは異なり、以下の通りである。

- 1) 訪日前に日本語研修を修了し、日本語検定試験 N3 以上に合格した者及び、訪日前日本語研修免除者(特に日本語検定試験の結果 N2 取得者)を対象に受け入れが行われている。
- 2) 受け入れが終了した候補者は、6 ヶ月間の訪日後に日本語研修と看護、介護導入研修の受講が求められる。日本語検定試験 N2 取得者や、法務大臣が認める日本語教育機関で 12 ヶ月以上の日本語教育を受けた候補者は、訪日後日本語研修は免除される。
- 3) 受講後は雇用契約に記載された受け入れ施設において看護、介護福祉士候補者として就労、且つ研修が行われる。介護福祉士は 3 年以上、看護師は 3 年間の就労と研修が求められる。
- 4) 就労と研修終了後、看護師と介護福祉士の国家試験の受験が認められ、合格者には国家資格が交付される。不合格者には帰国が求められる。再受験の回数や再受験に関しての要件は、フィリピンとインドネシア共に同じである。

5-6-3. EPA 看護師介護福祉士候補者制度の採用のフロー

看護師や介護福祉士候補者の採用のフローは、次の 6 段階の過程を経て行われる(「2023 年度受け入れ版 EPA に基づく外国人看護師、介護福祉士候補者受け入れパンフレット」の 16 頁に記載)。

- 「1) 求人登録申請
- 2) JICWELS による受け入れ希望機関の要件の確認
- 3) 送り出し調整機関による就労希望者の募集、審査、選考
- 4) 現地面接、合同説明会
- 5) マッチング
- 6) 採用、内定」¹¹⁵

このフローについて項目ごとに以下に説明する。

1) 求人登録申請

本制度の受け入れを希望する受け入れ要請施設(企業)は、公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)が年一回実施している候補者の募集に応募し、求人の登録申請を行う必要がある。

求人者のウェブサイトにて受付期間内にアカウントを取得し、求人登録申請書類の作成をすることが求められている。この申請書類と他の必要な資料を併せて、公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)に郵送にて提出しなければならない。

2) JICWELS による受け入れ希望機関の要件

受け入れ企業が公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)に郵送した資料は、JICWELS において①受け入れ機関の要件、②研修の要件、③雇用契約の要件を満たしているかの審査が行われる。この他にも、雇用条件が労働関係法令を遵守しているかも審査される。この審査に合格した企業は、JICWELS に受け入れ機関として正式に登録される。

3) 送り出し調整機関による就労希望者の募集、審査、専攻

公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)において、登録が完了した企業は、各国(ベトナム、インドネシア、フィリピン)の送り出し機関に就労希望者を募集し、審査、選考を行い、候補者の一覧表を作成する。海外送り出し機関には次の三つの機関がある。

1)BP2MI インドネシア在外労働者保護庁

2)POEA フィリピン海外雇用庁

3)DOLAB ベトナム労働、傷病兵、社会問題省海外労働者

この三つの機関が、唯一本制度の送り出し国、フィリピン、ベトナム、インドネシアにおける海外送り出し機関として正式に認定されている機関である。

4) 現地面接、合同説明会

現地の送り出し機関によって選考された候補者の面接は、受け入れ機関ではなく、公共社団法人国際厚生事業団(JICWELS)によってなされる。現地における面接は、就労希望者の本制度の理解度や就労の動機等をヒヤリングし、評価基準を A から C の三段階に分類し評価することになっている。この評価は、受け入れ機関が採用の参考にすることから、公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)は、その評価を受け入れ機関に提供することになっている。インドネシアとフィリピンにおいては面接の他に言語習得試験が行われ、その結果も公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)を通して受け入れ機関(企業)に報告される。コロナウィルス感染症によって面接が中止されれば、当然ではあるが、評価の結果は提供されない。面接と並行して同じ会場で受け入れ企業が、希望者を対象に受け入れ企業の概要や仕事の内容を説明する合同説明会も行われている。この説明会で説明を担当する者は、受け入れ企業の採用を担う人事担当者、研修を担当する職員に限定されている。この説明会に参加するための旅費や通訳を採用するための人件費は、すべて受け入れ企業の負担となる。また、参加費用の一部を JICWELS に支払わなければならない。新型コロナウイルス感染症の拡大により、面接、合同説

明会は中止となることもある。この場合の面接における候補者の評価は、候補者が提出する自己 PR 動画によって行い、合同説明会も受け入れ企業が準備する PR 資料によってなされる。

5) マッチング

マッチングは次の過程を経て行われる。

- 1) 公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)に登録された受け入れ機関の求人情報は、翻訳されて海外送り出し機関に提供される。
- 2) 公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)が行った面接後の求人情報は、送り出し機関から就労希望者に提供される。
- 3) 就労希望者は、この求人情報を基に作成した就労希望順位表を、送り出し調整機関に送付する。
- 4) 公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)は、送り出し機関が準備した就労希望者の求職情報を和訳し、受け入れ希望施設に就労希望者の求職情報及び就労意向順位表を提供する。
- 5) 受け入れ希望施設は求職情報、就労希望者の就労意向順位等参考に、受け入れ意向のある就労希望者の順位をつけた意向表を公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)に提出する。
- 6) 公益社団法人国際厚生事業団(JICWELS)は受け入れ意向表を受領した後に、受け入れ希望機関と就労希望者の意向に関する情報をマッチングプログラムに入力し、受け入れ希望機関と就労希望者のマッチングを行う。

6) 採用内定

マッチングが成立した受け入れ希望機関と就労希望者、双方のマッチング結果について両者の同意が得られて初めて採用が決まり、そして雇用契約へと進んでいく。

5-6-4. EPA 介護と他の三つの介護における制度の違い

初めに 3 節で概説した介護職を含む 4 つの制度と在留資格の違いを以下に示す。介護職を含む 4 つの制度は、①EPA 介護福祉士候補者制度、②在留資格「介護」、③技能実習制度の介護職、④特定技能 1 号の介護職である。ここでは、この 4 つの制度で受けることのできる特権や就労期間、転職の可否について詳述する。この特権には、家族帯同、夜勤の可否、同法人内で移動、或いは転職の可否である。

1) 家族帯同

家族帯同を認めているのは在留資格「介護」、EPA、いずれも介護国家試験に合格し在留資格「介護」を取得した者に限るとされている。技能実習と特定技能 1 号の介護職は原則不可

となっているが、この両制度で介護士として就労し、介護国家試験に合格し在留資格「介護」が交付された場合、家族帯同は認められる。

2) 夜勤の可否

夜勤の可否については EPA、技能実習「介護」、特定技能 1 号の介護職、在留資格「介護」のすべてが認められている。技能実習制度の介護職の条件とは、夜勤業務の許可を得るには夜勤業務を担う予定の技能実習生の他に、介護職員を同時に配置する必要があるとされる。

3) 同一法人の異動

同一法人での異動については、EPA の場合では介護の資格を取得した際に限定されている。また、技能実習制度の介護職の場合、技能実習計画に必要と認める場合のみ可能となっている。しかし、在留資格「介護」と特定技能 1 号の介護職はすべて可能である。

4) 転職の可否

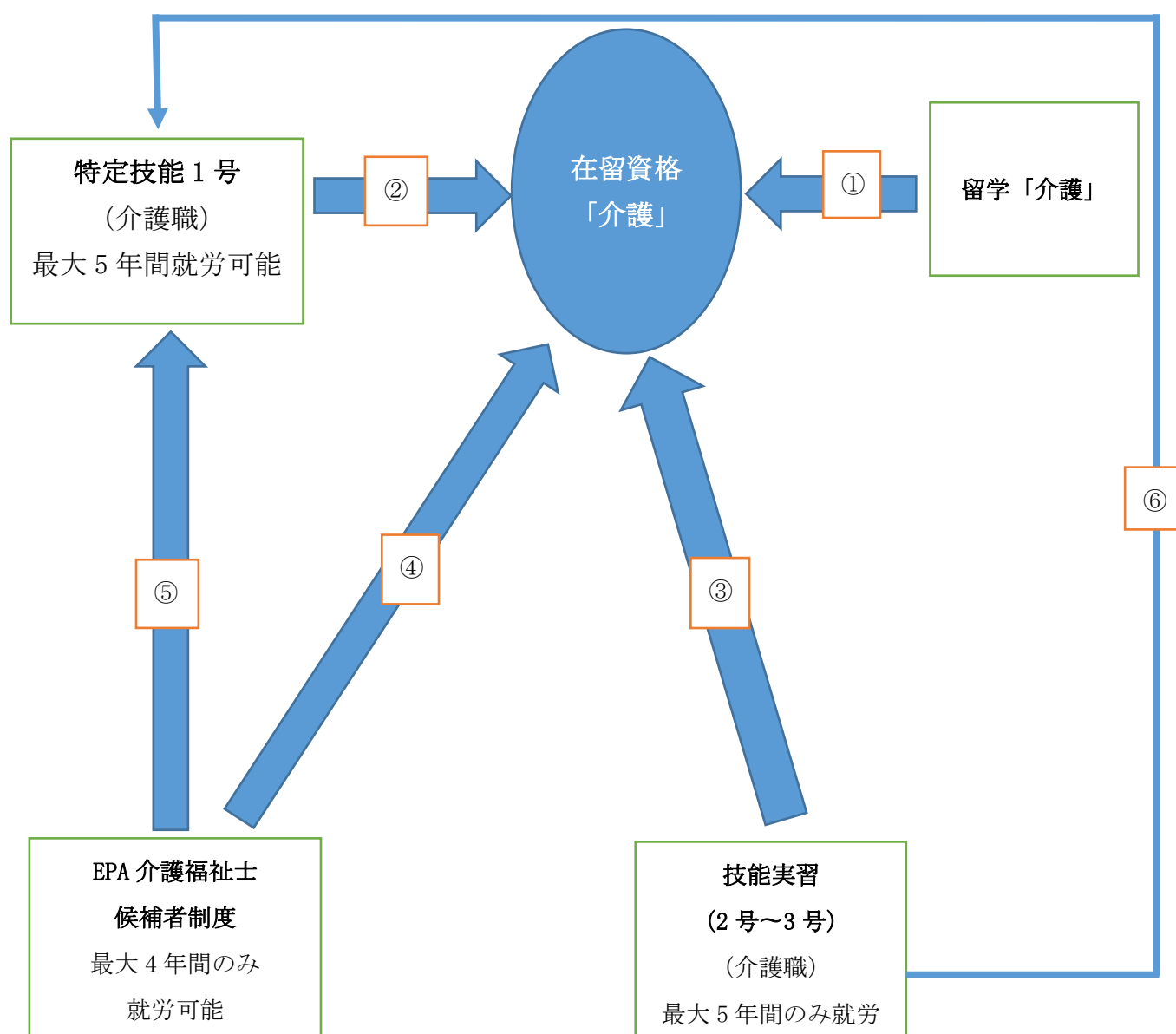
転職に関しては、EPA の場合、介護資格取得前は不可であるが取得後は可能である。「介護」在留資格取得者及び特定技能 1 号の介護職は転職が許されている。だが、唯一認められていないのは技能実習制度の介護職である。

5-6-5. 就労期間

就労期間についても、制度と在留資格によって差異が生じている。ここでは 4 つの制度、①在留資格「介護」、②特定技能 1 号(介護職)、③EPA 看護師介護福祉士候補者、④技能実習制度 1 号から 3 号(介護職)の仕組みにおける相互の繋がりと重要性について記す。この 4 つの制度すべてが介護の国家資格と在留資格「介護」の取得に結びついており、介護の資格を取得した者は、在留資格「介護」が付与される。そこから、永住的介護職として就労することができる。ここには、介護における人手不足の解消を目的とする政府の意図が十分に反映されていることを汲み取れることができる。EPA 介護福祉士候補者制度の場合、介護資格を取得するまでに 3 年以上介護士としての研修を受け、介護士養成施設で就労することが求められている。その後、介護国家試験の受験資格が与えられ、合格した者だけに介護の在留資格が付与され、永続的に介護士として就労できるようになる。一方、4 年間 EPA 介護士として就労した者は、介護の国家試験を取得しなくても特定技能 1 号に移行できる。一方、在留資格「留学」で来日した者が、在留資格「介護」を希望する場合は、介護福祉士養成施設で 2 年以上研修が求められ、その後国家資格の受験が許される。国家試験合格者には「介護」の在留資格が交付され、永続的に介護士として就労することが可能となる。技能実習制度の下で介護に就労する者は、最長 5 年間介護士として就労が許されるが、その就労期間中に国家試

験に合格すると、在留資格「介護」が交付され永続的に就労可能となる。また、3年目、5年目を迎えた介護職に就く技能実習生(技能実習2号、または技能実習3年)は、特定技能1号に国家資格を取得しなくても移行できる。故に技能実習制度の下で介護に就く者は、技能実習から特定技能1号に至るまで、合計8年から10年日本での就労が可能となる。特定技能1号の介護職は就労期間が最長で5年と定められているが、この場合も国家資格を取得すれば在留資格「介護」が交付され、永続的に就労可能となる。これらの関係を下図(表5-6.)に示す。

表 5-6. 在留資格「介護」と4つの介護職との関連性(筆者作成)



① から⑥の詳細

- ①：外国人留学生として入国し、介護福祉士養成施設で2年以上就学し介護職の国家資格を合格後、「介護」在留資格が付与される
- ②：介護職の国家試験合格後、在留資格「介護」が付与され、移行可
- ③：技能実習期間中に介護職の国家試験に合格後、在留資格「介護」の付与、移行可
- ④：EPA 介護福祉士候補者制度の下、3年以上就労研修を受講し、介護職の国家試験に合格後、在留資格「介護」が付与され、移行可
- ⑤：4年間 EPA 介護福祉士候補者として就労した後、特定技能1号に移行可（試験免除）
- ⑥：3年または5年を修了した技能実習生の場合、特定技能1号に移行可（試験免除）

5-6-7. EPA の課題と改善

EPA における課題の内訳を大きく分割すると次の通りになる。

- 1) EPA における採用枠の問題点
- 2) 学習支援についての問題点
- 3) 国家試験に関する問題点
- 4) 国家試験合格後に生じる問題

次に、この4つの課題から本制度についての現状を見ていくことにする。

1) EPA における採用枠の問題点

EPA の採用要件として日本語の能力がある。しかし、送り出し国によってはそのレベルに差異がある。インドネシアで要求される日本語能力は、N5 から N4 である。フィリピンの場合は N4 程度が求められる。ベトナムでは若干高めの日本語の能力が求められ、N3 以上の能力を必要とされる。ここで、布尾勝一郎(2016)は、本制度が候補者に求める日本語能力について、基準に曖昧さがあり、そこに問題があると指摘している。更に、その曖昧さについて、介護や看護の現場で必要となる日本語の専門的用語を駆使する能力や、その理解力を図る基準が日本語能力試験にはないため、どのようにその現場に必要な日本語能力を身につけていけばいいのか具体性に欠けると指摘している。現在実施されている日本語検定試験は、主に日常生活に重きを置いた日本語能力の検定であり、且つマークシートの選択による筆記試験であるため、日本語の「書く」、「話す」ことに対する能力は測定することはできない。つまり日本語能力の検定試験の結果からは、看護や介護に必要な日本語能力を身につけているかを判断することは非常に難しい。またこのような日本語能力の検定試験は、研修や研修後に受験する国家試験に必要な日本語能力の有無の評価とは全く関係のないものである。しかし、

日本語能力 N3 より高いレベルの N2 や N1 を募集要件としても、問題は解決しないであろう。その原因は、日本語能力 N2、N1 も N3 同様、日常的に使われる日本語のレベルを計るものであるからである。この日本語能力の検定試験を募集要件としたことでの弊害は、研修を開始した後に起きて来ることを、掛谷と他(2021)は、2012 年に発表した、EPA 外国人看護師受け入れ施設の日本語研修後の現状と課題についての調査結果を基に、次のように提言していた。看護師候補者は各養成施設で就労するが、彼らの多くは日常会話において問題はなかったが、看護業務に必要な日本語の習得に苦戦していると記されていた。介護福祉士候補者も同様に、食事や排泄、入浴については不自由なくコミュニケーションが取れていたが、専門用語を用いての記録、利用者の病状の変化や家族の対応を記録する等の介護記録が書けない等の問題も挙げられていた。これが、布尾(2016)が懸念していたことである。つまり日常生活程度の日本語能力を計る能力試験を本制度の募集要件として、候補者の日本語能力を把握しようとしていることが元々間違いであり、且つ候補者の国家試験の合格率低くしている原因でもある。確かに日本語能力試験の結果と介護における国家試験の合格率、更に介護実務に必要な日本語でのコミュニケーションの達成度とは大きく関係していることが聞き取り調査で既に明らかになっている。しかし、EPA 候補者の国家試験の合格率を見ても、2022 年(令和 4 年)の介護福祉士候補者の合格率は 36.9%¹¹⁶、一方、看護師候補者の 2022 年(令和 4 年)の国家試験合格率は 11.9%¹¹⁷と非常に低い。この結果は、掛谷と他(2021)、布尾(2016)の懸念を実証するものである。

2) 学習支援の問題

本制度で一番の問題は、候補者の日本語の能力だと断言することができる。これについては本論文の様々な個所で述べてきた。特に「EPA 採用枠組みの問題点」で詳述してきた。しかし本制度の問題は候補者の日本語能力だけに留まらず、看護師候補者の教育環境の適応や看護実践の支援の有無も問題として取り上げられている。EPA 候補者は日常的な会話においては、日本語能力に不自由を覚えることはないが、就労時に使う専門的な日本語は、彼らの能力では困難であることが聞き取り調査でも明らかになっている。介護現場で介護の現状を記録し、専門用語を駆使しながら患者や同僚と意思疎通を図ることができない、このことこそが看護師、介護福祉士候補者たちに欠けているところであると言われている。介護士の受け入れについての塚田(2021)の著書によると、この研究は 2019 年神戸市の EPA を含む介護士 530 人を対象に行われた実地調査であるが、外国人介護士の受け入れを検討している施設が、最も不安に思っている事柄を単語で表すと、「日本語」、「言葉」、「言語」、「語学」であり、また外国人介護士の受け入れに関心を示す企業の約 70%は、外国人介護士の日本語能力向上のための支援を希望していると、調査の結果を報告している¹¹⁸。

3) 看護師候補者の教育環境の適応に関する支援の有無

看護師の支援として、日本語以外にも宗教や食事に対する支援、並びに職場の環境に順応するための支援も挙げられている。宗教や食事に関わる問題で懸念されていることは、候補者と受け入れ企業双方に、宗教や食事を考慮した異文化理解の欠如が生じているということであった。宗教については、日々多忙を極める中で、候補者は母国と同じ頻度で祈祷する時間が取れない、同僚の日本人看護師から祈りの必要性は理解されても、業務多忙の中、祈りへの配慮は負担が大きすぎるとされた。公的サポートが行き届かず、受け入れ施設のスタッフが独自で候補者の教育や指導を行っている現状、これらの現状は受け入れ企業にとっては大きな負担であると報告されている。この現状を鑑みて、政府は公的機関、外部機関、受け入れ機関がそれぞれ負うべき役割に応じた教育について、教材の開発を行うよう施策を立てる必要があると議論が交わされている。看護の現場で起きている問題は、看護業務の制限、つまり本国と日本で担う看護業務の違いもあげられていた。EPA 看護師候補者は本国で認定する看護師資格及び看護師として一定期間の実務経験を有することが要件として挙げられている。しかし、候補者が本制度の下に来日し、研修を開始しても日本での看護資格がないために、看護師として勤務することはできず、看護助手としての働きしかできない。本国では看護師として勤務しても日本では看護助手としての仕事しかできず、担う業務が制限されてしまうだけではなく、看護助手として扱われる現状がある。この現状に候補者は自信を喪失し、精神的揺らぎの中で苦痛を味わっていると報告されている。本国と日本の看護業務の差異について、候補者は戸惑いを覚えているとも報告されている。このことも EPA の受け入れに伴う現状と問題であることも指摘されている。この差異について次に説明する。インドネシアでは、入院患者の排泄や食事の世話はすべて患者の家族が行う。このような文化の下で看護師としての経験を積んだ候補者は、当然患者の排泄や食事の世話、つまり介助については未経験であり、また経験する必要もなかった。この他にも、看護の一環として日本で行われる日常生活援助研修は、インドネシアにおいては看護師が担う業務には含まれていない。このように看護の分野における日本とインドネシアの文化の違いに、候補者は悩まされ続けているのが現状である。

4) 国家試験に関する問題

国家試験に関する問題としては、主に EPA 介護福祉士候補者に関連する問題であり、介護福祉士候補者が国家試験に合格し、介護職員として働き始めても、そこに定着せずいずれは母国に帰国する、そのような傾向が強いことが挙げられている。主な理由は、職場の人間関係に悩み、職場に馴染めない、介護の専門職としての地位や、やりがいについて考える時に生じる葛藤であり、限界である。例えば、本国で看護師資格を取得し日本で介護の国家資格を取得しても、日本では看護師として職に就くことはできない、これが、候補者が考える

葛藤であり、限界である。また本制度の下で、日本で介護の技術を習得することはそれほど困難なことではないが、介護業務にそれほどの達成感や満足を得られることはないようである。これは介護に対する文化の違いに起因すると考えてよいであろう。インドネシアでは介護全般の仕事は、家族が担うべき仕事として認識されている。そのためインドネシアの候補者は帰国後も、家族や友人に自分が日本で介護の職に就いていたことを、隠す傾向にあることも調査で明らかになっている。一方ベトナムでは、介護は専門性を有する職業としては認められていない。また介護職が職業としても存在しない。そのため日本で介護の国家試験を取得してベトナムに帰っても、ベトナムの病院では看護師として働くことはできない。日本で介護職の国家試験に合格しても、介護職の経験をいくら積もうと本国では役に立たない、無意味であること、帰国後の職業に結びつかない、これが本制度修了者を悩ませる大きな問題である。

その他にも家族帯同の問題がある。EPA 候補者は在留資格を取得後に家族帯同が許されるが、家族帯同に必要な在留資格、「家族帯同」の申請のための手続きが困難であり、且つ取得も非常に難しいと指摘されている。また、家族が来日できたとしても、配偶者には就労の制限があり、配偶者が日本で就労することは簡単なことではない。これらのことが、EPA 候補者が家族帯同を諦める要因であると言われている。家族帯同に関するその他の問題として、配偶者に対する就労支援や、子供に対する就学支援が不十分であることも挙げられている。

5-6-8. EPA の改善方法

EPA 候補者に求められる日本語能力試験 N4、N3 のレベルについての問題を、次の3つに分けて検討する必要がある。

- 1) EPA 候補者に問われている日本語能力の試験は、特に専門的、学術的な分野に必要な日本語能力を問うための試験ではなく、日常生活レベルの日本語能力を問う試験である。この試験が EPA 候補者に適切な試験であるのか、検討が必要であろう。
- 2) 日本語能力試験はマークシート形式であり、日本語の話す、書く、能力はこの試験では測ることができない。この試験では候補者の日本語能力を的確に、また総合的に測ることはできない。
- 3) この日本語能力試験は日常的な生活に対応できるか、そのレベルにあるかを問う試験であって、看護師として、介護福祉士として就労に必要な日本語レベルを問う試験ではない。また研修に参加し、国家試験を受験するために必要なレベルが、この試験で判断できるものでもない。

この三つの問題点からも分かるように、候補者の日本語能力の未熟さによって、候補者が看護師や介護福祉士の業務に携わった時に、日本人職員だけではなく、患者共円滑にコミュニケーションを取ることができない、言語の壁にぶつかるのである。この日本語能力試験で試

される能力は、日常生活に用いられる日本語レベルであって、専門的能力ではない。そのため候補者は、仕事に必要な専門的日本語の学習の仕方が分からず、戸惑っていることも指摘されている。これについては、英語圏で実施されている英語能力試験が大いに参考になるであろう。例えば、IELTS や TOEFL ibt 等である。これらの試験は英語における四つの能力、①聞く、②書く、③話す、④読む、を総合的に測ることを目的としており、試験内容は、専門的且つ学術的内容(文系、理系)がほとんどである。IELTS の試験は、聞く、書く、読む、はコンピューターか紙媒体かのどちらかを選択することができる。話す(スピーキング)は、British Council (ブリティッシュ・カウンシル：英国の公的な国際機関)が認定した試験官の下で行われる。TOEFL ibt は、聞く、書く、読む、話す、全てをコンピューターで行う。両者を受験する者の多くは、大学、大学院への留学や海外移住、外資系企業、英語圏での就職を予定している者である。IELTS の試験には2種類ある。一つは General (一般)、他の一つは Academic (学術)である。General (一般)を受験する者は、主に英語圏での職業研修やワーキングホリデー、移住を考えている者であり、Academic (学術)を受験する者は、英語圏の大学や大学院への留学を考えている者が対象となっている。両者の試験内容の違いは、書く、であり、General の場合は、日常生活に関する事項が試される。例えば、手紙や小論文を作成する等。Academic は課題として示されたグラフや表、図表をまとめ、要約し更に分析することが求められる。設問に対して小論文を作成することも求められる。TOEFL ibt の試験は IELTS とほぼ同じであるが、唯一の違いは、書く (Writing) テストである。書く (Writing) では、Integrated writing task と independent writing task があり、前者は与えられた学術的記事を読み、その記事に関する講義を聞き、それら二つの情報より与えられた設問に論述形式で回答することが求められている。後者は与えられた設問に対して小論文形式で論理的に意見を記述することが求められる。これらの英語検定試験は、受験者が英語という言語を幅広く使い、操ることができるかということを総合的に判断することを目的としている。

これを EPA に置き換えて考えてみる。1)に関する問題は容易に解決することができると言えるだろう。EPA の応募要件の一つである、候補者の日本語能力を従来の日本語検定試験で測るのではなく、IELTS General や Academic、TOEFL ibt のような試験制度を用いるということであり、日本での研修や就業、留学を考えている人のための試験を創設することである。これらの試験は、学術的で、且つ専門的内容を問う試験であり、聞く、書く、読む、話す、この4項目を測ることのできる試験制度を導入することである。その試験結果をもって EPA の制度の下、研修を受ける資格があるのかを判断する。この試験によって、候補者も研修で求められる日本語の能力を把握することができるであろう。この試験では、4つの能力、①聞く、②書く、③読む、④話す、を同時に測ることができ、また4つの能力に対して十分なレベルを有した研修生が集まることになり、研修開始前に実施される日本語研修は不要とな

り、コストを削減しながら介護や看護に関する専門的事項を中心とした研修にのみ研修費を使い、受け入れ企業の負担も軽減することができる。

5-6-9. 学習支援の問題

EPA 候補者が研修期間中、専門的な職務に携わることに困難を感じていることについて、施策としてあげられていたのは、日本語研修機関や EPA の受け入れを支援している JICWELS が、日本語研修や看護(介護)の専門知識、技術の取得のための研修を看護学校、大学等の教育機関に協力を依頼し、一部を委託することであった。これらの協力が十分に得られるように教育機関との連携を強化することも提案としてあげられていた。その他にも、EPA 候補者の受け入れのための研修から様々な問題解決のために、受け入れ企業間で情報の共有を図れるようにネットワークの構築も必要になるだろうとも記されている。一方看護師候補者の教育環境や看護実施に対する支援の施策としてあげられていたのは、文化の違いによって生じる看護業務の相違について、相互に理解し合えるような公的機関からのサポートであった。看護師候補者が、看護の教育の場において感じる文化の違いによるカルチャーショックや、それに起因するストレスについて、受け入れ企業がそれらの事情を把握し理解することが施策の一つとして挙げられている。これはストレスに関することであり、本論文のテーマの一つであるメンタルヘルスに関わることでもある。これについて、指導者は、看護師候補者がストレスによる様々な問題に遭遇し、心を悩ませていることに心を向け、寄り添い、そのような状況下に置かれていることを理解した上で関わりを持つことが必要であるとも言われている。一方、日本政府は、看護師候補者の指導を担う指導者の教育の必要性も強調している。

候補者への学習支援については、候補者が異なる文化や生活習慣の中での生活や就労を円滑に行っていけるように、来日前に本国との文化の違いや生活習慣の違いについて学ぶことができる機会を準備することである。来日後における候補者への学習支援は、来日前に既に学習した日本と、本国との文化や生活習慣の違いをより理解を深めるために、日本人との交流を通して直接に日本の文化や生活習慣に触れる機会を創設することも提案されている。看護師候補者が、本国で看護師の資格を取得していても、日本では看護助手としてしか就労することができないことによる、また本国と日本の業務内容の違いによるストレスを解消するためにも、受け入れ企業は来日前に日本の看護の業務について、看護師と介護助手のシステムについても事前に知らしておくような対応が必要であると、強調されている。更に、受け入れ企業の指導者やスタッフは、候補者のメンタルヘルスに関わる支援体制を強化することも強く求められている。看護業務や、看護助手の業務については、掛谷と他(2021)は受け入れ企業が候補者に伝えるべきだと指摘している。しかし、これについては受け入れ企業だけではなく、JICWELS と一体になって行うべきだと、その方が候補者の理解も得られるだろうと指摘している。

5-6-10. 国家試験合格率の課題と改善

掛谷と他(2021)は、日本語教育研修の見直しの徹底化をあげていた。EPA 候補者の多くは、養成施設で日本語と試験問題を交互に学習することはせず、過去の出題された問題を解くために言語と専門知識を学習していることが明らかになっている。これは国家試験に合格するためだと言われている。このような学習の在り方に、掛谷と他(2021)は医療現場で求められる日本語の習得には6ヶ月から12か月の日本語研修だけでは不十分であり、来日前にも日本語研修は必要であると、見解を述べている。その他にも、国家試験に合格するために必要な日本語能力の向上のためのカリキュラムも必要である。また国家試験は日本語だけではなく外国語でも受験できるような、候補者に配慮した試験システムを構築すること、更には、日本語の研修期間の延長等を検討することによって、候補者の合格率を高めていくことができるであろうと、その必要性を説いていた。

5-6-11. 国家試験合格後の改善策

国家試験合格後に、看護師や介護福祉士候補者が日本に定着して看護師として、或いは介護福祉士として就労することに焦点を当てることは、重要なことである。そのためには、候補者の家族帯同の支援、キャリアアップの支援を、労務管理士や受け入れ企業の指導者、更には行政、看護学校や教育機関が一体となって実施していかなければならない。またその支援の機会を増やしていかなければならない。家族帯同に関する支援としては、公的サポートの提供、つまり介護福祉士や、看護師候補者の配偶者のための就労支援や子供の就学支援の充実等も大切な支援の一つである。これはベトナム人候補者の例ではあるが、ベトナムでは介護士は専門性を必要とする職業としては認められていない。またそのような働き場所もない。そのため、日本で介護の資格を取得して帰国しても、介護士として就労することは難しいとされている。当然看護師としての就労も困難とされている。つまり、EPA 介護士としての資格が、ベトナム本国では認められていないのである。これによる候補者への影響について、その解決策は、日本の国家資格取得後に帰国する候補者が、本国での就職活動において受け入れ企業や送り出し機関が補償し、フォローアップ支援を行うことであると言われている。また、キャリアアップの支援として挙げられていたのは、受け入れ企業は、資格取得後の候補者が就労を希望するよう就労環境を整え、学習の支援や技術の向上のための場を提供し、つまり、日本語研修や介護職や看護師のスキルアップの研修会や勉強会、また日本人との交流の場を設けることである。一方では、メンタルヘルスのための相談体制を職場に構築することも、介護福祉士や看護師が継続的に就労できる重要な要件の一つである。

第2章 メンタルヘルスのメカニズムと基本事項(メンタルヘルスと

鬱病の認識から鬱病の発症の過程、文化的処方まで)

1 節 メンタルヘルスの認識の比較分析

第1章では、外国人労働者に関する基本的事項について、特に行政が施行してきた外国人労働者の受け入れについての対策と、外国人労働者の現状について詳述したが、第2章では主にメンタルヘルスの仕組とメンタルヘルスに関連する事項について詳述する。そのため心理学や臨床心理学、更には保険心理学の分野に足を踏み入れることになる。またここでは単にメンタルヘルスの仕組みだけを語るのではなく、メンタルヘルスを外国人労働者と関連付けて論述する。まず1節はメンタルヘルスの認識を比較分析することより始める。

Mental Health(メンタルヘルス)もしくはMental well-being(メンタルにおける幸福もしくは幸福度)、これらの言葉は日本でも様々な場所で耳にするようになった。第1章の4節：外国人労働者の行政側からの支援事業の概要と分析、この箇所でも扱った一次資料「行政運営方針令和3年、4年」¹¹⁹にもメンタルヘルスの重要性と対策が強調されていた。このように日本においてもメンタルヘルスについては関心が高まり、その重要性についても深く認識されるようになっている。特に労働環境においては、その重要性は年を追う毎に高まってきており、また注目されるようになっている。しかし、メンタルヘルスの重要性が叫ばれている割には、その意味について正しく理解されていないのではないかと。メンタルヘルス、多くの人はこの言葉を「メンタル」と「ヘルス」に分割して理解しようとする。「メンタル」については精神的なこと、或いは心理的な意味として理解し、次に「ヘルス」は健康であり保健や健やか等の言葉を思い浮かべるのではないだろうか。そして再度この二つの言葉、メンタル(精神、心理的)とヘルス(健康、保健)を結合して精神の健康、心理の健康と理解する傾向にある。Mental well-being(メンタルにおける幸福度)についても同じように分割され、また結合されて解釈されるようであるが、Mental healthとmental well-beingの違いは、これはあくまで筆者の見解ではあるが、well-beingは精神的健康の度合いが良好であるか、その健康の質が問われているような印象を受ける。ここで筆者は、メンタルヘルスとmental well-beingを上記の意味合い、つまり精神的且つ心理的健康、もしくはその健康の質と、単純に解釈することには無理があるのではないかと疑問を抱く。この疑問に解決の糸口を与えてくれるのが、オーストリア兼イギリスの社会心理学者 Marie Jahoda(1958)の説である。彼女はメンタルヘルスについて、“vague, elusive and ambiguous”(理解し難い、漠然としている)¹²⁰と述べている。この他にもメンタルヘルスは後述するが、社会的な要素や自然科学的な要素、文化的な要素等多岐にわたる要素が含まれており、これら一つ一つの要素が絡み合い、結びついてメンタルヘルスの様体を形作っているために、単純に定義づけて認識することは難しい。本節ではメンタルヘルスの定義を検討する前に、日本と海外におけるメンタルヘルスについて吟味し、比較検証することから始める。初めにメンタルヘルスを考察していく材

料として海外における資料は、①WHO が 2022 年に発表した資料と調査レポート、②Pan American Health Organization が発表した資料、③CDC のホームページに掲載された資料 2 点、④NHS と mind.org.uk のホームページに掲載された資料を用いる。一方、日本における資料は厚生労働省がホームページに掲載した資料を用いる。海外における資料、日本における資料を比較し、日本とアメリカ、中南米、イギリスの国々のメンタルヘルスの認識の相違を洗い出す。次にこれらの比較から得た相違点から、メンタルヘルスの認識に関わるキーワードも洗い出していくものとする。

冒頭でも触れたように、一般的にメンタルヘルス、もしくは mental well-being の意味は表面的な意味で理解されており、メンタルヘルスの本来の意味を確立することや深くその意味を理解するには困難が伴うことが予想される。そこでここでは、メンタルヘルスの意味や認識を追求する最初的手段は、海外や日本の資料(これらは健康に特化した資料であり、複数の専門機関により解説された資料である)を通して理解を深めていくものとする。一方、メンタルヘルス、この言葉は文化的、社会的な側面からも論じ、吟味していくことが可能であるため、この言葉の解釈には国籍や民族毎に差異が生じることも予め理解しておくことも必要である。メンタルヘルスの捉え方、理解の違いについて調査を進めていくために、日本と海外の専門機関が提唱しているメンタルヘルスの解釈や認識についても比較していく。この比較のために使用する資料は以下に示す。

厚生労働省発行の資料(メンタルヘルスについてのポータルサイトから)

- 1) 知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス¹²¹
- 2) こころの耳
- 3) こころもメンテしよう～若者を支えるメンタルヘルスサイト～

海外の資料は、その専門機関である、WHO、CDC、Pan American Health Organization、NHS、mind.org.uk が発表している資料である。

1-1. 日本におけるメンタルヘルスの認識と理解

初めに日本の資料、厚生労働省が発行している資料(ポータルサイト)、「知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス」¹²²に記される「メンタルヘルスの扉」では、メンタルヘルスを代表とする心の病とその要因について強調していた。特に「普及啓発」の項においては、「世界メンタルヘルスデー」¹²³と題し、メンタルヘルスに関連する記事が次のように示されていた。メンタルヘルスの認識が、メンタルヘルスの不調によって生じる心の病に関連し、結び付いていること。次にメンタルヘルスの言葉の解説においては、メンタルヘルスは体の健康ではなく、心の健康の状態であると認識されていた。心の健康の度合い、心の健康状態の度合いについても言及しており、心が健康であるならば、人は①体が軽い、②力が湧いて来る、③穏やかな気持ち、等の感覚を覚えるとしている。一方、心が不健康な場合、健

康な場合とは異なり、①気持ちの落ち込み、②気持ちの静まり等が代表的な感覚として挙げられている。そして、心が不調となる主な要因としてはストレスが最も大きな要因であると記されている。このストレスは人間社会で生活、もしくは生きていく限りにおいては誰もが受けるものであり、避けることができない自然な現象であると理解されている。そして、そのストレスにより気持ちの落ち込みが続いていく時に、心の健康度は下がり心の不調へと発展する危険性が高まる、と厚生労働省のポータルサイトは強調している。このような心の不調で懸念される点は、周囲の人はこのような心の不調には気づきにくく、また自らも心の不調を患っていることを伝えづらいということである。そのため心の不調から回復するには時間を要してしまうようである。この心の不調が心の病であること、心の不調と心の病気には関連性があること等を理解するようにと、ポータルサイトには記されていた。ストレスの蓄積が心の病の主な発症原因であり、誰もが罹る可能性があることも示唆しており、心の病についてイメージできるように統計的手法を用いて示されていた。例えば、人が心の病にかかる割合は生涯を通して5人に1人¹²⁴はいると統計的に示されており、これは心の病が如何に現代病であるかを示す統計的数値である。そして心の病を抱える人は年々増加傾向にある。万一、心に不調を感じた時には一人で抱え込まず、信頼できる人(家族や友人)に相談するか、相談窓口を利用する等、相談することの重要性が対処法として挙げられている。その他にも対処法を超える対策として、一人ひとりのメンタルヘルスを大切に、誰もが安心して生活できる環境や地域づくりの重要性も強調されていた。具体的には、自治体による取り組みを通して差別や偏見のない地域づくり、様々な背景を持つ人々が共存共生できる社会づくり、地域づくり、街づくりを行うことである。また支援する側、支援される側のお互いの壁を超えて助け合える互助的社会を構築することも記されている。そしてこのような社会をポータルサイトでは、包括的(Inclusive)な社会の構築と呼称していた。この包括社会的社会の構築の他にも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」¹²⁵の構築の必要性も強調して記されていた。この「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の概要についてであるが、これは精神障害の有無や精神的障害の重軽度に関係なく、誰もが安心して安全に自分らしく生活することができるように、医療や障害福祉、介護、住居、社会参加、地域における助け合い、普及啓発、教育等を充実させることであり、これら一つ一つを充実させる働きは地域の共存共生のためには必要不可欠のものである。

心の不調の最も大きな要因はストレスであることは既述したが、このストレスについて、「知ることからはじめよう、みんなのメンタルヘルス」のポータルサイトでは次のように記されている。ストレスは刺激に例えられ、外部から生じる刺激を受けた時に発症する緊張状態の事だと認識されている。ここで言う外部からの刺激は4種類に分類され、①天候、騒音を含む環境的な刺激、②病気や睡眠不足等、体に由来する身体的刺激、③不安や悩み等の心に由来する心理的刺激、④人間関係の不調、多忙な職場環境から生じる社会的な刺激に分類

されている。この4つのストレスの中で、日常生活において防御することが困難なストレスが、メンタルヘルスの不調、つまり、③不安や悩み等の心に由来する心理的刺激である。しかし、日常生活において喜ばしい変化であるはずの、進学、就職、結婚、出産であっても、ストレスの原因に成り得るとも記されている。この防御困難なストレス(③不安や悩み等の心に由来する心理的刺激)の対処法として、「知ることからはじめよう、みんなのメンタルヘルス」では、ストレスによって生じるサイン、例として睡眠不調、腹痛、イライラ等をいち早く自覚すること、そのサインが一定期間継続していないか観察することが重要であると示唆している。そしてそのストレスサインを心の健康のバロメーターとして観察し、必要であれば休息を取り、気分転換を図る等セルフケアをしていくことが、メンタルヘルスの不調の要因であるストレスから自分を守り、メンタルヘルスの不調(心の不調)の防止に繋がると強調する。

その他の対処法としては、日々の生活習慣に注意し、規則正しい生活を心がけることや、柔軟に物事を捉えること等も具体的に記されていた。日々の生活の習慣を整えることとしては、バランスの取れた食生活や睡眠、適度な運動が挙げられ、日常生活の中で意識してそれらを取り組んでいくことである。このことについては、「みんなのメンタルヘルス」では「心の健康の基礎固め」として認識されていた。「心の健康の基礎固め」¹²⁶を実行していく方法としては上述した処方他に、リラックスできる空間とゆとりある時間を設け、そこで腹式呼吸や風呂に浸り、軽いストレッチを行い、音楽を鑑賞すること等を取り入れることも推奨していた。推奨されないものとしては、辛さ、苦しさを紛らわすための飲酒は、睡眠の質を悪化させ、心をより不安にってしまう働きがあるため、取り入れないようにと記されていた。ストレスを感じ、物事を固定的に考えたり、否定的に捉えてしまうような場合には、物事を柔軟に捉えることは有効であると記されていた。ストレスを感じる時は、捉え方が否定的になりがちであり、うまくいかないことや、よくないことに心が向きがちであるが、良いこと、うまくいっていることに目を向け、物事の捉え方を変えることもストレスを解放する一案と記していた。

しかし、ストレスの対処法によって対処してもメンタルヘルスの不調が続き、心の病を発症した時には、自己判断することなく周囲の人や専門機関(精神科、心療内科)、保健所、保健センター等に相談し、薬物治療やカウンセリング療法を受診することをも勧めている。薬物療法においては、処方された薬は自己判断によって薬の量を減らしたり止めたりせず、医者の指示に従って服用することの大切さ、薬を飲むことを忘れないような工夫も必要であると、更に心の病は自己判断ではなく医者を通しての治療を一早く受け、時間をかけてじっくりと治す気持ちを持つことが、回復への早道だと記す。

ここからは、厚生労働省のポータルサイト「こころの耳」から「うさぎ商事の休息室〜みんなで知りたいメンタルヘルス」に記されているメンタルヘルスに関連する内容について紐

解いていくことにする。このポータルサイトに記載されている内容は、これまでに既述した内容と重複しており、メンタルヘルス、ストレス、セルフケアについての概要が記されていた。しかし、ここで一つだけ異なる記述としては、職場におけるメンタルヘルスの対策や職場におけるメンタルヘルスの重要性が詳記されていたことである。メンタルヘルスについては「知ることからはじめよう、みんなのメンタルヘルス」のポータルサイトと同じで、心の健康、精神保健という言葉が使われていたが、本ポータルサイトでは、心の健康、精神的保健の言葉に先立ち、その言葉の発するニュアンスの解説がなされ、「メンタルヘルス」とは、「心身共に充実した健康状態を目指す」¹²⁷という意味合いで使われるべきであると論じられていた。一方、メンタルヘルスの不調の原因であるストレスについては、「知ることからはじめよう、みんなのメンタルヘルス」のポータルサイトよりはイメージがし易く、且つ具体的に示されていた。ストレスについては、次の三つの特徴が簡潔に述べられていた。①心や体に生じる歪、②その原因となる刺激そのもの、③その歪を戻そうとする体や心の反応、であると。この三つの特徴が風船に例えて分かり易く説明されており、ストレスのない状態の風船は丸く普通に膨らんでいる。しかし、これを指で押して圧力を加えれば、指で押した箇所にはへこみが生じる。このへこみは人が日常生活をする上で経験する心と体の歪みに相当し、ストレスを受けた状態であると説明する。こうしてストレスが続いた場合の心の状態について、更に具体的に心の状態を三段階に分けて解説している。それは、①警告期、②抵抗期、③疲憊期(ひはいき)の三段階である。①警告期は、ストレスを感じ始めた初期の段階に感じる体調の不調や疲労であり、初期段階を指す。この初期段階では自らがストレスを感じている自覚はないが、症状としては肩こりやイライラ等、なにがしかのサインが体から発せられると記す。②抵抗期の段階では、ストレスに対して反発や抵抗する時期として認識されており、一見ストレスは解消しているように見えるが、実際はストレスに負けないように無理をしてしまっていることが、この段階であると認識されている。この段階でストレスに負けまいと我慢して無理をしてしまうと、心身共に疲れきってしまい、次の段階である疲憊期へと突き進んでいく。③疲憊期は心身ともに疲憊した状態で、自分の力では修復できない状態を指す。この段階に至ると専門家による治療が必要となり、この三つの段階の中では最も深刻な状態であると言われている。ストレスの対処法として「知ることからはじめよう、みんなのメンタルヘルス」のポータルサイトでは、腹式呼吸やゆっくりできる空間、ゆとりある時間を設けることが記されていたが、本ポータルサイトでは上記三段階における対処法として次の三つのRを用いて具体的に且つ簡潔にその対処法が記されていた。①レスト Rest(休憩、休息)、②レクリエーション Recreation(余暇)、③リラックス Relax(くつろぐ、力を抜く)である。この三つのRについては、①レストに該当するものは、休息であり休養であり、且つ睡眠である。②レクリエーションに該当するものは、運動であり旅行であり、趣味や娯楽である。③リラックスに該当するのはストレッチや音楽鑑賞等のリラクゼーション、

くつろぎである。ストレスやストレス全般から生じるメンタルヘルスの不調から脱却するために、いつもこの 3R を念頭に置き、ストレスとうまく対峙することが強調されている。ストレスとうまく対峙することを、本ポータルサイトでは「ストレスコーピング」¹²⁸という専門用語が使われていた。また本ポータルサイトでは、先のポータルサイトと同じように物事の見方、受け止め方を変えて、ネガティブ思考を柔軟で合理的な思考へと変えることは、ストレスとうまく対峙することとなり、メンタルヘルスの不調を防ぐことに繋がると記す。その他の対処法としてもソーシャルサポートの利用、つまり人との繋がりや支え合い、会話やカウンセリングや相談等を挙げていた。先のポータルサイトでは、メンタルヘルスとストレスとの関係性とその対処法に重点を置いて記されていたが、本ポータルサイトでは、職場におけるメンタルヘルスの重要性が強調されていた。職場でのメンタルヘルスの対策の必要な理由から始まり、職場環境をメンタルヘルスの側面から考察し、職場環境をより働きやすい環境へと変えていく手法についても記されており、より現実的で共感できる内容であった。職場におけるメンタルヘルスの対策が必要な理由は以下の二つに集約できると示す。まず一つは、平成 25 年の統計データを基に述べられているが、就労者の 6 割が強い不安やストレスを感じており、それにより 1 ヶ月以上の休職者や退職者がいる事業所は 10 パーセントにも達している¹²⁹。このような職場の現状からメンタルヘルスの重要性は高まって来ると考えられている。二つ目は、心の健康は体の健康と密接な関係があり、職場におけるメンタルヘルスの不調は労働者本人だけではなく、家族や企業側にも、更には社会全般に大きな影響を及ぼすものとされている。これら二つの理由により、職場におけるメンタルヘルスに対しての対策は、事業者の社会的責任であり、労働者の健康を維持する上で重要な課題であると示唆している。

次に職場におけるメンタルヘルス対策として本ポータルサイトに示されていた 5 つの対策を記す。①メンタルヘルスを不調とする社会的要因に含まれている職場での人間関係に関する対処法として、「傾聴」¹³⁰が示されている。「傾聴」は、メンタルヘルスを左右する社会的要因の一つである人間関係を良好にする対処法として知られており、相手に誠実に向き合いながら相手の心を受け入れることを軸とするものである。相手の心を受け入れることに成功するためには、まず聞くことから始まるとされる。この聞くという言葉には次の 3 種類の「きく」が存在し、以下に示す。

- 1) 聞く：これは音が自然に耳に入ってくるような状態を表す
- 2) 訊く：自分の関心ごとに注意を払いながら相手に聞く
- 3) 聴く：相手の関心ごとに注意を払いながら聞く

つまり、この三つの「きく」を通して人の話を聞くのではなく、自分の価値観を通してでもなく、相手の価値観を通して、相手の立場に立って話を聞くことが職場での人間関係を良好にする。また、それに続く、相手の心は言葉だけではなく、表情や仕草、動作にも現れるた

め、それらにも注視しながら聞くことも、職場や労働者におけるメンタルヘルスを良好に保つ処方の一つである。

次に残りの4つのメンタルヘルスに関する対処法としての4つのケアについて記す。この4つのケアは主に自分に対するケア(セルフケア)と職場に由来するケア、職場以外のケアと分割して捉えることが可能である。メンタルヘルスの4つのケアは次の通りである。

- 1)セルフケア：これは、自分自身で行うことのできるケアであり、単に労働者が自分の心身におけるストレスや異変に気付き、自ら予防し対処することである。これは上述したストレス対処法の3つのRに匹敵する。また、セルフケアとはいえども、労働者が適度にセルフケアできるように事業者側も支援をすることが推奨されている。セルフケアは自分の異変に気付き、自分で全て対処しなければならないということではなく、必要に応じて「事業場内産業保健スタッフ等によるケアと、事業場外資源ケア」例えば、企業の産業医、保健師を通じての相談、医療機関や保健所に相談することもセルフケアの一つに当てはまるとされる。つまり、一人で悩み、一人で解決することがセルフケアではないということである。
- 2)ラインによるケア：これは管理者や監督者側が施すケアであり、このケアを施す者は、日頃職場環境を把握し、必要に応じて職場の改善や部下の相談や対応を実施する必要がある。
- 3)事業場内産業保健スタッフ等によるケア：この類のケアとは、企業の産業医、保健師、人事や労働管理に携わるスタッフが施すケアであり、労働者や管理監督者を対象に施すケアやメンタルヘルスの対策等の企画を立案することが含まれる。
- 4)事業場外資源によるケア：会社以外の専門的な機関や専門家からのケアを指す。例として、地域の医療機関や保健所におけるケアを指す。

次は、若者向けのメンタルヘルスについてのポータルサイト「こころもメンテしよう～若者を支えるメンタルヘルスサイト～」から、メンタルヘルスについての認識を見ていく。その内容は今まで見てきたポータルサイトと変わりはない。既述した二つのポータルサイトと同様に、ストレスがメンタルヘルスに与える影響やストレスとうまく付き合うための対処法、ストレスのサイン、心身におけるセルフケアについての記述ではあるが、先の二つのポータルサイトに記述された内容に比し、多少簡略化されているような印象であった。しかし、唯一の相違点として、心と体のセルフケアに対する処方が先の二つのポータルサイトにはない別のセルフケアの処方が記されていた。その一つとして、体に異変やストレスが引き金となって生じる悩み等を言葉に表し、またイラストとして共に紙に書き記すことである。この対処法としての効能は二つあり、一つは現時点で抱えている不安と距離を取ることができるようになり、更にその不安を客観的に見る事が可能になることである。悩みを客観的に見る事ができるようになることで、落ち着いて物事を考えることができるようになることも併せて記されている。二つ目の効能は、病を文章化することで今まで思いもつかなかっ

た選択肢や解決策に自ら気づくことができるようになることも挙げられている。その他の対処法としては、失敗によって自分を責めるのではなく、失敗を認めて、その失敗を笑に変えることである。この失敗を笑いに変える対処法としてのメリットは、柔軟に物事を見ることができるようになり、物事に対しての視野が広がることに繋がっていくと論じられていた。

1-2. 海外におけるメンタルヘルスの認識と理解

次は、海外におけるメンタルヘルスについての認識や理解を、以下の専門機関が発行した資料(一次、二次資料を含む)に基づいて検討していくことにする。

- 1) WHO が発行した一次資料、World mental health report:Transferring mental health for all (WHO)
- 2) CDC (Center for Disease Control) が開設したホームページ資料、Well-Being Concepts と HRQOL Concepts
- 3) Pan-American Health Organization が発行した一次資料、Plan of Action on Mental Health 2015-2020
- 4) NHS と mind.org.uk が開設したホームページ資料

1-2-1. WHO が発行した一次資料

初めに、WHO が発行した一次資料より、メンタルヘルスの認識について次の4つの解釈が認識される。

- 1) メンタルヘルスは本来人に備わっているものであり、有益なものでもある
- 2) メンタルヘルスは常に連続的に存在する
- 3) メンタルヘルスは人生の中で生きている限り経験、体験するものである。
- 4) メンタルヘルスは全人類の課題である

1) メンタルヘルスは本来人に備わっているものであり、有益なものでもある

まず、メンタルヘルスについての第一の説は、全ての人に当てはまるとされており、メンタルヘルスによって人々は物や事柄について考察し、更にそのメンタルヘルスは、考察する際に生じる思考や感じ方、行動等に大きく左右すると認識されている。メンタルヘルスは人々との関係を築く時や人生における決断を行う時等、様々な場所で必要且つ不可欠なものであると考えられている。このメンタルヘルスは、個人の形成や社会的経済的発展のために必要不可欠なものであることから、WHO は、メンタルヘルスを人にとって最小限必要なものであるとし、所謂「人権」として認識している。その他として、メンタルヘルスは生活上のストレスを対処し、各々の才能、能力等、社会に貢献するある種の原動力でもあるとも言われている。メンタルヘルスが良好に保たれている場合、人は次の四つを達成することが可能

とされている。それら四つとは、①他者との繋がり (Connect)、②社会への機能 (Function)、③処理 (Cope)、④成長 (Thrive) である。メンタルヘルスが不安定な場合、メンタルヘルスに不調をきたし、病を発症し、それが人々の思考や感情等の表現を低下させ、行動に異変が生じ、結果として健康状態が悪化し、他者との人間関係や生活にも悪影響を及ぼすものとされる。因みに上述した四つ、①他者との繋がり、②社会への機能、③処理、④成長についての詳細については、次の通り記されていた。①他者との繋がりとは、良好な他者との人間関係の構築、社会への貢献、拠り所の確保と他者との共感である。②社会への機能に関しては、認知能力の応用、教育、生計を立てる、健康的な選択をする、新たなスキルの取得等である。③対処については、ストレスと向きあい、変化への順応や新しいアイディアを考え出すこと及び複雑な選択をし、または、感情を理解して処理することである。④成長は、各々の能力や才能に気付き人生に目的や生きがいを感じさせ、人々だけではなく自分自身においても生活や幸福度 (well-being) について、相手の立場で考えることだと認識されている。しかし、このようなメンタルヘルスの有益な部分の陰には、今後全世界における労働者の 15 パーセント¹³¹がメンタルヘルスの不調に陥り、病を発症すると、WHO は予測している。WHO はこのように労働者が病を発することによって経済に多大な影響を与えることを非常に懸念している。WHO が抱くメンタルヘルスの認識を一つ挙げるとしたら、メンタルヘルスはストレスに対処し、自己の能力に気づかせる。そしてこれらが学びへと繋がり、社会への貢献を促して経済を発展させるものであり、メンタルヘルスはそのように経済の発展と綿密な関係があると、WHO は認識しているのである。

2) メンタルヘルスは常に連続的であり、連続的に存在する

「メンタルヘルスは常に連続的であり、・・・」¹³²、この「連続的、連続性 (continuum)」という言葉は、わずかに異なった一連のものが二つの異なる可能性の間に存在するということであり、WHO はこの説について、メンタルヘルスは二元論的に解釈できないと結論付けている。例えば、我々はメンタル的に健康なのか、そうではないのか、或いはメンタル的に病んでいるのか、そうではないのかというように、二元論的に分割して解釈することは非常に困難であると認識している。WHO はメンタルヘルスの本質を、メンタルヘルスは常に複雑な要素を含み連続的に存在していると認識している。ここで記されている複雑な要素を、WHO は人によって異なる感覚や感じ方による体験や経験、健康状態から衰弱状態の広範囲にわたって生じる辛さや感情的な痛み等を含む経験を指すと説明している。このような見解から、WHO は、メンタルヘルスは精神疾患が有るのか否かによるものではないとしている。この説については、次に示すような具体例が記されていた。それは、メンタルヘルスが不調だからと言って、メンタルヘルスの健康度が低いというわけではないということ。体に異変や疾患があっても、表面的には健康に見える人がいるように、人それぞれに事情があり、感じ方にもそれ

それに差異があるということである。つまり、メンタルヘルスの不調によって生じる疾患の難関な部分は、人はそれぞれに感じ方が異なるということである。例えばストレスや不安の症状の度合いであり、医師から受ける診断等も人によってそれぞれに異なる。よって A だから B、B だから A と断定できない性質、即ち Continuum(連続的)な性質を持っているというのが WHO のメンタルヘルスの認識である。このメンタルヘルスの Continuum(連続的)についての理解を深めるために WHO は、メンタルヘルスの質について、メンタルヘルス関連の疾患に関連する 4 つの状況をもって以下に説明をしていた。

状況 1：メンタルヘル스에不調がある人でも質の高いメンタルヘルスで生活することができる

状況 2：メンタルヘル스에不調がある人は、質の低いメンタルヘルスの状態で生活する傾向にある。

状況 3：メンタルヘル스에不調がない人でも、質の低いメンタルヘルスの状態で生活することも可能性としてあり得る

状況 4：メンタルヘル스에不調がない人は、質の高いメンタルヘルスの下で生活ができる

3) メンタルヘルスは生涯、生きている限り必ず経験するものである

メンタルヘルスは、生涯において誰でも経験するものでもあり、常にストレスの度合いや人生の変化や生活の状況の変化によって変動するものと理解されている。メンタルヘルスについて、WHO は、生涯におけるメンタルヘルスの変遷を、次の四段階に分割して説明している。

第一段階は幼少期である。幼少期は安全で愛に満ちた生活環境とそれに応じた親からのケア、更に幼少期における学びと教育を受けれる機会は、子供の脳の初期発達にとって非常に重要であるとされる。それとは反対に、親から虐待やネグレクト、身内や愛する者の死別は幼少期における脳の発達を妨げるだけではなく、神経系や免疫系等に生涯にわたる影響や支障をきたすものであると言われている。

第二段階は思春期である。思春期はメンタルヘルスの発達において非常に敏感な時期であるとされる。この時期における感情、社会的スキル、メンタルヘルスを良好にするための対処法として、運動、睡眠、問題解決能力や対人能力を身につけるために非常に重要な時期として認識されている。

第三段階は成人期であり、この段階においてメンタルヘルスが危うくなる要因として挙げられていたのが家族形成である。つまり、家庭を築き、家族を養うことである。例えば、産後に起こる鬱がこの段階において発症し、それがメンタルヘルスを悪化される要因となる。また、産後の鬱によって母親と子供の絆の構築が妨害されることも知られている。その他の要因として、職場、失業も挙げられる。特に失業や悪質な労働環境はメンタルヘルスの質を下げ、労働によるストレスや鬱を招くとされる。

第四段階は熟年期である。この段階におけるメンタルヘルスは肉体的、社会的環境の在り方、または今まで積み重ねてきた要因、例えば過去の経験、年齢を重ねることによって生じるストレス等によって形成されるものである。この段階におけるメンタルヘルスを左右する要因によって発症する病は、機能低下、筋骨格系の痛みや痺れ、死別による孤立感等も挙げられている。

これら4段階にはそれぞれメンタルヘルスの変遷があるが、各段階にはメンタルヘルスを左右するリスクと、そのリスクを回避する方法がある。その方法を認識し、その方法によって各段階におけるメンタルヘルスの不調を良好に保つための手助けとサービスの提供が必要であることも強調されていた。

4) メンタルヘルスはこの世全ての人たちの課題

本解釈において、WHOは、メンタルヘルスを人間にとって必要最小限の人権と認識しており、メンタルヘルスの重要性を謳っている。必要最小限の人権について、WHOはメンタルヘルスの不調による精神疾患を患う人たちが受ける差別、コミュニティから見捨てられるような人たちが受ける集団社会からの差別、人権侵害を犯している精神病棟で治療のみを強いられている人たちに対して、このように、ここではメンタルヘルスに起因する病で苦しんでいる人たちを支援できるような社会の構築、長き人生において生活の質が向上できるように、人々のメンタルヘルス全般をよりよくすることを念頭に置いた、所謂、人権を重んじることに重きを置いたメンタルヘルスの重要性を論じていた。

更にメンタルヘルスはこの世の全ての人の課題として強調されていたが、メンタルヘルスに起因する病で苦しんでいる人々をどうサポートしていくか、これが全世界におけるメンタルヘルスの課題であるとも記している。これについてWHOは、メンタルヘルスの質の基準は人によって千差万別であり、様々な要因と要素がそこにはある。そのため彼らをサポートする時に必要なことは、各部門における適切な支援、例えば、健康全般における支援であったり、社会的ケアや教育、子供のためのサービスや施設、職業に関する支援、更には刑事司法に関係するサポート等である。これらのサポートやケアについては、他部門に渡る総合的な支援や協力的アプローチ、つまり連携等も必要であると示唆している。何故なら、メンタルヘルスに起因とする病に悩まされている人々を対象にしたサポートやケアだけでは、その病を総合的に改善することは難しいとされているからである。この他にもメンタルヘルスの改善のためには、金銭的なサポートや職業を探す(職業支援関連部署由来)ことや、住宅の斡旋のサポート(住宅支援部署由来)、教育(教育部署由来)等の支援も必要であるとされている。メンタルヘルスに起因する病を経験した人達や行政の各部門、NGOや宗教団体等と連携した協力は、メンタルヘルスを良好に改善するサポートではあるが、このサポートはメンタルヘルス関連の施設の改善にも一助となることをも記されていた。ここで記されていた連携とは、

主にメンタルヘルスの擁護、法律(これは主にメンタルヘルスに起因する疾患や不調を患っている人たちを対象とした)、プログラムの形成、サービスの提供、研究等が挙げられ、いずれも人々のメンタルヘルスを全般にわたり良好にするために取り組むべき課題であるとしている。

これまではWHOが提唱したメンタルヘルスの四つの段階から、WHOが認識するメンタルヘルスの意味を見てきたが、これからはメンタルヘルスの質の判断基準について、WHOの認識を吟味する。WHOによると、メンタルヘルスの質の判断基準は次の三つの要因(要素)、①個人の心理的要素・生物的要因、②家族とコミュニティ、③構造的要素、によるものであると論じられている。

1-2-1-1. 個人の心理的要素・生物的要素

個人の心理的要素・生物的要素は、感情に対処するための個人の固有の学習能力と習慣に関連している。それはその人が生存中に培った対処法であり、習慣であり、日常の生活の中で常時生じる感情や人との付き合い(人間関係)、社会的責任に対処するものである。個人によるメンタルヘルスの問題は、心理的(精神的)なものと生物的要素が併せ交じりあって生じるとされる。ここで述べられている精神的なもの(心理的要素)とは思考能力であり、対人関係を築く能力(人間関係)が挙げられている。また個人が家族や社会等の構造的要素に含まれる環境から受けるストレスも、メンタルヘルスの質を左右する、或いは判断基準、精神的要素の一つであると認識されている。生物的要素に値するものは遺伝であり、母親の薬物依存症による薬物の乱用によって産後に乳児に生じた脳の酸素不足が挙げられていた。ここで断定できることは、脳の健康がメンタルヘルスの質を決めるということである。何故そう断定できるのか。メンタルヘルスの悪化に伴う危険や、その危険から守る要素は、脳の構造や機能と密接な関係にあると、WHOは指摘しているからである。

1-2-1-2. 家族とコミュニティ

家族とコミュニティは、その人を取り巻く環境であり、それらは家族やパートナー(恋人や伴侶)、友人や会社の同僚と接する機会でもある。その他にも個人が置かれている社会的且つ経済的状況も家族とコミュニティに含まれる。家族が子供のメンタルヘルスにもたらす影響は大きいとされ、特に子供との接しかた(子育て)は、その幼少期から思春期に至るまで様々な影響を及ぼすとされる。親からの虐待、暴力による体罰は子供のメンタルヘルスを悪化させ、それはいずれ問題行動を引き起こす子供へと成長させていくとされる。コミュニティの要素では、地域社会で充実しているサービスや施設等での学校教育、職業へのアクセス等を含み、それらは自ら歩むべき人生を決めていく上で必要であるとされる。コミュニティの

要素に含まれている事項としては、学校教育を受け入れる施設や職に巡り会える機会が少なく、メンタルヘルスの悪化を招くとされている。

1-2-1-3. 構造的要因

構造的要因とは社会、文化、地理、政治、環境に纏わる事柄、例えば、インフラの充実度、不平等、社会の安定性、環境の質(生活を営んでいく上での)等が挙げられている。これらは生活の状態を形作っていくが、メンタルヘルスに関しては、最も必要な要素であるとされている。特に生活を営んでいく上で必要不可欠である衣食住と健康は、メンタルヘルスに取って必要且つ不可欠のものとされている。その他にも社会における安定と安全(治安)もメンタルヘルスに関係しており、必要なものとされる。思想、価値観、特にジェンダーやセクシュアリティ(性の在り方)、そしてルーツもメンタルヘルスにある程度左右するものである。かつての植民地政策によって、現在も引きづっている植民地時代の副産物における影響や環境問題、自然災害もメンタルヘルスに多少影響を及ぼす構造的要因の一部であると考えられている。

上述したこれらの三つの要素は、相互に影響し合うためにメンタルヘルスの質を左右するものと認識されている。例えば、人の価値観についてであるが、人の価値の度合いは社会的サポートや生計を支える家庭生活による度合い、更には安定した経済の度合いによって、メンタルヘルスを高くすることも低くすることも可能である。それらの社会的サポートの度合いは、その国の政治の安定性、社会正義、経済の発展度に関係している。また、生物学的、社会的要素は、メンタルヘルスの質を大きく左右するが、それらの要素は上述したようなものだけに限るものではないと強調している。その他にも、上述した個人の心理的要因等もメンタルヘルスを左右するとされるが、人々はどのような状況においても、例えそれが貧困な状況であっても、人それぞれの選択肢であったり、自分の存在に対しての仲介役(agency)が与えられているとされる。WHO がここで強調していることは、人はどのような状況にあっても、例え生活において悪い要素が揃っていたとしても、自分の置かれている状況だけではなく、メンタルヘルスの質を良くも悪くも変えることができると示唆しているように印象を受けるのである。このことを踏まえて考慮すると、次に WHO が論じることにな得がいくのである。上述したメンタルヘルスの質の判断基準である 3 つの要素を元に、メンタルヘルスの質の度合いを判断することはある程度可能ではあるが、それらは限られたことである。この点について、WHO は、メンタルヘルスに起因する疾病に罹る危険度が高い人であっても、必ずしもその疾病に襲われるわけではなく、また、発症要因がはっきりしない人でもメンタルヘルスに起因する疾病に襲われる場合もあると認識しているからである。しかし、ここで記した三つの要素はメンタルヘルスの質を高めることも、低くすることもできる機能を持っていることが論じられており、諸刃の剣と解釈することが可能である。つまり、この三つの要素が良好

な状態で保たれている場合、メンタルヘルスは良好であり、そうではない場合はメンタルヘルスの質は悪化するということである。

1-2-2. CDC のホームページ資料

次は CDC (Centers for Disease Control and Prevention) が開設したホームページより抜粋した資料から、メンタルヘルスについての認識を見ていく。CDC は WHO とは異なり、メンタルヘルスを Well-being concept と Quality of life concept (生活の質) の観点から検証している。Well-being concept と quality of life concept (生活の質) の中に、メンタルヘルス (心の健康) と身体的な健康全般を位置づけていると捉えることが可能である。初めに、前者の well-being concept の概要について述べる。CDC は、well-being を、人々は生きている様々な社会の中で生きがいや意味を感じながら生活している、即ち前向きに生き、生活に良い結果を見出しているのだと認識している。CDC はこの well-being の言葉の中に、世界中の共通した人の生活における満足度を測る判断基準と、人が感じる気分の度合い、即ち鬱状態から嬉しい気持ちに至る、広範囲な気持ちの状態が含まれているとする。CDC は、well-being の重要性について、次の 7 点を挙げている。

- 1) Well-being は、メンタルヘルス (精神的) と肉体的な健康を混合し、心身一体的な手法で疫病の予防や全体的な健康の質を高めるように努める原動力を持っている。
- 2) well-being は示された罹患率、死亡率、経済的地位は有効な人口を母集団とした尺度であり、自分の視点から人生の認識や人生をどのように歩んでいくのかを教えてくれる要素である。
- 3) well-being は結果 (成果) として捉えることが可能であり、それは人々や社会にとって意味深いものである。
- 4) 心理学、神経科学、測度論の発展により、well-being はある程度正確に測ることができるようになった。
- 5) 横断的研究¹³³や長期的に行われた研究結果によると、well-being は、①自己が認識している健康、または独自で認識している健康の質の度合い、健康状態 (健康をめぐる状態と意識)、②寿命、③健康的な行い、④心身に関する疾病、⑤社会的繋がり、⑥生活における充実度と生産性、⑦物理的環境 (物理的環境とは人の健康を左右する環境とその環境が作り出す状況のことである) と社会的環境に関する要因に関連している。
- 6) well-being によって、多くの人たちが参考にできる測定基準を作り出すことができるようになり、その測定基準を元に、行政 (政策立案者) は政策の効能を比較したり、また、新たな政策を立案することが可能となっている。
- 7) well-being の追跡、記録、または、それを推奨することは、疾病防止や健康の促進、健康の度合いを高めていくための活動に関与している関係者たちにとって有効である。

この7つの項目を通して、CDC は well-being は多岐にわたる分野に与えるメリットと深く関係しているとされ、それらの分野に与えるメリットとは、健康、職業、家族、経済におけるメリットである。この CDC は7つの項目を通して、well-being が高い人は疾病にかかるリスクが低くなり、逆に免疫力は高まりその免疫系統も正しく機能し、回復力も高いことや、寿命も比較的伸びることを示唆している。また、職場や社会的にも貢献する確率が高くなるとしている。ここで well-being concept の中に含まれている単語である well-being の定義について再度、確認をする。well-being、この言葉については本項の初めに既に解説したが、well-being の重要性からすると、今までの説明では漠然としており、この言葉の意味を正確には伝えていないように思う。しかし、CDC は well-being の定義には確定された意味、または単一化された定義等は存在しないと記すが、well-being において同意されている意味として最小限必要な要素は、ポジティブ感情と機嫌(幸福度、幸せ)、ネガティブな感情ではない状態、人生(生活の満足度)、充実感とポジティブ機能(前向きに捉え、前向きに対処していく)ことである。CDC は、well-being を簡潔な言葉で、「人生や生活をポジティブ(前向き)に、かつ気持ち良く生きているかを判断するもの」と描写している。これに加えて、身体における健康度も、well-being の質を総合的に左右するものとして重要な要素の一つであると認識している。well-being のその他の特徴として、well-being は様々な分野を跨いで認識されており、多角的な側面や観点から研究されているため幅広く知られている。実際どのような分野を跨ぐのかというと、概括的に分割すると以下の4つに分けることができる。①経済、②身体(健康)、③社会 ④心理である。メンタルヘルスに関連する事柄は、emotional well-being、psychological well-being に匹敵し、いずれも心理の枠組みに位置づけられている。

Well-being の質の判断基準は存在しないと、CDC は見解を示しているが、一般的に健康、ポジティブな社会関係(人間関係)や生活のために必要な物質的資源のアクセス等が、well-being を見ていく上で必要な要素とされている。その他の要素としてあげられていたのは、①遺伝と性格、②年齢と性別、③年収(給料)と職業、④関係である。

1-2-2-1. 遺伝と性格

遺伝と性格が well-being の在り方を左右するとされるが、その他にも人口による要因も含まれる。遺伝的要因によると、well-being を支えるポジティブ感情は、ある程度ではあるが遺伝によるものとされている。悲しみや幸せを感じる感情には、遺伝によって決められる遺伝的な要素が含まれていると理解されている。しかし、そのような遺伝的要因は、常に環境的要因と関連しており、今置かれている社会的状況や環境等も well-being を見ていく上では重要な要素であると言われている。その他の要素として、人生における出来事も well-being を左右する要因の一つとされる。よって、遺伝的要因だけでは他国における well-being とそ

の違いを見ていくには困難であると強調している。しかし、例えそうであったとしても、CDC は well-being と強く関連する性格的要因は、楽観性、外向性、自尊心等を挙げており、ある程度の関連性を示唆している。遺伝的要因と性格的要因はお互いに関連しており、相互に影響し合っており、個人の well-being を互いに左右すると指摘している。

1-2-2-2. 年齢と性別

年齢と性別、これらの要因は well-being と関連性があるとされる。これはどの観点から well-being を見ていくかによって変わって来ると言われている。CDC によると、一般的に女性と男性における well-being の度合いは同じではあるが、年齢とともに変化すると記されている。例えば、成人期から若い年齢期の方が中年の人よりも well-being の質が高いことが明らかにされている。

1-2-2-3. 給料と職業

給料と職業、これらの要因と well-being の関連性は非常に複雑であるとされる。給料と well-being の関連性についてどのような判断基準が用いられたのか、またどのような観点から検討され、どのような比較がなされたのかによって、給料と well-being との関連性は見出されるとされる。給料と well-being の関連性を人生の満足度という観点で見た場合、関連性は強く出る傾向がある。特に経済的に貧しい地域においてはそれが顕著に表れる。しかし、その逆の場合もあるとされる。経済的に恵まれている地域でも、給料と well-being の関連性を人生の満足とに関連づけた観点で見た場合も、同様に関連性は強く出る傾向があると言われている。従って、職業や給料は生活に必要な資源や満足度を高め、人生の目的に遭遇し、個人による well-being を形成していくのに重要な要素であると強調している。しかし、この逆である失業は、短期且つ長期的に well-being の質を下げるものである。

1-2-2-4. 人間関係

これについて、CDC は単に人との関係ではなく、お互いの支え合いを軸にした人間関係であると記す。それは well-being を予測する要因でもあり、well-being に対してプラスに働く要因でもあるとしている。

1-2-2-5. Quality of Life

CDC がメンタルヘルスを見ていく上で挙げていた生活の質について見ていくことにする。CDC はこの生活の質について、多角的な要素を含む概念であり、その概念には生活の質についての主観的な判断も含まれていると認識している。この概念の煩わしいところは、確かに生活の質はどの学問的分野においても、また、全ての人にとっても重要であるとしているが、

この概念の定義は人それぞれに千差万別であり、只一つの定義をもって言い表すことはできないということである。この概念が示す重要な要素として、健康全般が注視される傾向にあるが、その他の要素としては、職業、住宅事情、学校、近隣環境等も挙げられているということである。この他にも重要な要素として、文化、価値観、宗教等もこの概念に含まれていることを示唆している。CDCは生活の質について説明をしているが、その説明は、健康における生活の質についてであるが、次のように論じている。この健康における生活の質の概念は、生活の質(Quality of Life)に健康(Health)を加えたことにより、人々の心身(メンタルヘルス)を全般にわたり重点的に吟味することができるようになった。更に健康を管理する機関(保健所、病院、施設等)が、健康に関する幅広い法律の立案を医療従事者、社会福祉士、コミュニティの計画に携わる業者や企業団体と一体となって立案していくことが可能になったと強調している。この概念について、CDCは以下に三つの特徴を挙げている。

- 1) 個人的な側面では、健康に関する生活の質の概念として、心身における健康を表現する具体的な例として体力、機嫌、気分を関連あるものとしてここに挙げている。これには、健康のリスクと症状、機能の様子、社会的支援、社会及び経済的状况が含まれる。
- 2) コミュニティの側面では、健康に関する生活の質の概念として、人々の健康の認識と機能に影響を及ぼすコミュニティの資源、サポート、法律、行動(活動)が含まれる。
- 3) 総合的に見てきた科学的根拠(先行研究)、及び医療従事者の助言を元に、CDCは健康に関係する生活の質を、個人またはグループにおける経時的な身体的健康とメンタルヘルスの認識(感じ方)として定義している。従って、健康における生活の質は、科学的に健康が生活の質にどのような影響を及ぼすのかを証明し、幅広い側面からそれらを証明することが可能になったと説明している。

また、CDCは健康に係る生活の質について、重要なものとして次の三つを概念として挙げている。

- 1) その概念は、持病による自己報告とその持病におけるリスクと関連しているということである。
- 2) 健康における生活の質を測定することにより、防止可能な病の負担となる部分を判別し、健康における生活の質と病のリスクの関連性について新しい視点、理解を与える。
- 3) 健康に関する生活の質を測定することにより、国々が管理している健康に対しての目標を達成する過程を吟味し、観察することがより可能になる。

その他の重要なこととして、健康における生活の質を成果として注目することにより、社会、メンタル(精神的、心理的)、医療におけるサービスと、それらを取り囲む分野を繋ぐことがより可能になると論じる。健康における生活の質を分析した結果、データを基準として、どの程度健康か不健康であるかを判断することにより、不健康な人たちを必要な治療へと導くことにも繋がり、また健康の増進により生活の質が向上すると理解されている。治療

の他に、行政による健康に関する政策の立案、計画等の社会が施す治療の効能等の評価にも繋がるために、健康に関する生活の質について吟味することは重要であると論じている。

1-2-3. Pan American Health Organization (PAHO)

ここでは、WHO の傘下に位置する中南米を対象とした保健管理を推進する専門機関、PAHO が発行した調査レポート、“Plan of Action on Mental Health 2015-2020” を元にメンタルヘルスの認識について吟味する。この資料には 2015 年から 2020 年の間に行ったメンタルヘルスに関しての方策が記されており、ここではその資料が記すメンタルヘルスに関する方策を通して、その認識について見ていく。本資料には主に 4 つの方策が挙げられている。それらを以下に記す。

- 1) メンタルヘルス及びメンタルヘルスの推進の分野における計画を法案化し、法律として導入する
 - 2) メンタルヘルスや薬物依存による障害を対象としたケア(治療)やサービスを、コミュニティにおいて包括的かつ質の高いケアが提供できるように向上させる
 - 3) メンタルヘルスとアルコール及び物質関連傷害(薬物依存)のケアのためのシステムとサービスの分野で、予防促進プログラムを準備し実施する。
 - 4) 情報提供や収集におけるシステムや科学的根拠等を調査し、研究をより強化する
- 上記で挙げた四つの方策の概要を以下に示す。

1) メンタルヘルス及びメンタルヘルスの推進の分野における計画を、

法案化し、法律として導入する

一つ目の方策を推進していくためには、PAHO は政府と医療従事者全般におけるリーダーシップと決意が必要であると強調している。そのことによってより包括的なメンタルヘルスの方策を立てることができ、それが次の三つの方策につながると指摘している。①法律に組み込むことができる、②精神的かつ薬物乱用による精神的疾患を抱える人たちの人権と、その家族を守ることができる。③コミュニティで行われるサービスや科学的根拠に基づいた上で、ケアを提供する組織(機関)を発展させることができる。その他として社会の存在がメンタルヘルスに関する計画を立案し、法案化へと導いていくことは重要な要素であると述べている。特にその計画の立案にあたっては、メンタルヘルスのケアやサービスを受けている当事者や当時者の家族、社会福祉における支援やコミュニティの介入と参加を考慮し、更にメンタルヘルスに相応しく、且つ効果的なサービスの提供と推奨等をも考慮して行わなければならない。この一つ目の方策を執り行っていく上で懸念されている点は、メンタルヘルスに関する人材と資金不足、更には不平等が挙げられている。ここに記されている多くの資金は精神病棟に集中して配布されている。これに対し、PAHO は資金が精神病棟だけに配布される

のではなく、小規模なコミュニティを基盤としたサービスケアにも配布する必要性があるとしている。

2) メンタルヘルスや薬物依存による障害を対象としたケア(治療)やサービスを

コミュニティにおいて包括的且つ質の高いケアが提供できるように向上させる

二つ目の方策については、コミュニティにおけるメンタルヘルスサービスの重要性が記されている。PAHOはその理由を次の様に記す。それは、メンタルヘルスのケアやサービスを行う施設、即ち現在においても未だに精神病棟に依存していると記している。しかし、コミュニティを基盤とする小規模な施設でサービスを受けることができれば、またそのサービスが充実化すれば、容易にその人に相応しい持続的なケアが受けられ、必要に応じては、規模の大きなメンタルヘルス関連の施設や精神科に通院しながら、更にケアも受けることが可能であるということである。このコミュニティを基盤とした施設で受けられる治療やケア、サービスの理想としては、まず包括的であり、メンタルヘルスの悪化によって発症し、その病に苦しむ者が社会に復帰できるようなケアを施し、病を引きづっていてもその社会で生きていけるようなケア、サービスでなければならないと強調している。その他、求められる要求として、①症状について、症状を負う患者本人が理解するために質問し、その質問に応じて適切な説明がなされ、更に本人が選択できる治療法の紹介がなされることである。②ケアにおいては、関係する人々と対等な協力ができるような関係を構築すること。③ケアの施しについては、施す側と施される側が互いにサポートし、治療を受ける者を励まし、拠り所を与え、治療をする者は専門性を活かしながら実施していくことである。この他にも、社会復帰に関係するサポートは、患者の生活全般を支えるアプローチもメンタルヘルスのケアと合わせて必要であるとされる。社会復帰プログラムがその例として挙げられる。また、必要に応じて施される社会復帰を目的とした心理社会的治療(グループで行うディスカッション形式のセラピーや動物と触れ合うことによって施されるセラピー等)や薬物治療等も重要であるとされている。このようなコミュニティをベースにして行われるサービスは、社会的弱者を対象にしており、PAHOはこの社会的弱者を次のように解釈している。それは、環境や状況によって生じた弱さであり、決してその人の本来の弱さや適応能力がないという弱さではないと記している。そしてその弱者として、精神的に病んでいるホームレス、HIV/AIDSの患者、暴力の被害に遭った子供や女性、暴力の被害から生き延びた人、性的マイノリティーの人、先住民、難民や強制的に退去を求められた人等を挙げている。PAHOは、メンタルヘルス部門の専門家の派遣は重要ではあるが、メンタルヘルスの専門性がない一般の人たちにも、万が一彼らがメンタルヘルスに問題を抱えるようになった時にも、適度なケアを施し、相応しいケアを紹介できるように、メンタルヘルス関連の訓練や指導は重要なものであると述べている。

3) メンタルヘルスとアルコール及び物質関連傷害(薬物依存)のケアのための

システムとサービスの分野で予防促進プログラムを準備し実施する。

三つ目の方策について、PAHO は様々な分野に及ぶサービスの提供、メンタルヘルスの悪化防止や推進運動を行うことが重要であると論じている。理由としてメンタルヘルスや薬物乱用の問題の要因は多岐にわたり、主に社会や経済的要因である①給料、②就業状況、③教育のレベル、④差別、⑤人権侵害、⑥不幸な出来事、⑦性的暴力等、多岐に渡り深く結びついていると指摘している。メンタルヘルスの推奨、並びにその防止についての方策を推進していくには、精神疾患を患う人たちに対しての差別をなくす法律と、それに関しての情報提供の運動や活動も必要であるとされる。また、メンタルヘルスの推奨と防止に関係するプログラムでは、科学的根拠に基づいた治療について注視し、症状にあった治療法の有無を把握する必要があると述べている。プログラムの内容については、人生において自分を形成する属性(性質、特徴)の把握、幼少期から思春期にかけて培ってきた感情や行動の問題部分の治療の判別、コミュニティとの連携を通しての暴力の防止策、貧困の苦境にいる人たちに対する社会的保護等も提案されている。また、自殺願望に対する方策として、その傾向にある患者を早期に発見し、その患者の状況を定期的に観察し、必要に応じてケアを施すこともメンタルヘルスの悪化を防止する対策の一つとして記されている。

4) 情報提供や収集におけるシステム、科学的根拠等を探り、研究をより強化する

4つ目の方策について、PAHO は、健康に関係する情報として定期的にメンタルヘルスのサービスとケアのデーターを、①性別、②年齢、③民族別、④診断別に管理する必要があると記している。また、それらのデーターを整理し評価を加えて、関係する団体や行政に提供すること、更にそのデーターを分析して、メンタルヘルスのサービスとケアの施し方について評価を行い、併せてその質の向上を図ることも提案している。これ以外にも、メンタルヘルスの治療の推進に関係する方法の科学的根拠に基づいた情報を提供することについて、PAHO は、多岐にわたる活動を行っていく必要があると論じている。例えば、メンタルヘルス及び薬物乱用に関する対策の模索と評価、治療、臨床検証、そのサービスとケアの施し方を含む調査研究等を必要としている。

1-2-4. NHS と mind.org.uk

1-2-4-1. NHS

次はイギリスにおける専門機関がメンタルヘルスについて発行した資料(主に二次資料)を基に、イギリスにおけるメンタルヘルスの見解を見ていく。ここで扱う資料は、イギリスの医療やイギリス人の健康を支えている、医療専門機関 NHS(National Health Service)が発行したものと、メンタルヘルスに関連する情報を提供し、メンタルヘルスの推進及びメンタル

ヘルスに問題を抱えている人がケアを受けられるように医療環境の改善にも力を入れている NPO 団体、mind.org.uk が発行したものである。まずは NHS が発行した資料を基に、その機関が発信するメンタルヘルスの認識を見ていく。NHS の資料の中で強調されていたのは、主に mental well-being の改善方法であった。つまり、mental well-being の改善法の側面からメンタルヘルスについての考察がなされていた。この改善方法としては、次の 5 つが挙げられており、①人に繋がる、②身体的に活発になる(身体を動かす、運動等)、③新しいスキルを身につける、④相手のことを思い、相手に与える ⑤今を注目すること、である。この 5 つの改善方法について以下に説明する。

1) 人に繋がる

ここで強調されていたことは、人に繋がることから得られるメンタルヘルスにおけるメリットである。それらは、①拠り所を確立し、自己における価値である自己肯定力を高め、②相手と自分の良い経験の分かち合いであり、③感情的に互いをサポートする気持ちが沸き起こり、相手をサポートしたい気持ちになると記されている。更に NHS は人との繋がりにおいて、実行して良いことと、してはいけないことを記している。実行して良いこととして、①日々の時間の中に家族との交わりの時間を設け、食事を共にする、②一定期間会っていない友人と一日の時間をかけて外出する、③テレビを消して、子供、友人、家族と一緒に過ごす時間を増やす、④会社の同僚との食事、⑤サポート、手助けが必要な友人、家族の面倒を見る、またはそのために友人を訪問する、⑥友人と家族の繋がりを、テクノロジーを活用して強化する。用いるテクノロジーはビデオチャット等である。一方してはならない事として、テクノロジーや SNS だけで友人関係を築き、繋がろうとしてはいけない。それらに依存することにより、人と直接会話することよりも、メッセージを送ることに慣れてしまう危険性があるためであると論じられている。

2) 運動、体を動かし身体的に活発になる

身体的に活発になるということは、適度に身体を動かし運動をするということであり、このような活動をしながらメンタルヘルスの改善を図るということである。身体を活発にすることによって得られるメリットは、自己肯定感が高められ、新たな計画や目標を立てることができるようになり、それを成就することで得られる達成感やモチベーションが強化され、更にそれによって生じる脳内の化学変化が促進され晴れやかな気分になり、思考をよりポジティブに変えることができるようになる」と記されていた。ここで推奨している事項は、①運動によるモチベーションを高めるために有酸素運動についての記事を読む、②筋力を高めたり体幹の強化や関節の痛みを最小限にとどめるための柔軟運動についての記事を読む、③車いすを利用している人は、車いすを利用した運動に関する記事を読むことを勧めていた。

一方、推奨されない事項としては、トレーニングジムで何時間にも及ぶ運動を強制的にすることであった。そうではなく、自分が好む運動を生活習慣として適度に取り入れることが望ましいと述べていた。

3) 新しいスキルを身につける

新しいスキルの習得から得られるメリットは、①自信と自己肯定力の高まり、②人生における目的の形成、③他人との繋がり強化である。ここで挙げられていた注意すべき項目は、時間に余裕がない場合、無理に新たなスキルを習得するのではなく、日常生活において様々なことを違った形で学ぶことが推奨されていた。例えば、料理を作ることに於いて、また会社における指導、プレゼンのスキルを上達させる、DIY等を自分で作る、修理をしたり、ブログを作成する等が挙げられていた。一方、注意すべきこととして、新しいスキルを習得するということで、資格の取得に挑戦したり、興味のない資格試験に挑戦する必要はなく、自分が興味を持つことや楽しさを覚えることにおけるスキルの習得が重要であるとしている。

4) 相手を思い、相手に与える

「相手に何かを与える」、NHSはこれについて、相手に親切な気持ちや思いやりの気持ちで何かをしてあげることが大切であると、論じている。この「何かを与える」、このことから得られるメリットには三点あり、①ポジティブな気持ちになり満足感が得られる、②人生において生きる目的の自覚と自己価値の自覚を得ることができる、③人との繋がりを得ることができる、等である。この卑近な例として、相手に感謝の気持ちを伝える、知人(家族、友人、同僚)に声をかけ、彼らと交わり彼らの気持ちに耳を傾ける。サポートや付き添いが必要な友人や知人、親戚と過ごし、コミュニティにおけるボランティア活動に参加すること等が挙げられていた。

5) 今を注目する

「今を注目すること」は、現時点において自分が抱えている感情や思考、身体が感じる体感、自分を取り囲む世界や環境についてしっかりと見極めるという事である。「今を注目する」、この言葉を、NHSはMindfulness (マインドフルネス) と言う言葉で表現している。日本語で直接マインドフルネスと直訳されており、意味も上述した通りである。つまり、今、自分の身に起きていることに注目し、自分が抱えている感情や思考、感覚をしっかり意識して現実を受け入れることである。NHSは、この「マインドフルネス」を意識して生活することで、人生を楽しみ、自分自身をより理解することができるようになり、その結果人生について

での感じ方に好ましい影響を及ぼし、困難が生じた時も前向きに対処することができ、前向きに生きていくことができるようになる」と示唆している。

1-2-4-2. Mind. org. uk

ここでは、Mind. org. uk の NPO 団体の資料を基に、メンタルヘルスの在り方を検証することにする。Mind. org. uk も NHS と同じように、Mental well-being の側面からメンタルヘルスの在り方を吟味している。Mind. org. uk が提示する Mental well-being の意味は、メンタルヘルスに対して日常生活でどのように対処して生活していくかということ、また今という瞬間的な時間の中で、どのような感情を持つかを表したものである。Mental well-being が良好な状態であることは必ずしも幸福であるということではないが、Mental well-being が悪化した場合には日常生活に支障をきたし、生活において非常に困難をきたすようになることが懸念されている。Mind. org. uk が資料で語っている内容は、上記の NHS の資料で示された内容とほぼ類似しており、Mental well-being の質を高めるための対処法に焦点が当てられている。例えば、リラクセスとストレスの軽減の箇所には、メンタルヘルスのためのリラクセス方法が8つほど記述されているが、NHS が上記で述べた mental well-being の5つの改善方法の内容とほぼ重複する。そこには、Mindfulness の重要性、休息の必要性、好きなことに没頭することの重要性が挙げられていた。Mind. org. uk が提示するメンタルヘルスの8つのリラクセス方法と NHS が挙げる5つの改善方法と内容が異なっていたものは、自然との触れ合いであった。そしてこの自然との触れ合いを通して得られるリラクセスの方法は4つあり、①屋外で過ごす、②自然を屋内に持ち込む、③動物との触れ合い、④Mindfulness の概念を基に自然と触れ合うことであった。この①から④の活動で得られるメリットは、ストレスや苛立ちの軽減である。Mindfulness と自然との触れあいを結びつけた方法を提案したのは、Mind. org. uk が初めてである。以下、この活動について簡潔に記す。

- 1) 緑の空間(自然に満ち溢れた)空間を確保し、深呼吸をする
- 2) 自分の行動に集中し、行先を考えずにゆっくりと周囲を見渡す。歩いている時に、どの足が先に地面に触れるのか、重力がどのように自分の足に行き届いているのかを感じ取るようにする
- 3) 立っている自分の周囲に注視し、地面の感触に心を向ける
- 4) その他、身体が感じる感覚に注視し、手の動きや顔に触れる空気の感触にも注意を払う
- 5) 周りの音にも耳を傾け、鳥のさえずり、風の音にも心を向ける

この他に、Mind. org. uk は、メンタルヘルスの質による身体の健康の維持について記していた。初めに記していたのは、メンタルヘルスと身体の健康に必要な適度な水分の補給であった。次にバランスの取れた食事、この食事に関しては、食べ物によってメンタルヘルスが左右されると記載するが、この説はそれほどに科学的根拠があるものではないとも記してい

る。しかし、バランスのとれた食生活は、必要なエネルギーを与えるとされるため、人体の健康には必要なことであると述べている。この他にも、麻薬やアルコールを避けることや、良い睡眠の確保も挙げていた。この質の良い睡眠の確保については、睡眠前のスマホの使用、カフェイン飲料を避けることや、または睡眠の環境を整える、例として、ライトの調節やベッドの調節を挙げていた。このように、Mind.org.uk は日常の生活様式や習慣、行動等をメンタルヘルスに結びつけて論じていたとすることができる。

1-3. メンタルヘルスに関する日本と海外の比較分析

前項までは、日本と海外におけるメンタルヘルスの認識について論じてきたが、本箇所では上記に論じた日本と海外におけるメンタルヘルスの認識を比較し、日本と海外におけるメンタルヘルスの相違点を洗い出す。ここで示される日本と海外の共通点は、2 節で検討するメンタルヘルスの定義を考察し確立するための一助となるために重要である。以下にメンタルヘルスの比較のために使用する資料を国毎に列記する。

1) WHO : 世界

2) CDC : アメリカ

3) PAHO : 中南米

4) NHS と Mind.org.uk : イギリス

この 4 つの資料を個別に日本の資料と対比し、メンタルヘルスの認識について相違点を洗い出していく。その対比は以下の通りとする。

1) 日本側資料対 WHO

2) 日本側資料対 CDC

3) 日本側資料対 PAHO

4) 日本側資料対 NHS と Mind.org.uk

そして、最後に総合的な評価として、全体にわたりメンタルヘルスの認識についての相違点を洗い出し、分析するものとする。

1-3-1. 日本対 WHO

日本側の資料は、一貫してメンタルヘルスとストレスに関して記されている印象を強く受けた。例えば、ストレスが続くことによってメンタルヘルスに不調を生じ、その不調が、厚生労働省が取り上げる「心の病」を発症させるという点に焦点をあて、メンタルヘルスを理解していることである。メンタルヘルスの不調の根本となっているストレスに如何に対処するか、それには生活習慣の改善やリラックスを心がける等して、メンタルヘルスを改善することが、メンタルヘルスを良好に保つ鍵であると記している。所謂セルフケアにおける「3 つの R」や、セルフケアを含む「4 つのケア」を念頭に心の健康を管理し、心身共に充実した健

康状態を確保していくことが日本側の資料から読み取れる。また、メンタルヘルスと深く結びついているストレスは、日本側の資料のほぼすべてが、ストレスの由来について四つの側面、①環境的、②身体的、③心理的、④社会的に由来するものとしている。しかし、ストレスの主な発症源は職場や学校であると断定しているような印象を受ける。

一方、WHO の資料においても、メンタルヘルスを左右するストレスの発症源を主に、①個人的要素、②家族やコミュニティ等の要素、③構造的な要素としており、日本側の資料と若干類似していた。①個人的要素におけるメンタルヘルスの不調を起こすストレスの発症源は、睡眠の不調、持病、不健康な食生活、アルコールや薬物乱用、低い教育水準、肥満等によって誘発すると記されている。②家族(家庭)やコミュニティ等の要素に由来するストレスは、親から子への暴力、ネグレクト、失業やエスニックマイノリティが受けるいじめであった。③構造的な要素に由来するストレスは、環境汚染、社会福祉施設の不足、社会経済における不平等、差別、社会からの孤立が挙げられている。WHO も日本側の資料と同じようにストレスの由来を3つ挙げているが、その3つの由来に含まれる事例は日本より幅が広い。

1-3-1-1. メンタルヘルスにおける支援策、対処法

メンタルヘルスの改善方法について、日本の資料はメンタルヘルスの4つのケアとストレスの対処法としての3つのRを挙げていた。またその他にも、生活習慣の見直し、相談等職場における支援策と個人で行える対策が挙げられていた。特に、メンタルヘルスの4つのケアは職場の同僚や企業の産業医、保健士等のそれぞれの専門家による支援策が述べられているが、この支援策については明確には記されていない。一方、WHO の資料ではセルフケアについては記されていないが、支援策もしくはメンタルヘルスに関するケアを施す支援策には多岐に渡る分野、部署における専門家、並びに専門家同士の連携を通して、また、行政側やNPO 法人による支援活動等、メンタルヘルスを推進する活動の重要性を謳っている。ここでの類似点は、日本もWHO も、多分野に跨る専門家の支援の重要性を謳っていることである。しかし、異なっている点は、日本の場合、メンタルヘルスにおける支援策は就労している人たちを前提とした支援であるのに対し、WHO の場合は、社会に属する様々な立場の人たちを前提とした支援の重要性を謳っている点であると言える。

1-3-1-2. メンタルヘルスの概念

メンタルヘルスの概念について、日本側の資料によるとメンタルヘルスは、心の健康、精神保健、心と体ともに充実した健康状態を確保することが強調されている。日本側の言うメンタルヘルスの概念は、充実した健康状態を確保する、このことからメンタルヘルスについての認識は、個人によるところの個人の領域に留まっていると認識することが可能である。また、メンタルヘルスをストレスと関連付けて語る傾向があり、長引くストレスによってメン

タルヘルスに不調を来し、そのストレスを対処しきれなくなった時に、心の病を患ってしまふと頻繁に記されている。一方、WHO のメンタルヘルスの概念の解釈は、心と体ともに充実した健康状態を目指すというよりも、メンタルヘルスを人として必要最低限の「人権」として認識しており、それによって人は正式な判断をし、適切な行動を取ることをより可能にする。そして人は生活の中で、意識する、しないに関わらず「人権」が存在していることを認識している。つまり、メンタルヘルスは人間に常に備わっている存在であるということである。このメンタルヘルスによって、人は生活する上において生じるストレスを適切に処理し、潜在する能力にも気づくようになり、活力に満ちた社会的活動を可能にすると認識されている。人が生活する上で必要な4つの事項、①繋がり(他者との繋がり)、②機能、③対処、④成長、を確かなものとする。つまり WHO が認識するメンタルヘルスは、日本側が認識する心と体ともに充実した健康状態の確保だけではなく、人間として機能し、社会の中で自分らしく生き、生活し、また活躍していくために必要な要素であると理解できるのである。またメンタルヘルスは個々の健康状態、つまり個人の領域だけに留まるのではなく、社会や経済の領域、人を取り囲む環境の領域においても、大きな影響を与えるものだということを理解することができる。更に、日本の資料が記すメンタルヘルスは、ほとんどが心の病をメンタルヘルスの質に関連付けている。これに対して、WHO は、メンタルヘルスは心の病を判断基準にして解釈するものではないと記している。つまり、ここに病があるからと言って、メンタルヘルスの質が低下していると断言することには無理があり、全ての人のメンタルヘルスを心の病で測るものではないと強調している。何故なら、メンタルヘルスにおける問題は、人によって感じ方や対処の仕方が異なり、診察や診断も多種多様と認識されているからである。日本では、心の病がメンタルヘルスを悪化させていると診断する傾向にあるが、実際はそうではなく、心の病を患っていない人でも、メンタルヘルスの質を悪化させている人もいる。このような状況の中でメンタルヘルスを理解していくことは、困難を要する。

このように日本と WHO の認識の違いの中で、唯一の共通点は、メンタルヘルスによる心の病は誰にでも起こり得ると記されていたことである。しかし WHO は、幼少期、思春期、成人期、熟年期に発症するメンタルヘルスに起因する心の病(症状)と要因の関係性を詳述していた。例えば、幼少期に親から受ける暴力や親の鬱病、ネグレクト、愛する者との死別等は、脳の発達を阻害し、神経や免疫力を弱くするとしている。思春期の薬物の乱用、成人期における産後鬱や熟年期には年を取る(老いる)というようなことが、ストレスとなって心の病を発症する要因となると記していた。

1-3-2. CDC 対日本

CDC と厚生労働省におけるメンタルヘルスの概念の相違点は、①well-being の観点から見ると、その重要性と定義、更に個人による well-being の判断基準であった。②生活の質の観点からは、生活の質であったり、健康と生活の質の関係性においてであった。

初めに、well-being の観点からその相違点を見ていく。

1-3-2-1. Well-being の重要性と類似性

CDC が挙げた Well-being の重要性は、日本側が説明するメンタルヘルスの不調の要因である対処法として認識されている 3 つの R と、メンタルヘルスの 4 つのケアに関連性を見い出すことができる。特に CDC が挙げていた 7 つの要因は、日本側の資料に示されていた対処法の目的とその意図である 3 つの R と 4 つのケアに共通点を見い出すことができる。日本側の資料に示されているストレスの対処法として記されている 3 つの R は、ストレス時に発症するイライラ、気分の落ち込み等のストレスサインに気づき、その対処法を自発的に行っていくものだと示されている。その対処法の目的として挙げられることは、生活をする上で避けることのできないストレスと上手に向き合い、心・体の健康状態を自ら管理し、改善することであるとしている。この 3 つの R は、CDC が挙げる well-being の 7 つの要因の内の 5 つの要因、①自己の健康状態の認識、②長寿、③健康的な行い、④心身の病、⑤肉体的かつ社会環境における要因に結びつくものである。更に、この 3 つの R を実施することで、健康状態、周囲の環境や状態を把握し、自発的にメンタル不調の要因を感じ取り、それに相応しい対処を身につけ、健康的なライフスタイルを実践することができるようになる。そしてこの心の病は体の病の防止に繋がり、社会的繋がりや生産性(特に職場、学校、また日常生活においても)の向上をももたらし、その結果、長寿を全うすることができると理解することができるのである。

次に、日本側が挙げる 4 つのケアも CDC が唱える well-being の 7 つの要因¹³⁴に含まれる幾つかの要因に類似していることが分かる。それは、CDC が説明する①自己の健康状態の認識 (self-perceived health) も、4 つのケアの、①セルフケアの要因に結びつくものである。これは自らが自分の健康状態に気づき、自らがその健康状態に則した処理を施し、心身ともに管理し、健康を維持するということである。四つのケアの内、その他の、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフによるケア、④事業場外資源によるケアの概要は、会社内の従業員や産業医、及び社外の専門家が一丸となって、会社という一つの環境の中で心身ともに健康が維持できるように、適切なケアを行い、相談を受け付け、心身の健康の推進と健康に関する情報の発信等である。そして健康的なライフスタイルが維持できる社会の構築によって生産性の向上を目指すものである。そしてこの②から④における 4 つのケアは、この

ような観点から、CDC が挙げる well-being の 7 つの要因のすべてに関連していると言えるのである。

日本側の対処法、4 つのケアと 3 つの R は、CDC が well-being の重要性で説明した以下の三つの点と共通していると認識することができる。

- 1) well-being はメンタルヘルスを健康と結びつけ、それによって、総合的な処理や対策、を施し、特に病気の予防や健康の推奨へと繋げている。
- 2) well-being は公式に調査、発表された人口を基に測定した罹患率、致死率、更に経済状態を通して、自分の生活状態を把握することができる。
- 3) well-being の質を測定し、それを推奨することは様々な部門にいる専門家たちに参加を促し、病(心身における病)の防止や健康全般の推奨へとつながる。

1-3-2-2. Well-being の定義の共通点、相違点

Well-being の定義は、ポジティブ感情、幸福感、生活の満足度、前向きに対処すること等、人生をポジティブに捉えて、快適に生活を送る状態を表すとしている。また well-being は、体全体が健康であることも重要であると理解している。この理解を通して、well-being は心だけではなく、また体だけではなく、心、体共に健康であることを前提にしていると理解することができる。このことを、日本側のメンタルヘルスの解釈に当てはめると、日本側の資料ではメンタルヘルスを「心身共に充実した健康状態を目指すとする」と記しており、CDC が理解する well-being のポジティブ感情、幸福感、体の健康状態に類似する。つまり日本側のメンタルヘルスの解釈と well-being の定義は、双方ともに心、体の健康を定義としており、これが両者の共通点と言える。well-being のその他の特徴としては、鬱や不安のない状態、肯定的な対処による充実した人生を送るような環境や状態も挙げている。これは、環境的要因、心理的要因、身体的要因、人間関係に由来するストレスによるメンタルヘルスの不調に対する個人の処理能力の有無が強調されていると理解できる。そして日本側の対処法である 3 つの R と 4 つのケアが示す、柔軟に物事を捉えることにも類似する。そしてこれらのケアにより様々なメンタルヘルスの不調に気づき、その不調によって生じる体の異変に気づき、それらのケアを通して心身共に改善され健康になり、生活を充実していくことも well-being には記されている。またこれらのケアだけではなく、日本側の資料に強調して記されていた、規則正しい生活(生活習慣)、その例として、良質な食事や睡眠、適度な運動によって、心と体の健康が整えられることも、well-being が強調しているポジティブ機能と心と生活の満足度に結びつくものである。

CDC と日本の資料で、相違が見られたのは、well-being の基準であった。日本側の資料では、ストレスに向き合い、対処し、メンタルヘルスの不調を改善することが、メンタルヘルス(心の健康)の質を高める方法だとしている。しかし、CDC はその認識において、メンタルヘ

ルスに関係している well-being の質を左右するものは、ストレスだけではなく、①遺伝と性格 ②年齢と性別 ③給料と職業 ④人間関係、であると理解している。CDC が示すこの 4 つの要素の中にも、日本側が記していたメンタルヘルスに関係するものがある。CDC が示す、①遺伝と性格の要因では、メンタルヘルスは、現状の環境や社会の状況、結婚や失業等の生活の出来事によってマイナスに左右することがあるため、これらはメンタルヘルスに大に関係すると指摘している。しかし、日本側の資料では、生活における出来事や変化、例として結婚や就職等がもたらすストレスによって、メンタルヘルスに不調をきたすとしているため、このところにおいて、CDC との見解に差異を生じている。

CDC と日本側、双方の唯一の共通点は、日常生活において起こる変化や出来事によって、well-being とメンタルヘルスの質は左右されるということである。しかし、CDC が示す②年齢と性別は、男性と女性の well-being は同じであるが、年と共に変化し、中年よりも成人期から熟年期の方がその状態は良好であると示している。しかし、日本側の資料では、メンタルヘルスの不調によって、誰もが心の病を発症する傾向にあると示す。この点は、CDC と日本側の見解が異なる点である。また、③の給料と職業については、CDC は、給料の多少は well-being の質(生活の満足度)には関係ないことが強調されている。しかし、失業は well-being の質を大きく左右するとしており、給料が保障されている職業は、well-being に必要な資源を得ることを可能にするとしている。このことは日本側の資料が強調している 4 つのケアと関係している。例えば給料が保障されている職業は、well-being に必要な資源を得ることができると CDC は論じるが、このことに対する日本側の資料では、ストレスの対処法やセルフケアに必要なものの例として、音楽や趣味等の生活習慣を整えるために必要な物質(サービス)の確保を記し、給料に関する記述はない。この他にも、職場に健康についての相談体制が整っていることは、4 つのケアに匹敵すると言える。CDC が言う、失業が well-being の質を短期、長期的に下げるということについては、日本側の資料が示す、生活の急変によるストレスに関係していると言える。④の人間関係については、日本側の資料で記されていた、困った時に相談できる相手(家族であるとか)を見つけることに匹敵する。これらの理解より、CDC が挙げた要素の中で日本側の資料に共通しているものは、①遺伝と性格、③給料と職業、④人間関係であると言える。

1-3-2-3. Quality of Life(生活の質の概念)の共通点と相違点

次は、CDC が示す Quality of Life の概念と日本側の資料に示されているメンタルヘルスについての共通点と、相違点について確認していく。初めに Quality of Life(生活の質)の定義についてであるが、CDC は健康の領域だけではなく、職業や住宅事情、学校、近隣の状況も絡み合っていると指摘する。これは、我々を取り巻く生活環境と理解することができるため、生活様式や日常生活が深く関係していると言える。日本側の資料にも、生活習慣は心の健康

にとって重要であると記されており、生活習慣の全て、或いは生活習慣を部分的に見直すことは、心の健康の基礎を固めていくことであると記されている。日本側の見解である、①生活様式、②日常生活の見直しと、③心の健康の基礎を固める等の認識より、日本の Quality of Life(生活の質)の定義は、CDC が認識する生活様式と心の健康に共通していると理解することができる。CDC の認識では、生活を取り巻く要素(職業、住宅上、近隣状況)の他にも、文化的な価値や宗教も含まれており、これらの要素や文化的価値や宗教によって、Quality of Life(生活の質)の概念は、複雑で多様な要素を含むと認識されている。この点については、日本側の資料は、メンタルヘルスを語る上で、これらの要素をストレスの対処法である心のケア、4つのケアに結び付けて強調はしているが、CDC が挙げる要素、生活を取り巻く要素や、文化的価値、宗教についてはその説明は皆無であった。この部分が、CDC と日本側の唯一の異なる点であると言える。一方、健康における生活の質についての定義では、共通点が見られた。CDC は、健康における生活の質の解釈として、個人の側面では、体と心の両面の健康についての自己認識と、体と心の両面がどう関わっているのかに注視しており、例えば、健康におけるリスクであり、その状態であったり、機能の様子、社会的サポート、社会的且つ経済的状态であったりする。これらは日本側の資料でも強調されていた。ストレスの源として挙げられていた、環境的要因や身体的要因、心理的要因、社会的要因による身体の異変(イライラ、睡眠不足、腹痛等)への対処法としてのセルフケア 3つの R(ライフスタイルと心の健康)とメンタルヘルスの4つのケア(企業や企業外にも及ぶ専門的なケア)、更にストレスにおける3つの段階に結びつく。日本側が記すこれらの事項は、CDC が唱える健康のリスクとその状況を感じ、機能を取り戻すこと、社会や経済におけるサポートに関係するものである。

コミュニティの観点より、CDC は、生活の質は、人々の健康と機能に影響を与えると認識しており、コミュニティ(社会)におけるサポート、資源、政策の実行が含まれるとしている。健康の面から生活の質を意識することは、保険のケアに関連する部署が、医療従事者、社会福祉、都市計画者、企業等の様々な人々と協力し、健康の確保、医療等を含む広範囲な政策に取り組んでいくことを可能にするとしている。これらは、日本側の資料に記されたメンタルヘルスの4つのケアの内、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア、④事業場外資によるケアに該当するものである。セルフケアがうまくできなくて、心、体の両方に不調が生じた時、その相談所である、保健所や保健センター、精神保健福祉センター等もこの領域に入るものである。

CDC の資料の健康に関する生活の質を測定することの重要性について記されていた3つの事項には、日本側の資料との共通点と相違点が明らかになった。共通する点は、CDC は、健康に関する生活の質において、自覚している持病とそのリスクに関する要因は関係していると指摘している点である。ここでは、メンタルヘルスに関する持病は挙げられてはいないが、持病には、心身における病気も持病として含まれるとして、日本側の資料では強調されてお

り、それはストレスによって生じるメンタルヘルスの不調と、体の異変とストレスの三段階に関連するものである。この場合の持病は、メンタルヘルスの不調であり、リスクは心の病に該当する。

CDC が二つ目に挙げる健康による生活の質は、健康の質を測ることによって防止可能な病気や怪我、或いは束縛されることによって生じる不自由を見つけ出し、そこから健康における生活の質と病気のリスク要因とその関係性を見つけ出すことができると説明する。これに対し、日本側の資料では、健康における生活の質ではなく、ストレスによって生じるサイン、例えば、イライラ、腹痛等に自らが気づく等、サインの有無を通して自己観察し、必要に応じてストレスの対処、つまり 3 つの R と 4 つのケアにより心、体を整え、心の病をリスクの要因から解放することを重視している。両者において、ストレスと健康における生活の質は異なって見えるが、ストレスは環境的要因、身体的要因、心理的要因、社会的要因が根源となっているため、日常生活の質と深く関係している。そのため自分でストレスサインに気づき、生活習慣を改め、心身共に健康度を高めることは、健康における生活の質を高め、心の病を発症するリスクを軽減すると同様の働きがあるため、これも両者に共通していることと考えることができる。

CDC が三つ目に挙げる健康の生活の質を図ることは、国家の健康に関する目標を達成する過程を管理することであるが、このことについては日本側の資料には記されていない。そのためこれについては、ここでは評価はできないが、資料「こころの耳」に掲載されていた「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に、職場でのメンタルヘルスの重要性が記されていた¹³⁵。これも CDC が挙げた三つ目の健康の生活の質を測ることの重要性に関係しており、共通していると言える。

1-3-3. PAHO 対日本の共通点と相違点

PAHO が資料で提案する事項は、メンタルヘルスにおける社会的取り組みの在り方、更には政策実施の情報の提供と管理、更にそれらについての管理であった。ここで挙げられた政策で、日本側の資料との類似点は、社会の取り組みとメンタルヘルスのケアの有り方で、PAHO が強調する、精神病棟だけに依存せず、どこでも必要な場所でメンタルヘルスのケアを受けられる体制、community mental health model (コミュニティの様々な場で幅広くメンタルヘルスのケアを受けることができるシステム)¹³⁶の普及が必要であるということであった。これは、日本側の資料、4 つのケアで示す、職場に産業医に相談できる体制や社外の専門的な機関に支援を受けられる体制の構築に類似している。PAHO は、精神病棟ではなく、コミュニティの中にある病院(クリニック)が対応するようにと、またそこで薬の処方やカウンセリングも含めた治療が必要であると記していた。PAHO が理想とするメンタルヘルスに関するケアは、

社会の中に設けられたクリニックで、専門家の専門性を基にした治療、そこでは気軽に相談ができて社会復帰を果たせるような治療が受けられる環境の整備であった。

PAHO は精神病棟のみに依存せず、気軽に相談や治療を受けられる community mental health model の構築、メンタルヘルスの心の不調による心の病だけではなく、薬物やアルコール依存症、マイノリティの人たち(エスニックに対する人種差別のない)も偏見なく、彼らに適した治療が受けれることも必要であると記す。しかし、日本側の資料には社会的弱者やマイノリティの扱いについては記されていなかった。また PAHO は、性別、人種、性的認識、社会的地位を問わず、差別のない文化的に配慮された治療とケアについても強調されていたが、日本側の資料にはこれについての記載はなかった。この他にも、PAHO は行政と医療従事者のグループは、メンタルヘルスを推進する計画を立案、法制化し、社会を基盤としたサービスや科学的根拠に基づいた治療を重視するだけではなく、メンタルヘルスの不調や心の病を発症した者、薬物依存者の人権を守る組織の重要性も挙げている。しかし、日本側の資料には、社会やコミュニティを基盤とし、科学的根拠を基にしたサービスを提供する施設、例として、保健所や保健センター、精神保健福祉センター等がメンタルヘルスの対策の一環として記されていた。そして日本側の資料には、PAHO が強調する人権の保護、メンタルヘルスと人権についての結びつきは言及されてはいなかった。更に日本側の資料には、メンタルヘルスの不調は誰にも発症することだと強調されており、メンタルヘルスの不調が原因で心の病を発症した人に対する差別やステレオタイプ(先入観、固定観念、偏見)の対策については記されているが、メンタルヘルス関連の病に対する固定観念を無くすための法律の必要性は強調されていない。これが日本と PAHO との相違点ではあるが、PAHO はこのことについて、メンタルヘルスの質を高め、メンタルヘルスの不調によって発症する心の病の治療や防止を支える開発や病に対する固定観念を無くすための法律の必要性も挙げていた。

PAHO が挙げていた情報の管理や研究について、研究を通して統計データーを基に、メンタルヘルスの対策や治療の推進を幅広く実施していくこと、健康や医療に関するデーターを人種、性別に分けて管理し、これらのデーターを基に医療機関のサービスを改善するとしている。これに対しては、日本側の資料「こころの耳」では、2016 年(平成 18 年)から 2018 年(平成 30 年)に実施された調査報告書を基に、2020 年(令和 2 年)に発行された「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」¹³⁷には、心の健康における対策や推進を、統計的データーを用いてメンタルヘルスの良好な状態を維持していけるような適切な対応を立案し、職場に取り入れながら、労働環境の改善と支援体制を実施することが記載されている。このことは、PAHO の解釈と繋がりがあると考えることができる。しかし、後者においては情報がないため不明であるが、外国人労働者や外国人滞在者が、日本で生活する上では重要なことである。

1-3-4. mind.org.uk、NHS 対日本の類似点と相違点

日本側の資料と Mind.org.uk と NHS の両者がメンタルヘルスに焦点を当てて語っていたのは、メンタルヘルスの質を如何に高めていくかであった。これは、日本側の資料が挙げているストレスの対処法、3つのRとメンタルヘルスの4つのケアに示されていたセルフケアと類似しているものであった。Mind.org.uk と NHS の両者が挙げる人との繋がりや運動、新しいスキルを身につける、自然と触れ合う、人に相談する等の対処法は、日本側の資料、3つのRが示す内容や4つのRが示すセルフケアに共通しているものであった。しかし、日本側の資料では、3つのRや4つのケア、相談体制が示すコミュニティにおける支援は、メンタルヘルスの不調の最大の要因として知られており、このような対処でメンタルヘルスの不調のリスクを下げようとする意図が見られる。

Mind.org.uk と NHS の両者が挙げるメンタルヘルスの質を高める処方は、ストレスに対処することではなく、Mindfulness、つまり自分が今置かれている状況や自分の体が今感じている感情や思考に注目し、自分を理解することで人生における困難に立ち向かい、現実を受け入れることであると認識している。Mindfulness と3つのRと4つのケアの(セルフケア)対処について比較すると、Mindfulnessの方が幅が広く、ストレスの対処法やセルフケアが求める範囲を超えているように見える。Mindfulnessには自分に対する感情、心、思考等メンタルに関する要素やストレス処理の3つのRを含む内容も多少含まれており、困難に遭遇した時の向き合い方について、現在だけではなく未来の領域にも踏み込んで示されている。また、自分を知るには他者との交わりや自然との触れ合いが必須であるが、これらの要素を考慮した上で他者と繋がり、ボランティア活動をすることも対策として示している。

日本側の資料では、ストレスの対処法としてのセルフケアは、現時点における症状や不安、ストレスの解消だけを目的としており、最も重要であるそこから先、つまり解消後の人生にどう向き合うかについては意識されてはいなかった。これは日本とイギリスのメンタルヘルスの認識の違いに関連しており、日本とイギリスのメンタルヘルス対策(意図と目的)には相違点があると断言できる。

Mind.org.uk は、メンタルヘルスについて mental well-being(心理的な幸福度)と認識しており、この言葉は、我々の感覚は日常の生活において対応しながら、現時点で何が自分に可能であるかを表していると記している。イギリス側の資料によると、メンタルヘルスは日常生活に困難を来すことのないように対処できる能力であり、自分が抱く感覚と現状についての対処、この二つによって確立するものであると示している。つまり上述した Mindfulness の対処によって得られる心の健康状態と理解することができる。一方日本の資料が説明するメンタルヘルスは、環境的要因、身体的要因、心理的要因、社会的要因に起因するストレスから生じる心の健康度を軸にして、心身共に良好な健康状態を確保することを目的として、メンタルヘルスという言葉が使われている。つまりストレスサインを自覚して、適切なセル

ケアを行い心の健康を確保するということであり、ストレスの度合いは、警告期、抵抗期、疲憊期の心身の健康度がメンタルヘルスの前提である。

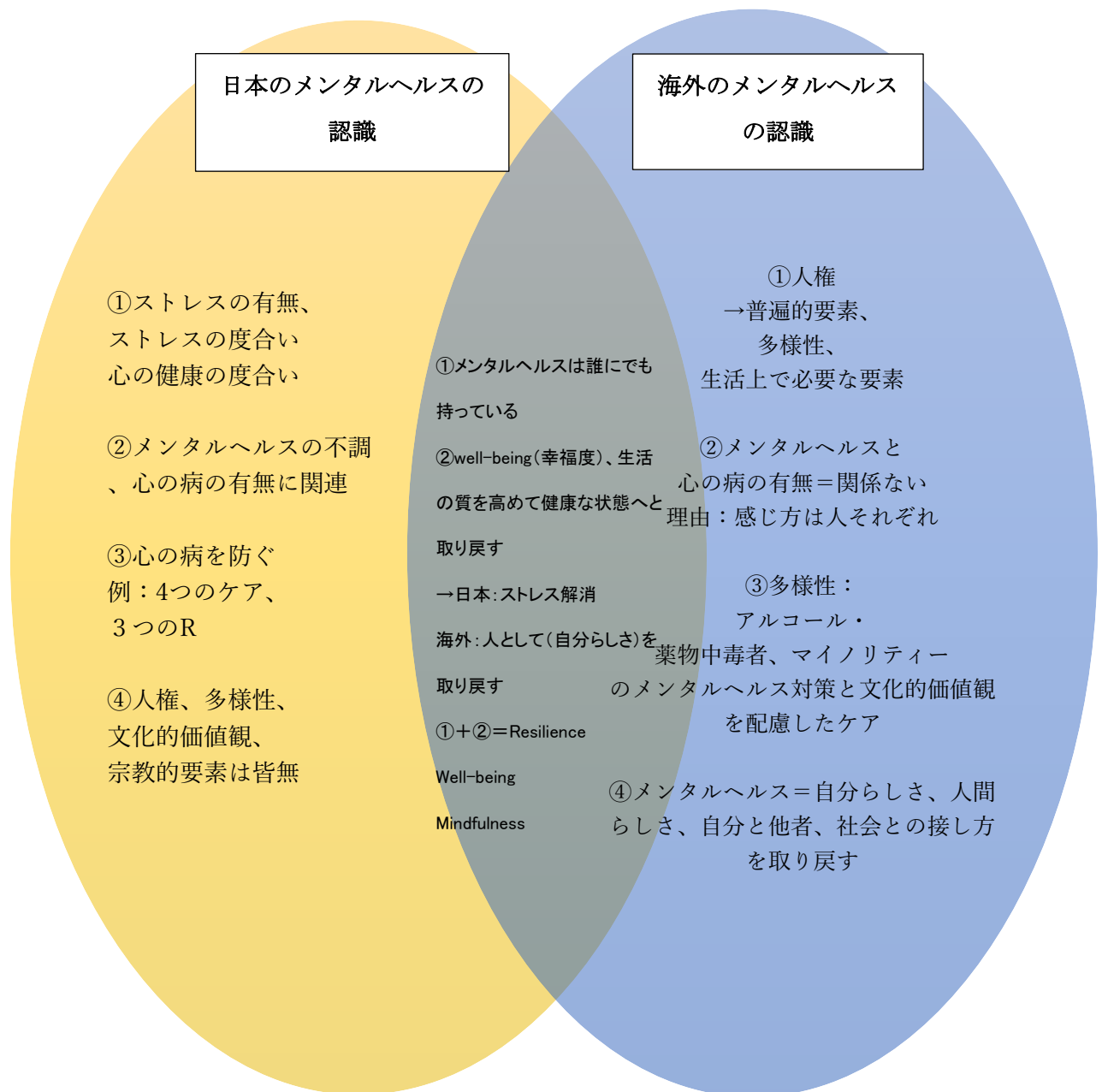
イギリス側の資料が言う、良好なメンタルヘルスは WHO が認識するメンタルヘルスと類似しており、その理由は一見幸福そうであったり、日常生活の出来事からの影響を一切受けていないからと言って、メンタルヘルスが良好だとは断定できないとしているからである。また、メンタルヘルスの悪化によって、イギリス側は、日常生活の様々な出来事に対処できなくなるとも指摘している。メンタルヘルスの悪化は、単にストレスだけではなく生活全般にも影響を及ぼし、適切な対応ができなくなることをも示唆している。つまり Mindfulness と mental well-being(心理的幸福度)の説明で強調されていた自己を見つめることも、自分らしさを確保することも、自分の能力でさえも日常生活において発揮することができなくなる、このようなことがメンタルヘルスの悪化によって生じるのだと理解することができる。イギリスと日本、両者の理解を纏めると、日本においてはメンタルヘルスをストレスに結び付けて解釈する傾向にあるが、イギリスでは、Mindfulness、つまり自分らしさ、自分の能力、自分の感情や感覚、生活全般における処理能力、自分を見つめ直すこと等に関連付けて認識される傾向にあると理解してもいいのではないかと考える。

1-4. 日本と海外の資料の類似点と相違点(総括)

以上において、日本と海外における資料を比較し、メンタルヘルスの認識について類似点相違点について検討してきた。しかし、この比較は WHO や PAHO、NHS と日本側の資料の比較の対比であるため、つまり個別の対比である。即ち、大きな枠組みでの海外と日本の認識の比較ではない。このような前提条件を踏まえた上で、今までに記載したメンタルヘルスの認識に関連する日本と海外の比較を整理し、以下の Venn Diagram(ベン図)を用いて理解を深めるものとする。

図 1-1. 日本のメンタルヘルスの認識対海外のメンタルヘルスの認識

Venn Diagram(ベン図)(筆者作成)



日本と海外の資料におけるメンタルヘルスの認識の類似点と相違点を大きく分けると、次のようになる。日本の資料では、メンタルヘルスは心・体共に良好な健康状態を維持することを強調する。それゆえ、日本におけるメンタルヘルスは、人が感じるストレスの有無やストレスの度合いによって受ける健康状態を前提としていると考えることができる。この他にも、メンタルヘルスの不調や心の病に結び付けられて認識される傾向にもある。つまり、日本側の資料、厚生労働省が挙げるメンタルヘルスの対策やメンタルヘルスのケアは、メンタルヘルスの不調を改善し、心の病を防ぐことを目的としているような印象を受ける。そこから、厚生労働省、日本側の資料が認識するメンタルヘルスは、ストレスの対処としてストレスから自らを開放し、心・体の両方の健康状態を良好に保つことが、日本側の言う認識であると捉えることができ、メンタルヘルスを語る時、考察する時には、常にメンタルヘルスが良好か否かという構図がそこにあると解釈することができる。

一方、WHO や PAHO、NHS 等の海外の資料では、メンタルヘルスとメンタルヘルスにおける問題(病)は切り離して認識されている。これらの資料がメンタルヘルスについて語る時、ストレスや心の病、心と体の健康の状態を前提にすることはない。人間らしく自分らしく機能し、生活する上で全ての人に必要な要素を前提に理解されている。端的に言うならば、彼らはメンタルヘルスを人権として捉えており、普遍的な要素を有するニュアンスが非常に強いように認識することができる。この必要な要素とは、メンタルヘルスは人として適切に判断することであり、且つ生活における処理能力であり、自己における能力の自覚を促進させるものであり、そしてこれらが社会に貢献するために生活していく上で4つの事項、①繋がり、②機能、③対処、④成長、を可能にしていくものであると認識されている。このことは、WHO が示唆しているようにメンタルヘルスの質と、心の病には関係性がないと提唱している、メンタルヘルスの捉え方に結びついていくのである。

これ以外の相違点としては、厚生労働省の資料つまり日本側の資料では、メンタルヘル스에影響を及ぼすと考えられる人権、多様性、文化的価値観、宗教(信仰)的な要素は、海外の資料ほどに強調されておらず、どちらかというとも皆無に近い認識であった。例えば、メンタルヘルスの対策である4つのケアや3つのRには、主に学生や会社員に焦点が当てられており、海外の資料が挙げるアルコールや薬物の中毒者、マイノリティ等には焦点が当てられてはいない。これは人権に関することではあるが、厚生労働省の資料には、メンタルヘルスにおける不調によって発症する心の病は誰にでも起こる病であると記されているが、心の病を発症した人の差別に対する対策、差別を無くすことについては(ある程度示されているが)、海外の資料ほどには記されてはいなかった。

WHO、PAHO、や NHS 等の海外の資料では、多様性、特にアルコール依存症やマイノリティのメンタルヘルスについての対策と、彼らのメンタルヘルスの状況について、彼らの価値観や文化的価値観に応じた接し方、対策、方策についての重要性も強調されていた。また、心の

病やメンタルヘルスの不調に関する差別や、ステレオタイプの決め手に関する事項も挙げられており、このように、海外の資料には、日本側の資料より幅広い観点からメンタルヘルスの検討と対策が提案されている。その他の相違としては、海外の資料は、Mindfulness、つまり身の回りやその状況について感じ取り、様々な活動を通して人々と触れ合い、理解を深め、現状の困難に立ち向かう能力の有無について示している。これは、自分に向き合うこと、自分を見つめること、つまり本来の自分自身、自分らしさを取り戻すことに繋がることであり、また、人は適切な判断を下し、自分の持つ能力に気づき、生活する上で適切な処置を促す要素を要しているというメンタルヘルスの認識と、メンタルヘルスは人権であるという解釈と同じものであるということもできる。

では、海外と日本側の資料が挙げる、メンタルヘルスについての認識の共通点はどうだろうか。一つ目は、日本、海外の資料と共に、メンタルヘルスは人権であるという認識である。日本、海外ともに、メンタルヘルスを由来とする心の不調や病は、人種、年齢、性別を問わず誰にでも発症するという指摘であった。二つ目は、この不調や病は誰にでも起こり得ることであるから、生活習慣、人との繋がりを重視する等、心身共に健康状態を維持する工夫と方法が記されていた。日本側の資料で挙げられていた3つのRや4つのケアがこれに匹敵する。日本はこの二つの方法を用いて、メンタルヘルスの不調をもたらすストレスと向き合い、ストレスがもたらす体の不調に対処し、心身共に健康の質を高め、心身共に病気を防ぐことを目的としている。この3つのRや4つのケアには自分で考案した対処法や、コミュニティの中に存在する医療機関やカウンセラー等も含まれている。一方海外では、生活習慣の他に、自然との触れ合いや人との繋がり、運動等も挙げられていたが、これらはMindfulnessに結び付けて認識されていた。Mindfulnessの原理は、現状において自分が感じる感情や思考、感覚に注視し、内と外、体と心に耳を傾け現実を受け入れることである。これは、日常生活の中で、体が感じる感覚を無視し麻痺させ、思考のみが暴走する、思考が感情と行動に影響を与えていることに気づきがなくなる、そのような心と体に正常を取り戻すことである。つまり自らの生活の周辺を見直し、習慣を省みて、心身の感覚や思考、感情に耳を傾け、心身(自分であり、個)に正常を取り戻し、現実と向き合うこと、これが海外で言うメンタルヘルスのケアである。ここで気づくことは、Mindfulnessの概念には、日本の概念、二つの方法、3つのR、4つのケアが示すセルフケアに共通する点があるということである。次に三つ目であるが、ストレスによって発せられるストレスサインは、心身が発するものであり、これを自覚しリラックスして心身を整えることは、Mindfulnessが示す自分の感情や思考、感覚に耳を傾けることに類似している。日本側が示す二つの方法も自分の内と外における状態や状況を把握することが前提となっており、共通点として挙げることができる。

上記に示してきたこれら3つの共通点から認識できることは、これらの共通点には普遍的な要素が含まれており、それは日常生活を大きく左右するものであり、生活の質、環境、感

情等幅広い要素が混在しているということである。また生活の質とも大きく関係しているため、生活の質を高めるためにケアに取り組み、心身共に良好な健康状態を取り戻し、社会への貢献度を高めるよう行動し、自分らしく生活をするという、生活の基盤を高めることも含まれる。また、ストレス、そして環境の変化や人生の出来事によって発症する心・体の不調と向き合い、その不調に対処することも含まれている。これらのことより、メンタルヘルスの領域には、生活の質を前提とした well-being(幸福度)と resilience(心理的回復)という要素が混在しており、この二つの要素は Mindfulness の要素に結びついていると認識することが可能である。よって、筆者は、メンタルヘルスの定義や認識には、この三つの要素が相互に関連し合っていると考えるが、これらの三つの要素とメンタルヘルスの関連性については、ここでは明らかにしていない。故に、メンタルヘルスの定義を確立していくためには、更なる分析が必要である。そのため、この関連性については次の箇所を検討し、メンタルヘルスの定義を確立していくつもりである。

2 節 メンタルヘルスの定義の確立

1 節では、日本と海外の資料を用いてメンタルヘルスについての認識を比較し、双方、つまり日本と海外のメンタルヘルスの認識の相違点を明らかにすることができた。2 節では双方の比較によって明らかになった共通点について解析し、2 章の最後に示すメンタルヘルスの定義へと繋げていくものとする。1 章で明確になったメンタルヘルスの三つの要素、①well-being(持続的幸福度)、②心理的回復(Resilience) ③Mindfulness、これらの要素は互いに絡み合いながら存在しているが、2 章では、この三つの要素を更に掘り下げて、それぞれの関連について論じるものとする。

2-1. Well-Being(持続的幸福度)

Well-being(持続的幸福度)、この言葉は心身が健康であり、そして幸福に満ちた充実した生活が保たれている状態が持続的に維持されている幸せを意味するものである。CDC は、この言葉を心理的な健康に関連付けて用いており、一見単純には見えるが実は説明し難い言葉である。この言葉には様々な要素が複雑に絡んでいることもあり、この言葉の解説には多少困難を要するところがある。

Chida と Steptoe(2008)は、メタ分析を用いて well-being(持続的幸福度)の重要性について次のように分析している。良好な精神的 well-being(幸福度)は、①健康な人だけではなく不健康な人をも支えることができる効能を有し、②well-being を促進するための健康関連のプログラムの導入は、生活面におけるストレスに対処し、ストレスからの回復に非常に重要であると指摘している。ここからは Chida と Steptoe(2008)が重視している well-being につい

て、具体的に見ていくことにする。ここでは well-being を持続的な幸福度と称することにする。

De Chavez と他(2005)が発表した持続的な幸福度についての先行研究によると、持続的幸福度についての意味を深く掘り下げることは、異なる様々な分野を統合し、更には健康についての推奨と研究の促進に繋がり、非常に重要であると強調している。更に、彼らは、この先行研究で明白になった事項は、いずれ持続的幸福度の概念を用いて健康全般の研究に携わる研究者に新たな発見を齎すことに役立てればと記している。筆者も同じように持続的幸福度の観点からメンタルヘルスの定義を試みているため、Da Chavez と他(2005)の先行研究は、持続的幸福度を掘り下げていく者としては、非常に重要で役に立つものである。またそのようにして、メンタルヘルスの定義を試みていく時に、そこからヒントが得られるのではないかと考えている。持続的幸福度について以下に詳述する。

Da Chavez(2005)と他の先行研究では、持続的幸福度について①心理学的、②健康(保健学)及び健康推奨、③社会学と人類学、④経済学、の4つの側面において持続的幸福度がどのように認識されているのかが論じられている。

2-1. 心理学的側面から見る持続的幸福度

心理学的側面における持続的幸福度は、個人(Individual)とその個人の内面に焦点が当てられている。この心理学的側面において挙げられている事項は、①自己の受け入れ、②人生における達成感、③自己の成長と他者との繋がり(対人関係)、④幸福と主観的持続的幸福度(well-being)であった。従来、心理的持続的幸福度の基準は、主に負の感情だけに焦点が当てられ、ポジティブ(前向きな)な感情の有無については重要視されてこなかった。しかし、近年ではポジティブな感情を表す要素、つまり良好な健康状態の基準を定めることを目的に、様々な側面からポジティブの程度を軸とした持続的幸福度の理解を深めるような動きが見られるようになってきている。この持続的幸福度の理解の変化を先行研究の変遷から見ていくと、アプローチの異なる二つの研究を見ることができる。一つ目は、De Chavez と他(2005)の研究で、生活の質(Quality of life)の理解について論じたものである。この類の研究は変遷し続けており、従来の研究では漠然としていた生活の質が、今では生活の質を通して健康の度合いを見ていくために、社会や心理、対人関係、感情や文化、宗教(スピリチュアリティ)や環境の領域が考慮されるようになった。更に生活の質に関する研究は、自らが認識する個人の人生の評価を基にした、主観的な持続的幸福の研究へと拡張していった。そして、この主観的で持続的な幸福の研究は、幸福が何に由来し、人々は何によって幸せになるのかについて心理的、経済的過程にも焦点が当てられるようになっていった。しかし、この主観的持続的幸福の度合いは、心の健康に部分的に関連しているが、全体的には関連していないとされている。二つ目の研究は、近年話題になっているものであり、生活の質を理解していく

過程において、主観的な立場で自分が認識している生活についての意義に焦点を当て、それを軸にして生活の質の理解度を深めていくことを目的にしたものである。生活の質は、生活の外部の様子とそれに対する内部的な思いや感じ方(internal perception)が交互に交流することによるものとされている。そのため生活する上で、良い、悪いという生活の質の高さは個人の価値観や目標、才能とその背景、更には人生経験に負うところが大であるということが、この研究の方向性と風潮の始まりであると言われている。これらの研究の事例から De Chavez と他(2005)は、心理学的側面では持続的幸福度は、自己の視点(主観的要素)や対人関係、つまり主観的要素を含む持続的幸福度である。生活の質を主観的に評価する幸福度に注目される傾向が強いとする。しかし、De Chavez と他(2005)が懸念する点は、持続的幸福度を論じる時に心理学的領域で見失いがちな要因があり、それは社会的、環境的要因とそれらの要因との関連性であると言われている。

2-2. 健康学と健康推奨の領域

健康学の領域において持続的幸福度(well-being)という言葉は、身体的意味であり、且つ身体的な健康の状態を前提にして用いられると考えられている。De Chavez と他(2005)は、well-being と病との関係性を次のように説明する。Well-being の状態やその質に関わる病は、technical biomedical(生物医学技術)が要因となっていると断定している。しかし、これは身体の状態を前提としていることに関係している。患部の治療だけではなく、患者の精神面や生活環境をも考慮し、総合的に治療することを目的とするホリスティック・医学(Holistic medicine)では、個人的な要素や身体的及び心理的要素を混在しながら well-being について考慮する傾向にある。しかし、健康の度合いを決定するために社会的要因を考慮せずに、主に身体的健康と心理的な要素を結合して述べることが多いので非難されている。また、健康学の領域における well-being の捉え方については、個人と生活環境の融合と関係性について強調されてはいるが、対人関係を軸とした健康としても認識されている。しかし、社会保険(Social health)に関連した要素は強調されていないとされている。その他、Holistic 医学を軸とした Holistic 健康が強調する事項は、スピリチュアル(宗教的)な要素である。ここで De Chavez と他(2005)は、Riley と他(1998)¹³⁸が提唱したスピリチュアリティ(宗教性)についての認識を説明し、それは人生における意味、目的、繋がりや、人生の超越や人生の大切さについて感じさせるものであると論じている。そして、De Chavez と他(2005)は更に、健康全般について、スピリチュアルな面から見ていくには、そこから得られる道徳、価値、倫理的な要素や人生の意味、目的、質の高い生活を模索する必要性を示している。このような観点から、De Chavez と他(2005)は、スピリチュアリティの要素を基にして、well-being を定義づけることは可能であると理解している。

一方、健康の推奨という面においては、well-being は完全な状態、或いは完全性 (integrity) として認識されており、健康の状態を常に確認するのではなく、快適且つ健やかな生活を送れるか否かを強調している。well-being の在り方(質)は、社会状況と大きく関連しており、信頼や規範、社会や地域の結びつき、相互関係を支える仕組みの重要性を意味する社会関係資本(social capital)との結びつきにも関連しているとされる。健康の推奨における well-being は、生活習慣と良好な生活に関連しており、運動量と well-being の高低にも関係性を示すが、その他にも社会の行事に参加し、自分の在り方、つまり自らの考えで主体的に行動していくことを軸とした自立性(autonomy)を考慮していくことも、健康領域では well-being が求めるものであることを、De Chavez と他(2005)は先行研究の中で明らかにしている。

2-3. 社会学と人類学の領域

社会学の領域における well-being の認識において、そこで well-being について挙げられている事項について、De Chavez と他(2005)は、well-being に関して抱く人々の思いや解釈は千差万別であり、well-being を見る際に誰を対象としたものであるかによってその思いや認識は変わるとされる。

ここで De Chavez と他(2005)が挙げている Antonovsky(1987)¹³⁹が提唱した健康生成論 (Salutogenesis)を通して well-being の認識を論じることにする。健康生成論とは、人は何によって健康な生活を送り、また苦難の中で何を通して、またどのような過程を経て向き合っていくのかを解明することを目的としている。Antonovsky(1987)は、人間が困難な状況に遭遇した時にどのように向き合い、生き残っていくのかを解明する方法としての基準は、生活や健康の悪化に関する負の要因ではなく、その人がその困難な状況を貫いて生きる生活や、健康を良好にするポジティブな要因であり、彼はこれらを基準にすることを推奨している¹⁴⁰。更にそのポジティブな要因を重点的に吟味し、理解していくことも提案している。これらのことを踏まえて、De Chavez と他(2005)の見解を考察すると、健康生成論 (Salutogenesis)は well-being を吟味していく上で必要な論理であると彼は、強調しているのである。これ以外にも、De Chavez と他(2005)は、個人における well-being よりも社会全般における well-being を理解する方が、より困難であると指摘している。そして well-being を社会全般において深く調査し、確認をしていく必要があると、社会学、人類学の領域における well-being についての先行研究の結果より明確にしている。これについては次の4つの理由が挙げられている。

- ① の理由：様々な流域における well-being、例として挙げられているものは、個人、国家、社会であるが、これらは平等に測れるものではない。しかし、身体的、心理的要因を含む well-being は、個人または国家の側面から測ることは可能であると言われている。

るが、コミュニティの側面からはその測定は困難を伴うようである。②の理由：社会的 well-being を見る時に、社会的福祉と関連付けて捉えるというような偏った見方が生じる傾向がある。社会的 well-being の定義を幅広く広げて実行することにより、法律の立案やその対応を生み出すことにも繋がると言われている。そして医療従事者でも、彼らの役割は単に治療と研究に留まらず、幅広い範囲で活動することができると言われている。③の理由：社会的 well-being の研究に差が生じることである。これに関しては、社会的 well-being の研究は主に社会における個人の経験に結びついており、心理学の分野や生活の質において比較的多く記される傾向にあると述べている。しかし、このことについて、今後必要なことは、社会学、人類学の側面からの研究であり見解が必要であると論じている。④の理由：社会的 well-being における健康的な社会の構築の考察を目的とする研究や論文は希少である。

これまでは、主に社会学の側面からの研究を通して well-being について論述してきたが、これからは人類学の分野において、過去に行われた研究を通して well-being について明らかになったことを紹介する。人類学では被調査対象者の視点が重視される。多くの well-being の研究では被調査対象者の視点を通して well-being の定義認識が行われてきた。この well-being の定義や認識は、多角的な分野を跨ぐようにして決められていた。この例として、De Chavez と他(2005)は、カナダの北ケベック州に居住するクリー族の健康に関する調査を挙げている。彼らは、身体は生物医学的な理解と結びついているのではなく、生活を取り囲むすべてが健康な状態であると認識している。また、生活を取り囲むすべての要素は、社会、政治、肉体、感情、スピリチュアル(宗教)であると論じている。一方、「不健康」については、De Chavez と他(2005)は Adelson(1998)の解釈¹⁴¹を借用して説明しているが、クリー族にとって不健康は病気ではなく、全ての身の回りにおいて、特に社会、政治、肉体に好ましくない状態を指す言葉であると記している。また、人類学の見解によると、well-being の理解がより明確になる時は、現状が維持できない時に起こり得ると記されている。この人類学の見解を、De Chavez と他(2005)はクリー族に当てはめて、次のように説明している。クリー族が抱く well-being の概念は、伝統文化や彼ら独自の生活様式が脅かされた時に、文化的アイデンティティを強化するために用いられる傾向があるとされる。De Chavez と他(2005)は、これらの先行研究を通して、社会学、人類学の分野では、well-being のポジティブな要因は良い面が強調されてはいるが、well-being を吟味する上で物足りない点もあると指摘している。それは well-being が社会的、文化的な側面から吟味されていないことであり、そのことを懸念していると指摘している。

2-4. 経済学的側面

経済的側面から見た well-being に関する論文を通して、De Chavez と他(2005)は、経済的側面から見る well-being は多くの物事とその状態について、多元的な側面から考察されていることが明確になっていると記している。その他にも well-being を見ていく上で、物理的且つ非物理的要素が組み込まれていたことである。well-being を経済的側面から考察した論文のほとんどが、経済学者 Sen(1996)¹⁴²が well-being を考察する際に考案した capability theory of well-being (潜在的能力論)を軸にしたものであり、彼はその論理を基に新しい経済的側面から well-being の見解を生み出していると、De Chavez と他(2005)は記している。潜在的能力論から見た well-being の解釈は、人生において生活を豊かにするために必要な機能を高めていくことであると理解している。ここで経済学者 Sen は、生活の質を土台にして個人が成し遂げていく能力を評価し、well-being と生活の質には互いに結びつくものがあると記す。Sen(1996)は個人が成し遂げる能力に注視して、well-being を評価することを強調している。そして、彼は個人が成し得た実績ではなく、その個人が将来的に様々な機会に遭遇できるか否かを基に well-being を評価することが重要であると述べている。Sen(1996)はこの評価を“*Well-being freedom*”(自由における持続性幸福度)と提唱している。この“*Well-being freedom*”は多様な手段で well-being を見ていき、そこから多岐にわたる要素を探り出し、そこに関連性を見い出していくことであるとしている¹⁴³。これら Sen(1996)の見解を通して経済学者 Pattanaik(1997)は次の二点を挙げている¹⁴⁴。その二点とは、①Welfare economics(厚生経済学)論を通して個人の well-being を評価し、社会における well-being を評価すること、つまり厚生経済学論を用いることは、ミクロ経済学の要素を用いて社会全体の well-being の度合いを測定すること。②社会における well-being を社会の実績で評価することである。Sen(1996)が言う社会の実績の評価は、国の well-being に直接影響を及ぼす業績や専門性、及び文化的貢献を基に行っていくものとして認識されている。しかし、De Chavez と他(2005)は、実績の評価をこのように実施していくことには多少無理があるのではと、次の2項目をもって指摘している。①国の well-being に影響を及ぼすか否かによって、優れた文化的貢献は優等グループと非優等グループとに分類され、そこに溝を作り出すことになる。②わずかな実績であっても、質の高い social well-being を感じることができる。そして De Chavez と他(2005)は、経済学者 Pattanaik(1997)の見解について、社会的 well-being の在り方を国際的に広い範囲で見て、比較し検討することを考慮し、更に改善していくことが必要であると指摘している。

また、De Chavez と他(2005)は経済学者の見解として、well-being における input (投入)と output(産出)論(theory of inputs and outputs of well-being)を挙げている。これは経済学者、Dasgupta(1989, 1993)が提唱した論理である¹⁴⁵。ここで Dasgupta が言う output(産出)とは、具体的には健康や福祉、更にそれらの機能を表しており、これに対して inputs は

well-being の決定基準となる物質やサービス、それに資源の確保である。また、Dasgupta はこの inputs を well-being の決定要素として認識しているが、それらが必ずしも期待通りの結果を生み出すとは限らないし、inputs に値する物質やサービス、資源の確保も well-being に匹敵するとは限らないとしている。しかし、この論理に示されている inputs と outputs を掘り下げて検討することで、inputs と outputs に関係する要素について、またこれらの要素の内、個人や団体の間に見られる不平等についても理解を深めることが可能であり、その理解の重要性が示されている。Dasgupta が提案する well-being の inputs と outputs 論で強調されている inputs に値する物質やサービス、資源の確保は、well-being の基礎を築くために必要であると記されている。しかし well-being を見ていく時に、物質だけを判断基準として見なすことには無理があると指摘した経済学者もいた。De Chavez と他(2005)は、そのように指摘した経済学者として Hatfield-Dodds(1998)を挙げている¹⁴⁶。Hatfield-Dodds(1998)は inputs に値する物質やサービス、資源の確保等に捉われずに、非物質的な人との繋がりや文化、スピリチュアル(宗教)、精神的概念に関連するものが満たされていない状態において、well-being を見ていく必要があると記している。この理由について、彼は発展した社会においても、必要なものは inputs に値する物質やサービス、資源の確保ではなく、非物質的人間との繋がりや文化、スピリチュアル(宗教)、精神的な概念に関連するものに多くの人は飢えていると鋭く見解を展開している。

上記においては、well-being を4つの異なった分野においてなされた先行研究より、well-being の定義を注視、その要素について吟味したが、これ以降は、well-being の概念と定義について熟考するものとする。更に well-being の仕組みにも注意を払うものとする。well-being には多種多様の要素が絡み合うため、様々な側面から吟味することが要求される。そのため、well-being の概念と仕組み、並びにそこに含まれている要素を関連付けて明示していくことは困難であるとされている。更にこれらのことを説明することは非常に難しいと言われているが、その中でも well-being の概念と仕組み、要素を明らかに、その関連性を分かりやすく説明した資料がある。その資料の作成に携わった心理学者が Allan McNaught(2011)であった。彼が考案したと言われる Definitional framework of well-being(well-being における定義的枠組みと言われている)は、well-being における枠組みとして理解することが可能である。well-being の枠組の構造については、これ以降にその仕組み、構造について記し、well-being の理解を深めるために掘り下げていくものとする。

この枠組みの構造には、主観と客観的な要素が含まれていると言われている。Allan McNaught(2011)が考案した well-being の枠組みの中には主観的である個人を取り巻く幾つかの領域が設けられ、この領域は健康と結び付けることのできる、①家族、②コミュニティ、③社会、④環境、⑤地理と地学、⑥社会、⑦経済と政治の7つの要素の領域が挙げられている。そしてこの7つの領域は更に、①個人、②家族、③コミュニティ、④社会の4つの領域

に分類されて well-being に結合して成立している。この枠組みは、well-being が、①個人である自分との状況、②場所や環境と活動、③対人関係を含む心理的資源が相互に作用し合って構築していると認識されている。従って、well-being の枠組みは、個人で自分が主役となって形作るものであると、つまり個人である自分がこの枠組みの 4 つの領域の下で生活を改善することが可能であることを示そうとしているのである。ではこの 4 つの領域とは具体的にどのようなものであるのか、以下に 4 つの領域、①個人、②家族、③コミュニティ、④社会について一つ一つを説明する。

2-3-1. 個人の well-being

これら 4 つの領域の中で、個人における well-being は重要であることを、La Placa と他 (2013) は指摘している。何故なら、個人が well-being を自覚し、解釈し、well-being を構築することは可能であるからだ、と解説している。個人が抱く幸福度を自覚し、解釈、或いは把握する行為は、人生はどうあるべきかという社会の基準に沿う形で解釈されると認識しており、well-being の在り方に大きく左右するものであると考えられている。

個人における well-being の領域の特徴は、多角的な要素を含んだ構造をしているということである。従ってこの領域にはキャリアや収入である経済的な状況、肉体等の身体的なこと、スピリチュアル、即ち宗教や心理的なことや倫理的な要素を基にした体験が混在している。これらの要素を土台とした体験は、環境や状況に依って調整され、その他にそれらの要素を含んだ経験は、人生を客観視、観察することで測定し、判断することを可能にすると認識されている。

2-3-2. 家族における well-being

McNaught (2011) が考案した枠組みの家族における well-being について、次の幾つかの事項、①生活や職業における満足度、②趣味とその活動、③対人関係並びに世代間における人間関係とその質、④家庭の経済状況、⑤資源の確保等を挙げており、これらの事項についてそれぞれ評価している。ここで言う評価とは良い評価と悪い評価、双方の評価が含まれている。家族は、その家族に属するすべての人によって形作られる。そして、家族からの愛、金銭、情報、並びにステータスを含む資源によって、その家族に属する人々の well-being をも左右する働きがあると言われている。家族は家族の一員である個人が集合することによって組織として成立し、家族に対する福祉であるサポートを備えることができる。また状況に応じて、子供から大人へと成長する段階に応じて対応することが可能である組織体であることも認識されている。

2-3-3. コミュニティによる well-being

三つ目の領域として挙げられていたのは、コミュニティにおける well-being であり、そしてこの領域に含まれるのは、個人に必要な社会であり、文化や心理における物質であり、且つ家族や家庭と近隣であるコミュニティである。この領域は主観的な要素である自分を表す要素が強いため、個人に関する well-being について強調しているような印象を受ける。しかし、この領域は自分に関する well-being や主観的な要素だけが含まれているのではなく、これら以外にも自分を取り囲む客観的な要素である①健康、②経済的貧困、③交通、④経済活動、④環境の配慮等の要素とその影響もこの流域に位置づけられている。更にはこの領域において齎されるメリットについて、その作用の有無が解き明かされている。この領域の中でコミュニティの中核となる概念は、スキルであり、物質や資源を含む社会関係資本(social capital)として認知されており、自己の健康と well-being を高めていく上で必要とされる。これ以外にもコミュニティの活動に参加し、そこで拠り所を確保することも幸福度を多岐に渡り高めていくことに繋がると言われている。

2-3-4. 社会的 well-being

McNaught (2013) が考案した well-being の枠組みである社会的 well-being の領域は、Skilton (2009) の社会的 well-being の見解を基にしていると、La Placa と他 (2013) は指摘している¹⁴⁷。Skilton (2009) は社会的 well-being について、個人による行動だけではなく、他者との関係やグループによって得られる物質を通して生じる精神状態であると論述している¹⁴⁸。ここで言う精神状態には、健康と不健康の両方の状態を含むと示唆している。この社会的 well-being を得るために必要な要素は、そのグループに共同意識をもって参画し、グループの一員として目標を達成することである。社会に溶け込み、その社会に貢献する。そしてその社会で拠り所を模索していくことが必要であると記す。この社会的 well-being の概念には、その他の枠組みである要素も含むと示す。この要素とは地元のコミュニティの人々に影響を及ぼす国内や国外における諸問題や状況のことである。

2-3-5. Definitional framework of well-being

(well-being における定義的枠組みの図表) の解説

McNaught (2011) が考案した well-being 枠組みの全体像を、La Placa、他 (2013) が用いていたが、その枠組みを、図表を基に見ていくと次のように説明することができる。この図表¹⁴⁹は二つの縁が左右に設けられ、左側の円には社会とコミュニティが記され、他の右側の円には家族と個人が記されていた。両方の円に記されていた①社会、②コミュニティ、③家族、④個人は 4 つの領域に属するものである。その内の一つである社会の領域を左右する事項として、①アイデンティティ、②経済の安定、③身体健康、④政治と地理(国や州等の状

況)、⑤プライド、⑥成し遂げるために必要な決心や平等、⑦社会的正義等がこの社会の領域の枠外に記されていた。次にコミュニティと家族の領域を左右する事項として、①住宅事情、②家族を含まない世代別の対人関係、③経済的且つ社会的資源の調達、④環境、⑤治安、⑥社会的統合が円の外側に記され矢印で結ばれている。個人の領域の外には個人の領域を左右する事項として①身体、②心理、③社会、④宗教が右側に記され、同じように矢印が結ばれている。また、コミュニティと家族の領域を左右する事項と、個人と社会の領域を左右する事項とが矢印で結ばれていたため、これらは相互に関係するものと考えることができる。また、社会とコミュニティの領域の枠と家族と個人の領域の枠が、上下に線で結ばれているため、これらの領域は相互に関連していると理解することが可能である。従って、McNaught (2011) が提唱した well-being の図表に示された 4 つの領域に関する well-being は一見異なった要素で構成されているように見えるが、それぞれ相互に関係して結びついているために非常に重要である。そのため一つの領域が欠けると、全体の枠組みが成立できない仕組みとなっている。つまり 4 つの領域すべてが揃ってこそ、バランスの取れた well-being を実現することができるということを、この図表は示している。つまり 4 つの領域において、不足している要素を見つけ出し、それを補い、バランスの取れた well-being を求めていくことが、McNaught (2011) が認識している well-being の概念だと断言できるのである。

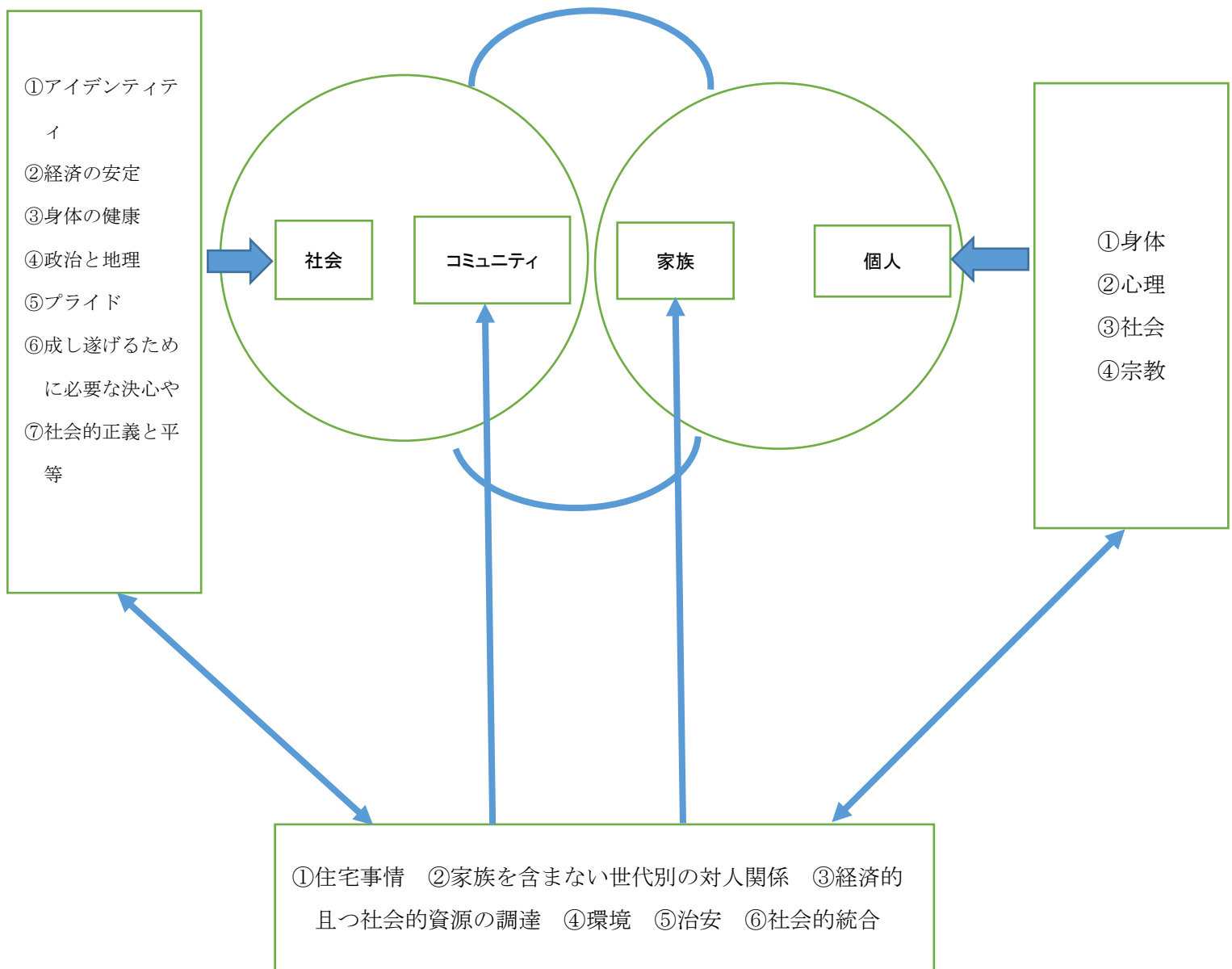


図 1. McNaught (2011) 作の Definitional framework of well-being
(well-being における定義式枠組みの図表)

La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. "Discourse on Wellbeing in Research and Practice." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllenstein, SAGE Publication Ltd, 2015, p.179 を参考に作成

2-4. 心理的回復(Resilience)

この項では、海外と日本の資料を基にメンタルヘルスの捉え方について比較し、明らかになった共通点に焦点を当てながら既述した well-being の二つ目のキーワードである Resilience(心理的回復)について掘り下げることとする。併せてメンタルヘルスの定義を確立するための一助となるように、心理的回復とメンタルヘルスの関係にも触れることにする。ここでは心理的回復の二つの事項、①心理的回復の概念の内訳と基本的事項、②心理的回復が人体に与える影響についても見ていくことにする。

2-4-1. 心理的回復の基本事項

2-4-1-1. 心理的回復の意味・定義

Resilience は言語的には英語であるが、日本語に翻訳すると「回復」という意味になる。しかし、この言葉の語源を辿ると、ラテン語に由来するものであることが分かっている。この言葉はラテン語の動詞 *resilire* を原型としており、その本来の意味は「はねかえる」である。つまり困難に耐え、困難な状況から速やかに回復することを意味する言葉である。更に興味深いことは、この言葉は科学と数学の学問的分野にも由来しているとされ、ここで一例を示すが、物理の分野において物に圧力を加え変形させた後に、原型に復帰することを意味する言葉としても用いられている。この言葉が人に対して用いられる時に、それは心理学的な意味で用いられ、心理学の分野でもこの言葉の持つ意味について議論がなされている。

Fletcher と Sarker(2013)は、Luthar と他の学者たちが提唱した Resilience の言葉の概念と、その言葉の持つ意味について吟味し、二つの概念によって成り立つその見解を示している¹⁵⁰。それは、①困難や苦境、②ポジティブ(前向き)に捉える、または順応していく(positive adaptation)であると示している。Adaptation、即ち adapt、この言葉には環境に慣れる、或いは溶け込む、順応するという意味があり、またポジティブに捉える、順応していく、対処していくと意味をも含み、しかしこの二つの要素は曖昧であるとされている。Luthar と他の学者たちが提唱した Resilience の必要的要素である、①困難や苦境、②前向きに順応する、ことについて多くの学者は、Resilience はこの二つの要素のみを表す言葉であると断言する傾向が強くなったと言われている。既述したようにこの言葉が持つ二つの要素の曖昧さについて、過去にその言葉の意味について詳細に説明されてこなかったことが、多くの学者に混乱をもたらしたと説明されている。またこれらの混乱以外にも、Resilience という言葉の科学的価値について、疑問視する学者が多く見られたと Fletcher と Sarker(2013)は、Bodin と Winman (2004)¹⁵¹の指摘を参考に記している。以降は、resilience の概念である二つの要素、①苦境と困難、②ポジティブに捉える、順応し、対処する、について考察する。

2-4-1-1-1. 苦境と困難

Adversity(苦境と困難)を説明するために、Fletcher と Sarker(2013)は、Luthar と Cicchetti(2000)の解釈を引用している¹⁵²。つまり、苦境と困難は負の生活の状況であり、その状況の対応や対処に困難を伴っている状態であるという見解を述べている。Luthar と Cicchetti(2000)が考案した Adversity の解説について、Fletcher and Sarker(2013)は、この言葉の持つ意味をリスクに関連付けて説明していることに、より具体性があると指摘している。これに対して、Jackson, Firtko と Edenborough(2007)¹⁵³が説明する Adversity(苦境と困難)の意味がすべて、只困難であり不幸であり、且つトラウマという言葉が用いられているだけで、具体性に欠けていると厳しい指摘がなされている。この苦境や困難という言葉には、甚大な被害を被るとするような困難さを示しているのではなく、日々における出来事の中の状況と関連しており、日常生活における様々な悩みが含まれているとされている。この悩みは労働に起因し、日々のストレスから生じる軽いものから度々心身を襲う重度のストレスや、重い負荷となつてのしかかつて来る出来事もあるということである。例えば、人からの裏切りも状況によってはその困難の度合いに違いがあるということである。しかし、苦難や困難を吟味するに当たり、この言葉には負の要素が含まれ、自然に負の要素を連想する傾向があると言われている。これに関しては、Fletcher and Sarker(2013)が、この言葉は負の状況や負の結果と結び付けて用いられるが、そこには対処仕切れない負荷が重くのしかかつて来るリスクを予測した言葉として用いられているからであると説明している。しかし、彼らはこの言葉は負の出来事だけではなく、喜ばしい出来事にも通用する言葉だと認識している。そして、職場の昇進が、その良い例として挙げられている。これは喜ばしい出来事であり、昇進後に担う新たな役割をポジティブに捉え対処していくこと、これは心理的回復が求められるところであり、心理的回復に関連する出来事として捉えることが可能であると認識されている。従って、苦境と困難を調整不良や適応不可という出来事に繋がる言葉として断定することは、生活の中で発生するストレス要因が、心理的回復を阻止する原因となると懸念することであり、その懸念は、心理的回復の観点からストレスの要因を理解することをより困難にしているということである。

2-4-1-1-2. ポジティブにとらえる、対処と順応

この心理的回復の概念に含まれる二つ目の要素、ポジティブに捉えることの意味として、Fletcher and Sarker(2013)は次の二つを挙げている。彼らは、① Luthar と Cicchetti(2000)¹⁵⁴の見解を借用しているが、ポジティブに捉えることを、行動を伴う社会に通用する社会的能力、或いは、幼少期、思春期、成人期等各成長の段階において成すべき任務や課題(stage-salient developmental tasks)を成就することを可能にする能力のこととして認識している。②これは Masten と Obradovic(2006)¹⁵⁵の解釈であるが、彼らはポジティブ

に捉えることを、内的持続的幸福に結びつくと認識している。Luthar と Cicchetti (2000) のポジティブに捉えるという解釈は、社会的に適応できるか否かという能力を前提にしていると解釈できる。彼らは、このポジティブの概念を通して苦境や困難を見ていくには、次に例で示すような分野における基準が必要であると示す。その例として挙げられているのが、学校における生徒の成績、学問の成果である。その基準は、①困難(苦境)の度合いと、更には Luthar と Cicchetti (2000) のポジティブに捉えることについての認識の中に含まれており、②行動を伴う社会に通用する能力を前提としている。即ち、苦境と困難の度合いに対して、その社会に通用する能力を生徒がどう発揮するかが、この場合の基準になるとしている。また、トラウマを誘発するような出来事を経験した場合、社会に通用する能力は、健常に機能しているかではなく、精神的病を誘発していないことが重要になる。つまり、体験する困難の度合いに応じて、社会に通用する能力の度合いも変化するということを、Luthar と Cicchetti (2000) は示唆している。しかし、この概念で見落とされる点は、社会的や文化的な部分である。これについては、Fletcher と Sarker (2013) は、Unger と他 (2008, 2011)¹⁵⁶ の見解を通して説明をしている。それは心理的回復を研究する上で、西洋では物事をポジティブに捉えることについてその定義を個人、或いは対人関係を軸とした能力や成果に関連付け強調する傾向にあると指摘している。例として挙げているのが、学問の成果であり、良好な対人関係である。物事をポジティブに捉えるという概念について、他の国々での定義を見ていく場合、西洋的認識だけで判断することは、他の国々の文化的要素を無視してしまう危険があると記している。ポジティブに捉えることを文化的側面から理解していくには、それぞれの国々が、ポジティブに捉える能力をどのように見ているのか、また、個々の能力を把握した上で、その能力を吟味していく必要があると記されている。従って、心理的回復に含まれている一要素であるポジティブに捉えることは、上述した、西洋の要素である学業、成果、対人関係、精神疾患の有無だけではなく、そこで見落とされがちな文化的な要素及び個人的な要素も、深く関わることを知る必要がある。

2-4-1-2. 心理的回復の概念

心理的回復の概念で議論される心理的回復は、個人が既に生まれながらに持っている個性や性質、或いは成長過程(process)によって培われたものかどうかということである。ここでは心理的回復を個性や性質の側面から見ていくことにする。心理的回復で用いられる個性や性質という認識は、様々な状況において順応し、臨機応変に対処できる能力が、本来個人には備わっているという解釈である。この件について、Fletcher と Sarkar (2013) は、Block and Block (1980) が考案した Ego Resilience (エゴの回復) を例えに用いて、心理的回復の見解を説明している¹⁵⁷。このエゴの回復は、高い処理能力、性質の強さ、環境が求める要求を満たすことが可能な、柔軟な順応性等の性質を基に成り立っていると言われている。つまりエ

ゴの回復が高い人は、活力や好奇心に満ちており、楽観的であり問題を処理する能力が高いと言われている。このエゴの回復が強調する性質は、心理的回復に含まれている要素をポジティブに捉えることに卓越していると理解することができる。そのため、エゴの回復が示す性質は活力、楽観性、好奇心に満ちていること、問題をうまく分解し理解する能力が高いこと、置かれた環境で臨機応変に対処できることである。これらの性質は、心理的回復に含まれている一要素であり、ポジティブに捉えて対処することに結びつけられるだけでなく、防御要因としても認識されるようになった。このエゴの回復が示す性質を防御要因として認識し始めるようになったのは、Rutter(1985)¹⁵⁸の貢献によるものだと考えられる。彼は防御要因を、不適応な結果を招く環境からの危険に対する反応の一つとして捉え、修正や改善を促すような影響を与えるものとして認識している。ここで言う、不適応とは外的環境（自然的環境と社会的環境）及び個人の内面に適応する行動が不十分であり、その結果、個人や社会に不利益をもたらす状況のことである。

Rutter(1985)¹⁵⁹がエゴの回復を防御要因として認識したことで、多くの研究者は、Rutterが言う防御要因とはどのようなものなのかを紐解く動きが見られた。彼らは、その防御要因を忍耐力(hardiness)、ポジティブ感情、前向きな感情(positive emotion)、外向的性質(extraversion)、自己効力感(self-efficacy)、スピリチュアリティ（宗教性)(spirituality)、自尊心(self-esteem)と解釈したのである。これらの解釈はFletcher と Sarkar(2013)によると、Rutter(1987)が提唱した心理的回復の見解であるストレスや苦境、困難における積極的、ポジティブな役割とに結び付くと結論づけている¹⁶⁰。また、防御要因は、出来事のマイナス要因から自己を守ることではあるが、その他の役割として、個人の価値をその成功体験を通して高めていくことも、その防御要因には含まれているとされる。しかし、Fletcher と Sarkar(2013)は、Luthar と他(2000)の指摘を基にして、心理的回復を性格や性質という観点並びに防御要因に結び付けて考察することは好ましくないと示唆している¹⁶¹。その理由は、このような考察は、生来人間には心理的回復を成し得る性格が自ら備わっているか、或いは否かという見解に至ってしまうからであると述べている。心理的回復を見ていくにあたっては、防御的要因と回復を促進する要因がそれぞれに有する役割や機能について、その関係性と、その関係の中に含まれる要素を理解することが、心理的回復についての理解を深めることに繋がると示唆している。一方、心理的回復は、個人の性質や性格に依存するという概念が普及する中で、時間と共に変化していく、一つの過程としてみなされるように変化している。心理的回復を一つの過程と見なす考え方は、困難時に対処する能力を促進する要因(promotive factors)と、困難時に対処を阻止するのを防止する防御的要因(protective factors)は、両者ともに場合や状況、人の成長の段階に応じて異なると言われている。つまり生涯の一つの段階において、苦境や困難を前向きに捉え対処できたとしても、別の段階において苦境や、困難によって齎されるストレスに対して、前の段階と同じように

対処できるとは限らないという可能性を配慮した上で、状況に応じて変化する心理的回復を一つの過程として認識したということである。個性と家庭の他に、人と環境との関係も心理的回復の概念を確立していく上で重要である。人と環境を結び付ける論理モデルとして、meta model of stress emotion performance (ストレス、感情、行動モデル理論)¹⁶²が挙げられている。このモデルの内容は、ストレスは個人が置かれた環境で活動する時に発生し、そのストレスは、個人による感知や評価、処理(perception, appraisal, coping)という過程を経て解決されることであり、或いは解決されないことでもあるということモデル(理論)は示している。このストレスを解決する過程、即ち、個人による感知、評価、処理(perception, appraisal, coping)の過程は、主に次の要素、個性や状況の様子、positive effect、self-esteem、self-efficacy によって調節される。これらの要素は、心理的回復に関連する要素ではあるが、ストレスの処理段階において左右すると理解されている。具体的には自分が感じているストレスに対しての捉え方や感情を客観的に把握し、制御する感情のメタ感知であり、ストレスに対しての対処法(coping strategies)でもある。よってこれらの要素は、既述した心理的回復の性格、性質によるものであるという防御的要素と内容は類似していると考察することができる。ここで注意が必要であるが、心理的回復の意味を吟味していく上で、回復や全快(Recovery)、処理や処置(coping)を一緒に捉えてしまう傾向があるが、回復や全快(Recovery)、処理や処置(coping)は心理的回復には関連しているが、実のところは心理的回復とは全く異なっているものだとして Fletcher と Sarkar (2013) は主張している。ここで、回復、全快(Recovery)と心理的回復の違いについて見ていくものとする。日本語では Recovery も回復であり、心理的回復も回復である。一方英英辞典でも心理的回復は Recovery と訳されるが、学者は心理的回復と Recovery を別の意味で捉えている。Recovery は通常の通り身体が機能できるように、徐々に修復していくことを表し、それに対して、心理的回復は通常の機能を保持するために必要とする個人の能力を示すものとして用いられている。Recovery は心身の健康を徐々に正常な状態に戻すことを表し、主に機能と関係がある。それに対し心理的回復は、自分の能力を主体とするもので、心身の状態を正常な状態に維持し、健康な状態として現在進行形で維持していくことを要としており、個人の培ってきた能力が主体となっている。上記の説明をより理解できるように、例を挙げて Recovery と心理的回復について説明する。愛するものを亡くした遺族は鬱のために日常生活や仕事に支障をきたすようになるが、それらの苦境と困難を忍耐しながら継続して生活続けていくことによって、愛するものを亡くす前の状態に戻ることができるとされ、その時間は1年乃至2年と言われている。心理的回復を例にして考えると、心理的回復を示す人は、日常生活の中で苦境や困難が生じて、その支障を最小限に止め、或いはほとんど支障をきたさない状態に止めることができるということである。

次は心理的回復とその処理の違いについて考察する時に、その回復は adaptational system、即ち順応能力によって得ることができると言われているが故に、処理能力に関連して捉えられる傾向にある。心理的回復と処理の違いを簡潔に整理すると、まず心理的回復は苦境と困難の鑑定と評価の度合いによって左右されるが、処理は、苦境と困難の中でストレスを発生する出来事を鑑定し、評価した上で、どう克服するかを前提にした対策を示すものであると言われている。これ以外にも違いは、ストレスを処理していく過程で得られる結果に見ることができる。心理的回復は、ポジティブな感情が前提であるがゆえに、ストレスが存在する状況においてもポジティブに捉えるという、全体的にポジティブな要素を含んでいる。一方処理は、ストレスを誘発する出来事を如何に克服するかが重要視されているため、処理の仕方にはポジティブとネガティブの両方の要素が伴う。例えばポジティブな要素を含む対処法とは、自分への励ましを基準にした自分の見つめ直しであるのに対し、ネガティブ要素による対処法とは薬物依存である。従って、心理的回復とは、自分に降りかかった出来事を客観的に評価し肯定的に捉えていくのに対して、処理はストレスを誘発する出来事に対しての反応であり対策である。そして対策とその効果は千差万別であると言われている。

上記の心理的回復と処理についてより深く理解するために、Fletcher と Sarkar (2013) が挙げる例を紹介しその理解を深めることにする。第一は心理的回復に関する例である。作業員がノルマの厳しい職場で働いていたとする。作業員はこの職場で受けるストレスを自分の成長のためだと、前向きに捉え、身の回りの状況を評価し成果を上げた。その結果同僚に認められるようになった。次に処理に関する事例を挙げる。作業員が同じような労働環境で働くが、上記の作業員のようにその職場の状況をポジティブに捉えることができずに、作業は思うように捗らず同僚に助けてもらうことになった。ここで心理的回復の概念を復習することにする。心理的回復は自分を高め、ストレスやストレスを誘発する要因(ストレッサー)に対してネガティブになる感情から自分を守る要素が含まれている。また、心理的回復は、ストレスの処理に対しての捉え方や、そのストレスから生じる感情のメタ認識と処理方法の選択に影響をもたらすものとして認識することができる。従って、心理的回復とは自分を高め、ストレスから受ける悪い影響より自分を守り、人生の出来事を肯定的に且つ客観的に捉えて解決していくことで、自分を肯定的な人間に変えていく能力を有していると提議づけることが可能である。

2-4-1-3. 心理的回復についての論理

前項では心理的回復について二つの基本的事項について、①心理的回復の意味や定義、②心理的概念を注視し検討してきた。本項においては、心理的回復の論理について過去に議論され、展開された論理を紐解きながら、心理的回復についての理解を深めていくものとする。

心理的回復については多くの論理が提唱されてきた。その中で共通している事項は、心理的回復は、「一つの過程」という説を土台にして成立していることと論じられていることである。そこでは、心理的回復の過程は時間と共に変化していくという意味が含まれていると言われている。これらを基に心理的回復についての論理が展開されてきたが、この他にも、個人はどのような要素によって心理的回復を成し得るのかが強調されていた。例えば、コミュニティと幼少期における心理的回復の論理では、心理的回復に必要な要素として社会的支援が挙げられていた。その他にも、心理的回復に必要とされる要素として、①最善な処理(optimal coping)、②職に対しての満足度、③生産性、等が挙げられている。ここで言えることは、心理的回復についての論理は、社会的心理分野と科学研究に深く関係している事項によって形成されていると理解されていることである。心理的回復の研究で最も関心を集めているのは、Richardson と他(2002)が着想した「心理的回復のメタ論理と心理回復」(The Metatheory of Resilience and Resiliency)¹⁶³である。この論理が関心を集めている論点は、ストレスを誘発する要因や困難は、人生体験に照らし合わせることができるという点である。また、この論理を基に対象となる人物、個人や家族、コミュニティをあらゆる視点から分析するようと、推進しているからである。これ以外にも利点として、この論理のみが物理学や心理学、医学等の複数の分野に跨る新しい論理的な知識を提供することができるのである。Richardson と他(2002)が着想した論理の中で高い評価を得ているものに、「心理的回復における理論(resiliency model)」¹⁶⁴がある。この理論には心理的回復の過程について色濃く表現されていることは周知の通りである。心理的回復は、生物心理宗教性における恒常性(biopsychospiritual homeostasis)¹⁶⁵、或いは快適帯、つまり肉体や精神、宗教(スピリチュアル)をバランスの取れた状態に保つことから始まると論理の中で述べられている。一方、ストレスや苦境や困難から防御する要因や資源が不足すると、上述したバランスの取れた恒常性を保つことができなくなることも指摘されている。この恒常性が保持できなくなった時、次の4つの状態へ陥ることも指摘されており、それは、①心理的回復の再建(resilient reintegration)：恒常性の保持ができなくなり、自分を守る要素であるサポートを模索し、恒常性を維持するように努めようとする。そして新しい質の高い恒常性の実現へと向かう、②静止した再統合(static reintegration)：恒常性に不調が生じると、安全帯に止めてその不調が過ぎ去るのを待つ、③喪失を伴う再統合(reintegration with loss)：恒常性の不調により、ストレス、苦境や困難から守る要素を喪失し恒常性の維持が不可能となり、恒常性の質が悪化する、④機能不全な再統合(dysfunctional reintegration)：恒常性の不調により自傷する行為を取ることである。例としては薬物の乱用や薬物依存等が挙げられる。

Richardson(2002)が提唱した論理については、スポーツのパフォーマンスや健康推奨の分野からは多くの指示を得ているが、過去には指摘や批判もあったようである¹⁶⁶。その指摘の

一つして、Richardson(2002)の論理は、個人的体験を検証する中で一つの出来事だけにしか当てはめることができないという指摘であった。そうすると複数の経験やストレス(刺激的要因)に対して、彼の論理を適用して関連性やその影響を検証していくことは困難になる。二つ目の指摘として、彼の論理では、恒常性の不調は、恐れや怒り、悲しみの感情へと発展していくと認識されているが、メタ認知として認知活動の一つである考察や感知、記憶判断を含む活動を客観的に検証していくことや、感情が、既述した再統合(reintegration)の過程において及ぼす影響について説明がなされていないことである。これは、心理的回復の過程において、心理的回復を実現できる人は、自らの感情を客観視し、その感情の機能を良好な状態に維持できるとされ、これは非常に重要な点である。三つ目の指摘は、彼の理論は主に対処について構想されており、心理的回復と処理について混同している傾向がある。これについては既述したように、心理的回復と処理は異なるものとして認識されている。これらの指摘によって示唆されることは、Richardson(2002)が提唱した論理にについて、Fletcher と Sarker(2013)は、この論理に従って心理的回復を考察していくと、本来の心理的回復の本質を見誤ってしまう恐れがあると指摘している¹⁶⁷。即ち、これらの指摘により心理的回復の論理には次の三つの傾向があると示唆している。それは、①心理的回復には一つの過程、変化を伴う過程という要素がある、②一つの事項や一つのことを対象にしている、③心理的回復を対象と結合させて論理を展開する傾向にある。それ故に心理的回復と処理は同じ性質を持ったものとして誤解され、両者を一つのものとして捉えてしまう傾向があるということである。

次に心理的回復が人体に与える影響として考えられている、①メンタルヘルスの側面、②脳、神経、遺伝的側面から、心理的回復が人体に与える影響を考察していくことにする。併せて心理的回復と人体との関連についても詳見していく。ここではメンタルヘルスに関連する心理的回復の重要性と心理的回復が人体に及ぼす影響、並びにその両者の関係性を見極めることを目的とするものである。それを実現するために、一つの過程として心理的(メンタルヘルス)と人体(生物的且つ医学的)とに分割し、それぞれの側面から心理的回復によって生じる関係性や影響を見ていくことにする。初めに、心理的(メンタルヘルス)の側面から吟味する。Rutten と他(2013)は、心理的回復をメンタルヘルスや心理学的側面から考察していく時に、そこには三つの要素との遭遇が有り、いずれも心理学的回復と関係があると指摘している。三つの要素はそれぞれ、①確立した居場所(Secure attachment)、②ポジティブ感情(Positive emotions)、③人生や生活における目的(Purpose in Life)、である。この三つの要素は心理的回復に影響を及ぼし、メンタルヘルスを高め、押し上げる効能を有している。この三つの要素が全て揃うことで、人はたとえ苦境や困難に出会っても、メンタルヘルスの質はその健康状態を損なう阻害要因から阻害されることはない。その様にして、この三つの要素は心理的回復を保持する原動力として働き続けるのである。

次に三つの要素の重要性と、その三つの要素の一つ一つが心理的回復に与える影響についても見ていくことにする。まず三つの要素の一つである、①確立した居場所と拠り所について検証する。人生において最も重要な心理的回復の基盤は親子の絆であると記す。この親子の絆は、心理的回復と深い関りがあると示されている。安定した親子の絆を土台とした関係によって、乳児は認知機能(または思考能力)とそれに関わる経験を一つに統合する。この統合によって乳児は対人に関係する精神(メンタル)を築き上げていく。このようにして親子関係を構築していく時に、乳児はその成長の段階において他人を信頼することを学び成長する。そして自分が脅迫された時でも、守ってくれる人がいるという確信の上に立って生活ができるという精神(メンタル)を築き上げていく。乳児が親子の絆を構築する時期は、生後6ヶ月頃と言われている。親子の絆は幼少期から思春期にかけて最も重要であると示されている。親子の絆の度合いは、親が子に接する接し方が重要であり、子育ての仕方によって決定すると認識されている。これは実の親子の間だけではなく、養子と養親の間にも通用することである。良好な親子関係によって、子供は良好な思考や能力を身につけることができ、健全な親子の絆が築かれ、親子の間に健全な関係が構築されていく。

ここからは親子の絆と心理的回復の関係性について見ていく。この関係性は親子の絆について、特に子供の方から見た親に対する絆についての経験を基にして作成された、内的作業モデル(internal working model)¹⁶⁸を参考にして考察されたものである。内的作業モデル(internal working model)は、乳幼児の成長の過程によって作り出されるモデルで、生後1歳の終わり頃に作り出され、5歳頃まで発展し続けると言われている。多くの場合、子供の記憶や経験は内的作業モデルに沿って解釈される。親子の絆を確立した子供は、内的作業モデルをしっかりと構築するだけではなく、構築していく段階において、自分を価値あるものとして認識することができるようになる。また他人を信用できるものとして見ることができるようになり、厳しい環境の中にあっても、他人のサポートを受け入れてその厳しい環境を乗り越え、それを経験として受け入れることができるようになることが論じられている。このような考察により、内的作業モデルは、自分をコントロールし、自分だけではなく他人の心理状態をも推測し、社会での対人関係を良好な状態に築き、ストレスの要因に対しても対処できる能力を高めるものとして理解されている。

上記においては、内的作業モデルを基に心理的回復と親子の絆との関係性を見てきたが、これ以降は、脳神経生物学的な観点からその関係性を見ていくことにする。親子の間に確立される絆は、感情と社会に順応できる機能を管理する脳の回路の成長に大きく関係する。よく言われることではあるが、左脳と右脳の成長は親が子に取る行動によって左右されることが明確になっている。このことから、幼少期に経験する親が子に対して行う虐待や行為は、

親子の絆を阻害するだけではなく、脳梁(corpus callosum)¹、これは左右の大脳半球を繋ぐ交連線維の太い束ではあるが、この脳梁の成長をも阻害することが明らかになっている。幼少期における親と子の関係、並びに対人との関係は、子供の感情を管理する神経回路の成長を左右するため非常に重要である。

心理的回復と親子の絆の関係性において脳神経の側面から挙げられているのが、オキシトシンと親子の絆の関係性である。このオキシトシンは神経ペプチドと言われ、神経伝達物質として、またホルモンとしての作用を有するもので、脳で作られる蛋白質に似た分子として認識されている物質である。この物質は、ストレスを感じる時に不安を和らげるように作用する。オキシトシンが脳の報酬回路に関与している神経伝達物質と反応することによって、報酬とポジティブ感情を感知し、心理的回復を促進するように働く。報酬回路とは脳の快感に関わる部分として知られており、気持ちを良くする様な刺激があると神経伝達物質を放出し、元気を起こさせ快感をもたらす脳内神経ネットワークのことである。元気ややる気を起こさせ、快感をもたらす神経伝達物質はドーパミンであるが、オキシトシンの場合は、親子の絆と心理的回復に深く関係しているようである。

親子の絆と心理的回復の関係性を内的作業モデルと脳神経の医学的側面から検証してきたが、親子の絆を深めることは、子供をストレスの要因である不安、イライラ、怒り等の負の精神状態から回復させ、苦境や困難に遭遇しても感情と行動をコントロールして対処していくことができるようになるということである。親子の絆を構築することができなかった場合には、子供に精神的機能の欠損や行動障害を引き起こす可能性が強くなる。親子の絆を構築することは、子供の心理的回復において現在、将来ともに重要なことであると断言できる。また心理的回復に影響を与える脳神経系統の成長にも大きく起因するために、侮ることのできない要因であると言える。

2-5. ポジティブ感情

ポジティブ感情も心理的回復と関係があることが明らかになっている。心理的回復の言葉の由来はポジティブ感情であると言われるほどに、心理的回復にとっては重要な要素である。ポジティブ感情は、苦境や困難、痛みを伴う体験から派生するところの痛みや苦しみを軽減するだけではなく、健康に関わる全ての領域を良好に保つことができると言われている。これ以外のメリットとして、ポジティブ感情は心理的な健康をストレスから守り、更にストレスを誘発する出来事に遭遇した場合にも、ネガティブの感情の発生を防止することも明らかにされている。

¹ 脳梁：右脳と左脳における感応情報交換を担う大脳の両半球を繋ぐ部分。
<https://www.weblio.jp/content/%E8%84%B3%E6%A2%81>
(6/29/2023 アクセス)

ポジティブ感情と心理的回復の関係性について論じる前に、ポジティブ感情について深く掘り下げることにする。ポジティブ感情の度合いは人によって異なる。ポジティブ感情の源流にある感情には二つの異なる要素がある。一つは永続的(enduring components)要素で、他の一つは変動的(fluctuating components)要素¹⁶⁹である。この変動的要素は内面的であり、ホルモンの状態、或いは生物全般に備わっている一日を周期とするリズムであり、一日における生活のリズムと解釈することもできる。これ以外にも、日常生活の中での交流もポジティブ感情の変動的要素の一つとして考えられている。人との交流や友人との交わり、他人からの微笑みも短期的ではあるが、ポジティブ感情を高めることは可能であると言われている。日常生活で経験する嬉しさ、喜びの感情によるポジティブ感情の高まりは、鬱の症状に対処できるように心理的回復を高めることができるということで、ポジティブ感情と心理的回復は一致していると考察することができる。上記のようにポジティブ感情を高めるだけではなく、ポジティブ感情の高まりの期間や経験の持続も心理的回復を高め、鬱患者の症状の改善や回復を促し、治療を円滑に進めていくことに繋がると言われている。

ポジティブ感情と心理的回復は脳内の神経で分泌されるホルモンの内、特に物質とその伝達、特に心理的回復を促進する報酬系に左右するとされている。哺乳類の脳の中脳の一流域として認識されている腹側被蓋野²から側座核³にかけて放出されるドーパミン作動性神経伝達は、哺乳類が生存する上で必要とする食べ物や、性行為によって作られるもので、向精神薬⁴に対して反応するものとして知られている。喜びや報酬の経験は脳の中の眼窩前頭皮質⁵という領域で感じ、中脳辺縁系⁶と眼窩前頭皮質は相互的に結び合っている。哺乳類の研究によ

² 腹側被蓋野： 辺縁系や大脳皮質にドーパミンを供給する脳の一部として知られている。

<https://www.amed.go.jp/news/seika/kenkyu/20201020-01.html#:~:text=%E8%85%B9%E5%81%B4%E8%A2%AB%E8%93%8B%E9%87%8E%EF%BC%88%VTA%EF%BC%89%E3%81%AF%E8%BE%BA%E7%B8%81%E7%B3%BB,%E3%81%A8%E3%81%97%E3%81%A6%E6%B3%A8%E7%9B%AE%E3%81%95%E3%82%8C%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82> (10/5/2023 アクセス)

³ 側座核：快感を司る役割を有している。

https://www.akira3132.info/limbic_system.html#%E5%81%B4%E5%9D%90%E6%A0%B8 (10/5/2023 アクセス)

⁴ 向精神薬：抗鬱薬、抗不安薬、睡眠導入剤(睡眠薬)精神科で処方される薬。うつ病や不安障害の治療で処方される。

<https://www.cancernet.jp/seikatsu/mind/hints/medication/#:~:text=%E5%90%91%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E8%96%AC%E3%81%AF%E6%8A%97,%E3%81%95%E3%82%8C%E3%82%8B%E3%81%93%E3%81%A8%E3%81%8C%E3%81%82%E3%82%8A%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82> (6/29/2023 アクセス)

⁵ 眼窩前頭皮質：視覚、味覚、嗅覚、攻撃性制御(攻撃の適正性における判断)、人格、道徳、社会性、楽しみや喜び、他者の心の理解(共感)、自律神経制御に関与している領域。

<https://www.med.tottori-u.ac.jp/researchers/pickup/27505.html#:~:text=%E7%9C%BC%E7%AA%A9%E5%89%8D%E9%A0%AD%E7%9A%AE%E8%B3%AA%E3%81%AF%E3%80%81%E8%84%B3,%E3%81%AA%E3%81%A9%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%82%8F%E3%82%8B%E9%A0%98%E5%9F%9F%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82> (6/29/2023 アクセス)

⁶ 中脳辺縁系(中脳皮質系)：腹側被蓋野と称される中脳の部分から大脳辺縁系に向かっている。この経路は統合失調症で症状として生じる幻覚、幻聴、妄想に関連しているとされる。

<https://www.smilenavigator.jp/tougou/about/science/#:~:text=%E4%B8%AD%E8%84%B3%E8%BE%BA%E7%B8%81%E7%B3%BB,%E3>

ると、COMT(catechol-O-methyl transferase)酵素、これは神経伝達物質ドーパミンやエピネフェリン、ノルエピネフェリンを含むS-アテリシルメチオニン、カテコールアミンへのメチル基の転移を触媒とする物質として知られており、このCOMT酵素はドーパミンを分解し、脳の皮質下⁷と前頭前部で行われるドーパミンの調整に深く関与している。またCOMT酵素は、脳の皮質下と前頭前部で発信されるドーパミンシグナル伝達(dopaminergic signaling exchange)にとって重要な役割を持っている。ドーパミンシグナル伝達(dopaminergic signaling exchange)は前頭前皮質に少ないが、中脳辺縁系⁸には多く存在していると言われている。そのため、COMT酵素によって行われるドーパミン作用を前頭前シナプス(prefrontal synapses)⁹で終結することは、快感やその体験に関係する前頭前皮質¹⁰に大きな影響を与えることが明確になっている。このことから、COMT酵素が低いほど高い報酬を経験することが明らかになっている。ここで言う報酬体験はモチベーションであり意欲を誘発する心地よい刺激である。

これまでの考察より、ポジティブ感情がメンタルヘルスの質を高め、日常に遭遇する不安や鬱に対処できる要素であることが理解できる。また、ポジティブ感情との結びつきがある心理学の分野で用いられる報酬体験の背景には、先天的な脳と神経系統が分泌する物質ホルモンや酵素と深く関わりを持っていることも把握することができた。ポジティブ感情や報酬体験と心理的回復には深い結びつきがあることは間違いないが、環境や社会的、文化的要因だけでなく、体の深い所まで関係しており、複雑な構造によって働きかけていることをも理

[%81%A8%E8%80%83%E3%81%88%E3%82%89%E3%82%8C%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82](#) (6/29/2023 アクセス)

⁷ 脳の皮質下:間脳、脳下垂体、大脳辺縁系、大脳基底核を含む。それらは脳の内側に位置しており、主に記憶、感情の処理、ホルモンの生成に関与しているとされる。間脳、脳下垂体、大脳辺縁系、大脳基底核を含む。それらは脳の内側に位置しており、主に記憶、感情の処理、ホルモンの生成に関与しているとされる。
<https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/subcortical-structures-anatomy> (9/28/2024 アクセス)

⁸ 中脳辺縁系(中脳皮質系):腹側被蓋野と称される中脳の部分から大脳辺縁系に向かっている。この経路は統合失調症で症状として生じる幻覚、幻聴、妄想に関連しているとされる。
<https://www.smilenavigator.jp/tougou/about/science/#:~:text=%E4%B8%AD%E8%84%B3%E8%BE%BA%E7%B8%81%E7%B3%BB,%E3%81%A8%E8%80%83%E3%81%88%E3%82%89%E3%82%8C%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82> (6/29/2023 アクセス)

⁹ 前頭前野シナプス(prefrontal synapses):神経細胞同士が連絡する接点のことをシナプスと言う。脳内にはニューロン(神経細胞)がシナプスを通じてつながり、電子回路のようなネットワークの下、情報を伝達している。前頭前野シナプスとは、前頭前野において生じている神経細胞とシナプスのつながりのことを指す。

<https://www.toyo.ac.jp/link-toyo/life/synapticplasticity/> (6/29/2023 アクセス)

¹⁰ 前頭前皮質(前頭前野):記憶、感情の制御、行動の抑制、思考、判断、応用等の活動を担う。脳の前の方に位置している。前頭前野が退化すると物忘れ、感情的、やる気の低下が生じる。

https://www.active-brain-club.com/ecscripts/reqapp.dll?APPNAME=forward&PRGNAME=ab_brain_detail&ARGUMENTS=-A3,-A201812,-A20181221141722391,-A (6/29/2023 アクセス)

解できる。これ以降は、日常生活におけるポジティブ感情と報酬体験を高める方法等について記述する。

ポジティブ感情と報酬体験を高める方法は千差万別ではあるが、その中でも①感情の手紙の作成、②楽観的に捉える練習、③思考の捉え方の練習、④過去に起こった幸福の体験、⑤成功体験、を振り返ることであり、且つ、人との触れ合い、即ち人的交流である。これ以外にも生活における自信に繋がる感情を振り返り思い起こすことや、ポジティブ感情に関連する状況を認識し、行動を顧みることにも心理的回復へと導く方法である。瞑想や、Mindfulness(マインドフルネス)を重視した処方も、ポジティブ感情を高めるためには効果があると期待されている。つまり自分を意識する、自分を顧みることができる者がそうでない者より、よりポジティブ感情を得ることができるという研究結果がある。更に Mindfulness を重視した処方として話題になっているのが、Mindfulness の考えを用いた認知治療である。この治療法は瞑想と認知治療を合わせたものである。認知治療とは認知の歪や偏った思考、捉え方に焦点を当て、柔軟で現実的な思考や行動がとれるように治療していく処方である。物事の捉え方を治す治療と理解するとより分かりやすい。Rutten(2013)は、この Mindfulness の考えを用いたストレスを軽減する処方である Mindfulness based stress reduction(MBSR)¹⁷⁰の効能について、Davidson(2003)が発表した研究結果を参考に記している。この mindfulness を用いたストレス軽減の処方である、MBSR の治療を通して明らかになった治療法は左脳が活性化され、ポジティブ感情が高まっていく時に起きる脳の動きと一致していたということである。これ以外の治療法、mindfulness を用いた認知治療である Loving kindness meditation¹⁷¹の効果が明らかになっているが、それは感情と深い関係にある神経回路を調整する働きがあると言われている。瞑想を始めとするメンタルトレーニングも全般にわたり感情や行動、神経回路に良好な変化が見られたと証明されている。神経回路の変化を具体的に表すと、瞑想を長く行っている人とそうでない人に、大脳皮質から脳幹の部分に現れる灰色の渦の濃度に違いがあることが分かっている。それ以外の効果として、学習認知機能や記憶力の強化、感情の調整、自己参照処理の強化(self-referential processing)¹¹、更には外部の情報を自分の経験に結合して処理する認知機能等が明らかになっている。これらのことより、瞑想や Mindfulness を用いた訓練は、心理的回復と関連する感情や行動、脳の変化を向上させ、報酬システムをより良好な状態に維持できる効能を有するように働かせる。そして結果として、心理的回復に関係したポジティブ感情の取得を容易にする仕組みとなっていることを理解できるのである。

¹¹ 自己参照処理の強化(self-referential processing)：外部の情報を自分の経験に結合して処理する認知機能

2-6. 人生や生活における目的

既述した三つ目の要素は人生の目的である。人生の目的と心理的回復は関連しており、人間は人生の目的を知り、経験を通して心理的回復を得ることができると言われている。これ以外にも、人生の目的は自殺を防止し、メンタルヘルスの質を左右する身体を蝕む病気の悪化を防止する効果もあるとされ、今、人生の目的を模索することは重視されている。また、人生における目的の喪失はメンタルヘルスに悪い影響を及ぼし、致死率と関係することも明らかになっている。従来の研究結果によると、宗教やスピリチュアリティは、メンタルヘルスに悪い影響を与える出来事から心身を良好な状態へと維持する作用だけではなく、更に人生の目的に気づかせる働きをする。その気づきの経験は、幸福度の度合いの程度に左右するとも言われている。宗教によって心理的回復が得られることは既知の通りではあるが、宗教の儀式、卑近な例として神への祈りや、神との一体性を意識する行為があるが、これらは頭脳に影響を及ぼすとされる。その影響は、既記のポジティブ感情と報酬行為に関係がある。神への祈りや神との一体性を意識する行為は、頭脳の様々な部分、左側の前帯状皮質 (left dorsal anterior cingulate cortex)¹²、尾状核(caudate)¹³、眼窩前頭皮質(orbitofrontal cortex)¹⁴等を刺激することが判明している。刺激を受けやすいこれらの部位は、報酬系と関連している。これらの刺激と心理的回復との繋がりについて考えられることは、宗教や人生の目的について考えることが、内部報酬(internal reward)からの報酬(それは体と精神からの報酬であるが)ポジティブ感情(positive emotions)を促進するからである。人生の目的を生活の場で考えている時に、そこにはいつもポジティブ感情が芽生える。人生の目的を感じ取る内部報酬(internal reward)は、内在的且つ内発的な動機付け(intrinsic motivation)に由来しており、それらは行動を通して自らが満足を感じ取ることである。この内部的報酬を感じ取ることによって、外部的な短期報酬である収入や成績、称賛、他者からの評価等に由来する報酬に執着することがなくなり、ポジティブ感情を更に促進することが可能となると強調されてきた。しかし、現代社会において、宗教の衰退が見られる状況の中で、Rutten と他(2013)は宗教だけに頼らず、人生の目的を考えるために必要な物質を蓄える必要があると

¹² 前帯状皮質：血圧、心拍数の調整、報酬予測、判断、共感を含む認知機能に関わる部位。前帯状皮質が有する機能は大きく分けて4つ存在する。①実行(全側部)、②評価(後側部)、③認知(背側部)、④情動(腹側部)。

https://www.akira3132.info/limbic_system.html (6/29/2023 アクセス)

¹³ 尾状核：学習と記憶の処理に関与。

https://www.akira3132.info/basal_ganglia.html (6/29/2023 アクセス)

¹⁴ 眼窩前頭皮質：視覚、味覚、嗅覚、攻撃性制御(攻撃の適正性における判断)、人格、道徳、社会性、楽しみや喜び、他者の心の理解(共感)、自律神経制御に関与している領域。

<https://www.med.tottori-u.ac.jp/researchers/pickup/27505.html#:~:text=%E7%9C%BC%E7%AA%A9%E5%89%8D%E9%A0%AD%E7%9A%AE%E8%B3%AA%E3%81%AF%E3%80%81%E8%84%B3,%E3%81%AA%E3%81%A9%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%82%8F%E3%82%8B%E9%A0%98%E5%9F%9F%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82> (6/29/2023 アクセス)

提案している。そして Rutten と他 (2013) は、カウンセラーを通して受ける人生相談やアドバイス、更に概記した瞑想を用いたメンタルのトレーニングも、置かれている状況を把握し、人生の目的を考えさせるきっかけとなる手法であると述べている。

次に心理的回復を脳と神経遺伝の観点から見ていき、どのように心理的回復に関係しているのかを検証していくものとする。ストレスを受けた時、脳の神経は様々なホルモン物質を分泌、伝達し、ストレスに対応する。そして、そのストレスを緩和するように働く機能を有していることが知られている。既述したように、人体に与える影響をメンタルヘルスの側面から見て、三つの要素を基に検証した。その中で、脳内に分泌されるホルモンやその他の物質について触れたが、これ以降は脳内で分泌される物質や神経系統、更には遺伝の仕組みと心理的回復の関係性について詳述するものとする。

2-7. 脳に分泌される物質と心理的回復との関連性

ストレスを感じた時に脳から分泌されるものを物質と既述したが、その物質は次の三つに大別することができる。①ホルモン、②神経伝達物質、③神経ペプチドである。この三つの物質が相互に作用することによって、心理的回復が齎されると言われているが、実際はこれらの作用の度合いによって、心理的回復の感じ方は大きく異なるようである。この三つの物質に関連する伝達系ホルモンは、特に心理的回路の流域に属するものとして、Feder と他 (2009) は次の五つの要素、①視床下部、下垂体・副腎系 ②ノルアドレナリン系 ③セロトニン作動性及びドーパミン作動系 ④神経ペプチド Y ⑤脳由来神経栄養因子(BDNF)を紹介していた。ここでは、①視床下部、下垂体・副腎系 ②ノルアドレナリン系 ③セロトニン作動性及びドーパミン作動系 ④神経ペプチド Y の概要について以下に示すことにする。

2-7-1. 視床下部、下垂体副腎系

視床下部・下垂体副腎系と言われても馴染みがないと思うが、これは脳の部位であり、人間の全ての日常生活を支える機能を有しており、非常に重要な部位である。視床下部・下垂体は二つの脳幹(brain stem)の上に位置するが、副腎系は肝臓の真上にある。初めに視床下部について記すが、この部位は脳の最奥部に位置しており、下垂体の真上にある。この部位の主な機能は、体温、食欲、睡眠、水分量や塩分量の調整、調節である。これ以外にも視床下部の近くにある海馬と連携し記憶や意識の調整をも司っている。また下垂体とも直接繋がっており、下垂体から分泌されるホルモンの調整も行っている。つまり視床下部と下垂体が互いに連携し合い、作用し合っているため、視床下部に問題が発生すると体温や食欲の調節に支障をきたすだけでなく、下垂体が調整しているホルモンの分泌にも影響を及ぼし、下

垂体機能低下症の症状¹⁵を発するようになる。一方、下垂体は鼻の奥、脳の底面の中央にある脳の部位の一部と知られており、脳から下に垂れているのが特徴である。この部位の機能は、様々なホルモンの分泌や調節を担う重要な臓器として知られている。下垂体に支障をきたすと、次の6つのホルモンの分泌や調節に障害が出るのが明らかになっている。この6つのホルモンとは、①副腎皮質ホルモン、②甲状腺ホルモン、③性ホルモン、④成長ホルモン、⑤プロラクチン、⑥抗利尿ホルモンである。この6つのホルモンの分泌と調整の機能が低下すると下垂体機能低下症を発症する。この病気の症状は、副腎皮質ホルモンの分泌と機能の低下においては体のだるさを覚えるようになる。恒常性ホルモンの異常では鬱症状を訴えるようになり、成長ホルモンの異常では鬱傾向となることが挙げられている。ストレスに反応して視床下部で分泌されるホルモンとして知られているのは、副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン(Corticotropin-releasing hormone)である。そのホルモンの分泌により視床下部・下垂体副腎系を起動し、副腎皮質からステロイドホルモンが分泌される。幼少期に受けたストレス、特に親からの虐待や性暴力を受けた人はそうでない人に比べて、CRH(副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン)の分泌量が多いと言われている。そのため心理的に過敏となり、成人期に入ると心理的疾患や精神的疾患を誘発し安くなると言われている。しかし、一時的に、或いは短期的に副腎皮質から分泌されるホルモンであるコルチゾール(ステロイドホルモン)は、ストレスに対して適応能力を促進させることが証明されている。しかし、長期間、高濃度のコルチゾールの影響を受けることは、免疫低下、高血圧、心臓病等、身体に害を及ぼすことが判明している。副腎皮質ホルモン放出ホルモンの分泌量とその受容体の活動の適応変化が正常である状態こそが、心理的回復を促進すると認識されている。

2-7-2. ノルアドレナリン系

ノルアドレナリンは神経系に関係しており、交感神経の情報伝達に関与している神経伝達物質であり、副腎髄質から分泌されるホルモンである。ノルアドレナリンは激しい感情や肉体労働によりストレスを受けた時に、交感神経の情報伝達物質として放出され、また副腎髄質からホルモンとして分泌される物質として知られている。ノルアドレナリンがこのようにして、交感神経の情報伝達物質として放出されると、交感神経の活動は強まり、血圧や脈拍数が上昇し、体の活動を適切な状態に保持するように働く。一方、ノルアドレナリンが副腎

¹⁵ 下垂体機能低下症の症状：

- ①副腎皮質ホルモン：体重が増える、倦怠感、疲労、食欲がない、血圧低下、低血糖
- ②甲状腺ホルモン：便秘、脈が遅くなる、うつ状、寒がり、汗が減る、脱毛、高脂血症
- ③性ホルモン：思春期前の場合、2次性徴がない。成人の場合：月経がなくなる、性欲低下、骨粗鬆症
- ④成長ホルモン：小児期の場合、低身長。成人：活力の低下、うつ傾向、内臓脂肪型肥満、骨粗鬆症
- ⑤プロラクチン：産後に乳汁が出ない
- ⑥抗利尿ホルモン：尿が出すぎる

<https://tamada-clinic.jp/pituitary.html> (9/28/2024 アクセス)

髄質ホルモンとして分泌されると、血圧の上昇や基礎代謝率の増加を促進させることも知られている。

ノルアドレナリンを心理的回復からの観点から見ると、ストレスを感じる時に、青斑核(脳幹にあるノルアドレナリン)作動性ニューロン(神経細胞：情報の伝達と処理に特化した細胞)を持つ神経核によってノルアドレナリンが分泌される。その結果、同じように血圧の上昇が起きるが、これ以外にも、前脳に位置している感情に関与する扁桃体¹⁶、側座核¹⁷、前頭前皮質、海馬¹⁸にノルアドレナリンの刺激が生じるようになる。しかし、長期的に脳幹にある青斑核(ノルアドレナリン作動性ニューロンを含む神経核)¹⁹が過剰に反応し、歯止めがきかなくなると神経症やパニック障害、更には鬱病を発症する確率が高まると言われており、心の病との関係性が指摘されている。現時点におけるこの解決策は、過剰に反応する物質の作用を調整する方法が取られており、精神疾患の治療に高い効果が期待できると、西大輔(2021)は論じている。更に、心の病は扁桃体にあるベータアドレナリン受容体を阻害することで、悪い記憶の発生を防止する効果があることも判明している。このノルアドレナリン作動性ニューロンを含む神経核として知られている青斑核の反応を弱めることで、心理的回復を強化することができると、Feder と他(2009)は期待している。

2-7-3. セロトニン作動性及びドーパミン作動系

セロトニン作動性ニューロンは、脳の特に縫線核や、脳幹から大脳、更には脊髄等へと広い範囲で働いている。軽度なストレスの場合、脳の様々な部分におけるセロトニンの増加とその代謝が深い関りを持っていると言われている。例えば、①扁桃体、②側座核、③前頭前皮質である。セロトニンは、ストレスに対する神経の反応を調整する働きを有しており、不

¹⁶ 扁桃体：神経細胞の集まり。役割として情動反応、感情の処理、直観力、恐怖、記憶形成、痛み、ストレス反応等が挙げられる。強度の不安、恐怖、緊張が長期化すると扁桃体が過剰に作動し、ストレスホルモンが分泌され、それが更に長期化すると、神経細胞が萎縮し、他の脳神経細胞との情報伝達に悪影響を及ぼすとされる。それにより、うつ病症状が誘発するとされている。

https://www.akira3132.info/limbic_system.html#:~:text=%E6%89%81%E6%A1%83%E4%BD%93%EF%BC%88%E3%81%B8%E3%82%93%E3%81%A8%E3%81%86%E3%81%9F%E3%81%84%EF%BC%89%E3%81%AF,%E5%BD%B9%E5%89%B2%E3%82%82%E6%8B%85%E3%81%A3%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82
(10/6/2023 アクセス)

¹⁷ 側座核：快感を司る役割を有している。

https://www.akira3132.info/limbic_system.html#%E5%81%B4%E5%9D%90%E6%A0%B8 (10/5/2023 アクセス)

¹⁸ 海馬：神経細胞の結合の作成に関与。短期記憶から長期記憶へと情報を繋げる長期記憶を担う器官として知られている。

<https://yumenavi.info/vue/lecture.html?gnkcd=g008534#:~:text=%E6%B5%B7%E9%A6%AC%E3%81%AF%E7%A5%9E%E7%B5%8C%E7%B4%B0%E8%83%9E%E3%81%AE,%E3%82%92%E4%BB%95%E5%88%86%E3%81%91%E3%82%8B%E5%8F%B8%E4%BB%A4%E5%A1%94%E3%81%AA%E3%81%AE%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82> (10/5/2023 アクセス)

¹⁹ 青斑核：脳幹に位置する。機能として呼吸調整、排尿反射、循環調整、睡眠、情動、記憶等が挙げられる。

https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics1964/16/6/16_6_545/_pdf#:~:text=%E9%9D%92%20%E6%96%91%E6%A0%B8,%E3%81%8C%E8%80%83%E3%81%88%E3%82%89%E3%82%8C%E3%81%A6%E3%81%84%E3%82%8B (10/5/2023 アクセス)

安惹起作用と抗不安作用の双方を持っていると言われている。ドーパミンを分泌するドーパミン作動性ニューロンはストレスや依存症、更には情動等の神経機能に働く重要な役割を担っているとされる。そして主に中脳に、例えば、黒質²⁰や腹側被蓋野²¹に分布しており、これ以外にも線条体²²、海馬、側坐核、前頭皮質、網膜等に局在しており、脳内報酬系²³に関係していると言われている。ドーパミン作動性ニューロンは期待以上の報酬があった時にはその活動は活発になり、予測より小さな報酬の場合には活動が抑制される仕組みになっている。これまでの所、ドーパミンは恐怖を消し去る物質としても知られているが、ドーパミンの分泌が心理的回復の役割を果たすものであるかどうかは、今のところ未明である。

2-7-4. 神経ペプチド Y (Neuropeptide Y)

神経ペプチド Y (NPY) は、脳に広く分布しており、抗不安作用を有するものであることが、ネズミを使った実験で明らかにされている。この実験結果により、NPY にはストレスの状態に置かれても、認知機能を促進する効果があるということも判明している。更に、NPY には、海馬、視床下部、青班核を含む扁桃体の中にある CRH による不安を弱める働きを有しており、心理的回復にも関与する脳内物質である。その場合、NPY と CRH (副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン) 分泌の量はバランスが取れている状態でなくてはならないことが知られている。軍隊(どこの軍隊かは記されていないが)における研究によると、NPY の分泌量の多い軍人の方が、軍事訓練や全体的にも良好な調子を維持できていることが明らかになっている。また戦闘の経験を持つ軍人でも、NPY の分泌量の多い軍人の方が PTSD を発症していないことも知られている。NPY による恐怖の消滅の作用は主に扁桃体によって調整され、心理的回復と多少関連していることも研究を通して知られるようになった。その他、明らかになっていること

²⁰ 黒質：中脳の一部を占める神経核。ドーパミンの作成に関与。

<https://healthcare-sumitomo-pharma.jp/disease/parkinson/guide/cause.html> (10/5/2023 アクセス)

²¹ 腹側被蓋野：辺縁系や大脳皮質にドーパミンを供給する脳の一部として知られている。

<https://www.amed.go.jp/news/seika/kenkyu/20201020-01.html#:~:text=%E8%85%B9%E5%81%B4%E8%A2%AB%E8%93%8B%E9%87%8E%EF%BC%88VTA%EF%BC%89%E3%81%AF%E8%BE%BA%E7%B8%81%E7%B3%BB,%E3%81%A8%E3%81%97%E3%81%A6%E6%B3%A8%E7%9B%AE%E3%81%95%E3%82%8C%E3%81%A6%E3%81%84%E3%81%BE%E3%81%99%E3%80%82> (10/5/2023 アクセス)

²² 線条体：脳の中心部分に位置する。意思決定、運動処理に関与する。 <https://www.oist.jp/ja/news-center/news/2015/2/26/18669#:~:text=%E7%B7%9A%E6%9D%A1%E4%BD%93%E3%81%AF%E3%80%81%E8%84%B3,%E8%80%83%E3%81%88%E3%82%89%E3%82%8C%E3%81%A6%E3%81%8D%E3%81%BE%E3%81%97%E3%81%9F%E3%80%82> (10/5/2023 アクセス)

²³ 脳内報酬系：生存に必要不可欠なもの食べ物や繁殖の相手等を模索し、それに向かって体を動かすための神経系のこと。記憶、情動、意思表示等をつかさどる他の神経系と連携して、人間の行動を調整する神経系として知られている。

<https://www.brainscience-union.jp/trivia/trivia2760#:~:text=%E8%84%B3%E5%86%85%E5%A0%B1%E9%85%AC%E7%B3%BB%E3%81%AF%E7%92%B0%E5%A2%83%E3%81%AE%E4%B8%AD%E3%81%8B%E3%82%89%E7%94%9F%E5%AD%98,%E3%81%AE%E7%A5%9E%E7%B5%8C%E7%B3%BB%E3%81%AA%E3%81%AE%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82&text=%E8%A6%9A%E3%81%9B%E3%81%84%E5%89%A4%E3%82%84%E9%BA%BB%E8%96%AC%E3%81%AA%E3%81%A9,%E5%8E%9F%E5%9B%A0%E3%81%AF%E4%BD%95%E3%81%AA%E3%81%AE%E3%81%A7%E3%81%97%E3%82%87%E3%81%86%EF%BC%9F> (10/5/2023 アクセス)

は、NPY はストレスに対する心理的回復を促進させる作用を持ち、不安を煽る感情を弱める作用もあることから、心理的回復との関係は大いにあると結論付けられている。

2-8. 神経回路から見る心理的回復とその関連性

神経回路が心理的回復に及ぼす影響について、神経回路と心理的回復について、その関連性に注視する。心理的回復に関連する神経回路は幾つか存在するが、ここでは心理的回復との関連性が明確になっている二つの神経回路を紹介する。それは、①感情の調整に特化した神経回路、②社会的行動に関与した神経回路である。

2-8-1. 感情調整に特化した神経回路

感情の調整は心理的回復と関係があることは明白であるが、心理的病を負っている患者に対する研究によると、心理的疾患の場合、感情の調整を司る神経系統に支障が生じていることが判明している。では、感情を調整する系統のどの部位に支障が生じているのか。それは主に脳の扁桃体、海馬、前帯状皮質、前頭前皮質の機能の支障によるものである。これらの障害は、気分や不安障害を患っている患者に多く見られることが分かっている。一方、健康な人における扁桃体が発する負の刺激による特異な反応は、中間表現型として表明されており、不安や鬱障害と関係している。中間表現型は遺伝子と病気の間位置すると考えられており、遺伝子と病気のどちらの影響が強いかを対比した場合、遺伝子の影響が強いと言われている。つまり、扁桃体が発する負の刺激による脳の特異な反応は、遺伝子と関係があるということである。Feder と他 (2009) は、この現象と関連のある遺伝子として、①5-HTTLPR セロトニントランスポーターの遺伝子の S 型、②COMP の Met158、を挙げている。これらの遺伝子を所有する者は、不安を感じやすく、負の感情に扁桃体が過敏に反応する傾向があることも判明している。皮質辺縁系²⁴の接続は個人によって異なり、その繋がりによっては、感情に対して柔軟に対応できない遺伝子を持って生まれてきた人も、希少ではあるが存在する。この人たちの感情の対処と遺伝的要素には関連性があることも理解されている。しかし、遺伝的要素だけではなく、脳と神経の働きも感情の調整に関与していると言われている。感情の調整において一つ知られていることがある。それは認知的再評価(cognitive reappraisal)、これは個人が抱く負の思考を認知し、前向きな思考へと変えていくことであるが、この認知的再評価の過程においても、脳と神経の働きが確認されている。MRI を用いた実験でもこの認知的再評価が行われており、その結果は前頭前皮質の内側と外側が活性化さ

²⁴ 皮質辺縁系(大脳辺縁系):人間の脳で食欲、性欲、意欲、喜怒哀楽、情緒、神秘的な感覚、睡眠、夢を司る。記憶、自律神経活動に関与する。

https://www.akira3132.info/limbic_system.html (10/5/2023 アクセス)

れると同時に、扁桃体の活性化が低下することも、その実験で明らかにされている。この実験の結果より、感情の反応と調整は、脳の一部である前頭前皮質が関与していることが明確になった。前頭前皮質が扁桃体の活性化を調整し、その調整によって感情も調整しているのである。更に、腹外側前頭前野が扁桃体と側座核を作動すること、扁桃体と側座核の間にある通路が認知的再評価の成功に関連していることも、上記 MRI の実験によって明白になった。これらのことは、動物の実験結果からも明らかにされており、扁桃体と側座核はお互いに機能しながら、正や負の感情における刺激に対する反応を調節する役割を持っていることも明らかになっている。これらのことより、Feder と他(2009)は、ストレスの下にある個人の感情に対する反応と調節の違いは、扁桃体と側座核の二つの通路が関係していると強調している。そして、彼らは、認知的再評価を日常生活の上で実践する時に、負の刺激が襲ってきた際に、前頭前皮質の機能を高め、扁桃体の機能を弱めるようにバランスを取りながら調整していくことは可能であるため、認知的再評価、感情の調整と処理の間に関係性を見出している。そして、Feder と他(2009)は、認知的再評価によって負の感情の刺激に対処することができれば、気分障害のリスクを低下する重要な仕組みを作り出すことができるのではないかと論じている。

2-8-2. 社会的行動に関連した神経回路

社会的行動に関係する神経回路として、神経ペプチドの一つとして知られているオキシトシンが取り上げられていた。そこでは、オキシトシンが人間の愛着心を促進するホルモンであることが強調されていた。オキシトシンは人間関係を強め、信頼関係を強める作用を持っており、扁桃体と深い結びつきがあることも研究者の間では知られている。人との協力は報酬回路を誘導するが、この報酬回路はオキシトシンとバソプレシン(vasopressin)によって調整されることが分かっている。恐怖を誘発する視覚刺激に対しては、扁桃体が反応するが、オキシトシンは扁桃体の働きを退化させる効能があることも分かっている。これ以外にも、オキシトシンは、自律神経と恐怖に対して反応し、仲介する扁桃体と脳幹領域の間に繋がりを減らす機能も持ち合わせていると言われている。オキシトシンの二つの作用によって、人は社会に愛着を持ち、繋がりを持つようになる。その一つは、日常の生活で受ける様々な刺激から報酬価値を見出すことである。刺激を受けてもポジティブに捉えるように作用する働きである。二つ目は、恐れに対する感情を低下させる作用である。オキシトシンの分泌は、ストレスや様々な負の感情に襲われても、その感情を抑え物事をポジティブに捉える、ポジティブ思考へと誘導する作用であり、心理的回復と脳神経系には欠かせない重要なホルモンである。このホルモンが果たす役割としては、良好な人間関係により報酬回路が誘導され、オキシトシンの分泌が調整されることを、上記の説明から理解することができる。

2-9. 遺伝が心理的回復に与える影響

遺伝が心理的回復に与える影響について、両者の関係性を吟味する。遺伝の構成と個人が過去に受けた環境からのストレスは、ストレスに対する神経系統の反応とストレスに対する順応性、そしてストレスに対する神経回路の機能に左右することが明らかになっている。ここでは主に、遺伝が心理的回復に関係する神経回路にもたらす影響について検証することにし、①視床下部と下垂体、副腎系、②セロトニントランスポーター、③カテコール O メチルトランスフェラーゼと遺伝との関係性、更に心理的回復に与える影響について見ていくものとする。そして最後に、④後成遺伝学の仕組みから見る心理的回復をも検証する。

2-9-1. 視床下部、下垂体、副腎系に関与した遺伝子

視床下部、下垂体、副腎系に関与する遺伝子は、遺伝要因と深く関わっている。Feder と他(2009)並びに Bradley R.G と他(2008)の研究では、子供の虐待と成人期に発する鬱病との関連性について研究事例を挙げていたが、コルチコトロピン放出ホルモン受容体 1・コルチコトロピン放出因子受容体 1(CRHR1)は、子供時代に虐待を受けたことが原因となって発症する成人期の鬱病を緩和する働きがあることを、その実験から明白にしている¹⁷²。これ以外にも、rs7209436 と rs242940 のアレル対立遺伝子と半数体の遺伝子型(ハプロタイプ)の働きにも言及している。この二つの遺伝子は、幼少期の虐待による心理的ダメージによって、成人期に誘発される鬱症状から防護する機能を有していることも明らかになっている。コルチコトロピン放出ホルモン受容体 1 やコルチコトロピン放出因子受容体 1(CRHR1)は、脳に広く分布しており、ストレスに対応する行動適応のための重要な制御因子として知られている。その他にも、情動障害、これは気分が感情的に且つ攻撃的になり、自分の置かれている状況を把握できなくなる症状であり、これらは幼少期に受けたストレスと因果関係があると言われている。脳内のミネラルコルチコイド受容体遺伝子とグルココルチコイド受容体は、視床下部、下垂体、副腎系(HPA axis)において、ストレス応答の制御に関わる機能がある。しかし、生まれながらにグルココルチコイド受容体に特異的な遺伝子を持つ者は、ストレスに対してコルチゾールに高い反応を示す傾向があることが明らかになっている。一例として、N363S 受容体(グルココルチコイド受容体遺伝子)を持つ人は、Trier Social Stress Test ストレス負荷試験、これは急性ストレス反応を検証する際に実施される試験であるが、この試験において、コルチゾールの反応が強く出る傾向があると言われている。更に、FKBP5 における四つの SNPs(スニップ、一塩基多型)、つまり個人間の遺伝情報のわずかな違いとして、① rs9296158、②rs3800373、③rs1360780、④rs9470080 が存在しており、それらは細胞内のグルココルチコイドシグナル伝達を調節し、ストレスに対して恒常性調達の全般において重要な役割を持っていることが判明している。

2-9-2. セロトニントランスポーターと心理的回復の関連性

遺伝と環境との関連性についての研究の多くは、人に備わっているセロトニントランスポーターの遺伝子である、5-HTTLPR もしくは SLC6A4 について行われてきた。セロトニントランスポーターは、神経伝達物質を伝達する役割を担っているシナプス間隙で、神経伝達物質セロトニンの濃度の調整を行う蛋白質として知られている。このセロトニントランスポーターを標的とした薬剤は、抗鬱薬として鬱病や不安障害の治療に用いられ、精神疾患の症状に深い関係があると認識されている。この遺伝子のプロモーターの部分に上記の 5-HTTLPR と命名された遺伝子多型がある。この 5-HTTLPR には、①Long 型(L 型)、②Short 型(S 型)の 2 種類が存在しており、Long 型は遺伝子の働きが強くなるため、多くのセロトニントランスポーターが生み出される。これに反して、Short 型はセロトニントランスポーターの生産量が少ないことが明らかになっている。人は L 型、S 型を組み合わせた L/L、S/L、S/S のいずれかの型を持つと言われている。Feder と他(2009)が挙げていた遺伝子と環境との関連性についての研究によると、S 型を持つ人がストレスに遭遇すると鬱病を発するリスクは、L 型の人より高くなるということを、Feder と他(2009)は指摘している。しかし、2009 年に大学生を対象に実施した調査によると、L 型のセロトニントランスポーターを有している学生は、鬱的感情に対して心理的回復が早いという研究結果が示されている¹⁷³。その他として、機能的脳のイメージングの研究は、脳の医療用画像で得られたデータを基に人間の脳の機能を研究するものであるが、その研究によると、S 型のタイプの人、環境的な脅威にさらされると、脳の扁桃体はその脅威に対して反応することが明らかにされており、このことから S 形タイプの人、はストレスにさらされやすいと言われている。

2-9-3. Catechol o methyl transferase(COMT)

COMT について概説する。COMT とは酵素であるが、この酵素には、①MB-COMT (Membrane bound catechol o methyltransferase)、②S-COMT (Soluble catechol o methyltransferase) の二つの種類が存在している。MB-COMT は脳内にある神経細胞によって作られるのに対し、S-COMT は肝臓、腎臓、血液によって作られる酵素として知られている。S-COMT は様々なホルモンの維持に関与している。一方 MB-COMT 酵素は脳内で神経伝達物質を分解する作用を持っており、別の脳の部位からの情報をも管理している前頭前皮質にとって最も重要な酵素である。この前頭前皮質は正確性、計画、行動、思考、感情、短期記憶の処理に深くかかわる部位である。この前頭前皮質の機能が正常に働くためには、神経伝達物質である、ドーパミン、ノルアドレナリン(ノルエピネフリン)による情報伝達が必要である。つまり、MB-COMT 酵素は、前頭前皮質が正常に機能できるように、神経系伝達物質を正常に維持する役割を果たしているのである。

心理的回復に関連している遺伝子多型 Val158Met は、COMT をコード化する遺伝子をもっていることが明らかになっている。COMT をコード化する遺伝子はドーパミンとノルアドレナリンを不活性化させる酵素として知られている。ドーパミンは神経伝達物質の一つとして認識され、快適、心地よさを感じる気持ちを誘発する脳内報酬系の活性化の役割を果たす。一方ノルアドレナリンは急激な感情の変化、激しい肉体の作業で生じるストレスを受けた時に、交感神経の情報伝達物質として放出される他、副腎髄質からホルモンとして分泌される物質でもある。ノルアドレナリンが交感神経の情報伝達物質として放出された時、交感神経の活動が活発になり血圧や心拍数が上昇し、体を活動に適した状態にする。ノルアドレナリンは状況に応じてバランスを保つような働きをするが、そのバランスを維持することができなくなった時に、神経障害やパニック障害、鬱症状を誘発すると言われている。近年では、ノルアドレナリンの作用を抑えたり促進することで、既述した精神疾患の治療に活用されている。

心理的回復と COMT との関連性について、COMT 酵素を形成する遺伝子物質、Met158 allele(対立遺伝子)の働きの悪い人は、COMT が分解している神経伝達物質の血中濃度が高くなる傾向にあることが判明している。神経伝達物質の血中濃度が、アドレナリンがストレスによって増加すると、不安が増し鬱状態になることが分るようになってきた。つまり、①心理的回復の低下、②負の刺激に対して生じる大脳辺縁系(自律神経機能、情報を司る部位)の感覚の高まりへと繋がっていくのである。

2-9-4. 後成遺伝学の仕組みから見る心理的回復

後成遺伝学(Epigenetic)とは馴染みの薄い言葉ではあるが、この用語の接頭辞、Epi はギリシャ語の「上」或いは「後に」という意味を持つ言葉である。この語源によってこの言葉を直訳すると、「上」或いは「後」に由来する遺伝子の学問ということになり、この言葉の意味を汲み取って、後成遺伝学という名前が付けられたと推測することができる。後成遺伝学は遺伝情報である DNA の塩基配列の変化を伴わない、DNA シトシンのメチル化やヒストンの科学修飾によって、遺伝子が制御される現象とその機能を研究する学問の領域である。簡単に言うと、後成遺伝学は DNA 配列に変化は生じないが、後天的に DNA 配列に何某かの修飾(変化、反応)が起こることにより、遺伝子の活動が制御されるということである。この制御とは、科学的に安定した修飾(変化、反応)であると同時に、食事、大気汚染、喫煙、酸化ストレスといった環境要因によって動的に変貌を辿ることが明らかになっている。この修飾の変貌は、癌、免疫疾患、アレルギー性疾患、代謝調節異常、精神疾患等の様々な疾患を患うようになる。後成遺伝学における修飾は、細胞の分裂に伴い細胞から細胞へと継承され、世代を超えて継承されることが明らかになっている。つまり後成遺伝学は遺伝子と環境要因の二つの要素が関係していると理解することができる。

後成遺伝学と心理的回復にはどのような関係があるのかについて、Feder と他 (2009) は、後成遺伝学の修飾が脳の発達のどの段階において起こるのかを検証する研究を、事例を上げて説明している。その研究は Meaney と他 (2005)¹⁷⁴によって行われたものであった。Meaney と他 (2005) は、この研究を、ネズミを用いて実施した。彼らが扱ったネズミは二つのグループで、両グループ共に子持ちのメスとその子供であった。違いは、一つのグループは、愛情豊かに育てられたネズミとその母親であり、他のグループは、全く愛情のない状態で育てられたネズミとその母親であった。この研究の結果で明らかになった点は、愛情のない状態で育てられたネズミには、少量の初期成長応答タンパク質 (NGFI-A/EGR1) が海馬で発見された。このことにより、彼らの脳のグルココルチコイド受容体が強く抑制されている状態になっていることが検証されたのである。脳内のグルココルチコイド受容体が抑制された状態で成長すると、①不安や鬱症状の誘発、②わが子に対する愛情表現の低下、つまり愛情障害を引き起こすのである。他方、愛情豊かに育てられたネズミの海馬では、初期成長応答タンパク質 (NGFI-A/EGR1) の量が高い数値を示した。つまり、愛情豊かに育てられたネズミの海馬のグルココルチコイド受容体は抑制されず、またメチル化を防ぎ、良好に機能していたことが確認されたのである。ここで分かることは、愛情豊かに育てられると、①鬱症状の減少、②子を授かる時に我が子への愛情表現が促進されるということであった。この研究を通して、生涯における行動の違いの根底には、後成遺伝学的な変化があるということが分かる。Feder と他 (2013) はこの研究の結果より、DNA メチル化とそれに関係する後成遺伝学の仕組みに影響を与える薬物が、人間の心理的回復を促進する可能性がある」と論じる。つまり、薬によって、環境因子と関係の深い後成遺伝学的な修飾における変化を防ぐことを記しているのである。

2-10. Mindfulness

Mindfulness は、苦境や困難に直面した時に自分を見つめ直し、置かれている状況を把握した上で、感覚や感情を管理し、希望を持ってその苦境や困難に立ち向かっていくというイメージを抱く。メンタルヘルスを良い状態に保つための処方箋として、1 節で扱ったイギリスのメンタルヘルスに関する資料に記載されていた言葉、Mindfulness にはメンタルヘルスを定義付ける際に鍵となる重要な要素が含まれている。この Mindfulness には、自分の置かれている状況に対しての問いを前提にしていることも感じ取ることができる。自分を客観視するための自問は、多くの場合次の 5W1H の分析法によって行われていると推測できる。

- 1) what : 「何」をしているのか
- 2) who : 「誰」のためにしているのか
- 3) why : 「何故」この状態にいるのか
- 4) how : 「どのように」立ち向かい、乗り越えていけば良いのか。
- 5) when : 「いつまで」この状態が続くか

6)where : 「どこ」にいるのか

このように、これらの6つ問い、what「何」、who「誰」、why「何故」、how「どのように」、when「何時」、where「どこに」を持って自問するが、Mindfulnessは、自分を知るために客観視することだけを求めるものではない。それ以外にも自分を把握した後に生じる、①自己の管理(自分についての真正性、自己の確立、責任)、②人生の目的、③方向性の明確化、④希望等もMindfulnessを表す要素となるものである。これらの要素から一つの共通点を見出すことができる。それは人生における意味の模索である。この模索の方向性がMindfulnessに大きく作用し、メンタルヘルスの質の良し悪しを左右する結果となると解釈することができる。しかし、人生における意味の模索、この「意味」についての理解は未だ乏しいものである。Mindfulnessの4つの要素についても不透明な点が多々ある。これらのことを考慮しながら、①自己の客観視、②自己の管理、③人生の目的、方向性の明確化、④希望について検証していく。

2-10-1. 自己の客観視

Mindfulnessを表す要素の一つである自己の客観視は、Mindfulnessにおいて最初に生じる要素として捉えることができる。それは、Mindfulnessの最初の段階において、初めに自分の置かれている状態を把握することを前提としているからである。この最初の段階において自分の置かれている状態を客観的に見ることが、もしくは判断することができなければ、次のステップ、第二の要素である自己の管理、第三の様相である人生の目的、方向性を明確にしてMindfulnessが示す前向きで希望を持って人生を歩むことができないからである。自己の客観視とは身の回りに起きている状況をしっかりと把握することである。この把握には、「意味」(meaning)という要素も含まれている。自己の客観視を言い換えれば、自己の置かれている状態で自己の「意味」を探ると、置き換えることもできる。一般的に言われている自己分析や自己探しも、Mindfulnessの要素である自己の客観視に値するものである。しかし、ここで「意味」について、①自己の意味を探る行為に使われている「意味」(meaning)の解釈について、②「意味」を「自己の客観視」においてどう解釈すればよいのか、③メンタルヘルスとの結びつきについて、等3つの項目が生じる。これら3つの項目はMindfulnessが求める現実を受け入れて、人生を前向きに歩いていくことの認識を理解していく上で、非常に重要で検証していく価値のあるものである。以下、「意味」についての理解を深め、次にメンタルヘルスの側面から「意味」について吟味していくものとする。

2-10-1-1. 「意味」について

「意味」について哲学的な側面から見ていく。哲学的側面から見る「意味」を解釈する場合、Existentialism(実存主義)に結びつけて解釈される。何故か、実存主義とは人間の存在

についての問いを重視しているからである。人は何故、誰のために生きているのか、これらの問いが実存主義における哲学である。しかし、実存主義には絶対的な人生は存在しない、もしくは、人生には絶対と言えるほどの確かなものは存在しないと強調されている。そして、これらのことより、実存主義には意味は存在しない、悲観的なものであると批判されてきた。しかし、これについて、Thompson(2019)は、それは実存主義の一面にしかすぎず、我々が目を向けるべきは、実存主義にも別の側面が存在しているという点であると指摘している。その別の側面とは、実存主義は人生を本質的に「意味のあるもの」として認識しているのである。人は行動を起こす時、出かける時、何かに遭遇する時、これらすべてにおいて、その意味を問い、答えを見つけ、理解しようとするものである。これは「意味のあるもの」としての認識が実存主義においてなされていると理解することができる。つまり人は、‘meaning-making creatures’ 「意味を探り、意味を作り出す動物である」¹⁷⁵と認識されている。また実存主義における哲学では、人は常に意味を模索する、或いは意味を作り出す生き物であると言われている。意味を作り出すとは、意味を土台にして世界を築き上げていく、或いは構築する、刷新するという同じであるため、実存主義は前向きで希望に満ちたポジティブな要素を持った哲学であると認識されているのである。

実存主義の観念から「意味」を理解することのできる要素に、主観性として捉えられる自己の知覚や認識、そして客観性として捉えられる目の前にある世界を知覚することが挙げられている。人間の存在は、この二つの要素である主観的、客観的要素によって特徴づけられている。これは抽象的であり理解し難いため、例を持って説明することにする。身の回りや世界に起きていること、これには経験も含むが客観的な要素であると解釈できる。それを自分の経験を参考(reference)にして自分のフィルターの中で解釈する行動は、主観的な要素である。これ以外にも、自分の置かれている状況や経験をどう解釈するかによって、その対応の仕方、言動の在り方にも影響を及ぼす。この場合は、主観や自分の視点によって自分の置かれている状況や世界を形成しているため、そこには主観的要素と客観的要素が相互に作用し合っていると言われている。

これらのことから、「意味」について一つだけ言えることは、我々が置かれている世界との関係であり、その置かれている世界で共感して生きていけるのかということである。置かれている世界との結びつきとは、我々が置かれている今の状況は何を表しているのか、例えばそれが好ましくない、且つ複雑な状況であったとしてもその状況を理解して行きながら、その状況と向き合っていくということである。その材料となる言葉が reference であり、Thompson(2019)は、これを既存による知識と理解を基に構築された経験であると述べている。そしてこの経験が物語となり、更にはアイデンティティをベースにした伝記にもなると記している。Thompson(2019)がこのような考えに至ったのは、物語が「意味」の魂であり、

その物語はフレーズ、センテンス、パラグラフによって構成されているからである。これは表象文化や表象もこの類に含まれるのである。

2-10-1-2. メンタルヘルスの側面から見る「意味」

ここでは、「意味」がメンタルヘルスにどう関係しているかを見ていくことにする。上記で意味というものを理解したが、では「意味」は人に何をもたらすのか、それは単刀直入に言って安心感であろう。意味がもたらす安心感とは何か、それは自分の置かれている状況や経験に対して意味を探り、意味を得ることにより、そこから生じる存在論的安心感 (Ontological security) を挙げることができる。存在論的安心感とは、存在者、即ち人がこの世界に存在している意味を得ることであり、存在の様態における安心感である。この存在論的安心感を獲得することができなかった場合、心理学の分野では、不安と鬱状態に陥ると言われている。次に、心理学の分野で言うところの不安と鬱症状を「意味」の観点から検証していく。

2-10-1-3. 不安

不安は、人間が特定された、或いは漠然とした状況で、過度に脅迫されて恐れを感じることで意味づけられている。この不安に対して高い警戒心を持って対処しようと試みる、それは逆に危険であり、対処しようとする者を負の渦に巻き込み、不安が不安を呼びその不安は増幅され、脅威を感じるようになることが予測される。この状況が更に進行すると、この不安が日常生活を支配し、周りが見えなくなってしまう状況に陥ることになる。不安が支配することにより、日常生活の良いこと、ポジティブなことでも見えなくしてしまう。Thompson(2019)は、この良いこと、つまりポジティブなことを具体的には記してはいないが、筆者はこの良いこと(ポジティブ)を自分に対して良いこと、生活の面での良いこと、つまり人生において前向きに感じることでできるものではないかと推測している。

不安が日常生活を支配するようになると、本来、不安は降りかかって来る危険に対して保護するように反応するが、それが逆に脅威となり、薬物でしかそれを抑えることしかできなくなる状態にまで陥ってしまうと言われている。鬱症状も不安と類似した点が挙げられているが、不安より深刻な印象を受ける。鬱の症状を「意味」の観点から見えていくと、自分が感じる不安定さに圧倒され、そこから生じる脅威に対して自分を守るために自分の世界に引き留めようとする事として解釈されている。Thompson(2019)は人が鬱状態に陥ると、Seligman(1998)が解釈している鬱的な思考(depressive frame of mind)に閉じ込められてしまうと記述している¹⁷⁶。この鬱的思考には、①対処の軌跡 ②期間の認識 ③広汎性 ④現実の認識及び他者と周りとの関係の能力が失われる精神疾患(psychosis)が挙げられている。

1) 対処の軌跡

対処の軌跡、これは人間が特定された状況において、如何に対処できるかを前提としている。対処の軌跡には二種類ある。一つは、外的なものに対する対処の軌跡、他の一つは、内的なものに対する対処の軌跡である。前者の外的なものとは、人が対処仕切れない範囲で物事を判断してしまうことであり、それに対して後者の内的なものとは、人が対処可能な範囲で物事の全体像を想像し、作り上げていくことである。鬱的な状態に置かれている人の思考は前者の外的に該当し、自分で処理することができなくなったり、或いはあまりにも広範囲な思考で物事を見てしまい、自分の能力の範囲を正しく自覚しようとはせず、過小評価してしまう。そして、無気力、無力感に襲われ、そのような精神状態で状況を変えようとする。これは、学習性無力感(learned helplessness)に関連した現象であると認識されている。また、自分が思い描いた通りの結果を得られない状態が長期的に続くことで発症する、無力感のことでもある。この無力感は、置かれている状況に対して、積極的に行動し変化を起こさなくなるばかりか、情的な混乱を起こすことにも繋がっていく。つまり、自分が不快な状態にあると認識していても、自分は無力であり、何をしても無駄な存在であるということを学習して、不快だと思っている状況を回避する努力をも怠ってしまう現象であると理解できる。

2) 期間の認識

鬱状態にある人間は、短期間の困難を、生涯にわたり継続する困難と認識する傾向にあり、遭遇する問題に対して解決できないと認識してしまう。そして生涯にわたり、問題を解決できないと思い込んでしまうと言われている。

3) 広汎性

広汎性は、マイナスとなる出来事に対して過剰に評価することに関連している。つまり、常に身の回りに悪いことが起こるという思いに苛まれる。この広汎性は、①対処の軌跡から、②自分を広汎性における状態に閉じ込め、更に鬱状態に自分を置くということである。

4) 精神疾患 (Psychosis)

4つ目は現実の認識及び他者と周りとの関係の能力が失われる精神疾患(psychosis)と記されているが、健常の人が感じる、極々普通の出来事を現実として感じるができなくなる。そのような状態が日常化される状態を示している。普通ではない出来事には、脅威と不快感が満ちており、それは当の本人にしか感じることをできない感覚であり、またその本人と関係のある者にしか感じることをできないものであると記されていた。

精神疾患という言葉は、「意味」の観点から解釈すると、「意味」自体が崩壊した状態を示すと言われている。従って、精神疾患を患っている人は、コミュニケーションを適切に取ることができない程に、「意味」に崩壊を生じていると解釈することが可能である。「意味」の問題、「意味」深い人生における物語を、理路整然と自伝として語るができなくなる状態を表すと言われている。簡潔に言うと、自分の存在意義、存在論的安心感、つまり、生きるという存在の意味が成り立たない、自分が機能していない状態のことを、精神疾患と言うのである。既述した四つの要素(①自己の客観視、②自己の管理、③人生の目的、方向性の明確化、④希望)が不足、もしくは皆無の状態は、存在論的安心感が定まっていないか、もしくはそれが崩壊した時に起こるものである。このことは、次の二つの事項や繰り返されるテーマによって発生する。①「意味」、つまり出来事の要因、②疎外(alienation)、即ち自分を安心させ、歓迎される場所を感じる感覚に難がある状態を言う。①に関しては、人生全般にわたる「意味」の喪失によって生じると言われている。②については、自分が経験していることに「意味」を見出せない、或いは「意味」が遮断された場合に疎外という現象が生じ、メンタルヘルス、well-being、の悪化を招く要因の一つになると言われている。

2-10-1-4. 自己の管理

Mindfulness における二つ目の要素である自己管理について検証する。この自己管理とは、自己における真正性、自己の確立、責任に値するものである。ここで言う自己における真正性(Authenticity)とは、自己の管理に含まれる実存主義の思考に基づいた意味の真正性であり、それは人には様々な選択肢があり、そこには常に結果が伴うというニュアンスがある。つまり、人が取る行動には責任が伴うということでもある。これらのことを前提として、自己の所有、真正性を考えると、自分が選択したことに責任を取ることになる。ここでの所有は、自分が向き合っていくという意味であり、前向きな言葉である。そしてこの言葉は、人を高め、自負心を持つようにする言葉として認識されている。これは、Mindfulness の一番目の要素であった、「自己の客観視」から得られる状況の把握によって生じる自己の管理であり、自分を客観視する際に培った処理の方法によって管理することに関連するため、自己の客観視が前提となっているとすることができる。ここで注意すべき点がある。それは、真正性で言われている自分と向き合うことを意味する所有や責任に対して、自分に向き合うことは、自分を責めることではないということである。責めることは、マイナスな過程の中での人の行動に対して不公平な手口で非難し、責任を逃れるために取る手段だと言われている。自己の客観視を前提とする自己の所有は、自分を責めることではない。人を高める資源で自信を持てるようにすることであり、結果として自己処理へと繋げていくことである。

この自己処理とは、自分を管理することに当てはめることができ、これまでに見てきたメンタルヘルスの不調に繋がる、最大の要因であるストレスに関することとして認識されている。自己処理を基にしてストレスに対する処理を見ていく時に、二つのパターンを見い出すことができる。一つは、大きなプレッシャーに対応して自分を管理しながら処理できるタイプの人間、他の一つは、小さなプレッシャーでもストレスとして受け止め、処理の仕方が分からず右往左往する、そして自分を管理することができない状態に陥るタイプと、二通りに分類することができる。メンタルヘルスの観点から、メンタルヘルスの不調を始めとする心の病を見ていく時に、ストレスは重要な要素である。併せて、ストレスの処理、自己管理についても同様に重要である。何故なら、ストレスの処理、自己管理はストレスによるメンタルヘルスの不調や心の病を防ぐ主要な要因だからである。自己処理や管理の重要性として挙げられた点は、Mindfulnessの第一の要素である自分を客観視する箇所でも既述した、「意味」の観点に関連している。具体的には、自己管理処理は、自己の存在意義の確立から生じる存在論的安心感の獲得を促進する要素を有している。自分を理解しているからこそ、ストレスの対処について自覚という関係がそこに成立しているのである。自己処理、管理能力の欠如している者、それを備えていない者は存在論的安心感を得ることができなくなり、疎外的感覚に悩まされるのである。その結果として、不安や困難を伴う様々な状況に遭遇した時に、そこから逃避し、絶望感や脱力感に苛まれ鬱病的症状を招いてしまう。これは自己処理、自己管理の欠如から来るものと見なされている。自己処理の管理を高めていくことは、実際はそう簡単なものではないと認識されている。しかし、自己処理の管理を高めていくことは、不安や鬱症状に苛まれている自分を元気づけ、感じている負の感情や出来事を自覚して、それに対してどう対処していくかに繋がるため、非常に重要なことであり、且つ自己管理、自己処理を実行することによって生まれて来る過程にも、注視する必要性が強調されている。つまり、自己管理、自己処理はメンタルヘルスを検証していく上で鍵となる事項であり、更に、真正性、責任、自己の所有に繋がり、現実を直視し前向きな生活へと導くのである。このことに成功すると、Mindfulnessが要求する三番目の要素である人生の目的、方向性の明確化へと発展することが予測できるのである。

2-10-1-5. 人生の目的、方向性の明確化

Mindfulnessの段階の一つ一つに含まれる、①自分の客観視、自己の真正性を達成したら三つ目の要素である人生の目的、方向性の明確化へと移行することが予測される。人生の目的、方向性の明確化の理解を促すために、目的と方向性の概念について詳述する。目的(purpose; sense of purpose)とは、目標がなく只生きることではないということである。そこには必ず目標があり、目標がなければ目的は成立しないとされる。方向性も概念は目的に類似しているとされてはいるが、異なる点もある。方向性は、目標を達成することを前提とし

ているが、それだけではない。目標達成の段階の道程におけるすべてが含まれているということである。目的と方向性が合致する時に、人間は人生に生きているという実感を覚え、生きる価値を見出すことになる。Thompson(2019)は、Roger と Pilgrim(2003)の言葉を用いて、個人における目標の遮断と目標が皆無であることは、メンタルヘルスの質を低下させる要因であると強調している¹⁷⁷。これらのことより、目的と方向性の明確化は、メンタルヘルスに関連するものとして理解することが可能であり、且つスピリチュアリティ(宗教性)との関連性をも見ることができる。

既述したように、人間は「意味」を作り、「意味」を求める生き物である。意味は主観的、客観的要素が互いに衝突して存在し、人と世界の間を築き上げている。人間は、自分が存在する世界を客観的に受け入れるために、その世界を意味あるもの、納得のいくものとして、人生の物語に織り込んでいく傾向があるとされる。これを助けるものが宗教性であり、この宗教性が人生の目的、方向性の模索を助ける働きを有していると言われている。また宗教性は人に意味を与えとも言われている。宗教団体に所属することにより、それはより顕著になると言われているが、宗教性には、実存主義的要素も含まれている。つまり存在の意義を根拠とした目的、方向性も宗教性が必要とする要素、換言すると宗教性における需要(spiritual needs)に含まれるとされる。この宗教性の需要とは、存在意義、目的、方向性を模索することであり、これを宗教性の模索(spiritual challenge)と言う。これらのことより、メンタルヘルス、特に Mindfulness には宗教的な領域が存在し、常に心理的、社会的な領域が互いに交差しながら存在していると見ることができる。この点については、Davies(2013)¹⁷⁸の説が適切であろう。彼は、メンタルヘルスは人々に対する社会的、人類学、宗教性等の問題に関連していると述べており、更に宗教性の要素も関係しながら、メンタルヘルスの癒しにも関連性があると説明している。この宗教性によって、Mindfulness が強調する目的、方向性、メンタルヘルスの関連性が見られる。そして、メンタルヘルスを宗教性の観点から見ることによって得ることのできるメリットは、メンタルヘルスの問題を分析していく時に得られるヒントによって、メンタルヘルスを全体的に見ていくことが可能となる。また、方法や手法の例として、サポートケアシステムを考案することもできる。これは単に医学的なサポートに限らず、文化的サポートも含まれるのである。これについて、Thompson(2019)は、医療的なサポートを単に宗教に変更することではなく、メンタルヘルスに関連する業界で働く医療従事者は、宗教性から見たメンタルヘルスの問題、実存主義を基にした個人の目的、存在意義、自己管理を取り巻く環境を確立できなくなる問題、確立していく方法等について理解を深める必要があると示唆している。

現在置かれている状況を理解することは、実存主義が求める自己の存在価値と意義であり、これは既述した存在論的安心感と Mindfulness が強調する自分の置かれている状況を把握し、現実を直視することに繋がりとと言える。確かにその関連性は理解できるが、現状

が変化する中で、自分を理解し、確立していく方法はあるのだろうか。この方法としては、フランスの実存主義者である Jean-Paul Sartre が提唱する、progressive-regressive method が挙げられる。この progressive-regressive method の概要は、自分が置かれている現状を知るには、その前の段階で起きたこと、これは regressive であるが、過去を振り返ること、過去に戻ることである。これに対して、未来の目標や計画は progressive である。この両者について、どのようなものであり、どうあるべきかを見ていくことが、progressive-regressive method である。つまり Sartre (1973)¹⁷⁹ が提唱した、progressive-regressive method とは、自分の現在を、過去と未来の二つの次元から見るということである。過去と未来が互いに及ぼす相互作用 (dialectic) によって自分の現在を見るということである。自分の現在を過去と未来の二つの次元を通して見ることは、確かに抽象的ではあり、理解に苦しむと思うが、以下の三つの問いによって理解できると Thompson (2019) は指摘している。

- 1) 現在の状態に至った要因は、例えば、悲しみやトラウマ等。
- 2) 将来の夢、将来の目標 (未来の流域) が作り出す現状は、例として、絶望的な未来を想像し、鬱症状を発症している等。
- 3) 過去と未来の領域がどう影響し合っているのか、例として過去に生じた痛み、苦い経験、苦境が将来に強い不安感を抱かせてしまったとか、また逆の例として、目標を達成することによって、過去のトラウマや苦い経験を克服することができた等。

これらの問いは実存主義を土台としており、人間には変化を伴わない固定された存在ではなく、常に変化し成長していく存在であり、何かになる段階を要しており、その段階は過去と未来が相互に作用し合った結果によって作り出される現在の自分であることを認識する必要がある。これをメンタルヘルスに当てはめて検証すると、より分かり安い。メンタルヘルスの不調によって生じる疾患は、過去、現在、未来の関わり合いに関連していると言われている。例えば、不安は過去の経験の理解や知覚によって齎された現在と未来の行動に対するリスクを予測したものであると認識されている。そこには、リスクに対して客観的に見ていくことと、主観的に見ていくことのバランスに歪が生じていると言われており、鬱症状の患者にこれに類似した点が見られる。鬱症状においても過去の痛みや苦しみの経験が大きく関わっており、それらは未来における恐れ of 感情へと発展する。例えば、過去と同じ苦しみを再び経験するのではないかと、そのような恐れが、感情、認知、行動における機能を停止させるように働くと言われている。上記のような現象を、精神疾患の観点から overload と認識している。それは、過去、現在、未来で生じた圧力が重なり合って、生きる気力を無くしてしまう状態のことを意味する現象と言われている。更に、トラウマの経験は、人に衝撃的で、且つ恐怖を感じさせ、それ故に将来を考えることが恐ろしいという感覚を植え付け、将来を考える余裕さえもない状態に引きずり込む。そして、それが故に過去の恐れと痛々しい経験が現在にまで引きずられていく。この過去の記憶の甦りがフラッシュバックと認識されてい

る。これらはすべて、アイデンティティの問題によるものであり、自分の認識(自分は何者であるか)、世界の統合(自分が存在するこの世界をどのように統合するのか)等、実存主義的要素を含む問いに起因しているとされる。これらも宗教性に関連する問題と言われており、人生の存在における混乱と存在論的安心感の喪失によるものとされる。自分の人生や存在における混乱を明確にし、人生とその人生における存在を意味あるものとし、その人生の意義に気づかせていくことが、自分の置かれている状況を理解し、前に向かって生きる、Mindfulness の成就を促進させると理解できるのである。そして、その気づきを与えていくことが、カウンセラーや心療内科の役割であり、任務であると論じられている。

2-10-1-3-6. Hope (希望)

Mindfulness の段階において、四つ目の要素は自分の生活や人生に希望が持てることである。この希望は何に繋がって行くのか、それは成長を含んだ変化である。まず、希望について検証する。希望はメンタルヘルスにとって必要な要素である。鬱症状や不安は希望がない状態、絶望的状态を言う。それはリスクを過剰評価し、自分の能力や心理的回復の要因を過小評価し、順調に事を運ぶことができないと思わせてしまうことである。これは自信喪失に連結しており、常に生じる問題と希望がない状態に結びつきがあると言われている。これらにより、希望とは、自分の能力を信じ、全ての物事を肯定的に捉えるように自分を導いていくことである。しかし、これだけでは希望について完全な理解へと導くことは難しいため、C. R. Snyder(1995)が挙げている希望の論理をここで紹介する。希望は楽観的になることだと捉えられる傾向にあるため、初めに希望と楽観の違いを記すことにする。更に希望を持つことにより生じる人生の変化と希望の論理には強い関係性があるため、このことをも詳述する。

2-10-1-3-7. 希望の論理

希望の論理は、希望の認識、希望を持つ上でどのような要素があるのかを土台にして構成されている。C. R. Snyder(1995)が提唱した希望の論理は、人としての在り方を特徴とする普遍的な要素が軸となっている。具体的に言うと、人間は目標を掲げ、その目標に向かって進む目標思考、‘goal directed’¹⁸⁰を持つ生き物である。Snyder(1995)は、これを土台として希望における論理を形成している。彼は更に上記で示した人間の持つ目標思考を土台にして、Eiser と Gentle 他 (1988) と Pervin(1989)が挙げている「人は目標思考であること」の重要性を用いて論理を展開している¹⁸¹。そこには二つの重要性が掲げられており、一つは目標思考によって学びの基礎を確立していくことであり、他の一つは、目標思考によって処理能力の基礎を築き上げていくことである。更に彼は、Eiser と Gentle 他(1988)と Pervin(1989)が挙げた、目標思考の重要性の二点を基に論理を展開し、この二点は更に次の2

点に発展することを示唆している。その2点は、①agency component(結果を齎すもの)、②pathways component(方向性、進路に関連するもの)である¹⁸²。初めに、agency componentの特徴について、Snyder(1995)は、agency componentには、人が目標に向かって進むことを可能にする原動力、「認知意欲」cognitive willpower¹⁸³があると説明している。一方pathways componentは、人は自覚した能力を基にして方向性を見つけ出し、そこに向かって進むものであると認識している。換言すると、人が自覚している能力、それは自分を見つめ直し、そこで自覚した能力によって知り得た方向に向かって進むということである。従って、Snyder(1995)は、人は目標を掲げる段階において、agency(目標に進んでいく時に必要な意欲)とpathways(自分の能力を理解して示された方向)の認知分析を行うと述べている。この認知分析は、筆者の見解ではあるが、①agencyと②pathwaysを認識して行われる自己の見つめ直しと考えても差し支えないであろう。この二つの要素、①agencyと②pathwaysに関する見解を、Snyder(1995)は希望に結びつけ、希望の定義へと展開を広げ、次の二つを定義として挙げている。①簡略化された定義、②具体化された定義、である。初めに簡略された希望の定義について紹介する。Snyder(1995)は、希望を認知されたエネルギー(意欲- cognitive energy)、つまり目標に向かって進むための方向性、目標の進路と認識している。従って、希望がある状態、希望に満ち溢れている状態は、人の内から湧き出るエネルギーと目標に向かう道、進路の割合が共に上昇している状態であると、彼は論じている。次に具体化された希望の定義について、彼は希望についてのagency(目標に向かって進むための決意、意欲)と、pathways(目標を達成するための方法を計画とその段階)が一致した状態に派生した認知セット(認知機能)であると提唱している。この認知セットについて、筆者の見解ではあるが、これは自分の進路や能力を自ら再考することであると認識する。つまり、認知分析に匹敵すると解釈する。これだけでは未だ理解し難いと思うが、Snyder(1995)が言おうとしていることは、希望が満ち溢れている状態を自覚する、所謂自己認知とは、①agency(意欲)と②pathways for goals(目標に対しての通路)が共に必要であるということである。

希望に満ち溢れた要素を保持するために必要な要素について、Snyder(1995)は感情の質、感情のコントロールも挙げている。感情のコントロールは、その人が受け取る希望の度合いに直結するため、希望の論理においては、感情の質は重要な要素として認識されている。この重要性を理解するために、Snyder(1995)は二つのパターンを持って説明している。第一のパターンとしては希望に満ちた人が挙げられ、この人はagency(意欲)とpathways for goals(目標に対しての通路)の双方が高まっており、これらの要素である目標に対するポジティブ感情(前向き)、挑戦や失敗を恐れずに成功することに集中する、そのような心構えを持つ者とされる。第二のパターンは希望がない、望みの低い人が挙げられており、この人は、agency(意欲)とpathways for goals(目標に対しての通路)が常に不足しており、目標をネガ

ティブな意識や思考で捉えているため、人生のあらゆる面で躊躇し、失敗のリスクを過大評価し、それに囚われてしまうと論を展開する。

ここで希望と楽観的の違いについて検証する。興味深いことではあるが、希望の論理のように楽観的(楽観主義)についても、論理と見解が展開されていた。ここでは二つの楽観主義に関連する論理を紹介する。一つ目は、Scheier と Carver(1985, 1987)¹⁸⁴によって展開された楽観主義についての論理と見解である。彼らは楽観主義を、様々な状態に適用し、どんな状況にも良好な成果をもたらすための期待として認識している。彼らの認識と希望の論理を比較すると、次に違いを見出すことができる。希望の論理は、目標の方向における認知、自分を見つめ直して目標に向かって進むことを前提としている。一方、楽観主義者の思いは、「常に何とかなる」との思い込み、そこには目標を達成するために必要な方向、進路に対する認知の欠如がある。つまり、進路について再考し、目標を達成するための熟考もなく「何とかなる」で終わってしまっていることである。従って楽観主義者は、目標に向かって進む際に、妨げや障害に遭遇した場合、対処の仕方が分からなくなり目標を達成できずに終わるのに対して、希望に満ち溢れている人は例え、道が閉ざされていても、そこに新しい道を見出し目標に向かって進んで行く、このように楽観主義者と目標を達成する人の間には違いがあるとしている。

二つ目の楽観主義の見解に関連するものとして、Seligman と他が考案した論理である学習無力感の論理(learned helplessness theory)が挙げられる¹⁸⁵。この学習無力感の論理は、従来、人が苦境に遭遇した時、「悲観的な説明スタイル」¹⁸⁶を持って負の出来事を内面化し、それを一般化することに注視されていたが、近年においては、人が苦境に遭遇する時に「悲観的な説明スタイル」ではなく、「楽観的な説明スタイル」を持つ人を対象に検証することに焦点が当てられるようになってきていると言われている。この「説明スタイル」とは、Seligman が提唱した定義に起因しており、彼は物事の原因に関する説明スタイルには、楽観的と悲観的なものがあると理解していたのである。因みに、楽観的スタイルとは自分にとって好ましい出来事が起きた時に、その出来事の原因を自分に原因があると考えてしまう。そして、これからも永続的(このようなことがこれからも続く)に、且つ普遍的(あらゆる場合において作用する)に作用するものとして認識する傾向にあるとされている。一方、不都合な出来事に対しては、人は外的(他人に原因がある)と見なし、一時的、特異的(この場合だけに作用して起きた)であると理解する傾向にあるとされる。

楽観主義の論理に話題を戻すが、学習性無力感の論理が、近年、楽観的な説明スタイルを持つ人を検証することに注目しているが、そのことに適用して考察すると、楽観主義者は悪い出来事を外的で一時的なものとして見なす傾向があることが判明している。これを希望の論理に適用すると、Seligman と他が挙げている希望の論理とは見解が異なり、希望は自分が設定した目標に対して前向きに対処する自分を認知し、分析することであると示されてい

る。一方、楽観的な考えを持つ人、楽観主義的な人は戦略を言い訳とし、負の出来事から距離を置き、現実逃避を試みる傾向にあることが認識されている。従って、これらが希望と楽観的な違いであると認識することができる。

これから記すことは希望の論理の番外編ではあるが、希望の段階を高めていく上で必要とされる要素、①agency(意欲)、②pathways(目標に対する通路)は、どのような段階を得て交わるのかを示した手法、Snyder(1995)の提案を以下に示す。

- 1) 成功について自分に語りかける。
- 2) 苦境に遭遇した時能力が不足していると思うのではなく、戦略が間違っている、或いは不
適当であったと考える
- 3) 目標と挫折を挑戦だと認識し、失敗と思わない
- 4) 過去の成功体験を何度も思い出す
- 5) 他の人がどの様に成功したのか、彼らの成功体験を映画、ビデオ、書籍を通して聴く
- 6) 自分の目標を語れる信頼できる友人を持つ
- 7) 模倣できる、或いは尊重できる人を探す

以下に記すことは、生活習慣に関連するものであるが、これらも心身共に影響を及ぼし、希望の段階を左右するものである。

- 8) 運動をする(体と精神は表裏一体であることを学ぶ)
- 9) 規則正しい食生活を意識するようにする
- 10) 休息を十分に取る(次の目標のためのエネルギー確保のために)
- 11) 苦境に遭遇した時に笑いをもって対処する
- 12) 再度、計画や目標を立て直す(目標が遮断された時、それに執拗にとらわれると希望の程
度を高める要素である、①agency(意欲)、②pathways(目標に対しての通路)が喪失するた
め)
- 13) 長期的な目標を達成する段階で、例えそれが小さな目標であっても、達成した時には自分
を励まし、報酬を与える
- 14) 人生における特別なスキル、対処法を学び、その学びについて学習する

この 14 にも及ぶ要素は、只希望の程度を高めるために必要な、①agency(意欲)、②pathways(目標に対しての通路)を効率的に得るだけのものではなく、それ以外にも、親子関係、臨床心理士(カウンセラー)と患者の関係、学生と教師の関係等の人間関係を良くするためにも効果的な働きを有するとされている。しかし、重要なことは、これら 14 の事項は人をポジティブに変え、前向きに人生を捉え、希望に満ちた状態、変革へと導き、そこには change(変革、変化)と growth(成長)を促しているということである。この 14 にも及ぶ事項は、Mindfulness に重要な要素である change(変化)、これは自らに起こる変化であるが、そ

れと growth(成長)、人を成長へと導く、変化と成長を作り上げるものである。以下にこの change(変化)と growth(成長)について見ていく。

Change(変化)と growth(成長)について、Thompson(2019)は transformation(転換)という言葉を用いている。Transformation、転換、もしくは変化とも訳せるこの言葉がメンタルヘルスにおいては如何に重要であることを示すために、彼は、transformation について 4 つの事項を挙げて説明している。それは、①悲しみからの変容、②トラウマ後の成長、③ニーチェの格言「死にそうになるほど辛いことを乗り越えることができればそれがあなたを、一層強くする」である。

1) 悲しみからの変容

Thompson は、Schneider(2012)の説を引用して、「変容の悲しみ」(Transformational grief)¹⁸⁷について説明しており、悲しみは変容するものであると示している。この悲しみの変容について、人は悲しみを経験することによって新たな人生に気づき、成長へと導かれ、そこから感謝の気持ちを持つ者へと変えられていく。悲しみの変容とは、そのような意味を含んだ言葉である。悲しみの経験は、恐れ、疲れ、痛みを伴い、できれば避けたいものであるが、不都合、不利益をもたらす悪いことばかりではなく、そこにはメンタルヘルスにとって有益となることも含まれているのである。従って、その悲しみから自分にとって有益となるような、成長、感謝へと自分が繋げられていくことを、この言葉、「悲しみの変容」には含まれていることを理解することが重要である。

2) トラウマ後の成長

トラウマを経験した後の成長は、1) 変容の悲しみと類似していると説明されている。トラウマ後の成長とは、トラウマを経験することであり、その経験が危険や困難を伴うものであっても、個人の成長を促進するものとして捉えることを意味する。トラウマ後の成長は、苦境や困難をメンタルヘルスに有益に変えていくことによって意味を持つため、変容の悲しみに類似していると言える。

3) ニーチェの格言

このニーチェの格言も、人の成長と変化を促進する言葉であるということができる。この格言が示す言葉は、苦境を伴う経験は、人生の将来について学び、発展させ、成長を伴い、そして自己を強化する人生の糧となるとされる。ここで、Thompson(2019)は更に Davies(2012)が主張する、苦境から得られる有益なるものから引用して具体的にニーチェの格言を説明している¹⁸⁸。彼の説によると、Davies(2012)は苦しみに対する対処の仕方によっては、その苦しみを生産性のあるものに変容させることが可能であると指摘している。その

他にも、その苦しみを理解することも重要な要素であると断言している。人がその苦しみに対してどう反応するかによって、苦しみの受け止め方が変わると説明する。Davies(2012)によると、苦境を価値のないもの、意味のないものとして受け止めて対処することを anesthetics(麻酔薬、睡眠薬)と呼び、そこからは何も生じない非生産的なものを産出してしまおうと警告している¹⁸⁹。苦境をネガティブに捉える人は、自分をその場に止めて、将来にその苦境から得られる有益なものに蓋をしてしまい、不利益なことだけを注視し、心身共に麻痺していき苦境の状態が終わる人生にしてしまうことを暗示しているのである。

9-1-3-7. メンタルヘルスの定義

既述した2章1節、メンタルヘルスの認識の比較をベースに洗い出した三つの主要な言葉、①well-being、②心理的回復、③Mindfulnessを深く掘り下げて、様々な側面から、またメンタルヘルスの関連性の観点からも詳述してきた。これらの説明は、メンタルヘルスの定義を確立するために一助となると確信している。これからは、簡略化したメンタルヘルスの定義を上記の主要な三つの言葉を土台にして、具体的に確立していくことを目的とする。メンタルヘルスの定義を確立するに当たり、メンタルヘルスに続く言葉(フレーズ)としては、①well-beingであり、②Mindfulnessであり、更に③心理的回復であると定義することは可能である。確かに、これは手っ取り早く、簡単な方法であるだろう。しかし、これだけではメンタルヘルスをイメージするには困難である。しかし、メンタルヘルスとは、①well-being、②心理的回復、③Mindfulness、の一連の流れによるものと言えるが、これだけでは、漠然とした定義に止まってしまう。メンタルヘルスの定義を確立していくための認識として、三つの要素にはどういう言葉が多く使われているかを調査していく必要がある。そしてその言葉を多い順に並べてメンタルヘルスの理解に努め、そこから定義付けを行っていく。その三つの要素、①well-being、②心理的回復、③Mindfulnessに関する言葉には、客観視、客観的、バランス調整(調節)、ネガティブ、ポジティブ(前向き)、感情、処理、対処、相互作用、不調、段階等が使われている。これらの言葉から、メンタルヘルスの定義の前段階である、メンタルヘルスの性質を見極めることが可能となった。それは以下の4項目である。

- 1)メンタルヘルスは様々な領域に跨り、人々の生活の中で多角的な構造を有している。
- 2)メンタルヘルスの様々な領域や要素は、それぞれ相互に作用している。
- 3)メンタルヘルスは、心と体を調整、調節しながら、バランスの取れた状態を維持することを前提にしている。
- 4)メンタルヘルスは、ポジティブに物事を捉えることを全面的に推奨しており、ネガティブに物事を捉えることを防ぎ、ネガティブからポジティブへと思考が変化する過程である。

次に、このメンタルヘルスの四つの性質を更に細かく見ていき、メンタルヘルスの定義へと繋げていくことにする。初めに 1) の項目、「メンタルヘルスは、様々な領域に跨り人々の生活の中で多角的な構造を有している」について見ていくことにする。これは、well-being、心理的回復、Mindfulness の全てに共通するもので、概括すると、人間の生活の全域に関わるものである。しかしその言葉だけでは漠然としており、イメージし難いと思われるので、well-being の項で取り上げた、McNaught (2011) が考案した well-being の枠組みについて図.1(本論文 235 頁)を用いて説明する。この図.1 には四つの領域が示されており、この四つの領域の要素にもメンタルヘルスが示されており、この四つの領域の要素は互いに交差し、メンタルヘルスの定義を吟味していく上で挙げた三つの側面、①well-being、②心理的回復 ③Mindfulness、全てに関連している。この図.1 に示された一つ目の領域、「個人」には主観的な要素、つまり身体的、心理的宗教的、倫理的要素を由来とした経験と生態、環境、社会への統合、家族の有無、世代別の対人関係、経済的資源等の外的要因が表示されている。この主観的な要素を由来とする身体的経験は、これまでに既述した心理的回復と体への影響に該当するものであり、それらは主に神経回路、視床下部、下垂体、副腎系等人体に分泌されるホルモンや、人間が持つ遺伝因子等の機能や性質を示す。これらは、人が日常生活の中で覚える感情やストレスを客観的に見ていき、前向きに対処する対処法で、心理の経験に合致するものである。これは心理的回復の項で既述した、個人による感知、評価、処理(perception, appraisal, coping)の段階を経るストレス感情モデルや、個人が抱くストレスの捉え方、感情を客観視することを前提とした感情のメタ認識であり、心理的経験に入る。一方、Mindfulness の側面では、自分の状態を把握することを前提とした存在論的安心感と、自己の状態を把握した上で自分と向き合い、プレッシャーに対処できる能力、つまり自己の所有(ownership)や対処等がそれに値する。

次に社会的経験に該当する事項とは、Mindfulness の説明で示したように、「人間は意味深い動物である」とこの箇所でも既述したように、二つの要素、主観的、客観的要素が相互に作用しながら、自分が存在している世界との関係や状況と向き合う材料、既存の知識や経験に遭遇することがこれに該当すると言われている。宗教性(スピリチュアリティ)は単に宗教を表すものではなく、Rutten と他(2013)が論じているように、個人の人生の目的を知るために必要な要素、例えばカウンセラーや相談アドバイザー、瞑想、メンタルトレーニング等の領域を示すものである。Mindfulness で強調されていた人生の目的や方向性の明確化、人間の存在の意義を土台とした人生の価値の模索、現存する世界を意味あるものとして変換していくものでもある。そしてその人生の物語を作り出していくことも宗教性であり、宗教性の経験に値するものである。これは更に、well-being が強調している人生をより客観的に観察することにも結び付いていくものでもある。

図.1に示された二つ目の領域、「家族」は主に心理的回復に関係するが、親子の関係が生み出す絆によって子供が習得する認知機能や思考能力が、子供の成長と共に心理的回復へと結びつくことを表しているとされる。この親子の絆、親と子の関わり方によって得ることのできる認知機能、思考能力、記憶、経験は、internal working modelを築き上げ、このinternal working modelによって自分をコントロールし、他者との関係を良好なものへと促進していくとされている。これは親子の絆によってしか築き上げるることのできない関係であるため、家族の領域に含まれるものである。これ以外にも家族の領域に含まれるものとして、親子の絆によって子供の精神回路の成長を促し、不安を和らげる働きをする神経ペプチドの一種であるオキシトシンと心理的關係性も挙げることができる。更に後成遺伝学の仕組みで、既述したネズミを用いた実験もこの領域に含まれる。それは親子の絆の強い、スキニップを大事にするネズミに育てられたネズミの子と、そうでないネズミの子では、海馬に違いがあり、前者のネズミの子の海馬は成長応答蛋白濃度が高く、グルコルチコイド受容体が抑制されておらず、鬱を発症しないことが明らかになっている。

図.1に示された三つ目の領域、「コミュニティ」は物質や資源を確保し、自分の健康と幸福度を高め、コミュニティに参加し、拠り所を確保することを土台としている。ここでのスキルとは心理的回復において強調している、通常な機能を保持していく上で必要な個人の能力を高めていくことである。その能力は、主に環境的要因であり、自分が置かれている状況によって受け取るストレス要因や感情に対して客観的でポジティブに捉え、そこで自己を鑑定(メタ鑑定)し、ポジティブを前面に押し出した対処法で対応していくことを独自に考え出していくことである。この能力は、処理方法の善し悪しを左右するために、コミュニティで生きていくためには必要で不可欠なものである。コミュニティの領域で示されていた拠り所の確保は、個人の領域で示されたMindfulnessに関連する存在論的安心感に該当する。その理由は、コミュニティの参加によって得られる拠り所は、自分を価値あるものとして認識する、自己に対する「意味」を確立させ、その結果、社会からの疎外を防止し、自らを元気にしていくことが可能であるからである。

図.1に示された四つ目の領域である、「社会」は、人が社会に溶け込み、その社会の人間関係から得られる集団的目的と成果、並びに目標が強調されている。これは、Mindfulnessで説明した、①自己における存在論的安心感、②人生の方向性の模索、③希望の論理に該当する。ここで示す三つの要素はいずれも希望の論理に関連している。この希望の論理は、存在論的安心感と人生の方向性の模索の過程の中で求められる、自己の見つめ直しが要求する希望の論理へと繋げていくことが可能である。希望の論理の要素には、①認知意欲、目標に突き進む原動力、②自分が自覚する能力を基盤にして示された方向へと進むことである。この①と②の要素を実施するには、認知分析、自己の見つめ直しが必要とされている。これが、人生の目的の模索と存在論的安心感に繋がり、いずれもがメンタルヘルスを健康に維持する

ために必要な要素として認識されるのである。これらは McNaught が考案した、well-being の図表、社会の領域に関連する事項、identity, physical security, pride and self-determination にも繋がるものであると言える。

次に 2) の項目、「メンタルヘルスの様々な領域や要素は、それぞれ相互に作用している」に関して、McNaught (2011) が考案した well-being の図.1 をメンタルヘル스에適用して考察を行っていく。McNaught (2011) の図.1 を見ると、そこに四つの領域が存在する。①個人、②家族、③コミュニティ、④社会、そしてこれらの領域は相互的な結びつきをしていることが分かる。個人と家族の領域は同じ枠内に位置し、コミュニティと社会は隣接した枠内に位置づけられているが、この二つの枠の上下は線で結ばれている。更にその個人と家族を含む枠とコミュニティと社会を含む枠の外側に位置している事項も、相互的に作用し合い、相互の関係が成立していると言える。個人の領域に含まれる事項は、既述したように、①身体的、②心理的、③社会的、④宗教的と記されているが、これら 4 つの事項は、家族とコミュニティの領域の 6 つの事項(①住宅事情、②経済的且つ社会的資源、③家族の有無の世代別における対人関係、④生態系と環境、⑤身体的における安全性と治安、⑥身体における健康と社会統合)と矢印で結ばれている。これをメンタルヘル스에適用して考察すると、メンタルヘルスは、①個人、②家族、③コミュニティ、④社会と各領域の一つ一つの要素とこの 4 つの領域が相互に機能し、結合しているために、メンタルヘルスを只、心の健康という言葉で言い表すことはできないことは理解できる。McNaught (2011) の図.1 を初めて見る人は、メンタルヘルスは、個人の領域にある心理的項目に結び付けて捉えようとするが、実際は、心理的経験は、心理的要素だけでは成り立たないのが現実である。それは、McNaught (2011) が図.1 で示しているように、家族、コミュニティ、社会の領域にある要素が互いに被り合って生じる構図だからである。厳密に言うならば、個人の領域にある要素は主観的な要素であり、個人が受け取る感情、生活の満足度、充実度、等によって形作られた経験であるが、その経験の源泉になるものは客観的な要素、つまり外的要因として認識されており、家族、コミュニティ、社会の領域とそこにある要素である。従って、個人的な領域は、家族、コミュニティ、社会の領域が存在しなければ、構成することはできない。また各領域にあるそれぞれの要素も存在し得ない。そこには常に主観的な要素と客観的な要素が相互に作用し合うのである。更に各領域の一つ一つの要素においても相互に作用し合う動きが見られるのである。

個人の領域を見ると、身体的経験が未熟であると、心理的経験も好ましい状態を維持することはできなくなり、社会的経験が乏しいと、人は生存の意義を軸とした宗教性について内省する機会を持つことはできないし、心理的経験も乏しいものになってしまう。これらのことから、一つの領域が欠損すると全てを構築することができず、また一つ一つの要素が欠けるとその領域も構築することができない構図となっている。一つ一つの要素や領域が欠損する

と、全てが崩壊する。あえて言うならば、各領域はロシアのマトリョーシカ人形と構造を同じくしているのである。一つ一つの要素が重なりあって一つの領域を形造っているのである。個人の領域に存在する身体的経験を見ると、そこには脳の健康、ホルモンのバランス、神経回路等を見ることができる。また、脳の健康状態には、脳の健康に関連する視床下部、ノルアドレナリン系の作用が大きく影響する。心理的経験でも、感情の受け入れ、ストレス、処理、ポジティブ感情の捉え方等が影響し合い、これらの要素が絡み合い交差しながら、相互に作用して心理的経験を形成しているということが言える。つまり、メンタルヘル스에該当する領域とその領域内にある各要素は相互に作用し、同時に領域とその領域内の要素が重なるようにして層を作り、作用し合っていると言えるのである。これらのことによりメンタルヘルスは、複雑で多面的な構図によって構成されていると理解できるのである。更に、3)の項目、「メンタルヘルスは、心と体を調整、調節しながら、バランスの取れた状態を維持することを前提にしている」に関して見ていくことにする。ここで示されたメンタルヘルスは、バランスを良好な状態に維持することを前提としており、ここで言うバランスは、Mindfulness と心理的回復の項で既に出てきた言葉であり、この言葉はメンタルヘルスを全体的に表現している言葉である。これまでも McNaught (2011) の図.1 をメンタルヘル스에適用して見てきたが、この図.1 に示されている一つ一つの領域と、その領域にある要素が相互的に作用し合うには、それらの領域とその領域にある各要素がバランスよく維持されていることが大前提である。人はこの4つの領域において生活を改善することが可能であると言われている。そこにはバランスを保つという意味も含まれている。バランスという言葉、心理的回復と Mindfulness に適用して見ていくとより明確になる。例えば、Richardson (2002) が提唱した Resiliency model に示されたメンタルヘルスを表現する心理的回復におけるバランスについては、biopsychospiritual homeostasis と称されている。彼は、心理的回復は、身体的、心理的、宗教性を調和(バランス)のとれた状態に保つことから始まるとしている。これらの調和を維持していくためには、苦境(ストレッサー)から自分を防御する資源(サポート)が必要である。心理的回復において、バランス、調和という言葉が多く見られたのは、心理的回復と人体への影響の項目であった。例えば、ストレスによって分泌される三つの物質、①ホルモン、②神経伝達、③神経ペプチドによる機能のバランスと調節が、個人の心理的回復に差異が生じると言われていることも、バランスと調和に関連していると見ることができる。①ホルモン：これは視床下部、下垂体、副腎系で分泌されるホルモン、副腎皮質刺激ホルモン、放出ホルモンの分泌量と、副腎質放出ホルモンの受容体の活動のバランスが、心理的回復と関係があるということである。②神経伝達：これはノルアドレナリン系が関与しているホルモンであり、ノルアドレナリンと青班核との関係が挙げられている。人がストレスを感じた時、青班核作動性ニューロンを含む神経核によって、ノルアドレナリンが分泌され、感情処理に関係のある扁桃核、側座核、前頭皮質、海馬はノルアドレナリンの刺激を

受けるとされている。人はストレスを受けた時、青斑核、即ち脳幹に有るノルアドレナリン作動性ニューロンを含む神経核から放出されるノルアドレナリンによって、感情処理に関係する扁桃体、側座核、前頭前皮質、海馬は刺激を受けると言われている。ノルアドレナリンを放出する青斑核のバランスが崩れると、人は物事に過剰に反応し、鬱を発症する。この青斑核をバランスよく作用させることが、心の病の治療に効果的であることが、明らかになっている。

③神経ペプチド：この物質(神経ペプチド(NPY))は、心理的回復に関係する物質である。NPYは、人がストレスを受けた時に、分泌されるホルモンであるCRHによって扁桃体、海馬、視床下部、青斑核に生じる不安感起作用を弱める働きを有しており、心理的回復を促進する。しかし、この場合でも、NPYとCRHの放出量のバランスが重要であると言われている。これ以外にも、人の感情に対する反応は、脳にある前頭前皮質が扁桃体の活性化を調整し、感情の起伏を整え、また日常生活上の刺激をポジティブ思考へと促す。更に、恐れを感情を低下させる作用を持つ神経系ペプチドやオキシトシンの報酬回路等を調節する。更に、Mindfulnessと心理的回復を齎すバランスを維持する調整機能は、処方によっては人の精神的、身体的な健康をバランスの取れた良好な状態に維持するということも含む。これは、McNaught(2011)のwell-beingの図.1で説明された社会的資源であり、心身のバランスを保持するということに該当するのである。例えば精神、身体を共に良好に維持するものはポジティブ感情であり、その感情を促す処方は瞑想であり、メンタルトレーニングであり、認知療法である。認知療法は、認知の歪(アンバランス)を正す、つまり患者の偏った思考や捉え方を柔軟にする感情処理と深い関係にある大脳皮質の一領域である島皮質(insula)²⁵、前帯状皮質(cingulate cortices)、扁桃体(amygdala)による調節である。その他の処方として、認知的再評価、これは負の思考を認知し、その思考をポジティブに変えていき、前頭前皮質を活性化させる。これによって、扁桃体を低下させ、これが感情の起伏を調整するのである。認知的再評価を負の刺激が生じている時に行うことは、前頭前皮質の機能を高め、そして扁桃体の機能を弱め、バランスを保ち、負の感情に対応しながら心理的に快復を齎すのである。これらの説明より、バランスはあらゆるものの相互作用によって齎されるのである。脳の視床下部、神経回路、ホルモン分泌が、人が受ける感情の起伏に対応して作用することによってバランスが維持されているのである。この見解を、メンタルヘルスを象徴する心理的回復の側面から、McNaught(2011)のwell-beingの図.1に当てはめて見ていくと、バランスは次の二通りがあることを知ることができる。それは主観的と客観的要素におけるバランスである。主観的要素におけるバランスは、主に個人的領域における要素である身体的、心理的、社会的、宗教的、であるのに対して、客観的要素におけるバランスは、家族、コミュニ

²⁵ 島皮質の役割：体の状態の意識化から前頭葉(認知)、前頂葉(注意)、側頭葉(言語、聴覚)、帯状回(感情・認知)、扁桃体(感情)、視床(情報伝達)といった脳領域とのつながりを持ち、運動や認知プロセス、意思決定、知覚・情動等多くの機能に関与している。<https://healthist.net/medicine/2106/> (11/9/2023 アクセス)

ティ、社会に含まれる各要素である。両者の要素が良好に整うことで、主観的要素と客観的要素のバランスが取れた状態で相互に作用して、或いは主観的要素同士、客観的要素同士がバランスの取れた状態で作用し、心身の状態を良好に維持していく。全体的に支障をきたすバランスの悪い状態からバランスの良い状態へと変換する性質を有している。

ここで4つの目の項目、「メンタルヘルスはポジティブに物事を捉えることを全面的に推奨しており、ネガティブに物事を捉えることを防ぎ、ネガティブからポジティブへと思考が変化する過程である」を見ていく。これまでに見てきたメンタルヘルスに関連する三つの側面、①well-being、②心理的回復、③Mindfulnessにもポジティブ感情を前提として、人をポジティブにする段階が強調されていた。人をポジティブにすることを前提にするというよりは、人をポジティブにするという段階が道標として説明されていると言った方が妥当であろう。人をポジティブに導くロードマップのような性質を持っていると言えるのである。メンタルヘルスを表すwell-beingの側面からは、McNaught(2011)のwell-beingの図.1がそれに該当し、一つのロードマップとして捉えることができる。このwell-beingを表す図.1には、上記では相互作用とバランスを含むと説明したが、この二つは調和と循環の作用を齎すのである。ここで言う循環には、個人、家族、コミュニティ、社会の領域と、それらに含まれる要素が含まれており、個人の領域から始まる家族、コミュニティ、社会を一つのサークルとする循環が見られるのである。このサークルを構成する要素が一つでも欠けると、バランスの取れない状態になってサークルを循環することができなくなり、この四つの領域のどこかに停止してしまう。多くの場合、主観的な領域、つまり個人の領域に止まり、その先の客観的領域である家族、コミュニティ、社会へと進めず、循環を完成させることができなくなる。その結果、鬱を発症し、不安が人を自分の想像した世界に閉じ込めるような働きをする。その結果、個人から社会に繋がるサークルの循環が遮断され、心身の健康状態や生活の質に支障をきたすようになり、強いメンタルヘルスに必要な循環の輪を形成することができなくなる。そうすると、一つの領域だけに止まってしまうという停滞が起き、変化(成長)のない、負のループへと入りこんでしまい、そこから脱却することができなくなるのである。ここで唯一断言できることは、循環を形成することは新しい景色を作り、その景色を見ることで変化(成長)を促進し、その成長の経験が人をますますポジティブに生きるように促し、処方、感情の処理の模索へと導いていく。この模索と能力の比率が心理的回復に大いに関係するのである。その理由としては、心理的回復の基盤を成すものは、通常の生活を維持していく上で必要とされる能力である。その能力には、常に、人が置かれている状況や、感情を客観的要素に照らし合わせ、ポジティブに捉えていくことが含まれており、経験を通して培われていくことも内包しているのである。この能力は、well-beingの図.1で示されている主観的、客観的領域とその領域の各要素との相互作用によって得られるもので、この能力によって、上記の循環は促進され、全体的に心身と生活の質を高めていくのである。そし

てこの循環の巡りをスムーズにするものが、心理的回復であり、その能力を培うには well-being の図.1 で示されている、家族、コミュニティの各要素、社会的経済的資源、つまりカウンセリングの指導や援助を受け、またメンタルトレーニングや瞑想等に取り組むことである。つまり、心理的回復は一人二役的役割を果たす存在である。一つめの役割は、既述した循環の巡りを良くし、心身の質を高めることである。二つ目の役割は、主観的且つ客観的要素の相互作用によって循環の巡りを良くするために必要な能力と対処法を得る働きである。これは Mindfulness で説明した、一つ、一つの道標が心理的回復へと大きく貢献しているということである。その道標とは、①意味の模索、②自己の管理、③人生の目的と方向性、④希望である。この4つの道標は、確かに心理的回復に関連しているが、well-being の図.1 が示す、身体的、心理的、社会的、宗教的要素が存在する個人的領域に位置するものである。

Mindfulness の一つ一つの段階には、主観的な要素である自分と相対することや、経験が含まれている。しかし、それは客観的な要素や領域が存在しないと成立できないものであるため、Mindfulness における段階は、個人的、客観的領域における相互作用をより効果的にしている。この相互作用は、人を心理的回復の段階へと導き、その心理的回復の段階が既述した循環への促進へと発展していくということである。

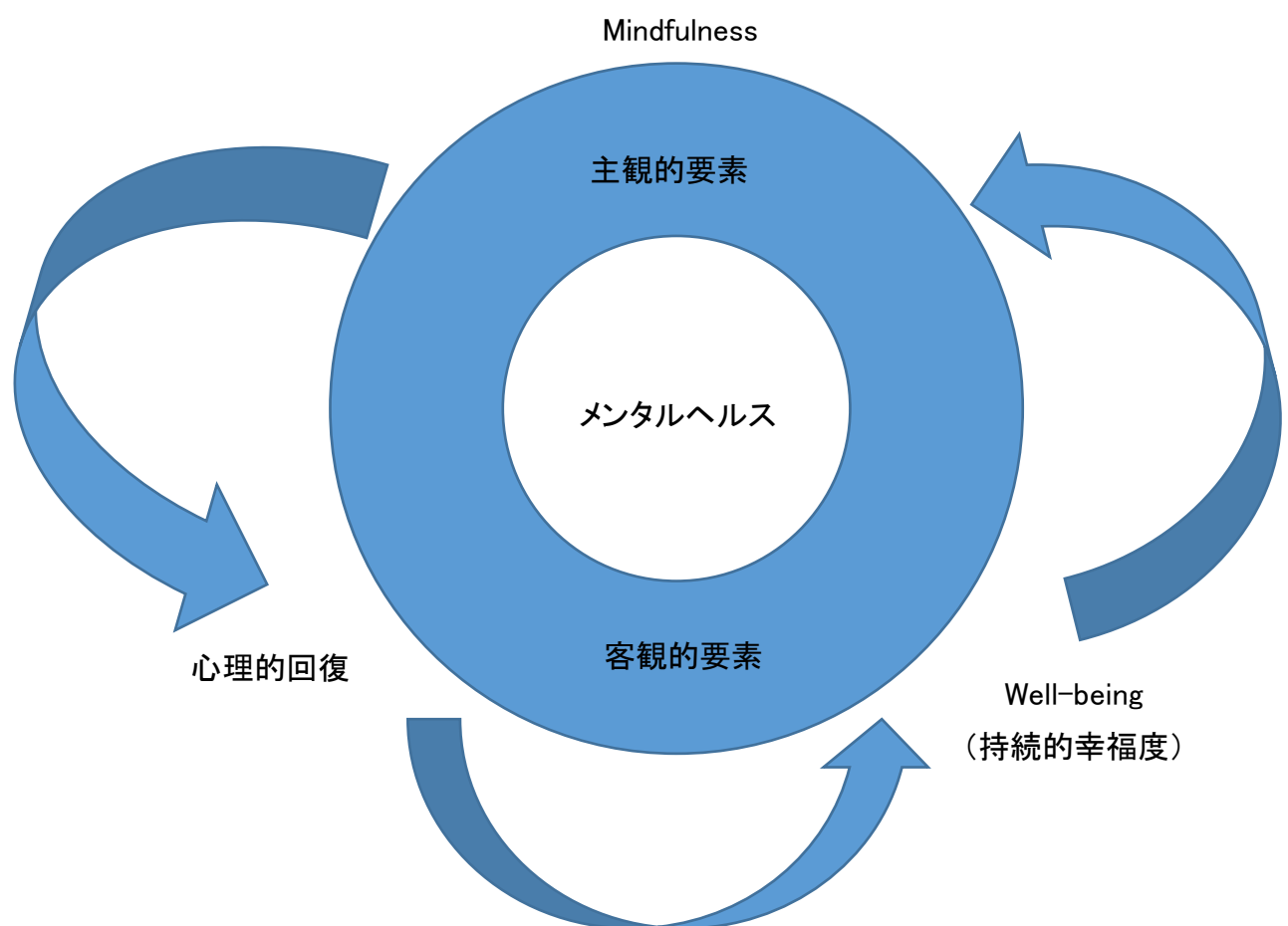
ここで Mindfulness に示される段階と well-being の図.1 に示された個人の領域、並びに心理的回復との繋がりを見ていく。Well-being は主観的、客観的な相互作用によって生じた感情、価値観等の4つの要素、即ち身体的、心理的、社会的、宗教的経験である。Well-being はこの経験を有しているのである。この4つの要素を通しての経験は、Mindfulness の4つの段階、つまり意味の模索、自己の管理、人生の目的と方向性、希望における体験である。つまり well-being が Mindfulness を実施していく経験を提供していると理解することができるため、その図表には相互作用の関係が示されているのである。Well-being の4つの要素を通して得られた経験が、Mindfulness の4つの段階、①意味の模索では：自分の置かれている状況において、自分の存在の上に成り立つ主観と客観を軸として存在論的安心感が生じ、②自己の管理では：自分と相対し、ストレスに対する感情を適切に処理し、その能力を培うと共にその能力をも獲得し、存在論的安心感を確立する。③人生の目的、方向性では：①意味の模索と②自己の管理の段階で得た能力によって、人生を意義あるものとして捉えるようになり、それを目標として方向性を定めることができるようになる。④希望では：③人生の目的、方向性の段階で自覚できた人生の目標、方向性について更に認知分析し、そこから更なる認知意欲と既に得られた能力を基に、人生の目標に向かって希望を持って進むようにと導く。そこでは既にポジティブ感情を獲得するための能力に満たされているため、心理的回復は容易になり、それが well-being の循環の巡りを良くするように働く。

これらを well-being の図.1 を用いて説明すると、well-being、Mindfulness、心理的回復は常に相互関係にあり、メンタルヘルスを中心に成立している。この三つの項目をバランス

よく支えているのは、主観的、客観的相互作用によってであり、この内一つでも欠けると全体的に機能しなくなる。相互関係にある三つの項目の中心に位置するメンタルヘルスは、ポジティブ感情を前提としており、個人の感情を前向きの状態に変えることができなければ、循環の巡りは悪くなる、という構図である。そしてこの図.1 から得られる理解は、well-being の個人の領域で、4つの要素(身体的、心理的、社会的、宗教的)を通して得られた経験が、Mindfulness で生かされていく過程の中で能力が培われていくが、その能力を如何に心理的回復に繋げていくのか、またその能力によって如何に well-being の幸福度を上げていけばよいのかである。

メンタルヘルスについて、4つの要素(身体的、心理的、社会的、宗教的)を基に、筆者が独自に纏めたメンタルヘルスの定義をここに示す。メンタルヘルスは、人々の日常生活の全ての領域と、その領域に存在する主観的、客観的要素を通して起こり得る相互作用によって生じる感情に相對し、経験として受け入れ、正しく捉える能力として培っていただくだけではなく、日常生活を調整しながら良いバランスを維持し、生活の全般に渡り、循環の巡りを良くしていく。そして、ポジティブな感情を育み、前向きに人生を歩んでいくことを前提としたロードマップであると定義づける。

図.2 メンタルヘルスの定義に関する図(筆者作成)



3 節 日本と西洋における鬱病の仕組みと認識の変遷

前節までは、メンタルヘルスに関する認識を基に、メンタルヘルスの本質について検討し、具体的に理解できるように定義した。この定義が示すキーワードは、①正しく捉える能力、②培う、③調整、④バランス、⑤前向き、⑥ポジティブな感情である。ここでキーワードを挙げた理由は、このキーワードが本節で論述する鬱病を含む精神的疾患、或いは鬱病の仕組みについて想像を促す要素を含んでいるからである。また、精神的疾患や鬱病もメンタルヘルスの一環、或いは枠組みの中に取り込まれているからである。

精神的疾患や心の病、鬱病を想像する時に、前節で示したメンタルヘルスの定義とは正反対の事項を思い浮かべるのは筆者だけではないであろう。極端な解釈ではあるが、鬱病はメンタルヘルスの定義として挙げた6つのキーワード全てを、真逆にしたものであると解釈することも可能である。①歪んだ思いで物事を捉える、②アンバランス、③後退、④ネガティブ感情、これらが鬱病であり、心の病であると言うことができる。しかし、2章1節と2節で、メンタルヘルスの認識と定義を確立したが、鬱病や心の病は体や脳、神経系の環境等の様々な要素や要因に起因するために、単純に6つのキーワードを反対にした単語だけで理解することには当然無理がある。それだけに奥が深く、高い山であると想定できる。

では鬱病、心の病とはどのような病気であろうか。まず「心の病」という言葉を聞くと、①統合失調症、②双極障害、③不安障害、④強迫性障害(加害恐怖)、⑤鬱病等の診断名を列記することができる。またこれらの症状は千差万別である。①～⑤に列記した症状を伴う心の病について、欧米地域、特に英語圏における心の病の考察を見ていくと、概ね二つに分類され考察される傾向にあるという印象を受ける。Neil Thompson(2019)によると、精神を蝕む病は、①精神病(psychosis)、②神経症(neurosis)に分類できると論じている。①精神病は狂気を表し現実からかけ離れ、日常生活や現実に対して対応不可であり、理性を無くした行動に走り、社会の秩序を乱し、逸脱行為を助長する精神的な病である。この「精神病」に含まれる病には、統合失調症、躁病、双極障害等がある。②「神経症」は、不安や緊張を煽る障害であり、入院を必要とするほど重度な精神的病ではない。これに該当する障害は、不安障害、鬱病、摂食障害等を代表例として挙げることができる。3節では神経症に含まれる鬱病について検証していくが、上記のような分類では鬱病についての理解を深めることはできない。只、鬱病は、入院を必要としない軽度の精神的病であることは理解できた。

Andrew Scull(2014)によると、鬱病や鬱状態というものは、感情や気持ちが晴れない、長期的な悲しみや意気消沈した心の状態が続くことであり、且つ以前好きだった趣味等に興味を無くしてしまう、そのような心の状態を示すものであると述べている。更に、彼は、アメリカ精神医学会が発表した鬱病を含む精神疾患を診断する時に用いられる基準、(現在では日本を含む多くの国で用いられている)、DSM-IV-TRに記されている鬱病の診断に合致する症状を以下の通り記載している。この基準に記載されている10の症状の内、合致する症状が5つ

以上、且つ2週間以上継続しているかを見ることによって、病気か否かの判断としている。10の症状とは以下の通りである。①気分の落ち込み、②興味の喪失、③急な体重の増減、④食欲の変化、⑤不眠または過眠、⑥精神運動性激越と精神運動遅延、⑦疲労、⑧価値がない、或いは罪ある者と考えてしまう、⑨集中力の低下、⑩自殺や死について繰り返し考える、等である。また、鬱病は、①寸刻泣き続ける、②精神病、③幻聴、④絶望感、⑤不安、⑥イライラ、⑦悲観的考え、⑧空虚な思いを持つ、⑨記憶障害、⑩性欲の変化、⑪自殺願望、等と関連付けられる精神疾患としても知られている。しかし、Scul(2014)は、多くの国がアメリカが発表した精神疾患と診断基準(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;DSM)を基に、鬱病の診断を行うことに対して懸念を抱いている。このDSMはアメリカと白人(西洋文化圏)を基に考案されたもので、西洋文化圏以外のマイノリティーの患者、アフリカ系やアジア系に対して、このDSMの基準に基づいて診察すると、その患者の文化的背後で用いられてきた適切な診察を行うことができなくなり、誤診に繋がる恐れがある。即ち診察が過少、或いは過剰になる懸念を挙げている。これ以外にも、アメリカは多民族国家であるため、アメリカに住む各民族が生活の上で受け止める感情は、それぞれに異なるものであると指摘している。白人に比べて、ヒスパニック系やアフリカ系黒人等は人種差別によって生じるストレスの大小の違いが、鬱病の発症の度合いを左右すると警鐘を鳴らしている。今では、このDSMを診断に使用する場合は、患者の背後にある文化的要因を考慮して、診察や治療を行うように推奨している。しかし、実際は、推奨されている文化的要因を考慮した診断や治療を行っていく上での指針や方法は未だ整備されていない。

ここで言われている文化的要因について、Scul(2014)はこの文化的要因がそれぞれの民族に対して与えている影響について、不快と感じているものがどのように認識されているのか、或いは不快にさせる気持ちが何に起因して起こるのか等が含まれるとしている。これを鬱病に当てはめ、考察をすると、Scul(2014)はアフリカ系アメリカ人とヒスパニック系アメリカ人が鬱病を発症した時に感じる症状としては、興味の喪失、涙ぐむ、食欲の変化、異常なほどの落ち込み、そして不満等が挙げられている。これに対してアジア系アメリカ人が鬱病を発症した時には、彼らの社会では鬱病は個人の弱さによるものと認識され、ストレス、緊張、孤独、情緒の不安等を鬱病自身より気に掛ける傾向にあるとされている。このように文化的背景によって、鬱病や精神疾患の感じ方や捉え方は変わって来る。これらの考察より、鬱病を含む精神疾患についてなにがしらのイメージを提供することができたと思うが、これ以降は文化的側面から鬱病を含む精神疾患について検証していくことにする。

鬱病を含む精神疾患について文化的側面から検証していくと、そこには共通した特徴を見出すことができる。精神疾患について、その意味を追求したAllan V Horowitz(1982)は、精神疾患について、三つの要素を基に描写している。その三つの要素とは、①理解不可能、意味不明、②文化的背景から見た相対的もしくは普遍的側面、③逸脱行為に関するもの、等

である。まず①の要素、「理解不可能、意味不明」については、Horowitz(1982)は三つの事例を用いて以下のように説明している。①中世イギリスの時代に遡るが、当時狂気(現在で言われている精神疾患)に関連した代表的な症状とは、他人を凝視し、号泣し泣きわめき、恐れ落ち込み、絶叫し、狂犬病に感染したように騒ぐ等を、事例として挙げている。②オーストラリアの先住民の言葉(wambaba)とピジン語の合成語である crank は、狂気を表す言葉として知られている¹⁹⁰。crank と呼ばれた人は話し方が異常で、暴言を吐き、マナーを忘れ、人前で用を足す。また突然恐怖に襲われ草むらに飛び込む等、意味不明、理解し難い行為や行動を取ると言われている。このような意味不明な行動をする人を強調して crank という言葉が用いられている。③エスキモーでも精神疾患を表す nuthkavihak という言葉がある¹⁹¹。この言葉の意味は、人に備わっている魂や精神、精霊が正常に機能していない状態を表す言葉である。この言葉は、精神疾患で挙げられている症状、例えば、独り言を言う、存在していない人、物に対して叫ぶ、また、子供と夫が魔術師によって殺害されたと思い込む、自分が動物であると信じている、飲食による命の危険に怯え、飲食を禁止する行為等を表す。これら三つの事例を通して、Horowitz(1982)は精神疾患を示すこれらの言葉は、社会的に認識されている理解可能な範囲の外、つまり枠外で行動を起こす人を指していると指摘している。人の行いは、その目的や思考が他者に理解されることが前提である。つまり自分の行動を自らが認識し、社会の秩序に沿った行動が取られていることを、第三者の視点から見ることであれば、その人の行動は社会的に意味のあるものであると認識してよい。しかし、その行動を第三者が理解できない場合、他者はその人に対して精神疾患としてその言葉を用いる。しかし、ここで注意が必要である。狂気や精神的におかしい人に適用される精神疾患患者の行動は、それぞれの国の文化の背景によって異なるため、世界に共通する精神疾患患者の行動というものは存在しない。しかし、世界に共通した精神疾患を表す基準は、人間関係を軸とする社会の繋がりを基本としている。社会に連携が生じ、人と人との繋がりが生じる時、人々は相互の行動を理解し、そこに意味を見い出そうとする。それは上述したオーストラリアの先住民やエスキモー等の異なる民族であっても同様であり、彼らの社会でも精神疾患というレッテルは、社会的繋がりの欠如によるものだとして Horowitz(1982)は示唆している。つまり、世界に共通する精神疾患の概念は、精神疾患の症状よりも、日常生活の人と人との繋がりを軸とする社会的な係りが軸となっていると、Horowitz(1982)は認識している。これ以外の要素として、Horowitz(1982)は、その国の文化の範囲の中で、他者がその人の行動を理解できない場合も、精神疾患という言葉が用いられる要因となることを示唆している。また一つの文化圏において、そこに住む人々が共有している知識や常識が、その人の行動の背後にある目的を理解できない場合も、その人に対して精神疾患という言葉を用いる。

次に②の要素、「文化的背景から見た相対的もしくは普遍的側面」として挙げていたのは、精神疾患は文化の相対的側面や普遍的な側面をも含んでいるという点であった。

Horowitz(1982)曰く、精神疾患の行動に対する理解度は、特定された文化の基盤によって左右され、国々の文化に照らし合わせて検証されるため、その行動が意味不明であるかは国によって異なると言われている。しかし、精神疾患を見ていく上で、唯一共通している点は行動が意味不明であり、理解不能である。この説を Horowitz(1982)は、Ruth Benedict(1887 年～1948 年)が 1934 年に執筆した論文“Anthropology and the Abnormal” から引用して以下のように説明している¹⁹²。精神疾患には、文化相対主義的な要素があり、それは時代によって、空間によっても異なっており、一つの国や文化圏においては精神疾患に該当する行動であっても、他の国や文化圏においては、正常な状態であり精神疾患とレッテルを貼られることはない。文化相対主義者の観点からすると、Benedict(1934)は彼女の論文の中で、精神疾患と見なされることについて、異文化間である程度の相違が見られることを指摘している。事例として、メラネシア(オセアニア南西部の島)のドブ島に居住するドブ人からすると、明るく陽気な人を狂気と見なす傾向があり、アメリカで言われている神経質(paranoid)な人を、ドブ人は正常な人と見なすような傾向にあると言われている。また、北アメリカ(カナダの北西部)に住むクワキウトル族の間では、誇大妄想者は病んでいる者とは見なさず、むしろ普通、或いは望ましい人と見なす。その理由としては、誇大妄想者は競技や競争の場においては、敬意を持ってその競技に臨む傾向があると信じられているからだと言われている。西洋社会ではトランス状態にある者や超自然的なものとの会話ができ、異言を語ることができると信じている者を統合失調症と見なす傾向にあるが、西洋以外の国、或いは地域では、そのような人をシャーマンニスチック、或いは予言的な役割を持っているものと見なす傾向にあり、重宝している。ルイス・ウォルパート(2006)も Benedict と類似した事例を挙げている。西洋では、幻覚は統合失調症と関連付けているが、西アフリカでは軽度の鬱病であれば、ある程度の幻覚を生じるものであると認識されている。また西アフリカのアシャンティ人は、不安は自責の念を表し魔術にかけられたものであると表現する。これらの事例を基に、Benedict(1934)は精神病には文化的な意味合いがあり、その意味や定義は国や地域の文化によって決定づけられると示唆している。Benedict(1934)は、この見解を 1934 年に発表しているが、21 世紀に入ってから同様な見解が発表されている。ルイス・ウォルパート(2006)も Benedict(1934)のスタンスと同じであるが、彼は精神疾患の特徴的な症状である幻覚という側面から精神疾患について、文化相対的方面から異文化における鬱病の診断の困難について強調している。彼は、人が幻覚を見たからという理由だけで、その人を精神疾患と診断をしてもよいのだろうかという疑問を投げかけている。これらのことにより、文化相対主義の観点からは、精神疾患に関連した世界共通の概念を作ることは困難である。

Horowitz(1982)も、精神疾患はその社会の要因によって形作られていると信じられている傾向にあることを強調している。つまり、精神疾患は、その社会が受け入れている規範を反映していることであると、Horowitz(1982)は言いたいのである。更に彼は、文化相対主義者の

立場を取る人は、精神疾患のレッテルにおける含意(connotation)と明示的意味(denotation)の違いを見極めることができていないと指摘している。含意(connotation)は精神疾患のレッテルが示す意味を表すのに対して、明示的意味(denotation)は、具体的な行動に対して貼られるレッテルそのものであるが、彼はその両方のレッテルの違いを論じているのである。後者の明示的意味(denotation)は、場所や時代によって変化するため、非常に複雑であると言われている。これについては具体例が挙げられていた。ナイジェリアに居住する Yoruba 人によると、彼らは魔術から身を守るために、その守護に特化した箱を携帯しており、この行動は彼らにとっては普通のことであった。しかし、この行動をアメリカ人の前で行うと、アメリカ人は彼らのその行為を狂気に満ちた行為と見なす。つまり異なる文化圏においては、一つの行動や行為が精神疾患になり、またならなかったりする。つまり基準は多様であり、一元化された精神疾患の含意(connotation)によるものではないということである。その人の行動や言動が、その文化圏において認められているものか、理解されているものなのかが重要な要因であり、その要因を軸としてその人の行動が狂気であるのか、精神疾患であるのかを決める基準となると言うことである。その行動がその文化圏で受容されない場合、その人は狂気であり、つまり神経症や精神病を含む精神疾患患者であると見做される。

Horowitz(1982)と Scull(2014)は、文化的要因を考慮した上での精神疾患の認識と診療を推奨している印象を強く受けるが、現時点における鬱病を含む精神疾患の認識や診療は、西洋医学を軸にした基準であり、DSM-V や ICD-10、または ICD-11 や薬物治療、カウンセリング等の治療法によって成立しているため、西洋医学を基準にしたものが世界共通となり一元化しているのが現状である。調査対象の日本でも、アメリカの基準 DSM を精神疾患の診察基準として、1980 年代以降より導入しており、WHO が発表した ICD(精神疾患から全ての疫病についての診察基準)も、1998 年以降より導入している。このように日本においても、鬱病に関する認識と診察は西洋医学に軸を置いており、世界と共通した概念の下で診断と治療が行われている。日本で DSM が採用されていることについて、内海(2009)は、「言ってみるなら、DSM は極めて高度な議論の末に、とてつもなく粗末な妥協の産物が産み落とされたのである。にもかかわらず、その粗末な産物を後生大事にありがたがる臨床がいる。それが日本の現状である」¹⁹³と呆気にとられているのである。それだけではなく、Scull(2014)が懸念していた DSM による過剰な診断や過小な診断、更にその診断の妥当性についても懸念している。

日本以外のアジアの国々における精神疾患の認識や診療において、日本と同じように西洋の基準 ICD や DSM を軸にして採用している国はあるのだろうか。調査の結果、DSM-V を導入している国は以下の通りである。①マレーシア、②シンガポール、③韓国、④台湾の四か国である。一方、ICD を採用している国は、①タイ、②中国、③日本、④マレーシア、⑤ベトナム、⑥インド、⑦インドネシア、⑧ミャンマー、⑨フィリピンであった。この調査の結果からも、アジアの国々においても精神疾患の認識と見解が、徐々に西洋医学を軸にしたものに

取って代わりつつあり、一元化が見られるのである。この傾向から、Horowitz(1982)が掲げる論理が想起される。精神疾患の基準は一元化された共通のものであってはならない。また精神疾患の基準は、その国の文化、社会の在り方が関与し成立している。しかし彼の論理は徐々に通用しなくなっている。つまり西洋医学を基準にした治療法が世界共通のものとして認識され、西洋医学の知識を基準にした鬱病を含む精神疾患が認識されつつあると言える。西洋社会における鬱病を含む精神疾患の認識の変遷や、西洋医学を基準にした鬱病の仕組みを繙くことは、精神疾患についての理解を深める上で重要な過程である。しかし、精神疾患の認識や仕組みが一元化しているように見えても、実際は各国の精神疾患の治療法について探求していくと、そこにはHorowitz(1982)やScull(2014)、更にはウォルパート(2006)が強調していた文化的処方や精神疾患をそれぞれの国の文化的概念を基軸にした認識を基に解説がなされ、それを基にした治療を目指す、文化相対主義の要素を見い出すことができる。

これらのことを念頭に置きながら、本3節では、西洋における鬱病を含む精神疾患の認識と見解の変遷について検証していくと共に、調査対象国である日本における鬱病を含む精神疾患の認識と見解の変遷についても注視していくものとする。その理由は、日本は本研究の調査対象国であり、日本も上記で示したアジア諸国と同じように西洋医学を由来とした診断基準が採用され、西洋医学の認識の下に鬱病を含む精神疾患の治療が行われている。この検証で、日本における鬱病を含む精神疾患の認識と見解の一元化の過程を掘り下げることによって、アジア諸国と日本の鬱病の処方と、その見解の相違の分析に発展させることが明確になった。本節では鬱病の仕組みについて重点的に掘り下げ、アジア諸国における鬱病の処方と鬱病を含む精神疾患の認識や見解は5節で詳述することにする。

欧米社会において、鬱病を含む精神疾患が歴史上どのように扱われ、認識されてきたのかを見ていく。ここでの懸念は、歴史上提唱されてきた概念や論理をどのように分析していくかである。ヨーロッパにおいては、精神疾患全般の見解や認識の起源は、紀元前にまで遡る長い歴史を有している。2000年を超える歴史を有しているのである。この長い歴史を遡り検証していくには、時代を区切り、それぞれの時代毎に、鬱病に関係のある哲学者、医者、科学者の声を聞き、その声が現代の欧米社会の精神科医分野に関わる人々の研究にどのように反映されているかを見ていく必要がある。

Thompson(2019)によると、欧米社会における精神疾患の認識と見解の歴史は、次の三つの時代に分割できると論述している。①啓蒙時代以前、②啓蒙時代以後、③近、現代、である。①啓蒙時代以前とは、古代ギリシャから17世紀頃までで、②啓蒙時代以降とは17世紀から19世紀末期までである。③近、現代は20世紀以降、とこのように時代を三つに分割している。この三分割されたそれぞれの時代に、欧米社会において提唱された鬱病を含む精神疾患についての見解と認識を見ていくことにする。

3-1. 啓蒙時代以前の鬱病を含む精神疾患の認識と見解

鬱病を含む精神疾患の概念の歴史は古く、その記載は旧約聖書の時代や古代ギリシャの時代にまで遡る。初めに旧約聖書に記載されている精神疾患の概念を見ていく。代表的な人物としては、旧約聖書のダニエル記に登場するネブカドネザル王や、第一サムエル記のサウル王である。ネブカドネザル王はエルサレムを征服し、エルサレム宮殿を破壊した人物である。彼は支配者としての頂点を極め、自分の功績を誇り、驕り高ぶるようになる。すると神は彼に精神的疾患を負わせたという記載がある。以下にその一部を割愛する。

「天から声が響いた。「ネブカドネツアル王よ、お前に告げる。王国はお前を離れた。4:29 お前は人間の社会から追放されて、野の獣と共に住み、牛のように草を食らい、七つの時を過ごすのだ。そうしてお前はついに、いと高き神こそが人間の王国を支配する者で、神は御旨のままにそれをだれにでも与えるのだということを悟るであろう。」4:30 この言葉は直ちにネブカドネツアルの身に起こった。彼は人間の社会から追放され、牛のように草を食らい、その体は天の露にぬれ、その毛は鷲の羽のように、つめは鳥のつめのように生え伸びた」¹⁹⁴。

その後、彼は7年間人間ではなく、獣のように振る舞ったと旧約聖書には記されている。一方、サウル王は、サムエルを通して語られた神の言葉に従い、アマレク¹⁹⁵とアマレクに属する全ての物を滅ぼし尽くした。しかし、アマレクが所有していた上等なものは惜しんで滅ぼし尽くさず、戦利品として持ち帰っていた。この行為を預言者サムエルに非難されたサウルの体から聖霊は出ていき、悪霊がサウルを蝕むようになっていった。その直後からサウルは恐れや怒りに取りつかれいつも殺意に満ち、憂鬱な人間になったと言われている。サウルはそのように精神疾患を患いながら国を治めたが、最後は戦場で自らの命を断つことになった、と旧約聖書に記されている。新約聖書にも精神疾患に関する記事が記載されている。イエス・キリストが悪霊に取り憑かれた人から悪霊を追い出す物語、一例として、イエス・キリストが悪霊の願いに応じて、悪霊を豚の体に封じ込め、豚が崖を下って湖になだれ込み、豚は死んだ、即ち悪霊を滅ぼしたという物語である。聖書時代における精神疾患(狂気)の療法は、神に祈るということが唯一の療法であった。悪魔祓い(Exorcism)、人に取り憑いた悪霊を、神に祈り、救いの儀式を行い、神(超自然的な力)によって悪霊を追い出す、そのような方法に依存していたと、Scul1(2011)は論じている。Thompson(2019)も Scul1(2011)と同様な見解を展開している。啓蒙時代よりも以前の時代では、精神疾患は悪霊や悪魔の仕業だという概念が一般的であったと。悪魔が人の心を操っており、鬱病を含む精神疾患は身体的な、また精神的な病ではなく魂の病として捉えられていたのである。

次に旧約聖書(ユダヤ教)、新約聖書(キリスト教)の世界から離れて、古代ギリシャ時代の精神疾患における世界観を検証していくことにする。古代ギリシャ時代に精神疾患や西洋医学について言及したギリシャ人哲学者は、ヒポクラテス(紀元前 460 年～紀元前 375 年)やア

リストテレス(紀元前 384 年～紀元前 322 年)、それにガレノス(Galen of Pergamum)が代表的である。ヒポクラテスは、ヨーロッパにおける医学の基礎を構築し、病と健康の起源について言及した人として知られているが、ヒポクラテスが記述したそれらに関する書物のほとんどは、ギリシャやローマの行政のトップであるガレノスに(Galen of Pergamum) (131 年～201 年)によってほぼ修正されたと記されている。ヒポクラテスが記した病と健康の仕組みは(ガレノスによって修正が加えられたと言われているが)、病と健康の中枢は体にあり、その体は常に環境と深く関わり、結びついていると述べている。これは「四体液説」として一般に知られており、その後何世紀にもわたってヨーロッパで受け入れられてきた。この四体液説に含まれる四つの液体は、①血液(体を熱くし、湿らせる作用を持つ)、②粘液(体を冷やし、湿らせる透明に近い液体であり、涙のような液体)、③黄疸汁(体を熱し、乾燥させる)、④黒胆汁(体を熱し、乾燥させ、主に脾臓(spleen))由来の液体である。また、血液や排泄物を黒くすると言われている。これら四つの液体のバランスの変化、もしくは乱れによって、感情や様子が変わると言われてきた。このバランスの変化や乱れは、季節の変化や発育による変化、或いは病気等に起因すると言われてきた。良好な健康状態は、これら四つの液体をバランスよく維持することであり、病気になった時の医者役割は、患者の四つの液体の内、どの液体が乱れているのか、その乱れが全体に及ぼす乱れの度合いを調査し、患者の内側を正しい、バランスの取れた状態へと戻していくことであると論じられていた。ヒポクラテスの健康に対する概念は、患者の体を全体から注意深く見ることを重視している。四つの体液のバランスの乱れによって精神の健康を害し、病魔が精神を冒すのである。血液が過剰であれば脳が過熱し、それによって悪夢や不安、恐怖を引き起こすようになる。また粘液の過剰は、恐怖を煽るような症状を引き起こすと記されていた。四つの体液で鬱病を引き起こす体液は黒胆汁であると記載されている。それ以外にも、ヒポクラテスは脳の活動が感情や精神の働きに深く関係しているとも記述している。

「メランコリア」これは鬱病に関する言葉であるが、この頃に作り出された言葉であり、この黒胆汁と深く関連していると言われてきた。「メランコリア」、これはギリシャ語の melan(黒という意味)と chole(胆汁)の合成語であるが、この言葉を訳すと「黒い感情」と訳すことができる。これが鬱病は黒い感情ともいわれる所以である。「メランコリア」に匹敵する鬱病の症状としては、食欲不振、意気消沈、興奮、情緒不安定、恐怖等が挙げられており、紀元 2 世紀にガレノスによって考え出されたものである。

古代ギリシャ人やローマ人は、その後も鬱病を含む精神疾患を、超自然的な概念として継承していくが、同時に鬱病とは別の精神疾患も取り上げるようになっていく。一つは癇癇(Epilepsy)、他の一つはヒステリーである。このヒステリーについては後述する予定である。癇癇は精神による不快が原因で発症し、ひどい痙攣を引き起こす精神疾患であると知られるようになる。この疾患の要因や本質は以前は不明であったが、当時はこの疾患は尊い病

として理解されていた。またこの症状は、喉の詰まりを感じさせるような感覚、精神異常、女性が抱く異常な執着心に関連していると見られていたこともあり、更に、女性の体に生じる異変を伴う病気だと見做されていた。ヒステリーについての論争や精神疾患に関する記述は一時姿を消すことになるが、それはローマ帝国の滅亡に起因するものだと言われている。その根拠として挙げられているのが、古代ギリシャやローマ帝国時代に栄えた詩や喜劇、暦、医療に関する記述や書物、資料がローマ帝国の滅亡と共に姿を消したことと同じ理由であるとしている。そのため、歴史家、Peter Brown は、古代ギリシャやローマ帝国時代については、部分的に保管されてきたプラトン(紀元前 428 年から紀元前 347 年)、ユークリッド(紀元前 325 年から紀元前 265 年)、ソポクレス(紀元前 496 年から紀元前 406 年)、トゥキュディデス(紀元前 460 年頃から紀元前 406 年頃)等の思想、これらはパピルスに記され保管されてきたが、それらの記述のみが主な手掛かりになると述べている¹⁹⁶。しかし、一時途絶えたこれらの精神疾患に関する論争は、中世から近代の欧米社会で再び目を覚まし、歴史的記述や伝統文化が受け継がれていくようになったのである。その要因は、紀元 395 年頃に東西に分割したローマ帝国にあると言われている。西ローマ帝国は 476 年に滅亡したが、東ローマ帝国は 1452 年にオスマン帝国の襲来により、その支配下に置かれる迄続いた。東ローマ帝国には、多くの古代ギリシャやローマ帝国時代の資料が以下の順で保管されていく。コンスタンティノープルを首都とするビザンチン帝国ではイスラムの影響が色濃くなり、イスラムの勢力が強くなっていくと、イスラムの学者やイスラムの影響を受け始めた地域で、古代ギリシャやローマ帝国時代の歴史的記述や伝統文化が広がり、再び勢いを増すようになった。これらの歴史的記述や伝統文化は何世紀もの長い時間をかけて、アラビア語、シリア語、ペルシア語、ラテン語に翻訳されて受け継がれていった。このような継承によって、11 世紀以降忘れ去られていた古代ギリシャ時代の医学的概念、「四体液説」は再び日の目を見ることとなり、再認識されるのである。この再認識により、11 世紀以降のルネサンス及び近代ヨーロッパにこの医学的概念が継承され、精神疾患の本質や治療について活発な議論が交わされ、発展していくのである。この「四体液説」の受容と発展を見ていくと、そこに興味深いものを発見する。キリスト教会は、メランコリアを単に心の疲労と理解し、治療を受ける必要のない体の状態を表す言葉として用いるようになった。また、バクダットでもキリスト教会と同じような理解で、メランコリアについて言及している一人のアラブの医学著述家がいた。彼は、その論文の中で、メランコリアは黒胆汁が原因であると記述し、メランコリアは患者の中で作り上げられる意気消沈や孤立を表す感情であると、論を展開していた。彼は、患者が抱くこの感情について、患者は事実だと思っているが、実はそうではなく、特定することが困難なものによって作られていると、彼は見解を示している。

メランコリアの患者の症状としては、理性の喪失、意気消沈というものが挙げられるが、その要因は、親族や友人との死別、財産の喪失、過酷なまでの努力によるものであると決定

づけられていた。しかし、この時代以降、メランコリアは怠惰の罪に関連する病として捉えられ、怠惰を象徴する病と見なされるようになった。怠惰をメランコリアと結び付けて捉える傾向が強くなったのは、14 世紀、15 世紀頃からであった。当時、怠惰はキリスト教社会においては重大な罪として認識されており、怠惰は特に修道士の行動に悪い影響をもたらし、修道士を厳格さの欠けた言動へと駆り立てていく存在として考えられていた。13 世紀のスコラ学の代表的な神学者、聖トマス・アキナス(1224 年から 1274 年)も怠惰は善意、善行を妨げる好ましくない行動であると指摘している。14 世紀には、一部ではあるがメランコリア(黒胆汁)の起源を、旧約聖書の創世記の物語、アダムが禁断の木の実を食べたことに発すると論じる者もいた。この考えはキリスト教の勢力が増してきた 15 世紀から 16 世紀に一層強まっていった。

ルネサンスに入ると、メランコリアは狂気として認識されるようになる。このメランコリアと狂気の結びつきを主張したのは、スイスの医学者であり科学者でもあるパラケルスス(1493 年から 1541 年)であった。彼が主張したメランコリアの治療法は、患者が意気消沈している時は、患者の気持ちを高揚させるために薬剤を投与する治療法であった。パラケルススの治療法とは別に、①瀉血療法、②空気療法(暖かい湿った空気を吸う)、③気分転換等の治療法が正式に採用されていた。これら治療法が正式な治療法として確立していたのは、メランコリアが黒胆汁に起因する精神疾患として捉えられていたからであり、当時の科学的文献によれば、メランコリアは、体中に存在する冷たく乾燥した気質として捉えられていた。これ以外にもメランコリアが進化した言葉にメランコリック(melancholic)があるが、これは黒胆汁を過剰に分泌する人を指し、虚弱体質、恐怖症、悲嘆症に罹り安いと言われている。メランコリックが悪化すると患者は、強烈な悲しみに襲われ、恐怖、無気力感、更には人に対して嫌悪感を伴う精神疾患へと症状が進んでいく。これらの症状は不適切な食生活が原因と考えられている。不適切な食生活から蓄積した毒素を排出して症状を緩和する治療法として、上記に示したパラケルススの 3 つの治療法が提唱されたのである。既述したメランコリアの概念は、1580 年代に英国の文学に導入されただけではなく、「メランコリア」、この言葉はルネサンス時代の英国では日常生活において用いられ定着化していった。メランコリアの概念を取り入れた英国の代表的な作品は、シェイクスピア(1564 年から 1616 年)の作品、「ハムレット」である。シェイクスピアがメランコリアの概念に影響を受けたのは、英国においてメランコリアについての医学的文献が出版されたことに起因するものであると、ウォルパート(2006)は彼の見解を示している。シェイクスピアに影響を与えた文献としては、ローレンス作の「メランコリー談議(A Discourse of Melancholicke Disease)」¹⁹⁷があり、この文献にはメランコリー患者が体験する悲しみと、睡眠障害について記されている。これ以外にも影響を与えている文献として、イギリスの学者、作家、英国教会の牧師であるロバート・パートン(1577 年から 1640 年)作の「メランコリー解剖学(Anatomy of Melancholy)」¹⁹⁸

がある。この文献には、四つの体液説を軸に、メランコリア患者の身体的症状のみが、例えば、頭痛や腹痛、動悸等が記載されている。バートンはこれ以外にも、メランコリアの誘発要因として、既述した10世紀のバクダットの研究者と同様な見解を記しており、友人や親族等の近親者との死別に起因する悲しみがメランコリーを誘発すると記載している。バートンはメランコリアについて、彼は研究成果を書籍として残しただけではなく、メランコリアの患者を、今日心療内科で用いられている治療法、カウンセリングを用いて治療していた。バートンは、メランコリア患者の症状が重篤であっても、患者が治ることに望みを抱いていれば、治療は困難であっても完治は困難ではないと信じていた。彼は当時としては画期的な治療法、カウンセリングを用いて患者と向き合っているが、彼は医者であり、且つ神学者であったので、カウンセリング以外にも神の力、超自然的な力に祈ることも処方箋として挙げている。

3-2. 啓蒙時代

17世紀後半になると、鬱病の認識は古代ギリシャ時代に形成された概念「ガレノスの四体液説」から科学的観点に軸足を移すようになっていく。この科学的観点から鬱病を解明する動きは、ニュートンによる影響が強く、18世紀になると顕著になったと、ウォルパート(2006)は記していた。ウォルパート(2006)の記載によると、イギリスの医学者ウィリアム・ハーベイ(1578年から1657年)が血液循環を発見すると、鬱病の原因について循環障害に重きを置いた学説や、脳の電氣的性質を軸足とした理論が提唱された。しかし、啓蒙時代においては、治療の側面では変化は見られず、ガレノスの体液説に基づいた治療が主流であった。既述した、黒胆汁を瀉血や下剤、嘔吐剤を用いて排出する治療である。これ以外にも18世紀のイギリスの科学者、William Cullen(1710年から1790年)やスイスの解剖学者で生理学者のSwiss Albrecht von Haller(1708年から1777年)は、精神と体は頭脳と神経によって相互に働き、魂が体を操作しているという理論を確立した。William Cullenはこの神経系が人間の行動や情熱に関連していると発表し、この論理が、18世紀の医学界において主流となっていた。その要因の一つとして、ウォルパート(2006)とScull(2011)は、「ニュートン主義の風潮(The prestige of Newtonian science)」¹⁹⁹によるものが大きいと主張していた。しかし、Scull(2011)はそれ以外にも要因として、その時代の社会が聖書や神学に由来する権威を離れ、理性や知識を通して世界を理解する啓蒙思想の普及が関与していることをも挙げている。

啓蒙思想の開拓者の一人である英国の思想家、John Locke(1632年から1704年)も人間全般について掘り下げ、併せて歪み(distortion)についても言及している。彼の思想は経験を土台としているため、人間の意識や健全な思考は、感覚を体験する学ぶことによって完成すると強調している。この思想を土台として誕生したのが精神疾患への治療法で、感覚と体験を

具体的に経験することで、例えば、恐れや恐怖を実体験することによって患者の乱れた思考を正常に戻す治療法である。この治療法が 18 世紀の中頃から 19 世紀初期に英国、ドイツ、フランス、ベルギー、アメリカで行われた。それに併せて、この治療法のための器具が数多く開発されている。回転椅子や患者を冷水槽に突き落として恐怖を煽り、乱れた思考を治療する等が、開発された器具の一つである。

この頃、John Locke 以外にもヨーロッパの医学界に影響を与えた思想家がいた。その代表的な思想家がフランスの思想家、デカルト(Rene Descartes)(1596 年から 1650 年)である。一説によれば、デカルトの思想は John Locke よりヨーロッパの医療界に大きな影響を与えたと言われている。デカルトの名言、「我思う、ゆえに我あり(cogito ergo sum)」²⁰⁰、この言葉は精神疾患の本質を見極める助けとなった。デカルトのこの名言には、精神を魂、体を物質とする二元論的要素が含まれている。この二元論的解釈は、様々な知識の基礎として認識され、発展を遂げていく。そして精神疾患にも適用されていくようになったのもこの頃であり、健全なる精神は不滅の魂であり、その対照的な存在として死を免れない体という捉え方に至る。ここでいう健全な精神とは、過ちを犯さない完全なものであると認識されている。過ちを犯し不完全な状態になるのは、脳や神経の間違った働きにより、世界の捉え方に異常をきたすからであるという結論に至るのである。ここから、精神とは病気を引き起こし、支障をきたし、そして死に行くものであり、精神疾患とは体自体に問題があり、医者の治療を必要とするという言説が生まれたのである。この言説は、19 世紀の半ば頃より医者の中で強く主張されるようになる。例えば、スコットランドの精神科医である、WAF Browne(1805 年から 1885 年)は精神疾患は理解力の病気ではなく、神経系統の病気、即ち理解力を司る神経系統の異常であり、併せて脳にも原因がある病気である。つまり精神とは全く関係のない病気であると論じ、精神疾患の治療では主に脳を重点に治療する必要があると指摘している。

ヨーロッパにおいて、このような言説が普及し始めた頃、特にフランス、英国において、精神疾患の治療法として、患者を収容する収容所や施設の必要性が取り上げられるようになった。精神疾患の患者を治療する収容施設の原型は、既に 12 世から 14 世紀ごろには存在しており、イギリスではこの施設をベツレム(Bethlem)と呼んでいた。これはイエス・キリストの生誕の地、ベツレヘムに因んでつけられ、おもてなしという意味を含んでいると言われており、13 世紀頃より精神疾患の患者を受け入れて治療を施していた。この施設はキリスト教と密接な関係にあり、12 世紀頃には旅路の宿泊施設として利用されていたが、宿泊していた旅客の中には精神疾患を患っていた患者も含まれており、そこから精神疾患の患者を受け入れ、隔離する施設として発展していくようになった。ベツレムはこのようにして、12 世紀から 14 世紀頃の英国において精神病棟としての役割を果たしていく。ベツレム以外にも、英国やフランス、イタリアでは、精神疾患患者を治療する施設も整えられていた。代表的な例と

して、英国、ロンドンの St Bartholomew' s 病院やフランス、パリの The Hotel Dieu、フローレンスの Santa Maria Nuova 等を挙げることができる。

これより数世紀後には、ベツレムとは違った形の精神疾患患者を隔離し、閉鎖する施設が存在するようになった。このような施設が存在するようになった要因は、特にフランスでは貧困者や乞食の存在に有ると言われている。フランスの貴族にとって、貧困者や乞食は貴族の地位と存在を脅かすものと見なされており、野放しにしておくことのできない、社会から隔離し閉鎖すべき存在と見なされていた。そして 17 世紀中頃になると、怠け者や職にあり就けない無職の者、更には乞食等を社会秩序を乱す者として、社会から隔離し閉鎖する施設がフランス各地に設けられるようになった。1656 年、フランスのパリで、貴族の布告によって「Hopitaux generaux」という施設が設置され、秩序を乱す社会の逸脱者と見なされる人々をその施設に収監した。収監された人々の中には、精神疾患患者もいたようである。1764 年当初、「Hopitaux generaux」に収監される社会の逸脱者と見なされていた人々、売春婦や乞食等の数が膨れ上がり、収容不可能な状況となり新たな施設「depots de mendacite」が建設された。そこには主に、親に見捨てられた精神疾患の子供たちが収容された。このような施設が設けられた背景には、精神疾患の子供を持つ親を社会のうわさや嫌がらせから守り、また精神疾患の子供が冒す犯罪等逸脱した行為を防ぐためであった。これ以外の理由として、当時精神疾患の患者のために施設を建て、そこで患者のための治療やサービスに携わりたいと思う起業家が同時期に現れたことも要因の一つである。ここからフランスでは精神疾患の患者を収容する施設を petites maisons と呼び、英国では madhouses、狂気の家と呼ぶようになった。

ジョージ王朝時代(1714 年から 1837 年)の英国での、狂気の家の運営と管理の形態は様々であり、国の基準は存在していなかった。そのため運営に関わる人々は、多種多様な背景を持つ者、例えば神父であり、未亡人であり、外科医、医師等であった。国の基準が存在しないことにより、施設の大小や受け入れの形態、治療法等にもばらつきがあったようである。また、患者への対応等は実験を通してそのスキルを高めているのが現状であり、その過程の中には、虐待等のスキャンダルも生じていたようである。英国の統計によると、18 世紀に狂気の家収容された精神疾患の患者数は 2000 人から 3000 人であり、それに対して運営並びにサービスに関与していた人は 50 人にも満たなかったと言われている²⁰¹。一方ロンドンに設けられた狂気の家の一つでは、200 人から 400 人の精神疾患の患者が収容されている²⁰²。このように精神疾患の患者用の施設が設立される中、中流ないし上流階級の子供に精神疾患を患うものが存在した場合、後述するが、これらの施設は利用せず別の方法により対応していた。

英国の狂気の家に収容された精神疾患の患者に対する処方について記す。1770 年代までは、外来者が狂気の家を訪問することも、外来者を招待することも許されていた。しかし、1770 年代以降は、外来者が狂気の家を訪問することも、外来者を招待することも禁止されて

いる。これらの禁止の理由は定かではないが、この禁止によって狂気の家における虐待はより悪化していくことになる。そこでの治療は、古代ギリシャの体液説を土台にした治療法であり、血液を抜き、嘔吐を繰り返すことによって体内を浄化するアルコールを飲料とするトニック療法や冷水療法と呼ばれるものであった。更に少量の食事しか与えない食事療法も併せて行われていた。18世紀に入ると狂気の家を初め、収容している精神疾患の患者数が増加すると、これら以外にも様々な治療法が試されるようになる。ここで試された治療法は、英国の啓蒙主義の思想家 John Locke の思想(人間の意識や健全な思考は、感覚を体験する学ぶことによって完成する)を土台とした療法であった。それは、患者を感覚や体験において恐怖に陥れ、そこから健全な思考へと改善していく、そのような治療法であった。具体的には患者を鎖で拘束して脅迫し、脅威を与えることによって患者の思考を健全な状態に整える療法で、当時はこの治療法が最も効果的に患者の思考を健全な状態に導くことができると信じられていた。しかし、時間が経過し現代に近づくと、これらの治療法に疑問を抱くようになり、ヨーロッパ各地、つまりフローレンス、パリ、マンチェスター、ブリストル、ヨーク等の地で、精神疾患の患者の扱いに変化が見られるようになった。

3-3. 啓蒙時代以降

啓蒙時代以降における精神疾患の認識と理解の変化は、精神疾患の患者に対する対応や治療の在り方に疑問を抱き始めたことが発端であった。啓蒙時代では精神病全般に対して医療を通じて処方を行い、医学的な根拠を基に議論が進められるようになった。しかし、その反面、精神疾患の患者に対しては狂気の家収容し、治療の一環として脅迫や暴力等の恐怖体験により患者の思考を健全な状態に整える治療法が施されていた。Thompson(2019)と Scull(2011)は、啓蒙時代以降、特に19世紀後期になると従来の精神疾患の患者に対する処方について、倫理性が問われるようになった。そこから、精神疾患の患者に対して実施された処方を顧みる動きが始まった。その発端となったのはフランス人の医者、Philippe Pinel(1745年から1826年)と紅茶やコーヒー業を営むアメリカニューヨークの商人、Quaker William Tuke(1732年から1822年)であった。両者は啓蒙時代に処方されていた精神疾患の治療法が倫理的に正しいのか疑問を呈し、そこから moral treatment(倫理と人間性を重んじた治療法という意味)という言葉を作り出したと記されている。PinelとQuaker William Tukeが、倫理的且つ人間性を重んじる治療法を提唱するようになった過程は、非常に興味深い。Pinelは、パリの精神疾患患者の収容所、Hopitaux generauxにおいて男性患者が収容されている Bicetre と女性が収容されている Salpetriere で管理をしていた、Jean-Baptiste Pussin(1746年から1811年)と知人となった。そこで、Pinelは精神疾患の患者の処方について論理的思考に基づいて治療を施すことは可能であり、従来の伝統的処方は意味をなさないことを理解するようになる。その理解を、PinelはQuaker William Tukeと共有し、この二人

の間で moral treatment (倫理と人間性を重んじた治療法という意味) という言葉が作り出された。Quaker William Tuke はそこから更に見解を発展させ、伝統的治療法、所謂暴力と脅威を伴う治療法ではなく、倫理に基づく愛情に満ちた治療の必要性を説いていくようになる。しかし、一方では、精神疾患患者に対して不必要に手を出し、甘やかすような治療は断じて相応しくないと、強く主張している。この二人が提唱する moral treatment (倫理と人間性を重んじた治療法) により、ヨーロッパ各地に新たな精神疾患患者を治療する保護施設 (asylum) が登場し、19 世紀には欧米諸国、英国、フランス、ドイツ (プロセイン帝国)、アメリカ合衆国においてその新しい施設が設けられていく。欧米各地に設けられた保護施設 (asylum) では、二人が主張した倫理と人間性を重視する治療が進められ、精神疾患患者が論理的な思考を取り戻せることを中心とした処方への舵取りが見られるようになった。それは過去の伝統的な治療法 (暴力と脅威を伴う治療法) を見直し、精神疾患患者に適切な治療を行い、速やかな社会復帰を期待するものであった。しかし、実際は狂気の家で行われていた処方と何ら変わるものではなかった。例えば、英国では、患者を全裸にして鎖で壁に繋いだり、女性の患者に性的暴力を加えたり、嘔吐や瀉血を繰り返すような過酷な治療がその後も続いていた。英国の保護施設 (asylum) には、貧困層や下流層の精神疾患患者が主に収容されていた。これには原因があった。19 世紀中頃、英国では保護施設 (asylum) の設立を奨励するプロパガンダに満ち溢れていたが、中産階級や上流階級の社会においては、保護施設 (asylum) の存在を恐れており、その保護施設の治療に対する期待は非常に低いものであった。英国の Brislington House and Ticehurst や、アメリカの McLean Asylum と Hartford Retreat 等の保護施設においては、中産階級や上流階級が望むような処方は施されていなかった。英国の中産階級や上流階級では、身内に精神疾患の患者を抱える場合、保護施設 (asylum) に入所させるのではなく、精神疾患の患者の世話をする者を雇う等して、独自の方法で対処した。また、人目につかないように遠く海外に送ることもあったようである。理由としては、保護施設 (asylum) での過酷な治療を避けるだけではなく、周囲からの差別や村八分による不当な扱いを逃れる為でもあった。そのため、中流階級や上流階級社会では精神疾患患者を保護施設 (asylum) に入所させることを拒む傾向にあった。ここで保護施設 (asylum) の存在に対して不安を煽ったのが文学作品であった。英国では、1847 年に Jane Eyre という小説が出版された。この小説には、精神疾患に悩まされている Rochester 氏の妻、Bertha が家族の住む屋根裏の小部屋に幽閉されているシーンや、精神疾患患者の特徴である攻撃的で理性が崩壊寸前の Bertha の行動が描かれている。また、これ以外にも、精神疾患の患者でもない正常な人間が保護施設 (asylum) に収容され、収容所の内側があからさまに記された、英国でもブームになった Wilkie Collins 作の The Woman in White (白衣の女) や Charles Reade 作の Hard Cash が、中産階級や上流階級において保護施設 (asylum) に対する不安と恐怖を煽り拡散していった。

19 世紀の中頃までは、保護施設 (asylum) に収容された精神疾患の患者数は 100 人から 200 人であったが、19 世紀の末になるとその数は 1000 人を超えるまでに膨れ上がっていく²⁰³。当然、収容される精神疾患の患者数が増加すると、保護施設 (asylum) の施設数も増加する。そして保護施設 (asylum) と呼ばれていた施設は、精神病院と名称を変えて呼ばれるようになり、一つの収容所で収容可能な患者数も増大していった。例えば、英国の治安判事は、Epsom 地区に 12000 人をも収容できる保護施設を (asylum) を設立したと言われている²⁰⁴。アメリカにおいてもジョージア州に存在する Milledgeville や Central Lunatic Asylum は 14000 人の精神疾患の患者を収容したと言われている²⁰⁵。その他、ドイツやフランス、その他のヨーロッパでも収容者数が 1000 人を超える施設が整えられていた²⁰⁶。19 世紀におけるドイツやイギリスに収容されている精神疾患の患者数は、時間の経過と共に増加している。ドイツでは 1852 年では 5300 人に 1 人の割合だった収容者数が、1911 年には 500 人に 1 人に増加している²⁰⁷。英国においても、1859 年から 1909 年の間に、収容者数は 1000 人に対し 1.6 人から 3.7 人まで増加している²⁰⁸。この増加の背景には、精神疾患の患者以外の例えば、アルコール中毒者や金鉄中毒者 (炭鉱で就労している労働者がかかる中毒症状である)、産後鬱、梅毒患者も収容されていたことが原因である。ここで示した精神疾患以外の病気も、当時は神経や精神に異常をきたす病気として、精神疾患と同様に扱われていたのである。19 世紀の末、フランスのパリに設けられた Charenton Asylum では、梅毒に感染して収容された患者数は 29.2%²⁰⁹に及ぶと言われている。当時は、精神疾患以外の患者も受け入れなければならず、精神科医にとっては大きな負担となっていたようである。そのため、保護施設 (asylum) に収容されても治療できない患者で膨れ上がり、且つ一方で回復に向かった患者が、その保護施設 (asylum) から退院できない状況にあったようである。これに類似した状況は、アメリカやヨーロッパの各地で発生していた。1868 年、フランス人医師、心理学者 B. A. Morel (1809 年から 1873 年、保護施設で働く医師) によると、フランス全域に設けられた保護施設 (asylum) での診療行為は、患者のレポートを作成するのみであったと記している。英国では、その保護施設 (asylum) の状況を、結果の出ない、暴力が蔓延する、無意味で悲しみや心配、同情の感情が募るだけだと描写している。アメリカの神経学者 Silas Weir Mitchell (1829 年から 1914 年) も、保護施設 (asylum) は英国の状況と同様であり、アメリカの精神医を批判している。彼は収容されている患者を生きている死体と呼び、希望という記憶を喪失し、絶望ということさえ理解できなくなっている。常に沈黙というグロテスクに満ちた機械のようであり、食べては寝てを繰り返すあわれな存在であると指摘している。本来は人道的治療を目指して設立された保護施設 (asylum) ではあったが、時間の経過と共に従来の治療とかけ離れた結果の出ない、暴力が蔓延する、無意味で悲しみや心配、同情の感情が募るだけの保護施設 (asylum) に変容してしまったのである。

これまでは鬱病を含む精神疾患を保護施設の観点から吟味してきたが、これ以降はヨーロッパ各地で保護施設が設立されて行く中で鬱病を含む精神疾患が確立されていくが、その見解と認識について詳述する。19世紀に確立した精神疾患に関する基礎を築いた18世紀の医者、George Cheyne（1671年から1743年）は精神疾患について、従来認識されている症状を軽度の精神疾患例として、ヒステリーやhypochondria（ヒポコンデリー）、癩癩が実在すること、また近代社会の生活における圧力（ストレス）や誘惑に対して敏感に反応する繊細な神経を有する人が、ヒステリーやhypochondria（ヒポコンデリー）、癩癩に罹りやすいという説を提唱している。この説は18世紀に提唱されたが、1830年代から1840年代に再び上げられ、重症な神経症の患者を診察する上において参考とされ、その後発展していくことになる。

スコットランドの亡命医師であるW. A. F. Browneは、精神疾患とは文明における変動への対応、富を得る故の苦悩、人生の目的に対する見方の誤り等により、人が狂気に陥る状況であると説く。彼は社会が未だ発達していない状況の中では、富を得るための苦悩はなく、人生の目的を自覚する必要もないため、文明社会の中で生活している人の方がより狂気に陥りやすいと述べている。フランスの精神科医であるJean-Etienne Esquirol（1772年から1840年）もW. A. F. Browneと同じように、狂気に陥りやすい人は貧困層よりも裕福層の人であると指摘している。つまり狂気とはブルジョア階級の人間であると指摘している。誘惑に鈍感な人、ストレスに反応しない人、読み書きの出来ない人は狂気に陥るリスクは少なく、狂気に対する免疫力は高いという見解が生まれたのである。

ヨーロッパ各地に保護施設が建設されるようになって一定期間が経過した1857年、フランスの亡命医師B. A. Morelは新しい概念として、concept of degeneration「退廃概念」を提唱した。彼の提唱した、「退廃概念」とは、社会の発展に参画し寄与できない人間のことを指している。社会の一員としての自覚が消滅していることを表示しているのである。この概念は後に生物学、遺伝学的側面から創出された概念である、社会の脅威(social menace)に発展し、ヨーロッパ、北アメリカに普及していくことになる。この概念により狂気は体に起因するものであり、防ぎ難い病と見なされていくようになる。このような説が西洋社会で普及していく中で、男性が女性を結婚相手として選ぶ時に気をつけるべきことが記されていた。興味深い内容であるため、以下に示す。これはScull(2011)が引用していた箇所である。「頭、顔、耳、口、歯の形が変形していないか、身だしなみ、体の容姿が変形、もしくは異形な場合は子を授かる時に影響がある」²¹⁰。体が変形している女性との間に子を設ける場合、その変形は生まれて来る子供に遺伝し、狂気の確立が増える。そして狂気として生まれて来る子供が増加し、社会に負担をかけ、無意識の中で狂気を患った人たちを増加させてしまう危険を孕んでいるという考え方を生み出したのである。このような概念は、19世紀末にヨーロッパに拡散したダーウィン主義者の思想である、適者生存(survival the fittest)、自然淘

汰、弱肉強食を基軸とした考え方を支持する動きへと発展していく。しかし、このような概念がイギリスで拡散していく中で、ドイツでは科学的且つ医学的根拠を基に精神疾患についての見解を見い出そうとする動きが見られた。ドイツの精神医学会では、大学と研究機関の強い連携により、両者で得られた知識や研究成果を共有し、発展させていく基礎が 19 世紀に構築されている。この基礎作りに関与したのが、ドイツの精神科医 Wilhelm Griesinger(1817 年から 1868 年)であった。彼は大学と研究での指導及び、大学に設置されている大学病院との連携を強化する働きに尽力を尽くし、その他にも保護施設は臨床、つまり研究に必要な資料の確保の場所として利用し、その他の施設やクリニックや研究所は、研究機関が精神疾患を医学的側面から研究ができるような機能を持たせるように体制づくりを行った。

Griesinger は精神疾患は全般的に脳に起因して発症するとしており、脳の病気であると結論付けるようになる。この説はドイツの精神疾患の研究部門に受け入れられ、脳の病理学や脳と精神病との関連における研究を発展させていくことになる。この研究は、彼の執筆した研究論文 Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten²¹¹に強調して記されていたが、彼の見解は、精神医学を未発展な状況から脱却させること、更に医学会の中核としての役割を担うことの重要性が示されていた。この見解により、脳と精神疾患関連の研究に拍車がかかっていった。例えば、この時代のドイツとオーストリアにおける脳と精神疾患に関連する研究者として、Paul Flechsig(1847 年から 1929 年)、Alois Alzheimer(1864 年から 1915 年)、Franz Nissl(1860 年から 1919 年)、Theodore Meynert(1833 年から 1892 年)を挙げることができる。彼らは脳と脊髄の関係について深く掘り下げ、脳の組織を顕微鏡を用いて検査を進めていく手法や、精神疾患における症状と脳の組織との関係性について明らかにすることに成功している。一例ではあるが、アルツハイマーは精神疾患の患者の脳に異常な小斑点と神経系繊維に変化が見られることを発見し、この変化によって後にアルツハイマー型認知症が認識されるようになる。このように脳と精神疾患の関係性を見い出すことには成功するが、精神疾患の治療法には困難をきたしている。また、精神疾患の患者とその疾患の病因性や、脳の病と精神疾患との関連性については、明らかにすることはできなかった。更に脳の構造に生じる障害が強調されていたが、これによりイギリスでは「退化論」に立ち戻るような現象も見られた。この結果、ドイツの精神医学界では精神疾患は治療不可能な病であるという結論に至ったのである。

19 世紀の終わりに、ドイツ出身の精神医学者クレペリンが精神医学の教科書を執筆する。彼は精神医学を生物や医学の側面から解明する方向へと進む。彼の精神疾患の見解は、Griesinger と同様で、精神疾患は脳における病であるという見解であった。彼は保護施設に収容されている患者を対象に実施された縦断的研究を基に、精神疾患の見解に関する歴史を紐説いていくのである。クレペリンの見解が唯一受け入れられていた仮説は、精神疾患は一つの病であるということを経軸にして、その精神疾患をより再分割し、具体的な精神疾患名

を病名として考え出すのである。彼は、狂気と言われていた病を二つの異なった病名として提唱する。一つは dementia praecox、これは 1910 年にスイス出身の精神医学者 Eugen Bleuler(1857 年から 1939 年)によって統合失調症と改名された。他の一つは、manic-depressive psychosis であり、この病は症状が自然に和らぐこともあり、軽症の精神疾患と見なされた。クレペリン(1856 年から 1926 年)が付けた病名の一つ「dementia praecox」と、そこから派生した病名「hebephrenic, catatonic, paranoid」には、認知症の初期に見られる症状、例えば臨床状態や認知機能の低下が特徴づけられている。更に彼はそこから、幻覚や幻聴、イライラ、まとまりのない考え、人間関係が構築できない等を症状として挙げている。このように精神疾患の再分割が行われることによって、精神疾患のほとんどは狂気を思い起こさせる疾患ではないという認識を西洋社会に押し広めていくことになる。精神疾患の診断が下されても、ある程度の生活は機能し、保護施設に入る必要もなく、治療も比較的容易で且つ可能であり、社会的に適応可能な患者もいるという考えに至るようになる。このような今日で言われるところのグレーゾーンの状態を、イギリスの医師 Mortimer Granville(1833 年から 1900 年)は Mazeland, Dazeland, and Driftland と称し、これに対しフランス語では demi-fous、つまり半分狂気、半分人間という言葉で称されていた²¹²。このような見解によって、欧米では 19 世紀末に古代ギリシャ時代に認識されていた精神疾患、ヒステリーが再び姿を現すようになる。ヒステリーは主に女性を対象にした精神疾患として取り上げられており、症状は主に感情の不安定、身体的に異常はないが、大声で叫び、体に麻痺や歪が生じる精神的病として知られることになる。フランスの神経医師 Jean-Martin Charcot(1825 年から 1893 年)によれば、ヒステリーは神経症の一つであり、この病に罹っている人は退化(degenerate)すると強調している。彼はヒステリーの処方の一つとして催眠療法を推奨している。一方、この病名と療法に対しては幾つかの反論もある。アメリカのフィデルルフィアの神経医師 Silas Weir Mitchell は、この病を神秘的且つ謎と偽りに満ちた病気であると示唆している。フランス人医師 Jean-Martin Charcot が推奨した催眠療法は、他の医師達から偽医療と批判されるが、この病名は無くなることはなく、その後も引き継がれていくことになる。ヒステリーの他にも、1880 年代になると精神疾患の病名は新しく追加されていく。それは神経衰弱(neurasthesia)である。この病名は神経の衰弱という意味を含み、主に文明社会における生活の疲れや、過労による疲れで起こる精神疾患として認識されている。つまりこれらの疲れが脳を混乱させるために生じる精神疾患であるため、経済的に裕福で、成功者が罹りやすい精神疾患であると認識されている。このような見解が広く知られるようになって行く中で、欧米社会では精神疾患を心理的側面から保護施設に収容する療法とは別の療法が考えられるようになり、この頃から人々は徐々に保護施設を敬遠するようになっていった。精神疾患の病名が再分割されるような動きが起きると、欧米の精神医学者は独自で精神疾患の見解を見い出すような動きをするようになる。そのような動勢の中で、

精神疾患に関する画期的な見解を示したのは、オーストリアの精神病理学者、ジークムント・フロイト(1856年から1939年)であった。彼は、精神疾患には意味が有り、その疾患の意味に適応した治療を施す必要があるということを見解として示している。彼の見解は、フロイトが1880年代にJosef Breuer(1842年から1925年)と共同で精神疾患の患者に対する治療、診断を実施していた頃にまで遡る。彼が治療を施したヒステリーの患者を通して、ヒステリーを誘発している原因を見い出し、それは抑圧された過去の不快な思いや記憶によるものだという考えに至った。そしてその抑圧された過去の不快な記憶を催眠を通して呼び起こすことで、患者の症状を緩和できると、発展させている。Thompson(2019)は、フロイトが言う不快な記憶とは、幼少期に父親から受けた性的暴力によるものだと説明している。しかし、1895年から1905年の間に、フロイトは、性欲は人間の基礎であるという見解に至るのである。フロイトがこの見解に至った時期は1899年以降であり、この見解に至った理由は、彼が当初治療法として採用していた催眠療法による過去の不快な記憶や性的暴力等の過去の記憶を掘り起こすことは、精神疾患の治療としては全く役に立たないと知ることにはなるが、過去の性的暴力の記憶を掘り起こしたことが、逆に彼をこの見解に導いたのである。それ以外として、性的暴力は広範囲であることも理由の一つである。そしてこの性的暴力に関する記憶は、それが真実であるのか否かはヒステリー患者の場合には見分けがつきにくくなる傾向にあることが、治療を通して明らかになったという説もある。今日における精神疾患の見解は、幼少期の辛い経験から生じるトラウマが、大人になって精神疾患をもたらすというフロイトの見解に基礎を置いている。一方、フロイトはこのような見解の他にも、精神疾患の原因を追究するための手法として、精神分析手法を提唱している。この手法の基軸は、患者の幼少期からの一定期間の体験や経験を再現することである。しかしこの手法が抱える問題は、患者の発育期に抱えていた精神的苦痛の原因を明確にしながら、患者を治療していくことにある。この手法には、精神力動(psychodynamics)、性的欲動や攻撃的欲動を含む人々の心から、精神疾患の症状の意味を心理学的側面から解釈することである。精神力動には三つの要素が含まれており、①id(エス)、②superego(超自我)、③ego(自我)である。①id(エス)とは、性欲やThanatos(死の欲動)のことである。②superego(超自我)は理性のことであり、主に親や社会の規則、或いは躰によるものとされ、これらが人間の行動にどう反映しているのかということである。③ego(自我)は性格の一部であり、①id(エス)からの需要と、②superego(超自我)からの需要のバランスを保つ者として認識されている。更に厳密に言うと、①id(エス)は生物学的な側面を象徴するのに対し、②superego(超自我)とは社会、③ego(自我)は自分自身に対する自覚を象徴するものである。つまり、③ego(自我)は常に①id(エス)を②superego(超自我)における圧力を調和する機能としているのである。フロイトが提唱する精神分析手法によれば、神経症は③ego(自我)が機能不全な状態であると言われている。即ち、①id(エス)と②superego(超自我)のどちらかが過剰に作用することが、不安や

悩みを誘発し、精神疾患を発症するということである。例えば、②superego(超自我)が過剰な場合、その人は理性に縛られて、社会の規則に重きを置き、生き辛さを感じるようになる。そしてそれが発展して精神疾患を患うようになる。フロイトの精神分析手法が要としていることは、③ego(自我)を状況に合わせて強化し、精神疾患の治療へと結び付けていくことである。

フロイトが提唱した精神分析手法は、神経症、今で言うところの鬱病を含む軽度の精神疾患に対する説明を行うためのものと既述したが、この頃よりメディアが使う鬱病という言葉が欧米社会で使われるようになったのである。鬱病、この言葉が精神的な活動の低下や精神的不調を表す言葉として認識され、使われるようになったのは19世紀である。初めて医学辞書に鬱病が掲載されたのは1860年であり、鬱病は、「病んでいる患者に生じる精神状態の低下」として掲載されている。これが19世紀の末になると、鬱病は、「医学的に精神的活動、勇気、率先力の低下、陰気な思考を有する精神的状態や合理的に説明し難い悲観、悲哀感を伴う精神的な抑うつ的な状態を表す」という定義に至るのである。更に20世紀の初期には、様々な種類の鬱病の分類と診断方法が発表される。その中で鬱病の画期的分類は、内因性と外因性に分類することで、これはポール・モビウス(1853年から1907年)によって提示された。内因性は遺伝的欠陥に起因する鬱病で、外因性は生活環境の状態に要因がある鬱病であると分けられている。鬱病の定義に多少なりとも影響を与えたのはフロイトである。彼は、鬱病は患者の「対象喪失」に関係していると自説を示している。これは意識外の対象を喪失することによって、内的喪失をもたらし、その内的喪失によって悲嘆が生み出され、そこから鬱病を発症するという見解である。これについては本論文の後方で示す「鬱病の仕組み、心理的側面」で解説することにする。

3-4. 現代

ここで言う現代(Contemporary)は、1945年以降である。Thompson(2019)によれば、この時期における鬱病を含む精神疾患の見解と認識は、主に論理的思想と科学的且つ医学的手法や根拠を基軸としている。そのような印象を受ける。この時代では、それまでは漠然としていた精神疾患の認識をより医学的且つ科学的根拠を基に解説し、より具体化する動きが見られるようになった。また、長年治療法に貧弱であった精神疾患を医学の力によって解消するように、舵を切るような動きも見られた。このような動きは、1945年以降に、顕著に見られるようになったと理解されている。しかし、1945年以前にも医学的、科学的手法に基づいて精神疾患の見解を見い出そうとする動きは若干見られるものである。つまりここで言う現代は、1945年以前から既に始まっていたと解釈することができる。これにより現代を1910年から1945年と1945年以降の二つの時間軸に分けて、精神疾患の見解と認識を見ていくことにする。

3-4-1. 1910 年～1945 年

1910 年から 1945 年の間に、精神疾患が医学的根拠に基づいて説明され、医学の力で治療を行うような動きが見られた。これはフロイトの精神分析学に負うことが大であると言える。

20 世紀初期、1910 年から 1940 年かけて、欧米社会で幅広く議論された論理は、フロイトが 19 世紀の終わり頃から 20 世紀初めにかけて提唱した精神分析の手法や、精神疾患は性欲によるものであり、精神疾患は対話により治療できるというものであった。そしてそこから医学の力で治療を行う試みが始まるのである。しかし、1910 年から 1945 年、フロイトが提唱した精神分析学は批判の対象にもなっている。イギリスもフランスもフロイト精神分析学を全面的に否定している。イギリスの精神医学者 Thomas Clouston(1840 年から 1915 年)、Sir Charles Mercier(1852 年から 1919 年)によると、フロイトは精神疾患と性的行為に関係性があると言っているが、そこまで深い繋がりがあるわけではないと、フロイトの説を否定している。また、性欲が人々の精神を不安定にするように煽っていると、性欲が全人類の精神を不安定にする要因があるということについて馬鹿げた説であると、これらの説を却下している。これら Thomas Clouston、Sir Charles Mercier の論理を通して、イギリスでは精神分析よりも医学的な側面から精神疾患を吟味していくことが、精神科分野の役割であるという結論に至るのである。アメリカもイギリス、フランスと同様で、20 世紀初期の 40 年間はフロイトの精神分析学については受け入れがたい論理であったようである。アメリカの精神医学者がフロイトに抱く思いは、彼が、1909 年にアメリカを訪問したこともあり悪いものではなかった。しかし、アメリカには、フロイトの教えや論理に疑問を持つ一握りの精神医学者が少数ではあるが存在していた。そのような状況下で、アメリカもヨーロッパと同じように精神疾患を医学的な側面から吟味し、治療法を確立する方向へと舵を切ることになる。一方、1920 年代のドイツ語圏では、フロイトの論理は幅広く受け入れられていた。特にウィーンやチューリッヒ、ベルリンにおいては顕著であった。しかし、1930 年代後半に入ると、ナチスドイツの台頭により、フロイトの教えは民族劣等を象徴するユダヤ人由来の教えであるという理由で抹消されている。欧米社会におけるこれらの様々な動きによって、精神疾患に関する実験が 1910 年から 1945 年の間に数多く実施されることとなった。この 40 年の間に行われた実験により、多岐にわたる事項が明らかになっているが、これらの実験は主に精神疾患の治療に関するものであった。この時期において、アメリカでは、精神疾患の原因は長期間にわたって体の隅々に潜む炎症によるものであると、ニュージャージー州の精神医学者 Henry Cotton によって提唱された。また、彼はその炎症への対処療法として、かつて用いられた治療法である体の毒素を排出する施術が、脳の認知機能と感情に悪い作用として働き、その結果精神疾患を誘発し、悪化させるという見解を述べている。一方、ヨーロッパでは癲癇(引きつけ)と統合失調症は同時に起きないという説を実証するために、人工的な手法で大きな発作を起こさせる実験がカンフル metrazol(cardiazol)、電氣を用いて実施された。また、損傷

した脳の回復のために考えられた睡眠療法に関する実験が、20 世紀に開発されたインスリンを用いて実施された。インスリンを長く使用することで、意識不明な状態を長い時間維持させ、その治療によって、80%の統合失調症患者の精神状態を健常な状態へと改善することができると示された²¹³。これ以外にも、1930 年代半ばに、リスボン、ポルトガルの神経科医師 Egas Moniz(1874 年から 1955 年)によって実験が行われた。この実験は、精神疾患が脳と深く関連していることに着目し実施されたもので、精神疾患の患者の脳の一部、前頭葉(frontal lobe)を前頭葉白質切開術と称する施術で切断するものであった。これは脳の組織の一部を破壊する目的で行われた。この施術は、後にアメリカの神経学者 Walter Freeman(1895 年から 1972 年)によって欧米社会に広められ、精神疾患の一つの療法として受け入れられるようになっていく。この療法を欧米社会に広めた Walter Freeman は、この施術の効果を更に高めるために、独自の施術法を考案した。従来の施術では頭蓋骨に穴を開け、白い脳の一部をメスで切り落とす方法であったが、Walter Freeman はこの施術に、アイスピックか金づちを使うことを推奨している。それらの工具を眼窩骨に突き刺し、精神疾患の原因とされる脳の組織を切り取る、更に詳しく説明すると、頭蓋骨の眼球を内包する骨性の空洞を経て、精神疾患の原因となる脳の一部を切断し治療をしていく、この方法を考案したのである。この施術法によって、ポルトガルの神経学者 Egas Moniz は、精神医学界で最も画期的な治療法を考案したとして、1949 年にノーベル医学賞を受賞している。この施術の効果として強迫観念の減少、統合失調症による騒乱や心の動揺(disturbance)の減少等が後に明らかになっていくが、残念なことに、この施術により、脳に修復不可能な傷を残し、重大な後遺症が残ることも明らかになっている。

3-4-2. 1945 年以降

1945 年以降の精神疾患の認識と見解は、1945 年以前に比べて、複雑な発展を遂げている。1945 年以降もその前の時代と同じように、実験を進めながら独自の治療の開発に取り組む動きが見られたが、それに合わせて精神疾患全般において従来の見解の再認識、19 世紀末から 20 世紀初期に提唱された論理の妥当性が問われる動きが見られるようになり、精神疾患の見解が再認識されるようになった。この動きによって、19 世紀から 20 世紀にかけて起きた精神疾患の病名の再分割と、病名と患者の症状が一致するかを判断する基準が設けられるようになる。この基準の誕生は、精神疾患の患者の症状を薬で軽減することができるという事実が契機となっている。これにより、精神疾患を医学的に吟味する傾向がより強くなっていった。これに歩調を合わせるように、中世ヨーロッパの時代から 20 世紀の半ば頃まで、精神疾患の患者を治療するために収容していた保護施設の数も大幅に減少していくことになる。これが 1945 年以降における、西洋社会に定着した精神疾患の認識と見解であるが、これに至る過程を次の三つに分解して詳述する。

- 1) 精神疾患の再認識
- 2) 精神疾患の基準の成立と治療薬の誕生
- 3) 精神疾患の基準と治療薬の展望

1) 1945 年以降における精神疾患の再認識

1945 年以前、19 世紀の終わり頃から 20 世紀の初めに確立された精神疾患全般に関する見解が、第二次世界大戦後にアメリカにおいて掘り起こされて、再度認識されることになった。これらの見解の多くは、アメリカにおいて大戦前に紹介はされていたが、多くの支持を得ることはなかった。戦後にアメリカの精神部門で精神疾患に関する見解(論理)は、主に二つであり、①フロイトの精神分析と、②Adolf Meyer(1866 年から 1950 年)の論理である。この二つはいずれも精神疾患を、環境と社会的要因を基軸にして見ていくもので幅広く受け入れられていた。そして、この二つの見解(論理)が受け入れられたことにより、1945 年まで主流となっていたクレペリンの論理である精神疾患を幾つかの病名、例えば、早発性認知症(dementia praecox)や躁鬱病(manic-depressive psychosis)に分けて診察を行うことや、患者を保護施設に収容して治療を行う、以前普通に行われ、普及していた治療方法が戦後には激減するようになっていくのである。このような変化によって、18 世紀から精神疾患の主流であった保護施設は戦後には減少し、精神疾患の患者は個人が経営するクリニックや病院で治療を受けることができるようになった。そこでの医者は、フロイトや Meyer の論理を治療の中心に置いて患者を診察するようになる。このような変化の契機は第二次世界大戦を発端とするが、それ以外にもフロイトや Meyer の論理に示されている、社会の側面から見る精神疾患の要素に関する重要性をアメリカ社会に広げた、アメリカの精神医学者 Karl Menninger(1893 年から 1990 年)の影響も忘れることはできない。変化の発端である第二次世界大戦との関係性だが、出征した兵士たちの過酷な戦場におけるトラウマやストレスが契機となったと考えられる。Scully(2011)によると、戦後 5 万人にも及ぶ軍人が精神疾患のためアメリカの軍人病院に収容されたとも言われている²¹⁴。一方精神疾患の患者のための年金を申請した元軍人は、1947 年には 50 万人にも達していたようである²¹⁵。Karl Menninger はこのような状況を鑑みて、戦闘下に置かれていた元軍人を「性格、環境に起因する困難」と称するようになる。そして精神疾患患者に対して、患者が置かれた環境や社会の側面から見ていく一つの枠組み、精神社会的枠組(psychosocial framework)を支持したのである。また、Mitchell Wilson(1993)はこの心理社会的枠組(psychosocial framework)について以下の 4 つ²¹⁶を挙げている。

- 1) 精神的に健康である、もしくは精神的に不健康である、といった境界は常に変化を伴うものである。理由は精神的に健常人でも、トラウマや恐怖に襲われると精神的に病むからである。

2) 精神疾患は重軽度の程度によって認識される症状として、軽度なものは鬱病や不安をもたらす不安症から、重度なものは精神病(psychosis)として説明される。

3) 劣悪な環境や精神的な困難は精神疾患を誘発する。

4) 精神疾患が発症する仕組みは心理的に仲介され、このことを心因性という。

Karl Menninger は、20 世紀初期に精神疾患を軽症な神経症や、重症な精神病に分割したエミール・クレペリンの見解について、彼は独自の言葉、「個人が抱える困難により環境にうまく順応できていない」という言葉で表現し、これが彼の精神疾患の見解であるとした²¹⁷。

Karl Menninger の言葉、「個人が抱える困難により環境にうまく順応できていない」は、誰でも経験する過程であり、環境に順応出来ない失敗の度合いは、低い(これは軽症である)から高い(これは重症な精神病)があると述べている。彼が言うところの環境の順応は、一生続くものであり、一時的なものではない。それゆえ精神疾患に関する病名は多岐にわたるものでもなく、また分割できるものでもないと主張している。クレペリンの精神疾患に病名をつけ、再分割して治療する手法について、Karl Menninger は、すべての精神疾患は本質的には同じであると見解を示す。そして唯一異なる部分は、量的な部分であると論じる。即ち精神疾患は分割して治療するよりは、患者の突発的で攻撃的な行動や患者が感じている症状を深く掘り下げて診察、治療していくことの重要性を示した。しかし、Karl Menninger が提唱した精神社会的手法(psychosocial model)とその論理は、1960 年代後期に批判の対象となっていく。彼のアプローチを批判した多くは、精神疾患を医学的に見ていくこと、精神疾患を従来の病理学の側面から論理的に見ていくことを推奨した精神科医群であった。Karl

Menninger の手法と論理が批判された点は、精神疾患を精神社会的(psychosocial)論理に基づいて吟味することが許されるとすれば、精神疾患は医学的領域に属するものではなく、精神疾患は病気とは言い難いものになってしまう、ということであった。このような論点に追従する人たちを、Mitchell Wilson(1993)は反精神医学運動(antipsychiatry movement)と呼んだ。この論理を推奨し、広める運動を反精神医学運動と呼称しているが、1960 年代から 1970 年代にかけてこの運動は最も活発であった。反精神医学運動者が掲げていた論理は、①精神疾患が健常か不健常かに注視する精神疾患の診断基準は、大雑把で適当なものになってしまう。②精神疾患における病態生理学を根拠としたものが存在しないため、精神疾患は病気とは言い難いものとなる。③精神疾患を社会的、環境的観点から診断するアプローチを軸と見なすなら、精神医学は医学とは関係ないものになってしまう。この三点から、反精神医学運動者の立場は、従来受け入れられて来た医学的根拠を重視したクレペリンの論理を基に、精神疾患の患者を診療することを支持する医師群であった。そしてこの運動は、次の二つの動きへと発展していく。①精神疾患は実在しないという説が、ハンガリー系アメリカ人の精神医学者 Thomas Szasz(1920 年から 2012 年)によって提唱されるようになる。理由としては、精神疾患の診断(レッテル)は適当で大雑把であり、治療の要求に対応できていないというこ

と。②精神疾患を正しく診察するための一助となる病名(ラベル)の重要性は、カナダ系アメリカ人の社会学及び社会心理学者 Erving Goffman(1922 年から 1982 年)とアメリカの社会学者 Thomas J. Scheff によって提唱されたものであるが、この病名(ラベル)があることで、精神疾患の慢性度をより具体的に把握することに繋がると主張している。この病名(ラベル)の提唱については、差別を生み、また就職に支障をきたすというような反対意見も出てきたのもこの頃であった。その他の動きとしては、1960 年代に見られたアメリカの精神医学者であり、神経医学者 Roy Richard Grinker Sr(1900 年から 1993 年)による指摘であるが、彼は精神疾患(精神医学)の部門の幅が広がりすぎていることを懸念し、また同時に反精神医学群の立場を擁護し、アメリカが未だに精神疾患を、Menninger が支持した社会的側面から検証していく精神社会的(psychosocial model)手法を基軸とした治療法の研究に執着し、脱皮できない傾向にあることに嘆き、1965 年に記事にして発表した。Roy Richard Grinker Sr の記事が発表されたことによって、1970 年代は更に、精神社会的手法により精神疾患を治療する論理が、精神医師の間で主流として受け入れられている中で、その論理に対する妥当性が問われる契機となっていた。こうして精神社会的手法については、1970 年代から徐々に批判が高まり、そこから医学的根拠を基軸とした論理(medical model)を基に治療する方向へと発展していった。また、精神社会的手法の原型となった精神分析の論理を支持していた、アメリカにおける精神医学群は、統計によるとその支持者は精神医師の三分の一程度であったが、1973 年には大半の医師が支持するようになっていった²¹⁸。しかし、これほどの支持者がいたにも関わらず、精神社会的手法の論理への反発は高まっていく。例えばアメリカの精神医学者 Samuel Barry Guze(1923 年から 2000 年)は、1970 年に、精神疾患に関する治療については、一貫性のある惑わされない思考が必要であると主張し、また精神学者 Steven Reiss(1947 年から 2016 年)、Seymour S. Kety(1915 年から 2000 年)、Michael S. Moore(1943 年～)、Martin Roth(1917 年から 2006 年)、Gerald L. Klerman(1928 年から 1992 年)、Ronald Pies(1952 年～)らは、Thomas Szasz が提唱した論理を批判し、精神疾患の治療は医学的要素から乖離している現実を懸念し、精神疾患の治療は医学的根拠に基づいた手法で対応されるべきだと主張している。ここで一つの疑問が生じるが、1970 年代からアメリカにおいて主流となっていた社会精神的手法(psychosocial model)に対して、1960 年代から多くの反精神医学群が反論していたが、1970 年代になると更にその反論は厳しさを増して行く。何故か。この疑問に対して、Mitchell Wilson(1993)は、1970 年代半ばから研究資金の削減が始まるが、それが原因であると語る。1965 年から 1972 年、アメリカ国立衛生研究所(NIMH : National Institute of Mental Health)からの研究資金は毎年 5 パーセントずつ減少していた²¹⁹。この減少は、社会精神的手法(psychosocial model)の妥当性が問われていた時期でもあった。それ以外の原因として、アメリカの大統領カーターが、1978 年、メンタルヘルスの方向性についてレポートを発表する。その内容は、1969 年以降、精神疾患に関する研究実績は衰退の傾

向にあり、またメンタルヘルスに必要な研究資金も減少傾向にある。これ以上メンタルヘルスの研究に資金を提供することはリスクを伴うと指摘した。また、精神疾患の研究のデメリットは、研究に用いられる手法の信憑性にあると指摘し、精神疾患で悩んでいる患者数を把握することは実に困難であると発表している。その理由を、①精神疾患の定義づけについての意見は千差万別であること、②実際の統計データのほとんどは不十分であり、信憑性に乏しいこと、等を示し、精神疾患の研究に資金を投じることはリスクでしかないと、カーター大統領はそのレポートで記したのである。カーター大統領がレポートでこのような悲観的な意見を示した理由は、以下の二つであったと考えている。①カーター大統領がそのレポートを発表した3年前の1975年に、Blue Cross(保険会社)の副社長 Robert J. Laur が精神疾患について、その他の医療機関と比較しても精神疾患に関する専門用語、診断療法、治療の内容が曖昧で一貫性がなく、一元化されていないこと、更に病気の知識や治療法について、患者側のみにしか知らされていないことに危機感を示したことである。②1977年、アメリカの政府関係者(議員) Jacob Javits は、製薬会社の副社長 Robert J. Lauer の発言を支持し、アメリカ議会の同意の下に、精神疾患に関する医療体制は曖昧であり、臨床による信憑性に乏しいことを発表しているが、これも原因の一つである。このようにして、1970年代からアメリカでの精神疾患の診断の信憑性や治療の効果に疑問が投げかけられるようになったのである。

2-1) 精神疾患の診断基準の成立と治療薬の誕生(1)

1960年代から1970年代に沸き起こった精神疾患の見解の再評価によって、精神疾患の基準が曖昧であること、診断基準が医師によって異なり、一元化されていないことが問題として浮上した。精神疾患についての論争がピークとなった1970年代には、これらの問題についての解決策は、既に精神医学の部門で議論が交わされていた。その解決策の一つとして、精神疾患の診断・統計マニュアル第三版(DSM-III)が作成されることになった。このDSM-IIIが作成される前には、既に精神疾患の診断・統計マニュアル第一版DSM-Iと第二版DSM-IIは存在していた。DSM-Iは1951年にアメリカ心理学会(APA)によって作成されている。その内容は、精神分析手法を基軸にした考え方や、精神社会的手法(psychosocial)を根拠にしたものであった。それから17年後の1968年にその第二版DSM-IIが作成されるが、同時にアメリカ政府保険教育福祉省は、WHOの要請を受け、WHOが作成したWHO独自のマニュアルICD-8を下に診察を行うように命じている。WHOの意図は、世界で共通の診断を進める、またWHO独自のマニュアルICD-8を世界に展開し、各国の病床率や死亡率を国際的に比較することであった。しかし、1978年、WHOはICD-8を再吟味することを決定、それに従いアメリカもDSM-IIの再検討を行うことになる。そしてその2年後に、精神疾患の診断・統計マニュアル第三版DSM-IIIが本格的に作成される。このような流れから推察すると、DSM-IIIはDSM-IIの再検討が話題に

なっていた時に、もしくはそれ以前から議論され準備されていたのではないかと考えられる。次は、DSM-Ⅲが編纂されていく過程について、日本では知られていない事情について説明し、この時代における精神疾患に関する解釈について追及していくものとする。

DSM-Ⅲの編纂に携わった Robert Spitzer(1932 年から 2015 年)は、1974 年にアメリカ精神医学会(APA)の院長によって Task force on Nomenclature and Statistics の部門のトップとして任命された。Robert Spitzer が DSM-Ⅲの編纂グループのトップとして選出された理由は、DSM-Ⅱの編纂の際に彼は顧問として参画していた。彼の学術専門は、精神疾患に該当するかの適性検査の基準を確立するために必要とされる様々な構造化インタビューを開発することであった。また、彼の学術的背景は、研究診断基準(Research Diagnostic Criteria(RDC))の開発に携わった研究者の一人として、精神疾患や精神医学部門では一目置かれた存在であった。このような背景が、彼が DSM-Ⅲの編纂グループのトップとして選出された理由であったと考えられる。研究診断基準(RDC)は、DSM-Ⅲの開発の過程の中で重要な役割を果たしている。この研究診断基準(RDC)は、ワシントン大学に属していた Eli Robins と Samuel Barry Guze の下で開発された基準である。1960 年代、精神疾患に関する研究の記述は大半が、精神分析手法や精神疾患を社会や環境の側面から切り込んでいく手法を用いたものであった。しかし、ワシントン大学に属する研究者、Eli Robins(1921 年から 1994 年)と Samuel Barry Guze は、医学の研究に不可欠で統一された研究サンプルを収集する方法について議論を行い、そのサンプルを収集するには、精神疾患に関する研究を信憑性のあるものとしていく必要があると結論付けた。それを成し遂げていくには、精神疾患の診断書は詳細に、且つ明確に記すという基準が必要であることに行きつくのである。1972 年、ワシントン大学の研究員は、Eli Robins の指示により、14 にも及ぶ精神疾患の基準、「Feighner criteria for 14 psychiatric syndromes」を論文(出版物)として発表した。この出版物は 1970 年代から 1980 年代にかけて、精神医学部門で最も引用された論文だと言われている。

「Feighner criteria for 14 psychiatric syndromes」²²⁰、この論文を下に、1975 年に纏められたものが、研究診断基準(RDC)である。この研究診断基準(RDC)の開発プロジェクトは、鬱病の精神医学に関連したもので、米国国立精神衛生研究所(NIMH ; National Institute of Mental Health)との共同の下に実施されている。この研究診断基準(RDC)の開発プロジェクトが推進される中で、DSM-Ⅲの生みの親である Spitzer もワシントン大学で、その大学が進めていた精神疾患の診断基準の開発に携わることになる。彼はその開発チームにおいて独自のグループを作りその開発を推し進めるが、そのグループに属するメンバーは、ワシントン大学と関係のある研究者で構成されていた。そのメンバーの一人、Donald Klein (1928 年から 2019 年)は、精神疾患の診断基準の重要性を力説していた研究者であり、Lyman Wynne(1923 年から 2007 年)も統合失調症と家系との関連性を解明した精神疾患の専門家であった。このような研究者たちが開発メンバーとして占めていたのである。Spitzer とその開発チームは、

この研究の開始直後から以下に示す、①～⑤の研究原理を既に把握していたことが、チーム結束時に行われた会議の議事録に克明に記されている²²¹。

1) 精神疾患を分類する場合は、病気の原因を考慮する必要がある。これは Mitchell

Wilson(1993)の論文で確認することができるが、ここで言う病気の原因とは以前から知られているものであり、予測されているものである。これらは明確に説明できるものであり、また説明する必要がある。

2) 診断マニュアル(基準)は患者が取る行動に焦点を当てる。これは主に精神疾患の病気の原因が明らかになっている場合を除く。

3) 症状や病気の状態を見ていく上で、患者本人が日常の生活を営む上で機能できるか否かで症状や状態を見ていくことは妥当性に欠ける。

4) 統合失調症や感情妨害が顕著である精神疾患は、心因的(精神的な原因)と見なせなくなっている。

5) 精神病(Psychosis)と神経症(Neurosis)は形容詞として用いるが、精神疾患を分類し判別していく上では妥当な使い方ではない。精神病(Psychosis)は曖昧な意味を持ち、症状は患者本人が観察していないところで現れる。一方、神経症(Neurosis)は精神的に安定しているのか、或いは不安定であるのかを表し、その精神状態は不規則な間隔で起きるのか、或いは、一時的な行動であるのかを判別していくには不十分である。

Spitzer は 1974 年に、この 1)～5) の原理をアメリカ精神医学会 (APA) の Reference Committee に送り、APA に次の様に見解を伝えている。精神診断の診断・統計マニュアル第三版 (DSM-III) は、クレペリンが主張した精神疾患を医学的に見ていくという論理を擁護する。DSM-III は精神疾患の症状を詳細に記した診断マニュアルであると同時に、比較的簡単に症状が判別できるように強調されている。また、精神疾患の病因性が研究を通して認証済でない限り、精神疾患の判別に欠かせない病因に関連付けない。DSM-III は WHO の作成したマニュアル ICD-9 に対応して作成する旨をも伝えた。このような条件下で、Spitzer とそのチームは、DSM-III の開発を進めていくが、その過程において、外部やその研究チームの間で様々な指摘を受けることになる。1975 年に DSM-III の開発に臨時のチームの一員として参画した臨床医 Henry Pinsker は、精神的症候群の多くは精神疾患を表す症状が一連となって生じるため、精神的症候群も精神疾患の症状として見なすべきであり、DSM-III の中に入れるべきであると指摘する。更に Henry Pinsker は、DSM-III が作り出そうとしていることは、精神疾患の症状を幅広くではなく、逆に広がりがなく詳細に定義することで、患者を診察する際に誤った診断を下す恐れがあると懸念を示した。この見解に対して Spitzer は、Henry Pinsker の言う精神疾患を表す症状を一連として DSM-III に取り込むことで、診断に必要で重要な症状を見逃してしまい、診断の裏付けとなる研究を困難にすると反論し、また過剰診断の危険性についても、

Spitzer は診断の基準を正しく用いて診断すれば、過剰診断の危険性の確立は下がると反論している。

1976 年 5 月、アメリカ精神医学会 (APA) は、DSM-III の開発に所属する精神医学者を含む小さなグループが、DSM-III の開発に関わる重要な研究を行っていることに気づき、連絡係を派遣するようになる。派遣された連絡係は臨床医師のグループであったが、その医師群は DSM の開発の過程について懸念を示した。その懸念の一つとして、DSM-III の開発の心得に示され精神疾患に関する病気の原因は、研究を通じて認証できた場合のみに認めるべきであるという点であり、病気の原因が科学的に認証できたか否かはどのような根拠を持って決めるのかと反論している。そして、実際それを認証できる根拠はあるのかということ、連絡係であった臨床医師群は疑問視している。彼らは更に、DSM-III の開発グループは、過去に実施された臨床診察を下に集積してきた根拠を無視し続けており、それらの根拠は科学的に認証できるものではないと主張しているが、実際はそのすべてが科学的に認証できるものであったとされている。二つ目の懸念としては、連絡係である臨床医師群は、精神疾患の分別システムと診断マニュアルの違いについても強調している。分別システムは主に、研究の目的や必要なデータを収集するためのものであって、一方、診断マニュアルは精神疾患と、それに伴う治療法を理解するものとされているが、彼らは、DSM-III は精神疾患の症状や行動を取り上げるだけであって、その精神疾患の病気の原因と治療を関連付けることがないため、臨床的治療に結びつくことは皆無に近いと指摘する。三つ目は、DSM-III の開発は精神研究目的のみに利用することを連絡係である臨床医師群は勧めている。彼らがこの説に至った経緯は、WHO によって精神疾患の診断と統計マニュアル第三版 DSM-III と WHO の診断基準マニュアル ICD の比較が行われたことによる。ここで明らかになったことは、WHO の診断基準マニュアル ICD の方が、DSM-III より臨床業務に沿って作成されていること、また、WHO の要請により、DSM-III と WHO の診断基準マニュアル ICD の診断基準のそれぞれの内容が一致することが原則となっていることにより、DSM-III と ICD で表示されるそれぞれのコードは一致するべきであるが、そこには若干の差異が生じていた。これにより、DSM-III の診断マニュアルが臨床においても、行政上にも悪影響を及ぼすということで、DSM の診断基準は研究だけに使用するべきだという考えに至るのである。Spitzer はこの指摘により、開発中の DSM-III の診断マニュアルが研究のみに使用されることで、その診断マニュアルの価値が低下することを恐れ、ICD の診断基準に分別されている精神疾患に関する一覧表を DSM-III の診断マニュアルに織り込むことを発表した。これ以外にも変更があるが、Spitzer は臨床医が患者に診断結果を伝える時に用いるマニュアルは DSM-III の診断マニュアル、もしくは ICD の診断基準マニュアルのどちらを用いるかは臨床医に委ねるとした。Spitzer の対応は、1976 年に DSM-III の開発グループと Assembly of District Branches に受け入れられることになった。このような意見の交換によって、DSM-III の開発の基本原理に変化が見られるようになっていく。当初、DSM-III の開発心得とし

て、精神疾患の診断の基準は広い範囲で取り入れることを望んでいたが、ICD に記されている病気の原因が DSM-III に導入されたことにより、DSM-III の診断の基準に関する言及は無くなっていった。そして、DSM-III の内容が従来より包括的に変更されたのである。1977 年から 1979 年の間に、DSM-III から臨床的な概念は取り除かれ、或いはそれが含まれていないことに不満が噴出した。これに対して、Kurt Nussbaum はアメリカ精神医学会 (APA) の理事に書簡を通して次の様に提案した。それは、従来の治療法以外にも現象学 (Phenomenology) や精神力動 (psychodynamic) 等の知識や治療法を取り入れた精神疾患の診断マニュアルを DSM-III に織り込むことであった。しかし、この提案は、フロイトの精神疾患を社会や環境から見ていく手法を由来とする精神力動に重きを置くものであり、生物医学の観点からは、精神疾患の研究の発展に何ら寄与するものではないと見なされた。ここで精神力動を基軸として診断マニュアルを作成することは、分裂をもたらす原因になると、Spitzer は主張した。これに対して、この時代の主流であったフロイトの教えや精神分析の方法に従順であった精神医学者群は、徐々に反論を強め、DSM-III 開発グループは DSM-III とは別に精神疾患の治療冊子を提案する。この治療冊子には、治療法としてフロイト由来の精神力動の治療法が一部採用されている。この治療冊子の作成は 1978 年に Project Flower と命名され開花していく。このプロジェクトの名前は、多岐にわたる治療法(あらゆる分野に跨る精神医学の治療法)が開花できるようにとすることで命名されている。この Project Flower によって、DSM-III は反精神分析、或いは臨床に不適切であるという批判が起きて来る。

これ以降に記す以下の内容が、DSM-III の開発において重要なことであり、1970 年代後期における精神疾患の見解である。精神疾患の診断・統計マニュアル第二版 DSM-II と WHO の診断基準マニュアル ICD に記された精神疾患の病名、神経症 (neurosis) を使うか否かについて議論がなされた。DSM-III の作成心得に示されているように、神経症 (neurosis) という病名は病気の概念としては曖昧と見なされていた。そしてこの神経症は、アメリカで戦後主流であったフロイトの精神分析学を支持する医師群が、固執した病名であったのである。この病名を精神疾患の診断・統計マニュアルから削除することは、1974 年にその第 3 版、DSM-III の作成を開始して間もないころに既に考慮されていた事項であった。しかし、1978 年に至るまで外部を巻き込んだ論争までに発展することはなかった。理由としては、精神分析手法に賛同してきた精神医学者群においては、医学的な観点を基に診断基準を作成することに、それほど興味を示さなかったのである。また、診断基準開発グループが、フロイトの精神力動を基軸にした治療法を、精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-III) の別冊子として作成を提案したことにより、フロイトの精神分析学を支持する医師群は安心していただけではないかと、このことも理由の一つとして挙げることができる。これ以外の理由としては、Scull (2011) が論じていたように、精神分析を基軸とする研究は大学ではなく、特定の組織の下に実施されていたこともその一つである。しかし、精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-III) が完成に近づ

くと、アメリカ精神医学会 (APA) は、1979 年の春に、神経症 (neurosis) を病名としてそのマニュアルに記載しない限り、そのマニュアルを認めないと発表した。精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-III) の編纂グループのトップである Spitzer は、最終的にはアメリカ精神医学会 (APA) の発表に従い、そのマニュアルに神経症 (neurosis) を病名として記載することに同意し、神経症の病因性 (neurotic process) と神経症に含まれる障害 (neurotic disorder) の相違についての解説を追記することにした。神経症の病因性の概念については、DSM-III に基準としては記載しないが、引き換えに、神経症に含まれる障害 (neurotic disorder) を基準として含むことの解説を追記すると述べている。神経症に含まれる障害 (neurotic disorder) は、精神疾患の診断・統計マニュアル第二版 (DSM-II) と ICD のマニュアル、精神疾患の項では、神経症 (neurotic) と記されていたが、DSM-III では病名の項目の隣の括弧内に表記されるようになった。このような段階を経て、精神疾患の診断・統計マニュアル第三版 (DSM-III) は、アメリカの精神医学組織に認定されて、1980 年以降採用されるようになっていく。またこれによって、1980 年以降現在まで主流となっていたフロイト派の精神疾患に関する病因学は姿を消すことになっていくのである。

2-2) 精神疾患の基準と治療薬の誕生 (2)

精神疾患に処方される抗鬱薬の誕生は、精神疾患の再認識の時代と精神疾患の診断と統計マニュアル (DSM-III) の編纂時期と時間的に重なり、薬品の開発は 1940 年代後期から 1970 年代の約 30 年の間であると考えられている。精神疾患に処方される薬品の開発は 1940 代以前にも、つまり 19 世紀において既に欧米において行われていたようである。その薬の開発には実証実験を伴うが、多くは保護施設に収容されている患者にその薬を処方し、その薬の効果と効能を確認した。19 世紀初期には阿片と大麻が患者に処方され、その効果と効能を確認するための実証実験が行われた。1920 年代にもバルビツール酸塩 (barbiturate) の処方についての実験が行われ、19 世紀後半には抱水クロール (chloral hydrate) とブロム剤 (bromide)、更にリチウム塩についても実証実験が行われた。これらの薬物療法の効果と効能の確認は、全て保護施設に収容されている精神疾患の患者を実験の対象者として実施されたが、そこには一つの共通点があった。実験に使用された薬品の全てに、中毒症状、心臓不全、摂食障害、幻聴、幻覚等の強い副作用があり、実験対象者である患者に悲惨な結果をもたらした。これらの実験は安易に行われていた。当時は現在のようなコンプライアンスによる縛りもなく、実験実施者と患者との間に同意書 (informed consent) を交わす必要もなく、実験のプロトコールは存在していなかった。

ここで本題の薬物治療に戻るが、上記に示す薬物療法による悲惨な結果をもたらさないような薬が、1940 年代後半に発表されている。それはフランスの製薬会社 Rhone Poulenc 社によって開発された抗ヒスタミン剤、即ち抗アレルギー薬であるクロルプロマジン

(Chlorpromazine)であった。この薬品の副作用には、第一世代の抗ヒスタミン剤特有の眠気が挙げられていた。この抗ヒスタミン剤を精神疾患の患者が服用すると、患者の精神状態はより安定し、以前の治療薬に見られるような依存症や中毒症状は皆無であることが明らかになった。この抗ヒスタミン剤の開発会社(Rhone Poulenc 社)は、この薬品の既得権をアメリカの製薬会社(Smith, Kline, and French)に薬品名をクロルプロマジン(Chlorpromazine)からソラジン(Thorazine)に変更して売却した。この抗ヒスタミン剤は北アメリカで販売される前に、1953年には104人の精神疾患の患者を対象として治験が行われた²²²。それから13ヶ月後には、アメリカ全土において約200万人の精神疾患の患者に処方されるようになった²²³。1970年には、アメリカの製薬会社が全ての抗鬱剤で得た利益は、5億ドルにも上ると言われている²²⁴。その中でもソラジン(Thorazine)やクロルプロマジン(Chlorpromazine)、更にそれらと同じ成分が配合された抗ヒスタミン薬フェノチアジン(phenothiazines)だけでも、販売利益は1億1千ドルを超えていたことが明らかになっている²²⁵。これらの結果より、精神疾患の患者は薬品で治療が可能となったことが示されたのである。これにより、製薬会社と精神科医、それぞれに次の二つのことが起きている。

- 1)精神疾患の医薬品の開発が製薬会社間で本格化し、熾烈な競争が生じた。
- 2)病名と診断の統一化の必要性が問いかけられるようになった。

この1)と2)の出来事の中で、精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-Ⅲ)が必要となっていくのである。つまり、1)は主に医薬品の開発に伴う臨床試験のために詳しい診断基準が求められるが、それがDSM-Ⅲであり、そこに示された一元化された調査やサンプルに基づいて臨床試験を実施するようになっていく。一方2)は、主に信頼性の高い診断や適切な治療を施せるように、病名の統一を図るということである。これ以前、つまり精神疾患の医薬品が開発される以前には、病名は医者によって千差万別であったと言われている。また、正式な診断も確立していなかった。これは戦後から1970年代に主流であったフロイト派が支持するフロイト由来の精神分析や、精神力動を軸とする患者の生活や精神病理学が重んじられていたためである。それ故、診断基準は無視され、患者の症状に応じた治療によって根本的治療を試みたのであり、医者によって千差万別の病名や診断結果を生み出したのである。またフロイト派の医者たちは根本治療を試みていたため、医薬品を用いた治療を対処治療として扱ったのである。このような経緯を経て精神疾患は薬による治療が可能となり、精神疾患の症状に対応した薬が明確にされていき、適切な治療が施されていくことになる。そして、そこから精神疾患の診断の基準が必要となっていくのである。

3) 精神疾患の基準と治療薬の展望

精神疾患の診断・統計マニュアル、DSM-Ⅱ、DSM-Ⅲの編纂によって、精神疾患の基準が作成されたことで、該当する病名数が増加したと言われている。DSM-Ⅱが編纂された1968年で

は、その基準の中で承認された病名数は182であったが、DSM-IIIが編纂された1980年には265にも及ぶ病名数が承認されている²²⁶。更に、1994年に編纂されたDSM-IVではその病名数は297に増加し、DSMが新しく改訂されるごとに病名数は増えていくのである。一方、病名数が増加することで、その病名に特化する治療薬の必要性も高まり、治療薬の開発に拍車がかかるのである。そして、治療薬の開発が急がれることになる。

1945年以降の精神疾患の認識と見解は、①フロイトの精神分析から、②精神疾患を生物医学的な観点で診ていく治療法へとシフトし、患者の症状に対応した病名が生まれ、診断基準も生まれるようになるが、その診断基準は、精神疾患を薬物療法と精神医学的観点の両軸から診断し、その診断から生じる根拠を持って形成されていくのである。このような変遷を経て欧米社会では、精神病棟や保護施設の収容されている患者数も、1950年以降は徐々に減少し、イギリスでは1954年には148,100人の患者が収容されていたが、1960年には12,000人まで減少する²²⁷。アメリカでも同様に収容者が558,900人にも達していたが、1960年には535,500人まで減少し、20世紀末には、欧米社会では精神病棟や保護施設は消滅したのである²²⁸。そしてコミュニティにクリニックが姿を現し、精神疾患の患者の大半はそのクリニックで治療を受けることができるようになった。精神病棟や保護施設が消滅したことにより、患者の症状に特化した薬品の開発が活発化し、精神疾患の患者に対する治療は、薬の処方が主流となった。この治療法の妥当性を承認するような動きが、1990年代に到来する。アメリカの米国立精神衛生研究所(National Institute of Mental Health(NIMH))は、1990年代を「脳科学年代(decade of the brain)」と称し²²⁹、19世紀に論議された「退廃概念」に類似した論理を掲げる。この論理は、ドーパミン、もしくはセロトニン不足説である。精神疾患は脳の生物化学に起因するものであり、脳内において分泌されるドーパミンとセロトニンの分泌に異常をきたしている状況であると言われている。つまり神経の伝達系に異常、もしくは障害があることが精神疾患であると言われてきた。精神疾患薬が普及するまでは、精神疾患はその患者の家庭環境に原因をなすと見なされていたが、診断基準の改訂と薬品の開発によって精神疾患をより医学的に、且つ生物化学的な側面から診断するようになる。こうしてカウンセリングを手法とした精神分析による治療よりも、薬品を処方する治療が理に適い、効果的であることを患者の家族に刷り込み、薬物治療を支持する動きが高まっていったのである。こうして、1990年代にはプロザックを初めとする抗鬱剤の大量生産と、その抗鬱剤の大量使用により、鬱病は精神の風邪であるという見解が生まれる。製薬会社はその見解にうまく乗って「鬱病は心の風邪」²³⁰というキャッチフレーズを生み出し、薬剤の開発に多額の投資をするようになる。2002年のフォーチュン500(Fortune 500)に掲載された大手製薬会社10社の総収益は、その他490社を合わせた総収益を上回るものであった²³¹。その収入源はほとんどが精神疾患の治療薬であったと言われている。2008年には、抗精神病薬の収益は14.6億ドルであったが、その中でも抗鬱剤はその他の医薬品に比し、最も多くの収益を上げている

言われ、抗鬱剤のみで9.6億ドルの収益があった²³²。このように精神疾患に関わる医薬品の開発と販売は収益を上げる上で好都合の産業であったと、Scul(2011)は認識している。しかし、その反面それぞれの医薬品がもたらす副作用は、問題となっていくのである。ソラジン(Thorazine)が処方された当初は、精神医師はその医薬品がもたらす副作用については言及しなかったと、言われている。ソラジン(Thorazine)を長期にわたり処方された患者は、パーキンソン病に似た筋肉の強張りや、引きずり歩行、涎(よだれ)の垂れ流し等の症状で悩まされることになる。これ以外の副作用として、着座不能症(アカシジア)を訴えることもある。長期にわたり精神疾患の治療薬を服用している患者の15～25パーセント²³³は薬の副作用である運動障害、ジスキネジア(dyskinesia)に悩まされることも懸念されている。

一方、精神疾患の診断・統計マニュアル、DSM-III、DSM-IVに示される診断基準にも懸念が示される。精神疾患の診断・統計マニュアルは、1980年にDSM-III、1994年にはDSM-IV、2013年にはDSM-Vが編纂されている。特にDSM-Vには発達障害、自閉スペクトラム症(autism spectrum disorder)や一般集団における混合性不安抑鬱障害(mixed anxiety depressive disorder)が新たに追加されると予想され、更には、具体性のない広範囲にわたる症状が記されることも予測されている。この追加の項目には、これらの症状が別の病気へと発展するように記され、これ以外にも精神医学的リスク症候群(psychiatric risk syndrome)という病名が新たに追加され、大雑把に症状が紹介されることも予測されている。その症状はいずれ精神疾患へと発展し、精神疾患に特化した医薬品治療が必要であると示されている。DSM-IVの編纂に関わったAllen Francesによると、上記のような病名が追加されると、過剰診断や誤診断によって誘発される問題が更に深刻になっていくであろうことを懸念している²³⁴。また、必要以上に医薬品に依頼することとなり、過剰な治療へと発展していくことも併せて懸念している。しかし、これ以上に懸念すべきことがあることを、Scul(2011)は挙げている。それは、統合失調症や鬱病の原因が未だに解明されていないことであり、脳の仕組みとその機能についての知識が未熟であるということであった。つまり、それらの知識が完成されていない状態で精神疾患に関する治療や医薬品の基準を作成しようとしていることであった。また、治療法の視野は狭く、限定されたものであった。このような状態にあった欧米社会の精神疾患についてScul(2011)は、「かつて医者は精神疾患の治療に当たり患者の話を聞きながら、そこから治療法を探し求めていた」²³⁵。これは、フロイトが強調した精神分析手法であったが、今や、医者はプロザック(Prozac)や精神疾患の治療薬に治療法を求め、精神医学部門は、その製薬会社の魅惑的な言葉「精神疾患は医薬品で完治する」、に惑わされ、翻弄されているのが現状である。つまり精神疾患は医薬品、つまり製薬会社の魅惑的な誘いの言葉によって、医薬品による治療一辺倒とする世界を生み出しているのである。

3-5. 日本における鬱病を含む精神疾患の認識と見解

日本における鬱病を含む精神疾患の認識と見解を把握する上で、注視すべき点は、「鬱病」、「精神疾患」、この言葉の由来とその過程である。ここで初めに、「鬱病」の

「鬱」、この字に注視していく。「鬱」、これは画数が多く、非常に複雑な構造をしている字であり、覚えるのに苦労する字である。この字の「訓義」はデジタル大辞泉²³⁶では以下に説明がなされている。

- 1) 心が晴れないこと、気が塞ぐこと
- 2) 草木が多く茂っている様
- 3) こもった気が盛んな様

この3つの意味の解釈で、精神疾患や精神医学、メンタルヘルスに関連するものは1)と3)であり、1)については、「鬱」という言葉から発せられるイメージが、気分が晴れない、暗い、どんより、怒り、イライラ等が混在した言葉として思い浮かべるであろう。3)については、1)とは類似しているが、1)より更に進んだ鬱、全てが八方ふさがりの状態を示す鬱であるような印象を受ける。またこの1)と3)には鬱病、精神疾患を解釈していく上で重要なキーワードが示されている。それは「気」という言葉である(これについては後で示す予定である)。鬱病は、1)と3)で示された「気」の前に「病」が当てはめられた病気と言えなくはない。

鬱病が日本精神医学界以外で病名として幅広く用いられるようになったのは、1990年代後半である。クリストファ・ハーディングが英国放送協会(BBC)に寄稿した「如何に日本は鬱病を信じるようになったか」²³⁷によると、彼は、日本において正式な学会以外で鬱病という病名を使うことがなかった要因を以下、2点ほど挙げている。

- 1) 日本の精神医学界では、鬱病を主に身体的なものとして見ていたのに対し、欧米では心身両面の疾患として認識していた。
- 2) 日本の医者は鬱病という病名は使わず、鬱症状で苦しむ患者に対して、医者はその療法として養生を挙げていた。

この2点より、以下の3点の疑問が生み出されて来る。

- 1) 1990年以前には、日本人社会において既に鬱病を表す別の病名が存在していたのではないか。
- 2) 精神医学界において、1990年を境にそれ以前と以後では鬱病や精神疾患について交わされてきた議論の変化は。
- 3) 1990年以前には、精神科医は鬱病という病名を使わずに診断しているが、当時精神科医がそれに匹敵する症状に対して使用した病名は如何なるものであったのか。

この3点の疑問とクリトファ・ハーディングが英国放送協会(BBC)に寄稿した記事から、日本における鬱病とそのメカニズムについての見解を認識していく上で重要なヒントを得るこ

とができる。1990年代以前の江戸時代まで遡り、日本における鬱病の見解と認識に関する精神科医や日本の市民の間で交わされた論争を見ていき、日本における鬱病、精神疾患の見解と認識の把握に努める。ここで時代を、江戸、明治、大正、昭和の四つに区分して見ていくことにする。

3-5-1. 江戸時代

日本人は何時、鬱病、精神疾患という病気に気づき、つまり病気として認識し、論じ、それを病名として用い始めたのだろうか。例え日本であつたとしても、人間である以上、喜怒哀楽の感情を持って生活するのは当然であり、そこに鬱の状態に陥ることもあつたであろう。西洋では古代ギリシャの時代から、鬱病は既に記述したように、メランコリアや黒胆汁に起因すると言われているが、同じように日本でも古くからこの鬱病、精神疾患に関する病名を西洋とは異なった言葉で表現し、対処方法が考え出されていたのではないか。その可能性は十分にあり得ると考えている。そこで、日本における鬱病、精神疾患に関する見解や認識の確立についての調査は、鬱病と精神疾患に関する文献や記述が残っている江戸時代を起点とするものとして解き明かしていく。

江戸時代では、心の病を「乱気」、或いは「狐憑き」として認識していた。この二つの言葉には症状としての違いはないが、患者に対する対応の仕方には大きな違いが見られた。前者「乱気」を患った患者に対する処置としては、僧侶による祈祷がなされた。また「乱気」の患者に対する近隣住民の対処は、患者の症状が緩和するまで「さしご」、これは柵を設けその柵内に患者を幽閉し、その柵外には見張りを配置し、患者を監視する処置であつた。この「さしご」は、町や村全体の関与の下に行われていた。一方、「狐憑き」の罹患者(りかんしゃ)に対する処置は、主に祈祷が施された。狐憑きの罹患者はその病因が狐による仕業と考えられており、その処置は一般的処方では対応が難しいと考えられていた。「狐憑き」も「乱気」と同様、町や村が一体となって患者に相応しいと思われる処置がなされていた。この「乱気」も「狐憑き」も精神疾患に関する認識と対応であつたが、鬱病に関する認識と対応については、岩下哲典が執筆した『病とむきあう江戸時代』の4章「うつ藩士をどうするか」に、尾張在勤の御小納戸小山田勝右衛門高明の職務記録、「御小納戸日記」が記されているが、そこに当時の鬱病を知る手掛かりを見つけ出すことができる²³⁸。岩下(2017)によれば、小山田は病気がちであり、当時「気分不快印籠」と呼ばれた「気鬱」に悩まされていた²³⁹。この「気鬱」は、家に引き籠ることで知られており、今で言う典型的な鬱病、鬱症状に悩まされていたのである。ここで江戸時代にも鬱病が存在していたことを認識することができる。「御小納戸日記」には、藩士小山田の出勤記録が記されている。この小山田の天明8年正月から7月までの出勤記録には、この時期の小山田の欠勤届が徐々に増え、最後には月の半分以上も欠勤する、そのような勤務状況が記されていた。岩下(2017)は、小山田の勤務

状況より、出張等の勤務に起因する鬱症状を発症していると思われている。日記によると、小山田は2月5日に京都に出張し、2月11日に京都から名古屋に戻るとすぐ「気分不快印籠」の症状に陥り、2月17日からの勤務に戻ることができず「気分不快印籠」により欠勤となったと記されている。この欠勤は3月3日まで続き、約半月あまり欠勤している。その後、3月11日から3月16日まで御用版として勤めに出るが、3月16日には「気分不快印籠」に陥り、早退している。彼の早退は、参勤交代で名古屋に戻った尾張藩主徳川宗睦(むねちか)の耳にも入ることになる。彼の後任として神谷八郎右衛門が代役を務めるが、御国御用人と御用人にこのことは伝えられた。この出来事により、御子納戸では勤務表が改訂され、小山田は通常に勤務することを免除されている。それから後の小山田の御用勤務は、負担の少ない簡単で容易な業務が増える。5月には合計出勤回数は13回であったが、勤務内容は四谷家(尾張藩支藩高須松兵家)の党主勝永(宗睦の弟)の子息悦之助の病氣見舞いや、御深井御庭の弁財天への代参等が例として挙げられる。岩下(2017)は、小山田が鬱病に苦しめながらも働き続けることができたのは、周囲の者、同役や藩主、更に家族の柔軟な対応と理解と協力、支援により可能となったものであり、現在にも通じる対応策であると示唆している。これは江戸時代における一つの事例に過ぎないが、その江戸時代には既に鬱病が、病名は違っていたとしても「気分不快印籠」として認識されており、鬱病に悩まされていた人は存在していたことを知ることができた一つの事例である。更に鬱病に苦しんでいた人を放りだすのではなく、社会や組織全体が、その症状を理解し、協力して患者が働き続けていけるように支援するシステムが構築されていたのである。

3-5-2. 明治期

明治になると、鬱病を含む精神疾患に関する見解や認識は、新聞の発刊によって社会に拡散していき、人々の間に広がっていく。精神疾患の記事も人々に読まれ、大衆社会に広がっていくのである。統計的数字から見れば一目瞭然であるが、日本の大手である、読売新聞、朝日新聞、両新聞共に精神疾患に関する記事は、1880年代までは年間20件から40件ほどに過ぎなかった記事数が、1890年代後半からその記事数は増大していくのである²⁴⁰。明治初期に新聞記事に掲載された精神疾患に関する記事で、精神疾患の病名として「精神」を冠に抱く精神病、精神障害、精神疾患等の病名は用いられていなかった。では、「精神」という言葉はどのような場合に用いられていたのだろうか。「精神」、これは医学的な側面、人間の内面性を表すのではなく、社会的、文化的意味合いを持つ精神、例えば、時代精神、画(え)の精神等を表す時に用いられていたのである。この時期において、新聞記事の中で用いられた精神疾患を表す用語としては、「発狂」、「氣狂」、「氣違い」であり、これらが当時認識されていた精神疾患の概念と見解である。これらの用語は、いずれも犯罪や自殺等、社会的な逸脱行為に関連付けられて、新聞記事の中で用いられていたのである。一方、神経

の病気についての記事も目にすることはあったが、それは主に奇妙な出来事を説明するために用いられていたようである。明治における精神疾患の概念は、新聞を媒体として広められ、それは、「狂気」、「神経」に関する事柄に密接に関係している。

「狂気」の概念であるが、これは既述したように犯罪や自殺等、社会的逸脱行為に関連付けられていたが、実のところ精神疾患を説明するような記述もなく、「狂気」の言葉が用いられていた。当時は、精神疾患の患者は人に危害を加える危険な人物という認識が強く有り、明治から大正にかけて、新聞紙上に精神疾患が取り上げられると、それは精神疾患の患者が犯す殺人であり、放火等の犯罪であったからであると言われている。しかし、そこでは犯罪者の「狂気」が明確に記されてはいなかった。このような状況より、新聞記事に用いられた「狂気」、この言葉は解釈し難い人間の行いや、不可解な出来事を説明するための役割と機能を担っていたものと理解されている。「狂気」、「気狂」等の言葉以外にも「逆上」、「のぼせ」という言葉が、気狂いを表す精神状態やその状態を招く要因として用いられていた。当時用いられた「逆上」、「のぼせ」と現在我々が認識しているその言葉の意味やニュアンスは違ったものである。かつて、「逆上」と「のぼせ」は相互に関連しており、これらの状況にある精神状態は、当時の人々が抱いていた身体や疫病の概念に大きく関係しているのである。佐藤雅浩(2013)は、この「逆上」の意味を、通俗衛生書(1908年に薬学会より出版された通俗衛生書)から次の様に解説している。「逆上」とは、体内を循環する体液や血液が脳に集まり滞積する状態を表し、その脳への体液、血液の滞積を治療することなく放置すると、充血、炎症へと発展し、「狂気」、「気違」を引き起こすと認識されていた。「狂気」、「気違」、この言葉は体内を流動する「気」のバランスが乱れた状態であり、それによって意味不明な、理解することのできない行動を引き起こすと理解されていた。このような認識は、江戸時代から継承されてきた伝統的な概念であり、それが明治初期における精神疾患の見解や認識を生み出していくのである。

一方、明治初期における神経、及び神経病に関する概念は、継承されてきた迷信や俗信を否定しつつそれが神経病であることを明確にし、新聞等の媒体を通して社会に拡散したことから始まる。読売新聞初版から1年後、1875年には多くの神経病に関する多くの記事が投稿された。神経病の概念を社会に広めるために、寄書(よせぶみ)という記事の投稿が採用されたのである。これは読者が神経病に関する記事を投稿し、それを読んだ読者が呼応して記事を投稿するというスタイルであった。この寄書(よせぶみ)に関して興味深い記事が、佐藤雅浩(2013)の書籍に紹介されていた。それは寄書(よせぶみ)に投稿した洋学者の久世賀氏の記事²⁴¹である。狐や狸が人間に取りつく、このような説は神経の麻痺によって生じた神経病であるが、その俗信については受け入れ難いとして、栃木県の農家に起きた怪談話をを用いて実証している。この農家に起きた心霊現象は、農家が狐狩りをした後では出現することは無くなったと、農家の話を紹介している。久世賀氏の記事に応答するようにして、湖面堂という

投稿者が記事を投稿している。幽霊を見たという体験は、一種の神経病である。狐狩りをしたことによって幽霊が消えてしまったことは、「病の氣」を外に押し出し、神経病が治ったのである。これらの寄稿によって1875年5月に、読売新聞は怪談話を神経病と論じた記事を掲載したことが明らかになっている。これにより、近代化へと一歩進み西洋医学が受け入れられるようになっていった。「精神」、この言葉も頭脳を明示する言葉であることが認められ、「脳」や「神経」という言葉も幅広く用いられるようになった。このような風潮により、「氣」や「狐憑き」等日本由来の伝統的な概念が徐々に消失していくことになり、明治期には、「神経」や「神経病」の潮流によって日本独自の身体や精神の概念は、徐々に西洋の医学的知識に置き換えられていくようになった。明治10年以降は、怪談話や心霊現象で表現されていたものは、ほとんど「神経病」の一言で片づけてしまう傾向が強まるが、一方では日本の伝統的な習俗を土台とした概念を重んじる動きが、以前よりは少ないが見られた。明治10年以降は、徐々に西洋医学一辺倒、西洋医学が主流とはなるが、その西洋医学に懐疑的な人々も現れている。表面的には西洋医学の知識や概念を受け入れてはいるが、治療においては、日本古来の精神や身体概念の重んじる必要性を強調する動きを報じる記事が、1880年代の新聞紙上に見られた。1887年の読売新聞の論説欄に掲載された記事、これは西洋医学と漢方(東洋医学)を対比し、西洋医学の欠点を記したものであった²⁴²。この記事の投稿者、「松屋主人」は、西洋医と漢方医の患者に対するその違いを次の様に記している。西洋医は技術面では優れているが、患者の扱いについては、東洋医は患者の安心を考慮し患者の症状に相応しい処方を行うが、西洋医は患者の立場に立って治療を行うことはない、と指摘している。つまり、臨床の技法においては、西洋医は漢方医に比し劣っていることが指摘されていたのである。この記事の投稿者「松屋主人」は、更に西洋医学の臨床技法の改善策として、患者が抱える器質的疾患のみに注視するのではなく、患者の心理的要因にも配慮することを挙げている。このような動きから明治初期においては、日本古来から継承されてきた精神や身体に関する概念や漢方医が継承してきた伝統的な医療知識と、明治初期に持ち込まれた西洋医学の知識とが対立、対抗しながらも精神医学に新たな概念を築く礎となっていた。

ここで、西洋医学の知識の上に構築された精神医学で用いられた、「神経病」という病名の「神経」の意味について検証する。この「神経」の意味は、明治から戦前に広がった神経衰弱に関連する言葉である。「神経」、この言葉は、明治期において新聞紙上を賑わしていた言葉ではあるが、身体組織器官を表す生物学的且つ解剖医学的な意味で用いられてはいなかった。当時は、次の二つの意味合いで用いられていた。①人間の精神的な部分、全般を象徴する言葉として「神経」が使われていた。②言葉で表現し難い、漠然とした精神の不調を表す言葉として「神経」或いは「神経病」が使われていた。また心配性、気にしすぎる人のことを「神経」、または「神経質」という言葉で表現していた。19世紀後半以降、「神経」

という言葉がよく用いられた理由、そしてその神経の概念の起源は何かということを探していくことにする。「神経」という言葉は、心と深い関りを持っていたことが明らかになっている。これについては、明治20年頃の新聞記事で確認することができる。当時、「神経」は、「神→心」に置き換えた「心経」という言葉と相互に用いられており、神経と心は互いに密接な関係があると認識されていた。この「神経」の概念は二つの要素から構成されていると言われている。①西洋医学の影響によるもの、②西洋医学の影響を受ける前に、既に存在していた東洋医学、或いは仏教からの影響によるものである。西洋医学の影響は、主にオランダと関係があると言われている。「神経」の概念は、オランダ語の「Zenuw」の訳語であり、この「Zenuw」の訳語は、「ターヘル・アナトミア」（ドイツ人クルムス著「解剖図譜」のオランダ語訳）、杉田玄白、前野良沢らが翻訳した「解体新書」の中で初めて用いられたものである。一方、「神経病」は、1822年に蘭学者宇田川榛斎によって記された「遠西医方名物考」の中で初めて用いられた言葉である。そこでは、神経病の症状例として痙攣やひきつけ等、心身に現れる症状が解説されていた。これらのことから、「神経」の概念は、江戸時代から既にヨーロッパと同じ概念で認識されていたことが分かる。つまり、日本における「神経」の概念は、既に江戸時代に流入していた西洋医学の影響を受けたものであるように見えるが、それだけではなく、それ以前に存在していた東洋医学や仏教の影響も受けている。それが上記②の要素である。東洋医学では神経ではなく、心を頭とした「心経(しんけい)」という概念が存在する。例えば、手を流れる陰経の経路、「手の少陰心経」である。この「心経」は心臓を養うエネルギーの循環系を表しており、東洋医学では、この心経の作用が弱まると、①目の充血、②のどの渇き、③手掌(しゅしょう)のほてりや痛みの症状に悩まされると、知られている。この「心経」の経路については、中国の元の時代に滑伯仁の著作、「十四経發揮(じゅうしけいはつき)」にまで遡ると言われている。この書は日本の明治以前の医学に影響を与えたものとして知られている。「心経」の概念は、このように東洋医学の影響を大いに受けているものと理解できる。また仏教からの影響も受けていると言われている。但し仏教では「心経(しんぎょう)」と読む。これは大乘仏教の神髄を説く「般若心経」によるもので、心経(しんぎょう)の「心」は、サンスクリット語の心臓や重要なものを意味する「フリダヤ」の漢訳だと言われている。他方、「経」は同じくサンスクリット語の「スートラ」の訳語で、経典や聖典を意味するものである。「心経」の概念は、身体に関わる言葉ではないが、仏教の重要な教えを運ぶ媒体が「心経」であると理解されてきた。この理解を人に当てはめて考えた時に、人にとって重要な要素が「心経」を通して有機体に宿るという思考に至ったと言われているのである。このような思考は、西洋から「神経(NerveやZenuw)」の言葉が日本に入り日本の社会に浸透していった時にも、東洋の医学や仏教の教えは残っており、このことについて佐藤雅浩(2013)は、東洋医学の「心経(神経)」や仏教の「心経(しんぎょう)」の概念の上に西洋の「神経(NerveやZenuw)」の概念が覆い被さり、日

本の近代後期以降の神経病の概念を作り上げたのであり、これが「神経病言説」であると解説している。

3-5-3. 明治期以降の精神疾患(神経衰弱・ヒステリー)

3-5-3-1. 神経衰弱

「神経衰弱」という病気の概念は、20 世紀以降に新聞を通して社会に広がり、その当時は精神疾患の一つとして認識されていた。この神経衰弱は、現在我々が認識している鬱病に非常に近い、或いは類似している症状であることを北中淳子(2014)が指摘している。その症状は、「身体に苦悶、杞憂、不眠、思考の低下の症状が現れ、脳が充血して『重き鍋等を被れるが如く』²⁴³を感じる病」であった。「精神衰弱」、この病名は突然一夜にして 20 世紀の日本に入り込み拡散したのではない。そこには、19 世紀末から 20 世紀初頭にかけて起きた二つの出来事に起因すると考えることができる。その一つは日露戦争であり、他の一つは精神疾患に関する報道スタイルの変化によるものであると考えられている。この二つの要因が重なったことにより、「神経衰弱」が病名として社会に拡散していったのである。

初めに一つ目の要因である、日露戦争との関連性について示す。まず、「神経衰弱」は、北中淳子(2014)と佐藤雅浩(2013)によると、アメリカの医師 G.M. ベアードが 1860 年代後半に用い始めた病名であり、彼の出版物(American Nervousness)を通して世界に広まった病名であったと示されている。日本にその病名が入ってきたのが 1880 年代であり、この病気について本格的に研究されるようになったのが、1890 年代と言われている。その病気と概念は 1800 年代には既に日本の医学界では知られていたが、この病名が大衆に広まっていったのは、日露戦争が大きく影響しているようである。日露戦争の戦況を伝える新聞記事には、戦地の状況だけではなく、ロシアの将兵やロシア提督が神経衰弱を患っているという記事も掲載されていた。この記事の内容は、ロシア艦隊の敵将が患った神経衰弱の症状について、またそこにはロシア海軍の軍医総監の署名入りの診断書が掲載され、それについてのコラムであった。しかしこれらの記事は虚報であると、特に、軍医総監の署名入りの診断書は偽物であったと言われている。それを証明するものとして、ロシア提督ジェストヴェンスキーが患った神経衰弱の最良な治療法が、日本の軍艦全てを撃沈し、戦争に勝つことが記事として掲載されていたからである。また診断書のサインはロシア海軍軍医総監であったが、総監の名前は「センサーギライ・コーワスキー」²⁴⁴で笑い話にも出てきそうな名前であった。当時の戦争記事は、神経衰弱をプロパガンダとして用いた。それはロシアの高官だけではなく、米国や中国の政治家・高官が「神経衰弱」に陥っているという情報、スキャンダルを利用して自国の優位性を強調したのである。この時期の報道記事に、何故神経の不調に関わる病気の中で「神経衰弱」だけが登場したのか。それは、海外からの情報に神経衰弱という病名が用いられていたからである。日本の報道機関(新聞社)もそれにならって神経衰弱の言葉を使用し

た、理由はそれだけである。海外のメディアが「神経衰弱」、この言葉を使用したことを発端として日本の新聞社も「神経衰弱」、この言葉を盛んに用いるようになっていったのである。これ以外の要因としては、日露戦争はその戦中、戦後において神経衰弱に罹った兵士の様子が新聞紙上で報道された歴史上最初の戦争だったと言われている。それはロシア軍の要請により、戦地に独自の精神科を設置したことにより起因すると言われている。この要請により、ロシア軍は哈爾濱(ハルビン；中華人民共和国黒竜江省)に 1500 名から 2000 名²⁴⁵の兵士を収容できる病院を設けた。そこに収容され、治療を受けた兵士のほとんどは、戦場で受けた傷により精神衰弱や神経疲労を発症していたのである。日露戦争と神経衰弱の関係性については、当時の医師狩野健吾が 1905 年 4 月に執筆した、「敗将と神経衰弱症」²⁴⁶に詳述している。それによると神経衰弱は、①社会的要因、②生物学的要因(遺伝や体質)、③伝染、等の要因の下に発症すると記されている。狩野健吾は、日露戦争後に神経衰弱の誘発原因を基にした原因論を確立しただけではなく、日露戦争後における神経衰弱に対する大衆言説をも構築していくのである。特に狩野健吾が挙げていた要因、②生物学的要因(遺伝、体質)がこの頃の神経衰弱を認識していく上での一助となっていたのではないかと、理解することは可能である。日露戦争中、神経衰弱はロシアの指導層や要人に発症する不名誉な病気であり、敗北した軍人に発症する特異的な病であり、文明病である文明の象徴として認識されていた。そして神経症を発症する国々に対して、文明国への憧れ(崇拝の対象)があった。また一方では、神経症はロシア人だから罹るのであるという軽視と頹廢の象徴でもあった。このような崇拝と軽視の対象でもあった神経衰弱は、当時の欧化主義と民族主義の間で揺れ動いてきた日本人の感情でもあった。このようにして、神経衰弱は相反する二つの社会的意味を世に与えるような働きをするようになる。そして大国ロシアに辛勝して日露戦争が終結した時、日本は欧米社会からはロシアと同等以上の文明国と認められ、国際社会の仲間入りを果たしたのである。それはまた、ここから日本もロシアと同じように、神経衰弱を患うことが許された国家であるという認識が生まれ始めたのである。一方、狩野謙吾の論である、①社会的要因(戦争、生存競争)についての見解は、帝国主義体制下における国民や国家同士の争いや競争、即ち生存競争の結果として「神経衰弱」が、人々を媒介として蔓延していくという認識を示している。この認識は、日露戦争後の「神経衰弱」の認識を、生存競争の場を戦場ではなく、普通の社会へと移り変わらせた。そして近代の国家間における競争(経済であり軍隊でもあった)によってもたらされた社会変動を伴う生存競争の激化を生み出し、それが神経衰弱を誘発する原因となることを人々に植え付けたのである。当時の神経衰弱には、医学的なニュアンスや個人の精神状態や精神の不快感を表す言説は強調されておらず、政治的、且つ国家的要素に関連付けて認識されていたのである。

次に第二の要因である報道の変化については、19 世紀までの精神疾患に関する報道は、大半が学術的な医学の知識に則ったものは稀であったが、20 世紀に入ると、「家庭欄」や「科

学蘭」という医学知識を掲載した記事が増加して行く。これが要因として挙げられた理由である。「神経衰弱」という社会的には馴染みの薄い病名を大衆に浸透させた二つ目の要因は、臨床医によって記された神経衰弱について解説された、衛生関連の記事が発行されたことによるものだと言われている。この類の記事は1900年代半ばには既に、新聞に掲載されるようになっていた。この記事から、日本で認識されていた神経衰弱の認識を読み取ることができるのである。神経衰弱に関する記事の中で代表的なものは、1903年6月29日から30日の両日にわたって朝日新聞に掲載された狩野健吾の記事、「神経衰弱病の話」²⁴⁷である。その記事では、神経衰弱が徴兵の健康問題として記されていた。日露戦争の開戦によって、国際的に緊張が高まる中、神経衰弱を国体の衰退として語っていたことである。佐藤雅浩(2013)は、狩野謙吾がこの記事で神経衰弱をあえて軍人と関連付けて語る原因について、1900年代に報道された逸脱報道の内容(軍人関係者の自殺)によるものだと、想定している。つまり軍人関係者の自殺は、神経衰弱に起因するものだということである。これ以外にも、狩野は神経衰弱を、戦前の日本で流行した眼病であるトラホーム(感染症の結膜炎)の症状と対比し、「十二指腸蟲」と共に「目に見えなくて知れ苦(にく)い」²⁴⁸病気として問題視していた。十二指腸蟲は鉤虫の幼虫が口や皮膚から体に入ると、初期には腹痛、下痢、嘔吐に始まり、更に進行すると貧血、めまい、動悸、倦怠感、頭痛の症状をもたらす寄生虫病であるが、神経衰弱は、この2種類の病気に対比され、それぞれの病気の特徴を持って注意が喚起されていた。つまり神経衰弱は、十二指腸蟲の様に日常的な身体症状を伴いながら、トラホームの様に知らぬ間に人体を侵害する病気であると、注意を促していたのである。この記述の後に、狩野謙吾は神経衰弱について、次の様に解説している。神経衰弱の患者は、20歳から40歳のやせ形の男性や、精神的疲労の多い学生や政治家に多く見られる。予防法としては、食生活と生活習慣に心を配りながら健康に留意し、治療法としては今まで書かれてこなかった「臓器療法」を紹介していた。

狩野謙吾が論じている神経衰弱の要因は、「2節. 心理的回復」で既に説明した後成遺伝学の原理に類似している。狩野謙吾は神経衰弱の発症要因には先天的なものと後天的なものがあると論じる。先天的な要因としては、高齢出産の子供であること、また親が大酒のみであることを挙げ、後天的な要因としては、①慢性の胃腸病、肺病、下の病、腸チフス、②飲酒、喫煙、お茶等の中毒症を挙げていた。これ以外にも環境的要因も挙げていた。彼が言う環境的要因は、生存競争の激化による精神の過労である。狩野謙吾は次の三つを神経衰弱の要因として挙げている。

- 1) 先天的要因：高齢出産、親の飲酒
- 2) 後天的要因：様々な持病、疫病、飲酒、喫煙
- 3) 環境的要因：生存競争の激化による精神的疲労

1900年から1920年代にこの要因はマスメディアに取り上げられて、社会に精神衰弱説が確立するようになっていった。更に、1903年6月に、「国益新聞」は、後藤省吾の談話「神経衰弱と脳病」²⁴⁹を掲載した。後藤省吾は、その談話の中で、社会的変動病因論；生存競争の激化による精神疲労が神経衰弱を誘発することには同意である、と述べている。後藤省吾の記事掲載から二日後、「国益新聞」は、吐月峰の後藤省吾の論に批判的な反論記事を掲載する²⁵⁰。神経衰弱の原因は、「祖先の系統」、つまり遺伝に由来するものであり、現代の若者が神経衰弱を患うのは、身体が丈夫ではない親に健康な子供が授かっていないことが原因であると記事には記されている。つまり、その予防には「人種の改良」が必要であると反論している。後藤省吾、吐月峰の論は、上記の三つの要因に関連しており、後藤省吾の説、「社会変動病因論」は、3)環境的要因を支持しているが、吐月峰の説、「祖先の系統」は、1)先天的要因、つまり生物学的素因説である遺伝を支持していたのである。神経衰弱の三つの要因、1)先天的要因；これは先天的に備わっている要素であり、体の状態や様子、過敏の度合いに原因を求め、②後天的要因；生活習慣を改め直すことを重視し、3)環境的要因；神経衰弱の病因を環境的要素に求めている。この三つの要因に対する議論は、1920年代から1930年代に、「心的要因論」が注目される迄取り上げられている。2)後天的要因については1904年9月に、「戦時と神経養生」として朝日新聞に掲載された²⁵¹。これも狩野謙吾の記事であるが、神経衰弱は敵国の兵士ではなく、自国民が注意すべき病であると述べている。また、神経衰弱の予防策、改善策は戦時に限らず、あらゆる状況において通用するとも述べている。狩野謙吾が挙げていた予防法は、神経の疲労は筋肉の疲労とは異なり回復するまでに相当な時間を有し、その疲労は無意識の内に蓄積する。そのため、神経に刺激を与えることは極力避けて、適度な休養と休息を取り神経を休めることであった。つまり、バランスの取れた生活を心がけ、生活習慣を改めることが狩野謙吾が言う予防法である。しかし、神経衰弱の病名と概念が日本の社会に定着したのは、1905年以降であり、神経衰弱の病名と概念の定着を促進させたのは、1905年から1906年にかけて神経衰弱や神経病について解説された記事が新聞等に掲載されたこと、またその記事が書籍として発売されたことによる。1905年11月から1906年4月に、朝日新聞には「神経衰弱予防法」²⁵²が記事として掲載され、1906年6月からは、読売新聞に田村化三郎の「神経の衛生」²⁵³が掲載されている。このようにして新聞に記事が掲載されたことは、神経衰弱に対しての世間の注目度が上がっただけでなく、新聞を通して神経衰弱を初めとする精神疾患に関する情報も増加していくのである。

1920年代以降、既述した神経衰弱の三つの要因(①先天的要因(生物学的要因(遺伝、体質)、②後天的要因(伝染病、生活習慣)、③環境的要因、について異議を主張する学者が出て来るようになる。このように異論を張る学者の出現は、次によるものであった。①神経衰弱の病名が社会に幅広く浸透し、広範囲な症状を示す病気として乱用されていた。神経衰弱が病名として医療の分野だけではなく、社会の中で広く用いられるようになった。その原因

は、1900年代から神経衰弱が言説化され、社会に拡散し通俗化されて、日常生活の中でも安易に用いられるようになり、定着化したためである。②神経衰弱に関係する記事数が増加し、1910年までは年平均7件から8件程度であったその記事数は、1920年代から1930年には20件にまでに増加した²⁵⁴。そしてその記事の8割までが神経衰弱に関する逸脱報道であった²⁵⁵。③マスメディアを利用した神経衰弱の医療広告や、通俗療法の喧伝によって翻弄された患者数の増加である。神経衰弱の医療情報を目にすることで神経衰弱に罹ったと妄想し、自ら神経衰弱の症状を創設し、各種の治療法にのめり込み、そこから脱出できないという社会現象が起きている。その治療法については、北中淳子(2014)の文献によると、ビタミンやスペルマチンの注射、自彊術(じきょうじゅつ)、深呼吸、軽い体操、二木式複式呼吸、カイロプラクティック、水治療法、電気治療、催眠術、気合術、調和道腹部健康伝等が紹介されている。

日本において、神経衰弱の概念が通俗化していた頃、欧米では既に神経衰弱の概念についての科学的信憑性に疑問を抱き始めていた。そして、神経衰弱の仕組みを明確にすることができない状況の中で、神経症に関してフロイトの概念が表れ、神経衰弱は心理的な病へと認識が変化する。1868年神経衰弱は、アメリカ人医師G・M・ベアードの患者、上流階級のエリートであった患者が過労によって発症する病であると認識されていたが、それが19世紀末には怠惰の病と見なされていく。日本でも類似の事例が起きた。今まで述べたような神経衰弱の言説に異論を唱えた学者、或いは医師として、三宅鑛一(1876～1954)、植松七九郎(1888～1968)、森田正馬(1874～1938)を挙げることができる。三宅鑛一は次に示す二つの概念によって、当時常識化しつつあった神経衰弱の言説に異論を唱えたのである。その概念は「真性神経衰弱」と「神経質」であった。三宅鑛一は、疲労や過労によって発症すると言われた「真性神経衰弱」は、当時、巷で言われていた神経衰弱の一部であり、その大半は先天性要因に起因すると持論を展開している。つまり、心身の状態が過敏になりやすい患者の体質による「神経質」であると見解を示したのである。更に、呉秀三(1865～1932)の後任で東大教授に就任した三宅鑛一は、1927年に行った臨床講義で神経衰弱の病名の乱用に懸念を示している。それは、神経衰弱の概念と病名が世間で軽々しく用いられているとして、「神経衰弱」、この病名の扱いを全面的に禁止する必要性が強く要求されていることを示唆している。

次に、1929年、日本赤十字社が開催した一般市民向け啓蒙講座、「精神衛生展覧会(精神衛生に関する啓蒙講座)」で、植松七九郎が「都市と神経衰弱」について講演している内容について紹介することにする²⁵⁶。植松七九郎も三宅鑛一と同じ立場で、神経衰弱は個人の素質によるものだと、つまり人格に起因するため、薬では治療が不可能であると論じている。また通常の倍以上の休養を取っても治癒しないことや、神経衰弱それ自体に明確な要因は見出し得ないと強調している。

ここでは、神経衰弱に対する批判だけではなく、その対処法を案出し、世界から脚光を浴びた森田正馬の論理を記す。森田正馬は、神経衰弱は従来の過労説、神経系の疲労によって発症するという説を否定し、患者の人格、素質、即ち心身が過敏な状態になる、所謂ピポコンデリー性基調によるものであると自論を展開している。森田は、神経衰弱は病気ではなく、患者の身体感覚が敏感で、不安や心配等のマイナスの感情に陥ると、体の部位に不具合を生じ、それがトラウマとなり心音や不快感をより感じるようになり、その一点に意識が執着して神経衰弱を誘発すると説明している。森田が論じる神経衰弱を誘発する感覚から患者を解放するには、患者の意識を患者の身体から外界へと向けさせ、不快な感覚は普遍的なものであり、誰にでも起こり得るものだとして自覚を促し、患者をそこに執着させないことを習慣づけるように指導していくことが、神経衰弱の症状を緩和していく上で必要なことであると述べている。この論を基に展開した治療法が世界でも認められた森田療法である。彼は独自で確立した学説を基に、神経衰弱という病名を廃止するが、その代わりに神経質という病名を用いるようになった。「神経質」の治療は、人間の気質に重点を置き、気質によって症状が悪化していく要因を探り出すという意味も含んでいる。森田正馬は神経衰弱を神経質と病名を改め、その要因は気質であると、フロイトが提唱した心因論的な解釈を広めたのである。この解釈は同時代の医師の間で受容され、1900年から1920年代においてマスメディアに取り上げられた。その結果、影響力を増していた神経衰弱の三つの要因(病因論)の中で、①先天的要因(生物学的要因(遺伝、体質))、②後天的要因(伝染病、生活習慣)が影響力を失うことになる。また、森田正馬は、社会が産業化によって変動することで生活が困難になり、それが原因で神経衰弱を発症するという、ベアードの説は否定している。しかし、その反面産業化により便利さが増し、併せて無関心、無情も併せて増大した。その無関心、無情が間接的に神経衰弱を誘発していると説明している。この説は森田正馬が論じる説、神経衰弱の発症の要因は、生まれつきの素質と不快感に執着する患者の心理的過程に焦点を当てているとすることができる。しかし、彼は、彼の説に強調されている神経衰弱の原因を探求するために、患者が不快感に執着するようになった契機や神経衰弱の症状を感じるようになった発端について触れることを前提としているため、そこには、病因論を③環境的要因；神経衰弱の病因を環境的要素に求めている、つまり社会的なもの、環境の変化や社会変動との繋がりも見られると、佐藤雅浩(2013)は指摘している。

3-5-3-2. ヒステリー

本項では、上流階級や脳を酷使するホワイトカラーの職業に就く男性に発症しやすい神経衰弱と同時期に、女性特有の神経病として話題になった「ヒステリー」について詳述する。

「ヒステリー」、この病名から想起される言葉は、ヒステリックである。このヒステリックは、逆上する、感情の起伏が激しく、怒りの感情を制御することができない女性を表す言葉

を示すものであった。「ヒステリー」、この病名は「欧米社会における鬱病を含む精神疾患の認識-古代ギリシャ」の項で既述している。ヒステリーの語源は、古代ギリシャ語で子宮を表す言葉 *hystera* に遡ると言われ、欧米社会では古くから女性特有の疾患として認識されてきた。近現代の日本においてもヒステリー(精神疾患)は、女性特有の精神的病として認識されてきた。日本にヒステリーという概念が認識されるようになった時期は、医学書にヒステリーという言葉が登場した時期であり、19 世紀半ばまで遡ると言われている。既にこの頃の小説には、ヒステリー、ヒステリアという言葉が登場している。1872 年に日本語に翻訳された H. ハルツホル作の内科学教科書「内科摘要」や、1875 年に出版された疫病に関する処方箋集「対症方選」、1833 年に出版された山崎元脩作の「婦人病論」等が挙げられ、これらの書籍にはヒステリーの症状やヒステリア、子宮の疾患について解説されている。このようにヒステリーに関する書籍が 19 世紀半ばの日本に存在していたことを鑑みると、その時代にはヒステリーという概念は、日本医学会に既に浸透していたと見ることができる。しかし、実際はこの病名が日本の社会に浸透したのは、20 世紀以降だと考えられている。このヒステリーの概念が社会に浸透したのは、神経衰弱と同様でマスメディアによるものではあるが、この病名は医学書に取り上げられる前から、「逸脱行為」の原因を解説する言葉として用いられていた。その時期は神経衰弱より早かったと言われている。

「ヒステリー」、この病名が日本で初めて使われたのは、1870 年代末と言われている。1898 年、朝日新聞に「ヒステリー偏熱狂」という診断名が逸脱記事として掲載されているが、この記事は、ヒステリーという病名が使用されただけで、それに関連する医学的知識や情報は一切記されてはいなかった²⁵⁷。1901 年に「新事新報」に掲載された子爵夫人の入水事件は、ヒステリーの症状や特徴が記されているのではなく、西洋医学を習得した医師によるヒステリーに関する診察記録が掲載され、その記録と事件を関連付けて社会にヒステリーの情報を拡散するような記事の掲載の仕方であった²⁵⁸。一方この頃では、ヒステリーは、①発作的(突発的)症状を引き起こす女性特有の疾患であること、②典型的な症状として、眩暈や粗暴行為を伴う症状であると認識されていた。1901 年頃には、ヒステリーについての記事は医師群の解説が記されているというよりは、女性が逸脱行為をする原因を説明するための手段として、ヒステリーの概念が利用されていたのである。実際、1910 年代半ばまでは、新聞記事にヒステリーについての医師群の正式な解説は掲載されていなかった。理由としては、1910 年代、明治の活字媒体は男性向けに発行されていたということである。女性に関連する記事、生活や悩みや苦悩をテーマとするような記事は、大正期以降に登場する。そこでは、男性とは別に女性を対象とした「婦人蘭」が設けられるようになり、ヒステリーに関する衛生記事が増加し、社会に医師が解説したヒステリーについての言説が拡散するようになる。つまり、1900 年代以前のマスメディアにおいては、「ヒステリー」に関する記事を新聞紙上に掲載するような環境が整っていなかったのである。

ここで医師群が新聞に掲載したヒステリーの言説について、その内容を以下に示す。1900年代、医師群が新聞記事として掲載したヒステリーの言説は少ない。しかし1908年にはヒステリーは、激しい身体の症状、または子宮病のような産婦人科に関連する女性特有の身体的症状として言説されていた。そして数年後の1910年代には、ヒステリーを女性の身体症状に関連付ける言説は減少し、神経衰弱と同様、遺伝的素因や女性の置かれている環境要因が取り上げられるようになった。巣鴨病院の医師であった菊池甚一が、1915年9月2日に読売新聞に掲載したヒステリーに関する記事では、ヒステリーは遺伝性疾患であると記している²⁵⁹。一方医師の高峰博は、母親が患ったヒステリーは子供に感染すると、1923年5月5日付の読売新聞に掲載している²⁶⁰。その他の医師群は、ヒステリーと環境要因との関連性について、特定の季節によって女性の神経の乱れが生じること、運動不足や家屋の欠陥によって睡眠障害を引き起こすことが、一般的なヒステリーの誘発原因であるとの見解を示している。これらの掲載記事により、ヒステリーは先天的な素因を持つ女性、或いは生活面で精神的に劣悪な環境に置かれている女性が発症するという、従来の病因説が言説されていることを知ることができる。しかし、この病因論は、1930年代に入るとその影響力は消失し、代わりに、フロイトの精神分析や心因論を象徴とする病因説が台頭して来る。1931年、雨宮保衛は、読売新聞紙上でヒステリーは親の責任であると主張した²⁶¹。彼は、ヒステリーは幼少期より培われてきた性格であり、成長段階における親の教育と躾とその環境に大きく関連すると解説している。この幼少期の生育環境を基盤とする病因論は、フロイトの精神分析に類似しているが、フロイトの名称は1930年、杉田直樹によって掲載された記事、「ヒステリーの本能」にて確認できる²⁶²。杉田直樹は、ヒステリーは脳の疾患による機能の障害であり、その疾患が治癒すればその形跡は消失し、ヒステリーの症状も消失するとその記事で示している。この脳の疾患の原因として、杉田直樹はフロイトの学説である精神分析手法によって説明できると示唆している。その学説は、大正期「変態心理」という雑誌を通して日本に入り、日本では東北帝国大学の丸井清康(1886年～1953年)によって研究が続けられていた²⁶³。しかし、日本ではそれほど受け入れられてはいなかった。このような言説の中、ヒステリーは遺伝的病因ではなく且つ不治の病でもなく、医師の指導や境域によって完治する病であるという認識に辿り着き、そのような認識が定着するのである。つまり、ヒステリーも神経衰弱と同様に遺伝や環境因子を土台とする言説は、1920年代に力を失っていくが、1930年代以降は、フロイトの精神分析を土台とした心因論を強調する言説が影響力を持つようになる。このように、1930年代前後には、ヒステリー(神経衰弱を含む神経病)の病因において、遺伝を含む気質論から心因論へと移行していったのである。

3-5-3-3. ノイローゼ

戦前の日本において、ホワイカラーの男性に特有な精神疾患の代名詞として神経衰弱、女性特有の精神疾患の代名詞としてヒステリーが定着した。しかし戦後の日本では、この二つの病名は、北米を由来とし、且つフロイトの精神分析論を土台としたノイローゼという病名に置き換えられた。ノイローゼの語源ではあるが、ノイローゼは18世紀後半、スコットランドの医師カレン(W. Cullen)によって考え出された概念であり、ギリシャ語の神経(neuron)と異常(osis)が結合したギリシャ語由来の病名である。ノイローゼの概念が考え出された18世紀末では、この病因は気質的な原因が不明である神経系の疾患を表す病名として用いられたが、19世紀以降のヨーロッパでは、シャルコー、ベルネーム、フロイト、ジャネによって追及され、精神疾患であることの認識が定着していく。このような経緯を経て、ヨーロッパでは19世紀から20世紀にかけて、フロイトが提唱する精神分析が社会に浸透し、その概念は専門の医師だけではなく世間一般の人々にも知られるようになった。ヨーロッパにおいてこのような広がりを見せたノイローゼの概念が、戦後の日本に流入した要因の中で、特に①精神分析論、フロイトの理論の受け入れ、②健康保険制度の設立、この二つについて詳述する。

1) 精神分析理論(フロイトの理論)

精神分析論を土台とした病名「ノイローゼ」が、戦後日本に入ってくる。しかし、ノイローゼと関連する精神分析論は、戦前の日本でも少数ではあるが研究が行われていた。帝国大学の医師、丸井清泰や古澤平(1897年～1969年)、民間の研究者大槻憲二(1891年～1977年)や中村古峯(1881年～1952年)がその研究に従事していた。しかし、当時の精神医学の分野では、フロイトの精神分析理論よりもクレペリン由来の精神医学の影響が大きく、彼らの研究もどちらかというところクレペリン由来の精神医学に重きを置いていた。フロイトの精神分析理論には軸足を置かず、また支持もしていなかった。この現状は日本がアメリカに敗北した戦後、アメリカの進駐軍の占領統治が本格化すると、アメリカを由来とする精神医学の言説や理論が併せて日本に入り込んで来るようになる。その当時、アメリカ精神医学界において論議されていた理論は、20世紀前半ドイツからアメリカに伝搬し、アメリカで独自に発展したフロイトの精神分析理論であった。この理論は後に、日本の精神医学界に大きな影響を与えることになるのである。

日本において、フロイト式の精神療法が認識されたのは1952年であり、精神科医井村恒郎が出版した「心理療法」の時だと言われている。また、この書が出版された同じ年に、大槻憲二(戦前から精神分析に関して紹介し続ける)は、雑誌「精神分析」を出版する。その3年後には、東北帝国大学の医師、古澤平の下で研削を重ねていた精神科医が集まり、日本精神分析学会を立ち上げている。この学会に所属した精神科医は、井村恒郎(1906年～1981年)、

懸田克躬(1906年～1996年)、土居健郎(1920年～2009年)、小此木啓吾(1930年～2003年)であり、彼らはその後日本における精神分析や、精神療法の分野において大きく貢献することになる。1950年代半ばから、ノイローゼに関連する書籍や通俗療法に関する書も出版されるようになる。代表的な書としては、1955年に出版された加藤正明の「ノイローゼ、神経症とは何か」、1956年には鈴木知準の「不安の解決-ノイローゼに悩む人々のために」等が代表的な出版物として挙げられる。併せて、新聞を通してノイローゼの概念が社会に流布したのである。ノイローゼの病名とその概念は、アメリカからの流入と共に、日本精神医学界に所属する専門医によって即研究が開始され、その研究結果が社会に向けて公開されたのである。ノイローゼや精神分析手法を社会に広めた医者たちの一部は、戦時中軍事関係の施設に従事し、トラウマによって誘発する外傷性神経疾患(精神疾患)の治療に関わり、その関係でノイローゼ(神経症)の研究に従事ようになる。井村恒郎や加藤正明等がその従事者である。両者は戦時中、1940年に創設された頭部戦傷者の治療に特化した療養所に派遣され、戦傷者を対象とした研究に従事していた。井村恒郎が派遣された施設では、重症な戦争ヒステリーの患者、神経症の症状の患者についての研究が限られた文献を用いてなされていた。しかし、戦後アメリカから日本に神経症に関する専門書が流入すると、井村恒郎は戦争神経症やノイローゼについての文献に触れ、ノイローゼやフロイト派の理論について学ぶことになる。これによって、戦後間もない日本の精神医学界が、如何にアメリカの影響を受けていたかを知ることができるのである。

2) 健康保険制度の設立

二つ目の要因である、健康保険制度の設立について詳述する。戦後の日本において、フロイトの理論を根拠としたノイローゼの言説が拡散した理由には、戦後に設けられた公的医療保険制度が挙げられる。この制度は1922年に創設された健康保険法に遡る。その後、1938年に制定された国民健康保険法によって、その保険の対象者が農林漁業従事者や中小企業者にも適用されるようになるが、戦後自治体の財政の悪化により加入率は総人口の三分の二迄減少する²⁶⁴。これを受けて政府は1957年から4ヶ年計画を掲げ、全国に医療保険の加入率を高める動きを始める。1959年の法改正に伴い、1961年には「国民皆保険」を制度化することに成功した。この「国民皆保険」の適用対象の病気として、ノイローゼ(神経症)も含まれていた。これは1961年の読売新聞に掲載されている。この制度の下でノイローゼの治療を受けた患者数は、1960年には29.3%で精神分裂症の患者数より多く、精神科の部門ではノイローゼが最も多い患者数であったのである²⁶⁵。これらのことより、ノイローゼが病名として社会に広がった要因が、保険制度の設立と拡充に起因していることは明らかである。

3-5-4. ノイローゼと戦前における精神疾患(神経衰弱、ヒステリー)との関連性

ノイローゼの言説について、その内容を照査する前に、戦前に始まる神経衰弱とヒステリー、ノイローゼの関係性について確認することにする。戦前や戦後に始まった神経衰弱とヒステリーは、ノイローゼという病名に置き換わるような現象が起きたことは既述したが、これは、神経衰弱、ヒステリー、これらの病名を別の呼び名、ノイローゼに病名を変えただけではないかと疑問を抱かせる可能性がある。この疑問について、ノイローゼの概念が社会に浸透した際に、医療関係者が抱いていたノイローゼに対する認識から回答を得ることができる。佐藤雅浩(2013)は、ノイローゼの認識について、大瀬が1961年に一般向けに執筆したノイローゼに関する書籍の一部を引用しており、その引用箇所は、上記の疑問を解き明かす手引きとなるものである。大瀬は、ノイローゼは、戦前「お手洗い」と呼ばれたものが戦後「トイレ」と呼ばれたように、言葉が指し示す物は同じだが、呼称だけが変化したのであり、神経衰弱とヒステリー、ノイローゼも症状は同じであるが、病名のみが変化したと説明している²⁶⁶。この大瀬の説明から、神経衰弱とヒステリー、ノイローゼは症状は同じであるが、時間軸の動きの中で病名が変化したものであると認識できる。しかし、学術の世界で確立された神経衰弱、ヒステリー、ノイローゼの言説と、新聞やマスメディアが構築した神経衰弱、ヒステリー、ノイローゼの言説は、若干ではあるが違いが生じているのである。大瀬の説明の通り、学術の世界で確立された神経衰弱、ヒステリー、ノイローゼに関する概念には、時間軸の中での変化に連続性を見い出すことができる。これは、1910年代から1930年代に生じた神経衰弱の病因論に見られる変遷であると考えることができる。既述したように、1910年代から1920年代において、神経衰弱の病因は、①社会的要因、②生物学的要因(遺伝や体質)、③伝染、等の要因によって発症すると考えられていた。しかし、森田正馬が提唱したフロイトの精神分析手法を根底にした言説により、1930年代以降の神経衰弱の病因は、心因論が主流になっていく。戦後においても、学術の世界で築き上げられた神経衰弱に関する言説も、環境から受ける心身のダメージではなく、精神の内部、心に原因を有する心因によるものとして確立され、そこに連続性を見ることができる。しかし、新聞を初めとするマスメディアによって浸透された神経衰弱の言説では、1910年代から1920年代に神経衰弱の要因として挙げられた、①社会的要因、②生物学的要因(遺伝や体質)、③伝染は受け入れられてはいたが、森田正馬の心因論を基盤とした言説は受け入れられなかった。しかし、ノイローゼについては、戦前に強調された神経衰弱の要因、②生物学的要因(遺伝や体質)が消滅し、代わりに心因論、個人の生育歴に起因する精神的葛藤が強調されるようになり、連続性が見られなくなる。つまり、学術的側面からは連続性を見ることができるが、新聞、マスメディアの方面からはその連続性を見ることができないと結論付けることができる。

3-5-5. ノイローゼの言説と概念

本項においては、初めにノイローゼの症状について検証する。ノイローゼの主な症状として、不安、恐怖、強迫観念、不眠、頭痛、心悸亢進、作業能力の低下等、突発的身体的症状を挙げることができる。突発的身体的症状とは、予期していない時に襲って来る身体的苦痛を言う。佐藤雅浩(2013)は事例として、1955年「いまや『ノイローゼ時代』」に精神科医の式場隆三郎のコラム、「頭痛、耳鳴り、食欲不振等がその突発的身体的症状である」を掲載している²⁶⁷。本来、ノイローゼは精神的症状と肉体的症状を伴う疾患ではあるが、身体的症状が疾患として強く表れる印象を受ける。それは、1950年前までは、心と身体(からだ)は別のものであるという考えが一般的であったことに起因する。しかし、1950年から1960年には、心と身体の相関関係を重視した医学理論「心身医学」が導入されて、ノイローゼは、精神的症状と肉体的症状を伴う疾患として見られるようになったのである。この心と身体の関係性を重んじる「心身医学」の理論は、本来北米由来の医学理論であり、1950年から1960年にかけて日本に導入され、広く浸透させるような活動も見られた。その活動の一つとして、医師の池見西次郎(1915年～1999年)は、1950年代初期にアメリカに留学し、帰国後に日野原重明(1911年～2017年)、三浦岱栄(1901年～1995年)らと共に日本心身医学会を設立し、「心身医学」の普及を行う。こうしてノイローゼは戦前の神経衰弱とは異なり、その概念は精神的症状と身体的症状双方を兼ね備え、その原因においては幅の広い疾患であると言えるようになったのである。これが従来の精神疾患には見られなかったノイローゼに見られる特有の症状である。

次に、ノイローゼの発症要因について検証する。ノイローゼは三つの要因、①幼少期の生育環境、②文明化による社会の変化、③日常生活において生じるストレス(ストレスの多い生活環境で生じる)等によって発症すると論じられて来た。この三つの要因は、ノイローゼの発症要因としてだけではなく、ノイローゼの言説の中でも三つの要素としても捉えられている。ノイローゼの言説の中での第一の特徴として示されていることは、患者の心身に起こる様々な症状の原因は、患者の幼少期の環境によって形成される人格や心に起因するものであると理解されてきた。厳密に言うならば、幼少期に生まれ育った生活環境によって生じる精神的葛藤に遡ると認識されている。例として1954年の読売新聞に掲載された記事を挙げることができる²⁶⁸。その記事には、ノイローゼに罹りやすい人の判断基準は、幼少期の人格形成の時期における教育に左右されるとして、耳に入る声が全て叱責に聞こえて来る一人の運転手を例として挙げていた。その運転手の両親はいつも不仲で、特に彼の幼少期には両親の喧嘩は絶えることなく、そのような環境下で育った彼は、成人後、常に叱責されているという錯覚に襲われるという感情が彼から離れることはなかったと、記されていた。この事例は、幼少期の経験が、成人後にノイローゼを発症させる事例として示されていたのである。このように、ノイローゼの要因として、幼少期に経験するトラウマ(心の痛みや傷)を強調する言

説は、1950年代から1960年代において頻繁に取り上げられ、専門家の間では、ノイローゼを誘発する要因として認識されていた。更に、ノイローゼの発症要因として、幼少期の生活や教育環境によって植え付けられる精神的葛藤に加えて、外的因子の社会的要因である人間関係やストレスもその度合いによっては、ノイローゼを誘発する危険因子として指摘されていた。このようにして、ノイローゼは心因論と外因論の双方を基軸にして解釈が進められ、その言説の説明は、患者の先天的と後天的なストレスから受ける刺激の度合いによって発症する疾患であると見做されるようになったのである。この説明には、佐藤雅浩(2013)が掲載している、1965年5月4日付のノイローゼに関する衛生記事にも示されているように、ノイローゼは確かにストレスがその原因ではあるが、同じストレスを受けても発症する人しない人がいると、そしてその違いは全て幼少期の親の養育に起因すると示されている²⁶⁹。このことから、ノイローゼの言説は①人間誰も感じるストレスは、それを感じさせる状況があり、それを社会的要因として認識している、②ノイローゼを誘発する要因としては、幼少期の生育環境に遡り、そこで受けた心因が含まれるという構造の上に構築されている。このように、外因である社会的要因が、ノイローゼの言説の一部として認識されるようになったのは、ドイツを由来としたフロイトの論理(精神分析の論理)を、北米で編纂したアメリカの新フロイト派の影響によるものであると言われている。新フロイト派学者としては、K.ホルネイ(1885年～1952年)、E.フロム(1900年～1980年)、H.S.サリバン(1892年～1949年)を挙げることができる。彼らは、フロイトが提唱する精神疾患の原因である性欲本能説を批判し、神経症と性格の由来を文化的、社会的側面(新フロイト派として重視)から検証し、要因を探し出すことを前提とする、精神分析の手法を支持する団体である。この団体は、精神的葛藤を生み出す原因になるものを、社会や環境から探し出すことに重点を置いている。この北米由来の新フロイト派の影響は、戦後日本に浸透し、ノイローゼの原因論を検証する鍵として普及し、外的要因の例として人間関係に適用されていくのである。

3-5-6. 文明化による社会にもたらされた変貌

ノイローゼの二つ目の発症要因「文明化による社会の変化」について、この説が世に出たのは1950年代半ば以降であり、戦後間もない時期には敗戦後の混乱、政治、経済的諸問題、冷戦への懸念から生じる不安がノイローゼを誘発する要因であると言われていた。しかし、1950年代半ば以降、朝鮮特需により引き起こされた好景気により、日本は奇跡的に経済発展を遂げる。日本経済は潤い、人々の生活は安定し、戦後間もない頃に言われたノイローゼは、政治、経済の混乱からの不安によるという言説は消失する様になった。このような時代背景を受けて、ノイローゼの要因は1950年代後半以降、日本が遂げた奇跡的な経済の発展に裏付けられた、急激な社会構造の変化に伴う文化の発展によるものと認識されるようになった。そして、ノイローゼは「文明病」とあるという言葉で表されるようになり、一般社会に

もこの概念が定着していく。更に「文明病」、この言葉が日本の社会に浸透していくことによって、日本は文明化を果たした国であり国民である、それが故に患う病であるという認識が社会に浸透していくようになる。これは戦後、凄まじいまでの経済発展を遂げた日本人にある種の優越感を抱かせるようになる。このことは、佐藤雅浩(2013)が取り上げていた新聞記事の一部から垣間見ることができる²⁷⁰。記事の内容は、「日本とアメリカ両者共、政治経済において激しい変化を遂げているが故に、ノイローゼは日本とアメリカに多く見られる」、である。つまり日本はアメリカと同等に発展している。その発展によって活気に満ちた国家であるが故に、両国ともにノイローゼが増加していることを告げる新聞記事である。即ち日本は、国民がノイローゼを病むまでに国全体が文明化し、アメリカに肩を並べるまでに発展したことを象徴しているのである。

3-5-7. 日常生活から生じるストレス

ノイローゼの症状が現れる要因としては、日常生活の中に潜むストレスが主要な原因として挙げられるようになる。このストレス原因説は、1930年代にハンガリー系カナダ人生理学者、ハンス・セリエが実施した研究、様々なストレスが身体に与える影響についてまで遡る。ストレスは心身に負担を与える刺激や、出来事によって生じる緊張状態であると認識され、暑さや寒さ、有害物質、外傷等の外的刺激、不安から生じる緊張等の内的刺激によって身体に齎される恒常的な不調と、それに抵抗する身体の反応と認識された。このストレス原因説は、20世紀後半に確立した心身医学の分野にも取り入れられて、研究が進められていくことになる。1957年、ストレス原因説の先駆者、ハンス・セリエ(1907年～1982年)が来日するが、この時期を境にストレスに関する新聞紙上での報道が活発化する。1957年、読売新聞社は新聞を通してセリエの研究結果を紹介し、社会の発展に伴うストレスの増加が、現代病をもたらす原因であると掲載している²⁷¹。この記事によって、ストレスは日常生活の中で感じ取る様々な刺激や、そこから受ける心の負担ではなく、気候の変動や騒音問題、経済的不安等を起因とするもので、21世紀の人々が認識するストレスと変わらないように感じ取ることができる。つまり、ストレスは日常生活の中のありとあらゆる所に潜む問題、不安として認識され、ノイローゼの概念は広く社会に浸透するようになる。1963年には、この認識を支持する記事、「ノイローゼ一歩前/ストレスは十人に一人」が掲載され、ノイローゼの発症の原因が記されていた²⁷²。このようにして、ストレス原因説はますます社会に拡散していくことになる。そして、文明化による社会の変動によってもたらされた生活環境の悪化により、人々の精神的安定は喪失し、ノイローゼを発症するというストレス原因説が定着していくのである。当時ストレスが起こる要因として話題になった原因は、心身医学を基盤にした職場における就労環境と、住宅とその住宅を取り巻く環境であった。

これ以降はノイローゼの発症を促進する、二つの要因について詳述する。初めに要因の一つである、就労環境とノイローゼの相関性について記すが、この関係性は1960年代の初頭より注視されており、1963年の新聞記事によると、生産工程の効率化により導入された自動化が、労働者の精神状態を悪化させる原因となっていると記されている²⁷³。この自動化により、労働者の精神状態が悪化する原因には以下の3つが挙げられていた。①自動化による労働環境や作業に順応できない労働者の増加、②自動化により負担する作業が全体的な作業から部分的な作業への移行に使命感を喪失、③自動化により対人関係の喪失と、単純作業であるが故に仕事に対するつまらなさを感じることであった。つまりここでは、労働環境や作業状況の変化による人間性の喪失や、疎外感によって、ノイローゼが引き起こされると指摘されていた。次に第二の要因としては、人間関係に関するもので、職場の人間関係が要因として挙げられていた。1960年代の新聞記事に記載されたノイローゼの発症原因としては、職場における人間関係と職場の構造が強調され、対人関係の多い職場ほど疲労が強まる傾向にあり、これが起爆剤となってノイローゼを誘発すると指摘している²⁷⁴。1960年代におけるノイローゼの発症要因は、①自動化された職場環境や仕事の内容の変化によりもたらされた問題、②職場の人間関係に起因する問題であると認識されている。

別の要因として、職場の人間関係だけではなく、団地という居住環境に起因する生活様式や人間関係が、ノイローゼの原因にもなり得ると説明している。この現象は「団地ノイローゼ」と呼ばれ、1960年代前半、職場の人間関係がノイローゼを誘発する要因であると報道された時期と重なる。「団地ノイローゼ」、この現象は親子心中、母親による我が子の殺害等、育児ノイローゼと関連付けて報道されていた。「団地ノイローゼ」や「育児ノイローゼ」は、団地の主婦が発病するノイローゼとして認識されるようになる。団地に居住する主婦がノイローゼを発症する要因として、団地の建物の異質性、団地特有の白い壁、光線(明るすぎる光による目の疲れ)、それに居住空間の内外で起こる人間関係の特異性に起因するものであると議論が交わされ、これらの要因が重なり合いノイローゼを発症すると認識されていた。しかし、1960年代になると、団地の建物の特異性による原因がノイローゼを誘発するという説は影響力を失い、団地内外の人間関係に起因する精神的ストレスがノイローゼの原因であるという解釈が主流になっていく。これに並行するようにして、次の二点がノイローゼの要因として指摘されるようになる。

1) 団地に居住する住民の生活様式：団地の生活により主婦が担う家事が減少し、余剰時間が増加した。

2) 団地住民の同質性

この二点により、団地住民の間で心理的葛藤が生じやすいことが明らかになり、団地で発症するノイローゼの原因は、心因論を基盤とした精神分析論へと方向が定まっていく。1967年に朝日新聞に掲載された「団地カルテ」には、団地に生活する人々が生み出す心理的不満や

葛藤について、二つの原因を記していた²⁷⁵。①団地の建造物に強調される機能性と合理性を重んじた構造、②団地のイメージ：明るい雰囲気、中流階級の居住区における理想と現実の乖離である。この二つが合わさった時に、不満と葛藤が生じると説明されており、団地は居住者の精神的葛藤を生み出す危険な空間であると認識されるようになっていく。

「育児ノイローゼ」も1960年代以降にマスメディアを通して広がった概念である。1960年代後半には既述したように、母子心中や母親による子殺し等の事件が複数回発生している。朝日新聞によれば、戦後、ノイローゼが原因で発生した事件は、93件中45件が母親による子殺しや母子心中であったことが明らかにされている²⁷⁶。このように「育児ノイローゼ」、この言葉や概念がマスメディアを通して社会に広がった要因は、医学的、社会的病理学によるものであると考えることができる。1966年に「スポック博士の育児書」が発行され、育児に関する情報が増加したことにより、これらの情報に振り回され、翻弄されて子供の体調に不安を感じる。その不安が蓄積しノイローゼを発症し、我が子を殺すという忌まわしい事件が起きたのである。これ以外にも社会の構造変化に伴う核家族化と都市化による母親の孤立化が挙げられている。1965年の新聞記事には、都市部に核家族が増加し、子育てに経験のない母親にとっては育児は精神的に大きな負担となり、ノイローゼを発症する母親が多く存在するようになると記されていた²⁷⁷。一方では、都市部と田舎における家族構成とノイローゼの発症との関係を記した記事も掲載されていた²⁷⁸。それは都市部に住む主婦の方が田舎に居住する主婦よりも、ノイローゼを発症する傾向が強いと記されている。理由としては、都市部に住む家族はほとんどがサラリーマンの家庭であり、主婦は時間に余裕があり、子育てに集中できるようになったからであると示されている。この現象から「育児ノイローゼ」は「贅沢病」と言われるようになった。この「育児ノイローゼ」に関する報道は社会問題となり、1970年代においては、「育児ノイローゼ」は伝統的な家族構成の下で行われる育児や、代々継承されてきた子育ての方法を習得する機会に恵まれないことによって起きるものであると結論付けられている。つまり、「育児ノイローゼ」の元凶は、家族構成の変化に伴う家族関係の変化、伝統的な子育ての習得の困難によるものと認識されたのである。

最後に、ノイローゼの全体像を纏めることにする。ノイローゼは幼少期の不適切な生育環境での経験と、現在の生活環境に適応できないことから発症する心身の不調であることが認識できた。ノイローゼは、精神的煩悶、劣等感、赤面、強迫症状、身体の痛み等の多岐にわたる症状を伴い発症する病である。しかし、これらの症状は精神疾患ではなく、気の病という概念の上に立つ病気であり、精神疾患の一種ではあるが、精神病ではないという特徴を持つ病である。その病の源泉は、患者の精神的葛藤に遡るものであり、医師の診断は必要ではあるが、その診断によって病気が癒されるものではなく、病気に対する患者の捉え方、向き合う姿勢が自らを治療し、病を克服していく不思議で矛盾に満ちた病気である。これはハンガリー系アメリカ人の精神医学者、Thomas Szasz が提唱する「精神疾患は神話であり、存在

しない」、この言説と重なる部分がある。この特異な精神疾患、「ノイローゼ」、この病名は、1990 年代に DSM が日本に導入されるまで続き、日本での精神疾患の代名詞として用いられたのである。

3-5-8. ノイローゼの言説の衰退と DSM-III の登場とその影響について

既述したように、ノイローゼの言説が衰退した理由は、1980 年代にアメリカ精神医学会の診断基準(DSM-III)が発行され、日本の医学会がその基準に影響を受けたことに始まると言われている。実際は、その衰退は既に 1970 年代以降に始まっていたが、1970 年代後半から 1980 年代にかけて、精神疾患の言説は次の二点の下に変遷を遂げていくのである。

1) それまでは精神疾患を纏めて「ノイローゼ」、つまり一つの病名で呼んでいたが、それが診断に合わせた個別の病名で呼ばれるようになり、細分化されていく

2) 心と身体は表裏一体という概念の下に、新しい精神疾患の言説が構築される

1) については 1970 年代後半以降、ノイローゼの言説が及ぼす影響は徐々に勢力が弱まっていくその弱体化の中での、顕著な変化として見る事ができる。その結果、ノイローゼは精神疾患の代名詞として用いられることはなくなった。そして、1980 年代以降は、心臓神経症、退却神経症等、ノイローゼの訳語である「神経症」の言葉は引き続き用いられたが、DSM-III に記された診断名は、心身症、自律神経失調症、拒食症、アルコール依存症等の細分化された病名が用いられるようになった。このような変化を生み出した背景には、DSM-III の開発と普及が大きく関係している。この様にしてノイローゼは、診断基準 DSM-III に記されている病名に置き換えられ、病名が細分化されていく。例えば、「気分障害」、「不安障害」、「身体表現性障害」等の病名へと代わっていくのである。日本の精神医学会は、診断基準 DSM-III を紹介する記事を専門誌に掲載し、その結果、その診断基準に記された病名が受け入れられていくようになる。しかし、その診断基準に示された病名と日本の社会に既に浸透していた精神疾患の内容は、必ずしも一致したものではなかった。1970 年代以降、社会に浸透した精神疾患の言説、その中でも特に注視すべき内容は、ノイローゼは心身相関の論理、即ち精神的な問題によって誘発する身体的症状であった。これは日本の戦後におけるノイローゼの言説の要であり、精神分析に基づく病気の概念が、1970 年代以降も影響していたからである。このような状況の中で、社会に浸透していった精神疾患の病名は、DSM-III に記されている病名ではなく、「心身症」や「自律神経失調症」等の病名であった。それは精神疾患が心身相関の概念を基盤とした、精神的な問題から発症する身体の不具合によるものと認識されていたからである。1980 年以降に社会に浸透した精神疾患の言説には次の三つの特徴があった。

1) ノイローゼ(精神疾患)と一つの病名で示されていた症状一つ一つに、個々の診断名がつけられるようになった

2) 心身相関の概念を基盤とした医学的言説の認識の確立

3) ノイローゼの治療に精神科医だけではなく、他分野の医師や内科医、特に身体疾患を専門とする医師による専門的な診断がなされるようになった

3)については、①身体疾患の診断だけではなく、精神的疾患(心因性の問題)の診断に従事する精神科医以外の医師が存在し、②従来の認識に基づく精神疾患から、身体的症状に重きを移していたことが分かるのである。つまり、1970年代以降の精神疾患における概念は、この二つの立場に基づき形成されていったのである。①の精神科以外の医師としては、内科医の阿部達夫を例として挙げることができるが、彼は1960年に自律神経失調症という病名を作り出した医者として知られている。この病の症状は、気質的(身体)や器官に原因を見つけないことができないが、頭重、眩暈、動悸、胃の不調、不眠等、身体に様々な症状を引き起こす病気として認識されている。この病名は正式な診断名として認めない医師もいるが、1970年代からマスメディアによって多岐にわたる身体的不調を示す病気として知られ、社会に浸透していくことになる。②の身体的症状に重きを置く代表的な言説としては、仮面鬱病を挙げることができる。仮面鬱病の症状としては、頭痛や喘息が主な症状として現れ、病気の真の原因である鬱病が見逃されてしまう病気である。この二つの事例から、1970年代以降、ノイローゼに代わって社会に浸透した病気の概念は、身体に現れる症状と精神疾患には深い結びつきがあり、身体に現れた症状は精神疾患の兆候であり、身体的症状から精神疾患の原因を探し出すことの重要性を形成していったのである。

ノイローゼという病名が使われなくなった1970年代後半には、様々な診断名が現れて来るが、鬱病に関する概念はいつ頃から現れたのだろうか。鬱病の概念がマスメディアを通して社会に知られるようになったのは、1984年から2000年にかけてである。1984年の精神障害が労災として認定され、1991年から2000年に、世間を賑わした過労による自殺が裁判にかけられ、また、1998年には日本の年間自殺者数が3万人を超えたこと等が重なり、鬱病を取り巻く社会的関心が高まったと考えられる²⁷⁹。これが日本の社会が鬱病の概念を認識した始まりであった。しかし、日本の精神科医、臨床医の間では鬱病の概念は既に知られていた。マスメディアを通して社会に知れ渡る前の鬱病の概念に変化が生じたのも、1990年代であった。その発端は、1980年代に編纂され、日本に導入された診断基準DSM-IIIが、1994年には改訂されてDSM-IVとして再び日本に導入され、そこに記されていた大鬱病、大鬱性障害(Major Depressive Disorder(MDD))の病名が、従来の鬱病に取って代わるような事態が起きたのである。これによって、1990年代以降日本で認識されてきた鬱病は、DSM-IVに記された新しい鬱病、「新型鬱」や「現代型鬱病」、「未熟型鬱病」、「職場結合性鬱病」等にその病名が置き換えられていく。

ここで従来の鬱病の概念について記す。従来日本で認識されてきた鬱病は、1932年下田光造によって提唱された鬱病の概念に遡る。下田が提唱した鬱病の概念は、戦前日本の社会に拡散した神経衰弱との異点が強調されていたのである。その違いは、鬱病は、不眠と抗鬱状

態が続き、休息が与えられても容易に治癒しない病であった。理由は、鬱病患者は休息を取り、疲労から自らを開放することよりも疲労に抗してひたすら活動し続ける傾向にあり、心身共に過労の頂点に達した時に鬱病を発症すると言われている。鬱病患者に見られるこの現象、過労の頂点に上り詰める要因については、鬱病患者に見られる特質(特徴)が示されている。その特徴の一つとして、鬱病患者は感情を冷ますことが不得手であり、感情を高めるような執着心や、気質を所有する傾向がある。一方では、全てに几帳面で正直、且つ責任感に満ちた人であることも挙げられていた。下田光造が提唱した鬱病の概念は、戦前の精神医学会では受け入れられなかった。しかし、戦後に状況は一変し、下田光造の概念は認められるようになる。それは、1950年代後半、日本においてイミプラミン(imipramine)等の三環系抗鬱薬が鬱病の治療薬として使用され、鬱病が単独の疾病として認識されたからである。それ以外にも、戦後、ドイツの精神医学者テレンバッハ(Tellenbach)が、1961年に鬱病と鬱病に罹る前の性格の関係性を、メランコリー型性格として提議するが、それが日本に入ってきたことも下田光造の概念が認識された起因として考えることができる。メランコリー型の性格は、①几帳面、②対人関係が良好、特に自己犠牲心が強い、③社会的常識や秩序を重んじる等が挙げられる。このような性格は「メランコリー親和型性格」として認識されている。平沢一らは、テレンバッハと下田の鬱病の概念が類似していることに驚きを隠せなかった。そして彼らにより下田光造の概念は再認識され、そこから日本に新しい鬱病の概念が誕生することになる。これを契機として日本の従来型鬱病は、メランコリー型鬱病(内因性鬱病)として病名が定着することになる。メランコリー型鬱病(内因性鬱病)の概念を更に定着させたのが、1978年に名古屋大学精神科教授、笠原嘉(1928年～)が提唱した「鬱病の急性期治療七原則」²⁸⁰を基に考案された小精神療法である。小精神療法は以下の7ヶ条を下に治療が行われる。

- 1) 鬱病は単なる怠惰ではなく、病気であることを本人並びに家族に説明する
- 2) 急性期にはできる限り、休息を取るよう指示する
- 3) 薬物が治療上必要である理由を説明し、自己判断で服薬を中断しないように伝える
- 4) 治療により症状は徐々に軽減していくが、完治するまでにはかなりの時間を要することを説明する
- 5) 治療により症状は一進一退を繰り返しながら改善していくため、治療途中に悪化しても悲観しないように伝える
- 6) 治療中は自殺等の自己破壊的な行為をしないことを約束させる
- 7) 治療中は退職や離職等の人生の重大な問題の決定はしないように伝える

この7ヶ条を患者や同伴者に理解してもらえるように、何回も繰り返し伝えることも治療の一環である。この治療法の他に、1982年、アジア精神医学初代会長、新福尚隆(1942年～)は、ドイツの精神医学者が提案してきた、「患者を励ましてはいけない」を導入した。1983

年には精神科医、大熊輝雄(1926年～2010年)は鬱病患者の家族や職場の仲間に対して、患者を激励することは患者の自責心や絶望感が強まり、症状を悪化させるために禁止すべき行為だと発表している。このような動きを経て、日本の従来型鬱病の概念は確立していく。その概念は以下の通りである²⁸¹。

- 1) 鬱病は真面目であり几帳面でもあり、更に礼儀正しい等のメランコリー型性格を有する者が罹りやすい傾向にある。
- 2) 心身の休息が治療に効果的で、治療薬としてはイミプラミン(imipramine)等の三環系抗鬱薬等が使われる。また患者を激励することは禁句であり、小精神療法も併用される。
- 3) 症状は、喜びの喪失、アンヘドニア、悲哀不能等である。
- 4) 誘発の要因が明確ではない。ストレスの原因となる出来事との関連性が不明瞭で、物事に対する反応が鈍く、喜怒哀楽の喪失等が挙げられる。

これ以降は、日本がアメリカの精神障害の診断・統計マニュアル(DSM-IV)を導入した1994年以降の鬱病について語る。DSM-IVが日本に導入されると、従来型に含まれない鬱病が認識されるようになったことは既述した。それは、現代型鬱病、未熟型鬱病、現場結合性鬱病等であり、これらを一纏めにして、非定型鬱病と称する。症状はメランコリー型鬱病とは対照的であり、不安定で、自責心がなく、好ましい出来事には気分を良くし、拒絶されることには敏感に反応する。この非定型鬱病は、DSM-IVに掲載されている「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD:Major Depressive Disorder)」として、一纏めにして認識されるようになっていく。その契機は鬱病の概念に変化が見られるようになった1999年に遡る。それは、フルボキサミン(flvoxamine)、選択制セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor(SSRI))の一つである抗鬱薬がアメリカから日本に上陸したことに端を発する。このフルボキサミン(flvoxamine)は、「大鬱病」や「大鬱病性障害(MDD)」、或いは非定型鬱病等、ストレスを誘発する出来事に続いて起こる障害を伴う軽症の悲しみや抑鬱にしか効果はなく、従来の日本の鬱病、「メランコリー型鬱病」には効果がないと検証報告が出ている。これに起因して、従来の鬱病の概念に「大鬱性障害(MDD)」が加わり、このMDDはストレスによって誘発する事も追加された。その治療薬としては、フルボキサミン(flvoxamine)等の選択制セロトニン再取り込み阻害薬が使用されるようになり、フルボキサミンの注目度も高まり販売が促進することになる。更には、日本社会に鬱病という病名が日常的に定着化し、併せて日本の鬱病患者は増加する。併せて抗鬱薬の売上げも激増した。佐藤雅浩(2013)は、1999年から2008年の間、鬱病、または躁鬱病の患者数を以下の通り明確に示していた。その数は、1999年には44.1万人、2002年には71.1万人、2005年には92.4万人、2008年には104.1万人であり、9年間で2.4倍にも増加している²⁸²。2000年以降、「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」の概念の妥当性が問われるが、時を一致して、日本独自の従来型鬱病はアメリカの診断マニュアルDSM-IVに示された病名、「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」に置き換え

られていく。そしてこの「大鬱病」「大鬱病性障害(MDD)」の概念は徐々に更新され、従来はストレスによって生じる認知機能や睡眠、食欲等の障害を伴い発症する抑鬱、悲しみ、喜びの喪失が概念として認識されていたが、2000年以降は日常生活の中で普通に受けるストレスによって生じる、それらの障害を伴わない抑鬱や悲しみもストレス性の鬱病として診断基準に含まれるようになった。しかし、この症状は健常者にも表れるため、罹患者と健常者の見分けが難しく、結果的には誤診が増え、急激な抗鬱薬の乱用の増加が見られた。2014年に、DSM-Vが日本の医学会に導入されると、「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」を一括りにして病名を「鬱病」と変更した。この動向は日本うつ病学会でも起きている。2012年には、治療ガイドラインに記載されていた診断名「大鬱病性障害」が、2016年には「鬱病」に変更された。更にそのガイドラインの序文には、本ガイドラインに記載されている鬱病の診断名MDD(大鬱病性障害)は、DSM-Vに記載されている診断名「鬱病/大鬱病」の訳語と同義語であると掲載し、学術的にも認めるものとした。これにより、日本の従来型鬱病、つまりメランコリー型鬱病を土台とする鬱病は機能を失い、併せて影響力も消失していく。その最も大きな理由は、日本の従来型鬱病の症状と治療法が、MDD(大鬱病性障害)とは異なっていたためである。こうして日本の従来型鬱病とその概念は、「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」、つまり日本で正式に認定された「鬱病」の中に取り込まれてしまうのである。こうして日本の鬱病は、第一にメランコリー型鬱病、第二に「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」を代表とする非定型鬱病が挙げられるようになる。DSM-Vが日本に導入され、それ以降日本の従来型鬱病が、その概念と機能を消失し、「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」に取り込まれ、そのカテゴリーの中の一つとして位置づけられていく精神医学会の現象について、北中淳子(2014)は鋭く提起している。彼女の見解は、「ローカルな、混沌とした現実を探求することよりも、欧米の疫学データーを黄金律と見なし、多様な現実を普遍的な方程式に無理にでも合わせ、科学的秩序を守ろうとする傾向が、専門家の間でも根強いように思う」²⁸³であった。彼女の見解は、DSM導入後の日本の鬱病の概念の将来、もしくは方向性を象徴しているように受け取ることができる。日本の精神医学会のこのような現象の背景について、北中淳子(2014)は、このような動向は植民地主義を連想させる。即ち、欧米の科学が最優秀なものを見なし、それ以外の国々、或いは地域由来の知識や認識は劣っているという先入観や、精神医学の科学的知識を生産する欧米と、その知識を受領する日本との間に対等でない関係が生じているからであると指摘している。更に、このような関係性より、欧米が提供する有病率のデーターに疑問を持ち検証することも、吟味するもなく、日本国民を鬱病から守り、開放する文化的資源について言及することも、極めて少ないということ、そして、これが日本の精神医学会の現状であると、北中淳子(2014)は併せて苦言を呈している。北中淳子(2014)の指摘を基に、日本における鬱病を含む精神疾患の認識とその対処法について吟味するために、本論文、先行研究の章で記載した4つの文化変略に当てはめてみると、「同化」に該当すること

が明確になる。その理由は、日本の従来型鬱病の概念が DSM の到来により、その概念と機能はアメリカ型「大鬱病」、「大鬱病性障害(MDD)」に吸収され、アメリカ型の概念であり機能に置換えられたからである。そこには、「同化」、つまり自国のアイデンティティを捨て去り、移民を受容してくれる国に自我を摺り寄せようとする文化的構造が見て取れるのである。これに対して欧米側は「分離」と見ることができる。これは DSM を提供した自国のアイデンティティを重視し、移民先ではその国の文化に一切関りを持たない、このような考え方が欧米の精神医学会に見られるのである。欧米諸国は自国のアイデンティティを重視するように、自国が提唱する知識や科学は絶賛するが、自国以外の国々の見解や対策については只々否定する、そのような構図が欧米の精神医学会においては見られる。また、欧米側は、単に分離で終わるのではなく、欧米自身が考え出した基準や知識をその他の国々に押し付けて同化し、精神疾患の認識、特に鬱病の診断基準を DSM 等を基に一元化を図ろうとする。DSM は、元来アメリカのワシントン州で構築されたローカル色の強い診断基準であったが、そのローカル的な診断基準をグローバル的基準として、日本に押し付けようとしているところに、分離的な思いを感じるのである。日本と欧米、二つの対照的な立場から精神医学において、一つ共通したものが不足しているように思索する。それは四つの文化変容に記した「統合」である。「統合」とは、移民先において、自国の民族的アイデンティティを強く持ちながら、移民先と母国の民族的文化的アイデンティティを絆(ほど)し、移民先と母国との関係を尊び重んじることである。つまり、他の国々が推奨する精神医学に関する様々な認識や診断基準を評価し、受容するに値するものは取り入れ、従来の見解や概念を新しく効果のあるものに変化させていく、「温故知新」的手法が必要ではないかと考察する。

3-5-4. 生物医学的、且つ心理学的側面から見た鬱病の仕組み

ここまでは、鬱病の構造を検証するために、西洋と調査対象国である日本における鬱病を含む精神疾患についての見解と認識について調査を進めてきた。鬱病を含む精神疾患に関する日本の認識は、欧米社会が構築した DSM や ICD 等の基準を基に、診断の一元化を図ろうとする動きが見られるのである。この一元化は、日本だけではなく、アジア諸国においても西洋医学を軸足とする傾向にある。このような現状を前提にして、これ以降は鬱病の構造を生物医学的、且つ心理学的側面から検証することにする。初めに生物学的側面から検証するが、生物学、医学的観点から見る鬱病は、次の四つの仮説①モノアミン仮説、②コルチゾール仮説、③神経可塑性仮説(BDNF 仮説)、④神経炎症仮説(ミクログリア仮説)を基に説明されている。以下に、これら四つの観点から見る鬱病を概説する。

3-5-4-1. モノアミン仮説

モノアミン仮説は、四つの仮説の中では最古の仮説であり、1960年代に提唱されたことが明らかになっている。鬱病を発症すると、脳内伝達物質であるセロトニンや生体アミノ酸の総称であるカテコラミン(脳内に存在)、生体内ではドーパミンやノルアドレナリンと呼ばれるが、それらが減少する傾向にあり、特にノルアドレナリンの減少が顕著である。このノルアドレナリンを補うために抗鬱薬を治療薬として処方する。この抗鬱薬はノルアドレナリンの不足を補うだけではなく、脳内の神経シナプスの間に存在するセロトニンやカテコラミンを正常の量に戻して鬱病を完治させるという治療法である。つまり、鬱病は、脳内に存在するセロトニン、カテコラニン、特に、ノルアドレナリンの量が正常値を保持することができなくなった時に発症する。しかし、この仮説は、その後の検証で、立証されなくなっている。

3-5-4-2. コルチゾール仮説

前項、モノアミン仮説に代わる説として、1990年代にコルチゾール仮説が立てられている。人はストレスによって、副腎からコルチゾールというホルモンが通常よりは多く分泌される。この分泌によって脳の主に記憶を司る海馬の体積が減少し、神経細胞の再生が阻止される。これが繰り返し、或いは度重なる毎に HPA 系、即ち視床下部、下垂体、副腎系の活性化が促され、海馬の体積が減少していくという悪循環を生み出す。この過程が鬱病と関連すると認識されている。これがコルチゾール仮説である。

3-5-4-3. BDNF 仮説

BDNF 仮説は、前項コルチゾールの仮説の次に立てられた仮説であり、2000 年以降に提唱された仮説である。BDNF とは脳内に広く分布し、神経の再生やシナプスの形成の促進、新しい神経のネットワークの形成、既存の神経間の繋がり等を強化し、促進する働きを有している。鬱病患者の脳では、特に海馬においては BDNF の発現の低下が顕著であることも明らかになっている。この海馬において BDNF が低下する原因は、主にストレスによるものであるされている。BDNF の低下によって生じる神経可塑性の異常が、鬱病を発症する要因であることを示したのが BDNF 仮説である。

3-5-4-4. 神経炎症仮説(ミクログリア仮説)

この仮説は最新の仮説として認識されており、この仮説は鬱病だけではなく、統合失調症を含む他の精神疾患にも関係するものとしても認識されている。人は、ストレスによって、ミクログリア細胞とグリア細胞の一種で、脳内環境の調整を司っている細胞から、 $1L-1\beta$ 、

IL-6、TNF- α の炎症サイトカインが分泌する。この分泌が脳内の炎症を誘発し、鬱病を発症する、これが神経炎症仮説である。

鬱病に関係する四つの仮説を見てきたが、モノアミン仮説を除く三つの仮説は、鬱病の発症の要因はすべてストレスであった。ストレスを鬱病の元凶とする背景には、DSMによって作り出された MDD 鬱病の概念がある。MDD 鬱病の概念は、既述したように、1990 年代の障害を伴わない健常なストレス反応から生じる抑鬱や悲しみ、障害を伴うストレス反応から生じる抑鬱、悲しみ、喜びの喪失、気分の非反応性、悲哀不能等を併せて鬱病と認識している。日常生活の中で齎されるあらゆるストレスによって、鬱病(MDD)は発症するという概念を支えているのが、フルボキサミン(flvoxamine)等のセロトニン再取り込み阻害薬(抗鬱薬)の開発と宣伝であった。これ以降は、鬱病(MDD)が強調する鬱病とストレスの関係について、ストレスが人の身体に及ぼす影響と、そのストレスがどのような過程を経て鬱病を誘発するのかについて示す。まず、精神的、或いは身体的にストレスが発生すると、脳は二種類の反応を起こす。一つは交感神経の緊張である。交感神経がストレスによって緊張すると、脳から自律神経経路でアドレナリンが分泌され、以下の身体的変化が起きる。それは心臓の動悸であり、息が荒くなり、目が膨張する。このような交感神経の緊張は、身の危険を感じた時に起こると言われている。二つ目は、長期的に生じるホルモンの変化によって起こる、視床下部一下垂体-副腎皮質における反応である。これは、人が強いストレスを受けると、脳内のプロセスが視床下部に働きかけ、副腎皮質刺激ホルモン放出因子(CRF)を分泌させる。この CRF の刺激によって、間脳の真下に位置する小さな神経内分泌器官である下垂体から、副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)が 20 秒²⁸⁴以内に放出される。更に、副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)が腹部の腎臓の近くに位置する副腎に働きかけ、アドレナリンとコルチゾールを放出させる。この一連の反応が短期間で収束すると、身体の適応反応によって身体に異常を生じることはない。しかし、この反応が長期間継続すると、神経細胞の再生の障害、つまり海馬における神経細胞の死を招くような事態もあることが明らかになっている。このように、コルチゾールが長期間にわたって分泌されると、その分泌により副作用を生じさせるため、コルチゾールの分泌を止める作用が必要になって来るが、それがグルココルチコイド受容体(GR)である。この GR は、身体のどこにでも存在すると言われ、コルチゾールの放出を操作する視床下部、下垂体、また CRF(視床下部からの副腎皮質刺激ホルモン放出因子)の放出を操作している海馬にも存在している。コルチゾールは脳の各部位に分布している GR を作動させ、コルチゾールの分泌を止める働きをする。これらの一連の作用と働きにより、ストレスに対する視床下部、下垂体、副腎皮質(HPA 系)の反応は無事終結することになる。ここで示した反応の結果が、反応を止める仕組みとして「負のフィードバック機構」と呼ばれる。しかし、グルココルチコイドが長期的に高濃度で維持され、上記の様な反応が継続すると、記憶形成を司る海馬や錐体細胞、顆粒細胞数の減少や、シナプスを形成するスパインの減少も生じるようになる。ま

た、海馬における BDNF の減少も、同時に起きることも明確になっている。この現象が重なり、HPA 系の「負のフィードバック機構」に歯止めがきかなくなり、コルチゾールの分泌を止めることができなくなり、鬱病を発症すると言われている。しかし、最近では、鬱病を誘発する過程に、新たな過程が追加された。それは炎症性サイトカインである。炎症性サイトカインとは、炎症反応を促進する働きを持つサイトカインであり、そのサイトカインは脂肪から分泌されるタンパク質として知られている。主に標的細胞にシグナルを伝達し、細胞の増殖、分化、細胞死、機能発現等、様々な細胞応答を生じさせる蛋白質である。サイトカインには、炎症性サイトカインと、炎症性サイトカインを抑制する抗炎症性サイトカインが存在する。ストレスを受けることにより、ミクログリア細胞、即ちグリア細胞の異種で、脳内環境の維持調整に関与している細胞によって、 $IL-1\beta$ 、 $IL-6$ 、 $TNF-\alpha$ 等の炎症性サイトカインが分泌され、脳内に炎症を発症させると言われている。同時に視床下部や大脳基底核、延髄の縫線核に高濃度に分布している神経伝達物質であるドーパミン(喜び)や、ノルアドレナリン等の情報が操作され、精神を安定させる働きを持つセロトニンの伝達に不調を引き起こすことが明らかになっている。これにより、セロトニンの分泌量は減少し、その結果鬱病を発症することが明らかになっている。これ以外にも、炎症性サイトカインは、視床下部、下垂体、副腎皮質(HPA 系)の反応をより活性化し、長期的なコルチゾールの分泌の増加を促す働きをする。そして血中グルココルチコイドが高い値で長期に維持されるようになると、記憶形成に必要とされる海馬錐体細胞や顆粒細胞数は減少し、BDNF の減少や神経新生が抑制されるようになる。これが原因となって生じるのが、視床下部、下垂体、副腎皮質(HPA 系)への「負のフィードバック機構」の働きの崩壊である。その結果、ストレスによる視床下部、下垂体、副腎皮質(HPA 系)の反応がより過活動の状態になり、反応を終結することができなくなって、鬱病の発症に至るのである。

これまでは、生物学的側面から鬱病の仕組みについて解明してきたが、以下鬱病の仕組みを心理学的側面から解明していくことにする。鬱病の仕組みを心理学的側面から解明していく時に、フロイト、並びにフロイトの弟子が提唱した理論、(これは精神分析の理論の下で鬱病の仕組みが語られている)の下で鬱病の仕組みを解析していくことにする。フロイト、アブラハム、クラインは、古典的精神分析理論の提唱に携わった学者として知られているが、鬱病患者についても特徴的な見解を示している。フロイト、アブラハム、クライン、この三人は、鬱病の発症の原因を、近親者との死別や喪失に関連付け、鬱病患者は近親者の死別を経験した時と同じように、死別した近親者や喪失したものに対して敵意を隠そうとする傾向にあると述べている。そこで彼らは、この現象を喪失したものや人に対する心理的側面性とし、これは一つの物事(現状)に対して真逆の二つの思考や感情、態度が混在することを表しているとしている。フロイトは、この現象について、鬱病患者は、自己を非難しているのではなく、先立たれた溺愛していた人や、喪失したものに対して非難をしているのだと、論

を展開している。全ての愛には心理学的内面性を有し、鬱病患者が対象に抱く敵意を患者自身も抱いていると、興味深い見解を示している。

次は、フロイトの弟子が提唱した鬱病の仕組みについてその理論について詳述する。フロイトの弟子には、カール・アブラハム(1877年～1925年)、サンドール・ラドー、ビブリングの名を挙げることができる。そして、彼らのほとんどが、フロイトが提唱した精神分析を軸に鬱病の仕組みについて論を展開している。まず初めにアブラハムだが、彼によると、乳幼児に対する母親の愛が十分でなかった場合、母親とその子の間に健全な親子の関係を構築できずに絶望感を抱き始め、それが発展して鬱病を誘発する原因となると見解を示している。次に、サンドール・ラドーは、鬱病患者は自ら抱く自己愛を満足させたい思いが、健常者よりは強い傾向にあると彼自身の見解を示している。最後にビブリングであるが、彼はフロイトとはほぼ同じ認識の下、鬱病の原因について見解を示している。フロイトが提唱した精神力動に含まれる三つの要素(エス、超自我、自我)の中で、鬱病と非常に密接な関係にある要素を、フロイト、ビブリングは共に ego(自我)であると指摘し、その重要性について論じている。精神力動に含まれる三要素については、既述(西洋の鬱病を含む精神疾患の認識見解)しているのでここでは改めて記すことはしないが、そこでは良好な ego(自我)によって、エスと超自我のバランスが維持されている構図として理解することができる。即ち、ego(自我)が良好な状態で機能していないと、エスと超自我のどちらかが強く機能し、三つの要素(エス、超自我、自我)のバランスを維持することができずに鬱病を誘発するという仕組みである。例えば、ビブリングは詳細に、鬱病の原因は ego(自我)の内部で生じる葛藤の結果だと指摘している。具体的には、人が掲げる目標に対して培っていく能力に一貫性が見られない場合、そこから孤立感と無力感が生じ鬱病を誘発すると、彼は提言している。ここで言う目標とは、価値ある者になりたい、他人(ひと)に愛されたい、認められたいという欲望を生じさせる感情であると示している。しかし、フロイトと彼の弟子が支持する精神分析に含まれるエゴについての論説は抽象的で構造的に明確ではないと、フロイトとその弟子が指示する概念については批判する者もいるが、鬱病を心理学的に論説していく上では、彼らの学説は 20 世紀において強大な影響力を有していたのである。

ここからは、鬱病患者に見られる思考や、物事の捉え方を詳述する。鬱病患者に見られる思考や、物事の捉え方については、既述したセリグマンの提唱した学習性無力感(2 節、メンタルヘルスの定義の確立、持続的幸福度(well-being)、Resilience(心理的回復)、Mindfulness(マインドフルネス))に関連する思考を参考にすることができる。人は、自分の行動が無意味で、喪失したものを取り戻そうとして起こす行動が意味のないものであると確信した時に、鬱病は発症するとセリグマンは提唱していた。特に、近親者の死別、財産の喪失、不治の病に罹った時に、その症状は顕著になると明らかにしている。鬱病患者のこのような思考、或いはそれ以外のありがちな思考として、自分に起こった人生に影響を与える

出来事について説明を必要とし、患者自身が自らと周りの人たちの人生に影響を与える出来事に説明を求めるという「帰属理論」という概念が存在するとしている。この概念には、外部要因と内部要因が含まれている。外部要因は、人が自分自身の行動の理由を説明する際に、外部の出来事を理由に挙げることに對して、内部要因は、それを内部の要因、例えば、性格等を理由に挙げることである。鬱病の患者に見られる物事の捉え方や、彼らが遭遇する重大な出来事に対する説明は、外部要因による学習性無力感に関すると言われている。

物事に対する原因の説明が固定的か、それとも非固定的かによって、物事の捉え方は変わると言われている。これは、自分の置かれている状況が変更可能か否かによって、物事は変わるのである。例えば、恋愛が成就するか否か、成功しない人が自分に対して抱く思いは、次の二通りあると言われている。一つは、自分には魅力がない、他の一つは、自分は時には魅力はあるが退屈な人間であると思うことである。前者は、内部の要因であり、固定的な説明や物の捉え方に当てはまる。後者は内部の要因ではあるが、非固定的な捉え方になる。鬱病患者の捉え方、前者であり、内部の要因で固定的なものの捉え方をしてしまう傾向にあると言われている。これ以外にも、事態を説明する手法に鬱病との関連性を見い出している。その手法は、事態を包括的に説明する手段と、具体的に説明する手段である。例えば²⁸⁵、ここに二人の学生がいる。二人とも試験に失敗したが、一人は自分は全体的に頭が悪いと嘆くが、他の一人はその試験問題の様式が自分に合わなかったと分析する。前者は包括的であり、後者は具体的である。これまでは帰属理論の下で出来事と鬱病との関連性を示してきたが、ここで鬱病患者が抱く思考の特徴について総括すると、包括的であり、固定的、内部要因的な傾向があることが明確であることが明らかになった。鬱病患者に見られがちな思考は、自分は駄目な人間であるという、自分を否定し、何をしても成功しないという悲観的な思いに捉われてしまう傾向にある。つまりこのような思考を内部的要因、包括的及び固定的様式で表そうとしているのである。つまり、鬱病患者は、置かれている現状に対して、歪んだ捉え方をしてしまう傾向が強いということである。

思考と鬱病の関連性の他に、仕組みとしても記されていることは、感情の状態に関する認知理論である。アーロン・ベック(1921年～2021年)が提唱する認知理論は、鬱病患者を診ていく上で重要且つ影響力のある心理的理論として認識されている。この認知理論とは、認知の過程によって生じる感情と、感情に対して生じる意識的思考の影響を含む。この認知理論が扱う感情とは、悲しみや、悲しみに目を向ける理論である。この認知理論の基部は、人が他者に対して抱く信念であり、この信念は幼少期に親子の触れ合い、愛着の度合いや質によって形成されるもので、その後も本人が経験するライフイベント(生涯の出来事)、例えば、近親者との死別、精神的外傷等によって更に形成されていく。ここで言う信念とは自分に対する信念であり、「可愛い」、「無能である」等、ポジティブ、ネガティブのイメージの有無によって形成されていく。この抱く信念が繋がっていくものは、本人の現実の世界に対し

での認知(考え方)や捉え方である。鬱病患者はこの認知や捉え方に柔軟性がなく、併せて置かれている現状に合致していないため、仮定の仕方にも欠陥を生じている。鬱病患者の捉え方を明確にするために、ベックは「認知の三角形」²⁸⁶を挙げている。この三角形は三つの要素で構成されており、①鬱病患者が抱く否定的な信念、つまり自分は無価値であり無力であるという思い込み、②自分の行動はすべて無駄である、そこには常に克服不可能な障害物があるという思い込み、③鬱病の症状は長期的に続くという思い込み、将来は絶望だという思い込みである。この三つの否定的思考は無意識で主観的で根拠のないものにも関わらず、鬱病患者が抱く傾向にある信念であると言われている。ベックが提唱した三つの要素によって構成された認知の三角形は、鬱病の特徴を知る上で最適である。鬱病の特徴は大きく二つに分けることができる。一つは喜びを体験する能力の減少と、歪んだ認識を持っていることである。他の一つは後者の歪んだ認識が、認知の三角形に最も関連しているということである。ここで歪んだ認知について分析することにする。認知の歪みには五つの傾向が挙げられている。一つは裏付けとなる根拠が皆無であるにも関わらず、否定的な結論や固定的な見解を出す傾向にある。二つ目は、物事に対して否定的な側面だけを注視し、肯定的な側面を完全に無視する。三つ目は、一つの出来事やきっかけを基にして固定的な結論を下したり、決めつける傾向にある。四つ目は、自分には関係ない出来事に対しても、自分を関連付けてしまうこと。五つ目は、一つの出来事やきっかけを基に、全体を決めてしまう、結論付けてしまう傾向にある。この歪んだ認識は、人や物、自己評価、或いは価値あるものの喪失が原因で起きる強度の悲しみが原因であると言われている。第2節で記述した、「意味」の重要性和類似しており、出来事に対して感じる反応は、その出来事那人にもたらす意味に起因しているため、出来事や状況に対して誤った認識で捉えてしまうと、理解の誤りの連鎖作用により、根拠のない不適切で過度に不安を煽るという感情が生じる。これはベックが提唱した「負のフィードバックモデル」である。負の思考や歪んだ認識によって、出来事を通して得られた損失を過剰に評価し、解釈し、それが睡眠障害を引き起こし、不安が以前よりも増してしまうということである。それは損失と睡眠障害である。これにより鬱病が悪化し、不安が増し、増加した不安が更に否定的な認識の解釈となり、不安と否定的な解釈が負の循環ループとなり、そこから抜け出すことのできない状況を自ら作り出していくということである。

鬱病を心理学的側面から検証する際に、認知の歪みの次に挙げられるのが記憶である。日常生活に関わっているこの記憶が、鬱病と関連していることが明らかになっている。鬱病患者は好んで不快で、不愉快な過去の出来事を思い出す傾向にあると言われている。これにより感情と認知は記憶に関連しており、ある出来事が特定の気分を呼び起こさせ、その気分に応じた出来事の記憶を想起させる仕組みを作り出す。このような仕組みの下に鬱病を見ていくと、次のような過程に辿り着く。負の出来事が起きた時、その出来事が否定的な感情と思

考に関連付けられた、過去の類似した出来事の記憶を呼び覚まし、鬱病を発症させる。鬱病患者が想起する記憶のほとんどは過剰なまでに簡略化され、具体性に欠ける傾向があることも明らかにされている。このことより、幼少期に体験した不快で、不愉快な経験の記憶は、鬱病患者が現時点で自己に対して抱く評価に結びついているのである。更に加えて、鬱病患者が想起する一般化され、簡略された記憶の原点は、幼少期に経験した記憶が自己非難や、関係する人々に向けられた、否定的な思いを含んでいる可能性によるものだとも言われている。また、上記以外の理由として、幼少期の出来事を想起することに強い苦痛を伴う場合、その評価から生じる不快で不愉快な記憶を避けようとするため、あえて一般化し簡略化した記憶として思い出す傾向にあることも、鬱病に関連するとされる。つまり、鬱病の発症は、負の記憶が容易に呼び覚まされるということである。

3-6. まとめ

2章3節では、鬱病を含む精神疾患の認識を確認するために、日本と欧米社会の鬱病の仕組みを、精神医学と心理学的側面から検証してきた。そこで幾つかの点が明らかになったと言える。一つは、鬱病の仕組みと鬱病を含む精神疾患の認識、特に欧米社会におけるその認識は、互いに関連(相関関係)があるということである。現在、我々が認識している鬱病の仕組みを裏付ける仮説(本3節で挙げた仮説)は、全て近現代における精神分野の下で、時間をかけた論争の上に成立したと言えるものである。この論争は、特にアメリカにおいて戦後見られるようになったが、それは精神分析やフロイトの論理の下に、鬱病を含む精神疾患を理解し治療を進めたフロイト派と、精神疾患を医学的に解明し一つ一つの症状に病名をつけ完治を目指すクレペリン派との間で起きた。この論争はクレペリン派が優位に立ち、鬱病を含む精神疾患を診察する「精神疾患の診断・統計マニュアル基準、DSM、ICD」が作成され、鬱病患者の診断マニュアルとして使用されるようになった。診断マニュアルが実際の診断に適用されるようになったのは、1950年代頃に開発された抗鬱薬の存在が大きく影響していると言われている。鬱病や精神疾患は、身体的な病気と同様に医薬品で症状を改善、もしくは完治できるという認識により、精神疾患を生物学的に解説し、医学的処方によって治療を行うという傾向へと進んでいく。そして新しい医薬品の開発、診断名の命名、基準の改正の度毎にDSMは更新されるようになって、今ではDSM-Vまで更新されている。このように医薬品の開発と共にDSMは更新され、診断も研究も更新されたDSMのガイドラインに沿って行われているのである。しかし、実際のところは、アメリカにおける精神疾患の治療内容を見ると、クレペリン派とフロイト派がそれぞれに提唱している見解や認識に基づいて治療法が確立している。クレペリン派は、診断マニュアルDSMを基準に患者の症状から病名を探り出し、その病名に応じた抗鬱薬を処方し、生物学、医学的観点から疾患の原因を探り出そうとする姿勢が伺える。一方フロイト派は、精神分析を基にした治療法、即ち、歪んだ認知や認識を正常

に戻す認知療法やカウンセリングを用いている。この治療法は、患者自身が自分の思考の歪みを自覚し、鬱病から脱却できるように支援する。否定的な思考から脱却できるように思考を整えることも試みている。クレペリン派の認識とフロイト派の認識によって確立した治療方法とその意図は、鬱病のメカニズムを根底に置いているが、両者の治療法には一つの共通点がある。その共通点は、鬱病の原因を過去に引き起こされた出来事に関連付けていることである。クレペリン派はその原因を出来事から生じるストレスに関連づけ、そのストレスが脳神経系統に悪く作用し、鬱病を誘発すると結び付けている。それに対し、フロイト派は、鬱病の原因は、出来事によって生じるストレスだけではなく、日常生活やその生活の中での現実に対する物の捉え方、認識能力の歪に関連付けている。日本においては、鬱病を含む精神疾患の見解について欧米ほどクレペリン派、フロイト派という精神医学会を二分する程の論争は見られないが、双方から得たところの影響は非常に大であると言える。また、クレペリン派やフロイト派だけではなく、それ以外の様々な西洋の精神医学者の見解を基に、鬱病を含む精神疾患の認識が確立したのである。つまり、西洋の精神医学者の見解を基に、日本独自の見解と治療を考え出し構築していったのである。例えば、森田療法や小精神療法等がそうである。

欧米における鬱病を含む精神疾患の見解は、神経衰弱を初め、ヒステリーやノイローゼを概念として構築された。その概念はクレペリンやフロイト等の西洋の医学者の見解を基盤としたもので、徐々に社会に浸透し定着していった。一方、日本における鬱病の見解は、その他の精神疾患の見解とは異なり、それは西洋から流れ込んだものではなく、日本独自の、日本人医者によって提唱されたものであった。1932年に下田光造が独自に提唱した鬱病の認識や見解は、正直で几帳面且つ責任感や執着心の強い者が発症するという、執着気質を基にした鬱病概念であった。しかし、戦後、三環抗鬱薬が日本に入ってきたこと、平沢一が下田光造の鬱病の認識や見解を再評価したことにより、日本独自の鬱病の概念と認識が更に発展していくことになる。しかし、西洋の認識、或いは見解を基に日本独自の概念を構築するという姿勢は、DSMが日本に入ってきてからは、徐々に消失していくことになる。日本で芽生えた独自の概念、ノイローゼや神経衰弱という言葉は、DSMに示される診断名「気分障害」や「不安障害」、「身体障害」に置換えられ、病名の細分化が起こることになる。また、既に日本に定着していた下田光造の鬱病の概念であるメランコリー型鬱病も、医薬品の開発と共にDSMに示された診断名、MDDに置換えられたのである。つまり診断基準がDSMを基準としたものに置換えられていったのである。現在、日本における鬱病や精神疾患の概念は、欧米の精神医学会から入ってきたもの、欧米の概念を基に構築されたのである。このような歴史を繰り返しながら、日本の鬱病は一元化され、世界共通の概念を基に確立され、治療法即ち薬物治療や認知療法も欧米からの治療法を優先する傾向になっている。しかし、それが文化的に相応しいものであるのかはここでは論を進めないが、一つ明確になったことは、鬱病の概念は世

界のいろんな国においても、欧米の基準を土台として世界共通の概念を構築しようとする動きに拍車をかけているのである。そしてその原因となっているのが、DSM や ICD、抗鬱薬の開発と普及であり、またそれに伴う宣伝活動であると言える。

最後に、日本や欧米の国々以外にも鬱病の概念は存在するのかと、疑問を抱くが、これについては 5 節で詳述することにする。

4 節 外国人労働者とメンタルヘルス

-外国人労働者が辿るメンタルヘルスの質の浮き沈み-

今日、日本では外国人労働者は増加傾向にある。その中でも注目される話題は、彼らのメンタルヘルスに関する事情である。外国人労働者とメンタルヘルス、この二つのキーワードによって想起される事柄は、働き場所である日本での不慣れな生活と、そのような状況の中での日本人の経営者、管理者、従業員との接触と交わり、付き合い、更には労働環境等のメンタルヘルスを左右する要因である。これらの要因が、外国人労働者のメンタルヘルスに及ぼす影響には個人差があることは間違いないが、懸念する点はメンタルヘルスの良し悪しに伴う、感情の浮き沈みや鬱病を発症する一連の流れである。即ち、彼らが来日後に遭遇するメンタルヘルスの変化により鬱病は発症するが、その症状から抜け出していく要因は何か、或いは抜け出せずに苦しんでいる原因は何か。本節ではその流れについて言及し、詳述することにする。そのフローは、第 1 章に詳述した外国人労働者の基本事項と、第 2 章 1 節から 3 節で検証してきた「メンタルヘルス、鬱病の仕組み」を基に、外国人労働者のメンタルヘルス事情について吟味することを主目的とする。ここで留意すべき点は、外国人労働者と言っても一括りに出来ない、つまり様々な種類の外国人労働者が日本に滞在しているのである。そのため対象者を絞り、吟味していく必要がある。これらのことを前提として、本節では、以下に記す日本全域に住む外国人労働者のメンタルヘルス事情を詳述する。

- 1) 技能実習制度(技能実習生)
- 2) 特定活動主に EPA 介護福祉士候補者制度
- 3) 技術・人文知識・国際業務(技人国)

これらの制度に属する外国人労働者のメンタルヘルスを見ていく下準備として、日本という異国の地で彼らが就労する時に受けるストレスの誘発要因と、メンタルヘルスに不調をきたす一連の流れを基に調査を進めることにする。

3 節でも既述したが、鬱病の発症原因はストレス、或いはストレスを誘発するストレッサーであることは既に明らかになっている。即ち、日常生活上遭遇するストレスの多少が、鬱病の発症と大きく関係していることは、医学的且つ心理学的に実証されていることである。では、実際に外国人労働者が職場や日常生活で遭遇するストレスには、どのようなものがあるのか。この問いに対する手掛かりとなる資料が、労働者健康安全機構が、2023 年 10 月に発行

した「産業保健 21 特集外国人労働者に対応する産業保健」である。その資料の一部である「特集 1 外国人労働者の労働災害の現状と対策」に、日本全国に就労している外国人労働者の間に発生している労働被害件数や、労働災害の内訳が記載されている。そこには、労働災害を在留資格別に記した表が示してあり、以下の通りであった。労働被害が見られた三つの職種を多い順に挙げると、①製造業(2466 件)、②建設業(788 件)、③商業(401 件)であった²⁸⁷。これらを在留資格別に見た場合には、①製造業では身分に基づく在留資格(1225 件)、技能実習(661 件)、技人国(192 件)、特定活動(116 件)の順であった。一方、建設業では、多い順に技能実習(421 件)、身分に基づく在留資格(163 件)、特定活動(68 件)であり、商業では多い順に挙げると身分に基づく在留資格(169 件)、技人国(84 件)、資格外活動(49 件)であった²⁸⁸。在留資格の中で労働災害が多く発生しているのは、身分に基づく在留資格と技能実習生であることがこれらの資料によって明らかにされている。更に詳細に見ていくと、次のことも明らかになった。身分に基づく在留資格で、外国人労働者が就労している製造業の中で労働災害が多く見られる職種は、①食料品製造業(400 件)、②輸送用機械等の製造業(198 件)、③金属製品製造業(187 件)であった²⁸⁹。身分に基づく在留資格の次に労働災害の多い技能実習でも似たような現象が起きている。技能実習生が就労している製造業の中で労災被害が多い順を職種別に見ていくと、①食料品製造業(222 件)、②金属製品製造業(194 件)、③輸送用機械(39 件)であった。技能実習生の中で労働災害が次に多く見られた建設業でも、①建築工事業(265 件)、②土木工事業(71 件)、③その他の建設業(85 件)の順となっている²⁹⁰。

また、労働被害が多く見られた在留資格の中で、身分に基づく在留資格と技能実習生が遭遇した労働災害の内訳を詳述する。初めに身分に基づく在留資格を持つ外国人労働者について以下に示すことにする²⁹¹。

- 1) 食品製造業に就労する外国人労働者に多く見られた労災件数 400 件の内、多い順に並記すると：①転倒(34%)、②挟まれ、巻き込まれ(16%)、③切れ、かすれ(14%)
 - 2) 輸送用機械等製造業に就労する外国人労働者の中で、最も多く見られた労災被害の内訳は：①動作の反動・無理な動作(26%)、②転倒(19%)、③はさまれ・巻き込まれ(18%)
 - 3) 金属製品製造業に就労する外国人労働者の中で、最も多く見られた労災被害の内訳：①はさまれ・巻き込まれ(33%)、②転倒(12%)、③飛来・落下(12%)
- 次に、技能実習生制度の資格を持つ、外国人労働者について記す²⁹²。

- 1) 食品製造業に就労する外国人労働者の中で、最も多く見られた労災件数 222 件の内多い順に並記すると：①切れ・こすれ(32%)、②挟まれ・巻き込まれ(27%)、③高温・低温物との接触(13%)
- 2) 金属製品製造業に就労する外国人労働者の中で、最も多く見られた労災被害は：①挟まれ・巻き込まれ(46%)、②飛来・落下(14%)、③切れ・こすれ(10%)

3)建築工事業に就労する外国人労働者の中で、多く見られた労災被害の内訳は：①墮落・転落(19%)、②挟まれ・巻き込まれ(18)、③飛来・落下(15%)

これらの労働災害を性別、年齢別、並びに在留資格別に見ていくと、次のような傾向を掴み取ることができる。初めに、身分における在留資格を持つ外国人労働者で、製造業全般(食料、輸送、金属)を見ても多く見られる事故は、①転倒、②動作の反動、③無理な動作、④挟まれ、⑤巻き込まれ等であり、金属製品関係を除けば、大半は中高年齢層の女性外国人労働者が大半を占めている。一方、技能実習生に関しては、労災の被害者の年齢層は、身分に基づく在留資格の外国人労働者とは異なり、若年労働者が被害の大半を占めていることを知ることができる。身分に基づく在留資格を持つ外国人労働者とは異なり、技能実習制度の外国人労働者の間で多発する労働災害は、①切れ、②こすれ、③挟まれ、④巻き込まれ、⑤墜落、転落、等である。そしてこれらの事故が多発しやすい職種は、食品製造業であった。また、金属製品製造業及び建設工事業における労災の大半は、男性が占めている。しかし、これらの労災の原因については、厚生労働省の資料には言及されていない。

これからは労災の発生原因(要因)について記述する。まず身分に基づく在留資格を持つ、外国人労働者で、且つ製造業で働く外国人労働者に見られる労災が中高年齢の女性に多く見られる原因(要因)について示すことにする。資料には、①加齢による骨密度の低下、②加齢による反動、無理な動作等が要因として記されている。また、技能実習生の間で多発している労災の原因は、出身国の文化を背景とする安全意識の低さ、並びに危険予知に対する感覚の低さ等が強調されている。例として、①稼働中の機械に手を差し込む、②安全装置を起動せずに作業を行う、③定められた手順とは異なる手順で作業を行い、安全装置が起動しなかったこと等が、労災の源泉であると示唆していた。では、上記に示す労災が鬱病を誘発するストレス、或いはストレッサーとどのような関係があるのか。これについては、外国人労働者が受災する労災は、外国人労働者の日本での生活や、職場での習慣に基づいて仕事に就く場合に受けるストレス(或いはストレッサー)が要因として積み重なったものであると理解することができる。つまり、日本での生活や職場での習慣に馴染めず、そこで生じるストレス、或いはストレッサーを上手に開放することができない状況に置かれ続けた結果、事故を誘発するという流れ(フロー)を、そこに見ることができる。

Luis E. Alvarado(2020)によると、トラウマ(心的外傷、心の傷)が頻繁に生じるような出来事や、状況の中に置かれている外国人労働者は、常に「精神的な症状」に悩まされる傾向にあると指摘している。彼が言う「精神的症状」とは、自殺願望や自殺未遂を指しており、外国人労働者を受け入れる国の労働者と比較すると、外国人労働者、特に女性労働者にその傾向が強く見られると指摘していた。これらの指摘により、外国人労働者は私生活や職場において、つまり異国の生活の全てにおいてストレスに晒されており、そのストレスの重畳(ちようじょう)により職場での労災を誘発する。またその事故に遭遇したことにより、更にス

ストレスを重畳する。そのようなストレスによる負のスパイラルに陥る構図が生じていると見ることができる。つまりストレスがストレスを呼び込み、二重、三重と折り重なり、そのストレスの重畳の中に外国人労働者は置かれているように、印象を受けるのである。しかし、彼らが体験するストレッサー(ストレスの要因)は、外国人労働者一人ひとり異なるものであり、それは千差万別である。またそれに対する受け取り方も同様に、千差万別であるため、外国人労働者が感じるストレスの分別については、逡巡するところである。この迷い、モヤモヤとした気持ちを解消する資料として、P. Frances-Gomez と J. M. Gonzalez-Gonzalez (2020) が記す、「外国人労働者におけるストレス要因の分別の仕方」が手助けとなる。初めに、Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が提示するストレス要因についての概念を以下に示す。Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) によると、外国人労働者にとって受入国(例えばそれがどんな国であっても)で起きた出来事や環境はすべて、ストレス要因として認識される。しかし、その他にも労働環境に源を発する出来事も、ストレスを誘発させる精神社会的リスク (psychosocial risk) として見なすことができると主張している。また彼は、主観的要因である個人の弱さを表す要素及び、組織や社会に由来する客観的リスクが同時に現れた時に、そのリスクは、その個人、または所属するグループに生じる問題のきっかけをを作る要因となると記している。この関係性をストレスを対処するという観点から紐解くと、知覚と認知を含む要因は、外国人労働者が感じ取るストレスに対する仲介者となり、感情と行動的反応(ストレスによって、生じた反応)を左右する非常に重要な存在である。即ち、Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が示唆しようとしているのは、個人の要素(素質、捉え方)によって、精神的刺激(特にストレス)は、当人の捉え方や置かれている状況によって、様々な感情を生み出していくということである。つまりその刺激(ストレス)の捉え方によって、ストレスに対する反応の結果が、正にも負にもなり得るということである。つまり、ストレスとは、外国人労働者が働く職場環境において、彼らがそのストレスに対応できるように、会社が準備する物質的サポートに不均衡(アンバランス)を生じた時に、起こり得るものと彼らは記している。また、彼らは、ストレスは現実に対し向き合うことも、処理することもできない状況により発症するものであると、Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) は Hobfoll (1998), Karasek と Theorell (1990) の論を借りて説明している²⁹³。更に、日常生活の中で受けるストレスに対してどう向き合うべきかを、Lazarus と Folkman (1984) のストレスに対しての評価法を用いて解説している。Lazarus と Folkman (1984) の評価法に含まれるストレスに対する評価には、職場において起こり得る感情と客観的な要素、即ち当事者が置かれている状況と、環境的要因、更には当事者本人が抱く自己に対しての主観的な評価(主に労働者が抱く知覚)と、社会的サポートに由来すると言われている。しかし、ストレスはこれらの要素が重ね合わさり生じるため、労働者に対するストレス要因を考察していく上においては、この要素の合併は非常に重要である。

次に、Lazarus と Folkman(1984)が提唱する評価(ストレスを誘発する出来事に対する)の三段階について、以下に示す。初めに、第一段階における評価は、個人が置かれている状況下で、どの程度の恐怖や脅威を感じているかを確認すること。第二段階では、個人が置かれている状況下で、立て得る対策と起こした行動の内容を把握すること。第三段階は、個人が過去に取った対策が効果的であったのかを、個人が置かれている環境を通して評価すること、である。つまり、第一段階と第二段階の過程をそれぞれに再評価することが、第三段階に求められる過程であると認識することができる。Gomez と Gonzalez-Gonzalez(2020)は、Lazarus と Folkman(1984)の提唱する三段階におけるストレスの評価の概念を基に、外国人労働者を襲うストレスを誘発する出来事や、ストレス要因となるものを三つの項目、①個人的(Individual)、②職業性(Occupational)、③組織性(Organizational)に分割し、それぞれの項目について以下に説明する。

- 1) 個人的ストレス要因：この領域に位置するストレス要因の特徴として、外国人労働者の体験と、外国人労働者が置かれている社会的状況とに関連することが認識されている。また、ストレス要因が個人の体験と社会的状況とに起因しているため、この領域では個人差、即ち個人が所有する素質と多様性が強調される傾向にあることが特徴として挙げられる。その理由としては、労働環境や状況に対する感じ方、受け取り方は百人百様、十人十色であるからである。
- 2) 職業性ストレス要因：この領域に属するストレス要因は、外国人労働者に見られる過酷な労働条件、即ち、労力を最大限に必要とする仕事や、自分を犠牲にして働かなければならない過酷な労働にある。このような労働環境の下、自立性(autonomy)を優先するための交渉ができない弱者的立場に立たされた時に起こるものと認識されている。
- 3) 組織性ストレス要因：この領域に属するストレスは、外国人労働者が雇用される企業内において起因するものとして認識されている。組織性ストレス要因は、外国人労働者の身体的且つ、精神的健康及び社会的健康全般を基にした要因が強調されている。故に外国人労働者を雇用する企業毎に、外国人労働者の健康と心身を含む持続的幸福度合いもそれぞれに異なるものと認識されている。これ以外にも、組織性ストレス要因を引き起こす原因となるものとして、外国人労働者の受け入れに適した企業運営が実施されているか、或いは不完全雇用(underemployment)の有無等も挙げられていた。不完全雇用の例としては、与えられた仕事が労働者の能力や専門性にマッチしないために起こる仕事のミスマッチ、フルタイムで応募したにも関わらずパートタイムで働かされる等、労働力が適切に活用されていない状態を指す。その他の例として、給与、契約等、社会保障や法的保障が受入国の人々に対比して低いことも、組織性ストレス要因に含まれるとしている。また、職業上起こり得る差別や偏見、例えば外国人労働者を受入国では低く見られる職務に就かせることも、組織性ストレス要因であるとしている。

Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が提示する、上記外国人労働者に関するストレス要因の三区分を基に、日本における外国人労働者が抱えるストレス要因を検証することにする。市川佳居 (2023) による資料、「外国人労働者に対応する産業保健特集 3：外国人労働者のメンタルヘルス」は、Gomez と Gonzalez が指摘したようなストレス要因が、外国人労働者の間でも起きていることを示唆していた。①個人的ストレス要因は、日本で仕事をする上でのストレスであり、本国から遠く離れた日本での私生活において遭遇するストレスである。具体的には宗教であり、食習慣の違い、本国に残してきた家族や配偶者を源泉とする親戚間の問題、経済的問題、言語 (日本語の言語能力の不足により生じる疎外感) 等である。支援 (サポート) の欠如もこの領域に属するものである。困窮した時に頼れる家族や友人が少ないこと、受入国に同胞のサポートのためのネットワークはあるが機能不十分、或いは不足気味であること、また同胞間に生じる噂話等も個人的ストレス要因となり得るのである。②職業性ストレスの要因は、職場の人間関係や仕事に対する理解である。③組織性ストレスの要因は、本国での経歴や学歴、またはスキルが日本で与えられる業務との間に釣り合わず、また企業風土や労働環境にも馴染めない、特に日本人と外国人労働者との間に生じる昇進や待遇の差別である。しかし、外国人労働者が抱えるストレス要因については、在留資格別には分類されていないので今のところ不明であるが、これについては後述することにする。

既述したように、鬱病の発症要因である外国人労働者が、日本での生活において受けるストレスの要因、並びに就労 (職場) において受けるストレスの要因について、Gomez と Gonzalez (2020) が提唱する概念を基に分析してきた。日本で就労する外国人労働者が感じるストレス要因には、①個人的、②職業性、③組織性等を源泉として生じる問題に由来していることも明確になった。これらの問題が起爆剤となり、外国人労働者のメンタルに支障をきたし、鬱病を発症するという一連の流れも知ることができたが、具体的にはその一連の流れを未だ説明するには至っていない。ここでその具体例を詳述することにする。Fujishiro と Hoppe (2020) によると、外国人労働者を含む外国からの移住者の健康の度合いは、移住国での滞在歴が長ければ長いほど、悪化する傾向にあると指摘している。しかし、これはアメリカにおいての事例であり、日本においては、多少事情が異なるのではないかと懸念されるが、このアメリカの傾向は日本においても参考にしてもよいと考えている。何故なら、「特集外国人労働者に対応する産業保険」に記載されている市川 (2023) の記事、「特集 3 外国人労働者のメンタルヘルス」にそれを見ることができるからである。この資料には外国人労働者が、日本の生活に順応していく過程 (異文化に適応していく上) でのストレスについて取り上げている。そこでは外国人労働者が日本の生活に適応できるか否かは、移住後の彼らの生活や職場における健全性に関わる重要な要因であると強調している。つまり日本の文化や生活 (職場を含む) に順応するその度合いが、外国人労働者の職場を含めた生活全般の健康の質を左右するものであるということである。これについては、Fujishiro と Hoppe (2020) も同じよ

うに強調しており、受入国の文化の変容とそれに対しての適応度、更にそこで受ける人種差別、過酷な労働環境は、外国人移住者(migrants)の健康の質の低下に深い関りがあると論じている。しかし、Fujishiro と Hoppe(2020)が指摘する、外国人労働者を初めとする移住者(migrants)の健康の質の低下と、受入国(移住先)での差別や、過酷な労働環境、受入国での文化の変容に対する適応度(acculturation)との関連性は、外国人労働者だけに当てはまるものではないように見受けられる。ニュージーランドでの移民者(移民、難民)について言及した、Briggs(2012)の見解によると、精神の健康具合や持続的幸福度について考察する場合、移住者が辿る段階、①移住前、②移住中、③移住後と、この三段階における経験と、移住先の国々の文化の理解度を要因として考察する必要があると論じている。Briggs(2012)が提唱する、①移住前に見られる移住者の精神状態は、移住者が保有するスキルや自我、それに精神的、社会的、生物的脆弱性に強く関連していると述べている。一方、移住が本格化する、②移住中、③移住後の段階では、移住者は、市川(2023)の資料や、Fujishiro と Hoppe(2020)が論じていたように、移住先で遭遇する不快な感情、裏切りや人間関係や支援の喪失等が起きることを Briggs(2012)も論じている。しかし Briggs(2012)によると、これらの出来事は移住者が移住先で経験するその経験の対応の如何によっても左右されるもので、その対応の仕方には個人差がある。それ故、移住後の経験と健康の質にも、同様に個人差があるものと指摘しているように見受けられる。この点が、Fujishiro と Hoppe(2020)と Briggs(2012)が提唱する説と異なる見解である。しかし、Briggs(2012)と Fujishiro と Hoppe(2020)、更に市川(2023)のそれぞれの見解が類似している点は、環境や異文化に対する適応が移住者(外国人労働者を含む)にとってのストレスの源であり、このストレスの源こそが、結果的には彼らの健康全般に影響を及ぼすということである。Lynne Briggs(2012)曰く、本国と移住先の距離が長ければ長いほど、環境の変化は大きくなると指摘している。従ってこれらの見解より、外国人労働者の心身の健康の度合いは、主に環境的な変化(異文化)に対しての適応に関連するといえることができる。外国人労働者のメンタルヘルスや鬱病を発症する一連の流れは、彼らの異文化に適応する過程に深く結びついていると言えるのである。この見解の根拠を確認するために、Briggs(2012)と市川(2023)が挙げる①移住前、②移住中、③移住後の段階を含む異文化の適応プロセスを、次に示す9ステップと適応のUカーブを用いて外国人労働者のメンタルヘルスの変化(浮き沈み)について検証することにする。両者が言う、枠組みの内容には多くの差異は見られないが只唯一の差異として、Briggs(2012)が示す文化の適応Uカーブの枠組みは、移住者(外国人労働者)が移住先(受入国)に永住することを前提にしていること、また、移住者が移住先の受入国の文化に適応し、その国の文化を自我の一部として受け入れるようにして生活することを理想として挙げていることである。これに対して、市川(2023)の記事が示す異文化の適応プロセスは、外国人労働者が本国に帰国することを前提にしていることである。つまり外国人労働者は、日本で

の生活や文化に適応しつつ、技術を身につけ、向上させながら、本国に帰国してからも日本で習得した技術や異文化への適応能力を、本国において活用していくことを理想にしているのである。Briggs(2012)と市川(2023)、両者の違いは永住するか、本国へ帰国するかの違いである。このことから、日本に長期滞在することが可能である技人国、高度専門職 1、2 号、特定技能 2 号、身分における在留資格等は、Briggs(2012)が提唱する文化適応の U カーブの枠組みの中にあるということが言える。一方、市川(2023)が提唱する異文化の適応プロセスに該当する外国人労働者の資格は、日本に短期間の滞在しか許されていない、技能実習生や特定技能 1 号等が適応される。Briggs(2012)が提唱する文化の適応 U カーブと、市川(2023)が提唱する異文化の適応プロセスの枠組みについて、ステップ毎に、その内訳を以下に示すものとする。

1) ステップ 1 渡航前の不安と期待

この段階は、移住者(外国人労働者)が受入国に移住する前の段階で、移住者(外国人労働者)はこの時期には、受入国での生活に不安と期待が混在した気分になる。このような感情の中で移住者(外国人労働者)が取る行動は、移住に先立つ引っ越しの準備であり、渡航ビザの申請と取得、本国での家族や親戚、友人との別れ、渡航前の日本語学習等が挙げられる。

2) ステップ 2 ハネムーン期

ハネムーン期、この時期には、移住者は移住先の文化に対して新鮮さを覚え、受入国に対する印象はすこぶる良好となる時期であると、Briggs(2012)は説明する。一方、市川(2023)の記事によると、外国人労働者は、来日直後は日本の良い面だけを注視し、日本の文化に対して高い関心と興味を抱く時期であると記している。例えば、日本と本国との異なる習慣や食べ物、非常に衛生的である(町にゴミが落ちていない)、綺麗な街並み、職場の同僚の親切さ等、これらがハネムーン期を物語る要因であると記している。

3) ステップ 3 カルチャーショック期

この時期を迎えると、外国人労働者は直視せざるを得ない現実と、受入国での生活に対する疑問を抱くようになる。それまでは、受入国で経験する全てのものが新鮮であったが、この時期より以降はあらゆるものが不快に見え始めるようになる。これらの症状を、Briggs(2012)は、受入国に溶け込み、生活に慣れる前段階であると指摘している。これを日本に在住する外国人労働者に適用すると、職場の日本人と良好なコミュニケーションを図ることができない、文化的価値観の相違によるミス、職場での叱責等が挙げられる。これらは本国と受入国の文化的習慣や価値観の相違により生じる不快感、不便さによって起こり得るカルチャーショックと言われている。

4) ステップ4 怒り、幻滅の時期

この段階になると、日本の生活習慣における負の側面が異常に気に掛かるようになると同時に、本国に居る家族や友人を思うことが多くなり、ホームシックに陥るようになる。状況によっては孤独感や落ち込みが深くなることも予測されている。

5) ステップ5 適応期

この時期になると、外国人労働者は日本での生活において現実を直視できるようになり、日本での生活にも順応していくと見ることができる。つまり受入国の文化的価値観を受け入れ、自我の一部として構築していく。例えば、仕事上の日本と本国の相違を受け入れ、職場に順応しながら不快感を取り除いていく等である。ここに Briggs(2012)の文化の適応Uカーブと、市川(2023)の異文化の適応プロセスとの間に、違いを見ることができる。

Briggs(2012)の文化の適応Uカーブは、異文化への適応段階としてステップ5で終わるが、市川(2023)の異文化への適応プロセスは更に続いていく。

6) ステップ6 現地文化の受容の時期

この時期では既に受入国の文化を受容し、仕事や生活において快適な生活を送れるようになっている段階である。近所での集会、地域の祭りやスポーツ大会への参加、日本人や友人との付き合い(関り)等、受入国において充実した日常生活を送れるようになっている。

7) ステップ7 帰国の不安と期待の時期

外国人労働者の在留資格や労働条件の縛りにより、本国への帰国を求められる外国人労働者は帰国の準備に迫られる。

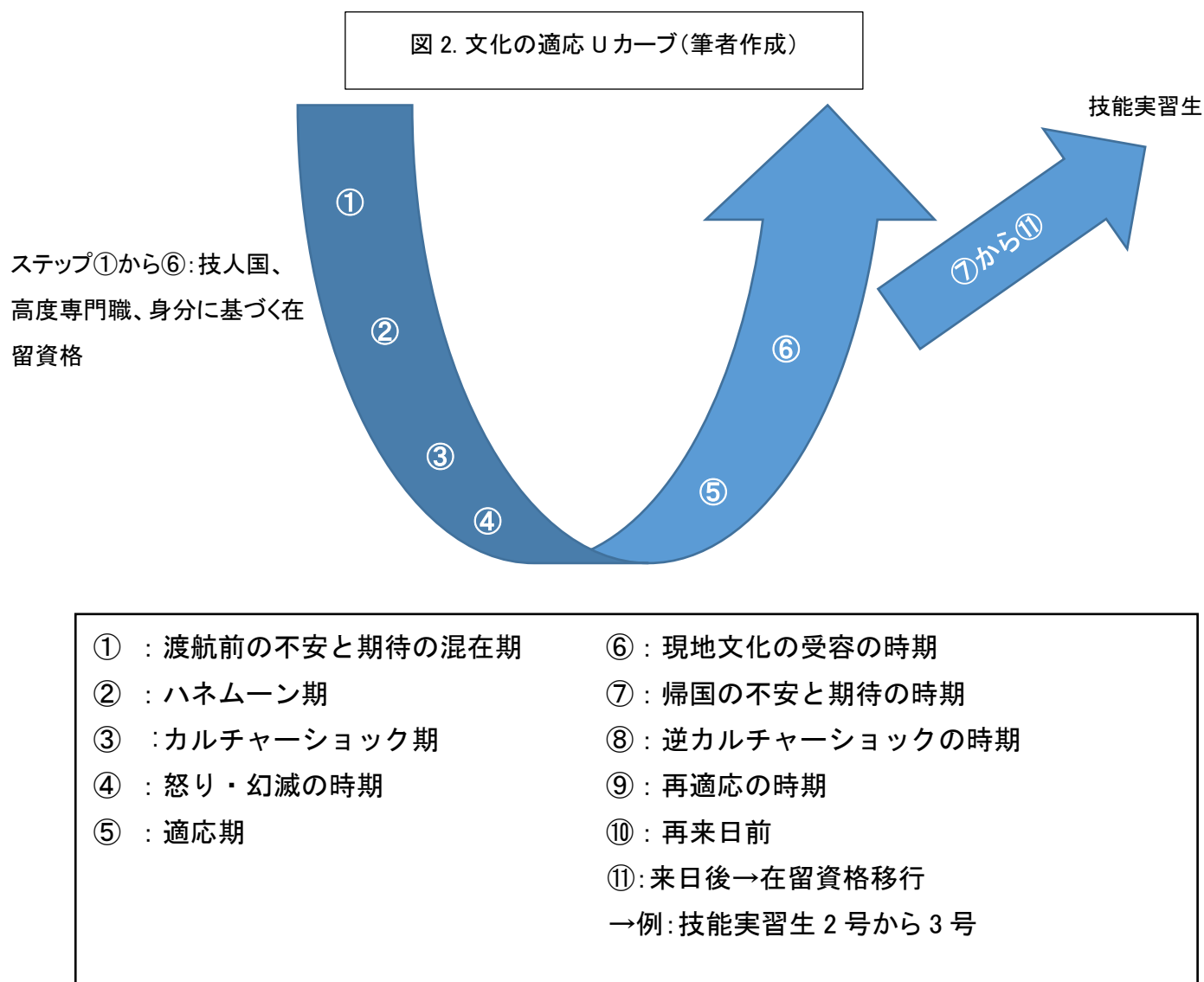
8) ステップ8 逆カルチャーショックの時期

この時期に外国人労働者に起こる現象は、彼らが帰国した時に、物事に対する認識が日本での生活を経て既に変化しており、本国の人々と従来通りの付き合いができなくなっていることである。これにより本国に居ながら、違和感と孤独を感じるようになる。

9) ステップ9 再適応期

ここでは、異文化適応のプロセスの最後の段階を示す。ここで外国人労働者が成すべきことは、本国での生活の再適応と、日本で身につけた異文化適応の能力を最大限に生かすことである。

これまで示した9ステップと、Briggs(2012)が示す文化の適応Uカーブと、市川(2023)が示す異文化適応プロセスの枠組みについて、一連の流れを以下に図で示すことにする。この図は、Briggs(2012)の図を参考にして、筆者がアレンジしたものである。



ここまでは、外国人労働者が、受入国で回避することのできない、異文化の適応の流れ(外国人労働者のメンタルヘルスの不調により発症する鬱病の最大要因である)について示した。

これ以降は、Briggs(2012)や市川(2023)が示す異文化適応のプロセスを、日本で就労する外国人労働者に適用して、心理学的、文化人類学的側面から分析を行うことにする。日本で就労する外国人労働者が鬱病を発症する、或いは鬱病の傾向へと進んでいく過程を詳述す

る。ここで適用する外国人労働者は、次の三つの在留資格の下就労している外国人労働者である。

1) 特定活動の EPA 介護福祉士候補者制度

2) 技人国

3) 技能実習制度 1 号～3 号、特定技能 1 号

外国人労働者がメンタルヘルスの不調により鬱病を発症するプロセス(過程)は、二次資料の情報を基にし、そこに記されている外国人労働者の証言や体験談をケーススタディ(事例)として分析し、外国人労働者のメンタルヘルスに関わる問題の本質を、多角的に洗い出す。なお、福岡県における外国人労働者のメンタルヘルスに関する問題や、鬱病の発症のフローについては「4 章. 外国人労働者における NPO、NGO 団体の活動と支援事業の実態と現実：聞き取り調査を踏まえて」に詳述する。

4-1. EPA 介護福祉士候補者制度(特定活動)

EPA 介護福祉士候補者制度の来日する外国人労働者の国籍は、第 1 章の外国人労働者の在留資格の基本事項で既述済みであるが、インドネシア、ベトナム、フィリピンが主な国である。本節では、日本で既に就労しているこの三カ国の EPA 介護福祉士候補者の証言を国別に見ていき、メンタルヘルスについて、ストレスの要因や、メンタルヘルスを害する要因について分析する。

4-1-1. インドネシアについて

1) ステップ 1 渡航前の不安と期待の混在期

インドネシアから来日した EPA 介護福祉士候補者の場合、異文化適応プロセスのステップ 1 に相当する渡航前の不安と期待が非常に大きいことが、国際厚生事業団の調査結果から明確になっている。特に彼らが期待していることは、本国への仕送りである。一方、EPA 介護福祉士候補者制度の下で、知識の習得、技能形成の目的で来日する EPA 介護福祉士候補者も少なくない。以下に、藤原(2018)が行ったインドネシアの女性のインタビューの結果を記す。この女性が EPA 介護福祉士制度に応募したきっかけは、父親が事故に遭い入院するが、その病院での対応が疎略であったことが、彼女に看護師を目指す志を抱かせたと記されていた。そこで彼女は一念奮起してインドネシアの看護大学に入学し、予定通り卒業したが、そこでは給料の少ない仕事にしか就くことが出来なかった。彼女は友人の勧めで、日本での EPA 介護福祉士候補者制度に応募し、来日することを決心する。

2) ステップ3～ステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3のカルチャーショック期と、ステップ4の怒り、幻滅の時期に生じる問題は、語学に関するものであったり、或いは日本人職員や介護施設を利用する利用者との間の対話や、交流の貧しさに端を発するように考えられる。これを実証するものとして、安里(2021)が纏めた調査結果がある。インドネシアでは、EPA 介護福祉士候補者制度の受け入れの条件として、語学は必須ではない。そのため、安里(2021)の調査では、インドネシア人福祉士候補者の場合、語学(日本語)で躓く傾向にあると指摘している。これには個人差があると推察するが、現実には言語の障害が最大の要因であることは間違いないであろう。この躓きに対して、藤原(2018)は次の様に指摘している。インドネシア人介護福祉士候補者と日本人職員や利用者との間に起こり得る対話や交流の中で、相互の態度や感情、要求を汲み取る等、臨機応変に対応する、つまり言葉の壁を超えた対応が求められると。ここで藤原(2018)が指摘する事例を挙げるが、藤原(2018)曰く、インドネシア人介護福祉士候補者の多くは、来日前に日本語研修に参加するが、その研修で用いられる教科書に記される日本語の会話例が、実際に介護の現場(日本)で起こり得る状況に隔たりがあると指摘している。それ故に、教科書に記された会話例を基に職員や利用者との対応を学んでも、実際の現場で起こり得る状況とは大きな隔たりがあり、役に立たない日本語の学習となっていると指摘する。即ち、このような教科書を用いて、日本人職員や利用者との対応を学んでも、それはあくまで非現実、架空の世界であり、現実とはほど遠いものがある。日々の介護の現場では、日本人職員や利用者の要求、要望に応じていく臨機応変な対応が求められる状況に満ち満ちている。例えば、ナースコールを頻繁に鳴らす利用者に対しては、根気よく応じたり、また利用者が感情的になっている時には、利用者を責めるのではなく、利用者の立場に立って相手の気持ちを理解するように対応することによって、つまり、要望に根気よく応えるようにする等。つまり、教科書を通して学習した日本語や知識には、実際就労する職場での経験とは大きな隔たりがあり、これも一つのカルチャーショックを生む要因となっていると言えるのではないかとと言える。これ以外のカルチャーショックとして取り上げられていたのは、宗教である。インドネシア介護福祉士候補者に関連した事例として、それに関する二例が挙げられていた。一つは高畑(2018)が示す事例である。それは、インドネシア人の宗教的な習慣を尊重しない施設において起きた事例である。イスラム教徒であるインドネシア人が着用するヒジャブや、ジルバブ(頭部を覆う布)の着用を禁止したり、彼らの食事(宗教上豚肉は食べれない)に配慮しないことであった。二つ目は、藤原(2018)が示す事例で、インドネシア人介護福祉士候補者(女性)が自分の宗教的習慣、つまり土曜日に休みを取ることを施設にお願いすることであった。その交渉の過程において、彼女は施設の職員に不満や不公平感が生じることを懸念した。それを防止するために妥協案として、土曜日の午前中に休暇を取るために、その土曜日、もしくはその前日の金曜日に夜勤をし、土曜日の午前中は夜勤明けとして申請する。このように

して彼女は毎週土曜日に休暇を取ることが許された。しかし、藤原(2018)が後に記していたが、彼女の様に誰もが施設の職員を気遣うことができるとは限らず、また他のインドネシア人が彼女の様に日本語で的確に交渉ができるとは限らない。つまり日本語の能力に個人差があるということである。この女性の様にある程度の日本語能力を持ち合わせていないと、高畑(2018)が示すような事例によるストレスが彼女らを襲い、メンタルヘルスに不調をきたし鬱病を発症するようなことが起きるのである。

3) ステップ5 適応期

適応期にインドネシア人介護福祉士候補者に見られた事例は、彼女らのために準備されている自習や日本語習得のための学習が、ストレスの対象となっているということである。この自習や学習は、インドネシア人が日本での生活を円滑に送るために、また介護の作業を支障なく行うため、介護に関わる仕事に必要な試験に合格するために準備されたものである。彼女らがこの自習や学習に費やす時間は週平均で12.2時間であると、安里(2021)は記している²⁹⁴。この時間の内訳は、施設内学習が5.4時間、自宅での学習時間が6.8時間となっている。1日当たりの学習時間は、施設内で46分、自宅では58分、合計105分の時間を日本語の学習に費やしている。これによりインドネシア人介護福祉士候補者は、介護に関する基本的な作業を学びながら、更に日本語の専門用語、施設の職員や施設利用者との日本語での対話や交渉をも学ぶ必要に迫れている。つまり彼女らには日本語能力を高め、介護のスキルの向上、国家試験の合格、日本の職場環境への順応等等、複数のタスクが重くのしかかっているのである。具体的には、インドネシア人がどのように適応期を迎えているかについては、藤原(2018)が適切な例を挙げていた。そこでは、彼女らの日本語の自習や学習と宗教活動への参加が強調されていた。インドネシア人介護福祉士候補者の受け入れ施設には、勤務時間中に自習時間が設けられており、彼女らはその施設で2時間ほど自習することが求められていた。これ以外にも、週2回ほど日本語教師が派遣されている日本語教室(ボランティア)で学んでいたことが記されていた。また2月からは日本語教師が介護施設に派遣され、週に1回1時間半ほど学習することもあったと記されている。ここでは日本語を学習する場として利用するだけでなく、生活や職場での疑問や不明な事項の質問の場、相談の場としても活用されていたようである。これ以外にも藤原(2018)の事例に登場する女性(インドネシア人、既に適応期を迎えていた)は、毎土曜日毎に宗教行事に参加していた。この女性は、毎土曜日毎にキリスト教の礼拝に集い、この集いを仕事や学習、自習によって疲労困憊した心身に安らぎを覚える場所として、また日常の生活や労働によって襲って来るストレスを開放する場所として利用していた。これは彼女にとって重要な一時であった。彼女のストレスに対処する方法は、神に祈ることであり、その祈りによって、今抱えている問題を神に委ね、例えその間

題がすぐに解決できなくても、神が必ず助け解決してくださるという確信を持ち、様々な問題、ストレスから解放されていたとして事例が挙げられていた。

4) ステップ 6 現地文化の受容の時期

ステップ 6 に該当するインドネシア人介護福祉士候補者に関する事例は、塚田 (2020) が実施したフォローアップ調査の結果でも知ることができる。そこでは、介護の国家試験に合格し、そのまま日本に残り、就労している一人のインドネシア人介護福祉士候補者の一日が記されていた。塚田 (2020) はこれ以外にも、管理職として日本で活躍するインドネシア人介護福祉士候補者や、介護支援専門員の資格を取得し、そのまま日本でケアマネ業務に携わりながら活躍している事例も挙げられていた。

4-1-2. フィリピンについて

1) ステップ 1～ステップ 2 渡航前の期待と不安の混在期～ハネムーン期

ステップ 1 とステップ 2 に該当する事例として、安里 (2021) は、フィリピン人介護福祉士候補者は、EPA 制度を本国に仕送りをするための手段と見なす傾向が強いと記している。この傾向はインドネシア人と類似しており、フィリピン人は、EPA 制度を介護の知識習得、技能育成のためではなく、本国への仕送りの手段と見なしているのである。ここで、高畑 (2018) が事例として示す、一人のフィリピン人男性の話进行引用する。彼は来日前、本国では農業に関係する公務員として働いていたが、海外で働きたい、出稼ぎ可能な職に就きたいと思うようになる。2008 年、彼は労働雇用技術教育技能開発庁が認定した学校で、半年間介護研修を受講し、2009 年に、西日本にある社会福祉法人から内定通知をもらい、新婚ではあったが早々に来日する。これは妻子や家族を養うために、この EPA 制度を出稼ぎや仕送りの手段とするケースである。このような傾向は、安里 (2018) が示すデータからも知ることができる。EPA 介護福祉士候補者の中で、本国に仕送りをしている最も多い国籍は、フィリピン人であり、その比率は 2013 年には 75% であったものが、2017 年以降は 80% 以上にも増加している²⁹⁵。

2) ステップ 3～ステップ 4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ 3 とステップ 4 に該当する事例は、フィリピン人介護福祉士候補者が来日後に遭遇する、日本人職員や介護施設利用者との間に起こる摩擦であった。つまり人間関係を起爆剤とする問題、言語に関わる問題、身体的不健康による影響、労働環境に関する事等が例として挙げられていた。これらの事象を質的調査を基に検討した Asis と Carandang (2020) の資料によると、これら人間関係を起爆剤とする問題、言語に関する問題をストレス要因によるものと解釈している。Asis と Carandang (2020) は、次の 6 つのストレス要因、①職場の人間関係、②言語に関する問題、③ワーク、ライフ、バランス、④健康被害、⑤労働環境、⑥

介護施設利用者との関係について、東京、大阪、神奈川、兵庫、千葉、静岡、埼玉、茨城、秋田、北海道に住み、そこで就労している EPA 介護福祉士候補者の内 3 か国の候補者を、また EPA 介護に合格し、介護資格を持ち介護職に就労している外国人労働者 31 名に、聞き取り調査を行っている。31 名の内訳は、フィリピン人 21 人、ベトナム人 4 人、インドネシア人 6 人であった²⁹⁶。また 31 名の内 20 名は EPA 介護福祉士候補者であり、残りの 11 名は特定活動介護職の資格を取得していた。これについては国籍別に記されていないため、国別にその数を知ることはできない。記事には調査対象者の回答が記されているが、回答者の国籍は記されていない。ここでフィリピン人介護福祉士候補者の回答として確認できた事例は、言語に関する問題が引き起こすストレスについてであった。このストレスによって影響を受けている外国人労働者は、主にフィリピン人とインドネシア人であることが明らかにされていた。これは一人のフィリピン人、30 歳の女性であり、介護福祉士候補者の例である。介護施設利用者が怪我した時に、この女性はその怪我に関する報告書を一人で作成しなければならなかった。当然一人でその報告書を作成することは困難であったので、日本人職員に手伝ってもらってはいたものの、日本語で文章を書くこと、特に漢字を用いて医学専門用語を駆使しながら報告書を作成することに、難を覚えたと記されている。またこれ以外にも、日本語で、日本人職員や施設利用者と円滑にコミュニケーションを図ること、スムーズな意思疎通を図ることができないこともストレスの要因であると、Asis と Carandang(2020)は指摘している。彼女にとって、敬語を用いて日本人職員と意思疎通を図ることは、日本語ではなく、全く別の国の言語で会話をしているように感じると、それが原因で日本人職員との対話には抵抗を覚えると記されていた。また、介護福祉士候補者が同僚、もしくは他の人々から聞いた、或いは伝えられた内容を、日本語で他の人へ伝達する能力は非常に低く、このことが原因で職員との間に摩擦が生じているとも指摘している。その事例として、二人の調査対象者の回答が示されていた。一つ目は、介護施設利用者の家族が施設を訪問した時の出来事であった。介護福祉士候補者は、その家族と円滑に対話することができなかった。理由は、日本語を流暢に話せなかったこと、日本語には様々な状況に応じて丁寧さ（敬語）が求められており（その介護福祉士候補者の理解）、それにうまく対応できないと嘆いており、それが彼らのストレスの源となっているのである。二つ目は、日本人（施設の日本人職員）に、フィリピン人、またはインドネシア人福祉士候補者が会話の内容を的確に理解していないと、疑問を持たれていることであった。しかし、実のところ、彼女は置かれている状況については理解しているものの、その現場の状況を流暢な日本語で相手に伝えることができなかっただけで、彼女の悩みが切々と綴られていた。これを裏付ける説明が、安里(2021)の記事に明確に示されていた。安里(2021)曰く、インドネシア人、フィリピン人介護福祉士候補者に対して、EPA 介護福祉士制度には語学に関する最低要件は付与されていない。そのため両国から来日する彼らは、来日直後に語学、即ち日本語で躓く傾向が非常に強いと指摘している。また

口頭伝達や文書におけるコミュニケーションや理解においても、既述した事例と同様なことが実際に起きている。特に、フィリピン人においては、滞在年数の増加と共に、口頭伝達やコミュニケーション能力の評価はある程度高くはなるが、その上達は比較的遅いと言われている。この遅さは、文章力とその理解度においても同様な傾向にあると言われている。つまり、このように口頭伝達、文章力、言語の理解度は低いということが明らかになっているのである。これら言語の問題以外にも、派遣された施設でのトラブル、経営者からの嫌がらせやパワハラも稀ではあるが実際には起きている。高畑(2018)の事例にも挙げられていたが、EPA 介護福祉士候補者制度の下、フィリピン人女性が来日した 2010 年前後に、施設の経営者にハラスメント(嫌がらせや虐めの類)に該当する行為があったことが記されていた。ハラスメントの内容は、応募時にその女性から提出された卒業証明書をその経営者は偽物であると、ウェブサイトに掲載したのであった。それ以降、彼女に対する嫌がらの頻度は増し、私生活の過剰な干渉や配置転換等へと発展していった。その結果、2013 年に彼女は職場での嫌がらせに耐えることができずに退職するが、その後も彼女に悪夢が付き纏うことになる。彼女が退職すると、施設側は彼女を経歴詐欺で簡易裁判所に提訴する。理由は、経歴詐欺で得た給与が不当であるということであった。この訴訟に対し、フィリピン人女性は弁護士に相談し、施設側の提訴に対して不服申し立てを行い、損害賠償を求めた。2017 年 3 月 6 日、東京高裁は施設側の違法行為を認め、施設側に 20 万円²⁹⁷の賠償命令を言い渡し、彼女は勝訴した。

3) ステップ 5 適応期

ステップ 5 の適応期に該当する事例では、フィリピン人 EPA 介護福祉士候補者が就労していた事業の具体例は少なく、主に日本の生活に慣れるための日本語の学習について取り上げられていた。彼らが日本語の学習に費やす時間は、来日一年目から四年間で週当たり 12.5 時間 ➡ 110.0 時間 ➡ 13.3 時間 ➡ 15.3 時間の推移が見られる²⁹⁸。一方週当たりの自宅学習時間の平均は、一年目から順に、6.7 時間 ➡ 5.4 時間 ➡ 6.3 時間 ➡ 8.5 時間と推移している²⁹⁹。

4) ステップ 6 現地文化の受容の時期

ステップ 6 に該当する事例(貢献)として、高畑(2018)が記すフィリピン人男性の事例が適切であろう。この男性は、2009 年 5 月に来日し、2013 年には介護国家試験に合格している。その後、EPA 介護福祉士候補者制度の下研修する。研修後も同じ施設で就労し、家族(妻子)を本国から呼び寄せた。彼は日本で介護士として働くだけでなく、フィリピンから介護候補者をリクルートする際に法人職員と共にマニラに赴き、本国で職場環境の説明をする等、介護職の仕事以外にも担う仕事を与えられるようになった。それ以外にも、来日して間もない後輩の世話や、日本語の試験対策の指導等も担わされていたことが記されている。

2-4-10-2. ベトナムについて

ベトナム人介護福祉士候補者のメンタルヘルスの質や状態についての記述、つまりインドネシアやフィリピンの様に、候補者本人の体験談や経歴、証言を見つけ出すことはできなかった。そのためここでは、調査済みの資料を異文化適応プロセスに適用することによって、ベトナム人介護福祉士候補者のメンタルヘルスを検証することにする。

1) ステップ1 渡航前の不安と期待の混在期

ステップ1に該当する事例として挙げられていたのは、ベトナム人介護福祉士候補生が来日する目的である。安里(2021)によると、EPA 介護福祉士候補者制度の下来日するベトナム人の動機は、インドネシア人やフィリピン人候補者の動因(仕送りを主目的)とは異なり、知識と技能形成を主目的とする傾向にあることが明らかにされている。安里(2021)の資料によると、ベトナム人候補者で、来日後本国に送金している割合は約2割³⁰⁰と言われており、インドネシア人やフィリピン人候補者に比べるとはるかに低い。しかし、送金額は国籍の中ではベトナム人候補者が最も多い。これはベトナム人候補者の貯蓄思想が極めて高いことによるものであると、安里(2021)は指摘している。また来日前の準備として、候補者は1年間の日本語研修を受講しなければならず、更に日本語能力試験 N3 に合格しなければ就労先である介護施設も紹介されない。このような準備期間を経て来日するベトナム人候補者は、インドネシア人やフィリピン人候補者の様に、来日後に日本語の壁に圧倒されて押しつぶされるようなことは比較的少ない。

2) ステップ2 ハネムーン期

ステップ2のハネムーン期に該当する事例を見つけ出すことができない。しかし、明確ではないがステップ1で示したように、ベトナム人候補者はEPA 制度を知識の習得と技能形成の場として捉えているとが推測することができる(調査結果には、既にそのように記されている)。つまり彼らは日本で就労することは、介護におけるスキルの向上に伴う自分磨き、自己投資と捉えている傾向にあると想像できる。

3) ステップ3とステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3とステップ4に該当する事例は、口頭伝達と文書作成に対するベトナム人候補者自身の自己評価の結果に関係していると言える。安里(2021)によると、口頭伝達と文書作成に対する自己評価の高いベトナム人候補者の割合は、来日前に言語に対する事前準備を必要としないフィリピン人候補者に比べて、低い傾向にあると指摘する。これは来日前、本国で日本語教本を用いて学習した日本語と、来日後に日本で聞く日本語や介護業務を通して聞く日本語の隔たりによるカルチャーショックではないかと想像できる。しかし、推測ではあ

るが、これは来日直後のことで、安里(2021)は、日本に滞在する時間が長くなればなるほど、口頭伝達や文書作成能力は高まる傾向にあると認識している。これは次のステップ5の適応期とも関連する事柄である。

4) ステップ5 適応期

ステップ5の適応期に該当する事項としては、日本での生活、並びに介護研修に支障を来すことのないように、自宅学習を行うことである。安里(2021)の資料によると、ベトナム人候補者の週当たりの自宅学習時間の平均は、来日1年目は7.9時間、2年目は7時間、3年目で7.5時間、4年目で8.8時間であると記しており、EPA受入国3か国(インドネシア、フィリピン、ベトナム)の中で、ベトナム人候補者の自宅学習時間が最長であることを明らかにしている³⁰¹。また、ベトナム人候補者は、インドネシア人、フィリピン人候補者に比べて、口頭伝達や文書作成(業務文書)の双方共に高い能力を持つことが、施設の責任者の調査結果によっても明らかにされている。これらの評価に関連する要因として、夜勤の回数を挙げることができる。ベトナム人候補者には、来日前に日本語検定試験N3の取得が義務づけられており(他の2ヵ国にはその義務はない)、その日本語のレベルの高さにより施設側は彼らを即戦力として夜勤に回している。このような使われ方をすることにより、ベトナム人の学習意欲と日本での生活への適応能力はますますと高まり、介護国家試験の合格者が9割³⁰²にも達していることが明らかにされている。このことが結果として、次のステップ6の日本社会、日本の介護現場の貢献に繋がるものと推測できる。

4-10-3. 技人国

高度外国人労働者に該当する、技人国におけるメンタルヘルスの浮き沈み(メンタルヘルスに関連する事項)を、異文化の適応プロセスに当てはめて検証していくことにする。技人国の在留資格を所有する外国人労働者の証言や体験談を入手することはできなかったが、ここでは過去に実施された調査のデーターや、事例等を参考に検証していくことにする。

1) ステップ1からステップ2 渡航前の期待と不安の混在期～ハネムーン期

ステップ1とステップ2に該当する事項としては、技人国を含む高度外国人労働者の大半が、留学の経験や大学院卒業の学歴を有していることである。李(2015)によると、約9割を超える技人国を含む外国人労働者が留学の経験を持つが、これに対して7割を超える高度外国人労働者は、大学院卒の学歴を持つことが調査の結果で明らかにされている³⁰³。李(2015)の調査は、①東京にある大学の留学生コミュニティ、②社会人向けの大学院課程の学生、③日本で就労する韓国人と中国人コミュニティ、④留学生のための日本就労支援関連のNPO機関、⑤専門職従事者、⑥一般企業の労働者等を対象に実施され、そこで収集されたデーター

は、職場における日本人労働者と外国人労働者との間に生じるストレスとメンタルヘルスの浮き沈みを検証する内容であった。この調査結果により李(2015)は、高度外国人労働者は、日本に留学することを決めたその時には、既に将来の進路について熟考した上で来日する傾向にあると指摘する。大学院を卒業した高度外国人労働者も、大学院で習得した技能や専攻分野に適合する職業に就く傾向にあると示している。

2) ステップ3からステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3からステップ4に該当する事項として、李(2015)は日本人労働者と外国人労働者との間に生じるストレスについての現状を比較し、黛(2021)によって実施された日本企業に勤務する外国人労働者を対象に、彼らが感じ安いと考えている2種類の職業性ストレス、①職務満足度、②外国人労働者と日本人職員との間に生じる異文化コミュニケーションと差別意識に焦点を当て、ストレスとの関連性を量的に調査し、検証した研究の成果を纏め上げている。李(2015)はこの研究の結果より、仕事に対する質的負担と職場の対人関係から受けるストレスについて、外国人労働者が日本人労働者よりも強く、重く感じる傾向があることを示唆している。また、外国人労働者は、仕事の条件や環境の因子(騒音、照明、温度、換気、仕事の量)よりも、その職場で長期的に勤務できるためのノウハウを追求する傾向があるという。これ以外にも、外国人労働者は職場における自分の立場がマイノリティであることを自覚しているが故に、職場の環境や仕事の条件を積極的に変更するよう要求することはしない。しかし、就労している職場に対する期待や、ビジョンに対するこだわりは非常に強い傾向にあり、このこだわりが、彼らの心身の健康度と持続的幸福度を左右することが明らかにされている。この職場に対するビジョンの他に、留学や大学院で習得した専攻分野が自分に適した職であるのか、また適合しているのかが、彼らの働き甲斐や仕事の満足度、家庭生活に大きく左右するとしている。一方、外国人労働者は仕事の質的負担や、職場での人間関係に起因するストレスを強く感じる傾向にあり、日本人労働者と比較して抑鬱感と心身愁訴(しんたいしゅうそ)を感じやすい傾向にあることが明らかにされており、李(2015)はこの傾向の背景を文化的な要因であると示唆している。例としては、社長の個人的価値観によって形成される企業文化が挙げられていた。李(2015)は、外国人労働者の職業性ストレスを評価する際に、企業文化という文化的側面が大きく関連していることを明らかにしていた。これについては、黛(2021)の見解も、李(2015)の見解に類似していることを明らかにしている。黛(2021)が第一に言及した、職場の満足とストレスとの関連性については、以下3項目について明らかにしている。

- 1)職務内容と職場の環境に満足している外国人労働者や、給与に満足している外国人労働者ほど、仕事に対してストレスを感じにくい傾向がある。

2)職務ストレスに関する要因として、外国人労働者が就労する職場での仕事に対する展望が見えていないことが一つの要因として示された。

3)勤続年数の長い外国人労働者は、職務に対しての満足度が高い傾向にあること、また年齢の高い外国人労働者は、ストレスを受ける度合いが低い傾向にあることが示されている。

黛(2021)は次に、外国人労働者と日本人労働者の間で生じる、①異文化コミュニケーションと、②その差別意識について以下に見解を示している。

①異文化コミュニケーションに関連する事項とは、任務遂行と達成には日本独自の厳しさがある。それに対して差別意識に関する要素は、外国人労働者が犯す仕事の失敗に対する厳しい評価と態度であった。即ち、①異文化コミュニケーションと、②差別意識についての見解は一言で言うと、①外国人労働者が与えられた職務を果たすことができない場合、日本人の上司による発言、即ち、仕事を辞めて本国に帰よう勧める発言や、②難易度の高い仕事の説明が理解できない場合、外国人労働者が日本人に幾度となく質問すると逆上されること、③好き嫌いで態度を豹変させ、仕事の失敗はすべて外国人労働者に押し付ける傾向が日本人にあること等が調査を通して明らかにされている。このような外国人労働者に対する、日本人の偏見に満ちた高圧的視点が際立っていることを、黛(2021)は指摘している。以上のことより、黛(2021)は、外国人労働者を雇用している日本の企業に対して、日本的社風は維持しつつも外国人労働者の考え、特に異文化的な考えを尊敬し寛容に受け入れる、つまり価値観の違う他者を受け入れるような余裕を持つことが必要だと勧めている。

これらの研究結果より、高度外国人労働者が日本で経験するステップ3とステップ4に該当する事項は、職場に長期にわたって就労する魅力がない場合や、自分が抱くビジョンを職場に見い出すことができない場合、大学や大学院で学び得たスキルや専門性と職場での業務にミスマッチがある場合等である。これ以外にも、仕事量の不提示や仕事の目的の不透明さも挙げられていた。一方、異文化に関する事項としては、①企業風土(文化)、②日本人の高圧的対応(外国人労働者に対し偏見を持った高圧的態度)を助長する企業環境、③日本人に異文化理解を前提とした外国人労働者への配慮と尊敬や、異なる価値観を持つ人々を受け入れるような職場環境や職場教育の未成立等もステップ3またはステップ4を促進するような行動を作り出す。自由にものが言えない環境や社風の中では、異文化コミュニケーションを図ることはできないし、このような状況下では、日本人労働者と外国人労働者との間に誤解を招く事態が勃発し、ステップ3とステップ4に該当する事態を作り出すことになる。

3)ステップ5 適応期

ステップ5の適応期に該当する事態は、職場の企業風土(企業文化)や母国との文化的差異や異文化間のコミュニケーションの溝を、如何に克服するかということである。このような克服は、高度外国人労働者だけの課題ではなく、その雇用者である日本の企業側も重点的に

取り組んでいく必要がある課題と言える。李(2015)と黛(2021)も、この職場の対人関係や異文化間で生じる差別や、コミュニケーションの溝について言及している。つまり、高度外国人労働者が適応期を円滑に迎えるためには、企業側と高度外国人労働者双方が同じ土俵に立ち、相互尊重を基軸とした接遇が、彼らをより日本の労働環境や企業風土に適応させることに繋がり、且つ鬱病の発症を未然に防ぐことに繋がると言える。日本側の目線だけで一方的な接し方をするのではなく、外国人労働者に対して尊重を基軸とする交わりは、李(2015)が高度外国人労働者のメンタルヘルスを支援する際に既に提唱していた事項であり、仕事や職場に存在する本国との文化的の違い、異文化間のコミュニケーションの困難を考慮した交わりである。具体的に言うと、それは黛(2021)が記す以下の事項であるとも言える。

- 1) 職場における仕事の手順(日順)の明確化を図り、外国人労働者の興味や適性に合致した仕事の提供や、彼らに見合った仕事量の供給
- 2) 自由に意見や要望が発信できる社風の構築、並びに部門間の協力体制の整備
- 3) 仕事の目的を明確に説明できるような体制
- 4) 外国人労働者の考え(思考)をしっかりと聞き、尊重した上で彼らを受け入れる

これら4項目が企業内で構築されていく時に、外国人労働者が日本での生活に順応する確率は高くなり、その速度も速くなる。そしてストレスの減少へと寄与する。更には、李(2015)が研究成果として挙げていた、高度外国人労働者の来日の主目的であるキャリアに対する期待と就労の長期化にも繋がるのである。即ち、ステップ6の段階における、日本での活躍と貢献に匹敵するものである。

2-10-4-3. 技能実習生

ここでは、技能実習制度の下就労している外国人労働者のメンタルヘルスに関連する事項と、メンタルヘルスの浮き沈みを異文化の適応プロセスに当てはめ、見ていくことにする。そして、EPA 介護福祉士候補者制度と技人国と同様に、二次資料で取り上げられていた技能実習生の証言を、異文化の適応プロセスに当てはめて検証する。今回技能実習制度の下扱う職種は以下の通りで、①建設業 ②縫製業 ③農業 ④製造業である。またここで対象とする国籍は、①ベトナム、②タイ、③ミャンマー ④中国の4か国である。

1) 建設業

1-1) ベトナム

①ステップ1 渡航前の期待と不安の混在期

建設業に就労した、ベトナム出身の技能実習生が経験したステップ1に該当する事項は、主に来日の目的である。この来日の目的は、個人の事情に起因しているため千差万別である。ステップ1に該当する軸となる考えは、日本はベトナムに比べ給料は高い水準にあり、

多く稼げると期待し、日本を理想的な出稼ぎ場所として認識していることである。ベトナム人技能実習生が、日本を出稼ぎの理想的な国として選択する理由には、個人差が見られる。例えば、澤田(2022)が挙げるベトナム人男性①の証言によると、彼が技能実習生として来日を決定した理由は、彼の母親の問題によるものであった。彼女は不動産事業で巨額の負債を負い、その返済に追われるようになった。彼は少しでも母親の返済の一助になるようにと、多く稼げる日本で働くことを決意した。また送り出し機関の職員から、日本では3年で400万円から500万円が貯蓄できると聞いており、このような情報が、彼に日本で就労することを決意させた要因として記されていた³⁰⁴。道上(2021)が示していた、日本に入国した一人のベトナム人技能実習生②の来日動機によると、彼は高校を卒業すると貧しい家族の生活を支えるために、海外へ出稼ぎを決意したと記している³⁰⁵。彼が日本を選択した理由としては、給料が他の出稼ぎ国よりも高いということである。例えば、台湾に比べても高く、仕事も台湾に比べて過酷ではない。治安も良く、仕事における安全性も保障されていると聞いたからである。また川越(2021)は、その他の日本への渡航動機の例として、ベトナム人二人を挙げていたが、一人の男性③は高校卒業後3年ほどハノイのホテルで働いていた。そのハノイでタンロン工場団地や日本大使館に日本人を送迎したことを契機に、彼は日本に関心を持ち、日本で働くことを決意したと示している。他の一人の男性④は、高校卒業後航海大学へ進学した。卒業後船乗りの仕事を探すが見つからず、海外で働くことを決意して日本に来たと。また来日の準備として、ベトナム技能実習生のほとんどは日本語研修を受講し、その受講費用、渡航費、手続き費用、補償金、送り出し機関への仲介料を払って来日している。澤田(2022)が取り上げたベトナム技能実習生①によると、渡航前の支払い金額は、100万円にも及ぶとされる³⁰⁶。これにも個人差があるが、川越(2021)が示すベトナム人技能実習生の場合実兄が送り出し機関の紹介者であったため、送り出し機関への仲介料は免除されたが、それでも70万円にも及ぶ金額を渡航前に支払っている³⁰⁷。

②ステップ3からステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3からステップ4に該当する事項は、職場での労働環境、及び対人関係等、労働条件が事例として示されていた。道上(2021)が示した、兵庫県で会社でタイル貼りの仕事に従事しているベトナム人技能実習生②によると、来日前は日本に対して良い印象を抱いていたが、日本での就労期間が長くなるにつれて、日本人は冷たく部下に対して厳しいと感じるようになり、できれば3年間の実習期間を終えた時点で本国への帰国を希望していることが示されていた。川越(2021)が示す、建設業に就く二人のベトナム人技能実習生③及び④の例からも、ステップ3からステップ4に該当する事項を見て取ることができた。技能実習生③は北海道に派遣され、鳶職の仕事が与えられた。しかし、給料が安いことが原因で、当初予定した金額よりも少額しか仕送りができなかったことや、ボーナスが支給されなかったこ

と、作業現場に片道5時間を要すること、鳶職の仕事は日没までで残業はゼロであり働く時間に制限があったことが不満事項として記されていた。一方、技能実習生④の話によると、彼が抱いていたステップ3からステップ4に該当する事項として、職場で話されていた日本語と、来日前本国で習得した日本語に大きな隔たりを感じ、全く違った言語に聞こえた。特に方言(土佐弁)を理解するのに時間がかかったこと、就労して最初の一年は職場で怒られ続け、また現場から帰宅するのに一時間以上もかかったこと等を挙げていた。

澤田(2022)が記す、福岡県内の建設会社で技能実習生として就労していたベトナム人技能実習生①が体験したステップ3からステップ4に該当する事項としては、給料が安かったこと、また寮費や光熱費が給料から天引きされていたこと、仕事の拘束時間が異常に長かったこと等が示されていた。また澤田(2022)は別の事例をも紹介していた。それはベトナム人技能実習生⑤で、社長から建設資材である鉄パイプで叩かれ、ヘルメットの上からハンマーで殴られたり、ステップ3からステップ4に該当する暴力を振るわれていた³⁰⁸。暴力行為の他にも、仕事の不安定さに伴う賃金の不安定、例えば仕事が少ない場合、寮費を差し引いた手取り額は6万円から7万円程度であったと記されている³⁰⁹。

③ステップ5～ステップ6 適応期～現地文化の受容の時期

ステップ5からステップ6に見られた事項としては、日本語の習得、日本人コミュニティに容易に溶け込むための日本人社員との交わりや社外活動等を挙げることができる。これとは全く逆方向に位置する職場での職員との摩擦を防ぐことを目的とした、逃走や支援団体の助けを求めるということも挙げられていた。初めに前者に関連する事例として、道上(2021)が記す事例を参考に見ていくことにする。これはベトナム人技能実習生②の例であるが、彼は来日当初はインターネットを通して独学で日本語を学習していたが、就労期間が長くなるにつれて体力的にも、精神的にも日本語の習得に時間を割く気力は失われていったと、記されている。彼は日本語を習得することで、帰国後にはその培った日本語の能力を、ベトナムにある日本の企業で生かせることも可能であると認識していたが、実際はそうではなく、彼曰く、日本で得たものはベトナム人との人間関係であったと記されていた。彼は人間関係の構築が将来の自分を支えてくれると信じており、それを実現するために彼は毎集日曜日に、勤務する会社の近くに在るベトナムサッカーチームを訪れていた。

川越(2021)が挙げていたベトナム人技能実習生③と④について、それぞれに事象を紹介する。初めに、ベトナム人技能実習生③は、社長との付き合い、例として、遊び、食事、仕事に馴染めるようにと社長直々の指導を受けたが、この指導が適応期の事項に当てはまるのに対して、技能実習生④は、職場内で週に一度の日本語を学ぶ時間が与えられていたことが該当する。技能実習生④は建設関係の仕事をしており、危険度の高い仕事であるため、指示を正しく理解できるようにと会社は日本語教師を職場に派遣し、実習生のレベルに応じた日本

語の講義を開催していた。日本語を学ぶ機会に恵まれた技能実習生④は、その学びによって日本語の壁もなくなり、日本人の友人も増え、様々な場所に不自由なく出向くことが可能になったと記されていた。

一方、後者に関連する事項としては、澤田(2022)が取り上げていた技能実習生①と⑤の証言が該当する。まず、技能実習生①の証言であるが、彼は給料が安いことについて監理団体を通して賃金の交渉を図るが、監理団体に会社の社長と交渉するように指示され社長との交渉を試みるが、社長は、監理団体にその交渉を委ねた。しかし、監理団体にはベトナム人通訳が不在のため、彼は自分の要求を監理団体に伝えることができなかった。交渉ができない状態が3ヶ月も続き、コロナ禍の2020年10月27日に彼は失踪した³¹⁰。そして福岡から大阪に向かい、大阪市内で働く技能実習生の家に転がり込んだ。失踪後、福岡の建設会社の社長から賃金を15万円に上げるから戻るようにとメッセージアプリに音声電話が入っていた³¹¹。しかし、福岡に戻ると警察に身柄を拘束され、本国に強制送還されることを恐れて彼は福岡には戻らなかった。その後、彼は不法在留者向けの求人情報サイト、BoDoi(ボドイ)と称すフェイスブックグループを通して建物解体の仕事に就く。しかし、その解体の仕事は一週間程度で終了し、その後は鳶職の仕事を転々として渡り歩いたと記されている。2021年1月、彼は再びBoDoi(ボドイ)を通して住み込みの仕事、工場内の深夜の清掃作業員として神戸で働くようになるが、彼に与えられた神戸市内の部屋が覚醒剤の取引場所として利用されていたことにより、警察沙汰になる³¹²。彼は警察に部屋の契約者との関係を問われ、部屋と仕事を彼に紹介した在日ベトナム人に連絡するが、電話が繋がることはなかった。その結果彼は警察に出頭するが、パスポートを初めとする彼の私物は警察に押収された。その後、彼は大阪で一時世話になった技能実習生の家に戻るようになる。そこで以前失踪した技能実習生の知り合いが、NPO法人「日越ともいき支援会」の支援を受けて、新しい職場に移ることができたことを聞いた。彼は即そのNPO法人「日越ともいき支援会」に連絡し、警察に押収された彼自身の私物の引き取りのために、警察への同行を依頼した。その結果、彼はその支援団体の紹介で、大工や内装のリフォーム工事を行う友創(企業名)で働くことができるようになった。

一方、技能実習生⑤が、社長からの暴力行為に悩まされるようになると、監理団体はベトナム人通訳を通して、その社長に暴力行為を止めるように命じるが、事態は改善されなかった。そのため解決策として技能実習生は転籍を求めるが、監理団体は転籍に見合う新しい仕事を見つけることができず、監理団体に帰国するしかないと告げられる。彼は技能実習生①と同様に失踪し、東京都内に居住する友人であるベトナム人留学生を頼ることになる。そこで彼は、留学生を対象にした求人が多く紹介されているフェイスブックグループ(Tokyo Baito)を通してウーバーイーツの配達員の仕事に就く。このフェイスブックグループは求人の紹介だけではなく、配達員のアカウントや偽造在留カードの売買を行っており、彼はTokyo

Baito で知り合いになった留学生から、配達員のアカウントを 3 万円³¹³で購入し、2020 年 5 月から半年間アカウントが停止される迄、ウーバーイーツ配達員を続けた。ここでの働きは収入も良く最も多く稼いだ月は 30 万円、その内毎月 15 万円を本国に仕送りすることができた³¹⁴。また、来日前の準備金 100 万円の借金も返済することができた³¹⁵。しかしアカウントの停止に伴い、ウーバーイーツの配達員を続けることができなくなり、彼は支援団体に依頼して、技能実習生③と同じ会社で技能実習生として再就職することができた。

④ステップ 7 とステップ 9 帰国の不安と期待の時期と再適応期の時期

ステップ 7 と 9 に該当する事例としては、川越 (2021) が示す技能実習生③と④の体験が相応しいであろう。ステップ 7 は帰国に関するものではあるが、技能実習生③、④共に経験済みである。しかし、技能実習生③の場合は、技能実習を終了して本国に帰国するが、日本で学んだスキルを本国で生かしたかは記されていない。技能実習生④の場合は、技能実習終了後引き続き日本で勤務し、そこで習得した日本語を帰国後も引き続き生かしながら、日本語を活用できる職に就いたと記されている。ハノイで日本語を教え、月 5 万円から 6 万 5 千円ほどの収入を得ることができたと示されていた³¹⁶。

2) 縫製業

2-1) ベトナム

①ステップ 1 渡航前の期待と不安の混在期

縫製業で技能実習生として就労するベトナム人が、異文化適応プロセスのステップ 1 に該当する事項は、来日の目的、本国に残して来た家族事情、来日を支援するネットワーク (送り出し機関) の紹介等多岐にわたる。これ以外にも、送り出し機関への支払い、日本語研修等も含まれる。澤田 (2022) が示すベトナム人技能実習生①の話によると、彼女は、2018 年 5 月に婦人子供既成服製造の実習生として来日した目的を三つ挙げており、①本国で中学を卒業後、13 年間縫製工場で働いた経験があったこと、②実姉が過去に縫製工場の実習生として来日し、3 年間就労して 500 万円³¹⁷を貯蓄して、帰国後その貯金で家を建てた成功経験があったこと、③縫製工場は技能実習制度の中で最も不人気の職種であり、紹介料が安いことで知られていたこと、であった。彼女は来日前の日本語研修費用を含む、渡航に必要なすべての準備金 80 万円³¹⁸を支払い、2018 年に来日している。道上 (2021) が事例として挙げていたベトナム人技能実習生②も、来日を決定した理由は、子供を大学に進学させるための資金稼ぎであった。彼女は来日を定める前にロシアで 5 年間の出稼ぎを経験していた³¹⁹。彼女には、そこで蓄えたお金で本国に家を建てたという成功体験があった。彼女が来日を決めた要因は、①日本は他の国、例えば、台湾に比べ規則正しく、治安も安定しており、真面目である、②日本で得られる給料は他の国と比べ比較的高かった、ということである。

②ステップ3～ステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3からステップ4に該当する事項としては、技能実習生が抱く労働環境や労働条件、生活環境、職場での人間関係に対する理想と現実のギャップ等が取り上げられていた。澤田(2022)が示す技能実習生①によると、彼女は山形県鶴岡市の縫製会社「フォーティーン」に派遣され、派遣当初から午前7時30分から午後9時まで縫製作業が課せられ、帰宅後もボタン付け等の仕事を要求された。彼女の労働時間を日本の労働条件に照らしてみると日本が定める過労死ライン、即ち病気を発症する前1ヶ月の残業時間100時間以上、発症前2ヶ月から6ヶ月の残業時間80時間以上をはるかに超えていたと言われている³²⁰。更に納期前になると、朝方、午前5時半まで作業が続くこともあり、残業時間が200時間を超えても働かされた³²¹。勤務中は休息时间等は皆無であり、食事は出勤前に準備したおにぎりやゆで卵をトイレで食べたりして厳しい労働を強いられていた。生活環境も劣悪であり、彼女の他にもベトナム人技能実習生11人が就労していたが、11人が一つの部屋で寝泊まりし、シャワーは一つしかなかったと記されていた³²²。また、週に一日程度の外出は許されていたが、彼女と同じ時期に来日した技能実習生の一人が代表となり、スーパーでの買い物、即ち全員分の食材を買い出しするというのが日常であった。休みは月に一回あるかないかであったと記されている。

一方、道上(2021)が示す技能実習生②は京都府の縫製工場に派遣されるが、そこで毎日午前8時から深夜11時頃まで働かされた³²³。違法な長時間労働であった。また残業代は1時間300円であった。彼女はこの過酷な労働環境と安価な残業代に耐え切れず、労働組合に加入し助けを求める。しかし、これを契機として雇用主は彼女に対して繰り返し嫌がらせをするようになった。彼女は来日前、子供の養育費を稼ぐために本国の送り出し機関で働いていたことがあり、本来6ヶ月必要な日本語教育を3ヶ月で切り上げていた。そのため彼女の日本語のレベルはひらがなが読める程度で、流暢に話すことはできなかった。それが原因で、彼女はいつも弱い立場に立たされていた。何か問題があっても、警察や周囲の人に自分の思いや置かれている状況を明確に伝えることができなかったと記されている。京都は東京等の都会に比べ、日本語の教室も少なく日本語を勉強する機会にも恵まれず、また長時間労働であったため体力も気力も消失していたと記す。

③ステップ5 適応期

異文化適応プロセス、ステップ5の適応期に該当する事項として、技能実習生①と技能実習生②が経験した職場の移転を挙げることができる。両者共、社外団体に駆け込み、その団体の助けを経て別の縫製会社に移ることができた。技能実習生①とそこで勤務していた他の技能実習生は、庄内労働基準監督署に駆け込み事情を話した。彼女らが働く縫製工場とその会社の役員は、2019年6月に、労働基準法第三十二条違反容疑で書類送検され、2020年9月

に出入国管理庁と厚生労働省は、その会社での技能実習計画認定を取り消した。こうして、技能実習生①は、2019年3月、岐阜県岐阜市の縫製会社「エトフェール」に移りそこで働くことになった。新たな労働環境の下、生活環境も一新され住居は台所付きの一軒家が支給され、その住居には共有スペースとその他にも6つの部屋があり、シャワー室が3つ、トイレが2つあったと記されている³²⁴。また、残業代は働いた時間数全額が支払われ、手取額は月20万円³²⁵にもなった。

④ステップ6 現地文化の受容の時期

一方、技能実習生②は、東京の職場で勤務することになり、そこでは残業は少なく、時間の余裕もあるとされていた。これはステップ6に該当する事項である。技能実習生②は現地の文化の受容、即ち日本語の習得の重要性に気づき、残りの一年間を日本語の習得のために時間を割くことに意欲を持つようになった。これは、新しい職場の社長が、彼女のために日本語教室を探していたことにも起因すると記されていた。

2-2) 中国

澤田(2022)は、ベトナム人技能実習生の他に、中国からの技能実習生の事例も挙げていた。その中国人女性は2018年11月に来日しており、中国大連市の出身であった。澤田(2022)曰く、中国人技能実習生が来日する要因は地域によって生じる賃金差にあると記されている。彼女は、24歳から縫製関係の仕事に就くが中国大連市では縫製の経験があっても、月4000人民元(約7万円)³²⁶の手取り額しかないのが現状である。彼女には13歳の子供がおり、その子供の教育費を稼ぐために縫製関係の技能実習生として来日したと記されている。彼女の体験談には日本でのカルチャーショックは記されていなかったが、その体験談を見る限りにおいては、彼女は職場において既にステップ5とステップ6に該当する経験をしていると見て取れる。更に、彼女は職場の労働条件、特に月給が寮費を差し引いても16万円から22万円が支給され、年に1乃至2回の社員旅行もあり、更には観光に京都を訪れ着物を着る機会に恵まれたりと、日本の文化に触れる機会と適応する機会に大いに恵まれていると記していた³²⁷。

3) 製造業

製造業では、主にミャンマー人とベトナム人の証言を基に、外国人労働者のメンタルヘルスに影響を与えているとされる事項に、異文化の適応プロセスを当てはめて検証していく。

3-1) ミャンマー

ここでは、トゥトゥヌエーエー（2021）が示す、三人のミャンマー人技能実習生の証言や事例を基に、彼らのメンタルヘルスに関連する事項を異文化の適応プロセスに当てはめて見ていくことにする。ここで示す技能実習生①は、2014 年に来日し、2017 年には帰国している。また他の技能実習生②と③は、2018 年以降に行われた調査を基に記されたものである

328。

①ステップ1 渡航前の期待と不安の混在期

ステップ1に該当する事項は、外国人労働者が、主に技能実習制度を知るようになった契機や、来日直前の準備に関するものである。技能実習生①の来日前の仕事は、家族が営む商店を手伝う程度のものであった。技能実習制度については、週刊誌の募集欄を通して知ったと記されていた。そこで彼は技能実習制度に興味を持ち、日本語が話せない、理解できない、その様な状態で面接を受け2012年には送り出し機関で6ヶ月の日本語研修を受講した。その後も受け入れ機関で数回の面接を受け、ダット板金関係の会社の面接にも合格し、2014年に来日することが決まった。

一方、技能実習生②もまた、技能実習制度の応募を週刊誌を通して知り、日本語が話せない、分からない、そのような状態で送り出し機関において日本人との面接に応じた。その面接には送り出し機関が準備した通訳が同席した。その後、ひらがな程度の日本語の筆記試験、計算の試験、心理テスト等も受験した。彼は無事にその試験に合格し、日本人教師による日本語研修を6ヶ月間受講している。受講後には日本語検定試験N5を受験し、合格後に来日している。技能実習生③は、地元の送り出し機関の関係者の紹介により、技能実習制度を知り面接を受ける。その後、送り出し機関において日本人講師による日本語研修を受講し、日常会話を練習する機会に恵まれ、来日してからも日本語を話すことに不都合を感じることはなかったと記されている。日本語の研修の他にも、日本での技能実習制度の生活についての説明や、技能実習制度の手数料2800米ドルは、来日してから支払うことも送り出し機関から説明を受けていた。

②ステップ3からステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3からステップ4に該当する事項は、言語の能力不足によって齎される問題であった。例えば、日本語の聞き取りが悪く言葉も覚えることができない、漢字が読めない等である。技能実習生①に見られたステップ3からステップ4に該当する事項は、言語に関する問題が大半を占めていた。例えば、日本で働き始めた当初は、作業で使用する器具の名前を覚えることができずに苦労したこと、唐辛子を日本語で言うことができずにスーパーで1ヶ月間探し回ったこと、新幹線に乗車する際、間違って逆方向に乗ってしまったこと等を挙げて

いる。これ以外にも、教科書に書かれている日本語は丁寧体で書かれているが、通常の会話では普通体で話されているため、日常の会話に慣れるのに時間がかかったこと等も挙げている。

一方、技能実習生②も、同じような言語的ハンデを負うような事態に度々遭遇している。例としては、漢字で記されている電車の駅名が分からず、電車を利用して移動する場合は苦勞したと記している。別の技能実習生③は、日本語の研修終了後地方の花工場に派遣され、そこでの方言が全く聞き取れず、苦勞したようである。しかし、彼はその後職場の先輩に聞くことによって、その問題を解決していった。また社長との人間関係も良好であり、社長からは優しく親切に接してもらったと記している。

③ステップ5からステップ6 適応期～現地文化の受容の時期

ステップ5からステップ6に該当する事項は、外国人労働者が日本語教室に通いながら日本語の能力を高めることや、職務を全うすることができるように、職場での手厚いサポートを受けることである。技能実習生①によると、彼は作業を遂行する上で理解できないことがあれば、直ぐに上司に報告するようにと指示を受けており、1年後には問題なく仕事を遂行することができるようになっていた。これ以外のサポートとして、社長が技能実習生①のために、毎週日曜日、勤務先にミャンマー人の日本語教師を招き、技能実習生①が日本語の授業を受けれるようにと環境を整備していた。

一方、技能実習生②においては、来日後1ヶ月間日本語の研修が実施された。更に日本の法律の説明も行われた。その後、彼は赴任地の電気器具組立工場に赴くが、そこでミャンマー人の通訳を通して、器具の名前、作業手順等が説明された。次の日から通訳なしで仕事に取り組むように要求された。休日は、工場の仲間である中国人や日本人の女性が、彼をいろんな場所に案内する等の交流も行われた。

④ステップ7 帰国の不安と期待の時期

ステップ7以降に該当する事例を示す。技能実習生①は、日本での3年間の実習生活を終えて帰国するが、実習先の社長がミャンマーに支社をオープンし、帰国後も引き続きその支社で働いている。一方、技能実習生②は実習生として2年6ヶ月を勤め上げるが、体調を壊し途中で帰国する。しかし、帰国後は、技能実習生を日本に送り出す機関で事務関係の仕事に携わっている。技能実習生③は、技能実習生②と同様に、送り出し機関で日本語教師として活躍している。

3-2) ベトナム

2019 年 8 月に、道上(2021)が日本で聞き取り調査を行ったベトナム人をの話を基に検証していくことにする。このベトナム人は製造業で実習生として働いているが、彼らの話を基に、メンタルヘルスに関連する事項を異文化の適応プロセスに当てはめて見ていくことにする。

①ステップ1からステップ4 渡航前の期待と不安の混在期～怒り・幻滅の時期

ステップ1からステップ4についての記述を探し出すことができなかったのですが、ここで詳記することはできないが、技能実習生①と②は同じ食品工場で働いており、大手コンビニチェーン向けの食品を製造することであった。技能実習生①は、揚げ物を担当し、技能実習生②は焼き物や炒め物を担当していた。両者の勤務時間は、午前8時30分から16時であったが、残業もあると記されていた。休日は月5日、その内4日は休日を選ぶ権利が与えられていることも記されていた。

②ステップ5からステップ6 適応期～現地文化の受容の時期

技能実習生①と②の証言から、ステップ5からステップ6に該当する事項は、日本語を習得し、日本人との交流の場に積極的に参画することであった。両者は共に、技能実習期間中に日本語を習得し、日本語検定試験N2も取得している。技能実習生①は、日本語を習得するために一日の勤務が終了した後でも、独学で日本語に取り組んだ。また毎週水曜日に開かれているボランティアによって開催されている日本語の教室にも通い、日本語能力検定試験の対策を立てながら会話の練習に励んだと記されている。一方、技能実習生②は、日本語能力検定試験N1の対策に取り組んでいるが、学習はすべて独学であった。技能実習生①が通う日本語教室(ボランティアによって運営)の先生は、技能実習生①と②が日本人と交流できるように、地域においてベトナム文化を紹介するイベント(図書館で開催)を開催し、彼らを講師として招いた。暖かいサポートを受けることができたと記されている。

③ステップ7 以降帰国の不安と期待の時期～

ステップ7以降に該当する事項は、証言として記されてはいなかったが、技能実習生①と②は、技能実習制度を終了後に学生として留学を目的に再来日している。技能実習生①は、心理学を専攻し、将来は心理学のカウンセラーとして働くことを希望していた。一方、技能実習生②は、通訳を将来の職業とするため留学生として再来日している。

4) 農業、漁業

農業と漁業に従事する技能実習生におけるメンタルヘルスに該当する事項を、異文化の適応プロセスに当てはめて検証するが、ここでは主にベトナム人、タイ人技能実習生の証言と体験談に基づくものとする。初めに、崔博憲(2021)が示す農業では、技能実習制度の来日した二人の証言を異文化の適応プロセスに適応して、彼らのメンタルヘルスに関連する事項を探り出していくことにする。

①ステップ1からステップ2 渡航前の期待と不安の混在期～ハネムーン期

ステップ1からステップ2に該当する事項として強調されていたのは、彼らの来日目的、つまり日本で働く契機となった事項と来日前の下準備であった。タイ人技能実習生①は、高校卒業後現地のコンピューター製造工場で一年ほど働いた。そこで日本語を学んだことが契機となり、日本の企業に選出され、2011年10月以降、3年間技能実習生として四国の農家で働くことになった。彼女は来日前準備として、ビザ申請手続き費用、渡航費、保証金の費用等合わせて30万バーツ³²⁹を支払ったが全て借金によるものであった。一方、タイ人技能実習生②も、技能実習生①と同様に来日前の下準備として、本国の送り出し機関で面接受け、一年にも及ぶ日本語研修を受講している。技能実習生②は技能実習生①とは違い、実習生②(女性)の恋人と共に来日することを送り出し機関に告げていたので、送り出し機関への手数料と日本語の研修費用は恋人と按分することが許され、一人当たりの費用は15万バーツ³³⁰であった。しかし、その費用は、同じように借金によって工面された。そのような準備期間を経て技能実習生②は九州の農家に派遣され、そこで3年間働いたと記されている。技能実習生②の証言によると、日本を出稼ぎ国として選択した要因は、過去に中学生、高校生時代にお世話になった学校の生徒寮で出会った日本人ボランティアの感じのよさであったと述懐している。これ以外の要因として、技能実習生②は、政府の教育ローンを借りて本国の大学を卒業し、バンコク近辺の工場で働いていたが、閉鎖的な工場で働くよりは開放された環境で働く方が自分に適しているという思いが先行し、農業関連の仕事を選択したと記してあった。

②ステップ3からステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3からステップ4に該当する事項としては、技能実習生が感じている日本とはまた違う一面であった。例として取り上げられていたのは、作業中に嫌味を言われたり、暴言を吐かれたことであり、労働条件の違い、つまり月給が思ったより少なかったことや仕事のミスマッチ等が挙げられていた。技能実習生①は、来日前までは工場で働くことになっていたが、来日後に受講した日本語研修が終了した時には、説明もなく強引に、家族で経営している四国の農家に派遣された。彼はこの時本国へ帰ることを望んだが、来日前に保証金をタイの送り出し機関に預けていたので、派遣された農家で働くしか選択肢はなかった。そこで

は、繁忙期には午前5時から午後10時まで休みなく働かされた。収入は多い時で月18万円から19万円、少ない時には12万円しか手にすることができなかった³³¹。その中から住居光熱費が差し引かれ、そのわずかに残った給料の中から毎月3万バーツを本国に仕送ったようである³³²。一方、技能実習生②(女性)は来日一年目に、農家の社長の娘に叱責され、技能実習生②が来日前に抱く日本の良きイメージが壊れ、帰国を希望する気持ちが強くなっていった。しかし、本国の送り出し機関に借金をしてまで来日しているため帰国を思い留まり、我慢しながら働き続けた。労働条件も彼女が抱く条件とは大きく違っており、驚きを隠せなかったようである。給料は契約上12万円であるが、そこから家賃や光熱費2万円を差し引かれたこと、10月から次の年の5月までは、残業代が4万円から5万円、しかし、6月から9月には残業代は減少し、月の基本給は6万円を下回ったようである³³³。

③ステップ5からステップ6 適応期～現地文化の受容の時期

ステップ5からステップ6に該当する事項は、技能実習生①と②共に詳細は記されていない。技能実習生②は働き始めて2年目以降は、社長の娘に叱責されることは少なくなったと記している。つまり、日本での生活、社風に順応できるように努力したのではないかと推測できる。

④ステップ7以降 帰国の不安と期待の時期～

ステップ7以降に該当する事項は、技能実習生①と②共に3年間の就労期間を終えて、貯金したお金を本国へ持ち帰ることであった。技能実習生①は3年間の就労で20万バーツを貯蓄することができた³³⁴。しかし、帰国後に返済しなければならない保証金が、貯蓄した20万バーツでは不足し返済することができないことに気づいた。技能実習生②は2018年にタイに戻り、帰国した恋人と貯蓄したお金で事業を始めようとしたが、貯蓄額は二人合わせても100万バーツにも満たなかったため事業を断念した³³⁵。また、技能実習生②は日本で学び、培った日本の農業をタイで生かすことは困難であることに気づく。このようなことを経験し、彼女は将来、新設された特定技能の在留資格の下で来日し、できれば時給の高い都市部で就労できればと願っていると記されていた。

5) ベトナム

次に、澤田(2022)が取り上げていた、農業に従事しているベトナム人技能実習生の証言を異文化の適応プロセスに当てはめて、メンタルヘルスの要因となるものを検証していく。

①ステップ1からステップ2 渡航前の期待と不安の混在期～ハネムーン期

ステップ1からステップ2に該当する事項は、タイ人技能実習生と同様で、来日の契機と来日前の準備、来日後の夢であった。技能実習生①は農家の家に生まれ、高校卒業後は残業代が支払われるバクニン省にあるサムソン電子工場に就職した。しかしそこで3年間働いた後、自宅に戻り母(農家)を手伝うようになるが、ベトナムでは農業で高収入を得ることはできないことに気づく。また、当時日本から帰国していた友人の話を手掛かりに、技能実習生として日本で働くことに夢を膨らませていた。来日前準備として、職業紹介料、日本語研修費用、書類の手続き費用等併せて約100万円を送り出し機関に支払うことになったが、技能実習生①は、その費用を銀行から借りることで工面した³³⁶。その後、技能実習生①は2017年7月に来日し、淡路島に拠点を置きネギの生産に力を入れている農業法人「アイ・エス・フーズ」で働くことになった。

②ステップ3 カルチャーショック期

ステップ2からステップ3に該当する事項は記されていないので、ここでは検証することはできないが、技能実習生①は働き始めて毎月少なくとも10万円を本国に送金し、1年半で銀行からの借入金の返済を完了している³³⁷。このことから、彼の日本での生活が充実していたことは、ある程度知ることができる。

③ステップ4からステップ5 怒り・幻滅の時期～適応期

ステップ4からステップ5に該当する事項は、職場での良好な付き合いや人間関係を構築することである。例えば、会社の同僚の親切な対応であり、業務以外の誘い等を上げることができる。また、コロナ前には同僚がユニバーサルスタジオに誘ってくれたり、コロナ後は桜見の季節には桜の名所に案内してくれたり、と、良好な人間関係の下で、技能実習生①の日本での生活が充実していたことが記されている。

④ステップ6からステップ7 現地文化の受容の時期～帰国の不安と期待の時期

ステップ6からステップ7に該当する事項は、技能実習生①が、いずれはベトナムに帰国するが、帰国後もベトナムでネギを栽培しアイ・エス・フーズと連携して仕事をしたいと宣言していることである。彼は新設された特定技能1号の下で再来日し、引き続きアイ・エス・フーズで働いているが、帰国後も社長のプランであるベトナムにアイ・エス・フーズの支社を作り、技能実習を終了し本国に戻った技能実習生の働く場にしたいという社長のビジョンに賛同し、協力を惜しまないという彼の思いは、ステップ6からステップ7に該当するものである。

6) 漁業

漁業に携わる技能実習生の体験談や証言は澤田(2022)が記すものを参考にし、彼らのメンタルヘルスに関係する要因を、異文化適応プロセスに適応して検証するものとする。ここでは、二人のベトナム人技能実習生の証言を基に分析するものとする。

①ステップ1からステップ2 渡航前の期待と不安の混在期～ハネムーン期

ステップ1とステップ2に該当する事項は、来日前の準備と来日の契機であった。技能実習生①は、ベトナム北部のハイズオン省出身で、農家に育ったと記されている。彼は現地の短期大学で電気工学を専攻しており(勿論卒業している)、製造業の技能実習生として日本で働くことを希望していたが、機械加工の面接の選考に漏れて余儀なく本国の送り出し機関が紹介した牡蠣養殖の仕事に就くことになる。彼は2015年10月に来日し、受け入れ先の広島県呉市内の牡蠣養殖業者の下で就労する。

一方、技能実習生②は高校卒業後、マレーシアに行き鶏の解体処理の仕事に就く。そこで得た給料を貯蓄し、それを資本に本国で携帯電話の修理会社を興した。その会社で、彼は月額3万5千円の収入を得ることができていたが、友人から日本では3年で250万円³³⁸を稼ぐことが可能であると聞き来日を決意する。しかし、技能実習生①と同様、来日前の面接に不合格となり、送り出し機関の紹介で2017年6月に来日し、北海道伊達市に在るホタテの養殖の仕事に就くことになる。

②ステップ3からステップ4 カルチャーショック期～怒り・幻滅の時期

ステップ3からステップ4に該当する事項は、労働環境や対人関係の亀裂、生活環境における理想と現実のギャップ等が挙げられる。技能実習生①は来日後、過酷な労働条件や環境に遭遇し呆然とした。作業時間は午前4時30分に始まり、午後の8時前まで続くこともあった。繁忙期の12月頃には休日を取ることは許されず、それだけ働いても手にすることのできる給料は、17万円から20万円であった³³⁹。閑散期にはその金額が一桁にまで下がることもあったようである。また残業代は支払われず、作業中は私語禁止、ミスを犯すと「ベトナムに帰れ」³⁴⁰と叱責されることが日常茶飯事に行われた。生活上の問題としては、インターネットの環境が整っておらず、家族と音信不通の状態が長く続いたと記されている。一方、技能実習生②が遭遇する労働環境は、ホタテ養殖に関係する仕事で、海上の作業だけではなく陸上での作業、籠を編む作業も与えられた。

③ステップ5からステップ6 適応期～現地文化の受容の時期

ステップ5からステップ6に該当する事項は、職場環境や生活環境の不満を改善すること、また問題の改善のために自ら外部に働きかけて外部の支援や助けを得ること、実習期間

中にベトナム人技能実習生と交流を持つこと等を挙げることができる。技能実習生①は、自分が住む寮のインターネットを整備するように監理団体に働きかけるが、監理団体は一切動かず、彼はインターネットを断念する。その後、彼は技能実習生を支援する財団法人「国際研修協力機構」に助けを求め、同機構の支援により、呉市の別の牡蠣養殖の会社に転籍することになる。新しい職場でも激務な作業に追われる日々ではあったが残業は少なく、他の実習生と会話をしながらの作業も許され、充実した実習生活を送ることができたと記されていた。一方、技能実習生②は、3年間の実習期間中に別のベトナム人技能実習生とスーパーマーケットで出会い、交際をスタートさせる。3年間の実習期間が終了する頃には子供を授かっていた。

④ステップ7 帰国の不安と期待の時期

ステップ7に該当する事項は、技能実習生が本国に帰り、本国にある日系企業で働くこと、実習期間中に蓄えた貯金で本国に家を購入することである。技能実習生①は3年間の技能実習を終え、2018年11月に本国に帰り現地の日系企業で働くようになる。一方技能実習生②は、帰国後に技能実習中に交際を始めた女性と結婚し、日本での就労中に蓄えた270万円 で本国に土地付き家を購入したと記されている³⁴¹。

⑤ステップ8とステップ9 逆カルチャーショックの時期と再適応の時期

ステップ8とステップ9に該当する事項は、技能実習生①は日本で就労した日系企業が本国にある現地の会社より報酬がよいことは知っていたが、技能実習生時に日本で得た収入よりも低いことに気づいたことである。

⑥ステップ10 再来日前

ステップ10に該当する事項は、技能実習生①と技能実習生②が本国に帰国後、再来日し同じ業種または同じ受け入れ先で就労していたことである。技能実習生①は技能実習生3号として、以前就労していた職場に就労する。一方、技能実習生②は、特定技能1号の下にホタテ養殖業で働いている。

⑦ステップ11 来日後

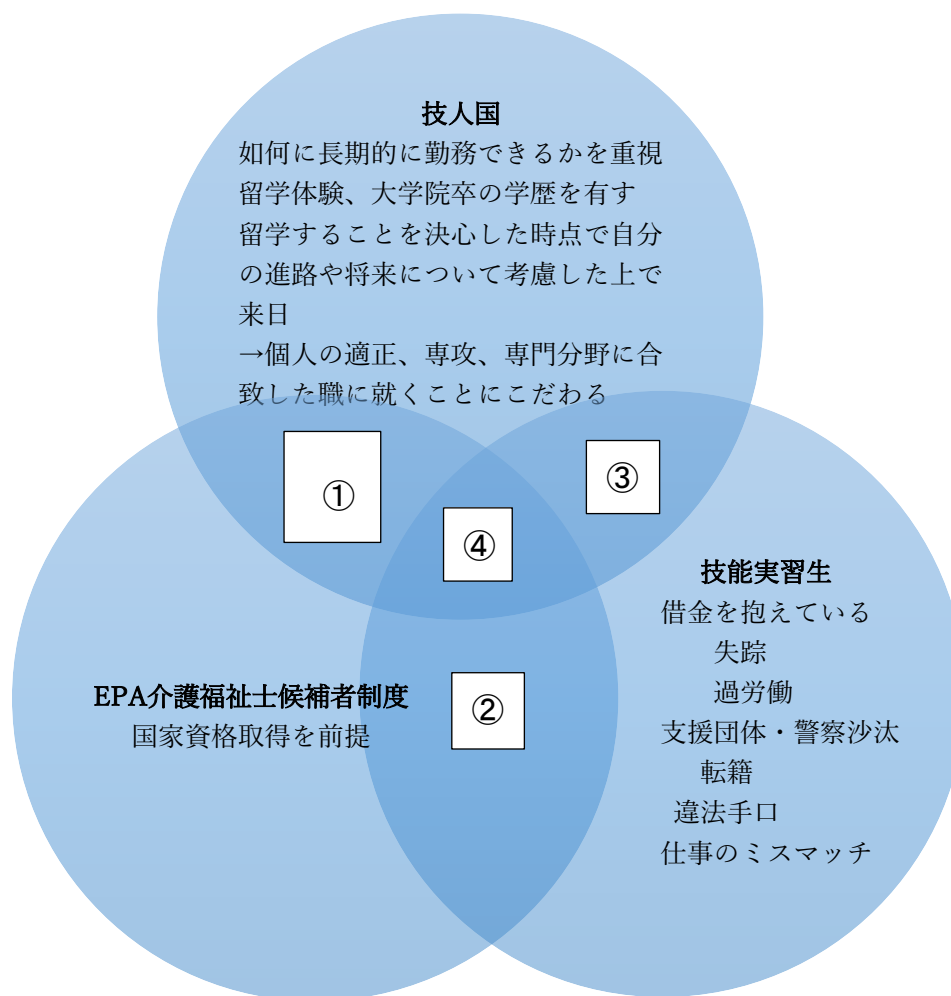
ステップ11に該当する事項は、技能実習生①が、技能実習生から特定技能1号に制度を変えて、別の業種に就労することである。彼は2021年1月に外食産業の特定技能1号の試験を受け、11月以降中部地方の飲食店で働くことが決まる。彼はその飲食店で働きながら、日本の飲食店経営について学び、本国で飲食店を開くことを希望していると記されていた。

7. 外国人労働者が抱えるストレス要因の分析

7-1. 外国人労働者に共通するストレス要因

これ以降は、外国人労働者のメンタルヘルスを左右するストレスに関する事項を、Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が提唱する概念を基にして分析を進めていくものとする。本節では、厚生労働省の資料を基に、外国人労働者全般にわたるストレスの要因を Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) の概念を基に検証してきた。しかし、在留資格別に外国人労働者が遭遇するストレスの要因については具体的な比較検証がなされていないのが現状である。ここでは、異文化適応プロセスで対象となった三つの制度(①技人国、②EPA 介護福祉士候補者制度、③技能実習制度)の下に就労する外国人労働者が受けるストレスの要因について、その相違点を Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) の概念に照らし合わせながら明確にしていくものとする。以下に三つの制度の下に就労する外国人労働者が受けるストレスの要因の相違点を纏めたベン図を示す。

図 2-4-2. 外国人労働者のストレス要因の相違点ベン図(筆者作成)



- ① EPA と技人国の共通点→専門性と日本語能力が求められる
- ② 技能実習制度と EPA の共通点→仕送りを前提、語学の問題、日本語教室
- ③ 技人国と技能実習制度の共通点→職場での仕事の展望を重視（技人国→仕事への質、技能実習制度→賃金）
- ④ EPA、技能実習制度、技人国の共通点→職場での人間関係、社風、弱い立場

このベン図から、更に Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が提唱するストレス要因を次の三項目、①個人的、②職業性、③組織性に分割する。技人国、EPA 介護福祉士候補者制度、技能実習生の下に来日する外国人労働者に共通するストレスの要因は、①職場での人間関係であり、②就労する会社の社風であることは既に明確である。また、技人国と EPA 介護福祉士候補制度に共通する外国人労働者に見られる共通したストレスの要因は、日本語の能力だけではなく、専門性を問われる業務に就くために受ける職業性ストレス（ストレス要因の一つ）である傾向が強い。日本語能力や専門性は、個人的ストレスに該当するものである。

言語能力や専門性の度合いは個人に由来するもので個人差があり、その個人差によって受けるストレスの度合いも異なって来ると考えられる。技能実習制度とEPA介護福祉士候補者制度の下、就労する外国人労働者に共通するストレスの要因は、三つのストレス要因、①個人的、②職業性、③組織性が全て含まれているように印象付けられた。①個人的ストレスの要因に該当するものは、本国への仕送りを目的に来日することである。次に、②職業性に該当するストレスの要因は、語学に起因するもので、職場でのコミュニケーションに問題がある場合が多い。技能実習制度と技人国の下で来日する外国人労働者に共通しているストレスの要因は、職業性及び組織性に関係がある。彼らは今就労している職場でのビジョンや展望にこだわりを持つ傾向があり、そのこだわりがストレスの度合いを左右すると言える。しかし、技能実習生が重視するビジョンは主に賃金であり、これは組織性ストレスの要因に帰するものとなる。一方、技人国の下で就労する実習生が重視するビジョンは、携わる仕事の質に関係するもので、これは職業性ストレスに帰するものである。

7-2. 三制度の下就労する外国人労働者の受けるストレス要因

7-2-1. 技人国

ここでは三制度の下就労する外国人労働者が受けるストレスの要因を見ていくが、初めに、技人国の下就労する外国人労働者が受けるストレス要因から検証することにする。彼らの受けるストレスの要因は個人的であり、職業性に跨る要因が多くを占めていると言うことができる。具体的には、個人的ストレスと仕事の妥当性や適性に関連するものである。過去の留学や大学、大学院で専攻した分野のスキルに見合った仕事に従事しているか否かを重視する傾向にあり、それは主観的であるため個人差が生じる。そのため受け答えも異なるため、仕事の適性、質、妥当性に由来するストレスは、個人的ストレスと見なすことが可能である。職場の妥当性は、黛(2021)が示す、適性に見合う仕事の提供、適切な仕事量の提示、意見や要望を自由に言える環境等が匹敵するため、職業性ストレスに起因すると言える。

7-2-2. 技能実習生

Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が提唱する職業性に起因するストレスの解釈は、自己や自立性(autonomy)を確立できない状況、つまり決められた役割に従ってしか業務を遂行することができない、独自の思考や判断をもって行動することのできない労働環境に源を発すると考えることができる。三制度の在留資格の内、ストレス要因に最も多く端を発する資格は、技能実習制度であった。そこで最も多くを占めていたのは組織性であり、例としては、①来日前に本国の送り出し機関に多額の借金をしてまで来日し、日本で働きながら返済していること、②日本で得る賃金の支払いが不安定であること、③契約内容とは異なる賃金の支払い、④契約とは異なる職種が与えられる仕事のミスマッチ、⑤監理団体の監督が徹底して

いない、⑥技能実習生がSOSを発信しても迅速に対応しないこと等によるストレスや危険にさらされる事態が、他制度の来日する外国人労働者より多いことを見て取ることができる。即ち、組織性ストレスに強調される法的、社会的保護が保障されていない労働環境の下での就労を強いられる確率が、他の制度の下に来日する外国人労働者に比し高い傾向にあることを知ることができる。

一方、職業性のストレス要因は、技能実習生が過労働、過酷な労働や生活環境や条件の下で労働を強いられ、受け入れ企業や監理団体がそれに対応して労働や生活環境、条件の改善に応じない状況の下に置かれているということである。何故なら、技能実習生がそれに対抗すれば、自分の立場が危険にさらされるからである。場合によっては、受け入れ企業から更なる嫌がらせや言いがかりをつけられ、本国へ送り返される(強制送還)可能性もあるからである。これが個人がストレスを生み出す要因となっている。個人のストレス要因の源は、次の二つの過程を経て生じるものである。①合法的な手段を経て生じる個人的ストレス、②違法的な手口によって齎される個人的ストレスである。①は、組織上のストレスで、賃金や契約上の問題に起因するストレスや、職業上のストレスに関係するストレスであり、これを解決するためにはNPO団体や支援団体の援助を得て、別の職場に転職することである。これに対して、②は違法的な方法は、不法滞在者向けの求人情報を通して職を探す警察沙汰になり、NPO等の支援団体に助けを求めざるを得ない状況に陥り、そのNPOの支援団体の支援により、新しい職場に就くということである。①も②も同様に、精神的疲労や恐れ、不安を伴うもので、そのストレスは外国人労働者が思い描く理想と現実のギャップがあまりにも大きい故に起こるのではないかと考えられる。つまり、職業性や組織性ストレスが、個人的なストレスを生み出すのである。例を挙げると、本国への仕送りが不足する、日本で余裕ある生活が送れない、先が見えない等の状況に陥る。そして、それを解決しようとするが、そこに新たな不安と恐れが生じ、それがストレスとなりジレンマに陥るのである。つまり、彼らには常にストレスの要因が二重三重となって襲って来る状況に晒され、そのような環境に置かれているのである。仮にうまく転職できたとしても、新しい職場の環境に適応していくための労力が必要となり、そこでも何某かの恐れや不安は付き纏うものであり、それがストレスを誘発させる要因になる可能性は大である。

これからは、技能実習制度のバックグラウンドについて紹介することにする。ベトナム人技能実習生は、何故多くの借金を負ってまでも日本に働きに来るのか。この実態を把握するために、令和3年(2021年)12月10日から令和4年(2022年)4月4日に、外国人技能実習機構と地方出入国在留管理局は、技能実習生に対して直接聴取を実施し、2184名より有効な回答を得ている³⁴²。その回答者数を国別で見ると、ベトナム930名、中国416名、インドネシア324名、フィリピン281名、ミャンマー125名、カンボジア108名となっている³⁴³。また母国の送り出し機関に何某かの費用を払っていると回答した者は、全回答者数の85.3%にも上

った。これを国別に見ると①ベトナム(97.8%)、②カンボジア(97.2%)、③中国(96.9%)、④ミャンマー(91.9%)、⑤インドネシア(87.7%)、⑥フィリピン(16.4%)の順となる³⁴⁴。次に送り出し機関に支払った費用総額の平均値は52万1065円で、国別に見ると多い順から①ベトナム(656,014円)、②中国(578,326円)、③カンボジア(571,560円)、④ミャンマー(287,405円)、⑤インドネシア(231,412円)、⑥フィリピン(94,191円)となる³⁴⁵。この調査結果より、多額な費用を送り出し機関に支払い来日している外国人技能実習生は、ベトナム人であることが分かる。その費用は、決して余裕ある貯蓄の中からのものではなく、家や田畑を担保にして借金する等して捻出した費用である。何故、技能実習生を送り出している国の中で、ベトナムだけがそれほど高額な支度金を送り出し機関に支払うのか。これについては、既に「1章5節. 外国人労働者の受け入れ制度とその課題及び改善」で、日本の受け入れ企業へのバックマージンによるものと記したが、しかし現実はそのだけではない。これ以外の要因として、ベトナムの国柄も要因の一つである。日本は、悪質な送り出し機関撲滅の一環として、ベトナムやその他の国々と取り決めに締結しており、ベトナムとの間では、送り出し機関が技能実習生から徴収する手数料の上限は、3600米ドル(約38万円)³⁴⁶に定めている。これ以外にも技能実習生の失踪を防止するために、保証金を徴収することも定めている。しかし、それでも未だに多くのベトナム人が、多額な手数料を払い借金を負ってまでも来日するという現状は変わらないのである。勿論、ベトナムにおいて悪質な送り出し機関は以前よりは減少しているものの、そのような悪質な送り出し機関は未だ存在しており、ベトナム人技能実習生から多額な手数料を取って日本へ送り出しているのである。何故なのか。これについては、安田(2021)が二つの要因を挙げている。それは、①技能実習制度に応募するベトナム人のほとんどはベトナムの中でも貧しく、情報に対して鈍感な人達である。つまり、彼らの多くは自分で送り出し機関を探すことはしない。日本での就労は多額の収入を得られるという情報を、斡旋業者(ブローカー)の口コミで知り、斡旋業者が紹介する送り出し機関に一切の疑問も持たずに応募するのである。彼らの多くは貧困が故に、与えられた情報を分析し、論理的に思考を巡らす習慣を培う教育を受けることができなかったことも、多額の借金を負って来日する原因となっていると、安田(2021)は指摘する。②の要因としては、ベトナムにおいては、未だ賄賂がまかり通る社会であるということである。ベトナムでは、条件の良い職に就く、例えば大学教授や大手新聞社の記者等の職に就くためには賄賂が必要で、その相場は150万円前後³⁴⁷であると言われている。この現象は、1950年から続いている社会体制にあり、特に北ベトナム地域にその影響が色濃く残っているようである。好条件の職業をお金で買うという、ベトナムの悪しき習慣により来日に掛かる費用、つまり、送り出し機関に支払う金額が高額であればあるほど、送り出し機関の信用は高まり、日本で実習が終わり本国へ帰国してからもその恩恵は受けられるという、誤った認識が横行しているのである。これで、ベトナム人技能実習生が高額な支度金を支払ってまでも、日本で就労しよう

とする理由は理解できたと思うが、それでもまだ疑問が残るのは、それでは何故社会的に低階層の人々が日本での就労を望むのか。この問いについては、ベトナムとタイを事例に検証することにする。初めに、ベトナムについて見ていくことにする。ベトナム政府は2011年以降、「社会経済発展10ヶ年戦略」を政策として掲げ、2020年までに近代化、工業化へと舵を切り、現在でも産業に力を入れて工業化を推進している。そのような政策により、ベトナムでは大都市近郊や、北部都市では、都市開発やインフラ経済を本格化すると同時に、地方の農村部では、多くの農地が住宅地や工業団地へと様変わりしている。このような変化もたらず農村地域の様子を、川越(2021)は、一つの農村地区、ミーサー社(村)を事例に説明している。川越(2021)が実施した調査により明らかになったことは、ミーサー社(村)で進められている工業化は、村民が農業従事者から工業の労働者へと職業を転換するという単純な変更ではなく、自給自足的な生活から日常生活に必要な必需品全てをお金で買うという生活への変遷であるということである。従来は、手元にお金がなくても、それなりの生活は維持できた。しかし、工業化と都市化により、今では現金が生活においてなくてはならない存在へと変わってしまったということである。生活するためには現金を得るための働きが必要であり、村民のかつての職業であった農業に代わる、新たなビジネスや収入源を模索しなければならない。その収入源として、彼らは、海外への出稼ぎへと視野を広げるようになる。その出稼ぎ先として注目されたのが日本であり、日本での就労であった。ベトナム人は、海外の出稼ぎで貯蓄したお金を資金にして、帰国後に自分の店や工場を持つことを理想としており、その理想を達成するためには多額の手数料を払ってでも海外へ、日本に出稼ぎに行くのである。

一方、タイの事情もベトナムと類似している。タイから送り出される技能実習生の多くは、タイの東北部や北部出身である。タイの東北部や北部は、従来、貧困層の地域と知られていて最も開発が遅れ、1990年代以降、幾度となく開発の必要性が叫ばれていた。しかし、最近では、ベトナムと酷似する現象が見られるようになってきている。農民や山地民が多い東北部や北部では、彼らの生活を支えてきた資源の減少と、私有化や消費材料の大量の流入により、農民や山地民の生活には現金が欠かせないものになっていった。普通の生活にも現金が必要な社会に村が変貌してしまったのである。崔(2021)が指摘しているように、社会の変貌によってもたらされた欲望と所持の隔たりを埋めるために、東北部や北部の村人たちは、一つの選択肢として海外への出稼ぎを選び、或いは、国境を超えての出稼ぎを選択する。その手段の一つとして技能実習生として来日するか、他の国での就労を目指すのである。

次に、失踪について、その裏事情を記す。異文化適応のプロセスを基にした、外国人労働者のストレス要因の分析は既述した。その箇所で、劣悪な労働環境に耐え切れずに失踪したベトナム人技能実習生の体験談を引用したが、失踪に至る要因は自発的傾向が強いことが明確になっている。この傾向はベトナム人技能実習生に顕著に見られるものである。自発的失

踪に至る理由としては、友人からの職の紹介、つまり現職より楽をして、より収入の高い仕事の紹介を受けたこと、今就労している会社より多くの収入が見込める会社を、Bo Doi (ボドイ) や求人広告を通して探すことによると理由が示されている。このような失踪者は、多くは建設業に就くベトナム人技能実習生に特に多く見られ、その理由について、澤田(2022)は次の2点を挙げている。

1) 来日前の面接で、全ての職種に合格せず、しかし、即来日を志望するベトナム人候補者が建設作業員として来日する傾向にある。

2) 彼らの多くは、日本語の能力が低いと言われている

澤田(2022)が示す技能実習生の失踪率は、ベトナム人 4.3%、中国人 4.2%、インドネシア人 2.2%、タイ人 1.6%、フィリピン人 0.5%であり、フィリピン人が最も少ない³⁴⁸。その背景には、他の国には見られない受け入れの仕組みが大きく関係していると論じられている。フィリピンにおける技能実習生を日本に派遣する場合、監理団体の代表者は、フィリピンの海外雇用庁の出先機関である海外労働事務所で、英語による面接を行うことが義務付けられている。この面接で基準に満たない労働条件の場合、フィリピンでの受け入れに必要な面接の許可が降りないのである。このように断固としたフィリピンの監理団体の対応が、悪質な送り出し機関や、受け入れ企業の雇用から技能実習生の人権を守る役割を果たしていると言える。

7-2-3. EPA 介護福祉士候補者制度

EPA 介護福祉士候補者制度に見られる特有なストレスの要因は、国家資格取得を前提にしていることから生じるのではないかと考えている。特に労働性のストレス要因に該当するものが大半を占めている。つまり安里(2021)が示す腰痛や肩、背中痛みである。2013年から2016年の期間に腰痛を発症した者が全体の 31.8%³⁴⁹もいたということであり、その割合は、時間の経過と共に増加傾向にある。これ以外にも、労働性ストレスとして挙げられていた症状は頭痛であり、これは主に 20代から 30代の女性候補者に多く見られ、割合としては EPA 介護福祉士候補者の 5%³⁵⁰を占めていた。この要因としては、夜勤や不規則な勤務形態が大きく影響していることが示されている。また近年、EPA 介護福祉士候補者の間に、情緒不安定な症状が見られることも指摘されている。これは、個人的と職業性のストレスに該当する要因である。この情緒不安定の症状は、EPA 介護福祉士候補者の間では 2016年には 20%であったが、2017年から 2019年には 45%にまで増加し、年々増加の傾向にある³⁵¹。情緒不安定に陥る要因を Asis と Carandang(2020)は次の様に記している。一つは、この情緒不安定の症状は職業性と組織性を跨ぐストレスの要因に該当するとしており、それは自分が常に弱い立場に立たされているという、思い込みや積極的に職場で活躍できない、自立性(autonomy)を確立できない状態に置かれている環境が構築されているところに原因があるとされる。これは、

Asis と Carandang (2020) が挙げている事例であるが、EPA 介護福祉士候補者が、介護施設の研修現場で、日本人職員による介護利用者への虐待行為を目撃し、その虐待行為を上層部に通報しても、上層部はその行為を受け入れず、逆に候補者が行った行為として受け取られる。最悪の場合は、その行為は介護福祉士候補者に転嫁され強制退去を命じられる恐れもあり、例え目の前で虐待行為を目撃しても、沈黙するしかないと記されている。次に、個人性のストレス要因に該当することでもあるが、安里 (2021) は ICT (コンピューター、インターネット等の情報技術) の発展により、本国の家族とのコミュニケーションを日本にいても容易に図ることができるにも関わらず、ホームシックを患う者が増加している。この原因を探究する必要があると記している。Asis と Carandang (2020) は、ホームシックの原因を次の様に分析している。EPA 介護福祉士候補者に限らず、介護士の全てが介護利用者に対し、自分の家族の様に接する傾向にある。この関係性が、本国の家族を思い出しホームシックに見舞われるのではないかと、また、介護利用者が他界すると、介護福祉士候補者の間で不安を覚え、鬱病を発症する候補者が存在すると、Asis と Carandang (2020) は見解を示していた。

8. 総括

これまでは、メンタルヘルスの不調や、鬱病の発症に起因する要因を、異文化適応プロセスに当てはめて、また併せて、そのストレス要因を三つの項目に分類して検証してきた。これからは外国人労働者がメンタルヘルスの不調に陥る過程や、鬱病を発症するフローについて検証していく。外国人労働者のメンタルヘルスに関連するストレス要因が多く生じるステップは、ステップ 3 とステップ 4 の段階である。何故その段階において多く発生しているのか、それはステップ 1 とステップ 2 の段階で、日本に対する期待、日本を出稼ぎ国として選択した外国人労働者の思いが大きく関係していると言える。外国人労働者が出稼ぎ国として日本を選択する行為は、rationalization (正当化、合理性) に関連するもので、外国人労働者が出稼ぎ国を選択する過程において、誰もが陥ると言われている。Rationalization、この言葉は、日本語では合理化、正当化という意味を持つが、この言葉の意味、或いはその背景には目標を達成することを前提にしているのである。つまり、合理的且つ正当な行動や決意、即ち目標達成には最善の選択肢が伴うという見解が成り立つのである。この合理性、正当性 (rationalization) の概念を、移動や移住の観点に当てはめて見ていくと、移動、移住の選択の良し悪しは次の要因によって決まると言われている。それは、行動や決意から生じる損失に対してのメリット、雇用の見直し、脆弱性の把握である。このことから、移動や移住の選択肢、決意を個人的な観点に当てはめて見ていくと、個人の価値観と好み、それに期待するものを最善な方法で入手することを可能にする選択肢の模索であるという考えに至る。そしてこの選択肢 (個人の好みや価値観を軸とする) の模索の根底には、各々の財産や社会的地位の

向上、またはその地位の獲得、自立性、人との繋がり、人生の充実、生活の質の向上等が含まれる。

では、このような選択肢や決意は、どのような過程で得ることができるのだろうか。ここで掲げる選択肢や決意のほとんどが、合理性や正当性の概念に基づいている。一方、合理性や正当性の概念を社会的な観念から見ると、それは本人が取った行動の正当化であり、正当化できる理由の模索である。しかし、これだけでは具体性に欠け、その意味合いが不明である。特に移動や移住に当てはめて考察しようとしても腑に落ちない。そこでこの正当性、合理性(rationalization)を心理学的観点から見ると、移動や移住について、次の様に理解することが可能となる。Ullah(2010)によると、正当性や合理性というのは、決意、或いは選択するまでの過程を表しており、それは主に具体性に欠ける他者に起因する精神の過程に比肩するものであり、意見や言説によるものであると論じる。このことから、正当性、合理性(rationalization)を前提とした決意や選択肢は、個人の欲望や願いを基に成り立っており、その願いを実現するために必要な材料となる情報を得るために情報が信念となり、それが行動に反映する構図となる。Ullah(2010)は、決意や選択肢を移動前の段階と見なし、それらは主に経済、貧困、家計戦略、ネットワーク等の要因によって大きく影響を受けると指摘している。

一方、正当性や合理性は受入国への移動後(或いは移住後)に起き、それは主に経済的要因や受け入れ国の文化や生活への適応によって左右されると強調されている。このことから、移動前(移住前)の段階を表す決意や選択肢は、異文化適応プロセスのステップ1に該当し、移住後の正当化、合理化(rationalization)は、異文化適応プロセスのステップ2のハネムーン期からステップ3のカルチャーショック期、更にステップ5の適応期以降に該当する事象であると解釈することができる。Ullah(2010)が言う経済的要因とは、移動に掛かる費用対移動後に得られるメリット(これは予測であるが)を、前提としていると記されていた。外国人労働者の多くは、移動(移住)を決心する要素として、移動後(移住後)に得られる経済的メリット(給料であり、稼ぎである)が移動前の準備金を合わせて、本国での稼ぎを上回ることができるかを重視する傾向にある。これは、cost-benefit modelと言われる³⁵²。つまり、移動(移住)を希望する人は、移動前(移住前)に必要な準備金とそこから得られる金額的メリットを計算し、その結果得られたリターンの多少によって決意し、選択すると言われている。

次に挙げられていた要因は、貧困(relative deprivation)であった。貧困を移動の視点から見ると、それはプッシュ要因、即ち、貧困からの脱却の機会を得ることを目的に本国を後にすることである。一方、工業化された国における人手不足は、移動(移住)を考える人にとっては魅力的に映るものである。貧困の要因には、本国での社会的地位や経済的地位の向上、人々の持続的幸福度(well-being)の向上を前提とした願望や欲望が含まれ、それらの実現のために海外への出稼ぎを決意する構図がそこに示されている。外国人労働者が、毎月本

国の家族に仕送りをするということも、移動を決意する要因の一つであり、貧困と密接な関係にあると記されている。

移動(移住)の決意に関わる三つ目の要因は、家計戦略(Household strategy)である。家系戦略とは家族が一丸となって、移住(移民)を支えるということである。特に発展途上国では、移住(移民)を決意し移住に必要な費用を捻出する場合、一つの場所からではなく複数の場所からかき集めて来る傾向にある。その費用は、土地を担保に入れて借金する等が挙げられる。このことを前提に、Ullah(2010)は、移住(移民)は個人という単体によって決意されるものではなく、家族を初めとする複合する団体の協力によって決意されるものであると論じる。つまり、Ullah(2010)曰く、家族的戦略の始点から移住(移民)に至るまでの経緯を見ていくことは、重要な過程であると示す。

移住(移民)の決意へと導く四つ目の要素として、ネットワークが挙げられる。これに該当するものとしては、①友好関係や親族関係を基軸とするネットワークと、②組織を通じてのネットワークが記されていた。①のネットワークは、現時点では既に移住(移民)している者、過去に移住(移民)した者、していない者を繋ぐネットワークを示しており、このネットワークは、友好関係や親族関係を土台にしている。更に、受入国にいる移住者(移民)によって形成されたコミュニティと密接な関係にあり、同国の人々、同じ境遇にある人がその受入国に移住(移民)した際に、職探しや環境に容易に適応できるようなサポートを提供できる仕組みを有している。一方②は、組織的ネットワークである。しかしこの組織的ネットワークには正式なネットワークと不法なネットワークが存在する。この組織的ネットワークは、移住(移民)を計画している人に対し、受入国に関する情報、つまり、資金、職業の紹介、仲介者との情報の交換、移動費等について支援を行うものである。移住(移民)を計画する者の多くは、このネットワークを(正式、不法を含む)からの情報を基に、移住(移民)の決断を下すことが明確になっている。つまり既記した情報を基に移住(移民)に必要な金額を準備し、移住(移民)に伴うリスクを回避しながら移住(移民)を実行していく傾向にあることも明らかになっている。

次は、正当性、合理性(rationality)を決める要因である、適応や順応について検証することにする。Ullah(2010)によると、適応や順応は移住(移民)後に起こるものであると論じられている。移住(移民)の経験の合理性や正当性は、適応や順応の概念によって決まるものであると示す。その概念は、文化や政治、社会に関係するもので、移住(移民)者が如何に受入国に順応できるか、受入国への移住(移民)に対して正当化できるかが要となるのである。つまり、移住の決断に対して、肯定的であるのか或いは否定的であるのかに繋がるのである。これ以外にも、順応と適応の度合いは、移住の決断について正当化を促す要素だけではなく、その受入国に滞在を希望する期間をも左右する要素を有していると言われる。

正当化(rationalization)の概念と、異文化適応プロセスによって明確になったストレス要因より、これ以降は、外国人労働者が発症するメンタルヘルスの不調や、鬱病の発症フローについて記す。既述したように、外国人労働者が、鬱病の原因であるストレスを多く発症する主な要因は、異文化適応プロセスのステップ1からステップ2で経験する事項と、ステップ3からステップ5までの間に経験する事項に、大きな隔たりやギャップが生じているからではないかと考えられる。そのギャップによって、次のことが想定される。

- 1) 来日を決定したことによる後悔から生じるストレス、このストレスの契機は、異文化適応プロセスのステップ1とステップ2に該当する受入国に対する期待の裏切りから生じるストレスであり、Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020)が示す個人的、職業性、組織性と、Ullah (2010)が論じる受入国の選択の要因である経済、貧困、家計戦略、ネットワークを由来とするストレスが二重、三重となって生じるものである。
- 2) 上記1)によって生じるストレスを解消しようと、方法を模索するが、上手に解決できれば好結果を生むが、そうでない場合は、更に個人的、職業性、組織性ストレスに加え、Ullah (2010)が論じる受入国の選択要因である経済、貧困、家計戦略、ネットワークを契機とするストレスが二重、三重となって襲って来るのである。
- 3) また、2)で生じるストレスが二重、三重となって襲って来ることで、異文化適応プロセスのステップ5である適応期を迎える余裕は無くなり、来日を正当化する材料である異文化の適応や順応を得ることができずに、来日したことに対する正当性を感じる事ができず、後悔の念は膨らんでいく。その結果不安や鬱症状を発症することに繋がっていく。

これら想定した3つの事項を、三制度の下に来日した外国人労働者に適用し、分析すると以下に明らかになった。初めに、技能実習生について、その明確になったことを記していく。技能実習生の多くが実習先として日本を選択する理由は、送り出し機関や来日経験者の日本では多くを稼ぐことができるという情報によるものである。一方、本国、その出身地は既に工業化により、生活をするためには現金が必要な状況へと変遷しており、その現金を得るために稼ぎの多い日本を出稼ぎ先として選択する。将来のための資金集め、貧困からの脱出、仕送りを通して家計を助けるために、多額な借金をしてまでも送り出し機関に保証金、準備金を支払って来日するのである。確かに帰国後に何某かのリターンがある。しかし、それは千差万別である。このように、Ullah (2010)が示す受入国の選択とその選択の決意の要因は、外国人労働者が思い描く日本での就労の期待として反映される。しかし、日本を就労国として選択する正当化(rationalization)の有無は、異文化適応プロセスのステップ3からステップ4のカルチャーショック、ステップ5の適応期に遭遇した時である。既記したストレス要因である個人的、職業性、組織性ストレスが、同時にステップ3からステップ4に生じるのである。そこで多くの技能実習生は、来日を決意した時の期待と日本での就労時の現実ギャップを感じるようになる。そのギャップはそれをギャップとして感じ始めた時から重

く押し掛かって来るようになる。それは、来日を決意した時に抱いていた期待も、ストレス要因へと変化して行く。そのストレス要因とは、日本での就労時に遭遇する三つのストレス、個人的、職業性、組織性ストレスである。ここで一例挙げるとする。一人の技能実習生がいる。彼は家計を助けるために多くの仕送りができると、出稼ぎ国として日本を選択するが、来日してみると送り出し機関が斡旋した月収よりはるかに少ない収入で、その給料は、寮費、生活費を差し引いた金額が手取りとして支払われる設定になっていた。このようなケースは、技能実習生の証言に幾度となく見られたが、この時点では既にギャップが生じており、このギャップは期待と現実の間に起こるギャップであり、また、ネットワーク、つまり、送り出し機関により説明された労働条件が、技能実習生が描く条件とかけ離れていたということで、それに気づいた時点において既に三種類のストレスを受けることになっている。一つは月給が少なく仕送りができないこと、二つ目は契約に示されている給料の額が違ふ、三つ目は、送り出し機関が説明していた、日本に行けば稼げるという話は実現出来ないことから来るストレスである。これらのストレス要因は、一つ目は、来日を決めた決意(rationalization)に至る要因の一つである、貧困(relative deprivation)に起因するストレスであるのに対し、二つ目は、来日後に発生した組織性ストレスであり、来日の決意、要因であるネットワークに起因するストレスである。三つ目は、来日を決めた決意の要因でもあるネットワークに起因するストレスである。現状に対して、①我慢しながら働く者もいるが、②その反面、現状を改善しようと行動を起こす者もいる。しかし、いずれも新たなストレスを生み出す状況へと発展していく。しかし、大半の場合、この現実気づくと、来日の決意を正当化(rationalize)しようと行動に出ようとする。その行動は、日本での生活に適応する手段である異文化の適応プロセスのステップ5に該当する。しかし、ここでも次の二通りのパターンに遭遇する。一つは、外部にこれらの悩みを相談して解決しようとするが、職場での嫌がらせという新たな職場でのストレスに遭遇し、この嫌がらせという職業性ストレスに対応するために、新たな対応策を取る必要がでてくる。その対応として、失踪や別の支援団体に相談することが挙げられる。しかし、そのような手段を取ることによって、更なる労力と新たなストレスを受けることになる。二つ目は、外部にこれらの悩みを相談し、別の働き場所へと移動するという方法もあるが、新しい労働環境に馴染む必要があり、その過程においては個人的、並びに職業性ストレスを受けることになる。この技能実習生の場合、ストレスが二重三重と折り重なって襲って来るという現実には晒されていることと、また、異文化適応プロセスのステップ3とステップ5を彷徨うような構図の中に組み込まれてしまうのである。彼らがこの構図から抜け出し、日本の生活や就労環境に適応できれば、来日した決意を正当化でき、ストレスを起因とする鬱症状から脱却できることになる。しかし、Bretones(2020)は Roura、Bisoffi、Navaza 等の説を引用し、そこから脱却できなければ、困

難や負の出来事に遭遇する機会は多くなり、不安や鬱症状を誘発する傾向が強くなると記す³⁵³。外国人労働者の中で、技能実習生にこの傾向が強く表れる。

一方、技人国の場合、Ullah(2010)が挙げる来日に対する決意の要因は一切なく、どちらかと言えば、日本の大学で得た知識や専門性に応じた職種やキャリアに対する展望が見える職場に就けるか否かが、日本で働く上での決断の要因であると言える。これは異文化適応プロセスに照合すると、ステップ3からステップ4の段階で、期待と実際の職場での違いに気づいた時に、鬱病を発症するストレスに見舞われると言われている。つまり、決断の要因と現実のギャップの狭間でストレスを誘発することが見受けられる。外国人労働者が、異文化適応プロセスのステップ3とステップ4の段階で生じる、決断の要素とギャップの中に留まる状況の中で、ステップ5の適応期、自分の決断を正当化する段階において、企業の協力や支援を得ることができない、支援を追い風として前進することができない場合、その企業での就労に正当性を見い出すことが出来ずに、ストレスを誘発し鬱病を発症するという構図が成立するのである。

EPA 介護福祉士候補者の場合、来日の期待となる要因、或いは、Ullah(2010)が示す渡航決断の要因は、貧困が故に仕送りを目的とする渡航とネットワークに基づく渡航の決断、即ち、送り出し機関が行っている語学研修や、就労先で実施されている介護研修や日本語研修等に起因するものである。EPA 介護福祉士候補者の場合でも、異文化適応プロセスのステップ1からステップ3、更にステップ4において鬱病を発症させるストレスに見舞われることが予測される。それは、既に記した期待と現実の隔たりと、そのギャップが予想以上に大きいということに起因しているのである。この期待と現実の隔たりとそのギャップは、来日の決断の要因である仕送りだけに留まらず、介護作業の専門用語と日本語の読み書きをも含む語学の能力にもよるものだと考えられる。これ以外にも、介護施設利用者と日本人職員の間に生じる人間関係も、介護福祉士候補者にストレスをもたらす要因となっている。

EPA 介護福祉士候補者制度では、来日前と来日後に必ず語学研修を受講することが義務付けられている。しかし、そのレベルでは、実際の介護の現場では、日本人職員や施設利用者の要求に満足に答えられなかったり、研修時とは異なる場面に出くわし臨機応変に対応することが出来ずに、また日本人職員に自分の意見を満足に伝えることが出来ない等、苦い思いや経験を通して、常にマイノリティであることを嫌というほど知らされている。これらのことも異文化適応プロセス、ステップ1からステップ3、更にステップ4の段階で生じるギャップによる職業性ストレスに該当するのである。このギャップがもたらす職業性ストレスは、介護福祉士候補者が、自分が選択したこの介護の仕事が自分に適しているのか、進むべき方向はこれでよかったのか等、介護福祉士候補者が来日したことへの正当性を自問しているような印象を受ける。ステップ5の適応期に、①介護福祉士候補者として来日したことに意義を見い出すことが出来なかった場合、②適応期を迎えることができなかった場合、③受け入れ

側の助けや協力、例として、ボランティアによる日本語教室や技能形成研修、また日本語能力の成長に応じた介護概念の理解を促進する設備等が皆無である場合、来日の決定を肯定できずに鬱病を発症する傾向に陥ってしまうように考えられる。

以上、三制度(①技能実習制度、②技人国、③EPA 介護福祉士候補者制度)の下、来日する外国人労働者が鬱病を発症するに至るまでの流れを、異文化適応プロセス及び Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) のストレス要因の概念と、Ullah (2010) の正当化の概念に照合しながら分析した。

この分析で明確になったことは、三制度の下に来日した外国人労働者が、共に鬱病を発症する一連の流れは共通しているということである。来日を決定した要因である、経済、家計戦略、貧困、ネットワークが来日後に自分の思いと違い、そこに大きな隔たりがあった場合、来日を決めた要因がストレスとなり併せて、日本での就労時に遭遇する個人的、職業性、組織性ストレスが、二重、三重となって外国人労働者を襲うということである。それは、異文化適応プロセスのステップ 1 とステップ 3 の段階における、期待と現実の間で起こるギャップに起因するものであり、ステップ 5 の適応期に辿り着くことが出来なかった場合に起こることが明らかになっている。ステップ 5 の適応期は、来日を決定した事項の正当化の基準でもあり、その基準が得られない場合、その決定に正当性を見い出すことが出来ずに鬱病を発症することも明確になっている。この三制度の下に来日する外国人労働者の中で、個人的、職業性、組織性ストレスが二重、三重となって襲い、適応期を迎えることが困難となり、強いては鬱病を発症しやすい傾向にあるのは技能実習生である。いずれにせよ、外国人労働者は常に、異文化適応プロセスのステップ 3 からステップ 5 の間を彷徨い、その適応について常に模索していることが想像できる。そしてこの模索こそが、外国人労働者を鬱病の発症から守る手立てになることが明らかになったと言えるのである。そしてこの模索については、次の 2 章 5 節、或いは 3 章に記すことにする。

5 節 鬱病における文化的処方とその効能と可能性

第 2 章は、主にメンタルヘルスや鬱病の認識、それに定義を重点的に吟味してきた。また、2 章 4 節では、2 章で吟味してきたメンタルヘルスや鬱病の認識を基に、日本で就労している外国人労働者が発症する鬱病の過程について模索し、一連の流れ(フロー)を確立することが出来た。そこで明らかになったことは、外国人労働者の多くが、主に異文化適応プロセスのステップ 1 「日本への期待」とステップ 3 「カルチャーショック」、更にステップ 4 「滅亡期」との間に隔たりを大きく感じた時、その隔たりが大きければ大きいほど、鬱病の源であるストレス要因が増加する傾向にあるということ、またこれらのストレスの要因によりステップ 5 「適応期」を迎えることが出来ない等、ストレスが増加する原因にあることも明確になった。更に、ステップ 1、ステップ 3、ステップ 4 に対して外国人労働者が感じる隔たり

に、「正当化(rationalization)」の概念が加わることによって、来日の決意に対しての肯否定の感情が同じようにストレスの度合いを左右する一因となることも明白になった。しかし、以下に示すように不明瞭な事項もあることは確かである。

1) アジア諸国における鬱病の認識とメカニズム

2) アジア諸国における医学の側面から見る鬱病の処方

3) アジア由来の鬱病の処方の有効性と仕組み

5 節ではこれら不明瞭な3項目を明らかにするために、アジア由来の鬱病の処方や、アジア諸国由来の医学を軸足とした処方に焦点を当てて、検証することを目的とするものである。これらの処方は、長い時間をかけて継承されて来た歴史的、文化的要素である思想や哲学、更には価値観等が反映されて形作られているため、これらの処方を文化的処方と見なすことも可能である。また、5 節で鬱病に対するアジア諸国由来の処方について、深く追求するようになった理由は、2 章1 節から4 節の本論文の構成にある。つまりメンタルヘルスと鬱病の仕組み、またこれらに関わる一連の流れが西洋医学一辺倒であり、西洋医学の側面でしか論じられて来なかったことによるものである。この西洋一辺倒という構図は、鬱病を含む精神医学の在り方を象徴していると言えるかもしれない。2 章3 節で記した北中淳子(2014)の指摘(以下に示す)が、これに当てはまる。北中淳子(2014)は、精神医学会には植民地主義を彷彿させるような精神医学の知識を構築し発信する欧米諸国と、只それに盲目的に隷属する非欧米諸国との間に不平等な関係が成立しているとしている。つまり、欧米万能主義の考え方である。欧米の知識や科学こそが最も優れたものであり、欧米以外の国々や地域における医療的知識や文化は後進的であり、科学を土台とする医学的根拠に乏しいと見なされる傾向にあるということである。換言すれば、精神医学界は、西洋一辺倒に傾きやすい傾向にあるということではあるが、昨今における精神医学界の在り方を見るとそうではなく、西洋医学のみではなく中国に代表される漢方医学(Traditional Chinese Medicine(TCM))やインドに代表されるインド医学(Ayurveda(Ayurvedic medicine))等を積極的に取り入れて鬱病の認識に取り組み、処方もそれなりに立証された医学的根拠の下に解明されているのである。また、イスラムの日毎の祈りとして知られている Salah(Namaz)等の宗教的儀式が、鬱病を軽減する働きを持つことについても、医学的にも解明されてきている。このように精神医学の分野においては、西洋一辺倒の医学的見識と処方だけではなく、西洋以外の国々の長い歴史によって培われてきた鬱病の見識と処方が注目され、医学的根拠に基づいて解明していく研究が見受けられるようになっている。このような現象の背景には、グローバル化もしくは国際化という時代の背景もあると思うが、大きくは以下の二つの要因が関わっていると考えられる。

1) 西洋医学を根底とする処方による副作用の懸念

2) 抗鬱薬のみに依頼するのではなく、副作用が皆無である処方の模索

ここで挙げる 1) と 2) の要因については、Liu(2020) et al, Kong(2019) et al, Guojian He (2021)etal,Novielli(2022) et al, Tubaki(2021)et al, Bringmann(2021) et al, Kulamarva(2023)et al, Scull(2011)等が懸念しており、彼らは特に SSRI 等三環抗鬱薬や、SNRI 等を初めとした抗鬱薬を用いた治療を進めるにあたって、次の様な副作用を伴う症状が出ることを懸念している。その副作用としては、①薬品からのリバウンド、②離脱症状、③眠気、④震え、⑤性機能障害、⑥体重の増加等を挙げている。また、Liu(2020) et al, Kong(2019) et al は、これらの薬を使って処方する薬物療法とは別に、欧米諸国の見識や治療法に基づく薬物療法とは異なる認知療法やカウンセリング等は、時間と膨大な費用がかかると、そのデメリットを指摘していた。このように治療薬の副作用や治療法のデメリットが取り沙汰される中で、薬物治療択一ではなく、副作用がなく、時間や費用がかからず、誰にでも容易にできる治療法についての研究が行われるようになっていった。その治療法とは、MM(Meditative Movement)と呼ばれ、瞑想による治療法で、動作を伴いながら精神を瞑想状態へと導き、腹式呼吸によって精神を深い安らぎへと誘導するものである。この治療法としては、①氣功、②太極拳、③ヨガ等が注目されている。これ以外にもイスラムの祈りも注視されている。イスラムの祈りには、その動作がヨガと共通する点が幾つかあること等により、鬱病の軽減に効果ありと期待されている。この MM 療法は、長い歴史の中で先祖から伝承されてきた思想や文化を土台に構築された「文化的処方」であるが、この治療法の効果については科学的に実証するために、臨床試験や研究が活発に行われるようになっている。薬物療法以外に、MM 療法として、①氣功、②太極拳、③ヨガ、④イスラムの祈り等が鬱病の治療法として取り上げられる理由としては、治療法の選択肢が増え、且つ医者の診察を受けることなく(これには費用がかからない)、場所を選ばず必要な時に開始することができるという利点があるということである。場所を選ばず必要な時に開始できるという利点は、これからの鬱病の処方や精神医学の分野では、ますます重要になるものと考えている。そして、今、精神医学界においては欧米一辺倒ではなく、欧米以外の国々、特にアジアに目が向けられ、それらの国々の処方を取り入れる環境が徐々に整えられている。つまり欧米以外の国々が長い歴史の上に築き上げた「文化の処方」、即ちその効能を享受できる環境が整えられているのである。この現象を Mathews(2012)は、「グローバルスーパーマーケット、文化のスーパーマーケット理論」(Global cultural supermarket)³⁵⁴と呼んでいる。この「文化のスーパーマーケット理論」は平たく言うと、科学技術の発展、つまり①インターネットの普及、②コンピューターやスマートフォン等の世界を繋ぐ道具の発達と普及により、世界中の人々が手軽に、費用をかけずに世界の様々な国々の文化により簡単に触れることが可能であることを前提にした理論である。つまり自国の文化だけではなく、海外における様々な文化に、時間や場所に制約を受けずに手軽に触れ、受け入れることができる空間が以前よりも広くなり、また整えられているということである。この事象を受けて、Mathews(2012)は、人々が生

きている国、或いは国籍等の背景を象徴する文化や宗教的価値観、思想の合致が難しくなってきたと、そしてその背景には、「文化のスーパーマーケット理論」が深く関わっていると見解を述べている。例えば、元来キリスト教国ではなかった韓国におけるキリスト教人口は、今では総人口の 30%³⁵⁵を占めていることや、インドにおいてはインドの伝統音楽ではなく、西洋の音楽に興味を示す人が増加傾向にあること等を挙げている。また、このことは、宗教的価値観に限らず、言葉の好みや芸術作品、更には性的識別を前提とした結婚相手の選別等、多方面にわたって当てはめ、考えることが可能であるとされている。「文化のスーパーマーケット理論」は、そのスーパーマーケットで、人々は自分に相応しいと思われる自分の国にはない他国の文化的なもの、芸術や思想、宗教等を手に入れ、それを文化的なものとして共感しながら、自らのアイデンティティとして構築していく、このことが

Mathews (2012) が呼称した「文化のスーパーマーケット理論」の概要である。この「文化のスーパーマーケット理論」を、精神医学や鬱病の処方に嵌め込んで検証していくことは難しいことではない。インターネットやスマートフォンの普及により鬱病患者は、鬱病に関する多岐にわたる様々な処方や治療法に巡り合う機会に恵まれているのである。ある時間軸までは鬱病患者に対する治療法は、西洋一辺倒の薬物療法のみであったが、今は様々な処方や治療法を独自に取り入れながら鬱病の症状を軽減し、メンタルヘルスを良好に維持していくことは、以前よりも実行し安くなっており、その環境は十分に整えられているのである。

これらのことを前提として、本 5 節では、鬱病に関する見解と治療法について、欧米由来のものではなく、欧米以外の国々、特にアジアの国々の処方について取り上げ、その処方の仕組みとそれによって生み出される効果とその可能性について言及していくものとする。ここで取り上げるアジアの国々由来の処方以下の通りである。

1) 氣功と太極拳

2) イスラムの祈り (Salah/Namaz)

3) ヨガ

この三つの処方は、①文化的思想、②医学的概念、③哲学等を根底に成立している。1) 氣功や太極拳は漢方医学、2) イスラムの祈りは (Salah/Namaz) はイスラム教という信仰を土台にした処方であり、3) ヨガはインドの伝統的医学として知られているインド医学 (Ayurveda) を基盤とした処方である。これら三つの処方の土台となる部分は、漢方であり、イスラム思想であり、また Ayurveda であること等から、今までは中々知ることのできなかつた、非欧米諸国の鬱病の認識やメンタルヘルスについても知識を深めていくことが可能である。そこで 5 節においては、

1) 氣功、太極拳、イスラムの祈り、ヨガ等の仕組みと処方と効能

2) 氣功、太極拳、イスラムの祈り、ヨガ等を土台とする医学的概念から見る鬱病とメンタルヘルスの認識と仕組について論述する。

5-1. 漢方(Traditional Chinese Medicine(TCM))から見る鬱病の仕組みと見解

氣功や太極拳による鬱病の処方について、その仕組みや効能について記述する前に、中国で2000年以上の歴史を持つ漢方の側面から、鬱病の仕組みとその認識について見ていくものとする。そもそも古代中国において、鬱病についてはどのような対応が取られていたのか、或いは中国では鬱病は存在していたのかというところがここでの要となり、漢方における鬱病の見解を吟味する上で重要な問いであり、追及するところの出発点でもある。Kang, Dong et al (2023)によると、古代中国における鬱病の症状についての記述は、紀元前400年から紀元前300年頃には漢方医学の神髄や理論、それに伴う実践等が記された医学書が既に存在していたと言われている。この医学書は、漢方の医学書の中でも最古のもので「皇帝内經」と呼ばれている書物である。この書物に鬱病に関する記述として、心(心臓)の重要性が示されている。心(心臓)は帝王(君主)と同様な働きをする臓器で、魂と精神的な行いを管理する臓器として示されている。これ以外にも「傷寒雜病論」という書物も紹介されており、これは三世紀初期に張仲景(張機)によって編纂された漢方の医学書であり、主に病に対しての治療法が記されている。そこには機嫌(気分に関係する事項)の病の処方薬として「甘麥大棗湯(これは甘草、小麦、大棗(なつめ)を組合せて作られたもの)」が示されており、効能としては心身の興奮を鎮める働きがあるとして現在でも処方され、また服用されている。このように、鬱病の認識や処方については、既に古代中国において漢方医学書に記され取り上げられ治療法等が確立されていた。ここで、漢方医学における鬱病を含む精神疾患の認識について検証して行くことは、非常に興味深いことである。精神疾患を漢方医学の側面から見ると、儒教、仏教、道教の教えや思想を土台に構築された漢方医学の基礎である、天地と人類の統合(融合)の概念を基に解説される傾向がある。漢方医学の概念は、病気全般は、身体と魂を基盤とする自我、社会、世界(人間の活動の場)との間に不均衡が生じた場合に発症するという概念を基に、病の予防、診察、治療が施されてきたとされる。精神疾患について漢方医学の側面から見ていくと、以下の7つの感情が挙げられる。その感情は①嬉しさ、②怒り、③心配、④不安、⑤悲しみ、⑥恐怖、⑦驚愕である。これらの感情は、人の精神状態を表すが、漢方医学ではこれらの感情と人間の臓器は深く結びついていると考えられている。①嬉しさは心臓と結びつき、②怒りは肝臓、③心配と不安は脾臓、④悲しみは肺、⑤恐怖や驚愕は腎臓と結びついているのである。「皇帝内經」の書物によると、五つの臓器(①心臓、②肝臓、③脾臓、④肺、⑤腎臓)はそれぞれ五つの異なる氣(Qi)(この氣(Qi)は生活をする上で必要な根源的エネルギーを作り出す)を持つと言われている。この氣によって、①嬉しさ、②怒り、③心配、④不安、⑤悲しみ、⑥恐怖、⑦驚愕等、七つの感情が生み出され、その感情は高められることが明らかにされている。健康な人の場合、感情は自由に体内を流れ、それと同時に体はその感情を正確に自覚し反応し、一つ一つの感情に対して円滑に対応できると言われている。一方、病に侵されている不健康な人は、これらの感情の内一つだけが激

しい感情となって沸き起こり、その人の精神(Psyche)を長時間にわたって蝕むようになると言われている。漢方医学によれば、これらの要因は臓器によって生じる氣(Qi)の機能不全へと繋がり、臓器に陰陽の不均衡が生じやすくなり病魔に冒されるようになる。漢方医学では、このように病全般を、氣の不具合もしくは氣の巡りの不均衡によるものが原因であると見ることが一般的である。一方、この氣の機能不全や氣の巡りの不均衡は、全て感情が過剰に作用している状態の時に生じるものであると認識されている。例えば、激しい怒りは氣の流れを逆上させ、異常な嬉しさは氣の巡りを遅らせ、深い悲しみは氣の蒸発を促し、恐怖は氣を下方に流し、驚愕は氣の巡りを遮断し、激しい悩みは氣を停滞させると言われている。これ以外にも過剰なまでの憂鬱は氣を混乱させ、疲労は氣を消耗させることも明らかにされている。このようにして氣の機能が不完全な状態に陥ると、感情と結びついている臓器の働きが狂い始め、臓器の陰陽のバランスが崩れるだけではなく、氣の停滞と血行停止、血液の巡りが悪くなることも知られている。ここで、これまでのことを纏めると、感情のバランスを保つことは氣と血液の巡りを円滑にすることに繋がり、併せて臓器の陰陽のバランスを保つことにも繋がるのである。一方感情のバランスを保つことが出来ない、或いは崩れてしまうことは、氣や血液の巡りが悪くなり、体内に鬱血と痰が溜まるようになり、その結果、心身に障害を誘発することに繋がるのである。また、七つの感情に異常をきたした場合、臓器に負担がかかり、心身に様々な不調を齎すことも明らかになっている。「嬉しい」という感情が過剰に生じると、心臓に支障をきたすと言われている。本来「嬉しい」という感情は、身体を安らぎに導く働きをすることが明確になっている。しかし、この「嬉しい」という感情が過剰になると、精神のエネルギーが分散してしまうと言われている。

心臓は漢方医学の観点から見ると、精神のエネルギーを司る中枢の臓器であると信じられているが、これが、これらの説明の起点となっているのである。従って、過剰な喜び/嬉しさは物忘れが酷くなり、睡眠障害や精神の乱れ、顔の赤みや発汗をもたらすようになる。「怒り」の感情が過剰になった場合は、氣が逆上し肝臓に支障をきたすと言われている。その結果、頭痛や赤ら顔、眩暈、目の充血、横腹や脇腹の痛み、脆弱な感情、イライラ感を誘発する症状に悩まされるようになることも明確になっている。更に、肝臓に氣の流れが滞り火が生じると、睡眠障害や舌の上に黄色味を帯びたものが浮上し、脈も不安定になる。深刻な場合は、過剰な怒りにより身体と氣が分離し更に血液が体の上半部に逆流して、意識不明な状態に陥ることもあるとされている。「悲しみ」は肺を痛め氣を弱らせる。肺は本来氣の巡りを司る臓器であり、その肺が支障をきたした場合肌は青白くなり、体温の調節は乱れ、息切れ、咳また、痰が溜まり、鼻づまり、食欲不振、便秘気味になり、尿の出は悪くなり、舌に黄色いまたは白い苔の様なものが生える等の症状が現れる。人間の思考、特に心配や悩み等の感情は脾臓を介して起こるものと言われており、これを漢方医学では人間の「思考」を初めとする「思いや、悩み」は、脾臓を起源とし、心臓で熟成されるという表現を取ってい

る。つまり、思いや悩み、憂鬱は脾臓に支障をきたし、脾臓を通る氣を停滞させるのである。このように過剰な思いや悩み、そして憂鬱は脾臓を通る氣を左右するだけでなく、心臓と精神(魂)の働きにも支障をきたすように働き、全身における氣の巡りを停滞させ氣の循環を悪化させるのである。憂鬱によって脾臓を通る氣が火に変わると、栄養が不足した状態に陥ると言われている。そして動悸、記憶障害、睡眠障害、更には舌に白色や黄色の苔が生じようになるのである。停滞した氣が腹部に集まると、脾臓は食べたものを正確に運ぶことが出来ず、食欲不振や腹部の膨張、更に肢体に怠さが生じるとされる。「恐れ」は腎臓に支障をきたし体内で作り出されたエネルギーが低下し、心臓の下、胃の上に位置する上焦(漢方で言う三焦の一つ、一般には横隔膜より上の部分とされる)の働きを妨害すると言われている。エネルギーが上焦に行き届かないため、そのエネルギーは排泄に関連する膀胱の上の部分、下焦に滞留する。その結果、無気力となり、関節を弱め、腰、膝、背中に痛みを覚え、尿の出が悪くなり、孤独を好むようになる。更には睡眠障害、物忘れ、精液の漏れ、月経異常、舌に白い苔の様なものが生える等の症状が出るようになる。

七つの感情を左右する要因は、Tan, Wu et al (2013)によると三つあり、それは、①個人の素質であり、②環境や天候、③社会的事項であると示されている。①「個人の素質」は、主に感情のコントロールにおけるその受け止め方や、またその感情に対する反応の度合いが含まれている。漢方医学では、人の身体は体質、性格、特徴が一人ひとり異なっているため、感情の捉え方や感じ方も千差万別であることが強調されている。②「環境や天候」については、漢方医学によれば、季節によって感じやすい感情が異なるため、季節毎にその感情に見合った生活習慣に気をつけて生活することを強調している。例えば、春は怒り、夏は嬉しさ、秋は心配や悩み、冬は恐怖である。季節に合った生活習慣として、春は早寝早起きを心がけ、起床したらすぐに外気を吸い、散歩に出かけ、足の筋肉をほぐすこと等が推奨されている。また、「天候」によっても人々の感じやすい感情が示されていた。例えば、天気の良い日は落ち着きや気持ち良さを感じるが、雨天には憂鬱になりつまらなさを感じる等、これが天候によって齎される人の感情の変化である。③「社会的事項」は、主に社会の地位に関連するものである。社会的地位は、ストレスの度合いと個人のストレスの処理の度合いを左右すると同時に、個人の心身に影響を及ぼす健康の質をも左右するものである。漢方医学の側面から社会的事項を見ていくと、それは個人が現在謙虚であるのか、裕福か貧困か幸福か等、個人が置かれている現在の状況を示す。特に漢方医学の診察では、個人の職場や状況に焦点を当てて診断する傾向にある。その理由は、職場や労働に起因する落ち込みは血液の循環を悪くし、臓器に氣の乱れを生じさせ、髪や肌の質にもごわつきが生じ、筋肉が硬直し、足に無気力感を覚えることが明らかにされているからである。このように漢方医学の観点から見た時に、生活環境や社会的事項がもたらす感情に対する捉え方によっては、氣と血の流れや臓器のバランスに大きく左右し、その捉え方如何によっては、心身の健康の度合

いに大きな影響を及ぼすこと等を掴み取ることが出来たが、では、本論文で主題としている鬱病については、漢方医学の観点ではどのように見ているのかということであるが、これも感情の受け入れ(感じ方)と臓器の概念に関連しているのである。

西洋医学が中国に入り浸透して行った際に、中国では西洋医学の疫病分類学を紐解く際に、それらの病名が漢方医学の概念に近い病名に翻訳された。特に、鬱病においては「抑鬱」または「鬱症」という漢字で表記された。この「症」という漢字には、漢方医学独自の診察法が示されており、それは病気を症候群として区別し、診断を行っていくことである。漢方医学における鬱病は、肝臓に関連する感情の変化によるものであると認識されている。鬱病の初期の段階を漢方医学では過剰タイプとして認識しており、鬱病が長期化すると、それは欠陥タイプ或いは欠陥過剰タイプとして認識されるようになる。この過剰タイプ、または欠陥過剰タイプ等の識別は、肝臓の在り方に起因している。肝臓の氣は、憂鬱な出来事が生じた時に対応する役割を有している。感情に変化が生じると、初めに肝臓の氣が影響を受け、五つの臓器の氣のバランスに乱れが生じる。その乱れは、特に肝臓、脾臓、心臓に顕著に表れる。これらの氣に乱れが生じると、氣と血液の調整にも支障をきたすようになる。それは次の様にして起こる。肝臓が影響を受けると脾臓にも同じように影響が及んでいく。そして心臓の氣は消散し、心臓に栄養が行き届かなくなり、神(魂)即ち精神が無気力になり不安定な気分、憂鬱な気分へと変化する。氣が長時間停滞すると、それが蓄積し火になると言われる。多くの場合、怒りが肝臓の氣を分散させ、肝臓の機能、それは氣を身体に送り出す作用であるが、その作用が機能しなくなり肝臓の機能に支障をきたし鬱病を誘発する。これが鬱病に関する漢方医学の仕組みと認識である。

Ye, Cai et al (2019)と Li, Huang et al (2020)によると、漢方医学から見る鬱病の原因となる要素は、肝臓の氣の分散や肝機能の低下、それに血の巡りの調節不良の他、体内の炎症や体内に湿気が籠もる、更に痰の蓄積等が挙げられている。漢方医学から鬱病を説明する場合は、Ye, Cai et al (2019)が強調する中国の「元の時代」において活躍した中国の医師であり作家でもある、Zhu Danxi (1281-1358) (丹溪；朱震亨)が提唱した、「六つの鬱病理論(The theory of the six depressions)」を用いて解説される傾向が強い。既述したように、人間の身体は、氣と血を調整することに長い時間を要し、支障をきたした時に火になるという現象が生じるが、これはこの「六つの鬱病理論」をもって説明されている。この「六つの鬱病理論」は、①血液、②湿気、③痰、④食べ物、⑤火、⑥氣によって形作られている。Ye, Cai et al (2019)が示す論理は、漢方医学における鬱病の論理を見ていく上で非常に重要であり、その論理は漢方医学の土台となっている医学書「皇帝内経」や「傷寒雜病論」を基に確立されたものである。「六つの鬱病理論」の内容は、氣は血液や湿気、痰、食べ物、火を体内に搬送する重要な役割を果たす貴重な存在であり、その氣が停滞すると血液や湿気、痰、食べ物が体内に運ばれなくなり、その結果体内に火を生じさせるようになる。これらのことより

漢方医学と西洋医学の観点から説明される鬱病には、大きな隔たりがあることが分かる。漢方医学は鬱病を主に感情の変化を肝臓機能に関連付けて捉える傾向にあるが、西洋医学ではその鬱病を神経伝達物質である、ノルアドレナリン、アドレナリン、セロトニンに関連付けて受け止める傾向にある。では、漢方医学で強調される肝臓の機能や心臓、脾臓、肝臓の気のバランスの乱れは、西洋医学における鬱病の仕組みの中でどの位置に属するのか。これを以下に説明する。

近年、漢方医学において鬱病の概念を説明する際に強調される肝臓の機能について、西洋医学の観点から検証された鬱病の仕組みとの関係性に関する研究が数多く発表されている。漢方医学では鬱病の仕組みについて説明する際に、肝臓、心臓、脾臓の機能の低下が強調されて説明されるが、これ以降はこの三つの臓器の機能低下を、西洋医学における鬱病の仕組みではどう関連付けられているのかを説明する。初めに「肝臓の機能とその低下」について検証する。漢方医学で取り上げる肝臓の機能は、西洋医学的に言うと、視床下部、下垂体、副腎皮質系(HPA系)の反応及び青班核、ノルアドレナリンに深く結びついており(2章3節、鬱病の仕組みで既述)、脾臓は消化器官と結びつき、心臓の機能は血液の循環と脳の活動の調整と深く結びついていることが明らかにされている。更に詳細に分析すると、肝臓の機能、特に肝臓の気は西洋医学で言うところの自律神経、セロトニンの分泌の量、ノルアドレナリンの分泌の量と視床下部、下垂体、副腎皮質系(HPA系)に関係している。肝臓の気が過剰な場合は自律神経は乱れ、セロトニンは不足し、ノルアドレナリンの過剰分泌による症状と類似すると言われている。自律神経と肝臓の気の関係性は、西洋医学の領域でも確認されている。肝臓の病の一つ、肝機能の低下は食欲不振や脈の不安定を誘発すると言われている。漢方医学では、肝臓の気の動きは、脾臓と腹部における腸内環境と密接な関係を有し、腸内環境の質をも左右することが明らかになっている。そのため、肝機能が低下すると消化機能に支障が出て、ゲップや胃酸の逆流、むかつき、嘔吐の症状に見舞われると言われている。また肝機能が低下すると、胆汁の巡りが滞留し口の中が苦くなり、ゲップや黄疸、睡眠障害に繋がっていくことも明らかにされている。肝臓の気が体内に滞ることにより胆汁の分泌が低下し、腸内からの栄養の吸収も悪くなることも明確になっている。この肝機能の低下と、肝臓の気が停滞することによって生じる消化機能の低下や、栄養の吸収の低下、視床下部、下垂体、副腎皮質系(HPA系)との関係性について、2015年に So, Wong (2015) と etal が説明している。この説明によると、肝臓の気の働きは、食べ物に含まれる炭水化物や脂質の代謝を促進し、その代謝物は身体に必要な燃料に置換される。肝臓の役割はこの燃料を、血液を介して血漿蛋白質に合成し体内に伝搬することである。また、この燃料が血液を介して血漿蛋白質に合成されることで体内の血液の必要量を維持し、体内の血液の循環を的確に促すという働きをするのである。そして、体内に潜む様々な細胞がその燃料分子を受け取り、その燃料分子は酸素と結合して、炭水化物からエネルギーを得るという科学的過程、即ち酸化的代謝

(oxidative metabolism)を経て、アデノシン三リン酸(ATP)に切り替わっていく。このATPは漢方医学においては、氣を作り出す生化学構成要素として認識されているが、このATPの重要性は漢方医学、西洋医学に関係なく、一般的に体内の細胞の働きを促進する必要な要素として認識されている。So, Wong et al(2015)も同様にこのATPについては、神経系の機能を左右する重要な働きを有していると論じている。これ以外にも、ATPが不足すると神経細胞に必要な量の成長因子シグナルを伝達することが出来なくなり、神経変性(neurodegeneration)や神経伝達に支障が生じ、この支障が鬱病を誘発する要因として考えられている。つまり、怒りやストレスによって、肝臓に流れる氣が停滞することでATPを生成する材料である燃料分子、それに血漿蛋白質を作り出すことが出来ず、燃料分子と血漿蛋白質に不足を生じ、氣によって視床下部、下垂体、副腎皮質系(HPA系)を養うことが出来なくなり、神経の伝達に支障をきたし鬱病を誘発するのである。

次に、「脾臓の機能不足」について検証する。西洋医学では脾臓は腹部に位置する臓器として知られ、免疫系統や赤血球の生成と排出の役割を担う臓器としてよく知られている。しかし、漢方医学ではこの脾臓の役割を西洋医学で言うところの脾臓より幅広く、特に消化に関する臓器(小腸から脾臓にかけての消化器系統)、つまり鬱病に関わる臓器として捉える傾向にある。漢方医学における脾臓の主要な役割として、腹部において消化を助ける、つまり食べ物を運び栄養素へと変え、その栄養素を吸収し役に立つもの、立たないものに分解して消化の働きを助ける臓器であると認識されている。脾臓が正常に機能している場合には栄養素は十分に吸収され、エネルギーとして不足することはなく食欲も維持される。脾臓の働きは既述したように肝臓の機能と密接な関係を有しており、肝機能が低下していると、脾臓の機能にも影響が出て食欲不振、消化不良、腹部膨張等の症状に襲われるようになる。脾臓の機能の低下によって生じる腹部の膨張等、腹部の不具合は血中のガストリン値の低下(消化管ホルモン)によるものとして認識されており、併せて腸の蠕動(ぜんどう)の働きが弱まることも認識されているのである。このような不具合な症状を合わせて持ちながら、胃腸に病を誘発している人は、不安症や鬱病、睡眠障害、臓器における過敏症を引き起こすことも確認されている。これらの検証の結果、肝臓の氣の停滞と脾臓の機能低下がもたらす消化不良が、鬱病の誘発に直接に結びつくということが判明したのである。

「心臓の機能低下」が及ぼす影響について検証するが、まず心臓は血液の循環、血管の操作、顔色、神(魂)の維持、即ち意識、精神の機能、感情と幅広い役割を担っている。漢方医学が言う「心臓の機能の低下」とは、血液を身体全体に行き渡らせることが出来ない状態を指し、それが継続すると冷え性(手足が冷たく続く状況)の症状を生じさせる。これ以外の症状としては神(魂)、精神を維持することが出来ずに記憶の低下(認知機能の低下)を生じ、鬱病を誘発すると言われている。漢方医学では、鬱病を発症している人はそうでない人に比べて心臓と脾臓の低下が顕著に見られ、主に左側の前頭葉の活動が低下していると言われている。

る。この現象は西洋医学で認識されている鬱病患者は左側の頭脳の活動、左側の前頭葉の活動に低下が見られるという説に類似していると言われている。これらの症状は、眼窩前頭皮質は認知機能を司る部位であり、同時に決断力を操作する部位でもあり、また前頭前皮質は認知した情報と合致した情報を正しく掴み取り処理する機能を有し、更には感情の調節にも関与している部位であることにも関係しているのである。漢方医学で言うところの「心臓の機能低下と」と鬱病の関連性を以下に説明する。

- 1) 自律神経の乱れが生じ、冷え性を招き、その結果鬱病を誘発する
- 2) 前頭葉に位置する眼窩前頭皮質に異常をきたし、左側の前頭葉の部分の行動が弱まり、鬱病を誘発する。

これまでの検証結果により、漢方医学が唱える臓器の不具合や不調、それに臓器の気の有り方による鬱病の誘発を西洋医学の側面に照らし合わせると、漢方医学と西洋医学両者の間に繋がりを見い出すことが出来、そこには医学的根拠をも見ることができる。漢方医学の側面から受け入れられてきた鬱病の仕組みの中で、特に強調されている点は肝臓や心臓、それに脾臓の機能低下に伴い生じる気の停滞や、気の在り方である。これらの気の処方のために長い歴史の中で考え出されたものが、氣功であり太極拳であった。そしてこの氣功や太極拳、この二つの処方は鬱病の症状を緩和し、改善する効能の可能性を秘めているとして、中国語圏内だけではなく欧米においても注目されている処方である。ここではこの氣功と太極拳について、以下三つの事項について検証していくものとする。

- 1) 氣功、太極拳についての基本的事項とその内容と仕組み
- 2) 氣功、太極拳が鬱病の改善、完治をもたらし、且つ期待される効能とその可能性
- 3) 氣功、太極拳に期待される効能と仕組みについての医学的説明

5-2. 氣功と太極拳についての基本的事項、その内容と仕組み

5-2-1. 氣功

氣功は中国語の二つの言葉、「氣」と「功」を合わせた複合語である。「氣」は、漢方医学の基本でもある人間の身体を動かすために必要なエネルギーを表す言葉であり、それは、血液、水、臓器を動かし、自律神経系、内分泌系の操作を支える働きをする。一方、「功」は継続する努力を意味する言葉として用いられている。これらを総合すると「氣功」は、エネルギーを獲得するという意味であると解釈できる。氣功は五つの伝承、それは①儒教、②仏教、③道教、④漢方医学、⑤武道を背景とする思想を基に築き上げられてきた。これらの五つの伝承には各々の訓練によって達成するための目標があり、そこには、五つの氣功が存在する。①儒教氣功は紳士のような性格や道徳を特に意識し、それを獲得することを目的としている。②仏教氣功は美德と啓発的な知恵を強調する傾向にある。③道教氣功は長寿と精神的な啓蒙と自然界との密接な関係を追い求める傾向にある。④武道氣功は力(体力)を増強

し、戦闘から自己を防衛することを目的とする。⑤医療、健康氣功は心身における持続的幸福度を高め、病を完治することを目的とする。ここで取り上げる氣功は近年注目を集めている、⑤の医療、健康氣功である。医療、健康氣功の歴史は4000年という長い時間を有しており、古代中国の時代にまで遡る。そしてこの氣功の伝承は師から弟子に秘伝として継承され、自主訓練によって受け継がれてきた。その訓練の内容は、健康を促進し、長寿を全うするために考案されたものが主流となっている。この医療、健康氣功は次の五つの要素に焦点が当てられる。①イメージ(想像)、②瞑想、③安らぎ、④深呼吸、⑤氣の巡りである。そしてこれらの要素に意識を集中して氣功が行われる。氣功の主要な目的は身体の陰陽のバランスを正常に保持し、身体の氣の巡りを円滑に整えて健康を保つことを目的とするものである。氣功には次の三つの機能があると言われている。①姿勢と動作、②精神状態、③呼吸であり、心身における動きに焦点を当てて行うものであり、それは精神を集中しマインドフルネスを実感できる瞑想に匹敵する。氣功に見られる特徴は動きが皆無である、座っている、横たわっている、立ったままであるという状態と、動きを伴う状態で行う二通りあると言われている。つまり健康上の理由で動けない人、車いすの生活を余儀なくされている人でも行えるという利点がある。これ以外の利点としては、グループでも、また一人ででも行うことが可能であるということである。氣功は漢方医学で言うところの氣を身体に取り込んで維持し、健康を保持し、そのようにして長寿を全うすることができると言われているが、これは①氣力、②調和、③養生の三つの要素によって実現可能である。この三つの要素は精、氣、神のことでもあり、氣功はこれらの力度と調和の獲得を追求する人類の全体像を象徴した処方としても知られている。即ち病からの治癒力を高め、防御することを目指している。では氣功にはどのような動作があるのか。最も普及している動作としては①八段錦(Eight Section Brocades)、②馬王推導引術、③五禽戲、④易筋經、⑤六字訣等である。ここでは、①八段錦(Eight Section Brocades)について紹介する。この八段錦(Eight Section Brocades)は八つの動作から構成され、その動作には氣功の三要素である、氣の巡り、想像、安らぎが含まれており、座した状態、立った状態で行われ、精神を安定するためのメンタル運動として認識されている。その動作には次の八段階の動作がある。

1) 第一段錦(兩手托天理三焦)

両手で天を支えて三焦(呼吸、消化、排泄の内臓)を調整する。全身を動かしながら内臓全体のバランスを取ることを目的とする。

2) 第二段錦(左右開弓似射鵰)

馬歩(腰を落とし、両足を左右に広げ騎馬位で立つ)で、大鷲を射るように左右に弓を引く。肺の動きを活発にして新陳代謝を促進させることを目的とする。

3) 第三段錦(調理脾胃須單舉)

交互に片手を上げて碑と胃を整える。そのようにして胃腸の働きを盛んにし、消化呼吸を促進することを目的とする。

4) 第四段錦(五勞七傷住後瞧)

交互に後ろを振り向いて心身の疲労を癒す。首を通る多くの経路から氣を通していくようなイメージで行う。

5) 第五段錦(搖頭擺尾去心火)

二段錦と同じような馬歩で尾を振って頭で大きく円をを描くようにして揺らし、心火(イライラ)を消す。血液の循環を整えることを目的とする。

6) 第六段錦(兩手攀足固腎腰)

両手で足を撫で上げて、腎と腰を強化する。腎臓の働きを盛んにすることを目的とする。

7) 第七段錦(攢拳怒目増氣力)

馬歩の姿勢で左右交互に拳を突き出して目を開き、氣功を増強する。全身を使い組織、細胞に活力与えることを目的とする。

8) 第八段錦(背後七顛百病消)

直立して背中を七回伸ばして、あらゆる病気を治す。全身の氣を下に落としていくことを目的とする。

5-2-2. 太極拳

太極拳も氣功と同様に自然治癒力を高めるために、瞑想や自己を錬成するための運動や武術を取り入れており、漢方医学の概念が起源となっている。太極拳は17世紀頃には既に中国では武術の一つとして行われており、呼吸を意識したより複雑な動作に焦点が当てられていた。そしてその動作は、自己防衛や健康の推進や維持を目的としていた。太極拳は心を落ち着かせること(安らぎ)に焦点を当てており、瞑想を通して氣を掴み取る(これは漢方医学の奥義でもあるが)ことを追い求めている。太極拳は、精神や身体に対してかかる外的圧力を軽減し、或いは消滅させ、精神や身体を調和の取れた状態に維持することを目的としている。そのため太極拳の動きには、リズム的で心の平和(安らぎ)を得られるような足の動作や協調(coordination)が求められる。太極拳は次の三つの要素、①瞑想、②動作、③呼吸から成り立っている。この三つの動作の内、②の動作は、動物や自然界を模倣するようにして作り出され、その意図は動物や自然界を思い起こすことにより健康の質を高め、気力や忍耐力を養うように呼吸を整えることである。ここでの心の平和やリズムは、一定の流れを保持しながら、心身に安らぎを与えていると言われている。太極拳も氣功と同じように、師匠から弟子へと代々受け継がれ、継承されている。太極拳には以下の五つ様式(スタイル)があり、それぞれの家系(中国における家系)において、代々受け継がれ、継承されて広がっていったものであ

る。その五つの様式について、その特徴を「表 5-2-2. 太極拳の五つの様式とその特徴」に記す。

表-5-2-2. 太極拳の五つの様式とその特徴(筆者作成)

太極拳の様式		特 徴
①	陳式	素早い動作、大胆で力強い動作、ずっしりとした姿勢が強調される。
②	楊式	ゆったりとした、水の流れを思い出させるような一定な動き、背高い姿勢が強調される。
③	孫式	滑らかではあるが、小ぶりの動作が強調される。
④	呉式	軽く、機敏で円滑な動作が特徴
⑤	武式	柔らかい印象、精巧な動作が特徴

太極拳は氣功とは異なり、動作が複雑で且つ氣功よりは長い時間を必要とする場合もあり、それ故に、経験のある指導者が必要であると言われている。指導者の問題を除けば、太極拳は心身を健康にする非薬物的な処方として、現在注目されている処方の一つである。

5-3. 氣功、太極拳、両処方に期待される効能と可能性

5-3-1. 氣功における効能と可能性

氣功によって得られる効能で注目されていることは、鬱病や不安の軽減とメンタルヘルスの改善である。Yeung, Chan(2018)etal は、氣功の効能は認知療法と同じように、鬱病の症状を軽減する効能を持つと示している。氣功と普通の運動、例えば散歩と比較した場合、女性の更年期障害と鬱病に対しては、氣功の方がその症状を和らげることが確認されている。この症状に類似して挙げられていた事例は、鬱病もしくは長期間の持病に悩まされている成人を対象に実施した研究である。この研究は対象者(成人)を二つのグループに分けて、一つのグループは氣功を行い、他のグループは新聞を読んだり、ストレッチをしたり、講義を聞いたりしていた。氣功を取り入れたグループは、そうでないグループより鬱病の症状が軽減したことがこの研究で明らかになった。Lloyd, Tsang(2009)もこれに類似した研究を示しており、12 週から 16 週の間、氣功に取り組んだ老人と、只新聞を読み、討論した老人のグループを比較し、その結果について氣功を取り入れた老人のグループに自己効力感(self-efficacy)や、社交性の高まりが顕著に表れ、鬱病の症状が軽減したことを報告している。これとは別に、Yeung, Chang(2018)etal が示す研究は、長期的に疲労を伴う病であるパーキンソン病やⅡ型糖尿病の患者が氣功を行うことによって、鬱病の症状を緩和することが出来たと、その研究の成果を報告している。また、氣功の効能を確認するために実施された 12 のランダム化比較試験(研究の対象者を二つ以上のグループをランダムに分けて治療の効果を検証する試験)を用いたメタ分析の調査によれば、氣功を取り入れているグループと普通の治療を行っているグループとを比較した場合、氣功を取り入れているグループの方が鬱病の症状に軽減が見られた。このように氣功は、鬱病患者の症状を軽減することに期待を持てることが、既に確

認されているのである。これ以外にも氣功の効能はストレスを解消し、不安を和らげ、健康を取り戻す効能も期待できるとされている。例えば、血圧の改善、身体の痛みの軽減、腸内環境の改善、体のバランスの調整、右手の力や握力の増加、疲労回復、睡眠の質の向上等である。更に、集中力や記憶力、自己効力感を高め、バーンアウトからの回復、社会的関係性の改善(社交性の高まり)、健康を取り戻すことによる生活の質の改善等も期待できることが確認されている。

5-3-2. 太極拳における効能と可能性

太極拳における効能についても、過去に様々な調査や研究が行われている。イランの Isfahan University of Medical Science に通う平均年齢が 21.5 歳の 64 人の看護の学生を対象に行われた調査によると、楊式太極拳を週 3 回、一日 40 分間、8 週間に渡り行った結果によると、ストレスや不安、鬱に軽減が見られ、それと同時に自信に満ち、自尊心に溢れる動きが、調査終了 1 ヶ月後においても継続して見られた³⁵⁶。この他にも Kong (2019)etal が示す Lavretsky の研究は、73 人の年配者を被験者として行われた³⁵⁷。それは被験者を①太極拳と薬物治療を合わせて行うグループ、②薬物治療と保険教育(health education)を合わせ行うグループに分け、10 週間に及ぶ比較調査をした。結果は、①太極拳と薬物治療を合わせて行うグループに鬱症状の改善が強く見られ、肝臓で合成されるタンパク質の一種である C-reactive protein level (CRP) (CRP が高いと体内で何らかの炎症が起きていると言われてい)に改善が見られ、36-Item Short Form Health Survey (テスト)の結果、身体機能と認知機能に良好な結果が見られた。この研究の結果より、太極拳と薬物治療を合わせた治療の重要性は明確にはなったものの、太極拳を行うことの効果的な部分は言及されていないと、Kong (2019)etal は疑問を投げかけている。これ以外にも Kong (2019)etal は、Brown の研究を紹介していた。この研究は、座りがちの成人を対象に次の四つのグループに分けて行われた。①低度の歩き(軽い歩き)をするグループ、②中度の歩きをするグループ、③低度な歩きとリラックスを得ることのできる運動(relaxation response)をするグループ、④太極拳のみを行うグループ(健康な人を対象としている)に分けて、16 週間を目処に実施された³⁵⁸。その結果、④太極拳のみを行ったグループの中で、女性のみが他の①、②のグループに比べて気分障害(緊張、鬱症状、怒り、混乱)の緩和が明らかになっている。また中度の歩きをするグループに属する女性と男性においても、身体的に満足度の高い良好な結果が出ている。この研究結果を基に、Kong etal (2019)は太極拳の様な心身の健康に焦点を当てて行う運動は、一般的な運動に比べて精神的な病を回復させる効能があり、その可能性を秘めていると指摘している。Yeung etal (2018)も太極拳の効能について、①身体の病気によって齎される不安や悩みを取り除くことができる、②精神の持続的幸福度(心の健康)を高めることができるとして、太極拳によって齎される効能について、過去に実施された研究を纏めている。この研究は 2

つのランダム化比較試験(RCT)と6つの非ランダム化比較試験を行い、その結果をメタ分析したものである。この研究は、健康な成人、リュウマチ患者、循環器疾患のため危機に直面している老人、ADHD(注意欠如多動症)に冒されている思春期の子供たち、線維筋痛症(fibromyalgia)の患者を対象としており、太極拳はこのような被験者の不安を和らげる効能をも有していることが明らかになった。これ以外にも、37にもおよぶランダム化比較試験(RCT)の結果が示されている。それによると太極拳は鬱症状や不安、ストレス、気分障害、自尊心等の精神の健康度合いを良好にする効果があることも証明された。ここで興味深いことは、氣功と太極拳の効能を比較した調査によると、氣功の方が太極拳より鬱症状をより改善(和らげる効果)することが期待できることも、Yeung (2018)etal が示す研究結果からも確認されている。

5-4. 両処方における期待される効能と仕組み、医学的解説

5-4-1. 氣功

氣功の効能として鬱症状に対して非常に効果がある(症状を軽減する)ということは、様々な研究や検証の結果により明らかにされてきたが、氣功を実施することで体の中にどのような変化が起きているのかについて見ていくと、最も影響を受けている部位は、神経系統や頭脳であった。氣功は神経内分泌の調整と深く関係しており、氣功を行うことにより神経内分泌は調整され、心身機能を高めることができるのである。つまり神経内分泌が調整されることにより、ストレスを誘発するホルモン(コルチゾール)は調節され、血圧を下げ、その結果不安は低下するというフローがそこに成立するのである。これ以外の氣功の効果として、氣功による鬱病の軽減は、鬱病患者に処方される抗鬱薬 SSRI を服用して得られる鬱病の軽減に類似していると記されている。その類似点を以下に示す。

- 1)2章3節「鬱病の仕組み」で既述したモノアミン仮説に関連しており、氣功を行うことによって、モノアミン神経伝達物質(ドーパミン、セロトニン、ノルアドレナリン、アドレナリン)の量を増やすことが可能である。
- 2)氣功は情動や行動、自律神経を司る脳の辺縁系におけるストレスシグナルを減少させるように働く。このことは、ストレスに関連する HPA 系(視床下部、下垂体、副腎皮質系)の活動を弱めると同時に、副腎糖質コルチコイドの分泌を低下させる働きをする。人間の身体は、ストレスを受けると、副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)の分泌が促進され、その結果副腎糖質コルチコイドの分泌が増加するように働く。
- 3)氣功はストレスを低下する。氣功によるストレスの低下は、BDNF の上方制御(神経伝達物質やホルモンの応答反応の増大)によるものである。つまり、氣功により BDNF が増加することによりコルチゾールが下方制御され、継続的に過度な刺激が起こる。この刺激により神

経伝達物質やホルモンへの応答が低下し、海馬の神経細胞は促進され鬱病の軽減へと繋がっていく。

氣功の効能と抗鬱薬(SSRI)を用いた効果の類似点である上記3点より、Lloyd, Tsang et al (2009)は、氣功は交感神経の働きを安定させ、免疫系統や血中脂質の燃焼を調節し、血液の循環を改善し、免疫細胞の機能を高める等を効果の仕組みとして考えることができると示している。また、氣功は脳の活動を瞑想的で安らぎに満ちた状態へと導き、不安から解消し、負の感情からも解離すると、Lloyd, Tsang et al (2009)は示す。一方、Payne, Godreau (2013)は、氣功のどの部分が脳の活動を瞑想的な安らぎに導くかを言及しており、それは氣功の動作の中のイメージトレーニング(visualization)、意念活動が大きく関与していると見解を述べている。この意念活動とは氣の巡りを感じることを目的としているもので、氣功を行う際に、「氣を動かす、氣を集める」という言葉が用いられているのはそのためである。Payne, Godreau et al (2013)は、氣を意識する体験とは、身体の内部から生じる感覚、内受容感覚(interoceptive)と運動感覚(kinesthetic)を感じる体験によるものであると示す。内受容感覚(interoceptive)と運動感覚(kinesthetic)を感じる体験は、ゾワゾワするような温かさや流動を思い起こし、感触を感じる感覚であると示している。このように内受容感覚を感じる主観的な経験は、身体と神経系の整理機能の変化に該当するものである。例えば、暖かく心地よい感覚を想像することは、体内の血管を膨張させることに繋がり、心臓の当たりから感じる柔らかな(ソフト)感触は血圧を下げ、心拍変動を調節し、四肢における脱力(力を抜いた状態)した状態となる。また軽快な感覚は脳幹に位置する、興味ある情報を無意識に入力する役割を持つ網様体賦活系(RAS;reticular activating system)を介して、筋肉の緊張度を改善する可能性があると言われている。氣功において求められる意念活動は自律神経にも影響を及ぼし、副交感神経による心臓の動きの調整、自律神経による消化管神経叢の調整にも影響を及ぼすと言われている。

5-4-2. 太極拳

太極拳も氣功と同じように、鬱症状を和らげる効果が期待できると言われているが、その効果の仕組みは、脳と神経系、自律神経系とに大きく関係している。一つ目は、太極拳には、デフォルト・モード・ネットワーク(DMN)を調整する働きがあることが明らかになっている。このDMN(Default Mode Network)は、車のアイドリングに例えられるが、エンジンが始動しているにも関わらず、車は走っていない状態のことを指す。つまり頭がぼんやりとしている状態、意識を集中していない状態の時に、脳が行っている神経活動(ネットワーク)のことである。二つ目は、セントラル、エグゼクティブ、ネットワーク(CEN)であり、これは車のエンジンが始動し、運転に集中している状態を示す。三つ目は、サリエンス・ネットワーク

(SN)であり、運転中に赤信号に気づき停車することを示す。デフォルト・モード・ネットワーク (DMN) 時に、活性化する脳の部位は以下の 4 つである。

- 1) 内側眼窩前頭前皮質 (OMPFC) : 互換や体の感覚を自ら感じたものとして認識する
- 2) 内側前頭前皮質 (MPFC) : 自分に関連する情報に対して評価や判断を行う
- 3) 前帯状皮質 (ACC) : 自己と他者の区別を維持する
- 4) 後帯状皮質 (PCC) : 自己に関連する情報を文脈、記憶、感情的な経験と統合する

これらの 4 つの脳の部位が交流することによって自己や他者を正しく理解し、自分を自分らしくする思考や考え方を正しく調整していくのが DMN の役割である。これ以外にも、過去の経験から未来を予測し、記憶と記憶を繋げる機能をも有している言われている。しかし、多くのストレスに遭遇すると、DMN が過剰に反応し反芻思考 (rumination)、つまり目の前のことに注視することが出来なくなり、同じ思考が脳内を彷徨いクヨクヨと思い悩むようになって、負の感情に捉われた思考や観念に襲われるという事態に自分を追い込むようになる。従って、鬱病は DMN の過剰な働きが根底にあることが、近年の脳科学の分野で明らかにされている。これ以外にも、太極拳は気分の調整を司る脳の部位 (島皮質、被殻、内側側頭葉) の調整を促進することを確認されている。太極拳によって期待される効能は、主に中枢神経に関連している。「鬱病の仕組み」で既述したが、ストレスによる炎症が鬱病の症状を誘発するが、太極拳はストレスに起因する炎症を調整する働きがあることも明らかにされているのである。Kong et al (2019) が事例として示した研究成果によると、太極拳を行うと心拍数は上昇し、尿中のノルアドレナリンの排出量は増加し、唾液中のコルチゾールには減少が見られた。

鬱病は副交感神経の働きの低下と関連していることが認識されており、副交感神経と交感神経のバランスは、心拍変動 (Heart rate variability (HRV)) を基に測定される。この心拍変動 (HRV) は心臓の一拍ごとの拍動の長さの変化のことで、心臓の自律神経の緊張の指標として用いられ、自律神経機能のバランスを確認するものである。心拍変動 (HRV) の測定値には低周波 (LF- low frequency) と高周波 (HF- high frequency) がある。低周波 (LF) は、交感神経活動や副交感神経活動のいずれの影響をも受ける指標として認識されている。一方、高周波 (HF) は、呼吸によって生じる副交感神経活動の指標として認識されているものである。この低周波 (LF) と高周波 (HF) を基にして作られた指標が LF/HF であり、この指標は自律神経のバランスを計測するストレス指標として利用されている。Kong et al (2019) は、Audette が実施した、①太極拳を行うグループ、②散歩をするグループ、③運動をしない座りがちな老人女性グループを対象に行った HRV と有酸素容量 (Aerobic capacity) の測定結果に対して比較検証を行った。その検証で、①太極拳だけを行ったグループに、人が体内に取り込むことのできる一分間の酸素の最大量、最大酸素摂取量 ($\dot{V}O_{2, Max}$) に改善が見られ、更に HF パワーの標準化単位が増加した。これは副交感神経が優位な状態を示す数値である。LF パワーの標準単位

も、①太極拳だけを行ったグループに減少が見られた。これは交感神経の活動が緩まったことを示す数値である。この結果により、太極拳は副交感神経を優位な状態に保つことができるという可能性を確認できたのである。また、17にも及ぶランダム化比較試験(RCT)をメタ分析した記事も取り上げており、その記事によると太極拳やヨガを行うことは、HRVにおけるLF、HFの数値、LFとHFのバランスとストレス量を正常に保つ効果があることが明らかにされていた。これらを総じて、Kong et al(2019)は、鬱病において太極拳に期待できる効能は、自律神経に関わる部分の改善でもあると、見解を述べている。

5-5. イスラムの祈り Salah(Namaz)から期待できる鬱病への効能

イスラムの祈りとして知られている Salah を、イスラム信者は一日 5 回祈っている。彼らが 1 日 5 回祈る祈りが近年メンタルヘルスを良好に維持することや、鬱病を軽減する効能を持つとして、イスラム圏において研究が進んでいる。本節では、今までに解明された Salah が齎す鬱症状に対する効能とその可能性、並びにそれらの仕組みに注視し、以下の 3 点に焦点を当てるものとする。

- 1) Salah の概要と基本事項
- 2) Salah の効能と可能性(文化的側面)
- 3) Salah の効能と可能性(科学的側面)

5-5-1. Salah の概要と基本事項

イスラム教徒が一日 5 回祈る祈りを、「Salah」もしくは「Namaz」と称している。Salah と Namaz は呼び名が異なっているだけで同じ祈りである。Salah は、主にアラブ地域、アラビア語圏で用いられる呼び名であり、Namaz はトルコやイラン等ペルシャ語圏で用いられている呼び名である。Salah(祈り)は、イスラム教の 5 行の一つであり、二番目に挙げられている。イスラム教の 5 行を順番に挙げると、①信仰告白(Shahada)：アッラーの神以外に神はいないとアラビア語で唱えること、②祈り、礼拝(Salah)、③喜捨(Zakat)：一定以上の財産に課せられる税のことで、この税は主に困窮者や旅人、孤児に用いられる、④断食(Sawm)：ラマダン月になると、日中における飲食を断つ、⑤巡礼(Hajj)：一生に一度はイスラムの聖地であるメッカに行くことである。Salah(イスラムの祈り)は、アラビア語の Silah を語源としており、繋がりという意味を持つ単語で、特に神との繋がりを意味する言葉である。イスラム教徒は、Salah(イスラムの祈り)を一日 5 回祈るが、その 5 回の祈りは次の時間に行うことが義務付けられている。

- 1) 早朝の祈り (Fajr、ファジュール)
- 2) 正午過ぎの祈り (Zahur、ズフル)
- 3) 午後の祈り (Asr、アスル)

4) 日没後の祈り (Magrib、マグリブ)

5) 夜の祈り (Isha、イシャー)

また、5回の祈りには単位(ラカート)が決められており、イスラム教徒はその単位(ラカート)に従って、アッラーの神に礼拝(祈り)を捧げることが義務付けられている。例えば、早朝の祈り(ファジュル)は2回、正午過ぎの祈り(ズフル)は4回、午後の祈り(アスル)は4回、日没後の祈り(マグリブ)は3回、夜の祈り(イシャー)は4回と、その単位(ラカート)が決められている。このように回数が義務付けられている一日5回の祈りの他にも、義務ではない祈りもある。それはファルド(義務付けられている1日5回の祈り)の前後に行う祈り、スンナ・ムアッカダと呼ばれる祈りと、夜の祈り(Isha、イシャー)の後に行われる、ウィトルの祈りがある。スンナ・ムアッカダとウィトルの祈りにも単位(ラカート)が定められており、①早朝の祈り(ファジュル)の前に祈るスンナ・ムアッカダは2回、②正午過ぎの祈り(ズフル)の前に行うスンナ・ムアッカダは4回、③正午過ぎの祈り(ズフル)の後に行うスンナ・ムアッカダは2回、日没後の祈り(マグリブ)の後のスンナ・ムアッカダは2回、夜の祈り(イシャー)の後のスンナ・ムアッカダは2回と定められている。これらの祈りの後に祈る祈り、ウィトル(ワージブ)は3回である。これ以外にも祈りを捧げる前の準備として、イステインジャー及びウドゥーという身体の浄化が求められる。イステインジャーは、小便や大便等の排泄行為の後に清める儀式のことである。ウドゥーは、頭、顔、首、耳、足等を清める洗浄行為であり、原則としてはイステインジャーを先に行い、その後にウドゥーを行うという順番で身体の浄化が義務付けられている。その他にも、陰部の洗浄、グスルを行うことも求められる。これらの浄化の後に、スンナ・ムアッカダの祈りが始まりファルドの祈りへと続くが、これらの祈りには決められた動作(動き)があり、その動きをしながら唱える言葉が決められている。ここで示す祈りの手順はファルドのみを説明するものとして、具体的にその過程を以下に示す。

- 1) キブラ(メッカの方向)に向かって正しく、真っ直ぐに立つ。手は体の両側に垂直に置き、足は軽く開いた状態に保つ。
- 2) ニーヤを行い、アッラーの神に今から祈りを捧げることを意思表示する。その際、両手を耳たぶの位置まで上げる。
- 3) キヤーム、両手を組み、右の手の平を左手の上に重ね、礼拝中はよそ見をせず意識をアッラーに集中する。
- 4) ルクーの姿勢を取る。ルクーとは腰と頭が同じ高さになるように、両腕は脇腹から離し、両膝を両手でしっかりと固定する。
- 5) カウマの姿勢を取る。ルクーからサジダの姿勢を取る時、両膝を床につけ、両手の手の平をつける。その両手を置いた位置の間に鼻、額の順に地につける。日本の土下座の体勢に似ている。

- 6) サジダの姿勢を取る。両手の手の平を地につけ、手首と肘は地面から少し挙げ、腹部は腿から離し腕は脇腹から離れた体制を維持する。
- 7) ジャルサの姿勢を取る。体を起こして真っすぐに座る。右足を指が全部キブラ(メッカ)を向くようにする。左足の甲を地面につけ、その上に座る。座っている時は、両手の手の平を膝に置く。
- 8) ここで2回目のサジダを行う。土下座の姿勢をとる。
- 9) カアダの姿勢を取る。即ち、サジダの姿勢から起き上がり、座る。右足の指をキブラ(メッカの方向)の方向に向かせ、右足の甲を地に着けその上に座る。座っている際、両手の平を膝に置く。
- 10) 首を右に向けてサラームを言う。
- 11) 首を左に向けて、サラームを言う。

この11にも及ぶ過程と、その過程の中で一つ一つの姿勢(動作)を取りながら祈りの言葉を唱える。彼らが唱える祈りの言葉は、タクビール、サナー、タアウズ等であるが、これらについては注釈に記すことにする。次にイスラムの祈り、特にファルド(5回の祈り)の中での彼らが取べき動作と、唱えるべき祈りの言葉をその段階毎に記すが、これは「とってもやさしいイスラム教日本人の為のイスラム教の礼拝の基本動作(男性用)」(発行元: Hyogo Masjid and JAN Academy)³⁵⁹を参考資料としたものである。

- 1) ニーヤを行い、アッラーの神に「今から今日のパジュールを2ラカー祈ります」と、意思表示をする。
- 2) 両手を耳たぶの位置まで上げ、タクビールを言い、両手を組む。
- 3) 右手の平を左手の上に重ねサナー²⁶、タアウズ²⁷、タスミヤ²⁸、アル・ファーティハ²⁹、アル・イフラス³⁰、タクビール³¹と順に唱え、ルクーの姿勢を取る。

²⁶ サナー: 「アッラーよ、あなたに讃えと称賛あれ。あなたの御名は祝福され、あなたの尊さは至高です。あなたの他に神(崇拜するもの)はありません」。Hyogo Masjid & Jan Academy. (2022). 『とってもやさしいイスラム教日本人の為のイスラム教の礼拝の基本動作』 p. 14

²⁷ タアウズ: 「私はアッラーに呪われたシャイターン(悪魔)からのご加護を求めます」。前掲書 p. 14

²⁸ タスミヤ: 「慈悲あまねく慈愛深いアッラーの御名において」前掲書 p. 14

²⁹ アル・ファーティハ: 「①万有の主、アッラーにこそ全ての称賛あれ。②慈悲あまねく慈愛深きお方。③最後の裁きの日の主宰者。④私たちはあなたにのみ崇め支え、あなたにのみ御助けを請い願う。⑤私たちを正しい道に導きたまえ。⑥あなたが御恵みを下された人々の道に。⑦あなたの怒りを受けし者、また踏み迷える人々の道ではなく。」前掲書 p. 15

³⁰ アル・イフラス: 「①(使徒よ)言え。彼はアッラー、唯一なるお方。②アッラーは威光高きお方。③お産みすることもなければ、お産まれにもならなかったのであり。④誰一人、彼に匹敵するものもいなかった。」前掲書 p. 15

³¹ タクビール: 「アッラーは最も偉大です」前掲書 p. 14

- 4) 「スブハーナ、ラッピヤル、アズィーム」³²と3回唱え、その後、ルクーの姿勢から起き上がり、カウマの姿勢を取る。
- 5) カウマの姿勢を取りながら、「サミアッラーフ、リマン、ハミダ、」³³「ラッパナー、ラカルハムド」³⁴と唱え、それからタクビールを唱えながらサジダする。
- 6) 「スブハーナ、ラッピヤル、アアラー」³⁵と3回唱え、ジャルサの姿勢へと移る。
- 7) 「アッラーフアクバル」³⁶と唱え、体を起こして真っ直ぐに座り、タクビールを唱え、再度サジダをする。
- 8) 「スブハーナ、ラッピヤル、アアラー」と3回唱え、再度タクビールを唱えながら、立ち上がる(起立)。
- 9) 2回目のサジダが完了したことは、祈りの1ラカー(1クール)が完了したことを示す。
ファジュルの祈りは2回行われるため、1ラカー毎に引き続き第2ラカーの祈りが行われる。その手順は同じである。
- 10) アル・ファーティハをはじめ、アル・イフラスを唱え、タクビールを唱えながらルクーの態勢を取る。
- 11) 「スブハーナ、ラッピヤル、アズィーム」と3回唱え、起き上がりつつカウマの姿勢を取りながら、「サミアッラーフ、リマン、ハミダ」「ラッパナーラカルハムド」とタクビールを唱えながらサジダする。
- 12) 「スブハーナ、ラッピヤル、アアラー」と3回唱え、ジャルサの姿勢即ち、タクビールを唱えながら、再度サジダをする。
- 13) 「スブハーナ、ラッピヤル、アアラー」と3回唱え、再度タクビールを唱えながら上体を起こし、正座する。この姿勢をカアダという。
- 14) カアダの姿勢を取り、タシャップド³⁷を唱える。
- 15) タシャップドを唱え終わると、首を右に向けサラーム³⁸を言い、それから左を向いて再度サラームを言う。
- 16) これで、ファジュルの祈りは終了である。

³² スブハーナ、ラッピヤル、アズィーム：「尊厳なる私の主を讃えます。」前掲書 p. 16

³³ サミアッラーフ、リマン、ハミダ：「アッラーは彼を称賛するもののお声をお聞きになられます。」前掲書 p. 16

³⁴ ラッパナー、ラカルハムド：「私たちの主よ、あなたにこそ称賛あれ。」前掲書 p. 16

³⁵ スブハーナ、ラッピヤル、アアラー：「至高なる私の主に讃えあれ。」前掲書 p. 16

³⁶ アッラーフアクバル：「アッラーは最も偉大です。」前掲書 p. 14

³⁷ タシャップド：「尊崇と、礼賛と、神聖の極みのアッラーにのみ帰せられます。預言者よ、あなたの上に平安とアッラーのご慈悲と祝福がありますように。私たちに、そしてアッラーの敬虔な僕たちに平安がありますように。私はアッラーの他に神(崇拝するものは)ないことを証言します。私は、ムハムド様(彼に平安あれ)はアッラーの僕であり、使徒であることを証言します。」前掲書 p. 16

³⁸ サラーム：「あなたに平安とアッラーの慈悲がありますように。」前掲書 p. 17

イスラムの一日5回の祈りの過程を見てきたが、Sarkingobir et al(2022)と Sobhani et al(2022)が指摘しているように、イスラムの祈りには霊的(スピリチャル)な要素である瞑想や、身体のような部位を使った動作、姿勢、それにコーランの言葉の暗唱が求められる。これらの複合的な動作を要するイスラムの祈りは、Sarkingobir et al(2022)によると、バランスを保ち、関節の柔軟性、下半身の動きを促進すると強調している。また、Sobhani et al(2022)によると、イスラムの祈りの効能には、精神、肉体双方にメリットが有り、注意力や集中力を高め、安らぎを齎すことがメリットであると強調している。これ以外にも期待される効能として、イスラムの祈り「Salah」の齎す効能について、精神的、肉体的双方に齎される効能について文化的、科学的側面から検証していくものとする。

5-5-2. Salah の効能と可能性(文化的側面)

Salah の効能を、文化的側面から検証する過程において重要なことは、①イスラム教徒は Salah をどのように思い、②イスラム教徒にとってその祈りは何を象徴するのか、③祈りに何を求めているのか、等を見ていく必要がある。既述したように、イスラムの祈り「Salah」は、「神と人間との繋がり」という意味を持つ言葉であった。しかし、「神と人間の繋がり」と言っても、イスラム教に無知である人にとっては抽象的で中々理解できない言葉であるかもしれない。ここでイスラム教徒が、「Salah」をどのように理解しているかを調査してみると、①アッラーの神(全能のアッラーの神)を呼び求める、②招き入れる、③要求する、④嘆願する、という意味合いで理解しているようである。Majid(2023)はイスラムの祈り(Salah)を、①全能な神アッラーを呼び求め、②必要な助けを求め、③神を褒め称え(神への賛美)、④罪の赦し、⑤神からの守り(神からの保護)、であると示し、イスラムの祈りは神との対話により、自己の崩壊や破滅の要素を洗い流し、清める、そのような構図を有しているとも論じている。そして祈りは地と天(Arsy)の関係を有し、神(アッラー)の僕である人間の神への願い(要求)として理解されている。人間は常に無力で小さき者であり、神(アッラー)に助けを求めないと生きていけない小さき存在であるという世界観が、このイスラムの祈り「Salah」に表現されているのである。つまり、祈りは人間の内面、魂の需要に値するもので、神の助けが皆無であれば決して成就するものではなく、そのような状況(神の助けがない)では人間は何も出来ないという惨めさを象徴していると理解されているのである。これからは、人間の魂と神との関係が追い求められる、イスラムの祈りに見られるメリット(効能)について見ていくことにする。祈りが齎す効能は人の意識を神(アッラー)に向かせ、神との交わりの空間を維持することであり、人と神(アッラー)との強い結びつきを構築することである。また、イスラムの祈りは精神的発達を促進し、感謝の気持ちを養い、魂を平和に且つ穏やかにし、幸せな日々を実現する力を養う効能があることを挙げている。これ以外にも強調されていた祈りの効能は、人は神(アッラー)の支配の前に立ち、自分の弱さをさらけ出

し、祈りによって絶対的存在の尊さを身近に感じることである。また、祈りによって、魂の中にある傲慢さやプライドを壊し、神の存在がなくては生きていくことはできないと思わせる、そのような力を持っているということである。Majid(2023)が示すイスラムの祈りは、本節で示す魂に及ぼすメリットを齎すということであり、それは内面の落ち着きと希望に生きる可能性を広げるという点である。彼が述べるところでは、人生においては予期せぬ苦境や悲しみ、失敗に遭遇するが、その反面、嬉しさや成功、達成感も感じるものである。人生における苦境や悲しみは努力では防ぎようのないもので、例えば愛する人との死別がそうである。しかし、その防ぎようのない出来事にこそ、祈りからの恵み(メリット)を拝受することができると、Majid(2023)は指摘する。つまり、祈りは今起きている状況を変えること、勿論願いがその祈りによって叶うことはないかもしれないが、祈る行為を通して落ち着きを取り戻し、心に安らぎを覚え、希望へと繋がっていく、祈りにはそのような力がある。このようなイスラムの祈りが魂に及ぼす影響は、メンタルヘルスの改善へと結びつくものと考えられるが、イスラムの祈りのどの部分が、鬱病患者のメンタルヘルスに良好な影響を与えるかを検証することは、重要な問いである。

イスラムの祈りの効能性である、①人と神(アッラー)との密接な関係、②弱さの自覚、が鬱病を含むメンタルヘルスに良好な結果を齎す要因ではないかと考えるが、この①と②に該当する要素をイスラム教の教えに照らし合わせると、①に該当する事項はイスラム教で強調される Khushu であり、②に該当する事項は、同じようにイスラム教で強調される Tawba と Instighfar である。初めに Khushu について説明する。この Khushu について、Sayeed etal(2013)は、イスラムの祈りの際に生じて来る精神的な体験であると説明する。Khushu とは、祈りの時に精神と心を神(アッラー)に集中して、神(アッラー)の前に立つことであると示している。このような状態を意識して祈りを行う際に、神からの報酬があり、宗教に由来する精神と心の回復を初めとする、精神的安らぎを得ることができると言われている。この状態を心理学的に説明すると、置かれている状況に精神と心を集中することによって、最大の成果(performance)であるひたむきな没頭状態を得ることができると認識されている。つまり、イスラムの祈りの中で、神(アッラー)に集中することによって精神は良好な状態に保たれる。それによって日常生活は満ち足りたものとなり、生活の満足度が高まると、Sayeed etal(2013)は示唆するのである。

次に、②の Tawba と Instighfar について見ていくが、この二つについてもイスラム教では非常に重視しているものである。Tawba は簡潔に言うと、「犯した罪を悔い改める」ということである。イスラムの世界では、Tawba は魂の汚れを清める力を有していると思われている。Tawba で強調されている 4 つの事項があるが、以下の通りである

- 1)後悔(Regret)：自分が犯した罪に対しての自責(repentence)
- 2)決意(Determination)：自分が犯した罪を繰り返さないことへの決意

3) 良い行いを心掛け、自分の罪を償う

4) 自分に不当な扱いをした人たちに対する許しを請う。

一方、Instighfar は「神(アッラー)に罪の赦しを願う」ことである。イスラムの世界ではこの Tawba と Instighfar によって、人と神(アッラー)との関係を持続的な調和の取れた状態に維持し続けることができるとしている。イスラムの世界では、人と神(アッラー)、人と人の間に衝突を起こすことは罪であり、この罪を犯すことは害悪な感情(それはストレスを誘発させるものであるが)を生じさせることに繋がり、精神の状態を不安定にするという考えが存在する。このことから、イスラムの世界における精神的疾患とは、過ちであり、罪によるものであると、Uyun et al (2019) は示唆している。罪を悔い改めないまましていると、精神疾患は手に負えない状態にまで至るというのが、イスラム教における精神疾患の認識であると、Uyun (2019) et al は指摘する。この考え方は、イスラムの教えに記されている罪は、心配や不安を生み、この心配と不安が精神疾患や精神の不調を更に悪化させるというものである。神(アッラー)を思う (dhikr) こと、悔い改め (Tawba) の行いを意識することは、イスラム教徒に苦悩が襲ってきた時に、しっかりと対応できる力を獲得することができるということである。そのようにして、苦悩に立ち向かい解決していく時に、心配は無くなり、精神的な不調や疾患から自分を防御することができるという、この構図がイスラムの教えから見た精神疾患の認識と可能性である。

これまでに述べてきた三つの要素、①Khushu、②Tawba、③Instighfar とメンタルヘルスとの関係性についての過去に行われた研究の内、三つの研究を以下に取り上げる。初めに、Callender et al (2022) が実施した、アメリカ中部に住む 9 人の第一世代のイスラム教徒の移民女性を対象に行われた質的調査を紹介する³⁶⁰。この質的調査の目的はイスラムの祈り、または集団の祈り (Jammāt) に対して彼女らが抱いている思いと、マインドフルネスの領域において、祈りの果たす役割について調査をすることであった。結果には、①Khushu、②Tawba、③Instighfar に関連する回答が挙げられていた。そこには 4 つの回答が有り、①祈りはコミュニティを支える、②祈りは持続的幸福度 (well-being) を高める、③祈りは信仰を高める、④祈りは自覚を促す、ことであった。「②祈りは持続的幸福度 (well-being) を高める」、この答えから、Callender et al (2022) は、祈りは毎日を過ごす中で襲って来るストレスや、困難に立ち向かうことをより可能にしてくれる処方箋であることを導き出していた。また、Callender et al (2022) が、調査対象者の回答の一部を事例として引用していた箇所は、①Khushu に該当する内容であり、それは夜就寝前に行う祈りによって神(アッラー)への感謝が沸き起こり、その感謝の気持ちが安らぎを与えてくれるということ、またモスクでの祈りが集中力を高め、ストレスを解消するための原動力となり、希望に満ちた状態に自分を置くことができるということであった。「③祈りは信仰を高める」、この回答にも①Khushu に該当する内容が記されていた。それはコーランに記されている言葉を持って神に祈る時、神(アッ

ラー)との繋がりに意識は集中し、神(アッラー)との信頼関係は強化されて行く。このようにして構築される信仰と神との信頼関係が、困難に遭遇した時でも希望となり、人生の支えとなる。「④祈りは自己の自覚を促す」、これについては、彼女らが祈る前に注意することや準備すること、祈ることによって神(アッラー)との繋がりが得られること等が記されていた。祈りは、瞑想により神との繋がりを意識することで、これは①Khushuに該当することであると言えるが、Callender(2022)が示す回答の中には、②Tawbaと③Instighfarに該当する内容が見られた。それは女性(D1)³⁶¹の回答である。祈りは瞑想の一種であり、祈りは魂、精神、身体に付き纏う悪の力を洗い流す洗剤(detergent)に例えられ、祈りは浄化作用を有するといった内容である。女性が言う「悪」とは、人間の罪のことであり、その罪をコーランの言葉と祈りを重ね合わせることにより、罪を清め、罪は赦され、悔い改めへと導かれる。これが Uyun et al(2019)が指摘する罪の赦しと悔い改めによって、心配、不安、ストレス、鬱病を軽減することに繋がっていると見ることができる。

イスラムの祈りの要素である②Tawbaと③Instighfarを考慮した、鬱病の治療法の妥当性と可能性についての研究も、現在イスラム圏で実施されている。ここでは二つの研究を紹介する。一つは Uyun et al(2019)が Universitas Islam Indonesia (大学)で行った量的調査である。この調査はイスラム信仰者の32人の18歳から23歳の大学生(女性28名、男性4名)を対象に実施され、約一か月に渡って行われた³⁶²。調査の内容は、②Tawba、③Instighfarを取り入れた治療法が被験者のメンタルヘルスの4つの要素、①自分を信じる(Self-efficacy, self awareness, persistence)、②他者に対する信頼(学内、家族、友人、支援)、③感情の能力度(感情の調整、共感、自己のコントロール)、④前向き、感謝、元気さ(engaged living)に及ぼす影響を確かめることであった。②Tawba、③Instighfarを取れ入れた治療は8コマに分けられて、授業形式で実施された。最初の1コマは治療についての説明、次の2コマ目は自己開示(self-disclosure)をテーマに、被験者がプラスとマイナスとを感じる出来事や状況において経験した感情を自ら質問する、3コマ目は、自己認識(self-awareness)をテーマに、調査対象者が受ける(感じる)不安や心配事の原因を追究する、4コマ目は、②Tawbaと③Instighfarの基本事項とその効果についての説明、5コマ目は、①Tawbaと②Instighfarによって不安と心配事をどう克服するか説明、6コマ目から8コマまでは、①Tawbaと②Instighfarによる治療法と、1コマから5コマの体験によって得ることの出来た経験を振り返り感想を述べることであった。この調査で明確になった事項は、メンタルヘルスの4つの要素、①自分を信じる(Self-efficacy, self awareness, persistence)、②他者の信頼(学内、家族、友人、支援)、③感情の能力度(感情の調整、共感、自己のコントロール)、④前向き、感謝、元気さ(engaged living)の数値が、調査前に比べ調査後が上昇していたことである。更に3週間後に引き続き実施された調査結果でも、④前向き、感謝、元気さ(engaged living)を除くすべての項目で、数値の上昇が見られた。②Tawbaと③Instighfar

を取り入れたことで、学校内の友人関係や精神的問題に対しても自ら解決していくことができ、社会に由来する困難に対しても理解し受け入れることが可能となり、また忍耐強く困難を克服していくことができるようになったと、調査対象者の感想が記されていた。これ以外にも、神との良好な関係によって齎される幸福を受け入れることができるようになり、神に捧げる祈りに関心を持つようになったという学生等、被験者に良好な変化が見られたと、Uyun et al (2019)はその調査結果を発表している。この調査の結果より、①Tawba と②Instighfar を活動として取り入れることは、被験者の日常生活において、様々な変化に対応する力を自分のものとすることができる実務的な治療法であると、Uyun et al (2019)は述べている。

二つ目の量的検査は、Saged et al (2022)によって行われた。この検査の方法は、①神(アッラー)から赦しを得る治療法((Remembrance and seeking Allah' s forgiveness intervention (RSAFI))と、②普通に行われている治療法 Energy path programme の二つの治療法による、鬱症状と不安障害における効果についての比較調査である。この調査は、2020年、マレーシアの Al nour Center に通院する重い鬱症状と不安障害に悩まされている 62 人(男性：32 人、女性：30 人)のイスラム教徒を被験者として実施されたものである。この 62 人を更に、RSAFI グループと energy path programme グループに性別毎に分けて、つまり 4 グループ(2 組 RSAFI、2 組 energy path programme)に分けて調査が行われた³⁶³。被験者の内、男性は重症の鬱症状を、女性は重度の不安障害を抱えていた。①RSAFI グループは、イスラムの教えに従い、悔い改めを行い、罪の告白をする。神への嘆願、イスラムの学び、神(アッラー)からの恵み(情け)を追求し、神(アッラー)を覚える宗教的価値観の分かち合い、質問、討論、講義、実践、遊び、活動等を授業形式で行い、その授業を 30 コマに分けて週 2 回(1 コマ 1 時間程度)を 15 週にわたって行った。②energy path programme の調査も、①のグループと同じ要領で行われた。この療法では、自信を深めること、鬱症状や不安障害、強迫性障害を改善することが主要な目的であった。この調査結果で明らかにされたことは、RSAFI のグループの男性の方が、energy path programme の男性より鬱症状が改善されており、また RSAFI のグループの女性の方が、energy path programme の女性より不安の解消の度合いが大きかった。この結果より、Saged et al (2022)は、RSAFI を初めとする宗教を取り入れた処方は、鬱症状の改善、不安の解消等に期待できるだけでなく、神(アッラー)を覚え、神(アッラー)に赦しを願うことにより、精神疾患の症状は良好な状態へと治癒することが期待できると、見解を述べている。この二つの調査(研究)の欠点(弱点)は、被験者が少ないことであると問題を提示していたが、宗教(イスラム教)の力を借りて鬱症状を改善できる可能性があることは実感できたようである。

5-5-3. イスラムの祈りの効能と可能性(科学的側面)

イスラムの祈りの効能には、イスラムの祈り全体における効能が挙げられている。このイスラムの祈りにおける効能を、科学的側面(生理学的側面と心理学的側面)から見ていくことにする。生理学的効能として、姿勢や酸素の吸収、呼吸器系、消化器系、内分泌系、生殖器系、排泄器系の機能を高めること等が明らかにされている。イスラムの祈りを行うことにより、腹部の筋肉が腸の動きを活発にし、便秘を防ぐことも認識されている。

Sarkingobir(2022)によると、イスラムの祈りの効能としては、心臓、脊髄、記憶、認知機能の改善、筋骨格系、神経系が癒す症状の回復、関節の可動性の改善、弾力性の維持、持久力トレーニングとしての機能、メンタルヘルスの改善等が挙げられている。Bhat(2014)と

Sarkingobir(2022)によると、これらの効能は、イスラムの祈りの際に取られる姿勢と関係があると示している。そこで鬱病に関わる、精神疾患の症状を緩和する効能を有する姿勢として示されていたのは、ルクーとサジダである。ルクーの姿勢は、頭を腰の位置より高く上げ過ぎず、下げ過ぎずの位置に維持し、両腕を脇腹から離し、両膝を両手で囲む態勢を取る。

この態勢は、腰痛や脊髄における病気の治療に効果的であるが、それ以外にも神経への圧迫を減少し、脊髄の柔軟を促進することが明らかになっている。ルクーの姿勢は、脊髄管を落ち着かせ、脊髄神経の圧迫を防ぐ効果も有ると言われている。次にサジダの効果を記すが、サジダの姿勢は、両方の手の平を地につけ、手首と肘を少し上げ、腹は腿から離し、腕も脇腹から離す。Sarkingobir et al(2022)によると、サジダの姿勢は、頭の位置が心臓の位置よりも低い位置にあるため、血流が頭に巡り安くなり、脳の前頭葉を刺激すると指摘している。

これにより、脳内出血のリスクは減少し、頭痛は緩和され、血圧は下がる。また、脳内の血の巡りが良くなることで、記憶力は上がり、精神は良好な状態に維持され認知機能は高まると言われている。一方、Bhat(2014)によると、サジダの姿勢について、Sarkingobir

et al(2022)と同様の見解である、記憶力、精神、認知機能における効能について記していたが、これ以外にも鬱病を含む精神疾患の症状を和らげる効能として、副交感神経の働きの高まりが挙げられていた。サジダの姿勢を取ると、副交感神経の働きの高まりを示す頭頂部と後頭部の振幅の増加が確認され、その増加によってリラックスした気分が癒されることが期待できると記されている。

イスラムの祈りが、鬱病に癒す可能性と効能について、医学的側面から吟味された研究として、イランのテヘランにある、Baqiyatallah 大学の神経科化学研究科に所属する Sobhani et al(2022)の研究を挙げることができる。この研究は、イスラムの祈りが、①視床下部、下垂体、副腎系(HPA系)と視床下部、交感神経、副腎髄質軸(SAM軸)の活動、②ストレス、及び鬱病に関連付けられる脳に由来する神経の栄養因子(BDNF)、③炎症性サイトカイン(IL-6)にどのような影響を及ぼすかを調査した研究である。この研究は、30代から40代の83人(47人は男性、36人は女性)を対象に行われた³⁶⁴。この調査は、調査の1時間前は何も食わず、身体を清めるように指示された。その後、被験者から0.5mlの唾液が

採取された。ここから4クルールのイスラムの祈りを行い、祈りが終わり次第再度唾液が採取された。この調査の評価は、①採取された唾液の中に含まれるコルチゾールの量と、アルファアミラーゼの濃度、②BDNFとIL-6の遺伝子発現の変化、を知ることであった。この調査の結果(被験者の唾液より)明白になったことは、イスラムの祈り(5分間の祈り)により、唾液に含まれているコルチゾールの量は明らかに調整されていたということである。コルチゾールの濃度の高い人は低く、低い人は高くという具合に調整されていた。しかし、コルチゾールの濃度が正常な人には、その濃度に変化は見られなかった。これと同じような変化は、唾液中のアルファアミラーゼにおいても見られた。因みに、コルチゾールの濃度は、HPA系の活動と密接な関係にあり、この濃度が高い人はストレスを誘発し、一方低い人はPTSDの状態にあり長時間に及びストレスを誘発し続けていることを示す指標として用いられている。また、神経の栄養因子(BDNF)の発現の量は、イスラムの祈りの後では少しの現象が見られた。このBDNFは、長期的なストレスや鬱症状にある時に低下すると、一般的には認識されている。イスラムの祈りの後に、BDNFの発現量に幾度となく減少する現象が見られたことについて、Sobhani et al (2022)は、一つの可能性として、イスラムの祈りがBDNFの発現の量を調整する働き、つまりその量を下げないように働いているのではないかと、祈ること(イスラムの祈り)によってBDNFの発現量は低下し、心身に安らぎを覚えさせるような要因となったのではないかと推測していた。これらの見解について、Herhaus et al (2023)も同様な見解を展開しており、ストレスに遭遇するとコルチゾールとBDNFの量は増加しストレスが解消される、つまりストレスの反応が終わりに近づくにつれて、グルココルチコイド伝達(GC signaling)は、BDNFを抑制するように働く可能性があるとして記している。この抑制は、BDNFの適応能力の調整を示していると示唆している。ストレスによって生じるBDNFの一時的増加は、認知機能と神経可塑性を促すが、グルココルチコイド伝達(GC signaling)におけるBDNFの発現量の抑制は、ストレスに対する反応がなくなった後に、BDNFの発現量を基準値に戻すように調整する機能を有していることではないかと、見解を述べている。いずれにせよ、イスラムの祈りの効能については、上述した科学的根拠が示されており、その祈りによって、鬱症状は緩和され、鬱症状の原因となるストレスは軽減するそのような効能が期待できることを知ることが出来た。

5-6. ヨガの鬱病における効能と可能性

本節では、ヨガに期待できる鬱病の可能性と効能について検証するが、ヨガはアーユルヴェーダ(Ayurveda)、インド医学を礎にした伝統医学であり、5000年の歴史を持つ処方術である。ヨガの効能について紐解く前に、インド医学が示すところの健康に対する教えや思想を把握する必要がある、以下の2点に注視してその処方術を示していく。

1) Ayurveda の概念と基本的事項

2) Ayurveda からみる鬱病と精神疾患

5-6-1. Ayurveda の概念と基本的事項

アーユルヴェーダ (Ayurveda)、この言葉は日本では耳にする機会の少ない言葉であるように思うが、海外では注目され始めているようである。アーユルヴェーダ (Ayurveda)、この言葉の語源は Sharma (2017) によると、人生における科学 (Science of life) という意味を持ち、二つの単語、Ayus (人生) と Veda (知識または科学) を合わせた複合語だと説明している。「人生における科学 (Science of life)」という意味のアーユルヴェーダ (Ayurveda) の起源とその歴史を紐解くと、紀元前 2 世紀のインドにまで遡ることになる。アーユルヴェーダ (Ayurveda) は、ヒンズー教の思想を教える学校 (Vaisheshika) と、理論を教える学校 (Nyaya) が基になっている。Vaisheshika の学校では、患者の病気 (病理) を診断する上での推理や感知の必要性を強調しているが、Nyaya の学校では治療を進める前に見られる症状に関する知識に重きを置いていた。しかし、この二つの学校は統合されて、nyaya vaisheshika という一つの学校になっている。このことが契機となり、古代インドにおける医療知識が注目されるようになり、併せて、アーユルヴェーダ (Ayurveda) に関する知識が普及していくことになる。アーユルヴェーダ (Ayurveda) の概念によると、この世の全てのものは次の五つの要素 (Pancha Mahabhoota) によって成り立っている。それは、①空気 (Vayu)、②水 (Jala)、③天空 (Aakash)、④大地 (Prithvi)、⑤火 (Teja) である。この 5 つの要素は、人間の体内における 3 つの体液を作り出すことに繋がっているとされる。Jaiswal (2017) et al によると、この 3 つの体液 (Tri dosha) とは、①Vata dosha、②Pitta dosha、③Kapha dosha のことである。この 3 つの体液 (Tri dosha) の働きによって、精神と生理学的な原理の上に立った、体内の管理が行われている。①Vata dosha は、天空と空気によって成り立つと考えられており、血液の流れと心臓の収縮、呼吸、消化器官を通して食べ物を運ぶ等の役割を担っている。②Pitta dosha は、火と水によって形成されていると認識されており、消化や代謝、変形を調整する働き、特に、食欲や内分泌の機能に関係するとされる。③kapha dosha は、水と大地によって形成されると考えられており、身体の構造と結合に深く関わっており、具体的には、力、安定感、体重等の調節に関与する。この 3 つの体液 (Tri dosha) のバランスが乱れ、それに続く要因も乱れると、病気になるという考えがアーユルヴェーダ (Ayurveda) の奥義である。3 つの体液 (Tri dosha) のバランスが乱れ、それに続いて乱れる要因としては 3 つ有り、①7 つの組織 (Saptadhatu)、②3 つの排泄物 (Tri-malas)、③新陳代謝 (Trayo Dosa Agni) である。ここで①から③の要因について説明する。初めに、①7 つの組織 (Saptadhatu) の役割は、7 つの組織が互いに支え合い身体における生理的、且つ生物学的な機能を司ることである。ここでは 7 つの組織の内、主要な四つの組織について記述する。①血液の組織 (Rakta Dhatu) は血液を形成し、赤血球の巡りと血液を作る物質の供給を担う。②筋肉組織 (Mamsa Dhatu) は、脂肪

(Meda Dhatu)の生成を目的とした、骨格筋を作るサポートを促進する役割を有している。③骨組織(Asthi Dhatu)は、骨を含む組織であり、骨髓(Majja Dhatu)に関与する組織である。この組織には骨髓と液も含まれる。この液は骨を動きやすく滑らかにして、骨の機能を高めるとされる。④生殖組織(Shukra Dhatu)は、生殖系の機能に関与しているとされる。

次は、②3つの排泄物(Tri Malas)について記述する。これは人が排出する3つの排泄物を指す。それは、①尿(Mutra)、②便(Purisa)、③汗(Sveda)である。Ayurvedaによると、この3つの体液(Tri dosha)が不均衡な状態(バランスが乱れる)になると、これら3つの排泄物は排出されず、下痢、便秘、喘息、リュウマチの症状を発するようになると言われている。尿の排泄が正常に行われないと、泌尿器の炎症、膀胱炎や尿管の炎症、更に胃痛等の症状が現れる。一方、汗の排出が滞ると、皮膚に炎症を起こす炎症性皮膚疾患や体液のバランスが乱れる等の症状が起こる。アーユルヴェーダ(Ayurveda)の概念は、3つの体液(Tri dosha)とそれに関連する要因のバランスを保つことを重視することが分かる。これは、Sharma(2016)が示唆するように、3つの体液(Tri dosha)、①Vata dosha、②Pitta dosha、③Kapha dosha、は精神と生理的な要素を有しており、心身の両者を司る役割を担っていることや、この3つの体液が齎す機能のバランスには、個人差があるという論理に匹敵する。Sharma(2016)は、これをここにおける発現型(individual phenotype)に関連付けて説明しているが、これを端的に言う「個人の体質」と言うことができる。

アーユルヴェーダ(Ayurveda)では、3つの体液(Tri dosha)を根底とする体質は、次の四つの要因(Ayurvedaの教えを由来とする)によって影響を受けるとされている。それは、①日々の行いと生活習慣、②食生活、栄養の吸収の度合いと消化、③ストレス、④環境、等である。①日々の行いと生活習慣について、アーユルヴェーダ(Ayurveda)で特に強調されていることは、一日の規則正しい生活や季節毎の正しい過ごし方であり、就寝や起床、食事、運動、学習、瞑想を毎日規則正しく行うことである。善行(善い行い)や、他者との付き合い、世代別における正しい付き合い(交わり)も挙げられていた。ここで言う善行とは、愛、情熱を持って人を元気づける態度であり、それは意識すべき事項であると強調されていた。更に、年下には正しく助言し、年配者には尊敬の念を持って接するように記されていた。②食生活、栄養の吸収の度合いと消化、これについてのアーユルヴェーダ(Ayurveda)の概念は、食べ物の消化は、健康を良好に維持する重要な要素として認識されている。アーユルヴェーダ(Ayurveda)には、火の概念(Agni)が存在する。この火の概念は、身体の火によって、体内のそれぞれの組織系統の代謝が促進されるという考えである。火(Agni)には13種類のものが存在し、その中で消化器系統に関係する火(Agni)のことを、消化を助ける火(Jatharagni)と呼んでいる。一説によると、この消化を助ける火(Jatharagni)が良好に機能しない場合、食べ物は不完全な状態で消化され、体内に毒素(Ama)が蓄積する。この毒素の蓄積は、消化不良によって食べ物から齎されるものだけではなく、環境からの毒素も含まれており、これらの

毒素が身体各組織に蓄積すると、免疫系統に働きかけ(刺激する)炎症を起こすようになる
と認識されている。また、体内に蓄積された毒素(Ama)は、動脈にできるアテローム(粉瘤)、
高コレステロール血症、関節の痛みや腫れの症状を引き起こすことが明らかにされている。
毒素の蓄積を取り除く方法としては、アーユルヴェーダ(Ayurveda)では体質に合った食生活
の重要性と食生活の中で心がけていくべき注意事項も強調されている。その注意すべき事項
として、①食べ物の味、②食べ物の質、③食事の時間帯と季節、年齢、④食事をする人の身
体の状態、⑤食事の場所が挙げられていた。①と②は、体液(Dosha (Vata, Pitta, Kapha))を左
右し、身体健康の度合いにも影響するものである。③も体液(Dosha (Vata, Pitta, Kapha))の
原理に従って定められ、①、②と同じように体健康の度合いを左右すると言われている。

体液(Dosha (Vata, Pitta, Kapha))に基づく体質を左右する三つ目の要因として、ストレスが
挙げられるが、アーユルヴェーダ(Ayurveda)では、日々避けて通れないストレスの対処法に
ついて強調している。ストレスの解消法として挙げているものは、生活習慣に対する心がけ
と、人生において正しい知識を身につけることであるとしている。例としては、ヨガ(本節後
半 5-6-2 節で詳述)、呼吸の訓練、瞑想、マッサージ、アーユルヴェーダ(Ayurveda)を用いた
精神療法、薬草療法等である。

最後に記されていたものとして、体質を左右する要因としての生活環境についてではある
が、アーユルヴェーダ(Ayurveda)の概念には、近い環境、遠い環境といった考え方がある
ということである。近い環境(Near Environment)とは、現在自分が居住している住宅と職場の
構造より受ける影響を指す。この近い環境について強調されていることは、環境(住宅、職
場、生活環境)から出る毒素からの防御、またその環境から得られるメリットとそのメリッ
トを高め増やしていくことについてであった。一方、遠い環境(Far environment)とは、宇宙を
指し、主に惑星、月、星を指す。アーユルヴェーダ(Ayurveda)を通して見る身体概念は、
①Tri Dosha、②Sapta Dhatus、③Tri Malas の原理によって構成されているが、この3つ
の中でも最も重要視されているものは、①Tri Dosha である。この Tri Dosha の原理を軸にした
健康概念は、心身健康を左右しその度合いを左右するものは、日常生活の質であることを
確信させるものであった。

それではアーユルヴェーダ(Ayurveda)の概念においては、精神疾患、特に鬱病については
どのような解説がなされているのだろうか。アーユルヴェーダ(Ayurveda)の領域において
は、精神疾患全般を Unmada と呼んでいるが、症状の程度(重い、低い)によって病名が変わっ
ている。重症な鬱病を Kaphaja Unmada と呼び、軽い鬱病を Vishada と Avasada と呼んでい
る。また、精神疾患の代名詞として Unmada という病名が使われているが、この Unmada の意
味は、身体と精神的なストレスが3つの体液((Tri dosha)、①Vata dosha、②Pitta
dosha、③Kapha dosha)を腐敗させ、それぞれの Dosha が本来の位置からずれて、その影響
が体の上部、精神(manas)に排出され心身を蝕んでいく症状がでる、これが一般的な認識であ

る。また、古代のアーユルヴェーダ(Ayurveda)の書物である Charaka Samhita(チャラカ・サンヒター)には、精神疾患(Unmada)は次の五つに分類することが可能であると記されている。

- 1)Vataja unmada:Vata の乱れによって生じる精神疾患
- 2)Pittaja unmada:Pitta の乱れによって生じる精神疾患、
- 3)Kaphaja unmada:Kapha の乱れによって生じる精神疾患、
- 4)Sannipataja unmada:Tri dosha の乱れによって生じる精神疾患、
- 5)Agantuja unmada:外因性によって生じる精神疾患で、宗教的な掟、超自然的なことが挙げられる。

これらの症状は、3つの体液(Tri dosha)の乱れによって変化すると見なされ、この Tri dosha の乱れを原因とする精神疾患(unmada)は、人格以外に思考(Mana)、知性(Buddhi)、注意力や認知力(Samjna)、物事に対する姿勢(Jnana)、記憶(Smriti)、要望や願い(Bhakti)、習慣や機嫌(Sheelā)、精神活動(Cheshta)、日常生活上における習慣(Achara)、等に変化を齎すと言われている。この変化は軽い程度の変化が長期的にゆっくりと進行し、そして現実から遠ざかり社会に溶け込むこと、生活することが困難となる。

アーユルヴェーダ(Ayurveda)における精神疾患(unmada)の治療法として次の3つの方法が挙げられる。①Daivavyapashrava(宗教性、神聖治療)、②Yukti vyapashraya(臨床上の論理に基づいた治療法)、③Satwavyajaya(精神治療)である。精神疾患が初期の段階、或いは軽症の場合、②Yukti vyapashraya(臨床上の論理に基づいた治療法)の治療法が取られる。この治療法で注目される四つの要素として、①Deepana と Pachana (消化に関わる体内の火を整える)、②Snehapana (薬用バターもしくはギ(ghee)の服用)、③Mridu sodhana(軽い嘔吐運動、浄化)、④Samsarjana(栄養学を取り入れた養生法)等が挙げられる。これらの治療法は乱れた3つの体液(Tri dosha)を本来のバランスの取れた状態へと戻し、健康な状態を取り戻すことを目的としている。更に、乱れた3つの体液(Tri dosha)を調整し、健康な状態を維持していく方法として、①Basti(薬用を用いた浣腸)、②Shirovirechana(鼻汁の分泌を促進する治療)、③Samjna prabodhana(薬品を服用しながら、注意力、認知機能を高める)等の療法が挙げられている。長期的に精神疾患を患っている患者に対する治療法としては、上記の3つの方法に加えて薬草を用いた治療も患者の状態に応じて行われる。

3つの体液(Tri dosha)の乱れによる身体の機能の低下が、身体の上部の精神を蝕む。これがアーユルヴェーダ(Ayurveda)における鬱病を含む精神疾患の認識であり、心身相関を基にした認識であった。また、アーユルヴェーダ(Ayurveda)における精神疾患の治療としては、精神疾患の原因として考えられている乱れた3つの体液(Tri dosha)を正常(健康)な状態に戻すことであり、その手段としては、多くの治療法が紹介されていた(上記に既述)。これ以降は、アーユルヴェーダ(Ayurveda)と密接な関係にあるヨガについて記していく。

5-6-2. ヨガの鬱病における効能と可能性

5-6-2-1. ヨガから見る鬱病を含む精神疾患

Jaiswal (2016) et al.によると、ヨガの処方、アーユルヴェーダ (Ayurveda) と繋がりのある療法だと論じている。その繋がり、ヨガが求める治療法、目的と内容にある。ヨガにおいて行われる治療法は、①脈と3つの体液 (Tri dosha) の状態を見て、診断と治療が施される。②治療としては、ヨガで強調される瞑想による生活習慣の改善である。ヨガが求める治療の結果は、健康と穏やかさと安らぎを維持することである。ヨガでは姿勢 (ポーズ) を取るが、この姿勢を Asanas と言い、体の不調や病だけではなく、感情に起因する心の不調においても効能が期待できると言われている。ヨガを用いた処方、感情に起因する心の不調や精神疾患に対して多くの効能が期待できると言われている。ヨガによる効能を見ていく前に、次の2点について見ていくことにする。

1) ヨガの観点から見るメンタルヘルス

2) ヨガにおける処方の内訳とメンタルヘルスへの効能

1) ヨガの観点から見るメンタルヘルス

ヨガの観点に立つて、メンタルヘルスを見た場合に強調される三つの点は、①人間 (purusha) と自然 (prakriti) との関係、②三つの体液 (Tri Dosha) との関係、③苦しみ (klesa) の概念とその概念に含まれる無知 (Avidya)、自己中心 (Asmita)、世俗的、物質主義 (Raga)、反発、嫉妬 (Dvesa)、欲望 (Abhinivesa) との関係性である。ヨガの概念では、人間の性格は、人間 (purusha) と自然 (prakriti) によって形成されると言われている。ここで言われている自然 (prakriti) には、Gunas または Vrittis と称される精神機能を有する経路を含んでいる。また、この Gunas に含まれるものとして、Sattva (真実、純粋さ、意識)、Rajas (性欲を起こさせるもの、欲求に関係した行い)、Tamas (黒い、低い、鈍さ、消極性) が挙げられている。人間 (purusha) は本来純粋であるが、時によって Gunas に含まれる要素、Rajas と Tamas に影響を受け汚染される。この Rajas と Tamas によって汚染が始まった時に、精神に異常が生じると認識されている。しかし、この Gunas に含まれる要素の中で、唯一精神に異常を起こさない要素は、Sattva (真正性、純粋、意識) である。このことからヨガが追求するものは、自然 (prakriti) に含まれる精神的機能 (vrittis) を操作し、良好な状態に保つことである。その理由は、精神的機能を良好に維持できずにいる人の精神は、異常な方向へと進んでいくと認識されている。ヨガの観点から見る人間の性格と、心身における健康の度合いは、ヨガが示す精神的機能 (gunas 或いは vritti) に加え、三つの体液 (Tri dosha) のバランスによるものだと考えられている。つまり、この精神的機能 (gunas または vritti) と三つの体液 (Tri dosha) のバランスに気を付けることで健康的な性格や行動を養い維持していくことができると言われている。しかし、精神的機能 (gunas 或いは vritti) と三つの体液 (Tri dosha) が不均衡な状

態が続いた場合、性格に異常をきたし、心身の病気に罹るのを早めると言われている。具体的には、精神的機能(gunas または vritti)に含まれる Rajas と Tamas、更に三つの体液(Tri dosha)のバランスが乱れることで、性格に支障をきたし、心身の健康の度合いを悪化させ病を発症すると言われる。

ヨガが言う苦しみ(Klesa)、これは人間が抱える苦しみや痛みに関連するもので、この概念はヨガにおいて強調されている。苦しみの概念には、①無知(avidya)、②自己中心(asmita)、③利己主義(egoism)、④世俗的、物質主義(raga)、⑤反発、嫉妬(dvesa)、⑥人生における欲望(abhinivesa)である。ここに示す⑤苦しみを Klesa と称するが、①無知(avidya)は残りの4つの苦しみ(klesas)を生み出す要因として認識されている。この無知(avidya)の意味は、単に知識の不足(物足りなさ)によって生じる無知だけではなく、誤った知識や認識による無知をも含んでおり、これは本来の自分とそうでない自分との見分けがつかないことに匹敵するものであると言われている。Asmita(自己中心)、この言葉は自己中心、利己主義という意味を持つが、自分らしさという言葉にも結び付く言葉であり、身体や変性的な要素であり、例を挙げれば、需要と欲求、性質、特徴、所有物に関係する言葉でもある。このことから、自我(ego)は変性された本来の自分であり、何かに没頭している本来の自分とは違う自分を示すと理解されている。自分らしさに欲望と誘惑が加わることで、より深い欲望の中に落ち込む。これはヨガが言う苦しみ(klesa)の概念であり、反動と嫉妬(dvesa)を生み出すと記されている。

2) ヨガの処方とメンタルヘルスの観点から

ヨガにおけるメンタルヘルス及び精神疾患の理解は、①三つの体液(Tri doshas)、②精神的機能(gunas)、③苦しみ(Klesa)、この三つの概念が大きく関係していることは理解できたが、この理解を基に、メンタルヘルス、精神疾患に処方されるヨガの治療法について、その内容を見ていくことにする。メンタルヘルスや精神疾患に対するヨガの治療法は二つの処方がある。一つ目の処方は体因性(Somatogenic)と呼ばれる治療法で、他の一つは心因性(Psychogenic)である。体因性(Somatogenic)の治療法は、体内を清める(shodhan)ことを目的とする処方であり、次に示す6つの処方が存在する。

- 1) 刺激に反応する神経終末(皮膚、内臓、目、耳、口)を持つ器官、及び頭皮、腹部、肛門の洗浄、これを Dhouti と呼ぶ。
- 2) 結腸(大腸の内、盲腸と直腸に挟まれた部分)の洗浄、これを Bhasti と呼ぶ。
- 3) 鼻の中の洗浄、これは Neti と呼ばれている。
- 4) 腹部内の洗浄、主にマッサージ(腹部の揺さぶりを通して)、これを Nauli と呼ぶ。
- 5) ヨガの呼吸法の一つである Kapalbhati を用いる、視覚と認知の維持(tratak)。
- 6) 天体の位置に応じて、鼻から吸う呼吸の位置を確かめる、これを (Swar-yoga) と呼ぶ。

二つ目の処方は心因性におけるヨガの処方で、日本でもなじみの深いものである。その処方は姿勢や呼吸を通して精神に安らぎを与えるもので、この処方、Astanga はヨガにおける八つの肢体(Eight Limbs of Yoga)と呼ばれている。この八つの肢体を、ヨガにおける八つの奥義として理解することも可能である。この八つの奥義は、ヨガが目指す心身における健康の維持、また処方の内容に該当するため重要な奥義である。以下にその八つの奥義について示す。

- 1)Yama、これは日常生活において、他人に悪を行わず、また悪に加担しないことを心がけることで、してはいけない行いを示す言葉である。例えば、嘘をつかない(Asatya)、盗みを働かない(Asteya)、外部の欲求から離れる(Brahmacharya)、欲張らない、物を溜め込まない(Aprigrah)、等が挙げられる。
- 2)Niyama、これは日常生活において、可能な限り行うべき行動で Niyama という。これは①心身の浄化(Shouch)、②満足(Santosh)、③懺悔、罪の贖い(Tapa)、④自己投資を心がけ自分を高める、改善する(Swadhyay)、⑤絶対的存在を意識する(Ishwar Pranidhan)、等である。生活の中でこれらのことを意識し、行動することである。
- 3)Asanas と Mudras の姿勢を取り、精神によって作り出されるエネルギーを促進する。Asanas における姿勢とは、精神から来るところの持続的幸福度(well-being)と精神の安らぎを目的としている。Asanas の姿勢は休止状態にある神経系(Chakra と呼ばれている)を刺激することである。Mudras の姿勢はより高度な身体の動きである。これらの姿勢を取り、精神的疾患(障害)を治癒することを目的としている。
- 4)呼吸法として知られている Pranayam の運用。これは呼吸を一時的に止めることに該当する。呼吸法とは Anulom-Vilom、Kapalbhati、Bhramari 等の様に、呼吸によって身体の重要な動きを操作することを目的とする。
- 5)Pratyahar の運用。Pratyahar とは indriya と称する。この世の感覚から離れ、不必要な雑念や行為から自分を守ることを目的としている。
- 6)精神の安定を象徴する概念を Dharna と認識しており、その精神の安定は準備と修行を必要とすると言われている。そして一つのことに精神を集中することによって成し遂げることができる。その精神の安定は長期間にわたる修行を通して維持されるものであり、その安定は精神を雑念から守ることを目的としている。
- 7)Dharna の次に求められるのが瞑想(Dhyan)であり、この瞑想により精神を一つの単体、纏まったもの(solitary unity)として、一つの究極、つまり絶対的な存在に集中することである。
- 8)ヨガにおける最後の段階では、精神と体が催眠状態に入ることを Smadhi または、kaivalya と呼び、ヨガはこの段階を目指すのである。その段階に達した時、Gunas と Doshas の存在

は消滅し、世俗的な欲や地位、所属から解放された状態になる。この状態を Nirvana や Moksha と呼ぶ。

メンタルヘルスを維持するためのヨガは、特に心因性の治療においてこの八つの奥義に従い処方されるが、この八つの奥義は、生活の質や幸福度を高めることを目指す傾向にあるが、宗教、特にヒンズー教の要素に繋がりを持つことはない、Sayeed et al (2013)は強調している。

5-6-2-2. ヨガの効能と可能性

これ以降は、ヨガの鬱病に対する効能と可能性について吟味していくものとする。Saeed et al (2019)は、過去に実施された研究を基にヨガの効能について明らかにしているが、彼らの見解によると、ヨガと普通の運動、ヨガと薬物療法の効能を比較した場合、ヨガは電気療法に比べると効果が薄かったこと、つまり、電気治療を必要とする鬱病患者には、ヨガは相応しくない治療法であると示している。しかし、その反面ヨガは長期的な治療を必要とする女性の鬱病患者には、補助的な治療法として効果があること、周産期の女性の鬱症状を和らげる効果があると示しているが、その効果はヨガの種類にもよるとその研究結果を示している。Saeed et al (2019)は、Hatha Yoga の効能をメタ分析した研究成果について、ヨガの姿勢や呼吸法を意識した Hatha Yoga は、重度な鬱症状の患者にはその効果が期待できるが、その効能は小規模であった。そのため、その他の治療、認知療法や薬物療法を併用して行うことが望ましいと発表していた。この結果より、ヨガの効能にはばらつきがあるような印象を受けた。一方、Brinsley et al (2021)は、ヨガの姿勢のみを意識した動作による鬱病の症状の軽減をメタ分析し、ヨガを取り入れた処方には鬱症状を軽減する効果が期待できるという研究結果を発表しているが、普通の運動とヨガの効能を比較対象的に見ていく分析が必要であると、研究の不足分を指摘している。更に、ヨガと別の運動を組み合わせることで得られる鬱症状の軽減の度合いについても、その実施期間と効果の度合い等を検証しながら検討すべきであると、今後の課題を示唆している。

Lauche et al (2023)は、ヨガの効能について、科学的見地からその根拠を実証している。ヨガを行うことによって、視床下部、下垂体、副腎系 (HPA 系)、ノルアドレナリン (noradrenergic)、セロトニン (serotonogenic)、ドーパミン (dopaminergic) 系等を介して、ストレスに対する反応に改善が見られた。つまり、ストレスに適応できるような思考ができ、現実を受け入れることができるようになり、自己批判の低下にも繋がったとヨガの効能を示している。また、それ以外の研究結果では、ヨガを行うことによって苦境を受け入れ、悩みの頻度が減少したことも記している。従って、ヨガや瞑想を行うことにより、鬱病の発症の原因となるストレスの影響は減少し、出来事から来るところの変化を受け入れることができるように変化していくと示している。Lauche et al (2023)は、ヨガと瞑想、運動、社会

的支援が、苦境と鬱病の症状の回復に繋がる影響について、オーストラリアにおいて 7186 人の女性(年齢 36 歳から 43 歳を被験者として)を対象に調査した³⁶⁵。結果は、知覚されたストレスと鬱症状は、社会的支援と楽観的感情によって軽減するのに対して、苦境と鬱症状に対しては、ヨガと瞑想は効果が見られたが、知覚したストレスには効果が見られなかった。また運動は、鬱症状患者が受けるストレスに対しては効果は見られなかった。この結果について、Lauche et al (2023)は、運動、ヨガと瞑想、それぞれの持つ特徴から、ストレスに対応するには運動よりも、ヨガや瞑想が比較的容易に取り組めるものであり、ヨガや瞑想を実践するハードルは低いのではないかと見解を述べている。これ以外の要因として、ヨガの授業ではマインドフルネスの概念が教えられ、受講者は目の前の出来事、今起きている出来事に思いや感情、感覚を即座に反応させるのではなく、その出来事を観察し、受け入れることがその授業で強調されていると論じている。ヨガはストレスに対して、自己を制御(コントロール)する力を高め、感情、認知、行動等を調整する能力を高めていくことを目標としていることも明らかにされていた。これらの能力もストレスに遭遇した時に大きく作用し、鬱病の症状を進行しないように作用していると言われている。一方、ヨガと瞑想は知覚したストレスには効果(影響)はない。しかし、毎日ヨガと瞑想を行うことで鬱症状と苦境に直接に働き、その関係性が弱められることが明確になったと論じられていた。これらのことから、ヨガはストレスにおける認知を調整し、身体の機能、特に睡眠(ストレスの影響を受ける不眠症等)や食欲にも効果的に働く可能性を十分に秘めていると、Lauche et al (2023)は示唆している。更に、ヨガと瞑想を行うことは、呼吸と姿勢を意識することであるが、その意識が自己批判から自分を逸らす、これはヨガの八つの奥義の 8 番目の項目であるが、「瞑想によって、世俗的な、地位から自己を解き放つ」に類似した働きであると、Lauche et al (2023)は示している。

瞑想(ヨガの一部、ヨガに含まれている)も、鬱症状を緩和する効果があるとされ、期待されている。Bringmann et al (2021)によると、近年欧米で注目を集めているマントラ・瞑想を取り入れた MBLM(Meditation Based Lifestyle Modification)療法が、欧米の臨床の場でも採用されている。この療法は、瞑想を基盤としたクラシック・ヨガの概念に基づいた療法として認識されている。このクラシック・ヨガは、ヨガの八つの奥義の中の瞑想を基にしているもので、自分を解き放つ善い行い、ヨガのポーズを練習し、精神の安らぎ、自覚を目指すものである。MBLM で採用されているマントラ・瞑想は秘伝であり、古代インドの伝統的なヒンズー教や仏教を由来とするタントラ思想を土台としている。このタントラ思想の中に、マントラ瞑想を形成するマントラが含まれているが、これは音を用いた療法である。これ以外にもヤントラ(yantra)、図形(幾何学的模様)も含まれている。この二つの要素、マントラとヤントラを組合せ、日常の経験を超えたところに目標を達成することがタントラ思想である。このマントラは音に含まれる神秘的な力を有しており、音をも含めたマントラが身体、精神、

魂に対して効能があると示されている。このタントラ思想を基に考案されたマントラ瞑想の形としては、目を瞑り、身体を楽にして座り、簡単な文句を心で唱えながら瞑想する瞑想法である。これ以外にも、超越瞑想(Transcendental meditation)、これはオーム(om)を唱え超絶状態や覚醒状態、つまり夢を見ているような状態(瞑想状態)に自分を置き、リラックス効果を得ることを目的としたオーム・チャンティング(om chanting)である。また、Dr. Herbert Benson が考案した瞑想法は、リラックスした状態を維持することを目的とした瞑想で、Benson's Relaxation Response とマントラ、絶対的存在の名前を意識しながら繰り返し唱えるヨガ (Japa Yoga)であるが、いずれも Lynch et al (2018)はマントラ瞑想に該当すると言われている。

Lynch et al (2018)が実施した研究であるが、この研究は、瞑想がメンタルヘルスに与える影響について、過去に実施された調査研究を収集し検証したもので、鬱病を発症しているが病院で治療を受けていない人に対するマントラ瞑想の影響と効能、つまりマントラ瞑想がストレスの軽減と心身の健康の促進に及ぼす影響について探求することを目的としている。その結果は、マントラ瞑想は、健康な人が感じるストレスを軽減する処方であると結論を述べているが、一方では、過去に実施された研究のほとんどは、マントラ瞑想の実施期間とそのスタイル(姿勢)が一定ではなくばらつきがあり、効能を検証するには問題があったと論じている。このような検証結果を基に、Lynch et al (2018)は、マントラ瞑想は、ストレスを軽減できる処方として認識することはできるが、マントラ瞑想の効能は、その他のリラックス効果を齎すトレーニング等の効能に比べて大差はないという見解を示した上で、将来的には被験者のどの部分、またどのような被験者に効果があるのかを検証していく必要があると述べている。

Bringmann et al (2021)が実施したマントラ瞑想の RCT 調査だが、ドイツに住む鬱病患者 123 人を被験者として、2017 年 1 月から 2020 年 6 月の期間に行われた。その調査の内容は、鬱病における効能を比較検討するためのもので、①マントラ瞑想、②漸進的筋弛緩療法 (Progressive muscle relaxation (PMR)、身体が緊張している時、力が入っている時にその緊張を緩和する目的で、力を抜くために行われる処方)を行い、検証されたものである。123 人の被験者を二つのグループに分け、グループ毎にマントラ瞑想と PMR 療法について週 2 回、各 30 分の授業とグループセッションが行われた³⁶⁶。マントラ瞑想のグループには専門家が派遣され、PMR 療法のグループには看護師の指導の下、治療が行われた。研究者は週 2 回のグループセッションの他に、毎日 20 分、自分が所属するグループの治療法を実施することを命じた。被験者は、本来受けていた治療を受けることは許されたが、実験中は瞑想やリラックス効果のある治療を受けることは禁じられていた。この実験の弱点は、被験者数が少ないことと、実験の途中で調査に参加することをやめた被験者が多かったことであるが、Bringmann et al (2021)は、この実験の結果を次の様に分析している。マントラ瞑想及びその他の精神疾

患の治療を併用したグループの方が、PMR のグループより鬱症状の重症度が軽減されたと、またそれ以外の効能として、機嫌の改善(悩みごとの解消)、自律神経系、鬱病の認知症状にも改善が見られたと結論づけている。

5-7. まとめ

これまで、中国、イスラム圏、インドとアジアの国々で独自に開発されてきた鬱病における精神疾患の処方と、その背景にあるメンタルヘルスや鬱病に関する思想や見解を記述してきた。漢方医学やイスラムの教え、インド医学(Ayurveda)を通して見るメンタルヘルスで強調されていたことは、バランスであり調整であった。これは2章1節から2節で筆者が確立したメンタルヘルスの定義、「メンタルヘルスとは(中略)正しく捉える能力として培っていくだけではなく、日常生活を調整しながら良いバランスを維持し、生活の全般に渡り、循環の巡りを良くしていく。」に重なっているものである。これまでに見てきた、漢方医学、イスラム教の教え、インド医学(Ayurveda)の側面においても、メンタルヘルスにはバランスや調整が強調されている。漢方医学では氣の巡り、イスラムの教えでは、神(アッラー)との密接な関係「Khushu」、神(アッラー)からの罪の赦し「Instighfar」、悔い改め「Tawba」、イスラムの祈り(メンタルヘルスの不調による罪からの解放と防御)等によって齎された効能で、これは唾液のコルチゾールの調整、BDNF の調整に見ることができる。インド医学(Ayurveda)においては、メンタルヘルスの不調は心身が受けるストレスによる三つの体液(Tri Dosha)の乱れによるものとされる。この三つの体液の乱れを改善し、心身のバランスを整え、身体本来の機能を取り戻すために、氣功や太極拳、イスラムの祈り(Salah)、ヨガ等が処方として考案されたと言っても過言ではない。これらは文化的処方として認識されるものではあるが、それらの処方と効能を見ていく過程において明確になったことは、文化的な処方であっても科学的な解析や実験が必要であり、そのような処方を持って立証を試みる動きが見られた。ここに、文化に秘められた力と可能性を見いだすことができるのではないだろうか。処方に必要な行動(動作)は単に動作では終わっておらず、そこには既に立証された根拠が存在することも見て取ることができた。これらのことより、北中淳子(2014)が指摘しているように、鬱病を含む精神疾患の処方、欧米中心の知識や処方以外は認めないというような先入観や思想は、精神医学会においては近い将来通用しなくなっていくのではないかと考える。また、鬱病を含む精神疾患の処方の立証における過程においても、西洋を起源とする処方とアジアを起源とする処方それぞれを組み合わせ、その効能を立証するような動きが、アジアの研究者だけでなく、欧米の研究者にも見られるようになってきている。このような動きにより、アジアを起源とする鬱病を含む精神疾患の処方が持つ効能を認めようとする、寛容な動きが徐々に広がっている印象を受けた。これは Mathews (2012) が提唱する、「文化のスーパーマーケット理論」にある程度準じるものである。いずれにせよ、西洋の処

方だけに偏らず、東洋の処方を取り入れるという、鬱病を含む精神疾患における治療の選択肢の拡大、つまり文化的処方が更に科学的に立証され、その治療に幅を広げていくことは時間の問題であると言える。メンタルヘルスを改善する際に、治療法として求められる、①欧米の治療法である鬱病の認識、②アジアの処方である氣功や太極拳、イスラムの祈り (Salah)、更に、ヨガは今後ますます追い求められていくようになると確信する。

第3章 社会的処方から見る支援の施しとその可能性

本論文の焦点は次の三つにある。それは、①外国人労働者、②メンタルヘルス、③地域における NPO、NGO 団体の支援活動であり、本論文は、これらを柱として各節を構成している。また、本論文のテーマは、「地域における NPO、NGO 団体の支援活動が、外国人労働者のメンタルヘルスの質に及ぼす影響」であり、このテーマを更に次の三つに細分化し、それは、①社会的統合、②社会的アイデンティティ、③社会的繋がりであるが、これら三つの側面から、テーマで示した外国人労働者のメンタルヘルスの質に及ぼす影響を検証するものである。本論文では、既に1章では外国人労働者に関する事項について、2章ではメンタルヘルスの全般について詳述した。本3章では三つの事項の内、最後の項目である地域における NPO、NGO 団体の支援活動の効能と可能性について詳述する。しかし、NPO、NGO 団体のみに焦点を当てるのではその内容は狭く具体性に欠け、発展性に期待できないだけでなく、NPO、NGO 団体の支援活動の効能と可能性に対する本質を見出すことができないと考える。そこで対処法として、今後 NPO、NGO 団体の支援活動の効能と可能性が拡大していくと考えられている「社会的処方(social prescribing)」に、焦点を当て詳述することにする。つまり、NPO、NGO 団体の支援活動の効能と可能性、そこで実施される社会的処方に注視し、1章、2章で論述した外国人労働者とメンタルヘルスに関係性を持たせながら詳述していくものとする。これが3章の論述の全体像である。

1節 社会的処方の概念と仕組み、アジア諸国における社会的処方の取り組み

「社会的処方」、この言葉(用語)については先行研究において既に触れている。確かにそこでは深く掘り下げるようなことはしなかった。それ故、1節ではこの先行研究について、次の二つについて掘り下げて見ていくことにする。

1) 社会的処方の概念と仕組みの内訳

2) 社会的処方におけるアジア諸国の取り組みとその事例(インド、シンガポール、マレーシア、中国、韓国、台湾)

1-1. 社会的処方の概念と仕組みの内訳

社会的処方はイギリスが発祥の地であり、主に人々の心身における健康全般や持続的幸福度(well-being)をより高めるために、社会的処方を利用する人々(利用者や患者)を地域において活動する、またはサービスを行う共同体に導き、利用者(患者)に見合った社会的支援(social support)を行い、心を支えるサポートを実施し、感情的支援(emotional support)を行うことを目的とするものである。社会的処方の起源は、1984年頃にイギリスの首都、ロンドンの公民館に設けられた Bromley by Bow Centre にまで遡る。その後、1990年代に入ると、社会的処方は英国の国民保険サービスとして知られている NHS によって導入され、英国

を中心に実施されてきた。しかし、近年では、利用者(患者)の健康全般の改善を目的とした地域活動や、地域支援活動にその拠点を移すようになってきているが、その処方(英国以外の国々でも導入され、幅広く普及されて注目をあびるようになってきている。英国においてこの社会的処方(英国においてこの社会的処方)が誕生した契機は、1970年代及び1980年代後半に遡る。英国では1970年代から本格的に健康の格差について研究が進み、1998年に英国の医官、ドナルド・アчесン(Donald Acheson: 1926年~2010年)が作成した「アчесン報告」(Acheson Report)によって、重層的な社会的決定要因(Social Determinants of Health(SDH または SDOH))の概念化が進み、このことが社会的処方の誕生の契機と見られている。社会的決定要因(SDH)は、非医学的且つ非病理的要因によって健康全般は左右されるという概念を基に成立しており、この要因として挙げられているものは、①生まれ育った環境、②労働環境、③生活環境、④年齢等である。これ以外にも、貧困、差別、良好な労働環境、教育、住宅環境、安心して暮らせる生活環境、保険制度を受けられないという事情も、健康全般に左右する社会的決定要因(SDH)として考えられている。この社会的決定要因(SDH)の概念化が推し進められたことにより、この社会的決定要因(SDH)は注目され、議論も活発化し、社会的処方の概念と仕組みが誕生するのである。

社会的処方とは、地域における多様な活動やボランティアグループ等の地域資源に橋渡しをしながら人々の自立を図り、生活を可能にし、ケアを持続的に施すことを目的にした処方として英国全土に拡散した。社会的処方の重要性は更に注目され、2000年代に入ってからその傾向は変わらなかった。また、その頃には、慢性疾患を抱える人々に対する支援として、予防とヘルスソーシャルサービスとの融合に注目し推進する動きが見られた。2006年には、保健所の白書「Our health, our care, our say」が発行され、健康と自立の促進、地域におけるサービスを社会的処方に委ねる動きが見られた。それから7年後の2013年には、地域医療に関わる意思決定を地域住民や患者に近い医療従事者が実施できるようにと、NHSの下部組織としてClinical Commissioning Group(CCG)が設立された。この組織は臨床的判断と財政的責任を負うものである。更に、このCCGの役割として、地域医療構想の策定、医療制度の執行と審査や支払い機関の役割を担うことも挙げられている。また、このCCGの設立により、整備された地域医療構想を検討する委員会において、投票で選出された医療従事者と地域住民が一丸となり多角的観点に立ち、地域での医療の要求と対応に効果的に対応できる仕組みが構築された。そして2010年以降には、英国で更に社会的処方に関する関心と期待は高まっていった。この期待に拍車がかかった要因は次の三つである。

- 1) NHS が2014年に、今後5年間に行うべき課題と目標、展望をまとめ、「NHS Five Year Forward View」として発行した。この資料には、個人の要求に見合う個人や地域へのサービスを目指す中で、次の三つ、①患者を中心に考えた支援、②地域の参加、③ボランティアセンター(部門)との協調、等の重要性を促している。

2) 2014年に発行された「NHS Five Year Forward View」と類似した資料が2016年にも発行されるが、2016年の資料「General Practice Forward View」³⁶⁷は、主に General Practice(家庭医)を対象に今後の課題と展望が記されていた。その2016年の資料には、家庭医の負担減を図る上で効果が期待できる10の取り組みの一つとして、社会的処方³⁶⁸が挙げられていた。2016年以降、英国では全土において社会的処方を推進する動向が一気に高まった。その要因としては、社会的処方を実施するためのネットワークの構築が挙げられる。2017年には、全国で100以上の社会的処方の仕組みが機能し、活動を開始した。

3) 2018年に、英国の元首相テレサ・メイが提案した社会的に孤立した人々を社会的処方³⁶⁸で救い出す戦略が、2019年にNHSが発行した「The NHS Long Term Plan」に、NHSの今後10年の展望として記された。そこでは、今後5年間に250万人を対象に、社会的処方に基づいたケア(個別化されたケアの包括的なモデルとして)を施す計画が記された。更に、社会的処方を社会に浸透させるために、2020年から2021年にかけて、社会的処方に携わるリンクワーカーを英国全土に100万人単位で養成し、配置する。これに伴い、地域のボランティアや企業における社会的参加の場所の一覧表を作成することも挙げられていた³⁶⁸。

このような三つの要因(一連の流れ)によって、社会的処方は近年英国において注目され、実施されている処方である。この流れから、社会的処方とは、①非医学的処方で、特に地域を拠点に活動し、心身の病を治療する処方であり、②利用者である患者が医療従事者と相談し、医療従事者は患者のニーズにそぐう地域活動を紹介し、社会との繋がりを実現し総合的に患者の心身を改善していくことであると、このように社会的処方の意図を掴み取ることができる。これまでの所で、①リンクワーカー、②個別化されたケアのための包括的モデル等の専門用語が出てきたと思うが、これらの言葉は社会的処方の神髄を表しているのである。

ここからは、社会的処方の概念と仕組みについて記すが、それに先立って社会的処方の定義を以下に示す。社会的処方は、「Social prescribing」を日本語に直訳した言葉である。英国の国民保健サービスであるNHSが示す定義によると、社会的処方とは、「**個人のニーズに適合したケアの一環であり、そのケアの内訳は人々(利用者、患者)を地域における活動、組織(所属するグループ)、地域で提供されているサービスに繋げて、健康と持続的幸福度(well-being)を健全な状態へと導く実用的な解決策であり、方法や助け、社会的支援、メンタルヘルス全般に関わる処方**」³⁶⁹と定義されている。これ以外にも社会的処方の定義は示されており、KhanとGiurca(2023)及びNational Academy for Social Prescribingの団体³⁷⁰の下で発行された、「Social Prescribing Around the World(世界における社会的処方)」³⁷⁰にも、様々な定義が、社会的処方関連の部門や活動に参画している学者や団体の創立者等によって掲載されている。そこに記されていた五つの定義(部分的ではあるが)を以下に示す。

- 1) 社会的処方とは、地域社会における目的や意義を見出し、団結を強化して持続的幸福度 (well-being) の体験を多くの人と分かち合い、心理的回復 (resilience) や、各自の健康についての自覚を促す処方である。健康の度合いを左右する社会的要因の質を高める行動は、特に社会的に虐げられている人、弱者として扱われている人の支えとなる。この社会的要因の質を高める行動は、革新的な取り組みや、未だ到達できていない取り組みにおいて結束を促し、国家に強力に持続可能な影響を齎す。(Isabell Wachsmuth, p. 1)
- 2) 社会的処方とは、各自が抱えている病気を、医薬品のみで治療する従来の処方(枠組み)を支持する現代の保健制度から距離を置いた処方であり、従来の処方により、つまり社会的決定要因によって多くの人々が不健康に晒されている現状を変えていくことである。また、社会的処方とは、医薬品だけに頼る治療の枠組みが齎す問題を以下の行動により洗い出し、現在、保健制度が抱える経済的負担を軽減させる可能性をも秘めている。その問題の洗い出しとは、患者にとって必要なことのみを集中させ、心身への治療を施しながら健康を回復(改善)させ、対人との良好な関係を築き、社会からの孤立、孤独からの解放へと繋げ、地域の絆を強化することであり、このようにして問題に気づき、解決していくことによって、現在の社会が抱える保健制度特有の問題である経済的負担の軽減を図るのである。(James Sanderson, p. 1)
- 3) 社会的処方は、将来のヘルスケアをこれまでの病院型からコミュニティ型へと移行させようとしている。人々の健康と持続的幸福度 (well-being) は医薬品のみで良好な状態を維持できるのではなく、生活習慣や社会的繋がり、生活環境によっても影響を受けるものである。現在、世界で注目されるようになった社会的処方に期待されるものは、健康は保健制度を基に成り立っている医療の力によって維持されているという、従来の認識や常識を覆し、これからの保健制度は医薬品だけに頼らない、医薬品を超えるものでなければならないものである (Michael Dixon, p. 1)。
- 4) 社会的処方によって、人々は健康を改善する過程において、健康を改善するために起こす行動には大小はなく、只第一歩を踏み出す重要性に気づくことである。そしてそれは健康を大きく左右するものである。人々は病に侵されていても、如何なる社会的地位にあっても、また如何なる状況に置かれていても、例えば社会から見捨てられ住む家がなくても、社会的拠り所や人生の目的、互いに他者を助け、自分をも助ける(自助の力)ことができれば、健康状態を良好に保ち、孤独から解放されコミュニティにおいても絆を深め、身体の回復、心理的回復 (resilience) を取り戻すことは可能である (Kate Mulligan, p. 2)。
- 5) 社会的処方とは、人々に必要なもの、関心のあるものを認識させ、各人に適したケアとして地域に基づく非臨床的支援を施し、各人の要求に応えるものである。このケアは身体的、心理的、社会、健康に対する要求やニーズに応えるもので、自尊心の回復と心理的回復 (resilience) を促進し、地域のサポートを強化するものである (Sian Slade, p. 2)。

これらの五つの定義から、社会的処方とは医薬品を使わない、非医薬品を処方の土台とする治療法であるため、社会との繋がりや社会の支援に重きを置いた処方であるということができる。更にこの処方により、患者の心身における健康の度合いは高められ、社会が一丸となって患者の症状にそぐう特化した治療法を模索しながら、患者の健康を良好な状態に維持していく、そのような治療法であると言える。つまり社会的処方とは、①社会との繋がり、②患者のニーズにあった治療法、③非医薬品的処方、④回復全般(resilience)、このようなキーワードを含む、従来にはなかった斬新的な処方であると断言することができる。これが社会的処方の定義であり、社会的処方の大略である。

患者に対する社会的処方の具体的対応について以下に記述する。初めに社会的処方の仕組みについて述べる。社会的処方には三つの要素があり、それは①社会的処方者、②リンクワーカー、③紹介先である。この三つの要素が揃うと、社会的処方が理想とする患者の要望やニーズに合った個別化された治療法を確立することができると言われている。①社会的処方者であるが、これは社会的処方を受ける人であり、対象者(患者)である。具体的には、健康に関する課題を持ち、地域住民が社会的、経済的、心理的にニーズを認識した場合に支援(社会的処方)が開始される。NHSによると、社会的処方者の対象と見なされる人は、年齢は問われず、次に示す4つのタイプの人であると示している。①複数に及ぶ長期的な症状や疾患を患っている人、②軽度な精神疾患(メンタルヘルスの不調)を抱えていて、支援を必要とする人、③孤独な人、社会から孤立している人、④持続的幸福度(well-being)や健康全般に支障をきたし、複雑な社会的問題を抱え、支援が必要な人。ここに示した4種類の人は、どのような調査を基に社会的処方のケアが必要だと判断されるのだろうか。その判断の過程は以下の三種類があるとされる。

- 1) 患者が医療機関を受診し、その医療機関の一つである家庭医(General Practitioner)、或いは診療所の看護師やソーシャルワーカー、薬剤師等の医療従事者による社会的決定要因(SDH)を基にして、患者の健康の度合いが診断され、その結果によって社会的、経済的支援の必要性有りと判断され、社会的処方が必要と見なされるケースである。これは社会的処方の必要の有無を判断する流れの中で最も伝統的なフローと見なされている。
- 2) 患者が参加している地域活動や事業において、その関係者がその患者に対して社会的、経済的に支援が必要であると判断し、その関係者が患者をリンクワーカーに紹介するケース。
- 3) 患者が医療従事者や地域の活動、事業の関係者に依頼せず、患者がリンクワーカーに直接相談するケース。

これら三つのケースに登場する「リンクワーカー」とは、社会的処方に従事する者から紹介された患者を対象に、患者のニーズや必要な支援等を調査し、総合的に評価分析し、患者に相応しい地域資源を紹介する橋渡しの役割を担う専門家である。リンクワーカーの役割とし

て強調されていることは、患者(社会的処方の対象者)に十分な時間を与えて、患者自身の問い「自分は何を求め、何に関心があるのか」に対して、リンクワーカーと患者が一体となって答えを導き出し、その答えを基に患者に見合ったケアや支援、更に実施計画を練り上げていくことである。リンクワーカーは主に非医療従事者であり、地域社会の団体や慈善団体(ボランティア)、社会福祉士やヘルスケア・アドバイザー、ヘルス・トレーナー、ケアナビゲーター等、ヘルスサービスに携わる人を指す。社会的処方の三つ目の要素である「紹介先」とは、社会的処方の対象者である患者を、リンクワーカーを通して紹介先へと繋ぎ、患者はその紹介先の活動に参加し、必要な支援を受けることである。リンクワーカーが患者に紹介する活動としては、個人や集団で行う趣味やスポーツ、例えば、音楽、美術、創作、読書、ダンス、運動、ガーデニング等である。これ以外にも、ランチグループ、自助グループ、ボランティア活動、成人教育、職業訓練、支援付き就労、助言やカウンセリング、行政や関係機関(住宅、雇用、教育、お金)等も挙げられている。つまり様々な機関やグループが発信する地域社会の最新情報を、当該地域のリンクワーカーが把握し、患者のニーズに応じて支援を紹介することであるが、患者のニーズに合致する活動がない場合は、紹介を受けた人(患者)と共に創り出す。

これが社会的処方の枠であるが、ここからは社会的処方が強調する個別化されたケアと対象者(患者)のニーズに合致する活動や支援を実施していく時に、リンクワーカーによって作成される支援計画の内容と、その重要性について記載するものとする。個別化されたケアと支援計画とは、患者に対話を促しながら、対象者(患者)の健康と持続的幸福度(well-being)を高めるために対象者を良く知る知人や家族に積極的に参加してもらいながら、対象者の人生や家族の観点に立ち管理していくことである。一方、個別化されたケアと支援の目的とは、対象者(患者)が過去に受けてきた地域社会でのサービスや、支援(健康、社会、福祉)等の経験に基づき、対象者(患者)に要求される健康と持続的幸福度(well-being)のニーズにそぐう、一貫した計画を立案することである。この計画の立案こそが、対象者(患者)に対する個別化されたケアや支援に繋がるが、更にこの計画の立案の過程が、対象者(患者)が従来所有していたスキルや能力、過去の体験や過去に抱いていた関心事項を探り出すことへと発展する。これらの過程を経ることにより、対象者(患者)に対し効果が現れなかった原因を探り、目的を達成するための糸口を探り出していくことによって、対象者(患者)が抱く問題を解決することが可能になると言われているが、このことも個別化されたケアと支援の醍醐味である。この計画書(個別化されたケアや支援について)は、対象者(患者)の家族と医療従事者、社会福祉士が一致協力して、対象者の健康の度合いや持続的幸福度(well-being)におけるニーズを客観的に分析した上で立案される構図になっているが、その過程において、NHSは留意すべき事項として次の三つを挙げている。

1) 対象者が納得いくように対話を図り、決意、成果、目標等を探り出し、記録す

る。

2) 計画書(個別化されたケアや支援について)は、対象者の健康の状態や支援の状況、ケアにおける対象者のニーズに配慮できるような柔軟なものであり、生活に順応し安く臨機応変に対応できるものであることが望ましい。

3) 計画書には、対象者が今最も望んでいること、関心を抱いていること、その計画を実行するために必要な要素等を織り込むことも必要である。

計画書作成については、これ以外にも NHS は以下に示す五つの基準を挙げている。

1) 計画書を作成する側は、その計画の立案に集中し、計画の実行に関与する人物を決定する。

2) 計画書を作成する側は、対象者と積極的に対話を図りながら、対象者に必要なこと、対象者が関心を持つこと、健康と持続的幸福度(well-being)に注目するようにする。

3) 計画書を作成する側は、対象者が目標に定める健康と持続的幸福度(well-being)の成果や、その成果を実現するために相応しい専門家の協働について、対象者(患者)が同意した上で計画書を作成する。

4) 対象者(患者)は他者と共有できる計画(個人化されたケアや支援に関する)を持ち、患者に必要なものや、その成果の達成について記録する。

5) 対象者(患者)は、公式或いは非公式に限らず、個人化されたケアや支援について評価することが可能である。

次に、個人化されたケアと支援の重要性に関連する、ケアと支援が有する機能について取り上げることにする。NHS は、個人化されたケアと支援の機能についてそのケアと支援を計画する際、対象者(患者)が抱えている病状を尺度として対象者を見ること(測ること)を禁止し、全人的(身体、心理、社会的立場等あらゆる角度から判断)に見るように促している。つまり対象者(患者)を、病気の症状によって先入観を持って見る(判断)のではなく、客観的に全人的に見るように強調している。このように対象者を全人的視点から判断していくことが、個人化されたケアと支援を計画する上で重要視されており、これこそがケアと支援を計画する上での礎であると示している。このような視点を通して対象者を見ていくことは、対象者(患者)と計画する側との間に対話と信頼関係が育まれ、その信頼関係によって対象者は次の五つの経験をすると言われている。

1) 対象者(患者)は自ら受けるケアを管理し、そのケアに対して自信と確信を持つようになり、更に、ケアに参加することに意義を見出せるように、ケアに関連する知識やスキル等を得ることも可能となる。

2) 対象者は、計画されたケアが、彼ら自身が抱くこだわりや関心にマッチするように立案されていることに希望を持ち、自信を深めることが可能となる。

- 3) 対象者(患者)と計画を立案する側との関係性と対話は、計画を立案する段階において、その計画に関与する人々を(その計画の実施段階)、対象者の同意を得た上で決めることができる。
- 4) 項目 3)に示す関係性と対話は、対象者の人生やスキル、能力、経験等を考慮して、それらを織り込んだ計画の立案が可能となる。
- 5) 更に、その関係性と対話は、対象者(患者)を健康や持続的幸福度(well-being)に関する対話と意思決定に積極的に参画する人間として評価することが可能である。
- これ以外の機能としては、質の良い計画を立案するフローに関するものであった。これにより対象者は、次の六つのメリットを得ることができると記されている。
- 1) 余裕ある時間と助言(アドバイス)を基にした支援により、対象者が自己を振り返ることができる空間で、計画(個人化されたケアと支援)を立案することができる。
 - 2) 対象者は、計画の立案者から自分のニーズに必要な情報と助言(アドバイス)を定期的に求めることができる。
 - 3) 対象者は常に心の準備ができ、次に取り組むことの予測が可能になるだけでなく、計画の立案者と一体になって計画を打ち立てていくことができるようになる。
 - 4) 計画の立案者が、対象者の要望を理解しその要望を取り入れることにより、両者に良好な関係が構築される
 - 5) 対象者は健康と持続的幸福度の成果について、健康や教育、社会のそれぞれの専門家との対話を通してその成果を把握し、また同意することもできる。
 - 6) 対象者には、立案者が考案したケアと支援の計画を評価する機会が与えられる。

1-2. 社会的処方におけるアジア諸国の取り組みと事例

(主にインド、シンガポール、マレーシア、中国、韓国、台湾)

既に、社会的処方の概念と仕組み、その重要性を記してきた。これからは、世界における社会的処方(英国を起源とする)と、その活動の実態について述べていくものとする。主に、インド、シンガポール、マレーシア、中国、韓国、台湾等のアジアの国々について、その活動を見ていくものとする。また、本節においては、アジアの国々で実施されている社会的処方の実態に焦点を当てることを目的としているが、その理由は二つほどある。一つは、本論文の調査場所が東アジアに位置する日本であること、二つ目はイギリスを由来とする社会的処方が如何なる形でアジアの国々に伝搬し、継承されてきたのか、更にその活動は如何に実施されているのかを検証するためである。これらアジアの国々での社会的処方の活動については、2023 年、Khan と Giurca が National Academy of Social Prescribing の下で発行されたレポート「Social Prescribing Around the World」を参考にするものとする。

1-2-1. インドにおける事例

初めにインドの状況について、Khan と Giura(2023)によると、インドでは社会的処方に関連する活動、或いは社会的処方自身は未だ導入されていないと記している。しかし、そのように記されているが、Khan と Giurca(2023)は、インドでは社会的処方に近い活動として、コミュニティ(地域社会)においては、健康に注視して健康の社会的決定要因(SDH)を改善したり、医療機関の不平等な扱いに対する改善が多く地域で行われていると記している。このような現状を参照し、インドの地域社会における取り組みは社会的処方の蓋然性があり、社会的処方が強調する医療機関と社会(地域社会)とのリンク(繋がり)を表していることを示唆している。一方、インドで実施されている社会的処方に近い活動として、Accredited Social Health Activist (ASHA)の活動が挙げられている。この団体は2006年に設立され、現在では、100万人³⁷¹にも及ぶ会員がASHAの活動に携わっていると言われている。この団体の名前「ASHA」は、ヒンズー語で「希望」を表す言葉であり、団体の活動目的は都市部だけに限らず、地方に居住する困窮者の生活の質の改善と生活の質の向上を長期的に支援することである。その支援の中で、ASHAは地域の女性を教育し、ASHAの一員として養成していると言われている。このASHAの働きや行動が、社会的処方のリンクワーカーの役割に類似しているとされている。

1-2-2. シンガポールにおける事例

シンガポールにおける社会的処方の取り組みについては、調査レポートの中でも記されていたが、アジアの国々の中ではその取り組みは最も早い。他国に先立って社会的処方を導入している国である。その早い導入によって、医療従事者と利用者(患者)及びリンクワーカー、紹介先等の連携体制が整えられているのを見ることができる。シンガポールでは、2019年頃から社会的処方を導入しており、その年(2019年)にSingHealth Community Hospital 病院(シンガポール東部)で、社会的処方を用いた治験が行われている。その病院(SingHealth Community Hospital 病院)は、シンガポールのヘルスケア部門においては特殊と見られているが、その病院の役割は、患者が別な小さなクリニックから退院した後でも、引き続き回復期におけるケアや治療を担うことである。これ以外にも、患者が再び地域に溶け込んで社会復帰できるように、地域との繋がりに意識したケアにも力を入れており、社会的処方の取り組みを反映するような支援が行われている。その支援の具体的内容は、①運営形態、②諸活動である。

1)運営形態としては、SingHealth Community 病院では、リンクワーカーに近いと見なされている持続的幸福コーディネーター(Well-being coordinators)が派遣され、彼らは患者の社会的決定要因(SDH)を測定し、患者を社会的処方のプログラムに参加するように促す等、入院患者の希望に応じて活動を紹介する等の働きをする。

2) 諸活動の内容について触れるが、SingHealth Community 病院では、組織団体や地域の自治体と連携し、幅広い活動を患者(利用者)に提供している。そこでの活動としては、カラオケやガーデニング、芸術活動、ペットセラピー、手芸等が挙げられている。その病院では最長 28 日の入院が認められており、対象年齢としては 60 歳が多くを占めていた。そこでの患者は多くが複雑な疾患を患っていたり、社会でのケアが不足しているために生じるような問題で、孤独を抱えている人であった。入院期間、28 日の間、持続的幸福コーディネーター(Well-being coordinators)は、患者に相応しい処方や治療を受けてもらうために、信頼関係を構築することに専念する。そして、患者と一体になってその患者に適した社会的処方の計画を立て、患者が退院した後でも継続して患者の持続的幸福度(Well-being)が維持できるような諸活動への参加を促すように求められている。SingHealth Community 病院の過去の活動として、2020 年に猛威を振るい世界を震撼させた、新型コロナウイルス感染症に伴うロックダウンやソーシャルディスタンスが徹底されていた時の行動が挙げられていた。その時に最も懸念されていたことは、インターネットの使い方が分からない高齢者たちの行動であった。そのことを SingHealth Community 病院では、高齢者の社会的決定要因(SDH)の一つとして挙げていた。高齢者はインターネットの使い方が分からず、他者とのコミュニケーションが取れないことがトリガーとなり、孤独に陥りやすくなり、健康や生活の質を低下させるようになっていた。これらの問題を解決するために、SingHealth Community 病院は、シンガポールの Institute of Adult Learning (IAL)と共同でプログラム「e-Social Prescribing(eSP)」を開発した。このプログラムの開発の目的は、コロナ禍においてインターネットを通して他者との繋がりができない高齢者に、インターネットの使い方やインターネットを通して他者との交わりを教え、他者との繋がりを促すことであった。そのプログラムで教えられたことは次の三点であった。

1) Wi-fi の繋ぎ方

2) WhatsApp 等のアプリを通して他者との会話や電話、チャット、更にビデオ会話が可能なアプリの使い方とその指導

3) QR コードをスキャンし、その QR コードによってウェブサイトにつなげる方法の指導

この三点を指導するために、Singhealth Community 病院から指導者や講師が派遣された。この指導には病院のリンクワーカーもその指導に付き添い、指導者と共に患者を指導した。この講座では患者同士の交流を促すために、少人数で実施された。講座が終了した後もリンクワーカーは、高齢者が学んだことを生活の中で実用化することができているのかを確認していた。これらの活動の他に、現在進行形で行われている社会的処方に関連する活動の一つとして、社会的処方のカリキュラムが、シンガポールにある Duke-NUS Medical School 医学大学(アメリカの Duke University とシンガポールの National University of Singapore が合併した医学大学)に 2022 年以降に導入されている。その年の 11 月には、Singhealth Health

System による初のアジア太平洋社会的処方会議が開催され、社会的処方の専門員と支持者がその会議に招待され、シンガポール及びアジア太平洋に社会的処方の普及と発展を促している。

1-2-3. マレーシアにおける事例

シンガポールの隣国、マレーシアにおける社会的処方の実情を見ることにする。マレーシアでは、シンガポールで行われているような社会的処方の活動は、未だ実施されていない。しかし、社会的処方に近い活動、健康の不調によって社会から孤立している人、孤独に陥っている人を社会に引き戻す、また関与(participate)することによって、そのような問題を解決する政策が立案されている。社会的関与(social participation)に関する研究が、マレーシアの研究者や、学術部門において行われており、その結果、社会的関与は高齢者にとって利点があることが実証されている。社会的関与とは、年齢と共に発病の頻度が高い疾患から高齢者を守る仕組みである。しかし、社会的関与が全ての人に対して疾患を防ぎ、健康の質を高め、福祉の負担を軽減する機能を有しているかは未だ確認するには至っていないと、Khan と Giurca(2023)は示唆している。マレーシアでは、社会的関与の普及を目的とし、各選挙区(parliamentary constituency)に「高齢者の触れ合いの広場(Senior Citizen's Activity Centre)」を設けることが提案され、実行にあたっての公約や委託が、選挙における政策の焦点となっている。また、社会的関与の普及を国の発展として実行する上でのガイドラインは毎年発行されており、政府の政策文書、第12回マレーシア計画に記されている。

1-2-4. 東アジアにおける事例(中国)

東アジアにおける社会的取り組みについて、中国、韓国、台湾の順に見ていくことにする。中国では40ヵ所(具体的な地域名は明らかにされていない)にも及ぶコミュニティ・パートナーが存在し、そのパートナーと協働して、社会的処方が草の根的に行われている。中国での社会的処方の活動の多くは、高齢者のメンタルヘルスと精神社会(psychosocial)に関する支援の提供であり、それがコミュニティ・サービスを介して行われており、その活動に焦点が当てられてきた。社会的処方の初期段階としての活動は、地域の病院やクリニックで年に一度行われる高齢者の健康診断で、健康や社会に対して高齢者が必要としている支援を理解することであった。コミュニティ、保健業者、ソーシャルワーカー、メンタルヘルスのサポートチーム等、彼らは社会的処方に携わるリンクワーカー的存在であり、またリンクワーカーの役割をも有し、高齢者を彼らのニーズに適応した地域の活動へと導く働きを模している。中国のこれらの人々、或いは組織(コミュニティ、保健業者、ソーシャルワーカー、メンタルヘルスのサポートチーム)を、comprehensive evaluation team と称しており、社会的処方のリンクワーカーと見なすことができると言われている。彼らは、他分野(multi-

disciplinary)における健康やヘルスケアの専門医を通して、医療と社会的処方における治療法やケアを地域に繋ぐことにより、医療によるケアと社会的処方によるケアとの間にある隔たりを無くすことを意識していると言われている。この政策の普及の一環として、中国高齢者精神界(Chinese Society of Geriatric Psychiatry)は、支援の方法と社会的処方の導入とその方法について、幾つかのガイドラインを発行している。これ以外にも中国高齢者精神界は、リンクワーカーに匹敵する comprehensive evaluation team に属する人のための養成カリキュラムも作成している。

1-2-5. 東アジアにおける事例(韓国)

隣国の韓国で、社会的処方が試験的に導入されたのは2019年頃で、Yonsei Global Health Centre と Korean National Research Fund の協働で実施された。この二つの組織が協働で実施した社会的処方に関するプロジェクトは、軽症の鬱病と診断された65歳以上の高齢者を対象としたものであった。その活動は10週間にわたり、そのケアは音楽療法や運動(ストレッチ、腹式呼吸の練習、室内での歩き)、手芸、ボランティアとして農作物を育てる等のプログラムが行われた。このプロジェクト実施後に、多くの学術的な研究レポートが発表された。2019年に試験的に実施された、社会的処方の実験的結果として明確にされたことは、この活動により被試験者の孤独感は軽減し、自尊心を高めることが可能となったということである。これ以外にも、韓国ではコロナ禍において強化されたソーシャル・ディスタンス、ロックダウン等を振り返り、デジタル化、つまり人と人との接触無しに他者との繋がりを土台とする社会的処方の取り組みについては、現在思考中、つまり現在進行形で、社会的処方の導入を新しい枠組み、地域におけるケアに重心を置いた「integrated care model」を導入できないかと検討中である。更に、Yonsei Global Health Centre は International Cooperation Agency(KOICA)と協同し、チームを組んでパラグアイとエチオピアにおいて、社会的処方の導入に伴う支援を行っている。

1-2-6. 東アジアにおける事例(台湾)

台湾では、社会的処方を「社會處方箋」と表記する。台湾で実施されている社会的処方に関連する活動は、認知症を患っている高齢者を対象にしたものであった。2018年以降、臺北市立聯合醫院(Taipei City Hospital)は先立って、認知症を患っている高齢者のために、社会的処方に基づくケアを導入している。その活動の一環として、病院は地域の団体と連携し協力して認知症患者に寄り添った、優しいケアを目的とするプロジェクトを提案している。このプロジェクトを支える組織として、國立臺灣博物館、國立故宮博物院、國家兩廳院(中正記念堂内にある)に設けられた。2021年には、臺北市立聯合醫院(Taipei City Hospital)と中央研究院は、このプロジェクトを推進するために、國立臺灣博物館、國立故宮

博物院、國家兩廳院とそれぞれに事前合意文書(MOU)、契約や条約協定を正式締結する前の段階)を結んだと言われている。その活動の開催場所として MOU を結んだ博物館では、4 時間にも及ぶ講義、これは認知症に関するものであるが、認知症患者を労わる活動場所としての在り方についての養成プログラムが、博物館で働く職員を対象に行われた。また、認知症患者を対象にして行われたそこでの活動には、131 人³⁷²に及ぶ認知症患者が集まった。博物館を、社会的処方を実施する場所は、台北以外の場所でも行われており、台湾南部の都市である台南市にある國立臺灣歷史博物館、臺南市美術館、奇美博物館、國立成功大學博物館等も実施場所として利用されている。

1-3. まとめ

本節では、社会的処方の仕組みとその概念並びに重要性について説明し、更にアジアの国々において行われている社会的処方の取り組みとその活動についても記した。そこで社会的処方の本質を浮き彫りにすることができたと言える。つまり社会的処方とは、①処方を施す者と受ける者との間に、対話と信頼関係(ラポート)が必要で、且つ重要であり、②その対話を通して、施す者は受ける者の求める治療を相手の立場に立って聞き、③その求める治療に応じた処方に対応できる紹介先に患者を紹介する、という手順に基づく処方である。これらのフローより見えて来るキーワードは、対話、信頼関係(ラポート)、弱者、寄り添い、連帯、包括、多分野に跨る専門家、団体との協力における処方の模索等である。これらのキーワードを基に社会的処方の本質を纏めると、概ね次の三つに纏め上げることができる。

- 1) 社会的処方の方法に目を向けると、患者(対象者/利用者)と処方する側(施す側)との間には信頼関係に基づいた対話がある。これは文化人類学のフィールドワークにおいて求められる、調査する者と調査される者との間で構築される信頼関係(ラポート)である。調査する者は、調査される者の立場に立って聞き取りをし、聞いた話を 360 度の角度から吟味する、所謂、ホリスティック・アプローチが求められる。
- 2) 社会的処方は、弱者を弱者のままに留めておかない、彼らが殻を破り、今まで避けて通ろうとしなかった社会へ足を踏み込めるような機会を、彼らに寄り添いながら与える、それは、リンクワーカー、紹介先、社会的処方に携わる医療従事者等、社会が一体となって支える、そのような構図を有しているのである。
- 3) 本節では、社会的処方の対象者として、認知症を患う高齢者やメンタルヘルスの不調によって発症した鬱病患者、また孤独に陥る高齢者を対象にしてきたが、本来、社会的処方は、様々な問題を抱えている人を幅広い範囲で支援できる処方である。それは、支援をするに相応しい専門員や団体に呼びかけ、包括的な支援を施すものである。社会的処方は、近年アジアにおいて注目されている治療法の一つであり、未知の可能性を秘めており、現在進行形で研究が進められている処方である。

2 節 メンタルヘルスの観点から見た社会的処方 of 効能と可能性

3 章 1 節では、主に社会的処方の基本的事項と、現在アジア諸国において実施されている社会的処方に関連する諸活動の内容について詳説した。そこで明らかになった社会的処方とは、①社会的処方を受ける側(患者)と、社会的処方を施す側の間に構築される信頼関係が強調されていること、②弱者に寄り添いながら社会が一つになって患者を支える仕組みとなっていること、③認知症から鬱病患者まで、また孤独に陥る高齢者の問題、病を抱えた人々等を包括的に支援する構図が作り出されていることであった。ここで挙げた社会的処方の三つの点は、本 2 節で説明する社会的処方の効能と可能性のヒントとなるものであり、特に事項③の内、「認知症から鬱病患者まで」は、大きな手掛かりとなるものである。1 節で記した、「社会的処方の仕組みを形成する対象者」に、本論文の要であるメンタルヘルスについて示しているが、社会的処方が患者のメンタルヘルスに及ぼす影響や効能については、具体的に記すことができなかった。本 2 節では、事項③、「認知症から鬱病患者まで、また孤独に陥る高齢者の問題、病を抱えた人々等を包括的に支援する構図」と、本論文の中心テーマであるメンタルヘルスに関する二つの要素について記すものとする。この二つの要素は、1 節で示すことの出来なかった、社会的処方の効能と可能性に関する要素である。つまり、本 2 節では、社会的処方が齎す効能と可能性をメンタルヘルスの側面から検証し、具体的に社会的処方が有する要素の内、メンタルヘルス、特に鬱病を含む精神疾患に影響を与える要素について詳述し、社会的処方の本質を見極めるものとする。メンタルヘルスの側面から社会的処方の効能と可能性について詳述する際に留意すべき点があるが、それは、社会的処方の効能をメンタルヘルスの側面から直接に検証する行為は、社会的処方の効能の本質を正しく見極めることができないだけでなく、効能の全体像をも正しく把握することができないことである。つまり、社会的処方について分析していく時に、分析する際の軸を探し出すことに困難を覚えると考えている。また、直接社会的処方の効能を記したとしても具体性に欠け、そこで示す効能は漠然としたものに終わってしまう。このような事態を招く主な要因は、1 節で示した社会的処方の仕組みに起因するものである。そこで社会的処方の仕組みを概括的に見ていくと、そこには三つのグループが常在する。それは、①社会的処方を推進する組織、②社会的処方を必要とする患者、③社会的処方を施すリンクワーカーや医療従事者であるが、その内の二つのグループ、①社会的処方を施す側、②社会的処方を受ける側、のそれぞれの観点から社会的処方を検証していく必要がある。つまり、施す側(リンクワーカーや医療従事者、社会的処方を推進する組織や団体)が、受ける側(患者や利用者)に社会的処方を施す時に見られるその効能と、その時に受ける側が感じる社会的処方の効能と可能性についての検証である。また逆に、受ける側(患者や利用者)の視点による社会的処方の効能と可能性についての検証も必要である。この二つの異なる視点から社会的処方の効能と可能性を見ていくことで、社会的処方の潜在的効能と可能性を客観的に見極めることができる。更に異なる視点

からの相違点を見出し、必要なキーワードを探り出し、的確な分析を行うことが可能となる。これらのことを前提として、2節では、以下の三つの視点とメンタルヘルスの側面から、社会的処方の効能と可能性について検証していくものとする。

- 1) 社会的処方を推進する組織や団体
- 2) 社会的処方を受ける患者や利用者
- 3) 社会的処方を施す側の重要な存在であるリンクワーカー

なお、2節に用いる資料のほとんどは、社会的処方を長年にわたり実施してきたイギリスや、イギリス英語圏内の資料を重点的に用いるものとする。

2-1. 社会的処方を施す側から見た社会的処方 of 効能と可能性

2-1-1. 社会的処方を推進する組織や団体からの視点

ここでは、社会的処方の効能と可能性を、社会的処方を推進している組織の視点から見ていくことにする。イギリスを拠点とする三つの組織、①NHS Scotland、②National Academy for Social Prescribing(NASP)、③Care Service Improvement Partnership(CSIP)North West が発行したレポートを論拠として、社会的処方の効能と可能性について、メンタルヘルスの側面から紐解くものとする。用いるレポート(資料)は以下の通りである。

- 1) Social prescribing for mental health:background paper December 2015(NHS Scotland)³⁷³
- 2) Social prescribing for mental health:guidance paper April 2016(NHS Scotland)³⁷⁴
- 3) NASP:Evidence Note Social Prescribing and Mental Health(NASP)³⁷⁵
- 4) Social prescribing for mental health-a guide to commissioning and delivery³⁷⁶

「③CSIP」はイギリスを発祥とする組織であり、イギリスにおける健康及び高齢者に対する介護、障害者支援、乳幼児の保育等に関するケアサービス、つまり社会的ケアの政策(Social care policy)の実現に必要な支援を施す組織として認識されている。CSIPの資料によれば、社会的処方はメンタルヘルスを良好に保つための要素を高めるための効能が期待できるとし、三つの効能を挙げている。①精神、社会(psychosocial)、生活における個人の対処方法の強化、②負の出来事から個人を守るための支援の強化、③良好なメンタルヘルスを維持するために必要な資源やサービスの獲得である。①については、自己表現、自己効力感、自尊心、新しい組織、スキル、ストレスや怒り、不安に対する管理、リラクセスの方法等、セルフケアに匹敵する事項が記されている。②についてはセルフケアを促進する団体やネットワーク等、人間関係に関するものである。③については、福祉関連の支援の享受、良質な雇用環境、苦境(家庭内暴力、犯罪、他)における支援等、一般的サービスの獲得に繋がるものであった。また①に値する社会的処方の活動としては、自治体や地域で行われるグループ教育、芸術や学習、運動等の活動、セルフケアの講座等の社会資源、認知療法、図書館療法等

が挙げられている。②に値する社会的処方¹⁾の活動としては、セルフケアから学ぶ勉強会や講座、集団活動(散歩、グリーン事務、ボランティア活動)の参加が挙げられていた。③に値する社会的処方²⁾としては、借金、福祉事情、住宅事情、移民、暴力や犯罪に関する情報の提供を促進するための案内や表示、またそこから脱却するための支援、学習や雇用に対する支援事業等が挙げられている。

次に、イギリスの国民保健サービス「①NHS スコットランド局」が発行した次の二つのレポート(資料)を基に、社会的処方の効能について見ていくことにする。

1) Social prescribing for mental health: background paper December 2015、

2) Social prescribing for mental health: guidance paper

1)の資料では、社会的処方が、メンタルヘルスや心理的持続的幸福度(メンタルヘルス)に齎す効能と可能性に関連する三つの事項を挙げている。一つは、社会的処方³⁾は、患者本人のメンタルヘルスの質を高めるために、利用者(患者)を必要且つ有能な資源やサポートに誘導する効能を有す、と記している。メンタルヘルスの質を高めるために必要な資源やサポートに含まれる要素として、人との繋がりや、次の五つの要素とその要素を促進するための活動の必要性を NHS スコットランド局は、New Economic Foundation のレポートの一部を引用して示している。その五つの要素は、①社会的繋がり、②運動、③気づき、④学び、⑤人への感謝であり、人への貢献を前提とした分かち合える気持ち(giving)である。二つ目としては、社会的処方⁴⁾は、メンタルヘルスの不調によって生じる症状を緩和するために、利用者に多岐にわたる対応と療法に遭遇させることが可能であると記す。スコットランドの Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) と National Institute for Health and Care Excellence (NICE) は、その療法や対応として、指導付きのメンタルヘルスのセルフケアや、コンピューターを使用した認知療法、指導付きの軽い運動な等を挙げている。三つ目としては、社会的処方⁵⁾は精神疾患やメンタルヘルスの不調を長期的に抱えている人々に、支援を与える効能を有していると示している。これについて NHS スコットランド局は、社会的処方⁶⁾とはメンタルヘルスの不調や精神疾患を誘発する社会的、且つ環境的リスクを低下する力(Ex. 社会の孤立から人々を救い出す)を有していると記す。人々を社会的処方⁷⁾のサービスや活動に誘い、人々の繋がり強化し、社会的サポートの獲得へと導き、更には社会関係資本(social capital)をも獲得することが可能となることをも強調している。社会関係資本(social capital)については、既に2章で説明済みだが、社会関係資本を簡単に説明すると、社会との関係性を持つことで得られる恩恵によって、問題の解決を図っていくことである。これ以外にも効能として、福祉の専門員の助言に触れる機会を増やす等、メンタルヘルスを左右する要素である、自己肯定感や自己効力感を高める効能と可能性があることも示している。即ち、社会的処方⁸⁾は人間間の繋がり促進し、その連携から得られるサポートや助言により、メンタルヘルスの不調を根本的に改善する可能性を見いだすことができるのである。

NHS スコットランド局が、2016 年 4 月に発行したレポート、「Social prescribing for mental health: guidance paper」は、メンタルヘルスに端を発する疾患を抱える人々を支援する政策立案者(policy makers)である理事(commissioner)を対象に、メンタルヘルスの問題を解決するためのアプローチや、対処法に焦点を当てて記されているが、そこでも、社会的処方(処方)がメンタルヘルスに及ぼす効能と影響について言及されていた。それは、そのレポートの「影響を与える知識 “Knowledge of impact”」³⁷⁷に記載されている。そこで強調されている事項は、社会的処方(処方)が人間間の繋がりを促進する効能であるということであった。NHS スコットランド局は、社会的処方(処方)によって促進される人間間の繋がりは、社会的処方(処方)の利用者や患者に相応しい資源や支援に巡り合うことのできる機会を増加し、その結果、利用者のメンタルヘルスの質や自己コントロール(自己管理能力)、適応能力(人生を生きる上での)を高め、利用者の自信、持続的幸福度(well-being)、人生の目的、将来の目標、意欲の高まりへと導いていくと記す。

社会的処方(処方)の可能性として、社会的処方(処方)の利用者(患者)が社会的処方(処方)に関する活動(プログラム)に参加し、その後利用者が自主的にボランティアとしてその活動に参加し、社会的処方(処方)を施行する側、社会的処方(処方)の活動の担当者としての役割を担う、役割の変化と発展へと立場を変えていくことも挙げている。これ以外にも、社会的処方(処方)はセルフケアを促し、セルフケアにおける資源や経済的助言を得ることのできるサービス等、多岐に渡る支援を提供することができ、このようなサービスにより利用者や患者を孤立から救い出し、メンタルヘルスの質を向上することも効能の一つとして、既に立証されている。

NHS スコットランド局によると、それ以外の効能として、社会的処方(処方)の一部分である利用者と、利用者が必要とするリンクワーカーを介して行われる支援や資源を繋ぐ linking system、及び社会的処方(処方)の重要な軸である利用者の健康全般を全面的に改善するというホリスティックな構図を有していると示唆している。また、NHS スコットランド局によると、メンタルヘルスの質は、社会や経済の問題と関係があり、メンタルヘルスの質は、社会、経済の問題を、社会的処方(処方)の資源や支援を基に全面的、根本的に解決することによって改善することができる」と論じている。即ち、社会的処方(処方)が有する「linking system」³⁷⁸、つまりリンクワーカーを介して、利用者が抱える社会や経済の問題を解決するために必要な支援や資源を紹介し、繋いでいく時にメンタルヘルスの質を左右していた社会や経済の問題は解消し、メンタルヘルスの質は根本から改善され、質を向上することができる。これも社会的処方(処方)が誇るホリスティック・アプローチであり、効能であると言える。これ以外にも効能として挙げられていたことは、リンクワーカーを介して利用者が福祉受給を受けられるように、その助言を得られるようなサポートに繋げていく時に、利用者を経済的困窮からまた精神的負担から短期的ではあるが、解放したという事例も挙げられている。しかし、この事例については、NHS

スコットランド局は長期的影響を見極めるために、継続した調査や研究が必要であると見解を示している。

「②National Academy for Social Prescribing(NASP)」は、イギリスを拠点とする、2019年に設立された非営利団体として知られており、主な活動としては、社会的処方についての研究や推進、社会的処方を推進していく上で必要な訓練や相談の受付、資源の施し等を行っている。また、イギリスだけではなく、世界においても社会的処方を基軸とした漸進的なネットワークの構築や、NASPの下部組織に社会的処方の活動のために必要な資金や支援の提供を行っている。社会的処方が齎すメンタルヘルスの影響について、NASPが記した資料、

「NASP evidence Note Social prescribing and mental health」によると、社会的処方によりメンタルヘルスに期待できる効能について、次の三つの事項が記されていた³⁷⁹。

1)Overarching headlines from the evidence

2)Scope and effectiveness of treatment

3)Supplementary information

1)Overarching headlines from the evidence では、社会的処方がメンタルヘルスに与える効能として、次の三点が挙げられていた。一つは、社会的処方は人々にサービスを提供しながら問題を解決していく処方であるが、その処方により、イギリスに居住する多くの誰もが経験しがちなメンタルヘルスにおける支障や問題について、その解決を促すことであった。二つ目は、社会的処方に含まれる非医療的処方、つまり友達作りのサービス、生活に必要な情報(福祉や経済的助言)、地域活動、運動、芸術や文化的活動、孤独感、ストレス、中度な鬱症状、不安を緩和し解消する効能について記されていた。三つ目は、社会的処方についての信憑性について示されていた。社会的処方は、メンタルヘルスの質の改善を図っていく上で必要な処方ではあるが、その効能についての信憑性については、今後更なる実証や調査、研究が必要であることを示唆していた。

2)Scope and effectiveness of treatment では、社会的処方が齎すメンタルヘルスに期待できる効能について、過去に実施された研究とその資料を基に六つの事項が掲載されていた。一つは、利用者が社会的処方の活動に参加することで、幸福感や満足感を高めていく傾向にある。二つ目は、1)Overarching headlines from the evidence に示された効能に類似しており、社会的処方は孤独感や寂しさを無くし、メンタルヘルスの質と持続的幸福度(well-being)を高め、利用者が居住する地域において、社会的処方の活動や支援を通して得ることの出来た知識を基にメンタルヘルスの改善を図ることができる。これは過去の研究によっても示されている。三つ目は、過去に実施された77にも及ぶ社会的処方の活動や、治療法の効果を検証した調査によって、社会的処方はメンタルヘルスの質や運動能力を高め、社会からの孤立を解消する効果が期待できると報告されている。更に社会的処方は、処方の時間が短期、長期に関わらず、メンタルヘルスと持続的幸福度(well-being)を良好に保つことも、過

去に実施された研究結果を基に報告されている。四つ目の期待される効能は、社会的処方活動は、社会的繋がりと利用者と患者の拠り所を強化することである。この強化の活動例は、地元の農家や庭園でのボランティア(手伝い)に参加することで達成することができると報告されている。この類の活動は、地元自治会の集まりや、市民の生活の強化に繋がるだけではなく、利用者の心身の健康の質を長期的に高めることにも貢献する可能性があるとして記されていた。五つ目は、社会的処方活動、療法である arts on prescription³⁸⁰であり、芸術を用いた処方がメンタルヘルスの質を左右し、自己効力感を高め、地元のメンタルヘルス関連の病院やクリニックの負担を減少する効能について記されていた。NASP によると、社会的処方活動に参加することは、利用者や患者の自己効力感を高め、併せてメンタルヘルス関連の病院やクリニックで施されるケアの負担を減らすことに繋がるとされる。六つ目は、社会的処方の仕組みに期待できる効能と、可能性について記されていた。社会的処方は、利用者を NPO 団体、つまり非営利組織を初めとする第三セクターの団体や自治体、地元で行われているサービス、余暇のための施設、近隣の団体等に繋ぎ、利用者が必要とする社会精神的(psychosocial)な支援や保険、医療等において生じる格差の是正に貢献する可能性があるとして記されている。このような繋がりを基に、社会精神的な支援を改善していく上で必要な要素として、利用者の健康状態から置かれている社会的状態等を全面的に把握し、健康全般を改善していくアプローチ、つまりホリスティック・アプローチが挙げられている。

Supplementary information にも、社会的処方がメンタルヘルスの向上を推進する上での効果的な四つの要素が記されていた。①利用者が長時間にわたり、自分自身の精神的状況や状態を話せる環境が整っていること、相談する時間としては 45 分から 1 時間としている。②組織は主体性(agency)が有り、自己効力感が低い利用者に沿って解決策を提案できる仕組みとなっており、そのアプローチは利用者が達成できる範囲にとどめた小規模な目標であり、その都度改善が図れるような仕組みとなっていることである。③リンクワーカーは、常に利用者に対して親身になり、情熱をもって利用者が望み、追い求める処方に耳を傾ける必要がある。④利用者の体験を基に、メンタルヘルスの社会的処方の効果的な要素が記されており、既述した①～③の三つの要素が合わさることによって、利用者は社会的処方を施す側に対して自分の要求や話すことが十分に伝わっているという安堵感を覚え、施す側は利用者と一緒に処方を考え、ポジティブに働きかけながら、利用者の置かれている状況の改善を図ることがより可能となると記されていた。また、過去に実施された研究を基に、社会的処方に関係するすべての利害を伴う関係者(利用者、リンクワーカー、医療従事者)の関係性が重視されることも挙げられていた。

2-2. リンクワーカーの視点から見る社会的処方 of 効能と可能性

ここでは、社会的処方を実施側、利用者や患者に社会的処方の活動を紹介し、その活動を利用者に繋ぐ仲介役として活動し、社会的処方を実施していく上で重要な役割を担うリンクワーカーの視点から、社会的処方が齎すメンタルヘルスにおける効能と可能性について検証するものとする。以下三つの事項に焦点を当てて見ていくものとする。

- 1) リンクワーカーが役割を担う上で感じる効能と可能性
- 2) リンクワーカーが患者と接する上で見つけ出した社会的処方の効能と可能性
- 3) リンクワーカーが社会的処方を実施過程において体験、または感じる困難や課題

1) リンクワーカーが役割を担う上で感じる効能と可能性

リンクワーカーの役割は、前節で既に詳述しているが、ここではリンクワーカーの役割について特に強調されている点について記す。それはリンクワーカーが、利用者や患者との対話を基に良好な信頼関係を構築し、その信頼関係によって、利用者とリンクワーカーが一体となり、利用者に相応しい、利用者に特化した対処法や活動を紹介し、利用者の病や健康の向上に努めることである。リンクワーカーの担う役割を社会的処方の効能と可能性の視点に立って見る時に、その役割は利用者との対話、利用者との信頼関係の構築、利用者の問題を解決するというだけの単純なものではない。これは過去に実施された質的調査から読み取ることができる。リンクワーカーが利用者との対話、利用者との信頼関係を構築し、利用者と共に問題を解決するというその過程において、独自の工夫を施し役割を遂行していく時に、彼らの視点から感じ取ることのできる、社会的処方の効能と可能性が見いだされるのである。リンクワーカーが役割を果たして行く時に感じ取ることのできる、社会的処方の効能と可能性について以下の三つの段階に分けて検証することにする。

第一段階：利用者(患者)との対話と、信頼関係の構築

第二段階：利用者(患者)に施す解決策の考案と確立

第三段階：地域の活動の把握と地域におけるネットワークの形成

第一段階 リンクワーカー(患者)との対話と信頼関係の構築

利用者(患者)との対話と信頼関係の構築において、リンクワーカーが社会的処方を実施する上での工夫は、Walker et al (2023)が実施した質的調査を基に記すことができる。彼らの質的調査によると、リンクワーカーが担うべき役割である利用者(患者)との対話と信頼関係を構築する過程において取られた工夫や、リンクワーカーが積極的に行っている対策として以下の三つを挙げることができる。

- 1) 利用者(患者)に直接問題の解決策を示すのではなく、利用者に質問し、利用者からの回答を待つ。

- 2)利用者(患者)に意欲やモチベーションを促すように問う技法である、Motivational interviewing technique(MI Technique)³⁸¹を用いて利用者に質問し、対話を進める。
- 3)利用者(患者)との繋がりや、癒しの空間(Therapeutic Alliance)を重視した協力関係(協働関係)の構築³⁸²。

Walker et al(2023)は、1)に該当する事例として、リンクワーカーの大半は解決策集中法(Solution focused approach)³⁸³を採用していると記す。この方法は、利用者が必要な解決方法や、関心のある事柄について自らが探っていけるように誘導するアプローチである。

Walker et al(2023)によると、この「解決策集中手法」を用いてリンクワーカーが利用者に質問する問いは、リンクワーカーと利用者とのコミュニケーションであり、利用者に特化した社会的処方、つまり利用者に寄り添う解決策を導き出すものであると示している。彼はまた、この「解決策集中法」を成功させるには、利用者が必要としているもの、関心のあるものを、利用者が模索できるように質問することが重要であると説いている。ここで、「リンクワーカーP16」³⁸⁴の回答を参考に見ていくことにする。利用者に問う質問が良質であればあるほど利用者は、必要なものを具体的に整理することができるとしている。では具体的な質問とは何か。これについて Walker et al(2023)は、利用者が思う理想的な将来について問うことであり、彼らの将来についての質問に対する答えが、結果的には利用者が求める事項であり、要求する事項である。リンクワーカーは利用者の答えの中からその事項を汲み取りながら、利用者にマッチした活動を紹介し、利用者との関係を繋いで行く。では、利用者が理想とする将来に関係する質問とはどのようなものであるのか。このことについては、Walker et al(2023)の質的調査で示されていた「リンクワーカーP2」³⁸⁵の回答を参考にすることができる。「リンクワーカーP2」が利用者に行った質問は、利用者が今必要とすること、自分らしさを表すために必要なことを導き出すものであったと記されており、その質問は以下の通りである。

- 1)もし、あなたが今一つ成し遂げることができるならば、それは何か
- 2)もし、あなたが自分の一部を変えることができるならば、それは何か
- 3)何をもって、あなたはあなたと言えるのか。どのようにすれば、あなたはよりあなたらしくなれるのか。

これ以外にも、過去の成功体験や、現在の成功体験に関連することも質問として挙げられていた。また、利用者が持つ強みや、既存のサポートネットワーク(支援の源)について、更に利用者の長所や利用者がポジティブに捉えることのできることにについて、利用者の将来や希望について質問することも、Walker et al(2023)は解決策集中手法(Solution focused approach)の一つとして、「リンクワーカーP1 と P3」³⁸⁶の回答を通して示されていた。

次に、2)の利用者の意欲やモチベーションを促進するための「意欲を引き出す質問法(Motivational interviewing technique、MI technique)」は、利用者に質問し対話を進める

方法ではあり、リンクワーカーの視点から見ても、社会的処方の効能と可能性を拡大する重要な方法である。Walker et al (2023)によると、MI technique は1)の解決策集中手法 (Solution focused approach)と共に用いることが可能であると示唆している。MI technique を用いる場合のメリットとしては、利用者をリンクワーカーとの対話に集中させ、利用者の長所を引き出し、自立(Autonomy)を促すことである。MI technique 以外の手法として、「Yes」、「No」で答えられるような質問(公開質問)や、利用者が話す言葉一つ一つを肯定して対話し、利用者の話す言葉を正しく理解するために別の言葉に置換えて会話を進める、反映的傾聴も用いられていると、Walker et al (2023)は示す。MI technique を用いることによる、これ以外のメリットも挙げられていた。MI technique を用いた対話により、両者(リンクワーカーと利用者)の間に共感(empathy)が生まれ、リンクワーカーは利用者の話を固定観念や先入観を拭き去った状態で聞くことができ、利用者の問題をよりの確に汲み取ることが可能になると示されていた。

3)利用者(患者)との繋がりや癒しの空間を重視した協力関係(協働関係)の構築は、1)と2)で強調してきた、解決策集中手法(Solution focused approach)に関係する。しかし、Walker et al (2023)は、リンクワーカーと利用者の中で共有される癒しを重視した協働関係では、利用者自らが解決策を模索することを基軸とした解決策集中手法(Solution focused approach)では、目標を模索することは不可能であると指摘している。リンクワーカーが利用者との信頼関係(ラポート)を構築する目的は、利用者の理解を深めるだけではなく、利用者が目標を達成していく過程において、利用者自身の励みになることだと示されている。信頼関係(ラポート)を構築する上で重要なことは、リンクワーカーと利用者が対等な立場で対話し、質疑応答等ができる環境を整えることであると言われている。このことは、後にリンクワーカーと利用者の中で構築される癒しの空間の確保や協働関係へと発展し、社会的処方で強調される患者に寄り添った処方、患者に特化した処方として知られる「Patient centered care」を施すというフローを生み出し、3)利用者(患者)との繋がりや癒しの空間を重視した協力関係(協働関係)の構築へと繋がるのである。3)で強調される、利用者(患者)とリンクワーカーの間で築かれる信頼関係及び癒しの空間を基底とする両者の協働関係について、オーストラリアの Queensland、New South Wales、Victoria 地方で、リンクワーカーとして活動する15人を対象にした質的調査の結果においても、類似した指摘がなされていた³⁸⁷。この調査は Sharman et al (2022)によって実施されたものであるが、リンクワーカーに求められる役割として強調されていた事項は、①リンクワーカーと利用者の信頼関係、②社会的処方のケア、③活動や支援を阻害するハードルやその障害の撤去、④利用者が社会的処方の活動に参加できるように、自信と確信を強化する等であった。初めに、①両者の信頼関係であるが、Sharman et al (2022)は、この信頼関係により両者は良好に対話を進めることができるようになり、利用者はリンクワーカーを通して参加する予定の活動に参加する前段階において、安心感を持

しながら準備をしていくことができると示唆している。この説明の根拠として、Sharman et al (2022)は、質的調査の回答者、リンクワーカーLW1³⁸⁸の回答から、社会的処方を効果的に施すには利用者とリンクワーカーの信頼関係が如何に重要であるかということを示唆している。その回答の中で、両者の信頼関係だけではなく、その信頼関係によって得られる安心感も強調されている。この安心感は社会的処方が施される中で、心身の健康が共に改善されていく上で得られる安心感である。この安心感は、Walker (2023)が強調する「癒しの空間」に匹敵するものである。次に、②社会的処方のケアについてである。これは Sharman et al (2022)が挙げていた事項でもあるが、リンクワーカーが積極的に行っている「3)利用者(患者)との繋がりや癒しの空間を重視した協力関係(協働関係)の構築」に関連していると言える。リンクワーカーが対応する利用者は様々な支障を抱え、その大半は弱者である。そのため社会的処方の活動や支援に辿り着くまでにかかる費用や交通、アクセス等が障壁として彼らの前に立ちちはだかる。リンクワーカーはそのような障壁を取り除くために利用者を励まし、力付けていくアプローチ(Strength based approach)³⁸⁹を下に、それらの障壁を取り除き、利用者の主体性に注視しながら支援し、社会的処方に基づいたケアを施すことが求められる。また、社会的処方の活動や支援に辿り着くまでの障壁の他に、メンタルヘルスを左右する問題としての鬱病や不安障害、家庭内暴力等、利用者は様々な問題を抱えていることもその質的調査の中で明らかになっている。これらの障壁を取り除く方法としては、利用者を必要に応じて心理カウンセラーや、住宅の問題を解消できるサービス業者、財産の問題を解決できるカウンセリングに繋ぎながら、利用者が社会的処方の活動やケアを得られる土俵を築くことである。つまり、Walker (2023)が強調している「癒しの空間を基軸とする協働関係」を構築する必要があることが質的調査の結果に記されている。④については、リンクワーカーが利用者に紹介する社会的処方の活動に利用者が安心して、また自信と意欲を持って参加できるように、リンクワーカーが活動を紹介する前に自らが下調べし、その活動に参加し、その活動の妥当性を吟味する必要がある。そして、リンクワーカーがその情報を利用者に提供していくことも、Sharman et al (2022)の質的調査で明らかにされていた。また、これは Walker et al (2023)が強調する「癒しの空間を基に築く、リンクワーカーと利用者の協働関係」に関連する、重要な事項である。これ以外にも、リンクワーカーが紹介する活動に、利用者側の親族や介護士に付き添いを求めることも一つの工夫として挙げられていた。利用者に紹介した活動を担当する人々と、その活動の下見の際に、利用者が求める要求に一致しているかを確認するために打ち合わせを行うことも、リンクワーカーの工夫の一つとして、Sharman et al (2022)の質的調査の中で確認することができる。これは Sharman et al (2022)が挙げる「リンクワーカーLW5」³⁹⁰の証言であるが、彼は利用者に紹介した活動に参加し、その活動の雰囲気や、自らがその活動で感じることを、そこで歓迎されていたこと等を、フォローアップしていることも記されていた。この「LW5」の証言について、Sharman et al (2022)は、

このようなフォローアップや利用者からのフィードバックが、活動の把握をより確かなものとし、利用者が必要な調整を事前に把握することもできるのであると記していた。

第二段階 利用者(患者)に施す解決策の考案と確立

リンクワーカーが「利用者(患者)に施す解決策の考案とその確立」の過程において、必要な手法として、解決策集中法(Solution focused approach)が挙げられている。この手法の要として、Walker et al(2023)は、①利用者の強みや長所を模索する、②利用者の将来に焦点を当てる、③ポジティブなことを考える、④利用者を称賛し励ます、⑤目標に沿った行動をもって対応する事等を強調している。「①利用者の強みや長所を模索する」については、Walker et al(2023)の事例が「リンクワーカーP3」³⁹¹の証言として記されていた。その証言によると、リンクワーカーが利用者の強みや長所を模索することにより、利用者が自分の強みや長所に気づき、彼らを強くすることができると記されていた。「②利用者の将来に焦点を当てる」、この事例としては「リンクワーカーP3」の証言を挙げることができる。その証言によると、この項目②が求める事項は、利用者が持つポジティブ的思考や現時点における問題と現状の認識を把握し、更に将来の希望を聞くことであるとされる。「③ポジティブなことを考える」において強調される要素は、希望(Hope)とポジティブさ(Positivity)である。③の事例としては「リンクワーカーP16」³⁹²の証言を参考にすることができる。その事例の中で記されていたことは、リンクワーカーが利用者のネガティブな感情をポジティブに変えるように働きかけることであり、リンクワーカーが利用者に様々な選択肢を示しながら利用者に最適な処方を選択させ、利用者のネガティブな感情をポジティブに変えていくように働くことが強調されていた。「④利用者を称賛し励ます」、この事例については、「リンクワーカーP9」³⁹³の証言が取り上げられていた。これはまず利用者の話す内容に傾聴し、利用者の今まで行ってきた業績或いは実績を称賛し、励ますことである。このように称賛し励ます理由は、社会的処方を必要とする利用者は自尊心が低く、鬱病の症状に悩まされている人たちであることが、「リンクワーカーP9」の証言から知ることができる。「⑤目標に沿った行動をもって対応すること」、これは社会的処方の活動と療法を意味することであり、社会的処方により健康の改善を進めていくという目標が前提となっている。それ故に社会的処方の活動は、目標の設定と利用者を行動に導き利用者が前向きに進むことが重要な要素である。ここでの目標設定はリンクワーカーが設定するのではなく、利用者自らがその目標を定め、利用者がその目標に向かって進めるようにリンクワーカーが励まし、支援することである。このことが「リンクワーカーP3」³⁹⁴の証言から読み取れる。これ以外にも強調されていた点は、利用者が目標を達成しやすいように目標の範囲を助言し、利用者と共にその目標を達成できるように解決策を考え、利用者を伴走することである。目標達成に関係する事項で、リンクワーカーは、利用者が無理をしない範囲で目標を達成できるように、その達成範囲を設

定する際にも利用者に助言し、利用者を伴走しながら、利用者の態度や行動に注意を払いながら、必要な時には改善するように助言することも必要な事項として記されていた。また、利用者が目標を達成できないような事態が生じた場合は、リンクワーカーは利用者に目標設定の微調整を促し、達成できるように目標を小さくするように助言することも、「⑤目標に沿った行動をもって対応すること」に沿った必要な働きである。これは、利用者のために解決策を考案し実行するに当たり、リンクワーカーが考慮する工夫の中で、利用者が求めているものを明確にするための問いを根底に置いた対応である。この対応について「リンクワーカーP5」³⁹⁵の証言を参考にする。この対応は、リンクワーカーが全面的(Holistic)に、且つ非医療的処方(Non-medical way)を基に、利用者が重要とするものを見つけ出し、それを基にして利用者がどのように変わりたいかを探ることであると記されている。別の「リンクワーカーP1」³⁹⁶の証言には、利用者が必要とし、関心のあるものを見つけ出す過程について示されており、リンクワーカーが利用者の関心の中で、利用者の生き様や生活に対する意義や意味を聞くことであり、また、今までに起こした行動の中で、他人と違った行動について聞き出すことであると示されている。つまり利用者の人生を聞き出し、求める将来について確かめ、それらを基に利用者に特化した処方を探り出せるように、利用者にヒントを与えることが、「⑤目標に沿った行動をもって対応すること」が求めるところであると言える。

第三段階 地域の活動の把握と地域におけるネットワークの形成

第三段階に関する事項については、Sharman et al (2022)とWoodall et al (2018)が実施した質的調査によって示されている。初めに、Sharman et al (2022)の調査結果によると、これに関する事項として、①新しいコミュニティとそれに関連するグループの形成と支援、②既存の地域活動と活動を支援する担当者との連携の強化、③利用者と社会的処方に基づく活動や支援を連携するネットワーク網の構築、④非医療における処方や支援等を挙げている。このような地域におけるコミュニティを土台とした連携の構築は、利用者(処方やケア、並びに支援を必要とする人々)が容易に団体やサービスにアクセスできる環境を整えるだけでなく、支援する側(リンクワーカーや団体等)が親身になって対応できる関係性を構築することも可能となり、より円滑に社会的処方を土台とするケア、活動や支援を実施する環境を作り上げることができると、Sharman et al (2022)はその可能性を示している。これらについては、リンクワーカーの証言によってより具体的に知ることができる。それは、リンクワーカーがそれぞれの地域で行われている活動や、その活動を実施する団体について自らが把握し、また自らがその団体との関係を築き、団体との交流を密にすることである。「リンクワーカーLW7」の証言を基に、Sharman et al (2022)は更に次の様に述べる。リンクワーカーは地域の活動を把握すること、ネットワークを形成することにより、社会的処方が円滑に施される形態を取っているが、社会的処方を施すことにより地域社会での絆は強化され、地域社会の統合

も促進される。そしてそれは、弱者を社会的孤立から守るような社会を作り出すことに繋がるとしている。また、リンクワーカーが、「地域の活動の把握と地域におけるネットワークの形成」の構築に力を注ぎ、利用者が必要とする処方を実施し支援をすることにより、利用者が抱える問題を社会のコミュニティが一緒になって解決するようになるだけでなく、利用者はその問題を利用者個人の問題として捉え、更には社会全体、コミュニティの問題として気づかせることにも繋がっていくと、指摘している。

一方、Woodall et al (2018) が実施した質的調査においても、類似した内容が示されていた。それはリンクワーカーのマネジャーの証言であるが、リンクワーカーは定期的に紹介した社会的処方を実施する団体、或いはその周辺に立ち寄り、その団体と密接な関係を築き地域活動の情報に常に耳を傾け、その情報の収集に心がけていると記されている。例えば、紹介先周辺の様子、近隣におけるネットワーク事情、保健所やその地域の健康を維持することを目的として活動している団体 (Well-being partnership) の活動状況の把握等であるが、これは難易度の高い取り組みであり、そのためにリンクワーカーの必要性や、重要性を強調している。

2-3. リンクワーカーが患者と接する上で見出した社会的処方の効能と可能性

リンクワーカーが利用者と接する中で見つけ出した社会的処方の効能と可能性について、Walker et al (2023) は、その質的調査を基に三つの点を挙げていた。

- 1) 利用者の主体性 (Agency) と自信、また利用者を力づける (Empowerment) 利用者の自己管理 (Self-management)
- 2) 社会的処方に活動的に、能動的に積極性をもって参加する
- 3) 利用者が自ら語る物語と利用者自身の強みについて共有し、分かち合う

1) 利用者の主体性 (agency)、自信と力づけ (empowerment)、自己管理 (self-management)

ここで挙げる三つの要素 (①主体性 (agency)、②自信と力づけ (empowerment)、③自己管理 (self-management)) は、利用者が率先して変化への道りを歩きだす原動力として捉えることができる。これは、リンクワーカーが強制的に利用者に成長を促し、利用者の変化を期待するのではなく (これは社会的処方に反するものであるが)、利用者が自主的に成長し、新しい自分へと変化することに繋がるものである。これについての事例として、Walker et al (2023) が「リンクワーカーP7」³⁹⁷の証言を挙げていた。「リンクワーカーP7」は、従来の支援と社会的処方による支援の違いを語り、その違いを示すことにより、社会的処方の本質を記していた。「リンクワーカーP7」によると、従来の支援活動は支援を必要とする人に支援者が直接手を貸し、被支援者が希望することを支援者が行うというような支援の有り方であった。社会的処方による支援活動は利用者に自信と権限を与え、利用者自らが率先して

問題の解決を模索していくように、支援者が利用者を助けていくことである。利用者に芽生える自信と権限(empowerment)は、利用者がリンクワーカーとの交流を通して得ることのできるものであり、主体性の要素に属するものである。利用者がこの主体性を感じ取ることで、利用者が自らの現状を改善するために必要なものを自覚し、計画の必要性を理解し、他者への依存ではなく自ら管理することが可能になると、社会的処方の可能性を示している。これを実証する例として、「リンクワーカーP2 と P8」³⁹⁸の証言が挙げられている。両者共、主体性や自主性が社会的処方における自己管理の重要な点であると強調し、自分で考え、自分で決断し、行動することが社会的処方において利用者に求められることであると示している。

「リンクワーカーP8」の証言には、従来の支援と社会的処方による支援の違いについて直視した意見が示されていた。それは次の様な意見であった。一般的に、患者は対応について自ら考えることはしない。医者や専門家を訪ね、彼らにその処方を聞いて行動する傾向にある。しかし社会的処方は、リンクワーカーが患者に自ら行動を起こさせるように発想を育成し、気づかせることであるが、これも社会的処方の可能性の一つである。社会的処方においては、利用者(患者)の役割は利用者自らが専門家となり自分に必要なものを模索し、一方リンクワーカーは利用者の模索したものを汲み取りながら、それらを基に社会的処方を施すことであると、Walker(2023)は示している。

2) 社会的処方に活動的且つ能動的に積極性をもつての参加

これについても、利用者が受動的に支援を受けるのではなく、能動的に積極的に活動に参加することであるが、これも既述したように利用者が積極的に社会的処方の処方や支援を模索し、リンクワーカーとの交わりや関りを持ちながら、リンクワーカーの提案する計画やケアに積極的に参加することである。つまり利用者は常に新しいことに挑戦し、自分を変化させることに意欲を持ち、前向きな感情を積極的に持つ必要があると、リンクワーカーの視点から記している。リンクワーカーが提案する処方に利用者が積極的に参加できない、参加する意欲がない場合には、利用者に変化や成長は見られず、社会的処方の効能は望めないと示唆している。「2) 社会的処方に活動的に、能動的に積極性をもって参加する」、つまり利用者が受動的ではなく、自主的に支援や処方を受けることについて、「リンクワーカーP7」³⁹⁹は、利用者は意欲を持って自分を変える決心が必要であり、新しいことに挑戦し自分の快適地帯(Comfort zone)から脱却する覚悟が必要である。しかし、それに至るには時間と労力が必要である、と経験を記している。また、リンクワーカーが利用者に求める積極性や意欲について、「リンクワーカーP8」⁴⁰⁰は、リンクワーカーと利用者の理想的なやり取りやあるべき姿を描写している。リンクワーカーは、利用者が必要とする資源を紹介するが、万一、利用者がその資源や活動に参加することに困難な状況が生じた時には、利用者は必ず参加できない旨をリンクワーカーに伝え、利用者とリンクワーカーの二人三脚でその困難を乗り越え

ていくように示唆していた。この両者の対話より、利用者には常に社会的処方がある積極性が備わっているということを理解することができる。例えば、その備えがないとしても、その積極性を得ることができるように、リンクワーカーが黒子の様に背後で利用者を支援し、援助する構図がそこにはある。しかし何度も言うが、利用者の積極性、意欲、自主性を土台とする行動は、利用者が率先して行わない限りは手に入れることはできない。社会的処方とは、利用者がこのことを自覚し、意識して取り組む必要がある。これらのことより、社会的処方の効能は、利用者の自主性、積極行動、自ら問題を解決する能力を養っていくことであると断言することができる。

3) 利用者が自ら語る物語と利用者自身の強みの共有と分かち合い

ここでは、リンクワーカーと利用者の意思の疎通を図る中での効能と可能性について挙げられていたことを記す。そこでは利用者が抱える問題について、利用者自らが専門員になることであると示されている。またリンクワーカーと利用者が意思の疎通を図る時に、利用者は自分についての知識や事情、状況について、リンクワーカーと共有できなければならない。つまり利用者自らが語り説明する。そして、利用者自らが語り説明することは、リンクワーカーは、利用者が求めるもの、利用者の人生における生き様や意義、意味、更に変わりたい姿、成長として認識できるということである。この認識によって、リンクワーカーは、利用者の要望に応じた社会的処方の支援や活動を効果的に且つ、利用者に適応(特化)したものとして提供することができるのである。このように効果的に行っていく要因として、リンクワーカーは家庭医(かかりつけ医)とは違い、利用者との対話、コミュニケーションに長い時間をかけることができるということ、更に利用者は、自分の置かれている状況をリンクワーカーに話すことのできる時間と空間が十分にあるということであった。このようなゆとりのある環境がもたらす効能についての事例として、「リンクワーカーP9」⁴⁰¹は、利用者は自分が話すことを聞いてくれる人(リンクワーカー)がいることに安堵感を覚え、その安堵感は、リンクワーカーに利用者の立場に立って話を聞く余裕を生み出させるものだと示している。

2-4. リンクワーカーが社会的処方を施す過程において体験する困難と課題

この項については、Sharman et al (2022)が行った質的調査を持って検証することができる。リンクワーカーが社会的処方を行う際に遭遇する困難には、①仕事の内容、②チームサポートの有無、③ネットワークの形成に関連したものが挙げられている。①仕事の内容に伴う困難は、リンクワーカーが担うべき作業が多様であり、担うべき作業の種類が多すぎることにある。それはリンクワーカーにとっては大きな負担となり、その負担を克服するために更に業務を推進しなければならないため、オーバーワークの状態に陥るとリンクワーカー

一は証言する。リンクワーカーの担う業務は、利用者の話を聞くカウンセリング兼メンタルサポーターとしての役割もあり、更には、利用者をあらゆる角度から支持する仲裁役も求められている。このようにリンクワーカーの担う役割は多種多様ではあるが、一定数のリンクワーカーはその役割についてスキルの獲得、向上に繋がるとして前向きに、肯定的に捉えていることも明らかにされている。

「②チームサポートの有無」に関係する困難は、リンクワーカーが利用者に社会的処方を実施際に、リンクワーカーや医療従事者、ソーシャルワーカー、財産に関するカウンセラー等によって構成されるチームのサポートが不足した時に生じると言われている。Sharman et al (2022) が示すリンクワーカーの証言のほとんどは、社会的処方を実施チーム(リンクワーカー、医療従事者、ソーシャルワーカー、他)の協働関係の必要性和重要性を強調している。その協働関係によって初めて、利用者が必要とする包括的サポートを提供することができ、紹介先をも円滑に利用者に紹介することが可能となり、リンクワーカーが抱える問題も容易に解決することができると述べている。しかし、このサポートネット(支援網)に欠陥が生じると、リンクワーカーは孤立を感じるようになり、リンクワーカー本来の力を発揮することができない状態に陥ることも、その証言を通して明らかになっている。これ以外にも、社会的処方を実施していく上で遭遇する困難は、利用者に紹介する紹介先の代表者や担当者が、社会的処方の仕組みやその取り組み方について理解できていない時にも生じると記されている。紹介先が社会的処方を理解していないために、リンクワーカーと紹介先との間に齟齬が生じ、利用者に相応しくない紹介先を紹介するような危険性が高まることも懸念されている。Sharman et al (2022) が事例として挙げている証言によると、オーストラリアでは社会的処方を理解している支援団体は比較的少なく、その改善の一環として、毎週支援団体に社会的処方の理解のためにプレゼンテーションを実施しているようである。これもリンクワーカーの活動の一つとして挙げられていた。

2-5. 利用者の視点に立った、社会的処方の効能と可能性

これまでは社会的処方を施行する側の視点に立ち、特に組織やリンクワーカーの視点から社会的処方の効能と可能性について検証してきたが、これ以降は、施行される側である利用者の視点に立ち、社会的処方の効能と可能性について記すことにする。焦点を当てる事項は以下の三点である。

- 1) 利用者(患者)がリンクワーカーに抱く思いや、リンクワーカーと接していく過程において感じる効能と可能性
- 2) 患者側、利用者が感じる社会的処方の活動と支援に対しての効能と可能性
- 3) 患者側、利用者が社会的処方全般に関して感じるデメリット、負の要素

1) 利用者(患者)がリンクワーカーに抱く思い

リンクワーカーと接していく過程において感じた効能と可能性

1)について記されていた効能と可能性は、利用者とリンクワーカーの間に構築された信頼関係の中で得られた、利用者の成長と変化に関連するものが大半であった。利用者が抱くリンクワーカーへの思いも、利用者とリンクワーカーの間に芽生えた関係性を基に記されていた。Wildman et al (2019)が、24人(男性：13人、女性11人)を対象に調査を行なっているが、その内16人は精神疾患を抱え、或いは社会からの孤立の問題を抱えている利用者(患者)であった、イギリスで質的調査が行われたが、そこでも利用者(患者)とリンクワーカーとの間で築き上げられた信頼関係が強調されており、その関係の濃淡の度合いで社会的処方によって得られる効能と恩恵の度合いも左右されると示唆していた⁴⁰²。Wildman et al (2019)によると、利用者(患者)の視点からするとリンクワーカーの存在は無二の存在であり、その調査結果にも、利用者(患者)におけるリンクワーカーの必要性が強調されていた。社会的処方を施行する際に要求される信頼関係について、Wildman (2019)が事例を挙げて説明していたが、それは、リンクワーカーが利用者(患者)の話を聞く時に、利用者がリンクワーカーに対して抵抗を覚えずに話ができるような聞き方ができる、つまり友人関係に基づく信頼関係が構築されていることが示されていた。このような友情に基づく信頼関係の構築は、リンクワーカーが利用者を批判したり、また先入観で利用者を見るようなことをせず、利用者の全てを受け入れる対応が必要であることも、Wildman (2019)は強調していた。利用者の全てを受け入れる、この対応については、Wildman (2019)が示す「利用者 P17」⁴⁰³の証言によると、利用者が今置かれている状況について、自分を責める必要がないことや、安心して自分の思いをリンクワーカーに伝えられるように、利用者を感じさせることであると記している。これらの証言から、利用者にとってのリンクワーカーの存在は、利用者がリンクワーカーと対話をする上で安心して話せる存在であり、自分の全てを躊躇なく話せる空間をも作り出すことができる人であり、いつも対等に話を聞いてくれる友達の存在であるべきであるということが出来る。また、利用者がリンクワーカーに抱く思いについて、医療従事者である医者や看護師等との比較においても記されており、そこには若干の差異があることも Wildman (2019)の質的調査で明らかにされていた。「利用者 P18、P8」⁴⁰⁴の証言によると、医者や看護師は必要な処方として、注射や医薬品により利用者(患者)の症状を短時間の内に改善するように導くが、それに反し、リンクワーカーは時間を割いてゆっくりと患者の症状や様子を観察し、問題を根本から解決しようとする。これが、リンクワーカーと医療従事者(医者や看護師)との間に見られる差異として記されていた。つまりリンクワーカーは、既述したように、利用者にとっては安心できる存在であること、自分らしさをいかに発揮できる空間を作り、その空間で接してもらうことのできる友達の存在であり、時間をかけて利用者の話を聞いて必要に応

じて社会、地域に基づく支援の情報を提供することのできる橋渡しの存在として利用者には映っているのである。

2) 患者側、利用者が感じる社会的処方活動と支援に対する効能と可能性

ここでは、「2) 患者側、利用者が感じる社会的処方活動と支援に対しての効能と可能性」について見ていくことにする。ここで記されていた強調は、利用者がリンクワーカーに支援を受けていく上で、利用者の変化と成長についてであった。Wildman(2019)は、利用者が社会的処方を受ける初期の段階では、多くは自信喪失の状態に陥っていることが明らかにされている。しかし、リンクワーカーが利用者を支援し、利用者がリンクワーカーに紹介された新しい活動に参加することで、利用者の多くは自尊心を高め自信を深めることができるようになったと示されていた。この記述から、単に利用者がリンクワーカーと接点を持つだけで、またリンクワーカーが紹介した活動に参加するだけで、自尊心を高め自信を得ることができるように捉えがちだが、そうではなく、そこにはリンクワーカーの工夫が隠されている。それは、リンクワーカーが、利用者に相応しい社会的処方活動を紹介する際に施される工夫ではあるが、その工夫が利用者の自尊心を高め、自信を得ることのできる結果を生み出していると言えるのである。これについては、Wildman(2019)が紹介する「利用者 P2」⁴⁰⁵の証言から知ることができる。その証言によると、リンクワーカーが利用者に紹介した処方であるトレーニングジムでの運動に対して、利用者は初め抵抗(恐れ)を感じていた。利用者はその思いをリンクワーカーに伝え、リンクワーカーは利用者の思いを組み取りながら、利用者の抵抗(恐れ)について、恐れや抵抗の源になっていることを丁寧に聞き出した。そのやり取りが、「利用者 P2」にとっては自信に繋がるようになった、抵抗を排除することができるようになったと示されている。また、利用者とリンクワーカーとの交流の中で、利用者が感じた社会的処方の効能は、健康に関する支援だけではなく、健康以外の多岐に渡る支援に繋がるネットワークの構築を、利用者のニーズに合う形で構築し、それを利用者に提供するプロセスの中でも見られたと記している。

Wildman(2019)は、メンタルヘル스에支障をきたしている人、長期的な病を患っている人、こういう人は、一般的に困窮者が集まる貧困層が居住する地域に住むケースが多いが、彼らは病によって生じる問題の他に、住宅事情や経済的(借金を抱える等)な問題を抱えていると指摘している。リンクワーカーはこのような利用者に対しても、利用者との交流を通して、利用者の問題(それは二重、三重となって利用者を襲う問題)を解決するために、利用者に必要な住宅や福祉の支援を行い、支援のためのネットワークを構築し、利用者が抱える問題を総合的に解決していく、このような社会的処方がもたらす可能性を Wildman(2019)の質的調査から確認することができた。

2-5. 量的調査の結果

ここでは、「2)患者側、利用者が感じる社会的処方活動と支援に対しての効能と可能性」について量的調査の事例を基に、利用者の視点を通して見ていくことにする。これについては、イギリスのウェールズにある Welsh Institute for Health and Social Care, PRIME Centre Wales, University of South Wales が発行したレポート Patient Experience of Social Prescribing: A Scoping Review⁴⁰⁶を依拠として検証する。このレポートは2022年以前の社会的処方についての26にも及ぶ論文を基に、社会的処方を受けた利用者の体験を基に社会的処方の効能と可能性について記されたものである。そこに示されている利用者の視点によって示された社会的処方の効能は、①気分の効能、②ポジティブな感情の強化、③メンタルヘルスの質の向上、であった。これ以外の効能として、人と会うことの楽しさ、孤立感や孤独感の低下、社交性の向上等は、疾患を抱えている利用者(患者)やメンタルヘル스에不調を感じている利用者に特にそのような傾向が見られたと、示されていた。また、地域の一員としての存在、その実感を得ることができたという効能もあった。この実感は、社会的処方活動に参加している時に、特に自分と類似した境遇の人と出会い、交わる時に感じると言われている。この地域の一員としての実感は、社会的処方を施される側にいた利用者が、以前の自分(社会的処方を施される前の自分)と同じ状況にいる人を助けたいという思いが募り、社会的処方を施す側の担当者として、開催者として働きたいという気持ちを生み出す原動力になることも示されている。以前は社会的処方の利用者(患者)であった者が、それを施す側となり、施す側の担当者として働こうとするその意欲は、利用者としての経験とその経験から得られたスキルが大きく関係していると記されている。社会的処方活動に参加することにより、その経験から得られる効能は意欲の高揚と自信の増加であり、結果として気持ちの改善に繋がっていくのではないかと、その可能性が示されている。

2-6. 社会的処方がメンタルヘルスにもたらす効能

2-6-1. 量的調査の結果

ここでは、社会的処方活動がメンタルヘルスにもたらす効能を、量的調査に基づいて検証する。ここで引用する量的調査は、Aggar et al (2021)がオーストラリアのシドニーで実施した、精神疾患を患っている18歳から65歳を対象にしたものである⁴⁰⁷。この研究の意図は、オーストラリアの社会的処方活動「Plus Social Program」が、精神疾患の患者の生活の質である①心身の健康の質、②福祉の需要、③孤立感、④自己効力感について、また、この活動が患者の社会的参加、経済的参加を促すことができるのかを検証することであった。この検証の結果(利用者(患者)が、社会的処方に参加したことによる変化として挙げられていたもの)から見えて来るものとして、①心身における生活の質の改善、②健康に対する正しい自己評価、③孤独、孤立感の低下等が挙げられていた。しかし、ここで変化が見られなかった

ものもあった。それは経済的活動への参加であり、検証前と検証後も同様に低い状態であった。検証後に明らかになった利用者(患者)に見られた変化の一つである、「②健康に対する正しい自己評価」については、彼らは更に、自立心(Independence)や心身の健康において、更なる自己管理の強化を挙げている。しかし、健康における自己効力感については、調査中若干高い数値が保たれたが、調査後には、調査前との数値にはさほどの違いは見られなかったと記されている。これについて Aggar et al (2021)は、調査の条件が影響しているとしている。この調査に参加する条件として、調査対象者自らが家庭医(かかりつけの医者)に参加する意思を示し、調査の中での活動に参加する旨を記載する必要があった。つまり、この調査に参加した利用者(患者)は、ほとんどが既に自己効力感が高かったのではないかと、Aggar et al (2021)はその見解を示している。この量的調査から、社会的処方活動の効能についての理解が深まった。

2-6-2. 質的調査の結果

量的調査の結果から、社会的処方活動の効能について理解することができたが、ここでは過去に実施された質的調査(利用者の声を反映した)から、社会的処方の効能と可能性を吟味する。Dayson et al (2020)は 20 人⁴⁰⁸を対象に質的調査を行っている。この質的調査は、イギリスで社会的処方を施す団体である Rotherham Social Prescribing Mental Health Service が利用者に施した社会的処方が、利用者の持続的幸福度(well-being)に及ぼす成果と影響について実証することを目的とした調査であった。Dayson et al (2020)は、この調査の結果を社会的処方が利用者の持続的幸福度(well-being)に及ぼす影響について、①感情に関わる持続的幸福度、②精神に関わる持続的幸福度(メンタルヘルス)、③社会に関わる持続的幸福度に分類して詳述している。初めに利用者の「①感情に関わる持続的幸福度」に見られた変化について、利用者は社会的処方活動に参加することによって、幸福感を得ることができたと示している。この幸福感は、人生の歩みをよりポジティブに捉える推進力となったようである。また、これ以外にも、社会的処方活動に参加する前後における変化として、参加する前は人生に対する満足度は低い。しかし、参加後はその満足度は高くなり、十分な満足度を得ることができたことが確認されている。次に、「②精神に関わる持続的幸福度(メンタルヘルス)」に見られた変化としては、①人生の目的の獲得、②個人の成長、③自立心の育成と成長等が強調されていた。「③社会に関わる持続的幸福度」については、社会的処方の効能と可能性が社会的持続的幸福度(Social well-being)の側面から記されていた。「①人生の目的の獲得」に繋がる要因としては、社会的処方を施す団体が週毎に行う活動や、計画が利用者に示され、それらの計画の下で参加する仕組みとなっていることが、Dayson et al (2020)の調査で明確にされている。これ以外の要因として、他者との交流、対話ができる環境が活動を通して整えられていること、常に活動に参加できる環境と、その活動に参加

していく利用者の期待が整っていることも、利用者の体験談から明らかにされている。また、活動に参加することで、その活動に対して新たな期待を生み出し、患者を活発にするような効果を生み出し、鬱病によって誘発される引き籠りが解消されたと、「利用者 003」⁴⁰⁹の事例から明らかになっている。「②個人の成長」は、社会的処方の活動を通して、利用者が自らの成長を獲得する機会を得ることであり、この機会は社会的処方に参加することによって得られたスキルを、将来別の場所、或いは別の機会に応用できるという確信と関係している。この事例としては「利用者 007」⁴¹⁰の証言が挙げられている。その証言によると、社会的処方の活動に参加することで脳は活性化され、自分の置かれている状況について熟考するようになる。更にそのことで思考能力は感受性を豊かにし、他者について関心を持つ余裕が生まれ、更に対人能力は高まり、自分らしさを持つことができるようになる。これらのことが、社会的処方の可能性として認識されているのである。次に、「③自立心の育成と成長」、これに関しては、利用者が社会的処方の活動に参加することによって、人との繋がりをベースとしたネットワークが構築され、利用者は襲いかかる困難に立ち向かうことができるようになることと示されていた。またそのネットワークにより友人は増え、サポートネットワークの形成に繋がり、メンタルヘルスの治療のみの医療サービスへの依存を解消することができることも示されていた。Dayson et al (2020)は、自立心を育成すること、苦難や困難を克服する力は、社会的処方に期待される身の回りの複雑な環境の中で物事を効果的に管理し、処理する能力、つまり環境制御力 (Environmental mastery) に類似するものであると示している。これ以外にも「③自立心の育成と成長」に関する効能としては、社会的処方を施される側にいた利用者が、施す側のボランティアとしての役割を担うように変化することも挙げられている。これも既述した同じ境遇にある者への支援に関連した利用者の目線で見たと、社会的処方の効能ではあるが、利用者が社会的処方の活動に参加し、そこで得た体験の分かち合いの機会を増やすことが、学びと支えになることも社会的処方の効能と可能性として、利用者の視点から見たものとして確認されている。

「③社会的持続的幸福度 (Social well-being)」において社会的処方がもたらす効能と可能性について、社会の繋がりの強化が挙げられていた。利用者が社会的処方の活動に参加することによって、社会に貢献する、融合する、統合を図る等、効果的に促進することが可能であると示唆されている。換言するならば、利用者が外へ出る、利用者に外出する機会を作る等して、利用者の時間を効果的に活用する機会を増やしていくことができるのも、社会的処方の効能の一つとして見られている。社会的処方が外出を促進する機会を作り出すことについて、「利用者 006」⁴¹¹の事例を基に示されていた。それは、社会的処方の主要な処方として認識されている他者との交わり、人との対話によって、利用者の生活に変化をもたらすことが外出の機会を作ることに繋がると明らかにされている。また、既述した Wildman et al (2019)の質的調査においても、利用者から見た社会的処方の活動についても言及されて

いた。そこでは、利用者の視点に立った社会的処方の効能と可能性について、行動の変化と自己管理について論じられていた。例えば、利用者が、リンクワーカーによって紹介された健康維持を目的とするサービスを受けることで、利用者は自分の健康についてより理解を深め、健康により注意を払うようになり、健康を維持する方法やその対処を実現することができたと利用者の証言が記されている。Wildman et al(2019)が調査の対象とした WtW Intervention(社会的処方の活動の実施グループ)においても、利用者の視点から見た効能が確認されている。WtW Intervention で実施されているプログラムは、2年間を目安に利用者の行動を、時間をかけながら改善していくことを目標としている。そこで、利用者の変化とそれに伴う成長の過程として挙げられていた要素は、目標を小さなものから大きなものへと時間をかけて達成するように利用者を導き、最終的には職場復帰へと導くことを目標としていることであった。これらのことから、社会的処方とは、利用者の成功体験を土台として、利用者が自ら自己効力感を強化し、自分を改善していく効能があると解釈することができる。一方自己管理に関連する社会的処方の効能としては、社会的処方の活動に参加することにより、利用者は自らの変化に対してその行いに責任を取るという自覚、またその変化には長い時間を要するという厳しさに対する自覚が必要となる。また、利用者がリンクワーカーから紹介されたトレーニングジムや散歩クラブ、健康的な食生活を促進するようなクラブに参加することで、利用者は意欲を感じるようになる。そこで得た成功体験、体重の減少(ダイエットの成功)他、健康全般の改善は、利用者を、内発的動機付け(Intrinsic motivation)へと繋げ、更に周囲の称賛により、ますます自分を変える、変革への意欲が増加する可能性を示している。また社会からの孤立を感じている利用者が、社会的処方に参加することで自分と同じ境遇にいる人と友人として繋がりを築くことが、社会的繋がりを促進していく要因ともなる。この要因は利用者の意欲を高め社会的孤立からの解消に結びつくことも、利用者の証言から明らかにされている。「利用者 P7」⁴¹²が証言していたことであるが、同じ活動に参加している人からの声かけが、その活動に参加する原動力となっていたことも記されている。

2-7. 患者側が感じる社会的処方全般におけるデメリット

利用者が感じる社会的処方全般に跨るデメリット、負の要素として示されていたことは、①活動に対しての思い、②社会的処方そのものについての認知度が低いこと、③健康的な理由で社会的処方の活動に参加できず、それによって生じるリバウンド、④言語や文化の違いによる社会的処方の処方や活動のミスマッチ、⑤社会的処方の活動の場所の不便さ、⑥年齢が原因で社会的処方の活動への参加を躊躇する、等が挙げられていた。「①社会的処方に対する負の要素」に言及しているレポート「Patient Experience of Social Prescribing: A Scoping Review」によると、一部の利用者は、社会的処方の活動において、リンクワーカーが紹介したというだけの理由で、無理にその活動に参加している様子が見られたと、二件の

調査を基に記されていた。その中の事例の一つとして、利用者が社会的処方への活動に参加したが、利用者の持病である運動ニューロン疾患が、その活動への参加の意欲(前向きな思い、積極さ)を阻害する要因となったことが確認される。他の事例としては、筋痛性脳脊髄炎を患っていた利用者がその病気から来る疲労を取り除くためにその社会的処方への活動に参加するが、思い通り(期待したような)に疲労は回復せず、逆に精神的な落ち込みを感じるようになる。またその落ち込みに対応した、適切なメンタルヘルスのケアが施されなかったことにより、更に落ち込みが酷くなったことも確認されている。

これ以外にも社会的処方のデメリットとして、社会的処方の開催場所が利用者の住む場所を配慮して決められていないことも、その一つとして挙げられている。また、自尊心の低い利用者が、社会的処方への活動に参加するが、最後までその活動に馴染めず途中でその参加を諦めざるを得なくなってしまうことも確認されている。

Carnes et al (2017) の質的調査でも社会的処方の問題点が記されていた。それは、①社会的処方が社会に知られていない、②リンクワーカーの名前は知っているが社会的処方の内容や仕組みについて無知である、社会的処方の熟知度にばらつきがある、こと等が指摘されていた。また逆に社会的処方のサービスが甚に溢れすぎて混乱する事例も、利用者の証言から知ることができる。健康的な理由により社会的処方に参加できなくなり、今まではその社会的処方に参加することで心身の健康を回復する資源を得ることができていたが、その機会が減少し、健康に対する自己管理ができなくなり、心身の健康を維持することが困難となって、別の例でも述べていた様に、リバウンドを引き起こすような症例も見られた。

Wildman et al (2019) の質的調査によると、健康的な理由で社会的処方に参加できなくなった利用者は複数人いるようで、特に心身に病を負っている利用者によく見られるとしている。このように心身の不具合がもとで、利用者とリンクワーカーの間で音信不通となり、社会的処方への活動に参加できなくなって、それまでに培ってきた健康の改善が水泡と帰した高齢者が事例として示されていた。これ以外にも健康の理由により、社会的処方への活動への参加が阻害された要因としては、心身の病から生じる精神的な負担、鬱病や不安障害がもたらす無気力感が挙げられていた。この精神的負担については、利用者の一人である 40 代の男性 P27⁴¹³ の証言が示されていた。彼は、胸のあたりに長期的な痛みを覚え、社会的処方に参加することに戸惑いを覚えたと記されていた。その男性の悩みは、その痛みが何時襲って来るかわからず家を出ることには、不安と神経質的感情が襲って来るということであった。鬱病や不安障害について、更に別の「65 歳男性 P10」⁴¹⁴ の事例が示されていた。彼は精神疾患から来る無気力感が、彼自身を社会的処方への参加に、また他者と会うことに対して難しくさせるハードルが生じていたと記している。Wildman et al (2019) は、鬱病や不安障害を抱えている人にとっては意欲を高めること、新しい活動に参加することは、彼らにとっては至難の業であると示唆している。

これ以外の社会的処方への支援や活動への参加を困難にする要因としては、患者の好悪の感情が左右するとしている。例えば、社会的処方が行われている場所が自宅から遠いこと、またその場所が犯罪多発地域であること、スケジュールを開催に合わせて柔軟に組めない事等が参加への障壁として挙げられていた。また社会的処方は、高齢者を対象にした活動が多く、利用者は活動に参加することに抵抗を感じることや、イギリスでは社会的処方に参加する外国人利用も多く見られ、その外国人労働者の特有の問題等も挙げられていた。例えば、言葉(言語)の問題、女性のための活動が少ない、外国人の文化に沿った活動や支援が無いこと、活動が文化にそぐわない、等が挙げられ更にその事例として、「利用者 P15」の証言が記されていた。彼女はその社会的処方で第二型糖尿病患者を対象とした食生活の改善のための献立を紹介されたが、その献立の多くは西洋人を対象としたもので、その献立に従って食事の改善をすることは効果的ではあるが、長期的にその献立に従って食事することにジレンマを感じたと記している。そこで紹介された献立は、野菜から肉類迄すべてが茹でる料理法で、その料理法では味が極端に薄くなり、彼女とその家族にとってはその味が無味無臭と感じられ、この献立を長く続けていくことはできないとその食事に抵抗を感じていた。その結果、その献立を持って健康の改善を図ることは不可能であったと嘆きの文章が綴られていた。そこに「利用者 P15」⁴¹⁵の不安を見ることができる。

この他にも、利用者とリンクワーカーとの信頼関係にその障壁が記されていた。その障壁の一つとして、利用者に任命されたリンクワーカーが急遽離職し新しいリンクワーカーに変わった時に、そのリンクワーカーと利用者の関係が疎遠になるようなことが再三発生している。それは、利用者にとって、社会的処方の継続に大きなハードルとして映し出されていた。この例として、「利用者 P4-女性」⁴¹⁶の事例が挙げられている。「利用者 P4」とリンクワーカーは頻繁に交流し、電話やそれ以外にも連絡を取り合っていた。しかし、そのリンクワーカーの都合で、2回もリンクワーカーの変更がなされた。しかし、三番目のリンクワーカーは「利用者 P4」と連絡を取ることはほぼないに等しく、リンクワーカーが彼女に自己を紹介することもなかった。そのような状態が続き、彼女は放置されたという思いが強くなっていったと記されていた。Wildman et al (2019)は、利用者の多くは、自分に自信を持ってない傾向にあり、リンクワーカーに変更が生じる毎に、変更されたリンクワーカーと連絡を取ることに戸惑いを覚える者が多くいることも、Wildman et al (2019)の質的調査で確認されている。

2-8. まとめ

2 節では社会的処方の効能と可能性について、①社会的処方を推進する組織や団体、②社会的処方を受ける患者や利用者、③社会的処方を施す側の重要な存在であるリンクワーカー

の三つの視点から検証してきた。この視点の違いによって社会的処方の効能と可能性には差が見られるが、次に示す共通点も見られた。

- 1) 自己効力感、自尊心、社会の繋がり強化
- 2) 人生の目的の模索、成長、自主性、自立性、自信、自己管理力の強化

これらの効能と可能性は、リンクワーカーや社会的処方を施す側に連なる、紹介先の人々の工夫によるものが大であることが確認できた。その工夫は、利用者自らが問題を解決できるように、リンクワーカーや紹介先の人々がその問題解決のヒントを示し、また利用者と意思疎通を図りながら、利用者の強みが活かされるようにして問題の解決を探り出していき、MIインタビューが導入されたりもした。利用者の癒しに焦点を当てた利用者とリンクワーカーとの良好な関係の構築、それは利用者の話をよく聞くことで、利用者に安心感を与え、長所に気づかせ、物事をポジティブに捉えるように導くことの工夫でもあった。このようにして、利用者自らが問題を解決するために、必要な目標を立案できるように導いていく等施されている工夫は多種多様であった。

社会的処方の効能と可能性について、概括的に纏めると、共通のテーマを見い出すことができる。それは、「2章2節メンタルヘルスの定義の確立」の中で、①持続的幸福度、②回復(resilience)、③生活の質、マインドフルネス等について検証したが、②回復(resilience)が、その共通のテーマであり、回復、或いは Resilience、この言葉が社会的処方の中の色濃く反映されているのである。勿論、①持続的幸福度、③生活の質、マインドフルネスにも関連する部分はあるが、利用者やリンクワーカー、団体や組織等で用いられている言葉(単語)の多くは、②回復(resilience)であった。これらのことから、社会的処方が根底に置くものは、②回復(resilience)の概念であると理解することが可能である。これ以降は、社会的処方の中での回復(resilience)の概念を基に分析し、社会的処方の効能から見ていくところの社会的処方の本質について記していくものとする。Jacobson と Greenley (2001)によると、回復(recovery)は個人が体験するものであり、同時に施設や医療サービスが促すものであるが、その具体性については利用者や施す側にも理解されていない傾向があると言われている。このことを前提にして、鬱病や精神疾患、メンタルヘルスにおける回復について Jacobson と Greenley (2001)は、二つの枠組みを設定し、説明を試みている。それは①内部における状況(internal condition)と、②外部における状況(external condition)である。「①内部における状況(internal condition)」は、精神疾患を患っている患者が回復していることを実感し、実際回復に向かっている状態や過程を表している。その状態や過程には四つの要素がある。それは、①希望(Hope)、②癒し(Healing)、③権限の付与や元気付け(Empowerment)、④繋がり(Connection)である。また「②外部における状況(external condition)」には、三つの要素があり、①人権、②良好な治療文化(positive culture of healing)、③回復である。この三つの要素はそれぞれが相互関係の下にあり、メ

ンタルヘルスの回復に大きく関係する土壌を築き上げていると言われている。即ち、人権の重要性が医療機関や施設等の組織において強調されることで、優良な治療文化を築き上げることに成功し、その文化の下で回復に重きを置いた施設が築き上げられていくという関係性を有すものである。

初めに、「①内部における状況(internal condition)」に含まれる要素について見ていく。「①希望(Hope)」は、回復は可能であるという個人の信念を表しているだけではない。既に精神的な問題が生じている状況の中で現実と自分の強みを認識し、過去を振り返るのではなく、将来に目を向ける。短い時間の中で壮大な変化や改善を求めるのではなく、小さな達成を喜び、その達成を自ら祝福し、計画や優先順位等の変更に対しても、楽観的にポジティブ思考で取り組めることがここで言う「希望(Hope)」である。この「希望(Hope)」から得られる恵には個人差があると言われているが、例として自然や神(宗教性)との関り、芸術作品、活動の参加が挙げられている。このような「希望(Hope)」に示された一つ一つの活動を広げていくことで、患者の回復を早めることが可能であると Jacobson と Greenley(2001)は示唆している。

「②癒し(Healing)」には二つの要素があり、それは①自己を精神疾患から切り離して定義づける自省であり、②自己管理能力である。Jacobson と Greenley(2001)は、S. E. Estroff(1989)の書籍より、自己を精神疾患から解放し自分を捉えることについて、精神疾患を患っている人は、その病が原因で自分らしさを失う傾向にあり、自分と向き合い自省することに困難を覚える傾向にあると論じている⁴¹⁷。癒しを根底に置いた回復は、自分らしさを取り戻し、患者が患っている病気は患者の一部であり、患者の全てではないことを患者に認識させることであると示している。Jacobson と Greenly(2001)は、患者の自省(見つめ直し)が自尊心と自己に対する尊敬を得ることに繋がり、それが積み重なる毎に長い間患者の内部に燻っていた精神疾患を患っていることに対する烙印から解放され、自信と自尊心を回復し、自分との繋がりと言省(見つめ直し)を可能にすると記されている。

一方、「②自己管理能力」には二つの意味が有り、一つは、ストレスや精神疾患から生じる症状を管理する、他の一つは統制の所在、管理上の主導権を明らかにするということである。回復の過程においては、患者自身が管理の主導権を握ることが求められており、主導権を握ることが患者の人生において必要な要素であると言われている。この自己管理能力は既述した、「③権限の付与や元気付け(Empowerment)」に必要な要因としても認識されている。

「③権限の付与や元気付け(Empowerment)」は、自己の内面から生じるものではあるが、外部の要因によっても強化されると言われており、三つの要素によって成立するとされる。それは、①自立(Autonomy)、②勇気、③責任である。「①自立」は、自ら独立した人として行動することを示しており、知識と自信それに意義のある選択肢の入手である。「②勇気」は、積極的にリスクに立ち向かい、快適な空間(comfort zone)から脱却することに値する。「③

責任」は、利用者が果たすべき任務、課題に匹敵する。それらは利用者が自ら目標を立て、実行し、セルフケアに専念することとして記されている。

回復の概念の「①内部における状況(internal condition)」の四つの要素の一つである「④繋がり(Connection)」は社会に再度加入し、回復を求めることである。この過程において得られるものとして、希望、癒し、権限付与、力付けであり、これらは内部状況を可能にするとされるものである。自分の使命や役割を形作ることも、「④繋がり(Connection)」に関係するものである。その役割は諸々の活動であり、人間関係、職業である。例として、繋がりによって、同じように精神疾患を患っている人を助ける使命を覚え、それを契機としてメンタルヘルスの支援や推進に関与する人、また講演を始める人も「④繋がり」に関係すると言われている。このように繋がることによって、過去との出会い、過去の出来事に再会し、既に精神疾患を克服した成功体験は、今病氣と苦闘している人々に希望と勇気を与える存在になることができると、可能性を指摘している。

回復の概念における「②外部における状況(External condition)」についての三つの事項、①人権、②良質な治療文化、③回復を根底に置いたサービスを見ていくことにする。

「①人権」を精神疾患の観点から見ていく場合に提議されている事項としては、精神疾患を患っている患者に対する屈辱的烙印の除去、差別意識の撤廃、人権の保護、教育、就職の手助け、住宅を健常者と同じように確保できる機会の確保、生活する上での必要な資源の確保(Ex. 衣食住のサポート)、医療の獲得等である。「②良質な治療文化」について、ここで示されている「文化」とは、治療を施す上で必要な環境である。その環境とは、利用者と治療を施す側との交流に関する環境である。その環境には、利用者の話を聞く、受け入れる、その話に熱意を示し、尊重して聞く。利用者の安全を配慮し、信頼関係を構築する等の多様性と文化に配慮できる能力が必要とされる。その「治療文化」には、利用者と治療を施す側共に元気であり、力に満ち溢れている(Empowered)、真摯に取り組む等の心構えが必要であると示されている。治療を施す側は、利用者は常に成長し、変化できることを信じ、利用者が抱く疾患に対して、利用者の認識を変えていける等を信じることから始まると言われている。利用者の状態がどうであれ、利用者に希望を抱かせ、癒し、力付け、権限付与を得ることができると信じさせることも、施す側が治療文化の空間の中で築いていかなければならないことである。このような理念は、患者の病変に焦点を当てるのではなく、利用者の強みと目標に焦点を当てて交流する時に達成できるものである。良質な治療文化の形成は、利用者と施す側の良好な協働関係によって築かれることが明らかになっている。そして、そのような治療文化の中でこそ、両者が協働して計画を立案し、話し合い、患者の回復を目的とした支援や活動へと繋がっていくのである。しかし、このような協働関係にあっても、Jacobson と Greenley (2001)は、施す側は利用者が計画に活動的に参加できるように、自主的に選択できるに相応しい選択肢を準備し、その機会を利用者に与える必要があると説いている。これは

重要な点ではあるが、利用者と施す側は、お互いに人間であること、人間として互いに接するように努めることが強調されている。施す側は利用者を、利用者のカルテや診断基準、人種、社会、経済等の利用者の背景にある物差しで測るようなことは断じて許されないとしている。尊敬をもって交わり、利用者に相応しい治療や処方をするように努めることの重要性が示されている。「③回復を根底に置いたサービス」の提供として、Jacobson と Greenley(2001)は、利用者を対象としたサービス、精神疾患についての理解、意識を促進する推進活動、利用者同士が助け合うプログラム、ホットライン、元利用者が、既に癒された精神疾患の自分の体験を生かす機会、それに対する必要な助言等が挙げられている。協働関係に基づくサービスは、利用者と施す側、利用者の家族、友人、自治体が一致団結して提供する必要があり、その活動としては回復時における教育とその訓練、そして実践、回復に向けての治療、その目標の立て方についての指導、利用者の人権に関わる教育(勉強会)等が例として挙げられていた。

これまでに見てきた Jacobson と Greenley(2001)が提唱した「回復」は、社会的処方の効能と可能性を示すだけでなく、社会的処方の全体像をも示している。既に社会的処方の効能と可能性について、三つの視点から検証してきたが、そこで明確になった社会的処方の効能と可能性は、「回復」の概念と同じであると言える。Jacobson と Greenley(2001)の回復の概念は、大別すると二つの要素が含まれていることが分かる。一つは「内部における状況」で、他の一つは「外部における状況」である。この二つの状況の中で回復の概念が構築されている。「内部における状況」、これは社会的処方を受ける利用者で、「外部における状況」これは社会的処方を施す側、リンクワーカーや紹介先である。この二つが常に相互の関係を保持しながら機能し、社会的処方の効能を充分に発揮できるような形態になっていることが必要である。

これまでに見てきた社会的処方の効能と可能性を、Jacobson と Greenley(2001)が提唱する「回復」の概念を通して検証する。Jacobson と Greenley(2001)の「回復」の概念の「内部の状況」に該当する「希望」に関係ある社会的処方の効能と可能性は、リンクワーカーが利用者に自身の強みに気づかせ、利用者がその自分の強みを生かし、ポジティブに物事を捉え、将来の目標について考え、計画を立案する過程において、利用者の今の自分についての思いや、ポジティブさが、将来の希望について、リンクワーカーが質問することである。リンクワーカーが、現時点において、利用者が抱える問題を容認し、その問題を解決する前段階において利用者に必要なポジティブさ、Walker(2023)の事例に示されていた、鬱病、不安等、精神疾患を患ったことにより忘れてしまった成功体験やスキル、利用者の強みを対話を通して思い出させる。そのようにして、利用者に問題は解決できるという希望と確信を持たせるように努力することが、Jacobson と Greenley(2001)が唱える「回復の概念の内部状況の希望」に該当するのである。利用者が抱える問題解決のプロセスは、リンクワーカーと利用者

が話し合いで決めるが、リンクワーカーは利用者が負担できる範囲で達成可能な目標を設定するように助言し、小さな目標を達成したその成功体験を積み重ねながら、利用者の成長を促すことも、Jacobson と Greenley (2001) の「回復の概念に含まれる希望」に記されていた。これは利用者に大きな変化を短期間の内に期待するのではなく、小さな一歩、小さな前進を祝福することに該当している。

Jacobson と Greenley (2001) の「回復の概念の②癒し」に求められる、自分を病から切り離して自分を捉え直すことについては、社会的処方追求する利用者と病を結び付けて捉えるのではなく、先入観を持って接するのでもなく、人間として捉え、接することに通じる。これは、「回復の概念の外的状況の①人権」にも該当するものである。これに該当する状況としては、リンクワーカーが利用者の話をよく聞き、利用者に話しかける、このような相互の対話ができるような、利用者の置かれている状況、利用者が要求することや目標等を一人の人間、人格ある人間として聞いてもらえるような環境が整備されていることである。そのような環境の中でこそ利用者を病から切り離していくことができるのである。Wildman (2019) が紹介する利用者の証言で示すように、リンクワーカーは利用者の一人ひとりを健常者と同じように接し、両者の言動を受け入れて、利用者が抱える問題を批判せずに聞き、利用者に自分に問題があるようには思わせないように接していくことも、癒しの要素である。

「癒しの要素、②自己管理能力」は、社会的処方が示す効能に該当する。生活における処理能力、食事の改善、メンタルヘルスの質の向上、社会における孤立感の軽減、コミュニティの活動への参加の増加、長引く病気へのセルフケアの対処法等が例として挙げられるが、これらも癒しの要素に該当する。リンクワーカーが紹介した健康に特化した専門員が派遣されることにより、利用者が健康に注意する機会を得ることができるようになったという、これも自己管理に該当する癒しの要素である。

「回復の要素、③権限の付与や元気づけ (Empowerment)」には、①自立心、②勇気、③責任が挙げられる。社会的処方は、利用者に成長を押し付けることはしない。利用者に自らの成長を促し、変化すること、利用者が主体性を持って行動を起こすように導くが、①主体性はそのような環境の中で見られる。それを可能にするものとして、リンクワーカーの元気づけや励ましである。その励ましを通して利用者に、問題に対しての向き合い方を考えさせるのである。また、その励ましにより、利用者が自信(これは自立心で強調されている)を覚え、その自信が、利用者の成長を可能にすることも明らかにされている。そのように利用者を導く過程において、利用者の成長に必要な計画を自ら立案しリンクワーカーとの交流を通して、リンクワーカーは利用者に必要な団体を紹介し、処方に必要な活動を自らが選択できるように幅を広げていくところに、自立心を重視した元気、力付け、権限付与 (empowerment) としての要素がそこに見られるのである。勇気に該当する、「元気づけ、権限付与 (Empowerment)」は、利用者が成長できるように自主的に、活発に行動し、新しいことに挑戦

できるような環境が整っていることが必要である。患者という殻から脱皮し、変化のない、居心地の良い場所((comfort zone)患者自身が思う)から逸出することを患者に促すところに元気づけ、権限付与に関係する勇気が垣間見られる。権限の付与や元気付けの三番目の要素である「責任」は社会的処方によって成長を実現させるために、利用者が必要であると感じるところに見られるものである。社会的処方で成長を実現し、長期的にその成長を維持していく時に必要と感じるものとして利用者が挙げていたものは、意欲と責任である。その意欲の効用と責任の強さは、リンクワーカーの激励とサポートによって利用者が成長し、変化を目的とした社会的処方の活動に長期的に参加することで可能になることも確認済みである。

回復の概念の四番目の要素「繋がり」には、以前は参加する側であった利用者が、社会的処方の活動を開催する側、ボランティアとして支援する、以前自分と同じ境遇にいる人たちを助ける思いに変えられていく、そのような可能性を秘めている。Dayson et al(2020)の質的調査を通して、以前利用者であった社会的処方の活動の参加者が、活動の主催者に、或いはボランティアとして活動を支えたという事例も記されている。また、同じ境遇の人たちとの繋がりを社会的処方の活動を通して広めていき、その活動の中で良好な人間関係を築いていることも、利用者の証言として Dayson et al(2020)は数多く取り上げていた。これも当然回復の概念の「繋がり」に該当するものである。社会的処方の活動を通して出会う人との間で、互いの経験を共有し、その共有から学べる空間や機会が整えられていることも、繋がりに関連するものである。これは社会的処方全般について言えることではあるが、利用者が社会的処方を通して社会への貢献や、社会への繋がりによって得られる社会的統合も、Jacobson と Greenley(2001)が「繋がり」で記す「社会的加入」に関連するものである。

回復の概念の外部的状況の三つの要素、①人権、②良好な治療文化、③癒し、を基にしたサービスと社会的処方の効能と可能性についてその関連性を確かめる。「①人権」と社会的処方の効能と可能性に関連するものとして、利用者(患者)を全面的にケアするために多様化されたホリスティック・アプローチが用いられていることである。病気や健康に関することだけでなく、健康の質を左右する経済的事情(借金も含む)や住宅事情等の問題に対しても、リンクワーカーの支援を受けられる仕組みになっているところに、「人権」の要素を見ることができる。また、リンクワーカーが、利用者の話を聞く時に、偏った視点に立って聞くのではなく、利用者とリンクワーカーが対等の立場に立てるところにも「人権」の要素が見られるのである。「②良好な治療文化」に繋がることは、利用者とリンクワーカーの間に設立される信頼関係であり、その信頼関係の下で交わされる対話の中の目標設定と、その実現のために必要な資源や紹介先であり、これらは社会的処方の仕組みの中に見ることができるのである。また、リンクワーカーは、利用者との対話の中で工夫していることがあるが、それは利用者が必ず成長できると信じていることが前提となっている。その工夫は必ず成長できる、問題を解決できると、利用者が実感できるように、利用者に自身の優れた点に気づかせ

ながら励まし、問題に果敢に立ち向かっていけるように導いていく過程の中にも見られる。例えば、利用者の質問に即答えるのではなく、利用者がその問題に対して自ら考えるように質問を繰り返す、或いは利用者の意欲を高めるようなインタビュー(MI インタビュー)をする等である。リンクワーカーと利用者の間で立てられる計画は常に両者が相談の上に立案されるものであり、利用者の求めに応じて、リンクワーカーが社会的処方の活動を紹介していくのである。社会的処方では、利用者が目標を達成し成長を図っていく過程において、常に積極的に自分の要求に従って、紹介された処方をアクティブに取り組み、成長することが求められる。また、リンクワーカーも、利用者が紹介された社会的処方の活動に障害なく参加できるように事前にその活動に参加し、そこで得た経験を利用者に情報として提供し、また、利用者がその活動に参加する前に利用者と共にその活動を下見することも、工夫の一つである。このような工夫と、利用者に求められる主体性と自立は、「③良好な治療文化」に値するものである。

「③回復」を土台としたサービスに該当することとして、利用者が参加していた社会的処方の活動を無事終了し、その活動に施す側として参加する。短期間ではあるが施す側としての役割を担う、或いは自分と同じ境遇や病を負った患者のために働くことで、独自に社会的処方の活動を開催することも、社会的処方の効能と可能性において見られるものである。このような分析から、社会的処方の効能と可能性は「③回復」に焦点を置いていることが確認できたが、社会的処方の効能を回復の概念に該当する各事項に当てはめて見ると、そこに共通したものを見い出すことができる。それは、利用者の強み(長所)、利用者への励まし、元気づけ、権限の付与(empowerment)等の要素を基に、利用者の回復を図ることであると認識できる。このことの裏付けとなる説が、Pulla と Francis(2014)が挙げている「強みのアプローチ(Strength Approach)」である。「強みのアプローチ」とは、利用者から家族、団体、他人から来るところの強み、経験、能力、知識を引き出し、利用者を励まし、回復の促進を図ることである。「強みのアプローチ」で強調されることとして、Pulla と Francis(2014)は次の七つの項目を挙げている。

- 1) 人は夫々に強みを持ち学ぶことを常とし、成長し、変化する能力を持ち合わせている
- 2) 処方、活動の焦点は利用者が抱く強みと希望、夢である
- 3) 地域、社会は、資源の宝庫と見なすことができる
- 4) サービスの提供は、支援を施す側と利用者との協働関係の下に行われる
- 5) 処方の提供は利用者の決心による
- 6) 元気づけ、権限付与は義務と見なす
- 7) 問題は利用者の力不足によるものではない。問題は利用者、組織、仕組みにおける関係性の中で生じていると認識すべき

この七つの事項は、これまでに見てきた社会的処方 of 効能と可能性の中で、リンクワーカーが利用者に自らの強みを気づかせ、その気づきを基に問題の解決のために両者が対等に話し合い、問題の解決に相応しい目標を設定することに値するのである。また目標を達成する上で利用者の要求に沿う選択肢を与え、利用者の決定によって活動に参加するように励まし元気づける。そのようにして利用者を、社会的処方の活動に繋ぎながら、利用者の心身の健康を改善していくという、社会的処方独特の効能と可能性がそこに示されている。以上のことより、社会的処方の本質を挙げるとすると、次の様に示すことができる。

「社会的処方は、心身の健康を社会的処方の活動の下に高め、回復を図っていく効能を有するだけではなく、利用者のポテンシャルを高め、強みを増していきながら、主体性、自立性、自信をも育み、リンクワーカーとの良好な関係の下に患者を社会的処方の活動に繋ぎ、その繋がりによって問題を解決し、心身の健康を改善する処方である」。

社会処方 is、一方的に施す側から利用者に処方を紹介し、利用者はそれに聞き従い回復を図る、従来型の医者と患者の間に施される処方ではない、このことが、これまでの検証によって明確にされたと言える。

3 節 福岡県在住の外国人労働者に施されている社会的処方の構図と可能性

これまでは、イギリスを発祥とする社会的処方の内容と仕組みから、その効能と可能性について解明してきた。では、イギリス発祥の社会的処方を日本に導入した場合、どのような社会的処方を施していけるのか疑問として残る。この疑問は、本 3 節の重要なテーマでもある。何故なら、社会的処方 is イギリスで誕生し普及に長い時間をかけてきたイギリスとは異なり、日本では未だ産声を上げたばかりの初期の状態にある。日本の社会的処方がイギリスの概念を継承しながら、既存の医療制度に取り込まれ適用されて、日本独自の社会的処方を築き上げて行くその方法について考察することを 3 節では目的としている。また、3 節では社会的処方の概念を基に形成される、日本における社会的処方の在り方だけではなく、本論文の主要テーマである日本、特に福岡県に在住する外国人労働者と社会的処方について考察を進めていくものでもある。そのために、これまでに検証し、示してきた、「1 章 4 節. 外国人労働者における支援事業」、「2 章 4 節外国人労働者が鬱病にかかる、そのフロー」、「3 章 1 節. 社会的処方の仕組み」を繋ぎ合わせて見ていくことにする。初めに、日本における社会的処方の有り方と仕組みについて検証し、その後、福岡県に就労する外国人労働者を対象に社会的処方を施していく上での留意すべき点や社会的処方の有り方、仕組みに関連することについて考察をすることが本節の目指すところでもある。3 節では、以下の三点に着眼し、日本における社会的処方について考察することにする。

- 1) イギリス発祥の社会的処方の概念や仕組みの導入によって、形成される日本独自の社会的処方

2) これまでに実施されてきた、日本全国における社会的処方活動、支援事業、ネットワーク

3) 福岡県で就労する外国人労働者のための、社会的処方の在り方と可能性についての検討

3-1. 社会的処方が日本で注目されつつある背景

イギリスを発祥とする社会的処方の概念や仕組みを、日本の既設の医療制度や福祉制度に導入した際に予想される社会的処方の在り方について詳述する。しかし、その前に、イギリスの社会的処方が、何故、ここ数年日本で注目されるようになったのか。この問いを疑問の原点として、日本が社会的処方に注目する背景を言及していくことにする。日本において、社会的処方が注目されるようになった要因について、2021 年一般財団法人、オレンジクロスが発行した「社会的処方白書」には、次の三つの要因が記されている。

1) 医療現場に現れた社会的、経済的問題

2) 地域共生社会の提案と社会環境の変化

3) 医療サービスだけでは解決できない健康問題の出現

「1. 医療現場に現れた社会的、経済的問題」に該当することとして、生活や経済に関する負担やストレス、悩み等が挙げられている。これは「2 章. 鬱病の仕組み」で明らかになった鬱病とストレスの関連性と重なる内容でもあり、非常に重要なことである。「社会処方の白書」には、その要因を裏付けるものとして、2016 年(平成 28 年)に行われた 12 歳以上を対象とした国民生活基礎調査を基に詳述していた。そこでは、全体の 48%がストレスや悩みを抱えており、そのストレスや悩みの源泉となっているものは年齢別に次の様に記されていた⁴¹⁸。12 歳から 19 歳までは 23%が「学業と進学」と答え、20 歳から 64 歳までの 25%は「仕事に関係すること」、17%が「家計や収入」、65 歳以上では 18%が「病気や介護に関すること」、また 8%は「収入、家計関連」と回答している⁴¹⁹。この調査結果を基に、仕事や経済に関わる悩みは健康の質を左右し、それを契機として健康に格差を生み出すと記している。また、自立相談支援機関(生活困窮者自立支援制度)に相談する新規相談者が抱える課題についても、既述した、ストレスや悩みの源泉と類似していることが確認できる。それは金銭、仕事、家庭、学校、病気、障害等に関連するものである。

「2. 地域共生社会の提案と社会環境の変化」⁴²⁰に該当する事項としては、近年に見られる変化と、その変化に応じた対策の必要性に焦点を当てた内容である。近年見られる変化としては、社会保障、支援の施し方と認識の変化、社会形態、労働環境、雇用形態の変化が取り上げられている。社会保障に関しては、近年顕著になりつつある変化は、従来日本の社会保障は、生活において、支援を必要とする要因やリスクを想定し、その支援を必要とする対象者ごとに給付していた。社会福祉の分野では属性や課題別に作り出した制度の下に、専門支援を施す形態であったが、近年ではそのような支援には限界があることが明らかになってい

る。この限界の要因としては、生き辛さやリスクに対する人々の思いや感情が多様化し、複雑化しており、個々のリスクに対する保証だけでは解決できない状態が増加していることである。また、この限界を生み出したもう一つの要因として、人々が抱えるリスクの全てに、社会的孤立が大きく関係していることも確認されている。この現状から、このような限界を一掃する手段として、社会的孤立の解消、社交性を高める、社会への積極的参加等を目的とした、社会的包摂の重要性が強く要求されるようになっている。

一方、社会形態や雇用形態を取り巻く環境にも変化が生じており、それは、従来の相互扶助、相互支援に基盤を置いていた血縁、地縁、社縁に弱まりが生じつつあることにも起因している。これらの基盤の弱体化は、社会形態、雇用形態の変貌にも起因している。それは若年層や高齢者における相対的貧困率の上昇、つまり世帯の等価可処分所得(世帯の可処分所得(収入から税金、社会保険料等を除いた、手取り収入)を世帯人の平方根で割って調整した所得)が、全世帯の中央値を下回る世帯数の上昇(これは貧困率を表す数値であるが、この数値が上昇)が顕著であり、特に一人親世帯や母子家庭に顕著に表れている。若年層では、男女共に非正規雇用の増加により生み出される経済的格差、特に非正規雇用労働者が世帯主の家庭に経済的格差の影響が大きく出ていることも、社会形態、雇用形態に変化をもたらしている要因である。

高齢者の孤独の問題に起因する社会問題も、社会形態の変化を生み出すものである。高齢者の孤独は一人暮らしの高齢者に見られるが、一人暮らしの高齢者も年々増加の傾向にあることも予測される。このような従来の血縁、地縁、社縁による支え合いが弱まる中、対人支援の領域においては地域包括システムが構築され、更に生活困窮者自立支援制度に代表される、支援を包括的に施行するための政策「ニッポン一億総活躍プラン」が、平成28年6月2日に閣議で可決されている。「ニッポン一億総活躍プラン」は、新たな三本の矢(「希望を生み出す強い経済」、「夢をつむぐ子育て支援」、「安心につながる社会保障」)の実現を目的とする一億総活躍社会に向けたものであり、「成長と分配の好循環」を創りながら、誰もが生きがいを持ってその能力を存分に発揮できる社会の実現を目指すこととしている。換言すれば、子供、高齢者、障害者が生きがいを持ち、地域において共生社会を築き地域の住民が役割を持ちながら互いに支え合う。そして、自分らしく活躍できる地域社会や福祉を作り上げ、つまり地域における公的サービスと協働しながら、助け合いを根底に置いた仕組みを構築していくことであると言えることができる。これ以外にも、2018年に改正福祉法が施行されている。それは、地域福祉の推進に重点を置き、市町村が包括的支援体制の構築を目標に、①具体的な課題と解決を目指すアプローチ、②繋がりを継続するアプローチ(これらは社会的処方の特徴に類似)を支援の一環として、世代や属性を問わず、①相談支援、②参加支援、③地域作りに向けた支援、を一体化した重層的支援態勢整備事業を構築することであった。

「3. 医療サービスだけでは解決できない健康問題の出現」については、「社会的処方白書」に二つのことが記されている。一つは専門的なケア、処方のみを提供することが最善の方法ではない場合もあるということである。この件については、「社会的処方白書」では、病気の裏には貧困や職業に関わる問題、悩み、孤独等を含む社会的問題を抱えている場合もあり、病気の治療に対する専門的ケア以外にも、健康問題を解決する手段があるのではないかとその可能性を示唆している。更に、医療専門職は、医学的に解決する方法には詳しいが、社会的問題に関しては知識や経験が乏しいことも指摘されていた。社会的処方白書が提案する医療専門職の理想像は、健康問題の背後にある社会的要因を模索しながら、医学的方法以外の手段や対策を探し提供することであると示唆する。二つ目は、医療サービスの充実によって、医療サービスを受ける側である利用者(患者)と施す側である医療職員の間に、情報の格差が生じていることが強調されている。この格差は医療サービスが専門的になりすぎているが故に生じる格差であり、ある意味では弊害でもあると記している。一方、医療以外の地域資源を源泉とする生活改善プログラム及び支援は、医療サービスのみの支援と比較すると情報に格差はなく、また市民がその情報を自主的に選別できる形態であり、それが生活改善プログラムの利点でもあると記されている。既に、地域資源を源泉とする解決法があるにも関わらず、医療従事者が医学的処方にのみ固執した場合、利用者(患者)が抱える問題の解決の選択肢が狭まることも懸念事項として挙げられている。健康問題の背後に潜む社会的問題にも目を向け、注視し、必要に応じて社会的資源を用いて社会的問題を改善し、併せて医学的処方により病気や症状の改善をも図るという、二つのプロセスを車の両輪のごとく用いて根本的に解決していくことが、今後医療従事者が担うべき役割として求められているのである。以上のことを纏めると、日本は今までにない、様々な社会的問題、経済的問題を孕んでいる国である。これらの問題が健康問題の原因となる可能性も大であり、従来型の医療体制では対応できない限界に達しようとしているのが日本の現状である。この解決策として、医療サービスと社会的処方(社会的問題の解決策としての社会的資源のサービス)を共に用いた体制、それは車の両輪のような体制であるが、今日本で注目されつつある体制の一つである。

3-2. イギリス発祥の社会的処方の概念、仕組みの導入によって

形作られる日本独自の社会的処方

近年、社会的処方が日本で注目されているが、イギリスを発祥とする社会的処方を日本の各地の状況に合わせて適用する過程において、必要とするものや仕組みが懸念事項である。日本の医療体制と福祉関連事項の在り方と仕組みは、イギリスにおけるそれらとは若干の違いが見られるのである。イギリスでは一般医や家庭医(General practitioner)が存在し、体に不調を感じた際にまず、登録している一般医、もしくは家庭医(General practitioner)を

受診し、その一般医、家庭医(General practitioner)の助言と診断を基に総合病院が紹介され、利用者はその総合病院で治療を受けることになっている。日本には存在しない医療体制の下に展開され社会に浸透して行ったイギリスの社会的処方を、日本に導入していくためには、日本の医療体制や福祉事情を十分に考慮しそれらに融合した社会的処方にしていくことが求められる。つまり、日本独自の社会的処方を築き上げることである。社会的処方の三つの矢である、①社会的処方を受ける側、②リンクワーカー、③紹介先も、日本の各地にある既存の施設や団体等を含め、社会的処方を施していくことに特化した施設や団体として日本流に作り替えられていくことも必要である。初めに、日本で社会的処方が施される場合、その過程を一連のフローとして見ていくがそのフローの理解を容易にするために、次の四つの段階に分割し説明する。

- 1) 段階1：医療機関の職員が、利用者(患者)の社会的、経済的課題に気づき、利用者にリンクワーカーや必要な機関を紹介する。
- 2) 段階2：医療機関の職員から、紹介されたリンクワーカーは、利用者(患者)を客観的に評価し、利用者(患者)に相応しい、また特化した地域資源や処方を紹介する。
- 3) 段階3：紹介先の多様な組織やグループに利用者(患者)が参加し、そこに居場所や安心を覚え、更に役割を担うことができるようになり、利用者(患者)が抱える問題が解決していく。
- 4) 段階4：万一、ミスマッチが生じた際、再度リンクワーカーとの交流(やり取り)を再開し、或いは、利用者(患者)が直接医療機関の受診を希望することも想定される。医療機関の受診の希望は、利用者(患者)が必要とする助けが社会的経済的問題である場合は、再び社会的処方の一連のフローに従い、非医療の助けを求めることに努めなければならない。

この四段階に及ぶ日本の社会的処方の一連のフローは、「社会的処方白書」に記載されているが、厚生労働省保険局、医療介護連携政策課が2021年(令和3年)10月11日に発行したスライドによる資料、「医療、介護の総合確保に向けた取組みについて」⁴²¹に同様に、日本における社会的処方の一連の流れ(構想、イメージ)として記されていた。その一連のフローは「社会的処方白書」と類似しており、以下の通りである。

- 1) 利用者(患者)はかかりつけ医と相談し、その相談内容はかかりつけ医が利用者(患者)に紹介するリンクワーカーに提供される。或いは利用者(患者)が直接医療保険者と相談し、医療保険者の紹介でかかりつけ医に回されるというフローも紹介されている。
- 2) かかりつけ医が、利用者に紹介したリンクワーカーの下で、リンクワーカーは、医療に関すること、主に症状の経過や生活に関すること(家庭環境等)が評価できる問診票を基に、アセスメント(客観的に評価)する。その際、リンクワーカーとかかりつけ医は、必要に応じて情報の共有が求められる。

3) リンクワーカーは、そのアセスメントの結果を下に、利用者(患者)に相応しい社会的資源を紹介先の NPO、NGO 或いはボランティアの団体や弁護士事務所を介して紹介する。その際、必要に応じて、リンクワーカーと紹介先は情報を共有することが求められている。

これ以外にも社会的処方白書には記されていないが、スライド資料に記載されている事項としては、社会的処方を施していく上でかかりつけ医と医療保険者は協働関係の下に機能することとなっているということであった。かかりつけ医と医療保険者は、社会的処方を施す過程の中で状況報告会を開催し、互いに情報の共有を図りながら協働関係を築き上げていく必要があることも挙げられていた。利用者が、直接医療保険者に相談した場合、その利用者(患者)の情報を保険者協議会で共有し、保険者協議会からもその情報を医療保険者に患者と共有することを求められ、両者(医療保険者と利用者(患者))は協働関係の下に機能する仕組みとなっている。

日本における社会的処方の一連の流れは、イギリスにおける社会的処方とは若干の差異が見られるがそこには類似点もある。その類似点は、社会的処方の三つの矢、①社会的処方者(保険医療専門職)、②リンクワーカー、③紹介先に見られる。日本におけるこの三つの矢は、イギリスの社会的処方の在り方を継承している様な印象を受ける。しかし、日本の三つの矢が担う役割は、イギリスの三つの矢とは職種や担い手に若干の差異があるように見える。これは既述したように、日本とイギリスの医療保険制度や体制の違いに由来するものであると考えることができる。イギリスでは、社会的処方を施す上で利用者(患者)が最初に相談し、利用者(患者)の社会的、経済的問題を認識する役割を担う人は、主に保険や医療専門職に就いている人である。この人たちは単に医師や薬剤師等の医療関係者だけではなく、クリニックの運営に携わる者、事務員や会計士、受付等も含まれる。つまり、社会的処方を施す側の部類に含まれる職種としては、受付の事務職、診察に当たる医師、診察や検査の介助にあたる看護職、会計を担当する事務職員、更に薬剤師等である。このように医療機関のあらゆる職種に就く者が、利用者(患者)が病院を受診する際に、利用者(患者)が抱える病気の背後に隠れている社会的経済的問題に気づき、リンクワーカーへとその情報を繋げていくことが想定される。この気づきを的確に把握するために海外では、電子カルテに健康に関連する社会的決定要因(SDH)を評価するためのツールを使用する試みが行われている。日本においても、地域包括診療科等保険点数を算定する医療機関において、医師がそのツールを使用し、利用者の社会的、経済的課題を医療機関で働く職員と共に、探り出していくことも可能である。

一方、社会的処方の三つの矢の一つであるリンクワーカーについて、日本におけるリンクワーカーの機能を果たす職種や役割を担う人は、地域包括ケアシステムの実践、地域共生社会の実現に向けた法制度の下、〇〇コーディネーターという名称で働いている人を指すと言われる。これ以外にも、地域包括ケアシステムや、地域共生社会の実践に取り組んでいる

人、これに関わる専門職、被専門職も、リンクワーカーに類する機能を有していると思われている。この説明だけでは、日本におけるリンクワーカーとして取り上げられる人の職種についてイメージし難いために、ここに事例を示す。それは、医療ソーシャルワーカー、看護職、地域包括支援センター、介護専門職、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、地域生活支援拠点、相談支援専門員、子育て世代包括支援センター・地域子育て支援拠点・利用者支援専門員、相談支援包括化推進員、市町村保健師等である。これ以外にも近年、日本では新しい試みとして、医療機関内(特にかかりつけ医としての機能を有する医療機関)では、リンクワーカーの役割を導入し、保健医療や福祉関係の職種、公的機関との連携の強化に留まらず、地域内の活動と問題の解決の鍵を握っている人たちとの関係の構築に重きを置いている所もある。社会的処方第三番目の矢の③紹介先を、日本の社会的処方の構造に当てはめると、①専門職により提供される専門的ケア、②それ以外の広域で行われているコミュニティにおける活動とに分類される。更に、①専門的ケアは次の三つに分類することが可能である。①医療や健康に関わるケア、②長期に及ぶケア(介護)、③社会的ケア(福祉)である。「①医療、健康に関わるケア」に関連する紹介先は、医療機関や保健所を挙げることができる。これは既述したように、社会的処方を行う側、社会的処方者の部類に位置付けられるが、医療機関や保健所が住民の活動を推進し支援している場合は、紹介先として見なすことが可能である。「②長期に及ぶケア(介護)」に関連する紹介先としては、介護予防と介護に分けて捉えることができる。介護予防に含まれる紹介先は、地域包括支援センターや、介護予防サービス事業者等である。この二つの紹介先の機関では、専門的なケアが提供されるだけでなく、介護予防や日常生活の総合的支援、また生活支援体制や整備事業の下、住民を対象にサービスや交流の場も提供されている。つまり、これらのケアや支援は専門的ケアとコミュニティ活動の中間に位置するものとして考えられている。2018年以降進められてきた議論の一つとして、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」があるが、これによると、介護予防に係る活動は、医療、健康、ケアと長期ケアに跨る活動として認識されている。一方、介護は、介護サービスの事業を介して提供される専門的なケアであると認識されている。「③社会的ケア(福祉)」には、障害者総合支援法、生活困窮者自立支援法、児童福祉法等の制度に基づいて設置されている事業所を通して実施される専門的ケアが挙げられている。

地域やコミュニティで行われている専門以外の活動機関としては、町内会、公立学校(行政機関)、営利センター(企業)、非営利センター(生協、NPO)等による活動、更に住民を主体とする活動(PTA、生協の班会)、住民が特技を生かした活動等を挙げることができる。西岡と近藤(2020)によると、上記コミュニティで行われている活動は、特定の疫病や、該当する地域における繋ぎ役としてのリンクワーカーの役割を担う可能性があるとししている。西岡と近藤(2020)は、利用者(患者)の社会的課題を解決し得る非医療的なケアを提供する組織の活動

は、難病の患者や家族のための患者会、医療生協が実践する班会、病院が主催する友の会等が、該当する地域において繋ぎ役としてのリンクワーカー的役割を担うことができると見解を述べている。

3-3. 日本において社会的処方を実施する際に予測される課題と対策、改善策

社会的処方を日本で実施する際に挙げられている課題は、三つある。①社会的・経済的課題とその課題に対する問題の発掘、②地域社会に繋げる際の課題、③生活を伴走する際の課題である。

「社会的・経済的課題とその課題に対する問題の発掘」、これについては、健康の質が社会的要因と深く結びついていることを、保健医療専門職に従事する人々に広く啓発する必要があるとしている。そのため、その改善策を保健医療学校の基礎教育課程のカリキュラムの一つとし、また、卒業後研修や生涯学習の学びの一つとして織り込むことが挙げられている。これについては西岡と近藤(2020)は、具体的な改善策を可能性の一つとして次の様に提案している。それは2018年から本格化し専門医制度において実施されるようになった、総合診療専門研修プログラムに関係している。そのプログラムでは、総合診療医が取得すべき技術として、利用者(患者)の社会的背景を注視しながら診察し、対応できるようになることを求めている。そのため、専門医養成課程において、今後総合診療医は卒業前に社会的処方に必要なスキルを習得することが求められるようになった。この要求によって、健康の質が社会的処方に深く結び付いているという、診療医の認識は深まるのではないかと指摘されている。

また医療機関を通して、社会的、経済的課題を発見する方法としては、カナダで開発された貧困のスクリーニング質問が取り上げられている。このスクリーニング質問と日本国内の一部の病院で実施されている、入院時に全ての患者の社会的背景を評価するという、このような事例は医療機関において、患者の健康の質を左右する社会的、経済的課題を的確に把握することができると期待されている。このような仕組みの導入が、今後医療機関の場で求められていくことが予測される。このように医療機関を訪れる患者が抱えるあらゆる問題に対応して支援していくことになるが、それは、支援する側にとっては、大きな負担となっていくことが予測される。その解決策としては、支援する患者側の抱える社会的、経済的問題のレベルについて、医療機関と共に地域の状況を考慮して議論する必要があることも強調されている。

二つ目の課題、「②地域社会に繋げる際の課題」、これは医療機関の内部事情に関連した内容である。入院医療について地域社会と連携する医療ソーシャルワーカーの活動は、年々活性化しているが、問題は、そのような患者を地域社会に繋げていくようなサポートの制度を持たない病院や、入院機能を持たない診療所である。その解決策としては、繋ぎの役を担

う人に求められる専門性の見直しや人材育成とその配置の在り方、それに費やす費用の調達等の検討が挙げられている。それ以外にも、既存の枠組みの中で繋ぎ役としてその機能を果たしているチームや人々についての相互理解と、連携を図ることも提案として挙げられている。

三つ目の課題、「③生活を伴走する際の課題」については、次の二つが挙げられている。一つは、地域社会と医療機関の連携の仕組みを形成することであり、他の一つは地域資源を持続的に蓄えていくことである。前者に関しては、地域資源や専門職の互いの専門性の強みを分かち合い、連携により効果を発揮する強みについて話し合う場が必要であると、提案の一つとして挙げられていた。後者の必要事項としては地域資源の整理の方法や、医療機関から患者に直接繋いでいく場合に必要な人材や枠組みについての議論が挙げられていた。更に、医療機関にとっての、短期或いは長期における負担やメリットの整理も提案として記されていた。後者の地域資源を持続的に蓄えていく方法としては、イギリスを事例として参考にすることができる。それは地域資源を提供する過程において、財源の分配、医療機関への計画的投資、リンクワーカーの養成と適正な配置等を纏め、地域への助成に取り組むことである。そして、これまでに述べてきたことを根底に置いて、改善策を立案して、資金を活用し、地域資源を継続的に蓄えながら、人々が必要とする資源の生産性を図れる仕組みを構築していくことも提案されている。

3-4. これまでに行われてきた日本における社会的処方への活動と支援事業

これまでに行われてきた社会的処方の仕組みを検証した上で、日本の社会的処方の活動の実例を挙げながら、日本の社会的処方の実情について確認していく。日本における社会的処方とは、イギリスや他の国々に比べれば初期の段階に位置すると認識されているが、日本全国を見渡すと、日本の各地で社会的処方に類似する活動が行われてきたことを確認することができる。また、今実際に行われていることも確認することができる。初めに「社会的処方白書」に記された二つの事例を示す。一つは、東京都大田区を拠点とする「おおた高齢者見守りネットワーク(みまーも)」であり、他の一つは、医療生協さいたまが行っている「HPH カルテ、暮らしサポーター制度」である。前者の「おおた高齢者見守りネットワーク(みまーも)」が計画された契機は、東京都大田区の社会医療法人仁医会牧田総合病院が受託している地域包括支援センターが個別に相談を受けるだけでは、モグラ叩きの状態を逸することが出来ないことに気づき、各地域のセンターを通じて、地域住民と地域で働きを担う保健医療専門職との間に協働関係を築き、街づくりを試みたことが発端であった。「みまーも」は街づくりを目的とする団体であり、その目的に賛同する企業や組織、団体等の協賛金によって運営されている。「みまーも」の活動拠点は、主に商店街の空き店舗であり、協賛する企業やボランティアが開催する講座や廃れた公園の再生等を、地域の専門職や企業、更に住民が

一丸となり知恵を出し合いながら、思いを形にすることである。「みまーも」には社会的に孤立している住民で、医療や福祉へのアクセスが厳しい人達を対象とした、「気づきのネットワーク」も設けられている。この「気づきのネットワーク」では、地域で生活する住民を守り、必要に応じて専門職が何時でも対応できるように、地域の住民や組織が連携して行動している。例えば、支援を必要としている住民を、民生委員や自治会を初めとする組織や地域住民が見守るだけではなく、郵便や新聞それに配食の配達員、商店街で働く人、金融関係、コンビニ等普段の業務を行いながら高齢者を見守り、異変に気付いた際には相談し、行動できる体制を維持している。「みまーも」には「気づきネットワーク」の他にも、「対応のネットワーク」も設置されている。このネットワークは、行政と連携し、地域包括支援センターが医療機関や薬局、社会福祉協議会、居宅介護事業所、介護サービス事業所、警察や消防等の公的機関と協働し、支援を必要とする住民の相談や通報のために設置されたネットワークである。この例からも分かるように、見守りネットワーク、「みまーも」によって作られた「気づきのネットワーク」と「対応のネットワーク」を充実させて、地域包括支援センターや医療相談所、更には「みまーも」自身が繋ぎの役を担うことで、地域の見守りネットワークは充実し社会的課題を持つ人達の一助となるのである。

後者は、世界保健機関(WHO)に認定されている「医療生協さいたま」が行っている活動が挙げられている。その「医療生協さいたま」が行っている活動は、調査レポート、Social Prescribing Around the Worldにも取り上げられている。そこで実際行われている活動は患者の健康を左右する社会的要因(SDH)を、外来で受診する患者や入院する患者に、問診カルテに記載してもらうことを診療の一環として導入していることである。その導入によって、「医療生協さいたま」の活動は患者の健康や症状を左右する社会からの孤立や、貧困を初めとする社会的経済的課題を抱えている患者を探し出し、彼らの課題を解決するために相応しい支援に繋いでいく、繋ぎ役としての役割を担う機能を持つように変えられている。

医療機関内で発見された患者が抱える社会的課題への対応として、保健医療専門職は、患者を医療ソーシャルワーカーに紹介し、医療ソーシャルワーカーはリンクワーカーとしての機能を果たしながら、患者の社会的課題を解決できるように対策、支援、社会的資源を施していく。この事例としては、患者に医療生協の組合による班会、サークル、安心ルーム等を紹介し、参加する場や相談の場を提供する。また無料定額診療を使いながら、医療費の減免を図ること等も挙げられていた。この他にも支援の事例として、組合同士が助け合う、有償ボランティアとして知られる「暮らしサポート制度」も挙げられていた。「暮らしサポート制度」とは、医療生協の組合員が協力し合い、家事、通院や買い物の付き添い、保育園の送迎、話し相手等、日常生活において支援を必要とする人をサポートする制度である。

3章1節でも使用したKhanとGiurcaの編集のもとNational Academy for Social Prescribingを通じて発行されたレポート“Social Prescribing Around the World”にも、

日本での社会的処方に関連した活動が紹介されていた。そこで紹介された活動は二つあり、一つは既に紹介した「医療生協さいたま」の事例であり、他の一つは、長崎県佐世保市に在る「石坂脳神経外科」における活動であった。医療生協さいたまの事例は既に記載済みであるため、ここでは佐世保市の石坂脳神経外科の事例を紹介する。長崎県佐世保市に在る石坂脳神経外科では社会的処方を導入し活用しており、患者が感じている孤立感とその予防に取り組んでいる。石坂病院では、リンクワーカーが置かれ、そのリンクワーカーは病院の患者や地域の老人ホームの老人また子供たちと触れ合う機会を設け、交流会や地域活動の中で人々の孤立感をなくすように努めている。この病院のリンクワーカーは、病院の職員である。これ以外にもこの病院では社会的処方に取り組みながら、地域包括システムを活用し患者が抱える社会的、経済的課題に取り組む、住宅事情、保険のケア、介護、病気の未然防止等における支援を、支援団体と協働して取り組むことが計画されていることも調査レポートで明らかにされている。

Naito et al (2021)の質的調査で取り上げられていた、島根県雲南市で行われている「おせっかい会議」も社会的処方に類似するものではあるが、今まで事例として挙げてきた社会的処方とは、若干異なるもので特徴的であり特殊である。日本での社会的処方は、ほとんどが医療機関を拠点とし、医療従事者と患者の交流の中で、リンクワーカーが紹介されるフローになっている。しかし、「おせっかい会議」では、社会的、経済的課題や問題を抱える家族や友人だけではなく、その問題に対して専門的な支援や解決のために専門の医療従事者や保健医療者等が一斉に集まり、会議や意見の交換が行われる。また、「おせっかい会議」の発祥地である島根県雲南市の市役所や福祉団体、それに病院が協働し、雲南市が抱える問題についてそれらの組織に所属する専門家が一同に集まり話し合い、解決するように働く。「おせっかい会議」の参加者の大半は、問題を抱えている当事者である。それに加えて、医者、法律の専門家、リハビリに従事する者、建築家、地域開発に携わる者、交通に関係する者等が参加する。このように多くの関係者が集合し、専門家としてのそれぞれの知識と経験を分かち合いながら、雲南市の問題、個人の抱える問題を解決する仕組みとなっており、これが「おせっかい会議」の独自性である。

3-5. 福岡県における社会的処方の活動と支援事業

では、本論文が調査対象としている、福岡県で実施されている社会的処方の活動やシステム、ネットワークは存在するのか。残念だが、それに関する資料を見つけることはできていない。しかし、「社会的処方白書」には、福岡県における社会的処方の紹介先となるような組織、コミュニティの活動に匹敵するものが記されていた。ここからはその白書に記された紹介先の活動やネットワークの事例を基に、福岡県における社会的処方の現状を探っていくことにする。ここで扱う資料は、福岡市と福岡市社会福祉協議会が協働して発行した、「つ

ながり、ささえあう、地域の力～地域共生社会の実現に向けた事例集～」⁴²²である。この事例集には、子供から高齢者、更に障害者と外国人を対象とした活動とネットワークが、地域毎に紹介されている。ここでは、七つの地域における社会的処方に類似する活動や、ネットワークを紹介する。

3-5-1. 福岡市西区

西区の壱岐南校区で実施されている社会的処方の事例としては、2015年(平成27年)2月以降に壱岐南公民館で行われるようになった、「ふら～っとカフェ壱岐南」を挙げることができる。このカフェの開催の契機は、壱岐南校区の社会的背景にあると言われている。この校区では高齢化が福岡市の平均を大きく上回り、それにより高齢者の孤立、孤独死が懸念されるようになった。その対策として校区社協や自治協議会、西第4・7地域医療福祉ネットワークが話し合い、結果として地域カフェの開催が提案され「ふら～っとカフェ壱岐南」がオープンされることになった。当初は、壱岐南公民館で開催されていたが、100名にも及ぶ区域民が集まるようにまでになった。そのため公民館での収容が困難となり、西第4・7地域医療福祉ネットワークに所属する特別養護老人ホーム、マナハウスに会場を移転し、現在もその会場でカフェが開催されている。また、壱岐・野方商店連合会や近隣の企業へも声を掛け合い、今では物販も行われ、月一の開催日には多くの人で賑わっているようである。カフェの特徴は役割や担当は決めず、参加者が自ら受付や会場の設営やお茶出しを行い、小中学生も物販を手伝う等、幅広い年齢層の人達が参加している。この活動の創意工夫は、企業に協賛を募り、企業の協力により活動の案内チラシを作成し校区内の全戸に配布していること、施設の車両を用いて会場に使用するテーブルを運搬する或いは、高齢者の送迎を実施する等が挙げられている。会場では、製菓、弁当、花、障害者施設で作った菓子等の販売の他に、メイクやマッサージ、健康や相続、葬儀等に関する相談も受け付けている。公民館サークルの活動の成果や、住民の特技を披露できるステージも設けられている。

3-5-2. 福岡市東区

東区では県営高須団地の活動が紹介されており、それは、外国人入居支援についての活動であった。県営高須磨団地は1982年(昭和57年)から1984年(昭和59年)に建設された団地であり、2021年(令和3年)でも500世帯が生活しており、その内の2割が外国人である⁴²³。この団地には、外国人が入居していることもあり、文化や風習の違いにより、過去に幾度となくトラブルが発生していた。そのトラブルを解決するために、外国人入居者を支援する活動が行われるようになった。その活動の一環として、入居者である外国人が生活しやすいようにと団地では入居時に外国語版規約(英語、中国語、韓国語)が外国人に渡され、口頭でも説明された。以前は、外国人入居者が長期に家を空け(母国に帰る等して)、連絡が取れずに

心配する声も上がっていた。そのため高齢者向けの不在者カードを翻訳し、外国語表記として外国人入居者に配布し、留守にする場合その不在者カードに記入し、管理人に渡すようなシステムを作り上げている。これは見守りシステムの一部として機能していると評価されている。これ以外にも外国人支援の一環として、自治会長を中心に管理人や棟長が連携体制を取り、豪雨や台風時の情報の提供、生活習慣の違いによる問題解決のための相談の受付、必要に応じて公社や関係機関に繋ぐことも挙げられている。また、団地や自治会が主催するイベント、校区の運動会や祭等の誘いを通して、子供たちの交流による国際交流や、世代間交流に繋がっている。このような活動から、県営高須磨団地で行われている支援活動は、社会的処方に関連した活動であり支援でもあると見ることができる。

3-5-3. 福岡市城南区

城南区で行われている社会的処方の事例として、田島校区の活動を紹介する。田島校区では古民家を利用し高齢者の触れ合いの広場として「サロンなごみ」を設けている。この「サロンなごみ」は田島校区境の養護施設「よりあいの森」に隣接しており、この「よりあいの森」とはこれまで協働関係を築いて共に活動している。城南区では、かつて高齢者が理由もなく町内を彷徨し住民の間で心配する声が高まった。その声を受け、民生委員が立ち上がり、高齢者の彷徨の原因を調査した。その調査の結果、福岡市が提供する制度を利用できない高齢者が数多くいることに気づき、校区境に隣接する「よりあいの森」に対策と高齢者の支援について相談した。また制度を受けることのできない高齢者の一時保護をお願いした。このことがきっかけとなり、「よりあいの森」との交流が始まり、その交流が契機となって「サロンなごみ」が「よりあいの森」に隣接して設けられた。「サロンなごみ」は施設入居者や、別校区の入居者たちも集まる触れ合いの場、見守りの場としても活用されている。万一、サロンに参加している高齢者に異変が見られた場合は、「よりあいの森」の職員が相談にのり、必要に応じて対応や助言を行うようになっている。このサロンでのその他活動として子育ての悩みを分かち合ったり、子供たちの遊びを通して子供、大学生等、世代に関係なく交流を促進する活動「三世代交流会」も行われている。このサロンが掲げる展望としては、困っている人を一人でも多く地域の集まりに参加するように促し、また、住民の知恵を借りながら互助の精神をもって解決する。またサロンで出会う縁を大切にすることとしている。これは、社会的処方の強みのアプローチ(strength approach)と方向を同じくするものである。

3-5-4. 福岡市早良区

早良区南部には圏域の事業所が、いきいきセンターや区社協と連携して高齢者を対象とした支援事業ネットワーク「さわら南よかここネット」を設立している。このネットワーク設

立の契機は、社会的事情と福祉事情が大きく関係していると言われている。社会的事情としては、早良区南部は、福岡市の中でも高齢化率が最も進んでいることで、一つの事業所や法人だけでは高齢者の支援は難しい事情が福祉の場で生じつつあった。その対策として事業所と地域資源を一体化し、ワンチームとして機能できるように組織作りが提案された。その提案により、「さわら南よかここネット」が立ち上げられたのである。結成当初は、介護事業所と連携を取って行動していたが、その後、障がい事業所や医療機関も加わることになり、現時点では約 30 法人、72 事業所の連携と協働の下で活動している。活動の内容は「さわら南よかここネット」のメンバーによる買い物支援、地域のカフェやサロンでの出前講座、声掛け訓練や避難訓練である。サロンは、早良区南部の各校区に設置されており、そこで介護、健康相談、血圧測定、体操、脳トレ、講話等が行われている。早良区南部は自転車屋の少ない地域としても知られている。そのため、「さわら南よかここネット」のメンバーで、自転車の修理の得意なメンバーたちによる自転車の無料点検や修理のサービスも行われている。「さわら南よかここネット」が支援事業や活動を実施していく上で取られている工夫として、地域での如何なる相談も断わらないことをモットーとしており、相談を受けた時は積極的に対応するように心がけている。2 ヶ月に一回は、案内人会議と定例会議を開催し、情報の交換とアイデアを出し合える場を提供していることも、工夫の一つである。更に、その提案を、即実行に結び付けていくように心がけていることも、工夫の一部として強調されていた。

3-5-5. 福岡市博多区

博多区における社会的処方事例としては、板付北校区で行われている春吉タクシー会社との連携による高齢者見守り事業を挙げることができる。板付北校区は博多区で二番目に高齢化率の高い所と知られており、今までは親の認知症を周囲に知らせることなく、一人で悩みを抱え込む家庭や、団地での孤独死が相次ぐ問題を抱えていたが、これらの問題を契機にして、安心して外出できる街造りを推進し実行してきた。その一環として、今では家族が高齢者の外出を恐れることなく、例え行方不明になっても即連絡が取れる連絡網の形成に取り組んでいる。それは、福岡市の「認知症の人の見守りネットワーク事業」の活用と、共創コネクターの支援による春吉タクシーとの連携を図り、見守りを強化する事業が提案されたからである。2021 年(令和 3 年)の時点では、その見守りを強化する事業は、板付北会館を初めとする関係機関との連携に向けて調整が行なわれているようである。そこでの工夫は、春吉タクシーの運転手に「認知症サポーター講座」を受講してもらう等、高齢者への声掛けやサポートの仕方を学ぶ機会を与え、また今後連携の広がりに伴い、自社無線の他にグループに共通の無線を導入するとしている。

3-5-6. 福岡市中央区

中央区で行われている社会的処方事例としては、「ふれあいネットワーク」が挙げられる。この「ふれあいネットワーク」は、高齢者を対象にした見守りや声かけを目的とするネットワークである。ネットワークを通して行われる見守りの活動のフローは、まず、ふれあいネットワーク研修会を開き、この研修会の後に町内毎に分かれて、気になる高齢者の情報を整理し、見守りマップを作成する手順で行われる。または配食サービスを利用して、見守りサービスを希望する聞き取り調査を行う。その調査の結果を基に希望者の有無、氏名、家族の連絡先を台帳に纏める。その台帳を基に、必要に応じて連絡が取れるように、民生委員と町内会長がその台帳を管理する。このネットワークの構成人数は、民生委員、町内会長を含め40人にも及ぶ、また近所のボランティア50名を加えると100名にも及ぶと言われている⁴²⁴。このネットワークの運営における工夫としては、研修会を開催し、健康や認知症に関する講話や施設見学等を行っている。

3-5-7. 福岡市南区

南区の弥永校区で行われている社会的処方の活動としては、高齢者を対象とした地元スーパーと連携した見守りと居場所作りを挙げることができる。弥永校区には47棟の大型団地があり、南区の中でも最も高齢化が進んでいる区域として知られている。この地域では、高齢者が散歩中に道に迷う(分からなくなる)事例や、台所でのボヤ騒ぎが多発しており、このような事件(トラブル)が多発したことにより、見守り活動が行われるようになっていった。弥永公民館の民生委員は福祉介護事業所ネットワーク「ほっとかれん隊」と連携し、2017年(平成29年)以降「登録システム」を導入するようになった。この「登録システム」は高齢者本人、並びに家族の同意を得た上で、氏名や顔、体形の特徴等を記した台帳を作成し、行方不明者等の搜索に活用することを目的としている。また、高齢者の居場所作りとして「ほほえみカフェ」をオープンしている。そのカフェには事業所スタッフも顔を出し、高齢者を持つ家族の相談場所としても活用されている。この「ほほえみカフェ」とは別に、スーパーの店頭の一部を利用した「ダイキョーカフェ」もオープンしている。このカフェには買い物のついでに立ち寄ることができ、そこでは血圧や骨密度の測定が行われ高齢者の集いとして人気のある場所である。これらの活動の工夫として、スーパーの従業員の参加の促進が挙げられている。高齢者の見守りの活動に協働できるように、スーパーの従業員も万一に備えて高齢者に異変を感じたら、即民生員や公民館に連絡できる体制が整えられていることも、工夫の一つである。また、スーパーの店頭は、高齢者の見守り事業の一環を支える声掛けの訓練の場所としても機能しており、民生員を通して若い店員に認知症の人への声掛けや、また認知症に対する理解を深める教育も推進の一つとして行われている。

3-6. 福岡県で実施されている外国人労働者への支援

これまでは、イギリス発祥の社会的処方を経験した日本の医療福祉体制や制度に当てはめた場合、日本において、その社会的処方がどのように適応され、どのような仕組みの下に機能するのかを検証すると共に、日本で実施されている社会的処方に類似する活動やネットワークを見てきた。現在、日本で行われている社会的処方では、高齢者を対象にしている活動が主であった。これ以降は、日本における社会的処方について、本論文の調査対象である外国人労働者(彼らは、少子高齢化による人手不足を補う政策の下、来日し就労している)に対して施されている社会的処方について検証する。特に福岡県における社会的処方、福岡県に就労する外国人労働者を対象に行われている社会的処方について、支援事業の側面から見た社会的処方について検証するものとする。ここで注視する事項としては、①「1章4節. 厚生労働省、福岡労働局等の行政が発行した資料から読み解く福岡県における外国人労働者の現状と展望」、②「2章4節. 外国人労働者とメンタルヘルスー外国人労働者がたどるメンタルヘルスの質の浮き沈み」、③「3章1節. 社会的処方の概念と仕組み、アジア諸国における社会的処方の取り組み」であり、これら三つの項目を関連付けながら外国人労働者における社会的処方の今後の在り方を予測するもので、重要な箇所であると考えている。ここでは以下の二項目について記していく。

- 1) 外国人労働者に社会的処方を施す場合の支援や活動に関して留意すべき事項
- 2) 福岡県に在住する外国人労働者を対象に、社会的処方を行う支援事業の在り方

3-6-1. 外国人労働者に社会的処方を施す場合の支援や活動に関する留意点

外国人労働者を対象にした社会的処方に関連する支援事業や、その活動の際に留意すべき点を見ていくことは、外国人労働者を対象にした社会的処方の在り方を思索していく上でヒントとなるものである。日本における外国人労働者を対象に、社会的処方に関連する支援事業や支援活動が行われているのは稀である。また、社会的処方を根底に置いて、支援を実施していく上で、留意すべき点について記された資料や文献は、筆者が知る限りではない。海外でも同様であるが、外国人労働者を対象にした社会的処方についての資料、特に研究論文は希少である。このような現状ではあるが本節においては、イギリスにおける外国人労働者に近い存在である移民を対象にした、社会的処方についての留意事項が記された資料を基に検証していくことにする。

Kellezi et al (2020)は、移民を対象にした社会的処方の支援や活動の際に、施行する側が移民に対して留意すべき事項に言及している。社会的処方の支援について施行する側は、移民が置かれている状況は常に変化しやすい状況にあることを受け留めながら、臨機応変に対応することの重要性を挙げている。移民が抱える問題として、複雑な社会問題や経済に関する問題、例えば、住宅事情、安全に関わる問題、教育事情、在留に関する問題、移民先の文

化や受入国に順応(適応)できるのかという不安、職業に関連する問題等を同時に抱えて生活しているのが移民である。移民が独自に抱える問題に対して、社会的処方とその支援を的確に実施していく手段として、イギリスにおいて、移民の当事者が社会的処方を施す側に立ち、その役割を担うことが、将来的には移民が遭遇する問題を理解し、解決するに当たって相応しい結果を生み出すのではないかと、一つの提案が出されている。移民に社会的処方を行う際、移民が受領できる保険制度については知られていないこともあり、多くの移民は医療機関を受診することに戸惑いを覚えている。社会的処方を移民に施行する際、そのケアや支援が移民に届きやすい方法で行う必要があると、Kellezi et al (2020)は指摘している。その背景にあるのは、移民が就労する労働環境が非常に劣悪であることや、移民には時間を割いてまでも社会的処方を施行する側に相談するような機会がないこと、また貧困等の理由で社会的処方を施す側に相談する余裕がないこと等が強調されていた。

社会的処方の仕組みについて移民が理解できる言葉で対話し、受ける側、施す側、両者に違和感を覚えることなく、意思疎通を図りながら信頼関係を築いていくことも重要であり、必要であると記されていた。移民に社会的処方の支援者や団体を紹介する際に、留意すべき事項としては、移民の中にも虐げられた弱者が少なからずいるということであった。その弱者の例として、人身売買で売られた者、性虐待を受けた者、迫害を生き延びた移民等が挙げられていた。そのような背景を持つ移民は、恐怖やトラウマとなる体験を常に覚えており、このような移民のケアには、このような人びとのケアを過去に経験したことのある専門員のリンクワーカーを採用するか、そのようなリンクワーカーに繋げていくシステムの必要性が求められるとしている。また、このような背景を持つ移民に対して、移民の声や要求に沿う支援の必要性も挙げられている。イギリスでは、このような弱者(恐怖やトラウマとなる体験を常に覚えている)への支援に必要な制度は、今のところ法の下に制度化されていない。移民に施す社会的処方の過程の中で、意識すべき点は社会との繋がり、社会への融合、社会的統合が挙げられていた。つまり、移民が社会的処方を通じて地域社会に受け入れられ、融合できることを実感できる支援や活動へと繋げていくことに、重点を当てる必要があると記している。そのような活動や支援を通して、移民は生活の質を高める社会関係資本(Social capital)や、人々との繋がりにより信頼関係を強化することに繋がる可能性を指摘しており、社会の融合や社会的統合を意識した支援や活動を推進して行く必要がある。社会的処方の特徴でもある、人々が抱える問題を様々な側面から総合的に解決する「ホリスティックアプローチ」も、移民を社会的処方によって支援する際に、有効な手法であると言われている。社会的処方を用いた移民に対する全面的ケアとは、移民が抱える社会的経済的問題であり、個人の健康、福祉、人権、安全防護対策、社会関係資本(Social capital)、医療施設に対する不信感等を考慮したケアであると言われている。このようなケアを促進するためには、移

民の支援を目的とした団体において、移民経験者が率先した社会的処方による支援を計画し、活動することが挙げられている。

3-6-2. 福岡県に就労する外国人労働者のための社会的処方の在り方と可能性

外国人労働者に施す社会的処方についての支援や活動の際の留意すべき点を、イギリスに居住する移民(外国人労働者と立場が類似)を参考に見てきたが、ここではこれらの留意点を基に、福岡県内に就労する外国人労働者を対象にした、社会的処方の在り方とその可能性について、考察を交えながら見解を述べるものとする。

Kellezi et al (2020)が挙げる留意事項は、2章4節で記した外国人労働者が鬱病を発症する一連の流れに類似していた。その流れは以下の三段階に分類することができる。

- 1) 第一段階：来日を決心したことによる後悔から生じるストレス、このストレスは異文化適応プロセスのステップ1とステップ2に該当する受入国に対する期待外れから生じるストレスである。つまり、個人的問題、職業に関わる問題、組織と経済の問題、貧困、家庭の問題、ネットワーク等の問題によるストレスが二重、三重となって、外国人労働者を襲う。
- 2) 第二段階：第一段階によって生じるストレスを解消するための方法を探す、対応策が見つからない場合は、第一段階によって生じるストレスが、更に二重、三重となって襲ってくる。
- 3) 第三段階：第二段階のストレスが、二重三重となって襲ってくることで、異文化プロセスのステップ5である適応期を迎える余裕は無くなり、来日を正当化する文化の適応や順応を得ることができず、来日したことに対する後悔の念は膨らみ、不安を覚え、鬱症状を発症するようになる。

一方、外国人労働者の鬱病の発症のプロセスを、Kellezi et al (2020)の社会的処方の留意点と比較すると、以下に類似点が見出すことができる。

- 1) 移民は、複数の経済的社会的問題、特に住宅事情、安全、教育事情、移民の在留に関する問題、移民先の文化や国に関する問題、職業関連問題等多方面にわたる問題を抱えている。
- 2) 移民は、労働環境に関わる問題について、経済的な理由で相談する余裕がない。
- 3) 移民は、性的被害、暴力、迫害、人身売買、搾取の対象とされるケースが多い。
- 4) 移民を対象にした社会的処方は、施す側が臨機応変に且つ総合的に対応し、移民が支援や活動を通して社会に統合、融合できるように、安全防護対策の必要性の有無、医療施設に対する不信等を意識した全面的な支援活動が必要である。

これらを考慮しつつ、外国人労働者を対象にした社会的処方の在り方は、①外国人労働者が抱える社会的経済的課題や問題を原因とするストレス(鬱病の発生源と考えられる)を、全人

的に癒すことのできる医療や専門的知識(社会や経済に関する)をもって対応し、②外国人労働者が、何時でも制約を受けずに相談でき、臆することなく支援や活動について知ることができるように一つの箇所で彼らの問題点を整理し、答えが出せるような相談所を整備し、③文化の順応と適応、即ち社会的統合と融合を促進するような支援活動を施すことである。このように、社会的処方の方の三つの在り方が結合して、外国人労働者を対象にした社会的処方の骨組みが形成されるのである。しかし、ここで次の二つの疑問が生じる。

- 1) 日本において外国人労働者に社会的処方を施す際、問題を整理し解決するために一つの箇所でなければならない理由は。
- 2) 日本における社会的処方は、医療機関、リンクワーカー、専門的ケア、コミュニティにおける活動、支援というフローで回っていくことが一般的ではあるが、このフローを外国人労働者に適用し難いのは何故か。

これらの問いの解決の手掛かりになるのは、外国人労働者を含め、日本に滞在する外国人が感じる日本の医療制度における障害と抵抗である。これについては、新居と武田(2023)がその理由を挙げている。2020年9月に出入国管理庁が行ったアンケート調査(これは日本に一年以上滞在する長期在留者及び特別永住者等一万人を対象に行われたアンケート調査である)によれば、彼らが診察を受ける際に困ったと感じたことで、一番目に挙げられていたことは、症状を正確に伝えることができなかった(24.1%)、二番目は行く病院が分からなかった(23.1%)、である⁴²⁵。この調査を基に新居と武田(2023)は、外国人労働者はよほどのことがない限り、医療機関を受診しない傾向があると意見を述べている。また、外国人労働者は病院に行くことを我慢し、市販薬や母国から持参した薬で様子を見る傾向にあると、指摘している。これは、異文化の適応に関連した問題が障壁となっているのである。医療機関を受診しない傾向にある背景には行く病院が分からない、言葉と心の壁、制度の壁が、そこに立ちまわっていることも確認されている。言葉の壁は体調が優れない時に、日本語でその症状を伝えることに自信がないことに起因する。これに対し、心の壁は外国人の文化や習慣について、理解できる通訳が身近にいないことである。制度の壁は、在留資格によって受けられるサービスが限定的であることに起因すると言われている。この様な見解を基に、新居と武田(2023)は、外国人労働者の医療機関へのアクセスを困難にし、病気の原因を誘発する社会的決定要因(SDH)である、彼らが日本で生活する上で抱く不安や言語、文化の違いによるストレスに注視する必要性を示唆している。これ以外にも、様々な制度と、地域資源の活用に関係する全人的医療に関連した支援や、処方の重要性が強調されている。外国人労働者を生物医学的モデル、つまり医療診断と薬物治療を行う処方の方に留めることなく、様々な制度と地域資源の活用を可能にする「ワンストップサービス」を、新居と武田(2023)は推奨し、評価している。「ワンストップサービス」では、複数の場所に跨る手続きや、サービスを一カ所で行えるように工夫されており、外国人労働者が複数の窓口に出向かなくてもよいように、

一カ所で全ての手続きがを終える仕組みとなっており、一つの場所で外国人の抱える問題が解決できるような、解決策が得られる利点があると評価されている。また、新居と武田(2023)が推奨している「ワンストップサービス」が、福岡県内に在住する外国人労働者を対象にした、社会的処方の在り方にヒントを与えてくれるのではないかと考える。このヒントを基に、福岡県内に住む外国人労働者を対象にした社会的処方の在り方について考察するが、その糸口となるのは、福岡県及び日本全国で行われている外国人労働者を対象とした支援事業である。外国人労働者の支援事業については、1章4節で既述しているが、そこで記した支援事業を以下に列記する。

- 1) 福岡外国人雇用サービスセンター(福岡市中央区)
- 2) ハローワークコールセンター(日本全国)
- 3) 外国人労働者向け相談ダイヤル(日本全国)
- 4) 労働条件ホットライン(日本全国)
- 5) 福岡県外国人相談センター(福岡市中央区)
- 6) 北九州市外国人材就業サポートセンター(北九州市)
- 7) 多文化共生ワンストップインフォメーションセンター(北九州市八幡西区黒崎、北九州市小倉北区)
- 8) 福岡市外国人総合相談支援センター(福岡市博多区)

これ以外の事業所としては、「第4章. 外国人労働者における NPO、NGO 団体の活動と支援事業の実態と現実：聞き取り調査を踏まえて」で調査を行う予定である、NPO、NGO 団体、①NPO 法人トゥマンハティふくおか、②美野島司牧センター(移住労働者と共に生きる・ネットワーク九州)、③アジア女性センター、④よかトピア国際交流財団、⑤外国人技能実習生権利ネットワーク、⑥Thanh Nien Vietnam(ティンニエンベトナム)サークルである。これらの団体は外国人労働者を主体に支援事業を行っており、外国人労働者の支援に特化した団体である。これらの団体の支援内容を見ると、雇用に関する支援を行う団体は福岡外国人雇用サービスセンター、北九州市外国人材就業サポートセンター、ハローワークコールセンターであるが、これ以外の団体は外国人労働者が抱える多方面にわたる問題や悩み、不安に起因するストレスを解消するような支援を行っている。外国人労働者の雇用に関する支援を行う

「外国人労働者向け相談ダイヤル」も、支援の対象が労働環境に関連するもので、外国人労働者からの相談で、労働法に違法な条件で外国人労働者が就労させられていることが判明した場合は、法令の説明を行い、関係機関に紹介する働きをしており、総合的な対応がなされる仕組みとなっている。その他の NPO、NGO 団体の活動においても同様である。例えばその交流会や催しの会で参加している外国人労働者の異変や悩みに気づいた場合、開催者は彼らの異変や悩みを解決するに相応しい専門的支援に繋いでいく可能性が挙げられていた。これら

より、福岡県で行われている行政側のサービスセンターや、NPO、NGO が行う支援活動には、社会的処方（処方）の仕組みを形成する材料が大いに含まれていると見ることができる。

社会的処方（処方）は、三つの要素（社会的処方者、リンクワーカー、紹介先）が適切に加算することによって機能する。日本における社会的処方（処方）も大半は、社会的処方者（施す側）を中心に、医療機関を起点としてリンクワーカーが紹介され、利用者（患者）が必要とする支援や活動に照準を合わせるフローとなっている。一方、福岡県における社会的処方（処方）に着目すると、福岡県では医療機関を起点とする必要はないということである。つまり、総合的な相談を担っている福岡県外国人相談センターや多文化共生インフォメーションセンター等を起点とし、そこから利用者（患者）に必要な専門的、社会的、医療健康ケアを施すために、コミュニティにおける市民団体やNPO、NGO に繋げていくという連携、即ち社会的処方（処方）に類似したネットワークの形成が可能であるということである。また、それに反して、コミュニティで行われているNPO、NGO 団体の活動を通して、専門的ケア（医療や健康のケア）や社会的ケア（福祉）に繋げられることも可能である。これらの可能性から見えて来ることは、外国人労働者を対象とした支援事業は、社会的処方（処方）の三つの要素の内の、①社会的処方者、②リンクワーカーの役割、紹介先の役割を併せて持っていると思えることが可能である。つまり、社会的処方者（施す側）とリンクワーカーは車の両輪的な役割を持ち、直接に外国人労働者が必要とする支援に辿り着くような仕組み形成しているのである。これは、既述した新居と武田（2023）が推奨する、外国人滞在者を対象とした支援事業者の大半がワンストップサービス、即ち、複数の場所や担当者が分散するようなサービスを、1カ所に集めて提供する仕組みに類似する。このような体制による支援やサービスは、複数の経済的社会的問題を有する外国人労働者にとっては大きな援助となり、外国人労働者が日本での生活により早く適応できる機会の提供に繋がるものである。

3-7. まとめ

日本における社会的処方（処方）の在り方について、福岡の社会的処方（処方）と比較し考察してきた。両者には、若干の差異があることも明らかにすることができた。日本における社会的処方（処方）は、社会的処方者としての位置づけを医療機関に置き、その医療機関を起点としてリンクワーカーが紹介され、利用者（患者）が望む支援を提供する、そのようなフローとなっている。しかし、その中でも、島根県雲南市の事例の様に問題を抱えている人が、「おせっかい会議」に参加し、その会議に専門家を招待し、総合的に問題を解決するという特殊な形態の社会的処方（処方）もあるが、大半は、医療機関を起点としている。しかし外国人労働者には、日本式社会的処方（処方）は不向きであることが明らかになっている。それは、外国人労働者の前には、言葉の壁、心の壁、制度の壁が立ちはだかり、医療機関へのアクセスが非常に困難であるという理由からである。このことから、外国人労働者を対象とした社会的処方（処方）は、新居と武田（2023）

が推奨する「ワンストップサービス」を起点として、外国人労働者が必要とする支援や活動へと導く、そのような社会的処方が必要となっていくのではないかという捉え方に至ったのである。日本においては、外国人労働者に対してイギリスで行われているような社会的処方は実施されていないが、福岡県で実施されている外国人労働者を対象とした支援事業を見る限りにおいては、その支援はイギリスの社会的処方に類似した要素を多く含んでいるという見解を示すことができる。このように、イギリスの社会的処方に類似した要素を取り入れた支援事業や活動により、外国人労働者に絞り込んだ社会的処方の仕組みをどう形作っていくかが、日本において社会的処方の重要性が高まる今後に求められる課題である。

第4章 外国人労働者における NPO、NGO 団体の活動と

支援事業の実態と現実：聞き取り調査を踏まえて

本章は、本論文が探求しようとする外国人労働者に対する、NPO、NGO 団体や地域の活動における支援事業の効能性を見ていく過程において手掛かりとなる要素を含んでいる。その要素は、支援を施す側と受ける側が体験から絞り出す生の声である。筆者は 2024 年の 8 月上旬、NPO、NGO 団体や、地域の団体で行ったインタビューを通して①NPO、NGO 団体、地域の団体の職員の声、②その活動に参加した外国人労働者の声、③地域団体が開催している活動に参加した筆者の声を収集することができた。この三つの声は、それぞれ異なった立場から発せられたものであり、NPO、NGO 等の活動や支援事業におけるメンタルヘルスの効能や実態を見ていく過程の中で、それぞれ三つの被調査対象者が発する言葉に差異が見られることが予測される。この差異は、メンタルヘルスの効能と実態を客観的に見ていく上で重要である。この差異については、5 章でナラティブ分析法や IPA 等の方法論を用いて明確にしていく。4 章では、主に 5 章で NPO、NGO の活動と支援事業における効能と実態を見極めるための手掛かりとなる、聞き取り調査で得た生の声を掲載する。初めに、今回聞き取り調査を行うまでの一連の流れを紹介する。方法論では、調査対象箇所として次の五つの場所を挙げていた。それらは以下のとおりである。

- 1) NPO 法人トゥマンハティふくおか
- 2) 美野島司牧センター(移住労働者と共に生きるネットワーク・九州)
- 3) アジア女性センター
- 4) 福岡よかトピア国際交流財団
- 5) 外国人技能実習生権利ネットワーク・北九州(全国一般ユニオン北九州)
- 6) タイン・ニエン・ベトナムサークル

しかし、聞き取り調査の依頼書を作成する過程で、6) タイン・ニエン・ベトナムサークルの会長であるレ・ディン・チョン氏が、去年(2023 年)熊本へ転居したことが、熊本県のホームページが発行している PDF のチラシ「くまもとで働こう Let's Work in Kumamoto ベトナム版」を偶然にも目にした。また、その活動名を Facebook やインターネットの検索エンジンに入力しても探し出すことができず、またタイン・ニエン・ベトナムサークル(方法論で資料として用いた)にも Asumin Note 19 号が最後の記事として掲載されてからは、それ以降の記事は未掲載であった。これらのことより、タイン・ニエン・ベトナムサークルは実施されていないと判断し、そこでの聞き取り調査を断念した。

調査依頼書は 7 月 23 日から 7 月 24 日にかけて作成し、7 月 25 日の午前に、「6) タイン・ニエン・ベトナムサークル」を除いて、上記 1) から 5) の団体(調査対象機関)にメールで一斉に送信した。結果は 5 カ所の内 3 カ所からはメールで、1 カ所からは電話で「協力可能」との回答があり、四つの調査機関で調査を開始することになった。聞き取り調査を行っ

ていく過程で、本論文には挙げることのなかった財団法人についても知ることができた。それは「北九州国際交流協会」であった。この財団を知ることができたのは、アジア女性センターの聞き取り調査が終わった後の雑談の時であった。当センターの職員である柿原さんと本多さんを通して、北九州国際交流協会では日本人と外国籍の方々の交流が年に何回か実施されていることを知ることができ、今回のテーマと合致しているようであったので、この「北九州国際交流協会」も調査対象として追加することにした。最終的には聞き取り調査対象機関は、以下の五つの機関となった。

- 1) アジア女性センター
- 2) トゥマンハティふくおか
- 3) 美野島司牧センター(移住労働者と共に生きるネットワーク・九州)
- 4) 福岡よかトピア国際交流財団
- 5) 北九州国際交流協会

これらの調査場所での調査対象者は職員の方のみであった。しかし、その中でも「2) トゥマンハティふくおか」では、職員の方と、その活動に参加したことのあるインドネシアの男性に、聞き取り調査をすることができた。また、「5) 北九州国際交流協会」では、職員の方々には聞き取り調査をせず、そのセンターで開催された、日本人と外国人との英語での交流会に参加した。そこでインド人の会社員に、聞き取り調査の約束を取り付けることができた。これら5カ所での聞き取り調査の結果(インタビューの内容)は以下の通りではあるが、筆者の質問は太字で示し、矢印(➡)以降はそれに対するインタビュイー(interviewee)の回答である。またはブラケット〔大括弧〕は筆者の補足によるものである。インタビューの結果は上記1)から5)の順番で記載した。

1 節 アジア女性センター

アジア女性センターとの聞き取り調査は、7月31日水曜日午後2時から当センターの職員である、柿原理香子さんと本多須美子さんの協力を得て実施した。場所は、春日市原町3丁目、JR春日駅に隣接している複合施設、クローバープラザの一室であった。お二人から、福岡県に在住している外国籍、主に日本籍の配偶者を持つ女性の話を伺うことができた。アジア女性センターの支援を受けた外国籍女性の大半は、日本人の配偶者から精神的且つ身体的暴力を受けているとの話であるが、そのような女性から直接話を聞くことは遠慮するようにとのことであった。そのため、当センターでの聞き取り調査は、職員を対象としたものになった。インタビューの結果は以下の通りである。

1-1. 皆様の活動を通して、外国人労働者に見られた変化、特に日本に対しての印象、日本での生活における変化について、ご教示お願い致します。

➡外国籍の方が困った時だけ相談を承っているため、変化は分かりません。(柿原さん)

1-2. 外国人労働者は、いろんな悩み、ストレス抱えているとは思いますが、日本での生活に溶け込めないためストレス、カルチャーショック、労働環境等を抱えて就労し、日本に在住する傾向にあるとされていますが、皆様の活動、支援事業を通して、外国人労働者にどのような影響がみられたのでしょうか。事例、エピソード等がございましたら、ご教示お願い致します。

1-3. 活動を行っていく中、外国人労働者の皆様からの悩みや困ったこと等相談されたことはありますでしょうか。もしございましたら具体的にどのような内容だったのかご教示お願い致します。

➡日本人男性との結婚生活で生じる問題。日本人男性側の家族が受け入れない、或いは受け入れる準備がないようなことも起きています。よって、ストレスや孤独感を感じられています。[例えば] フィリピン料理の禁止やタガログ語使用禁止、[また] 自分の母国の人たちと SNS で話すと怒られるようなことも起きています。よって連絡の制限、心理的な虐待、孤独、孤立が生じ、結果的にストレスを発するような生活環境で生活をされているフィリピンの人たちもいます。また、孤立は本人の問題ではなく、周囲の無理解が孤立を生んでいるように感じます。[これ以外にも] 日曜日に教会に行くことを禁じる、日本語教室に通うのを禁じることも度々起きています。日本語教室に通うのを禁じる一方、家で日本語が下手であると日本語能力を批判[するにも関わらず、日本語の研修を受けさせないで] 働かせる日本人男性や、一步も外に出さない男性もいます。これらのことから[推測すると]、日本に就労する外国人労働者にも同じことが言えるのではないのでしょうか。雇用側も外国人労働者を雇う上で生じる責務を無視し[外国人労働者を] 安い労働力として受け入れると、DV 被害にあっているフィリピン女性のようなことが生じるのではないかと考えられます。即ち尊厳がない[対応や]、人権侵害に繋がり兼ねない労働環境。根は同じではないのでしょうか。(柿原さん)

1-4. 外国人労働者との間で行われる活動、支援事業を一言で表現するとどのような言葉をもって表すことができるのでしょうか。その言葉、一言を選んで頂いた理由、背景等ありましたら、ご教示お願い致します。

➡彼らの問題は日本の合わせ鏡であり、外国籍が抱える問題は個人的な問題ではなく、彼らが抱えている問題は日本の社会が抱えている問題を表していると言えます。(柿原さん)

アジア女性センターの活動理念である「女性と子供の人権が守られ、力を取り戻すことができるような活動を行い、支援をしています」ということではないでしょうか。(本夢さん)

1-5. 具体的に皆様の活動、支援事業のどのような部分が外国人労働者にとって効果的だったのでしょうか。特にメンタルヘルス、日本における生活全般において、効果的だとお考えになることをご教示お願い致します。

➡必要に応じてコミュニケーション、通訳と一緒に面談[をすることです]。何に困っているのかを把握するには面談が最適手段です。[面談の]効果的な要素として、母国ではない国での生活において問題を解決するプロセスの中、時間と共に当初抱えていた問題がぼやける傾向があります。これは、移住先の言葉が話せないことに起因しています。よって、現地[日本]の言葉が話せないと問題の把握ができない傾向に陥ります。なので、そのボヤけた問題をよりクリア[鮮明]にし、問題を形にできないものをうまく形にしていくことが求められるということです。その手段として、支援、選択肢に繋ぐ連携が挙げられます。[面談という手段で]、日本人が入ることで問題自体を一緒に考え、彼らに問題解決の道筋を整えさせる。しかし、最終的にどの選択肢、[つまり]支援を受けるのかを決めるのは彼女たちです。即ち、自立ということです。また、正しい、情報を与えても受け入れてくれない場合もあります。だが、面談を通して彼女たちの悩みをクリア[鮮明]にし、解決へと導くことや彼女たちに単に橋渡しするだけでなく、制度の違いを挟みながら通訳を通して面談をするところに効果があると思います。即ち、情報を提供しながら見守り、道筋を整えることではないでしょうか。(柿原さん)

1-6. 外国人労働者のための活動、支援事業を行われる際、常に意識されていることはありますか。

➡彼女の選択を尊重する。所謂当事者主義的[彼女たちの意思に沿って支援を施す意味]アプローチを意識することです。制度と支援の内容や事項に詳しくなると、どうしても上から引っ張るような「お任せください」と言うように、支援を要する外国籍側を主導し、支援を施す傾向があります。アジア女性センターでの相談は、DVの被害にあった女性を支援することですから(彼らは夫に支配される空間で生活しています)、[彼女らが]支援を求め団体に助けを求める時に、その支援を施す側が上から引っ張るような支援の施し方であると、夫に支配される空間と全く同じような空間を作ってしまう、それが外国籍の方にとってストレスとなってしまう。これをできるだけ防ぐように心がけています。(柿原さん)

1-7. 外国人労働者のための活動、支援事業を行われる過程において、困難を感じたこと等ありましたら、ご教示お願い致します。

➡在留資格によって受けれる資源が限られているところだと思います。在留資格の期限にも考慮した上で支援をすることや、生活保護が使えないこと(特に生活困窮者の場合)、これは生死に関わることであるため侮ってはならないことだと思います。やはり、どの人に対してもセーフティーネットが必要、特に労働者全般〔に必要なことです〕。(柿原さん)

2 節 トウマンハティふくおか

次に、トウマンハティふくおかの聞き取り調査を行なった。8月1日木曜日の午後3時から、福岡市西区にある蔦屋書店九大伊都店(最近開業)の中にあるカフェの一角で行った。まずは、トウマンハティ福岡の代表である弥栄睦子さんを JR 波多江駅まで車で迎えに行き、そこから蔦屋書店に車で向かい、本屋の隅にあるスペースで聞き取り調査を行った。弥栄さんの話は主に「トウマンハティふくおか」がこれまで行ってきた活動の内、どんたくパレード、インドネシアカルチャーディを通して、福岡在住のインドネシア人に見られた成長や変化、NPO 団体が抱える今後の課題と展望、更には多文化共生に関連した話であった。その話の内容は、本論文で挙げられている地域活動がもたらす社会的繋がり、社会的アイデンティティ、社会的統合に関連するものであり、筆者としては非常に興味深い印象を受けた。「トウマンハティふくおか」の代表である、弥栄さんの話の内容は以下の通りである。

2-1. 皆様の活動を通して外国人労働者に見られた変化、特に日本に対しての印象、日本での生活における変化について、ご教示お願い致します。

➡私たちが接しているのは留学生なので偏っているかもしれませんが。〔次のことは〕九州国際大学で発表したものなのですが、昔は、留学生たちは大学から派遣され院生として家族連れでやってきていたので年齢は高いし、人脈もインドネシアに〔数多く〕あって、考えることが大人でした。しかし、今は学部生がほとんどであり、みんなZ世代、日本の若者と全く変わりません。今時の人たちは、〔インドネシアでは〕毎週日曜日にアニメが放送されていて、〔みんな〕日本の文化が好きな人たちばかりです。技能実習生も留学生でも同じだと思っています。そして、〔日本の文化に〕そんなに抵抗もなく、また文化的に抵抗〔を感じることも〕国と国とのアイデンティティとか文化的な違いはありません。日本人と変わりはありません。〔しかし〕、学生として日本に来ているので、つまり二十(はたち)前後の子たちなので社会のことを知らない、〔そういう〕人が多い。いきなり、高校を卒業して直ぐに日本に来ている人が多いので、日本の社会に馴染めないという印象があります。大学の人は守られていると思います。大学側によって守られています。一方では彼らには「僕たちはインドネシアを知らない」という傾向があります。考え方は日本人の学生と一緒に、思っ

たことはあんまり言わない、[そういう傾向にあります]。自分に関心のあることはするけど、そうでないものには全く興味がない[興味を示さない]。今時の男の子たちなのかなって思います。そういった中で、私たちの組織では留学生と一緒に友人会を20年間行なってきた歴史があります。[留学生が]自分たちで企画をし、自分たちで運営をしていくことが当たり前のようになっています。そういったところでは、[友人会に]入ってから意識が変わって来るのかなって思います。一方、サークル[友人会]に入っていれば、インドネシアカルチャーディを20年間やってきたということで行政の人たちとか、日本の社会の人たちと交流する機会というのはものすごくあるんですね。彼らにとってそういったところで、[学生なんですけど]、社会と接する機会がものすごく多い。そして、自分たちで企画をして、カルチャーディを経験することで、考えがしっかりして来るというか、みんなやっていかなければならないので、自主性も生まれているところは良かったところかなと思います。私たちもできるだけ[彼らだけ]で考えられるようにしています。またできるだけ[彼らを]サポートをしたいと思っているので、彼らの活動を全面に押し出して、私たちは後ろでサポートをするというような流れにしています。そういった部分で彼らが前に出ていくことで、一つ一つのイベントで自信をつけている感じをすごく受けます。全然イベントをやったことがない子がイベントを任せられることで、イベントをこなすたびに一つずつ自信を持つていくようなことを見ると面白いと思いますね。それが、「学力(がくちか)」に繋がっていき、繋がっていた人がインドネシアに帰国しても、インドネシアで就労しても、自分たちの考え方を持って活躍している。20年前って[インドネシアの]大学から共同研究で来ている人が多かったので、[インドネシアの]大学で今では学部長ぐらいになっていたりしていますし、課長クラスで頑張っている人も多いです。

2-2. 外国人労働者は様々な悩み、ストレス抱えていると思いますが、日本での生活に溶け込めないストレスやカルチャーショック、労働環境等を抱えて就労し、日本に在住する傾向にあるとされていますが、皆様の活動や支援事業を通して外国人労働者にどのような影響が見られたのでしょうか。事例、エピソード等ございましたらご教示お願い致します。

➡高校卒業後、技能実習生の方は田舎から出てきた子が結構多く、社会のことを全く知らずに出て来るのでいきなり大変な環境に置かれます。そう言った意味ではショックを受ける人はいます。先輩がいれば良いのですが、悩みを友達や先輩にぶつけられるかっていうとそうでもなくて、自分の中で消化しなければならないと思います。ある子は諦めたりインドネシアに帰ったりする子もいます。技能実習生たちは、会社と家の行き来だけだったり、お買い物だけに行くといった[単純な生活]だけになってしまう。[また]ここにいると日本人として生きていかなければならない所があるじゃないですか。[こういう環境では]インドネシア人としてのアイデンティティみたいなものを確かめることができない。そういう意味で

「博多どんたく港まつり」をやりと、自分たちがインドネシア人であることを実感でき、
「日本の」みんなにインドネシアのことを知ってもらえる、手を振ってもらえるといったことを楽しみにしていて、「彼らは」喜んでいると思います。「自分たちを」インドネシア代表として「見てもらえている」、手を振ってもらえることが嬉しいみたいです。自分たちがインドネシア人に一度戻れる機会を与えている様に思います。

食事は特にハラール「イスラムの信者が食べれる食事」なので食べられるものが限られてきたり、それから特に若い子なのでそんなに自分でインドネシア料理作ったりする子っていないじゃないですか。なので、みんなでなんちゃってインドネシア料理、インドネシア本場の味付けではなく、味付けを変えた料理を作ったりしているので、本格的な料理を食べられるわけではないので、そう言ったところでインドネシア料理を食べれる機会を設けてあげたらと思っています。やはり、嬉しそうに食べてます。日本人とも一緒に料理をしたりして、「また、日本人とも」コミュニケーションが取れて楽しんでもらっています。

毎年テーマを決めて「博多どんたく港まつり」でパレードを行うんですけど、参加者が150人になるとみんな分断してしまうので、今年は技能実習生の子たちは後ろの方に固まって自分たちで歌を歌っていました。「歌っていたのは」インドネシアの歌、国家等です。自分の国の旗を持って、それぞれに楽しくやっていました。自分たちでインドネシアの空手みたいな伝統の武術の格好をして、歩いたり、民族衣装を着ることも許しているので(地方の民族衣装の着用も許しているので)、その時には300にも及ぶ民族の中でも自分はここの出身だと言ったプライドもあるわけで、そういう自分の生まれたところの民族衣装を着る機会になっています。

2-3. 活動を行っていく中、外国人労働者の皆様からの悩みや困ったこと等相談されたことはありますか。もしありましたら、具体的にどのような内容だったのかご教示お願い致します。

➡技能実習生は会社の不満、「例えば」、残業代をもらえないこと等を支援機関に申し出ても返事がないと言ったことに対して悩んでいた、その会社を辞めて特定技能に移った思い等を聞いたりします。夢も語ってくれます。自分は将来このようになりたいとか、最終的に自分で決めていかなければならないので、試験を受けたりして特定技能に移ったりしているんですけど。福岡はもういいと言って別のところに行かれたようなこともありました。家庭の事情とかも聞きます。「彼らの」愚痴を聞いてあげられるところがないのです。同じ技能実習生同士であっても、会社の不満だったら話せるかも「相談できるかも」しれないけど、自分のプライベートのところまで話せる人はなかなか限られていますので、一人で考えている人たちもいるのではないのでしょうか。留学生とかでも、結局、自分の専攻の分野でしか就職できないじゃないですか。だけど、そっちの方の才能「先行分野ではない」、別

の分野でも活躍できるのではないのかと〔相談されたことを〕思い出します。誰もアドバイスをする人がいないので別の大学に移ってみたりとか、もう少し私に相談してくれればよかったのにと思われることも多いし、もしかしたら、インドネシアに帰った方が自分に合った活躍の仕方があるのではと、言ってあげればよかったのかなっていうケースもありました。以前農学部だった子がものすごくイラストが上手で、インドネシアに帰って農業を営む仕事に就職したんですけど、すぐ辞めてフリーランスのイラストレーターとして活躍しております。〔彼らは〕何も考えずに大学に留学して、専攻の幅も日本人より狭い〔状況の中で〕、進路やキャリアプランみたいなものをずっと一緒にお手伝いしてあげられるような人がいれば、もっと楽なのではないかと考えます。

2-4. 外国人労働者との間で行われる活動、支援事業を一言で表現するとどのような言葉をもって表すことができるのでしょうか。その言葉、一言を選んで頂いた理由、背景等ありましたらご教示お願い致します。

➡結局人間は同じだと思います。相性のいい子もいれば悪い子もいるし、人それぞれ人間だと思います。外国籍だからと言ったことを一切考えたことはないですね。一番最初のきっかけが、一緒にイベントを手伝ってくださいということでこの活動が始まったわけですけど、みんなも自分の考え方を持っていましたし、最初の時点から外国人だからといった考え方は全くなく、逆にどのくらい〔彼ら〕外国人や留学生が〔イベントを〕できるのかなって思った時に、あまりの能力の豊かさにびっくりして、逆にすごいなって尊敬してしまいました。そのような時点〔状況〕から〔この活動は〕スタートしているので、全く優劣等と思ったことがないですね。誰でもそうだと思います。うちの活動は10月にPesta Indonesia Fukuokaをやるのですが、色々インドネシアの留学生、技能実習生、社会人、奥さん等、そのような人たちが横の繋がりでお友達になればいいなと思って、このような場所で活躍できる組織を作りたいなと思っていて、ネットワーク、〔大きい塊みたいな〕、コミュニティみたいな、そのような組織になればいいなと思っています。友達になればいいのですよ、結局は。仲良く、一緒に遊んだりとか、ご飯食べたりとか、悩みを聞いてあげたりとか、そのようなことが普通にできる環境になればいいと思います。

私は、インドネシア人を対象に活動をしていますけど、他の国の人たちも同じだと思っています。私も、ベトナムの人たちと付き合ったりしていますけど、みんな友達です。人間として変わりはないので分け隔てなく、友達になればいいかなって思っています。その時に目的っていうものがあれば、みんなでしっかりと〔その目的を達成〕できると思います。ただのお友達でご飯食べるのだったら、それはそれで終わりですけど。一つの目標を立て、同じ方向性で何かをやろうというふうな、〔例えば〕イベントのようなきっかけがあれば、も

っとみんなで力を合わせて能力を活かしながら進めていけるのではないかと思います、それを20年間やってきたのかなって思っています。

一つの共通するミッション、それがイベントかもしれませんが、そのためにみんなでアイデアを出し合って、みんなで一緒になって動く中で仲良くなれるのです。20年前活動を始めた頃は、留学生は土日に集まって夜中まで奮闘していましたよ。そういう集まりがあったから、今でもその繋がりがSNSを通じて繋がっているところではないかなと思います。そして、インドネシアに帰ったとしても、みんなお互いを覚え、〔当時の出来事〕を覚えています。インドネシアカルチャーディが大変だったねって、その当時の思い出話をするんです。そのような思い出を、このような場から作っていけるのではないかなと思います。かつて留学生の子供だった子も今は20代を過ぎていますが、〔その子供たちが〕今日本に留学で来ている人もいます。

今の多文化共生っていうのは、一緒になってご飯を食べ、日本の文化を知ってもらうためにだけに着物を着せたり、おにぎり作ったりとかそういうことではないと思うし、・・・やはり、一人ひとりに役割みたいなのがあってその役割を任せること、日本にもそのような環境さえあればその役割を生かすことができるのではないかと思います。それは浅い体験会では得ることのできない、何をするにしてもその人を信じて任せる、役割をお願いするようにすれば外国の人であってもしっかりしてくれるんですよね。喧嘩することもあります。喧嘩できるっていうのも幸せだと思います。そこまでつつこんで気持ちを出すことができる。日本人は考え方をオブラートに包む傾向にありますが、しかし、そのようなことは一切したことはありません。だから相手が分かるまで話す、嘘をつかない、プロセスから全部相手の意見を聞くということに気を付けています。それでも話の行き違いとかありますが、そのように気を付けて対応することで、行き違いの中でも信用を勝ち取ることにできる、そこに繋がっているのではないかと思います。

2-5. 具体的に皆様の活動、支援事業のどのような部分が外国人労働者にとって効果的だったのでしょうか。特にメンタルヘルス、日本における生活全般において効果的だとお考えになることをご教示お願い致します。

➡〔企業に入る時から〕、受け入れから帰国まで、企業と従業員に対して伴走型の支援ができればいいかなって思って、こういうプログラムを作っています。受け入れる時に、この国の人たちはどのような習慣があるのか、どのような国民性なのか、喜ぶこと、喜ばないこと、例えばハラル等理解してもらうことがとても重要だと思います。最初の入り口のところから企業側にレクチャーをしていく、彼らが言えないようなことも企業側と相談しながらお互いに解決をしていく、そういう役割が必要だと思います。そして、彼らのキャリアプラン等を作ってあげながら、〔日本は良い国で〕来てよかったと思える仕組み作りができれば

と思っています。今私は産業カウンセリングをしています、行政書士、社労士、登録機関等とお互い連携しながら働いている側(悩んでいる人)、企業側両方に対応できる仕組みを作っております。このような中間の組織は必要だと思います。どうしても登録支援機関は企業側になってしまいます。社労士もそのようなことがありますよね。でも、中立な立場で物事を考えて提案できる組織が必要だと思います、それがNPOの役割だと考えています。なので、登録支援機関になったら良いのではと言われるのですが、頑なに中立を守りたいので…只、これを活用していただける企業はなかなかありません。今のところ一応聞くんですよ、このような形でやってもらえますかって言ったとしても、ボランティアでやっていただけるなら頼むけど、有料になって来ると頼めないって言われるところがほとんどですね。

通訳を依頼されても通訳の時だけいけば良い、深く入りこむと「そこまで入りこまないで」というようなこともありますので、そこが非常に難しいと思っています。企業の中には触れてはならない、触れてほしくないことに触れられると嫌がられる傾向にある会社もあります。とくに建築関係に多いと思います。〔建築関係は〕あまり進んではいけないですけどね。企業もメンタルヘルスの取り組みをしています…一番まずいのは従業員30人以下〔の会社です〕。〔それが〕半分以上ですね。今の技能実習生たちは50人以上でメンタルヘルスは必ず実施しなければならないが、そこら辺のところを30人以下の企業側では放っておく傾向が強いと思います。私が思っているのは、従業員30人位の会社になると就労規則を整えることができる。しかし、一人だけでもその就業規則は重要だと思います。しっかりと文章にし、〔その就業規則〕に照らし合わせて、自分の仕事はどうなのかが分かるようなものを作ってあげないと不安になって来る、そのような整備が必要だと思います。外国人を雇うのであれば、ルールを決めて〔外国人労働者には〕それに則って公明正大に仕事してもらって、それに対する報酬はこれだけだと明確にしてあげないと、その会社に残ろうという気にならないと思います。技能実習生側も何も知らないで日本が好きだからといって、日本で働けばこれだけ給料がもらえる、〔しかし、就業規則などは〕意識しないで日本に来ている部分があって、そう言ったところで非常にショックを受ける。しかし、それで誰も相談〔できる人がいないと〕会社を変えるってなるじゃないですか。そこで、ちょっと考え方が違うんじゃないとアドバイスしてあげたりすることで、会社ってこのようなものですよ、経営者はこのような方ですよって、話をしてあげるだけでもショックが和らぐのではないかと思います。また、時々、会社側もその国の人たちの料理と一緒に食べたり、一緒に遊んでみるとかいうような会を持つことも必要なのではないかと思います。只、働いていてその見返りとしてお金をあげているから良いじゃないかっていう考え方ではなくて、もう少し〔外国人労働者に〕関心を持って寄り添うことが必要だと思います。たくさん稼ぎたいと思っている技能実習生たちもいて、それが日本の働き方改革とは真逆で、〔日本では〕労働時間を減らす様な傾向になってきていますが、技能実習生は只お金を稼ぎたいという目的で来ているので、たくさ

ん残業できればたくさん収入を得ることができると思っていますので、そこに外国人労働者との意識の違いもあります。話し合いが必要だと思います。コミュニケーションを取って、本当は直接話をしてもらった方が良い〔と思います。〕そうではない場合は私たちのようなNPO法人を活用して頂いて、最初は私たちが間に立ち、クッション的な存在でも良いので少しずつ心を通じてくれれば良いと思います。私たちの組織はインドネシア人たちが好きな組織なので、インドネシア人の方々が心を開きやすいこともあると思います。

2-6. 外国人労働者のための活動、支援事業を行われる際、常に意識されていることはありますか。

➡外国人だからっていうところを取っ払っていく方がいいのではないのでしょうか。声を掛ければ良いのにはと思います。日本人って恥ずかしがり屋なのかなと思ってしまいます。今、文化交流等過度に行われていますが、おせっかいすぎる場所もあると思います。外国人でもちょっとでも覚えたら、「あの人なんかしよる」と思うところもあったり、普通にクールに接していればいいのに、異質な人間が横にいと興味津々、気になると言ったことがあります。そうではなくて普通に暮らしている人という思いで、普通に接してあげればいいのにはと思います。コミュニケーションを取らずに、只妄想で考えてしまう傾向にあると思います。話してみないと分からないじゃないですか。青髭生やしてターバン巻いた、それイコールテロって思ったり。（中略）だから、女の子を可愛いつて思うように〔外国人労働者〕も人間じゃないですか。結局、留学生、技能実習生たちも普通の若い男の子、女の子なんです。だから、恋愛もしたいし、遊びたいしって言ったような感じを持っていると思いますし、普通なんですよ。でも彼らは経験がないから、そこをカバーしてあげればいいのではないかと思います。（中略）〔留学生は〕社会に出てもすぐに役に立つわけではないから、留学生たちは恵まれていると思いますね。彼らと社会とを繋げていく、彼らが私たちと一緒に活動することによって彼らは得るものが多い。そう言った世間を知らない彼ら呼んで交流する良い機会じゃないですか。何かがないといけないんですよ。だから、Pesta Indonesia Fukuoka も今度 10 月にやろうと思っています。たくさんの人に来てもらいたくて、インドネシアはどんな国かを知ってもらいたく、参加しているインドネシア人と交流して、「ああ、インドネシア人ってこんな人たちなんだ」というのを分かってもらえればいいと思います。そういう機会のためにも、そこらへん重要なので〔多くの日本人に〕参加してもらえれば先入観を取っ払ってもらえるのかと思います。

2-7. 外国人労働者のための活動、支援事業を行われる過程において、困難を感じたこと等ありましたら、ご教示お願い致します。

➡やっぱり賛同していただける方が増えないと、と言ったところありますよね。その部分で「[団体が] 経済的に豊かになればもっといろいろな活動ができると思いますし、…そういう部分では、みんな片手間に対応する部分があり、そういうところでジレンマを感じています。もう少し資金的に余裕があればチャレンジもできるし、また今の留学生たちの中で職員になってくれればもっといろいろなことができるのになって思い、ジレンマを感じることはあります。しかしそれって自分たちで解決すればいいことではないかなって思って「も解決できない」、自分たちで解決する以外ない、それに対しての文句はないですね。NPO とか組織もそうですけど、結局いつも同じことをやっても仕方ないではないですか。常に時代の流れを見ながら、それにどう対応していくかっていうところもあるし、もっとなんか、一歩も二歩も先を見据えたチャレンジが必要なのではないかなって思います。20 年間やってきて、あと 20 年間頑張らんとはいけんと思ったら、メンバーも変えなければならないし、お金も貯めないといけないし、色々なところで有料の授業をやっていかなければならないし、課題はいっぱいあります。一つ一つ頑張っていけたらいいですね。でもそうやって活動する中で喜ぶ人が増えてくれればいいですし、賛同してくれる人たちも増えてくれれば、そうやってみんなが適材適所で一つの円を覆うような形でネットワークができれば、とても素敵な景色になるのではないかと思います。それをビジョンとして描くのが代表理事の役割かなって思っています。そう言うところで、みんなで思いみたいのを共有し、自分ができることをそれぞれ確実にこなしていければいつか良い組織になるのではないかなって思います。

2-8. 聞き取り調査のその後

また、インタビュー後に、以前「トゥマンハティふくおか」が開催している活動に参加したことがある福岡在住のインドネシア人から話を聞くことができないかと相談したところ、了解していただけたようなインドネシア人を紹介するとのこと、また後日連絡するとの回答を頂いた。8 月 10 日土曜日の朝午前 8 時頃に、ラインを通じて弥栄さんからインドネシア人二人（男性と女性）の紹介があり、ラインのプロフィールも併せて送って頂いた。弥栄さんには即お礼のメッセージを送り、二人のインドネシア人には調査をお願いする旨、ラインメッセージで送った。しかし、回答があったのは二人のうちの一人で、男性 D さんからは調査に協力できる旨の返事が届いた。それに合わせて、調査日時を 8 月 19 日午後 4 時にお願いし、男性 D さんもその日時に問題がないとの返事があり、その時間で調査を行った。男性 D さんは、日本の某大学の大学院を卒業後、今は就職活動をしているとのこと。以下が男性 D さんとの聞き取り調査の内容である。聞き取り調査は日本語で行った。

2-8-1. この活動、支援事業に参加したきっかけをお聞きしてもよろしいでしょうか

➡まず、私は正規なメンバーというわけではないので、私が「トゥマンハティふくおか」での参加というのは現役の学生時代、おそらく、2017年から2018年ごろですかね。あの時、私は福岡のインドネシア人留学生協会の役員の一人、「トゥマンハティふくおか」の外部連絡担当として、本来は「トゥマンハティふくおか」と留学生協会との合同活動ですが、そこでイベントをやったりして活動していました。きっかけは留学生協会での活動です。

2-8-2. 活動、支援事業についてどこで知りましたか

➡当 NPO 団体「トゥマンハティふくおか」と福岡の留学生協会との協力関係は結構長年続いておりまして、私も留学生協会の先輩から紹介をいただいて、外部連絡担当としてそこで私が連絡係となって様々な活動を一緒にするようになりました。

2-8-3. この活動、支援事業を受ける前、メンタルヘルスの質はどのような状態だったのでしょうか

➡直前の話でしたら、おそらくあの時は結構良い感じだったと思います。2016年から2017年頃、大学を卒業して大学院に入って、かなり良い奨学金を頂いていたので比較的(メンタルヘルスの質は)よかったと思います。

2-8-4. この支援事業、活動のどの部分がメンタルヘルスの質の改善に役に立ったと思いますか？

➡私の知っている限り、この支援事業が外国人留学生のメンタルヘルスへの対応、改善に努力するのが割と最近の話で。もしかすると2020年、コロナの直前、直後ぐらい当たりからその様な取り組みをしたと思います。けれども、その前の活動はほとんどが文化系の文化と人道系の活動がされていて、私個人の話しでしたらそこで、友達のような関係の日本人の年上の方がいらっしゃってお話の相手としての付き合いがあることで、ある程度のメンタルヘルスの支えにはなったと思います。けれども、直接的な影響を与えようとしたりすることはなかった様な気がします。

2-8-5. この支援活動を受ける、もしくは参加する前、日本に対してどのように感じていたのでしょうか？また、支援または活動に参加した後、日本に対してどのように感じましたか？

➡「トゥマンハティふくおか」と出会う前、一応私は学部の時、日本の大学で学んでいたのでおよそ5年間ぐらい、思いは色々ありましたね。特に、元々福岡県と大分県に住んでいて、両方の所でいろんな人との関わりもあったりしましたので、どういうふうな思いだったのかを纏めるのは難しいかなって思います。日本に関して良いところや、あまり良くない

ところもありましたね。変化としては呼べない「言えない」と思います。私としては勉強になったり、知識が増えたりしたことはありますけど、実際はニュアンスが増えたぐらいだと思います。良いから悪い、悪いから良いと言ったような変化はない様な気がしますね。

2-8-6. 日本に来た時はじめの頃、生活、お仕事で悩まされたことはありますか？どのようなことに悩まされましたか？

➡最初にアルバイトをした時は言語の不自由とかありましたし、常識の一致しないこと(上司や友達とか)もありました。アルバイト以外のことでしたら、部屋探しのトラブルとか、契約であつたりとかそこら辺ですね。大学、研究系の悩みもありましたし、悩みは色々ありましたね。

2-8-7. 現在悩ませられていることはありますか？この悩みをなくすために何が必要だと思いますか？

➡現在、最大の悩みは就職活動がうまくいかないということです。解決法としては留学生サポート系の組織への相談、周りの人との相談、話し合い、大学院と大学の先生たちとの話し合いとかのような気がします。知識とノウハウの所得「も解決法の一つです」。関わり合い自体も大事ですけど、これからどうするべきか、何をやるべきかとかの知識やノウハウの取得「も大事」だと思います。

2-8-8. 日本人の交流、付き合いは必要だと思いますか？

➡必要かどうかは人によります。私個人はある程度日本には長く滞在する予定があり、今、日本人と結婚しましたので日本人との関わりを持つ必要があると個人的には思います。しかし、短期で日本に住む人、例えば大学院の2年間や3年間だけここにいる人たちは、留学生たちとの交流も多少あって、彼らが日本に何を求めてきたのか次第で、日本人との関わり合いが必要かどうかは決まると思います。

2-8-9. メンタルヘルスを維持するためにどのような工夫(どのようなこと)を今までしてきましたか？

➡友達との関わりを維持する、友達を作って関わりを維持して交流ができる人をある程度キープして、「キープしたその人と」何かあった時の相談ができれば多少安心かと思いますし、ストレス発散の方法もキープすることですね。結婚する前は友達とカラオケに行ったり外食したり、個人向けだったら信仰系の活動に参加したり(お祈りとかありますし)、自分の趣味、ゲーム、料理とかをして楽しむってことです。結婚する前よりは友達との関わりは頻度がかなり減りましたが、代わりに配偶者はいつもそこに居てくれます。

2-8-10. 日本の生活に慣れるためにやってきたことはありますか？

➡私は、日本語の勉強に努力したっていうことぐらいですかね。日本語の勉強と文化の理解をある程度努力して、例としては常識とかですね。

2-8-11. 職場で落ち込んだ、悲しい気持ちになったことはありますか？もしありましたら、教えて貰ってもいいですか。

➡言語の不自由から発生したトラブルとか、或いは自分が普通に話せて、うまく言葉を伝えることができたと思っていたのにも関わらず、上司や相手(日本人)の相手に伝わらなかったり、〔また私自身〕が勘違いしたことでたまに落ち込んだりはしました。

2-8-12. 職場で受けるストレスはありますか？どのようなことがストレスと感じますか？

➡大学の時、レストランのアルバイトで、別に悪い職場ではなかったのですが休みが取りにくくて、学校の試験とか忙しい時期とかに休みを取れなかったり、逆にバイト先から連絡があって、時間があったら働いてくださいって言った連絡が入って、そこはタイムマネジメントも良くなかったし、〔そういうことがあって〕学校での集中力が落ちたりしました。〔バイト先〕の上司の人たちに話すべきかどうか、あの時は分からなくて、そういった悩みはありましたね。

2-8-13. この支援、活動に参加して、助けられたと感じられたこと、嬉しかったことはありますか？

➡日本の社会人の常識とか(NPO ですから)、ある意味、NPO 業界(団体)の仕組みや考え方とか組織に関する知識とか、様々な人との紹介とか、教えられたり助けられたりして、結構嬉しかったですね。また、いろんな人と出会うきっかけが生まれたり、いろんな活動に参加できるようになったりすることです。助けられたことは、社会人の常識とかを習得、マスターできるところです。

3 節 美野島司牧センター(移住労働者と共に生きるネットワーク九州)

美野島司牧センターの傘下にある、「移住労働者と共に生きるネットワーク九州」の代表である井上幸雄さんとは8月5日、月曜日の午後2時に、フレッシュネスバーガー西新店で聞き取り調査を行った。井上幸雄さんの話は、外国籍の留学生、シングルマザー、会社員、技能実習生等が抱えている多岐にわたる問題、それは学業であり、親権、死産、メンタルヘルス関連等の問題を解決してきたこと、繋がりを意識した支援、更に支援の重要性についてであった。彼の話の内容は、大半が本論文で記した、外国人労働者のメンタルヘルスの問題や繋がりを意識した処方、つまり社会的処方に関連する内容であり、本論文が追及している、

NPO、NGO の活動や支援事業の効能と実態に非常に結びつきがあると実感した。以下に聞き取り調査の内容を示す。

3-1. 皆様の活動を通して、外国人労働者に見られた変化、特に日本に対しての印象や日本で生活における変化について、ご教示お願い致します。

➡人はそれぞれだとは思いますが、これは今関わっているグェットさんという赤ちゃんを死産させた後に、死体遺棄罪で逮捕されて、裁判中です。この前やっと保釈されてシェルターに移って、まだ、これからも裁判が続きますけど。彼女が、書いてくれたのが、この文章なんですよ。結局この辺ですよ。「いつも私の傍にいて、あらゆる段階で、私に付き合ってくれた全ての人に本当に感謝しています。例え異国の地にいても、昼も夜も常に皆さんが私を励ましてくださったので、私は決して孤独を感じたことはありません。私をここまで救い導いてくださり、本当に感動しています。」（本文は(586 頁)、資料の一覧に掲載する）。まさしくこういうことだと思います。外国でね、家族も一緒にいないわけだし、少しは友達はいても、その時にこういうサポートをしてくれる人がいて、私も何回も面会し、警察にも行っだし、拘置所にも行っただけど、そのような感じで面会をしますし、弁護士も何回も通訳が入って聞くっていうことを、何回もやっていました。それが、彼女にとって孤独を感じないということになったということでもあります。結構日本の新聞に大きく出ていました（2 月の 23 日の新聞）。出産したのが 2 月 2 日で逮捕されたのが 2 月 6 日です。それから 5 ヶ月間ずっと、博多署と福岡拘置所に収監されていました。保釈されたのが 7 月 2 日でした。技能実習生の二十歳になったばかりの方で、日本に来たのが去年の 7 月だからまだ、6 ヶ月乃至 7 ヶ月で逮捕されてしまいました。確かに外国の人は日本の法律の制度とか、システムとか知らないわけだから、それに対するサポートがあれば心強いっていうか、サポートがないと何もできないっていうことですかね。

これは 10 年前位にニュースレターに出した記事なんですが、中国の留学生で一年目は楽しく過ごすことが出来たけど、2 年目になって学校に行けなくなりました。これも鬱でしょう。それで、たまたま私の行っていた中華料理店でその話、「自分の友人の留学生が、ビザの更新が不許可となりそうな状況なので助けてほしい」を聞いて。〔留学生は入管に行って〕結局成績が悪いからこのままでは駄目ですよって言われてしまい、留学ビザの延長ができなくなるからオーバーステイになる。それはちょっとなんとかしなければいかんということで、よくよく話を聞いたら要するに、鬱状態になっていて、学校に行けなくなって試験も受けなかったっていう話です。私、たまたま九大の留学生センターの教授を知っていたから、電話で〔教授にこの話をしたら〕、留学生の一番の悩みは精神的な鬱とかになることが相談事として多いって言われて、やはりそうですよねって言って。日本人も外国に留学生として行って、鬱になることはいくらでもあるし、〔そういう人は〕いますもんね〔と話をし

ました」。昔だったら夏目漱石とかも「そうでした」。イギリスとか、ジメジメしていて鬱になりやすい環境だと言われています。「夏目漱石はイギリスに留学して鬱病を発症したと言われている」。逆に日本に来た外国の人もやはり、環境が合わなくて鬱になったりしやすいということで、今のところ「留学生本人から」詳しく聞き取りをしこの申立書を作り、これを持って「留学生と」一緒に入管に行ったら、結果的には1年の更新ビザを得ることができたという話です。お祝いパーティーをするために、中国人の友達二人で中国の人がやっている中華料理店に行き、よかったねっていう話になりました。(中略)これが、メンタルの問題で一番大きな問題だったケースですね。彼の場合、ある程度立ち直りかけていましたので。

これはずっと前からサポートし続けてきた、フィリピン人のシングルマザーのケースです。夫はDVだし、ギャンブル依存症みたいで、それで離婚して子供を引き取ろうということになり、色々ありました。昔はイムズ(IMS)の中に、レインボープラザと福岡市の国際交流協会(国際交流センター)の出先みたいのがありました。今は、アクロスの中に、県の国際交流協会(国際交流センター)の広場があります。そこは「イムズ(IMS)」と同じようなものです。イムズ(IMS)の中に福岡市のレインボープラザっていうのがあり、ここでは週に一回程度カウンセリングが行われていました。心理カウンセリングのサービスを、今はもうやっていないと思いますが。そこに彼女が行って話を聞いたら、単なる精神的な問題だけではなくて、むしろ法律的な問題だということで、私たちに繋がったんですね。色々サポートして、子供の親権のこととか子供の養育費の請求とか、そういうのを手伝ったりしました。その子とは20年ぐらい繋がりがあって最近はありませんんですが、子供さんの進学の問題とか、色々なことで手伝ったりしました。やはり、サポートがないとちょっと孤立してしまうから…

(新聞記事を渡される)これ写りが悪いけど、これはもう2009年だから15年近く前で、この子は中国の遼寧省に住んでいて、お父さんとお母さんが離婚してしまい、障害があるお父さんの方と暮らしていました。お父さんが日本にいる中国残留の家族と一緒に日本に来て、告白した女性がいて、その人とインターネットと繋がって結婚して、お父さんの連れ子として日本に来ました。中国の遼寧省は七歳から小学校に行きます。日本と「比べると」一年遅い。そしたら「日本に来た時には既に」15歳になっていて、高校生の年だからって言って、福岡市の教育委員会は学齢超であるからと中学への編入を拒否したんですね。それを私が知って、それは国際人権上絶対おかしいと、子供も権利上おかしいって言って、知り合いの弁護士に話したら、即弁護団ができました。一緒になって申立書を作って、市の教育委員会に出したら編入が認められるようになりました。この子は毎日のように、自転車で直訴していました。それをサポートしようっていう人たちが集まって、解決したというケースです。私たちの支援グループがサポートすることによって、そういった修学もできたということもありますし。(新聞記事の最後の部分「両親も顔を綻ばせる。学校に行けなくて毎日泣いていた

子が、今は毎朝、鳥のように学校に飛んでいく」を見せられる)。ちょっと脚色している部分はありますが、毎朝喜んで学校に行けるようになったという、そういったこともあります。…それ以降、市の取り扱いが変わったんですよね。規則的なことがあったのを、このケースから改めますってなりました。例え15歳過ぎていても、事情があればちゃんと受け入れますってなりました。私の名前はこの記事には出ていないけど仕掛け人は私です。

これは、私の知り合いですけど、久留米の小学校、中学校で日本語の指導をしている人で、やはり、中々きちんと日本の学校で日本語の指導ができていないことを、西日本新聞の国崎さんが新聞に書いてくれて、ここに私の名前が出てきますが(インタビューされた井上幸雄さんの回答を見せられる)、きちんと学校が対応すれば子供達も学校の授業についていけるわけです。日本が全体的に遅れているわけですから。やっぱり不登校とか、高校に折角受かってでも中退とか多いですし、地域で色々子供たちのための日本語教育をやっているところも幾つかありますし、吉塚にリトルアジアマーケットっていうのがあります。あそこに私の知り合いのベトナム人のサンゴさんが、子供たちの学習指導と、夕方になったら食事まで、子供食堂までやっています。日本人とベトナム人が一緒になって、そういう取り組みをしております。子ども食堂は学生指導をやる日だけ、今は夏休みですから、木曜日とかもやっているかもしれません。

これも外国のお母さんたちに日本語を指導するんだけど、学校から来る通知文が来ますが、これを読めないお母さんたちに日本語を学習してもらう、そのような取り組みがあります。これは国崎さんが「行っている」「ハッピーサロン」、これは久留米の教会でやっている子育て井戸端会議です。(中略)結局孤立感を持たないようにすることが、メンタルヘルスにも繋がると思います。お母さんも孤立してしまうと虐待しそうになるっていうね。それが怖いから、一時期フィリピンに一時帰国したいと言った話もありました。孤立して自分が子供を虐待しそうになる、だから母国に一旦帰りたいと言った、そういうような話を聞きます。追い詰められると、お母さんも虐待する側になったりするわけですよね。

3-2. 外国人労働者は様々な悩み、ストレス抱えていると思いますが、日本での生活に溶け込めないストレス、カルチャーショック、労働環境等を抱えて就労し、日本に在住する傾向にあるとされていますが、皆様の活動、支援事業を通して、外国人労働者にどのような影響がみられたのでしょうか。事例、エピソード等ございましたら、ご教示お願い致します。

➡エンパワー(Empowerment)っていう言葉ですかね。自分は無力だって思ってもそうじゃないって思える。ちゃんと自分の権利を主張する。だから、この前のグエットさんの文章、力強いんですよね。私「グエットさん」が変わって道を切り開いていくというような考えを持てるまで、そこまでしっかりとした考えを持てるようになるまでサポートしていく。まだ二十

歳ですので。感動しますね。勿論この文章はベトナム語で書かれたのを、シスターが翻訳してくれました。サポートをする人がいなかったら、孤立するだろうね。

割と最近ですが、一昨年留学生で来てて就職が決まったんですが、躁状態になってしまって、就職が決まって嬉しかったんだけど、それなのに彼は自傷行為をしてしまいました。ハイテンションだからね、たまにあるみたいですね。なんと自分の指を2本切り落としたんです。そう言ったケースで、彼の先生から、入院できる病院を探してほしいって依頼がありました。一生懸命探すんですが、どこも外国人だからダメだって言われ受け付けてくれない。〔ある病院からは〕、うちは外科の対応はできないからダメだって言われ、半日かけて探すとやっと一つだけ見つかりました。それは福岡ドームの前にある九州医療センターで、そこは受け入れてくれました。精神病の問題の場合は、閉鎖病棟じゃないとダメなわけですよ。そこに入り1ヶ月間位で落ち着いて、帰国しないといけなくなりました。やはり、日本人じゃないとなかなか病院はつけきれないですね。その子はベトナムの留学生で優秀だったみたいです。ちゃんと就職も決まって、フェイスブックで繋がっていますけど。一昨年ぐらいだと思います。卒業する頃、3月か4月頃だったと思います。結構、やはり、精神的なことで大変になる人は多いですね。まして〔日本は彼らにとって〕外国だから。その差別的な対応はまだ多いようです、日本は。不動産を借りるにしても断られるとか、病院も同じような感じです。今年の年度末だったと思いますけど、やはり彼らが孤立してしまうと、私たちとたまたま繋がりができたから良いんですけど、できなかったら難しいと思います。

3-3. 活動を行っていく中、外国人労働者の皆様からの悩みや困ったこと等相談されたことはありますか。もし、ございましたら、具体的にどのような内容だったのかご教示お願い致します。

➡夫からの暴力もあれば子供との確執の問題、家族関係の問題とか、職場でのトラブルとか、私の場合なんでも受け付けるので。だから労働問題だけやるところもあれば、性的暴力についてだけやるところもありますが、専門分野があるところとそうではない分野と別れている場合があります。私の場合「なんでも屋」だから、なんでもありますよね。教育の問題、子供の問題とかも。〔実は私〕、福岡市の教育委員会で30年間働いていたんですよ。そういったこともあって、高校入試とか〔子供の進路〕でお母さまが受ける学校がないって泣いていることがあったから、そう言った時は色々な情報の提供をし、また家庭教師みたいなのを行います。他の大学生と一緒に、…私は数学とかは難しいから、国語、読解力を身につけるっていうのは私は得意なので、数学とかは若い大学生に引き受けてもらっています。色々な悩みがあると思います。夫の両親との間でとか。精神的なDVを夫やその両親から受けたとか、日本人との間にできた子供、子供はできたけど認知もしてくれないし、養育費も払

ってくれないこととかもありました。割と最近(相談)を受けたのは、仮放免についてです。大村の収容所とかで仮放免で福岡市内に住んでいる外国人をサポートしていることが、東海の外国人ヘルプラインから私の方に話がありました。話を聞いたら保証人っていうか身元を引き受ける人が必要なわけで、仮放免のために身元引受人になってくれた同国人と一緒に虐待をするわけです。住まいも作業所のコンテナの片隅がベッドの置き場にさせられたり、仮放免って働いたらいけないので、働いて収入を得ることができない。ところが実際は、保証人になってくれた人からはタダ働きをさせられる。働かされるけど給料は抜かれる。食事は出してくれるけど、そういう感じで保証人を替えて別な所で、別な人に保証人を「お願いしたいとか」ここを移りたいっていう相談がありました。それを入管に話し、ちゃんと新しい保証人が保証金を出してくれて、今の保証人がオッケーすれば良いと言った形を取るといったことがありました。いろんな相談があります。アジア女性センターはDV 関係に特化しています。熊本にコムスタカという法人があります。そこも本当に幅広く、この技能実習生の妊娠問題や夫からのDV 問題等をやっております。JFC とか、子供を認知せず養育費も払わないケースもあったり、技能実習生の労働問題や労働災害、そういったケース等、なんでも熊本のコムスタカの法人では取り扱っています。私の数倍の量をこなしている中島さんっていう人がいますが、中島眞一郎さん。彼は忙しい人で、彼は私と歳は一緒ですが、先輩で活動歴は長いです。1988 年位から活動を行っていて、私より活動歴が3 年4 年も長いんです。今、外国の人が銀行口座を作ろうとしたらダメって言われる。そういう銀行の問題もありますね。いろんな問題があります。彼らの心配事として一番多いのは、在留資格の問題です。日本人にない在留資格の問題が挙げられます。離婚したら配偶者ビザというものがなくなります。そういう問題があります。だからDV があっても逆らえない。配偶者ビザが更新できなくなるからです。今、昔に比べて永住ビザがものすごく取りづらくなってきています。昔は安定した結婚生活を三年過ごしたら永住ビザが取れていましたが、今はすごく厳しくなってきました。ちゃんと税金を払っているか、ちゃんとした仕事に就いているか等、審査が厳しくなってきました。今度の入管法の改正で、永住ビザを持っている人ですら税金等の滞納あったら、すぐ取り消しできるということが入管法の改正で決まってしまいました。

3-4. 外国人労働者との間で行われる活動、支援事業を一言で表現するとどのような言葉をもって表すことができるのでしょうか。その言葉を一言選んで頂いた理由や背景等ありましたら、ご教示お願い致します。

➡伴走支援、一緒に伴走する〔走る〕ということだと思います。ちょっとやる〔伴走する〕だけではなく、長い時間、20 年も30 年も〔続けて〕やることもあるわけで…だから、一時的にちょっとやるだけで終わりっていうことではなくて、ずっと一緒に伴走していくということではないでしょうか。それに似た同行支援というのがあります。役所に行ったり入管に行

ったりという。同行支援、これもととても大事だと思います。大きくいうと伴走支援、つまり一緒になって走る。只、単に手を差し伸べて何かを与えるのではなく、一緒になって走る。中々、これはやっているところは少ないわけで、〔同行支援、伴走支援は〕こっちもきついし…北九州にホームレス支援で、抱樸館（ほうぼくかん）というのがありまして、そこは奥田さんっていう牧師さんが行なっている活動で、福岡にもあます。本拠地は北九州です。抱樸っていう字ですが、「抱く樸」はささくれだった木を抱きしめる、抱きしめる側も棘が刺さり血を流すという意味を持っており、それと同じように一緒になって伴走する。牧師でクリスチャンの人〔奥田牧師〕だったらそういうホームレスの人と、一緒になって抱きしめながら〔伴走するということでしょう〕。

3-5. 具体的に皆様の活動、支援事業のどのような部分が外国人労働者にとって効果的だったのでしょうか。特にメンタルヘルスや日本における生活全般において、効果的だとお考えになることをご教示お願い致します。

➡勿論メンタルのことも常に考えながら対応しないと、逆に傷つけることになりますので、こういう本がありました。外国人に対する支援者に求められるスキルと役割っていうことで、この多文化ソーシャルワークっていうのは、いろんな方面からの支援が必要なわけです。だから当然、その法律的な知識とか非常に重要です。後はいろんな医療制度についてもちゃんと理解しないといけないですし、子供がいればその児童福祉について知っておかなければならない。精神保険とか、それについてのちゃんとした認識を持っておかなければならないので、そういういろんなスキルや知識を持ったネットワーク…私自身はできなくてもそれに詳しい人とちゃんと繋がっている、そういう、ネットワークが大事だと思います。

（中略）実際に愛知県には、多文化ソーシャルワーカーという人はいます。そういうことをしている人が。だからいろんなスキルを持っている人がいて、繋がりがあっていうことです。どの部分がっていうのは難しいのですが。やっぱりその精神的な面で、ちゃんとサポートしていくことが大切で、後は法律的な知識も必要だし、自分が分からないところはきちんと繋いでいく。自分が専門ではない場合、例えば児童相談所で知り合いを作っておいて、その人と相談をするとか、病院関係で助けてくれそうなところとコネクションを作っておくとか大事です。福岡だと千鳥橋病院は外国の人たちが、お金がなくても見てくれたり、そういう繋がりをちゃんと持っていて、更にその繋がりがあるところともうまく繋いでいくということです。だから、弁護士とも繋がっていますし、医療関係者とも繋がっています。また、病院のソーシャルワーカーの人たちとも繋がっています。メンタルヘルスになると精神科医とかの人だね。福岡市の児童相談所の所長だった人が、精神科医の所では細やかな対応をしてくれるし、福岡市の児童相談所は弁護士も常駐で、弁護士が一人常駐されていました。そ

ういうのは強いですよ。そういう所と繋がって、逆にあちらからお願いされることもあります。

(中略)繋がりとネットワーク同じものだけど、それらによって対応できる分野が広がります。労働組合も大事ですね。労働問題は労働組合に入って交渉をすることが大事ですね。労働組合に入って交渉をしようとして拒絶されることは、不当労働になるわけです。

3-6. 外国人労働者のための活動や支援事業を行われる際、常に意識されていることはありますか。

➡人権とは労働ということで、国際人権規約を日本の法律だけ〔の対応〕ではだめですね。最近では国際人権規約を学ぶ大学生も増えてきています。有名な人では申恵丰(シンヘボン)さんです。彼女は、岩波新書で「国際人権入門」という本を書いていて、すごく良い〔本〕です。もう一人は藤田早苗さんです。彼女はイギリスのエセックス大学卒で、時々日本に講演に来ています。「武器としての国際人権」という新書が出ています。国際人権の思想、理念というものをきちんと踏まえています。日本の政府はそういうものを全く〔理解〕できていないからですね。〔外国人労働者の支援は〕、国際人権、思想、理念を踏まえて活動をしていくことです。私はクリスチャンです。(中略)私の場合常に意識しているのは、キリスト教の隣人愛です。キリスト教の本質は異邦人への愛です。キリストが生まれてすぐ難民になってしまった〔キリストは生まれてすぐ、ヘロデ王の迫害を逃れてエジプトに避難する〕。私の場合、それが基本にあります。結構外国人を支援活動している人たちは、キリスト教団体が多いですよ。特にカトリックとかすごいですね。ほとんどのグループがカトリックの支援団体です。例えばアルペ難民センターが鎌倉にありまして、そこはイエズス会が使っていた施設をそのまま引き受けて、その仮放免の人とかを受け入れる施設にしたりとか、昔、HELP という女性、ジャパゆきさんとかを受け入れるシェルター、これはキリスト教の矯風会の100周年記念でできたシェルターです。私はそのHELPにコロンビア人の女性を、それこそ人身取引の〔被害者の方〕が帰りたいというから、そのHELPに送って行ったことがあります。このHELPは新宿の西大久保のど真ん中にあります。House of Emergency Love and Peaceですよ。

京都のYWCAではAPT(Asian People Together)、そこは人身取引に関する本をたくさん出されていて、強力な弁護士、吉野さんという人身取引のスペシャリストの弁護士がおられます。グェットさんの件もカトリック教会がすごくサポートしてくれて、やはり、キリスト教の精神というのが大事だと思います。仏教徒の人でもベトナム人のサポートをしたり、ミャンマーの人をサポートしたり、そういう宗教的な団体は大事ですね。

3-7. 外国人労働者のための活動、支援事業を行われる過程において、困難を感じたこと等ありましたら、ご教示お願い致します。

➡トラブルというのはありますね。方針が違うと一緒にやれないことはあります。活動に対するヘイト的なこと、例えばグェットさんのことがYahoo!ニュースに載ったら、それに対して色々な人のコメントが来るじゃないですか。「これは、だめだね」とかそう言ったコメントに「いいね！」がすごい付きます。400とか「いいね！マークが付く」わけですよ。「いいね！」じゃなければ「反対のやだねマーク」が40とか付きます。結局移民、面倒くさいねと、これこそトランプの移民排斥、外国人なんて来ない方が良いとか、そういう考えを持った人が結構多いですね。地道に「活動を」一緒にやっていたのに方針が違い、分裂が起きたことはよくある話です。教会の中でもそのようなことはよくあります。一生懸命サポートしていても裏切られてしまうことがあります。一度コムスタカの中島さんが言っていたのは、JFC(Japanese Filipino Children)が認知を求めてお母さんと娘が日本に来て、その調停、話し合いをすることにしていたら、なんとその父親と直接談判してしまい、300万(円)貰い帰ってしまったことがありました。利用されるだけ利用され…結構そういうこともあります。嬉しくないこともあります。

4 節 福岡よかトピア国際交流財団

「福岡よかトピア国際交流財団」との聞き取り調査は、8月6日火曜日、正午から午後1時までの1時間をかけて行った。「福岡よかトピア国際交流財団」は、中洲川端駅の5番出口付近の冷泉公園傍の、福岡市国際会館の建物一階にある。聞き取り調査を始める前、財団事務室で待つように言われ、そこで5分ほど待機した。その後、別の部屋に連れて行かれ、そこで30分ほど聞き取り調査を実施した。本調査に協力して頂いた方は「福岡よかトピア国際交流財団」に勤務するお二人の方で、Aさん、Bさんであった。因みに、Aさんはこれまで当財団で福岡県在住の外国籍の人々に対しての多目的相談を担ってきたのに対し、Bさんは福岡県在住の外国籍の人々のための心理カウンセリングを担ってきた方々である。「福岡よかトピア国際交流財団」の多目的相談や心理カウンセリングでは、外国籍の方々の個人情報保管していないこともあり、支援や相談を受けた外国人労働者のフォローアップは実施していないとのこと。そのため、外国人労働者からの話を聞くことはできないと、お二人の聞き取り調査中に説明を受けた。聞き取り調査後、AさんとBさんから、本論文で二人の聞き取り調査の回答を扱う際は、実名を記さないようにとの要望があり、本箇所ではお二人の回答に名前の代わりにAさん、Bさんを用いることにした。以下に聞き取り調査の内容を示す。

4-1. 皆様の活動を通して外国人労働者に見られた変化、特に日本に対しての印象や日本での生活における変化について、ご教示お願い致します。

➡A(相談窓口): [外国人労働者の方の] ご相談内容は多岐に渡ります。お仕事を探したいとありますし、DVを受けていてどうしたらいいか等の相談や子供さんの悩み等もあります。それに対して、こちらは適切な専門機関をご紹介したり、制度のご紹介をしたりします。それをその後、同じように相談者さんがどのように[その紹介箇所に]コンタクトして、結局その後[どう]解決に至ったのか、うまくいったのかは、私たちは「その後どうなりましたか」って聞きませんし、ご相談者さんのお名前、電話番号は全然聞かないんですよ。元々。ちょっと調べて折り返し電話しますってことであれば、電話番号を聞いたりしますけど。基本的に相談を受ける時に、ご本人様の個人情報をいきなりあれこれと聞いたりもしませんので。相談内容に対する情報提供の部分で、必要なだけの情報を戴くってということなので…もし同じ相談者さんが、後日この前このことで相談したいんですけど、まだ他にありませんかって聞いて来られたら、それに対してのご連絡はしますが、こちらからその後どうなっていますかっていうようなことは一切してないですね。メールに書かれていましたが、うちの活動に参加したことがある外国人労働者の方々にインタビューをしたいって言われても、[そういうことで]そういう方々のご紹介する、そのものがないので…。

➡B(カウンセラー): そもそもうちの事業自体が、カウンセリングを通常継続的にする形のカウンセリングではないので、長期的に、所謂医療機関とかで解決に向けてやりますっていう[ものではなく]、あの無料でやっているというのもありますので、回数もある程度制限させて頂いています。最終的な解決まで必ずずっとお付き合いできるかっていう部分においては、必ずではないですね。一応とはいえ、ほぼ納得行く形で終わっているというのはあるのですが、変化っていう部分はカウンセリングに通われている最中ですので、その後どうかっていうのはその本人しか分からないので、その変化という部分を答えるのは難しいと思います。基本的にフォローアップ等、カウンセリングは一応クライアントの方が自分でできれば来たいと思って来ているので、悩みがあって色々相談しに来て、ある意味クライアント主導っていう捉え方をしています。なので、その後こちらから連絡するとか、そういうことはよほどのことがない限りは通常はしないんですよ。

4-2. 外国人労働者は様々な悩みやストレス、例として日本での生活に溶け込めないストレス、カルチャーショック、労働環境等を抱えて就労し、日本に在住する傾向にあるとされますが、このような諸活動、支援事業を通して外国人労働者にどのような影響がみられたのでしょうか。事例、エピソード等ございましたら教えていただけないでしょうか。

4-3. 活動を行っていく中で外国人労働者側から悩みごとや困りごと等話されたことはありますか。もしございましたら具体的にどのような内容だったのでしょうか。

➡A(相談窓口):一番多いのは、ここは外国だからってということなので、在留資格のご相談が多いですね。例えば、一番簡単なのは留学生が、今度就職が決まったので在留資格を変更しないといけないけど、手続きはどうすればいいですかっていうものから、先ほどの離婚に伴う自分の在留資格はどうなるのですかと言ったご相談もありますし、仕事を変えるにあたってどうなりますかとかですね。後は、比較的多いのは仕事を探したい、今度仕事を辞めたいのだけどどうしたらいいのですかと言った、雇用労働に関するご相談はあります。自分の症状に対して病院を探したいとか、病院、医療の制度とか、日本語を勉強したいとかいったご相談(日本語教室の紹介)もあります。例年その辺の相談が多いです。なので、先ほど申し上げましたが、在留資格の関係であれば、今も働いていますっていう人もいますが、やはり主婦の方であったり配偶者の方であったりとか、必ずしも労働者にだけ限らず、色々な方がいらっしゃるの、労働者だけのご相談だけではないということです。

➡B(カウンセラー):内容としては正直日本人と変わらないっていうのが、正直なところですね。所謂外国人だからってところでの差別だったり、日本文化に適用するのが難しいという様な、所謂皆さんがイメージしやすいような相談内容がありますが、それはごく一部で、それがメインっていうことはないですね。例えば精神的な疾患も日本に来る前からある方とか、それが環境変化でちょっと変わったり[悪くなったり]、元々あったものが[悪化]したっていう方の方が多い印象です。国際結婚といったケースもあるので、そう言う場合はもしかしたら、国際結婚というところでの夫婦間の悩みであったりというのはあるとは思いますが。それは日本人でも多かれ少なかれあるのかなと思うので、外国人特有の問題はそんなに多くはないというのが正直な所です。…ここ最近、もう20年ぐらい[カウンセリング]をやっていますが、最初の頃はまだそこまで外国人労働者が多くなかった、一応外国人労働者って区切っていないので、そのところの差はあると思います。さっき言った、国際結婚も配偶者の方で働いていない方もいらしたり、外国人労働者として区切っているのであれば[統計も取れたかもしれない]、しかし、そういう統計の取り方はしていないのでちょっと正確ではないかもしれないですね。

4-4. 外国人労働者との間で執り行われる活動や支援事業を一言で表すとどのようなものなのか教えていただけないでしょうか。また、その一言を選んで頂いた理由、背景等ありましたら、教えていただけないでしょうか。

➡A(相談窓口):日本人との共生っていうこともありますし、外国人の方が生活できる環境を整えることもありますし、そういった所は福岡市との連携でやっていることもありますから、一員として同じように日本人も外国人も変わらず同じサービスが受けれるっていう部分もあるのかなと思います。支援の内容もやはりその時の状況によって変わっていくので、先ほど申し上げましたように、20年前はそんなに外国人労働者がいなかった。その時は国際交流

がメインでしたけど、こうやって今実際生活して働いていらっしゃる外国籍の方が増えてきた時に、やっぱり、必要な支援っていうのは変わってきていますし、今外国籍の方が増えて来ている、イコール家族を帯同される方も増えて来ているので、子供さんの日本語学習や親御さんの日本語の学習もありますし、対応しないといけない部分はうちだけではないんですけど、広がってきているのかと思います。その時必要だと思われる支援を財団だけではなく色々な機関と連携して対応していくこともあります。

4-5. 具体的に諸活動や支援事業のどのような部分が外国人労働者にとって効果的なのか教えていただけないでしょうか。特にメンタルヘルスにおいて、どの部分が効果的だとお考えでしょうか。メンタルヘルスだけでなく日本における生活全般において、どの部分が効果的だとお考えでしょうか。

➡**A(相談窓口)**: 知りたかった情報を差しあげられるところです。それに対して、情報が提供できた時。必要なところと繋がれるところが効果的だと思います。

➡**B(カウンセラー)**: 精神疾患の可能性がある場合、病院を紹介するか否かを判断する必要があります。後は、無料でカウンセリングを受けれるところ。日本人であれば、福岡県精神保健福祉センターに相談窓口がありますが、何故このような外国人のための無料相談所があるかという、日本人は簡単にそのような医療にアクセスできますが、外国人の場合はそのような医療にアクセスすることは難しいからです。カウンセリングの効果は個別的で人によります。

4-6. 外国人労働者のための諸活動や支援事業を施す際、常に意識されていることはありますか。

➡**A(相談窓口)**: 先ほど申し上げましたが、どこの国の方ですかっていきなり聞いたりはないので、そもそもその方が何を聞きたいのか、何を問題とされているのかをまず聞き取らないといけないっていうのはあるので。その中で、他の言語ではない言語で対応することも多々ありますし、必ずしも、その言語がその方にとって母語ではなかったりします。それでどれだけ相手が話したいことをこっちが理解できるか、またこっちが回答している内容をあちらの方が理解していただけるかというところに気をつけながらというか、どう対応していくかなって思います。勿論、この人はどこの国の人かなって、変な偏見を持ったりしないっていうこともありますし。時々あるのが日本語で一生懸命話してくださるのですが、ご本人が使える限りの日本語で自分の聞きたいことをおっしゃるんだけど、こちらが日本語でお答えすると、必ずしもそれが通じているかどうかは分からないというところもあったりします。そう言ったところでちょっと悩むところはあります。「分かりました、はい」っておっしゃるんですけど、じゃ本当に理解できているのかなっていう、特にうちは電話での

ご相談が多いので、対面だと様子を見ながらとか、資料をお示ししながらとかできますけど、電話だとどこまで分かっているのかがちょっと確認が難しいというところはあります。なので、一番大事にしているのはその方が一番聞きたいこと、何を聞きたいのかというのをうまく聞き取るにはどうしたら良いのかっていうのを、日々悩みながら、対応しています。

➡B(カウンセラー): カウンセリングにおいては、特に意識することはありません。只、外国人であるということで、気に留めておかなければならないことは勿論あると思います。言葉の問題であったり、その方が抱える背景だったりという部分が、日本人とは違うということ…これは広く言えば日本人も同じことなので、そういう意味であまり意識していないということはあるんですけど。日本人でも、人それぞれ背景が違うからですかね。只、やはり、外国人であるというところでの生きづらさではないですけど、ビザの問題であったり、そういうところで不安定さというのが元々ある、そういう部分だったりとは勿論意識してるというよりも、もうそういう形で思っていると、わざわざそれを考えるというのはあまりないのかもしれない。それも感覚の問題なので、只、やはりそういう背景というのは勿論外国籍である、外国人であるという部分ではあるのかなと思います。そういう部分に対応する中で、日本人のぶつからない問題を考えながらというのはあるとは思いますが。だから、カウンセリングにおいてメインとなるかっていうと、私としてはそうじゃない時の方が多い印象があります。メンタルヘルスという部分において、カウンセリング自体が欧米の方にはそんなに違和感があるものではないように思います。アジア圏においては、カウンセリングが浸透していない国の方もいない訳ではないので、[そういった方は少ないですけども]。そもそもここに来る理由、カウンセリングを受けたいと来られる方は少ないのかもしれないけど、そういった部分は、国々によってどういう受け止め方ができているかとかは考えたりはしますけど。

4-7. 外国人労働者のための活動や支援事業を行われる過程において、困難を感じたこと等ありましたら、ご教示お願い致します。

➡A(相談窓口): 相談内容によりますよね。情報提供できるもの、できないものがありますので。例えていうならば、経済的に非常に苦しいので何か支援はありませんかって言われても、経済的な支援というのは基本ないのですよ。それは外国人の方だと在留資格によって、日本人と同じように生活保護を受けられる方もいらっしゃいますが、基本的に外国籍の方は、自立して生活できることで滞在許可を受けているので、簡単にお金が欲しいと言われても、どこの機関でもそれはちょっと難しい…勿論職業支援とかを紹介することはできるのですが、後はやっぱり言語であったり、そもそもの[受けて来た]教育の経験だったりとかでなかなか仕事が見つからない。折角仕事を始めたけどすぐ辞めてしまうとか、それに関して

はうちでお仕事を紹介している訳ではないので、ハローワークであったりとか、自立支援センターを紹介することになるのですけど。対応のできる内容とできない内容があるので、ご紹介できる情報がないという時にはちょっと残念だなっていう気はします。なるべくいろんな機関と繋がってできるだけ〔多くの〕情報提供であったり、引き継ぎができるようにとは思っていますけど、内容によります。後は非常に相談内容が複雑、只単に仕事を見つけないで済ませて、さっき言ったように結局DVが原因で離婚を希望するけど子供もいるし、只自分は今まで配偶者の立場でいたんで、あまり日本語もできないし、仕事も今まではして来なかったので、じゃ子供を自分が育てるとしたらそれこそ在留資格が取れるのか、自立して生活できるほどの仕事が見つかるのかとなると、一つ仕事が見つければそれで良いいってことではないですし、家を見つけてそこでそのためのお金、離婚のための色々手続きとかもあります。時には、子供さんがどうしても病気で、日本の病院に掛からなければならないこともありますし、そういう複雑な内容の時は難しいですが、市町村と連携してその支援関係と連携してってことにはなりますね。なので、話を聞いた上でどこに連絡をして、どういふうにしていくのが一番良いのかっていうのを一回考えなければならないと言ったところがあります。

➡B(カウンセラー):一応うちでは、日本語と英語でやっているのですが他の言語ではやっていません。〔そのためそれ以外の言語で〕やる場合は通訳を入れないといけないので、カウンセリング自体に通訳が入ること自体が、なかなか難しい要素ではある支援だと思っています。やっぱり、そういう意味では言葉、英語以外の日本語ができればいいんですけど。日本語でする場合もない訳ではないのですが、もどかしさを感じています。自分がうまく表現できないようなもどかしさを感じているクライアントも見えないわけじゃないので、そういう場合とかは、やっぱり母語ができると良いだろうなっていうのは、困難というよりもそれが出来ればいいなっていうところは思います。英語もヨーロッパ圏の人は上手ですけど、やはり母語ではないので、日本語よりかはマシっていう、まだ表現ができているということはあると思います。そういうところでは、言語の部分は大きいと思います。自分が感じている部分を違う言葉で表現するのは厳しいだろうなっていうところはあると思います。そういうことで他の言語でできる形でサービスがあればいいのかもしれませんが、中々そこは難しいところがあるなあって思います。(中略)カウンセリングの受け入れっていう部分は、先ほど言ったカウンセリングに馴染みがあるかとかないというのは、ちょっとあるかなって思います。配偶者がどうしてもカウンセリングに相手方を連れて来たいんだけど、相手が例えばアジア人だったり、そのカウンセリング自体が「そんな自分は病気ではない」見たいなリアクションや、「それは一体何なんだ」見たいな、「人前で自分のことを話すなんて、やりたくない」というような、日本人でも多いと思いますが、そういう拒否的な場合だと、なかなか本人が来れない、来たくないということがあります。しかしこのパターンは日本人にもあることなの

で、外国人だからという訳でもないのかもしれませんが。そういうことは文化的なという、日本人でもそういう文化というか、アジア系と日本人とダブルところかもしれません。私自身、外国で生活したこともありますので、どういう経験が想定されるかという部分においては全く知らない方よりかは、理解というか共感するというか、そう言った部分では他の人とは違うとは思いますが、私はそこに大きな困難さは感じていないというところはあるのかもしれないです。

5 節 北九州国際交流協会・Let' s Talk イベント

「福岡よかトピア国際交流財団」の聞き取り調査が終わった時点で、二つの懸念事項があった。それは、方法論でも記していた、①NPO、NGO や地域の活動に支援を受けた外国人労働者に、或いは活動に参加したことのある外国人労働者に直接話を聞くことが出来ていない、つまり、外国人労働者のインフォーマントが人数的に足りていないこと、②筆者自身が、未だ外国人労働者向けの NPO、NGO や地域の活動に参加できていないことであった。この二つの懸念事項を解消するための方法を模索していた時に、脳裏に浮かんだのが、「アジア女性センター」の聞き取り調査後に、雑談中に柿原さんと本郷さんに紹介して頂いた「北九州国際交流協会」であった。そこでは、外国籍の人々と日本人との交流イベントが、年に数回開催されているとのこと。この交流イベントに参加することで上記の懸念事項が解決できるのではと思い、「北九州国際交流協会」のホームページを検索し、5 分後にイベントの一覧表より、8 月 10 日の土曜日午後 2 時から 3 時 30 分に開催予定の「Let' s Talk イベント」を見つけることができた。イベントの概要には「日本人市民と外国人市民がゲームやおしゃべりをしながら、楽しい時間をすごす交流会です」⁴²⁶と記されていた。このイベントに参加する目的は、①交流会に自ら参加し、外国人と日本人との間で行われる交流会、即ち活動の実態を自分の目で確認する、②そこに参加している外国人の方々に話を聞くことであった。そして、即イベントへの参加申込を行ったのである。8 月 7 日に北九州国際交流協会から、参加案内がメールで送られて来て、このイベントに参加する運びになった。

「Let' s Talk イベント」について記す前に、「北九州国際交流協会」について詳述する。「北九州国際交流協会」は、北九州市八幡西区黒崎のコムシティ 3 階にある公益財団法人である。設立目的は北九州市とその周辺地域における多文化共生の社会作りとその推進、更に、市民に幅広く国際交流活動を促進し、諸外国との友好親善を通して理解を深め合い、国際平和に貢献できる街づくりを推進することである。多文化共生の社会作りの推進のために、多国籍の人々が地域で安心して生活できるように、多言語での相談への対応や情報提供を目的とした支援事業としての相談、生活情報、行政や医療の通訳を包括したワンストップインフォメーションセンターであり、日本語教室、留学支援等が実施されている。国際交流

を促進する活動としては、日本語スピーチコンテスト、留学生との交流会、Let's Talk イベント、英語で語る自分の国、外国の方々から教わる言語教室等が開催されている。

筆者が参加した、「Let's Talk イベント」は、北九州国際交流協会があるコムシティ3階の別室で行われた。そこに参加した日本人と外国籍の人々との割合は、50人対10人の割合であった。一つのグループは5人で形成されており、その中の一人が外国人であった。この一人の外国人がそのグループのリーダーとなっていた。このイベントは前半と後半の二部構成となっており、前半と後半ではリーダーが入れ替わる仕組みとなっていた。前半の45分は福岡の大学に留学しているグアテマラ出身の男性がリーダーであり、後半は九州工業大学に留学するナイジェリア出身の女性の留学生であった。前半は、カードをめくり、そのカードに書かれているテーマに従って行動するもので、英語で自己紹介することからイベントは始まった。次のゲームに移り、筆者のカードには、推奨するアプリが記されていた。更にカードはめくられ、そこには絵が描かれていた。その絵をもとに、メンバーがそれぞれ物語を語り繋げていくゲームであった。後半は、メンバーが英語で自己紹介することから始まった。筆者は、博士課程の学生で、外国人労働者のメンタルヘルスについて研究を行っているとして自己紹介をした。ナイジェリアの女性の留学生は筆者の研究に興味を示し、いくつかの質問を投げかけ、筆者がそれに答えるという討論のような形で会話が弾んだ。次は、テーマが記された紙切れが渡された。各自に渡された紙切れに書かれているテーマとリーダーが持つ紙切れのテーマが一致しない場合は、点数が加算されるというゲームであった。このゲームはイベントの最後に行われ、ゲーム終了後にアンケートに必要な事項を記載し、イベントは閉幕となった。引き続き参加者が自由に団欒できる場が設けられているかと思いきやそうではなく、筆者が想像した終わり方ではなく、驚きを隠せなかった。その驚きとは、外国籍の人々を集めてイベントで使用した椅子や机等の片付けをさせていたということである。そこに筆者は違和感を覚えた。多文化共生を謳い文句として掲げている「北九州国際交流協会」が、最後の後片付けを参加者全員とするのではなく、只外国籍の人々のみにさせていたことに、大きな違和感を覚えたのである。筆者の考えは、後片付けを参加者全員で行うことにより、一体感が芽生えそこで団欒することも可能となり、繋がりや輪が形成されていく交流の一環を形成することが出来たのではと、若干無念さを感じた。

後片付けが始まる前にインド国籍の男性に声をかけた。その男性はインド出身で会社員であった。北九州市にあるIT企業で働いており、既に福岡に何年か住んでいるという情報を聞くことが出来た。彼のグループは筆者の隣のグループで、自己紹介時に彼の経歴が耳に飛び込んできた。彼の経歴に興味を持った筆者は交流会後、レポートを形成するためのアプローチを模索していた。全ての後片付けが終わり一人で黒崎方面に歩いている彼を追いかけ声をかけてみた。まず筆者から自分の経歴、特にメンタルヘルスについて研究をしていることを話した。併せて、インタビューの協力をお願いした。すると、盆休み後にFacebookのチャッ

トを通して協力できると快諾を得た。盆休み明けの8月19日の午前に、Facebookのメッセージを通して聞き取り調査をお願いする旨を伝えるメッセージを送ったが、そのメッセージは既読にはなっているが、返答はなかった。8月24日、聞き取り調査の予定当日、メッセージの通話機能を通して直接電話をしたが、彼が電話に出ることはなかった。そのため、この聞き取り調査は断念せざるを得なかった。

第5章 NPO、NGO、地域団体の活動と支援事業の実態と

効能についての分析(フィールドワーク及び方法論を通して)

第4章は、外国人労働者を対象に、NPO、NGOや地域団体が行う活動と支援事業に携わっている職員や、それらの活動や支援事業に参加した経験のある外国人労働者、更に調査後に感じた筆者の声を収集し纏めた。そして、これらの情報、つまり職員や、外国人労働者、筆者の声を方法論で既述したナラティブ分析法と、解釈的現象学分析法(IPA)を用いて分析した。具体的にはナラティブ分析法はNPO、NGO、地域団体に起因する変化(即ち、団体が活動を始める前と後における、団体の担当者が抱く外国人労働者への思いや接し方の変化であるが)と、外国人労働者に起因する変化(外国人労働者が団体の支援活動に参加する前と後の彼らのメンタルヘルスや生活の質の変化)であり、一方解釈的現象学分析法(IPA)は、ナラティブ分析法で見極めることのできた変化を更に踏み込んで、生の声から聞こえて来る現象を明確に捉えて、①社会的アイデンティティ、②社会的統合、③社会的繋がり(の三つの側面から、その支援や活動が外国人労働者のメンタルヘルスに適切であるのか、また三つの社会(①社会的アイデンティティ、②社会的統合、③社会的繋がり)の強化について確かめることを目標とするものである。これらの分析に加えて、更に解釈的現象学分析法(IPA)を用いて、外国人労働者がメンタルヘルスを維持するために工夫して来たことや、NPO、NGO更に地域団体が掲げる展望や現時点に抱いている課題、困難についても注視して詳述することも、本章における目標の一つである。第5章は三つの節によって構成され、1節と2節はそれぞれの分析手法を通して、職員や外国人労働者、そして筆者の生の声をデーターとして分析し、その結果を掲載する形を取る。3節では、1節と2節の分析結果を総合的に纏め、それについての解説を示すものとする。

1節 ナラティブ分析法

ナラティブ分析法については既に方法論で詳述しているため、ここでは概要について述べるに留めるものとする。ナラティブ分析法の用途は簡説すると、体験談や自伝的物語の中に調査者(筆者)が入り込み、その体験談に潜む意味を掘り起こす手法である。ここで言う潜む意味とは、主に体験談の中で繰り返し出て来る言葉、または体験談に使われている言葉やフレーズを通して見られるパターンや、強調されるテーマ、モチーフを指しており、また、体験談の中に潜む意味を掘り起こしていく作業は、物事の本質を見極めていくために重要な作業である。7月から8月にかけて実施したフィールドワークで得ることのできた、NPO、NGO団体や地域団体の職員、外国人労働者、そして筆者のそれぞれの回答に潜む意味を、ナラティブ分析法を用いて分析するが、その分析の結果を基に、筆者を含む被調査対象者に共通したテーマを絞り出す手段として、それぞれの被調査対象者がインタビューで語った言葉を比

較し、そこから共通点を見出し、その共通点から更にテーマを見つけ出す手法、ナラティブ分析法の帰納的アプローチ(Inductive approach)を用いた。ナラティブ分析法を用いて体験談の中に潜む意味を模索していく手法として、2通りの手法があるが、それは、①帰納的アプローチ(Inductive approach)と②推論的アプローチ(Deductive approach)がある。この二通りの手法について以下に概説する。①の帰納的アプローチ(Inductive approach)は、体験談に見られるキーワードを直接的に体験談から見つけ出すアプローチである。即ち、生のデータ(体験談)から読み取れるキーワードを基にテーマを模索することである。この作業における注意すべき点は、体験談の中に潜むテーマを模索する上で、調査や研究の中に見てきた論理やキーワードを事前に決め、その論理やキーワードに合致する箇所を体験談の中から探し出し、そこからテーマを見つけ出すような作業ではないということである。これに対して、推論的アプローチ(Deductive approach)は、帰納的アプローチ(Inductive approach)とは全く逆のアプローチで、体験談の内容に一致する論理やキーワードを事前に決めておいて、その論理やキーワードに合致する部分を、また合致しない部分(相反する)を模索していくアプローチである。また、事前に決めておいた論理やキーワードに沿って分析を進めて行き、最終段階において、その論理の信憑性の有無について、そのケース(信憑性の有無)に至った解説が必要とされる。筆者は本節において帰納的アプローチ(Inductive approach)を用いて、NPO、NGO や地域団体の職員、外国人労働者、そして筆者の回答を分析したが、その理由は以下の通りである。

- 1) NPO、NGO、地域団体の職員、外国人労働者、筆者の生の声を有るがままに、且つ自由に既存の枠組みに捉われずに分析を行うためである
- 2) 分析の前段階において、事前に論理、キーワードを決めて分析することは、幅広い視点でNPO、NGO、地域団体による外国人労働者のメンタルヘルスにおける効能と実態を吟味する上で困難になる傾向にあるためである
- 3) 体験談を有るがままの状態で行う分析により、より斬新な発想、論理、概念を生み出すことができる
- 4) 事前に論理やキーワード等、既存の枠組みを基に分析しなくても良いため、その体験談に秘められるテーマを幅広く模索することができる

これら4項目を考慮した上で、筆者はNPO、NGO、地域団体の職員、外国人労働者等の体験談を、帰納的アプローチを持って分析を進めたのである。その結果、それぞれの体験談から、被調査対象者に共通した15にも及ぶテーマを見つけ出すことができた。この15のテーマとそのテーマを引き出した体験談の引用箇所を下記、表5-1に示す。

表 5-1. 15 のテーマとその引用箇所

テーマ	引用箇所(インタビュー回答)
1) 異文化適応期を迎えられないことによるストレス	・日曜日に教会に行くことを禁じる、日本語教室に通うのを禁じることも度々起きています。(柿原さん、p. 510) ・[彼らの]愚痴を聞いてあげられるところがないのです。(弥栄さん p. 514) ・最初にアルバイトをした時は言語の不自由とかありましたし、常識の一致しないこと…(D さん p. 521) ・言語の不自由から発生したトラブルとか…(D さん p. 522) ・…中国の留学生で一年目は楽しく過ごすことが出来たけど、2 年目になって学校に行けなくなりました。(井上幸雄さん p. 523) ・お母さんも孤立してしまうと虐待しそうになるっていうね。それが怖いから、一時期フィリピンに一時帰国したと…(井上幸雄さん p. 525) ・割と最近ですが、一昨年留学生で就職が決まったんですが、躁状態になってしまって、就職が決まって嬉しかったんだけど、それなのに彼は自傷行為をしてしまい…(井上幸雄さん p. 526)
2) 外国籍または外国人労働者が経験するストレス事情(ストレスの二重化、三重化)	・よって連絡の制限、心理的な虐待、孤独、孤立が生じ、結果的にストレスを発するような生活環境…(柿原さん p. 510) ・…悩みを友達、先輩にぶつけられるかっていうと、そうでもなくて、自分の中で消化しなければならないと思います。(弥栄さん p. 513) ・技能実習生は会社の不満、[例えば]、残業代をもらえないこと等を支援機関に申し出ても返事がないと言ったことに対して悩んでいたり、その会社を辞めて特定技能に移ると言った思い等を聞いたりします。(弥栄さん p. 514) ・…部屋探しのトラブルとか、契約であつたりとか、そこら辺ですね。(D さん p. 521) ・…学校での集中力が落ちたりしました。[バイト先]の上司の人たちに話すべきかどうか、あの時は分からなくて、そう言った悩みはありましたね。(D さん p. 522) ・結局成績が悪いから、このままでは駄目ですよって言われてしまい…。(井上幸雄さん p. 523) ・不動産を借りるにしても断られるとか、病院も同じような感じです。(井上幸雄さん p. 526)
3) 異文化の適応期の要素	・…勉強になったり、知識が増えたりしたことはありますけど、実際はニュアンスが増えたぐらいだと思います。(D さん p. 521) ・…信仰系の活動に参加したり(お祈りとかありますし)、自分の趣味…(D さん p. 521) ・…日本語の勉強に努力したっていうぐらいですかね。日本語の勉強と文化の理解をある程度努力して…。(D さん p. 522)

3) 異文化の適応期の要素	・助けられたことは、社会人の常識とかを習得、マスターできることです。(Dさん p. 522) ・自分がうまく表現できないようなもどかしさを感じているクライアント…。(Bさん p. 535)
4) リンクワーカーとしての役割	・何に困っているのかを把握するには面談が最適手段です。(柿原さん p. 511) ・なので、そのボヤけた問題をよりクリア [鮮明] にし、問題を形にできないものをうまく形にしてい…(柿原さん p. 511) ・即ち、情報を提供しながら見守り、道筋を整えることではないでしょうか(柿原さん p. 511) ・彼らの活動を全面に押し出して、私たちは後ろでサポートをするというような流れにしています。(弥栄さん p. 513) ・[彼らは] 何も考えずに大学に留学して、専攻の幅も日本人より狭い [状況の中で]、進路やキャリアプランみたいなものをずっと一緒にお手伝いしてあげられるような…(弥栄さん p. 515) ・やはり、一人ひとりに役割みたいなのがあってその役割に任せること、日本にもそのような環境さえあればその役割を生かすことができるのではないかと思います。(弥栄さん p. 516) ・…プロセスから全部相手の意見を聞くということに気をつけています。(弥栄さん p. 516) ・企業と従業員に対して伴走型の支援ができればいいかなって思って、こういうプログラムを作っています。(弥栄さん p. 516) ・でも、中立な立場で物事を考えて提案できる組織が必要だと思い…だと考えています。(弥栄さん p. 517) ・交流できる人をある程度キープして[キープしたその人と]、何かあった時の相談できる人がいれば多少安心かと思えますし…(Dさん p. 521) ・いつも私の傍にいて、あらゆる段階で、私に付き合ってくれた全ての人に本当に感謝しています。(井上幸雄さん・グェットさん p. 523) ・私をここまで救い導いてくださり、本当に感動しています。(井上幸雄さん・グェットさん p. 523) ・やはり、日本人じゃないとなかなか病院は見つけきれないですね。(井上幸雄さん p. 526) ・…私の場合「なんでも屋」だから、なんでもありますよね。(井上幸雄さん p. 526) ・夫からの暴力もあれば子供との確執の問題、家族関係の問題とか…私の場合なんでも受け付けるので。(井上幸雄さん p. 526) ・伴走支援、一緒に伴走する [走る] ということだと思います。(井上幸雄さん p. 527) ・だから、一時的にちょっとやるだけで終わりっていうだけではなくて、ずっと一緒に伴奏していく…。(井上幸雄さん p. 527)

4) リンクワーカーとしての役割	・…後は法律的な知識も必要だし、自分が分からないところはきちんと繋いでいく。(井上幸雄さん p. 528) ・知りたかった情報を差し上げられるところです。(A さん p. 533) ・なるべくいろんな機関と繋がってできるだけ [多くの] 情報提供であったり、引き継ぎができるようにとは思っていますけど…(A さん p. 535) ・…そういう複雑な内容の時は難しいですが、市町村と連携して…(A さん p. 535)
5) 社会的処方の在り方	・彼女の選択を尊重する。所謂当事者主義的 [彼女たちの意思に沿って支援を施す意味] アプローチを意識することです。(柿原さん p. 511) ・しかし、最終的にどの選択肢、[つまり] 支援を受けるのかを決めるのは彼女たちです。(柿原さん p. 511) ・自分たちで企画をし、自分たちで運営をしていくことが当たり前のように出来ています。…入ってから意識が変わって来る…(弥栄さん p. 513) ・…このような場所で活躍できる組織を作りたいなと思っていてまして、ネットワーク、[大きい塊みたいな]、コミュニティみたいな…(弥栄さん p. 515) ・一つの目標を立て、同じ方向性で何かをやろうというふうな、[例えば] イベントのようなきっかけがあれば、もっとみんなで力を合わせて能力を活かしながら、進めていけるのではないかと思います…(弥栄さん pp. 515-516) ・…行政書士、社労士、登録機関等とお互い連携しながら働いている側(悩んでいる人)、企業側両方に対応できる仕組みを作っております。(弥栄さん p. 517) ・…そうやってみんなが適材適所で一つの円を覆うような形でネットワークができれば…(弥栄さん p. 519) ・…これからどうするべきか、何をやるべきかとかの知識やノウハウの取得 [も大事] だと思います。(D さん p. 521) ・…単なる精神的な問題だけではなくて、むしろ法律的問題がってことで、私たちと繋がったんですね。(井上幸雄さん p. 524) ・やはり、サポートがないとちょっと孤立してしまうから…(井上幸雄さん p. 524) ・エンパワー(Empowerment)っていう言葉ですかね。(井上幸雄さん p. 525) ・伴走支援、一緒に伴走[走る]するということだと思います。(井上幸雄さん p. 527) ・だから、一時的にちょっとやるだけで終わりっていうことではなくて、ずっと一緒に伴走していく…。(井上幸雄さん p. 527) ・その時必要だと思われる支援を財団だけではなく色々な機関と連携して対応していくこともあります。(A さん p. 533)

6) ワンストップ型対応	・夫からの暴力もあれば子供との確執の問題、家族関係の問題…私の場合なんでも受け付けるので。(井上幸雄さん p. 526) ・…この多文化ソーシャルワークっていうのは、いろんな方面からの支援が必要…(井上幸雄さん p. 528) ・自分の症状に対して病院を探したい…日本語を勉強したいとかいったご相談…(A さん p. 532)
7) 外国人労働者、外国籍の制度の仕組み	・在留資格によって受けられる資源が限られているところだと思います。(柿原さん p. 512) ・例えて言うならば、経済的に非常に苦しいので…経済的な支援というのは基本ないのですよ。(A さん p. 534)
8) 社会的繋がり	・…社会と接する機会がものすごく多い。(弥栄さん p. 513) ・…今でもその繋がりが SNS を通じて繋がっているところではないかなと思います。(弥栄さん p. 516) ・また、時々、会社側もその国の人たちの料理と一緒に食べたり…というような会を持つことも必要なのではないかと思います。(弥栄さん p. 517) ・…そこで友達のような関係の日本人の年上の方がいらっしゃってお話の相手としての付き合いがあることで…(D さん p. 520) ・友達との関わりを維持する…(D さん p. 521) ・…様々な人との紹介…(D さん p. 522) ・…私は決して孤独を感じたことはありません。(井上幸雄さん・グェットさん p. 523) ・私の場合常に意識しているのはキリスト教の隣人愛…(井上幸雄さん p. 529)
9) 社会的処方の効果と可能性	・…カルチャーディを経験することで、考えがしっかりして来るというか…自主性も生まれているところは良かったところかなと思います。(弥栄さん p. 513) ・そういった部分で彼らが前に出ていくことで、一つ一つのイベントで自信をつけている感じをすごく受けます。(弥栄さん p. 513) ・それが、「学力(がくちか)」に繋がっていき…(弥栄さん p. 513) ・日本の社会人の常識とか(NPO ですから)、ある意味、NPO 業界(団体)の仕組みや考え方とか組織に関する知識とか…(D さん p. 522) ・助けられたことは、社会人の常識とかを習得、マスターできることです。(D さん p. 522)
10) 統合アイデンティティ、社会的統合	・そういう意味で「博多どんたく港まつり」をやると、自分たちがインドネシア人であると実感でき…手を振ってもらえるといったことで楽しみにしていて、「[彼らは]喜んでいてと思います。(弥栄さん pp. 513～514) ・…インドネシア料理を食べれる機会を設けてあげたらと思っています。やはり、嬉しそうに食べています。(弥栄さん p. 514) ・自分たちでインドネシアの空手みたいな伝統の武術の格好をして、歩いたり、民族衣装を着ることも許している

10) 統合アイデンティティ、社会的統合	ので…そういう自分の生まれたところの民族衣装を着る機会になっています。(弥栄さん p. 514) ・ 私たちの組織はインドネシア人たちが好きな組織なので、インドネシア人の方々が心を開きやすいこともあると思います。(弥栄さん p. 518) ・ 助けられたことは、社会人の常識とかを習得、マスターできることです。(D さん p. 522)
11) 同化アイデンティティ	・ [また] ここにいと日本人として生きていかなければならない所があるじゃないですか。(弥栄さん p. 513) ・ 日本語の勉強に努力したっていうぐらいですかね。日本語の勉強と文化の理解をある程度努力して…(D さん p. 522) ・ 助けられたことは、社会人の常識とかを習得、マスターできることです。(D さん p. 522)
12) 社会的アイデンティティ	・ [自分たちを] インドネシア代表として [見てもらっている]、手を振ってもらえることが嬉しいみたいです。(弥栄さん p. 514) ・ そういう集まりがあったから、今でもその繋がりが SNS を通じて繋がっているところではないかなと思います。(弥栄さん p. 516)
13) 普遍的な要素	・ 結局人間は同じだと思います。(弥栄さん p. 515) ・ 外国人だからっていうところを取っ払っていく方がいいのではないのでしょうか。(弥栄さん p. 518) ・ 人権とは労働ということで、国際人権規約を日本の法律だけ [の対応] ではだめですね。(井上幸雄さん p. 529) ・ 内容としては正直日本人と変わらないっていうのが…(B さん p. 532)
14) 正当化の論理	・ 割と最近ですが、一昨年留学生で来てて就職が決まったんですが、躁状態になってしまって、就職が決まって嬉しかったんだけど、それなのに彼は自傷行為をしてしまい…(井上幸雄さん p. 526)
15) メンタルヘルスの認識 (鬱病、精神疾患)	・ メンタルヘルスという部分において、カウンセリング自体が欧米の方にはそんなに違和感があるものではないように思います。アジア圏においては、カウンセリングが浸透していない国の方もない訳ではないので…(B さん p. 534) ・ …相手が、例えばアジア人だったり、そのカウンセリング自体が「そんな自分は病気ではない」見たいなリアクション…(B さん p. 535)

2 節 解釈的現象学分析法(IPA)による分析

1 節では、ナラティブ分析法を用いて、NPO、NGO や地域団体の職員、外国人労働者の体験談に潜む 15 にも及ぶテーマを探り出すことができた。この 15 のテーマは、NPO、NGO や地域団体の職員に見られた変化、その支援活動を受けた、或いはその活動に参加した外国人労働者の参加前後に見られた変化を確かめていくための材料となるのである。また、その変化に見られる事象を確認していく過程の一つとして、ナラティブ分析法が用いられることは既述

したが、2 節では解釈的現象学分析法(IPA)を基に、本論文の要である外国人労働者を対象とした、NPO、NGO、地域団体の活動、支援事業の有効性と妥当性、及びその実態を鮮明にする手掛かりを模索する。その一環としてNPO、NGO、地域団体の活動、支援事業に関連するキーワードを探し出し、そのキーワードから浮かび出て来るテーマを見いだすことにした。その作業はナラティブ分析法の帰納方式とは異なり、初めにキーワードを見つけ出し、そのキーワードにそれぞれの体験談を照らし合わせながら共通のテーマを模索する。次にその共通テーマからサブテーマを見つけ出し、そのサブテーマに合致する体験談の言葉(インタビューの回答箇所)を探し出し、表計算ソフトエクセルを用いて表に示す。この過程は、解釈的現象学分析法(IPA)では Group experiential theme として知られているものである。このサブテーマは、3 節でNPO、NGO、地域団体の活動、支援事業の効能と適正且つNPO、NGO、地域団体の職員が抱く課題と展望及び外国人労働者がメンタルヘルスを維持するために工夫したことを探り出す過程の一つとしても用いられる重要なものである。解釈的現象学分析法(IPA)により作成した表(表 5-2. NPO、NGO、地域団体の職員及び外国人労働者、筆者の体験談)から見る活動と支援事業の効能と実態(テーマの模索、IPA を用いて)は、以下の通りである。

表5.2 . NPO、NGO、地域団体の職員及び外国人労働者の体験談から見る活動と支援事業の効能と実態(テーマの模索、IPAを用いて)

	頁
テーマ1：外国人労働者がうつ病にかかる一連の流れと要因	
1a:異文化適応期を迎えられないことによるストレス	
柿原さん ①日本語教室に通うのを禁じることも、度々起きています。	510
弥栄さん ①先輩がいれば良いのですが、悩みを友達や先輩にぶつけられるかっていうとそうでもなくて(中略)、自分の 中で消化 ②…日本の社会に馴染めないという印象があります。	513 512
Dさん ①言語の不自由から発生したトラブル(中略)、勘違いしたことでたまに落ち込んだりはしました。	522
井上さん ①中国の留学生で、一年目は楽しく過ごすことが出来たけど、2年目になって学校に行けなくなりました。 ②お母さんも孤立してしまうと虐待しそうになるっていうね。	523 525
Bさん ①それが環境変化でちょっと変わったり…	532
1b:来日したことについて正当性を見出せないことによって生じるストレス(正当化の理論)	
弥栄さん ①そう言った意味ではショックを受ける人はいます。 ②ある子は諦めたりインドネシアに帰ったりする子もいます。	513
井上さん ①就職が決まったんですが、躁状態になってしまって…	526
1c:ストレス要因や悩みの二重、三重化	
Dさん ①言語の不自由とかありましたし、常識の一致しないこと… ②部屋探しのトラブルとか契約であったり… ③忙しい時期とかに休みを取れなかったり、そこはタイムマネジメントも良くなかったし、学校での集中力が落ちたり …	521 521 522
井上さん ①夫はDVだし、ギャンブル依存症みたいで、それで離婚して子供を引き取ろうということになり、色々ありました。	524
1d:言葉の壁、心の壁、制度の壁によって遅れる問題解決とそこから生じるストレス	
柿原さん ①現地の言葉が話せないと問題の把握ができない傾向に陥ります。 ②在留資格によって受けられる資源が限られている。	511 512
井上さん ①どこも外国人だからダメだって、言われ受け付けてくれない。	526
Bさん ①自分が感じている部分を違う言葉で表現するのは難しい…	535
1e:社会的決定的要因(SDH)に関連する心身における健康の質	
柿原さん ①よって連絡の制限、心理的な虐待、孤独、孤立が生じ、結果的にストレスを発するような生活環境で生活…	510
弥栄さん ①技能実習生は、会社の不満、残業代ももらえないことなどを支援機関に申し出ても返事がない… ②愚痴を聞いてあげられるところがないのです。	514
Dさん ①言語の不自由から発生したトラブル ②…休みが取りにくくて、学校の試験とか…	522
井上さん ①結局成績が悪いから…要するに鬱状態になっていて、学校に行けなくなって… ②夫はDVだし、ギャンブル依存症みたいで、それで離婚して子供を引き取ろうということになり、色々ありました。 ③…単なる精神的な問題だけではなくて、むしろ法律的な問題だということ… ④…留学生で来てて就職が決まったんですが、躁状態になってしまって…自傷行為を…	523 524 524 526
1f:異文化適応期を遅らせる要因	
柿原さん ①日本語教室に通うのを禁じることも度々起きています。	510
弥栄さん ①…一人で考えている人たちもいるのではないのでしょうか	514
井上さん ①やはりサポートがないとちょっと孤立してしまうから…	524

テーマ2：NPO、NGO団体の活動、支援事業又は地域活動、支援事業に反映されている社会的処方の方のあり方

2a:回復の概念を軸足とした利用者への対応

柿原さん	①なので、そのボヤけた問題をよりクリア【鮮明】にし… ②所謂当事者主義的アプローチを意識することです。	511
弥栄さん	①結局人間は同じだと思います。	515
井上さん	①人権とは労働ということで、国際人権規約を日本の法律だけ【の対応】ではだめですね。 ②私の場合、常に意識しているのはそういうキリスト教の隣人愛… ③エンパワー(Empowerment)っていう言葉ですかね。	529 529 525
井上さん (グェットさん)	①例え、異国の地にいても昼も夜も常に皆さんが私を励ましてくださったので…	523
Bさん	①しかしこのパターンは日本人にもあることなので、外国人だからという訳でもないのかもしれない。	536

テーマ3：NPO、NGO団体や地域団体の支援事業活動に見られる社会的処方を反映した効能と可能性

3a:社会的繋がり、社会的統合、社会的アイデンティティに関連した効能

	①彼らにとって、そういったところで【学生なんですけど】、社会と接する機会がものすごく多い。 ②日本の社会の人たちと交流する機会というのはものすごくあるんですね。 ③自分たちがインドネシア人であることを実感でき、みんなにインドネシアのことを知ってもらえる…喜んでいて思 い ます。	513 513 514 514
弥栄さん	④インドネシア代表として手を振ってもらえることが嬉しいみたいです。 ⑤自分たちがインドネシア人に一度戻れる機会を与えている… ⑥日本人とも一緒に料理をしたりして… ⑦インドネシアカルチャーディが大変だったねって、その当時の思い出話をするんです。 ⑧私たちと一緒に活動することによって彼らは得るものが多い。	514 514 516 518
Dさん	①関わり合い自体も大事ですけど、これからどうするべきか、何をやるべきかの知識やノウハウの取得【も大事】だと思います。 ②NPO業界(団体)の仕組みや考え方や組織に関する知識とか、様々な人との紹介とか教えられたり助けられたりして、結構嬉しかったですね。 ③お話の相手としての付き合いがあることで、ある程度のメンタルヘルスの支えにはなったと思います。 ④いろんな人と出会うきっかけが生まれたり…	521 522 520 522
井上さん	①結局孤立感を持たないようにすることがメンタルヘルスにも繋がると思います。 ②だから、弁護士とも繋がっていますし、医療関係者とも繋がっています。	525 528
古田	①一つのグループは5人で形成されており、その中の一人が外国人であった。この一人の外国人がそのグループのリーダーとなっていた。	537

3b:社会的処方を反映した諸問題への解決方法

柿原さん	①その手段として支援、選択肢に繋ぐ連携が挙げられます。 ①知り合いの弁護士に話したら、即弁護士ができました。	511 524
井上さん	②単なる精神的な問題だけではなくて、むしろ法律的な問題だということで私たちに繋がったんですね。 ③それ以降、市役所の取り扱いが変わったんですよ…このケースから改めますってなりました。 ④…そういういろんなスキルや知識を持ったネットワーク… ⑤だから、弁護士とも繋がっていますし…	524 525 528 528
Aさん	①一番簡単なのは留学生が、今度就職が決まったので…手続きはどうすればいいですか… ②…子供さんの日本語学習…広がってきているのかと思います。	532 533
Bさん	①外国人の場合はそのような医療にアクセスすることは難しいからです。	533

3c:社会的処方を反映したNPO、NGO団体又は地域団体を通して利用者側が得られるスキル、技術、文化的恩恵

弥栄さん	①それが「学力(ガクチカ)」に繋がっていき、繋がっていた人が…インドネシアで就労しても、自分たちの考え方を活かして活躍している。	513
Dさん	①友達のような関係の日本人の年上の方がいらっしゃって、お話の相手としての付き合いがあることで… ②勉強になったり、知識が増えたりしたことはありますけど、実際はニュアンスが増えたぐらいだと思います。 ③助けられたことは、社会人の常識的とかを習得マスターできるところです。	520 521 522
井上さん	①私(グェットさん)が変わって道を切り開いていくというような考えを持てるまで、そこまでしっかりとした考えを持てるようになるまで…	525
Aさん	①…日本語を勉強したいとかいったご相談(日本語教室の紹介)もあります。	532
古田	①一つのグループは5人で形成されており、その中の一人が外国人であった。この一人の外国人がそのグループのリーダーとなっていた。	537

テーマ4：NPO、NGO団体、地域団体での活動、支援事業に見られた、リンクワーカーを反映した対応と接し方

4a: リンクワーカーを反映したネットワークの形成

柿原さん	①その手段として、支援、選択肢に繋ぐ連携が挙げられます。	511
弥栄さん	①今、私は、産業カウンセリングをしていますがお互い連携しながら働いている側(悩んでいる人)…仕組みを作っております。 ②…そうやってみんなが適材適所で一つの円を覆うような形でネットワークができれば、とても素敵な景色になるのではないかと思います。	517 519
Dさん	①…様々な人との紹介とか教えられたり助けられたりして、結構嬉しかったですね。	522
井上さん	①だからいろんなスキルを持っている人がいて、繋がりがあるってことです。 ②だから、弁護士とも繋がっていますし、医療関係者とも繋がっています。また、病院のソーシャルワーカーの人たちとも繋がっています。 ③繋がりとネットワークは同じものだけど、それらによって対応できる分野が広がります。	528 529 529
Aさん	①その時必要だと思われる支援を財団だけではなく、色々な機関と連携して対応していくこともあります。	533

4b: NPO職員、地域団体の職員から見るリンクワーカーを反映した秘める可能性と社会及び利用者を与える影響

柿原さん	①彼らの問題は日本での合わせ鏡であり、外国籍が抱える問題は個人的な問題…	510
弥栄さん	①だから、Pesta Indonesia Fukuokaも今度10月にやると思っています。たくさんの人に来てもらいたくて… ②…横の繋がりで友達になれればいいなと思って、このような場所で活躍できる組織を作りたいなと思っていまして…ネットワーク [大きい塊みたいなの] … ③一つの目標みたいのを立てたり、同じ方向性みたいなのでも…私たちのようなNPO法人を活用して頂いて、最初は私たちが間に立ち、クッション的な存在で… ④でも、中立な立場で物事を考えて提案… ⑤ [企業に入る時から]、受け入れから帰国まで、企業と従業員に対して伴走型の支援ができれば…	518 515 515、518 517 516
井上さん	①それが、彼女にとって孤独を感じないということになったということでもあります。 ②それをサポートしようっていう人たちが集まって解決したというケースです。 ③それ以降、市役所の取り扱いが変わったんですね。 ④私の場合「なんでも屋」だから、なんでもありますよね。 ⑤只、単に手を差し伸べて何かを与えるのではなく、一緒になって走る。	523 524 525 526 528
Aさん	①知りたかった情報を差しあげられるところです。	533

4c: NPOの職員や地域団体の職員に反映されているリンクワーカーが抱く課題

柿原さん	①…その支援を施す側が上から引っ張るような支援の施し方であると、夫に支配される空間と全く同じ… ②在留資格によって受けれる資源が限られているところだと思います。	511 512
弥栄さん	①通訳を依頼されても通訳の時だけいい良い、深く入りこむと「そこまで入りこまないで」っていうようなこと… ②やっぱり賛同していただける方が増えない…	517 519
井上さん	①方針が違っていると一緒にやれないことはあります。 ②活動に対するヘイト的なこと。 ③一生懸命サポートしていても裏切られてしまうことがあります。	530 530 533
Aさん	①…こちらが、日本語でお答えすると必ずしもそれが通じているかどうか分からないという…	533
Bさん	①他の言語で出来る形でサービスがあればいいのしょうけど… ②そういう拒否的な場合だとなかなか本人が来れない、来たくないということがあります。	535 536

4d: リンクワーカーの機能と社会的処方紹介先を両輪としたNPO、NGO、地域団体の職員

弥栄さん	①…その会社を辞めて特定技能に移るといった思い等を聞いたりします。 ②夢も語ってくれます。 ③…伴走型の支援ができればいいかなって思って…	514 514 516
井上さん	①…今のところ詳しく聞き取りをし、この申立書を作り、これを持って一緒に入管に行ったら… ②…私の場合「なんでも屋」だから… ③それに似た同行支援…役所に行ったり入管に行ったりという。同行支援、これもとても大事だと思います。	524 526 527-528

テーマ5：外国人労働者のメンタルヘルスの維持及び日本での生活の順応とその工夫

5a: 同化アイデンティティを反映する日本の生活に慣れるための工夫

Dさん ①私は、日本語の勉強に努力したってということぐらいですかね。 522

5b: 社会的つながりを意識した工夫

①友達との関わりとの維持する…交流ができる人がある程度キープ…何かあった時の相談をできる人がいれば多少安心
…
Dさん ②結婚する前は、友達とカラオケに行ったり外食したり… 521
③…信仰系の活動に参加したり、お祈りとかありますし…

5c: 現時点での悩みに関しての解決法

Dさん …何をやるべきかとかの知識やノウハウの取得〔解決法の一つです〕。 521

3 節 ナラティブ分析法、IPA からみた

NPO、NGO、地域団体における支援事業、活動の実態と効能性(解説)

第5章1節と2節では、ナラティブ分析法とIPAを用いた分析作業で明らかになったテーマを表に示した(表5.1と表5.2を参照)。しかし表だけでは外国人労働者のメンタルヘルスを対象にした、NPO、NGO及び地域団体の支援事業や活動の効能と実態については理解し難いために、3節においてはその表で明らかになったテーマに関して、外国人労働者に対するNPO、NGO並びに地域団体の活動や支援事業の効能と実態について解説することにした。

初めにナラティブ分析法を用いて、外国人労働者のメンタルヘルスに見られる変化と、職員に見られた外国人労働者に対応する変化について検討するが、その前段階としてナラティブ分析法で明確になった15のテーマを、①NPO、NGO及び地域団体の支援事業や活動、並びに活動に参加する前後における外国人労働者のメンタルヘルスの質の変化と、②NPO、NGO及び地域団体の職員に見られた外国人労働者への対応の変化とに分別する。外国人労働者に見られる変化に関連するテーマとしては、①異文化の適応期を迎えられないことによるストレス、②異文化の適応期の要素、③社会的繋がり、④社会的処方の効果と可能性、⑤統合アイデンティティ・社会的統合、⑥同化アイデンティティ、⑦社会的アイデンティティ、⑧正当化の理論を挙げることができる。一方、NPO、NGO、地域団体のそれぞれの職員に見られる外国人労働者への対応の変化に関連するテーマとしては、①リンクワーカーとしての役割、②社会的処方を反映した在り方、③ワンストップ型を反映した対応、④社会的処方を反映した活動と支援事業への効能と可能性、⑤普遍的な要素、⑥メンタルヘルスの認識を挙げることができる。これらの分析から言えることは外国人労働者に見られる変化は、先行研究で詳述した三つの社会、①社会的繋がり、②社会的アイデンティティ、③社会的統合であり、また、2章で既述した外国人労働者が鬱病に罹る一連の流れと要因に関連するストレスの二重化と三重化により、異文化の適応期を迎えられないことによって生じるストレスであり、更には来日を正当化する基準を見出せないことが引き金となって発症する鬱病の裏付けとなった、正当化の論理やメンタルヘルスの捉え方であり、3章で詳述した社会的処方から期待でき

る効能と可能性に関連していること等がそこに見て取れる。一方、NPO、NGO、地域団体の職員に見られた外国人労働者への対応の変化に関連するテーマは、3章で詳述した社会的処方全般に関連する内容と、2章で吟味したメンタルヘルスや鬱病の捉え方に関連する内容を孕んでいると言える。

3-1. 外国人労働者に見られた NPO、NGO、地域団体の活動の参加と支援を受ける

前後におけるメンタルヘルスと生活の質の変化(ナラティブ分析法を用いて)

初めに、NPO、NGO 及び地域団体の活動への参加、或いは支援を受けた外国人労働者に見られた、支援の前後におけるメンタルヘルスや生活の質の変化だが、既述したように外国人労働者に関連したテーマと大きな関係性を見出せるだけではなく、メンタルヘルスや生活の質の変化の流れをも物語っていると言っても過言ではない。その変化は、ナラティブ分析法で確立した外国人労働者の変化に関連した、大概的なテーマを並べ替えることによって見出すことができる。その大概的テーマは次のように並べ替えることができる。

- 1) 異文化適応期を迎えられないことによるストレス
- 2) 正当化の論理
- 3) ストレスの二重化、三重化
- 4) 社会的処方を反映した、活動及び支援事業の効能と可能性
- 5) 社会的繋がり
- 6) 異文化の適応期の要素
- 7) 同化アイデンティティ
- 8) 社会的アイデンティティ
- 9) 統合アイデンティティ・社会的統合

この大概的テーマ、これは外国人労働者に見られる、メンタルヘルスの質や生活の質を描写した一連の流れではあるが、NPO、NGO 及び地域団体の活動や支援活動に参加する前と後を顕著に表していると言える。1) から 4) については、外国人労働者が NPO、NGO 及び地域団体の支援事業を受ける前、或いは活動に参加する前の段階を指しており、5) から 9) までは NPO、NGO 及び地域団体等の支援事業や活動に参加した後のことを指している。また、NPO、NGO 及び地域団体の活動の職員によって語られた外国人労働者の事例、及び NPO、NGO 及び地域団体の活動に参加した外国人労働者も 1) から 9) までの一連の流れを辿っているような印象を受けた。この一連の流れをナラティブ分析法で分析した、①NPO、NGO、地域団体を通して語られた外国人労働者の実態、②NPO、NGO、地域団体の活動や支援事業に参加したことのある外国人労働者の体験談を通して見ていくと、それは次のような流れであることが明確になって来る。

初めに、異文化の適応期を迎えられないことによるストレスであるが、これには二通りのパターンが読み取れる。一つは2章4節で見てきた Gomez と Gonzalez-Gonzalez (2020) が提示

した外国人労働者におけるストレス要因の三分区である、①個人的ストレス要因、②職業性ストレス要因、③組織性ストレス要因によって異文化の適応期を迎えることができなくなっているパターンである。他の一つは異文化の適応期を迎えることはできていたが、新たな出来事が起きたことで異文化の適応期を迎えることができないパターンである。第一のパターンは、柿原さんが挙げていた日本人の夫を持つフィリピン人女性の事例である、「日曜日に教会に行くことを禁じる、日本語教室に通うことを禁じる……」であり、これは個人的ストレス要因、及び職業性ストレス要因に起因するものである。個人的ストレス要因は、日本語教室に通わせてもらえないことによって生じる、言語能力が不足することであり、また日本語の言語能力の低下により、日本の生活環境に完全に適応、統合することができないということである。職業性ストレスは日曜日の教会の礼拝に集うことを禁じられ、日本語教室に通うことをも禁じられていること、これは人権と生活に必要なものを犠牲にしてまでも一人の主婦として働かなければならない環境に置かれていること、それは自分の思いや願い、それに要望等の自立性(autonomy)を優先するための交渉が取れないという、弱者的立場に立たされていることに起因しているのである。第二のパターンは、Dさんのアルバイトの事例と井上さんが話していた中国からの留学生と外国人主婦、それにベトナム人の就職活動後の事例である。これらの事例の共通点は、彼らはうまく異文化の適応期を迎えようとしていたが、新しい出来事に遭遇したこと、また環境の変化によって、異文化の適応期を送ることが困難になり、それが契機となって、大きなストレスとなって行ったのである。これらの事例における環境の変化は、Dさんの場合はアルバイトであり、中国からの留学生の場合は大学1年から2年生への進級、外国人主婦の場合は、その事例が記されていないので不明であるが、ベトナム人留学生の場合は大学生から社会人への環境の変化である。即ち、ここで見られる現象、即ち、環境の変化や節目によって起こる現象は、第2章4節のまとめで記した異文化適応プロセス、ステップ3のカルチャーショック期、ステップ4の怒りや滅亡の時期、ステップ5の適応期の行き来や彷徨いが起きていると解釈できるのである。この彷徨いが、個人的、職業的、組織的ストレスを誘発し、心身の健康を脅かす要因に繋がるものと言えるのである。ここで弥栄さんの回答「愚痴を聞いてあげられるところがない」、この言葉を思い出すのであるが、これは異文化の適応期を迎えられずに、自ら下した決断に対して正当化の基準を得ることができずに、外国人労働者のストレスは増す一方であることが予測される。このように正当化の基準を得ることのできない「正当化の理論」は、井上さんが挙げていた新社会人として働く予定であった、ベトナム人留学生の事例に匹敵する。その事例のように正当性の基準を得ることができない場合もストレスは増大し、結果的にベトナム人留学生のように躁状態となり、自傷行為へと走るケースも考えられるのである。何がそこまで彼を追い詰めたのか具体的に示すことはできないが、考えられるのは留学生から社会人への移り変わり、その変化によって不安が生み出され、日本での就労という決断に対して正当性を見出すことが

できなくなり、不安と悩みが膨張していった。このことが起因しているのではないかと考えることができる。いずれにせよ、「正当性の基準」を得ることができないことにより、3) ストレスの二重化、三重化が起きることを、ナラティブ分析法の下確認することができた。

このストレスの二重化、三重化は個人的、職業性、組織性ストレスの他に、貧困や家計戦略を由来とするストレスにも起因していることを見て取ることができる。「個人的ストレス」の事例としては、井上さんが挙げていた中国からの留学生、この留学生はバイトが忙しくなり勉学を疎かにしてしまい、成績が悪くなってしまった。それ故に日本でのビザの更新ができなくなった。また、Dさんの事例、不動産を借りる時に断られたこと等を事例として挙げることができる。「組織的ストレス」の要因としては、弥栄さんが挙げていた残業代不払いによる技能実習生の悩みや、柿原さんが示す日本人の夫を持つフィリピン人女性が受ける、心理的な虐待や連絡の制限等を挙げることができる。「職業性ストレス」と「個人的ストレス」双方に関連する事例としては、Dさんの事例である、バイト先で休みもなく働かされ、それが学業に影響を及ぼした。その解決の手段として、彼は職場の上司に相談するか否かを悩むのであるが、この事例は「職業性ストレス」と「個人的ストレス」双方に匹敵するものである。このように、「ストレスの二重化、三重化」による弊害は、外国人労働者においては、常に起こり得る状況にあることが理解できるが、ストレスの二重化、三重化を更に悪化させる要因として考えられるのは、弥栄さんが挙げているように「悩みを友達、先輩にぶつけられるかっていうとそうでもなくて、自分の中で消化しなければならないと思う」に起因しているのである。即ち、これらのストレス要因を源とする悩みを相談できる人が皆無であったこと、また自分が知り得る範囲の狭い情報や知識の中で解決を図らなければならない状況に置かれていること等を、要因として挙げることができる。一人で悩み、一人で解決しようとする過程の中で生じる孤独感が、悩みの解決を遅らせ、ストレスの二重化、三重化を生み出し、最悪の場合、ベトナム人留学生や中国人留学生のように鬱病や躁状態を発症することになる。

調査で明らかになったことは、多くの場合、彼らは自分たちで問題を解決しようとするが、問題はより深刻化し、心身共に疲弊していく。そのような時に外国人労働者は、NPO、NGO や地域団体の支援を受け、またその活動(社会的処方を反映した)に参加する傾向にあるようである。或いは、井上さんが挙げる中国人留学生の事例のように、友人を頼り、地域の支援団体に繋がるということも明らかなにされている。支援事業の場合、NPO、NGO 及び地域団体が施す支援としては、アジア女性センターのように、「当事者主義的アプローチを……」を意識し、しかし最終的にどの選択肢、或いは支援を受けるのかを決めるのは彼女たちであるという対応、また井上さんが強調していた、伴走型支援等を挙げることができる。「福岡よかトピア国際交流財団」のAさんが挙げていた、問題に対して必要な支援を様々な機関と連携する支援団体も存在する。一方、活動に関しては、「トゥマンハティふくおか」のよう

に、弥栄さんが強調していた一つの目標を立て、同じ方向に向けて参加者一人ひとりの能力を生かしていけるようなイベントを開催するような団体もある。支援を受ける者がこれらの支援事業や活動に参加することで、社会的繋がりを軸とする社会的処方（ソーシャル・処方）を反映した効能と可能性に繋がることも明らかになった。ここで示す社会的処方を反映する効能と可能性は、社会的繋がりが強化されていることを前提としているが、社会的繋がりによって見られた変化を見ていくことも必要である。

社会的繋がりによって見られた外国人労働者の最も大きな変化は、井上さんが挙げていたベトナム人技能実習生のグェットさんの事例である。それは繋がりを通して彼女が抱える問題に寄り添うようにして解決していくことで、孤独感が解消されていくということである。彼女の孤独感が解消されたことによって、抱え込んでいた問題は解決し、井上さんが強調していた「エンパワー（Empowerment）」、即ち自信と力、それに権限付与に繋がる構図を作り出していくことができたと言える。これ以外の社会的繋がりによって得られた変化は、弥栄さんの証言である「社会と接する機会がものすごく多い」ことによる、Dさんが挙げていた「様々な人の紹介」である。この様々な人の紹介によって得ることのできる恩恵は、グェットさんが挙げていた孤独感の解消と類似しており、年配の日本人との交流による話し相手や、友人ができたことによるメンタルヘルスの支えである。このメンタルヘルスの支えは、メンタルヘルスの質の変化を促進する重要な要因であり、間接的にメンタルヘルスの質を高め、または良好に維持する影響がそこに働いていると推測することができる。この二人の証言を通して、メンタルヘルスの負の部分であった「孤独」の解消と友人を作ることができ、また人との会話の促進によりメンタルヘルスの支えの要因、これはLim Hui Khim(2016)が挙げる感情的支援、道具的支援、情動的支援、評価的支援であるが、これらの支援に該当するものである。この支援の強化は何によって齎されるのか、これは本論文の要であるが、それは社会的繋がりが及び社会的処方を反映したNPO、NGO及び地域団体の活動や支援事業によってである。このことは「社会的処方の効能と可能性」のテーマで既に証明されている。そのように、NPO、NGO、地域団体の活動に参加することによって、社会的繋がりを通して得た支援は、弥栄さんやDさんが挙げている自分を高めるスキル、例として自主性や自信、学力（ガクチカ）、日本人としての社会的常識、NPO業界（団体）の仕組みや考え方や組織に関する知識等を高めることである。これらはLim Hui Khim(2016)が強調する社会的繋がりと幸福度、メンタルヘルス、健康全般に匹敵するものである。またスキルの取得とは、活動に参加し支援を受ける過程において、自分はどうかありたいのかと外国人労働者に考えさせることを前提にしており、それが故に目標と意欲の形成とその達成に大きく起因するものである。これはLim Hui Khim(2016)が強調する社会的繋がりと幸福度であり、それは繋がりを通して得られる目標と意欲によるものであるという彼の説に該当するのである。

この目標と意欲は弥栄さんとDさんが強調していた活動内を通して得たスキルと、Lim Hui Khim(2016)が挙げる三つの要素、①適性、②自主性、③共感性の、①適性と②自主性に一致するものである。①適性は弥栄さんが挙げていた「学力(ガクチカ)」、Dさんが挙げる「日本人の社会的常識」、「NPO 業界(団体)の仕組みや考え方、組織に関する知識」であり、②自主性は、弥栄さんが述べていた「自主性」の他に「自信」が挙げられる。この自主性と自信、適性は異文化の適応期を促進する要因となり、日本で生活をしていく上での支えとなってストレスの二重化、三重化に自ら対応できるようになっていく。その結果、異文化の適応期を迎えられないことによるメンタルヘルスの悪化や、新しい節目等による環境の変化があったとしても、それに対応できるように自ら築き上げていくことができるのである。これに関する証言として、Dさんの言葉「日本語の勉強に努力を注いだ」、「日本語の勉強と文化理解」を挙げることができる。これは、弥栄さんの証言「ここにいると日本人として生きていかなければならない…」、即ち日本の文化、言語、環境を初めとする、日本の生活に順応できる土台を築き上げることに繋がり、移民先との関係を重視する移民先に自我を結びつける「同化アイデンティティ」に関連するのである。この「同化アイデンティティ」が異文化の適応期を迎える要素として機能するが、それはメンタルヘルスを良好に維持する要素として機能するのである。これはフィリピン人技能実習生に対して、前田(2018)が実施した量的研究によって明らかにされた研究結果に類似している。「同化アイデンティティ」を得ることが結果として社会に融合できる、つまり社会的統合を図ることができ、強いてはメンタルヘルスの維持を図ることができるのである。

しかし、質的調査から明らかになったことは、「同化アイデンティティ」を得ることによって、異文化の適応期を円滑に迎えることだけが、メンタルヘルスの支えとなっているとは言い難い。そこで、当事者が日本の社会に繋がりを感じているのか、社会的アイデンティティを確立し、日本の社会に受け入れられているかを実感として感じ取ることができているのかが、メンタルヘルスの質の度合いを大きく左右するのではないかと想定する。従って、

「同化アイデンティティ」の次に来るのが、「社会的アイデンティティ」である。しかし、先行研究で既述した通り、Philimore, et al(2021)が指摘しているように、日本に居住する難民労働者は、職場内で「社会的アイデンティティ」を確立することは比較的困難であると言われている。これは弥栄さんが挙げる技能実習生の事例、「彼らは会社と家の行き来だけであったり、買い物に行くに行った関係」と類似しているのである。「社会的アイデンティティ」の成立は、インドネシア人と日本人を対象にした「トゥマンハティふくおか」の活動が、インドネシア人労働者の社会的アイデンティティを形成する一助となっていることが、参加者の証言を通して確認することができる。では、どの部分が社会的アイデンティティの形成に役に立っているのかを具体的に見ていくと、そこで行われている活動の内容が、インドネシア人の統合アイデンティティを育成し、そこに成長を感じ取ることができる仕組みに

なっているところである。そこでは、インドネシア人と日本人が一緒になって料理をし、インドネシアの文化が好きな日本人がその活動に参加するため、そこではインドネシアと日本の二通りの文化の交流が深まるのである。また、弥栄さんがお話をしてくださったように、インドネシア人労働者はいつも「日本人として生きていかなければならない」、また「技能実習生は会社と家の往来のみ」の生活をする傾向にあるため、日本の社会に統合できない傾向にあると想像できる。しかし、インドネシアの文化が好きな日本人とインドネシア人との交流、その一つとして料理を一緒に作り、またどんたくパレードに参加し、インドネシアカルチャーディでは多くの日本人に手を振られるという経験を通して、共同体意識が芽生え、その意識によって自分は日本に受け入れられているという思い、社会的統合を感じ取ることができるようになっていく。これは先行研究で既述した社会的統合の Mendieta, et al (2019) の量的調査に類似しているのである。つまり、スペインに移り住んだ移民は、受入国スペインの知人から受けたサポートの方が、同じ境遇にある移民の仲間同士で支えあうサポートよりも満足度が高かったという、この事例に類似しているのである。インドネシアカルチャーディやどんたくパレード等のイベントの企画は、インドネシア人自らが企画しているのである。そのため彼らは、この企画のために、インドネシアの文化を日本に居ながら調査し、自国の民族衣装を纏い、インドネシア人としてのアイデンティティを深める機会としているため、インドネシアと日本の両国の文化を重んじる統合アイデンティティの形成の一助にもなっているのである。本論文の先行研究では、「統合アイデンティティ」を持って、受入国で生活をしている移民の子供たちの心理的健康と、その国における順応性は、その他のアイデンティティを持つ子供たちよりも高いことを記していたが、イベントの企画に参加しているインドネシア人もこれに匹敵し、心理的健康と日本における順応性は高いということが言える。つまり NPO、NGO や地域団体の活動、特に日本人との活動は社会的アイデンティティを構築し、その構築の過程の中に更に、統合アイデンティティも構築され、それが複合的な重なりを生み出し、社会的統合をより強化なものにするという流れを生み出している。社会的統合が強まることで、日本での異文化の適応期を更に円滑に迎えることができ、間接的にはメンタルヘルスの改善に繋がることが一つの変化として確認できる。D さんの証言、「そこで友達のような関係の日本人の年上の方がいらっしゃって、お話の相手としての付き合いがあることで、ある程度のメンタルヘルスの支えにはなったと思います」が、NPO、NGO の活動によって社会的アイデンティティ、社会的統合が強化され、メンタルヘルスの質の向上に繋がることが証明しているのである。

3-2. 団体が活動を始める前と後における団体の担当者が抱く

外国人労働者への想いや接し方への変化

本箇所該当するナラティブ分析法で明らかになったテーマは、リンクワーカーとの役割、つまり社会的処方への在り方、ワンストップ型対応、普遍的な要素、メンタルヘルスの認識(鬱病、精神疾患)等である。団体が活動を始める前の段階で、団体の担当者が抱く外国人労働者に対する想いや接し方については、体験談(インタビュー)で言及されていないため詳述することはできない。しかし、支援後については、団体の担当者が話す外国人労働者に対する想いや接し方についての経験談を聞き出すことができたので、それを基に団体の職員が支援後に外国人労働者に対して抱く想いや接し方について論じることとする。

3-2-1. アジア女性センター

初めにアジア女性センターから見ていく。柿原さんと本多さんが支援活動後に外国人労働者に対して抱く想いや接し方は、リンクワーカーとしての役割と社会的処方の有り方を象徴していると見ることができる。支援を施した後、柿原さんと本多さんが実感したことは、リンクワーカーに匹敵する内容であった。3章で記した、外国人労働者が日本で体験する三つの壁、①言語の壁、②心の壁、③制度の壁を考慮した対応に関連している。柿原さんと本多さんが挙げているように、外国人労働者の唯一の悩みは、個人的、職業的、組織的ストレス、及び来日を決意した自分の決断に正当性を見出せないことによるストレス、異文化の適応期を迎えられないことによるストレス等が重なり合って生じる問題や社会的決定要因(SDH)によって生じる健康への影響だけではなく、日本語という言語の壁によって抱える問題を的確に表現できずに、時間の経過とともに問題がぼやけていく傾向にあることも明らかになった。問題を的確に把握できないが故に、問題の本質を掴むことができずに立ちいかない状態に陥る傾向にあるということである。このような状態を考慮した上で、柿原さんや本多さんが取るアプローチは、「…そのぼやけた問題をよりクリア(鮮明)にし、問題をうまく形にできないものを形にすること」であるが、これは3章2節で詳述したリンクワーカーが社会的処方を施す上での工夫で示した、解決策集中手法に関連するものと考えることができる。柿原さんと本多さんの工夫は、この解決策集中法で求められる利用者とのコミュニケーションに類似していて、利用者が必要としているもの、関心のあるものを利用者自身が模索できるように質問し、利用者に寄り添うようにして解決を導き出すように工夫し、外国人労働者(外国籍の人々)の中では焦点が定まらなくなった問題を、外国人労働者と共に鮮明に描き出し、問題解決の道筋をつけるようにしていることである。

柿原さんと本多さんが外国人労働者に対して取る手段の中には、解決策集中法の他にもリンクワーカーの役割の一つとして強調される、社会的処方のケアの方法が取られていることを見ることができる。その社会的処方のケアで強調される方法は、利用者が社会的処方の支

援に辿り着くまでかかる費用や、交通手段等障害となるものを探り出して取り除き、利用者の主体性に注視しながら、彼らが自らの問題を解決できるように情報や選択肢を与えて、社会的処方へのケアを施す土俵を築いて行くが、柿原さんと本夢さんが外国人労働者に対して取る手段の中には、このような社会的処方のアプローチに類似する手法が用いられている。例えば外国人労働者が自ら抱える問題を、日本語で説明できない言語の障壁を外国人労働者と一緒になって取り除き、彼らに相応しい情報と支援(必要に応じて連携しながら)を提供し、外国人労働者の問題の解決の道筋を確立するところに、社会的処方の方法は反映されているのである。またその道筋を確立していく過程の中で、柿原さんと本夢さんが挙げた「見守る」と言った言葉にも、社会的処方のケアに関連する内容が含まれている。それは、利用者の主体性に注視しながら支援をしていくことである。これは本論文においても既述しているが、社会的処方が最も強調する支援の方法であり、リンクワーカーと利用者との間に構築される癒しの空間、協働関係によって確立される利用者に寄り添った処方「患者に特化した処方」である。この「患者に特化した処方」については、柿原さんと本夢さんは「当事者主義」という言葉で表現していたが、この言葉は正に社会的処方の在り方を的確に表していると言えるのである。「当事者主義的」アプローチには、彼らの思い(彼らの主体性)に沿って支援を施すことが前提にあるため、そこには職員側から一方的に利用者に処方を紹介し、利用者は単に職員のアドバイスに聞き従い、回復を図るような従来型の支援ではないことが明らかに見て取れる。そこには常に利用者が問題の解決をリンクワーカーと話し合い、リンクワーカーはその利用者の意思を汲み取りながら、それに対応できる支援の紹介をするという、利用者の意思(主体性)と決断を優先(尊重)した、利用者に特化した処方を考え出す過程が見られるのである。この対応の裏には、インタビューの回答に記しているが、DVの被害を受けた女性を支援していく過程で実感したDVの被害者である女性特有の問題である、夫からの一方的な支配による精神的苦痛の訴えに対処する処方からも見て取ることができる。そのような支配的空間は支援を施す際においても、利用者が夫からの支配を連想することがないように考え出されたアプローチとして認識できるが、興味深いことに柿原さんと本夢さんが意識している外国人労働者との接し方と彼らへのアプローチは、社会的処方の中でリンクワーカーが用いるアプローチに類似している点が、幾つもあることが明確になった。

3-2-2. トウマンハティふくおか

「トウマンハティふくおか」の職員である弥栄さんが、福岡に在住するインドネシア人を対象にした活動を見る時に、外国人労働者に対する接し方や彼らに対する思いは、リンクワーカーとしての在り方と、社会的処方の在り方の普遍的要素に類似している。弥栄さんの回答によると、彼女はこの20年間インドネシア人を対象にしたイベントを一つの目標を立て、その目標に向かって参加者の能力を生かしながら達成していくことを念頭に置きながら行っ

てきた。その活動を行う際、その理念の裏でいつも意識されてきたことは、人には優劣はなく、それぞれに長所と役割があり、その長所を担える役割を任せることであることが、インタビューで明らかにされている。彼女が活動を行う際に掲げる心得には、社会的処方¹の在り方、リンクワーカーの役割を連想させるものがある。彼女が心得として挙げていた「みんなで力を合わせて能力を生かしながら進めていける」には、社会的処方の本質である利用者が掲げる目標「健康の改善を進めていく」という目標に向けて、利用者のニーズに適合したケア、例えば、地域における活動、組織、地域で提供されているサービスに繋げていく構図を示しているように見受けられる。彼女の心得に記されている「人には優劣はない」ことや、「人それぞれに長所があり」は、その長所を生かし役割を任せることは、リンクワーカーとしての在り方を象徴するものである。これはリンクワーカーが利用者の抱える問題を、固定観念を取り去った(無くした)状態で聞き入れ、利用者の問題を明確に汲み取ることを促進する、MI techniqueに関連している。また、それぞれに長所を見出し、長所にあった役割を与え活動を任せることは、以下の二通りの解釈ができる。一つはリンクワーカーと利用者の対話を通してリンクワーカーが利用者の持つ長所と強みを模索し、利用者²に自信と権限を与え、利用者自らが率先して問題解決にあたることができるように、リンクワーカーが利用者を助けることに関連している。二つ目はリンクワーカーに関することであるが、リンクワーカーが率先して定期的に様々な団体と密接な関係を築き、更に地域活動の情報を収集しながら利用者の問題解決に必要な、多岐にわたるスキルを持つ医療従事者やソーシャルワーカー、財産に関するカウンセラー等と協働関係を保ちながら、ネットワークの形成を構築することに関係している。弥栄さんは、このような社会的処方とリンクワーカーの在り方を反映する思いや心得を下に、インドネシア人を対象にした地域活動やイベントを考えて実施してきたが、彼女のインタビューの回答をナラティブ分析法で分析した結果、外国人労働者に対する接し方に変化を見出すことができた。その変化はインドネシア人を対象に地域活動を行ってきた時に見られた社会的処方の在り方から、リンクワーカーとしての役割を反映した心得や接し方を、インドネシア人労働者(含む外国人労働者)を対象にした伴走型の支援事業への仕組みづくりに応用しようとしているところで見られるようになった。例えば、伴走型の支援事業を企業者側と雇用されている外国人労働者に施す過程において、それに相応しい専門員と連携し的確な対応を図るといったところ、また中立な立場で両者(企業者側と労働者側)の話を聞き、その話の内容特に悩みや問題に対して解決策を提案していくところに見られるのである。弥栄さんがこの支援事業に抱く思いは、彼女がインドネシア人を対象にしたイベントを作り上げ実施していく過程で掲げてきた、社会的処方の在り方を反映するものである。つまり、一つの目標を掲げて様々な人たちの能力を生かしながら、実行していくことに基づくものである。またこれ以外にも、弥栄さんが意識してきたリンクワーカーとしての心得を反映する参加者への接し方は、それは固定観念に囚われることなく、参加者の長所を見

てその人が担える役割を任せることであった。それは彼女がインタビューで答えてくれた、「みんな適材適所で一つの円を覆うような形でネットワークができれば」という言葉に反映されているのである。このような彼女の一つ一つの思いが、外国人労働者に対する接し方に変化をもたらしたということができる。これ以外にもインタビューの回答にも示したように、彼女が活動を行っていく際に、インドネシア出身の技能実習生の職場での悩み、そこで不満や将来の夢を聞く機会が増えたことや、彼らは抱える様々な問題を自ら解決しなければならないという、彼らの現実を知った時に、外国人労働者を対象とする支援事業を行うきっかけが生まれたものと推測される。

外国人労働者が抱く問題は、2章4節で見てきたが、それは異文化適応プロセスのカルチャーショック、滅亡期に関する悩みや、自分が抱く日本で働けばお金を稼ぐことができるという思い込みから生じる現実と理想のギャップによる、来日の正当性を見出せないことによる悩み等であるが、その悩みを、弥栄さんは活動を通して知ることになり、そこに新たな動きとして伴走型支援を思いついたのではないかとと思われる。弥栄さんに見られる外国人労働者への接し方の変化は、これまでに行ってきた活動に掲げる理念が、つまりリンクワーカーとしての役割、社会的処方の在り方を象徴する心得や接し方が、そのまま支援事業者という別の形で継承されたという、他には見られない特殊な構図を示しているのである。

3-2-3. 移住労働者と共に生きるネットワーク九州

井上さんに見られた外国人労働者との接し方や思いの変化は、ナラティブ分析法で明らかになったテーマである①社会的処方の在り方、②リンクワーカーとしての役割、③ワンストップ型対応、④普遍的な要素に関連しているものである。井上さんの体験談によると、彼は多方面にわたる外国籍の人々を対象にした、③ワンストップ型支援を施す活動に長年携わってきたようである。彼が携わってきたワンストップ型支援の内容は、井上さんのインタビューの回答でも記したように、「…単なる精神的な問題だけではなく、むしろ法律的な問題」といった、社会的処方でも強調される生活環境、労働環境、貧困、教育事情等が健康全般を左右する、社会的決定要因(SDH)の概念に関連した問題に対する、根本的な解決を図ることを目的としている。例としては夫からの暴力、DV、子供の確執の問題、留学生が鬱病を発症し登校拒否となり、ビザの更新不可が言い渡された問題、技能実習生の死産に関する問題等、彼が関わってきた問題は多方面にわたっていた。彼はそのような多方面にわたる問題の解決に向けて彼が取ってきた対策や対応は、リンクワーカーの在り方であり、社会的処方の在り方を反映しているものであった。リンクワーカーを象徴する部分は、彼は外国人労働者との間で繋がりや癒しの空間を重視した協働関係を構築し、助けを求めている外国人労働者の話を聞くカウンセリング兼メンタルサポーターや、外国人労働者をあらゆる角度から支援する仲介者としての役割を果たしている。支援を必要とする外国人労働者の問題を解決する過程

においては、外国人労働者の話を聞いて、彼らが必要なものを全て探り出し、彼らがどのように変わりたいのか等、彼らの主体性を尊重した上で支援を施している。その主体性を尊重した上で施す支援は、社会的処方の在り方のテーマに値するものである。井上さんは外国人労働者の主体性を尊重した上で、繋がりや癒しの空間を重視した協働関係を根底に置いて外国人労働者と対話し、その対話を通して外国人労働者が率先して自ら問題の解決を模索していけるように外国人労働者に自信と励まし、権限を与えながら彼らと共に問題の解決への道のりを伴奏しながら突き進んでいるのである。これは社会的処方の在り方のテーマに示した井上さんの言葉「エンパワーって言葉ですかね」や、グェットさんの言葉「私をここまで救い導いてくださって、本当に感動しています」に該当するものである。また、彼は外国人労働者が抱える多方面にわたる問題に対して、一人で抱え込むようなことはせず、リンクワーカーの在り方を象徴するような、地域におけるコミュニティを土台とした連携の構築を意識し、その連携を通して得られる専門的知識や経験を生かしながら問題解決を図っている。これは Pulla と Francis (2014) が挙げた強みのアプローチに記されている「3) 地域社会は資源の宝庫と見なす」に類似しているが、井上さんはそれぞれの問題に応じて対応していく上で、彼の活動に協力可能な専門家、例えば、弁護士、医療関係、メンタルヘルス関連の専門家たちとの繋がり、つまりネットワークを形成し、対応を図っているのである。

彼の支援で見られた外国人労働者への対応の変化として挙げられるのは、ナラティブ分析法で明らかになった普遍的な要素に関連する事項であった。それは人権を重視した国際人権規約を下に、外国人労働者への支援を施していることである。国際人権規約に基づいた思想と理念を根底に置いた井上さんの支援は、彼の言葉である「日本の法律だけではダメですね」「日本の政府はそういったの全く(理解)できていない」が彼の根っこの部分にあるものと推測できる。これはおそらく、外国人労働者を支援していく上で遭遇する、彼らの問題が多方面にわたり余りにも複雑すぎるが故に、日本の法律だけでは解決が困難であるという、支援者側の現実を如実に物語っているように見える。しかし、国際人権の思想や理念の必要性は、日本が社会的処方に注目するようになった背景の三つの要因、①医療現場に現れた社会的、経済的問題、②地域共生社会の提案と社会環境の変化、③医療サービスだけでは解決できない健康問題の出現に起因するものであるとも言えるのである。これについて具体的に示すと、昨今の経済の不安定によって生じる、仕事や経済に関する悩みやストレスによって健康を左右する現象が生み出されている。また従来、日本の社会的保証は生活において支援を必要とする要因やリスクを想定し、支援を必要とする対象者に給付されていたが、近年では生きづらさや、リスクに対する人々の思いや感情が多様化し、複雑化しており、当初想定されたリスクに対する保証だけでは解決し難い状況に陥っている。また人々が抱えるすべてのリスクにおいて生じる社会的孤立が、日本の社会保障や福祉関連の支援の形態にも限界が生じていることである。これ以外にも健康問題の背後に潜む貧困や職業に関わる問題、つま

り孤独の問題等、それぞれの問題に目を向けて必要に応じて社会的資源を用いてこれらの問題を解決していく、更に医学的処方により病気を癒し、健康の改善を図っていく必要性も昨今叫ばれているのである。このような現状は、井上さんがこれまでに接してきた外国人労働者が抱える問題と病に関連しており、多くの場合、外国人が抱える問題(子供の親権、DV、学業、職業)が引き金となり、心身に問題を生じていた。彼はそれに対して、問題解決に必要とされる専門の人たちと連携し解決を図ってきた。しかし、外国人労働者が抱える悩みや問題は複雑で幅が広く、個々のリスクに対する保証だけでは解決し難いのである。また、これ以外にも、外国人労働者の言語の壁、制度の壁、心の壁が、支援を遅らせ、それが引き金となり、彼らの心身の健康を脅かすようなことが起きていることも、彼のインタビューの内容から見て取れる。このような現状を変えていくには、日本の枠組みだけではなく、国際人権の理念や専門性を有している人たちとの連携を下に、彼らの知識を有効に活用し、問題の解決を図ることが、長年井上さんが外国人労働者の支援事業に携わってきたことによって生み出された、外国人労働者(外国籍の方々)が抱える問題の解決へのアプローチに見られた変化だということができる。

3-2-4. 福岡よかトピア国際交流財団

「福岡よかトピア国際交流財団」で、外国人労働者を対象に支援事業を行っている、AさんとBさんに見られた外国人労働者への支援事業を行っていく際の変化は、リンクワーカーとしての役割、社会的処方の在り方、外国人労働者の仕組み等、普遍的な要素やメンタルヘルスの認識に関連するものであった。初めにAさんに見られた外国人労働者への接し方の変化として挙げられるのは、リンクワーカーを反映した市町村の各機関との連携を下に対応を図っていることであった。この対応の変化の要因としては、インタビューの回答で記されているように、①福岡市に滞在する外国人労働者の数が増加しつつあることによって、彼らが抱く問題や悩みが多様化し、複雑化しつつあること、②外国人労働者に対する制度的なことにより、紹介できる支援や情報に限界があること等が挙げられている。これらを踏まえた上で、外国人労働者が必要とする支援に合致するような、財団側では一人(Aさんの言葉)だけで抱え込まず、つまり、PullaとFrancis(2014)が強調する「社会は資源の宝庫」、この概念を下に、コミュニティを土台とする連携によって、必要に応じて彼らの問題を解決するに相応しい機関の専門性を持つ人に繋ぎ、解決を図っていくという社会的処方兼リンクワーカーを連想させる対策が取られていた。

一方、「福岡よかトピア国際交流財団」で外国人労働者を対象に、週ごとに無料でカウンセリングを行っているBさんに見られた、外国人労働者への接し方や思いの変化は、普遍的な要素であるメンタルヘルスの認識といったテーマに関連しているものであった。Bさんが行う心理カウンセリングは外国人労働者の心理的悩みを聞いて、必要に応じて精神科医の紹介

を行うもので、社会的処方兼リンクワーカーを連想させる役割を果たしていると言えるものであった。Bさんが感じた普遍的な要素に関連した外国人労働者の思いの変化は、外国人労働者が抱えている問題や悩みは、日本人が抱えている問題や悩みと大差はないということであった。一方メンタルヘルスの認識に関連した外国人労働者への思いや接し方の変化は、カウンセリングに馴染みがないアジア系の外国人に見られる、カウンセリングに対する不信感や、カウンセリングを受けることに対する抵抗、つまり自分が心の病気を患っていることに対して、受け入れることのできない心の葛藤から来るものであった。Bさん曰く、このような現象は、カウンセリングに馴染みのある欧米出身の外国人には見られないとしており、カウンセリングが普及していないアジア系に比較的多く見られ、所謂、文化的背景に起因するものであると答えている。これは社会的処方によって紹介された処方が、利用者の文化的背景や価値観を考慮しなかった場合に生じる、社会的処方の紹介先へのデメリットを象徴しているのである。例えば Wildman(2019)が挙げていたイギリスでの事例であるが、社会的処方の活動を通して、糖尿病患者を対象にした食生活の改善のための献立が紹介されるが、その献立は西洋人を対象にしたもので、対象者はその献立に従って食生活を改善することに無理を感じたことである。このようにBさんが、アジア系外国人にカウンセリングを行い、そこで目にしたカウンセリングに対する彼らの対応は、Wildman(2019)が挙げる事例に類似するものである。その後、Bさんがどういう手段によって、アジア系外国人がカウンセリングに抱く思いを変化させていったのかは、インタビューでは聞くことができなかったが、一つ明確なことは、カウンセリングに対する反応は、一人ひとりの文化的背景や価値観によって十人十色であり、中には精神疾患に対して必要以上の抵抗を感じる人も存在するため、そういうことを考慮した上でカウンセリングを行い、必要に応じてはサポートの引継ぎを行っていくことの重要性も実感することが出来た。

3-3. 解釈的現象学分析法 (IPA) から見る、NPO、NGO や地域団体の活動と支援事業の適正、

展望と課題、外国人労働者におけるメンタルヘルスの維持への工夫

前項 3-2 においては、ナラティブ分析法を用いて、NPO、NGO 及び地域団体が行う支援の前後における変化、即ち、その団体の職員が活動を始める前と後に見られた職員の外国人労働者に対する思いと接し方の変化、並びに外国人労働者が団体の活動に参加する前と後に見られるメンタルヘルスの質や生活の質の変化を、外国人労働者の社会的アイデンティティ、社会的繋がり、社会的統合に結び付けて検討した。ナラティブ分析法を用いて、それらの二通りの変化を見てきたが、この二通りの変化から明らかになったことは、双方に見られた変化には根底に三つの大きなテーマがあるということである。それは①外国人労働者のメンタルヘルス事情、②社会的処方を反映する要素、③リンクワーカーを連想させる接し方である。このテーマ②と③が本論文で強調する、外国人労働者のメンタルヘルスの質を左右する社会

的繋がり、社会的統合、社会的アイデンティティを強化し、その結果メンタルヘルスを良好へと導くことだと、ナラティブ分析法を通して行った分析で明らかになった。しかし、それだけではまだ解明されていない、具体的には NPO、NGO や地域団体の支援事業や活動のどの部分が、社会的繋がり、社会的統合、社会的アイデンティティを強化し、外国人労働者のメンタルヘルスを支えることができるのかについては未確認である。そのため本 3-3 においてはナラティブ分析法を用いて明らかになった点から更に踏み込んで、IPA 手法を用いて支援する側と支援される側に見られる現象を深く掘り下げ、外国人労働者に施される支援や活動が、メンタルヘル스에適切なものであるのか、支援の適正について吟味するものとする。併せて、NPO、NGO 及び地域団体が抱く展望と課題、更には外国人労働者がメンタルヘルスを維持するために工夫していることについても論述するものとした。

初めに、NPO、NGO 及び地域団体における活動と支援業務の適正と効能性を見ていく前段階として、ナラティブ分析法で明らかになった変化から、IPA の手法を用いて更に踏み込んで検証し、明らかになった現象を示すことにする。それらは、第 5 章 2 節では「テーマ」として記されているが、それは現象や事象のことであり以下の通りである。

- 1) 外国人労働者が鬱病にかかる一連の流れと要因
- 2) NPO や NGO 及び地域団体の活動、支援事業に反映されている社会的処方¹⁾の在り方
- 3) NPO や NGO 及び地域団体の活動、支援事業に見られる社会的処方を反映した効能と可能性
- 4) NPO や NGO 及び地域団体に見られるリンクワーカー²⁾を反映した対応と接し方

この四つの事象に起因する要素はテーマの下に記されたサブテーマである。

3-3-1. 外国人労働者のメンタルヘルスの維持、工夫、

日本の生活に慣れるために取られた工夫

3-3-1-1. NPO、NGO、地域団体の活動と支援事業の適正と効能性

外国人労働者を対象とした支援事業や、活動の適正と効能性を見ていく上でヒントとなることは、フィールドワークで得られた回答を IPA 手法により分析し、そこで明らかになった現象「1) 外国人労働者が鬱病にかかる一連の流れと要因」が、支援を施す側に見られる現象とどのように繋がり、どのような相関関係が見られるのかに注視する必要がある。外国人労働者のメンタルヘルスに関する現象であるテーマ 1(表 5.2 参照)が、支援を施す側と施される側で見られた現象テーマ 2、(表 5.2 参照)から現象テーマ 4、(図表 5.2 参照)の内容に匹敵するかどうかを見極めていくことが、本論文が追及する NPO、NGO 及び地域活動の支援事業の適正、及び効能性を見出すことに繋がるのである。

表 5.2 の現象(テーマ 1)の下部(1a~1f)に示された事項を纏めると、次のパターンが見出せる。外国人労働者のメンタルヘルスを脅かす要因は、異文化の適応期を迎えられないことによるストレスと、そこから生じる来日を決断した、その決断に正当性を見いだすことができ

ずに落ち込むことで、ストレスの二重、三重といったストレスの連鎖が生じる構図の中で生活をするようになるということである。異文化の適応期を迎えられない要因として考えられるのは、来日直後、日本の労働環境や生活環境に馴染めない状態で受ける職業性ストレス、個人的ストレス、組織的ストレス(これらは2章4節で既述)、並びに来日を決意した時の期待と日本での就業時のギャップ(期待と現実の違い)によるストレス等が重なり、対処の仕方が分からなくなってしまうことである。また、ある期間日本に滞在し、日本の生活に馴染めたと思っけていても、職場や日常生活で起きる変化や出来事、新しい節目、環境の変化が起きることで、その変化に対応できずに、表5.2の現象(テーマ1)の1aの箇所で記されているBさんの回答のように、元来持っていた精神疾患が悪化し、メンタルヘルスの質が低下するパターンである。このような事態への対応として、外国人労働者の場合は、弥栄さんが挙げているように「自分の中で消化」する、つまり一人で抱え込んでしまうことである。このように、外国人労働者が取る行動の背景には、言葉の壁、心の壁、制度の壁が助けを求めることを躊躇させ、そのためらいが異文化の適応期を遅らせる要因となり、社会的決定要因(SDH)に関連する心身の健康を脅かす要因、例えば、ストレスを大きく感じ取り、そのストレスによって鬱病が発症し、或いは元来の鬱病を更に悪化させるというフローがIPAを通して、現象(テーマ1、外国人労働者が鬱病に罹る一連の流れと要因)から確認することができる。

その現象(テーマ1、外国人労働者が鬱病に罹る一連の流れと要因)で確認することのできた外国人労働者のメンタルヘルスの実情を下に、外国人労働者を対象にした支援事業と活動が、外国人労働者のメンタルヘルスに与える影響について見極めていくものとする。見極め方としては、現象(テーマ1、外国人労働者が鬱病に罹る一連の流れと要因)で明らかになった外国人労働者に見られるメンタルヘルスの実態の一連のフローを参考に、支援を施す側と施される側の双方から見られる、現象(テーマ2)から現象(テーマ4)に当てはめて対比し、NPO、NGOや地域団体の活動と支援事業の適正と効果を見ていくものとする。

現象(テーマ2)で挙げられている回復の概念を軸にした利用者の対応は、現象(テーマ1)で見られた外国人労働者が、異文化の適応期を迎えられなくなり、言葉の壁、心の壁、制度の壁によって助けを求めることができずにその問題を自分で抱え込み、異文化の適応期を遅らせる等のSDHに関連する心身の健康被害を取り除くために、最初に取りられる手段として機能している。特に社会的処方概念に見られる、JacobsonとGreenly(2001)が挙げる「回復の概念」に示されている内部における状況の、①希望、②癒し、③権限の付与や元気づけ、④繋がり、と外部における状況の、①人権、②良好な治療文化が、現象(テーマ2)で記されている内容と合致している。この要素の中で初めに来るのが繋がりであり、その繋がりによって、自分の悩みを全て抱え込んでいたことによる孤独や孤立から脱却し、助けを求めることを目標とした社会への再加入を実行し、その助けを求める過程において、①希望、②癒し、③権限の付与や元気づけを得ることになる。この繋がりには包括される、①希望、②癒し、③

権限の付与や元気づけは、メンタルヘルスの回復に大きく左右するとされており、人権と良質な治療文化によって成就することができる。そして最後に来るのが、③権限の付与や元気づけ(Empowerment)であり、従って繋がり、人権、良質な治療文化、権限の付与、元気づけという一連のプロセスとなるのである。繋がり之后に来る人権に該当する事項は、精神疾患を患っている患者、もしくは問題や悩みを抱えている人たちに対する屈辱的烙印の除去、差別意識の撤廃、人権の保護、教育、就職の手助け等である。この人権の重要性が医療機関や施設等の組織において強調されることで、次に来る良質な治療文化を築き上げることに成功するとされる。ここで記す良質な治療文化とは、利用者と治療、ケアと支援を施す側との交流に関する環境を示しており、その環境で求められる事項は利用者の話を熱意と尊重を持って聞くことであり、利用者との間で信頼関係を築いていく上で多様性や文化に配慮することである。その他の事項として、治療や支援を施す側は利用者が常に成長し、変化できること、利用者の疾患や利用者が抱く問題に対して利用者の認識を変えていけること、利用者に希望を抱かせ、利用者を癒し、力づけ、利用者が権限を得ることができると信じさせることも挙げられる。

このような良質な治療文化に包含される理念は、患者の病変や患者の問題に焦点を当てず、利用者の強みと目標に焦点を当てて交流する時に実行できるものであるが、それによって、利用者と施す側の良好な協働関係の下に、利用者の計画を立案し、話し合い、利用者(患者)の回復を目的とした支援と活動に繋がる構図へと展開されるのである。また、利用者と施す側はお互い人間であり、人間として互いに接することが求められ、施す側は利用者を、利用者の病状、診断基準、人種、社会、経済的背景を示す物差しで測ることは許されないとしている。良質な治療文化の下、得られる権限付与は①自立、②勇気、③責任によって成立し、①自立は知識と自信、そして意義のある選択肢の獲得、②勇気は積極的にリスクに立ち向かい、快適な空間(comfort zone)からの脱却、③責任は利用者が自ら目標を立て、実行しセルフケアに専念することを指す。現象(テーマ2)で示されている内容を見ても、JacobsonとGreenly(2001)の回復の概念の繋がり、人権、良質な治療文化、権限の付与に匹敵しているのである。柿原さん、本多さんの「なので、そのぼやけた課題をよりクリアにし」、「所謂当事者主義的アプローチ」と、回復の概念の良質な治療文化に求められる、利用者の話を尊重して聞く、利用者の病状や問題だけに焦点を当てず、利用者の強みと目標に焦点を当て、利用者の計画を主導し、利用者が自主的に選択できる問題解決に相応しい選択肢を準備し、与えていくことに関連している。井上さんが挙げていた「人権とは労働っていうことで」、弥栄さんの「結局人間は同じだと思います」、Bさんの「でもこのパターンは日本人でもあるので、今それが外国人だからっていうわけでもないかもしれないですね」、これらは精神疾患を患っている利用者、問題を抱えている人たちの差別意識の撤廃と人権の保護を含む、人権及び良質な治療文化を実行していく上で、利用者と施す側は互いに人間として接し、施す

側は利用者の病状、人種、社会、経済的背景等を物差しとすることは許さない、このことに値するのである。また、井上さんの「エンパワーという言葉ですかね」、及びグェットさんの「例え異国の地にいても、昼も夜も常に皆さんが私を励ましてくださったので、私は決して孤独を感じたことはありません」は、回復の権限の付与、元気づけ、並びに良質な治療文化で強調されている利用者は常に成長し変化できることを信じ、利用者に希望を抱かせ、癒し、力づけ、権限付与となることができると信じさせることに匹敵するものである。このことから、聞き取り調査を行った四つの NPO、NGO 及び地域団体は、Jacobson と Greenly (2001) が提唱しているメンタルヘルスを対象とした回復の概念に関連した適正を有していることが確認でき、彼らの対応は適切であると評価することができるのである。

現象(テーマ 1)で見られた、Jacobson と Greenly (2001) の回復の概念に関連した各団体が有する適正は、外国人労働者が異文化の適応期を迎えられずに、一人で問題を抱え込み、自分の世界に留まっている状態から、一步社会に踏み出し、外に助けを求める勇気と決断へと彼らを導き、彼らの健康全般を左右する SDH の解決への道を歩むように、彼らに意欲や原動力を与えているということが一つの効能として映し出されている。しかし、IPA で記されている現象を見る限り、回復の概念を連想した適正だけがこの効能を生みだしているわけではないことを見て取ることができる。それ以外の要因として、現象(テーマ 3)「NPO、NGO 団体や地域団体の支援事業活動に見られる社会的処方を反映した効能と可能性」の下部テーマ、「3b: 社会的処方を反映した諸問題への解決方法」、現象(テーマ 4)の「4a: リンクワーカーを反映したネットワークの形成」も、外国人労働者が抱える問題に対して一人で抱えることをせず、社会的繋がりを促進し、その繋がりの下、解決を図ることを必要とすることが見て取れるのである。

現象(テーマ 4)に該当する事項は、社会的処方やリンクワーカーの地域におけるネットワークの形成に関連するものである。これは、利用者が容易に団体やサービスにアクセスできる環境を整えるだけでなく、支援を施す側が利用者のために、親身になって対応できる関係性を構築することも含まれており、支援を施す側は、外国人労働者が必要とする支援に相応しい専門員や専門機関を探し出し、その専門員や専門機関と社会的繋がりを構築し、連携を築いていくことでもある。更に、支援者は、外国人労働者が抱える心身における健康を左右する SDH を解決するために道筋を立て、解決を図っていくという現象がそこに見られるのである。即ち、支援側が社会的繋がりによって、他の専門員や専門機関と連携によるグループを形成し、そのグループが、一丸となって外国人労働者が社会的繋がりを実感(体験)できるように働きかけ、その実感(体験)から、外国人労働者が抱える問題に関する情報を入手し、専門的意見やアドバイスを受け取り問題の解決を図る、そのような構図になっているのである。この一連のフローは、社会的繋がりから得られる Lim Hui Khim (2016) が挙げている社会的機能や、個人の成長と健康や感情の健康をサポートする、①感情的支援、②道具的支援、

③情動的支援、④評価的支援に類似していると言える。これ以外にも利用者の状況に応じた、利用者に相応しい地域資源を紹介し、且つ橋渡しの役割を担うこともあるが、これも支援する側と支援される側の間に社会的繋がりが有るということに該当するものである。

現象(テーマ3)の3bと現象(テーマ4)の4aを見る限り、どの団体の職員も連携について、特に多方面にわたるスキルを持った専門の人たちとの繋がり、例えば精神科医に繋ぎ病院を紹介する等、必要な資源を紹介するというアプローチを心掛けているようである。現象(テーマ3)の3bと現象(テーマ4)の4aから見ることでできる支援する側が繋がりを持って問題解決に相応しい社会における資源、つまり専門員との連携を築き、利用者側も社会的繋がりを実感できる状態で支援が施されることは、Lim Hui Khim(2016)が挙げている論理に当てはまるのである。それは、社会的繋がりを通して発展する人との関係は、様々な社会的機能や個人の成長と、健康、感情の健康を支える要素(サポート)と見なすことができる。そのサポートとは、①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援であり、そこに見られるサポートは、Bさんが紹介する精神科医や、井上さんの弁護団の形成による問題の解決、Aさん、柿原さんと本郷さんの支援や選択肢に繋いでいく連携の下に対応を図るところに反映されている。これらは社会的繋がりによって様々な連携を形成し、種々のスキルを持つ人々が、外国人労働者が抱える問題、それは井上さんが挙げていたように単なる精神的な問題だけではなく、むしろ法律的な問題のように多岐にわたる問題、例えば社会的問題から誘発される心身における健康被害(健康の問題)を解決していく。そのようにしてメンタルヘルスの質と密接な関係にある社会的繋がりが高められていく効能性がそこに見られるのである。つまり、この現象(テーマ3)の3bと現象(テーマ4)の4aに含まれる対応は、外国人労働者のメンタルヘルスの問題解決に適したものであると言える。問題解決に必要な連携を重視し社会的繋がりを意識した支援を施す側からの支援事業によって、社会的繋がりを成功させることができ、外国人労働者のSDHに関連する問題は解決する。その解決によって外国人労働者のメンタルヘルスを左右する異文化の適応期を遅らせる要因は全てではないが、一部を取り除くことができる。

しかし、NPO、NGOと地域団体の支援だけでは、外国人労働者のメンタルヘルスを長期的に良好に維持することは困難である。またメンタルヘルスを左右する異文化の適応期を迎えることもNPO、NGOと地域団体の支援だけでは困難であることがIPAを通して明らかになった。外国人労働者のメンタルヘルスの質を左右する異文化の適応期を迎えるには、社会的統合と社会的アイデンティティを実感できるような、NPO、NGOと地域団体の活動が必要になって来るのである。また、支援事業で得ることのできた人(他者)との繋がりを、イベント等の活動を通して更に活用(応用)していく場が必要になって来るのである。ここで言うNPO、NGOと地域団体の活動とは、日本人と外国人労働者が分け隔てなく友人関係を築くことができる、一緒に交流を持つことができるイベントを指している。例を挙げるとすれば、聞き取り調査で

対象場所となった、「トゥマンハティふくおか」のインドネシアカルチャーディ、どんたくパレードと筆者が参加した北九州国際交流協会が開催した Let' s Talk Event が、上記の社会的繋がりとは異なる社会的繋がり、更に社会的統合、社会的アイデンティティを得ることのできる可能性を有している。そして、それが異文化の適応期を迎える契機となり、長期的にメンタルヘルスを維持することに繋がるのが期待できる。日本人と外国籍の人々が交流できるイベントと一緒に参加できることによって得られる恩恵は、支援事業を受ける初期の段階で受ける恩恵と同様で、社会的繋がりである。しかし、支援事業と日本人と外国人の交流を目的とした活動によって体感できる社会的繋がりとは、そこに若干の差が見られる。支援事業を通して体感(実感)できる社会的繋がりから得られる恩恵とは、Khim(2016)が記していた①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援である。これは支援を施す側が支援を受ける側に与える恩恵である。一方日本人と外国籍の人々が交流できるイベントや活動による社会的繋がりから得られる恩恵は、Khim(2016)が挙げていた①適性、②自主性、③共感性、及び①知的資源、②社会的資源、③身体的資源、④精神的資源である。これらの恩恵(資源)は、そのイベントや活動を通して参加者自身が自ら獲得していくものである。これらの資源の中で、社会的アイデンティティの構築に繋がるのは、日本人と外国籍の人々との交流の中で感じる共感性であるのに対して、適性や社会的資源、知的資源は社会的統合を促進する要因を生み出していることを見取することができる。

この社会的繋がりから得られる資源によって、社会的アイデンティティや社会的統合を図っていくという構成は、現象(テーマ3: NPO、NGO 団体や地域団体の支援事業活動に見られる社会的処方)を反映した効能と可能性)の 3a(社会的繋がり、社会的統合、社会的アイデンティティに関連した効能)に見られるものである。トゥマンハティふくおかの活動に携わってきた弥栄さんが挙げる事項は、社会的繋がりから得られる資源によって、社会的アイデンティティと社会的統合を図っていける適性を果たしていると言える。では、その活動のどのような過程において、社会的アイデンティティと社会的統合を図っていくのかを検証すると、初めに来るのが、人々の間で築かれた繋がり、つまり社会的繋がりであった。トゥマンハティふくおかで行われているインドネシアカルチャーディや、その他様々なイベントを福岡に滞在するインドネシア人自らが企画していく上で、インドネシア人の間に繋がり、それは社会的繋がりに含まれる自主性を獲得することに繋がっていることを、弥栄さんの次の言葉「カルチャーディを経験することで考えがしっかりとて来るというか(中略)自主性も生まれている」から確認することができる。社会的繋がり恩恵に預かる適性は、イベントを開催する過程においてインドネシア人が獲得することのできた「学力(ガクチカ)」(これは弥栄さんが挙げた言葉であるが)であった。その他の適性に値するものとして、トゥマンハティふくおかの活動に参加していた D さんが、その活動で得た日本の社会での常識や、NPO、NGO と地域団体の仕組みや知識も社会的繋がりや社会的統合に関連する適正に値するものであった。

これらの適性や自主性を獲得できる要因は、弥栄さんのトゥマンハティふくおかの活動の運営方式にあるということが言える。彼女の運営方式は「一つの目標見たいのを立てたり、同じ方向性みたいなもの……」に記されているように、その言葉に、リンクワーカーが黒子のように背後で利用者を支援し、利用者が目標を定め、その目標に向かって突き進んでいけるように、リンクワーカーが利用者を励まし支援することを連想させる、支援者の思いをそこに汲み取ることができる。「彼女の運営方式」である、一つの目標を立て、その目標に向かって参加者一人ひとりが自分の能力に合わせるようにして進めていくことや、参加者が主体性を持って自主的にその団体の中で活動を推し進めていく、これはリンクワーカーの役割を反映した、即ち背後で見守り支えるという理念や運営方式は、社会的繋がりから得られる

「③共感性」に結びつくものである。この共感性には二通りあることが想定される。一つは、現象(テーマ3)の3aで記されている弥栄さんの言葉、「自分たちがインドネシア人に一度戻れる機会を与えている」に見られる。それは、福岡に住むインドネシア人同士がその団体で行われるイベントに向けて、一人ひとりがアイディアを出し合って、一人ひとりに役割を任せてイベントを行っていく過程において得られる、交流や話し合いの場で感じられる接点を基に形成されるネットワークに由来する共感性である。また、そのイベントはインドネシア人が企画する。日本に居ながらインドネシアの文化を調べ、インドネシアの文化に関連する衣装を纏う機会を作り出している。そして、そのイベントに参加するインドネシア人は、インドネシアから遠く離れた日本という空間で、インドネシアの文化を直に体験することができる。そのイベントは、一人ひとりの長所を生かしながらアイディアを駆使して企画されるが、そこから得られるネットワークは、インドネシア人がそれぞれの立場を理解できる共感に基づいているため、社会的アイデンティティの構築の一助となっているということが分かるのである。しかし、その社会的アイデンティティがより強化され強固なものへと変えられていくには、その団体の活動に参加する日本人からの共感が必要となって来る。その一助となるのが二つ目の要素であり、インドネシア人が企画したイベントに対して、日本人参加者から得られる共感である。この事象は現象(テーマ3)の3aの弥栄さんの言葉、「自分たちがインドネシア人であると実感でき、みんなにインドネシアのことを知ってもらって…喜んでいてと思います」に値するものである。つまり自分たちが作り出した企画を下に、自国の文化を日本にアピールし、そのアピールによって日本人から得られるポジティブなフィードバックである。例えば、どんたくパレードでインドネシアを象徴する衣装を身に纏いパレードをする中で、日本人の参加者が手を振って応援してくれることや、Dさんの証言、「友達のような関係の日本人の年上の方がいらして……」、「いろんな人に更に出会うきっかけが生まれたり」といった、日本人との繋がりによって得られる接点と共感が、自分と他者との間に存在意義を見つけ出す一助となり、社会的アイデンティティがより強固なものへと変化していく効能が、適正として見られるのである。このような二通りの共感性は何に繋がっ

ているのかを纏めてみると、次のようになる。「トゥマンハティふくおか」で開催される活動を、インドネシア人が独自に企画することで、自主性と「学力(ガクチカ)」が育成され、一つの目標に向かって参加者全員の力が結集され、その企画を推し進めていく。そのことによって、参加者一人ひとりに、社会的繋がりや信頼度、自主性が芽生え(これが適性と呼ばれるものであるが)、幸福度と満足度が高まる。また、その企画を進めていくことで、拠り所が築かれ、ポジティブ感情が生み出される。更にこのポジティブ感情によって多くの資源に出会う機会が増え、この資源が彼らの人生の質を高める一連の流れになっているのである。では、この資源とは何かと言うと、それは、インドネシア人が、日本での生活に統合できるように社会的統合を促進させる社会的繋がりによって由来する、①知的資源、②社会的資源、③身体的資源、④精神的資源である。その他の恩恵としては、メンタルヘルスの質と、受け入れ国の順応性がどのアイデンティティよりも高くなり、受け入れ国と母国の良好な関係、それに両国の文化を重視する、統合アイデンティティを確立することができるようになったということである。この社会的統合を促進する資源及び統合アイデンティティの獲得ができる環境や適正が、「トゥマンハティふくおか」には有ることができる。

「①知的資源」は、イベントを企画していく上でアイディアを出し合い、それを形として作り上げていく上で得られる創造性や独創力、更にインドネシアの文化と日本の文化(日本人との付き合い)の双方に触れる機会によって得られる、柔軟な思考を高める資源である。それは弥栄さんが力を込めて言うところの「学力(ガクチカ)」である。或いは、Dさんの「NPO 業界(団体)の仕組みや考え方とか組織に関する知識…」も、これに匹敵するものである。

「②社会的資源」はDさんが言う、「いろいろな人と更に出会うきっかけが生まれたり」そこで友達のような関係の日本人の年上の方がいらっしゃって…」は、他人との繋がりを促進する力を高めることを反映していると見ることができる。「③身体的資源」に該当する事項は見つけることができなかった。「④精神的資源」はDさんが挙げていた、「お話の相手としての付き合いがあることである程度のメンタルヘルスの支えになったこと」が、これに該当する。また、弥栄さんのインタビューの回答に示されているように、トゥマンハティふくおかでの活動を行っていく中で、インドネシア人参加者からの職業における問題や悩みの相談、愚痴や夢を聞かされていたこと等から、トゥマンハティふくおかの活動はインドネシア人が気軽に悩みの相談ができる機能を有していたことを見出すことができる。

今まで既述した①から④までの資源の他に、統合アイデンティティの獲得を挙げることができるが、これには二通りの要素が見られる。一つは、弥栄さんが強調していたインドネシア人が日本の生活で「日本人として生きていかなければならないところ」に示されていたように、彼らは日本人としての常識や文化、礼儀等を認識した上で、日本での生活をしなければならない。即ち同化アイデンティティを意識して生活しなければならないということである。その同化アイデンティティを獲得できる要素として、その活動に参加する日本人と交流

できる場を持ち、日本人と会話し、そのようにして繋がりを形成し、友達を作る機会を得ることによって、日本人としての生活を実践していくことのできる空間を構築していることをそこに見出せるのである。その実践で得られたスキルは、Dさんが挙げていた社会の常識やNPO団体の仕組みの理解である。そこで得られたスキルや知識は、職場やそれ以外の場所での活動で応用することができ、社会の統合を成就できる原動力となる。これは社会的処方の可能性で既述した、社会的処方の活動の利用者が、その活動で得たスキルを別の場所で使うことに匹敵している。即ち異文化の適応期を図っていくことに繋がるのである。

二つ目として考えられるのは日本での生活において日本の常識、日本人社会の中で生きていくことによって、弥栄さんが言う「インドネシア人としてのアイデンティティみたいなものを確かめることができない」ということである。即ち日本における常識、日本人としての在り方を意識して生活しなければならない日々の中で生じるストレス、そこから脱却させるために、母国、インドネシアの文化に触れさせることによって、一時的にインドネシアの文化的空間、例えばイベントの企画、料理会等で母国インドネシアの文化に触れる機会を与え、それが彼らの憩いの場として機能しているのである。このように、トゥマンハティふくおかの活動は、参加者に社会的繋がりに由来する適性、自主性、共感性の獲得を促進させ、そこから、社会的アイデンティティと、社会との統合を実践できる資源や、統合アイデンティティを獲得できる機会を提供する場として、その機能と適正を有しているのである。このようにして三つの社会(①社会的繋がり、②社会的アイデンティティ、③社会的統合)が活動を通して強化されることによって、そこに参加するインドネシア人のメンタルヘルスの支えとなっていると言えるのである。

一方、筆者が参加した北九州国際交流協会の「Let's Talk Event」では、弥栄さんの「トゥマンハティふくおか」のように、そこまで外国人のメンタルヘルスを左右する三つの社会(社会的繋がり、社会的アイデンティティ、社会的統合)や、異文化の適応期を迎える要素や適性として見られるものはなかったと言える。しかしこの活動によっても、社会的繋がりに起因する自主性、適性、共感性はある程度は得ることができると言える。現象(テーマ3)の3aに記しているように、「一つのグループにつき5人という形を取っており、その中の一人は外国籍の方で、外国籍の方をリーダーとした形式が取られていた」ために、外国籍或いは外国人労働者が各グループに配属するメンバーを自主的に振り分け、その進行を主導していかなければならないため、そこには自主性や適性はある程度得ることは出来ていたと考えることができる。一方共感性は、英語を話すことが好きな日本人が参加するために、英語を話す外国籍の人々も、ある程度そこに接点を持ちながら交わりを持ち、拠り所を築いていく一助となっていることが確認できた。そこはある程度、社会的空間を感じ取ることのできる空間となっていたが、社会的統合や異文化の適応を図るような資源を獲得できる環境には至っていなかった。つまり、社会的統合を図る資源に巡り合える適正には至っていなかったのだ

ある。只そのイベントを通して得られる社会的統合を図るための資源は知的資源であり、それは外国籍の参加者がリーダーとしてグループのメンバーを主導していく上で工夫するために必要な能力、創造性や独創力、また英語があまり話せない参加者に対する柔軟な対応能力である。これ以外の社会的資源、精神的資源、身体的資源等は、Let's Talk Event を開催している北九州国際交流協会に多目的相談が設けられているが、そのイベントを通してそれらの資源に到達することは可能ではあるが、そのイベントを通して多目的相談に対する対応は全く行われていないため、そこから各資源を得るような環境は整えられていなかったと言える。このような実態を招いている要因としては、そのイベントが只ゲームをするだけで、そのイベントの中で、ゆっくりと日本人と外国人が相互に会話(コミュニケーション)をする時間が設けられていなかったこと、イベントの後片付けを、只外国人のリーダーだけにやらせていたというようなことで、日本人と一緒に互いに寄り添いながら交流を深めるようなことは皆無であった。勿論そのようなイベントにおいても社会的繋がりに起因する恩恵の一部、①適性、②自主性、③共感性と共感性から得られる社会的アイデンティティを獲得することはできるが、①適性、②自主性の後に繋がる社会的統合を図る資源である①知的資源以外の資源を得るための適正や仕組みがそこにはなかった。このことから、北九州国際交流協会が開催する Let's Talk Event では、メンタルヘルスを左右する異文化の適応期や社会的統合を図ることは極めて困難であるため、外国人労働者のメンタルヘルスを高める効能はないと、判断することができる。

3-4. NPO、NGO と地域団体が抱える課題と展望

3-4-1. 課題

本箇所では、NPO、NGO と地域団体が現在行っている支援の中で抱えている課題と展望について詳述することにする。これらの課題と展望を、彼らの証言の分析を、IPA を用いて分析した結果明らかになった事項や、彼らの抱える課題は、主に外国人労働者のメンタルヘルスを改善していく上で根幹をなす、社会的繋がりに関連する内容が多くを占めているということであった。即ち、上記の「適正及び効能性」で見えてきた、外国人労働者のメンタルヘルスを左右する SDH に関連する問題や、異文化の適応期を遅らせる要因を取り除き、外国人労働者が社会的繋がりを持つために必要な、Lim Hui Khim(2016)が挙げていたサポート(支援)①感情的支援、②道具的支援、③情報的支援、④評価的支援を供給していく過程において生じた様々な課題が明らかになった。彼らの抱える課題の多くには、3章で見られた社会的処方(の仕組み)に包括されている、リンクワーカーが利用者(患者)と接して行く時に見られた困難や、リンクワーカーが患者と交わる上での注意事項が含まれている。これは表 5.2 の現象(テーマ 4)の 4c で確認することができる。柿原さん本郷さん、そして A さんと B さんが抱えている課

題は、3章3節で挙げた、Kellezi et al(2020)の外国人労働者に近い存在である移民を対象にした、社会的処方を実行していく上で施行する側が移民に対して留意した点に該当する。

初めに、柿原さんと本多さんが挙げた外国人労働者の女性を支援していく上で、支援者側が一方的に支援するその選択肢が、上から引っ張るようにして施す支援であったら、支援を求める外国人女性に対して「夫に支配されている空間と全く同じような空間」を作るような結果、それはKellezi et al(2020)が挙げる移民の中には、人身売買、性的虐待、迫害を生き延びて来た背景を持つ人が存在し、彼らは常に恐怖やトラウマに怯えて生活をしている、そのことに類似するのである。

一方、柿原さんと本多さん、並びにAさんとBさんが挙げる困難は、新居と武田(2023)が強調する外国人労働者への支援を施す際、外国人労働者が常に思い浮かべる心の壁、制度の壁、言葉の壁である。柿原さん、本多さんが挙げた外国人労働者が受けられる支援や資源は在留資格によって限られており、これは制度の壁に該当するものである。Aさん、Bさんの困難事項として取り上げられていた外国人労働者とのやり取りによって生じる言語的理解度と、その理解に応じた対応は、言葉の壁に該当する。Bさんがその他の困難として挙げている、カウンセリングが外国人労働者の母国で浸透していない、またはカウンセリングの趣旨を理解していないことによって、外国人労働者がカウンセリングに抱く不信感や抵抗によって受診が断られるケースもあるが、それは外国人労働者の文化や習慣を理解できる通訳が身近にいないことに起因するもので、心の壁によって生じる利用者と支援者との間に生じる齟齬によるものと解釈できる。

弥栄さんと井上さんが抱える困難と課題の共通点は、活動に賛同してもらえる人を得ることが難しい現状にあるということである。この類の困難さは、社会的処方を実践していく上で欠かすことのできない、リンクワーカーのチームサポートの有無に関係する困難さを示している。リンクワーカーが担うべき作業は多方面にわたり、それは主に利用者の悩みを聞き、利用者を励まし、利用者の悩みに特化した機関の紹介を通して、共に解決の道を歩まねばならず、リンクワーカーにはその利用者の悩みを解決できるチームサポートが必要になる。そのチームサポートの主目的は、リンクワーカーが利用者に社会的処方を実行する際に、そのチームサポーターである医療従事者やソーシャルワーカー、財産に関するカウンセラー、更に弁護士等と協働関係を築き、利用者に包括的サポートを施すことを主目的とする。しかし、弥栄さんと井上さんが抱える悩みである、チームサポートを確立する上で生じる困難は、リンクワーカーに孤立感を覚えさせ、リンクワーカーの本来の力、つまり様々なスキルを有する人たちとの連携を下に、利用者に寄り添って利用者の問題を解決することができない状態に陥らせることも、過去の研究で明らかにされている。

3-4-2. 展望

一方、NPO、NGO と地域団体が掲げている展望は、表 5.2 の現象(テーマ 4)の 4d に記されているが、それは弥栄さんと井上さんの活動に見られたものである。彼らの展望に共通していることは、社会的繋がりに包括される資源の施しに関連していること、リンクワーカーの機能と、リンクワーカーが利用者の悩みを聞いて、その悩みに特化した解決法、即ち利用者に適した支援に巡り合える紹介先を、双方が共有できる枠組みとして構築しようとしているところに見られる。両者とも、外国人労働者のメンタルヘルスを左右する SDH、異文化の適応期を遅らせる要因によって生じるストレスや、何かのきっかけで適応期を迎えることが出来なくなった時に支えとなる社会的繋がりの、①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援を提供するために、外国人労働者に寄り添った伴走型の支援の確立を目指しているのである。

弥栄さんが実施してきたこれまでの活動は、インドネシア籍の外国人労働者が社会的繋がりを通して得られる社会的アイデンティティと社会的統合を、日本人とインドネシア人の交流を通して体験し（それはメンタルヘルスを左右する文化の適応期を達成できる仕組みでもあるが）、その体験によって外国人労働者のメンタルヘルスの維持を促進する、そのような活動であった。更にその活動に加え、外国人のメンタルヘルスを左右する SDH や、言葉の壁、制度の壁、心の壁によって生じる悩みを、外国人労働者自らが抱え込まずに解決できるように、メンタルヘルスを高めていく機能を持つ、社会的繋がりに含まれる①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援を提供する支援事業の施しをもっているのである。では、どのような部分にリンクワーカーであり、また紹介先というような二刀流的なアプローチを見ることができるのか、それは弥栄さんの回答に記されている。外国人労働者と外国人労働者を雇用している側とで、行政書士、社労士や登録機関等と相互に連携しながら、両者(外国人労働者及び外国人労働者を雇っている側)の悩みに対して中立的な立場で検討し解決へと導いていく、そこにその二刀流的アプローチを見出すことができるのである。

一方、井上さんが掲げる外国人労働者を対象にした支援事業の展望も、社会的処方に含まれるリンクワーカーとしての役割と、紹介先の役割を持つ二刀流としての特徴が表れている。IPA の表、5.2. に示す現象(テーマ 4)の 4d に記しているように、彼は自身のことを「何でも屋」と称し、外国人労働者が抱える多方面にわたる問題、特にメンタルヘルスを左右する問題を、その問題に詳しい専門家とネットワークを形成し、コミュニティ(社会全体)と共に問題を解決していくところに、リンクワーカーとしての姿を垣間見ることができる。また、それらの問題に対応するために、長期的に外国人労働者に対して伴走型支援をし、同行支援をする。その支援の在り方に、二刀流としての特徴を見ることができる。単に専門家とネットワークを構築し、その後は外国人労働者をそのネットワークや専門家に渡してその問題から身を引くのではなく、外国人労働者の問題が解決するまで常に外国人労働者に同行

し、伴走していることがインタビューの言葉から汲み取ることができる。このようにして、彼はリンクワーカー的役割を担い、且つリンクワーカーを通して紹介される紹介先の役割をも担っていることが分かるのである。井上さんは、これらの取り組みを、「移住労働者と共に生きるネットワーク・九州」という場を通して行っているところに、社会的処方への紹介先の仕事も担っていると言える。更に、彼の支援の仕方には、従来型の社会的処方と一味も二味も違ったところがある。それは外国人労働者一人ひとりの支援に対して、フォローアップをしっかりと行い、いかなる状態、対応においても外国人労働者と同行して、問題が解決しても引き続き SNS で繋がりを継続し、見守りを継続しているのである。これは昨今話題になっている社会的処方よりも一歩先を行っていると考えてもよいのではと、社会的処方の今後の在り方を示唆していると言っても過言ではない。

3-4-3. 外国人労働者の日本の生活の順応と、

メンタルヘルスの維持への工夫、Dさんの事例をもとに

外国人労働者が、日本の生活への順応と、メンタルヘルスを維持するために行った工夫を、トゥマンハティふくおかの活動に参加していた、インドネシア出身のDさんのインタビューの回答を下に分析していく。これについては、表5.2に示されている現象(テーマ5)の5aから5d、現象(テーマ3)の3dと3eに記している。このIPAの表から明らかになったことは、Dさんが日本での生活の順応とメンタルヘルスの維持において取った工夫は、二通りの資源が根底にある。これは既述したNPO、NGO及び地域団体のメンタルヘルスの適正、効能性で明らかになった二通りの資源で、一つは社会的繋がり①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援で、それは、外国人労働者が異文化の適応期を迎えられなくなり、それが引き金となってSDHが生じた時の問題解決に特化したNPO、NGO及び地域団体の支援事業である。二つ目は、社会的繋がりや地域の活動や交流会を基盤とした、社会的アイデンティティや社会的統合を実感できる地域活動によって得られる恩恵であり、例として①適性、②自主性、③共感性及び①知的資源、②社会的資源、③身体的資源、④精神的資源を裏付けとした資源であり、その資源の下、メンタルヘルスや日本に順応するための工夫を考え出しているのである。Dさんは、この二つの資源を往来しながら、日本での生活の順応と、メンタルヘルスを維持するように工夫してきたのである。また、Dさんは、日本の生活に順応するための手段として、5aに記すように日本語と文化理解に徹したと説明している。彼は過去に、バイト探しや部屋探しにおいて、言語の未熟さから生じるトラブルを経験している。これは心身における健康の度合いを脅かすSDHに関連した要因、並びに適応期を遅らせる要因としても解釈することができる。現在においても新たな節目において、異文化の適応期を遅らせる出来事として職探しやうまくいかない問題が発生しているが、彼はそれについて大学院の先生や留学生サポートへの相談室と言った場所から情報を享受しており、社会的繋がりから

得られる資源である、①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援等の社会的繋がりから得られる対策を基に、異文化の適応期を再度迎え、SDHの引き金となるような問題を乗り越えようとしていることを、彼の話から伺い知ることができる。

また、二つ目の社会的繋がり、それは地域活動を由来とした繋がりであるが、社会的アイデンティティ、社会的統合を経験した上での工夫で、友人との関わりの維持、相談者の確保、信仰の集会への参加等を挙げることができる。そこでの社会的アイデンティティは、地域の活動を通して得られた接点や共感性を通して構築され、そのアイデンティティによって更に①知的資源、②社会的資源、③身体的資源、④精神的資源等の多くの資源に巡り会っていることが記されている。これらの資源は社会的統合を促進する一つのフローとなっている。彼の場合は、トゥマンハティふくおかで、日本人とインドネシア人、またインドネシア人同士の交流に恵まれ、特に多くの日本人(社会人)と接する機会に恵まれていた。その活動の場は、日本人と対話する場所として機能し、異文化の適応期に必要な言語能力(日本語)を習得し、日本人の常識を学び、実践する場所としても機能していた。彼はトゥマンハティふくおかの活動に参加したことで、「社会人の常識の習得」、「いろんな人と更に出会うきっかけ」、「お話の相手」に繋がっていき、特に「友達のような関係の日本人の年配の方との友好関係を築き」は、メンタルヘルスの支えになったと記している。この活動を通して得た資源を、別の場所で生かすような工夫も確認できる。それはDさんが答えていた、活動によって人との繋がり生まれ、接点や共感性を通して得た友達、信頼できる友達を見つけて、何かの時に相談できる人、交流できる人を確保することである。彼が日本での生活に順応しメンタルヘルスを維持していく工夫は、以下の二つの社会的繋がりから得られる資源が基になっているのである。

- 1) 問題解決に必要なノウハウ、学校組織等の社会的繋がりによって得られる情報を手掛かりとし、問題解決を図っていくための資源。
- 2) 社会的繋がり、社会的アイデンティティ、社会的統合を実感できる地域の活動を由来とした異文化の適応期を迎えることができ、更にメンタルヘルスを長期的に保つことを可能にする資源。

結論

本論文は1章から5章を通して、①外国人労働者の制度と仕組み、②メンタルヘルスについての定義の確立、③鬱病の仕組みと認識、④外国人労働者のメンタルヘルス事情、鬱病を抱える一連の流れ、⑤社会的処方と可能性について検証してきた。今ここで、このテーマを大別すると、①外国人労働者、②メンタルヘルス、③NPO、NGO 及び地域団体の支援事業と活動の三つに大別することができる。この三つのテーマを念頭に置いて、フィールドワークを行い、本論文の要である、NPO、NGO 及び地域団体の支援の在り方の実態を見極めて、各団体の活動や支援事業が外国人労働者のメンタルヘルスに与える影響について、四つの視点から検証していくことを目的とした。この四つの視点とは、①外国人労働者が NPO、NGO 及び地域団体の支援を受けた前後や、活動に参加した前後に見られた生活の変化とメンタルヘルスの変化、それに NPO、NGO 及び地域団体の職員に見られた外国人労働者に対しての思いや対応（接し方）の変化、②外国人労働者を対象にした NPO、NGO と地域団体の支援事業、または活動の適正と効能性、③NPO、NGO と地域団体が抱える課題と展望、④外国人労働者の日本での生活の順応とメンタルヘルスの維持である。またこれらについては、社会的繋がりや社会的統合、社会的アイデンティティの側面から、ナラティブ分析法と IPA を用いて分析を行った。

これらの分析により、本論文が要としている NPO、NGO 及び地域団体の支援の実態、支援と活動が外国人労働者に及ぼす影響について知ることが出来た。また分析の結果、その共通点は、①外国人労働者のメンタルヘルス事情、②社会的繋がり由来とする二通りの資源、一つは、社会的繋がり由来とするメンタルヘルスを左右する問題を解決する上で必要な情報とケアに特化した、NPO、NGO 及び地域団体からの支援事業であり、二つ目は、社会的繋がりや地域活動によって構築されていく、その過程が社会的アイデンティティや社会的統合を実感できる資源であるということが明らかになった。この共通点についての詳細は、「①外国人労働者のメンタルヘルス事情」とは、異文化の適応期を迎えられないことに問題の根底があり、この異文化の適応期を迎えることができるか否かによって、メンタルヘルスの質は大きく左右されるということである。しかし、ここで注意すべき点を挙げると、外国人労働者は常に適応期とカルチャーショック期、または怒りや滅亡期を彷徨する傾向があるということである。また適応期を迎えられない要因は二つ有り、一つは、来日直後に、日本の労働や生活環境に馴染めない状態の中で、職業性ストレス、個人的ストレス、組織性ストレスに遭遇し、また来日を決意した時の期待と日本での就労時の現実とにギャップを感じ、どう対処していけばいいのかわからなくなるということである。二つ目は、ある期間日本に滞在し、日本の生活に適応できたと思っていても、職場や生活の環境の変化、日常生活に起きた変化や出来事、日常生活の節目において、それらの変化に対応できなくなってしまうことである。この二つの要因は、いずれもメンタルヘルスの質の低下を齎し、また元来の精神疾患をより悪化させるように働くということが明らかになった。外国人労働者がこのような事態に

陥ると、一人で解決しようとし、すべての問題を一人で抱え込んでしまう傾向にある。外国人労働者のこのような背景には、言葉の壁、制度の壁、心の壁が障壁として立ちはだかり、外部への助けを躊躇させてしまうことを、そこに見るのである。これは、プライベートに関することや、会社や生活での悩み等の愚痴を気軽に聞いてもらえる環境にないということに起因するものである。このため外国人労働者の決断(一人で抱え込んでしまう)は、異文化の適応期を遅らせる原因となり、これが更に進んで心身を脅かす社会的決定要因(SDH)を生み出し、そのSDHによって生み出されるストレスが、メンタルヘルスの悪化を促進させる構図を生み出していく、それが外国人労働者に容易に起こるということが本調査から明確になったのである。また彼らは自らが抱える問題の解決を試み、もがくが、彼らはもがけばもがくほど問題はより深刻化し、心身は疲弊していく。そのような状態に陥った時に、初めて彼らはNPO、NGO及び地域団体に支援(助け)を求める傾向にあることも確認できた。このように悪化するメンタルヘルスを改善する過程において、外国人労働者に対して必要な支援と活動があり、その両者のいずれもが社会的繋がりを由来とする資源であり、その資源が外国人労働者のメンタルヘルスの質を高め、高めたものを維持していく一助となることが明らかになった。その内の一つ(支援)は、メンタルヘルスや、体の健康の全般に左右する社会的決定要因(SDH)関連の問題や、外国人労働者が経験するストレスの二重化や三重化、更には言語の壁、制度の壁、心の壁、そして異文化の適応期を遅らせる等の原因による問題の解決に特化したNPO、NGO及び地域団体が行う支援事業である。この類の支援事業は「アジア女性センター」や「移住者と共に生きるネットワーク九州」、「福岡よかトピア国際交流財団」によって行われている。このような支援事業を通して外国人労働者が得ることのできる恩恵は、異文化の適応期を迎えることが出来ずに一人で問題を抱え込む状態から救い出され、また、団体の職員との社会的繋がりに助けを求める勇気や決断力を得て、健康全般を左右するSDH関連の問題に意欲を持って解決に当たるようになることであった。またその恩恵によって職員との繋がりは強化され、社会的繋がりに由来した①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援を土台にして、SDH関連の問題や異文化の適応期を遅らせる要因の解決を図ることができるようになり、社会的繋がりはますます強化されていく。

二つ目(活動)は、地域団体の活動で、日本人と交流することから得られる社会的繋がりと社会的統合、更に異文化の適応期を達成することのできる資源である①適性、②自主性、③知的資源、④社会的資源、⑤精神的資源、更に社会的アイデンティティを得ることのできる資源、これらに加えて社会的繋がりに由来する資源であり、これらの資源を得ることのできる活動は、「トゥマンハティふくおか」と「Let's Talk Event」に見られる。外国人労働者は日本人との交流でこれらの資源を獲得し、その資源を別の場所でも活用していく。そのようにして外国人労働者は、メンタルヘルスに関連する異文化の適応期を迎え、長期的なメンタルヘルスの維持に繋げていくことができるということの確認に至ったのである。つまり団

体が社会的繋がりに由来する支援と活動を提供することで、外国人労働者のメンタルヘルスとSDH関連の問題である異文化の適応期の遅れは解消され、社会的アイデンティティや社会的統合を総合的に体験し、長期的なメンタルヘルスの維持を図ることに繋がるのである。しかし社会的繋がりに由来する支援と活動を提供する過程において、本調査で活用したナラティブ分析法やIPAで明らかになったのは、リンクワーカーに見られる利用者への接し方であった。外国人労働者のメンタルヘルスを脅かす、SDH関連の問題や異文化の適応期の遅れ、言葉の壁、制度の壁、心の壁、ストレスの二重化、三重化の解消を目的とした社会的繋がりを由来とした資源(①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援)の提供に特化した支援事業に携わる団体に求められるのは、IPAの分析で明らかになった「回復の概念」であった。この「回復の概念」は、JacobsonとGreenly(2001)が提唱したもので、リンクワーカーは、利用者が問題を一人で抱えることのないように、医療従事者や弁護士ソーシャルワーカー等の専門性を持った専門員とネットワークを築き、利用者と一体になって問題の解決を図っていく、そのような解決法である。今回フィールドワークを行った支援団体の中で、アジア女性センター、移住労働者と共に生きるネットワーク九州、福岡よかトピア国際交流財団の職員が、外国人労働者の問題解決のために取る行動(アプローチ)が、この「回復の概念」であることが、IPAの分析を通して確認することが出来た。一方、井上さん独自のアプローチである同行支援、伴走型支援も、外国人労働者が抱える心身の健康を脅かす複雑な問題を解決していく上で必要な支援であることも分かった。また柿原さんと本郷さんが、DV被害の女性を支援する過程において意識されている、「夫に支配されている空間と同じ空間を感じさせないように支援する」、このこともSDH関連等の問題解決に必要な資源を提供する際に求められる心得であることも確認できた。

一方、社会的繋がりを由来とする社会的統合、社会的アイデンティティ、異文化の適応期を成功させる資源を提供するNPO、NGO及び地域団体の活動に求められる運営(日本人との交流のためのイベントの企画、開催、運営を担うリンクワーカーの在り方)の在り方についても明らかになった。その運営方式は「トゥマンハティふくおかの活動」の活動指針(弥栄さんが挙げていたものであるが)となっている「一つの目標を立て、それに向かって参加者の能力を生かしながらイベントの開催を成功させる」や、「一つの目標を立て、それに向かって参加者の能力を生かしながらイベント開催すること」である。このような運営方式、つまり活動指針が、外国人労働者のメンタルヘルスを左右する社会的アイデンティティや、社会的統合の体験を通して迎えることのできる原動力となる。そしてこの原動力は、社会的繋がりを由来とする資源である①適性、②自主性、③共感性、④知的資源、⑤社会的資源、⑥精神的資源に巡り合う機会を与え、体験できる環境を作りあげることによって発展していくことが期待できるのである。

しかし、現状は、NPO、NGO 及び地域団体の取り組みや、職員の対応には少なからずとも温度差がある。福岡よかトピア国際交流財団(A さんの話から明らかになる)のように、外国人労働者の相談後のフォローアップが実施されていないこと、北九州国際交流協会のようにイベントの終了時、外国籍の参加者だけを部屋に集合させて片づけをさせる等、今回のフィールドワークでその温度差を具体的に知ることが出来た。この温度差の解消に必要なことは、社会的処方概念を織り込んだリンクワーカーの在り方を反映するような取り組み、即ち①問題解決に相応しいスキルや専門性をもった専門員とのネットワークの構築、②「回復の概念」を正確に把握し、利用者との協働関係と癒しの空間を構築、③利用者が抱えている問題に対して利用者側の意思を理解し、その意思を汲み取ってそれに応じた支援を紹介する。そして、利用者の意思(主体性)と決断を尊重した支援を、コミュニティを土台として行い、外国人労働者の問題を把握し解決することである。

これ以外にも重要なことは、外国人労働者に寄り添う伴走型支援、同行支援を長期にわたり行っていくことも、SDH の問題である異文化の適応期を遅らせる要因から生じるストレスの二重化、三重化を取り除くだけではなく、支援する側も常にフォローアップをしながら、外国人労働者の意思を確認し、根本的解決に繋げていくことができるということである。ここで重要なことは、外国人労働者を対象とした二通りの支援である。一つは、SDH の問題や異文化の適応期を遅らせる要因から生じるストレスの二重化、三重化を、社会的繋がりを由来とする資源、①感情的支援、②道具的支援、③情動的支援、④評価的支援を持って取り組み、解決していく支援である。二つ目は、一つ目の支援によって得られた社会的繋がりを、NPO、NGO 及び地域団体の活動を通して実践し、そこで得られる資源、①適性、②自主性、③共感性、④知的資源、⑤社会的資源、⑥精神的資源を基に、メンタルヘルスを左右する社会的統合や社会的アイデンティティの体験を促す、NPO、NGO、地域団体の支援(活動)である。この二つの支援を組み合わせ、リンクワーカーの在り方を反映する取り組みを行っていく時に、外国人労働者のメンタルヘルスは、長期的に三つの社会(社会的繋がり、社会的統合、社会的アイデンティティ)において強化され、改善が図られていく。この二つの支援を組み合わせ、外国人労働者を支援していくことは、今回の聞き取り調査で、福岡県において可能なことであることが実感できた。その根拠は、フィールドワークの最後に、本調査の被対象団体であるアジア女性センターの柿原さん、本多さん、トゥマンハティふくおかの弥栄さん、移住労働者と共に生きるネットワーク九州の井上さんは、互いに面識があることを知ったことにある。つまり、この四人の間では、社会的処方を反映したリンクワーカーとしてのネットワークが築かれていたのである。これを根拠としても、既述した二通りの資源の供給による支援事業や活動を、互いに面識のある職員との連携によって、必要に応じて外国人労働者を支援していくことは可能であるという確信を得たのである。これらのことから、福岡県にお

ける外国人労働者のメンタルヘルスを対象にした支援の構図は確立しており、これを社会的処方⁴²⁷の概念を土台に置き、広げていく余地は十分にあると考えることができる。

2022 年の統計によると、福岡県の外国人労働者数は 5 万 7 千人⁴²⁷であり、2023 年においては 6 万 5 千人の外国人労働者が福岡に滞在し、福岡を生活の基盤としている(福岡労働局, 外国人雇用状況(令和 5 年 10 月末時点))。今も福岡県のどこかで、彼らは SDH 関連の問題や、異文化の適応期を迎えることができずに、支援を躊躇し、一人で悩み、孤独の闇に封じ込められて生活をしているかもしれない。このような状態にある彼らに、今必要なものは、社会的繋がりを通して得られる問題解決のための情報と、それに伴う支援者の寄り添い(協働関係)から得られる癒しの空間であり、日本の社会に受け入れられていることを実感(体験)できる日本人との交流を目指したイベントへの参加である。これによって、外国人労働者のメンタルヘルスを脅かす要因は徐々に取り除かれ、メンタルヘルスは改善され、彼らが持つ本来の力を日本の社会で十分に発揮し、前向きに進んでいけるものと確信する。こうして彼らの心理的回復、持続的幸福度、マインドフルネス、これらは 2 章に包括されているが、そこで既述した「メンタルヘルスのロードマップ」(メンタルヘルスの定義で既述)を実行することができるのである。この実行の可能性については、今回の調査の対象団体(福岡県における NPO、NGO と地域団体)の調査結果を持って可能であることが示された。

本論文の課題

本論文の限界は、フィールドワークの聞き取り調査で得られた情報に不均衡が生じていることである。本聞き取り調査での情報は、ほとんどが NPO、NGO 及び地域団体の職員からのものが多数を占めており、つまり職員の視点からでしか外国人労働者のメンタルヘルスの事情や外国人労働者が抱える問題、それに NPO、NGO 及び地域団体が彼らに与える影響等を吟味することが出来なかった。一方、トゥマンハティふくおかの活動に参加していたインドネシア人の D さんから話を聞くことは出来たが、それは D さん一人のみで、それ以外に各団体の支援、或いは活動に参加した経験のある外国人労働者からの情報を得ることは出来なかった。それゆえ、フィールドワークの評価には、NPO、NGO 及び地域団体の職員側の視点が多く反映されており、偏った見方が随所に見られる結果となっている。これは NPO、NGO 及び地域団体の職員の事情や団体の運営方式、外国人労働者の支援に対する応答が大きく起因していることが調査を進めていく段階で明らかになった。福岡よかトピア国際交流財団では、相談を依頼してきた外国人労働者の個人情報⁴²⁸は聞かないという方針の下で相談を受け付け、その後のフォローアップは原則として行わないため、外国人労働者の情報は皆無である。またアジア女性センターでは、相談内容が DV や精神的虐待等センシティブな内容を多く抱えており、彼女らの聞き取り調査は遠慮するようにと言われた。このように団体によってその理由は様々であり、筆者が、団体を通して外国人労働者と直接連絡することは難しい状況にあった。そ

れ以外にも、NPO、NGO 及び地域団体に参加した経験のある外国人労働者にインタビューをする際、ビデオチャットではなく音声のみでお願いされたこと等、外国人労働者は警戒心を持ってインタビューに対応している印象を受けた。彼らの警戒心は、インタビューの回答の扱い方に恐れを持っている。それはその回答によって、日本での生活が不利になるかもしれないという恐れから来るものであると推測できる。一方、インタビューに協力予定のトゥマンハティふくおかの活動に参加したことのあったインドネシア人女性(既にインドネシアに帰国)、北九州国際交流協会が開催した Let's Talk Event に参加していたインド人男性、この両者は結局インタビューに協力してくれることはなかったが、これも「日本での生活が不利になるかもしれないという恐れから」来るものではないかと推測することができるのである。このようなインタビューに協力してくれる方々の警戒心(恐れ)は、研究者として十分に尊重し、考慮した上で対応していかなければならない。外国人労働者の生の声を聞くことのできない状況の中で、唯一の救いが、NPO、NGO 及び地域団体の職員を通して得ることのできた、外国人労働者の体験談や証言、手紙等であった。そしてこの体験談や証言、手紙によって、外国人労働者のメンタルヘルスや彼らが抱える悩み、団体の支援事業から得ることのできたスキルや恩恵をつかみ取ることが出来たのである。職員を通して聞くことのできた外国人労働者の体験談や証言、それに手紙は、外国人労働者が直接に語りかける外国人労働者の生の声ではないが、本論文の研究テーマである NPO、NGO 及び地域団体に見られる外国人労働者のメンタルヘルスの効能と実態について、見極めることが出来たと、そしてそれは研究の弱点を補う一つの方法であったと自負している。

これからの展開

本論文では、NPO、NGO 及び地域団体の支援事業や活動に絞って、それらの支援や活動が外国人労働者に及ぼす(与える)影響について三つの社会(社会的繋がり、社会的統合、社会的アイデンティティ)の側面から吟味してきた。博士課程1年目までは、NPO、NGO 及び地域団体や、外国人労働者が働く職場における支援事業や活動(催しの会)等を調査するつもりであったが、本論文のテーマが、「外国人労働者におけるメンタルヘルスと支援活動の実態と効能ー(社会的アイデンティティ、社会的統合、社会的繋がり)三つの社会ー」であるため、職場における支援事業や活動を織り込むことで論文の幅が広がりすぎ、論点にずれが生じることが懸念されたので、博士課程2年目の後半に、NPO、NGO 及び地域団体の支援事業と活動に絞って調査を進めるように変更した。今後の研究として予定していることは、福岡県で雇用されている外国人労働者の職場で行われている支援事業や活動に焦点を当て、それらの支援や活動が外国人労働者のメンタルヘルスに及ぼす影響を、文化的側面から吟味していくことを考えている。本論文執筆中に、トゥマンハティふくおかが開催している活動の一つ、どんたくパレードやインドネシアカルチャーディ及びその他の調査場所であるアジア女性センターや

美野島司牧センター(移住労働者と共に生きる・ネットワーク九州)等で実施されている活動に参加し、そこで参与観察ができなかったことは、筆者にとっては非常に残念であった。故に今後これらの活動に参加し、筆者自身がその体験を次の研究に生かしていければと、これが筆者の願いである。このような反省を踏まえて将来の研究課題として、各団体の支援や活動がもたらす可能性や影響について、更に深く掘り下げて追及していくつもりである。

次に、本論文に積み残していることを基に考え出した、将来の研究テーマについて記すものとする。1章5節「外国人労働者の受け入れ制度とその課題及び改善」で見てきた、高度専門職1、2号については、高度専門職2号は家事使用人の帯同が許されている。しかし、現時点では、高度専門職2号の外国人労働者が雇用する家事使用人における法的保護は、労働基準法の適用外であり、それによって生じ兼ねない高度専門職2号の外国人(家事使用人に対しては雇用主)による家事使用人の賃金不払いや、人身売買に発展する等のケースも懸念されている。これは井上さんがインタビューで挙げていた、仮放免にあった外国人を引き取った引き請け人が、仮放免の外国人にタダ働きを強制する等の事例に類似するものである。これを土台として将来の研究テーマは、長年インドネシア、ベトナム、フィリピンから家事使用人(お手伝いさん)を受け入れてきた台湾、マレーシア、シンガポールにおいて、家事使用人に適用される労働基準法の在り方(変移も含めて)、雇用する上での遵守すべき事項等、メンタルヘルス事情と合わせて研究していくことも一つのテーマとして考えている。

2章のメンタルヘルスに関連する今後の研究として考えているテーマは、精神疾患を診察する際に用いられる診断マニュアル(DSM-V)についてである。2章の3節では記載しなかったが、DSM-Vには、従来のDSM-IVとは異なり精神疾患の認識や捉え方、精神疾患に抱く観念等を文化的側面から国別に詳述されている。この現状を踏まえて将来の研究テーマとして、精神疾患が日本以外の国ではどのように認識されているのかを文化的側面から分析し、どのように精神疾患の患者に対応していけばよいのかを、文化的側面から考察していくことを考えている。2章の5節では、文化的処方ではヨガがメンタルヘルスにもたらす効能について言及したが、ヨガの種類は多数存在するため、種類別にその効能を見ていく必要があることを本論文の執筆中に気づかされた。よって、このヨガの効果を種類別に見ていくことも将来の研究課題の一つである。

3章で見てきた社会的処方だが、この社会的処方についても将来の研究テーマとなる要素を含んでいる。一つは、3章で見てきたアジア諸国の社会的処方について吟味し、詳述することは出来たが、可能であればその国々に赴き、社会的処方を施す上で掲げる方針や理念について、またその仕組みについて、比較研究を行うことも可能であると考えている。そこで調査対象となる場所は、中国福建省にルーツを持つシンガポールと台湾を選択し、そこで見られる社会的処方の差異に注視し、比較研究を行いたいと考えている。これは先の話でもあるが、可能であれば社会的処方の発祥の地であるイギリスの大学(社会的処方の研究に力を入れ

ている)の研究所で短期間ではあるが、研究員として研究に携わることも将来の目標として考えている。今のところ、研究テーマは明確ではないが、イギリスが長年受け入れてきた移民に対して社会的処方はどう機能しているかについて、文化的側面から研究を進めていければと願っている。

以上が、今後に予定する研究のテーマであり、このテーマを基にメンタルヘルス関連、外国人労働者の事情、社会的処方に関する研究を幅広く行い、更に発展させていければと考えている。

謝辞

本稿を書き上げる際、東南アジア社会文化研究の指導教授、片山隆裕先生の教示や助言、ありがとうございました。また、お忙しい中、聞き取り調査にご協力頂きました、アジア女性センターの柿原理香子様、本多須美子様、トゥマンハティふくおかの弥栄睦子様、トゥマンハティふくおかで以前活動に参加されていたD様、美野島司牧センター（移住労働者と共に生きるネットワーク九州）の井上幸雄様、福岡よかトピア国際交流財団のA様とB様のご協力を心から感謝いたします。

写真・その他の資料

支援してくださっているみなさんへ

Tôi có đôi lời muốn gửi đến ngài, những người đang tận tình giúp đỡ và ủng hộ tôi. Tôi thật sự rất cảm ơn mọi người đã luôn bên cạnh tôi đồng hành cùng tôi trong mọi chặng đường vừa qua. Từ tận đáy lòng của tôi tôi không thể nào diễn tả được mặc dù ở nơi đất khách quê người nhưng thời gian qua tôi chưa bao giờ cảm thấy cô đơn lẻ loi một mình bởi vì phía sau tôi luôn có những người ngày đêm tìm đủ cách để cứu tôi thật sự tôi rất cảm động. Đây cũng là một bài học lớn nhất của cuộc đời tôi và tôi mong rằng tôi là nạn nhân cuối cùng. Tôi muốn vụ việc của tôi được truyền bá khắp nơi để không phải có một nỗi sợ hãi nào mang nặng lên vai của tuổi trẻ mà thay vào đó là sự đối mặt với nó chống chọi với nó. Và một ngày nào đó chế độ cho thực tập sinh cũng được nới lỏng ra. Tôi thật sự rất cảm ơn những người luôn đứng về phía tôi bảo vệ tôi, tôi cũng biết rằng chặng đường phía trước của tôi còn rất dài thế nên mong mọi người tiếp tục giúp đỡ và cứu lấy tôi. Tận đáy lòng của tôi tôi thật sự cảm ơn rất nhiều.

私を心から助け、サポートしてくださっている皆さんに、この場をお借りしてお伝えしたいことがあります。

いつも私のそばにいて、あらゆる段階で私に付き合ってくれたすべての人に本当に感謝しています。たとえ異国の地においても、昼も夜も常にみなさんが私を励ましてくださったので、私は決して孤独を感じたことはありません。私をここまで救い、導いてくださり、本当に感謝しています。

今回の事件は私の人生最大の教訓であり、孤立出産で逮捕勾留され起訴されるのは私が最後となることを願っています。私の主張がありとあらゆる場所に広まって、次の世代の若者たちの肩にのしかかる恐怖がなくなるように、私が代わりに恐怖に立ち向かい、道を切り拓いていきたいと思っています。そしてわれわれが歩んだところが道となり、いつか技能実習制度（弁護人注：法改正後の育成就労制度）がよりよいものになっていくと信じています。

いつもそばにいて守ってくれている方々に本当に感謝しています。私の前途はまだまだ長いと思いますので、これからも皆さんが私を助けてくださることを願っています。

心より本当に感謝しています。

2024年7月8日

グエン・ティ・グエット

資料1. グエットさんのお礼の手紙 (井上幸雄さん提供)



写真1. 聞き取り調査後、移住労働者と共に
生きるネットワーク九州
井上幸雄さんとの写真
(フレッシュネスバーガー西新店において)



写真2. 聞き取り調査後、トゥマンハティふくおか
弥栄睦子さんとの写真
(蔦屋書店九大伊都店において)

【注】

¹外国人技能実習生権利ネットワーク(2020)。「外国人技能実習生権利ネットワークとは

About us」. <https://site-724966-1993-3817.mystrikingly.com/> (5/26/2022 アクセス)

²福岡市 NP0・ボランティア交流センターあすみん。「ふくおか」から発信する、市民公益活動の情報誌 Asumin Note, 2020, 19 号, p. 3. (online),

<https://www.fnvc.jp/public/uploads/an/image/AsuminNote19.pdf>, (5/26/2022 アクセス)

³依光正哲 (2003)『国際化する日本の労働市場』p. 15, 東洋経済新報社

⁴「じゃぱゆきさん」：由来：唐行きさん(からゆきさん)：明治から昭和初期にかけて天草諸島、長崎県南島原市あたりから南方諸国に出稼ぎに出た女性たちのことを表す

意味：Japan+行く+さん、日本へ出稼ぎにくる外国人女性を表す造語

goo 辞書「ジャパゆきさんの意味」

<https://dictionary.goo.ne.jp/word/%E3%82%B8%E3%83%A3%E3%83%91%E3%82%86%E3%81%8D%E3%81%95%E3%82%93/> (6/24/2022 アクセス)

⁵駒井洋 (2004)『移民をめぐる自治体の政策と社会運動』(グローバル化する日本と移民問題 第 II 期第 5 巻) p. 207, 明石書店

⁶駒井洋 (2004)『移民をめぐる自治体の政策と社会運動』(グローバル化する日本と移民問題 第 II 期第 5 巻) pp. 207-208, 明石書店

⁷駒井洋 (2004)『移民をめぐる自治体の政策と社会運動』(グローバル化する日本と移民問題 第 II 期第 5 巻) p. 208, 明石書店

⁸依光正哲 (2003)『国際化する日本の労働市場』p. 79, 東洋経済新報社

⁹依光正哲 (2003)『国際化する日本の労働市場』p. 116, 東洋経済新報社

¹⁰宮島喬・鈴木江理子 (2019)『新版外国人労働者受け入れを問う』(岩波ブックレット No. 1010) p. 20, 岩波書店

¹¹宮島喬・鈴木江理子 (2019)『新版外国人労働者受け入れを問う』(岩波ブックレット No. 1010) p. 11, 岩波書店

総務省統計局 (2017)。「平成 27 年国勢調査就業状態等基本集計結果」. p. 20

<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon2/pdf/gaiyou.pdf> (6/23/2022 アクセス)

¹²厚生労働省「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html (6/23/2022 アクセス)

¹³細井聡 (2020)『10 年後、ニッポンの職場はどう変わる！？同僚は外国人。』p.109, CCC メディアハウス

¹⁴宮島喬・鈴木江理子 (2019)『新版外国人労働者受け入れを問う』p. 34, 岩波書店

¹⁵姜美香 (2019)『外国人介護労働者の受け入れと課題』p. 69, 晃洋書房

¹⁶姜美香 (2019)『外国人介護労働者の受け入れと課題』p. 71, 晃洋書房

¹⁷OTIT の略: Organization for Technical Intern Training

¹⁸伊藤泰郎・崔博憲 (2021)『日本で働く外国人労働者の視点から』p. 74, 松籟社

¹⁹伊藤泰郎・崔博憲 (2021)『日本で働く外国人労働者の視点から』p. 74, 松籟社

-
- ²⁰伊藤泰郎・崔博憲（2021）『日本で働く外国人労働者の視点から』p. 74, 松籟社
- ²¹伊藤泰郎・崔博憲（2021）『日本で働く外国人労働者の視点から』p. 75, 松籟社
- ²²日本語能力検定試験 N2 取得程度とは：新聞記事が読める程度の日本語能力
早川智津子（2020）『外国人労働者と法 入管法政策と労働法政策』p. 71, 信山社出版
- ²³早川智津子（2020）『外国人労働者と法 入管法政策と労働法政策』p. 83, 信山社出版
- ²⁴塚田典子（2021）『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』pp. 16-17, 明石書店
- ²⁵塚田典子（2021）『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』p. 17, 明石書店
- ²⁶厚生労働省. 「外国人雇用状況報告平成 5 年から令和 3 年」. 労働省（厚生労働省）職業安定局外国人雇用対策課.
- ²⁷福岡労働局. 「福岡労働局における「外国人雇用状況」の届出状況（平成 25 年から令和 3 年）」（別表 1）「国籍別・在留資格別外国人労働者数」、（別表 3）「安定所別・在留資格別外国人労働者数【福岡】」、（別表 5）「安定所別・産業別外国人労働者数【福岡】」、（別表 6）「在留資格別・産業別外国人労働者数【福岡】」、（別表 7）「国籍別・産業別外国人労働者数【福岡】」. 福岡労働局職業安定部職業対策課
- ²⁸福岡労働局（2020 年）. 「行政運営方針令和 2 年度」. 福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>
(6/23/2022 アクセス)
- 福岡労働局（2021 年）. 「行政運営方針令和 3 年度」. 福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>
(6/23/2022 アクセス)
- 福岡労働局（2022 年）. 「行政運営方針令和 4 年度」. 福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001114810.pdf>
(6/23/2022 アクセス)
- ²⁹福岡県庁（2017 年）. 「第 10 次福岡県職業能力開発計画（平成 29 年度～平成 33 年度）」
福岡県福祉労働部労働局職業能力開発課（2022 年）. 「第 11 次福岡県職業能力開発計画」
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/628221_61220733_misc.pdf（10/27/2022）
- ³⁰福岡労働局（2019）. 「令和元年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」.
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000489575.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 福岡労働局（2020）. 「令和 2 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」.
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000684522.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 福岡労働局（2022）. 「令和 4 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」.
<https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/28233/1/R4keikaku.pdf?20220502141711>
(10/28/2022 アクセス)

³¹福岡労働局（2021）．「令和 3 年度福岡市雇用対策協定に基づく取組」．福岡市福岡労働局
福岡労働局（2022）．「令和 4 年度福岡市雇用対策協定に基づく取組」．福岡市福岡労働局

³²福岡労働局（2021）．「令和 3 年度北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」．北九州市福岡労働局

11) 福岡労働局（2022）．「令和 4 年度北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」．北九州市福岡労働局 <https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000847160.pdf>（10/28/2022 アクセス）

福岡労働局（2022）．「令和 4 年度北九州市雇用対策協定に基づく取組」．北九州市福岡労働局

³³福岡労働局（2021）．「令和 3 年度久留米市雇用対策協定に基づく取組」．久留米市福岡労働局

福岡労働局（2022）．「令和 4 年度久留米市雇用対策協定に基づく取組」．久留米市福岡労働局

³⁴福岡市役所（2020 年）．「第 2 期「福岡市まち・ひと・しごと創生総合戦略」」

https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/74837/1/dai2kisougousenryaku_r30331.pdf?20210714160542（10/27/2022 アクセス）

³⁵厚生労働省（1993）．「第 1 回外国人雇用状況報告の結果について-外国人労働者の雇用状況をはじめて全国的に把握（平成 5 年 11 月）（表 5）「都道府県別、外国人雇用事業所数・外国人労働者及び日系労働者数」．労働省（厚生労働省）職業安定局外国人雇用対策課．

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/gaikokujin09/pdf/01.pdf>（6/23/2022 アクセス）

³⁶厚生労働省（1994）．「第 2 回外国人雇用状況報告の結果について-外国雇用事業所の把握が進む。厳しい雇用情勢の影響も-（平成 6 年 11 月）（表 8）「都道府県別外国人雇用事業所数及び外国人労働者数」．労働省（厚生労働省）職業安定局外国人雇用対策課．

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/gaikokujin09/pdf/02.pdf>（6/23/2022 アクセス）, p. 1

³⁷厚生労働省（1994）．「第 2 回外国人雇用状況報告の結果について-外国雇用事業所の把握が進む。厳しい雇用情勢の影響も-（平成 6 年 11 月）（表 8）「都道府県別外国人雇用事業所数及び外国人労働者数」．労働省（厚生労働省）職業安定局外国人雇用対策課．

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/gaikokujin09/pdf/02.pdf>（6/23/2022 アクセス）, p. 5

³⁸厚生労働省（1994）．「第 2 回外国人雇用状況報告の結果について-外国雇用事業所の把握が進む。厳しい雇用情勢の影響も-（平成 6 年 11 月）（表 8）「都道府県別外国人雇用事業所数及び外国人労働者数」．労働省（厚生労働省）職業安定局外国人雇用対策課．

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/gaikokujin09/pdf/02.pdf>（6/23/2022 アクセス）, p. 3

³⁹厚生労働省（2008）．「外国人雇用状況の届出状況」（平成 20 年 10 月末現在）（平成 21 年 1 月）（表 3）「都道府県別・在留資格別外国人労働者数」．厚生労働省職業安定局外国人雇用対策課 <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/dl/h0116-9a.pdf>（6/23/2022 アクセス）, p. 2

⁴⁰ 厚生労働省（2019）．「「外国人雇用状況」の届出状況まとめ（令和元年 10 月末現在）「外国人雇用状況」の届出状況表一覧（令和元年 10 月末現在）〔別表 3〕都道府県別・在留資格別外国人労働者数」．職業安定局 外国人雇用対策課

<https://www.mhlw.go.jp/content/11655000/000590311.pdf>（12/16/2022 アクセス）

⁴¹細井聡（2020）『10 年後、ニッポンの職場はどう変わる！？同僚は外国人。』p. 109, CCC メディアハウス

⁴² 厚生労働省(2018).「「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(令和元年10月末現在)」「外国人雇用状況」の届出状況表一覧(令和元年10月末現在) [別表3] 都道府県別・在留資格別外国人労働者数」と

[別表9] 都道府県別・特定産業分野別外国人労働者数」」職業安定局 外国人雇用対策課
<https://www.mhlw.go.jp/content/11655000/000590311.pdf> (12/16/2022 アクセス)

⁴³ 厚生労働省(2021).「「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(令和3年10月末現在)」「外国人雇用状況」の届出状況表一覧(令和3年10月末現在) [別表3] 都道府県別・在留資格別外国人労働者数」と

[別表9] 都道府県別・特定産業分野別外国人労働者数(在留資格「特定技能」に限る)」職業安定局 外国人雇用対策課
<https://www.mhlw.go.jp/content/11655000/000887555.pdf> (12/16/2022 アクセス)

⁴⁴ 国籍別:

→中国: 香港、マカオを含む

G7: カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、イギリス、アメリカ、その他 EU の国々

その他の国籍: 明示されていないため不明

⁴⁵ 在留資格別:

→専門: 専門的・技術的分野の在留資格の略(技術・人文知識・国際業務(技人国)、高度専門職1号、高度専門職2号、特定技能1号、特定技能2号等含む)

特定活動: EPAに基づく看護師・介護福祉士候補者制度、ワーキングホリデー等)

資格外活動: 留学生、留学生のアルバイト等

⁴⁶ 産業別(職種別):

→サービス業(他に分類されないもの): 自動車整備業、職業紹介・労働者派遣業、その他の事業サービス業等)

⁴⁷ 安定所別(地域別):

→福岡中央: 福岡市中央区、博多区、城南区、早良区、南区(那の川1から2丁目)、糟屋郡(志免町、須恵町、宇美町)

福岡東: 福岡市東区、宗像市、古賀市、福津市、糟屋郡(篠栗町、新宮町、久山町、粕屋町)

福岡南: 福岡市南区(那の川1から2丁目を除く)、筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、那珂川市)

小倉: 北九州市小倉北区、小倉南区

久留米: 久留米市(城島町を除く)、小郡市、うきは市、三井郡

⁴⁸ 石水喜夫(2020)『外国人労働者の雇用状況に関する分析』(JILPT 資料シリーズ) 独立行政法人労働政策研究・研修機構. p. 52

-
- ⁴⁹福岡労働局（2021 年）．「行政運営方針令和 3 年度」．福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>
(10/27/2022 アクセス), pp. i-iv
- ⁵⁰福岡労働局（2022 年）．「行政運営方針令和 4 年度」．福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001114810.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- ⁵¹福岡市役所（2020 年）．「第 2 期「福岡市まち・ひと・しごと創生総合戦略」」
https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/74837/1/dai2kisougousenryaku_r30331.pdf?20210714160542 (10/27/2022 アクセス)
- ⁵²福岡市役所（2020 年）．「第 2 期「福岡市まち・ひと・しごと創生総合戦略」」
https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/74837/1/dai2kisougousenryaku_r30331.pdf?20210714160542 (10/27/2022 アクセス)
- ⁵³福岡県福祉労働部労働局職業能力開発課（2022 年）．「第 11 次福岡県職業能力開発計画」
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/628221_61220733_misc.pdf (10/27/2022)
- ⁵⁴福岡県福祉労働部労働局職業能力開発課（2022 年）．「第 11 次福岡県職業能力開発計画」
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/628221_61220733_misc.pdf
(10/27/2022) , pp. 39-40
- ⁵⁵福岡県福祉労働部労働局職業能力開発課（2022 年）．「第 11 次福岡県職業能力開発計画」
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/628221_61220733_misc.pdf
(10/27/2022) , pp. 66-67
- ⁵⁶福岡県庁（2017 年）．「第 10 次福岡県職業能力開発計画（平成 29 年度～平成 33 年度）」
- ⁵⁷福岡県庁（2017 年）．「第 10 次福岡県職業能力開発計画（平成 29 年度～平成 33 年度）」
- ⁵⁸福岡労働局（2020 年）．「行政運営方針令和 2 年度」．福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- ⁵⁹福岡労働局（2020 年）．「行政運営方針令和 2 年度」．福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>
(10/28/2022 アクセス)p. 5
- ⁶⁰福岡労働局（2020 年）．「行政運営方針令和 2 年度」．福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>
(10/28/2022 アクセス), p. 20
- ⁶¹福岡労働局（2020 年）．「行政運営方針令和 2 年度」．福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>
(10/28/2022 アクセス), pp. 6-7

⁶²福岡労働局（2020 年）。「行政運営方針令和 2 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>

(10/28/2022 アクセス), p. 7

⁶³福岡労働局（2020 年）。「行政運営方針令和 2 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>

(10/28/2022 アクセス), p. 7

⁶⁴福岡労働局（2020 年）。「行政運営方針令和 2 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>

(10/28/2022 アクセス), p. 10

⁶⁵福岡労働局（2020 年）。「行政運営方針令和 2 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>

(10/28/2022 アクセス), pp. 20-21

⁶⁶現在では 14 言語対応：英語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、タガログ語、ベトナム語、ミャンマー語、ネパール語、韓国語、タイ語、インドネシア語、カンボジア語（クメール語）、モンゴル語。

<https://www.check-roudou.mhlw.go.jp/soudan/foreigner.html> (10/28/2022 アクセス)

⁶⁷福岡労働局（2021 年）。「行政運営方針令和 3 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>

(10/28/2022 アクセス), pp. i-iv

⁶⁸福岡労働局（2021 年）。「行政運営方針令和 3 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>

(10/28/2022 アクセス), p. 7

⁶⁹福岡労働局（2021 年）。「行政運営方針令和 3 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>

(10/28/2022 アクセス), pp. 16-17

⁷⁰福岡労働局（2021 年）。「行政運営方針令和 3 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>

(10/28/2022 アクセス), p. 7

⁷¹ **10 カ国語**：英語、中国語、韓国語、ポルトガル語、スペイン語、タイ語、タガログ語、ベトナム語、ネパール語、インドネシア語

<https://www.mhlw.go.jp/content/000673000.pdf> (10/28/2022 アクセス)

⁷² **13 言語**：英語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、タガログ語、ベトナム語、ミャンマー語、ネパール語、韓国語、タイ語、インドネシア語、カンボジア語（クメール語）、モンゴル語。

<https://www.check-roudou.mhlw.go.jp/soudan/foreigner.html> (12/18/2022 アクセス)

⁷³福岡労働局（2021 年）。「行政運営方針令和 3 年度」。福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>
(10/28/2022 アクセス), pp. 19-20

⁷⁴福岡労働局 (2022 年) . 「行政運営方針令和 4 年度」 . 福岡労働局

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001114810.pdf>
(10/28/2022 アクセス)

⁷⁵福岡労働局 (2019) . 「令和元年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000489575.pdf>
(10/28/2022 アクセス), p. 19

⁷⁶福岡労働局 (2020) . 「令和 2 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000684522.pdf>
(10/28/2022 アクセス), p. 35

⁷⁷福岡労働局 (2020) . 「令和 2 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000684522.pdf>
(10/28/2022 アクセス), p. 39

⁷⁸福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/28233/1/R4keikaku.pdf?20220502141711>
(10/28/2022 アクセス), pp. 6-8

⁷⁹福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/28233/1/R4keikaku.pdf?20220502141711>
(10/28/2022 アクセス), p. 33

⁸⁰福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/28233/1/R4keikaku.pdf?20220502141711>
(10/28/2022 アクセス), pp. 33-34

⁸¹福岡労働局 (2021) . 「令和 3 年度北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」 . 北九州市福岡労働局, p. 9

福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」 . 北九州市福岡労働局 <https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000847160.pdf> (10/28/2022 アクセス), p. 9

⁸²福岡県庁 (2017 年) . 「第 10 次福岡県職業能力開発計画 (平成 29 年度～平成 33 年度)」, p. 10

⁸³福岡労働局 (2019) . 「令和元年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」 .

<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000489575.pdf>
(10/28/2022 アクセス), p. 19

- ⁸⁴ 「定住者」在留資格：主に難民（ベトナム難民、ウクライナ難民）日系南米人（日系ブラジル人、日系ペルー人）がこの在留資格の所有者である。
- ⁸⁵ 1)に位置する在留資格の種類全部で19種類ある：「外交」「公用」「教授」「芸術」「宗教」「報道」「高度専門職」「経営・管理」「法律・会計業務」「医療」「研究」「教育」「芸術・人文知識・国際業務」「企業内転勤」「介護」「興行」「技能」「特定技能」「技能実習」
- ⁸⁶ 厚生労働省(2022)「外国人雇用状況」の届出状況表一覧(令和3年10月末現在)[別表1]国籍別・在留資格別外国人労働者数
<https://www.mhlw.go.jp/content/11655000/000887555.pdf>
- ⁸⁷ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」pp. 1-pp. 31
- ⁸⁸ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」pp. 2
- ⁸⁹ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」p. 3
- ⁹⁰ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」pp. 10-pp. 13
- ⁹¹ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」pp. 10-pp. 13
- ⁹² 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」p. 16
- ⁹³ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」p19, p24
- ⁹⁴ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」p. 10
- ⁹⁵ 厚生労働省(2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」p. 12
- ⁹⁶ 「特定技能2号」初認定 岐阜の中国籍男性、建設業で. 日本経済新聞. 2022-04-14,
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQ0UE149C60U2A410C2000000/>
- ⁹⁷ 出入国在留管理庁(2022)「特定技能外国人受け入れに関する運用要領」. p. 20, p. 29
- ⁹⁸ 共同組合ハーモニー「外国人技能実習生を受け入れるまでの流れは？必要な手続きから準備等徹底解説」<https://jc-harmony.com/system/flow/> (12/19/2022 アクセス)
- ⁹⁹ 共同組合ハーモニー「外国人技能実習生を受け入れるまでの流れは？必要な手続きから準備等徹底解説」<https://jc-harmony.com/system/flow/> (12/19/2022 アクセス)
- ¹⁰⁰ 法務省出入国在留管理庁・厚生労働省人材開発統括官(2022)「外国人技能実習制度について(パワーポイント)」. <https://www.moj.go.jp/isa/content/930005177.pdf> (12/19/2022 アクセス). スライド13
- ¹⁰¹ 法務省出入国在留管理庁・厚生労働省人材開発統括官(2022)「外国人技能実習制度について(パワーポイント)」. <https://www.moj.go.jp/isa/content/930005177.pdf> (12/19/2022 アクセス). スライド13
- ¹⁰² 斎藤善久(2018). 日本で働くベトナム人労働者-問題状況とその背景-. 特集外国人技能実習におけ得る制度の見直しと今後の課題, 31(5-337).
- ¹⁰³ 厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について(パワーポイント)」. スライド1からスライド99. <https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000692897.pdf>
- ¹⁰⁴ 厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について(パワーポイント)」. スライド7. <https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000692897.pdf>

-
- ¹⁰⁵厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について(パワーポイント)」.スライド7. <https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000692897.pdf>
- ¹⁰⁶厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について(パワーポイント)」.スライド8. <https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000692897.pdf>
- ¹⁰⁷厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について(パワーポイント)」.スライド8. <https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000692897.pdf>
- ¹⁰⁸斎藤善久(2018).日本で働くベトナム人労働者-問題状況とその背景-.特集外国人技能実習における制度の見直しと今後の課題, 31(5-337), p. 18
- ¹⁰⁹斎藤善久(2018).日本で働くベトナム人労働者-問題状況とその背景-.特集外国人技能実習における制度の見直しと今後の課題, 31(5-337), p. 16
- ¹¹⁰厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について(パワーポイント)」.スライド23
- ¹¹¹塚田典子(2021)『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』pp. 167-168, 明石書店
- ¹¹²塚田典子(2021)『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』pp. 167-168, 明石書店
- ¹¹³公益社団国際厚生事業団 JICWELS(2022)「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」. <https://jicwels.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/2023%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%95%E3%83%AC%E3%83%83%E3%83%88.pdf> (12/20/2022 アクセス)
- ¹¹⁴公益社団国際厚生事業団 JICWELS(2022)「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」. <https://jicwels.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/2023%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%95%E3%83%AC%E3%83%83%E3%83%88.pdf> (12/20/2022 アクセス), p. 5
- ¹¹⁵公益社団国際厚生事業団 JICWELS(2022)「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」. <https://jicwels.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/2023%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%95%E3%83%AC%E3%83%83%E3%83%88.pdf> (12/20/2022 アクセス), p. 16
- ¹¹⁶厚生労働省(2022).「第34回介護福祉士国家試験結果(別添1)」. <https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000916770.pdf> (12/20/2022 アクセス)
- ¹¹⁷厚生労働省(2022).「経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師候補者の看護師国家試験の結果(過去14年間)(別添2)」. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000919399.pdf> (12/20/2022 アクセス)
- ¹¹⁸塚田典子(2021)『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』p. 157, 明石書店
- ¹¹⁹福岡労働局(2021年).「行政運営方針令和3年度」.福岡労働局 <https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>
福岡労働局(2022年).「行政運営方針令和4年度」.福岡労働局 <https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001114810.pdf>
- ¹²⁰Pilgrim, David. *Key Concepts in Mental Health*. SAGE Publications Ltd, 2014. p. 3.
- ¹²¹知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス(旧名令和5年4月以前)
→令和5年4月以降のホームページ名:知ることからはじめようこころの情報サイト

<https://kokoro.ncnp.go.jp/> (6/1/2024 アクセス)

¹²² 「知ることから始めようみんなのメンタルヘルス」のホームページは令和5年4月に「知ることから始めようこころの情報サイト」へと改名。ホームページの内容は以前と同じであるが、ホームページを作成した団体名が厚生労働省から国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所に変更。

¹²³ 厚生労働省. “メンタルヘルスとは、メンタルヘルスについて”. 世界メンタルヘルスデー2022～つながる、どこでも、だれにでも
～. https://www.mhlw.go.jp/kokoro/mental_health_day/amh.html, (4/18/2023 アクセス)

¹²⁴ 厚生労働省. “メンタルヘルスとは、メンタルヘルスについて”. 世界メンタルヘルスデー2022～つながる、どこでも、だれにでも
～. https://www.mhlw.go.jp/kokoro/mental_health_day/amh.html, (10/29/2024 アクセス)

¹²⁵ 厚生労働省. “メンタルヘルスとは、メンタルヘルスについて”. 世界メンタルヘルスデー2022～つながる、どこでも、だれにでも
～. https://www.mhlw.go.jp/kokoro/mental_health_day/amh.html, (4/18/2023 アクセス)

¹²⁶ 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所. “ストレスとセルフケア”. 知ることからはじめようこころの情報サイト.

https://kokoro.ncnp.go.jp/health_howtocare.php#02, (4/18/2023 アクセス)

¹²⁷ 厚生労働省. “第1回メンタルヘルスってなんだろう?”. 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトこころの耳. <https://kokoro.mhlw.go.jp/usagi/ug001/>, (4/18/2023 アクセス)

¹²⁸ 厚生労働省. “第4回「ストレスの対処」ってどんなこと?”. 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトこころの耳. <https://kokoro.mhlw.go.jp/usagi/ug004/>, (6/1/2024 アクセス)

¹²⁹ 厚生労働省. “第6回なぜ職場でのメンタルヘルス対策が必要なの?”. 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトこころの耳.

<https://kokoro.mhlw.go.jp/usagi/ug006/>, (4/18/2023 アクセス)

¹³⁰ 厚生労働省. “第7回「傾聴」ってなに?”. 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトこころの耳. <https://kokoro.mhlw.go.jp/usagi/ug007/>, (4/18/2023 アクセス)

¹³¹ World Health Organization(WHO). “World mental health report Transforming mental health for all.” *World Health Organization(WHO)*, 2022, p. 12

¹³² World Health Organization(WHO). “World mental health report Transforming mental health for all.” *World Health Organization(WHO)*, 2022, p. 13

¹³³ 横断的研究：ある特定の集団に対して、一時的なデータを収集し、分析や検討を行う研究のことである。断面的研究とも呼ばれる。

¹³⁴ Well-being の7つの要素：本論文の203頁のwell-beingの重要性7点の中の三番目の「横断的研究や長期的に行われた研究結果によると…」の箇所に記されている7つの要因のことを指す。

¹³⁵ 厚生労働省. “第6回なぜ職場でのメンタルヘルス対策が必要なの?”. 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトこころの耳.

<https://kokoro.mhlw.go.jp/usagi/ug006/>, (4/18/2023 アクセス)

¹³⁶ Pan American Health Organization(PAHO). “Plan of Action on Mental Health 2015-2020.” Pan American Health Organization(PAHO), 2014, p. 7

¹³⁷ 厚生労働省独立行政法人労働者健康安全機構 (2020). 「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～’. 独立行政法人労働者健康安全機構勤労者医療・産業保健部産業保健課

¹³⁸ D.Chavez,A,C.,Milburn-Backett,K.,&etal. (2005).“Understanding and Researching Wellbeing:Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion.” *Psychological*

Resilience and Wellbeing Volume 1, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 163

¹³⁹ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 164.

¹⁴⁰ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 164.

¹⁴¹ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 166.

¹⁴² D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 166

¹⁴³ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 167

¹⁴⁴ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 167

¹⁴⁵ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 167

¹⁴⁶ D.Chavez, A.C., Milburn-Backett, K., & et al. (2005). "Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 168

¹⁴⁷ La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. (2013). "Discourse on Wellbeing in Research and Practice." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 181.

¹⁴⁸ La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. (2013). "Discourse on Wellbeing in Research and Practice." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 181.

¹⁴⁹ La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. (2013). "Discourse on Wellbeing in Research and Practice." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten, SAGE Publication Ltd, 2015, p. 179.

¹⁵⁰ Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). "Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory." *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and

-
- ¹⁶⁶ Fletcher,D.,&Sarkar,M. (2013). “Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.39.
- ¹⁶⁷ Fletcher,D.,&Sarkar,M. (2013). “Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.39.
- ¹⁶⁸ Rutten,B.P.F.,Hammels,C.,Geschwind,N.,Menne-Lothmann,C.,Pishva,E.,Schruers,K.,Hove,D.,Kenis,G.,Os,J.,&Wichers,M. (2013).“Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.83
- ¹⁶⁹ Rutten,B.P.F.,Hammels,C.,Geschwind,N.,Menne-Lothmann,C.,Pishva,E.,Schruers,K.,Hove,D.,Kenis,G.,Os,J.,&Wichers,M. (2013).“Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.85
- ¹⁷⁰ Rutten,B.P.F.,Hammels,C.,Geschwind,N.,Menne-Lothmann,C.,Pishva,E.,Schruers,K.,Hove,D.,Kenis,G.,Os,J.,&Wichers,M. (2013).“Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.87
- ¹⁷¹ Rutten,B.P.F.,Hammels,C.,Geschwind,N.,Menne-Lothmann,C.,Pishva,E.,Schruers,K.,Hove,D.,Kenis,G.,Os,J.,&Wichers,M. (2013).“Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,pp.87
- ¹⁷² Feder,A.,Nestler,E.J.,&Charney,D.S. (2009).“Psychobiology and Molecular Genetics of Resilience.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.107
- ¹⁷³ Feder,A.,Nestler,E.J.,&Charney,D.S.(2009). “Psychobiology and Molecular Genetics of Resilience.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.108.
- ¹⁷⁴ Feder,A.,Nestler,E.J.,&Charney,D.S. (2009).“Psychobiology and Molecular Genetics of Resilience.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,p.109
- ¹⁷⁵ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.92.
- ¹⁷⁶ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.98
- ¹⁷⁷ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.138
- ¹⁷⁸ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.135
- ¹⁷⁹ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.139
- ¹⁸⁰ Snyder,C.R. “Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.267-268.

¹⁸¹ Snyder,C.R. (1995).“Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.267-268.

¹⁸¹ Snyder,C.R.(1995). “Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.268

¹⁸² Snyder,C.R. (1995).“Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,p.268

¹⁸³ Snyder,C.R. (1995).“Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.268

¹⁸⁴ Snyder,C.R. (1995).“Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.269

¹⁸⁵ Snyder,C.R. (1995).“Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,p.268

¹⁸⁵ Snyder,C.R. (1995).“Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,p.270.

¹⁸⁶ 悲観的な説明スタイル：悪い状態の原因は自分自身にあると内的に考える説明スタイルとして知られている。楽観的な説明スタイルとは違い、何事に関しても常に悪い事が普遍的に起きるだろうと思い込んでしまう傾向がある。一方、良い出来事に遭遇するとそれは長期的な事ではなく、一時的なものと思い込む事である。また、良い出来事に遭遇できた事について、それは主に自分自身の力ではなく、周りの協力、他人の能力によるもの即ち外的要因によるものだと思い込む説明スタイルとして知られている。

いとうたけひこ、二川優太(2015)「プロ野球監督の楽観主義とチーム成績との関係 CAVE 法による説明スタイルと勝率との比較」,『和光大学現代人間学部紀要』,8,pp.137-155.

¹⁸⁷ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.144

¹⁸⁸ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.145

¹⁸⁹ Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.p.145

¹⁹⁰ Horwitz,A.(1982). “The Meaning of Mental Illness.”*Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*,edited by Teresa L.Scheid,Routledge.p.12

¹⁹¹ Horwitz,A.(1982). “The Meaning of Mental Illness.”*Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*,edited by Teresa L.Scheid,Routledge.p.13

¹⁹² Horwitz,A.(1982). “The Meaning of Mental Illness.”*Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*,edited by Teresa L.Scheid,Routledge.p.19

- ¹⁹³ 内海健(2009). うつ病像のゆくえ 神庭重信・黒木俊秀 (編) 現代うつ病の臨床-その多様な病態と自在な対処法 創元社 p. 63
- ¹⁹⁴ 日本聖書協会『新共同訳旧約聖書』ダニエル書 4 章 29 節から 30 節
- ¹⁹⁵ アマレク人：エサウ（イサクの長子）の子を指す。その子孫をアメレク人と呼ぶ。出エジプトの時代は西部シナイあたりにいた有力な半遊牧民であった。彼らはいずれイスラエル人によりミデアン地方に移り住むが、時折、パレスチナを侵略していた。サウル王やダビデ王は、彼らを打ち倒す。
<https://www.weblio.jp/content/%E3%82%A2%E3%83%9E%E3%83%AC%E3%82%AF#:~:text=%E3%82%A2%E3%83%9E%E3%83%AC%E3%82%AF%20%E3%80%90Amalek%20%E8%8B%B1%E3%80%91,%E3%81%AF%E3%80%81%E3%81%93%E3%82%8C%E3%82%92%E8%A8%8E%E3%81%A3%E3%81%9F%E3%80%82> (11/9/2023 アクセス)
- ¹⁹⁶ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.15
- ¹⁹⁷ Wolpert,L.(2006).*Malignant Sadness:The Anatomy of Depression*.Faber &Faber Ltd. (ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生病学者のうつ病体験 ミネルヴァ書房) p.11
- ¹⁹⁸ Wolpert,L.(2006).*Malignant Sadness:The Anatomy of Depression*.Faber &Faber Ltd. (ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生病学者のうつ病体験 ミネルヴァ書房) p.11
- ¹⁹⁹ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.33
- Wolpert,L.(2006).*Malignant Sadness:The Anatomy of Depression*.Faber &Faber Ltd. (ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生病学者のうつ病体験 ミネルヴァ書房) p.12
- ²⁰⁰ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.35
- ²⁰¹ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.40
- ²⁰² Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.40
- ²⁰³ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.55
- ²⁰⁴ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.56
- ²⁰⁵ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.56
- ²⁰⁶ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.56
- ²⁰⁷ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.57
- ²⁰⁸ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.57
- ²⁰⁹ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.54
- ²¹⁰ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.61
- ²¹¹ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.67
- ²¹² Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.70
- ²¹³ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.78
- ²¹⁴ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.85
- ²¹⁵ Scull,A.*Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press,2011.p.85
- ²¹⁶ Wilson,M.(1993) “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry.” *Mental Health Major*

Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness, edited by Teresa L.Scheid, Routledge. p.309

²¹⁷ Wilson, M. (1993) “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry.” *Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*, edited by Teresa L.Scheid, Routledge. pp.309-310

²¹⁸ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.89

²¹⁹ Wilson, M. (1993) “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry.” *Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*, edited by Teresa L.Scheid, Routledge. p.314

²²⁰ Wilson, M. (1993) “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry.” *Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*, edited by Teresa L.Scheid, Routledge. pp.317-318

²²¹ Wilson, M. (1993) “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry.” *Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*, edited by Teresa L.Scheid, Routledge. pp.318-319

²²² Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.107

²²³ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.107

²²⁴ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.107

²²⁵ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.107

²²⁶ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.111

²²⁷ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.112

²²⁸ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.112

²²⁹ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.118

²³⁰ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.121

²³¹ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.119

²³² Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.120

²³³ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.121

²³⁴ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.123

²³⁵ Scull, A. *Madness A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2011. p.124

²³⁶ “鬱の意味や使い方がわかりやすく解説デジタル大辞泉”. Weblio 辞書.

https://www.weblio.jp/content/%E9%AC%B1#goog_rewarded (9/25/2024 アクセス)

²³⁷ いかに日本はうつ病を信じるようになったか. BBC News Japan. 2016-8-4,

<https://www.bbc.com/japanese/features-and-analysis-36972140> (9/25/2024 アクセス)

²³⁸ 岩下哲典(2017)『病とむきあう江戸時代 外患、酒と肉食、うつと心中、出産、災害、テロ』 pp.82-98, 北樹出版

²³⁹ 岩下哲典(2017)『病とむきあう江戸時代 外患、酒と肉食、うつと心中、出産、災害、テロ』 pp.84, 北樹出版

²⁴⁰ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』 p. 78, 新曜社

-
- ²⁴¹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 102-103, 新曜社
- ²⁴² 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 108, 新曜社
- ²⁴³ 北中淳子(2014)『うつ医療人類学』p. 88, 日本評論社
- ²⁴⁴ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 154, 新曜社
- ²⁴⁵ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 156, 新曜社
- ²⁴⁶ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 157, 新曜社
- ²⁴⁷ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 166, 新曜社
- ²⁴⁸ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 167, 新曜社
- ²⁴⁹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 169, 新曜社
- ²⁵⁰ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 170, 新曜社
- ²⁵¹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 173, 新曜社
- ²⁵² 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 176, 新曜社
- ²⁵³ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 176, 新曜社
- ²⁵⁴ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 312, 新曜社
- ²⁵⁵ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 312, 新曜社
- ²⁵⁶ 北中淳子(2014)『うつ医療人類学』p. 95-96, 日本評論社
- ²⁵⁷ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 188, 新曜社
- ²⁵⁸ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 189-190, 新曜社
- ²⁵⁹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 305, 新曜社
- ²⁶⁰ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 305, 新曜社
- ²⁶¹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 305-306, 新曜社
- ²⁶² 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 306, 新曜社
- ²⁶³ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 307, 新曜社
- ²⁶⁴ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 325-326, 新曜社

-
- ²⁶⁵ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 326, 新曜社
- ²⁶⁶ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 338-339, 新曜社
- ²⁶⁷ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 341, 新曜社
- ²⁶⁸ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 342, 新曜社
- ²⁶⁹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 347, 新曜社
- ²⁷⁰ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 353, 新曜社
- ²⁷¹ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 355, 新曜社
- ²⁷² 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 356, 新曜社
- ²⁷³ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 357, 新曜社
- ²⁷⁴ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 357-358, 新曜社
- ²⁷⁵ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 363, 新曜社
- ²⁷⁶ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 377, 新曜社
- ²⁷⁷ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 379, 新曜社
- ²⁷⁸ 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』p. 380, 新曜社
- ²⁷⁹ 大前晋. 日本独自の伝統的な「うつ病」概念のこれまでとこれから-軽症内因性うつ病からうつ病(DSM-5)へ-. 精神神経学雑誌, 2022, 124(2), p. 99
- ²⁸⁰ うつ病. ことのはメンタルクリニック南大沢. <https://kotonoha-mental.com/depression.html> (9/26/2024 アクセス)
- 外ノ池隆史. うつ病治療の危機について-日本のうつ病の現状とこれから-. 愛知学院大学心身科学部紀要, 2014, 10(9-20), p. 16
- ²⁸¹ 大前晋. 日本独自の伝統的な「うつ病」概念のこれまでとこれから-軽症内因性うつ病からうつ病(DSM-5)へ-. 精神神経学雑誌, 2022, 124(2), p. 99
- ²⁸² 佐藤雅浩(2013)『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』pp. 12-13, 新曜社
- ²⁸³ 北中淳子(2014)『うつの医療人類学』p. 228, 日本評論社
- ²⁸⁴ Wolpert, L. (2006). *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*. Faber & Faber Ltd. (ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生生物学者のうつ病体験 ミネルヴァ書房) p. 188
- ²⁸⁵ Wolpert, L. (2006). *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*. Faber & Faber Ltd. (ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生生物学者のうつ病体験 ミネルヴァ書房) pp. 167-168
- ²⁸⁶ Wolpert, L. (2006). *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*. Faber & Faber Ltd. (ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生生物学者

のうつ病体験 ミネルヴァ書房) pp. 169-170

²⁸⁷ 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健 21. 2023, 114, p. 3, <https://www.hyogos.johas.go.jp/sanpo/wp-content/uploads/2023/10/114.pdf> (9/26/2024 アクセス)

²⁸⁸ 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健 21. 2023, 114, p. 3

²⁸⁹ 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健 21. 2023, 114, p. 3

²⁹⁰ 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健 21. 2023, 114, p. 3

²⁹¹ 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健 21. 2023, 114, p. 3

²⁹² 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健 21. 2023, 114, p. 4

²⁹³ Gomez,P.,&Gonzalez,J. (2020). “Responsible Management of Psychosocial Risks in Migrant Workers: The Case of Southern Europe.” *Health, Safety and Well-being of Migrant Workers: New Hazards, New Workers*, edited by Francisco Diaz Bretones and Angeli Santos, Springer Nature Switzerland. p.166

²⁹⁴ 安里和晃 (2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子 (編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 85

²⁹⁵ 安里和晃 (2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子 (編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 90

²⁹⁶ Asis.E.,& Carandang.R.R.(2020). The plight of migrant care workers in Japan: A qualitative study of their stressors on caregiving. *Journal of Migration and Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8352095/> (9/26/2024 アクセス)

²⁹⁷ 高畑幸 (2018). 介護の専門職化と外国人労働者日系人から結婚移民、介護福祉士まで 駒井洋 (監修)、津崎克彦 (編) 産業構造の変化と外国人労働者労働現場の実態と歴史的視点 明石書店 pp. 78-79

²⁹⁸ 安里和晃 (2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子 (編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 86

²⁹⁹ 安里和晃 (2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子 (編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 86

³⁰⁰ 安里和晃 (2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子 (編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 90

³⁰¹ 安里和晃 (2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子 (編) 日本介護

現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 86

³⁰² 安里和晃(2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子(編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 76

³⁰³ 李健實. 日本における高度の技術・知識を持つ外国人労働者の職業性ストレスとメンタルヘルス-日本人労働者との比較検討-. ストレス科学研究 2015, 30, p97,
https://www.jstage.jst.go.jp/article/stresskagakukenkyu/30/0/30_90/_pdf (9/26/2024 アクセス)

³⁰⁴ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 56, シナノパブリッシングプレス

³⁰⁵ 道上史絵(2021). ベトナム人と外国人技能実習制度 真嶋潤子(編) 技能実習生と日本語教育 大阪大学出版, p. 119

³⁰⁶ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 56, シナノパブリッシングプレス

³⁰⁷ 川越道子(2021). 変わりゆく農村を後にしてベトナム北部農村の工業化と技能実習生 伊藤泰郎、崔博憲(編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 179

³⁰⁸ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 67, シナノパブリッシングプレス

³⁰⁹ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 69, シナノパブリッシングプレス

³¹⁰ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 55, シナノパブリッシングプレス

³¹¹ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 55, シナノパブリッシングプレス

³¹² 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 58, シナノパブリッシングプレス

³¹³ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 71, シナノパブリッシングプレス

³¹⁴ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 71, シナノパブリッシングプレス

³¹⁵ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 71, シナノパブリッシングプレス

³¹⁶ 川越道子(2021). 変わりゆく農村を後にしてベトナム北部農村の工業化と技能実習生 伊藤泰郎、崔博憲(編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 189

³¹⁷ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 130, シナノパブリッシングプレス

³¹⁸ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 130, シナノパブリッシングプレス

³¹⁹ 道上史絵(2021). ベトナム人と外国人技能実習制度 真嶋潤子(編) 技能実習生と日本語教育 大阪大学出版, p. 116

³²⁰ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 131, シナノパブリッシングプレス

³²¹ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 131, シナノパブリッシングプレス

³²² 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 131, シナノパブリッシング

プレス

³²³ 道上史絵(2021). ベトナム人と外国人技能実習制度 真嶋潤子 (編) 技能実習生と日本語教育 大阪大学出版, p. 116

³²⁴ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 132, シナノパブリッシング
プレス

³²⁵ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 132, シナノパブリッシング
プレス

³²⁶ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 144, シナノパブリッシング
プレス

³²⁷ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 144, シナノパブリッシング
プレス

³²⁸ トウトウヌエー(2021). ミャンマーにおける技能実習生の現状 真嶋潤子 (編) 技能実習生と日本語教育 大阪大学出版会 pp. 132-138

³²⁹ 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 206

³³⁰ 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 210

³³¹ 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 207

³³² 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 207

³³³ 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 211

³³⁴ 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 207

³³⁵ 崔博憲(2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 212

³³⁶ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 98, シナノパブリッシング
プレス

³³⁷ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 98, シナノパブリッシング
プレス

³³⁸ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 127, シナノパブリッシング
プレス

³³⁹ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 pp. 121-122, シナノパブリッシング
プレス

³⁴⁰ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 122, シナノパブリッシング
プレス

³⁴¹ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 p. 128, シナノパブリッシング
プレス

³⁴² 外国人技能実習機構、地方出入国在留管理局. 技能実習の支払い費用に関する実態調査の結果について. 令和 3 年から令和 4 年, p. 1,
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001377469.pdf> (9/26/2024 アクセス)

³⁴³ 外国人技能実習機構、地方出入国在留管理局. 技能実習の支払い費用に関する実態調査の結果について. 令和 3 年から令和 4 年, p. 1,
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001377469.pdf> (9/26/2024 アクセス)

- ³⁴⁴ 外国人技能実習機構、地方出入国在留管理局. 技能実習の支払い費用に関する実態調査の結果について. 令和3年から令和4年, p. 2,
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001377469.pdf> (9/26/2024 アクセス)
- ³⁴⁵ 外国人技能実習機構、地方出入国在留管理局. 技能実習の支払い費用に関する実態調査の結果について. 令和3年から令和4年, pp. 1-2,
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001377469.pdf> (9/26/2024 アクセス)
- ³⁴⁶ 安田峰俊(2021)『「低度」外国人材移民焼き畑国家、日本』p. 130, 角川書店
- ³⁴⁷ 安田峰俊(2021)『「低度」外国人材移民焼き畑国家、日本』p. 132, 角川書店
- ³⁴⁸ 澤田晃宏(2022)『外国人任せ失われた30年と技能実習生』p. 234, シナノパブリッシングプレス
- ³⁴⁹ 安里和晃(2021). EPAの動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子(編)日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 91
- ³⁵⁰ 安里和晃(2021). EPAの動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子(編)日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 91
- ³⁵¹ 安里和晃(2021). EPAの動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子(編)日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店 p. 91
- ³⁵² Ullah,AKM. (2010). *Rationalizing Migration Decisions Labour Migrants in East and South-East Asia*. Ashgate Publishing Limited,p.28
- ³⁵³ Bretones.F. (2020). “Psychosocial Hazards at Work in Migrants.” *Health, Safety and Well-being of Migrant Workers: New Hazards, New Workers*, edited by Francisco Diaz Bretones and Angeli Santos, Springer Nature Switzerland. p.69
- ³⁵⁴ Mathews,G.(2012). “Happiness, Culture, and Context.” *Psychological Resilience and Well-Being Volume 2*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,p.148
- ³⁵⁵ Mathews,G.(2012). “Happiness, Culture, and Context.” *Psychological Resilience and Well-Being Volume 2*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,p.148
- ³⁵⁶ Dinani,S.,Mehrabi,T.,&Sadeghi,R. (2019)“The Effect of Tai Chi Exercise on Stress Anxiety, Depression, and Self Confidence of Nursing Students.”*Jundisphapur J Chronic Dis Care*, 8(3),pp.3-5.
https://www.researchgate.net/publication/334281676_The_Effect_of_Tai_Chi_Exercise_on_Stress_Anxiety_Depression_and_Self_Confidence_of_Nursing_Students (9/26/2024 アクセス)
- ³⁵⁷ Kong,J.,Wilson,G.,Park,J.,etal.(2019). “Treating Depression With Tai Chi: State of the Art and Future Perspective.” *Frontiers in Psychiatry*,10,p.2.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6474282/> (9/26/2024 アクセス)
- ³⁵⁸ Kong,J.,Wilson,G.,Park,J.,etal.(2019). “Treating Depression With Tai Chi: State of the Art and Future Perspective.” *Frontiers in Psychiatry*,10,p.2.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6474282/> (9/26/2024 アクセス)
- ³⁵⁹ Hyogo Masjid & Jan Academy. (2022). 『とってもやさしいイスラム教日本人の為のイスラム教の礼拝の基本動作』 <https://hyogomosque.jp/index.html> (9/26/2024 アクセス)
- ³⁶⁰ Callender,K.,Ong,L.,&O,E.H.(2022). “Prayers and Mindfulness in Relation to Mental Health among First-Generation Immigrant and Refugee Muslim Women in the USA: An Exploratory Study.” *Journal of Religion and Health*,61,p.3640. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35748969/> (9/26/2024 アクセス)
- ³⁶¹ Callender,K.,Ong,L.,&O,E.H.(2022). “Prayers and Mindfulness in Relation to Mental Health among

First-Generation Immigrant and Refugee Muslim Women in the USA: An Exploratory Study.” *Journal of Religion and Health*, 61, p.3646, pp.3647-3648. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35748969/> (9/26/2024 アクセス)

³⁶² Uyun, Q., Nuryana, Irwan., & Jaufalaily, N. (2019). “Repentance and seeking forgiveness: the effects of spiritual therapy based on Islamic tenets to improve mental health.” *Mental Health, Religion & Culture*, p.4. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13674676.2018.1514593> (9/26/2024 アクセス)

³⁶³ Saged, A., Sa’ari, C., Abdullah, M., Al-Rahmi, W., et al (2022). “The Effect of an Islamic-Based Intervention on Depression and Anxiety in Malaysia.” *Journal of Religion and Health*. 61, pp.83-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34981449/> (9/26/2024 アクセス)

³⁶⁴ Sobhani, V., Manshadi, E., Aghajani, J., & Hatef, Boshra. (2022). “Islamic praying changes stress-related hormones and genes.” *Journal of Medicine and Life*. 15(4), p484. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9126458/#:~:text=Regarding%20genetic%20expression%20examination%2C%20there,the%20optimal%20range%20after%20Namaz.> (9/26/2024 アクセス)

³⁶⁵ Lauche, R., Anheyer, D., Uebelacker, L., et al. (2023). “Do yoga and meditation moderate the relationship between negative life events and depressive symptoms? Analysis of a national cross-sectional survey of Australian women.” *Frontiers in Psychology*. p.2. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1218976/full> (9/26/2024 アクセス)

³⁶⁶ Bringmann, H., Sulz, A., Ritter, P. et al. (2021). “Mantra meditation as adjunctive therapy in major depression: A randomized controlled trial.” *Journal of Affective Disorders Reports*. 6, p.3. [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266691532100158X\(9/26/2024](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266691532100158X(9/26/2024) (9/26/2024 アクセス)

³⁶⁷ 堀田聡子. (2021). 英国における社会的処方とは. 一般財団法人オレンジクロス (編) 社会的処方白書. p. 5. https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁶⁸ 堀田聡子. (2021). 英国における社会的処方とは. 一般財団法人オレンジクロス (編) 社会的処方白書. p. 6. https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁶⁹ NHS England. “Social prescribing.” NHS England. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/#:~:text=What%20is%20social%20prescribing%3F,affect%20their%20health%20and%20wellbeing.> (9/27/2024 アクセス)

³⁷⁰ Khan., & Giurca., et al (2023). *Social Prescribing Around the World*. pp.1-2. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/41bdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf> (9/27/2024 アクセス)

³⁷¹ Khan., & Giurca., et al (2023). *Social Prescribing Around the World*. p.37. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/41bdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf> (9/27/2024 アクセス)

³⁷² Khan., & Giurca., et al (2023). *Social Prescribing Around the World*. p.47. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/41bdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf> (9/27/2024 アクセス)

³⁷³ Tueton, J. (2015). *Social prescribing for mental health: background paper*.

<https://www.healthscotland.com/uploads/documents/26712-Social%20Prescribing%20for%20Mental%20Health%20Background%205614.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁷⁴ NHS Health Scotland.(2016).*Social prescribing for mental health: guidance paper*.

<https://www.healthscotland.com/uploads/documents/26652-Social%20prescribing%20guidance%20paper-April2016.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁷⁵ Mughal,R.(2022). *NASP Evidence Note: social prescribing and mental health*, National Academy for Social Prescribing. United Kingdom. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/hxyh3x34/social-prescribing-and-mental-health-nasp-evidence-note.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁷⁶ Friedli,L.(2009) *Social Prescribing for Mental Health-a guide to commissioning and delivery*. North West England, Care Services Improvement Partnership, Centre for Welfare Reform, Sheffield.

<https://citizen-network.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁷⁷ NHS Health Scotland.(2016).*Social prescribing for mental health: guidance paper*. p.7.

<https://www.healthscotland.com/uploads/documents/26652-Social%20prescribing%20guidance%20paper-April2016.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁷⁸ NHS Health Scotland.(2016).*Social prescribing for mental health: guidance paper*. p.8.

<https://www.healthscotland.com/uploads/documents/26652-Social%20prescribing%20guidance%20paper-April2016.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁷⁹ Mughal,R.(2022). *NASP Evidence Note: social prescribing and mental health*, National Academy for Social Prescribing. United Kingdom. pp.1-4.

<https://socialprescribingacademy.org.uk/media/hxyh3x34/social-prescribing-and-mental-health-nasp-evidence-note.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁸⁰ Mughal,R.(2022). *NASP Evidence Note: social prescribing and mental health*, National Academy for Social Prescribing. United Kingdom. p.2

<https://socialprescribingacademy.org.uk/media/hxyh3x34/social-prescribing-and-mental-health-nasp-evidence-note.pdf>

(9/27/2024 アクセス)

³⁸¹ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.pp.41-56.

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁸² Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.pp.46-47.

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁸³ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.44.

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁸⁴ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.45

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁸⁵ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.45

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁸⁶ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.46

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁸⁷ Sharman,L.S.,McNamara,N.,etal.(2022). “Social prescribing link workers-A qualitative Australian perspective.”*Health and Social Care in the Community*.30.p.6378.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36271695/> (9/27/2024 アクセス)

³⁸⁸ Sharman,L.S.,McNamara,N.,etal.(2022). “Social prescribing link workers-A qualitative Australian perspective.”*Health and Social Care in the Community*.30.p.6380.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36271695/> (9/27/2024 アクセス)

³⁸⁹ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.49

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁰ Sharman,L.S.,McNamara,N.,etal.(2022). “Social prescribing link workers-A qualitative Australian perspective.”*Health and Social Care in the*

Community.30.p.6380.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36271695/> (9/27/2024 アクセス)

³⁹¹ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.46

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹² Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive*

Medicine. 13.p.49https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹³ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.pp.49-50.

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁴ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.50

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁵ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive*

Medicine. 13.p.50.https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁶ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive*

Medicine. 13.p.51.https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁷ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive*

Medicine. 13.p.47.https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁸ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.pp.47-

48.https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

³⁹⁹ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.48.

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁰ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.pp.47-

48.https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

⁴⁰¹ Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.p.49

https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

⁴⁰² Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.3.

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>

(9/27/2024 アクセス)

⁴⁰³ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.3.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>

(9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁴ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.6.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>

(9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁵ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.6.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>

(9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁶ Randall,S.,&Wallace,C.(2022). *Patient Experience of Social Prescribing: A Scoping Review*, Welsh Institute for Health and Social Care • PRIME Centre Wales • University of South Wales.
<https://cavrp.org/app/uploads/2023/01/Patient-Experience-of-Social-Prescribing-A-Scoping-Review1-1.pdf> (9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁷ Aggar,C.,Thomas,T.,Gordon,C.,&etal. (2020). “Social Prescribing for Individuals Living with Mental Illness in an Australian Community Setting: A Pilot Study.”*Community Mental Health Journal*.57.p.191. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399601/> (9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁸ Dayson,C.,Painter,J.,&Benett,E. (2020). “Social Prescribing for Patients of Secondary Mental Health Services: Emotional, Psychological and Social Well-Being Outcomes.”*Journal of Public Mental Health*. p.274. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JPMH-10-2019-0088/full/html> (9/27/2024 アクセス)

⁴⁰⁹ Dayson,C.,Painter,J.,&Benett,E. (2020). “Social Prescribing for Patients of Secondary Mental Health Services: Emotional, Psychological and Social Well-Being Outcomes.”*Journal of Public Mental Health*. p.275. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JPMH-10-2019-0088/full/html> (9/27/2024 アクセス)

⁴¹⁰ Dayson,C.,Painter,J.,&Benett,E. (2020). “Social Prescribing for Patients of Secondary Mental Health Services: Emotional, Psychological and Social Well-Being Outcomes.”*Journal of Public Mental Health*. p.275. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JPMH-10-2019-0088/full/html> (9/27/2024 アクセス)

⁴¹¹ Dayson,C.,Painter,J.,&Benett,E. (2020). “Social Prescribing for Patients of Secondary Mental Health Services: Emotional, Psychological and Social Well-Being Outcomes.”*Journal of Public Mental Health*. p.277. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JPMH-10-2019-0088/full/html> (9/27/2024 アクセス)

⁴¹² Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.7.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x> (9/27/2024 アクセス)

⁴¹³ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.8.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x> (9/27/2024 アクセス)

⁴¹⁴ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link

-
- worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.8.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>
(9/27/2024 アクセス)
- ⁴¹⁵ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.8.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>
(9/27/2024 アクセス)
- ⁴¹⁶ Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).p.8.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>
(9/27/2024 アクセス)
- ⁴¹⁷ Jacobson,N.,&Greenley,D.(2001). “What is Recovery? A Conceptual model and Explication.”
Mental Health Social Reaction to Mental Health Problems. Edited by Teresa L. Scheid.
Routledge.p.355
- ⁴¹⁸ 後藤励(2021). 日本で「社会的処方」に着目する背景. 一般財団法人オレンジクロス (編)
社会的処方白書. p. 12.
https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)
- ⁴¹⁹ 後藤励(2021). 日本で「社会的処方」に着目する背景. 一般財団法人オレンジクロス
(編) 社会的処方白書. p. 12.
https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)
- ⁴²⁰ 後藤励(2021). 日本で「社会的処方」に着目する背景. 一般財団法人オレンジクロス
(編) 社会的処方白書. p. 14.
https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)
- ⁴²¹ 厚生労働省保健局医療介護連携政策課. (2021). 「医療・介護の総合確保に向けた取り組みについて」. <https://www.mhlw.go.jp/content/12403550/000841085.pdf> (9/27/2024 アクセス)
- ⁴²² 福岡市、福岡市社会福祉協議会. (2021). 「つながり ささえあう 地域の力～地域共生社会の実現に向けた事例集～」. <https://fukuoka-shakyo.or.jp/user/media/fukuoka-shakyo/page/download/manual/pdf05.pdf>
(9/27/2024 アクセス)
- ⁴²³ 福岡市、福岡市社会福祉協議会. (2021). 「つながり ささえあう 地域の力～地域共生社会の実現に向けた事例集～」. p. 26. <https://fukuoka-shakyo.or.jp/user/media/fukuoka-shakyo/page/download/manual/pdf05.pdf>
(9/27/2024 アクセス)
- ⁴²⁴ 福岡市、福岡市社会福祉協議会. (2021). 「つながり ささえあう 地域の力～地域共生社会の実現に向けた事例集～」. p. 17. <https://fukuoka-shakyo.or.jp/user/media/fukuoka-shakyo/page/download/manual/pdf05.pdf>
(9/27/2024 アクセス)
- ⁴²⁵ 新居みどり、武田裕子. (2023). “健康と社会を考える/外国人診療こそプライマリ・ケア医の守備範囲-求められる「医療のワンストップサービス」-. 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. 2023-4-27. <https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=321> (9/27/2024 アクセス)

⁴²⁶ 公益財団法人北九州国際交流協会(2024).「日本語・英語・どっちでも OK! English or Japanese! Whichever! Let' s Talk(イベントパンフレット)」.2024-07-03.
<https://www.kitaqkoryu.jp/news/event/%e3%80%90e7%94%b3%e8%be%bc%e9%96%8b%e5%a7%8b%e6%97%a5%ef%bc%9a%ef%bc%97%e6%9c%88%ef%bc%91%ef%bc%90%e6%97%a5%e3%80%91e3%80%8clet-s-talk%ef%bc%81%e3%80%8d%e3%82%a4%e3%83%99%e3%83%b3%e3%83%88/>

⁴²⁷ 福岡労働局(2023).「福岡労働局における「外国人雇用状況」の届出状況を公開します。
(令和4年10月末現在)～外国人労働者数は約5万7千人。過去最高を更新。～」.
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001366051.pdf>
(9/29/2024 アクセス)

参考文献

一次資料(日本語)

- 1) 石水喜夫 (2020)『外国人労働者の雇用状況に関する分析』(JILPT 資料シリーズ) 独立行政法人労働政策研究・研修機構.
- 2) 市川佳居. 特集外国人労働者に対応する産業保健 (特集 3 外国人労働者のメンタルヘルス). 産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健. 2023, vol. 21, no. 114, pp. 8-9 <https://www.hyogos.johas.go.jp/sanpo/wp-content/uploads/2023/10/114.pdf> (9/26/2024 アクセス)
- 3) 外国人技能実習機構、地方出入国在留管理局. 技能実習の支払い費用に関する実態調査の結果について. 令和 3 年から令和 4 年, pp. 1-2, <https://www.moj.go.jp/isa/content/001377469.pdf> (9/26/2024 アクセス)
- 4) 熊本県商工政策課(2024). 「くまもとで働こう Let's Work in Kumamoto ベトナム版」. https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/205388_540146_misc.pdf (10/31/2024 アクセス)
- 5) 公益社団国際厚生事業団 JICWELS(2022)「2023 年度受入れ版 EPA に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受入れパンフレット」. <https://jicwels.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/2023%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E7%89%88%E5%8F%97%E5%85%A5%E3%82%8C%E3%83%91%E3%83%B3%E3%83%95%E3%83%AC%E3%83%83%E3%83%88.pdf> (12/20/2022 アクセス)
- 6) 厚生労働省「外国人雇用状況報告 1993 年 (平成 5 年) から 2021 年 (令和 3 年) まで」. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/gaikokujin09/index.html>
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/gaikokujin-koyou/06.html (12/21/2022 アクセス)
- 7) 厚生労働省 (2018)「3. 専門的・技術的分野の外国人材について」「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために雇用管理改善に役立つ好事例集」 pp. 1-pp. 31
- 8) 厚生労働省労働局関東地区(2020)「外国人技能実習制度の現状、課題等について (パワーポイント)」
<https://jsite.mhlw.go.jp/tokyo-roudoukyoku/content/contents/000692897.pdf> (12/21/2022 アクセス), スライド 1 からスライド 99
- 9) 厚生労働省(2022). 「第 34 回介護福祉士国家試験結果 (別添 1)」. <https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000916770.pdf> (12/20/2022 アクセス)

10) 厚生労働省(2022).「経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師候補者の看護師国家試験の結果(過去14年間)(別添2)」.

11)厚生労働省「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html (6/23/2022 アクセス)

12)厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課.特集外国人労働者に対応する産業保健(特集1 外国人労働者の労働災害の現状と対策).産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える産業保健.2023, vol. 21, no. 114, pp. 2-4 <https://www.hyogos.johas.go.jp/sanpo/wp-content/uploads/2023/10/114.pdf>
(9/26/2024 アクセス)

13)厚生労働省独立行政法人労働者健康安全機構(2020).「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」.独立行政法人労働者健康安全機構勤労者医療・産業保健部産業保健課,https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195_00002.html
(4/19/2023 アクセス)

14)総務省統計局(2017).「平成27年国勢調査就業状態等基本集計結果」.p.20
<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon2/pdf/gaiyou.pdf> (6/23/2022 アクセス)

15)出入国在留管理庁(2022)「特定技能外国人受け入れに関する運用要領」.
<https://www.moj.go.jp/isa/content/930004944.pdf> (12/21/2022 アクセス)

16)出入国在留管理庁「特定技能ガイドブック～特定技能外国人の雇用を考えている事業者の方へ～」.
<https://www.moj.go.jp/content/001326468.pdf> (12/22/2022 アクセス)

17)日本聖書協会『新共同訳旧約聖書』

18)福岡市役所(2020年).「第2期「福岡市まち・ひと・しごと創生総合戦略」」
https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/74837/1/dai2kisougousenryaku_r30331.pdf?20210714160542 (10/27/2022 アクセス)

-
- 19) 福岡市 NPO・ボランティア交流センターあすみん. 「ふくおか」から発信する、市民公益活動の情報誌 Asumin Note, 2020, 19 号, p. 3. (online),
<https://www.fnvc.jp/public/uploads/an/image/AsuminNote19.pdf>, (5/26/2022 アクセス)
- 20) 福岡市、福岡市社会福祉協議会. (2021). 「つながり ささえあう 地域の力～地域共生社会の実現に向けた事例集～」. p. 26. <https://fukuoka-shakyo.or.jp/user/media/fukuoka-shakyo/page/download/manual/pdf05.pdf>
(9/27/2024 アクセス)
- 21) 福岡県庁 (2017 年). 「第 10 次福岡県職業能力開発計画 (平成 29 年度～平成 33 年度)」
- 22) 福岡県福祉労働部労働局職業能力開発課 (2022 年). 「第 11 次福岡県職業能力開発計画」
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/628221_61220733_misc.pdf (10/27/2022)
- 23) 福岡労働局 (2020 年). 「行政運営方針令和 2 年度」. 福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000652493.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 24) 福岡労働局 (2021 年). 「行政運営方針令和 3 年度」. 福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000848316.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 25) 福岡労働局 (2022 年). 「行政運営方針令和 4 年度」. 福岡労働局
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001114810.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 26) 福岡労働局 (2019). 「令和元年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」.
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000489575.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 27) 福岡労働局 (2020). 「令和 2 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」.
<https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/000684522.pdf>
(10/28/2022 アクセス)
- 28) 福岡労働局 (2022). 「令和 4 年度福岡雇用対策協定に基づく事業計画」.
<https://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/28233/1/R4keikaku.pdf?20220502141711>
(10/28/2022 アクセス)

-
- 29) 福岡労働局 (2021) . 「令和 3 年度北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」 . 北九州市福岡労働局
- 30) 福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度北九州市雇用対策協定に基づく実施計画」 . 北九州市福岡労働局 <https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000847160.pdf> (10/28/2022 アクセス)
- 31) 福岡労働局 (2021) . 「令和 3 年度福岡市雇用対策協定に基づく取組」 . 福岡市福岡労働局
- 32) 福岡労働局 (2021) . 「令和 3 年度久留米市雇用対策協定に基づく取組」 . 久留米市福岡労働局
- 33) 福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度福岡市雇用対策協定に基づく取組」 . 福岡市福岡労働局
- 34) 福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度北九州市雇用対策協定に基づく取組」 . 北九州市福岡労働局
- 35) 福岡労働局 (2022) . 「令和 4 年度久留米市雇用対策協定に基づく取組」 . 久留米市福岡労働局
- 36) 福岡労働局「外国人雇用状況の届出状況 (福岡労働局分) 2013 年 (平成 25 年) から 2021 年 (令和 3 年) まで」 . https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/hourei_seido_tetsuzuki/syokugyou_koyou/hourei_seido/taisaku_c01.html (12/21/2022 アクセス)
- 37) 福岡労働局 (2023) . 「福岡労働局における「外国人雇用状況」の届出状況を公開します。 (令和 4 年 10 月末現在) ～外国人労働者数は約 5 万 7 千人。過去最高を更新。～」 . <https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001366051.pdf> (4/02/2025 アクセス)
- 38) 福岡労働局 (2024) . 「福岡労働局における「外国人雇用状況」の届出状況を公開します。 (令和 5 年 10 月末時点) ～外国人労働者数は約 6 万 7 千人。過去最高を更新。～」 . <https://jsite.mhlw.go.jp/fukuoka-roudoukyoku/content/contents/001703569.pdf> (4/02/2025 アクセス)
- 39) 法務省出入国在留管理庁・厚生労働省人材開発統括官 (2022) 「外国人技能実習制度について (パワーポイント)」 . <https://www.moj.go.jp/isa/content/930005177.pdf> (12/19/2022 アクセス) . スライド 1 からスライド 38

二次資料(日本語)

- 1) アジア女性センターAsian Women's Center, 「AWC は 24 周年多言語 SNS 相談@AWC スタート」 <https://asianwomenscenter.jimdofree.com/> (11/29/2021 アクセス)
- 2) 新居みどり、武田裕子. (2023). “健康と社会を考える/外国人診療こそプライマリ・ケア医の守備範囲-求められる「医療のワンストップサービス」-. 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. 2023-4-27. <https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=321> (9/27/2024 アクセス)
- 3) 伊藤泰郎・崔博憲 (2021) 『日本で働く外国人労働者の視点から』松籟社
- 4) いとうたけひこ、二川優太(2015)「プロ野球監督の楽観主義とチーム成績との関係 CAVE 法による説明スタイルと勝率との比較」, 『和光大学現代人間学部紀要』, 8, pp. 137-155. https://www.researchgate.net/publication/274641095_R188_itoutakehikoerchuananyutai_2015_puroyeqiujiandunoleguanzhuyitochimuchengjitonoguanxi_CAVEfaniyorushuomingsutairu_toshenglutonobijiao_heguangdaxuexiandai renjianxue bujiyao_8_137-155_Ito_T_Futagawa_Y_M (9/28/2024 アクセス)
- 5) イルムの森. “1 日五回の礼拝の仕方”. <https://www.islamforest.com/--ccm3> (9/28/2024 アクセス)
- 6) 岩下哲典(2017)『病とむきあう江戸時代 外患 酒と肉食 うつと心中 出産 災害 テロ』, 北樹出版
- 7) 内海健(2009). うつ病像のゆくえ 神庭重信・黒木俊秀 (編) 現代うつ病の臨床-その多様な病態と自在な対処法 創元社
- 8) 海原亮(2007)『近世医療の社会史知識・技術・情報』, 吉川弘文館
- 9) 大前晋(2022). 「日本独自の伝統的な「うつ病」概念のこれまでとこれから-軽症内因性うつ病からうつ病(DSM-5)へ-」 『精神神経学雑誌』 124 巻, 2 号, pp. 91-108. <https://journal.jspn.or.jp/jspn/openpdf/1240020091.pdf> (9/24/2024 アクセス)
- 10) 外国人雇用・就労ビザステーション「技術・人文知識・国際業務(技人国)ビザについて詳しく」 <https://visa-station.jp/shurou/gijinkoku-visa/> (2022/12/08 アクセス)

-
- 11) 外国人雇用・就労ビザステーション「高度専門職ビザを取得した場合の7つのメリット」
<https://visa-station.jp/shurou/koudo-senmon-visa/koudo-senmon-visa-merit/#i-12>
(2022/12/08 アクセス)
- 12) 掛谷和美・藤田千春(2021). 経済連携協定(EPA)における我が国の外国人看護師候補者への支援課題に関する文献検討. *日本健康学会誌 JpnJ Health & Human Ecology*, 87(3), pp. 121-139,
https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenko/87/3/87_121/_pdf/-char/ja (12/22/2022 アクセス)
- 13) 加藤忠史(2009)『うつ病の脳科学精神科医療の未来を切り拓く』, 幻冬舎
- 14) カトリック福岡司教区, 「美野島司牧センターについて」
<http://fukuoka.catholic.jp/minoshima/> (11/29/2021 アクセス)
- 15) 川越道子(2021). 変わりゆく農村を後にしてベトナム北部農村の工業化と技能実習生 伊藤泰郎、崔博憲(編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社
- 16) 姜美香(2019)『外国人介護労働者の受け入れと課題』 晃洋書房
- 17) 北中淳子(2014)『うつの医療人類学』, 日本評論社
- 18) 北村哲宏. “視床下部・下垂体疾患”. 糖尿病内科・内分泌内科・内科玉田クリニック.
<https://tamada-clinic.jp/pituitary.html> (10/6/2023 アクセス)
- 19) 共同組合ハーモニー「外国人技能実習生を受け入れるまでの流れは？必要な手続きから準備など徹底解説」
<https://jc-harmony.com/system/flow/> (12/19/2022 アクセス)
- 20) 草茅葉菜(2024). 「進化論から見るデフォルトモードネットワークの特性と、活用方法を解説」. MELON. <https://www.the-melon.com/blog/blog/dmn-history-13295> (4/02/2025 アクセス)
- 21) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所. “知ることからはじめようこころの情報サイト.” <https://kokoro.ncnp.go.jp/>, (4/19/2023 アクセス)
- 22) 厚生労働省. “働く人のメンタルヘルス・ポータルサイトこころの耳.”
<https://kokoro.mhlw.go.jp/>, (4/19/2023 アクセス)
- 23) 厚生労働省. “こころもメンテしよう～若者を支えるメンタルヘルスサイト～体がだるい、眠れない、イライラする・・・、こころの健康がきになるときに.”
<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/>, (4/19/2023 アクセス)
- 24) 厚生労働省. “メンタルヘルスとは、メンタルヘルスについて”. 世界メンタルヘルスデ

ー2022～つながる、どこでも、だれにでも
～. https://www.mhlw.go.jp/kokoro/mental_health_day/amh.html, (4/18/2023 アクセス)

25) 後藤 励 (2021). 日本で「社会的処方」に着目する背景. 一般財団法人オレンジクロス (編) 社会的処方白書. p. 14.
https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)

26) 駒井 洋 (2004) 『移民をめぐる自治体の政策と社会運動』(グローバル化する日本と移民問題第 II 期第 5 巻) 明石書店

27) 崔博憲 (2021). 日常の中の移住労働タイ技能実習生を中心に 伊藤泰郎、崔博憲 (編) 日本で働く外国人労働者の視点から 松籟社 p. 211

28) 斎藤善久 (2018). 日本で働くベトナム人労働者-問題状況とその背景-. 特集外国人技能実習における制度の見直しと今後の課題, 31(5-337), pp. 15-19. <https://www.rengoken.or.jp/dio/dio337.pdf> (12/22/2022 アクセス)

29) 佐藤雅浩 (2013) 『精神疾患言説の歴史社会学「心の病」はなぜ流行するのか』, 新曜社

30) 佐野誠・宮川真史・野口勝哉・西澤毅 (2018) 『すぐに使える! 事例でわかる! 外国人実習・雇用実戦ガイド』 第一法規株式会社

31) 澤田晃宏 (2022) 『外国人任せ失われた 30 年と技能実習生』 シナノパブリッシングプレス

32) 新福尚隆 (2010). 東アジア諸国における統合失調症治療. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保険福祉総合研究事業) 「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」平成 22 年度分担研究報告書. pp. 82-95. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2010/103101/201027018A/201027018A0005.pdf> (9/28/2024 アクセス)

33) Wolpert, L. (2006). *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*. Faber & Faber Ltd.
(ウォルパート L 白上純一 (訳) (2018). ヒトはなぜうつ病になるのか世界的発生生物学者のうつ病体験 ミネルヴァ書房)

34) 高畑幸 (2018). 介護の専門職化と外国人労働者日系人から結婚移民、介護福祉士まで 駒井洋 (監修)、津崎克彦 (編) 産業構造の変化と外国人労働者労働現場の実態と歴史的視点 明石書店 pp. 66-82

35) 田尻英三 (2017) 『外国人労働者受け入れと日本語教育』 ひつじ書房

“視床下部・下垂体疾患.”. 糖尿病内科・内分泌内科・内科 玉田クリニック.

<https://tamada-clinic.jp/pituitary.html> (9/28/2024 アクセス)

36) 塚田典子(2021)『日本の介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて』明石書店

津崎克彦 産業構造の変化と外国人労働者労働現場の実態と歴史的視点 明石書店

37) トウトゥヌエー(2021). ミャンマーにおける技能実習生の現状 真嶋潤子(編) 技能実習生と日本語教育 大阪大学出版会

38) 西大輔. “ノルアドレナリン/ノルエピネフリン”. e-ヘルスネット情報提供. 2021-01-22.
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/heart/yk-047.html>
(10/6/2023 アクセス)

39) 西岡大輔、近藤尚己. 社会的処方事例と効果に関する文献レビュー-日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題-. 医療と社会, 2020, 29(4)p. 1-13.

https://www.researchgate.net/publication/339316691_A_Literature_Review_of_Social_Prescribing_in_Japan
[rescribingshehuidechufangnoshilitoxiaoguoaniguansuruwenxianrebyu_Implementation_Challenges_and_Opportunities_in_Japanribenniokeruahuanzhenoshehuideketihenoduiyingfangfanok](https://www.researchgate.net/publication/339316691_A_Literature_Review_of_Social_Prescribing_in_Japan)
(9/28/2024 アクセス)

40) 布尾勝一郎(2016)『迷走する外国人看護・介護人材の受入』ひつじ書房

41) 橋本亮太(2013)「中間表現型」, 『日薬理誌』, 141(115), pp. 115-116.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/fpj/141/2/141_115/_article/-char/ja/
(9/28/2024 アクセス)

42) 早川智津子(2020)『外国人労働者と法 入管法政策と労働法政策』信山社出版

43) Visa、永住、帰化、国際結婚・離婚行政書士 浅岡正道事務所 Immigration office: Rising Sun 「高度専門職」 <https://www.visa-yokohama.net/%E9%AB%98%E5%BA%A6%E5%B0%82%E9%96%80%E8%81%B7%E5%8F%B7-%EF%BC%92%E5%8F%B7/> (2022/12/08 アクセス)

44) Hyogo Masjid & Jan Academy. (2022). 『とってもやさしいイスラム教日本人の為のイスラム教の礼拝の基本動作』 <https://hyogomosque.jp/index.html> (9/26/2024 アクセス)

45) 福嶋美佐子(2020). 日本における外国人介護人材受入政策-特定技能「介護」の新設は社会にどのような影響を与えるのか-. 東京家政学院大学紀要, 60, pp. 31-47.

https://www.jstage.jst.go.jp/article/kaseigakuinkiyoy/60/0/60_31/_pdf/-char/ja
(12/22/2022 アクセス)

46)Fukuoka City International Foundation, 「外国人のための無料心理カウンセリング」
<https://www.fcif.or.jp/consultation/counseling/> (11/29/2021 アクセス)

47)藤原京佳 (2021). EPA 介護福祉士候補者と介護におけるコミュニケーション 真嶋潤子
(編) 技能実習生と日本語教育 大阪大学出版会

48)細井聡(2020)『10 年後、ニッポンの職場はどう変わる！？同僚は外国人』CCC メディアハウス

49)堀田聡子. (2021). 英国における社会的処方とは. 一般財団法人オレンジクロス (編) 社会的
処方白書. p. 6.
https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf (9/27/2024 アクセス)

50)前田憲次 (2018) 「フィリピン人技能実習生のメンタルヘルスに関連するリスク要因文化
変容方略に着目して」『Journal of International Health』33 巻, 4 号, pp. 303-312

51)黛陽子、宮原辰夫、山口一美(2021). 「日本で働く外国人労働者の職務満足とストレス」
『文教大学国際学部紀要』31 巻, 2 号, pp. 1-13.
<https://bunkyo.repo.nii.ac.jp/records/7862> (9/24/2024 アクセス)

52)弥栄睦子 (2020) 「国際協力ニュース」『NGO 福岡ネットワーク機関誌』137 巻, pp. 1-3

53)道上史絵(2021). ベトナム人と外国人技能実習制度 真嶋潤子 (編) 技能実習生と日本語
教育 大阪大学出版会

54)宮島喬・鈴木江理子 (2019)『新版外国人労働者受け入れを問う』(岩波ブックレット
No. 1010) 岩波書店

55)宮本浩司. “うつ病発症メカニズム.” 心療内科・精神科・高津心音メンタルクリニック
<指定自立支援医療機関> 4/24/2020. https://www.cocorone-clinic.com/column/utsu_mechanism.html (9/28/2024 アクセス)

56)門司晃(2012)「精神疾患の神経炎症仮説」『精神神経誌』114 巻 2 号, pp. 124-133.

57) 山脇康嗣(2020)『特定技能制度の実務 入管・労働法令, 基本方針, 分野別運用方針・要領, 上乗せ告示, 特定技能運用要領, 審査要領』日本加除出版株式会社

58) 湯川智美(2019)『EPA・技能実習生・在留資格を比較！介護施設のための外国人介護職員受入れへの一步』第一法規株式会社

59) 安里和晃(2021). EPA の動向と課題-国際厚生事業団の調査から 塚田典子(編) 日本介護現場における外国人労働者日本語教育、キャリア形成、家族・社会保障の充実に向けて 明石書店

60) 安田峰俊(2021)『「低度」外国人材移民焼き畑国家、日本』, 角川書店

61) 依光正哲(2003)『国際化する日本の労働市場』東洋経済新報社

62) ユニオン北九州ホームページへようこそ, 「ユニオン北九州とは？」 <http://union-k.org/>
(11/29/2021 アクセス)

63) 李健實(2015)。「日本における高度の技術・知識を持つ外国人労働者の職業性ストレスとメンタルヘルス-日本人労働者との比較検討-」『東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースストレス科学研究』30号, pp. 90-101

64) 李健實(2012)。「外国人労働者のメンタルヘルスと心理援助の現状と展望」『東京大学大学院教育学研究科紀要』52巻, pp. 404-410

65) 李艶, 山本理沙(2020)「在日外国人労働者の異文化適応についての調査県境(その1)」『聖泉論叢』28号, pp. 1-18

66) 李艶, 山本理沙(2020)「在日外国人労働者の異文化適応についての調査研究(その2)」『聖泉論叢』28号, pp. 19-40

一次資料(英語)

1) Friedli, L. (2009) *Social Prescribing for Mental Health-a guide to commissioning and delivery*. North West England, Care Services Improvement Partnership, Centre for Welfare Reform, Sheffield.
<https://citizen-network.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf>
(9/27/2024 アクセス)

2)Khan.,Giurca.,&etal. (2023). *Social Prescribing Around the World A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Contexts*.
<https://socialprescribingacademy.org.uk/media/4lbdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf>
(9/28/2024 アクセス)

3)Mughal,R.(2022). *NASP Evidence Note: social prescribing and mental health*, National Academy for Social Prescribing. United Kingdom. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/hxyh3x34/social-prescribing-and-mental-health-nasp-evidence-note.pdf> (9/27/2024 アクセス)

4)Pan American Health Organization(PAHO). “Plan of Action on Mental Health 2015-2020.” Pan American Health Organization(PAHO),2014, <https://www.paho.org/en/documents/plan-action-mental-health-2015-2020> (4/19/2023 アクセス)

5)Tueton,J. (2015). *Social prescribing for mental health: background paper*.
<https://www.healthscotland.com/uploads/documents/26712-Social%20Prescribing%20for%20Mental%20Health%20Background%205614.pdf>
(9/27/2024 アクセス)

6)World Health Organization(WHO). “World mental health report Transforming mental health for all.” *World Health Organization(WHO)*,2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
(4/19/2023 アクセス)

二次資料(英語)

1)Aggar,C.,Thomas,T.,Gordon,C.,&etal. (2020). “Social Prescribing for Individuals Living with Mental Illness in an Australian Community Setting: A Pilot Study.”*Community Mental Health Journal*.57.p.190-195. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399601/> (9/27/2024 アクセス)

2)aic(agency for integrated care).(n.d.) *How and Where To Get Help for Mental Health Conditions*.aic(agency for integrated care). Retrieved November 9,2023, from <https://www.aic.sg/body-mind/get-mental-health-diagnosis>

3)Alvarado,L.(2020). “Migrant Work and Its Implications for Psychosocial and Mental Health.” *Health, Safety and Well-being of Migrant Workers: New Hazards, New Workers*, edited by Francisco Diaz Bretones and Angeli Santos, Springer Nature Switzerland. pp.79-93.

4)Asis.E.,& Carandang.R.R.(2020). The plight of migrant care workers in Japan: A qualitative study of their stressors on caregiving. *Journal of Migration and Health*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8352095/> (9/26/2024 アクセス)

-
- 5)Bhat,R.,Murtaza,S.,&etal (2014). Unity of Health Through Yoga and Islamic Prayer ‘Salah’. *Academic Sports Scholar*,3(10). pp.1-6.
https://www.researchgate.net/publication/293821675_UNITY_OF_HEALTH_THROUGH_YOGA_AND_ISLAMIC_PRAYER_'SALAH' (9/26/2024 アクセス)
- 6)Bretones.F. (2020). “Psychosocial Hazards at Work in Migrants.” *Health, Safety and Well-being of Migrant Workers: New Hazards, New Workers*, edited by Francisco Diaz Bretones and Angeli Santos, Springer Nature Switzerland. pp. 61-78.
- 7)Biggerstaff,D. “Qualitative Research Methods in Psychology.”*Psychology-Selected Papers*,2012,pp.175-206.
https://www.researchgate.net/publication/236158419_Qualitative_Research_Methods_in_Psychology (9/28/2024 アクセス)
- 8)Bringmann,H.,Sulz,A.,Ritter,P.,Brunnhuber,S.,&etal. (2021).Mantra Meditation as Adjunctive Therapy in Major Depression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Affective Disorders Reports*,pp.1-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266691532100158X> (9/26/2024 アクセス)
- 9)Brinsly,J.,Schuch,F.,Lederman,O.,&etal. (2020). Effects of Yoga on Depressive Symptoms in People with Mental Disorders:A Systematic Review and Meta-analysis. *Br J Sports Med*,55.pp.1-10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32423912/> (9/26/2024 アクセス)
- 10)Callender,K.,Ong,L.,&Othman,E. (2022). Prayers and Mindfulness in Relation to Mental Health among First-Generation Immigrant and Refugee Muslim Women in the USA: An Exploratory Study. *Journal of Religion and Health*,61.pp.3638-3654. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35748969/> (9/26/2024 アクセス)
- 11)Carnes,D.,Sohanpal,R.,Frostick,C.,&etal. (2017). “The Impact of a Social Prescribing Service on Patients in Primary Care: a Mixed Methods Evaluation.” *BMC Health Services Research*,17.pp.1-9.
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2778-y> (9/28/2024 アクセス)

-
- 12)Centers for Disease Control and Prevention (CDC).(2018). “*Well-Being Concepts*”
<https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm#nine>
- 13)Centers for Disease Control and Prevention(CDC). (2018). “*HRQOL Concepts*”
<https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
- 14)Chavez,A.,Backett-Milburn,K.,Parry,O.,&Platt,S. “Understanding and Researching Wellbeing: Its Usage in Different Disciplines and Potential for Health Research and Health Promotion.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,pp.159-175.
- 15)Chida,Y.,&Steptoe,A. “Positive Psychological Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,pp.191-219.
- 16)Da,X.,Yue,L.,Li,X.,&etal. (2021). Potential Therapeutic Effect and Methods of Traditional Chinese Medicine on COVID-19-Induced Depression: A Review.*American Association for Anatomy*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8652675/> (9/26/2024 アクセス)
- 17)Dayson,C.,Painter,J.,&Benett,E. (2020). “Social Prescribing for Patients of Secondary Mental Health Services: Emotional, Psychological and Social Well-Being Outcomes.”*Journal of Public Mental Health*. p.271-279. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JPMH-10-2019-0088/full/html>
(9/27/2024 アクセス)
- 18)Dinani,S.,Mehrabi,T.,&Sadeghi,R. (2019). The Effect of Tai Chi Exercise on Stress, Anxiety, Depression, and Self Confidence of Nursing Students.*Jundishapur J Chronic Dis Care*,8(3),pp.1-6
https://www.researchgate.net/publication/334281676_The_Effect_of_Tai_Chi_Exercise_on_Stress_Anxiety_Depression_and_Self_Confidence_of_Nursing_Students (9/26/2024 アクセス)
- 19)Fang,L.,Cui,J.,Liu,X.,Chen,K.,Chen,X.,&Li,R. (2020). The Effect of Tai Chi and Qigong Exercise on Depression and Anxiety of Individuals with Substance Use Disorders: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*.20,pp.1-11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260819/> (9/26/2024 アクセス)
- 20)Feder,A.,Nestler and Dennis,S Charney. “Psychobiology and Molecular Genetics of Resilience.” *Psychological Resilience and Well-BeingVolume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.100-126
- 21)Fletcher,D.,&Sarkar,M. “Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,pp.27-45.

22)Fujishiro,K.,&Hoppe,A. (2020). “Toward a Life-Course Perspective of Migrant Worker Health and Well-Being.” *Health, Safety and Well-being of Migrant Workers: New Hazards, New Workers*, edited by Francisco Diaz Bretones and Angeli Santos, Springer Nature Switzerland. pp.23-42.

23)Gani,F.B.D.A. (2020,8 28).*What is the Process Involved in Diagnosing Mental Disorders?*. Selamat Datang Ke Portal Rasmi MyHEALTH Kementerian Kesihatan Malaysia. Retrieved November 9,2023 from <http://www.myhealth.gov.my/en/process-involved-diagnosing-mental-disorders1/>

24)Gomez,P.,&Gonzalez,J. (2020). “Responsible Management of Psychosocial Risks in Migrant Workers: The Case of Southern Europe.” *Health, Safety and Well-being of Migrant Workers: New Hazards, New Workers*, edited by Francisco Diaz Bretones and Angeli Santos, Springer Nature Switzerland. pp.157-182.

25)Guest,G,Namey,E.E,&Mitchell,M.L.(2013).*Collecting Qualitative Data: A Field Manual for Applied Research*.SAGE Publications,Inc. Available from (入荷先) :
https://books.google.co.jp/books?id=--3rmWYKtloC&pg=PA75&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
(11/29/2021 アクセス)

26)He,G.,Zhang,X.,Yan,T.,Wang,J.,Li,Q.,Liu,T.,&Oh,Y. (2022). The Efficacy of Tai Chi for Depression A Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis.*Medicine*.pp.1-4.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8812674/> (9/26/2024 アクセス)

27)Herhaus,B.,Henl,M.,Bloch,W&etal. (2023). “Acute and chronic psychosocial stress by the brain-derived neurotrophic factor in male humans: a highly standardized and controlled study.”
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.09.29.23296327v1.full.pdf> (10/31/2024 アクセス)

28)Honbrados-Mendieta,I.,Millan-Franco,M.,Gomez-Jacinto,L.,Gonzalez-Castro,F.,Martos-Mendez,M,J.,and Garcia-Cid,A. “Positive Influences of Social Support on Sense of Community, Life Satisfaction and the Health of Immigrants in Spain.”*Frontiers in Psychology*,vol.10,2019,pp.1-17

29)Horwitz,A.(1982). “The Meaning of Mental Illness.”*Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*,edited by Teresa L.Scheid,Routledge.pp.11-30

-
- 30)IELTS. “About IELTS.” <https://ielts.org/about-ielts> (11/25/2024 アクセス)
- IELTS. “IELTS Academic Test.” <https://ielts.org/take-a-test/test-types/ielts-academic-test> (11/25/2024 アクセス)
- 31)IELTS. “IELTS General Training Test.” <https://ielts.org/take-a-test/test-types/ielts-general-training-test> (11/25/2024 アクセス)
- 32)Jacobson,N.,&Greenley,D.(2001). “What is Recovery? A Conceptual model and Explication.” *Mental Health Social Reaction to Mental Health Problems*. Edited by Teresa L. Scheid. Routledge.pp.353-361.
- 33)Jaiswal,Y.,&Williams,L. (2017). A Glimpse of Ayurveda-The Forgotten History and Principles of Indian Traditional Medicine.*Journal of Traditional and Complementary Medicine*.7.pp.50-53.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198827/> (9/26/2024 アクセス)
- 34)Kang,D.,Dong,H.,Shen,Y.,Ou,Y.,&Zhao,J. (2023). The Clinical Application of Chinese Herbal Medication to Depression: A Narrative Review.*Frontiers in Public Health*.pp.1-10.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36969689/> (9/26/2024 アクセス)
- 35)Kellezi,B.,Bowe,M.,&Wakefield,J. (2020). “Public Health England: Social Prescribing Approaches for Migrants: Call for Evidence. *Nottingham Trent University*. pp.1-13.
https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/42633/1/1427901_Kellezi.pdf (9/28/2024 アクセス)
- 36)Khim,L,H. “Social Connectedness in Physical, Mental and Social Health.”*The Singapore Family Physician*,vol.42,No.1,2016,pp.31-33. https://www.cfps.org.sg/publications/the-singapore-family-physician/article/988_pdf (9/28/2024 アクセス)
- 37)Kong,J.,Wilson,G.,Park,J.,&etal. Treating Depression with Tai Chi: State of the Art and Future Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*,10,pp.1-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6474282/> (9/26/2024 アクセス)
- 38)Kulamarva,K.,Shivakumar,V.,Chikkanna,U.,&etal.(2023).Role of Ayurveda in the Management of Psychotic Disorders: A Systematic Review of Clinical Evidence. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*.14,pp.1-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10267528/> (9/26/2024 アクセス)

39)La Placa,V.,McNaught,A.,&Knight,A. “Discourse on Wellbeing in Research and Practice.”*Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE Publication Ltd,2015,pp.177-189.

40)Lauche,R.,Anheyer,D.,Uebelacker,L.,&etal. (2023). Do Yoga and Meditation Moderate the Relationship Between Negative Life Events and Depressive Symptoms? Analysis of a National Cross-Sectional Survey of Australian Women.*Frontiers in Psychology*,pp.1-10.

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1218976/full#:~:text=Conclusion%3A%20Yoga%2Fmeditation%20use%20was,negative%20life%20events%20and%20depression.> (9/26/2024 アクセス)

41)Leavell,M,A.,Leiferman,J,A.,Gascon,M.,Braddick,F.,Gonzalez,J,C.,Litt,J,S. “Nature-Based Social Prescribing in Urban Settings to Improve Social Connectedness and Mental Well-being :a Review.” *Current Environmental Health Reports*,2019,pp.297-308.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31713144/> (9/28/2024 アクセス)

42)Li,C.,Huang,J.,Cheng,Y.,&Zhang,Y. (2020). Traditional Chinese Medicine in Depression Treatment: From Molecules to Systems. *Frontiers in Pharmacology*. 11.pp.1-11.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7221138/> (9/26/2024 アクセス)

43)Li,W.,Moriyama,M.,Cui,Y,A.,Kazawa,K.,Nakaya,T.,and Susanto,T. “Presenteeism among Chinese workers in Japan and its relationship with mental health and health-promoting lifestyles.”*Industrial Health*,vol.58,2020,pp.35-45

44)Liu,J.,Yu,Ping.,Lv,W.,&Wang,X. (2020). The 24-Form Tai Chi Improves Anxiety and Depression and Upregulates miR-17-92 in Coronary Heart Disease Patients After Percutaneous Coronary Intervention. *Frontiers in Physiology*.11,pp.1-10.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7078346/> (9/26/2024 アクセス)

45)Lloyd,C.,Tsang,H.,&Deane,F. (2009). Qigong as a Mindful Exercise Intervention for People Living with Mental Ill Health. pp.393-399. <https://core.ac.uk/download/pdf/36999575.pdf> (9/26/2024 アクセス)

46)Lynch,J.,Priodova,L.,Dunne,P.,Carroll,A.,Walsh,C.,& etal. Mantra Meditation for Mental Health in the General Population: A Systematic Review. *European Journal of Integrative Medicine*,23,pp.101-108.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876382018304591> (9/26/2024 アクセス)

47)Lynne. B. (2012). “The Impact of Migration on the Mental Health of Refugee Women in Contemporary New Zealand.” *Migration, Ethnicity, and Mental Health International Perspectives, 1840-2010*, edited by McCarthy, A., & Coleborne, C, Routledge Taylor & Francis Group, pp.178-192.

48)Majid, Z. (2023). The Concept of Prayer for a Muslim to Maintain Mental Health (In the Perspective of Islamic Psychology). *Journal of Survey in Fisheries Sciences*, 10(1), pp.178-188.

<https://sifisherinessciences.com/index.php/journal/article/view/428#:~:text=By%20praying%2C%20a%20servant%20will,carry%20out%20his%20life%20well>. (9/26/2024 アクセス)

49)Mathews, G. (2012). “Happiness, Culture, and Context.” *Psychological Resilience and Well-Being Volume 2*, edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllenstein, SAGE publication Ltd, 2015, pp.141-157

50)Miller, R., Ong, K. I. C., Choi, S., Shibamura, A., Jimba, M. “Seeking connection: a mixed methods study of mental well-being and community volunteerism among international migrants in Japan.” *BMC Public Health*, vol.20, No.1272, 2020, pp.1-11

51)Miller, R., Tomita, Y., Ong, K. I. C., Shibamura, A., Jimba, M. “Mental well-being of international migrants to Japan: a systematic review.” *BMJ Open*, 2019, pp.1-8

52)Mind. (2020). “How to improve your mental wellbeing” <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/wellbeing/wellbeing/>

53)Naito, Y., Ohta, R., & Sano, C. (2021). “Solving Social Problems in Aging Rural Japanese Communities: The Development and Sustainability of the Osekkai Conference as a Social Prescribing during the COVID-19 Pandemic.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, pp.1-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34831605/> (9/28/2024 アクセス)

54)NHS England. *Personalized Care and Support Planning*.
<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/pcsp/> (9/28/2024 アクセス)

55)NHS England. *Social Prescribing*. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>.
(9/28/2024 アクセス)

-
- 56)NHS.(2022). “5 steps to mental wellbeing” <https://www.nhs.uk/mental-health/self-help/guides-tools-and-activities/five-steps-to-mental-wellbeing/>
- 57)Novielli,J.,Cinalioglu,K.,Potes,A.,&etal. (2022). Tai Chi/ Qigong in Adults with Depression and Anxiety: A Pilot Retrospective Study. *Integrative Medicine Reports*.pp.131-139.
<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/imr.2021.0023> (9/26/2024 アクセス)
- 58)Ogawa,R. “Globalization of Care and the Context of Reception of Southeast Asian Care Workers in Japan.”*Southeast Asian Studies*,vol.49,No4,2012,pp.570-592
- 59)Payne,P.,&Godreau,M.(2013).Meditative Movement for Depression and Anxiety. *Frontiers in Psychiatry*,4,pp.1-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3721087/> (9/26/2024 アクセス)
- 60)Philimore,J.,Morrice,L.,Kabe,K.,Hashimoto,N.,H,S.,and Reyes,M. “Economic self-reliance or social relations? What works in refugee integration? Learning from resettlement programs in Japan and the UK.”*Comparative Migration Studies*,2021,pp.1-19
- 61)Phinney,J,S.,Horencyk,G.,Liebkind,K.,and Vedder,P. “Ethnic Identity, Immigration, and Well-Being: An Interactional Perspective.”*Journal of Social Issues*,vol.57,No.3,2001,pp.493-510
- 62)Pilgrim, David. *Key Concepts in Mental Health*. SAGE Publications Ltd,2014.
- 63)Postmes,T.,Wichmann,L,J.,Valkengoed,A,M,V.,and Hoef,H,V,D. “Social identification and depression:A meta-analysis.”*European Journal of Social Psychology*,vol.49,2019,pp.110-126
- 64)Pulla, V.,&Francis,A. (2014). “A Strengths Approach to Mental Health.”*Social Work in Mental Health Contexts and Theories for Practice*.Sage, pp.126-143.
- 65)Rutten,B.P.F.,Hammels,C.,Geschwind,N.,Menne-Lothmann,C.,Pishva,E.,Schruiers,K.,Hove,D.,Kenis,G.,Os,J.,&Wichers,M. “Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives.” *Psychological Resilience and Wellbeing Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllenstein,SAGE Publication Ltd,2015,pp.73-99
- 66)Saeri,A,K.,Cruwys,T.,Barlow,F.K.,Stronge,S.,and Sibley,C.G. “Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey.”*Australian& New Zealand Journal of Psychiatry*,vol.52,No.4,2018,pp.366-374

-
- 67)Sarkingobir,Y.,Sharu,A.,&etal.(2022). Religious and Health Benefits of Salah/Prayer: A Review. *International Journal of Emerging Issues in Islamic Studies(IJEIIS)*,2(2),pp.58-70.
https://www.researchgate.net/publication/366410451_RELIGIOUS_AND_HEALTH_BENEFITS_OF_SALAHPRAYER (9/26/2024 アクセス)
- 68)Saged,A.,Sa'ari,C.,Abdullah,M.,&etal. (2022).The Effect of an Islamic-Based Intervention on Depression and Anxiety in Malaysia.*Journal of Religion and Health*,61,pp.79-92.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34981449/> (9/26/2024 アクセス)
- 69)Sayeed,S.,&Prakash,A.(2013).The Islamic Prayer(Salah/Namaaz)and Yoga Togetherness in Mental Health. *Indian Journal of Psychiatry*,55,pp.1-11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705686/> (9/26/2024 アクセス)
- 70)Scull,A.(2011). *Madness A Very Short Introduction*.Oxford University Press.
- 71)Scull,A.(2014). *Cultural Sociology of Mental Illness An A-to-Z Guide(Vol.1)*. SAGE.
- 72)Sharma,H.(2016). Ayurveda: Science of Life, Genetics, and Epigenetics.*AYU*,37,pp.87-91.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688840/> (9/26/2024 アクセス)
- 73)Sharman,L.S.,McNamara,N.,etal.(2022). “Social prescribing link workers-A qualitative Australian perspective.”*Health and Social Care in the Community*.30. pp.6376-pp.6385.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36271695/> (9/27/2024 アクセス)
- 74)Smeekes,A.,Verkuyten,M.,Celebi,E.,Acarturk,Ceren.,and Onkun,S. “Social identity continuity and mental health among Syrian refugees in Turkey.”*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*”,2017
- 75)Smith,J.A.(2015).*Qualitative Psychology A Practical Guide to Research Methods*. (3rd ed.)SAGE Publications Ltd.
- 76)Snyder,C.R. “Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.”*Psychological Resilience and Well-Being Volume 1*,edited by Stephen Palmer and Kristina Gyllensten,SAGE publication Ltd,2015,pp.267-279

-
- 77)Sobhani,V.,Manshadi,E.,Aghajani,J&etal. (2022). Islamic Praying Changes Stress-Related Hormones and Genes.*Journal of Medicine and Life*. 15(4). pp.483-488.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9126458/> (9/26/2024 アクセス)
- 78)So,R.,Wong,H.,&Ko,K. (2015). A Traditional Chinese Medicine Approach in Treating Depression by Promoting Liver Qi Circulation: A Western Medicine Perspective.*Chinese Medicine*,6, pp.187-195.
<https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=61540> (9/26/2024 アクセス)
- 79)Takubo,Y.,Nemoto,T.,Iwai,M.,Kashima,M.,Yamaguchi,E.,Maruyama,A.,Miura,S.,Saito,H.,Tsujino,N.,Mizuno,M. “Demographic and clinical characteristics of foreign nationals accessing psychiatric services in Japan: a multicenter study in a metropolitan area.” *BMC Psychiatry*,vol.20,No.569,2020,pp.1-10
- 80)Tan,C.,Wu,Y.,&Chen,S. (2013).Chinese Medicine for Mental Disorder and its Applications in Psychosomatic Diseases.*Alternative Therapies*.19(1). pp.59-68.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23341427/> (9/26/2024 アクセス)
- 81)Thompson,N.(2019).*Mental Health and Well-Being :Alternatives to the Medical Model*.Routledge.
- 82)TOEFL ibt. “TOEFL iBT Test Content.” <https://www.ets.org/toefl/test-takers/ibt/about/content.html>
(11/25/2024 アクセス)
- 83)Tsutsumi,A. “Suicide prevention for workers in the era of with-and after-Corona.”*Environmental and Occupational Health Practice*,2021,pp.1-7
- 84)Tubaki,B.,Chandake,S.,&Sarhyal,A. (2021). Ayurveda Management of Major Depressive Disorder: A Case Study. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*,12. Pp.378-383.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34024690/> (9/26/2024 アクセス)
- 85)Ullah,AKM. (2010). *Rationalizing Migration Decisions Labour Migrants in East and South-East Asia*.Ashgate Publishing Limited.
- 86)Uyun,Q.,Kurniawan,I.,&Jaufalaily,N.(2019). Repentance and Seeking Forgiveness: the Effects of Spiritual Therapy Based on Islamic Tenets to Improve Mental Health.*Mental Health, Religion&Culture*.

<https://pak.iii.ac.id/wp-content/uploads/2019/08/2019-Repentance-and-seeking-forgiveness-the-effects-of-spiritual-therapy-based-on-Islamic-tenets-to-improve-mental-health.pdf> (9/26/2024 アクセス)

87)Walker,K.,Griffiths,C.,&Jiang,H.(2023) “Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing.”*Open Journal of Preventive Medicine*.13.pp.41-56.
https://www.scirp.org/pdf/ojpm_2023022714473815.pdf (9/27/2024 アクセス)

88)WHO.(n.d.)*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(ICD)*. World Health Organization. Retrieved November 9, 2023, from
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/2>

89)Wildman,J.M.,Moffatt,S.,Steer,Mel.,Laing,K.,etal.(2019). “Service-users’ perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study.”*BMC Public Health*.19(98).pp.1-12.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x>
(9/27/2024 アクセス)

90)Wilson,M. (1993). “DSM-III and the Transformation of American Psychiatry.” *Mental Health Major Themes in Health and Social Welfare, Volume1 The Meaning and Experience of Mental Illness*,edited by Teresa L.Scheid,Routledge.pp.307-331.

91)Woodall,J.,Trigwell,J.,Bunyan,A.,Raine,G.,Eaton,V.,etal. (2018). “Understanding the Effectiveness and Mechanisms of a Social Prescribing Service: a Mixed Method Analysis.” *BMC Health Services Research*,18, pp.1-12. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3437-7>
(9/28/2024 アクセス)

92)Ye,J.,Cai,S.,Cheung,W.,&Tsang,H. (2019).An East Meets West Approach to the Understanding of Emotion Dysregulation in Depression: From Perspective to Scientific Evidence.*Frontiers in Psychology*.10.pp.1-12.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2019.00574/full> (9/24/2024 アクセス)

93)Ye,J.,Yu,Y.,Chung,R.,etal.(2023). The Relationship Between Liver Function and Neurophysiological Factors in Depressed Individuals: a Integrated “East meets West” Medicine Approach. *Frontiers in Psychiatry*,pp.1-7.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1159785/full> (9/26/2024 アクセス)

94)Yeung,A.,Chan,J.,Cheung,J.,&Zou,L. (2018). Qigong and Tai-Chi for Mood Regulation.

Focus, 16(1), pp.40-47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6519567/> (9/26/2024 アクセス)